

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 日本ヘルスケアテック/橋内
電話 (03) 5244-5141 代
FAX (03) 5244-5142
E-mail: syakaiyou-news@nhtjp.com
HP: https://syakaiyou-news.com/
定価年間 6,000円
月刊 15日発行
月 三菱UFJ銀行
振込銀行 京橋支店(023)
普通口座 1712595
発行人 小山 秀夫

賃上げ効果は商品の値上げラッシュで 実質手取が減少し生活は改善されない

所長 小山 秀夫

日本商工会議所は6月5日、2024年4月時点の中小企業の賃上げ状況に関する調査から、23年4月と比べた正社員の賃上げ率が加重平均で3・62%だったと公表しました。この調査は、1979社からの回答を集計したもので、医療・介護・看護業の分野では40社が回答しています。業種別では、「小売業」「その他サービス業」で4%台と高く、「運輸業」「医療・介護・看護業」は2%台にとどまり、いずれも大企業にはおよびませんでした。

前年から1・5ポイント上昇し、33年ぶりの高水準でした。平均賃上げ率は3年連続上昇。国際的な人材獲得競争や国内の人手不足、インフレ経済への移行などを背景に大手企業が積極的な賃上げを実施し、中小企業でも取り組みが進んだこととなります。

ところで消費者物価の全国総合前年度比という数字があります。1981年度に4・0%でした。その後41年間全て3%以下で09年度はマイナス1・7%ということもありました。それが、22年度には3・2%、23年度は3・0%を記録しました。24年度は4月2・5%、5月から7月までは2・8%で8月は3・0%です。

10月1日、ソーセージやチョコレートなど2900品目以上の食品、電気・ガス料金そして郵便料金などが値上ラッシュとなりまし。一方で、都道府県ごとに最低賃金が引き上げられたのです。

24年の最低賃金改正後の1位は東京都の1163円、2位は神奈川県1162円、3位は大阪府の1114円です。また最低賃金が1000円を超える都道府県は15です。東北地方や九州・四国地方を中心に、計26県が目安額の50円を上回る引き上げが行われたのです。徳島県は、全国最高額となる84円(9・4%)の引き上げで980円になりました。

岸田前政権は「物価上昇以上の賃上げ」を公約としてきましたが、それが達成できたのかどうかは今後の消費者物価の動向で判断できます。この公約が全産業に当てはまることはありませんし、物価上昇が先行して賃上げが間に合わないという展開になるのだから考えられます。

総裁選候補者の論戦は 物価と賃金の政策無策

昨年秋以降「物価と賃金」の関係を重視する議論が政治の世界で続けられてきましたが、具体策が示されないあやふやな発言ばかりでした。物価上昇は、戦争、エネルギー資源高、円安のトリプルパンチで、国内での対策は物価急騰時の緊急補助金といった政策展開しか発動されませんでした。

1973年10月に勃発した第四次中東戦争に端を発した第一次オイルショックによってもたらされた石油価格高騰により、その年の消費者物価指数は11・7%、74年で23・2%上昇し、春闘での賃上げ率は74年で33%上昇し「狂乱物価」と呼ばれました。この時代を社会人として体験した政治家も官僚も現役では誰もいません。ただ、40年以上インフレを経験したことのない官僚集団にとって、物価対策はとて難しい政策課題であることは、明らかなのです。

それは政治家にとっても同様で、9月に行われた自民党総裁選候補者の論戦では、具体的な方法は示されず、石破茂候補が岸田政権からの「最低賃金1500円の實現」といい、加藤勝信候補が「所得倍増」「医療・介護・福祉職員の更なる処遇改善」「物価に連動した薬価の見直し」などを主張した以外の賃金物価対策の具体策は聴くことができませんでした。

石破総理大臣、加藤財務相に総裁選での公約を確実に実現して欲しいと、わたしは強く思います。

石破総理所信表明演説の 物価高の克服という表現

石破茂総理は10月4日、衆参両院の本会議で所信表明演説を行いました。冒頭、石破総理は「全ての人に安心と安全を。私は総理大臣として全身全霊を捧げ、日本と日本の未来を守り抜く」と述べ、その実現に向け、「ルールを守る」「日本を守る」「国民を守る」「地方を守る」「若者・女性の機会を守る」の5本柱を掲げました。

この中で「適切な価格転嫁と生産性向上支援により最低賃金を着実に引き上げ、20年代に全国平均1500円という高い目標に向かってたゆまぬ努力を続けます」と明言した上で「物価上昇を止めて、賃金が上昇し、設備投資が積極的に進む」といった成長と分配の好循環が確実に回りだすまでの間、足元で物価高に苦しむ方々への支援が必要だ」と述べました。

つまり、20年代に最低賃金の全国平均を時給1500円に掲げ、当面の課題である物価高騰に対応する経済対策を早急に策定する方針を示したのです。わたしが注目したのは「成長と分配の好循環が確実に回りだすまでの間」という正直な表現です。つまり、現時点では好循環が確実に回りだしてはいないという明確な判断があるに他ならないのではないのでしょうか。

物価高に賃金上昇が間に合っていないので、物価高を何とか克服したいという気持ちはわかりますが、賃上げを先にしないと何も実現できないのではないのでしょうか。

2・5%賃上げの報酬改定方針自体が春闘に大きく影響したのではないか

所長 小山 秀夫

本年4月からの介護報酬改定、6月からの診療報酬改定は、ペーシングアップ改定という基本的性格であり、医療経営や介護経営を極めて厳しい状況に追い込んでいます。最大の理由は医療・介護の稼働状況が回復しないことです。23年5月までの患者さん・利用者さんの減少が回復できない場合は、24年度決算で損失を計上せざるを得ない経営体が急増することは確実です。

特に心配しているのは公立病院の経営悪化です。地方公共団体からの一般財源投入は、極めて困難な状況で、病床削減、経営改善できなければ閉鎖、統合、経営主体の変更という状況に再び追い込まれるはずですが、建築費の高騰もあり施設の移転新築案はことごとく頓挫しています。

民間も状況は変わりませんが、下半期の実働向上に必死で取り組んでいるように感じられるものの、多分今年度損失を計上せざるをえない病院や社会福祉法人は急増するのではないかと思います。

本年8月15日の本紙589号で、今年1月以降岸田政権は2%程度の経済成長のためには、大幅な賃上げしかないとを繰り返して

説明しました。首相は2月1日の衆院本会議で、医療・介護分野の賃上げに向け、診療報酬と介護報酬の改定に盛り込む加算措置について「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」と強調されたこと。世の中が5%賃上げしたのに何で診療報酬上の賃上げは2・5%にすぎないのにそのまま放置されたのか。2・5%賃上げでもすぐに物価が高騰すれば、手取りは目減りするしかないことを指摘しました。

その上で、6月の消費者物価指数が2・5%上昇することを政府は予想していなかったのだから、23年11月に創設した「物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金」(重点支援地方交付金)を、医療介護従事者に支給していただくか、速やかに報酬改定が必要だと書きました。その後の状況変化は、1面に書いた通りです。

医療・介護報酬への要請が春闘相場に好影響を与えた「物価上昇以上の賃上げで2%以上の経済成長」というのは、長

年の自民・公明連立政権のスローガンだったはずですが、世界的なインフレの波は昨年にも到達し、明らかに生活を圧迫し始めました。岸田前総理が、今年1月に医療・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たことは、好感されたものの、5%程度の春闘結果とその後消費者物価の高騰で、「一体何だったんだらう」といった落胆だけが残りました。

先のことでも予測できない時代ですので、起こってしまった現実を受け入れるしかありませんが、2・5%の賃上げと春闘5%以上の格差についてどうしても納得できません。もしこのような格差を加藤勝信財務相のように正確に理解できる閣僚がいらっしゃるなら、政策として対応するべきではないかと思うのです。

このままでは医療・介護・障害福祉分野の賃上げが春闘の呼び水のように利用されただけではないかという議論が各地で展開されており、いつもは激しい経済的要求をすることがめずらしい医療・介護・障害福祉分野の経営者間で「ここまで追い詰められているのに行動を起こさないと大変なことになる」という認識に変化してきているように感じます。

総選挙が行われますが、与党ばかりか野党もこの問題について十分認識していないのではないで

しょうか。物価上昇は低所得者の生活を直撃するので対策が必要と判断されますが、国民のライフラインを守る人々の生活に余裕があるわけではありません。医療・介護・障害福祉は国民のライフラインなので、これ以上放置しないでください。

来年度は2%以上の賃金引き上げを予定

報酬改定では25年度の医療・介護・障害福祉分野の賃上げ分2%以上を想定して決定されたことになっていますが、来年度4月からの賃上げの原資を確保できる法人は限られていると思います。理屈は理屈でしょうが、経済は生き物で計画経済は成り立たないことを、誰でも理解できるのではないのでしょうか。世界は「想定内」のことの方が少ない時代です。すでに「想定外」の事態に直面しており、何らかのシステム変更が必要で、誰かが明確に決めたわけではないのに、診療報酬は2年毎、介護報酬は3年毎などというシステムに固執する必要はないのです。

1974年2月から実施された診療報酬は19%引き上げられましたが、10月から再度16%引き上げられたのです。何と、年間に35ポイントの引き上げがなされた歴史があります。いつも申し上げていることですが、医療も介護も従事者が安定的

に確保できなければ制度を維持することはできません。職員不足が深刻なことを政府は十分把握していると思います。医療や介護への広範なニーズに対応できなくなれば、医療保険も介護保険制度もいずれ崩壊してしまうのです。

どうにかなるだろうと考える人は多いのだと思いますが、経営というのはどうにもならなくなるものなのです。顧客に見放されれば倒産します。資金繰りがどうにもならなくても、金融機関の「貸し渋り」でも、「人手不足」でも経営が継続できません。

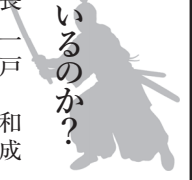
診療報酬や介護報酬の世界は、一種の計画経済理論が温存されやすい状況が前提としてあります。どんなに優秀な官僚でも経済を支配できません。2%以上の経済成長ありき、物価高に負けない賃上げを実施すべしと主張するのは簡単なことですが、ここまで国際競争力を失った日本の経済を「成長と賃上げの好循環に乗せる」のは至難の業なのです。

冷静に考えれば、このままでは来年度の2%以上の賃上げは無理なので、何らかの対応策を早急に準備する必要があります。それにもかかわらず総選挙期間には何も決定されないばかりか、政権が維持される確証さえ不透明で、その上合衆国大統領選挙の結果が判明するまで、判断停止状態になるのでしょうか。

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第57回 国民は公的医療保険に何を求めているのか？

医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院 副理事長 一戸 和成



2024年9月9日の帝国データバンクのTDB Business Viewによれば、医療機関の倒産が過去最多のペースで推移している。8月までに計46件発生し、既に前年の年間件数(41件)を上回り、00年以降で最も多かった09年の52件を上回る70件前後になる可能性がある。医療機関全般を取り巻く経営環境が悪化しているなかで、どのようなことが医療関係者に求められているのか考えてみたい。

○意気込みと実効性の違い

8月30日、厚生労働省は24年末までに、持続可能な医療提供体制の構築に向け、地域間・診療科間の医師偏在の是正を総合的に推進する総合的な対策のパッケージを策定すると発表した。それをうけ、9月5日に第1回の医師偏在対策推進本部会議を開催し、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の拡大、外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、

保険医制度における取扱い等の規制的手法や、地方の医療機関への財政支援も強化する方向で検討を開始し、25年度予算案への計上や通常国会で関連法の改正を目指し

ている。同会議の冒頭、医師偏在対策について武見厚労相は「もはや待ったなしの課題。解消なしに国民皆保険制度を維持することはできない。強い覚悟と決意を持って精力的な検討をお願いしたい」と述べたという。医師不足地域の青森県で病院経営に携わった身からすれば、大臣の発言とは裏腹に、厚労省が提示した内容が人口減少、高齢化が進む中で、国民皆保険制度を維持するための重要な課題である医師の偏在是正が解決するものとは到底思えない。同日の社保審医療部会でも、全自病の望月会長は、パッケージの目玉である医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の拡大について「対象を全ての医療機関に広げなければ効果がない」と発言している。今回の発表内容の実効性について、関係者は、既に見透かしているのである。

○国民は何を求めているのか？

8月27日「令和4年社会保障に関する意識調査」の結果が公表された。今後の社会保障の給付と負担に関する考え方について「社会保障の給付水準を維持し、少子高

齢化による負担増はやむを得ない」が最も多く32.7%、次いで「社会保障の給付水準を引き上げ、そのための負担増もやむを得ない」が多く16.9%となっている。また、今後の公的医療保険の対象とする範囲についてどのような形が望ましいと思うかについては「現在のまま、傷病の治療のために病院や診療所などを利用した場合を公的医療保険の対象とすべき」が最も多く62.1%であった。次に、民間の医療保険や介護保険への加入状況については、73.4%の者が加入しており、過去の調査と比較すると、加入している者は19年調査から1.3%、03年調査から11.8%増加している。加入している理由は「公的医療保険・介護保険の自己負担分を補うため」が最も多く37.6%であった。

筆者なりに分析すると、国民は現在提供されている医療のサービスレベル(質や量)を、負担が増加しても維持してほしいという希望がある一方で、公的医療保険の給付範囲の縮小や、多様化するサービス(先進医療や選定療養など)の拡大に備えて、民間保険でリスクヘッジしていると理解できる。しかし、国民の考えの太前提示は、現在の医療提供体制が将来も維持されるという幻想に基づいているのではないか。その幻想は、医師の偏在によって大きな影響を受けるのであり、この問題を解決

しなければ、国民の求める医療を提供することはできないと考えている。

○労働者としての医師の働き方

- ① 経営状態が悪い
- ② 都会地方を問わない医師不足と診療科のミスマッチ、看護師不足
- ③ 人口減少とパンデミックを経験したことによる患者減少の進行である。

これを解決するには、医療サービスというソフトを提供する医師の地域偏在、診療科偏在を是正しないことには始まらない。筆者は、医師偏在対策が現在の医療提供体制や病院経営を議論する上で、解決しなければいけない「絶対的」な課題であると考えている。

その理由は、患者減少を克服するためにも、国民のニーズにあった医療に転換する必要があり、これまでのように来院を待っている殿様商売から脱却し、特に中小病院は、自ら患者や地域に出張していく、幅の広い疾患を持つ患者に対応する必要があるためだ。それができれば経営状況も改善する。しかし、医師偏在のため医師の売り手市場は続き、もしくは医局人事により、医療機関の経営方針に従う必要性が低く、病院の経営状況と自身の待遇が切り離されているため、病院側が国民のニーズに沿った経営方針を立てようとも、

絵にかいた餅になっている病院が多い。昨今の美容外科や土日・夜間の日当直のない診療科への偏在など、医師の聖職意識が薄れる状況で、今後の医療提供体制を見通した時、現在のサービスレベルを維持できるのかについては、地域医療のみならず、救急医療や命に係わる診療も危機的な状況なのではないかと考えている。それゆえ、医師の意識改革を促すためにも、国民の求める医療サービスを提供するためにも、医師の偏在を規制的手法で解消し、病院と医師が対等な形で、労働条件契約を結び、病院の経営方針に沿って、労働者としてしっかりと働いてもらう環境を作る必要があるのである。

その際、現在楽な診療科ほど「割がいい」と思われている待遇について、労働に対する対価を診療の難易度や経営の改善に対する寄与度に応じたインセンティブ契約するといったことが重要であり、それを後押しする医療政策や医療保険政策・診療報酬制度とする必要がある。医療機関の機能分化やハードの問題よりも、ソフトである医師の偏在是正と、医師も労働者としての働き方が必要であるという意識付け・社会性を持つってもらうことが先に解決すべき問題である。それこそが、国民の望んでいる医療を実現する道であり、限られた医療財源を有効に活用することにつながるのである。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(45)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■事業継続上の弱点を把握する

今回は、事業継続上の弱点の把握について考える。その分析・評価は以下の5段階で進めていく。

- ①サービスを顧客に提供し続けるためのプロセス（以下、工程）を整理する。
- ②工程に対する目標復旧時間を決める。
- ③各工程に必要な資源を把握する。
- ④事業中断リスクが集中している資源を把握する。
- ⑤資源が使えなくなった場合のリスクを評価する。

■BCP運用策定指針中級コース

中小企業庁のBCP運用策定指針中級コースでは、事業継続のための障害把握のポイントを以下のように説明している。

「ここでは、特定した中核事業に対して、その事業を継続するために必要な資源（人、物、金、情報等）を把握します。例えば、中核事業の一つが、「顧客『甲』」に対して、製品Aを製造・提供すること」であるとし、この場合、製品Aをひたすら作り続けられればよいわけではなく、その他にも受注、出荷、配送、支払い、決済といった、中核事業に付随する業務も不

可欠であることはいずれまでもありません。そのため、まずは当該中核事業の遂行に必要な重要業務をすべて把握し、それに必要となる資源を具体的に考えていくことが望ましいでしょう。

なお、効率的に考えるための方法のひとつに、例えば、以下のような資源「従業員、工場等の施設・店舗、設備（製造用機材等）、原材料等の供給、パソコン（インターネットや電子メールを含む）、情報管理システム、電話、電力、ガス、水道、納品のための輸送手段、各種書類・帳票類、その他」が利用できるなくなった、又は無くなった場合に、重要業務が継続できるかどうかを想像する方法があります。この時、項目ごとの重要度を把握するために、ほぼ操業できなくなる、人手による代替等で、一部は操業できる、操業にはまったく支障がない、のどれにあてはまるかを整理すると、重要業務に不可欠な資源が把握できます。

ここで、重要業務に不可欠な資源は、同時に中核事業に不可欠な資源であるともいえますから、結果として、中核事業を継続するための基本的な障害（ボトルネック

資源）を把握できたことになり、また、これらの項目以外に、あなたの会社の事業に特化した障害もあると思われませんが、それは日常の業務において、ある程度認識されているはずですので、それも併せて整理するのがよいでしょう。

このように、BCM対象のサービスを顧客に提供し続けるためには、どのような工程構成なのか、情報を収集する。これを元に、各工程間の前後関係や依存関係、所要時間や時間的制約等の関係性をいれてフロー図にまとめる。

そして、工程間の制約条件を調べる。例えば、直前の工程の不履行がもたらす影響とか、ある工程が完了できなくとも在庫等によりサービスの提供は継続できる、といった制約条件だ。最初は、各工程の前後関係である。その工程を実行するには、直前の工程が実施・完了していることが必要となるが、一連の流れの中で、実施・完了されない工程があると全体に影響を及ぼすことがある。だが、実施されない完了されない工程があっても中間に在庫等があれば影響が出ないこともある。

こうすれば実施・完了されない場合の工程の目標復旧時間への影響を把握できる。実際に事業中断が発生した時、どの工程から先に復旧作業を進めるべきか、優先順位をつけておく。そして、各工程

の特性に合わせて工程ごとの目標復旧時間を決定していく。各工程の目標復旧時間が把握できれば、具体的復旧活動が想定でき、早急に取り組むべき工程と比較的に余裕を持って取り組む工程が判明し、全体として復旧活動を最適化できる。しかし、実際はその通りにならないことを確認しておくべきだ。

工程をフロー図に整理し、目標復旧時間が設定出来たら、各工程に必要な資源を把握する。前述のとおり中小企業庁の「中小企業BCP運用策定指針」の中には様々な「資源」がある。また、事業継続マネジメントに関する国際規格ISO22301では、考慮すべき資源を以下のように示している。

- ①人、②情報及びデータ、③建物、職場、その他の施設などの物理的インフラストラクチャー、及び関連するユーティリティ、④設備及び消耗品、⑤情報通信技術（ICT）システム、⑥交通手段及び輸送手段、⑦資金、⑧パートナー及びサプライヤー。

これら資源について各工程で洗い出しを進める。そして、工程ごとに1シートに関連する資源を記載する。先述した、①人から⑧パートナー及びサプライヤーの各項目を調べ、代替案があるときは、その内容も記載する。

次に、事業中断リスクが集中している資源を調査し列挙する。その中で事業中断のリスクが集中している資源は、以降、重点的に対策を検討していく必要がある。これらをボトルネック資源として管理することとなる。

最後に、洗い出した資源について、その資源が使えなくなる可能性と、その資源が使えなくなった場合の代替の難しさ、この2軸で資源が使えなくなるリスクを評価する。数値化するような厳密な評価でなくてよいとのことだ。個々の資源が使えなくなるリスクを評価して、リスクが小さければ対処方法を検討せず、リスクの大きい資源に集中して対処方法を検討し、作業量が大きくならないようにする。個々の資源のリスクの大小に応じ、平常時にどのような対策を講じておくか、最適な事前対策を資金面からも考え、合理的な対策を講じていく。また、⑧サプライヤーに関しては、特に重要な薬品や診療材料、医療機器メーカー等を限定し、中断リスクの高いサプライヤーに協力を得ながら調査するのが現実的といえる。

■二重被災

能登地方は年初の地震被災からの復旧活動のさなか、今回の豪雨被災で「二重の被災」となった。最悪を想定することは、やはり難しい。事業を継続するには、事業を取り巻く環境変化を反映してBCMを継続・展開していく他ない。

小山所長の喜怒哀楽



10月3日から2日間「リハビリテーション・ケア合同研究大会 山梨2024」佐藤吉冲大会長（医療法人銀門会甲州リハビリテーション病院院長）が参加登録者数1381名と、盛会のうちに終了いたしました。

特別講演2「報酬改定におけるリハビリテーション・ケアの経済効果」と題して、小山が久しぶりに吠えさせていただきました。参加して嬉しかったのは、日本リハビリテーション病院・施設協会の3人の名誉会長と同時に会いましたことです。兵庫県立リハビリテーション中央病院澤村誠志名誉院長、小倉リハビリテーション病院長の浜村明德先生、長崎リハビリテーション病院の栗原正紀先生はお元気で活動されており話は尽きませんでした。

会場には霞が関南病院の斉藤正身先生はじめ30年以上前からご親交いただいている多くの皆様にご挨拶させていただき、日本のリハビリテーション同窓会のような雰囲気があり、感無量です。

日本のリハビリテーション医療を決定づけたのは1988年4月から本格実施された老人保健施設

制度だったと強く思い返しました。制度実施時点ではわが国に理学療法士さんは約1万人、作業療法士さんは5千人弱でした。「何しろ、入所者100人に付きどちらか1名を常勤に」と強く指示したのは当時厚生省老人保健課長であった小野昭雄先生です。全国から「理学療法士も作業療法士も確保できない」という悲痛なクレームが山のようにありました。当時「ここで妥協したらリハビリテーションの将来はない」というのが老健課の合言葉でした。

当時のわたしは、厚生省病院管理研究所医療管理部の研究員でしたが、新設される老人保健施設制度を説明するため全国にお邪魔して、山のようなクレームと要望を整理して老人保健課にお届けしていました。いつしか「リハビリテーションの普及を最優先するべきだ」と断言するようになっていきました。

63年に国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院が東京都清瀬市に設立され、65年8月に理学療法士・作業療法士法が施行。69年に兵庫県玉津福祉センター（現兵庫県立総合リハビリテーションセンター）付属中央病院が開院してから55年の月日が経過しました。わが国が世界有数のリハビリテーション医療先進国になりました。

「急激な高齢化の進行に対抗で

きる医療としてのリハビリテーションを進展させないと高齢化を乗り切れない」という判断が厚生省で醸成される段階を、わたしはみつめてきましたし、このような考え方は2000年の回復期リハビリテーション病棟制度と介護保険法の創設により「リハビリテーション前置主義」という世界に例をみない政策展開を生み出したのです。

◎フィールドスタディの意義

今年もまた9月下旬から兵庫県立大学大学院経営専門職専攻の医療・介護マネジメントの14年目の大学院生と教員7人が参加するフィールドスタディが開始されました。社会福祉法人恩賜財団福井県済生会病院、医療法人共和会小倉リハビリテーション病院、公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院、社会福祉法人鷲園神戸事業所にお邪魔し、素晴らしいプレゼンテーションと真剣勝負のディスカッションをさせていただきました。

各施設の皆様には多大のご迷惑をおかけしていますが、大学院生は今後6カ月間をかけて各病院・施設の経営戦略を立案するという作業があります。経営学の履修方法のひとつとしてケース・スタディがあります。実際の企業や組織の事例を資料としてまとめ上げ、履修生はそのケースを事前に

読み込み、集団討議を進めるというもので、世界の経営大学院の大半がこの方法を採用しています。事例を作成するにはそれなりの努力が必要ですが学習方法としてかなり有効です。しかし、日本の医療保険制度のように頻りに診療報酬制度が変更されると、2年前の事例すら時代遅れになってしまいます。つまり「リアリティ」が欠如すると、何が正答なのか判断できなくなる恐れがあります。

そこで考えたのが現地・現物・現在に直面するケース・スタディなのです。参加する大学院生には、事前に調べられることを全て調べておくように指示してはいますが、病院や社会福祉施設の経営課題を外形から調べ上げることは、ほぼ不可能です。そこで先方から提供されるプレゼン資料と限られた時間の質疑応答で正確な情報をかき集めることが求められます。

この方式の教育効果を正確に測定することは困難ですが、教員間では驚くべき効果あることがわかりました。第1に、同じ場所、同じ教員が、同じ体験を、毎年行うことにより、教員間の認識が共有されることです。第2に、これまでの訪問時にはなかった新しい課題を理解できることです。そして第3に、例えば直近5年間の経営課題を動的に解釈できるという恩恵があります。

別名「病院の定点観察」などと

呼んでいますが、経営状況の変化をリアルに把握できますし、経営問題解決のための方策について教員間でディスカッションをすることも可能です。わたしは年間2回以上訪問している病院がいくつかありますが、3カ月前には予想すらしていない問題が発生していることが多く、定点観察は有効だと思っています。

◎リ・スキリングが必要

第214回国会における石破内閣総理大臣の所信表明演説の中に「政府として、自由に働き方を選択しても不公平にならない職場づくりを目指した個人のリ・スキリングなど人への投資を強化し、事業者のデジタル環境整備も含め、将来の経済のバイを拡大する施策を集中的に強化します」。

何のことでなんでしょう？「不公平にならない職場づくりを目指した個人のリ・スキリングなど人への投資」するということのようです。リ・スキリングなどへの投資が、デジタル関連の直接的な教育費用を国が負担するというのであれば、高齢者にもお願いします。もうひとつ。首相の所信表明で「今の時代にあつた社会保障へと転換し、多様な人生の在り方、多様な人生の選択肢を実現でき柔軟な制度設計」とありますが、改悪しないでくださいませ。

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ついて②

米国小児科医の専門医資格維持のためのシステム「MOCA-Peds (Maintenance of Certification Assessment for Pediatrics)」では、3カ月に一度やってくる期限内に試験をこなし続けなければ、苦勞して取得した専門医資格を失うことに繋がる。試験にはオンライン環境下で落ち着いて取り組む必要があるため、時間と集中力の確保という面で常に私の頭を悩ませるMOCA-Pedsだが、非常に優秀なシステムでもある。今回は、米国での専門医資格取得後、現在も奮闘している専門医資格の維持について述べたいと思う。

米国の専門医制度は、医療の質の向上のため、日々の医療実務に即した形で進化を続けてきた。特に、近年では多くの専門分野で「定期的なオンライン試験」への移行が進んでおり、従来の試験制度に代わって、日常業務に関連する学習を重視する新たなシステムが導入されている。この専門医資格の維持制度は Maintenance of Certification (MOC) と呼ばれ、

American Board of Pediatrics (ABP) もこの変革の一環として、MOCA-Pedsを採用し、小児科医の専門医資格更新をより柔軟で継続的なものにしていく。ABPのMOCは次の4つの柱に基づいている。①有効な制限のない医師免許の保持、②オンラインモジュールや外部教育リソースを通じた継続的な医学教育による最新知識の習得、③MOCA-Pedsを用いた専門的知識の確認、④個別または病院全体での医療の質を改善・向上させるプロジェクトへの参加である。これらを5年間のサイクル内で満たすことで、資格を維持できる仕組みとなっている。私の場合、ABPの他に遺伝専門医資格も保有しているが、MOCでは、両資格に適用される相互承認制度が存在するため、効率的に資格維持ができる点も大変便利である。日本にはないシステムであるMOCA-Pedsについてさらに詳しく紹介すると、2017年にABPで新たに導入されたオンラインプラットフォームで、3カ月毎に最大20問の問題が提示される。参加者自身のPCで参加し、1問に

つき5分間が与えられる。1問毎に開始のサインをクリックすると5-10行程度の英文で書かれた様々な患者のシナリオと設問が提示され、同時に画面上の5分間のタイマーのカウントダウンが始まる。参加者が教科書やオンライン情報を活用して設問に答えることが可能なオープンブック形式で運用されており、個人的には5分以内で実臨床に則した問いにオンラインで調べる能力を試されているようにも感じる。ただし、AIツールや他者からの助力を受けることは御法度である。未解答の問題は期限を過ぎると不正解とされる。ABPはMOCA-Pedsのシステム全般についての説明を許可しているが、設問の内容に関しては、第三者に開示してはいけないという厳格なルールを設けているため、具体的な話はできないが、出題される問題は定期的に更新され、医師が常に最新の知識を維持・学習できるよう配慮されており、一般診療で遭遇する可能性の高いものや、最近話題になっている疾患など知っておくべき内容が主となっている。解答に関しても、小児科医として次に行うべきステップやどのような疾患を疑って診療するか等の実践に沿った問われ方が多い。最新のガイドラインや重要な論文などは、出題の前にその資料へのアクセス情報が示されることもあり、読後に解答すること

ができる。誤答したトピックについては、次回以降に再度出題されることが多く、これらの繰り返しによって、復習と知識の定着を促進している。合格に必要な正答率は決まっていないようだが、実際に診療に携わっている小児科専門家がグループが難易度に応じて合格基準を設定しているらしい。最終的な合否は単純な正答率ではなく、決められた期間の累積された成績に基づいた総合的なパフォーマンスで決定される。実際、MOCA-Pedsに取り組む度に新たな学びを得られたという実感がある。しかし、その最中は常に必死である。3カ月ごとの問題を一度にすべて解く必要はないものの、職務の合間にじっくり取り組む時間を見つづけるのが難しいため、私は毎回締め切り間際に一気に片付ける羽目になる。計算上3カ月分の解答には約2時間は必要で、週末や夜遅くにオフィスにこもって取り組むわけだが、解答しないとすべて不正解になるため、締め切りが近づくにつれ、プレッシャーはいや増すばかりだ。いざ準備を整えてスタートしても、タイピング悪く電話やノックの音が入って頓挫することもままある。解答を提出するとすぐに結果がわかるため、誤答したときのショックは大きく、さらに、他の受験者の解答傾向も統計で表示されるため、他者と比較して落ち込

む。前回も間違った問題で再度誤答したときは、目も当てられない。また、日本にいるが故に感じるストレスもあって、日本の医療現場では他の診療科に依頼する場面でも、米国では主治医となる小児科医が対応することが多いため、日本の現場に慣れると適切な回答が難しい問題も出てくる。薄氷を踏む思いで、それでも結果的には十分合格ラインはクリアできている。今後はもう少し余裕をもって取り組みたいものだ。苦勞は多いものの、MOCA-Pedsは時間や場所にとらわれずに受験できる点で非常に便利であり、従来の一発勝負の試験に比べて、心理的なプレッシャーが少なく、学習効果が高いと感じている。私自身、このシステムを通じて、小児科に関する最新の情報をアップデートし、過去の知識を振り返る、良い機会になっている。MOCA-Pedsでは的確なオンライン検索やコンピュータ操作が当たり前のよう求められるため、世代を問わず現代のIT技術に適応できなければ資格の維持すら困難となる。その分、即時的な情報収集の促進や医療の質の向上を目指す手段としては非常に効果的な方法と言えるだろう。日本における専門医資格の維持制度も変わりつつある。MOCA-Pedsのようなシステムの導入を心待ちにしている。

1924年11月29日、喉頭ガンの放射線治療のため訪れていたブリュッセルで、巨匠ジャコモ・プッチーニは《トゥーランドット》を未完成のまま65歳の生涯を閉じた。没後100周年ということから今シーズンは《ラ・ボエーム》《トスカ》《蝶々夫人》が世界各国で上演予定だ。

12月のパリの屋根裏部屋で詩人ルドルフが寒いので貴重な原稿を燃やして暖を取る情景が《ラ・ボエーム》にありますが、プッチーニ自身「食べる物といえはパンと豆とニンジンだけで、あまりに寒いので、私は暖をとるために、実際に初期の習作

の草稿譜を燃やしたものだ」と語っていたと伝わっています。5歳で父を失ったプッチーニは、オペラ創作のため31歳まで、借金しながらなんとか生きてきたのです。冷貧はこれでもかと襲い狂い命を落とすこともありましたが、逆に命や創作の原動力にもなるのでしよう。

お針子ミミ、貧乏な羊飼いの娘トスカ、没落士族の娘蝶々さん、奴隷の若い娘リュウは、貧乏暮らしというより極貧の生活体験をバネに真剣に愛に生きようと世を去っていきます。その巧みなストーリーは悲しすぎますが、愛や歌や素晴らしい音楽があるので観客は歌劇場に引き寄せられます。

1893年2月1日、トリノで初演されたプッチーニ第3作目となる《マノン・レスコー》は、それまでの莫大な借金を全て精算できるほどの大成功だったといえます。この作品の原作は1731年に出版されたアベ・プレヴォーの『騎士デ・グリユーとマノン・レスコーの物語』で、騎士デ・グリユーは美少女マノンと出会い駆け落ちしますが、彼女を愛した男たちは嫉妬や彼女の欲望から破滅していきます。結局マノンは追放処分となり、デ・グリユーも付き添って行くのですが、寂しい荒野で彼の腕に抱かれて死ぬというものです。

冷貧からの解放欲が《マノン・レスコー》



イタリアとジャコマーザとしてプッチーニのトリオは、その後《ラ・ボエーム》《トスカ》《蝶々夫人》という不滅のオペラをつぎに世に送り出します。20代の冷貧の体験は、ヴェルディやワーグナーが築き上げてきた総合芸術としてのオペラを一步進めたのだと思えますが、プッチーニの死は衰退のはじまりを予感させるものだったのかもしれない。

この物語を台本作家で構成力のあるルイーダ・イツリカと台詞を美しい韻文に整えるジュゼッペ・ジャコマーザの協力をえて、男たちを引きつける美しいマノンの身勝手さや欲深さ、それでも一途に愛するデ・グリユー、彼女を金ズルにする兄、マノンを囲う大金持ち老人ジェロントが人間の愛欲と墮落を織りなします。

見事なオーケストレーションが何とも退廃的な雰囲気を出しつつ、ジェロント以外はどこにももいるような若者です。北フランスのアミアン、パリ、港町ル・アーヴル、そしてニューオーリンズの荒野での歌声はストレートな感情を伝えてきます。

第4幕、デ・グリユーの腕の中で「もうしゃべることもままならない。愛してるわキスして。わたしの後を追ったりしないでね。昔のマノンはキレイだったかしら。わたしの罪は忘却が消し去られていくでしょう。でも私の愛は死なない」といい終えて息を引き取るマノンを誰も責めることはできません。単に贅沢したいし愛し合いたいという人の思いは罪ではないのですが、些細な過ちが運命を変えてしまう人生が描かれているのです。

どう考えても《マノン・レスコー》には、プッチーニのオペラのエッセンスが全て注がれているし、この作品が彼にとって大きな転機であったのだと思います。オペラ愛好者にとってもこの作品は、宝物なのです。

小山

ナリコマの急性期病院向けクックチル献立『やすらぎ』で委託業者に依存しない厨房運営を

度重なる委託費の値上げや人材不足など、厨房に関するお悩みを抱えていませんか？
給食事業30年以上のナリコマが急性期病院さまの厨房課題を解決します。

- 解決法1 1日の差異が±5%で安定した栄養価！
- 解決法2 28日のサイクル献立で事務作業負荷が軽減！
- 解決法3 シフト減少・人員安定でコスト削減、収支も改善！

厨房運営や病院経営の課題に合わせてトータルにご提案いたします。
お気軽にご相談ください。

詳しくは



関連イベント情報 掲示板

小山秀夫著！DXリーダーシップ・フロッギング戦略発売中！

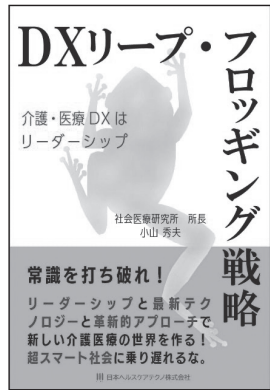
日本ヘルスケアテクノ(株)から小山秀夫所長の書籍が発売です。

人手不足や働き方改革などが求められる現在、介護も医療もDX推進なくして、事業継続が難しくなる時代もそう遠くはありません。そんな中「2024年は選挙とAI」という観点から、介護・医療DXについてまとめた書籍の発売です。

本書では、介護報酬制度の課題から、お金もない、人材もない、余裕もない、そもそも何からはじめたらいいかわからない！そんな中でも組織のトップがリーダーシップを発揮すれば、飛躍的にDXを進められることまで、DX推進のポイントと小山秀夫の熱い想いを詰め込んだ一冊となっております。また、今年の6月28日に青森で行われた、第20回日本介護経営学会で発表された介護現場のDX導入事例も入った、盛沢山の内容となっております。

今からでも遅くない、リーダーシップを発揮して、カエル飛びで進めるDXを始めましょう！
【目次】第1章 介護保険制度の課題と将来／第2章 日本は、今、ターニングポイントです／第3章

DXは、リーダーシップこそが最重要／第4章 介護・医療のリーダー・フロッギング戦略／第5章 第20回日本介護経営学会学術大会のトピックス
【定価】2200円＋税



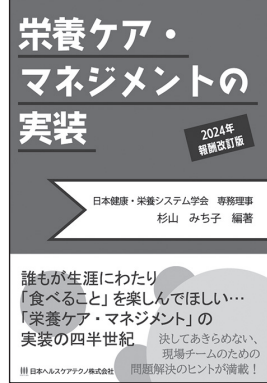
栄養ケア・マネジメントの実装 2024年報酬改定版発売決定

2020年発売の、日本健康・栄養システム学会専務理事の杉山みち子編著「栄養ケア・マネジメントの実装」の報酬改定版が発売予定です。

前回同様、四半世紀にわたる「栄養ケア・マネジメント」確立までの歴史や、調査研究・成果、それらに基づいた具体的な事例やノウハウ満載の一冊です。

また新たに今年の報酬改定の目玉であるリハ、口腔、そして栄養の多職種協働の重要性についても解説いただいております。

当学会の研究は「食べるたのしみをいつまでも!!」を重要ポイントとしており、それらを著者らと共有して頂ければ幸いです。
【発売日】2024年11月1日
【定価】1500円＋税



第38・39回 Thinkingのご案内

第38回は、レスリー・パーマー教授（英国スターリング大学環境・認知症・高齢化センター）をお招きし、「認知症デザインとは何か?」「どういう効果が期待できるのか?」「何故効果が生まれるのか?」を事例と共にお話しいただきます。（日・英通訳あり）
【日時】10月30日(水)19～21時
【会場】臥龍会議室+Zoom
【テーマ】スコットランドから学ぶ、認知症の人にやさしい施設・病院・まちづくり

参加申込は Google Form へ
(<https://forms.gle/tkqpMAqSnFn76j16>)
第39回は、「医療福祉事業における哲学とマーケティング」をテーマに松原由美教授（早稲田大学人間科学学術院）にお話しいただきます。

【日時】11月15日(金)19～21時
【会場】臥龍会議室+Zoom

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/>



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