

社会医療ニュース

社会医療研究所

〒101-0047
 東京都千代田区内神田1-3-9
 KTⅡビル4F 日本ヘルスケアテクノ/機内
 電話 (03) 5244-5141 内
 FAX (03) 5244-5142
 E-mail:syakaiiryu-news@nhtjp.com
 HP: https://syakaiiryu-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

診療・介護・障害サービスの報酬同時改定分が賃上げに充当されても人手不足は解決しない？

所長 小山 秀夫

診療報酬改定…本体0・88%増。コメディカルなどの賃上げに0・61%、入院時の食費の見直しに0・06%。残る0・21%のほ

か、効率化・適正化で捻出する0・25%を合わせた0・46%は、若手医師の賃上げや、リネンなどの物価高騰に活用するとしています。介護報酬改定…1・59%増。介護職員の処遇改善として0・98%

を上乗せし、2・04%相当の改定となり賃上げが実現できる見通しだとしています。このほかICT機器導入を加算で評価、介護の外国人材要件緩和(就労直後から算定可能)、介護職員の賃上げ、口腔・栄養・リハビリテーションの一体的取り組みが推進されます。

障害福祉サービス報酬…1・12%増。ベースアップは、24年度に2・5% (月7500円)、25年度に2・0% (月6000円) をめざすとともに、病院や施設から地域のグループホームなどに暮ら

しの場を移す「地域移行」も重点的に支援。虐待防止などへの対応も強化することになりました。

大枠は決定されましたが、細部については今後も修正される可能性が高く6年ぶりの同時改定は山場を越えたこととなります。半年以上にわたった報酬改定作業にかかわった多くの人々の努力に敬意を表します。

これまでの報酬改定と同様に改定率や改定方針の大枠について議論を蒸し返しても手遅れです。で、正確に改定内容の全体把握に取り組んでいます。執筆時点では診療報酬の具体的点数が分かりません。それゆえ、病院経営にどの程度影響するのか、人材獲得がどのように変化するかについては、正確にはわかりません。

ベースアップが焦点だがシミュレーションは疑問

岸田文雄首相は2月1日の参院

本会議で、医療・介護・障害福祉分野の従事者の賃上げについて、「加算措置部分の報告徴収を含めたフォローアップの仕組みをしっかりと整備するなど、実効性を高め、確実な賃上げにつなげていく」と述べました。「物価高に負けな

い賃上げを実現するため、加算措置を含め、(各報酬で) 必要な水準の改定率を決定した」と説明。1月19日には、医療・介護・障害福祉分野の24団体に対して具体的なベースアップの水準を示し、積極的に賃上げに取り組んでもらうよう「私から直接、要請を行った」と強調しました。

医療・介護・福祉職員の賃上げに重大な関心が示されること自体は喜ばしいことですが、同時改定の焦点がベースアップに集中し、その他の課題について十分検討ができなかったのではないかと心配になります。

厚労省の担当者が作成したであろう各種シミュレーション結果は、現状で考えられる範囲での秀作だと感じます。しかし、改定後の最長3年間に実体経済がどのように変化するかどうかは、よく

わかりません。まず、年度ごとのベースアップ金額を積算し、その数字に根拠を持たせるための前提条件を定め、賃上げ金額を報酬改定の個別報酬に落とし込むわけですから、まさに神業です。

今年の春闘交渉では、「3%以上、4%台を目指す」という運動方針が各種労働組合から示されていますし、企業側も「優秀な人材獲得競争に負けないよう大幅賃上げを準備している」という姿勢を示しています。その結果は、予測の範囲でしかありません。もし、現在、来年度の賃上げ率を予想しようとしても「わからない」としか答えられません。

賃上げは人材流出対策で人材獲得策にはならない
 病院や介護施設の経営者と話し合っていますが、基本的な経営感覚として「現時点での2ないし3%程度の賃上げでは、新たな人材獲得策にはつながらないが、もし賃上げしなければ人材流出が起きて経営でなくなる危機感が強い」といったことになるのです。

世の中、医療や介護の人材だけが不足しているわけではありません。まず、大都市以外では、県庁所在地でもタクシー運転手が3分の1減少しています。中小零細企業の全てで同時多発的に人手不足が深刻なうえに、医療や介護分野から他の分野に移動する人々が少

なくない現状です。多分、2%以上の賃上げができない組織から、3%以上賃上げする組織に移動するということが起きるのでしよう。しかしながら、3%賃上げすれば新規応募者が増加するという確証はないのです。

新たな報酬改定を目の前にしているのにネガティブなことを書いて申し訳ありません。しかし、前号でも指摘しましたように病院経営は冬の時代から極寒の時代へ進まないようにするのに精いっぱいです。介護報酬で経営される特別養護老人ホームは抜本的に経営改善しないと生き残れません。特に、老人保健施設は施設数自体が減少するという局面を迎えようとしています。

在宅介護を支える訪問介護事業は、事業者の減少と訪問介護員の減少傾向が顕著になりつつあります。介護経営以前に人が確保できていないのです。それでも診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス費の改定は必要不可欠です。3年ごとの介護報酬や障害福祉サービス費の改定にあたって、経済的な激変に柔軟に対応できる体制確保を支援し続けて欲しいのです。

人材吸引力を高める努力は必要ですが、ベースアップ率までを読み込んだ報酬改定は、人手不足の解決策になるといってより離職防止策だといいたいです。

変わらないことは何もない儂い世界で 公立病院だけに医療を頼ることは限界

所長 小山 秀夫

誰もが新年が待ち遠しかった。それは、長期間続いた伝染病の世界的脅威から解放される喜びを分かち合いたいという自然な思いだ。辰年というのも縁起が良いのではないか、きっと経済も世の中も良くなるに違いない、と信じたかっただけなのです。

元旦、夕方に発生した『平成6年能登半島地震』そして翌日午後5時47分ごろの羽田空港の航空機衝突事故で、正月行事どころではない。安全、安心、安定志向が年々高まっているようにも思えますが、人の命は儂く世の中は常に移り変わっているという、現実の世界に引きもどされるだけなのでしょう。

今年で29年になる117『阪神・淡路大震災』、そして13年になる311『東日本大震災』は、多くの教訓を教えてくれたのですが、それが今回十分に活かされたかどうかは分かりません。運輸安全委員会の報告が報道され、航空重大インシデントと認定した滑走路などへの誤進入は47件あり、それらすべてがヒューマンエラーに起因した可能性が指摘できるそうです。改めて空港の安全確保ということがむずかしいことなのだと、

考え込んでしまいます。通常国会での論戦を観ていると「国が、政府がもっとしっかりやれ」「はい、最大限努力します」といった問答が繰り返されます。しかし、超多額の公債残高を抱える有効な財政対策も打てず、増大する社会保障費用の削減に血眼になる行政と、物価高に対抗する意味でも大幅な賃上げをしたい政権の意図は空回りしているようにみえます。

ドル換算の国民1人当たりGDPが急落しつつあり、OECD加盟国の中では経済的に精彩を欠いています。日本の国力は低下し、多額の公債投入による安易な公的支出は、日本経済の基盤を著しく悪化させます。それでも社会保障給付費の削減は、国民生活の安定を脅かすこととなります。このような効果が期待できない公共投資を削減しなければならぬはずで、公共投資の一部に公立病院への建築補助金などがあります。

◎奥能登は限界自治体なのだ

能登半島地震で大きな被害を受けた石川県は、確認された死亡者は奥能登2市2町に集中していると報道されています。奥能登とい

うのは、珠洲市、輪島市、穴水町、能登町で、合計人口は6万179人になります。昨年5月5日のマグニチュード6.5の「奥能登地震」で、珠洲市が震度6強、死亡1人、全壊36棟、半壊256棟、応急仮設住宅が3団地で完成し復興に向けて努力中におきたのが、今回の地震です。これでもかといわんばかりに襲ってくる地震と津波そして余震に抗うすべがありません。

高齢人口比率は珠洲市51.1%、輪島市46.8%、穴水町48.9%、能登町49.6%と高率です。ちなみに奥能登2市2町6万179人中の百歳以上の人数を調べてみると、107人でした。想像を絶する過疎と超高齢社会のリアルは、他人ごとではありません。

65歳以上人口が50%を超え、収入の低下と高齢者医療、高齢者福祉の負担増で財政の維持が困難になった自治体を「限界自治体」と呼びます。私たちはこの機会に、人口減少超高齢社会、限界自治体、百歳老人を前提とした対応を考えなければならぬと思います。

◎公立病院にだけ頼る限界

奥能登の4つの市町で北部医療圏を形成しています。そこには市立輪島病院175床、珠洲市総合病院163床、公立穴水総合病院100床、公立宇出津総合病院100床の公立病院があります。

これら全ての病院は地震の影響で十分機能していないばかりか、医療従事者の多くが被災し退職を余儀なくされています。この医療圏には急性期医療を担う民間病院はありません。

この4病院では、被災前から人口が減少し、高齢化の進展で、各病院の経営や医療従事者の確保が難しいなか、「病院間の連携強化や今後のあり方を検討したい」との声が上がっていました。実際には、「公的病院経営強化プラン」を策定する際に検討が進められたとのこと。しかし、今後20年間でさらに人口減少が進み、4市町での総人口が3万人以下になるという現実に対して、有効な計画は未策定です。

奥能登の南側は七尾市で公立能登総合病院434床（うち100床が精神病床）と社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院426床、国立病院機構七尾病院214床（一般病床149床）などがあります。どの病院も被災し、復旧に努力されました。特に、恵寿総合病院は、病院機能の復旧に全力を尽くされ、1月末には病床使用率90%以上になりました。被災した病院職員が多かったにもかかわらず、各職員の懸命な努力と職員の強固なチームワークは、社会医療法人の有事の実践として高く評価されるべきものだと思います。2月3日に珠洲市と七尾市の病

院を視察後、馳知事は、記者団に対し、「奥能登地域の公立病院は生命線で、病院が機能し、介護施設との連携がなければ2次避難している高齢者が安心して戻ることができないことを改めて理解した」と述べ、「どういう人材が必要かや医療機器の買い替えなど要望を出していただき」と話したと報道されました。

被災した公立病院を復旧、復興するのは行政の責任であることは確かなのでしよう。しかし、今後確実に人口規模が半減する自治体病院の建物や設備を以前と同様に再建すればよいのかどうかは、しっかりと検討するべきだと思います。特に、北部医療圏で今後とも医師、看護師をはじめとした医療従事者を確保することは、極めて困難だという前提から議論を始めて欲しいと思います。

被災された皆様に対しては、衷心よりお見舞いを申し上げますとともに可能な限り継続的な支援が必要なのは十分理解しています。しかし、公立病院問題の検討は、避けて通れない課題だと考えているのです。私は、変わらないこと何もない儂い世界で、公立病院だけに医療を頼ることに、明らかに限界があると思います。また、公立病院以外にも立派に使命を果たし、地域医療を守っている社会医療法人を高く評価していただきたいと思います。

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第49回 基本は大事

民間企業での介護事業経営の経験から

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

24年1月15日、社保審介護給付費分科会は、武見敬三厚生労働大臣から諮問があった令和6年度介護報酬改定の報酬告示案を了承、答申した。筆者は、23年1月、公立病院の管理者から民間企業に移り、介護事業の経営を担ってきた。介護報酬改定の答申もあつた今、1年を振り返りたい。

○山積していた介護事業の課題

弊社は全国に23の介護施設(主に有料老人ホーム、一般型特定施設入居者生活介護)があり、売上高約150億円、定員2421人の事業規模である。着任時の課題は、一部介護特有の問題はあるが、公立病院の経営改革に臨んだときと瓜二つだった。

- ①入居率と見合わない人員配置(法定基準3対1の2倍以上)
- ②入居率の低迷(他施設との差別化戦略の欠如)
- ③訪問看護等需要のある医療サービスの外部委託
- ④介護保険制度・介護報酬への経営幹部の理解不足
- ⑤要介護認定の長期間の無条件更新(見直しなし)



⑥職員の派遣依存(人事総務部特に採用部門の弱さ)

⑦職員のコスト意識の欠如(物品購入の入札なし、業務委託契約の無条件自動更新など)

⑧ノルマ一辺倒の営業部門の入居者紹介事業者への依存

といったところである。こうした課題を解決するため、着任早々改革に着手した。当時の状況から、改革の成果が出るのは、23年4月以降と腹をくくり、1~3月までは、次年度1年間の経営改善の基礎を築くためにひとつずつ改革を実行していった。

○改革の遂行とその結果

改革の成果は、4月以降すぐに現れた。3月まで月次収支は赤字だったものの、4月からは黒字化し、それ以降営業利益率は確実に上昇、23年12月までの9か月間で、22年度1年間の営業利益額の約300%増の4倍までV字回復している。改革で実施したことは、短期的視点では、

- 入居率に合わせた人員配置
- 主に医療保険収入確保のための訪問看護ステーションの設置
- 介護報酬の算定強化(LIFE)

加算、看取り介護加算の算定等) ●要介護認定の入居者の状態に合わせた適切な見直し(要支援1↓要介護5に変更・入居以来10年近く見直していない事例も)

●派遣費用の削減(派遣職員の正規員化、パート職員の採用)

●コスト意識の醸成(業務委託契約の自動更新の排除、物品購入時の3社見積取得の徹底等) などである。

次に長期的視点では、今後人材確保が困難になるため、職員の賃金を上げつつ生産性を上げるのと、また、家族介護の難しい医療重症者が医療機関から退院を余儀なくされた時、他の介護施設で対応できないと言われた時に、速やかに断らずに対応することが他施設との差別化戦略であるとして、

●契約内容の見直し(10月から配置基準を1.5対1から2対1へ見直し、初期償却の導入等)

●ホスピスルーム設置(訪問診療と連携した、24時間365日の訪問看護の提供)

●運営部直轄営業部門の創設(既存営業が入居者紹介会社に依存しているのと一線を画し、医療機関や介護関係者への営業を展開) といったところである。

長期的視点の改革は、短期的改革が奏功しているときにこそ断行しなければならぬ。その改革により、さらなる経営改善が待っていると信じている。

○医療・介護事業の基本的認識

医療・介護事業は、いわゆるハイリスクハイリターン型事業であり、損益分岐点を下げるためには、固定経費を下げる必要がある。結果的に人件費コントロールが1丁目1番地になるのだが、短期的利益のために人員削減や給与削減するのは、長期的にはかえって逆効果であり、人材確保戦略を練ったうえで、一人ひとりの生産性を上げる観点での改革を行いつつ、必要最低限の配置にすることで、コストダウンと両立することができ

る。また、地味な仕事ではあるが、経費の削減、仕入れの価格交渉、無駄な支出の徹底的な抑制などのコストダウンを行うことも必要だ。そうした安定した基礎を築いたうえで、収入の大きな要素である入居率や単価が上がれば、利益率は飛躍的に向上するという構図である。そのために、患者(地域の住民)の満足度の向上につながる他者との差別化や、サービスの質向上が必要だろう。

こうした努力の結果、利益が確保され、患者・入居者にはサービスの充実として、職員には賃上げとして還元することが、経営の「基本」ではないかと考えている。

○基本は大事

経営改善に近道なし

この1年の民間企業での経験を

経て思ったのは、医療でも介護でも、公立でも民間でもやるべき「基本」は同じであるということだ。話は変わるが、年明けの、日航機と海保機の衝突事故では、日航機の乗員乗客が一人の犠牲者も出さずに脱出できたことが不幸中の幸いだ。緊急時には「荷物を持たない」「乗員の指示に従う」「乗客も協力して脱出する」こうした「基本」的なことができた結果が、379人全員の命を救うことにつながっているのだろう。

先月の社会医療ニュース2頁の小山所長の記載にもあるが、病床稼働率の低下を発端として、今後の病院経営環境は激変する。これは介護事業も全く同じである。この日本で将来必ず起こるのは人口減少。少ない顧客の争奪戦が始まっている。経営に関して「基本」ができていない、人材確保ができていないところは必ず脱落する。その上で、現状維持を考え、古き良き時代を懐かしみ、過去の成功体験に固執するような企業・法人の体質では先行きは暗い。

筆者が、民間企業での経営の師と仰いでいる松本晃氏(元カルビー株式会社代表取締役会長兼CEO、元ジョンソンエンドジョンソン株式会社代表取締役社長)の言葉に、「現状維持即ち脱落」とある。今後も「基本」を守りつつ、時代に合わせた改革を進めていかなければならない。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる (37)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■IT基盤としての無線LAN

この二十数年で無線LAN (Local Area Network) は、自宅、職場、外出先(駅・カフェ等)等を問わず日常生活で、毎日使用する必須の仕組み・装備となった。無線LANとは、電波でデータの送受信を行う構内通信網をいう。そのサービスエリアは拡大し、セキュリティ技術も向上し仕事やオンラインショッピング等でなくてはならないIT基盤となつてい

る。 私たち医療機関でも無線LANの利用範囲は同様に拡大している。職員が仕事上のイントラネットやインターネット接続をするとき、電子カルテシステム等の医療情報システムの端末等を無線接続するとき、一般X線撮影装置や超音波検査装置等の医療機器を接続し情報をやり取りするとき、内線通話・ナースコールを使用するとき、パソコンやタブレット等のオンライン診療端末を接続するとき、見守りセンサー等を仕事に利用しているとき、そして外来と入院患者や外部訪問者が院内でインターネットに接続するとき等があ

げられる。

Wi-Fiは「ワイファイ」と読む。

ケーブルなしで機器同士がネットワーク接続するLANの方式で無線LANの「通称」となっている。無線LANの規格には様々な種類があつて、アメリカの電気電子学会(IEEE)が定めている。そのうちIEEE802.11という規格に適合した製品をWi-Fi製品と呼んでいる。これはWi-Fi Allianceという無線LAN製品の普及促進を目的とした業界団体が造語し規格に合った製品を認証しロゴ使用を認

めているからだ。Wi-Fiの正式規格名のIEEE 802.11だと製品等をイメージしにくいから、もっとわかりやすい名称はないか検討したそう。そこで、当時、流行していたオーディオ機器のHi-Fi(ハイファイ、高忠実度、高再現性、High Fidelity)にあやかっ、この合成語にしたらしい。電波接続の安定性と高品質を連想させたかったのだろう。無線LANは、通信中の無線電波に侵入されない仕組みになっている。先ず無線LANへの接続認証を求めるとともに通信内容を暗号化している。その方式にはいく

つか種類がある。先ずWEP(パスワードが半角英数13文字)、WEPキーを少し進化したTKIP(パスワードは半角英数記号で63文字)、TKIPを更に進化させ複雑化したAES(パスワードは相当な知識と忍耐がないと解読できない)、更にWi-Fiの業界団体が認証した無線LANの暗号化方式であるWPA/WPA2-PSK(事前共有鍵、侵入不可のパスワード設定)等の暗号化方式がある。無線LANの通信速度だが最初の通信速度は毎秒2Gビットだった。その後、11bでは毎秒11Mビットになり、11aや11gでは毎秒54Mビットに通信量が増大したのである。このあたりから無線LANが社会に普及してきた。その後、11nで毎秒600Mビットに通信量が拡張し、使用する電波も2.4GHz帯と5GHz帯を使用するようになった。現行の11acの最大通信速度は毎秒6.93Gビットに達している。更に最新規格11axの通信量は毎秒9.6Gビットで、これからこの規格への標準化が進められる。

無線LANでは、決められたチャンネルでパソコン等の端末とアクセスポイントが通信を行っている。このチャンネルの幅は、2.4GHz帯で22MHz幅に、5GHz帯では20MHz幅に決まっている。無線LANでは、複数のチャンネルを束ねて通信速度を高めている。11nでは20MHz幅の2本のチャンネルを束ねて40MHz幅で通している。11acでは、4本のチャンネルを束ねて80MHz幅と、8本のチャンネルを束ねて160MHz幅で通している。これができるのがWi-Fi 6と呼ばれている機器だ。更に6GHz帯を利用し、160MHz幅が3本あるのがWi-Fi 6Eである。この技術をチャンネルボンディングと呼ぶらしい。「夜になるとネットが遅い」「動画が途切れる」といったことがある。原因は様々考えられるが、無線電波で同一周波数帯を多数で利用すると、電波干渉が発生することがある。電波干渉とは、無線電波が発生する機器同士で、電波がぶつかり合い、お互いに影響を与える現象のことをいう。電波干渉が発生すると、無線LANの通信速度が低下又は、接続ができなくなる現象が発生する。

特に2.4GHz帯の電波は、ISM(産業科学医療用)バンドとして開放されていて様々な電子機器がこの帯域を利用している。病院内にもこの帯域を利用している医療機器が多数設置され電波を発信しているはずだ。特に多いのが、電子レンジやBluetoothイヤホン等との電波干渉だ。そのため院内で2.4GHz帯のWi-Fiを使用するときは注意が必要だ。一方で、5GHz帯はこの帯域を使用する機器がまだ少ないので電波干渉が少ない。しかし、5GHz帯の電波は直進性が高く、壁などの障害物で減衰してしまう。壁や天井、家具等の障害物に弱いので無線LANを構築するときはこれに注意する必要がある。無線LANが拡大方向にある中、良好な接続サービス提供のため総務省は、「無線LANのセキュリティに関するガイドライン」において、医療機関では特に重要な対策ポイントを指摘している。①来訪者向けWi-Fiと業務用無線LANは分離する、②機器管理用パスワードは推測されにくいものを設定する、③無線LANの暗号化パスワードを掲示する場

合は解読リスクを認識する、④混雑を避けるために業務用Wi-Fiや患者持込の回線との電波干渉リスクについて、周波数とチャンネルをよく検討する、⑤電波漏れ等のリスクに備え意図したエリア内に限ってサービスが提供されるように調整する、以上5点だ。無線LAN接続は、医療のICT化、業務効率化、医療DX推進のための重要なIT基盤である。



元旦夜から途切れることない令和6年能登半島地震関連の報道をみていて、何ともできない無力感と心からの同情心で仕事の手につかないのです。鉄道も道路も、港も空港も使えなくなり、電気も水道もダメになってしまった生活を正確に想像できないでいます。「1カ月入浴してないよ」などという現地の人の声を聴いてしまうと、血液が逆流しているような激しい喜怒哀楽の感情が押し寄せてくるのです。大したことはしていないのに気分はすぐれないし、「なんだか？」という感じの無力感で疲れ果てているのです。

地震の報道があると29年前の117のフラッシュバックが起きる人がいます。13年前の311のことが忘れられないという知人もいます。何しろ被災地の病院や介護施設、障がいとともに生きる人々や介護を必要とする方々のことが心配です。上下水道が30日以上経過しても復旧できないのは、大きな問題だと思います。

本腰入れてできることをしようと思うのですが、やっぱり被災地の今が気になります。

こういった感情を多分「無常観」

といったりするのではないかと思えます。長年、何度も天災を受け続けてきた日本列島に住む人々の「はかなさ」「あわれ」という心的共通体験なのかもしれません。歴史家の磯田道史さんは、中公新書2014年の『天災から日本史を讀み直す』先人に学ぶ「防災」という本の中で、「天災がおきると人間の歴史の見方、いや世界の見方が確実に変わる」と書いています。少なくとも私も、そう思わざるをえないと思います。

◎AD関連書籍読みまくり

認知症基本法が施行されるといので、年末年始にアルツハイマー病（AD）に関連する書籍を読みまくって過ごしました。何か認知症とともに生きる人々の社会的理解について文献的整理ができませんかと思いついてみましたが、これが結構手ごわいことになりました。

第1に、国際的に一定の評価を受けている学術論文の検討とは別に、広範な認知症に関するサブカルチャーを含む情報（書籍、雑誌、絵本、漫画、イラスト、映画、観劇、SNS）などの存在を無視できないので、どうしたものかと思いつつ、とりあえず集めるだけ集めてみたのです。これがとんでもない量になり、整理不能です。変な話になりますが、かつて岩波映画「痴呆老人の介護」（橋田澄子

監督）が高く評価され、世論に大きな影響を与え、厚生省の政策に影響を与えたのは確実である、ということとを資料に加えてよいものかと考えあぐねています。

第2に、認知症研究の第1人者であった老年精神医学者長谷川和夫先生の2019年「自らも認知症になった専門医」という立場から執筆された『ボクはやつと認知症のことがわかった 自らも認知症になった専門医が日本人に伝えた遺言』は、認知症とともに生きる人からの強烈なメッセージとなりました。これ以降、当事者でもある認知症とともに生きる人々を交えたシンポジウム等が急増し、そのことが認知症自体への社会的関心を集中させるだけの影響力があったことも、同様です。でも、当事者不在のところで喧々諤々するより、いろいろなことを話し合いながら進めていくのは、とても実り多い体験です。

第3にADに関する研究が進み薬物対応の新時代の幕開けが強く意識され、変革期を迎えていることを研究者のみならず世論が追認する事態が巻き起こっています。認知症専門医以外の医師、多数の看護師、そしてこれら以外の医療実践者や社会的ケアの実践者たちは、最新鋭の科学的知見の現状を要領よく学びたいというニーズがあります。それゆえ、最先端の網羅的科学的知見を紹介する書籍が

必要なのです。このようなニーズに対応している書籍としては、『スタール博士の図解・アルツハイマー病とその他の認知症』ワイルドプランニングや、岩田淳、橋本衛編、『アルツハイマー病治療の新たなストラテジー』先端医学社が参考になります。もちろん、昨年10月号で紹介した下山進『アルツハイマー克服』角川文庫23773のような、ノンフィクション作品は、広く読者を集められると思いますし、AD研究者ではない私には、とても役立ちました。

第4に、イラスト集、マンガ、旅行記のような形式の書籍として『マンガ認知症』（ちくま新書）は画期的ばかりか、実際に家族間で起こる身近な事例を丁寧に拾い上げていて好感が持てます。寛裕介の『認知症世界の歩き方』ライツ、2021は、認知症のある方を読者に想定している「旅のスケッチ本」であり、認知症とともに生活する人々に最適だと考えられます。今、私たちは認知症とともに生きる人々の社会的理解を深め、認知症とともに生きる人々と共生する社会づくりが必要であると考えられるのです。

◎介護DXが大会テーマですが

ニュース8面にあるように第19回日本介護経営学会の学術大会が3月10日（日）の午後にハイブリッ

ド開催されます。対面参加も可能ですし、交流会も企画していますので、是非是非ご参加くださいませ。

日本介護経営学会も新任理事4名中3名は女性の研究者で新鮮な感覚で邁進していただけるものだと思います。次回第20回介護経営学会学術大会の大会長候補者が決まらず「それでは副会長やって」みたいなことでも、お引き受けすることになりましたので、皆様何とか助けて下さい。

その上、理事の青森県の慈恵会の丹野智宙理事長から「6月28日の午後に青森駅周辺で大会やれるなら手伝うよ」みたいな提案があり、理事の皆様が「やったら」ということで決定しました。

苦し紛れにテーマは「介護DX」だということになり、押っ取り刀で準備に着手しましたが、これはこれで介護報酬の生産性向上加算がらみのこともありどうしたものか取捨がつかなくなっています。介護でいわれているDXは、どう考えてもデジタルイゼーション・レベルに過ぎず、介護業務自体を劇的に変革するだけの力があるのかどうかも答えが見つからないのです。

思い切りいつてみただけなのですが、なんとかしなければなりませんので、青森までお越しただいて発表していただける方、是非ご連絡ください。

アメリカに渡った医師の視点



A Briefing on US Healthcare

東京慈恵会医科大学小児科学講座 主任教授 大石 公彦

初めてのジョブハンティング

米国では卒業教育（レジデンシーやフェローシップ）が終了した時点で専門医を取得した独立した医師となる。規定された臨床トレーニングのシステムに組み込まれていた時と異なり、この時点からの進路は、個々のキャリアプランに応じた多様なものとなる。プライベートルククリニックで地域医療に従事する者、大学病院などで教育や研究に携わる者など、小児科医という共通目標を持ったレジデント時代の私の仲間たちは、現在では全米各地で様々な立場で活躍している。日本と大きく異なる点は、卒業教育が終了した時点が、プライマリケアもしくはアカデミックメデシシなど、それぞれのキャリア選択の分岐点であることだ。

私もフェローシップを修了するにあたって、この過程を経験した。日本では馴染みの薄い面白い体験だったので報告したいと思う。日本の大学病院では、多くの医師にとって、後期研修で選択した場所が、アカデミアを離れるまで

新の情報を得たり、また、自身の業績や能力に価値を示せば、新たなポジションを用意してもらえたりすることもある。

国土の広い米国では、都市や地域によって文化や生活習慣、人種構成すら異なるため、自ずと就職を希望する地域は限定されてくる。私の場合も住み慣れた北東部が第一希望であった。コロンビア大学、ピッツバーグ小児病院、フィラデルフィア小児病院、コーネル大学、そして出身校のマウントサインイナイ医科大学など、ニューヨークを中心とした地域内の大きな施設に連絡をし、履歴書や自分のアピールポイントや将来設計をまとめた文書を送り、面接を依頼した。書類を見て興味を持ってもらえたら、面接に呼ばれる。一般的に面接は朝から1日ばかりで、何人もこのファカルティーたちと面談し評価される。1回目の面接後、2、3回目の面接に呼ばれた時は、相手に雇用の意思があると考えて良い。彼らは候補者が他施設に行ってしまうように上層部との面接を組み、自分たちの良い条件をアピールしてくる。また、ディナーなどの接待や、面接のための旅費や宿泊費もすべて賄ってくれる。引越が必要の場合には不動産屋も紹介し、良い住宅の紹介をしながら、その地域自体のアピールまで行うのである。

と、オフィサーというものが届く。この時点で慌ててサインをする必要はなく、ここから給与や労働条件、待遇の交渉が始まる。俗にいうネゴシエーションだ。条件は施設によって大きく幅がある。医科大学の機能のない私立の病院は給与が圧倒的に良いが、研究のスタートアップ資金や研究室をしてくれる施設は大学病院に限られる。他施設からもらったオフィサーを持ち込み、給与やボーナス、研究費の引き上げの交渉をするなど、まるで代理人のいないフリーエージェントのようである。プロスポーツの契約に登場する凄腕の代理人とまでいかないが、医師の新規契約においても専門の弁護士に不利な事が契約書に書かれていないか確認してもらうことも珍しいことではない。こういった交渉や契約ベースの雇用は米国では当たり前のことだが、当時の私にとってはすべてが未経験だったので、とても苦労した。努力が叶い、最終的にはこれまでお世話になってきたマウントサインイ病院に就職することが決まったときは、欣喜雀躍の思いであった。

契約書にサインをした後もやるべきことは山積みである。米国の病院では、その所在地である州のライセンス取得が必要だが、ライセンスがあればすぐに診療可能とはならない。クレデンシャルオフィスで、雇用するための条件を満たしているか確認するための書類審査がある。予防接種を含めた身体検査、コンプライアンスや感染制御の教育コースの修了の証明、これまでの経歴、業績を細かくチェックされる。専門医資格や卒業教育の内容によって、どのような医療行為が可能かも細かく規定される。また、日本のような統一された保険制度でないため、メディケイド・メディケアや各種私的保険会社からそれぞれの保険医登録の認定も受ける必要がある。これまでにいくつかの人生における分岐点に立つてきたが、このときの私自身の立場の変化は極めて大きかった。指導医・責任医師と呼ばれる研究室主宰者になり、役割、待遇、責任等の環境すべてが一変した。自分専用のオフィスや研究スペース、スタートアップの研究費が与えられた反面、診療において意思決定や責任を負い、研究における成果や教育への貢献が評価・監視されるなど重圧は激増した。研究費の確保や論文発表が望まれたレベルに達しない場合は、昇進できないばかりか職を追われる可能性もある。可逆的だからこそ余計に、新たなポジションを得るといことは、新たな厳しい道が開かれたという意味でもあることを実感した。しかし、また同時に、いっそうの努力を決心する貴重な機会でもあったのだ。

ゲートとシラーの2人像が街の誇りになっているドイツのワイマールの東側に音楽の父ヨハン・ゼバスティアン・バッハが生まれたアイゼナハがあります。

この街に中世ドイツの芸術文化を伝える12世紀に建造されたヴァルトブルク城があり、その昔「歌合戦」が行われた大広間やルード

ヴィヒ4世に14歳で嫁いだハンガリー王女エリザベートの間、そして、16世紀初頭に僅か10カ月でラテン語の新約聖書をドイツ語に翻訳したマルティン・ルターの机と椅子がある部屋があるのです。

このワルトブルクの城で

1206年6人の徳を備えかつ賢明心得のある男が集まり、歌

を競いあったという故事があり、後に、「ワルトブルクの歌合戦」として語り継がれました。この話とは別に、「ドイツ騎士団団員の「タンホイザー伝説」があります。タンホイザーは実在の人物で、異教徒で官能のヴェーヌスが住まうヴェーヌスベルクの洞窟で1年間愛欲の快楽にふけた彼が、良心の咎めによりヴェーヌスのもとを去り、巡礼者となりローマ教皇ウルバヌスに懺悔します。しかし、教皇は自分のもつ「木の杖に新緑が出ぬ限り救われぬ」と宣言し、絶望したタンホイザーはヴェーヌスのもとへ帰ります。その後、教

皇の杖に芽が生え、彼の行方を探させますが、みつげだされなかつたという15世紀の物語です。この2つの物語を題材にしたのが、リヒャルト・ワーグナーのオペラ『タンホイザーとヴァルトブルクの歌合戦』です。

中世ドイツの騎士詩人タンホイザーは、ヴェーヌスベルクで

ヴェーヌスとの愛欲の日々に飽き「快樂だけが私の真の欲求ではなく、人間は変化を求めるのだ」といい、あなたの愛の奴隷であるよ」「たとえ死の危険があっても自由が欲しいのだ」と叫びます。その上、彼が「わが救いは聖母マリ

せることになりました。他の騎士が清らかな純愛を歌うのに対し、タンホイザーは官能の愛を歌い上げ、ついにはヴェーヌスベルクでの滞在を告白してしまいました。

騎士達はタンホイザーに剣を向け、エリーザベトが彼の命乞いをします。彼は罪を清めるため、ローマへ巡礼の旅にでます。

やがて帰還したタンホイザーは、ローマで罪が許されなかったと告白し、ヴェーヌスのもとに戻ろうとします。ヴェーヌスが迎えにあらわれた時、ヴォルフラムが「エリーザベト」の名を叫ぶとヴェーヌスは消え去ります。エ

タンホイザーとヴァルトブルクの歌合戦



リーザベトは自らの命と引き換えにタンホイザーの許しを願って亡くなっていて、その葬列のエリーザベトの棺の前でタンホイザーは息絶えてしまいます。

アにある」と叫ぶと、ヴェーヌスの世界は消え去ります。

ローマからの巡礼者たちが、奇跡の証拠を手にして、タンホイザーの罪が許されたことを告げます。人々は神の恩寵をたたえて、幕になります。

舞台は美しい谷間に変わり、ローマに向かう巡礼者が歩いていきます。そこにヴァルトブルク城に仕える旧友の騎士ヴォルフラムが熱心に祈っているタンホイザーをみかけ、かつて彼の恋人だった城主の姪エリーザベトのために戻ってくるように説得し城の騎士の仲間に戻ります。

途切れることがなく続く音楽が素晴らしく、ほとんどの歌手は客席側に向きません。純愛と愛欲、情念と肉体、信仰と逸脱、墮落と救済の世界が縦横無尽に入れ替わ

エリーザベトはタンホイザーの帰還を喜び、愛を伝えます。騎士達による歌合戦の開催が決まり、愛の本質を明らかにした騎士の勝者はエリーザベトから褒美を取ら

る舞台は、人間の本质に問いかけてきます。ワーグナーの真骨頂が発揮されるのです。

小山

小山



導入施設2350以上！厨房の強い味方のナリコマはこだわりのお食事と各種サービスが標準装備

年々厨房運営を圧迫する

「こんな時代」の厨房課題にお悩みですか？

- 直営の人材不足
- 委託費の値上げ
- 味・品質
- 赤字運営
- コスト・物価高
- 災害

ナリコマの「完全調理済み食品(クックチル)」は、長年研究を重ねたおいしさにプラスして、厨房運営の知恵を皆さまにお届けします。全国6カ所のセントラルキッチンでお作りした安心安全な普通食・介護食献立を直接配送。収支報告やシフト改善の万全なサポート体制も充実。

まずはお気軽にご相談ください。



関連イベント情報 揭示板

日本介護経営学会 シンポジウム開催のお知らせ

【日時】2024年3月10日(日)13時30分〜17時(予定)ハイブリッド開催

【テーマ】2024年介護報酬改定の意味を探る

【プログラム】基調講演：間隆一郎(厚生労働省老健局長)・パネルディスカッション：座長 田中滋(当学会会長・埼玉県立大学理事長)

【会場】大塚商会本社ビル(遠隔会議システムの併用による開催) 東京都千代田区飯田橋2-18-4 お問い合わせ：学会HP https://kaigokeieigakai.jp/past-activity/symposium/

日本健康栄養システム学会主催 臨床栄養師研修等開催のお知らせ

臨床栄養師研修は、診療・介護報酬改定に対応し、栄養ケア・マネジメントのスペシャリストを育成しています。認定講座(100時間)と臨床研修(900時間)は、管理栄養士が仕事をしながら修了できる体制を整えております。

当研修では、米国の登録栄養師の教育制度を本手とし、病院・施設・在宅での切れ目のない継続的栄養ケア、栄養サポートチーム、

糖尿病等慢性疾患、重症患者の栄養管理等の「臨床栄養力」と組織や業務の課題分析や問題を解決できる「マネジメント力」の両能力の修得をめざしています。

認定講座は、これらを専門とする大学教員と臨床栄養師を講師とし、講義とともに演習や症例検討による双方方向のコミュニケーションを重視しています。

臨床研修は、学会登録の約330か所の臨床栄養師研修施設から、研修生自身が研修施設を選択するマッチング方式を採用しています。急性期(特定集中治療室及び令和6年度報酬改定対応を含む)及び慢性期の病棟・精神科病院・栄養サポートチーム・介護保険施設(令和6年度診療報酬・介護報酬改定対応)での研修、外来・在宅訪問等の地域栄養活動への参加、給食経営管理の実践を臨床栄養師が務めるプリセプターのもとで体験し、自分にも「できる」という「コンピテンシー・実践力」が身につきます。著名な教授陣や第一線で活躍の臨床栄養師による丁寧な講義や個別指導を提供しています。

また、医師、薬剤師、看護職、管理栄養士等を対象とした栄養サポートチーム研修も設置し、管理栄養士以外の多職種の方々にご参

加頂けることを期待しております。いずれも詳細は学会HP (http://www.j-incm.com/)をご覧ください。

○臨床栄養師研修・認定講座(WEB)

【日時】2024年5月18日(土)開始(申込締切：各回5日前)

○栄養サポートチーム研修・講義(WEB)

【日時】2024年8月3日(土)〜8月6日(火)(医師8月3日・4日)

(申込締切7月1日(月)午前9時) お問い合わせ：学会研修担当080・3936・8590

MAIL: nst-jincm@j-incm.com

小山秀夫所長はじめてのクリニック論

お読みください!



全50ページにわたり執筆!

事業の30年後、考えていますか?

患者もスタッフも、皆がハッピーなクロージングを!

全国書店 Amazonで好評発売中!

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就任。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/



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