

● 巻頭言 平成24年 年頭所感 堺 常雄 3

● グラフ 日本病院会役員挨拶 4

医療法人社団英志会

● グラフ 渡辺病院から見る富士山 5

● グラフ 病院紹介 足利赤十字病院 6

## ● 2012年 新春座談会

### 「医療の再生に向けて」 12

堺 常雄・相澤 孝夫・石井 暎禧・塩谷 泰一 (司会) 原 義人

## ● 国際モダンホスピタルショー2011・公開シンポジウム

### 「多職種の相乗効果による病院医療の質向上」 40

～それぞれの職種が災害医療の支援に加わる視点について～

● 総合司会：有賀 徹

① [講演] 昭和大学による医療支援の実際 ● 上條 由美 41

② [講演] 震災後の状況変化からみたチームのあり方を考える  
(震災支援から見えてきたチームのあり方) ● 栗原 正紀 51

③ [シンポジウム]

災害医療を振り返ってチーム医療が学ぶべきもの

～それぞれの職種が支援に加わる視点について～ 68

● (シンポジスト) 上條 由美・岡野 英樹・石井 美恵子・渡邊 暎洋・阿久津 直利

● (司会) 栗原 正紀・末永 裕之

● 連載 体の文化史⑨ [眉] ● 池澤 康郎 83

● 病院経営管理士通信教育「通教月報11月号」巻頭言 ● 石尾 肇 90

● 一番町だより 平成23年度 第7回 定期常任理事会 議事抄録(平成23年10月22日) ● 91

● お知らせ 平成23年度 第2回「病院経営管理研修会」案内・参加申込書 ● 104

平成23年度 第4回「臨床研修指導医養成講習会」案内・参加申込書 ● 108

日本病院会正会員・賛助会員入会申込書 ● 116

本誌へのご寄稿のお願い ● 118





## 平成24年 年頭所感

あけましておめでとうございます。皆さま、良い年をお迎えのこととお慶び申し上げます。

昨年は内外から大きな波が日本を襲った年となりました。3月11日の東日本大震災、ヨーロッパに端を発した世界的な財政危機、TPP問題等がそうです。これらのことが重なって、医療も大きな影響を受けました。このような中で、久々のプラス改定となった平成23年度の診療報酬は多くの病院にとって好材料となりましたが、これを受けた医療経済実態調査の結果が逆に作用し、また財政危機の中で心配していた平成24年度の診療報酬改定は、かろうじて0.004%のネットプラスとなりホッとしたところでした。しかし、昨年11月の政策仕分けでは医療も組上に載せられ、本来の議論とはなじまない診療報酬が問題とされたことには異を唱える必要を感じました。

日本病院会は東日本大震災への支援経験を活かし、災害支援システムを包含した医療支援システムの構築に着手しました。中小病院分析事業を手始めに、必要なデータを収集して病院活動の見え方と会員病院の類型化を行い、種々の分析を加え、これを基に政策提言を行うのが趣旨です。幸い、中医協委員に万代恭嗣常任理事が任命されたこともあり、エビデンスに基づいた意見反映ができればと願っています。このような取り組みにより、診療の質と経営の質の担保に資することを目指したいと考えています。

世の中が暗くなりがちですが、我々も同じように元気を失うのは本意ではありません。今年は、

震災で延期されていた60周年記念事業が行われずし、法人改革を受けて4月から一般社団法人化する予定です。そのような状況の中、日本病院会の事業をさらに推し進めるべく、役員・職員一丸となって前進する所存です。医療の質の推進、安全の確保、人材育成等の事業は引き続き行われます。また、支部活動の支援強化による地域医療再生への活動をより充実させるために、支部長連絡協議会を立ち上げたところです。更には、一般社団法人化に合わせて、日本病院会の倫理綱領の見直しも行われます。

中期的な課題としては、これからの日本の医療のあるべき姿を明確にする必要があります。そのためにも「社会保障と税の一体改革」について積極的に意見を述べ、望ましい形に持っていくことが重要と考えています。医療は地域産業といわれるように、中央の考えをそのまま全国に拡げるのは難しいものがあります。地域で望まれる医療を実現させるためには、執行部の考えだけでなく会員の皆さんから現場の意見を積極的にお寄せいただきたいと思います。

今年は、これからの60年の第一歩の年となるべく、意気込みを新たにスタートしたいと願っています。何よりも、ユーザーフレンドリーな日本病院会になるよう、また、日本の医療の発展に貢献できるよう努めたいと考えていますので、益々のご支援・ご協力をお願い申しあげ、新年の挨拶とさせていただきます。

# 謹賀新年



日本病院会役員

平成23年11月19日(土)撮影(日本病院会会議室)

永易卓 病院経営 管理者協議会 会長	中井修 常任理事	小川裕道 香川県 支部長	細木秀美 高知県 支部長	三浦修 山口県 支部長	中島豊爾 常任理事	生野弘道 常任理事	中村博彦 北海道 支部長	大道久 委員長	有賀徹 委員長	坂本すが 与	堀内龍也 与	石井孝宜 監事	4列目 右から
		松本隆利 愛知県 支部長	宮川信 監事	武田隆久 常任理事	福井洋 長崎県 支部長	高野正博 熊本県 支部長	藤原秀臣 常任理事	塩谷泰一 常任理事	前原和平 理事	松田朗 与	岡留健一郎 常任理事		3列目 右から
池澤康郎 顧問	野口正人 代議員会 議長	吉田孝宣 理事	松本純夫 常任理事	佐藤真杉 顧問	原義人 理事	石井映禧 常任理事	齊藤壽一 与	渡邊史朗 常任理事	宮崎忠昭 顧問	村上信乃 顧問	宮崎瑞穂 常任理事	万代恭嗣 常任理事	2列目 右から
	大道道大 副会長	梶原優 副会長	末永裕之 副会長	高橋正彦 副会長	今泉暢登志 副会長	堺常雄 会長	山本修三 名誉会長	相澤孝夫 副会長	高久史磨 与	奈良昌治 顧問	大井利夫 顧問		1列目 右から

# 医療法人社団英志会 渡辺病院 から見る富士山



富士市は市名にあるとおり、富士山の麓に広がる市です。市の至る所から間近に見える富士山の姿は、どんな言葉でも言い表せないほど美しく見事です。

渡辺病院がこの地に渡辺整形外科病院として産声を上げたのは昭和46（1971）年。36床の病床数で開業して以来、地域住民のニーズに応え、診療科を増設しながら発展してきました。現在は90床の病棟に訪問看護ステーションを併設、「手術から社会復帰・自宅復帰まで」の一貫した医療を提供、「おもてなしの心」を基本に日々患者さんに接しています。病室から望める富士山の姿は、病氣と闘う患者さんと、それを助けるスタッフを見守っているようです。

# 足利赤十字病院



■病院外観（東側一般駐車場より）

足利赤十字病院は、昭和24年の開院より地域の基幹病院として成長を続けてきました。栃木県と群馬県の県境に位置することから、二次医療圏を越えた他県からの来院者も多く、80万人を対象とした地域唯一の救命救急センターを併設する中核病院です。

平成23年4月、移転新築による新病院が完成、7月1日に開院をしました。新病院では、病院理念の「患者の皆さまがかかってよかった 職員のひとりひとりが勤めてよかった」と言える病院を創ります。」

を実現するため、一般病床全室個室・免震構造分棟型病院・自然エネルギーの活用・入退室管理システムの導入・大規模災害対策など、先進的な取り組みを積極的に実践しました。

病院建築と並行してソフト面の充実にも努め、女性医師の積極採用や職員の子育て支援、職員教育等にも力を注ぎ、院内体制の充実も図られています。海外留学生や、経済連携協定に基づく外国人看護師候補者を受け入れ、全国初のフィリピン人看護師合格者も誕生しています。

「環境に配慮できる優しい人材を育成し、人にも優しい医療人を育てたい」という考えから、太陽光パネル発電、風車による風力発電、井水熱利用ヒートポンプ、屋上緑化等を取り入れた新病院は、次世代型グリーンホスピタルとして、国土交通省より全国初の省CO<sub>2</sub>推進モデル病院に選ばれました。



■南東側からの航空写真

## 地域に開かれたコミュニティセンターとして

敷地自体が5万7,000㎡と広いうえに、4万㎡の市の公園が隣接。この間には柵はなく、一体化したコミュニティが誕生しました。建物は今後の増改築にも対応しやすいよう、機能別の分棟構成となっていますが、棟と棟をつなぐ約100mのホスピタルモールにはレストランやコンビニエンスストアが併設されています。これらの施設は地域住民も利用可能で、ホスピタルモールは隣接の公園からも出入りできるようになっています。なお、公園にはヘリポート2カ所が設置されています。



■ホスピタルモール

## 次世代型グリーンホスピタルとして

地下水の井水熱利用ヒートポンプや、風力・太陽光など自然エネルギーを活用する発電装置を設置しました。これらは、省エネ・省CO<sub>2</sub>に配慮した「次世代型グリーンホスピタル」を目指す取り組みの一環です。国土交通省の「住宅・建築物省CO<sub>2</sub>推進モデル事業」に病院として初めて選ばれました。

大地震に対しては免震構造を採用、157の免震装置で支えられており、一部には地域住民や医療関係者が見学できるよう通路を設けています。また、赤十字病院の使命の1つである災害救護を果たすため、約300人を収容できる講堂には、壁面に医療ガスの配管を設置してあります。



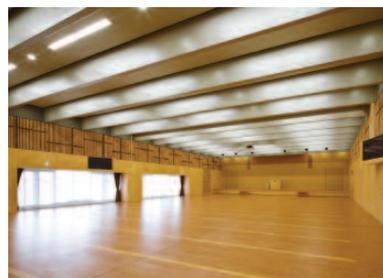
■風力発電装置



■太陽光発電パネル

### ■フロア案内

- 9F** 病棟 緩和ケア (東901~936・西951~969)
- 8F** 病棟 (東801~835・西851~885)
- 7F** 病棟 (東701~730・西751~768)
- 6F** 病棟 (東601~635・西651~685)
- 5F** 病棟 (東501~535・西551~585)
- 4F** 病棟 救急リハビリテーション (東401~429・西451~473)
- 3F** 病棟 救命救急 (東301~328・西351~370)
- 2F** 病棟 (東201~235・西251~282)
- 1F** 入退院センター (PFM) 薬局/コンビニエンスストア レストラン/保育所



■講堂



### ■免震層見学通路



## 最新の医療機器を備え、高度先端医療を提供

関東甲信越地区の大病院にもあまりないハイブリッドオペ室（血管撮影装置を設置），CTは320列を含めて4台，MRIは日本の薬事法で承認されている最高磁場の3テスラと1.5テスラの2台，放射線治療装置としてはエレクタ社製のシナジー日本特別仕様のリニアックなどを導入，最新の医療機器を備えて最先端の医療を提供しています。

外来は，患者さまの移動を極力少なくするため，いくつかの診療科を1つのブロックにまとめ，受付から料金計算までをブロック内で行う「ワンストップ外来」を採用。合計4ブロックとなっています。

■速やかに救急車が入れる高速シャッターを採用した救命救急センターの救急車寄り付き



■外来ブロック受付

■ハイブリッド手術室



■外来化学療法室



■透析センター

■放射線治療室



■CT撮影室



■MRI撮影室



# 安心と満足が得られる医療・看護を提供

病室はホテルの客室をイメージ、木質系中心のインテリアとし、回復期リハビリ・精神・小児科病棟を除き、一般病棟は全室トイレ付きの個室に。その約60%の病床が無料であり、有料個室の室料差額も従来の半額程度に抑えられています。緩和ケア病棟も19床中12床が無料となっています。また、夜間対応、受け持ち患者への即時対応ができるようにナースコールシステムを採用、きめ細かい看護を行っています。



■患者さまと目線を合わせるために、病棟スタッフステーションはオープンカウンターに



■入退院センター（PFM）

■一般病室



■産科病棟のLDR室



■小児科病棟のGCU、NICU

■緩和ケア病棟の特別病室



■リハビリテーションセンター

# 足利赤十字病院

## 病院理念

患者の皆さまがかかってよかった  
職員のひとりひとりが勤めてよかった  
と言える病院を創ります。

*The well-being of ours is dedicated to establishing a hospital,  
where our patients feel comfortable to have treatment and care,  
where each individual staff is happy to work for.*

## 基本方針

われわれ全職員は、基本方針を守ります。

- 1 『人道と博愛』の赤十字精神を心に、患者さま中心の医療を行います。
- 2 急性期病院としての機能と役割を、高い水準で発揮できるよう、日々励みます。
- 3 地域における基幹病院として、地域医療機関との連携を深め、住民の健康増進に努めます。

## 病院の概要

- **名 称** 日本赤十字社栃木県支部 足利赤十字病院
- **所 在 地** 〒326-0843 栃木県足利市五十部町284-1
- **電話・FAX** 電話 0284-21-0121 (代) FAX. 0284-22-0225
- **ホームページ** <http://www.ashikaga.jrc.or.jp>
- **病 院 長** 小松本 悟
- **開設年月日** 昭和24年7月1日
- **病 床 数** 555床 内訳：一般500床（緩和ケア19床，回復期リハ50床含），精神40床，結核15床
- **職 員 数** 医師 116名，助産師 22名，看護師 465名，准看護師 21名，薬剤師 20名，診療放射線技師 23名，臨床検査技師 35名，社会福祉士 5名，作業療法士 7名，理学療法士 15名，言語聴覚士 6名，臨床工学技士 11名，管理栄養士 5名，事務職員 123名，歯科衛生士 4名，看護助手 40名，救急救命士 1名，その他 39名 計 958名
- **建 物 概 要** 敷地面積 57,403.80㎡ 建物延面積 51,804.46㎡ 建築面積 13,838.22㎡  
主体構造：鉄筋コンクリート造，鉄骨造，免震構造，地上9階・地下1階・塔屋1階
- **診 療 科 目** 内科，神経精神科，神経内科，呼吸器内科，循環器内科，小児科，外科，皮膚科，整形外科，脳神経外科，呼吸器外科，心臓血管外科，泌尿器科，産婦人科，眼科，耳鼻咽喉・頭頸部外科，麻酔科，歯科口腔外科，形成外科，救急科，放射線診断科，放射線治療科，リハビリテーション科，緩和ケア内科
- **認 定** 【指定医療告示種別】栃木県広域救急医療システム二次救急医療病院指定，エイズ診療拠点病院，救命救急センター指定病院，災害拠点病院栃木県地域災害医療センター，地域周産期母子医療センター，栃木県脳卒中地域拠点医療機関，DMAT 指定医療機関  
【臨床研修】臨床研修指定病院，歯科臨床研修指定病院



2012年 新春座談会

# 医療の再生に向けて



## 出席者

- 堺 常雄** 社団法人 日本病院会 会長／総合病院聖隷浜松病院 総長
- 相澤 孝夫** 社団法人 日本病院会 副会長／社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 理事長・院長
- 石井 暎禧** 社団法人 日本病院会 常任理事／社会医療法人財団石心会 理事長
- 塩谷 泰一** 社団法人 日本病院会 常任理事／高松市病院事業管理者
- 原 義人** 社団法人 日本病院会 雑誌編集委員会 委員長／青梅市立総合病院 事業管理者・院長  
(司会)



(写真撮影：橋本 秀法／挿絵：堀込 和佳)

**原** 明けましておめでとうございます。昨年3月11日の東日本の大震災は未曾有の大災害でした。その復興にはまだ、ほとんど手がつけられていないという状況であり、これからも非常に長い道のりが待っているだろうと思います。被災地の方々にはぜひがんばっていただきたいですし、私どもも可能なかぎり支援していきたいと思っております。

振り返って医療界を見ても、医師不足や看護師不足は相変わらず深刻ですし、地域医療の崩壊が大きな問題になっている地域も多く見受けられます。このような現状ならびに昨年「社会保障と税の一体改革」という、2025年までの医療と介護のビジョンが示されたこと、今年は診療報酬と介護報酬の同時改定があることから、今回は「医療の再生に向けて」をテーマに選ばせていただきました。新春でもありますので、いろいろ希望に満ちたお話をお聞かせいただければ幸いです。

## 初心に戻って 61年目のスタートを

### 震災、地域医療の崩壊—— 日本病院会ができることは？

**原** では月並みですが、最初に今年の抱負をひとりずつお話しいただければと思います。まず堺会長から、よろしく願いいたします。

**堺** みなさま、明けましておめでとうございます。原先生のお話にありましたように、去年は3・11が非常に大きいのしかかってきましたが、それと同時に、日本の財政状況がかなり逼塞しています。医療と教育というのは重要な社会的共通資本であると言われますが、健全な財政のもとでなければ健全な病院運営はできないと思うんです。

こうした非常に不幸な状況下で、診療報酬と介護報酬の同時改定が行われるわけですが、それも、

悲観的に見れば、いわゆるパイの奪い合いになるのではないかとも思えます。

本来は、今日我々が「2025年にはこういう医療をやりたい」という夢を語って、それに向かって邁進できればいいんでしょうが、なかなか、そう言わせてはくれない制約もあります。残念なことですが、できないことを挙げたらきりがありません。いろいろな社会情勢、医療情勢についてのご議論もあると思いますが、今日は、実際の状況の中でできることを見つけ、そのなかで何をやるべきかということを考えていきたいと思っております。

日本病院会に限って言いますと、ちょうど去年は60周年を迎え、東京の聖路加国際病院の主管で総会が行われました。私も日病の歴史を振り返ってみました。60年間、いつの時代も大変な時代だったと思います。我々は今が一番大変だと思っておりますが、それぞれ置かれた状況の中で大変だったと思うんです。それを先人たちは見事、乗り越えて60年という長きに渡って、我々に伝統を伝えてくれたんですね。そういう意味では、新たな61年目を、還暦までの歴史から学びつつ、全く新たな発想で羽ばたくことができればと思っています。

それからもうひとつ、医療法人改革の中で、日本病院会は一般社団法人になるんですけども、そういう中で、今までとは違う新たな事業展開ができればと期待しております。今までとは違う視点で、日本病院会として会員病院に何ができるか。そして、会員病院の先には利用者である患者さんや患者さんのご家族、いろんな方がいらっしゃる。その方々に我々が何を提供できるか。我々が行政に何をしてもらうか、何を要望するかも大事ですが、それと同時に、我々に何ができるか、初心に戻って真摯に考えて行動していく1年であってほしいと思います。

そういう意味では、ぜひ会の皆さま方のご協力のもと、執行部は何やってんだという叱咤激励も含め、いろいろご意見を寄せていただければ非常にありがたいと思っております。

**原** ありがとうございます。では相澤副会

長、お願いいたします。

**相澤** 今年の診療報酬と介護報酬の同時改定は、医療界にとって非常に大きなできごとだと思います。医療と介護は、地域の住民・市民を支えていく一番のセーフティネットだと思うんですが、これまではおそらくバラバラに検討されていたこの2つが、同時改定によって同時に考えることができる。これは、いいチャンスだと思います。

このチャンスを生かすためには、厚労省が中央で決めて、決定事項を地方や現場に降ろしてくるのではなくて、地域や医療と介護の現場の絡み合いの中でがんばって医療を担っている我々が、しっかりと提案して形にしていく。それが、地域の住民にとって本当に住んでいてよかったという社会を作っていく第一歩を踏み出すことになるのではないかと考えています。

厚労省も、これまでのような均一のスタイルではなくて、去年はそれぞれの地域の事情に応じたデータをいろいろと出してきました。つまり厚労省の見る目も少しずつ変わってきたんだと思っています。そういう中で我々は、その変化をさらに推し進める努力をする1年になるでしょうし、それによって日本の医療の提供体制が大きく変わっていくのではないのでしょうか。

それを変えていくためには、やはり地域の事情をしっかりと把握することが大事だと思います。ご存じのように昨年から日病では、そういうシステムを作って稼働させていくことを始めました。これは非常に大きなことで、ぜひ会員の皆さん全員の方で後押しをしてもらって、地域の医療事情をしっかりと把握する。そして、そこにはどういう医療と介護が必要なのかということを実際に考えていく第一歩の年になるのでは、と期待しています。

**原** ありがとうございます。

## 医療の再生のために 迫られる大転換

**原** では次に石井先生、よろしくお願いたし

ます。

**石井** 今、相澤先生が重要な指摘をされたと思います。今度の改定は、医療と介護を含んだ全体的な改定をせざるを得ない。それはたまたまそうなったように見えますが、歴史的に見ると、医療と介護が、個別の問題としてでは対処できない段階にさしかかったということだと思います。

実は今回、「社会保障と税の一体改革」という報告書が出されたんですが、この内容を見ますと、ある意味では前の自民党政権の時代に出された社会保障国民会議の報告と内容的には一緒です。そのあいだに民主党政権ができて、国民会議の出した改革案は全部チャラにするという方針を出した。ところが実際に政権を取ってやってみると、やはり同じような方向を出さざるを得なかった。すなわち、大きな流れとして自民党時代、安倍さんから福田さんに政権が移ったときに、転換がなされ始めたんですね。政権の交代も加わって、大きな時代の転換だと思います。この転換の一番基礎をなしているのは、高齢化問題でしょう。

そのため、今度の一体改革に関しても、だいたい2025年というのをひとつの射程にしているいろいろ論じられ始めています。これは何かというと、2025年ごろには団塊の世代が高齢人口に入り込んでしまうから。全人口で見ても今後は、人口はずっと減っていつていきます。しかし団塊世代の問題が通り過ぎればいいのかということそうではないんですね。日本の場合には、そこで人口ピラミッドが逆三角形になって、少なくとも数十年、その構造は変わらないからです。

日本の後に韓国、その後に中国も、日本と同じような人口構造ができていくと考えられますが、日本ほど激しくはないんです。高齢化問題は先進国共通だといわれていますが、日本の変化が一番激しい。高齢化が進む先進国の社会保障問題ということでスウェーデンがモデルとして取り上げられてきましたが、スウェーデンの人口ピラミッドはずん胴型のままで、日本のような逆三角形にはなりません。スウェーデンは日本ほど極端には人口が減りませんから。だからスウェーデン型の福

社国家を想定して、日本の社会保障システムを考えることはできません。これは単にお金の問題ではなくて、これから50年以上にわたっての日本の人口構成の傾向ですから。

これまでも高齢化、高齢化といわれてきましたが、日本で逆三角形の人口構成は初めてですし、我々はそれに対応したシステムを作っていかなければいけません。そういう段階だからこそ、ある意味では民主党政権が誕生したんだと思いますが、民主党もまた問題をはっきり把握していないために、むしろ政策は流れに逆行している部分も含んでいると思います。

こういう状況の中で、転換・改革が政策としても立ち遅れてはいるわけです。しかし先ほど相澤先生が言われたように、今度の同時改定では、厚労省のお役人も、我々現場も、否応なしに、大きな転換をせざるを得ない。もしも国が方針を出さなくても、現場では高齢化をはじめとした状況の変化に対応しなければいけないわけです。

この対応ということが実は問題で、個別の問題として考えてはたぶん駄目だろうと思います。というのは、最初に問題提起されたように、医者や看護師は足りません。確かに足りない。やるべきことに対して人数が足りないということはあります。一方、今の大きな流れからいうと、高齢者は増えていきます。すなわち医療需要は増えていく。しかし担い手である現役世代人口は減っていくわけです。

これはもはや、お金の問題だけではなく。お金の問題であれば増税としてだけで対応できますが、人の問題として考えると、増加しつつある医療需要を支えていけるだけの人がいるのか。すでに今までどおりでは支えきれないんです。そうすると、やはりシステムそのものを変えて、社会における医療や介護のあり方、または構造そのものを転換していかないと対応できません。現実に医療を担う者としてみれば、我々のシステムの問題として、現場で時代に対応せざるを得ないという問題を抱えています。

こういう問題が表に出てきたのは、ある意味で

は希望だと僕は思うんです。わからないうちにずるずるといくのではなくて、顕在化した問題だから、はっきり意識できる。意識を共有して、我々のほうから方向を示していかなければと思います。相澤先生の、現場から言わなければというのは、そのとおりですね。

もうひとつ相澤先生が言われたのは、地域格差というか地域による違いという問題です。これもそのとおりです。歴史的に見ますと、さっき言われたように医者や看護師が足りないとか過疎という問題は、最初は農村部で先行して起こってきたし、去年あたりは地方都市における公立病院の崩壊などが問題になりました。というのは、農村部は若い世代が都会へ出て行って親世代が残り、高齢化し、という戦後の人口構成の問題が最初に変化してきたのは地方です。そして、若いころ都会へ出てきた世代も、団塊の世代も高齢化していくわけです。それで、去年くらいから、都市部における高齢者医療問題がこれから深刻化するのではないかと、いろいろな学者がいい始めました。

私の病院は川崎市なんですが、将来ここでは高齢者人口が1.8倍になる。医療従事者は変わりませんから1.8倍の仕事をしなきゃいけないことになります。まだ今は、農村部と比べれば都市部は医療従事者が多いですが、人口当たりで見るとどうかということも考えていかなければいけないと思います。

そういう意味で、全体に医療の再生ということがテーマにも挙げられているのは、まず農村で医師不足などによる公的病院の崩壊が起こり、同様の問題が都市部にも起こる様相を呈してきて、ついに全面的に広がる気配を見せ始めた。それが、医療が崩壊するのではないかという危機感として感じられているのだと思っています。

ではどう乗り越えていくかということ、まずひとつは、「医療と介護の連携」。それから、少ない医師の数で増加する医療需要を何とかこなしていこうとすれば、医者の役割や任務はどうしても医者でなければできないことに限定するしかあり

ません。看護師についても、看護師がやらなくてもいいことは他の人にやってもらう。チーム医療の問題は、単純に「チームを作りましょう」とか「いっしょにやりましょう」ということではなくて、人手不足の緩和につながる役割分担見直しも含めた医療システムをどう変えていくのか、どう対応していくのかという問題としてあるわけです。

今日挙げられている5つの項目は、全部一貫した問題として、今や我々の喫緊の課題になっていると思います。それがはっきりしてきたところであり、我々が現場からそれに答えていけば、それが解決の方向を示すことになるのではないかと期待しています。

**原** ありがとうございます。では塩谷先生、お願いいたします。

**塩谷** 相澤先生からは地域の医療事情をしっかりと把握し理解することの必要性、石井先生からは高齢者医療問題や医療崩壊の農村から都市部への波及という重要なご指摘がありました。私個人としては、過去約20年間、四国の坂出市立病院と徳島県立病院、そして昨年からは高松市立病院の責任者として、自治体病院の勤務医不足と結果としての地域医療崩壊に直面し、何とかそれに歯止めをかけようと、今も現場で悪戦苦闘していますが、今年こそは、ぜひ、「やっと光が見えた！」と言える年にしていきたいと思っています。過疎地の漁村にある県立病院では産婦人科医がいなくなってお産が中止になり、脳外科医がいなくなると救急が中止になったりと、次々と医師が病院を去り、ついに3人だけになってしまった時期がありました。高松市に合併した旧町立病院でも同様に、勤務医不足が原因となって、診療所に転換せざるを得ませんでした。おそらく日本のいたるところで起きているこのような医療崩壊にどう歯止めをかけ、再生していくのか。今日のテーマである「医療の再生」に向けて、なんとか光を見出したいのです。

これまでも、地域医療の再生に向けて、大学入学定員の増員、地元枠の設定、奨学金の貸与、勤務医の待遇改善、寄附講座の設置など、いろいろ



塩谷 泰一常任理事

な対策はなされてきましたが、再生の兆しが見えている地域があるかと言うと、ほとんどないのが現実です。つまり、この問題はもはや、ひとつの病院やひとつの自治体だけではなく、病院、自治体行政、大学、医師会、そして地域住民が一体となって考えていかなければならない課題であると思っています。

いつも思うのですが、農漁村や山間部など地方の医療崩壊、これは単に医療だけが崩壊しているのではなくて、地域社会全体が崩壊しているんですね。若い働き手が村を去ってしまった結果、限界集落となってしまふ。耕作放棄地も増えて、去年までは畑だったのが、耕す人もいないため、今年は草ぼうぼう。そういう状況を目の当たりにして、若い人はなおのこと都会へ都会へ。しかし、今後、都会でも高齢化が進んで、過去7年間、徳島県立病院で経験した、そして、どうしようもなかった状況が、これから都会でも起きていくということになると、結局、これはもう、都会とか田舎とかという問題ではなくて、国全体の問題として医療の再生を真剣に考えていかないといけないでしょう。

相澤先生が言われた地域の医療事情をしっかりと把握して対処していくということと、石井先生が言われたように医療のシステムをどうするか。医

療制度委員会で検討されているとお聞きしていますが、結局、基本的には、国としての医療のグランドデザインがベースにあって、それで田舎はどう、都会はどう、などと考えていかなければいけない。医療基本法と言いますか、医療のグランドデザインを今年こそ、国に明示していただいたうえで、何とか光を見出していきたいと思っています。

## 診療報酬、介護報酬の同時改定に向けて

### 都市型偏重から 地方重視、地域密着の医療へ

**原** ありがとうございます。今年は診療報酬と介護報酬の同時改定があるわけですが、最初に、その改定のポイントと申しましょうか、具体的にどういふところが同時改定で大事かということ、まず相澤先生からお話いただけますでしょうか。

**相澤** はい。この同時改定に関して、一番、議論して、きっちり作っていかうとしてやってきたのが地域の中小病院と言っているのではないのでしょうか。地域を守っている病院と診療所、あるいは在宅での医療を、どういう形で提供し、どうやって診療報酬をつけていくのか、ということが、かなり議論され、形作られてきたわけですが、果たしてこれで十分か、という点ではない点があるかと思っています。とりあえずそういう機運は作って一歩を踏み出したということでは評価すべき点があるだろうと思います。

ひとつは在宅での医療、あるいは介護というものをどう支えていくか。それは地域の中小病院、あるいは診療所と中小病院の連携ということを含めて、どう支えていくのかということですが、私はこの中に、人口の少ない地方の過疎地をどうしていくのかという議論が欠落していて、

どうしても都会型の、ある程度病院があって診療所があって在宅で、という流れが主体になってしまっているなという感じがします。地域の事情をどう診療報酬のほうに反映させるのがあるのか、医療法なりで規定していくのがあるのかということとは別にして、そういう大変苦勞をされている病院がしっかりと経営できるような診療報酬のつけ方は必要なんじゃないかと思っています。

特に看護配置の問題で、これまで一般病院としてやってきた病院は、医師の確保もそうですが、なかなか看護師さんの確保が難しくなっています。ご存じのように、診療報酬の点数は看護師さんの配置でつけられるわけですが、例えば一般病床の13対1、15対1、確か医療療養病床には25対1というのもあったと思いますが、どうがんばってもそれくらいしか看護師さんを確保できない病院をどのように手当てをしていくのか。あるいは、ひとつの医療提供の場として、これからどうやっていってもらおうのかという視点で、もう一度考えないといけないのではないかと思います。社会保障と税の一体改革の中で、全国一律の金太郎飴のように「こうあるべきだ」という基準で仕切られていったのでは、なかなか難しいのではないかなという気がしています。

もうひとつ、医療と介護の役割分担を明確におっしゃるんですが、実は在宅医療の現場では、医療と介護というのは、そんなに線を引いたようにきっぱり分けられるものではないと思うんですね。現場では、介護が入り、医療も入ってくる。こういう表現がいいかどうかわかりませんが、どろどろとした中で、患者さんの状態によって使い分けてやっているわけです。それをスパッと線を引いて分けてしまうようなやり方が、果たして本当にいいのかどうかということ、もう一度考えていく必要があるだろうと思います。

その先には、介護保険と医療保険は2つに分けてしまいましたが、それが日本の国にとって良かったのかどうか。あるいは、それで良かったとすれば、そのいい点を生かして、今ちょっと問題になっている点をどう解消していけば、住民にとっ

て、そこに暮らしていてよかったと思えるような医療・介護の連携ができるかということ、診療報酬も医療法の改正も含めて検討していくことが必要ではないでしょうか。今度の改定に関しては、そのところが今一步踏み込めていないのではないかと感じています。

**堺** よろしいでしょうか。今、まさに相澤先生がおっしゃったように、今までは医療政策とか診療報酬も都会型だったんです。さすがに厚労省もそれに気がついて、高度急性期、一般急性期、という機能区分の流れに、地域一般病床という区分が出てきました。これはどちらかというと東京型、都会型なんです。昨年10月の中医協総会の中で議論が出てきたのが地域密着型病床。これが、そのあたりを想定したものらしいんですね、まだまだ説明は不十分なんですけど。たぶん、今、相澤先生がおっしゃったような過疎地では、現実の医療ニーズとして急性期患者も受けていますが、7対1看護は無理ですよ。そういうところをどう保障しようかということが厚労省担当者の頭の中にあるようです。

我々も、もう少し積極的にサポートというか後押しして、都会型と地域・地方ひいては過疎地の医療という風な、地域特性を活かした役割分担ができるのではないかと、これをもう少し強調する必要がありますね。

我々日本病院会が一番会員数が多いんですから、そのためのエビデンスを出して、だからこうですということを書いていく——それがまさに、先ほど石井先生のおっしゃったシステム作りなんですね。

いろいろ課題がある中で、どこを切り口にするかは非常に重要なことだと思います。戦略を立てる必要がありますが、まず日本病院会でできるのは、うちが持っているデータ、いろいろな委員会などで情報を集めているので、そのデータを統合して、日本病院会の中でそれを咀嚼し解釈して政策提言する必要があります。そういう見える化の方向性を言ってきましたが、今年度はそれを具体的に示す最初の年になるのではないかと考えています。

そういうところを踏まえたシステム作りも、地域と都市の医療の違いをどうするかという問題も1年では無理でしょう。たぶん2、3年とか、5年スパンでどういう手順でやるか、仕組みを考えていかなければいけないと思います。やはり継続性が必要です。

**相澤** 塩谷先生にちょっと教えていただきたいんですが、昨年秋の改訂で、訪問看護を充実させていこうということで訪問看護ステーションの強化策が打ち出されていますね。私が地域を見ていると、過疎地では訪問看護ステーションは作れないのではないかなと思います。訪問看護はある程度の都市部の理論であって、その地域にある病院から直接、訪問に行くというスタイルでないと無理ではないかと思うんですが、塩谷先生のところではいかがですか。

**塩谷** 高知県境に近い沿岸部の過疎に悩んでいる海部郡は3つの町で構成され、それぞれに町立病院や県立病院があります。しかし、この地域には訪問看護ステーションはありません。そのため、まさに今、おっしゃったように、公立病院が、看護師不足もありますが、それぞれやりくりして独自で訪問看護や訪問診療を実施しています。実際、地元自治体や医師会には、訪問看護ステーションを作る人的な余裕も財政的な余裕もないようです。

**相澤** やはりそうですね。ですから、外来の看護師さんが、ちょっと手が空く時間を利用して訪問看護に出るというスタイルを地域では作っていかないと駄目だと思います。

**塩谷** それを私は「地域丸ごと医療」と言っています。

**相澤** それはいいですね。

**塩谷** 地域包括ではなく、「地域丸ごと医療」。病院も地域も区別なく、地域全体が病院で、在宅も病院のベッドと考えようと。であれば、病院の看護師さんが地域へ訪問看護に行くのも、自分の病院のベッドで療養している患者さんと同じなんだから、行って当然ということになります。県立病院では、それを2年くらい前からやり始めまし

て、栄養士も理学療法士も薬剤師も、みんなで出かけて行こうという方向にあります。今、徳島県境にある高松市山間部の旧町立病院でも、そういう形で出かけるようにしています。

## “箱物”への加点をやめて 医療サービスを評価するシステム作りを

原 石井先生、どうぞ。

石井 今のお話は、現実的な解決策としては僕も賛成ですが、介護と医療に関して相澤先生とはちょっとニュアンスが違うかもしれません。僕は、医療保険と介護保険を別々にしたのはいいことだと思っています。医療と介護ははっきりと分離しなければいけないというのが僕の主張です。ただ日本では、医療と介護が間違っただけで分離されていると思います。すなわち施設ごとに医療か介護かで振り分けているのが間違いで、医療と介護というのは、行うサービスの領域が違うだけであって、施設によって分けるべきではないと思います。病院だって介護は必要ですし、介護施設だって医療は必要です。同じひとりの老人に介護と医療、両方のサービスが必要なのに、老健に入ったら急性期の医療はできないというシステムのあり方が問題なのであって、そこは徐々に変えていくしかないだろうと思います。

日本の場合、介護保険ができる以前には介護を請け負うシステムがありませんでしたから、老人病院、療養病床と言われていたように要介護の方を病院が引き受けてきたという歴史があります。それをいきなり止めろという話にはなりませんから、そこからの移行過程というのが現在もずっと進んでいるわけです。その中で、システムとか医療保険のあり方を変えていかなければいけなかったのではないかと思います。

介護保険ができる前にドイツに行きました。ドイツでは介護保険ができてどうなったかというと、訪問看護ステーションとヘルパーステーション——日本では分かれています——この2つがひとつなんです。そこは分けなくて、看護と



石井 暎禧常任理事

介護、両方のスタッフがいるし、同じ人のところへ出かけて行って2つのことをやっても、介護サービスには介護保険から出るし、医療には医療保険から出る。ひとりの人が行って両方やってもいいんですが、行うサービス自体はやはり医療と介護に分けておかないと、かつての日本の老人病院のようにちょっとおかしなことになると思います。

介護保険ができたときに、訪問看護ステーションが行うのは介護保険でということになりました。じゃあ医療的にも問題のある要介護者はどうするか。介護はあまり必要でないという人もいますし、介護サービスがほとんどで少し医療があればいいという人もいます。こういう人たちをどちらの領域がやるのか、ということになるのがおかしな話で、それは両方で補ってやるしかないと思います。

こういった現実にそぐわないシステムを整理していかなければいけないわけです。今の介護保険と医療保険の関係だと、施設によって、このサービスは外部から入ってもいいがそのサービスはいけないとか、老健に入ってインフルエンザにかかる治療費は全部その施設が負担すべしということになって、その月だけ施設が赤字になったり、非常に矛盾が多くなっています。どうい

う施設でも、そのサービスをやれる人間がいれば両方やってもいいと認めるべきでしょう。要するに保険の使い分けの問題で、徐々には認められるようにはなっていますが、さらに整理していかなければいけないと思います。

**堺** おっしゃるとおりです。今は医療法によって7対1などのいろいろなしぼりがあり、医療提供体制と診療報酬体系がなかなかリンクしないんです。やはり箱物に対して点数をつけるやり方でなく、医療を利用する人のニーズに合わせて、法のほうが柔軟になっていかないとはいけませんね。

**石井** ある程度は柔軟になってきて、介護施設に往診に行くのを認めるようにはなりました。毎日、朝昼晩と診察しなくてもいい人、週に1回の診察で十分な患者さんは、病院にいらなくてもいいわけですからね。

**堺** それを施設基準とかで無理にしぼるから変なことが起こるわけなので、そのあたりは現場から声を出さないで。

**石井** 今度の介護保険改定では、こういう時にこそ、もう少し自由にできるような構造に変えてもらわなければいけないですね。

**堺** ただ難しいのは、診療報酬の委員と、介護報酬の委員の考えが微妙に違うんです。

**原** そのようですね。

**堺** 診療報酬の委員には医療者がかなり入っていますが、介護報酬の委員には医師がいなくてもいいので、どちらかというとなりが多くなる。そうなるとその視点での議論が出て来やすいんです。やはり我々現場が、意見を提言する必要があると思います。

**原** よろしくお願ひいたします。

**石井** 例えば要介護者に在宅の介護サービスを行う場合、少し訪問看護を受ければうまくいくのに、ケアマネージャーが訪問看護を入れなくて介護プランを立ててしまうということもあると聞きます。在宅についていえば、そういう実際の生活を見ていかないと、医療が必要な場合、入院させてやっていくことになり、かつての老人病院を再

生させることになります。急性期病院を出て、そのまま在宅でうまくいくこともありますから。

そのあたりの仕組みについては、もう1回、現状に合わせて、ちゃんと議論しなければいけないんじゃないかと思います。

**堺** 似た話は、緩和医療にもいえるんですね。今まで、緩和医療はターミナルで末期だから、例えば痛み止めの薬を使わないとか、高額な医療をしないとか、いろいろと制限がありました。ところが、実際の緩和医療の対象はずいぶん幅広くて、患者さんがある期間、苦しむ。その苦しみをどうやって軽減するかということなんですね。今まで、これは駄目、あれは駄目と言われていたことすべて、ほんとうは診療報酬などで手当てしなければならぬことです。そういう柔軟な見方が非常に重要なんだと思います。

ただ幸い、厚生労働省はそれに気がついているようです。特にこれから団塊の世代が高齢者になったとき、どう対応するか。逆に緩和ケアだからすべてやらなければいけないということではなくて、柔軟な対応が重要だと思っています。そこも我々病院会が、両極端を見極めて提言する必要があるでしょう。

**石井** 緩和ケア病棟に精神科医が常勤しないといけないということになってはいますが、必ずしも精神科医がいなければいけないようなターミナルの人ばかりではありません。むしろ、そういう人は少ないんですよ、実際にターミナルを見ていると。

**堺** 看護師さんのほうがいいですかね。

あまり過激な発言になると困りますが。ドクターが行くより、看護師さんが話を聞いてくれるとか、手を握ってもらったほうがいいのかもかもしれませんね。あるいはチャプレン\*が行くとかね。

**石井** いろいろな意味で、あまりにも施設要件や人員配置規準などにこだわりすぎているところがあると思います。

---

\*病院や軍隊などに属して宗教活動を行うキリスト教聖職者

確かに医者数、看護師数は多いほうがいいでしょうから、多い病院にいい点数をつけるのはいいんですが、こういうプロフェッショナルな人が常勤でいなければいけないといった条件をつけるのはどうでしょうか。その点は、もう少し柔軟なシステムであっていいと思います。

**塚** 質の評価はA。ドナベディアンが提唱したストラクチャー、プロセス、アウトカムという3つの視点で行うわけですが、いつまでもストラクチャーにこだわってはいしょうがないと思うんです。あるところではストラクチャーが重要だし、あるところではプロセスが必要だし、あるところではアウトカム——アウトカムはなかなか評価が難しいと思いますが——に比重がかかる。ですから、常に我々は視点を明確にしておいて、その中でどういう判断をするかということだと思っています。

## 診療報酬、介護報酬のあり方を ゆがめてきた根本的矛盾

**原** 診療報酬、介護報酬の同時改定に関するお話から、ずいぶんお話が膨らんできました。少し元に戻しまして——前回の改定のときには大病院が恩恵に浴したといえますか、一息つけたという話を広く聞きます。それで、今度は中小病院だという声がありますね。今のお話ですと、その地域に密着した病床に対する評価はあるかもしれないですが、ふつうの中小病院、都会の中小病院などは、今回はどういう形で診療報酬がアップになると考えられるでしょうか。

**相澤** 決まるか決まらないかはわからないのですが、これまでの厚労省の論調を見ていると、一般病床の看護師さんの配置の少ないところと医療療養型は、同じような医療を提供しているのではないかとっているようで、その2つを同じ診療報酬体系に押し込もうとしているようなのです。それが、より良いほうに押し込まれるのか、そうでないほうに押し込まれるのかというと、何か今の論調を見ている限り、医療療養型のほうに

押し込まれて慢性期側にシフトさせられるのではないかという気がするんです（2011年10月28日現在）。一方では、在宅を含めた医療と在宅介護の連携を進めていくということも言っています。同時に、在宅療養支援病院という、私には理解が十分にできない病院を作ろうとしているんですが、あれは、先ほども言いましたように、どう考えても都会型です。ああいうことは地方ではありえないと思うんですが。

**石井** 都会でもありえないですよ。

**相澤** そうですか。

**石井** 病院類型として問題を考えたら進まないと思うんです。厚労省の言うとおりに、例えば社会的入院の患者さんは、どんな病院にもいます。どこにでもいるのであればどこにでもいるように扱えばいいだけだと思います。

地域によっては、ひとつの病院が急性期に特化して成立するところと、しないところがあります。診療圏が広範囲で、その地域の人口、患者の数からいったら、どうしてもいろいろな状態の患者さんを診なければいけないところも出てきます。これは当たり前です。問題は各々の患者にどう対応できる能力を持つかということで、それに人手もかかりお金もかかったら、その分だけ手当てしなければいけないだけのことです。手のかからない患者に関しては、手がかからない程度の報酬にするだけなんですね。

施設類型でやるのではなく、実際のサービスに応じてやっていくということなら問題はないんですよ。例えば比較的慢性期的な医療に関していえば、これは確かに出来高的なものより、ある病態に応じた点数がいいでしょうし、急性期に関しては、疾患によって全然違いますから、病気によって仕分けるDPCのようなもの、という2つの類型で報酬を算出する。施設類型で分けるのではなくて、サービスごとに適切な点数をつければ、あまり問題はないと思うんです。

**相澤** 入院基本料は、看護師さんの配置基準のどのレベルにあるかによって、大きく違いますね。医療介護病床は3×3の9区分で点数がつけら

れているんですが、そういうところの患者さんと、看護基準がそれほど十分でない一般病床と言われる病院とでは、ほとんど患者さんの像が同じではないかという議論が起っていて、おそらく診療報酬をどうするかという議論になると思います。そうすると、たとえば一般病床も9種類の評価を行うということに持ち込むのか、どうか。そこが、病院に関しての問題では大きな議論になってくるところではないかと思っています。

**石井** この問題の解釈は、歴史的にも見ていかなければいけないのではないかと思うんです。以前の診療報酬体系では、入院基本料はどんな患者もずっといっしょでした。入院料といっても実際はどうかというと、公的病院には補助金がついて高度な医療をやらせるという構造でやってきました。それが今や崩壊しつつあるわけです。国としては、医療費を抑えるために人手がかかる医療に関してはできるだけ点数を下げ、あまり高度医療が行われないようにした。相対的に、大して手間がかからない医療には高い点数をつける。こういう構造は日本医師会が厚労省で決めてやってきた戦後の医療システムであり、開業医中心の医療システムですが、それがそのまま病院にも適応されてきている。だから公的病院などはずっと赤字で、補助金や特別交付税がつくのが当たり前というシステムができたわけです。

現状はどうなっているかという、DPCにおいても、ある意味では出来高払いの尾を引きずっていると思います。疾患別の点数も、手間がかかるところは手間と人手に反して点数が安いから、それを補うものとして、病院の係数でもって報酬を上げる。この組み合わせで、どうやら採算が取れるようにという構造を作っているわけです。この矛盾が、今も病院係数として、問題化しています。

本来、疾患名によって重いケース、つまり手間と人手がかかる医療に相応の点数をつけておけば、医師・看護師の数がどうのと言わなくてすんだんですよ。それを安くしているから、問題が残り、出来高払い制の名残りを消すことができないのです。

看護師さんの数についてもそうです。実際、7対1の病院はそうせざるを得ないというか、昔、7対1という制度がないときにでも7対1にしないと回らなかったんです。制度が後追いしている。7対1にするときに、どのくらいの点数をつけるかという議論があって、僕は実は、もうちょっと抑えておいたほうがいいのではないかと考えたんですが、看護師協会が「実際はこの点数以上に手間がかかっているんだから」と言うので現在の点数になりました。そうすると案の定、それだけ看護師を抱えているところはそういう風にやっているし、7対1にしたいところはそうしていくんですよね。

実は今でも10対1と比べたら、やはり7対1のほうが、コストの上から言ったら明らかに損なんです。でも7対1にするというのは、そうせざるを得ないからです。今の診療報酬の構造がそうなっていて、みな非常に敏感ですから。

そういったところも含めて、根本的に何を評価していくのかということ、やはり、実際に何をやっているかというところを評価していただきたいと思います。なかなか難しいとは言われていますが、徐々にそこに重点を移していかないと、先ほどからも指摘されたいろいろな矛盾は解決しないと思います。

**堺** 石井先生のおっしゃったように、診療報酬の決め方は矛盾が多かったわけです。これはこのままいってはまずい。本当はどこかで抜本的に変えなければいけないのですが、そのためにどうするか、いろいろ議論はあると思うんです。

例えば中医協で、入院基本料の中味を見せろと言いますが、厚生労働省は、そんなのは無理だというわけでしょう。それから先ほどから話が出ている7対1看護は、もともとはいい医療を提供する目的で出てきたんですが、では7対1になって、いい医療ができたかどうかという検証はできていないですね。それは非常に残念なことです。中医協の中でも検証委員会などで検証しているはずなんですが、その結果、あまり関係のないデータ・数字が、解釈もされないで、そのまま出てくる。

こういう数字の出し方に対しては、そうじゃないだろうと言わなければならないですね。

中医協ができないとすると、病院団体が、入院基本料に当たるところは現場ではこれくらいかかるんです、実際の医療の中でこのくらいの割合を占めるんですよ、と示す必要があります。それは、我々日本病院会のやっつけていかなければならないことだと思っています。

そういう意味で考え方を抜本的に変えていこうとしても、景気は悪い。点数をつけるといっても結局、財源のことになりますから、300億円あるから、ではどこにそのお金をつけようかという姑息的な議論になる。これは本来的な議論ではないと思うんですね。それは厚生労働省のお役人が好き好んでやっているわけではないと思いますが、どこかで診療報酬体系とはこうあるべきだという議論をしてほしいんですが、難しいのは難しいです。

**原** 大変難しいことでしょうが、入院基本料は最低このくらいが必要だというデータを出していけるといいですね。

## 高度医療の進化が 救急システムの変革を迫る

**石井** 現実にはとにかく、診療報酬や何かで、厚労省は具体的な政策を出さざるを得ません。昨年も中医協に対して部厚い資料が出てきましたね。確かに総花的で、どれもポイントは突いているんですが、ではそれが、核心を突いているのかというと、やや疑問があると思います。

例えば、総論の中で、一方では急性期を何とかしよう、救急が問題だと言っています。そのとおりです。医療崩壊と言っても、深刻な現実問題として浮上してくるのは、救急の問題に決まっています。医療の入り口ですからね。救急がうまくいっているようだったら医療全体もそこそこうまくいっていると言えます。

この救急がいろいろ問題ありということで、例えば日病としても、日病協（日本病院団体協議会）

代表者会議で、わざわざ単独要求として要望の最初に、二次救急医療の評価を出しています。これは非常に重要なポイントを突いていたんです。一般論として、入院基本料を明らかにしていって、そのコストに応じた診療報酬にしていかなければいけないというのが大きな流れですね。しかし、二次救急に関する評価の問題は、現実に各地域で、まずは地方の公立病院の崩壊として現れてきています。

これは単に医師の待遇改善などという問題ではないんですね。医師が逃げるのは金が安いから逃げるわけじゃないし、少し賃金を上げても、疲弊している医者は逃げます。とすると、やらなければいけないのは、二次救急をやれるような体制をどう作るか、そこをどう評価するか。言葉としては、昨年秋の厚労省の資料に救急医療についても出ているんです。しかし最後は、前回は救急医療なら今回は在宅だということになる。そんな問題ではない。これは、相互に関係のある構造なんですね。ですから、ではどうしようかではなくて、相変わらず、金がないことでおしまいになっています。

二次救急について、彼らもこういう風に言いながら実は何もやらないのは、はっきり言うと二次という言葉を使うこと自体がまずいからではないかと僕は思います。

**堺** 確かにね。

**石井** というのは、ここ数年間、明らかに、一次、二次、三次という救急体制はもはや機能しないというのは、救急の世界でも常識になっているわけです。当たり前だと思います。病院に来てからじゃないと一次か二次かはわからないわけですから。

実際はどこがトリアージしているかというところ、救急隊がトリアージするしかないんですよね。ですから別に、一次、二次、三次と分けるようなことをやらないで、救急隊は現実に応じて使い分けて、患者が必要とするところに送っています。一次、二次、三次という流れは、単純に補助金をつけるための業務上の流れで何の意味もないと

思います。三次救急がほんとうに一番命にかかわる救急をやっているかという、必ずしもそうではないことをやっている場合もある。三次ということになっていても、その機能のない病院だったら、救急隊はそこには搬送しないです。このことは、厚労省はもうとっくに気がついていて、この前の医療法改正のときは、そんなことはあまり言いませんでした。

**堺** 言わないですね。

**石井** 言わないで何をやったかという、地域医療計画というのを抜本的に改めて、疾患ごとの、どこが中心になって、どういうネットワークを作るかを、ずーっと言ってきた。今回も、重点的な治療機能の強化と連携について、いろいろなことを言っています。これ以外にはないわけで、それは当たり前なんです。なぜかという、かつてとは救急に要求する内容が変わっているからです。昔だったら、とにかく診て、症状が重い場合はどこかもっと大きい病院に送ろうという対応でよかった。その時代の医療が一次、二次、三次に合っていたんですね。

今はそうではない。たとえば脳梗塞の場合には、この間の診療報酬にもあるように、3時間以内にt-PA（血栓溶解療法）をやる病院でなければ脳梗塞患者を運んではいけないのです、今は。そういう時代になりました。24時間365日、t-PAならt-PAをやる医者がいる病院に運ばなければ意味がないわけでしょう。では、その医者がいる病院はどこかということになってきます。

## 救急も専門分化の傾向

### 地方にも医療過誤裁判の影響

**石井** 我々は医療被害の問題や医療過誤の問題も議論しています。裁判になったケースを見ていて、どういう判決が出ているかと言いますと、たとえば急性心筋梗塞の人をある病院が受けて、どうも急性心筋梗塞じゃないかと思っっているいろいろ検査をして、これはカテーテル検査をやり、さらに高度な治療をしなければいけないから、それがで



堺 常雄会長

きる病院に転送すべきだというので、70分後にほかの病院に送りました。そうしたら、そういう病院が急性心筋梗塞を受けるのがそもそも間違いだから医療過誤であるというので、裁判で負けているわけです。

こんな、救急患者を受け付けて、結果として裁判に負けるような時代に、救急診療はやりませんよ。そういうことを変えていかないといけないと思います。一次、二次、三次という構造で、ここまではやってみて、できなければできるだけ病院へお願いするということが、もはや成立しないとすると、トリアージというのは、もっと前の段階できちっとやって、最後まで対応できる病院に送っていくシステムを作るしかない。それに必要な情報は、すべて共有する形にするしかないでしょう。

**堺** 救急に関しても、一次、二次、三次という形がまだ残っているわけです。一方でER方式があって、どっちがいいかという議論は、日本はなかなか進んでないですね。診療報酬としてはER方式については、あまり考えてないです。一次、二次、三次という美しい流れがあるとする、例えば、四国では、そんなきれいなことは言っられないし、何でも診なければならぬでしょう。

**塩谷** 田舎は一次も二次も三次も、何でも診なければ駄目ですよ。

**石井** 都会だってそうですよ。

**塩谷** 都会の救急と田舎の救急は、また違うんですよね。

**石井** 何でも受けなきゃいけないのは同じなんです。どうしてかという、田舎はほかに受け皿がないから受けざるを得ないし、都会は今言ったようなことがあって、いったん受けてから、ほかにもっと適切な病院があるだろうからといって転送すると、裁判に負ける可能性があるから、最初から受けないわけです。

**堺** そうなんだ。

**石井** 受けない。だから、たくさん病院があるが、たらい回しが多いのは都市部なんです。受けられないんですよ。とにかく受けて、一応は診るといのは、何かあっても裁判に勝てるという病院だけです。

**塩谷** それは田舎にも波及してきていますよ。田舎にある病院でも医師たちは裁判になるケースが起きていますから、はなから診ない。ファーストコンタクトはしたくないという状況になってきています。

**石井** 都会は、現実に、病院ごとの住み分けがどんどん進んでいます。もうはっきりしていますね。たとえば川崎市で見ますと、もう、二次医療圏じゃないんですね。すでに各区ごとに、中心になる病院がはっきり決まっています。それで、その病院はどういう病院かという、脳梗塞については脳外科医がいて、t-PAもクリッピング術も、24時間いつでもやれる病院。心臓については少なくともステントをやれて手術もできる病院。あと考えられるのは大出血で、これはどこでもできるでしょうから、少なくとも、脳と心臓のふたつは、常時対応できるだけの体制がないところは、なんでも救急を受けますという話にならないわけです。条件をつけざるを得ない。そうでなければ、今いっぱいだからといって断るしかないでしょう。つまり受けない。

例えば川崎にある大学病院は、ほかの大学病院もすぐ近くにありますが、あっちは小児を全く引き受けてくれないから、うちがやらざるを得ない。

だから小児救急はやります、だけど大人の救急はやりません、となるわけです。

**堺** 小児と大人ならわかるからいいけれども。

**石井** 各々やはり特殊分野についてはハイレベルの医療が要求されますから、ある意味、専門を特化して、ここはやります、という形になってきています。

**堺** その議論をしていたら終わらないですね。

## 期待される総合医構想 まず総合医の診療内容の評価を

**塩谷** 診療報酬のことで、もう1点いいでしょうか。

**原** どうぞお願いします。

**塩谷** 診療報酬はこれまで、専門性に対する評価が多かったわけです。一方、我々地域医療の崩壊で苦勞しているところは、総合医というニーズが非常に強く、どう育成するのかが大きな課題となっています。現実には、育成するというより、総合的に診療しなければ、田舎の医療は成り立たないという状況です。しかし、「専門性」には診療報酬での評価がありますが、総合医というか「総合性」に対する評価は、なかなか見えてきません。そのあたりをどう位置づけてもらえるのでしょうか。

**堺** 厚生労働省が専門医のあり方に関する検討会を作って、専門医の認定制度を改定しようとしています。地域偏在、専門科別偏在も直さなければいけないということですが、要は塩谷先生がおっしゃるように総合医なんですね。脳外科などの専門家は少なくなったといいながら、いるにはいますから。

なかなか難しいんですが、私自身は、総合医も専門医の1種だと思います。医学部を卒業して研修もしないで、すぐ総合医になてなれないですよ。あらゆる病気のトリアージができて、どこに送ったらいいか、判断できなければいけないんですから。だから、総合医は専門医だと思うんです。流れはそういう方向になりつつあります。

総合医も専門医だということになれば、晴れて堂々と総合医として標榜できると思うんですね。

**塩谷** 堺先生がおっしゃるように総合医も専門性だと思えます。しかし、都会の病院に対しては「専門性」で評価していますが、総合的に診ざるを得ない田舎の病院の「総合性」に対する評価はほとんどない。

**堺** なるほど。それを厚労省というか中医協で発言するとすれば、地域密着型の中に、救急とか高度救急とかではなくて、専門医のひとつである総合医を入れると。そういう総合医機能というのは、非常にいい提言ですね。

**石井** それに関連して、外保連（外科系学会社会保険委員会連合）の問題で、ちょっといいですか。

**原** はい。

**石井** 外科の病院に対して、外保連がそれなりの実際のコスト計算をしていますが、内科関係の計算は、技術評価をどうするのか、なかなかむずかしいです。先ほどからの総合医の問題と、この内科の評価問題は、実態的にはほとんどイコールだと思います。

實際上、内科関係あるいは総合医に評価の基準といったものがないために、大学で総合医のための講座をつくっても学生が全然寄りつかないそうです。

**堺** 大学で総合医講座はできないですよ。

**原** 各科の専門医がいるわけですからね。

**相澤** そういう制度をつくる前に、今現実に現場でがんばってやっていることをどう評価するかが重要な点だと思うんですが。

**堺** それは中医協委員に話して、議論してもらいます。

**相澤** これまでの評価は、あくまで病院への評価とか施設に対する評価でしたから、石井先生もおっしゃっているように、実際にやっている医療内容の評価をして、それに点数をつけることを考えていただきたいんです。そうすると、総合科と標榜していなくても、すでに総合的に診療していることも当然、その中に含まれます。

**石井** 実は、ここで要求しているのは二次救急の問題なんです。そういった地域医療では受けざるを得ないんですから。

**塩谷** 診療の内容によって。

**相澤** そう。そこに評価、診療報酬をつけるという。そうすると地域の病院はもっとやりやすくなります。

**石井** ところが、前回の改定でも、二次救急には加算がつかなくて、総合病院的な大きい病院だけに加算がつかしました。大きな病院は確かに赤字でしたから、加算をつけるのはわかりますが。

**塩谷** 我々、田舎の病院にはある種の諦めがあるんです。診療報酬が改定されてもあまり恩恵にあずからないし、加算が新設されたと言っても、要件がクリアできなくて認められないし、医師は少なくなるし。だんだんモチベーションが下がって……。

**堺** 中医協委員に石井先生に続いて万代先生が委員として出ましたから、今おっしゃったように、具体的に「こうやってほしい」ということがあったら、ぜひおっしゃっていただきたいと思います。そうしないとやっていられないですよ。結局、「なんだ、中央だけ見ているんじゃないか」ということになる。たとえばDPCの中に機能評価がありますね。厚労省はそのことを考えていて、先生のような病院のところでは地域の中でほとんどの患者さんを診ている。その割合を見て加算しようという話が出てきたときに、その話が立ち消えないようにしていくことが大事ですね。

## ますます重要になる地域医療計画に 日病が担うべき具体的な役割とは

**堺** 問題は、大きな議論の中で地方の事情は無視されてしまう危険性があることです。

**石井** あれも考え方はいいんですが、実際の二次医療圏となるとめっちゃくちゃだから。

**堺** 二次医療圏は見直すということで、20万人を目安にすることが了承されていますね。

**石井** 実際の医療圏は場所によって、3万人く

らいのところもあれば、250万人くらいのところもあります。

**堺** ですから、重要なのは、問題があるとすぐに全部、厚生労働省と言いますが、かなりの部分を都道府県が医療計画の中で担当している。ところが自治体がやっているそういう現場の医療の実態を、厚生労働省は知らないんです。だから、何かと言うと「地域医療計画があるでしょう」と言うわけです。自治体に任せているから、その地域医療計画に基づいてやっているはずだというわけです。任せて自治体がやっているのはいいんですが、それをチェックするくらいのは厚生労働省がやらなければ駄目だと思います。それをほとんどやっていない。

やはり都道府県の地域医療計画は非常に重要ですね。たいがい都道府県では何とか審議会という組織があって、そこは医師会が中心なんです。病院医療に関しては、やはり病院団体ががんばらなければいけないと思います。

**塩谷** 県の地域医療再生計画は、徳島県病院局にいた時には大体すべて把握できていましたが、高松市病院局に変わってからは全く伝わってきません。

**堺** そうでしょう。蚊帳の外ですね。

**塩谷** 何がどうなっているか、全くわかりません。

**相澤** そうですね。

**塩谷** 苦勞している旧町立病院に伝わってこないのは、おかしいと思います。

**堺** 現場が報われないようではしょうがないですね。

**石井** 高松市は政令指定都市に準じた中核市ですから、政令指定都市ほどではないにしても、実質的に県の行政からはずれているわけですよ。

**相澤** 独立的ですからね。

**石井** このレベルになると格差が激しい。

**堺** だから大阪府みたいになるんですよ、府知事が市長選に出るとか。

**相澤** 先ほども言ったんですが、やはり、医療の体系と介護の体系とをどこが仕切っているか



相澤 孝夫副会長

というと、医療は国です。ところが介護は市町村（と特別区である東京23区）なので、そこにずれがあるんですね。まず、それを何とか修正しないとうまくいかないと思います。

今の医療圏の話もそうなんですが、県ごとに自由に決めてくださいとやっていたのではいつまでたってもうまくいきません。ただ、国から「こうやれ」という指令を出してうまくいくかといったらそうでもない。では我々病院会が、どう地域のデータを集めて、「地域の医療事情はこうなんだ、だから、この地区にはこういうあり方が望ましい、ここにはこういうのが望ましいんじゃないか」と提案することを病院会でやりたいと思っています。

**堺** 今日の議題には入っていないですが、今年度、4月からの大きい仕事のひとつとして、都道府県の支部の活動を強化しようと思っています。都道府県支部だけでなく、地域の病院協会だっていいんです。それを痛切に感じたのは、3.11の東日本大震災で、県によって温度差がずいぶんあったんです。別にどの県がいい、どこが悪いではなくて、放射線被害で非常に大変だった福島県は病院協会がずいぶんがんばってくれました。

**原** 本当にそうでしたね。

**堺** そういう形でやはり我々が現場から声を出そうかと思っています。

**相澤** ちょっといいでしょうか。

**原** はい。

**相澤** 今年の厚労省の事業として、例えば在宅医療・介護推進プロジェクトというのがあります。そこに在宅医療を担う人材の育成とあるんです。それは県にひとりリーダーを作って、そして、そのリーダーがまた次の地域のリーダーと連携するという。これ、実際にお金を使ってやるんですが、僕はこういうことは、あまりやらないほうがいいと思います。心配なのは、これまでの厚労省のやり方だと、これがまた診療報酬に乗っていく可能性があります。リーダーがいるところにお金をつけるというやり方です。

それから、もうひとつ心配なのは、もう実際に募集してやっていると思うんですが、在宅医療連携拠点事業というのがありまして、病院なり訪問看護ステーションに在宅医療の連携の拠点を作って、そこが中心になってやるということなんです。これは、今はひとつのモデルとしてやっていますが、厚労省のやり方は、モデルとしてやって、やがて形にして、そこにお金をつける。ずっと従来、そういう形でやってきたのが、またここに出てきそうな気がしています。それが一人歩きをしていくんじゃないかと思うんですね。

在宅医療の拠点は必要なのかもしれませんが、実はもう、介護保険では包括支援センターというのが各ブロックごとに作られていて、そこで在宅の支援はしているんです。それとどういう関係を持っていくかも全く議論されないまま、今度は在宅医療連携の拠点が作られて一人歩きしていくのは、我々病院団体としても、しっかりと見ていかなければいけないという気がしています。

**堺** 行政はどうしても縦割りになるんで、隣のことはわかっていてもなかなか口が出せないところがある。そのへんはぶち破っていくしかないですね。

**相澤** そうですね。

**原** ありがとうございます。診療報酬の問題

は尽きませんが、今日はここまでにして次に進みたいと思います。

## 社会保障と税の一体改革について

### まず施設の機能分類ありきという現制度の誤謬

**原** 先ほどから、いろいろお話が出てきましたが、社会保障と税の一体改革に話題を移したいと思います。大綱の中では、病院とか病床の機能の分化・強化ということが強く打ち出されています。ピラミッド型の図がありますね、高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期療養という。そのへんの機能の分類ということに関して、皆さんからご意見をお伺いしたいと思います。石井先生、いかがでしょうか。

**石井** 病院にそういう機能があるというのはいいですが、それを施設類型にしてしまうのは間違いだと思います。こういう機能とこういう機能が必要だというのは、それぞれ違うわけです。だからそれを、施設類型にしないで、実際上の機能として、どういう地域でどう仕組みを作るかと考えないといけないのではないのでしょうか。施設類型によって、この病院はこういう役割、と決めるのは間違いだと思います。

**原** ということは、1つの病院が、この機能分類上の、複数の機能をもっているでもいいということでしょうか？

**石井** 全部は持っていないなくても、いくつかの機能を持っているのは当たり前でしょう。その各々の機能をちゃんと明確にして、それを地域で、どう組み合わせっていくか、はっきりさせていけばいいんだと思います。ともすると箱物的な発想になるのが問題ですね。

**堺** 厚生労働省も、患者の病態に注目してとは言うんです。だから、字面を見るとすごくいいな

あと思うんですが、実際の大綱を見ると、箱物支援になっていて、決して字面どおりになっていません。

患者の病態を中心に言えば、流れは決まっているわけです。予防が最初でしょうし、具合が悪くなれば、例えばクモ膜下出血があれば救急病院に行くでしょうし、そうじゃなかったらいわゆる総合医、かかりつけ医へ行って、それから紹介されて、急性期で診断治療が終われば、障害が残れば亜急性期となる。見ていると、そういう発想にはなっているんですが、では例えば、高度急性期病院がどのくらい必要かということになると、結局、どういう人が高度急性期の病態か、厚生労働省はわからないわけです。彼らは、診療報酬が高いのはそれだけ医療資源を投資したんだから重症患者だろうという発想なんですね。

**原** そうなんですか。

**堺** そうなんですよ。だから全く我々とは違う。高度急性期は平均在院日数14日ということになると、それで病床数を計算するわけです。では残った一般急性期はどうかというと、平均在院日数9日だとなるんですよ。

**塩谷** 9日にされるのでは、田舎の一般急性期病床は全部なくなりますよ。

**堺** そうでしょう。ひどい話です。

**塩谷** 地方の医療崩壊を加速させます。

## 大綱と現場感覚の乖離

### データに基づいた意見・提案が急務

**石井** 大綱には、いきなり、「高度急性期」などという区分が出てきましたが、何をもって高度急性期というのか全く明らかでないことが問題です。あれは単純に、現在の特定機能病院を想定したものなんですね。

**堺** まさにそうですね。

**石井** 急性期医療からは、大学病院はむしろはずしておいて、ほかの病院で対応することを考えてほしいですね。大学病院は特殊な教育医療研究機関ですから。

高度医療をほんとうに言いたいんだったら、大学病院は別枠にして、ほかのところでちゃんとデータを出さなければいけないんです。

**堺** ほんとうにそうなんですね。高度医療ということになれば、ナショナルセンターと同じくらいのランク付けでいいと思うんですよ。

**石井** それに、大綱を見ると、また一次、二次、三次救急になっている。これが駄目だということは医療界ではほとんど常識なのに、こんなを出してこなければいけないというのは、こういうことでしか考えられないという彼らの限界を見せたんだと解釈しています。

**堺** そうですね。

**石井** それから、高齢者の、いわゆる死に場所問題、それが病院だという。それは当たり前だし、問題でも何でもないとします。亡くなる人は急性期病院ですぐ亡くなってしまうので、そういう人が増えたって別に延々と入院してはいません。

**堺** 日本は社会的入院が多いとか、平均在院日数が長いと言われていますが、実際、国際評価では日本の医療の順位は高いんです。それは、そういうものがバッファーになって、日本なりのやり方の中で吸収していると思うんですよ。一概に平均在院日数が長いから改善すべきと言っても、例えばアメリカでは平均在院日数は短いですが、病院の隣に外科手術をした人を看る施設があるわけです。そういう施設もなく、在院日数だけ欧米に倣えというのはおかしいと思います。

**相澤** 社会保障と税の一体改革は非常にいい加減な数値をいい加減に当てはめて作ってあると思うんです。お金のことは別問題として、どういう医療を提供できる体制にするかということをも病院団体と膝詰めで一所懸命討議して作ったものとは到底、思えません。頭の中の計算だけでやった、こういう案が成案として通ってしまったら、恐ろしいことが起こるのではないかと思っています。一般病床の平均在院日数の短縮とか、社会的入院を減らすために診療報酬で手当てをして減らしていくとか。そのような診療報酬でぐ

いぐい絞っていたら、地域の急性期病院はみんなやめてしまいます。

**塩谷** 厚労省は地方や田舎を見ることができない。それができるのはどこかと言うと、日本病院会なんですよ、やはり。国がそういう施策でやればやるほど、日本病院会の存在意義が高まり、責任が大きくなる。

**堺** そうですね。

**塩谷** 逆比例の関係なんですね。

**堺** 相澤先生がおっしゃるのはもっともなんです。ところが、厚生官僚というのはすごく優秀ですが、よりどころとなるデータが少ない中で案を作ることになる。だから塩谷先生が今おっしゃったように、我々は肅々とデータを集めて、それを分析して提言しなければいけない。もう待ったなしです。

**塩谷** そうですね。

**堺** 今回の同時改訂には間に合わないんですが、次の26年の改定には意見が言えるようにしないとイケないと思っています。これまでもいろいろなデータが厚生労働省から出ていますが、活用されているのはDPCくらいですね。あれは開示されているんですが、ほかのデータは全く、という語弊がありますが、なかなか難しい状況のようです。

## 消費税10%に増税

＝医療財源わずか1%アップ

＝病院の損税大幅増!?

**原** この社会保障と税の一体改革に関しては、消費税を10%にするという財源論の問題があります。病院にとっては損税（控除対象外消費税）の問題もありますし、財源論に関しては何か？

**堺** 財源論に関しては3つしかないわけですね。税金か、自己負担か、保険料か。自己負担はもうかなり限界に来ています。内閣の閣議決定で「自己負担は3割以上させない」と言っておきながら、3割を超えようとしていますから。なんとか超えないようにがんばらなければいけないし、消費税

だって今の5%を10%に上げて、医療費に回ってくるのは5%のうち1%だけなんです。皆さん、5%全部、医療費に回ると思っているようですが1%だけ。残り4%は財政破綻を防ぐ財源です。

**原** それは法律で決まっているんですね。

**堺** そうすると後は保険料なんです。保険料率1000分の30から95という範囲で、例えば一番高いところは1000分の95を払っているわけです。安いところは1000分の60とか65。日本医師会の試算によりますと、例えば、その高いほうに合わせると、だいたい1.4兆円くらいが財源として出てくるそうです。それもなかなか難しいかもしれませんし、満遍なく、3つのどれからどれくらい手当てできるか考える必要があると思います。

**原** わかりました。損税に関してはいかがでしょうか。何とか改善していきたいですね。皆さんがいろいろ運動されていますけれど、未だ政府のほうは何の反応も無いように感じます。

**堺** 財務省にとったら損税ほどおいしいお金はないわけです。黙っていて医療機関から税金が入ってくるんですから。また、病院はすごく払っていますが、診療所はそんなに損税を払っていないので、行動は一緒にするわけですが、やはり温度差はありますね。

**石井** 損税が15%、20%になっていったら、今のシステムでは病院を維持できませんから、どうにかせざるを得ないでしょう。ただ、その場合には、今の自己負担額そのものもどうするか、考えなければいけません。

**堺** そうなんです。

**石井** だって損税を患者の自己負担でやったら……。

**堺** 患者の負担にさせるわけにはいかないですからね。

**石井** 損税を患者の負担にするんだったら、自己負担分はゼロにしなければもたないですよ。今、実質は、高度医療などやると10%くらいですからね。

**堺** だからやはり、インボイス方式\*でしょう

か。厚生労働省は一昨年から医療費明細書の発行を義務化して、患者さんに必ず領収書と明細書を渡すように言っている。それと同時に、病院がどれくらい消費税として支払ったかを算出して、それを根拠にいろいろやるしかないと思いますね。

※課税事業者が物を売る際に、消費税額を記入した納品書（インボイス）を発行し、事業者の収支をガラス張りにするシステム

## 今後の介護と医療の連携について

### 先延ばしによる調整が続く 介護と医療の連携

**原** わかりました。一応、社会保障と税の一体改革の問題はここまでにさせていただいて、次に、これも最初から話題にのぼっています医療と介護の連携に関係したことに戻りたいと思います。

さて、介護療養病床のゆくえに関しては、一応6年間、延長にはなりました。もちろん国としては廃止していくということではあるでしょうが、このあたりに関して見通しはいかがでしょうか。

**堺** 見通しはなかなか厳しいんじゃないですかね。

**原** そうですか。

**相澤** 社会保障審議会では、先般の介護保険の改正によって介護療養病床の転換期限が6年間延長されましたが、まだ十分に効力を発していないのでもう6年間延長ということで、全委員が賛成しました。

**原** 今からさらに6年間ということですか。

**相澤** これまで6年間、延長されていたのが、確か3月末で切れます。それをさらに6年間は延長しようということで、これはおそらく決定だと思います。もうひとつ決定されたのは、介護療

養病床が、介護療養型老人保健施設に転換する場合に、転換病床は6年間そのままいい、というものだったんですが、これもなかなか進んでいないということで、またさらに6年間延長するということが決まりました。これもそのままいくと思います。

それからもうひとつは、先ほども少し言いましたが、医療療養病床の看護配置基準を6対1から4対1に引き上げました。ところがまだ6対1の病院がかなりたくさんあるということで、厚労省はさらにまた延長してそのままいこうということだったんですが、これに関しては5対1にしたらどうかなどいろいろな意見がありました。どちらかという、看護配置基準は6対1よりも少し引き上げないと医療療養病床としては認められなくなっていく可能性が強いのではないかなと思います。4対1まではたぶんいかならないと思いますが、5対1くらいがいい落としどころではないかなあと考えています。そういう状況です。

**原** はい。

**石井** 今の話はみな、別にそうやったからといって、厚労省も大勢に影響ないからです。というのは、介護療養の報酬を上げなければいいだけで、徐々に落としていけばいい。実態として老健と同じことをしているのなら老健と同じようにしていくと思います。

**原** そうすると国は介護療養と老健とはほぼ同じことをやっていると考えているのですね。老健へ自然に転換していくのでしょうか。

**石井** それは自然に転換するというか、そっちのほうがよくなると思えばそうなりますよ。そろばん勘定の問題ですね。療養病床と名乗っているほうが老健を名乗るより高いからで、それ以外には何の理由もないです。同じサービスで違うとなったら高いほうを選ぶに決まっていますから。転換するはずがないですよ。ですからそれを転換させるには、たぶん、じわじわだろうと思います。施設基準についても、だんだんと標準化していくという方向に行きますよ。

原 厚労省のやり方次第ということですね。

石井 だから、あまりそういうところで問題を見ないで、むしろ何が必要か、どうあるべきかで、我々も医療界も判断していかないと……。

堺 同じような病態で同じようなサービスを受けていても、施設という箱物で料金が違うのは困るわけです。だからやはり、利用者視点で考えていく必要があると思いますね。

## 社会問題化を予感させる、 在宅医療・在宅介護の今後

原 あとは在宅医療ですね。今回、在宅医療をかなり支援しようという話があります。これに看取りの問題、訪問介護、訪問リハの問題、認知症の問題とか、いろいろな問題が在宅医療に関わっていると思いますが、このへんに関してご意見がございませうでしょうか。

堺 日本の状況を考えて、個人の家で在宅介護をすべて行うのはなかなか難しいと思います。まず不可能ですね。

石井 今度の資料、「高齢者単身世帯の増加」（国民生活基礎調査から作成）でも、問題はどんどんと高齢者単独世帯、独居老人が増えているということを取り上げています。これをどうするか。これは今の訪問看護とか今の訪問介護の体制では絶対、対応できないと思っていただほうがいい。そちらへの在宅の拡大はあり得ないと思うんです。

原 そうすると何か老人専門の施設とか？

石井 やはり老人住宅とそれに伴う施設での介護、という形でやるしか手はないと思います。都市部だったら、そのやり方でやるしかないでしょう。都市部では、特養がこれ以上できるとは思えないですから。

原 現実的にはそういうことでしょうか。認知症に関しては何かございますか。

石井 精神科の先生がいないのではっきり言うと、今の認知症は医療として考えるべき対象ではないのではないかと思います。

原 そうですか。

堺 難しい議論ですね。

原 診断をきちんとしなければいけないけれど、その診断が難しいとか。

石井 それは簡単にできると思いますよ。

堺 私は、認知症に関しては、たぶん、悪性腫瘍より早く、いい薬が出るのではないかと期待しています。

原 そうだといいいですね。

堺 今すでに認知症の発症を遅らせる薬が出ているわけですから。製薬業界はあれだけ儲けているんだから、ぜひ期待に応えていただかないと。もちろん真剣に考えているはずですけどね。もし認知症の薬ができれば医療費に対する貢献度はすごいと思いますよ。

相澤 マーケットは大きいですよ。ただ、認知症で問題になっているのは、どこまでの人が精神科病棟が必要なのか、それとも精神科病棟ではなくて療養病床や一般の病床でもいいのかというところの議論があります。

また、精神科病院の急性期治療病床には、3カ月以上は入院させないで早く出ささいということ、診療報酬で後押しして精神科の入院期間は短くなっています。ところが、精神科の先生方からは「精神科病院は軽症の人を抱え込んで、できるだけ長く入院させているのではなくて、どうしても入院が必要な、大変な患者さんを抱えているんだから、制限をつけられても困る」というご意見も出ています。

認知症の患者さんの場合はどうなんでしょうか。どこが、どこまで、どう診ていくのかということが重要だと思うんです。認知症の場合は、生活をしていくうえでは、どうしても監視というか……。

堺 見守り。アウトリーチ（訪問支援）ですね。

相澤 生活状況を見守っていかなければならないので、どこがどう担っていくのかは真剣に考えていかないと、これから大きな社会的問題になる可能性もあると思います。

堺 今回の診療報酬改訂でも日病として、そのへんは手当てをしてくれるように要望はしています。

**石井** 私は、今の日本では基本的に広い意味での施設介護でしか認知症には対応できないと思います。

## チーム医療を考える

### 医師不足を補えるか？

#### 病院にとっては常態のチーム医療

**原** では次にチーム医療に話題を移していきたいと思います。先ほどの高齢化に対応するシステムとして、今まで医師がやっていたことを少し看護師がやる、今まで看護師がやっていたことをまた別の人がやる。こういう広い意味でチーム医療をもう1回、考え直す必要があるのではないかというお話が石井先生からありました。堺先生はチーム医療の推進会議にずっと出ておられますね。

**堺** これもなかなか難しい問題です。この雑誌（本誌1月号）が出るころには中間報告が出ているのかも知れませんが。

そもそも病院にとってチーム医療はふつうのことです。本当は。病院は専門家集団ですから縦割りになります。特に高度に専門化すると、隣がわからなくなりますから、そこをつなぐ仕組みが必要で、当然、チームでやらなければならないんです。

今回なぜチーム医療が出てきたかという、結局、医師の負担軽減をどうするかです。必ずしも医師がやらなくてもよい仕事を誰がやるかということで、特定看護師、これは仮の名前ですけど、これが出てきたわけです。

私は、特定看護師なら特定看護師だけでやればよかったと思います。それを、特定看護師などと言うと困るということで、チーム医療というわかりにくいものが出てきた。ある意味、ごまかしたんです。それで、一方に特定看護師がいながら、

ほかの職種も「俺たちだって医療人だ、チームの一員だ」ということになります。そうするとやはり議論が難しくなる。

ただ、医者が忙しいから看護師にやらせるのかというと、そういう議論ではないと思います。どこまで看護師にやってもらうかという問題があって、たとえば日本医師会が反対しているのは、業務独占と名称独占に問題が生じるからというんですが。でも実際、病院では、いろいろなことを看護師さんにやってもらっているわけです。そこには明らかにグレーゾーンがある。もちろん、どの看護師さんにでも「これ、やってくれ」とは言っていません。このことは看護師さんにやってもらっていいとか、ある程度、判断して頼んでいます。

だから今回の議論の中で、特定看護師はこういうことができる。特定看護師ではなくて一般の看護師はこれまでやってきたことを医師の指示のもとでできるということがはっきりすれば、それはひとつの進歩だと思います。ただ、同じ看護師の中でも、現場の看護師さんと大学の看護師さんとは微妙に温度差があったりするので難しいですけど。

個人的には、特定看護師は標榜医と同じだと思っています。たとえば外科系の先生だったら、たいがい麻酔はできますよね、麻酔の専門医にならなくても。いざ困ったというとき、特に田舎で麻酔科の専門医がいなくても麻酔科標榜医がいれば麻酔をかけることができる。これに似たようなことではないでしょうか。だから特段、難しいことを言わなくてもいいと思います。

### チーム医療加算に問題あり

#### 拡大する病院間格差

**堺** 中には乱暴な人がいて、そんなに医療をやりたいかったら、何で医者にならなかったんだと言う人もいたりします。確かに看護の内容は決まっている。患者のケアとか。でもそれは——気持ちにはわかりますが、次元が違うような気がします。

多様化する医療ニーズにどう対応するかが問われているわけです。

とにかく、看護師さんには、できることはやっていただきたいですね。今はやっていませんが、私は脳外科ですから、オペ室に入ってしまうと5時間から10時間、出て来られないこともあるわけです。病棟から報告を受けて、指示を出すことなどできるわけがないですから。

ただ、診療報酬でもチーム医療加算とか出してくるじゃないですか。そんなことは、個人的にはやめてほしいですけどね。

**原** わかりました。特定看護師の話題の時に、麻酔の看護師というのは出なかったんですか。

**堺** 麻酔は話題に出ませんでした。私は、麻酔はいいと思うんですけどね。

**石井** 麻酔科の先生は、数が足りない、必要だと言っていますよ。ほかにも、いろいろな意味でコメディカルがいないとやれない領域はいっぱいあります。放射線治療医が足りないと言ったって、放射線治療医の仕事のほとんどは物理士がやっていますね。そこがどれだけ優秀か。学歴も非常に高く、だいたい大学院卒くらいの人がやっている。そういうのは、実態に応じて認めていけばいいだけのことだと思います。僕は、今の、特定看護師の議論はどちらかという形式にすぎないと思う。実際に医者ができないことを他職にやらせることはあり得ませんからね。

**堺** そうなんです。責任を誰がとるのかという話になったら、最終的には、やはり包括指示を出した医師になると思います。これはしょうがない。それがいやだったら指示は出せません。

**相澤** チーム医療の問題というのは、先生がおっしゃったように、ちゃんとした病院だったらやっているのに、なぜ改めて評価しなければいけないのかというところだと思います。前はチーム医療が評価されたために急性期の病院の点数はそれなりに高くなった。ところが、一所懸命がんばっている中小病院は、そういう研修にすら先生方を出せないの、診療報酬が上乘せされなかったんですね。

**堺** ハードルが高すぎますよね。

**相澤** これはやはり非常におかしな概念で、そうすると、中小病院はチーム医療をやらなくていいと言っているのに等しくなります。ですから、チーム医療を推進すると称しながら、そこにお金をどんどんつけていくのは、日本の医療を決していい方には向けていかないと思うんですが、どうでしょうか。

**堺** これは、チーム医療加算ということではなくて、入院基本料込み込みにして、そっちを上げていくしかないんですね。

**原** ほんとに同感ですね。

## 震災後の復興について

### 手探りの災害支援体験を総括し、 広域災害支援システム作りを

**原** それでは最後に東日本の大震災の復興に関して。まず堺先生と塩谷先生に、日病が、この大震災にどう対応してきたかということを中心に概括していただいて、今後の復興に日病がどういうふうに関わっていくか、どういう方針を持たれているのか、そのへんをお聞きしたいと思います。

**堺** それに関しては『日本病院会雑誌』の昨年9月号に出ていますので、これを見ていただければと思いますが、我々がやろうと思ってもできないことがあるし、地域のニーズがなかなか把握できないということもあります。今回は東日本で起こりましたが、全国どこにでも起こり得ることです。今できることは着々とやる必要がもちろんありますが、明日起こるかもしれない、どこで起こるかもしれないことに、どう対応するか。今回の事例をつぶさに見て、できたこととできなかったことを総括する必要がありますね。それを踏まえて、今後どうするか、考えてやっていくべきでしょう。これに関して、塩谷先生に委員会でのいろい

ろがんばっていただきました。

なかなか難しいのは、被災3県といっても各県それぞれの思惑があるし、一番大変なのは各首長さんの思惑があって正論ではいかないところもある。お金が欲しいと言っているけど「これだけのお金があるけど、どうしましょう」というと、なかなか返事が出てこない。別にこれは、そういうところがよくないとか、どこが悪いとかという話ではなくて、こういう時に対応するような考え方もシステムもなかったわけです。ぜひこれを機に日本病院会として広域災害支援システムという名前でもいいのでシステム作りを始めたいですね。

たとえば医師の派遣にしても、宮城はどうかわかりませんが、もともと東北3県は医療過疎地だったわけです。そうすると、災害復興のために医師を派遣するというのは、ほんとうに災害復興なのか、もともとあった医療過疎に対する支援なのか、なかなか見えないところがありますが、現実には、そんな区別をしてもしょうがない。日本病院会、あるいは病院団体なり行政は、災害復興と元来あった医療過疎、両方に対する支援を、必要な支援は込み込みでやったほうがいい、と発想を変える必要があるかも知れません。

詳しいことは塩谷先生にお願いします。

**塩谷** 会長がおっしゃったとおり、今回の被災地医療支援を総括し、整理・整頓したうえで、次につなげていく作業、これが非常に大事であると思います。『日本病院会雑誌』9月号にも書きましたが、重要な問題のひとつとして、情報収集の一元化がなされず、司令塔が不在で機能していなかったことが挙げられています。それを教訓にして、どう生かしていくのか。これが、まず、今後の大きな課題でしょう。

それと、同じ被災県であっても、岩手、宮城、福島それぞれで事情が違うということ。災害対策特別委員会としては、地域事情に配慮した支援を心がけているのですが、それにもなかなか難しさがあります。現地視察や問い合わせを繰り返しながら、現場ニーズの把握に努めているなかで、

「ヒト」・「モノ」・「カネ」・「情報」のうち、最大のニーズと言うか、キーワードは、やはり「ヒト」。つまり、医師・看護師等も含めた医療従事者です。その「ヒト」に対してどういうサポートができるか。これに関しては被災者健康支援連絡協議会が全国医学部長病院長会議の協力を得て、9月から毎月20人程度の医師派遣を行っているということです。そのことを知って、まず一番に頭に浮かんだのは、勤務医不足は何も被災地に限ったことではなく、全国津々浦々起きている問題であり、20何人も支援できる余裕が大学にあるのなら、勤務医不足で困っている地域にも支援してくれたらと……。

**堺** その気持ちはわかりますね。

**塩谷** 正直なところ、災害対策特別委員会としても独自に「ヒト」や「モノ」の支援に取り組んでおり、現在、被災病院からの支援要請が、岩手2病院、宮城2病院、福島6病院から寄せられています。一方、日本病院会会員病院のなかで30病院以上から支援の申し出をいただいております。すでに10病院から提供いただいたさまざまな医療機器や備品などの「モノ」が被災病院に届けられています。さらには、日本病院会常任理事である山田實紘先生からは、国際ライオンズクラブからの義援金の提案をいただいております。それを今後どのように活用できるか、会長のご指示を受けてやっていきたいと思っています。

## グランドデザインをもとに、被災地を最優先にした医療再生を

**塩谷** 基本的には、会長もおっしゃったように、被災地は震災前より勤務医不足が深刻な地域です。それは何も被災地域に限ったことではなく、全国共通の課題であり、それが引き金となって全国各地の地域医療が崩壊しました。しかし、それに対して有効な対策が講じられることも、また、解消されることもなく、医療崩壊はますます深刻化し、そのうえ、超高齢化も進展しています。この現実を考慮すれば、国は被災地医療再生支援の

大前提として、まずは、全国各地の医療崩壊を日本の医療をどうするのかというビジョンを示すべきだと思います。そしてその最優先課題に被災地医療復興を位置づけてほしいのですが、どうもそうではないようです。冒頭にお話ししたように、「グランドデザイン」をしっかり描いて、全国の地域医療再生のための抜本的な方策を講じる必要があると思っています。

一方、被災地医療の再生を考える上で、「選択と集中」・「公平と分散」という問題もあります。医療資源が非常に乏しいなかで、「選択と集中」でやらざるを得ないんですが、「公平と分散」にも配慮する必要があります、この相反する命題をどう解決していくのか、非常に難しい課題であると思っています。さらに、先ほど言われたように、首長の考え方によって医療再生の方向性は左右されますし、地元のエゴというものもありますし、それらをどう調整していくのか。たとえば、石巻市立病院の再生に関して、宮城県としては石巻赤十字病院との共同化を考えているようですが、石巻市はそうは考えていないようです。こういうことは非常にむずかしくて、日本病院会としてどこまで踏み込んでいけるのかという問題があります。

しかし、「医療の再生は、街の再生」、「街の再生は、医療の再生」という基本的な認識のもと、医療と街づくりをセットにして考えていくことだと思います。医療だけを再生しても何にもならないし、街の再生も医療を無視してはあり得ない。そういうスタンスを地元の首長さんにぜひ持っていただきたいと思っています。

いずれにしても、全国的な勤務医不足と医療崩壊のなかで、国には、最優先課題として被災地医療再生を考えてもらいながら、全国の医療崩壊をどうしていくかという視野をもって取り組んでほしいというのが私の意見です。

**相澤** 本当に先生のおっしゃるとおりで、長期的な視点でそこをどうしていくかというのは、どんな人口のどういう町にしたいから、そこにはこういう医療が必要なんだという視点でものごとを考えていかないと、もともとここには病院があっ

たから、その上にそのままつくろうという議論だとすると、それは違うと思うんですね。

もしかすると日本の地方の医療モデルを、被災地の医療再生をきっかけにつくれるかもしれません。その可能性があるとするれば、もう少し国と県と市町村がタッグを組んで、ほんとうに真剣に考えて、先生がおっしゃるように、町づくりから医療をどういう具合にしていくかという発想でやっていくということからではないかと思っています。それが僕は一番いい形になっていくような気がします。

**原** 被災地で、どこかそういうモデル的なところはありますか？

**塩谷** 東北大学は宮城県被災地域の医療復興と連動した東北メディカル・メガバンク構想<sup>\*</sup>を検討されているようです。まさにピンチはチャンスで、この千載一遇のチャンスをいかに生かし、日本の医療崩壊をどう立て直していくのか。非常におもしろいと言ったら語弊がありますが、やりがいのある仕事だと思います。国にも県にも、ぜひ、その認識をもっといただきたいと思いますが、地元のエゴがあったり、地域の事情があったり、首長さんの思惑があったりで、簡単にはいきませんね。

**堺** こんなこと言ってもしょうがないですが、今回は、震災特区みたいな形で誰かに権限を委譲してやらせればよかった。結局ずるずるして、そういう対応ができない間に、今言った、いろいろなエゴが出てきたようで、普段とあまり変わらない構図になってしまいました。首長さんが駄目だといったら駄目になるし。

**塩谷** それはもう何も被災地だけではなくて、地方の田舎でもそうなんです。

**堺** だから、特区にして、エゴを排除すればできるのではないかと、ある程度、期待は持ったんですけれども。

**塩谷** 私がいつも申し上げるのは、地域医療の再生を妨げる「3つの壁」でしてね。まずは、医

<sup>\*</sup>未来型地域医療モデル体制の確立を目指す構想



司会の原 義人雑誌編集委員会委員長

療制度などの「制度の壁」がありますね。2つ目は「物理的な壁」。救急搬送とか僻地とか建物の老朽化など、いろいろ物理的な問題があります。そして、一番むずかしいのが「心の壁」なんです。それぞれのエゴとか既得権などがあって。たしかに、個の最適化も大切ですが、「心の壁」をブレイクスルーして全体の最適化を第一義に考えれば、地域医療は再生していくと思うんです。「制度の壁」や「物理的な壁」はなんとかできるのですが、一番の難題が「心の壁」ですね。

**原** なかなか明るい話にはなりませんね。

**相澤** もうひとつ、これはある先生から聞いたんですが、どうしても復興となると公立病院が優先で、そこでがんばっていた医療法人は少々脇に寄せられている感があるけれども、一緒に日本の医療を担っていくので、ぜひ巻き込んでやってほしいというご意見があったということだけ、お伝えしておきたいと思います。

**原** 石井先生、何か震災の復興に関して。

**石井** 皆さんのおっしゃったとおりだと思います。我々が外から見ている、どういう街をつくっていくのかについて、まず住民みんながひとつの心を持たないと。そうすれば、そこに受ける医療のイメージも出てくるわけですね。産業も含めた、どういう街をつくっていくのか、それで、

どの程度の人口になっていくのか、その街が復興していくのと同時に医療も復興していくということですね。

都市部だって、どんどん変化しているんです。川崎なんか明らかに臨海部の工業地帯が空洞化していています。とすると、医療もその中で栄枯盛衰する。だから、社会保険病院の問題は、そういう中で考えないといけないのに、ああでもないこうでもない、こういう病院にすべきだとか言って関係者が個別の利害で主張するから裏目に出ているんですね。

**堺** あとひとつだけ付け加えるとすると、福島の原子力被害が特別だと思うんですね。ほかの2県の復興もずいぶん時間がかかると思いますが、原子力被害はもっともっと長期スパンになります。今から、いろいろな形、さまざまな程度の被曝で、若い世代がどうなるのかというのは、我々、病院団体か医療機関が責任をもってフォローアップする必要があると思います。

これは可能かどうか、私の個人的な考えなんです。たとえば健康手帳みたいなものがあるとすると、それを使って、日本病院会で入力するのは大変ですけど、クラウドか何かのソフトを使って情報を集約して、甲状腺の機能やなにかについて必要な情報を定期的に入れて、それを蓄積して、必要な情報は、誰がどこでもいつでも見れるようにするというのが必要だと思います。

我々は10年か、せいぜい20年いるかどうかかわからないけど、若い世代の彼らは今後30年も50年も生きるわけですからね。もちろん国がやってくれればいいし、国とっしょにやってくれば、それもいいと思います。いずれにせよ放射能被曝の問題は、慎重に継続的にやる必要があるかなと思っています。

## 医療者としての大いなる誇りをもって 未来の医療を担う次世代に心をつなぐ

**原** わかりました。最後に、今日、全体を通じて、言い残したことを、付け加えることがございま

したら、ひと言ずつお願いします。堺先生、何かございますでしょうか。

**堺** どうしても暗い話になってしまいますが、会員病院の皆さん、会員病院の職員の皆さんにぜひ伝えたいのは、医療というのは素晴らしい仕事だと思ふということです。我々が何でこんな大変な仕事をしているかといったら、「ほんとうによかった」「ありがとう」と言ってもらえるからです。私は脳外科医ですから、手術して、うまくいかないことがいくらでもあるわけですが、家族の人は、「先生、本当によくやってくれた」と言ってくさる。こんな職業はほかにはないと思ふんです。我々は若い人たちにそういうことを伝えて、医療というのは素晴らしい仕事、誇りをもってやれる仕事だから、ぜひ多くの人に参加していただきたいと思ふます。つらいから駄目、3Kだから駄目とかいうことではなくて、非常にやりがいのある仕事だということを、病院の管理者の人は伝えていただきたい。そうじゃないと日本の未来の医療はなくなると思ふので、ぜひよろしくお願ひしたいと思ふます。

**原** 相澤先生、何かございますでしょうか。

**相澤** はい。親が子どもにしっかり伝えないと子どもは決して精神を継ぐことはできないと、ある人が言っていました。やはり、堺会長がおっしゃったように、医療というのは大変だけれど、それを越えた素晴らしいものがあるのだということを我々は伝えないといけないですね。我々がうなだれて暗い目をして地面ばかり見ていたら、後からついてくる人は誰もいなくなるんじゃないかと思ふます。

今、私たちが心配するのはそのことです。病院ももちろん大変です。苦しいこともいっぱいありますが、やはり前向きに考えて、がんばってがんばって、その姿を見せてあげることが必要だと思ふますが、がんばるためにはお金が必要なので、お金もつけていただきたいということを声高らかに申し上げたいと思ふます。

**原** 石井先生、ひと言お願いします。

**石井** 僕も皆さんのご意見に賛成で、いろいろ

大変なことはありますが、結局、医者が足りないと言ったって、一所懸命、医療をやって、いい医療をやっていれば、そこにいい医者がくるだろうし、いい医療をやらせるような仕組みを作れば、いい医者が定着するわけです。あまり泣き言を言わないで、とにかく各々が精一杯のいい医療をやるということにつきるだろうと思ふます。世の中がどうなろうと、あまり先行きを考えないでやろう、ということではいきたいと思ふます。

**原** 塩谷先生、ひと言お願ひいたします。

**塩谷** 閉塞感が充満している時代だからこそ、感情エネルギーを原動力にして、行動エネルギーに変えていきたいと思ふます。医師としての病院人としての「ミッション」、熱意としての「パッション」、行動としての「アクション」、これらを連動してやっていければと思ふます。今年は「ミッション、パッション、アクション」です。

**相澤** 素晴らしいですね。

**原** どうもありがとうございました。今日は最後に素晴らしい、勇気づけられるお言葉が次々に出てきました。今年こそ日本の医療の再生元年になるよう皆さまと一緒に力を出し合っただんばっていきたいと思ふます。

今日はお忙しいところをどうもありがとうございました。



# 日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

## 1. 医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

## 2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

## 3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

## 4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

## 5. 地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会

## 病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保障することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることにも努めるものとする。

社団法人 日本病院会

## 公開シンポジウム

多職種の相乗効果による  
病院医療の質向上～それぞれの職種が災害医療の  
支援に加わる視点について～

総合司会 有賀 徹

病院診療の質向上検討委員会 委員長  
昭和大学病院 病院長

**総合司会 (有賀)** ただいまから、日本病院会主催の公開シンポジウムを始めたいと思います。この国際モダンホスピタルショウは、日本病院会と日本経営協会の2つの団体が主催していますが、本シンポジウムはそのうちの日本病院会による公開シンポジウムとなります。

日本病院会のなかに、ホスピタルショウに関する委員会がございまして、その委員長が、今日の開会式の最後に発言された大道久先生ですが、その大道先生のもとで、このホスピタルショウの中身をどうするか多々議論が行われました。

今回の公開シンポジウムのテーマについては、日本病院会のなかに病院診療の質向上に関する検討委員会があり、そこで行われた公開シンポジウムについての議論が下敷きとなっています。

この委員会(病院診療の質向上検討委員会)は、病院経営の質ということがある一方で、病院診療の質ということもやはり車の両輪として考えていかななくてはいけないだろうという堺会長の考えからつくられた委員会です。その委員長をやっているのが私、昭和大学の有賀です。本日はこのシンポジウムの総合司会という立場で、今、発言しております。

委員会で議論をした結果、「多職種の相乗効果による病院医療の質向上～それぞれの職種が災害医療の支援に加わる視点について～」というテーマで開催することになりました。病院のなかにはいろいろな職種の方がいますが、そういう多職種による相乗効果——1+1が3になるような、そういう相乗効果——で病院診療の質を向上させるためにはどうしたらいいのかという内容です。特に今年は東日本大震災が起きて、それぞれの職種が災害医療の支援に加わってきておりますので、その多職種が災害医療の支援に加わった視点、……要するに、チーム医療として災害医療から何を学べるか、そういうことを考えるようなシンポジウムにしようということになったわけです。

最初は、災害での医療支援の実際ということで、昭和大学大学院保健医療学研究科の上條由美准教授にお話しいただきます。先生、どうぞよろしく願いいたします。

\*

# ① 昭和大学による医療支援の実際

上條 由美 昭和大学大学院 保健医療学研究科 准教授

ご紹介ありがとうございます。昭和大学の上條です。

## ■東日本大震災での昭和大学医療救援隊の活動

昭和大学は、3月11日に起きた東日本大震災に際して医療支援を行いました。日本DMATと昭和大学独自で編成した医療チーム（昭和大学医療救援隊）と、2つの体制で医療支援を行いました。今日は主に、大学独自で編成した医療救援隊についてのお話と、今日のテーマが、“多職種の相乗効果”ということですので、チーム医療の観点からも少しお話ししてみたいと思います。

（スライド1）まず支援に至る経緯ですが、昭和大学が医療救援隊を派遣したのは、1995年の阪神・淡路大震災に続き、今回が2回目でした。阪神・淡路大震災のときは、それぞれの診療科が別々に、異な

った場所に、異なった時期にチームを送り出していましたので、あとになってから、振り返ってみたらこんなにたくさんの人が行っていたことがわかったという状態でした。もしこれを1つのまとまったチームに統括していたら、もっと効率的に医療を提供できたのではないかという話が出ていました。そこ

### 昭和大学医療救援隊

#### 支援に至る経緯

1995年1月17日の阪神淡路大震災では、大学内で多方面にわたり、それぞれの職種により異なる活動を行った。



東日本大震災では、大学が組織化して、医療チームを派遣

スライド1

### 阪神淡路大震災に関わる昭和大学医療援助日程

(平成7年2月29日 印刷)

1/29	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	2/6	2/7	2/8	2/9	2/10	2/11	2/12	2/13	2/14	2/15	2/16	2/17	2/18	2/19	2/20	2/21	2/22	2/23	2/24	2/25	2/26	2/27	2/28	2/29
<p>【第1陣】有賀 徹 (救急医学科) [1/20-1/26] 松浦 謙文 (救急・救急) [1/20-2/1]</p> <p>22:00 15:00 病院発 現地着</p> <p>【第2陣】秋田 豊 (救急・救急) 伊藤 謙士子 (看護部) 玉木 光輝 (救急科) [1/20-2/9] 加藤 貴史 (外科) 高田 敏子 (看護部) 藤部 美子 (救急科) [1/20-2/9] 大田 哲也 (安 形)</p> <p>18:00 5:00 病院発 現地着</p> <p>【第3陣】北原 孝一 (救急・救急) 前田 久美子 (看護部) 橋本 浩 (救急科) [2/3-2/19] 伊藤 孝一 (救急科) 藤部 美子 (救急科) 村山 孝子 (看護部) 藤部 純一 (救急科) [2/3-2/19] 藤部 純一 (救急科) 藤部 純一 (救急科) 藤部 純一 (救急科) [2/3-2/19]</p> <p>24:00 3:30 病院発 現地着</p> <p>【第4陣】伊平 康三 (救急・救急) 中田 実次 (救急科) 藤部 純一 (救急科) 藤部 純一 (救急科) 藤部 純一 (救急科) [2/3-2/19]</p> <p>21:00 6:00 病院発 現地着</p> <p>【第5陣】門田 賢 (救急・救急) 高橋 聡 (救急科) [2/21-2/23] 伊藤 謙士子 (看護部) [2/14-2/21] 藤部 聡子 (救急科)</p> <p>21:00 5:00 病院発 現地着</p> <p>【第6陣】中山 三美 (救急・救急) 高橋 和子 (救急科) [2/21-2/23] 藤部 純一 (救急科) 藤部 純一 (救急科) 藤部 純一 (救急科) [2/21-2/23]</p> <p>12:30 病院発</p> <p>【第7陣】有賀 徹 (救急医学科) 松浦 謙文 (救急・救急) 松浦 謙文 (救急・救急) [2/21-2/23]</p> <p>21:00 20:00 病院発 現地着</p>																													

スライド2

国際モダンホスピタルシヨウ「公開シンポジウム」多職種の相乗効果による病院医療の質向上「昭和大学による医療支援の実際」

で今回は、大学として組織化した医療チームを派遣しようという経緯にいたりました。

●昭和大学医療救援隊の概要

(スライド2) こちらの表は、こまかくてすこし見にくいですが、阪神・淡路大震災のときの昭和大学の医療救援隊の日程です。まず最初に、先陣を切って救急医学科の有賀先生が出動なさって、あとは整形外科、外科、麻酔科といったように(診療科別に)バラバラに派遣しました。

では今回はどうしたかという、これ(スライド3)が今回の概要です。

期間は3月15日から4月16日の約1カ月間です。場所は岩手県下閉伊郡山田町で、ここはNHKでも取り上げられていたのでご覧になった方も多いかと思います。岩手県の地図をご覧になると、盛岡市があって、そこから西に向かって海岸までいき、さらに南に行った所に山田町があります。

山田町は、宮古市と釜石市のちょうど間に挟まれた、人口1万9千人の町です。地域の医療体制は、震災前でも医者が数人しかいませんでした。小児科や産婦人科の先生もいないという、医療過疎地域でした。昭和大学から出動した隊員は総勢で107名、総7陣の派遣になりました。

●派遣期間と陣容

スライド4に示すのは派遣期間と陣容の表ですが、今回の派遣は全員ボランティアで行いました。大学のホームページと紙面によって募集したところ、多職種の人たちが、自ら行きたいということで手を挙げてくれました。その人たちのなかから、現地のニーズに合った人を選抜いたしました。

陣	期間	医	歯	薬	看	理学	事務	調理	学生	合計
1	3/15-3/20	5	0	1	6	0	1	1	0	14
2	3/19-3/24	6	1	1	5	0	1	1	3	18
3	3/23-3/28	6	1	2	6	0	1	1	1	18
4	3/27-4/1	5	1	2	5	0	1	1	2	17
5	3/31-4/5	4	2	2	5	0	1	0	1	15
6	4/4-4/10	4	1	2	4	0	1	0	0	12
7	4/9-4/16	4	1	2	4	1	1	0	0	13
	合計	34	7	12	35	1	7	4	7	107

調理:調理師、理学:理学療法士

スライド4

昭和大学医療救援隊 概要

活動期間 H23年3月15日～H23年4月16日

活動場所 岩手県下閉伊郡山田町

出動隊員 総勢107名(総7陣)



スライド3

派遣期間は、初めの頃はライフラインがなく非常に厳しい状態にありましたので4泊5日から始まって、5泊6日になり、さらに落ち着いてくる頃には6泊7日と長くなっていきました。

陣容ですが、各陣ごとに医師は大体4～6人くらい派遣しています。阪神・淡路大震災のときは外科系の患者さんが多かったのですが、初めから整形外科や外科、救急医学科の先生がたくさん行かれましたが、今回は、津波をまぬがれた方々のなかに外科系の患者さんは少なく、内科の先生のほうがニーズが多いということがわかりましたので、1陣では外科系と内科系を半々で派遣したのですが、それ以降は内科系の先生を中心に派遣しました。

特に研修医の先生をできるだけ多く派遣しました。研修医の先生は専門性がまだ少ないですが、非常に幅広い知識がありますし、何しろ若くてフットワークもいいので、とてもよく活動してくれました。研修医の先生を出した本当の理由は、今回のこの経験が、もしかしたら次の災害のときに役に立つのではないかと——起こらないでほしいですが、もし起こったら——という大学側の意向がありました。

それから、2陣から歯科医を派遣しております。歯科医の先生は、3日くらいで作成できる入れ歯のセットを持って行って、入れ歯

を作成しました。入れ歯が合わないと食事が摂りにくくなり、栄養も偏っていき、感染症などになりやすいですから、これは非常に役に立ったと思います。

それと、薬剤師さんは最初は1人だけでしたが、ニーズが高いということで2人に増員しました。薬剤師の仕事は、服薬指導や調剤だけでなく、最近ジェネリック薬品がたくさん出ているので、同種・同効薬を考える際に、幅広い薬の知識のある薬剤師さんは非常に役に立ちました。すべての陣で看護師さんが加わりました。最後の7陣のところでは理学療法士を1人、派遣しております。

1陣から4陣は調理師も派遣しております。医療救援隊といえども自給自足が原則ですから、調理師さんがいてくださったことすごく助かりました。途中から、NPO法人のほうから食事が提供していただけるということで調理師さんは行かなくなりましたが、それまでは調理師さんは非常に役に立ちました。

それから学生ですが、昭和大学は、医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部の4つの学部を持つ医系総合大学ですので、医学部の学生1人、薬学部の学生2人、看護学校の学生を3人、春休みの期間だけ参加させました。

### ●医療救援隊の診療体系

(スライド5) 実際の診療体系は、外来で診療する外来診療型と、避難所を巡回する巡回診療型と、大きく2つに分けられました。スライド5に山田町の地図を示していますが、県立山田病院で一般内科外来を行い、山田南小学校で小児科の外来を行いました。巡回診療型としては、山田北小学校、

## 診療体制

1. 外来診療型……内科外来, 小児科外来
2. 巡回診療型

山田町の地図



スライド5

山田南小学校と、織笠地区にある7つの避難所の巡回診療を行いました。時間が経つにつれてご自宅にお帰りになる方もいらっしゃると思います。そういう方々へはご自宅を訪問して、診察を行いました。

スライド6の写真は避難所を巡回している風景です。当日の朝にその日に必要だと思われる薬、血圧計や体温計、そのほかに必要なものを全部箱に詰めて、医師と看護師と薬剤師が3人でチームになって、避難所に向かっているところです。

スライド7の写真は、私たちが外来診療を行った診察室を写したものです。私たちは県立山田病院で外来診療を行いました。県立山田病院は市の北西部にあって、津波で1階にあった診療科と検査の部分は全部流出してしまいましたが、2階の病室は大丈



避難所巡回



スライド6



### 外来診療

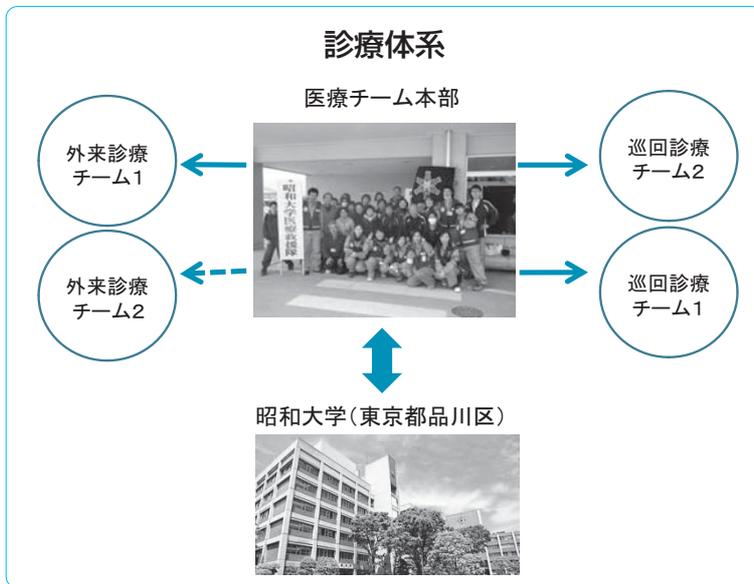


スライド7

夫でしたので、その2階の病室1室をお借りして、ここに机といすとベッドを置いて、外来診療のブースをつくりました。その隣に、持ってきた薬剤を並

べて薬局をつくりました。それからいわゆるERで使うメディカル・チャートを使って、診療録をつくりました。

(スライド8) 実際の診療体系は、外来診療チームと巡回診療チームと分かれて行いましたが、医療チームには必ず1人の事務の人を配置しました。はじめの頃はライフラインもなく、通信手段がないのでトランシーバーなどを使ってこまめに連絡を取るようになりました。医療チーム本部と大学とは、1日3回くらい、最初の頃は衛星電話を使ってでしたが、密に連絡を取るようになりました。

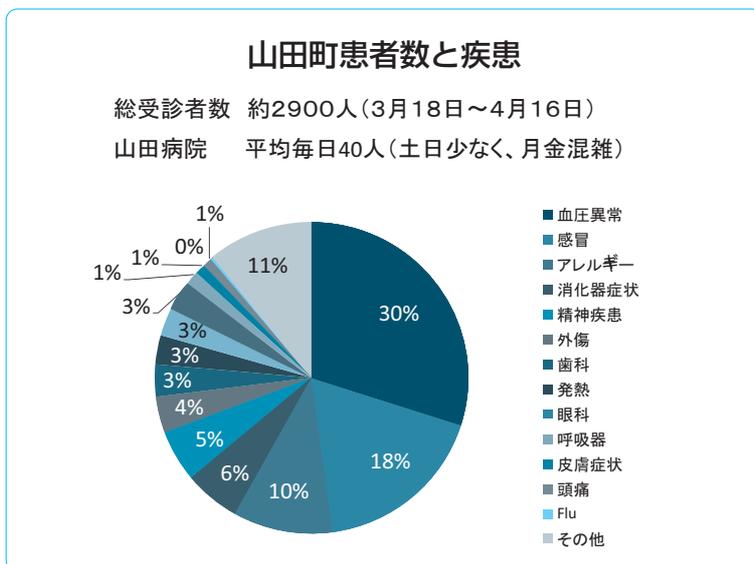


スライド8

### ●山田町の患者数と疾患

(スライド9) 私たちが実際に診療にあたった山田町の患者数と疾患ですが、総患者数はほぼ1カ月間で約2,900人です。県立山田病院での外来には、平均すると毎日40人くらいがいらしていただきましたが、土曜日・日曜日は少なく、月曜日と金曜日は混雑するという、普段の外来とかわらない風景でした。

実際の疾患についてですが、最も多い疾患は血圧異常(30%)でした。この地域は高血圧の患者さんが非常に多いので、もともとあった慢性疾患の継続治療を行ったということがここで見るとわかります。その次に多いのが感冒(18%)で、いわゆる風邪などの感染症です。次に多かったのはアレルギー性疾患(10%)で、この時期はちょうど花粉の時期でもあり、また避難所に埃が多く立っていたので、



スライド9

## 啓発活動



医師によるインフルエンザ・ウイルス性胃腸炎の症状説明



避難所の方々と一緒に手指衛生実演風景



トイレ扉に啓発ポスターを掲示

- 効果的指導ためのポイント
- ①「分かりやすさ」と「インパクト」重視で！
  - ②「避難者が実現できる最低限の内容」で！
  - ③「感染者を差別しない」ように指導を！

スライド10

そういうことが原因で、アレルギー性疾患が多かったのかと思います。特徴的なことは、外傷が全体の4%しかなかったことです。これは阪神・淡路大震災のときとの大きな違いです。

### ●診療以外の活動——啓発活動

診療以外に行った私たちの活動をご紹介します。まず、保健衛生上の啓発活動を行いました。こちら（スライド10の左の写真）は、実際に医師が避難所で、インフルエンザやウイルス性胃腸炎の症状を説明して、「こんな症状があったらすぐに声をかけてください」というような呼びかけをしました。中央の写真は、避難所の方々と一緒に手洗い運動を行っています。「手指衛生実演風景」と書いてありますが、手洗いをどう行うのがよいかを実際にみんなでやってみました。さらに、トイレの壁などに啓発ポスター——どうやって手を洗うのがよいか、どうやってトイレの便器を消毒するかとか——を掲示（スライド10の右の写真）しました。これは感染症の専門のナースが中心になって行いました。

このような啓発活動にあたって注意したこととしては、避難者ができる内容にすること、最低限度の内容にしないといけないということでした。また、感染者の方を差別しないような指導も心掛けました。

このように啓発活動にあたって注意したこととしては、避難者ができる内容にすること、最低限度の内容にしないといけないということでした。また、感染者の方を差別しないような指導も心掛けました。

### ADL向上のリハビリテーション指導



### 入浴介助



スライド11

そのほかにも、長期の避難所生活になりますと腰痛や変形性膝関節症などで、膝が痛くなったり腰が痛くなったりすることが多くなるので、ADLの向上を兼ねたリハビリテーション指導として、運動を一緒に行いました（スライド11の左の写真）。

さらに、入浴介助も行いました。スライド11の右の写真のお風呂は、陸上自衛隊の方が、震災10日後くらいにつくってくださったんですが、実はこのお風呂、陸上自衛隊の人が入るためのお風呂なんです。ですから柵が高く、手すりもないうえに、実は中がすべりやすいんです。ですから、杖をついている方とか、要支援の方にとっては、少し敷居の高いお風呂です。それで、看護師さんや、この写真に写っているのは研修医の先生ですが、一緒に入って介助したりもしました。お風呂は治療ということではないですが、いろいろな面で、保健衛生上も非常に

効果があると思いますので、この入浴介助はけっこう有効だったと思います。

## ■チーム医療とチームワーク

(スライド12) ここで少しチーム医療について考えてみます。私たちは、いろいろチームに分かれて活動しました。そのとき、医師と看護師と薬剤師の組み合わせで活動できれば一番ベストな組み合わせですが、人数の関係もありますから、その時々状況によってなかなかそうはいきません。実際は、医師と看護師と学生だったり、医師と研修医と看護師だったり、思うようにはチームを組めないことがあります。でもそんな状況下でも、意外とうまく、

それぞれのチームワークができました。

それは、お互いが連携して不足している部分を補う、自ら手を挙げて補うというようなことが、ごく当たり前に、自然に、コミュニケーションがとれていたからです。私は3陣の隊長で行ったんですが、1陣から7陣までのどの隊長に聞いても、チームワークをとるのに苦労したという人は1人もいませんでした。誰が指示をするということもなく、チームワークが自然にできていました。

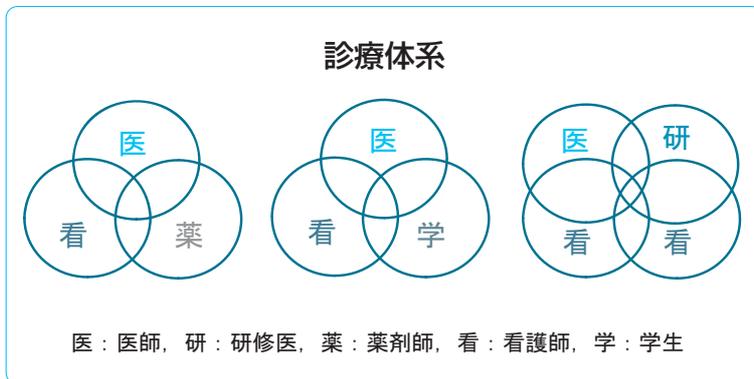
(スライド13) なぜこれできたのかと、その理由をあてで考えてみると、1つは、自ら志願した志の高い人たちの集まりだったということです。先述のように、全員ボランティアで、行けと言われて来た人はいなかったのだから、みんな自分のなかに、何か仕事を探して、自分でやろうという気持ちがあったと思います。それで自然に、隙間があれば自分が入り込んで何かしようという気持ち、各自に起こっていたのだと思います。

もう1つは、同じ目的意識を共有していたということがあると思います。私たちの場合、「この山田町に来て、何とかして自分たちのできる医療を提供しよう」という同じ気持ちがみんなにあったんですね。ベクトルが同じ方向を向いていれば、いとも簡単にチーム医療というものはできるのだということを実感しました。本当に目的意識が一番大事なんだということが、今回、よくわかりました。

### ●チーム医療はポジションが流動的で、全員攻撃全員守備のサッカー型

チームのあり方というのを野球とサッカーにたとえて見てみました。普段病院で行っている医療というのは、比較的、野球に似ているところがあると思います。

野球というのは、守備範囲がある程度固定しています(スライド14の左の図)。つまり守備範囲が分化・確立していて、自分の守備範囲をきっちり守ることでチームが成り立っているんですね。例えば内野は、ファースト、セカンド、サード、ショートとありますが、自分の守る大体の範囲は決まっています。重なっている

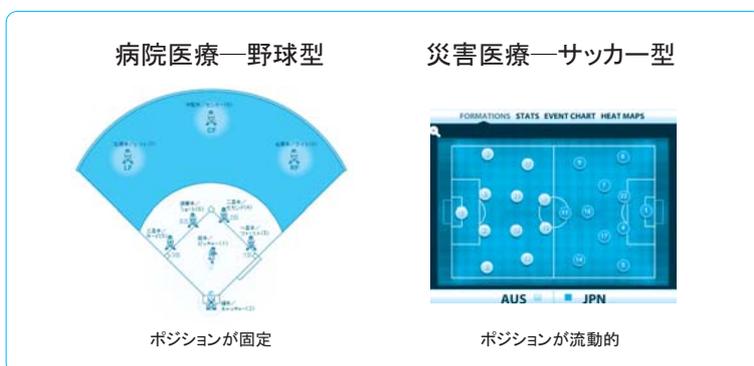


スライド12

### 成功のポイント

- 自ら志願した志の高い人達の集まり
- 同じ目的意識を共有(被災地への救援)

スライド13



スライド14

ところはある程度ありますが、自分の守るところはきっちり決まっています。野球というのは、非常にポジションが固定したスポーツです。

一方、私たちが災害医療チームで行ったチームとはどんな感じかという、サッカー型だと思います。スライド14の右の図は、アジアカップのときの日本チームとオーストラリアチームのそれぞれのフォーメーションを示した図です。左のAUSと書かれている側と、右のJPNと書かれている側のフォーメーションが違います。右側の日本チームは3-3-4というフォーメーションになっていますけれど、左側のオーストラリアチームは2-4-4というフォーメーションになっています。

このフォーメーションを見てもわかるように、サッカーというスポーツは型にはまっていなくて、ポジションが非常に流動的でフレキシブルです。災害医療チームのときも、守る範囲の最低限度は決まっていますが、その範囲が比較的流動的で、お互いが空いたスペースをカバーできるような、そんなかたちのチームだったと思います。

(スライド15) 近代サッカーではトータルフットボールという言葉がよく言われます。トータルフットボールとはどういう意味かという、ポジションが流動的で、かつ全員攻撃全員守備。フィールドを守るとき、自分たちの守備範囲を守るときにどのようにしてみんなが協力しあうかという、そういうシステムを構築する考え方です。

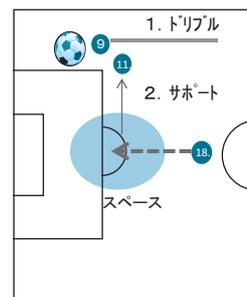
スライド15の図で説明しますが、例えばゴールに向かう右サイドから9番の人がボールを持って入ってきます。そのときに普通11番の人がカバーに入ってくると、中央に大きなスペースができます。そこに誰か入り込んできてボールを受けてシュートする。これがうまくいけば理想的なサッカーの得点パターンです。

話を戻しますと、災害医療のときの我々のチームも同じで、医師がすごく忙しくて一所懸命やっているときに、看護師さんがそこに自然にサポートに入ってくれました。その看護師さんのいた空いたスペースを薬剤師さんが必ずカバーしてくれました。これが自然にできていたところが、成功の秘訣だったのではないかと思います。

もちろん最低限度のルールがあって、サッカーでもゴールキーパー以外の人はボールを手でさわれな

## トータルフットボール

「ポジションが流動的で、  
かつ**全員攻撃全員守備**」



<http://the-afc.stats.com/acup/matchcast.html>

スライド15

## 災害医療の難しさ

各医療チーム内の医療活動は完ぺき



医療チーム間の連携が課題

スライド16

といったルールがあるように、災害医療の現場でも、医師以外の人には処方できないし診断もできない。そういう最低限度のルールはありますが、それ以外のことに関しては、今回、非常にみんなフレキシブルに活動できていました。それがうまくいったもう1つの理由ではないかと思いました。

## ■災害医療の難しさ

(スライド16) 良いことばかりお話ししましたが、実際行って見て、災害医療の難しい点も感じました。それは、昭和大学チームだけでなく、ほかのチームもそうだったようですけれど、チーム内はスムーズにいったと思いますが、各医療チーム間の連携には課題がたくさん残っていました。

## ●合同医療チームミーティングと医療支援活動に対する統括機能の課題

(スライド17) 山田町での合同医療チームミーティングが、町役場の方の声掛けで、いろいろな医療チームの人たちが集まって、毎日1時間半か2時間

くらい行われていました。山田町には、私たちのほかにも、日赤医療チームや国立病院機構チーム、それから陸上自衛隊チーム、ほかにも単独で来ている医療チームもありましたから、一時期40人か50人くらいの医者がそこに集中していたんですね。これらの医療チームをうまく統括するためにも必要なミーティングが行われていました。31カ所ある避難所にもれなく診察するように医療の分担を決めたりとか、感染症の対策とか、薬剤管理の情報とか、そのほかのいろいろな情報を、このミーティングのときにお互いに情報交換しました。このミーティング自体はすごく有用で良かったと思います。

(スライド18) ミーティング自体は良かったと思いますが、統括機能に少し課題が残ったと思っています。

統括したのは、町役場の人でしたが、この方ご自身も被災している方でした。町役場の方ですから、住民からのいろいろな問い合わせもたくさんあったと思います。そのうえに私たちが「〇〇をこうしたい、□□をこうしたい」と、いきなり来た40人の医師たちが一度に意見するので、今になって思えば、この町役場の方にとってかなり負担が大きかったのではないかと思います。私自身にとって大きな反省点でもあります。

そして全体としての統括機能がうまくいってなかったところもありました。実際に、専門領域が偏在したり重複したりしてしまったことがありました。例えば、私のいたときですけれども、一時期、小児科の医師が4人も山田町に入ってきたんですね。多

## 山田町での合同医療チームミーティング

- ・ 各救援隊の医療分担
- ・ 感染症対策
- ・ 統括薬剤管理
- ・ 後方病院の状況
- ・ 救急搬送



スライド17

分周辺の地域に小児科の先生がいてほしいと思っていたところがあると思うのですが、そういうところは連携がうまくできていなかったといえます。

また、合同医療チームミーティングでも、お互いのチームが相手の行動を観察して、お見合いするような場面もありました。大体どの医療支援チームも3泊4日か4泊5日くらいでどんどん交替していきますから、そこに着いた初日は、その場の雰囲気少し読み込めなかったりしますので、指示してくれる誰かがいるわけでもないの、お互いが少しお見合いしているような状況もありました。

私はそれを見て、よく野球でフライが上がったときに、みんなが走り寄ってきたけれども、ボールは真ん中にポトンと落ちてしまうという、ああいう雰囲気を感しました。もう少しその統括機能がうまくいってれば、効率的に被災地に医療を提供できたのではないかと、というのが私のもう1つの反省点です。

### ● DMATがうまく機能したポイント

(スライド19) 現地ではDMATがうまく機能していました。帰ってきてからDMATの人に話を聞けるチャンスがあったので、話を聞いてみますと、DMATは、広域災害救急医療情報システム(EMIS)をフルに活用していました。このEMISというのは、皆さんご存じかと思うんですけれども、厚生労働省が出している救急医療の情報サイトです。

このEMISにDMATの隊員の人たちはログインして、自分への要請状況や、どこから要請が出ているのか、どこに何人来ているのか、参集場所などの情報を得て、目的地を自分たちで決定します。「要請が出ているからそこに向かおう」となって、その目

## 統括機能の課題

- ① 町役場の方は被災者である
- ② 医療専門領域の偏在、重複
- ③ 活動チーム同士のお見合い



<http://www.rital-support.co.jp/saburomail/?p=54>

スライド18

的地に向かいます。ところが途中で、そこにもうすでに50隊のDMATが入っているということがわかれば、次の、入っていないところに目的地を変えていくというように、どんどん目的地の場所を、時点時点で変えていきます。誰に指示されるわけでもなく、このEMISの情報を見て参集場所を決定することができます。

300隊くらいあったDMATが、24時間以内に広範囲に均等に分散できたのは、このEMISが有効に使えたためだったと思います。こういうシステムは、DMATのあとに入った医療救援隊にもあったらよかったと思いました。

それともう1つ、各活動拠点ごとに統括DMATを置いていたということです。スライド19の写真はDMATのブリーフィングの風景ですが、ここに統括DMATの人が写っています。DMATのなかでも、特に統括するための教育を受けた人が統括DMATで、この人がミッションリーダーとなって、全体を見回して指示をしていくシステムです。この人はもちろん被災者ではありません。この統括DMATもどんどん変わっていくのですが、こういうシステムがあればもう少し私たちもうまく活動できたかとも思いました。

(スライド20) こう考えると、災害時におけるチーム医療のあり方として一番大事なのは、指揮命令系統の確立で、①情報を集約して、②役割分担を明確にして、③具体的な目標を提示する。このようにして適切な指示を出すことができれば、効率的に医療を提供することができると思います。

それと、先ほども言いましたが、災害医療では専門領域を超えた活動をするので、サッカー型のチームワーク——お互いが穴を埋めるような、ポジションをフレキシブルに動かせるような——があれば、うまく活動できるのではないかと思います。

## ■まとめ

(スライド21) 私たちの医療救援活動は、現地の医療チームと東京の大学本部とがうまく連携をとれて、比較的うまくいったと思います。この活動の裏には、忘れてはいけない後方支援の活動をしてくれた人たちがたくさんいました。大学の総務課の人は、

## DMAT活動がうまく機能したポイント

1. 広域災害救急医療情報システム(EMIS)をフルに活用し、参集場所や要請状況を明確にした
2. 各活動拠点ごとに統括DMATを設置した



スライド19

## 災害時におけるチーム医療の在り方

### 1. 指揮命令系統の確立

- ① 情報を集約
- ② 役割分担を明確化
- ③ 具体的な目標の提示



### 2. 専門領域を超えた活動-サッカー型

少人数での活動であるために、活動内容が重なることもあり、コミュニケーションが必要

スライド20

連絡をとったり、いろいろ会議を開いたり、議事録をつくったりして、毎晩夜まで頑張ってくださいましたし、病院の管理課の人は、薬品や医材を揃えるのに走り回ってくれました。

行った人だけがどうしても目立ちがちで、何かヒーローみたいになりますが、現地に行った人たちの穴を埋めてくれた病院の医療スタッフも、立派な後方支援の一員だったと思います。

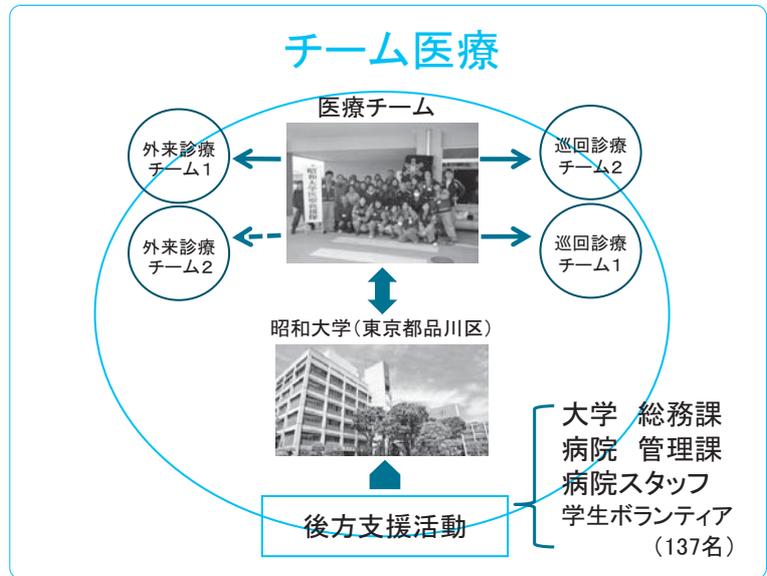
また、うちの大学では学生ボランティアが137名も手を挙げてくれて、自分ができることを探して、どんどん自分から活動を開始してくれました。自らできる募金活動を行ったり、買い出しに行ってくれたり、荷作りを手伝ってくれたりしました。

こういうふうにと考えると、今回の医療救援隊というのは、昭和大学全体を1つのチームとしたチーム医療だったと思います。私たちが普段から目指しているチーム医療は、本当はこういうことだったのでないかと実感いたしました。

駆け足で多くのことをしゃべってしまいましたが、

被災地での医療提供状態はまだ未  
完成で、まだまだ多くの障壁があり、ゴ  
ールはほど遠い感じがします。でも、今  
回の震災、千年に1回の大震災といわれ  
ましたが、今度起こるのは、千年後かもし  
れないし、明日かもしれません。今度の  
被災地はここ東京かもしれないし、その  
ことは誰にも分からないわけです。です  
から、今回のこの経験を検証して、次に  
起こるかもしれない災害に準備しておく  
ことが一番大切ではないのかと思いま  
した。ご清聴ありがとうございました。

**総合司会 (有賀)** どうもありがとう  
ございます。上條先生には、このあと、  
全体のシンポジウムでも登壇いただきま  
す。いろいろな質問をされたい方が、多  
分、いるかもしれませんが、後のシンポ  
ジウムのなかで密にやろうという企  
画でございますので、ご了解ください。



スライド21

では引き続き、「震災後の状況変化からみたチ  
ームのあり方を考える」ということで、長崎リハビ  
リテーション病院の理事長兼病院長の栗原先生、ど  
うぞよろしく願いいたします。

## ② 震災後の状況変化からみたチームのあり方を考える (震災支援から見えてきたチームのあり方)

栗原 正紀

長崎リハビリテーション病院 理事長・病院長

気仙沼



スライド 1

私のパートでは、災害医療の面から、震災後の状況変化とその変化に適応させたチームのあり方を少し考えてみたいと思います。大震災からすでに4カ月が経ちましたので、若干机上での話になってしまっていますが、まず災害が起こってからの流れを整理させていただいて、そのあと、日頃からディスカッションしている“病院医療のなかでのチーム医療のあり方”について述べるという流れで進めていきたいと思っています。

### 東日本大震災に学ぶ

#### ■被災地の状況変化とさまざまな医療支援チーム

(スライド1, 2) これは、東日本大震災発災後3カ月目に入った頃の気仙沼の状況です。今はずいぶん道路もきれいになりましたが、まだまだの状況です。

#### ●リハ関連支援チーム“JRAT”の組織化

(スライド3, 4) 皆さんご存じでしょうか。実は4月13日に、リハビリ関連10団体——これにはケアマネジャの団体も入っています——、そのトップが一堂に会しまして、東日本大震災のリハ関係の支援ということで合意して、組織化が始まりました。

このリハ支援の組織化の基本的な視点は、「被災者及び現地スタッフを支援する目的で結成されて、基本的に自立支援であり、継続的でおかつ期間が限定されている」ということです。そしてこのリハ支援は、アトランダムに入るのではなくて、現地の市町村、保健所を含めた行政とのコミュニケーションをとったなかで支援に入るというふうにしました。そして、実はこの支援チームは各病院の出張扱いで

気仙沼



スライド 2

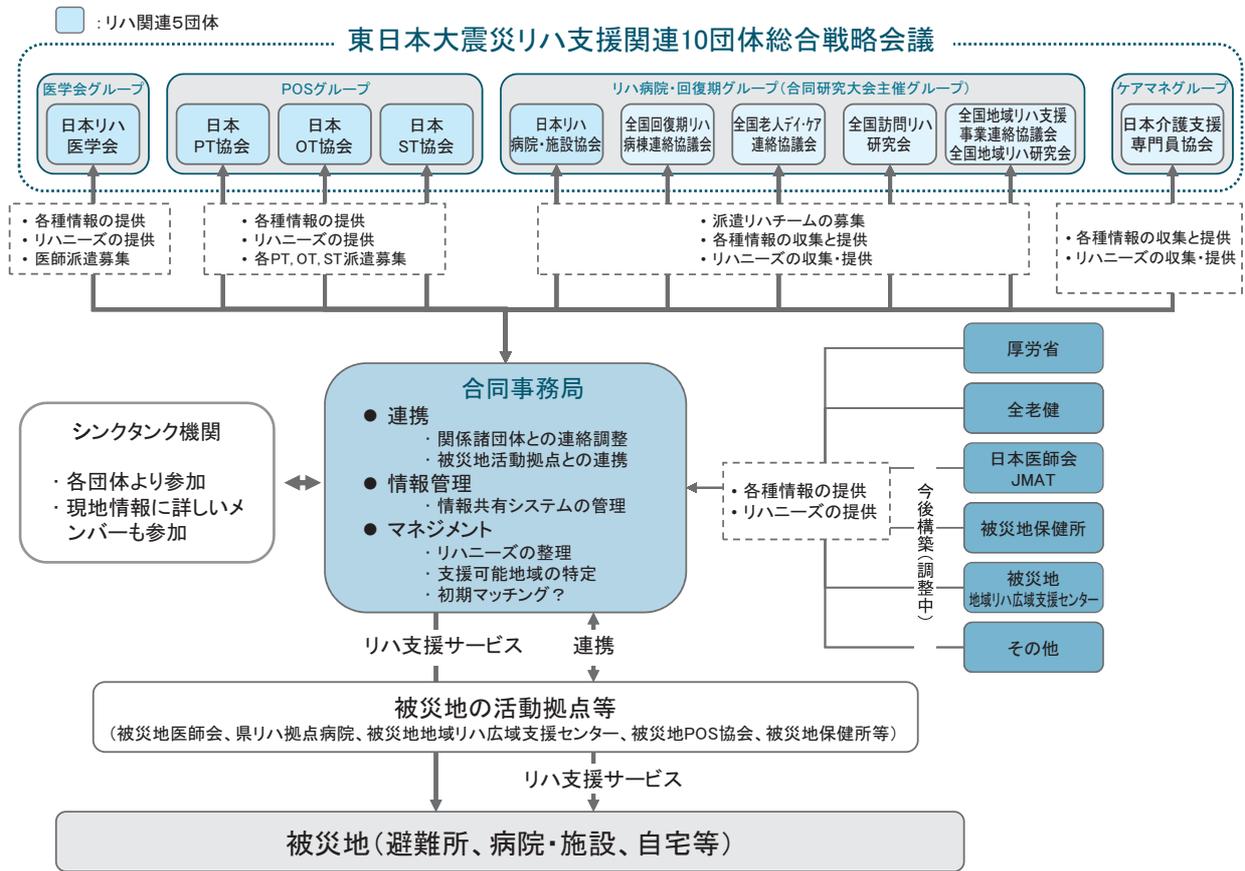
#### 東日本大震災リハ支援関連10団体 (4/13決定) JRAT (仮称)

被災者および現地スタッフを支援する目的で結成された!

- ・自立支援
- ・継続的
- ・期間限定(100日~1年間)

スライド 3

東日本大震災リハ支援関連10団体組織図 (4/13決定) JRAT(仮称)



スライド4

の派遣ということでやっており、今でもなお継続しています。

●被災地の状況変化に学ぶチームのあり方

(スライド5) そのなかで、DMAT, あるいはJMAT (日本医師会チームで各都道府県ごとのチ

ムが入っています), それから、これは仮称ですがJRAT (Japan Rehabilitation Assistant Team) というふうに、震災発災後の状況変化につれて、医療支援チーム自体のありようも変わってきています。それを整理してみました。

被災地の状況変化に学ぶチームのあり方



DMAT : Disaster Medical Assistance Team

JMAT : Jappan Medical Association Team

JRAT : Japan Rehabilitation Assistance Team (リハビリ支援関連10団体)

スライド5

東北地方の各地域は、もともと非常に医療過疎の状況にありまして、なおかつ介護保険サービスも過疎です。私たちが長崎チームとして入った気仙沼市は人口7万人で、震災前は、PT, OT, ST, つまりリハビリの専門スタッフが30人しかいなかったという状況だそうです。

(スライド6) そこに大震災が起こって、すべてのライフラインも、情報も、指揮・命令系統も破綻したなかで、超急性期、そして急性期の医療支援が行

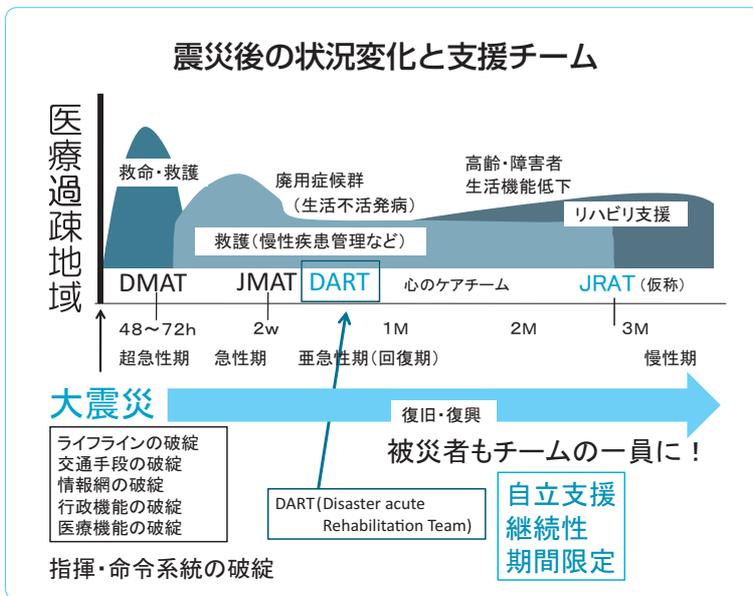
われ、さらには亜急性期、そのあとに続く慢性期の医療支援が行われるという流れになっていくわけです。まずDMATが入り、そして先ほどの昭和大学の医療救援隊のようなかたちも含めてJMAT的な救護活動が入っていく。そういうなかで、実はDMATの活躍のあたりから、生活不活発病や、あるいは高齢者・障害のある方々の生活機能が低下していくという状況が始まって、じわじわと積み重なってきています。そして、我々が仮にJRATと称しているリハビリ支援チームが入っていくこととなります。ほかに心のケアチームというのも入っていきます。ヨーロッパでは、DART (Disaster Acute Rehabilitation Team) というチームが既にあるらしいですが、まだ日本ではこういう組織は作られていません。今回このJRATというかたちで初めての組織的なリハビリ支援が行われたわけです。

JRATの活動においては、基本的に「被災者もチームの一員に」という命題があり、そうするために活動をどう組み立てていくかというのが、現在の課題といえます。

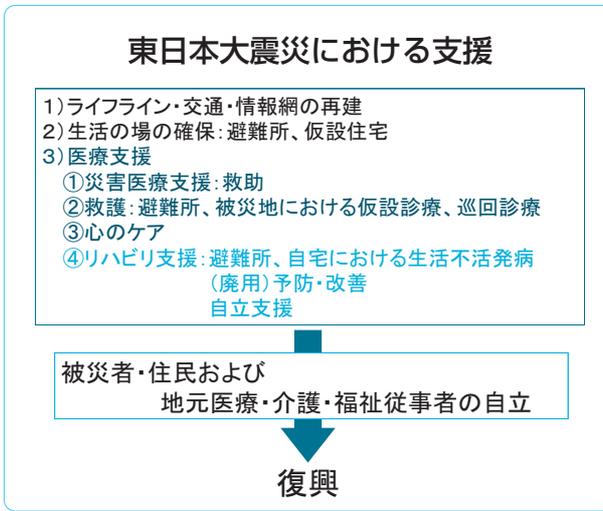
スライド7に、私が整理した今回の医療支援の内容とその流れを示します。基本的には、被災者・住民の自立、および地元医療・介護・福祉従事者の自立をいかに構築していくかということです。この自立ができて初めて復興の兆しが見えてくるのだと思います。そういう視点で、支援チームは側面から入っていくのだと思います。

●各医療チームに関わる専門職

スライド8では、それぞれの医療支援チームによって、構成員となるだろう専門職に少し違いがあることを示しています。DMATの活動の裏では、ここに示すような専門職の方の活躍があるわけです。一方、JRATでは、リハビリ医、看護師、介護福祉士、PT、OT、ST、ケアマネージャといろいろな専門職の方が入ります。ところが、実は○印の付いた文字で示した職種は災害救助法の適用外の専門職です。災害救助法による活動であれば、基本的には、交通費等々全部の資金的なバックアップが各都道府県を經由してありますが、こういう職種は災害救助法に載っていませんので、その部分に対する経済的な



スライド6



スライド7

DMAT	JMAT	JRAT
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師(救急医)</li> <li>・看護師(救急・急性期)</li> <li>・薬剤師</li> <li>・診療放射線技師</li> <li>・臨床工学士</li> <li>・臨床検査技師</li> <li>・救急救命士</li> <li>・事務</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師(総合医/専門医)</li> <li>・看護師(急性期)</li> <li>・事務</li> <li>・歯科医師</li> <li>・歯科衛生士</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハ医</li> <li>・看護師(回復期)</li> <li>○ 介護福祉士</li> <li>○ PT/OT/ST</li> <li>○ ケアマネージャ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ SW</li> <li>○ 管理栄養士</li> <li>○ セラピスト</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>保健師・助産師</li> </ul>		

○ : 災害救助法適用外専門職

スライド8

ものを含めたバックアップを受けられません。少し災害救助法そのものが古くなっている状況があるような気がいたします。

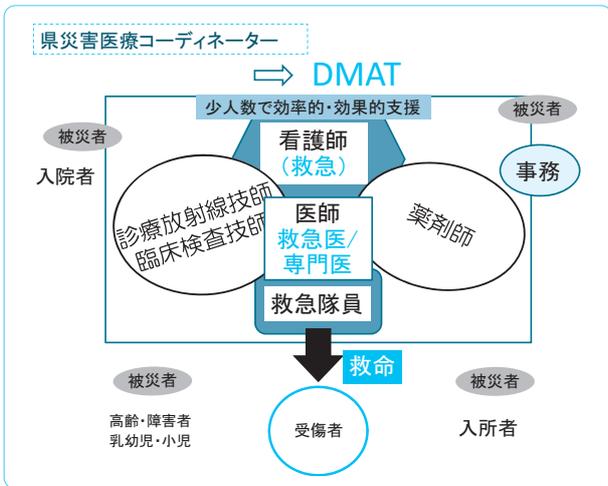
●震災後の状況変化と支援内容

(スライド9) 災害が起こったあと、災害拠点病院では、何とか救命しようというDMATの活動があり、それから避難所あるいは巡回等では、慢性疾患を含む病気になった人に対するJMAT的な動きがあり、そして生活不活発病が起こってくることに對するJRATの活動があるというように、いろいろな医療活動があります。一般的に、病院のなかでも起こることですが、廃用症候群あるいは生活不活発病に代表されるような、あとからダメージが出てくるような病態が、少しずつ起こってきます。

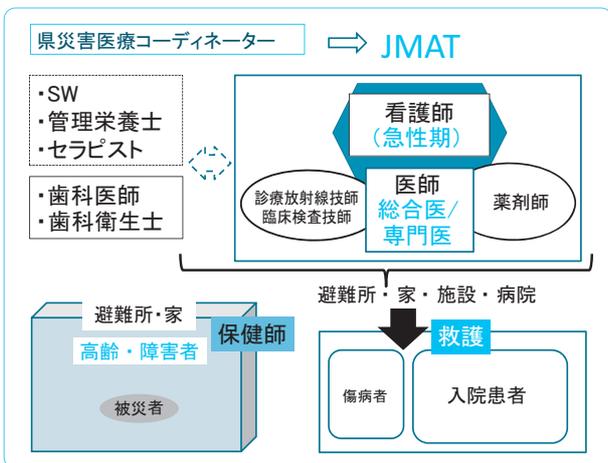
いずれにしても、避難所からは、徐々に仮設住宅に移っていかれますが、それでしっかりと生活を確立できるようになるのかというところはまだです。したがって、今の段階ではなかなか復興が見えていないという状態でしょう。

■各チームの医療支援のあり方

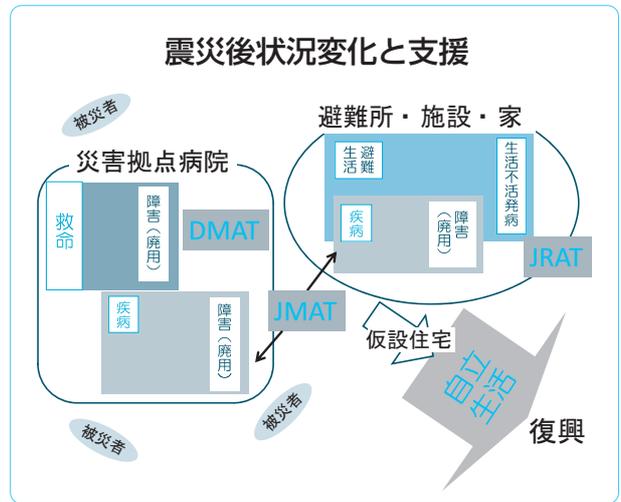
各チームの医療支援のあり方を整理してみます。



スライド10



スライド11



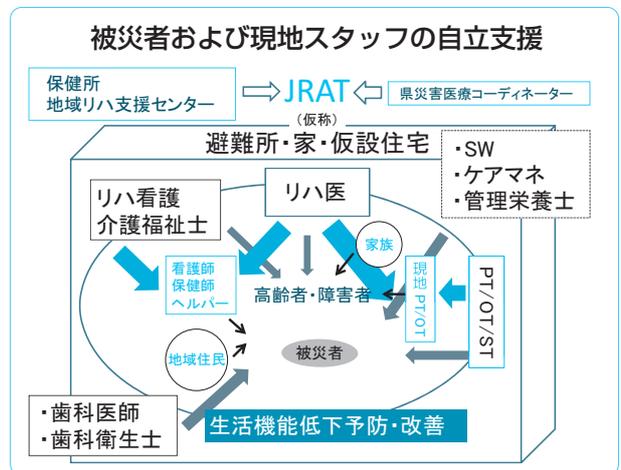
スライド9

宮城県では、県災害医療コーディネーターがいて、基本的には、この方がDMATも含めてトータルコーディネートをするようになっています。

(スライド10) 受傷者がいますと、DMATがそれに対応します。これは救命という視点ですが、それぞれがもう自分のできることをやっていく、できるだけお互いに補いながらやっていくという動きです。少人数で効率的・効果的の支援を行っていく。そして命を何とか助けて、あるいは病気を早急に治して、次の展開に結び付けるという動きになっています。

スライド11に示すのは、JMATに代表されるような救護支援の活動の体制です。医療チームだけでなく、ソーシャルワーカーや管理栄養士、セラピスト、歯科医師ほか、そこに支援に入ってくる専門職がありますが、その人たちとの関係づくりには、少し問題が残ったみたいです。入院している方や、あるいは外来患者さんらに対するの救護という視点です。

スライド12に示すのは、現在も続いている、私た



スライド12

ちJRATの動きです。

避難所あるいは仮設住宅などに障害者、高齢者、あるいは要介護者が徐々に増えてきている状況です。現地には、個人的ボランティアで、あるいは歯科医師会などから、歯科医師、歯科衛生士も支援に入っています。あるいはソーシャルワーカー等の協会レベルでの派遣もあります。日本リハ関連10団体は組織化したかたちで支援したわけです。

ここには、もう1つ、現地の方々の自立支援という視点があります。現地の方々が動きやすいようにするというのを含めての支援です。

さらに私どもが議論しているのは、これはなかなか難しいことですが、何とか、地域住民——被災された方々、家族の方々も含めて——を、この生活機能低下予防・改善チームの一員に構築できないかという課題です。

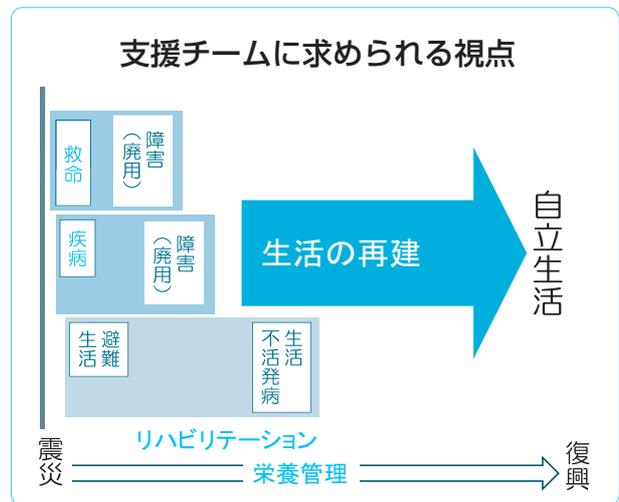
## ■災害支援に重要な視点

(スライド13) 今回の災害医療で見えてきた部分ですが、先ほど申しましたように、それぞれのチームの役割というのがあって、それぞれの視点のなかで入っていったわけですが、それぞれに課題がある。実は、気仙沼市の高齢化率が30%、ほかのほとんどの被災地が高齢化率30%前後だと思いますが、被災者に高齢者が多いということ、ここらへんは課題として残ってまいります。基本的には、やはりできるだけ早めにリハビリテーションあるいは栄養管理の専門のチームがうまく入り込めて、しかも継続性を持ってたら、もうすこし何とかなるのではないかと思います。今回の経験で言えることです。

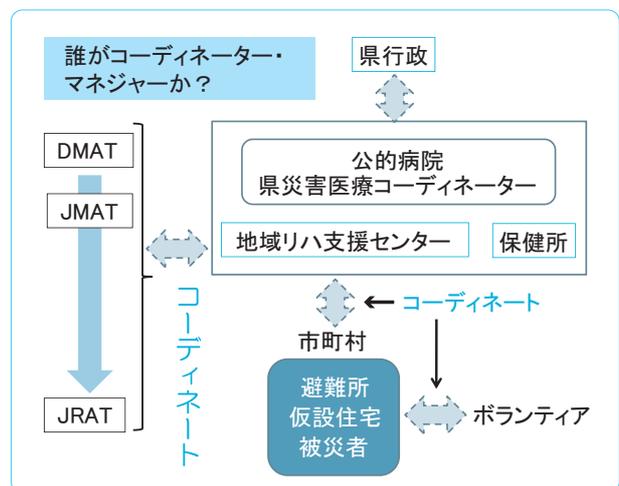
(スライド14) もう1つは、この流れに合わせて、いかにして視点を変えていくかということ、更に県を含めた行政部分との関係を如何に効率よくつくっていくということがあります。ここらへんのコーディネートということでは、今一つ、大きな課題が残っているような気がします。誰が、どのようなかたちでコーディネーターとなるか、あるいはマネジメントをやっていくかという課題が見えます。

## ●震災医療支援で見えてきたこと

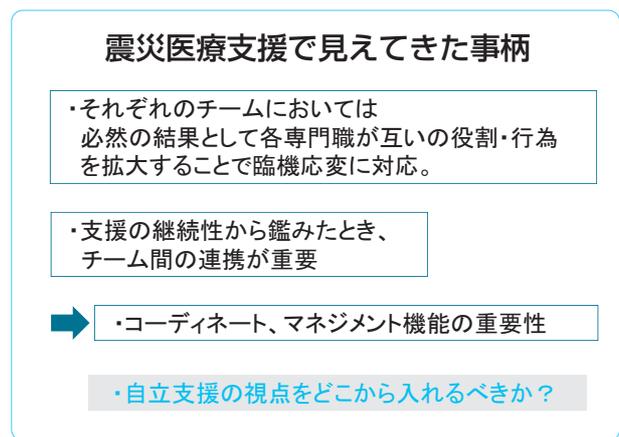
(スライド15) 今回の災害医療支援で見えてきたことを整理しますと、それぞれのチームにおいては、必然の結果として各専門職が互いの役割・行為を拡大することで臨機応変に対応している。しかしなが



スライド13



スライド14



スライド15

ら、支援の継続性という点から鑑みたとき、チームとチームの間の連携あるいは連続性——このチーム間という意味は、DMAT、あるいはJMAT、あるいはJRATというリハビリテーションチーム、それぞれ異なる視点を持ったチーム間という意味です——、そのチーム間の繋ぎ目がいま一つで、連携がうまく

いっていないところがあるように思われました。

先ほどの上條先生のお話では、DMAT同士のチーム間はうまくいっていたようですが、状況の変化のなかで、流れのなかでの医療支援チーム間の関係づくりというところには課題があると思います。

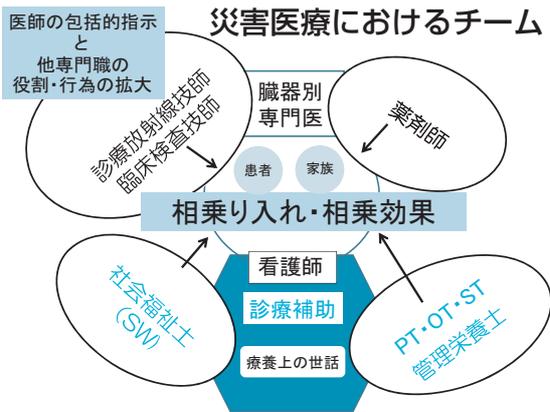
そういうところからは、チームをうまくトータルでコーディネートするという機能、その役割が非常に重要だということ、それから、自立支援の視点をどの場面から入れていくかということ、このへんが、今後、議論していかななくてはいけない課題だろうと

### 震災支援チームの重要なポイント

震災支援においては、  
医師をリーダーとした包括的指示の下、  
少数の専門職が  
・可能な限り、互いに補完しあい、  
・効率よく、効果的に目的を達成させるチームとなる

但し、  
役割の異なるチームとチームの  
連携が重要な鍵となる

スライド16



スライド17

### 災害時支援チームのあり方

必然の結果として  
相乗り入れによる相乗効果

病院医療の質向上  
と  
チーム医療のあり方

スライド18

思います。

### ■震災(災害)支援チームの重要なポイント

(スライド16) 震災(災害)支援チームに重要なポイントをまとめてみました。震災(災害)支援においては、医師をリーダーとした包括的指示のもとで、少数の専門職が、可能な限り互いに補完し合い、効率よく効果的に共通する目的を達成させる。そのうえで、役割の異なるチームとチームの連携が重要な鍵となる。何か、災害だけのことではないような気がいたします。

病院のなかでは、スライド17に挙げられているような専門職が従事しています。看護師には診療補助あるいは療養上の世話という本来の役割があります。これが災害になり、視点が変わってきますと、医師の包括的指示という前提のなかでの多職種の役割・行為の拡大という、それぞれの専門職がカバーし合いながら質を上げていくという構図が望ましいと思います。相乗り入れて相乗効果が生まれるというかたちです。

### 震災支援から学んだことを病院医療に生かす

それでは、震災での医療支援から学んだことを、病院医療に生かすという視点で(スライド18)、少し見ていきたいと思います。

### チーム医療についての国の動向

#### チーム医療の推進に関する検討会

日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携のあり方等について検討。



チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ(平成22年3月19日)

#### 基本的考え方

- チーム医療を推進するためには、
- ①各医療スタッフの **専門性の向上**、
- ②各医療スタッフの **役割の拡大**、
- ③医療スタッフ間の **連携・補完**の推進、  
という方向で様々な取組を進める必要。



医師の「**包括的指示**」の積極的活用と **行為拡大** : 特定看護師(仮称)

スライド19

## ■チーム医療についての国の動向

(スライド19) 現在、厚生労働省のなかに、「チーム医療の推進に関する検討会」がつくられています。今日の総合司会をしていただいている有賀先生もこの会のメンバーになっておられますが、平成22年3月19日に出された検討会取りまとめの中に、基本的な考え方というのが出ております。そこには「専門性の向上」、「役割の拡大」、「補完」という言葉が見られ、先ほどの私の整理した考え方が全部入っています。こういう考え方のなかで、現在も議論が行われています。

## ■多職種チーム医療の基本的考え方の整理

### 1. 何故に今、チーム医療か？

ここからは、なぜ今病院のなかでチーム医療が必要かという私の考えを整理したものをお話します。

### 2. 高齢社会の課題と対策

(スライド20) いろいろな技術あるいは知識の量は、医師や看護師だけではどうにもならないような、もうはるかに超えた量を求められている今の医療のレベルです。一方で、多くの専門職が今生まれてきております。そういった意味では「多職種チーム医療の実現」という1つの命題があるということになりますので、今さらですが、ここに整理しました。

それともう1つ、高度の臓器別治療が生活の維持あるいは自立に繋がらないということがあり、そこから「機能分化と連携」という命題がでてきます。

先ほどの震災の場面でもそうですが、震災に遭われた方々が、それぞれ自立して生活できるようになるという目標があるわけですが、どの場面に関わった医療支援チームにしても、いかに早く立ち上がっていただくかということが、やはりメンバーの心残りになる部分であると思います。そういった意味で、医療のなかでの「機能分化と連携」が必要になります。

(スライド21) そういうなかで、やはり高齢社会ですので、医療界が大きく共有して持たなくてはいけないものとして、廃用症候群と低栄養状態の問題あるいは合併症の問題があります。そういったことをうまく乗り越えながら疾病を治療し、そして生活に向かっていただくためには、リハビリテーションと栄養管理というのは基本的な課題になります。

## 高齢社会の課題と対策

①医師・看護師の許容量をはるかに超えた医療

↓ 医療の質の向上

多職種チーム医療の実現

②高度の臓器別治療が生活に繋がらない

↓

機能分化と連携

スライド20

## 高齢者医療の基本課題

高齢者は入院により容易に廃用となり、入院が長期化して寝たきりになる

↓

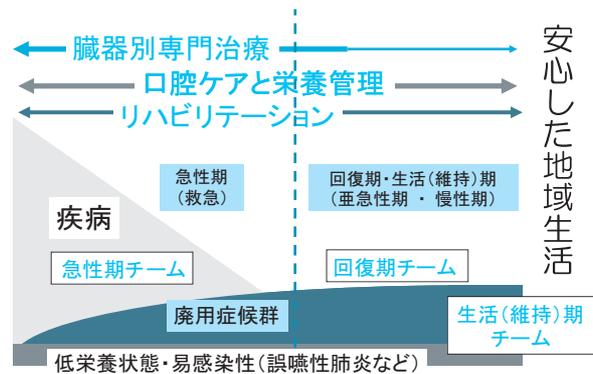
原因の多くは  
廃用症候群と低栄養状態  
そして合併症(誤嚥性肺炎など)

↓

リハビリテーションと栄養管理  
(口腔機能の改善・向上)

スライド21

## 高齢者医療の体系化のための基本構造



スライド22

やはり臓器別の疾患を治すというだけではもう生活支援につながらないということです。

そういった意味で、まさに高齢社会に入った状況のなかでの医療の構築の基本的な考え方としては、やはり口腔ケアと栄養管理の視点、それから廃用症候群をもたらすようなことのないようにするためにリハビリテーションの視点がある。そのうえに、も

う1つあるのが臓器別の専門治療の視点であるというふうに整理したのがスライド22の図です。

そして、急性期、回復期それぞれにチームの視点というのがあるだろう。まさに、先ほど整理した震災時の各場面でのチームのありようと同じような視点があるということです。それぞれのチームの役割分担としてあるのではないかと思います。

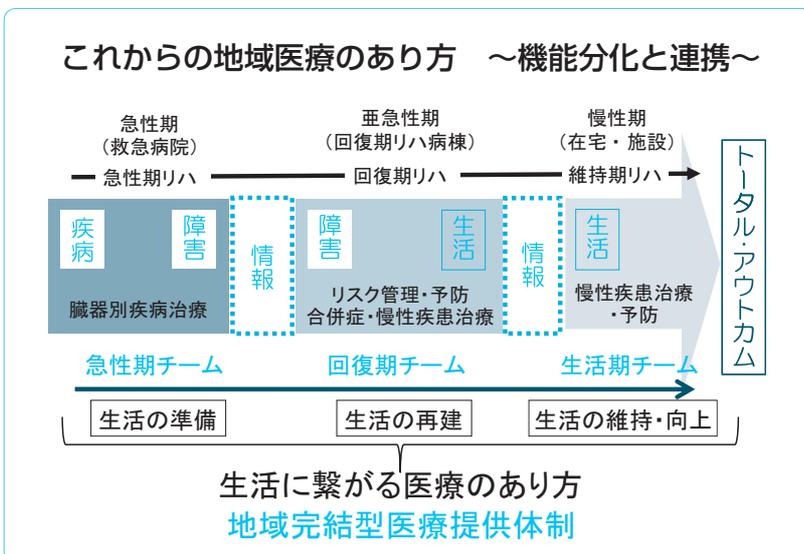
### 3. 機能分化と連携 (役割の明確化・分担)

(スライド23)「機能分化と連携」と言われているのは、それは基本的には質の向上が目的であり、それぞれのステージが、機能分化したチームに支えられて初めて質の向上が達成されるんだということです。

連携は、機能分化が起こったその必然の結果です。そして、共有する最終目標に対して役割の異なるチームとチームが協業をすることです。1つの医療チームというのは、それぞれ異なる専門職同士が協働をすることで成り立ちますが、そういったチームとチームが手をつなぐ、同じ方向性を持つ、こういうことが連携の基本だということです。

よく言われていることですが、連携の基本的なありようというのがあります(スライド23内の下にある囲み参照)。そこから、先ほど上條先生がご紹介されたように、毎日ミーティングが行われます。現在、気仙沼では、リハビリテーション関連では、朝と夕方、それぞれに関わっている人たちが保健所に集まってのミーティングが行われています。

スライド24は、状況変化で視点が変わっていくということを整理したものです。



#### 「1」機能分化

地域における医療機関の役割の明確化！

機能分化は

- ・適切な医療サービスの提供と質の向上が目的
- ・それはチームによって達成される

#### 「2」連携

連携は

- ・機能分化の必然の結果
- ・共有する最終目標に対して役割の異なるチームとチームが協業すること

連携の基本  
 ・顔の見える関係作り  
 ・適切な情報伝達  
 ・パートナーシップ  
 ・相互理解と補完

スライド23

急性期の医療では、疾病に対する治療、臓器別の専門的治療がなされます。そしてこのステージでは「生活の準備」という視点が絶対的に必要です。それが欠けると結局寝たきりをつくりますよ、ということです。次の亜急性期ないしは回復期リハビリテーションのステージでは、障害との闘いが中心ですが、基本的なリスク管理や慢性疾患のコントロールと合併症の予防も行います。ここでは生活の再建ということが課題になります。さらに慢性期あるいは在宅支援においては、生活の質の維持・向上という視点が重要になってきます。

このようにそれぞれのステージで視点が違ってま

いりますから、それぞれのチームのありようというのも違ってきておかしくはない。そして、医療が機能分化し、連携がすすむと、本当の質が問われるのは、結局トータルアウトカムがどうかです。もし流れのなかのどこかでチーム医療の質が高くなければ、トータルアウトカムもまた結果的には悪くなるということになります。

### 4. チーム医療のあり方

(スライド25) チーム医療のあり方ということで少し整理したことをご紹介します。

スライド24

チーム医療というのは、まず、1つの目標でメンバー同士、あるいはチーム同士がまとまるということです。先ほどの災害支援の場合では、言うまでもなく目標が明確で1つです。

さらに情報を共有するということが非常に重要です。ある意味でチームとチームの連携がうまくいかないというのは、この情報の共有、あるいは情報を共有するためのツール、ないしは共有するための場がうまく構築できないということからくると思います。

病院医療において、チーム医療を行う目的は、スライド25内の囲みのなかに書いてある、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上ということです。

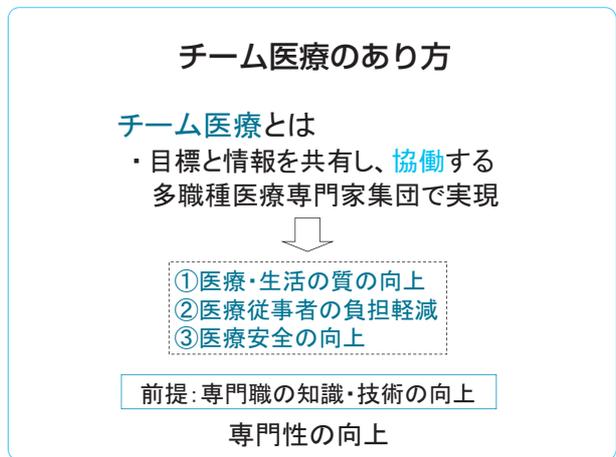
ただし、それぞれの専門職が、知識・技術を向上させるというメカニズムがないと、烏合の集団になってしまう可能性があることは言うまでもないでしょう。

### ■従来のチーム医療をどう変えればいいか

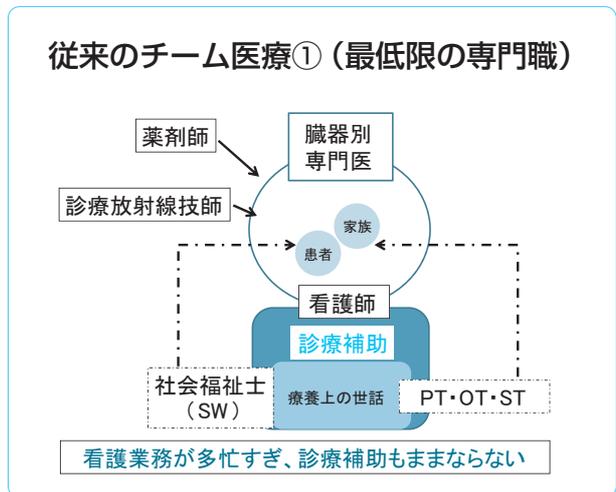
従来の、最低限の専門職による医療は、スライド26に示す図のような状態だったのではないかと思います。本来、看護師の療養上の世話のなかには、ソーシャルワーカー的な役割あるいはPT, OT, STというセラピスト的な役割という視点が入っております。現実問題もしもソーシャルワーカーがいない、あるいはPT, OT, STがいないという場面においては、どうしても看護がそこを担わざるを得ない。しかし一方では、看護師が非常に多忙であるという状況のなかでは、どっちつかずになってしまう可能性があります。

そういったことがあるので、スライド27の図に示すように、そこにPT, OT, STが少しずつ参画するような状況が生まれてきております。しかしながら、ここに、チーム医療をしっかりとしたかたちで構築していくというメカニズムがない限りは、質の担保がなかなかできません。ですから協働のあり方というのが課題だということになります。

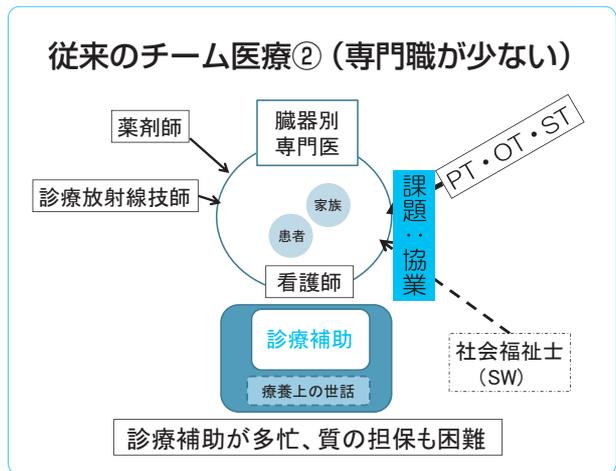
大きな病院、特に公的病院では、スライド28に示す図のような構造があるのではないのでしょうか。あえてサポーターという言葉でまとめてみましたが、そこに、リハビリ部、地域連携室、栄養部、事務局というのがある。図の上のほうにまとめてあるのが



スライド25



スライド26



スライド27

現場サイドで、ここに看護部、薬剤部などの組織があります。そして、1人の患者さんに対して臓器別専門家チームが関わります。しかし、これでもまだ足りない部分があるということで、いくつかの特殊部隊がつけられています。すなわち栄養サポートチーム、あるいは感染防御チーム、あるいは褥瘡対策

チーム……等々。そういうチームが別部隊として関与するというかたちが今行われている大きな病院での動きだと思います。しかし、それぞれに問題点があるような気がします。

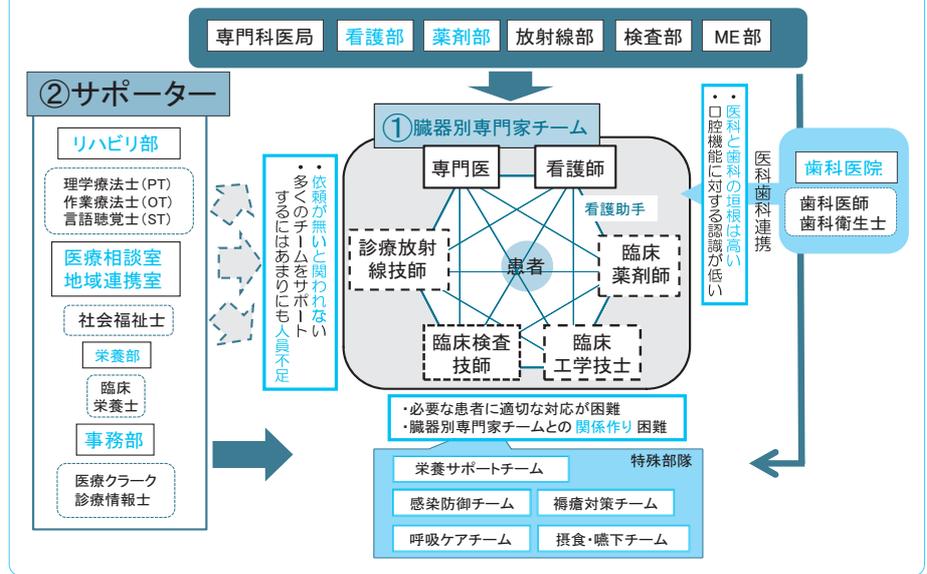
例えば、依頼がなければ入っていけない構造。それから、主治医との関係づくり。さらには、この特殊部隊的な役割を担う方々が、ある意味での権限をしっかりと持っていないとうまく調整ができないと思います。あるいは医科・歯科の間の垣根が高い。このように、それぞれ課題があります。

●提案：病棟専従チーム(例：高齢者急性期病棟)

一方では、現実問題、入院患者さんが高齢化しておりますから、これらの課題を何とかうまく乗り越えていかないと、ご高齢の方々というのはすぐ寝たきりになりますし、また、多くの病気を内在しているということがあります。

そこで、スライド29に示す図のように、高齢者が多い急性期の病棟——例えば脳卒中の病棟には高齢者が非常に多い。それから大腿骨頸部骨折が多い整

急性期におけるチーム医療の現状

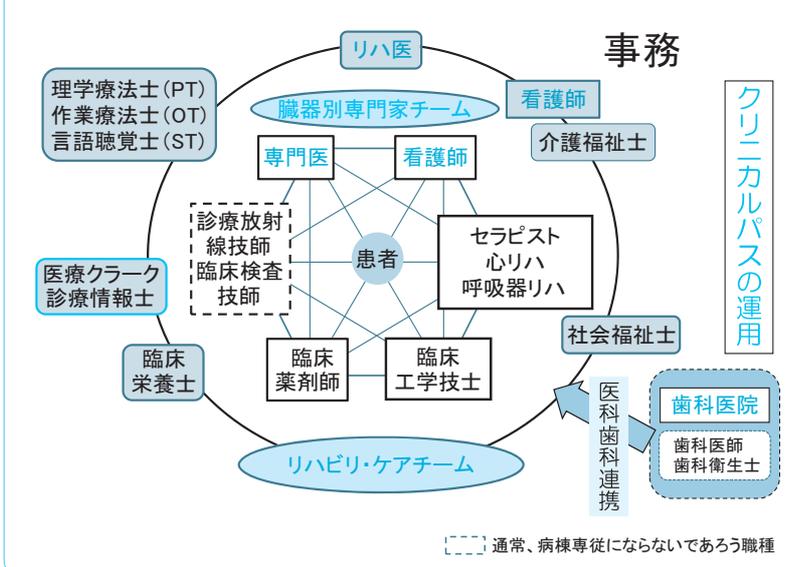


スライド28

形外科領域の病棟。あるいは肺炎の患者さんの病棟——では、基本的に生活の再建・維持につなげていく、つまり廃用症候群を起こさない、低栄養状態を何とか改善していくという視点で、周りをいろいろな専門職が取り囲むようなかたちでのリハビリケアチームというのがあっていいのではなかろうかと思えます。これは1つの理想像ですが、そのチームをうまく運営するツールとして、クリニカルパスというものがあるような気がいたします。

一方、回復期リハビリテーション病棟では、患者は障害と闘い、なおかついろいろな基礎疾患をもっておられますので治療を継続してやっていきますし、再発の予防も行います。しかしここは、基本的に臓器別の世界ではありません。そういった意味ではスライド29の図の中央にあった臓器別専門家チームというのがスッポリ抜けた形のリハビリケアチームということになりますが、それを図示したのがスライド30の図です。それぞれの専門職がそれぞれの専門性を高めながら協働していくという、回復期リハビリテーション病棟の専従チーム、特に脳血管疾患などかなり手がかかる患者さんに対

提案：病棟専従チームの型(例：高齢者急性期病棟)

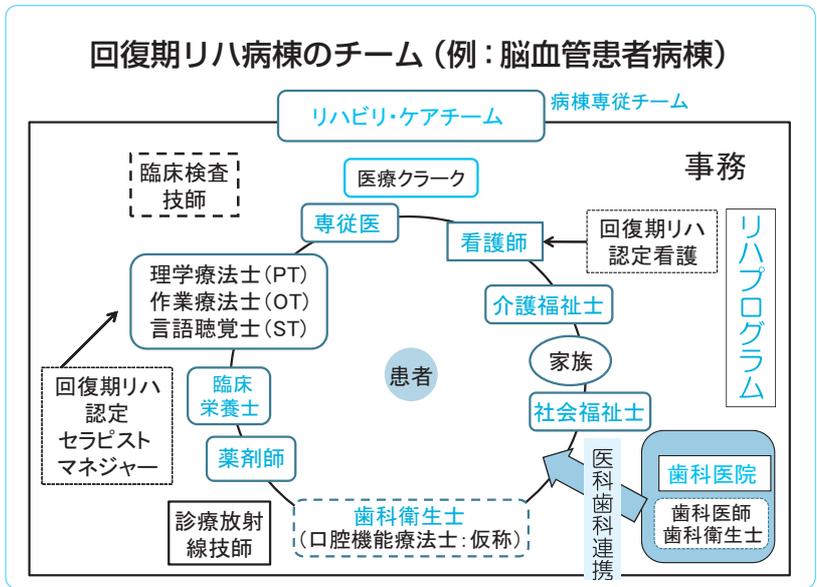


スライド29

する病棟チームの構造が見えてくるのではないのでしょうか。それぞれの専門職としての知識・技術を高めるというのが大前提です。そして、このチームの運営のツールとして、リハビリテーションプログラムというのがあるのではないかと。

さらには在宅サポートがあります。しかし在宅の時期に関しては、なかなかチームをつくるというのが難しい。つまり、所属先が違う専門職の方々が、1人の在宅にいる患者を支援をするわけですが、同じ時間に、同じ場所で働くという構造ではありません。これには、スライド31に示すような、それぞれの専門職の役割の垣根を乗り越えて少しずつ重なるところのある、相乗り入れ型のチームというのが考えられます。

そう考えていくと、例えば専門職が少ない病棟の



スライド30

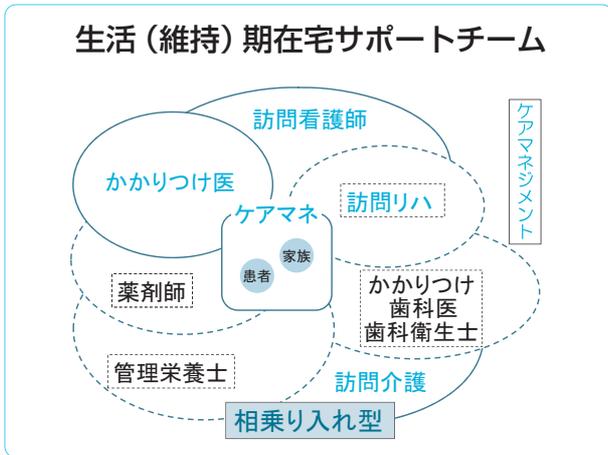
運営では、それぞれの領域を乗り越えて、お互いが自分のできることを示して提供していくという、スライド32に示す図のような構造が重要なかもしれません。つまり、病棟の状況によっては、多職種メンバーの構成も変わってくるし、また、少しやり方も変わってくるだろうということです。

### ■長崎リハビリテーション病院のチーム医療

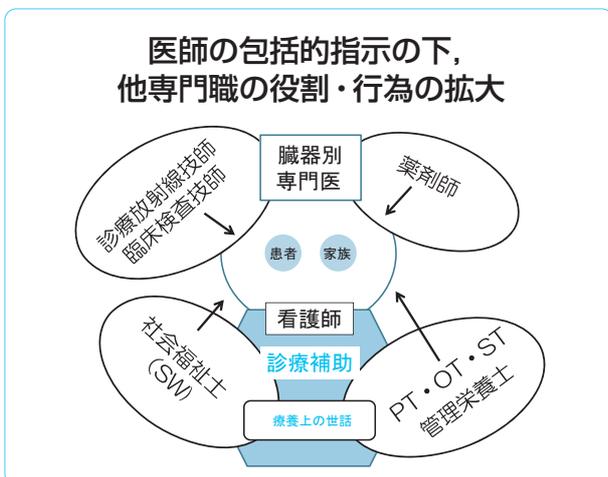
(スライド33) 当院が考えている、回復期リハビリテーション病棟でのチームのありようというのを、少し紹介させていただきます。私どもは平成20年に立ち上げた病院ですので、試行錯誤がまだまだ続いておりますが、工夫としてやっていることを紹介させていただきます。

#### ●チーム医療実現のための工夫

チームをつくるというのは、非常に難儀なことで



スライド31



スライド32

## 長崎リハビリテーション病院

平成20年2月開設

救急医療を支えることで  
安心した地域生活を支援

**回復期リハビリ専門**

主に発症から1ヶ月前後の脳卒中患者さんに集中的なリハビリテーションを実施

回復期リハ病棟: 3病棟

全館回復期リハビリ病床  
3病棟(143床)  
療養病床

スライド33

す。もともと看護部、リハビリテーション部、薬剤部と、それぞれに縦割りの構造で分かれています。その場合“1人の患者さんのために”ということで集まっても、なかなか自分の持ち場、足元から離れられない、縦割りの構造がじゃまをすることがあります。そこで1つのトライアルですけれども、私どもは、病棟に所属する臨床部をつくりそこに専門職を統括しました（スライド35）。当院には看護部もリハビリテーション部もありません。臨床部ということで統括したということ、チャレンジとしてやりました。

ですから、当院には看護部がありませんので、病院を設立したあと、日本看護協会から看護部長は誰ですかと訊かれて非常に困ったことになりました。それですぐに、当時、看護部長的役割を担っていた方に副院長になっていただいたということがありました。

●病棟専従の専門職によるチーム医療

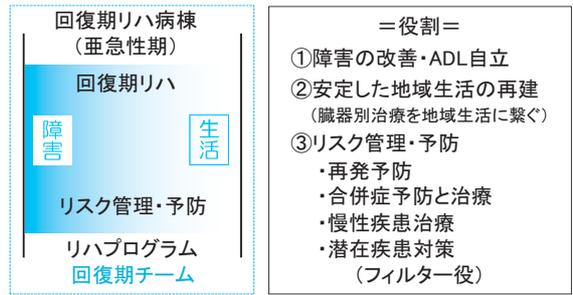
（スライド36）我々の基本的な視点は、病棟専従のそれぞれの専門職が、情報交換をしっかりとしながらそれぞれの役割を担っていくということです。24時間の業務のなかでは、看護の考え方というのがやはり基盤になります。

チームとして関わるわけですから、さらに別のチームをつくるという観点はありません。褥瘡に対する考え方、あるいは栄養管理に対する考え方、感染対策に対する考え方が、それぞれ専門職に共通の課題として与えられているということになります。

●チーム構築のための重要な取り決め

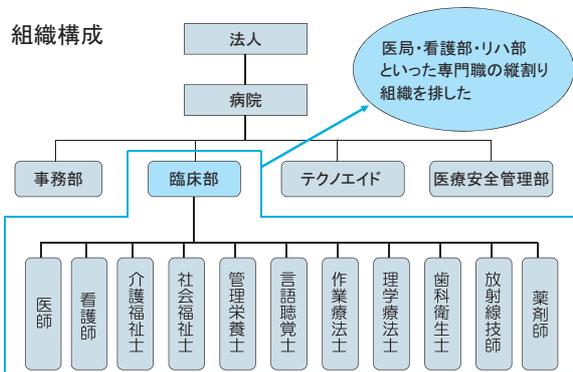
チームをつくるために、スライド37に示すような決めごとをしました。「他職種に指示を出すのは医

長崎リハビリテーション病院における  
チームアプローチの工夫



スライド34

チーム医療の発信の場（実現のための工夫）

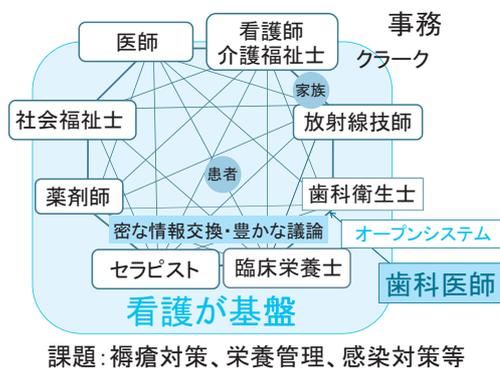


スライド35

者のみ」。医師が包括的指示を出すということです。PT, OT, STが看護師に指示を出す、あるいは指導をするというような言葉は禁句にしました。問題を提起する、あるいは助言をするというような視点に立つということです。

それから、すべての職種が病棟のスタッフですから、ナースステーション、ナースコールをやめました。私の病院では、スタッフステーション、スタッ

長崎リハ病院が目指すチーム構造



スライド36

チーム構築のための重要な取り決め

＝言葉の問題＝

- ①チームは多職種連携ではなく、協働
- ②他職種に指示を出すのは医師のみ
  - ・問題提起（包括的指示）
  - ・助言
- ③病棟さんは全スタッフ
  - ・ナースステーション → スタッフステーション
  - ・ナースコール → スタッフコール
- ④先生という言葉は要らない

スライド37

フコールと言うことになっています。

「5原則」も決めました(スライド38)。互いに他の職種に対しては尊重して敬意を払うこと。ややもすると10年目の理学療法士が2年目の作業療法士をつぶしてしまいます。いわゆる“論破する”という格好でそれが起こることがありますので、それは禁止です。そうすると、逆に例えば2年目の作業療法士は、上位のリーダー格の人からサポートされる必要があるという面での組織構造も必要になってきます。

同じ統一された目標に向かって自分たちの専門技術を効率よく提供するということが5原則に入っています。

### ●看護に求められる視点

(スライド39)それから、看護に求められる視点ですが、これは100%合っているかどうかわかりませんが、またこんなことを言うのはちょっと恐縮なのですが、急性期ではどうしても診療の補助という視点が強く、療養上の世話という視点は弱い感じがします。ここに、専門職としてPT, OT, STあるいはソーシャルワーカーが入って一緒に働く環境になれば、看護師の療養上の世話の部分は相当強化されていくと思うのですが……。

回復期・生活期になりますと、これがひっくり返って療養上の世話という視点が中心になりますが、当然ながら、PT, OT, ST, ソーシャルワーカーも一緒に働く構造ですから、これはより強化されている。一方で、診療補助の部分は、経験が浅い分、弱い部分があります。

看護の基本的に重要な視点としては、診療補助はリスク管理、療養上の世話は自立支援です。そのことを我々の病院では議論してもらっています。

### ●看護とセラピスト

(スライド40)それから、セラピストと看護の関係。いろいろな回復期リハビリテーション病棟がありますが、よく聞くのは、なかなかしっくりいかないということです。考えてみますと、どうも問題への志向はほとんど同じです。表現はいろいろですが、志向過程は同じ。現場のニーズを抽出して、問題提起をできるかどうかという看護の能力。もちろんリスク管理も必要です。それに対して、セラピストは、専門の視点からしっかりと即応した問題解決が提示できるかどうかということ。いずれも専門職として

## より良いチームアプローチ

=マネジメントの原則=

チームの基盤は看護

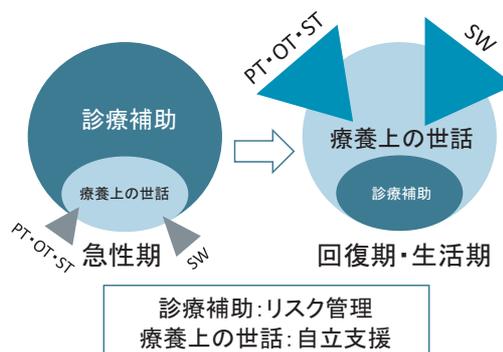
医師はチームリーダー

=5原則=

- ①互いに他職種を尊重し、
- ②明確な目標に向かって、
- ③それぞれの見地から評価を行い、
- ④質の高い専門的技術を
- ⑤統一された目標達成のために効率良く提供する

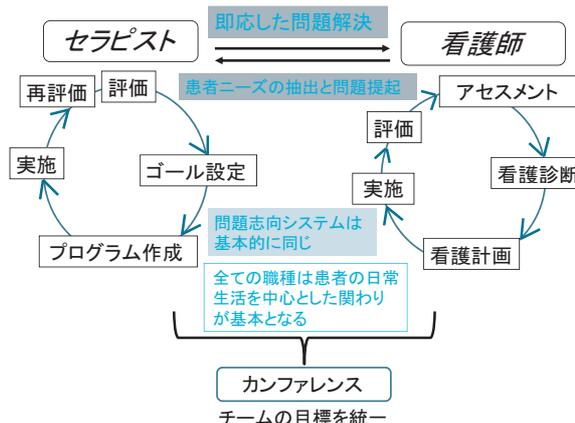
スライド38

## 病棟スタッフ(特に看護)に求められる視点



スライド39

## 協働のあり方(セラピストと看護)



スライド40

の視点です。そこをうまくしかりとした協働にもっていくためには、カンファレンスが非常に重要で、それによってチームの目標がブレないようにすることが重要です。

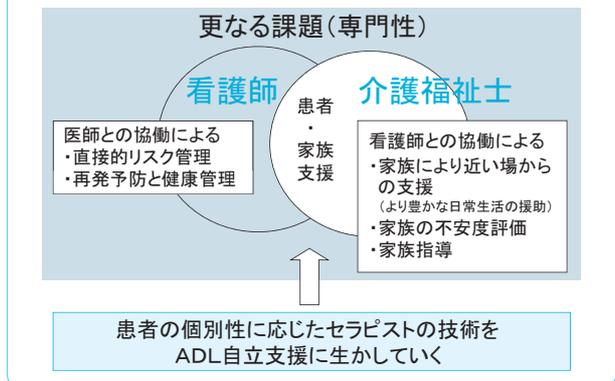
### ●看護師と介護福祉士

(スライド41)実は私どものところは、9割以上

は介護福祉士です——規定では看護補助者となっています——。介護福祉士と看護師の視点の違いというのを、少し整理してみました。看護師は、診療補助的な部分がありますので、どちらかという医師に近いところに専門性があり、介護福祉士というのはどちらかという家族に近いところで専門性を発揮する。もちろんダブっている部分が多くあります。いずれにしても、介護福祉士と看護師の協働をうまく育てていくことは重要です。

それからもう1つは、病棟内での業務のなかで、患者の個別性に応じたセラピストの技術を日常生活の自立支援にいかんにかんしていかんかという、この能力が問われてきます。ここをうまく関係づくりをしていきますと、決められた時間内のみならず、入院

### 協働のあり方 (看護師と介護福祉士)



スライド41

生活が、リハビリテーションにすべて乗ったかたちで有効にサービスが提供されていくようになると思います。

### 写真で見る当院のチーム医療

(スライド42) 先述のとおりカンファレンスが非常に重要でして、単なる情報交換の場ではなく、議論・調整の場であるということを強く言っております。いろいろな職種が一堂に会して議論する場ということです。

スライド43は病棟専従の専門職によるチーム医療のいろいろな場面の写真です。

#### ●各専門職の病棟内の移動軌跡の比較

例えば私どもは、ちょっとだけ実験をやったことがあります。各職種に発信機を付けて、ある時間帯にどういう動きをしているかというのを記録したのです。その記録をスライド44に図示します。それぞれの専門職の軌跡の違いが比較できます。看護師とドクターの軌跡が真ん中に集まっていた場面が見えてまいります。いかに協働を効率的にやっていくかという視点から、もうちょっと詳しく検討する必要がありますが、例えばこの時間帯には、ドクターは非常に中央に時間を費やしていますが、介護福祉士は、非常に幅広い動きをしている、ということがわかります。こういう、専門職の動きによっても、それぞれの役割の特徴が見えてきます。

#### ●口を大切にするケア

### カンファレンス



- ・担当の**全職種**が参加
- ・情報交換の場ではなく、**議論・調整**の場！
- ・重要な**ファシリテーション**機能

スライド42

### 各専門職が病棟専従としてチームで関わる



情報共有

朝の申し送り・ミーティング



問題提示・対策提案

医師・看護師およびセラピストと介護福祉士の協働



議論と目標の統一

カンファレンス



歩行の確認・見守り

歩行介助場面

スライド43

(スライド45) 歯科衛生士が入りますと、看護師の技術も非常に向上してきます。また、当然ですが、回復期リハビリテーション病棟では、鼻から管を入れっぱなしの患者さんはほとんどいませんし、朝から夕方まで寝間着を着たままというのありません。経口経管栄養法でやっています。

● 歯科との協働——

歯科診療オープンシステム

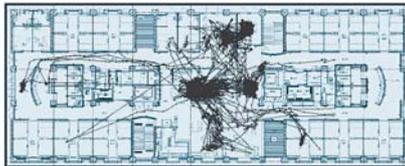
それから、歯科医師会との境をできるだけ距離を短くして、うまく協働できる関係をつくりたいと工夫しています。先ほどの上條先生のお話でも、昭和大学の支援チームとして歯科医の方が震災後の現地に行かれたということでしたが、本当に重要です。典型例は入れ歯でして、高齢者は1週間入れ歯を付けていないともう使えなくなってしまいます。口が使えないとどんどん廃用になりますので、食べられる人も食べられなくなる。疾患では誤嚥性の肺炎をすぐ起こすということになりかねません。そういった意味で、私どもは歯科医師会と協働することにしました。登録歯科医制度をつくってオープンシステムを構築しました(スライド46)。

そうすると、総義歯を調整したあとで、食事の場面に歯科のドクターが入っていただいて、議論もし

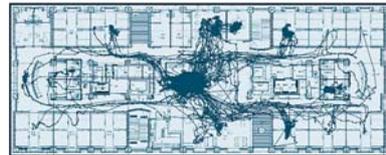
各専門職の病棟内動き(移動軌跡の比較)

産業総合技術研究所

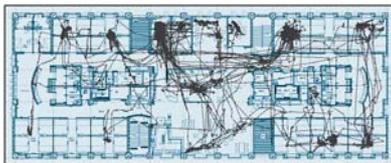
13~17時の間の、スタッフ(医師、介護士、看護師、セラピスト)の軌跡データ



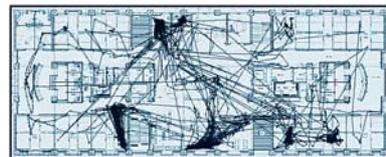
スタッフステーション、カンファレンスルームが中心 → 医師



スタッフステーション、病室間を移動 → 看護師



病棟全般をまんべんなく移動 → 介護福祉士



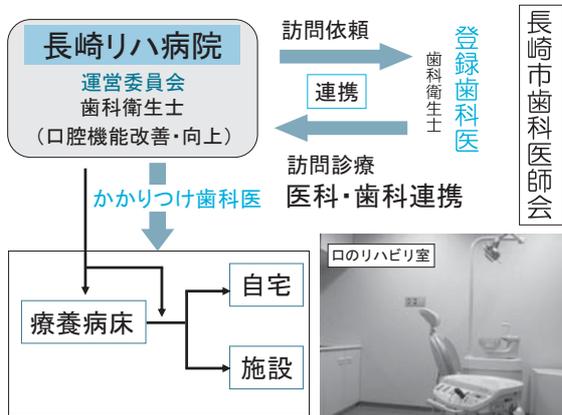
特定の病室を重点的に移動 → セラピスト

スライド44



スライド45

歯科診療オープンシステム



スライド46

食事場面の観察；脳梗塞、右片麻痺、嚥下障害



スライド47

っかりとしていただくという、スライド47の写真のような場面が展開されるようになります。

(スライド48)それから、管理栄養士を各病棟に1人ずつ置いています。管理栄養士は、食事の中身の調整だけではなく、しっかり口から食べていただくようにするためのプロセスを提供するという意味で、写真のようなサービスもしております。急性期病院での管理栄養士の役割とは視点が違う部分があります。

## ■チーム医療にとって重要な基本

(スライド49) こういうふうにいるいろいろトライアルをやってみますと、災害のときでも言えることですが、チームの運営ではやはりコミュニケーションが非常に重要です。しかし、どうも言葉を交わすだけをコミュニケーションと思っていることが多いような気がします。基本的には、感情や思いというものをいかに相手に伝えていくかということが重要で



スライド48

すから、単に言葉にこだわりますと、専門職的な色彩がある意味では非常に強くなっていった、相手が理解できない言葉をボンボン発信してしまうということもあります。

それから、情報の共有化も重要ですが、情報の共有化というのは、しっかりと相手を受け止められるような情報を提供できないと、結局は独り善がりになってしまいます。災害支援ではボランティアの方々が一所懸命に頑張っておりますが、そういう場面でも、もしもニードのない頑張り方をしているとしますと、ただ空回りだけしてしまいます。

それともう1つは、チームマネジメントが重要になってまいります。

### ●チームマネジメントについて

マネジメントをどういうふうに表示したらいいかと思ひまして、非常に悩んだのですが、スライド50の図を用意してみました。

患者さんや家族——我々リハビリの世界では、家で障害を持たれた方がいる、例えば脳卒中で倒れたお父さんがいますと、家族もまた障害を持つというふうな視点があります——を、こういうふうにいるいろいろな専門職が取り囲むわけです。それぞれの立場で評価をして、そして目標をつくってプログラムを動かすわけですが、しっかりブレないようにしなくてはならない（もちろん修正はありますが）。それぞれの専門職の目標が集約されて、統一されている必要があります。これはチームの目標として、明確であることが大事であるということ。

そして、1つのフロアにはいろいろな患者

## チーム医療にとって重要な基本

### 「1」コミュニケーション

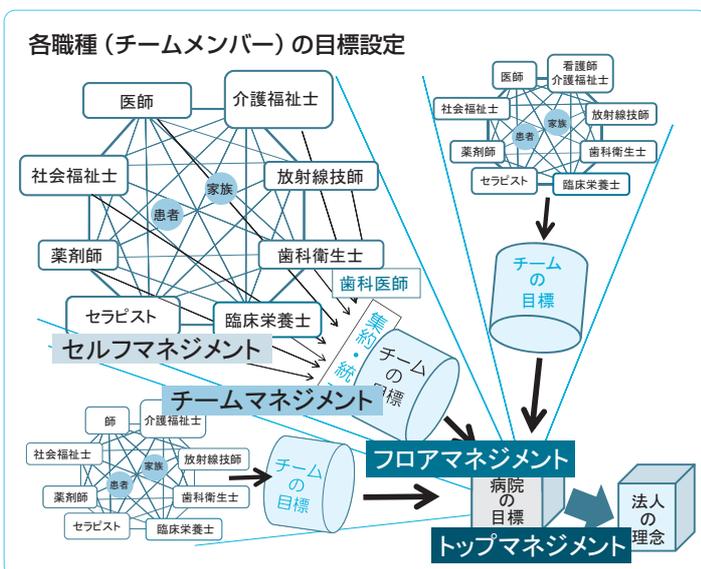
コミュニケーションに必要なことは情報の交換ではなく、**知覚（感情・思い）の共有（人間関係の構築）**  
・他職種を知り、その知識・能力を信頼する

### 「2」情報の共有化

情報伝達には送り手と受け手の間の **感情的（人間的）** つながりが必要  
・専門用語が異なることを認識

### 「3」チームマネジメント

スライド49



スライド50

さんがおられますから、例えば48床の病棟であれば48個のチームが成り立ちます。それらのチームの目標は、最終的にその病院の目標に一致する必要がある。これは機能分化の前提です。ということは、これが最終的には、法人の方向性（理念）として一致する必要があるということになります。こういった意味では、それぞれの段階にマネジメントの考え方が必要です。チームのマネジメントがあり、病棟のコントロールを含めてのフロアマネジメントがあり、あるいはトップレベルでのマネジメントがある。

これは、振り返って、また災害医療現場で考えていきますと、チームのマネジメントがあり、チーム同士の運営のマネジメントがあり、あるいは行政のマネジメントがある。それぞれの段階ごとにあるような気がいたします。

## ■多職種チーム医療、成立の課題

（スライド51）最後になりますが、病院のなかで多職種チームを構築するためには、いろいろな問題がまだまだありますが、これだけ高齢社会になったときに、少数の専門の集団が馬力を出しても、生活自立にまで向かっていただくようなところまでいけるかということ、もうなかなか難しいことです。そういった意味では、重点的にでもいいですから、多職種専門家集団をつくったほうがいいだろうということ。ここには人件費の問題もあります。それから病院組織のありようというものも、我々、もう一度整理する必要があるのかもしれないということです。

情報の共有化にはスライド51のなかに書いたように、いろいろなツールがあります。

何よりも大事なことは、より早い時期——学生時代——から、縦の教育と横の教育をやってほしいということを言っております。横の教育というのはチームのメンバーとしての教育、それからマネジメントの教育です。知識と技術の向上というのは、それぞれの専門職に与えられた前提ですから、これをうまく組織のなかで、教育として位置づけをしていくということが、病院のありようとして求められている課題だと思っています。

私の話しはこれで終わりですが、今後の災害をみますと、ぜひとも災害救助法を整理しなおしてもら

## 多職種チーム医療 成立の課題

- 1) 如何にして多職種専門家集団を構築するか
  - ・人件費、雇用の問題 → 特殊部隊でしのぐ?
  - ・病院組織のあり方（縦割り組織の弊害）
- 2) 情報の共有化
  - ・コミュニケーション
  - ・電子カルテの活用
  - ・クリニカルパス
- 3) チームの質向上のための教育
  - ① 専門職としての知識・技術に関する **縦の教育**
  - ② チームの一員としての **横の教育** 学生時代から臨床の現場で
  - ・他職種を知る教育から
  - ・チームリーダー、マネジャー教育まで

チームの良きツールとして

スライド51

## 最後に！

### 皆さんにご理解いただきたいこと

#### 災害救助法にリハビリ支援を！！

医療関係者の範囲の中に以下の専門職を！

- ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
- ・社会福祉士
- ・管理栄養士
- ・介護福祉士
- ・ケアマネジャー

スライド52

う必要があります。

繰り返しになりますが、スライド52に示すように、これだけの専門職が、今のところ災害救助法のなかの医療関係者の範囲に入っていません。それではやりっぱなしの医療と同じです。しっかりと安心して生活できる状態に患者を戻すことが、医療の基本的なスタンスだと私は思っています。関わった患者さんができるだけ安心した地域生活を続けられるような状態に戻すこと、そういうところまで視点を延ばさないと、もう高齢社会では医療は成り立っていないのと同じなのではないかと思えます。そういった意味では、つくづくこういう生活自立のためのチーム医療の視点が重要になってくるだろうと思う次第です。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

**総司会（有賀）** 栗原先生、どうもありがとうございました。

## 3

## シンポジウム

# 災害医療を振り返って チーム医療が学ぶべきもの

## ～それぞれの職種が支援に加わる視点について～

上條 由美

昭和大学大学院 保健医療学研究科 准教授

岡野 英樹

医療法人真正会 霞ヶ関南病院 霞ヶ関中央クリニック  
コミュニティケア部 次長/理学療法士

石井 美恵子

公益社団法人 日本看護協会 看護教育研究センター  
看護研修学校 救急看護学科 主任教員

渡邊 暁洋

日本医科大学千葉北総病院 薬剤部

阿久津 直利

昭和大学藤が丘病院 事務長

司会 栗原 正紀

病院診療の質向上検討委員会 副委員長  
長崎リハビリテーション病院 理事長・病院長

末永 裕之

日本病院会 副会長  
小牧市民病院 病院長

**総合司会（有賀）** 次にシンポジウムに移ります。司会は今、お話しくださいました栗原先生と、それから日本病院会の副会長、小牧市民病院の末永院長のお二人にお願いしたいと思います。

**司会（末永）** 今日は、さきほどのオープニングセッションで、堺日本病院会会長が、「東日本大震災後の医療再生」というテーマでお話しをしていただきました。それを受けまして今回、「多職種の相乗効果による病院医療の質向上 ～それぞれの職種が災害医療の支援に加わる視点について～」ということで、災害医療から見たチーム医療を、我々ももう1回見直してみよう。普段のチーム医療にも重要なことが含まれているのではないかという、そういう視

点でいろいろお話しいただきました。

まず昭和大学の上條さんから、昭和大学で実際に医療支援を行ってきて、そのなかで、いかにうまくチーム医療がなされたか、だけれども、問題点もいろいろあったことをご指摘いただきました。

それから栗原先生には——お話しの内容がすごく重くて十分ご理解いただけなかったところがあったとしたらまたご質問をしていただきたいと思います——、要するに急性期から慢性期に至る時期時期によって、チーム医療のあり方も変わってくるというお話、そしてJRAT——初めて聞く言葉だったかもしれませんが——の医療支援活動、あるいは高齢者医療の体系化の問題、チーム医療のあり方について、いろいろ示唆に富むお話をいただきました。

これを受けまして、これから「災害医療を振り返ってチーム医療が学ぶべきもの～それぞれの職種が支援に加わる視点について～」という題で、まず5人のシンポジストにお話をうかがって、ディスカッションに移りたいと思います。

上條さんには、一番最後に言い足りなかったこととお話しいただくということにいたしまして、リハビリテーションの立場から、霞ヶ関中央クリニックの岡野さん、ちょっとお考えをお話してください。

### ◆リハビリテーションの立場から

**岡野** ご紹介いただきました、岡野でございます。先ほど栗原先生のお話しにもありましたが、リハビリテーション関連の10団体による支援活動が行われ、それから、私は埼玉県の間でございまして、埼玉県からも埼玉県医師会、理学療法士の団体、作業療法士の団体、言語聴覚士の団体の4団体で今もなお毎日、継続的に避難所の支援活動を進めています。

それで、我々も実際、支援活動が続けながら、あらためてチームというものを振り返ってみました。実は先ほど栗原先生もお話しされていましたが、単独で被災地に入って支援活動してきたセラピストもなかにはいるんですが、その町の人たち、自治体にも、どう受け入れてもらえるかとか、拾い上げた声はどう行政のほうに伝えられるかということと思うと、これはチームとして連携をとりながらやっていく必要があるだろうと、あらためて感じております。

現地に元々いる保健師や、それから社会福祉協議会の職員は、みな被災されている方たちですから、我々がいかにしたらうまく支援できるかということが大命題でもありました。そういう意味で、リハビリテーションといっても、例えば機能訓練をやるというよりは、むしろ介護予防や環境整備ということや、多くの方たちにできるだけ自立支援を促しながら、そのなかで課題をかかえた方たちを見つけだして関係機関につないでいくような活動を、今もなお続けています。

我々リハビリテーションの専門職は必ずチームで動きますし、医師の指示のもとに動いてはいるんですが、今回の活動をとおして、あらためて連携が非

常に大事だということを知ったと思います。いろいろな関係機関、ほかの職種、ほかのボランティアとの連携が非常に大事でしょうし、そこを抜きにして、こういう支援活動というのは続けられないということであらためて感じた次第です。後ほどのディスカッションで、もうちょっと具体的なお話させていただけたらと思います。以上です。

**司会（末永）** ありがとうございます。それでは続きまして、日本看護協会の看護研修学校救急看護学科で教えておられる石井さん、よろしくお願いたします。

### ◆看護師の立場から

**石井** 日本看護協会は、阪神・淡路大震災以降に災害支援ナース制度というものを設けておりまして、きちんと研修をしてトレーニングをしたナースたちを現地に派遣するというネットワークシステムを持っておりました。

今回の震災は、未曾有の大災害ということで、本来ですと各都道府県から各自で入っていただくんですが、ガソリン不足という事態がありましたので、原宿の表参道にある日本看護協会に日本全国から集まっただいて、そして観光業ができなくなった宮城県のバスをお借りして、連日、陸路でナースを派遣いたしました。

全国支援から県内支援まで、いろいろなプロセスがありますが、全国支援としては、5月の中旬まで支援活動を続けて、のべ3,770人、岩手県、宮城県、福島県3県に派遣を継続しました。

今回は私が、今たまたま日本看護協会の職員でもありますし、国際緊急援助隊——となりにいる渡邊さんもそうですが——とか、NPOのHuMAで途上国支援をずっと続けてきた経験などもございますので、ミッション全体のコーディネーターということをやらせていただきました。のべ3,770人の人たちの活動を全部コントロールしながら、かつ、避難所等々のライフラインの状況とか、生活状況とか、医療ニーズとか、介護ニーズとか、そういったもののデータを連日収集していき、そして地域の問題をさ

ぐっていくということをしました。そうすると、150とか300とかあった避難所には要介護状態の人が5人くらいずつ分散しているわけです。地域の保健師・看護師など医療者は、分散したところを回って、ずっと働かなくてはいけなくなります。これでは地域の回復には至らないということで、石巻市に福祉避難所を2カ所立ち上げまして、そういった要介護状態の方たちを集約し、かつ医療従事者の固定化を図って、負担の軽減を図ったという活動をいたしました。

その福祉避難所を立ち上げるにあたっては、実はリハ10団体の方に非常にご協力いただき、いろいろなことで配慮もいただきました。保健師さんと、私も看護職のほうでも、どういう福祉避難所にしたらいいかということをよく検討しました。そうして、まず大きなポイントですが、何よりもベッドを入れました。高齢者の方々が“運動プログラム”をやるということではなく、日常生活のなかで歩く環境をつくるということを目標に、食事の場所を分けたりとか、ほかにもそういったいろいろな配慮をして、リハビリのプログラムを組んでいただきました。本当に、これがチーム医療だなということを感じました。

そのときにつよく思ったのは“自分を知り、他者を知る”ということが大事だということ、つまりチームワークの前提に他職種のこともよく知ることが大事ということでした。看護師はここを担い、介護福祉士はここ、ケースワーカーはここを担うとか、あとは、お金に関する問題もいろいろありましたので、そこは弁護士さんたちにお願しようとか……。そうして、いろいろな職種の人たちを巻き込みながら、被災者の方々が、次の、例えば仮設の生活に移っていただけるようにする、そういった支援を今も続けております。こんな活動状況です。

**司会（末永）** ありがとうございます。続いて、日本医科大学の千葉北総病院薬剤部の渡邊さん、薬剤師の立場からよろしくお願います。

## ◆薬剤師の立場から

**渡邊** 日本医大の渡邊です。私は、DMATの登

録隊員でもあります。そして、そのインストラクターもやっているということもありますのでそのへんのお話と、現在の支援状況を、薬剤師の視点で少しお話しさせていただきたいと思います。

我々薬剤師の業界というのは、病院の薬剤師と、街中で主に調剤薬局などをやられている薬剤師で構成されています。皆さんは、薬剤師は医薬品の供給を主にやっていると思われるでしょうけれども、災害の急性期などですと、実は我々は、医療調整員というかたちで医療の補助もやります。調剤や医薬品の管理などを主にやるんですが、そのチームがうまく活動できるような周辺の環境を整えるといった、業務の調整という役割も担っていることがあります。

DMATは、超急性期の医療支援に入ります。いろいろな情報ツールを駆使して、他チームの状況や被災地の状況などの情報を収集しながら、自分たちが、どこに参集して、どのような活動をしようかという判断をしていく、自分たちで決めていくようなかたちの医療チームです。そういったなかで、情報収集をすること、逆に自分たちの状況を発信していくこと、このことを非常に重要視しているチームです。

1つ問題なのは、DMATの医療支援は、基本的には48時間くらいの活動を目安にしていますので、超急性期から急性期に変わるところで、場合によると医療支援に少し落差が出てしまうことがあります。今後はそのへんの引き継ぎを少し充実させる必要があるということ、今回の支援でつよく感じております。

DMATのような医療チームが派遣されたあとも、我々の薬剤師会とか、病院薬剤師会は、今度は、個別の県の薬剤師会に支援に入りました。そこで登録をしてから現地に入っていくというようなかたちでしたが、そこでの調整がうまくいかないと、実際に、どこに派遣されて、どういった活動をするのかがなかなか見えてこないといったことがあり、少し出遅れてしまった感があります。そういったことで、残念なことに医薬品が患者さんの手元に届かなくなかなか治療が行えなかったという反省点も出てきました。実は横にいる石井さんからや、他職種の方からいろいろな情報ももらいながら、どこにニーズがあるのか、医薬品は本当に足りていないのかというようなことで、協力を得ながら、支援活動を行った

ような状態です。

先ほど上條先生が、災害医療をサッカーの試合に例えられていましたが、そこでプレーヤーとして活動する場面はたくさんあるのですが、それとは別に、そのプレーヤーを支える後方支援などのスタッフとしての活動もあります。薬剤師ですと、どうしても通常業務で忙しいため被災地には入れないという状況も実はありました。そういった場合でも、後方支援のなかで医薬品を適切にその被災地に届けることとか、いろいろな工夫をしているところもありました。そのへんのお話は、あとのディスカッションで少し具体的にできたらと思います。

もう1つ、僕たちが意識して活動しなければいけないと感じていたことがあります。それをずっと被災地のほうにも伝えていたのですが、早期からの復興支援という視点です。その被災地の医療が、被災地の人自身で自分たちでできるようにする支援活動——薬剤師（の業務）でいえば医薬品の供給とか、患者さんにいかに薬を飲んでもらうかというメインの業務が普通にできる——が大切で、早期から入るにしても、数カ月後とか、そういった長期を見据えた支援というのが非常に重要になるということを感じております。僕が入ったのは石巻だったんですが、そのへんのところが少し不十分で、復興としては遅れているのが残念なところだなと思っております。

**司会（末永）** ありがとうございます。

続きまして、昭和大学藤が丘病院の事務長である阿久津さんから、事務部門の立場からのお話しをお願いします。

## ◆事務部門の立場から

**阿久津** 事務部門の立場からということで、このシンポジウムの端っこに座らせていただいております。こんなところに私が座っていいのかなと思いますが、実は、病院診療の質向上検討委員会の委員をさせていただいております、そんなこともあって、呼びいただいているのかなと思います。

災害医療に行かれた上條先生の話にもありましたように、そのときはチーム医療として成り立ってい

る、先日の“なでしこジャパン”のように良いサッカーチームができていますね。ところが病院に帰ってくると、どういうわけかあまりうまくいかない。できてないと言わないですが、あまりうまくいかない。全員が同じ目的・目標を持って、志もあるはずですが、なぜか帰ってくるとなかなかうまくできない。「このお医者さん、何もやってくれない」とか、「看護師さんが手伝ってくれない」というようなことが漏れ聞こえてくる。

そのへんのところ、いわゆる非常事態でない通常時に、果たしてどうやったら、うまくいくようになるのかというところを、今日、皆さんからのご意見をお聞きして、少し勉強ができればいいかなと思います。

私ども昭和大学は、医学部・歯学部・薬学部・保健医療学部を持っていて、保健医療学部のなかには看護学科もありますし作業療法科もあるということで、ほとんどのコメディカルの学科があります。ですから、当大学だけでチーム医療が成り立っている。けれども現実には、うまくは行っていますが、世界1うまく行っているかというところでもない。志が本当に1つになって、感情や、思いやりというところでも1つになるためには何が必要なのかというところが、今日、勉強できればいいと思います。

**司会（末永）** ありがとうございます。薬剤師の部門もそうですが、事務の部門も、これはロジスティックスの役割として非常に重要だったと思います。そういう方に支えられて、立派な行動ができました。上條さんのほうから追加することがございましたら。

## ◆医師の立場から

**上條** 先ほどほとんどお話しさせていただいたんですが、私が参加してよかったと思った点は、現場で、他職種の仕事内容を間近で見ることができたことです。私は医師なので看護師さんとは接触がありますが、例えば薬剤師さんとは、比較的接する機会が少なく、この頃は院外薬局になっているし、病院薬剤師は地下の薬局にいることが多いので、どんな

仕事をしているのかをあまり見る機会が少なかったのです。その他にリハや歯科の診療を間近で見られたことは、私にとっては、すごく勉強になりました。

あとは、先ほど、栗原先生がお話しされていましたが、私たちは1カ月間しか活動していなかったので、その期間しか見ていなかったわけです。最後の班にリハを派遣したと言いましたが、このあと患者はどうするんだろう？と、思ったまま帰ってきました。地元の医師が保険診療を始めるので、ボランティアとしてはもう活動できないということで撤退しました。時期によって異なる医療チームが活動するので、そのチーム同士の連携をうまくとることが求められていると思います。これは、今後の課題になるのかと思いました。

## ■ディスカッション

### ■被災地派遣が医療の原点やチーム医療を学ぶ機会になったのではないか

**司会（末永）** 私どもも医療チームを出しておりましたが、医療チームを出したといいますが、一応、病院からの業務命令というかたちにして行ってもらったわけです。普段、救急をやっているときに嫌な顔をしている人たちが、あちらへ行ったらどんな患者さんともうまくお付き合いするし、看護師が暇なときは医師が診察しているし、医師が診察していないときは看護師が向こうで人の話を聞いてあげるとか、チームワークといいたいでしょうか、チームプレーがすごくうまくいっているんですね。やはりベクトルが同じ方向を向いているからということもあるかもしれません。それで、医療支援に行った人たちがすごく必要とされていて、遠くから来て感謝されて、そのうえ診察して感謝されるというふうなことで、皆さんが医療の原点を学んできたように感じてくれました。そういうことが一番良かったことかなと派遣する側の院長として思いました。

ただ、行ったときはいいけれども、今後がどうかという問題もやはりあると思います。しかし、こう

いう経験を積む、あるいは積ませるということは、今後の医療について、チーム医療ということを考えていくうえで、やはり根本になるのではないかという感じを、私自身は受け止めています。そのあたりについて追加するようなところはございませんでしょうか。

**石井** 私は、ずっと国際緊急援助をやってきておりますが、その初めてのミッションがイランのバム地震でした。そのときの私の上司、管理者からは、「一度きりのことだから、頑張って行ってらっしゃい」と言われました。それはつまり、こういった活動を支える基盤があまりないんですね。諸外国ですと、普通は1ミッション1カ月ですが、日本では海外で2週間、国内ですと、今回もそうです。3泊4日とかです。そういった活動を支える基盤があまり十分ではないと思います。それから、そういったことにチャレンジして、外で経験してきたことをまた中で活かしていけるという、そのように成長につながるのだという視点が、管理職の方々に少し足りないのかな、というようなことをずっと感じております。

### ■現地の連絡網が破壊されたなかで、災害医療におけるチーム同士の連携での課題は？

**司会（末永）** それぞれがとても立派な活動をいろいろしていただいております。そのなかで、先ほどリハビリ部門と看護部門のコラボレーションといましようか、協働の話があったように思います。もう1つ言われたのは、DMATとポストアキュート、そういうところのチーム同士の連携ができていないとか、あるいは指令塔がないとか、これはステージによる違いがあるということも絡んでいるわけですが、そういうことについては、実は今後の問題として残ったわけです。これからどういうシステムをつくっていくといいか、どういう教育をするといいか、そういうことについて、どなたかご意見がございませんか。

**渡邊** 災害医療ですと一番最初に立ち上げなければいけないのが、やはり活動本部です。指揮命令系統をしっかりとしないと、その活動がなかなかうまく進んでいかないですね。そこがうまく立ち上がってそこが進んでいくと、自然な流れで、皆さんプロの集団ですので、きれいに流れていくと思います。

その立ち上げのところですね。今回みたいに、自治体とか、そういう指揮を執るようなところが壊滅的な被害を受けてしまっている状況では、その機能を代替するような医療チームですとか、それを担えるような役職の方々に現場に実際行っていただいて、組織づくりからすぐに入れるような体制というものを考えていかないと、今後もまた同じようなことが繰り返されるのではないかと思います。

**司会（末永）** ありがとうございます。実は岩手県は、地域医療のほとんどを県立病院が支えているというところだったのですから、岩手県立中央病院から、もともと過疎地の病院に人を派遣するような体制ができていて、「岩手モデル」などと言われております。ところがそれ以外のところでは、それぞれの自治体ごとに別個なのです。それで、それぞれの自治体の機能も落ちてしまったなかでの協力体制といえますか、連絡網すらできてなかったというところが反省点として残っております。それと同時に、自治体だけじゃなくて、それぞれの都道府県のなかでの病院同士の連絡網のような体制をつくらなくてはいけないということ、実は私も感じています。

#### ■急性期をリハビリにつなぐ意識の欠如が リハビリチームの派遣を遅らせた面も

**司会（栗原）** 4月の半ば、やっとりハビリ10団体という格好で立ち上がったんですが、実は、長崎では3月11日以降すぐに、13日か14日だったと思いますが、長崎大学に水産学部がありますので、その長崎丸という船に医薬品等々も含めて積めるだけ積んで出港したという経緯がありました。まだ目的地が定かでない状況のなかで動いたということでした。これは、学長が指示を出したのですが、そのときの長崎大学のメンバーのなかに、私どもの仲間がおりましたので、学長に伝えてもらったのが3月17日か18日だったと思いますが、今回の震災に関しては、阪神・淡路大震災と違って、いわゆるクラッシュ・シンドロームとかはほとんどないはずだから、すぐ生活に直結しているので、必ずリハビリの支援が必要だということを申しました。それで、長崎チームとして登録しましたが、残念ながら要請がなかったといういきさつがあります。

なぜか。基本的に日常の診療の場面でもそうです

が、急性期にリハビリをやらなくちゃいけないという感覚がまだないんですね。ですからセラピストもメンバーに入っていないんですね。これが日本の遅れたところ。これだけ高齢者が多い時代に、急性期の病院のなかで、セラピストが病棟と一緒にいるということを早く当たり前にしていかないと、いざとなったときもこういうことになる、逆説的ではありますが、つくづく感じた次第です。

それで、今回、やっとりハ関連の10団体が立ち上がりましたので、JMAT、DMATも含めて、この流れに即したかたちでの団体のつながりを国のレベルでやっていただければ、確固たる医療支援部隊の組織化が全国的にできると思います。

#### ■情報を共有していくシステムづくりの大切さと マネジメント教育の欠如——被災地でも通常時の 病院でも

**司会（栗原）** 我々が現地との間で一番悩んだのは、本部に入ってくる情報が、適切な情報ではないことでした。なぜかと言いますと、タイムラグがあります。場所によっていろいろな様相を呈していますし、また何日か前とはもう全然違う現実があります。そういった意味では、やはり情報を集約して適切に情報を共有していくというシステムづくりは非常に重要だと思います。

これは、現実の病院のなかで考えますと、少なくとも回復期の病棟では、フロアマネジメントになるんですね。患者さんの立ち上がり方がそれぞれ違うわけです。恐らく急性期でも、看護師さんクラスになるとそういう視点が出てくると思います。やはりマネジメントの教育、それから他職種を知るという教育があまりにも少ないように思います。こういうところから、いざというときの動きが規定されてしまうだろうという気がいたします。

**司会（末永）** 確かに、チーム医療を語るなかで、一番欠けているのはその教育、それぞれの職種における教育、チーム医療に対する配慮といえますか、それがまだ十分じゃない部分があるように思います。

実は私は、自分が医者でありながらこう言うのも変ですが、チーム医療への対し方で、一番問題なのが医師ではないかとも思っています、今後それをどう教育していくか、ということも考えていかな

てはいけないテーマかなと思っております。

### ■災害派遣医療におけるチーム間の調整について

**司会 (末永)** さて、それぞれのチームがそれぞれすごく活躍していただいて、チームワークも非常に良くてよかったと思いますが、チーム内の連携だけではなくて、他チームとの連携についての話も上條さんから出たと思います。今後は、どこかに指令塔があってそこで集約するとか、そのようにしていったらいいのでしょうか。

**上條** 私はそう思います。みんなやる気はあるんですが、うまくコーディネートする人がいない。コーディネートする人がいないと、各チームがうまく機能しないと思います。うまく機能させるために、誰か全体を見渡せる人というのが、時期ごとで必要だと思えます。また、超急性期、急性期、亜急性期、慢性期、生活期という流れの全体を見られる人も必要になるのではないかと思います。

### ■被災地に慢性期の患者が多いという配慮が十分でなかったということはないか

**司会 (末永)** 今回は、例えば急性期から慢性期というだけではなくて、被害を受けた地域のそれほど大きくない病院というのは、もともと慢性期の疾患を多く扱っていたわけです。そういう部分が最初からちょっと抜けていたかなという感じもするんですが、栗原先生、いかがでしょうか。

**司会 (栗原)** 本当に何でもそうですけれど、西高東低です。医師の数にしてもそうですし、回復期リハビリテーション病棟なんていうのも典型例でして、人口7万の気仙沼市に回復期がない、ゼロです。

先ほどもちょっと言いましたが、震災前からセラピスト30人で、気仙沼市民病院に10人近くいます。そこは頑張っているが、そのあとがなくなる。訪問リハビリというのがやっと立ち上がったところに、津波がきてやられましたという話なのです。そういう現状のなかで、支援チームが横から入っていくものですから、さっき上條先生が言われたと思いますが、一時期、何十人という医師や看護師・セラピストがいるわけです。これって撤退がものすごく難しい部分があります。段階的に、計画的にしていけないと……。やはり組織化というのは非常に大事で、それは実情に合わせた、その実態を理解したか

たちで行わないと、恐らく現地を引っかき回すことになりかねません。最初に「もともと医療過疎なところだから、撤退したときに地域住民がものすごいブーイングを出すんじゃないか。だから今は、そんなに支援は要らないんだ」というようなことも聞こえてきました。そういう考え方も確かにあるわけですし、いろいろ考慮したうえで入っていくようにしないととんでもなくなるだろうなと思いました。

### ■ボランティア派遣の看護師は現地でどのように連携したか

**司会 (末永)** ありがとうございます。石井さんにちょっと質問ですが、日本看護協会から大体1,500人くらい行かれたと。この1,500人というのはそれぞれの医療支援チームで行った看護師の数とは別の1,500人ですね。それぞれの医療支援チームとどういった連携をとって活動されたのでしょうか。

**石井** 医師と一緒にいる看護婦が行って、活動の制約があるんじゃないかというようなご意見もたくさんいただいております。多分これって、ちょっと病院機能と照らし合わせて考えていただければいいんだと思います。実は今回、本当に多くの避難所に、医療が必要な人、介護が必要な人がたくさんいらっしゃいましたので、私たちはそこで、多分、いわゆる病棟業務をやっていたんです。入院患者さんのケアをしていたというような……。それに対して、JMAT等の医療チームで行かれた方たちは、多分、どちらかという救急外来などで勤務している看護師と同じような、多分そういう仕事のすみ分けがありました。あとは避難所で、夜間急変する方がいて、夜中に救急車で搬送したりということがけっこうありました。いろいろなところから、例えば空路で運ばれてきたりして、あまりコミュニティのない避難所もありましたので、どこの誰かもわからないなかで、ケアも誰もあまりしていないというところなので、私たちが24時間ずっとそこに常駐しておりましたので、その急変した人たちを、救急車で一緒に搬送したり、そういった急変対応等も行っておりました。

### ■薬剤師が特に多忙だったことについて

**司会 (末永)** ありがとうございます。渡邊さんにお聞きしたいのですが。上條さんのところでもそ

うだったそうですが、私どもの医療チームでも、すべてで、薬剤師の方も行ったんです。それで一番忙しかったのが薬剤師の方。ジェネリックがものすごく多いんですね、特にあちら方面は。それで、ものすごく忙しかったという話をうかがいましたが、この点に関してはいかがでしょうか。

**渡邊** そうですね。実際、薬に関することでは、今回扱うものが非常に多かったのも、そういった意味ではとても忙しく、大変な支援活動だったと思います。

それともう1つ、私たち医薬品を扱う者として考えなくてはいけないのは、日本全国から被災地に支援医薬品としていろいろなものが集まってくるわけですが、本当に被災地のニーズに合ったものだけが送られてきたわけではなく、若干ずれていたものがやはり多かったと聞いています。そういった薬の整理で、また人も割かれてしまうと、さらに業務を圧迫するということがありました。必要なところに支援の手が届かなくなる原因にもなります。現在、手をつけられていない支援医薬品が、実はまだたくさんあると聞いていますので、それを今度どのように配分していくかということも考えなければいけないのです。それで、これは今後の問題になってくると思いますが、急性期からそういったかたちでしっかりと医薬品のマネジメントというものができていけば、もうちょっと、我々の業務というものも、もう少し楽になったのかな、と考えています。

もう1つ、最近では、被災地の患者さんでも、お薬手帳をたくさん持っていらっしゃる方がいて、そのなかに今までの服薬の履歴などが記載されているんですが、それと合っていない薬とか、変わってしまった薬をお渡しするようなどきには、やはり僕たち薬剤師がしっかり説明する必要があります。今回、そういった業務がかなり入ってきましたので、薬剤師が必要ということには、そういったところにもあったのだらうと感じています。

■ やはりその時期に合ったニーズを把握した災害時のコーディネーターが必要

**司会（末永）** ありがとうございます。実は今回、各医療職から多くのメディカルスタッフが、特に福島のあたりですと精神科領域のドクターや心理士も含めまして、かなり活躍をしておられるようにも聞

いております。

それで、その時期時期に合ったニーズを把握して、指令を出すという機能がやはり問題になってくるように思います。病院団体としても、そういうところまではいっていないのが現状です——結果として病院団体の人たちが動いてくれているんですが——。そういう指揮命令系統のなかでは、やはり状況に合った必要な医療を把握し、そのためにどんなメディカルスタッフが必要かということまで含めた配慮が今後必要になってくるのではないかと感じています。

**司会（栗原）** 宮城県には災害医療コーディネーターの制度があって、気仙沼市の災害医療コーディネーターは、気仙沼市立病院の脳神経外科科長の成田さんです。たまたまだったかもしれないですが、リハビリもよく理解されているし、保健所にはアクティブに動いている理学療法士の方がおられます。この理学療法士の方との関係づくりが良かったんですね。もともと少ないスタッフ数ながら頑張っていた。それが地域の財産であったという話です。そういうなかで、もうそろそろ入ってもらわないと困るぞ、ということを経験して話していたということでした。我々は、10団体の組織ができあがりましてという連絡はずっと続けていたんです。

私は、自分のやってきたことも含めて反省しながらお話するのですが、これだけ高齢社会ですから、“命を助けただけでは医療が成り立たない”という教育あるいは議論を常日頃からやっておきたい。というのは、状況に応じて視点を変えなくてはいけないのですから、やはり医療人としてしっかり判断できなければいけないだろうと思います。そういった意味では、ドクターのコーディネート能力にある意味でかかっている。

もう1点、私は、地域の行政機関の窓口としては、保健所の役割がとても大きいと思います。ずいぶん前、3月末くらいからずっと保健所に連絡をつけながら、タイミングを見計らっていた状況がありました。向こうの受け皿という意味では、受け皿がないと入れないわけですから、保健所あたりが、トータルの流れをうまく切り替えていく役割を担うこともあるんじゃないかという気がします。やはり、都道府県ごとのありようとして、しっかりと保健所機能を、保健師さんたちを含めて強化していかない

と、と思います。

## ■派遣チームのなかに調理師が入ることの意味

**司会（末永）** 次に、ロジスティックスのことで、ちょっとお尋ねしたいんですけども。

昭和大学は、料理人まで連れて行ったというのは、大変素晴らしい話だと思いました。料理専門の人がいないところはほとんどインスタントラーメンのようなものしか食べられないわけで、それから思いますとすごくいい配慮だと思いました。そのような発想は、平日頃、訓練しているからできたわけですか。それとも、阪神・淡路大震災の経験からそう考えられるようになったんですか。

**上條** 昭和大学は、1年生は富士吉田市で全寮制です。その寮の調理人さんや、病院の栄養課の人が活躍しました。自衛隊もそうですけれども、支援する側の人たちが十分な活動をするためには、体力も必要ですし、ある程度の生活レベルがないといけないという大学のトップの考えです。そのために調理師がついていってくれたことは、私は本当に助かりました。診療をして夜帰ってきてミーティングをすると、もう夜中です。それからカップラーメンを食べればいいんですが、作って片づけ終わるまで、けっこう時間がとられます。ライフラインもなかったですから。宿舎に帰ってきたらもうご飯ができていたというのは、こんなに嬉しいことはないと思いました。調理師さんの存在は本当に助かりました。サポートする側が倒れてしまったら行った意味が全然ないですから、けっして贅沢ではなかったと私は思っています。

**司会（末永）** すべてのチームに料理人を付けるとなると無理な施設もあるでしょうが、これからはかの施設でも、そうやって継続的に派遣できる施設であれば、そういうような配慮を考えられるといいと思いました。

## ■各職種の派遣チームの費用負担は？

**司会（栗原）** 石井さん、ちょっと教えてほしいんですけども。

現実問題として、その千何百人の看護師の、例えば交通費とか、食費とか、そういうのはどうなっていたんですか。

**石井** 日本看護協会という立場で行ったわけですが、

が、私たちが公的機関というか、公務員と誤解される方たちがいらして、「日看協はもう撤退するの！」と、現地からお叱りを受けたりしたんです。ですが、1職能団体が募金を集めて行っている、本当にボランティア活動なのですね。みんなで、本部の職員をふくめて、本来業務とは全く違う業務を担いながら、もういろいろなところから募金を集めてそれで賄いました。

1カ月以上にわたって、東京からバスを毎日往復をしていますので、これに実は億に近いお金がかかるわけです。そういった経済的な部分は、各都道府県単位がある程度自己完結で担っている部分と、日本看護協会が担った部分がありますが、いずれもこれはもうすべて募金で賄わせていただいております。

**司会（栗原）** 阿久津さんのところは、どこから金が出てるんですか。

**阿久津** 学校法人が自前でみております。

**司会（栗原）** 全額？

**阿久津** はい。全額です。

**司会（栗原）** ついでで恐縮ですが、渡邊さんのところはいかがですか。

**渡邊** 僕がもし派遣されて行くときは病院が負担してくれますし、薬剤師会で派遣された人は、交通費と宿泊費までは、一応、薬剤師会のほうで負担をしているようです。

**司会（栗原）** ごめんなさい。もう全員にお聞きします。岡野さんのところは？

**岡野** 先ほど栗原先生のプレゼンのなかにもありましたが、リハ関連10団体では、すべて職場の施設が負担しています。先ほど調理師の話が出ましたが、調理師にしても栄養士にしても、県内の活動でもそうですが、そういう派遣はすべてその施設がもったり、その個人が自前で払って参加したりというかたちです。したがって、まだそこが十分整備されていないという状況でしょうか。

**司会（末永）** 超急性期に対する、本当に短期間だけの派遣だったらそれはボランティアでいいと思いますが、例えば被災の3県をみても、支援は10年とかそういう単位になりますね。そういうところへの派遣とかを、いつまでもボランティアに頼っているような国ではいけないのではないかと私は感じております。

実はちょっと前の7月初めに、Jヴィレッジとい

う放射線の影響のある地域の医療施設に行ってきましたが、そのJヴィレッジには、当初から、それこそ有賀先生がやっておられる救急医学会が、きちんと教育を受けた人を出しているんですね。それも当初は、救急医学会が足代だとかをもたれたそうですが、国がそういうものは出すべきではないかということに当然言われたそうです。ところが国は、「これは東電の問題だ」というふうなことにどうもしているらしい。これは何かおかしいと、実は私も感じています。

今回だけに限らず、こういう大災害はきっとあると思いますが、いつまでも人の善意だけに頼ってはいけなのではないかと思えます。こういうことは国に対して申しあげていかななくてはならないと思っております。

**司会（栗原）** もう1つだけ付け加えさせていただきますと、各個人が病院等々を休んで、休暇を利用してボランティアに行く場合は何の保障もないんですね。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の団体から派遣する場合も基本的にボランティアですから、保険はボランティア保険です。病院として出ていってくれると労災まで含めて包括される。そういう部分では非常に安心して支援ができるというのがあります。各協会とも、日本看護協会も含めて、長期にわたっての支援は難しくなります。こんなこといったら恐縮ですが、そんなに金があるわけじゃないですから。現実にもだんだんそういうことが問題になってきているんですね。

#### ■ 長期支援が必要な状況でも現地の雇用を妨げないような配慮が必要

**石井** 本当に長期支援ということには問題があります。経済的な問題もあります。もう1つ、やはり現地の雇用を妨げてはいけないという問題もあります。ボランティアの、<sup>ただ</sup>無料で使い勝手のいい人たちがいると、現地が回復していかないんですね。自立を妨げます。ですから、やはり引き際は非常に大切だと思っています。

ちょっと個人的ですが、私は今も支援活動を続けていまして、本当に恐縮ですが、どこにもお金の出どころがないし、私のポケットマネーでいくということもおかしいということで、実は被災地から、石巻市から交通費を出していただいている、何か後ろ

めたい思いがあるんですね。このへん、ちょっとこの国としての制度の問題といえますか、そういったところの貧しさみたいなものを感じたりもします。

例えばアメリカですと、FEMA（緊急事態管理庁；Federal Emergency Management Agency）という組織があって、きちんと専門家が行って、アドバイザーとして機能していくわけです。それもそういうトレーニングされた人たちが行っているんです。私なんかではとても力不足と思いつつも、行かざるを得ない状況もあります。そのへんも、この国の災害対策の課題じゃないかと思っております。

#### ■ 1人の患者を最後まで見続けてはチーム医療が成り立たないが、一方でトータルで診たいということも……

**阿久津** 医師の先生が3人いらっしゃるのをお聞きしたいのですが、この災害医療を振り返って、今の日本の医療では、医師の方あるいは看護の方もそうですが、一度その患者さんを診ると、最後まで、治るまで診たいという、昔ながらの、いわゆる役割分担のできていない医療というのがみえてくるんですね。多分、被災地ではそれをやっていると、今のお話のように、もともといるその地が被害から立ち直って自立していくといったことに反してしまいます。この問題もそうですが、1つの原点というのでしょうか、今の日本の目指すべき医療の問題が、被災地に集約されてあるのではないかと思います。現状の、例えば大学病院で診ると、ずっと最後まで主治医が診てしまう。医師同士のチーム医療もできていないなかで、ずっとかかえてしまう、それが本当に果たしているのかどうか、というようなところが少し、日々疑問に思っているところです。お三方いらっしゃいますので、何かご意見があれば、お教えいただければと思いますが。

**司会（栗原）** 看護もドクターもそうですが、ある意味で理学療法士、作業療法士もそうだと思いますが、最初から本当に、例えば脳卒中で片麻痺の患者さんが、ある程度改善をしながら自立生活を続けていくところまでみると、非常に成功体験として、トータルでみれたというのがあるんですね。ただそれが、効率よく、なおかつ質の高いものであったかどうかと考えると、先ほども私、早口で言いましたけれども、今のようにご高齢の方々がこんなに増えた

ときには、それぞれの役割分担で専念したほうがいい仕事ができる、というのは間違いないと思います。そうした場合に、一方でそういうふうにトータルで診たいという気持ちをどう解消していくか、というのがやはり課題だと思いますね。

急性期を見ていると（私どもは回復期ですから後ろから）、ややもすると急性期のスタッフは“回復期がしっかりしていない”と言いますが、回復期からみると“やりっぱなし”に見えるんですね。つまり平均在院日数を短くしなくてはいけないので「入院期間がもう決まっていますから出ていってください」の話になってしまいます。おいおい、どういうことや？ って言いたくなる部分も出てくる。やはりしっかりした本質がみんなで共有されていないといけないのですが、どんどん抜けていっているような気がして、私はあえて「本質、本質」とよく言います。

急性期の役割を担ったそのあと、どうなったかということに心を留めるくらいの医療であってほしいと思います。急性期では、あくまでも役割分担としては臓器別の治療をし、なおかつ生活の準備をする。生活の再建までやっていると長くかかってしまうし、ある意味ではもう質が低下するんです。合併症も起こってくる。ですから機能分化はやはり必然の結果だと思います。

ただし、これを医療機能がものすごく過疎なところでやれというのは、それは難しいことですよね。けれども1つの病院のなかでは機能分化ができます。役割分担というなかで、お互いに質を高めていこうという視点と、顔の見える関係づくりというのはあったほうがいい。やはり教育では、転院されたあとでも、時には見舞いと称してもいいから見に行くくらいの気持ちを育ててほしい。そういう医療人が育ててほしいと思います。そういった格好で、トータルでの医療の質を上げようというのが私のスタンスですけれども。

**司会（末永）** なかなか答えが難しいんですけども、阿久津さんが言われたのは、まさにそのとおりだと思います。そのとおりだとは思いますが、もう一方で患者さん側の問題もあるんですね。どうしてもこの先生にずっとみてほしいというふうな。実際、私は元外科医で「もう来なくていい」と言っても来る人がいるんですね。「顔を見に来るだけだっ

たら、来なくていい」と言うんだけど、それでも来てしまうような人たちがいるのも事実で、そういう人たちの意識改革を促さないと、なかなか医者だけの問題ではない、という感じはいたします。

## ■被災地支援で積み上がったカルテの行き先

**上條** 昭和大学病院も急性期病院ですが、いつも病院長に「長く診るな」と、「急性期病院だから、すぐに地元の先生に返すように」と言われています。撤退する時期が決まったときに、ではどうやってこの2,900人のカルテを地元に戻そうかみんなで討論しました。患者さん自身に返すという方法も検討しましたが、被災者の方はこの紙をもらっても困るだろうと思いました。カルテの情報をどうやって残すかというのは、通常の診療で紹介状をどうやって書くかというのと同じだったと思います。結局、今回は気になった患者さんだけを抽出して診療情報提供書を書いて、患者さんご本人かご家族の方に渡しました。その他のカルテは、現地の病院が渡されても、その患者が来るかどうかわからないというので、結局、今まだ私たちのところに保管してあります。こういうことも連携のシステムの問題ですから、考えなければならない課題と思います。

**司会（末永）** 新しい問題提起ですが、確かにそういうような問題がありますね。この人はきちんと情報が伝わったほうがいいという方にはかなり丁寧に紹介状を書いておられる、ということはすごいことだと思います。災害時におけるカルテのありようという難しい問題も絡んできますので、この問題はこれくらいにとどめておきたいと思います。

それでは会場のほうから、もし、ご質問がどなたかあればお聞きしたいと思いますがいかがでしょうか。はい、どうぞ。

## ■チーム医療の本質についての考え方

**発言者（小泉）** 足立区のいずみ記念病院の小泉と申します。今日はいろいろと、ご指導ありがとうございました。

私どもの法人は、阪神・淡路大震災以降、大きな災害にはほぼ出動してまいりました。今度の3月11日以降、法人全体として8回ほど出動しております。

今日、お話をお聞きしていて、やはりモチベーションをお持ちの方々がかなり現場に集まったなということと、それから、情報の共有化というのは大事なかなと。それから、どうやってマネジメントするか。それから最後のほうに出てまいりましたが、財務というようなお話がありました。チーム医療の質ということでは、そのための教育というようなことを、今日お教えいただいたことかなと思いますが、それ以外にチーム医療の本質といますか、それをもしご指導いただければと思います。栗原先生、上條先生、有賀教授のほうからも一言いただければと思います。

**上條** そうですね。昭和大学は4学部あって、学生の頃からのチーム医療というのをうたっていて、学校の理念にも入っています。学部を連携した問題解決型の実習（Project-Based Learning；PBL）もやっています。実際に災害支援に行った学生は、「チーム医療、チーム医療って、もう耳にタコができるほど聞いてたけど、何だかよくわからなかった。初めてここでチーム医療を見た」と言っていました。やはりチーム医療って、何となくイメージできて、本当はみんなあまりよくわかっていなかったのかな、というのが私の実感です。先ほどの栗原先生の講演で、縦の教育、横の教育というお話がありました、私たち教える側も、このチーム医療ということをもう一度考えないといけないのかもしれない。そして今回はチーム医療について考えるいい機会だったのかなと思っています。

**司会（栗原）** 私の意見は、私どもの病院を回復期リハビリテーション専門病院にいたしましたので、そういった意味で非常に典型的な例として見えてくることという前提を置かせていただいている話ですが。まず教育のなかで、ほかの職種のこと——どういう職種で、何をやる職種なのかということ——を、我々は学んでこなかったというのが第1点です。それと同時に、ソーシャルワーカーとか介護福祉士が私どもの病棟に専従でおりますが、もともと学生時代は福祉を学んだ人たちなんですね。それが突然病院に入ってきたということです。特に気の毒なのはソーシャルワーカーで、一般的に見ますと、急性期病院では転院係に使っているという気がしてなりません。医療連携室に配属して「次はソーシャルワーカーにどこか探してもらって……」みたいな格好に

なっている。

けれども、彼女・彼たちの専門職としての知識等はそんなものではない。「障害のある方々が安心して生活を続けられるように」という、基盤づくりをやっていく専門職としては、すごい能力を持っていると思っていますが、如何せん、突然病院のなかに入ってきたというのがありまして、ほかのスタッフたちが知らない。医師を含めて知らないということで、専門職として生かしきれていないということ。いずれにしても、ほかの専門職を尊重する、よく考えてみるということが医師に問われているだろうと思います。

私は以前、脳神経外科でやっていましたが、医師が2人で救急医療を担うというかたちで、どうしてもほかの職種がいてくれないと、日常の診療が成り立たないという構造から始めました。そういったなかで、リハビリのスタッフたちが病棟専従になって動き出すと、もう本当に患者さんの情報等が適切に入ってくるので、救急に専念できたということがあります。そういった意味では、まずは専門職を肌で感じられるくらいに近くに置いていただきたい。しかし一方では、雇用となると人件費、財務的な問題がひっかかってくるという話になっています。

それで、私が提案しているのは、先ほど申しましたように、高齢者が多い病棟だけは、多職種で関わるような専門病棟にしたらどうですかということ。かたちとしては、いわゆるストロークユニットですが、これが中途半端な格好になっているのが現状だと思います。

もう一方で、マネジメントというのは非常に重要だということをつくづく認識しますが、これも、ある意味でマネジメントの重要性と方法論を学んでいるのは、恐らく師長さんクラスの人たちだけだろうと思います。医師は学んでいないということを考えますと、教育の課題というのは大きいと感じます。本質がどこにあるかというご質問ですが、答えになっていないかもしれません。

**司会（末永）** 有賀先生、お願いします。

**有賀** 小泉先生に「発言せよ」と押されている感じがしましたので……。本質的な話でいきます。そもそも医療倫理というか、職業倫理というか、生命倫理というか、基本的に私たちは、患者さんのためによかれと思うことをするということだと思います。

ただし、アメリカのいわゆるバイオエシックスの考え方に則って言いますと、患者さんの選択こそ最も重要で、倫理的に第一義であるという話があって、その延長線上には、多分、積極的な安楽死も患者が選択するのであれば私たちはやらなければいけないということになります。僕はどうもそのアメリカ流の考え方はあまり好きじゃないんですが、まあそれはちょっと横に置いておきます。

私たち医療人はそもそも、ヒポクラテスの誓いやナイチンゲール誓詞にあるように、患者さんたちのために基本的にいいと思うことをやる、ということがまずは本質的にあるのだと思います。現在、そのことを実現するための方法論は、まさにチーム医療しかないのではないかと。つまり、僕がいくら頑張っても、結局、栗原先生がおっしゃるみたいに、周辺に助けてくれる人たちがいないと医療が成り立たない。だからそういうふうな現代の医療——つまり、栗原先生の話でいくと、高齢になってしまったためにたくさんの病気をかかえているとか、ベッドサイドで頑張ったら、その後は是非とも家に帰れるようにしたいとか、そういう私たちの現在の医療の全体像——に鑑みて、もともとヒポクラテスが言っていたような、「患者さんのために、基本的にいいことをやろうじゃないか」という部分を全うしようと思うと、そこにこそ、チーム医療の本質があるのではないかと思います。

**司会（末永）** ありがとうございます。私も少しお答えするとします。もともと医師だとか看護師のところに集中してきた業務が、医学の進歩とともに、とてもやれなくなっていろいろな分化があったと思います。分化はしたんだけど、やはり1人の人間を診るという意味では、それを統合しなくては行けない。その統合ということがチーム医療の基になっているものではないかと思うわけです。ところが分化しますと、自分たちの範囲を決めてしまったりということがあります。そうすると、先ほどサッカーの話が出ましたが、どうしてもスペースができてしまう。そのスペースを埋めるのが、やはりチーム医療ではないかと思えます。

私は、それぞれのメディカルスタッフが、それぞれの専門性をより強くして、より大きくなる、そうすると重なり合う部分は出てきますが、重なり合って、多少問題になるようなところがあるにしても、

それよりも、重なりあうが故に、そのスペースがさらに埋まっていくような、そういう医療が提供できれば、医療の質の改善につながるのではないかと考えています。

**発言者（小泉）** どうも先生方、誠実なお答えをありがとうございました。大変な問題なので、また教えてください。ありがとうございました。

**司会（末永）** それ以外に、ご質問ございませんでしょうか。はい、どうぞ。

## ■原発災害について見聞したことは？

**発言者（篠原）** 河北総合病院の診療放射線技師の篠原と申します。

先生方が実際に入られた場所がどこか詳しくはわからないですが、今回は、地震災害だけではなくて、原発災害が起きまして、通常健康相談とか服薬相談以外に被曝相談というのも経験されたり、あるいは見聞されたのかと思いますが、そのへん、もしご経験されたことがあればお聞きしたいと思います。

**司会（末永）** 私自身ではよくわかりませんが、ただJヴィレッジのほうへ行きまして、そういうところで向こうに勤務しておられる方の話だとか、あるいは福島県の病院協会の会長さんからお話をうかがいましたのは、やはり風評被害がすごく大きいと。風評被害が大きくて、若いスタッフがどんどんやめていくのだとか、医療人がかなり減っているという話を聞いたりしました。

一方、長崎大学の先生が、「これくらいのことだったら心配ないよ」と、いろいろ情報を発信されますが、そうすると、それに対して何とか団体だとか何かから、ものすごいクレームがあった。“お抱え医師だ”とかいうような……。多分、長崎大学の先生が言っていることは正しいに違いないとは思いますが、世間一般の人は安心を求めているんですね。安心というのは、今のコントロールできないような状況がまだ当分続く、それが10年くらい続くかもしれないというなかでは、安心も安心感も与えようがないですね。

どうすればより安全であるかというようなことについて、やはり大学人だとか、あるいは病院団体だとか、例えばアンケートを取るとかして、そういうなかで、専門家としての意見はこうだと知らせるということもあっていいのではないかと。その専門家

の意見は、日本は原爆の唯一の被害国でもありますし、それからチェルノブイリとかの経験もあるでしょうから、そういうなかで、こういうふうだったらまあこうだよということを出していく。それで、安心はできなくても不安感を取るようにする。風評被害についても、「これは、そんなことはないよ」ということは言っていかなくはないんじゃないかと思えます。

ただ、実際に向こうに行って、20キロ以内のところを見てきますと、例えばアジサイが咲き誇っていましたし、畑にはいろいろ野菜がなっています。そういう状況で、見た目は何ともないのにそこから避難しなくてはならない人たちの気持ちは、我々は汲み続けてあげないといけない。要するに1年2年経っても彼らの苦しみは消えないということは共有しておかなくてはいけないのではないかと思えます。

ただ、やはり私も医者なものですから、正しい認識をしてもらおうということに尽きるんじゃないかと思えます。例えば、牛からかなり大量の放射線が出たとか言いますが、それは確かにそういう現実には認めなくてはならない。だけれども、1回食べてどうこうなるはずがないですよ。そういうことについて過剰な心配を取り除くような言い方を、プロの方にははしていただきたいと思っています。

**司会（栗原）** ほんのちょっとだけ付け加えます。先ほど言っていた、長崎大学の先生、これは山下教授ですが、僕の同級生でしてね。彼は、恐らく日本で一番ずっとチェルノブイリをみてきた人間です。それで長崎大学の学長の指示もありまして、福島県のアドバイザーとして入っているんですが、彼にはメディアにさらされないようにという前提で入っていかせたと聞いております。相当、潰されるだろうということもありましてですね。

ところがその一方で、原子力関係の偉い人たちがメディアにいっぱい出てきて、言っていることがもう全部違う、という状況を呈したために、山下教授が被害を被ったというのが、いきさつとしてあります。末永先生が言われましたように、やはり適切な情報をしっかりと握っていけるような風土をつくっていかないと、どうしてもこういうことが起こってくる。福島原発から70キロのところの病院からの相談がありましたけれども、医師本人は働きたいんだけど、ご家族がもうパニックになっている

ということで、「何とか医師が必要なんだ」と強く訴えられましたけれども、これの支援のシステムがないんですね。福島県はまだ現在進行形ですので、いろいろなことが変わっていく可能性があります。何とかいい方向でというのを、常に思う次第でございます。

**発言者（小泉）** 先ほどの小泉です。河北病院の篠原さんの質問で、誰か経験した人、いないのかというようにお話なので。私どもは発災の翌日、いわき市のほうに行きました。情報はラジオの放送だけでした。いわき市医師会に行きましたら、いわき医師会が平成18年につくられたマニュアルが完備していました。それが、実にその後の2～3カ月のテレビ、新聞の報道そっくりのことが書いてあったと思っています。

翌日行って、いわき市医師会で、ガイガーカウンターの使用手順の説明を受けましたが、ちょっと待てよという感じで、ちょっと自分自身焦りました。それから、福祉センターに泊まらせてもらったんですが、そこにはヨード剤が完全に備蓄してあったということで、これにも私は焦りました。またお話しできればと思います。

**司会（末永）** ありがとうございます。

そのほか、よろしいでしょうか。そろそろ時間が詰まってまいりました。それでは有賀先生、ちょっと時間が短くなりましたが、総括をお願いします。

## ■公開シンポジウムの総括

**有賀** 委員会で、最後にプログラムの全体を総括しましょうということになりましたので、最後に少し発言させていただきます。

登壇いただいた先生方からたくさんのお話を学びました。総括といっても、思いの外たくさんのお話があって、いろいろな話が展開したかと思えます。そこで、2つくらいに絞りたいと思います。

1つは、上條先生が言われたように、チームそのものについて。つまり支援の現場における医療人たちが、「それぞれ自ら何かを進んでしようとするということ」があったということ。そういう意味では、多分、1人1人が作業の大きさをほんの少し膨らま

せれば、つまり災害の現場で行われていたように、私たちの診療科の医師、例えば眼科でも耳鼻科でも何でもいいんですが、ほんの少しだけ、総合診療的な観点で膨らませると恐らく救急患者さんも相当程度救われるということがあるのだらうと思います。

それから病棟にも、看護師さん、薬剤師さん、それから最近では栄養士さんたちが上がってきていますが、そういうような方たちが、ほんの少し、誰でもいいけれど、ちょっぴり膨らませれば、相当程度円滑にそのチームがうまくいくだろう。

というような意味で、やはり災害医療から学ぶ一番のキーの部分は、“そもそも医療者はそういうものだった”ということだったのだと思います。ここにご参集の、いろいろな病院からの先生方も、スタッフの方たちも、「災害医療でできることは、自分たちの病院でも上手にやればきっとできるよね」というふうに思えたのではないのでしょうか。そういうことを学んだというのが、まず第1点です。

それをより具体的にするにはどうするかという話が第2点目の話ですが、それは教育でありマネジメントであるということだったと思います。栗原先生のお話のなかに、セルフマネジメント、チームマネジメント、フロアマネジメント、それからトップマネジメントとありましたが、そのフロアとかトップとかにいくにつれて、だんだんマネジメントのパワーが弱くなっていく。その弱くなっていく理由の1つに、それぞれのマネジメントの中核的な部分にいるのが、院長も含めて医師なんですね。ですから、そういう意味での教育が、卒前卒後にわたってきちんとマネジメントの教育がされていかないとはいえないだらうと思います。これは多分看護師さんたちからみると、ここで災害医療の勉強をしなくても、「当たり前よ！」っておっしゃるのかもしれませんが。

そういうことを、すべての職種にわたって横断的

にやれるということをマネージしていく、という観点での勉強は組織図でいうなら縦も必要だし、横も必要だと。このようなことを勉強したのではないかと思います。

相乗効果という意味では、縦は余計たくさん縦になるし、横は横でちょっぴり膨れると。そのためのマネジメントを、教育とともに勉強していくというのが、今後の大事な課題だらうというような勉強をしました。

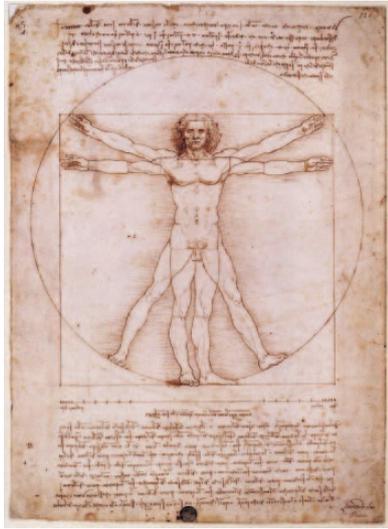
たくさん勉強しましたけれど、正味しほれば総括はこのようであると思います。以上でございます。

**司会 (栗原)** ぜひとも我々は今後、こういう災害を含めて、何かに立ち向かうときは、やはり、基本的に平日頃からの我々の知識や認識が、非常に大きな役にたつと。そういった意味では、今のまさに病院のなかで、あるいは医療のなかで問われているチーム医療というのをもっともっと議論して、そして少しでもいいものをつくっていくということをしていくことによって、災害医療も成り立つと思う次第であります。

ぜひとも、いろいろな病院のなかで、こういう議論が成り立っていければと感じた次第でございます。

**司会 (末永)** そろそろ時間になりましたので、このへんで終わりたいと思いますが、今日ご参加のシンポジストの皆さん、どうもありがとうございます。

**総合司会 (有賀)** 両先生、どうもありがとうございました。これで今日の公開シンポジウムを終わりたいと思います。会場の先生方、どうもありがとうございました。



## 体の文化史—⑨

# 眉

池澤 康郎

中野総合病院 理事長

### ◎眉は人にしかないもの

額を形づくっている前頭骨は目を納めるために、その下部で内側に球面状に窪んでいます。この窪みを眼窩がんかといい、眼窩の上縁にそって軽い隆起があります。この隆起は人の成長に伴って大きくなりますが、性差や人種差もあり、女性より男性のほうが、黄色人種より白人のほうが顕著です。眉はこの隆起を覆う皮膚に密生している毛の集合で、その毛が眉毛, brows, eyebrowsです。眉は頭部と顔部の境界線となっています。

眉毛のほとんどは直毛で、毛の生える方向、つまり毛流は多くの場合2つあります。1つは額から外下方に、もう1つは上まぶたから外上方に向き、この両者が重なる部分が最も濃く見えます。眉毛の平均寿命は3週間から4週間です。そのため、眉毛は短く、ほぼ一定した長さになっています。ただ高齢者では、ときに長い毛を混えることがあります。

眉は人独特のものと言ったら驚かれるでしょうか。実は現在生存している動物の中で眉が見られるのは人だけなのです。哺乳類の多くは人の眉の内側に当たる部分に数本から数十本の長い毛を持っていますが、形態的に眉とは言えません。オオカミ属にはこの部分に白斑いかくがあり、威嚇するときなどに上がり眉と同じような表情となりますが、毛の長さは周囲と同じで境界はありません。サルではテナガザルの一

種フーロックの雄には眉のような白い毛の帯があるそうです。フーロックは雌雄とも生後しばらくは白毛ですが、7～8カ月で全身が黒い毛並みになり、眉状の白毛を残すのみとなるのだそうです。この特徴から別名シロマユテナガザルと言います。雄はそのまま成長しますが、雌は成熟すると白毛または灰白色の毛並みに戻り、眉らしくなくなると言います。しかし、雌雄とも、眉の部位にある毛の長さも周囲の毛と同じです。ニホンザルの場合は幼いころは眉のような毛がありますが、成熟とともに額に密生してくる毛との境界がなくなってしまいます。

三国時代、蜀の劉備しよくに仕えた馬良ばりよう、字を拳常あごな きじようという名参謀には眉に白い毛が目立っていました。馬良は学問に秀でた5人兄弟の長男で、5人とも字に常の字がついていたので馬氏の五常と謂われていたが、馬良が最も秀でていました。「馬良字拳常、……兄弟五人、並有才名。郷里爲之諺曰、馬氏五常、白眉最良。良眉中有白毛、故以稱之。」(『蜀志』馬



イタリアオオカミ



良伝)。以来多くの秀でたものの中で特に優秀な人や物を白眉と言います。

人の新生児では額の一面に生毛が濃くまばらに生えていて、その下縁に眉毛があります。一般に生毛が濃いほど眉毛も濃く、生毛が細くまばらなほど眉毛もうすいものです。額の生毛は日数の経過とともに抜けてゆき、眉毛だけが残ります。この経過から推測すれば、額の毛が退化して抜けた後に一部残ったのが人の眉だと思われる。左右の眉の間は全く剃らずにいると、額一面に生毛とは異なる毛が生えてきて、まばらながらつなってしまうのも、眉が額の毛の一部だからなのでしょう。

では、眉はなぜここにあるのでしょうか。それについては、次のように説明する人がいます。

哺乳類の汗腺であるアポクリン腺は毛根部に開口しています。ですから、けもの汗は毛に沿って流れていきます。ところが、人の場合はアポクリン腺のある部位は腋窩、外耳道、肛門周囲、眼窩など限られたところ。汗腺はほとんどがエクリン腺であり、毛とは独立して開口し、汗を分泌して排泄します。エクリン腺はもっぱら人にだけあり、チンパンジーに70～80万あるに過ぎません。人の場合は能動汗腺といって実際に分泌能力を持っているエクリン腺だけでも180～275万、平均230万と言われています。エクリン腺が最も多いのは手のひらや足底ですが、額にもたくさん分布しています。“額に汗して”という言葉どおりに額にはよく汗をかきます。その汗が目に入らずに、横に流すように眉が働くというわけです。目の周りにはエクリン腺はほとんどないので、眉のところで汗を止めれば、目は汗から

保護されます。“造化の妙”と言うべきでしょう。

## ◎眉の形状と表情筋の関係

眉の形状は上眼窩縁の形にもよりますが遺伝的素因も大きく、さまざまあります。三日月型、一文字型、八字型、への字型、武人型などです。日本には後述するように、眉を剃り落したり墨をさしたりして男女とも“作り眉”をする風習があり、元禄年間に刊行された女性の作法などが書かれた『女重宝記』(苗村丈白著)によると、うぐいす眉、三日月眉、わすれ眉、かすみ眉、大かた眉(きしたて眉)、から眉などの眉型があると書かれています。江戸後期、小山田与清が著した随筆『松屋筆記』によると、中国では五代(907年の唐の滅亡から960年の北宋成立までの時代)の頃すでに眉を描く型が10型あったといえます。

Rozprýmは眉の型を統計的に調べて、内から外に広がるspreading typeが40%、ほぼ等しい太さに流れて先の細いeven typeが24%、内外に2つの丘のような隆起のある太いdouble typeが15%、外に向かって次第に細くなるnarrowing typeが14%、中ほどが盛り上がるpeaked typeが3%、そのほかshedding typeが1%、S-shaped typeとrising typeが0.3%と報告しています。

彼の説だと、美しい眉とされる蛾眉(蛾は雄の蚕の触角)はnarrowing type、柳眉はeven typeということになるのでしょうか。つまり、統計上は3人に1人が生まれながらに蛾眉か柳眉をしているということになります。

ところで、前号で、前頭筋と皺眉筋が額の皺をつくるとのべましたが、この2つの筋に眼輪筋と鼻根筋を加えた4つの筋が眉を動かす表情筋です。前頭筋は眉全体をつり上げ、顔輪筋は眼を閉じて眉を引き下げます。皺眉筋と鼻根筋は眉間に縦の皺をつくれます。これらの表情筋が単独または協働して作用することで、眉の表情がつけられるのです。

緊張したときやにらむときに人は眉を上げますが、チンパンジーも同じように眉を上げます。眉間に皺を寄せて歯をむき出す仕草も、人もチンパンジーも

やりますが、その表現するところは同質なのでしょうか。

## ◎日本人と眉の彩り・作り眉

どの民族にも見られるように、日本人にも古くから眉を染める風習がありました。『古事記』応神天皇の話のくだりにあるように、赤みがかった土を焼いて作った黛で彩ったようです。

1世紀初頭に中国で起こった農民反乱は、参加者が当時尊ばれていた朱で眉を染めていたので“赤眉の乱”と呼ばれていますが、赤黒い色をよしとする風習は中国渡来のものだったのでしょうか。

「鳥毛立女屏風」<sup>とりげりつじょのびょうぶ</sup>に見られるように、奈良時代の絵画や彫刻では眉は濃く太く、内側が細いものが多く見られ、仏教や中国の画風の影響かと思われま

す。平安時代に入ると、眉の様相は一変します。貴族は男女とも眉毛を抜き、黛を目から遠く離して水平か八字型に太く描きました。この習慣に反逆した「虫めづる姫君」の眉は親たちが「いと怪しく様異におはすること」と心配し、「かは虫だちためり」と人に嘲笑されるような毛虫めいたものでした(『堤中納言物語』)。絵巻物から知られるように、黛の形や位置は身分を標示するものでした。

鎌倉時代から安土桃山時代にかけて、黛を高く描く化粧は大衆化し、武家の妻子から遊女にまで広まりました。眉墨は油煙とゴマ油を混ぜて作りました。ただし、これは女性だけのことで、男性には武者ら

しい末広の眉がもてはやされました。

江戸時代になっても貴族や上層武家では、女性の黛の傾向は変わりませんが、下層武家や町人の間に新しい傾向が生じてきます。従来の眉とその下の広さを強調する化粧法に対して、眉そのものの存在を否定する風習が現れました。自然の眉は未婚、剃り落とした眉は既婚女性のしるしとする風習がそれで、これは明治以降も続きました。ただし浮世絵の中には眉墨の装いみずみずしい女性も数多く見られ、寛永(1624-1644)頃の文書には太夫は「まゆげのあひつまり、少、けむくみゆるほどなるがよし」とあり、眉の美の基準はさまざまです。

## ◎美を求める飽くなき願いと眉の装いの変遷

ツタンカーメンの黄金のマスクが典型例ですが、古代エジプトでは男女とも眉は細く長く、外側が柔らかく下の湾曲するのが好まれました。目に重点を置いて描かれています。上瞼とほぼ平行に走る even type の眉が目より際だたせています。眉には墨が用いられ、クレオパトラも石炭墨で眉を強調していたと言われています。

一方、古代ギリシャでは眉の装いにさほど関心が払われませんでした。身体の部位別に練った種々の香油を塗り、眉には花薄荷を塗っていたといえます。しかし、古代ローマでは、貴婦人はビスマス、アンチモンを混ぜた方鉛鉱の粉末で眉を太く黒く描いていたようです。眉毛を抜いて眉墨だけというよう

鳥毛立女屏風



ツタンカーメンの黄金のマスク



化粧法も流行し、これはビザンティン帝国の風習にも引き継がれて、婦人は眉毛を抜いた後に種々の植物性脂肪を炭化させた眉墨を用いていました。

ところが、12世紀のイギリスでは若い貴婦人は眉ばかりか額際の毛髪もこぞって剃り落とし、広い額を誇らしげに見せていたそうです。これは14～15世紀のフランスでも見られた傾向でした。そしてルネッサンス期にはヨーロッパ全土に広まったに違わず、サンドロ・ボッティチェリ、レオナルド・ダ・ヴィンチ、ラファエロ・サンティらの描く婦人像や神話の女神たちは、ほぼ眉なしの、あっても申し訳程度の眉しかなく、高く広い額をしています。「モナ・リザ」の不思議な微笑は、眉を欠いた広い額をいただく目元によっていっそうその謎を深くしています。中世からルネッサンス期にかけては、女性は眉を否定することで顔を小さく見せ、目鼻立ちの美しさを際立たせようとしたのだといえましょう。

エリザベス朝期（1558-1603）に入ると、イギリスでは次第に眉墨が復活し始めます。そして、18世紀頃には再び眉を強調する時代に入りました。ビクトリア朝期（1837-1901）の理想的美人は、深い青の大きな瞳の上に大きく弧を描く眉を備えていました。ジャック・パンセによれば、医師カロンの『美の百科全書』（1806年）には、「眉の美とは、弓形にそり、つやのよい毛がたくさん生えていて、真っ黒で、非常にほっそりとしているということだ」と記されているようですが（青山典子訳『美容の歴史』）、色を別とすれば、この眉の美の基準は現代にも通用



するものでしょう。

リゲットの調査によると、眉が細く、くっきりとしていることが美貌の条件とされています。narrowing typeということになりますが、この眉は14%にすぎませんから、多くの女性が余分な眉毛を剃らなければなりません。毛流が気に入らなければ一部または全部を剃り落とし、眉墨で描くことになります。それは古代エジプトにさかのぼる美の原型でもありますし、中唐の詩人白居易が『長恨歌』で「蛾眉<sup>はつきよい</sup>、柳は彼女の眉のよう」と詠った楊貴妃を思い出させる蒙古人種の女性美でもあります。それゆえ、明治以降の我が国でもこの眉が徐々に共感を集め、現代でも主流をなしているのです。

眉だけが独立して美を誇示できるものではないことは言うまでもありません。目、鼻、口など顔の各部分との調和の中で生きてくるのです。特に目との相関は大切ですが、その目も人工的に修飾されます。

縁どりをして目を大きく見せ、上瞼に色彩豊かに影をつけ、その上を細い孤状の眉で覆う。それが現代の美しい目と眉のパターンですが、いつの日か第二のダ・ヴィンチやラファエロによって眉は否定されるかもしれませんし、その後眉にさらに装いこらす時代が来るのかもしれません。

ラファエロ・サンティ「大公の聖母」



レオナルド・ダ・ヴィンチ「モナ・リザ」





# 東日本大震災を契機に DCP について考える

石尾公認会計士事務所 所長  
「財務管理論(1)基礎編」講師

石尾 肇

最近、英語の頭文字を使った略語が氾濫気味ですが、ここでは緊急時地域活動継続計画を意味する DCP について考えてみたいと思います。なお、DPC（診断群分類）ではありませんので、お間違いなく。

東日本大震災の時に被災地から離れた東京でも、帰宅難民があふれかえり大混乱となりましたが、被災地では、ライフラインの断絶、行政機能のマヒ、避難民の安否確認の遅れ、医療救援活動の一部機能停止など、平常時では想定できない複合的な混乱が多数の地域で同時に発生し、壊滅的な打撃を受けました。大都市圏では、多くの企業が大規模災害に対する企業独自の緊急時事業継続計画を策定し、災害に備えていましたが、東日本大震災の例を見るまでもなく、企業単独での事業継続計画では十分ではなく、企業と企業、企業と地域の連携の必要性が見えてきました。

そこで注目されているのが、災害時に地域ぐるみで事業継続をはかる DCP（District・Continuity・Plan＝緊急時地域活動継続計画）という考え方です。個々の企業が BCP（Business・Continuity・Plan＝緊急時事業継続計画）というコンセプトに基づき、いかに災害に備えていても、企業同士の連携や協力がなければ、帰宅困難者の問題は解決できません。DCPは個別の企業に適用される BCP の考え方を地域全体に広げたものといえます。「街の BCP」といえるでしょう。

その中でも医療 DCP について考えてみましょう。震災の中心地では、多くの医療機関が物理的に壊滅的な被害を受け、必要となる医療活動が行えず、さまざまな医療支援チームが野戦病院状態での活動を余儀なくされました。また、被災した患者の医療データ（カルテ）が消失し、的確な診療がスムーズに行えないという状況も露呈されました。

医療機関が独自に建物等に対する免震、耐震への取

り組みを行うことが、まずもって重要ですが、この物理的対策だけでは十分とはいえず、地域ぐるみのインフラの整備が必要です。多くの自治体で計画されている緊急時の応急診療所の設置は、夜間人口（居住者人口）のみを対象として配置されていましたが、東京都千代田区が実施している東京駅周辺防災隣組では、昼間区民対応の応急救護所を設置する可能性と必要性が提唱され、これに取り組んでおり、今後の各自治体の取り組みにも反映される動きがあります。また、都市部では、大型ビルに多くの事業者が存在することから、テナントである各企業と連携して、このビルを拠点とした医薬品等の災害備蓄の割り当てを計画するなどの対応も必要かもしれません。各企業は、地域の医療機能の維持のため、医療機関の受入状況についての情報発信を行うなどして、特定の医療機関に負傷者が集中することを回避させ、地域の医療機能をマヒさせないように連携しておくことも必要でしょう。さらには、震災時に優先的に医療機関に対し電力・ガス・蒸気などのエネルギーが供給できるように、地域内ネットワーク化などに取り組んでいる自治体もあります。被災地域内の患者情報については、医療クラウドの普及等が盛んに論じられているところであり、今後の推移が期待されるようです。

このように、震災直後の混乱に対しては、DCP の検討が動き出していますが、忘れてはならないのが、一段落した後の復興時における病院再建に対する考え方の整理です。損壊した病院施設をどのように再建するか、財政的負担も含め明確な方針と具体的対応策を実施していなければ、真の意味での復興とはならないということです。東日本大震災を契機に地域で考えなければならないことは山ほどあり、これらへの対応が緊喫の課題といえるでしょう。

## 平成23年度 第7回 定期常任理事会 議事録

**日 時** 平成23年10月22日（土） 午後1時～午後5時  
**場 所** 社団法人日本病院会 5階会議室  
**出席者** (会長) 堺 (副会長) 今泉, 高橋, 末永, 梶原, 大道(道)  
 (常任理事) 藤原(秀), 宮崎(瑞), 石井(暎), 木村, 松本(純), 万代, 渡邊, 武田(隆久), 生野, 小川(嘉), 土井, 塩谷, 安藤(文)  
 (監事) 柏戸, 宮川, 石井(孝)  
 (代議員会議長) 野口 (代議員会副議長) 中嶋(昭)  
 (顧問) 奈良, 山本, 池澤, 佐藤, 大井  
 (参与) 坂本(代理: 奥村), 松田, 堀内, 池上, 齊藤  
 (委員長) 前原, 福永, 有賀, 原, 大道(久), 崎原  
 (支部長) 中村(博), 松本(隆), 細木, 福井(洋)  
 永易 卓 (病院経営管理者協議会 会長)  
 阿南 誠 (日本診療情報管理士会 会長)  
 野田 哲 (あいちりハビリテーション病院 院長) (新会員)  
 佐々木 洋 (八尾市立病院 院長) (新会員)

総勢48名の出席

今泉副会長の議事進行により会議に入った。

開会にあたり、堺会長から開会挨拶を述べ、会議定足数について、定数26名中、出席者19名、委任状6通、計25名（過半数14名）で会議が成立している旨報告後、議事録署名人に宮崎瑞穂、武田隆久両常任理事を選任した。

新会員の野田哲あいちりハビリテーション病院院長、佐々木洋八尾市立病院院長から入会の挨拶があった。

### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり届け出を承認した。

#### 〔正会員の退会 5 件〕

- ①〔愛知県〕名古屋市立緑市民病院（会員名：清水一之院長）
- ②〔愛知県〕名古屋市立東部医療センター守山市民病院（会員名：稲垣俊明院長）
- ③〔京都府〕京都保健会上京病院（会員名：津島久孝院長）
- ④〔埼玉県〕医療法人光仁会春日部厚生病院（会員名：田中裕人院長）
- ⑤〔東京都〕医療法人社団成守会はせがわ病院（会員名：長谷川潤理事長）

#### 〔賛助会員の入会 1 件〕

- ① A 会員・東京都・(株)グッピーズ（代表者：肥田義光代表取締役）

#### 〔賛助会員の退会 1 件〕

- ① A 会員・東京都・(株)ナイチンゲール（代表者：関根富士子代表取締役）

(平成23年9月17日現在)

・正会員 2,392会員 ・特別会員 235会員



・賛助会員 241会員 (A会員99, B会員109, C会員1, D会員32)

## 2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

(継続：後援・協賛等依頼 4 件)

- ①平成23年秋季全国火災予防運動(消防庁)に対する協力
- ②第23回「国民の健康会議」(全国公私病院連盟)の協賛
- ③第61回日本理学療法学会(社)全国病院理学療法協会)の後援
- ④第21回シンポジウム(財)医療関連サービス振興会)の後援

(継続：委員推薦・委嘱等依頼 1 件)

- ①高齢者・障害者等の利用に配慮した建築設計標準改定検討委員会(国土交通省)委員の委嘱  
梶原優副会長を推薦

(新規：後援・協賛等依頼 1 件)

- ①ICD-10対応標準病名マスター作成10周年記念シンポジウム(医療情報システム開発センター)における後援名義の使用

(新規：委員等推薦依頼 2 件)

- ①看護師等の「雇用の質」の向上のための取組に係る企画委員会(厚生労働省京都労働局労働基準部長)委員  
武田隆久常任理事を推薦

審議にあたり、生野常任理事より、前週に大阪で開かれた委員会について以下のとおり説明があった。

看護師の質の向上を推進するために、労働基準監督署で問題になっている項目についてのアンケートを大阪府の全病院に出す前段として、9病院を選んでヒアリングしたいとの申し出があったが、その選び方が偏っているように思われる。また、今年中にヒアリングを終えて来年からスタートするというので、強引さが目立っている。一方、近畿病院団体連合会は、この質の向上についての問題点には反対声明を出したうえで、これに取り

組もうとしている。

武田常任理事は、京都でも第1回の委員会を開催したが、あまり積極的ではなかった。恐らく都道府県ごとにだいたいニュアンスが違うのではないかと述べた。

中村支部長は、北海道で同じような委員会があったが、医師会は経緯や実情も知っているし、労働局も渋々やっているようなところもあった。ただ、来年以降それなりの結果を出さなければいけないので、渋々やるから協力してくれという感じだったと述べた。

- ②一般社団法人日本医療安全調査機構の理事就任  
堺常雄会長を推薦

審議に当たり、日本医療安全調査機構の事務局長でもある原委員長より説明があった。

この機構は、診療行為に関連した死亡の調査・分析事業を目的にしている。背景には、医師法第21条で「異状死」の届出先が警察となっているのを、医療界自らが引き受けるような形をつくりたいということで設立された。

理事会は、今は5人だが、そこに日本病院会の堺会長、それから医師会と法曹界1人ずつ入っていただいて、理事を8人にしたい。不景気と東日本大震災の影響で予算が削られたため、医療界全体でサポートする形をつくりたいということで、組織を拡大している。

各地方の評価委員会がこの調査を行っていて、日本内科学会がこの事業を始めたところからの累計で、件数は151例となっている。

新しく「協働型モデル」を始めている。院内事故調査委員会に各学会から外部委員が入り、外部委員がその委員長をやって第三者性を担保しながら検討するもので、予算、人員、各委員の負担が少なく済むほか、病院自体が医療安全の改善に寄与することにもつながる。

堺会長は、このような活動は日病協として参加する必要があり、私自身は日病協の代表と考えていると述べた。

有賀委員長は、10月6日に行われた学術団体を集めての説明会について、以下のとおり報告した。



チーム医療が推進されている現状において、医学会だけでこの法人を運営しようというのは誤りではないかという質問があり、その結果として日本病院会が加盟することになったと認識している。日本病院会がこの団体に加盟するに当たり、医師の代表だけではなく、看護師や放射線技師、臨床検査技師等、病院のすべての職種を代表しているという考え方をぜひ前面に出していただきたい。現場感覚のない形で話が進展することを恐れている。

この団体の各学会への要請は「金を出せ、人を出せ、運営方針には口を出すな」というふうにししか聞こえない。学会員の数によって金を出すような仕組みをつくりたいと言っているので、日本病院会がすべての職種の団体だと言った途端に、病院で働いている人数分だけ金を出してほしい、という話になりかねない。そのような卑近な議論と高邁な議論が行ったり来たりしているが、是非よろしく願いたい。

### 3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

新規認定施設、更新認定施設として、下記2施設の指定を承認した。

(新規1件)

①〔京都府〕(財)京都工場保健会 総合健診センター

(更新1件)

①〔滋賀県〕市立長浜病院

#### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があり、了承された。

(1) 医療安全管理者養成講習会第2クール(9月10日・11日)

福永委員長より、229名の参加を得て行われた旨の報告があった。第3クールは12月9日・10日

の2日間予定されている。

(2) 第2回病院中堅職員育成研修 医事管理コース(9月23日・24日) 経営管理コース(10月13日・14日)

宮崎常任理事より、70~80名の受講者で順調に推移している旨の報告があった。

(3) 第6回雑誌編集委員会(9月29日)

原委員長より、以下の報告があった。

9月号、10月号、11月号の企画・編集について相談した。9月号は災害特集号、10月号、11月号は、8月5日・6日の病院長・幹部職員セミナー、第61回日本病院学会の特集として出す。

雑誌の発行が約1カ月程度遅れているので、10月号と11月号を合併して発行したいと考えている。

新春座談会は、「医療の再生に向けて」をテーマに、堺会長、相澤副会長、石井暎禧常任理事、塩谷泰一常任理事にお集まりいただき討論したものを載せる予定。

第61回日本病院学会の優秀・優良演題の10人が決定したので、雑誌に掲載して、来年度の学会で表彰することになっている。

(4) 第2回倫理委員会(10月3日)

松本常任理事より、創立60周年を迎えるにあたって倫理綱領を見直す、その条文案の解説文について検討した旨の報告があった。現代に合わせた内容に加除修正したが、会長・副会長会議に諮る前にもう少し意見を加えて提出する予定である。

(5) 第14回医療制度委員会(10月5日)

石井常任理事より、以下の報告があった。

社会保障・税の一体改革案について意見交換を行った。問題点は網羅的に書かれているが、どういう方向でいくのかは読んでよくわからない。しかし、今回の改定は医療と介護と両方含んだ内容となっている。今度の診療報酬の意図も相当鮮明に出ているが、基礎係数や在院日数の問題について指摘があり、これからも突っ込んだ検討をしていきたい。

患者の権利法について意見交換を行ったが、問題があるという指摘が多くあった。特に、患者の権利については書かれているが責務については触



れておらず、逆に医療従事者は権利について触れられずに責務だけが書かれている点について、相互に協力して医療を行うと謳いながら一方的だとの見解が多かった。日本病院会の見解も明らかにしていく必要があり、アンケートも含めながら今後検討していきたい。

(6) 中小病院委員会／医業経営・税制委員会合同委員会 (10月5日)

安藤常任理事より、病院の人材確保・養成に関するアンケート調査、すなわち医師、看護師の紹介・あっせん業者についての実態調査を行った旨の報告があった。回答していただいた病院にはこの報告書を送付し、一般への情報提供については役員会後の記者会見で報告する。

来年2月4日に中小病院委員会の情報交換会を函館で行う旨の報告があった。

土井常任理事より、中小病院委員会担当の第62回日本病院学会シンポジウムは「IT時代における中小病院のあり方」をテーマに開催したいと思っており、それに向けて、アンケートも企画している旨の報告があった。

(7) 第13回医療の安全確保推進委員会 (10月5日)

木村常任理事より、診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方についての中間報告(案)を役員会で了承いただいたことを踏まえ、再度検討して、この中間報告を最終案とした旨の報告があった。内容的には、「医師」だけでなく、医療にかかわるすべての者を念頭に「医療者」として、また、解剖事例に限らず、医療事故全体を対象につくられていて、基本理念も「医療事故等の原因を医学的に究明し、結果を教訓として、医療事故防止に努めることは医療者の社会的責務である」と「医学的原因究明と再発防止を本制度の主旨とし、司法の判断・賠償問題の判断は別組織に委ねる」の2つに切り分けた。

(8) 第5回社会保険診療報酬委員会 (10月13日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

慢性期医療について、厚労省・慢性期入院医療の包括評価調査分科会の分科会長代理でもある高木安雄・慶應義塾大学大学院教授より説明を受け

た。

一般病棟における「90日超え患者」のほとんどが「特定除外患者」となっているが、該当する特定除外項目については、「項番不明」が13対1病棟で68%、15対1病棟で59%となっていることが明らかとなり、次期診療報酬改定の議論の中で大きな問題になるだろうと指摘があった。

日病協・四病協の検討状況については、日病協で薬剤師の病棟配置に対する加算について要望を提出することとなり、委員会としては特に問題ないということで承認した。また、社会保障・税の一体改革について厚労省の元企画官 野村知司氏から説明を受けた内容を報告した。

(9) 第2回診療情報管理士教育委員会 (10月7日)

武田常任理事より、以下の報告があった。

平成23年度前期科目試験の合否判定を行った。合格率は基礎課程97.4%、専門課程91.6%だった。

基礎課程小委員会は、診療情報管理士テキストの改訂を進めている。

分類小委員会では、多発性損傷の外傷コードの取り扱いに疑義があったので、厚労省に内容を確認することとした。

DPC コース小委員会は、受講資格について、通信教育及び専門学校で履修中の学生も受けられるよう拡大した。

医師事務作業補助者コースは、第4期のコースが終了した。

DPC コース及び医師事務作業補助者コースの診療情報管理テキストは、診療報酬改定に合わせて大幅な改訂があるということで、準備を行っていく。

平成23年度全国一斉講師会は、12月10日に開催予定。

指定大学・指定専門学校の申請について、岡山ビジネスカレッジから新規で申請があったので視察に行く予定。山陽女子短期大学は再申請で、承認した。

東日本大震災に伴う日本病院会の対応等の報告を行った。

・コーディング勉強会 (9月17日～10月16日)

24教室で465名の参加を得て行われた。平成23年4月1日～10月16日の合計は、111教室で2,361名の参加となっている。

・医療統計学勉強会（9月19日～10月16日）

6教室で337名の参加を得て行われた。累計で15教室、869名となっている。

(10) 日本診療情報管理学会関連

大井顧問より説明があった。

①第2回理事会、評議員会（9月28日）

診療情報管理士業務指針が承認され、今後はパンフレットを作成し、ホームページ等でダウンロードできる。

第39回（平成25年度）の学術大会は、高橋正彦副会長を学会長として茨城県で行うことが承認された。

②平成23年度総会（9月29日）

診療情報管理士の指導者の認定証を3名に授与した。

③第54回診療情報管理士生涯教育研修会（9月30日）

「医療の質の評価と改善」をテーマに、生涯教育研修会を行った。

④第37回日本診療情報管理学会学術大会（9月29日・30日）

応募された演題数は248、来賓者総数も2,109名と過去最大で、診療情報管理学会では初めて2,000人を超えることができた。

(11) 病院経営管理者協議会

永易卓病院経営管理者協議会会長より報告があった。

①第1回理事会（9月16日）

平成22年度事業報告、収支決算並びに平成23年度事業計画、収支予算案について検討を行った。

事業については、研修会及び会誌の発行はタイムリーな内容で行い、日本病院会の事業協力について継続的に実施していく。

②第1回総会（9月16日）

平成22年度の事業報告、決算報告、同監査報告、平成23年度の事業計画、収支予算案について報告し、承認された。

(12) 日本診療情報管理士会

阿南誠日本診療情報管理士会会長より報告があった。

①第3回理事会（9月30日）

チーム医療推進協議会に選出するメンバー等を決めて、委員会設置、委員委嘱等を行った。

[福島県病院協会の現況報告]

前原委員長より、以下の報告があった。

現在も、警戒区域である20キロメートル圏内の7病院は休業中で、20キロから30キロメートル圏内は避難が解除され、6病院は診療を再開したが、業務量は震災前の2%から40%程度。

この7カ月間、病院はほとんど収入が途絶えている。一刻も早い賠償金の支払いについて東京電力と協議した結果、部分的合意に至っている。現在、8月末までの逸失利益の請求手続を開始しており、以後、3カ月ごとに請求していく。

現在は中間指針に沿い、30キロメートル圏内の自主退避病院、並びに住民の自主退避による医療需要の減少による減収が対象になっている。風評被害は含まれるが、固定資産の減価分や精神的損害等が入っていない。最終指針に向けた中間指針の改変の動きもなく、病院だけでなく住民や他の業種からも不満が出ている。

相双医療圏の医師数が震災前の50%、看護師が震災前の43%という大変な状況になっている。この自主退職によって看護基準が保てなくなる病院が出てきており、緩和措置を要望した結果、来年3月までの時限立法として、2割未満の減少は看護基準をそのままとしてよいこととなった。

来年度の初期臨床研修医のマッチングの中間発表があったが、昨年度より24名、30%減少した。

病院職員は特例措置によって失業給付を受けているが、10月で切れてしまう人もいる。来年1月までは延長されたが、更なる延長をお願いしていかなければならない。

賠償金への課税阻止、中間指針の継続的見直し、東電の医療対策専門チームの設置について引き続きご支援をいただきたい。



また、救急医療委員会の報告として、今年度は、診療報酬改定にスポットを当ててアンケートを行ったが、救急医療で原価計算をしている62の二次救急病院のうち、黒字はわずか15%で、85%は平均で月額313万円の赤字となっている。救急医療の不採算性が如実にあらわれている、等の説明があった。

## 2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 診療報酬実務者会議 (第73回：9月21日，第74回：10月19日)

万代常任理事より，以下の報告があった。

〈第73回〉

中医協報告について，前回の診療報酬改定の結果検証に係わる特別調査の中で，明細書発行原則義務化後の実施状況調査に対し，診療側委員が，患者調査の回答率が20%にとどまったということは，明細書の発行に興味が無いのではないかと，これは本当に必要なかと述べたが，これは支払い側の強い意向のもとに盛り込まれたということである。

チーム医療について，社会保険診療報酬委員会で審議した結果を報告した。チーム医療を積み上げた形で，それを全体として入院基本料に盛り込むための資料にすべきで，チーム医療1つ1つを取りあげて，それについて加算を要求するのは方向性としてよくない。ただ，クリニカルパス策定チームにおけるパス数の実施率や口腔ケアのチームによるケアの実施率などはチーム医療に盛り込むのがよいのではないかとということで，継続審議となっている。

DPCの要望について，基礎係数の関係で，現時点でのDPC評価分科会のグルーピングで卒後5年以下の医師の数が要件として挙げられており，医師の争奪戦になるのではないかと懸念が出されたが，他に高度な医療をしている等の要件も入っているとされた。

病棟薬剤師の配置について，薬学部の卒業見込みが1万2,000人を超えている。各大学とも質をそろえる，あるいは国家試験の合格率を上げるた

めに，卒業生の数を少し手控えていると思われ，2年前の8,000人の卒業生から少ししか増えないことが予想される。1万2,000人になれば薬剤師が足りるが，思惑どおりの増加にはなっていない。

この点について堀内参与は，8,000人というのは最初の年のことで，次年度からは1万2,000人近くの薬剤師が出てくると思われる。試験自体を難しくする予定で，最初の年は少し少なくなるかもしれないが，それ以外は同じだと思いと述べた。〈第74回〉

中医協報告について，次期診療報酬改定に向けた今後の検討スケジュールが提示された。

薬剤師の専任配置について，要望書の文言の検討を行った。また，要望を出す，出さないにかかわらず，少なくとも薬剤師の病棟配置については中医協で議論されるだろうとの報告があった。

(2) 第83回代表者会議 (9月22日)

堺会長より，以下の報告があった。

2つの病院から特定機能病院の承認審査に手が挙がり，癌研究会有明病院が民間病院として初めて承認される見通しとなる一方，国立国際医療研究センターはペンディングとなった。

中医協委員の交代について，任期満了を迎える邊見公雄委員の後任についての一本人化ができず，日本病院会推薦の万代恭嗣先生，日精協推薦の長瀬輝誼先生の2名連記で提出した。

## 3. 中医協について

下記の報告があった。

(1) 総会 (第197回：9月28日，第198回：10月5日，第199回：10月12日，第200回：10月19日，第201回：10月21日)

万代常任理事より，以下の報告があった。

〈第197回〉

DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について，これまではスタンダードディメンションのHSDのところ絡めていたものを，症例の調剤数の84%を超えるものについては高額医薬品として出来高で算定する方向で議論されている。

次期診療報酬改定に向けた議論の進め方につい

て、改定の4つの視点のうち医療と介護の機能分化をさらに細分化し、「医療と介護の機能分化と連携」と「社会保障・税一体改革案」の2つに分けて検討する。さらに「災害に強い医療提供体制の構築等」も併せてやっていくというスケジュールが出された。

次期の診療報酬改定について、基本方針などが盛り込まれている。

〈第198回〉

社会保障国民会議のB3シナリオについて、すべてのサービスを別の病院が提供できる地域ばかりではないということで、縦に「地域に密着した病床での対応」が加わった。

入院医療の機能分化に向けた課題と今後の方向性ということで、急性期病院が忙しい等の課題に対し、今後の方向性として、病院医療従事者の負担を軽減させつつ患者の状態に応じた診療を行う。その際、病棟機能ごとに必要とされる病床数の検討も含め、機能分化を進めていく。さらに、平均在院日数も減らしてある程度病院の集約もするといった図案が出ている。

機能分化については、入院、外来、在宅と、それぞれ方向性が出されている。

〈第200回・第201回〉

以上の会議についての報告は資料一読とした。

- (2) 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（第7回：9月21日，第8回：10月14日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

〈第7回〉

DPCの評価分科会については、前述のとおり病院を3つのグループに分ける基準について検討している。

〈第8回〉

報告は資料一読とした。

- (3) 薬価専門部会（第69回：9月28日，第70回：10月19日）  
 (4) 保険医療材料専門部会（第49回：9月28日，第50回：10月19日）

以上の会議についての報告は資料一読とした。

#### 4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

- (1) 第6回総合部会（9月21日）

報告は資料一読とした。

- (2) 第6回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（9月21日）

堺会長より、以下の報告があった。

中医協総会がDPC分科会等にて、基礎係数に係る医療機能群の設定方針に医師密度を用いたことを了承したのではないかとということで、かなり活発な意見交換があった。中医協や分科会の中では医師密度を認めるという方向で流れているように見受けられる。また、医師係数も、全医師なのか臨床研修医なのかという議論も新たに出てきている。

- (3) 第7回医療保険・診療報酬委員会（10月7日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

社会保障と税の一体改革「医療と介護のシミュレーション」の勉強会をしたが、入院については機能分化と効率化によって診療費を浮かし、外来については医療の効率化によって診療費を浮かせて、その分を急性期医療の人員増などに予算を振り向けるといった話があった。

- (4) 第5回医業経営・税制委員会（10月20日）

安藤常任理事より、川原経営総合センターの川原丈貴代表が「出資持分のある医療法人の対応」について説明をいただいた旨の報告があった。

#### 5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

下記会議の概要報告を了承した。

- (1) 臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ（9月12日）

資料一読とした。

- (2) 第21回社会保障審議会医療部会（9月22日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

医療法人について、厚労省は基本的に医療機関の非営利性の確認ということを言っており、配当行為と利潤の追求を第1目的にする者には開設さ



せないことを確認している。ただ、社会医療法人に移行するに当たって、持分のある医療法人などは税制上も規定上もさまざまなハードルがある。それらを除去しながら希望する医療法人が円滑にできるかが問題で、合併の手续や医療法人の融資等、さまざまな問題が考えられる。

持分なし医療法人への移行については、解散時の剰余金の帰属先の制限や医業経営の非営利性に関する検討会等、今までの集大成が資料に載っている。

(3) 第7回国民医療推進協議会総会(9月23日)

堺会長より、受診時定額負担に反対するキャンペーンについて報告があった。導入反対意見広告作成、署名運動、総決起集会等を実施するので、協力をお願いしたい。日本病院会と日本医師会は微妙に意味合いが違うところにあるが、大枠の方向性としては受診時定額負担には反対するという事で、署名に協力願いたい。

梶原副会長は、受診時定額の100円は、いずれ値上がりし、所得の少ない方、受診回数の多い高齢者の方の受診抑制につながるというのが日医の考え方だが、日病は公的保険制度の観点から考えている。すなわち、今の日本の保険制度は自助、共助、公助の三位一体で運用されているが、公的保険制度を持っているフランスやドイツに比べて、自助たる自己負担は日本が一番高い。逆に保険の部分の負担率が低いので、ドイツのように企業側の負担と従業員の負担の比率を6対4にして、保険料率を上げる。そうすると、従業員の可処分所得は減らない。保険料率の共助の部分のパイが広がるので、全体として医療費の負担ができる。そういう財源的な観点から、日病は反対したい、との説明があった。

(4) 第6回医療計画の見直し等に関する検討会(10月6日)

末永副会長より、以下の報告があった。

精神科医療について、厚労省は、統合失調症患者は減少傾向にあるが、認知症患者が急増し、結果として精神病床が減少していないため、アウトリーチ支援が必要であると強調されていた。しか

し、日精協は、5疾病5事業に入れられたがために、アウトリーチなどとてもできないと思われる。また、精神科の疾患は、多くは2カ月くらい入院していればまず安定するので、在宅に戻して、時々入院させることも想定していると思われる。

二次医療圏の問題点としては、患者の需要動向や人口、面積の差の問題、二次医療圏の流入・流出割合の問題がある。これに関して、二次医療圏としては20万人から30万人くらいにしたらいいのではないかとの提言があった。二次医療圏の設定をそのようにして、それに合った医療提供体制を求めていくことになるのではないかと考えている。

(5) 第1回専門医の在り方に関する検討会(10月13日)

堺会長より、以下の報告があった。

6年前に初期臨床研修制度が始まった当時、厚生労働省は、専門医制度は専門医の自主性に任せることで、行政の出る幕ではないというスタンスだったが、医師の地域偏在、専門科別偏在が表に出て、厚生労働省に対するプレッシャーもあり、専門医のあり方に関する検討会がつくられた。日本病院会としては、日本専門医制評価・認定機構とうまく連携を取って進めていただきたい、と考えている。

(6) 第7回医療情報の提供のあり方等に関する検討会(10月19日)

大道副会長より、以下の報告があった。

第6次医療法改正に医療情報の提供のあり方を組み込むため、今年度中に4~5回の開催を予定している。

広告規制の問題と医療機能情報提供制度が入り混じっているようで、病院のホームページも広告の一種として、医療法による規制の対象とすべきかという議論があるが、病院のホームページは患者のためだけにあるわけではない。病病・病診の連携や、医師・看護師等の求人、病院の機能の公表等の目的もあり、それを医療法で規制するというのは無理な話である。

(7) 第9回被災者健康支援連絡協議会(10月3日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

協議会としての活動が、短期間の医療支援や介護の支援から、心のケアの問題等に移ってきている。また、医師のほかに、例えば臨床工学技士、または機材など、人的、物的に足りないもののマッチングをして派遣している。

(8) 第8回チーム医療推進会議(10月12日)

有賀委員長より、以下の報告があった。

特定看護師(仮称)は、医師の指示のもと、医療行為ができる範囲が広がってきたが、まだグレーゾーンがたくさんある。病院の中で方法の統一化や標準化をすればできるものや、厚生労働省からの通知などで明示されればできるようなものは、イメージさえ示せば現場でやってくれると思う。難しいものについては、別途訓練を受けて、厚生労働大臣の認証を受けた形でやれるようにしたいという話で、今、議論が進行している。

標榜医を厚生労働大臣が認めるということに少し似ている議論で、名称独占や業務独占という難しい話ではなくて、試験をパスした者に与える。それにより、医師の指示でできる看護師にしていこう、そういう社会の仕組みをつくっていこうという議論が進行している。

6. 国際活動(AHF)について

堺会長より、10月19日にインドネシアで行われた、アジア病院連盟の理事会に出席した旨の報告があった。

7. 診療報酬における医療技術の評価(全国社会保険協会連合会)について

齊藤参与より、全国社会保険協会連合会の共同研究で、医療技術が適正に評価されているか否かについて行った調査報告の概要説明が実施された。

診療行為は多岐に及ぶが、診療報酬の対象になっているのは手術や検査・処置などごく一部に限られ、専門性が診療報酬に反映されていないという意見が92%にも及んでいる。全社連傘下の医師700名にアンケートを実施したが、診療報酬体系にかなり不満を持っていることが明らかになっている。

総合的な負荷と総合的な貢献度を疾患ごとに点数

評価したところ、個別の診療行為の負荷と患者への貢献とは非常に密な相関があり、貢献度の高いものは診療上の負荷も大きいことが示された。しかし、負荷や貢献とDPCでいただく点数との間には大きな乖離があることも明らかとなった。現在の診療報酬体系は有効に技術を反映していないといえる。

そこで、診療にあたる時間や給与に負荷及び貢献度で補正をかけて技術評価1日点数を出す試案をつくり、「入院診療における疾患ごとの負荷・貢献度を反映した医療技術評価点数を診療報酬点数表における新しい部「特定診療(仮)」として第10部「手術」に並列して新設し、これをDPCにおける技術評価の対象、出来高算定とすることを、研究班としては提言したい」という結論に達した。

〔協議事項〕

1. 社会保障・税の一体改革について

(1) 消費税について

最初に、堺会長より説明があった。

社会保障・税の一体改革に関連して、政府は消費税を10%に上げたいとしているが、消費税に対する手当を何もしないまま10%に上がるというのはなかなか厳しい。

消費税については、給付つき税額控除で還付する仕組みや、即日還付、ゼロ税率、インボイス方式、あるいは消費税を診療報酬から外す等、いろいろな議論がある。しかし、厚生労働省は、ゼロ税率は医療以外の産業にも関係する話なので容認できない。消費税を診療報酬から外すことは財務省の意向に反するためできない、インボイスは日本商工会議所や経団連が反対しているとして、全部否定している。

日本病院会としても原則課税にしてほしいという話があるなど、いろいろなやり方があるが、まず即日還付について説明いただきたいとして、梶原副会長の発言を求めた。



梶原副会長は、医療に係る消費税の問題は病院経営の根幹をなすもので、大体3,800億円くらい消費税の負担が医療機関にかかっている。もし今の方式のまま10%に上がると約8,000億円となり、病院の経営の根幹にかかわるので、この消費税問題の解決が日医と四病協全部の平成24年度の税制改正の第1要望である。

患者に消費税の負担をかけずに我々は消費税を返してもらう方法としては、貿易の輸出企業と同じようにして税金を返してもらう方法もあるが、日病としては、消費税を窓口でもらうけれども、患者に即日還付する方法を考えている。給与を払うときの源泉徴収は、国税庁、税務署の職務を事業所が代行しているのだが、同様に、医療機関は即日還付する業者として国税庁、税務署の職務を代行するという形にする。患者には領収書に「即日還付〇〇円」と書いて渡し、実際はお金のやりとりはしないで、すべて累積しておいて、消費税がかかっているものに関して、半期に1度、税務署から還付してもらうという方法である。これは、国会を通して、国が制度として決めればできるはずである。

病院団体としては、5%のときに原則課税でルールづくりをする必要があると考えている。財務省の考えでは、税率が7%、8%と上がったらまた同じように診療報酬の中にその分を足して、そのうち、その項目がどこかへ消えてしまって、実質は戻らないことも思慮されているのではないかと。1.53%は既に理論上は入れてあるので、原則課税にするのなら今の診療報酬を一律1.53%下げると脅しをかけてくるが、私は、1.53%が理論上入っているのだったら、1.53%下げ、診療報酬を上げて、返してもらったほうがいいと考えている。消費税がいくらになっても、一度ルールをつくってそのルールにのっとっていけばいいので、5%のうちにきちっとしておくことが必要である。

松本常任理事は、試算によると、国立病院機構144で消費税分で167億円損をしている。輸出産業と同様な形で税を返してもらうほうが簡単でよ

いのではないかと述べた。

安藤常任理事は、大きな目で見ると1.53%を診療報酬に上乗せしても足りない。仮に控除対象外税額がゼロになる分、診療報酬にオンすると、医療費が上がる。だから現在も1.53%国民負担がある。医療費が上がり、この税の負担も国民の自己負担も保険料の負担も前提としてあって、ただ財布が変わるだけの話だと述べた。

これに対し、梶原副会長は、本来、高齢化や医療技術の進展に伴い、診療報酬を何も変えなければ医療費は毎年平均4.2~4.3%ずつ伸びていくと厚労省は言っている。それを、さまざまな理由をつけて制度上で2.7%減らして、診療報酬で1.3%減らして、トータルで年平均0.7%に抑えている。消費税率に見合う分を診療報酬にオンしても消費税率の変更とともにオンした分がいずれ消えてしまうのでは。我々はうまくコントロールされているが、転嫁された分が消えてしまっているのだから、やはりクリアにしたほうがいいと述べた。

また、安藤常任理事は、仮に我々が提案している課税などが全部否定されたら、我々の持っている余剰金は全部吹っ飛ぶ。10%ないしそれ以上上がるときは、必ず診療報酬にオンせざるを得ない、と述べた。

池澤顧問は、軽減税率はコルセット、松葉杖、車いす等、医療界の中にもあって、車いすはリハビリテーションの施設があればほぼ3%になり、コルセットなどの場合には全部3%になる。身体障害者の場合が多く、サービスの一環として税金の免除等がある。結局、いろいろな方法があるが、この方式が本当にできるならば、当日に患者との間でそういう決済をする。その場合、納品書や領収書が必要となるが、そういう形をとってやればいいと考えると述べた。

崎原委員長は、診療報酬の場合、薬価を決めるときと医療材料を決めるときは消費税分を考慮しなければいけないと官報に書いてあるのに、実際には考慮されていないのはおかしい。また、病院が損害を被らないで国民の理解を得られるのは、原則課税にしてゼロにする以外ないと述べた。

石井監事は、以下のとおり発言した。

医科診療所、歯科診療所、大きな病院群、調剤薬局など、さまざまな立場の人たちが一枚岩になってこういう議論をしなければ絶対に通らないが、一枚岩になるような方法や知恵はあるのか。なければ夢は現実にはならない。診療所は消費税の損税部分の量は極めて少ないが、本当に小さな規模でやっている事業者を即時還付制度の適用義務者にするという議論をするには、それに対する現実的なイメージを説得可能な形で提示する必要がある。

また、源泉徴収の還付代理者になった場合、税法上、大きな義務を課されるが、源泉徴収義務に違反した途端に、源泉徴収漏れになっている税額の10%を不納付加算で取られることになる。そういうことまで含めて現実的な議論をしていく必要がある。現実的に、例えば診療所レベルにおいても実現可能なのか、あるいは訪問看護ステーション事業者でも可能なのか、そういうことまで考えていく必要がある。

雇用も失われている中、唯一最も成長しているのが医療・介護産業である。42兆円の医療・介護市場が、消費税の納税義務が一切ないというのが適切なのか、世の中全体の経済は成り立つのかといったことまで説明できるような理論武装をしないと厳しい。

安藤常任理事は、私の病院では9割は公定価格の中の世界だが、公定価格に課税されるのかと質問した。

それに対し、石井監事は、我々は損税をこうむっているのは事実で、改正したいのは当たり前だが、現実化しようとしたときに、「日本医師会はそんな話は知らない」といったときに、分割して統治されて終わりにならないかという現実の話をしている、と思うと述べた。

小川常任理事は、複数税率は煩雑で経費がかかるということが、消費税率が20%になったら全然問題は違ってくる。将来は絶対20%くらいになってくるし、そのときには、確かに手続きは面倒であってもそれだけのメリットがある。今の段階

で、手続きが面倒だからやめておくというのではなく、政府が変わってもいつの世でも通用する制度を我々としては主張するのが一番よいと思うと述べた。

梶原副会長は、確かに、例えば田舎の診療所の年配の先生が、パソコンも使えないのに、近所のお年寄りに1枚1枚領収書を書いて「戻しました」なんてできるわけない。しかし、地元の医師会の事務の人が巡回して、月でまとめて明細書を出すときに医師会の経費でやれるようにするとか、ホテルのチェックアウトと同様に、患者に見せて「サインしてください」とやっても一向に構わないと思う。零細なところも、地元医師会がいろいろ工夫すれば現実にやれると述べた。

## (2) 地域に密着した病床について

堺会長は、地域に密着した病床について、「医療提供が困難な地域等において、地域に密着した病床での対応を行うために、地域の医療機関が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供する」というのが期待される役割だが、四病協で議論した地域一般病床が、地域に密着した病床に形を変えたものとなっている。どちらかという医療過疎に近いところ、不採算地域で急性期もやるような便利な病院を想定している旨の説明を行った。

万代常任理事は、社会保障国民会議のシナリオB3は理想で、医療の効率化による医療費の削減という意味ではよいが、それぞれの地域に着目して見ると、そういう切り分けでは絶対うまくいかないし、閉鎖された地域ではそこですべて完結するような病院を1つつくらないと医療が回っていかないことが、中医協もわかってきている、と述べた。

小川常任理事は、厚生労働省は地域によっては病棟ごとに、この病棟は急性期、この病棟は亜急性期といった、混合の病棟を想定しており、あり得ると思うと述べた。

福井支部長は、機能的には、同じ病院の中に急性期病床とか亜急性期病床とか、あるいは療養病床とか医療介護福祉施設とか、当然あってしかる



べきだし、そうでないとやっていけない地域がある。ただ、なぜ地域密着の一般急性期病床が突然消えてなくなったのかわからない。7対1や10対1というのは一般病床の数字で、DPCの病院と亜急性を持たざるを得ない病院では亜急性期病棟も7対1で判断することになる。亜急性の病棟をつくる方向に誘導しながら7対1を使うということんでもないことをやっている」と述べた。

堺会長は、医療提供が困難と考えられる地域の例として、二次医療圏の病床数が少ない地域が挙げられているので、もともとそういう考えがあったのかもしれないと述べた。

末永副会長は、曖昧な分け方だった病床が高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期という形になったが、そこに串刺しさせるような形で地域に密着した病床での対応というのは、そういうものが決まってしまったから、厚生労働省は地域一般病床としての役割をこういう形にしたのではないかと想像する。地域に密着した病床についてはかなり縛りがあり、高度急性期から亜急性期までできるはずがないが、そのような病床に限定しながら地域一般病床として24万床となっている。何がしかの保険診療でプラスをとれるような形にして、要件を付してとらせないというやり方になってくるのではないかと見ていると述べた。

福井支部長は、現在、長崎では、4つの公立病院がそれぞれ独自の方向性を打ち出して高度急性期を目指しているが、9日とか10日という平均在

院日数で出したときに、これを受け取る病院が全くない。4つの公立病院で、もう既に一般病床1,000床ほど余分で、これから出てきた病床をだれが受け取るのかについては、現在、何の案もない。公立病院の今後5年間での動きを待っている状況だと述べた。

## 2. 平成24年度改定に向けたDPC制度について

時間の都合上、割愛した。

## 3. その他

### (1) TPPについて

土井常任理事は、TPPについての日病の立場を質問した。

梶原副会長は、TPPに関して厚労省は、収益事業をやる株式会社は認めない、配当はさせない、民間の経営者がお金を貸して直接取引があるような医療法人は役員に入れさせないというスタンスである。民主党の国会議員も、TPPに入っても医療に関しては日本は一切拒否すると断言している、と述べた。

堺会長は、原則的には国民皆保険を堅持して、営利企業が入らないというスタンスでいきたいと思っていると述べた。

以上で閉会となった。

(日本病院会事務局 総務課)



## 日本病院会の主な事業活動

**学会運営**：日本病院学会，日本診療情報管理学会

**委員会活動**：政策提言や人材の育成，調査の分析，広報活動を円滑に行うための委員会を組織しています。平成22年度は25委員会で活動をしています。

**人材育成**：臨床研修指導医，医療安全管理者，感染制御講習会修了者（ICS），診療情報管理士，病院経営管理士，DPCコース修了者，医師事務作業補助者など幅広い人材を育成しています。

**国際活動**：国際病院連盟（IHF）理事国，アジア病院連盟（AHF）理事国，WHO支援

**要望・提言**：民主党，自民党，公明党，厚生労働省等へ，税制改正や診療報酬，新型インフルエンザ対策などに関し5要望・提言をしました。（平成21年度実施）

**セミナー等**：病院長・幹部職員セミナー（東京），病院診療の質向上を考えるセミナー（東京），感染制御講習会（東京），医療安全管理者養成講習会（東京），臨床研修指導医養成講習会（東京）

**調査活動**：中小病院（200床未満）に関する調査，医師の業務負担軽減に係わる調査，平成20年度病院経営分析調査，平成21年病院運営実態分析調査などを実施しました。（平成21年度実施の調査）

**厚生労働省・各種団体への委員派遣**：

厚生労働省の審議会・検討会，消防庁，日本医師会，日本医療機能評価機構等へ派遣をしています。

**病院団体連携**：日本病院団体協議会，四病院団体協議会

**その他の活動**：国際モダンホスピタルショウ

日病会発第195号  
平成23年12月12日

理事長 様  
病院長 様  
事務長 様

社団法人 日本病院会  
会長 堺 常雄  
病院経営の質推進委員会  
委員長 宮崎 瑞穂  
病院経営管理者協議会  
会長 永易 卓

平成23年度 第2回  
**病院経営管理研修会のご案内**

— 2012年診療報酬改定の方向性と今から備える対応策 —

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃は、本会諸事業につきまして、格別のご理解とご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、日本病院会 病院経営の質推進委員会および病院経営管理者協議会では、時機にあった話題を中心に病院経営をテーマとした研修会を共催しております。

少子高齢化、長引く経済不況を背景に医療費財源もとりわけ厳しい情勢下にある中で、2025年を目標として、社会保障、診療報酬・介護報酬のあり方が示されました。

そのスタートとなる2012年の同時改定では、医療と介護の統合的な議論を踏まえ、従来からの入院医療の機能分化、外来医療の役割分担、在宅医療の充実という医療提供体制のあり方に更なる進化・改善が求められています。この流れを的確につかみ、各地域における自院の役割を踏まえた病院経営を考えるひとつの機会として、診療報酬改定を目前に病院各部門が何を考え、備えていくべきかを、病院経営に携わっている多くの方々と共に考える研修会を企画致しました。

病院の形態・規模に係わらず、多くのご参加をお待ちしております。また、関係者のご派遣につきまして格段のご高配を賜りたくお願い致します。

敬具

## 【 開 催 内 容 】

1. 主 催 社団法人日本病院会 病院経営の質推進委員会・病院経営管理者協議会
2. 日 時 平成24年2月10日(金) 13:00～17:30
3. 会 場 ベルサール新宿グランド コンファレンスセンター5階「Room ABCD」(後掲地図ご参照)  
住所:東京都新宿区西新宿8-17-1 住友不動産新宿グランドタワー  
電話:03-3362-4792
4. 参加対象 病院経営管理者、病院幹部職員、病院経営に興味のある方
5. 申込方法 参加申込書を下記事務局まで郵送またはFAXにてお申しください。  
〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3 社団法人日本病院会 病院経営管理研修会 宛  
TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282  
※申込書到着後、連絡者宛に確認FAX・振込みのご案内をお送りいたしますので、必ず内容に従い、平成24年1月27日までにお振込みください。お振込みをもって申し込み完了となります。\*領収書は発行いたしませんのでご承知ください。
6. 定 員 280名(先着順とさせていただきますので、予めご了承ください)
7. 参加費 \*当日配付予定の資料代を含みます。  
1) 日本病院会会員 及び 病院経営管理者協議会会員 1名 8,000円  
2) 上記会員以外 1名 12,000円  
※日本病院会会員については[http://www.hospital.or.jp/shibu\\_kaiin/member.html](http://www.hospital.or.jp/shibu_kaiin/member.html)でご確認頂けます。  
※ 納入後の参加費の返金はいたしませんのでご了承ください。  
(研修会終了後資料の発送をもってかえさせていただきます)

### 【会場案内図】



- 「西新宿」1番出口徒歩3分(丸ノ内線) ● 「都庁前駅」E4出口徒歩7分(大江戸線) ● 「新宿西口駅」D4出口徒歩11分(大江戸線) ● 「新宿駅」西口徒歩15分(JR線・丸ノ内線・小田急線・京王線・新宿線・大江戸線)

.....プログラム (敬称略).....

受付:12:30-13:00

進行:病院経営管理者協議会 副会長 中山和則、理事 池田隆一

13:00-13:10 開会挨拶:

社団法人日本病院会 会長 塚 常雄  
病院経営の質推進委員会 委員長 宮崎 瑞穂

13:10-14:40 基調講演:「平成24年度診療報酬改定の方向性と病院経営」

講師:社団法人日本病院会 副会長  
相澤病院 理事長・院長 相澤 孝夫

日本の社会保障、医療の提供体制、あらゆる面において転換期に来ていることは周知のとおりと思われます。このような状況のなか、診療報酬改定は病院経営に直結する問題ではありますが、目の前の問題だけにとらわれず、先を見据えた運営を考えるためにも、厚生労働省社会保障審議会医療部会委員の相澤孝夫先生に今後の社会保障の方向性と、平成24年度改定の骨格についてその現状をご教授いただき、新たな時代の病院経営を考える一助になればと願ってご講演をお願いいたしました。

／座長:社団法人日本病院会 副会長 末永 裕之

14:40-14:50 休憩

14:50-15:50 講演:「平成24年度改定における収益向上へのヒント」

講師:株式会社 医療情報科学研究所 代表取締役 長面川 さより

医療機関の主な収入源は、保険診療により得られる診療報酬から成り立っています。医療制度改革が進む中で、診療報酬制度も絶えず変化しています。その中で、各医療機関が正しい診療報酬請求をすべく、最新の情報と、個々の対応等について具体的に講演頂きます。診療報酬改定を目前に控えて、机上の話だけにはとどまらない、現場での活きた情報を織り交ぜ充実した講演をいただきます。

／座長:病院経営の質推進委員会 委員 永易 卓

15:50-17:30 事例講演:「今から備える各部門の対応策」

／座長:病院経営の質推進委員会 副委員長 佐合 茂樹

依然として医療従事者の確保が厳しく、労働環境の改善も求められている中、この度の改定では、病院機能分化、急性期医療から在宅医療までの連携体制の強化、更なる在院日数の短縮など各医療従事者には一層の負荷がかかることが予想され、病院各部門が総力をあげて、協力・連携をとって運営管理にあたらなければならないでしょう。今改定を見据えて今から備えていくべき課題と対応について、各部門の管理者に事例を交えてご教授いただきます。

(1)急性期病院の看護部門の取組み

講師:筑波メディカルセンター病院 副院長・看護部長 山下 美智子

(2)リハビリテーション病院の取組み

講師:近森リハビリテーション病院 事務長 内田 陽子

(3)中小一般病院の薬剤部門の取組み

講師:KKR高松病院 薬局長 眞鍋 伸次

17:30 閉会

病院経営管理者協議会 会長 永易 卓

※講演順、講師等は都合により変更になることがありますので、あらかじめご承知お願います。

FAX : 03 - 3265 - 1282

※ご記入いただきました個人情報は、以下の利用目的に限り使用いたします。

研修会名簿の作成（研修会資料への掲載含む）、書類の発送、研修会ご案内、お問合せ・ご相談への  
 応答、その他附帯する事業の提供、会の充実・改善のための調査・研究（アンケートの送付など）

■貴施設FAX番号:			
■連絡先:	病院	部 or 課	様

※参加登録・名簿作成のため読みやすい字でご記入ください。平成 年 月 日

病院名			都道府県名	
所在地	〒	—		
電話			代表者 eメール	
職名・役職名		氏 名(ふりがな)		

- ・このページを郵送またはFAXにてお送りください。
- ・この申込書到着後、上記ご指定の貴施設FAX番号あてに受付確認FAX（この用紙）・振込みのご案内をお送りいたしますので必ずご確認ください。万一FAXが届かない場合はお手数ですがご連絡願います。

<p>【事務局記入欄】</p> <p><input type="checkbox"/> 参加申込承りました。（受理日：平成 年 月 日）</p> <p>参加番号 : No. _____</p>	<p>参加費振込みの際、先頭に必ず記入してください</p>
--	-------------------------------

会 員 各 位

社団法人 日本病院会  
会 長 塚 常



## 平成 23 年度第 4 回「臨床研修指導医養成講習会」開催のご案内

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

平素は、本会事業活動につきまして、ご理解・ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、医療の質の保証は我々医療人に課せられた大きな課題です。これから国民の健康、医療を担っていく医師の卒後臨床研修は大変重要なことと認識しなければなりません。

卒後臨床研修は、国民が将来にわたって質の高い医療を受けることが可能であるために必要不可欠なプロセスです。日本病院会はこのような卒後臨床研修が十分に行われるよう、組織を挙げて支援することで合意し、平成 15 年（平成 15 年～18 年は四病院団体協議会）より「臨床研修指導者養成課程講習会」を企画し開催してまいりましたが、平成 19 年度からは日本病院会が主催「臨床研修指導医養成講習会」して開催しております。

先生方におかれましてはご繁忙中のことと推察いたしますが、関係者のご派遣につき格段のご高配を賜り、多数ご参加くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 主 催 社団法人 日本病院会
2. 開催日時 平成 24 年 3 月 9 日（金） 13:00 ～ 18:30（情報交換会 18:30～20:30）  
10 日（土） 8:50 ～ 18:00  
11 日（日） 8:50 ～ 13:30
3. 会 場 日本病院会 会議室  
東京都千代田区一番町 13-3 5 階 ※別途地図参照
4. 参加費 50,000 円（講習会）  
5,000 円（情報交換会：希望者のみ）  
※参加決定者にのみ振込先を通知いたします。

5. 定 員 50名（申込多数の場合は抽選となります）  
※参加決定された方がキャンセルされる場合は早めに連絡をお願いします。
6. 申込方法 申込用紙に必要事項をご記入の上、ファクスにてご送信ください。  
**FAX 03-3238-6789**  
※送り状は添付せず、申込用紙のみ送信願います。
7. 締 切 日 平成24年1月20日（金）
8. 参加決定通知 締切後約1週間以内に可否をFAXでご通知いたします。
9. 参加取消 事務手続き上、参加費は返金いたしませんのでご注意ください。
10. 修了証書 本コースを修了した参加者に対して「修了証書」を交付いたします。  
「修了証書」は、日本病院会及び厚生労働省医政局長の連名の証書を交付します。
11. 連 絡 先 日本病院会 臨床研修指導医養成講習会 事務局 担当：富岡  
電話 03-3265-0077 Email: rinkin@hospital.or.jp
12. その他
- ・ご宿泊については各自ご手配願います。
  - ・プログラム・講師などが変更となることがあります。
  - ・ワークショップのグループ分けは、臨床研修責任者/指導者の別、専門科、事前アンケートのご回答などを参考に行います。
- なお、人数の関係からご希望にそえない場合もあることをあらかじめご了承ください。

## 「臨床研修指導医養成講習会」開催概要

### 1 趣旨及び目的

新医師臨床研修制度の発足に伴い、現在臨床研修指定病院ではない病院が積極的に全人的医療を担う医師の養成を担う姿勢が見られます。これら病院と従来からの臨床研修病院の多くが、日本病院会の会員であり、卒後臨床研修に果たす日本病院会の役割はますます大きくなっていくものと思われま

す。そこで、日本病院会は、卒後臨床研修が十分に行われるよう組織を挙げて支援することで合意し、各病院で指導を担当する研修責任者、指導者の養成を行うことを目的に、「臨床研修指導医養成講習会」を企画しました。

### 2 「講習会」の形式、期間及び対象・目標等

講習会名	臨床研修指導医養成講習会
研修形式	主としてワークショップ
研修期間	3日間
対象・目標	<p>臨床研修責任者（各診療科で臨床研修を統括する者）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・診療部長・科長クラス。カリキュラムの作成、研修プログラムの具体的運営、及び研修医と指導者の評価ができる能力開発を目指す。</li></ul> <p>臨床研修指導者（各診療科で実際に研修医を指導する者）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・各科中堅医師クラス。各診療場面での適切な指導法、効果的なフィードバックの与え方ができる能力開発を目指す。</li></ul> <p>なお、当講習会では、カリキュラムの作成、研修プログラムの具体的運営、研修医と指導医の評価、各診療場面での適切な指導法、効果的なフィードバック法、各種教育セッションの実施法など、臨床研修責任者・指導者にとって必要な事項について理論だけでなく実際の方法を学んでいただきます。講義以外に小グループによるワークショップ、その他多彩な形式を組み合わせを行います。学習効果を上げるためには受講者ひとりひとりの積極的な参加が必須です。</p>
修了証書 交 付	本コースを修了した参加者に対して「修了証書」を交付する。 「修了証書」は、日本病院会及び厚生労働省医政局長の連名を予定。

(社) 日本病院会主催  
平成 23 年度 第 4 回 臨床研修指導医養成講習会プログラム(案)

第 1 日目・平成 24 年 3 月 9 日 (金) 13:00~18:30

時 間	プ ロ グ ラ ム 内 容 (案)
13:00~13:10	コース・ガイダンス 日本病院会 副会長 未永裕之
13:10~14:10	教育講演 1 「臨床教育の新しいパラダイム」 講 師：福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座 教授 葛西龍樹 座 長：未永裕之
14:10~14:20	休憩 (10 分)
14:20~15:40	特別講演 1 「医師の教育にのぞむこと：市民からのメッセージ」 講 師：NPO ささえあい医療人権センター COML 事務局長 山口育子 座 長：葛西龍樹
15:40~15:50	休憩 (10 分)
15:50~16:50	教育講演 2 「初期研修で EBM はこう教える」 講 師：武蔵国分寺公園クリニック 院長 名郷直樹 座 長：葛西龍樹
16:50~17:00	休憩 (10 分)
17:00~18:30	教育講演 3 「初期研修で救急医療はこう教える」 講 師：福井大学医学部 地域医療推進講座 教授 寺澤秀一 座 長：葛西龍樹
18:30~20:30	情報交換会 (希望者のみ)

※カリキュラムの時間及び講師等は都合により変更になることがありますので、予めご承知おき願います。

第2日目・平成24年3月10日(土) 8:50~18:00

時 間	プ ロ グ ラ ム 内 容 (案)
8:50~ 9:00	コース・ガイダンス
9:00~10:00	教育講演4 「初期研修で地域医療はこう教える」 講 師：揖斐郡北西部地域医療センター センター長 吉村 学 座 長：葛西龍樹
10:00~10:10	休憩 (10分)
10:10~11:40 2グループに分けて 並列で実施	ワークショップ1 1A 「研修医評価」 チーフ：吉村 学 1B 「臨床研修のカリキュラムを考える」 チーフ：聖隷浜松病院研修センター センター長 清水貴子
11:40~12:20	休憩 (昼食は各自で手配してください)
12:20~13:50 2グループに分けて 並列で実施	ワークショップ1' 1A' 「研修医評価」 チーフ：吉村 学 1B' 「臨床研修のカリキュラムを考える」 チーフ：清水貴子
13:50~14:00	休憩 (10分)
14:00~15:30	特別講演2 「新医師臨床研修制度 ~ 最近の動向 ~ 」 講 師：国立国際医療研究センター 医療教育部副部長 村岡 亮 座 長：清水貴子
15:30~15:40	休憩 (10分)
15:40~18:00 2グループに分けて 並列で実施 (選択制)	ワークショップ2 2A 「初期研修で外科はこう教える」 チーフ：福島県立医科大学医学部 臓器再生外科学講座 講師 土屋貴男 2B 「初期研修で内科はこう教える」 チーフ：トヨタ記念病院 統合診療部 部長 岩瀬三紀 チーフ：トヨタ記念病院 統合診療部 医長 西川佳友

※カリキュラムの時間及び講師等は都合により変更になることがありますので、予めご承知おき願います。

第3日目・平成24年3月11日(日) 8:50~13:30

時 間	プ ロ グ ラ ム 内 容 (案)
8:50~ 9:00	コース・ガイダンス
9:00~10:20 2グループに分けて 並列で実施	ワークショップ3 3A 「コミュニケーション教育法」 チーフ：奈義ファミリークリニック 所長 松下 明  3B 「医療安全をどうおしえるか」  チーフ：検討中
10:20~10:30	休憩 (10分)
10:30~11:50 2グループに分けて 並列で実施	ワークショップ3' 3A' 「コミュニケーション教育法」 チーフ： 松下 明  3B' 「医療安全をどうおしえるか」 チーフ： 検討中
11:50~12:00	休憩 (10分)
12:00~13:10	模擬トレーニング「第三者による研修病院シュミレーション評価とレクチャー」  コーディネータ：NPO法人卒後臨床研修評価機構 専務理事 岩崎 榮 サブコーディネータ：清水貴子
13:10~13:20	まとめ・評価とフィードバック
13:20~13:30	閉会式、閉会挨拶 日本病院会 臨床研修委員会 委員長 岡留健一郎

※カリキュラムの時間及び講師等は都合により変更になることがありますので、予めご承知おき願います。

## <交通のご案内>



### 東京メトロ半蔵門線『半蔵門駅』：

5番出口を左に出るとすぐの交差点を左折、約80m先徒歩約1分です。

### 東京メトロ有楽町線『麹町駅』：

3番出口より出たら右方向へ、約50メートル坂を下り薬屋さんの角を右折、徒歩約5分かかります。

### JR、東京メトロ丸の内線『四谷駅』：

新宿通りを麹町方面へ5分、麹町四交差点を左折し約50m、薬屋さんの角を右折し徒歩4分、全部で徒歩約10分かかります。

※コンビニエンスストア（ファミリーマート）が入ったビルの5階会議室が会場です。

※連絡先：社団法人 日本病院会

東京都千代田区一番町13-3 ラウンドクロス一番町ビル 2階

電話 03-3265-0077



FAX 送信先 03-3238-6789

お申し込み日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

※送り状は不要です。

## 平成23年度 第4回臨床研修指導医養成講習会 参加申込書

記入欄すべての項目にもれなくご記入のうえ、FAXで上記送信先へお送りください。

※読み取りやすい楷書体でご記入ください。略字・簡易文字を記入すると受付が出来ない場合があります。

1. 申込締切日以降、速やかに参加の可否をFAXにてお知らせいたします。
2. 参加決定者の方には、参加費お振込の銀行振込のご案内を記載した「参加受諾書」もあわせてFAXいたします。

### ▼参加者名

フリガナ 姓：	フリガナ 名：	生年月日：(西暦でご記入ください) 年 月 日	性別： ○男性 ○女性
医師免許取得年月日：(西暦でご記入ください) 年 月 日		専攻(学)科名： 例 内科(循環器科) 科 ( 科)	臨床経験年数： 年
指導医講習会受講経験：(有りの場合、右欄も記入) ○ 有り ○ 無し		(有りの場合) 受講経験のある講習会名をご記入ください	

### ▼情報交換会出席確認 (該当項目の'○'を'●'に塗りつぶしてください。出席の場合は参加費5,000円がかかります)

情報交換会へは出席されますか？ : →	<input type="radio"/> 出席する	<input type="radio"/> 欠席する
---------------------	----------------------------	----------------------------

### ▼参加者所属施設情報

フリガナ 施設名：	法人名などは詳細に記載してください。 例：□□法人 ○○会 ◇◇病院		
所在地： 〒		都 道 府 県	病床数： 床
会員種別： ○日本病院会会員です ○非会員です。	参加者の所属部課：	参加者の役職名：	

※日本病院会の会員施設については <http://www.hospital.or.jp/member.html> で一覧をご確認いただけます

### ▼事務担当者名 (参加の可否について連絡をいたしますので、必ず事務連絡ができる担当者の連絡先をご記入ください)

フリガナ 姓：	フリガナ 名：	事務担当者の所属部課・役職名：	
連絡先電話番号 (申込内容等の確認等でご連絡させていただきます)		連絡先 FAX 番号 (参加の可否を受信するFAX番号をご記入ください)	
ハイフン (-) 不要です		ハイフン (-) 不要です	

※お申し込みにあたっては、下記「個人情報保護の取り扱いについて」をご確認ください。お申し込みをいただいた時点でご同意いただけただけのものとなして手続きを進めさせていただきます。あらかじめご了承ください。

#### 【個人情報保護の取り扱いについて】

日本病院会では、申込者の個人情報の取扱いには万全の体制で取り組んでおります。ご記入いただいた個人情報の開示・訂正・利用停止につきましても「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めております。

(第1号様式)

## 社団法人 日本病院会 正会員入会申込書

社団法人日本病院会長 殿

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

入会承認の上は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

平成 年 月 日

〒

所在地

---

病院名

---

会員名 { 病院長又は医師  
である開設者等 } 役職名

---

印

申込取扱者氏名	印
職 名	
電 話	内線

平成 年 月 日

社団法人 日本病院会 会長 殿

住 所 〒  
会 員 名 会社・団体  
又は個人名



### 社団法人 日本病院会 賛助会員入会申込書

貴会の趣旨に賛同し賛助会員の A . B . C . D 会員として入会します。  
(該当する種類に丸印を付して下さい)

会 社 ・ 団 体 又 は 個 人 名	
代 表 者 名	(役職)
業 種	
住 所 電 話 番 号	〒
担 当 者 所 属 部 課 名 氏 名	
会 費 納 入 方 法	1. 郵便振替      2. 銀行振込
紹 介 者	

## 本誌へのご寄稿のお願い

『日本病院会雑誌』では、親しみやすい誌面づくりに努めておりますが、その一環として、趣味に関する原稿、あるいは旅行記、エッセイ、俳句、短歌など、ほっとする内容の記事の掲載を企画しており、会員の皆さまのご応募をお待ちしています。

かつて「黄色いページ」として親しまれていましたページと同様とお考えいただければと思います。

**原稿**：字数の制限はありません。写真の掲載も可能です。

**募集期日**：随時受け付けています。

**謝礼**：掲載誌及び別刷り 30 部を贈呈し、謝礼とさせていただきます。

### ◆送り先・問い合わせ先

『日本病院会雑誌』 編集代行：植松 文子  
〒160-0015 東京都新宿区大京町 31 番地 御苑住宅 1 階 (有)木耀社  
電話 03-6666-4001 FAX 03-6666-4002  
(e-mail : uematsu@mokuyosha.jp)

## 日本病院会雑誌

第 59 巻第 1 号 2012 年 1 月 1 日発行 (毎月 1 日発行)

頒価 1,200 円 (会員の購読料は会費の中に含まれます)

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町 13-3

電話：03-3265-0077 (代) FAX：03-3230-2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 堺 常雄

編集人 原 義人

編集協力 (株)美和企画 (東京都渋谷区南平台町 12-6 電話：03-3496-6751(代))

(有)木耀社 (東京都新宿区大京町 31)

印刷・製本 日本平版印刷(株) (東京都文京区小石川 4-3-6)

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。