

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@nhjip.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

このパンデミックの最中に医療が適正だと証明する必要があるのだろうか？

所長 小山 秀夫

世界のパンデミックは、拡大傾向にあり、直近90日間でWHOに報告された感染者数は5倍以上、死者数は3倍以上に達した。感染者は2千万人、死者は75万人を越えようとしている現状で、世界の感染拡大は止まらないのだ。

今年1月30日、WHOは最高警戒レベルである公衆衛生上の緊急事態を宣言した。それから6か月が経過した8月3日の定例記者会見でテドロス事務局長は、COVID-19について「特效薬は現時点ではなく、今後も存在しない可能性がある」ことを、速回しにしていた。また、文藝春秋8月号にノーベル賞学者本庶佑先生が「東京五輪までに『ワクチン』はできない」と題する論説を掲載しているのを読んで欲しい。

国別地域別の感染拡大や重症化のリスクについては、たぐさんの研究が進められ、その原因についての分析結果も膨大にあるが、因

果関係が特定されているわけではなく、あくまでも相関関係が明らかにされているに過ぎない、というのが現状であるらしい。感染拡大が進行している最中に、ワクチン開発はフェーズ3の段階で効果と安全性が確認される期待は高まり、治療薬は世界の人が求めているにも関わらず、その両者とも今年中はどうも無理らしいということになると、この先も手洗い、マスク、ソーシャルディスタンスで長期戦を戦うしかない。

無駄な医療だという主張が支払い側の本音なのだろう。このような現状で、どうしてもいなければならないと思うことがある。それは、常に社会保障給付費の拡大を目的にしているとしたかと思えない日経新聞7月29日5面12版の「転機の病院経営」上という記事だ。小見出しに「患者減少『元には戻らない』」立地より

「コロナ患者を診る病院への厚い支援は必要だが、診療所などの損出を診療報酬や税金で一律に穴埋めするような救済策は『過剰な医療』を復活させるだけになりかねない。」
百歩譲っても「過剰な医療の復活」というのは、今までが過剰だったのが、患者減少で適正になったという意味でしかないし、何が過剰で何が不足かということは一切お構いなしだ。「診療所など」といつているので、病院の外來患者を含めていることは明らかだし、かと思えない。その上で「診療報酬や税金で一律に穴埋めするような救済策」はダメと書いている。
こういった論調を「ためにする議論」と呼ぶことがある。別に大した根拠はないが、今のうちにいつとかなないと、変なことが起こりそうなので、今、いつてみるだけいつてみるということだ。誰も取り合わないということである。ほとんど影響はないが、ある特定集団の本音だったりする場合があるの

があるので注意が必要だ。無駄か適正なのかの論戦は実に厄介な結果となるのだ

病院の継続性が確保できるかどうかの瀬戸際で毎日努力を重ねている病院経営者に、これまで提供してきた医療サービスが過剰で、今後需要が回復することはありませんから、パンデミックで生じた損失を診療報酬や税金で穴埋めするのは反対です。もし過剰ではなかったというなら、これまでの医療が適正だったと証明する必要がありません、と喧嘩を売られているとしたら、われわれは、どのよう

に対応すればよいのであろうか？
被保険者に提供されるある医療行為が適正かどうか、言い換えると過剰でもなく過少でもないかどうかということ、かなり厄介な議論になる場合が多い。今、ある医療行為といったが、例えば、各種検査や与薬が過剰か過少か、処置や手術は安全で適正か、リハビリテーションの資源投下量は効果との関係が証明できるのかどうかといった議論である。他方では、一定の地域や国別にみた場合、適正な医療が提供されているのか、それとも医療資源が足りず需要を満たしていないか、さらには明らかに過剰なのではないかという議論がある。
このような議論は、医学の世界というより経済学の分野で盛んに

行われ医療費の分析とか、投下される医療費と医療の効果を天秤にかけたりするもんだ。それはそれで興味深い、はつきりしなければいけないことは、医療行為が過剰なのか、医療費が過剰なのか、それとも医療資源が過剰なのかといったことについて、あらかじめ明確にしてから議論することが求められる。

医療行為の需給関係というのは、医療サービスに対するニーズとの関係であるので、供給サイドの一方的な過剰行為であると証明できないことが多いのである。医療費の過剰というのは実際に提供される医療サービスの質を正確に測定できないと正確な論争になりえないので、医療費を負担することができるといって議論にすり替えられ、延々と給付と負担の議論を繰り返すことになる、といったことに終始する。医療資源の需給については、方法論としては国際比較のような方法論しなくなってしまうという結果になりやすい。
医療が無駄か適正かの論戦は、不毛な議論で実に厄介な結果となる。しかし、このパンデミックは、医療は生活のライフラインで、決して無駄ではないと再び強く主張しなければ病院は生き残れない時代が来ていることを、暗示しているともいえる。もっと医療を大事に議論して欲しいものだ。

日本の介護施設や福祉施設従事者に 今以上の緊張感を強要していいのか

所長 小山 秀夫

WHOのテドロス事務局長は、7月30日の定例記者会見で、多くの国ではCOVID-19による死者の40%以上が、ナースングホームなどの高齢者施設で亡くなっている」と明らかにした。一部の高所得国では、この割合が80%に達している。それは、若年層では軽症で済むことが多いが、基礎疾患がある高齢者は重症化しやすいためだと指摘した。しかし、国別地域別の高齢者施設の感染者数や感染死亡者数に関する公表データが見当たらない。

これまで高齢者施設の集団感染は、イタリアやスペインそして米国で盛んに報道されてきた。しかし、日本国内での高齢者施設の集団感染については、これまで10施設程度が報告されただけで、世界の傾向とは違うことはあきらかだ、といえる。

では、各国の状況はどうかWebで調べてみているが、埒が明かない。原因は、国ごとに高齢者施設の仕組みに差があることや、医療との関係が様々であること、さらに連邦制の国などでは、高齢者施設の施策が市町村単位で独自性がある場合や、わが国の道府県に相当する行政単位での行政権限は

あるが、そもそも国に報告する慣例がない国もある。PCR検査の実施状況にも差があるため、高齢者介護施設の感染状況と死亡者数を比較検討することは至難の業ということになる。

◎英国や米国であっても全国的データ収集ができない？

イングランドとウェールズの高齢者施設の感染状況について、英国のONSと称される国家統計局が8月1日に、COVID-19による死亡者の約4割が高齢者施設の入居者であると報告しているが、スコットランドや北アイルランドの統計と整合性がない。詳細はよくわからないが、イングランドとウェールズのNHS（国民保健サービス）は、今年3月中旬から感染者のベッドを確保するため病院に入院していた高齢者を高齢者施設に大量に移送したことが原因だと、マスメディアで強く批判されているらしい。

日本でも有名になった米国のCDC（疾病予防管理センター）は、NHSNという名で連邦医療安全ネットワークシステムを稼働している。これを見ると、全米のどのナースングホームで感染者が

発生しているかが一目瞭然である。しかしながら、統一的な統計システムではなく、発生源入力のデータであるらしい。7月19日の集計結果では、全米のLTCF（ナースングホームを中心とした長期療養施設）の確定感染者数は152281人で、疑いケースが96648人、死亡者は4273人と報告されている。

このように高齢者施設の情報は、病院の情報より質も量も少ないし、国際比較できるデータになっていない。もう少し調べてみるが、日本の学者やマスコミは高齢者施設全体について、もっと関心を持ってほしい。

◎日本の高齢者施設はすでに200万人の利用者がいる事実を考えてみる

日本の病院には88万人弱の65歳以上の入院患者がいて、多くの医療従事者が勤務している。高齢者施設としては、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウスなどの高齢者施設が約200万人分用意されている。このほか通所施設や訪問看護ステーションや訪問介護施設でも多くの従事者が懸命に働いている。

わたしの本業は、大学院の教員であるが院生はほとんど医療か介

護あるいは社会福祉事業所の職員で、卒業生も友人知人もほとんどこれらの関係者だ。

緊急事態宣言以降に5人未満の会食は数えるほどあったが、宴会どころか5人以上で集まることは避けている。感染が怖いという感覚より、自らがスプレッダーになったら收拾がつかないというか、取り返しつかないことになるという自覚とわかっていい。これが今や医療従事者ばかりでなく介護あるいは社会福祉事業所の職員の日常になっている。ライブやスポーツ観戦どころかカラオケも飲み会もなく、ただただ自粛しているのだ。我慢できるかどうかというような単純な議論ではなく、そうせざるをえないという状況が継続しているのだ。

たぶん教育分野でも同様なことが起きていると思われるが、遠隔教育という方法も可能であろう。しかしながら、医療や福祉サービスは、本来、直接的な人間関係を媒介して提供されているサービスなので、ほとんど遠隔は無理で、こうした細心の行動が不可欠となっている。わたしは、幸いにも日本の感染者も死亡者も少ない要因が、各種の生活様式にあり、特に、介護や福祉の従事者の日頃の努力が感染を抑え込んでいると信じている。

ただ、それが当然視され、無言で強要しては絶対ダメだ。

◎起こらないための努力を評価する仕組みが必要だ

不要不急の外出制限や宴会厳禁は、すでに新たな日常になりつつある。甲子園もインターハイも、その上オリリンピック・パラリンピックも開催できないという事態は、人情として忍びない。

しかし、わが国の高齢者施設の従事者や介護保険従事者そして社会福祉事業従事者は、医療従事者と同等に毎日最大限の努力をしているのであるから、もっと社会的に評価されてしかるべきなのではないかと叫びたい。

毎週のように「従業員家族が濃厚接触者になった」「施設入所者の家族がPCR検査を受けた」「職員が感染していないかどうかの検査を受けるシステムはないのか」「なんで政府は何も考えないのか」などなどのメールがある。

一昨日も、親友の社会福祉法人の理事長から「うちの保育園の園児の父親がPCR検査で陽性になった。園児はもちろん母親も家族も検査を受けた。園児の保護者に連絡しているが混乱している。検査結果は明日になるまでわからない」という緊迫した連絡があった。結果は父親以外みんな陰性だったと聞いて安堵した。このようなことが全国どこかの社会福祉施設や介護事業所で起きているのである。本当に理解して欲しい。

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第8回 COVID-19の病院経営および医療政策への影響について①

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



今回から複数回に渡って、第二波を迎えているパンデミックの医療機関経営に与える影響について、当院の状況も踏まえて傾向を見るとともに、医療提供体制の議論の今後の展開や、医療保険・診療報酬の議論の進むべき方向性などについて検討を加えてみたい。

○医療機関の経営に与える甚大な影響

8月6日に日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会の3団体が発表した「新型コロナウイルス感染症拡大による病院経営状況の調査」―結果報告―によると、まず、回答した全病院の医療利益率は、4月▲9・1%、5月▲8・4%、6月▲12・1%となっており、3か月連続でマイナスであり、これは、COVID-19の患者を受け入れているか否かに関わらず同じような傾向である。

つぎに、対前年度比で各月の医療利益率を見てみると、4月▲12・4ポイント、5月▲14・8ポイント、6月▲7・1ポイントとなっており、落ち込みは5月が最も大きく、6月は回復の兆しが見取れるが、これも3か月連続で

マイナスとなっている。

また、さまざまな調査結果の報道をみると、4月より5月の経営状況が悪化している。3病院団体の調査結果のように、すべての医療機関において、6月までその傾向がつついていくとすれば、社会保険診療報酬支払基金によって、最も経営状況が悪化した5月診療分の概算払いが行われているといえ、2か月遅れで医療機関に支払われる(概算払いの場合は減額調整)という診療報酬の制度上、このコラムを書いている7月、8月に経営上の体力のない医療機関にとっては、大きな問題が生じる恐れがある。早急に、後述する第二次補正予算による行政施策を実施し、経営支援を行う必要があるだろう。

○当院の経営状況から見えるもの

当院の病床数は、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。また、COVID-19患者に対する病床は、県の要請を受けて空床を確保しているが、実際に患者を受け入れた経験はまだない。

また、経営状態については、令和元年度の経常収支が▲約2・5億円(参考:予算上の年間の医療収入の目標額は21億円、令和元年度決算は約18億円)で、積み重なった資金不足額が約3・2億円、資金不足比率は14%程度になる典型的な「経営状態のよろしくない」公立病院であることを前提に見てほしい。その上で当院の状況をお示しすると、外来患者数は4月▲12・6%、5月▲9・3%、入院の病床稼働率は、4月▲10・2%の62・4%、5月▲4・6%の64・2%となっており、医療収入をみると、4月▲8・8%、5月▲3・5%で、4〜5月の累計で▲6・3%となっている。昨年度の経営指標が過去最悪に近い当院でさえ、患者数、収入額ともに減額となっていることをみれば、やはり4月、5月はどの病院であれ、パンデミックの影響を大きく受けているのだ。

7月(20日時点)は、6月より外来患者数も入院の病床稼働率も回復している傾向にある。この傾向は、今後の調査を見ないと全国の医療機関の状況と同じかどうかは判断できない。

また、東京・大阪・愛知などの都市部を中心に、感染者が7月、8月と急増しているが、そうした地域とそれ以外の地域で、病院の経営状況に違いが出てくるのかどうかなど、今後の推移をみる必要があるだろう。

○病院経営悪化に対する施策

今後の推移もさることながら、現に経営状態が悪化している医療機関には、即効性のある施策が必要であるが、現在の行政的措置は、以下の通りである。

- ① COVID-19患者の診療に対する診療報酬の増額。
- ② 病床の確保に対する空床補償。
- ③ 物品購入等に対する補助金、支援金。
- ④ 当面の資金繰りに対する施策(支払基金の概算払いや民間医療機関に対する福祉医療機構の融資、公立病院における総務省の特別減収対策企業債など)。

みての通り、診療報酬の増額と支払基金の概算払い以外の、医療

機関に対する直接的な補助金、支援金等の注入に関する施策は、未だ医療機関に届く心配すらない。パンデミックで大きな影響を受けた4月、5月の診療報酬が支払われる時期が近づき、主に6月の賞与等の支出も大きな負担になったであろう医療機関にとって、スピード感がなすすぎる。

第二次補正予算の成立が6月12日だとしても、少なくとも患者発生が落ち着いてきた緊急事態宣言解除後から補正予算成立までの間に、成立後すぐに医療機関にその効果が行き渡るよう交付金の運用について国と都道府県の担当者が具体的に詰めておく必要がある。しかしながら、交付金の運用について真摯に検討した形跡は見当たらず、補正予算成立後に泥縄式に検討していると思える。仮に医療機関がパンデミックによる影響で経営破綻するような事例が発生した場合、特に患者を積極的に受け入れた病院でそのような事態が発生すれば、国と都道府県の責任は免れないだろう。

○次回以降の議論

次回以降は、COVID-19発生以降に、受診者数が減少したことの意味や、いわゆる424病院(その後440病院になった)再検証リストも含めて、病院や診療所の人口減少を見据えた機能分化・集約化の議論なども考えてみたい。

ヘルスケア業界にも拡大する キャッシュレス決済

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫



政府は、17年6月9日に決定した「未来投資戦略17、Society5.0の実現に向けた改革」において、FinTech（金融・Financeと技術・Technologyを組み合わせた造語）で、金融サービスと情報技術を結びつけたさまざまな革新的な動きを推進するためのKPI（Key Performance Indicator）に、10年後（2027年）までにキャッシュレス決済比率を、4割に拡大する目標を設定している。その方法と効果は、カード決済のコスト削減や消費者にとっての利便性の向上を図り、レシートも電子化し、キャッシュレス決済を拡大するとともに、消費データの共有化、利活用を進めることとしている。

それを受けて、消費税増税時よりはじまったのが、キャッシュレス決済比率拡大を目的とした政府のポイント還元制度だ。6月30日に終了するまで、総額約7千億円もの予算が投じられた。この結果、キャッシュレス決済は社会にある程度、普及したように見える。一方で、当初予定されていた決済のコスト削減や消費者にとっての利便性の向上、そしてデータの共有化と利活用は進んでいない。

キャッシュレス決済とは、紙幣・硬貨等の現金ではなく、デジタル化された価値の移動を通じて決済できる状態と定義される。この定義の下、更に3種類の支払資金の拠出タイミング（事前、即時、事後）と2種類の支払方法の通知方法（カード、スマホ）によって6種類に分類されるそうだ。医療機関にとっては、どの組み合わせが好都合だろうか。

キャッシュレス推進協議会によれば、日本のキャッシュレス決済比率は、08年が11・9%、18年が24・1%（約72兆円）で増加傾向にあり、そのほとんどがクレジットカード決済とのことだ。

■医療機関にとっての課題

当財団における6月のキャッシュレス決済の状況は、取扱件数が1405件、取扱金額が3617万円で、全てがキャッシュカード決済だった。入外比率は2対1だった。因みにQRコード決済は未だ導入していない。

キャッシュレス決済を導入する医療機関等にとって、現金決済の場合には発生しない決済事業者への加盟店手数料の支払いは大きな

負担となる。例えば、医療費が100万円の場合、70万円は保険から、30万円が自己負担となり、それがキャッシュレス決済であれば、30万円の3・24%（9720円）を加盟店手数料として減額され入金される。この3・24%は一般的な料率で、医療機関によっては交渉によりこれより低い料率が設定されていることもある。私見だが、手数料は率でなく定額にならないかと思う。例えば、入院は500円/件、外来は50円/件のように。また、キャッシュレス決済の場合、現金決済と異なり実際に入金されるのは2週間後や1か月後にたて入金後に消し込む作業も必要になる。件数が増えれば大変だ。入金データをデジタルで受け、システムで処理したい。保険からの支払サイトも2か月後、自己負担分も1か月後となると手元資金に不安が生じるかもしれない。

■中国のキャッシュレス決済事情

経産省の資料によれば、中国アリババは提供するネットサービスにおいて、加盟店手数料を0・5%と低く設定している。医療・教育・福祉・介護等においては0%だ。何故、低率設定かという点、取得した購買ビッグデータでデジタル・マーケティングを展開し、顧客に対し新たなアプローチを実行し売上を伸ばしている。例えば顧

客の嗜好にそった商品の販売や、資産運用や保険などの金融サービス、公共料金の支払、映画等のチケット販売など生活サービス提供に発展させている。言い換えれば、欲しいのは手数料ではなく、膨大な個人別消費情報で、これを分析活用して新しいサービスを提供し、売上増大を図っているのだ。

■個人情報保護も課題

個人情報取扱事業者である医療機関は、キャッシュレス決済導入に伴う消費データの取扱は慎重に対応せねばならない。キャッシュレス決済で発生する消費データは要配慮個人情報に該当するからだ。コンビニ等でのキャッシュレス決済と同様に決済金額と購買情報が決済事業者に流れると個人情報保護法に触れる可能性がある。要配慮個人情報には、健康診断その他の検査の結果、保健指導、診療・調剤情報などが含まれる。医療機関を受診した事実や検査項目・処方内容等を、個人が特定される状態で患者本人の同意なく、第三者である決済事業者に提供してはならない。

情報提供は、あくまで本人が決済事業者と同意し、本人から決済事業者提供されるべきである。

■今後の政府の取り組み

政府が今年7月3日に示した成長戦略実行計画案によれば、加盟

店が決済事業者を支払う加盟店手数料の高さがキャッシュレス決済の導入の障害だとされている。キャッシュレス決済を提供する店舗への売上の入金は銀行振込によって実施されているため、先ず振込手数料の相当部分を占め、40年以上不変である銀行間手数料の見直しを図る方針だ。加盟店手数料の構造を解析し、コスト構造を見える化し、合理的な水準まで銀行間手数料を引下げよう。そして、加盟店への入金サイクル等の開示も求めていくそうだ。現金が前提なのでここからやるしかない。現在、紙幣は年間約30億枚印刷され、約500億円のコストがかかっている。硬貨は約2億枚製造され、約150億円のコストがかかっている。キャッシュレス化が進めばこれらのコストは低減するだろう。

また、紙幣と硬貨の偽造対策コストも低減されるだろう。

キャッシュレス決済の浸透に伴い、膨大なデータが発生し、それを共有・分析することで、社会問題の解決や企業活動に活用することが期待されている。

我々医療機関は、加盟店手数料の低減化の問題や個人情報保護への対応、会計処理の問題等に順次対応しながら、我々にとっての利便性向上の追求を忘れずに、キャッシュレス決済という社会変化に対応すべきと考える。

この1か月の 喜怒哀楽



8月6日に日本病院会、全日本病院会、日本医療法人の3団体は4～6月の経営状況調査を、各団体のIP上で公表した。注目したいのは6月分だが、やはり過去最悪を記録した。この状況を正確に認識することが必要なため、以下長文になるが報告の取りまとめ結果を、ここで引用させてもらいたい。

今回の調査により明らかになったことは、全病院の外来患者・入院患者共に4月は大幅に減少したが、5月は更に悪化しており、6月には入院・外来患者数は、僅かに回復の兆しは見えるものの、医療損益は大幅な赤字が継続している。

特に新型コロナウイルス感染症患者の入院を受入れた病院、外来や病棟の一時閉鎖に至った病院では、6月に至るも10%を優に超える大幅な赤字が継続しており、新型コロナウイルス感染者に対する診療報酬引き上げが行われたものの、経営状況の悪化に歯止めはかからなかった。また、コロナ患者の受け入れを行っていない病院も、第1四半期を通じて対前年で経営状況の悪化を認めた。その結果、4分の1を超える病院が夏季

賞与を減額支給せざるを得ない状況となっている。

現在、緊急包括支援事業による病院及び職員への支援が予定されているが、現時点では実行されておらず、病院の経営状況の悪化は深刻であり、経営悪化の長期化が予想される。適切な対応がなされない場合、地域医療を支える病院が経営破綻し、新型コロナウイルス感染症対応が不可能になるのみならず、地域医療が崩壊する危険性すらある。地域医療を支えるために、緊急的な経営支援が必要と考える。(以上無断引用ゴメン)。

◎病院の夏季賞与の実態

嘘偽りのない文章で、本当に胸を締めつけられる思いがする。多くの病院は、政府のこれまでの診療報酬締め付けがひどく、多額の長期負債を抱え、この数年間は経常利益を計上でできればラッキーという状況になっている。経常利益が平均1%台だということは、標準偏差を考えれば、当然30%以上が経常損失を計上していることになる。国公立以外でバランスシートの上でほとんど借入金がなく、分厚い資本に満たされている有名な病院が、この国に複数あることをわたしは知っている。が、逆に超過負債で、今後1年間経営継続が困難と考えられる病院が300病院以上あることも同時に知っている。

日本中の病院経営を把握するのは困難だが、国公立病院のすべてが経営上困難なわけではない。ただ、業界の隠語で「別のお財布」とか「親の仕送り」と呼ばれている交付金や補助金で何とか経営できているに過ぎない。

それはそうと3病院団体調査報告の「夏季賞与」の支給結果は「満額」が71・3%、「減額」が27・2%、「支給なし」が0・8%であったと報告されている。私事に過ぎないが、実は病院経営者3人から「夏季賞与満額支払えないが、どうすればよいのか」と、申し訳なさをうに相談された。無責任かもしれないが「今は苦しい、でもここで従業員の皆様の士気が落ちるのは避けなければならぬので、借入金で対応しましょう」といつてしまった。わたしの本心であるが、3先生とも聞き届けてくれたのが、うれしかった。ただ、満額は約7割強しかなかったことについて、なぜかとても悲しい気分になった。

◎ゲリラ豪雨と台風が心配

今年には花見もない夏祭りもない、この先五穀豊穡を祝う秋祭りもお正月もないのかもしれないと思うと、やりきれなくなる。最近メールなどに「今年1年はなかつた1年間と思うようにしましう」などと慰めを書いている。病院経営も心配だが、7月のゲリラ

豪雨は、避難もしたのに想像以上の急激な河川氾濫や土砂崩れが起きた。ニュースなどで目の当たりにして国土強靱化が大切だと改めて思った。人吉市の元老人保健施設協会長の山田和彦先生の老人保健施設はかろうじて無事だったが、病院は灌水して被害がでた。昨年は、日本慢性期医療協会長の武久洋三先生グループの世田谷記念病院が灌水し、多額の損害が発生した。本当に他人事ではないが、全国どこにも病院や介護保険施設があるので、災害の報道のたびに緊張する。今年の台風シーズンに被害が出ないことを祈る毎日だ。

◎超過死病率も感染症も減少?

本紙2面を書くのに各国のナースングホームの年齢階層別感染者数や死亡者のうちのCOVID-19の陽性者率などを調べてみたが、結局、データベースをあきらめてしまった。調べた限りだが、超高齢社会では病院の統計ばかりでなく、高齢者施設の詳細で正確なデータの収集が必要だ、とつくづく思った。日本の国立感染症研究所は、インフルエンザ・肺炎死亡における「超過死亡」について、を公表している。これは1年間を1週間単位に区切り超過死亡を公表しているものだ。この数値はあくまでも推定値であり、国際的なゴールドスタンダードはない、そうだ。

感染症研究所のデータだけ眺めていると、感染症全体という観点で見ると直近の「超過死亡」は増加していない。いろいろな専門家も注目しているが、誤解を恐れずにいえば各種感染症による死亡者は減少傾向が明らかだ。これは、マスク、手洗い、ソーシャルディスタンスの好ましい評価だといわれている。確かに、小児科への感染症受診患者は激減していることが報告されているし、一般に「夏カゼ」などと呼ばれている患者さんも、例年の半分以下だと話される医師は少なくない。感染症は感染する機会が減少すれば減少するわけなので「新しい生活習慣」が影響するということなのか、と偉く感心している。

いわゆる老人病院の調査をしてきた30歳ごろ「年間死亡退院患者数と病床数はほぼ同数だ」という病院を訪問してビックリした。

右も左もわからない若輩の研究者として、病院の年間死亡者数や特養別年間死亡者数を統計的に上手に処理できれば、高齢者ケアの質の比較検討ができるかもしれないと思いに到り勉強した。結局、能力なく挫折しただけだった。

英国の高齢者施設統計で過去5年間の平均超過死亡を地域や施設別で比較検討する手法が開発されたことを知らなかった。「青年老い易く学成り難し」という意味が身に染みる近頃なのだ。 小山



—働き方についての影響を与えたか—
済生会熊本病院 熊本県済生会支部長 副島 秀久

X-2 COVID-19以降の働き方を考える

5月末を底にいったん落ち着いたCOVID-19であるが、7月に入って首都圏を中心に再び急速に増加し始めた。第二波が来ているのだろうか。確かにPCR検査の件数も増加しているが、陽性率も上がっているようだ。「ようだ」と言うのは、毎日新聞によると厚生労働省が日ごとの検査数、陽性者数を正確に把握していないための「ようだ」。いまだに感染数をファックスで送って集計しているというから、eガバメントなどと言いつつ、驚くべきIT対応の遅さ、拙劣さが垣間見れる。

◆自粛期間中の業績の変化

7月の社会医療ニュース冒頭に小山氏から4月の病院の経営状況が紹介された。済生会グループでも同様の調査を行ったが、4、5月を合算すると、外来延べ数、入院延べ数、全麻手術数、収益ともに下回っていた。5月の収益がさらに悪化しており、これをCOVID-19陽性患者受け入れ病院(33病院)と、同受け入れ未病院(45病院)で比較すると、やはり陽性患者受け入れ病院では▲15.8%と大幅な収益減となった。受け入れ未病院でも▲11.8%となり両者ともに5月は最低を示した。とくに陽性患者受け入れ病院では衛生材料や外来・病棟の改修などで2~5月の間に平均1200万円、受け入れ未病院では370万円と出費も重なり収益悪化を加速させた。とりわけ特定警戒都道府県を中心とした大都市の急性期病院でダメージが大きい傾向がみられた。

陽性患者受け入れ病院のなかで東京、神奈川、京都、大阪、福岡の済生会のうち救急を担っている6急性期病院で収益の前年比を見ると▲24.7%減(▲15.4%減34%)となり、特に首都圏での減収が大きかった。救急自体、やればやるほど赤字を増大させる診療報酬の構造のため、急性期病院はもともと収益力が乏しい。加えて入院日数を短縮させて効率化を図ろうと努力してきた病院では、人の動きが止まると途端に外来患者数も入院数も減り、稼働率が急降下して、すぐに損益分岐点を切ってしまう財務上の弱点がある。

◆労働時間の変化

COVID-19の流行以来、患者の受診動向に急激にブレーキがかかり、それに伴って患者数も手術数も減ったが、この減少が医療者の労働時間にもどのような影響を与えたのだろうか。

そこで当院の5月の職種別、科別の残業時間を前年同期と比較して考察した。外来が減り、入院患者が減り、手術も減ったので仕事量は確実に減ったと言える。加えて出張や会議も減ったが、今回はこれは考慮に入れてない。

呼吸器内科では患者の治療のみならず、行政対応、メディア対応などの仕事が増加し残業時間も前年同月比26%の増加となった。

当院でも5月の患者動向では前年同月比みて外来患者延べ数▲22%、入院延べ数▲16.8%、全麻手術▲25%、救急搬送▲23.5%と軒並み減少した。収益ベースで見ると▲21%近い減収となった。要するに仕事量は押しなべて概ね20%前後減ったことになる。

それでは仕事が減った分、労働時間や残業がどのように変化したかを見てみた。

まず、職種別の残業時間の推移をみると興味深いことがわかる。仕事量が3、4、5月と段階的に低下していくのに比例して残業時間が見事に下がっていくのは看護師と事務職の二つである。残業時間を前年5月比で見ると看護師が▲68.9%、事務職が▲55.7%と低下した。病院全体の残業時間の低下が▲42.2%なので、より大きな低下となった。その他、ポリウムは小さいが放射線技師、臨床検査、栄養士などで平均以上に低下した。

医師は全体で平均▲15.9%と病院全体の平均程には下がっていない。しかし、今回のCOVID-19で救急や手術を中心に減っており、当院でも心臓外科、循環器、脳神経内科、麻酔科、呼吸器外科、消化器科、救急総合診療などが平均より減少した。救急の患者割合が多いところの残業が減ったと言えよう。救急に依存しない、つまり定期の手術が比較的多い泌尿器科や外科ではそれほど大きな減少は見られなかった。

◆この違いをどう説明できるか

各職種で働き方が異なるが、看護師や事務系のようにシフト勤務が明確な部署は仕事の多寡に応じて残業時間も連動する。一方、医師の場合、現在の主治医制を根本から見直さない限り、働き方改革にはつながらないように思える。

この分析とそこから見えてくる働き方改革の方向性については次回、提案したい。

8月6日の日経新聞4面政治に超党派議連が受入病院に対し「政府が減収全面補填を」という記事が掲載され、報道各社が追従した。議連は自民党の中谷元氏、公明党の富田成之氏、国民民主の羽田雄一郎氏が共同代表を務める「コロナと闘う病院を支援する議員連盟」で、経営が逼迫した医療機関の支援に関する提言案をまとめたもので、近く政府に申し入れるそう

だ。提案の詳細はわからないが、報道記事から①患者受入病院の昨年度比の減収を全面補填する。②今年度赤字になる診療所向けに医療版持続加給付金を創設する。③患者受け入れが

ない病院にも減収80%分の保証を明記。④介護など高齢者施設において昨年度比で5%以上の減収となった月は1事業者当たり一定額を給付するよう促した。⑤財源は20年度の第2次補正予算に盛り込んだ予備費の活用を提案した。とある。

大変結構な提案で、水面下の政治的要請が強く働いた好事例として、歓迎したい。どれも当然の要求だと思ふ。全ての提案が採用されるかどうかかわからないが、何とか重い腰の政府を動かして欲しいものだ。ただし、まず⑤の予備費の全額を当てたとしても、どこまで耐え

られるかどうかだ。①の受入病院は公立病院や大病院などが多いが「昨年度比の減収を全面補填」とすると、約600病院に平均4億円とすると2400億円、診療所10万件に200万円で2000億円。受入はしなかった病院の減収が仮に年間1兆円まで膨れ上がれば、その80%は8000億円、それに介護など高齢者施設1万施設に1施設当たり平均2000万円でも2000億円、合計すると最低でも約1兆5千億円になる。

予備費であると説明されている。予備費10兆円の中には、雇用維持や生活支援に1兆円程度、事業の継続に2兆円程度、医療供給体制の強化に2兆円程度と大まかに決まっているだけで、約5兆円は政府にいわば白紙委任されている形だそう(以上は6月15日のNHK解説委員室神子田章博解説委員の解説記事)。

医療・介護支援への何とかの皮算用



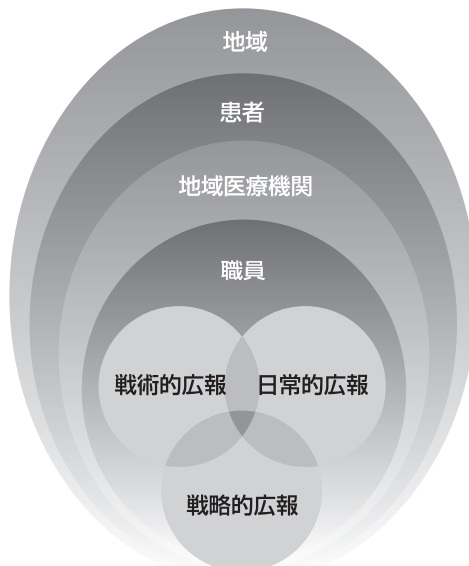
融資の財政融資資金や新たな優遇融資の実施、③感染症発生または濃厚接触者に対応した職員に対して1人当たり20万円、それ以外の事業所に勤務し利用者と接する職員には同5万円の功労金が支給されることになっている。この総額が2兆9千億円あまりの「医療供給体制の強化」に組み込まれているのか、それとも予備費の中の医療強化の2兆円に組み込まれているのか、はっきりしない。

予備費であるという説明が、政府の第2次補正は、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し続けたいのだ。

とやらを計算してみただけだ。さらに、ここで注意しなければならぬのは、この大雑把な計算は、最長7月末までの最低金額の試算に過ぎないので、それぞれの単価が引きあがると対応できなくなる。その上で、もし8月以降来年3月末までに同じ程度のこと

広報的視点から、病院のビジネス構造の革新をサポートします。

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。

関連イベント情報 掲示板

久方ぶりになりますが、この掲示板コーナーを再開します。大変僥越ですが、独断と偏見で小山が関連するイベント情報などをお伝えします。各種学会や研修会は、全て中止か延期されてきました。Web開催にてリニューアルオープンしています。

まずお伝えしたいのは、今年の5月より開設しております、社会医療研究所のウェブサイトに付いてです。このたび、わたしのへたくそなブログを始めることにしました。今後の更新は不定期になりますが、ぜひご覧ください。また、有料会員の皆様には、会員専用ページにて、過去の社会医療ニュース約10年分をアーカイブ化しましたので、お楽しみください。これまでの社会医療ニュースは、創刊号以降すべて保管してあります。この40年間岡田先生が何をいつ書いてきたのかという、1つの社会医療史になっていると思えますので、今後も30年分をほちほちアーカイブにしたいと考えていますので、ご支援ください。

また、このコーナーで紹介させていただく関連学会や団体のイベント情報、あるいは本紙で紹介させていただいている、例えばWHOや「ニューヨーク州」や「山中伸弥による新型コロナウイルス情報

発信」などといったウェブサイトへのリンク集などもございますので、ぜひご利用ください。
<https://syakaitiryounews.com>

9月5日6日第4回一般社団法人日本在宅救急医学学会学術集会開催

この学会は代表理事の横田裕行先生（前日本医科大学大学院医学研究科外科系救急医学分野教授）と小豆畑丈夫先生（医療法人社団青燈会小豆畑病院院長）そして旧友の在宅医療医である照沼秀也先生（いばらぎ診療所所長）が組織化された団体で、不肖小山も理事の末席を汚しています。学術総会のテーマは「在宅での生きるを支える救急医療」エビデンスを積み重ねよう」です。日本医科大学武蔵境校舎講堂で開催されます。第一線の救急救命医と在宅医療を専門とされる先生が本気で話し合われる姿は感動的ですので、是非Webでご参加ください。
<http://zaitakukyukyuu.com/>

延期となっていたICU栄養管理研修会9月21日・22日に開催決定

本紙2月号の再掲ですが、急性期病院で働く管理栄養士さんには是非情報提供してください。

ご存じだと存じますが、令和2年度診療報酬改定で特定集中治療

室に管理栄養士を配置した場合の報酬が創設されました。このことは、わが国の栄養治療・栄養管理にとって大変画期的です。

皆様は、数は少数ですがICUやICUなどで管理栄養士が栄養治療と呼ぶべき業務に取り組んでいることをご存じでしたか？このようなことの調査研究も進めているのが日本健康・栄養システム学会です（代表理事・慶応大学医学部三浦公嗣教授、私が事務局長）。講師は深柄和彦先生（東京大学医学部附属病院手術部教授）、小山諭先生（新潟大学医学部保健学科教授）、東別府直紀先生（神戸市立医療センター中央市民病院麻酔科医長・NST Chairman）にお願いできました。申し込み締め切りは8月30日です。
<https://www.jncn.com>

11月20日日本介護経営学会第16回学術大会開催

埼玉県立大学理事長の田中滋先生が会長で、私が副会長の特定非営利活動法人からのお知らせです。毎年の恒例になります。今回は現地開催とZOOM併用により開催いたします。場所は大家商会本社〒102-18573 東京都千代田区飯田橋2-18-4で、大会長は阿部信子氏（株式会社ウェル・ナビ代表取締役社長）です。詳細・申込はホームページをご覧ください。
<https://kaigokeikakakai.jp>

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>

