新型コロナ禍の波に

打ち克つ(？)病院経営

1988年 千葉大卒

- 脳神経外科専門医・指導医
- 救急科専門医
- 脳卒中専門医・指導医
- 医学博士（頭部外傷）
- 1999年 加曽利病院に入職 （現 千葉中央メディカルセンター）
- 2014年4月～ 千葉中央メディカルセンター院長

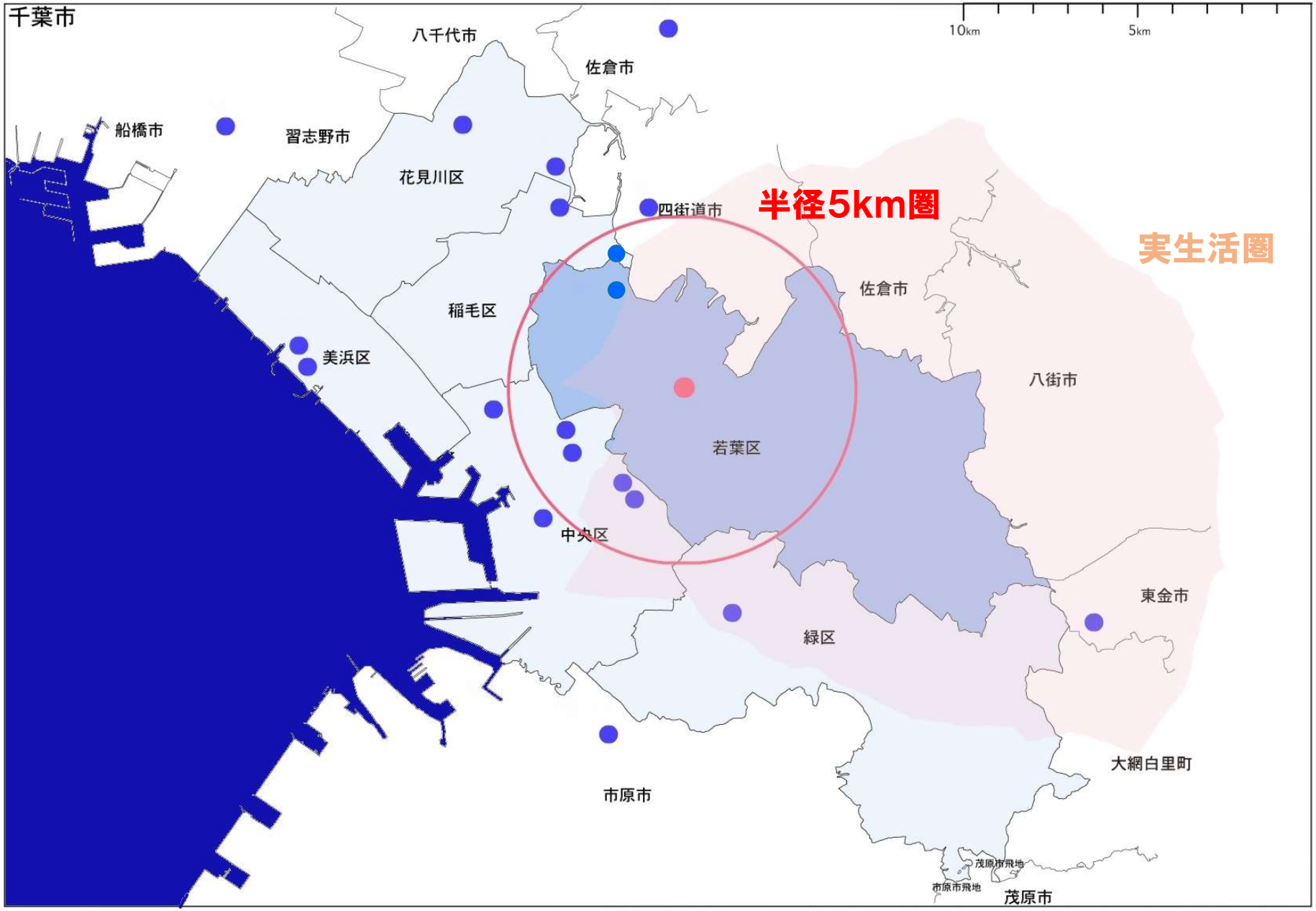
『24時間戦えますか？』

週100時間、40時間連続勤務当たり前で生きてきた

働き方改革には最も向かない院長です

自他ともに認めるサッカーフリークです

私も日本スポーツマスターズ出場しました



012100A4CM21「この地図の作成に当っては、国土地理院長の承認を得て、同院発行の数値地図25000（地図画像）を使用した。（承認番号　平22業使、　第632号）」

病床数 272床（HCU 7 床、SCU 6 床、回復期リハ 60床）

常勤職員 580人（医師 66人、看護師 242人）

- **診療指標を徹底管理！**
- **取れる診療報酬は取りつくせ！**
- **徹底的にコスト削減！**
- **ノンテクニカルスキルやコーチングを駆使した人材育成！**

全部やっても・・・

所詮は赤字の解消、がんばっても利益率はたったの2-3%

診療報酬改定率の
影響のほうが大きい・・・

黒字？　簡単でしょ。
２年間でいいならね・・・

「あとはよろしく」と 院長を任せられたが・・・

まず考えたこと

どんな病院として再出発するか

業績も気持ちも凹んだ職員をどう盛り立てるか

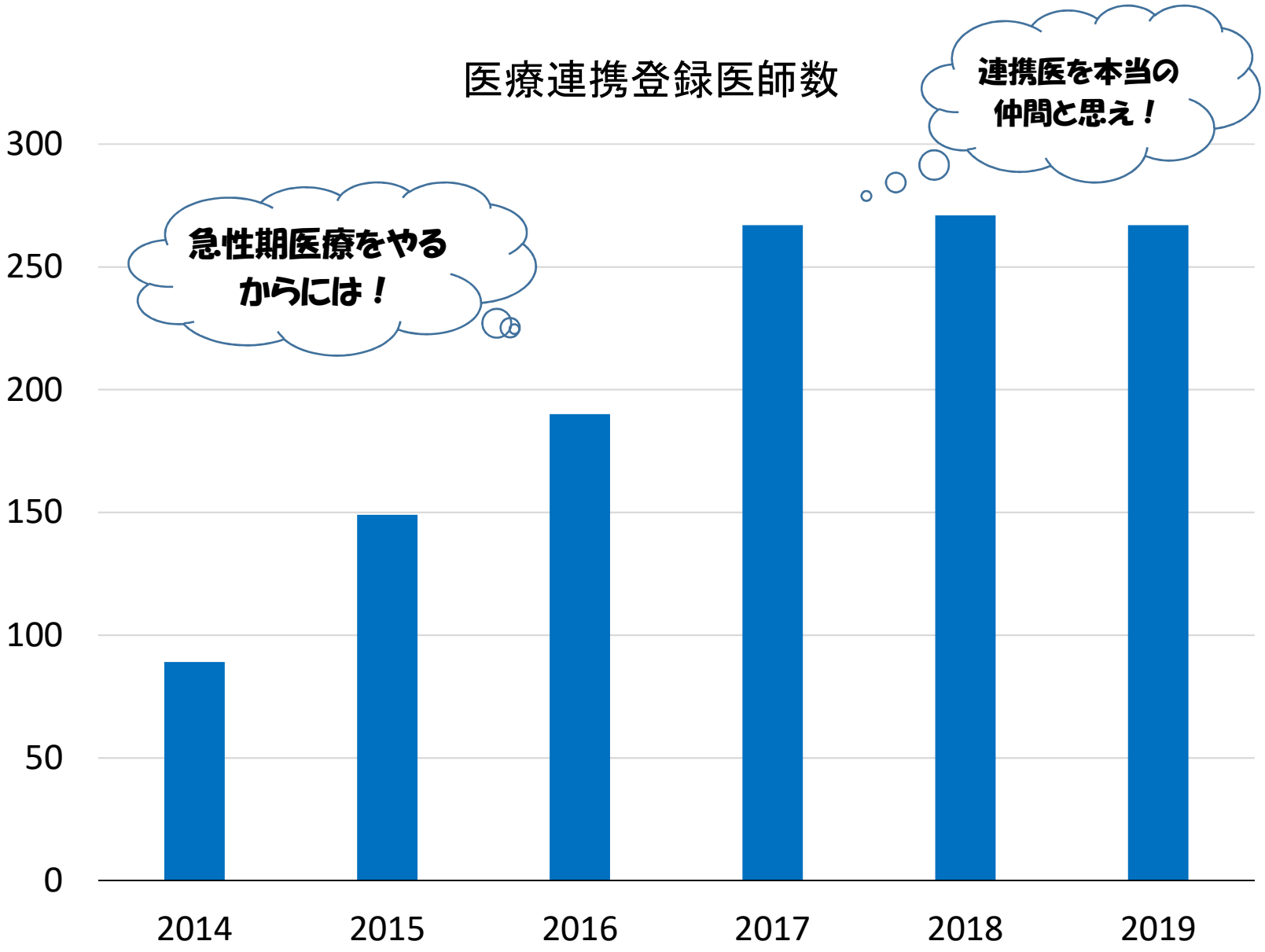
地域医療が円滑に機能することに貢献できなければやる意味なし

ダメならダウンサイジング

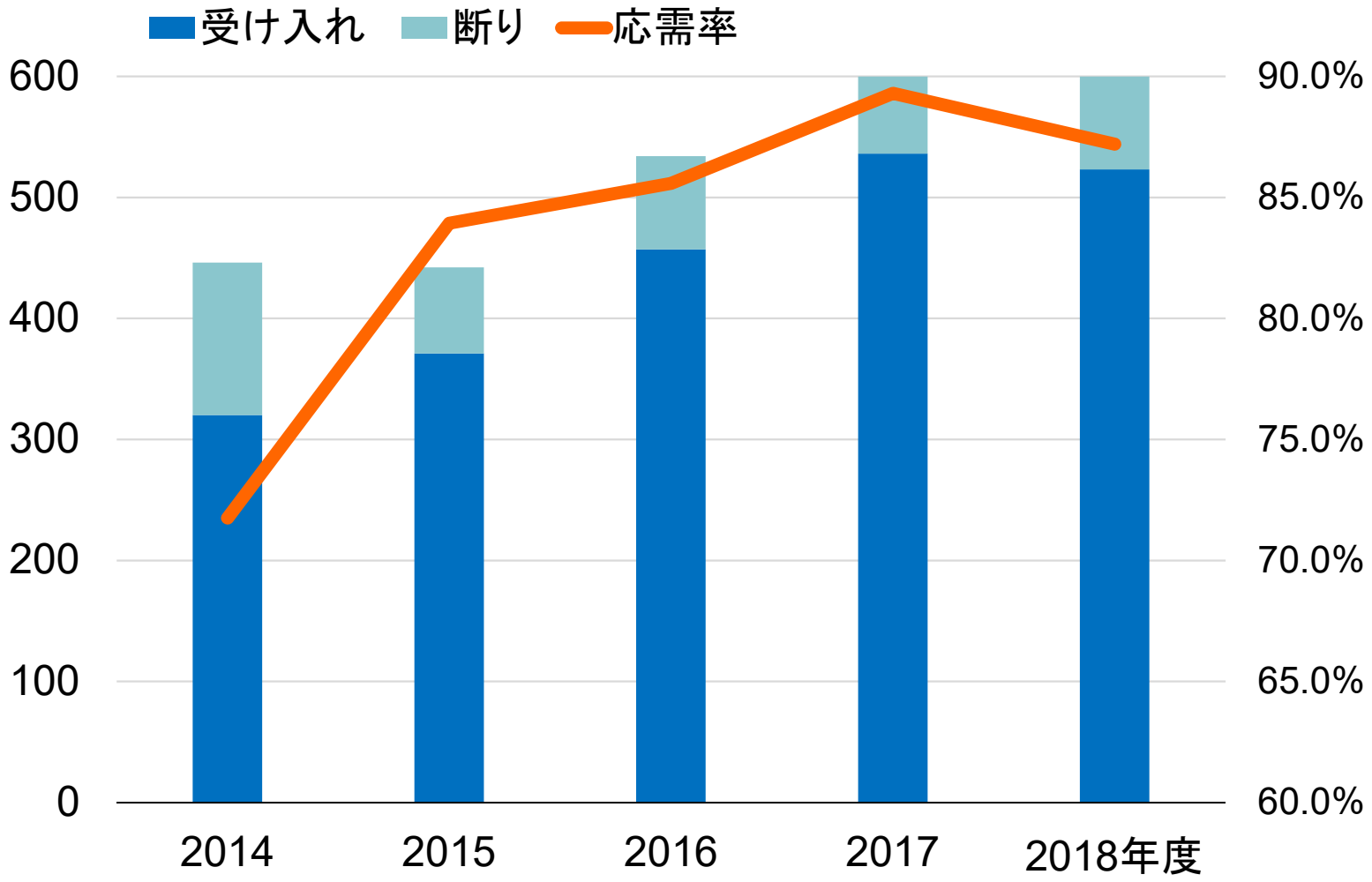
職員、地域住民の「安定」した生活

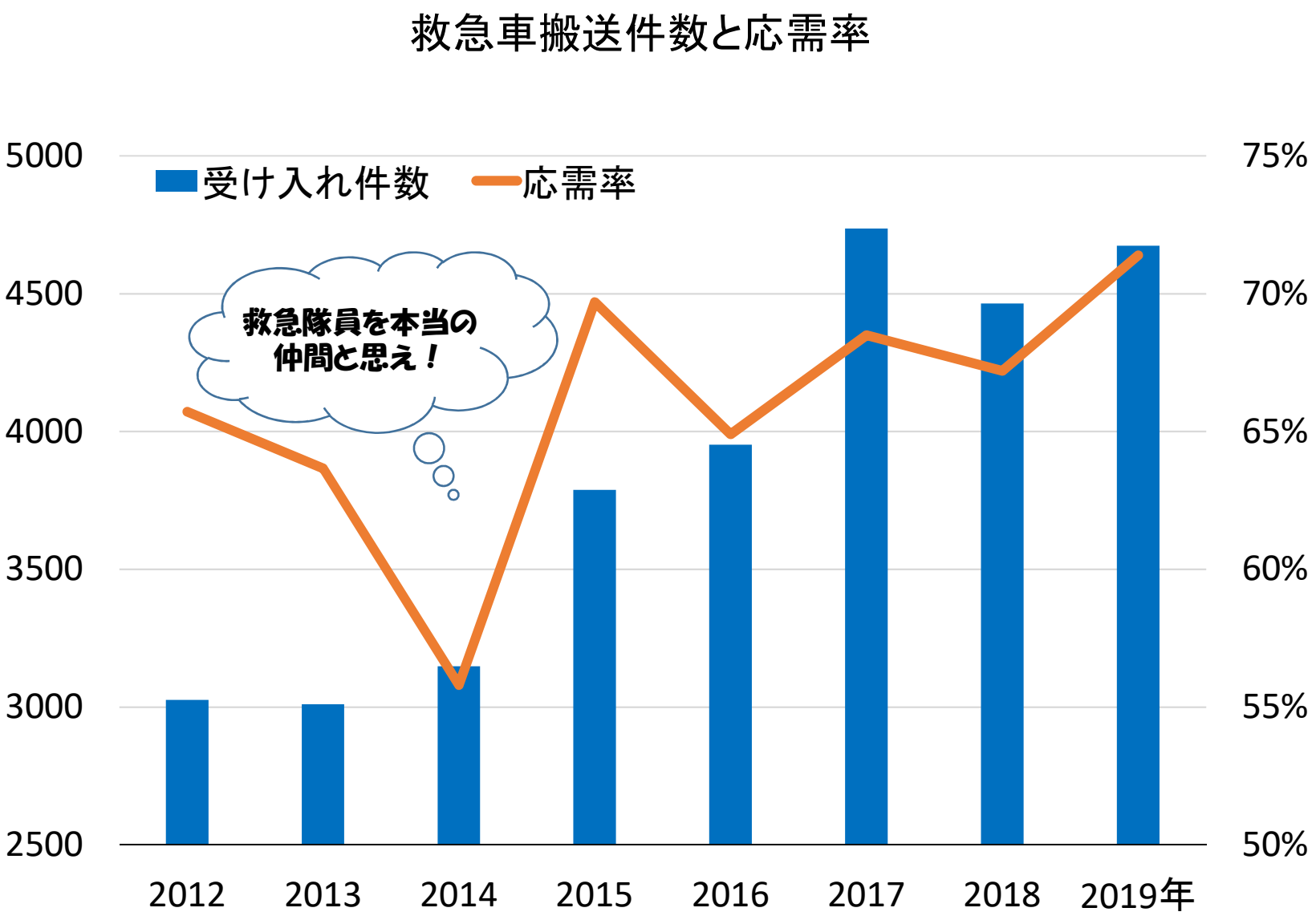
適正な医療の「安定」した供給

病院を管理運営する


医療連携登録医師数
急性期医療をやる
からには！
連携医を本当の
仲間と思え！
300
250
200
150
100
50
0
2014
2015
2016
2017
2018
2019

医療連携室を介した救急・重症患者等の受け入れ状況




救急車搬送件数と応需率
5000
4500
4000
3500
3000
2500
75%
70%
65%
60%
55%
50%
受け入れ件数
応需率
救急隊員を本当の
仲間と思え！
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019年

2020年の基本方針

継続性のための体制強化

具体的方向性

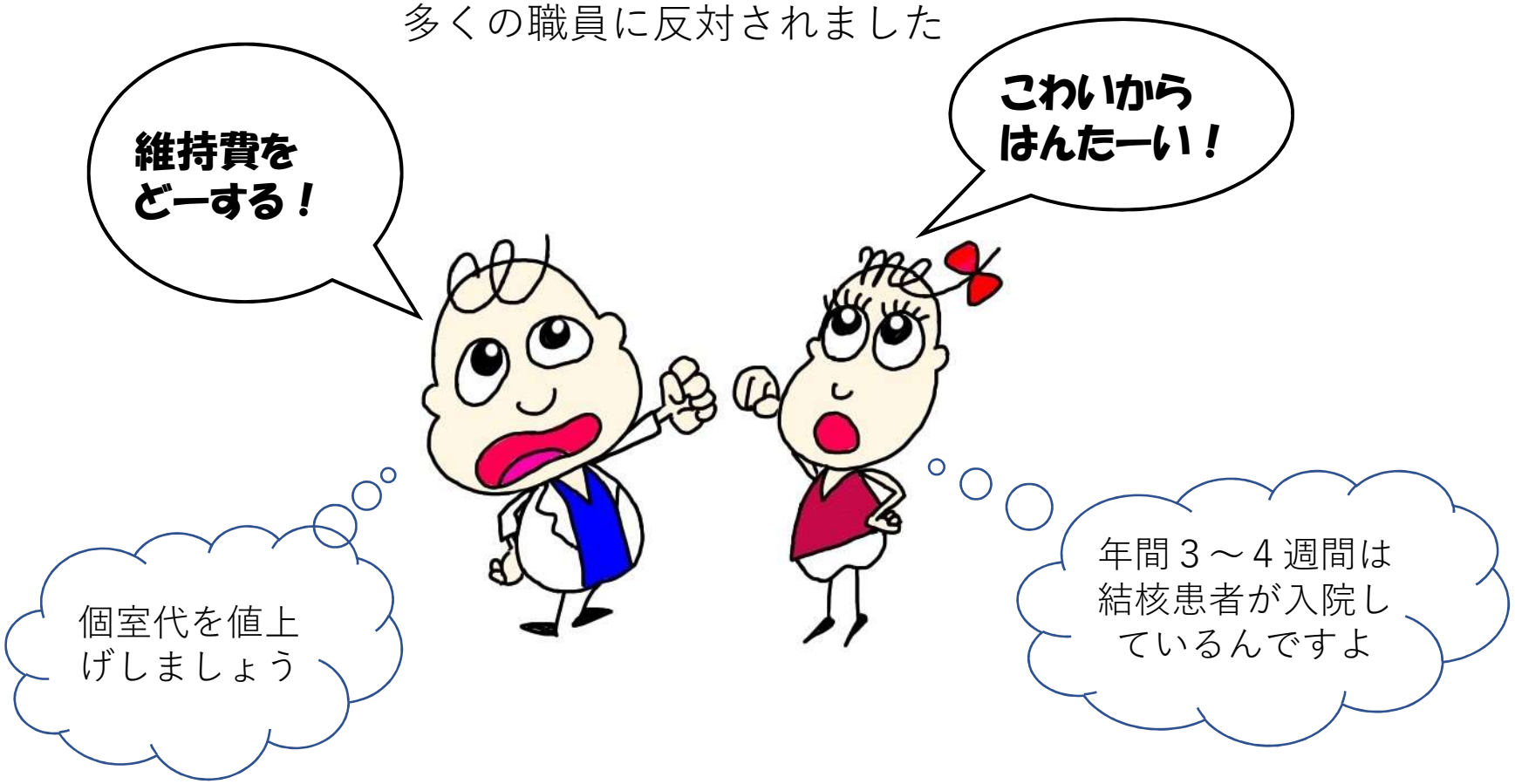
■ **単独病院経営から地域医療全体最適経営への転換**

■ **働き方改革への対応と生産性向上**

■ **災害時ＢＣＰの再整備**

思い起こせば３年前　**結核モデル病床?!**　設置を提案したら…

多くの職員に反対されました

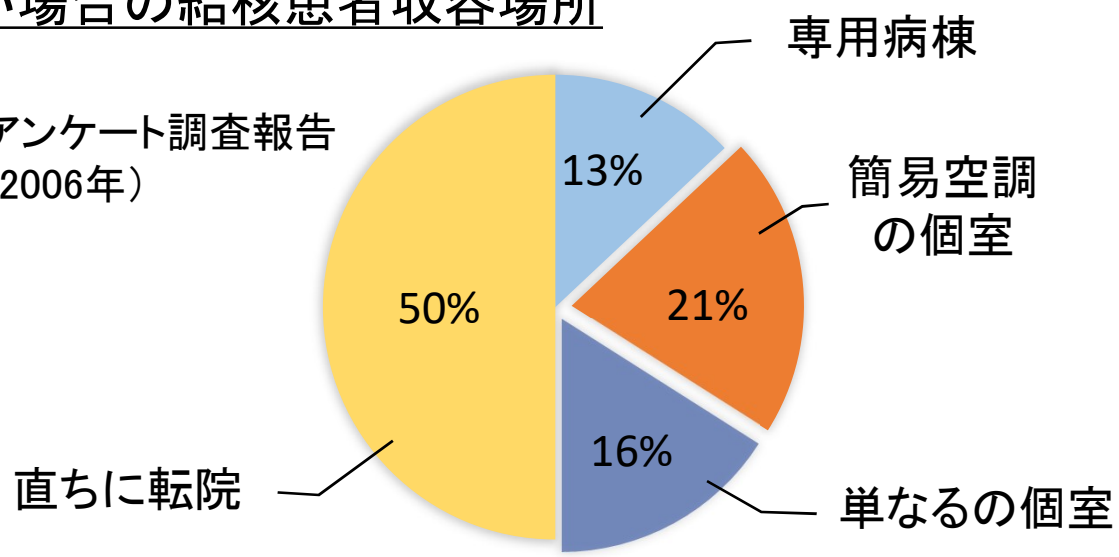


- 結核病床の減少に伴う患者アクセスの悪化
- 高度医療を要する合併症を持つ結核患者の増加

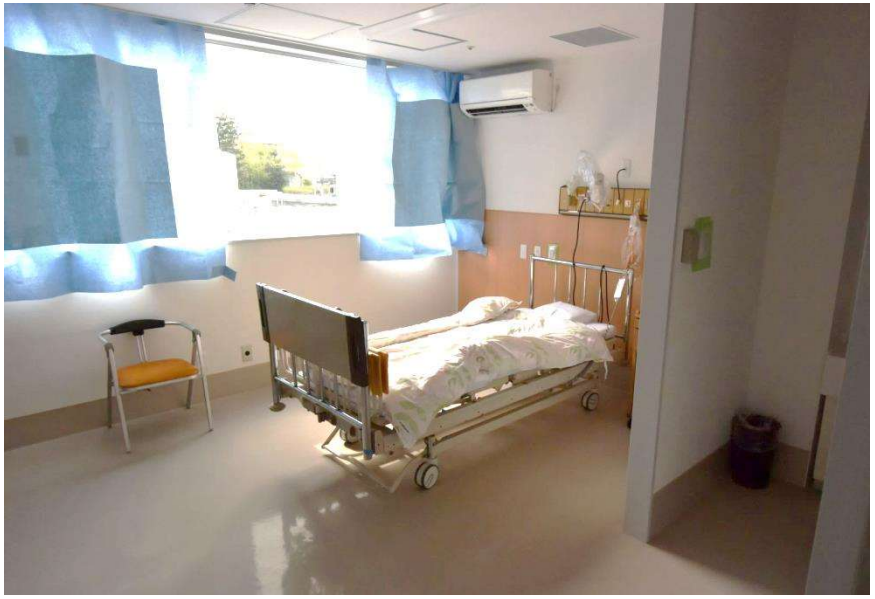
結核病床以外の病床での入院治療を余儀なくされる！

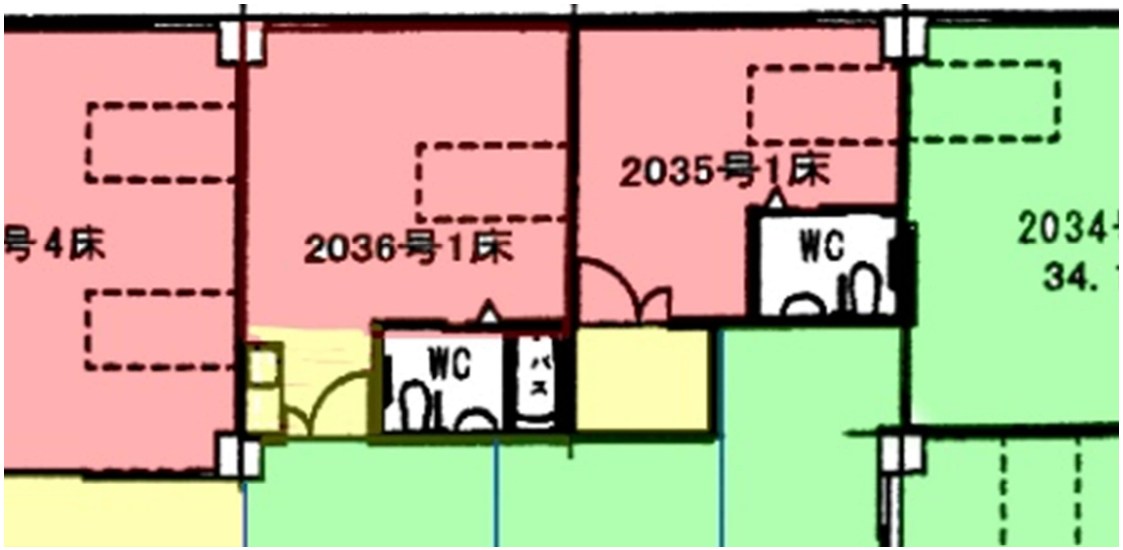
陰圧室を持たない場合の結核患者収容場所

結核院内感染関するアンケート調査報告
日本環境感染学会 （2006年）



個室２室を結核等感染症対応の陰圧室に改修しました





結核院内感染関するアンケート調査報告より　日本環境感染学会　（2006年）

結核病棟の有無による看護師結核感染者数

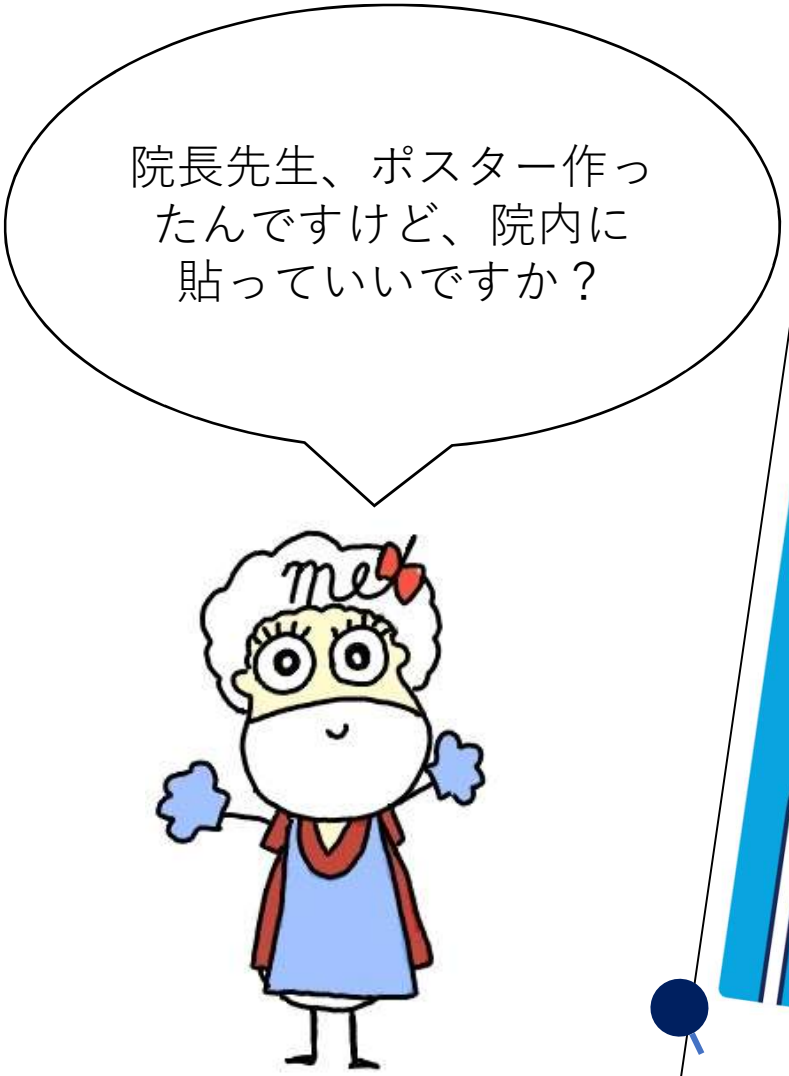
感染者数は結核病棟の有無に拘らず

０．６５ 人／年・平均

- 結核に対する正しい知識を身につける。
- 被爆回避のため用具、設備を適切に使用する。
- 職員の潜在的感染を見逃さない。

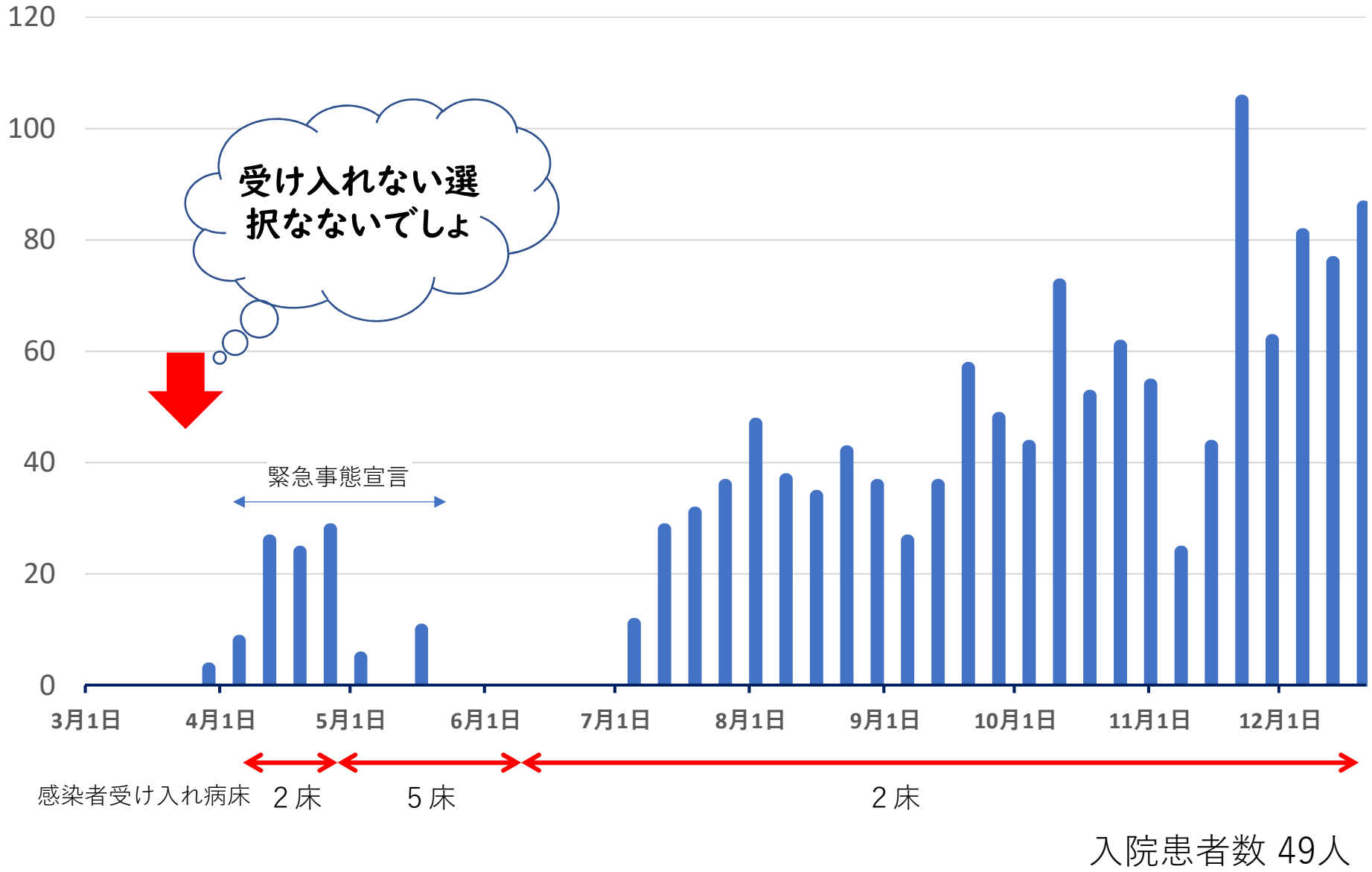
職員の感染防御意識が格段に高くなった！！

差額個室としての稼働率が格段に高くなった！！


院長先生、ポスター作ったんですけど、院内に貼っていいですか？

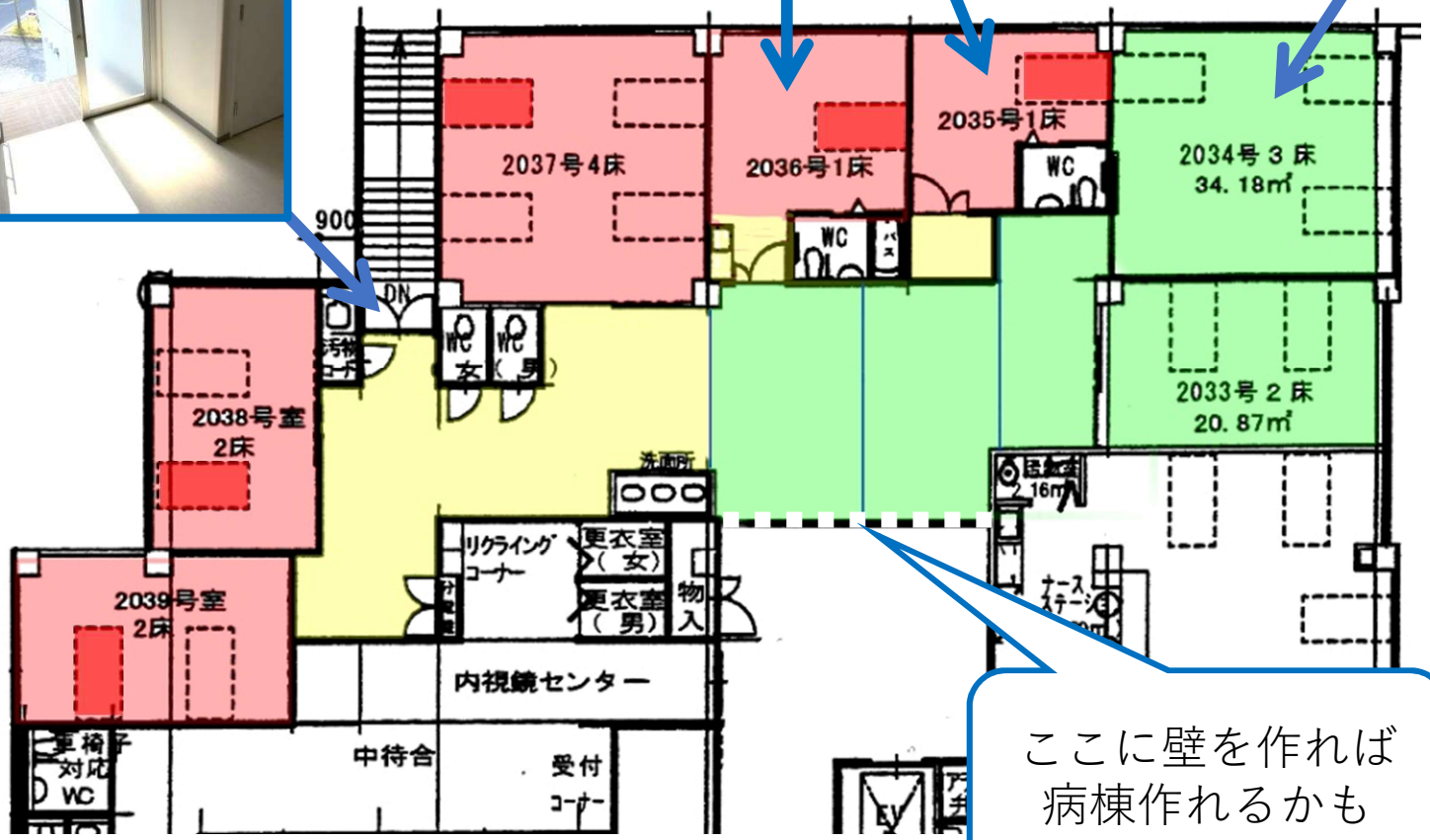
Hand hygiene declaration
病院長の
手指衛生宣言
私たちは
きれいな手で
診療します
じぶんを守る、
みんなを守る。

新コロナウイルス新規患者数／週　（千葉市）



入院患者数 49人

即席感染症病棟



ここに壁を作れば
病棟作れるかも

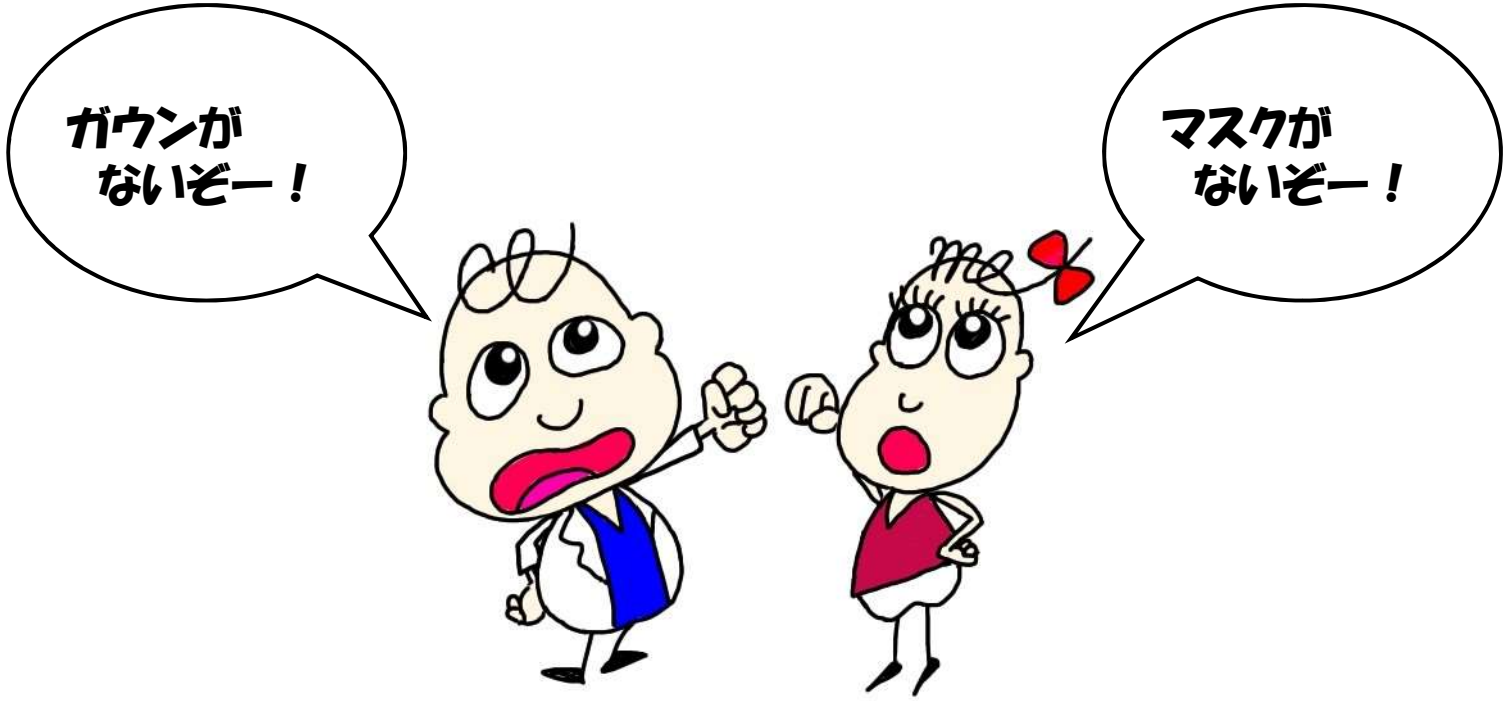
とりあえず壁を作ってみました

市 「何床でもいいので受入れ病床の確保をお願いします」
私 「一応5床できそうですけど、10床使えなくなるわけですからね…」
市 「確保料は何とかします」

その後
市 「一床一日〇〇万円でどうでしょう」
私 「（全然採算合わないけど）陰圧室の2床なら職員を説得できるかも…」

私 「壁作るのに45万円かかったんですけど、補助してもらえるんですか？」
市 「…たぶん大丈夫でしょう…」

感染防護服問題勃発！

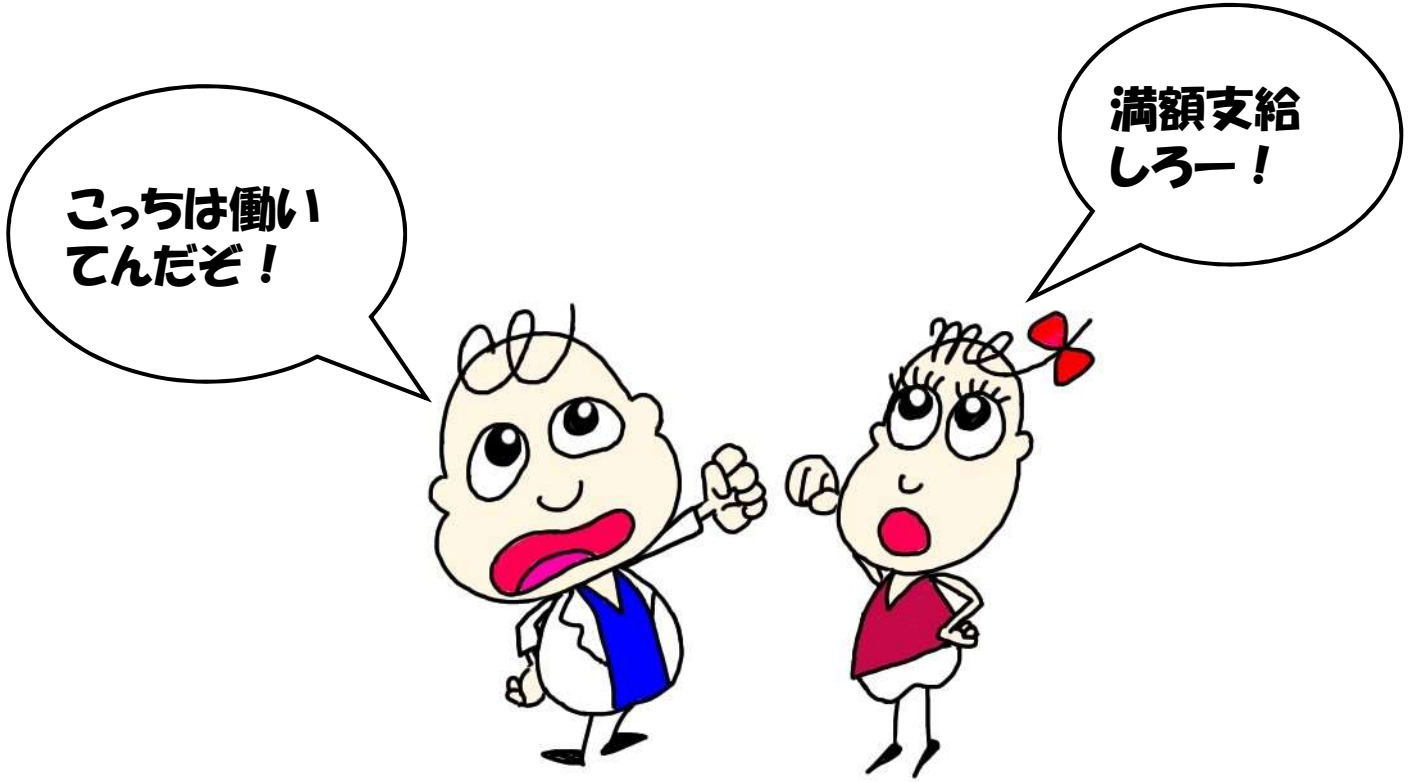


私 「現状では感染防護具が一ヵ月でなくなります。とりあえず、ゴーグル、
マスク、ガウンを500セット用意してくれたら2床で受け入れましょう。」

市 「ありがとうございます。防護具はなんとかします。」

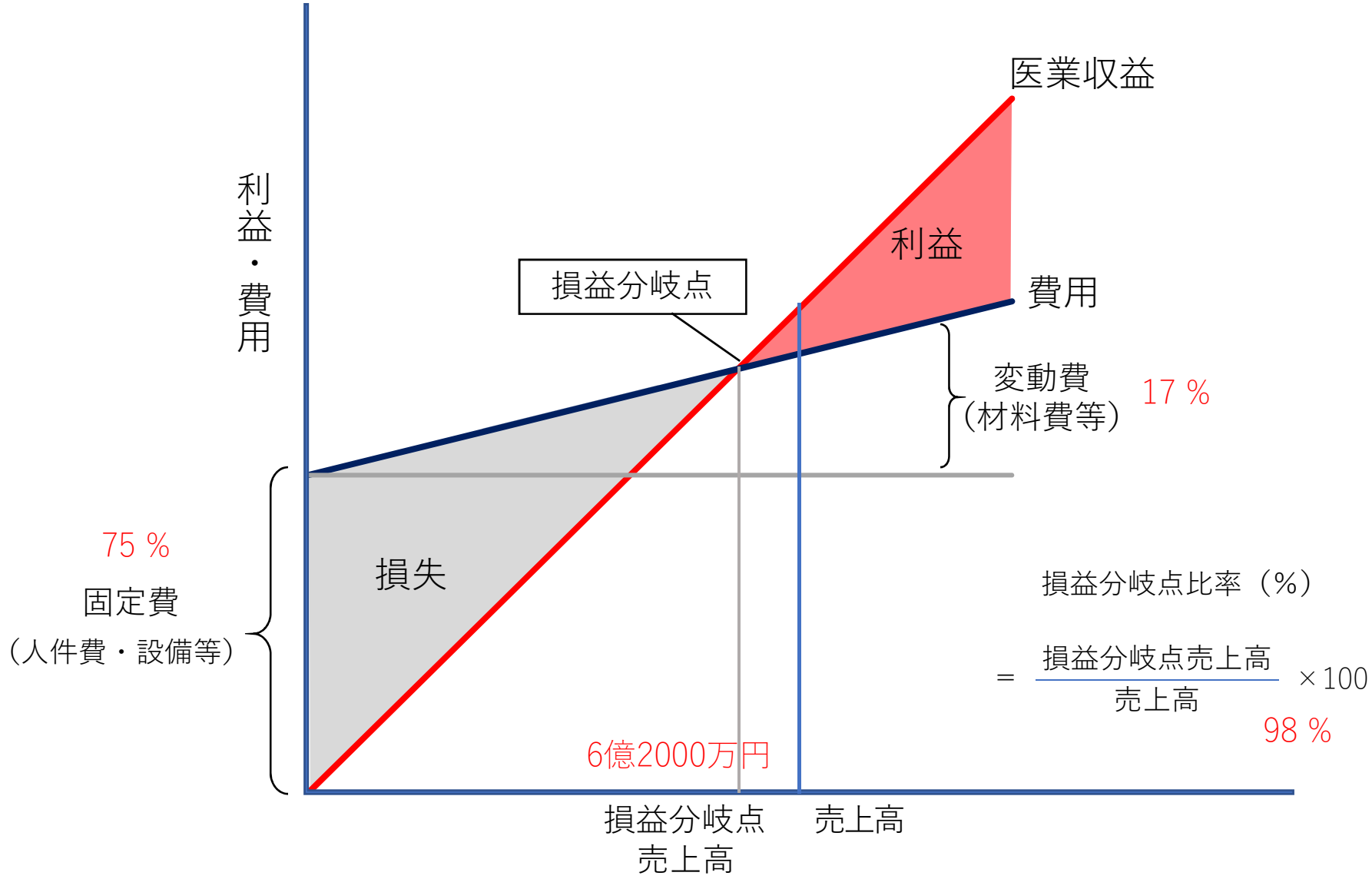
各病棟から看護師を人選してもらい、
総勢9名で感染症チーム結成！！

賞与問題勃発！

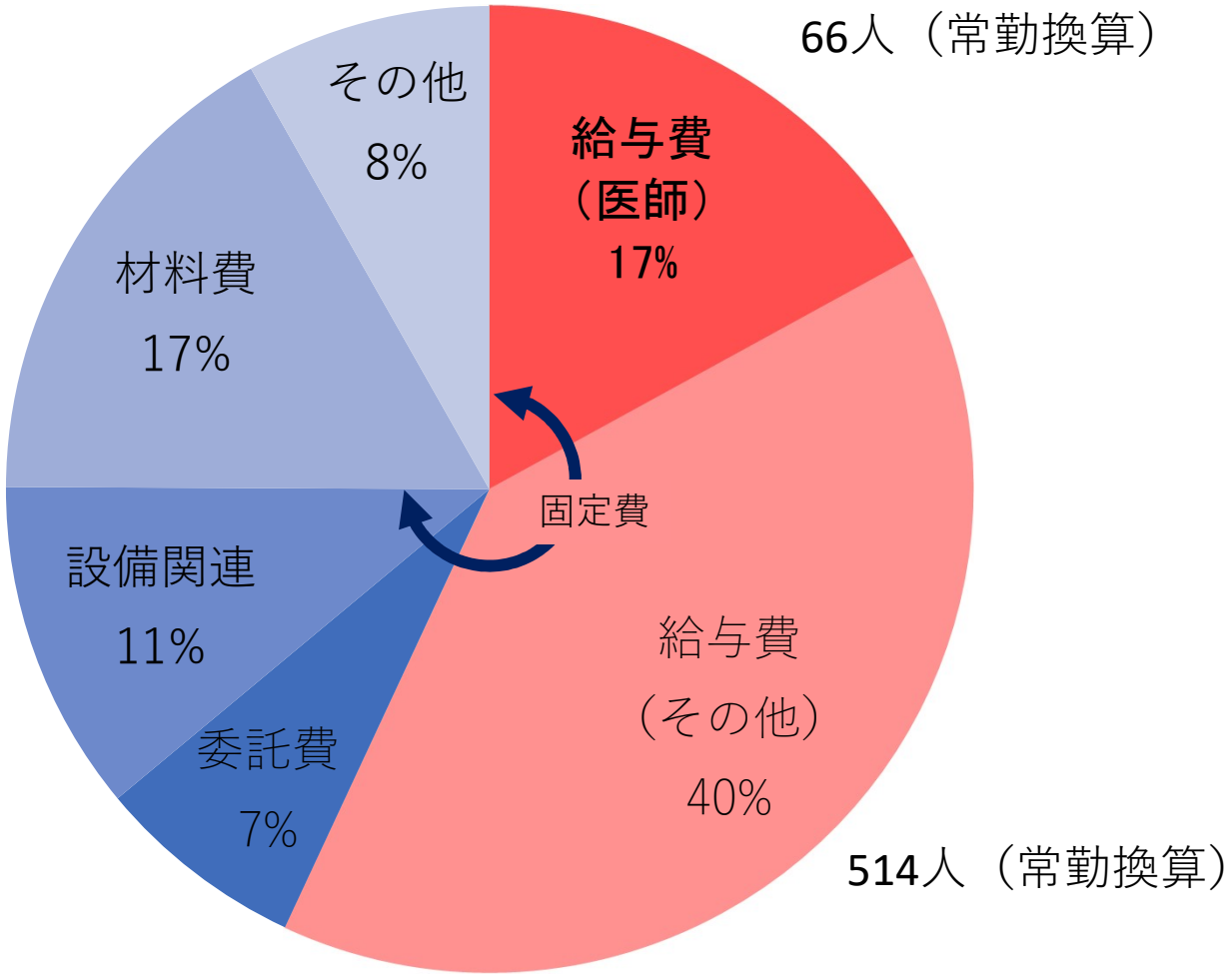


- 賞与は経営上のbufferじゃない
- 求められることをやってこその報酬である

収益、利益のしくみを一生懸命説明しました



費用の内訳

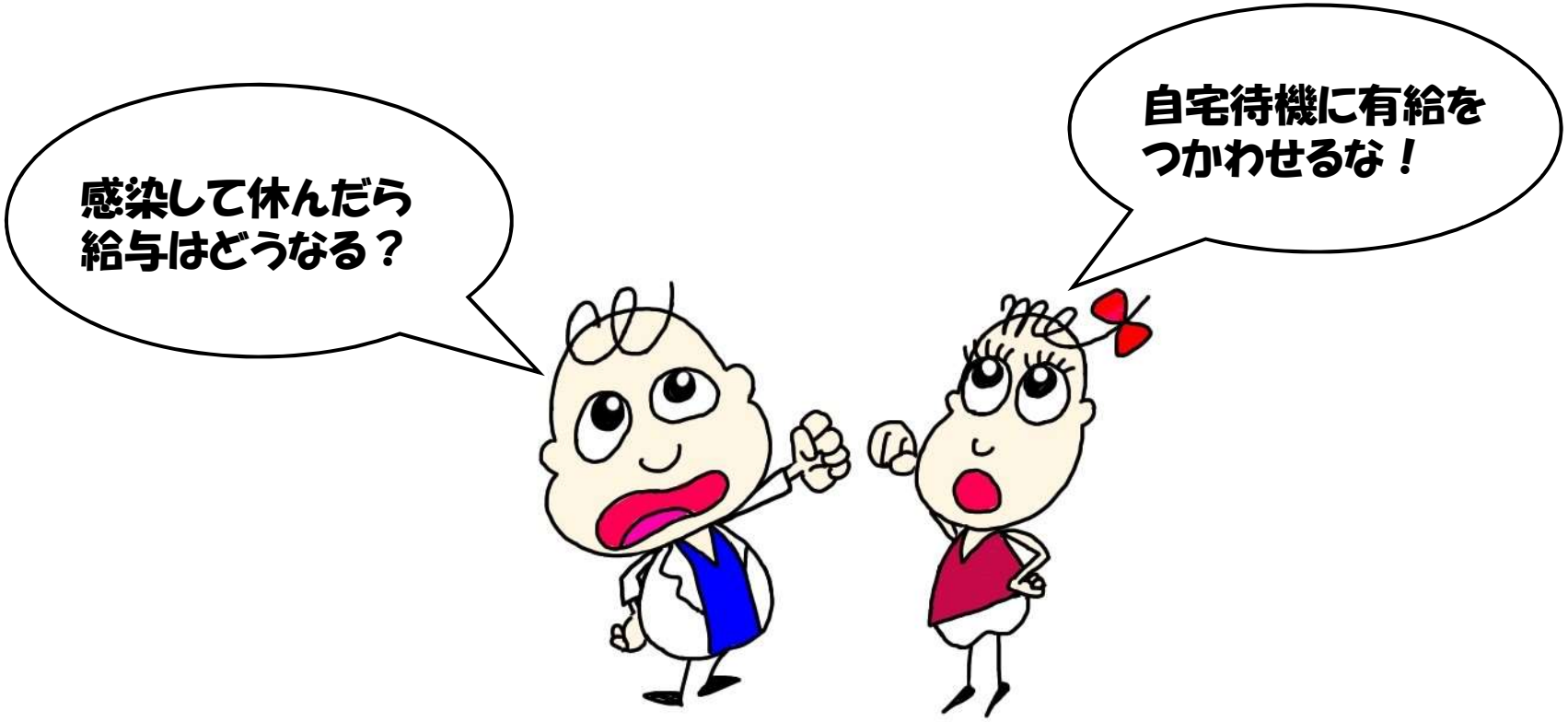

66人（常勤換算）
給与費
（医師）
17%
その他
8%
材料費
17%
固定費
設備関連
11%
委託費
7%
給与費
（その他）
40%
514人（常勤換算）

危険手当問題勃発！

感染症病棟が一番危険にさらされているわけではないんですよ

結構楽しんで取り組むようになりました
感染防護具の消費量が減りました

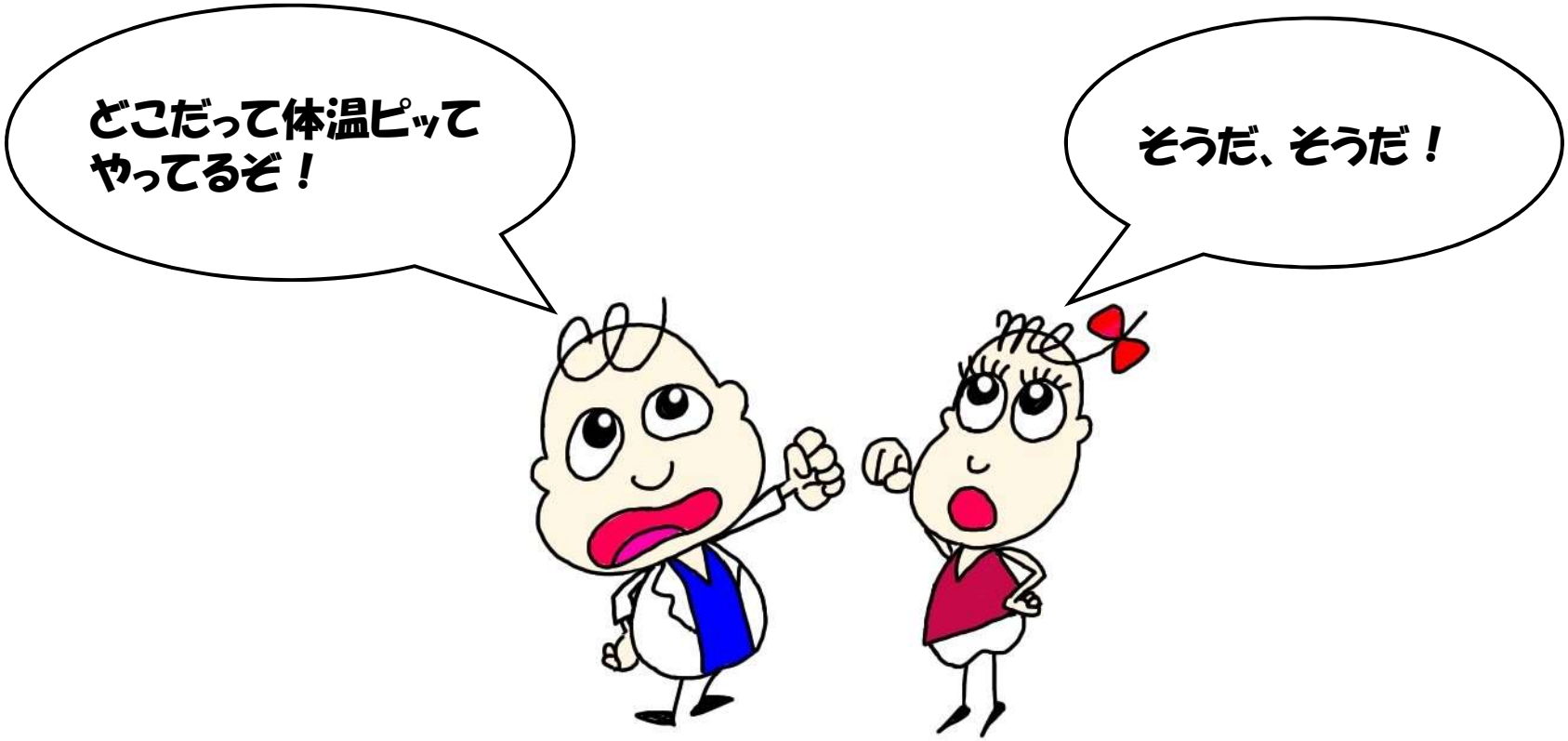
休業補償問題勃発！



トップダウンで決めるべきこと

- 帰国者・接触者外来の開始
- 陽性患者の受け入れ
- 不急の手術、内視鏡検査、外来リハビリの休止と再開
- 検査体制整備
- 感染した職員、自宅待機となった職員の処遇
- 面会制限
- 電話診療

外来患者の体温チェック問題勃発！



意味あるの？

- 症状がある感染者の20％には発熱がない
- 感染した人にうち発熱の症状が出る人は40％に満たない
- SARS-CoV2と関連のない発熱患者のほうが圧倒的に多い
- 気温と身体活動が体温に影響を与える
- 何らかの理由で解熱剤を服用した場合、発熱症状は隠される　等々

CDC “Morbidity and Mortality Weekly Report” 2020/07/17

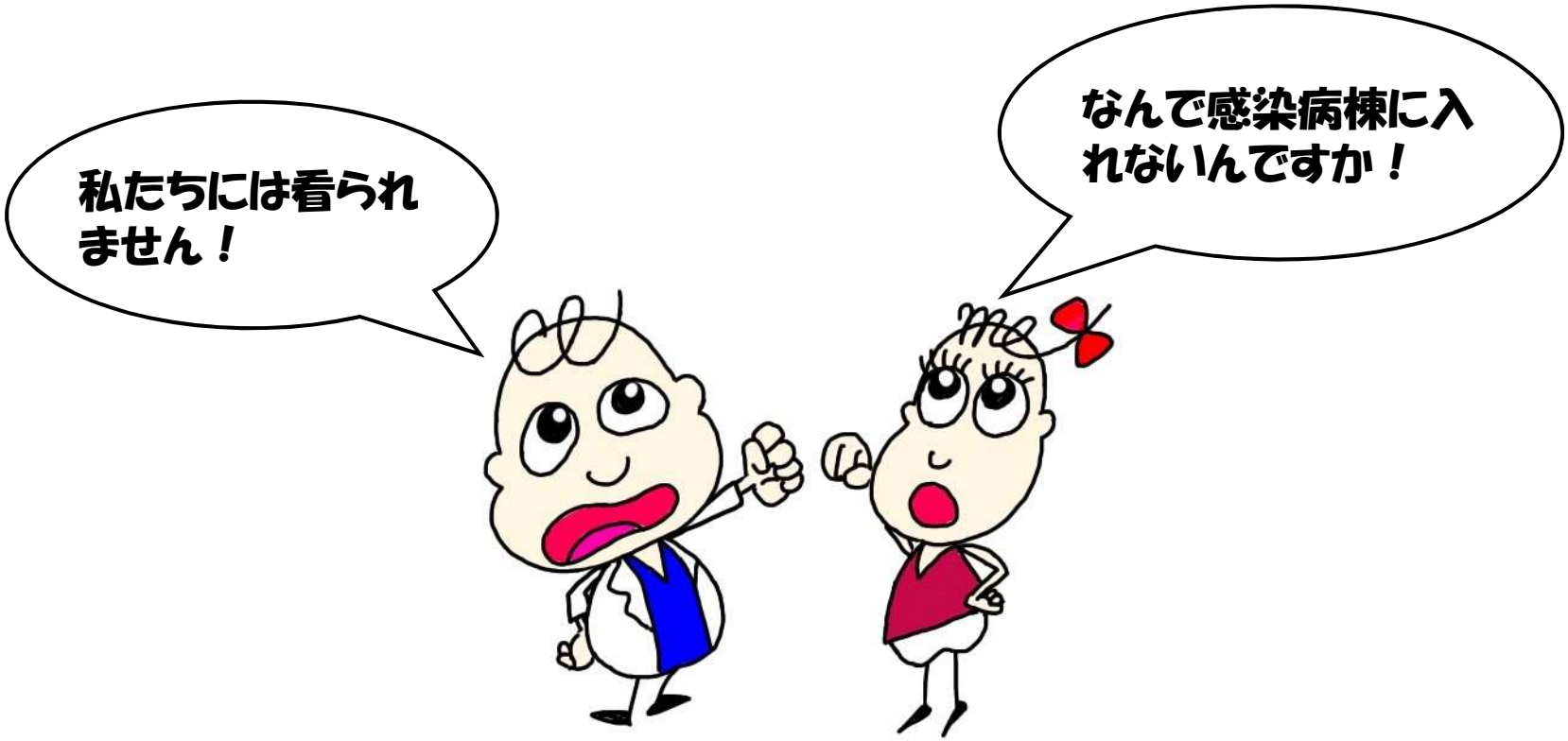
外来感染者をスクリーニングするという意味での体温チェックに意義は低い

- 来院患者の有病率が１％を超えようであれば意義があるかもしれない
- 来院患者の有病率１％がになると、外来で毎日６人程度の陽性患者が発生する
- 千葉市の現在の感染者数は50～100人、実際にはその20倍に感染者がいると見積もっても有病率は0.1％である。

千葉市の約150人患者情報を調べてみると

- 約30％は発症時に発熱を認めていない
- 上気道炎症状＋下気道炎症状が約50％
- 都内通勤・通学が約25％
- 会社員＋学生が約50％

疑い患者対応問題勃発！



現場はもっと別なことで混乱している

- どんな患者にPCR検査をするの？
- どんな患者を個室で管理するのか？フルPPE対応するのか？
- 体調不良って何？
- 家族が熱発したら？
- 外食しちゃいけないの？
- 旅行にいっちゃいけないの？
- ミーティングしちゃいけないの？
- 濃厚接触患者のリハビリは？
- 等々

最悪なのは院内で2次感染者が出ること

とくにかく全員が同じルールで行動することが大切
ルールが間違っていたり不十分だったら、改訂すればいい

これまでに職員３人、患者２人が陽性判明

２次感染はゼロ

濃厚接触者は２週間休ませないといけない

表１　医療従事者※1のPPEとCOVID-19曝露リスク評価

	COVID感染患者と接触した時の医療従事者のPPE※2	曝露リスク	就業制限
マスクを着用している感染症患者と長時間※5の濃厚接触あり※6			
1	PPE着用なし	中等度	曝露日から14日間
2	サージカルマスクまたはN95マスクの着用なし	中等度	曝露日から14日間
3	サージカルマスクは着用しているが眼の防護なし	低度	なし
4	ガウンまたは手袋の着用なし※3	低度	なし
5	推奨されているPPEを全て着用（N95ではなくサージカルマスクを着用）	低度	なし
マスクを着用していない感染症患者と長時間※5の濃厚接触あり※6			
6	PPE着用なし	高度	曝露日から14日間
7	サージカルマスクまたはN95マスクの着用なし	高度	曝露日から14日間
8	サージカルマスクは着用しているが眼の防護なし	中等度	曝露日から14日間
9	ガウンまたは手袋の着用なし※3	低度	なし
10	推奨されているPPEを全て着用（N95ではなくサージカルマスクを着用）	低度	なし
感染患者に対して大量のエアゾルを生じる処置を実施する場合※4			
11	推奨されているPPEの一部の着用なし	高度	曝露日から14日間
12	推奨されているPPEを全て着用（N95ではなくサージカルマスクを着用）	中等度	曝露日から14日間
13	推奨されているPPEを全て着用（N95を着用）	低度	

Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV)2020年3月4日版をもとに作成

入院時の状態

- □ 入院時の胸部 CT で非定型肺炎像を認める
- □ 明らかな呼吸器症状（上気道炎症状を含む）がある
- □ 入院前 2 週間の状況から Covid-19 の感染リスクが高いと考えられる （身近に陽性者がいた、旅行やイベントなど集会に参加した、不特定多数の人と接する仕事をしている、等々）
- □ 吸痰など飛沫被ばくのリスクの高い処置を要する

上記のいずれかにあてはまる？

YES

PCR 検査

結果判明まで

- **個室管理**
- **フル PPE**

NO

PCR 検査する？しない？

する

通常の
入院管理

しない

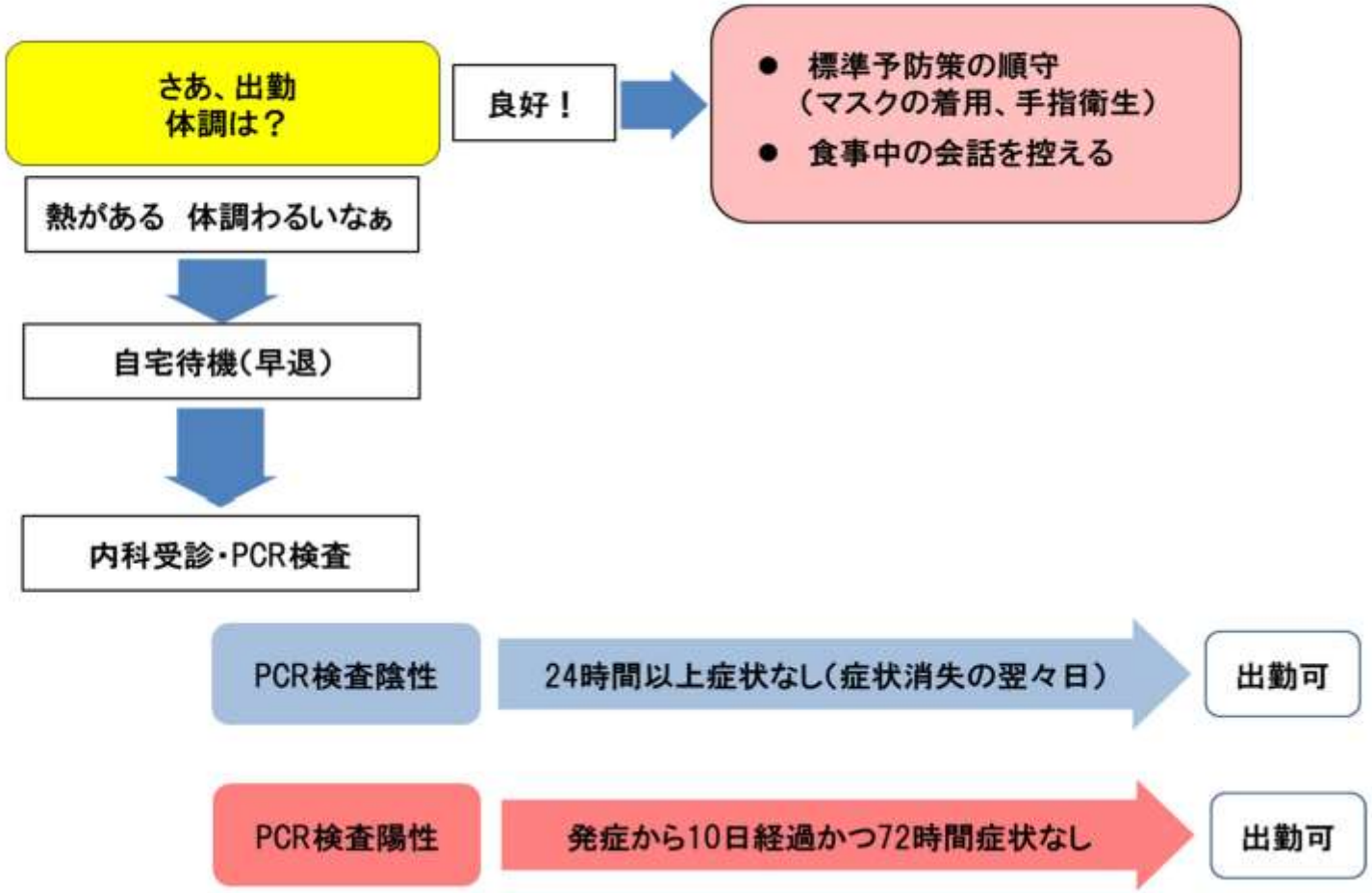
通常の
入院管理

結果判明まで

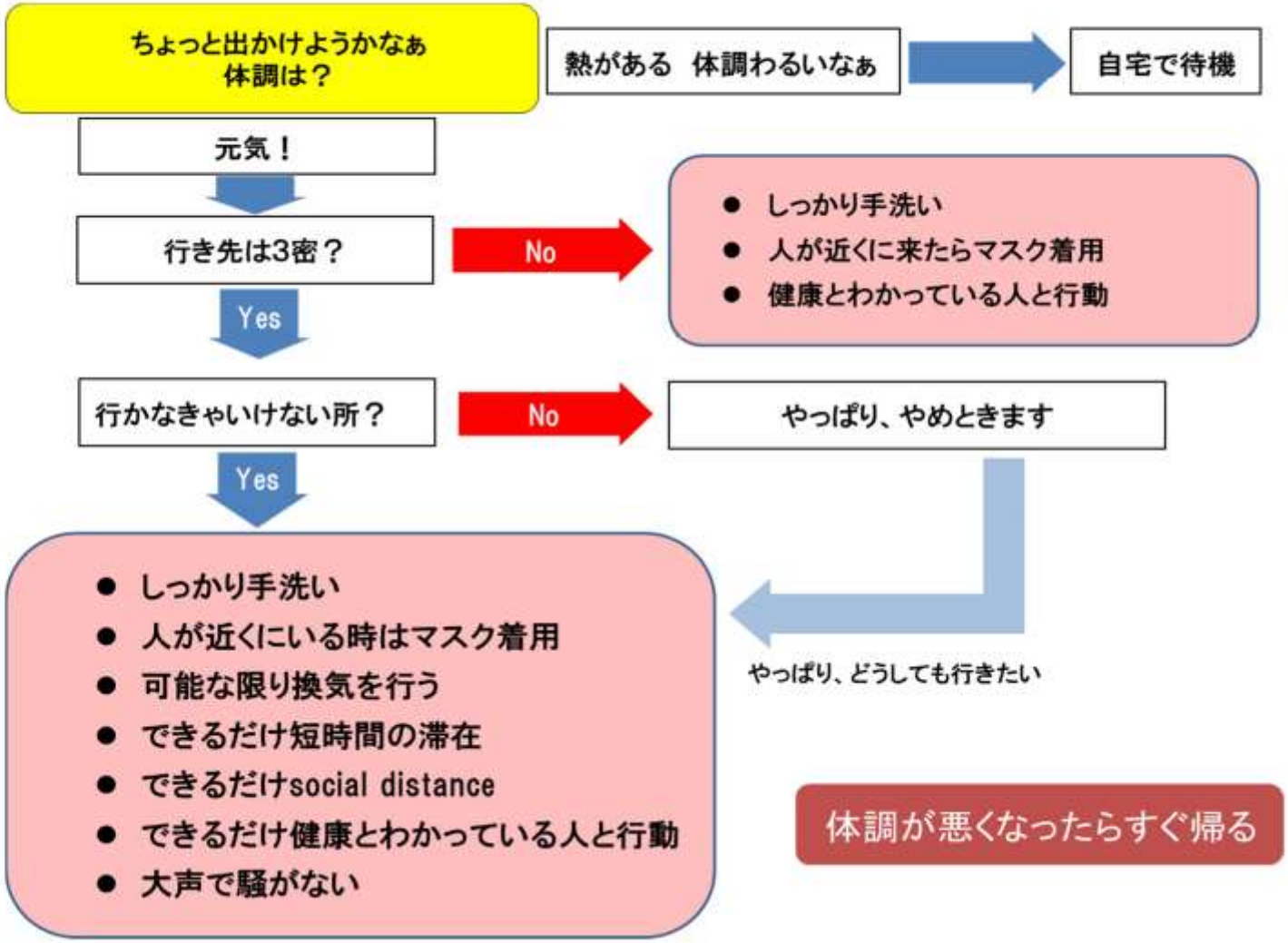
- **ケアは 15 分以内を目安とする**
- **不急の検査・処置は行わない**
- **マスクの着用を徹底する**
- **４人床の場合はカーテン隔離**
- **排泄等以外はカーテン内で行動**

図１　職員の行動指針

病院



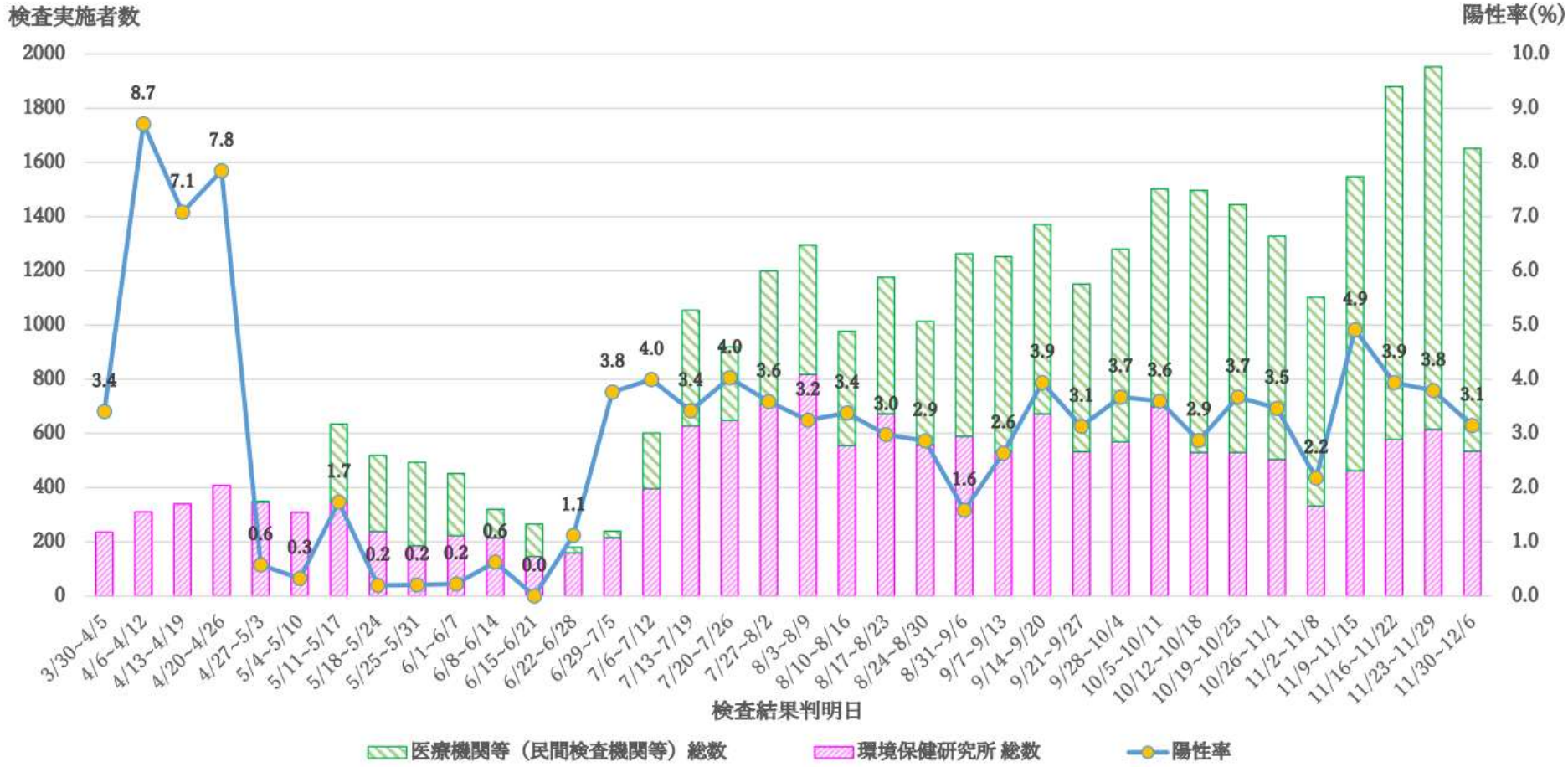
プライベート


ちょっと出かけようかなぁ
体調は？
熱がある　体調わるいなぁ
自宅で待機
元気！
行き先は3密？
No
Yes
● しっかり手洗い
● 人が近くに来たらマスク着用
● 健康とわかっている人と行動
行かなきゃいけない所？
No
やっぱり、やめときます
Yes
● しっかり手洗い
● 人が近くにいる時はマスク着用
● 可能な限り換気を行う
● できるだけ短時間の滞在
● できるだけsocial distance
● できるだけ健康とわかっている人と行動
● 大声で騒がない
やっぱり、どうしても行きたい
体調が悪くなったらすぐ帰る

市内の検査場所別の検査実施数及び陽性率

千葉市 CHIBA CITY

１２月６日時点

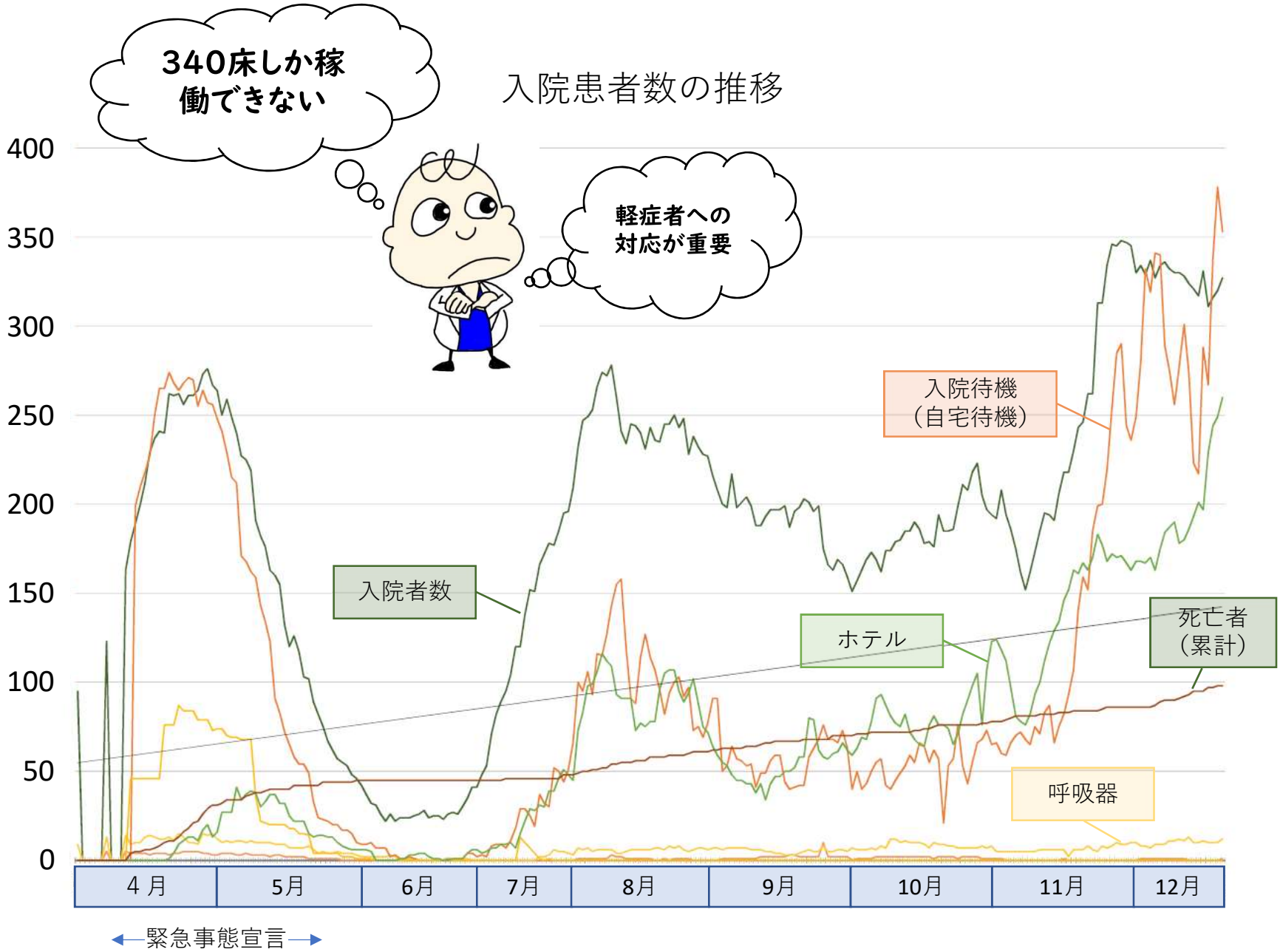


※医療機関等（民間検査機関等）の検査実績等は、報告までにタイムラグがあるため、上記のデータは速報値です。後日、数値が更新される場合があります。

フェーズの捉え方

（参考資料）

フェーズ	1	2	3	4
アラート	グリーン	イエロー	オレンジ	レッド
総感染者数	200	400	1000	2000
医療機関入院患者数	180	360	600	1000
（内）重症患者数	15	30	70	150
ホテル療養患者数	20	40	400	1000
クラスター発生予備病床数	120	50	0	0
クラスター発生予備ホテル数	0	100	200	200
即応病床数（必要病床数）	350	500	750	1200
必要ホテル部屋数	30	150	700	1400
臨時医療施設	計画	準備	稼働準備	必要時稼働
一般医療	継続	一部抑制	抑制拡大	抑制


入院患者数の推移
340床しか稼働できない
軽症者への対応が重要
400
350
300
250
200
150
100
50
0
入院待機（自宅待機）
入院者数
ホテル
死亡者（累計）
呼吸器
4 月
5月
6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
緊急事態宣言

主要な医療労働投入状況の国際比較

国名	病床100床当り 医師数	病床100床当り 看護職員数	人口1000人当り 医師数	人口1000人当り 看護職員数
日本	**17.2**	**78.4**	**2.3**	**10.5**
カナダ	92.6	348.1	2.5	9.4
フランス	52.4	144.4	3.3	9.1
ドイツ	48.8	137.8	4	11.3
イタリア	114.7	188.2	3.9	6.4
イギリス	103.7	303.7	2.8	8.2
アメリカ	80.6	358.1	2.5	11.1

OECD Health Statistics 2014

主要な医療資本投入状況の国際比較

国名	人口1000人当り 急性期病床数	人口100万人当り CT台数	人口100万人当り MRI台数
日本	**7.9**	**101.3**	**46.9**
カナダ	1.7	14.6	8.8
フランス	3.4	13.5	8.7
ドイツ	5.4	18.5	11.3
イタリア	2.7	33.3	24.6
イギリス	2.3	8.7	6.8
アメリカ	2.6	40.9	34.5

OECD Health Statistics 2014

今日の病院の発達

医術に対する社会に信用

↓

死を待つためではなく治癒を望んで進んで入る施設

↓

臨床医学の専門分化

↓

総合病院の要求

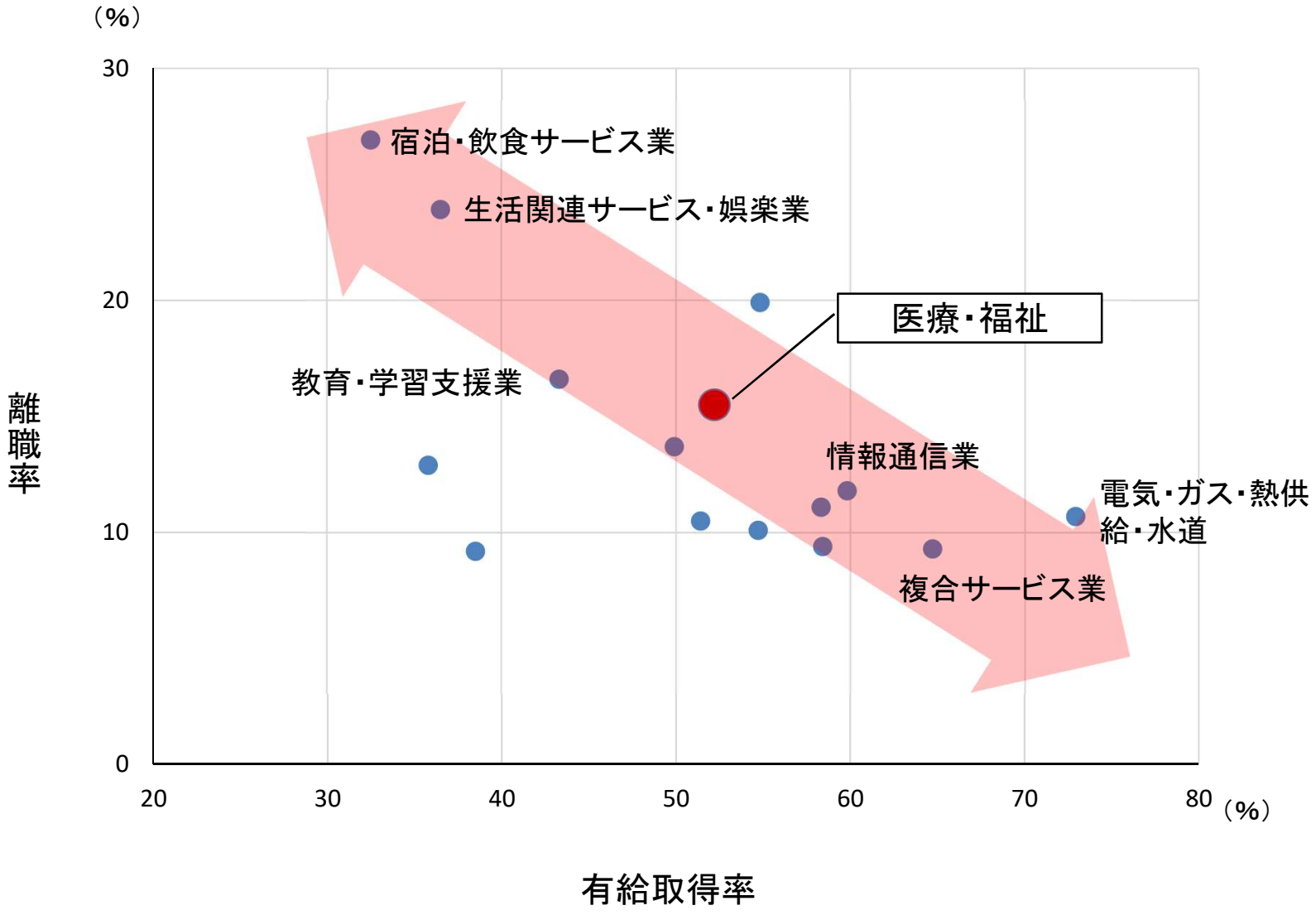
機器・施設に投資するのか

人に投資するのか

近代的な医療に必要な諸施設の膨張と高度化

↓ さらなる技術の進歩と施設の高度化

↓ 地域のインフラとしての重要性



厚労省の雇用動向調査と就労条件総合調査より作成

まとめ

やめるのは簡単。

でも、それじゃ何も残らない。

どんな試練もいつか必ず終わる。

失うものは少なくないが、何を得たかが重要である。