

「季刊」

監事

2020 7

No.011

特集

コロナ禍

想定外のリスクにどう対応？

- **メンタル不調ビジネスパーソンの社会復帰支援**
株式会社 三菱総合研究所 理事長 **小宮山 宏**
- **「オンライン診療は日本に必要」**
フジ虎ノ門グループ 会長 **土田 ひろかず**
- **「当たり前に使われるオンライン診療を目指して」**
株式会社 メドレー 代表取締役医師 **豊田 剛一郎**

「オンライン授業」「会計」「不祥事」について
大いに語る(上)

青山学院大学名誉教授／大原大学院大学教授 **八田 進二**

「季刊」監事

No.011 2020.6.20

特集・コロナ禍 想定外のリスクにどう対応？

- 4 **1** 生物学的、心理的、社会的感染を防ぐことが大事 本誌・編集部
- 6 **2** オンライン診療の在り方を考える ニッセイ基礎研究所 主任研究員 三原 岳
- 13 **3** 「当たり前に使われるオンライン診療を目指して」
株式会社メドレー 代表取締役医師 豊田 剛一郎
- 18 **4** コロナ感染 1・6 万人超でも医療機関の患者が減るのはなぜか？
医療ジャーナリスト 益本 耕介
- 22 **5** 「オンライン診療は日本に必要。元に戻すのではなく…」
フジ虎ノ門グループ 会長／元参議院議員 土田 ひろかず
- 26 **6** メンタル不調ビジネスパースンの社会復帰支援
三菱総合研究所 理事長 小宮山 宏
- 28 **7** 新型コロナウイルス対策 徳洲会はどう対応したか？ 医療ジャーナリスト 吉澤 博隆

- 31 **新型コロナウイルス感染症の課題**
自治医科大学 学長／日本医師会 COVID-19 有識者会議 座長 永井 良三
- 32 **新型コロナウイルスの事務的対策** 東日本税理士法人 副所長・税理士 坂田 茂
- 38 **「オンライン授業」「会計」「不祥事」について大いに語る——（上）**
「『第三者委員会』の設置は免罪符に使われていないか？」
青山学院大学名誉教授／大原大学院大学教授 八田 進二
- 47 **「人材を発掘して人財として輝かせるために、われわれの手で監理団体の運営を」**
あおぎり協同組合 代表理事 山下 浩幸
- 56 **投資ファンドによる病院買収 ～進まない医療法人制度改革～ なりう法律事務所 弁護士 成生 憲治**
- 63 **新型コロナウイルス感染症拡大で ICU の需要と供給体制はどうなっていますか？**
答える人 エア・ウォーター防災株式会社 取締役医療事業本部長 酒井 勇次
- 66 **AI を使って新型コロナウイルスに有効な治療薬を既存薬から見つける取り組み**
本誌・編集部／インタビュー 株式会社 FRONTEO 代表取締役社長 守本 正宏
- 69 **これからの社会福祉士の役割** 株式会社 KuMu 代表取締役 小林 裕一郎
- 70 **コロナ時代の病院自動精算システムとは？**
「医療現場の最前線で役立つ時代が来ると実感しています」
株式会社アルメックス代表取締役社長 馬淵 将平
- 74 **「公立病院改革が進まないのは、『前例がない』と受け付けない風土が問題」**
医療法人社団 東京MITクリニック理事長 宇野 克明
- 82 **「オンライン診療、オンライン監査の導入で、病院経営のムダを省くことが大事」**
監査法人 長隆事務所代表社員 長 隆
- 86 **再編統合・地方病院の対応は？**
地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 理事長 栗谷 義樹



弁護士

くぼり ひであき

久保利 英明

日比谷パーク法律事務所代表

日本ヘルスケア役員協会理事長

医療機関で不祥事が起きるのは、基本的にそこで医師が病院経営と個人の利益を重視し、患者のことを考えてないことに原因があります。残念なことにただ儲かればいいのだと考えていて、「医は仁術」と考えていないわけです。

最近、「弁護士では飯が食えない」と嘆く弁護士が増えているのと同じで、医師も結局は、いい飯を食いたいだけの職業になってしまっていることが根底にあると思います。だからいま、医療機関の紛争事案がたくさん発生して弁護士も困っています。

経営センスがあって、ガバナンスのことなどを考えている院長は実際、日本にはあまり多くないようです。だから一族に3人、5人と医師がいて、集まって医者だけの発想で同族経営を行い、結局、親子げんかや兄弟げんかをおこしたりするケースが多いのです。根本的に誰に医療サービスを提供して、誰からお金をもらっているか、という考えがありません。だから冗費を惜しまないし、院長先生の奥さんが病院の金庫から使い込んだりする事件が起きたりするのです。

医師は一般人とは別人種、上級国民だと思っている人も多いのではないかと思います。だから医療機関の監事には仲間の医師を就けるのがいい、などと考える人も出てきます。

監事が組織のトップと同じプロフェッションであるのは、その組織にとって余り良いことではありません。常識のある経営者や、きちんとした考えを持った弁護士を監事に就ける感覚がなければ、結局、一族で同じ考えの者同志が集まって勝手な経営を行なうようなことになります。そういうものに税制優遇や法人格を与えることは非常に問題があると考えています。

結局のところ、厚生行政がそういう風土を生んでいる諸悪の根源ではないかという気がします。要するに、行政は医師の顔しか見ていません。保険財政のことを含めて、国民のことを本気で考えて、「監事の目線」で見るような人はそんなに多くはないようです。

これは大学でも同じことが言えます。本当の大学経営は学生の顔を見てやっていかなくてはいけないのに、そうしている大学は少ない。学校法人の監事にもそういう人は少ない。

内輪ばかり見て、外に対して発信したり、旧弊を変えていこうということがない組織は、ダメな人たちが集まっているダメ組織です。それを事なかれ主義の役所がコントロールしているという構図です。

そういう組織でも、ユーザーや社会を意識した監事が入ってくるだけでずいぶん、変わるはずです。そのためには監事の仕事がやはり、社会的にとっても有意義な仕事であると考える人に監事になってもらわなくてはけません。理事長を付度したり、空気を読んだりしていたのでは、監事の役割を果たせないのです。

つまるところ、いい経営者がいれば、監事の仕事は大事だ、という考えになるし、いい監事が来てもらえれば、この経営ではダメです、と理事長にも言うようになるのだと思います。

1

生物学的、心理的、社会的
という3つの感染を
いかに防ぐかが大事

本誌・編集部

1 何度も現場に出向き、職員の気持ち、ベクトルを合わせる作業を

「私どもの病院では入院も外来も担当しています。まず担当するに当たっては、職員が納得してくれなくてはなりません。そこで何回も職員へのメッセージを出しています。そしてわたしが職場に行って話をしています。それを繰り返しながら、職員の気持ち、ベクトルを合わせる作業をしました」と話すのは、河北医療財団・理事長の河北博文氏。

新型コロナウイルス感染症は首都・東京で5月14日時点で感染者数は5000人を突破。都内でも有数のベッドタウンに位置する杉並区で長年、総合病院を続けてきた河北氏は、今回の危機時への対応に関してこ

う続ける。

「取りあえず当初われわれのところでは44床を新型コロナウイルス感染症対応していますが、われわれにできる診療とできない診療があります。できない診療については、他の感染症指定病院と連携をとらざるを得ません。そこに保健所を中心にしてどう搬送する形にするか、という方向で連携を強化したいと考えています」

新型コロナウイルス感染症対応では地方病院もたいへんさは同じだ。

「地方では急性期病院が多くの場合、数も少なく、公立の基幹病院です。地域の急性期基幹病院が重症化した新型コロナ肺炎の患者さんを診ていくと、深刻な問題が生じる可能性があります。まずICU（集中治療室）の感染症病床は、新種の伝播力が強く、リスクの高い感染症疾患は想定されていません。感染症専用の『陰圧室』もありません。たった1人の感染患者さんの入室でも感染予防のために両隣の病床を空けなくてははいけません。2人、3人と患者さんが増えるだけで、ICUの機能が全てストップしてしまう可能性があります」と話すのは、地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 理事長の栗谷義樹氏。

栗谷氏は「地方では急性期医療を提供できる基幹病院はそんなに多くありません。1つの基幹病院に役割を押しつけると、地域の医療全体が崩壊することに繋がります。個人的な考えですが、非常時災害対応として考え、重症化した患者さんの対応医療機関を人口100～50万人単位で再配置して一カ所に集約し、人員と物資、予算を集中投下することが必要だと思います。ピーク時の重症患者発症数の推計から、概ね人口100万人で1か所、距離的に離れているところは50万人で1か所、こういう

やり方は可能でしょう」と対応策について提言する。

2 時限的・特例的措置で オンライン診療はどこまで普及するか

政府の緊急事態宣言が解除された後の6月に入ってから、コロナ感染第2波到来の懸念もされ始めた九州地区。一時は福岡地域でも医療崩壊が心配された時期があったが、4月28日時点ではすでに、県と市による精力的な主導によって重症者・軽症者の患者区分による明確な医療対応が行われ、医療崩壊が懸念されるほどの危機的な状況からは辛うじて脱している、と見ているのは、済生会福岡医療福祉センター総長で日本病院会副会長を務める岡留健一郎氏。

地域にある各医療機関や宿泊施設など限りのある資源を有効に集約・活用して、患者の感染者の重症・軽症区分ごとに振り分ける政策が功を奏した形と言えそうだ。

岡留氏はまた「今回の危機が医療のICT（情報通信技術）導入を一気に進める契機になればと思います。災い転じて福となすではないのですけれど」と話している。

現実には新型コロナウイルス感染症が拡大する中、政府は初診からのオンライン診療を時限的に認めることになった。

4月10日に厚生労働省が都道府県、保健所設置市、特別区の各衛生主管部（局）に宛てた事務連絡「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課）が、今回の初診オンライン診療を時限的に認める措置を示した文書だ。

そのポイントは、①医師、患者双方ともに本人確認を確実にこなうこと②麻薬・向精神薬、また抗悪性腫瘍剤・免疫抑制剤な

どのハイリスク薬を処方してはならないこと③必要な場合は速やかに対面への対応、紹介が行なえること④支払方法においては銀行振込み、クレジットカード決済、その他電子決済を利用して差し支えないこと——などである。

オンライン診療にこれまで地道に取り組んできた地方の医療機関はそれなりに存在する。ただ、現時点での全国・全医療機関でのオンライン診療の普及率は「せいぜい15～20%ぐらい」（日病関係者）と見られ、思ったほど伸びていない。

普及はまだこれからだが、今回の新型コロナウイルス禍がその普及拡大の口火を切ることにつながるのを見方もある一方、「今回の初診でのオンライン診療の解禁はあくまでコロナ収束までの時限的措置。従来通り各種規制による使いづらさが残る状況では、コロナ収束後には普及のスピードは元に戻る」（関係者）という向きもある。

いずれにしても、コロナ危機は医療関係者以外の人々にも様々な問題を投げかけている。河北氏はこう強調した。

「日本赤十字社から非常にいいメッセージが出されています。『3つの感染』が広がっている、と警告しています。1つは生物学的感染です、ウイルスの感染のことです。2つ目は心理的感染です。マスクミを含めて、人々の不安を助長していることが挙げられます。3つ目が社会的感染です。これは差別、偏見のことです。医療従事者の子供は保育園でみないと、学校に来るなど言われた、ということが現実起きています。生物学的な感染だけでなく心理的、社会的な感染が広まらないようにすることが大事ではないかと思います」

Special Feature

2

オンライン診療の在り方を考える

三原 岳 みはら たかし
ニッセイ基礎研究所 主任研究員

1 はじめに

新型コロナウイルスが拡大する中、医師がビデオ画像などで患者を診断する「オンライン診療」の規制緩和が争点となり、対面で初めて診察した患者を対象を絞る「初診対面原則」が事実上、時限的対応として撤廃された。この過程では、厚生労働省や日本医師会が原則の必要性を強調したのに対し、経済財政諮問会議（議長：安倍晋三首相）などが規制緩和を迫る形で攻防が続き、規制緩和が政治主導で進んだ。

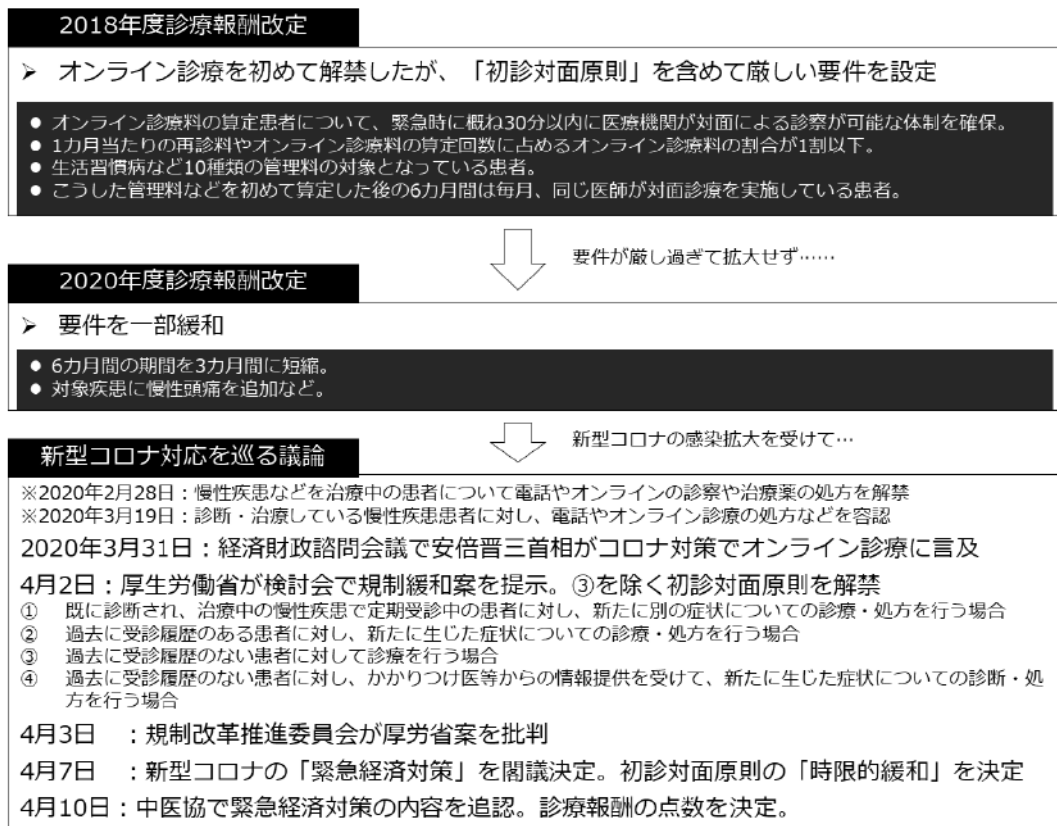
しかし、平時に戻った後の対応を考えると、初診対面原則は依然として重要と考えており、今回の規制緩和が持続可能かどうか、疑問が残る。さらにオンライン診療の普及は方法論の一つに過ぎず、他の医療制度改革と整合性させる観点も必要である。本稿では、オンライン診療の規制緩和を巡る経緯を振り返りつつ、患者—医師の信頼関係にベースを置いた制度改革を提案する。

2 2018年度診療報酬改定で創設

コロナウイルスとの闘いの最前線で活躍されている医師・看護師の皆様を院内感染リスクから守るためにも、オンライン診療を活用していくことが重要——。3月31日の経済財政諮問会議における首相発言が規制緩和を巡る論争の始まりだった。これを受けて、厚生労働省は部分的に緩和する案を示したが、規制改革推進会議（議長：小林喜光・三菱ケミカルホールディングス取締役会長）は初診対面原則の撤廃まで踏み込むよう強く要請。最終的に、4月7日に閣議決定された「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」では、初診対面原則の「時限的緩和」が盛り込まれた。

では、なぜ初診対面原則が争点となったのか。これを理解する上では、【図表1】で示した通り、オンライン診療が保険診療として初めて認められた2018年度以降の議論を振り返る必要がある。2018年度診療報酬改定では「オンライン診療料」（月70点）に加えて、ICT技術を活用して生活習慣病などの医学管理を評価する「オンライン医学管理料」（月100点）、在宅療養中の患者に対する医学管理を評価する「在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理

図表1：オンライン診療の規制緩和を巡る経緯



要件が厳し過ぎて拡大せず……



新型コロナの感染拡大を受けて…

出典：内閣府、厚生労働省資料を基に作成

料」(月100点)などが創設された(いずれも点数は2018年度改定時点)。

ここで問題となったのは厳しい要件である。オンライン医学管理料については、下記のような要件が定められていた。

- ① オンライン診療料が算定可能な患者に対し、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用い、オンラインによる診察を行った場合に算定。ただ、連続する3カ月の算定は認めない。
- ② 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3カ月以内)

とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、計画に基づき診察を実施する。

- ③ オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に医療機関が対面による診察が可能な体制を有している。
- ④ 1カ月当たりの再診料やオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下である。

さらに、【図表2】のように生活習慣病など10種類の管理料の対象となっている患者に対象が限定された上、こうした管理

図表2：オンライン診療の対象とされた診療科・加算

オンライン診療の対象とされた診療科・加算	
特定疾患療養管理料	生活習慣病管理料
地域包括診療料	難病外来指導管理料
小児科療養指導料	在宅時医学総合管理料
認知症地域包括診療料	糖尿病透析予防指導管理料
てんかん指導料	精神科在宅患者支援管理料

出典：厚生労働省資料を基に作成

料などを初めて算定した後の6カ月間は毎月、同じ医師が対面診療を実施している患者という要件も設定された。

つまり、初診を対面で実施した患者に対象を限る「初診対面原則」が設定され、オンライン診療が対面診療の延長線に位置付けられたほか、生活習慣病などで継続的に診ている患者について限定的に導入されたことになる。こうした規制緩和を受け、ベンチャー企業と福岡市が連携したオンライン診療のプロジェクトなど、いくつかの取り組みが見られた。

3 厳しい要件が参入の障害に

しかし、参入例はわずかにとどまった。例えば、厚生労働省の調査（2018年5月診療、同年6月審査分）によると、オンライン診療科などを届けている医療機関は病院で65施設、診療所で905施設にとどまった。そこで、中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関、中医協）では支払側から「相当厳格な算定要件が設定されたのも事実。あまりに厳格で普及の足かせに

なっていることも懸念している」（健康保険組合連合会の幸野庄司理事）との意見が示されたほか、筆者自身も現場で「要件が厳し過ぎて使いにくい」という意見を耳にしていた。

こうした厳しい要件が設定された背景には日本医師会の懸念があった。中医協では規制緩和を迫る支払側に対し、日本医師会はICTの活用を認めるとしつつも、「顔色も息遣いも雰囲気も表情も、その時の状況も全て対面」「どんなにICTが発達しても、（筆者注：対面診療の）補完。医療の本質は変わらない」と強く反対した（日本医師会の中川俊男副会長）。このため、関係者の合意を取れる範囲で、厳しい要件を設定することで、試行的に導入した面があった。

その後、2020年度診療報酬改定では要件緩和の是非が争点となり、規制緩和を促す診療側に対し、日本医師会は「大幅に緩和するとモラルハザードが起きる」（日本医師会の今村聡副会長）と慎重姿勢を崩さなかったため、2018年度改定と同様の意見対立が見られた。

最終的に、事前の対面診療期間を6カ月

間から3カ月間に縮減するとともに、対象疾患に慢性頭痛を追加するなどの制度改正が中医協で決まった。さらに医療資源に乏しい地域で遠隔診療を部分的に容認したほか、オンラインを使った外来患者への服薬指導も診療報酬で手当てされた。

その意味では2018年度改定に続き、2020年度改定についても、少しずつ対象を拡大する漸増主義的な方法が採用されたと言える。漸増主義的な手法は新型コロナウイルス対策でも継続し、2月28日の事務連絡で、▽慢性疾患などを治療している患者を電話やオンラインで診察し、治療薬を処方すること、▽薬剤師が調剤後に医薬品を患者に送付し、電話やオンラインで服薬指導すること——を容認。さらに3月19日の事務連絡でも、既に診断して治療を始めている慢性疾患を有する患者の発症に対し、電話やオンライン診療による薬剤の処方を認めるなどの規制緩和を実施した。

4 新型コロナを受けた議論

しかし、新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、3月までの議論は一変した。患者が医療機関に集中したり、院内感染で医療機関が機能不全になったりする「医療崩壊」の危機が懸念される中、拡大防止策の一環として、オンライン診療に対する期待と関心が高まったためだ。

冒頭に述べた首相指示を受けて、厚生労働省は4月2日の検討会で、オンライン診療の活用方策として、軽度の発熱、腹痛などを訴える患者から求めを受けたケースのうち、初診からのオンライン診療の一部解禁を決めた。具体的には、①既に診断され、治療中の慢性疾患で定期受診中の患者に対し、新たに別の症状についての診療・処方

を行う場合、②過去に受診履歴のある患者に対し、新たに生じた症状についての診療・処方を行う場合、③過去に受診履歴のない患者に対して診療を行う場合、④過去に受診履歴のない患者に対し、かかりつけ医等からの情報提供を受けて、新たに生じた症状についての診断・処方を行う場合——の4つに整理して検討され、日本医師会などの意見を踏まえつつ、③を除く3つのケースでは初診からオンライン診療を認めた。

しかし、規制改革推進会議は「今までの延長線上の物の考え方。危機的な状況なのに、いろいろなところに配慮して、なかなかクリアカットな施策が出てこない」などと一層の規制緩和を主張。4月7日に閣議決定された「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」では「国民・患者が安心して医療を受けることができるよう、初診も含め、電話や情報通信機器で医療機関へアクセスし、適切な対応が受けられる仕組みを整備する」という方針が盛り込まれた。

こうした流れの下、4月10日に開催された中医協では「時限的緩和」として初診対面原則を事実上、撤廃する方針が決まった。具体的には、「受診歴がないが、電話などの診療が可能と判断した患者」「現在受診していないが、カルテなどの記録がある患者」もオンライン診療の対象として認めた。さらにオンライン診療科については、「再診料などに占める割合が1割以下」と定めた基準も時限的に緩和された。なお、その際の診療報酬上での点数については、対面での初診料（288点）に比べて低い214点に設定された。

併せて、緊急経済対策では「対面診療を受診した場合、電話等による服薬指導を可能とする」という方針も打ち出され、最終的に厚生労働省が「全ての薬局で薬剤師が

患者、服薬状況などに関して情報を得た上で、電話や情報通信機器を用いて服薬指導などを適切に行うことが可能と判断した場合、電話や情報通信機器を用いた服薬指導などを行って差し支えないこととする」という方針を定めた。これは医師の権限を権限移譲する（タスクシフト）の要素を持っており、非常に重要な決定である。

こうした経緯を総括すると、中医協を舞台にしてオンライン診療の規制を少しずつ緩和する方法が2018年度、2020年度に採用され、新型コロナウイルスの感染が拡大した後も続きそうな情勢だったが、規制改革推進会議の要請で状況が一変し、初診対面原則が時限的に撤廃されたと言える。

5 初診対面診療は不要か？

ここで、筆者自身の意見を披歴すると、医療制度の基本は患者—医師の信頼関係にあり、平時において初診対面原則は必要と考えている。医療サービスの特性として、患者—医師の間で情報格差が大きく、患者は医療の質を評価できない上、多くのケースで患者は医療のニーズを事前に予想するのは難しい。このため、通常の財やサービスと異なり、対等な関係を前提とした契約が成り立ちにくく、患者—医師の信頼関係を重視する必要がある。

こうした前提に立つと、初診対面原則は重要ではないか。例えば、市民（患者）の目線で言うと、「対面で会わなければ医師の人となりなどを信頼できない」と思う人は多いはずである。医師サイドから見ても、患者の喋り方や目線、呼吸、匂いなどで患者を診断したいと考えるのではないか。

さらに初診対面原則を前提にしないと、「患者本人なのかどうか」「実際に診療を

行ったのか」といった確認が難しく、医師や患者のなりすましや架空請求などモラルハザードの危険性も払しょくし切れない。このため、今回の時限的緩和を平時モードで継続するのは難しいと言わざるを得ず、オンラインの初診は受診勧奨などにとどめるべきであろう。

その一方で、今回の制度改正を通じて、中医協を舞台にした合意形成の限界も浮き彫りになった。中医協では関係団体の利害調整が優先されるため、制度が複雑化しやすく、使い勝手が悪くなる。この点を規制改革推進会議に指摘された点は否めない。

さらに、患者の利便性向上を図る観点に立つと、オンライン診療の普及は必要であり、他の医療提供体制改革との整合性も図る必要がある。以下、①外来機能分化、②医師の働き方改革、③医師偏在是正——の3つに対応させつつ、オンライン診療の活用を考えて行きたい。

6 制度改正の方向性

(1) 外来機能分化との関係

第1に、外来機能分化との関係である。一般的に医療のニーズは身近なけがや病気に対応する1次医療（プライマリ・ケア）、一般的な入院である2次医療、専門性の高い救急医療などを提供する3次医療に分類され、1次医療の部分で7～8割程度の医療需要に対応できることが示されている。そこで、1次医療、2次医療、3次医療の役割分担を構造的にすれば費用が最適化し、国民も症状に応じて適切な医療が受けられるメリットがある。

しかし、医療サービスでは患者—医師の情報格差が大きく、患者が「自分の症状がどの医療機能に対応するのか」といった点

を適切に判断しにくい。このため、患者の意思決定を支援する「代理人」として、「何でも相談できる医師あるいは専門職」の存在が重要となる。例えば、海外の医療制度改革では幅広い健康問題に解決するプライマリ・ケアが重視されており、イギリスでは家庭医（GP、General Practitioner）と呼ばれるプライマリ・ケアの専門医が多職種と連携しつつ、患者との間で信頼関係を構築し、単に病気だけを治すのではなく、生活全般を継続的に支えている。

さらに、患者は複数のGPが勤める診療所を自由に選べるが、診療所への登録を義務付けられており、GPの紹介を受けないと、原則としてダイレクトに大病院に行けない。言わばGPが「門番」のような役目を果たしているため、一般的に「ゲートキーパー機能」と呼ばれる。

こうした医療制度と比べると、日本の医療機関に関する役割分担は不明確であり、厚生労働省は下記のような施策を進めている。

- ① 入院医療に関して、各医療機関の役割分担を定める「地域医療構想」を推進することで、各医療機関の役割を明確化。
- ② 紹介状なしに大病院に行った場合、5000円の追加負担を求める対象病院を徐々に（500床以上→400床以上→200床以上）に拡大することで、身近な病気は診療所や中小医療機関、手術を伴うような病気は大病院といった役割分担を明確化。
- ③ 都道府県に対して今年3月までに「外来医療計画」を作らせ、余剰となっている外来機能が重複しないように企図。
- ④ 適切な医療機能を選べるように患

者の受療行動を変える「上手な医療のかかり方」運動の展開。

さらに、外来機能の明確化に向けたテコ入れ策が社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）でも論じられており、オンライン診療を拡大する上では、こうした施策との関係性を意識することが重要である。

そこで、筆者は医療の「入口」を1カ所に絞る制度改正を絡めることを提案したい。具体的には、「オンライン診療を希望する場合、患者が医療機関や診療所を指名するとともに、一度は対面で必ず診察を受けることを義務化する」という方法である。

この結果、患者は日常的に接点を持つ医師を持てるようになり、医療機関の役割を明確にする医療提供体制改革とオンライン診療の普及が整合的になる。その際、「登録期間は1年とし、途中で医療機関を変更することも認める」「オンライン診療を受けられる医療機関を1つに限る」といった制度改正を加味してもいいかもしれない。この結果、患者にとって頼れる医師が明確になり、外来機能の役割分担が進みやすくなる可能性がある。

(2) 医師の働き方改革との関係

第2に、医師の働き方改革である。厚生労働省は2024年4月施行に向けて、勤務時間の上限設定や勤務環境の改善などを図る「医師の働き方改革」を実施しようとしており、オンライン診療は医師の負担を軽減できる可能性がある。例えば、在宅医療では医師が患者の自宅に月2回、赴いているケースが多いが、状態が安定している患者については、オンラインの問診などで対応できるケースもあるだろう。こうしたケースをオンライン診療で代替できれば、医師の負担を軽減できる可能性があり、平

時に戻った後もオンライン診療を拡大する必要がある。

さらに、慢性疾患などで病状が安定していることが対面診療で把握できている患者については、「オンライン診療で薬剤師などが病状を診断したり、処方したりできるようにする権限移譲」といった制度改正を加味すれば、患者の利便性が向上するだけでなく、医師の負担軽減にも繋がり、「医師の働き方改革」に寄与する。既に薬剤師の服薬指導がオンライン診療で時限的に認められたが、オンライン診療は関係職種間で情報のやり取りをスムーズにさせる効果があり、他の職種に権限を移譲していく「タスクシフト」の要素を取り込んで行く必要がある。

(3) 医師偏在是正との関係

第3に、医師偏在是正の観点である。医師の偏在を是正するため、厚生労働省は都道府県を中心とした対応策を進めようとしており、今年3月までに「医師確保計画」を都道府県に作成させた。この計画は一定の指標に基づいて、医師がどれだけ偏在しているか数字で示し、医師の養成課程で地域医療に従事する機会を増やすことなどを通じて、相対的に医師が少ない「医師少数区域」への誘導を目指している。

しかし、都道府県が少数区域に医師を強権的に配置する手法は想定されておらず、どこまで実効性が担保されるか疑問である。そこで、医師少数区域ではオンライン診療の規制を部分的に緩和するような対応策も必要になると考えられる。

師の負担軽減を図る上で、非常に有益な方法である。政府はコロナ収束後も、今回の時限的規制緩和を継続するかどうか検討に入った。しかし、オンライン診療は何かを実現するためのツールであり、新型コロナウイルスへの対応が一巡した段階で、「なぜ導入するのか」という点を再考する必要がある。その際には外来機能の明確化や医師の働き方改革など医療制度改革と整合させる点が不可欠である。

さらに、今回の時限的な規制緩和は中医協での合意形成の限界を露呈した面がある。中医協を舞台にした2年に一度の診療報酬改定では、関係団体との利害調整が優先される結果、細かく要件を変える漸増主義的な方法が好まれるため、患者、医師にとって使いにくいシステムになる危険性を伴う。サービスの使い勝手の良さや分かりやすさなど、利用者の目線に立った制度改革論議が求められる。

7 おわりに

オンライン診療は患者の利便性確保や医

3 「オンライン診療が当たり前前の インフラとして使われることを 目指しています」

豊田 剛一郎
株式会社メドレー 代表取締役医師

1 医療機関が対面かオンラインかを柔軟に選択できることが理想

—— 貴社はオンライン診療システム「CLINICS（クリニックス）」を医療機関向けに提供しているということですが、コロナ禍でオンライン診療がにわかに注目されていますので、問い合わせや引き合いが増えていると思いますが、いかがでしょうか？

豊田 新型コロナの流行前と現在の状況を比べると、医療機関からの問い合わせ数はもちろん、患者さんのアプリのダウンロード数、実際の診察回数なども大きく増



このインタビューはオンライン会議システムを使って遠隔で行われました

えているのが現状です。

—— 貴社のビジネススタイル、営業の仕方を簡単に教えてください。

豊田 特に変わったことをやっているわけではありません。メールや電話、WEBサイト等でサービスを知っていただくことで、ご興味をお持ちになられた医療機関様からお問い合わせをいただき、実際にシステムの紹介をします。ご理解いただけたら導入をしていただく、というシンプルで地道な方法です。

—— オンライン診療自体は2018年に一部が診療報酬で認められたということですが、見たところあまり広まっていないような気がします。その理由、あるいは広まるための課題は何だと考えていますか。

豊田 診療ができる疾患に制限があったり、6ヶ月連続対面診療が必要であったり等、制度の規制が厳しかったという点に尽きると思います。

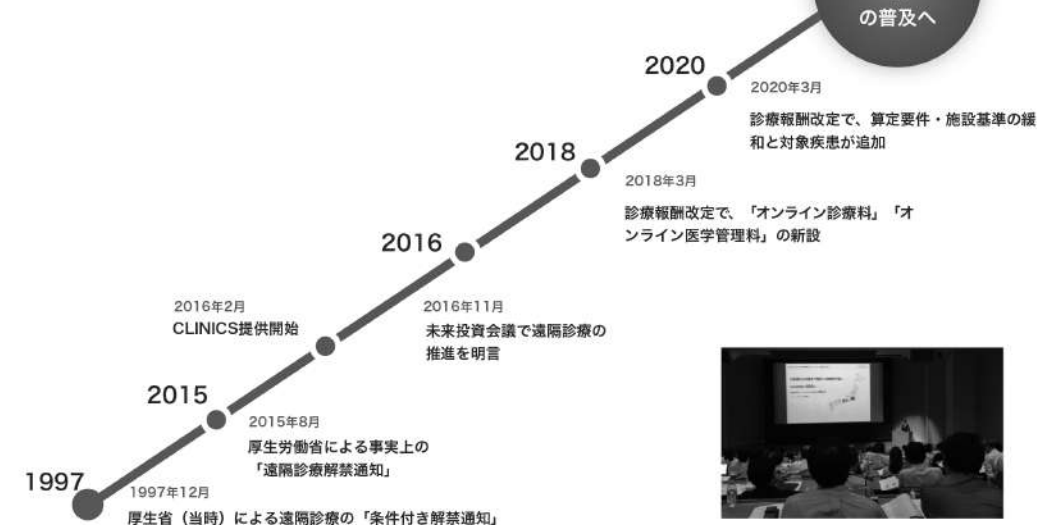
—— コロナ禍でオンライン診療を初診で認める動きがにわかに出てきました。この動きについてはどう見えていますか。

図表①

遠隔診療・オンライン診療に関する見解・環境の変遷

CLINICS

2018年3月から「オンライン診療料」が新設され、2020年3月より普及に向けて適用拡大。



Copyright © Mediev, Inc. All rights reserved.

豊田 この動きは感染拡大防止を目的とした時限措置なので、コロナが落ち着けば元に戻るということになっています。状況が収束した際、初診においては、対面原則に戻るのがよいのではないのでしょうか。初診は診断が必要ですので、基本的に対面で検査や診察をしないと、分からないケースが多いです。一部、問診・視診でも十分に判断できたり、引きこもりの方への対応などは例外的にオンラインで初診も認めることを検討するのが良いと思います。

一方で、再診の部分では、なぜ前述のような規制がされているのかが見えづらい状況の下で、強い規制がかかっていたというのが現実ではないかと思っています。

再診については、一定の規制は残しつつも、医師の判断のもと、患者さんの状況や病状を考えて、オンライン診療を柔軟に組み合わせることができるようになっていっ

てほしいですね。

2 対面診療が必要なケースは残るだろうけれども…

—— 再診に関しては、オンライン診療をどんどん進めていくべきだと。

豊田 そうですね。とはいえ対面診療が必要なケースは必ず、残ります。繰り返すにはなりますが、オンライン診療を対面診療の代わりに使うというよりも、医療機関が選択肢として適切に使い分けることが重要です。

ですから絶対にオンライン診療を推進すべきだ、といったごり押しの考えではなく、使うべきところ、使うべきタイミングで使えるようになってほしいと思っています。

—— 医療従事者の中にも、オンライン診療を進めたいという人もいれば、進めた

図表②

オンライン診療の平常時/新型コロナウイルスの特例措置時の違い（保険診療）



保険算定要件例 （抜粋）	平常時		新型コロナウイルスを受けての特例措置	
	2018年4月 ～ 2020年3月	2020年4月～	2020年2月28日～	2020年4月10日～
初診	対面	対面	対面	オンライン可
初診以降の 対面診療期間	連続6ヶ月	連続3ヶ月	特に制限なし	特に制限なし
対象疾患	制限あり	制限あり （慢性頭痛/ニコチン依 存症追加）	特に制限なし	特に制限なし

※上記条件を満たした上で、医師の判断によってオンライン診療が実施可能です

くないという人もいます。国としては、これからオンライン診療を進めたいのか、そうではないのか、オンライン診療に反対の人が多く医師会との関係もあって、なかなか方向性がはっきりしません。その辺りはどう見えていますか？

豊田 おっしゃる通りかと思います。政府や厚労省、医師会など、様々なステークホルダーが関与するので、方向性を明確にするのが難しく、また議論の流れが見えづらくなってしまうのだと思います。いずれにせよ言えることは、今までの議論の中で、もう少し建設的な議論、例えばオンライン診療はどういうことに使うのが相応しいのか、どういうケースには使うべきではないのか、といったことがきちんと議論される必要があったと思います。

得られる情報量に違いがあるのは当たり前で、むしろオンラインだからこそ生ま

れるメリットもあります。リスクがあるのであれば、それは何故生まれて、どうしたらそれを防げるのか。きちんとした根拠に基づく議論がないまま、一部は許可します、一部は駄目です、といった状況が続いている印象を受けていますが、こういったことを論理的かつ建設的に議論をしてほしいです。

—— オンライン診療システムと言っても現在、世の中にはいろいろなものがあると思いますが、簡単に貴社のオンライン診療システムの特徴、強みについて教えてくださいませんか？

豊田 当社のシステムで特に強調できることは、国際標準規格に適合したセキュリティレベルの高さと、使いやすさであると思います。

また、患者さんと医療機関とが、なるべく日々の診療の中で円滑に使っていただ

るよう、使いやすさと安全性、加えてシステムを導入していただいた後のサポート体制も、弊社の強みではないかと考えています。

オンライン診療システムは、「導入しましたから、では使ってください」といって使えるものではありません。必ず診療行為が伴いますし、受付や会計との連動もあります。加えて、オンライン診療に関する制度がどうなっているのか、患者さんにはどういうことができ、どういうことをやってはいけないのか、といったことも知っていただく必要があります。こういったことを先生だけではなく、医療事務の方なども巻き込んで理解していただくことで「やはりオンライン診療は難しいね」となってしまうことを防いでいます。患者さんの「アプリの使い方」がわからないといった相談にも対応できる窓口も用意しています。このようなサポートすることで、しっかり使っていただくことができます。

——それが有償でも貴社のオンライン診療システムを導入する理由になっていると。

豊田 CLINICSを利用してくださっている医療機関の数は、業界でもトップシェアを誇っています。そうやって選んでいただくのは、やはりサポートを含めたシステムの質であり、そこに価値を見いだしているからではないかと思っています。

3 初診でオンライン診療を活用できる場面も一定部分ある

——話は戻りますが、初診ではやはり対面の方がいいとおっしゃられましたね。

豊田 基本的にはそのように考えていますが、一部オンライン診療でも対応でき

る場合もあると思います。

——例えばどのようなケースでしょうか。

豊田 初診対面診療では対応が難しい場合と、オンライン診療でも対応可能な範囲で利用する場合の2つがあると思います。

前者では例えば、引きこもりの患者さんの外来のようなケースです。なかなか家から出ることができないような方を、自費診療やカウンセリングのようなかたちで精神科の先生たちが何とか、医療機関で診療を受けさせたいといういろいろ頑張っているケースがあるのです。そのようなときにオンライン診療を使ってあげるのは医学的にも十分価値があるのではないかと考えています。

今回のコロナ禍で、感染が疑われる外来で使われる場合は後者の例になります。いま実際に発熱外来でオンライン診療が利用されていて、発熱している患者さんはまず、オンランで診療する、という使い方です。診断はもちろん困難ですが、患者の状態を把握して受診勧奨を含めた医学的な指示を出したり、院内感染防止の目的でも、初診からオンライン診療を活用できる場面は一定部分あります。

また、皮膚科の領域では、初診から使われたケースをよく聞きます。患者さんを見ただけでは診断がつかない診療科は多いと思いますが、皮膚科の場合、症状と見た目から診断を絞り込み、治療薬を判断できる場合もあるということです。

これらは一例ですけれども、いろいろな領域でオンライン診療を初診でも利用することで、診療として十分許容できるものになるケースもあると思っています。

4 日本の医療現場にもいよいよ変化の大きな流れが出てきた

—— 話は変わりますが、豊田さんは米国に留学されて研修医をやられていたのですか？

豊田 研修医はやっていません。日本で研修医の後期で脳外科をやってから、米国では約1年間、臨床研究をやりました。

—— いろいろ経てから、いわばビジネスの道に入られたわけですが、ビジネスといっても医療と非常に関係している分野ですが、きっかけは？ 創業者とは小学生時代からの知り合いということですが。

豊田 創業者の瀧口とは塾が一緒でした。医師、コンサルタント、経営者と一見して多様なキャリアを歩んできています。その都度その都度、いろいろな方に相談したり、背中を押してもらったりしてきました。そうしてきた中でだんだんと、大きな社会課題の解決を、医療を通じてやらねばと感じるようになってきたのです。やはり日本の医療には課題も多くあります。その課題への携わり方についてもいろいろと見てきた中で、(創業者の) 瀧口との縁があって、このメドレーというITベンチャーで、課題解決に取り組むことを選択して、いまここにいる、ということです。

—— 手応えはどうですか。当初考えていたことに対しての。

豊田 答えが難しいですね。全ての産業でICT化が進められている一方で、医療はまだまだです。ですけれどもやはり今、われわれが進めているインターネット・テクノロジーを活用して医療現場を効率化したり、より診療の質を上げていくこと、それを持続可能なものにするというコンセプトに対してのニーズの高まり、機運は非常に

感じています。

このように医療の分野でもICT化はどんどん進もうとしていますので、その中でいいプロダクトや、質の高いサービスをつくって広めていけば、追い風は吹いてくるのではないかと思います。

5 社会課題の解決と会社の存続性・持続性確保を同時に目指す

—— これからどんどんその方向に日本も進んでいくと。

豊田 遅かれ早かれ、その方向に進まないわけにはいけないと思います。

—— 現状では日本はこの分野は遅れていると言っているのですか。

豊田 インターネットテクノロジーを使うことに関して、日本の医療は全般的に遅れていると思います。日本は行政全体のICT化が遅れていますが、医療は民間ではなく、行政に近いところにありますので、医療のICT化も遅れているという見方もできると思います。

—— それだけにこれからは、仕事が非常に増えていくと思いますが、こんな会社になりたい、社会の中でこういう会社にしたという目標があれば、聞かせて下さい。

豊田 そうですね、メドレーは「医療ヘルスケアの未来をつくる」ことをミッションとしています。われわれがやっている事業は、社会課題の解決に資することだと考えていますので、持続可能な未来に貢献していきたいと考えています。

なくてはならない存在だけでも、それを意識することなく当たり前に使ってもらえるような医療現場へのサービスを提供していく。それによって社会課題の解決と株式会社としての存続性・持続性も満たすことにチャレンジしたいと思っています。

Special Feature

4

新型コロナウイルス感染1.6万人超でも 医療機関の患者が減るのはなぜか？

益本 耕介
医療ジャーナリスト

1 「医療崩壊」に現実味

新型コロナウイルスの感染が大都市などで急速に拡大し、全国の感染者は5月20日現在、1.6万人超に上る。それなら医療への需要が増えそうだが、経営危機に陥る中小病院や診療所が増えているという。何が起きているのか。

中央社会保険医療協議会（中医協）が5月13日、オンラインで開いた総会では、新型コロナウイルスの感染拡大で医療機関の経営が深刻な打撃を受けていると日本医師会の松本吉郎常任理事が窮状を訴える場面があった。

感染が爆発的に拡大する「オーバーシュート」を防ぐため、政府が緊急事態を宣言した4月以降に医療機関の医業収益が急激に落ち込み、前月比で3割以上減少するケースが相次いだという。医療機関の経営を支援する医療保険上の検討の対応を松本氏が要請すると、厚生労働省保険局の森光敬子医療課長は、病院や診療所、薬局の経営状況を把握して、具体策を検討する考えを明らかにした。

オーバーシュートを防ぐために政府が3月につくった感染症対策の基本的対処方針では、不要不急な外出の自粛を国民に呼び掛ける一方、緊急事態宣言がたとえ発令されても医療体制を維持できるよう、病院や薬局などに事業を存続するよう求めた。

そうした中、感染が急速に拡大し、医療現場が対応し切れなくなる「医療崩壊」のリスクは早い時期から指摘されていた。院内感染を防ぐため、4床室でも感染者を一人しか受け入れられず、キャパシティーに限界があるからだ。病床がたとえ空いていても全てに患者を入院させることはできず、入院患者は減少する。そのため、感染者を受け入れることは病院の減収を意味する。

東京都内では1日当たりの新規感染者が3月から急速に増え、「医療崩壊」の懸念が一気に現実味を帯びた。すると、重症な感染者の受け入れに対応する感染症指定医療機関などでは医療用マスクやガウンなど防護具の不足がたちまち深刻化した。

現場の業務環境は過酷だ。スタッフは、感染の恐怖と常に戦わなくてはならない。万が一、知らないうちに感染していたら、自分の家族やほかの患者に広げかねない。感染を疑われるケースが出れば、病院はスタッフの自宅待機や病棟の一時閉鎖に追い込まれる。院内感染がもし起これば、新型コロナ以外のただでさえ一般の患者が減少しているのに、風評被害に見舞われかねない。

新型コロナの比較的軽症な感染者や、感染者以外の一般の患者に対応する病院や診療所の状況も深刻だ。感染を恐れて患者側が受診を控えたり、発熱があるなど感染が疑われる救急搬送の受け入れを病院側が見合わせたりして、外来や入院患者がやはり急速に減少した。

5月13日の中医協・総会で、日医の松本氏は、そうした医療機関への支援の必要性も強調した。

2 政府「予定手術は医師の判断で延期を」

政府の基本的対処方針では、感染者の受け入れに対応しやすくするため、「延期が可能」と医師が判断した予定手術や予定入院の延期を検討したり、空床を確保したりすることに必要に応じて努めるよう医療機関に呼び掛けた。しかし、診療報酬が高い手術の実施は病院にとって大切な収入源だ。手術の件数をどれだけ確保できるかが生命線になる。

手術の症例を確保するには、①外来診療でのピックアップ②ほかの医療機関からの紹介③救急搬送の受け入れ——という3つのルートしかない。感染の拡大でそれらのルートを脅かされた上に予定手術や入院を見合わせ、空床を確保すれば、病院経営が

揺らぎかねない。

そうした中、中医協は4月17日、体外式心肺補助（ECMO）や人工呼吸器の管理が必要な重症の感染者や、中等症の感染者を受け入れる病院への診療報酬を、感染拡大期に限り、大幅に引き上げる特例を決めた。救命救急入院料や特定集中治療室管理料、救急医療管理加算など高度な急性期機能を整備している病院向けの報酬を倍増させるという異例の対応だ（図表1＝次ページ）。

それに先立ち、安倍晋三首相は同じ日に開いた記者会見で、「今、この瞬間も重症者の命を救うため、命を守るため、懸命に治療に当たってくださっている医師、看護師の皆さん、医療従事者の皆さんのため、診療報酬を倍増するなど処遇の改善にもしっかりと取り組む」などと特例の狙いを説明してみせた。

しかし、感染者を受け入れず患者の急減にあえぐ病院や診療所はそもそも特例の対象として想定されておらず、感染症指定医療機関の損失分をどれだけカバーできるかも不透明だ。

3 病院団体は緊急助成を要請

日本病院会など3つの病院団体が5月7日から15日にかけて、傘下の4,332病院を対象に行った調査では、病院経営の厳しい状況が明らかになった。18日に公表された調査結果の速報によると、15日までに有効回答があった1,141病院のうち、今年4月分の収支が分かっている1,049病院の同月分の医業収入は、前年同月から平均で10.5%減少していた。そのうち、新型コロナウイルスの感染者を受け入れている269病院ではマイナス12.7%、一時的に病棟閉

重症の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価

(図表1)

特例的な対応①（重症の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価）

○ 新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る特例的な入院料の取扱いのうち、重症の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価については、以下のとおり。

1. 重症の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価について

- E C M O（体外式心肺補助）や人工呼吸器（持続陽圧呼吸法（C P A P）等を含む。）による管理等、呼吸器を中心とした多臓器不全に対する管理を要する患者への診療の評価として、
 - ・ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟において、人工呼吸器管理等を要する患者については、下記の点数を算定できることとする。

現在		
救命救急入院料 1	イ 3日以内の期間	10,223点
	ロ 4日以上7日以内の期間	9,250点
	ハ 8日以上14日以内の期間	7,897点
救命救急入院料 2	イ 3日以内の期間	11,802点
	ロ 4日以上7日以内の期間	10,686点
	ハ 8日以上14日以内の期間	9,371点
特定集中治療室管理料 1	イ 7日以内の期間	14,211点
	ロ 8日以上14日以内の期間	12,633点
	イ 7日以内の期間	9,697点
特定集中治療室管理料 3	イ 7日以内の期間	9,697点
	ロ 8日以上14日以内の期間	8,118点
	イ 7日以内の期間	6,855点
ハイケアユニット入院医療管理料	入院料 1	6,855点
	入院料 2	4,224点

E C M Oや人工呼吸器による管理等を要する患者



特例的な対応		
救命救急入院料 1	イ 3日以内の期間	20,446点
	ロ 4日以上7日以内の期間	18,500点
	ハ 8日以上14日以内の期間	15,794点
救命救急入院料 2	イ 3日以内の期間	23,606点
	ロ 4日以上7日以内の期間	21,373点
	ハ 8日以上14日以内の期間	18,742点
特定集中治療室管理料 1	イ 7日以内の期間	28,422点
	ロ 8日以上14日以内の期間	25,266点
	イ 7日以内の期間	19,394点
特定集中治療室管理料 3	イ 7日以内の期間	19,394点
	ロ 8日以上14日以内の期間	16,236点
	イ 7日以内の期間	13,710点
ハイケアユニット入院医療管理料	入院料 1	13,710点
	入院料 2	8,448点

- 新型コロナウイルス感染症患者のうち、次の状態の患者については、それぞれ次の日数を上限として、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料を算定できることとする。
 - ・ 急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者については、21日
 - ・ 体外式心肺補助（E C M O）を必要とする状態の患者については、35日

（出典）中央社会保険医療協議会 総会（2020年4月17日）資料

鎖に追い込まれた146病院ではマイナス14.9%と減少幅の大きさが目立つ（図表2）。

特定集中治療室管理料などの診療報酬を倍増させる特例の運用がスタートしたのはこの月の17日だが、感染者を受け入れる病院の損失分をカバーできていない可能性がある。

患者の減少も裏付けられた。外来機能をサテライトにせず、自病院で行っている1,134病院では、外来患者が平均で19.7%、入院患者（延べ人数）は1,094病院の平均で10.2%の共に減。さらに、有効回答した病院全体では手術が17.9%減少していた。救急搬送の受け入れは35.3%減と、地域医療の崩壊を示唆する結果だ。

3団体では、緊急的な助成がなければ、新型コロナウイルス感染症への適切な対応は不可能になると訴えている。

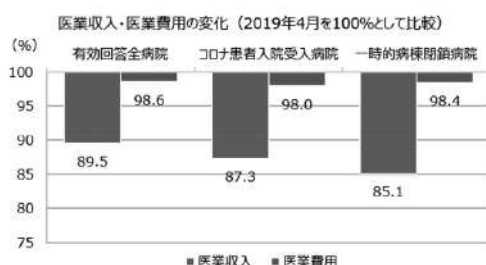
4 病院再編のきっかけに？

国はその後、専用病床を確保して重症な感染者を受入れる病院への救命救急入院料や特定集中治療室管理料を本来の3倍に引き上げたり、融資の実行を待つ医療機関が資金ショートするのを防ぐため、本来は7月に支払う5月診療分の報酬を6月に概算払いしたり、新型コロナ関連の支援を次々と打ち出している。第2波、第3波がやってきたとき、それによって「医療崩壊」を食い止めることができるだろうか。

2040年にかけて高齢化が進行すると、首都圏などの都市部では急性期医療のニーズが縮小し、リハビリテーションを提供する回復期医療や、容体が安定した患者の長期療養に対応する慢性期医療への需要が高

■コロナ患者受入状況における経営指標の比較

(単位：千円)	有効回答全病院 n=1,049			コロナ患者入院受入病院 n=269			一時的病棟閉鎖病院 n=146		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年4月	2020年4月	前年比
医療収入	446,902	400,062	-10.5%	971,883	848,527	-12.7%	901,000	766,435	-14.9%
入院診療収入	301,101	274,429	-8.9%	641,181	562,822	-12.2%	592,869	508,832	-14.2%
外来診療収入	126,443	111,881	-11.5%	288,980	254,205	-12.0%	265,813	226,328	-14.9%
その他医療収入	21,185	16,345	-22.8%	41,723	31,500	-24.5%	43,050	32,100	-25.4%
医療費用	441,821	435,514	-1.4%	968,679	948,940	-2.0%	904,186	889,836	-1.6%
医薬品費	74,957	71,729	-4.3%	188,567	175,631	-6.9%	177,509	165,560	-6.7%
診療材料費	48,583	44,273	-8.9%	122,315	108,711	-11.1%	111,421	96,585	-13.3%
給与費	216,596	219,384	1.3%	438,868	444,950	1.4%	404,243	413,492	2.3%
その他経費	104,292	103,854	-0.4%	218,930	219,648	0.3%	211,014	214,199	1.5%
医療利益	4,292	-36,109		3,204	-100,413		-2,765	-122,453	
医療利益率	1.0%	-9.0%		0.3%	-11.8%		-0.3%	-16.0%	



※参考 通常時における病院の医療利益率は▲2.7%、医療法人では2.8%となっている(2019年医療経済実態調査)。

(出典) 新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況緊急調査速報（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）

まるとされてきた。しかし、新型コロナウイルスの感染拡大による混乱で、医療のそうした将来像すらかすんでしまった。

院内感染を恐れ、受診をできるだけ避ける動きが仮に定着してしまったら、限られた需要にいかに応え、地域でポジションを確保すべきか、戦略の練り直しを迫られるケースも出てくるだろう。

「団塊の世代」が後期高齢者（75歳以上）になり始める25年を想定し、各都道府県が地域ごとにつくった「地域医療構想」を実現させるため、厚労省は医師の働き方改革や偏在の解消とセットで地域ごとの医療再編を促す方針。昨年9月には、近くの医療機関と競合していたり、症例数の地域シェアが小さかったりする自治体立や公的病院の実名入りリストを公表し、今年1月、それらの役割を「再編統合」も視野に今年

9月までに再検討するよう各都道府県にあらためて要請した。

働き方改革を切り抜けようとする大学病院が医師を引き揚げ、十分な診療機能を維持できなくなれば民間病院の存続が揺らぎかねない。今回の新型コロナの混乱で機能不全に陥った病院はどうなるのか、国の動きに注目する必要があるだろう。

危機収束で「初診は元通り不可」に異議あり —— インタビュー ——

「オンライン診療は日本にとって必要。元に戻すのではなく、進めなくては いけません」

土田 ひろかず

フジ虎ノ門グループ会長・元参議院議員

Special Feature

1 診療科によってはオンラインだけで全ての診察も可能

—— 静岡県あるいは御殿場市の新型コロナウイルス感染の状況はどうなっていますか。

土田 全国的に見れば割と大丈夫な方

ではないかと思います。アウトレットモールなども全て閉じたりして対応をしていますから。ですけれども大丈夫なのは運がいいだけだと思った方がいいと私は思います。新型コロナウイルスには感染している人はいっぱいいると思いますね。感染していても発病していない人が多いですから。

—— PCR検査だけではわからない。

土田 本当はPCR検査はある程度、大規模に行なう方が安全だと思うのですけれど。特に新しいPCR検査では唾液ですぐに検査ができるようになっていきますから。これまでの鼻の穴に突っ込むやり方だと、くしゃみもでるし危険なのです。

—— ここにきてオンライン診療が注目されています。県内ではどういう状況ですか。

土田 診療所でもオンラインシステムを導入するところが増えていると思います。われわれが調べたところ、静岡県でもずいぶん、オンライン診療の登録をしているところが増えていました。主にクリニックが多いのですが、大きな病院でも特定の診療科では始めているところがあります。どちらの場合でも、届け出をしなくては いけないのです。

—— オンライン診療には届け出が必要なのですね。

土田 そうです。まだまだオンライン診療にはいろいろ課題は多いのです。

ちょうど私が参議院議員だったとき、総務省で、双方向性のデジタル診療の取り組みを始めたときだったのです。もう6、7年ぐらい前だったと思いますが、そのときに私は医師の立場でもありましたから国会で質問をしています。どんな話をしたかという、これでうまく医療システムが作られるようになると、離島や過疎地などの患者さんの診療が遠隔でできるようになる、

ということです。

それができるのは双方向性がある、医師と患者さん同士が話をできるからです。

二つ目の利点は、画像がきれいなので、例えば整形外科の診断なら、患者さんに「手を上げてください」とか、「ここを押さえてみてください」と言ってやってもらえば、だいたい9割ぐらいの診断ができるのです。診療科によってはオンラインだけで全ての診察が可能、ということもあり得ます。

2 オンライン診療がなかなか 広まらないのは圧力と規制のせい

—— オンライン診察だけで診断ができる。

土田 はい。それともう一つは、私も今へき地に行っているからよく分かるのですが、昔と違って小さな診療所でも、例えば救急隊員が患者さんのところへ行っ、血液検査を遠隔で行うことも出来ます。白血球や赤血球を量ったり、糖尿病を見分けるヘモグロビン・エーワンシー（HbA1c）や、炎症が起きているかどうかのCRPなどが遠隔でできます。約20種類の検査を20分くらいでやってしまいます。

オンライン診療ですぐ診れて、画像診断のための画像データも送れます。小さな村に診療所が1か所あれば、レントゲン画像を送ったり、いま言ったような急ぎの血液検査でも結果がすぐ分かります。エコー画像があれば所見もやってもらえます。

そして患者さんの問診をしっかりと行い、お腹が痛いのかどの辺が痛いのか、ちょっと押さえてみてくださいと。心電図や血圧、血中の酸素濃度などもモニターに映して遠隔で見ることができます。

デジタル画像なので、顔色なども良くわかるし、例えば目の下を引っ張ってもらえ

れば貧血があるかどうかすぐ分かります。

ですから、離島や過疎地の診察では、オンラインは本当に力を発揮すると思います。優秀な看護師を1人置いておけば、医師を置く必要はなくなります。そうすれば、少なくとも今、救急搬送が必要なのか、「2、3日様子を見て」と言えるかどうか、医師ならばすぐに判断がつきます。そうなれば余計に病院へ行かせずに済みます。

—— 医療全体の効率化にせ繋がるわけですね。

土田 オンライン診療は2017年頃に診療報酬で認められたと思いますが、簡単に言うと、厚生労働省はその上でいろいろ規制を掛けていたのです。

例えば初診の場合は絶対に医療機関に行かなくてはならない、ということが1つあります。2つ目は疾患を限ったことです。例えば生活習慣病の高血圧や糖尿病などです。使う人が慢性疾患でいつも医療機関に通っているような人に限られたわけです。つまり、われわれのような整形外科では該当がほとんどないわけです。

それと3番目に、オンライン診察で確か6カ月経ったら、やはり一度、医療機関に来なくてはならないのです。半年以上にわたってオンライン診療を続けてはいけない、ということだったのです。

—— たまには患者さんのリアルの姿を見ろ、ということですね。

土田 ええ、本来、そういうことをやなくて済むようにということで作ったものなのです。まして、おじいちゃん、おばあちゃんと話をして顔色もわかるし、診ているときには各種データ、例えば血圧計や心電図、酸素の量なども見ながら遠隔で診察できるのです。だからわたしは医療機関へは来る必要はないと思います。1年に1

回で十分だと思いますね。

このような縛りがあるので、全科には広がりにくかったのだと思います。

—— 結局、規制でオンライン診療は広まらなかったと。

土田 ええ。それにまた、おかしなことを言い出していて、今はコロナ危機で初診でもオンライン診療をしていいということになりましたが、ところがコロナ危機が終わったらまた元に戻すというのです。そういうことが書いてあります。

3 患者さんのためを思ったらオンライン診療を進めることが絶対いい

—— それは通達として？ 厚労省からのものですか。

土田 そうです、厚労省です。

それで例えば、病院の再診料、患者さんが2回再来院したとき、いくらぐらい診療報酬が支払われるかご存知ですか？

初診の4分の1くらい、800円くらいなのです。病院に患者さんが30分いても、何もしなければそれぐらいしか入らない。でも今度のオンライン診療では、その再診料はさらに安くて680円くらいにしています。

ということはどういうことかということ、オンライン診療はやはり、あまり広がってほしくないのだと思います。これは反対するグループの圧力でそうなったのでしょうか。

—— 日本医師会ということですね。なぜ多くの医師会がオンライン診療に反対しているのでしょうか？

土田 それは医療機関に患者さんが来なくなるから、と彼らは考えているからではないでしょうか。それで経営が成り立たなくなると考えておられる。

正直な話、どんなに離れていてもオンラ

イン診療が可能、まして初診からいいとなると、例えば東京に居ても北海道のいい先生に診てもらえる、ということができてしまいます。

—— 逆に人気がある先生のいるところはどんどん伸びていく可能性があるわけですね。

土田 そういうことになりますね。それが医師会が反対する理由です。

例えば、今は3カ月分しか処方箋は出せませんが、面白いことがあります。大学病院は忙しいので目一杯3カ月分処方を出します。大学病院なので3カ月でも血液検査やレントゲンや何やらでいろいろ点数を取れるからです。患者さんも3カ月に1回でいいので助かりますね。ところが、経営的に苦しくなると、大学病院でも1カ月分しか出さなくなります。そうすればそれ以前より3回分、儲かるからです。それで、ある患者さんがへき地の診療所へ行ったら、1カ月分しか薬をくれないと言うのです。それ以上欲しいなら村の診療所へ行けと。経営的に苦しんでいるから1カ月に1回来院しろ、というこだとすぐわかりますね。

血液検査やエコーをオンラインだけでやれるようになったら、医療機関の収入は明らかに減ります。800円という安い再診料を支えているのは、そういうこまごました検査なのです。だから医師会が反対するわけです。

反対する本音はそういうところにあるのですが、本音は言わないですね。だけど、患者さんのためを思ったら、私はオンライン診療を進めることが絶対いいと思っています。

—— 医療機関によっては、そういうことでオンライン診療を進めているところもありますね。

土田 ええ。だから忙しいところはいろいろなところとネットワークを結んで、進めているのだと思います。

ですが日本の医療機関はなかなか、病院と診療所の連携さえ組めませんよね。

欧州、特に英国や北欧では、患者さんはかかりつけ医の診療所を1回通らないと、大きな病院へは行けないような仕組みになっています。すみ分けがきれいにできているわけです。それを日本はできません。ここが日本の医療の最大の問題だと思いますね。

これができたら医療費などすぐに3分の2くらいに減らすことができると思います。だけどそうすることを診療所が嫌がるわけです。だから患者さんは3時間、4時間待ってでも、大学病院へ行ってしまうのです。これではいつまで経っても日本の医療は良くなりません。良くならないのは日本の制度、システムが悪すぎるからです。

4 医師不足・地域偏在の問題も オンライン診療で解決できる

—— どうしたらよくなるでしょう。

土田 欧州でも15年ほど前にやっていることですが、今度日本にもマイナンバーカードができますね。これの一番いい点は保険証や、どういう薬が処方されたかといった情報、過去の血液データなども入れられることです。するとどの病院へ行ってもリーダー（読み取り機）へ入れて読み込ませればその人の過去歴がすぐに読み取れます。これだけで医療の無駄は劇的に減らせると思います。今は1週間前に耳鼻科で血液検査しても、腹痛で別の病院に来ていたらまた血液検査をされますからね。そういうことがなくなります。

ところが最悪なのは日本の病院の電子

カルテです。いろいろなメーカーが違ったものを作ってしまったからです。電子カルテというのは普通、統一されていないといけないものです。そのこと一つ取っても、日本の行政は駄目です。

要するに、系統だったことをしてきていません。今回のコロナ危機でも露呈していますよね。最悪なのは保健所です。保健所の医師というのは申し訳ないけれど、ほとんど臨床の経験がありません。厚生労働省には臨床5年以上だと入れませんから。だからみんなほとんど大学を卒業してすぐ入ってくるでしょう。せいぜい1、2年経験があるという人ぐらいです。だから現場のことが分からない。まして肺炎のことなんか分からないわけです。そういう厚生労働省が保健所を自分たちのテリトリーだと思って作ったことが最大の間違いです。このことを誰も何も指摘しませんが。

ただ、今はコロナ危機だから一応、本気になってオンライン診療にも取り組んでいますが、そは取り組まなかったら国民から何を言われるか分からないからやっているわけで、先ほど言ったように多分、コロナ危機が収束したらまた元へ戻すことになるでしょう。

厚労省は一緒にたにしていますが、オンライン診療は、電話相談とも全く違います。1000パーセントくらい違うと言っていい。患者さんの表情が見れるということは非常に大きな違いです。だからオンライン診療は日本にとっては、早急に必要なものだと思うし、医師の地域偏在の問題もこれぞいぶん、解決することになるのではないかと思います。

だから元に戻るのではなく、やはり進めなくてはいけない、ということを強調したいのです。

Special Feature



メンタル不調ビジネスパーソン の社会復帰支援

小宮山 宏

株式会社三菱総合研究所理事長

1 コロナ禍が加速するメンタル不調

現代社会は多くの人に緊張を強いている。特に、今般の新型コロナウイルスによって、今まで以上にストレスフルな生活を余儀なくされた方は多いことだろう。

慣れない在宅勤務、連日の自粛要請、失業への不安等にストレスを感じる人は増えているはずだ。運動不足による「自粛太り」に加え、メンタル面の不調を訴える方も多いと聞く。社会の本質は人の交流であり、長期隔離の下で、人がまともでいられるは

ずがない。不機嫌、うつ、DV、生活習慣病や認知症の進行、自殺などの増加が危惧されている。

厚生労働省の患者調査によると、わが国のメンタルヘルス不調者数は、平成8年の98万人から平成29年には244万人と21年間でおよそ2.5倍に膨れ上がっている。一般にメンタルヘルス不調は再発率が非常に高いにも拘わらず、適切な再発防止策が立てられずに社会復帰しているのが現状である。

本稿では、複雑化するストレス社会の中でメンタル不調を訴えるビジネスパーソンを対象に、生き方やビジョンの再構築を通して、再発無き職場復帰、社会復帰を支援する一般社団法人リファイン就労支援センターの取組みを紹介したい。

2 ていねいで体系的な取り組み

取組みの目的は「病気になる前よりも豊かに自分らしく生きること」の支援である。就労移行支援事業所は、全国に3200もある。しかし、そのほとんどが障がい者雇用の方を対象としたものであり、急増するビジネスパーソンのメンタルヘルス不調者に実践的に対応できるところはほとんどなかった。一方、医療系のリワーク施設は、元の職場に復職するという選択肢が中心である。

リファインの取組みの特徴は、復職と転職の双方をサポートする点にある。具体的内容は次の3点だ。①主治医や産業医との高度な連携による回復・改善、再発防止の徹底、②社会適応のための実践的集団療法によるソリューション開発、③一生涯をサポートする定着支援である。

メンタルヘルス不調は再発率が非常に

高いのが特徴である。うつ
の再発率は1回目60%、2回目
70%、3回目以降は90%と言
われるほどだ。しかし精神科
診療の現場では限られた時間
内での診察を余儀なくされて
いるのが実態である。

一方、リファインでは月曜
日～金曜日の10時～16時、
精度の高いモニタリングを
行っている。当人の行動特性
を把握し、主治医の診療の一助となるよう、
情報共有・連携を行う仕組みを構築している
(図参照)。

55の実践的カリキュラムを用意し、企
業研修のようなグループワークやスタッフ
との面談等を通じ、2、3か月をかけて「自
分取扱説明書」を本人が作成する。そして、
それを自ら実践することで「病気になる前
よりも豊かな自分らしい生き方、働き方」
を創造する点がポイントだ。

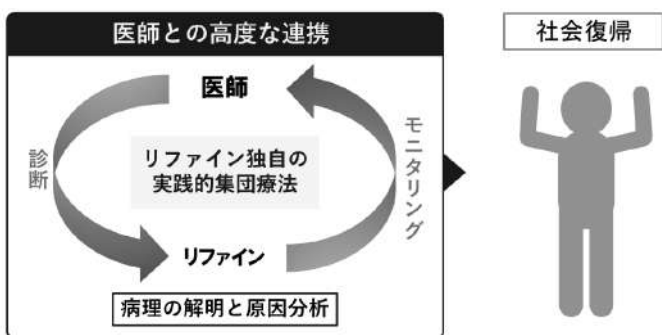
気質・性格・行動特性の分析、強み・弱
みの整理、発症原因の究明・メカニズムの
分析、再発防止策の策定、ストレスサイン・
コーピングの策定といった内容を30～100
ページの説明書として本人がまとめる。そ
して、診療の一助となるよう当人の行動特
性は主治医に情報提供される。

復職・転職後は、仕事を通じた社会参加
や生涯の成長、自己実現するための独自の
定着支援を実施している。実社会はストレ
スに溢れているが、生涯を通じたリファイ
ンの支援により、自己実現のための継続的
支援を行っている。

3 驚異的な成果と期待される横展開

創業から約6年で、就職者数108名、復

図 リファイン独自のソリューション



出典：一般社団法人リファイン就労支援センター

職者数108名を達成し、就職者は全員が第
1志望の会社に入社している。就職者の1
年目の定着率は94.7%、復職者の1年目の
定着率は92.9%と極めて良好だ。再就職後
の年収は約300～1,000万円である。モニ
タリングの結果では、43.2%がメンタルダ
ウン前と同等、27.3%がそれ以上の状態で
社会復帰を果たしている。

企業からも高い評価を受けており、他地
域への展開が期待されている。圧倒的な実
績と徹底的な支援、他にないソリューション
に強く共感して頂ける方々も増えており、
連携する主治医や企業（産業医）は年々増
加しているところだ。

新型コロナウイルスとの戦いは持久戦の様相
を呈している。身体面のみならず、ビジネ
スパーソンのメンタル面の不調への対処手
段をあらかじめ準備し、持久戦に備えてお
くことが必要であり、ご紹介した取組みが
その参考となれば幸いである。

なお、この取組みは課題解決型の地域づ
くりを表彰する「第7回プラチナ大賞」（プ
ラチナ構想ネットワーク主催：<http://www.platinum-network.jp/>）において、「全員
参加の社会づくり賞」を受賞したものであ
ることを付記させていただきたい。

Special Feature

7

新型コロナウイルス対策
徳洲会はどう対応したか？吉澤
博隆
医療ジャーナリスト

1 はじめに

徳洲会グループは、1月末に最初の新型コロナウイルス感染症に対応して以降、2月中旬には国の要請に応じて感染症病床を持たない葉山ハートセンターで感染患者10名を受け入れた。さらに感染拡大に伴い、全国のグループ病院で感染患者の受け入れ体制を強化し、4月18日時点の入院数の累計は19施設、219人に達した。その間、スタッフを含め1人の院内感染者を出すことなく、ほとんどの患者を無事退院に

導いている。平時からグループ全体で院内感染対策の徹底が図られるなど、同グループの組織力がいかんなく発揮された成果といえる。

2 感染症対策の基本方針は「患者と医療従事者を守る」

感染防御の専門家によれば、感染症対策の基本方針は、ハイリスク患者を守ることと、医療従事者が感染しないこと——の2つだという。

基礎疾患を持つ方や高齢者が数多くいる医療機関での感染はその双方を脅かす。患者が感染すれば生命を危険にさらし、また医療従事者への感染拡大は医療崩壊の引き金となりうる。院内感染は是が非でも防がなければならない所以だ。

徳洲会グループも新型コロナウイルス感染症の対応にあたり、「医療人として患者を守る」、「スタッフを含めて誰も感染しない」というミッションポリシーを掲げた。

その真価が問われたのが、感染症病床や専門スタッフを有していない葉山ハートセンター（神奈川県三浦郡）での受け入れである。

同グループでは初の入院患者として2月14日、大型クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号で感染した乗客を受け入れ、陰圧個室を有する神奈川県内の徳洲会2病院が対応したが、その後、厚生労働省からの強い要請を受けて、同クルーズ船の乗組員（クルー）10名を葉山ハートセンターで受け入れた。

外来や病棟があるA棟と、休床となっていたB棟の渡り廊下に壁を造って遮断することにより、B棟に入院・隔離するスペースを用意することができたからだ。スタッフは同院だけでは賄えないため、関東圏の

グループ病院から希望者を募り、感染症看護専門看護師を含む15名が集まった。

B棟の専属ドクターを務めた血液内科医の田中江里院長は、「最初は多くのスタッフが未知の疾患に対して怖さを感じており、大変な緊張を強いられました」と振り返る。

B棟スタッフは感染症の治療やケアに精通していないスタッフがほとんどで、患者の容態が急に悪化しないか、あるいは個人防護具だけでスタッフの身が守られるのか、といった不安は尽きなかった。しかし、感染症看護専門看護師から適切なアドバイスを受けたり、感染リスクが高いといわれる個人防護具の着脱時に細心の注意を怠らないことによって、定められた感染予防策を徹底すれば院内感染は防げるという自信を徐々に持てるようになったという。

3月中旬までに感染患者10名は基準を満たして退院。その直後に行われたB棟スタッフへのPCR検査で全員の陰性が確認された。

感染症病床のない病棟で“寄せ集め”の急造チームが新型コロナウイルス感染症に対応できたのは、やはり徳洲会グループの組織力に負うところが大きいと言えるだろう。勤める病院は異なっても、電子カルテの規格・仕様が同じであることから、集まったその日から円滑な情報共有が可能だった。

また、感染症対策に関する教育や訓練は、グループの本部機能を持つ一般社団法人徳洲会が病院横断で統一的・標準的に行っている。したがって標準予防策（スタンダードプレコーション）など基本的な感染対策はスタッフの多くが習熟しているなど、今回の感染拡大に対応できる素地が培われていた。

3 敷地内に受け入れ病床と発熱外来 院内感染防ぎ拠点病院の機能維持

3月末頃からの感染拡大に伴い、全国のグループ病院でも受け入れ体制および院内感染対策の強化に乗り出した。

湘南鎌倉総合病院（神奈川県鎌倉市）は、敷地内に疑似症を含め最大31人の感染患者を収容できるプレハブの建物をつくり、臨時の受け入れ病床を設置。

感染患者のための個室（11床）とHCUタイプの多床室（15床）、疑似症患者のための個室（5床）からなり、4月23日から運用を始めた。

全体を見渡せる場所にナースステーションを構え、日中は医師1人と看護師4人、夜間は医師1人と看護師3人が常駐。看護師はいずれも感染管理認定看護師の資格を有している。

さらに同院では従来、ER（救急外来）の一角で行っていた発熱外来についても、4月22日からプレハブ専用スペースを設けて実施している。

最大70人ほどの患者が過ごせる待合室と診察室3室のほか、X線検査装置も完備。診察室には医師と患者の間に透明なアクリル板を設置したり、建物の片側だけに換気扇を配置して空気が一定の方向に流れるようにしたりするなど、建物内の感染防止に配慮された造りだ。

感染患者用の病床や発熱外来の病院本体からの物理的な“切り離し”は、むしろ院内感染対策の一環であり、同時に徳洲会グループの「グループ理念」を追求した結果でもある。篠崎伸明院長は「いかに断らず安心・安全な医療を実践できるかを考えた末の結論です。当院が地域の拠点病院として機能するには、患者さんや職員を守り、

地域の医師会・病院会と協力することが不可欠。当院が“最後の砦”となる覚悟で取り組んでいきます」と強調する。

なお、湘南鎌倉総合病院は、敷地に隣接する湘南ヘルスイノベーションパークに神奈川県が建設する仮設病床（180床）の設計・建築および運用を受託。同仮設病床は5月から段階的に稼働するが、同院の受け入れ病床31床も6月頃に同仮設病床へ移行する。

また、野崎徳洲会病院（大阪府大東市）は、増床を見越して確保した病棟スペースを倉庫として活用していたが、府や地域の保健所の要請を受けてこれを感染隔離病棟

（38床）として3月24日から運用を開始した。

院内感染の予防策として、同病棟に通じる非常階段の使用禁止や二重扉の設置、清潔・不潔ゾーンの区分け、一般患者と異なる動線、同病棟看護師に対する週1回のPCR検査などを講じている。

こうした対策のいくつかは、対応実績のある葉山ハートセンターの協力を得て準備が進められた。各病院で得られた知見をグループ全体で共有・活用できるのも徳洲会グループの強みであり、大きな財産といえそう。



野崎徳洲会病院



徳洲会グループの湘南鎌倉総合病院

新型コロナウイルス感染症の課題

永井 良三

自治医科大学 学長
日本医師会 COVID-19 有識者会議 座長

新型コロナウイルスの特徴は、強い感染力である。報告されるクラスターからも、感染力の強さがわかる。患者にとっての脅威は、間質性肺炎である。とくに高齢者や肺の病気を持っている人、喫煙者などで起こりやすい。CT画像で、肺に濃淡の影が多発する。普通の風邪やインフルエンザではみられない変化である。肺における酸素の取り込みが低下し、酸素吸入、人工呼吸器、人工心肺（ECMO）などが必要となる。しかし人工心肺も切り札ではない。集中治療室と人手が必要であり、脳出血などの合併症が起こることがある。この感染による日本人の死亡率は、70才台が10%、80才以上は19%である。これは急性心筋梗塞や急性大動脈解離に匹敵する。重症患者に対し、日夜、懸命な集中治療が行われているが、体制に余裕はない。感染者が爆発的に増えれば、新型コロナ感染症だけでなく、通常の診療もできなくなり医療崩壊となる。

日本は、人口あたりの病床数は欧米各国の数倍も多い。このため一病床当たりのスタッフが手薄である。病状の軽い患者には対応できるが、重症患者が増えれば難しい。この状況で多くの院内感染が発生してきた。病院ごとに役割分担する提案もされているが、議論は進まない。またコロナ感染症を引き受ければ、一般病床を閉鎖して、医療スタッフをコロナ対応に回さなければならない。医療収入は低下し、経費は増大する。コロナウイルスが陽性か陰性か、はっきりしていれば、まだ対応は可能である。しかし多くの外来や救急を受診する患者は不明である。緊急手術をして、後日、コロナ陽性と判明したとき、すでに院内感染が起こっていたという例もある。したがって感染しているか不明な患者は、陽性者や陰性者とも別に個室管理をしなければならない。ガウンなどの感染防護具も陽性者と同様に消費する。個室管理が増えれば、通常の重症患者は受け入れられない。試算では一人のコロナ感染症を受け入れると、少なくとも500万円を病院が持ち出さなければならない。こうした運営支援も国や自治体に考えていただきたい。しかし何よりも発生源を断つことである。一人の患者が発生するとどれだけ社会、とくに医療システムと医療者への負担になるかを理解いただき、三密を避け、手洗いと換気の励行をお願いしたい。

診断と治療の課題も多い。新しい診断薬は、医療現場で検証されなければならない。薬は効いたように見えても、「たまたま」かもしれない。背景を揃えた投与試験や症例の追跡調査をしなければならない。とくにコロナ感染症に適応のない既存薬の効果を、急いで調べる必要がある。しかし有事だからといって、医薬品承認の手続きを省略すると、大きな禍根を残す。

まずはしっかりした情報と臨機応変の対応が鍵である。一段落したら、医療体制、臨床研究、さらに薬剤承認システムなどについて、社会全体で考えていただきたいと思う。

新型コロナウイルスの事務的対策

坂田 茂 東日本税理士法人副所長・税理士

国内および世界で、新型コロナウイルスの感染が拡大し、政府の緊急事態宣言の発令により不要不急の外出自粛が求められ、あらゆる方面に影響が及んだ。

このような混乱の中、医療法人等では、令和元年度決算や令和2年度予算を決議する社員総会や理事会等の開催に苦慮されていたところが多い。医療法人等の社員や役員が会議開催場所に赴く必要のない社員総会や理事会等の開催方法についてはどのような特例措置が設けられたのであろうか。

また、感染者に接した医師、看護師が感染した場合の補償はどうなるのか不明でもあったようだ。

さらに、「診療報酬債権譲渡」というファクタリングも増える予想がある。これは、従来から、一度利用すると中々抜け出せない仕組みという問題点が指摘されている。ただし、新型コロナウイルスの影響で診療報酬債権譲渡というファクタリングを利用せざるを得ないケースもあると聞く。そもそもファクタリングのメリットとデメリットはどのようなものなのだろうか。

1. 社員総会や理事会の開催という問題

社員・理事は、社員総会、理事会等各会議に自ら出席して、その意見を表明することが原則である。今回は、例外措置として次の方法によって開催することが認められ

ている。

(1) WEB会議、テレビ会議、電話会議の活用

内閣府から交付されている「公益法人制度等に関するよくある質問FAQ」において、「出席者間の協議と意見交換が自由にでき、相手方の反応がよく分かるようになっている場合、すなわち、各出席者の音声や映像が即時に他の出席者に伝わり、適時的確な意見表明が互いにできる仕組みとなっており、出席者が一同に会するのと同等の相互に充分な議論を行うことができる環境であれば、WEB会議、テレビ会議、電話会議などの方法で理事会や評議員会を開催することも許容されると考えられています。」とされている。

つまり、「即時性」と「双方向性」が要件ということになる。

厚生労働省からテレワークの積極的な活用等について特段の配慮が求められていることから、理事会等についてWEB会議等を活用して開催することが想定される。

なお、WEB会議等を行った場合は、実際に開催した場合と同様に議事録を作成することとされている。この場合、WEB会議等を行ったことを議事録に記載する必要があるだろう。

(2) 書面による行使・代理行使

社員総会だけは、定款に別段の定めがな

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う公益法人の運営に関するお知らせ

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、各種会議の開催や、定期的に作成する書類の行政庁への提出が難しい場合について、以下のとおりお知らせします。ご疑問などおありましたら、お気軽にご相談ください。

I 社員総会・評議員会・理事会の開催

今般の新型コロナウイルス感染症に伴う影響のように、やむをえない事由により、当初予定していた時期に開催できない場合、その状況が解消された後合理的な期間内に開催していただければ、行政庁としては、今般の状況を斟酌して対応いたします。

なお、これらの会議は以下の方法によっても開催できますので、ご検討ください。

1. 社員総会

書面・電磁的方法による議決権の行使（一般法人法第51・52条）や議決権の代理行使（同50条）、決議の省略（同58条）

2. 評議員会

出席者が一堂に会するのと同等に、相互に十分議論できる環境であれば、Web会議、テレビ会議、電話会議などにより開催することもできます。決議の省略（一般法人法第194条）によることも可能です。

3. 理事会

出席者が一堂に会するのと同等に、相互に十分議論できる環境であれば、Web会議、テレビ会議、電話会議などにより開催することもできます。定款の定めがある場合には決議の省略（一般法人法第96条）によることも可能です。

II 行政庁への書類の提出

今般の新型コロナウイルス感染症に伴う影響のように、やむをえない事由により、事業計画書、収支予算書、財産目録、計算書類、事業報告などの書類の行政庁への提出が遅れる場合は、行政庁としては、今般の状況を斟酌して対応いたします。

い場合には、議決権につき「書面による行使・代理行使」をすることが可能である。

なお、「書面開催」という言葉もあるようだが、これは、きちんと理解しないといけない。書面による開催は、社員総会自体は開催するも、委任状や議決権行使書といった書面を用いることで、議決権行使を「書面で」行うことができる方法と、社員全員の同意によって決議自体を「省略」する方法とに分類される。

まず、議決権行使を「書面で」行うことができる方法、これは総会自体を実際に開催していただくことが前提である。ただし、社員の議決権行使の機会を保证するために、当日の総会に出席しなくても事前に委任状や議決権行使書を提出することで、総会に出席して議決権を行使したのと同様の効果を保证するものである。この委任状や議決権行使書が社員総会開催の要件である

定足数を満たすことになるので、例えば、参加者が少ない状況でも社員総会を開催することが可能となる。

(3) 決議の省略の適用

次に、実際に総会を開催せずに決議を省略できるという仕組みの「決議の省略」についてである。

理事会、社員総会、評議員会における決議について、理事等の提案に対して理事、社員、評議員の全員が書面又は電磁的記録（メール等）による同意の意思表示をするなど、一定の要件を満たしたときは、決議があったものとみなされる。これを「決議の省略」という。

しかし、一人でも同意しない人がいると、決議の省略はできないという点が注意点だ。反対する理事等がいた時点で再度招集手続き等を行う必要がある。そして、決議を省略したとしても議事録の作成そのものは省

略できない。

なお、理事会だけは、「決議の省略」をすることができる旨の定款の定めがあることが前提である。

また、理事会については、理事長の業務執行状況報告を、定款の定めにより3ヶ月に1回以上、または、毎事業年度に4ヶ月を超える間隔で2回以上行う必要があるが、今回のようにやむを得ず理事会を開催できない場合に、この報告については報告の時期を次回の理事会で行うなどの柔軟な対応が認められている。

なお、上記(1)～(3)については、一般法人法の適用がある公益法人等向けではあるが、医療法人においても一般法人法の規定を準用していることから、医療法人における対応についても基本的に同様である。

(4) 理事会等の開催自粛が解除された後に開催

今般の新型コロナウイルス感染症に伴う社員総会・評議員会・理事会開催の自粛の影響により、やむを得ず、当初予定していた時期に会議を開催できない場合、その影響が解消された後合理的な期間内に開催することを条件として、当面の間、会議の開催の遅滞について、原則として行政指導の対象としないと既に公表している都道府県もある。

2. 損害の補てんという問題

(1) 職員は労災保険適用となるか否か

業務中に訪問先や職場でウイルス感染してしまった場合、労災は適用されるのだろうか。感染が業務を経て起こり、そのことが立証できる場合には、労災であると認められる。

実は、労災保険法に規定される労災補償制度には、感染症による業務上疾病の要件

に、「患者の診療で感染した」ということが含まれている。2009年の新型インフルエンザ流行時には、「医師、看護師等が患者の診断もしくは看護により、新型インフルエンザに感染し発症した場合には、原則として保険給付の対象となる」と示された。

そして今回は、「患者の診療若しくは看護の業務又は介護の業務等に従事する医師、看護師、介護従事者等が新型コロナウイルスに感染した場合には、業務外で感染したことが明らかである場合を除き、原則として労災保険給付の対象となること。」という通知が4月28日付で出されている。

一方で、医療機関の事務職員等はどうであろう。

① 医療従事者等以外の事務職員等であって感染経路が特定されている場合

感染源が業務に内在していたことが明らかに認められる場合には、労災保険給付の対象となる。

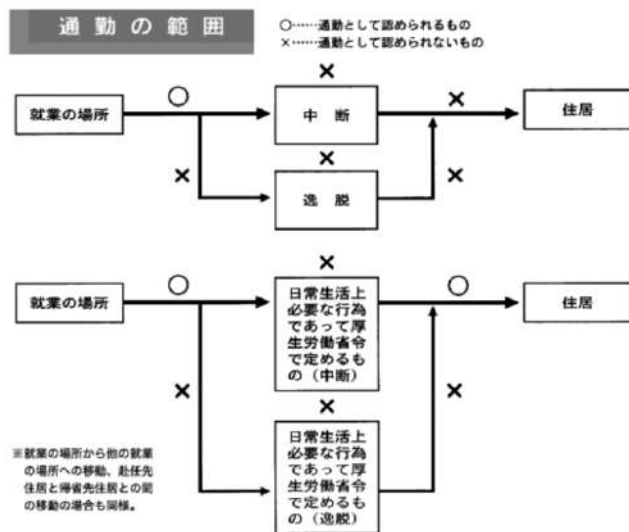
② 医療従事者等以外の事務職員等であって上記①以外の場合

調査により感染経路が特定されない場合であっても、感染リスクが相対的に高いと考えられる次のような労働環境下での業務に従事していた事務職員等が感染したときには、業務により感染した蓋然性が高く、業務に起因したものと認められるか否かを、個々の事案に即して適切に労働基準監督署が判断するようだ。

その際、新型コロナウイルスの潜伏期間内の業務従事状況、一般生活状況等を調査した上で、医学専門家の意見も踏まえて判断することになっている。

イ 複数の感染者が確認された労働環境下での業務

ロ 患者等との近接や接触の機会が多い労働環境下での業務



このように、感染者に接した医師、看護師等は労災保険の対象となり得るが、それ以外の職員が職場で感染したことを立証するのは非常に困難であろう。

また、通勤途中に感染したという立証も極めて難しい。基本的に、通勤ルートから逸れたり（「逸脱」という）、通勤ルート上で通勤とは関係のない行為を行ったり（「中断」という）すると、逸脱または中断の間やその後の移動中に事故（感染）にあったとしても、通勤災害とはならない。

たとえば、帰宅途中に、知人と食事をし、その後でいつもの通勤経路に戻っても、通勤とはみなされない。ただし、乗換駅など通勤経路上のコンビニエンスストアなどで飲み物を購入する場合など日常生活上必要な行為をしても、合理的な経路に戻った後は再び通勤と扱われる。

逸脱も中断もしない通勤をしているのに感染したと考えられるとしても、通勤というのは不特定多数と接することとなるので、感染源を特定するのは極めて厳しい。

(2) 法人は補償を受けられるか否か

新型コロナウイルスに感染して入院等

した場合、個人が加入している医療保険では補償対象となることが多いが、法人が加入している損害保険の場合は事情が違う。

損害保険会社が提供している傷害保険は、基本的には「ケガ」の補償である。新型コロナウイルス感染症はケガではなく疾病に該当するため、保険金や給付金の支払いの対象にはならないが、一部の損害保険会社は補償対象外でも見舞金等を支給できるよう柔軟な対応をしているようだ。

また、災害で休業することになった場合に備える保険や、開催予定だったイベントを中止せざるを得なくなった場合に備える保険は以前から存在していて、すでに加入している団体も多いであろう。ただ、こういった法人向けの保険では今回の新型コロナウイルスが補償の対象外となるケースが多い。

3. 診療報酬債権譲渡というファクタリング

(1) ファクタリングの仕組み

このファクタリングとは、社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会から約2ヶ月後に受取る予定の診療報酬の約80%相当分を、レセプト提出期日より最短で数営業日後に受取り、キャッシュフローの改善を図るものだ。

あくまでも、保険請求分の早期入金であり、患者自己負担分については未収とならない（入金が滞らない）よう回収に努めることは言うまでもない。

ただし、医療機関が当初実際に受取る金額は、請求した診療報酬の80%相当分からさらに割引料等を差引いた金額となる。

残りの20%部分は、基金等から診療月の翌々月に支給された分から80%相当額を差し引いた金額となる。

したがって、この割引料等の手数料の%が問題になる。この仕組みは、今や証券会社、リース会社、銀行など多くの会社が手掛けており、調剤や訪問看護ステーションを中心に利用が増加しているデータもある。

【具体例】

保険請求する診療報酬債権1,000万円をファクタリングすると仮定（実際の手数料等の条件は取扱い業者によって異なる）

- ・割引料…買い取り債権の5%
 - ・事務手数料…債権の1%
 - ・契約書印紙代、振込手数料、通信費など諸費用…2万円
 - ・買い取り率80%（支払留保分20%）
- ①業者買い取り額… $1,000万円 \times 80\% = 800万円$
- ②割引料… $800万円 \times 5\% = 40万円$
- ③業者からの当初支払金額… $800万円 - 40万円 = 760万円$
- ④基金等のレセプトチェック後、診療報酬が業者の口座に払い込まれ、支払留保分から必要経費を差し引いて医療機関の口座に払い込まれる。
- 支払留保分の支払… $留保分200万円 - (1,000万円 \times 1\% \text{（事務手数料）}) - 2万円 \text{（諸費用）} = 188万円$
- ⑤最終的な医療機関の受け取り金額… $760万円 + 188万円 = 948万円$

以上の結果から分かるように、仮に1,000万円の診療報酬債権があったとしても、この仕組みで医療機関が手にできる資金は948万円に目減りする。

金利相当は5・2%と比較的高い。銀行から借り入れすれば今の金利は約1%（月率

0・08%）前後である。そして、このファクタリングを毎月繰り返せば、その都度5・2%の金利相当額を支払う羽目になる。

（2）ファクタリングの手数料の考え方

ファクタリングの手数料を金利（年率）に換算することは非常に重要だ。ローンの金利は「年率」が大原則であるが、ファクタリングの手数料は「月率」となっている。

そのため、ファクタリング手数料と金利を同じ「年率」で比較するには、ファクタリング手数料を12倍して揃える必要がある。例えばファクタリング手数料が5%であれば、金利換算すると60%もの高金利になる。ファクタリングの手数料とローン金利は同じ「%」で表示されるが、実際には全くの別物である。

（3）ファクタリングは中止しづらい

診療報酬債権の譲渡というファクタリングは、譲渡を中止すると診療報酬債権の最大20%しか収入のない月が生じる。その分の資金手当てができていない限り、譲渡を中止できないこととなる。

したがって、一度譲渡に頼ると、譲渡を中止しにくいこととなる。一度手を出すと抜けられない、止めるに止められないといったことが留意点である。

一般的に、ファクタリングに頼る医療機関は、次のような特徴がある。

- ・銀行融資を受けることができない
- ・税金や社会保険料が滞納しがち
- ・赤字決算を繰り返している
- ・債務超過

最近では次のような報道があった。有名医師を抱えていた心臓病の専門病院の医療法人が2019年8月に民事再生手続き開始決定を受け倒産した。理事長はメディアにも度々登場し、セレブ御用達の病院であった。

その後、乱脈経営や資金流出が指摘さ

れ、破綻への兆しが表れていた中、以前から利用していた診療報酬債権のファクタリングで、なんと2023年7月分までの診療報酬債権を譲渡する契約をしていたという。ファクタリングなしには存続が不可能な状態になっていたが、一方でファクタリング会社に支払う手数料の利率が高く資金繰り悪化の一因にもなったそうだ。

いくら手数料が低いファクタリング会社を利用しても、慢性的なキャッシュ不足は解決できない。ファクタリングで当座のキャッシュを確保しつつ、同時に根本的な経営体質の改善を図っていく必要があることを肝に銘ずる必要がある。

そして、繰り返しになるが、あくまでも保険請求分の債権譲渡であるため、患者自己負担分が未収とならない（入金が滞らない）よう回収に努めることは言うまでもない。

4. 仮決算に基づく中間申告の検討

最後に、実務的な話題を。

新型コロナウイルスの影響で収入が落ち込んでいる中、今後、税務署から法人税や消費税の予定納税という中間申告のお知らせが届いてその金額に驚かれる経営者も少なくないと思われる。「こんなに収入が落ち込んでいるのに、何故多額の納税をしなければならないんだ」、と。

通常は、国が税金の取りっぱぐれが無いように、前年度の納税額に基づいて予定納税という「税金の前払い」を自動的に計算している。

消費税では、前年度の消費税額が48万円（地方消費税は含まない）を超えると年1回の中間申告が必要となる。400万円を超え4,800万円以下であれば年3回、4,800万円を超えると年11回の中間申告が必要とされている。ちなみに、所得税は前年の

所得税額が15万円以上、法人税は前年度の法人税額が20万円を超えていると予定納税という中間申告がある。

ただ、このような予定納税の仕組みを把握している経営者は少ない。さらに、業績の悪化などにより前年度の納税額に基づいた予定納税は無理というケースも続出するであろう。

ところが、このような場合、消費税の中間申告を、税務署から通知された前年度の実績に基づく予定納税ではなく、現在の半期の試算表を基に仮決算を組んで、あくまでも「当期の売上」をベースに中間納付額を算出して申告することもできる。ただし、仮決算に基づく申告による場合は、本決算と同じように申告書を作成し、税金の計算をする必要があり、事務負担は間違いなく増えるが。

消費税の中間申告が年3回や年11回の法人では、その都度仮決算を組むとなると事務処理が増えて面倒であるが、予定納税が年1回の法人であれば、法人の半期に合わせて仮決算を組むことになるので効率的といえるのではないか。

なお、仮決算を組んで中間納付額を計算した結果、消費税が還付状態となっても還付はされない。還付は、あくまでも、年間を通じて控除不足額が生じた場合のみだ。この場合は消費税額を「0」として中間申告することになる。

「オンライン授業」「会計」「不祥事」について大いに語る——（上） 「『第三者委員会』の設置が、不祥事を起こした経営者の免罪符に使われてはいないか？という疑問があります」

八田 進二 青山学院大学名誉教授 / 大原大学院大学教授
（聞き手『財界』主幹・村田 博文）

1. 米国の大学では25年前から一斉メールでの連絡事項

—— 八田先生には小誌・創刊記念講演会以来、お世話になり、長期にわたった連載も無事終了しました。ありがとうございます。まずコロナ禍の現在、講義を持っている大学院大学での授業はどうなっているか、聞かせて下さい。

八田 ご多聞に洩れず、うちも学校での対面授業はすべて取りやめになっておりまして、基本的にはオンライン授業で講義を行っています。ただやはり、オンライン授業では、顔と顔を合わせるコミュニケーションということでは劣ります。相手の反応を見られないというのは、やりづらいものです。ですから本日もこうして面談での対談をお願いしたわけなのです。

—— オンラインではやはり、コミュニケーションの面で劣るものですか。

八田 今ある色々なデジタル技術を使えば、オンラインでのコミュニケーションはリアルタイム、双方向でできるわけです。それはパソコンやスマートフォンを持っていれば、無料のアプリを装備すれば、すぐに利用できるようになるわけですが、相手

が30人、40人と多くいて、ざわざわしたら、話していることが聞こえなくなるとか、いろいろ問題もありますね。

ですから、基本的にこういうやり方は、小人数での演習とかゼミなどには適しているのではないのでしょうか。

わたしがいまやっている講義は、基本的にマスの講義で、一方通行ですから、eラーニング、あるいは放送大学の講義の聴講と同じようなものです。

今の文科省の大学設置基準上の規定は、全単位数の半分まではオンラインでやってもいい、という規定があるらしいです。4年制大学だと60単位、短大は30単位だったと思います。

わたしは1996年に在外研究で米国イリノイ大学に留学したことがあるのですが、米国では8月下旬ごろから新学期が始まるため、新入生はその少し前に住居地を定めるなど準備があって、新学期が始まる2週間くらい前にどんどん学生が集まってきました。そしてまず何をするのかと思ったら、大学事務局では全学生にパソコン利用に向けてIDとメールアドレスを与えて、コンピュータールームにおいて最低限の扱い方を上級生が指導するのです。

なぜかという、各学生は授業科目の履修登録をパソコンでやらなければいけないからなのです。したがって、授業が始まった段階で、担当教員の側において、すでに、履修者の状況等の全ての情報がパソコン上で分かるのです。そのため、休講や宿題などの連絡も、すべて一斉メールで来ます。

——それがもう25年前のことだったのですね。

八田 そうです。日本ではまだe-mailさえほとんど使われていない時代でしたが、幸いにもわたしは、米国でe-mailを使うようになりました。ちなみに、誰か日本で使っている人はいないかと、日本人の名刺を見たら、100人に1人は当時でも名刺にメールアドレスが書かれていました。そこで、そのアドレスにメールを送ってみると、ほとんどがノーレスポンス。どうしてかと聞いてみると、メールが来ると思っていないから画面を開けていないのだと（笑）。

——そのときと比べると今はだいぶ進展しましたね。

八田 メールやインターネットぐらいは誰でもやるようにはなりましたね。

お話ししたように、当時から米国では、休校などの知らせを教員が登録学生に対して一斉メールで発していました。そのため、正規の履修登録をしていない立場のわれわれなどには、そうした連絡が届かないことから、ある日、いつもの教室へ行くと学生が誰もいない。おかしいと思って調べたら、正規の学生には休講届けが一斉メールで届いていたわけです。

その後、日本に戻ってきて、日本の大学はどうなっていたかといったら、相変わらず、掲示板に休校届けが張り出されている状態です。教室変更などあらゆる連絡事項が紙で掲示板に貼っていましたよね（笑）。



——学生は連絡事項を見るために、わざわざ学校に来なくてはいけない。

八田 そうなんです。ようやく日本でも今は大学のホームページ上に掲示を出すようになってきています。学生向けの掲示板のようなページがあって、そこへアクセスすればいい。スマートフォンでそれが見られます。ただ、スマホで授業を聴講するのは難しいですね。

2. 医療と教育は大事な基盤だと 看破されていた宇沢弘文先生

——スマホでは授業は難しい。

八田 スマホはどちらかというと遊び向けですね。簡易なパソコンの代替利用としては使われているけれども、きちんと画面に資料を表示したり、ある程度、双方での問いかけを行えるようにするには、スマホは不向きではないかと思いますね。

——いずれにしてもそういうインフラ作りは日本は下手ですね。今回の10万円配布の問題にしてもそうです。

八田 全く下手だと思います。昔、経済学者で宇沢弘文という方がいました。宇沢先生は「社会的共通資本」という考え方で、

その中の制度資本として医療と教育などがあるのだと主張されていました。水道や電気・ガスだけが社会的なインフラではないのだと。やはり教育と医療はこれからとても大事な基盤なのだという事です。

—— そうですね、社会的共通資本と言いましたね。

八田 社会的共通資本は彼が提唱した概念なのです。宇沢先生はうまくいけばノーベル賞も取れたという話があるぐらいの方なのですけれども、少し年代的に高くなりすぎていましたから…。わたしは晩年、すごくかわいがってもらっていたのです。

—— 宇沢先生と親交があったと。

八田 ええ、畏れ多いのですが、たいへん昵懇にいただいた、という関係でした。宇沢先生が今の日本政策投資銀行、昔の日本開発銀行の附置機関で、設備投資研究所というシンクタンクがあり、その顧問をされていたとき、1994年頃からわたしも顧問を拝命していたのです。

—— 設備投資研究所の顧問同士？

八田 はい。経営・会計系列での研究顧問です。それで顧問会議や研究発表会などでご一緒させていただいておりました。酒席でもよくご一緒しましたね。

—— お酒の好きな先生でしたね。東大経済部長を務めた神野直彦氏は弟子にあたりますね。

八田 そうですか。宇沢先生は1960年台半ばにはシカゴ大学の教授をされていましたが、ベトナム戦争が激しくなって、抗議の意味も込めて職を辞して日本に帰国されました。それからしばらく浪人期間があって、そのときに池田勇人の知恵袋だった下村治さんに見初められて、籍を開銀に置きながら、東大の教授になったわけです。

—— 社会思想家でもありましたね。

八田 そうですね。たいへんな博愛主義者で、ですから3.11の大震災のとき、毎日のように大津波で流されて亡くなる人の悲惨な報道を見ていて、ショックで脳梗塞で倒れられてしまったとのことです。

—— 亡くなったのは2014年、86歳のときでしたね。

八田 それまでは80歳台でも元気ばりばりでしたね。

一番最初に評判になったのは、自動車公害に関する本で、70年代の始めごろでしたね。

3.「会計」とは何かで 熱く持論を主張

—— 宇沢先生とはどんな話をされたのですか。

八田 初めて設備投資研究所の会合でお会いした時に、「君は何をやっているの？」と聞かれて、「会計です」と答えたのですが、先生はひと言「僕は会計は嫌いだ」(笑)。なぜかと聞いたら、要するに会計は金権主義の権化だと言うのです。私はすぐさま「先生、それは違いますよ」と言っていて、会計学とは正しい情報を発信するのに不可欠な学問なのだと結構、そのとき持論を主張したのです。そうしたら先生は「それならいい。気に入った」と仰ってくださいました。

—— 思想を持った会計が大事だということで宇沢先生は納得したわけですね。どのような主張をしたのですか。

八田 つまりそれは、今ではよく言われているところの「アカウンタビリティ」について述べたわけです。経営の任を持つ人は、ちゃんと説明責任を果たさなくては行けない、その一連のプロセスが会計なのだと。会計すなわち英語の「アカウント」という言葉の語源は、説明をする、というこ

とですから。お金の勘定ではないのです。

—— 宇沢先生ですら、会計に対して偏見を持っていた訳ですね。正しく伝えてくれる人がいれば理解してもらえます。

八田 あの方は東大の理学部数学科を出ているのです。それで、たいへんな天才肌の方なのですが、米国に留学したときに「数学では人を幸せにすることはできない」と考えるようになって、経済学に鞍替えされるのです。だから日本では経済学を学んでおられないはずですよ。

シカゴ大学へ行き、そこで教授にまでなるわけですよ。

—— ヒューマニズム、あるいは人間の本質的なものを見ていた先生でした。八田先生も琴線に触れる部分があった？

八田 倫理とかインテグリティという部分ですね。私が青山学院大学に移籍する前に所属していた駿河台大学で、新たに経済研究所をつくったのですが、そのお披露目の講演会の基調講演に来てもらったこともありまして。今から30年ぐらい前だと思います。

そのとき初めて、先生には頼みごとでお声がけをしたのですが、先生は成田闘争のときの関係でいろいろな方面から危険を感じた時期があって、常にSPがついていましたね。赤いリュックを背負って、いつも都内を走り回っていましたから、どこからでも狙われる危険があったのです。だからSPは自転車で先生を追いかけていたそうです。お酒を飲むときの席でも傍にSPは付いていますから、そういうときにSPがいることがわかったのです。

4. 講演前にロング缶1本 講演後は小料理屋で…

—— 宇沢先生も講演を引き受けてくれたのは、八田先生に対して意気に感じた

ところがあったのでしょうか。

八田 当時、宇沢先生はそんな状況でしたから、事務局でも電話番号などの個人情報 は明らかにしないのです。そこで、設備投資研究所の事務局に電話して、こういうわけで頼みごとがあるのですがと言うと、連絡を取ってくれました。そうしたら「八田君のとこだったら行くよ」と言って、講演に来てくれたのです。

当時の駿河台大学の初代の経済学部長は荒憲治郎という、元一橋大学経済学部長で一橋を定年後に駿河台大学に来られたのですが、その先生が宇沢先生のことをとても尊敬していましたが、宇沢先生は当時もう、引く手あまたの先生でしたから、「本当に呼べるのかねえ？」と怪訝な顔をしていましたね。

講演の当日、宇沢先生はたいへんな酒豪ですから、まず講演前に、こちらで用意していたビールのロング缶を1本飲むのです(笑)。

講演が終わった後は先生を飯能駅近くの歴史ある小料理屋に招待しました。駿河台大学は埼玉県の飯能にありますが、飯能という街は昔の宿場町で、けっこう飲む店が多くあるのです。そういうところで飲むのは、先生は好きだったみたいですね。とっても喜んでくれて、荒さんにもとても喜んでもらえました。また、外で待機していたSPの人とも親しくなりましたが… (笑)。

—— それは良い思い出ですね。

八田 その後、私は青山学院大学に移り、当時、青学を会場に環境問題をテーマにしたある学会の開催があって、その基調講演で宇沢先生を呼べるといいよね、などと言われたので、私が、では聞いてみようかと行ってまた頼んでみたら、先生は「引き受けますよ」と言うわけです。それでその講

演にも来ていただきました。青学は東京・渋谷から歩いても行けるところにありますから、今度はアクセスがよかったですね。先生は渋谷の松濤に住んでおられましたから。

—— 渋谷の松濤と言えたいへんな高級住宅街ですね。先生は結構、高額所得者だったのですか。

八田 まあ、詳細は存じ上げませんが、著作も多く、文化功労者での年金もおありだったでしょうから収入はそれなりにあったのだと思います。しかし、先生は身なりにはそんなにお金を掛けないし、飲むところも高級なところはお嫌いの様子でしたね。安い居酒屋のようなところで長時間かけてはしご酒をするのがお好きだったみたいです。

—— ああいう先生が政策立案などにも関わってくれていたら良かったのにとおもいます。

八田 本当にそうです。今は官邸に意見を言う人がいなくなってきましたからね。

私は偶然、知遇を得たわけですけど、やはり今までお会いした学者の中でも、断トツに素晴らしい先生だったと思います。80歳を過ぎていても頭はとてもシャープでしたし。

—— 例えば、同じ米国の大学でもイエール大学系の金融専門の教授などとは肌合が全く違っていましたね。

八田 そうですね。経済だけでなく、政治、倫理、道徳、社会政策などを全て包含した考え方をお持ちになっていたのだと思います。

5. 『第三者委員会』の欺瞞 を上梓した理由とは？

—— いい話を聞きました。ところで八田先生は最近、『第三者委員会』の欺瞞～報告書が示す不祥事の呆れた後始末～』

という本を上梓されましたね。こういう状況下ですが、本は売れていますか？

八田 この本は今年（2020年）の4月に出したもののなのですが、ご指摘の通りコロナ禍の下で、本屋さんの店舗がほとんど営業をしていない状況ですからもう、ネットではしか売れない状況になっているのですが、おかげさまで売れているようです。Amazonなどでは、この出版社のシリーズの中では上位につけていますので。

—— それは良かったです。『「第三者委員会」の欺瞞』ということですが、ネット時代のフェイクニュースや何が真実かという問題、人間の本質に触れる課題があると思いますが、あらためて経営者のあるべき姿を具体的に提示されたと思います。まず本を書いた動機を聞かせて下さい。

八田 そうですね、日本の体制は様々な組織によって経済・社会活動が成り立っているわけですが、組織の中での代表はやはり営利法人としての株式会社です。そのほかにも非営利的な団体や機関、学校や地方公共団体などもあります。これらの組織で会計不正などが発覚したとき、今は、それを社会的にも明らかにして、事後対応を図ることが求められます。例えば上場会社の場合であつたら、まずは会社側からそうした事実を明らかにし、事案によっては、上場市場の規制当局からは有価証券報告書などの訂正報告書の提出が命じられるわけです。さらには、それによって課徴金が科せられることもあります。

特に社会的な公器である上場会社でそういった不正が行われると、やはり投資家保護の観点から、上場に見合っていないということになり、取引所が何らかの処分をすることになります。そういう不正を長期間、あるいは巨額に行っていたような場合、そ

れが発覚すると、少なくとも20年ぐらい前までの当時の上場規則では、株券上場廃止になる可能性が多分にあったわけです。

しかし、今から20年ぐらい前、それはそもそもおかしくないか、という議論が出てきました。不特定多数の株主・投資家を要する上場会社が、会社における不正等を指摘されて市場から追い出されることよりもまず、自分たちで非を認めてそれを早く訂正して、傷が浅いうちに治す努力をすること。そうした自助努力を認めたときには、例えば、特設注意市場銘柄のような場所に置くかもしれないけれども、再び信用し得る会社になるれるように、バッファとなる制度を設けた方がいいのではないかと。東京証券取引所からそのような議論が出てきて、当時、東証社長を務めておられた斉藤惇さんなどがその方向で新しい制度を導入したわけです。

確かに、本来は自らの努力で、自浄作用をもって、誠実に対応をするということは大事なことです。今でこそ社外役員は多くなりましたが、当時はあまり社外役員もいない時代でしたから、第三者から見たらそんなことでは信用できないと言われるかも知れないけれど、まずは誠実に、自分たちで対応するのがやはり筋だと私は思っているのです。けれども多くの会社が行ったことは、なぜか他人任せに近い形で「第三者委員会」を立ち上げるということだったのです。

6. 会計の真実に絶対的はない 必ず経営者の主観が入る

—— 結局、自浄作用よりも、外の目を頼った、ということですね。

八田 そういことです。ただ、それからの流れを見ていて、私はたまたま会計の世界の人間であることもあるからだと思う

のですが、ある疑問を感じるようになりました。

その問題点の一つは、会計上の処理ないしは判断が正しかったのかどうかを判定する第三者委員会の中に、ほとんどの場合、会計の専門家が委員として入っていないではないか、ということです。

第三者委員会を構成するメンバーは多くの場合、弁護士なのです。それも、検事を経験したことがある弁護士、というケースが非常に多いのが特徴です。

どうしてそうなるのか。それは後から分かってきたことなのですから、それは、そういうメンバーで第三者委員会を立ち上げることで、経営者は自らの刑事責任だけは免れたい、という思惑があるからではないか、ということに気がしました。だから検事を経験した弁護士でなくてはいけないわけです。

—— 第三者委員会は本来、何のために設置するのかですね。

八田 会計のことは会計の専門家に任せなければいけないと考えているのですが、その専門家が第三者委員会に入っていません。特に、不祥事が起きたことで業績が落ちたとか、場合によっては会社が倒産してしまったような場合、誰がその不正に関わったのか、という犯人捜しを第三者委員会はやりたがります。

でもここが会計の難しいところなのですが、会計というのは、いわゆるゴーイングコンサーン、すなわち継続企業を前提として、休むことなく継続している企業活動を、無理矢理いつからいつまで、という期間を区切って、それで決算処理をするわけです。ですからその期末のところでの費用の未払いや収益の未収などに関してはやはり、非常にテクニカルな作業が必要になっ

てきます。意図的ではなくても、後から見るとその処理は正しくなかったね、ということはある得ることなのです。それは会計の宿命と言っても良いと思います。

しかしながら、第三者委員会は後追いで
の検証をしますから、今このように企業が
破綻したり、傾いてしまったのだから、あ
の時行った処理、あるいはその際にとった
考え方はおかしいのではないか、と必ず犯
人捜しを始めます。

それでは後出しじゃんけんと同じでは
ないか、少しおかしいのではないか、と私
は思うようになりました。

もう少し会計の専門家がものを言うべ
きだと考えているのですけれども、会計士
業界もこの問題に関しては腰が引けている
ように見えます。というのも自分たちの
仲間が関わった監査が問題になったケース
があることなどが多分、影響しているから
だと思います。

—— 自分たちの方に火の粉が来ると
困るからです。

八田 少なくとも、冒頭お話ししたよう
に、会計は、企業活動を説明するための重
要な情報を提供すること、それは客観的な
事実でなくてはいけないわけですが、そう
いう務めがあるのです。だから会計報告書、
財務諸表は真実のものでなければいけない
と言われているわけです。

ではその真実とは何か。それは、絶対的
な真実ではなくて、どうしても経営者の判
断が介在せざるを得ないために、相対的な
真実だと捉えられています。そこに、財務
諸表の信頼性をチェックする必要性とその
難しさがあります。

例えば、一つの例として、有形固定資産
を経過年数で見えていくときに、どうやって
費用化するかという場合、每期一定額ずつ

価値が減少すると捉えて計算する「定額法」
がありますね。一方で、購入した年度に価
値の下落が大きいということで、多額の費
用化を行い、その後は順次低減すると捉え
て計算する「定率法」もあります。これは
どちらも認められている方法ですから、会
社はどちらを採用してもいいわけです。ど
ちらの方がより優れているかといった視点
での優位差はありません。そうすると、採
用した方法によって、その結果、計算され
た減価償却費は違ってくるわけです。当然、
利益も違ってきます。でも、どちらの利益
になっても、その会計結果は正しいのです。
会計とは、そういう世界のものです。必ず
経営者の主観的判断が入っている。これは
宿命なのですね。

ところが法律家や理数系の人は、それ
では納得がいけないわけですよ。1+1が何で
3になるのかと。考え方の構造が違ってい
るようですね。会計士は自分たちの経験則
の中での客観的な基準で判断しようとしま
す。一方、彼らは絶対的な真実を求めよう
とします。是か非か、有罪か無罪か。そう
いう考え方の人を集めて第三者委員会に入
れているので、みな「あのときの判断は駄
目だった」のオンパレードになるわけです。

7. 時間が経って判断基準が 変わって来こともある

—— 弁護士というのは、主観的判断
に委ねてはいけないところがある。

八田 その延長線上の話ですが、長銀と
日債銀が98年に不良債権を抱えて破綻し
たときに、私はとあるメディアからインタ
ビューを受けて、以下のようなことを主張
していたことがあるのです。

あの当時まだ、世の中では「税法基準」
という形で、貸し倒れの引き当ては税法の

「損金算入」の部分を計上すればいい、それ以上計上したら「損金不算入」になる、といった細かい話があって、それならば、面倒な再計算は避けて税法基準でいこうということになって、長銀も日債銀もそうすることにしていたわけです。ところが当時、金融検査マニュアルでは、個々の信用調査を基礎に「個別評価」が必要だということになりました。でもその金融検査マニュアルというのは、あくまで検査官のマニュアルであって、一般の企業には関係ないわけです。だからそれに従っていないからといって、責任を問われる筋合いはないのではないか、というのが私の主張でした。

従業員や利害関係者は、銀行がつぶれてしまったのだから、それは経営陣に対して不満に思うかも知れませんが、会計的には責任を問われるようなことではない、ということをやっと主張してきたのですが、果せるかな、その後最高裁まで行きましたが、起訴されていた両行の経営責任者はともに、無罪放免になりましたね。

—— そうでした。10年かかりました。

八田 ああの件も第三者委員会に関わる話だと思うのです。あのときにもっと、会計の人間が関わっていれば、見方が変わっていただろう、ということで、ずっと不満に思っていたのです。

これが今回、この本を上梓した一つの理由なのです。

二つ目は、21世紀に入ってから、世の中でこぞって、何か不祥事が起きたらすぐ第三者委員会を設置する、といった流れができてきました。そうすると、不祥事が発生して、メディアが記者会見で経営陣に対しても、何とかの一つ覚えのように「いつ第三者委員会を立ち上げるのか？」と聞いてくるのです。要するに、第三者委員会を

新刊書籍のご案内

産後ケア

完全理解読本

監修 福島 富士子 (東邦大学看護学部長)



好評発売中!

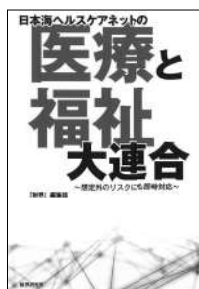
〈造本・体裁〉
四六判並製 150頁
〈定価〉
1650円 (本体1500円+税)
〈ISBNコード〉
ISBN978-4-87932-136-7

本書の内容

「産後ケア」とは何か? / 「産後ケア」をとりまく状況 / なぜ私は子育て支援に力を入れ始めたのか / 「産後ケア」法制化の意義とポイント / 「産後ケア」施設の実践 / 支援体制の普及・民間企業でできること

日本海ヘルスケアネットの「医療と福祉」大連合

『財界』編集部・編著



6月23日発売

〈造本・体裁〉
四六判並製 203頁
〈定価〉
1650円 (本体1500円+税)
〈ISBNコード〉
ISBN978-4-87932-139-8

本書の内容

これからの日本の医療と福祉、公立病院改革のあり方で全国に先駆ける、山形県・酒田市の地方独立行政法人「日本海総合病院」、そして地域医療連携推進法人「日本海ヘルスケアネット」。その取り組みと思想の全貌——。

発行 財界研究所 (総合ビジネス雑誌『財界』発行元)
本社 〒100-0014 東京都千代田区永田町2-14-3
東急不動産赤坂ビル11階 TEL 03-3581-6771

立ち上げることが、一つの免罪符のようになってきたわけです。

8. 社外役員は自分で動いて 情報をとることが必要

—— 第三者委員会を設置したことで免罪してもらおうと。

八田 そうですね。それもおかしいことだろうと思います。その頃からちょうど、企業のガバナンスということが日本でも社会的関心事として認識されるようになり、やはり外の目を入れて自浄能力を高めなければいけないということになってきました。でもそれまでにも社外取締役、社外監査役を取り入れていた企業はたくさんあるのですが、不祥事に直面した時に、彼らはいったい何をしていたのかという議論が全く出ないのです。

もっとひどいのは、不祥事が起きると、社外役員たちが「ふざけるな」と辞めてしまうのですよ（笑）。

—— それも問題ですね。

八田 そうなんです。こんなひどい会社だとは思っていなかった、ということなのでしょうけれども、社外役員というのは、有事の時にこそ真骨頂を発揮しなければいけないと私は考えているのです。その会社の取締役であったり、監査役であるわけですから。でも私は残念ながらそういう真骨頂を発揮した例を見聞したことがありません。

—— 確かに、辞めるケースが多そうですね。

八田 必ずしも皆辞めているわけではないでしょうけれども、だいたい黙っていると、私は知らなかった、と言って逃げます。あるいは、そういう情報が十分に上がってこなかったから、手の打ちようがなかったと。今でも常勤の役員でさえ、そう

言う人がいますからね。経営トップにでさえ、そう言う人がいます。

—— 悪い情報が経営トップに上がってこないとなると、その組織は完全なガバナンス不全ということになりますね。

八田 そうということです。悪い情報が上がってこないのだから、われわれ経営陣としてはどうしようもできなかった、と。冗談じゃありません。もう日本でも2008年からは、上場会社に対して、内部統制報告制度が導入されてきており、重要な情報については当然に経営陣に上げなければならず、そうした伝達経路に目詰まりがないかについては、常に検証することが求められているのですから。

—— そういう体制をつくってないのは経営者の責任ですね。

八田 そうなりますね。私も非常勤で社外役員をやっていますが、確かに、普通に放っておいたら、情報というのはなかなか入らないです。だから現場に行って必ず話をすることにしています。

—— 自分で動くのですね。八田先生は社外監査役はいくつやっているのですか。

八田 今は上場会社で2社です。それと縁があって政投銀（日本政策投資銀行）は民営化したときからもう12年やっていますが、今年、退任いたします。

いずれにしても自浄能力が大事だということですが、ただ、第三者委員会を立ち上げるとマスコミもそれだけで黙ってしまうのです。

（以下、次号に続く）

外国人『人材』を外国人『人財』へ————

「人材を発掘して人財として輝かせるために、われわれの手で監理団体の運営を」

山下 浩幸 あおぎり協同組合 代表理事

1. 創業9年目を迎えるあおぎり協同組合

—— あおぎり協同組合設立の経緯を教えてください。

山下 元々、2005年に「アクセルジャパン」という会社を設立したことから始まります。

アクセルジャパンは日系フィリピン人を招聘し、日本の企業に対して人材派遣を行う事業を行っています。

2008年のリーマンショックの際は、派遣切りも多く一時は大変な時期もありましたが、2010年頃より少しずつ雇用も回復し、人材が欲しいとのお声も頂きました。しかし今度は日系フィリピン人の招聘が難しくなってきました。

その様な環境下、外国人技能実習制度の監理団体として、引き続き外国人人材に関わることを決意し2011年6月に設立したのが「あおぎり協同組合」です。元々が日系人の派遣会社からのスタートであり、雇用主という立場で人材に関わっていたので、通常の監理団体が行う範疇より技能実習生の側に立った丁寧な対応が出来ているのではないかと自負しています。

——「あおぎり」という名前には思い入れがあるとお聞きしましたが。

山下 私は会社や組合の名前を考える際には、社名に想いを馳せる様にしています。

あおぎり協同組合を設立した2011年は



東日本大震災による被災があった年です。

私は福島県の会津出身で実家は今も福島にあります。

現在は広島に生活や仕事の拠点を置いていますがどうしても他人事とは思えず、不安な気持ちを抱え日々を過ごしていました。

そんな折、自宅近くの保育園からある歌が聞こえてきて、その歌の一節に『遠いむかしの傷跡を治してくれるアオギリの風』とありました。園児たちが無邪気に歌う姿と歌詞を頭に浮かべ「被爆によりしばらく草木は生えないと言われていた広島で、終戦の翌年には力強い芽を出したアオギリの樹は人々にどれだけの勇気と希望を与えたのだろうか」「アオギリの樹からもらった勇気や希望と同様に、東北地方も世界中の支援の輪を糧に必ず復興することが出来る

だろう」と感じました。

そうしてアオギリの樹の様に組合員企業や技能実習生に寄り添い、勇気付け、一緒に花を咲かせて行ける存在でありたいとの気持ちから「あおぎり協同組合」と名付けました。

—— 技能実習生を監理する中で特定の分野を想定されていますか？

山下 業種を限定した対応は考えていませんが組合の所在地が広島にある為、地元企業の組合員が多く、マツダ関連の下請け企業や造船を始め、食品加工や農業、建設等、需要に応じ可能な職種は対応しています。

2. 現地の送出し機関に任せるのではなく、我々の手で運営しよう

—— その後、アクセルアジアという会社を設立されていますがこちらはどのような経緯で設立に至ったのでしょうか？

山下 監理団体は組合員企業が求めるレベルの技能実習生を提供する責任があります。それと同時に技能実習生の生活を守る義務もあります。入国前に適切な環境の中で質の高い教育を行い、配属を迎えることで組合員企業と技能実習生をwin-winの関係にすることが出来ます。その環境を作る為には、我々が送出し機関として入国前教育を行い、監理団体へ引き継ぐことが最善の策であり、その継続性の中で人材が人財へと育っていくのではないかと考えました。

その理由として、当時の技能実習制度で国籍の比率が一番高いのは中国でした。しかし、中国の経済発展と共に自国での賃金が上昇し、技能実習を希望する人が少なくなってきました。その時に中国に代わり台頭して来たのがベトナムでした。我々の組合においても2011年の創業時に監理した

技能実習生の多くはベトナム人でしたが、産業特性もあり、全ての業種においてベトナム人が適しているとは限りませんでした。

「残業を多くしたい」とか、残業が無いと「約束が違う。残業が無いのであればその分賃金を上げてくれ」等、ベトナム人技能実習生が企業の経営陣に要求して来ることもありました。これでは業種によってはベトナムでは厳しく他国の送り出し先も探さなければならないと思っていた矢先、農業法人の組合員から「是非、カンボジアから技能実習生を受け入れたい」という要望を頂きました。

以前からカンボジア人は非常に真面目で穏やかな国民性であり、農耕民族でもある為、日本との親和性が高いのではないかと考えていたこともあり、カンボジアの送出し機関をいくつかあたってみました。当時の送出し機関はいい加減な所が多く、送り出しに必要な書類を作らない（作れない）日本語教育についても五十音を教えたぐらいで日本へ送り出してしまふ所ばかりでした。そのレベルで日本に送り出すことは送り出される本人、組合員企業どちらにとっても不幸でしかありません。

更にカンボジアにおける大きな問題として教育の貧困がありました。識字率は公称では約8割となっていますが、実際の小学校中退者や中学校中退者も多くいます。教育機関や教師の地位も低く教師としての給与のみでは生活することが出来ず、教育者が育たないといった問題も発生しています。

カンボジアはクメール王朝・クメール文化・クメール語・クメール料理と多くの伝統がありますが、クメール語で作文が書けない、クメール語を読めない人も多く存在します。ですから、送出し機関も手あたり

次第に日本へ送ろうとするのではなく、一定の要素を備えた希望者の中から適性試験等で選抜した後、企業による面接を経て採用決定して頂くこと。内定者に対しては日本入国に係る手続き期間の約6か月で日本語や日本での生活に必要な教育を行うことが重要です。それは頭で理解させることより体で習慣付けることの方が大切だと思います、現地の送出し機関に任せるのでは無く、自分たちで教育しようと考え、2013年カンボジアでの会社設立を決めました。



あるんですね。

山下 そうですね。私は昨年（2019年）の1年間のうち192日をカンボジアで過ごしました。我々が運営する送出し機関には学校と寮が併設しており、私もカンボジア滞在時には学校の寮で寝泊まりしています。授業が行われている8時間だけでは生徒の本質は全て分かりませんし、素が出るのは授業以外の普段の生活の方が多いので生徒一人ひとりがどの様な生活を送っているのかを見る様にしています。面接の時は

合格したい一心で自分を良く見せようとすることがあります（日本人も同様ですね）実際に内定を頂き、寮での生活が始まると怠け癖があったり、門限が守れなかったりする生徒もいます。そういった生徒は日本に入国後、問題を起こす可能性も高くなります。生徒たちの本当の資質や、性格を知る意味でも生徒との共同生活は大切だと感じますし、寮で寝食を共にすることが信頼関係の構築にも繋がります。

アクセルアジアの生徒たち

—— ちなみにアクセルアジアという社名にはどういった思い入れがありますか。

山下 「アクセルアジア」に込めた想いは、アジアの経済・教育等に我々がアクセルを踏み込むことで、アジアの更なる発展に寄与したいとの想いから名付けました。現在アクセルアジアはカンボジアで3番目程度の大きさの送出し機関に成長することが出来ました。

3. カンボジアで人材送り出しの為の教育

—— 教育期間は6か月ですか？

山下 職種にもよりますが企業に内定を頂いた後、入国迄にかかる手続きには約6か月かかります。

—— 山下さんの拠点はカンボジアでも

—— 学校では何名ぐらいが学習をしていますか。

山下 現在の生徒数は約200名ですが、常に200名から300名の間を推移しています。

—— 多くの生徒が学習していますね。200名の生徒はどのくらい間隔で日本に行くのですか。

山下 企業による面接に合格した時点から教育が始まり、送り出しています。

—— 6か月後には、200名の実習生を送り出されると？

山下 技能実習先の多くは中小企業で

あり、1度の面接で1社が採用する人数は2～5名が通常です。複数の企業からそれぞれ内定を頂いた200名程度の生徒が日本への入国申請等の準備が整った順に出国し、新たに面接に合格した生徒が入学するといった感じなので、一度に200名を送り出すということはありませんが、ほぼ毎日のように生徒が出国している状況です。

—— アクセルアジアで大切にしている教育とはどのような教育ですか。

山下 教育については清掃に重きを置いています。

毎朝一斉に校内清掃を開始し、生徒が自主運営する委員会のひとつ「清掃委員会」がチェックを行います。清掃終了後はラジオ体操・朝礼を行います。朝礼の中で清掃が不十分だった所や前日の問題点を生徒同士で報告し指導を行い、全てクリアにしてから漸く授業開始となります。日本語能力や実習業務に関する知識も重要ですが、それ以前に生活の基本である清掃が出来ない生徒は整理整頓も出来ず、問題が起き易いことが経験上分かってきたので、清掃に重きを置く様になりました。

—— それは重要ですね。日本は小学校の時から教室の清掃をさせますが、習慣づけることが大切ですね。

山下 そうですね。窓を拭くのもただ拭けば良いわけではなく、左から右、上から下に順序良く拭いていかないと拭き残しが出来、かえって汚れが目立ちます。机の上を拭くにしても、机の上の物を片付けてから拭かないと埃がたまってしまうだけで

す。日本では習慣化され当たり前の清掃の仕方一つにしても慣れていない生徒には身に付けさせていかないといけない訳です。

4. 経済と教育が 貧困の国での活動の意義

—— カンボジアにも義務教育はあるのでしょうか？

山下 小・中学校が義務教育となりますが授業時間は1日4時間しかありません。科目は国語、算数、社会、道徳で体育の授業が無いので、集団行動に慣れておらず他者とあわせる意識が低いように感じられます。我々の学校で毎朝ラジオ体操を行うのは体を動かすことだけが目的ではなく、前後左右の他者と動作をあわせることを習慣化させることも目的としています。



ラジオ体操の風景

—— 実際の識字率は低いのですか。

山下 過去のデータとなってしましますが2008年の総務省統計局の資料ではカンボジア全体の識字率は78.35%とされていますが本当の所、識字率はそれ程高くないと感じます。

—— 識字率の低い原因は何にあるのでしょうか。貧困により学校に通えないとか、学校に通わせずに働かせているとか。

山下 その様な問題もあるとは思いますが、一番大きな原因は1974年から1979年にかけてのクメール・ルージュだと考えます。あの時多くの知識人や経済人が粛清され、書物等も必要ないと処分されました。

今でもカンボジアで髪の高い女性が少ないのは、当時収容施設に入れられた女性は強制的に髪を短く切られており、その時の名残で女性は髪を切ることに抵抗があると言われていますし、知識人とみなされると粛清されていた過去により「勉強したい」という言葉に対してネガティブな反応も多くあります。

—— いまだに影響があるんですね。

山下 その後PKOの介入があるまでカンボジアは内戦状態に陥ります。結局の所クメール・ルージュによって知識人やカンボジアの文化や風習を知っていた人たちが多く粛清された為、内戦が終わった際生き残った人たちの中には知識人も少なく、愛国心が強く戦い抜いた人たちでもありませんでした。その様な環境で国を組織しているの、いわゆるキャビネットの政治的能力と言いますか「国家百年の計は教育にあり」を実践出来ないままなのだと思います。決してカンボジアの政治を批判する訳ではないのですが、立憲君主の国王は象徴です。実際の政治を統括するフン・セン首相は在位35年を過ぎました。一国を長く統治する為には国民の知識が少ない方が統治しやすいと考えているのではないかと思うほど政府は教育への関心が低く、支給金も少ないと聞いています。

小学校や中学校へ視察に行っても、30%の子どもたちは黒板を見ながら先生の話の聞いたりノートに書いたりしているのですが、残りの30%の子どもたちはただ黒板を見ているだけ、残りの40%に至っては

外を見たり、フラフラ歩いたりと授業に参加すらしていませんでした。

先生からも教室全体のレベルを上げようという意欲や熱意は感じられませんでした。先生自体がその様な教育を受けていないのかもしれませんが。カンボジアの教育は勉強したい人は勉強する。勉強をしたくなければ授業に出て勉強しない。大学生でも加減乗除が出来ない人がいる程です。

カンボジア人の性格・素養は朴訥で真面目、日本人との親和性にも優れていると感じていますが、そのまま日本に行っても本人・企業両者が困ってしまう結果が目に見えていますので、企業が内定を出した学生に対しては厳しく管理しながら日本の生活や仕事に適応できる様に教育し、身に付けさせるのが送出し機関の仕事だと考えています。

—— 日本に来る技能実習生の平均年齢は何歳くらいですか。

山下 平均年齢は約25歳です。

—— 今、介護分野の技能実習生の需要が多いですね。

山下 需要はどんどん伸びてきています。アクセルアジアでは去年(2019年)全体で302名を日本へ送り出していますが、そのうち介護職種への送り出しは10名程度です。割合としてはまだ多くはありませんが面接希望や介護関係の方の視察数は圧倒的に増えました。介護職種の技能実習は他と違い日本語能力試験4級程度以上に合格しないと在留資格を申請することが出来ません。現在介護事業所から内定を頂いた生徒で構成する「介護クラス」では約40名が日本語と介護の知識・技術を学んでおり、前回の日本語能力試験では4名の生徒が合格し、日本行きの切符を手に入れました。

—— アクセルアジアで最近課題となっ

ていることはありますか。

山下 現在、技能実習生を送り出している国は16か国あります。その中でどうすれば日本企業にカンボジアを送り出し先として選んで頂けるのが課題となっています。

カンボジアの送出し機関の中にはいい加減な所も多く、一度採用を頂く機会があっても配属後「やはりカンボジアは駄目だ」となってしまう、継続してカンボジアから採用して頂けないケースをよく耳にしました。ですから、カンボジア国内の送出し機関がレベルを上げていかないとカンボジアを選んで頂けないのではないかと危惧しています。我々が先陣を切ってレベルを上げていく為に毎日気持ちを新たに、昨日の継続ではなく日々課題を見つけ取り組んでいる所です。

私はクメール語（カンボジア語）を多少であれば理解出来ますがネイティブではありません。アクセルアジア職員28人中26人がカンボジア人ですので、会話や指示が正しく理解され実行されているのかを確認することも常に心がけています。

5. 文化・国民性の違いを踏まえた教育が必要

—— 職員（先生）の多くはカンボジア人だと。

山下 カンボジア人の先生たちが我々日本人とカンボジア人の生徒の間に立って教育を行っていますが『厳しさ』や『一生懸命さ』といった抽象的な概念は日本人と



介護クラスの介護演習「口腔ケア」

カンボジア人では大きく異なります。カンボジア人の先生たちには日本人と近い感覚を持ってもらわないと日本での生活や技能実習の為の教育は出来ません。したがって、生徒への教育を行う前に現地の先生たちと感覚の共有・感覚の確認を行うことが大切となります。同様に「大きな声で叱る」という習慣がカンボジアにはあまりありません。先生たちも厳しく大きな声で叱ることを嫌がります。自分たちが叱られた経験が無いので、生徒を叱ることに抵抗を感じるのです。

しかし、生徒を優しく扱って、日本の文化や風習、日本語を覚えさせて中途半端に日本へ送り出してしまうと配属先で問題が起きてしまった時に大変なことになります。企業としては「日本語は出来ない」「仕事も納期や品質管理もできない」「その上、文化や風習も分からない」「掃除も出来ない」となると、手の施し様ありません。

我々は、内定を頂いてから送り出す間の6か月で日本語や技能実習に関する学習はもちろん、その他多くの事を学ばせます。5S（整理・整頓・清掃・清潔・躰）や報・連・相も毎日の様に指導しますがそれ以前

の基本的な部分「呼ばれたら返事をする」「脱いだ靴は揃える」「分からない時には分かりませんとはっきり言う」と言ったことも含みます。それを頭で覚えるのではなく、時には厳しく繰り返し指導し、習慣化させていきます。その結果、日本に入国してから「カンボジアで教えてもらった時の方が厳しかった」と言われることこそが技能実習生に対しての本当の優しさなのではないかと思います。

その様な教育を2013年から継続しており7年間で一番大変だった所でもあり、一番大切な所でもありました。

—— 文化の違いを理解した上での教育が大事なポイントですね。

山下 日本も政治的な繋がりからカンボジアへODAとしてお金を投資していますが、結局インフラ整備に流れ国民に直接お金が渡ることはありません。日本のODAは教育に対して積極的に投資する傾向にありますが、カンボジア国内は教育に対する素地が高くありませんから、いくらそこに投資しても自発的な改善は望めないでしょう。

それに対して技能実習制度は実習生が働いて得た給料を自国の方々にある実家にまで届けられます。そうすると1人平均で年間100万円ぐらい仕送りする場合、300人の実習生がいたとして年間3億円が現金で行き渡ります。その仕送りが地域の活性化や次世代の生活の質の向上に役立ちます。そして何より実習生たちが日本で覚えた文化や風習は母国に帰国した際に必ず周りに伝わって行くはずです。

技能実習制度は経済面以上に人材面、教育面での国際貢献として有意義であると思いますし、SDGsの取り組みとしても評価されるのではないのでしょうか。

—— カンボジアの送出し機関で日本人が関わっている所はどれぐらいありますか。

山下 現在70以上の送出し機関がカンボジアにありますが、そのうちの約4割は日本人が関わっていますし、カンボジアにも日本の大手派遣会社が進出しています。

ただ、カンボジアに赴任される日本人のレベルが問題です。シンガポールや香港、クアラルンプールに比べ、カンボジアへの赴任は敬遠されがちの様ですから…。

我々はカンボジア人から見ると外国人です。まず、仕事の前に人と人としての信頼関係を築かなければなりません。外国人として信頼関係をどの様に築いていけるかが大切です。その上で更にカンボジアにトレース出来る様な知識等が必要となりますが、はたしてその様な思いでカンボジアに来ている日本人がどれくらいいるのでしょうか。

「お金をもらえれば良い」「実習生を1年間に何人日本へ送れば良い」といったビジネスライクで考えていると結果として上手くいかないケースが多いです。

—— ビジネスライクではなく、草の根的な活動も必要であるということですね。

山下 コミュニケーションは受け手側の問題だと思います。心を開いてくれるかどうかが大事ですからまずは現地職員に信頼してもらい、厳しい指導が続いたとしても、「この人となら、会社の発展と国の発展に寄与していける。腰を据えて仕事をしたい」と思ってもらえるぐらいの関係を築くことが重要ですが、これはなかなか難しいですね。

6. 広島に新たな拠点を加え 東南アジア全域へ

—— 今、拠点は広島ですね。

山下 そうです。しかし、この度関東を拠点に新しい組合を立ち上げます。やはり技能実習生の対応は毎日のことですので広範囲になると対応に遅れも生じますので、主に中四国エリアを既存の「あおぎり協同組合」が監理し、それとは別に関東エリアを中心とした「協同組合ひふみ」を立ち上げました。

—— ひふみという名前にはどんな思い入れがあるのでしょうか。

山下 ひふみにつきましたは私たちも新しい取り組みとしてゼロから準備して参りました。今後は新しい組合員企業とゼロから始めの一步、二歩、三歩と確実に、そして着実に歩んでいきたいと言う想いから「協同組合ひふみ」と名付けました。

—— 関東のどのあたりでの活動でしょうか。

山下 メインは東京です。技能実習制度の対象職種は2020年2月25日新たに宿泊業が追加され82職種となりました。そうになると、ホテルや宿泊施設が多いのは関東エリアとなりますし、協同組合ひふみの主たる取扱職種である「介護」についても関東エリアには多くの病院や介護施設がある為、今後の展開が楽しみです。

また、技能実習制度とは別の在留資格「特定技能」が2018年4月から施行され、こちらの在留資格では技能実習制度では対象とならない「レストラン」や「外食」も対象となっていますので、外食産業の活発な関東一円で対応して行きたいと思っています。

送り出す人材についてはカンボジア人の適正で言えば、レストランは少し不向きだと思われますので、レストラン・外食産業につきましたはミャンマー人を考えています。

—— レストラン・外食産業はミャンマーの方が向いていると言うことですか。

山下 サービス業についてのミャンマー人の適正はかなり高いです。タイの出稼ぎ労働者、サービス業者のほとんどはミャンマー人です。欧米人が「タイのサービスは良いね」と言っているのは、結果ミャンマー人のサービスを褒めていることと言えます。

また、日本語の習熟度もとても高いです。その理由はミャンマーの文法は日本の文法と構成が同じである為、短期間で覚えやすい傾向にあるからです。以前、国立国語研究所の方とお話をする機会があったのですが、その際「2000年代に行った調査で、東南アジアで一番日本語を覚えやすい国はミャンマーだと結論付けた」とおっしゃっていました。

—— ミャンマーにおいても送出し機関を運営されているのですか。

山下 ミャンマーにおいては現在、「アクセルアジア ジャパニーズトレーニングセンター」という日本語学校を設立しました。外資で法人届を出し、この4月から運営開始となりました。

—— 4月からはミャンマーでも送り出しが始まるのですか。

山下 まだ、学校が開設したばかりなので、実際ミャンマー人技能実習生を送り出せるのは2020年の秋以降になると思います。

—— ミャンマーから技能実習生として日本へ入国する人は多いのですか。

山下 はい。たくさんいます。

—— それは、他の送出し機関からの入国ということですか。

山下 そうです。日本へ入国している実数も去年、一昨年の数字で1年間に8,000人ぐらいが入国していたと記憶しています。

7. 国ごとの産業特性でカテゴライズし、適切にマッチングをすることが必要

—— ミャンマーは軍事政権でしたから教育等の部分も行き届いているのではないですか。

山下 そうですね。ミャンマー人の識字率が高い理由の一つに新聞をよく読むことが挙げられます。タクシーの中にも新聞が置いてあるぐらいです。また親の子どもに対する教育関心度もとても高いので、教育レベルが高いと感じました。

しかし、かつてイギリスの統治下にあった為かも知れませんが、全体的に契約社会であり、契約書に書いてある事は行うが、契約書に書いて無いことは行わないという面もあります。

技能実習においては主たる業務の他に付帯業務もあります。例えば、介護職種で契約し、業務内容に「介護」としか書いていなかった場合、配属後の業務で「今日はトイレ掃除をお願いします」と指示した際「私は介護の仕事をする為に日本に来たので、トイレ掃除はしません」と言われる可能性も考えられます。そうすると企業も対応に苦慮してしまうことになります。そうならない為にも配属前に契約内容を正確に説明し、清掃活動等の付帯業務についても快く対応する様に説明しなければなりません。契約内容の遵守を求められることもあるので、事前に配属先での業務内容について付帯業務も含めて同意を得る様にしています。

—— 事前の説明及び同意を得ることはとても重要なことですね。また、送出し国の風習や文化、考え方に配慮し、教え方も工夫する必要があるのですね。

山下 そうです。農業が得意な国もあれ

ばインドネシアやフィリピンの様な島国は水産加工や漁業が向いていますし、精密機器等を作るのであればベトナムは向いています。やはり、その国の産業特性に応じてカテゴライズし、適切にマッチングをすることが必要となります。

—— 他に強調したいことはありますか。

山下 日本と親和性の高いカンボジア人を採用して頂ける機会が増えて欲しいと思います。これから日本の労働生産人口の減少が加速する中で私はカンボジア人、ミャンマー人に一番日本へ来て欲しいと思っています。それは仕事のスキルという意味ではなく、日本人との親和性が非常に重要だと考えるからです。

一人でも多くのカンボジア人技能実習生を採用して頂ける様に我々も頑張っておりますので是非一度視察に来て頂ければありがたいと思います。

—— 特に技能実習生を受け入れる企業は一度現地を見ておくのは大切なことですよ。

山下 百聞は一見にしかずという諺があるぐらいですから、耳で聞くだけではなくカンボジア人の良い所を目で見えて感じて頂き、言葉は分からないけれど一生懸命何かを吸収しようとする生徒たちの姿勢は感動に値しますし、視察に値するのではないかと思います。

仕事柄、医療に従事される方にお会いする機会も多くあるのですが、新型コロナウイルス感染症に最前線で立ち向かう皆様のお姿には頭の下がる思いです。心から感謝の気持ちをお伝え致します。ありがとうございます。どうぞお身体ご自愛下さいませ。

～進まない医療法人制度改革～ 投資ファンドによる病院買収

成生 憲治 弁護士法人 なりう法律事務所 社員弁護士（東日本税理士法人社員税理士）

第1 はじめに

平成18年の第5次医療法改正から平成27年の第7次医療法改正と医療法人制度改革が進められている。その主眼とするところは、

- ① 非営利性の徹底（持分のない社員により構成される社員総会）
- ② 効率的性の向上（理事、理事会及び監事の役割の明確化）
- ③ 透明性の確保（医療法人の経営状況の開示）

といった、ある意味、単純なことである。

第5次医療法改正から13年、第7次医療法改正からも5年が経過しており、この間、筆者は3つの社会医療法人の監事を拝命し、これらの医療法人においては、意見を述べる機会も与えられ、意見を採用していただいている。

しかし、医療法人全体をみれば、医療法人制度改革が進んでいるとはいいいがたい状況である。

第2 医療法人制度改革

1 医療法人制度改革の目的

医療法人制度改革の目的は、医療法人に「健やかで安心できる生活を保障する（地域で質の高い医療サービスを効率的に提供する）という高い使命を果たしながら、限られた社会保障財源を有効に活用する」という役割、「良質で効率的医療サービスを地域で安定的・継続的に提供するために無駄のない医療経営を推進し、医療サービスの再生産のため収益を確保していく」という役割を担う存在となってもらおうという点にある（平成17年7月、医業経営の非営利性等に関する検討会報告、「医療法人制度改革の考え方～医療提供体制の担い手の中心となる将来の医療法人の姿～」。以下、「非営利性等に関する検討会報告」という。）。

この目的を達するため、医療法人について、①非営利性の徹底、②効率性の向上、そして、③透明性の確保という改革を求めるのが医療法人制度改革である（資料1の①、②）。

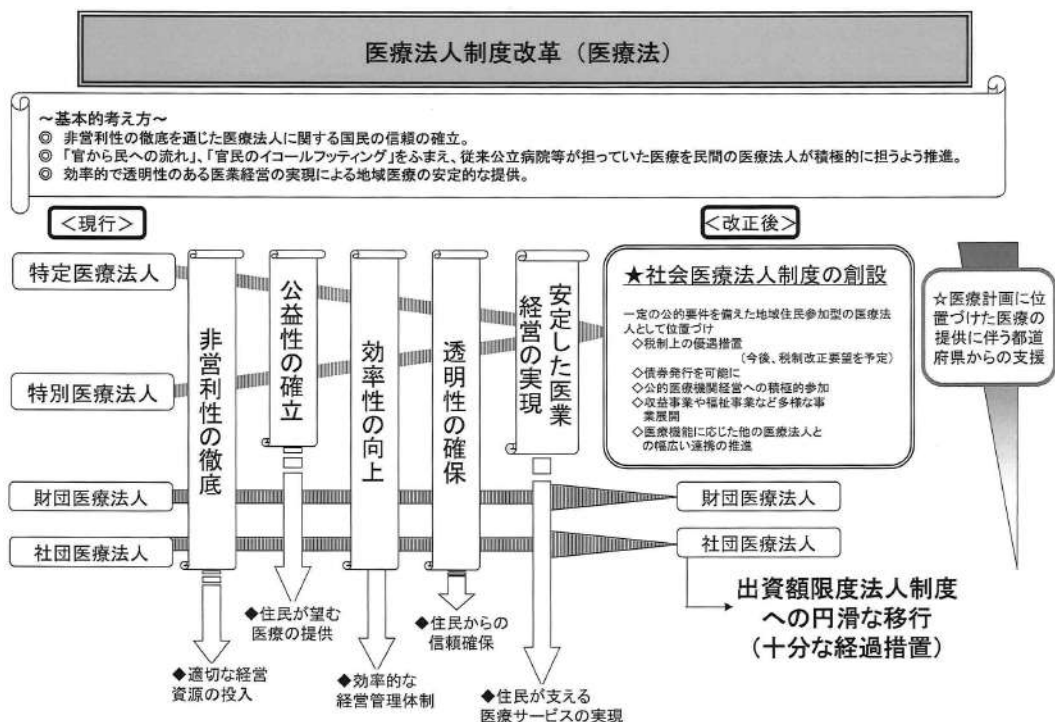
2 非営利性の徹底

(1)「非営利性」の意味

上記の目的を持つ医療法人制度改革の出発点となるのが、「非営利性の徹底」である（資料1の①、②）。

非営利性等に関する検討会報告には、「非営利性」、すなわち「営利を目的としない」ということについて、次のとおり整理すべきであるとの記載がある。

〈資料1の①〉



記

「営利を目的としない」とは、社団医療法人の社員における権利・義務の内容について、

- ア) 出資義務を負わない、
- イ) 利益（剰余金）の分配請求権を有しない、
- ウ) 残余財産分配請求権を有しない、
- エ) 法人財産に対する持分を有しない

ことと整理すべきである。

(2) 医療法改正

このような整理に基づき、第5次医療法改正により、① 平成19年4月以降に新設する医療法人については、持分のない医療法人しか認められないこととなり、また、② 医療法人解散時の残余財産の帰属すべき者を、国、地方公共団体、医療法人その他の医療を提供するものであって厚生労働省令で定めるもの」に限定し、個人（出資者）を残余財産の帰属先から除外されることとなった（なお、医療法人の社員は、元々出資義務は負わず、また、利益（剰余金）の配当は禁止されていた。）。

このようにして、「国民皆保険で支える資源が医療の継続に使われない。」という事態を阻止しようとしたのである（資料1の①、②）。

3 効率性の向上

(1) 各機関の役割の明確化

非営利性等に関する検討会報告には、「効率的な医療経営の実施」ということに関し、次のような記載がある。

記

医療法人の役員は、経営を司る理事と法人の業務を監査する監事が存在する。また、医療法人の経営方針を決定し、それを実行する理事会がある。これらについては、法人運営の執行という観点から必須の機関であり、医療法人に限らずおよそ法人格を有するものすべてに共通なものであろう。

このため、「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」に沿って民法の公益法人制度改革が行われた場合と同様に、医療法人の理事・監事・理事会の役割の法令上の明確化を通じ、医療法人の各機関（理事・監事・理事会）が効率的な医療経営の実施に向けて有効に機能するようにすべきである。

(2) 医療法改正

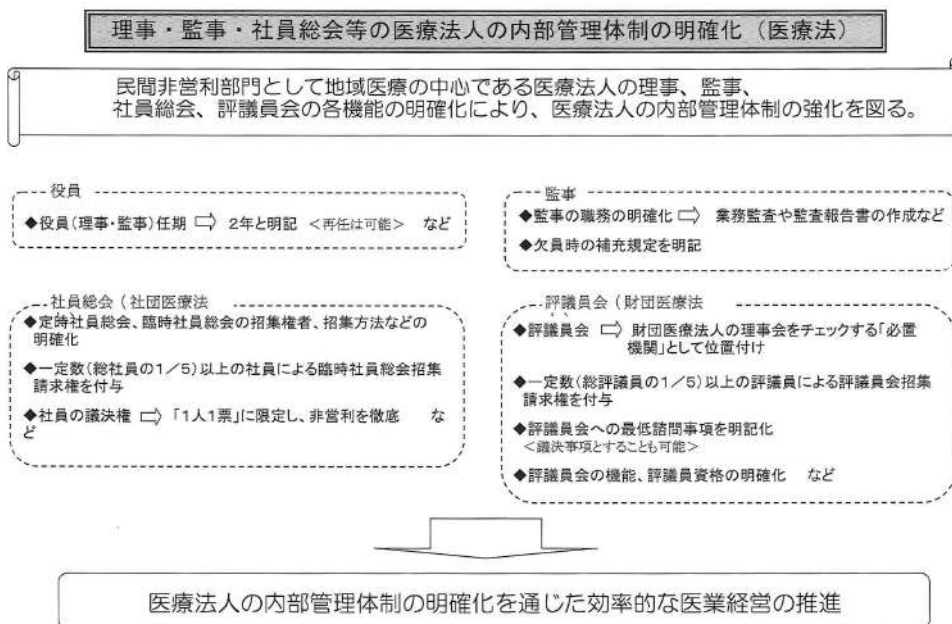
第7次医療法改正による医療法人制度に関する改正は、上記非営利性等に関する検討会報告「民間非営利部門として地域医療の中心である医療法人の理事、監事、社員総会、評議員会の各機能の明確化、医療法人の内部管理体制の明確化を通じた効率的な医療経営の推進」をするための法改正である（資料1の③）。

4 透明性の確保

(1) 住民の信頼確保

非営利性等に関する検討会報告には、「医療法人の透明性の確保」との関連で、第5次医療法改正前の医療法52条及び同51条について、次のような記載がある。

〈資料1の③〉



記

この規定は、医療法人の経営の透明性を確保するために必要なものであり、今後も維持されるべきである。また、書類の提出を受ける都道府県等において管轄する医療法人の経営状況に係るデータを整備し、各医療法人が提出した書類を閲覧できる体制を整えることによって、地域の医療提供体制を担う医療法人に対する信頼を更に高めるべきである。

(2) 医療法改正

このような医療法人の経営の透明性を確保することにより、「住民からの医療法人に対する信頼を確保」ができる。地域住民に信頼されることにより安定した医業経営を実現することができる。

このような観点から、

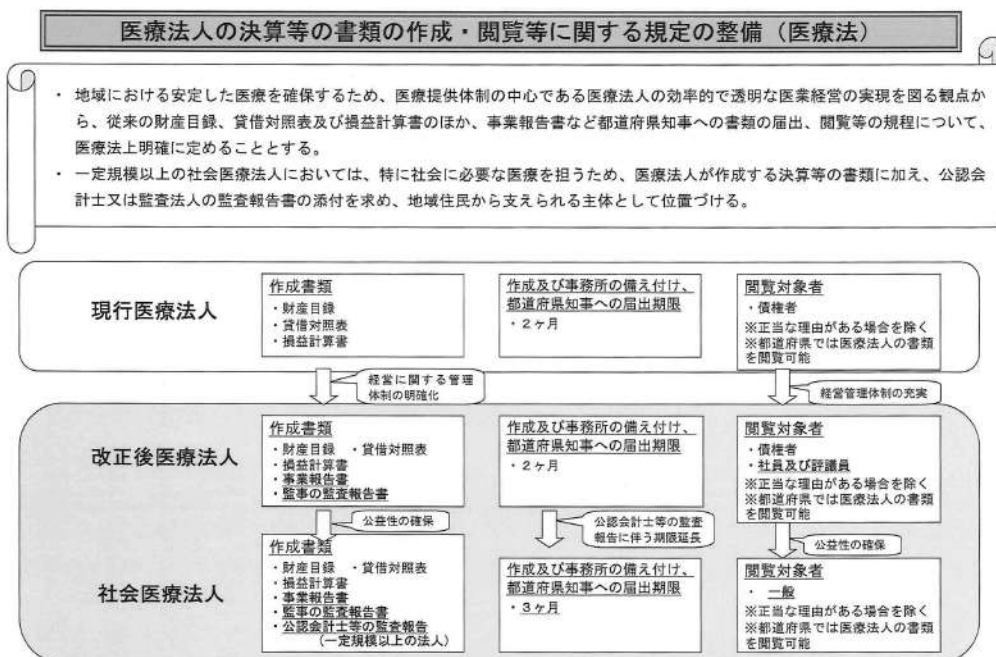
- ① 従来の財産目録、貸借対照表及び損益計算書のほか、事業報告書など都道府県知事への書類の届出、閲覧等の規程について、医療法上明確に定めることとする。
- ② 一定規模以上の社会医療法人においては、特に社会に必要な医療を担うため、医療法人が作成する決算等の書類に加え、公認会計士又は監査法人の監査報告書の添付を求める。との医療法改正がなされている（資料1の④）。

第3 医療法人制度改革の現状～非営利性の不徹底～

1 移行認定制度

第5次医療法改正により平成19年4月以降に新設する医療法人については、持分のない医療法人しか認められないこととなったが、他方で、既存の持分ある医療法人については、持分

〈資料1の④〉



のない医療法人となることを強制せず、自主的に移行することが期待していた（資料1の④）。

平成26年10月1日からは、平成29年9月末の期限で「持分の定めのない医療法人への移行認定制度」が設けられ、持分のない医療法人への移行を推進する施策が実施されるようになり、同制度は、本年9月末日まで延長された（資料2）。

しかし、当局が想定したような移行が進まなかったようである、認定制度を延長するか否か現在調整しているとのことである。

2 非営利性の不徹底

- (1) 第5次医療法改正により平成19年4月以降に新設する医療法人については、持分のない医療法人しか認められないこととなった。それから10年経過した平成29年においても、「約5万の医療法人のうち8割が持分ありの医療法人である。」という状況であり、その後も、持分なき医療法人への移行は進んでいない（資料2）。

この状況からも、医療法人の「非営利性の徹底」という、医療法人制度改革の目的が達せられていないことは明かであろう。

- (2) 非営利性の徹底がなされていないということは、第7次医療法改正以降も、従前どおりの医療法人運営が漫然と行われていることを推認させるものであり、医療法改正が企図する効率的運営も、透明性の確保も十分に行われていないことが推認される。

3 営利法人の医療経営参画の途が開かれること

- (1) 非営利性等に関する検討会報告には、次のような記載もあり、医療法人自らが非営利性を徹底させないのであれば、株式会社が医療法人経営に参画する途が開かれることが指摘されている。

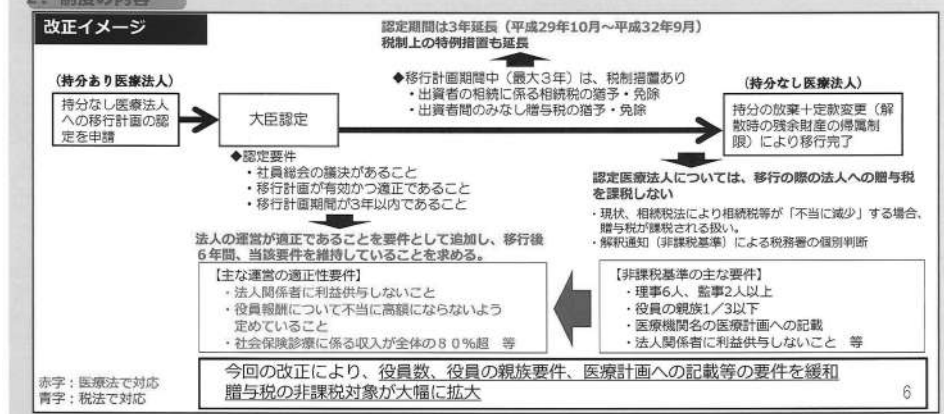
〈資料2〉

持分なし医療法人への移行計画の認定制度の延長（H29年医療法等の一部を改正する法律）

1. 現状と対応

- 法人財産を持分割合に応じて出資者へ分配できる「持分あり医療法人」は、平成18年医療法改正以降、新設を認めず（※1）、「持分なし医療法人」への移行を促進
 - ※1：持分あり医療法人では、出資者の相続が発生すると相続税支払いのため私戻請求が行われるなど法人経営の安定について課題がある。
- 「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」への移行計画を国が認定する制度を設け、相続税選手等の税制措置を実施。この認定期間が、平成29年9月までとなっていることから、延長することが必要（※2）【医療法改正・税制改正】
 - ※2：現状も約5万の医療法人のうち8割が持分あり医療法人である。

2. 制度の内容



記

制度創設から50年以上経過した医療法人制度については、(1)様々な手段を通じて事実上の配当を行っているのではないか、(2)医療法人の内部留保を通じて個人財産を蓄積し、社員の退社時にまとめて剰余金を払い戻すことによって、事実上の配当を行っているのではないか、(3)いわゆるMS法人などの営利法人に利益を移転することによって事実上医療法人の経営が営利を目的としたものとなっているのではないかといった指摘があり、医療法人の「営利を目的としない」という考え方が形骸化しているとの主張があることも確かである。また、規制改革・民間開放推進会議が平成16年12月に公表した「規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申 一官製市場の民間開放による「民主導の経済社会の実現」一」では、こうした医療法人をめぐる現状を踏まえ、「実質的に営利法人に近い持分のある医療法人が多数存続する」と言及し、株式会社の医業経営参入とともに、医療法人の経営の近代化、経営の透明性が必要との観点から、株式会社に医療法人の社員としての地位を与えること、医療法人の議決権を出資額に応じた個数とすることなど株式会社が医療法人の経営に参画することを可能とするよう求めているのである。

第4 投資ファンドの医療業界進出

1 新聞報道

非営利性の徹底が進まない状況を見透かしてのことか、投資ファンドによる医療業界への進出が進んでいる。

平成29年7月28日の日本経済新聞に、「投資ファンドユニゾン・キャピタル」が、新会社「地域ヘルスケア連携基盤」を設立し、薬局のほか、介護や看護の事業者、だけでなく、「病院・診療所を順次買収する。」との記事が掲載されている（資料3）。

2 投資ファンドによる病院買収の実例

「病院・診療所を順次買収する。」との記事記載のとおり、株式会社地域ヘルスケア連携基盤は、グループ会社を通じて株式会社東芝から医療法人平和会・平和病院の出資持分を譲受け、社会医療法人北斗とともに経営支援を行っている。

医療法人平和会の出資持分買収に先立ち、昨年、社会医療法人北斗の副理事長である橋本郁郎氏が理事長を勤めている社会医療法人熊谷総合病院において、同社会医療法人の社員の過半数を株式会社地域ヘルスケア連携基盤の役員・従業員が占めるという議案が社員総会に提出された。これは営利法人による医療法人支配に該当し、医療法人の非営利性に反するとして、上記議案に反発する理事・監事が辞任を申し出るという事件が起こっている。

〈資料3〉



【東京28日】ユニゾン・キャピタルが、地域ヘルスケア連携基盤を設立し、病院・診療所を順次買収する。ユニゾン・キャピタルは、東芝のグループ会社で、医療法人の買収を計画している。ユニゾン・キャピタルは、東芝のグループ会社で、医療法人の買収を計画している。ユニゾン・キャピタルは、東芝のグループ会社で、医療法人の買収を計画している。

第5 まとめ

医療法人制度改革の出発点と言うべき「非営利性の徹底」が十分に進んでおらず、効率性の向上も、透明性の確保も十分に行われていないことが推認される。

医療法人の「非営利性の徹底」が進んでいないことを見透かしてか、投資ファンドによる「医療法人の経営に参画」・「病院・診療所の買収」が始まっている。

筆者は、社会保険料を負担する国民の一人として、医療法人の非営利性が徹底され、医療法人制度改革が進展し、さらには、地域医療構想が円滑に実現されることを願っており、国民皆保険制に支えられている資源が、一部投資家への配当に回わされることがないように願っている。

多額の社会保険料の負担に苦しむ国民の多くは、筆者と同じ考えであろう。

このような願いが叶うか否かは、医療法人の自浄作用にかかっている。

多くの医療法人関係者が、医療法人制度改革を実現し、さらには、地域医療構想をまとめ上げ、投資ファンドその他営利法人による医療法人の経営参画を排除することを期待している。

新型コロナウイルス感染症拡大でICUの需要と供給体制はどうなっていますか？

答える人 **酒井 勇次** エア・ウォーター防災株式会社 取締役医療事業本部長

新型コロナウイルス感染症の拡大で地域病院のICU（集中治療室）の需要が逼迫する状況がたびたび報道されている。日本のICUは不測の事態に対応できるのか。ICU分野で国内で高いシェアを持つのは、産業用ガス大手で医療用酸素ではトップメーカーであるエア・ウォーターの関連会社、エア・ウォーター防災。同社の担当責任者に現状を聞いた――。

1. 周辺設備の電気、医療ガス、空調商材等をすべて供給できる体制

―― まず、貴事業部ではどんな仕事を行なっているか、わかりやすく聞かせてください。

酒井 はい。エア・ウォーターの医療関連事業は手術室、ICUなどの病院設備工事、医療用ガス供給、病院業務のアウトソーシング受託、設備機器のメンテナンスから、衛生材料や注射針、在宅医療に至るまで、多岐にわたる製品・サービスを提供しています。特に、高度急性期医療分野では手術室、ICUをはじめとした病院設備工事、医療情報システム、各種医療機器・器具などを総合提案しております。

その中で、当社事業部は医療ガス設備、手術室・集中治療室（ICU）などの高度医療分野をプランニング、設計、製造、施工、メンテナンスまで、あらゆるニーズにワン

ストップで対応しております。

―― 貴事業部ではICU（集中治療室）も作っているとのことですが、どんな特長があるか聞かせて下さい。また、ICUには決まった規格や基準のようなものがあるのでしょうか？ 教えてください。

酒井 まず、ICUの基準についてですが、別表のように、厚労省が定めたICUの施設基準が出ております。

医療スタッフの配置、面積、医療装置や器具、設備など細部にわたり記載されています。

次に、当社ICUの特長について述べます。

当社はICU周辺の主たる設備である、電気、医療ガス、空調の商材をすべて供給できる体制であり、それらを含む機器ユニットの製造・販売を行っています。

また、当社グループとTOTOの環境浄化技術を用いて製品化したハイドロタフを壁面・天井面に使用することで抗ウィルス・抗菌効果の持続と共に、傷・汚れに強く、経年変化が極めて少ないICU空間を提案することが可能です。

さらに患者の早期離床に向けた音響、照明、映像などを組合わせたクリーンユニットの開発や医療従事者の負担を軽減する天井リフトの検証などにも取り組んでおります。

別表

		施設基準
医療スタッフ	医師数	専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務している。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
	看護師数	集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。
	臨床工学技士	専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。
面積など	面積	1床当たり20㎡以上
	装置・器具	救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、除細動器、ペースメーカー、心電計、ポータブルエックス線撮影装置、呼吸循環監視装置
	設備	自家発電装置を有している。電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できる。原則として、治療室内はバイオクリーンルームである。

2. プレハブ・仮病棟などでの 問い合わせが増えている

—— 新型コロナウイルス感染症問題で、重症患者のICUでの治療がにわかに注目されています。日本でも感染ピーク時には現状のICUの数では足りなくなると言われていますが、貴事業部には現在、どんな問い合わせが来ているのでしょうか、教えてください。

酒井 プレハブICUの企画・設計・販売の問合せや感染症対策の病棟、仮設病棟などの計画に関わる医療ガス、電気設備などに関する問合せが約30件来ています。（4月24日現在）

—— ICUを1か所作るときには、どれぐらいの期間が必要でしょうか、教えてください。

酒井 病院新築工事や既存病院改修並びに規模などの建築条件により期間は異なります。

例えば、プレハブハウスを用いた臨時ICU（4床）の場合、ICUのみの工事期間は約1カ月（機器準備納期約1カ月）です。

ただしICUには、前室や器材室などの附室も必要になりますので、その分の工事期間が必要になります。

—— 例えば既存の病室をICUにすることは可能でしょうか？ 教えてください。その場合、どれぐらいの期間が必要でしょうか？

酒井 可能です。施設基準や指針のすべてをクリアにするのは困難ではありますが、患者の処置に関わる空調、電気、医療ガス、手洗などの設置は、概ね1カ月あれば改装できると想定します。この場合、機器関連の納期は含んでおりません。

—— 米国や中国では野戦病院のような形で対応をしています。野戦病院のようなところにICUを作ることは可能でしょうか？ またその場合、作るのにはどれぐらいかかるのでしょうか？

酒井 施設規模にも依りますが可能です。患者の処置に必要な設備（電気、空調、医療ガスなど）と医療機器を設置するスペース並びに医療従事者の動線を確保できればICUの機能を有した空間は構築できます。

機器などを予めユニット式に製作していれば、数日で可能と考えます。

また、エア・ウォーターでは遠隔診療支援システム「NOALON（ノアロン）」を開発し、5月より販売・レンタルを開始しました。こちらは医療施設間をネットワークで接続し、共通の画面を見ながら遠隔で支援を行うシステムです。既存ICUへの導入により、院内外で患者さまの容態監視が可能な環境を構築できます。ICU不足とあわせて課題となっている、医療従事者の感染リスク低減にも寄与します。

—— 専門メーカーの立場から、政府に

対する要望があれば、お聞かせください。

酒井 政府並びに自治体からは簡易陰圧装置機器などに関する整備支援はいただいているので、メーカーとしての義務は、迅速に医療機関からの要望に応えるべく生産体制を維持したいと考えております。

また、今後想定される臨時の医療施設設置に関して、すでに適用除外法令の整備をしていますが、設置に関し諸問題が発覚した場合には、安全性を最優先しつつ設置優先に向けた法令などの緩和をしていただけると、迅速な対応が可能になると考えています。



施工事例

AIを使って新型コロナウイルスに有効な治療薬を既存薬から見つける取り組み

(本誌・編集部)

1. 独自のAI技術を ドラッグリポジショニングに活かす

デジタル・フォレンジック（訴訟に係る企業などが持つ電子情報の解析）という分野で国内唯一の上場企業であるFRONTEOが、コロナ禍で既存薬を使った有効薬の特定に乗り出し、政府にも提案を始めている。

いまだ有効な治療薬がないコロナ禍が続く中、新薬開発でより時間を短縮できる既存薬の転用が期待されている中での新しい取り組みといえる。

ある報道によれば、今年4月20日時点で全世界で行われている新型コロナウイルス感染症に対する治療薬やワクチンなどの臨床試験は、このこのような既存薬転用も含めて合計1300ケースに及んでいるとされる。

ところがいまだに、決定的な治療薬は特定できていないのが現状。その理由として考えられるの、現在行われている候補薬の臨床試験のやり方に課題があるからではないか、との疑問が生じる。

今回のAIを使った新型コロナ治療薬を特定する新しいシステムは、3000万以上あると言われる膨大な医学研究の「文献」上から、有効な既存薬につながるヒントを見つける、というのがポイントだ。これによって候補となるターゲット遺伝子、有効な既存薬、副作用情報、薬が有効な人の属性、などが特定できるとしている。

こうした既存薬転用＝「ドラッグリポジ

ショニング」の取り組みは、製薬業界ではこれまでも広く一般的に行なわれているもののだが、同社はこれにAI技術を応用して取り組むというもの。

同社のAIはデジタル・フォレンジック分野において、膨大な量の企業のコンピュータ上にあるテキストを解析していくことに独自の強みを発揮している。こうしたAI技術を持つのが同社の最大の強みだが、今回、そうした独自のAI技術をドラッグリポジショニングにも活かしていく試みである。

いずれにしても膨大な量の医学関連文献の解析から新型コロナに効きそうな薬を絞り込んでいくことを行なっていくものと見られ、AI新興企業による新しい事業分野への挑戦とも言えるだろう。

以下はその新興企業トップへのインタビューである。なおこのインタビューはWEB会議システムを用いて遠隔で行なわれた。



守本正宏・FRONTEO社長

「われわれの『AI』を使えば既存薬から新型コロナウイルスへの転用候補を早く探し出せます。実用化には企業の垣根を越えた取り組みが必要です」

守本 正宏 株式会社 FRONTEO 代表取締役社長

(略歴) もりもと・まさひろ 1966年(昭和44年)生まれ。大阪府出身。89年防衛大学校卒業後、海上自衛隊勤務。94年退官後、アプライドマテリアルズジャパンを経て、2003年UBIC(現FRONTEO)を設立、社長に就任。

1. われわれのAIならば 感染拡大の予兆もとらえられる

—— FRONTEOではAIを使って既存薬から新型コロナウイルスに有効な薬を探し出しているそうですね。

守本 はい。これはドラッグリポジショニングといって、既存薬から別の疾病に有効な薬を見つける作業で、この研究に利用しているAIシステムの一部はいま、いくつかの製薬企業様にも導入いただいているもののです。

既存薬から別の疾病に効く薬を見つけるのは、製薬業の世界ではもともと広く行われていますが、われわれのようなシステムを使ってこれを行うやり方は世界でも他にはありません。

—— 独自のシステムだと。

守本 そうです。

特許をとっている独自のAIエンジンを使うのが特徴です。このAIは今、臨床の診断支援システムなどデジタル医療機器にも活用していく予定で、別のプロジェクトも進行中です。

それです。このシステムを使ったドラッグリポジショニングがどういうもの

か、簡単に説明します。

一般的なドラッグリポジショニング研究において、特定のウイルスに有効な薬がどこにあるかを調べるためにまずしなくてはいけないのは、候補となるターゲット遺伝子のあたりをつけることです。仮説を立てターゲットを絞り、候補薬をリストアップする。それから患者さんへの治験が始まるわけですが、今の新型コロナの状況で問題になるのが、通常時には治験をするほど多くの患者さんがいない、ということなのです。そこがインフルエンザなどとの大きな違いです。

—— マーケットがそれほど無いということですね。

守本 そうですね。それに治験をする際には相当、薬を絞り込んでいないと失敗する可能性が高いです。

そこでわれわれのシステムが力を発揮するのですが、ターゲット選定の時点で疾病にかかわる遺伝子の関係の全体像を見渡せるので、複数のターゲット候補を出せること、また候補薬を選定したときに、その選定した理由、人に対する特性だとか、どんな副作用が出るかなどを、過去の論文からAIが全て調べて提示することで、サス

テナブルな研究が可能であるとともに、大幅なスピードアップと効率化が可能です。

結論を先に申し上げますと、今回の新型コロナウイルス禍のような時に備えて、企業の垣根を越えて転用薬研究を主導する司令塔が必要ではないか、ということなのです。

—— AIなので早く見つけられる、ということもあるわけですね。

守本 そうですね。今回ドラッグリポジショニングに使用したシステムに使われている自然言語解析のAIエンジン「Concept Encoder」を使えば、感染症が拡大してしまう前に、感染拡大の予兆をとらえることもできると思います。それによって、薬をあらかじめ用意しておくことができます。今回のコロナウイルスに関しては、そういう調査にはこのAIエンジンは使われてはいませんが。ですがそのような、予兆をとらえることにも使えるのは間違いありません。

2. まだ誰も成功していない、困難なことを解決するAI

—— 既存薬からどうやって有効な薬を見つかるのですか。

守本 簡単に言うと、薬を作り出すために新しい化合物を見つかるのではなくて、患者さんの情報、病気から逆算して、既存薬の中で有効なものを見つけていく、ということです。ではどこにその情報があるか、というと世界中にある膨大な文献の中です。

AIによる文献探索は、他社でもシステムの構築を試みっていますが、成功している事例はありません。既存薬から別の疾病に効く薬を見つかる作業はそれほど難しいのです。

それで、何が一番大事か、ということをお話します。

例えば、ウイルス性疾患にかかる人の遺伝子は変化します。だけどその変化が病気で変化したのか、変化したから病気になったのかがわかりません。そこで、それを見つかるのが先ほど言った文献です。これが3000万以上もあります。

もし短期間に薬を出す必要があるのなら、早く、大量の文献を見ていくことができればそれが一番、効率がいいです。そういう文献の解析がこれまでできなかったのです。

大事なことは、文献の中から正解を当てるのではなく、文献を精度良く、網羅的に見ることで、戦略が打てる、ということです。この薬が効く、ではなくて、こういう薬がたぶん効くだろう、ということで薬を絞り込むのです。これを国がやらないといけないと思うのです。

—— これは実際に厚労省には働きかけているのですか？

守本 今日、これから行くことになっています。

—— 民間の製薬会社は関心を持っていますか？

守本 この手法には関心を持たれています。

また、このシステムを効果的に活用するには、単独の企業ではなく、企業の垣根を越えた取り組みが必要だと思うのです。

われわれのAIが見つかる治療薬候補の優先順位を決めて、それでいけると判断したら、その薬を持っている製薬会社に治験を依頼する。そういった包括的にコントロールできる仕組みが必要だと思います。（このインタビューはオンラインにより、遠隔で行われました）

これからの社会福祉士の役割

小林 裕一郎

株式会社 K u M u 代表取締役

遡ること16年前。一般企業に勤務していた私は、海外勤務から帰国した際に目にした医療機関の資料から社会福祉士に興味を持ち、資格を取得しました。

私はこれまで救急病院の医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）として十数年間患者さんの相談や環境調整に携わってきましたが、多くの人は今問題が発生したというよりも、以前から問題を抱えながら生活されていて徐々に問題が複雑化・重度化してしまった状態にあり、もっと早く相談に繋がっていただくと感じるが多々ありました。

問題が重度化すると個人だけの問題では収まらず、家族や職場など周囲の人への影響も大きくなります。自分の病気で仕事を辞めることを決断された方、親の介護で仕事や育児に大きな影響を受けている方とも沢山出会いました。このように問題が複雑化・重症化してしまう理由として、既存の公的サービスは相談先が多様でいつどこへ相談したらよいか分からないこと、仕事を休んで時間を取らなければ相談に行けないこと、解決に必要な法律や制度が専門機関をまたぎ必要な支援にうまく繋がれていないことが考えられました。

このような経験から問題が大きくなるもっと前の段階から対処でき、一人でも多くの方が心身ともに安定した自分らしい生活が送れるよう、身近な存在でいつでもサポートできるようにしたいと考えて2018年に当社を設立しました。

少子高齢化、人口減少、女性の社会進出など、社会の構造は日々大きく変化しています。そのため、企業でも様々な課題を抱えた状況下で働く人が増えています。親の介護、自身の病気の治療、育児と家事、上司層部下層の世代差によるコミュニケーションエラーなど問題を抱えながら働いている人は多く、それらが理由で離職する方も増えています。今、多くの企業は人材流出防止の離職対策や働き方の見直しの必要性に迫られています。

当社は国家資格である社会福祉士が、心理的・社会的・経済的な困りごとや悩みごとなど従業員が抱える様々な問題の相談に応じ、一人一人の社会生活の安定を保つことで、業務パフォーマンスの低下、長期休暇や離職を防止することを目的する企業向けの新しい福利厚生サービスを提供しています。企業に直接出向き、働きながら相談できる体制を作り、必要に応じて人事担当者や外部機関と連携し早期解決を図ります。

これまでお話を伺った方の中には、自分や家族の問題が重なり仕事にも支障をきたし始め、どこに相談したらよいか分からなくて困っていた、長年悩んでいた方が想像以上に多く、自分・家族・仕事など、問題が複数複雑に絡み合うほど重度化し、個人のメンタルヘルスに視点を当てるだけでは解決しにくいことが分かりました。これで辞めずに済んだという言葉を受けた時は、少しでもお役に立てて嬉しく思ったのと同時に、困っている方が身近な所で相談できることの意義を実感しました。

これからも世の中の方々の仕事と生活の両面のバランスがとれ、今よりちょっとでもいい毎日にしていくお手伝いを続けていきたいと思っています。

コロナ時代の病院自動精算システムとは？

「われわれの技術が医療現場の最前線で役に立つ時代がいよいよ来るのでは、と実感しています」

馬淵 将平 株式会社アルメックス 代表取締役社長

1. 決済方法の事前選択で 診察を終え、すぐ帰れる

—— 貴社は病院などの自動精算機を製造販売していますが、顔認証ができて発熱探知もできる「Sma-pa TERMINAL」という端末を作っているということですが。

馬淵 はい。こういう時期なのでこれをいま、いろいろな医療施設で紹介して、販売に力を入れているところです。

新型コロナウイルス対策でたいへんな医療現場では、今後、医療事務の効率化やキャッシュレス化のニーズは一段と高まっていくと思います。そうしたニーズを汲んだ商品をわれわれは手掛けています。

—— こういう時期なので、「Sma-pa TERMINAL」へのニーズは高くなっているのですか？

馬淵 この製品は昨年（2019年）春に商品リリースをしているのですが、現状言える範囲では、千葉の亀田総合病院様に導入いただいております。また新宿に新棟を建てられた東京医科大学病院様には、診療費後払いサービスを導入いただきました。そのほかにも複数の大規模病院に導入いただいております。

このターミナルを導入いただくと、様々なことができます。例えば、患者さんが再



来受付の際に診察券を読み取らせて受付票を出力します。これは従前どおりのシステムですが、新しい機能としては、診療費の支払い方法を選べます。

通常、外来患者さんは受付後

に診察室へ行き受診します。そして診察が終われば受付のフロアに戻ってきて、会計での精算待ちとなります。計算が終われば「何番の人、お支払いください」と呼ばれ、支払い窓口や精算機などで支払いますよね。

これはこれで精算事務の効率化の面で有効なシステムでしたが、新機能を利用するとその診察を受ける前に、受付の機械で「後払い精算」を選択して最初にクレジットカード情報を読み取らせておけば、診療が終わればそのまま、精算を待たずに帰ることができるのです。

—— 精算を待たずに帰れるのは患者さんにとってもたいへんありがたいですね。

馬淵 ええ。病院の医療事務ではドク

ターが行なった診察料や処方した薬の料金を計算するわけですが、予め後払い引き落としが承認されていたら、確定した精算額を患者さんのクレジット情報から事後的に引き落とします。領収書と診療明細はスマートフォンの専用のアプリケーションを導入している患者さんなら、そこから見るができます。家で支払い明細を確認できるわけです。

—— スマホがない人には？

馬淵 スマホがなかったり、そのソフトを入れていない人は、次回来た時に紙で発行してもらうこともできます。いずれにしろ、診察を受けたらそのまま帰ることができるのです。

—— 精算のためのフロアでの待ち時間がなくなるわけですね。

馬淵 はい、精算の待ち時間ゼロという機能が搭載されているのがこのSma-paターミナルの特長です。もう一つの特長が、トリージ対策、要は感染症対策です。発熱検知のサーモグラフィカメラがこのターミナルに搭載されていて、患者さんがSma-pa TERMINALで受付を行う時に、例えば体温が37.5度以上だとアラームが鳴るのです。アラームが鳴った場合は、病院スタッフが別のところにお連れする、といった手を打てるわけです。

2. 非接触でニーズがますます高まる 様々なデジタル決済に対応

—— 支払い精算はクレジット払いが中心になりますか？

馬淵 今は支払いの仕方もいろいろ出てきていますね。現金精算は当然ありますが、クレジットカード払いもあれば、電子マネー、あるいはQRコード決済などもあり多様です。マルチ決済と言っていますが、

その多種多様なデジタル決済がこのターミナル一台で可能です。

—— いろいろ選べるということですね。

馬淵 はい。今はコンビニでも、現金を手から手へ渡さないケースが多くなっていますね。やはりウイルスは接触感染のリスクがあるということですから、極力、やはり現金授受を避けたい、とりわけ医療機関においては、こういう時期なので、キャッシュレス決済、クレジットカード決済、QR決済、電子マネー決済を選ぶ傾向が強くなっていると思います。患者さんの方もそうだと思います。

精算機を使えば当然、医療事務のスタッフは介在しないで済むのですけれども、やはり患者さん自身も、精算機から出てくるお釣り、誰が投入したかがわからない現金に対してリスクを感じています。

自分が持っているクレジットカードや電子マネー、QR決済だったら安心ができます。現金をあまり触りたくないという患者さんのために、いろいろなデジタル決済を一つの端末でできる精算機に対するニーズはこれから増えていくだろうと思います。

今はコロナ問題が起きたことでSma-pa TERMINALが改めて注目を浴びていますが、われわれとしては、キャッシュレスや顔認証などの時代を先読みした開発を行ってきた結果、これらの機能の価値が再認識されるようになったのではないかと思います。今後、われわれの技術が医療現場の最前線で役に立つ時代がいよいよ来るのではないかなと実感しています。

—— これからますます引き合いが期待できるということですね。

馬淵 ええ、ただ今回のコロナ問題がなくても、この製品は医療の最先端にいる総合病院で、すでにご評価をいただいて導入

が始まっているものですから、今後ますます引き合いというか、導入してみようというニーズは高くなっていくのは間違いないと考えております。

—— 医療事務の軽減にも役立つ製品であるわけですね。

馬淵 そうです。病院の医療事務スタッフはいま、本当に人手が足りない状態です。精算の事務処理は、患者さんが診察を終えて帰るときにその事務が集中してしまうので、短時間に事務処理をしなくてはならないし、そのためにミスも起こり得ます。それを、患者さんが後払いを予め選択していただければ、その医療事務の集中的な繁忙が緩和され、負担を大きく軽減することに繋がるわけです。

3. 病院経営の観点からも事務処理効率化と患者さんのストレスフリーの追求を

—— 患者さん、病院側、双方にとってメリットがあるということですね。

馬淵 そうです。従来型の精算機でも、対面の会計よりはずっと時間短縮にはなっていたのですが、さらに会計待ちもする必要が無い、いわば患者さんの待ち時間ゼロ化に繋がるわけです。診療費後払いサービスによって、患者さんのストレスはかなり軽減できるのではないかと思います。

それと今後の少子高齢化社会で、中核となるべき大病院はますます、やはり経営という観点からも、事務の効率化を重視していかなくてはいけないと思うのです。また患者さんをストレスフリーにしていくということも、これからの病院経営の大事な課題になるのではないかと思います。

—— まさに病院経営に直結する課題の解決に資する、ということですね。

馬淵 はい。そういう意味で、大きな総

合病院をはじめとした医療経営の観点からご評価をいただき、導入に至ったということだと思いますし、必ずや効率経営を推進するシステムになるだろうと考えています。

—— 開発には時間が大分かかったのですか。

馬淵 昨年（2019年）春にリリースした製品ですが、開発自体はさかのぼってそのさらに1年半ぐらい前から始めたという感じです。

—— 製品名のSma-paというのは何の略ですか？

馬淵 Smart（スマート）のSmaとPatient（バイシエント）のpaです。スマート・バイシエント、「賢い患者さん」という意味ですね。

—— 決済の種類は基本的に患者さんが選ぶのですか？

馬淵 そうです。選べるのです。それとこのターミナルのもう一つ大きな機能に、搭載している顔認証カメラにAI機能があることです。

これは再来患者さん、リピーターの患者さんの認識ができるのです。

政府は2021年3月からマイナンバーカードを国民全員が携帯してほしいということで厚生労働省が動いているのですが、ここには自動車の免許証と同じように顔写真がICチップ内に入っています。

来年3月以降はこのマイナンバーカードが保険証代わりになるわけですが、患者さんが病院に来られて保険証の代わりにマイナンバーカードをこのターミナルに差し込むと、その中に入っている顔写真の情報が読み取られます。それから今度このターミナルの前に患者さんが立つと、顔認証カメラによってマイナンバーカードで事前に登録された本人の顔写真と、今ライブで写っ

ている顔とが照合されて、本人確認ができるわけです。

このターミナルに来ると「予約された〇〇さんですね」と言われ、顔写真の認証が行われて、本人確認が終了するという流れです。医療現場においてはやはり、当人ではなかったことによる医療過誤などはあってはならないことですから、その防止にもたいへん役立つものになるのではないかと思います。

4. 診察券や保険証の様々な文字も 学習機能で読み取る高精度AIを搭載

—— 患者さんの取り違いによる誤った投薬などの事故の防止に繋がると。

馬淵 そうですね。あるいは、例えば、意図的に他人に成り済まして別の人が診察を受ける、などの行為も防ぐことができます。「なりすまし診察」の防止です。

やはり本人に対する診察こそ、医療の生命線だと思います。それ以前のトラブルなどは極力、起きないようにしなくてはなりません。その意味で、顔認証という生態認証機能は、非常に効果を発揮するのではないかと考えています。

—— 日本は人口減少で在留外国人も恐らく増えていくでしょうし、医療現場でもこれまでになかったようなトラブルも想定されてくるでしょうから、そういう将来ニーズも見込んだ技術を搭載している、ということもできますね。

馬淵 そうですね。そういった技術を凝縮したということになると思います。

—— 先程、顔認証にAIを搭載しているとおっしゃっていましたが、AI機能としては何かほかにあるのですか？

馬淵 AIは機械学習機能ですから、このターミナルでは顔認証のほかに、診察券

や保険証の読み取りもできます。

保険証については診察に1か月以上の間が空く場合、患者さんは保険証の再提示をしなくてはいけないことになっています。それで、通常は窓口で診察券と保険証を提示して、事務のスタッフがそれをチェックして入力する作業が発生しますが、Smapa TERMINALなら診察券や保険証をかざせば自動読み取りすることができます。

読み取りはOCRという光熱検知システムですが、この読み取った文字をデジタル化して保存するAIのリーダーを搭載しています。診察券といっても病院によっていろいろなものがあり、手書きで読み取りにくい文字があったり、摩耗して文字が読みづらいものもあったりします。

それを読み取って入力していくのは人手でもなかなか難しい作業ですが、そういう文字でもこのリーダーはAIの学習機能で推測し、それを積み重ねて読み取る精度を高めていくので、読み取れるのです。

まさにアーティフィシャル・インテリジェンス、人工知能、機械学習です。

—— この精度というのはどれぐらいのものなのですか。

馬淵 顔認証でいきますと、世の中には3人は顔が似ている人がいると言われます。具体的には100万人の中から3人を似ている、と照合することができる精度です。その逆に、そうでない人を本人ではないとはじき出します。そういう機能です。

今、日本では普通10万分の3ぐらいの精度が時流になっています。われわれはITエンジンでは中国の会社と組んでいますが、その精度は100万分の3という非常に高いものなのです。世界的にも最先端の読み取りの認証率を誇るエンジンを搭載しているということです。

最先端メディカル経営トップに聞く—— 「公立病院改革が進まない のは、新しい提案をしても 『前例がない』と、受け付け ないこと。ここが問題です」

宇野 克明 医療法人社団 東京MITクリニック 理事長

(略歴) うの・かつあき 医師・医学博士(腫瘍免疫学・MHC抗原ペプチド等) 1986年東海大学医学部卒業。(研究歴) 86年東京女子医科大学第二外科、88年杏林大学医学部第一外科、2001年東海大学医学部外科、04年哈爾濱医科大学名誉教授ならびに東海大学医学部生体構造機能学教室で兼任、(職歴) 公・私立5病院の兼任を経て14年医療法人社団東京MITクリニックを開設、理事長・院長に就任。このほか、メディカル系ベンチャー企業群・ケセラパートナーズの代表を兼任中。

1. 多忙な医師業務からあまり深く 考えないで病院経営に赴任しました

—— 宇野克明理事長が病院経営に携わるようになった経緯を教えてください。

宇野 私は神奈川県西部に位置する東海大学医学部の出身ですが、1986年の卒業当時は引き続き母校に残って医療に携わろうといったイメージも持ち合わせておりませんでした。何せまだ若く、単なる世間知らずの一研修医に過ぎなかったのです。

なので、東京に出ればもっとすごい大学病院があるんじゃないか、程度のことしか考えが及ばなかったのです。そのような状況で選んだ初の勤務先が、新宿区の東京女子医科大学第二外科(当時)でした。

ところが、その医局に所属して一年目の研修を終える頃、杏林大学医学部第一外科に所属する一人の先輩Drと知り合い、大

腸がんに対する免疫研究のメンバーに誘われたのです。ちょうど基礎系分野の医学研究にも興味を持っていたので、その話に引かれて1988年、二年間の研修医終了を待ってその医局に転籍することになったのです。

現在、私の専門分野である腫瘍免疫学は、この時のアクションが元となって始まりました。

その後、杏林大学医学部第一外科に籍を置いて十数年が経過した2001年、今度は母校の恩師(教授)からのお声がけを頂戴し、東海大学医学部第二外科教室での腫瘍免疫研究者として二つの医局に籍を置きながらの研究生活が始まったのです。

そしてさらに2004年、今度は同期生から医学部の基礎系教育にも携わってほしいかとのオファーもあって、東海大学医学部基礎系生体構造機能学教室の非常勤講師も兼任することになり、結果3つの医局に



所属するという、“三足”のわらじを履くことになりました。

しかも、兼任はこれだけではありません。実は少し時を遡った1996年、杏林大学第一外科に所属して8年ほど経過した頃、その医局員がアルバイトに行っていた横浜の病院が人手も足りず経営的にも困窮、との理由で、そこの経営も任されることになったからです。ここは寄付行為とい

う出資持ち分なしの財団系医療法人で、人間ドックや健康診断も手がけるベッド数30床そこそこの小規模病院でした。

—— そこで病院経営をみてほしいということですか。

宇野 はい。はじめは単に外科部門長などの立場で行くのかなと思ったのですが、その病院オーナーに会った際に急きょ、理事長への就任を頼まれてしまいました。そ

のオーナーは医者ではなく、介護産業を手がけ始めた株式会社の代表でしたが妙に意気投合し、あまり深くも考えずにその病院に赴任してしまいました（笑。）

ただ、問題がなかったわけでもありません。なぜなら、理事長とはいっても外科診療や手術もできると思っていたら、それどころではなかったからです。やはり経営が良くなかった病院なので、急な外科スタッフの追加も難しく、オペ室すら物置になっているようなありさまで…。

ただ、一度乗りかかった船ですから、初めから不可能と言ってしまったらそれで終わり。それなら、せっかく病棟があるのだから、これまでの柱となって運営していた人間ドックや健康診断に加え、新たな二本目の柱を作ろうと考えました。

そこで赴任直後に選んだのが、ちょうど始まりかけた介護保険の時流に乗った在宅医療に対する後方病院の運営戦略です。加えて、周辺地域における訪問診療・訪問看護の強化も考えていたところ、タイミング良くオーナーの企業も有料老人ホーム事業を立ち上げることになったのです。

それらの施設も最大限に活用し、複数の施設すべてにクリニック併設の効率良い在宅医療システムを組み上げることができました。そして2年ほど経過した1998年に、ようやく自身が直接携わる念願の医療部門の開設にもこぎ着けました。

杏林大学と東海大学での研究で培ったがんに対する研究ノウハウを生かした免疫治療センターを病院最上階フロアーに構え、その部門の代表医師としての診療も開始したのです。こうして在宅医療と免疫治療部門の追加開設により、飛躍的に病院経営の数字も上がり始めました。特に免疫治療部門についてはTVや各種メディアで紹介

介されたこともあり、患者さんも数ヶ月待ちと、ようやく経営も軌道に乗り始めたのです。

2. BS（貸借対照表）、PL（損益計算書）資金繰り表の作成を一年でマスター

—— 病院の経理内容などもチェックしたのですか。

宇野 はじめは帳簿を見ても意味すら分からず、改めて一からBS・PL、資金繰り表などの作成については猛勉強することになりました。幸い、オーナーお抱えの経理責任者にもついて教わった結果、BS・PLは一年ほどで何とかマスターしました。ただ、いつまで経っても資金繰り表の作成や資金調達は苦手でしたね。

—— その後、宇野理事長は2012年に医療法人社団 東京MITクリニックを開設しました。

宇野 横浜では、全国からの患者さんを受け入れるには些か不便だったようです。患者数が増えるにつれ、東京での診療を望む声が寄せられるようになり、加えて、そろそろ独立を考える時期にもさしかかっていました。そこで心機一転、東京駅・八重洲南口に構えることにしたのです。その後は、2年を経過した時点で法人化し、今に至っています。

—— 経験から感じた病院経営の問題点はどんなところにあったと思いますか。

宇野 横浜の病院に関して言えば、問題は、「医者って、意外に言うことを聞かない」ということだったと思います。

私も勤務医でしたので他人のことは言えませんが、やはり経営というのは月にどれだけ売り上げがあって、利益がいくらかということ。そのいっぽうで、医療に関して言えば、医者にとって「アカデミック」

な聖域かもしれません。しかし、経営者としては、先生にこれだけ報酬を払うのだから、もっと利益をあげてもらわねば…と、「アブラミック」な話もせざるを得ませんでした。

大概の医者は、ここでへそを曲げてしまうんです。「医療はそんなじゃない」と。

私が理事長として赴任した時は、まさに医者が、経営側の言うことを聞かない状況に陥っていたのです。例えば病棟を見に行くと、患者さんは入院ベッド数の2割も入っていませんでした。常時、8割以上もベッドを空けていたわけです。

単純に言えば、前任の院長と看護師長が一緒になってサボタージュしていただけた話なんですけどね。「経営側はあんなこと言うけど、医療はそんなものではない」と、院長が焚きつけるから、ほかの医療従事者まで、経営側の理事たちと反目してしまっているような状況でした。

だから看護師さんたちも動きません。「患者さんがいるから、入院させてあげたい」と私が言っても、「設備も人手も足りません。もっと増やしてからにしてください。」と反論し、仕事を増やそうとしないんです。「ああ、これじゃ病院運営に必要な最低限の利益すら出るわけがない」と思いました。

新参者の私がここで正論を言ってみても反発するだけなので、一筋縄ではいけないと考え、別の方法をとることに。そこで大学時代の同僚医師や、関連病院で知り合った看護師さんたちに片っ端から声をかけ、基準を満たす人員数をなんとか確保したのです。

私が赴任したのは8月でしたが、それを地道に推し進め、翌春3月には、全員の総入れ替えが完了しました。

3. 新しく入れ替わった医療スタッフのモチベーションが高まる

—— 医療従事者の総員入れ替えはスムーズにいきましたか。

宇野 まあ、運が良かったのかもしれませんが。何となく皆がそうした雰囲気を感じ始めた3月の始めに、看護師長が全員の退職願を携えて駆け引きをしてきたからです。そこで、敢えて慰留する必要もなく、淡々と退職願いを受理した次第です。

—— その後はどうになりましたか。

宇野 ほんの数日間、診療を休止する日も発生しましたが、新院長をはじめ、新しいすべてのドクターも呼び寄せ、看護師さんたちも全部入れ替えて…。そこからでした。経営数字も徐々に上がりはじめ、幸いにも、新しく入れ替わった医療スタッフのモチベーションも高まって、「じゃあ、みんな頑張ろう！」と。

すると、これまで苦戦していた人間ドック部門の営業スタッフも、次第に月に千件もの予約をコンスタントに取れるようになったんです。月に千件も取れると、ずいぶん採算となります。そうして1998年、自身のがん治療部門も稼働し始めると、常に病棟も満床に近い状態を維持できるようになっていったのです。

—— 他にはどんな問題点がありましたか。

宇野 赴任した時に問題になったのは他の借入金に加え、およそ5億円ほどに膨れ上がった医療機器のリース残高でしょうか。当然、それまでのルーズ医療には全くもって必要のない無駄なリース費用がかかっていたのです。

—— 無駄なリースを許可したのは誰なんですか。

宇野 実質的なオーナーでした。会社経営者ではあっても医者ではなく、恐らく当時の医療従事者から言われるがままに契約せざるを得なかったんでしょう。高価な検査機器を導入したのに、当時、その結果を判断できる常勤医は一人もいませんでした。

まさに宝の持ち腐れとなって、満足に利用もされていなかったんです。医者って、(私もそうですが) 結構メカ好きが多いんです。だから近隣の病院に新しい医療機器があると聞けば、突然「自分もあれがないと、まともな診療ができない」とか言い出すことがあります。

実際の医療内容から考えると、そんな高度な機器は不要ですが、頭ごなしに「無理」と答えようものなら、途端にへそを曲げてしまうからややこしい(笑)。

そこで、ゆっくりと経営数値の説明から始めました。「この医療機器を導入したら、毎月のリース料はこれだけ発生してしまう。すると、ひと月にこれだけの検査数をこなさないとならないが、それを先生に任せて良いですか?」と。

するとその医師もさすがにそこまでの責任は負いたくないので、「なら、今のままで充分です」と。もちろん、一定以上の医業売上が維持できるようになったら、導入の意志があることも約束したうえでの話ですが。

医療機関を開設する場合、原則その代表者は医師ライセンスがなければなりません。だから、経営者である医師として利益の追求を声高に唱えることが憚られる、といった思いも交錯するのはやむを得ません。

しかし、顧客である患者さんに対し、常に良質な医療を提供するには、医療スタッフのモチベーション維持が欠かせないと思います。

そのため、私は医療スタッフが納得できるような報酬を提供することが、医師であり経営者である自分の務めだと考えながら業務を進めてきました。もし優秀な勤務医なら、例えば理事長・院長の報酬より年俸が数百万円高かろうが、何ら問題はありません。極端な話、看護師が医師の報酬を上回ることさえ、あってもおかしい話ではないのです。

4. 公立病院財政は何事も「前例」が判断基準。新しい提案を受け付けない

—— ここで視点を変え、民間から見た公立病院の財政についてどう感じますでしょうか。

宇野 公立病院には、私も大学医局の出張先として2年ほどの勤務経験がありました。敢えて当時の特徴を言えば、「そよ風が吹いている」といった感じででしょうか。一種独特の空間が広がっている感覚です。というのも当時はその病院の経営状況の善し悪しが、スタッフレベルに降りてくることなどあり得なかったんです。

しかも当時は、例えば居眠りをしていても勤務年数が上がるにつれ、給料も平行して上がるような状況です。加えて何事をするにも「前例」が重要な判断基準となるので、単に大学病院からローテーションで出張に来た勤務医が新しい提案をしたぐらいでは、何一つ変わることがない。

もしかしたら、今回の新型コロナウイルスによるパンデミック対策一つをとっても、そうした前例主義が残っているのかもしれないですね。とにかく、個々の常勤医は経営努力をする気はないし、ましてやる必要もない。例えば年次決算がマイナスになっていようと、年度末には一般会計からその不足分は繰り入れられてプラ／マイ・

ゼロでおしまい。だから、誰も病院の経営数字を気にするはずがない。ただ、この事は30年も前のことですから、今はもうそんな時代ではないでしょう。

5. 60年経った国民皆保険制度は いろんな面で制度疲労にきている

—— 日本の保険医療の限界は感じましたか。

宇野 日本における国民皆保険制度は、世界的に見ても優れた制度であったことは間違いありません。ただ、1961年の制度開始より60年近くが経過した現在、その間に多くの不具合も蓄積し、いろいろな面で制度疲労を来していると思います。

中でも大きな問題点が、制度の硬直化というのでしょうか、なかなか時代に即した内容に改善していくことができないという点です。特に、そうした問題点の数々が、今回の新型コロナウイルスによるパンデミック騒動によって如実にあぶり出されたかと思います。いま現在、日々増えていく新型コロナウイルス感染者に対し、各種のメディアがしきりに「医療崩壊」を口にしています。

しかし、実際のところ、最前線の医療現場では世間で言われるほど医療崩壊は進んでいないと思います。むしろそこにあるのは、ほかの誰からも助けてもらえないという、「医療疲弊」なのではないかと考えます。今回、新型コロナウイルス感染者への医療を担っているのは、ほとんどが第一線の設備を整えた基幹病院。そして、そこにいるトップクラスの技術とモチベーションを持った、言わばスーパー Dr. たちです。もちろん、そうした設備が整っていない医療施設であっても、そうした優秀な医療従事者がいないわけではありません。

ただそれ以外の、大多数の医療従事者たちに頼んだら、果たして彼らと同様のことが出来るのか。おそらく、非常に困難なことだと思います。むしろ、「できることなら、関わりたくない」とさえ思っている医師らもいることでしょう。

それまでの経験値や能力、モチベーションの面においても歴然とした差があるからです。その結果、救急搬送される感染患者さんたちが、受け入れ病院も決まらず数時間もたらい回しにされてしまうといった事態が生じてしまうのです。

だからこそ、そうした能力やモチベーション差なども加味した、新しい診療報酬体系も早期に構築しないと、いずれそうしたスーパー Dr. たちも燃え尽きてしまい、本当の意味で医療崩壊が生じかねません。

さらに、こうした第一線で闘う Dr. や医療機関の周囲では、コロナ過の影響によって別の意味で状況が一変しています。

どういう事かというと、新型コロナウイルスの医療に関わっていない医療機関の多くで、特に高齢の患者さんがいなくなってしまったのです。なぜ、いなくなってしまったのか。それは、医療機関に行くことで、かえって自分に新型コロナウイルスが感染してしまうことを恐れたからです。

その結果、多くの方々が、それまで定期的に通っていた医療機関の受診を止めてしまいました。無論、高齢者だけに限った話ではありません。その結果、通院を止めた患者さんにどのような事態が生じるか。恐らく、ほとんどのケースで、さほど大きな問題点も生じないはずですが。

なぜなら、本来はそう頻回な通院も不要な、「不要不急」な患者さんたちだった可能性が高いのです。分かりやすく、そのようなケースを説明してみましょう。一般的

な市中病院や診療所、クリニックなどに、内科・生活習慣病などで通院していた患者さんを想像してみてください。例えば高血圧症の患者さん。普段から通院すればほんのわずかな問診と、聴診器をちょんちょんとあてる程度の診察に、血圧を測定する程度。そして最後に、毎回ほとんど内容も変わらぬ飲み薬の処方箋をもらって終わり。

糖尿病の患者さんだったなら、食事内容やカロリーを中心とした問診や、血糖の数値に関わる血液・尿検査をして、最後に処方箋をもらって診察は終了。その間、何か特別に具合が悪くなった患者さんなどを除けば、診察と称する時間の大半も、すっかり普及した電子カルテの画面に向かって入力をし続けるだけに費やされる。

このように高血圧だったら高血圧の薬、糖尿だったら糖尿病の薬、そして月に一回請求できる指導料や管理料の算定をくり返す。それをぐるぐるぐるぐると最後まで、生きている限りずっと回していく、というのが従来の医療機関における運営手法の一つでした。だから、そう頻回に通う必要もないけれども、来ないと経営的にも困るからやめられない。ということは本来、ほとんど医療機関に通わなくてすむ、まさに不要不急の医療だったのか…と自嘲気味に語る医師らもいることに多くの医師が気づき始めたのです。まさに、医療運営上の危機です。今までの、例えば中国からのインバウンドで潤って来た日本経済と似ているんです。意味こそ違いますが、高齢者インバウンドで潤っていたのが、ある日突然消えてしまった。では消えてみて、じゃあ、その患者さんたちが困っているかという、重症の方は別としてほとんどがそんなに困っていません、と。

ただ、問題点はそこではありません。む

しろ、そういった姑息な方法をとらないと医療経営が成り立たないという、診療報酬の仕組み自体に問題が生じているんだと思います。こうした考え方にも、医療制度に対する改革のポイントが見えてきますよね。

その他、新型コロナウイルスとは今後かなりの期間、おそらく数年間にわたって根気よく付き合っていかなければならないだろうと言うことが挙げられます。

当初、緊急事態宣言が発表された際の外出自粛期限は5月6日まででしたが、当然に延長されました。そんなことは医療者なら百も承知のはずです。メディアでも有名になったPCR検査でも、抗原・抗体検査でも、結果が分かったところで、それを防ぐ手立ては未だ開発されてはいません。

もちろん、多くの企業が早急に新しいワクチンを開発すると言っているようですが、果たしてそれが効くかどうかは全くの未知数。もし完成しても、血液中に生じる抗体が長続きせずして集団免疫も得られず、何度も感染をくり返してしまう可能性も大きいのです。

となると、それより早くできる対処方法としては、新型コロナウイルスに感染したときに症状を軽減させる治療薬・治療方法を開発すること、そして、いかに感染を防ぐかという医療制度を再構築することです。

いま現在、医療保険制度における入院・通院システムは、まさに「密」そのもの。コロナウイルス対策への「禁じ手」だらけでしょう。まったく見えないウイルスが相手である以上、ほんの少しの油断が集団（クラスター）感染につながってしまいます。

当然、それは医療保険制度に限らず、介

護保険制度における入所施設や、デイケアなどの通所施設なども同じはず。それはもう、どこも密な状況にあるのは間違いない。ならば、こうした対策の基本は、急性期の対処を終えたら、早々に自宅での対応に切り替えるという考え方も充分にあり得るはずです。

今までのように、だらだらと長期の入院・通院をくり返すようなあり方では、もはや対応しきれなくなるからです。当然、高齢化社会を見据えて整備された多数の介護施設や民間の老人ホーム、さらには通所で利用可能なデイケア施設などでさえ、果たしてその存在自体が正しいのか、すら、疑わしい話です。特に高齢者の感染リスクが高いことを考えると、医療・介護全体でのパラダイムシフトにつながってもおかしくありません。

コロナ後を考えてなら、もはや他人同士を一同に集めるような医療・介護モデルは成り立たないかも知れないのです。

困ったことに、もう一つ。今回の新型コロナウイルス騒ぎにかき消されているように見えますが、私たちは新たな経済危機・世界恐慌へのリスクにも備えなければなりません。残念ながら、リーマンショック以降の世界経済は今も悪化し続けていて、改善の兆しすらありません。

単に日米欧の中央銀行による量的金融緩和政策（QE）のくり返しによって延命していたからです。そして、この状況に拍車をかけたのが、今回の新型コロナウイルス禍です。これによる都市のロックダウンや外出自粛、経済の停止などによって、各国は新たな、膨大なる財政支出を迫られました。その結果、なされたのが前代未聞の額に達する国債の発行と、まるで制限も撤廃されたかのような量的金融緩和政策（QE）の

再開です。

日本でもその結末がどうなっていくのか未だ想像もつきません。しかし、このような状況が世界恐慌につながり、スタグフレーションやハイパーインフレとなって日本に襲来したとしても不思議でないことは素人目にも明らかです。でも、もしそうなってしまったなら、日本各地の医療機関はもちろんのこと、例え上場企業などであっても無傷で生き延びること自体が困難でしょう。

こうしてコロナ明けの世界は、今までとはまったく違う世界になってしまうのかもしれない。そうなる前に、少なくとも今回のコロナ禍で活躍している医師・看護師、そして医療従事者の方々が本当の意味で医療のリーダーシップをとり、憎き新型コロナウイルスを克服・撲滅されることを祈るばかりです。



コロナ禍の第2波防止へ。医療改革をどう進めるか—— 「オンライン診療、 オンライン監査の導入で、 病院経営のムダを省くことが大事」

長 隆 監査法人 長隆事務所代表社員

「今こそ病院経営のムダの指摘をできるようにするとき」と話すのは、公立病院経営改革に長年にわたって携わってきた税理士・公認会計士の長隆氏。コロナ禍で8割の病院が赤字経営と言われる中、病院経営は今後ますます厳しくなるのが必至の情勢だが、その病院の経営改善にも資することができるという遠隔監査とは——。



おさ・たかし

1941年（昭和16年）生まれ。静岡県出身。64年早稲田大学第二政治経済学部卒業。67年税理士試験合格、75年公認会計士試験合格。76年7月公認会計士長隆事務所開業。2002年4月法人化、名称を東日本税理士法人とし代表社員就任。現在、東日本税理士法人会長、監査法人長隆事務所代表社員。総務省公立病院改革懇談会座長など多数の公職を歴任。

1. 公立病院改革のためには医療と福祉の 連携・大連合を進めるに尽きる

—— 長さんは公立病院改革に長年に

わたって取り組んできたわけですが、コロナ禍のいま日本では全病院のうちの8割は赤字経営だとも言われます。今後、危機が続くなかで医療崩壊を起こさせないために

も、どんなことが必要だと考えていますか。

長 コロナ後の医療は、福祉との大連合を進めることだということに尽きると思います。

医療機関同士、あるいは医療機関と介護施設との連携・大連合を進めることは当然のこととしても、それ以外にも厳しい環境の病院経営を改善するために考えられることが実は、あるのです。

一つには、病院監査業務をもっと効率化できないか、ということです。

コロナ禍の状況下で、多くの病院からは監査法人に対して、病院には来ないでくれ、と言われ始めています。そこで、われわれの監査法人 長隆事務所では、遠隔監査のサービスを始めることに決めました。

詳細は資料などを見ていただければいいと思いますが、コンパス・コミュニケーションというミロク情報サービスの関連会社のソフトを利用して、リモート監査ができるようになる、というものです。病院監査で実際にこのシステムを活用するのは、当事務所が初めてになると思います。

—— そのシステムが優れているポイントとは？

長 仕組みを簡単に言いますと、監査を行う対象の機関・団体と契約をすれば、その機関・団体が使っている会計ソフトのシステムに入り込んで、遠隔で監査業務が行える、というものです。

具体的に今度、契約したのは石川県七尾市、能登半島にある社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合病院という約420床の病院です。

この病院は情報化戦略などでも先進的な取り組みでよく知られている病院で、理事長の神野正博さんは全日本病院協会（全日病）の副会長も務めています。

神野さんはこの間、全日病でテレビ役員会議を行って、遠隔監査には大いに賛成であるという旨の話もされています。

このソフトを使うのには月に千円ぐらいの料金を払えば済むので、現地へ行く航空運賃や人件費などのことを勘案すれば、現地に行って監査業務をすることに比べて、非常に経済的なものです。

2. 会計士は将来消滅危惧業種？ 大手監査法人はたいへんな時代

—— 今まではどれくらいの経費とどれくらいの人数が必要だったのですか。

長 人数2人でだいたい15日間はかかっています。期末ごとに現地の病院へ行く必要があったものが、基本的にこのシステムを使えば行かなくても済みますから、これは大きな効率化につながります。

—— スピーディな処理ができるということですね。

長 遠隔監査のメリットの1つは経費削減ですが、それに加えて業務でのITツール化、ペーパーレス化が実現できることも大きいと思います。

もちろん現地にいく手間が省けますから、業務の時間も短縮できるということになります。

それで、では果たして現地に行かないで通常の監査手続きが全てできるのか、という疑問を持つ人もいるでしょう。

いま会計士たちが一番、心配しているのは、期末の、例えば3月期決算ならば、3月31日には現金実査をやらなければいけないのですが、それを遠隔でできるのか、ということです。現実には、大手企業などでは、最近では、海外事業所へ現金実査をしに行くことはほとんどありません。そもそも現金を置かなくなってきましたから。

ですから私どもも、これからは現金監査は原則としてしない方向で考えています。

—— それはこちらの判断でできると。

長 できます。そのかわりに同日の現金一覧表をリモートビューで出してもらい、それに従って現金実査の状況を携帯のカメラで写して送ってもらえばいいのです。それを監査人が見ればいいことになっています。

そうすると、これらをつきつめていくと、いずれ会計士はいらなくなる、という問題に行き着きます。実際に会計士は将来、消滅危惧業種の一つ、などと言われているんですね。

遠隔監査が広まれば、少人数で監査業務をできますから、当法人のような小規模なところは生き残れるでしょうけれども、大きな監査法人は本当にたいへんなことになると思います。

私はそもそも、つまらない監査、あまり重要性がなくて、重箱の隅をつつくような監査をやって時間を無駄に使うよりも、それよりもっとクライアントに役立つこと、例えば理事長と月に1回30分でも話をして経営の問題点などを話し合う、といったことをする方がずっと、相手にとっても有益だと考えているのです。

ですから遠隔で効率化できるからといって無理矢理、監査報酬を下げる必要はなくて、要はその分の時間を有効に使って、相手にも価値あるものを提供していったらいいのではないかと考えています。

3. 医師が代わる度に 薬や医療機器の在庫が増える

—— 理事長との話し合いでコンサルティング機能が発揮できるということになりますか。

長 そうということなのですが、それにはまず監査ができないといけません。実はいま、こういうことを考えています。

財務諸表に棚卸資産、固定資産の項目がありますね。ある公益財団法人でこのシステムを使うのですが、薬や医療機器の在庫が無駄にいっぱいあるわけです。医師が代わる度に在庫が増えるからです。なぜかという、自分はこの薬、この機器以外は使わない、という医師が多いからなんです。

—— そこに経費の無駄遣いに繋がるのが生まれる面があると。

長 ええ。かつてある地方の公立病院にはレントゲンが5台もありました。医師が代わる度に新しいレントゲンを買っていたのです。病院にはこういう無駄がいっぱいあります。これに対して会計士は「それは駄目です」とは言えません。会計士は医療の中身については意見を言えないからです。

その法人はいい医師に来てもらうためにわざわざ新しい機器を買っていました。そうしないといい医師が集まらないからです。医師が悪いわけでもないのです。

ですから今後、棚卸資産、固定資産については理事長、経営者に判断してもらう。現場の院長や医師には任せない。

それは理事長、経営者にとっては喜ばしいことなのです。現場の医師は怖いから文句を言えなかったからです。だけどこれは法定監査ですから、理事長からおりて来ればもう、反対はできません。

—— これまでの慣習も変えられる、ということですね。

長 そうです。固定資産も、例えば土地建物の監査ならば1回見れば終わりで、監査費もそんなに掛かりません。

しかし医療機器などの消耗品は、薬がだいたい売り上げの25%、医療機器も15%

占めているのです。人件費は50%ぐらいですが、利益はよくて5%、普通は1%も出ないところが多いです。

今、病院の経営はたいへん厳しくなっています。コロナ危機後何年もずっと赤字経営が続くところが多いでしょう。だからコスト削減、特にこういう医療機器や薬の在庫の無駄の指摘を、監査法人は本当はしなくてはいけないのです。特に、高額な医療機器の耐用年数切れになったものや、薬も使用期限切れになったものがいっぱいありますが、これまではそういう指摘ができていなかったのです。その品目数が数千という単位であるからです。

そんなことが今回のコロナ危機を機に、遠隔監査でも、指摘ができるようになっていくのではないかと考えています。

4. 今後、コロナ禍の影響で 病院収入はどんどん減る

—— 無駄をなくすことで赤字経営の病院の問題、ひいては国民医療費の削減というところにも繋がってきますね。

長 そうです。無駄がなくなる。そして医師を経営者がいい意味でコントロールできるようにする、ということです。

これをするには、まず病院の棚卸資産の在庫に、ラベルをきちんと貼ってひも付きにして、きちんと把握できるようにしておく必要があります。それを全て、監査人が見られるようにすればいいのです。

今回のコロナ危機を機に、とりわけ公立病院はどんどん、このシステムを導入した方がいいと思います。そうでなくても公立病院の経営は無駄が多いのですから。今後、コロナ禍の影響で病院の収入はどんどん減っていくでしょう。それには政府に補助金をもらって対応しよう、といった甘いこ

とではいけないと思うのです。これからの国の財政のことを考えたら、やはり自ら経営努力をしなくてはなりません。

そうやって洗い出しをしていけば、各病院とも必ず5億円、10億円という単位の不要在庫が出てくることになると思います。

そんなようなことをいま、リモート監査の導入を機に考えています。

—— コロナ禍を奇貨として、今までのやり方、働き方を見直すということですね。これは全産業に通じる話です。

長 コロナのおかげで、偶然なのですけども、今までメスを入れられなかったところに、大きなメスを入れるきっかけができた、ということでしょう。

全ての産業でいま、そうなっていますね。特に、日本の企業は海外に拠点が多いですから、売り上げも今や海外の方が大きくなっているところも多いですから。

監査については、特に大企業の人たちには、東芝不正会計事件が起きたことで、監査は無駄なものだという考えが出てきてしまっていることが私は問題だと考えています。

でも問題は、監査手続きにあったのではなくて、要は経営者と監査人が猜疑心を持っていなかったことに問題があったのだと思います。東芝は50年間も同じ監査法人に監査をさせていましたからね。それではやはり駄目だと思うのです。経営者には改革する勇気がなくてはなりません。

経営者だって悪意で何もしないわけではないと思うのです。ただそのチャンスがなかなか訪れなかった、ということだと思います。ですから今回のコロナ禍は、その絶好のチャンスを与えてくれている、ということなのだと思います。

再編統合・地方病院の対応は？

栗谷 義樹 地方独立行政法人 山形県酒田市病院機構 理事長

1. 機構全体で何とか経常収支を黒字に

地方の公立病院の状況は非常に気重なる状況になっていますが、私は評論家ではありませんので、現場で地方の病院をなんとか存続させようと思って、私なりに努力しています。その立場から、今回、公立病院の再編統合に関して、厚生労働省から病院名が公表されましたが、これから、これに対してどのように考えていけばいいのか、直接にはあまり関係のない話も少し交えながら、話をさせていただこうと思います。

様々なご批判もあるかも知れませんが、問題を一緒に考えていければありがたいと思います。

今回の厚生労働省による公的・公立病院の実名公表の前後の流れについて、私の立場からの感想や、今後の対応について述べていただければというふうに思います。

その前にわれわれの地域の医療の状況を見てまいります。

山形県には四つの二次医療圏があります。最初に庄内医療圏の状況と、山形県酒田市病院機構について少しだけ述べます。当庄内の二次医療圏の面積は、神奈川県とほぼ同じ広さがあります。

高齢化率は2015年で32・7%。人口10万人当たりの一般診療所数は全国平均とほぼ同じぐらいですが、病院数はやや少なめということです。庄内二次医療圏全体の10万人当たり医師数は178人で、全国平均を大きく下回っています。酒田市単独で

見れば257人になり、全国平均の237人を上回っています。

二次医療圏の種類別の病床数を見ますと、全体では当病院機構設立による北庄内の病院、病床数の減少があったので、一般病床数は全国平均を下回っています。療養病床は需要分を既に満たしつつあり、今後の過疎高齢化の進展状況を見ながら、地域医療連携推進法人の中で主体的に調整が必要になると考えています。

当病院機構（地方独立行政法人 山形県酒田市病院機構）の話を少しだけします。

当病院機構は平成20年4月に旧県立日本海病院と市立酒田病院が統合再編して発足しています。

統合までの背景は、県立病院の赤字経営と不良債務、市立病院の老朽化、診療機能の重複や、二次医療圏全体での三次救急への対応を構築するなどがありました。このままでは地域の医療機関が共倒れするという危機感から、当時の知事と市長が平成18年9月に統合再編に合意して、その1年半後の平成20年4月に地方独立行政法人として発足しました。旧県立病院が急性期、旧市立病院を回復期・リハビリとして、完全に機能分化をさせています。

統合後、病院の経営状況は劇的に好転しました。

現在、当病院機構は、日本海総合病院や酒田リハビリテーション病院に加えて複数の医療機関を平成30年に酒田市から移管するなどして2病院6診療所の運営を行っています。

機構全体で何とか経常収支を黒字に持っていくように運営しています。

日本海総合病院と酒田リハビリテーション病院の経営状況を、統合前の平成19年度と統合直後の20年度及び平成30年度と比較してみますと、当機構全体としては再編統合後に11年連続で経常収支の黒字を達成しています。

2病院の再編と、昨年（19年）編入した市立八幡病院の無床診療所化に伴う北庄内（酒田市と周辺地域）の床数の変化です。一般病床は統合再編で328床減少して、回復期・療養が114床新設されました。平成26年に日本海総合病院の16床を休床して、うち12床を今年度廃止したので、現在まで340床が削減されたことになります。

残り4床を「地域医療連携推進法人」の制度を活用して、「地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット」に参加している本間病院に融通することになり、平成30年12月から実際に稼働しています。

2. 庄内地域の急性期基幹病院は一つに統合を

次に庄内二次医療圏の医療需要の予測です。

後期高齢者人口は2030年に最大になりますが、それも15年比で112%ぐらいです。特に急性期の医療需要は2015年辺りで既にピークを打っており、20年以降は急激に需要が縮小していくと予測されています。さらに今後の高齢化社会の進展に伴って現在の医療給付がどこまで可能か、ということは織り込んでいないわけで、給付と負担の割合が変動したり、医療・介護の境界が今後融合していく可能性も考えると、さらに推定値より恐らく低くなると考えています。

実際の当院の新入院患者数の年次推移を見てみます。

統計では再編統合が完了し、診療科の移行が完了した年である2011年から16年までは年マイナス約1・5%と緩やかに減少していますが、地元の酒田市、北庄内の患者数は毎年マイナス約3%とかなり急激に減っています。その中で当院が比較的緩やかな減少なのは、南庄内地域から患者さんの流入が増えているためです。庄内二次医療圏全体の中でも当院は患者さんのシェアが増えています。実際の新入院患者数は予想を上回るスピードで減少しており、推計値よりも相当、厳しく見積もった業務量に沿って将来計画を立てないと今後、経営的には行き詰る可能性もあります。

庄内二次医療圏における地域別の新入院患者数の年次推移です。

地元酒田市からの新入院患者数は17年がピークで以後減少していますが、南庄内の鶴岡市、三川町からの患者さんは前述のように全体として現在も微増の状態が続いています。

内科の地域別新入院患者数の推移を見てみます。

荘内病院は南庄内の基幹病院ですが、呼吸器内科が昨年4月から休診になり、医療供給体制の集約化傾向が具体的に出始めています。同様に呼吸器外科も休診になり、手術でも患者さんの集約化が進みつつあり、その影響で当院では新入院患者数がこの2科ではかなり増えてきています。他にも心臓血管外科が数年前に荘内病院で休診になっており、庄内二次医療圏の中で同じような集約化がいろいろな診療科で進んでいます。形成外科も同様です。そうは言っても過疎化の影響で、地元酒田市からの新入院患者数の減少が進んでおり、全体とし

てはマーケットは縮小していきだろうと推測されます。

当院の今後の経営状況もさることながら、この状況がずっと続くと、南庄内の基幹病院である庄内病院は現在の急性期医療、地域医療指定病院をそのまま続けると、費用管理に重大な影響を及ぼすことが予想されます。当院も同じですが、遠く

ない先に深刻な経営の行き詰まりが予測されるところを考えています。

【表】は実際の庄内二次医療圏における公立・公的病院の17年（平成29年）総務省の病院事業決算状況と、病院経営分析比較表による各病院の比較です。こころの医療センターは精神科単科の県立病院です。昨年（2019年）、無床診療所にして地方独立行政法人に編入した市立八幡病院も、この時点ではまだ入っています。湯田川温泉リハビリテーション病院は旧国立病院の湯田川病院で、鶴岡市が国から譲り受けて開設することになり地区医師会に運営委託されています。

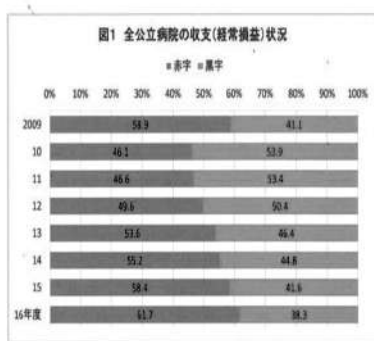
平成29年時点の経営状況は表の通りですが、庄内病院の累損はこの時点で120億円を超えており、日本海総合病院の将来も勘案すると、遠くない将来に当地域の急性期基幹病院は一つに統合したほうが持続性を担保でき、繰入額も相当減額できると考えています。

3. 自治体病院の赤字額は5年で約5割増 再編統合にも様々な壁

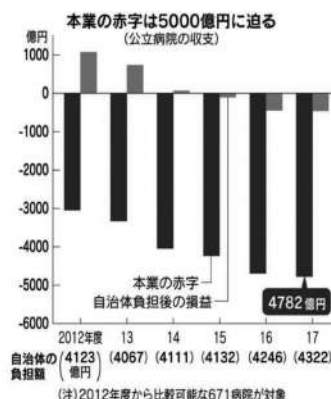
当病院機構の今後の経営見通しです。

【表】

全国公立病院数と収支



出所 総務省の「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究報告書」から作成



今年度（2020年度）は地方独立行政法人の中期経営計画3期目、最終年度になります。利益剰余金が当初、順調に積み上がりましたので、独立行政法人設立後に起債をせずに独自で整備してきた金額がこれまでだいたい30億円ほどあります。しかし導入した施設整備は原則、更新しなくてはならないので、決算にこの費用を入れる必要があります。このため今後は減価償却が相当かさむと予測されています。

独立行政法人は減価償却費を長期前受金戻入で処理をしていませんので、そのまま費用に計上されます。この（20年）4月から始まる中期経営計画4期目のだいたい2年目ぐらいから、恐らく赤字になるだろうと予測しています。

ただ、内部留保は積み上がっていくので、資金流出の問題はたぶんないと思いますが、見た目の決算数字はかなり悪くなるということになります。

次に昨年（19年）9月の公立・公的病院再編統合議論に関して、地方病院としてのわたしなりの理解を述べます。

まず公立病院の現実です。15年現在の数字になりますが、公立病院の数は全国に

900弱ありますが、経常収入は4兆7,895億円です。この年の経常損益は運営補助を約6,000億円繰入した後、なお542億円の赤字でした。この中に資本助成が別途1,800億円ぐらい繰入されていますので、民間病院団体からの視線は厳しくなり始めています。

公立病院は主に地方自治体が開設する病院ですが、救急小児医療、災害対応など、不採算部門を担うため、自治体が一定程度の経費を負担しています。市町村立は小規模病院が多く、近年では赤字が膨れて財政が圧迫される自治体が多くなってきています。このため07年に総務省は「公立病院改革ガイドライン」を策定し、経営効率化、再編統合、運営形態見直しなどの改革プランを示しました。

現在、地方独立行政法人を含めて約900病院弱、全病院数の11%、病床数では14%を公立病院が占めています。その後の「地域医療構想」に合わせて15年に「第二次公立病院改革プラン」が策定されましたが、地方自治体直営の公立病院の数は全体としては減少傾向にあり、都道府県・市町村立直営に代わって地方独法が若干増えつつはありますが、まだまだ大きな変化と言えるほどのものにはなっていません。

日本経済新聞19年4月に掲載された記事に、自治体の補填を除く公立病院の本業赤字損額は17年には4782億円となったとあります。赤字額は12年から5年で約5割膨らんでおり、今後の公的負担が急増する恐れがあると警告されています。

総務省が集計する公立病院の決算は、医業収益にいわゆる運営費交付金（助成）を含んでいるわけで、民間から見るとわかり難いものになっています。671病院の独自調査では、医業収支黒字の病院は3%ぐらいしかなく、合計赤字額が5割を増えたの

に対して公費の増額は5%弱程度。15年以降は資金繰りで一時、借入金に頼っている状況だと記事では指摘しています。非効率な業務構造が温存され、費用が民間より1割方高く、人員配置、給与体系を柔軟に変えられず、経営のプロが育たない、等々、散々な評価が下されています。特に民間との競合が厳しい首都圏では、法外な公費が今も継続されていて、国内病床は過剰感が強く、総務省が促した再編統合は全国60を超える例もありますが、多くの地域では様々な壁に阻まれています。

この新聞記事のシリーズでは当病院機構も取材を受けました。私の意見も掲載してもらいましたが、個々の病院ではなくて地域全体の医療を効率的に提供する経営が必要で、医療の質的水準を落とさずに効率化、経営安定化を目指すには、自治体や職員が既得権益にしがみつくのをやめる必要があると、少し格好良いことを述べさせてもらいました。

4. 18年度の公立病院の利益率はマイナス13・2%と際立つ低さ

総務省の「地域医療の確保と公立病院改革推進に関する調査研究会報告」という資料があります。それと日本経済新聞による671病院の調査資料を比較してみました。総務省の収支状況には運営費助成の繰入が含まれています。日経の資料は本業赤字と自治体負担後の収益が経年で記載されています。本業赤字は17年で5000億円に迫り、総務省の資料から赤字病院の割合が徐々に増えていることがわかります。

病院の利益率について考えてみます。

18年度の厚労省医療経済実態調査によると、医療法人の利益率は2・8%、前年比0・2%増と改善しています。これに対

して診療所は6・3%とかなり高い利益率です。調査は診療報酬改定の際の基礎資料になるものですが、同じ年の黒字額は病院が平均5290万円、診療所が1020万円。これに対して国立病院は利益率がマイナス2・3%、公立病院はマイナス13・2%と、公立病院の利益率の低さがやはり際立っています。

一方、18年度調査で必要病床数を上回る病床は21万1000床。17年比14%増えています。超過割合は2割台ぐらいとされています。

国民医療費42兆円のうち、入院料は4割ぐらいです。都道府県の地域医療計画では、年齢構成とか退院実績などから需要に即した基準病床数を示していますが、実際の過剰率は13年比で3ポイント増加しましたが、入院需要の落ち込みで必要病床数が3%減る一方、実際の減少幅は1%ぐらいに留まっています。われわれの地域の実体験からも、この数値はかなり正確ではないかと感じています。

自治体別では44都道府県で過剰になっているそうです。このうち半数の都道府県では病床数がむしろ増え続けているとされています。特に公立病院は2025年度でも病床数は現在からほとんど減らない見通しであることが明らかになっています。

厚労省によると、過剰とされる急性期病床数は17年度比で5%減に留まります。同省は一昨年（18年）の有識者会議で25年度の公立病院の病床数を示しています。それによると急性期病床数は10万8568床。17年比5%減に留まり、慢性期等も含めた実病床数はほとんど横ばいとなります。

政府は25年度を目標に地域医療構想の実現を進めていますが、各都道府県は民間病院を含めて25年度の必要病床数を既に

決めています。これに対して政府は公立病院は民間に先駆けて削減幅を示す必要があるとして、18年度末までに地元で合意を得るようにと、締め切りを設けました。ですが公立病院の再編統合は地元の選挙等と絡み政治問題になりやすく、進めるのが困難なのが現実です。この指摘はずっと以前からありました。

これに対して厚労省は、公立病院の他、日赤、済生会など公的病院を対象に、地域に欠かせない癌診療や救急などの実績を個別に検証して他病院との代替が可能と判断されれば再編統合の議論が必要な病院と位置付ける、としました。この分析結果を昨年（19年）9月末に公表して、再編や統合も含めた基本的な見直しを迫ったというわけです。

5. 国は公立病院の再編が地域医療構想の成否に関わると捉えている

厚労省によると、17年度時点で不採算領域にある公立病院は全体の4割に上ることです。僻地医療などを担う役割があるとしていますが、都市部でも採算の悪い病院はあり、厚労省は非効率な医療に繋がっていないか検証すべきとの立場です。公立病院の将来像が固まらなければ、民間病院の病床削減も足踏みせざるを得ないので、公立病院の再編が進むかどうかは地域医療構想の成否そのものに関わる重要事項だと国は捉えています。

一方、特に急性期の大病院の入院患者数はこの5年で4%ぐらい減少しています。急性期の需要は今後も想定需要が落ち込み、需給バランスが大きく崩れると思われます。既に全国7300の一般病院の2割、急性期病床の7割、高度医療提供病院の4割で患者の落ち込みが確認されています。

都道府県が地域医療構想に盛り込む25年の必要病床数は、2013年の病床利用率を前提にしていますが、その後も病床利用率は下がっており、余剰病床はこの時の計算よりさらに膨らむ懸念が強まっています。経営面からも、病院事業は全体として持続性に暗雲が立ち込めてきています。

日本政策投資銀行発行の『ヘルスケア業界データブック2019』によると、病院経営は入院患者数減少により、売上高は減少局面に入ったと明記しています。

特に民間病院の影響が18年辺りから顕著に出てきており、患者数は前年比で大きく減少してきています。これまで民間病院は収益率こそ低くても黒字を維持していたわけですが、17年は全体としても悪化に転じており、ここに来て病院事業は歴史的転換点といえる状況にある気がします。

公立・公的病院をめぐるこうした状況から、厚労省は公立病院の再編統合を主導する方向に進んだわけです。赤字を出しながら民間病院と競合して非効率な医療となっている地域を指定して、再編統合に直接助言をする。これまでの地元主体での調整会議では改革が進まないことへの対応です。

公立・公的病院の数は全国で1600ちょっとぐらいだそうです。日医総研によると、全国350の二次医療圏の9割で、民間病院と競合していると言っています。公立病院への投入公費は年5000億円以上に上りますが、民間と競合する公立病院の1割近くが稼働率5割以下だと指摘されています。

国はこれまで地域医療構想の協議の場で病院再編、病床削減、病院機能・病床機能の分化等が進むことを期待していましたが、現実の調整会議は有識者会議の見解通りほとんどの地域で機能不全に陥っており、厚労省の苛立ちはおそらく限界に近づ

いたのではないかと個人的に思います。このため病床再編、過剰病床削減の重点地域を全国数十箇所に設置して、自治体に直接助言する事業が計画されたのです。

構想区域というのが全国に339カ所あるそうですが、ご存知のように17項目の事業内容を病院ごとにまとめて、診療実績が少なく、再編統合の必要性について議論が必要な病院を公表したわけです。

6. 2025年の地域医療構想に向けた急性期病床削減が進む

再編統合が必要な公立・公的病院424カ所のリスト公表では、山形県では7つ病院が挙げられました。このリストは平成29年の診療実績を基に機械的に選定されているので旧酒田市立八幡病院が入っていますが、ここは既に無床診療所にして当地方独法の機構に編入しているので実際は6病院、ということになります。

この数年の間に療養病床数も増えており、今後、介護系病床への機能転換が逃げ道になるのかどうか、不透明な要素もあると思われます。

病院名公表後、翌月の財政諮問会議では、社会保障制度改革の具体的な議論が開始されています。ここでは官民合計13万床の過剰病床を減らすには民間病院の再編も必要だと指摘されており、民間病院側からは集中して再編統合を進めるための財政支援をこの時求めています。

一方、給付負担割合の見直し議論はまだ見えておらず、とりあえずは当初計画の25年の目標である地域医療構想に向けて、急性期の病床削減を進めることになりました。病院リストの公表で今年（20年）9月までに対応策を決めよと求めていたことはご存知のところだと思いますが、ご承知の

通りその後、自治体の反発もあって迷走しています。

本日のテーマである減床、機能強化のための補助金については、20年度予算でとりあえず84億円計上されました。20年度中に10%以上の病床削減取り組み病院が対象で、424リスト以外の民間を含む病院も対象です。従来の「地域医療介護総合確保基金」の財源は3分の1を地方が負担していましたが、活用が難しい地方もありました。今回は20年度限りの特例措置ということですが、21年以降も支援は継続して拡充する方針と総務省は明言しているようです。

昨年（19年）10月の新聞に掲載された今回の顛末をめぐる解説記事によると、病院名が公表されたことで地方側が怒り、これを医療圏の基本資料として出すつもりだった厚労省は反発を受けました。安倍政権が去年（19年）6月に閣議決定した「骨太方針2019」の中には、全ての公立病院に関する具体的な対応方針について、診療実績を分析し、その内容が民間病院に担えない機能に重点化され、医療機能再編や病床数適正化に沿うように国が助言や集中支援をする、と明記されており、今回の病床機能の関連データは関係者を交えた同省の地域医療構想に関するワーキンググループの議論に基づくものであることが確認されています。

厚労省のウェブサイトにも掲載されており、議事録も公開されているので、厚労省側から見れば、これは出るべくして出たものだということでしょう。おそらく反論は心外だと思っているのではないか。これは余談ですが、よく言われるのは厚労省は与党幹部や官邸から駄目出しをされるとなかなか反論しない官庁ということで、今後こ

の問題が先送りされると財政の底割れを助長する結果になるのは間違いないので、個人的にはこの件に関しては厚労省に少し頑張ってもらいたいと思っています。

7. 宮城県登米市3病院を含む 重点支援区域を初設定

リストの公表に対する様々な反応に対して、厚労省はリストの修正を先日（20年1月）、発表しました。

前回のリストは厚労省、病院双方の入力ミスもあったため、7病院が今回、外れましたが、別に20病院が加わりました。リストの確定版は都道府県への情報提供に留め、今度は公表しないようです。

また、当初の2020年9月までに対応を迫ったことに関しても、柔軟な対応策が示唆されました。新たな期限は今年（20年）6月までに検討する、とされています。併せて地方側が求めている民間病院のデータも順次、都道府県に提供する方針のようです。

いくつか修正はありましたが、先月（1月）17日に「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（厚生労働省医政局長通知）という通知が都道府県に出されています。

これまでの議論を促すデータ提供と併せて、人口減少で医療提供が過剰となることで需要との間にミスマッチが生じるとしていますが、これはすでに18年に、公立・公的病院は高度急性期、急性期不採算、過疎地等に重点化のための再編統合議論を進めること、と明記されているものです。

さらに都道府県での修正を踏まえて、地域医療構想の実現に向けた国による助言、集中支援などを行なう重点支援区域が設定されました。先月（1月）31日に第1回目の重点支援地域が公表され、この中には宮

城県登米市の3病院が含まれています。

去年（19年）夏、総務省公営企業経営アドバイザーである東日本税理士法人の夏莉さんとこの病院を訪問し、わたしも一部を分担して非常に過激な報告書を彼女と書いていますが、この報告書が今回の重点支援区域の設定に結びついています。

8.「会計年度任用職員制度」と「医師の働き方改革」

ここで今回のセミナーとは直接関係ないことも含みますが、関連する制度改革が及ぼす病院への影響と対応について、少し個人的な考えを述べます。

われわれの地域で12年前に地域医療構想を先取りした病院の再編統合を行い、これまでである程度の成果を収めることができたと思っていますが、今後については予断を許さないと考えています。

過疎化と需要減少の現実はすでに述べた通りですが、来年度（21年度）の診療報酬改定に関連する大きな制度改革が予定されています。全てのことに触れるには時間がないので、ここでは特に今後の病院の人件費に大きな影響を及ぼす「会計年度任用職員制度」と、「医師の働き方改革」について、当院の対応を述べます。

今後の日程を考えると、医師の働き方改革が施行されるのは2024年、次の診療報酬と介護報酬の同時改定の年に当たります。

これは第一次の団塊世代が全員、後期高齢者になる前の年です。東京五輪が終わって3年経過しています。予想される需要減や今後の不透明な政治経済環境がこのまま続くと、世界的な景気後退がこの前後で現実になる懸念や、現在の金融緩和政策がこの頃にも果たして持続可能か等々、われわれの業界にとって重大な懸念が高まる時期

に入ると考えています。

一方、勤務医の時間外労働は4割が年間960時間を超えと言われる、厚労省は一昨年（18年）3月に勤務医に適用する残業時間の上限規制の枠組みをまとめました。一部手術などでやむを得ない場合も含めて年1860時間が上限とされています。

過労死ラインとされる月80時間の2倍近くに上限を設定せざるを得ない背景には、医師の働き方改革が進まない現実があります。一部医師の残業時間の上限は原則、年960時間とし、2024年4月から適用されます。地域医療の維持に不可欠な病院は35年までの特例で上限が年1860時間とされましたが、この特例の対象となる病院は救急車の受入件数などを加味した二次救急病院などに一定要件を設けて、都道府県が選定することになるようです。

厚労省が年1860時間の根拠としたのは、勤務医の約1割で残業時間が年1900時間を超えている実態があります。

病院勤務医が長時間労働となる根底にあるのは、医師と診療科の偏在です。医師総数自体は28年頃に需給ギャップが解消される見通しと聞いていますが、外科や産婦人科の医師は20年前とほとんど変わっていないわけで、若い外科医の約4割は月240時間ぐらい残業しているとの報告もあります。

個人的なことですが、私も若い頃「栗谷、死んだら休みなんかいくらだって取れるんだから、今のうちに働け」と言われました。随分酷い先輩だと思いましたが、今から思うとそれが当たり前で、廊下で仮眠しながら働いていたことを思い出します。

9. 32%が医師の働き方改革で労働環境は改善しないと回答

昨年（19年）8月の日本病院学会で、調

査回答した病院の32%が今回の医師の働き方改革では労働環境は改善しない、と報告されています。その一番多い理由は、勤務医不足が解消されていないため、働き方改革を実現するには医療の縮小か、あるいは勤務医の増員しかないのです。

これが実行できない病院は再編統合しか道は残されていない、という見方を示しています。

時間外労働規制まであと4年になりましたが、21年度中に労働時間管理計画を作成することが必要になります。

時間外労働管理は人件費に直ちに連動する重要事項です。

その中でタスクシフトが今後、病院の生き残りにとって重要なスキルになります。そして関連業種の需給も今後、逼迫する可能性が考えられます。

その前に、近々の課題となるのは、20年4月から施行される「短時間有期雇用労働法」です。いわゆる「同一労働同一賃金」ですが、このガイドラインは正職員と非正規職員の間で不合理な待遇の禁止・是正を求めています。基本給・昇給・一時金のみならず、福利厚生においても正職員と同様の扱いになるそうです。

公立病院においては、これまで非常勤、嘱託職員や日々雇用職員などの名称で臨時職員として採用され、報酬と交通費だけが支給されていました。これからは常勤職員と同様の給与を支払う必要があるほか、一時金の支給等の対応を求められます。

山形県では知事部局と議会、行政委員会だけで1200人以上の「会計年度任用職員」が誕生するそうです。

県が示している非常勤嘱託職員から会計年度任用職員への例では、高卒32歳ぐらいを平均として仮定すると、一人当たり

だいたい年間50万円ぐらいの増額になるようです。これが1200人なので約6億円の増額です。さらに企業局や病院事業局などは含まれていませんので、実際はさらに多くの会計年度任用職員が誕生することになるわけです。

当地方独立行政法人は平成25年度(2013年度)の改正労働契約法が施行された時に、期限の定めのない雇用ルールを適用して、2014年から正職員と臨時職員の中間に「スタッフ職員」を配置していました。2年以上継続希望の職員から優秀な方を選抜して登用しました。

10. 雇用を巡る急激な環境変化が 公立病院経営をさらに厳しいものに

臨時職員とスタッフ職員の違いについてです。

スタッフ職員は継続雇用で市町村共済の社会保険が適用され、60歳定年です。再任用規定もあり、フルタイム月給制でボーナスもあります。扶養手当も正職員と同様ですが、違いは退職金があるかないかだけです。

この制度は当法人の2病院で合計46人を採用していますが、人件費の増加分は1億1000万円ぐらいでした。今回の改正はこのスタッフ職員制度を一気に拡大することになります。

日本海総合病院では、無期雇用フルタイム職員と短時間有期間雇用職員の待遇は、規定が同一であるために差はありません。近隣の医療機関の状況を把握し、あるいは一般雇用の地域助成も考慮して、臨時職員の一時金支給等の措置が必要かどうか、検討をこれから行います。

その場合、スタッフ職員並に対応を図った際の試算では、約7800万円の人件費増

になります。健康保険への加入は、月18日以上勤務実績が12カ月を超える場合、共済に移行します。週20時間以上、月額8万8000円以上の賃金が発生すると協会けんぽの対象ですので、事業主負担が発生します。

次に当法人の臨時職員に対する考え方です。

当院では、非正規利用者の業務対象比較は正社員を位置付けており、待遇に差は生じていません。しかし、他の直営自治体病院では会計年度任用職員制度が4月から始まり賃金体系が変わることになります。

臨時職員の対応については、一時金・退職金支払いは係争中事例となるそうで、確定はこれかのようなのですが、早急に各病院が判断を迫られることになります。

休暇については、当院では正職員と同様です。賃金増額はスタッフ職員を例にとりて額を決定する計画です。予想される人件費増は年間で今後さらに1億円弱が発生すると予測されます。

今回の会計年度任用職員制度移行への対応として、本年（20年）1月24日、総務省から「公営企業における同法施行に伴う期末手当等の支給等に要する経費の増加による公営企業繰出金の影響額について」という、たいへん長いタイトルの文書が出されています。要するに、地方財政計画に計上される公営企業繰出金に48億円を計上して地方交付税の措置を講ずる、というもので、この文書は都道府県宛に出されています。

しかし、この程度の交付税措置で今回の雇用関係を巡る急激な公立病院全体の環境変化に対応できるはずはなく、公立病院経営は今後、さらに厳しいものになると考えています。

働き方改革の支援については、今般の改定で厚労省の保健局から「地域医療体制確保加算」による支援措置と、「地域医療介護総合確保基金」による対応などが出されています。

20年診療報酬改定で新設される地域医療体制確保加算については、詳細には触れませんが、「地方消費税」と「地方交付税」で地方負担分3分の1について、財務保証が確実になされるよう徹底していく、と何となく良さそうなことが書かれています。

今般の診療報酬改定率は1月17日に決定していますが、技術料を0・55%上げるうち0・08%を勤務医の働き方改革の財源にするということで決着したようです。厚労省が働き方改革などの基金と病院向けを手厚くする財源を求めて決着した形で、詳細は省略しますが、今回は今まで以上に地域医療構想を後押しする財源措置に配慮したという印象です。そのため今回の減少補助金も、これまでになく国の意志がやや感じられる予算になっていると感じます。

11. AI問診の導入で カルテ記載時間が平均約8分短縮

最後に、当病院機構の働き方改革関連についての取り組みを、やや関係のない事項もありますが、少しだけ述べます。

【資料】は平成26年からの医師の月平均時間外勤務の時間数です。

診療科別では外科や心臓血管外科、消化器内科、産婦人科が、月の最大時間が120時間近くと多くなっています。

一人当たり時間外は平成29年の42・2時間まで経年的に増加傾向でしたが、それ以降は徐々に減少傾向で、他の急性期基幹病院に比べて多くはないほうだと思われます。

時間外勤務が比較的安定しているのは、

2病院の統合再編で独立行政法人化して、その後に医師数が増えたことと関連しています。統合前年から昨年（2019年）4月までの研修医を含む常勤医師数の推移をみると、統合翌年には統合前の両病院合計数から9人減少しましたが、平成23年（2011年）辺りから増加に転じ、今年度（19年度）は常勤研修医22名を含む162人になり、結果的に48人増えたことになります。地域によって条件は異なるでしょうが、病院の統合再編は医師の集約化や増員に重要な要因の一つになり得ることを示していると考えています。

働き方改革支援について、当機構としての取り組みをいくつか紹介します。

医師数が潤沢であれば問題のかなりが解決するでしょうが、通常は複数の対応策を組み合わせる必要があります。当機構では女性医師の支援やタスクシフティング、医師事務作業補助者、AI等のシステムの活用、救急車からの心電図伝送、主治医制の見直し等々を組み合わせて運用しています。

また女性医師支援策として、短時間職員制度や院内保育所、病児・病後児保育事業などをメインとして対応しています。

タスクシフティングの状況です。

病院統合以来、常設の業務改善委員会で様々なワークフローの見直しを行い、それなりの成果を出しています。医師事務作業補助者数と関連加算取得の推移を見ますと、常勤職員換算ではなく実人数ですが、平成23年（2011年）から積極的に拡大し、地方では採用が

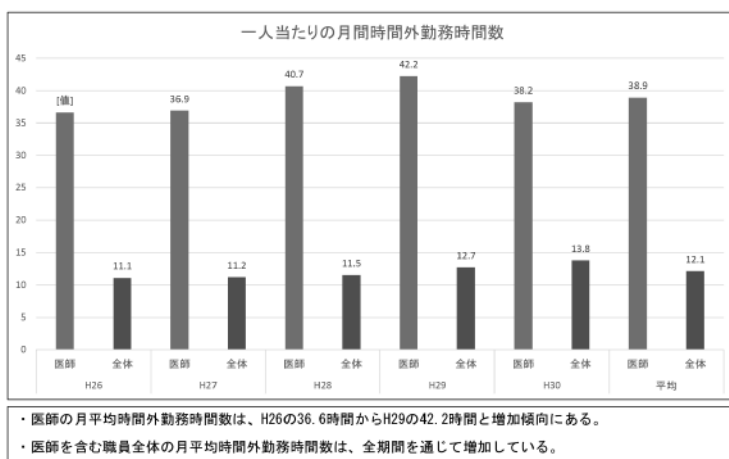
なかなか困難な中、微増傾向にあります。

AIを活用した対応では、問診票をタブレットでデジタル化、個別化した「AI問診Ubie」を一昨年（18年）8月から導入しました。患者の主訴や回答に応じて随時質問が変化します。AIが疑わしい疾患を考えながら質問をするので、より深掘りした事前問診が可能になります。診察室では事前問診内容から疑わしい疾患を想定した上で、対面で重要なコミュニケーションや診察を行うことが可能になり、追加問診や診察所見、検査所見を追加することでカルテが完成します。

問診に使用した同じタブレットの端末でお薬手帳を撮影すると、印字文字がテキストデータ化され、薬のデータベースと照合されます。これにより医師側の画面にお薬手帳に記載された薬剤の効能や先発薬、合剤の場合は汎用されている薬の内容など、様々な薬剤情報が一覧で表示されます。これでお薬手帳をスキャンする手間や、ゼロからカルテに写す作業、薬の内容を調べる手間が大幅に削減されています。

一昨年（18年）8月に救急科と内科で試験導入を開始し、10月から全科の導入が

【資料】



開始されています。導入後の効果検証では、患者実在室時間はあまり変わりませんでしたが、内容をカルテに記載する時間が平均8分ほど短縮、外来診察の回転が速くなり、結果的に待ち時間短縮と医師の負担軽減に貢献していると考えています。

12. 働き方改革だけで生産性向上がなくては競争力は失われる

救急搬送車で使用する「12誘導心電図伝送システムSCUNA」について触れます。

これは去年（19年）2月から酒田地区で本格的に導入しました。北庄内の救急隊分署10カ所に配布され運用が始まっています。循環器の当番医が伝送された心電図を病院外でもスマホで見ることができます。PCI（経皮的冠動脈形成術）チームが救命センターに駆けつける回数が今までより格段に効率化され、時間外の削減に繋がっています。

この他にも連携施設の患者ID番号を共有して、救急隊への開示を許可している施設間で診療情報の取得・開示を自動的に行うEMS（救急医療サービス）機能システムなどを運用しており、救急への事前対応をできるだけ効率的に行うシステムを活用することに心掛けています。12誘導心電図伝送を開始してからDTBT（Door to Balloon Time）、要するに患者が自分の所に搬送されてから心筋が再灌流するまでの時間ですが、21%短縮され、電子カルテへの取り込みと心電図4波形の時系列表示も可能になり、去年（19年）暮れからは南庄内でも試験導入が開始されているので、庄内2次保健医療圏全体で急性期循環器診療体制の構築と、医師の時間外短縮に効果を上げてくれると期待しています。

働き方改革ではこの他にも様々な関連

制度が盛り込まれており、厳密に適用されると事業縮小で対応する以外に方法がない医療機関も相当数出ると考えられます。結果的に公立・公的病院の再編統合推進を極めて効率的に進める制度改革になるかもしれません。ただ、地域においては一気に経営危機に追い込まれる医療機関が出てくる可能性もあり、混乱を招かずに推進するには相応の工夫がいると考えられます。

最後に働き方改革関連法案に対する感想を述べます。

長時間労働の是正は必要ですが、上限超えの残業を一律に規制することで果たして働きやすくなるのでしょうか。十把一絡げに規制することに関しては少し疑問を感じています。今回の改定では労働時間の把握義務まで制定されており、労基署に提出する資料が膨大にあり、中小企業や医療機関にとっては大きな負担となります。現在、日本の全企業数の99・9%は430万社といわれる中小企業で、全従業員数の70%を抱えているそうです。2025年以降は高齢化、後継難、経営難のために127万社が廃業する見込みで、650万人の雇用とGDP22兆円分が失われると予測されています。

この時期に働き方改革が最悪のタイミングでわが国の産業構造にとどめを刺してしまう懸念はないでしょうか。働き方改革は労働生産性の向上と直結していなければ、国の競争力を失いかねないだけのものになります。われわれの医療・介護関連業界にも下手をすると決定的な壊滅をもたらしかねません。杞憂に終わることを祈りたいと思っています。以上です。ありがとうございました。

（2020年2月7日、東京都内で行なわれた公開セミナーより収録）

季刊『監事』のご購読について

本誌の購読をご希望の方は、発行元である小社・(株)財界研究所へ直接、お申し込み下さい。
また本誌発行協力団体である(社)日本ヘルスケア役員協会に入会されますと、毎号無料で本誌をお届けします。日本ヘルスケア役員協会への入会につきましては、同団体に直接お問い合わせ下さい。

- ◎ 1冊 1,200 円 (税込み、送料別)
◎ 年間購読 4,800 円 (税込み、送料サービス)

(株)財界研究所 ☎ 0120-34-3191

※小社は総合ビジネス誌『財界』の発行会社です。
季刊『監事』ご用命の際は、誌名をはっきりお伝え下さい。

「季刊」 監事 2020.7 No.011 (2020年6月20日発行)

◇発行人 村田 博文
◇編集人 畑山 崇浩
◇発行所 株式会社 財界研究所
 <http://www.zaikai.jp>
 〒 100-0014
 東京都千代田区永田町 2-14-3
 東急不動産赤坂ビル
 総務部 03-3581-6771
 編集部 03-3581-6773
 企画部 03-3581-6772
◇印刷所 図書印刷株式会社

編集後記

コロナ危機は医療界のみならず、日本のあらゆる産業、そして生活全般において、危機の前と後での働き方、生き方に大きな違いをもたらしている。特に大都市圏では、危機以前のような働き方、生活の仕方に戻ることは決定的に困難だろう。通勤での行き帰りで往復2時間もの間、満員電車のギュウギュウ詰めで生命の危険に晒される生活は金輪際、無理だということである。遠隔、オンラインがこれからの時代のキーワードであり、この劇的な環境変化を無視するものはやがて時代から取り残されることは間違いない。 (畑山)

【禁無断転載】 本紙記事の複写・転載等につきましては、小社 (TEL.03-3581-6771) までご照会下さい。

医療法人様・社会福祉法人様

監事、理事、評議員の人選に
お困りではありませんか？

役員人材バンク

医療法人・社会法人向け監事、理事、評議員紹介システム

「役員人材バンク」とは

病院や福祉施設を運営する医療法人や社会福祉法人向けに、
監事、理事、評議員に就任する意思のある方を無料でご案内するシステムです。

医療法人及び社会福祉法等の一部を改正する法律の改正により、役員の権限、義務（理事会への出席義務、報告義務等）、責任が法律上明記されました。今後、役員の人選にあたっては、法改正の趣旨を理解し、慎重に対応する必要があります。

そこで日本ヘルスケア役員人材バンクでは、弁護士、会計士、税理士等の専門家の他、医療機関等の事務長経験者や行政経験者等、ヘルスケア業界に見識をお持ちの方で医療法人や社会福祉法人の監事、理事、評議員として地域に貢献したい方と、社外人材役員をお探しの医療法人や社会福祉法人をマッチングするシステムを提供しております。



医療法人や社会福祉法人で

監事、理事、評議員をお探しの方は

日本ヘルスケア役員協会の「役員人材バンク」をご活用ください

日本ヘルスケア役員人材バンクに相談する

[季刊] 監事

発行人 村田博文

編集人 畑山崇浩

発行所 株式会社財界研究所

直接申込制

2020 年 6 月 20 日発行

通巻 011 号 (12 月、3 月、6 月、9 月発行)

定価 1,200 円 (本体 1,090 円) 年間 4,800 円 (本体 4,364 円)

発行協力

一般社団法人 病院トップマネジメント研究会

一般社団法人 日本ヘルスケア役員協会



財界研究所