

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/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

地域医療を守るためには医療提供 組織の経営者の資質が重要なのだ

所長 小山 秀夫

医療機関が医療安全対策を組織的に実施し、患者の安全を確保するための取り組みが必要です。現行の診療報酬では、06年度に「医療安全対策加算」が導入され、18年度に「医療安全対策地域連携加算」が設定されています。

19年のWHO総会では、9月17日を「世界患者安全の日」に制定しました。「医療制度を利用するすべての人々のリスクを軽減し、患者安全を促進するための意識向上と行動を目的」としました。その背景は、「世界中で医療に関連する事故やエラーが発生しており、それらの多くは防ぐことが可能なのではないか」「患者安全を確保するためには、医療従事者だけでなく、患者やその家族、政策立案者、教育機関など、すべての関係者が協力する必要がある」という考え方があります。

厚生省は01年を「患者安全推進年」と位置づけ、各関係者の共同

行動を「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動」と命名し、総合的な医療安全対策を推進し、その一環として、11月25日（いい医療に向かってGO）を含む一週間を「医療安全推進週間」と定め、様々な取り組みを行っています。病院や診療所の経営者や管理者には、患者の権利を尊重しながら正しい判断を下す責任があります。患者の安全やケアを優先する倫理観として、医療の現場で常に患者の健康と幸福を最重要視し、倫理的に正しい行動を取るための指針があります。具体的には以下のような要素が含まれます。

1. 患者の権利の尊重…患者が自己決定権を持ち、治療内容の十分な説明やインフォームド・コンセント（十分な説明と同意）の徹底が含まれます。
2. 安全な医療の提供…医療ミスを防ぎ、患者の安全を確保するために、適切なプロセスや手順を遵守し、スタッフ間

でのコミュニケーションを強化し、潜在的なリスクを最小限に抑える努力をします。3. 公平性…患者を年齢、性別、経済状況などで差別することなく、平等に扱うことが求められます。4. プライバシーと機密性の維持…患者の個人情報や診療記録を守ることが重要です。5. 全人的なアプローチ…患者の精神的、社会的、感情的な側面を考慮してケアを行います。6. 倫理的ジレンマへの対応…難しい状況や利益相反が生じた際にも、患者の最善の利益を考えた上で、正しい判断を行う能力と姿勢が必要です。

医療経営者には患者安全が重要

医療経営者には、このような患者安全のための指針が重要だと思えます。医療現場では、絶えず医療過誤が起こる危険があるので、大病院でも診療所でも経営規模や医療技術の種類に関連はあまりないように思います。

医療事故件数の推移は、日本医療安全調査機構が公開している年次報告書などで確認できます。報告件数は年々増加傾向ですが、こ

れは事故そのものが増えたというよりも、報告制度の浸透や医療機関の意識向上によるものと考えられます。

事故の大半は人為的ミスによるものとされています。医療行為の大部分が人間の手によって行われるため、ミスが発生する可能性は避けられません。ヒューマンエラーの原因には、経験不足、不注意、連絡不足、疲労などが挙げられます。医療従事者の業務量の増加や複雑化も、エラーの要因となることがあります。医療事故の防止には、組織的な対策や技術的な改善が重要です。例えば、コミュニケーションの強化やエラー防止システムの導入が効果的です。

一般論として患者の安全やケアを優先する倫理観は、以下のような方法で育成・醸成されるとされています。①倫理ガイドラインの策定と普及、②リーダーシップによる模範、③教育と研修プログラム、④定期的なフィードバックと評価、⑤オープンなコミュニケーション、⑥スタッフ間の協力と学び、などです。

このように医療経営者には、患者安全のリーダーシップが求められているのです。

最善の医療経営は 患者安全が最優先

今、医療経営は戦後80年間の最大の危機に直面しています。73年

のオイル・ショック時に医療経営は大混乱しましたが、政府の適切な診療報酬引き上げで乗り越えることができました。その後の最悪の経営状況は90年でした。23年度の経営状況では、公立病院の7割、民間病院の6割が損失計上しており、全診療所の収支は限りなくゼロに向かいつつあります。

24年度の医療機関の正確な経営状況は資料がないので予測するしかありませんが、23年度以上の損益計上になると、わたしは考えています。単年度に利益が計上できるか、それとも損益が発生するかという点に関心が集まりますが、重要なのは債務超過の発生比率です。多額の借金で開業した民間医療機関は、5年程度の債務超過後返済金額以上の利益を確保できてきましたが、このように無理になりつつあります。経営規模の大きい医療機関は、債務超過でも地元金融機関が共倒れを恐れて、融資を継続します。金融機関は医療経営のプロではないので、財務諸表でしか判断できません。一般企業の経営に加えて医療経営には、最新の医療分野の知識と医療倫理観が不可欠です。このほかに経営者に必要な能力や資質は、経営責任をすべて引き受ける覚悟や経営戦略の策定能力とか、リーダーシップ、最低限の財務管理知識などだと思いますが、患者安全が最優先なのです。

医療経営を衰退させないためには 患者安全を徹底する姿勢が重要だ

所長 小山 秀夫

医療経営の研究や教育に携わってきた者として、地震・火災・冠水などの災害と医療事故が最大の経営危機なのではないかという強い思いがあります。医療経営は非営利経営学の対象でどのように経営継続性を確保することができるといったことを、ひたすら追求することが重要だと考えてきました。個人的には、体験知として医療経営の継続性が損なわれた事例に関心を寄せてきました。

医療経営が継続できないということは、患者さんに医療を提供できなくなるということです。人口減少が進んでいる地域において「地域医療の確保」は重要かつ切実な課題です。医師や看護師をはじめとした医療マンパワーが不足しているという指摘があります。医療経営が継続できるかできないかということから考えてみる必要があります。医療経営ができなければ公立病院に任せればよいという勝手な考え方が一部にありますが、公立病院であっても、経営ができなければ撤退するしかないという現実を直視することが必要です。

病院がどのようにして衰退するか、あるいは廃業を免れて経営

継続できるのかといった切実な場面をみすぎたのかもしれないませんが、この30年間で衰退した約3千病院には事情があったはずですが、今、「地域医療の確保」が重要だと考えるのであれば、医療経営が継続できるかどうかといった観点が重要だといいたいです。

医療経営の継続性を確保するためには、医療倫理観、とくに患者安全を最優先する姿勢を確保することが必要なのです。重大な医療事故を起こした医療機関では、患者離れが起き、民間医療機関であれば再建は絶望的で廃院ということになります。比較的経営規模が大きい病院や国公立病院あるいは医師育成機関である大学病院などでは、なんとか廃院は免れますが失われた信頼を完全に取り戻すことはできません。

○衰退の五段階がある

著名なビジネスコンサルタントのジェームズ・C・コリンズ（ジム・コリンズ）の『ビジョナリー・カンパニー③衰退の五段階』（日経BP社、2010年）では、「衰退は『突然』ではなく『徐々に』進行する」と分析し、そのプロセスを次の「5つの段階」に整理し

ました。

1. 成功からくる傲慢…過去の成功が企業全体を過信させ、市場の変化や顧客のニーズを無視する。
2. 規律なき拡大路線…成長を追求しすぎて無計画な拡大を行い、企業の強みを失う。
3. リスクと問題の否認…問題が表面化しても軽視あるいは否認し、適切な対応ができなくなる。
4. 一発逆転を狙う過剰な行動…焦りから大胆な改革や無理な戦略を追求し、さらなる混乱を招く。
5. 組織の崩壊・消滅…最後には競争力を失い、破産や吸収合併などで市場から退出する。

さらにコリンズは、これらの段階に気づき対応することで、企業が再び成長や成功を取り戻す可能性があり、つぎの6つのポイントが有効としています。

- ①問題を認識し、素直に受け入れる。
- ②「成功の傲慢」を捨て、基本に立ち返る。
- ③本業に集中し、強みを強化する。
- ④「一発逆転」を狙わず、小さな成功を積み重ねる。
- ⑤リーダーシップを強化し、組織全体で方向性を共有する。
- ⑥市場の変化を見逃さず、柔軟に対応する。

企業を医療機関に読み替えてみると、コリンズのこのような指摘は、どこにでもあるように思えてなりません。圧倒的に供給不足が長年続いた医療提供機関は、患者さんのためにまじめに医療を提供

すれば医療を経営することができました。医療の供給不足の地域での医療経営は、成功体験となりましたが、一部で需給が均衡し、その後少しくとも供給過剰になると医療機関同士の熾烈な競争が起きました。介護保険制度が創設されると一部で医療と介護の競合という状態が生み出されましたので、医療経営でも『衰退の五段階』はよくあることだと広く認識されるようになりました。

○リスクと問題の否認はしない

医療技術の高度化や専門領域の探求は必要なことで、医療の技術革新に後れを取れば競争力を失います。医師が最先端の医療機器を確保し医療経営に貢献したいと考えていることは、間違いのないことです。しかし、最先端の医療機器を駆使したつもりで医療事故を起こすと、取り返しのつかない惨状となります。

過信・傲慢・ニーズの無視・リスクの軽視・無理な戦略や計画などは、どのような組織でも起こりえることです。多くの職員に対して絶えず注意していても、起こりえる危険があるのです。もっとも重要なのは「リスクや問題を決して否認しない」ことではないかと考えています。医療機関では絶えず医療事故のリスクにさらされているという大前提を軽視すると、とてつもないしっぺ返しを受ける

ことになります。

曲がりなりにも患者さんが確保でき、どうにか経営を続けられると、経営者が所得を増やし従業員のことを大切にせず、さらに新しい目標設定もおろそかになることで、働く側の人々は、「働かせられていない」「できない事の言い訳に終始する」「小さな成功でも慢心してしまう」「めんどうなので新しい学習はしない」という衰退が徐々に広がるものです。

医療従事者の確保ができないのに人件費が高騰しています。物価高騰で光熱水道費や材料費が急激な上昇です。それなのに診療報酬の引き上げが十分ではない。こういったことは確かではあるのですが、医療経営の衰退は徐々に進行しているという判断がまず必要だと思います。その上で「本業に集中し、強みを強化する」ためにどうしたらよいのかを考えなければなりません。

急がば回れです。必要なことは患者さんのことを最優先し、特に患者安全を徹底するということがないかと考えられますので、経営者に推奨しています。正確に言えば、医療経営を衰退させないためには患者安全を徹底する姿勢が重要だ、ということなのです。

医療経営が厳しい状況に追い込まれている現在、もう一度患者安全や医療倫理の徹底を職員全員の共通目標にして欲しいのです。

有事斬然（ゆうじざんぜん）

第63回 高額療養費制度の議論から垣間見えるもの

医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院 副理事長 一戸 和成

2025（令和7）年3月7日、石破茂首相は高額療養費制度の改正について、8月の負担上限額の引上げを見送り、秋までに再度検討すると表明した。改正案決定までの議論が少ないとの指摘や、患者団体からの批判もあり、方針転換を余儀なくされた形だ。改正の背景もさることながら、今回の議論の中から垣間見えてきたものについて考えてみたい。

○公的医療保険に何を求めるか？

24年10月号のコラム（社会医療ニュース591号）で、国民が公的医療保険に何を求めているかについて私見を述べたが、改めて見てみる。

24年8月27日に公表された「令和4年社会保障に関する意識調査」によると、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

● 重大な疾病リスクによる個人・世帯の経済的な破綻を防ぐ（強制加入、個人の疾病リスクではなく所得に基づき保険料が設定されている社会保険方式）

● 「必要にして適切」な医療を保険給付の対象とする（給付の哲学）という二つの基本原則であり、これらは堅持すべき、ということである。その上で「給付の哲学」に沿いつつ、公的医療保険の「給付範囲の見直し」を不断に行うことで、少子高齢化が進展し、現役世代が減少するなかでも、医療技術の高度化への対応と、保険給付の持続可能性を両立させることができ、結果として国民・患者の生活の質（QOL）向上にもつながるとしており、この考えは、先述の国民が公的医療保険に求める内容とも符合している。

○前例踏襲の改正内容

今回の高額療養費制度の見直しについて、役人的な視点で見ても、平成時代の高額療養費制度改正の際に設けられた基準「協会けんぽ加入者の標準的な報酬月額額の25%となるように自己負担上限額を設定する」を、所得区分の細分化をしつつ準用する、また、近年の賃金上昇を踏まえ、全ての区分の自己負担限度額を基準に合わせ引き上げる、ということに納得が得られると判断したということだろう。しかし、足元をみると、

3月10日に公表された毎月勤労統計では、実質賃金が物価上昇のあおりを受け減少に転じたように、賃金の上昇が国民生活のゆとりにつながっていない状況であり、また、制度の見直し理由について、表向きには、現役世代の保険料負担の軽減とはいいつつ、予算編成における社会保障費抑制やことも関連財源の捻出のためであることは明らかであること、さらに、財源確保のベクトルが、高額な自己負担が生じる疾病に罹患した患者の自己負担を上げること、現役世代の保険料負担を軽減するという公的医療保険の主旨からも、先述した国民皆保険を守る原則から逸脱していることに問題がある。今回の制度見直しを巡るごたごたは、政府がこうしたことを無視して突っ走ったということ、当然の帰結と言えよう。

○予算の辻褄合わせの社会保障費抑制

骨太方針に代表される「目安対応」などは最たるものであるが、他の税金の使われ方や分野間のやり取りなど、根本的な議論がないまま、社会保障費抑制の議論だけが続いていることが問題である。そのようななかで、政治と金の問題や、官邸周りの幹部官僚が官房機密費からの恩恵にあずかっているやの実しやかな噂話を聞くにつれ、実質賃金が低下するなか生活

に苦しむ国民や、失われた30年で苦勞してきた氷河期世代などと、政治家や幹部官僚との間の生活実感に対する認識の乖離は大きいと感じる。それに加えて、さらに経済的に打撃を受けることになる（受ける可能性がある）高額療養費の自己負担限度額の引上げを、単なる予算の辻褄合わせのために、身を切る努力もせず、自分たちの既得権を温存した形で、政治・行政が当たり前のように提示してきたことに、国民・患者が怒りを露わにしたということではないか。個人としては、国家財政が破綻するというような究極の選択を迫られた際に、何を公的医療保険として残すべきなのかと言われれば、間違いなく高額療養費制度だと言えよう。そのため、仮に現在の予算編成の枠組みでしか制度改正ができないとすれば、今回のような高額療養費の自己負担限度額の「引上げ」を行うのではなく、すでに所得に応じた保険料負担となつていて制度であることも踏まえ、受診時の自己負担割合だけは、年代を分けず3割に統一し、それによって節約される給付費を原資として、一部を高額療養費の自己負担限度額の「引下げ」に使い、重大な疾病リスクによる個人・世帯の経済的な破綻を防ぐという原則に立ち返ることが、国民の安心感につながり、最も納得感が得られるのだろうと思っ

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(51)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■チームコンパスは情報収集が速い、看護師の思考の先回りしてくれる、クリック数が少ない

チームコンパスは、東京大学の飯塚・水流(つる)研究室(以下、研究室)の研究成果をもとにドクターズモバイル社が開発した。このシステムは、「医療の質改善」と「医療安全の担保」を目標として開発された「チーム医療支援システム」と位置づけられている。看護実践用語標準マスター、看護ナビ、PCAPS(ピーキャップス)といった3つの臨床知識コンテンツの組み合わせを「チームコンパス」と呼んでいる。

看護実践用語標準マスター(以下、マスター)は、研究室で2000年頃から開発がスタートし、16年に標準規格となった。MEDISが提供する厚労省標準用語マスター(医薬品、病名、臨床検査、画像検査、歯科病名、看護)となったのだ。これは看護業務と看護記録等で使用されていた用語を収集・整理して定義づけしていた、「観察編」と「行為編」で構成されている。共通の用語スケールとして活用できる。

これまでの看護記録は叙述的に記録されていて、データ解析が難しいとされていた。だから看護の質の評価は難しいと言われてきた。日本看護協会もDINAT事業で、これを問題点と指摘している。以前は、看護師一人ひとりの経験や知識でケアし記録することでオーケーだった。そして看護師一人と同じ患者を継続して見るわけではなく、複数の看護師が時間帯毎に患者を観察し記録していた。やはり看護にこそ標準化の考え方導入が必要となったのだ。40年前、病棟で医療事務をしていた頃、熟読させていただいた。医事請求でカルテの看護記録を読解していた頃が懐かしい。

同研究室は、マスター開発の後、看護ナビとPCAPSの開発にも取り組んだ。「看護ナビ」は、症状別、疾患別に「看護計画立案」をガイドするシステム(観察標準セットと行為標準セットで構成)である。それまでは看護師一人ひとりの知識と技能、そして経験に基づき看護計画が作成されていた。だが、この看護ナビ(看護思考プロセスナビゲーター)は、「症状毎、疾患毎」に必要な「観察項目」や「ケア項目」をガイドしてくれる。観察項目には飯塚病院のセル看護提供方式®で活用されている項目が盛り込まれている。そして、①病気そのものによる症状、②生体侵襲の強い医療介入による合併症、③薬剤による有害事象といった3つのポイントからセット組みされた(患者の状態変化に焦点を当てた分岐構造のパス)標準的看護計画立案をガイドする仕組みとなっている。看護師の知識・技能・経験の差によって看護の質に違いが出ていたが、これによって標準化され、かつ均質化される。入力、ベッドサイド&リアルタイム入力を想定して、リストにそって選択・入力すると、ページ内の時系列比較の一覧データが即時更新される。観察項目やケア項目と紐づいた叙述記録が併用できるが、叙述記録は必要最小限となる。

同研究室は、次にPCAPSの開発に取り組んだ。PCAPSとは、患者の状態を軸に展開している臨床プロセスチャート(以下、パス)のことだ。病院毎に作成しているクリニカルパスは時間軸を基準としているから日々治療が進行していく。しかし患者の容態はそのとおりに進行しないことがあるから(複雑な状態変化に非対応なので)、離脱率が高いと言われている。一方でPCAPSは、「術後のハイリスク期」「術後急性

期」「術後回復期」といった患者の状態変化に焦点を当てた分岐構造のパスになっている。だから患者の状態に変化があったり、問題が起こったりすれば、その状態に留まったり戻ったりできる仕組みになっている。患者の状態(術後急性期が長引いたり、状態が良くなったり悪くなったり、合併症が起こったり)に応じた適切な治療・ケアを提供できるので、離脱率が非常に低いと説明している。患者の多様な容体を臨床プロセスチャート(俯瞰図)で捉え、医療・看護の各過程を可視化し、治療の目標値を目指す仕組みとなっている。工学分野の「可視化設計技法」を用いて開発されている。このパスは、①臨床プロセスチャートと②ユニットシート(検査、治療、観察、ケア、管理業務、判断判定)で構成された「ナージングコンパス」ということだ。回復期リハ病棟と医療療養病棟の看護ナビとPCAPSも開発されているから、転棟・転院もスムーズに実施できる。PCAPSは全国共通のシステムで、運用データが蓄積されている。このデータを分析すれば、将来、評価や改善に利用可能となるらしい。

電子カルテとチームコンパスの適用範囲は以下のとおりとなっている。(1)電子カルテでは、①入院退院登録、②各種オーダー、③コストに関する記録、④急変時記録と

カンファレンス記録等、⑤他職種間記録項目(食事、リハビリ、検査等)を使用する。(2)チームコンパスは、看護計画、看護記録、経過表閲覧として利用する。①PCAPS、②経過表(情報収集)、③バイタルチェック、④各種観察項目の記録とチェック、⑤各種ケア項目の記録とチェック、⑥看護計画、⑦看護計画情報提供用紙の作成機能を使用する。

チームコンパスの導入効果をカタログでは以下のとおりとしている。看護師の時間外勤務は、導入前が月5372時間だったのが、導入後には4385時間となり、約20%を削減できた。これにより人件費が削減できチームコンパスの導入コストがカバーできた、としている。入院日における患者1人当たりの記録時間も33分から6分に短縮でき、記録漏れも減少した。PCAPSにより、新人看護師でも迷わず正しい患者情報が収集可能となった。800種類以上のPCAPSが準備されているから1000床規模の急性期病院でもパス適用率が90%以上となる、としている。

病床利用率が9割を超えてくると、病床の融通が必要になる。退院前に主病棟から別病棟のベッドに移動したり、入院初期に別病棟に入院し、後日主病棟に移動してもらうには、チームコンパスの導入が前提となるのではないか。

小山所長の

喜怒哀楽



桜の満開を追いかけいています。井の頭公園の桜は、今年も楽しませてくれています。どうしても行きたかったのは小倉城周辺と吉野です。数万本もの桜が一齐に咲き誇る光景は圧巻で、日本でも最高峰の花見スポットの一つとして知られている「吉野山」は、日本でも最高峰の花見スポットで「一目千本」として知られています。

それと何度か訪れた下関周辺の桜もよかったです。長府駅から山に向かっていると医療法人愛の会光風園病院があります。慢性期医療の実践と拡大に尽力されてきた理事長の木下毅先生は、桜好きで、瀬戸内海を一望できる病院の広大な敷地に200種類の桜の木を植え続け、圧巻というか見事な桜の園を作り上げられました。

院長の木下祐介先生とは、昨年10月に日本慢性期医療協会の有志の皆様とともとニューヨークにご一緒したので、みんなで押しかけようという軽いノリで集まりました。光風園病院の皆様には心から感謝申し上げます。ご参加の皆様との一生の思い出になるフクの大宴会、楽しすぎました。教員の年度末年度初めは多忙を

極めます。卒業式が終わるとすぐに新学期の準備です。その間に送別会や歓迎会などあり、落ち着いて花見をしたくともどこか落ち着かないのが恒例でした。

教員をやめ自由になれたら桜前線に合わせて全国で花見がしたいという夢が現実のものになりつつあります。北海道の桜はゴールデンウィークと重なりますので先のことになりますが、桜を愛でていると心が浄化されるような感覚になるので、お気に入りです。

新しいリーダーに期待

フランスのエマニュエル・マクロン大統領は、改革志向で経済政策や国際関係において積極的な姿勢ですが、国民からの支持率は高くありません。イタリアでは、強固な保守主義者で初の女性首相ジョルジャ・メローニ首相がリーダーシップを発揮しています。イギリスでは、労働党のキア・スターマー氏が新しい首相に就任しました。彼は改革を掲げ、国民への奉仕を重視する姿勢を示しています。ドイツの次期首相は、保守系野党のキリスト教民主・社会同盟(CDU・CSU)のフリードリヒ・メルツ氏で、彼は財政政策の転換や防衛力強化を目指しています。

ヨーロッパの新しい政治的リーダーたちに、期待が寄せられていると思います。特に、安全保障、

気候変動対策やデジタル技術の活用、経済の回復といった課題に対して、革新的なアプローチが求められています。ただし、ポピュリズムやナショナリズムの台頭、極右政党の影響力の増加など、政治的な分断も進んでいるため、リーダーたちがどのようにこれらの課題に対応するか目守りたいと思います。

ヨーロッパ以外ではカナダの首相マーク・カーニー氏が環境問題への取り組みや経済改革に焦点を当てています。彼は、金融政策と経済危機管理の専門家として知られ、以前はカナダ銀行およびイングランド銀行の総裁を務めていたので、頼りになるのではないのでしょうか。

何とか米中ロシアという大国に対峙する政治的経済的リーダーシップに、強く期待したいのです。

世界関税大不況と頭脳流出

4日の米株式市場は大幅下落し、ダウ工業株30種平均は約6%の急落を記録しました。この下落は、米連邦準備制度理事会(FRB)のパウエル議長が関税の影響について警戒を示したことや、米中貿易摩擦の激化が懸念されたことが要因とされています。

よくわからないことばかりですが、歴史的を振り返れば、貿易戦争は短期的には国内産業を保護する効果があるものの、長期的には

世界経済の停滞を招く可能性が高いとされてきました。トランプ大統領の関税政策は国内産業の保護を目的としています。報復関税による影響で輸出企業が打撃を受ける可能性もあります。また、中国は対抗措置として輸入制限や技術移転の規制を強化しており、これが世界のサプライチェーンに影響を及ぼすことが懸念されているとのことです。

心配なのは米国内のトランプ反対派がどのような行動をとるのかということです。どの程度かはわかりませんが、ヨーロッパやオーストラリアに移住を計画中の研究者や大学の教員が増加しているということは間違いないようですし、医師や看護師でもいたたまれないので移住すると明言している人々もいます。日本では世界関税大不況みたいなことに関心が集中していますが、どう考えても頭脳流出は大問題だと思っています。

戦後の米国経済の発展の要因のひとつが、ヨーロッパからのユダヤ人研究者の頭脳流入にあったことは明らかです。特に、ナチス政権下で迫害を受けた多くのユダヤ人科学者や学者がアメリカに移住し、科学技術や経済学の分野で大きな貢献をしました。

例えば、物理学や化学の分野では、マンハッタン計画に参加した科学者の多くがヨーロッパ出身のユダヤ人であり、これが米国の科

学技術の飛躍的な進歩に寄与しました。このような「頭脳流入」は、米国の学術的・技術的な基盤を強化し、戦後の経済成長を支える重要な要素となったのです。

医療の世界でもこのようなことが起こりましたし、戦後の英国の国民保健サービスによる臨床医の登録制度などに反対した医師が米国に渡り医療技術の普及や研究開発、医療サービスの質にある程度影響を与えたであろうことは確かだと考えられます。このようなことを考えてみると、トランプ政権に賛成する気には到底なれないのです。

大砲もバタールもで窮地に

19世紀以降の政治の最大の争点は「大砲かバタールか」ということです。軍事と国民生活のどちらを優先するのかといった政治的選択です。世界の20世紀前半は大砲が優先されてきましたが、後半からは国民の福祉向上が優先されるようになりました。

トランプ政権はヨーロッパ各国や日本に防衛費の増額を強要しています。この先、日本は大砲もバタールもという選択をしそうです。

世界で最大の公債残高を抱え、経済の国際競争力が低下している日本の選択はそれしかないのでしょうか。何とかしないと日本経済沈没、再建困難になりますよ。しっかりとしようよ日本の政治。

アメリカに
渡った視点
医師の

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

父から私へ…英語と向き合う旅①

英語が、私の父にとってコンプレックスの一つであることを、幼い頃の私は漠然と感じ取っていた。父は一見すると内向的思考型の、私とは異なるタイプの人間だが、本質的には一意専心の姿勢において通じるものがある。診療の分野こそ違えども同じ医師である父は、若かりし頃、恐らく医局の人事や家族の事情などが重なり、心のどこかにあった海外留学の夢を断念せざるを得なかったのではないかと推察している。時を経て、英語論文を読み、外国人医師とコミュニケーションを取ることに相応な苦勞を重ねたのだろう。長男である私に対して、英語の習得の大切さを説き続け、私が「海外で仕事をしたい」と言ったときには、迷うことなく背中を押してくれた。

こうした背景で育った私なので、日本で生まれ育ち、中学生になって初めて英語に触れたという点で、一般的な日本の英語教育を受けた人々と全く変わりはない。そんな私でも、米国で直接患者を

診療するまでに至ったのである。

英語を学ぼうという気持ちに突き動かされた12歳の頃、忘れられない出来事がいくつかあった。その中で、非常に印象的な父に係る思い出がある。家族で旅行中に、京都の四条大橋で外国人女性に声をかけられた父が、英語で道を教えたのである。今思えば、片言の英語だったに違いないが、当時の私や姉弟は、えーっ、パパ英語話せるの!?と大興奮であった。図らずも苦手としていた英語で家族内での株を急上昇させた父のエピソードは今でも我が家の語り草である。

英語への興味や愛着を持ってはいたものの、決して成績が優秀だったわけではない。私の中学・高校時代の試験対策は、ひたすら教科書の文章を暗記することであった。母に「それくらいできて当たり前」と焚きつけられ、ムキになって始めたのがきっかけだが、当の母本人はそんなことを言った記憶すらない。その後様々な学習法を試したものの、結局は「正しい英文を丸暗記し、ネイティブの話し方をそのまま真似る」こ

とが、自分にとって最も効率のよい学習法だと気づき、それが今に至るまで、私の英語学習の基盤となっている。実際のところ、学校の試験や受験などは、この方法で乗り切ることができた。

しかし、渡米後、大きな壁に直面することになる。新生活への期待に胸を膨らませながら、ニューヨークのJFK空港に到着した私は、その足で新しい職場へ向かい、米国での勤務初日を迎えた。到着早々、上司や先輩と研究プロジェクトの打ち合わせが始まったが、ニューヨーク育ちの二人の話す英語のスピードはあまりに速く、まったく聞き取れなかった。

このままでは仕事が成り立たない。そう痛感した私は、本腰を入れて、現地で購入した英語での文法書を読み込み、テレビのローカルニュースを視聴し、さらに研究室の米国人の後輩らに発音や文法の矯正の協力を依頼した。英語漬けの日々であったが、努力を重ねても、語学の習得には時間がかかる。学会発表では質問されても理解できずに冷や汗をかき、仕事以外の集まりの場では会話の内容が分からず戸惑った。それでも、とにかく臆せずに、心理的なプレッシャーのかかる場面に積極的に飛び込んでいった。マラソンのランニングチームへの加入もその一環で、毎週末、2時間ほどのランランをしながら、話好きな地元の

メンバーと英語で雑談をすることが、仕事以外の場面での会話力を鍛える絶好の機会になった。

こうした環境の中、渡米から10年が経つ頃には、ある程度の英会話能力は身につけていた。とは言え、医師としてのプロフェッショナルな英語能力にはまだ到達しておらず、臨床医として、次なる壁と向き合うことになる。

当時の米国では、日本人医師は、外国人医師の受け入れに積極的なレジデントプログラムに所属することが一般的であった。しかし、私が所属したのは、熾烈な競争を勝ち抜き、より良いポジションを得ようとするアメリカ人ばかりのプログラムであり、そこでは、英語が流暢でない＝能力がないと見なされ、言葉の壁は一気に過酷なものとなる。

申し送りでは言葉ひとつ聞き逃さないよう集中し、必死にプレゼンをこなす。患者や家族に正確なメッセージを伝えなければ、訴訟にまで発展する可能性もある。医師として求められるのは、単に英語を話すことではない。正確で的確な英語を操ることに、自分のキャリア、そして人生そのものがかかっている。ひたすら場数を踏む、いくつもの重圧を乗り越えることが、遠回りでありながらも近道であると悟った。

今、客観的に自分の英語力を分析してみても、理想とするレベル

には到底達していない。時折、聞き取れない音や、うまく発音しきれない音があり、やはりネイティブのようには話せていないだろう。知識層が執筆した新聞記事では意味のわからない単語に出くわす。決定的なのは、米国各地の訛りをなんとなく聞き分けることはできても、それら特徴を正確に拾い上げて真似ることができない点だ。英語という言葉語を、完全に「自分のもの」にするには至っていないのだと思う。とはいえ、これまでの診療では患者たちとの会話に不自由はなく、突然英語で話しかけられても動じず、急なプレゼンテーションや質疑応答にも対応できる。夢の中ですら、英語で話しかけられた相手には英語で返している。それでも、「もっと流暢に自然に話したい」という思いは消えることなく、今でも俳優のスピーチ動画等を見て真似しながら練習する。若い頃に描いていた「英語を使いこなし、米国で働く」という目標にはなんとか到達することができた。

英語に囲まれた環境で育った帰国子女でなくても、目標に向かって歩み続ければ道はきつと開ける。そのことを、自分の経験を通じて若い世代に伝えたい。そして、この体験が、これから英語に挑戦しようとする人たちにとって、ほんの少しでも希望や勇気となれば、こんなに嬉しいことはない。

リヒャルト・ワーグナーの《ニーベルングの指環》は、北欧神話をもとにした約15時間にわたる4部作《ラインの黄金》《ワルキューレ》《ジークフリート》《神々の黄昏》で構成されています。呪いをかけられた魔法の金の指輪の争奪劇を巡る神々、地底族、巨人族、英雄の物語で、神々の滅亡と真実の愛の復活がテーマです。

この楽劇は、巨大なオーケストラによる複雑かつ雄大な音楽が特徴です。《ワルキューレの騎行》や《ジークフリートの葬送行進曲》はじめ、どこかで聴いた懐かしい名曲の宝箱のようです。

作曲には26年が費やされ、1876年バイロイト祝祭劇場

が完成し、バイロイト音楽祭で上演が続けられています。

《ニーベルングの指環》の序夜《ラインの黄金》は、ライン川の底で3人の乙女が黄金を守っているという場面から始まります。

黄金の番人をまかされている乙女たちが遊んでいると地底ニーベルング族のこびとアルベリヒが現れます。乙女たちは醜い彼を「気味が悪い」と蔑み、軽くあしらいますが、「ラインの黄金から指輪を作った男は、限らない力が与えられる」「そして指輪を作るには、愛の力を断念することが必要だ」と口を滑らせます。

アルベリヒは「世界の全てが私ものになるのか」と語り、とっさに愛を断念し「ラインの黄金」を奪い地底へと逃げていきます。

天上の神々の長ヴォータンは巨人族のファールズルトとファーフナー兄弟にヴァルハラ城の建設を依頼し、その報酬に妻フリッカの妹で豊穡の女神フライアを渡すという約束していたものの妻の大反対にあいます。

そこに火の神ローゲが到着し、「アルベリヒがラインの黄金を盗み既に指輪を作り終え、絶大な権力を手にした」と話します。この話に巨人が食いつき、「ラインの

間、ローゲはアルベリヒを捕まえ、ヴォータンは指輪を奪います。

アルベリヒはヴォータンに財宝を全て取り上げられ、引き換えに自由の身となります。くやしがるアルベリヒは指輪に「指輪を持つ者に死を作り出せ」と呪いをかけ、姿を消します。

そこにファールズルトとファーフナー兄弟が現れ、城の建設の報酬としてアルベリヒの財宝を受け取ったものの、それだけでは納得せず、指輪も要求します。ヴォータンは、それを断ります。

そのとき辺りが暗くなり、大地と知恵の女神エルダが現れます。



エルダは「指輪はあなたを破壊へと追い込む」と警告します。

ヴォータンは巨人たちに指輪を渡し、フライアは解放されます。

巨人たち兄弟は指輪を手にと、指輪の取り合いをはじめ、指輪の呪いにより、兄のファールズルトが弟のファーフナーを殺してしまします。

ヴォータンたち神々は、指輪の呪いに恐れおののきます。ようやくフライアを取り戻すことができ、神々は喜び合います。

平和と豊穡の神フロアが城へ虹の橋をかけ、ヴォータンたちは橋を渡り城へ入っていきます。

ライン川の底から娘たちの嘆き声がして幕です。

小山



病院・福祉施設の持続的な給食運営を実現するために厨房業務のDXを推進

こだわりのお食事と 厨房業務のDX化で働き方を変える 人手に依存しない給食運営へ

セントラルキッチンで製造した完全調理済み食品をクックチル・ニュークックチルのご提案による調理・盛り付け業務の効率化、デジタル化による事務負担軽減などを通じて厨房業務の省力化・安定化を支援。また、お客さまのご要望を集約・分析し、スピーディーに対応することでサービスを向上し続けています。

多様化するニーズへの対応を実現していくために、厨房受託で実践して培ったノウハウをもとにお客さま厨房のDX化を進め、持続可能な給食運営へ。

詳しくはお問い合わせください。



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



イベント情報 掲示板

7月5日(土)13時から16時まで
『これからの栄養ケア・マネジ
メントin札幌』 天徳大学で

日本健康・栄養システム学会では、診療報酬も介護報酬も栄養ケア関連の『食育』の楽しさをいつまでも」を目指して、口腔やリハビリテーションとの「一体的取組」「早期栄養管理介入加算・周術期栄養管理加算、栄養マネジメント強化加算、訪問栄養食事指導等の体制や取組」などの情報提供と意見交換のための研修会を札幌で企画しました。

三浦公嗣代表理事、厚労省担当官、そして臨床栄養師の皆様によるプレゼンと楽しいシンポジウム、白熱の総合討論です。

【後援】(公社)北海道栄養士会
【場所】天徳大学2号館3階2303講義室(北海道札幌市東区北13条東3丁目1-30)

【参加費】5000円

【申込締切】6月30日(月)

【申込】学会HPのフォームより。
<https://www.j-nem.com/news/1470/>

第44回 Think-in のご案内

今回の新たな地域医療構想では、超高齢社会における医療・介護複合ニーズの患者の増大、人口

ストレスチェック義務化 すべての事業所が対象になります！



ピーラス
ストレスチェックPRAS
⇒ お問い合わせください。

mmsjp.info

株式会社医療産業研究所
東京都渋谷区代々木 2-16-1 ☎03-5351-3511

ストレスチェック事業 21年の実績

大切な
スタッフさまの
心の健康を
守ります。

減少など環境の大きな変化を背景に、これまでの病院中心から在宅医療を含めた地域医療全体の提供体制のあり方が示されました。これらを踏まえ、療養型病院の役割や方向性について経営戦略の視点を含めて議論します。

【日時】4月24日(木) 19～21時

【会場】臥龍会議室+Zoom

【テーマ】新地域医療構想とこれからの療養型病院の経営戦略

【ゲスト】池端幸彦先生・福井県医師会会長／日本慢性期医療協会副

会長(医療法人池慶会池端病院理事長・院長)

こやま書店 絶賛開店準備中!!



日本ヘルスケアテクノの1階では、待望の「こやま書店」の開店準備が佳境です。書店の顔となるトレードマークも決定しました！続報は会社HP、新聞などで発信予定!!

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/>

所在地: 〒103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町1-8-8 森忠ビル4F
コーポレートサイト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