

社会医療ニュース

減収減益した病院の経営継続性を担保するために必要な政策は何か

所長 小山 秀夫

医療経営に対して、一瞬の干天の慈雨がきた。COVID-19への対応により資金調達が困難となった保険医療機関に、今年5月診療分の診療報酬等の概算前払が実施された。融資が実施されるまでの間の資金繰りを支援するため、本来今年7月に支払われる5月診療分の一部を6月に受け取れることを希望する保険医療機関に対して、概算前払されたのだ。

福祉医療機構などの融資が必要となっている保険医療機関で、6月5日までに申請を行った場合、特例的に5月診療分診療報酬の一部を概算前払した。

その額は昨年12月〜2月診療分の3か月平均診療報酬支払額から4月診療分の診療報酬支払額を減じた額の80%だ。ただし、概算前払された診療報酬については、7月下旬に支払われる5月診療分支払時に減額調整されることになっている。緊急借り入れに過ぎない。

ただこれだけのことでしかない。経営は生き物で、血液と同じようにカネがまわらなくなると生き続けられない。当たり前のことだが、公務員やサラリーマンにはリアリティがない人もいるだろう。1か月以上の休業や、3か月以上売り上げが半減するだけで倒産する場合もある。ある金融機関の知人が「医療機関の経営は、政府が素早く手早く対応するんですね」といった。なぜか、とても嬉しかったし、世間の目というのはこうゆうもんなんだな、と思った。

○4月の病院の経営状況

5月27日、日病、全日病、医療法人協会の3者は、COVID-19感染拡大による病院経営状況緊急調査の結果を公表した。調査対象は、全国の4,332病院で、有効回答率は30・2%だ。

回答した全病院の4月の前年同月比の外来患者は19・5（初診

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 : syakairyou-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 小山 秀夫
発行人

患者41・6）%減、入院患者は10・4%減、手術件数は17・5%減。感染患者受入病院は外来21・2（同41・5）%減、入院14・5%減、手術19・3%減だった。さらに、一時的に病棟閉鎖した病院は23・1（同41・5）%減、入院14・5%減、手術19・3%減だ。

その結果、全病院の医療収入は▲21・5%、医療費用は▲0・6%、医療利益は前年同月が1・5%であったものが▲8・6%だ。患者受入病院の利益は▲10・8%、一時病棟閉鎖病院は▲14・4%だった。大変な数字だ。当日、記者会見した全日病の猪口会長は「5月はもっと悪いかもしれない」と表情を曇らせていた。

詳しくは、各団体のIPで確認して欲しい。ただ、東京都だけをみると、外来は26・7%、初診63・5%、入院16・4%、手術35・8%減で、救急車の受入件数は32%も減少している。妻まじい比率だ。

健康保険に加入する人口の約6割をカバーする社会保険診療報酬支払基金の4月分の病院の診療報酬請求件数は19%減だったと報道されているので、調査結果と同様の傾向が読み取れる。

○第2次補正では不十分

政府の第2次補正は、雇用対策も含めて過去最高の規模になった。医療や介護経営に対しては①個人用防護具をはじめとする感染症の対策に要した「かかりまし費用」の支援など、②無利子・無担保などの危機対応融資の財政融資資金や新たな優遇融資の実施、③感染症発生または濃厚接触者に対応した職員に対して1人当たり20万円、それ以外の事業所に勤務し利用者と接する職員には同15万円が功労金として8月末に支給される。

しかし、これらは起こってしまっただけへの対応であり、応急処置に過ぎない。感染者を受け入れなかった病院の外来患者や入院患者減だけを考えても、つぎの感染拡大がなくとも今年度経常利益が確保できる病院の方が少数派にならざるを得ない。感染患者を受け入れた病院や、病棟閉鎖をした病院は、現時点で経営継続性を確保できるかどうかの瀬戸際である。

このようなことは、わかりきっていることだし、ましてつぎの感染拡大時に、どうするのかというルールが全くみえない。経営的な医療崩壊が各地で起きることを防ぐ必要がある。

こうなると感染対応によって発生したことが明らかな損失分は、

必ず補てんするという原則と、急激な患者減による経営悪化については、診療報酬で対応するという約束が必要だ、と強く思う。

しかし、3月から6月の4か月間だけのことを考えても、今年度に医療利益を確保できる病院はごく少数で、大多数が医療損失を計上することになるのは、必然だ。こうなると逸失（得べかりし）利益を補てんしないと、多数の病院が経営継続できないのだ。

○第3次補正予算が必要だ

今回のパンデミックで「政府は経済的な損失を被っても、できるだけ多くの人々の命を救うべきだ」という決断をした。そのことが、日本のかたちだ。世界の感染拡大は、収束には程遠いし、つぎの大きな感染の波が押し寄せることを想定しなくてはならない。であるとなれば、現行の医療システムを維持・強化しなければならぬ。政策として考えると、直接、病院の逸失利益を補てんするか、何らかの公的資金で病院に資本注入するかという2つの政策が考えられる。まず、医療保険財源には、多額の租税が積み込まれているという前提がある。つぎに、得べかりし全国の医療収益減は、保険財政の巨額の黒字という結果になるはずだ。

したがって、俊敏に政策方針を決定し、公表することが肝要だ。

感染リスクを回避したい管理者の 面会制限はどこまで許されるのか

所長 小山 秀夫

4月7日、厚生労働省健康局結核感染症課はじめ関係各課連名で都道府県各指定都市民生主管部(局)に対し「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について(その2)」という事務連絡をした。内容は「社会福祉施設等におけるCOVID-19対応等について、これまでお示しした事務連絡等を別添参考の通り整理したので、改めて参照頂き、適切に対応して頂きたい」という趣旨だ。

この連絡文書の中で(面会及び施設への立ち入り)の項目に、次のように書かれている。「面会については、感染経路の遮断という観点から、緊急やむを得ない場合を除き、制限すること。テレビ電話等の活用を行うこと等の工夫をすることも検討すること。面会者に対して、体温を計測してもらい、発熱が認められる場合には面会を断ること。その上で「面会者や業者等の施設内に入入した者の氏名・来訪日時・連絡先については、感染者が発生した場合に積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録しておくこと」とある。

行政文書なので簡潔明瞭なのかもしれないが、施設などでは「緊急やむを得ない場合を除き、制限

すること」が求められているとしか読めない。

高齢者福祉施設では、3月初旬から面会制限というか、面会禁止を原則としたところが少なくない。今回が特別ではないが、これまで多くの高齢者福祉施設などは、インフルエンザやノロウイルスの対応を経験しており、面会制限は常套手段といってもいい。4月の緊急事態宣言以降は、面会制限は、ほとんどすべての施設で実施された。ただし、テレビ電話等を使った遠隔面会は徐々にではあるが、確実に普及してきている。

インフルエンザの予防接種は、高齢者施設ではマストだが、ノロウイルスに有効な予防接種はなく、発生したら面会禁止として感染防止策を徹底するしかない。しかし、比較的短期間であれば我慢できるかもしれないが、家族との面会や会話は生活上重要であるので、期間を短縮できるような工夫が必要だと思ふ。

障がいのため児童福祉施設で生活している子どもが親と会えない。認知症グループホームにいる親や祖父母に面会禁止で3か月以上会えない。老人保健施設に入所中の利用者の認知症が進行しているのではないかと心配する家族が

多い、という報道もあった。

問題は、いつ、どのように解除するのかについてのルールがないことだ。すでに、8月末まで面会制限を決めている特別養護老人ホームもある。一方、5月下旬から制限を一部緩和した施設もあるが、6月に入ってから、面会はテレビ電話や、せいぜい家族1人だけの面会のみという状況で、完全に面会自由という施設は少ないと思う。

○病院からの悲痛な叫び

3月29日、志村けんさんの死亡が伝えられた。有名人の感染死は、世間へのインパクトが強烈だった。その後、お兄様が、入院以来面会もできず最期のお別れも火葬場にも行くことも叶わなかったとお話しされた。治療にあたられた医師や看護師の皆様も、さぞ辛かっただろう、と思つた。

地方新聞を中心に病院の面会禁止についての記事が増えたように思う。まず、ベビーの誕生というおめでたい瞬間に、父親が駆け付けられない。生まれてからも病院を退院できない乳児のそばに家族が行けない。入院するとお見舞いに行けない状態は、いろいろな問題を引き起こす。

一時は、医療従事者のマスクや手袋、ガウンやフェースシールドなどの個人用防護具(PPPEという)が不足していたこともあり、

面会を禁止せざるをえない病院がほとんどだったと思う。このような状態は、確かに異常であるが、院内感染を起こせば取り返しがつかないという緊張感と、入院患者や家族の思いを何とが遂げさせてあげたいという医療者の心が、激しくぶつかり合い悲痛な叫びとなりこだましてくる状況が、各病院スタッフの話から聞き取れた。

非常事態宣言が徐々に解除される過程で、PPPEが比較的潤沢に確保できた病院では、手袋やフェースシールドなどを面会者に用意し、面会が可能になった。ただし、一度に面会できるのは1人か多くて2人という病院が多いようだ。

今回の教訓として、病院には面会者分を含めてPPPEの備蓄が必要なのことがわかった。PPPEがないから面会禁止ということでは、患者さんご家族も、そして医療従事者もあまりに辛すぎる。緊急事態だから我慢するしかないという考えもあるが、大切な日本の医療をより良いものにするためには、多くの人々に真剣に考えて欲しい。

その上で、面会制限の緩和について、各病院で明文化したマニュアルを作成して欲しい。「なぜ、面会させてくれないのですか」「いつになったら面会できるんですか」という問いに対して、何も答えてあげられないことが医療従事

者のストレスになるのだという認識を共有したい。

○ドイツにおける考え方

厚生労働省のHに「諸外国の行動制限等の現状について(6月24日時点)」がある。「在外公館等において把握している主な取組に限る」という文章があるが、米国、英国、韓国、ドイツ、フランス、カナダ、スペイン、スイスの9か国が紹介されている。お国柄があり興味深いのが、ドイツの現状には「病院、介護施設、高齢者施設及び障害者施設への訪問について、特定の1名による定期的な訪問のみ認める」「感染経路の追跡が不可能な大規模イベント(お祭り、観客を伴う大型スポーツイベント、大型コンサート等)は少なくとも10月末まで禁止」とあった。

冒頭紹介した日本の行政文書は「緊急やむを得ない場合を除き、制限すること」だったが、ドイツは「特定の1名による定期的な訪問のみ認める」と書かれている。他の国でも同様なことを決めていくかもしれないが、この資料には紹介されていない。「特定の1名」といういい方がドイツらしくもあるが、考えてみれば「キーパーソン」との関係が重要だという考え方がありようにも思える。大型イベントは10月までダメというのものはつきりしている。面会制限を再考しよう!!

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第7回「オンラインによる診療」の議論について②

北部上北広域事務組合 公立野辺地病院 病院事業管理者 一戸 和成

○評価の方向性

オンラインによる診療も含め、デジタルヘルス技術と呼ばれているもの全般について、その評価のあり方に触れてみたい。

まず、そもそものオンラインによる診療の評価できる点は、その特性である物理的距離を解消するという点だ。仮に現在の「オンライン診療料」の評価を拡充するならば、都市部でなく、へき地かつ医師不足地域等がこの視点による評価を推進するのに適している。へき地における評価は、どの地方でも当てはまる著しい高齢化の進展や、人口減少による公共交通機関の衰退により足がなくなっているという問題に対応する必要がある。

そのため、主に高齢者を対象として、医療を提供するための社会インフラの代替としてオンラインによる診療を活用するならば、適切な評価があってもいい。その際注意すべきは医師の偏在である。医師不足には、地域偏在、診療科偏在が現に存在するため、偏在を前提にした議論を進めると、さらに歪みが大きくなる。そのため、医療提供体制として、医師数や専門



医配置を人口当たりどの程度にするかなど、法律による強制的な是正の議論を進めつつ評価を行うことが適切であろう。

また、いわゆるD to Dのオンラインによる遠隔医療については、適切な施設基準(専門医からの助言を受け、適切な医療を提供できる医師がいる、または体制がある)を満たす医療機関との間だけで認めるべきである。高度急性期医療で専門医がそばにおらず実施する医療が患者にとっていいことなのかは議論がある。単に論文上のエビデンスがあるからと言って、3次救命救急センターの集約化などの医療機関の機能分化、専門医の偏在是正など、医療提供体制の改革により是正すべき問題を解決せずに、オンラインによる遠隔医療の評価の拡充だけで対応すべきではない。

そのため、救急や麻酔の専門医が遠隔で地方のICU等の管理に對して助言を行うことで高い管理料を得ようという提案について、筆者は反対である。このように、現在の「オンライン診療料」を代表とする通信技術を用いたオンラインによる診療や、いわゆるD to Dの診療支援の評価については、地域

性やその支援を受ける医療機関の適切な施設基準を設定することが評価する際の前提と考える。

○デジタルヘルスについて

デジタルヘルスの概念は非常に広く、NEJMには、センサーやモバイルアプリ、ソーシャルメディア、位置情報トラッキング等の技術により、患者の変化を「どこでも」「いつでも」把握できるようにして、より有効な診断・予防・疾病管理を実現しようとするもの(Sim, NEJM 381:10と記載されている。時間・空間を超えて、医療従事者が診断・治療を行えるようになる技術(オンラインによる診療や、スマホアプリによる診療支援、遠隔モニタリングなども含まれる)がそれだ。

○新たな評価体系の導入

前回、筆者はこうした技術に対して「アウトカム評価」を勧めた。デジタルヘルス技術は、医療従事者の手厚い関与が、有効性を得るのに重要な要素となる場合が多い(田村誠:デジタルヘルスのエビデンス第4回: Beyond Health 令和元年7月12日)ため、医療機器やスマホアプリなどを用いて患者の診療にあたる際には、患者に對するアウトカム(治療効果)が最大化されるための医療技術(医療機器)の使い方(プロセス)と、医療従事者の要件、施設基準(ス

トラクチャー)を設けた上で、アウトカム評価を行う必要があると考えている。

具体的には、デジタルヘルス技術(医療機器)を個別に評価するのではなく、当該デジタルヘルス技術を用いることを前提とした医師の技術料を新たに設定しつつ医療機器を包括評価することで、デジタルヘルス技術の保険導入までの手続きを迅速かつ簡素化する。

その上で、医療機関が診療を行った患者(集団)のある一定期間におけるアウトカム評価を行い、医療機関ごとにその技術料へ加算(減算)を加えるという方法が有効である。(考え方として技術料を低く設定し、アウトカムに応じた加算するか、逆に高く設定し、アウトカムが得られなければ減算する、併せて減算分を保険外併用療養費制度の対象に位置づけ患者負担を求める形があり得る。)

その理由は、遠隔モニタリングやスマホアプリなどの利用により得られる患者の生体情報を、医師・医療機関が、どの程度の頻度でチェックするか、患者に対してどのように介入するかは、地域や患者の状態によって千差万別であること。また、その判断こそが医師・医療機関の腕の見せ所であること。もう一つは、特に慢性疾患に對する治療において、患者の行動変容を通して、病態の改善というアウトカムを得る構図のため、

患者が治療方針に理解を示し、協働作業として治療に向き合う姿勢が通常診療以上に必要となるからである。

そのため報酬上の評価体系の中に患者・医療機関に対する、インセンティブ(またはディスインセンティブ)を組み込むことが重要である。また、アウトプット評価である出来高評価よりも、アウトカム評価を実施し、事後的に報酬を決める方が、V B H Cに基づくデジタルヘルス技術の本質的な評価にもなり、医師にとっても、評価が決まる時期まで患者の病態推移に気を配らなければならなくなるのである。なお、いわゆるクリームスキミングを防ぐため、リスク調整等の仕組みの導入も同時に必要だろう。

○やむを得ない

診療報酬の一部にいわゆる「アウトカム評価」が導入されているものであり、出来高評価の中の「工夫」でしかない。また、これまで「オンライン診療料」に代表される通信技術を用いた医療技術は、対面診療の「補充」として位置づけられ低く評価されていたが、近年のIT技術等の進展や、今後のさらなる技術革新を見据え、これまでの評価とは別の「新たな評価体系」を導入するのもしいのかもしれない。

長寿社会におけるシニア人材の活躍と活用を考える

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫



■再就職高齢者が活躍する映画

ロバート・デニーロが70歳の再就職高齢者を演じるマイ・イン・タンという映画を見た。

広告会社の部長を退職したベン（Rデニーロ）は、全く畑違いのファッション通販サイトを運営する会社に再就職する。会社は若者ばかりで、当然、高齢のベンは浮いてしまう。しかし、彼の誠実で穏やかな人柄によって、次第に社員の相談相手として人気者になる。この会社を短期間で大きくした女性若社長ジュールズは、順調な日々を送っていたが、ある日、会社は大きな問題に直面しその解決のため社外の人物と交渉に向かうこととなる。たまたまベンが社長の運転手を務めた。そんな中、ジュールズの夫の不倫が発覚する。ジュールズは、会社と家庭の問題解決に悩み続け苦しい日々を送る。そんな彼女をベンが、温かな励ましで勇気づける。いつしかジュールズはベンに心を開くようになり難題に立ち向かう決意を固める。再就職高齢者ベンが側面から会社と社長を立ち直らせるストーリーだ。

■年金制度改革が成立

話は変わって現実社会だ。5月29日、公的・私的年金の改革法が成立した。働く高齢者の年金を減りにくくし高齢者の就労を促すようだ。

公的年金は現在、受給開始年齢は、原則65歳であるが、現制度ではこの65歳を60歳まで繰上げて受給することもできるし、70歳まで繰下げすることもできる。この選択期間が、2022年4月以降は60〜75歳までの15年間に拡大される。75歳から年金を受給すると、基準である65歳開始と比べ毎月の年金額が84%増額するそうだ。施行日時点で70歳未満の人が対象となる。

同時に、働く高齢者の厚生年金を減らす「在職老齢年金」はその基準額がアップし減額対象人数が減少することとなる。

現在、60歳から64歳において、月の収入額と厚生年金の合計が28万円を超えると、超えた金額の半分が厚生年金から減額される。仮に月収が15万円、厚生年金が15万円だとすれば、合計30万円が2万円オーバーだ。よって1万円

が厚生年金から減額されることになる。

この基準額が22年4月から47万円にアップされる。先程の合計30万円なら厚生年金の減額はなしだ。そうすると年金が15万円なら月収32万円まで減額されないことになる。シニア層を活用するには、その仕事内容と月給を制度改正に適合させる必要がでてきた。70歳定年、75歳までの継続雇用を前提とした制度改革は待ったなしだ。

■シニア人材が活躍する環境整備

単に定年を延長しても、シニア人材が活躍できる環境が整っていないければ定年を延長する意味は小さい。そうしないためには、仕事を提供できる病院側の取組み、そして当事者である働く側の取組みがマッチしないといけない。

病院側が取組まなければならぬのは、賃金・処遇の見直し、シニア人材のための担当業務や職場の準備、シニア人材に対する組織全体、上司、本人の意識改革（ベンのように）、そして働き続けるための能力開発が必要となる。

これを受けて短期的取組みとして、選択可能な賃金・処遇制度の整備、期待する役割を本人に明確に伝え、納得感を醸成する、意識改革と情報共有の機会（研修と面談）を提供する、当面必要となる能力開発を実施する。

長期的取組みとしては、若年か

ら熟年到達時まで体系化した人材育成環境を整備する、経営戦略としてシニア人材の活用を盛込む、中堅や若手が「この病院でいつまでも働きたい」と考えるキャリア・デイベロップメント・プログラムと人材育成プログラムの開発が必要となる。

一方で、働く側の取組みは、個人の意識改革と能力開発である。意識改革では、46歳を仕事人生の折返しと自覚する、シニアとしての仕事・役割はどうあるべきか自身で考える、自分らしいシニア人生を決める、組織内での自分の役割を見つめる、といった取組みをする必要がある。

能力開発では、担当する実務を担うために、知識や技術などを学習する、専門能力や対人スキルなど、シニアの強みを活かす能力を開発する、具体的には、コーチングやキャリア・カウンセリングなどがあげられる。

■2018年定年を延長、65歳に

当法人では、2018年10月より定年を65歳に延長した。1992年に55歳から60歳に延長したのでこれで2度目だ。

55歳で基本給が30%減額されていたのを、55歳で15%、58歳で5%、61歳で5%と段階的減額に変更し、退職金の算定期間も65歳までに延長した。

役職も57歳までとじていたが60

歳の年度末まで延長した。降役も出来るようにした。66歳以降は70歳まで雇用延長可とした。また、55歳で旧制度と新制度を自分で選択できるようにした。定年の選択制だ。円滑に新制度に移行するための仕組みである。更に5年後に見直しをすることも明記した。

この制度改革によって職員の皆さんが安心して働ける仕事と職場が提供できたし、黒字幅も拡大した。2022年4月から年金制度が変わるので、任せる業務と処遇、そして働き方を検討しなければならぬ。既に決まっている未来がそこにあるのである。

■シニアの働き方、活き方とは？

年をとったら出しゃばらず、憎まれ口に泣きごとに、人のかげぐち愚痴いわず、他人のことは誉めなはれ、知っていることでも知らんふり、いつでもアホでいるこつちゃ

勝つたらあかん負けなはれ、いざれお世話になる身なら、若いもんに花持たせ、

一歩さがってゆずりなさい、いつも感謝を忘れずに、どんな時でもおおきにと・・・

「ほけたらあかん」天牛将富（てんぎゅうまさとし）さん作詞のいい詩だ。

壽をとったらこう在りたいものか。できるだろうか。

この1か月の
喜怒哀楽



の悲鳴が聞こえていたのに、政府は観光立国として、4千万人という目標を掲げたし、さらに6千万人まで拡大するなどの予定も示していた。これも見直されることになるのだろう、と思う。

6月22日、久しぶりに羽田空港に行った。空港ロビーは閑散としており、受付カウンターの多くは閉鎖されていた。機内はすべての席が隣に人が座らないよう工夫されているらしく、ガラーンとしているのがみえたが、国際線エリアは、すし詰め状態だった。都道府県間の移動制限は一応解除されたが、以前のように満席ということとは当分なさそうだし、国際線はいつ全開できるのかもわからない。

パンデミックの影響で航空会社は、経営を継続できなくなるのではないかと真剣に考え込んでしまった。世界の航空業界は、LCCとか呼ばれる格安運賃会社が増え、機数も旅行客も激増した。一時は、世界中でパイロット不足が深刻という報道もあった。この10年間で、出国日本人は10%程度の増加だが、法務省の言葉で「訪日外客数」というのは4倍になったそうだ。

年間出国日本人は1・8千万人弱で、インバウンドは3・3千万人程度ということになる。一時、京都などからオーバーツーリズム

の悲鳴が聞こえていたのに、政府は観光立国として、4千万人という目標を掲げたし、さらに6千万人まで拡大するなどの予定も示していた。これも見直されることになるのだろう、と思う。

ヨーロッパ最大の航空会社ルフトハンザが倒産の危機にあったが、ドイツ政府は1兆円強の巨額の財政出動で全面的経営支援をやつと表明した。経営悪化は、世界中の航空会社も同様であるが、元国営系航空会社ほど再建が困難で、LCCの中には撤退せざるを得ないものもでてくるのだろう。ボーイング社は旅客航空機の生産を急激に縮小するそうだ。以前経営破綻した日本航空は、株主に経営責任を押し付け、株券をゼロにしたが今度はどうするんだ。政府に覚悟はあるのか？

◎作品が見直される効果？

6月25日、警察官にジョージ・フロイドさんが殺されてから1か月過ぎた。略奪や暴行はなくなつたが、週末の静かな抗議デモ参加者は世界で減少していないようだ。米国の人種差別の問題は、根が深い、日本人にはよく理解できないし、そもそも関心も低いように思う。

多分、自分には関係ないと思っ

している。ロンドンでタブロイド版の大衆夕刊紙を買ってみると、旧日本帝国軍人はサルのように描かれている。どうも「イエロー・マンキー」とは「ジャップ」と同義語のように使われることが多いように思えてならない。過去にわた

しは欧米で差別される側を何度か体験したが、そのことが記憶の奥深くに染みついていて、人種差別を他人事とは思えないの

う。もちろん奴隷という忌まわしいシステムは、世界中でその歴史があるが、ふだんの生活には支障ないので、忘れさられていても問題ない。ただ、歴史は消せない。突然「風と共に去りぬ」が配信中止になったというニュースにびっくりした。「映画は南北戦争前の南部を美化し、有色人種の最も痛ましいステレオタイプを永続させている」という米国の脚本家の批判が端緒だそう。そのような

とになったそう。たぶん、もう観ないだろう。

米国内のデイズニールランドとデイズニールワールドにある人気アトラクション「スプラッシュ・マウンテン」は改装されることになった。理由は映画「南部の唄」が黒人の描き方に偏見があるので

チームの変更を求める署名運動があったからとのことだ。これらのことが、どのような効果があるかどうかはわからないが、屈辱的だと嫌がっている人がいることは事実なので、いままです意にではないが差別する側に加担していたことを含めて、なるべく素直に受け入れようと思う。

◎介護報酬のあり方を考え直す

夏以降、まず介護報酬の見直し作業が本格化する。どのようなことになるのか、正直よくわからないが、COVID-19が経営に与えた影響は甚大で、介護報酬を引き上げない限り経営を継続できない経営体が急増することは明らかだ。

パンデミックの影響についてはサービス種別や地域性それに感染者や濃厚接触者の対応に差があるため、介護報酬だけで対応するには明らかに限界がある。ただし、介護保険の報酬で経営されている施設や事業所は、すでに38・5万件以上となっているので、広範な議論が必要だと思う。その上で

介護報酬改定であるが、現在の経営状況を正確に把握できない以上、技術的にかなり難しい作業だと思ふ。仮定の話だが、ある種類の在宅介護事業所の平均経常利益がマイナス7%だとしても、それでは7%引き上げますということにはならないからだ。

病院経営についても介護保険施設と同様な傾向があるが、感染者受け入れ病棟の経営悪化を放置するのであれば、つぎの感染拡大に

対応できなくなるので、診療報酬とは別の対応策を適時示すことが必要である。正直いって、今年度の第2次補正予算の範囲内の対応では病院も介護保険事業所も経営を継続できないことになる。

◎感染が止まらない

7月入りしてから、米国の1日当たりの感染者が5万人を超え、ブラジルも4万人越えた。南北アメリカ大陸の累積感染者も死者数も世界の半分を占めている。

日本は急増してないが、東京都は、連日100人越えが報告され「感染拡大警戒」だ。国として緊急事態宣言がだされる状況ではないらしい。

不安がってもしようがないので、ぼちぼち生きる。 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

X-1 COVID-19以降の働き方を考える

―働くとは何か―

非常事態宣言の間は週に一日だけテレワークの日を作った。以前から時々、Skypeなどを使ってテレカンファレンスなどを不定期にやっていたのだが、これを機に定期的なやってみることにした。家で過ごすというのもそれなりに邪魔や誘惑が入り、仕事の効率が保てるか心配だったが、ルールさえ決めてその通りにやれば意外とさばけた。職場に足を運ぶというのが習慣になっていて、とくに明確な仕事がなくともとりあえず行ってしまう。行ったら行ったで、これも習性に近いのだが適当に仕事を作って、「今日も一日忙しかった」などと言って帰ってくる。忙しい医療現場ではあるが、学会や会議がキャンセルになったりウェブに変わったので、その分、多少の時間的余裕もあった。

◆人はなぜ働かなければならないか 改めて問うこともないのだが、正面切って深く問われるとはたど考え込んでしまう。昔からそういうもんだと思いついて入る節もある。多くの人の答えはお金を稼いで生計を立て家族を養う、だろう。でも一方で働かないで生きている人も少なからずいそうな気がする。家族を養う必要のない人もいる。あくせく働かずに気ままに暮らす(そう見える人もいるが)ほうが幸せそうだ。医療者の場合を考えると多くは長時間労働もいとわす、自分の時間を削って、時に命懸けで治療にあたるのが使命と考える人もいよう。

現代では労働形態やその目的が多様化、複雑化しており、ある意味、哲学的なこの問いに単純に答えることは難しい。そこでごく単純化してあなたが船旅の途中に嵐に遭い、無人島に一人漂着した場合の労働とは何かを考えてみよう。これは思考のゲームでもある。

◆無人島での働き方 外部から隔絶されると、生きるためのあらゆることを自分でしなければならぬ。つまり衣食住は最低限、現地調達となる。無人島での働く意味はサバイバルである。この基本原理は今でも変わらない。つまり働く意味はサバイバルである。我々が生物として存続するために必要なエネルギーをインプットしなければならぬ。考え方はシンプルだがこれを実際にやるのは大変だ。特に都会で暮らしているこんな緊急事態は想定していないので、多くは飢え死にする。だから災害や事故に備えて保険を掛けるだけでなく、アウトドア生活を経験しておいたほうが良い。飲み水の作り方と火のおこし方は最低限必要だ。とにかく誰かから分けてもらう(副業)ができないのですべてを作るか自己調達し、あらゆる技術を駆使して調理しサバイバルすることになる。

分業ができないということは経済がないということの意味する。交換を前提とした貨幣はもはや価値はなく、ほしいものを手に入れることはできない。したがって閉鎖された社会で生き延びなければならぬ。分業ができないので、必要なものを自分で作ることにする。これはものすごい非効率を生み出す。素人が自分で背広を作ってみるといふ実験をやった人がいて、材料から集め、それを背広に仕立て上げるのに半年ほどかかり、出来上がりが最悪という結果だった。分業と技術と言う見えな価値が加わらないとまともな背広はできない。

COVID-19以前からテレワークなどに取り組んでいた欧米企業は業績減が少なかったが、デジタル化が遅れていた日本企業は、業績減がより大きかったと日経に報じられていた。キャッシュレス決済も普及率が低く、とてもIT先進国とは呼べないという事実をしっかりと認識すべきだろう。また、行政のIT化も遅れており、特別定額給付金の支給も6月24日の時点で35.9%しか支給されていない。米国と比べると格段の差である。

検疫のことを英語で QUARANTINE という。この言葉はヴェネチア語の「クワランテーナ(40日間)」が語源だそう。1448年にヴェネチアに入港する船を40日間強制的に停泊させることができる法律名だそう。世界の船乗りならだれでも知っているらしい。

小松武弘著「近代日本と公衆衛生」雄山閣という本によると、文久2(1862)年官版の『疫毒予防説』に「クワランティン」として紹介されており、明治12(1879)年には、京都でのコレラ対策としての行政処分名として実際に使用された。ただし、コレラ患者8名が発生した長屋の借家を強制的に焼き払う命令の名称に使われたそう。わが国の検疫所を中心とした検疫システムは、島国ということから水際対策が中心となって長い時間をかけて整備されてきた。現在は、全国13の検疫所本所、支部14か所、それに出張所78か所という体制で厚労省健康局が所管している。COVID-19で脚光を浴びている大切な組織だ。

日経新聞の6月24日12版43面には「空港検疫感染者絶えず」「検査体制入国制限後緩和の課題」という記事が掲載された。書いてあることは、空港検疫のPCR検査

検疫所のPCR検査への対応能力

で連日新たな感染者が見つかり、水際対策の現場では緊迫状態が続いているとの報道である。成田空港のPCR検査の1日当たりの実施人数は平均950人程度だそう。全国13の検疫所で、1日最大2,300件の処理能力があるらしい。記事の最後に専門家のコメントがあるものの、わたしのよう一般的な読者には、多分「今後急増する入国者全員にPCR検査をする処理能力は確保できないので、無症状の人は2週間の経過観察を条件にするしかなさそうだ」というニュアンスしかわからない。



逆陰性という判断でも偽陰性で本当は感染している人もいる

うか、空気に流され、結果的に人命を軽視してしまったのではないかと考え込んでしまう。ただ、PCR検査に関して、研究機関や民間の企業との協力体制によって、その処理能力を向上させる手段はあったのだからと思う。ただし、PCR検査が万能ではなさそうということ、各種研究論文でも明らかことは理解してつむりだ。医学書院の「病院7月号」64頁から、佐藤敏信先生が寄稿しているのを読んだ。PCR検査で陽性と判断されても、本当に感染していると考えられる陽性の中率は40%。

マスメディアは、ワクチンではないのか、薬は開発できないのか、PCR検査をどんどんできないのか、対応可能な病院のベッドはもつと確保できないのか、挙句の果てには、日本版CDCを早急に組織できないか、などといった主張がされている。そう思うのは当然だと思う。珍しいことに、わたしはどれにも悲観的な意見しかない。ワクチンは安全性が確保できなければ死者がでる。薬も副作用が必ずあり、一朝一夕にできない。医療費は削減しろ、公務員は減らせというステレオタイプな意見とい

ということ、検査結果が陽性だった、陰性だったと言ってみるところで、その結果が信用できるのだろうか」と書いてある。廃止されてしまった「専門家会議」の2月24日の「見解」の中で「すべての人にPCR検査をすることはできません」と明言し、その後の何度かの「提言」で検査自体や統計処理上の問題を指摘し続けていた。検査所のPCR検査への対応能力にも限界があるので強化が必要なのだろう。その上で、水際対策の最前線としての検疫所の機能を強化して欲しい。 小山

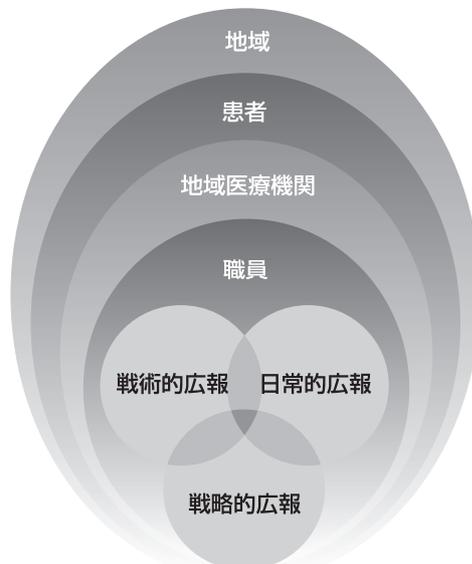
広報、情報の視点から病院経営を考えます。

広報で変わる 医療環境

DOCUMENTARY FILE

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。



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。

岡田玲一郎先生の思い出
医療法人博仁会志村大宮病院
理事長・院長 鈴木 邦彦

社会医療ニュースは以前から購読していましたが、岡田先生と親しくお付き合いさせていただいたのは12年の「米国における3機能病院と日本の病院」研修のときからです。同研修会は翌年より日米ジョイントフォーラムに発展し、以降都合が付く限り毎年参加しています。先生はその後、16年に当院視察と講演においてになり、翌年も講演いただきました。19年には念願の米国研修に参加予定でしたが直前に中止となり、誠に残念で心残りとなっています。

先生とは本年の名古屋での日米ジョイントフォーラムが最後になりました。予定を大幅に超過して熱弁を奮われたのは残される我々に対する遺言だったからでしょう。ご著書にサインをさせていただいた後に万感の思いを込めて握手したところ、私の目を見ながら微笑まれ力強く握り返して下さいました。先生は本当に不思議なコンサルで、安易な道を金儲け医療として厳しく批判し医療の本質に根ざした全うな道を追求せよと熱く語られました。

私は10年から18年まで日医常任理事を務め、前半は医療保険、後半は介護保険を担当しましたが、その前から当時の小泉内閣の米国

型医療導入の動きに疑問を持ち、わが国にはヨーロッパ型医療が参考になると考え、08年より民間病院経営者有志、学者と、フランス、イギリス、ドイツを中心に海外訪問調査を行いました。しかし、日米ジョイントフォーラムに参加し、米国の医療は格差の大きな民間保険だけでなく、メディケア、メイ・ケイドの公的医療制度があり、医療費が高い故にDRGを筆頭にLTACやACO等次々に新しい取り組みに挑戦する面もあると知りました。16年には我々も米国訪問調査を行いました。先生のおれない姿勢と日米ジョイントフォーラムでの学びは、私の日医での活動にも大いに役立ちました。

今後先生の教えを胸に刻み、COVID-19にも左右されない医療を目指して歩んで行きます。

岡田所長との思い出
川本一男

2月23日の名古屋で開催された日米ジョイントフォーラムで久しぶりにお目にかかり、少しお話しをしましたが、まだまだ日本の医療を良くしていくのだという鬼気迫る姿に感激をしました。

思い出せば岡田所長に初めてお目にかかったのは昭和薬品(今のアルフレッサ)様で研修会に参加した時です。長い髪の毛を後ろで縛りOHPを使用しはそぼそと話していますが、何か胸にグサリと

刺さることがあり、すぐに岡田先生の信者となり、是非またお話しが聞きたいと東京へ行ったことを思い出しました。その後、愛知県診療所薬剤師会で講演をお願いし、愛知県医療法人協会の青年医療部会では20年近く、3月の第1か第3土曜日に講演をお願いし、翌日は一緒にゴルフに行きました。

平成9年には恒例の米国ツアーにも参加しました。私は全日程参加が出来ず、メイヨークリニック見学後、途中で帰国しましたが、空港へ行く際、バスが急に街路樹におつかり、前の席の方では運転手さんを道路に引っ張り出して、心臓マッサージをしているのが見えました。その運転手は亡くなりましたが本当に驚きました。このツアーで学んだ事は今でも私の中で活かされています。

岡田所長には病院運営に関してはもちろん人生そのものを学びました。私の憧れの人でした。私も所長のような仕事が出来ればと思ったり、仕事で全国を回り、家にはたまにしか帰らないので、ご家族は心配ではないかと思っておりました。岡田所長喜寿の会でご家族にお目にかかった際に、心配ないのだと思えました。これからは残された人が日本の医療をより良くしなければならぬと思います。是非、天国から我々に「しっかりやれ」とエールを送って下さい。

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>