

社会医療ニュース

パンデミックと経済を両立させる 医療制度改革を新政権は確立せよ

所長 小山 秀夫

厚労省は8月28日午後6時から、第8回「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を開催した。前回は3月でしたので、休眠状態が解消されたのだろう。新任の迫井正深医政局長と熊本正人総務課長の仕事始めのような会合なので、エールを送りたいと思った。

このコンビは、31日の医療従事者の需給に関する検討会第35回「医師需給分科会」も主催している。

これらの検討会は、日本の将来の医療の方向性を決める重要な会議だと思う。24年度に開始予定の医師の時間外労働の上限規制、原則年960時間、地域医療確保の暫定特例水準と集中的技術向上水準は、特例で1860時間になる、ことについては一応理解しているつもりだ。しかし、「追加的健康確保措置における副業・兼業」等の規定が、何度読んでもよくわからない。

これは、労働政策審議会労働条

件分科会でまとまった「兼業・副業等の労働時間についても管理しろ」ということらしい。つまり、病院に勤務している医師が、別の医療機関などで兼業・副業しており、そこで残業した場合も、病院が残業時間を管理しろということだ。医師も一般労働者なので、この制度が適応されることになる。27日、労政審分科会がまとめた「副業・兼業の促進に関するガイドライン」では、兼業・副業先での労働時間を通算管理すること、労働時間の把握は労働者からの申告等で把握することが盛り込まれているのだ。

趣旨は、外部での労働時間も常勤として所属している病院で管理しろ、ということであろうが、運用面で困難が予想される。

地方の医師不足が医学部の地域枠の明確化で解消する

31日の「医師需給分科会」では、

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@nhtjp.com
HP: https://syakairyou-news.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

各医学部が実施している「地域枠」について、卒業後地元で9年以上働くことを、大学受験出願時に書面で同意することが決定された。大都市部への医師の集中と地方都市の医師不足は、何もしなければ永遠に解消されないのでは、オールジャパンの大問題だと思ふ。また、地域医療構想などを進めるにあたり、医師確保ができなければ絵に描いた餅になりかねないので、極めて重要なイシューだ。

良く知らなかったが、この「地域枠」の定義が曖昧で、義務年数がバラバラだったという実態があり、全国で統一される意義がある、ように思ふ。多くの都道府県では、地元で一定期間医師として働くこと返済が免除される奨学金制度を設定しているが、卒業時に返還して他の都道府県に就職したり、前期臨床研修が終わると返還して移動する例も5%弱あるようだ。会議の資料には「離脱する際には、都道府県・大学・本人・保護者もしくは法定代理人の同意が必要である旨を明示することが望ましい」とあるが、家族の介護、体調不良、結婚などの事由例を眺めてい

ると、金銭で強制するようなことには限界があるように思ふ。

地元の地域医療に貢献したいと医師を志し、現在も地元で医師として貢献されている方々を沢山存じあげているので、医師を志す人の多くが地元で貢献したいと考えていると思う。本来、入試をベーパー試験の成績だけで入学させると、他都道府県からの志願者が有利な大学医学部があることを、わたしは知っている。しかし、逆に他の都道府県の大学から地元に戻って地域医療に貢献している医師もいるわけである。だから、9年の勤務を社会的に強制して、地元の受験生を「地元枠」として入学させるのである。入学時に地元勤務を書面で同意することは、必要だと思ふ。甘いかもしれないが、地元で育ち、その都道府県の「地元枠」での受験生を、世の中全体で暖かく迎え入れたらと思う。

医療制度改革等を思い切って 1年間先送りしたらどうか

医師の働き方改革も医師需給も重要なことは、十分理解している。しかし、今はパンデミックとの戦いのさなかなのだ。非正規の労働者は数万人の規模で雇止め、新規の職はないし、失業保険申請者は軽く5万人を超え増加傾向が顕著だ、これから本格化するのには零細小規模事業者の大量倒産という現

実だ。病院をはじめ医療機関も例外ではなく、経営継続性に赤信号が点滅している。ほとんどの民間病院は、年末の賞与を満額払えないという状況に陥っている。本当に有効な対応をしないと大学病院であるが公立病院でも2度と立ち上がれないほどの経営的打撃を受けている。

外来患者さんをはじめ、患者さんが減少したことは事実で、どうも元に戻りそうもないという心配を、多くの職員が肌で感じ始めている。観光・旅行業、飲食やエンターテインメント業界は「完全に元に戻ることはない」「来年の3月以降も改善しなければ廃業しかない」と現実的な判断を示し始めた。この状況でも、活路を開こうとする人もいるし、経済のファンダメンタルズのすべてがだめになったわけではない。だが、どう考えても、あと半年か1年先にならないと根本的な改善は望めないという空気が支配している。それでも、できる限り経済の立て直しを進めなければならぬという難局面だ。スケジュール化されてきた医療制度改革は重要なことであると痛感しているが、思い切って1年間先延ばしすると、どのような悪影響があるのか、真剣に議論する場面なのではないだろうか。もっとはっきりいえば、先延ばしするべきだと思ふ。その上で医療制度改革を新政権で再考して欲しい。

ニュー・ノーマルは勤怠管理を徹底的に見直すことになるのか

所長 小山 秀夫

何を今さらと思うかもしれませんが、仕事の管理の最も基本的基礎的な管理は出勤（一般には勤怠）管理ではないかと思えます。職員の無断欠勤、遅刻、早退、超過勤務、出張、外勤、代休、有給休暇などは、基礎的でもありますが、最近の在宅勤務、ホーム・オフィス、Web対応に境界のある病院や介護などの現場の大半の業務では、これが特に重要です。労働集約型24時間365日サービスで、本当に困るのは、突然の欠勤ですし、遅刻を繰り返す職員がいると、全体の士気が低下します。職場のトラブルの原因になる場合さえあります。

専門性が優先され、組織単位が細分化されている組織の規律を維持し、勤労意欲を低下させないだけでも、大変な労力が必要です。コンプライアンスの確保だとかモチベーションの維持などといえど、少しは柔らかい方になるのかもしれませんが、管理者の仕事は勤怠管理に始まり、これができない管理者は業務を放棄しているかと判断され、懲戒の対象にさえなります。このことを繰り返し周知徹底することが、必要不可欠で、何よりも基本的管理に注力するこ

とが求められます。

病院管理や社会福祉施設管理についての実態調査や研修事業に長年関わりましたが、勤怠管理に関わる職場の課題や問題は、解決されることなく、労働環境の変化に伴い新しい問題を発生させているように思えてなりません。働き方改革は、その賛否はともかく新しいルールなので、対応するしかありません。例えば、残業時間の制限とか有給休暇の消化義務に対して、管理の方法も、これまでの組織内ルールも、職場の文化も徹底的に見直す必要があります。定時退社が当たり前、職場研修は全て勤務時間内、職員有志による勉強会は参加者負担で、外勤先での残業時間も管理対象、有給未消化者に対する指導強化など山積みです。結果的にICT導入で、全てシステム化しないかぎり難しい局面です。

思います。

個人的には「勤怠管理」という言葉について、何度も疑問に思ったことがあります。公務員は、出勤簿に捺印して、有給等は必ず書類を事前に提出して上司の承認が必要でしたし、土曜日半ドン、隔週勤務も体験しました。その上、時間差通勤時間制やフレックスタイム制など、各種の制度も経験しましたが、公務員の世界では勤怠管理という表現はしません。理由ははっきりしませんが「公僕が怠けるわけない」という暗黙の了解が前提となっていたのかもしれない。

主に勤務時間管理と有給管理だけのことで怠けているかどうかの判断基準にするということは、何しろ、遅刻はしない、欠勤がない、有給は最小限しかとらなければ精勤で、その逆は怠けているということになるわけです。「休まず、遅れず、働かずでも、定期昇給はあるし首にはならない」という話を、何度か聞いたことがあります。が、本来、勤務時間管理と勤怠管理は同様ではないのではないかと考え込んでしまっています。毎日、時間を守り休まなければ精勤だと判断されるのは、本を開いて机に向かっていれば「よく勉強してる」と褒められるのに似ていますね。席についてPC画面に向かっては

いますが、何を見ているかはわかりません。ひどい人になると、ゲームを楽しんでいる場合まであります。勤務状況だけで怠けているかどうかは判断不可能ですが、遅刻や欠勤は怠けている証拠の一部になるということでしょうか。怖いのは、休まない人の評価が高いという組織文化が転じて、有給休暇を完全消化する人は、評価が低いという空気が出来上がることです。

在宅勤務を継続してみても、わかつたことがあります。在宅勤務の勤怠管理は、かなり難しいのではなにかということですが、何しろ人の目がありませんので、よっぽど強い意思で自らを管理しないと、さぼる誘惑に満ち溢れているからです。本当に怠けることを管理するのは難しいことだと思ひ知らされました。これからは、勤怠管理から働き方管理へと変化するのニュー・ノーマルなのではないかと思ひ到りました。

○人的資源管理なのか？

「勤怠から働き方へ」へのシフトを強く意識したのは、勤怠という言葉が英語に置き換えることが、できないからです。いろいろ考えましたが、タイム・マネジメントとかジョブ・アウトという表現を駆使しても、表現できません。どなたでも結構ですので、是非教えていただきたい。とりあえず、勤怠というのは、漢字文化圏

だけに通用するのだということにして、今度は「働き方の管理」をどう表現するかです。働かせ方改革ならわかりますが働き方は働く方が選択することになるので、これを管理するというのも至難の業です。よね。

実は公務員の世界では、長年、勤務評定が行われてきましたが、2006年以降は人事評価制度が導入されています。欧米の勤務評価や戦略的人事システムなどの影響を受けたものです。しかし、現時点で成功しているとは考えられません。人を評価することは、難しいことだと、痛感しています。

人事管理や労務管理は、世界中どこにでもありますし、ヒューマン・リソース・マネジメントなどといういい方になると、採用から退職までの人的資源をどのように管理するのかという意味になり、勤怠管理とはかなり違うスタンスということになります。

経営学の分野というか経営学部では、必ず人的資源管理の科目があり、主に経営戦略との関係や組織構築のあり方、雇用・人材育成・評価・昇進・賃金等の制度設計の考え方、グローバル社会との関わり等について議論されます。今後は、働き方改革との関係や在宅勤務の普及に伴う研究が、日本の勤怠管理を徹底的に分析した上で、ニュー・ノーマルのあり方を示して欲しいと思います。

有事斬然（ゆうじざんぜん）

第9回 COVID-19の病院経営および医療政策への影響について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



今回から、COVID-19のパ
ンデミックにより、完全に議論が
停止している医療提供体制の議論
について検討を加えてみたい。

○検討のスケジュール

医療提供体制および医療保険制
度改革について、昨年6月の骨太
方針2019や、12月の全世代
型社会保障検討会議の中間報告
によれば、本年の夏に骨太方針
2020などでとりまとめられる
予定だった。しかし、経済財政諮
問会議や全世代型社会保障検討会
議、また厚生労働省の社会保障審
議会医療部会、医療保険部会と、
軒並み、関係する会議体における
具体的検討が止まっており、6月
25日に公表された全世代型社会保
障検討会議の第2次中間報告で
は、医療に関して、「昨年12月の
中間報告で示された方向性や進め
方に沿って、更に検討を進め、本
年末の最終報告において取りまと
める。」と事実上、結論を先送り
している。

○検討内容と現在の議論

厚生労働省は、「地域医療構想」・
「医師偏在対策」・「医師等の働き

方改革」の三位一体の改革により、
総合的に医療提供体制の改革を進
めるとしているが、医療計画、地
域医療構想、医師確保計画、医師
労働時間短縮計画（議論中）など
は、実際の実務を担う都道府県レ
ベルにおいて、有機的なつながり
をもった計画や施策になっってい
ない。その中で、今回のパンデミッ
クを契機に、医療計画の主要事業
の5疾病5事業＋在宅医療に加え
、「新興・再興感染症」を位置
付けて検討すべきとの声が上がる
など、2025年をめどに改革を
進めるために作成している地域医
療構想の実現には、時間的な無
理が生じるのではないかと思っ
ている。（最近の資料を見るに、
2025年という目標年次が消え
ており、政府として、医療の改革
は2040年を目標にしているの
ではないかと感じている。）

さらには、医療提供体制の改革
の一丁目一番地である地域医療構
想の推進と公立、公的医療機関の
再編統合を促すために厚生労働省
が、ある意味「決死の覚悟」で発
表した、いわゆる424病院通知
についても、パンデミックへの対
応を理由として、その存在すら消

し去ろうとする旨の意見もあり、
年末の議論の取りまとめに向けて
は、課題が山積しているなかで、
医療保険制度における「給付と負
担」の議論とも相まって、紆余曲
折が予想される。

○議論の考え方

パンデミックにより、医療提供
体制の議論が停滞している原因
は、厚生労働省が対応に忙殺され
ているという単純な理由もさるこ
とながら、医療機関経営への大き
な影響があるからに他ならない。
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、回
答した全病院の医業利益率は4
月、5月、6月と、3か月連続で
マイナスとなっており、特に民間
医療機関にとつては存続の危機に
関わる事態になっているところも
ある。

しかし、医療機関の経営だけを
もとに医療提供体制の議論をする
のではなく、一度冷静になって議
論すべきであると筆者は考える。
パンデミックへの対応に、医療従
事者が献身的に対応しているのは
否定しないが、危機管理における
医療提供を前提に、平時の医療提
供体制の議論をすると、議論が混
乱する。また、危機管理という混
乱の中で、従来指摘されていた医

療提供体制の課題を見失うリスク
があるからだ。

原点に立ち返り、地域医療構想
が必要だった理由を至極簡単に言
えば、以下の通りであった。

- ① 少子高齢化が進展し、将来的な
人口減少が明らかであること。
- ② 高齢化が進むなかで、国民の
ニーズにあわせた医療を提供する
ため、医療機関（病床）の機能分
化を進めること。

そのため、病院・診療所数や病
床数の規模の見直しも含め議論を
進めていたが、パンデミックが起
こったことで、危機管理対応にす
べての医療機関があたっていると
いう理由で、いつしか、現存する
病院・診療所・病床すべての存続
と持っている機能の維持を前提
に、一様に補助金投入や収入の補
填といった議論が起きていること
については違和感を覚える。

では何故このような議論が出て
くるのか考えてみると、以下の点
が考えられる。

- ① 医療法で規定している病院の機
能が「特定機能病院」と「地域医
療支援病院」しかなく、その他の
機能は、基本的には予算事業とし
ての位置づけか、他法における規
定であること。

- ② それぞれの病院の機能（救命救
急センター、周産期医療センター、
がん診療拠点病院、へき地拠点病
院等）が、地域の政治的背景や診
療報酬の算定を理由に、統一感な

く指定されており、また、2次医
療圏の大きさもばらついているこ
とから、機能の指定について戦略
性がないこと。

- ③ 危機管理に関係する機能（災害
医療、感染症）も、平時の機能に
付加する形で議論されており、い
ざというときに危機管理だけに専
念する医療機関が設定されていな
いこと。また、その際の経済的補
償が確立されていないこと。

要するに、医療機関や病床の機
能の指定にあたって、都道府県が、
将来の医療提供体制の絵姿を考え
ず、またソフトである医師の配置
の議論をせずに、現状追認的に指
定を行っていることが課題の本質
であるし、また、そのようなこと
を意欲的にやってみようとする都
道府県があったとしても、その権
限がないことが問題なのだ。

○解決の糸口

今回のパンデミックによって減
少した医療の需要が、すべて不
要だとか、不要不急の医療で無駄
だというつもりはないが、その受
療動向にこそ、今後の医療提供体
制を議論するヒントが隠されてい
る。詳細に分析することが必要で
あると同時に、現在の医療提供体
制を前提とせずに、公立・公的・
民間に関わらず、タブーなく医療
機関や人材の集約化も見据えた議
論を展開する必要があるのではな
いか。

近未来の医療介護サービス 開発への挑戦

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫



■スマートシティ協議会に参加

私たちの財団は、会津地域スマートシティ協議会に参加している。この協議会は、ICTを活用して、地域が抱える課題を解決する地方発のスーパーシティモデルを産官学一体となって構築することを目的としている。要は、市と大学が中心となり地域企業が協力して政府の推奨する国家戦略特区「スーパーシティ」になるのが目的だ。メンバーは、会津若松市、会津大学、コンサル、総合通信機器業、宿泊業、発電業、ガス会社、金融機関、小売業、運輸業、ソフトウェア開発業、商社、地元企業等、そして当財団の全22社である。事務局は、市の企画政策部門が担当している。

■スーパーシティ構想とは

政府は7月17日に発表した「成長戦略実行計画」において、スーパーシティ構想の早期実現を目指している。具体的には、AIビッグデータ等を活用し、世界に先駆けて、未来の生活を先行実現する「まるごと未来都市」を目指し、早急にスーパーシティの指定に係

る公募を実施し、本年中に指定する方針だ。指定後、国家戦略特別区域会議が、遠隔医療・教育、自動走行など、複数分野にわたる先端のサービスや規制改革を含む基本構想の提案を速やかに行うとともに、各府省も事業の集中投資を進めるなど、同構想の早期実現に集中的に取り組むらしい。これらを通じ、非対面や自動化等のCOVID-19策を促進するとしている。且つ、行政のデジタル化も目論んでいる。

スーパーシティに指定されるには、以下の十分野のうち、五分野以上に取組む必要がある。

- ①移動…自動走行、マルチモード輸送等
- ②物流…自動配送、ドローン配達等
- ③支払い…キャッシュレス、デジタル通貨等
- ④行政…パーソナルデータストア(PDS)、APIガバメント等
- ⑤医療…介護…AIホスピタル、遠隔診療・医薬品配達等
- ⑥教育…AI活用、遠隔教育等
- ⑦エネルギー・水…データ活用によるスマートシステム等
- ⑧環境・ゴミ…データ活用による

スマートシステム等

- ⑨防災…緊急時の自立エネルギー供給、防災システム等
- ⑩防犯・安全…ロボット監視等

政府がスーパーシティの指定を急ぐ理由は、国家間の国際規格の取得競争にある。8月4日の日本経済新聞の朝刊によれば、日本政府は中国によるスーパーシティ分野の国際規格提案に危機感を強めているとのことだ。中国はスーパーシティ分野でISOや国際電気標準会議(IEC)の技術委員会に中国案を提案中で、認められれば、今後の国内外の都市開発で日本企業が不利になる可能性が高まるらしい。中国に先を越されてはならないのだ。

■デジタル地域通貨「白虎」始動

先月号でも話題にしたが、キャッシュレス決済は、月末締め翌月払いのように締め日において決済事業者と加盟店(医療機関)との間で資金清算を行い、後日に決済事業者は売上金を加盟店口座に振込み、加盟店は着金確認を行う決済方法である。

一方、デジタル通貨は「転々流通」(紙幣や通貨と同様に、不特定の者への譲渡が繰り返される)が可能であるため、個人間や企業間・店舗間での直接送金・直接決済や企業・加盟店内での清算等に利用できる。個人・企業・加盟店はデジタル通貨を受取ると即座に

支払い等に使用可能となり流動性が高い点がキャッシュレス決済との相違点となる。

会津大学では7月1日から、本初のデジタル地域通貨「白虎」を運用している。白虎を開発したのは、ソラミツという会社だ。白虎は同社が、16年から会津大学と連携して開発したブロックチェーン「ハイパーレジャーイア」を活用し、通常のキャッシュレス決済ではできない「転々流通」を実現している。ブロックチェーンとは、分散型ネットワークを構成する複数のコンピュータに、暗号技術を組み合わせ、取引情報などのデータを同期して記録する手法だ。会津大学では、白虎を学内のコンビニやカフェテリア等で使用している。既にこの分野では、スーパーシティ申請への準備が着々と進んでいる。

当財団は、本年1月から1か月間、医療費のキャッシュレス決済の実証実験を行った。決済システム会社が実証事業に協力してくれる患者さんに個人情報取扱いに関する同意を得た上で実施された。方は市のポータルサイト「会津若松プラス」にログインし専用のウォレットアプリをスマホにインストールし、会計窓口でパッドとスマホで医療費のキャッシュレス決済を実験した。結果は良好だったが、先月号で紹介した事柄の解決が必要と思われた。今後、キャッ

シユレス決済は普及するだろう。

■近未来の医療介護は様々

申請する各都市は、医療介護分野における近未来の取組を開発するため、各都市の医療介護機関と協力し、自前の近未来の医療介護サービスを盛り込んでくる。

例えば、外来通院なら自宅を出て受診し自宅に帰るまでの近未来の外来受診方法を、入院なら日々のヘルスケアデータ(歩数・心拍数・血圧・体温・睡眠等)や消費データ(食事・購買等)を連結し、AIによる問診を参考に入院が決定し、ICTで入院支援が行われ、入院治療後、他院や他施設を経由し自宅療養に至る地域全体がICTで連携する診療が提供される方法を、健康診断ならヘルスケアデータと消費データを連結しICT健康診断が実施される方法を、介護分野では、介護保険適用に至るデジタル行政手続きで電子化・見える化する方法を、といった具合だ。

中心になる考えは、国から3点示されている。1つ目は厚労省から地域包括ケアシステムが、2つ目は今回紹介したスーパーシティ、3つ目は7月17日閣議決定された骨太の方針2020にあるデジタルガバメントだ。これらを踏まえた近未来の医療介護サービスの提案に挑戦したい。「デジタル・ケア・シティ・会津」を。

この1か月の
喜怒哀楽

8月27日に、ドイツ全土で、店舗内と公共交通機関内でのマスク着用が義務化され、違反者は50ユーロの罰金ということになった。これまでも10州で実施されていたものを全土16州に拡大したただけだが、案の定「自由を奪うな」という3万人以上規模のデモが起きた。

同様な制度は、フランス、イタリア、英国でも実施されており、小規模なデモが散発的に起きているとのことだ。英国は、7月24日から実施しているが、罰金は100ポンドで、約1万3千円なので、ドイツの約2倍ということになる。南アフリカでは、6か月間の懲役が適応されるらしい。

米国内では「マスクを強制する権利は政府にはない」と主張する人は決して少なくないし、実際にホワイトハウスで行われたトランプ大統領の大統領選指名候補受諾演説では、参加者のほとんどがマスクをしていなかった。米国でマスクをしていなければ「罰金を取るぞ」という法律ができることは、まずないのであろう。

日本で暮らしていると、マスクをしない自由が大切だとか、逆に

マスクをしないと罰則があるという状況が、よく理解できない。マスクが好きか嫌いとか、マスクになれているかいないか、などという単純なことではなく、何か根本的に考え方に違いがあるとしたか、考えられない。

法により強制するということは、違反すれば必ずバツがあるという罪と罰の関係が明確な社会では、法律的に強制されていないことは、全て自由だと考える人々が少なくないのであろう。

日本が儒教的社会なのか、何しろ他人の目が気になる相互監視社会なのか、それとも曖昧模糊とした空気が支配する集団主義者なのかわからないが、なんでもかんでもが自由ではない社会なのだろう。

近所にあるご婦人がいて、マスクをしている人とすれ違いざまに突然「マスクなんかしてバカみたい」とかますそう。これはこれで評判になり、愉快だ。日本にもマスクが大嫌いな人はいるが、何らかの社会的強制が働いてみんなマスクをしているのだろうか？

◎学校が怖い児童と生徒

パンデミックとの長期戦で、社会の実像と虚像が見え隠れしているように思う。あまり高く評価されていないのかもしれないが、全世代型社会保障制度で保育料をはじめとする子ども・子育て支援が

制度化されていて、つくづく良かったと思う。子育て世帯の可処分所得の低下に対して、わずかながら役立っているし、家庭内の児童虐待に社会の目が注がれたのも前進だと思う。

感染対策だとか、社会経済対策が重要な時期であるが、子どもたちへの影響も無視できない。「感染するとみんなにイジメられるのが怖くて、学校に行きたくない」と話している子どもの映像があった。感染するのも怖い、それ以上にイジメが怖いということだ。最大の被害者は、いつも子どもで、世相を敏感に読み取っている。子ども目線が大事だ。

大学生の帰郷をかたくなに拒む親もいるし、感染者を地域社会から排除しようと奔走する業の深い人もいる。何とかしようと思うなら、高齢者が先頭に立って社会運動を巻き起こす気概はないのか、と腹が立つたり、なにもしないのは加害者側なのかと落ち込んだりもする。

◎総理の辞任と総裁選

安倍総理がお気の毒に病気で辞任される。後はどうなるのかということになり、菅義偉官房長官が自民党総裁選に立候補し、多分、本紙発行時には、第99代内閣総理大臣に就任されている。安倍政権の継承ということのようだが、国民の一人として、官邸人事は是非

刷新して欲しい。別に官邸スタッフに、個人的に恨みがあるわけではないが、一般的に最長政権下で官僚・官僚上がりのスタッフが刷新されないと、権力のヘドロがたまからである。

日本の戦後官僚制度が何とか機能してきたのは、局長級人事で最長でも5年程度、通常は2年程度で異動があるからではないかと、考えているからだ。マックス・ウェーバーは「官僚制は金権化する」と喝破したし、世界中で官僚の汚職事件は、現在でも後を絶たない。防止する最善の方法が、人事異動なのだ。

大統領や首相でも2期8年までと憲法に規定している国は少なくない。それは、どんなに人間が立派であっても、悲しいかな「権力の蜜に抗うことができない」のが世の習いだからだろう。独裁政権は長期政権で、個人崇拜が始まると陰で虐殺が起きるのは、歴史を読めばよくわかるはずだ。

官邸が霞が関の幹部職員の人事権を完全掌握した安倍長期政権のレガシーは、官邸が官僚を支配したことである、と思う。「省益」という言葉は、確かに死語になったが、総理の印籠をみせられると判断停止状態でイエスしか知らない人しか霞が関に残れない、ことになるのであろう。これはこれで「付度」より危険な官僚組織の劣化となり、国民生活に悪影響を与

えることになるのではないかと、本当に心配している。組織は、人事の刷新で代謝しているのだ、と強く思う。

◎ICT化を徹底しよう

本紙1頁に厚労省の検討会のことを書いたが、全てオンライン開催で、国家公務員以外の人はwebで参加している。何も、問題は起らないので、会議はオンラインに統一すれば、メンバーの移動時間、旅費をはじめ、これに伴う事務量が軽減され好都合だ。また審議会等のペーパーレス化の取り組み推進も進んでいる。

会議資料が200頁以上の会議に参加したことが、過去に何度もあったが、会議準備では、最大10万枚コピーするということがあった。夜中の作業になると、まずコピー機を5台以上借りる算段をしなければならぬ。なんと、会議傍聴者の分まで用意しなければならぬからだ。この作業が、なくなるだけでも、簡素化できる。全国のお役所は文書好きで「出欠をFAXでお知らせください」というメールがくる。だれかメールができない人が会議のメンバーにいるのだろうか？ただの惰性ではないのか？すぐやめて欲しい。行政ICT化は10年遅れているという自覚がない。印鑑のオンライン化とか、あらゆる窓口業務の変更に全国で推進して欲しい。小山

医療の沸騰点



X-3 COVID-19以降の働き方を考える

— COVID-19対応で見えてきたニューノーマル —

済生会熊本病院 熊本県済生会支部長 副島 秀久

COVID-19が少し落ち着きを見せたと思ったら、連日の豪雨で人吉・球磨地方は1965年以来の大洪水に見舞われた。さらに梅雨が明けると、これまた連日の猛暑で人吉地域も40℃を越えんばかりの殺人的な暑さとなった。温暖化は人為的な気候変動であり、早く根本的な対策を取らないとノーリターン、時間切れとなりそうだ。

この暑さで被災地へのボランティア活動もはかどらず、片付けもままならない。1965年当時の人吉の人口は約4.5万人、高齢化率6%弱、一方2020年では人口3.2万人、高齢化は38%だ。要するに若い人が半分以下になり、今はボランティアが来てくれなければ、復旧もおぼつかない。出生率の低下が社会構造と機能すべてに大きな影響をもたらしている。

さて、本題の働き方改革に戻ろう。前号のおさらいを要約すると次のようになる。

COVID-19によって病院の仕事量は外来、手術、入院、救急車など押しなべて約2割減少した。仕事が減ったのなら超勤も減るはずだが、職種、科によって一律で

はない。つまり仕事量に応じて減ったところと、あまり変わらなところとがみられた。この差異はどこから来るのだろうかというのが前号の課題だった。

◆超過勤務（超勤）が減ったところ、変わらないところ

仕事量に応じて超勤が確実に減ったのは看護部と事務部である。その他の部門も減ってはいるがそれほどでもない。この理由を考えるとシフト勤務体制がとれているかどうか重要なカギとなりそうだ。シフト制は仕事のアップダウンはあっても必ず誰かいる状況なので、ベースラインのマンパワーが確保されており、それを上回った時だけ超勤が発生する。あらかじめ仕事量を予測しておけば計画的な人員配置も可能だ。

一方、医師の場合、様々な要素が加わる。もともと科単位でシフト制を組めるほどのマンパワーはない。つまり慢性的な人員不足の中で仕事を組んでいるので、法定の勤務時間を必然的にオーバーしてしまう。外部支援なしに、365日つまり8760時間すべてに誰かがいる状況を作るために

は、計算上、最低でも10人規模の医師グループがないと成立しない。放射線技師や検査技師、栄養士、理学療法士なども同様で、緊急性はすくないが、10人程度のグループは必要になる。グループの規模は平時のルーティンワークに何人投入し、緊急や待機に何人投入するかの割合で算出できる。ちなみに、現業を1人体制でやるとすると緊急や待機をカバーするために最低あと2人、計3人の常勤医が必要となる。

◆超勤発生メカニズム

平時のルーティンワークは多少の季節変動はあるものの、大きな差はない。従って一定のマンパワーを確保すれば対応できる。これに急患や緊急手術などのエクストラな仕事法定労働時間外に出現したときに、必然的に超勤が発生する。これもグループのスタッフ数が多ければ多いほど平時も緊急時の対応も、よりスムーズにできる。医師1人体制ではほとんど緊急対応は不可能なことは容易にわかる。

心臓外科ではシフト制で予定手術が大半であるため、COVID-19で患者制限を行うと超勤は半減した。麻酔科も同様で手術が減り緊急も減ったため、超勤は4割が減少した。

一方、腎泌尿器科では透析と言うやめられないルーティンワーク

があり、泌尿器科も大半が定型的な手術であるため、超勤時間に大きな差はみられなかった。つまり仕事の内容が平時に行われる予定のものなのか、時間外に行われる緊急的なものが多いかで超勤の発生は異なる。

緊急を要する治療は待てないということでもあり、疾患的には循環器、脳神経、それに付随する麻酔科などが超勤の多い科となる。また内科系と外科系を昨年と今年の5、6月で、医師一人・月当たり平均超勤時間を比較してみた。内科系で23・7、20・9時間が18・8、18・0時間へと▲17.5%、外科系で31・9、27・3時間が24・4、23・4時間と▲19・2%となった。一人当たりで見ると当院では外科系が内科系に比し3割ほど超勤が多い。COVID-19期間でもこの傾向は変わらなかった。

外科系は手術など長時間拘束される仕事が多く、内科系に比べれば仕事の多寡に合わせて調整がでない。従って患者説明や指示のタイミングが遅れ、他のスタッフも引きずられるように超勤を発生させる悪循環となる。

◆働き方のニューノーマル

今回のCOVID-19のパンデミックでは人の移動制限と言う経験したことのない事態に直面し、その影響が社会のすべての分野に及んだ。このため医療界でも従来

のやり方を見直し、ニューノーマルを模索する動きが出てきた。当然のごとく集まって会議をし、学会に参加し、と言う形態がウェブへと変わった。技術進歩も相まって、集まる必要性もなくなり不便を感じるより、むしろ便利だ、楽だ、参加しやすいなどのポジティブな反応も多い。仕事のやり方や必要性について再検討し新しい方法を創造する良い機会だと思う。

総労働時間の枠が決められているので、限られた時間で要領よく仕事を片付けないといけない。私も含めて多くの医療者には時間が限られているという認識が乏しい。従って医療界、特に医師の労働慣行は一般社会から大きく外れており、まずこれを改めなければならない。と同時に長時間労働で支えてきた現行のシステムそのものも問題であり、社会全体から見れば極めて非常識なものである。こういう状況の中でいくら、特殊だとか使命だとか言った言葉を持ち出して世間の納得を得るものではないだろう。どんなに使命感が高くても、やはり慢性的な長時間労働は健康や家庭や社会にとっても悪なのだ。とりわけ若い層にとっては健全な家庭を築き、子育てをし、次の世代に託すというサイクルが円滑に回らないという不安や不満がベースにあると思う。

次は具体的対策を示したい。

2016年の米国大統領選では、大手メディアから各種専門家と呼ばれる人々まで、ほとんどの人がヒラリー・クリントンの勝利を予測しましたね。極東の島国でも、政治経験も行政知識もほとんどなく、軍人でも弁護士でもないビジネスマンが、まさか大統領になると予測した人を、わたしは知りません。

ただ、大統領選後にトランプがワシントンDCにあるアメリカン大学のリットマン Allan Lichtman 教授に「教授、おめでとう。正しい判断だったね」という手紙を送ったことを後で知りました。皮肉にも大統領就任から3か月後、教授は「大統領は弾劾される」という予測を論文に発表し、この予測通りロシア問題をはじめ弾劾手続きが米連邦議会で開催されたものの、上下院とも過半数を占める共和党のパワーで、回避されて、真相は闇の中になりました。

リットマン教授は、独自のメソッドを使い、なんと1984年からの大統領選の結果を正確に予測していたというのですから、大したものです。その教授が8月初旬に今回の大統領選挙では、ジョー・バイデン元副大統領が11月の選挙でドナルド・トランプ大統領を破るという予想を「トラン

リベタリアニズムが大統領を決める？



プがホワイトハウスを失うことを予測する」とニューヨークタイムズのビデオで述べ、世界のメディアは大騒ぎになりました。

大統領選挙は米国最大の政治イベントですが、実は誰が大統領になるかによって20世紀の世界は、大きな影響を受けてきました。移民国家である米国は、「自由」なキリスト教国だといえます。20世紀の米国の富と権力はWASPと呼ばれるホワイト・アングロ・サクソン・プロテスタントが支配しているのではないかとという一面的な理解でも、なんとか説明できる場面があったように思います。第

1次世界大戦時の米国はモンロー主義という強固な自国の利益を追求する保守主義からヨーロッパの戦争には無関心・無関与という政治姿勢を鮮明にし、その後は、世界の利権獲得に奔走しましたが、第2次大戦でも国内が戦場になることはなく、戦後は世界の新しいリーダーとして、そして軍事大国として世界の正義を体现するため戦争を繰り返してきたのだと、わたしは思います。

しかし、21世紀の米国は、もはや世界の警察を演じることもなく、また、自国中心主義に回帰しつつ、従来からの保守の共和党対

リベラルな民主党という対立では、もはや説明が付きません。サンドースのような社会主義的な候補が支持されたり、オバマケアのような医療保険制度に反対する民主党員がいる一方、どうもよくわからない隠れトランプと呼ばれる人々がいるらしいとなると、何がどうなっているのか理解できなくなるのです。その原因の1つが、比較的若い世代に広がっているリベタリアニズムという自由至上主義にあるのではないのでしょうか。これは、公権力を極限まで排除して、自由を極大化しようという考え方が基本で、例えば、人工中絶、移民、LGBTには賛成、銃規制、オバマケア、人種差別には反対する、というものです。

さて、リットマン教授の予測はたぶん当たるのでしょうが、政治は感情です。何が起ころうとあかしくありません。ですが、トランプ陣営は、捨て身で舌戦に取り組んでくるだろうし、よくわからないがバイデンがやり込められる場面もあるだろう。そして、今はトランプにもバイデンにも反対な、若者中心のリベタリアンが最終的にどちらに投票するかが、勝敗を分けることになると思えてならないので、大変失礼ながら大いに楽しみたい。同時に、よりよい世界に代わることを祈りたい。小山

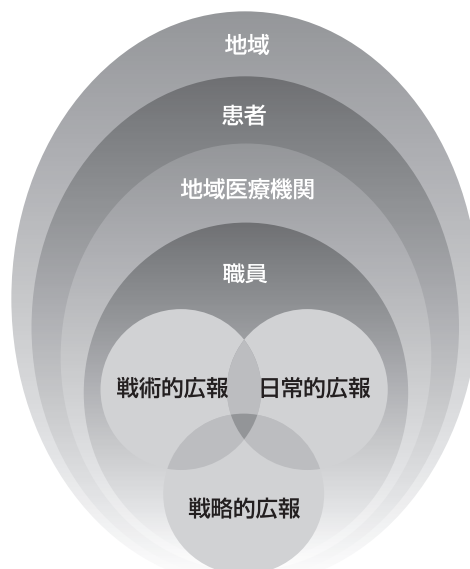
広報的視点から、病院のビジネス構造の变革をサポートします。

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。



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

10月24日 県立大学医療・介護
マネジメントセミナーZOOM開催

今回のテーマは「これからの医療施設・介護保険事業所の経営（COVID-19からの復興の道筋）」です。1部基調講演「COVID-19に関する国の動きと、これからの認知症施策の見直し」を菱谷文彦氏（厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 認知症総合戦略企画官、併任新型コロナウイルス感染症対策推進本部戦略班企画官）にお願いすることができました。2部シンポジウムでは、小林和彦氏（本学客員教授・社会福祉法人鶴園）と香取幹氏（株式会社やさしい手代表取締役社長）に介護現場からの報告を、

本学の三浦公嗣特任教授から医療現場の現状について報告いただきます。座長は筒井孝子教授で、私も参加します。Sangakul@mba.uhyogo.ac.jp 無料、要事前登録。

岡田玲一郎先生を偲ぶ
公益財団法人 操風会 岡山旭東病院総院長

土井 章弘

岡田先生との出会いは、1989年、岡山県病院協会での講演会に始まる。お話は本質を突いており、厳しいけれど、心根の優しいお方だと感じた。先生は岡山県井原市のご出身で、その縁もあって岡山県病院協会には毎年のごとく講演に来て頂いた。社会医

療ニュースは毎月楽しみに拝読し、病院経営に活かしてきた。

岡田先生が主催される海外研修には、当院からも多くの職員が参加した。96年からの20年間で34名が参加し、医師・看護師・放射線技師・PT・OT・ST・臨床検査技師・調理師・MSW・事務職など職種を問わず多くのスタッフがお世話になった。

日米で医療制度は違うが、米国の優れた仕組みや考え方を岡田流にかみ砕いて伝えて下さり、病院の質の向上と同時に本人の成長にも大きく影響を与えていただいた。ちょうど19年度海外研修の人選が終わり楽しみにしていた矢先、先生の体調不良とのことで取りやめとなり、ご逝去の訃報となった。

米国研修に同行したスタッフから思い出を語ってもらった。

09年に参加した人材育成センター長 河村武人「新型インフルエンザ世界的大流行時期で、外部参加者は私を含めてわずか3名で岡田先生との身近な毎日『医療の質の追求』についての熱い語りは、今でも鮮明に覚えています。そして、その時に得た学びは、今の私の医療人としての礎です」

13年に参加したMSW片岡志麻「米国医療・福祉の幅広い見識を学ばせていただくとともに、自分で決める自分の医療・LMD（レット・ミー・デイサイド）」についても、患者の権利擁護の視点

で地域での普及啓発に向けてその後も継続的に示唆していただき、当院の活動展開にも多大なるご尽力をいただきました」

11年に参加した健康センター主任（当時医療秘書課）山下淳子「日本の医療だけではなく、米国の医療制度の実態、医療現場を見させていただき、医療に対する視野が広がりました。岡田先生とお話させていただいた日のことをつい先日のように思い出します」

岡田先生とDirector of Physical Medicine Ms Judith Taplin 先生の計らいで、99年には米国のヘルスイースト財団ベセスダリハビリテーション病院へ当院のスタッフが長期研修の機会をいただいた。以来、急性期病棟で休日も含む365日リハビリテーションを行っている。クリニカルパスの導入やLMDの普及など、岡田先生の残された功績は大きい。米国でのLTAC制度も早くから察知提言され、現在の地域包括ケア病棟・制度にも繋がっている。

私は今年4月に32年間の病院長職を辞し、4カ月が経過したところであるが、思い返せば、先生との出会いが当院の病院文化に様々な影響を与えて下さったと感謝している。海外研修だけでなく、当院での講演などを通じて多くの関わりを頂くことができ、感謝の言葉は尽きない。心より岡田先生のご冥福を祈ります。

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

移転計画/運用計画
移転費用圧縮
患者搬送計画 など

移転 支援



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>