

# 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: syakairyou-news@nhjp.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

## カエル飛びしていつか追いつけば DXは成功なので諦めないで欲しい

所長 小山 秀夫

日本の介護や医療にDXが不可欠だと理解してから、わたしはほぼ独学で情報収集し各地でディスカッションを重ねてきました。その結果、DXに関しては経営トップが自ら学習し決断しトップダウンで押し進めないとどうにもならないという、あたりまえの結論に到達しました。

日本型組織は、どちらかというボトムアップ的で全員参加型が基本で、組織を維持発展させるためには民間組織であっても官僚性が徹底されており、トップには人望と資質をステークホルダー側が求める傾向があると思います。

官僚制とか官僚主義という言葉自体にアレルギー反応を示す人は決して少なくないと思いますが、官僚性には短所もあります。長所も沢山あります。徳川幕府の260年間は、家父長制的な支配に基づく家産型官僚制の完成形であったのではないのでしょうか。

ドイツの社会学者、マックス・ヴェーバー(1864-1920)

は、合理的支配システムとしての近代官僚制を持つ「権限の原則」「階層の原則」「専門性の原則」「文書主義」などに着目し、研究しました。その結果、個人の自由が抑圧される可能性などのマイナス面があるものの「近代官僚制のもつ合理的機能を指摘し、官僚制は優れた機械のような技術的卓越性がある」と主張しました。

一方、米国の社会学者ロバート・キング・マートン(1910-2003)は官僚制には、逆機能があることを指摘しました。例えば「法律(規則)の手段の自己目的化」「官僚組織の情緒的な同調主義・自己保存」「官僚組織の非人格的な機械性・画一的な対応」といったマイナス機能があると指摘したのです。これ以降、いろいろな人が官僚制には「規則万能、責任回避・自己保身、秘密主義、

前例主義による保守的傾向、画一的傾向、権威主義的傾向、セクシヨナリズムの発生」というマイナス面があるとして徹底的に批判されてきました。

行政官僚主義は硬直的で時代変化に対応できにくいことは確かです。それでも世界中の近代組織は官僚制の原則に貫かれています。官僚制を打破した新しい組織のあり方が研究されていますが、未だ決定的新原則が確立していません。民間組織が活用している私企業が少ないうえに現状があります。

### 官僚主義的組織体 DX推進を邪魔する

官僚制はどのような組織でも部分的に採用されていますので、全てが悪いわけではありません。しかし、マイナス面があることは確かです。で、デメリットに十分注意しながら運営する努力が必要です。官僚主義的態度の人々は、どうしても新しいものに対応しにく

いといえるのではないかと思います。それゆえ、官僚主義的組織体ほどDX推進を邪魔しているのではないかと逆にならざるを得ないところほどDXに取り組んでいくと、わたしは考えてきました。

しかし、先進的な市などの地方自治体で民間企業の人材を副市長などに公募し、デジタルガバナンスに取り組んでいる掛川市、四条市、加古川市などの現状を確認してみると、行政官僚主義組織が副市長クラスに民間のデジタル人材を登用すればDXが可能な場合があることがわかりました。このことは、市長自身がデジタル人材であれば、市レベルのDXの可能性はいくらでもあるのだということに、気づきました。

病院や社会福祉施設などが官僚主義的組織体化しすぎているために、世の中の変化への対応力を低下させているのではないのでしょうか。年功序列型補充人材募集が習慣化している組織では、対応力のある人材の流失と対応力に乏しい職員の採用を繰り返すことにより、再生不良になるという体験が、わたしにはあります。

### 新しもの・勉強好きで 諦めないで取り組もう

「新しもの好き」「勉強好き」「決して諦めない」というトップがいれば、組織ほどDXが進んでいます。

「年取ったのか新しいことに取り組む意欲がない」「いまさら勉強するのが面倒くさい」「DXは難しいので諦めるしかない」という人は少なくありませんが、こういった組織のトップにいろいろな話をして時間を無駄なような気分になることがあります。それでも、経営継続性確保のため諦めないでくださいと、励ましています。

「失礼ながらいい年なのに新しいことを勉強して偉い」などと嫌味をいう人もいます。それでも「変化への対応を怠った結果、無能なへたよる老人と揶揄されたくない」などとやんわり反論したりしています。人それぞれですが、組織や職員として利用者のためにも変化に対応して経営継続性を高める使命が経営者にも管理者にもあります。それを諦めるということ

は、椅子から降りる準備を進めざるをえないのではないのでしょうか。くり返しになりますが、新しもの好き・勉強好き・決して諦めないという姿勢は、経営者や管理者の使命なのではないのでしょうか。自分では対応できないと判断すれば、対応できるナンバー2をどこからか人材登用するしかないでしょう。決して諦めないでカエル飛びをイメージして学習しDXのための戦略を策定するためのチームを創りましょう。DXは全員参加が原則ですからリーダーシップもマネジメントも必要です。



### 医療の質向上の仕組み——LHS——

済生会熊本病院医療情報調査分析研究所 所長 副島 秀久

ドナベディアンの医療の質の要素、すなわち structure, outcome, process は良く知られている。Structure (構造) はスタッフ数や、建物、検査・治療機器など、そして Outcome (結果) は治療成績や収益、患者満足度などで比較的わかりやすい。それではプロセス (過程) はどうであろう。これはややイメージしにくい。例えば治療プロセスやケアプロセス、患者やスタッフの配置や動線、地域医療連携などが挙げられるだろう。要は構造であるスタッフ数や設備などのインフラをうまくマネージして最終的に良い結果が出せればよいということになる。

われわれ医療者は、日々、安全で効率的で満足度の高い医療を、限られた資源のもとで様々な試行錯誤をしながら追及しているが、結局のところ、良い構造と良いプロセスの組み合わせで良い結果を得ることができるのである。従って臨床の現場で行っている努力の殆どはプロセスの改善となる。ではプロセスの改善は実際にどうやればできるのだろうか。まずはプロセスの可視化で、これにはクリニカルパスが最も有用

だ。われわれの病院では1990年代からパスを利用してデータを取り、それを分析して質の向上に関連する有意な医療行為を改訂パスに取り込み、さらにデータを取って再改定するというPDCAサイクルを繰り返してきた。もちろん新たに改定されたガイドラインをパスに反映させることも行っているが、ガイドラインの改訂サイクルは長く、また具体的な医療行為までは落とし込めていないので、質向上に時間を要する。

そこで、日々の業務を改善し、かつこれを継続的・組織的かつ迅速に繰り返す仕組みとしてLHS (Learning Health System) という考え方が提唱された。これは2007年にミシガン大学のFriedmanらによって以下のように定義づけられた。要約すれば「研究成果や新技術の導入を速やかに現場に導入し、持続的に質を向上させる組織的な改善の仕組み」とでもいえるようか。

われわれはこうした概念化を知らずに、類似した改善運動をパス改定とパス大会と言う形で30年近くやってきた。これはまさにLHSそのものである。

事例を挙げると例えば疼痛の継続的な研究である。疼痛をNRSという定量評価に置き換え、パスに組み込んで運用、データを取って解析し、いかに痛くない治療にするかを目的とした。もちろんパスを作成する前段階として、医療内容の標準化という作業が待っている。例えばスタッフが使う医療用語の標準化やスケールの標準化、薬剤や検査の内容の標準化だが、実際問題として何が正しく何が適切なかは明確でないのが、まずはざっくりと共有できる部分を見つけ出し標準化を進める。この段階においても各々の医療者の考え方や意見は異なることが多いので最大公約数的な落としどころに誘導していくリーダーシップが必要だ。意見の相違のあるところは残しておいてまずは現状でパスを作り運用する。最終的にはデータ解析して一定の正しい方向に定まっていけるので、必要以上のコンフリクトは避けてデータを集める

と良い。

疼痛の研究は未だに続けているが、まずすべてのパスでNRS (Numerical Rating Scale) という11段階の疼痛評価表を採用し、3までを許容範囲、4以上の痛みには何らかの評価と記録、処置の内容を記載することとした。こうすることで日々の臨床をこなしながら同時にデータが集まってくる。ePathという電子クリニカル

パスの形式とテンプレートで疼痛のデータが蓄積される。

パス大会の目的はパス改定のプロセスや改定内容を全病院で共有し、得られた知見を他の領域のパスにも応用することにある。たとえ小さな工夫でも、われわれの仕事を変え、医療の質を上げることにつながるれば全病院に広げることができ大きな成果を出すことができる。ちなみにロボット支援前立腺全摘出術では鎮痛剤を点滴で持続的に投与することで痛みの4レベル以上症例が49%から31%に改善した。痛みが少ないことは患者にとって福音であるだけでなく、スタッフにとっても術後管理を容易にする。痛みの訴えがあれば看護師は患者のもとに行き、痛みの状態を尋ね、時に追加の処方を出したりする作業を発生させる。上記の例では看護師の痛みに対する作業が71%減った。働きかた改革にも大いに貢献できるプログラムだ。

こうしたいわば業務改善ともいえる小さな工夫は大きな実験計画も必要なく、医療者の裁量の範囲で行うことができる。今までもこうした工夫やアイデアはあったろうが、データを大量に集めて迅速に改善するなどの対応は電子化なしにはできなかった。LHSではこうした日々の改善アイデアが実行され評価され現場の仕事を継続的に改善する仕組みとなっ

る。

組織が持続的に改善をしていく仕組みがLNSだが、これをさらに拡大し地域全体でデータを集めて解析し、その改善事例を地域社会で共有し治療成績を改善していく概念をLearning Health Societyという。われわれは地域の異なる医療機関のデータを集めて解析する事業を進めてきた。こうした事業の背景にはやはりクリニカルパスの存在が大きく、その共通仕様をひな型パスと呼ぶ。これをさらに進めていけばパスを個々の医療機関でそれぞれ作成するのではなく、パスを共有、流通させることが可能になり、さらにより良いプロセスを確立することができるだろう。

今現在行っている医療が唯一正しく、変える必要もないとおもっている医療者は一人もいないだろう。個々の現場ではミクロな改善が行われているが、残念ながらその効果や正しさを検証する手段がなく、属人的でその人がいなくなるとそうしたアイデアや工夫も消えていた。LHSの最大の利点は現行の治療の見直しと、現場のアイデアをエビデンスに基づいて検証できることだろう。

本年8月でパス大会は136回を迎えた。内容はエビデンス重視で統計学的な検証もきちんと行われ、レベルが高くなった。参加希望はホームページから申込みます。



# 有事斬然 (ゆうじざんぜん)

## 第56回 自由診療の価格まで規制する必要があるのか？

社会医療研究所 エグゼクティブアドバイザー 一戸 和成

2024 (令和6) 年7月31日、

厚生労働省は令和5年度「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」の結果をとりまとめ、公表した。外国人患者の受入実績のある病院のうち、18・3%が未収金を経験していた。自由診療である訪日外国人観光客(以下訪日客)への医療提供について、丁寧に「訪日外国人の診療価格算定方法マニュアル」まで研究させているのには、である。病院経営の今後を考えれば価格決定権は重要であり、この点を考えてみたい。

### ○現場にしわ寄せばかり

国としては、訪日客で経済を活性化するため、とにかく日本に来てもらい、お金を落としてもらえばいいという経済第一主義である。そして、日本に滞在している間に起きた病気に対しては、厚生労働省が、医師法上の応召義務という伝家の宝刀(医政発1225第4号令和元年12月25日)を使つてまで、医療機関に訪日客への医療の提供を義務付けている。おかげで、旅行保険に加入していないクレジットカードを持っていない訪日客に、医療を提供しなければ

ならず、未収金が発生するのだ。

一方、価格決定権の考え方からすれば、前述のマニュアルなどは、インバウンド促進のため、医療機関が法外な医療費を請求しないよう政府として牽制するためのものと考えているが、厳密に言えば医療機関は従う必要性はない。しかし、国民皆保険制度の対象である日本人と違い、自由診療の訪日客に対しては、治療費を支払う能力がないというだけで、医療を提供しないことを応召義務までかけて認めない(医療の提供を義務付ける)という環境を作った上で、医療機関の価格決定権に口出ししているわけである。

その際、公的保険の公費負担分の収入も確保できない訪日客の自由診療分の未収金が発生した場合、医療機関の経営に与える影響は甚大であることは想定できるはずだ。ゆえに、未収金発生時に、医療機関に迅速かつ簡便に補填する制度設計も同時に行うべきである。現在のような未収金のある訪日客を報告して、以後入国できない可能性をちらつかせて、回収しようとするような対応では遅いのである。

### ○経営とは価格を決めること

現パナソニックホールディングス創業者である松下幸之助氏は、こう言ったとされる。

「商売は何といつてもやはり利益をあげなくてはならない。利益のない商売をしておつたならば、その会社は衰微してしまう。(中略)どの程度に利益をあげるかが正しいかを、お互いが非常に重要な問題として考えねばならないと思うんです。いわゆる適正価格を取るといふことであります。(中略)みずからの見識によつて適正価格を定めなければならぬということですよ。(略)」「月刊PHP 松下幸之助について」(30から)

この発言を踏まえると、経営とは適正「価格」を決めることなのだと言える。医療機関の収入のほとんどを診療報酬という「公定価格」によつて決められていることからすれば、医療機関経営は「経営」にはならないのかもしれない。しかし収入に占める割合が少ないとはいえ、保険外併用療養費制度の自己負担分や自由診療においては、適正価格の決定権を持つているわけで、医療機関にとつては「経営」することのできる重要なサードと位置付けることができる。

### ○拡大する保険外併用療養費と悪化する病院経営

24年診療報酬改定において、長

期取載品の選定療養プログラム医療機器の評価療養および選定療養などが保険外併用療養費制度に追加され、その項目は確実に、そして加速度的に拡大している。昨今、保険給付範囲の縮小(長期取載品の選定療養)や医療機関の受診制限を介した患者のアクセス制限(22年改定で導入された大病院の初再診の保険給付分の一部選定療養への付け替えが含まれた定額負担)などに主に利用されているが、当該制度は、これまでできなかった医師、医療機関のアウトカム評価や病院の経営改善等にも関与しうる可能性の大きな制度であると考えている。

このような中で、7月9日に福祉医療機構が発表した病院経営動向調査(23年度分)の概要や、7月26日に国立大学病院長会議が発表した23年度決算概要(速報値)を見て、病院の経営は悪化の一途をたどっている。このような経営環境からすれば、価格決定権のない診療報酬とは別に、保険外併用療養費制度や自由診療を活用し、適正な利益を上げるための収入源を確保する必要がある時期にきている。特に、先進医療、健康診断、人間ドック、美容医療(歯科を含む)、訪日客医療、外国人富裕層向け医療など、需要の大きい自由診療の分野が残っている。これまでこうした世界は、自由診療専門の医療機関が主に担ってきたが、これからは、病院のブランドを活かしつつ進出する時代になる。その際、自らが提供するサードビスに対して「適正価格」を提示できる医療機関が自由診療、保険外併用療養費制度のなかでも生き残っていくのだろう。

たが、これからは、病院のブランドを活かしつつ進出する時代になる。その際、自らが提供するサードビスに対して「適正価格」を提示できる医療機関が自由診療、保険外併用療養費制度のなかでも生き残っていくのだろう。

○保険外併用療養費制度の使い方  
保険外併用療養費制度は、国家財政的にも、患者の選択肢を拡充するという患者のニーズに応えるという意味においても、その拡充は避けて通れないだろう。行政の視点からすれば、医療提供体制の誘導や医師偏在対策として、また、医師や医療機関のアウトカム評価を行い、患者に対してアウトカムデータを公開し、医療情報の非対称性を解消するという形の制度として利用してもいい。そうすることで、患者を獲得する競争も起き、医師や医療機関の医療の質も向上するはずだ。また、病院経営の視点からは、医療サービスについて、医療機関が、その責任において適正価格を決め、経営を安定化させることができるものとして活用することもできるだろう。制度はその目的を考え、活かしてこそその制度ではないだろうか。  
その際、訪日客への医療提供に関する現在の制度設計や算定マニュアルのような、単に現場に都合を押し付けるようなものであつてはいけないはずである。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(44)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■目標復旧時間、RTOとは、

自院が災害等によって中核事業を停止した状態が継続すると、収入が入ってこないだけでなく、地域経済や取引先に大きな影響を与えてしまう。RTOを設定することは、事業の継続や早期復旧を保証することになるので、社会的な信用度も向上させる。従ってBCPを策定する上で、RTOの設定は重要なポイントになる。

RTOとは、Recovery Time Objectiveの頭文字で、目標復旧時間のことだ。目標復旧時間は、事故や災害によって事業中断が発生してから、どれくらいの期間で中断しているサービスを復旧させるかを決めておく時間・期間のことだ。BCPには、RTOの記載が必須となっている。今回はRTOとは何か、必要な理由、決め方、設定時のポイントについて考えてみる。

RTOは事業が停止した場合を想定し、事業の重要性や、顧客や取引先への影響を考慮して、秒・分・時間・日・週間・月といった期間を設定する。例えば、RTOが1日であれば、事案発生後1日

以内に復旧することを意味している。

災害が発生した際は、重要性の高い事業である中核事業(サービス)を速く復旧したいが、事業中断が長引くと、収入は得られない上に、事業停止により廃業となる可能性もある。職員の雇用を守ることも困難になってしまう。

最近では、BCPの策定を取引条件とする企業もあちらしく、RTOを設定したBCPが重要となっている。RTOが設定されたBCPは、不測の事態に備えていることを証明しており、自院の信頼を向上させる、と言われている。

RTOの設定は、復旧を担当する職員間でどれくらいのスピード感で復旧を進めるのか、という「認識の共有」となるので重要と言われている。認識が共有されない状態で復旧作業に取組めば、できるものもできなくなってしまうこともある。

だから、職員間で認識を共有し、協力し、設定期間内に復旧できるよう、目標復旧時間を十分に周知し、これを基準に復旧作業が進捗管理され、復旧を完了させる必要がある。

■事案発生前提をどう考えるか

だが、ここで問題となるのは、目標復旧時間を検討する時、事案発生前提をどう考えるか、どういう状況で中断に至ったかという状況設定である。例えば、大規模災害で周辺一帯が火災となっている場合と、自院内のみで火災が発生している場合とでは、自院にとっての実現可能な目標復旧時間は相当違ってくる。あくまで目標復旧時間は、自院にとって実現可能な目標でなければならぬ。だからその前提は、自院以外には何事も発生せず、自院のみに事案が発生しているという前提で検討することが正しいと言える。

等が許容できる期限、尚かつ、何としても復旧させたい時間を、最大許容停止時間MTPD.. Maximum Tolerable Period of Disruptionという。MTPDは災害等によって、業務が停止した際、事業の中断時間がもたらす影響から考えた、最大限に許容できる業務中断時間の長さを意味している。RTOと同様、中核事業の優先順位を決定するための判断基準となる重要な指標と言える。BCPを策定する際には、RTO、MTPDという2つの時間軸による検討が必要なのである。

論で実現不可能な目標復旧時間を設定してもダメなので、復旧に携わる関係者が十分に検討し、認識を共有し実現可能な目標時間を設定しなければならぬ。また、最初から確定できるとは限らないので、後から修正される前提で決定することを確認しておかなければならない。

■あくまでも組織内の目標だ

ステークホルダーの中には、災害等が発生した後の復旧時間について、注文・要求がある関係先もある。その場合、その注文・要求をそのままは受入れないことが大切だ。例えば、実現可能な目標復旧時間が10日間なのに、行政機関等から地域復旧計画に掲載するため、3日以内での復旧申入れがあったとする。行政からの要請だとして、要求をそのまま受入れ、目標復旧時間を3日としたら、それは絵に描いた餅となる。もちろん、行政からの要請は受入れるべきかもしれないが、要請をそのまま設定するのではなく、要求されている水準には達していない事項を明らかにして、実現可能な時間を設定するのが最良となる。そして、要求を満たすには何をどう改善していくかを、課題に設定しその改善に取組む。目標復旧時間は顧客や取引先等への約束ではない。あくまで組織内の目標として取組むこととしたい。

目標復旧時間を決める最大の目的は、前述のとおり、復旧に向けた活動に携わる関係者の足並みをそろえることにある。事業中断が発生した時に予め設定していた復旧時間がふさわしいかどうかを検討し、その状況に合わせて時間を修正してから関係者に周知し、これを基準に進捗管理が実施されればよい。だから、BCPに設定された目標復旧時間はあくまで仮の目標であり、事故や災害が発生した後状況に応じて時間を修正するのだとしておけば、様々な事故や災害に対応可能な柔軟なBCPとなる。これが出来る、ワンランク上のBCPと言えるのではないかな。

ここで、目標復旧時間をどれくらいにするか決めるのだが、最大許容停止時間よりは短くなければならない。なぜなら、最大許容停止時間を過ぎれば致命的なレベルの悪影響が発生するので、そうなる前に復旧させなければならぬからだ。これは、目標復旧時間を決める上で最大のルールである。そして、実現可能な目標でなければならぬから、理想やあるべき



小山所長の

喜怒哀楽



8月31日午後、藤田医科大学医学研究科病院経営学・管理学専攻（専門職大学院）2期生14名の医師の方に講義しました。レクチャー、ディスカッションと進み、最後に小松本悟先生が総評するというスケジュール。先生が総評で「ごめんなさい」といつていたことについて不思議がられてしまいました。わたしは「医療制度・政策が医療現場のやる気をそいではいけない」と考えてきましたから、現場に申し訳ないという気持ちです」というような趣旨のことをお話ししました。

終了後、確かに単なる大学院の教員が「すいません」と謝るような立場にないので失礼したと反省しています。小松本先生と受講いただいた皆様にお詫び申し上げます。わたしは現場の対極に存在すると認識されている厚生労働省の試験研究機関の研究職に長年在籍したせいで、どちらかというと厚労省の医系技官や事務官と仕事をすることが多くありました。そんなことから今では、制度政策的にこうすれば医療現場はもう少し楽になるのではないかと考えるよう

になったのだと思います。

昭和から平成に時代が変わる前後10年間の厚生省には、国民生活の安定と福祉向上のため社会保障制度を前進させていこうという機運がありました。高齢化は進み、その財政負担は大きな課題でした。医療自体を確保するために施設も人もお金も科学技術も必要で、どうしたら老人医療は確保できるのか、医療の質を担保する手段は？医療費を安定的に保障するにはどうすればよいのかなど基礎的なイシューについて熱い議論が毎夜繰り広げられていた時代です。

2000年前後の10年間は介護保険制度に関する議論が日本中で盛んでした。制度自体は何とかができて、魂を入れていくような作業が何年も続きました。このような時代に仕事をさせていたとき、多くの方々と話し合えたことは、わたしの宝だと感謝しています。いつも思うのは、医療現場や介護現場は「やる気が落ちていないか」「何か問題が発生していないか」「制度政策的に対応できる課題はなにか」「DXを最大化して仕事を改善できないか」といったことを調べたり考えたり書いてたりしています。

最近、厚労省の幹部職員との雑談で、「医療費を増加させないようにするのが仕事だ」という趣旨の発言をする方がいます。また、

少数派ですが20年前では珍しかったのに、時代は変わったのですね。「社会保障は取締行政だけでは仕事はできない」と繰り返し教えてくれた立派な厚生省の先輩方をわたしは今でも尊敬しています。

◎自分らしく暮らす

内閣官房は2日の「第6回認知症施策推進関係者会議」で、認知症施策推進基本計画（素案）を示し、参加者が了承した。この中で「認知症になっても希望を持って自分らしく暮らし続けることができる」という新たな考え方が盛り込まれ、今月下旬にも閣議決定される予定です。

認知症と共に生きる人を「支える対象」とするのではなく「共に支え合って生きる」ことが重要だという国の方針転換が示されることになるのは、大賛成です。友人や知人でも、「認知症になったら何もできなくなる」「自分が自分のことをわからなくなる」のだと誤解している人がいます。認識を改めて共生社会を創造しましょう。

◎米国の病院はエピックだ

日本病院DX推進協会の設立総会の準備のため僅か4日間で米国西海岸を駆け回りました。訪問した医療機関はサンフランシスコのUCSFのがん病院と小児病院、サンディエゴのSharpヘルス

ケアの建て替え工事が始まった記念病院です。UCSFとSharpへの訪問は実に33年ぶりです。浦島太郎になったような感覚でした。これらの病院の情報システムの中心には、価値総額約6億3千万ドルの医療ソフトウェアを手掛けるEpic Systems社の存在があります。

エピックは全米の4割の病院で使用されている電子カルテとして世界中から注目されていますが、1979年に創業され、現在3億500万人以上の患者に電子記録を提供しているとのこと。

少し説明しますとアメリカの医療では、患者に関する情報の全ては患者に所有権があり、患者自身が見ることができず、診療する医師は、患者の既往歴を電子記録で確認できます。

今年4月以降、OpenAIの大規模言語モデルを活用し医療用AIの開発と医療への導入に加速度的に取り組み、多くの病院に提供し始めています。これらのシステムが院内のスマートフォンやタブレットなどのデバイスと結びついているので情報処理時間は短縮化されています。

例えば、4院で約千床を運営するUCSFでは、6700台のデバイスが利用されているとのことでしたし、サイバーセキュリティ対策も万全という説明です。AI

搭載のエピックのシステムの優位性を体験することができ、最先端の病院情報も患者情報システムも理解できていなかったことを思い知らされました。

◎患者と医師の関係が変わる

各病院でいくつかのデモンストラーションを体験できましたので、患者医師間の例の一部を紹介いたします。まず、簡単な挨拶後医師が話し始めます。

「これからの会話を録音してもいいですか」ということで了承された後、通常の診療が進みます。医師の手にはiPadがあり前回の検査結果や今後の治療方針が示されますが対話はお互いに向かい合っています。診察が終了すると「今、録音した内容の要約をAIが作成しましたので、確認してください」その後「では治療に入りますが、要約内容を確認したいというサインをパッドにお願いします」

短時間のデモでしたが、いたく感じました。録音していたのもパッド、検査結果などをみせるのもパッド、要約作成はAI、インフォームドコンセントも治療同意書も全てペーパーレスで、終了後エピックへの送信ボタンを押せば全て完了で、以降、患者サイドには病院が提供する入院患者用iPadがあり、医療チームとも絶えず情報共有できます。

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

米国の専門医制度に学ぶ(1)

近年、日本では専門医資格の取得や更新が以前より厳しくなり、若い医師たちにとって、その価値は学位よりも高まっているようである。専門医資格を取り巻く日本の状況は変遷を重ねてきたが、私が若い頃に大きな変革が起こった。日本小児科学会の専門医(当時は認定医)取得に際し、症例レポートに加えて筆記試験や面接試験が導入され、資格試験としての形が整い始めたのである。当時、数年前までは学会入会期間と症例レポートのみで合格できたとき、わが身の不運を嘆いた記憶がある。

後年、私は言語や医療システムが異なる米国でも小児科と遺伝科の専門医資格を取得することになったが、その過程すべてが興味深く、米国の専門医制度に対する考え方から多くを学んだ。今回は、その米国の専門医制度について述べたいと思う。

米国において専門医資格は、日本以上に重要な意味を持つ。専門医資格の取得と更新の厳格化

は、医師と医療サービスの質の保証のために必要不可欠だが、

米国では長年にわたってその方針が徹底されている。専門医資格は、卒業教育の質を管理するACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) に認定された専門的なトレーニングを修了した証として位置づけられており、これにより初めて特定の専門分野で診療を行うことが可能となる。すなわち、現時点の医学において適切であり広く承認されている標準的ケア (Standard of Care) を患者に提供できる能力が保証されるのである。多くの病院では、医師の募集条件として専門医資格、あるいは専門医試験の受験資格を求めている。これがなければ、病院での医療行為や診療報酬の請求も難しくなるのが一般的である。

日本では、医師が自らの専門性やスキルを証明し、社会から評価されることを求める傾向があるように感じる。そのためか、比較的

短期間で基本的な研修や講習を受けることで取得できる認定医資格が多く存在し、それらは専門医資格

格に比べて取得要件が緩やかである。一方で、米国ではこうした多数の認定資格は存在せず、むしろ一つ一つの専門医資格において非常に厳格な基準が設けられている。これにより、医療の質を一定以上に維持し、社会全体での医療への信頼を高める意図があるように見える。

具体的に米国の小児科専門医認定システムを例に挙げると、米国の日本小児科学会に相当する American Academy of Pediatrics (AAP) 等の学術的組織とは独立した機関 American Board of Pediatrics (ABP) が専門医資格の審査を行う。ABPの専門医資格を取得するためには、①3年間のレジデントプログラムの修了、②米国いずれかの州が発行する無条件の医師免許の取得、③ABPの試験に合格すること、の3つが基本的な条件である。

この試験が、非常に大変である。初回取得のためのABP試験は、1ブロック1時間50分で85問程度を解く形式で、10分間の休憩を挟んで4ブロック行われる。受験者は、金属探知機を使った持ち物検査を受けた上で、朝から夕方まで試験会場の部屋に閉じ込められた形で試験を受ける。試験はコンピュータテストであり、正答率70-75%が要求される。定められた3日間の試験期間中の1日を選び、プールされた問題から受験

者それぞれに異なる組み合わせの選択問題330-340問を解答することになる。また、レジデントプログラム卒業から7年以内に合格できなければ、レジデントをやり直す必要があるという厳しい規則も存在するため、失敗は許されない。最近のABP初回受験の合格率は約80%であり、中途半端な準備では合格は難しい。

ABPでは、In-training Exam (レジデントプログラム在籍中に毎年行われる模擬試験)を義務付けており、受験者の年次ごとの個人成績と合格率の相関をモニターしている。合格率は各プログラムによって大きく異なり、合格率が50%のところもある。必然的に成績の良い若手医師は高い合格率を維持しているプログラムを希望するため、プログラム側にとっても質の高い教育を提供し、合格率を上げることが死活問題となっている。指導する側も学ぶ側も必死である。また、米国では専門医資格の維持・更新についても多くの工夫が施されている。たとえば、専門医資格を維持するために、継続的な医学教育(Continuing Medical Education: CME)の取得や定期的な再評価が必要であり、これによって医師の知識や技術の更新が保証される。

私自身も、ABP試験の洗礼を受けることとなった。卒業したマ

ウントサイナイ病院の小児科レジデントプログラムの当時の合格率はほぼ100%であり、不合格になれば悪目立ちすることは必至であった。また、外国人としてレジデントに採用してもらっただけに、期待を裏切ることができないという思いも強かった。約30万円の高額な受験料も、再受験を考えると恐ろしかった。しかし、こういった心理的、経済的なプレッシャーはかえって良い方向に働き、フェローとしての日常業務をこなしながら、毎週の同僚との勉強会や毎日2時間の自主学習を続けることができた。

試験後、予想よりも早く試験の詳細な成績と共に合格の通知がメールで届いたときは驚いたが、やはり合格は嬉しいものである。試験後にも手応えを感じていたが、予想以上に良い成績であったことは、英語の試験に対する大きな自信にもつながった。長い英語の文章を読みながら1問につき1分程度で解答していく作業は非常に辛いものであったが、その後続く遺伝学の専門医試験や、各専門医資格の維持のための試験を通じて、試験に対する耐性を養うことができた。現在では、どのような試験に臨んでも合格できるという自信がついている。

今回は、米国の専門医資格の維持について、日本の専門医資格の更新方法と比較していく。



姉の子ども達のために1斤のパンを盗んだ罪で19年間の監獄生活を送ることになったジャン・ヴァルジャンが、司教の愛にふれ改心したという『レ・ミゼラブル』はフランス文学の傑作です。童話にも絵本にも文庫にも映画にもミュージカルにもなり、この物語は語り継がれています。

フランス・ロマン主義の詩人・小説家のヴィクトル・ユーゴー（1802-1885）は、七月王政時代からフランス第二共和政時代の政治家で、1851年12月にルイ・ナポレオンがクーデターを起こして独裁体制を樹立し、反対派のユーゴー

は以後19年間亡命生活を余儀なくされました。

1870年ナポレオン3世の失脚後、共和国が宣言され、ユーゴーは亡命を終えてパリに熱狂的に迎えられ、83歳の死は国葬として葬られたのです。

彼の作品に『王者の悦楽』という作品があります。この戯曲は、16世紀に実在した国王のフランソワ1世の道化師トゥリボレットが主人公で、その娘ブランシユが王に弄ばれたため王に復讐をしようとして起きる悲劇を描いた作品です。1832年にコメディ・フランセーズで初演されたものの「特権階級の腐敗」と七月王政下の当時としては「それに対する過激な

批判」だということ、1日で上演禁止となってしまいました。

この戯曲を改編しオペラにしたのがジュゼッペ・ヴェルディの『リゴレット』で、1851年3月11日にヴェネツィアのフェニーチェ劇場で初演を迎えます。マンツォヴァ公爵の道化師リゴレットは毒舌ゆえに廷臣（家来）たちに嫌われていきます。そこに、娘を慰み者にされたモンテローネ伯爵がきて公爵とリゴレットを呪います。マンツォヴァ公はリゴレットが市内に隠れ住まわせている彼の娘ジルダを教会で見かけその美しさに惹かれ、身分を偽り近づこうとして

リゴレットは娘への父性愛の結晶



います。リゴレットが若い娘と同じ棲していると勘違いした家来たちはジルダをさらってきてマンツォヴァ公に献上してしまいます。

ジルダは以前から教会で若い公の姿をみかけていて好意を寄せていましたので公に抱かれます。それに気づいたリゴレットは公を殺し屋に殺させ、ジルダとともにヴェローナに逃げようとしています。

いかががわしい居酒屋に殺し屋と官の身なりをした公爵、外にはリゴレットとジルダがいます。公は、カンツォーネ『女は気まぐれ（女の心の歌）』を歌い、マッダレーナ

を口説きます。居酒屋の外から覗いて嘆き悲しむジルダ。公が酔いつぶれると殺し屋が殺そうとしますが、公に惚れたマッダレーナが兄の殺しを止めます。リゴレットから報酬の半額を受け取っていた殺し屋は「誰か客がきたら殺して公の遺体だといえればいいか」と計画を妹に話します。それを盗み聞きしていたジルダは「自分が身代わりになる」ことを決意し、男装して居酒屋の戸を叩きます。

戸を開けるなりジルダは殺され袋に入れられてしまいます。そこへリゴレットがきて殺し屋にカネを渡すと殺し屋とマッダレーナは姿を消します。その時、酔いから覚めたマンツォヴァ公の kantong オーネが聞こえてきます。あわてて袋を開くと、それは娘のジルダなのです。リゴレットは「あー呪いだ。あの呪いなんだ」といってジルダの亡骸を抱いて幕となります。

ジュゼッペ・ヴェルディの『リゴレット』は、呪いばかりか自分の娘に対する父性愛と若い娘の残酷な恋心がどこまでもすれ違つて交わることのない心情が美しい2重唱、3重唱、時には4重唱となつて継がれるのです。

リゴレットのバリトンと若いマンツォヴァ公爵役のテノールが、聴きどころです。 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

自社セントラルキッチンを開鎖し 院外クックチルと再加熱機器を導入!

～ニュークックチル運営に切り替えた経緯と効果について～

病院・福祉施設で10拠点以上運営している辰元グループさま。労働力を集約し効率化するために立ち上げた自社CKは、いつの間にか非効率な運営をせざるを得ない状況に追い込まれていきました。現在は自社CKを開鎖し、院外クックチル商品を導入。サテライトキッチンには再加熱カートを設置し、ニュークックチル運営へシフトチェンジ。自社CK運営の変遷とCKを開鎖し院外ニュークックチル運営に切り替えたその効果についてお話いただけます。

日時：2024年11月12日(火) 14:00～16:30  
講師：一般社団法人辰元会 代表理事 宮内 俊和 さま  
会場：オンライン／現地会場

▼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。



関連イベント情報 掲示板

一般社団法人日本病院DX推進協会  
第1回設立総会開催のご案内

この度、病院のデジタルトランスフォーメーション(DX)を推進し、医療サービスの質の向上と効率化を図ることを目的として「日本病院DX推進協会」を設立する運びとなりました。

こちらの第1回総会を開催することとなりました。先着100名となりますが、参加ご希望の方はHPよりお申込ください。

プログラム・【第1部】「DXとは何か」原理と実践」西山圭太様(東京大学未来ビジョン研究センター客員教授経営共創基盤シニア・エグゼクティブ・フェロー)、『未来を創るヘルスケアイノベーション戦略』波江野武様(デロイトトーマツコンサルティング合同会社社執行役員)、『西海岸の病院視察』富家隆樹様(医療法人社団富家会富家病院理事長)、『日本病院DX推進協会の事業概要説明』篠原直樹様(社会医療法人石川記念会HIITO病院CXO、CHRO)、『第2部』交流会

日時：10月11日(金)14時～19時  
場所：東京都中央区八重洲二丁目2番1号東京ミッドタウン八重洲  
参加費：2万円/人・税込

詳細 (<https://www.jidkx.or.jp/>)

第16回日本臨床看護マネジメント学会学術研究大会が開催されます！

令和6年能登半島地震の被災1年後の石川から「復興」とは、マイナスを0ではなく、プラスに転換させてこそ」という心意気とともに、各々が未来へ歩みを進める推進力となる大会にしたいと考えています。

講演や鼎談では、組織マネジメントに長けた演者をお招きし、様々なキャリアの中で培ってきた限らないチャレンジ力と創造力の源はどのような考えによるものなのか、変化を生き抜くスキルやマネジメント思考とはどのようなものなのか、議論していきます。

テーマ：0から1を生み出す創造的マネジメント―能登の復興と創出―  
大会長：中村真寿美(金沢医科大学病院副院長/看護部長)  
日時：2025年2月9日(日)9時半～16時半

場所：金沢医科大学病院 北辰講堂(石川県河北郡内灘町大学1-1)  
参加費(事前申込)：会員7000円/非会員8000円/能登半島震災割4000円/学生1000円

詳細 (<https://www.jnam.com/>)

第23回日本医療経営学会学術集会・総会開催についてのお知らせ

今回のメインテーマには「経営者に求められる能力と経営の質」、サブテーマは「深刻化する労働力不足と働き方改革のゆくえ」です。

わが国では職場でのパワハラやセクハラなどの事案が後を絶たず、また消費者の信頼を裏切るような企業不祥事が頻発しています。このような時代背景を意識して、今回の学術集会は「経営者の能力」と「経営の質」に焦点を当てて、「人を大切にできる経営」という文脈でプログラムを組み立てました。

焦眉の急として対応が迫られている「労働力不足」と「働き方改革」も折り込みながら、議論を展開することを計画しています。

学術集會会長：寺崎仁(メデイカルコンサルティングオフィス・JIN代表)  
日時：11月8日(金)10時半～18時15分/情報交換会18時半～20時/9日(土)9時15分～16時半  
会場：ステーションコンファレンス東京現地+WEBのハイブリッド開催

参加費：会員10000円/非会員12000円/学生5000円/情報交換会7000円

詳細はHPより  
<https://world-meeting.co.jp/jaha2024/index.html>

人材募集サポートのご案内

eM-Career

【エムキャリア】

あなたの医療キャリアを応援し、  
未来を築く医療者の味方でありたい

貴院のニーズに沿った  
医療従事者のご紹介を  
完全成功報酬型で  
ご提供します。

eM-Career

検索

お問い合わせはこちら

連絡先： ☎03-5614-0961 ✉kanri@medi-ax.jp

サイトURL： <https://em-career.jp/>

