社会医療ニュース

最近の日本経済の状況と比較してみれば
社会保障給付面の改善はタイムラグあり

所長　小山　秀夫

物価高の影響で以前より生活が苦しくなったと感じている人々が多いです。特に、障害年金や老齢年金、雇用保険や生活保護を受給している人々は悲鳴です。このような状況で6年に一度行われる医療・介護・障害福祉サービスのトリプル改定の内容が公表され1か月が経過しようとしている時点では、改定内容に不満を表す人々が、私の周りには少なくありません。

診療報酬改定への最大の不満は、外来医療での高齢者など慢性疾患の治療や健康管理を担う診療所・中小病院を狙い撃ちにしたかのような「特定疾患療養管理料の対象疾患から糖尿病、高血圧、脂質異常症を除外する」との項目が盛り込まれたことです。実際に、内科系診療所を中心に月100万円単位規模での収入減になるといわれています。

医療保険の食事療養費の患者自己負担分が30円引き上げられます。入院時の食事療養基準額の見直しは、27年ぶりで、物価高の影響で食材料費が高騰し、近年、病院給食の委託単価が食事療養基準額を上回る状況が続いていました。実は、介護保険における食費の利用者負担額（1食当たり約482円）と約22円の格差があったため、公平性に欠けるという批判があったのです。

介護報酬改定では、訪問介護の報酬が引き下げられました。前年度の利益率が、全サービス平均が2・4％だったのに対し、訪問介護が7・8％と高かったことが報酬引き下げの根拠ですが、サービス提供者側は猛反対しています。

社会保険によるサービス提供者に対する報酬改定は、いわば公定料金なので政治的財政的影響を受けざるをえません。原則的には、経営状況を勘案してサービス提供が困難な部分に増額を、多少でも経営的に余裕がありそうな場合は減額することになります。問題は、部分ごとの収支状況の平均値を参考にするため、平均値より低い事業者は不満、高い事業者は沈黙しますので、大幅に報酬を引き上げない限り全員が賛同することはありません。

ところで、日本の経済は、長期デフレや人口減少などの課題に直面してきましたが、最近では景気が回復傾向にあり、企業収益も改善しています。上場企業の業績は、企業ごとに異なりますが、今年3月期の純利益が3期連続で過去最高を更新するそうです。見通しでは43・5兆円と前期比13％増え、経済再開や値上げの浸透、円安が収益を押し上げることによって、日本経済は着実に回復しているとのことです。

実体経済とのタイムラグは社会保障給付の宿命なのだ

何らかの公定料金を改定するには、根拠になる数字を示す必要があり、ドンブリ勘定というわけにはいかないでしょう。ただし、数値はいつも過去のもので現在を数値化することは至難の業です。介護改定のための重要な調査は「介護事業経営実態調査」で、令和5年度の収支報告と令和4年度の経営概況について調査し、この2年を比較検討していますが、この期間はパンデミックであったため『コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含む場合と含まない場合』を昨年11月10日に公表しました。診療報酬では「第24回医療経済実態調査報告（令和5年11月24日公表）」なのです。

いつの場合もそうですが統計数値には、読み方があります。例えば、2％の差が大きいのか小さいのかという判断は、増やしたい側は「僅かだ」というし、減らしたい方にすれば「大きい」と読んでしまいます。統計学的には検定式というものがあり、数値差が有意かどうかが議論されます。しかし、公定料金の論争には、「落としどころの議論」が最優先されているのではないか、と考えざるをえない場合に直面した体験が何度かあります。

日本経済が景気回復傾向にあり、日経平均株価が史上最高額を更新している現状と、2年前あるいは3年前の感染症の世界的流行期のデータで比較される違和感はどうしても付きまとってしまいます。その上、今後の賃上げも盛り込んだ報酬改定だと説明されると、何か社会主義国で一時多用された計画経済の絵空事なのではないかと心配になります。経済は生き物で、予測は大変困難だということが、経済学の大前提だったのではないでしょうか。

今いえることは、報酬改定という作業は、実体経済とのタイムラグが存在すること。急激な物価変動時などに柔軟に対応できる仕組みを検討する必要があることです。ただし、経済は単なる勘定ではなく、一面において人々の感情であることも事実だということを考えてみることが、必要でしょう。

物価変動時などの経済に柔軟に対応できる仕組み

かれこれ53年前の70年暮れに答申のあった19％の診療報酬引き上げは、1月に告示され、2月から実施されたものの、答申に書き込まれていた病院と診療所の格差の変更は認められず、厚生大臣の当初の諮問案どおりとされました。このため支払い側が反発し、中央社会保険医療協議会は実質的に8月まで審議が中断してしまいました。再開された中医協では、第4次中東戦争を契機とした、石油ショックによる狂乱物価に対応するために診療報酬の引き上げが合意され、10月から16％引き上げられ、年2回を合わせて、35ポイントの引き上げとなったことがあったのです。このことを忘れることができないので、杓子定規ではない対応が重要だと思います。

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㈱内
電　話（03）5244-5141㈹
ＦＡＸ（03）5244-5142
E-mail:syakaiiryou-news@nhtjp.com
HP：https://syakaiiryou-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

LTAC（Long Term Acute Care）と新設された地域包括医療病棟

済生会熊本病院医療情報調査分析研究所　所長　副島　秀久

日本で地域包括ケア病棟が設定されたのが2014年だが、その前年に長期急性期病床（LTAC）研究会が発足し、すでに様々な先行的な議論が行われていた。当時の研究会には小山秀夫氏、筆者も役員として参加しており、第一回の研究会では200名近い参加者を得て熱い議論が行われた。米国のLTACに関しては社会医療ニュースの元編集者、故岡田氏から情報を得ており海外視察などにも同行、ある程度理解していたが、これをどういう形で日本に導入するかが課題であった。そして2014年、米国のLTACを参考に日本版に修正され、地域医療構想とともに2025年問題を解決する画期的な施策として導入された。その後、日本版LTAC（地域包括ケア病棟）は改訂を通して進化を続けながら10年が経過し、今回、新たに地域包括医療病棟が新設され一つの区切りを迎えたと認識している。ちなみにLTAC研究会は2020年3月31日をもって解散し、同4月1日より日本慢性期医療協会の内部組織として「地域病病連携推進機構」に移行した。

LTACの導入が画期的であったのは、それまで急性期や回復期、慢性期などの病期を軸とした比較的曖昧な分類の中で、極めて明確、かつ詳細に機能分化、役割分担を打ち出した点であろう。制度設計としては良く練られた施策だった。その理由としてこの制度導入を機に機能分化が自律的に進んだと思う。役割分担のうえでは地域医療構想以上に効果的であったとみている。

本文ではあらためて米国のLTACの経緯や現状に関して述べたのち、日本の地域包括ケア病棟と新設の地域包括医療病棟についてその差異と方向性について述べてみたい。米国の状況は最近現地に行く機会が無いので文献的な情報をもとにしていることをお断りしておく。

米国のLTAC（Hospital）は1980年代より始まり当時40程度であったが急速に増え、2011年時点では435と拡大しているが、最近の報告ではあまり増加は見られず400台で推移している。LTACの導入経緯は急性期治療が一段落してもなお継続的な治療が必要なベンチレーターを装着した患者や、集中的な専門治療を要する創部感染などを対象とし、在院日数は20－30日程度で設計されている。Skilled nursing facility や nursing home、acute rehabilitation facility などより、さらに個別的、集中的管理が必要とされる患者が対象で、日本の現行の地域包括ケア病棟の対象患者より急性期にある患者なので、感覚的に言えば acute care の後半部分を担うという患者層を対象としている。米国の平均在院日数が3・5日程度と短いのは残り部分をLTACが分担していると言えるだろう。LTACは急性期病院の中に併設する hospital in hospital のタイプと、純然たる LTAC hospital に分かれるが、前者では施設内病棟間の病床移動は5％以下に制限されている。

米国のLTACの現状の課題として、患者層は高齢化しているが決して高齢者に優しい治療環境ではないこと、コストの割に質が低いことが指摘されているが、それでも通常の急性期病院より、25－35％ほど安いと言われている。質を上げるためにはよりレベルの高い訓練されたスタッフが必要なのだが、スタッフの入れ替わりと質の低い人材のためにLTACの機能が十分活かされていないという評価もある。とは言え現時点で一定程度の期間、医療必要度の高い重症患者にとっては、最適な場所であることは間違いない。2014年のメディケアから支払われたLTACの医療費は54億ドル（8100億円）である。これが2018年には64億ドル（9600億円）まで拡大し、かつそのレベルが skilled nursing facility と変わらないと批判するレポートもある。もちろん short term acute care hospital よりは安いが。

今回、日本の診療報酬改定の大きな特徴は増加する高齢者救急とその受け皿の整備として新たに新設された地域包括医療病棟であろう。実際多くの急性期病院で起こっている現象として高齢者の慢性心不全、繰り返す誤嚥性肺炎や尿路感染などの病床に占める割合が増えていることである。

筆者も時々救急外来で患者を診ることがあるが、90歳以上の高齢者、時に100歳近い患者が施設から搬送されてくるケースが増えていることに気づく。多くは合併症を持ちADLも低く、侵襲性の高い手術や処置が困難と思われるケースで、積極的治療の対象にはなりにくい。新設の医療病棟は10：1看護で理学療法士や言語聴覚士、管理栄養士なども加わって、より急性期医療に対応しやすい体制であると言える。地域包括ケア病棟が13：1で急性期が7：1とすればその中間的な位置づけとしての設定と考えられる。

もちろん治療適応は年齢だけで決定されるものではないが、いわゆる急性期病院では高齢者に対するリハや、栄養管理などを長期間行う体制は難しいため、こうした治療が継続的にできる病棟のニーズは今後とも高いと思われ、消防庁では団塊世代が85歳を越える2035年ごろに高齢救急のピークを迎えると推測しておりここ20年は一定程度の医療需要があると思われる。また、要件にみられる平均在院日数21日以内や施設内病床移動が5％以内という点をみてもアメリカのLTACにより類似しつつあるように見える。

地域包括ケア病棟はすでに2023年5月時点で26000病院、約10万床が整備されており、このうちの既存のケア病棟が人員などの体制を整備して医療病棟に移行するケースと、急性期一般病棟から医療病棟に移行するケースが考えられる。いずれにしろ資格要件の必要なスタッフの確保が前提になるので、そうした意味では後者のほうが容易に移行できるかもしれない。さらに地域包括医療病棟の入院料は一日につき3050点と比較的高く設定されており、人員さえそろえることができれば医療病棟への切り替えが進むと思われる。日本版LTACも時代に合わせて進化して来た。来たる高齢化の波を乗り切れるかがこれから先の課題だ。

有事斬然（ゆうじざんぜん）

第50回　医療現場の働き方改革・賃上げは進むのか
～令和6年診療報酬改定から～

株式会社　タスクフォース　取締役専務　一戸　和成

２０２４年２月14日、中央社会保険医療協議会は、令和６年診療報酬改定について答申した。改定率を見ても「賃上げ改定」と言ってもいい内容だが、改定により医療従事者の働き方改革や職種のタスクシフトが進むのかなど考えてみたい。

○医師の働き方改革

４月１日から、医師を対象とした時間外労働の上限規制、いわゆる「医師の働き方改革」が施行される。今回の改定において、医師の働き方改革に関する項目は、地域医療体制確保加算の要件に、時間外労働時間の上限値を設定し、時間外労働を減少させるよう誘導する規定が盛り込まれたのと、処置・手術の時間外加算１等に、交代制勤務又はチーム制の導入について、選択肢のひとつという位置づけから、必ず実施するよう要件化したくらいだろう。医師の働き方改革は、医業の医師による業務独占がある限りタスクシフトといった類の話ではなく、医師の地域・診療科偏在の是正がなければ解消できない。診療科偏在については、22年５月13日の日医総研リサーチ・レポート「医師養成数増加後の医師数の変化について」によれば、診療所で内科系の医師がそれほど増えておらず、一方で、精神科、眼科、皮膚科、整形外科が大幅に増加し、また、美容外科は絶対数は少ないものの、顕著な伸びを示している。診療科の偏在解消以前に、自由診療の診療科に従事する医師の流出を防ぎきれてない。地域偏在是正については、今回の改定で、ＤＰＣ／ＰＤＰＳの機能評価係数Ⅱの中に、大学病院本院群の評価項目として医師少数地域への医師派遣機能が新設されたが、どこまで偏在是正に寄与するかは、今後の推移をみるべきだろう。

このように、高齢化に伴う人口構造や疾病構造の変化に、医師の診療科選択が合致しておらず、また、医学部定員を増加させてきたものの、地方での医師の定着が実現していない。やはり医師の働き方改革は診療報酬だけでの誘導は不可能であり、医療政策で「真っ向」対応すべきだ。今後、医療計画と医師臨床研修制度や専門医制度等を連動させ、地域性や人口減少を見据え、最低限必要な病院数・病床数や医療従事者数を積算し、その地域における医師を含めた医療従事者の確保について、一定の強制力をもった対応を規定すべきと思う。これこそが、医師の働き方改革に資する改革だろう。

○賃上げにより人材確保とタスクシフトは進むのか

他の医療従事者に関係する改定内容を見てみたい。いわゆる特定看護師の評価は、ＩＣＵ類型の一部の要件として導入されているものの、医療行為を広く医師から引き受けるという観点での評価は進んでいない。また、改定率決定までの議論において、全産業平均と医療従事者の給与平均、そして介護職員と看護補助者の間に月給ベースで４万円程度の差があり、これに対応しなければ人材確保ができないという議論から、「賃上げ」実現のためプラス改定になったと理解している。賃上げのため、初再診料や入院基本料の引上げ、各種ベースアップ評価料が創設されたが、医療従事者の直接の評価において目立つのは看護補助者に関する加算の改定項目が多いことだろう。今回改定での、タスクシフトのメインは医師から看護師等へ、というよりは看護師業務を看護補助者へと移行する考え方が強く、またコメディカルの中でも最も給与水準の低い看護補助者の待遇改善に焦点が当たっているように見える。仮に介護職員なみの月額（ボーナス込みの平均）29・３万円まで引き上げる場合、時給として約１８００円にしなければならず、福利厚生等を勘案すると直雇用でも派遣でも、ひとりあたり最低２２００円近い予算を用意する必要がでてくるだろう。今回改定の目玉である「地域包括医療病棟入院料」で試算してみると、仮に病棟のベッドが満床で２回転し、看護補助者の加算を全て算定、かつ、最も効率的に人員を配置したとしても、時給換算でひとり当たり、１８００円程度にしかならない。４００円近い差額を埋めようとすると、医療機関経営者にとっては頭の痛い課題となる。しかし、手をこまねいていれば、処遇改善が進んでいる介護業界との人材獲得競争に負ける可能性すらあり、また看護師の労働環境の改善で、他医療機関の後れを取ると看護師確保にも影響が出てくるだろう。（時給等の推計は筆者の責任において実施）

○人材確保に失敗すれば脱落する

１月31日に総務省が公表した23年12月の人口移動の概況によれば、広島県が３年連続で転出超過数（社会減）が全国１位だという。一定の人口規模で産業もあるはずの広島県ですら転出超過が問題になっているということが、地方の人口減少の深刻さを物語っている。広島県に限らず、労働集約型産業である医療・介護業界が賃上げによって「職場」として選ばれるようになれば、人口の定着にも寄与するはずだ。賃上げの議論の際に「他」産業から、医療介護の世界に新たな人材が参入してくる想定がされていたが、その通りにはならないだろう。やはり、医療介護の世界は外から見れば「特殊」であり、未経験でいきなり踏み入ってくることは難しい。とすれば、少ない人材の取り合いになり人件費の高騰は避けられまい。しかし、賃上げすれば人材が確保できるかと言えば、それは「真」ではない。今までのように正職員として採用し、法人や企業の考えるシフトに組み込むというやり方では、今の求職者の要望とあわず、いわゆるミスマッチになる。前職でも、できる限り正職員採用でと経営に臨んではいたが、結果として想定通りの結果にはならなかった。求職者にとって、時給もさることながら、自分のライフスタイル（働ける時間、場所など）にマッチしたところで働くことが重要視されているのだと実感している。これからは、経営側が考える業務内容に応募するのを待つのではなく、求職者の労働条件を「ジグソーパズル」のように張り合わせ、全体のシフトを完成させる方向で、人材確保に向き合う必要性があるだろう。厳しい時代である。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる（38）

一般財団法人竹田健康財団　法人事務局長　東瀬　多美夫

■APの管理は3種類

自宅や事務所等で1台のアクセスポイント（以下、AP）で無線LANを構築するときは、1台のAPを設定すればよい。でも、複数のAPを使って構築することもある。例えば、病院や工場等で無線LAN網を構築する場合等だ。APを一つひとつ設定すると、機器の増設の度に設定が必要となり管理も複雑になってくる。できるなら、複数のAPを一括して設定し、更新管理も一括でできる仕組みがあるとよい。

ところで、AP管理方式は3種類あるらしい。一つ目が、アクセスポイント方式だ。自宅や事務所で何台かのAPを使用する場合だ。何台かの子機APを管理する親機APを選定し管理するのだ。但し、APに親機として動作する機能が付いている必要がある。この方式では親機から子機に設定ファイルを送信し管理する。親機は子機の稼働状況を監視できる。これだと初期投資が低額に抑えられる。

二つ目は、コントローラー方式だ。無線LANコントローラーという管理専用機器によりAP全部を管理する仕組みだ。これが最も一般的となっている。この無線LANコントローラーは、一つひとつのAPの設定を一元的に変更設定し、最適な電波環境の設定を担うことが可能だ。それに電子証明書による認証やMACアドレスによる認証等の使用者端末認証の仕組みを備えているからセキュリティも保持・向上できる。

三つ目は、管理サーバー方式だ。最近この方式を採用するケースが増えてきた。APを管理するソフトウェアをサーバーにインストールし、コントローラーに代わってAPを一括管理する。APの管理に加えて、ログの蓄積・分析が可能で、クラウド型システムを構築した会社が専門でAP管理を担当するケースもでてきた。アクセスポイント方式やコントローラー方式では、保存できるログには上限がある。しかし管理サーバー方式だと、大容量のメモリーを搭載でき、長期間のログやアラート情報を保存できる。更に管理サーバー方式の下に、コントローラー方式やアクセスポイント方式をぶら下げて、目的に応じてネットワーク全体を管理するデータセンターを構築している会社もある。

AP管理方式を導入すると、APに接続しているユーザー名、接続時間、接続AP名、シグナル強度、通信したデータ量等を確認できる。2・4㎓や5㎓各帯域への接続クライアント、スループット情報、稼働時間、電波情報等の稼働状況を把握できる。対象APから検知できる周囲のAPや干渉デバイス等を確認できる製品もある。各APからの電波環境の情報が集約され、アクセスが集中している通信先やどのクライアントの通信量が多いとか、どのAPに通信が集中しているかといった情報が確認できる。これらの情報をもとに、微調整を繰り返し最適な通信環境を整えていく。管理サーバー方式では、会社のフロア図を取込んで、電波の状況をその図上に反映し（ヒートマップ等に）稼働状況を可視化できるものもある。

いずれにせよ、通信環境は運用しながらチューニングが必要となる。

比較的構築の難易度が低いのはアクセスポイント方式だ。某B社からは、最大3千台のAPを、1台のパソコンから一括で、集中管理できるネットワーク管理ソフトウェアが提供されている。価格は自治体用が約30万円、法人用が基本システム約2万円＋AP台数比例となっている。

■文科省のGIGAスクール構想

これとは別に、A社が提供するネットワーク機器のリモート管理サービスは、機器がいくら増えても「無料」で利用できるものもある。でも、APの登録手続きに問題がある。それはAPを1台毎に登録しなければならないことだ。なので、システムにAPを一括登録できる専用モデルが別売されている。これらは受注生産となっている。このサービスは、①AP稼働状況の把握、②AP機器の遠隔操作、③AP稼働状況の共有、④AP設定情報の保存が可能となっている。対応APは屋内用と屋外用がありラインナップも素晴らしい。最上位機はWi-Fi6Eで3バンド（6㎓、5㎓、2・4㎓）対応で価格は約11万円となっている。次がWi-Fi6Eで2バンド（5㎓、2・4㎓）対応で価格が約10万円、その次がWi-Fi5で2バンド対応で価格が約6万円となっている。

以上、紹介した機器は、文部科学省が推進したGIGAスクール構想（全国一律のICT環境整備、校内通信ネットワークの整備、1人1台端末で高速大容量の通信ネットワーク整備）により、普及した通信機器である。そしてこれらの機器には、①緊急時モード機能、②公平通信制御機能、③DFS障害回避機能、④干渉波自動回避機能が搭載されている。

①の緊急時モード機能とは、災害発生時に通信環境を提供する機能で、学校体育館や自治体施設等、避難場所になる施設で「緊急時モード」をONにすれば、避難者等がスマホ等で通信し安否確認の連絡や災害情報を得ることができる機能である。②の公平通信制御とは、接続中の全ての端末が均等に通信できるように速度を自動制御し、安定した通信環境を提供し、待機時間や動画の停止を防止する機能である。③のDFS障害回避機能とは、レーダー監視専用アンテナを搭載し、無線LAN停止を回避するため、干渉しないチャンネルを常に監視・把握し、レーダー波を検知した際に、瞬時に干渉しないチャンネルへと自動的に切替し、無線LAN停止による通信中断を回避する機能である。④の干渉波自動回避機能とは、監視カメラやコードレス電話機などISM（産業科学医療用）バンドを使用している電子機器から出る電波ノイズを自動で検知し、干渉しないチャンネルに自動で変更する機能である。

通信分野の技術革新は、予想を超える凄いスピードで進んでいる。初期に大型の投資をするより、進化に対応できる範囲の投資を繰返していくのが良いと思う。

小山所長の 喜怒哀楽

50年以上前の話。アラブのどこかの国の皇太子さんが東京にきたので「どのようなお土産がお好みですか?」と尋ねました。皇太子さんは真顔で「ホテルの蛇口が欲しい」と答えたそうです。そして「私は蛇口をひねれば、どこでも清潔な水が出てくる国にしたい」といったそうです。このことが契機となり、水道事業の技術協力が盛んになり「海水の淡水化事業」であるとか「水道設置事業」に対する国際協力が進んで、今では砂漠を農地に変える事業が進められているそうです。

「安全と自由と水が空気のようであったら」というのはユダヤ人の潜在願望なんだと書いてあるのは、イザヤ・ペンダサン著「日本人とユダヤ人」山本書店（1970）の冒頭部分です。

今の日本人で安全と自由と水がタダと思っている人は少数派で、新鮮で安全な空気をえるためには、結構苦労することになると感づいている人も多いのかもしれません。ただ、日本中が焼け野原になり、そこから奇跡の復興をなしとげ高度経済成長を謳歌した半世紀前の日本の潜在意識には「安全と自由と水はタダかもしれない」という錯覚が根付いたのかもしれないと思うことがあります。

令和6年能登半島地震が起きてから丸2か月経過した時点で、被災地の水道が復旧していないという報道がありました。飲み水の確保、調理、入浴、水洗便所に必要な水を手に入れるために給水車に毎日通うことを想像しただけで、何ともやりきれない思いになりますよね。これって能登半島だけのことなんだとは思えませんので、このような状況には到底耐えられないと考え込んでしまいます。

蛇口を開くと水が出て、スイッチを入れれば電気が通じ、冷暖房完備で快適な生活に慣れ親しんだせいか、全てがどうにもならなくなったらパニックになるだけで、カネがあっても生活は再建できないのではないかと不安にならざるをえません。

もう一度、私たちのライフラインである水道、電気、ガス、電話、SNS、道路、バス、鉄道、医療や福祉などの確保について再検討する時代になっているように思います。

◎10年間の震災支援の報告

北海道にある日本医療大学総合福祉学部の笹岡真弓さんから連絡があり「東日本大震災被災者への10周年のソーシャルワーク支援の実践報告」が本になったから送る」「震災後はMSWが役に立つから」「もうすぐ珠洲市で活動始めるから・・・」とのことでした。数日後、「公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会の相談支援1047ケースの実践報告」中央法規出版、という本が届きました。

とりあえず読み進めることにしました。前半は、報告書としてよく整理されており、うんうんそうだったのかと感心して読み続けられましたが、第3章「復旧期」、第4章「被災障害者支援」、第5章以降の1047ケースの分析は読み進めるのに時間がかかります。書かれている事柄の向こうにいる生身の人間のことが気になって仕方がありません。

第2部の「災害時特有のソーシャルワーク支援」では、仮設住宅、復興公営住宅、共助型復興住宅、在宅被災者の生活再建支援の様子が書かれています。第3部は圧巻で「災害時ソーシャルワークの重点的課題」として心のケアやグリーフケアなどの各種課題が整理されています。第4部の【活動実践】個別支援の限界とソーシャルサポートのグループワークは、引きこもり家族や男性独居グループへの取り組み支援で、興味深かったです。第5部は石巻市からの委託事業の報告、第6部は現地で勤務したSWの証言、終章は今後の在り方がまとめられているのです。

本を閉じた後、私にはこの本を評論する資格がないと思ったのです。より正確にいえば、日本医療ソーシャルワーカー協会に所属するMSWの皆様に感謝したいし、報告書としてまとめていただいたことに対して敬意を表明したいと、強く思いました。

◎AI新製品ゾロゾロ

AI関連の新製品については、情報収集能力が完全に麻痺しています。個人的印象では3か月ごとに新しいものがでてきて、多くは無料でお試しはできるが深く知ろうとした途端、課金に応じなければなりません。ただ、マイクロソフトのCopilotは昨年11月に「Copilot in Windows」の記者説明会を開催し、Windows11のアップデート「23H2」では、Windowsに生成AIを活用する「Copilot」機能が搭載されました。

他社も生成AIの製品開発に躍起で、ユーザーとしては何をどう使うかという選択より、まずはどれでも試してみることを繰り返すことになります。これは各種デバイス、特に「情報端末デバイス」につなぐことで特定の機能を発揮する「周辺機器デバイス」の新製品も同様です。

例えば、スマートフォンに取り付けられるボイスレコーダやプリンターなどというものまで開発され、いずれパソコンはなくなるのではないかと錯覚することもあります。

問題はユーザー側にもあるようです。今、全国をまわって「病院DX」とか「介護DX」についてお話を伺っていますが、温度差というか、現状や取り組み方、目的や今後の方針等をお聴きしても、どう考えても改善の余地があるのではないかと考え込んでしまいます。いずれ「病院DX」は病院のライフラインになりますし、生成AIは医療現場に深く関与することになるのでしょう。ただ心配なのは、資本力もIT人材力もほとんど皆無の「介護DX」です。

医療や介護サービスを提供する組織について、現時点ではつぎのように考えています。まず、DXは完全にトップダウンでないと導入できないのではないか。つぎに、これまでの売り手と買い手の商取引関係よりは、売り手側にDXの知識が集中し、買い手側のDX知識が著しく低い場合は、情報の非対称性が存在し、将来の経営問題に結びつきかねない危惧があります。DXは業務改革で組織改革、そして意識改革なのです。

意識改革というのは大仕事ですが、DX勉強会とか、ITゲーム同好会などというインフォーマルな仲間づくりが意外と効果的で、何事も遊び感覚で始めることが肝要だと思います。

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

試験の公正をいかに確保するか
米国の最新の不正事案によせて

「ネパールに関連する一部の受験者グループにおいて、一般的に観察できない不可解な試験成績のパターンが検出され、スコアの妥当性が懸念される。」米国の医師免許試験にあたるＵＳＭＬＥ（United States Medical Licensing Examination）は、２０２４年１月31日にこう声明を発表した。試験結果が無効化された８００名以上に上る受験生は、再度同じ試験を受け直さねばならなくなった。

医師として米国内で診療するのに必要な、各州が発行する医師免許取得の際には、ＵＳＭＬＥの３つのステップに合格しなければならない。ステップ１は医学部の２年終了時から臨床実習に入る前の期間に受ける医学的な総合知識を問う試験、ステップ２は臨床実習がほぼ終わる４年次から受ける臨床現場で必要な知識を問う試験である。最後のステップ３はレジデントの１年目終了以降に受ける試験であり、臨床現場での治療選択や意思決定に関わる問題が出され、これに合格することで医師免許取得の試験は完了となる。

この一連の試験は、ＷＨＯの基準を満たした外国の医学部を卒業した人も受験しなければならない。試験はコンピュータテストを請け負うPrometric社のテストセンターで行われ、ステップ３以外は海外にある同テストセンターでも受験可能である。試験用のコンピュータが簡易な仕切りで整然と並ぶ、物音ひとつない会場では、持ち物が制限され、監視用のカメラが常時作動している。よほど確信犯的なプロでない限り、不正行為を考えつく余地はない。

ＵＳＭＬＥの試験は年間のどの時期でも受けることが可能である。ステップ１・２は１日、ステップ３は２日間に亘り、各ステップで約２８０問ものＭＣＱの問題が出題される。１問あたりに割ける時間は90秒である。ＵＳＭＬＥには定期的に更新される多くの試験問題がプールされており、そこから各受験者に出題され、スコアが算出される。それぞれの問題や全体のスコアなどが統計学的に分析され、問題のクオリティチェックも行われている。更に、各受験者の回答のパターンが不正なものでないかもモニターしている。

ＵＳＭＬＥのスコアが、レジデント終了時に受ける専門医試験の合格率に相関することは広く知られており、最近では、医師の医療現場でのパフォーマンスや患者のアウトカムにも相関するというデータもでている。医師としてのクオリティを保証するための試験であるが故に、公正さが肝要で、不正行為は許されない。日本の試験では、試験問題を持ち帰ることができ、過去問集すら書店で購入できる。しかし、米国の試験では、出題された問題を持ち帰ることはおろか、問題を思い起こして他の人と情報共有することすら禁じられている。こういった環境の中での冒頭のニュースであった。

米国での臨床研修を目指す外国人医師は全世界に多数存在する。高得点を得るための試験の準備、マッチしやすいプログラム、ビザの取得方法、面接に呼ばれるための対策、時には自身のＵＳＭＬＥスコアすら、彼らのあらゆる情報がネット上の媒体を通して共有されている。今回、確率的にはあり得ないことだが、同一地域に関連する受験者から、99パーセンタイル以上のスコアを取ったという投稿が相次いでいたらしい。さらに、正解に辿り着く回答にかかる時間も極端に短かったとも言われている。組織的なリークの関与があるかもしれないという噂は、数か月前から流れていたようだ。ＵＳＭＬＥはこういったネット上の情報にも目を配っており、彼らは医師として必要な知識と臨床技能を有することを保証することの責任の重みを十分に知っている。

勿論ネパールで正当な方法で受験をした人も多くいただろう。彼らの中には、合格証を根拠に既に新たなポジションを得た者、ビザを申請した者もいたらしい。先月、８３２名のネパールの医学部卒業生がスコアの有効性を回復する緊急申し立てをしたが、ワシントンＤ．Ｃ．の連邦地裁判事はそれを却下した。

今回の異常な現象が起こった背景には、組織的な問題のリークがあったのではないかと言われている。個人間での出題問題の共有等の違反行為だけでは説明がつかないようだ。米国でも資格試験のための予備校など、試験対策ビジネスは盛況である。米国の医学部生も、学校の教材だけでなく、高額な受検ビジネスサービスを利用している。私自身もＵＳＭＬＥの受験対策で、いくつかの試験対策コースを受講した。どれも良くできたコースで、ポイントがまとめて整理されていて、非常に役に立った。

今回の事件を通して、入学や資格取得に関連する試験というものに対する日米における姿勢の違いを改めて感じた。そこに公正という概念の捉え方の違いがあるからだ。試験問題を持ち帰らせて、問題を広く公開する公正か、問題を公開せず、その質を分析し、スコアの正当性によって確保する公正か。試験のベースが紙かコンピュータか、という違いもある。早期にコンピュータを導入したことも、試験の公正さへの姿勢の表れの一部かもしれない。資格認定の試験において、スコアで合否が決まることは定石と言えるが、入学などの選抜のために使うとなると、事は複雑になる。一度の試験の結果だけで、その人物の能力を他者と比較することが公正なのか、あるいは、スコアは１つの判断材料と捉え、様々な要素を都合的に考慮しながら選ぶことが公正なのか。試験という能力の判断材料が、どのようなあり方であるべきか、正解を見つけることは非常に難しい。

日米の医師免許取得や専門医資格取得、維持も含め、人生で足踏みを繰り返し、試験慣れしたともいえる私から見ると、日本では若い頃の国家試験、専門医試験が終わってしまえば、その後厳しい審査をされる機会はあまりないように感じられる。であれば余計に、試験の公正・不正の問題を敏感かつ真摯に捉え、正解を模索する姿勢を持ち続けるべきかもしれない。

誠の心に導かれ、愛の祝福を受けてください！
強き勇気で愛を勝ち取り、幸せな夫婦になるのです！
若き戦士よ！お進みください！
若きお花よ！お進みください！
にぎやかな宴はもうおしまい。心の歓びを手にしてください！
香り高き寝室は愛にかざられ、光を逃れた者を迎え入れます。
誠の心に導かれ、愛の祝福を受けてください！
強き勇気と清らかな愛で、幸せな夫婦になるのです！

どなたでもご存じの「結婚行進曲」の意訳です。正確にはワーグナーの楽劇《ローエングリン》第3幕第1場の華々しい前奏曲のあとの「婚礼の合唱」です。

《ローエングリン》の結婚行進曲の評価

物語は、ブラバント公国の世継ぎゴットフリートが行方不明になり、姉エルザに弟殺しの疑いがあるとしてハインリヒ王にテルラムント伯爵が訴えます。王は公女エルザを呼び出し、釈明を促すと、エルザは夢見心地の様子で、神に遣わされた騎士が自分の潔白を証明するために戦ってくれると話す。王の伝令が騎士を呼び出す。すると白鳥が曳く小舟に乗って騎士が登場するのです。

騎士は、自分がエルザの夫となり領地を守ること、自分の身元や名前を決して尋ねてはならないと告げ、エルザはこれを承諾。「神明裁判」によって、テルラムント伯爵と騎士は決闘、勝利します。

こうして騎士と公女であるエルザは結婚することになります。騎士はエルザに疑いの心を持たないように説いて聴かせますが、次第に不安が募り、夫に対する疑念にも似た気持ちは抑えられず、とうとう騎士の素性を問い詰めてしまいます。すると、永遠のしあわせは瞬時に奪われてしまうのです。

騎士は王の前で、「私は、はるか彼方にあるモンサルヴァート城で聖杯を守護するパルジファル王の息子、ローエングリンだ」と名乗ります。そこに白鳥が小舟を曳いて迎えにやってきます。ローエングリンは角笛と刀と指輪をエルザに手渡しますが、指輪だけは丁重にエルザの手の中に置き静かに祈りを捧げます。すると、白鳥が人間に姿を変え、行方不明だった弟が現れます。小舟に乗ったローエングリンは悄然として去り、エルザもまた弟のゴットフリート公の腕の中で息絶えるのです。

物語は、中世の騎士道や愛情をテーマにしており、愛と犠牲、秘密と真実、信仰と使命などのテーマを探求しながら、感動的な結末を迎えます。この《ローエングリン》を熱愛したのが若きバイエルン国王ルートヴィヒⅡ世です。

彼は、1869年からノイシュバンシュタイン城の建設を本格的に始め、17年間建築が続けられましたが国王の死によって中止されました。城の構想の起点が、ワーグナーの楽劇《タンホイザー》と《ローエングリン》にあったことは、一度でもこの「新白鳥城」を見学すれば理解できます。

ノイシュバンシュタイン城とローエングリンの関係は、両者がバイエルンの歴史や文化において重要な要素で、城はルートヴィヒⅡ世の浪漫主義的な理想を具現化した建造物であり、建築や内装には中世の騎士物語や伝説からの影響を色濃く映し出しているという解説が、旅行案内書に数多くあります。一方、ローエングリンの物語は中世の騎士道をテーマに、ワーグナーのその後の4部大作《ニーベルンゲンの指輪》や《パルジファル》といった一連の作品のベースであり、偉大な楽劇の祖としてのワーグナーの評価を不動のものにした作品だと思います。

「結婚行進曲」は、教会のオルガンが奏でる場合が多く、合唱曲として披露されることはまれになってしまいましたが、この合唱はあまりに素晴らしいものなのです。

小山

病院・福祉施設さまの厨房運営課題を解決へと導くナリコマより無料セミナー開催のお知らせ

クックチル×再加熱カートセミナー

受講者100名over！
あの大人気講師が再登壇！

日時：2024年4月23日（火）14：00～15：40
講師：社会福祉法人九頭竜厚生事業団
シルバーケア九頭竜
管理栄養士　斎藤泰代　さま

▼お申し込みはこちらから

【個人情報の取り扱いについて】
お預かりした個人情報（氏名・電話番号・メールアドレス等）は、セミナーに関するご連絡、当社サービスのご案内、メールマガジンの送付・発信等に利用いたします。予め同意の上、お申し込みください。個人情報の取り扱いに関するお問い合わせは、弊社担当までご連絡下さい。

株式会社ナリコマエンタープライズ
〒532-0004 大阪府大阪市淀川区西宮原1-4-2 ナリコマHD新大阪ビル
TEL：06-6396-8020　FAX：06-6396-8340
セミナー担当：岸田（070-2287-7376）

関連イベント情報　掲示板

第24回日本健康・栄養システム学会大会 参加者募集開始

日本健康・栄養システム学会大会の募集が開始されました。

【日時】6月8日(土)・9日(日)
【開催方法】オンライン
【参加費】会員6000円／非会員8000円／学生2000円（抄録集代を含む）
大会長：堤ちはる（日本健康・栄養システム学会理事）
【テーマ】未来を拓く、つなげる栄養ケア・マネジメント
【プログラム】8日（1日目）
【代表理事講演】栄養ケア・マネジメントの深化～報酬改定を踏まえて～：三浦公嗣（当学会代表理事／藤田医科大学特命教授）【特別講演1】母子保健行政の最近の動向について：木庭愛（こども家庭庁成育局母子保健課長）【特別講演2】栄養政策の動向について：清野富久江（厚生労働省健康局健康課栄養指導室室長）【大会長講演】未来を拓く、つなげる子どもたちの栄養ケア・マネジメント：堤ちはる（相模女子大学教授）【教育講演1】「こどもまんなか社会における乳幼児の健康・栄養マネジメントとウエルビーイング」【教育講演2】エビデンス・クリニカルギャップを埋める栄養研究と人材育成の未来～糖尿病分野における挑戦～【シンポジウム1】子どもたちの栄養・食生活、リスクマネジメントの方向性
9日（2日目）
【一般演題】【シンポジウム2】「診療報酬・介護報酬改定に関連する話題」日本臨床栄養学会と合同開催【シンポジウム3】「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取り組みの展開」
お申込み・お問い合わせは学会HPまで（https://j-ncm.com/）

マネジメントスキル・ワークショップ北陸地区研修開催

富山福祉短期大学主催・日本臨床看護マネジメント学会共催のマネジメントスキル研修を開催いたします。

目標には〝看護の思い〟がちゃんとつまっていますか？目標を達成できそうな計画になっているでしょうか？ワークショップは、立ち止まり考える絶好の機会です。同じ悩みを持つ仲間と一緒に考え、成果がでる目標管理にしていきましょう！

【日時】5月25日(土)9時～17時
【場所】富山福祉短期大学（富山県射水市三ケ579）
【対象】主任看護師・看護師長
【講師】高田誠（株式会社オーセンティックス代表取締役）山元恵子（富山福祉短期大学看護学科長）米山美智代（富山福祉短期大学看護学科准教授）
【参加費】7000円
【申込】学会HPにて（https://www.jasnam.com/）

シェ・イノでアスパラガスの会

各地の桜開花予想の便りが聞かれるようになりました。前回のマリア・カラスの生誕百年祭の参加者から、春にホワイトアスパラガスを特性ソースで食べたい、というご意見をいただき、また、次回はぜひ参加したいから企画して欲しいというご要望がありましたので、ご案内します。

アスパラガスは、仏語でアスペルジュ、伊語でアスパラーゴ、西語でエスパラゴ、独語ではシュパーゲルと呼ばれていますが、原産は地中海東部らしいので、ヨーロッパの代表的野菜ということです。

ノンアルコールのワインなどもご用意いたします。

春のひと時、シュパーゲルを存分に味わっていただきたく、皆様のご参加をお待ちしております。

【日時】2024年4月13日昼
【会場】Chez Inno（東京都中央区京橋2―4―16）
【会費】25000円　※お申込み順38名限りとなります。
【申込】社会医療研究所HP（https://syakaiiryou-news.com/）

医療DXにご興味のある施設様へ

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