



第 6 章
KEIJU
MONTHLY
LETTER

プラスとマイナスの文化

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

日本にあって、海外にない文化とは？多くの日本文化が海外の影響を強く受けているかもしれない。仏教文化は当然、西方から来たものであるし、歌舞伎も中国文化の影響を受けている。多くの祭もそのルーツをたどれば渡来の文化があるかもしれない。さらに、千利休は南蛮文化を日本で最も早く影響を受けたまち・堺の商人であり、あの茶の湯の作法の原点は、カトリックの聖杯を掲げる所作であるという話も聞いたことがある。

しかしながら、多くの渡来文化は、わが国に入った後に独自の進化を遂げる。西洋や中国のきらびやかな装飾は、日本ではそぎ落とされ、わびさびの世界となる。先の茶の湯も、とことんまでそぎ落とした空間で、理にかなった所作のみで、最上の至福を味わう形である。能であらわされる幽玄は、表情筋の動きのない面とわずかな身体動きが、私たちの想像力を掻き立て、深い精神世界に誘うのである。伝統工芸品は、実用的な意匠とともに見えないところに手間をかけ、ひけらかさない美を追求する。さらに、和食文化は、椀の中の小さな世界に、最大限の手間と暇をかけ、奥深い味わいを醸し出すのである。

西洋のキリスト教文化や中国文化、さらには古代のエジプトやインカの文明は、多くの人の目につく装飾が施され、多彩である。特に、権威を象徴する手段として豪華さを競うのかもしれない。まさに、これらの国の文化はプラス（加算）の文化と言えるのではないだろうか。進化とはプラスすることとなる。より多くのものを持つことで、豊かさを実感することとなる。

一方、日本文化は進化することにより、理由のないモノやコトはそぎ落とし、無駄のない世界を追求する、すなわちマイナス（引算）の文化であったのではないだろうか。ここで「あった」とするのは、現在の日本の文化を危惧するからである。



医療においては、世間で、そして院内で問題が起こるたびにマニュアルなるものは追加される。マニュアルを調べるマニュアルが必要なほどである。これは、病院機能評価、あるいは行政による医療監視、保険指導、そして診療報酬改定のたびに、新たな計画書や説明書、同意書の発行が求められ、さらに診療録への記載事項が増やされていく。

まさしく、プラスの文化だ。われわれのミッションである患者を診る、治し、寄り添うこと以外の仕事を増やされれば現場は疲弊する。そして、業務がうまく回らない。なぜ、そのマニュアルが必要か、その文書は他の文書と統合できないか。その説明は二重になっていないか。なぜ、何回も患者の署名を求めねばならないのか。。。

これまでのやり方にプラスしていくのではなく、われわれは日本の文化の原点に立ち返ってマイナスを模索することが、この働き方改革の時代だからこそ、必要なのではないだろうか。

仕組みを変えよう！…仕組みを変えるには力が必要だ。しかし、仕組みを変えなければ無駄な労力を消費するのだ。

情報 vs 六感

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

出所不明の雑学のようなのだが、1日に得ている情報量を時代別に比較すると、現代の1日分の情報量は、江戸時代の1年分、平安時代の一生分の情報量だそう。人類という生物の進化を考えれば、たかが1,000年くらいで脳が画期的に進化するはずがない。とすれば、同じ容量の脳という情報処理装置と記憶装置でわれわれは数百倍から数万倍の情報を処理しているということになるのだろうか。

一方で、コンピュータの方には、懐かしい“ムーアの法則”というものがある。これは、1960年代にインテルの創業者の一人であるゴードン・ムーア氏が「半導体チップあたりのトランジスタ数が2年で2倍のペースで増加する」という分析結果と予測を発表したものだ。実際、約50年が経過した現代までもこの半導体の進化は着実に進んでいるのだ。現代のスマホが20世紀のスーパーコンピュータより計算処理速度が速くなったというのも周知のことだ。

われわれの情報処理は、脳そのものというよりも後者によるところは大きいだろう。それでも、われわれはちょっとした時間にスマホに目を落とす。通勤・通学電車の中では、ほぼすべての客がスマホを見入る。時には、会議中であっても、商談中であってもスマホをスワイプしながら見ている失礼な輩もいる。処理しきれないほどのたくさんの情報を目からインプットし、耳は商談相手の話を聞き、指はメールに返信する。こんな素晴らしい多機能を同時に進行させる能力を人間は獲得したのだろうか。

現在の数万分の一の情報量と揶揄された平安人は不幸だったのだろうか。文字情報や映像情報は目から入ってこない。しかし、その分、いわゆる“情報”と定義されない日本の四季の移ろいがある。彼らには、目に飛び込み、肌で感じ、音で感じる森羅万象の草花や気象といった自然の変化、旬の食材による味や香り、さらに時



にはオドロドロしく現れる錯覚などと六感を刺激する情報を取り入れる容量が大きかったに違いない。それらのインプットが、アウトプットとしていきいきした文学や和歌に絵画、彫刻、文化として花開いたのだろう。

医療の世界では、われわれは患者の変化に敏感でなくてはならない。それは、いずれ検査の精緻化とセンサーの開発によって代替えられるかもしれないものの、現時点では、医療者の「これはまずい」といった六感、「勘」の方が優秀そうである。私たちは、私たちが頼って訪れる患者のために、自らの情報処理能力の容量に空きを作っておかねばならないだろう。

遠隔医療のかたち

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

2年半に及ぶコロナ禍の経験から、私たちの生活様式は大いに変わった。三密を避けるためには非接触、遠隔、さらにはバーチャルが基本であるからだ。「コロナ様」と崇めてもいいくらいに加速度的に未来へ進んだ。

打ち合わせ、会議、講演、取材、対談はもとより、昨年の11月の董仙会20年目職員研修では、現地添乗員とライブでつなぎ、自宅に配送されたイタリア料理を食べながらローマとフィレンツェのオンライン研修旅行を楽しんだ。

コロナ前には、1～2時間の政府や病院団体などの審議会や会議に、能登の地から丸一日以上の時間をかけ、体力と経費を消耗して上京してきたことを振り返れば、夢のような世界だ。今更、元には戻れない。コロナが収まれば、定型的な会議はオンライン、タフなネゴシエーションはインパースンといったメリハリが求められてくるように思う。

このような時代と価値観の中で、医療だけが遠隔を忌避するわけにはいかない。遠隔医療と言っても、遠隔画像診断や病理診断などのようにこれまでも行ってきたもの、進みつつあるもの、そして今後のイノベーションが期待できるものなどその範囲は極めて広い。

さらに医療のプロセスは相談、診断、診療からなる。まず、情報を収集し患者の訴えや悩みを聞くことや他の医師との症例検討などで相談（コンサルテーション）する。次にそれを基に臨床所見をとり、臨床推論を駆使して診断をする。さらに、その診断を基に治療することによって診療となる。

これらのプロセスごとの可能性を探る必要がある。すなわちそのプロセスで医師～医師間（D to D）、医師～患者間（D to P）があり、こればかりではなく、在宅や現場の患者の傍らにいる医師や看護師と遠隔の医師間（D to P with D/Ns）も有り得る。さらに



は、D to P with Robot/AIなどの可能性もすぐそこに来ていると思われる。

このように俯瞰すると単に「オンライン診療」と十把一絡げの話ではない。また、診療報酬になじむ分野とそうではない分野も存在する。特に相談は自費が可能な部分であり、この分野におけるビジネスチャンスに多企業から注目も集まる。イノベーションを図りながら、質を担保し、不法行為・非倫理的行為に対する処罰規定の早急な整備も求められるだろう。

大仏開眼

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

日本経済新聞朝刊の連載小説は、直木賞作家で、小説『等伯』でわが七尾とも縁の深い安部龍太郎作の『ふりさけ見れば』だ。遣唐使として唐に渡り、密命を帯びて帰国を断念した阿倍仲麻呂と奈良の都に帰国した吉備真備の葛藤を、玄宗皇帝、楊貴妃、安祿山、聖武天皇など有名人？！を絡ませながらダイナミックに話が進む。

その中で、奈良の都を襲った天然痘禍の行（くだり）がある。遣唐使船ないしは朝鮮交易によって持ち込まれたとされる天然痘によって、主人公真備が目を掛ける娘の許嫁、当時の権勢をふるった藤原四兄弟をはじめ、なんと日本の総人口の約3割が悲惨に亡くなっている。

実際、当時の全国の総人口は約450万人。正倉院文書に残る諸国の正税帳（財政報告書）から死亡者の比率が推計できるといい、和泉国（現在の大阪府南部）で人口の45%が亡くなるなど、全国で人口の1/4～1/3にあたる100万～150万人が死亡したとされるのだ。

聖武天皇は、この人口減に伴う労働力不足の中、食料増産・税収の改善を目的に、墾田永年私財法を定め、新たな墾田は私有権も認めながら税金を納める方式に改め荘園を誕生させた。そして、その税収を原資としてこの悪疫退散の願いを込めて仏教で国の礎を変えることにしたという。すなわち、今に残る国分寺を各国に配し、そして奈良の東大寺に毘盧舎那仏、大仏を建造、開眼したのだ。この一大プロジェクトに掛けるパワーたるもの幾何のものであったろうか。

悪疫の経験を越えて、国家の形態を変えその後の時代の礎を創る。その奈良の気概をこの令和の時代の為政者に求めることはできないものか。そして、令和の大仏を何に求めるのか。それは、コロナ対策における混乱



青柏祭にて、安部龍太郎氏と（右から3人目）

を省みれば、自明ではないか。

私は、個人番号管理とその有効利用に尽きると思う。Government as serviceとして、すべての行政手続のオンライン化やマイナンバーカードをIDカードとして、パスポート、健康保険証、銀行口座へのログイン証明書、運転免許証、選挙における電子投票、医療記録の確認、税務申告など、一気呵成に進めるべきだ。個人の情報がオンライン上にあるということは、災害時や緊急時においても安心だ。そして、何よりも非接触だ。

コロナ禍を通して露呈した不都合を思い切って見直す時期ではなからうか。

言葉の力

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

2月24日、ロシアがウクライナ領土に突然攻め入った。これを紛争というのか、戦争というのか、侵攻、侵略なのか。歴史はどうであれ、現行の世界の秩序の中で他国に攻め入り、領土を分捕るといった道義に悖る暴力行為は、最も強い言葉として「侵略」だろう。

また、7月8日、奈良市内で街頭演説中に男に狙撃され、安倍晋三元総理大臣が亡くなった。宗教による家庭崩壊が犯人の動機ともされるが、いずれにせよ社会の秩序を暴力で変えようとするテロは「蛮行」である。

一つひとつの事象を、人間は言葉で表す。言葉にはそれが持つ意味だけではなく、ニュアンスを強く表す力がある。だから私たちは、物事の本質を適切に表現するために言葉を選ぶ。もしかすると、これは語彙の多い日本語に付与された特権かもしれない。

しかし、それでも日本語の語彙はさらに増え、一部は消えていく。2018年に第7版に改訂された『広辞苑』では、新たに自撮り、スマホ、アプリ、ツイートなどに加え、限界集落、健康寿命、再生医療、新型インフルエンザなど時代を表す言葉も追加されている。さらに、最近の若者言葉では、ゴン攻め、はにゃ？、スパダリなど、何のことやら、ほとんどクイズが大喜利の世界のような言葉が飛び交っている。これら言葉にどのような力が宿っているのかは知る由がない。

医療安全の領域では、事故と有害事象という言葉がある。この2つの言葉間での責任の強さ、過失の有無は知るべしである。To Err Is Human（人は誰でも間違える）の考え方からすれば、有害事象の責任は問うべきではない。しかし、それが免罪符となっていないか。有害事象をきちんと報告し、事故につなげない努力をすることによって許されるものではないだろうか。

また、日常診療の中でICという言葉がごく普通に使われる。異業種からすれば半導体？となるかもしれない。



Informed Consentの意味は、「説明して納得して同意してもらう」だ。ICという略語が本当にこの意味で使っているのか。言葉の本質に迫ってほしい。

さらに、KYTに至っては、タレントのDAIGOの略語芸同様に、「危険（K）予知（Y）トレーニング（T）」と聞いてひっくり返った。DPT（Danger Prediction Training）ならいざ知らず、KYTに何の力も宿ってないことは確実だ。

私たちは、言葉に秘めた思いをきちんと理解して日本語を使おう。それが、祖先に対しても言葉そのものに対する畏敬なのだ。

介護部創設

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

人生100年時代である。実際にわが国の人口構成で、85歳以上人口の急増という社会構造の変化は医療のあり方に変化を求める。国の資料によれば、65歳以上高齢者の要介護認定率は18.3%であるのに対し、75歳以上では31.5%、85歳以上では57.8%とその率は上昇する。急性期医療の現場でも、ここで示した率の高齢者が、救急受診や初診時点で、既に要介護者ということになる（下図）。

高齢者が入院する疾患は、誤嚥性肺炎、肺炎・気管支炎、股関節大腿骨近位骨折、腎・尿路感染症、心不全、脳梗塞、胆管炎の順である。これらの疾患は、繰り返すことの多い疾患だからこそ入院原因疾患の上位に並ぶ。高齢者に特徴的なこれら疾患は、軽度急性であるから、急性期病院の対象とすべきではないという議論があるのも承知する。しかし、急変して受診した時に、その病態が軽度か重度であるのかを瞬時に判定するのは神のみぞ知る領域ではないだろうか。

したがって、まず人員、機器が揃う急性期病院を受診し、結果として軽度であるならば、できるだけ早期に後方病床へ転棟、転院させるが筋であろう。そして、軽症でないならば急性期病床でしっかり管理し治療するのが、医療者として当たり前の行動であろう。

そこで、先の要介護度である。もともと要介護者が急性疾患に罹患するわけで、急性期病院においても介護需要は大きくなるに違いない。入院当初の医療依存度は当然高い。診療部門での治療Cureに加えて「療養のお世話Care」を使命とする看護が関与する。しかし、超急性期を過ぎれば、看護ばかりではなく、「生活のお世話Care」を使命とする介護士が、関与すべきである。それに

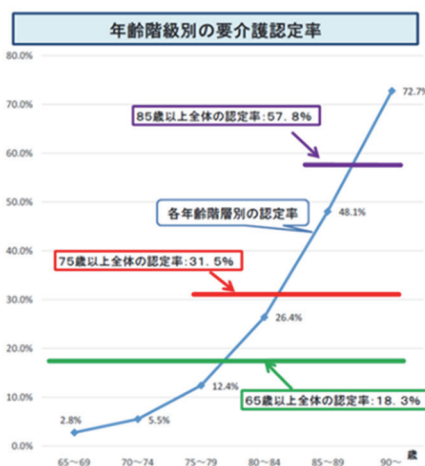
よって在院日数は短縮し、在宅復帰率も高くなるに違いない。

看護師からのタスクシフトは、看護師の指示通りに動く看護助手ではなく、自ら明確な使命と誇りを持って自律的に動く介護士であるべきと考える。急性期病院にも、新たなチームを創設すべきだ。

高齢化率がすでに38%となる七尾で恵寿総合病院では新たな介護部長を選任し、9月1日に日本の急性期病院では初めて介護部を創設した。仕事を分解し、例えば患者移送のみ、あるいは入浴介助のみを短時間担うアシストクルー12人を含めて50人の陣容で介護部をスタートさせる。

全ての医療、介護関係者には、これからの急性期医療において必要な新たなチームが誕生したという思いで見守っていただきたい。

そして、役割・機能を考えれば、将来、病院医療において、診療報酬と介護報酬を混在させるべきと主張したい。特に、在宅支援機能を担うとされる地域包括ケア病棟から先鞭をつけ、急性期一般病棟へ拡がることを夢見たい。



女王陛下のご尊顔

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

London Bridge is Down. …9月8日夕、エリザベス女王が滞在中のスコットランド・バルモラル城において96歳でお亡くなりになった。英国史上最長の在位70年は、英国の盛衰、戦後史そのものだったかもしれない。また、ロンドン五輪開会式の際のジェームズ・ボンドとの共演は印象的だ。気高く、時におちゃめな女王陛下だった。心からご冥福を祈りたい。

さて、年に数回、英国を訪問するある研究者から、先日話を聞いた。「毎回お会いするエリザベス女王に今回の訪問では会えなかった。。。」「えっ！」…皇室関係や首相であるまいし、この程度の御仁（失礼）が女王陛下に！である。

英国のポンド紙幣は、すべて表はエリザベス女王の肖像であり、裏面はチャーチル他の歴史上で名を遺した人物である。そう、彼が会った女王陛下は、ポンド紙幣ということだった。英国のキャッシュレス事情だ。

私も、以前に東京出張した際に、現金の入った財布を忘れたことがある。ドギマギしながら、スマホのSUICAとクレジットカード（以下クレジットカード）で生きながらえた。数十円の小銭も「カードですみません」と頭を下げながら決済した。一方、電子マネーで買い物をしたものを、自宅へ送る段で、「送料は現金をお願いします。」と言われ、慌てたこともある。

また、飲食、物販などのレジ周りには、クレジットカード、電子マネー、QRコード決済などのありとあらゆるロゴが掲示され、超多機能だ。当院は日本で初めて1997年に医療費のクレジットカード決済を導入したが、病院とても決済の多機能化への対応に迫られる。

そして、英国事情だ。スマホのモバイル決済では「スマホをなくしたときに不正利用されてしまいそうで心配」とのことあり、圧倒的にクレジットカードによるタッチ決済利用だという。地下鉄などの鉄道も、バスやタクシー、食事や買い物など、1枚のクレジットカードですべて事足り、先の女王陛下のご尊顔を拝さなくともいい社会となったようである。

もう一度、わが国である。今後、この多様な支払い方式のうち最も強いものがデファクトスタンダードで残るといった考え方もあるかもしれない。しかし、グローバルスタンダードも考慮すべきだろう。子供たちや使いすぎに注意すべき者には、プリペイド式クレジットカードもありかもしれない。



私見「かかりつけ医機能を担う医療機関」

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

ここへきて「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」の論議がにわかに盛んになってきた。

5月に開催された経済財政諮問会議で取りまとめられた「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太の方針2022）」で、今後の医療ニーズやコロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」に取り組む方針が明記された。

また、昨年5月に成立した医療法改正、そして本年4月の診療報酬改定において外来機能報告、外来機能分化の方向性で規定された「紹介受診重点医療機関」の議論では「紹介受診重点医療機関ではない」医療機関として「かかりつけ医機能を担う医療機関」が明記されている（下図参照）。紹介受診重点医療機関が、手術、化学療法、放射線療法や高額医療機器を用いた検査など、より専門的な医療を担うとすれば、医療費は出来高で算定せねばならない。一方、そうでない医療機関は、日常診療やスクリーニング検査を担うとなると、医療費は包括や人頭払いとなるに違いない。財務省的に、この出来高と包括に分けることで、後者の医療費を抑制させようとする意志が見え隠れする。

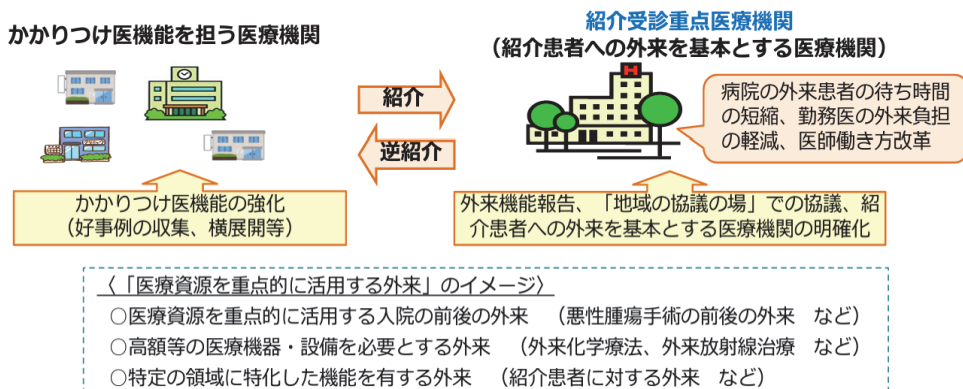
12月に向けた第8次医療計画の取りまとめを見据

え、この「かかりつけ医機能」について近く、政府案や医療団体からの提言案が出される予定のようだ。ここで、先の財務省的考えに捉われず、「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」のあるべき姿を私見として問うてみたい。筆者は2013年の日医・四病協合同提言策定にかかわった。それからほぼ10年が経過し、環境も変化した。これにこだわる時期ではないだろうと強く思う。

かかりつけ医とは、患者が決めるものであり、それ以上何者でもない。難病や希少疾患患者にとっては大病院の専門医もかかりつけ医になり得るだろう。

かかりつけ医機能とは、医療提供側が規定するものだろう。自らの守備範囲を規定し、その範囲を超えるものに関しては相談・連携先を明示する。そこでは、高齢社会に臨み、医療だけではなく、在宅、介護や福祉など地域包括ケアとしての連携も明示すべきと考える。そういった意味では、この機能はほぼすべての医療機関が提示すべきものとする。

そして、これまで診療報酬は「療養に対する給付」であったものの、かかりつけ医やかかりつけ機能医療機関では、「相談」に対する給付を設定することが必要だ。これにより真の「何でも相談できるかかりつけ」となるのではないだろうか。



厚生労働省 第10回第8次医療計画等に関する検討会（2022.7.20）資料より

カードいろいろ

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

買い物の度に「ポイントカードをおつくりしましょうか？お得ですよ。」に生半可な返事をするものだから、ポイントカードが増え続けた。今度同じ店に行く時のためと思うが、カード入れはパンパンになり、実際その店に行ったとしても、「あれ？あるはずなんだけど」と容易にポイントカードを出すことができない。結局新しいポイントカードをつくったりする。

最近では、カードからアプリ登録を求められることが増えてきた。確かにカード入れには余裕が出てくるが、スマホでアプリを探すのに目が泳ぐ。

店にとっては、CRM（Customer Relationship Management）戦略、すなわち「困い込み戦略」だ。やる店が少ない時には十分なお利益があったろう。しかし、猫も杓子もとなるとその効果も薄いに違いない。一方で、このお客と店側の悩みの解決策として、共通ポイントがある。しかし、わが店だけのお客ではなく、かつ、これと何種類もありなかなか大変だ。

さて、医療DXだ。データヘルス改革として、オンライン資格確認、自身の医療情報の確認、さらには電子処方箋の発行などの施策が進みつつある。加えて、健康保険証や医療職の資格確認をマイナンバーカードに統合する計画も動き始めた。マイナンバーカードの利活用は、ワクチン接種証明のほか、運転免許証、税金の申告などと期待が広がる。

北朝鮮と休戦状態の韓国やロシアに隣接するエストニアなど、個人カードで多くの行政手続きや民間利用が進む先進国は、絶えず国の外からの脅威にさらされている。いわば、非常時における国民情報の安全保障として国民に背番号を付け、デジタル化を急ぐ。そういった意味で、「平和ボケ」の日本だからこそ、進まないのかもしれない。

そんな中、電子処方箋の医師資格確認にHPKIカー



ドなるものが必要だという。そもそも病院として医師を確認して雇っている中で、さらに資格確認の必要性があるのか。医療監視での医師免許の確認は何のためにやっているのか。百歩譲って資格確認が必要だとしても、なぜマイナンバーカードを使えないのか。このHPKIカード発行にどの位の期間が必要か。電子カルテ端末にカードリーダーを付けるシステム改修にどれだけの資源が必要か。。。

そして、そんなことより、またカードの枚数が増えることを勘弁していただきたいものだ。

変わりたくないけれど、世の中が変わってしまう年

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博



毎年、年頭にあたって、「変わらねば」「変革の年」という話をする。また、多くの方々の年頭所感での定番言葉かもしれない。しかし、コロナの3年間、さらにウクライナ侵攻とエネルギー・原材料・食料価格高騰などを経験して、また人手不足を経験して、明らかに世の中が変わってきたことを実感する年かもしれない。そういった意味で、「変わりたくないけれど、世の中が変わってしまう年」になるかもしれない。

総務省が昨年暮れの12月23日に発表した11月の消費者物価指数で生鮮食品を除く総合指数が103.8となり、前年同月比で3.7%上昇した。15カ月連続で上昇し、第2次石油危機の影響で物価高が続いていた1981年12月の4.0%以来、40年11カ月ぶりの伸び率となった。政府・日銀が定める2%の物価目標を上回る物価高が続く。

特に、食料品やエネルギーといった品目が値上がりしている。食料全体では6.9%、都市ガス代は28.9%、電気代は20.1%上がったという。

円安に加えて、ウクライナ、気候変動の影響による原材料、資源高が大きい。食料安全保障の問題となるが、わが国の食料自給率は低く、かつ自給率が高いとされる米ですらその肥料は輸入に頼りひっ迫しているという。

その上、人口減少に伴う人手不足だ。これにより賃金上昇も顕著だ。材料費も人件費も増えてくる以上、これから先も物価上昇ベクトルは収まりそうもない。

さて、医療費である。コロナ禍を通して医療の非効率

性を叫ぶ声も大きい。しかし、コロナ禍での混乱は、医療に余裕がなかったからではないか。人材も設備もいざという時のために過剰であっても経営が成り立つような環境にないことが問題だ。実際、12月2日に公開された、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会による「2022年度 病院経営定期調査*」において本業たる医業利益の比較で、4期続けて赤字病院割合が60%を超え、2020年度の79.1%が最も高く、2021年度は72.5%であった。

医療は構造不況業種と言ってもいいのではないだろうか。公定価格に守られ価格競争が発生しないということは過去の話だ。公定価格に縛られて、原材料価格、エネルギー価格の上昇、人件費の上昇を価格に転嫁できないのだ。

2023年度中間年薬価改定において、大臣合意で「急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応するため、急激な原材料費の高騰により不採算となっている全品目（不採算状況調査の1,100品目）について、不採算品再算定を実施して薬価の引き上げを行う。」となった。ならば、薬価だけではなく診療報酬そのものも、中間年で物価に比例した見直しをすべき時ではないだろうか。

急激な原価の上昇や人件費の上昇を、1年以上前に決定された診療報酬改定率という公定価格の中で吸収するということは、ますます、次の新興感染症に対する「余裕の医療」を困難にすると思われてならない。

混乱と混沌の次元

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

私たちの思考に次元dimension感覚は重要だ。一次元（1D）とは、線である。例えば、左端が「悪い」、右端が「よい」で、どの辺にあたるかは、多くのアンケートの定石である。医療の世界では、痛みの評価のフェイススケールなど汎用されているし、QOLというLife（生命、生活、人生）の質がいい、悪いなどの評価もまさに一次元思考だ。

ここに、もう一つ要素を加えてみようというのが二次元（2D）ということになる。x軸とy軸だ。先の痛みの評価の縦軸に、マインドフルネスなど「こころ」の軸を加えてみると、その対応が変わってくるかもしれない。QOLについても然りだ。これからは個の時代だ。顧客に患者に個別対応するために、次元を増やした尺度が求められるに違いない。

そして、三次元（3D）である。まさにx軸y軸にz軸が加わり立体となる。次元を増やすたびに情報量は格段に増加する。評価に利用するならば、その場合分けは n^3 に増加する。3D映画の増加とそのクオリティの向上は、その映像処理に関わる高性能な半導体に依るところが大きいだろう。

さらに、最近では四次元（4D）だ。三次元までは空間の軸であったが、これに時間軸や感覚軸が加わることになる。アインシュタインの相対性理論も宇宙のブラックホールの存在も、日常の三次元感覚ではついていけない。生半可な思考では、○★*△§□、、、となってしまい混乱と混沌だ。

そんな中、年頭に首相の口から「異次元」が出てきた。すなわち「異次元の少子化対策」だ。目の前の有事対応としての防衛、静かなる有事としての少子化対策といったところが政策のカギだと理解する。ただ、インパクトのある言葉で国民の関心を呼ぶのが政治家の性だろうが、いきなり異次元と言われてもよくわからない。どう



やら従来より議論されてきた少子化対策に経済支援策を加えて一次元+一次元=異次元のようである。前者の柱として、1) 児童手当など経済的支援の強化、2) 学童保育や病児保育、産後ケアなどの支援拡充、3) 働き方改革の推進があげられ、後者の柱として、やはり1) に示した児童手当の支給額拡大となり、なんとなく一石二鳥感が漂う。

異次元というならば、次元ごとの丁寧が説明を待ちたい。次元が増えれば、情報量、説明量を格段に増やさねばならないということを理解していただきたいものだ。

災害は忘れたころにやってくる？

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

トルコ・シリア大地震では、4万9千人超の死者である。ご冥福を祈りたい。加えて、寒空の下での被災民の多さから、2次災害としての感染症やストレス障害の発生が危惧されている。なぜこのように被害が多かったのか。トルコでは地震が起らないという神話があったのか？！否である。アジア大陸とヨーロッパ大陸が衝突するこの地には断層が存在し、これまでも大きな地震が多発する国なのである。問題は、世界の地震学者が警鐘を鳴らす中、トルコ政府は、「いやなことが起こることはない」という楽観の下で、施策を講じてこなかったことのようなのだ。

これは他国の話か。今年に関東大震災からちょうど100年目、阪神淡路大震災から28年目、また、記憶に新しい東日本大震災から干支が一回りの12年目の年である。決して災害は忘れたころにやってくるのではない。すでに、南海トラフ大地震が起こる確率は20年以内に60%程度、10年以内に30%程度とも言われている。楽観したくなる気持ちは当然だし、そこにける金があるのならば、苦しい現在の生活のために給付してほしいと思うのは人の常だろう。しかし、忘れていない場合ではなさそうだ。

関東大震災当時の東京市の人口は約208万人で、死者68,660人は約3.3%だ。首都直下型地震で、この死者の率を今の東京23区の人口約1,000万人にあてはめると、何と死者33万人となる。また、福島原発事故以来、低い電力予備率の中で、地震と共に東京湾岸の火力発電が止まった場合、高層ビルや高層マンションに加えてデジタル化が進む首都機能は一気にストップする。トルコ同様、寒空の下で災害が起これば、あるいは灼熱の中で災害が起こればを考えるとぞっとする。

地震ばかりではなく、台風などの風水害、雪害が激甚



化し、毎年日本のどこかが被災する。これに、コロナウィルス2019をはじめ、今後も有り得る新興感染症、さらに企業ばかりではなく病院をも襲うサーバー攻撃など、新たな災害が付け加えられる。

こうなると、災害を忘れていているというのはノー天気だ。国は、法的に、また財務的に緊急事態の時にどのように対応するか備える必要がある。そして、事業者や病院・施設もまたBCPを定めるだけでなく、その裏付けとなる財源の確保が必要なのだ。国も事業者も余裕がない時代が続く。余裕を創れる社会こそ「好循環社会」なのだろう。

そこでは、従来の既得権や社会の仕組みをとことん見直す思い切った政治の力を期待したい。