

# 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 日本ヘルスケアテック(株)内  
 電話 (03) 5244-5141 (代)  
 FAX (03) 5244-5142  
 E-mail: syakaiiryu-news@nhj.jp.com  
 定価年間 6,000円  
 月 15日発行  
 振込銀行 三菱UFJ銀行  
 京橋支店 (023)  
 1712595  
 普通口座 小山 秀夫  
 発行人

## COVID-19への政策決定のすべてが 専門家の総合的判断ではないだろう

所長 小山 秀夫

感染症が世界的に大流行し「新常态(ニューノーマル)」が訪れるのであろうことは理解できる。しかし、人の目にはみえないもので、変異を繰り返し、正体がよくわからない。おまけに感染力が強く、重症化すると死亡することが多い。

即効性がある治療薬どころか、重症化を防ぐ薬があるのかどうかもはっきりわからない。

ワクチンなどといったも、今すぐ手に入らないし、安全性を確認するだけでも時間がかかる。感染予防には、マスク、手洗い、そして社会的距離の確保が有効だということだけは、はっきりしている。このような状況で、どのような選択が可能なだったのか、あるいは今後の選択肢はどのようなものなのかなどを問うことに関して、世界の科学者や知識人が、いろいろな観点から情報を発信している。まず、昔から行われてきた水際の防疫施策が展開されたが、大量の

人が世界を移動する時代には、十分ではなかった。思い切った強権を発動し都市封鎖という方法で、抑え込むのは、かなり有効だが、再発するたびに、封鎖と解除を繰り返さざるをえないのであろう。

では、逃げ回るのはやめて、集団免疫が確立するまで、粘り強く待つという戦略もある。現段階では、どのような選択が正しいのかよくわからないし、いつか何が正しかったのかということも歴史が証明するのかもしれないのだ。

### ○専門家の総合的判断？

このように不確実で、情報が錯綜するときには、冷静沈着に行動し、流言飛語に惑わされず、他者への批判や発言に注意することが大切だと思ひ、三か月間行動してきたつもりだ。しかし、安倍総理大臣が各種宣言について、記者会見するのを見聞きしていると、どうしても理解できないことがあ

る。いろいろな説明で「専門家の皆様に総合的に判断いただきたい上」とおっしゃっている。まず「専門家」とは誰なのかよくわからないので、会議の構成メンバーを調べてみると、皆様ご立派な方だと思ふ。ことは、人の命にかかわることだが、専門といっても細分化してみると、まちまちで、ここで尽力されている人々だけが専門家であるとは限らない。また、これだけ各種の専門家が意見を集約することは至難の業だと思ふ。裁判でも判事が全会一致でない場合もあるし、審議会などという場では、意見がまとまらない事も少なくない。不確実な科学的なことを、限られた情報だけで見解が一致するはずがないと思つた方がよいのではないだろうか。つまり、政府が選んだ専門家ということである

と理解すればよいのだろうか？ つぎの疑問は「総合的判断」という便利重宝な言葉である。都市閉鎖をするかしないか、あるいは封鎖を解除するかどうかの判断を、総合的に言うという意味がわかるだろうか？この問題は、公衆衛生の専門家とか、疫学統計の専

門家に意見を十分傾聴し、政治的責任の所在を明らかにしてうえで決断なので、専門家の判断がそれ以上なはずはない。世界のリーダーの中で、専門家の意見を聞かない人もいるわけだが、専門家の総合的判断に、全て従っていると

いうリーダーをみつけるのは、難しいことだと思ふ。まさかとは思ふが、「あの時は、専門家の総合的判断だったので・・・」というようなことをいうことは、リーダーシップの作法として絶対認められない。

### ○マキシミン戦略

ゲーム理論で意思決定判断の基準としてマキシミン・ルールというのがある。不確実の状況や無知のベールにおおわれている状態では、選択される戦略のそれぞれの場合について、最悪の場合の利得を考え、これが最大となる戦略を選択するというものである。よ

り単純化すれば、不確実な状況では、予想される最悪な事態を避けることを合理的とする考え方がありといえる。

今回のパンデミックでは、罹患する人間を最小限にするという選択が考えられるが、感染が避けられないのであれば、感染による死亡者の実数を最小限にするという、悲観的な戦略が必要になる。最悪何千万人が死亡するかもしれないと予想されれば、その人数をどこまで減らせるかということになる。医療崩壊しないぎりぎりの死亡者に抑える戦略でもある。最悪のケースから考えれば、一番ましなものを選ぶということにもなる。ただし、それが「一番ましなもの」なのかということに関しては、いろいろな考え方があろう。わたしは、今、世界は、未知のウイルスに対し、このマキシミン戦略を真剣に選択しようとしているのだと思ふ。避けることができない現実で、逃げることが無理なら、医療崩壊しないように、ゆっくり感染させていくという戦略が、合理的なのかもしれないのだ。

このマキシミン・ルールについては、現代正義論を展開し、全米哲学協会会長も務めたジョン・ローズが正義の原理を導く際に、説明要因として用いたので、知られるようになった。不確実な状況下での戦略決定は、勝つためではなく、負けを少なくする決断なのだ。

## リーダーとしてのクオモ知事に学ぶ

所長 小山 秀夫

今更ながらウェブサイトには、心から感謝している。ほとんど毎日、世界中の情報を集めることができるので、ありがたい。世界中のニュースも、画像で見られる。この3か月間で、いろいろな国のリーダーたちの発言が、世界を駆け巡ったが、改めて考え方が違うし、多分お国柄というものもあると思う。それ以上に感じるのは、コミュニケーション力の差と、リーダーシップの圧倒的差だ。

島国日本で、具体的にだれがコミュニケーション力が高く、リーダーシップを発揮しているのかということになると、明確な尺度が示せないで、なんともいえないということになってしまっている。という点で、このご時世、失礼ながら国会議員の皆様と道府県知事の皆様を比較してみると、知事さん達が、とても真剣に取り組まれているという印象を受ける。もちろん、良し悪しはあるのだろうが、結局「この人がいいのであれば、フォローとしてついて行きたい」と思うか、受け入れるかどうかなのである。

まず、コミュニケーションであるが、言葉、表情、声、態度、動作などによる能力には、明らかに個人差がある。世界に通用する日

影響についても、語ってきた。

## ◎封鎖解除の条件

自由の国の中心でもあるニューヨーク州を封鎖することは容易ではないし、それを受け入れてもらうのは至難の業だ。当然、解除の条件提示というか、だれにもわかる明確な判断基準が求められた。早速知事は、CDC疾病管理予防センター、WHO、米国国務省、その他の公衆衛生専門家の指導に基づいて、指標を確立した。

それは州を10地域に分け、地区ごとに以下の基準がクリアできれば段階的に解除という、メトリックスと呼ばれる「7基準」だ。

①COVID-19の入院患者数が14日間減少、もしくは3日間の平均が1日につき15人未満になる。  
②上記入院患者数の中から死者数が14日間減少、もしくは3日間の平均が1日につき5人未満になる。  
③1日あたり新規入院者が、3日間の平均で10万人あたり2人未満になる。  
④病院の病床数に少なくとも30%の空きがある。  
⑤集中治療室の病床数に少なくとも30%の空きがある。  
⑥住民1000人あたり、7日間平均として、少なくとも30検査／月が実施される。  
⑦住民10万人あたり、少なくとも30人の濃厚接触者の追跡調査を行

う。  
また、経済活動再開へ向けた出口戦略については、活動再開の業種の第1フェーズは建築業と製造業。第2フェーズは小売業、不動産業。第3フェーズは外食産業やホテル業。第4フェーズは芸術、娯楽、エンターテインメント業となる。

<https://forwardny.gov/regional-monitoring-dashboard>

読者の皆様は、すぐにお気づきであろう。数字はともかくとして、大阪府の自粛解除要件、そして、少し遅れて公表された東京都の基準とそっくりであることを。証拠はないがどちらが本家なのかは、時間経過をすれば、明らかだ。

## ◎日本で数量化できないわけ

ホーム・ページには、地図が示されており、全ての数値が示されているので、どの条件がクリアできないので、解除できないかが一目瞭然である。日本でなぜ、東京都と神奈川県、埼玉県、千葉県という全域を一つとみなし、同一歩調をとる必要があったのかもわからないし、根拠となる数字は示されなかった。意思決定のプロセスがみえないことになってしまっている。説明責任を果たさず、それこそ「専門家の皆様の総合的判断だ」とかいう理屈は、ニューヨークでは通用しないだろう。それより日本でも、この基準を

そのまま活用できなかったのかという疑問が残る。ただその理由が④と⑤にあったのではないかと思う。つまり、病院病床とICUの利用率が70%以下だという基準は、到底受け入れることができないのである。日頃「ICUなどの特種病床の利用率を85%以上にするのが急性期病院の損益の分かれ目」とか、病床利用率80%以下では病院の経営継続性は担保できない」といって来た、わたしとしても申し訳ないと思ってしまう。しかし、病床利用率が70%を超えたら解除条件にならないし、アラートの対象ということになれば、日本の病院のほとんどは、すでに医療崩壊しているということになってしまふ。

ただし、直近の数値はよくわからないが合衆国全体の急性期病院の病床利用率は、通常60%台であることは確かであるので、国が違ふので、何ともいえない。しかし、日本では80%とか85%にするのかという根拠が示せない。看護師の人員配置も関係することも確かだ。もっと他者に学ぶべきだと思ふ。

パンデミックへの不満と人種差別への抗議活動とともに収束に向かわせるためには、正確でわかりやすい説明と対話そして連帯が必要だ。クオモ知事は、今、分断と対立の渦中で当事者として冷静沈着に対応していると思ふ。

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第6回「オンラインによる診療」の議論について①

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

前回は、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た。実際に病院経営にあたってみて、その難しさを痛感している。諸先輩方のご苦労が如何ばかりであったかを想像するに、頭が下がる思いである。さて、今回は、COVID-19騒ぎで急浮上している「オンライン診療料」の議論も含め、オンラインによる診療の評価について、今回と次回、2回に分けて、考えを巡らせてみたい。

〇ずれている論点

平成30年診療報酬改定において、「オンライン診療料」が新設され、令和2年改定で一部緩和されたが、当初の議論の対象となつたのは、

①オンライン診療を開始するまで、事前の同一医師による対面診療の期間が6か月(令和2年改定で3か月に短縮) ②概ね30分以内に対面診療が行える体制(令和2年改定で近隣の医療機関での対応も可) ③報酬の低さ(変わらず)である。筆者からすると、この議論は本質からずれていると考えている。そもそもオンラインによる診療というのは、患者に対する診療を行う「手段」であって「目的」



ではない。なぜ、その「手段」の評価の議論に皆熱くなっているのかと、いつも疑問だ。しかも、地域包括ケアを声高に政策として叫びつつ、かかりつけ医の強化も図ってきたのに、地域性もなくオンラインによる診療を推進するた

め、診療報酬上の要件も緩和するというのはいささか違和感がある。さらに、筆者のモヤモヤを増幅させているのは、関係者の議論がかみ合っていないことだ。日本医師会などは、対面診療でなければ患者の細かい症状を診察、診断することができないという医学的な議論をしているのに対し、オンラインによる診療を推進する側の方々は、患者の利便性や、オンラインによる診療自体の報酬評価が低いことが、普及の阻害要因であるなどの社会的、経済的な部分の主張が多い。これほど議論の「筋」がずれている問題も珍しい。

間、休日に自宅で診察を受けられるとか、風邪薬や慢性疾患治療薬の処方を受けるためだけの通院する手間が省ける)のために評価せよというのには、これまでアメニティーの評価として予約診療など、の評価を保険外併用療養費制度の対象としてきた経緯からすると、オンラインによる診療も、このような利便性への対応のためというなら、保険外併用療養費の対象として自己負担をとればよい。その際、システムの導入経費などに見合った金額を自己負担額として医療機関が設定すれば、診療報酬上の評価が低いということなど問題ではなくなる。また、風邪薬、降圧薬、脂質異常症治療薬、消炎鎮痛剤、湿布、皮膚保湿剤、花粉症など、「オンライン診療料」の対象として受診できないというなら、そうした薬をOTC薬として、市中のドラッグストア、薬局で24時間購入もしくは配送できるよう、OTC薬化を推進すればいいだけである。

しかし、ここまで議論がこじれる理由は、得よう(守ろう)としている「真」の利益(既得権)を、反対推進のそれぞれの立場の者が、はっきり言わずに議論しているところにある。本音として、オンラインによる診療によっておこる患者の奪い合いを避けたいという意識と、システムの導入経費やランニングコストを回収するため、保険での評価を高めながらも患者の自己負担額は抑え、対象の患者を増やしたいということが、お互いの目指す目的である(と思っている)からだ。つまりは、対面診療の原則が維持できれば、近隣に住んでいる住民は遠く離れた医療機関に受診しようとしても物理的距離があるので受診を断念するであろうという認識があり、いわばその医療機関にとっては潜在的な患者群としての既得権となる。それを脅かすのがオンラインによる診療だ。オンラインによる診療の推進派も、そうした既得権を打破するために、保険外併用療養費制度でもいいから認めるとはならない。何故なら患者の自己負担額が高くなり、理論上ビジネスとして成り立っても、患者がその負担に耐えられず、オンラインによる診療に移行しないと考えているためだ。そのため、お互い「真」の利益を前面に出さずに、診療報酬上での点数評価の多寡や算定基準を緩和するかどうかなどの議論に終始し、本来、オンラインによる診療をどのように活用し、評価することが患者の病態改善に効果があるかという議論の本質から、大きく「筋」の違ったところで議論することになるのである。

改善させるための「手段」であって「目的」ではない。よって、診察・診断の「手段」は何であれ、結果として患者の病態が改善したのかという「アウトカム評価」を行えば、オンラインによる診療の反対派も推進派も異論はないだろう。鄧小平が中国の改革開放を進める際に言ったとされる「白い猫でも黒い猫でも鼠を捕るのがいい猫だ」ではないが、患者にとってみれば、病態が改善されれば、オンラインによる診療なのか対面診療なのか、その「手段」など何だつて構わないのだ。そこには、「オンライン診療料」の報酬が〇点だとか、付随する管理料が算定できるだとかできないとかの些末な議論はなくなるのであり、また、医療機関側も周囲の地域の住民が自院の患者となる既得権と、思っている、アウトカムを出さなければ報酬をもらえないのだから、距離が近いということがインセンティブではなくなり、結果、同じ土俵に立つことになるのである。

〇次回にむけて  
今回は、「オンライン診療料」を巡る議論に対しての、筆者なりの考え方と、オンラインによる診療をより広く活用するための評価としては「アウトカム評価」が必要ではないかと書いた。次回は、「アウトカム評価」のあり方について詳しく述べると同時に、解決すべき制度上の課題などについて考える。(次回に続く)

# 院内物流改革とポーターの底力

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

## ■医療提供を支える物品搬送

組織医療を提供する病院には、多くの部署が存在し、全体が連動し協働し医療サービスを提供している。三百六十五日、休まずに稼働しているから、各部署に必要な物品が、必要な時に搬送され消費されなければならない。だから、医療サービスの提供を継続するには、物品が院内にあることも大切

表1 病院内を搬送される物品

部門	搬送される物品
中央滅菌材料部門	洗浄・滅菌物品(鋼製小物など)
薬剤部門	処方注射薬カート、処方薬カート、トレイ配置薬、カート配置薬
栄養部門	入院患者給食、介護保健事業所の利用者給食など
検体検査部門	検体(血液、尿)
施設洗濯部門	寝具、清拭タオル、手術着、検査着、食食用エプロン、四角巾、保護帯など
施設廃棄部門	感染性廃棄物、一般廃棄物、産業廃棄物
購買部門	診療材料、事務用品、消耗品、紙オムツ
診療情報部門	スキャン対象の紙診療情報(同意書など)
その他	各種請求伝票、器材、通知文書、郵便物、宅配物、ベッド、職員用弁当など

だが、搬送(配送と回収)も重要な要素だ。

院内で搬送される物品は表1のとおり多種多様である。仕入先から保管庫に入り、バーコードでトレイサビリティを記録しながら搬送される物品、小分けされたりされなかったりし搬送される物品、食料品のように加工され適温で搬送される物品など様々だ。

病院の物流は、発注、検収、在庫登録、部署からの依頼若しくは自動で請求、そして払出、部署在庫、消費、また発注というサイクルで物品を管理するシステムを想像する。物品がジャスト・イン・タイムで搬送され消費されていくのが理想だ。

しかし今回は、物流管理システムではなく、院内の物品「搬送(配送と回収)」について紹介する。

## ■問題あり、何とかして欲しい

以前は縦割りで部署ごとに搬送をしていたり、曜日を決めて病棟や外来などから物品を取りに来ていたりしていた。各部署の都合で搬送・払出していたが、エレベーターが込み合ったり、払出スペースが必要だったり、間接業務時間

が問題になったりし薬剤科・栄養科・看護部などから改善要望が出されていた。

## ■転機、搬送業務の集約化

話を一気にすすめるが、これらを改善するため全面建替えを機に院内に搬送専門チームを創設しようと考えた。新病院にはエア・シューターなども検討したが、旧病院でもカルテ搬送機を使用しており、故障や紛失など、どうしてもお守りが大変だった経験があり、人間による搬送に落ち着いた。新築移転と同時にスタートできるよう一年前から準備に着手した。これにより縦割りは解消し、この搬送専門チームが院内の搬送を一元引受けするようになる。

しかし、給食搬送業務と食器洗浄業務は栄養科業務とシンクロさせなければならぬので、一緒にできず別にチームしなければならなかった。そこで新たな仕事を担当してもらうことにした。それは入院患者への配膳だ。毎食看護師と協働して看護業務を支援している。そのため、手が足りない夕方方の下膳カート搬送を搬送専門チームが担当する「たすき掛け」体制を整えた。

## ■院内宅急便「ポーター」創設

搬送専門チームの院内でのコンセプトは「院内宅急便」で、呼称は「ポーター」とした。求人募集

で横文字のほうが、人が集まりやすいと思ったからだ。実際に募集してみると、直ぐに予定人数を採用できた。既存の部署で搬送業務を担当していた職員をコアに、プラス新人で搬送専門チームを組成した。対応時間は、三百六十五日、朝六時から夜の十時までとし、年末年始やゴールデンウィークも休まない。対象建物は、病院だけでなくクリニックや周辺にある介護関連事業所も含めた。総人数は十七名で、フロア担当とフリー番で表2の業務を遂行する。空き時間に、病棟・外来からスキャンセンターに紙の診療情報を搬送したり、その他の文書を全部署に配布したりしている。常に担当フロアを巡回しているのでこれが可能だ。最近では、新規事業により対象部署と物量が増加したので、人員を増員した。

## ■ポーターは縁の下の力持ち

ポーターは、今風でいえばタスクシフトにあたる業務を担当している。病棟や外来では間接業務時間を短縮できた。特に早朝の検体搬送は夜勤看護師が病棟を離れずに済み喜ばれたが、今では当たり前になっている。この検体搬送は、防災センターの職員が担当している。五月十八日月曜日の検体件数は二百五十八件だった。こういった間接業務を担当する部署を一括管理する部門に集約しているの

で、時間帯や業務担当のたすき掛けが可能だ。傘下には、ポーター、配膳洗浄、防災センター、中材補助・手術材料のピッキングなどが入っている。ポーターの一日の歩数は二万歩を超える。健康維持に良いという人は残ってくれるが、これはたまらんと、二三日で辞める人もいた。中には定年後の働き口として、ポーターを希望する人もいる。医療サービスの提供を継続するには、物品搬送は決して止められない。どうか誇りをもってこの仕事を継続して欲しい。院内でもっと活躍できるようにサポートしていきたい。

表2 ポーター(院内宅急便)タイムスケジュール

時	業務内容	時	業務内容
06	05分 病棟より検体を回収し検体検査室へ(ICU・HCUから開始し各病棟へ)	14	00分 感染性廃棄物2回目、用度カートプールにある物品(用度品、ペーパータオルなど)を外来へ配達
	50分 各検体回収終了(検体数200~300)	07	00分 薬剤科から薬剤科カートを病棟へ、病棟・外来から中材物品を回収し中材へ
	30分 一般廃棄物回収1回目、病棟・外来から中材コンテナ回収し中材へ、空コンテナを病棟・外来へ、伝票回収し薬剤科・洗剤・用度品などへ、用度品・アルコール交換し用度品事務所へ、各所よりエプロン回収し特殊リネン洗濯室へ	15	30分 用度カートプールにある診療材料を病棟・外来へ、洗濯物を病棟・外来へ
08	00分 病棟洗濯物(清拭タオル・その他器材庫から)を各所へ配達	08	00分 感染性廃棄物回収3回目
	30分 感染性廃棄物回収1回目、用度カートプールにある物品(オムツ・用度品、ペーパータオルなど)を各病棟へ	15	15分 中材減菌物を病棟・外来へ
09	00分 薬品配達(圏に出されている時間記載のある薬品)を各病棟へ	30	30分 病棟・外来から一般廃棄物回収し4回目、廃棄物コンテナへ
	30分 各病棟の薬剤科カートと薬剤科へ回送	09	00分 社会から各部署へ弁当(約80食/夕食)を配達、代金回収し社会へ
10	00分 一般廃棄物回収2回目、中材減菌物を病棟・外来へ配達	10	45分 給食下膳カート回収し専用EUV経路で栄養科へ
	30分 検体回収し検体検査室へ	11	00分 病棟から中材物品回収し中材へ、病棟からエプロン回収し洗濯室へ
11	00分 中材物品を回収し中材へ2回目	18	00分 薬剤科より薬剤科カートと病棟のエプロンを乾燥機へ
	30分 検体回収し検体検査室へ	19	00分 エプロンをたんで各病棟へ配達
12	00分 一般廃棄物回収3回目、中材物品を病棟から回収し中材へ、中材から減菌物を病棟・外来へ	20	00分 朝食用給食下膳カートと栄養科から栄養科専用EUV前へ搬送
	30分 病棟・外来からエプロンを回収し洗濯室へ	13	00分 エプロンをたんで各病棟へ配達
13		21	30分 薬剤科より薬剤科カートと病棟へ配達
		22	22時 業務終了

# この一ヶ月の 喜怒哀楽



2005年5月の国立感染症研究所の報告（IDWR）は、次のように述べている。「中国南部の広東省を起源とした重症な非定型性肺炎の世界的規模の集団発生が、2003年に重症急性呼吸器症候群 severe acute respiratory syndrome の呼称で報告され、これが新型コロナウイルスが原因であることが突き止められた」と。

日本でSARS（重症急性呼吸器症候群）と呼称したのは、正しい表現だ。WHOは2020年2月11日「COVID-19」と正式に命名し、ウイルス名として、SARSを引き起こすウイルス（SARS-CoV）の姉妹種なので「SARS-CoV-2」と名付けた。20年5月13日ニューヨーク（NYと書かせてもらいます）のクオモ知事は「102人の子どもが、発熱や発疹が続く原因不明の多臓器炎症型疾患で7割がICUに入院し、3人が死亡した」と発表した。過半数の患者がCOVID-19の検査で陽性と診断されており、詳しい原因を調査中とのことだ。

また、全米の14州、英国、フランス、イタリア、スペイン、スイスでも類似の症例が確認されているので、情報収集集中であるのことも付け加えていた。

子どもの「原因不明の多臓器炎症型疾患」といえば「河崎病」が代表格だが、もし今回のコロナウイルスが原因であるとすると、これまでこのことを根本的に考え直さなければならなくなるのではないかと、ヤキモキしてしまう。

くどいようだが、急性呼吸器症候群を引き起こすのでSARSと呼称した。今回のウイルスも呼吸器疾患を伴うので、SARSの姉妹種としてウイルス名がつけられた。しかし、それが子どもの多臓器炎症型疾患を引き起こしているならば、もはやSARSとは別の感染症ということになるのだから、だから、何かが起こるたびに「新型」などという気楽な表現を使用すると、時系列上も科学的にも正確な情報が伝わらなくなるのだ。組織でいえば新人といういいかたがあったとしても、性格も能力そして将来の影響も全く個性があることは、よくあるだろう。

## ◎勝利なき戦いですね

5月25日、47都道府県すべてで、緊急事態宣言が解除された。この日の安倍首相は記者会見で「日本モデル」の力を示したと胸を張った。ニュースだけみているだけだが、お隣の国の大統領は「Kモデルの勝利だ」と宣言したが、その後首都を再封鎖せざるをえなくな

なった。トランプ大統領は、強気で経済優先なのはわかるが、収束が見通せない。習主席は「封じ込めに成功した」と強調するが、真相はベールに包まれたままだ。現時点で日本が、人口当たり感染者数も死亡者数も少ないことは事実であるが、その原因は特定されていない。各所で山中伸弥先生はファクターXにこだわっている <https://www.covid19-yamanaka.com> 「コロナウイルス情報発信」を是非読んでほしい。この中の各種研究者の意見は、参考になる。何しろ表現が正確なのでテレビなどからの断片情報より優れている。

いずれにしる収束宣言とか、ましてや勝利宣言などはありえないし、これだけの人が死亡しているのに、チャンスとばかり政治利用するという浅はかな行為は慎んでほしい。誰も勝者がいない、したくないゲームに引き込まれたのだから、負けを少なくするしかないのだ、と思う。

## ◎ニューヨーク市のHPがいい

クオモ知事が最近お気に入りだと2頁に書いた。NY州は広いが、NY市の面積は790km<sup>2</sup>で、東京23区より少し広い程度。人口は840万人で、州人口の43%が市民ということになる。さらに市の5つの行政区の一つであるマンハッタンは、山手線の内側程度の面積に、住民としては162万人

程度が暮らしているというのが昼間人口はものすごい人数だ。NY市はnycと略すが、市の衛生局のHPがお気に入りなので是非みて欲しい、検索欄にnyc healthと打ち込むと、でてくる。上部左側にCOVID-19とあるのをクリックすると、情報一覧がある。じっくりみると多数の言語表示がある。日本語を選べばいい。日本語を読むと、専門家の翻訳としか思えない。なんと「新型コロナウイルス感染症COVID-19」と表示されているのだ。

## ◎「息ができない」デモ

内容は、日本のお役所のどこのHPより優れていると思う。日本の公務員は全員参考にしてもらいたい。例えば、感染防止の方法、感染が疑われた際の対応手順、連絡先、ストレスへの対応、ペットに関する相談など、親切丁寧でわかりやすい。

人種のるつぼで、言語も宗教も多用、思想もなんでもありのNYのすごさを感じるHPだ。

クオモ知事を褒めたが、ビル・デブラシオン市長も、わかりやすく記者会見している。ただ彼も、民主党選出なので、トランプ大統領とことごとく対立している。

## ◎ニューノーマルを生きる

COVID-19は、世界中のこれまでの常態を経済的社会的に大転換させるとい意味で「新常态」になるといわれている。もともと

は、リーマンショック後の国際金融関係者が広めたことだといわれている。安倍首相官邸は、この言葉を避け「新しい日常とか」「生活様式」などといっているが、意味が今一つ伝わらないのではないかとと思う。2014年に習近平国家主席が「中国は新常态に入りつつある」と演説したのを、Zhou Normalと訳されて、世界を駆け回った。それが気に食わないという人がいるのかもしれない。

## ◎「息ができない」デモ

5月25日、警察官がジョージ・フロイドさんの首を足で圧迫している映像が全米で公開された。各地でデモが一齐に広がった。直接的には、人種差別への怒りなのであるが、そこには感染パンデミックであぶりだされた格差と分断、渦巻く不満がみえ取れると思う。

差別と貧困が生みだす、根強い分断と対立は、人々を不寛容へと追い立て、目を覆うばかりの光景を映し出す結果となっている。

夜間外出禁止令がだされた都市が続出し、全米から英国やドイツにも抗議デモは広がっているにもかかわらず治安重視の「法と秩序」だけを振りかざしても、収束しないであろう。

6月に入ってから南アフリカやインドなどが外出制限を解除した。世界中がデモにならないように経済を優先するのだろうか。小山



医療の沸騰点

済生会熊本病院 熊本県済生会支部長 副島 秀久

IX-5 これからの医療を考える  
— COVID-19 後の医療 —

先日、久しぶりに清澄な空とき

れいな満月を観た。人間の活動が少しでも抑えられると大気汚染はかなり改善される。人類滅亡後の世界と言うテレビ番組を見ていると、突然人類が消えると100日で完全にきれいな空に戻ると言っていた。封鎖中の大都市で車も人もいない風景を見ると、まるで滅亡後の世界だ。人間だけがすべての資源を独占的に使用し、他はすべて動物園や保護区か家畜として閉じ込められる世界は許されない。

5月23日時点で近畿地域の緊急事態宣言が解除され、続く25日には首都圏も解除された。今回はいわゆる3蜜を避けることで、接触を減じ、COVID-19のアウトブレイクを抑え込んだ形だ。状況的にはベストやスペイン風邪の時と同様、有効な治療薬や予防薬がないので、当ても起こった第2波、第3波も当然予測されている。つまり、完全収束には2-3年かかる、あるいは収束しないままインフルエンザのような季節性の流行という形になるかもしれない。今後、人間の生息域が拡大し、野生動物との接点が多くなると新興感染症はまた発生するだろう。これ

は病原体と人間の永遠の闘いだ。

現在、先進国ではCOVID-19対応をめぐる検証作業が様々な形で始まったが、米中が責任を押し付け合い、WHOが崩壊するような事態は望ましくない。わが国の対応は感染数や死亡率をみてもEUや米国に比べて良かったと言えるだろうが、韓国や台湾に比べると改善すべきところも多々ある。とくに初期に問題になったPCR検査体制は、検査数を抑制せざるを得ない状況で、完全に後手に回ったと言わざるを得ない。一応の戦時体制をとっている韓国と比べると、その備えは不十分でまさに不意を突かれたという慌てぶりだった。医療崩壊を心配する前にすでに検査体制の不備が露呈し、SARSやMARSの教訓は生かされていないようだ。今回のようなパンデミックは社会全体に影響を及ぼすという意味で、国防問題に近い。マスクやゴーグル、ガウンなどの一定量のストックは当然、戦略的備蓄でなければならぬだろう。

検証すべき第一はクルーズ船のデータである。乗客・乗員3,121名中感染者は712名で感染率は

は19・2%、死亡患者は13名で感染者の1・8%であった。5月23日時点でのわが国の感染率は16,550/1,26億人=0.013%、死亡率は820/16,550=5.0%なので閉鎖空間では感染率は高いが、医療対応が早ければ死亡率は少ない。一方、市中感染になると感染率は圧倒的に低いが死亡率は3倍ほど高い。PCR検査が十分でないため感染の把握が少なく比較的重症例のみが診断されたため、死亡率が高くなったのかもしれない。限られた検査しかできない体制で試行錯誤が続いたが、データの管理や解析、現場へのフィードバック、情報公開は遅かった。

「e-government」と言うほどには役所のIT化は進んでいない。相変わらずアナログ的対応が多く、指揮系統も複数あって、効率的な対応ができなかった。デジタルデータを系統的に集め、解析する専門部署があれば、早めの結果を現場に返すことができただろう。またこうしたデータを公開すれば、多くの研究者によって様々な分析が迅速に行われることで、新たな対策を打ち出すのに役立つかもしれない。ドイツではスマホで簡単に済むと言われている特別給付金も日本ではデジタル化が遅れ、手書き郵送のほうがちる早いのも

ITによる効率化が遅れた象徴的な事象だ。今回のCOVID-19騒動で最も

増えたのがウエブ会議やオンライン会議であろう。医療の分野でもオンライン診療の導入が加速すると思われるし、またそうでなければ働き方改革もままなるまい。COVID-19の収束には数年かかると言われているので、オンライン診療のメリットを最大限生かした診療形態をいかに早く定着させるかが課題だ。こうした新技術の導入がスムーズにできる組織とできない組織では今後大きな差がつくだろう。働き方改革につながるオンラインの診療、コンサルやAIによる問診アプリなどはますます導入され、診療の形態を一変させるだろう。対面診療にこだわって、ITの導入が遅れると、患者や保険者からそっぽを向かれる可能性もある。

とりわけ、高齢者の慢性的な受診は本人の負担だけではなく、介助者を必要としたりアクセスの問題もあって社会的負担も大きく、今後ますます厳しくなると予想している。さらに、高齢者救急は激増するが、積極的な治療介入よりも生活介護支援を求めるケースが増えると予測している。従って高齢者救急にある程度特化した救急体制が望まれる。

また高齢者は複合的な疾患を持ち、その治療選択も多様である。そういった意味で日ごろから全身を診ている総合医のような存在がこれからますます重要になるだろう。

今回のコロナ肺炎でもドイツの死亡率が低かったとNHKで報道されていたが、これはGP (general physician) の存在が大きいと思われる。つまり薬歴、病歴、家族歴にも詳しい、日頃から全身を診ている総合医が新型コロナ肺炎を疑って検査を出し、専門医と二人で診療する形態は抜けない。しかも熱がある新型コロナウイルスの患者を拒否するということはまずない。外来の体制も変わらざるを得ない。発熱・咳患者つまり飛沫感染の可能性のある患者はオンラインや別ルートで問診、診察する体制が必要である。お互いの接触を避けるためにはまずはオンライン問診が有効だろう。早晩来る2波、3波に対する診療体制も準備していたほうが良いし、公衆衛生学的にも初期のデータをデジタルで収集し、地域ごとに流行の予兆を早めにかatchingして注意を呼び掛けるなどの対応も必要になるだろう。

働く側も発熱を押し出さず、などの行為もやめなければならぬ。自分もそうだったが勝手は熱があるのが咳があるのが多少のことと休むなどはもつてのほかと言った風潮があった。今回のパンデミックは医療だけでなく経済、政治、教育など社会構造に大きなダメージを与えたが、逆にこの機をとらえて改革のスタートとできれば災いを転じて福となすことができる。

今回のCOVID-19騒動で最も

今年5月前後から「コロナ禍」「新型コロナウイルス禍」などという表現が、新聞や雑誌で用いられる頻度が多くなってきたように思う。表現の自由はあるし、言葉は生き物なので、使用禁止や批判的なことを主張する行為は控えるべきだとは思いますが、わたしはどうしても使いたくないので、そのわけを書かせてもらいたいので、お付き合いいただきたい。

何度も申し上げているように、2月11日「2019年コロナウイルス疾患」の英文頭文字からCOVID-19と表記し、使用することをWHOが決定した。それ以降、この決定を尊重して各国政府やマスコミは、この表現に統一

し、母国語の表現としてアルファベットを使用しない国でも、両方の表現を併記するなどの使用方法に変更された。例えば、中華文化圏では『環状ウイルス病COVID-19』などと使用されるようになった。そんなことはおかまいなくというのか、言葉の意味を十分に吟味せず日本では「新型コロナウイルス感染症」という用語が、法律用語として用いられるようになってしまった。日本の国立感染症研究所のホームページには、これまで6種類あり、SARSが5番目、MARSが6番目であることが、

「コロナ」禍」という表現に違和感

丁寧な説明されている。つまり現在、コロナウイルスの7番目にあたるCOVID-19は、今後も地上のどこかで変異を繰り返して生き続けることは科学的に確実視されているし、8番目以降のコロナウイルスが他の動物からヒトに感染する可能性も高いと指摘する科学者もいる。だから「新型」という表現がいつまで通用するとも思えないし、感染症名として世界では通用しないことは確実だ。

広範囲な予期していなかった災難や不幸全般の「わざわい」を意味する「禍」という字だが、戦禍、災禍あるいはコレラ禍などを使用

される頻度が高かった。戦前アメリカ東海岸で黄色人種を排斥するために多用された「黄禍」などという忌々しい使用方法もあり、それがアメリカ批判の材料としてマスコミが「日米開戦やむなし」という雰囲気醸成するのに多用されたので、わたしは禍という字に神経質になっているのだと思う。



ラによる総死亡者数は37万、これは日清・日露の大戦争の死亡総数をはるかに上回る」とある。明治期の日本の平均人口は、現在の3分の1程度であるから、今なら37万人の3倍死亡者がでたことになる。この長期間に渡り、大量の死者がでた社会状況を「コレラ禍」といい現わしたのだ。同じように多くの人々を塗炭の苦しみに陥れた第2次世界大戦の3百万以上の日本人死亡者が発生したことを「戦禍」と表現してきたのだ。

このような背景を知る物書きの端くれとして、わたしはどうしても、現状を「コロナ禍」と表現したくない。また、この表現が科学を軽視する爺さん臭いというか、歴史を顧みないオヤジ臭がする言葉に感じられるし、まだ始まったばかりのCOVID-19への人類の挑戦を、忌み嫌うという姿勢が逃げ腰のように思えてならない。

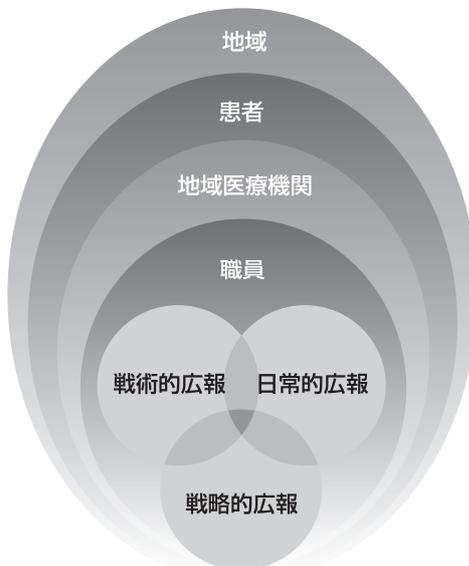
世界中の医療・介護従事者が切迫感を感じ第一線で懸命に業務に従事しているのに「ポストコロナ」などといういいかたも、ヤナ感じでしかない。

コロナの前にビフォーとかアフターとか、いやウイズだとか、コロナ後という表現もなぜかすつきりしない。それでも、訳も分からず使われるのであろうから、悲しい。

小山

広報的視点から、病院のビジネス構造の变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。



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



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。

岡田玲一郎さんへの追悼文  
日本福祉大学名誉教授 二木 立

私が岡田さんと初めてお会いしたのは私が代々木病院にリハビリテーション医や病棟医療部長として勤めていた1980年頃です。ただし、親しく手紙やメールの交換をするようになったのは日本福祉大学に移った後で、『文化連情報』の長期連載「岡田玲一郎の間歇言」を愛読し、共感したときからです。

私は岡田さんの事実認識や価値判断すべてに賛成ではないですが、常に「建前」を排して「本音」を語り、「データ（絶対）主義」を嫌い「現場主義」に徹することには100%共感・賛同しました。岡田さんの現場主義に関して忘れられないのは『日経ヘルスケア』2005年1月号の「インタビュー」...

当時の編集長は「編集後記」で岡田さんの手法に親しみを込め「前近代」と形容したのですが、私はこの表現は不正確であると思ひ編集長に次のメールを出しました。「社会科学研究では、最近には伝統的な量的研究一本槍の手法の限界が指摘され、質的研究(事例調査を含む)の意義が再評価されるとともに、量的調査と質的研究との統合・折衷が模索されています。質的調査にはさまざまな手法が提唱されていますが、私自身は伝統的な事例調査が一番有効だと思っ

います。このような視点からは、『徹底したデータ主義』は時代遅れ、岡田さんが先端的とも言えます」。

私が岡田さんに最初のお手紙をさしあげた2000年には、岡田さんは67歳でした。気がつけば私もその年を5歳も超えました。私は岡田さんと同じで「何歳まで生きたい」という欲望はさらさらありませんが、「研究と言論活動は体力と気力と知力が続く限り、少なくとも85歳までは続けよう」と決意しました。それだけに、88歳で「大往生」を遂げられるその日まで現役で健筆をふるわれてた岡田さんは、私のロールモデルです。私も岡田さんがお亡くなりになったお年までは研究・言論活動を続ける決意を新たにしました。

岡田所長との思い出

前職医療法人白楊会 犬飼 直人

岡田所長と始めてお会いしたのは28年程前の名古屋での講演の時です。所長から声を掛けていただいた「雲竜ビルのトイレ」での情景は今も鮮明に思い出され、「あんまり医療人らしくないね」のお言葉は褒め言葉と捉えていました。

所長との思い出で最初に思い浮かぶのは、「傘寿まで生きてこれられた感謝の会」で司会進行を任せていただいたことです。会の打ち合わせの際に渡されたBGMリストには所長の参加される皆様への感謝の想いが込められていました。

それから、紙面で「名古屋の親友のIさん」と書いていただいたことでしょうか。もちろん、自分はその長のことを「師」と仰いでおりますので、「親友」などおこがましいと思いましたが非常にうれしく感じたことを覚えております。

一度だけ、中京競馬場にも一緒に絡みました。朝一番から夕方の最終レースまで馬券を買われ、トータルでプラスの収支だったと記憶しております。もちろん、その後には食事をご馳走になったことは言うまでもありません。その後は毎週のように競馬についてやり取りしておりましたので、昨年の春に急に競馬をやめると言われた時は本当に驚きました。「予想をするのが面倒くさくなった」という理由でしたが、今思うとその頃からガンの兆候があり、体力的・精神的にも厳しかったのかもしれない。

プロ野球の話題でも、ことあるごとにメールをいただきました。所長は日本ハムファイターズのファンにも関わらず、セリーグは私の最頂である中日ドラゴンズを応援していただき、中日が勝った日には喜び合ったものです。一年、中日が根尾選手の一位指名を勝ち取った際は、このニュースでも、講演でも、散々やり玉に挙げられましたので、ご存知の方もいらっしゃるでしょう。

岡田所長、本当にお世話になりました。ありがとうございました。

# 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 〓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>