

社会医療ニュース

社会医療研究所

〒101-0047
東京都千代田区内神田1-3-9
KTビル4F 日本ヘルスケアテック/株内
電話 (03) 5244-5141 代
FAX (03) 5244-5142
E-mail: syakairyou-news@nhtjp.com
HP: <https://syakairyou-news.com/>
定価年間 6,000円
月刊 15日発行
振込銀行 三菱UFJ銀行
京橋支店 (023)
普通口座 1712595
発行人 小山 秀夫

職員の賃上げは達成しなければならないが 診療報酬の大幅改定はできないでいる政局

所長 小山 秀夫

来年度の診療報酬・介護報酬改定議論が、抜き差しならぬ状況に陥っています。

11月24日、厚労省は中央社会保険医療協議会の調査実施小委員会に、診療報酬改定の基礎資料となる「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）」の結果を報告しました。一般診療所全体における22年度の医療介護の損益差額は、個人・医療法人ともに21年度と比べて差額が若干拡大。病院全体では、22年度の損失額が21年度と比べて広がっています。保険薬局の経営状況は、総じて堅調と判断できる数値です。

を総合的に勘案すべきだとの姿勢を表明。「患者の負担増・保険料の上昇に直結する安易な診療報酬の引き上げを行う環境にはない」という趣旨の要請書を、厚労省に提出したのです。

サービス提供者側は、反論し、職員の賃上げのためにも報酬引き上げが必要だという論陣を張っています。この問題は、参議院予算委員会でも活発に議論はされましたが、岸田政権からは玉虫色の回答しかなく、年末の予算編成までもつれ込むことになりました。

27日医療保険支払側6団体（健保連・国保中央会・全国健康保険協会・全日本海員組合・経団連・連合）は、賃金・物価の動向を考慮しつつも、医療保険制度の持続可能性への懸念や、国民負担の状況、診療所と病院の経営状況の違い、職種別の給与水準の格差など

論がかみ合わない要因は、病院の経営状態をどのように判断するかということだと思っています。一般診療所・歯科診療所・保険薬局の経営が「総じて堅調」とする論拠は21年度と22年度の数値比較の結果でしかありませんが、確かに報酬を引き上げる緊急性はないと判断されているでしょう。

病院の経営状況は 堅調などではない

一般病院全体の損益率は、22年度▲6.9%（21年度▲5.5%）で、1ポイント以上悪化しています。「従業員向け功労金」等を除いた感染症補助金を含めると、1.6%（3.7%）という数値になります。設立主体別でも、損益状況は、いずれも悪化しています。

医療法人の病院は▲0.5%（▲0.6%）、国立は▲9.7%（▲8.4%）、公立は▲20.5%（▲20.0%）、公的は▲5.6%（▲3.1%）、その他は▲1.6%（▲0.5%）で、前述の補助金を含めると、医療法人で3.3%（4.2%）、国立3.1%（10.5%）、公立▲7.7%（▲4.7%）、公的4.4%（8.2%）、その他4.0%（5.6%）です。

特定機能病院、精神病院、小規模病院などの損益率は悪化しています。判断が難しいのは「感染症補助金」です。数字だけみれば国立と公的病院に多額の補助金が投入され、医療法人も補助金を受けることで、なんとか損失を補填する

ることができていたという事実です。ただし、23年度補助金は、後期にはほとんどなくなり、損益率は急激に悪化することが判断できますし、24年度には利益を計上できる病院は少数にとどまるのではないかと容易に予想できます。

どちらも正論なので 堅調なところを削減

報酬改定は、支払側とサービス提供側の主張が対立し、深刻な利害対立が巻き起こるものですが、最終的には政権の政治的判断の結果です。細部の利害調整を担当する厚労省は、少しでも余裕がありそうな部分から、緊急に引き上げない限りサービスが維持できないであろう部分に報酬を調整し、改定率が上昇しない最大限の努力を強いられています。

公定料金である診療報酬改定時には、多様な議論が可能で、すし、利害衝突が先鋭化せざるをえません。しかし、何が正論で、何が正しくないかという論争ではなく、誰もが譲歩するしかありません。

診療報酬の改定率を1%以上にするることになれば、どこから新しい財源を調達するしかなく、具体的には、保険料引き上げか、患者負担増加か、新たな公費の投入ということになります。保険料引き上げは高額所得者に向けられることになり、限界がありますが、患者負担増は、政権支持率の

急激な低下という代償を覚悟しないかぎり達成できません。新たな公費投入には、増税制約やプライマリバランスなどの財政規律の確保の観点から、抵抗が生じます。「新しい資本主義」を基盤政策とする岸田政権では、インフレ以上の賃上げをすることで消費を拡大し、経済成長を促すことを目的にしています。報酬改定によりサービス提供者の賃上げを実現することになれば、診療報酬引き下げはできず引き上げざるをえないことは自明です。

内閣支持率低下傾向で 総選挙もできない政局

このように状況を判断するとすれば、どのような主張も正論なので、結局、堅調なところを削減し、あまり目立たないであろう負担増施策を導入せざるをえないということになります。このようなステルス負担増施策は、保険料負担上限の変更や紹介状を持参しない病院外来患者の負担増など、いくつでも考えられるはずです。

急激な物価高や円安傾向を背景に内閣支持率の低下傾向で、総選挙に打って出る政局ではありません。それでも、この国の社会保障を国民連帯で確保する覚悟が必要であるとの観点からの論争は重要です。質の高い医療・介護サービスの提供を確保することが政治の責任なのです。



沸騰点番外編

ところでDXは進んでいますか

済生会熊本病院医療情報調査分析研究所 所長 副島 秀久

来年2024年の診療報酬改定では初めて診療報酬の共通算定モジュールが導入される。システム対応に時間がかかるので、現時点では6月から改訂とのことだ。改訂のたびに時間に追われながらやってきた作業が軽減され負担も減り、スピードもアップする。順調に進むことを願っている。もちろん初めてのことで、様々なトラブルも予測されるが、だからといって元のやり方に戻るとするのは愚策だ。使いながらより良いものを目指すべきだろう。

こうした地域連携ネットワークは全国に218もあり、そのうち46が北海道である。2019年に会計検査院より、基金の不適切使用について指摘があった。実働していない事業体や登録患者が極端に少ないネットワークもあり、そもそも雨後の筈のようにネットワークを立ち上げる必要はなかった。地域ごとにやるということとは、言ってみれば電話会社が数百あるようなもので、互換性に乏しく地域を越えると当然ながらつながりにくいなどの障害がある。厚労省のフォローが足りなかったという自責の弁も見られたが、マイナンバーの使用を前提とする、基本属性の入力を標準化する、病名をICDで入力するなどは最低限共通にすべきだったろう。国として共通化すべきデータと、各地域に任せて良いデータは区別しなければならぬ。特に医療政策上、重要

な項目や診療報酬にかかわる薬剤、検査などは標準マスターの使用を義務付けるなどの強制力が必要だった。

薬剤のマスターは数百あると言われており、厚労省標準とされているのはHOTコードであり、現場でよく使われるのがYJコードなどだが、病院独自のコードを使用しているところもある。また電子処方箋ではレセ電算コードが使われており、こうした環境で整合性のあるデータを取るのはかなり困難だ。基本的にはHOTでもYJでもかまわないが一つに決めることが重要だ。検査もJLACが標準だがこれもまた現場では様々な使われ方がされており白血球を7000とするか 7.0×10^3 とするかでもルール決めが必要だろう。こうしたことは国全体に関することで厚労省やデジタル庁に指導力を発揮してほしいところだ。ゆめゆめ「地域の実情に合わせる」といった無責任な言い方はやめて欲しい。

なかなか修正が難しい。だからこそ最初の十分な検討が必要だったのだが。いずれにしろ地域医療連携ネットワークは全国的な標準電子カルテやPHR (Personal Health Record) が導入されれば、吸収されることになるだろうと予測している。

患者にとってもっとも恩恵になるのはオンライン診療であろう。2022年の情報通信白書では2021年6月末時点、オンライン診療・電話診療などを実施可能とする医療機関が全体の15.0%だったとされている。実施可能と言えども日常的にオンライン診療を行っているかどうかは不明だが、徐々に増えてくると思われる。もちろんマイナンバーの利用は進めなければならぬ。

11月22日、25日の医療情報学会へ出席し、薬剤マスターの使用状況や標準化、国際規格との整合性などのセッションを聴講した。医療情報の中でも薬剤と検査は最も情報量が多く、かつ医療内容の比較検討には必須の項目である。しかし従前より述べるように、日本では様々な薬剤コードが使用されており、この事が薬剤関連のデータ収集に多大な支障をきたしていることを筆者は指摘してきた。HOTは厚労省標準と言いつつあまり普及しておらず、ライセンス使用の問題はあっても、むしろYJで統一するほうが現実的で、標準化は進むのではないかと思われる。日本国内で標準マスターが確立できていないで、国際規格の議論は難しい。後手に回ると、国際治験や国際研究から除外され、国際基準作りにも参画できない可能性も出てくる。議論の中で誰が最終的に決め、誰があるいはどこの作業を担うのかという話も出たが、厚労省、経産省、デジタル庁あたりが責任をもって担当して欲しい。

こうした医療情報インフラがしっかりと整備されてこそ、DXは本物となると思う。つまり継続的に組織を変革transformするためには、共通マスターによる整合性のあるデータが取得できる仕組み、さらにデータを解析する人材、この結果を現場にフィードバックし組織文化を変えていくリーダーシップなどが求められる。現状では薬剤の使用状況を他施設と比較しベストプラクティスを抽出するのも困難だし、検査項目の比較も単純ではない。こうした標準化なしにDXだけを唱えても実現しない。医療情報の基盤整備は喫緊の課題だ。ただ、さらに個人特定や時系列処理で重要なデータである生年に西暦と和暦が併存しており、計算ミスや転記ミスの原因にもなり、読み替え作業も必要で、改元時のシステム更新費用も負担となる。西暦に統一するだけでもDXは進むだろう。

有事斬然（ゆうじざんぜん）

第47回 いよいよ始まる？

「大」人手不足時代

リゾートトラスト株式会社 メディカル本部 統轄部長 一戸 和成

もう始まっている？



総務省統計局が2023（令和5）年の「敬老の日」（9月18日）に、統計からみた我が国の65歳以上の高齢者（以下、高齢者）のすがたについてを公表した。その内容も引用しつつ、人材確保について考えてみたい。

○高齢者人口、初めての減少

高齢者人口は、1950（昭和25）年以降、一貫して増加していたが、2023年9月15日現在の推計では3623万人と、前年に比べ1万人の減少となり、1950年以降初めての減少となった。一方、総人口に占める割合は29・1%と、前年に比べ0・1ポイント上昇し、過去最高となった。総人口に占める高齢者人口の割合の推移をみると、1950年（4・9%）以降上昇が続き、1985（昭和60）年に10%、2005（平成17）年に20%を超え、2023年は29・1%と過去最高を更新している。この割合は今後も上昇を続け、第2次ベビーブーム期1971（昭和46）年（1974（昭和49）年生）の世代が65歳以上となる2040（令和22）年には34・8%、

○「働き手」の高齢者依存

6月20日に閣議決定された「令和5年版高齢社会白書」によれば、2022年の高齢者の就業者（以下、高齢就業者）数は、2004（平成16）年以降、19年連続で増加し、912万人（男性538万人、女性375万人）と過去最多となっている。15歳以上の就業者総数に占める高齢就業者の割合も13・6%と、前年に比べ0・1ポイント上昇し、過去最高となっており、就業者のおよそ7人に1人を高齢就業者が占めている。また、高齢者の就業率は25・2%となり、前年に比べ0・1ポイント上昇している。高齢就業者を主な産業別にみると、「卸売業、小売業」が127万人と最も多く、次いで「サービス業」が105万人、「医療、福祉」が104万人、「農業、林業」が101万人などとなっている。産業別の高齢就業者を10年前と比較すると、「医療、福祉」が65万人増加し、10年前の約2・7倍となるなど、ほとんどの産業で増加している。

○人材確保への試行錯誤

弊社は全国23か所で、主に、有料老人ホームを展開している。介護・看護職員の配置は基準の1・5倍である2・1以上としている。11月時点の正社員数は1012人で、そのうち高齢就業者は125人、全体の12・4%を占める。平均年齢は48・6歳となっており、近年はほぼ一貫して上昇している。介護正社員の平均給与は賞与を加味した年収を12で割った月給相当額が、約340000円で、令和4年の賃金構造基本統計調査で示された介護職員の平均賃金約302400円を上回っているものの、全産業平均の約361000円（社保審医療保険部会資料から）と比較すると低くなっている。その他、入居率の増減に併せて人員を調整するため、正社員の数を抑え、人材紹介会社からの派遣職員の紹介等により人員確保を行ってきたが、紹介会社への手数料は「バカにならない」金額であり、本来、正社員の待遇改善に用いるべきという筆者の経営上の信念から、派遣に頼らず新卒正社員採用を強化し、研修の充実による社内育成を行い、定着してもらおうという方向に人事戦略を切り替えた。2023年度の正社員の離職率は11%程度に抑えられており、令和4年度「介護労働実態調査」結果の14・4%よりも低い。また、2024（令和6）年度には初任給と入社5年目までの若手社員の給与を引き上げるとともに、研修・資格と連動した昇給給体系を構築することとしている。さらに、現に就労している中高年層の社員も含めた就業環境の改善（介護システムの統一、音声入力、インカム、マットセンサーの導入など）も行い、若返りとおわせて、中高年、高齢就業者にも働きやすい環境を提供するよう努力している。試行錯誤は続く。

○令和6年介護報酬改定に向けて

若い人たちに、安定した職場・生活を提供することが人材確保につながるという点について異論はないと思う。しかし、人口構造が大きく変化する中で、若手の人材確保はますます難しくなる。一方で、介護福祉士の資格保有者は令和5年3月時点で、188万1千人あまりと確実に増えている。こうした有資格者の若い人材を医療介護事業者が獲得できていないことが、人材不足の本質だろう。その理由は、公的保険収入の中から利益を出すために、人件費を抑えなければいけない構造そのものにある。しかし、人材確保には給与の引き上げは必須である。その際、介護保険制度として必要な対応は、給付内容の重点化だろう。今後、高齢者の絶対数も減るため、介護需要も遠くない。

時期に低下する。11月10日に公表された「2023年度介護事業経営実態調査」では、老人保健施設が1・1%、特別養護老人ホームも1・0%の赤字となり、また、特定施設入居者生活介護でも、収支差率が1%低下するなど、施設でのサービスを提供している類型の収支差率が軒並み悪化している。政府は同日、2023年度の補正予算案を閣議決定し、介護職員の処遇改善として月額6000円（収入の2%程度）を引き上げるべく364億円を計上した。歓迎すべきことではある。しかし、介護保険制度も創設から25年近くが経過し、医療介護連携や看取りなど、当初想定していた以上の、医療に近い役割が期待されている。そのため、介護施設の入居困難な患者像が、医療行為を必要とする重症者や動ける認知症患者など、自宅において介護を継続できない方であることから、こうした対象者を受け入れる介護事業者の介護報酬上の評価を引き上げ、その事業者の介護従事者の給与水準を全産業平均まで、まずは引き上げるべきであろう。そうすることで、自宅では対応できない要介護者が、必要なときに十分な介護が受けられる環境が作られる。介護事業者自体が老々介護では、笑えない。若い人たちが生き生きと働ける介護の職場を作らなければならない。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(35)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■20にも及ぶ緊急事態

中小企業庁の中小企業BCP策定運用方針には、「BCP（事業継続計画）」とは、企業が自然災害、大火災、テロ攻撃などの緊急事態に遭遇した場合、事業資産の損害を最小限にし、中核となる事業の継続や早期復旧を可能とするために、平常時に行うべき活動や緊急時における事業継続のための方法、手段などを取り決めておく計画のことです。」と説明されている。

ここにあげられている緊急事態の他に想定されるものを考えてみると以下の20項目が思い浮かぶ。

①地震、②豪雨・洪水、③台風、④竜巻、⑤津波、⑥火山噴火、⑦土石流、⑧干ばつ、⑨山火事、⑩大雪、⑪停電、⑫疫病流行、⑬隕石、⑭落雷、⑮情報漏洩・SNS炎上、⑯職員逮捕、⑰システム障害、⑱通信障害、⑲テロ、⑳戦争。

■今回は噴火降灰のBCP

当院近くには5つの火山があった。噴火する可能性はゼロではない。

火山噴火で起こることは、①噴

石、②火砕流、③融雪型火砕流、④溶岩流、⑤火山灰（直径2ミリメートル未満の噴石）、⑥火山ガス、⑦空芯（衝撃波）が想定される。今回はこの中で⑤火山灰が降り積もることへの事業継続対応を考えてみたい。火山灰が降り積もると、風によつては火口から数十キロから数百キロ離れた地域にも降灰するようだ。時に火山活動は数週間継続することもあるらしい。その場合どのようなことが起こるか調べてみた。

すると、9つの事象が想定される。①道路は、降灰でスリップの危険があるため走行が難しくなる。次に②鉄道では、0.5センチメートル以上積もると運行が停止される。③飛行機は、計器に火山灰が詰まる恐れ等があるため欠航となる。インフラ系はというと、④電力は、0.3センチメートル以上積もると停電になる。⑤水道は、0.2センチメートル以上積もると断水する。⑥降灰と降雨が重なると下水管が閉塞し雨水があふれてしまう。⑦屋内では、空調の外調機フィルターに火山灰が付着すると、換気システムやエアコンが使えなくなる。⑧通信システムでは、降灰後に降雨となれば通信アンテナに火山灰が付着すると通信障害が発生する。また⑨NTT固定電話では、アクセス増加で輻輳（ふくそう）が発生し、電話がつながりにくくなる。

では、降灰に備えどのような準備をしておく必要があるかという点と以下のとおりである。

まずは、①不織布のマスクとゴーグル等、②電子機器を火山灰から守るために大きめのゴミ袋やラップ類を、そして火山灰を袋詰めするクビ袋（こくはいぶくろ）を、③シャベル、ほうき、掃除機、ゴミ袋などの清掃用具、④患者用と職員用の食料と水等、⑤下水の使用不可に備えて簡易トイレと仮設トイレ、また停電や降灰による暗闇に対応するために⑥ランタンや懐中電灯等を、寒さ対策として⑦石油ストーブ、毛布、ベッド、マット等を、⑧窓や換気扇の目張り用のガムテープやダクトテープを、⑨除灰用（除雪）ローダー、ロードスワイパー、散水車等を、⑩火山灰に散水するための雨水貯水槽、井戸と地下水浄化プラント等の整備、⑪通信回線が利用できなくなった時のための衛星電話、MCA無線機、IP無線機、ハザードネット等を、⑫通信障害でインターネットが利用できなくなった時のためにスターリンク回線等を準備しておく必要がある。

次に降灰時の対応を確認しておく。

まずは①マスク等を着用し、火山灰を吸い込まないように注意する。次に②ゴーグル等を着用し、コンタクトレンズは外して目を保護する。③屋上や屋外に設置している機器類はラップフィルム等で保護する。④窓や開口部には目張りをして、屋内に火山灰が入ってこないようにする。⑤屋外に駐車している車にはカバーをかける。⑥特に電子機器や精密機器は大きめのゴミ袋やラップ類で機器全体を保護する。⑦バイオクリーン手術室、ICU、NICU等の空調フィルターはこまめに交換する。⑧車を運行する場合は、エンジンオイルのフィルターをこまめに交換する。⑨除灰するときは、必ず散水等をして灰を湿らせてからシャベル等で除去する。散水しないと火山灰をまき散らすことになるからだ。⑩こうして集めた火山灰はクビ袋に入れて集めておく。⑪木造建物や簡易プレハブ建物は降灰堆積厚が30センチメートルを超えないように除灰しなければならない。

次に実際に火山が噴火し火山灰が発生し、風向きで降灰となったかどうか対応するか考える。降灰BCPが発動し、本部要員に参集指示が出たとき。例えばベスビオ火山の火山灰がポンペイに降り積もった状態を想像すると、参集は不可能で、避難までの時間的余裕もない。降灰の場合、時間が経過すればするほど、病院外からの参集は難しくなる。ベスビオ火山は極端な例として、集まるのであれば早めがいい。積雪時や降雨時は更に注意が必要となる。

降灰発生時のタイミングと対応内容を考えてみたい。①平時の日中は多くの職員が働いているから、損害を最小限にとどめる対応と仮に事業の停止分野が出て職員が多いから事業継続に容易に対応できるし、優先分野から事業を再開することが可能である。次に②日中の夜間の場合はどうだろうか、この場合、ある程度の要員はいるものの、外調機の保護や電子機器・精密機器の保護、玄関や窓の目張り等を行い損害を最小限にする対応を優先させるべきである。③休日の日中と④夜間、⑤年末年始、⑥5月連休時に発生した場合、潤沢な要員はいないので損害を最小限にする対応を優先すべきだ。

どのケースでも、何階のどの部署の誰は、何を担当するのか明らかにした上で、降灰発生後何分までに何を完了する訓練を重ねておく必要がある。当該部署の全員が出来るよう訓練しておかないと、降灰の場合、何週間も続くようなことがあると補給が難しいから取り返しがつかない事態に発展し、事業継続に支障が生じる。

やはり緊急事態には平時から備えておくことだ。

小山所長の

喜怒哀楽



2023年12月1日午前8時30分から第569回中央社会保険医療協議会総会が開催されYouTube（中央社会保険医療協議会動画チャンネル）で視聴しました。議題は、①医療DX、②小児・周産期、③リハビリテーション・栄養・口腔、医薬品の長期収載品、そして最後に「医療経済実態調査の結果に対する見解について」など興味深いものでした。資料はペーパーレスですが約400頁もあります。

11月28日の社会保障審議会医療保険部会において、「令和6年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）」が公表され、「食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応」や「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進」として「ADLの低下の防止等を効果的に行うため、早期からの取組の評価や切れ目のない多職種による取組を推進」という方針が示されていましたので、この日の中医協総会の議論は山場になると考えていました。

医療DXと小児・周産期医療に関する対応は最重要課題ですし、医薬品の長期収載品の価格設定に

関する議論は、医薬品の安定供給体制の確立という観点から薬価を決める前提条件として慎重に議論して欲しい課題です。

病院経営で辛いのは、食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰により病院が提供する食事サービスが逆ザヤというか原価計算してみると大幅な赤字に陥っていることです。このままでは患者さんの食事の提供に支障が生じることが明らかです。病院の提供する食事サービスは、日に3食365日患者さんの病態や咀嚼嚥下に対応したもので単なる集団給食ではありませんので、財政的制約があっても一定の質を確保した入院患者さんの食事を確保しなければなりません。

リハビリテーションのマネジメント・栄養管理・口腔管理は臨床現場で、数多くの成果を上げ、入院患者さんの重症化予防や平均在院日数の短縮化に著しい効果が認められています。この三者を一体的に取り組んだ方が、効果が高いばかりか、介護施設等の利用者の病院への入院率を低減させ、死亡率にも統計的優位の差があることが明らかになっています。

12月6日には中医協第570回総会が開催されました。議題は、救急医療、入院そして感染症対応についてで、資料は269頁。問題の所在と精緻な分析と課題を明らかにしており、読みごたえがある

情報が満載されています。診療報酬議論は白熱し一部で先鋭化していますが、リアルタイムで国民の衆目監視下で議論が進められていることは、とても良いことだと思います。資料や議事録は公正に提供されています。今しばらく、注視したいと思います。

◎マリア・カラスの生誕百年祭

12月2日シエ・イノで生誕百年祭を開催させていただきました。ソースのイノですので、オマール海老は伝統的アメリカネス、舌平目はアルペール、仔羊はもちろんペリグーです。伊藤社長がシエ・イノの開店年である1984年のシャトー・ド・ラマルクのマグナムをそろえてくれて皆様と楽しみました。次回は、春の土のかおりが強いホワイトアスパラガスと特製ソースでどうだろうといいながら来年4月13日昼に仮予約しましたよ。

土とお日様の力がかおりと色と味わいを醸し出しているワイン、おとぎ話なのか絵画なのか心を穏やかに刺激するお皿の芸術、そこはかとなくアール・ヌーヴォーな饗宴は人生の楽しみなのです。

◎介護報酬改定に向けての議論

12月4日社会保障審議会介護給付費分科会（第234回）が開催されました。議題は「運営基準に関する事項」「多床室の室料負担」

「複合型サービス（訪問介護と通所介護の組合せ）」「その他（基準費用額、総合マネジメント体制強化加算、終末期の薬学管理、定期巡回・随時対応型訪問介護看護における訪問看護関連加算等の取扱い）」です。

介護報酬については介護職員不足が深刻で、その上「介護事業経営実態調査」結果が公表されたことから、介護報酬引き上げが必要だと判断できるにもかかわらず、新たな財源が確保できないことから苦渋の選択が進められているように思います。平均値はともかく介護保険事業者の経営状態は、著しく悪化しているとした、私には判断できません。

「事業継続できない事業の廃止をしたい」「今期で5期連続損益計上している。融資がえられなければ経営移譲するしかないが移譲先を知らないか」という深刻な相談を受けることがあります。経営上の大きなミスはないし、これまで地域生活の安定に善意で必死に取り組んできた仲間を見殺しにするようなことは、私には到底できないのです。

◎政治パーティーの錬金術
喝！言語道断です。

こんなに日本にとって大事な時期に、パー券、政治資金収支報告書への不記載・虚偽記載、キックバック、裏金です。どうしてルー

ルを守れない人が立法院で果食っているのでしょうか。

政治が金権化し、金権政治がまかり通ると錯覚している絶滅危惧種が永田町を支配しているのでしょうか？金権化しないように国民に政党助成金の重圧を課し、こんな行為を平気でやつてる人々を、見逃してはダメです。

日本の上場企業は、幾重にもコンプライアンス重視でがんじがらめにされています。時たま「ここまででなくてもいいのではないのか」と思ったこともありましたが、企業の社会的責任が求められているので厳しすぎるぐらいの方が、強制力があるのだと思います。

今回のケースは、単なるスキヤンダルではなく、集団組織犯罪でしかありませんので、しっかり検挙して国民に対する責任を果たさせてください。なんでもアリでも、ズルはダメなのです。うやむやにしないでください。

◎年末年始の楽しみ

ささやかなクリスマスプレゼントの準備が済んだら、年末の第九を聴く、《こうもり》を観る、元旦のウィーン・フィルの録画予約をするという一連の趣味イベントの準備があります。

メリークリスマス！

読者の皆様からいただいたご支援ご協力、そしてご温情に心より感謝します。

アメリカに
渡った
医師の視点

東京慈恵会医科大学小児科学講座 主任教授 大石 公彦

A Briefing on
US Healthcare

レジデントとしての生活を振り返る②

―働き方改革によせて―

米国人は日本人ほど働かない。そんなステレオタイプの認識が誤っていることを、渡米後すぐに気がついた。キャリア、給与、名誉など、はつきりとした目標を持つていた。彼らは猛烈に仕事をす

る。ウォール街の金融関係や弁護士などの仕事量や時間は桁外れだが、研究など様々な面で活躍する医師たちも同様であった。

2024年度より、いよいよ日本

本の医師の働き方改革が始まる。実は、約35年前にも、世界で初めて医師の長時間労働の規制を行っていたのはニューヨーク州である。それを皮切りに、2003年には米国全土で実施されるようになった。ただ、この規制ができたきっかけが、研修医の過労と指導医の監督不行き届きによる医療事故死であったことから、対象はレジデントやフェローのような研修中の医師に限定されている。彼らには、週平均の最長勤務時間は80時間、連続勤務は24時間であり、申し送りなどで必要ならばそれに6時間

プラス、必ず週に一度は24時間連続の休みを取らせ、次の勤務までの間隔は十分な休養時間を取らせるといった制限がかけられている。ただし、翌日は帰宅できるものの、当直は4日に一度で、月に7・8回に及ぶ。

レジデント時代の私の勤務は、公式に申告した時間では平均して週60・70時間程度だったが、実際はそれ以上であった。ローテーションによって異なるが、一度仕事に入れば業務に追われ、当直明けは眠くて仕方がなかった。80時間近く勤務する週が何回か続けば、きつく感じるものの、日本の研修医時代、病院に一月に17泊していたことと比較すれば大したことはなかった。米国で一人前の医師となるにはこの時期に多くの症例を責任持って経験する必要があることは肌で感じており、私にとつては必要な勤務時間であった。ACGME（米国卒後医学教育認定評議会）は、単純に労働時間を減らす方向を目指しているわけではない。研修のための共通プログラム要件では、患者に提供するケアの安全性、指導医が模範と

なつて人間性豊かであり、好奇心を持って学び問題解決をして新たな発見をする喜びを持った医師を養成するプロフェッショナルリズム、医療チーム全体としての精神衛生を保つ取り組みなど、卒後教育の質を向上させる環境整備の一端として勤務時間の調整を規定している。

過去には、一時的に一年目レジデントに限って最長16時間勤務に制限したこともあったが、申し送りの書類作りだけに集中せざるを得なくなったり、患者ケアのオーナーシップが失われるだけでなく、小刻みな勤務回数が多くなるせいで結果としてプライベートのクオリティは向上しないことが判明し、元の制限に戻している。常にエビデンスに基づいて良い方向性を模索する姿勢があるのだ。

最近では、レジデントの世代のライフスタイルに合わせたシフトの組み方だけでなく、タスクシフトへの投資も行われている。人件費を抑えられるサポートスタッフを雇用し、医師が効率よく働き収入の向上に繋げる姿勢は、研修トレーニングの現場にも活かされる。根本的な改善策をよそに、投資も本質的改革のゴール設定もなく、現状の人的リソースを用いた単なる勤務時間の数値目標の達成だけを視野に入れるような改革では雲外蒼天とはいかないだろう。ニューヨーク時代、一度仕事を

離れば、決して病院から呼ばれることはなかった。次の日のための英気を存分に養い、翌日元気に出勤することができた。レジデントとして多くの入院患者を夜間帯に取つてヘトヘトになる毎日が続いても、3年経てば必ずプログラ

ムを終えて、現在の環境から抜け出すことができるというゴールがはつきりしているわけである。その点で、研修が終わつて何年も経つても病棟の夜間救急当直をしなければいけなかった日本とは異なっており、だからこそ今は頑張ろうというポジティブな気持ちが生まれていたことを思い出す。

前述の通り、米国では研修医以外の医師には労働時間の制限はないため、研修医時代を終えた後は、研究費の獲得や事務的な作業など、業務は増える一方である。

良い仕事を成し遂げるためのがむしやらの努力と長時間労働を良しとする風潮は、結局のところ日米に相違はなく、一概に悪いとも言えない。実際に私が尊敬していた人たちは共通してワーカホリックであった。私自身も現在はプライベートな時間はほとんどなく、時間の使い方が下手ということもあるが、そうしなければならぬ職業であると感じているからかもしれない。働き方改革というものは、若い世代の人たちのために、指導する側は勤務時間を増やし自分の時間を削つてもやつてあげ

なければならぬものの、そういった感覚を持っている。

実体験として、研修医が本分であるトレーニングに集中するためには、労働時間の適切な制限は必要不可欠であった。とはいえ、米国の研修医たちの幸福度が総じて日本よりも高いかという点、そうとも言い切れず、医学生や研修医における燃え尽き症候群、うつ症状、自殺企図の頻度は一般に比べて高いと考えられている。ニューヨークでも医学生や研修医の自殺は少なくない。過去に存在した旧態依然の徒弟制度のようなトレーニング形態はほぼ見られなくなり、世代によるあからさまな上下関係も消失しつつあるが、実際の病院の現場では、様々な形でのハラスメントや教育環境を悪化させる人間関係のトラブルは後を絶たない。

この問題の要因の一つは、研修医の勤務時間制限の厳格さがシニア世代にネガティブに影響していることかもしれない。また、世代間の考え方や価値観のギャップの相互理解不足とも考えられている。米国の場合、世代は、ベビーブーマー、ジェネレーションX、ミレニアルなどに分類されるが、それぞれの世代のライフスタイルや仕事に対する考え方をよく理解した上で教育にあたるのが求められている。次号は、この世代間のギャップについて掘り下げる。

舞台はオーストリアの温泉地イシュル。3年前の仮装舞踏会の帰り、ガブリエル・フォン・アイゼンシュタインは泥酔した公証人の友人ファルケ博士を「こうもり姿」のまま道ばたに置き去りにします。それ以来、ファルケは「こうもり博士」と揶揄され、いつかアイゼンシュタインに仕返しをしたいと思っています。

200年前の大晦日から、アイゼンシュタインは税務署職員を侮辱した罪で、8日間の禁固を申し渡されています。そこへファルケ博士が登場。「今夜留置場に行く前にオフロスキー公の晩餐会に行こうぜ。かわい

い子が沢山いるぞ」と誘います。

喜んでアイゼン

シュタインがパーティにでかけた直後、家に残された妻ロザリンドのところへ、元恋人のアルフレートがやってきて、アイゼンシュタインのナイト・ガウンを着こみ、2人きりで食卓につきます。そこに、突然、刑務所長のフランクが「主人をお迎えにきました」と訪れます。咄嗟にロザリオは「主人になりすまして」といにくるめ、アルフレートは刑務所に連れていかれます。

その晩のロシアの大貴族オルロフスキー公爵のパーティにアイゼンシュタインがあらわれると、仮面をつけた美しいハンガリーの伯爵夫人に夢中になって口説こうと

します。実はこの貴婦人の正体は彼の妻ロザリンド。すべてはファルケ博士の仕組んだワナでした。ロザリンドは口説かれるふりをしながら、アイゼンシュタインの懐中時計を奪います。

酔いも残るアイゼンシュタインが刑務所に出頭してみると、すでに知らぬ男が自分の代わりに牢屋に入っているではありませんか。アイゼンシュタインは弁護士に変装して様子を伺っていると、そこにロザリンドがやってきて、アルフレートを牢から出してほしいとアイゼンシュタイン扮する弁

お年越しは「シュトラウスの《こうもり》」



護士に相談を始めます。怒ったアイゼンシュタインが正体を明かし、妻を責め立てると、ロザリンドは昨夜奪った彼の懐中時計をだします。頭を抱えるアイゼンシュタイン。

そこへファルケ博士がパーティの参加者とともに集まり、すべては自分の仕組んだ「こうもりの復讐」の芝居だったのだよ、と種明かしをします。ロザリンドの歌う「すべてはシャンペンのせい」の歌に一同が納得して幕になります。ヨハン・シュトラウスの《こうもり》は、物語が大晦日のパーティを軸としていることから、

特にドイツ語圏の歌劇場では、年末年始の定番レパートリーとなっています。

作曲は1873年、初演は翌年の4月5日です。73年5月1日から11月2日まで、皇帝フランツ・ヨーゼフ一世の治世25年を記念して、ウィーンのドナウ河に沿ったプラーター公園で「ウィーン万国博覧会」が開催されました。62年に開催された「ロンドン万国博」の12倍の敷地に大円形ホールをはじめとする約2000のパビリオンと各種庭園が造営されたそうです。この万国博に日本政府は、はじめて出展しました。

開館期間中、

岩倉使節団も立ち寄り、皇帝に謁見したという

記録があります。博覧会事務局副総裁が元佐賀藩士佐野常民で、彼は帰国後、元老院議員に任命されます。77（明治10）年4月6日西南戦争負傷者救護のため博愛社設立を右大臣岩倉具視に請願（佐久地域の元岩村田藩主大給恒連名）して、現在の日本赤十字社の基礎をつくります。

《こうもり》の劇中歌の多くがヨハン・シュトラウスのワルツです。200年前毎夜奏でられるウィーンのワルツを博覧会関係者1000人近くの日本人が、堪能している姿を想像するだけでうれしいです。 小山

事業の30年後、考えていますか？

スタッフも患者も皆がハッピーなクロージングを！

Amazonで
好評発売中！

- 撤退の決断は不可欠！
- 事業継承のリスクとは？
- 事業をクロージングするためには
- 法的問題・残された設備とスタッフ



「医療機関のクロージングを考える — あるクリニックの撤退ケース —」
四六判 214頁 / 1,980円（税込） / ISBN 978-4-9912258-5-7

あるクリニックの撤退をとおして
事業の始まりから終わりまでの
すべてを記した一冊！

書籍のご購入はこちらから



日本ヘルスケアテクノ株式会社

〒101-0047 東京都千代田区神田 1-3-9 KT-IIビル4F
MAIL: nhtbook@nhtjp.com WEB: http://www.nhtjp.com/



関連イベント情報 掲示板

地域包括ケア病棟協会・回復期リハビリテーション病棟協会第5回合同シンポジウム開催

テーマは「多職種協働による患者のアウトカム向上の実践」です。

両協会の施設においては、多職種協働によるチーム医療の推進、それによる患者様のアウトカム向上の実践が求められています。

今回は、両協会の施設の各職種について、プログラムのテーマに関しての日頃の活動・対応をお示し頂きます。その後、総合討論を行い、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟の役割や多職種協働のあり方の違いなどについて、活発な討論を行って、両病棟のチーム医療の質向上を目指したいと思っています。

【プログラム】

シンポジスト講演

○MSW・ソーシャルワークから考える退院支援

○PT・OT・ST・リハビリテーションアプローチの違い

○医師・マルチモビリティ（多併存疾患）への対応

○看護師・マルチモビリティ（多併存疾患）、在宅復帰支援

【日時】 オンデマンド配信：2024年2月16日（金）正午～3月1日（金）17時まで

【参加費】 3000円

【対象】 両協会所属病院のすべての職種

【申込】 地域包括ケア病棟協会HP（https://chiki-hp.jp/symposium_5th_entry/）

【申込締切】 2024年2月5日（月）17時

医療機関のクロージングを考えるーあるクリニックの撤退ケースー発売中!!

日本ヘルスケアテクノ株式会社から7冊目の書籍が出版となりました。旭英幸と竹田健康財団の仲間達による書籍です。

本書は、これまでの地域医療実践をなしたとげた、一人の医師のストーリーから、これからの地域医療を考えてみたいという思いで企画したものです。

メインは第2部の旭英幸先生の開院からクロージングまでのクリニックの物語で、患者さんやスタッフ対応、建物や機器処分など気になるポイントについてお伝えしています。

第1部は、本書の企画を担当した社会医療研究所の小山秀夫が、わが国のクリニックの現状について書いたものです。

第3部は、竹田綜合病院の理事会メンバーである恩田勲・恩田学監事、齊藤宏和理事、寛淳夫理事、三浦公嗣理事らが、各専門の

視点からクロージングの際のポイントについて紹介いただいております。

第4部は、一般財団法人竹田健康財団の竹田秀理事長、東瀬多美夫本部長から、竹田健康財団について、経営戦略について語っていただきました。

旭先生は、世の中には定年があるように、自らクロージングするのも医師の責任なのではないかと考えておられたことがよく伝わります。「二人で決断し一人でやり遂げた」撤退戦の勝利ケースです。皆様にぜひ読んでいただきたい1冊です。

▼第1部 撤退の決断は不可欠

▼第2部 旭英幸医師のケース

▼第3部 クリニックをクロージングするためには

▼第4部 竹田健康財団と経営戦略

【ご購入】 日本ヘルスケアテクノ

（株）HP、Amazon、

全国書店よりご注文

いただけます。価格

1980円（税込）。



第2回 プロが教える増改築セミナー：医療DX編

【WEB 無料】

-社会医療ニュース購読者様限定-

医療DXにご興味のある施設様へ

医療DX推進の「基本知識」と「成功の秘訣」を無料でお伝えします

【セミナー内容】

昨今働き手不足が更に深刻になると予想されており、事業継続のために人が辞めない組織作りが必須となります。前例のないこれからは従来の延長線上にはなく、医療DXはそれを乗り切る有効な手段と国は考えています。医療DX推進のために必要な知識とその事例、そして成功のためのポイントを、経営管理者目線でお話します。

【講師プロフィール】

兵藤 敏美 氏

米国の大学から帰国後、厚生事務官として国立東京医療センターに従事。その後、経営コンサルタント、在宅医療グループ、ケアミックス病院を経験し、千葉県済生会習志野病院にて医事課、システム課、経営企画課を経て、事務部長に就任。現在は合同会社メディカルソリューションパートナー代表を務め、ベンダーでシステム開発支援、医療機関へのシステム導入、経営改善、業務改善、人材育成支援を行っている。

【日時】：2024年1月25日（木）

2月22日（木）

3月21日（木）

16：00～17：00（接続開始15：45）

※3日間ともに同じ内容です。都合の良い日時にご参加ください

【対象】：経営職・管理職・担当部署

【備考】：申し込みはご参加いただく方の氏名・連絡先・勤務先・参加希望日を記載いただき、弊社 村岡宛 muraoka@medi-ax.jp にメールを送付ください。

※受付は、開催日の前々日16時で締め切らせていただきます。

【問い合わせ】株式会社メディアックス セミナー事務局 担当：村岡
☎：03-5614-0961 ✉：muraoka@medi-ax.jp URL：<http://medi-ax.jp/>



MEDI-AX

医療機関向け総合コンサルタントサービス
株式会社メディアックス