

社会医療ニュース

社会医療研究所

〒101-0047
 東京都千代田区内神田1-3-9
 KTIIビル4F 日本ヘルスケアテク/橋内
 電話 (03) 5244-5141 代
 FAX (03) 5244-5142
 E-mail: syakaiyou-news@nhjip.com
 定価年間 6,000円
 月刊 15日発行
 振込銀行 三菱UFJ銀行
 京橋支店(023)
 1712595
 普通口座 1712595
 発行人 小山 秀夫

医療の正義化と医療の社会化の関係 永遠の課題に新たに挑戦してみます

所長 小山 秀夫

医療崩壊が、世界的関心事となった。「医療体制が脆弱な国では危機的状況です」「人工呼吸器が3台しかない国があります」「エタモの台数に限りがあり不安」「オーバーシュートより先に医療崩壊します」「ICU不足の恐れ」などの言葉がメディアに流れた。

全く根拠のない自信なのか、大半の人はたかをくくっていた？
 でも「これは戦争だ」と英国女王陛下もいい、戦争なら兵士は医療従事者ということになった。人類共通の危機が迫り「そんなの関係ない」なんてことはいえなくなった。この状態では、医療は正義だといっても、多くの人は同意してくれらな

「医療は正義だ」「だって、正義でなければ社会保険料や税で医療費を払う根拠がない」と岡田フナウンダーは主張した。もし、不正義だと公的支出はできないことになるのかどうかは、よくわからない。

い。ただ、このようなことを「緊急事態宣言」下で考えはじめると、かなり面倒なことになる。
 医療が正義だというには、十分な理論武装が必要だ。いわば公金が払われているから正しいことだといふと、正しいから払われているのかどうか、わからんことにも関わ

れているぞ、などとお叱りを受けている。医療費をなんらかの公金で賄うことと、だから正義かどうかという議論は、どう考えても直結できない。医療に要するカネを全てポケットからだしても、その医療が正義の場合も、不正義の場合もあるかもしれないからだ。

医療の社会化とは何か

医療費を社会保険料や税で支払う仕組みがあることを「医療の社会化」ということがある。何らかの社会的仕組みがなければ、医療費は自分か家族・親族か、あるいは地域内の共助に頼るしかない。

だから、医療費の支払いを社会共通の課題とし、医療費を賄うシステムを公正に作り上げ、このことよって医療を必要な人々に提供できるように医療自体を社会化することが求められる。

全国を対象とした医療保障制度がある日本では、今更こんなことを考えなくてもよいのかもしれないが、実態として全世界で医療が社会化されている国の方が少ない。介護保険制度の創設過程で、何度

も「介護の社会化」という議論をした。家庭内や家族が担ってきた介護を広く社会共通の課題として認識し、介護に要する費用を保険料と税で支払う一方、このことにより介護保険サービスの供給体制も整備しようとしたのである。全世界型社会保障では、子育て費用の社会化を進めているともいえる。

大変な苦勞をして、多くの人々に新たな経済的負担を強いられることにより、やっと実現することができた「社会化」が、正義でないとか不正だということになると都合が悪い。そこで、医療、介護、子育ては正義でなければならぬという願望が巻き起こる。だから、社

会化されている社会サービスは不正であつてはならない。

医療は正義だといえるのか

医療費の問題を脇に置いて、医療は正義だといういえないだろうか？ 刑罰的には、人体に危害を与える行為が犯罪と位置付けている。こうなると手術などは、犯罪になりかねないことになってしま

う。だが、医療は正義かどうか、医療制度や医療保障制度が公正かどうかという問題は、実は別な形で長年議論されてきた。正義かどうかという判断を公正な社会との関係で比較検討しつづけた人もいれば、どうすれば正義は促進されるのかと考えた人もいる。前者の代表は、ジョン・ロールズであり、後者はアマルティア・センである。この二大巨頭の議論は、人類の英知の結集だと思いが、かなり難しい議論なので、ここで簡単に説明することはできない。

ただ、医療は正義かどうかという問いは、医療をどのように提供するかといった判断基準にもなるし、医療の価値を明らかにする第一歩となるという意味で貴重だと思ふ。もちろん、医師の正義、看護師の正義、医療提供の公正、制度の公正、負担の公平、社会の公正と公平の確保などという課題と関連するし、医療制度ばかりでなく、医療提供機関の公正とは何かとかという根本的な問いにつながるものでもある。

このように考えてみると、「医療の正義化」と「医療の社会化」という課題を深掘りしてみるのも無駄ではないし、両者の関係を解き明かしてみても楽しい作業ではないかと考えるようになった。そして、これこそ、このニュースの今後の使命なのではないかと思ふ。い込みが生じている。

【医療の社会化と正義化が世界を守る】

所長 小山 秀夫

世界のあちこちから医療従事者への感謝の気持ちが表示されメディアで拡散されている。ありがたいことなので、素直に喜びたい。このパンデミックで、死者が急増しているのに、死ぬ可能性があると考えると、医療従事者の皆様にお世話になるのだから大切にしなければならぬと思うだろう。あるいは、この事態を収束してくれるのは最前線で懸命に働いてくれている人々なので、感謝を表明するのは当然だと考える人々が増えていることは、事実であろう。

一口に医療従事者といっても職種はたくさんある。代表的なのは医師と看護師だが、薬剤師や管理栄養士とか理学療法士や作業療法士などの資格を持つ大学院生の指導を担当している、なぜその資格を取りたいと思ひ、通学したかという話になることがある。大雑把にいつて、命を救いたい、病気などで困っている人の役に立ちたい、人類に奉仕したいなどという思いが語られることが多い。どの国でも、同じなのかどうかは、よくわからないが、心優しく志が高い人が大部分だ。

いつもは目立たないが、検疫所とか保健所がフル回転している。

特に、緊急事態発生時に底力を発揮している保健師をはじめとする各種公務員は、有事にその力量が明らかになるものだが、この長期戦によくぞ耐えてくれている。しかし現場は疲弊している。最前線を担当する医療従事者が院内感染すれば、濃厚接触者の同僚は自宅待機になり、外来閉鎖と新規入院受け入れ中止となる。最前線は、感染と死の恐怖に包まれている。「もう、本当に限界」と打ち分けてくれる友人もいる。おまけに医療従事者の児童・生徒がいじめられたなどの報道を見聞きすると、本当に嫌悪感を抱かすにはいられない。

WHOの医療従事者への労働安全衛生に関する注意文書

3月18日、WHOは、COVID-19の大流行・労働安全衛生を保護するために必要な具体的な措置を含め、医療従事者の権利と責任を強調する、という文書を公表した。

「医療従事者は、COVID-19のアウトブレイク対応の最前線において、病原体による感染のリスクに曝されている。リスクには、病原体への曝露、長時間労働、精神的苦痛、疲労、業務による燃え尽き、

スティグマ、肉体的および心理的暴力などがある。本文書では、労働安全衛生を保護するために必要な具体的対策を含めた医療従事者の権利と責任について明らかにする」とある。

今年の2月以降、ほぼ毎日WHOのホームページを開いて確認するという作業をしてみているが、わたしは、この文章をみて、ショックを受けた。STIGMA(汚名)という単語があるからだ。障害者や病人に対するスティグマなどといういい方をする人もある。貧者に対する汚名などという使い方もする。社会学などの分野では、これだけを研究テーマにしている人もいる。人間の感情の奥底にある差別を超えた「社会的烙印を押されたアイデンティティ」などと、わかつたようなわからないような、定義もされている。

海外の文献で、わたしのつたない記憶では、医師や看護師をはじめとする医療従事者が社会から仲間ではないという烙印がおされるという意味のスティグマを受けている側にいる、といういい方にこれまで出合ったことがなかった。

ただ、その昔、ハンセン病患者のための療養所の看護職が「結婚相手ができない」というステイグマがあるという話を聞いたことがある。このパンデミックで、やたらと世界中の医療現場に関する報道が増え

た。それは当然で、国際間の移動をいくら制限しても、どこかの国で感染が爆発的に起きているとしたら、以前と同じように人々の移動はできないし、最近のインバウンドによる観光立国なんていうことは夢のまた夢で、もう以前の世界には戻れないのだ。それはそれとして、地域住民が医療従事者に暴力をふるったり、何か凶犯のように遠くから取り巻いているような映像が流されていると、やりきれない。

4月22日に、WHO事務局長のブリーフィングの記事が掲載されている。この中でも「われわれは、医療従事者に対するスティグマと差別と闘わなければならない」と述べられているので、国際的な事態は「層悪化するのかもしれない。今回のCOVID-19が、医療従事者への汚名という、新しい世界に向かうのだけは阻止したい。」

医療従事者への汚名と正義化と社会化の関係

WHO公表のデータだけみていると、アフリカ大陸の感染者数が著しく少ないことが気がかりだ。断片的だが貧しい国からの暴動シーンが伝わることもある。明らかに医療従事者に暴力を振っている。

その根底には、世界的感染で、死の影が迫っているにもかかわらず、検査もしてくれないし、治療もしてもらえず、私達の死を放置

するのとかという憤りがあるのだ。暴動は集団ヒステリーでも、無頼者の悪行でもない。そのような上から目線で、世界をみてはいけないにしても、医療を受けられる人は経済的に医療費を支払える人だけに限られ、お金がない人たちは医療を受けられないということ自体が問題の本質なのだ。どう考えても、わたしには、そうにしか考えられない。

GDP対医療費で世界最高率の米国で感染爆発が起きた。基本的に医療費を租税で賄うイタリアなどは、医療崩壊してしまった。国民皆保険が確保できているドイツと日本でも事態は深刻だが死亡率は、欧米と比較すると低い。

イタリアやスペインからの情報では、国家財政の悪化を理由に、近年、医療費抑制政策が展開されてきたため、医師などが国外に流出していたことも医療崩壊の原因だと伝えられている。

コロナウイルス疾患のパンデミックでは、全ての住民に公正・公平な医療の社会化を推進してきた国や地方の死亡者数・死亡率が低かった、といずれ証明できると思う。医療が正義だと認識されている国では、医療の社会化が進んでおり、その逆も真であると思う。医療の社会化を進める世界になってほしいと強く思う。

有事斬然(ゆうじざんぜん)

第5回 立場変われば

北部上北広域事務組合 公立野辺地病院 医療管理監 一戸 和成



今回は、医療保険の「給付と負担」のあり方について、超高額医薬品「ゾルゲンスマ」の保険適用に関する話から考えてみた。筆者の意見はこれまでのコラムで示してきたが、今後の医療保険のあり方については、政治や行政から押し付けられるのではなく、医療者自らが提言していくべきであり、医療者の合意形成を、今この時期に進めていくべきであろう。

さて、今回は、私の肩書が変わったことも含め、公立病院の置かれている状況と経営の改善について書いてみたい。

○新しい仕事への挑戦

第1回目のコラム(令和2年1月15日号)で、私の経歴を紹介した。青森県での臨床医を皮切りに、厚生労働省医系技官、京都市役所の公衆衛生医師として勤務した。医師免許を取得して、臨床医として4年、公務員としての生活が18年である。この3月末までは、京都市役所で、のんびりと公衆衛生に関わっていたが、今回、公立病院の経営に携わらないかとお話があり、一般職の公務員生活に別れを告げ、病院経営という新しい仕事に挑戦するため、思い

切つて転職した。

勤務する病院は、青森県の下北半島の付け根に位置する公立野辺地病院。病床数は一般120床、療養31床の計151床、常勤医師は私も入れて9名(他に歯科医師1名)である。病院の経営状況は、いずれも令和元年度末の見込みで、経常赤字(一般会計からの繰入金を入れた後の収支)が約2.5億円、積み重なった資金不足額が約3.2億円、資金不足率は14%程度になる。典型的な人口減少地域にある赤字基調の「経営状態のよろしくない」公立病院である。これをなんとか4年程度の期間で、経営状況を好転させることができるかが、私に与えられたタスクである。

○地域医療構想策定の責任?

筆者には、青森県健康福祉部長出向時代、県の地域医療構想策定に関与したという責任もある。その構想の中で、自院の位置づけについて、

・圏域内外の医療機関との連携を進めるとともに、病床稼働率等を踏まえ、病床規模の見直し及び回復期、慢性期機能への転換を図る。
・隣接町村を含めた在宅医療の需

要に、関係機関と連携して応えていく。

という具体的な取り組み内容を示しているのだ。立場が変わった今、病院経営者の視点から、自ら作った地域医療構想で求められている機能を追求するという宿題も、「経営改善」というタスクとともにもたらしたことになる。なんとも因果な話である。しかし、この日本において、自分で作った地域医療構想の内容を、自身で実現しなければいけない立場にいる病院経営者は、そうそういないだろうと思うので、その「責任」をとらなければと意気込んでいる。

○公立病院の宿病

ここからはちよつと話がかわり、「公立病院」が抱える課題について見ていきたい。民間病院と比べた時に、経営に大きな影響を与えている共通の課題は、

① 人件費比率の高さ

② 総務・医事部門の弱さ

が、挙げられるだろう。①は、単純に給与水準が高いという単価の問題と、一旦雇用した人員を病床稼働率等に併せて調整できないという員数の問題がある。いずれも病院職員が公務員であるということに起因する。②は、総務部門の事務系職員が、自治体の本庁と病院とを人事異動で行き来することで、病院に在籍している期間だけ、「親元」である自治体から、赤字補填である「繰入金」を引つ

張りだせるかに精を出す職員が多いことが問題であり、医事部門は、診療報酬請求の最前線として病院経営上重視すべき部門でありながら、病院の正規職員が請求事務を行わず、業務自体を民間事業者に委託し、本来算定できるはずの報酬について、請求漏れが多発していることに気づいていないことが大きな問題である。これ以外にも、個別の病院の事情は千差万別存在するが、「経営状態のよろしくない」公立病院では、必ずといっていいほど、この2点が問題として挙げられると思う。

○公立病院を取り巻く行政的施策

公立病院の進むべき方向性について、大きな影響を与えているのは、地域医療構想推進のため昨年9月に厚生労働省が発表したいわゆる424病院再検証リストや、総務省が公立病院に策定を求めている新公立病院改革プランである。厚生労働省のリストは、基本的に診療実績の乏しい公立・公的病院に存続の可否の検討を促すものであり、総務省の新公立病院改革プランは、漫然とした赤字の経営体質の改善を各病院に促すものと理解している。両者ともに、地域における公立病院の存在を否定しているわけではないと理解しているが、その機能を最も効果的に発揮するために自助努力を求め、また、公立病院の職員には、経営状態の悪化が自治体の財政

をも悪化させているということの自覚を促しているのだと考えている。

○経営改善に向けた考え方

これらを踏まえ、あまたある公立病院のそれぞれの機能・状況は違えども、筆者の考える公立病院の経営改善に向けた基本的な考え方を書いてみたい。公立病院は、公務員組織であるという前提から、民間のように機動的に支出の削減(給与カット、人員削減)ができないという特殊性がある。そのため、「最近の公立病院政策の変遷と新旧公立病院改革ガイドライン 伊関友伸 社会保障研究 2017. vol. no4. pp.778-796」では、改革に成功した事例では、人材の確保などに積極的な投資を行って医療収益を増加させ、収支を改善したところが多いとあるように、医療収益の増加が必要不可欠である。また、職員特に医事部門の職員の請求事務に対する能力向上も進めなければならない。これを実現するために必要な経営形態の変更を行い、人事権を持った病院経営者が時代に即した経営を行うことが重要であろう。

○さいごに

岡田玲一郎先生最後の原稿(4月15日号)に、私に対する問いかけてとして、コラム名を引用し「有事斬然としているか」とあった。このお気持ちを肝に銘じて、覚悟をもつて病院経営にあたりたい。

一般企業の研修を参考として 職員能力開発に挑戦する

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫



年度が改まり4月になると、全職員に能力開発ガイドブック『エンス・enhance』が配布される。冊子のサブタイトルは『自己価値の創造』、『enhance』とは、価値を高めるという意味だ。これには、竹田財団の能力開発体系図、階層別研修の重点テーマ、研修の開催時期や講師、研修の対象者名簿、更に、選択研修の開催時期や講師、研修受講申込書、254種類にも及ぶ通信講座の説明、公的資格取得祝金の受給申請書などがまとめられている。今年は何月に、どのテーマの研修の受講が予定されているか、職員一人ひとりが確認できる。また、通信教育を受講して自分で伸ばしたい知識を、自分の予定に合わせて受講することも可能だ(毎月開講)。修了すると受講料の半額が補助される。通信講座は、お決まりの「管理の基本」や「簿記」「TOEIC」などから、関係があるのかと言いたい「ワインの基本」や「歌舞伎入門」など、更に定年延長に対応したライフプラン関係など多岐にわたる。

このガイドブックは、通信教育会社と印刷費用を折半で作成しているため低コストで作成できる。

階層別研修テーマ

重点テーマ	研修項目													
	新入職員研修	フォローアップ研修	ジュニアスタッフ研修	エルダー研修	ミドルスタッフ研修	リーダー研修	マネジメント能力研修	新任管理職研修	マネジメント研修	エグゼクティブ研修	コミュニケーション研修	健康研修	安全管理研修	防災研修
サービスマナー研修	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
仕事の進め方	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
仕事の仕方	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
コミュニケーション	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
管理の基礎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
簿記	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
TOEIC	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
ワイン	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
安全管理	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
防災	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
健康	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
その他	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

今から30年前、本格的に職員研修をスタート

職員研修がはじまったのは、90年9月だ。8月から研修体系の設

計に着手し、9月に第1回目を開講した。それ以前は、6日間の新入職員研修を毎年開催していただけだ。2年目以降は講演会に参加する程度だった。

初回の講師は外部より招聘し、隣の建設業会館で、医師を含む全職員を対象に全体研修として開催した。テーマは、患者本位の考え方、サービス業としての認識を喚起する内容だった。もちろん、外部講師とは岡田玲一郎先生で、研修はあのスタイルですすめられた。その反応はみなさんのご想像のとおりで、それまでの組織風土に相当の刺激、波風、覚醒を与えた。この

年は、この他に管理職と監督職を対象にリーダー研修も2回開催した。職員研修スタートのきっかけは、当時、民間企業から副理事長に転身した現理事長の指示だった。理事長は病院組織を動かすのは職員で、その職員が仕事を通して成長し喜びを感じられる組織に病院を変えなければならぬと考えていた。そのためには、医療従事者としてではなく、社会人として体系的・経年的・職位別に必要な知識を教育していく研修が必要であると。そこで、研修の必要性を手紙にし、岡田先生にお願いし研修が実現した。

最初の研修事務局は私だった

直ぐに一般企業における社員研修の資料を収集し階層別研修体系の設計にとりかかった。「企業と人

材」などの専門誌も購読・研究し研修体系が完成した。病院の研修事務局でなく、一般企業の研修事務局として、どうあるべきか目標設定し、それに近づけていくこととした。一般企業の雰囲気を入れたと考えたからだ。

特に注意したのは、経営目標達成のための教育研修でなければならぬ、研修を通じて経営目標を職員へ浸透していく、経営目標と教育メニューは連動すべき、そして事務局は講師に組織の現況を必ず説明する、ということだった。そんな感じで始まった職員研修が現在も続いている。

特筆すべき研修として、マネジメント能力開発(アセスメント)研修がある。要は管理職登用を審査する研修だ。一般企業の管理職として通用するかどうかを、8つのディメンションにより外部講師に評価してもらう。結果は本人に面談でもつこの分野をこんな風に伸ばしたほうが良い、と伝えられる。その後、本人の取り組みをみて管理職に登用している。

自律型職員に成長機会の提供を

ヘルスケア業界を取り巻く環境は常に変化している。それに対応し

組織変革を継続していくには、原動力となる職員の教育研修が欠かせない。教育研修が目指す職員像は、自己点検、自己申告、自己啓発、自己実現、自己責任で行動する自律型職員だ。自律型職員に対しては『計画研修』から『能力開発の機会提供』へとシフトし、個人が自らの意思と責任で能力開発し、独自のキャリア形成を進めていく機会を提供する必要がある。だから様々なメニューを用意し、自律型職員の自己価値創造を支援している。

30年が経過して

19年度、階層別研修と選択研修の受講者は、なんと1,700人だった。研修の開催回数は39回で、全職員の7割以上が何らかの研修(ONJT)を受講したことになる。

職員研修開催実績

研修名	開催回数	延日数	参加人数
新入職員研修	1回	6日間	107
エルダー研修	1回	1日間	37
コーチングスキル研修	1回	1日間	30
フォローアップ研修	2回	4日間	96
新任リーダー研修	1回	2日間	7
新任管理職研修	1回	2日間	10
ミドルスタッフ研修	2回	4日間	54
ジュニアスタッフ研修	4回	8日間	149
監督職アセスメント研修	1回	2日間	13
接遇フォローアップ研修	1回	1日間	97
ファシリテーション研修	1回	1日間	7
接遇研修(特別講演会)	1回	1日間	116
マネジメント能力開発研修	1回	3日間	10
プレゼンテーション研修	1回	2日間	12
エグゼクティブ研修	1回	2日間	41
アサーティブコミュニケーション研修	1回	1日間	11
クレーム対応研修	1回	1日間	8
リーダーシップ強化研修	1回	1日間	8
管理職組織課題研修	3回	3日間	73
シニア人材モチベーションアップ研修	3回	3日間	106
ライフプランセミナー	4回	4日間	89
中途採用者研修	3回	3日間	50

この一ヶ月の

喜怒哀楽



今年はいートーヴェンの生誕

250周年記念ということ、世界中で催し物の企画にあふれていた。どれも中止なのかと落胆していた。ドイツでは無観客で開催され、テレビやYouTube動画などで配信されている。ホームステイ・ウィークを楽しく過ごすためにありがたいことだ。そう、ベートーヴェンの36枚組CDがあったなど思い返し、家で楽しく聴いている。

少し前のことになるが、3月11日に、ドイツの文化大臣が、公演中止で大打撃を受けている文化事業関係者に対して、無制限の大規模支援を公表したというビツク・ニュースを読んだ。大臣は「文化国家としてのドイツを形成している多くの芸術家のライフスタイルに対する大きな脅威でもある」と話されたそうだ。立派。

狭い島国では、自粛といわれると、歌舞音曲はだめという、空気があるように思えてならない、というのは勘違いだろうか？

そういえば、ボッカッチョの『デカメロン(十日物語)』は、1348年にペストから逃れるために、フィレンツェ郊外に引きこもった男性三人、女性七人

の話だったなと、思いかえしたりもしている。伝染病が猛威を振るう時代は、社会が大転換し、新しい芸術や文化が生まれる歴史の潮目なのかもしれない。

◎医療経営に忍び寄る闇

4月下旬ごろからCOVID-19の患者さんの診療をしていない病院から「患者さんが半減で、つぶれるかもしれない」という悲痛な電話を数件いただいた。

「現在のところ、借り入れの返済猶予や補償、納税や社会保険料の事業主負担の支払い延期や免除などが検討されていますので、何しろ資金繰りに集中しましょう」などという頼りにならない返事をするのが精一杯。こんな時に、病院経営継続性に不安がない経営者は、いはずだ。言わずもがな「有事の際こそ、リーダーシップが試されますので、トップは落ち着いてください」などと余計なことをいい、自己嫌悪になる。

病院は、地域のライフラインで、公的であるのが民間であろうが、公正で公平な医療提供のためのいわば公器だ。経営が継続できなくなれば、地域住民の生活に支障をきたすので、つぶれないように支える必要がある。

今では、ことさら医療費適正化とか抑制といわなくなってしまうほど、医療費で削れるところは、削られて、民間の急性期だけの病院

でも、良くて1%台の経常利益がやっとなら。正直、キャッシュフローのリダンダンシー(余裕)がない。そこに、襲いかかってくる大災害に、対応するすべがない。

どう考えても、シナリオは、公費投入して、病院の経営継続性を担保するしかない。日本中で多数の病院が倒産すれば、地域は大混乱して、それこそ医療崩壊してしまうことは明らかなのだ。

どうして、こんなにまで病院経営が圧迫されてきたのかといえ、医療の供給体制、例えば、病床が過剰だから、もつと診療報酬は抑制してもいいという短絡的な予測に基づいてきたに違いないのだ、と改めて腹立たしい。だから、わたしは、病院経営は社会的災害にあっていると主張しているのだ。

遠い過去に、さんざんいじめておいて、都合が悪くなると、手のひらをかえしてくる悪ガキがいた。今は、まともになつてきているかどうか、今度こそ確かめたい。

◎ソーシャル・ディスタンス

頭に血が上ってしまいましたので、クールダウンの話。世界中で握手もせず社会的距離をとることが奨励されている。では、どのくらいか？WHOは、6フィートか2メートル距離をとることを推奨した。つまり、182・88センチでもよいということになる。

世界はひとつなのか？

◎緊急事態宣言の30日間 世界はどんなに変わった

当初5月6日までであった緊急事態宣言は延期され、諸外国のようにならなくなった。基本的に自粛をお願いするだけの対応は、世界から驚きをもってみつめられていたようだ。

当日の厚労省公表の「感染症の現在の状況について」では、12時現在、感染者は15,555例、国内死亡者は543名とある。30日前の4月6日のこの数字は、6,524と73であったので、感染者は4.2倍、死亡者は7.4倍に跳ね上がったことになる。これだけでも、非常事態にほかならないが、この間、世界に激震が走った。

WHOは24時間毎の午前10時に「状況報告」を公表している。そこで、4月6日と5月6日の数字を比較してみることにした。

全世界では1,210,956例から、3,587,133例へ感染者が2.96倍増加した。死亡者は247,503人に達し、3.66倍増加したことになる。

30日間で何倍になったのかだけを比較すると、日本は、欧州よりも倍率が高かった。中国は、1.02倍と1.39倍に過ぎなかつたので、数字だけみると封じ込めに成功したようにも見える。

米国は、30日前の感染者と死亡者は307,318人と8,358人であった

が、30日後では1,171,185と62,698人という恐ろしい数字となった。30日間で、3.81倍と7.50倍ということになる。人口が約3億3千万人であるので、総人口の0.34%の感染率ということになる。時間があつたので、国別の人口当たりの感染率を計算してみると、イギリスが0.71%で、スペイン0.46%、ベルギーとアイルランドが各0.43%、スペインとスイスが各0.35%、ポルトガル0.25%、オランダ0.24%、フランスとドイツが各0.20%であった。

米国や欧州のニュースは、日本でも報道されるので、都市だけで比べるとニューヨークの状況が危機的であることや、スペインやイタリアあるいはフランスで医療崩壊が現実のものとなった。また、ドイツは、感染率がフランスと同じでも死亡者比較の少なかったことなどが、改めて数字で確認することができる。

欧州は、この30日間都市封鎖した国が多いが、この間の感染者は、2.43倍、死亡者は2.99倍であった。長々と数字を並べてきたが、日本の対応がどうだったのかという判断は、いづれ歴史が明らかにすることになると思うので、何ともいえない。ただ、多少は統計に興味があるものとして、世界と比較して、ペストではなかつたと、心の底で感じている。パンデミックは、世界が収まるまで終わらない。 小山



IX-4 これからの医療を考える — COVID-19と医療体制 —

済生会熊本病院・熊本県済生会支部長 副島 秀久

世の中コロナ一色と言う感じで、状況と情報は刻々と変わっていく。この文章が出る頃には、事態も変わっているだろう。初めは1月に伝えられた遠い中国・武漢での話だったが、2、3か月でほとんどすべての国に伝播した。わが国では4月24日時点での感染者数は12,388人(新規報告数435例)、死亡数が317人である。4月7日に7都道府県に緊急事態宣言、17日に全国へと拡大された。

済生会熊本病院入院中のCOVID-19陽性例が4月4日に熊本より公表され、すわ、院内感染かと休日にもかかわらず対策に大わらわとなった。翌、日曜の朝から保健所の関係者と当院幹部、担当者80名近くが集まり対策会議が行われた。入院および救急の受け入れ停止や、不急の手術延期、月曜外来休止など、院長の指揮のもと万全の体制が敷かれた。

自分自身も当該患者の病棟に出入りしていたのでPCR検査の対象となり、鼻腔からのサンプルを採取することになった。採取したサンプルを容器に移すのだが、名前を自書してくれと言う。自書して他の袋に入れ保管するが、この

容器にも袋にもID番号やバーコードがない。検体検査管理室長を仰せつかっている手前、致命的な検体取り間違えには敏感となっており、少し不安を感じた。また、名前を自書しても読めない場合や、同名の可能性もある。採取時に名前と生年月日の確認もなかったの

で、いよいよ危ないと思った。

月曜の外来はお断りしているので閑散としていた。入院も手術もないので関係者以外は手持無沙汰であったが、夕刻になって熊本市から当該患者の検査は実は陰性で誤報であった旨の報告があった。一同、安堵とともに拍子抜けした次第。191名の接触の可能性のある関連スタッフもすべて陰性であった。結果的には、やらなくていい仕事だったが、全員陰性であったので、少なくとも蔓延などの状況ではないし、スタッフから患者へうつす可能性もなく、一安心。4月6日、熊本市長の謝罪会見が開かれたが、誤報の原因は単純な入力ミスで、やはり検査体制が人員、器材の不足のみならず、システム的にも余裕がないようだ。日本で検査が進まないのは、そもそもこうしたパンデミックに対応する準備

が韓国や台湾などに比べ遅れていたためだろう。医療崩壊の可能性も報じられているが、あまりにも情報提供が少なく、透明性、公開性に欠けると思われる。

大都市部でのコロナ感染拡大は現時点で終息に向かっているのではない。

従って集中治療体制が脆弱な地域では、今後、必要な治療ができない可能性もある。もともと人口10万人当たりのICUベッド数はドイツ、イタリアの30、12床に比し、日本では5床程度しかなく、しかも人員配置も薄い。急性期病院の救急や重症系の医療体制は先進国に比べ、かなり見劣りする。しかも、いずれも採算性のあう診療報酬体系ではない。米国では急性期病院の稼働率は60-70%と言われ、これで採算が合うように診療報酬が設計されている。日本では90%を切ると経済的に危うくなる状況で、常日頃から余裕をもって運営されているわけではない。ICUも米国(クリーブランドクリニック)で一日の室料と食事代を含め5136ドル(約55万円)、治療費はそれぞれ異なるが平均100万円はかかるだろう。日本では入院7日以内で一日約13万7千円なので、もともと高額のアメリカに比べても相当の安さである。コロナ関連感染者の入院料は4月23日の通知により16-28万円と倍増されたが、それでもかなり安いのは事実だ。こうした重症

系は採算度外視の診療報酬が設定されてきたしICUの数、人員自体も初めから余裕があるわけではない。今後こうしたパンデミックが増加すると社会全体の保険として重症系医療に資源配分を重点的に行う必要がある。

新型コロナウイルスの特徴はその感染力の強さにある。無症状でも感染させるうえに、最近の報告では症状が出る0-7日前が他の人に感染力が最も強いとあった。そうすると感染経路の特定はますます難しくなる。院内感染なのか持ち込みなのかあまり意味がなくなるだろう。未知のウイルスゆえに絶対的な正解はなく、試行錯誤を繰り返しながらより正確な治療法を探る以外にないのが現状だ。現時点で確実に言えることは

接触するなどということだけなので、移動制限が唯一の対策であるのはやむを得ない。もちろん、ワクチンの開発が決め手となる治療法だが、製造にも時間がかかるだろう。終息には、2-3年かかるという説もあり、経済的な打撃も大きくかつ長期化が予測される。

もう一つの未知は無症状で済む人がいるかと思えば、一方で比較的若く併存症がなくても急速に悪化し重症化、最悪、死亡するケースがあることだ。8割は軽症と言ったことだが、その転帰がこんなにも異なる理由は何だろうか。そもそもコロナウイルスに対する抗

体を持っているのか、重症化を促進するような遺伝的背景があるのかなど、これからの大きな課題となるだろう。

このような時期にトランプ大統領のWHOへの拠出金停止や消毒剤の点滴発言などリーダーとしての資質をより強く疑わされるものだ。今こそアメリカ・ファーストを一時棚上げして、世界のリーダーとしての役割を期待されているのだが、一方の中国も、初期対応に失敗しておきながら、武漢でのコロナ制圧を自慢げに報道しているが、こうしたグローバルな感染と言う人類全体の問題を国威発揚や覇権に利用すべきではなからう。

コロナ肺炎による外出自粛下で遠出はできない。家で過ごす時間が多くなり、いつもはできない庭仕事ができるようになった。今年はいつになく新緑が美しいと思ったが、人間活動減少による大気汚染の改善がパリでもニューデリーでも伝えられている。世界を我が物顔に支配している人類に鉄槌を下すかのようなウイルスの反撃だ。やはり人間は自然が大好きだが自然は人間が大嫌いなのだ。ジャレド・ダイヤモンドの名著「銃・病原菌・鉄」にあるように文明崩壊につながるだろう。

次回はコロナ以降の医療がどのような世界になるのかを予測してみたい。

3月28日、米国海軍の病院船コンフォート号が、バージニア州ノーフォーク海軍基地を出港し、30日にニューヨークのマンハッタンに到着した。それより先に、もう一隻の病院船マーシー号が3月23日にサンディエゴ海軍基地を出港し、3月27日、ロサンゼルス港に到着していた。

この2隻の病院船は、1970年代に建造されたタンカーを病院船に改造したもので、全長272メートル、全幅32メートルで、満載排水量は約7万トンという大きな船だ。あのダイヤモンド・プリンセス号よりも、少しだけ長さも幅も短い。もともとタンカーなので満載排水量は何倍もある。

今回、コ

運営次第では病院船もいいね

コンフォート号の任務は、COVID-19以外の患者を受け入れ、現地の病院のコロナ感染者用のベッドを増やすことだと説明された。が、この病院船、多数の感染症患者の治療は、もともと想定外である。作戦は、あくまでも感染症以外の入院患者に対応することによって、すでに医療崩壊している病院を救うという間接支援とならざるを得ないので、どれほどの効果があるのかという疑問は当初からあったようだ。

報道によれば、4月7日の時点で、入院患者は44人だったそうで、約千二百人の乗組員らは暇を持て余していると揶揄されている。その理由は、コンフォート号に乗船するためには、「コロナに感染していないこと」以外に、49もの医学的条件をクリアしていなければならぬという軍の厳しい規定があるというのだ。実際に、救急車から直接患者が入院することはできず、事前に市内の病院で検査を受け、問題がないことが証明されなければならぬらしい。

市中の医療従事者にすれば、鳴り物入りだったのに、無用の長物化している病院船を忌々しいと感じているであろうことは、遠い日本からでも容易に想像

できる。

さて、病院船を持たない日本では、2月中旬に厚労大臣も外務大臣も「病院船を検討する」と表明。病院船導入については、超党派による「病院船・災害時多目的支援船建造推進議員連盟」が3月11日に要望書を武田防災担当相に提出し、厚労、防衛、国交各省と内閣府が中心となって検討を進めたという報道もある。この議論では「調査結果を半年でまとめ、秋の臨時国会で新造船に向けての実施設計を進めたい。21〜22年度に竣工したい」と威勢がいいらしい。

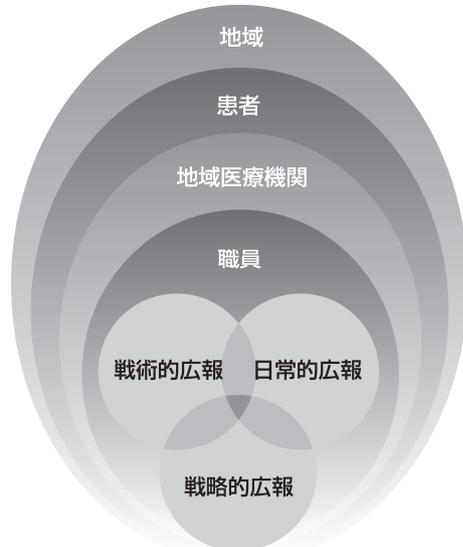


昨年お亡くなりになった東大名誉教授の渥美和彦先生が「健康医療技術船」という名の病院船が必要だと話されているのを聞いたことがある。9年前の311東日本大震災後にも、病院船が必要だったということで、各地で議論が巻き起こったが、今ひとつ実現しなかった。私にとっては、今回が「3度目」になるが、その場限りの議論ではなく、運用方法などをよく考えて、真剣に慎重に推進してほしいものだ。

その結果、政府は2020年度補正予算案に「病院船」導入への調査費約七千万円計上することになったそうだ。このこと自体が、今後どのようなかについては、よくわからないが、約四半世紀前の95年の117阪神・淡路大震災後に、四方を海に囲まれている日本には「病院船が必要だ」という議論があった。国内災害に対応するための災害時多目的船の必要性についても議論が高まった。その後、政府は97年度から「多目的船舶基本構想調査委員会」を設置し、検討を開始したという事実がある。

広報的視点から、病院のビジネス構造の改革をサポートします。

病院経営の再構築の時代を迎えた今、私たちHIPは、貴院の将来ビジョン、そのための経営戦略・戦術における課題を見出し、そのためのソリューションとして、広報活動を組み立てます。アプローチの視点は三つ。戦略的広報、戦術的広報、日常的広報。いずれにおいても、病院経営者、そして現場の職員の方々と一緒に考え、貴院がめざす医療、病院の実現に向けて、あらゆる広報表現物をご提供します。



HIP 有限会社エイチ・アイ・ピー
 〒466-0059 名古屋市昭和区福江2丁目9番33号
 名古屋ビジネスインキュベータ白金406
 合同会社プロジェクトリンク事務局内
 TEL052-884-7832 FAX052-884-7833
 貴院の広報をあなたといっしょに考えます。そして答えを出します。私たちはエイチ・アイ・ピーです。

広報、情報の視点から病院経営を考えます。

広報で変わる 医療環境

DOCUMENTARY FILE

関連イベント情報 掲示板

もつと前に説明しておくべきだったのですが本ニュースでは、こたわつてCOVID-19と書かせていただいています。理由はWHOがそのように推奨しているからです。

SARS-CoV-2と表記することが2月11日に決つたようですが、通称のCOVID-19とも表記し続けることになつたようです。

なぜか。昨年の12月に中国での発生が報道され、中国ウイルスとかコロナ伝染病というような意味の造語が各国ではびこつたようです。米国でコロナという名字の子どもがいじめられたり、海外にいる中国人を病原体のように避けたり、暴行を受けるという事件が起きました。今年に入つてからですが、ヨーロッパ在住や旅行中の日本人が、中国人にまちがえられ怖い思いをしたという話はいとまがありません。そんなこともあつてWHOは、特定の人種、国や氏名を連想される不正確な呼び方をしないよう注意喚起しました。

知つたかぶりして「新型コロナウイルス」と呼ばないでくださいといつてるわけではありません。これまでにヒトに感染するコロナウイルスは6種類ありました。5番目がSARS（重症急性期呼吸器症候群）コロナウイルスで6番目はMERSです。2002年のSARSで、日

本中マスクがないなどのパニック騒ぎになり「もうすぐ日本にも来るぞ」と身構えましたね。幸い日本人に死者は出なかつた、その後、12年の中東呼吸器症候群MERSも被害がなかつた。SARSやMERSで、台湾や韓国はひどい被害を出しましたが、その教訓から、今回の初動は素晴らしいです。

日本健康・栄養システム学会 第20回大会がZOOM開催

各種学会や研修会が延期か中止されていますが、どうしても必要なものもあります。わたしが事務局長の日本健康・栄養システム学会で第20回大会が6月21日(日)に参加型ライブ配信で開催されます。大会長は、千葉大学大学院看護学研究科の野地有子教授です。

プログラムは、野地教授の大会長講演を皮切りに、学会理事長で慶応大学医学部の三浦公嗣教授による記念講演、東大手術部の深柄和彦教授から周術期の栄養管理に関する特別教育講演があります。その後のシンポジウムも素晴らしい企画です。学会員でなくとも四千元で参加できます。管理栄養士さんにおすすめてです。

参加するには、次の大会ホームページから事前に申し込みが必要です。 <https://www.j-ncm.com>

「重症度、医療・看護必要度」評価者及び院内指導者研修 オンラインセミナーが開催

一般社団法人日本臨床看護マネジメント学会がウェクソンインターナショナルと共催するセミナーです。完全オンラインセミナーとして再構築され、つぎの2本立てだ。

- ① 病棟看護師向けのプログラム、② 管理者向けのプログラム

最新の評価の知識や全ての入院基本料に対応する看護必要度の基本、そして現場における看護管理への実践へ繋げる知識が習得できます。わたしが学会の事務局長ですので「看護必要度を看護マネジメントに活用する。つまり、やらされている看護必要度を経営に生かせるツールにできる」といわせてください。

「看護必要度は、診療報酬算定に必要なくなる」と思い込んでいるのは誰ですか？学習してください。

8月1日～8月31日までがオンラインセミナー期間です。病院経営が窮地に追い込まれている今、経費削減のチャンスです。

申込は5月11日(月)10時から始まります。つぎの専用サイトからお申し込みください。 <https://k5h.jp/20/08/>

建替時の問題を明瞭に解決します

医療機関の建替え・新築移転では人手不足、予算不足、納期不安、移転計画等、課題が山積みです。私たちメディアックスは、建替えの専門家として貴院のプロジェクト成功に向けて総合的に支援します。

購入支援

現有機器調査/価格交渉 入札準備/納品管理 発注管理/リスト整備 など

移転支援

移転計画/運用計画 移転費用圧縮 患者搬送計画 など



建築支援

医療設備調整/図面プロット 定例会サポート 追加工事回避/圧縮案 など



株式会社 メディアックス

〒103-0004 東京都中央区東日本橋3-5-9五東ビル6階

TEL:03-5614-0961 FAX:03-5614-0962 〆kanri@medi-ax.jp

オフィシャルサイト <http://medi-ax.jp>

ポータルサイトドクナビ <https://dr-navi.info>