

デジタル 電子化 こそが 柔整のワクチンだ!!

～デジタル化を 加速 することこそが、
感染爆発と 不正受給問題 から
柔整業界を救う “ワクチン” となる！～

広報・情報管理部

はじめに

令和3年の年が明けた。例年であれば、先ず新年を祝う挨拶を述べ、今年の干支（辛丑）に因みこの一年の方向性を語るのが長年の儀わしである。

しかし、この混乱の最中の正月に於いては、心底からの笑顔で新年を祝える状況はない。

また、本来は昨年の夏に「2020東京オリンピック・パラリンピック（以降「東京オリ・パラ」）を開催し、2011年3月に発生した「東日本大震災」の際に多くの支援を頂戴した世界中の国々や人々に向け、笑顔で我が国が復興を遂げた姿をお披露目すると同時に、温かい支援に対する感謝を込めて日本文化の持つ「多様性と調和」を紹介し、その中に古来から息づく“和”的精神を紐解くことで「国境や人種を超えて人々が繋がることの意義」を示す筈であったが、突然発生した新型コロナウイルス（以降「コロナ」）の感染爆発によって一年延期となってしまった。そして、今夏こそは「コロナに打ち勝った証し」

という意味合いを加えて、一年遅れの開催が予定されている。奇しくも震災からは10年目の節目となる本年ではあるが、東京オリ・パラで我々が示そうとしていた「結びつき」「触れ合い」「繋がり」を真っ向から否定したコロナは圧倒的な感染力を見せつけて世界中に拡散し、その被害はこの年明けでも収まる気配すら見せていない。そして、本当に今夏の開催が可能かは分からぬ。それでも多くの人の何年もの努力を無駄にしないためにも、何としても開催して欲しいと願うばかりだ。

だからこそ、年頭をただ嘆いて始めるつもりはない。先ずは、こうした厳しいコロナ禍に於いて、自らの命を懸けて患者のために働く医師をはじめ、その補助作業を担う医療関係者の方々には心より感謝を述べたい。そして、我が業界に於いても、医療機関と同様に地域に根ざし、地域住民の外傷施術のために感染と正面から向き合って施術所を開け続けている公益社団法人 東京都柔道整復師会（以降「当会」）



会員諸兄にも深く敬意を表したい。

さて、「コロナ」のパンデミックについては、本誌前号（コンパス47号／令和2年8月7日発刊）で既に昨年7月末までの詳細なデータを盛り込んだ特集を組んだ。また、令和2年の一年間はコロナの感染拡大防止策の影響もあって、当会が昨年に予定していた殆どの事業が中止となつたことから、各部報告・支部活動報告等の紹介も叶わないので、本来なら昨年後半に予定していた本誌の発刊を見送ったのだが、年が明けてもコロナの猛威は続き、本年新年号でさらに深掘りをして、再び特集を組まなければならぬ状況となってしまった。

そこで、前号で触れた内容を振り返りながら、それ以降現在に至るまでの感染状況の変化や新たに判明した事実等についても、厚生労働省（以降「厚労省」）をはじめ各都道府県の公式発表データ、各機関の報告等を基に陽性者数、重症者数、死亡者数、PCR検査人数、実効再生産数やその比率等、新たに入手した様々なデータを重ね合わせて、いまだに「インコロナ」といえる社会経済等を含めた中間報告的な“ここまで”を示すことにした。

しかし、ただコロナ関連のニュースを掲載するだけでは本誌の役割は果たせない。そこで、これまでに明らかになった“そこから”透かし見えるコロナ禍で接骨院を維持継続するための考察、さらには感染症対策以前の危機管理体制として、現在の医療崩壊の危機の原因となったであろう長期的な政策の在り方をも振り返り、国民医療に関する施策は、本来誰のためにあり、何を目指すべきなのかといった地域医療の原点についても根底から見直してみたい。

そして、現状から見えるコロナ収束時期予測やその後に見えて来る「アフターコロナ」時代についても、

これまでに受けたダメージ分を取り戻すために必要になる様々な仕組みの再構築と、その時に日本が置かれるであろう状況から予測される近未来の柔整業界の有り様を、この「第三波」真只中の状況から可能な限り考察してみたいと思う。

更に、今年9月に創設が予定されている「デジタル庁」や、これまでの当たり前が当たり前ではなくなることを予測させる、様々な視点を逆転させようとする「行政改革」の方向性は、このコロナ禍からの復興のためだけではなく、次世代の若者達がしっかりと新たな時代を築くための礎となる。そのためにも、今後確実に「デジタル化」は推進されていくだろう。こうした、これまでとは異なる少々見え難い変化が、日本社会だけでなく我が柔整業界に与える影響の大きさについても、柔整業界の根幹を成す受領委任制度の在り方が大きく転換を迎える令和3年の新年特集としてお届けしたい。

そして、この災禍に、つい項垂れ下を向いて嘆きたくなる気持ちを逆にエネルギーに変え、この地球規模の災いさえも我が業界の大いなる飛躍への好機に変換したいと思う。

投げられたら受け身をとり、起き上がり、何度も相手に向かっていく。それは柔整と表裏一体にある柔道の「柔よく剛を制す」の極意に繋がっている。

決して負けで終わることを善しとせず、諦めることなく己の志を追求して、例え一歩だけでも前へ進む。そのためには「できるか否かではなく」、今できることを「やる」のだ。そして、その思いを胸に詰め込み、可能な限りの情報を駆使して、この新年巻頭特集を不眠不休の態勢で精一杯に編んでみた。是非、隅々までご熟読いただきたい。

【1】感染拡大の背景

●予測通りの第三波到来…

昨年4月から5月にかけて政府が緊急事態宣言を発令したことで「人の移動」が制限されると、街から人々の姿が消え、日本中の地域経済活動は停止し、あらゆる業種に於いて「ヒト・モノ・カネ」の流れが、まるで瞬間冷凍されたかのように止まった。それは余りにも突然に、我々の目の前で何かが変わった瞬間でもあった。

だが、その時点での変化は決して武力等による強制力によって成されたものではなく、日本国民自身の意思による“政府への賛同”であったといってよい。そして、当然の如く、我々柔整業界もそれに従い、その結果として施術所へ通院する患者も激減した。

そして、「人の移動」を制限する自粛施策は観面の効果を示し、その直後には感染者数が減少しはじめ、昨年6月頃から徐々に我々の施術環境にも好転の兆しが見え始めた。続く7月には寄り戻し的な第二波がみられたが、パンデミックから半年が経過した9月頃には、当会会員の請求件数や請求金額にも回復傾向が現れて、徐々に通院患者が回復してきている様子が見て取れた。

多くの会員が「これで今回のコロナ騒動もようやく収束に向かうのではないか」と胸をなで下ろそうとした途端、昨年11月には早くも“コロナの逆襲”とも言うべき第三波となる「冬将軍（気温の低下）」が日本列島を襲った。

季節性のインフルエンザ同様、気温と湿度が下がる冬場には、このコロナの第三波となる感染再拡大があることは、専門家の間で以前から予測されていたが、一度感染者数が減じて落ち着き始めると、人間とは見事なほどに「喉元過ぎれば熱さを忘れる」動物であることを再確認させられた。

そして、徐々に街に人々の影が戻ると、再び各地域の感染者数が急増しはじめ、日本中の人々に一瞬輝きを放ったかに見えた“復活の笑み”は、冬将軍の北風に吹き飛ばされてしまうことになった。

また、冬期の気温低下により、例年血圧上昇による脳梗塞や心筋梗塞なども増加するため、コロナの感染を怖れて受診を控えると、コロナ以外の重篤な病気の発見や初期対応が遅れて、普段なら確実に救えた命を落とすことにもなりかねない。感染予防とはいえ、引き籠れば今度は運動機能が低下してフレイルの心配も高まることになる。何とも厄介な対応がもう暫くは続きそうだ。

●感染らない、感染さないために…

さて、コロナが他のインフルエンザ等の感染症と比べて最も厄介とされる点は、次の4点だ。**①「感染力が非常に強い」**ことに加え、感染者が感染の事実をまったく認識しないまま感染が拡大してしまうという点にある。というのも、各医療機関の報告によると、実際に感染した者の大凡半数近く（約45%）は、**②自分自身が感染したことを認識可能な症状（咳・発熱・倦怠感等）が出る前に、すでに他の者へ感染させてしまっている**ということだ。そして、このコロナの感染力が最も強い時期は「発症2日前～発症前日まで」だという。また、感染力があるのは発症後10日程度のようだ。つまり、本人が症状に気付いてからでは、すでに遅いという訳だ。これでは、実質防ぎようはない。

さらに、**③感染者の約60～80%の者は「無症状」**なのだ。無症状では感染したこと自体を本人が実感することすらできない。たまたま周辺の誰かに症状が出て陽性となり、濃厚接触の疑いで検査を受けた結果として一番最後に自らの陽性が認識できるという、通常とは真逆の流れとなる。

これでは、「いつ」「誰から」「感染」してもおかしくはない。

もしも、**このウイルスの特性環境から本気で感染防止を実現するには、「普段」から「自分自身が感染しないように配慮する」だけでなく、「何の症状も自覚もなく、感染したことを実感する以前」から、「他の誰にも感染させないように行動することまでもが求められ、それを大多数の国民が実施する以外に感染拡大を防ぐことはできないことになる。**

実はこれこそが、国や自治体が推し進める**「マスク、手洗い消毒、3密回避、外出制限」**といった感染拡大防止策そのものなのだ。つまり、**自らの予防と他人への感染防止は表裏一体且つ同一のもの**ということだ。本気で「感染らない！感染さない！」しかない。

さらに、コロナのもう1つの特徴は、**④感染してから発症するまで1～14日間と潜伏期間が長いこと**だ。潜伏期間中の感染者はウイルス排出量が低くPCR検査でも陽性と判断されにくく、この時期に検査をしても陰性と判定される可能性が高い人が多い。

そして、発症直前になって急に感染力が強くなり、本人が知らぬ間に誰かに感染させてしまう訳だ。こうした事実から、現在では海外からの入国者について「陰性証明」と「14日間の隔離」が求められ、短期の海外移動は実質不可能な状態となっている。

●実は、日本は台湾よりも早く初症例を検出できていたが…

前号では、日本政府の感染症に対する水際対策について、死者が確認されるまで「対岸の火事といった状況であった」と記載した。しかし、その後の調査で、日本政府の感染症対策等の取り組みを検証している「新型コロナ対応・民間臨時調査会」の報告書を確認したところ、日本政府は東京オリ・パラ開催で訪日外国人が急増することを見越して、深刻な感染症が国内に入ることや市中で発生した際に、すぐ検出できるように2019年から感染症等の発生状況や変化を注意深く監視し、その動向の把握・対策効果の判定のため、情報収集や分析等を行う「疑似症サーベイランス」を準備していたことが分かった。

そのため、武漢で確認された新型肺炎に似た症状の患者が発生したら、国立感染症研究所（以降「感染研」）が検査する体制も同時に確立していたため、武漢からの感染流入を早期に検出できていたことが判明している。そうした準備作業によって昨年1月15日、コロナの国内初症例を検出（中国以外ではタイに次いで世界で2例目）していた。

台湾がコロナの初症例を検出したのは昨年1月21日なので、日本の初症例検出はこれよりも早かった。さらに、アメリカが初症例を検出できたのが3月になってからだったことを考えれば、日本のサーベイランス体制は高く評価されるべきだった。

また、日本の検疫はPCR検査だけでなく徐々に抗原検査を導入するなど検査体制を強化していたため、昨年12月25日という早期にイギリスからの入国者5名から変異株（新種）を検出している。

海外からの帰国者は、ホテルや自宅で14日間「待機（隔離）」することになったと記したが、既述した通り発症前の場合にはウイルス量が少ないため捕捉できない。せっかく早期発見できても水際で食い止めきれなければ意味はない。そこで、日本政府は変異株の流入を食い止めるため、早々に検疫所の宿泊施設等での待機を求めるのを決めたが、誠に残念なことに、日本は「人権とプライバシーを最優先する」模範的な国家であるため、入国者の位置情報（GPS）データまで取得することはできない。

だが、この国がこの感染症に対して水際対策として「何をすべき」かについては、やはり「何を実現したいのか」で決定すべきではないだろうか。

そこで注目すべきは、日本とは対照的に国内での死者数を僅かに6名に押さえ込んだ台湾の対応だ。

このことは前号でも触れているが、さらに詳細を記せば、台湾の待機体制は日本とは大きく異なり、「国内の被害を最小限に留める」という明確な結果を出すことに徹底しているのだ。

例えば、台湾政府はホテルでの隔離を義務付けていた者が、廊下に僅か8秒間だけ出たために約36万円もの罰金を科している。また、入国者の携帯電話の電波状況を監視し、在宅待機での隔離者が自宅を離れると政府当局と警察に通知される仕組みを義務化していて、隔離違反者には最大で約370万円の罰金を科し、施設への拘禁も可能だという。

注目すべきは、罰金の額面だけではない。部屋から8秒間廊下に出たことを確実に把握できるシステムと、その事実を躊躇なくルールに適合していることだ。このような厳格なまでの対応は、日本では到底有り得ないように思う。

こうした台湾政府の取り組みは、日本社会にはすぐには馴染まないだろう。しかし、台湾政府の防疫体制とそのシステムは、違反者を罰することが目的ではなく、感染リスクを減じることで、すべての国民の安心と安全を守るという視点で「平常時」と「緊急時」を明確に分け、必要な措置を迅速に実施している。その結果、台湾は国内を広範囲に都市封鎖するという強権的な移動制限を実施せずに、感染症対策に成功している。そして、その対応によって国民に大きな経済的なダメージを与えることなく、感染危機への対応に成果をあげてきたのだ。こうした「日常生活」と「国民の経済の安定維持」を保持する台湾政府のコロナ対策は非常に参考になるものだ。

また、台湾国民の約90%がこの施策を高く支持していることが明らかになっている。これに対し、2020年5月に日本で政府のコロナ対策を支持していた国民は、僅か42%に留まったのが現実だ。

最初の緊急事態宣言で強制力なしに見事な自粛姿勢をみせた日本だが、その後の政府の施策決定とその理由が右往左往する様子を見て、徐々に国民の意識に揺らぎが生じてしまったようだ。

そして昨年末、第三波の感染拡大状況に戸惑った政府はいよいよ罰則と補償措置（協力金）を伴う感染症危機対応法制の見直しも考慮はじめ、年が明けた1月にはコロナ感染者病床の不足状況から、感染症対応の現場である病院に向け、感染者用の病床確保に応じない医療施設への制裁を含めた法の改正を打ち出した。こうした日本政府の対応を台湾政府の施策の在り方と比較して、大いなる違和感を感じるのは当広報・情報管理部だけだろうか。

【2】効率主義の弊害

●病床数の削減

実際に感染症の患者を受け入れられる病床環境を整えている病院というのは、元々、国公立の病院に集中しており、医療施設全体の約8割を占める中小規模の民間病院では、感染症の患者を殆ど受け入れられる状態にないのが現状だ。こうした状態を放置し続けてきた「平常時からの危機管理体制」に問題があったのだ。実際に危機になってからでは間に合わないのは当然のことだ。

こうした中で、年明けから急激に感染者を受け入れる病院の空き病床が逼迫し、コロナに関係のない日常的一般診療や救急搬送及び入院や手術等の受け入れ状況にも大きな影響が出始め、自宅待機者と病院とを連携する地域保健所の機能不全及び麻痺等も含めた医療崩壊について大きく報じられている。

日本医師会・東京都医師会では、こうした事態が発生することを昨年のかなり早い時期から危惧し、**国民個々の感染防止策の徹底**と、それを完遂するために必要な国や都道府県による**経済救済策の徹底**、さらに**感染病床確保体制づくり**等を呼び掛けてきた。しかし、予測通りの状況が正に現実となってしまった現在でも、国や都からの救済策と病床確保策の方はまだ十分とは言えない。

実は、感染症患者に対する病床不足による医療崩壊の背景には、かなり以前から医療体制への取り組み方について「過度な効率化」を求める改革が断行されてきたことが背景にあるのではないだろうか。効率を求めることが自体は悪くないが、それも度を超せば、非常時の機能不全をきたす可能性は高まる。今回のパンデミック時の混乱を拡大させた下地にもそうした背景があったように思う。

というのも、この国の医療の将来設計の策定には、今回のパンデミック発生等の「非常時」自体が想定になく、今現在の最大の課題である**【高齢化による医療費・介護費の適正化（削減）】**を最優先させ、その実現のために“効率”を重視した**【地域医療構想】**を進めてきたことが源流があるよう思えるのだ。

厚労省が2017年に決定したこの**地域医療構想**は、「団塊の世代」が75歳以上を迎える2025年に医療・介護需要が増加するとの予測に対し、それに対応できる医療提供体制を整備するという観点から、各都道府県が医療計画の一部として策定したものだ。そして、その当時、全国に約1,500カ所あった公立病院のうち、採算がとれていない424カ所の病院名を

公表した上で、病院の統廃合を本格的に進め、2015年時点で合計**135万**あった病床数を2025年を目途に**約115万**程度まで（約20万床）削減すると宣言した。そして、すべての病床について①**高度急性期病床**=難しい手術等に対応する②**急性期病床**=救急患者を受け入れる③**回復期病床**=リハビリテーションなどで自宅復帰を目指す④**慢性期病床**=慢性疾患の患者を受け入れる、という4つに分類し、急性期ではない回復期・慢性期の患者を**自宅や介護施設等（在宅医療）**へと切り替える方針を示したのだ。

削減対象とされた各地域の公立病院の1割弱が、病床稼働率が50%以下で毎年合計で5,000億円以上の公費が投入される慢性的な赤字体质に陥っている状態のため、**医療費の削減と最適化**を行うことが急務とされ、経済優先の施策が強く進められてきた。

しかし、公立病院等がそれぞれの地域で果たす役割は、地域住民の高齢化の進行に比例して年々増加している。もしも、こうした公立病院が統廃合されてしまえば、高齢者をはじめ、その地域で治療を必要とする多くの地域住民が適正な医療を受けられな

【資料1】国別の病床比較

(人口1,000人当たり)



出典：OECD Health Statistics 2018を基に作成

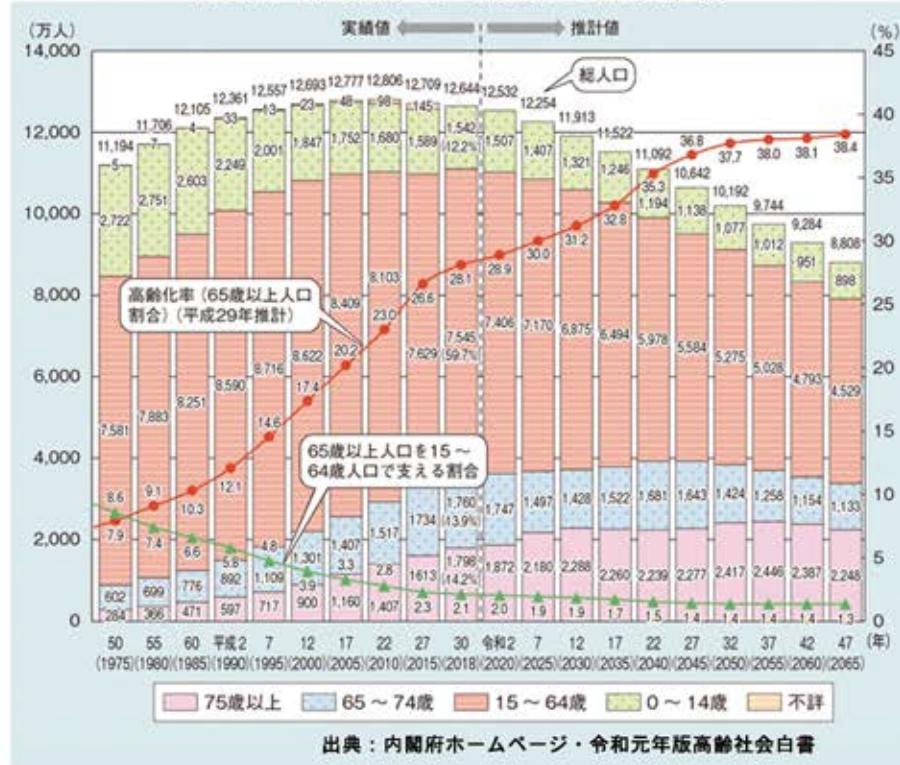
「*」は2015年、「**」は2016年、その他は2017年のデータ。

くなってしまう可能性がある。そして、自らが暮らす地域に中核となる総合的な病院がなくなれば、医療施設が沢山ある都市部への人口流出が加速する可能性も高まって、政府の「一極集中の回避」や「地方創生」という考え方とは真逆の施策になる。

さらに、この構想で削減対象になっているのはそうした回復期・慢性期の患者用病床ばかりではなく、全病床の48%を占める急性期病床59万床でさえ、40万床まで(-20%)減らす方向性が示されている。確かに急性期病床は、高額な医療機材だけでなく、看護師等の人材も多く配置して手厚い体制を整えなければならない。そうしたことから診療報酬が高く設定されているため、多くの病院が利益を追求して急性期病床数を確保したがり、過剰となる傾向があるのも確かだ。そして、それによって医療費は高額となるが、急性期の患者ばかりがいる訳ではないため、その稼働率は下がるという赤字の構図ができてしまう。政府はこうした負の連鎖を断ち切らねばならないと考えた訳だ。

とは言いながら、家族による引き取り手のない「社会的入院」を削減し介護施設へ移すというのならまだ理解もできるが、それは2000年の介護保険創設時に対応した内容で、これとは異なる。そして、在宅医療が困難な状況にある患者や、病状が安定して慢性期ではあるものの、更に長期的な医療を必要とする患者等も実在する。そこを削減し、介護施設や在宅へ移すという思考は如何なものだろう。

【資料2】高齢化の推移と将来推計



そこで、2015～2017年の人口1,000人当たりの病床数をOECD（経済協力開発機構）に加盟している他の先進国と比較した表をみると、日本の病床数が突出して多いことが分かる。（【資料1】）

これを見る限り世界的に日本の病床数が多いことは確かだ。これだけを見れば、政府が必死に削減したくなる気持ちも分からなくはない。しかし、それならもっと以前から少しづつ丁寧な議論と説明をした上で削減策に出るべきだったのではないか。これでは、国民の為の社会保障改革に向けた重要な議論について、「経済論理を中心として、医療（社会保障）を受ける側（患者／地域住民）の意見抜きで進められている」ように見えてもおかしくない。

さらに患者を自宅や介護施設などの地域医療・在宅医療に切り替えるという考え方は、例えそれが効率的な医療の提供を目指したものであつたとしても、その結果が「治療を必要とする高齢者を地域に丸投げするだけで、高齢者の医療難民化を加速させてしまうのではないか」との批判もあり、地域医療構想の主旨自体が問われかねないことになる。

次に、地域医療構想は、日本の総人口が2010年以降減少に転じたことから「将来の患者減少を見据えた病床削減は不可欠」といった認識の上に論じられているのだが、実際の高齢者人口は、団塊の世代が65歳になった2015年には3,345万人であったが、それが75歳以上になる2025年（令和7年）には3,657万人にまで増加すると見込まれ、入院患者数は現在よりも28万人増加するという試算さえある。さらに、その後も高齢者人口は2042年に3,878万人でピークを迎えるまでは大幅に増加すると国が公式に推計値を出している。【資料2】しかも先述の通り総人口が減少する中で高齢者が増加するため高齢化率は上昇を続け、2015年の高齢化率は26.6%で日本人の4人に1人であったが、地域医療構想で目標と定める2025年よりさらに10年後の2035年には、高齢化率は32.8%で全体の3人に1人が高齢者となる超高齢化社会の到来が予測されているのだ。

つまり、高齢化の進行とともに必要な病床数は今後さらに増える傾向にあるのが実態なのだ。ならば、現在よりも病床数を増やす方向で検討するのが常識だが、「総人口の減少」を根拠に「病床数を減らす」のは如何なものだろうか。

●下地にある思考

こうした地域医療構想の考え方方が初めて打ち出されたのはいつからだろうか。確認すると、2008年の社会保障国民会議の中間報告の中で、「過剰な病床の思い切った適正化」を掲げており、同様の認識は2013年の社会保障制度改革国民会議報告書にも色濃く現れている。そこには当時、診療科目や機能ごとに細分化した医療施設を「川上」、退院患者を受け入れる地域を「川下」と表現して、**急性期医療への重点配分、入院期間の短縮、在宅医療の整備**を最優先で進めようとする姿が強烈に示されている。日本の病床数は世界的に見て多いことは確認した通りで、逼迫する医療保険制度とその財政を持続するためには、病床削減の議論が必要であることに異論はない。

しかし、そもそもこの地域医療構想の根底には、先に見たように高度な急性期医療に機能分化した病院を上位（川上）とし、住民の生活の場である地域をただ「病床削減後の受け皿」（川下）と位置付けた医療提供体制改革を論じていて、日常生活の中で患者に寄り添う本来の医療という視点が抜け落ちていると言わざるを得ない。

患者側の視点に立てば、むしろ日常生活で遭遇する多くの軽度疾病や我々柔道整復師も携わる外傷等に対応する地域医療こそを充実させておくべきではないのだろうか。さらに、地域医療における病床数の削減を実現させるには、何よりも在宅医療体制をさらに整備しなければならない筈だが、在宅での訪問診療や往診を行う開業医自身が高齢化し、減少することへの対応はまったく論じられていない。同様に、在宅や介護施設での在宅医療を支える介護職員等についても、この構想の完成時期となる2025年時点では33万人が不足するという試算があり、年々介護人材不足は悪化し続けている始末だ。

政府が本気で現在ある病床を削減して、在宅や介護施設を受け皿にしようと考えたのであれば、その受け皿となる部分を先に充実させなければ、例え削減が実行できたとしても、患者を受け入れる場には誰もいないことになってしまう。

また、2000年（平成12年）に介護保険が成立して以降、介護分野を重視するという時代のニーズから**「地域包括ケアシステム」**の思考も下地にあったのは事実だと思うが、高度急性期病棟への予算配分が増えたこと等を重要視した多くの病院は、さらに様々な場面にも対応可能な病床数までも削減して急性期病床を増やす傾向となった。そうした流れは、

現制度の中では訪問診療をはじめとした在宅医療の診療報酬がそれほど高くない上に、担当医師や職員への負担が大きいことが背景にあるのも確かだろう。

そして、在宅医療の割合を増やす方向性があるのなら、それによって介護職員数とその負担に対する報酬改定等を先んじる必要があることも容易に想像がつく。しかし、在宅医療の体制は、現在の病床の代わりに機能するほどには整備されてはいない。介護保険前から在宅を意識して、2008年から構想して2017年までの約10年間を費やして実行に移した地域医療構想だが、経済的な「医療費削減」への思いが強過ぎて空回りしている様子が随所に見受けられ、丁寧な組み立てや周辺を構成する分野への説明が十分にできていないように思えてならない。

総人口の減少が始まったのは事実であっても、高齢者人口や高齢化率は高まり続ける以上、病床削減を実施するのは、高齢者人口がピークを迎える2042年辺りを目指すべきだろう。医療費削減を急ぎ過ぎて、病床削減の時期の前倒しをし過ぎた代償は、散々騒いだ挙げ句、高度急性期病床及び急性期病床は将来確実に余って稼働率は下がり、回復期病床等が不足することになるのは間違いない。

結局のところ、本音は「医療費削減」を実行する口実を並べたて、病床数の削減を強引に進めたが、思惑に反した「医療難民」を生んでしまうばかりか、想定外の緊急事態を受け止められる余力を持った持続可能なシステムを構築することは叶わなかつたと言えるのではないか。

こうした思考が下地にあったため、今回のコロナ対応で見られた「感染症患者の病床確保が困難」となる事態を招き、その影響から、現場の医師が危惧した「日常の一般診療が停止しかねない状況」となってしまったと言えなくはない。

しかし、この地域医療構想は既に完了したものではなく「医師・医療従事者の働き方改革」や「実効性のある医師偏在対策」と合わせた**三位一体改革**として現在進行形のものだ。であれば、このコロナ危機から、緊急時に対応可能な「余力を持つこと」の重要性を学び、削減のターゲットとしている公立病院等こそが、こうした緊急時に各地域の軸として活用できるように、病床の稼働率や採算を少々度外視しても、危機対応用の病床とそのための医師をはじめとする人材及び報酬の確保、それらを平常時には一般診療に切り替え可能な仕組みの導入、そして、患者の利便性を見失わないバランス感覚や事前の十分な説明が必須であるように思う。

●保健所の削減

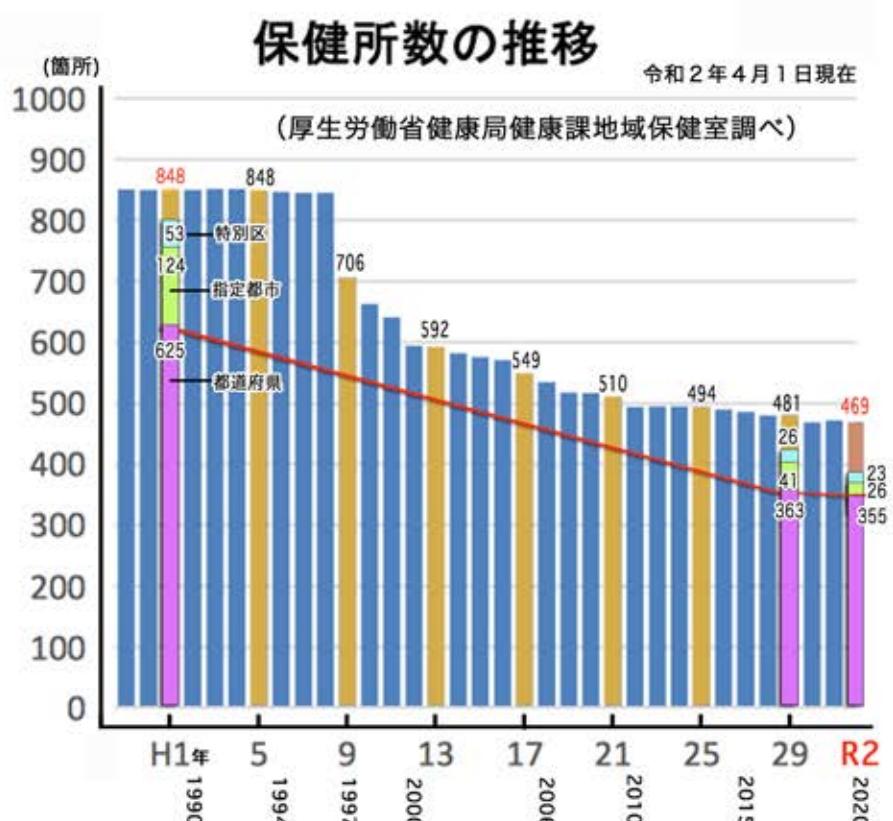
続いて、今回のコロナ対応に追われている保健所についても、2000年以降、地域住民に身近な保健行政は市町村に移管され、その数を大きく減らしたことが分かっている。こうした背景にも、現在の保健所が担う仕事について大きなボタンの掛け違いが生じていたように思うので見直してみたい。

戦後から、結核、感染症対策、成人病対策等を主な業務として地域の保健衛生等を担ってきた**保健所**だが、1994年（平成6年）に「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（厚労省告示第374号）」によって、二次医療圏または老人保健福祉圏としての保健所所管区域（従来は10万人に1カ所）の見直しが行われた。

翌1995年（平成7年）には、さらなる地域ニーズの変化や経費削減策として、介護及び福祉への業務シフトのための「地域保健対策強化策」として、それまでの保健所法を「地域保健法」に改正している。これを契機として、地域住民に身近な保健行政を市町村の市町村保健センター等に移管したため、平成7年以降の全国の保健所数は半減したのだ。

その変遷をもう少し詳しく見直すと、1994年当時に625カ所あった都道府県の保健所は、23年後の2017年には363カ所（-262カ所）に減少している。

【資料3】



同様に指定都市も124カ所から41カ所に、特別区（東京都）も、53カ所から26カ所と減少し、複数の保健所を持つ政令指定都市・特別区は、福岡市と名古屋市だけになった。一方で人口20万人以上で政令指定の中核市には新たな設置も見られたが、保健所の統合・再編が進んだ結果、2020年現在の設置主体別保健所数は、都道府県が355（1994年に比べ-270）、人口50万人以上で政令指定都市が26（-98）、保健所政令市が5（-40）、23特別区が23（-30）、中核市が60（+60）、これを合計すると平成元年の848カ所から469カ所（-378）と、何と約4割が減少していることが分かる。【資料3】

ところが、今回のコロナの緊急事態を受けて「帰国者・接触者相談センターのほか、PCR検査・感染者の行動調査・接触者の確認・入院先の調整・健康観察・自粛要請」等の業務を急遽こなさなければならなくなつたのが、地域で半減させられた保健所およびその職員である。

ここでも過度な「経済優先・作業効率化」による保健所の統合・再編のツケが生じているのがハッキリと見えている。

それにしても、今回のコロナのような感染症について、いちいち各地域別に全例「報告」しなくとも、最初から平常時にこそ、そうした時のためのフォーマットを整備した「データベース」を作成しておき、そこに落とし込んでおけば、リアルタイムでも、若しくは状況が落ち着いた後からでも、様々な検証ができることになる。しかし、日本では紙やハンコやFAXや電話を駆使して、医療機関や保健所が不眠不休でボロボロになって報告や情報を収集しているのが現状だ。これでは、データの検証は困難な状況だ。

今後、様々な角度から今回のコロナへの対応や結果を検証するためには、現場の医師や関係者だけではなく、情報を扱える人材を確保する必要もある。

しかし、それとは別に外部者でもデータさえ扱えれば検証は可能なため、最低限でも「データベース」というシステムをすぐにでも構築しておくべきではないだろうか。コロナ対策費には、こうした使い道もあるように思う。

●背景に透かし見えてきたもの

国が困窮する経済の立て直しを深慮して、効率を求めて改革した結果、「病床数」と「保健所数」が驚くほど減少をしていたという事実を確認した。

このことは、緊急時に最も重要な「感染者の状態確認把握や医療機関へ連結するパイプ役となる重要な役割」を有する**保健所**や「感染患者への治療」を行なう**医療**自体が、何事も起らない長い平常を過ごす間に、効率化と経費削減という「無駄の削減」が至上命令として進められて来たとも言える。果たして「無駄とは何を指しているのだろうか？」

こうした点についての議論自体が論じられて来なかつたようだが、緊急時対応策というのは、平常時にこそ十分に時間を掛けて、きめ細やかな対応策を幾重にも練っておくべきものだ。そこを軽視すれば、実際の危機（パンデミック）の発生時には、ほぼ無抵抗のまま呑み込まれてしまうことになる。

こうしたことから、我々は日本政府や行政が国民や国家のためを思い様々な施策を考案し議論しながら進めている事実を、もっと真剣に知ろうとする義務があるように思う。そうしなければ、我々が気付かぬうちに利益追求型の民間病院だけが残り、地域のための公立病院等が消えてしまったとしても何も言えない状況さえ起り得るのだ。

また、民間であっても自己の利益のみを追求する組織と、地域のために動く組織があることも改めて考える必要がある。そして、多くの住民が必要とする医療機関とはいえ、民間（自営）では経済的な困窮は施設自体の閉鎖に直結するため、利益の上がらない施設を自力で保持することは難しい。資本主義の原則に従った“生存競争”という環境だけでは、本当に必要な社会全体の安心安全は守れないことを認識すべきなのだ。そして、住民全体から集めた公的資金で運営する公立の病院等については、地域を守る最後の砦となることはこれまでに何度も目にしてきた。そこでは採算を重視して効率化を進めるよりも遙かに重要なポイントがあることを、こうした病床削減策から改めて学ぶことになったように思う。

また、公務員の人員削減や作業効率化による民間への作業移行がもたらすものも、危機に際しては非常に脆弱となることを、これまでの災害や事故、そして自然の猛威から学んできていた筈だった。しかし、知らぬ間に進んでいた今回の病床数と保健所の削減でも、効率ばかりを追いかけて、同じ轍を踏んでしまっていたように思う。

さて、ここまで見てきたところで、我々柔道整復業界がこの30年間に味わって来た様々な問題と、それに対する政府の対応が大きく重なっていることに気付きはしないだろうか。

下地にあるのは国が困窮する経済（医療費）の立て直し（削減）を深慮して、効率を求めて改革した結果、地域や住民が最も必要とする筈の「公益性」とそれを支えようとする志のある者への「報酬」等が驚くほど減少したという事実だ。

言い換れば、「公益社団法人」と「柔整療養費」が「適正化（効率）」という名の「費用削減」という大鉈で、不正を正すと言ひながら実は正も不正もなくただ削減策を強行した様は、「総人口の減少」という名目を錦の御旗として、その裏側の「高齢者人口の増大」には目を背け、ただただ病床数と保健所数を削減した改革の進め方と瓜二つではないか。

そして、気付かぬうちに利益のみ追求する慰安型接骨院ばかりが残り、地域のための公益活動を行う接骨院が消えてしまいそうな状況が起きているのだ。

資本主義の競争原理や功利主義という考え方は決して完璧ではなく、長引くデフレ不況に喘ぐ日本政府の苛立ちや強硬政策が理解できない訳でもない。

とは言ひながらも、効率主義の利点でもあり欠点でもあるところは、最大目標にまっしぐらになるという点である。そして、問題なのは国が目標を決定する際に、「この国に暮らす地域住民」よりも「日本という国の財布の中身」が優先順位で先に位置付けられてしまうことなのだ。

このコロナ禍で我々は、そろそろ目覚めねばならないことにお気付きだろうか。

そして、さらには柔整業界の「柔整改革」と、日本の高齢化による「医療改革」のその背後には、まったく同じ構図でただただ効率的に「医療費の削減」策が推し進められている。そして、その犠牲となつて地域住民への負担が増え、さらには寡黙に地域のために働く者ばかりが圧迫され続けているにも拘らず、行政が進める「改革」は、自らの利益ばかりを追求する者達の屁理屈の豪雨に打ち付けられることを嫌い、正義を掲げて司法で戦うことさえも避け続けているのが現状だ。

このまま、柔整業界に巣喰うウイルス的な利益追求型民間業者による感染を許し続けていては、業界自体が感染死してしまう。今、自らワクチンを打たなくて良いのだろうか。決断する時が来た。

【3】インコロナ～改めて感染状況の確認～

さて、この原稿は昨年11月～12月時点、つまり第三波と思われる感染者の急増が始まり、それまでの数値を遙かに凌駕し始めた真っ只中で執筆を開始している。現時点に於いても数値は徐々に跳ね上がり、いまだにピークを確認できていないが、昨年晩夏に発刊した前号で「冬場になってから起こるであろう」と予測していた第三波の到来がドンピシャで的中してしまった。しかし、現時点では急増の真っ只中にあるため、その状況把握に必要なデータの集積と統計的解析等はまだ発表されていない。

しかし、解析結果が出てからでは本稿作成はとても間に合いそうもないため、日々のデータの変化と同時進行で話を進めることにする。論点に多少の食い違いが生じ、発刊の時点では、さらに状況が変わってしまっている可能性もあるが、現時点で可能な限りの検証を試みたいと思う。その点は予めご容赦いただきたい。

【資料4】

第一波と第二波の 重症化率の比較

(厚労省データより京都大学が算出)

	1~4月 第一波	6~8月 第二波
40歳代	3.43%	0.54%
60歳代	15.25%	3.85%
80歳代	34.72%	14.50%
全年代	9.80%	1.62%

第一波と第二波の 死亡率の比較

(厚労省データより京都大学が算出)

	1~4月 第一波	6~8月 第二波
40歳代	0.61%	0.10%
60歳代	5.49%	1.24%
80歳代	30.72%	12.00%
全年代	5.62%	0.96%

●これまで（昨年1月～11月）

先ずは、第一波（1月中旬～5月末）から第二波（6月～8月中旬）、そして横ばい状態だったそれ以降11月までの状況を簡単に確認しておく。

コロナについて、厚労省資料や「日本医事新報」等の発表によると、日本のコロナ感染症における第二波までの分析は、先述した通り**感染力は強いがその毒性は強くはなく、無症状や軽症な人が全体の約80%を占めている**。しかし、高齢者や基礎疾患がある人は重症化しやすく、感染者のうち重症化する人は約**20%**で、その中の約**5%**の人が重篤化している。

また、感染研によると、重篤化した人の**致命率**は第一波では6%だったが、第二波では4.7%と低くなつたが、1人の感染者が何人に感染させるかを示す「**実効再生産数**（1以上になると拡大、1以下となれば徐々に収束に向かうとされる目安の値）」は、10月時点の東京では現状維持を示す「1」を大きく超えて「1.64」と新聞に記載されるなど、都市部を中心に増加傾向が見えていた。

さらに、11月17日に厚労省がまとめた報告では、「実効再生産数」は東京：1.67、大阪：2.24、兵庫：2.16、広島：4.86と西日本を中心に明らかな感染拡大状況を示す値が確認された。

また、これとは別に10月までの全国自治体の集計による**死亡率**（感染者数に対する死者数の割合）は、第一波では5.2%であったが、第二波では1.1%まで下がったとの発表もある。

さらに、10月に京都大学が厚労省データを基に算出した集計結果（【資料4】）によると、全年齢における**重症化率**では、第一波に当る1～4月が9.80%であったものが第二波に当る6～8月では1.62%まで低下したと報告されており、各年代ごとの数値も明らかに大きく低下しているのが確認できる。

また、まったく同様に**死亡率**に於いても全年代、各年代ともに第一波に比べ第二波では大きく低下しているのが確認できる。

こうした分析報告については、複数の研究機関が様々なデータを基に独自の集計と解析結果等を発表をしているが、その集計期間や年代区切り等には一致しない部分も見られるものの、それら何れの報告にも共通していることは「**第一波より第二波の方が重症化率・致命率・死者数割合は減少している**」という点である。

<季節性インフルエンザとの比較>

ところで、コロナと季節性のインフルエンザは、どちらも同様に「ウイルス」による感染症であることはよく知られているが、この2つの被害状況から見えるものについて少し比較をしてみたい。

まずインフルエンザは、厚労省の人口動態統計によれば平成26年以降の死亡者数^{おおよそ}は大凡1,130人(H26)～3,323人(H30)となっており、人口10万人当たりの死亡率は0.9% (H26)～2.7% (H30)となっている。また、感染研はインフルエンザ自体による死者数にインフルエンザ感染によって元々持っていた持病が悪化することが原因で死亡した人の数を加えた「超過死亡」という統計を出している。この値は、年度によってバラツキがあるものの年間約1万人と発表されている。

これに比してコロナの死亡者数は、厚労省の統計によれば確認中のものも含め、昨年末までで約3,000～5,000人余である。コロナに関する関連死を含めた「超過死亡」については、現時点での資料が報告されていないため比較できないが、「コロナの毒性はインフルエンザより弱い」と言ってよいだろう。

しかし同時に、インフルエンザは特に冬期に集中する傾向があるのに対し、コロナは既に1年間を通じて感染が持続し、その間に少なくとも3回の感染爆発を示しているため、季節性の強いインフルエンザと数年をまたぐ期間の流行を続けるコロナについて、その感染者数や死者数での比較については、その比較条件が異なってしまうことからあまり意味はないかもしれない。

ただし、コロナでは“クラスター（集団感染）”が多数発生することからも分かるように、その感染力は遙かに強く、特に高齢者や基礎疾患を持つ者にとっては、例え“毒性”が弱いとはいっても死に至る場合も散見されるため、死亡率の低さを軽視することは妥当ではない。

インフルエンザの流行に対しても、毎年これくらいの対策をとっていたら、被害は遙かに低いものとなっていたに違いない。逆説的な言い方をすれば、現実にこの冬は、昨年からコロナ対策をとったことでインフルエンザとのツインデミックを回避できたといつても過言ではないだろう。

しかし、コロナをインフルエンザ並みと軽視する者もいるようだが、今後、感染が落ち着いたとしても対策を軽視すれば、悲惨な未来しか見てこないことは間違いない。

●第三波直前（昨年11月中旬）

そして、第二波以降11月前半までの感染者数は基本的に「横ばい」状態であった。当時、厚労省は11月12日時点で新たに都道府県の指定を受けたコロナ・インフルエンザの「診療・検査機関」が2万4,629か所になったと発表し、「1日当たりのPCR検査や抗原検査」が大幅に増やせるとの見通しを発表した。

また、11月中旬になると徐々に感染者の増加傾向が見られはじめるが、厚労省ではその理由として、全国の「PCR検査等の実施件数」が4月の約11万件から11月には約77万件にまで増えているとし、その結果として「感染者の掘り起こし」が進んだのではないかと説明をしている。確かに20ページの【資料5-1】の12月の「検査数」を確認すると、全国で約127万件の検査が行われており、検査数が増加していることは間違いない。

そして、厚労省は「感染者数」の増加に対する「重症者数」については4月5,639人、11月8,573人となっているが、その比率である「重症者率」では4月の2.54から11月では1.79へと大きく下っていること等を挙げ、「感染者数の増加」は「検査件数の増加」によるものとの考えを示した。

また、東京都も同様に「陽性率」でも、8月の6.04%から11月には6.00%と微減が見られていることや、「重症者数」も11月19日までは「横ばい」となっていたことに加え、何よりも4月は最大で8,900件だった検査数が、8月には約13.4万件に、そして11月には16.4万件超まで対応可能となったことを挙げ、第三波直前までの「感染者数の増加」の理由は「検査件数の増加」によるという判断に同調し、感染者数の増加を心配する意見にも、コロナ対応のための検査体制が確実に構築されてきたことをアピールし、緊急事態宣言によってダメージを受けた業種を中心に、経済を回す方向へと舵を取り始めていた。



●何もしないことの言い訳を探す…

さて、コロナ感染者数が落ち着き始めた9月から第三波が始まる11月後半までの2ヶ月間に、感染者数が減った実績を根拠として、経済的に困窮した観光業・飲食業等を中心に「人の移動」を制限してきたことで経済的な打撃を受けた人達から「**経済を優先すべき**」との意見が強まったこともあり、人の移動を制限する施策を解除し、もう一度「人を動かし」「経済を回す」方向へのスイッチバックが行われた。

しかし、「人の移動制限」の解除ではなく、この時期に何らかのさらに強力な感染拡大防止策がとられていたなら、第三波は防げた筈だといった責任論的な意見が、最近、有識者の間からも聞こえてくる。だが、後になってからなら何とでも言える。

そして、実際には第一波以降にウイルスの完全封じ込めに成功したと発表しているのは、世界中でも「中国」だけだ。情報統制がされている共産圏での情報については、文字通りではないかもしれないが、もしも事実であったとしても、それを実現するためには、少なくとも台湾のような「監視システムと懲罰（罰金・拘束）の導入」か、或いは中国のようにさらに強権的な「武力的強制権の発動」という奥の手が必要不可欠なのかも知れない。

しかし、外部からの侵略に対する防御ですら「平和・安全」の対局に位置付けている我が国に於いては、例え「**実行すれば結果が出せる**」ということが判っていたとしても、そうしたインパクトのある施策導入への批判が大きくて実現は不可能に違いない。日本人の多くは何一つリスクを負いたくないのだ。

これでは、「ヒトが“火”を使えるようになったことで得た<利益>と<弊害>のどちらが大きいか」を論じているようなものだ。重要なのは「その使い方」だというのに、動かず否定論ばかりに走ることに意味はない。結論を延ばして「石橋を叩いて壊し、結局渡れなくなつた」といった具合ではないか。

日本では、何かをやる勇気よりも、何かをしないための言い訳が多数派を獲り、「動かず被った被害」は「自ら動いた失敗」よりも遙かに良質なものだと評価されてしまっている。これではイノベーションなど生まれる素地はないではないか。多くのノーベル賞受賞者が日々述べるのは「失敗を怖れずに探求する心」だ。それは、ただ闇雲に突き進む向こう見ずな特攻精神等ではない。前に進みながら、失敗してもそこから学び、さらに先を目指すという志ではないか。何もしないことへの言い訳など不要だ。

●ウイルス制圧は困難

何れにしても、何らかの方法でこの感染を食い止めなければならない。そして同時に、**国民の経済活動を止めたままにはしておけないのも事実だ**。そのバランスを考えながら施策決定をしなければならない政府とすれば、「感染による死者よりも経済的死者が増えることはまずい」という経済学者的な思考を優先する訳ではないにしても、**感染者数の減少傾向と維持を確認できた何れかの時点に於いて、停滞した経済の復活へ向けたゴーサインを出さない訳にはいかないのが道理だ**。

そして、日本では医師会が主張するような更なる強固な防止策に打って出ることなく、菅首相が官房長官の時から推進してきた経済再生を優先させる「GoTo キャンペーン」事業が実施されることになった。しかし、第一波の全盛時期に立てた経済対策予算を示した時点で、既に感染の収束後を意識したかのようにこの事業が組み込まれていたことは前号でも指摘したが、政府予測は収束までの期間をあまり長期とは考えずに、かなり早期から経済政策への転蛇を意識していたように思う。

そして、政府は第三波を迎えたことへの因果関係については「この事業によって感染拡大に繋がったとする科学的根拠はない」としながらも、結局のところは第三波の急拡大状況と、そこへのメディア批判に耐えきれずに、令和3年1月7日、ついに2度目の緊急事態宣言の発出を余儀なくされている。科学的根拠についての判断は難しいのかも知れないが、「人の移動」について、制限から積極的に解放する方向へ転蛇したことによる国民意識が、一気に「収束」を印象付け、そこへの期待感が感染防止行動を緩め、結果的に感染拡大に何らかの影響を及ぼした可能性は否定できない。つまりは、執った施策自体が間違っていたかどうかではなく、「**いつ・何をすると決めたのか・その理由は何か**」が適切な時期に明確な裏付けを示して発表できたのかが重要だったのだと思う。

そこをきちんと発表することの難しさを今回は実感させられた。そして残念なのは、政府の対応が余りにも「曖昧だった」ということだ。このコロナに対応する術について、現時点に於いて確実なもの等ないのが現実だ。だから曖昧な判断を含むことは致し方がないだろう。しかし、国の施策が決定し国民に告げられる時には、ある程度の失敗をも覚悟して、責任覚悟で「言い切る」しかない。そして、本音を伝えきることで国民は信じられるのだ。

一方、世界の動向に目をやると、ドイツをはじめ欧米、また新興国等をも含めた諸外国の多くもロックダウンを試みたが、結局のところ経済へのダメージの大きさにどこも耐えきれず、国内の「人の移動」を解除するだけでなく、途中から感染拡大防止対策をかなり軟化させ、国境を開いて経済再生へと転換している事実が見てとれる。こうした事実からは、どの国もウイルスの完全撲滅を目指すことを諦め、ウイルスと共に存する道を選んだのは間違いない。いわゆる「**ウィズコロナ (with Corona)**」である。

そして、前号で過去の歴史から世界的な感染拡大の事例を振り返った際に、「数ヶ月単位あるいは1年以内という比較的短期間での完全収束は困難」と示した通り、コロナの感染は既に1年が経過しても尚猛威が続いているのが現実なのだ。このまま「人の移動」の完全シャットダウン政策では、社会自体が機能不全となって壊死してしまう。

そして、食料だけでなく工業製品の原材料等についても、自給率が低く貿易によって生計が成り立つ日本にとって、「他国からの人や物の流れ」を止めたまま経済を破綻させてしまう訳にいかない。つまり、どこかでそれを動かすことになるのは既述した通りやむを得ないことなのだ。そして、それは同時に**「人の移動」を許した時点で、新たなるウイルス（新種）侵入の可能性も否定できないことになる。**

極論だが、例えどこかの時点で自国内での感染を完全に抑え込めたとしても、その後も収束状態を維持するためには、貿易を止めて完全なる「鎖国」政策を執るか、「全世界同時ウイルス征圧まで待つ」かのどちらかということになってしまう。だが、各国の感染状況や経済は不揃いで、全世界同時の征圧まで経済を止めることはまったく現実的ではない。

我々、柔道整復業も地域住民の外傷による痛みや不安を解消し、安心安全を守るという位置付けにある以上、**施術を止める訳にはいかない職業である事も間違いない。**

しかし、感染拡大が落ち着き、人々に笑顔が戻ったとしても、今後の施術環境自体は「コロナ前」の状況には戻らないだろう。徐々に人々の感染リスクへの意識が薄れることはあっても、「感染」を意識した取組みをしない環境はもはや有り得ないことになった。社会的なリスクへのモラルということだ。**それでも我々には、触ることでしか怪我を治す術はない。**我々は、これからも感染リスクと真っ正面から向き合い、人と触れ合うことで柔道整復業を続けていくしかない。

●第三波以降（昨年11月～）

さて、11月後半からは第三波とされる感染者数の急拡大が起り、一転して「医療崩壊の危機」も呼ばれてはじめた。すると、厚労省による国内感染者の重症化率は、60歳未満では0.3%に留まるのに対し、60歳以上は8.5%に上るとされた。また、30歳代を「1」として各年代ごとに比較した重症化率については、60歳代は25倍、70歳代は47倍、80歳代は71倍にもなるとし、死亡率も60歳未満は0.06%なのに対し、60歳以上では5.7%に上がるという情報を示した。14ページの【資料4】で確認した通り、第二波までの重症化率・死亡率とともに「若年者は低いが高齢者は高い」という傾向が見事に現れていたことから、**第三波では「特に高齢者への感染拡大による医療危機」が呼ばれはじめた**ということだ。

また、大阪では11月の1カ月で重症者数が5倍に増え、重症者病床の使用率は50%以上の発表もあり、東京は50%、神奈川30%、愛知24.8%、兵庫28.3%となり、何れも10月の2～3倍に達している。

そして、12月には「医療危機」ではなく最も危険度の高い「医療崩壊の危機」という段階へと変化した。それは、【2】章で触れた**「病床不足」**に関して、重症病床の確保だけではなく、大阪や北海道ではさらに**「看護師の不足」**をきたし、自衛隊の看護官らの派遣を申し出るなど、各地域では衛生資材や機材、病床という「モノの不足」から医療スタッフの確保が困難となる「ヒトの不足」が懸念される事態へと変化したからだ。

さて、12月に入りコロナ感染者「数」と重症者「数」が急上昇したこと、コロナに直接関係のない一般診療に支障をきたす「医療逼迫」が現実味を増し、医療を守るためにコロナの感染者「数」を減らすことが最重要課題として呼ばれた。

12月15日には、重症者の病床利用率が全国平均は21.7%となり前週に比較して1.5ポイント上昇、東京では55.0%、大阪では57.9%となり「ステージ4」の水準を超えた。厚労省の助言機関は「新規感染者数が過去最多の水準が続いている」とし、各地域でコロナ診療と通常診療の両立が困難な状況になっているとの危機感を示した。

さらには、感染拡大に伴いコロナ患者を受け入れている医療機関では、看護師や病院職員の退職が相次いでいるとされた。理由は、感染危機との隣り合わせの過酷な労働環境やそれに見合う待遇がないこと。

また、周囲からの差別が背景にあるという。この状況は、単純に現在の人員が不足しているということではなく、現状の人員が確保できずに減少することを意味し、コロナ対応だけでなく一般診療の両立困難を加速させることになってしまうことに直結する。

そして、12月17日には東京都の1日の**感染者数**が822人に達し、21日までの1週間の1日**平均感染者数**も615.4人に上昇した。この増加ペースが続けば1日当たりの感染者数は1,100人までえるとの予測が出され、24日には感染者は888人、全国でも3,742人になり過去最高となったのをはじめ、その後この数値は何度も塗り替えられ続けることになったのだ。

＜急遽、医療従事者への支援を実施＞

このような状況を受け、政府は全国的な感染者数の増加に対応する医療提供体制を堅持するために、感染拡大地域へ医師や看護師を派遣した医療機関への**補助金の上限を倍増し**、医師は15,000円／時間、看護師も5,500円／時間の補助が出されることになった。

さらに、コロナ患者を受け入れる医療機関に対しても、重症者1人につき30万円／日、軽症・中等症者は1人7万円／日を支給することを決め、医療機関と連携する調剤薬局に対しても3万円／日の協力金を支援することにした。

こうした医療機関や薬局に支援された補助金が、経営者ではなく直接困難な現場で戦っている医師・看護師や薬剤師に届くことで、退職者が減ることを願うばかりだ。

第三波では、感染者数の拡大に伴って徐々に高齢者の感染者数も増加がみられる中、医療機関や介護施設でのクラスター発生という集団感染も目立ち、職員への負担が増しているとともに、現場で働く職員や利用者への検査を重点的に行う必要性も生じていた。

また、この支援は医療機関でPCR検査実施の背中を押すことにもなり、日本のコロナ感染者の炙り出し能力が増す作用にも期待したいところだ。

● PCR検査とその集計の曖昧さ

＜検査費用の問題＞

第二波までは、「症状がある者」か「濃厚接触者」に対して、行政主導で検査が行なわれてきた。というもの、政府は何よりも「感染拡大防止」には「クラスター（集団感染）潰し策」が最も有効であると考えていたからだ。その裏付けは、1人から何人に感染させるかを示す**実効再生産数**を大きく跳ね上げる原因がクラスターにあると考えたことによる。それ故にほぼ強制的に行なわれる検査は「無料」だった。

一方で、第三波となった11月半ば以降になると、濃厚接触者の中に「無症状の陽性者」が激増したことから、これまでのように「症状のある者」から「濃厚接触者」を確定してから検査をしていたのでは、とても追いつかない状況となり、街に無症状の陽性者（感染者）が溢れて、感染拡大を止められない状況になってしまったのだ。そうなると、もう国民全員を一斉に検査するしかない訳だが、可能な検査数には限界があるため、感染拡大防止のため、或いは安全確認のために確実に検査を行なわなければならない人達を優先的に検査しているのが現状だ。

そのため、無症状の者の検査費用までは国が用意できず、感染が心配となった者は、自ら「自費」で検査をするしかない状態となつた。

また、結果が正確に出ない簡易キット等の検査は「検査をした」という安心感は得られるが、医師や医療従事者が同席して正しく検体を採取できる環境に無い検査では、仮に「陰性」と出ても安心できない。逆に陽性だったとしても、その内容を確定させるには再度正式な検査を受ける必要があり、そのままで医療機関や保健所に届け出る義務もないことから、迅速かつ適切な治療や隔離などの対応もできず、感染の実態把握もできず他者に感染させてしまう可能性も高く、感染拡大防止につなげられないのだ。

さらに「自費」の検査の中には、通常では考えられないほど高額なものが多くある。こうしたものを作り出しているのが事実だ。また、唾液などを郵送で受付けて検査医療機関が東京に集中しているが、その依頼者が都内に住んでいるとは限らない。しかし、東京の検査医療機関で陽性が判明すれば、東京都の保健所に報告され、すべて東京の感染者数にカウントされてしまい、感染者が実在する地域の感染者数にはカウントされないという問題も生じてしまっている。

【4】データが示すもの…

●無症状の陽性者

また、第三波の特徴の一つとして「**感染経路不明**」な事例が多いことが挙げられる。

7月は2割程度だった家庭内感染が11月には4割を超えていた。その原因は「**感染しても無症状、或いは軽症**」であることに加え、その割合が全感染者の80%に及んでいることがあるのは間違いない。

繰り返すが、この「無症状・軽症感染者」というのは、「**自分が感染していることを自覚していない者**」が殆どで、周りに感染者が出た場合の濃厚接触者として、陽性である可能性を疑われて検査した結果、後から「陽性」であったことが分かった人達のことを指している。つまり、本人には何の悪意もなく、ただ普通に生活していただけで、散々周辺にウイルスを拡散してしまっていたことになる。それは、通勤・通学も含めた職場や学校、さらには家庭内にまで「意図せず、自らが感染経路となって」感染を拡げてしまっていたという意味である。

こうした「無症状の陽性者=何の症状もない=まだ感染しているとは考えられていない者」に対して、定期的に全国民を対象としたPCR検査が実行されない限り、事前に把握することは不可能だろう。

そのため、自らは積極的に多くの人と接触を持つことの少ない高齢者への感染を防止する有効な「壁」を設定できないまま、家庭内で一緒に暮らす若者から重症化しやすい中高年者・基礎疾患を持つ者への感染が拡大してしまったのだ。

東京都によると、11月24日時点で都内で最も重症者が多かったのは第一波の昨年4月末の105人だが、この時点では第三波の重症者は51人、そのうち8割の41人が60歳以上となっているが、重症者数だけの比較では第一波より少なかったことになる。しかし、その1カ月後となる12月27日には東京都の重症者は82人まで増え、全国では一挙に659人まで急増し過去最多となっている。

政府や東京都が述べた「感染者数の増加は検査数の上昇による」という説明は第二波までは成立していたとしても、この第三波に至っては「無症状者・軽症者による感染の爆発的増加」が発生したこと、そして「無症状感染者による高齢者との接触を止められなかった」ことで、重症化し易い高齢者が多く集う介護施設や医療機関等で感染が一挙に拡大し、クラスターも増え、全体の重症化率・死亡率も増加してしまったのではないだろうか。

●時系列での人数と比率の増減…

政府や東京都の見解発表にもあった通り、「**検査数**自体が増えれば、たとえ**感染率**に変化がなくとも**感染者数は増える**」だろう。そして、「**感染者数が増えれば重症化率・致死率**に変化がなくとも、やはり**重症者数・死亡者数は増える**」ことになる。

確かに、統計値の変化では第一波よりも第二波の方が重症化率・致命率・死者数割合は下がっていたことは既に確認済みだが、第三波を迎えた12月時点では、日々報告される感染者「数」・重症者「数」・死亡者「数」は急増することになった。しかし、前述した「無症状の陽性者」による感染拡大は、陽性「率」・重症化「率」・致死「率」に影響を及ぼしていないのだろうか。

もしも**重症化しやすい高齢者の感染者数が増えれば、当然の帰結として重症者数は若年者よりも増加するに違いない**。そして、その**重症化率・死亡率も増加する筈だ**。言い換れば、「**重症者数の増加**」は「**検査数の増加**」という理由だけではなく、それ以上に「**無症状の陽性者**」による感染拡大が原因となっていたのではないか。そう思われるを得ない。そこで実際に第三波以降の「**陽性率**」・「**重症化率**」・「**致死率**」を検証したいのだが、この原稿を作成している現時点（12月）ではまだ公的な発表は出されていない。そこで、当広報・情報管理部では、厚労省資料を基に独自にその実態を確認することにした。

そこで先ず、第一波となった4月、第二波の8月、第三波直前までの横ばい期の11月、第三波となる12月、年明け直後の1月7日までといった各月または期間ごとの**重症者・死亡者・陽性者**等について、それぞれの「(人)数」と「率」を算出して比較することで、感染状況を項目ごとに時系列に輪切りにして解剖してみることにした。**【資料5-1、5-2】**

項目ごとのデータ算出方法については、政府がまとめている「**陽性者数**」等の統計データをベースにしているが、ひたすら積み上げる「**延べ**」データだけでなく、「**累積**」や「**合計**」といった異なる集計スタイルが混在していたため独自の方法で算出した。

今回は、何よりも上記に示した各時期の数値を比較することで見えてくる傾向を確認するのが目的であり、**対象月ごとの「合計値」**を中心に算出している。詳細については割愛するが、不明点があれば当広報・情報管理部まで問い合わせいただきたい。そうした意味からもこの**【資料5】**で算出した**【重症者率】****【死亡者率】****【陽性者率】**等は、厳密に言えば厚労省統計

【資料5-1】全国版 / 時系列にみた「重症者・死者・陽性者・回復者」の人数と比率

【全国】	重症者		死者		検査		(新規)陽性者		回復者		実効 再生産数
	数	率	数	率	数	数	率	数	率	数	
4月	5,639	2.54%	359	0.16%	114,333	12,361	10.81%	3,041	24.6%	1.36	
8月	6,147	1.45%	285	0.07%	617,602	32,000	5.18%	31,877	99.6%	1.01	
11月	8,573	1.79%	373	0.08%	773,617	47,132	6.09%	32,211	68.3%	1.23	
12月	1日～16日	8,811	2.04%	600	0.14%	628,443	38,483	6.12%	32,607	84.7%	1.06
	17日～31日	9,644	1.87%	721	0.14%	645,499	47,408	7.34%	35,254	74.4%	1.09
	12月全て	18,455	1.94%	1,321	0.14%	1,273,942	85,891	6.74%	67,861	79.0%	1.08
1月	1日～7日	5,333	1.66%	397	0.12%	382,300	30,948	8.10%	19,951	64.5%	1.09

【資料5-2】東京版 / 時系列にみた「重症者・死者・陽性者・回復者」の人数と比率

【東京】	重症者		死者		検査		(新規)陽性者		回復者		実効 再生産数
	数	率	数	率	数	数	率	数	率	数	
4月	1,497	2.34%	105	0.16%	8,900	3,748	42.11%	1,384	36.93%	1.33	
8月	837	0.75%	31	0.03%	134,546	8,125	6.04%	8,244	101.46%	0.97	
11月	1,290	1.30%	34	0.03%	164,227	9,850	6.00%	7,527	76.42%	1.18	
12月	1日～16日	995	1.23%	68	0.08%	119,631	7,718	6.45%	6,628	85.88%	1.06
	17日～31日	1,112	1.01%	70	0.06%	120,992	11,527	9.53%	7,324	63.54%	1.16
	12月全て	2,107	1.11%	138	0.07%	240,623	19,245	8.00%	13,952	72.50%	1.10
1月	1日～7日	736	0.89%	40	0.05%	60,515	8,613	14.23%	3,587	41.65%	1.18

が後に集計して発表するものとは集計方法や対象と期間等が異なるかも知れないが、現時点で手に入れる事のできない未発表部分の情報を手に入れるためには、微細値を気にして何もせずにのんびりと他の報告を待つよりも、既に発表されている種々のデータを元に自ら独力で算出することにしたのである。

本誌発刊後に公的なデータが発表された際にはそれと比較して、その精度の検証をする覚悟だが、非常時にただ待っているよりも自ら動くことにこそ意義があると信じている。

また、感染者がどれだけ増えたのかについては、日々のメディア報道が散乱しているのが実情だが、ただ増加する感染者数と陽性者数を積み上げるだけでは不安ばかりが煽られ、我々自身が日々施術を続ける上で何を指針として良いのかさえも不安になるばかりだ。

そこで、今回は感染する人がいる一方で、確実に症状が収まって治っていく「回復者」がどれくらいの人数と割合でいるのかをも伝えたいと思い、その項目を追加した。そして、【資料5-2】(東京版)の8月の【回復者数】の項目に注目すると、4月に比べて約6倍の値を示している。これはその期間に、それまでに陽性となっていた多くの感染者が回復した時期であったと考えられることから【回復者率】が100%を越えている。しかし、これは誤りの値ではない。それを裏付けるように8月の【実効再生産数】は「1」を下回って「0.97」を示しているのだ。つまり、多くの回復者が出了その状態を維持し続ければ、いずれ「収束」に向かうことが伺える状況にあったこと示しているのだ。

●第三波の詳細を探る

今回の分析では、日本全体47都道府県のデータを反映した【全国版】(【資料5-1】)と首都【東京】(【資料5-2】)のデータだけではなく、別に日本の主要都市「大阪・愛知」に加え、第三波で感染が爆発した「北海道・沖縄」といった各地域別のデータを個別に作成し、そこから地域ごとの傾向についての確認もしているので、そこは後述する。

では改めて【資料5-1】(全国)をご覧いただきたい。まずは「陽性者数」を見ると、4月の12,361人から8月は32,000人と約2.5倍、11月には47,132人、12月全体では85,891人と約50%増しのペースで増加している。1月は僅かに7日間分しかデータがないため30,948人と一見減じているが、この値を1ヶ月分に単純換算すると約4倍(4週=7×4)の日数となるため、その値は120,000人程度まで膨らみ、やはり50%増しのペースで増加している様子が見てとれる。そして、これの元にある「検査数」を見較べると、4月の114,333件を基点として、8月には617,602件(5.4倍)と跳ね上がり、11月773,617件(6.77倍)となって、12月には1,273,942件(11.14倍)と、こちらも増え続けている。

のことから、政府と東京都が既に示している「感染者数の増加は検査数の上昇による」という見解は確かに正しいと言っても良いように思う。

次いで「陽性者率」について見てみると、第一波の4月では10.81%もあったが、第二波後の横ばい期の8月に入ると5.18%、第三波直前の11月には6.09%、第三波前半の12月16日までは6.12%という僅かな上昇に留まっている。ところが、第三波後半の12月下旬には7.34%、年明けの1月7日には8.10%となり、明らかに昨年12月後半から今年の1月はじめにかけて陽性者率が急上昇している。

次に「重症者率」についても見てみると、4月の値が2.54%と異常に高いが、第二波の8月では1.45%と下降している。11月には1.79%まで上昇し、12月16日には更に上昇し2.04%と第一波であった4月の値に近付き、12月全体でも1.94%を示している。しかし、年を越して1月のデータを見ると1.66%まで下がり始めているのが判る。

また、「死亡者率」を見ると、全体を通じて最も高い値は第一波(4月)の0.16%で、その後は、8月から11月にかけては0.07～0.08%程度まで下降していたが、12月16日以降は第一波の0.16%に近い0.14%にまで上昇している。

●無症状・軽症患者の隔離の徹底がカギ

これらを総合して検討してみると、これまで時系列での認識では「第一波よりも第二波は全ての項目で安定し、数値が下がった」と考えてきたが、実はそこには多少の誤解があったように思う。

というのは、第一波の感染者(陽性者)数や重症者等の各項目の「数」は比較的少ないにも拘わらず、その「比率」は第二波以降と比べると逆に非常に高いことが判る。こうした事実からは、感染自体の規模が現在と比べればそれ程大きくなかった第一波の時期には、検査数が少なく陽性者の把握自体が遅れていたことが問題となっていた時期でもあった。

つまり、第一波での検査は感染の疑いが濃い人を優先的に実施していたことから、陽性者率が10.81%と非常に高いのではないだろうか。そう考えれば、第一波(4月)と第二波(8月)では、どの項目も第一波の値が遙かに高く、唯一、回復者数と率だけは異常に低いものも頷ける。

しかし、第一波の「実効再生産数」が1.36という非常に高い値を示していることを過小評価してはならない。今は、その意味は正しく評価できないが、後からその事象の裏付けも出てくるかもしれない。

そして第二波(8月)は、どの項目も非常に低い値を示しており、【資料5-2】で東京の8月の回復者数と率の双方とも高く、実効再生産数も「1」になっていたことを記載したが、全国版からも同様の現象を見てとれ、回復者率99.6%、実効再生産数1.01と限りなく「1」に近づいていた様子が見てとれる。

しかし、安定期とされる11月については、実効再生産数が第二波、第三波の何れよりも高い1.23という高い値を示している点は気になるところだ。ここも、その理由解明については後進に任せたい。

また第三波(12月)では、陽性者率は6.12%から徐々に上昇傾向を示したが、第二波に比しても微増でしかない。にもかかわらず1,273,942件という爆発的な検査数の増加によって掘り起こされた陽性者数が85,891人まで急増して、重症者率も1.94%、死亡者率も0.14%と第二波より上昇していることが示されている。

つまり、第三波では「検査数が増えたことで陽性者数が増えた」のは事実だが、陽性者率は微増に留まっているのだ。検査数の増加は、感染者を見つけることはできるが、感染者自体を増やしている筈はない。だから「率」を示したかったのだ。

しかし、その陽性者からしか発生しない重症者数

と死者数が第三波では急拡大している。

これは感染しても無症状で済む若者ではなく、感染したら重症化し死亡する可能性の高い高齢者か慢性基礎疾患等を患っている者が、第三波となるこの時期に多く感染したことを意味している。

14ページの【資料4】では、第一波と第二波の重症化率・死亡率を比較し、第二波の方がともに数値が下がってはいたが、「若者は低いが高齢者は高い」という傾向がハッキリと確認できていた。

しかし、考えるべきなのは、第一波よりも第二波が下がったという点でなく、どの時期にも共通して重症化と死亡のリスクは「若者は低いが高齢者は高い」という点だ。つまり、今後のさらなる感染拡大を防ぐために最も有効な策は、前号でも示した「無症状・軽症患者の隔離」だ。そうすれば、無症状の若年感染者と高齢者の接点を離すことになり、厳重な感染対策となる。さらに、接触機会の多い若者同士の接点も封じ込められる。そして、隔離をしても症状が軽ければ約10日間～2週間で大凡退院し回復することも分かっているのだ。その間に他者に接触しなければ次なる感染は発生することはない。そうなれば、実効再生産数は確実に下がることになり、その少し先に収束が見えてくる筈だ。

《地域差を見る》

さて、それぞれの地域ごとに集計したものから見える「地域特性」を確認する。【資料6】をご覧戴きたい。これは大阪・愛知に加え、北海道・沖縄を集計した資料だ。ここには、限定的な時期にその地域

で発生したクラスターによって急に増えた感染者の状況が如実に現れている。

先ず、夏の観光地として知られる【沖縄】の第二波(8月)では、他の地域では殆どの値が減少していたこの時期に、陽性者も重症者も死亡者も増え、その比率もそれ以降の第三波の時期と比べても明らかに高い。要するにその時期に多くの人が沖縄を訪れ、そこでクラスターが発生したことの裏付けである。

また、冬の訪れが早い【北海道】では、気温が下がり部屋の密閉度が上がる11月に感染爆発が起きており、同様に陽性者5,733人、陽性者率は8.25%まで増加しているのが分かる。

また【大阪】と【愛知】では、11月に陽性者数・率ともに急増しているが、12月に入ってからの方が重症者・死亡者の数も率も上昇している。どうやら第三波の被害の方が大きいと言えるようだ。

しかし、第三波では陽性者や重症者、死亡者等が増加する一方で、12月に入ると【全国】でも【大阪】【愛知】【北海道】【沖縄】の各地域でも【回復者】の数と率が向上している様子が見られ、さらに【実効再生産数】が収束に向かう目安の「1」を下回る傾向を示していることは注視すべきポイントである。

ただし【東京】では今年1月1日～7日までのデータを加えて確認しているが、そこには【回復者】【実効再生産数】の何れにも悪化傾向が示されている。この直後に二回目の緊急事態宣言が出され、都内は夜8時以降の飲食業の閉店が徹底されて人出も相当に減少している。第一波の時ほどではないにしても、宣言が明ける予定の2月初旬から中旬くらいには、明らかな減少傾向が見えてくることを祈っている。

【資料6】各地域別 / 時系列にみた「重症者・死者・陽性者・回復者」の人数と比率

【大阪】	重症者		死者		検査		(新規)陽性者		回復者		実効再生産数	
	数	率	数	率	数	率	数	率	数	率		
4月	0	0	39	0.18%	12,806	1,381	10.78%	552	40.0%	1.4		
8月	1,640	3.11%	62	0.12%	61,320	4,487	7.32%	4,479	99.8%	0.99		
11月	2,116	2.92%	78	0.11%	86,953	7,520	8.65%	4,229	56.2%	1.25		
18～16日	2,324	3.07%	122	0.16%	70,924	5,543	7.82%	5,553	100.2%	1		
12月	2,392	3.83%	137	0.22%	71,943	4,183	5.81%	4,498	107.5%	0.92		
12月全て	4,716	3.41%	259	0.19%	142,867	9,726	6.81%	10,051	103.3%	0.96		

【北海道】	重症者		死者		検査		(新規)陽性者		回復者		実効再生産数	
	数	率	数	率	数	率	数	率	数	率		
4月	249	4.02%	22	0.36%	4,796	590	12.30%	121	20.5%	1.67		
8月	80	1.12%	0	0.00%	15,162	353	2.33%	315	89.2%	1.14		
11月	472	0.90%	84	0.16%	69,494	5,733	8.25%	3,814	66.5%	1.36		
18～16日	469	1.18%	158	0.40%	48,487	2,781	5.74%	2,893	104.0%	0.93		
12月	426	1.33%	101	0.32%	38,489	1,792	4.66%	2,022	112.8%	0.86		
12月全て	895	1.25%	259	0.36%	86,976	4,573	5.26%	4,915	107.5%	0.89		

【愛知】	重症者		死者		検査		(新規)陽性者		回復者		実効再生産数	
	数	率	数	率	数	率	数	率	数	率		
4月	0	0.00%	13	0.15%	4,473	312	6.98%	28	9.0%	1.29		
8月	423	0.95%	30	0.07%	30,186	2,559	8.48%	3,153	123.2%	0.99		
11月	484	1.34%	24	0.07%	37,209	3,982	10.70%	2,694	67.7%	1.32		
18～16日	460	1.38%	28	0.08%	30,208	2,923	9.68%	2,426	83.0%	1.05		
12月	574	1.57%	62	0.17%	34,198	3,280	9.59%	2,863	87.3%	1.04		
12月全て	1,034	1.48%	90	0.13%	64,406	6,203	9.68%	5,289	85.3%	1.05		

【沖縄】	重症者		死者		検査		(新規)陽性者		回復者		実効再生産数	
	数	率	数	率	数	率	数	率	数	率		
4月	0	0.00%	4	0.18%	1,757	133	7.57%	22	16.5%	1.69		
8月	355	1.62%	21	0.10%	19,261	1,744	9.05%	1,537	88.1%	1.44		
11月	112	0.98%	6	0.05%	15,476	990	6.40%	925	93.4%	1.04		
18～16日	95	1.28%	8	0.11%	8,532	554	6.49%	591	106.7%	0.98		
12月	87	1.48%	4	0.07%	8,535	485	5.68%	452	93.2%	1.03		
12月全て	182	1.37%	12	0.09%	17,067	1,039	6.09%	1,043	100.4%	1		

【5】グレート・リカバリー

《感染拡大防止》と《経済支援》

国難とも言うべき今回の「コロナ」のパンデミックについては、一国の施策判断で乗り切れる規模ではないことは、世界各国の被害者（感染者・死者）数だけを見ても明らかだ。

とはいっても、それぞれの国ごとの事情は異なり、対応も一様ではない。グローバル化した現在では、大きな壁で隔たりを作ることで国を守れる時代ではないことは、既に今回の感染症が証明した通りだ。

それぞれの国が個別に様々な事情を抱えつつも、このコロナとの闘いに関しては世界中に共通する課題であり、その克服には国も人種をも越えて全人類が協力し合わなければならぬことも確かだ。

そして、その中でも感染を止めるための「ブレーキ」にあたる【感染拡大防止】と、その打撃からの影響を補う「アクセル」にあたる【経済支援】という大きな2つの対応策が必要となっている。それぞれの施策の在り方について考えて見たい。

●ワクチン摂取《最大の感染拡大防止策》

感染症のパンデミックから地域を救うためには、何と言っても感染の拡大自体を止めなければならない。世界各国ではそれに懸命な措置が執られている。そして、我が日本でも二度に亘る緊急事態宣言が出されるなど、過去にない強い対応が執られている。こうした状況下での日本各地域の感染状況について、ここまで詳しく見てきたが、「人の移動」や「経済活動」を止めるブレーキ策だけでは、なかなか感染を止められないばかりか、それによる経済的なダメージは膨らむばかりだ。今後「最大の感染拡大防止策」として期待できるのは、何と言っても【ワクチンの接種】による積極的な攻めの対応ではないだろうか。

現在、世界中でコロナ感染から回復した人の抗体を利用した治療薬の研究が進んでおり、日本でも世界にない「IgA 抗体」から治療薬やワクチンの研究が進められている。さらに、これまでに《感染しても、子供は大人よりも軽症で済む》ことが判っているが、こうした年齢での発症差についての研究も進められている。しかし、その一方で世界中の研究者からコロナに関する論文が出されている中で、日本の論文数は世界で何と16位と遅れているのが現状だ。ワクチンや抗ウイルス薬等の開発自体を進めるためには、そこを支える基礎研究分野で働く人材が

日本では圧倒的に少ないことも判っている。さらに、データ集積のシステム環境と作業速度の遅さが日本の最大の欠点だと思う。さらに、それらは国家の経済立て直し（デフレ脱却）の遅れのツケが、巡りめぐつて《研究者達の雇用を守れない》という最悪の結果として重くのしかかっているのも間違いない。科学力の低下は国力の低下であり、国民を守ることができるか否かはそこに懸かっている。

現時点では、ワクチン開発に於いても諸外国の動きの早さから日本は大きく遅れをとってしまっているのが現実だ。この“遅れ”についても、「安全性第一」を重視する日本人の慎重な国民性が、さらに研究の遅れに輪をかけてしまっているようだ。

▶ワクチン争奪戦

とはいながらも、イギリス・アメリカでは昨年12月から既にワクチン接種が始まっている。日本でも総人口分程度のワクチンを既に確保してあるとも報じられ、今年前半期には海外製ワクチンの接種が開始されるとの発表はされている。

しかし、既に諸外国間でもワクチン争奪戦が繰り広げられており、日本が早期にワクチン供給契約に漕ぎつけたとは言っても、それだけでは「供給の順番」を簡単に入れ替えられてしまう可能性もある。究極の解決策と目されるワクチンの供給自体をすべて他国に任せてしまっていては、この国難を乗り切れない。そして現実に、中国、ロシア、インド、アメリカ等の自国内でワクチンを作っている国々は、それを政治的に利用してワクチン外交を推し進めている。これでは、寡黙な日本や発展途上で医療設備も不十分な国々でのワクチン接種が、いったいいつになるのか分からない。これが世界の現実だ！

こうした状況下では、「世界中が協力し合う」といった平和的解決は絵空事に見えてしまうが、それでもワクチン開発及び平等な供給体制の確保に加え、既存の抗ウイルス薬や治療法の有効性確認等については、WHO等の国際機関をはじめとした世界各国との連携について、米中対立が深まる現状に於いては、日本こそが主導的に進めていくべきだ。そして、他力本願ではなく、自国開発ワクチンの早期実現の必要性とパテント料を払ってでも国内で外国製のワクチン製造を進める等の作業は、国際連携と平行して準備をする必要があるのではないだろうか。

▶ワクチン接種にむけた下地作り

また、日本ではワクチンの接種に先駆けて、昨年12月に政府は「ワクチンの有効性・安全性が十分確認できる場合」という条件をつけながらも、「国民は原則として接種する努力義務が生じる」という、「ワクチン接種関連法案」を成立させている。これは、コロナのワクチンを円滑に接種する体制を整備するための法律で、より多くの国民がワクチン接種をすることによって、国内の「集団免疫」を獲得することを目的としている。

そして、ワクチン接種の実施については、身近な市区町村が行い、その費用は全額国が負担するとされている。また、ワクチンの保存に必要な冷却装置を整備し、自治体への説明会を開いて、今年前半の接種開始を目指して準備を進めることになっている。

さらに、ワクチン接種後に万が一、健康被害等の副反応が発生した場合の損害賠償も、国が肩代わりするところまで万全の体制を構築しようとしている。

こうしたワクチン接種は、摂取後の自己免疫機能によって抗体を得ることが目的的な訳だが、中和抗体の効果期間についてはまだ定かではなく、数回の摂取が必要との考え方方が主流だ。となれば、現在政府が確保したとするワクチン数では国民全員分には足りない状況だ。こうしたワクチン獲得へ向けた積極的外交と戦略というのが、国際協調と並列で国家が行うべき重要な課題であることも見えてきている。

▶効果の裏付け検証

昨年12月に横浜市立大の研究グループは、感染後に自身の体内で再感染を防ぐ「中和抗体」について367人の回復者を対象に検証したところ、無症状・軽症者では97%、中・重症者では100%の被験者が6ヶ月後にも中和抗体を保持していたと発表している。これは検証数が少ない上に感染後に自力で獲得した中和抗体の効果期間についての検証となっているため、これがそのままワクチンの効果を示すものとは言えない。しかし、この内容は「感染拡大防止」と「免疫獲得」という目的に対して、ワクチンによる効果も十分に期待が持てる結果といえ、早期ワクチン接種によって少しでも早く感染状況が沈静化することを期待したい。



●ワクチン摂取の優先順位

ワクチン接種の優先順位については、現時点では**医療従事者**を最優先とし、次いで**高齢者や基礎疾患者**を優先的に接種するとの方針が示されている。これは、高齢者や基礎疾患者については、自己免疫機能及び抵抗力が低いためにワクチン接種の優先順位を上げている一方で、敢えて感染リスクを高めてしまう可能性のあるワクチン接種を行うことによる「効果」と「副反応」発生リスクとの対比を十分に考慮し慎重な対応を望む声も多い。

最優先すべきが、多くの患者を救うための仕事をする**医師をはじめ医療従事者**であることに異論の余地はない。彼らが感染すれば確実に医療崩壊が起こるからだ。そこは何としても防がねばならない。

そして、一般論とは少々異なるかも知れないが、**同一家族内で「高齢者」や「基礎疾患者」と同居する若者**には一早く抗体を持って貰う必要があるよう思う。若者は自己免疫力も高く副反応による落命の可能性も低い。彼ら自身を感染から守ることは同時に、彼らから高齢者への感染を防ぎ、さらに彼ら自身を高齢者や基礎疾患者を感染から守る「盾」とし、家庭内へのウイルスの持ち込みを防ぐことができる。というのは、第三波以降、**①無症状の若者が爆発的に感染を広めている事と、②家庭内クラスターが激増している**という2つの事実を重ねれば、導き出される答えがそこへ帰着するのは当然のことだ。

さらに、高齢者との接点が多い**介護現場や送迎、買い物代行等を行うヘルパーの人達**にも「壁」となつてもらう必要があるよう思う。そして、第三波以降、高齢者の感染・重症・死者数が増加している現状からは、**高齢者同士の感染を食い止める必要がある**ことからも、高齢者へのワクチン接種も必須だ。

さて、我々公益社団の柔道整復師会会員は、日常施術だけでなく、災害時の救護活動等の対応を各自治体と地域支部で締結していることから、**もしも災害が発生すれば、我々は瞬時に被災者の救護を担当する位置付けにある**。我々も地域住民の「盾」となる必要があるのだ。その意味では、公益活動に従事する当会会員に対し、いつ起こるか分からない災害が発生する前にワクチン接種をしておくことに意味がある。既に日整から厚労省や各医療関係機関、当会から東京都及び医師会等に、そして、各支部からも各地域自治体に対しての要望も提出済みだ。日頃の防災救護の活動がチームとして機能し、「**地域住民を守る**」を実現するために是非認めて欲しいと思う。

●追加対策の中身《経済支援策》

▶国が決めた追加コロナ対策費

さて、「人の移動」「経済活動」を止めることで感染拡大を食い止めようとするブレーキ策に対し、それによる打撃を最小限に留めるために国民への経済支援をするアクセル施策についても考えてみたい。

コンパス前号（47号）では、政府のコロナ対策費について、4月の第1弾、5月の第2弾として、それぞれ事業規模約117兆円（合計約234兆円）の経済対策を組み込んだ予算内容については詳しく確認をした。その後、内閣府は昨年11月18日に『世界経済の潮流』を報告し、その中で、各国がコロナ対策で実施した現金給付や補助金などについて、「先進国では大恐慌やリーマンショックも上回るほどの世界的な規模だった」とした上で、『特筆すべきは、日本のコロナ対策事業規模は総額で約234兆円（GDP比42%）と、米の約355兆円（GNP15%）に比べれば額面では少ないものの、対GDP比ではG7（先進7か国）の中で最も高かった』と報告し、さらに『因みにG7の対GDP比事業規模は多い順に日本、ドイツ、イタリア、英国、フランス、カナダ、米国となっている』と自画自賛しているが、本誌前号の解析で見た通り、そもそもこの額面は本来の本会計予算の金額であり、全額がコロナ対策のものではなく、それらを含めた第2補正予算である。

また、コロナ対策と考えられるものの中には後から返済が必要な融資額（国が低金利で貸し出す財政投融資）が含まれていたり、事業規模での約234兆円のうち真水は約55兆円程度であると考えられ、使途が明確ではない予備費にも約15兆円が用意された。

これほど大きな国難に対して国家が大きく予算を確保することは重要なことで、何があるか判らない事態を想定した予備費を含めれば、さらに二度目の特別定額給付金やコロナ禍が長引いていることに対応すべき持続化給付金・家賃給付金の追加措置といった、さらなる大規模な追加予算が必要ではないかと前号ではまとめた経緯がある。

そして、昨年12月8日、政府は第3弾となる総額40兆円（財政投融資の7.7兆円を活用した地方の支出も含む）、事業規模総額73.6兆円の追加経済対策を決定した。

その中で純粋な【コロナ対策費】には『医療機関の病床確保支援の“緊急包括支援交付金”の増額、抗原検査キット増産要請及び買い上げ、ワクチン接種費用の国費負担等の体制整備、対面回避を可能とするオンライン診断の設備整備支援、営業時間短縮要

請に応じた飲食店等に支払う協力金の原資となる“地方創生臨時交付金（1.5兆）”等で合計6兆円。さらに、【ポストコロナに向けた経済構造の転換・好循環の実現】のためとして『中小企業の業態転換に最大1億円補助、実質無利子・無担保融資を来年3月まで延長、世界レベルの研究基盤構築に向けファンド創設、国際金融センター実現へ海外事業者の参入環境整備』、そして【需要回復・家計支援】として、これまでの対策延長を中心とした、『GoToトラベル、GoToイート事業の期限延長（本年6月まで延長）、文化芸術活動の支援、雇用調整助成金の特例延長、困窮世帯に対する支援金の特例措置の申請期限延長、妊娠治療の助成制度で所得制限撤廃、助成額を拡充』等に合わせて18.4兆円。また、【追加予備費】として新たに10兆円を組み込んでいる。

この他にも、100年に一度の災害が毎年起こってしまうような災害大国日本としては、必要不可欠な【防災・減災、国土強靭化】として『2025年度までの5年間で防災・減災の追加事業、各府省庁及び官民が連携する「流域治水」推進』に15兆円を充てた。

さらに、菅義偉首相肝いりの【デジタル化】では、『納税・登記など行政手続きのデジタル・オンライン化、マイナンバーカードと運転免許証などの一体化、教育分野のオンライン学習システムの全国展開、ポスト5Gと先端半導体の開発・製造強化』等がラインアップされ、【脱炭素化（グリーン化）】では『技術開発支援基金（2兆円）を創設、省エネ住宅向けのポイント制度創設、電気自動車や燃料電池車の普及促進』を推進する施策等が多く盛り込まれている。

どれもかなり魅力的な献立表（メニュー）であることは間違いない。だが、その味の方がどうなのかは今後検証してみないと判らないところだ。



▶コロナからの回復期予測（IMF版）

さて、政府が示した予算と施策の方向性とは別にIMF（国際通貨基金）の見通しでは、**実質GDP**がコロナ前の水準に回復する時期について、米国・ドイツは2022年、イギリスは2023年とされたのに対し、**日本の回復時期は2024年まで遅れるとの予想が出されている。**その理由は潜在成長率（商品・サービスを生み出すための資本や労働力など、国が備えている生産性の指標）が低いためだという。

これ以外にも、日本には更なる高齢化社会が到来する**2025年問題**（団塊の世代が75歳となる）等があるが、コロナからの回復時期予測がここに重なってくることをIMFは考慮していないことから、高齢化による経済への圧迫によって、日本のコロナからの回復時期予測はさらに遅れる可能性も高い。

▶改革の方向性と新たなアプローチ策

これまで通りのやり方では、まったく新たな次元の逆境には対応しきれないように思えてならない。

そこで、菅新政権が新たに掲げた「**デジタル化**」や「**脱炭素社会**」など潜在成長率を高める政策は、**安倍前政権の方向性を違えることなく、加速度的に日本社会を変える可能性がある。**

しかし、老朽化したものを廃棄して、まったく新しいものに置き換え、作業の集中化・効率化を実現しようとする改革への取り組みには、必ず「**破壊と建設(スクラップ・アンド・ビルト)**」的な意味合いが含まれてくる。

まるで神話のスサノオノミコト（須佐之男命）のようだ。暴風雨を司るスサノオは、その力強さが転じて「厄もなぎ払う」ことから、**厄除けのご利益がある**とされるようになり、この時代に求められる部分と重なるものがあるのかも知れない。

確かに改革には、古い慣習に縛られることなく大胆な動きが必要になるのは確かだが、古来から日本社会に引き継がれてきた文化や歴史観までも消滅させることのないような配慮が必要なことも忘れてはならない。そして、実行に当たっては相反する方向性に対し「**壊し過ぎず、創り過ぎず**」といった上手く調和するバランス感覚が求められる。確かに難しい作業ではあるが、この「**デジタル化**」と「**脱炭素化**」というアクセル策には、日本だけではなく我が柔整業界の改革にさえも、これまでなかなか手が付けられなかった川底に堆積した大量のヘドロを洗い流し、根本から地均しを可能とする力が秘められており、大いに期待したいところだ。

●今こそ必要な救済策（デフレ解消）

内閣府は、「昨年4～6月期に「家計で自由に使える所得から貯蓄に回す割合」が23.1%になり、直前の1～3月期の7.8%から大きく増加した」と発表した。貯蓄率の上昇は国民が「生活防衛」に走っている表れであり、コロナ感染だけでなく経済や雇用の先行きが見通せない不安感が、そのままダイレクトに反映されている。

そして、節約され貯蓄に回った家計費は不安が解消されない限り使われることはない。結局のところ国内消費は縮小し、「安くても売れない」環境から小売業者の値下げ合戦に繋がり、最終的に「物価が下落する」ことになる。

政府がコロナによる国民生活の下支えを目的に支給した「**定額給付金**」も、国会で「一家族に30万にするか国民一人一律10万円にするか」の決定に手間取って支給が6月にズレ込んだことで、それ自体が貯蓄に回された確率は7.8%から23.1%に上がったと言い換えることも可能ということだ。

安倍前政権では「**デフレ脱却**」を目指し、三本も矢を放って、ようやく景気は上昇基調になったが、消費税の増税で一気に冷え込んでしまった。さらにコロナによる節約志向によって消費が落ち込めば、デフレからの脱却はさらに遅れ、IMFのコロナからの回復予測からはさらに遅れが出ることになるだろう。

▶必ず使われる「定額給付金」の再配布策を…

とはいっても、貯蓄に回す余裕もなく、毎日の食事にすら不自由な人も少なくない。その人達の生活を支えるには、**誰もが確実に使う給付金を配ること**だと思う。例えば、使用期限付きのクーポン券などを全国民に給付すれば、必ず期限内に使用される筈だ。

コロナが長期戦になっていることを考えれば、更なる「期限内にしか使用できない**定額給付金**」を配布すべきだ。これなら、使わなければその分だけ捨てたのと同じで損をしたことになる。人は得をするより損をしたくない生き物なのだ。

そして、**給付金は貯蓄させるために配るのではなく、すぐに使って貰うことで国民自身を助けるとともに地域経済を活性化し、巡っては景気が上昇して、雇用と人件費の原資を作るためのものだ。**給付金の配布は一度きりでも、それが確実に市場に出回れば、サイクルが回り出してデフレは解消する。そして、何よりも雇用と給与の上昇が先行きの不安を解消する。それが確実に景気回復の特効薬となる。

▶企業の「内部留保」を吐き出させる施策

財務省の企業法人統計では、年度末の企業（金融・保険業を除く）の利益の貯蓄を示す「内部留保」は、2019年度（2019年4月～2020年3月）は前年度末比2.6%増の475兆161億円となり、8年連続で過去最高を更新した。これは、個人にみられた「貯蓄」と同様に、企業も「先行き不安」を抱えて「お金を溜め込んでいる」という証しである。

企業というものは、得た利益を新たな設備や研究開発に再投資することで、さらなる企業拡大あるいは市場の確保や利益の拡大を目指すのが普通だが、日本の企業は1998年の金融危機以来20年以上もの間、巨大な恐怖経験から抜け出せず、長引く不況による先行き不安から、利益を市場に回さずに貯め込み、GDPの5%にも及ぶ巨額の余剰貯蓄として「内部留保」してきたのだ。

そして、政府が「社会保障費（医療・年金等）」を賄うために発行する「赤字国債」の購入にその一部を充ててきた。日本の国債は損失の可能性は殆どなく、利率も高いため最も安心できる投資先という訳だ。こうしたサイクルが日本のマーケットに資金が流れないと、「お金は使うよりも持っていた方が増える」という状況を作り出した。だから安くても買わない。すると、資金が動かず、物が余り、デフレが長引いてしまったという訳だ。

こうなると、コロナ支援策としての国民への対応と同様、デフレ解消策としての法人対策も「期間中に使わなければ損」と感じさせるような思い切った施策を実施するしかない。

例えば、指定された期間中に法人が設備投資をした金額の何割かを国が助成する（この施策は既にコロナ禍に於いて「感染予防対策ガイドライン等に基づく対策実効支援事業」として、空気清浄機器等の購入で適用されている）とか、コロナ対策や難病の研究機関への支援としての投資額に応じて税額を下げるといったものも良いだろう。

さらに、個人には指定された期間中に使った額が多いほど消費税を下げるといった政策や、逆に法人では決算の売上げ額に対する一定割合を超えた内部留保には高率な課税を科したり、企業規模によって一定割合を超えた貯蓄へも課税する等、今後も企業が貯め込み続けることを難しくする方法を考え出し、何としてでも企業が貯め込んだ「内部留保」を日本国内の市場に吐き出させ、コロナによるデフレへの後戻りを避け、地域経済を回さなければならない。

▶コロナが地方創生を加速？

コロナによってマスクや消毒用アルコールの不足が発生した結果、政府は原材料の調達を海外に依存し過ぎた“サプライチェーン（物流供給網）”の再考に迫られ、国内に生産拠点を移す企業を支援する施策をとった。

また、そうした生産拠点の移動だけでなく、今回のコロナは感染回避のため「人の移動」を止めたことで、都心のオフィスを離れリモートで自宅勤務となった者が増えた。その結果、通勤の移動や混雑から解放された会社員の多くは、オフィスではなく自室でノンビリと仕事をする新たな日常を体験した。

コロナ感染リスクの軽減を目的として加速したりモードワークだったが、仕事と休暇を掛け合わせた働き方は「ワーケーション」と呼ばれ、日本国内でも導入する企業が増加した。

また、在宅勤務の余暇を利用して首都圏の企業で働きながら、オンラインで地方の企業の仕事をする人も増えている。「リクルートキャリア」によれば、2018年に副業が解禁になってからの2年間で、都市部に生活しながら地方企業での副業を考える人は9倍になったという。拠点を完全に移す「移住」とは違い、気軽に地域との接点がつくれる新時代の働き方とも言えるのかも知れない。

逆に20・30歳代の若者の地方への移住希望者も増えている。総務省によれば、昨年5月以降、東京では転入者よりも転出者が多い「転出超過」となっていることも分かった。東京からの主な転出先については【資料7】をご覧いただきたい。通勤可能で、在宅勤務も行なえる間取りを兼ね備えた低家賃の住宅環境となる「東京の近隣」での拠点にシフトしているように見える。

東日本大震災の復興でも地方創生は欠かせない施策とされてきたが、こうした政府の政策よりもコロナによるリモートなどの就業環境の変化の方が“人の流れを激変させる”実効力があることも見える。

また、今回のコロナによって生じた「人の移動」をリモート等のデジタル技術のサポートによって、「脱・東京一極集中」や「地方創生」に結びつけることが出来れば、地域経済の活性化に直接影響することは想像に容易い。

そして、昨年政府はこのコロナによる企業支援として、大手銀行社員やOBを地方銀行などの地域金融機関や地方企業に長期的に人材を派遣する制度を設ける方針を示し、その際に生じる賃金の差額を政

【資料7】東京からの転出先となる主な自治体

1	神奈川県	2万2,028人
2	埼玉県	1万8,075人
3	千葉県	1万3,376人
4	大阪府	4,202人
5	愛知県	2,958人
6	北海道	2,620人
7	茨城県	2,609人
8	福岡県	2,552人
9	静岡県	2,094人
10	兵庫県	1,771人

出典：総務省(住民基本台帳人口推移より：2020年7～9月計)

府が補填する施策を打ち出している。

さらに、復興庁が福島県や市町村に交付している「福島再生加速交付金」を財源として、東日本大震災の復興策を後押しするように東電福島第一原発の周辺12市町村へ移住する人に対し、最大200万円の支援金を出す方針も固めている。

また昨年、内閣府は地方への移住を進めるHP「いいかも地方暮らし」を新設して、東京周辺の20～30歳代の若者を主な対象として、地方暮らしを推進すると発表した。

さらに、経団連でもコロナによるリモートワークの普及に取り組み、「東京圏から地方への分散拡大による地方創生を推進させる」としている。

これらの取り組みは、これまでなかなか進まなかつた「東京一極集中からの脱却」を「コロナによる人の流れの変化」を利用して、「地方創生」に繋げようとする新たな試みばかりだ。

つまり、今後の日本経済の再生には地方経済の回復が必須であることは明白だ。そして、地震や津波、台風等の局地的な自然災害への対応やその復興支援策は、どうしてもマイナスからゼロに戻す消極策に思えてしまうが、密集による感染拡大防止といった感染災禍への対応が、本来の人間が持つアナログな生活への回帰という流れとなり、むしろコロナ禍でのオンラインやリモートといったデジタル化の普及によって、積極的に新たな方向性が示され始めている。こうした変化からは、アフターコロナに於ける日本経済の在り方の変化さえもが予感させられる。

▶自らできる金融対策のすすめ ＜確定申告・決算＞

コロナ対策としては、会員に於かれては自ら様々な努力をされていると思うが、助成金や制度への対応となると、どうしても行政頼みとなってしまうものが大半である。

しかし、実はまだ、我々自身で取り組める金融対策があることをご存知だろうか。

どうやら、このコロナへの対応として、今期は確定申告・企業決算が例年とは異なることになるらしい。通常「営業利益」は「売上高」から「人件費・家賃」を差し引いて算出し、さらに、そこから本業以外の収益や支払利息を加味して「経常利益」を出してから「最終利益」を決定する。(下図)



しかし、「日本公認会計士協会」は、今期については特例的に「人件費・家賃」をコロナ関連に係る費用として災害被害時などの損失である「**特別損失**」に計上できるという見解を示した。

「特別損失」を「経常利益」から差し引くことができれば、「営業利益」を増加し「経常利益」を毀損することなく損失を計上することが可能になり、今期決算に於いては「災害などの特別な理由で赤字額が増えた」という評価になる。

通常は赤字になると、支払いが滞る可能性が高まることから金融機関から融資を受けづらくなることが多い。しかし、今期の赤字の理由が、自己経営責任ではなく災害同様の「コロナ」による「**特別損失**」によるものとなれば、資金繰りの都合は格段につかやすくなる訳だ。

また、これはまだ決定ではないが、今回のコロナに関連して、過去の赤字を翌年度以降の黒字と相殺する「繰越欠損金制度」を拡大することも検討されているようだ。これができるれば、課税所得から差し引ける損金を増やすことになるので、青色申告・法人申告での所得税・法人税の税負担を軽くすることができるうことになる。

是非とも、会員諸兄には今回の確定申告の際にはご確認いただき、ご自身の接骨院経営に役立てていただきたいと思う。

【6】柔整業界への影響

緊急性のある外傷施術、いわゆるケガやケガに対する痛みに対する柔整施術を行なっている会員の施術所は、地域住民のための医療資源として社会から必要とされている。そして、患者は外傷施術によって治癒を目指しているからこそ、コロナ禍で感染のリスクがある中を通院してくれている。そこには信頼と安心の絆があり、受領委任制度の裏付けもあって保険適用が可能とされている。

しかし、整体など柔道整復業務以外を行う接骨院では、そもそも施術対象が外傷施術ではなく、慰安目的の利用者が通っているため、そこには緊急性はなく、受領委任制度を利用した保険は適用されることはない。そのため、利用者は感染のリスクを押してまで通うのを避ける傾向が強いと聞く。

また、平成最後の制度改革によって施術管理者に必須化された「研修」の影響から、短期間で退職してしまう施術管理者の確保に苦労し、今までのようなチェーン展開が出来ない組織も出ているようだ。

さらに、同じく制度改革によって実現した「**公的審査会の権限強化**」による直接呼び出しての面談によって、これまで調査ができなかった疑義についても、その内容の詳細確認・追求が可能となったことで、「疑義」のまま放置されてきたものを「不正」と解明できるようになり、「不正な請求を続けてきた管理柔道整復師及び施術所」にはかなり厳しい環境となり、中には廃業する接骨院も出始めている。

このように確実に実行されていく「**制度改革**」によって、これまで曖昧なまま運用されていた『**受領委任制度**』の「**契約**」についても、規定に定められたルール通りに実行されることになった。

つまり、保険者はこれまで郵送料の節約といった経済的理由や書類の分類等の手間を惜しみ、個人契約の返戻申請書を受領委任規定には存在していない「請求代行業者」にまとめて返戻していたが、規定にある通り、申請書を提出した「管理柔道整復師」へ直接返戻するようになり、これは知識不足の柔道整復師にも“業者による不正”を気付かせることにも繋がった。

本年は、全ての保険者が個人契約の返戻申請書を施術管理者へ直接返戻することによる真の「柔整療養費の適正化」が進むことに期待したい。

こうした**審査体制の強化策**によって、保険者が『「**公的審査会**」が持つ「正」と「不正」の申請書の選別能力』を理解すれば、そこで浮上した「不正な申請」だけに集中的に調査を行うこともでき、「不正」だけ

を減少させられると同時に「正しい申請」にまで「柔整=不正」といった誤った認識を改めれば、真っ当な柔道整復師への「正しい評価」が進むことになる。

振り返れば、接骨院とは元々は多くの社団接骨院のように小規模な経営が主だった。ところが、昭和63年の「個人契約制度」と平成10年の「養成校解禁」によって、マンパワーを用いた大規模経営の「柔整でない接骨院」が出現し始め、そこを中心に資格者と施術所の激増、不正受給の激増といった柔整問題が拡大していったのだ。

しかし、令和になり**制度や教育**といった業界の根幹部分への**改革**が進む中、特に昨年はコロナによって「人の移動制限」から通院患者が減り、前述した柔道整復以外の施術を中心とする大規模経営の接骨院では、人件費が貰えないほど収益が激減し、小規模接骨院に比して遙かに経営が難しくなっている。しかし、コロナは「正しい柔整」にも影響を及ぼしてしまうことは本当に残念であるが、「制度改革」による「柔整業界の原点回帰」が進められたことで、コロナの影響は「不正な柔整」の“**不正の炙り出し**”を加速させたことも間違いない。そして今、ようやく改革の成果を可視化できる時が来たのだ。

▶都柔整の対応

さて、当会執行部は、コロナから会員を守るべく消毒剤・マスクの配布だけでなく、国や都からの助成・補助事業等の情報を正しく迅速に伝え、また電子申請しか受け付けない補助事業等については、パソコンが苦手な会員向けに申請サポートも行った。今後も会員施術所が対象となる助成・補助事業が発表されれば直ぐに情報提供とそこへのサポートを実行する予定だが、各区市町村単位で実施される助成・補助事業については広くアナウンスされることもあるため、各支部が持つ会員間の情報網を役立て会員諸兄自身がアンテナを張って情報収集に努めていただきたい。

さらに、都柔整HPには「**都柔整感染拡大防止ガイドライン**」をアップしてある。そこではコロナ禍で接骨院を継続していくために必要な感染拡大防止策（消毒・換気・加湿・抗菌などの感染拡大防止の方法及び、国や地域自治体が実施する感染拡大防止に係る補助・助成金）等の情報を示した。また、昨年12月末には第三波を迎えて改めて“**感染防止対策**”の徹底を会員にお願いすると同時に、院内の感染対策が万全である事を外部にも見えるよう【**感染対策実施接骨院**】のステッカーを作成・配布している。

●コロナ救済策から見えてきた不正の闇

中小企業庁によると、昨年10月の時点で中小企業・個人事業主を支援する筈の「持続化給付金」の不正受給が、分かっているだけで1,000件・10億円超もあることが報道された。元々、支給対象ではない学生やサラリーマンに『「代行業者」に任せれば返済不要の給付金が手にはいる』という嘘の情報を流し、「持続化給付金」のお金欲しさに申請依頼をする者が続出したのだ。

それは、不正受給を指南する代行業者が「持続化給付金」の正しい知識がない学生やサラリーマンをSNSやLINEを通して集客し、国が困っている中小企業主や個人事業主の為に確認を簡素化していることを逆手にとった詐欺行為だった。

しかし、申請者は業者ではなく申請者本人であり、代行業者はその者達に振り込まれた給付金から20～50%を手数料として請求するという仕組みとなっていた。当然、これは「不正」であり、給付を受けた学生やサラリーマン自身が不正をしたことになる。

そして、徐々に「不正受給」「不正申請」の報道や逮捕者のニュースがメディアに流れ始めると、それを見て初めて自身が「不正」と気付く者もいて、不安になり申請を取り下げる者や、既に受給してしまった者の中には自首する者も現れた。

経済産業省は昨年10月30日時点で、申請を取り下げる返戻の申し出が、不正申請だけでなく誤った申請も含めて6,000件を越えると発表した。



※1 柔整業界の第4世代

本誌コンパス42号【次世代へのバトン】(平成30年6月30日発刊)に於いて、古武道から柔道整復術が起こる「創生期」を第1世代、明治から戦後まで「激動期」を第2世代、高度成長期・保険請求を可能にした「繁栄期」を第3世代、経済が下降する平成期に柔整が大きく衰退した「大変革期」を第4世代とした。

そして、今後のデジタル化への技術を駆使し、業界の発展を進めるのは、新世代となる令和の「第5世代」ということである。

▶ 「給付金」の不正申請と 柔整療養費の不正申請に重なる類似点

実は、「柔整療養費の不正請求」と、この「持続化給付金の不正受給事件」には、共通する素地があることに気付く。

柔整療養費の不正請求には「①悪意によるもの」と「②受領委任制度の知識不足によるもの」の2種類があることは繰り返し当広報誌で述べてきた。

このことを上記の事件に重ね合わせると、①は最初から搾取することを目的に、持続化給付金を申請する「代行業者」。そして②は、持続化給付金の情報・知識がないために、「代行業者指示のままにさせて不正申請・不正受給をしまった人達」ということになる。

騙し方といい、その方法といい、手口はまったく同一である。こうした大掛かりに國を相手取って、多くの人達を巻き込んで詐欺を働く手口というのは、正に人の欲に付け込む詐欺の王道だと言える。

こうした輩に目を付けられ狙われ30年以上も阻止できずにきたのが、残念なことに柔整業界であった。

そこで柔整業界の第4世代^{※1}最後の執行者達が、平成30年に柔整の「制度改革」として、柔整療養費から不正請求をなくすために、厚労省・医師会・保険者等をはじめ、関係機関からのご協力のもと密接な連携を確保し、日整が業界の威信をかけて成したことはご承知の通りだ。その内容については何度も繰り返してきたが、**次なる第5世代へしっかりとバトンを繋ぐ**ためにも今一度再確認しておきたい。

先ず、柔整業界は「教育改革」によって、カリキュラムを大幅に増やし、長年の懸案であった超音波等の医用画像についても盛り込んで、将来の検査機能の獲得に対応しただけでなく、開業後には確実に地域医療資源となるため、養成校の学生の内に「己のためになく、地域住民のため（利他）」の精神によって成立する受領委任払い制度の知識を習得させることができた。さらに、同時進行で既に資格を持ち地域で開業している者も含め、今後受領委任を使用する者には「施術管理者の要件強化」として「研修」と「実務経験」を新たに設定し、それまで届け出だけで済んでいた「受領委任」については保険の知識や不正請求の実態を周知する場を作った。これらによって、今後は先に見たような『知識不足の柔整師を利用した「不正』はなくなっていく。そして、『悪意のある「不正者』については「公的審査会の権限強化」の「直接面談」によって衰退していく方向に動き出した。こうした三段構えの改革は令和直前に完成した。

●悪貨が良貨を駆逐するという構図

中小企業の救済目的で実施された「持続化給付金」(限度額=個人事業主100万円/法人200万円)は、昨年10月時点で支給件数:346万件・総額:4.5兆円に達した。一方、昨年8月4日から入金が開始された「家賃支援給付金」は事務処理が遅れ、11月4日時点で66万件の申請に対し支給件数は約7割の46万件・支給額は約4,000億円に留まっていた。

持続化給付金については、当初は政府の説明通り約2週間から3週間のスピードで支給が進んでいたが、徐々に遅れが生じ、家賃給付金の申請が重なり始めるに、『審査体制を強化』して迅速化するとしながらも12月にまで遅れた事例も明らかになっている。

これは、持続化給付金での不正申請が多発したこととが家賃支援給付金の給付遅延にまで影響したということだ。つまり、「不正」さえなければ素速く支給されたということで、防げた倒産や廃業があったのは間違いない。こうした構図は、柔整業界における柔整療養費の不正にも共通点が見られる。

というのは、柔整療養費で発見された不正への対策として実施されている「二次点検(確認調査)」は、「不正」が疑われる申請だけを対象にするのではなく、いつの間にか柔整療養費全体を削減することが目的化され、清濁には関係なく全件に実施されてしまうこととなった。厚労省は「この手法には問題がある」として「行き過ぎた調査を止めるように」と各保険者に通知したが保険者は従わない状況だ。これも別角度から見れば、支払い者側の不正と言えなくもない。こうした負の連鎖は、正しい申請をしている施術者への通院抑制として継続されている。

ところが、「不正者」は長期・多部位・頻回という調査条件をかい潜るために「部位転がし」という新たな不正を編み出して調査そのものを逃れたため、保険者は「正しい申請書」の粗探しを続け、「不正な申請書」をそのまま通し続けてしまっている。そのため、柔整業界では完全に【悪貨が良貨を駆逐する】を地で行く状況が長い間続いている。その改善に向け、公益社団法人日本柔道整復師会は自ら「柔整の制度改革」を進め、公的審査会の直接面談等によって疑義のある「不正な申請」を集中的に調査確認することを実現させた訳だが、その実施速度が上がらなければ、結局のところ「正しい柔整」の経済ばかりを圧迫して廃業に繋げてしまう可能性があるのだ。悪者が得をし、正直者が損をし続ける業界に魅力はない。

●適正化という効率主義の結果

民主党時代(H21)の「事業仕分け」自体が、自民党が長年やっていた作業をTVで公開し、あたかも自らが始め、大きな成果を出しているかのようなパフォーマンスで行われていたことは過去に記しているが、政権を取り戻した自民党は民主党のような演出主義ではないものの、未だに各府省庁が約5,000事業の点検を続けている。

さて、「税金の無駄を正す」こと自体は何も問題ないが、「無駄の削減」という名の「適正化」が、眞の適正化ではなく、最初から「すべてが不正である」かのような決め撃ちで、それを「無駄」と決めつけ、縮小させるというやり方には問題がある。

都内の自治体の中には、自ら負担するのならやらないが『国から「国保調整助成金』が出ているのでやらない訳にもいかず「二次点検」を民間企業に委託している』と平然と答える自治体がある。これでは、調査の本来の目的である「正」と「不正」を選別することなど二の次で、自らの懐事情から患者の通院抑制効果を期待しただけの調査となり、結局のところ「柔整療養費の不正排除」に繋げることができないこの調査こそが、税金の無駄使いといえる。

柔整業界は、自ら公的審査会の権限強化によって「不正」を確認可能な面談が実行される環境を整えた。削除されるべき「無駄」は、むしろ『自治体に配布される「国保調整助成金』の使われ方』ではないだろうか。

【2】章で見た「病床数や保健所数の削減」を始め、柔整療養費の適正化の名の下に行われた数々の料金改定時の削減策等、適正化や効率化といったあたかも正しいことを進めているイメージの作業の裏には、本来実現すべき目的とは真逆の結果を示しているものも少なくない。いや、最初から目的が異なっていると感じられるものも多いのだ。



●柔整版サプライチェーンの崩壊

昨年、日本国内ではマスクや消毒液等をはじめ、多くの工業製品の原材料・部品のサプライチェーン(物質・商品の供給連鎖)が都市封鎖で寸断され、その解消のために製造拠点を国内に移す企業が増えたことは既に述べた。こうした流れに先んじて行なわれた「柔整業界改革」には“**悪貨製造のサプライチェーン**”を壊す可能性があったことが見えてきた。

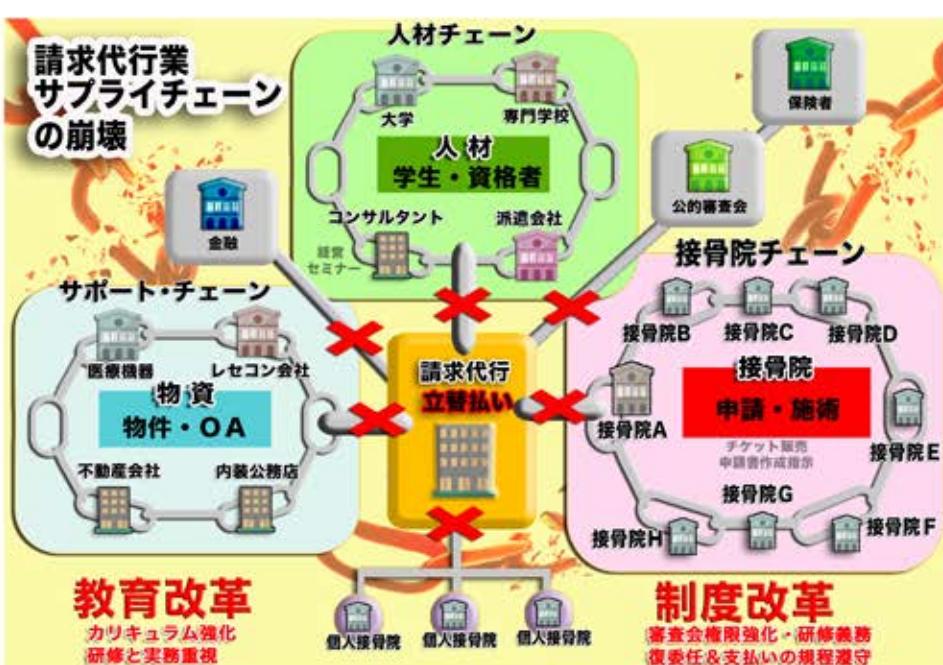
というのは、柔整の「教育改革」では、「受領委任制度」や「公的保険を扱うモラルと責任」をカリキュラムに追加したこと、学生は在学中に「正しい柔整」の保険請求や施術所の在り方を学び、不正な施術所への就職を避ける傾向がみられるようになったのだ。

そして、柔整の「制度改革」によって「実務経験+研修」が義務化され、「正しくない接骨院の実態」を知ることで、自身が働いている接骨院で「不正」が行われていると気付けば、そこを退職する傾向も高まってきている。

つまり、柔整の「制度改革」「教育改革」という2つの改革は、「不正な接骨院」における**人材供給**というサプライチェーン(供給網)を**崩壊**させる作用があつたということだ。

●請求代行業者の崩壊が近づいている

改革によって「不正な者達」に対する締め付けが、徐々に効果を示し始めている中、コロナ禍での人の移動が減ったことによる経営の悪化、さらに前述した「人材サプライチェーン」が崩壊するような現状



に於いて、個人契約柔道整復師にはコロナによる不安とは別の大波が押し寄せている。

少し前に、全国展開を果たしていた「M●G」が経営破綻したことについては既刊号で伝えた通りだが、その原因は経営者の個人の私的な浪費流用によるものであった。さらには、個人契約柔整師の施術現場から、甘い汁を搾り取り続けてきた「請求代行業者」にも存続の危機が見え始めている。

そして今回、個人契約柔道整復師の柔整療養費を扱う請求代行業の「あさ●接骨師会」と、その運営業務を受託していた「ホ●ブ接骨師会」が、合わせて数十億円に及ぶ負債によって破産したことが分かった。負債原因は、やはり「あさ●」の元代表による私的流用であることも発表されている。既に施術者から訴えが起こっているようだが、申請額を丸ごと請求代行業者個人に自ら委託してしまっている以上、その全てを取り返すことは難しいだろう。

要するに、多くの個人契約柔整師から預かった療養費申請の申請額の内、自らが受け取るべき手数料のみが請求代行業者の口座へ入金されるのであれば、自分のモノと顧客のモノの区別が付いたのかも知れないが、多くの施術管理者から任された請求額のすべてが、請求代行業の代表個人口座に入る仕組みでは、その全てが自分のモノと勘違いしても仕方がないのかも知れない。逆に言えば、個人口座に入金された金銭は、形式上も事実上も請求代行業の代表者の**個人資産**となってしまい、それ以外の何ものでもない訳だ。そこから代行業者自身の収入以外を施術者へ戻している内はいいが、手数料を遙かに越える額面を個人的に使い出すと、歯止めが利かなくなるのが世の常である。

そもそも、請求を自分自身で行うと確約したのが「個人契約」なのだ。それを他者に委ねること自体が既に契約とは異なっている。

療養費の請求事務を自ら行わないのであれば、「契約」ではなく「協定」を選択し、受領委任制度に定められた公のルール通りに公益社団の会長に委任すれば、自らの権利や収入を損なうことなど起りえない。

今後の電子請求とそれに伴うデジタル審査等が進み、不正が許されない仕組みが確立していくことを考えれば、何が正しく持続可能な方法なのかをシッカリと確認して欲しい。

●後期高齢者自己負担割合増加

さて、話は変わるが昨年、社会保障制度改革の一環として「全世代負担型保険」が議論され、団塊の世代が75歳以上になり医療費の急増が予測される2025年に向けて、現役世代の負担を減らすため、一定以上の所得がある75歳以上の後期高齢者の医療費負担割合を、2022年度から原則の1割から所得に応じて2割へ引き上げることが決まった。こうした話題は柔整にも関係があるので触れておきたい。

そもそも、医療費の自己負担は、70歳未満の現役世代が3割、75歳未満が原則2割、75歳以上が原則1割となっている。また、370万円（現役並み）以上の年間所得がある後期高齢者は3割負担となっており、今回は2割負担に引き上げる対象者の所得をいくらに設定するかが焦点となった。【資料8】

2022年後半に導入予定で、当初の3年間は外来診療での支払い増加分を3,000円／月に抑える緩和策を講じるとしながらも、単身世帯で200万円以上・世帯合計では320万円以上の所得の人が2割負担となることが決定し、その対象者は約370万人になる。これによって現役世帯への負担は700～800億円程度軽減されるが、1割から2割負担になった高齢者の平均自己負担額は1人当たり年間約3.4万円増（8.1万円→11.5万円）と試算されている。1割から2割になるのに、単純に倍増（8.1×2=16.2万円）となるのは高額医療制度による減免があるためだ。

社会保障制度改革の一環で税負担の公平性ということを建前に、後期高齢者保険への保険者負担軽減という経済的な観点を主軸にしてはいるが、高齢者の毎月の生活費にも軸足を置いて、2割負担になる年収の対象者を決定すべきではないか。

というのは、60歳以上の単身無職世帯の平均的実収入は毎月12万4,710円で、毎月2万7,090円が不足するという試算もある。また、多くの高齢者は複数の傷病を抱えることも多く、複数の医療機関に通院している人も少なくないことを考えると、年間とはいえ3.4万円の負担増は軽くはない筈だ。

社会保障制度を維持するために、現役世代の負担を軽減し全世代で公平に負担を分け合うという理屈は立派だが、それならば入口と出口も公平にする必要があり、年金制度も絡めた議論の余地があるのでないだろうか。高齢者の年金を減らすのか、現役世代の年金徴収負担を減らすのか、何が平等となるのか、もう少し深掘りすべきではないかと思う。

▶保険料負担割合再考の下地に…

左の決定を見る限り、次世代にも持続可能な社会保障制度をあらためて再構築するためには、「受益者負担」という方向から、高齢者の医療費負担割合を増加させるべきだという考え方方が昨今の主流となりつつあるようだ。

しかし、医療費を公平に負担する方法を案出するためには、高齢者ばかりに視点を置くのではなく、現役世代の保険料格差にも注目しておく必要があるよう思う。

というのは現在の医療保険は、協会けんぽ、組合健保、共済、国保、後期高齢者医療制度等、多種に分化されており、さらに国保等の保険者である区市町村等の各自治体ごとの規模の差は大きく、その地域等によって一人当たりの保険料には約4.5倍の差が生じている。窓口で支払う金額だけではなく、保険が負担する部分での徴収金自体にも差があるということだ。

そもそも、国民健康保険（以降「国保」）は、自営業者を対象としてきたこともある、高収入の場合には、保険料は高めに設定されている。一方、被用者保険（会社で雇用されているサラリーマン）の場合は、雇用する会社側がその半分を負担する仕組みのため、被用者自身が支払う保険料には軽減措置が図られ区別されている。

しかし、昨今では非正規雇用者と年金受給者の制度も変容しており、こうした者達にとっては現役世代であっても、その保険料負担は重過ぎる状況となっており、結果的に保険料滞納が今回のコロナ禍でも話題となり深刻な問題となっているのだ。こちらも合わせて全世代のバランスをとる必要があると思う。

【資料8】後期高齢者の窓口負担2割の境界線

年収	対象者(割合)	現役世代の負担
240万以上	約200万人(13%)	-470億円／年
220万以上	約280万人(18%)	-670億円／年
200万以上	約370万人(23%)	-880億円／年
170万以上	約520万人(31%)	-1,220億円／年
155万以上	約605万人(37%)	-1,430億円／年

【7】電子化が柔整を救う！

●デジタル庁発足

昨年、コロナ禍に発足した菅政権は、すぐさま全く新たな“国家の情報を管理する組織体”として「デジタル庁」を創設する方針を示し、その始動は本年9月と定められ、急ピッチで準備が進められている。

デジタル政策に精通する議員を中心に据えて、情報管理という新たなパイプを縦横無尽に貫くことで、各省庁が積み重ねてきた縦割りの業務を崩し、今回のコロナ禍で露呈した各自治体との連携不足や横のネットワークの構築も含めて、これまで政府内でさえ情報共有することが出来なかつた、あらゆる枠組みについてもスピーディに改善させるという。

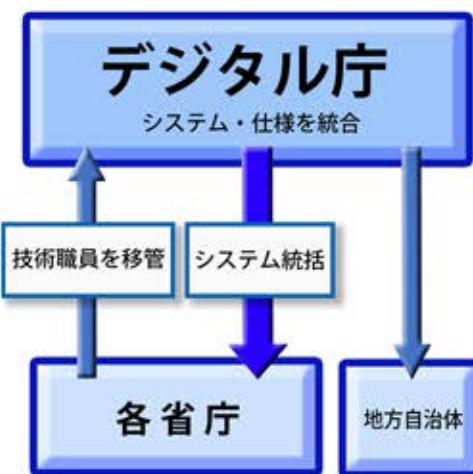
菅首相は「役所に来なくとも行政サービスが利用出来て、地方にいながら都会と同じような医療・教育などの生活ができる社会を目指す」と示すことで、「デジタル庁」が構築しようとする情報ネットワークが、これまで構想だけでなかなか実現できなかつた「東京一極集中からの脱却」にも寄与する可能性を示したといえる。

また、今回政府が進める「デジタル化」の本気度は、各省庁間での連携作業を円滑に進めるため、行政改革大臣をも巻き込み、国の行政構造自体にも大きな風穴を開けようとしていることからも実感できる。その最も分かりやすい事例が「実印の必要な83件を除き、転入届・婚姻届・離婚届・車庫証明など、全体の99%となる5,198件の行政手続きに必要な「認印」を廃止する決定をした」という点だ。印鑑という日本独特の文化への対応を、この改革で真っ先に取り組むことで、これから日本の社会を大きく変化させていくことを、内外に強くアピールしてみせた訳だ。また同時に、米中から数年の遅れをとっているとされる「IT分野」への対応を急ピッチで進めることで、コロナ後の経済回復に利用していくとする新政府の強い思惑が明確に示されている。

というのは、日本経済の回復には安倍前政権が最後まで最上段に掲げていたテーマでありながら、最後まで実現できなかつた「**デフレ脱却**」の実現が地下水脈として綿々と流れているのだ。菅政権はそのデフレ脱却の実現のために必要な日本経済の「成長の柱」として、先に上げた「デジタル化」に加え「脱炭素・温暖化防止策」の2つを位置付けたということだ。

そして、「デジタル庁」には各省庁から情報管理に関係する様々な技術担当者を移籍することが決まつ

【資料9】デジタル庁の位置付け



ている。と同時に地方自治体と直結する司令塔的な組織にすることで、政府全体のデジタル化を一気に進めるとしている。【資料9】

●脱炭素化

実は、海外では「低金利」「低成長」「低インフレ」の「3低」の状態を「日本化」と表現するそうだが、正に“言い得て妙”である。そして、この「3低の核心部」こそが「低成長」である。経済が成長すれば金利もインフレ指数も上がるの間違いない。

そこからの脱却を目指すために、日本の中小企業の技術力を最大限に活かした「CO₂削減」を起爆剤として、世界に向けて発信したいのだろう。

というのは、菅首相が所信表明演説で「2050年までに温室効果ガスの排出を全体としてゼロにする」と宣言した背景には、「パリ協定」を受けた世界中の122の国と地域が2050年までに実質ゼロを目指すと明確な時期を示しているのに対し、日本はこれまで「今世紀後半のできるだけ早い時期の実現を目指す」と消極的な発言を繰り返し、実質ゼロにする具体的な時期を示さずにきたことから、国際的な批判を受けてきという経緯がある。

しかし、この地球温暖化への取組みは、何も世界に向けた見栄えやプライドといった話ではない。温室効果ガスの排出量を減らさなければ、地球全体の環境が損なわれ、現在の生活を維持することはできなくなるといった重要な問題なのだ。

産業革命前に比べて地球の平均気温は約1.2°上昇したとされており、このまま2030年を迎えるとさらに1.5°の上昇が見込まれている。こうした状況の中、現時点でも地球上の各地で異変が起っているのはお気付きだろう。

▶このままでは地球が壊れてしまう

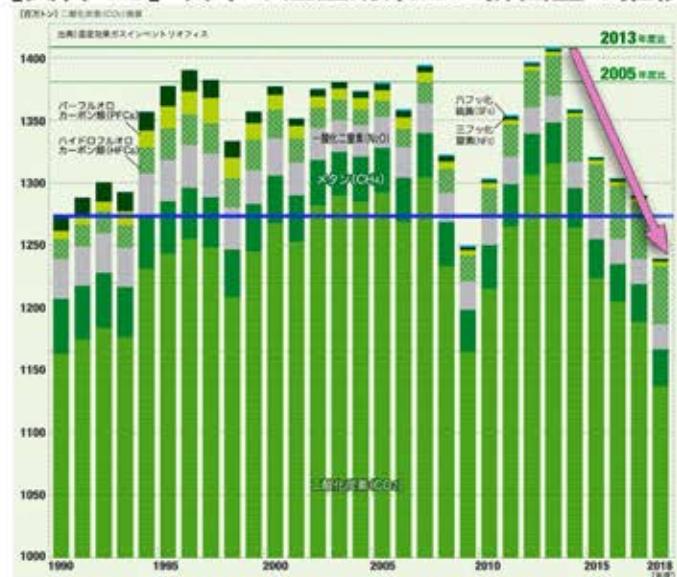
例えば、温暖化の影響で気温が上昇したことで昨年1年間に南極の氷や北極圏の永久凍土から溶け出した水の総量は5,320億トンに及ぶ。もしもこれを東京23区に注ぎ込むと、その水位は約800mの高さに達すると試算（NHK発表）されている。

さらに、気温上昇によって高温乾燥状態が続くと火災が起りやすくなる。昨年1年間に消失した森林の面積は63万km²に及び、それは日本全土の約1.7倍に達する。CO₂を吸収する森林がこのまま減少すれば、さらに温暖化は進むことになるのだ。

また、気温が上がり海水温も上がれば、台風の発生も増え、その降雨量は現在の河川の治水能力では到底吸収できないことは、昨年の河川氾濫と住宅浸水で目の当たりにした通りだ。そして、水没した地域に日常生活を戻すためには、寸断された道路や鉄道・架橋・電線・水道等のインフラや学校や公共施設等、相当な期間を要することも考えられる。

これまで我々人類は、どれだけ環境を破壊し汚染しても、地球は大きくその自然の力が吸収してくれると過信して来た。しかし、この60年間で自動車の台数は10倍以上、消費電力量も70年前に比べて25倍以上に、さらに70億人を超えた人類の住まいや食料確保のための田畠での穀物生産量、牧畜による食肉量は何倍にも増えた。そのために森林の伐採が続き、身の回りの環境を大きく変えてきたのだ。日本の2018年度のCO₂排出量は12.4億t。2013年の14億tから5年連続で減少（【資料10】）しているが、今のペースで減少を続けたとしても、2050年にゼロにするのは極めて難しいのが現状だ。

【資料10】日本の温室効果ガス排出量の推移



▶積極的な取組みの狙い

今回のコロナの感染拡大によって世界中の主要都市がロックダウンしたことによって経済が停止したが、それで削減できた温室効果ガス排出量は僅かに-7%にしか過ぎなかった。

しかし、逆の見方をすれば、コロナはたった一年で、脱炭素化をそれだけ進めることに成功したとも言えるのだ。人類の文明発展という視点からは、あまりに大きな犠牲であったのも確かだが、他の方法を加えるなどの工夫次第では、さらに温室効果ガスを削減できる可能性はある。

そこで、政府は脱炭素社会の実現に向けて、CO₂の排出量が多い火力発電から太陽光や風力発電など**再生可能エネルギーへの転換**を図っており、2030年度には火力発電の依存度を56%程度まで落とし、再生可能エネルギーを22%から24%へ。そして、原子力の稼働率を上げて20%から22%を目指すとしている。さらに水素の活用や、CO₂を回収して燃料や化学品に活用する「カーボンリサイクル」等の新たな技術の研究開発を加速させる予定だ。

また、経済界でも温室効果ガス排出の実質ゼロを目指す「チャレンジ・ゼロ」というプロジェクトを経団連が発表した。それは対策をただ政府に任せるだけではなく、企業自らが担い手となり、温室効果ガスの削減に向けた最新技術を企業同士で公開し合い、新たな技術を開発するために異業種や大学でも連携できる仕組みを創って、積極的にイノベーションに取り組むというもので、既に自動車業界や電機、鉄鋼などのメーカーをはじめ、銀行や大手商社など160余りの企業や団体の参画が確認されている。

そして、世界ではこうした社会的課題への取り組みへ投資を行なう「**ESG投資**」を呼び込むことで、17の目標を掲げる**SDGs**（持続可能な開発目標）等を含め“脱炭素”等の新たな技術革新に向けて、次なる産業革命への協調と競争が始まっている。

日本にとって、「温室効果ガスの排出ゼロ」に積極的に取り組む姿勢を強調することで、新たな投資や融資を呼び込むことが可能になる。それを元に新技术を開発し、新たな時代の経済成長につなげていきたいというのが菅政権の狙いもあるようだ。

しかし、日本では**EU**（欧州連合）が積極的に推し進めている「**グリーンディール政策**（120兆円規模の投資）」や「**脱炭素税**（脱炭素化を進めない企業への課税）」のような大胆な実行策は、まだ実現できていないのが現状だ。

▶脱炭素化がパンデミックを防ぐ

しかし、「温室効果ガス」の排出削減に人類が総力を挙げて取り組まなければならない眞の理由が実は他にある。それは、新たな投資や融資を呼び込むことや、新技術を開発して経済成長につなげていくということを遙かに凌駕する重大な理由だ。

「地球の温暖化」が全世界的な環境を破壊し続けて、南極の氷が溶け、北極圏の永久凍土が溶け出し始めていることについては先に触れた通りだが、実は脱炭素化と温暖化防止を実現しなければならない最大の理由は、正に溶け出す水に隠されている。それは、「コロナ以上のパンデミックを防ぐ！」ということだ。

気温が上がり永久凍土が溶け出し、そこに露れた古代の地層から「マンモス」が発見されたというニュースを覚えているだろうか。その時、同時に溶け出した土壤から、いくつもの「未知のウイルス」が発見されていたのだ。それらのウイルスの中には、10時間で1,000倍以上に増殖し、宿主（感染した細胞）の細胞膜を破壊し続けるという危険なものもあり、研究グループからWHOには報告されているものの、今回のコロナ同様にそこへの対応策ができるがっている訳ではない。

さらに始末が悪いことに、シベリアの永久凍土にはCO₂の約25倍の温室効果があるメタンガスが大量に含まれており、それが高温になるとガス自体が膨張して爆発や噴出する可能性もあるのだ。その時、氷漬けにされていたウイルスが地表や大気中に拡散すると、何が起るのかは簡単に想像がつく筈だ。

今回のコロナ以上に感染率や致死率が高ければ、「経済成長」を掲げている場合ではなくなるということになる。さらなるパンデミックの危機がこの「温暖化問題」の先に待ち受けていることが分かっている。森林を破壊したことで、動物たちとの境界線が崩れ、動物界でしか感染することのなかったウイルスが人間の住むエリアに漏れ出したのが今回のコロナだ。これでも温室効果ガスを発生させる化石燃料に依存した経済を続ける意味はあるのだろうか。ウイルス対策と温暖化対策は切り離せない重要な繋がりがあるということだ。



●柔整の電子請求を加速する

さて、話をデジタル化に戻そう。実は、今回の「デジタル庁」の発足は、柔整業界の電子請求を加速させることに繋がることは間違いない。

というのは、厚労省は柔整療養費の電子請求について、平成28年の「第4回柔整療養費検討専門委員会」で既に「モデル事業を検討してはどうか」との方針を示していたが、一部の保険者が「電子化よりも償還払いへ」という、かなり歪んだ思いを堅持していたことも手伝って、その後は電子化の進展は驚くほど鈍かったというのが現実だ。

それでも、話題の軸と方向性・将来性を鑑みて、日整では電子化の流れが止まることは絶対ないと確信していた。そのため、他の動向に影響されることなく軸足に体重をしつかり乗せて、焦らず慌てず、一枚一枚鱗を剥がすように電子化への地道な交渉をこれまで繰り返してきたのだ。

そして、平成30年に、長い時間をかけて進めてきた「制度改革」「教育改革」といった歴史に残るような大改革を成功させ、業界改革が一段落ついたかに見えた令和元年になると、厚労省の表現に「モデル事業を実施すべく調整中」と、僅かに変化が現れ、令和2年1月になると「保険者会合を実施」といった具合で、半歩ずつだが電子化が前進している様子が報告書等でも散見されるようになっていた。

こうした中で、昨年決定したデジタル庁の位置付けが、各省庁のデジタル化を指揮する立場にあることから（【資料9】）、その潮流の変化からの圧力を受け、厚労省では進めるべきデジタル化の中の1つとして、積み残してきた「柔整療養費の電子請求」を推進せざるを得なくなったという状況だと言えるだろう。

実際に、日整における電子請求の基本設計については、かなり以前から日整総務部傘下の情報管理室に於いて原型が作られており、各方面の関係者とも独自に協議を重ね、試作モデルは何度も修正・練り直しを繰り返しながら、実際のモデル事業を実施するための弊害となる案件を、一つひとつ丁寧に外す作業が根気強く進められてきた。その詳細はまだ明かせないが、現在、政府が進めているデジタル化については、日整では数年前からその方向性は確実に見えていたということだ。しかし、同時進行で進めなければならない他の改革課題との優先順位の問題で、これまで水面下での作業が続いてきたのだ。注意深く日整の動きを見つめてきた会員諸兄には、臆気ながらもそうした流れは見えていたと思う。

そして、新政権が発足した途端、**デジタル化と脱炭素化**が成長戦略の柱として掲げられたことで、各省庁でも定期的な人事異動も終え、今後やらねばならないことの優先順位付けが少しずつ変わってきている様子だ。この機会が訪れたのは、決して「棚ぼた」的な流れではない。時代が求めている変化なのだ。そして、これ以上柔整療養費の電子化に適したタイミングはないことも、間違いの無い事実である。

▶マイナンバーカードの普及 《コロナによるオンライン推進》

政府は、マイナンバーカード（以降、「カード」）の普及を急いでいたが、交付率はなかなか上がらず、約20%に留まっていた。「カード」の普及が低迷していた最大の理由は、『将来的に国民の持つ全ての口座が「カード」と紐付けられれば、自分の預貯金が国にすべて把握可能（筒抜け）になる』という国民感情があったからだ。そこで、政府は大幅なポイントを加える等の施策を打ち出して、徐々に普及率が向上した途端に、今回のコロナへの救済施策の目玉となった**定額給付金（国民1人10万円）**の支給が、個人口座との連結に手間取り、予想以上に遅れてしまうという大失態が起ってしまった。『役所の手作業よりも「カード」を利用した方が給付金の支給が早い』とアピールし一気に普及率をあげる目論みがあったのだが、その前評判を覆してしまったことで、この施策の普及にはさらに時間を要することになると考えられていた。

ところが、政府は、今回の失態の弱点を分析し、「国民1人につき1つの口座を登録する」ことを実現できていれば、素早く支給が可能であったとし、国民の不安と不満を払拭することに成功した。

また、行政改革の動きと合わせ、医師・薬剤師・看護師などの資格登録申請時にも「カード」を提示することで戸籍謄本や住民票の写しの提出を省略し、申請手続きをオンラインで可能にする「利便性」を最前面に押し出して、普及を再加速し始めたのだ。

▶保険証がなくなる？

この「カード」は、2024年（令和6年）には運転免許証のデータや2020年度末（本年3月）からは健康保険証のデータを読み取る「オンライン資格確認」の導入が予定されている。しかし、これはあくまでも「医療機関」が対象である。

また、誤解が多いのだが、この「カード」自体には運転免許証や健康保険証等のデータ自体は一切入ってはいない。つまり、落として誰かに拾われても不正利用はできないのだ。「カード」に入っているのは、「カード」を使用する際に必要となる本人確認のための顔写真等のデータが入ったICチップだけだ。

そして、医療機関を受診する場合には、患者本人が窓口で「カード」を提示し、顔認証システムで確認された後に「情報センター（現時点では支払基金・国保中央会等が想定されている）」がオンラインで繋がり、センターから送られてくる保険証や過去の医療情報等を医療機関は閲覧・利用可能となり、当日行なった医療情報を入力し、その請求までを一貫して行なうというものだ。

接骨院でも保険施術を行うには、この3月から同様のシステムが必要になるのではと心配されている会員も多いだろう。しかし、柔整の場合は本年3月から医療機関と同様にこのシステムが導入される訳ではなく、当面は現行の保険証が従来通り使える。

そして、モデル事業が成功し、システムが動き始めたとしても、柔整の場合はこれまで保険証に記されていた「患者氏名、住所、保険の記号・番号、有効期限、負担割合」等の基本情報だけが確認できればよいため、医療とまったく同じシステムを導入する必要はない。必要になるのは本人確認をするために「カード」を読み込むカードリーダーとPCが必須となる。現時点で保険申請用PCを導入していない会員には、将来的にはご負担をお掛けすることになるが、業界としてここに対応出来なければ、将来的に保険制度の枠から外れ、国民のために創られた受領委任制度そのものがなくなる可能性すらあるのだ。

▶デジタル化が進めば…署名も…

さて、**デジタル化と行政改革**の連携作業で「認印の廃止」が進められていくことに触れたが、柔整の電子請求を進めていく上で、紙面に記すことで成り立ってきた「署名」の撤廃すらも視野に入っている。

これまで保険証を提示している者が本人であることを確認する術はなかった。しかし、今後は「カード」の使用自体が「本人確認」を意味するため、受領委任の同意を確認する作業についても、これまで通りの「署名」に固執する必要はないようにも考えられる。オンライン上で簡素化できる他の何らかの方法に変換する必要があることも改革の必然といえるだろう。

結びに

人はマシンではないから曖昧さを残す。そして、「1」か「0」か、「ON」か「OFF」かという属性を単一化するようなデジタルな作業には向いていない。

人間の暮らす社会そのものは、そうした人と人が複雑に絡み合い、繋がって構成され、日々変化しながら成り立っている。何もかもをキッチリと分別できるものではない。よって、「人と物の移動」についても、完全封鎖などしようものなら、あっという間に息苦しさと不安で社会は崩壊してしまう。人間が生きていくには曖昧さは殊の外重要なのだ。

とはいって、人の命に関わる感染症への対応となると、曖昧や適当では困るのも事実だ。だから最大限の知恵を絞って「不要不急の外出自粛」という少々曖昧な「人の移動」の制限策が講じられたのだろう。

さらに、今回呼び掛けられた「マスク常用、3密を避け、手洗いにアルコール消毒、換気」といった対コロナ用の新生活習慣は、これまでの国民の衛生観念を大きく変えたのは間違いない。

しかし、台湾政府がやってのけた「AIによる監視社会」と「厳格なまでの懲罰適用」にはどうしても違和感がある。また、政府が地域医療構想で推し進める「効率を最優先させた病院と病床削減・保健所数の削減」には、目的と行動にズレがあるのも確かのことだ。どこに正解があるのだろうか。

完璧な規律や厳罰なら、蟻の這い出る隙もないような仕組みができるかも知れないが、それ以上に「全体空気拘束主義」や「同調圧力」いわゆる、「自粛警察」や従わない者を皆で阻害する「村八分」で締め付けても、何かが違う。

結局のところ、周りからの強烈なまでの締め付けで事を成すのではなく、各人自らがそうすべきと心底納得して結束するのが一番いいに決まっている。それには、皆がそれぞれに何度かのアナログな失敗を経験し、そこから痛みを受けて学ぶ必要がある。

最初の緊急事態宣言で強烈な自粛を実行できたのは、誰もが「このままでは死んでしまうかもしれない」という恐怖感に従ったからだ。徐々にそれほどの毒性はないことを知れば気持ちが緩み、経済対策のために自粛を緩めたら、再び被害が爆発するなど、我々日本人はこの一年で何度も失敗し、色々学んだのではないだろうか。

二度目の緊急事態宣言は、最初ほどには人の移動を制限できていない。しかし、各人がいつ当事者となり、感染・隔離・重症・死に至っても不思議ではないだろうか。

ない社会に今いることを実感した。今こそやるべき事は皆わかった筈だ。それでもやはり、最も現実的な収束への方法は、確実に結果を出せる「ワクチン」と「治療薬」の開発ということに期待するしかないのかも知れないが、今こそ日本人の平衡感覚を感じてみたいと思っている。

温暖化問題もウイルス対応にしても、この数年で正しい道を進まなければ、我々が今向かっている危険な状況を変えること自体が極めて難しくなることも分かっている。

我々は、これまで自ら何もしなくても、きっと誰かが道を拓き、現状が守られると信じていた。しかし、それは事実ではない。見たくないものから目を背け、自分に都合のいいところだけを見てきたのだ。

我々は、先の世代が必死に築き上げた仕組みと、そこから得られた恵によって今日を生きている。

そして、現代の我々の世代は、結果からみれば、ただそれを食い潰し、「次の世代が生きていくために必要なことが何か」を考えようともしていない。我々は、確かに直接何か悪い行いをしてはいない。だから、我々自身には罪は無いと思ってきた。

しかし、この業界を壊すのは悪い行いをする者達だけではない。それを見ていながら何もしない我々が、業界の崩壊を決めてしまっているのだ。本当に、それで良いのだろうか。まだ、自ら動けない次の世代から見れば、我々が「何もしないこと」自体が罪なのではないのだろうか。

このままの状態を放置すれば、柔整業界は必ず崩壊する未来が見えている。現状を維持することや、さらに良い状態を創り出すためには、現実を正しく受け止め、自らが動き、努力する必要がある。

そして、次の世代が望む社会を意識し、そこへ到達するための努力をしなければならない。

だからこそ、いま我々が何よりも取り組まなければならないことは、コロナの感染拡大防止と同時に、この柔整業界に蔓延った不正受給の根源を絶つための「柔整の電子化」を加速することだ。もう化石燃料のような「アナログ」な曖昧さだけでは次世代までは保たない。そこには未来はない。何もしない罪を改め、自らを許し続けた曖昧さを絶ち、この業界を蝕んできた全ての不正を電子化で一掃する。

電子化こそが柔整業界にとっての「ワクチン」なのだ!この作業こそが、次の世代への我々の責任である。♪)