

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
KT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@nhtj.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

もうはまたなりまたはもうなりというが クラスターの被害者は後期高齢者なのだ

所長 小山 秀夫

ウイルスが生物かどうかわからないのだが、経済がまるで生き物のようにのたうち回ってみえることがある。パンデミックが与えた経済的打撃は、経済活動の落ち込みともいえるのかもしれないが、その一方で、日経平均株価が30年ぶりに最高値を記録するという現象が起こっている。米国の株式も高騰していることをみると、相場の世界では実態経済とは無関係に感染収束後の思惑がうごめいているのだろう。金持ちはより金持ちになる。貧乏な人は一層困窮することになり、経済的格差が世界の行き先を暗部へと引きずり込もうとしているのではないか、

という感覚に襲われる。ヒトの感情は、長期間の災害に耐えられなくなり心が崩れる危険があるものの、人類の歴史は苦難を乗り越えて継続してきたことを思えば、災害はいつか収まるはずだ。変異を繰り返し動物に寄生する

るウイルスは、怪人二十面相のように顔を変え、時にあらぶれ、いつかは大人しくなるものの、どこかに潜んでいて犯行のチャンスを待ち続ける。犯罪が一時的に収束しても、なくならないのと同じことらしい。

クラスターの半分以上は病院が高齢者施設なのだ

世界の感染者が1億人を超えたということは、約70人に1人が感染したことになる。緊急事態宣言が出されているので外出や密になる行為を控えてくれというのはよくわかる。ただ、若者の行動や飲食店の夜間営業について注意喚起がなされるが、クラスター発生の半数以上は病院が高齢者施設であるという事実が軽視されているのではないか、と思う。

ワクチンや決定的な治療薬が世界中で求められているが、正義の味方のようなヒーローであるゲムチェンジャーがあらわれるのは、今ではないような気がする。きつと事態が収束に向かいつつある時に、ヒョッコリあらわれるのではないかと夢想している今日この頃だ。

一時的な収束は可能であっても我慢比べのようなものなのでは

もう収束して欲しいと思うときはまだまだ先があり、まだ収束は先であると思えば予想よりは短い期間に収束するかもしれない。そんなことばかり考えていると株式

必要なのは、正確な情報、学習、そして自分の頭で考え、決めることだと思ふ。例えば「政府の指示に従う」と決断すればいいし、従わないならそうする自由があると思う。ただ、他者に対する迷惑行為や攻撃的行動は、慎まなければならない。

陽性者であると確認された死亡者のうち60歳未満は4%以下で、80歳以上が約62%以上であるという厚労省の発生動向(速報値)に注目したい。さらに、80歳以上の人が感染すれば1割以上が死亡する現実を直視して欲しい。いいいために60歳未満の人の行動制限

が必要なのはわかるが、感染により死亡するのは後期高齢者なのだということだ。

日本のすべての病院入院患者のうち75歳以上が53%を超えていることを考え合わせれば、このコロナウイルス感染症は後期高齢者のいのちを狙い撃ちしているといってもいいような気がする。

病院のことは、いろいろと報道されるものの、高齢者施設などについての内容がよく伝わらない。介護保険施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム、軽費老人ホームや養護老人ホーム、それに無認可の老人ホームなどを加えれば、200万人以上の高齢者が「高齢者施設等」で暮らしている。これらの施設等でクラスターが起これば利用者の死亡を真っ先に考えなければならぬところに追い詰められていて、感染をやり過ぎる程度と必死に逼塞している事実をどの程度の国民が理解しているのだろうか。

クラスターの被害者は後期高齢者なのだから、高齢者施設等に対する対応を強化するべきだろう。検査もワクチンも治療薬も高齢者施設等に最優先しないと命は守れない。もう一度いいたい。60歳未満の人は感染しても1千5百人以上しか死亡しないが、80歳以上は感染すれば8人か9人に1人は確実に死亡しているのだ。

クラスターの被害者は後期高齢者なのだから、高齢者施設等に対する対応を強化するべきだろう。検査もワクチンも治療薬も高齢者施設等に最優先しないと命は守れない。もう一度いいたい。60歳未満の人は感染しても1千5百人以上しか死亡しないが、80歳以上は感染すれば8人か9人に1人は確実に死亡しているのだ。

病院は逼迫し高齢者施設等は逼塞の 状況で良書をしっかりと読んでみよう

所長 小山 秀夫

病院が逼迫しているといわれても、それがリアルにどのような意味なのか理解できる人の方が少数派なのではないかと思いついて3か月が過ぎました。「逼迫」とは、正確に言えば事態が差し迫るか、行き迫まって余裕のないことを意味することと理解しているつもりです。

問題はいろいろあるのでしょうか、非科学的で雑駁ないい方のように思えてなりません。「陽性者が在宅で療養中に死亡した」ことが一大事のように報道されますが、後期高齢者夫婦が病院より在宅を選択することのなかに悪いのですか？ヒトが病院で死ぬことが

8割以上になったこの国では、病院で死ぬのが常識で、家で死を迎えることは不幸なのですか？病院で死ぬより住み慣れた自宅で死にたいと希望することがダメなのですか？陽性と判定された後期高齢者が保健所の保健師さんと十分に話あって、納得して在宅を選び、そして在宅でお亡くなりになったことが社会正義に反すると糾弾するのはですか？

「高齢者施設等は逼塞している」と感じ始めて3か月以上経過しました。クラスターが起きることが

マレと考えられていた期間が過ぎ、いくら防御してもいつクラスターが起きてもお不思議ではない状況に変化していることが、全く理解されていませんね。

「蟻の一穴天下の破れ」なんていい方がありますが、今の高齢者施設等の緊迫感に通じます。感情や思い付きを言葉にする自由は当然ですが、だれかを誹謗中傷することは控え、冷静に発言できないものなのでしょうか。後期高齢者や高齢者施設で働く人々に対して、一人の人間としてデリカシーはないのでしょうか。

◎正確な情報を本からえよう

いつもお邪魔する大型書店には、いつの間にか「コロナコーナ」が出来上がり、各種の書籍が平積みされています。たくさん買い込みましたし、読んでみましたが「なんだか？」と思う本が多いように思えてなりません。疑り深いわたしですが「山中伸弥により新型コロナウイルス情報発信」は信頼できます。このWebサイトの常連である宮坂昌之先生と黒木登志夫先生が昨年末に本を上程されました。

まず、日本の免疫学の大家、宮

坂昌之先生の『新型コロナウイルスの謎―最新免疫からわかった病原体の正体』ブルーバックスB―2156、講談社です。

第1章「風邪ウイルスがなぜパネデミックを引き起こしたのか」、第2章「ウイルスはどのようにして感染・増殖していくのか」、第3章「免疫vsウイルスなぜかくも個人差があるのか」、第4章「なぜ獲得免疫のない日本人が感染を免れたのか」、第5章「集団免疫でパンデミックを収束させることはできるのか」、第6章「免疫の暴走はなぜ起きるのか」、第7章「有効なワクチンを短期間に開発できるか」について、親切丁寧に素人にわかりやすく書いてあります。

「交差免疫」「インターフェロン産出不全」「炎症性サイトカイン」などということが何度読んでも理解できていないので、ノートを取りながら読み進んでみると「そんなのか」と思えるようになりました。わたしにとつての圧巻は「ウイルスに対して、われわれの体内でできる抗体は、わかりやすく言うと、善玉抗体、悪玉抗体、役なし抗体があります」という文章から始まる説明です。

すでにご存じの方がいらっしやると思いますが、この本を読むまで「抗体ができれば病気が防げる」程度の知識しかありませんでした。が、目から鱗が落ちました。

山中先生のウェブサイトで連載されていた黒木先生の『コロナウイルスの謎』が6月30日に突然中止になっていました。昨年10月1日に再開されました。その冒頭に「3ヶ月半、毎日10時間コンピュータに向かい、ネットで調べ、エクセルで計算し、パワーポイントで図にまとめ、ワードで文章を書いていましたが、9月中旬に予定より2週遅れで脱稿しました」と書かれてあったので、楽しみにしていました。

次に黒木登志夫先生の『コロナの科学―パンデミック、そして共生の未来』中公新書2625、中央公論新社です。1936年生まれ、東北大学医学部卒後がんの基礎研究を行い、専門英文論文300篇以上、日本癌学会長も岐阜大学の学長も経験され、詩を愛する博覧強記な現役サイエンストライターと紹介させていただきました。この本には、昨年11月23日までに明らかにすることがコンパクトに、時にはシニカルに書かれています。一つだけ紹介させていただきます。

「欧米諸国の全死亡者の40%以上が介護施設である。特に、スペイン、スウェーデンでは70%前後が介護施設の死亡者である」。

◎皆様で集団学習しましょう

宮坂先生と黒木先生の本は、ともに2020年『本大賞』だと思

います。親友に推薦しまくっています。新書版の本の情報量は20万字強程度なことが多いのですが、内容が凝縮されているのに読みやすくわかりやすい科学系の本はなかなかありません。宮坂先生をテレビで拝見することがあります。いつもわかりやすくコメントされます。黒木先生はYouTubeでいつでも講演がみられます。なんかものすごい先生です。

専門知識は基礎知識と応用知識に分けられるように思います。全く基礎知識に乏しい場合、なにを話されているのか全く分からないことがよくあります。代表的な分野にITとかデジタル系の本で、理解できる人だけが読んでくれれば良いといわんばかりの本があります。わたしの経験では、このような本は大したものではありません。

基礎知識がない人に対して、親切丁寧にかみ砕いて説明する、場合によっては図表化したりイラストで説明したりして、何が何でも理解して欲しいという筆者の情熱が伝わる本はすごいです。宮坂先生の本のエピソードに、先生の長女がほとんどのイラストを担当、長女の夫の微生物学者が文章を子細にチェックし、奥様が一般人としてアドバイスしてくれた「チームワークの産物です」と書かれています。職場で家族で集団学習しましょう。

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第14回 デジタルヘルス③

(デジタルヘルスの進歩を見据えた医療技術の保険償還のあり方に関する研究会報告書)

北都上北広域事務組合 公立野辺地病院 病院事業管理者 一戸 和成



今回は、デジタルヘルスの議論の最後として、筆者も参加し、2020 (令和2) 年9月に財団法人医療機器センターから公表された「デジタルヘルスの進歩を見据えた医療技術の保険償還のあり方に関する研究会報告書」をもとに、デジタルヘルスの保険上の評価について議論を深めたい。

○研究会立上げの背景と報告書の方向性

2020年7月17日に閣議決定された「骨太方針2020」では、10年掛かる変革を、「新たな日常」構築の原動力となるデジタル化への集中投資・実装とその環境整備(デジタルニューディール)等により一気に進めるとされた。このデジタルニューディールによるデジタル化の推進は、日本が抱えてきた多くの課題解決、そして今後の経済成長にも資するものとされ、単なる新技術の導入ではなく、制度や政策、組織のあり方等をそれに合わせて変革していく、言わば社会全体のDX(デジタルトランスフォーメーション)が「新たな日常」の原動力であると説明されている。

また、デジタルヘルスのマーケットサイズは、世界市場として2027年には約31兆円規模になると予測されており、簡単な試算からは、日本企業も新たに2兆円前後の産業の創出となることが期待されている。

このような中で、AIを含むデジタルヘルスに関する医療技術を開発投資の出口論である保険償還に関する予見可能性を多くの参入企業が求めているものの、これまでに踏み込んで詳細に検討が行われている形跡はなかった。そのため、企業側の更なる研究開発意欲を喚起し、ひいては国民の健康増進に寄与する保険償還のあり方はどうなのか検討するため研究会は立上げられた。報告書の提言は狭義にはAIを含むデジタルヘルス分野の推進を図る産業界を後押しするものであるが、広義には「国民の健康寿命の延伸」の実現に資するものとなっている。

○新たな評価の視点

デジタルヘルスのユニークさ、その特性は、医師の負担軽減や医

療技術の平準化等に資するところにある。そしてこの点こそが、これからの医療に求められる課題解消のカギになる。現行の診療報酬では、既存の治療法に対し、個々の患者にとって臨床的有用性(報告書では「健康アウトカム」と言っている)が高いかどうかという視点から加算等の上乗せ評価の議論が行われる。しかし、デジタルヘルス技術の特性を考えると、「医療の生産性の向上」や「医療の平準化」といった視点の評価、報告書においては「経済的アウトカム」と言っているが、こうした視点の評価が、保険収載当初には必要であると考えている。例えば、デジタルヘルス技術の中には、AIがMRIや内視鏡等の画像診断を容易にさせ、非専門医でも専門医並みの診断ができるようになることで、診断の時間短縮や見逃しが減ったり、医師(地域、診療科、専門医)の偏在是正に寄与したりするものがある。また、デジタルヘルス技術による医療の平準化により手術時間等の診療時間の短縮化が図られることで医療の生産性の向上につながる。このような新しい視点での評価が必要となってくるのである。

○「5つの提言」

こうした議論を踏まえて、報告書では「5つ」の具体的提言を行っている。

第一は、包括評価。デジタルヘルスは主に「ソフト」の世界であり、ライフサイクルが短く、改善・改良が頻繁に行われることから、医療機器のように個別に償還の議論をする形式よりも包括評価される方が適している。

第二に、アウトカム評価。これまでは、医療機関がどのような体制やプロセスで診療を行うかによって、その医療技術に関わる診療報酬や施設基準が設定されてきた。しかし、今後は何をしたかではなく、その効果・結果、すなわちアウトカムに着目した評価にすることが重要である。

第三に、医療技術の再評価。デジタルヘルス技術はデータ収集に関する親和性が高いため、一定期間データを収集した後に再評価(加算、減算)を行う仕組みの導入が行い易い。特に、前述したように、保険導入当初の「経済的アウトカム」での評価が「健康アウトカム」につながっているのかという検証のためにも、保険導入直後からデータ収集も同時に行い技術の再評価に向けた準備を行うことが必要である。

第四に、評価を行う新しい組織の設置。現在の出来高評価(アウトプット評価)から、将来的には、デジタルヘルス技術の進歩とともに、診療報酬体系をアウトカム評価へ大きく変容させることが保険財源の有効活用にも資する。その

ため、デジタルヘルスの特性を踏まえ、医療経済、ヘルスデータサイエンス、行動経済学、医療経営などのこれまでとは異なる専門家を含めた専門組織を中医協に新設する必要がある。

※この第二、第三、第四の提言は、前回のコラムでも記載したCMSのACOに似た制度を導入するうえで非常に重要な提言になる。

最後、第五に、報酬上明らかな評価項目の設定。デジタルヘルス技術の評価していることが明示されるよう、点数表上、新たな項目を設定することが必要である。そうすることで、デジタルヘルス技術を開発しようと意欲を持つ企業が、より活発に開発に乗り出すことを想定している。以上がデジタルヘルスの特性を踏まえた保険償還に関する5つの提言である。

○将来への期待

いわゆる「アウトカム評価」は、デジタルヘルス技術に限らず、将来的に、再生医療等製品や遺伝子検査・治療等の保険償還のあり方でも、その導入が期待されるであろうし、既存の医療技術の再評価にあたって重要な位置づけとなるだろう。

今後、この研究会の報告書の内容が関係各所による検討の基礎となり、また、さらなる議論が進み、制度として具現化することを期待する。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(1)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■コロナで変化した経営環境

この1年、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が世界に広がった。感染は収束せず長引くのは、確実のようだ。非常事態をきっかけに日本社会のデジタル化の立ち遅れが浮き彫りになった。新型コロナウイルス前から問題となっていた地球温暖化、貿易摩擦、停滞し続ける経済、少子高齢化、地震からの復興、水害からの復興、働き方改革、最近では雪害などの課題がなくなつたわけではない。そこにデジタル化の遅れが加わり、これらは複雑に連動し一層ややこしい環境になったと思う。

我々ヘルスケア産業を取り巻く経営環境は既に変化したと考えるしかないだろう。特にデジタル化、DXはまだ先のことと考えていたことを修正しなければならない。一般企業と同様に環境変化にそつた経営戦略や事業モデル、人材戦略を柔軟かつ迅速に変えていくことが必要だ。

■DX対応で変化する経営戦略

事業を継続していくために、環境が変われば戦略を変えるのは当然だ。デジタルトランスフォーメーションDXに本気で取り組まなければ、新型コロナウイルス感染症流行収束後の環境への対応だけでなく、競争力の低下はもちろん、労働力不足など山積する問題にも対処できない。一刻も早くDXに取り組みざるを得ないときに迎えていると思う。

組織体制、業務、組織文化・風土等を抜本的に変革し、データとデジタル技術を活用した顧客価値創出や事業革新を実現することで、新たな成長と競争力強化に繋げていくことが求められている。以前から一般企業(特に大企業)では、政府の推進する Society 5.0 推進を受けて、デジタル化、DX化、働き方改革、新しい人材戦略等を変革してきた経緯があった。だから一般企業では、感染拡大による業務のDX化が進んでいる。昨年、緊急事態宣言が出されると多くの企業が社員を在宅勤務、リモートワークに切り替え、会議も急速にオンライン化が進んだ。Zoom、Teamsといったオンライン会議の利用が急拡大していて、リモートワークは日本企業のニューノーマル(新常态)になっている。

DXの定義は、経済産業省が19年7月に取りまとめた「DX推進指標とそのガイダンス」において「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」としている。これを段階的にまとめると、第一段階、データとデジタル技術を活用して、業務の効率化による生産性の向上を図る、第二段階、データとデジタル技術を活用して、既存の製品とサービスの高付加価値化を図る、第三段階、データとデジタル技術を活用して、新製品・新サービスの創出する、第四段階、データとデジタル技術を活用して、現在のビジネスモデルを根本的に変革する、最終段階、データとデジタル技術を活用して、企業文化や組織マインドを根本的に変革する、までの5段階がDXの目指すところとなる。

DXは、どんな資源を使つてどんな価値を顧客に提供するかという、企業のビジネスモデルや事業戦略そのものを変化させる活動なのである。

■DXに対応する人材戦略

経済産業省の情報処理推進機構社会基盤センターが20年8月に発表した「IT人材白書2020」では、DXの課題として、危機感の浸透、変革に対する社内の意識改革、社内人材の育成を挙げている。企業におけるDXの推進は、経営者の手腕に託され、ビジネスにIT化がますます不可欠となり、そこにはビジネスを動かす「人材」が関係してくる。企業は人材を自社に引き付ける魅力を拡充させ、その人材を適材適所に配置し、経営を革新しなければならぬ。そして、社員自身は、新しいスキルを身に付け、その力を発揮できる企業やポストを見つける。今こそ、「企業」と「人材」が新たな日常を迎えるための関係を構築しはじめる時である、としている。

そこで注目されるのが、リカレント教育「学び直し」とジョブ型雇用である。政府は推進している Society 5.0 の中で、持続可能な産業化の推進と人手不足の解消によって、経済発展と社会的課題の解決を両立するとしている。それを受けて経団連は以下のとおり、企業と社員に変革を迫っている。

社員の「学び直し」の奨励に向けて、企業には以下の取り組みが求められる。第一に、企業の経営トップが、人材育成方針として、社員の自律的キャリア形成と主体的な学びを重視する姿勢を打ち出し、社員の意識改革を促していくことが望ましい。社員も、今後は

ジョブ型雇用の社員とともに働くことを念頭において、自らの業務の中で専門性を磨き、エンプロイアビリティ「雇用され得る能力」を高めていくことが必要となる。第二に、大学等における学び直しのインセンティブとなるような社員の評価体系や人事制度を整備することが求められる。社員の学び直しを促すための経済的支援制度や勤務時間制度を導入することや、海外留学等の社外での学びに専念するために活用できる休暇・休業制度を整備することが求められる。第三に、キャリアの多様化を図るため、社員の意向をより重視した公募制による人事異動を拡充することで、社員がキャリアをより主体的に考えるきっかけを増やしていくことも重要だとしている。

一方政府により、20年春に高齢者雇用安定法が改正され、企業は21年4月から従業員に対して70歳までの就労確保の義務を負うことになり、やはり社員の学び直しを制度として考える必要が生じていると思う。

真に求められる人材を育成する専門教育を充実させると同時に、リカレント教育(社会人の学び直し)も積極的に活用しながら、ポストコロナ時代に向けて人材のミスマッチを解消していくことは、私たちが早急に取り組まなければならない大きな課題といえる。

この1か月の 喜怒哀楽



友人知人が入院した、病院や施設で陽性者がでた、大規模クラスターになった、などの連絡をいただき、大したことはできませんが知ってる限りの情報提供をしただり、入院中の知人の生還を祈るうちに日が暮れる毎日です。

6面をご担当いただいている副島秀久先生もお気に入りのパッハの曲についてまず書きます。パッハの『マタイの受難曲』を聴くと外に向かっていた意識が、内に向いてくる気がします。この曲は『宗教音楽の頂点』と評価されていますが、学生時代には理解というか、どうもお気に入りにはなりませんでしたが、それが10年前の311以後の1週間くらい、心がかきむしられるような感覚からの救いを求めてこの曲を毎日かけました。この1年間は、後期高齢者の死亡や感染再拡大が招く混乱を冷静に受け止めたいという気持ちで『受難曲』を選んでいたのでないかと思ふことがあります。

人に直接会わなくなり、1人で作業する時間が長くなったせいか、それとも単に加齢したせいなのかわかりませんが、同じ曲が変わったように聴こえたり、新たな

発見があることがあります。文人の多くが、読み手の年齢の変化により、同じ本を読んでも「感じ方が変わる」と書いていることを思い出します。同じ本も同じ曲も、受け手であるこちらが変化しているのに、曲や文章が変わったような錯覚が起きるらしいのです。あの時は絶対だと信じていたことが、今一度考えてみると「若気の至り」だったと、今頃反省しても遅いことが思い出されることもあります。その昔、確か「老人の心理」とかいふ本に書いてあったことが起きているかもしれないとどこかで思いつつ「加齢はしても老人にはまだなっていない」と強がっているのも滑稽です。

◎田中滋先生が社保審会長に

1月29日に、約2年ぶりに社会保障審議会が開催され、同志の田中滋先生が審議会会長に選出されました。とてもうれしかったです。例外はあるのですが、国の審議会の委員は70歳を超えると再任されないことが不文律のように思い込んでいましたが、田中先生は70歳越えの新会長ということですね。考えてみれば高齢者の生活を支えているのは社会保障制度なのですから、高齢者が会長でも何も問題はありませぬ。田中先生は、埼玉県立大学まで元気に電車通勤されているので、体力的にも何も問題ないですし、一層活躍して欲しい

と思います。

◎順番くればワクチン打つか

これは1月30日の宮坂先生のYouTubeの中での発言です。昨年11月17日に国会の厚生労働委員会で宮坂昌之先生はワクチンへの懸念をお話しなっていました。それが、最新データではワクチンの副反応は心配することがない。現在のワクチンによるアナフィラキシーは、10万回に1回、もし起きてもすぐに対応すれば危険はない。生物学に絶対はないし、ワクチン接種は義務ではないので、自分で決めることが大切。16歳未満と妊婦・授乳中の人の科学的知見がまだないので、何ともいえない。高齢者施設の寝たきり老人など活動性が低い（フレール）人にはリスクがあるというデンマークでの研究結果がある、などなど最新情報を教えていただきました。素晴らしい説明で、わたしは「市役所から連絡があれば、素直にワクチン接種する」と決めました。

宮坂先生は確か74歳で、2面に書かせていただいた黒木登志夫先生が84歳、お二人とも現役の素晴らしいサイエンスライターです。わたしは、学習が生涯の生きがいになることは素晴らしいことだと感心しています。

緊急事態宣言延長される
2日の節分の夜、政府は10都道府

府県の緊急事態宣言を3月7日まで延長することを決めました。明けて3日は立春です。昨年この日「ダイヤモンド・プリンセス」が横浜港に入港し、日本政府が14日間の下船拒否をしましたね。12日は旧正月、中国では春節、ベトナムではテト、韓国ではソルハラで、これらの国では例年なら帰郷ラッシュになりますが、今年は静かだそうですね。昨年2月27日には学校の一律休講が要請されましたよね。

全て1年前の出来事ですが、やはりこの1年間は何にもなかったように思えてなりません。梅はみましたが、ひな祭り、卒業式、入学式、花見、ゴールデンウィーク、七夕、秋祭り、七五三、クリスマス、お正月などのイベントはほとんどありませんでした。新年会、送別会、クラス会や同窓会、忘年会おまけに結婚式への参列も葬儀や法事への参加も1度もありませんでした。何も行事がなくなってしまうたせいか、美しい日本の旧暦には24節季があり、農作業は立春から大寒までの区切りで営まれてきたことがよくわかる気がします。この1年はなかったことにして、1歳長生きすればいいのだ、と訳の分からないことを考えたりしています。

緊急事態宣言での自粛要請に反応する人が多数で、新規感染者数が減少しています。何か科学的な根拠があるわけではないのに「東京都の新規感染者数が1日500人以下になればいい」などと聞くのが、がっかりします。重篤な患者さんに対応する病床がないことが最大の問題なのではないのでしょうか。

感染しても無症状の人もいますが、突然重篤に変化し、生か死かの瀬戸際まで運ばれる、というイメージから抜け出せません。同年齢かそれ以上の生還者の話では「覚悟した」とのことです。感染者数が減少することはありがたいですが、狙い撃ちされているような恐怖から抜けだせません。

このような愚痴をメールに書いたら、三浦公嗣先生から「感染者が増えて、その人達が高齢者を感じさせ、感染した高齢者が重症化し死亡するとともに、感染者が増えた結果として市中感染が増え、それが病院や施設に持ち込まれて院内感染等が発生するというシナリオですから、根本から押さえないといけないのです」と「喝」がきました。わかっているつもりですが、だれかに愚痴りたい時もあります。

いま、重篤になり生還してきた先輩に、闘病記を書いてくれるように依頼しています。近日中に社会医療研究所のHPに掲載する予定です。どうか1年間は自粛しました。あと1年続くといい気分を入れ直します。

小山

医療の沸騰点



医療体制と病床ひっ迫の本質

済生会熊本病院 熊本県済生会支部長 副島 秀久

混沌を世界中にもたらしたトランプ政権がすったもんだの挙句にやっと終わった。選挙不正を根拠なく言いふらし、盗まれたなどと嘘を吹き込み、前代未聞の議事堂乱入事件を引き起こし、ろくに引継ぎもせずに去っていった。民主主義国のリーダーと自認していたが、トランプ大統領が実権を握った危うい時代だった。COVID-19での死亡が40万人を超えてもなお無策だった彼のアメリカファーストとはいったい何だったのだろうか。

COVID-19に対しては日本ではそれなりの対策を取り、自粛を促し、非常事態宣言も発出し、1月24日時点で若干減少傾向にある。ただ、患者増の10日ほど後に来る重症者の増加も「ひっ迫」を越えて、一部では「危機的」状況だ。最近、テレビや雑誌で見かける論調はOECDの中で人口当たり病床が圧倒的に多く、医師数もそれなりに看護師数も遜色ないにも関わらず、少ない患者数でなぜ医療崩壊と言う事態となるのかというもので、当然の疑問だ。人口1000人当たりの病床数は日本13・0で、アメリカ2

・9、イギリス2・5に比べてもかなり多い。COVID-19の受け入れ対象と思われる一般病床88・8万床でみても、人口比で日本7・4とイギリスに比べ病床数は3倍多い。一方で平均在院日数は16日で効率が悪くアメリカの3・5日、イギリスの5日を考慮すると日本で使えると思われる一般病床は機能的には26―28万床分と換算される。人口1000人比にすると2・2床で使用できる病床はむしろ少ない。さらに一般病床と言っても人手の少ない小規模を除くとCOVID-19に対応可能な病床数はさらに少なく、DPC対応可能規模を300床以上とすると316200床、平均在院日数11・4とするとこれも実質9・7、13・9万床分である。人口比にすると1・1、1・0・7となり受け入れ可能病床全体は米国の24―34%となる。ひっ迫するはずだ。病床は多くあるものの対応できる病床が30%しかない。

しかしひっ迫の主因は病床ではない。1床当たりの医師数は0・2人（アメリカ0・9人）看護師0・9人（アメリカ4・1人）と対応病床が3割で人員の厚さは1／5である。COVID-19死亡数は日本が4000人ほど、アメリカが40万人つまり100倍で、人口比の死者は日本で0・032、米国で1・29となり40倍と多い。職員数は医師看護師だけでなく医師を支える職種も米国の1／4―1／5と少ないので、当然救急やICUのスタッフの負担も大きい。整理してみよう。ひっ迫の主要原因は人手、特に医師なのでそれに絞ってみると使える病床はさらに少ない。重症患者の最後の砦である集中治療室を管理する専門医は日本で20000人、10000人当たり0・015、アメリカは29000人で人口比0・08とアメリカの19%しかない。集中治療室を保有するような高機能病院は日本では85―95%の利用率がないと損益分岐点を越えてしまう。COVID-19に対応できる病院はこの時期特に空床が少ないので、5%も増えれば満床となりひっ迫と言うことになる。

1月23日のデータの新規発生数は5043例、重症者数は1011例でピークだった1月8日7882から36%減だが新規発生から10日目前後に重症者のピークを迎え、現在が最も重症が多い時期である。また1月末から2月の初めの寒い時期は血管系の患者も多く最も死亡が多い時期と重なる。従って医療崩壊のリスクが最も高い時期と言える。

現状をさらに詳しく見てみよう。1月23日公表のもので、各県ごとのステージを4段階に分けひっ迫度を指標で示している。このうち重症者病床利用率（重症者／確保病床）と10万人当たりの新規報告数・週をステージ4で比較の差の少ない県で比較してみた。神奈川県・兵庫・沖縄（55・57・556・6%）新規報告数（61・331・744・9）でいずれもステージ4である。確保病床の利用率が50%を越えれば厳しくなる。人員が確保できなければ現場が回らないので残り50%の病床を利用するためには通常の救急疾患を断らざるを得ない。

仮に米国での重症者数を一日死者の10倍とすると40万人、日本では1000人前後で、それぞれ人口比でみると米国0・128と日本0・008となり、現状がひっ迫とするなら、COVID-19の対応能力は米国の1／16でかなり少ない患者にもかかわらず限界に達する。

今さらとも思うがなぜこうした状態に至ってしまったのかを考察しておくことは有意義だろう。以前にも書いたが日本の医療体制はベッド数、医師数、在院日数、職員数、医学教育などにおいて欧米先進国と異なり、かなり奇怪である。ただ、昔から違っていたわけではない。例えば在院日数をとっても1960年では先進国の中位

でドイツと同等で27日前後である。諸外国が在院日数を徐々に減らすのとは反対に在院日数はどんどん伸びて1985年の40日弱をピークに下がり始めるが一度増やすと簡単には減らない。二つの失敗がある。一つは諸外国でケアの範疇にある領域も医療に組み込み、ただでさえ少ない医師の関与をさせたこと、二つ目は出来高制を包括制に変更しなかったことである。出来高制は長く居ても報酬が入る。必然的に病床を増やし長期入院が増えることとなった。出来高制度の最も怖いところは医療費の抑えが効かないことである。

欧米諸国と比し圧倒的に多いのは慢性期療養病床である。欧米のホスピタルは急性期治療（ケア）を行う所で、療養（ケア）は施設（ファシリテイ）で行われ医師の関与は限定的である。医療資源が慢性期にシフトし、急性期医療が圧迫され長時間労働と高稼働率を強いられ、ますます余裕がなくなっている。幸い日本ではCOVID-19による死者も感染者も少ない。ひっ迫するのは、米国と比べ人口比で使用可能な病床が1／3、医師看護師が1／5、集中治療室が1／5で、結果対応能力は1／16でこれでは勝てない。本当に怖いのは敵ではなく無能な指揮官である、というインパール作戦の教訓を今さらながら思い起こす。

香取照幸さんの『民主主義のための社会保障』東洋経済新報社が発刊されました。この本には帯がついていて「社会保障のあり方がこの国の将来を左右する。異能の元厚生官僚による憂国の書、第2段」と書いてあります。

4年前に退官してから、在アゼルバイジャン共和国日本国特命全権大使となり、昨年4月から上智大学総合人間科学部教授として、社会保障について教鞭をお取りです。悪友たちの間では「ミスター社会保障」「ニックネームは「カット」と呼ばれています。

突然ですが勝手に引用させてもらいます。
○誤解を恐れずに言えば、今の日本の医療・介護体制は「戦力の逐次投入」と「有限資源の薄まき」の状態に陥っています。このままでは増大する医療・介護ニーズを支えることは難しい。そのような状況を打開するには、限りある人的・物的資源の効率的利用という観点から思い切った「選択と集中」「人的・物的資源の再配分」が必要です。

○社会の成員すべてが持てる能力を開発・発揮し、社会への参加を通じて責任と役割を分かち合うこと、同時に社会保障の恩恵を（権利として）享受することを通じて「見返りの実感」を得、それによって社会的統合の実現と経済成

香取照幸先生の憂国の書、第2段

長（活力）と安心の同時達成を実現する社会の実現を目指す。落ちこぼれ・排除をなくし、分断・排除・制度の谷間を生まない社会保障のネットワークをつくることは、社会保障の本来的機能です。

○日本のような社会で、健康・医療や介護、保育といった社会サービスが成長産業たり得る、というのは、まさにそれが（社会全体の需要が飽和する中で）人々が必要とし、求める「確実に実体的な需要」「今後も増大していく需要」だからです。そして、社会保障がその需要を「有効需要」にする医療、介護、保育などへの投資を

行い、社会保障制度などによって「費用保障」を行うことで「必要な人が手に入れることができる（つまり買える）」サービスにするからです。

○社会保障を生涯の職としてきた者として、大げさなようですが、私は「自由と民主主義」に基本的価値を置く西側社会の一員であるこの国を守り、再び愚かな争いで世界を巻き込まないためにも、社会を分裂させ、民主社会の基盤を掘り崩す「格差の拡大」に逃げずらな面から立ち向かわなければならぬと思っています。

こんな文章ですがいかがでしょう

うか？日本で膨大な先人の努力で構築されてきた社会保障制度が、今や経済も民主主義も支えているのが現実なのだから、われわれは一層格差などをなくして、社会保障を維持・発展させましょうという強烈な熱意が伝わってくる書籍です。緊急事態宣言下で世の中全体は「思考停止状態」になっているのかもしれないが、今後のわたしたちの暮らしを考える上でも、世界の中での日本の行く末を考える上でも貴重な意見だとわたしは思います。



19年8月下旬アゼルバイジャンの首都バクーへ行き、香取さんと会いました。目的はリヒャルト・ゾルゲの生家を訪ねること

でした。日本帝国で活動したソ連のスパイで44年11月に死刑になったゾルゲ事件の首謀者ですが、なぜか大学生の時に興味があり、調べまわりました。父親はドイツ人の石油探掘技師、母親はロシア人と紹介されますがアゼルバイジャン人だった可能性があります。映画にもなりましたが、ゾルゲ関連の日本語の書籍は沢山あります。バクーの生家を発見できたのは旧友の香取さんのおかげです。そのバクーで、美しいカスピ海を眺めながら香取さんが3年間何を考えていたかが、よくわかる本です。是非お読み下さい。

小山

MMPGは全国の職業会計人による我が国最大級の医療・福祉・介護経営コンサルティンググループです

全国“100”を超える有力会計事務所が皆様の経営の支援をさせていただきます

医療・福祉・介護の制度や税制をはじめ、各種補助金・助成金等の支援策をタイムリーにご提案いたします

“3000”件を超える独自の診療報酬・財務・給与データを活用し根拠に基づいた経営分析を実施いたします

経営や会計・税務等でお困りの方はご相談ください



メディカル・マネジメント・プランニング・グループ

〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35御殿山トラストタワー 4階 Tel.03-6721-9763

https://www.mmpg.gr.jp/



関連イベント情報 掲示板

関連イベント掲示板3月14日
第16回日本介護経営学会シンポジウム
「高齢期の資産管理と介護費用」
のお知らせ

今回は昨年中止した「高齢期の
資産管理と介護費用」をテーマ
に、第一線の方々に議論してい
た

【日時】 2月23日(火・祝) 14時
〜16時
【方式】 ZOOM発信 会員はオ
ンラインで参加

香取照幸さんが主宰する一般社団
法人未来研究所臥龍の今後の予定

17時05分〜17時20分 質疑応答
17時20分〜17時30分 閉会挨拶
【開催方法】 ZOOMウェビ
ナーによるWeb開催
https://
kaigokeiigakakai.jp/past-
activity/symposium/17th-
symposium/です。

【日時】 2月23日(火・祝) 14時
〜16時
【方式】 ZOOM発信 会員はオ
ンラインで参加

【ゲスト】 武藤真祐先生(医療法
人社団鉄祐会理事長 祐ホームク
リニック)、岸本泰士郎先生(慶
應義塾大学医学部精神・神経科専
任講師)、黒木春郎(当研究所理
事 医療法人社団嗣業の会理事長
外房こどもクリニック)

【テーマ】「国民医療インフラとし
てのオンライン診療」

今回は「拡大Think.in」として、本
研究所会員のほか、日本遠隔医療
学会、日本プライマリ・ケア連合
学会、日本小児科学会等の会員の
方々へもお声がけをしています。
【第4回 Think.in】 3月23日(火)
19時〜

武久洋三 日本慢性期医療協会会長
「超高齢社会の医療の姿」コロナ
禍から見えてきたもの(仮題)

【第5回 Think.in】 4月7日(水)
19時〜

増田寛也 日本郵政株式会社 代
表執行役社長

「コンパクトシティー医療・福祉
政策との連携」(仮題)。

【第6回 Think.in】 4月27日(火)
19時〜

宮本太郎 中央大学教授

「2040年に向けて、地域医療・地
域福祉をどう構築するか」(仮題)。

【開催形式】 ハイフレックス方式
(会場参加とオンライン参加の併
用) または全面オンライン参加
方式とすることを想定しており、
ホームページ上に掲載予定です。
それぞれ近くなりましたら改め
て参加のご案内を差し上げますの
で、是非討議にご参加くださいと
のことです。

なお、Think.inについての情
報以外にも、代表理事・理事の活
動について、HPに随時掲載され
ています。 http://garyuor.jp/

介護報酬改定下の栄養管理研修
3月13日の9時30分〜17時15分
までの長丁場ですが、Web開催で
す。理事長の三浦公嗣先生も杉山
みち子理事も話されますし、取り
組み事例も手取り足取り説明しま
す。アウトカム評価については、正
確な情報提供もします。まだ余裕
があるので学会のIPから参加申し込
みをお願いします。 https://incm.
com/ 小山

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

