

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/橋内
 電話 (03) 5244-5141 (代)
 FAX (03) 5244-5142
 E-mail: syakairyou-news@nhjp.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)
 普通口座 1712595
 発行人 小山 秀夫

デジタル7割リアル3割という政府 目標に組織全体で学習し対応しよう

所長 小山 秀夫

相変わらず世の中わからないことばかりですが、菅政権のデジタル庁新設、特に『デジタル7割リアル3割』という目標は、すごいことです。どこかで読んだことがあると思えば探すと、ニコラス・ネグロポンテ著、福岡洋一訳の『ビーイング・デジタル』ピット時代の『アスキー』がありました。25年も前の本で、当時「こんな風になるのかなー全てがデジタルになるのか」という印象だったのですが、なぜかあまり理解できていなかったようです。後悔してもしようがないのですが、この本に書いてあったことの多くは、今、世界中で現実になっています。

それはともかく、この4半世紀の間、「失われた20年」などという表現で、GDPの伸び悩みと公債残高の圧力にぶさされそうになりつつ、日本が国際競争に負け続けてきたことは事実として認めなければなりません。いつの間にか

巨大IT企業が世界でGAF Aと称されました。グーグル、アップル、フェイスブック、アマゾン。仕事や日常生活で使用している読者は多いと思います。

AIやIoTという言葉も毎日のように見聞きしますが「人工頭脳」や「ものがインターネットにつながる」といっていいし、ICTを「情報通信技術」というても構いませんが、それらがつながりあうことによって、リアルな社会とサイバー空間が区切りなく活用され、快適な移動や効率的な生産が実現されると考えることもできる時代になりました。そして、これらは現在の約1000倍の通信速度になる「第5世代移動通信システム」5Gの登場で、社会の仕組み自体を変革させています。この5Gの携帯電話が日本でも販売を開始したことで、大量なデータのやり取りが可能になり、新しい世界が広がることになります。

ヒトとヒトのリアルが全ての医療や福祉のデジタル化とは

経産省が推進したい「デジタルトランスフォーメーション…DX」という言葉も最近使われるようになりました。これには「企業がビジネス環境の激しい変化に対応し、データとデジタル技術を活用して、顧客や社会のニーズを基に、製品やサービス、ビジネスモデルを変革するとともに、業務そのものや、組織、プロセス、企業文化・風土を変革し、競争上の優位性を確立すること」という難解な定義がされています。これも「デジタル技術による社会変革」でよいように思いますが、DXと書いた方がいいのでしょうか？

デジタルによる社会変革を政府が強力に推進することが明確になった以上、ただちに対応する必要があると思います。ただ、IT最先端の日本の病院をみても『リアル7割デジタル3割』としか思えません。医療スタッフ全員がスマートフォンでカルテをはじめ各種情報をやり取りしている病院を、わたしは1病院しか知りません。この

病院でさえデジタル7割にするのが、可能なか正直わかりませんが、一方、大多数の病院では、電子カルテは導入されていますが、その他のデジタル化が進んでいないという現状があります。専門のシステムエンジニアが配置されている病院も多くなりましたが、全く情報リテラシーがない病院もあります。

それでも、平均的病院と特養を比較してみると、病院の方がデジタル化されていると思います。どこでもPCはありますし、会計ソフトや報酬請求ソフトを活用しており、最低限の情報管理は行われています。ただし、情報責任者や管理者が誰なのかも明確でない組織も少なくありませんし、情報に関する専門の教育を受けた職員が配置されていないばかりか、この分野の職員教育体制もほとんどないという現実もあります。

でも各種団体でも起こりましたので、先行きが心配でなりません。何しろ学習する組織にすることが必要である

そんなことはない「きちつとやっている」という組織が多いと思います。しかし、対人場面でもアクリル板の設置、空気清浄機の配置、PPEの3か月間在庫、デジタル補助金の活用、そして「かかりまし費用」の積算、優遇融資の申し込み、功労金の請求などの大量の業務が発生しているにもかかわらず、誰にもいわれないから「やっつけない」という組織をみると情けなくあります。総務省のデータでは、スマートフォン保有率は10年の12・3%から19年には67・7%に向上したそうです。その後どうなっているのかわかりませんが、仕事にスマートフォンが必需品になるのに長時間かかるとは思えません。「わからない」なら「学ぶしかない」と思います。携帯電話会社が利用者対象にミニセミナーを開いている場面を、街中でみるようになりました。後期高齢者になっても「デジタル」時代を生き延びなければならぬので学習せざるをえないのだと思います。これからの変革に、あらゆる組織で学習して対応する以外方法は無いのでないでしょうか。職場全体を「学習する組織」に変革しましょう。

欧州の第2波感染拡大で都市封鎖・医療崩壊再危機を教訓に強靱化せよ

所長 小山 秀夫

10月下旬から第2波の主役は、1日25万人前後の新規感染者を記録しているヨーロッパになった。フランスのマクロン大統領は「11月末まで都市封鎖を行う」ことを、深刻な面持ちでテレビに向かい話していた。原因は19日から25日までの平均新規感染者数が1日3万5千人を超え、その後4万人を超え5万人に到達しそうな勢いで、医療崩壊の再危機があるからだそう。7月10日に衛生緊急事態宣言を解除してから4か月もたなかったことになる。

英国も2万人を超え、イタリアとスペインは1万5千人を超え、ドイツも約1万人の新規患者が毎日報告されている。ただ、第1波に比べると、幸いなことに死亡者の感染者者に占める割合は低下し、65歳以上より以下が増加している傾向にある。それでも、ICUが最も整備されているドイツのメルケル首相は「利用率が50%を超えた地域があり、医療危機の恐れがある」と緊急事態宣言を発した。各国とも学校は閉鎖しないが、レストランも娯楽も集会も禁止で、公共交通機関内と店内はマスクが強制される。もちろん、この「ストレスに耐えられない」人々によ

り各地で抗議デモが起こっている。マスクが嫌いなのだ。

WHOは、これから冬を迎える北半球にたいして「重大局面にある」と警戒を呼び掛けているばかりか、「まだ10月というのにICUは限界にちかづいている」として、感染拡大を防ぐための措置を徹底するよう強く求めている。

日本は幸運に恵まれているのかもしれないが、欧州も米国も感染症が収まらない状況では、いつ日本が第2波の波に飲み込まれるのか予測がつかない。日本の状況は「収束に向かっているわけではない」とし、どう考えても「気の緩み」があるように思えてならない。前号で述べたように、ドイツの人口10万人当たりのICU病床数は、日本の4倍なので、改めて日本のICU体制の強靱化の必要性を強調したいと、強く思う。

○ファウチ所長発言の衝撃

27日、米国立アレルギー感染症研究所(NIAID)のアンソニー・ファウチ所長は「多少なりとも正常な様子に戻り始めるのは21年末になる可能性があり、22年まで正常に戻らない可能性もある」との認識を示したと、世界中

のメディアが伝えた。米国では数カ月以内にワクチンが実用化される見通しだが「国民の大部分」にワクチンが行き渡るのは21年第2(3)四半期になる可能性がある」と述べることも、1日あたりの平均感染者は7万人に上り、これは悪い状況だとも述べていた。来年末まで収束しない可能性が高いという指摘が、感染症の世界的権威であり、ホワイトハウスに最も影響力があるファウチ博士の発言であるので、世界を震撼させたのではないかと思う。

ジョンズ・ホプキンス大学の集計によると、米国では10月に29州で1日あたりの感染者が流行開始以来最多になった。CDCのフリーデン元所長は29日までに、新型コロナウイルスの感染拡大の問題に触れ、米国民の大半はマスク着用など公衆衛生上の予防策を理

解しているとみられるとしながらも、連邦政府の対応策が足りない現状への不満を示した。元所長はCNNの取材に、米国民10人のうちの約1人がマスクを使っていることと指摘。「比率的には少数数で、見当違いの考えを抱いているグループだ」と言い切った。また、CDCの最新のデータを引用し、マスクを装着している米国民の割合は78%から89%に上昇したとも述べた。フリーデン元所長はトランプ政権の新型コロナ対策について「大きな失敗」とも断定した。「多

くの米国民が感染している。われわれに不足しているのは連邦政府が調整に当たるべき対応策だ」と主張した、そうだ。

○ICUの強靱化を促進せよ

マスクをしない人がいること自体、日本人には理解できないような雰囲気があるが、全員がマスクをすることを理解できない人がいることを知ることも大切なものかもしれない。わが国の感染者の累計は10万人を超え、比較的穏やかだが増加している。高齢者施設への政府方針は「1例でも感染が

でた場合、濃厚接触者でなくとも入所者らにPCR検査を公費で実施できる」から、8月28日以降は「感染拡大地域では、職員や入所者全員を定期的に検査する」ということになった。東京都内では、世田谷区や千代田区で介護職員全員へのPCR検査が実施されているが、全国的には対応が後手後手という批判を受ける市町が少なくない。今は、行政関係者を批判する時期ではないので大人しくしているが、本当にこの有事で行政機関の優劣がはっきりし

つあると思う。

大きなクラスターが発生した土地では、かなり体制が確立しつつあるようだが、これまでクラスターが全く発生していなかった地域は、対応が遅れがちなように思えてならない。これだけ長期間戦

いが続いているのであるから、これまで感染者が発生していない地域や組織が「明日、陽性者がでる」という前提で対応しなくてはならないであろうと思えてならない。根拠のない「大丈夫だろう」という判断は、危険だろうか、もはや無責任なのではないだろうか。

このように考えていると、フランスはともかく、欧州では比較的感染拡大措置が成功したドイツと同じようなことが、日本でも起きることを前提に考えることが必要なのではないかと、思い悩んでいる毎日だ。しつこくして申し訳ないが、ICUを個室化したうえで、地域医療計画にICUの計画的整備方針を是非盛り込んでほしい。そして、感染症に対する医療体制の強靱化を政府の重要施策に盛り込んでほしい。

日本の医療システムは、医療保険制度も素晴らしいし、医療従事者も質が高いと思う。しかし、今の課題は、パンデミックに対応できる医療システムの強靱化と計画化であり、医療分野のICUを強化し、デジタル化を短期間に成し遂げることだと思ふ。

将来の危機に対する対応は、いつも割り引かれ、後手に回って取り返しがつかないことになる。どうにかなるかと考えてはだめで、どうにもならないからやるしかない。オバマ大統領選挙の言葉を思い出そう。YES WE CAN!

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第11回 不妊治療の保険適用について

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



今回はちょっと目線を変え、新政権が目玉政策のひとつとして掲げる不妊治療の保険適用について、筆者の行政官だった時代の経験も踏まえて考えてみたい。

○新政権の目玉政策？

9月16日に首班指名をうけ、総理大臣に就任した菅氏が就任後の記者会見で、新型コロナウイルス対策とともに課題とした項目が「不妊治療の保険適用」であった。話の流れとしては、「安心して子供を産み育てることができると、女性が健康に活躍することのできる社会、そうした環境をしっかりと整備していきたい」という中で説明がなされている。また、10月15日の全世代型社会保障検討会儀においても、「年末に工程を明らかにする」とともに「保険適用までの間、現行の助成制度を拡充する」と発言している。社会の活力を得る、または維持するため、出生数が増えることが必要だと考えているのだろうと、推測している。

○不妊治療の保険適用の検討

不妊治療の保険適用について議

論が行われるのは、今回が初めてではない。筆者が行政官になりたての2002(平成14)年、当時の厚生労働大臣は、公明党の坂口力氏であった。当時の公明党の政策提言でもあったことから、省内では不妊治療の保険適用の検討が行われていた。しかし、最終的に保険適用ではなく、2004(平成16)に制度が創設された、不妊に悩む方への特定治療支援事業(以下、特定不妊治療費助成事業)として助成事業がスタートすることになる。その後、1回当たりの助成金の増額や助成回数の変更などを経て、現在の助成事業となっている。

※現在の特定不妊治療費助成事業の概要

- 対象 特定不妊治療(体外受精・顕微授精) および男性不妊治療
- 助成金 初回治療30万円・2回目以降15万円
- 回数 40歳未満は通算6回まで
- 40〜43歳未満は通算3回まで
- 年齢制限 43歳未満

○保険適用に向けた課題

厚生労働省での経験をもとに、不妊治療を保険適用する際の議論

すべき課題を考えてみたい。大きく分けると4つの課題がある。

- ① 保険適用する不妊治療の種類
- ② 不妊治療ごとの点数設定
- ③ 対象者の年齢制限
- ④ 不妊治療を実施する医療機関の施設基準

である。ひとつずつ考えてみたい。

まず、保険適用する不妊治療の種類についてである。現在の助成事業の対象は、特定不妊治療(体外受精・顕微授精)と男性不妊治療(精子の採取)となっているが、不妊治療には、特定不妊治療よりも比較的容易とされる人工授精や、夫婦間以外の精子・卵子を用いた不妊治療、そして代理懐胎(学会は禁止している)など、倫理的問題を孕んだ技術もある。どの治療法も不妊に悩む家族にとっては、治療法の選択肢として切実な思いがあるだろうが、保険適用開始時点では、現在の助成制度の対象に、人工授精が追加される程度ではないかと想定する。

次に点数設定についてである。2002年当時、関係者からのヒアリングをもとにした治療ごとの費用の相場は、人工授精が5〜10万円、体外受精が15万円〜20万円、顕微授精が30万円前後であったと筆者は記憶しているが、10月14日の社会保障審議会医療保険部会に提出された資料によれば、現在の平均価格は、体外受精38万円、顕微授精43万円となっている。助

成制度の問題は、患者の自己負担額を軽減しようとしても、医療機関側が、自由診療の範囲で請求金額自体を引き上げてしまえば、患者の負担額が変わらず、単に医療機関の収入が増えるだけの結果になることである。保険適用の議論がここきて再燃した理由も、助成事業を創設し、助成金を引き上げてきたにも関わらず患者の負担感が変わらなかったことが問題なのだろうと理解している。筆者が当時調べた相場に助成金の1回当たりの金額が加算された金額が現在の平均額になっているように見えるのがその証左だ。逆にいえば、こうした「価格決定権」という既得権を医療機関が失ってもいいと思う程度の点数設定ができるかが、ポイントになるだろう。

3点目は、対象者の年齢制限についてである。非常にセンシティブな話だが、妊娠率、出産率が下がる年齢を超えてまで、保険財源を投入することは「費用対効果」上疑念がある。さらに、次の課題とも関連するが、実際に年齢階級別・医療機関別・治療法別に妊娠率や出生数を詳細に分析・公表した形跡はなく、現在の助成制度も、そのような制度設計になっていない。そのため、保険適用開始時点では、現在の助成制度の対象外である43歳以上は、保険適用の対象外になると推測する。

最後、恐らく最大の課題になるのは、保険を用いて不妊治療を実施できる医療機関の施設基準を設定するかである。患者の視点からすれば子供を授かる可能性が高いのか、透明性の高いデータが公表されることが重要である。実際に不妊治療を実施している医療機関の成績がどのようなものであるか、これをオープンにする必要があるだろう。そうしたデータをもとに、不妊治療を適切に実施することができると医療機関の施設基準を設けることが必要であり、順次更新していくことも重要だ。不妊治療を実施している医療機関の中には、凍結保存していた胚を紛失し、訴訟になっているような管理に問題のある病院もあるようであり、医療機関の技術レベルや管理の問題は相当程度ばらばらについていると思われる、それを平準化することは保険適用の要件の一つである「技術的成熟度」という観点でも必要な議論だろう。

○スケジュール感

2021(令和3)年4月には、薬価の改定とともに、診療報酬本体の一部改定もあると筆者はみている。その際、不妊治療の保険適用が同時実施される場合には、医療機関の立場より患者の視点を重視し、患者の自己負担が軽減され、透明性のあるデータが開示される制度となることを期待する。

一億総活躍のための働き方改革(2)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■一億総活躍社会の実現

当財団ではここ数年、政府の働き方改革により、無期雇用転換ルールの導入、65歳定年延長と70歳までの継続雇用、介護離職等を防止し働き続けられる職場にするため職員の定義に限定正職員を追加、パートタイム労働者・有期雇用労働者法への対応、時間単位年次有給休暇の導入等の処遇制度改革に取り組んできた。

そこで今号では、一億総活躍社会の実現に始まる、これまでの働き方改革を振り返ってみる。

2015年10月、政府は「一億総活躍社会」を実現するとして、少子高齢化に歯止めをかけ、人口一億人規模を5年後も維持し、なおかつ若者や高齢者、障害者など誰もが活躍できる社会づくりを目指す、経済政策アベノミクス「新三本の矢」を放つと宣言した。新三本の矢とは、①希望を生み出す強い経済、②夢を紡ぐ子育て支援、③安心につながる社会保障、だった。そして、それらの目標値も明らかにした。①2014年度に490兆円の名目国内総生産(GDP)を20年ごろに600兆円に

する、②出生率を現在の1.4から20年代半ばに1.8にする、③介護離職ゼロ・家族を介護するために離職する人を20年代初頭にゼロにする、だった。

16年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」では、①雇用・労働分野では、同一労働同一賃金、長時間労働の是正、高齢者の就業機会の確保、②規制改革分野では、牛乳・乳製品の生産・流通の抜本的改革、民泊の全面解禁、③競争力分野では、IoTなどを活用する第4次産業革命、サービスマスターの生産性向上、高度外国人材の受け入れ、④社会保障分野では、17年度末までに待機児童ゼロ、介護休業給付の給付率引き上げ、給付型奨学金の創設、といった政策が盛り込まれた。当時の話題が浮かんでくる。

■働き方改革実行計画

17年3月の「働き方改革実行計画」では、①非正規の処遇改善、②最低賃金の引上げ、③長時間労働の是正、④転職・再就職支援、⑤テレワーク・副業の推進、⑥女性・若者の活躍、⑦高齢者の就業促進、⑧子育て・介護と仕事の両

立、⑨外国人材の受け入れについて改革の方向性が示され、19年度施行を目指し、26年度までの10年で、制度導入の周知や改革内容の点検を進めるとした。次第に政策が具体化してくる。

また、18年6月に成立した「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律(働き方改革関連法)」では、残業時間の上限規制が19年4月から導入され、残業を年720時間以内とし単月では100時間未満にするとして、また、脱時間給制度を19年4月に創設し、高収入の一部専門職は働いた時間ではなく成果で評価するとした。更に、同一労働同一賃金を20年4月に導入し、正規と非正規の不合理な処遇を解消するとした。日本企業に多かった無駄な残業をなくし、時間ではなく成果を評価する働き方にシフトし、企業には欧米と比べて低い生産性の向上に取り組ませ、新しい働き方を追求し新たな成長を見出す方向性を示した。

更に、18年4月の「過労死等防止対策大綱」改定案には、20年までに、週労働時間60時間以上の雇用の割合を5%以下とする、勤務間インターバル制度を知らなかった企業割合を20%未満とする。同時に、制度導入済み企業割合を10%以上とする、年次有給休暇の取得率を70%以上とする等の目標が設定された。この中で注目す

るのは、労働時間把握は従業員の自己申告ではなく、使用者が自ら現認するか、客観的電子機器による記録と雇用側による現認の必要性が盛り込まれたことだ。これは、電通新入社員が過労自殺やNHK記者の過労死など過労死遺族側から要望があったからだ。

■特措法改正とGL公表

19年4月より「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法(労働時間設定改善法)」が改正され、使用者には、労働者の健康を確保するため、終業から始業までの時間を一定時間以上設定して、労働者が休息を確保できるよう努力義務が課せられた。

また、19年4月の「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」によって、ガイドラインの適用範囲が管理職にも拡大し管理職の労働時間を客観的に把握することとなった。また、ここでも労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置として始業・終業時刻の記録は使用者自らが現認・記録する又は電子的に記録することが求められた。使用者自らが現認したり、記録するのは難しいので電子的記録装置の導入が必須となったわけだ。

ところで、当財団は9年前からセキュリティカードで入退館時刻を管理している。当初は面倒だと

悪評だったが、今では当たり前になった。入館時にIDカードをカードリーダーにタッチするとその日1日セキュリティドアを通過でき(入館時刻を記録)、退館時にまたカードリーダーにタッチすると次回勤務日にカードが使用できる仕組みにしているので(退館時刻を記録)、毎日、全員の入退館時刻が記録されている。つまり、職員が何時に出勤し、何時にどこを通過し、何時に退館したかを画像と共に記録しているのだ。セキュリティシステムの導入、タッチを習慣化する仕組みの付加、入退館時刻の記録、これらを従前から導入していたことが役立った。

■先ずは自分より

働き方改革関連法の成立、新型コロナウイルスの感染問題、そしてDX:デジタル・トランスフォーメーションの推奨等がきっかけとなり仕事のやり方・働き方の見直しに注目が集まっている。実際の自分の働き方を可視化し、生産性・効率性の向上に取り組んでみるのも良いのではないか。

だから働いては仕事の能率が落ちるし健康にも悪い。仕事に重複や無駄がないか点検し、職場での役割分担をはっきりさせるなど、効率化の余地は大きいのではないか。先ずは自分よりはじめなければならぬ。



スパッカ・ナポリはナポリ旧市街の中にある東西およそ1kmほどのまっすぐな道が南北を2分している下町エリアで、メインストリートである「ピアジョ・ディ・イブレイ通り」と「トリブナーレ通り」の周辺に商店や教会などが広がり、老舗ピザ屋さんがいくつもあります。スパッカはイタリヤ語で「2分する」という意味です。直線の狭い道路がどこまでもスパツと2分され、どこまでも6

ないし7階建ての建物の谷間になっっている場所です。道路の舗装はローマ時代からのものなのかどうかわかりませんが、延々とつづく石畳で、昼でも暗く、どこまでもまっすぐな細い溪谷を歩いているような感覚に襲われます。

どうゆうわけか、アメリカ大統領選の報道をずーとみてっているとわたしはこのスカッパ通りを思い出してしまいました。結果がどうなのかというより、全く互角の戦いのようですが、アメリカは完全に2分され、分断されてしまっているのと同じかと思えないのです。来年になれば、何事もなかったように陽気なアメリカにもどれるのでしょうか？そして、わたしの最大

の関心であるオバマケアはどうなるのでしょうか？世界の平和は維持できるのでしょうか？なんだかよくわかりませんが、トランプ対バイデンというより、トランプ対その他みたいにもみえます。来年からバイデンさんが自由闊達に政策を展開していけるかどうか、全くわからなくなりました。ただ、とても面白し、怖いし、あきれたり、驚いたりした1週間でした。

多分ですが、これからのアメリカは暗い谷間をまっすぐに進んでいくのではないのでしょうか？分断されたまま、まるであのスカッパのように。

◎病院訪問断行しました

3月中旬から大学院講義も行事も全てZOOMで対応させていただいてきました。兵庫県立大学専門職大学院経営研究科では、ケイスタディを重視しています。経営専門大学院ではケースメソッド

という、事例研究法で授業を進めるのが通常のスタイルです。わたしでも医療・介護マネジメント・コースでは、設立当初から「リアル」を重視して、現地・現実・現在の病院や社会福祉施設のマネジメントの現状を調査させていただき、その後、資料を持ち寄り、討議を重ねて、訪問させていただいた組織の経営戦略を6か月かけて策定するというプログラムを10年以上続けてきました。今年の秋は

どうするのかについて、何度も検討を重ねましたが、どこかで決断しないとどうにもならなくなりました。

行先は順に倉敷中央病院、小倉リハビリテーション病院、社会福祉法人鶯園神戸事業所、福井県済生会病院です。土曜日の12時45分現地集合13時開始17時終了の真剣勝負です。

まず「訪問先のご迷惑にならないこと」「患者さんや利用者さんとは接触しないこと」「参加者は1週間以上前から体温測定票を提出し、体調管理する」「感染症入院患者者に対応している医師や看護師などはZOOM参加できる」その上で、参加を義務づけず、先方から許可が下りた場合のみ実施という計画にしました。参加者は院生15名教授職6名の大人数です。ぎりぎりの調整が進み、何とか倉敷中央病院の会議室に14名と教員5名で集まりました。

実は、今年度入学者がリアルで会うのはこれが初めてでした。本日に倉敷中央病院の皆様には大変お世話になり、感謝です。その翌週は小倉リハビリテーション病院でしたがZOOMになりましたが、なんと浜村明徳名誉院長の3時間にわたる連続講義は感動的でした。翌週は社会福祉法人鶯園の小林和彦先生から講義で、幹部職員も交えての情報交換が魅力的でした。最後は、福井県済生会病院

に大勢でお邪魔させていただきました。感染者もなく無事終了することができましたので、何よりでした。もし何かあれば大変なことになるので、極度に緊張して万全の対応をお願いしました。本当に皆様、ありがとうございます。

なぜ、こんなにこだわるのかということですが、経営大学院教育が100%Webでできるかどうか本当にわからないからです。経営は知識だけではどうにもなりません。教員と院生というより院生同士の議論や共同作業自体が学びの宝物ですので、いくらグループ別に少人数でWeb会議しても、効果はリアルにはかないません。

医師や看護師、リハビリテーションやソーシャルワークの専門家に對する社会人教育における、教員（とくにわたしですが）の役割の一つは「これまでの体験により獲得した常識を一度粉々にする」ことが必要だと考えています。これは、どうしてもZOOMでは無理で、すでに出来上がっている大人の一部分でも「それでは通用しない世界がありますよ」ということを個別に伝えなければならぬという思いです。この思いが通じることが教員としての勝負であり矜持なのです。少し偉そうではないです。

質問したそうですが、8割はNOだったそうです。やはり、お国柄なのでしょうか。日本の大学が当然のようにWeb授業に移行しましたが、さしずめ「Webでやるなら、同僚からの刺激がない分、授業料返せ」なんていう訴訟起こされるかもしれない国がある、と思えますか？

◎デジタルを学習しよう！

いままさらですが、文系アナログ人間のわたしが、ことさらデジタルにこだわるのは、すごく楽しいからです。一番驚いているのは、翻訳ソフトです。世界はインターネットで繋がっていますので、世界のニュースや各国データをみることもできます。問題は翻訳ですが、翻訳ソフトで大体のことはわかりますので、英独仏に中国韓国語などほとんど毎日お世話になってます。

最近、使う場所がありませんが「ポケット」も凄いです。昨年、タイの寝たきりの老人の家を訪問して、ご家族とお話することができました。皆様ビックリでしたが、素晴らしい体験でした。それとAIです。大量の情報を学習できますので、人工的な頭脳なのですが、すごいと思うのは忘れられないことです。記憶力だけが評価される専門職業は、生き残れないかもしれません。特に、大学教授は厳しいのではないかと、思います。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-5 COVID-19以降の働き方を考える

―労働の将来―

COVID-19は10月中旬の時点でも終息傾向は見えない。当分の間、経済とのバランスを取りながら神経質なトライ&エラーを繰り返さざるを得ないだろう。待望のワクチン開発も現段階で、いっ一般に接種できるかも不明だ。特効的な薬剤も当面難しければ、ウィズコロナは長期戦を覚悟しなければならぬ。現在、パンデミックをコントロールする手立ては、手洗いやマスク、デスタンス、外出を控えるなどの通常の消極的な防衛策しかなく、ある程度は有効だが決定打に欠ける。一方で通常の感染防御でインフルエンザ発生が極端に少ない事実は、逆にCOVID-19の感染力が際立っていることを示している。感染を完全にブロックすることができないとすれば、早期に発見し重症化を防ぐしかない。経済の動きから言えば、人の移動に左右される運輸、旅行、ホテル業界などで業績が悪化している。今後オンラインで済ませる方向に向かうとすれば、こうした業種の完全回復はないかもしれない。同じく、患者の移動を伴う医療形態もオンラインに置き換わり、戻ることはないと推測

している。とすればオンライン環境での医療提供モデルを早く構築したほうがよいと思う。と同時に、本題である働き方もこれを機に大きく変わって、元の姿に戻ることはないだろう。働き方の未来を予測してみた。

デジタル社会での働き方・学び方

オンラインを利用した会議やテレワークをやっていると、次第に移動そのものがおっくうになる。渋滞や満員電車などの無駄な時間が無くなれば、仕事の効率も上がりがらなくという意見もあるが移動時間やオフィスの賃料など全体を考慮すると生産性は確実に上がるはずだ。8時間労働で往復2時間の移動が無くなれば、時間効率だけでも25%向上する。オフィスの賃料も節約できれば、これも労働報酬に転換できる。COVID-19を機にテレワークに適する労働と、実労働でなければならぬものの線引きが進むことになる。学会もオンラインになりつつあるが、スライドも音声もクリアで繰り返し再生できることを考えると、わざわざ出かけるメリット

はない。もちろん丁々発止の議論や懇親会での情報交換が必要な時だけ現場でということになる。特に田舎で一人医長で頑張っている専門医にはオンラインは朗報で、学会のクレジットをとるだけに学会会場へ足を運ぶことも減るだろう。

負担は大幅に減る。単純労働の大半がロボットや自動化へ移行し、簡易な判断業務はAIが上手にこなすとすれば、働く場所が失われるのではないかと心配する向きもある。当面は心配ないだろうと考えるのは、ロボットやAIの開発や製作、維持管理などに携わる仕事はむしろ増えるからだ。だからこそ、これからは必要なのはITリテラシーやソフト開発、ナノテクノロジーや素材開発などであり、日本の社会や教育が注力すべきところだろう。残念ながら「自動化」や「効率化」と言う言葉をネガティブに捉える人も多い。そもそも長時間労働になる原因はIT導入が遅れ非効率性が温存され、生産性が上がらないからで、1人当たりのGDPも停滞してやがて韓国にも抜かれてしまふという状況を生んでいる。多くの先進国は単純労働を移民に移行することで生産性を上げているのだが、日本では仕事をとられるとか賃金が下がるなどの後ろ向きな議論が先行している。単純労働が単純に温存され、歴史的遺産にしがみつかるを得ない観光頼みの守旧的「博物館国家」になりつつある。

単純労働を必要としない社会

単純労働の大半がロボットや自動化へ移行し、簡易な判断業務はAIが上手にこなすとすれば、働く場所が失われるのではないかと心配する向きもある。当面は心配ないだろうと考えるのは、ロボットやAIの開発や製作、維持管理などに携わる仕事はむしろ増えるからだ。だからこそ、これからは必要なのはITリテラシーやソフト開発、ナノテクノロジーや素材開発などであり、日本の社会や教育が注力すべきところだろう。残念ながら「自動化」や「効率化」と言う言葉をネガティブに捉える人も多い。そもそも長時間労働になる原因はIT導入が遅れ非効率性が温存され、生産性が上がらないからで、1人当たりのGDPも停滞してやがて韓国にも抜かれてしまふという状況を生んでいる。多くの先進国は単純労働を移民に移行することで生産性を上げているのだが、日本では仕事をとられるとか賃金が下がるなどの後ろ向きな議論が先行している。単純労働が単純に温存され、歴史的遺産にしがみつかるを得ない観光頼みの守旧的「博物館国家」になりつつある。

成功は現政権の中核である既得権益団体にどのくらい切り込めるかが決め手だろう。残念ながら先進諸外国に比すずに4周遅れぐらいなので、これはラストチャンスだ。

COVID-19の社会とIT化の行き着く先

歴史的にみてもパンデミックは社会の構造や人々のメンタリティーを大きく変えてきた。欧州でのベストは、神罰だからとよりいつそうの信心と寄付を求めたキリスト教の権威を失墜させ、人々は科学の発展に期待することになった。生物学的にみても単一種の過剰な増加は、原因は様々だが破局的な減少や絶滅につながる。COVID-19の克服は同時に人類レベルで環境や政治体制、宗教観などに大転換をもたらすかもしれない。

働き方の大転換で生産性が上がり可処分所得と可処分時間が増えれば、より自由度の高い自立的な人生を多くの人が楽しめるかもしれない。逆に労働の場をITに奪われた多くの労働者は収入もなくなる一方、ロボットやAIを所有する資本家にほとんどの富が偏り、より深い分断を生むかもしれない。今回の一律の給付も見方を変えればミニマムインカムと言う富の分配でもあるが、分断の象徴とも見える。

COVID-19対応で露呈した非効率にやっとなりつつある。COVID-19対応で露呈した非効率にやっとなりつつある。

COVID-19対応で露呈した非効率にやっとなりつつある。COVID-19対応で露呈した非効率にやっとなりつつある。

これは富山和夫さんの著書で副題は「日本の会社をつくり変える」文藝春秋刊です。本紙1頁にDXについて書きましたが、富山さんは「会社を変えろ」とおっしゃっているので一気に読みました。最近「ニューノーマル」関連の書籍が出版されていますが、この本は論旨明快なので購読をお勧めします。フォォーメーションの略字をXと書くそうなので、さしずめCXになるのですが、第1章—今こそ「日本的経営モデル」から完全に決別せよ—はわかりやすく、2章以降はCXの進め方が論じられています。うまく説明できませ

んが、このままではもうだめだということを書かれていますが、

コーポレート・トランスフォーメーション



量や睡眠時間などのセンシング技術はすでに確立されているので、慢性疾患の管理精度は飛躍的に向上するはずだ。

で、読むしかないと思います。実はDXという表記はみたこと

今年10月以降、内閣府の規制改革推進会議の医療・介護ワーキング・グループで審議されている「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保に関する法律」に規定されている「プログラムおよびプログラムを記録した記録媒体」であるサムデバイス(Software as a Medical Device: SaMD)の承認に関する規制緩和の議論も開始されます。この分野は米国とドイツが昨年

から制度整備と開発促進策を進めており、日本は河野太郎行政改革相が積極的姿勢を示している段階です。さて、DXとCXについて1か月ほどかかり調べてみました。何か足りないように思いますが、企業はDXだといいますが、それはしよせん顧客を創造できるからにはかなりませんが、政府のお墨付きと支援が必要であるということが前提条件なのではないかと思えて仕方ないわけ

が、このままではもうだめだということを書かれていますが、

今年10月以降、内閣府の規制改革推進会議の医療・介護ワーキング・グループで審議されている「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保に関する法律」に規定されている「プログラムおよびプログラムを記録した記録媒体」であるサムデバイス(Software as a Medical Device: SaMD)の承認に関する規制緩和の議論も開始されます。この分野は米国とドイツが昨年

から制度整備と開発促進策を進めており、日本は河野太郎行政改革相が積極的姿勢を示している段階です。さて、DXとCXについて1か月ほどかかり調べてみました。何か足りないように思いますが、企業はDXだといいますが、それはしよせん顧客を創造できるからにはかなりませんが、政府のお墨付きと支援が必要であるということが前提条件なのではないかと思えて仕方ないわけ

が、このままではもうだめだということを書かれていますが、

今年10月以降、内閣府の規制改革推進会議の医療・介護ワーキング・グループで審議されている「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保に関する法律」に規定されている「プログラムおよびプログラムを記録した記録媒体」であるサムデバイス(Software as a Medical Device: SaMD)の承認に関する規制緩和の議論も開始されます。この分野は米国とドイツが昨年

から制度整備と開発促進策を進めており、日本は河野太郎行政改革相が積極的姿勢を示している段階です。さて、DXとCXについて1か月ほどかかり調べてみました。何か足りないように思いますが、企業はDXだといいますが、それはしよせん顧客を創造できるからにはかなりませんが、政府のお墨付きと支援が必要であるということが前提条件なのではないかと思えて仕方ないわけ

が、このままではもうだめだということを書かれていますが、

今年10月以降、内閣府の規制改革推進会議の医療・介護ワーキング・グループで審議されている「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保に関する法律」に規定されている「プログラムおよびプログラムを記録した記録媒体」であるサムデバイス(Software as a Medical Device: SaMD)の承認に関する規制緩和の議論も開始されます。この分野は米国とドイツが昨年

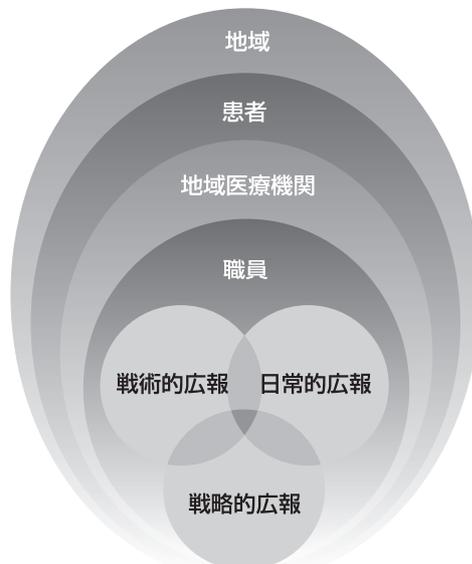
から制度整備と開発促進策を進めており、日本は河野太郎行政改革相が積極的姿勢を示している段階です。さて、DXとCXについて1か月ほどかかり調べてみました。何か足りないように思いますが、企業はDXだといいますが、それはしよせん顧客を創造できるからにはかなりませんが、政府のお墨付きと支援が必要であるということが前提条件なのではないかと思えて仕方ないわけ

備と開発促進策を進めており、日本は河野太郎行政改革相が積極的姿勢を示している段階です。さて、DXとCXについて1か月ほどかかり調べてみました。何か足りないように思いますが、企業はDXだといいますが、それはしよせん顧客を創造できるからにはかなりませんが、政府のお墨付きと支援が必要であるということが前提条件なのではないかと思えて仕方ないわけ

備と開発促進策を進めており、日本は河野太郎行政改革相が積極的姿勢を示している段階です。さて、DXとCXについて1か月ほどかかり調べてみました。何か足りないように思いますが、企業はDXだといいますが、それはしよせん顧客を創造できるからにはかなりませんが、政府のお墨付きと支援が必要であるということが前提条件なのではないかと思えて仕方ないわけ

広報的視点から、病院のビジネス構造の変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。

岡田玲一郎氏を追悼して
 済生会熊本病院・熊本県済生会支部長
 副島 秀久

岡田氏とお会いしたのは97年で、当時、御年65歳で今から考えるとずいぶん若かったのだが、自分にはかなりの年齢に見えた。講演では医療制度は当然、年金や社会保障、国の財政など広範なお話があった。最後に「年寄りには早く死にましょ、国のため」と笑って言われたので驚いた。もちろん、年寄りだから言えるが、一面の不都合な真実でもあり、これを堂々と明るく言えるのが岡田氏の真骨頂だろう。診療報酬の細かいことより、医療の大きな流れを捉え、将来がどう動いていくかを洞察し、大胆に提言しておられた。地位や名誉、金銭にも欲がなく恬淡としていた岡田氏のもっとも重視していたのは人材育成だろう。私も含め岡田氏に大いに感化され、また育てられた人も多いだろう。とくにアメリカ研修では、見知らぬ人たちがともに学び旅する間に仲間意識が芽生え、日本に帰ってきて懐かしそその活躍ぶりを知ることができ、うれしかった。医療界でも直言居士は少なくなってきた。忸度しないと左遷や嫌がらせを受けるような、自由にものを言えない社会に発展はない。昭和、平成、令和を自由闊達に生き抜いたラストサムライのご冥福を祈る。

10月24日の兵庫県立大学
 医療・介護セミナー参加御礼

おかげさまで、約200人の登録をいただき無事終了することができました。ありがとうございました。厚生労働省老健局の菱谷文彦様には「COVID-19に関する国の動向」と、これからの認知症施策の見通しについて、休日にもかかわらず、友情出演いただき深く感謝申し上げます。

2部シンポジウムでは、三浦特任教授から医療施設における対応を、小林客員教授とウエル清光会の細川様から「社会福祉法人」における生々しい対応をお話しいただきました。

また、本学修了生で株式会社やさしい手の香取幹社長から、複数事業所での感染された利用者のリアルな対応とスタッフから陽性者や濃厚接触者が続出している現状を報告していただきました。

香取社長は「認知症のご利用者が感染されたが引き受けてくれる病院がまだみつかりません」「事業所の管理職がつきつきに感染し、応援者も濃厚接触者となつています」「濃厚接触者である職員を働かせているひどい経営者で申し訳ありません」と話されました。

今回のパンデミックに対して、やさしい手では全社で徹底的な感染防止策を進め、在宅介護業界では先進的に取り組んできましたが「完

全ではなかった」とのことでした。

感染が発生したサ高住では、居室内を不潔区域、廊下・事務所は清潔区域として、入室時には必ずカウンテックニックを行い、退室直前に脱ぐという方法を徹底することになっていたが、管理者層が不在で勤務者がカウンを着たまま、部屋から部屋への移動・事務所内への入室を行っており、清潔・不潔の判断基準があまりいまいになったのが原因らしい。社長は「陽性が判明した利用者様への介助の際には、陽性が判明するまでは職員は100%マスク着用だが、利用者様はほとんどマスク着用できていません」と話された。また、「濃厚接触者となり自宅待機した場合、PCR検査で陰性になっても14日は復帰させてもらえないという理解でよいのか」という質問に対して「4月に発生した際に、濃厚接触者は全員症状もなく働かせたいと思いましたが、保健所から絶対ダメという回答でした。濃厚接触者は保健所が実施するPCR検査で陰性でも、14日間は自宅待機です」との答えでした。

これ以上はないリアルなシンポジウムで、参加者の多くは「つぎはうちかもしれない」と感じたのだと思います。実際、感染しないようにすることが大切ですが、感染した利用者が発生した場合の適切な行動が重要なことがよくわかりました。皆様に感謝です。

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>