

日本病院会雑誌 病院学 2005年1月号

目次

巻頭言：医療は誰のためにあるか	山本 修三	3
グラフ：富士山と県立静岡がんセンター		4
日本病院会役員あいさつ		6
岐阜県厚生連 東濃厚生病院		8
〔第54回 日本病院学会〕		
市民公開講座「人生80年時代を生きる」	日野原 重明	16
シンポジウム「医療提供体制の変化は看護をどう変えるか」	(座長) 森田 孝子	30
(1)在院日数短縮に向けての看護部門の取り組み	江原 正恭	31
(2)ボランティアから見た医療サービスの変遷	椎野 恵子	38
(3)クリエイティブな看護管理	坂本 すが	44
(4)患者さん中心の医療・看護に向けて	瀬戸山 元一	50
(5)討論		55
〔平成16年度 病院長・幹部職員セミナー〕		
シンポジウム「良い医師をどう育てるか」	(座長) 村上 信乃	64
(1)新研修制度がスタートして	堺 常雄	65
(2)臨床研修の質の評価と改善を目指す	箕輪 良行	72
(3)これからの専門医育成は、どうあるべきか	門田 守人	81
(4)医師の生涯教育	橋本 信也	87
(5)医師のQOL	真野 俊樹	94
(6)討論		102
〔国際モダンホスピタルショウ2004・カンファレンス〕		
ITフォーラム「医療における個人情報保護とセキュリティ」	山本 隆一	106
トピック「県立病院における経営健全化とBSC活動の展開」	山本 浩和	126
病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報」巻頭言	山本 展夫	148
〔一番町だより〕平成16年度第7回常任理事会 議事抄録(平成16年10月23日)		149
〔お知らせ〕感染症対策委員会からのお知らせ		161
『JAPAN HOSPITALS 2004』発刊、05年原稿を募集中		162

お知らせ 『日本病院会雑誌』表紙リニューアルについて 今号から表紙デザインを変更いたしました。従来のシンボルカラーの緑を引き継ぎ、ヒポクラテスにゆかりのある西洋プラタナス(スズカケノキ)の葉を題材に白地面積を広げてシンプルかつ落ち着いたイメージに仕上げました。



医療は誰のためにあるか

明けましておめでとうございます。

昨年後半は混合診療解禁問題の対応に追われるなかで、12月2日、小泉首相、尾辻厚生労働大臣、星野中医協会会長あてに我々の要望書を提出いたしました。この問題については、それぞれの立場での賛否両論が乱れ飛びました。それらの議論の基になる「医療は誰のためのものか」という基本的なスタンスが、明確にされなかったのは残念です。医療はすべての国民のものという視点に立てば、自ずと国民皆保険の位置づけは明らかになります。

すなわち、市場経済原理主義に基づく自立の社会における欠陥の1つは、貧富の格差を生むことにあります。この欠陥を共助の精神と負担で補うのが社会保障であり、医療は社会保障の重要な分野であります。1961年に達成された国民皆保険制度の基本理念は、「国民に平等、公平な医療の提供」であり、この理念は40年を経過した平成15年の医療提供体制の基本方針にも記述されています。

わが国の国民皆保険制度では、医療の安

全性、有効性を確認された医療が提供されてきたという点で、当初からEBMの考え方が取り入れられてきました。ほとんどの医療をカバーしている公的保険も、一部でルールの硬直化などにより急速な医療の進歩に対応できなくなってきたことは確かです。この欠点を補完するルールとして、特定療養費制度が導入されましたが、必要な新しい医療、機器、薬剤などの早期導入については不十分で、良い医療を早く患者に適用したいという病院の医師たちの我慢は限界にきていました。このルールを見直すことで、必要な医療を公的保険制度の枠の中で、提供することができます。

官製市場・民間開放推進会議のいう混合診療は、患者の負担も多く、リスクも自分の責任で負うことになり、国民はそれを望んでいません。もし、混合診療が、特定の人の利益に結びつく仕組みになるとすれば、それは排除しなければなりません。医療に直接携わっている人は、医療はすべての国民のためのものであるというスタンスを変えることはできません。

富士山と県立静岡がんセンター

緑豊かな自然の庭園に囲まれた静岡県立静岡がんセンター。不安をかかえての入院生活で、ふと仰ぐ富士山の美しい姿は、患者さんたちにとって何よりの癒しであり、励ましとなることでしょう。雪の衣をまとった富士の素晴らしさはひとしおです。



センター南側と、その背後にそびえる富士山



患者さんの心を忘れない、ハート形の「心の池」

11階建ての入院棟と手前の外来棟
から敷地の3分の1を占める庭を
眺めることができる



噴水のある「心の池」に通じる水の流れ



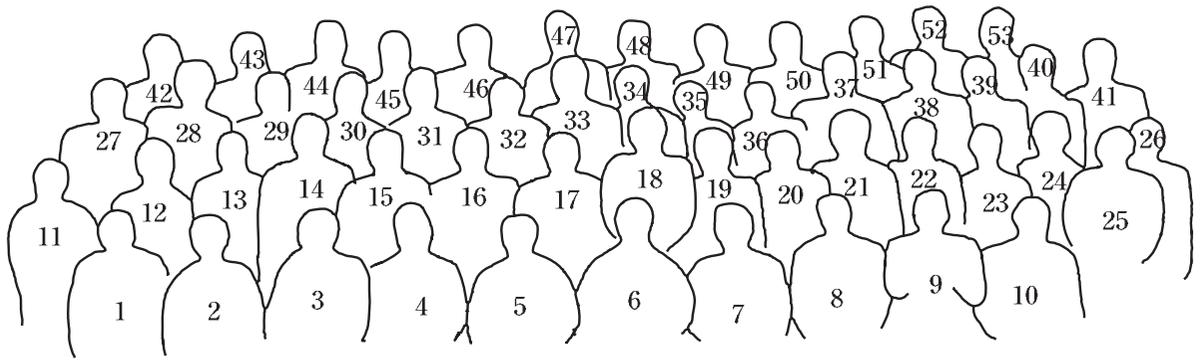
2001年の国際園芸博で金賞を受賞した
「イングリッシュガーデン」

謹賀新年



日本病院会役員（平成16年11月27日撮影）

於 日本病院会会議室



- | | | |
|-------------------|----------------|----------------|
| 1. 大道 學 顧問 | 19. 福田 浩三 常任理事 | 37. 梶原 優 常任理事 |
| 2. 中山 耕作 顧問 | 20. 小川 嘉誉 常任理事 | 38. 今泉暢登志 理事 |
| 3. 池澤 康郎 副会長 | 21. 宮崎 忠昭 理事 | 39. 中 佳一 理事 |
| 4. 武田 隆男 副会長 | 22. 石川 功 理事 | 40. 土谷晋一郎 理事 |
| 5. 山本 修三 会長 | 23. 秋山 洋 常任理事 | 41. 明石 光伸 理事 |
| 6. 大井 利夫 副会長 | 24. 中川 正久 理事 | 42. 積 惟貞 理事 |
| 7. 村上 信乃 副会長 | 25. 星 和夫 監事 | 43. 崎原 宏 理事 |
| 8. 登内 真 顧問 | 26. 岩崎 榮 参与 | 44. 真田 勝弘 理事 |
| 9. 岩井 宏方 参与 | 27. 高野 正博 理事 | 45. 赤松 春義 理事 |
| 10. 南 溢 理事 | 28. 邊見 公雄 常任理事 | 46. 宮下 正弘 理事 |
| 11. 織本 正慶 理事 | 29. 中後 勝 委員長 | 47. 中島 豊爾 理事 |
| 12. 行天 良雄 参与 | 30. 馬殿 芳郎 理事 | 48. 末永 裕之 理事 |
| 13. 大道 道大 理事 | 31. 佐藤 眞杉 常任理事 | 49. 渡部 透 常任理事 |
| 14. 齋藤 洋一 理事 | 32. 西村 昭男 理事 | 50. 細木 秀美 理事 |
| 15. 福井 順 常任理事 | 33. 樋口 紘 理事 | 51. 館田 邦彦 常任理事 |
| 16. 元原 利武 常任理事 | 34. 齊藤 壽一 常任理事 | 52. 近藤 達也 常任理事 |
| 17. 中藤 晴義 代議員会副議長 | 35. 佐藤太一郎 理事 | 53. 堺 常雄 委員長 |
| 18. 加藤 正弘 代議員会議長 | 36. 天川 孝則 常任理事 | |

岐阜県厚生連 東濃厚生病院

岐阜県（美濃）東部に位置する東濃厚生病院は、昭和13年に昭和病院として開設、戦中は名古屋大学医学部の臨床部門が一時疎開してきた、特異な歴史を有する病院です。平成15年、病棟改築竣工（第1期工事）に合わせ病院名を東濃厚生病院と改め、新たな歩みを始めました。建築にあたっては、21世紀に相応し、景観に見合った建築学的にも価値のある美しい病院、機能的にも優れた病院を目指しました。具体的には、

- ①バリアフリー、トイレの数を多くするなど高齢者に優しい療養環境。
- ②吹き抜けホールを床暖房とし、大災害時の基地とする。
- ③1周100メートルの木道を有する広い屋上庭園（リハビリ庭園）。
- ④病院機能だけではなくコミュニティの場として市民に利用していただくため、本格的なギャラリーをつくり、地域の文化向上に貢献する。

このような設立時の構想がほぼ達成でき、使いがっの
良い病院として機能しています。

女
関
前
ロ
ー
タ
リ
ー
に
あ
る
母
子
像
「いつくしみ」



東濃厚生病院の全景

2階へは外来専用
エレベーターで



吹き抜けと天窓を採用した、開放的な中央待合ホール

「患者さま中心の医療」を 目指した、やすらぎのある 空間づくり

高い天井や吹き抜け、あちこちに置かれたオブジェ、ギャラリーなど、快適さとやすらぎの空間が実現しました。ギャラリーは一般の方々にも開放しており、地域の文化向上に貢献し、コミュニティの場としても利用されています。

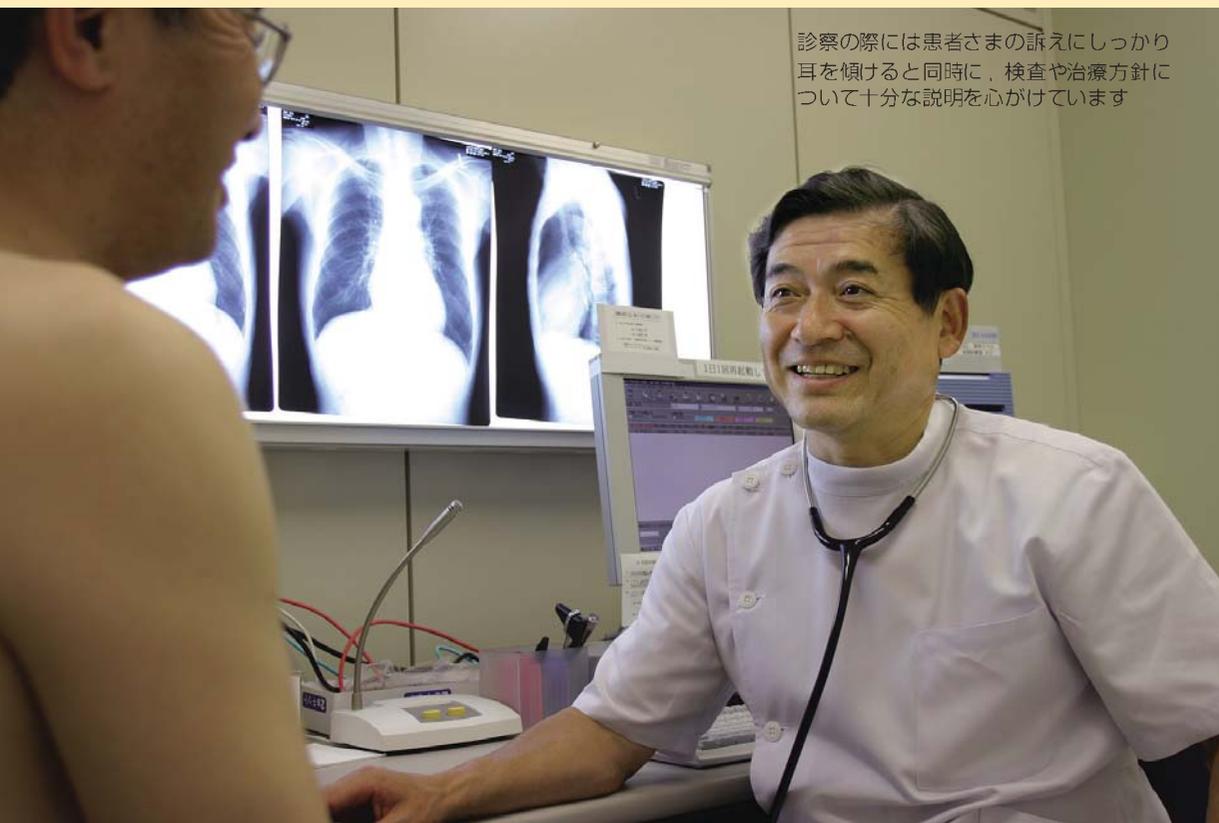


患者さま送迎バス



2階ギャラリー内には地元の芸術家の
作品が展示されている

診察の際には患者さまの訴えにしっかり耳を傾けると同時に、検査や治療方針について十分な説明を心がけています



「可能なことはすべて行う」の意志のもと、 最善の医療サービスを提供

東濃地域の中核病院として、救急医療、高度医療を提供することはもちろんのこと、あらゆる診療科で常に最善をつくし、正確な検査に基づく治療を徹底しています。また、開設以来25年と県下で最も古い歴史のある人工透析センターには、最新の血液浄化機器を備え、豊富な経験と技術をもつ優れたスタッフにより、最先端の血液浄化療法を行っています。

血液浄化センター





救急室。昼夜を問わず、いつでも受け入れ可能な体制を確保し、迅速な対応をしています



手術室



CT検査室



MRI (磁気共鳴画像診断) 検査室



病棟2階にあるミニ庭園



窓が大きく、明るい病室。ベッドから外の景色が眺められます。また、各部屋には洗面台、個室にはトイレ・シャワーが設置されています



ディールーム。患者さまが食事をしたり、くつろいだりできるコミュニケーションスペースです

L字型廊下の中心に配置されているスタッフステーション。病棟全体を見渡すことができます



ナースカンファレンス。患者さまの状態を確認し合い、スタッフ全員が均質な看護を提供できるようにしています。



患者さまとのコミュニケーションを重視、意志を尊重した看護を行っています



1,100㎡強の広さ
の屋上庭園

充実の 入院アメニティ

快適な入院生活がおくれるよう、ゆとりのある医療空間を確保し、景観を取り入れた病室配置となっています。また、臭気の発生を抑えるために酸素クラスターイオンなどを利用した脱臭設備を設置、緑と花々に彩られた屋上庭園など、癒しの場として最適な環境となっています。

院内フロー図

6F 病棟 601号室～632号室
デイルーム、スタッフステーション、介護浴室

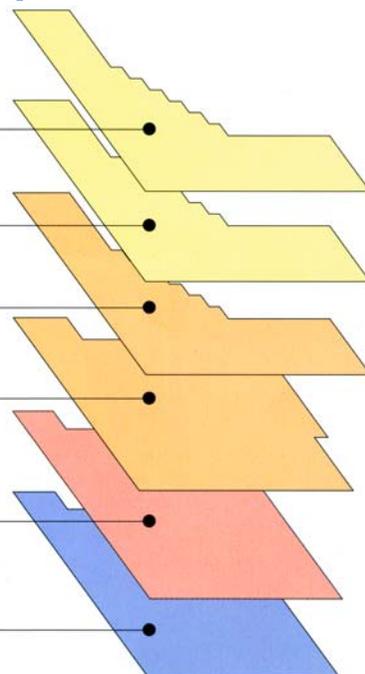
5F 病室 501号室～536号室
デイルーム、スタッフステーション

4F 病棟 401号室～437号室
プレイルーム、デイルーム、スタッフステーション

3F 病棟 301号室～337号室
デイルーム、スタッフステーション、屋上庭園

神経内科、脳神経外科、産婦人科、眼科、皮膚科、泌尿器科、
中央手術室、栄養相談室、
2F 病棟 201号室～232号室
デイルーム、スタッフステーション、分娩室、新生児室、
ギャラリー

内科、小児科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、検査科、
1F 放射線科、内視鏡室、リハビリテーション科、中央処置室、
救急室、防災センター、薬局、総合案内、医事課受付、
会計、売店、レストラン、自販機コーナー、ATM



東濃厚生病院

理 念

歩みいる者にやすらぎを

去り行く人に幸せを

私たちは地域の皆さまに愛され、親しまれ、そして信頼される病院を目指します。

行動目標

1. 私たちは日々研鑽に励み、患者さんの立場に立った質の高い医療の提供に努めます。
2. 全職員が患者さんの窓口となり、真心と笑顔で患者さんに接します。
3. 患者さんの言葉を最後まで聴き、患者さんが理解できるよう分かりやすい言葉で説明します。

私たちは患者さんの権利を尊重します

患者さんの権利

1. 人間としての尊厳はいかなる時も守られます。
2. 公正で適切な医療を受けることができます。
3. 十分な説明を受け、自ら治療を選択することができます。
4. 個人の秘密は十分に守られます。
5. 所定の手続きにより診療録の開示を求めることができます。

患者さんの責務

患者さんは病気のことをよく知る努力、そして私達医療従事者と協力して病気を治していく努力が求められます。

病院の概要

- **開 設 者** 岐阜県厚生農業協同組合連合会 代表理事会長 上松 忍
- **病 院 名** 東濃厚生病院（平成15年7月 昭和病院を名称変更）
- **病 院 長** 山瀬裕彦
- **所 在 地** 岐阜県瑞浪市土岐町76番地1 電話 0572-68-4111
- **開 院 日** 昭和13年5月23日
- **建 築 概 要** 工事名称：昭和病院改築整備工事
工事期間：第1期—平成13年12月4日～平成15年6月30日
工事期間：第2期—平成15年7月1日～平成16年5月31日
建物構造：第1期—鉄骨・鉄筋コンクリート造 7階建・塔屋1階付
建物構造：第2期—鉄骨造 2階建
- **敷 地 面 積** 16,623.78㎡ (5,028.69坪)
- **建 築 面 積** 7,026.73㎡ (2,125.59坪)
- **延 床 面 積** 18,863.32㎡ (5,706.15坪) —健康管理センターを除く—
- **駐 車 台 数** 239台（第1駐車場38台，第2駐車場48台，立体駐車場153台）
- **病 床 数** 270床（個室94室—個室率34.81%）
- **職 員 数** 平成16年7月現在—医師26名，薬剤師11名，臨床検査技師13名，臨床検査士1名，診療放射線技師9名，臨床工学士2名，理学療法士5名，作業療法士1名，理療師2名，視能訓練士2名，保健師3名，助産師1名，看護師149名，准看護師25名，看護補助員12名（備員含む），管理栄養士1名，栄養士2名，事務員32名（備員含む），技術員8名（電・運・調・保）計305名（非常勤嘱託員，委託員除く）
- **診 療 科 目** 内科，神経内科，脳神経外科，外科，整形外科，小児科，産婦人科，泌尿器科，皮膚科，耳鼻咽喉科，眼科，放射線科，リハビリテーション科，麻酔科

市民公開講座

人生80年時代を生きる

聖路加国際病院 理事長・名誉院長 日野原 重明

座長 本学会も大詰めを迎えました。野球で言えば9回裏にホームランバッターを迎えるといったような心情でございます。講師に迎えます日野原先生は、わが国のお医者さんのなかでも第一人者と言ってもいいような感じでございます。「新老人」という新しい名称もお考えになりました。略歴などはお話するまでもございませぬが、簡単に申しあげます。明治44年に山口県にお生まれになりました。昭和12年、京都大学医学部卒業。昭和26年には米国エモリー大学に留学されています。現職として、財団法人ライフ・プランニング・センター理事長、聖路加国際病院理事長・名誉院長、聖路加看護大学名誉学長、日本医学教育学会名誉会長。経歴としては、文部省、厚生省などの要職も務められました。昭和57年、日本医師会最高優功賞。平成4年には第8回東京都文化賞、平成5年、勲二等瑞宝章を受けられて、平成10年には東京都名誉都民。同じく平成10年にハーバード大学客員教授。平成11年には文部省から文化功労者。専門領域は内科学・循環器でございます。著書は主だったものが数十冊以上、皆さんもお読みになった本があると思いますが、『死をどう生きたか』『豊かに老いを生きる』等々、我々が大変関心を持っているテーマの著書もたくさんございます。簡単にご紹介申し上げました。それでは、日野原重明先生、ご登壇願いたいと思います。

座長：社団法人神奈川県病院協会 副会長

渡邊 史朗

日野原 この学会の最後に公開講演会ということで、学会長から依頼をされました。そしてたゞいま、私の経歴を座長から詳しく述べていただいたのですが、生き延びてしまったためにいろいろな賞をいただいて、もし早く死んでしまったらそんなものはなかったわけで、野球で言えばだいたい13回くらいの延長戦をやっているのではないかと思います。最後に私に来るのは、どうやって上手に自分の人生の死を迎えるかということです。その実例を皆さんに見ていただくときがいつ来るかは、私にも皆さんにも分からないわけでございます。今日、病院というものが日本の社会に、また日本の国民にどのような良い働きをするか、そのための病院の機能はどうあるのがよいかを探求・議論するべく学会が昨日から開催されています。しかしながらいちばん大切なのは、病院が良くなることよりも先に、私たち国民の1人ひとりが生活の仕方や生き方を変えなければならないということです。これがなければ、いくら病院に期待をしても効果は上がらないという意味で、私はこの日本病院学会の最後に、私たちの生き方はどうすれば進歩するか、病院の活動に上手にミートするかということを、受診する患者の側から考えてみたいと思います。

人生80年時代の喫緊の諸課題

先ほどのシンポジウム（編集部注：「病院機能の選択と診療報酬改定の評価」）でも、多くの問題点と診療報酬の議論がされましたが、いちばん大きな問題は診療報酬には患者や家族と対話する時間のデータが入っていないということで、これは致

命的なことです。主治医が患者さんや家族と話し合う時間が本当に必須のものとして評価されれば、多くの問題は解決するわけです。おそらく検査も3分の1くらいで済むでしょう。そして1カ所でもらったデータの精度管理が良い病院であればどこに行っても、日本だけでなく外国の病院でも通じるわけですから、そうしょっちゅう変わらない基礎的なデータは最初に得られたデータを活用すればいいのに、それがされないためにいかに医療費が無駄にされているか、いかに頻繁に外来に通ったり入院を繰り返したりすることが多いということです。どうすればこの外来受診回数を少なくして充実させることができるか、どういうときに本当に入院すべきかを話し合いで決めること、そしてどういう場合に介護を受けることができるかを検討することが緊急の問題であると思います。

私は、今の介護保険はこのままでいけば当然パンクし、さらに健康保険もパンクすると思います。日本は世界一の長寿国になっており、そして間もなく65歳以上人口は全人口の5分の1になろうかとしており、そのうちの約半分は75歳以上の後期高齢者であることを考えますと、それらの人が全部介護を受けることになる国は崩壊してしまう。介護を受けなくて自立する老人をつくるという努力なしでは、保険制度は完全に崩壊します。

30兆円の医療費はすぐに2倍になることがはっきり予測できることを考えると、そして人生わずか50年と言っていた半世紀前に比べて人生80年時代、82年近くになっている今日、ことに女性は85年になっているということを考えると、人生50年時代のもの考え方はすっかり捨て去ることと、病院にはどのような人を入院させるのが本当に効果的かを検討し直す必要があるということになります。

アメリカでは、治療困難な、CCUやICUなどに入院させる肺梗塞も、血液凝固の値を計りながらナースの指導のもとで在宅ケアが行われています。それを考えると日本ではあまりにも施設依存指向になっている、良い組織や設備をすればするほど、自立できる患者も入院させてしまわないと病院の



講演中の日野原重明先生

経済は立ち行かないというところにくることを真っ先に指摘しながら、日本の将来像、というよりすでに世界一の老人国である日本をどうすればいいか、ということからお話しさせていただきたいと思います。

「老人」の再定義と国家ポリシーの樹立を

高齢化社会とは、人口の7%が65歳以上になった時点から高齢化が始まって、14%を超えると老人国家になってしまうわけですが、日本は14%どころか19%を超えております。世界一老人が多いということです。300年近く前のアイルランドの『ガリバー旅行記』のなかに、「老人国は東洋にある」というフィクションがあります。そこへ行くとすべて老人。その老人国が、東洋の日本として今日出現したことを考えますと、「老人」の考え方や「老人」を何歳以上にするかという定義も変えなくてはならないということです。

老人を65歳以上とするという定義は、今から45年前に老年病学会ができた頃に決めたことであって、その当時の日本人の平均寿命は68歳でした。ですから65でリタイアして年金をもらって、いろいろな保護をして、残り少ない余生を楽に過ごしてもらおうということで65歳と決まったのです。ところが平均寿命が82歳になっているのですから、65歳は余生ではないのです。人生における多くの

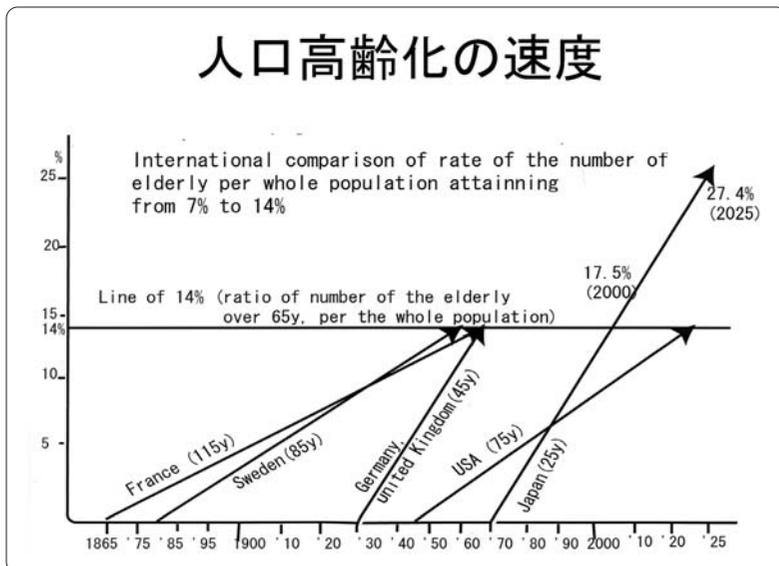
大切な時期であって、私たちは余生としての老人ではなくて、アクティブに生きる、機能している老人をつくるのにどうすればいいかということを、国民の立場から考えていきたいわけです。

今申したことを図表で示しますと、スライド1のように、日本は25年の間に7%が14%を超えた状態になっているわけですが、フランスは115年かかって7%が14%に、そしてアメリカはいまだ14%にはな

っていません。13くらいで横ばいで、あと20年経つとやっと14%まで来る状態ですから、アメリカと日本は全然違うわけです。そして日本人は高齢者が世界一多いということですから、これからの医療費がとんでもなく高騰することは避けることができない。どうすればよいでしょうか。

スライド2は、同じことを出したものです。つまり、日本は1970年から1994年の間に2倍になったわけですが、アメリカは1945年から2014年、あと10年しないとこのようにならないのです。アメリカはまだ若い国です。日本は老人が主体の国であるということで、ポリシーを変えなければならない。何でもアメリカの真似をすれば良いとい

人口高齢化の速度



スライド1

うことはまったく間違っているということを実先に皆さん認識してください。日本は24年間で高齢化が2倍になったけれども、アメリカはそうではない、まだ10年先になるということを考えながら、日本特有のポリシーを立てなければならない、ということだけを頭に入れておいてください。

次のスライド3では、65歳以上人口が約2,500万人と多いことを申しました。そのうち65~74歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者としてその数を示しましたが、前者が東京都の人口にほぼ一致しています。これが間もなく2倍になろうとしていることを考えると、とんでもないことです。そして前期高齢者、後期高齢者と呼ぶようになり、

人口高齢化の速度

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
7%	1970年	1945	1930	1930	1865	1890
14%	1994年	2014	1976	1972	1979	1975
かかった年数	24年間	69	46	42	114	85

スライド2

日本の高齢者数（平成15年10月）

65歳以上の高齢者人口	2,431万人 〔高齢化（総人口に占める割合）19.0%〕
前期高齢者 (65歳から74歳)	1,376万人
後期高齢者 (75歳以上)	1,055万人

スライド3

法的には老人という言葉はなくなっています。なぜ日本の法律からなくなったのでしょうか。「老人」というのに悪いイメージがあります。それを与えた理由としては、「老」の下に悪い付加語をつけたのです。老廃物、捨ててしまうもの。老醜、醜くなる。老臭、老人ホームへ行くと失禁の臭いがする。だから、もう老人という言葉をやめて高齢者と呼ぶのです。

高齢者というのは、年齢で差別をするものです。種族で差別することは世界でやっと脱却し、性別の差別も脱却すべきだというのはですが、日本では女性はまだまだ差別されている。アメリカでは、性別は克服していますが、今、年齢の差別を克服して、定年を設けない方向にいつているので知的職業人には定年がない。ですから医学部の教授には定年がなく、採用時にも生年月日を一切書かない。年齢が分からないんですね。結婚するのにも、言わなければ、上手にアイラインを高くすれば10歳くらいどうでもなるんですよ。日本では戸籍まで持ち出すことがあります、向こうではそうしない。そういう意味では、日本の婦人がかなり年輩であるのにアメリカの若い男性と結婚しているというのは年齢をはっきりさせていないからかもしれないというわけです。

高齢者の年代別人口と健康度

スライド4で80歳以上、90歳以上の具体的な数を出しました。90歳以上でも100万人近く、100歳以上は2万581人です。今から45年前は100歳以上は128人でした。アメリカはどうかというと、アメリカは若いと言いましたが、平均寿命が短いのは子どもの多い家族がたくさんいるためです。特に黒人とスペイン語系、カトリック系などのファミリーで、カトリックでは産児制限を原則としてしない。妊娠したらそのまま産むことがカトリックの精神にあるので、アメリカには子どもの多い家族が依然として多いけれども、日本は異常に少なくて、女性が生涯に産む子どもの数は1.29となったということです。アメリカは2.4です。東京都では1.0になっているということで、完全に

年代	総数
60～69歳	1,570万人
70～79歳	1,125万人
80～89歳	472万人
90歳以上	93万人
100歳以上	20,581人
再掲	
65歳以上	2,431万人
75歳以上	1,055万人
総人口	12,762万人

スライド4

少子化です。

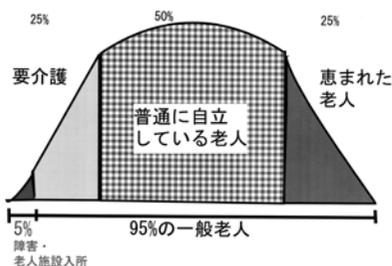
少子化だけれども100歳以上は増える。しかし残念なことに日本の100歳以上は寝たきりが3分の2なのです。アメリカでは、平均寿命は日本より5歳短いですが、100歳以上の老人の数は6万人います。人口の割合で言いますと、アメリカの人口は日本の2倍ありますから、日本で100歳以上が2万人とすると、倍の4万人というところですが、実際には6万人を超えている。あと10年先になると10万人になろうという。そしてアメリカの100歳以上は自立している人がまだまだ多いというところが非常に違います。

ですからどうしても高齢になってしまった日本としてやることは、何とか自立するような老人が増えて、介護保険の世話になる機会を少なくすることです。軽い健忘症が痴呆症と言われて、痴呆症と診断されるとケアマネジャーは必ずケアの度数を高く設定します。家族の人に「当人に聞いても分からないからお嫁さんに聞きます、あるいは息子さんに聞きます」と言う、「どうも親はボケている」ということを具体的に言う。ケアマネジャーはそれを聞くわけです。先ほど食べたことは忘れても判断をする、ものを読んだりする力は十分にあるにもかかわらずそれが痴呆ということになってしまっているのが、痴呆はどんどん増えてきて、どうしようもないようになっていきます。ですから痴呆のクライテリアを変えなくてはならない。幸いなことに、アミロイドという物質が脳に沈着して痴呆になることが分かってきました

た。アミロイドのワクチンはアメリカで注射して副作用で失敗しその実験は中止になりましたが、日本では内服ワクチンが造られて、間もなく人体実験に移ろうとするということで、遠くない将来に結果が出るでしょう。私はこの成果に非常に期待するわけでございます。

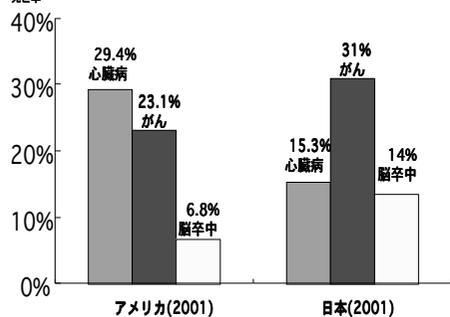
スライド5は、65歳以上の老人の健康度を示します。そのうち50%は「普通に自立している老人」であり、4分の1は私のように「恵まれた老人」です。そして25%は「要介護」、うち5%は障害で実際に特別養護老人ホームやその他の施設に入っている。この「要介護」を自立可能に持っていくことはそう難しいことではないので、「恵まれた老人」をもっと多くすること以外には方法がないと思っております。この絵を皆さん、頭のなかにとどめて、「要介護」の25%をなるべくつくらないようにすることに精力を注がなければならないのです。

65歳以上老人の健康度の分布



スライド5

日米三大死因比較 (総死亡中の100分率)



スライド6

ところで、日本人の死因はなに？

(スライド6) 日本人が何の病気で亡くなりますかということ、がんが一番多くて30万人近い人が毎年亡くなっています。幸いなことに早期診断のおかげで良くなるがんが非常に増えましたし、5年後の生存率が非常に高くなったのですが、心臓病は少しずつ増え、脳卒中は幸いに少なくなっています。アメリカでは日本に比べて心臓病が2倍多くて、脳卒中は半分以下であるところが特徴であるけれども、今の子どもが食べているハンバーガーなどのようなものを分析すると、今の子どもが大人になったらアメリカ人と同じ状態になることは間違いないでしょう。

心臓病のなかで一番多いのはやはり男性であって、商社マンと外交官のような知識階級の人が一番多いです。経済とかいろいろな学問の知識はあるけれども、ヘルスに関する知識が日本の知識階級には非常に足りないのです。ほかの人より心臓病にかかりやすいということです。だんだん日本の心臓病患者数がアメリカ的なものになってしまうかもしれません。

日本でがんがこのような増えてきたのは、肺がんががんのなかで一番多くなってしまったことが原因です。アメリカでは喫煙を非常に制限しています。男性の喫煙は非常に少ない。若干女性の喫煙がありますが、日本は全体としてはなかなか4割を割らないような状態です。と同時に若い女性の喫煙習慣が増えていることでますます肺がんが多くなるということが考えられます。

肺がんは早く発見しないと1年後ではもう遅いくらいですから、短期に何回も検診しないと非常に不経済です。そういう検診をするよりも、健康教育でタバコをやめさせるのにお金を出したほうが国としてはより効率が良いということで、カナダでは肺の検診をやめました。そのお金を予防に使うことによって肺がんの頻度はずっと下がった。日本は検診が盛んなのはいいのですが、タバコに対する国をはじめとしたキャンペーンが非常に遅れているというのが大問題で

す。ただ、アメリカの問題は、アメリカの人に禁煙を教育しながらも、ちょうど他国に武器を輸出するように、タバコを東南アジアに輸出しているので、東南アジアの若者は皆アメリカのタバコを吸っています。だから文化国というのであれば、良くないものを外国に出さないようにすることをお互いにしなければなりません。お互いが武器をよそに送らないということを約束すれば、平和は来るんですね。武器は非常にお金が儲かるから商売になるわけです。日本が戦後非常に早く復興したのは、日本人の努力よりも、朝鮮戦争が太平洋戦争のすぐあとに続いて起こったために日本の武器工場が復活したから日本は早く経済的に立ち直ったということがいちばん大きい。そういう意味で国民の運動というのは、“武器”を製造しない方向に向けることがいちばん大切ではないかと思えます。

(スライド7)そこでもう一度、日本の総人口は1億2,000万人で多いのだけれども、そのうちの75歳以上人口に注目したい。私は75歳で引退をするのではなく、75歳から人生を始めてほしいという新老人運動を3年前から開始しているのですが、この効果がだんだん目に見えてきているわけでありませう。

日本の75歳以上の人口

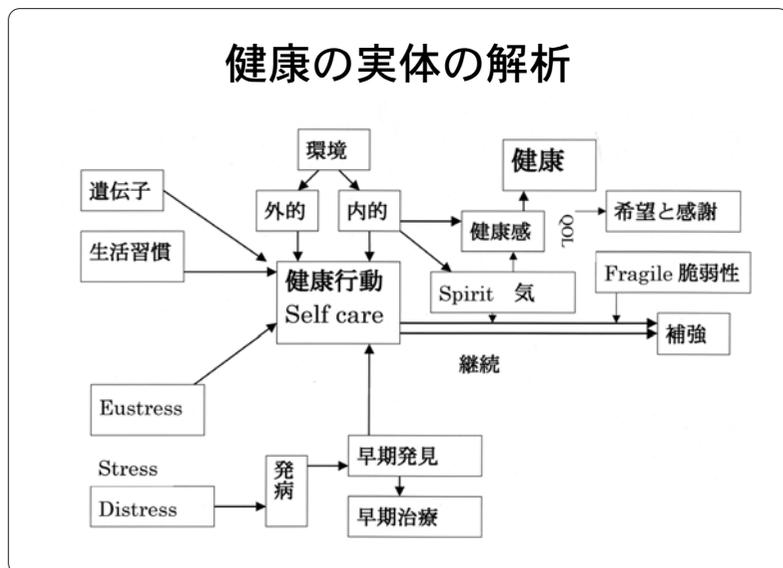
日本人総人口 (2003年10月)	
12,762万人	
75歳以上の人口	
1,055万人	
内 男	385万人
女	670万人

スライド7

健康の実体を解析すると

(スライド8)さて、健康の実体は何かというと、何よりも遺伝子がある。皆さんはお父さんから1万6,000、お母さんから1万6,000の遺伝子をもらって、そうして精子と卵子がくっついてエンブリオ胚を造ったときにはもう3万2,000の遺伝子があり、そのなかでは糖尿病や動脈硬化を早く起こす遺伝子とか、頭が早く禿げる遺伝子とか、あるいは良い声を出せる遺伝子ですとか、いろいろな体系の遺伝子があります。痴呆の遺伝子も受けているわけで、痴呆は大体5人に1人はあるといわれますから、これはもうどうしようもないです

ね。しかし最近のアメリカの研究で分かったことは、痴呆の遺伝子があるから必ず痴呆になるとは限らないで、遺伝子というものは機械のパートのようなもので、いくつかのパートが一緒にならないとその機械ができないように、痴呆にはならない。ですから材料の遺伝子はあっても、それをバラバラにしておくような条件を与えておけば痴呆にはならないし、くっつきやすい条件を与えれば痴呆になる。



スライド8

後天的な環境因子，何を食べるか，どういう社会的な生活をするか，どういう宗教的な活動を持つかという外的な環境によって，遺伝子が眠っているか活躍するかということが分かるという。アメリカのマッカーサー研究では，どうも50歳以上の人の病気のなかには遺伝子よりも後天的な影響によって起こる因子が強いのではないか，という非常に良い中間報告がされています。

私も75歳以上の会員のうち500人をボランティアとして，3年前から毎年人間ドックをする以外に，遺伝子を調べ，その人が食べているもの，すること，社会的な環境を全部データにして多変量解析をして，もし痴呆の因子がないのに痴呆になれば外的因子のなかに何か良くないものがあるし，痴呆の因子があるにもかかわらず痴呆にならないければ外的因子が痴呆を起こさない方向へ動いていることが証明されるということで，今，研究をしています。

こうした研究は日本ではなかったのですが，その研究を私は88歳のときに始めたわけです。ですからここに多くの研究者がいると思いますが，皆さんの研究はまだまだ年をとってから始めてもい

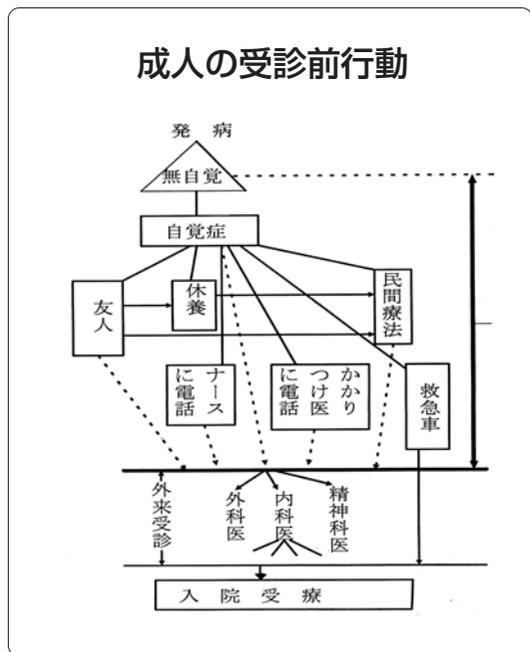
いような研究の宝がたくさんあるんですね。ただ皆が気づけなかっただけで。大勢を集めてどういう病気が多いかということだけを調べて，なぜそれが起こるのか，習慣のために起こるのか，遺伝子のために起こるのかといった調査は，平成14年までの九州の久山町の研究でもなかったのです。今では遺伝子を非常に簡単に測れるので，そこまでフォローアップの研究を続けていればかなりのことが分かるのではないかと思います。

成人の受診前行動とプライマリケア

(スライド9)そこで，診察を受ける個人はどういうことで病院に行くかと申しますと，まず無自覚な状態ではありますが，無自覚であっても病気が忍び寄っていることが多分にあるわけです。動脈硬化は大体20歳には起こっているということですから，若くても動脈硬化は起こる。そして自覚症があつて初めて民間療法をやったり，悪ければ救急車に乗ったり，かかりつけのお医者さんに相談したり，あるいはただ休養したり，友人に相談したり，ナースに電話をしたりということで，このルートによって専門的な病院の専門家の治療を受けて入院治療をします。ですから無自覚が自覚になった成人の受診前をどうするかによって，的確なルートにのっているかどうか分かるわけです。

症状がないときにまずどういう人に相談をするかが病気の早期発見には非常に大切であり，ことのがんの発見などは早期でないとうしようもないし，膵臓がんなどになりますともう発見したときには遅い。腰が痛いからということで整形外科に半年かかって，どうもおかしいということでよく調べたら膵臓がんだった，ということもあります。いろいろな意味で幅広く患者の訴えを評価するようなプライマリケアのフィジシャンが，日本の教育ではつくられなかったのです。

やっと，国家試験にパスした大学生に2年間の実習を義務化して，幅広い医学を知ったうえで専門に入るといことが勧められたのです。この実習義務化は今年の4月から行われましたが，昭和45年にこの実習システムができたときは必修でな



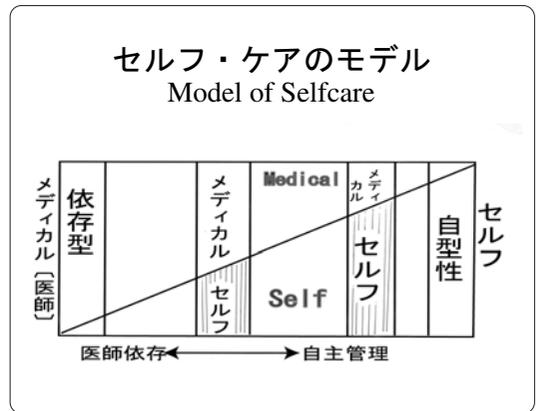
スライド9

く、受けなくても罰則は何もなかったのです。ですからアルバイトをしたり、あるいは博士を得るために研究室に入って夜にアルバイトをすることで、非常に間違ったことがたくさん行われていたわけです。つまり毎年8,000人の人が卒業して、1,600人は研修を受けないでお医者さんになってしまっているということがあった。このような状況は良くない、ということを私は厚生省に毎年言いました。34年間言い続けて、やっとこの4月に実行ですから、何ともお役所仕事ですね。

昭和23年に保助看法ができてナースや保健婦(師)や助産婦(師)の資格を設けましたが、それが半世紀以上の間、静注をしてもよいということ以外、あとは全然変わっていない。しかも看護の教育は医学校よりもたくさんの学校ができていのに、なぜもっと高等なことを許さないのか、と私は訝いぶかっています。そうすれば地方にお医者さんが不足することはありません。アメリカでは30年前からナース・プラクティショナーとして、往診をし、診断をし、治療し、最後の死亡判定までもできるようになっています。日本ではそれは医師でなければできないということになっているので、僻地で医師不足が起きている。こういうことを言っていると、「日野原先生は選挙にでも出たらどうですか」と言われる。90過ぎてからそんなことをする気は全然ないですが、皆さんのなかで若い人で「老人党」をつくれれば日本を変えてしまうようなことが必ずできると私は思います。

各自がセルフケアができるようになること

(スライド10) そこで私は、セルフケアをしないとうとうしようもないと言いたいのです。今はメディカルケアでお医者さんに依存していますが、もっと自分でセルフケアをやって、そしてこれ以上はいけなけれどこの辺のところまで自分でケアをし、あと半分は医者に世話になるというように、自分で自分をコントロールするということが必要です。これを小学校のときから教える。小学3年生から聴診器を与えて血圧を測ることを教える。手を洗うことの大切さも幼稚園の砂場で教える。



スライド10

セルフケアというのは、糖尿病の場合、自分でインシュリンを打つための血糖値を測り、自分で尿の糖もタンパクも検査し、自分で尿中の赤血球などの顕微鏡的なことも判断する、そこでどうも異常が出るようであれば泌尿器科などへ行って、「尿に赤血球があるから血尿ではないですか、調べてください」と言えば、それは膀胱がんであったり、まれに結核だったりするわけですので、もっともっと自分の家で診断しそのデータをお医者さんやナースに伝えるようなことをしなければなりません。

自分で的確な、最小限度必要な薬を飲みながら副作用の知識を薬剤師からもらうということで、もっと薬剤師が前線に出てこない。老人の場合は内科で薬をもらい、眼科でもらい、整形でも皮膚科でもらい、そして15種類の薬を飲んでいると腰がフラフラする。それはみな鎮静剤が入っているからで、名前が違うから処方するお医者さんには分からないけれども、そういうことを統括する人が今までいなかった。もう少し必要なものだけ飲むということと、それが本当に必要なものかどうか時々チェックするべきです。

今、私が診ている患者さんたちは、薬代などの健康保険の出費よりも保健ドリンクなどのいろいろなものをとっているお金のほうが、ずっと高いという人が増えているのです。そして、ああいふものは高いほうが売れるのです。安いと売れません。

新老人運動あるいは健やかであることの意味

(スライド11) そこで新老人運動というところに話を進めています。戦争の悲惨さを体験し、そのなかを生き抜いた経験を持つ人々は今75歳以上です。ですから新老人の会には75歳以上の人に入ってもらおうということです。そして健やかさとは何かを考え、健やかな生活をする術を考え、健やかに生きた実績を残そう、そしてこれから生きる次の世代の人々のために、こういったデータを子どもに知らせるといったことが必要です。

昨日も、聖路加国際病院の隣にある明石小学校の1, 2, 3年生の子どもに、75歳以上の老人が戦争中の体験を語りました。声優に指導を受けて、上手に戦争中の物語りをします。それをする、子どもは本当に熱心に聞くんですよ。「またあの話をしてください」と言われて、お気に入りのCDを何回もかけるように、肉声によって「こういうふうにおじいちゃんおばあちゃんの若かった頃には、物が無いのを分け合ったんだよ」と、着るものや食べ物が無かったときにどうやって分け合ったかというような本当のストーリーを聞かせると、子どもは非常に興奮する。そういう意味で、75歳以上の方が次の世代の人たちにすることはたくさんあるわけです。どうすれば貧しくても健やかに生きられるか、ということをお話なのです。

(スライド12) 健やかであること、健康とは何か。WHOは「身体的・精神的・社会的に良い状態」のことを健康としていますが、からだは完全に良

い状態ということは人間は生まれながらにないです。たとえ子どもでもPETスキャンで診ればいろいろなことが発見されるし、いわんや私などはPETで診れば大変なことがあり、MRIで診てもたくさんの無症状性の梗塞がある。これは私が素人だったら心配しますが、行動するのに関係のないところに梗塞ができてから、それは全然気にしない。ではPETスキャンでもっと分かるといのですが、それが分かったとして何もしないから、PETで診ようという気持ちは全然ないんです。けれどもドクターは、自分はしないで患者にやりなさいやりなさいと薦める。だから自分の奥さんにも薦めるようなことを、患者さんに薦めるべきで、患者も「先生の奥さんはどうしていますか」と聞くと、奥さんは「いや、私は嫌ですよ」といったふうに、医者の方奥さんというのは突っ張るわけですね。

そういう意味で、今の私たちの診療報酬の体系では無駄な検査を多く行うようにできている。四国のある都市に行きますと、どうも具合が悪いと言って病院へ行く。「ひょっとして胃がんではないか」と言われる。そこで次の病院で診ると「どうもがんが疑わしい」と。3軒目に「いや、それでもないからこの注射をすればいい」と言うお医者さんがいる。そこに行き着くまでに、3回レントゲンを撮る。だから医療費が高くなるわけです。ほかの例でいきますと、北海道のあるところでは、10月くらいには招待が病院から来て、「どうぞご隠居さん、10月に店を開きますから来てください、

健やかな新老人運動

一戦争の悲惨を体験し、そのなかで
生き抜いた経験をもつ人々……

健やかさとは何かを考え、
健やかな生活をする術(すべ)を考え、
健やかに生きた実績を遺そう。
これから生きる次の世代の人々のために……

スライド11

健康とは、欠陥のない人間の状態という考えから出発しないで、各世代に与えられた心とからだを、どう各自が育てていくべきか、めいめいのバランス感覚の下で努力して勝ちとるものであり、めいめいの作品として作りだされるものと思う。

『健康を創るヒント』
日野原 重明(時事通信社)1994.6.

スライド12

温泉と食事つきで3月には退院できますから」と。まるで湯治をするような格好で皆、温泉のついている老人施設に入るので。家の人は「おじいちゃん、おばあちゃん、また温泉に行ってきた春に帰ってきてください」と。便利で楽ですよ。それが全部医療費なんです。そういうことで北海道では非常に医療費が高い。そして、そういった施設には名前だけのお医者さんしかいないから、いろいろな問題が起こってくる。こういうのはナースがすべて指導できるようなことです。それをお医者さんがやるということ自体に問題があります。

健康とは「欠陥のない人間の状態」ではない

そこで私の考えは、健康とは、まず「欠陥のない人間の状態」という考え方から出発しない。私たちは生まれたときから遺伝子に欠陥を持っているのではないですか。死ぬ遺伝子を持っている。私たちの骨髄で今日造られる赤血球やリンパ球は、4週間しかもたないのです。今日造られた細胞は必ず死ぬ。でも明日も造られるから数が衰えないわけですね。ですから3週間前の血球は今日崩壊してしまふ。だから原爆を被曝してもそのときにはその前にできたリンパ球や白血球はすぐには死なないけれども、被曝の日から造られないから毎日壊され続ける一方で、1カ月後に亡くなってしまうという。原子力発電所の事故でも、外傷で死ななかったのに1カ月後に死んだという人は、つまりそういうふうに細胞に死の刻印が押されているからです。私たちは死の因子を持った人間です。それが上手に交替をしているだけであって、私たちにはそういう死の遺伝子があるということを理解しなければならぬわけです。

そこで、人間には欠陥がないということは考えられない。そういう（欠陥がないという）考えから発想しないで、各年代に与えられた心と身体を各自がどう育てていくべきか、めいめいのバランス感覚のもとで努力していのちを勝ち取るべきであり、めいめいの作品として作り出さねばなりません。だから左右整ってなくてもいいのです。

「健康な人」とはだれかと皆さんに問われれば、

私は、例えば手足のない乙武君を「健康な人」と言います。乙武君が自動のホイルチェアに乗って、私のいる聖路加にインタビューで来たのですが、手足がないのに自分で運転をして私の前に来て、食事を、スープを手がなくても鳥のように口先で吸い上げる。サインもする。「あなた、不自由でしようね」と聞くと、「でも、生まれてからこれだから、特に不自由とは考えない」と答える。「あなたが生まれたときに、お母さんはどういう声を上げましたか」と聞くと、「まあ、かわいい赤ちゃんが生まれた」と言われたのですよ。与えられた赤ちゃんだからかわいいというのです。彼の顔を見ると5月の爽やかな風を連想させるようで、つまり彼は健やかなのです。手はない、足はない。しかし健やかさとはそういうものを言い、完全無欠であって、検査でちょっとした異常を発見すると病人になるということは、非常に間違ったことだというふうに私は考えるようになったのです。

「生産的な老い」と「健康な社交術」と

（スライド13）生産的なエイジング。これはどういうことかという、老人の数が増えてくる。個人または集団が高齢期になっても、仕事を持ち、あるいはボランティア活動をし、あるいは家族を助け、また自分自身をできるだけ自立した状態に保つ能力を維持していることが生産的なエイジングだということを、シドニー大学のドクター・キンディックという方が定義をしていますが、全くそのとおりだと私は思います。

サクセスフル・エイジング = productive aging（生産的の老い）

個人または集団が、高齢期になっても仕事を持ち、あるいはボランティア活動をし、あるいは家族を助け、また自分自身をできるだけ自立した状態に保つ能力を維持していること

by Dr. Hal Kindig
シドニー大学 健康学部
Faculty of Health Sciences 教授
Gerontology Vol.16, No.3, p.6- 2004.7.

スライド13

そしてスライド14。社会生活をするときに、「姿勢をよくする習慣」。「適正な声で話す習慣」。食堂などでガヤガヤせず、静かに食事をするという公衆のモラルをわきまえる。「上手に歩く習慣」。ただ体育だけをやるのではなしに、非常に上手に歩くということ。「目を見て話す習慣」。話をするときに相手の目を見て話をするときが通じるわけですね。ですから好きな人を見るときに10m離れていても、視線が合ったらもう心を奪われる。それから「相手を配慮する習慣」。これは食事のときの習慣を子どもにつけないといけません。私たちが塩がほしい、醤油がほしいときに手を出して取りますね。ところがちゃんとした家庭では、自分がほしいときには手を出して、隣や向かいの人に「あなたはどうですか」と先に勧めてから、最後に自分が取る。日本では自分がほしいものを自分のために取るのではなく、周辺の人があるかを先に配慮すべきです。

これは19世紀のハーバード大学総長のエリオットという先生で、35歳から40年間総長を務めた数学者ですが、75歳で退官するときに学生に言ったことは、「ハーバードの諸君よ、君たちは人のことを配慮することが習慣づけられるような青年になってほしい」ということでした。ところが今、電車に乗っても若い者が座席を立ち上がるということがない。まあ私は『生き方上手』で顔が売れたから、この頃は「先生、立ちましょう」と言われるようになりましたが。私は88歳になるまで東京で席を譲られたことが1回もなかった。けれども65歳のときにチェコに行ったとき、家内と地下鉄に乗ってすぐ、8歳と10歳の子どもが「どうぞ」と席を立つではないですか。日本ではそういうことが全然なかったのです。そのように人のことをいつでも配慮するという精神衛生が習慣にされていない。そして、「会話を間に入れる習慣」。話すときに、向こうの人にも話をさせるためにこちらが間を置く。2人が同時に発言したときに「どうぞ」と相手に譲り、自分で突っ張って言わないような日常のエチケットが人間の健康に影響します。そして、「笑顔で話す習慣」です。人間は、どん

健康な社交術

- 姿勢をよくする習慣
- 適正な声で話す習慣（大声を避ける）
- 上手に歩く習慣
- 相手の目をみて話す習慣
- 相手を配慮する習慣
- 会話を間に入れる習慣
- 笑顔で話す習慣

スライド14

なに不器量に見える人でもいちばん美しいのは笑顔です。ですから自信のない人はできるだけ笑顔を続けるべきです。そうしますと、36の表情筋のうち、いちばん大切な笑う筋肉で、唇のはしを上へ上げる。これは使わないと衰えますから、皆さん自分の顔を鏡で見て笑う習慣をなるべくつける。笑う筋肉を使うとそれは可愛い笑顔になる。亡くなるときでも、加藤シヅエさんのように、102歳の人が実にきれいに、微笑みが最後に残っている。

人を見たり患者さんを見たら微笑むことが習慣化されることが、私たちの精神衛生にもいいんです。そういう習慣や食べる習慣、運動する習慣以外に、私たちの健やかな健康行動のなかにはこういった社会的な、私たちの生き方が入っていることを皆さんに理解していただきたいわけです。

私の究極の哲学として

（スライド15）「からだには欠陥があっても、健やかに生きられるということを確認すること」。このことが私の哲学です。乙武君のように体に欠陥があっても、人間としては健やかである実例があります。ですから糖尿があっても高血圧でも、ちょっとした薬で日常の生活をハンディキャップなしにできるわけです。何も病気がなくてもあっても私は健やかだ…… 朝、起きたときに「今日はこの病院学会で日野原先生の公開講演がある」ということがパワーっと頭に浮かぶ…… と、友だちを連れていこうかな、という気持ちを持つことが今日を健やかに生きるために必要です。自分

のことだけではなしに、友だちに電話をかけてあげようというような心持ちが、その人を健やかにする。

私がお世話をして96歳で亡くなった老人は、心臓の弁膜症でした。65歳のときに私が弁膜症と診断しましたが、それまではノイローゼという診断だと。動悸が打つというのですが、心臓に雑音があるのに先生がそれをよく聞き取れなかったから、あなたはノイローゼですよと言われていた。そして血圧が高いから降圧剤を投与されたけれど、血圧が高いのは高血圧だからではなく、大静脈閉鎖不全症というリウマチ性の心臓病を子どもの頃にやって、弁膜症があったから血圧が高かったわけです。高血圧でも最低血圧は低いのでそれほど心配しなくてもいいということで、この人は医学生のための弁膜症の人の心音を聴診器で聴くための、模擬患者でない本当の患者として学生のクラスにしょっちゅう来てくれていました。私の体を教材に使ってください、ということです。そうして血圧を測ると、最低血圧が40だと言うと、患者さんが「日野原先生が測ったら最低は0ですよ。もう一度測り直してください」と言うんです。で、ちゃんと心音を聴くと、最低血圧が0になる。最低血圧が0になるようなことがありますと病気は2つで、大静脈閉鎖不全か甲状腺機能不全かのどちらかです。音に雑音がなければホルモンを検査しなくても甲状腺機能亢進症に決まっている。あとはホルモンを決めればいいということです。この病気は非常に見落とされています。ことに婦人の病気としてですね。そして老人になると甲状腺機能低下症が増えてくる。痴呆が起こっているわけではなく、甲状腺機能が低下しているためにやや鈍になっていることを、痴呆と診断されることが実に多い。

そういったことで、からだには欠陥があっても今日が健やかな気持ちになれるということが、その人が健康であるということです。欠陥がないということではなくて、ニーチェがいったように「人間は病む生き物である」であって、病や老化は宿命的なものである。にもかかわらず、私は健

からだには欠陥があっても、
健やかに生きられるということ
を確信すること。

日野原 重明

スライド15

やかだ、私にはすることがあるんだというその人は、利尿剤を投薬してもだんだんからだが腫れてきて、ベッドにつくようになりました。ところが彼女は、私たちの行事や講演の開催日程や情報を、いつも10人に「いつから何があります」「先生の放送がいつからあります」といった情報を伝えるのです。伝えた10人がまた別の10人に伝えるといった運動を、寝たままボランティアとして展開しました。これは素晴らしい健康教育になります。いい情報を電子メールでなく直に言葉で伝えるということは、非常に良い仕事をしているということです。

そういう意味で、この人は亡くなるまで奉仕に徹底し、アクティブに生きるという素晴らしい生き方をしたと私は思っています。

「第Ⅲの人生」を自由に生きる

(スライド16) ライフステージ。そして「第Ⅲの人生」を自由に生きるということ。20歳までは受けて伸びる人生です。それから65歳までは若い成人と成長成人で、社会に貢献しながらも家庭生活や社会生活にあたる。そして65歳で定年となるのですが、定年になってから、今まで勤めをしていたために良い遺伝子をたくさん持っているのに芽を出す機会がなかったというその良い遺伝子を、それからの10年の間で探さないということです。そして75歳になると「第Ⅲの人生」が始まり、真に自由人となる。今までは社会の歯車になっていた、このご主人と結婚したからせっかくの遺伝子が出なかったけれども、ご主人も65になって自分も65になったら、「もう私は私のやりたいこと

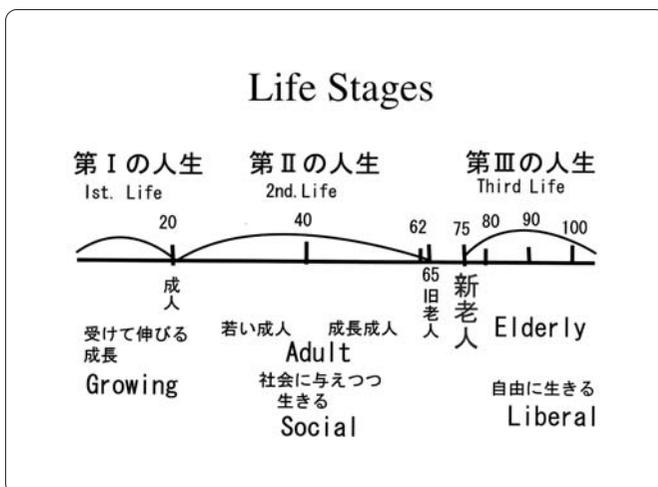
をやらせてもらいます」とはっきりお互いで言い合えば、遺伝子がみんな出てくるわけですね。

65歳になったら自分の中の遺伝子を模索するために時間をとりながら、75になったら何かをやってみる。ですから75歳以上になってから子どもに原爆や戦時中の体験を聞かせる、声優に訓練を受けてナレーションをやっている老人がいますし、今まで社長さんや会長さんをやっても秘書がいたから自分でパソコンに触らなかつたけれど、75歳からパソコンを習って、幼稚園の曾孫が小学校に上がる

ときに電子メールの打ち方を教えてあげるというクラスを私は持っております。

75歳以上のソフトボールチームをつくりました。ただ、走るとアキレス腱を切りますから、75歳以上のソフトボールの国際競技では盗塁は全然できないわけです。本部に電話をして国際試合に出たのですが、これが惨敗でして、みじめな結果でした。もう少し練習をしたいと思います。私は横浜で結団式をやりまして、80年ぶりにシートノックを試したら、ちゃんとボールがサードにショートに行くじゃありませんか。子どもの頃に経験したことはいくつになってもできる。ただ、長年使わなかったからできない。

ですから、皆さんは才能がないのではない。使う機会がなかっただけです。このご主人と結婚したから使えなかったとかいうこともあるのですが、



スライド16

もう65歳を過ぎたら遠慮なしに自分で才能を開発する。そうすると大変な能力があることが自分で分かって、猛烈に燃えてくるのです。そして、女学校のときからのような親しい友だち以上の、75歳以上になってからの新老人の会で知り合った友だちとの間に素晴らしい友情が生まれ、本当に生き甲斐があるような友情を発見できるという意味において、私は皆さんの「第Ⅲの人生」で、自由に生きられるというところに、いろいろな意味で祝福されるものがあるのではないかと思うわけです。

新老人運動3 スローガン、そして低処高思

(スライド17) そこで、新老人運動の3つのスローガンを挙げました。「愛すること」、人間は愛が絶対に必要である、第2は「耐えること」、困難な

「新老人運動」の3つのスローガン

- 愛すること
- 耐えること
- 創(はじ)めること

スライド17

「低処高思

(生活は簡素に、思想は高潔に)」

「ワーズワース詩集」
田部重治選訳、岩波文庫

“Plain living and high thinking”

by W. Wordsworth (1770-1850)
1802年、ソネット「ロンドン」

スライド18

ことや倒産のこともあります。しかし、自分が苦難を持つことによってもっと不幸な人のことが分かる、感性が錬磨されるということ。そしてやったことのないことを75歳から「創めること」、ということ。これはマルチン・ブーアという人が、私が60歳のときに教えてくれたことですが、冒険心を持って挑戦することが必要であります。

そして私たちの生活がどういうものかと言いますと（スライド18）、「Plain living and high thinking」というW.ワーズワースの詩がありますが、「生活は簡素に、思想は高く」ということです。私たちはもっと自然を楽しみ、自然のなかにある大きな力を子どもや孫と一緒に楽しむことによって、私たちの最後の生活は平和な状態で終わらなくてはならない。こう思っております。こうした生き方をすることが健やかな生き方です。幸福というのは求めても得られません。結果として来るのです。

これがあればいいというものを持って死ぬことはできませんが、幸福というものは、私が「ああ、幸福だな」と思っている幸福感が幸福そのものです。そして希望を失った友人に、希望を与えることができるような人間になることによって、私た

ちは結果として幸福感を持つことができます。こういうことを申しあげて、講演を終わりたいと思います。

座長 日野原先生におかれましては、「人生80年時代を生きる」ということで、大変格調高いお話をいただきました。数カ月前ですか、先生の1日をテレビが追っております、そのなかで睡眠時間が非常に短い。そして暇さえあれば何か原稿を書いておられる。1年に200回以上講演をしていらっしゃる、と。少し私は疑問に思いましたので、数日前に先生にお聞きしましたら、200回というのは500人以上の人が聞いている会が200回で、小さい会を入れるともっとあるんだ、ということをおっしゃっていました。

現在、患者さんも診ていらっしゃいますし、それから鎌倉に往診にも行っておられるという話も聞きました。いずれにしましても、先生は1時間立ちっぱなしでお話をされまして、その姿だけでも何か我々にご利益があるのではないかというような感じもいたしました。先生、ますますご壮健で、我々を指導していただきたいと思います。どうもありがとうございました。

シンポジウム

医療提供体制の変化は看護を
どう変えるか

～何時でもどこでも安心して受けられる医療～

東名厚木病院理事長室 室長

江原 正恭

ボランティア会ランパス 会長

椎野 恵子

NTT東日本関東病院 看護部長

坂本 すが

高知県高知市病院組合 理事

瀬戸山元一

座長：信州大学医学部保健学科 教授

森田 孝子

座長 皆さまこんにちは。信州大学の森田でございます。ただいまから、シンポジウム3を開始させていただきます。テーマは「医療提供体制の変化は看護をどう変えるか」という、非常に遠大なテーマになっており、サブテーマがついております。「何時でもどこでも安心して受けられる医療」ということで、私たちがそれをどう創造していくかという視点でも、皆さんにご討論いただきたいと思っております。私たちがとりまくいろいろな情勢、法的あるいは患者さまたちから求められることも含めて、医療提供体制が大きな変化を遂げているなかで、私たちは医療人として看護者として、看護をどう変えていくのか、あるいはどう守っていくのかをしっかりと考えなくてはいけない時期にあるのではないかと考えます。そう

いう時期にこういうテーマを取り上げていただきましたので、まず4人のシンポジストの方たちにご発言いただき、その後皆さんとご一緒に考えていきたいと思っております。今日は先生という言葉を使わないと先ほど皆で合意しましたので、まず江原さん、椎野さん、3番目に現場の看護師でもあります坂本さん、そして現場の管理者であり医師である瀬戸山さんという順番でご発言をいただきます。

では、まず江原正恭さん。早稲田大学をご卒業後、東名厚木病院に入職されて、今は理事長室の室長をなさっております。病院を事務職の立場からいかに管理していくか、そして看護というものをしっかり見つめてこられたお立場でご発言いただきます。よろしく願いいたします。

①在院日数短縮に向けての看護部門の取り組み

江原 正恭

ご紹介いただきました医療法人三思会東名厚木病院の江原と申します。事務管理を担当させていただいております。病院協会主催の企画によるシンポジウムで発表できることを大変光栄に思います。テーマの「医療提供体制の変化は看護をどう変えるか」。本院としては医療提供体制の変化ということですが、平均在院日数の短縮が看護職に大きな影響を与えたと思っております。私は事務管理部門ですので、看護職の時間をどうつくり出

すかということで支援をしたこと、それから在院期間を短縮するということは同様のことを短時間で成すということですので、業務のばらつきをなくす、標準化することが重要ではないかと思いますが、その辺で看護部門が取り組んできたことをまず報告させていただきたいと思っております。すでに皆さんの病院で取り組んでおられることかと思いますが、1つの民間中小病院が行ってきた事例ということで、お受けとめください。

当院の体制と看護部の特徴は

まず三思会の沿革を簡単に述べさせていただきます（スライド1）。昭和56年に東名厚木病院を開設。60床から始まっております。それから隣に

とうめい厚木クリニック、総合健診センター、人工透析センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションを順次設置し、病院は開放型病院になっております。ほかに老人保健施設「さつきの里あつぎ」を開設しております。平成10年に日本医療機能評価機構の認定をいただいております。平成12年から14年にかけて増改築工事を行い、現在の204床、ICU 5床、計209床の病院になっております。そのときに電子カルテオーダーリングシステムを導入しております。急性期病院加算を取得いたしまして、平成16年から臨床研修病院になっております。

病院の概要はスライド2のとおりです。病院は東名高速の厚木インターのそば、ちょうど神奈川県の真ん中に構えております。

病床数が209床ということで、職員数は法人全体では502名ほどおりますが、病院としては340名、看護部門の職員203名、医師31名でやっております。内科、循環器科、消化器科、呼吸器科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、アレルギー科、リウマチ科、リハビリテーション科

特定医療法人 三思会の沿革

昭和56年	6月1日	東名厚木病院開設60床
昭和58年	"	増床100床
昭和62年	"	増床202床
平成4年		東名厚木メディカルサテライト開設（隣接クリニック） 総合健診センター 人工透析センター
平成5年		在宅介護支援センター開設
平成7年		訪問看護ステーション開設
平成8年		東名厚木病院「開放型病院」届出（5床）
平成9年		老人保健施設さつきの里あつぎ開設
平成10年		東名厚木病院（財）日本医療機能評価機構認定
平成12年		租税特別措置法による「特定医療法人」認可
平成12～14年		増改築工事 204床 ICU 5床 新棟増築、総合健診センター、人工透析センター移転、 とうめい厚木クリニック増改築、救急部門拡充
平成14年		電子カルテオーダーリングシステム導入
平成16年		急性期病院加算取得 臨床研修病院

スライド1

病院の概要

病床数	: 209床 (ICU 5床)
職員数	: 340名 (看護職 203名) (法人全体 502名)
診療科目	: 内科、循環器科、消化器科、呼吸器科、外科、整形外科、 形成外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、アレルギー 科、リウマチ科、リハビリテーション科

【各種許可・認定】

厚木市2次救急指定病院、入院基本料1群2
看護基準 2.5:1 10:1看護補助
夜間勤務等看護加算3、病院機能評価認定施設
特定集中治療室管理科

スライド2

ギー科，リウマチ科，リハビリテーション科を標榜しております。厚木市2次救急指定病院になっており，入院基本料はI群の2です。旧来の方法で言いますと，看護基準2.5：1，10：1看護補助になっております。夜間勤務等看護加算は3です。

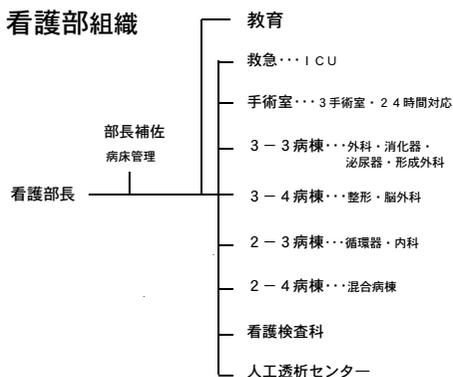
看護部の理念を紹介させていただきます（スライド3）。看護の基本である安全・安楽・安心の確保，患者さんに満足してもらえる質の高い看護

看護部理念

- ① 看護の基本である安全・安楽・安心の確保
- ② 患者さんに満足してもらえる質の高い看護の提供
- ③ 看護の仕事に誇りと責任を持つ

スライド3

看護部組織



スライド4

看護部の特徴

- §看護様式§
固定チームナーシング・チームナーシング
- §看護部の取り組み§
電子カルテ・看護支援システムの導入
地域連携の強化・ディスタージャントロールナースの活躍
クリティカルパスの導入
- §現任教育の充実§
プリセプター制度導入
卒後年数に合わせた研修システム
- §患者さんの安全の確保§
安全管理委員会とセーフティケア委員会の活躍

スライド5

の提供，看護の仕事に誇りと責任を持つ。これは病院の理念と連動していますが，看護部はこういう理念を持っております。

看護部の組織（スライド4）は，看護部長のもとに教育担当がおりまして，それから救急，手術室，そして病棟が4病棟，それと看護検査科，人工透析センターからなっております。

看護部の特徴（スライド5）としましては，固定チームナーシングを行っております。先ほど申しあげましたように，電子カルテによる看護支援のシステムを導入しております。また地域連携の強化ということで，地域連携部があり，看護部長補佐が兼務してコントロールナースということで活動しております。そしてクリティカルパスの導入。教育面ではプリセプター制度，それから卒後年数に合わせた研修システムを導入しております。患者さんの安全の確保ということでは，安全管理委員会とセーフティケア委員会に看護部から参加するかたちで活躍しております。

医療供給体制と当院の方向は

次に，医療供給体制と当院の方向ということですが，実際に増改築をする前，療養型をどうするのかということと，一般病床でいくのか，ケアミックスなのかということのをいろいろと院内で2年ほど検討しました。その結果，一般病床でいくという方向を決めまして，平成12年から14年に増改築に取り組みました。病床を増やさずに増改築をしたこととなりますが，透析部門，救急部門，それから健診センターの拡充をしました。アメニティに関しては，旧来の病棟6.4㎡以上，新病棟は8㎡以上ということで，職員のアメニティも含めてある程度改善することを目標に増改築をしました。

それから病棟編成の実施を，増改築後にしております（スライド6）。今までは科別で4病棟体制で4科だったものを，外科系2つと内科系にして，亜急性期病棟ということではありませんが，看護部門からの要請もあり，亜急性期疾患を中心とした病態別に病棟編成しました。より効率的に

看護が提供できるようにということで行った次第です。

平均在院日数の推移はスライド7のとおりです。一部は亜急性期病棟ということで行いましたので、2003年が高くなっています。4病棟がそれぞれいちばん短いところが2003年ですが、病院全体の平均在院日数は、2000年の20.8日から緩やかなカーブではありますが2003年には年16.8日と、全体で4日短縮したことになります。200床の病院ですが、入院数から言いますと、毎月入院する患者さんが80名ほど増えた状況になっております。

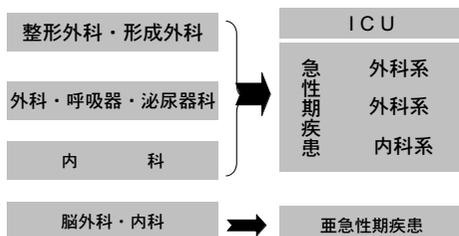
これによりますと看護部門の業務の凝縮化にかなり負担がかかっていたと言えると思います。これをどう支援するかということで、SPD方式の導入、病棟薬剤師の常駐、臨床工学士による医療機器の中央管理を行っております。

当院の看護部門への支援策として

SPDについて(スライド8)は、請求・発注業務・品質管理業務の簡素化、在庫の標準化によって、看護部の日常業務が大幅に軽減されたと思っております。

それから病棟薬剤師の常駐をしております(スライド9)が、在庫管理、特に危険な薬品管理などは病棟の薬剤師がすべて行っております。当院では筋弛緩剤、麻酔薬、向精神薬、塩化カリウム、たびたび問題になります10%キシロカインなど、現在病棟に在庫は置いてありません。それらの在庫管理と点滴管理に関しては、クリーンベンチのミキシングを薬剤師がすべて行っております。当然、すぐ間際に混注しなければいけないという薬剤もあるわけですが、それを除いてクリーンベンチのミキシングを実施しております。また輸液ポンプの注入管理は、看護師との連携になりますが、

病棟編成の実施



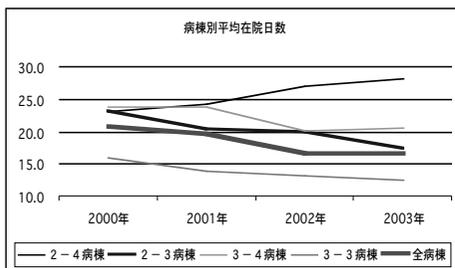
スライド6

SPD方式の導入

- ① 看護部の間接業務の大幅な軽減
- ② 請求・発注業務・品質管理業務の簡素化
- ③ 標準化・在庫管理

スライド8

病棟別平均在院日数の推移



スライド7

病棟薬剤師常駐

- ① 病棟薬剤管理
在庫管理・危険な薬品
点滴管理・クリーンベンチミキシングの実施
輸液ポンプ注入管理
与薬管理
- ② 医師・薬剤師・看護師の緊密な連携
- ③ 指示受け・処方監査を含めた診療支援
- ④ 薬剤管理指導

スライド9

タイミングを見計らって1日2回、薬剤師が実際にどのように入っているかを確認しております。与薬管理につきましては、患者さんごと、服薬ごとに薬剤師が行っている状況です。そして薬剤師が病棟に常駐していることで医師、薬剤師、看護師の緊密な連携が図れたことがいちばん大きなことであると受け止めています。薬剤師が指示受けしますので、処方監査を含めた診療支援がかなりできあがってきていると思っています。次に薬剤管理指導、これは月に400件ほど行っております。

それからMEによる医療機器の中央管理（スライド10）ですが、人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジ類、モニター類、除細動器、麻酔器、電気メス、これらは臨床工学士によって中央管理を行っています。

以上が、外側から、なるべく看護師がベッドサイドにいる時間をつくろうということで努力してきたところ です。

それから看護業務の標準化（スライド11）とい

うことで、看護支援システムの導入、クリティカルパスの促進、ケアワーカー業務の整理、メッセージャー・搬送業務の導入、看護検査科の設置などを実施しております。看護支援システム、つまり電子カルテオーダーリングシステムですが、これは電子カルテに病棟ごとの患者さんの入退院をはじめ、看護記録、標準看護計画、温度表などが入力されておりまして、例えば入院患者をクリックすると、どういう疾患の方がいつ入っているのかが分かるようになっていきます。また看護計画につきましては、実際の東名厚木病院の標準看護計画が、すべてここに記載されており、問題リスト、解決目標、看護計画など、タブで変わるようになっています。

この看護支援システムの導入によるメリット（スライド12）は、とにかく見やすいことです。当たり前ではないかということですが、字が読めないことがないということは、かなりのことだということを現場で聞いております。アクセスが容

MEによる医療機器中央管理

① 人工呼吸器	14台
② 輸液ポンプ	36台
③ シリンジポンプ	20台
④ 個人用モニタ	27台
⑤ 多人数用モニタ	6台
⑥ 除細動器	6台
⑦ 麻酔器	3台
⑧ 電気メス	4台

スライド10

看護支援システムの導入①

看護記録	メリット☆☆
標準看護計画	① 情報の共有 アクセスの容易性 見やすい
温度表	② 看護記録の標準化
看護管理日誌	③ 転記業務の効率化
退院サマリー	※ 患者満足度のアップ Wモニター使用による説明 データ等常時出力による情報開示

スライド12

看護業務標準化

- ① 看護支援システムの導入
(電子カルテオーダーリングシステム)
- ② クリティカルパスの導入
(電子パスの検討)
- ③ ケアワーカー業務の整理
メッセージャー・搬送業務の導入
- ④ 看護検査科の設置
※ 安全管理室の設置
※ 地域連携部業務

スライド11

看護支援システムの導入②

- デメリット
- ① 入力時間
定型文の流用
 - ② 様式の融通性
フォーマット変更には時間がかかる
 - ③ 停止時のリスクマネージメント
 - ④ 操作訓練

スライド13

易であること。これも当たり前のことですが、情報の共有がこれほど医療安全にかかわるのかということ、現場では実感しております。看護記録が標準化されていること。そして転記業務の効率化。入力には時間がかかるのですが、一度入力したものはサマリー、その他にかなり流用ができるようになっていきます。

患者満足度のアップについては、入力に意識が向いてそちらのほうはどうかという事務方からの不安もありましたが、患者さんにとってはかなり満足度が向上しているという結果を得ています。これは外来の診察室でのことで、看護のほうとはちょっと違いますが、カルテの記載と検査の表示をダブルモニターにして、患者さんに説明しながらドクターが入力していくことで、すぐ近くで説明できるということと、データをその場でお渡しできるかたちになっております。

このシステム導入のデメリット（スライド13）は、定型文を流用していますが入力時間がやはりかかることです。それから様式の融通性、フォーマット変更にかかる時間がかかること。停止時のリスクマネジメント、及び操作訓練が必要だということが言えると思います。

クリティカルパスについて（スライド14）は、すでに皆さんの病院でも取り組まれていることと思います。外科、脳外科、整形外科、内科で行っております。特に看護業務の標準化にはかなり有効なツールだと認識しております。医療ケアの管理手法として、かなり有用ではないかと思っております。

それから、ケアワーカー業務の整理ということ（スライド15）で、見直し、標準化をいたしました。看護助手業務には、環境整備と身体の清潔管理、搬送・メッセージ業務がありますが、自ら計画的に実践していい行為と、看護師の指示に基づく介助として行うものとを明確に分け、自分たちでできることは自分たちで自主的に計画して行う体制をつくりました。電子カルテを導入して、メッセージ業務は少なくなったとはいえ、それでもある程度はありますので、その辺のところ

クリティカルパス一覧表

【外科】	腹腔鏡下胆嚢摘出術、腹腔鏡下虫垂切除術、内外痔核、胃全摘……など 8疾患
【脳外科】	ラクナ梗塞、慢性硬膜下血腫……など 5疾患
【整形外科】	大腿骨近位端骨折、下腿骨折、鎖骨骨折……など 12疾患
【内科】	狭心症、心筋梗塞……など 7疾患

スライド14

ケアワーカー業務の整理

- ① 見直し標準化
 - A 自ら計画的に実践していい行為
 - B 看護師の指示に基づいて実践する行為
 - C 看護師の介助として行うもの
- ② メッセージ業務
- ③ 搬送業務
- ④ 洗濯業務

スライド15

看護検査科の設置

内視鏡検査部門
放射線検査部門
TV室
MRI室
CT室
心臓カテーテル
検査部門

メリット☆☆
病棟看護業務専念
検査介助の専門性

デメリット
病棟要員とはならない

スライド16

と、患者さんの搬送については独立したかたちのパートさんが行うことで、病棟の看護業務の軽減を行っております。助手さんの洗濯業務は、委託にしました。

看護検査科の設置につきましては、内視鏡検査部門と放射線検査部門を看護部として独立させて、介助を専門的に行うかたちを取ったということです（スライド16）。メリットとしては病棟看護業務に専念できること、検査介助の専門性が生まれてきたことが言えます。デメリットは、病棟要員とはならないこと。これは事務の立場から見たデ

医療安全管理

『医療安全管理室』

開設：平成15年9月

基本指針：患者さんが安心して安全な医療を受けられるような環境を整え、医療事故を防止し、提供する医療の質を向上させる

- 業務内容：1. 安全対策の実施推進
2. 患者さんのクレーム対応
3. ヒヤリハットレポートの収集・分析
4. 安全管理マニュアルの作成・管理
5. 安全管理委員会の運営
6. 「安全管理速報」の発行

※全職員が丸となって安全な医療を提供できる組織を目指しましょう。

スライド17

メリットです。

医療安全管理につきましても看護師専属1名を配して取り組んでおります（スライド17）。

安全性を下支えする経済的側面の強化を

以上述べましたように、当院で実施した看護部門への支援策は、看護部内部での取り組みも含め、現在の当院の人材でいかに効率化できるか、そのなかで看護師が看護師としての職務に使う時間をいかに生み出せるか、そして可能な範囲で在院日数をいかに短縮できるか、という観点から取り組んでまいりました。しかし一方、安全面から見ますと絶対的にマンパワーが必要だと言えます。安全性というのは情報の共有、各職の連携、個人の能力という複合的なものの上に成り立つ、あるいはそのようなシステムの確立の上に成り立つものであることは分かるのですが、やはり絶対的なマンパワーに勝るものはない、と現場としては感ずるところです。当院でも絶対数としての看護職員を増員してきました。

ここで、2.5：1と2：1看護の経済的側面を比べてみます（スライド18）と、これは皆さんご存じかとは思いますが、点数的には1,107点と1,209点ということで、102点の差、1人1,020円の違いがあるわけです。ただし2.5：1のほうは、10：1看護補助が80点ですので、実際的には1,187点となり、その差額は1日に22点、220円となります。

これを100床あたりで計算しますと年間800万円の増収になりますが、2.5：1から2：1看護に移行すると、100床では看護師さんが10人必要です。そうしますと、年収500万円として5,000万円が必要になるわけです。同じ保険点数のなかでこれだけの数字が出ますので、実際的には同じ収入で4,197万円の人件費が出ることになるわけです。200床では倍かかっていくことになります。

当院の看護職員数と人件費の推移は、2000年、2003年、2004年の3年間で30名増員しまして、看護職員の人件費総額は1億5,000万円ほどのアップです。同じ収入のなかでこれだけアップになるわけです。この2.5：1と2：1の比較でお分かりのように、お叱りをこうむるかもしれませんが、事務管理担当としては2.5：1が効率的なのですが、当院でもさまざまな工夫をいたしました、そのうえで2：1看護の必要性を事務の立場としても実感しました。しかし現状の診療報酬上では、2：1のインセンティブでは働きにくいということになります。看護協会、また皆さんもぜひ大きな声を上げるべきではないかと思えます。看護師さんの頭数だけの問題ではないとは思いますが、そういった状況ですので、看護師の労働量に見合った点数になるように声を大きくしていくべきだと思います。これから広がるであろうDPCの評価、係数にも影響が出てくるのではないかと思います。

今回、ハイケアユニットということで、入院医療管理料に看護必要度が導入されました。将来的

看護2.5：1，2：1の経済的比較

入院基本料 | 群2 → | 群1 比較試算 (100床)

入院基本料 群II	1107	入院基本料 群I	1209
10対1看護補助	80		
計	1187		1209
収入アップ/年	220 × 100床 × 365 = 8,030千円		
支出	5,000千円 × 10人 = 50,000		
差額	▲ 41,970		
※急性期(特定)加算			

スライド18

に看護技術料を評価していく仕組みとしての第1歩になることを期待しております。

当院における看護職の役割とは

最後に、当院における看護職の役割ということで、事務管理職から見た看護職への期待について、勝手な私見を交えて触れさせていただきたいと思っております（スライド19）。療養上の世話と診療の補助、これは保助看法で規定されているところがあります。そして常に患者さんの全体を見ていく資格、すなわち常に患者さんの安全に対応し患者さんの満足度を追求し、チーム医療のコーディネーターとしての役割を果たす、これらの資格が看護職にあると、これが看護職の役割ではないかと私は思っております。そしてこれらの役割を実現するために、どのような能力が要求されるかということで、管理能力と看護技術、それにコミュニケーション能力を挙げさせていただきました。

まず管理能力（スライド20）ですが、治療効果

を上げるために各職種の機能を統合して患者に安全なサービスを提供すること。早期よりの確かな看護を提供して患者を早期退院に導くこと。合併症や再入院を起ささないために、必要な医療を入院期間中に十分に行えるようマネジメントをすることが、期待されているのではないかと思います。

看護技術（スライド21）では、広い視野と豊かな感性を持ち患者の必要に応じて選択可能な看護技術を提供できること。これは個々の患者の個性に合ったニーズが変わってくると思いますが、それに対応できる看護技術ということですから。そしてチーム医療で各職種が同等の立場でそれぞれの役割と責任を果たすことだと思います。看護職の専門性が当然要求されてくると思います。

コミュニケーション能力（スライド22）というのは、患者の状態を、身体面のみならず精神面・社会面・家族関係までを含めてよく理解をすることですが、ちょっとこういう表現をさせていただきました。「心からわき出る優しさ」。これ

当院における看護職の役割

- ◆ 療養上の世話と診療の補助
- ◆ 患者さんの全体を常に見ていく資格
 - ① 患者の安全
 - ② 患者満足度の追求
 - ③ チーム医療のコーディネーター
- ◆ 看護職に要求される能力
 - ① 管理能力
 - ② 看護技術（専門性）
 - ③ コミュニケーション能力

スライド19

当院における看護職の役割

- ② 看護技術（専門性）
 - ・ 広い視野と豊かな感性を持ち、患者の必要に応じて選択可能な看護技術を提供できる
 - ・ チーム医療で、各職種が同等の立場で役割と責任を果たす → 看護職の専門性
- (病人の世話と治療についての技術的（実践的）な関心)

スライド21

当院における看護職の役割

- ① 管理能力
 - ・ 治療成果を上げるために、各職種の機能を統合して患者に安全なサービスを提供する
 - ・ 早期よりの確かな看護を提供し患者を早期退院に導く 合併症や再入院を起ささない必要な医療を入院期間中に十分に行うマネジメントを行う

スライド20

当院における看護職の役割

- ③ コミュニケーション能力
 - ・ 患者の状態、身体面のみならず、精神面・社会面・家族関係までを含め、よく理解する
 - ・ 心からわき出る優しさ
 - ↓
 - 生きる意欲を呼び起こす
 - 優しいこと、話を聞くこと、笑顔の素敵なこと
- (病人に対する心のこもった関心)

スライド22

が患者さんからすれば、いちばん「生きる意欲を呼び起こす」。この辺に看護職のいちばんの役割があるのかなと、かってに個人的な見解ですが書かせていただきました。具体的に言いますと、「優しいこと」「話を聞くこと」「笑顔の素敵なこと」ということで、病人に対する心のこもった関心、フロレンス・ナイチンゲールがどこかに書かれていると聞きましたが、これが看護職にとって最大の役割かな、ということ最後にいたしまして、発表を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

座長 ありがとうございました。看護職へのいろいろなご提言を含めての話だったと思います。

次に、ボランティア活動を通して看護と看護師をしっかり見つめてきていただいたという立場から、椎野恵子さんにご発言をいただきます。椎野さんは日本社会事業大学をご卒業の後、大和難民定住センターでのボランティアを皮切りに、病院ボランティアの立ち上げを含めてご活躍ですが、そういう立場からご発言をよろしく願います。

②ボランティアから見た医療サービスの変遷

椎野 恵子

私は病院ボランティア会ランパスの会長としております椎野でございます。現在ランパスは神奈川県、市立、私立の10病院で活動しております(スライド1)。会員は250名。33グループに分かれ、昨年は延べ2万7,500時間を活動いたしました。

主な活動は、移動図書、受付案内、病棟ボランティア、小児病棟ボランティア、音楽ボランティア、緩和ケア病棟ボランティアです。具体的に申しますと、患者さんの豊かさを願っての移動図書、ブックトラックに本を積んで病室で自由に貸し出したいです。昨年は約4万冊の貸し出しをしました。音楽のミニコンサートは、各病院を巡回し、演奏回数380回を数えました。また、ひとときの安らぎを求めて、病棟での傾聴、足浴、マッサージ、散歩の介助などを行います。生活の手助けとして、洗濯、洗髪、買い物などをさせていただいております。小児病棟では、保育、学童学習の手助け、NICUの子守りなどをいたしております。

病院ボランティア会ランパス 活動報告 (2003.1.1 ~ 12.25)

病院名	会員人数 (人)	活動時間 (時間)	本貸出冊数 (冊)	音楽演奏 回数	グループ 数	発足年月
S大学病院 (私立)	68	4,267	5,924	3	8	S63.03
Gセンター (県立)	54	8,206	2,062	202	5	H02.11
Nセンター (市立)	27	3,939	4,458	126	4	H11.11
Sセンター (市立)	20	2,760		12	3	H12.01
Y大学病院 (市立)	24	4,578	10,699	12	4	H12.09
A病院 (県立)	17	818	1,996		2	H14.02
Jセンター (県立)	9	423	3,724	8	3	H15.05
Kセンター (県立)	27	2,279	11,014		2	H15.06
M大学病院 (私立)	5	84		16	1	H15.07
T病院 (市立)	7	110	368		1	H15.12
10病院合計	258	27,464	40,245	379	33	

スライド 1

す。4年前から緩和ケア病棟のボランティアとして入らせていただいております。生活のこまかいサービスを提供し、そのなかから深いかわりが生まれることがあります。メンバー全員がほぼ笑みとあいさつを携えて、病室の患者さんを訪問したりお役に立ったりしております。

17年前はたった1つの病院から始まりました。モデルのない試行錯誤のなかで何を求められているかを考えながら、メンバーと歩んでまいりました。その歩みは病院ボランティアの基となり、他病院から声がかかるようになりました。この17年、1市民、1ボランティアとして病院の中で体験したことを述べさせていただきます。

真の病院ボランティアを目指して

先年、ある病院の投書箱を通じて「私たち患者は、病気や傷の痛みはつらいことですが、やはり心の痛みがいちばんつらいです。ふだんはそのようなことは顔には出しませんが、いつも負けそうな自分と闘っています……」で始まる一文を、「ボランティアの皆さんありがとう」としていただきました。

私も子どものとき病気の体験がございます。そのときの心の痛みは、60年経っても思い出されるのです。母に背負われ、裸にされ、真っ暗闇の中の赤い小さな電灯の色。白いタイルの手術室。田舎の屋敷の奥の大きな部屋。カッコウと山鳩の声。白い雲。そこには死の影が漂っていたように思います。小学校に入学してすぐに、肋骨カリエスという病名のもとで、戦時中の東京から母の祖父母のもとに送られ、半ば隔離された状態で約2年間置かれました。疎開してきた弟や妹とも、一時は会えませんでした。学校でもクラスの人が寄りつきません。

病気は、生活を断ち切られる痛み、人生の転換を強いられる痛み、病気というレッテルを貼られる痛み、疎外感を味わう痛み、理不尽さを怒る痛みなど、病を忘れていてもその痛みは残っております。がんは私が22歳のときに見た、父の3度目の手術の胃がんから始まり、妹2人、夫と、45年

間なじみぬいた病気です。父は余命3カ月、半年と告げられ、余病を併発しながら30年生き、下の妹は卵巣がんの末期でしたがいまだ元気に働き、すぐ下の妹は6年の闘病の末逝きました。3人ともGセンターにお世話になりました。そのとき分かったことは、なんとがんは個性のある病気かということと、人にとって病気イコール死ではなく、生きる意欲、使命感、自然さのようなものによって生かされているんだということでした。

14年前、Gセンターに1人で病院ボランティアを願ひ出、同志と2人で始めさせていただいたのは大げさかもしれませんが、若いときから持ち続けていた真のボランティアを追い求めていたからです。自立とともに、他者への献身を望みました。マザー・テレサの活動を思い、命を惜しむ心で、死に行く方に仕えたかったのです。2人で、病の方のおそばに行けるなら、どんなことでもさせていただこうとの決意でした。その間、日本のいろいろな病院ボランティアを学びました。現在、ボランティアの活動をするに当たって、マザー・テレサにならって「私の手と足と声と心をお使いください」と、謙遜に仕えていくこと、このことをいちばん大事にして、メンバーと一緒に患者さんのところに行きます。決して頭を上げることなく仕えたいと望んでおります。患者さんは、本物に接したいと望んでいるのですから（スライド2）。

現在、私たちボランティアは無報酬に徹しています。必要なものは気がついた人が黙って用意する。不思議に一度も困ったことはありません。今、世間では「ボランティアを有償で」の流れがあり

真のボランティアを求めて 《命を惜しむ心》

マザー・テレサにならって

主よ、今日一日
貧しい人や病んでいる人を助けるために
私の手をお望みでしたら
今日、私のこの手をお使いください。

—流れに抗しながら、無償に徹して

スライド2

ますが、かえって真の喜びから遠ざけているように思います。半端な交通費程度ならパートで働くほうが良いと考える人もいるでしょうし、ボランティアの継続を期待できないと思います。今、私は個性のある素敵な仲間と一緒にです。ボランティアを希望する方は、皆さん個性があります。この個性を病院がどのように迎え入れられるかが問題です。個性は自主性ととも、分裂をもきたすのですから。

病院ボランティアの条件として

ボランティアを始めるにあたり、条件として毎週3時間以上、6カ月間継続できる方を前提としています。ボランティアだからこそ、約束と責任を持っていただきたいと思っています。また、相手が病の方であることを最初に伝えます。チームですが、どうしても1対1で相手に接することになるからです。病院ボランティアの難しさは、①苦しみと痛みのなかにあり、気持ちが悪くなり、感情の起伏がある方と一緒にすること、②病院の管理と衛生の規律のなかで奉仕すること、③ボランティアの自主性と自発性を持つことで、この3つがうまくかみ合わなければ、必要のない存在です。今まで大勢の人に会ってまいりましたし、一緒に活動しましたが、ボランティアはどこまでも人によって成り立ちます。その人自身の自主性に委ねられ、仕えることによって、喜びを自分で感じ取ってもらわなければならないのです。それには配慮と責任と尊敬、そして知識が必要です。愛を持って、忍耐して待つことのできる人によって成り立つものと思っています。

始まりは17年前の病院長の勇気と決断で

病院にボランティアとして、医療者でない素人が入るには、チャンスがなければ入れません。17年前、S病院の初代院長は、病院にボランティア、素人を入れる「勇気」がありました。留学時代の病院ボランティアに、大きな夢を持ち続けておられました。その夢を私たちの所属しているカトリックの神父さまに話され、私たちが活動するき

かけとなりました。その夢に私たちも乗せていただきました。その後は、モデルのない試行錯誤の活動でしたが、1つ1つ今も実現しています。

私は幼少のころは病のために、『孝女白菊』というたった1冊の絵本が想像の世界へのいざないでしたので、病院で本がいつでも自由に手に取れるようにと、移動図書から始めさせていただきました。患者さんを慰め、本を通して心の対話ができたらと願いました。病室をブックトラックで回るとき「無料でいつまでも、何冊でも制限がありません」と、最初に伝えるようにしています。退院した方が外来に見えられたとき、秘蔵本を持ってこられ、添えられた手紙に励まされます。

15年前のGセンター・看護部長の冒険

父、友人がGセンターでお世話になって逝きました後、2年前にS病院で始めていた活動を、Gセンターこそボランティアが必要と思い、人を介して願い出ました。当時の看護部長が、英断を持って受け入れてくださいました。そのときおっしゃった言葉は「患者さんの話されたなかに、命にかかわることがあったら教えてください」でした。素人ボランティアの受け入れは、看護の限界を知った方の「冒険」だったと思います。その後も、看護部とのかかわりは続き、毎月の話し合いは、信頼関係が生み出され多くの実を結びました。そして、「ボランティア推進会議」へと引き継がれていきました。この2つの病院の10年間の歩みは、ボランティア会ランパスのいしずえのように思っております。

病院組織に位置づけられたボランティア

今、ランパスの会が安心して継続できるのは、刷新と改革に取り組んだ、もう2つの病院とのかかわりがあって育っていったと思っています。Sセンターが新しく生まれ変わろうとして、ボランティアの導入を考えられているとき、ランパスの10年の活動に関心を持たれ、声をかけてくださいました。ボランティアの活動は、病院トップの交代や、ボランティア担当職員の考えと人間性に

左右されます。時によっては活動が滞り、苦しんでいる病人のそばに行くことができなくなることもあります。病院側とボランティアが、同じテーブルで患者さんに視点を置き、話し合い、関連部署と合意のうえで活動ができるならば、双方が生かされるのです。そのために、病院のなかに位置づけられたボランティア運営委員会が必要でした。1年半をかけ、活動要項ができあがり、私たちを自立したボランティア団体として受け入れてくださいました。部署が変わっても、変わらずやさしく支えてくださった院長の配慮と、情熱を傾けてくださった看護師長の方々の努力の賜物とっております。この運営委員会は、今月で40回を数えました。

1年後に、Y病院の副院長が改革のためSセンターにお見えになり、ここと同じボランティアを望まれたとき、ボランティア運営委員会の設置を要望しました。大きな組織の病院のなかにボランティアを位置づけることは、大変なことだったと思います。その信頼に応えるべくメンバーの募集、養成が急務でした。今も副院長自らボランティア運営委員会の委員長を引き受けられ、少ない人数ながら情熱的に活動しているY病院は、ボランティアの理想に近いものと思っております。病院の受け入れはボランティアの意欲をかき立て、病院全体も優しくなったように感じます。この運営委員会はいくつかの病院の知恵の蓄積と、多くのメンバーの地道な働きの蓄積のうえに生まれたものと思います。ボランティアもまた、開く勇氣と痛みを共有したとき、連帯が生まれ信頼関係を生みました。そして広がっていきました。

2病院から10病院へと活動が広がり、今年ランパスは充実へ、新しい出発へ、そのためのメンバーの養成と研修が急務となっております（スライド3）。

病院に新しい風が吹くには、治療を受ける人、与える人の2者のみではなく、多くの人を受け入れる大きさが必要だと思います。理想の夢と冒険と限界を認識し、壁を取り払う勇氣と、隔てのない優しさが私たちを促します。病院の扉が1つ1

ボランティア会ランパス

● 2病院の学びから 10病院へ

視点を患者さんに据えて
「ボランティア運営委員会」
自主・自立的な会を目指して
分ち合って、支え合って
(メンバーの研修と養成)

スライド 3

《学問・教育の目的は、単に知識を習得し、蓄積することだけではなく、もっとも大切なのは、自分で考えるのを学ぶことなのだ。私たちが考えるべき問題は、生・愛・死の三つであり、これらの根源的体験の意義は、生きがいが、愛の意義と死にがいではなかるうか》

アルフォンス・デーケン神父

スライド 4

つ開かれて、多くの方々と出会いながら、アルフォンス・デーケン神父の言葉「私たちが考えるべきもっとも大切な問題は、生、愛、死の三つであり、これらの根源的体験の意義は、生きがいが、愛の意義と死にがいではなかるうか」を思い出し（スライド4）、この3つはすべてであり1つであることを学ばせていただいています。

患者と病院ボランティアと

Gセンターでボランティアを始めて1年経った頃、20代後半の2人の婦人に会いました。1人は愛情の深い夫と家族に励まされ、入院生活の午後は母親と一緒に歩いて脚の筋肉を保つなど生きることを愛ゆえに闘い、3カ月、半年の命を12年と延ばし、最後に命をかけて夫と猫のために家に帰り、1週間後に逝きました。12年、娘の病気に付き添った母親は、今、緩和ケア病棟で、終末期の方にお好みのお茶を差しあげております。人を思いやる優しさを通して、愛という命のつながりを感じております。もう1人の方は、愛に欠けた夫とその家族に受け入れられず、離婚となり、3

カ月の生を終えました。

子どもの入園式と一緒に写真を撮るため、あるいは卒業式に、入学式に、また娘の結婚式に出るためになどなど、多くの方々が無病に励んでおられます。命は実は自分の手のなかにあるのではなく、小さなものへの優しさのなかに存在するようにも思います。NICUの赤ちゃんの一息一息が生そのもので、叫ぶことなく受け入れている姿は、私の不遜さを教えてくれます。泣いている赤ちゃんを胸に抱き、やがて静かな眠りのなかに訪れるぬくもりは私を癒してくれます。

私のGセンターでのボランティア活動は、愛してくださった友人、父、そして心を痛めた妹の死につながっております。妹は友人と同じ部屋でした。人を愛しぬいて、苦しみながらこっけいなほど真剣に生きた友人の面影は、16年経っても生きております。

私が、男性ボランティアのTさんと味わった喜びをお話させていただきます。以前、病棟ボランティアを始めるに当たり、Gセンターで研修を受けられました。Tさんと2人で、個室の末期に近い60代の男性の足を、ベッドの上で洗わせていただき、オリーブオイルでマッサージをして終えたとき、男性が「至福の時間をありがとう」とおっしゃいました。この言葉をいただいたとき、私たちが実は至福の時間をいただいていたのだと感じました。このひとは神の領域のもので、1人では味わえず、3人いたからいただいたものと思いました。至福の言葉は神とともにあったと思いました。心に刻まれた感じですが。この男性の旅立ちのお手伝いを、少しできたように思いました。

また、今年5月の最後の月曜日のことでした。最近になってやっと足を洗わせていただいた男性が観察室に移され、足も手もパンパンにむくんでおりました。「足を洗いましょうか」と聞くと、うなずかれたので夫と2人で片方ずつ洗い、静かにマッサージをさせていただきました。「手もいかがでしょう」と言うとうなずかれたので、お湯の感触を味わっていただきたいと、2人でいねいにお別れも兼ねていたしました。最後に「ありが

とうございました」と言われましたが、ご本人の旅立ちの別れの言葉に思えました。その日は、1年間続けた同じ病棟での最後の日で、これによって、私たちはありがとうと言ひ合えました。このような至福のひとは、メンバー250人が、大なり小なり味わっているものと思います。また家族、友人が足を洗い合えたら、触れ合う喜びをお互いに分ち合えるのではないかと考えております。

私たちがこのような活動に参加できたのは、病院が開かれ、看護部が承認し、師長さんから「あの方のところに行ってくださいますか」と、やさしく指示があったからだと思います。

病院ボランティア活動の実際は

ここで先週からの私のボランティア活動を紹介させていただきます。

先週の月曜日；受付案内のためある病院のロビーに、男性メンバーと8時30分に立たせていただきました。受付は、最近機械化が進み、自動精算機が並んでいます。11時頃、ある男性が精算伝票をひらひらさせながら「今朝から、口を利いたのは先生だけだ」と、少しさびしそうに話しかけてくださいました。

火曜日；ボランティアの活動17年目のS病院に、ボランティアの立ち上げの見学者が、病院職員とともに13名お見えになりました。9時からの話し合いで、私は病院ボランティアとは甘いものではないと、きつく言い過ぎましたのに、11時までの約束にもかかわらず、その後も7名が移動図書・コンサートと午後5時まで一緒に活動してくださいました。

木曜日；Gセンターで研修者と一緒に3人の方の足浴とマッサージを済ませたとき、その日が退院という婦人から足浴とマッサージを依頼されました。ナースの許可を得るため2往復し、私たちの活動には家族を結ぶ役目もある、と自分に言い聞かせて、迎えにきていた娘さんにマッサージのやり方をお教えしながら、本人には自分でできるマッサージを伝えながら、いたしました。そうしましたら「娘にもこのあと足浴とマッサージをお

短く浅くなった医療
《「惜しむ」の取り違い》

経済効果のなかで……お金を惜しむ
（在院日数の短縮）
効率化のなかで ……時間を惜しむ
マニュアル化 ……事故防止策
（活字化された看護）
機械化 ……人の温もりから離れて

スライド 5

願います」と言われたときには啞然としました。40代の娘さんにです。この婦人は最初に、お金はいくらか、と聞かれ無料と知ると毎週頼まれた方です。午後、緩和ケア病棟で手伝っておりますと、看護師さんに「買い物、散歩のお願い」と呼ばれてうかがいますと、病室では患者さんを車椅子に座らせる最中でした。本人の意固地さを懸命にだめる看護師さんの忍耐の姿に感心いたしました。

金曜日；S病院の運営委員会です。病院側とボランティア側とがスムーズに話し合い、17年の歳月の積み重なりを思いました。

今週の月曜日は、Y病院のボランティア運営委員会の日でした。課題の1つに、夏休み体験ボランティアの受け入れがあり、そこにほかの医科大学のボランティア研修の件も含まれていました。

このように見ますと、病院も医科大学の教育も変化してきており、医療提供体制も変わりつつあると思います。ボランティア見学者が病院の職員と一緒にこられることにも、双方の意欲を感じ、病院の扉も窓口も開かれ、新しい風が病院に流れるのではないかと思います。病院ボランティアを、病院側が進んで受け入れつつあること自体が、医療サービスの大きな変化を示していると思います。

現代医療は、より高度になっていくとともに、「惜しむ」の言葉の意味が取り違えられているように思います（スライド5）。対経済効果のなかでお金を惜しみ、効率化のなかで時間を惜しむようになってきています。医療事故防止のために看護が活字化されマニュアル化がされています。先

現実の死を
貴いものであることを知らしめて
病院死 80%から

死を恐れないものへ
生の希薄化をくい止めて
死をあなたのいちばん近い友人として
（日常のものへ）
死の旅立ちを家族友人の手に
（最後の贈りもの）

スライド 6

端医療のためにはどうしても医療が機械化されていきます。しかし、病のある患者さんが求めるのは人のぬくもりです。こういう点で、実際に看護の現場に身を置く方々は、矛盾をかかえ苦悩していることと感じております。病院ボランティアとして、実際に死に向かうであろう患者さんたちに現場で接するという立場から見ますと、看護を受ける側の患者さんたちの意識も、大きく変化してきているように思います。

現代生活が死に場所を病院のみに限定し、死を忌むべきものにして現在の風潮に大きな疑問を感じております。現実の死は、尊いものであることをもっと知らしめ、死への旅立ちを家族友人の手で、最後の贈り物として受け入れ見送ること、看護はその手助けの場、それが病院という場であれば理想的だと思うのです（スライド6）。そのためには、生と愛と死の教育を病院のなかにも行き渡らせていただきたいと願っております。病院ボランティアとして、私たちがその架け橋となればと願うこの頃であります。ありがとうございました。

座長 椎野さん、ありがとうございました。

次に坂本すがさんにご発言をいただきます。坂本さんは和歌山県立高等看護学校をご卒業の後、保健師・助産師として活動、現在は管理者としてIT化で有名なNTT東日本関東病院の看護部長として、第一線でご活躍でございます。では、よろしくお願いたします。

③クリエイティブな看護管理

坂本 すが

坂本でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。実は私どもの病院は、先ほど椎野さんがおっしゃいましたように料金計算を自動支払機で行い、紙1枚でスムーズに、先生方とお話しされてクラークさんとお話しされて、そのままお帰りになる患者さんもたくさんいらっしゃるという病院でございます。ここで看護部長を6年間やってまいりまして、看護がこれでいいのか、病院として医療を提供する立場としてこれでいいのか、と絶えず悩み考え続けております。今日はこういう機会を設けていただきましたので、看護がどの角度から病院の医療に貢献できるのかという視点から1つ提案いたしたいことがありますので、それをお話しさせていただきます。

医療現場と患者意識の状況は

厚生労働省は「21世紀の医療提供の姿」としてスライド1のような3点を示されていますが、私はそのなかでも特に「患者の視点の尊重と自己責任」と「情報提供のための環境整備」というところに着目したいと思います。なぜかと申しますと、いろいろなことで私自身もドックを受けたり、検査値が異常になったりして、自分自身が患者になりながら客観的に看護にかかわっていくと、どう

もやはり、看護はこれでいいのかというところがあるのです。患者自身の心理状況にどのように看護師はかかわっているのかということがなかなか明確に出てきませんので、そこに視点を当てたいと思うのです。

スライド2は近刊の厚生労働省の『厚生白書』で取り上げられている「医療に対する国民意識の変化」のなかで、医事関係訴訟の増加の理由として挙げられたものですが、ご覧のように、先生方は、「患者意識の変化」が大きいと考えておられるようです。「患者との信頼関係」も大きいと認識されています。国民側では、「医師や医療機関の対応の悪さ」「医師との信頼関係の低下」を挙げる人が多くなっています。

次に同じ白書からですが、「医療機関や医師等に対し不安を感じることがあるか」という調査（スライド3）では、「よくある」が15.6%で、「時々ある」を含めると、ほぼ75%の人が、私たち医療関係者に対して不安があると答えています。私も先週ドックを受けましたが、間違われていないか、検査の値が出たら検査技師さんはどういう顔をされるのか、看護師はどういうふうに対応しているのかと、絶えず不安を持ちながら過ごしていました。よく知っている私でさえそうなのですから、病院内の事情が分からない患者さんにとっては、大変不安を感じていると思います。

次に私が看護部長になったときにいちばん感じたことは、病院のなかでは患者さんはいろいろな科を受診されたり動かれたりするのですけれども、

21世紀の医療提供の姿

- 患者の選択の尊重と情報提供
 - 患者の視点の尊重と自己責任
 - 情報提供のための環境整備
- 質の高い効率的な医療提供体制
 - 質の高い効率的な医療の提供
 - 医療の質向上
- 国民の安心のための基盤づくり
 - 地域医療の確保、医療の情報化

スライド1

医療に対する国民意識の変化

日医総研調査

医事関係訴訟の増加の理由

- 医師は「患者意識の変化」 75%
- 「患者との信頼関係」 63.5%
- 国民は「医師や医療機関の対応の悪さ」 45.9%
- 「医師との信頼関係の低下」 37.8%

スライド2

どういふことを考えながらそうされるのかということでした。私どもの病院に初めていらした患者さんが玄関を出て行かれるまでには、お持ちになってきた問題の99%は解決してお帰りになってほしい。そういうことに対して看護師が何かできるか、初診の患者さんにできるだけ満足してお帰りいただけるよう対応したい、と考えました。それで玄関のところにナースの相談窓口をつくりました。

その相談窓口のナースから、今日のために、患者さんはどういふ悩みを持って病院にいらっしゃるか、話を聞きました。すると、大きく分けて「外来受診までの迷い」「入院までの迷い」「入院中の迷い」「退院後の迷い」をお持ちであることが分かりました。まずは病院に来るまでにどれだけ迷われたり悩まれたりしているか。例えば乳がんを疑って、しこりがあったとしても病院へ行って診てもらおうと決心するまでには、どこの病院で、どれだけの時間かなど、どれだけの悩みがあるか、ご自分で想像されると分かります。いざ外来にいらして、とにかく入院していろいろな治療をしましょうと言われ、ベッドが空くのを待って入院するまでの悩み。それから、入院中の悩み。今日検査をしたけれど結果はどうなったのか。先生方の通り過ぎる顔色を見ているのだが、先生は分かっているのか、まだ分かっていないのか。いつになったらはっきりし、どうなるのか。先生方が分かったらすぐに教えてもらえるのか。そういうことも全然分からずに、ただ

ただ不安で顔色を眺めている。そして退院後の悩みです。今までこういう治療をしたけれども、果たして元の生活に戻れるのか。何かあるとすればどういふことが起こってくるのかという悩み。私もドックを受けて多少は経験しましたが、すべてを通過したわけではありませんから想像するしかありませんが、患者さんの持っている悩み、不安は計り知れないものがあります。

医療現場で起こっていることは

このことは、私どもの病院のクリティカルパスが教育テレビで放映されたときに実際にあった話です。ある方から電話があり、この方はうちの病院にはかかられたことのない方ですが、「私は医者に肺がんだと言われた」と。何も詳しい説明はなく、ベッドが空くまで待つよう指示されている。ずっと家で待っていたが、たまたまこの放送を見て電話をされたということでした。その方がおっしゃるには、「このまま入院すると、そのままベルトコンベアに乗って、はい手術しましょう、はい再発しましたね、治療しましょう……。医療というのはベルトコンベアに乗ってしまうと、そのまま行ってしまうものなのか」と私にお話しされました。パスを撮ったビデオがあるでしょうから貸してください、との電話でした。私たちはパスがすべてだとは思っていないし、パスは一端だと思っていることをお話ししました。その方はそういふふうの説明をする機会が病院のなかにあるのか、ということで驚かれたようでした。それだけのことでも、患者さんがベルトコンベアに乗ろうとしたのをとどまって、自分自身で医療に対して歩んでいこうとされた一瞬だったわけです。そういう経験をしました。

私の親戚が食道がんを患いました。「大阪でがんの治療を受けるとすればどこで受ければいだろう」と相談を受けました。いろいろな情報をかき集めましたけれど、大したことは分かりませんでした。インターネットで調べましたが、大阪の病院はほとんどははっきりしたことはホームページに出ておりませんでした。それで知り合いのナー

生活と健康リスク調査

(株)UFJ総合研究所2004

- 医療機関や医師等に対し不安を感じることはあるか？

よくある	(15.6%)
時々ある	(57.7%)

医療機関におけるリスクの認識が高まっている

スライド 3

スをたどって、1週間後によやくたどり着くことができました。医療職にある私がいざというときこんな状況にあるのですから、医療関係に知りあいのない普通の方がどれだけ苦しんでいるかということを実感しました。そこで「医療に対して改善を求める主な問題点」(スライド4)のなかから、「病院や医師を選ぶための情報が少ない」「患者への診断・治療内容の説明が不十分」の2つに着目して、ここで看護がどのように関係していかるといことを考えてみようと思いました。

先ほども話しましたが、「診断を受けたときから患者はさまよい始める」(スライド5)——それでは、看護師はどうか。患者さんが治療を受けたときに、そばにいる看護師を見て、この看護師はどこまで頼れるのか。何かを聞いたときにどこまで答えてくれるのか。患者さんは不安ですから、ナースの忙しさも分かっていますから質問を小出しにするわけですが、小出したときに的確に答えてくれるか、くれないか。そのナースがどこまで知っているかというのは、患者さんには一瞬に分かるのです。そういうことではいけない。患者さんのほうが病気について知っているのは当たり前ですけれども、それに対して知っていることをどれだけ聞き出してくれるか、そして専門的にかかわってくれるか。看護師は患者の誘導だけか、ということ、私自身が治療を受けたときに自分で感じたのです。こういう観点からいろいろ

考えてみたいと思います。

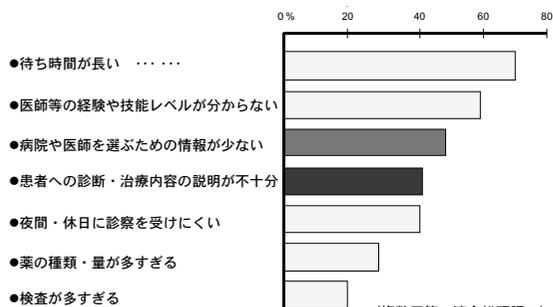
患者の医療不信・不安にどう応えるか

なぜこういうことに着目するかといいますと、私も若いときにはもしかしたら分からなかったかもしれませんが、産科で仕事をして、自分が描いた道に患者さんを載せて行って、次これしてください、あれしてください、はい退院です、というふうにやっていたかもしれませんが、今こういう役割に就いて、そして自分自身にもまわりの人にも病気になる年代になって、こういうことが問題なのだと感じているからです。

患者の医療不信・不安に看護はどう応えていくか。そのための看護管理はどうあるべきか(スライド6)。看護師が受け身でなく、悩みや不安に積極的に対応していくルートをつくる。患者さんの悩みに密着する方法を看護部門でつけれないか、24時間を通して患者さんのケアをしていくこと以外に、もう1つ何か切り口がないか、というふうを考えてみたいのです。今までの看護管理に対して、さらにもう1歩進んで、新しい価値創造の文化を形成できるような、患者さんの悩みに対応して基軸を修正できるような看護管理を目指したい。人間というのは、患者さんご家族も、ドクターも私たちも、それぞれのインセンティブが基本にあります。それらを取りまとめて患者さんの不安や悩みに対応できるように基軸を修正していく、

そしてそれに関して成功するパイラルを回していこう、成功するために戦略を練っていこう、ということです。もう1つ。改めて、看護師のプロフェッションとしての原点に戻ろう。すなわち、技術教育を重視しよう。卒後教育も標準化してきちんとやっしていこう。それは病院の1つの質であると思いますが、それをさらにもう1つ超えて、標準化された教育からもう1回脱皮して、もう1つ何かを付け加えたいと考えています。分かりやすく言うと、当たり前の看護管理と、もう

医療に対して改善を求める主な問題点



スライド 4

診断を受けたときから 患者はさまよいを始める

- ・果たして、診断は正しいのか？
- ・果たして目の前にいる医師は信頼できるのか？
- ・果たして今かかっている医療機関がベストか？
- ・自分には、信頼できる情報がない！ 情報提供者がいない！

この看護師はどこまで頼れるのか

患者のほうが病気については知っているぞ

スライド 5

変化に応える看護管理は

- 新しい価値創造の文化形成
 - 患者の悩み対応に機軸修正
- SSP (サクセススパイラル)**
- PDSサイクル
 - 技術教育重視 (プロとして)
 - 標準化された教育からの脱出

スライド 6

1つ新たな看護管理というのを考えてみたいということですので (スライド7)。

新たな看護管理という側面から、私が今いちばに着目しているのが、インターネットのホームページです。親類から食道がんの相談を受けたときにインターネットをいろいろ調べ、看護のサイトもいろいろ見ましたけれど、何の役にも立ちませんでした。ただ、がんセンターのサイトは随分参考になりました。そこで、患者さんの役に立つホームページをつくろうと考えたのです。まず患者さんの気持ちとマッチングするために、看護の部分のホームページを整えよう。そのなかで、患者さんに分かる看護を公開しよう。実際に看護を公開するというのは大変難しいことです。しかし、公開できなければ看護が何かのお役に立つとは言えないのです。そこで公開できる看護を確立しよう、そして結果を出そう、そしてそれも公開しよう、このスパイラルを回そう。自分たちの病院のスタッフにもそれを見せ、外にも出そう。短期的に行うものと長期的に行うものも実施して評価を

看護マネジメントでの あたりまえと特別なこと

- ・ まずホームページを整えよう
看護を公開、公開できる看護を確立
効果を出そう、これも公開
- ・ SSP (サクセススパイラル) を内外に出す
- ・ 短期・長期計画で実施、評価
- ・ 成果を出す、見せる

スライド 7

現場レベルの疾病管理を基本におこう

以下を整える

疾病レベルで医療資源を効果的に活用することで医療の質と効率性、経済性を高める。

↓

- ①患者がより良い医療サービスを受けるためのルートの整備 (医療機関の外部) 例) バス、ホームページ
- ②医療機関内ルートの標準化 例) 相談室の整備
- ③技術の標準化 例) 技術評価 (テクニカル・アセスメント)
- ④予防活動の重視 例) 患者教育

スライド 8

しながら、スパイラルを回していこう。ここを切り口にすれば新しい一端が拓けるのではないかと考えました。

それから、私たちがつかんだ患者さんの悩みに応答していくようなホームページもつくり、それを内外に示していくことで、ナースがかかわっていけるのではないかと、ということも考えました。公開したら、サービスの有料・無料を明確にしよう。有料のものもたくさんあります。有料はやはりお金をいただくわけですから、きちんとサービスをしよう。無料サービスも公開しよう。それを明確にナースたちに意識づかせよう。サービスを明確にルール化しようということです。そうすれば患者さんが不安があったときに、どこに言えばいいかが分かりやすくなります。

これらの実現を目指して、現場レベルの疾病管理を基本に置いて、以下を整えようと考えました (スライド8)。

①患者さんがより良い医療サービスを受けるためのルートの整備 (医療機関の外部) —— 例えば

クリティカルパスやホームページ, ②医療機関内のルートの標準化—例えば相談室の整備, ③技術の標準化—例えば技術評価, ④予防活動の重視—例えば患者教育。

そのために当院がどのような患者教育をしているかも列挙して、公開していくことも行っています(スライド9)。そして患者教育の内容(スライド10)につきましても、ただ教育するだけではなく、アウトカムを達成することを明確に目標化し、市販ツールやナースの手作りツールを活用するなど、いろいろな工夫をしています。患者さんが理解できることを目標に、意味そのものよりも、今患者さんに何が必要かという必要性から入ることを目指しています。方法としては集団教育、個別指導、個別フォローをナースが主体で行っています。

患者教育の問題点と対策はスライド11のとおりです。方法論の不足に対しては、海外の有効な方法論をとにかく探して取り入れていこうということです。またシステム面では未発達な部分があり、

アウトカム評価もまだ不完全です。患者さん自身の揺らぎもあるでしょうから、まずはシステムを開発して、揺らぎは個別フォローしていく。何でもかんでも量的にかかえていくということではなく、明確に整理できるものは整理していこうという考え方です。

それを支える人材・道具・評価をどうするか

そのための人材啓発をしっかりする。つまり、ナースのプロを育てよう。病院での現任教育をもう1度見直したいと考えました。病院の看護の質をある一定に保証するためのベースをきちんとすることと、その標準的な質そのものをもっと上に伸ばしていくという2つの教育プログラムがあると思います。これを活性化するためには専門・認定看護師、自己啓発できる環境設定、この2つを生かしていくという考えが頭にない限りは、ただただ新人教育と、最低の質保証ベースの現任教育をしていくだけでは、これを活性化することは

当院の患者教育

看護師が行っているものを簡単に列挙すると

- ①糖尿病教育(入院指導、外来指導、インシュリン指導)
- ②在宅酸素療法指導
- ③喘息教室
- ④化学療法指導
- ⑤クリティカルパス説明
- ⑥妊産婦指導、両親学級
- ⑦難病生活指導

スライド9

患者教育の問題点と対策

問題点

- ・方法論(ツールも含む)の不足
- ・患者自身のゆらぎ
- ・システム面で未発達
- ・アウトカム評価不完全

対策

- 海外の有効な方法論を移入。または方法論の独自開発。
- 患者教育システム開発
- コミュニティとの共同(医療福祉連携)

スライド11

患者教育の内容

● ツール

市販ツールの活用、看護師または手作り

● 目標

- ①患者が理解できる(意味より必要性)
- ②患者が実行できる
- ③患者が継続的に実施できる
- ④アウトカムの達成と維持

● 方法

- ①集団教育、②個別教育、③個別フォロー

スライド10

NTT 関東病院のスペシャリスト

- ・がん専門看護師(1)
- ・リエゾン専門看護師(1)
- ・感染管理認定看護師(1)
- ・創傷オストミー失禁看護認定看護師(WOC)(1)
- ・重症集中認定看護師(3)
- ・ホスピスケア(1)
- ・がん性疼痛(1)
- ・救急(1)、手術(1)

スライド12

きないと考えます。当院ではとにかくその必要性を訴えて、専門看護師を育成し（スライド12）、雇用し、満足いくようにこちらが環境設定し、まだまだ未開発の部分に関しては、これから開拓していくということを考えております。

次に、こういう方法をやっていきたいと、いろいろな職種がいろいろなことを思っても、病院としては統合された提供にはなりません。点と点を結ぶものがないジレンマがございます。そこで、皆が共通に持つ道具が必要だと思えます。電子カルテは、しんどいとか値段が高いとか非難も多いですが、共通の道具ということにおいては効果は抜群です。どこで開いても、それまでの情報は一瞬のうちに取れます。そういう道具を使って、患者さんの悩みや、患者さんに提供できるようなものを考えていこうということです。ITをマイナスに捉えるのではなく、ITを使って患者さんに貢献できないか、新しい価値をつくれないうか、新しいサービスをつくれないうか、看護職もそれを使って看護の展開ができないか、というようなことを考えています（スライド13）。

次に、ただただ看護を提供するだけではなくて、その評価をしなければなりません。一所懸命やっても効果が出ていないかも分からない、ということでは意味がない。これは1つの例で、CCUのナースが行ったものですが、VAPの感染率を見て、NNISのそれと比較したところ、ものすごく感染率が高いことが分かりました。そこでCCU内で話し合い、口腔内清拭の標準化を図りました。そして数カ月調査をした結果、感染率が下がりました。このようなものをあみ出していく。とにかくデータを取って何をしたらどうなったということ、スタッフに見せていこう。やっていることに意味があるということを見せていって、私たち自身の誇りにしていこうということも必要だと思えます。つまり指標を持つということです。

情報通信技術（IT）の発達

- 日々発達するIT技術
 - 医療材料などの調達にも役立つようになる
- データの収集分析が可能となる
 - データに基づくマネジメントが可能となる
- 国際化が進展する
 - 海外との連携も可能となる可能性を秘めている
- 予防医療、在宅ケアが進展する
 - ITによるホームドクター、ホームナースの可能性

病院経営

新しいサービスの開発可能性、
新しい付加価値創造可能性、
新しい事業開発可能性の増大
看護職もITを使った看護展開

スライド13

看護の力で新しい価値を生み出したい

最後に、私自身は看護管理者として、これまで歴史的にいわれてきた経営的な考え方や看病の方法は役に立たないと感じています。自分が今ここに存在して、この病院の看護をどうしていこう、世の中の看護をどうしていこうと考えたときに、患者さんの視点に立ってどう考えるかが必要だ、ということをも自分自身に言い聞かせています。その意味から、オズボーンのチェックリスト（スライド14）は大変役に立ちます。今までのことにとらわれなくて、それを捨てたり、それに追加したり、また反対から考えてみたり、いろいろな角度で今やっていることを見直してみる。今人数が足りないということは重々承知しております。ナー

オズボーンのチェックリスト

1. 他に利用したらどうか
今のままで新しい使い道はないか
少し変えて他の使い道はないか
2. アイデアを借りたらどうか
これに似たものはないか
他に似たアイデアはないか
3. 大きくしたらどうか
何か加えたらどうか
もっと回数を多くしたらどうか
4. 小さくしたらどうか
分割したらどうか
やめたらどうか
5. 変更したらどうか
形式を変えたらどうか
意味を変えたらどうか
6. 代用したらどうか
他の材料にしたらどうか
他の人にしたらどうか
7. 入れ換えたらどうか
他の順序にしたらどうか
原因と結果を入れ換えたらどうか
8. 反対にしたらどうか
役割を逆にしたらどうか
立場を変えたらどうか
9. 結合したらどうか
目的を結合したらどうか
アイデアを結合したらどうか

スライド14

スの人数は確かに不足しております。ただ人数が足りないから何もできないでは、人数が増えればやれるのかとなったときに、果たしてやれるでしょうか。今やれなければ人数が多くてもやれるわけがないということです。あらゆる視点から、今持っている考えを崩しながら、または追加しながらやってみたいと考えています。

基本的には新しい価値を創造したい。看護の力でしてみたい。それによって患者に貢献することを考えているところです。自病院独自の看護師が行うサービスの開発も進めたい。例えばこれだけやせ薬が売れ、多くの女性が健康に悪いこともしながらダイエットを行っている現実を見ると、病院で何か健康的なダイエットの指導ができないものか、という発想です。実現できるかどうかは別として。こういう発想を絶えずしていきたいと考えています。とりとめがございませんでしたが、ご清聴ありがとうございました。

座長 坂本さん、ありがとうございました。借り物ではなくて自分自身で考えて、豊かな発想を常に持ち続ける、クリエイティブな看護管理者という視点でのご発表をいただきました。

それでは最後に、瀬戸山元一さんにご発言をいただきます。瀬戸山さんは京都大学医学部卒業後、大和高田市や舞鶴市で外科医、消化器外科医としてご勤務の後、それらの病院も含め、島根県立中央病院のITに関する改革で皆さんもご存じのように、いろいろな病院の病院長を兼任され、現在は高知市の病院組合理事、来年完成します新しい病院の病院長予定者として、ご活躍でございます。そういうご経歴を踏まえ、私どもにどう看護をつくり出していったらよいかということも含めてお話しいただけたらと思います。よろしくお願いいたします。

④患者さん中心の医療・看護に向けて

瀬戸山 元一

瀬戸山でございます。よろしくお願いいたします。私は病院の管理者として今年で24年目になります。現役の国公立病院では最長ということで、いろいろな経験を通して、管理的な観点からお話したいと思います。

まず環境が大きく変わってきていることを知ること

現在、社会環境は変わり、医療をとりまく環境も大きく変わっていますが、私たち医療・看護職者が、自らの医療環境を、看護環境をつくり変える絶好のチャンスであるといえるでしょう。その方向は、患者さん側に立った、患者さんにとってメリットのあるような方向になります。

まず、ナイチンゲールにかかわる話をさせていただきます。看護学校には彼女の像が置かれているのに、医療機関にはなぜあまり置かれていないのかという現実を看護職員はどのように見ているのかということです。玄関ホールにナイチンゲール像を置いてある新病院を、多いときには約200人の視察の方がお見えになれましたが、そのときに看護職者の方が異口同音におっしゃるのは「ここに看護学校があるんですか?」と。ナイチンゲールは看護学校だけにあると思われていることに不思議な思いをしましたが、いかがでしょうか。

さて今、医療機関をとりまく環境は大競争時代、ビッグバンが到来していると考えます。その流れとしては、社会環境の変化、規制緩和だけではなく規制強化も含めた法的規制の改革、そして情報技術、ITの動向あるいは進展があげられます。私たち医療人は、「医療を与えればいい」と思ってきました。しかも「やりたいことが、やればいい」、「できることを、すればいい」などと。このビッグバンを迎えた時代に、再度、医療のあり方について考え直す必要があるのではないでしょう

か。社会環境から、患者さんから、何が求められているのか。今、医療人として何をなすべきなのかなどについて、問い直されなければならないでしょう。

このような環境変化のなかで、人口構造、疾病構造、医学的知識、医療技術、経済的条件、社会生活、健康や病気への認識、医療提供者側、医療提供方法、そして医療費支払い方法などの医療環境も大きく変わってきています。

例えば健康や病気への認識の変化はどうでしょうか。私は戦時中に、九州男児で長男、末っ子として生まれました。その大切であると思われていた長男が高熱を出して寝込んでいても、母親は仕事に行かないと子ども4人を育てることはできなかった時代です。ですから、私は放っておかれて、子ども心に非常にづらい思いをしたものです。ところが現在では、夜泣きであったとしても、母親は子どもを抱いて、父親は母子手帳と入院準備一式の入った大きなバッグを持って、「先生なんとかしてください！」と救急外来に飛びこんでくるのです。この変化の差を、どのように見られますか。そして医療費支払い方法も、DPC（Diagnosis Procedure Combination）という包括支払い方法に変わろうとしています。

このような環境変化について、理解していることが重要であると思っています。

いろいろとある課題

患者さん中心の医療・看護の実践に向けての課題は、散見されます。今、厚生労働省がいろいろな改革案を打ち出していますが、骨子としての国家的な統制と医師の自由裁量権の確保が問題視されないと、医療・看護は変わっていかないのではないかと思います。医師あるいは病院管理者たちが、看護のことをどのくらい理解しているかということも重要な課題でしょう。

また、大学医学部には看護学科が設置されて、高等看護教育が進展しているという、高く評価できる現状もあります。しかし、医学生と看護学生が合同教育を受けていない現実、医学生が看護教

官から教育を受けていない現実なども課題ではないでしょうか。

一方、現代医療の課題をあげるとすれば、医療職員が少ない、これだけ頑張っているのに評価されていない、施設・設備が十分でないなどとなります。確かに、このような問題も現実にあるでしょうし、解決していかなければならないでしょう。しかし、考えなければならないのは、これらのすべては私たち医療職者からの課題なのだとということです。ですから観点を変えて、患者さん側からの課題に目を向けなくてはなりません。

患者不在の医療、待たされる医療、短時間診療の医療、説明不足の医療、さらには密室の医療とも酷評されています。説明することも嫌なくらいであり、医療職者として恥じ入らなければいけない医療の現状であると言われているのです。このような課題に焦点を合わせて、私たちは、患者さん側からの医療・看護にどのように変えるのか。患者さん側に立った医療・看護とは何なのかということを積極的に考えていかなければいけないでしょう。

私は、世界の一部しか存じませんが、私の知り得る範囲では、日本は諸外国のなかで医療レベルは最低ではないかと思っています。日本の医学的レベルは確かに高いのですが、患者さんに対するあり方、病んでいる方々に対する対応などの医療レベルは残念な話ですが非常に低いとしかいいようがありません。

患者さんと医療職者の間に大きなギャップがある

では、どうしてそのような医療レベルでしかないのかについて考えてみる必要があります。患者さんと医療職者との間には、大きなギャップがあるにもかかわらず、日本の医療職者にはその認識に欠けていることが原因ではないでしょうか。その認識がないから、ギャップを埋めるようなことができているということになります。私たち医療職者は、日常的であり経験豊富な医療を提供させていただいているわけですが、患者さんにとっては初体験であり、非日常的なことなのです。ど

のような言葉を聞いても、どのような説明を受けても驚きばかりなのではないでしょうか。時には恐怖におののいているのです。また、例えば、「50人もの外来患者を診て疲れたよ」という話を医療現場でよく聞かれます。しかし、医師から見れば50人でしょうが、患者さん側から見るときは1人の医師なのです。すなわち患者さんから見れば、医師であっても看護師であっても1対1の対応でしかないのです。それを医療職者は、不特定多数の数としか考えていない。また、患者さんには訊きたいことがある。その1つは、「今の病態はすぐには言わないまでも、必ず良くなるのでしょうかね」。もう1つは、「将来、悪いことにはならないでしょうかね」という2つなのです。しかし、医師たちは過去の検査データをもとに、患者さんの要望されている将来の予測などではなく、現在から過去についての話が中心になっています。しかも「これだけ説明してやっているのに分からん患者や」などという言葉もよく聞きます。患者さんにご理解いただけたとき、納得いただけるときに説明と言えるのです。ですからインフォームドコンセントということも、言葉だけになっていることも否めません。看護職者も同じような対応をしていることが多いのではないのでしょうか。

患者さんとの間には、このような大きなギャップがあることを認識すると同時に、医療職者自らがこのギャップを埋めるように努めることが重要になってきます。そのような取り組みがない限り、たとえ「患者さま」と呼んだとしても、親近感を失わせて、疎外感ばかり強めてしまうことになります。私たちのアンケートでは、「患者さまと呼ぶのだったら、患者さま扱いしてみろ」との声が強かったことを報告したいと思います。

ブランディングとアライアンスが求められる

今後の病院は、ブランディング活動とアライアンス活動の方向が求められていると考えています。ブランディング活動とは、従来の自己完結型医療の病院運営とは大きく異なります。ですから、その意味でもアライアンス活動を同時に提言してい

ます。ブランディング病院とブランディング病院とが、地域連携型の医療を目的として積極的に同盟、連合を結んでいこうということがアライアンス活動になります。このアライアンス活動はまた、従来からの医療機関のための連携だけにとどまらず、地域の方々、患者さんのためのメリットを追求した連携になるものと考えています。その具体的な実践のために、地域共通のクリニカルパスが使えるだろうと期待しています。

病院としてのブランディング活動の1つに、患者さんの権利の尊重があります。例えば、良質の医療を受ける権利、情報開示の権利、プライバシー保護の権利など。しかし権利と同時に、義務があるということを患者さんに分かってもらわないと、患者さん中心の医療は実現できないことも事実です。高知医療センターでは、敷地内禁煙になっていますが、職員たちだけでなく患者さんにも情報開示を図らせていただけて、一緒になって取り組んでいかなければならないと思っています。

もちろん地域のカルチャー重視も病院にとってのブランディング活動になります。たとえば高知県人の飲酒量は、日本全体の平均の約6倍と聞いていますが、カルチャーとしての飲酒が根づいてるわけです。ですから晩酌を付ける、レストランで酒類を販売するなどの取り組みも必要ではないかと思っています。

“医療はアート”の意味することは

皆さんもご存じのように、ウィリアム・オスラー先生は「医療は科学に支えられたアートである」といっておられます。このアートとは、音楽、絵画、芸術などの「心に感動を覚えるもの」というように思っています。従来から、医科学という医学と、患者さんへの医療行為という医療とを、同一視、混同視してきたのではないのでしょうか。

「医療はアート」なのですが、単なるアートではなくて、科学に、しかも高いレベルの科学に支えられたアートでなくてはならないのです。

とはいうものの、「わしは、この診療の専門医でなァ」というような言葉や態度を医療現場ではよ

く見かけます。これは、自分が科学だけの専門医であり、医療に自信がないと言っているようなものではないでしょうか。また、「おい、そんなことやっていたら死ぬぞ」という言葉も。医師からこう言われたら、患者さんは「ははあー」とかしくことを医師は学んできたのです。ですから何か困ったことがあれば、そのようにして「死ぬぞ」というような言葉による大罪を犯していることに医師たちは気づいていないようです。このような現実については、徹底的に覆していかないといけないのではないのでしょうか。看護師は、そのような医師にかしずき、指示受けだけをするのが看護業務のように思っていないのでしょうか。そのようなことでは看護師といえないと、あえて申し上げたいものです。

コミュニケーション医療を実現させよう

従来から「診てやる」、「治してやる」という医療の姿があります。そのパターンリズムから脱却するためにも、これからの医療実践に向けて、「人間との交わりのなかに情報を得て、問題解決について励ましながら援助する」との、「コミュニケーション医療」を提言してきました。励ましながら援助する医療に切り替えましょう。そのためには、患者さんの持っている問題とは何かを知らなければなりません。その問題を抽出するためには、情報を人間との交わりのなかで得ることになります。患者さんも、私たち医療職者も、人間なのだということが基本となって。ちなみに問題解決のときには、非常に高いレベルの医科学が必要とされる場合もあり得るということで、決して医科学を否定しているのではないことを付け加えさせていただきます。

具体的には、私たちはアメリカ内科学会の定義した「プライマリ・ケア (Primary Care)」を採用して、「求められる医療」あるいは「求められる看護」を提唱しています。イギリス発祥時のプライマリ・ケアとはプライマリ (primary: 1次的, 初期的), セカンダリ (secondary: 2次的), ターシャリ (tertiary: 3次的) のプライマリと考え

られていました。しかし、プライマリ・ケアはアメリカに渡り、モダン・バレエのプリマ (prima: 主人公), プライオリティ (priority), ベーシック (basic), エッセンシャル (essential) などの考え方に変化していきました。ですからプライマリ・ケアとは、「最も重要な医療」という意味に私たちは捉えているのです。

普段着のような医療 (近接性), 生活を見つめる医療 (包括性), 人間性を尊重する医療 (統合性), いつも見守る医療 (継続性), 納得を大切にする医療 (責任性) を「求められる医療・看護」としています。この提唱は、病院職員だけでなく、患者さんにも地域の方々にも、より理解していただくように配慮し、病院の約束事としています。「このような医療を提供させていただきます」ということをお示しすることも、患者さん中心の医療・看護の実践に向けての取り組みであると思っています。

医学用語とは非常に難しいもので、患者さんに理解していただけない言葉、誤解される言葉、納得いただけない言葉などの辞書が必要ではないかと思っています。また、私たち医療職者の間でも言葉は氾濫しています。カタカナもたくさんあります。例えば看護用語の「プリセプター制度」という言葉は、医師たちからの理解はあるのでしょうか。看護職者は、医師たちにも分かってもらえるような言葉を使わなければなりません。また、一般的に使用されている「運動」などという言葉も医療における業界用語でもあるのです。循環器系の診療では、「運動」は「歩く」とか「階段を昇る」という意味で使われているはずですが、患者さんは「スポーツ」という意味に理解しています。言葉だけでもいろいろと課題を含んでいるのです。特に、患者さんとのギャップをどのようにカバーしていくのかという問題は、これからの医療・看護にとっては非常に大きな問題なのです。

病院の顔は看護師である

そのような意味あいからも、私は看護師に大きな期待を抱き、「病院の顔は看護師である」と言い

続けてきました。その意味するところのお話をさせていただきます。私は消化器外科医で、優しい医師であると自負していました。しかし、やはり医師であることを患者さんから教えられたのです。舞鶴市民病院長時代に、がん患者さんから何でも話を聞いていると信じていたのですが、開設された薬剤師外来に行ってみたら、患者さんは私に話していないことを薬剤師に相談しているのです。患者さんは、医師に話せないことを薬剤師に話す、看護師に話すなどの心理を持っているようです。この一件から、私は患者さんの深層心理についてよく理解できました。外科医である私は、患者さんにとっては怖い存在なのです。法廷でいえば医師は検事役になるでしょう。同じように、看護師は弁護士役なのです。患者さんの弁護士役を演じなければならない看護師が、医師の指示待ちだけでいいのかという課題は、看護業界でも早急に取り組まなければならないのではないのでしょうか。

また「病院の顔は看護師である」の原点は、病院の入院患者さんについては看護師が24時間見守っていますが、在宅医療の患者さんにとっては、そのような看護を受けていない現実にあります。ところで医師は、入院の場合には回診、在宅医療の場合には往診と言言葉が変わるだけで、時々診に来るだけです。このような状況も、看護師はしっかりと見極めていただきたいと願っています。

その意味からも、看護は自らが変革していかなければならないのではないのでしょうか。その方法の1つは、看護の原点に戻るということでしょうか。私の持っている英和辞典には、「看護」は「Nursing Care (ナーシング・ケア)」とあります。そこで「Nurse (ナース)」と「Care (ケア)」の動詞だけについて見てみました。「Nurse (ナース)」: 授乳する、大切に扱う、世話をする、治療に努める、看病する、あやす、養育する、抱きしめる、心に抱く、機嫌をとる。「Care (ケア)」: 気にかかる、世話をする、気をもむ、面倒を見る、心配する、かばう、気にする、好む、関心を持つ、大事にする、かまう、尊重する、欲する、望む。このように見てみますと、「看護」は素晴らしいです

ね。このような言葉で表現されている職業はほかにはないのではないのでしょうか。

患者さん中心の医療・看護の実践に向けて、結論的に申しますと、より良い医療人とは、より良い看護師とは、が問われることとなります。医療や看護の質は、提供する医療人の特性に依存することは明らかですから、個々の看護師の特性に看護の質が左右されることになるわけです。ですから、患者さんとの間には、深い大きなギャップがあることを認識し、そのギャップを埋めるように努めることが、これからの看護師に求められていることとなります。

祝福の医療に邁進したい

私たちは、既存の高知県立中央病院と高知市立市民病院という県と市の中核病院を統合して、1つの病院、高知医療センターを創造しています。そのようななかで、職員としての採用条件は次のように提示しています。

「おはよう」などと、日常の挨拶が普通にできること。職員同士で日常の挨拶ができないならば、患者さんとの対話などは期待できませんからね。

2つ目は、「何か訊きたいことはありますか?」と患者さんに気軽に話しかけることができること。患者さんは訊きたいけれども、機嫌を悪くされたら困るから訊けない。説明を受けたいけれども、よく分からないので訊き直したいけれども、訊き直すと怒られそうだから訊けない。このギャップを職員から埋めるようにすることが重要なのです。

3つ目には、確かに医療現場は忙しい時が多い。だからといって患者さんに「忙しい」と絶対に言わないこと。医療人のプロとは、患者さんに気を遣って当たり前であり、患者さんに気を遣わせるようなことがあってはいけなことです。

4つ目は、電話指示や口頭指示を常套手段で使わないし、そのような指示を原則的に受けないこと。これこそは医療安全にとっても、非常に重要なことだと思っています。例えば、「〇〇さんに、△△注射を半筒、打っておいて」という電話指示を、「3筒、打っておいて」と聞き間違えて、

6倍量の注射を打ったという事故も報告されています。このような例はたくさんあるでしょう。このような事故は、決してあってはならないことはだれでもが希望していることです。

そして、痛み止めの指示を安易に出さない、安易に受けないことになります。これは非常に難しい問題になりますが、痛みが出るのが分かっていたり、想定される場合には、痛み止めを指示するのではなく、痛みが出ないように努力することが医療人としてのプロの業務なのです。

今までの医療・看護について患者さんから見てみますと、悲しみいっぱい恐怖におののき、絶望のどん底に落とし込まれてはい上がるにもはい上がってこれないような医療・看護ではなかったでしょうか。そこで、「悲しみの医療から喜びの医療へ」、「恐怖の医療から愛情あふれる医療へ」、「絶望の医療から希望の医療へ」である、「祝福の医療」に邁進しなければならないと思っています。

この理想かと思われる「祝福の医療・看護」の実践に向けて、一所懸命に取り組んでいくことが、患者さん中心の医療・看護に必ずつながっていくと確信しています。

⑤ 討 論

座長 瀬戸山さん、ありがとうございました。それぞれのご発言者の皆さんのなかで、お互いにご質問などありますでしょうか。江原さん、何かご質問ございますか。

わが国の医療レベルについて

江原 私たちは医療というものに対して、私は事務管理の立場ですが、自分たちのできる範囲で良い医療を提供したいと考えてやっているつもりですが、瀬戸山さんのご発言のなかで、「日本の医療は諸外国のなかで最低である」と言い切られたことは、私としてはかなりショックなことなのですが、具体的などころをもう少しお聞きできたらと思います。よろしくお願いします。

瀬戸山 医科学としての、例えば医療機器などのレベルは高いかもしれませんが、疾患を持っている方に対するキュア“cure”という治療と、疾患を持っている人が病んでいる心に対するケア“care”というマネジメントというのがありますね。その後者のケアがほとんどなされていないということに尽きると私は感じています。その意味で、極端な話でいえば、医療があつての医学であるとも思っています。

医療の周辺でボランティアが感じていること

座長 椎野さん、ほかのシンポジストの方に何かご質問がありますでしょうか。

椎野 私は、医療があまりにもバラ色に多くの方に映っているのではないかと。良い医療があれば命はいつまでも延びて死は訪れないというように思っているために、健康にばかり大勢の人が走っているのではないかと思うのです。医療の限界をある程度わきまえず、自分の体のみ心に向けていたならば、いつか死を迎える時に、いろいろな部分でうらみと失望を味わっているのではないかと。医療に対しても、医療は与える・受ける側

だけで満足するものではないと思うのです。看護の「看」という字は「目」と「手」からできています。手と目を、1人の看護師さんだけですべてできるとも思えないのです。人間全体が、全部の人が看護ができるようなかたちも必要ではないかと思うのですね。

病院は今、生まれる時から、死ぬ時まで、ほとんどすべての人に必要とされています。でも多くの人に、病院がすべて応えられるとは思えないのです。むしろ人々が、自分たちの生活を自分たちの手で守れるような、例えば死の問題ですが、死を看取ることができるような部分も、病院から発信しなければならぬのではないかと思うのです。私たちは生まれる時に人の手で生まれました。死ぬ時にも、多くの人がそばにいてほしいと思うのですね。だけれども病院がすべてを受け取っていったら、病院はたぶんパンクするでしょう。いつも看護師さんたちは「与えたい、したい、だけできない」という不足感に悩んでいるのではないかと思います。

それならばむしろ、多くの人をする側へ導いてもいいのではないかと思います。身近での体験がないため、死が怖いと思っている人はいっぱいいます。ですから死を家で迎えたくても、怖がっている人のなかでは絶対迎えられません。いくら在宅医療といっても、家で死にたくても、それを看取る人がいないのですから家で死を迎えることはできません。

もし今であれば、私も結核性の病気で悩むことはなかったでしょう。医療は進んでいます。すごくありがたいことです。しかし、すべての人が、医療に全部を求めたら、求める人ばかりが日本中にあふれるのではないかと思います。私の母がこの間93歳で倒れ、具合が悪くなって病院に行きました。しかし大したことないというので戻ってきたのですが、私は病院で足浴を教えていただいていますから、足を温めてマッサージをして、また温めてマッサージをしたら立てるようになったのです。こんなことが皆できたら、むしろ皆喜ぶのではないのでしょうか。またあるお年寄りから、今

日孫が来るので孫に足浴の仕方を教えてほしいとの要望を受け、それに応えましたが、そのような声に対しては応えていいのではないかと。すべてを看護師さんに求めるのではなくて、家族から足を洗ってもらえたら、その家族も生きます。

座長 ありがとうございます。そのことについては、またあとで皆さんにご意見をうかがいたいと思いますが、坂本さん、何か追加、あるいは質問などありますでしょうか。

坂本 今、椎野さんがおっしゃったようなことは、病院のスタッフは感じていまして、それを違ったかたちでケアするのではなくて、そこは分かっているからポンと捨てるわけですね。もう何回も聞いてそんなこと分かってるではないか、ということ、私たちにできることはここまでだよ、というふうに自分たちで判断してしまって。でも悩んでいる人たちは、宙に浮くわけですね。それをどうするかという術が、まだナースの間にはないのかな、と思います。分かっているから、限界があるから、苦情があったとしても「あの人はいつもうるさい人だから」ということでポンと捨ててしまって、でも何か悩んでいらっしゃることに対しては、対応する術を教えてあげられないとか、そういうところにまだあるのかなという気がします。

座長 瀬戸山さん、どうぞ。

瀬戸山 医学も限界があるし、まだまだ分からないことたくさんありますし、そのなかで医療にも限界があると思います。そのようなところを私たちが患者さんと共有することが大事なのですね。医学教育を受けてきた私の経験から、看護教育での経験も同じだと思うのですが、感性などについての教育がないのですね。知識と技能が中心になって、「あなた方ね、感性が大事よ、感性が大事よ」と言ってる看護教官が感性がないことが多いようです。

自然科学のなかで、アメーバのような分裂増殖ではなく、卵子と精子が1つになって生命体ができる。すなわち、2つの細胞が1つになるということをかち取った進化の歴史のなかで、「死」が代

償に与えられたわけです。そのような自然科学的な事実はだれでも分かっていることです。ところが分かっているながら、医師ががんだと告知を受けて自殺したり、看護師が不治の病にかかったように思って精神錯乱になったりするようなことは数多くあるわけです。私たちは、このような問題をどのように考えればいいのか、椎野さんにお教えいただきたいと思います。もしかしたら、ボランティアが医療職者に対する教えもあっていいのではないのでしょうか。いかがでしょうか。

椎野 私は、病院ボランティアを受け入れている病院は素敵だと思っています。特に今活動している病院は、壁をつくらず「患者さんのために」とボランティアを受け入れる大きさのある、自慢できる病院です。特に末期の方へ「この方をお願い」と頼まれ仕えるとき、多くのことを学ばせていただきます。多くの人は死を実感として受けとめる機会が少なくなりました。病院のなかで全部やったださるから、面倒がなくてありがたい部分と、見えなくなっていることからの生の希薄さもあると思います。このままでいいのかなあと思うこともあります。

瀬戸山 「死につつある」という自分が認識できたときは、恐怖におののいて、ひょっとしたら自分自身がどのようになるのか分からないというくらい全く自信がありません。そのようなことで、私もあまり偉そうなことを言えません。それでもあえて言わせていただければ、ターミナルケア病棟とか緩和ケア病床では、日本ではまだまだ「姥捨山^{うばすてやま}」の考え方があっていいのではないのでしょうか。真に利用されていないのが現実です。といってホスピスに入られる方は、一般的に「死」についての備えがあるように見えます。緩和ケア病床とホスピスとの間には、このような開きがあるように思えるのですが、私たちは患者さんとおつきあひすることによって、私自身の「死」も見えてくるようになります。このような経験を通して、自分自身の「死」についても見つめ、時には恐怖におののきながら、患者さんと「死」を共有する方向しかないのかなあというのが私の今の心境です。

椎野 私は個人的には、あまりホスピスで働きたいとは思っていません。もちろん看取りの部分では大切ですが、一般病棟で亡くなる人たちにかかわりたいと思っています。ホスピスではないので、何もできるわけではなく、ただ足をさすって洗うだけなのですが。それでも私は家族がいれば「一緒に足を洗いましょう」と言います。そうすることで、たとえその患者さんは亡くなくても、あれだけやったんだからと、洗った人自身が幸せになるのではないかと。それから受けた側は、子どもから足を洗ってもらったというだけで本当に満足します。そんなかかわりを、医療の現場でも取り入れていかなければならないのではないのでしょうか。多くの人は、死に場所として病院を選んでいきます。その時にそのことも考えなければいけないのではないかと考えております。

座長 ありがとうございます。椎野さんがおっしゃったことは、私たちの看護する心そのものだと思います。ケアリングという概念がありますが、日本語では「配慮する」とか「気配り」とか訳されて使われていますが、そのあたりのことが少しずつ失われている、そこをボランティアの方たちに教えてもらっている、というふうに思えばいいのでしょうか。そのあたりがどうだろう、とも思ったりしています。先ほど瀬戸山さんから感性のことが言われました。私は今、臨地実習で、毎日学生と一緒に病院に行っているのですが、そのなかで感性は持っているのだけれど、それが開発されていないということ、非常に感じます。先ほど椎野さんは「提供することに限界があるのであれば、する側へ人を導いていけばいい」という主旨の話をされたと思います。最初に江原さんが言われたように、マンパワーという大きなジレンマがあるわけですが、そこをどうクリアしていくかということにも、国民全体がする側に回ってくだされば、解決できる部分もあるのではないかと思ったりもしているわけですが。

江原さんのところでは、何か具体的に試みようとしてされていることはありますか。

看護の専門性とチーム医療

江原 ご質問と違うのですが、話が前に戻ってしまうかもしれませんが、先ほど瀬戸山さんがお話しになりました「励ましながら援助する」ということで、人間との交わりのなかで情報を得て、というお話がありましけれど、今お話が出ました「感性」というところにもかかわるのですが、男性も感性がないわけではありません。ただ全身で感じる、受け止める。それはどういうところから出てくるかという、やはり人の立場に立ってものを考えるというところですごく発揮されて、感じてくるものだと思いますので、女性のほうがかなりはっきりしたものを持っていらっしゃると思うんですね。それが忙しさのなかで埋没してしまっている。本来の看護職としてやろうとした時に、持っているそうしたものが、日頃のなかで失われているのではないかと思います。自分としては、病院でどういうふう環境を変えて、看護師さんたちのそういうものを発揮できる環境にしようかということが、常に課題としてあるわけですが、なかなかそれが実現し得ないところがあるのです。その辺で悩みながら、工夫をしているというのが、現状でございます。ぜひ、皆さんお持ちの感性を發揮していただけたらなと、そうすれば人間関係の交わりのなかで問題解決ができていくのかなと、瀬戸山さんのお話を聞いていて感じました。

座長 瀬戸山さん、何か追加ございますか？

瀬戸山 少し観点を変えますが、チーム医療の重要性が高まりますね。私たちは、そのようなことを考えながら、高知医療センターでは6局制という、医師集団（医療局）、看護師集団（看護局）、薬剤師集団（薬剤局）、栄養士集団（栄養局）、医療技術集団（医療技術局）、事務集団（事務局）という組織を構想しています。同時に、おのおのの局長は対等の立場であるということも条件にしています。そのような組織形態では、おのおのの職種の専門性も十分に発揮できることにもつながります。例えば薬剤局については、薬剤に関しては

プロだから、医師に対して指導的立場をとるべきである。栄養局は食事についてのプロであるから、患者さんの容態から、点滴する前に食事が食べられないかどうかについて判断して医師たちに上申すべきである。経口摂取をしないことで、免疫機能は下がることは分かりきったことであるから。医療技術局の臨床工学科といえば医療機器（ME）のプロでもあります。このように、それぞれの職種の専門性について考慮していくなかで、「看護局の専門性は何だろう？」ということになりました。いちばん大きな問題だと思うのです。感性の話はしましたし、心のケアなどについても申しあげたとおりです。そこで、医師をはじめほかの医療職種たちから「看護の専門性」について指摘されるのではなく、看護師の集団から「看護の専門性とは」を語るようにならなければいけないと思うのです。

チーム医療を展開しようとしても、ほかの医療職種の集団があまりにも看護のことを知らな過ぎることは弊害になっています。ひょっとしたら看護師の集団でも、看護の専門性について十分認識されていなかったこともあるかもしれません。今後、専門家集団としてのチーム医療が大いに期待されるのではないのでしょうか。

座長 ありがとうございます。坂本さん、何か反論でも。

坂本 実は私どもの病院で、薬剤師さんの視点から見た薬剤の必要性和、ナースから見た薬剤に対する知識とを合わせてみたのですが、全然違うのです。薬剤師さんは薬剤の効果的なものに対して、何とかブロッカーがどうでどこまでいったら必要だとか、これはこういう副作用だとか言っているらしいです。ナースはその日に血圧が上がるのか下がるのか、それで患者さんが苦しいのかどうかということに関心を持つ。これがおそらく看護師と薬剤師の違いだと思います。今、瀬戸山さんのおっしゃったお答えは、患者さんがそこで、今いちばん苦しいのかどうか、眠れるのか眠れないのかということ、ナースは気にしている。薬剤師さんは薬剤の薬剤効果がどこまで上

がるのか下がるのかというところを、血中濃度のところを見たりしている。ここに違いがあると、研究をして感じているのですが。そこをきちんと言説化できるかどうか、ということだと思います。それができなければ自分の部下にも伝えられないし、自分のなかでもそこをきちんとやっていこうということは言えない。先ほど瀬戸山さんからお話をいただいて、これは良いなと思ったのは、ナースは弁護士役であるということなんです。患者さんを守るために、あらゆるところで弁護士役を果たして、医療をサポートしていきますよという役割ですね。

座長 ありがとうございます。看護師の倫理綱領にも患者さまの擁護者としての役割が位置づけられており、そういうところからも、患者の弁護士役というのは的を射ているのかなと思います。しかし、私たちは本当に患者さまの擁護者として、きちんと機能しているのだろうかという疑問を持ちます。ついつい、コンピュータなどを見ていて、患者さまの顔、皮膚の色、目の輝き、その1つ1つをこまかく見ながらお話をする日々があるのかなと、そういう部分が少しずつ薄れていっているのではないかと。会場の皆さんのところでは、いろいろとITが活用されていると思いますが、そんななかで何か感じておられること、もっとITをこのように使っていけばいいといった、道具としてどう使いこなすかということも含めて、何かございませんでしょうか。はい、どうぞ。

職員教育について

質問 特定医療法人敬愛会ちばなクリニックからまいりました石川と申します。本日は先生方の貴重なお話ありがとうございます。ITの話とは別なんですけど、瀬戸山先生に2点お聞きしたいです。患者さんと医療職員のギャップをどう埋めるかということについては、私たちが日頃からすごく悩んでいます。全職員がそれをどう実感として感じてくれるかというところで、看護部長とか院長がことあるごとに話をしていくんですけど、現場のほうでは実感としては感じていない部

分があるんですね。今日は忙しかったとか、いろんな話が出まして。そんななかで今年度に入ってからなのですが、クリニックなものですから中途採用者が多いのです。その入職の際の1日目に、患者役体験をしてもらっているのです。1日を通してすべて、受付から待合室、看護師の対応、事務員の対応、そして実際にドクターの診察にも入ってもらい、そのときの説明はどうだったかとか、待合室で待っている間に患者としてどう感じたかなど、その1日体験の意見を、私たちがあとでもらって現場に戻します。2日目から実際にここで働くわけですから、肝に銘じて仕事をしてもらおうということです。まだ始めたばかりですが、このことは全職員に内密に進められて、職員は入職者の顔を知りませんから、本物の患者さんだと思って対応します。ですから新しく入った人はこういう経験から実感があるのですが、長く勤務している人たちがそれを実感として感じられない部分があるのです。これをどう伝えていくかはすごく難しいのですが、それについてご意見をお聞かせいただきたいのです。もう1点は、ナースは、看護教育で人間理解の学習ですとか、患者さんの心理状態の理解ですとか、就職してから講義や勉強会などで学習の機会があり、それなりに受付などでも気をつけて対応していても、診察に入ってしまうと、ドクターが、全ドクターではないですが、患者さんに八つ当たりしたりとかがあります。医学教育がどうなっているのか、私自身把握していないのですが、これは教育の場に戻って考えるべきなのか、それについて何かご意見、お聞かせいただきたいです。よろしく願いいたします。

瀬戸山 職員教育ということでお答えさせていただきます。1つは、このような私が、機会があれば職員と対話を重ねているということです。それから、医学的なカンファレンスが中心になりますが、私たちは管理側からのカンファレンスを行っています。たとえば、金子みすずさんの詩や、「リスン・ナース (Listen Nurse : Ruth Johnston)」などを読んで、職員と一緒に語り合

っているのです。

また職員教育は、院外講師が効果的であると思います。病院長であれ看護部長であれ、どのような素晴らしい話をしたとしても、効き目は大したものではない。院外講師の言葉は、ふんふんなるほどと、丸ごと職員たちに吸収されるということがよくあります。さらには、私たちは「患者さんの苦情は宝物である」を重要視しています。例えば、患者さんの声を聴かせていただくために、モニター委員会を設置しているのです。患者さんはどのようなことをどのような場で話されているのでしょうか。1つ、タクシーの運転手さんは、病院の行き帰りの車中で、患者さんの病院に対する話を聞いているのです。次に散髪屋さんや美容室になります。それから飲み屋さんになるでしょうか。酒が入ると愚痴っぽくなり、病院での嫌な経験を熱っぽく話されているようです。そのような方々にモニター委員会の委員になっていただき、定期的に話を聴かせていただくことにしています。また、そのようなモニター委員会委員が講師となつての職員教育も、非常に効果的です。総論的には、第三者の評価が非常に効果的であるということをつけ加えさせていただきます。

質問 大変参考になりました。ありがとうございます。

座長 ほかにどなたかございますでしょうか。どうぞ。

ITなどの道具をどう活用するか

質問 長野県の佐久総合病院からまいりました斉藤と申します。坂本先生に質問させていただきます。患者さんにできるだけ安心して入院生活を送っていただけるように、入院患者さんへの病院オリエンテーションの際や、治療に関する医療者側と患者さんとの共通のパーツを使ったりパンフレットを使ったりして、患者さんにできるだけ理解していただけるよう、心がけてはいるのですが、すごく緊張されている患者さんに言葉や文章での説明ではなかなか理解していただけないことがあります。映像や写真など視覚に訴えるものを使っ

たときには、理解されやすかったり、患者さんが具体的に自分がどうなっていくのかが想像できるので、これからはパンフレットに写真を多くしたり、ビデオを用いたりというような指導を増やしていかなければと思っています。看護教育でも新人教育でも映像などをどんどん取り入れていく必要があると思っていますが、具体的にはまだなかなかそこまでいかないのが現状なのです。坂本先生の病院ではITを使った患者さんへの教育とか、看護スタッフへの教育とか、どんなことを具体的にされているのか、教えていただければと思います。

坂本 内視鏡科とかペインクリニック科など、見たほうが分かるなというところではビデオを使っているみたいですね。それから付属看護学校があるのですが、看護学校は「NTT-eラーニング」と一緒に教材を開発しています。例えば人工透析の穿刺針の確保の仕方とか観察の仕方とか、ITを使った教育を少しずつですが取り入れています。最近見たのはテルモが出している、静脈注射をするためにラスタを入れる教材です。全くITと間隔があってやってみましたけれど、私たちの時代には生身の患者さんにテストしてもらいながらやってきたのですけれども、今はああいうものもできているんだと感動しました。入らなかつたら手探りで入らないかと私たちは思っていたのですが、eラーニングを見ると、断面で自分の刺した針がどこに入っているかが分かりますから、深く刺してしまったとか、立体的に全部見えるのです。ああいうのは看護教育にどんどん取り入れていきたいなと思いました。

瀬戸山 その回答として、内容はいろいろなちががあると思うのです。病院の独自性があると思うのですが、私どもが開発していますのは、患者さんのベッドサイドの情報端末です。その情報端末を使って、患者さんが自由に辞書的なものも手に入れることができるように考えています。例えば、病名、薬品、検査、処置などについて、患者さん自らが学習していただくことができます。参考までに。

座長 シンポジストの皆さんのなかで、追加のご発言などございますでしょうか。

患者が求めているのは温かい手

椎野 今、感性ということをお聞きしました。患者さんが求めているのは実は温かい手だと思うのです。私たちに求めるのは、背中が、足が痛いからさすってと、ほとんどがマッサージです。足浴もマッサージです。男の人が足のマッサージをします。初めて男の人に足をさすってもらったとか。そういうものを、もっともっと原始的な部分を、五感に訴えるものを、人は求めている。今、医療はだんだんと頭脳に行きました。説明するとか映像とか。そうではなくて、もしかしていちばん患者さんがほしいのは、優しい手なのではないかと思うのです。私は一昨日、夫に「私を患者さんにして、足を洗ってさすってよ」と言ったのですね。やってもらいました。そうしたらすごく気持ちがよかったです。そんなものも、患者さんもしかしたら求めているかもしれません。いわゆる頭で考えることよりも、体で知りたいということが、やはり基本ではないのかなと、そんなふうに思います。

シンポジウムのまとめ

座長 ありがとうございます。椎野さんは医療や看護を外側から見ていただいて、いつも感じておられることを、率直に私どもに教えてくださいまして、本当に良い発言だったと思います。

いろいろなお話をさせていただきましたけれど、私どもは、看護サービスというものが、市場原理のなかで動いていくのだということを、ついつい忘れがちになってしまっていることがあります。患者さん中心と言いながら、実は私ども医療者側が考える患者さん中心であって、真に患者さんの立場に立っていろいろなことを実施したり考えたりしているのとはちょっと違うのではないかということを、自分自身の病気体験を通して感じたことがあります。そういったこともまた、今日の話で考えさせられた1つではないかと思います。

江原さんからは、在院日数短縮への取り組みや、診療報酬体制のほうから求められている安全管理、また在院日数の短縮とともに、看護部門への負担増が生じていること——確かに午前中に退院されて、午後には次の人が入って来られる。今まで20何日のスパンだったのが、在院日数は10日あまりに短縮され、患者さんは次々と入れ替わるということで、非常に業務量も増えてきた——そういうことが変化としてある、などの話がありました。椎野さんからは、金を惜しみ、時間を惜しみという医療体制のこと、人のぬくもり、人の手のぬくもり、手が伝える術、そういったものを大事にしてほしい、そこが少し欠けているのではないかという提言もいただきました。坂本さんからは、そういう状況で、私たち看護者が果たさなければいけない役割とは何だろう。もう一度考えて、それを機能させるように、私どもは、自分たちからクリエイティブに創造していくことが大切だということもいただきました。特に心のケア、心理的面でのかかわりということで、私たちの役割は非常に大きいこと、そこを積極的に進めていくことの必要性も。医療体制によって看護が変えられるのではなく、看護の現場から医療体制に向けて、いろんな提言をしていく、そういう発想が必要だという坂本さんのお話だったと思います。また瀬戸山さんからはビッグバンの話、患者さまと言っているけれども、本当に患者さま扱いしているのだろうか、というような具体的な例も出させていただきました。

いろんな現場でのジレンマを抱きながらも自分たちが看護をしていく、私たちが言う看護とはこういうことなんですというところをきちんと示していける、そういう人材を育てていくことをしなければ、安心して受けられる医療の確立にはなっていないということでした。自分たちが看護をきちんとやっていくためには、いろんな資源を活用する。例えばボランティアの方たちにどんどんいろんなことをお願いする。ボランティアを受け入れない、受け入れにくい雰囲気があるということ自体、やはり問題かと思います。ボランティア

を積極的に受け入れていく、それを受け入れるということは、だれかに自分たちの仕事を取られるということではなくて、より質の良い看護をやっていくためにはそういう人たちがより私たちを支えてくださるんだという思いになれる、それだけ看護に誇りを持っているということなのだと思います。そういう意味でも、私たちが良質の看護を求める以上、いろいろなボランティアの方たちに積極的に加わっていただく、さらにはボランティアのみならず、すべての日本の人たち、あるいは社会の人たちが自分たちの健康を守るために何かをするという方向に、私たちから引き込んでいく、育てていくということも必要ではないかと思います。

そして看護に使える道具、ITも1つの道具として使いこなせるように、ということです。そしてそのなかでは標準化ということが進んでいくわけですが、それだけではなくてそれにプラスアルファ、何かをつけ加えて、そこを瀬戸山さんはアートという部分として示されたと思いま

す。心がこもっていて、科学性に裏づけられた手の技術としての私たちの能力を、きちんと皆さまに認めていただけるように、同時に私たちは自分たちから、医療を受ける人たちには、権利もあるし義務もある、という両面を伝えていけるようにならなければなりません。医療体制の変化が看護を変えるという受け身でいけば、患者さんとの間は乖離かいりしていくことになります。医療提供体制の変化によって看護師が担う役割は大きく、責任も重くなっているにもかかわらず、協働する他職種にさえ看護の専門性が十分に理解されていない現実があります。実践していることを理解してもらえる。そのために、看護師自らが看護の専門性を他者へきちんと説明し、主張していくことが重要だと思います。自分たち自身を磨いていくことから、いつでもどこでも安心して受けられる医療に貢献できていくのではないかというのが、今日のお話だったと思っております。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努めるものとする。

社団法人 日本病院会

シンポジウム

〈平成16年8月・大阪市〉

良い医師をどう育てるか

聖隷浜松病院 院長

堺 常雄

聖マリアンナ医科大学救急医学教室 教授

箕輪 良行

大阪大学医学部大学院病態制御外科学 教授

門田 守人

日本医師会 常任理事

橋本 信也

多摩大学大学院 客員教授

真野 俊樹

座長：日本病院会 副会長

村上 信乃

座長 これよりシンポジウムを始めさせていただきます。今回、「良い医師をどう育てるか」というタイトルを選ばれた小川先生に大変敬意を表したいと思います。と申しますのは、皆さんもご存じだと思いますけれど、私の病院の前任院長であり、また、日本病院会会長もなされた諸橋先生は、病院を良くしていくために、絶えず良い医師を集めることが病院長の務めであると言っておられました。良い医師を集めるのは難しいから育てる。すると、育てたあとは今度専門医にして、さらに病院で使えるようにするというをやらなくてはならない時代だと、亡くなる前もおっしゃっていました。したがって、病院が良い医療を地域に提供していくためには「良い医師をどう育てるか」という今回のテーマは、病院経営の根本につながるところだと思います。

本日は研修医制度の発足から専門医、さらには

生涯教育、それから医師の処遇などについてのおの適切な人材を選んでいただいております。

最初に堺先生に「新研修制度がスタートして」を発表していただきます。先生のご紹介はレジュメに載っておりますけれども、一言だけつけ加えさせていただきますと、今年度から医師臨床研修制度を発足させるにあたり医師臨床研修検討部会というものがございまして、そこで施設基準のワーキンググループの委員長をされておられました。このたびの臨床研修制度のスタートにあたり、大変な役割を務めてくださった先生でいらっしゃいます。千葉大学昭和45年卒であります。彼は実は私と同じ大学で6年後輩ですが、向こうのほうが貫禄がありまして、いつもお会いしたときに研修制度についていろいろ教授を受けております。どうぞよろしく願います。

①新研修制度がスタートして

堺 常雄

ただいまご紹介にあずかりました聖隷浜松病院の堺でございます。村上先生、過分なご紹介ありがとうございます。本日の題でございますが、「良い医師をどう育てるか」ということです。臨床研修医がスタートして実質3カ月が経ちました。4月はまだ国家試験が発表されておられませんので3カ月なんですけれども、すでに3カ月でいくつか問題点もあがってきています。指導医問題、処遇の問題などです。それからまだ表面化はしていませんけれども就労時間の問題、1週間何時間働くとか、そういったものがそろそろ問題になっております。良い医師を育てるというのは、臨床研修の枠組みで考えさせていただくわけですが、たぶん2年間の臨床研修で良い医師を育てるなんてだれも考えていらっしゃらないと思います。けれども、とりあえず私に与えられました課題は、新しい臨床研修のなかでどうかということですから、それについてお話しさせていただきたいと思っています。

良い医師の条件

そもそも良い医師というのは、皆さん、いろいろ心に思い浮かべられることだと思いますけれども、万人が認める良い医師という条件があるのか、というのが非常に問題だと思います。一応、3つのCでまとめてみました(スライド1)。1つはコンピテンス“Competence”です。これは能力が

良い医師の条件

1. Competence : 能力がある
2. Compassion : 思いやりの心がある
3. Courtesy : 親切で謙虚である

スライド1

あるということです。それから2番目がコンパッション“Compassion”です。思いやりの心があるということでしょうか。3番目はコーテシー“Courtesy”，少々分かりにくいと思いますけれど、親切で謙虚であるということです。

こういう条件のなかには物差しで計れるものと計れないものがあると思います。実際、医療というのはサイエンスであると同時にアートの部分もありますから、そういう意味では、良い医師を評価することは非常に難しい問題だと思えますけれども、とりあえず与えられた時間内でちょっと考えさせていただきたいと思っています。

1番目のコンピテンスですが、スライド2に医療に関する知識・技術、マネジメント能力、問題点の抽出能力、問題点解決能力、それに教育能力を挙げてみました。コンピテンスを日本語で訳すと能力ということになりますけれど、単なる能力以外にパフォーマンスということがあると思います。いろいろな能力があるだろうと思いますが、実際に医療の現場で問題になるのが、その一個人の医師がそういう能力を持っているかどうかだけではなく、目の前の患者さんに対してその能力をどのように使うか、ということではないかと思っております。

そういう意味でコンピテンスを最初に挙げてみました。目の前にいる患者さんのために自分が持つ医療資源、知識を使って、最終的に結果を出す必要があると思うんです。もちろんプラスの結果、マイナスの結果、いろいろあると思いますが、それらを2年間でどうやって教えるか、非常に重要な問題であるかと思っております。

2番目のコンパッションは、患者さんとか周囲

Competence

- 医療に関する知識・技術
- マネジメント能力
- 問題点の抽出能力
- 問題点解決能力
- 教育能力

スライド2

の人への思いやり、共感、愛情などです（スライド3）。ただ、これはあまり患者さんにのめりこんでしまっても駄目だと思うんです。ある程度の距離をおいてプロフェッションとしてやっていく必要があるかと思っております。

3番目のコーテシーは、例えば、ハンプルネスとかヒュミリティとかいろいろな言い方があります。控えめだとか謙譲だとかそういう意味がありますがけれども、いちばん重要なのが、医師中心ではなくて患者中心に考える心だと思うんです（スライド4）。逆にコーテシーの反対の言葉を日本語で探しますと、例えば傲慢とか独断的、あつかましい、面の皮が厚い、自己中心的、権力的などがあると思います。特に今回マッチングを経てきた新研修生を見ると、随分と能力があると思うんです。特に医学部に來る学生、もう学生ではありませんが、そういう人は偏差値の世界で、レベルが高くてしかも競争を勝ち抜いてきた人ですから、

Compassion

- 患者・周囲の人への思いやり
- 患者・周囲の人への共感
- 患者・周囲の人への愛情

スライド3

Courtesy

- 医師中心ではなく患者中心に考える心
- 親切で丁寧な対応
- 分け隔てがない

スライド4

良い医師を育てるのに必要なもの

- 制度：新医師臨床研修制度
- 環境：臨床研修病院
- 指導者：指導医・患者

スライド5

ややもすると非常に一方に走りやすいと思うんですけれども、そういう意味ではこのコーテシーというのは非常に重要になってくるのではないかと思っております。

研修の枠組みについて

（スライド5）さて、ではその与えられた枠組みですね。2年間の臨床研修のなかで用意して育てるのに必要になるのは何かと考えてみますと、1つは制度です。これがまさに、新医師臨床研修制度、新しい制度です。環境としては皆さま方の病院がそうであるように、臨床研修病院があると思います。それからもう1つは人間の要素としては指導者です。これは一般には医師である指導医が主に考えられるわけですがけれども、場合によっては患者さん自身が指導する場合がありますし、医師だけではなくてチーム医療の一端を担っているコメディカルとか看護師さんとかいろいろあるわけです。ただ先ほどから言っておりますように、良い医師を育てるのは本当に2年間で行えるのかということがあります。まず、幼児教育、小学校・中学校教育、高等学校教育、それから、大学教育です。卒前教育がありますし、それから臨床研修、いわゆる初期研修、それからあとでお話しいただける専門医教育だと思うんです。それから生涯教育。いろいろあるわけですが、その狭い臨床研修のなかでどういうふうに行育てるかということこの3つを考えてみました。

新医師臨床研修制度について

（スライド6）今回の新医師臨床研修制度の基本的な考え方は、皆さまご存じのように3つございます。1つは「医師としての人格を涵養する」。それから、2つ目は「プライマリ・ケアへの理解を高め患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を習得する」。3つ目としては「アルバイトをしないで、研修に専念できる環境を整備する」。この3つが基本的な考えです。ですから、今日お集まりの病院の院長、あるいは幹部職員の方はぜひこれをご理解いただく必要があると思

ます。

環境としての臨床研修病院について考えてみますと（スライド7）、そもそもなぜ我々は忙しいなかで臨床研修病院を目指すのがあるかと思うんです。まず、これは型どおりですが、将来の医療を担う医師養成にかかわるのは病院の役割だと思えます。私ども、今現役として頑張っていますけれども、もう5年、10年すると自分が医師ではなくて患者になるわけです。そうすると、自分が安心して任せる医師は自分たちではない、今の若い世代ですから、結局我々の健康に跳ね返ってくることとなります。その養成をするのが病院の役割、まさに研修病院の役割だと思えます。

それから2番目として診療の質、効率の向上です。これは、2番目にお話しになる箕輪先生もおっしゃっていますけれども、臨床研修の質は病院の医療の質を反映するという事です。もちろんどこの病院でもそんなことはないとは思いますが、ただ何となく2年間過ぎたでは、あまりこういうことは期待できないと思います。ところが病院が信念をもってとにかく2年間の臨床研修を全うするという事で、システムの構築なり病院の中身の改築など、いろいろやる必要があると思えます。そうしますと、ひるがえってそれは診療の質、効率の向上につながるのではないかと考えております。

3番目としては医師を含んだ人材の育成、マンパワーの確保です。それから最後に地域医療の質の底上げ、地域格差を解消する。これはまた非常に重要だと思えます。今までは地域の大学病院との関連が非常に強かったわけですが、これからはそうではなくて置かれている地域のなかでいろいろな病院があるわけですが、管理型病院、協力型病院、そういうかたちで連携が非常に重要になってくると思えます。もちろん1つの病院が自己完結型ですべてをやるということは難しいわけです。ですから、地域連携、地域協力が非常に重要になってくると思えます。

（スライド8）さて、その臨床研修病院になった場合ですが、いくつか課題があります。まずいち

新医師臨床研修制度の基本的考え方

- 医師として的人格を涵養
- プライマリ・ケアへの理解を高め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得
- アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

スライド6

環境としての臨床研修病院 —なぜ臨床研修病院を目指すのか

- 将来の医療を担う医師養成に関わるのは病院の役割
- 診療の質・効率の向上
- 医師を含んだ人材の育成
- マンパワーの確保
- 地域医療の質の底上げをする
- 地域格差を解消する

スライド7

臨床研修病院の課題

- プログラム・指導体制・評価の充実
- 病院の体制づくり
 - 職員全員の理解・協力
 - 患者への説明、理解・協力を得る
 - 診療体制整備（総合診療部設立など）
 - 責任ある実務機関の設置（専任職が望ましい）
 - 施設・設備の整備
- 臨床研修を介した地域連携の強化
- 経営基盤の確立・安定化

スライド8

ばん大切なのはプログラム、指導体制、評価の充実です。今回の新医師臨床研修に関しましては、各病院が独自のプログラム、特色のあるプログラムをつくることを推奨しております。ですから紋切り型ではなくてその病院にあったプログラムをつくる必要があるかと思っています。2番目としては病院の体制づくりです。これは非常に重要ですが、特に今日お集まりの皆さま方をお願いしたいのは、臨床研修は、医局の医師が1人でやれば

いいということではありません。もちろん、病院長のリーダーシップがそうだけれども、事務方、それからコメディカルの協力・理解が非常に重要だと思っています。それからもちろん患者さんもそれに参加してくるわけですから、患者さんへの説明、理解・協力が非常に重要になってくると思います。

それから悩ましいのは診療体制の整備です。病院によって、例えば恵まれている病院は総合診療部とか診療内科とかがあると思いますが、おおかたの病院はそのような余裕はありません。すると病院内で、例えばそういう部署をつくるのか、あるいは専門各科同士協調を得ながらやっていくのか、まさにそれは病院の指導者の力量だと思います。それからもう1つ大切なのは、責任のある実務機関の設置です。いくらプログラム責任者とか、研修管理委員会の委員長がいても1人ではできませんから、これは病院組織がバックアップする必要があります。まず、少なくとも専任の事務職が必要だと思います。そのほかに、聖隷浜松病院の場合は2人の看護師を専任でつけました。病棟に出てきますと、結局しっちゃかめっちゃかになって病棟の現場が大変になります。そこで、お守り役というかたちで2人の看護師を、婦長クラスですけれどもつけましたが非常によく機能しているようです。

もちろん設備の整備もあります。それから先ほども言いましたように、臨床研修を介した地域連携の強化がございます。最後に、あまり表に出されませんが経営基盤の確立、安定化が非常に重要だと思っています。臨床研修は非常にお金がかかるんです。幸い今回、国の予算として171億円がつけましたけれども、例えば、聖隷浜松病院ですと研修医1人に年間670万円かかっています。これはかかるのではなくてすでにかけているお金でございます。そういう意味でいきますと、生半可なことでは臨床研修はできないと思っております。

指導体制は？

(スライド9) 新制度での指導体制というのは、1つは臨床研修の研修管理委員会です。それから、例えば病院によってはいくつかプログラムがあると思いますけれども、プログラム責任者がございます。それから、具体的に実際、研修医を指導する臨床研修指導医がでございます。この指導医の定義は、常勤の医師で担当する分野における研修に対する指導を行うわけですけれども、指導医に対して研修医5人までが望ましいということです。それで、臨床研修の臨床経験が7年以上でプライマリ・ケアの指導能力を有するもの。実際、自分の周りを見てみますと、こんな指導医がいるかどうか大変不安になるわけですけれども、当座は7年以上ではなくて5年以上という移行措置がとられております。

(スライド10) 現場の病院では、指導体制についての問題が何かないかということ、たくさんあります。最大の問題は、指導医確保が非常に困難であることです。よく大学病院は指導体制がしっかりしている、指導医がいっぱいいるといわれますけれども、民間病院でも実際それがどうかということ、指導医の定義が非常に難しくなっています。例えば、あとでお話ししますが指導医に対する評価とかいろいろあるわけですけれども、大学病院といえども、指導医に対する適切な評価がされているかということ非常に問題があると思います。それか

新制度での指導体制

- 研修管理委員会
研修プログラムの作成、研修プログラム相互間の調整、研修医の管理及び採用・中断・修了の際の評価など臨床研修の統括管理
- プログラム責任者
研修プログラムの企画・立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導。原則として研修医20人に1人、臨床経験7年以上でプライマリ・ケアの指導能力を有する者
- 臨床研修指導医
常勤の医師で、担当する分野における研修医に対する指導、指導医1人に対して研修医5人までが望ましいこと、臨床経験7年以上でプライマリ・ケアの指導能力を有する者

スライド9

ら、特に民間病院では日常診療が忙しいです。病院の管理者、皆さま方はドクターとにかく患者さんをいっぱい診て儲けてくれと言うわけです。そうしますと指導医は指導している時間が全くつくれません。

それからもう1つ非常に重要なのは、何をどう教えたらいいのか分からないということがあります。今までの研修制度ではしっかりした指導体制・教育体制がとられていなかったものですから、経験がないんです。ですから、自分が考えるなかでやるしかないので非常にとまどっているわけです。それから、先ほども申しましたように、指導医に対する適切な評価がされていないということです。これは現場の指導医の人に聞くと非常に悩ましい問題が出てまいります。外来があつて、入院の患者さんを診て、しかもそれから夜に教えるのか、夜教えても超過勤務もつかないではないかなど、いろいろ問題は出てまいります。

(スライド11) そうしますと、そういう問題を踏まえながら指導体制を確立するために何をやるかということはいもう明白だと思います。まず全病的な理解、協力、取り組みが必要です。それから、指導に対する評価、バックアップ体制の整備です。例えば外来負担の多い先生に指導医をやってもらうのであれば、外来の負担を少し軽くするとか、それから指導医に対するインセンティブを向上するためのいろいろな方策が必要だと思います。先ほど申しました評価もそうです。それから、これは公的病院ではなかなか難しいと思いますけれども、教育に要した超過勤務はたぶん認められていないと思います。ところが夜、診療が終わってから2、3時間研修医につきあうというのは並大抵のことではないと思うので、そういうことはやはりする必要があります。それから先ほど申しましたように、指導医の経験がないわけですから、それを教える必要があるということで、臨床研修の指導者やプログラム責任者に対する指導医養成講習会も必要だと思います。日本病院会も四病協のなかでやっております、今回は9月10日から行うことになっております。それからカリ

指導体制の問題点

- 指導医確保が困難
- 日常診療が多忙
- 何をどう教えたらよいか分からない
- 指導医に対する適正な評価がされていない

スライド10

指導体制確立のために

- 全病的な理解・協力・取り組み
- 指導に対する評価・バックアップ体制の整備
- 指導医に対するインセンティブ向上
- 指導医養成
 - 臨床研修指導医
 - プログラム責任者
- カリキュラム作成

スライド11

実際にはだれが教えるのか

- 卒後3-4年目の上級医
- 指導医による責任を持った診療行為のチェック
- いわゆる屋根瓦方式
- チーム医療に関わるすべての職種による指導
- 臨床現場で患者に教わる

スライド12

キュラム作成というのは、その病院がその病院としての標準的なものをつくる必要があるということの意味しております。結局、指導医の個人の資質に任せるだけでは駄目だと思うんです。

(スライド12) では、具体的にだれが教えるのか、実際は卒後3年目から4年目の上級医になると思うんですが、上級医にただゲタを預けるだけではなく、指導医による責任を持った診療行為のチェックが必要だと思います。ですから、これはいわゆる屋根瓦方式になるわけです。それから先ほど申しました、医師だけではなくてチーム医療に関わるすべての職種による指導です。診療の場面では、医師がリーダーではなくて看護師、あるいは

コメディカルの人がリーダーになる場合があると思いますが、そういう人は遠慮しないでどんどん教える必要があると思っています。それからもう1つ非常に大切なのは、臨床現場で患者に教わるといことだと思ひます。

研修で何を教えるのか

(スライド13) 何を教えるのかは非常に悩むところですが、これは厚生労働省からある程度提示されておひます。プライマリ・ケアの基本的な診察、診療能力です。今回は画期的なことに到達目標が定められました。行動目標、経験目標、必修項目が定められておひます。ですから、これを型

何を教えるのか

- プライマリ・ケアの基本的な診療能力
- 到達目標が定められた
 - 行動目標
 - 経験目標
 - 必修項目

スライド13

臨床研修の到達目標 (1)

- 行動目標：医療人として必要な基本姿勢・態度
患者-医師関係、チーム医療、問題対応能力、安全管理、医療面接、症例呈示、診療計画、医療の社会性
- 経験目標
 - A 経験すべき診察法・検査・手技
 - B 経験すべき症状・病態・疾患
 - C 特定の医療現場の経験
救急医療、予防医療、地域保健・医療、小児・成育医療、精神保健・医療、緩和・終末医療

スライド14

臨床研修の到達目標 (2)

- 必修項目
自ら経験を要する検査・手技、症状・病態・疾患
(例)
基本的手技
気道確保、人工呼吸、心マッサージなど
緊急を要する症状・病態
心肺停止、ショック、意識障害など
経験が求められる疾患・病態
脳血管障害、心不全、高血圧症、腎不全、糖代謝異常、痴呆など

スライド15

どおりずっとなぞっていけばいいのですが、なかなか難しいのは皆さんご存じのことだと思ひます。

到達目標を見てみますと、行動目標(スライド14)は医療人としての基本姿勢、態度です。経験目標は経験すべき診察、検査、手技それから経験すべき症状、病態、疾患、特定の医療現場の経験があります。それから必修項目(スライド15)としては、自ら経験を要する検査、手技、症状、病態、疾患が挙げられておひます。具体的には基本的手技とか緊急を要する症状・病態と、詳しく述べられておひます。

では先ほど申しあげた、良い医師としての条件であったコンピテンズ、コンパッション、コーテシーの3つを視野に踏まえて、実際どういふことを教えるか考えますと(スライド16)、コンピテンズはどちらかという測りやすいものですから、比較的挙げやすいわけですから。医学に関する知識、技術を、先ほど申しあげた到達目標に照らして1個1個つぶしていけばいいわけですから。それからもちろん診療上の一般原則、これも教えることができると思ひます。だんだん難しくなるのは問題の抽出の仕方です。それをどうやって解決するのか、最終的には患者さんや疾病のマネジメントなのですが、そういう知識を踏まえてどういふふうにマネジメントするかということだと思ひます。

コンパッション、コーテシーというのは非常に難しいのですが、これにはいわゆるロールモデルというのがあります。指導者の背中を見て育て、ということになりますけれど、そのロールモデル

具体的に教えること

- Competence
 - 医学に関する知識・技術：到達目標による
 - 診療上の一般原則
 - 問題の抽出の仕方
 - 問題をどう解決するか
 - 患者・疾病のマネジメント
- Compassion
- Courtesy
- 研修医自身の精神・心理面への配慮

スライド16

になる指導医の条件，これはハンドアウトに書いておりません。スライド17は1998年に『ニューイングランドジャーナルメデスン』に載ったペーパーですが，モントリオールとワシントンだったでしょうか，4つの研修病院で441人のレジデントにアンケート調査を行いました。出てきた回答はこの4つです。研修医との関わりは25%の時間を教育にかける。かなり長い時間です。それから研修医と関わる時間，これも似ているんですけども，教育・ラウンドなどに週25時間あてるといことです。週5日働くとすると1日5時間，6日としても4時間ですから，随分長い時間をかけます。

それからもう1つ彼らが重要視したのは，チーフ・レジデントの経験があるということです。日本ではチーフ・レジデントはなかなかないですけど，こういう意味でやはり教育の現場に携わったことがある人に教えてもらいたいということです。それから，教育スタイル・方法としては，医師-患者関係の重要性を強調してほしい，ということです。医療の心理，社会的な面を教えることができるということですけども，かなり厳しい状況です。要するに自分の時間を費やしてほしいということなんです。教育についての研修を受けている人に教えてほしい。それから患者と良好な関係，患者への総合的アプローチを示せる人だということですけども，こういう指導者をつくるには病院はかなり時間的なサポートと金銭的なサポートをやる必要があるかと思っています。

では，実際にこうやって良い医師は育っているのか，プラン・ドゥー・チェックといわれますけれども，評価する必要がありまして，評価には自己評価，二者評価，第三者評価とあるわけですけど，いくつか挙げられると思います（スライド18）。研修病院での評価はもちろんです。研修医の評価，指導医の評価，プログラムの評価，これはやはり研修医，指導医というのは双方向の評価が必要になってくると思います。それからもう1つ重要なのは，研修プログラムの第三者評価です。制度の基本的考え方に合致した研修が行わ

ルールモデルになる指導医の条件

- 研修医との関わり
 - 25%の時間を教育にかける
- 研修医と関わる時間
 - 教育・ラウンド等に週25時間あてる
- 教育についてのトレーニング
 - チーフ・レジデントの経験がある
- 教育スタイル・方法
 - 医師-患者関係の重要性を強調する
 - 医療の心理・社会的な面を教える

スライド17

良い医師は育っているのか —臨床研修の評価

- 研修病院での評価
 - 研修医の評価
 - 指導医の評価
 - プログラムの評価
- 研修プログラムの第三者評価
 - 制度の基本的考え方に合致した研修が行われているか
 - 良質な医師が育っているか

スライド18

最後に

“To cure sometimes, to relieve often,
to comfort always -- this is our work.
This is the first and great commandment.
And the second is like unto it
- Thou shalt treat thy patient as thou
wouldst thyself be treated.”

Postdoctoral Survival Handbook
for
House Staff and Postdoctoral Fellows
The Johns Hopkins Medical Institutions

スライド19

れているかどうか。実際，良質な医師が育っているか。このチェックが必要だと思いますが，これに関しては医療機能評価機構のなかで検討部会が行われ，実際に今年の秋から施行調査が行われるようです。

スライド19ですが，これは，Johns Hopkinsの『Postdoctoral Survival Handbook』というのから取りました。お読みいただければ分かりますが，1番目に，時に癒し，しばしば苦痛を和らげ，そして絶えず慰める。結局，技能とか知識だけでは

ないということです。それから2番目のフレーズとして、自分が患者だったらやってほしいというようなことをやってくれ、ということですが、これは本来的には聖書から引用した、それをもじったものだと思います。隣人愛ということですが、自分自身を愛するようにあなたの隣人を愛しなさい。たまたま私が所属している聖隷浜松病院の母体である聖隷福祉事業団の基本理念が、この隣人愛です。ですから、やはりそういう理念に基づいた教育が必要ではないかと思っています。

最後になりましたが、このように、良い医師を育てるためには臨床研修が非常に重要です。たまたま来年の4月ですが、2005年の4月16日土曜日、浜松で第23回の臨床研修研究会を開催させていただきます。ぜひ、皆さま方の大勢の参加を切に望んでいることを最後の言葉といたします。どうもありがとうございました。

座長 どうもありがとうございました。今回の新臨床研修制度に最初から携わられた先生、本当に研修制度の目的やその理念などについて、ご自分の信念が、今回のこの制度に生きているかたちで行われているということ、さらにご自分のところの実態を示していただいたと思います。

次に「臨床研修の質の評価と改善を目指す」というテーマにつきまして、聖マリアンナ医科大学救急医学の教授でいらっしゃいます箕輪先生にお話をいただきます。先生のご略歴は昭和54年に自治医科大学をご卒業になり、義務期間も含めてほとんど地域医療の原点である救急医療を主にやってこられました。平成16年から聖マリアンナ医科大学の救急センターの教授になっていらっしゃいます。先生ご自身が自治医大の卒業生として、自治医大は昔から卒業生に対してみなプライマリ・ケアを重視した研修を行われたご経験があります。その研修制度について、以前からいろいろなことを提言なさっていらっしゃいましたので、それらについてお話をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

②臨床研修の質の評価と改善を目指す

箕輪 良行

ご紹介にあずかりました箕輪でございます。諸先輩の先生方を前にしまして僭越ですが、今の必修化された臨床研修について、少し私たちが考えてきたことをご紹介しますと思います。

臨床研修医としての経験から

ご紹介にありましたとおり、私自身が自治医科大学を卒業したということで、やや特殊な経験を持っておりますので、その経験を簡単に紹介いたします。私たちは6年間の医学部を卒業したあとに大学病院で研修する者はごく少数です。ほとんどの者が地元の自治体の研修病院に戻って研修後、僻地の診療所あるいは中小の病院に出るという研修をずっと続けてまいりました。そのなかで当初から私たちが感じていたこととお話いたします。

すでに25年前に、臨床研修医の制度を国が始めていたのですが、実際にはまだ十分な経験がない臨床研修病院が多くありました。また、指導医の先生方のなかにも戸惑われている先生が多く、例えば私がいちばん最初に行った都立病院では、私が研修医の第1号だったのですが、初めて大学を経ないで医学部を卒業したばかりの医師が来たのでびっくりされまして、お前いったい何しに来たんだ、というようなことで、どこの診療科へ行っても逆にとっても大事にさせていただきました。今から考えると、先生方からすれば、どうやって教えたらいいいのかということをお勉強していただいた、いいモルモットであったと思いますが、私たちにとってはそのような2年間のローテイトの研修は実は今回必修化された研修の内容にほぼ準じたものでした。内科、外科、小児科、産婦人科などをローテイトして、例えば内科を希望する者は内科を6カ月、あるいは外科を希望する者は外科を6カ月、オプションとして選択して2年間の研修を終えるというような研修をこの25年間ずっとやっ

てきました。そのなかで先ほど言いましたように、大学などにいるわけではありませんし、母校ではありませんので、私たち自身がどんな研修をしているのかについて不安を感じるころがあります。同じ頃に卒業した大学仲間たちが、例えば結婚式で久しぶりに会うと、あいつはCVPはもう20例もやっているぞ、あいつはアッペはもう10例切っているぞ、というような話を聞くと、自分はちょっとまずいんじゃないかなと、あるいはもうあいつは小児科のことは随分と分かっているぞと、おれはこれで大丈夫かな、ということを経験した最初の時期に随分と感じます。

研修医の側からの評価を始めた

そういう経験を長くやって思いついたことは、まず私たち自身がその2年間での研修内容を実際に調べてみようではないか、ということでした。卒業して2、3年目のことです。私は昭和54年の卒業ですが、56、57年頃にそのようなことを思いつきました。それでその頃から始めたのが、臨床研修に臨んでいる卒業生たちが、自分たちがいったいどんなことをやったのか、どんなことを実際に臨床研修で見たのかをまず記録してみようではないか、ということです。先に堺先生からご紹介がありました自己評価という1つの評価の仕方ですが、昭和56年、57年頃から継続的に調査を行いました。卒業した医師100名のなかから調査に応えてくれる方が5、6割はおりますので、そのような医師からのデータをずっと集めました。データを集めて、ある程度実証的な評価をして気がついたことがいくつかありました。

1つは皆ができないことは、やはり大体平均しているということがよく分かりました。例えば基本的な手技のなかで、膝関節の不安定性を評価できれば足のはかの関節も評価しているはずだというようなことで、それを聞いたところ、実際、膝の関節をちゃんと見れるような整形の研修を皆していなかった。あるいは骨折を良肢位で固定することくらいできないとまずいぞということでそれを聞いたところ、十分にできない。あるいは聴診

で、例えばⅢ音とオープニングスナッフを鑑別できないとまずいじゃないかということでそれを聞いてみると、やはり皆苦手だと思っていたというようなことがありました。そこで、自分たちなりに臨床研修のゴールを設定したなかで、いくつかのポイントを、日本医学教育学会、あるいは医療審議会などで発表されたいろいろな教育目標を参考にしてつくってきたわけです。そのようなことをずっと重ねることのできる1つの方策として、私は2期生でしたので、私たちが早く卒業して経験したその苦手項目、あるいは陥りがちな研修上のピットフォールというようなものを後輩たちに伝えるようにしてフィードバックしました。

これは、文字にしたり語ったりという方法で、先輩である私たち卒業生が後輩に伝えるというようなかたちをとりました。それからもう1つは、各臨床研修病院で先輩が指導医として残っていますので、その先輩たちから「お前これから2年の研修を経て、診療所あるいは中小の病院で働くときにはこういう点がポイントだぞ」ということを言葉で伝えることを始めました。それが卒業して10年目くらいからの、非常に初歩の、初期的な対応です。

そういったことで気がついたことは、そのような非常に初歩的なフィードバックですが、それを伝えることによって全体の集団としての研修医からのデータがしだいに改善していくようになりました。ある程度の年限を比較しますと、昔、多くの卒業生が苦手あるいはあまり必要性を感じていなかった項目について、後に卒業する医師たちにはその必要性が伝わるようになり、またそれぞれの研修病院の院長先生、あるいは研修責任者の先生方がそのような自治医科大学の卒業生に対する研修をどのようにやっていったらいいかということについて気づいていただけるようになり、ローテイト型の研修をしている研修医に対するそれぞれのプログラム責任者の先生方からの理解がしだいに増していきました。

そのようにして、ある程度の年限が経ったところでそれぞれの病院のカリキュラムは随分良くな

ってきました。しかし、それでも気がついていました。個人差です。医師の分布ですから必ず、良くできる研修医とできの悪い研修医がおります。そういった個人差はあったと思います。それから、やはり少数の病院なのですが、あの病院は良い病院である、どう考えてもあそこは良いぞというようなことを周りから聞いて、あるいは自分たちの仲間、先輩たちから聞いて気づくようになりました。

そのようなことで、お手元のプリント資料の30ページに評価の方法ということで書いてあるような119項目の調査票に対して自己評価を回答していただくということを始め、長く調べてきました。技術的な内容についての72項目、それから、医師-患者関係についての27項目、これは先ほど堺先生がおっしゃった若い医師は師の背中を見て育つというようなことですが、やはり良い指導医のモデルを見て育つ部分というのを27項目で見えています。それから救急診療でどのようなことを経験したのかということで20項目、例えば、吐血、あるいは急性腹症、心筋梗塞、脳卒中のような診療経験の内容を聞いております。

評価のデータから分かったこと

先ほど言いましたように個人の医師を集めると正規分布をする、良くできるできないが出るはずだと思っていましたが、毎年1人、2人と卒業生たちが同一の研修病院で研修していますので、そ

の研修病院で研修した医師全体の研修のデータを病院ごとに評価したのが図1です。

そうしますと個人の分布ばかりかどうか研修病院のなかで一定の分布がありそうだということが分かりました。偏差値分布になっており真ん中が偏差値50ですが、右側の方は偏差値が高く左側が低いということで、研修医の個人のデータを病院ごとにまとめて評価したところ、やはり1つの分布が生じました。それまではローテーションの研修をやっているとストレートの研修よりも成績が悪くなるのではないかと、あるいはその逆ではないかと、あるいは大学病院でやっているのと悪くなって普通の病院が良いのではないかと、あるいは研修プログラムの責任者の先生方の熱意が大きな問題ではないかなどいろいろなことを考えたのですが、どうもそういうことではなく、やはり病院単位にそれぞれ特徴があるらしいということが分かってきました。

それをもう少し詳しく見たのが表1です。これはそのようなかたちで病院ごとのデータを偏差値にずらっと並べてみるとこのようになるというような表ですが、さらに図2に表しましたように、上位にいつもランキングされる病院というのは固定した病院であることがはっきりしました。このなかにだんだんと成績がアップしてきたように見える病院が1つあるのですが、これはデータがちよっとおかしいということで除いてあり、それ以外の病院はほとんど毎年、卒業生からデータが返ってきて、なおかつランクが同じようなところにずっと位置する病院が10病院ほどありました。そのような10病院の特徴は、ということで図3を見ていただきます。これは先ほど、調査項目のなかで示した内容をそれぞれ少し分野ごとにまとめてみたものです。例えば技術的な項目というのは基本的な手技、気管挿管、心肺蘇生、あるいは基本的な治療法でインシュリンの投与を適切に行える、あるいは抗不整脈薬の使用が適切にできる、あ

図1 研修病院の偏差値分布

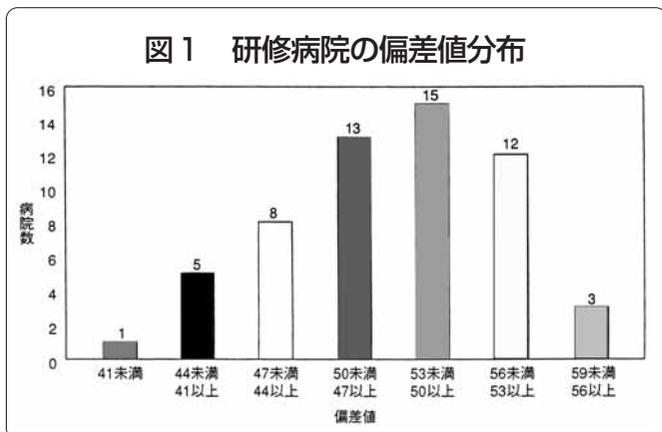


表1 研修指定病院偏差値表

病院番号/病院名	回答者数	技術の到達度	医師-患者関係	救急診療経験	病院偏差値
22 A公立病院	4	133.750	96.250	29.475	57
63 D県立病院	12	124.583	100.917	26.738	56
31 P県立病院	8	137.500	91.625	29.294	56
59 E県立病院	5	136.600	94.800	24.010	55
75 E大学病院	10	132.500	97.800	24.340	55
65 A赤十字病院	7	123.286	96.143	29.314	55
18 A県立病院	10	119.200	95.510	31.425	55
48 L県立病院	12	125.583	91.750	28.575	54
25 Y県立病院	7	128.714	91.429	26.450	54
47 M県立病院	8	121.750	91.513	28.669	53
19 B公立病院	4	109.000	96.875	30.163	53
52 A済生会病院	5	123.400	91.800	28.550	53
36 D赤十字病院	3	124.000	90.667	26.033	53
35 T県立病院	4	125.750	88.000	29.200	53
37 S県立病院	8	119.750	95.625	23.356	52
67 B県立病院	9	120.222	96.000	22.994	52
78 C公立病院	3	109.667	91.667	29.767	52
57 I大学病院	5	107.000	94.800	28.540	52
30 Q県立病院	6	111.667	93.167	24.775	51
38 E赤十字病院	6	109.333	89.667	30.450	51
32 U県立病院	7	108.143	97.429	23.343	51
3 X県立病院	9	111.111	93.444	25.756	51
64 国立A病院	8	110.250	95.275	21.181	50
13 D大学病院	5	111.400	95.000	22.040	50
45 N県立病院	9	103.778	93.111	24.489	50
50 K県立病院	6	101.667	97.167	21.908	50
20 A市立病院	5	109.600	91.800	21.090	49
40 O県立病院	4	99.750	93.500	23.888	49
55 H県立病院	12	104.917	94.667	20.642	49
58 G県立病院	7	106.571	91.571	21.214	49
53 B赤十字病院	4	109.500	87.000	25.100	49
29 R県立病院	7	100.857	91.257	25.079	49
4 W県立病院	12	105.083	88.000	25.363	48
1 B大学病院	14	108.286	91.643	19.161	48
49 H大学病院	6	104.833	92.000	20.583	48
12 C大学病院	34	100.794	91.735	22.159	48
5 国立B病院	7	104.571	88.571	23.521	48
51 J県立病院	6	94.167	94.767	21.075	48
60 F県立病院	9	96.556	95.889	17.422	47
11 V県立病院	7	106.286	85.857	21.429	47
54 I県立病院	9	97.556	92.000	20.050	47
44 G大学病院	8	83.625	91.538	20.625	45
82 A厚生年金病院	5	95.200	90.560	15.580	45
41 C赤十字病院	5	86.200	89.200	22.040	45
66 C県立病院	6	89.500	91.000	14.858	44
26 F大学病院	4	81.000	85.250	17.713	42
68 H大学病院	7	79.429	90.286	11.307	41
6 A大学病院	5	78.000	81.400	18.530	40

図2 トップ10病院の経年変化

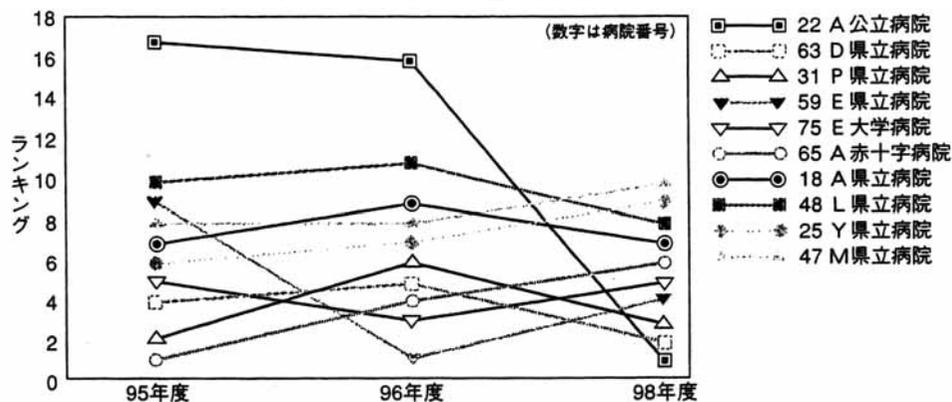


図3 高ランキング病院のプロフィール

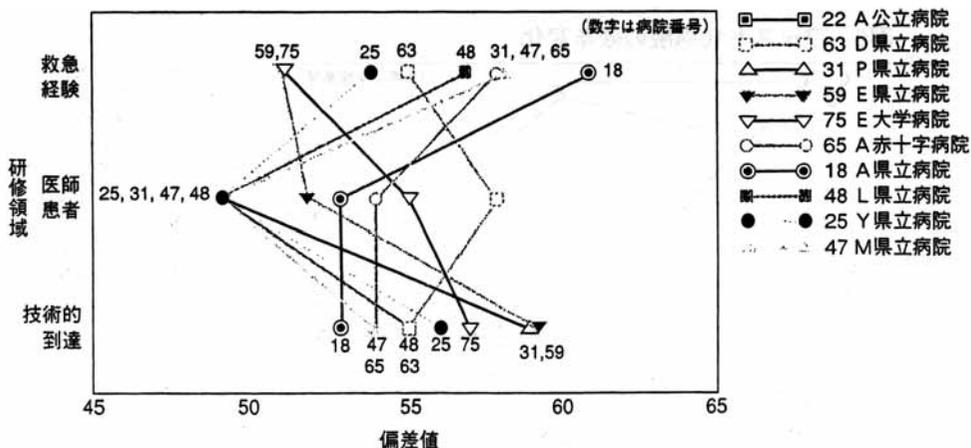
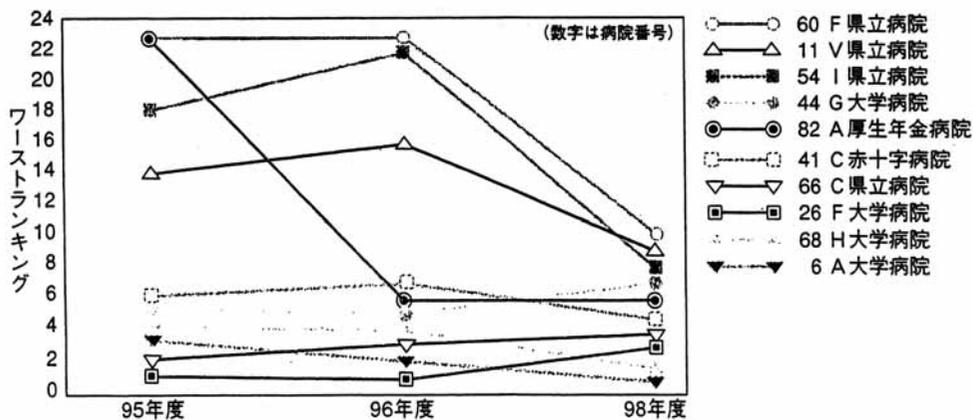


図4 ワースト10病院の経年変化



るいは血糖の検査を必ずやる、あるいは簡単なCTなどは読影できる、そのような技術的な項目についての評価ですけれども、偏差値のレベルが、真ん中の50よりかなり右の方に寄っております。

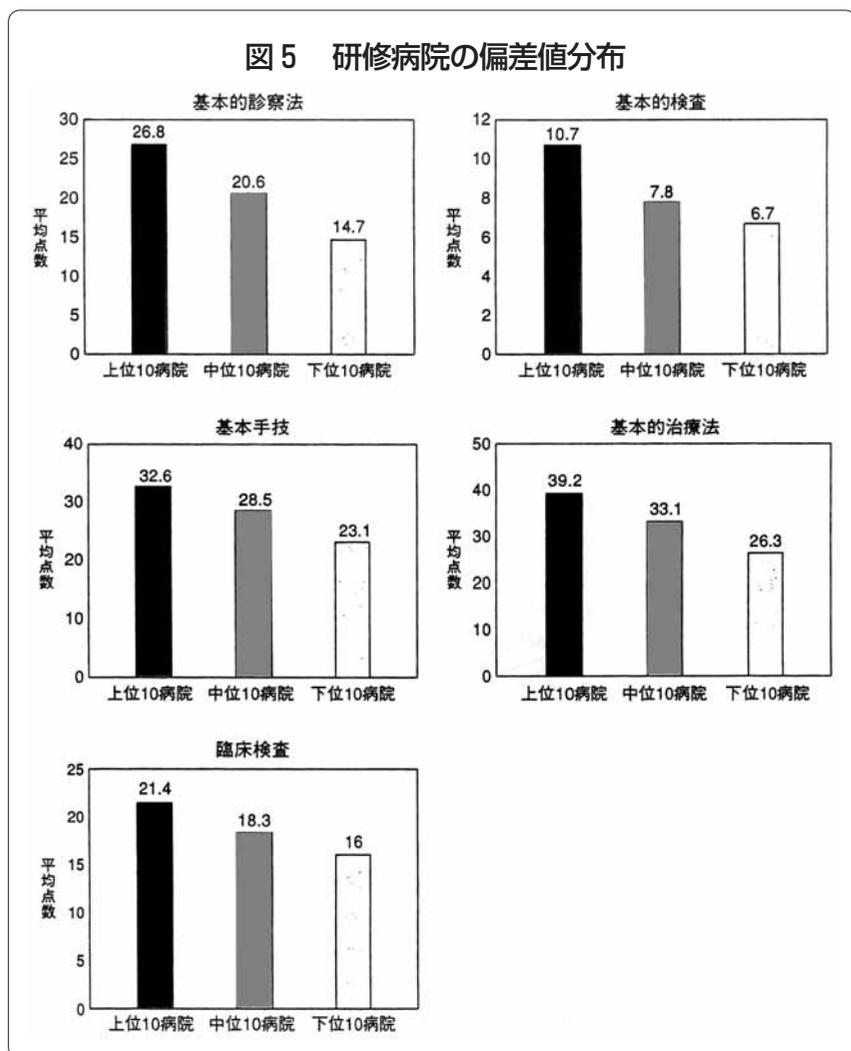
それから救急経験ですけれども、先ほど言いました20の項目、ほとんど現在の必修化のプログラムのなかで目標になっている疾患ですけれども、やはりかなりの数が経験できるところがこのトップの10病院の特徴だと分かりました。

このようなかたちで評価したときに、逆に低いところにランキングされる病院はどこかということで表してみたのが図4です。私たちが感覚的に、どうも大学はと思ったことは間違いなく、その悪

い結果になった原因はやはり先ほどの良いところと比較して、救急の経験数が非常に少なかったということがありました。もう1つは技術的な研修項目が非常に低いということがありました。それはどのようなことかと考えたんですが、例えば、どの研修病院でもそうですけれども、患者の受け持ちの数が多いと検査についていくことも多くなります。それからベッドサイドで注射をしたり、バルーンを挿入したり、いろいろな処置をすることも結局多くなります。ですから受け持ちの患者数が多くてベッドサイドでする仕事が多いところでは、やはり技術的な項目が増えていくのだと理解しました。

本当にそうになっているのかどうかということでさらに見たのが図5ですが、いちばん左側にある黒塗りの部分が成績の上位10の病院で、さらに真ん中に位置する病院をやはり10病院、それから偏差値の低いところを10病院とってみますと、基本的な診察、手技にかかわる項目、基本的な検査にかかわる項目、それから基本的な治療にかかわる項目について、今回の必修化のなかで基本的な能力として取り上げられているような項目に関しては、このような差が出てきます。数字で言いますとPが0.05～0.01で有意に差がありました。検査の

図5 研修病院の偏差値分布



なかの例えばエコーとか、上部消化管内視鏡の検査であるとか、あるいは頭部のCTを正しく読影する、あるいは単純撮影を読影できる、そのような項目も臨床検査のなかに含んだのですが、上位の10病院と中位の10病院とはあまり差はありませんでした。しかし、上位と下位では有意に差があったということです。

こういうことで、私たちが自治医科大学卒業生としての経験で、長くローテーションの研修をずっと続けている医師集団の見てきた臨床研修病院の特徴というのは、どうも研修医から見るとバラバラにしか見えないのですが、それを病院の単位でまとめてみると一定の傾向があるらしいということが、これらのことで大体分かるようになりました。それは本当に意味のあることかどうかということで、もう少し別の視点から分析しようというふうに考えたのが、図6です。図6-1, 2, 3, 4と挙げておりますが、これは少し特殊な形で私たちのデータを評価してみたものです。例えば図6-1ですが、頭部外傷、四肢の外傷、それから胸部外傷のような、研修医が経験するような外傷の救急の診療経験の数を縦軸に取ります。横軸には、例えばその外傷を診察するためには当然、膝の観察ができなくてはいけない、頭部のCTが読影できなくてはいけない、挿管の手技ができなるといけない、静脈ラインをちゃんと正しく取れることが必要、胸腔のチューブを入れられることが大事ということで、内科でもエコーは勉強しますし、脳外科あるいは神経内科で頭部のCTを読むことは勉強しますし、胸腔のチューブを入れることは外科で勉強するというので、いろいろな診療各科で勉強することが外傷の診療には必要になります。横軸にはそのような診療単科ではなく複数のローテーションする診療科で身につけるべき項目数を、外傷を診るために必要なものということで抽出しました。それを横軸に取ります。

そうしますと、右肩上がりになり、この相関係数は0.71です。一言でいいますと、普段から外傷が多数来る施設では、研修医はそれを見るために必要ないろいろな手技あるいは考え方、知識をい

ろいろな診療科をまたいで勉強している可能性があることがこの図からは言えます。逆にあまり外傷も来ない、それからそれを診るために必要な手技などの勉強のチャンスが少なかった病院というのが左下の方になりますけれども、この辺に比較的大学病院が多く集まっている、右上の方は救命救急センターを設置しているような施設になりました。

同様に図6-2では急性腹症でくるような、急性膵炎、急性虫垂炎、それから、イレウス、腸閉塞の部門をここにまとめましたが、同じように右肩上がり、相関係数0.61くらいです。それから、意識障害についても脳卒中とか糖尿病性の低血糖とかそのような項目をここに入れましたが、同じような傾向(図6-3)にありました。図6-4は胸痛あるいは呼吸困難を示す気管支喘息、それから心筋梗塞、狭心症というような経験を救急診療件数として入れましたけれども、やはり右肩上がりの結果が出ました。これはどうもその研修医がその病院で研修した経験というのは、もちろんいろいろな救急の場面で診る病気もそうですけども、その救急の病気を診るために必要な診療各科を越えた技術あるいは技能をいろいろななかたちで勉強することで、こういう右肩上がりの形になるというふうに考えられます。

そうしますと、もしこれをそのとおり研修医の評価と捉えるならば、良い研修をしている病院の研修医のデータからは、その病院の診療そのものは、外傷に関してあるいは急性腹症に関してある程度良いものをやっている可能性があるのではないかというようなことが言えるような気がします。

臨床研修の質を改善するためには

もちろんこれは1つの観察、我々の経験で観察した内容です。おそらくこれから臨床研修の質を改善するためには、国が制度の保障と、それから指導医の質の確保ということで制度的なアプローチをされると思いますが、私が研修を受ける側から常に感じていたことですが、どの研修病院に行ってもあるいはどのような病院にマッチングされ

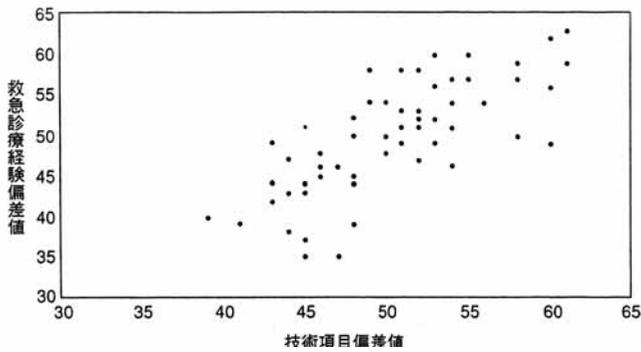


図6-1
外傷に関する技術項目と救急診療経験の相関

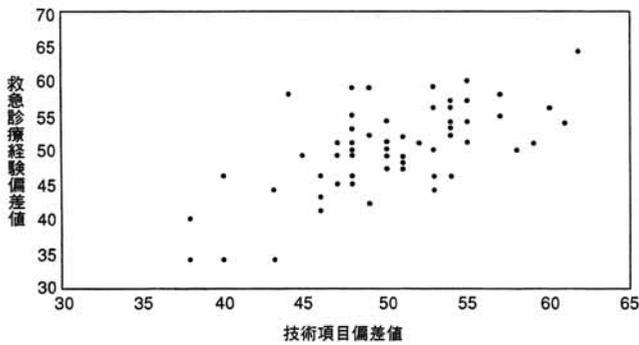


図6-2
急性腹症に関する技術項目と救急診療経験の相関

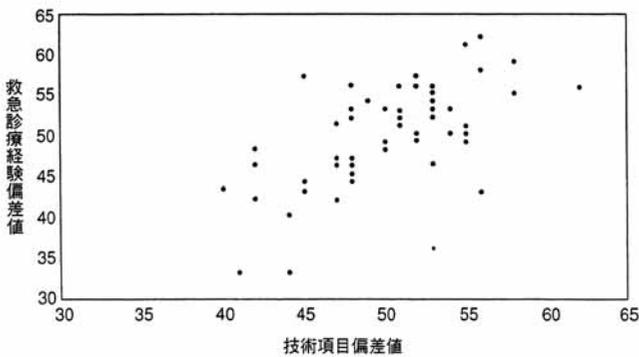


図6-3
意識障害に関する技術項目と救急診療経験の相関

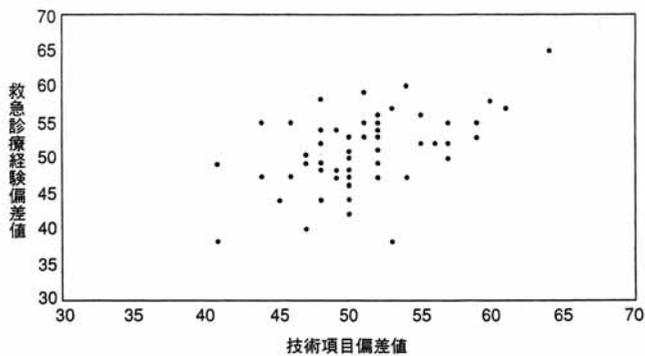


図6-4
胸痛呼吸困難に関する技術項目と救急診療経験の相関

でも、2年間やったときに医師としてベーシックな力が必ずつくような仕組みがないとマッチングそのものが怪しくなってしまうのではないかと思います。つまり、マッチングする以上はA病院もB病院もC病院も、ベースラインは同じであることが保障されるべきではないかという気がします。自治医科大学を卒業して初めに不都合に思ったことは、自分の出身県の研修病院でしか研修ができない、ほかの病院をチョイスできなかったということが、このような調査をしてきた1つの動機になっておりますが、このように偏差値にばらつきがあることは、やはり良いことではありませんし、すべての病院がある水準をクリアできるようになっていけば、どの病院にマッチングされても研修医は良い医師に育つわけですから、そのような仕組みをこれから保障していただくことがとても大事なことだと思います。研修医の側からは、やはり自分個人、自分に今足りないものは何なのか、あるいは自分たちは何を学ばなくてはいけないのかということについて明確な認識、それから目標を明確に自分のなかで定めておくことがとても大事だと思います。

おそらくこれから多くの研修病院で指導される先生方が感じることは、私たちが25年前に行ったときに指導された先生たちが当惑したように、何を教えればいいのかということではないでしょうか。自分は小児科をずっと勉強してきたけれど、2カ月しか小児科を勉強しない研修医たちにいったい何を教えたらいいのだろうかという戸惑いだと思います。良い指導医が生まれてくるためには、ローテーションの研修を経験した者が指導医になったときに、初めて良い必修化臨床研修がおそらく実現できると思います。2カ月あるいは3カ月、1カ月であっても、その診療科を経験することは意味のあることだということがよく分かった指導医たちが生まれたときに、きっと良い制度になっていくと思います。私は少し時間がかかるとは思います、そのような先生たちのなかから良い指導医が生まれ、日本の新しい研修制度が実のあるものになって成熟していくのではないかと信じてお

ります。

最後になりましたが、私たちの経験から思うことは、まず1つは先ほど言いましたようにマッチングの制度が成熟していくうえで、やはり病院格差を減らすことが望まれます。そのうえで研修医がその研修病院で研修したデータというのは非常に説得力のあるものであると思います。なぜかといいますと、研修医は2年間その病院でしか研修しませんから、彼の経験はまぎれもなくその病院の実情です。ですからそのデータを適切に評価していただくことが必要だと思います。同時に、研修医が不利益を被らないような、あるいは早くから軌道修正できるような仕組みをこれから第三者機構として用意していただくことがとても大事ではないかと思っております。同時に、良い指導医はすぐには生まれないと思うのですが、この制度を経て、これから数年後に臨床の場面に指導者として育っていく人たちのなかから、おそらく日本の臨床研修を実際に評価して改革できる現場の指導者が育ってくるのではないかと考えられます。

以上、私たちの経験から、今あるいはこれから始まる臨床研修の評価のあり方、それを改善していくうえでいくつかのポイントをお話しさせていただきました。

座長 どうもありがとうございました。詳細なデータでこれからの臨床研修病院のあり方についてご説明いただけたと思います。

続きまして、初期研修は今までのお話のように良い医師が育ったとしても、管理者としては本当は優秀な専門医がほしいわけです。その優秀な専門医を育てるにはどうするか、「これからの専門医育成は、どうあるべきか」という問題につきまして、専門医教育がきちんと行われている教室として小川先生が推薦なさった、大阪大学の門田教授にご講演願いたいと思います。

門田教授のご略歴は、昭和45年に大阪大学の医学部をご卒業後、第二外科に入局され、平成6年から教授を務められておられます。では先生よろしくお願いたします。

③これからの専門医育成は、どうあるべきか

門田 守人

ご紹介いただきました大阪大学の医学部外科の門田でございます。先ほどは卒後臨床研修のお話を聞かせていただきましたが、私に与えられたのは専門医の育成についてです。正直なところ、これはまだまだ非常に混乱の状態、確立されているとは言い難いと思います。そこで今日は、私が外科ですので外科系を中心にした現状と、私自身が感じているこれから先の問題点について述べさせていただきます。これはあくまでも私的な意見ということにさせていただきたいと思います。

専門医とは

最初にこのお話をいただいたときに、果たして専門医って何なんだと、正直なところそういう気持ちがありました。

世の中には専門医という単語が出回っておりますけれども、必ずしも専門医がどんなものかというのははっきりした定義はないのではなかろうかと思えます。そこでこれは全くの私見ですが、仮にそれぞれの立場の人たちから見てみればどうかということで挙げてみました（スライド1）。患者にとっての専門医とは、やはり質の高い医療を施してもらえるところ、そしてその専門医制度と

求められる専門医とは？

- 患者にとって……
質の高い医療が受けられる
- 国民（国）にとって……
質の高い医療の提供と、同時に総医療費の抑制に役立つ
- 専門医自身にとって……
研修目標の明確化、専門医としてのステータス、更に増収へつながること
- 学会にとって……
学会の目標設定、並びに学会のステータスと社会貢献
- 日本医師会にとって……
医の倫理綱領に合致する

スライド1

いうものが患者の目から見て分かるというものではなくてはならないだろう。国、社会にとってはどうかというと、やはり質の高い医療の提供と同時にうまくいけばこれが医療費の抑制にもつながらなければならないといったものではないだろうか。専門医自身にとってはどうかというと、研修、日頃の勉強していることの具体的な目標が明確になってくる、そして専門医としてのステータス、さらに診療報酬の加算へとつながることになれば本気で勉強するであろう。また、そういうものを出している学会にとってはどうか。学会活動の目標が設定される、並びに学会の社会貢献、また学会そのもののステータス向上につながるであろう。また医師会との関係は、いろいろと問題がございますが、医の倫理綱領に合致する医療の提供という意味において、反するものでは決してないだろうと思います。

専門医制度の歴史を振り返って

さて、この専門医制度の歴史を振り返ってみますと、けっこう古くからのことであって、昭和37年4月の段階で麻酔学会が、また昭和41年には放射線学会、脳神経外科学会が、さらに昭和43年には内科学会が専門医制度、少し名前は違いますが、こういうことの制度化を目指しました。これはどちらかといいますと、欧米からの輸入ということになるかと思いますが、それがスタートしました。しかし昭和41年、43年、ご存じのようにインターン闘争のさなかに入ってしまった、これはあまり実らなかったという状態だと思えます。その後昭和50年代に入って、学会認定制協議会、学認協と呼んでいますが、これが発足しました。また、医学会がその間に立って医学会、学認協それから医師会が中心になって三者懇談会を構成して、もう少し横の関連でもって専門医制度を見ようということを考えました。その流れのなかで、平成5年の段階で、基本的な領域診療科担当13学会の認定を、三者が承認するという格好になってきたわけです。

こういうかたちで徐々には動いていたわけです

が、公的な場で、厚労省が専門医制ということを出してきました。そして日本学術会議がもう少しはっきりとした方向性を提案してきた。そして、大きく変わったのが平成14年4月で、専門医の広告を解禁ということがあり、この段階になって急に変わりだしたということです。そして、この中核に入る中間法人として「日本専門医認定機構」というものが動き始めました。そういうことで現在に至っています。

平成5年の段階で、日本医師会、医学会、それから学認協でもって合意したことがございます。認定医の表示と標榜診療科ということは必ずしも一致しない。医療施設内のみの表示である。基本的領域の診療科を複数重複することがないようにする。そして更新ということを必須化する。さらに診療報酬とは無関係にする。

要はこの段階においてすでに、いろいろな立場の組織からそれぞれの何か利権がらみととられてもしかたがないような動きになっているというこ

とが言えるのではないかと思います。

そして、平成14年度4月の段階で、厚労省が出した専門医の資格外形基準というものが出てきたために大きく変わってきたわけです（スライド2）。そこで決められていることは、学術団体として法人格を持っている。会員数が1,000人を超えていて、その8割以上が医師、あるいは歯科医師である。一定の活動実績があってその内容を公表している。問い合わせに対応できる。専門医資格の取得条件を公表している。そしてここがまた大きな問題ですが、資格認定に際して5年以上の研修の受講を条件としています。ここに5年という数値が出てきました。そして、適正な試験をする。更新をする。そして名簿が公表されている。厚労省からこうした決定が出てきた。

ここでそれまでに動いていた専門医制度と、厚労省がこういうかたちで出てきたもので、学会の動きが急に活発化してきたということです。

それでは、私たちが関係している外科学会が定めている専門医の資格をご紹介します（スライド3）。日本の医師免許証を持っている。申請時において会員である。それから修練開始登録をしたあと5年以上である。この5年以上というのは先ほど厚労省のほうで指定されてしまったことからこうしています。実はこれより前に認定制度というのをやっておりましたが、外科学会ではこれが4年でした。しかし急遽5年に合わせざるを得ないということで、いろいろディスカッションが行われたということです。修練実施計画、それから予備試験をやるということです。これも先ほどどちらと触れましたけれども、今までは4年ということで、4年終わったらそのあとに外科学会の中での2階建ての部分、心臓血管外科、あるいは呼吸器外科、消化器外科というのがありますが、その研修スタートが4年修了したときというようになっていて、この5年と整合しなくなってきたことから4年でもって一応筆記試験をすることにして、これからは2階建ての研修を始めてもいい、しかし正式な試験は5年を経ってから、ということを決めて現在に至っています。

専門医資格

(平成14年4月1日厚生労働省医政局長通知)

1. 学術団体として法人格を有している
2. 会員数が千人以上で、その8割以上が医師
3. 一定の活動実績を有し、その内容を公表している
4. 外部からの問い合わせに対応できる体制が整備
5. 専門医資格の取得条件を公表
6. 資格認定に際し5年以上の研修の受講を条件
7. 資格に認定に際して適正な試験を実施
8. 定期的に更新する制度を有する
9. 資格認定医師の名簿が公表

スライド2

日本外科学会外科専門医の資格

- ・ 日本国の医師免許証を有する
- ・ 申請時において会員である
- ・ 修練開始登録を申請した後通算5年以上修練終了
- ・ 指定施設・指定施設群において修練実施計画終了
- ・ 申請時において予備試験に合格した者
(修練開始登録後、満4年以上経過した者が受験資格有りとし、筆記試験による審査を予備試験とする)
- ・ 申請時に別に定める診療経験及び業績を有する

スライド3

外科専門医修練カリキュラム（1）

1. 一般目標
 - 1) 一般目標1（総論的）
 - ① 外科専門医として、適切な外科の臨床的判断能力と問題解決能力を習得する。
 - ② 手術を適切に実施できる能力を習得する。
 - ③ 医の倫理に配慮し、外科診療を行う上での適切な態度と習慣を身につける。
 - ④ 外科学の進歩に合わせた生涯学習を行うための方略の基本を習得する。
 - 2) 一般目標2（各論的）

卒後初期臨床研修を終了した後、外科学総論、基本的手術手技及び一般外科診療に必要な外科診療技術を習得する。また、外科サスペンディチャーの特徴も習得させる。

スライド 4

外科専門医に必要な診療経験及び業績

（診療経験）以下に示す総ての手術例数を含み、総数350例以上の手術に従事し、そのうち術者として120例以上の手術を行っている者。

消化管及び腹腔内臓	50例
乳腺	10例
呼吸器	10例
心臓及び大血管	10例
頭蓋内血管を除く末梢血管	10例
頭頸部及び体表並びに内分泌外科	10例
小児外科	10例
各臓器の外傷	10例
腹腔鏡及び胸腔鏡を含む鏡視下手術	10例

（業績）修練開始登録後、筆頭者として学術集会又は学術刊物に研究発表又は論文発表している者。

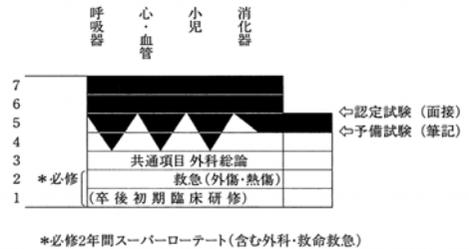
スライド 6

外科専門医修練カリキュラム（2）

2. 到達目標
 - (1) 到達目標1：外科診療に必要な基礎的知識を習熟し、臨床応用できる。
 - (2) 到達目標2：外科診療に必要な検査・処置・麻酔手技に習熟し、それらの臨床応用ができる。
 - (3) 到達目標3：一定レベルの手術を適切に実施できる能力を習得し、その臨床応用できる。
 - (4) 到達目標4：外科診療を行う上で、医の倫理に基づいた適切な態度と習慣を身につける。
 - (5) 到達目標5：外科学の進歩に合わせた生涯学習を行う方略の基本を習得し実行できる。

スライド 5

卒後年数と外科専門医及び関連外科専門医カリキュラムの概要



スライド 7

そういった意味で学会がやろうとしてきたことが、厚労省が打ち出してきたことに左右されてどこか本質というものが動いていっているということが言えるかと思います。

そして、卒後研修と同じですが、一般目標というものが挙げられています（スライド4）。総論、各論はよく似ています。外科専門医としての臨床的判断能力とか問題解決能力、あるいは手術が適切に行われているか、医の倫理の問題で適切な態度、習慣でしょうか、それからまた、生涯学習を行うというようなことで、このあたりに来ますと臨床研修と総論的には非常に似通ってきます。ただ、手術というものがはっきり入ってきているということです。

そのほかに到達目標が挙げられています（スライド5）、先ほどの総論で挙げてきているも

のをここに挙げることで特に大きく変わったものがあるわけではありません。今言ったものが、それぞれ挙げられているということです。

手術の診療経験として出てきたのがスライド6の内容です。ここにあるすべての手術症例数を含んで総手術症例数が350例以上の手術に従事し、そのうち術者として120例以上、そして5年間ということになるわけです。そして、ここに挙げておりましたが、消化管、消化器系であれば最低50、乳腺、呼吸器以下は10例以上ということで挙げられています。そして、業績とすれば少なくとも筆頭者として学会発表、あるいは論文発表している者とされており。

そしてスライド7が、年数ごとに見たものですけれども、今言いましたように4年間の段階で予備試験を受けます。ここで、卒後初期臨床研修を

どう扱うかということが問題になります。しかしこれは基本的な外科の総論的な内容とほぼ一致していることであって、この2年は4年のうちに、さらには試験のときの5年のうちに含まれる、ということになっています。しかしこのなかには、外科以外のところを1年目、2年目でやっていますので、そのあたりの整合性となると、問題がなきにしもあらずです。ただし、最低の症例数ということで引っ掛かってきますので、実際、果たして5年の時に試験を確実に受けられるのか、さらに6年、7年とかかるのか、これは、人によって変わってくるという状況にしているわけです。

ちなみに内科はどうしているかといいますと、認定医制です。外科は5年を引き続いて、専門医にしましたが、内科のほうは1階、2階のかたちは一緒ですけれども、1階のほうでは認定内科医であると、そして1階は3年間ということにして

います。そして2階建てのところさらに3年間することによって、認定内科専門医になるということだそうです。

先ほど外科学会の2階にはいろいろな外科系があると仰いましたけれども、私たちの関係しております消化器外科専門医というのを見てみます(スライド8)。これも資格として日本の免許証を有する、外科学会の認定医または専門医である、3年以上継続して本会の会員である、カリキュラムにしたがって5年以上指定病院において修練を受けている、そして別に定める実績、ということです。その診療経験というのはスライド9に出ています。450例ということになっております。そして、業績は少なくとも筆頭者として論文3編、学会発表を含めて筆頭者としてトータル6件ということ、それから研修実績ということで、学術集会、教育集会に出席しなければならないという縛りが入っています。

消化器外科専門医のほうは必要手術症例数が決められております(スライド10)。非常に複雑ですが、自分が手術できる、あるいは指導者と一緒に自分が術者になってできる、あるいは助手としてつくというふうなこと。そして、易しいもの、難しいもの、その中間という難易度がありますが、それらを少なくとも術者として50例、これをすべてクリアしてということですが、これは全体です。偏りがあるかも分かりません。しかし、そのなかにあって必須主要手術、こういうものは最低

消化器外科専門医の資格

- 日本国の医師免許証を有すること
- 日本外科学会認定医または外科専門医であること
- 継続3年以上本会会員であること
- 臨床研修終了後、指定修練施設において所定のカリキュラムに従い通算5年以上の修練を行っていること
- 別に定める研修実績並びに業績を有すること

スライド8

消化器外科専門医に必要な診療経験、業績並びに研修実績

診療経験：指定修練施設における修練期間中に手術難易度・到達別必須症例及び必須主要手術の術者としての規程例数を含む450例以上の経験必要とする。

業績：消化器外科に関する筆頭者としての研究発表を6件以上(論文3編を含む)。

研修実績：申請までの期間に本会総会に1回以上及び本会教育集会の全6領域(総論、食道、胃・十二指腸、小腸・大腸、肝・脾、胆・膵)に出席しなければならない。

スライド9

必要手術症例数

1. 手術難易度、到達別必須症例数
次の3カテゴリーの手術数を必須とする。
 カテゴリー1：(低難度手術については到達度1)として50例(術者)
 カテゴリー2：(中難度手術については到達度2)として50例(術者)
 カテゴリー3：(高難度手術については到達度3)として50例(助手も可)

難易度	到達度	経験例数
低難度手術	1	50例(術者)
中難度手術	1, 2	50例(術者)
高難度手術	1-3	50例(助手も可)

2. 必須主要手術(かっこ内は術者としての最低経験数)
 食道癌手術 3例、幽門側胃切除術 10(5)例、胃全摘術 5(2)例、
 結腸癌手術 10(5)例、直腸癌手術 5(2)例、腸閉塞手術 3(1)例、
 肝部分切除術 3(1)例、肝2区域切除以上 2例、膵頭十二指腸切除 3例

スライド10

この症例数を、()に入っているのは術者としてということで、これだけはクリアしておかなければならないということになっています。それが、外科系のおおまかなところでは、

スライド11は専門医認定機構のホームページからもらってきたものですが、この会員数と専門医数、現時点における会員全体における専門医の占める割合を挙げています。見ると分かるように、1桁のところから会員の70数%といったところもあるのですが、先ほど申しましたけれども、何をもって専門医と称するのかというあたりが学会でまちまちだからともいえます。まだ過渡期で、今からどんどん変わっていくことになっておりますので、この数値そのものが今は重要な意味を持つわけではありませんが、このように学会で非常に大きな違いがあります。同時に、非常に多くの専門医と呼ばれるものが世の中に送り出されているということです。そこで、これを抽象的に考えると、果たしてその専門医というのは何者なんだ、そしてその者はどのくらいの数わが国に必要なのかということをおまざりディスカッションもされていませんし、方向性というものもあまり出ていない。けれども制度だけは出てきているということで、このあたりはいろいろと問題が生じるのではないかと考えています。

ですから、この専門医の数が非常に少なくなってくるならば、それはそれなりに報酬の加算があっても問題ではないだろう。あるいはこれがずっと下まで降りてくればどうなるのか。内科学会がやっているように専門医と認定医を分けるというかたちになっている。このあたりの1つ1つのものが正しくディスカッションされて何かの方向性に基づいて決められる必要があるのではないかと考えます。

スライド12は私がかつてに問題点として挙げさせていただいたものですが、認定医的な考え方、あるいは専門医的な考え方が混同されて、それぞ

加盟学会専門医数

(日本専門医認定機構)

専門医	会員数	専門医数	%
外 科	40,334	6,400	15.9
消化器外科	22,021	1,583	7.2
大腸肛門病	6,124	1,456	23.8
内 科	87,041	7,267	8.3
消化器病	27,102	13,214	48.8
肝 臓	10,150	3,034	29.9
循環器	21,730	8,401	38.7
糖尿病	14,081	2,864	20.3
麻酔科	9,087	5,088	56.0
整形外科	21,436	14,369	67.0
脳外科	7,933	5,812	73.3
産婦人科	15,931	11,407	71.6
眼 科	13,632	8,881	65.1

スライド11

専門医制度の現状の問題点

- ・ 認定医と専門医の混同
- ・ 多すぎる専門医数
- ・ 専門医の診療に対する報酬に加算がない
- ・ 学会単位の専門医であり、患者にわかりやすい専門医制度ではない(学会優先の制度)
- ・ 厳正な評価制度の欠如
- ・ 学位制度と専門医制度の確執
- ・ 濫り認定による弊害

スライド12

れの学会で整合性がとれていないのではないかと。一般的には多過ぎる専門医の数ということがあります。冒頭に申しましたけれども、もし本当に質の高い立派な、ほかのものよりも良い医療が与えられるのであるならば、加算があっても私はおかしくないと思います。しかし、先ほど申しました、この専門医の数がどうかというあたりも大きく絡んでくる可能性がある。それともう1つ学会単位の専門医。今回の厚労省の発表でも法人格のある学会がそれを出しなさいということになっていますが、しかし、学会単位ですので、患者にとって必ずしも分かりやすい制度になっているとは言い難い。そしてこの資格基準も認定制度も学会単位で違いますし、いろいろな問題点をはらんでいるであろう。それと同時にこの専門医制度を確実にやっていくならば、学位の博士課程との絡みをど

うしていくのか、このあたりももっと検討が必要だと思えます。私自身が今まで経験していることは、いろいろな制度をつくる人たちが自分たちをひっくるめて遡り認定ということをやります。そうしますと、いつの間にか最初は高かった理想がどんどん下がってきます。つくっている人たちが自分でも何とか通過できるようにということになっていきますと、本当の専門医制度と言えるのかどうかという大きな問題が生じてくると考えております。

例えば、私たちが関係する消化器外科専門医という制度があります。そしてもう1つ消化器病学会がやっています消化器病専門医、これには内科系と外科系があります。ではこの2つの違いは何

だと聞いても絶対にだれにも分かりません。患者さんに分かるはずがない。そしてそういうものが、なにがしの経済的なバックグラウンドか何かになる可能性があるとは決して思えない（スライド13）。

ほかに今、がん治療が非常に重視され、専門医が必要だといわれております。まだ正式には出ておりませんが癌治療学会の専門医、そして臨床腫瘍医学会の専門医と、今まさにこれが準備段階で近々出てくると思います。この2つのがん診療する者がどういう関係になるのかということの整合性もとれていない（スライド14）。来週、実は日本学術会議のがんの研究連絡会議で、何とかならないかということ提案して会議を持つことになっておりますが、今のところ学会が出すということになっている限りにおいては、いろいろな学会が非常に類似したものを次々出していく可能性があります。私の独断ですが、専門医制度が、医師自らの技術、能力を高め患者に良い医療を提供し、ひいては国民の福祉に貢献するための制度というよりも、制度設計をしている人たちを含めて医師個人、あるいは学会、あるいは医師会のような組織の利益追求に利用できそうな制度づくりに終始してここまでできている。したがって、いつまでたってもすっきりとした制度になっていない、というのは言い過ぎでしょうか。

患者さんに理解できるか

「消化器外科専門医」と
「消化器病専門医（外科系）」の違い？

これでは、学会のための専門医制度と言われても仕方あるまい。
(このままでは決して報酬加算はあり得ない)

スライド13

患者さんに理解できるか

「癌治療専門医」と
「臨床腫瘍医専門医」の違い？

これでは、学会のための専門医制度と言われても仕方あるまい。
(このままでは決して報酬加算はあり得ない)

スライド14

今後取り組むべきこと

- ・ 認定医と専門医の区別を明確にする。
- ・ 専門医制度を一学会の制度から国の制度とし、数を限定する。
- ・ 認定方法をより難しく、厳正にする。
- ・ 専門医診療に対する報酬加算を制度化
- ・ 制度導入を先送りし、将来の卒業生に向けて制度設計する。そうすることで、初めて真の制度を作ることができる。

スライド15

今後取り組むべきこと

私は提言として申しあげたいのは（スライド15）、専門医というものはわが国の医療のなかでどういう役割をもたすのか、そして医療そのものの分担、競争ではなくて協調の戦略のなかにおける専門医とそうでない人たちの役割分担を正確にディスカッションしたうえでないと、これをつくることはなかなか難しい。

そして、専門医制度を学会単位でしている限り、重複が出てきたりして大きな制度にはならない。ここでは国レベルの制度として、国が認定しろというわけでは決してありませんが、そういうものをつくる必要があるのではないか。認定基準ある

いは方法を明確にして第三者の機関がこれを実施するというものです。学会でもだめだろうし、国でもだめだろうと思います。そういう第三者機関が必要ではないか。それからやはり、本当に良いものをどんどん前進させるためには、インセンティブが必要だろう。そうすることが最終的には患者さんに返ってくると思います。

今日提起しましたが、今いくつかの問題が存在しております。これらを解決せずに、今導入しようとしているわけです。私は先送りしたほうがいいのではないかと。将来新しく出てくるお医者さんたちのため、制度をはっきりさせて非常に厳密なものをつくって、報酬加算があってもだれも文句を言わないという制度をしっかりとつくることが必要ではないかと考えております。言い過ぎのところもあるかもしれませんが、私の個人的な意見として発表させていただきました。どうぞご清聴ありがとうございます。

座長 どうもありがとうございます。現在の混乱した専門医制度の問題点を鋭く指摘されて、各団体の利害関係に関係なく国民の視点に立った専門医制度を、というようなお話でありました。

では次に、優秀な医師になっても医師は一生勉強しなくてはなりません。医師の生涯教育は大切でありますし、また医師自身のプロフェッショナル・オートノミー、自律とか自主性とかいうことなのでしょうけれど、この問題につきまして日本医師会常任理事の橋本先生にお話をうかがいます。橋本先生は昭和34年に東京慈恵会医科大学を卒業されて、平成3年に慈恵会医科大学第3内科の教授をお務めになって、平成11年退任され、今年の4月から日本医師会の常任理事を務めていらっしゃいます。ではよろしくお願ひします。

④医師の生涯教育

橋本 信也

ご紹介いただきました日本医師会の橋本でございます。本日は日本病院会のセミナーにお招きいただきまして光栄に思っております。私に与えられましたタイトルは「医師の生涯教育」ということです。この生涯教育と、新しい言葉にしたいプロフェッショナル・オートノミー、実はあまり新しくはないのですが、ここでは一応新しいと申しあげておきます、このプロフェッショナル・オートノミーということについてお話し申し上げたいと思います。生涯教育は医師養成課程のなかで最後の段階ですし、また、医学部を卒業後、非常に長い期間にわたって学習を続けなければならないという意味において大変重要です。この生涯教育がとりもなおさず医療の質の向上と大いに関係してくるからです。

「生涯教育」のルーツ

そこで、よく言われる生涯教育という言葉のルーツをちょっと考えてみたいと思います。ご存じのように生涯教育という言葉はユネスコの会議でポール・ラングランが初めて提唱しました（スライド1）。直訳しますと、本来は永久教育というものです。ラングランがこの生涯教育を提唱した理由は、これまでの学校教育という概念を変えて、教育は人生の最初の時期だけで行われるものでは

生涯教育の源流

生涯教育： Paul Lengrand(ユネスコ成人教育課課長)
第3回成人教育推進国際会議（1965年、パリ）
l'education permanente 永久教育

従来の学校教育という概念を変えて、
「教育は人生の初期だけで行われるものではない」
ということを提唱した。

スライド1

ない、つまり一般的には6歳から22歳の人生の初期だけで学校教育が行われているけれども、人生いつまでも勉強しなければいけない、ということ唱えたことはよくご存じのとおりです。この生涯教育という言葉については、いろいろな同義語、類似語があります(スライド2)。アメリカ、英国ではこのようにいわれております。フランスではラングランがユネスコで言った関係でしょうか、永久教育とっておりますし、ドイツでは国民教育、OECDではリカレント教育というような名前前で呼んでおります。しかし注意すべきことは、これらの用語がたとえ何であれ、一般的には、一般市民を対象とした学習つまり成人教育あるいはカルチャーセンター的教育ということが主であります。しかし、医師の生涯教育はこうしたカルチャーセンター、一般市民教育とは趣を異にしていることはご承知のとおりです。つまり、最新の医学知識や医療技術を絶え間なく研鑽することは、

専門職の医師に課せられた責務であり、それがとりもなおさず医療の質の向上につながるという理念です(スライド3)。

こうしたことはすでにかの有名なウィリアム・オスラー先生が100年前に言っています。オスラー先生は1903年コネティカット州ニューヘブンの医師会の100周年記念で、「大学を卒業して5年、10年経った医師が知的怠惰に陥らないよう医師会が卒後教育を行わなければならない」と言って医師の生涯教育をすすめています。つまり、医学部の学生とか研修医は、彼らをコントロールすることができる。しかし、学校を卒業した医師はだれがコントロールするのかということをおスラー先生は言ったわけです。

日本医師会の生涯教育について

そこで、現在行われている日本医師会の生涯教育について簡単にご説明したいと思います(スラ

世界における生涯教育の同義語/類似語

米国	生涯教育 生涯学習 成人教育 継続教育	life-long education life-long learning adult education continuing education
英国	さらなる教育 成人・継続教育	further education adult and continuing education
仏	永久教育	l'education permanente
独	国民教育	Volkshbildung
OECD	リカレント教育	recurrent education

スライド 2

日本医師会の生涯教育について

- 昭和59年に重要施策の一つとして、医師の生涯教育がとりあげられ検討が始まった。
- 昭和62年に制度化された。
- 平成3年に「日医生涯教育カリキュラム」が策定され、カリキュラムに則した生涯教育が行われるようになった。
「生涯教育カリキュラム」はその後、3回にわたって改定され、特に「医療的課題」の充実が図られた。

スライド 4

医師の生涯教育

- 最新の医学知識や医療技術を絶え間なく研鑽することは、専門職としての医師に課せられた責務であり、同時にそれは医療の質の向上に繋がる。
- W. Osler は、既に100年前に Connecticut 州 New Haven 市医師会100周年記念講演で、「大学を卒業して5年、10年たった医師が「知的怠惰」に陥らないよう、医師会は卒後の教育を行わねばならない」と言っている。
(日野原重明：医の道を求めて——オスラー博士の生涯に学ぶ)

スライド 3

日医生涯教育の評価

- 医師の生涯教育の評価は難しい。
- 学習方法により異なる単位数を設定し、年間の総単位数を自己申告する。
- 学習方法の種類

(1) 講習会・講演会の参加	3~5 単位
(2) 体験学習(病診・診診としての学習)	5 単位
(3) 各種業績(学会発表、論文執筆、講演会講師など)	5 単位
(4) 日医雑誌、インターネット 回答	1 単位
総計	10 単位/年

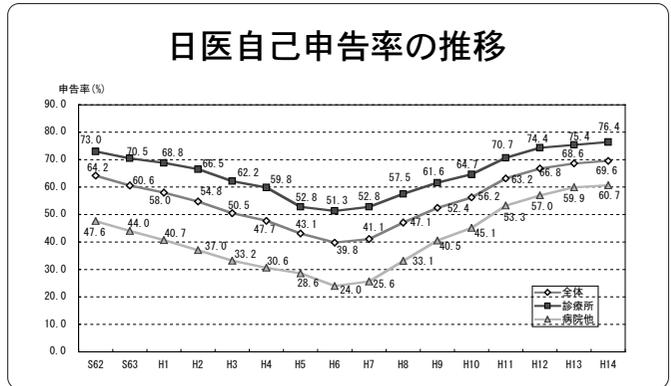
スライド 5

イド4)。日本医師会の生涯教育は、昭和59年に日医の重要政策の1つとして取り上げられ、検討が始まりました。そして1年間の試行期間を経た後、昭和62年に制度化されました。平成3年には生涯教育のカリキュラムが策定されて、このカリキュラムに沿った生涯教育が行われるようになったのはご存じのとおりです。この生涯教育カリキュラムはその後3回にわたって改定され、医学的課題と医療的課題という2つの柱からなっております。

医学的課題は一般診療医として遭遇するコモンディゼーズ、遭遇する頻度の高い疾患、あるいは重要疾患を主に取り上げています。もう1つが医の倫理、医療経済、医の法律、医療制度といった医療的課題です。

(スライド5)生涯教育の評価は、非常に難しいわけです。しかし、評価のない学習はないわけですから、何とかして評価をしなければということ、当初から自己申告を評価の1つの方法として採用してきたようです。そして学習方法の種類によって、スライド5にあるとおり、いろいろ単位数が違うということもご存じのことだと思います。

(スライド6)自己申告率の推移を見てみますと、真ん中の線が平均です。上が診療所の先生方、下が病院の先生方です。制度発足当時は平均64%で、まあまあ6割を超えていたものが、だんだん下がってきて、平成6年には平均4割を切ってしまった。医師の国家試験がマスコミに報道されるのと同じように、医師の生涯教育、日本のお医者さんは4割しか勉強していないとマスコミに揶揄されたのです。これで評価されてはいけない、何とか努力しなければということで日本医師会の生涯教育委員会という委員会が一所懸命努力されて、平成14年には7割近くになりました。開業の先生方は76%、病院の勤務医の先生方は、当然日頃の診療のなかでケースカンファレンスはおやりになるでしょうし、あるいは学会活動もなさるでしょうし、ということで日医の自己申告は6割で



スライド6

- 生涯教育の成果を量的に判断するならば、申告率 100%が最も望ましいことになる。→生涯教育の義務化
- しかし重要なことは、生涯教育の質の問題である。
 - (1) カリキュラムの問題
 - (2) 生涯教育の方法：講演会偏重から実技も含めた研修、病診連携による体験学習、指導医のための教育ワークショップ、ITによる自己学習 など
 - (3) 生涯教育の評価

スライド7

生涯教育・評価の課題

- 形成的評価か、総括的評価か。
- 自己評価、同僚評価、第三者評価をどう取り入れるか。
- 学習方法の違いによる単位数をどう設定するか。
- セルフ・アセスメントによる採点をどう単位数に換算するか。
- 所定単位を取得したら、何の認定とするか。
- 日医生涯教育制度認定と学会認定専門医制とをどう関連させるか。

スライド8

すけれども、実際には勉強はしていらっしゃる、ということになるわけです。ただ現時点では、申告をもって評価となっているのが実態です。

(スライド7)しかし、生涯教育の成果をただ単に量的に判断するだけならば、申告率100%が望ましいということになるわけで、それならば義務化してしまえば達成されるわけです。しかし、数字だけで生涯教育を評価することには必ずしも賛成できません。重要なことは生涯教育の質の問題

です。それには当然、カリキュラムの問題もあります。生涯教育の戦略がまた問題になるわけです。そして、生涯教育の評価を十分考え直して、検討する必要に迫られてきているわけです。

(スライド8) 生涯教育の評価については、申告率の数字だけではなく、もっと教育学的な評価をしなければいけないということで数年ほど検討を続けております。ご存じのように、形成的評価がいいのか総括的評価がいいのか。このことはあとも触れますけれども、本来、生涯教育の評価は形成的評価であって、学習者自身にフィードバックをかける評価、自分がどのくらい勉強しているかということが大切なのであって、学生や研修医のように、卒業とか修了ということを基準とする総括的評価ではないと考えられてきたわけです。

それから、自己評価、あるいはピアレビュー、第三者評価をどう取り入れるかということも検討しております。先ほど(スライド5)示したように、学習方法の違いによって単位数をどう設定するか、実際に体験学習をするような学習方法は、講習会、研修会で講義を聴いてくるだけの単位数とは違わなければならないのは当然のことで、これをもう一度見直す必要があるということです。

さらに最近ではインターネット生涯教育講座のようにセルフ・アセスメントによって点数をつける評価が行われています。つまり、良い点を取った先生と悪い点の先生とを同じように何単位とするわけにはまいりません。そのあたりの単位数の換算も検討しております。最も重要なのが所定単位を取得したら何の認定とするかということです。つまり、ここが先ほどの総括的評価を採用するかどうかということになるのです。もう1つは、日医生涯教育制度というものを認定したとしますと、先ほどの門田先生のお話の学会認定専門医とどう整合するか、このあたりも十分検討しなければならない点です。現在このところは日本医学学会会長高久先生とも話し合いをさせていただいております。

プロフェッショナル・オートノミーについて

さてここで、もう1つのキーワード、プロフェッショナル・オートノミーについて、ちょっとお話し申しあげて、プロフェッショナル・オートノミーが医師の生涯教育とどういう関係を持っているのかということをお話ししたいと思います。

(スライド9) プロフェッション“profession”の語源はラテン語のプロフェス“profess”、「公に言う」「公に誓う」ということですが、中世において聖職者が僧侶になるとき公衆の前で誓ったそうです。嘘はつかない、お金は儲けない、悪いことはしない、人のために尽くす、神に尽くす、というようなことを誓った。このプロフェスがプロフェッションになった。つまりプロフェッションとは専門制を持った職業です。聖職者、医師、弁護士、教師です。プロフェッションとは、自ら選んだ職業を神に誓い公に宣言してその職務を全うするという意味でして、医師はまさにプロフェッションです。

(スライド10) プロフェッション、専門職の人たちは1つの集団を組織します。そして、そのなかで規約をつくってこれを遵守します。医師会もそうでしょうし、学会もそうでしょうし、日本病院会もそうでしょう。自分たちの集団組織をつくって規約をつくる。その集団は自分たちでメンバーを教育し合います。そして自主的に運営していくという意味で、自律的、オートノミック“autonomic”といわれるわけです。この自律性ということが大変重要だと強調したいわけです。プロフェッションと非プロフェッションを区別する鍵であると。つまり、プロフェッションの本質はオートノミーにあるというわけです。

(スライド11) 実はこのオートノミーという言葉調べてみますと、何も最近言われたことではなく、カントの実践理性批判のなかに出てきている言葉です。彼は、人間は何をなすべきかという問いかけに対して、理性、良心が最も重要だと言っています。カントほど良心ということを深く問いかけた者はいないといわれております。(スラ

プロフェッショナル・オートノミー（1）

- プロフェッション profession の語源は、profess
「公に言う」、「公に誓う」の意である。
- profession とは、専門性を持った職業を指す。
- すなわちプロフェッションとは、自ら選んだ職業を「神に誓い、
公に宣言して、その職務を全うする」という意味である。

スライド9

プロフェッショナル・オートノミー（3）

- オートノミー autonomy とは、自律、自主 のことである。
- この言葉は、カントの「実践理性批判」の中に記されている。
(1788年)
「人間は何をなすべきか」という問いかけに対して、彼は
「理性、良心」を取り上げ、
「人間の意志は、善意志（道徳律）として働くときに自律的であ
る。」と言った。

スライド11

プロフェッショナル・オートノミー（2）

- 専門職の人たちは、通常、一つの集団（組織）を形成し、
規約を作り、それを遵守する。
その集団では自分たちでメンバーを教育し合い、自主的に
運営していくという意味で、自律的 autonomic である。
- この自律性こそが、プロフェッション と 非プロフェ
ッションを区別する鍵であり、プロフェッションの本質は、
自律 autonomy にあるといえる。

スライド10

プロフェッショナル・オートノミー（4）

- すなわち、自己が自己を律して始めて人間理性は、善なる意志の
実践を確立できると考え、これを 実践理性の自律とした。
カントは人間の良心の自律性を強調した。
- プロフェッションとしての医師は、自らの職業的責任を果たす
ため、プロフェッションの本質であるオートノミーの視点から、
姿勢を正し、自らを律していくことが大切である。これがプロ
フェッショナル・オートノミーである。
そこには専門職としての積極的自由があり、それが医師の裁量
性となる。

スライド12

イド12) つまり、人間の意志は善意志、善なる意志、道徳律として働くとき、自律的であると言ったのです。すなわち、自己が自己を律して初めて人間理性は善なる意志の実践を確立できるとカントは言い、これを実践理性の自律と言ったのです。プロフェッションとしての医師は自らの職業的責任を果たすため、プロフェッションの本質であるオートノミーという視点から、自ら姿勢を正して自分を律していくことが大切である。これがプロフェッショナル・オートノミーの理念であります。自由には積極的自由と消極的自由があるようですが、プロフェッショナル・オートノミーの自由は積極的自由であるといわれております。この積極的自由が医師としての裁量性ということになるわけです。プロフェッショナル・フリーダムという言葉は、ご存じのように武見先生が提唱したわけです。武見先生の書かれたものをよく読みますと、武見先生は決して消極的自由ではなかったのです。積極的自由をおっしゃって裁量性ということを盛んに書かれていらっしゃる。しかし、

プロフェッショナル・オートノミー（5）

- そもそも プロフェッショナル・オートノミー という言葉は
第39回世界医師会総会（Madrid, 1987）で宣言として
採択された。
「Professional Autonomy and Self-Regulation」
- 医師が誇りを持って自己を律し、医療の質の向上させる
ことを謳っている。

スライド13

プロフェッショナル・フリーダムという言葉を使いますと、何々から免れたい、何々から束縛されたくないというふうにとられて、医師はエゴイストであると誤解されかねないのです。したがってプロフェッショナル・オートノミーという言葉が適当ではないかと考えたいわけです。

しかし、これは私どもが最初に言ったことではありませんで、この言葉は第39回世界医師会総会で宣言としてすでに採択されています（スライド13）。「プロフェッショナル・オートノミー&セルフレギュレーション」、自己規律、自己規制といっ

た立派な論文が出ております。実はこの翻訳が日本医師会で当時翻訳されて、大変残念ながらこれをプロフェッショナル・フリーダムとカタカナで翻訳してしまったために、わが国ではあまり世に膾炙されなかったのだらうと思います。つまり、世界医師会のマドリッド宣言には、医師が誇りを持って自己を律し、医療の質のさらなる向上を図るようにということを提唱しています。

(スライド14) このプロフェッショナル・オー

Humanism and the Art of Medicine

(Alan s. Nelson, JAMA 262, 9:1228~1230,1989)

- Altruism (利他主義) は医学におけるアートの本質的な一面である。
利他主義：自分を犠牲にしても、他人の利益、幸福を考えて行動する、という考え方。
- ある職業に従事し、それを任務として引き受けた者は誰もがそのすべてに責任を負わなければならない。

スライド14

医師の生涯教育と プロフェッショナル・オートノミー

- 医師の生涯教育は、他人に言われて行うものでなく、本来、内発的動機づけ intrinsic motivation によるべきものとされている。
- しかし、内発的動機づけを期待して生涯教育を行っても、申告率は増加しなかった。
- 一方、日医認定産業医や学会認定専門医には、多くの医師が殺到する現実があった。
報酬や賞罰など外因的動機がないと、生涯教育は成立しないのか？

スライド15

- このような時、医療事故の報道が相次ぎ、医師に対する不信、医療に対する不安が生じた。
- 医療事故の原因が、もし医師の
医学知識の欠如、
医療技術の拙劣さ、
患者に対する態度の不適切さ
などにあるならば、
知識、技能、態度 はまさに生涯教育のカリキュラムそのものであり、そのためには生涯教育の徹底化を図ることになる。
- 生涯教育の質を高めるためには、生涯教育の評価が重要な鍵となる。

スライド16

トノミーを宣言したマドリッドの総会のとときのアメリカ医師会の会長はアラン・ネルソンでした。アラン・ネルソンは非常に医の倫理を重んじた方であったようです。この方がその翌年『JAMA』に“Humanism and the Art of Medicine”という立派な論文を書いております。『JAMA』の日本語版が出ておりまして、そこに翻訳が載っております。彼がこのAltruism, 利他主義, すなわち自分を犠牲にしても他人の利益, 幸福を考えて行動するということですが, 医師は利他主義が非常に重要である, 医学におけるアートの本質的な一面, このアートがまさに利他主義であるということを言っているわけです。

この論文で, アラン・ネルソンは「ある職業に従事し, それを任務として引き受けた者は誰もがそのすべてに責任を負わなければならない」と書いています。つまり, 医師の生涯教育とプロフェッショナル・オートノミーという2つのキーワードを結びつけるとするならば(スライド15), 医師の生涯教育は他人に言われて行うものでなく, 本来, 教育学的にいう内発的動機づけ, intrinsic motivation によって医師の生涯教育は行われるべきものであるということになります。しかし, 残念ながら, 私どもはこの内発的動機づけを期待して生涯教育を推進しようとしたことが, 申告率は増加しませんでした。一方, 日本医師会の認定する産業医や, 学会認定専門医には多くの医師が殺到するという現実がありました。やはり残念ながら人間というものは報酬とか賞罰とか, 外因的動機がないとだめなのか, 内発的動機づけというのは理想なのかと思わざるを得ないときもありました。

最近, 医療事故の報道が相次ぎ, 医師に対する不信, 医療に対する不安が生じております(スライド16)。もし, 医療事故の原因が医師の医学知識の欠如や医療技術の拙劣さ, 患者に対する態度の不適切さにあるとするならば, まさに知識, 技能, 態度, これは生涯教育カリキュラムそのものであり, そのために生涯教育の徹底化を図ることが必要となってきたわけです。

生涯教育の評価についての課題

生涯教育の質を高めるためには生涯教育の評価が重要であるということで、もういちど評価という問題に立ち戻ります。評価には形成的評価と総括的評価があります(スライド17)。形成的評価というのは学習者にフィードバックをかけて、学習者に自分がどのくらいにあるかということを確認させるための評価、つまり、生涯教育を行っている医師自らが形成的評価を行って、自分の医学的知識、医療的技術は大丈夫だというのが形成的評価です。総括的評価というのは学習の最終段階で、学習者の合否を判定するための評価です。ですから本来、医師の生涯教育は形成的評価が適しているというのが一般的な考え方であり、私どもの生涯教育委員会でも平成10年にはそういう答申書を作成しました。

(スライド18)しかし、最近の医療不信が広がるなかで、その対応を生涯教育の観点から考えたとき、社会はもしかすると総括的評価を示すことを望んでいるのかもしれないということも考えなければいけないのではないかと思うわけです。患者団体やマスコミは盛んにこのことを言ってきております。ここで形成的評価でよいか、総括的評価にしなければならないかを考えなければならないということです。その評価の基準が今後の検討課題になるわけです。

(スライド19)評価基準の代表例は専門医の認定で、施設の評価基準は病院の機能評価の認定です。日医生涯教育制度については現在検討中です。しかし、最も重要なのはプロフェッショナル・オートノミーとしての医師の自律性であり、自らが選んだ職業的責任を果たすために、医学的知識と医療的技術の研鑽を絶えず励むことが重要だと思えます。医師の生涯教育はプロフェッショナル・オートノミーという理念のもとに理解するべきではないだろうか、ということをお願いして私の話を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございます。

●評価には

形成的評価 formative evaluation :

学習者にフィードバックをかけ、学習者に自分がどの位の学習過程にあるかを認識させるための評価

総括的評価 summative evaluation :

学習の最終段階で、学習者の合否を判定するための評価

●医師の生涯教育は、プロフェッションを対象とするのであるから、合否判定のための総括的評価は不要であり、自己を反省させるための形成的評価が適している、というのが一般的考え方であった。(日医生涯教育委員会報告、平成10年)

スライド17

●しかし最近の医療・医師不信が広がる中で、その対応を生涯教育の観点からも考える必要がある。

●そのためには生涯教育の評価にある客観的基準を設定し、その基準を社会に対して表明することが必要である。つまり形成的評価では、もはや社会からの批判に対応できなくなり、総括的評価を示すことを社会は要請してきた、と考えなければならない。

スライド18

●その評価基準の代表例は専門医の認定であり、病院機能(施設)の認定である。
日医生涯教育制 修得の認定については、現在検討中である。

●しかし、最も重要なのは、プロフェッショナル・オートノミーとしての医師の自律性であり、自らが選んだ職業的責任を果たすために、医学的知識と医療的技術の研鑽に絶えず励むことが必要なのである。

●医師の生涯教育は プロフェッショナル・オートノミー として理解するべきである。

スライド19

座長 どうもありがとうございました。医師のプロフェッショナル・オートノミーが医師のプロフェッションとしての本質であるというお話。それにしたがって生涯教育は自律的に自分たちから自発的に行うものであるというお話をうかがったような気がします。ありがとうございました。

では、最後にこのように一所懸命勉強した医師が、本当にやりがいがあるのか、医師という職業はどうなっているのかという点について、先ほど「21世紀の医療経営」というテーマでご講演いただいた(12月号30ページ参照)、医師であり経営学者でもある真野先生にお話をうかがいたいと思います。よろしくお願ひします。

⑤医師のQOL

真野 俊樹

ご紹介ありがとうございました。再びの登壇で恐縮ですが、「医師のQOL」というテーマで少しお話をさせていただきたいと思います。もちろんこれは非常に大きなテーマで、短時間でお話しできるようなことではありませんので、いろいろな切り口からお話しさせていただこうと思います。

いわゆる一般的なQOLとなりますと、1つは先ほどから金銭的なお話も少々出ているわけですが、やりがいというようなものを持ってやる、というところがモチベーションになるというふうには経営学などでも考えられています。やりがいを構成している要素は何かというところが非常に重要になってきますが、ただ、具体的な話に入る前に、やりがいという言葉の意味合いとか雰囲気もありますが、非常に抽象的、どちらかというところと精神論的な部分がけっこうあると思うのです。先ほどの橋本先生のお話にもありましたが、本当に報酬とか賞罰が必要かどうかという議論はあるでしょうけれども、なかなか理屈という観念論だけではうまくいかないことも世の中にはけっこうあるということです。そんなところを解明していく

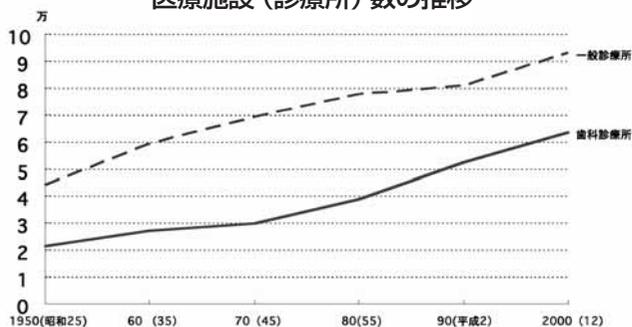
のが、経営学の1つの課題というふうに理解しているわけです。

医療機関の状況

具体的なお話に入る前に、外部環境といいますが医療機関全体がどういう状況になっているか、これはほとんど皆さんご承知のことですが、復習させていただいて、そこで医師がどういうポジションに置かれているかを見てみたいと思います。

スライド1は医師の勤めている場所という意味ですが、診療所数の推移です。診療所数は非常に増えていて、当然年度によって微妙に差があります。例えば平成13年から14年くらいで見ますと（スライド2）、だいたい800件くらい増えております。新規開業がけっこう多く5,190、閉院というのは純粹に経営の問題などで閉じるだけではなく、継承の場合がありますので、けっこう多く出ているわけです。つまり年に5,000くらいの方が開業しているというかたちになります。病院はこれも皆さま先にご承知のとおり1990年を境に数が減っているわけです（スライド3）。そうしますと外部環境としては、私たち医師を取り巻く環境は、現段階では当然勤務医の方が多いわけですけれども、勤め先である病院は減ってきていて、開業と診療所経営あるいは診療所勤務もあるでしょうけれども、そちらのほうが増えているという状況になるわけです。

医療施設（診療所）数の推移



資料：内務省「衛生局年報」（明治8年～昭和12年）、厚生省「衛生年報」（昭和13年～厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査」（昭和28年～）（注）（ ）

スライド 1

クリニックの増加

- ・実増 800件
- 新規開業 5190件
- 閉院 4836件
- 再開 446件
- 平成13年 -> 平成14年 実績

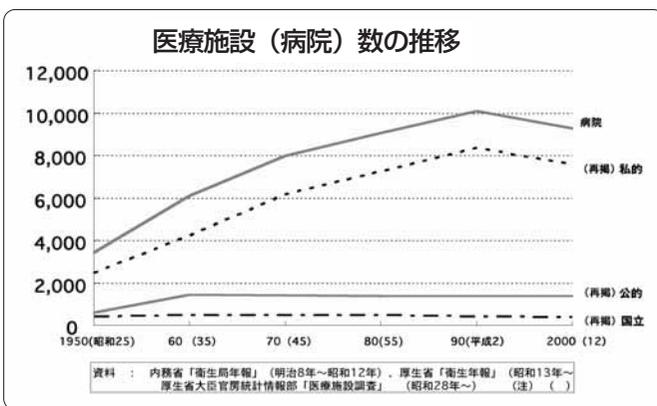
- 三井ホーム開業支援セミナーより引用 (KPMG MMC 佐久間氏のプレゼン資料)
- http://www.mitsuihome.co.jp/doctor/text/f_f_seminar.html

スライド 2

そして、厳しくなってきたという、例えば今日みたいに医師のQOLという議論が出る背景には、当然病院自体の経営の問題があるわけです。スライド4も皆さまが常に見ているデータだと思いますが、1つにはいわゆる財務的な意味での赤字という問題に対して、従来であればさほどプレッシャーはなかったわけですが、最近、非常にそこが言われているわけです。この金銭的部分が非常に重要であるということは間違いないのですが、本当にその金銭的な部分を強調し過ぎることがいいのかどうか。世間の流れというのはそういう方向になっているわけです。本当にそれでいいのか、医師のQOLがそれで保たれるのか。医師のQOLが保たれるかどうかというのは我々のエゴっぽい言い方ではあるんですけども、これは、間接的には消費者である患者さんたちのプラスになるわけです。

ちょっと議論がずれますけれども、医療のようなサービスの仕事の場合は、従業員あるいはそのサービスを提供する人の満足度は、患者さんあるいは消費者の満足度や治療効果にもものすごく影響を与えるということになるわけです。そういうことから見ると、医師や医療従事者のQOLが高いということは医療の質に非常に影響を与えるだろうと思うわけです。

最近ではサービスの表層的な部分、アメニティなどといった部分も生活習慣病などにおいては、かなり医療の本態にも密接に関係していると思っているものですから、私のロジックでは医師のモチベーション、気持ち、QOLというのは医療の質に非常に関係するのではないかと思います。スライド5は皆さま、もう何十回と見られているスライドかもしれませんが、そういうことでいくと、日本の病床当たりの医師の数や看護職員の数が、もちろん病床数の問題ということが多少あるにせよ、非常に少ないのは事実だと思います。これでサービスの質が保たれるのかという視点も重要です。



スライド3

2003年病院運営実態分析調査 全国公私病院連盟と日本病院会による

- 1,151病院が対象：内訳は自治体病院644、その他公的病院244、私的病院253、国立・大学病院が10
- 03年の赤字病院は72.4%
- 赤字の自治体病院は88.8%で、前年より7.1ポイント改善した。その他公的病院は51.2%、私的病院は51.0%が赤字経営

スライド4

医療提供体制の各国比較（1998）

	人口千人当たり病床数	病床百床当たりの医師数	病床百床当たりの看護職員数	平均在院日数
日本	13.1	12.5	43.5	31.8
ドイツ	9.3	37.6	99.8	12.0
フランス	8.5	35.2	69.7 (1998)	10.8 (1997)
イギリス	4.2	40.7	120	9.8 (1996)
アメリカ	3.7	71.6	221	7.5 (1996)

日本は厚生省調べ、諸外国はOECD Health Data 2000

スライド5

医師の状況

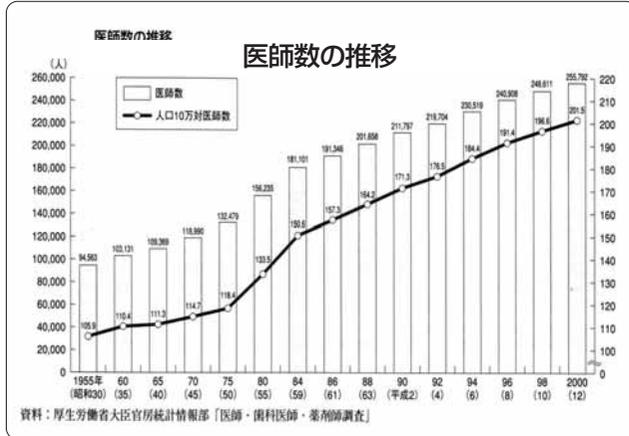
少し医師について考えてみます。今までの状況を振り返ってみますと、病院の経営が厳しい、病院数も減ってきている。かつ病院のなかの勤務状況も推定するに、実際に皆さんお感じになられているように以前より厳しくなっている、忙しくなってきた。病床当たりとかそういう世界的基

準，グローバルスタンダードで見ると決して数に関しては満足いくような数値ではないというのが現状なわけです。医師数ですが，これもよく知られている話ですが，どんどん増えてきてい

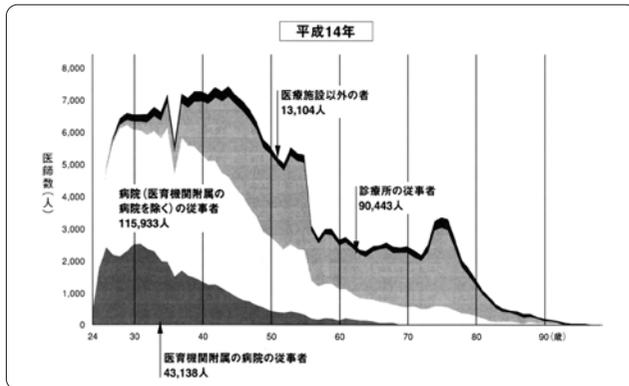
ます（スライド6）。この専門家が增えるべきかどうかというのは極めて難しい議論だと思いますが，今，弁護士も会計士もそうですが，プロフェッションといわれる人たちというのは数は増える流れになってきているので，この流れというのも，当分は続くと考えられるわけです。日本の人口自体将来には減少していく可能性が強いのですが，医師とかそういうプロフェッションの数は増えていくというかたちです。

スライド7も皆さん常に見られているスライドだと思いますけれども，現在どこに勤めているかとかいうデータです。年齢が上にいけばいくほど診療所というかたちになっているわけです。先ほどの話で診療所が非常に増えてきていますから，徐々にこの診療所，開業者の若年齢化，若年齢といっても別に20代という意味ではないんですが，少しずつ若くなっていくであろうことが想像されます。数で見ますとこのような感じです。スライド8は勤めている場所と年齢の関係です。スライド9は少し別の見方をしていますが，大体ある程度の年齢になりますと，やはり診療所にいるというかたちになります。スライド10は確か医師会か何かの雑誌だと思いますけれども，勤務している人数の変化です。

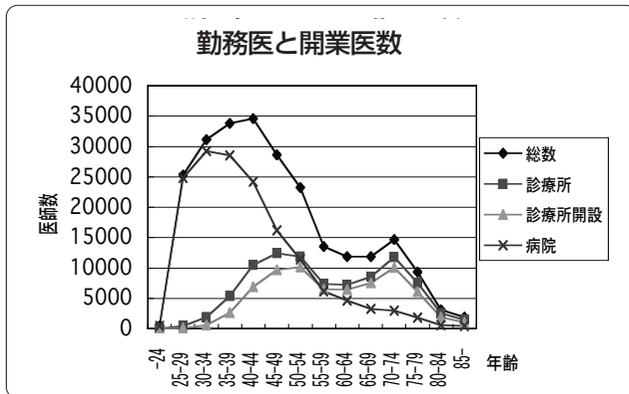
医師数（スライド11）は，診療所よりも病院のほうが今は増えています。これは1つには年齢の若い方がそちらへ流れていく影響があるとは思いますが。もう1つの傾向としては，数は少ないですけども，周辺の介護のほうに行くとか全然医療と違う分野へ行く人もいます。これは医療と違うと言いましても全く医療と関係ない，私自身も経済とか経営ということで微妙なところにあるわけですが，全く違う分野に行く人というのは極めて少ないです。ここに入るのはおそ



スライド6



スライド7



スライド8

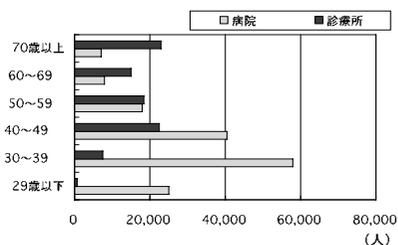
らく産業医とか行政とか製薬企業に勤めたりとか、アメリカとかドイツの例では保険会社に勤めるようなケースもあると思うんですが、そういったケースが想定されます。これも、増えている割合で見ると何とんでも母数が少ないものですから、さほどでもありません。製薬企業に勤めている医師などというのも、私もかつてそうだったんですが、かなりの割合で増えています。ただ、数は150名ほどですけれども、私がそういったところにいた平成9年、10年は50人くらいしかいなかったのですが、今はもう3倍くらいになっているわけです。こういうことが良いのかどうかということも考えなければならぬかもしれません。

あと性別の問題、要するに女性が非常に増えてきているという話です(スライド12)。総数に対して29歳以下の女医さんの割合というのは非常に増えています。

先ほども出ました、給与とかそういう話題です。何が医師のモチベーションになっているか、何が医師を動かしているかという研究は日本ではあまりありません。1つには金銭的な部分に対して、最初に申しましたように精神的な部分が、特に聖職といわれる部分では強調されていて、研究としてもあまりないのですが、海外を見ますと当然のようにそういう研究があります。もちろん今日の最終的な結論にも近いんですが、海外の研究を見ても、お金だけで動いているというような結果はほとんど出ていません。やはり、やりがいという極めて抽象的ですが、仕事による達成感とかお金以外の部分を非常に重視している人が多いというような結果が出ているというのが事実です。

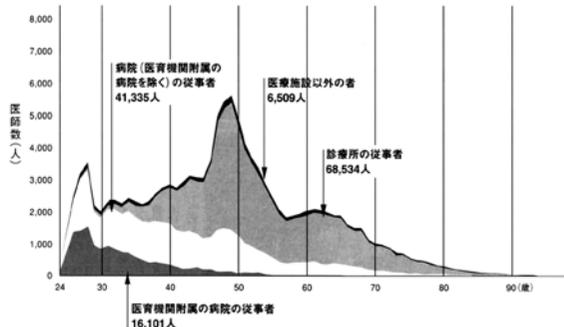
お金というものを見ていきますと、スライド13も皆さん見たことがあるスライドかもしれませんが、医師の給与という

平成15年度の病院・診療所医師数



スライド9

昭和50年



スライド10

施設・業務の種別に応じた医師数および構成割合

	医師数 (人)		各年12月31日現在	
	平成14年 (2002)	平成12年 (2000)	対前回増減数 (人)	対前回増減率 (%)
総数	262,687	255,792	6,895	2.7
医療施設の従事者	249,574	243,201	6,373	2.6
病院の従事者	159,131	154,588	4,543	2.9
診療所の従事者	90,443	88,613	1,830	2.1
介護老人保健施設の従事者	2,315	2,114	201	9.5
医療施設・介護老人保健施設以外の従事者	8,611	8,154	457	5.6
その他の者	2,178	2,148	30	1.4
人口10万対医師数 (総数)	206.1	201.5	4.6	2.3

注) 総数には、施設・業務の種別不詳を含む。

スライド11

性別に応じた医療施設に従事する医師数

	医師数 (人)		対前回増減数 (人)	構成割合 (%)	
	平成14年 (2002)	平成12年 (2000)		平成14年 (2002)	平成12年 (2000)
	総数	249,574	243,201	6,373	100.0
男	210,764	208,353	2,411	84.4	85.7
女	38,810	34,848	3,962	15.6	14.3
29歳以下	26,206	25,693	513	100.0	100.0
男	17,558	17,750	△ 192	67.0	69.1
女	8,648	7,943	705	33.0	30.9

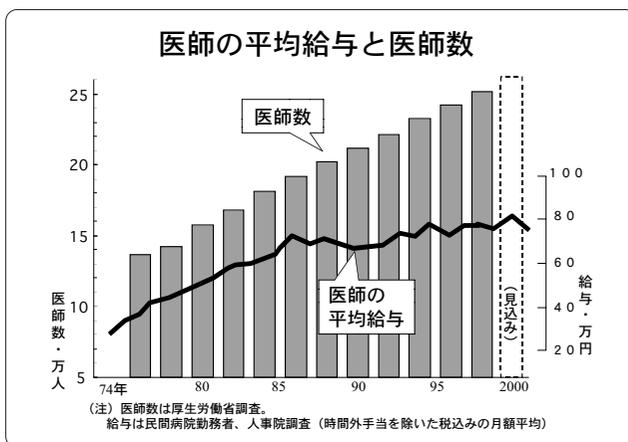
スライド12

のは残念なことに、かなり昔からほぼ横ばいということになります。給与に関してアメリカの例を持ってきたんですが、ここでは実質収入と名目収入とに分けるんです(スライド14)。インフレなどがありますと数字的には増えていても実質的な収入としてはあまり増えていないとかたちになるわけですから、使えるお金という意味で、アメリカでは名目収入が増えていても実質収入はあまり増えていない、要するにインフレなんです。そういうことから考えますと、最近デフレといっていますが、昔からみれば日本もかなりインフレが進んでいます。日本には実質所得の統計はないんですけども作ろうと思えばさほど難しくはないんですが、かなり下がっていくわけです。

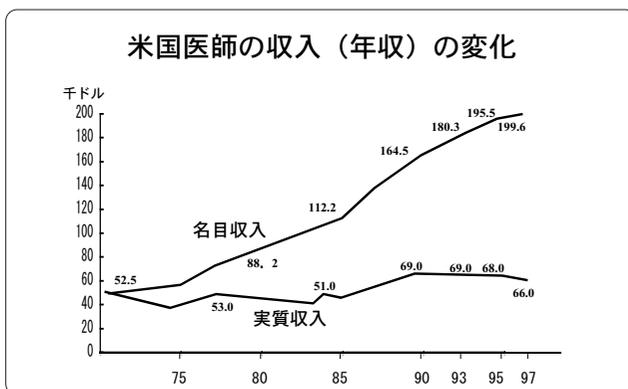
医師数とかコメディカルの数はどうかということ、スライド15はアメリカですが、全体的には非常に増えているわけです。アメリカは医療が一大産業になっておりまして、規模としても、対GDP比でももちろん世界一ですし、数値としても日本が31兆円が保険の範囲といわれるのに対して、120兆とか130兆円という数字になっておりますので、当然かもしれませんがどんどん増えています。

もう1つアメリカで顕著なのが、ほかの産業から医療関係に雇用が流れているという傾向があります。ただ、医師のほうは医学部の数の問題もあって、多少は増えていますが特にこの10年は、さほど増えているわけではありません。やはりほかの業種が増えているわけです。

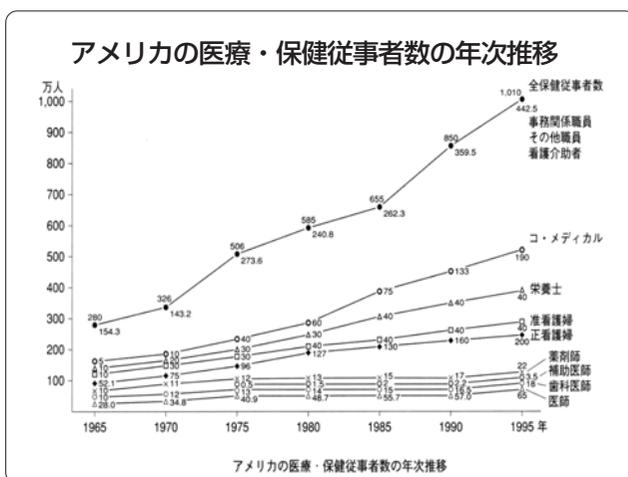
アメリカの医療の1つの問題点といわれているんですけど、管理コストが非常に高い。例えばマネージドケアに対してのいろいろな対応、対策、あるいはいわゆるレセプトも保険会社によって違うわけです。そういう意味で事務的部門、管理部門が膨れ上がってい



スライド13



スライド14



スライド15

てコストがかかっていますから、そういう部分も反映しているかもしれません。

組織の方向性と医師のQOLとの関係

そして、組織の方向性というのがあるわけです。それと医師のQOL（スライド16）。やりがいとかモチベーションという意味でちょっと書いているんですが、確認してみますと、「成果を得ることの非合理性を、そのまま受容しなければならないとしても、コストの最小化以外にも、あるいは、それを超えた、いわばもう1つの合理性について考えることも必要ではないだろうか。たとえば、社会の価値の実現に組織として対応し、その達成に貢献するのは、まさしく合理性の実現である。コストの削減だけに拘泥すると、この貢献の機会を失うことになる。」これはある経済学の本から持ってきました。

コストの削減は確かに非常に重要だし、独立行政法人になればそういったことをやらなくてはいけません。ただ、管理者としては、いろいろな意味で必要なところはあるかもしれないけれども、ここにあまりこだわりすぎると、やはり医師に限らず医療従事者というものの違う意味でのやりがいというものを失ってしまう可能性があるわけです。

これはほかの企業での経験ですが、確かに考え方は2つあります。1つはその金銭的な部分での成果主義という考え方で、今、企業に多い考え方です。要するにやったものに対してそれなりのお金を出すという話です。一方、やはり、あまりそれをやり過ぎてはいけないのではないかと、同じような営利企業であってもそういう意見もあるんです。やったらだめ、やるとまずいのではないかとこの考え方は、お金をあげるといふかたちにすると確かに見栄えはいいんですが、そうすると当然、この場合は医師ではないですけども、そこに勤めている人が何を目標にして動くかということになります。お金の話がすごく強くて裏腹なんですけど、経営者層としては報いるためにお金をあげているのかもしれないけれども、逆に従業員、勤めている組織の構成員が、経営層がそういう行動をとるがゆえ、精神的な意味のモチベーションなどではなくて、お金を目的にして動くことにな

組織の方向と医師のQOL

- ・ 成果を得ることの非合理性を、そのまま受容しなければならないとしても、コストの最小化以外にも、あるいは、それを超えた、いわばもう一つの合理性について考えることも必要ではないだろうか。たとえば、社会の価値の実現に組織として対応し、その達成に貢献するのは、まさしく合理性の実現である。コストの削減だけに拘泥すると、この貢献の機会を失うことになる。

スライド16

るんです。そうするとこまかなところまで、逆に言えばお金にならないことをやらなくなってしまいうわけです。こまかなところまで企業のトップの方、経営層というのはなかなかチェックできないですよ。そうすると目に見えないところで不正をすとか、ちゃんとしたことをやらないようになってしまうという考え方もあります。

先ほどの講演のなかで、非営利組織のミッションということを行いました（12月号44ページ参照）、一般的にはミッションが強いところはこのモチベーションなりQOLは必ずしもお金ではない。ですから、アメリカ流の考えは本当にお金で割り切っている考えなんですけど、収入が少なくてもその組織にいることによって自分の満足が得られている、あるいは、自分がやったことに対して、患者さんなりのプラスの気持ちを受け取っているといったことがモチベーションになっているケースがかなりあります。ですからそこを汲みとって組織をつくっていくということは非常に大事ではないかという感じがします。実際、私も国立大病院にいくつか関与していますけれども、私は比較的年齢が若いので、周りではそういったことでけっこう不満を言う人が多いです。

医学生へのやりがい意識

スライド17は私が名古屋大学で調査をやったのが毎日新聞に載ったものですが、実は数が少ないものですからあまりはっきりしたことは言いにくい部分があるんですけども、250人くらいの学

生に聞いた結果です。例えば小児科と産婦人科で、医学部の学生がどういう理由で志望したかということを知りました。今までこういう調査ももちろんあったとは思いますが、今回は経済学的な部分も少し入れています。つまり生活においてのお金をどう思うかというのを聞いています。もちろん額を具体的に聞くわけではないですが、収入が多い方がいいか、みたいな感じで聞いています。あと「安定感」というのは、言葉は聞こえはいいですけども、楽かどうかみたいな感じで学生はたぶん受け取ったと思います。それで、やりがいは漠漠としていますけれども、モチベーションとしての精神的な部分として聞いているんです。そうすると、志望先はやはり内科が多くて外科が次という順番です。小児科などで聞きますと、女性の志望が多いんですね。時間的自由や収入の多さよりもやりがいを重視する学生が多いんです。産婦人科もほぼ同じような傾向です。外科でもやりがいを重視しています。

収入を重視するといっても傾向があったくらいで有意差はなかったんですが、内科と整形の場合ばかりと収入を気にしている人が多そうだという結果も出ていました。これをものすごく重視しているというものは全くないんです。成績には全く反映されないで、たぶん本音で答えてくれていると思うんです。そういうことからすると、もちろん本音で話した場合に、我々が医師あるいは医療従事者としても食えない、社会的にかなり厳しいような収入であることを望んでいる人はおそろくないわけですが、逆に言えば高収入をものすごく望んでいる人というのも少ないようです。

以前にアメリカに行ったときに、正確な文献は分からないんですけども、記憶にあるのは、アメリカはこういう調査をすごくやっているものだから、やはり非常に多くの収入を目指す人、実は私もちょっと関係してるMBA、ビジネススクールなどに多いのですが、そういった人で、かなり収入の要素が強い人は医療関係にはあまり行かな

＜医学生志望調査＞「やりがい」で小児科、内科は「漠然と」

- ・小児科と産婦人科志望は、やりがいを重視——。医学部の学生に将来の志望診療科と理由を尋ねたところ、こんな結果が出た。小児科と産婦人科は勤務のきつさなどから成り手が少ないと指摘されているが、調査した多摩大学大学院の真野俊樹客員教授（医療経営学）は「医学部の授業や病院実習で、やりがいをアピールすれば、やる気のある学生が集まるのでは」と話している。
- ・調査は真野客員教授と名古屋大医療管理情報学講座の共同研究。診療科間で医師の偏りが目立ってきたため、医学生の志望先とその理由を探り、不足がちな診療科への志望者を増やすのが狙い。同大、藤田保健衛生大など4大学の6年生と4年生218人に02年秋、志望する診療科とその理由などを尋ねた。診療科を決める際に重視するものとして、「時間的自由」「やりたいことができる自由」「やりがい」「収入」「安定感」の5項目について、「強い」から「弱い」の5段階で答えてもらった。
- ・その結果、第1志望先は内科89人（41%）、外科22人（10%）、小児科16人（7%）、整形外科と産婦人科11人（5%）、皮膚科と精神科7人（3%）、耳鼻科6人（3%）、眼科5人（2%）の順だった。
- ・志望先と性別、重視する項目の相関を分析すると、小児科では女性の志望が多く、時間的自由や収入の多さよりも、やりがいを重視する学生が多かった。産婦人科も女性が多く、外科とともに、やりがいを重視する傾向があった。一方、内科は他の診療科に比べ、志望理由が不明確な学生が目立った。整形外科と同様に収入を重視する傾向も弱いながら認められた。真野客員教授は小児科や産婦人科医の確保策として、各診療科によるやりがいの強調のほか、女性が多いので出産や育児が安心してできる職場環境の整備を勧めている。

【吉川学】（毎日新聞）

スライド17

いです。むしろ金融とかコンサルタントとか金銭面がはっきりしているところに行くようです。日本ではそういうデータがないと思いますけれども。

まとめ

結論としては、ちょっと正確なまとめにはならないんですけども、今のいろいろな話から総合すると、やはり医師というのは給与だけで満足してQOLが高くなるわけではないんです。ではほかに何があるかというところ、もちろんいわゆる達成感というようなものはあると思います。けれども、何をやったことによってそのモチベーションが上

がったのかということについては、実はあまりこういう調査がありません。経営学的な立場から、医療機関に対してそういう経営的な視点、つまりモチベーションとか動機づけ、心理学の視点と言ってもいいですが、こういった部分で特に医師については調査がないんです。私はあまり詳しくないですけど、看護師さんではバーニングアウトなんかが起こったりするということで心理学の調査なんかもちよこちよこありますが、医師に関してはあまりないものですから、そういった部分も定量的あるいは科学的にはっきりすることによって、逆に言えば医療機関の経営にも役立てられるのではないかと。ここにいらっしゃるのは経営の幹部の方ですから、スタッフの方に対して、どういうふうにインセンティブをつけるかということが分かってくるように思うわけです。

インセンティブのつけ方が分かれば、それに見合う仕組みを考えなければいけないわけです。今は成果給、能力給みたいなものが医療機関でも入っていると聞きます。ただ、どうしても定量的なものが中心になると、先ほどの話ではないですけども、患者の数などを目標にすれば、外来患者の数は医師はある程度動かすことはできますよね。だからそういうふうな方向に走ってしまう可能性もあって、もちろん組織がそれを目標としているのであればいいんですが、もしかしてそういうふうではないと矛盾があるということになります。

ですから、企業でもあまり数字を追いかけない企業は、皆さま方のところでもされているかもしれませんが、目標管理でも、目標を設定して、その目標というのもあまり数字目標ではなくて、定性的な目標が多いです。なかにはバランスドスコアカードを入れてくるところがあるかもしれませんが、自分自身の成長や技術が上がったことなどを目標にして、それに対しての達成度が90とか80とかいったことを評価の指標にしているようなケースもあります。企業でも定量的、要するに金銭的な評価をするところとそうでないところと分かれてきているんです。そういった目標管理といった方法も、仕組みづくりという意味で医療

機関もやはり考えていかなければいけないという感じがしています。

今いろいろなどころでお話を聞くと、独立行政法人になられた大学に多いようですが、そういったところで特に原価計算などをやるとどうしても割をくう部分がすごく出てきます。医療のことをよく分かっているコンサルタントが入ればいいんでしょうけれども、そうでないという評価をするときの計算の基本は、利益（プロフィット）がある場所とないところと2つに分けるんです。コストセンターに関しては、ここはバックオフィスみたいな感じで違やかたちの評価をするわけです。プロフィットセンターに関してはお金で評価するというのがアメリカナイズされたやり方ですが、そうすると放射線科とか、麻酔科とか、病理科とか、こういったところも一応診療報酬がつきますから、医療関係でいくと、バックオフィスというのは極論すると事務部門だけになってしまうんですね。そうすると、科ごとの特性というのはあまり考慮されないわけです。純粋な売上げというかたちで評価されると、やはり売上げを上げにくい可能性、救急なんかもそうでしょう、そういった可能性でモチベーションが非常に落ちてしまうわけです。一所懸命医療のために尽くしているのに売上げ、数字が上がってこないということになると、何なんだという話になってしまうということもけっこう聞くわけです。ですから、結論めいたことは難しいですが、とにかく医師のやりがい、モチベーションというのは、やはり定量的な、金銭的、財務的なものだけではないので、そこをうまく反映されるような仕組みを経営側は考えないと、医療の質が低下し、ひいては患者さんに迷惑をかけてしまうのではないかと考えております。

座長 どうもありがとうございました。医師はむしろ達成感が主で、金銭的なものだけでは満足しないというお話でした。

⑥ 討 論

座長 ここでディスカッションを始めます。堺先生は、最初から今度の研修制度についてかかわっていらしたんですけれども、先生は今回言われなかったのですが、研修医の労働時間について、これはもう、普通の労働者としての枠をはめられているわけですね。実際には研修するのにできっこないわけですけど、そここのところ、あの会ではどういうかたちでお決めになって、今後どうやって実際に研修指定病院が運営していけばよろしいのでしょうか。

研修医の労働時間の問題について

堺 厚生労働省の会では具体的に労働時間についての討論はなかったわけですけども、その後臨床研修が始まってからいろいろ出てきたと思うんです。問題は、病院によっては研修医をお客さん扱いにして、9時～5時で帰っていただくことは好ましくないのじゃないかということです。各病院である程度、もし必要だったら、2交替制とか3交替制とか考える必要があるのではないかと思いますけれども、まあ、これについてはこれからいろいろ出てくると思います。

座長 臨床研修検討会では出なかったのですか。我々もこれが始まる前から、本当は8時間しかやらせられないけれど、自主研修と称して……。

堺 いえ、それは具体的には出てこなかったと思います。ただ労働者性に注意するようには出てきましたけれども、具体的に何時間とか、それは周りからいろいろ出てきた尾ヒレだったと思います。

座長 そうですか。では今のところ指導を受けなければ……。実際にちゃんとした研修をやるためには、そんなことやっていられないですからね。

堺 まあ、今度は厚生省が厚生労働省になったものですから、労働省の部分が入るので、なかなか厳しいところもあるかと思っていますけれども。

座長 何かこの点についてご意見ありませんか。どうぞ先生お願いします。

門田 その労働者性のみで8時間労働としてやっておりますが、研修医がその労働と研修を8時間で全部やっているかというとなかなか難しい。ですから、医学界のほうで、裁判所で言われたということを真に受けるほうが悪いんじゃないかと。だから我々は確かに労働と研修ということを混同してはだめだと思います。いろいろだめだだめだばかり出てくるわけですね。そこで最終的にでき上がった医師をどう判断するかというときになって、初めて国民のほうに問題が返ってくる。ですから冗談半分には言っているのですが、もう1回裁判をやり直すくらいのつもりでやったほうがいいのではないかと、ちょっと過激ですけど言っています。

座長 先生に限らず、医師全体、特に当直医などの問題も絡んできて、ここにいらっしゃる先生方もみんな困っている問題だと思います。箕輪先生、今の点について何がございせんか。

箕輪 実は私、この4月から大学に籍を移しまして、それまでは大学病院の研修はだめだだめだというようなことをむしろ言っていた側なのですが、大学病院に籍を移しますと、それなりにまた難しいことがあることに気がつきました。今、先生方がおっしゃっています労働時間、研修の問題で感じているのは、やはり名古屋大学に労働基準監督省が入られたということで、おそらく国立病院を含めて、医育機関は率先して1つの方向あるいはモデルを示すべきだと思いますが、おそらく私たちにできる1つのチョイスは、当直ということで縛られている以上、やはり交替勤務ですとか一定のシフト制をつくり上げることは努力しなければいけないと思っています。ただ、そのシフトが上手に回るかとか、それからそのシフトに耐えられるような、例えば医師の研修医の能力として、シフトを敷く場合に当然その研修医Aが研修医Bに業務を上手に引き継ぐ能力があるとか、あるいはチームとしてその研修医Aと研修医Bの能力の差をカバーできるだけのチームとしての成



シンポジストの箕輪良行氏と堺常雄氏



同じく橋本信也氏

熟があるとか、その研修のシステムとして我々が用意しなくてはいけない部分が相当にあると思われますので、それも同時に進めながら、なおかつ労働基準監督省に挙げられない程度にやっていかなければいけないということになると、やはりちょっと時間がかかるのではないかと。すぐにそのような成熟した仕組みは難しいのではないかなというのが実感でございます。

座長 名古屋大学の実情、真野先生ご存じですか。

真野 一応それを受けて、明文化したもので全職員に出したようですけれど。

座長 あれは研修医の問題が受けたんですか。何かこの点についてご意見ございませんか。

では次に箕輪先生にうかがいたいんですが、いろいろ卒業生のなかからアンケート調査を詳細にやっていたけれど、ただ、病院によって母数が随分バラバラですよ。たぶんあれだけの数ではないだろうなあと思います。母数がたくさん揃わないと信頼度がちょっと問題かなとかってに思っている部分があります。良くできているんですけど、その点何かあったのでしょうか。

研修医のアンケート調査について

箕輪 先生がおっしゃった点は、まずデータの処理ということで、おそらく基本的な問題である

と思われます。実は、今示したあのデータが平成11年の段階での処理で、その後5年間のデータが加わっておりますので、もう少し回答集団は増えております。あの時は527でしたが、今は900くらいです。それでも、1つ1つの病院の数字にしますと、自治医科大学というのは各県から2名から3名しか来ませんので、例えば県の研修病院が大体1つか2つに固定されておりますので、研修医の2名のうちのそれぞれが1病院に行きますと、1年度のデータは1つしかありません。当然予想されることは、良くできる研修医はきちんと回答するけれども、勉強ができなかった研修医は回答しないのではないかと考えます。一度それを疑って、卒業時の成績を回答者と非回答者と比べてみました。幸いなことにこれは差がありませんでした。ですから、真面目な研修医が回答して、不真面目な研修医は回答しないのではないかという予測はどうも外れておりました。

ですから回答が60%弱なんですけど、それは勉強ができる研修医だけが回答しているのではないというのが1点です。それからもう1点ですが、病院によってすごく回答率のいいところと、そうでないところがある。それについては2つ解釈があると思います。1つはその病院がとても良く、問題がないから回答してこないという解釈、それからもう1つは、そういうことは回答することを



シンポジストの真野俊樹氏と門田守人氏

だれかから禁じられているという可能性がないかということですが、第1点のほうは良い病院悪い病院ではなくて、データが来ない病院はずっと来ないです。ということはおそらくその先輩、それからその病院の雰囲気あるいは先輩たちからもそれをやれと言われぬような伝統があるのかなと思っています。第2点ですが、強く禁じられる、あるいはそれを制されることはないと思われました。なぜかという、この調査をずっと推進してきたのは自分たちの卒業した医師が集まっている団体でやったのと、もう1点はあまり強制力を持っていませんが、大学事務から督促を何回か電話しますが、それくらいの強制に対する反応なので、あまりそれを云々する人はいないだろうということです。

ということで、データが少ない点、それからそのデータの質についてはあまり全体の母集団を反映していない可能性はない。おそらく一定の質のものであろうと。それから第2点の回収がない病院についてはデータが少なくなりますけれども、それについてはやはり正しい評価はできないと思われま。このような自治医科大学の卒業生という80医科大学のひとつという小規模な単位でやった、極めて限られた病院数ですので、1つの観察であると見ていただければいいと思います。ただ、もう1つだけコメントいたしますが、大事なこと

は、これから8,000あるいは7,000人の医師が毎年研修医になって出ていきますから、その研修医から正しいフィードバックが行われるような仕組みを、やはり国あるいは第三者機構として構築していただきまして、良い研修病院はさらに良くなり、悪い研修病院は、あるいは条件が不足しているところは何らかの指導が入っていくような仕組みをつくっていただかないと研修医としては困るのではないかと。いちばん不幸な結果になって、昔、インターン闘争でインターン制度が壊れたようなことになることだけは避

けていただきたいというのが本音です。やはり私たちのような実証的な人たちでけっこうですので、丹念にデータを収集していただいて、それが信頼に足るものであるということをぜひ推進していただければと願っております。

座長 堺先生、今の話どうですか、この方法について何か先生の関係しているところで。

堺 やはり第三者評価がどうしても不可欠だと思います。幸い先ほども申しましたように、評価機構の検討部会で実際に動き出しております。やはり質の保証がどうしても必要なので、バラつきがあまりないようなかたちで、それを踏まえて独自性のあるプログラムをつくるのがいちばん良いのではないかと考えております。

座長 あっ、手が挙がっていますね。どうぞ。

看護師長の立場、役割について

質問 堺先生をお願いします。研修医の担当に師長2人ほどお付けになったとおっしゃっていましたが、その師長の役割と、それと2人のナースがそういったかたちで組織上どういったなかで仕事をなさるのかということについて教えていただきたいと思います。

堺 まず、組織上は総師長からの指揮命令系統から外れております。研修管理センター所属で、仕事はまずいろいろな現場に行って、最初にやっ

たのは現場でいろいろオーダーの仕方が分からないとか、そういう手伝いをやったりとか、各病棟で師長クラスがやらなくてはならない仕事を手伝っております。それから各病棟ごとにバラつきがないように、いろいろと見ております。精神的な悩みなどにも、たぶん師長クラスのほうが話しやすいらしくて随分効果は上がっております。大変感謝しております。

質問 すいません、その師長さんたちは自分の仕事として、そういったことに対しての満足度と言いましょうか、命令だから仕方がないからやるということで、そういった制度そのものが管理職の立場として、果たしてどうなのかと疑問を感じております。

堺 確におっしゃることは分かります。問題は、看護職というのはいくあるべきだというものはないと思うんですね。看護というのはいろいろな意味でいろいろな機能を持っているわけです。それだけ能力を持っているわけですから、うちの場合も2人とも嬉々としてやっているようですが、私の前だけかもしれませんはまだ苦情は出ておりません。朝も早くから夜遅くまでやっておりますから、たぶん大丈夫ではないかと思っています。

専門医制度について、これからの動きは

座長 では最後に1つだけ門田先生にうかがいたいんですが、専門医制度の問題で先生は先ほど、

統一されたものがないとおっしゃいました。けれども先生は、専門医制度についてかなりいろいろかかわっていらっしゃると思うんですけど、今後の見通しとしてどうでしょうか。きちんとしたシステムが完成してちゃんとしたものになれば、インセンティブをつける方向に持っていきけるはずだと思いますが、先生の見通しはいかがでしょう。

門田 先ほどの話に出ていましたけれど、その認定機構ですね。今、新しくできてきて中間法人としてスタートしているところが中心にならざるを得ないということで、始まってはいるんですが、各学会がなかなか足並みが揃っていないということと、同時にあれはすべて医学会関係のものだけであって、一方では第三者的な立場ということも必要ではないかという意見があります。医学会だけの組織になっているところをどうしていくかという問題があります。ですからまだまだこれから先いろいろと変わっていくだろうということで今のところ少し、スカッとしていない段階です。もうしばらく時間がかかると思われます。

座長 ちょうど予定した時間になりました。すみません。司会の不手際で皆さん質問したかったのにできなかったと思いますが、いずれにしても、今回、小川先生が選ばれたこのテーマは、病院にとって非常に大切なところでありまして、皆さま方何らかのご参考にしていただけたかと思えます。どうもありがとうございました。

ITフォーラム

医療における個人情報保護と
セキュリティ

東京大学大学院情報学環 助教授

山本 隆一

司会 これより「医療における個人情報保護とセキュリティ」と題しまして、東京大学大学院情報学環助教授でいらっしゃる山本隆一先生にお話をおうかがいしたいと思います。

山本先生は平成10年に大阪医科大学病院医療情報部助教授に就任され、同15年3月より現職に就かれております。ご専門は個人情報保護、電子カルテ、セキュリティなどで、幅広く活躍されています。それでは山本先生、よろしくお願いたします。

山本 皆さまこんにちは、ご紹介いただきました東京大学の山本でございます。情報学環というのは変な名前ですが、これはおそらく東大にしかない組織です。環はリングで、東京大学を中心とした社会系、人文系、それから医学部を含んだ理系から情報と研究者を集めて、学際的に研究する組織が情報学環です。もう1つ、全く同じ人員で学際情報学府という組織がございまして、こちらは大学院学生に教育をする組織です。私は医学研究科で、要するに医系から情報学環に参加しております。

今、ご紹介にありましたように、今日は「医療における個人情報保護とセキュリティ」というタイトルでお話しさせていただきますが、1時間の時間内で、2つのテーマである個人情報保護とセキュリティを両方お話しすると、とても散漫になってつまみ食い程度に終わってしまいますので、個人情報保護を中心にお話をさせていただきますと思います。

医療の委任契約と守秘義務

スライド1は民法の一部です。委任契約ということについて定められている条文で、カタカナ混じりの文章です。皆さんご承知のように、医療は契約には違いないのですが、例えば基本的に1対1の対等の契約である車の売買契約や借家の賃貸契約と異なり、委任契約といわれています。委任契約とは何かというと、何か大事なものを片方が委任するわけです。委任契約でも特に医療や弁護士は、基本的人権の一部を委任するというところで、典型的な委任契約に準じた契約とされています。大事なものを預かる契約ですので、仕事を請け負うほう、医療ですと医療従事者側には義務が課せられます。アンダーラインが引いてあるのがその義務です。善良なる管理者の注意。これは悪意を持って業務をしないという、当たり前のことです。医療で医療従事者が悪意を持ってしまうと、医療は成立しません。それから、その下に委任事務処理の状況報告、そして委任終了後は^{てんまつ}顛末を報告す

(準)委任契約

- 第六百四十三条 委任ハ当事者ノ一方カ法律行為ヲ為スコトヲ相手方ニ委託シ相手方カ之ヲ承諾スルニ因リテ其効カヲ生ス
- 第六百四十四条 受任者ハ委任ノ本旨ニ從ヒ善良ナル管理者ノ注意ヲ以テ委任事務ヲ処理スル義務ヲ負フ
- 第六百四十五条 受任者ハ委任者ノ請求アルトキハ何時ニテモ委任事務処理ノ状況ヲ報告シ又委任終了ノ後ハ遅滞ナク其顛末ヲ報告スルコトヲ要ス

スライド1

る。

つまりこれは自分がやっていることをクライアントに対して、医療の場合は患者さんが中心ですけど、きちんと説明する義務を負う。もう1つ義務がありまして、これは委任契約のなかでも基本的人権のような大事なものを預かる委任契約だけにある義務ですが、民法とは別に刑法やそのほかの法律で守秘義務というのが定められています。

守秘義務は歴史的に申しますと（スライド2）、2300年前から存在する『ヒポクラテスの誓い』に、すでに患者の生活の秘密を守ることが医療に携わる従事者の義務として宣言されています。おそらくそれより以前もあったと思いますが、きちんと明文化されておりますのがこの2300年前の『ヒポクラテスの誓い』で、その後2000年以上何ら変わっていません。

刑法には、ご承知のように134条で秘密漏示に対する罪というものが定められていまして、医師・薬剤師と、並べて書いております。こういった委任契約で極めて大事なものの委任における職種に関して、このような守秘義務が定められています。刑法に書かれていない職種はどうするのかといいますと、例えば診療放射線技師などは、その資格を定めた法律に守秘義務が記載されていません。つい数年前までは保健師や看護師にはどこにも守秘義務が書かれていませんでしたが、やはりそれは手抜きということ、書いていない医療の専門職に関する法律を一括で改正して、現在では、国家資格を有する医療の専門職にはすべて、守秘義務が定められております。

医療におけるプライバシー

守秘義務はこのように紀元前からあって何も変わっていませんが、今日お話しするテーマの、個人情報保護というのは、昨年（平成15年）、日本で法律が成立しました。なぜ2000年以上も前から守秘義務が課せられていて、おおむね守られているにもかかわらず、特に医療でプライバシーが問題になってきたかということが最初のテーマです。

（スライド3）プライバシー“Privacy”という

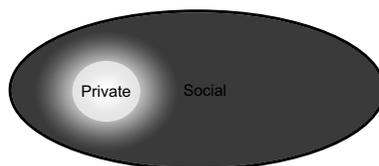
医療と秘密保護（守秘義務）

- ヒポクラテスの誓い
 - 他人の生活の秘密を守る……
- 日本医師会「医師の倫理」
 - 疾病に関する秘密義務を守る……
- 刑法134条
 - 医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士……業務上知りえた秘密を漏らしたときは……
- 障害者等に係る欠格事由の適正化等を図るための医師法等の一部を改正する法律
 - 保健師、准看護師、看護師、歯科技工士……

スライド2

プライバシー privacy

Privacy ← Private ← Privo (L) 切り取る
奪い取る



スライド3

言葉は実はかなり新しい言葉で、英語でも19世紀に初めて登場したもので、1800年代までは存在しなかった言葉です。プライベート“Private”という言葉からつくられたのですが、プライベートというのはラテン語で「切り取る」とか「奪い取る」という意味のプリボ“Privo”という言葉から由来したものです。何を切り取るのか、奪い取るのかというと、社会から私的な部分を切り取る、奪い取るわけです。つまり、自分の私的なものを社会から守るという意味の言葉がプライベートの語源だったわけです。

では、私的な部分とは何だろうか。これがけっこう難しい問題で、例えば会社に勤めている最中に自分の家族のことはプライバシー、プライベートのことです。そしてご自宅に帰られて、家族と一緒にいらっしゃるときは、家族の間で奥さんのプライバシー、ご主人のプライバシー、子どものプライバシーというものが存在します。隣の部屋の声が聞こえてしまうとか、そういった家庭内の

プライバシーに関連する法律

- 憲法 第18条 何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない。また、犯罪に因る処罰の場合を除いては、その意に反する苦役に服させられない。(身体的自由)
- 第19条 思想及び良心の自由は、これを侵してはならない。(内心の自由)
- 刑法 第12章 住居を侵す罪 (第130-132条)
第13章 秘密を侵す罪 (第133-135条)
第34章 名誉に対する罪 (第230-232条)
第35章 信用及び業務に対する罪 (第233-234条の2)
- 著作権法
- 肖像権をめぐる多くの判例

個人情報保護関連法?

スライド 4

小さなめごとというのはよくあります。しかし、会社に対してはそれらをひっくるめて家族はプライバシーです。つまり状況によってプライベートというのは変わってきます。こういうふうには比較的あいまいなものです。あいまいなものを守るといのは、あいまいさがゆえに少し問題が出てきます。

(スライド 4) プライバシーについては、昨年、個人情報保護法ができるまで何も考えられていなかったわけではありません。憲法に身体の内自由や内心の内自由というものが定められておりますし、刑法では家庭、住居に入ってはならないとか、先ほどの秘密を漏らしてはいけない、それから名誉を侵してはいけない、信用を故意に傷つけてはいけないなどです。それから著作権法があります。知的財産権に対して保護をする法律がありますし、肖像権も多く判例で認められております。こういった法律がたくさんあるのに、なぜ個人情報保護法というものが改めて定められなければいけなかったについてお話をしていきたいと思ひます。

近代的・現代的概念としてのプライバシーについて

(スライド 5) まずプライバシーとは何でしょうか。初めて使われたのは、1890年にハーバード・ロースタールの法学者であるウォーレン (Samuel D. Warren) とブランドイス (Louis D. Brandeis) の共同論文に、プライバシーという言葉を使って “Right to be let alone” つまり、そ

プライバシーの概念 (黎明期)

Right to be let alone
(1890:S. D. Warren & L. D. Brandeis)

ゴシップ報道の行き過ぎに対して
個人的な事象の秘密を守る 権利

19世紀半ばにベニーペーパーが大量に発行

20世紀後半 IT技術の急速な進歩

スライド 5

としておいてもらう権利として使ったのが最初です。なぜ19世紀後半までそれほど大事な言葉が出なかったかという、実は1850年頃からニューヨークを中心にベニーペーパーと呼ばれる新聞が大量につくられるようになりました。印刷技術自体はずっと前に完成していましたが、あまり普及はしていませんでした。1850年頃になって簡単に大量に印刷する技術が普及して、非常にたくさん新聞がつくられました。ビジネス、商業ベースですから新聞を売らなくてはならないわけで、売ろうと思うと面白い記事、今も同じでしょうけれどもゴシップ記事を書くようになりました。19世紀半ば以前にもゴシップは存在しましたが、ほとんどは口伝えの噂で、あまり大きな影響がなかったのですが、わずか1ペニーで買える新聞が大量に出て、そこに社交界のゴシップが山のように書かれるようになった。これはあんまりだということで、これに対してきちんと、そういうことが書かれないことを人権として認めるために、初めてプライバシーという言葉が使われたわけです。

つまり情報の流通のスピードが早くなったためにプライバシーという言葉が19世紀にできたのです。そして20世紀の後半にもう1回、コンピュータとネットワークの登場によって大きな変化が情報の世界に起こりました。

新聞のゴシップ記事ですと個人的な事象をそとしておいてもらう、つまり勝手にゴシップ記事を書かれないということで済みましたが、IT技

術の急速な進歩によって違う面が出てまいりました。

スライド6の地図の下側に見えるのはスコットランド、右上の向こうはノルウェーで、その間に小さないくつかの島が見えます。そこはシェトランド諸島といって、漁業が中心の島々があります。非常に海が荒れる地域で1年のうち200日くらいは嵐といわれています。すると漁業だけでは暮らせないのでシェトランドシープという羊を飼って、1年に1回毛を刈り、毛糸にしてセーターを編みます。厳しい気候で育った羊ですから、羊毛の質がとても良い。しかもここのおかみさんたちは、漁師のお父さんが船に出ている間も、家にも、雨ばかりなので編み物をやっていて、その技術が非常に進んでいます。このシェトランド地方、ニッティングシェトランド地方のセーターは非常に上質であると昔からいられていました。場所が場所ですから生産量が少ないため、日本にはあまり入ってこず、デパートで何年かに1回売られていましたが、値段は高いけれども大変に質が良いと評判になっていました。それが今はシェトランドニッティングのWebページがあり、セーターをホームページ上で注文できる。私もやってみました。注文から2週間くらいでクラシックなジョニーソンスタイルのセーターがビニールに包んで郵便受けに突っ込んでありました。偽物かと思ってみるとけっこう良くてやはりどうも本物らしい。しかも値段もそれほど高くない。こうしてインターネットのテクノロジーの発展によって、買いに行けないし高価だったものが、だれにでも、売り切れもあります。チャンスさえうまく利用すれば買うことができる。ただし私のクレジットカードの番号や住所氏名を知らせなくては いけません。

同じようなことがいろいろな世界で起こっています。住民基本台帳もそうですし、医療の世界でもだんだんと始まってきております。

今までは情報を守っていればよかったのですが、この20世紀後半のIT技術の変化によって、守るだけではメリットを享受できない。つまり守って



スライド6

プライバシーって秘密を守ること？

- 自己情報コントロール権
- 社会的評価からの自由権
(自己の世界を持つ権利)

自己情報がどう扱われるかを知り、
コントロールする権利

スライド7

ばかりでは損をするようになったわけです。自分の持つ個人情報ほうまく使わないといけませんが、いったん個人情報を電子の世界に流してしまうと、我々にはそれがどこに行ってもどのように蓄えられ、だれがどう扱っているかが見えずに非常に分かりにくい。そういう状況でもう1回プライバシーという概念を考え直す必要が出てきたわけです。

最初に申しあげたように、プライバシーとは突き詰めていくとけっこうあいまいな部分がある。例えば「人を殺してはいけない」といった単純なルールではないので、なかなか説明できません。したがって多くの人が知恵を集めたのですが、結局、自分の情報をコントロールする権利としてプライバシーが再提示されました(スライド7)。ある意味では逃げ道です。つまり自分の情報かどうかは自分で決める、決めた自分の情報は自分がコントロールする。自分が出そうと思えば出せる、隠そうと思えば隠せる、使われていても「そこま

で」と止められるという権利として再提示されました。これが今日お話しする個人情報保護のプライバシーの概念です。

プライバシー保護の世界的な流れ

(スライド 8) プライバシー保護を世界的に見ますと、いろいろな事件で判例がありますが、法律というかたちでまとめられた最初のエポックメイキングな例は、1974年アメリカのPrivacy Act, プライバシー法です。名前はものすごく直接的で、プライバシーの法律なのですが、中身は極めて範囲の狭い法律で、連邦政府の職員に対してのみ適用される法律でした。なぜこのようなものが1974年につくられたのかといいますと、この直前にアメリカ連邦政府はコンピュータによる国民の情報管理を始めました。それに対して、現在の日本の住民基本台帳の各法の改正の議論と同じですが、議会が情報をコンピュータで管理すると、何が起るかわからないし危険があるかもしれない。そのためきちんとルールをつくって連邦職員が作れないように制限する、そういうことを意図してつくられたのがこの法律です。その中身は、多くの議論の末、ここで明らかに、個人の情報は本人がコントロールできるという主張がされています。

これはアメリカの連邦職員以外には、一般人には全く関係のない法律でしたが、1980年にOECD、経済協力開発機構が理事会勧告それから理事会決定として個人情報保護に関するガイドラインとい

うものをつくりました。OECD加盟国に対して、ガイドラインに沿って制度整備をすることを求めたわけです。このガイドラインは個人の自己情報のコントロールという権利を明文化した最初のケースで、今でも規範になっています。ここまでは制度整備だけで、法律をつくれとまではいきませんでした。

ところが1995年にEU、ヨーロッパ連合がEUの指令として加盟国に対して「このガイドラインに沿った法律をつくって法律できちんと守りなさい」と通告しました。対象はEU加盟国だけでしたが、EUと個人情報を交換する国は同様の法整備をしました。法整備をしていない国とは個人情報交換をしてはいけない、という指令を出したわけです。

医療の世界ではまだ、1995年でも現在でもあまり変わらず、国を越えて健康情報が非常に頻りにやり取りされるケースはそれほどありません。しかし保険や金融では国の境界は意味がない。どんどん国を越えて外国の企業が日本に入ってきますし、日本の企業が外国で活躍します。そうすると日本でEU指令に沿った法整備がされていないとEUで金融も保険も取り引きできないということになり、さんざん議論があった末に、日本で個人情報保護法がつくられたというのが現実です。アメリカではまだできておらず、まだEUと交渉中です。

OECDのガイドライン 8 原則

スライド 9 が OECD のガイドラインの 8 原則です。むやみやたらに個人情報を集めてはいけません。もしも集めたなら、データの内容にきちんと正確に責任を持ちなさい。それから集めるときには集める目的を明確にしましょう。明確にした目的以外に使ってはいけません。集めた情報はこの目的以外に故意または悪意で利用されないように安全に保護しましょう。それからこういった方法を行う手段を公開して検証できるようにしておきましょう。それから個人情報の本人が情報の扱いにいつでも参加できるようにしましょう。つまり自分の情報が

プライバシー保護の世界的な流れ

- 1974 Privacy Act (U.S.A)
- 1980 OECD - Guidelines on the Protection of Privacy and Transborder Flows of Personal Data
- 1995 EU Directives - On the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data

スライド 8

OECD Guidelines for privacy

1. Collection limitation principle (収集制限)
2. Data quality principle (データ内容)
3. Purpose specification principle (目的明確化)
4. Use limitation principle (利用制限)
5. Security safeguards principle (安全保護)
6. Openness principle (公開)
7. Individual participation principle (個人参加)
8. Accountability principle (責任)

スライド9

どこにあるか見たいと言ったときに、すぐに見せなければいけない。それからその用途で使うことは困るのでやめてくれ、その情報を消去して欲しい、その情報は間違っているから訂正してくれというようなことに対して、本人が参加できることを保証しなさい。こういったことを単にお題目を並べるだけではなくて、当事者が責任を持ってやりなさい。これがOECDの8原則です。かなり格調が高くて格好いいのですが、実際にやるのは非常に大変です。

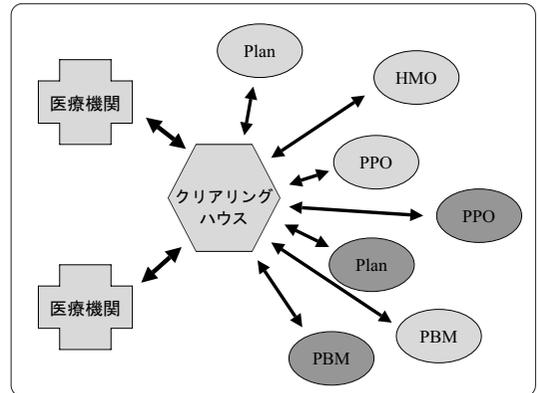
アメリカの医療情報専門の法律、HIPAAについて

日本の話の前にアメリカの話をするのですが、アメリカには、今お話ししたEUの指令に基づくような、包括的なすべての分野にわたるプライバシーの法律はありません。ただ、今日のテーマである医療に関しては非常に緻密な法律が存在します。それはなぜできたかといいますと、HIPAAという法律が1996年に制定されました(スライド10)。診療報酬請求を全部電子化しなさいと、ネットワーク上で日本でいう診療報酬の電算レセプトのオンライン版の進化したかたちのものを、アメリカ中で実現することを連邦法で決めたわけです。これはアメリカ独特の事情があって、実はアメリカでは公的な保険が30%くらいで、ほとんどはプライベートインシュアランス、つまりみんな自分で契約をして個人で払っていて、しかも1人が複数の健康保険に加入しています。ある医療機関に患者さんがかかりますと、その診療報酬請求の計算が非常に大変です。しかも2カ月以内に請求しな

Health Insurance Portability and Accountability Act 1996

- Kennedy and Kasebaum (K2 ACT)
- Administrative Simplification
- WEDI
(Working Group for Electric Data Interchange)

スライド10



スライド11

Administrative Simplification

- 19 - 24% of total health care costs
14 - 18兆円
- 複雑で多彩なHealth Plan
- EDIによって経費節減
WEDIの予測(1993) 年間180億ドル以上

スライド12

いと払ってもらえないということで、医療機関には医事課の職員が、日本の医療機関と比べて倍くらいいるところがほとんどです。一所懸命に計算してもさばけないので、しかたないのでカルテを丸ごとクリアリングハウスという仲介業者に買い取ってもらいます(スライド11)。クリアリングハウスは概算で計算をして現金を払う。カルテを詳細に計算して、各保険者に対して請求をします。精密に計算して請求をすると少し多いということで、その差額を利益にするという組織ができるほどアメリカの医療は診療報酬請求が大変だったわ

けです。医療費の20%くらいは事務経費で、アメリカの医療費が70兆円くらいですから、14兆から18兆円という莫大な額です（スライド12）。これを電子的にもし請求できれば、非常に簡易になって経費のかなりの部分が節約できます。これによって医療費をあまり上げずに医療の質を保とうという目的で法律がつけられました。当然ながら電子的に診療報酬請求をする。単にレセプトを送るだけではなくて、クレームザアタッチメントとってその付せんなどもすべて電子化しますから、準備をしておかないと対処できないということで、HIPAAという法律ができてからいろいろな準備がされました（スライド13）。日本の厚生労働省に相当するお役所が中心になって、標準案、日本という省令、法律には違いないんですが、いろいろな標準案をつくりました。

まずコード。例えば病名などを標準にするためのルール。それから当然ですが、患者さんの情報

がネットワークを通じて流れるためプライバシーに関しては厳密に考えないといけませんので、プライバシーに関するルールができました。それ以外にもルールはできたのですが、このプライバシーがほかの分野と違って医療にだけ非常に充実してこまかいルールができました（スライド14）。これはすでに2003年から実施されています。非常に大部なもので、アメリカの法律の3段組のこまかい字で書いてあり非常に分かりにくい文章で400ページ近くあります。中身の本当のルールの部分だけでも相当な量がありますし、読むのも非常に大変ですが、実際に読んでみますと非常にこまかく書いてあります。医療の専門の法律ですから、医療における例えば臓器移植の場合はどう考えるかなどが、具体的に全部書いてあります。このような法律がもうできている。2003年から実施されて、去年アメリカに研究者が行って状況を調査をしましたところ、こまかく書いてあってやはりかなり厳しいルールのような感じです。かなり厳しいルールでいろいろな機関で努力されています。大きな病院では直接的な投資が100万ドルかかった例もあります。従業員に教育をするため、システムだけでは絶対できないので全従業員数×40ドルくらいとかなりの年間経費がかかっています。相談しようにもコンサルタントが非常に少ないなど、かなり苦労しているようです（スライド15）。

日本の個人情報保護に関する法律

日本の法律の話ですが、スライド16は今年の5月に成立した個人情報保護法、関連5法と呼ばれています。下の2つは整備法で法律を実施するための整備法に関する法律で、上の3つは直接プライバシーを守ろうという法律です。いちばん上が基本法制及び民間の事業者に対する規則が書いてあります。それから行政機関、独立行政法人などに関する個人情報保護法と分かれています。分けて書いてあるのは、行政機関とか独立行政法人は、職業上、働きの仕組み上、かなり強制的に個人情報を集めて扱うところが多いため、より厳密に適応しなければならないので厳しくなっています。

Standards for HIPAA implementation

- Transaction and Code set (FINAL)
- Privacy (FINAL)
- Identifier (Proposal)
 - Provider
 - Employer
 - Health Plan (Not yet)
- Security (Final)
- Electronic Signature (Proposal)

スライド13

Privacy Standard (Apr. 2003~)

- Covered Entity
- Definitions
- Treatment, Payment, Operation
- Consent and Authorization
- Use and Disclosure
 - General Uses and Disclosures
 - Balancing Privacy and Public Responsibility
- Consumer Controls
- Administrative Requirements

スライド14

中身はそれほど違いません。何が書いてあるかという（スライド17）、対象は個人が識別可能な情報。個人でどの人が識別できない情報は対象外です。一見、OECDのガイドラインと同じことが書いてあります。まず使用目的の明示、原則として目的以外の使用はしてはいけません。それから適正な取得。むやみやたらに集めてはいけません。合法的に集めなさい。集めた情報は正確に保ちなさい。集めた情報は安全に管理しなさい。それから透明性の確保というのは2通りあり、1つは第三者社会に対して自分たちが個人情報をどのように扱っているかということを公開して分かるようにしなさい。もう1つは本人に対して自分の情報が現在どこにあってどう扱われているかを聞かれれば答えなさい。それから第三者への提供。第三者というのは、集めるときに想定していなかった第三者には原則として提供してはいけないようになっています。委託先というのは情報を集めるときにすでに分かっている外部の第三者、例えば、検

HIPAA Privacy Standardsの実施状況

- Treatment, Payment, Operationでも州によっては書面での上承を求めている。
- 罰則は極めて厳しい。（無邪気なのぞき見も対象）
- 患者の関心は二極化。高い人には芸能人や社会的地位の高い人が含まれる。
- 医療機関職員の約半分は、当該患者の加療目的以外でアクセス。（UCLA）
- 米国では医療機関内で、1人の医療記録にアクセスする人は平均して50人。
- 患者のいっとこ、前夫といった医療従事者が、患者の状態を確認する事例があった。
- ハーバード大の実験システムでは、患者が、だれが自分の記録にアクセスしたのかを確認することができるようになっている。導入して2-3カ月でアクセス数が減少。
- 患者の容態についての記者発表は、HIPAA法施行後は激減した。
- 準備期間は、200床未満の小規模医療機関では約1年間、大学病院クラスでは3-4年間と考えられる。
- 大病院の場合、直接的な投資が100万ドル、間接的な投資は20-40ドル×全従業員数/年と考えられている。
- Privacy保護に関する有能なコンサルタントは極めて少ない。
- 準備は、システムの変更等が困難で、予測を上回る作業量となっている。
- 医師が医療機関にSocial Security Numberを知らせることを拒んでいるために、医師や医療機関における実証テストの導入そのものが難しい場合が目立つ。

スライド15

体検査を外注している委託先に関しては、直接収集をする事業者が委託先をしっかり監督して責任を取りなさいという意味です。

これらの中身をお話する前に、保健・医療・福祉分野の世界では、本当に個人が識別できる情報でないといけない仕事が多いのですが、個人が識別できない状態でもできる仕事もたくさんあります。例えば、保健・医療・福祉分野で、その患

者側からすると、委託先がしっかりと責任を取りなさいという意味です。

個人情報保護関連 5 法

- 個人情報保護法（基本法制）
- 行政機関個人情報保護法
- 独立行政法人個人情報保護法
- 情報公開・個人情報保護審査会設置法
- 行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律等の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律

スライド16

個人情報保護に関する法律

- 対象は個人が識別可能な情報
- 使用目的の明示と目的外使用の禁止
- 適正な取得
- 正確性の確保
- 安全性の確保
- 透明性の確保
- 第三者への提供の制限
- 委託先の監督

スライド17

皆さんの健康管理などに関しては、個人が識別できないと何もできません。病院で試薬を変えて正常値を出すためには多くの検体を測定しますが、そのときにそれがだれの検体かということは全く意味がない。だれの検体か分かる状態で測定しますと、検体の提供者本人に対して利用目的を明示して説明しないといけません。分からない状態であればもう個人情報ではないのでそうした気遣いが必要ない。

それから研修や教育に使う用途でも、個人が特定できない限りは個人情報保護に該当しませんし、プライバシーというもっと広い概念で考えてもあまり気を遣わなくても済むようになる。ですから可能であれば個人が識別不可能にすることが、個人情報保護のいちばんの原則です。

今までわりと気軽に個人が特定できる状態で使われていた用途というのはあって、例えば学生さんにフィルムを見せるにしても、別にどの患者さんのフィルムかなどということは見せなくてもいいわけです。年齢くらいが分かればそれで勉強は

できるわけですが、今までアナログで撮られたフィルムというのは、名前を消そうと思うと切り取るか、黒く塗りつぶしてコピーをとるかしか手段がありませんでした。しかし最近では、CRなど情報の電子化が進んでおりますので、きちんと電子化されていれば、個人が識別できる可能性の高い情報はきちんと分類されていますから、そこだけを外して改めて別のデータをつくれれば、比較的容易に識別不可能な情報をつくれます(スライド18)。

匿名化には連結可能匿名化と連結不可能匿名化の2種類がありますが(スライド19, 20)、今日のテーマからは少し外れますので飛ばします。ただし、情報が本当に個人が特定できないかどうかは、少し立ち止まって考える必要があります。

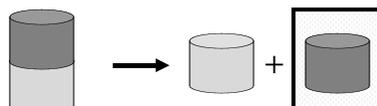
(スライド21)例えば、住所氏名や電話番号があるとこれはもう駄目だというのはだれでも分かります。年齢・性別・郵便番号・家系図はどうでしょう。多くの場合、郵便番号も最初の3桁くらいだと個人が特定できません。ただ、小児科に19歳

プライバシー情報でなければいけないか? ……匿名化

- 個人識別可能な状態をできるだけつくりたくない。
- 情報をプライバシー敏感度に応じて分類、分割する。(紙・フィルムではできない)

スライド18

連結可能匿名化



連結不可能匿名化



スライド20

匿名化

- 連結可能匿名化
個人が特定可能な状態に戻しうる匿名化
個人識別可能情報と個人識別不可能情報を分離し両者をランダムなIDなどで結びつける
- 連結不可能匿名化
個人が特定可能な状態に誰も戻せない匿名化

スライド19

データの無名性

- 患者氏名、患者住所、患者電話番号、患者電子メールアドレス、健康保険被保険者番号……
- 患者年齢、患者性別、患者郵便番号、家系図……
- 診断名称、受診日、検査結果、処置実施記録情報、現投与薬剤商品名……

スライド21

の人が来ているケースだと異常に少なくなってきましたから、探せば簡単に分かるかもしれない。家系図も非常に特殊な家系図で、週刊誌でいつも見ているような家系図が出てきますと、「あれ、この人の家系図じゃないか」ということが分かっていますから、そういう特殊な状況ではないかどうか検討する必要があります。受診日も普通は人を特定できないですけれども、何らかの特別な理由がないだろうかということをし検討しておくにより安全性が高まります。

個人が識別できる情報の場合はどう扱うか、ということがこれからのお話の中心になります。先ほど説明したとおり、スライド17のような原則が書かれています。さらにこれを実現するために主務大臣が対象に応じて助言をすることができる。個人情報保護法をお読みになった方はいらっしゃるかもしれませんが、ものすごく抽象的で、あれを読んで医療の現場で何をしたらいいかはほとんど分かりません。したがって対象分野に応じた助言が必須で、この8月から厚生労働省でも、個人情報保護法に関する指針ガイドラインをつくる検討会が動き始めて、比較的短い期間で指針・方針をまとめて、政府、つまり主務大臣の助言としての指針が出てきます（スライド22）。

それから個人情報保護団体を認定できます。これはどういう団体が個人情報保護団体かということは決まっていますが、例えば病院会や医師会といったところが認定個人情報保護団体になります。そうするとこの保護団体が指針を作成して、例えば問題があってもなくても、患者さんか

らの「私のプライバシーはどうなっているんでしょうか」といった苦情の処理が行えるということが決められています。助言とか指針とか、要するに非常に抽象的なこの法律に対して、具体化するガイドライン指針が非常に重要です。

それからご承知のように参議院でも衆議院でも保健・医療・福祉分野、特に医療分野は特殊なので個別法を含めて検討しろという付帯決議があります。現在はまだ個別法をどうこうするという検討は始まっておりませんが、主務大臣の助言で動かしてみてもやはりまずいとなると、個別法がつけられる可能性は十分にあります。

そのように今はまだon goingな状態ですから、今日は医療機関の方がたくさんおいでですが、医療機関としてどうすればいいかという結論をここでお話しすることはできません。大雑把な考え方を話しして、特にこれから議論される指針ですとか、それから認定保護団体を取ろうとする機関に関しては、この考え方を理解してこれからの方針をよく注目してもらうことが大事だろうと思います。

診療情報の取得目的

使用目的の明示と目的以外の利用の禁止とありますが（スライド23）、診療情報の取得目的とは何でしょうか。一見当たり前の話で、日本の場合はフリーアクセスですから患者さんは向こうからやって来ます。何か目的がないと来ないですから、その目的によって我々は診療するわけです。当たり前だろうと思うのですが、実はけっこういろいろな目的があります（スライド24）。

まず、その患者さんの健康の維持と回復です。病院に来る以上は何か健康に不安があるか、ない

個人情報保護に関する法律

- 国（主務大臣）が対象分野に応じて助言をすることができる
- 国（主務大臣）は個人情報保護団体を認定する
- 認定個人情報保護団体は構成員のために個人情報保護に関する指針を作成し、また苦情の処理を行う
- 指針（ガイドライン）が重要

スライド22

使用目的の明示と目的外利用の禁止

- 診療情報の取得目的
- 目的の通知方法

スライド23

しは今の健康状態を維持したいとかいったことに決まっています。それから医療機関は霞を食べて生きていませんので、診療報酬請求をしないといけません。自費を患者さんからもらう必要がありますし、それから支払基金に対してレセプトを送らなければいけない。レセプトには当然、患者さんの個人情報が多く入っています。それから医療機関が運営管理するために、この部屋は男部屋にするか女部屋にするかとか、重症の患者さんの配置をどうするかということは病棟運営のために非常に重要です。どうもいろいろな患者さんの疾病を分析すると、この科の医者業務が非常にヘビーだからここに人員を増やそう、ここは患者さんが少ないから人員を減らそう、といった運営管理のためにも患者さんの診療情報が使われます。それから医療行政、行政上のいろいろな行為によって診療情報が使われますし、患者動態調査のようなことにも使われると思います。

それから医療監査、これは合同監視のようなこ

診療情報の取得目的

- 患者さんの健康の維持と回復
- 診療報酬請求
- 医療機関の運営管理のため
- 医療行政
- 医療監査
- 犯罪捜査、裁判
- 教育研修
- 医学研究
- がん登録のような公益的疫学調査

スライド24

目的の通知

- 自明の目的で特に通知しない
- 医療機関内で見やすいところに掲示
- 個々に説明用紙を渡す
- 説明書を渡すか口頭で説明し、口頭で了承を得る
- 説明書を渡すか口頭で説明し、文書で了承を得る

スライド25

とで、だれだれさんのカルテを用意しておいてくださいということでカルテを出して、それにこれを請求するためには看護師が足りない、といったことをやるのですが、当然ながら診療情報がアクセスされます。それから裁判犯罪捜査。これも「さっき入院した人は刀で切られた傷ではないですか」とか「銃で撃たれていませんか」などから、医療過誤で患者さんが訴訟を起こそうとした場合などでは、証拠保全命令が出て診療情報がそのまま裁判に使われるということがあります。それから教育研修。医学部における教育ではなくて新しく病院に採用した職員に対して、その病院で業務を行うための研修が日常的に行われています。それから医学研究。医学というのは人の学問で、ラットでいくら研究しても最後の結論は絶対に出ないので、やはり臨床情報というのが非常に重要になります。したがって医学研究に使わないわけにはいかない。それから、がん登録のような公益的な疫学調査の目的があります。これくらいは比較的良好な目的で、それ以外こまかいことを入れるともっとありますが、これらをどうしようかということです。

(スライド25) 1つは自明の目的で、もう通知しなくても、わざわざ言わなくても分かりきっているでしょう。けれども、我々が分かりきっていると思うのと患者さんが思うのが少し違うかもしれないですね。例えば、自分の健康の維持回復はもうお互いに分かりきっている。医療機関に来る以上はこれなしではとてもできないから大丈夫。しかし、診療報酬請求をするときのその人の病名などが全部伝わっているかどうかは、我々にとっては当たり前ですけれども、患者さんにとっては当たり前ではないかもしれません。それは通知しない方がいいかどうかかけっこう問題だと思います。例えば初診のときの受診申込票のところに、「こういうことに使います」と書いてある。それでいいじゃないかという説もあります。

それから例えば職員の研修に使う。新しく入った看護師さんにケアの仕方を説明するために、患者さんのところに行って、それはあなたのケアで

はないですが説明のためにあなたの個人情報を使うことがあります。それから事務に入った新しい人にレセプトをどうやってつくっていくかを研修するために、すでに存在するレセプトを使ったりカルテを使ったりすることがあります、といったことをやはりきちんと患者さんに説明したほうがよいでしょう。それから学会発表に使うといった場合にもやはり1例1例その都度きちんと説明をして了承を得る必要があるでしょうか。スライド25にあるようないろいろな方法が考えられますけれども、これがどのシチュエーションでどういう方法がいいかというのは、これから厚労省がつくる指針とか認定保護団体がつくる指針で議論をして、そこで議論したからいいというわけではなくて、患者さんから苦情が出ないという妥協点を見つけていかななくてはいけないわけです。そこがこれから進んでいくことになるだろうと思います。

ちなみに先ほど説明したアメリカのHIPAAのプライバシースタンダードでは、けっこう具体的に法律で規定されています。だからあまり考えなくていいのですが、先ほどの治療の目的、診療報酬請求、医療機関の維持運営管理、この3つの目的に関しては、了承を得なくてもいいとされています。それ以外の使用目的に関しては、すべて説明してサインをもらってくださいとなっております。

情報の適正な取得と正確性、安全性

こまかい話はざっとお話ししますが、適正な取得（スライド26）。合法的に情報を取得しているかどうかです。医療の場合、大部分は患者さんから得られますから適正なのですが、例えば未成年者であるとか痴呆・精神障害・意識障害の患者さんで本人ではよく分からないときは家族から情報を得る。それから救急搬送されて搬入隊員からどういう状況かを聞いているといった場合は、その事実に関して、あとで本人がそんなことを言われては困るというようなことがあるかもしれないですけども、医療上必ず必要な行為というのは当然ながら認められますので、それが本当に医

適正な取得

- 大部分の診療情報は患者から得られ適正
- 未成年・痴呆・精神障害・意識障害の患者で家族から情報を得る場合
- 緊急搬送された患者で意識障害のある場合
- 紹介元医療機関や職場の検診記録などに問い合わせる場合
- 家族歴として患者から患者以外の情報を得る場合

スライド26

正確性の確保

- 大部分の情報は客観的な情報で、正確性の問題は少ない
- 記録の遅れによる正確性の喪失
- 傷病名の転帰の記載が不十分なための正確性の喪失
- 住所・姓名などの変更が反映されないための正確性の喪失

スライド27

療上必要であるかどうかをはっきりと診療録に書いておく必要があるだろうと思います。

家族歴も患者さんから患者さん以外の情報を得ますから、人によっては「そんな情報を言われては困る」とトラブルになりかねませんので、本当にこの家族歴を集めることがその人の診療上必要性があるかということが明らかである必要があります。

（スライド27）正確性については、診療情報の大部分が客観情報ですから正確性の問題はほとんどありませんが、例えば、患者さんを診断したのにカルテを書かない。事実があつて記録がないというのも正確性の喪失と解釈されます。それから疑い病名がいつまでも残っている、引越した、結婚したのに住所や姓が変わっていない、というケースがあり得るだろうと思います。

（スライド28）それから安全性、セキュリティです。今の診療情報システムとかレセプトコンピュータは、一応の安全性の対策はされていますが、何のための安全性かという診療が差し障りなく

行えるための安全性です。オーダーエントリーシステムを導入されている病院で何を苦勞しているかという、外来でオーダーエントリーシステムが止まらないことがいちばん重要です。診療に差し障りがない安全性の確保はかなりできていますが、個人情報保護ですと少し変わってきます。例えばだれがその情報を見たかなどがかなり重要になるわけです。現在の少し古い診療情報システムはだれが見たかまではあまり記録できないものが多いようです。最近のものはかなりそういうことが改善されていますが。

そういった診療に差し障りのないような今までの安全性ではなく、少し厳しくした安全性の確保が必要になります。ただ、プライバシーの保護のために診療情報を集めているわけではなく、診療情報というのは当然ながら最初の利用目的である患者さんの健康の維持管理、維持回復がいちばん重要な目的で、それができないでは許されません。したがって、プライバシーを守るために大いに対策をするのですが、その対策をやり過ぎてしまって、もし実際に医療スタッフが情報を患者さんの

健康維持管理のために使おうと思ったときに使えないケースが存在すると、それは個人情報保護の問題ではなく、それこそ医療法の問題で、集めた情報を使えないようにしていることで患者さんに不利益を与えることは許されません。まずはきちんと使えうえで、個人情報、プライバシーが守られる状態をつくる必要があります（スライド29）。

そのためには、現実にはあまり厳しく使えない状態をつくるということはできません。現実的には何をするかといいますと、だれがどんなことをしたかを記録します。記録すると、してはいけないとかできないとかではなく、やったことを記録しておいて、あとでそれを監査する。これは必要のないにやっているということを言われないようにルールをつくってやる、ということが現実的です。システムで、例えばある患者さんの情報を主治医以外はアクセスできないようにしますと、主治医が24時間病院にいないではなりませんし、不可能です。その科の医者しかアクセスできないと決めても、その科が新入生歓迎コンパでもあって9割が出て行って5、6人しか残っていないときに、突然その病棟で10人重症になったとなりますと、ほかの科の応援を求めないといけません、求めたときに情報が利用ができないからといって患者さんの治療に差し支えることは許されません。ですから、やはり利用ルールと、そのルールが守られているかどうかをあとで確認できる方法がいちばん大事です。

安全性の確保

- 診療に差し障りがないような安全性の確保はおおむねなされているが、個人情報保護のための安全性確保はさらに工夫が必要
- ポリシーの確立
- ISO/IEC17799-2000など
- 利用者識別がもっとも重要

スライド28

プライバシー保護 vs 利用性(可用性 Availability)

- 診療情報は守るために収集されるわけではない。
- 権限管理は必要以上に厳しくすると、利用性を損なう。(患者の利益を損なう)
- 利用者識別 + 操作記録 + 監査

スライド29

情報利用者の識別と確認について

そのために必要なのは、だれが今コンピュータの前にいるかという利用者の識別です。今でもIDとパスワードを使われているところが非常に多いと思います。はっきり言って時代遅れでして、パスワードだけで診療情報の安全管理ができるというのは、絶対できないとは言いませんが、かなり難しいと考えたほうがいいと思います（スライド30）。

そこで、最近はバイオメトリックスというのが

利用者の識別と 認証 Authentication

パスワード
ICカード
(ゼロ知識証明)
生体計測認証
(指紋、掌紋、声紋、網膜、虹彩)

パスワードは時代遅れ。

8文字以上で英数字、記号の組み合わせで
2~3カ月に1度変更し記憶する。

(不可能?)



Interfaculty Initiative in Information Studies, The University of Tokyo

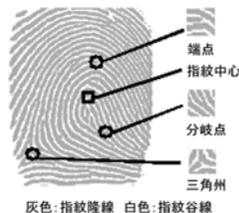
スライド30

話題になっています(スライド31)。NHKのニュースでも特集されたりしていますが、指紋、虹彩、声、掌紋とか、大手の銀行(東京三菱)がATMで手の平の皮膚の静脈のパターンを検出する装置を使うというようなことが今話題になっております。このバイオメトリックスがすごく良いといわれていますが、実はけっこう欠点があります。あくまでもこのシステムは立体的なもので、何らかの方法で検出をして、コンピュータが情報として扱えるようにするためにどこかで近似化をするとか、アバウトな値を取ります。そうすると本人なのに拒否されたり、逆に他人なのに許してしまうということが必ず一定の割合で起こります(スライド32)。

本人を拒否することは非常に診療現場では問題になります。例えば目の前で患者さんが急変しているのに、入ろうと思っても入れない、診療情報システムが見えないでは許されません。かといって本人拒否率をうんと下げますと、他人を認識してしまう。これもやはり許されないとするとジレンマがあります。ですから今、バイオメトリックスだけで認証をするのも難しいです。

よく使われるのは所持情報、スマートカードやICカード、USBトークンとかいろいろあります(スライド33)。今、このカードの内部にはコンピュータとメモリも入っていて演算もできるということで、これを壊そうとするともう絶対使えなくなりますから、かなり高性能な識別子ではあり

Biometrics



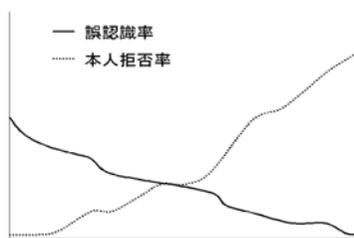
灰色:指紋隆線 白色:指紋谷線

図-3 指紋特徴点
Fig.3-Fingerprint minutiae.

スライド31

Biometrics

図1



スライド32

所持識別子 Smart Card …… ICカード



- カード自体の安全性は高い
- 比較的安価
- 非接触型では忘れる可能性も低く、劣化も少ない
- 本人との結びつけが課題
 - パスワード
 - 指紋認証

スライド33

ます。つまりカード自体が世界で唯一のカードであることを証明するのは難しくない、しかも500円くらいで買えますから安価です。

問題となるのは、このカードを持っている人はだれかということです。そこでまたパスワードと出てきますが、所持物とパスワードを組み合わせ

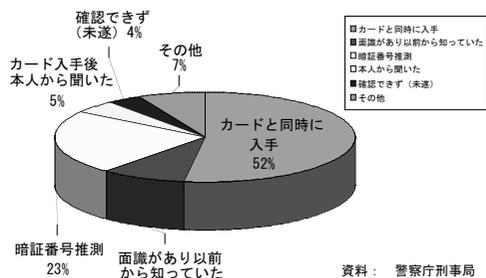
せるとけっこう強いです。例えば銀行のカードはたぶん皆さまお持ちだろうと思いますけれど、あれは4桁の暗証番号です。8桁のパスワードに比べると何100万分の1の時間で解くことができますけれども、カードとセットでないという意味がない番号です。その条件をつけるだけで、あれは1年に3億枚使われていますが、実際に犯罪に使われるのは10万枚に1枚以下です。したがって非常に安全で、4桁の数字でそれですから、5桁の英数字くらいに変えますともう日本中の人に1人1枚ずつ配っても、1年に1人なりすまされる可能性があるかないかというくらいの安全性になると計算上はわれています。現実にはこういう処理情報を使い始めている医療機関が多くあります。

個人情報保護関連法でプライバシーは守られるか

(スライド35)。今まで個人情報保護法の話をしてきて今さらですが、これは実際はノーです。個人情報保護法というのはプライバシーが守られる十分条件ではない、最低条件です。非常に原則的ですし、ご承知のようにマスコミや文筆業の人たちから非常に激しい抵抗を受けて法律は1回出し直しになっており、例外がものすごく多いです。それから包括法ですべての業務に適合する法律というのをつくったがための問題、例えば地図をつくっている業者が困らないようにするルールで医療をやるというのはちょっと無理があります。したがって、例えば5,000件以下しか扱わないところは除外するというように、洗濯屋さんで30件とか40件のお客に対して顧客名簿をつくっていて、それも法律に適応するみたいな大変さになります。そういった用途は構わないということで少数の情報を扱う事業者は除外されているのですが、医療機関で非常に患者さんの少ない診療所は全然別に扱うのかということこれもやはりおかしいことになります。したがって、そういう矛盾がたくさんあります。

それからいちばん問題なのは事業者を対象にしていることです。保健・医療・福祉分野というのは、健康情報は1つの機関にとどまてはいない。

カードの暗証番号の入手方法 (平成11年度)



スライド34

個人情報保護関連法で プライバシーは守られるか？

- 個人情報保護法は個人の権利を守りながら、個人情報を利用するための最低限の制約
- 特に本人関与は最低限に抑えられている。
マスコミや小規模事業者は対象外、地図などの作成も配慮している。
- 事業者が対象。しかし健康情報は1事業者にとどまらない。
- 罰則規定が弱い。1回目は改善勧告
- 同意原則は医療でワイルドカードにはなりえない。
- 了解も意思表示もできない「本人」の対処は？
- 複数の個人に関連する個人情報の対処は？
- JIS Q 15001はひとつの指針となりうるか？

スライド35

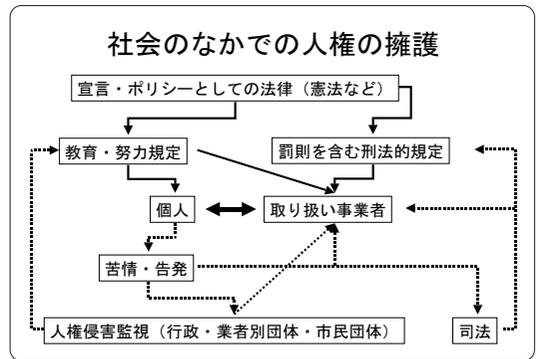
例えば診療報酬請求をするためには支払基金に行きますし、それから保険者に行くと削り屋さんのところに行ってそれが見られて帰ってくる。医療機関でもそのレセプトが問題ないかどうかをレセプトのチェック屋さんに回すこともあります。それから検査会社に外注する。それから放射線の検査を依頼するということがあって、1つの業者のなかでとどまっている情報というのは最近では非常に少ないと考えてもいいと思います。

事業者が単位の法律ですから、すべてがその最初に収集する医療機関に責任がかかってくる。ほかのところは監督を受ける。監督する義務があるのは直接集まって情報を収集する医療機関ですから、非常に苦勞するということになって、どうも罰則規定が弱いです。1回目は改善勧告、1回問題を起こしてもやめなさいと言うだけです。繰り返

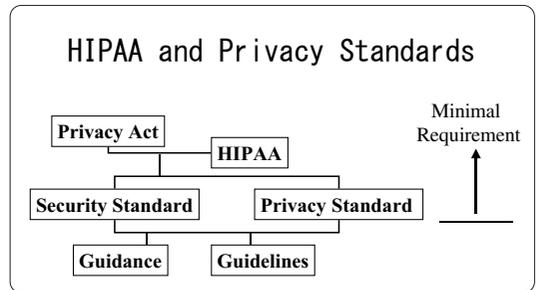
返すと罰則が適応されますが、しかし、診療情報の場合は1回おかしくなっても、その人に対する損害は回復できません。したがって1回目が改善勧告という法律は本当に守れるのか。

同意すれば何でもいいというルールは自己情報のコントロール権ですが、自己の情報をどう使おうと本人がOKすればいいという考えがあります。しかし、医療現場でインフォームド・コンセントとかいつもやっている現場で言うと、本当に患者さんは対等の立場で同意しているのかといつも問題になります。情報格差がかなりあって、説明をして内容が理解できて同意しているのではなくて、一所懸命説明してくれるからOKだというような話がけっこうあると思います。治療の場合はある程度はしかたがないと思いますけれども、例えばこの情報をお薬の開発に使います、というように利用目的を説明するときに、本当に同意だけでいいのか、という問題はあります。それから意識障害がある子どもがいる場合、そういった了解も意思表示もできない本人に対してどうするのか。亡くなった人の情報というのも医療の場合は非常に問題になります。個人情報保護法は生きている人しか対象にしていません。それから遺伝子情報。遺伝子情報というのは極めてプライバシーに機微な情報だとされています。それ以外に、ある特定の人の遺伝子情報というのは、その人の子どもにも関係のある情報ですし、その人の親にも関係のある情報です。たとえその人がOKしても、その関係ある人が困ると言われたらどうするのだという問題があります。

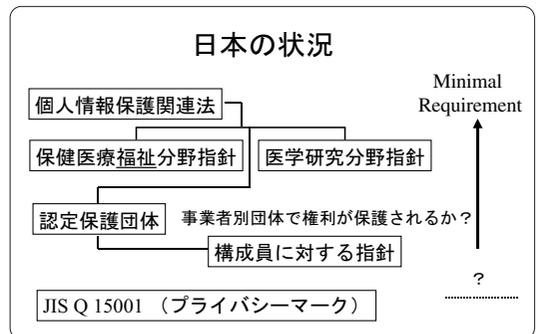
現在の個人情報保護法をそのままただ単に適応するだけでは駄目で、医療でプライバシーを守ることはできない。もう少し積極的な方法が必要だと。スライド36に、こういった社会のなかで人権を守っていくためにどのような仕組みがあるかが大雑把に書かれてあります。スライド37はアメリカの例ですが、HIPAA プライバシースタンダードです。これがアメリカではミニマル・リクワイアメントだとされていますが、日本の法律に比べるとものすごく詳細に書いてあります。



スライド36



スライド37



スライド38

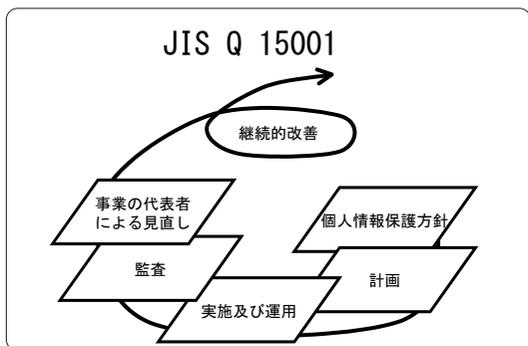
(スライド38) 日本ではこのミニマル・リクワイアメントというのは、本当は認定保護団体や主務大臣がつくる指針です。そこまでを含めてミニマル・リクワイアメントとせざるを得ない。

スライド39にJIS Q 15001プライバシーマークというのがあります。プライバシーマークというのは何かといいますと、これは先ほどのOECDのガイドラインが1980年に出たときに、制度整備をすることが認められました。日本では制度整備として、よくやっている人をほめる制度をつくったわけです。これがプライバシーマーク制度です。

経済産業省が中心になってつくったのですけれども、JIS Q 15001は、プライバシー個人情報保護のためのコンプライアンス・プログラムという、要するに個人情報を守るための自分たちの方針手続きの書類などに対する規定があって、それをつくって個人情報保護を継続的に努力をしていることが明らかなどころに対して、プライバシーマーク

をつけようというものです。

(スライド40) 実は保健・医療・福祉分野向けに、医療情報システム開発センターが付与認定指定機関になっていますけれども、プライバシーマークというのがあり、医療機関向けの、非常に医療の分野に特化した、医療の事情を含めて書かれた指針が作られており、これを読むと診療個人情報保護のやり方がけっこう分かるようになってきます。ただ個人情報保護法に比べるとかなり厳しいです。例えば体制と責任ですが(スライド41)、責任者は院長であるとか管理者、これは当然いろいろな職種の人が兼業してなるわけですが、その場合は独立させなさいとか具体的なことが書いてあります。



スライド39

セキュリティとプライバシー保護の実現

(スライド42) セキュリティとプライバシーというのは、医療の場合は起こってしまっただけでは遅いわけです。医療機関としての信用をなくしてしまいます。それから起こらないかもしれないことに対する安全性。それから事前に説明できる。つまり私たちのやっていることはこうやっているから安全だ、プライバシーが守られるということを説明できないといけません。もしも何か起こった場合、例えばある人の血液型の情報がもれた。何も問題がないかもしれないけれども、血液型が分かることによってものすごい損害を受けるかもしれない。事前にその損害を予測できません。コストを節約しなければならない。それから診療情報というのは先ほども言いましたように、診療のために利用できないというのは許されないということで非常に高度な可用性、利用性が求められています。



スライド40

体制及び責任

- 事業の責任者は通常は院長
- 個人情報保護管理者の指名
プライバシー保護に十分な理解
守秘義務のある職種が望ましい
兼務の場合、本務職種の権限とは独立した権限
- 資源の確保 人員、鍵及び入退室管理、ディスク消去装置、シュレッダー、・・・
- 倫理委員会の設置が望ましい(臓器移植、ヒトゲノムの取り扱いなどで設置された倫理委員会の利用も可)

スライド41

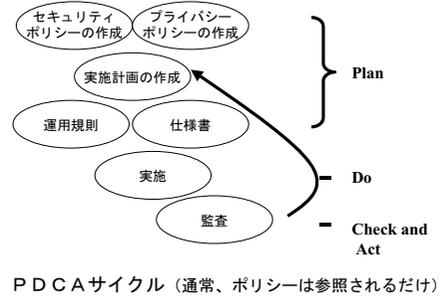
(スライド43) どういう方針でやればいいのか、いろいろな指針などが出ますが、医療機関としてはやはり原則としてきちんと方針をつくり、こういう計画をつくってそれをある程度文章化して必ず監査をすることが必要になります。その基本的なポリシーというのは方針です。我々はこんなふうにして安全を守ります、我々はこんなふうにして

セキュリティとプライバシー保護の実現に関する問題点

- 起こらないかも知れないリスクに対するの安全性が求められる。
- 事前に説明できることが求められる。
- 損害の評価が事前にできない。
- コストを節約しなければならない。
- 高度な利用性（可用性）が求められる。
- プライバシー保護はセキュリティ対策だけではできない。（守秘だけではない）

スライド42

セキュリティとプライバシー保護の実現方法



スライド44

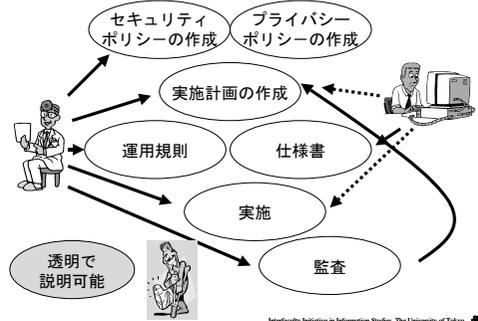
近代的なセキュリティとプライバシー保護の実現方法

- 方針（ポリシー）を作成し、公表する。
- ポリシーを実現するための実施計画を作成
- 実施計画にそってシステム構築と運用
- 評価と監査
- 監査結果の公表
- 問題があった場合は実施計画を再検討

医療機関が主体 社会に対して説明

スライド43

セキュリティとプライバシー保護の実現方法

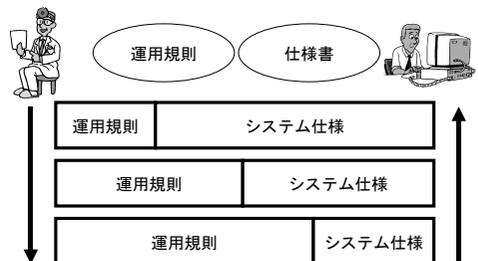


スライド45

プライバシーを守りますという宣言です。こういったものを病院の入り口に貼っておく、ないしはホームページに載せておく。その宣言を実行するための計画をつくって、例えばコンピュータシステムを入れる場合はそれが仕様書になるでしょうし、それに対して利用者はどんな運用規則をつくるのか分解していくわけです。やってみて必ず監査、チェックをし、問題があったらこの実施計画に戻ってこれを修正する。これを繰り返します。これをPDCAサイクルと呼んでいます、非常に重要です（スライド44、45）。こうすることによって透明で説明可能な方法で対策を行うことができます。

（スライド46）運用規則と仕様書ですが、これは情報システムに限って言いますと、情報システムの機能を強化すれば強化するほど運用規則・ルールは楽になります。けれどもお金がどんどんかか

運用とシステム



スライド46

ってしまう。情報システムの仕様を少し抑制して運用で頑張る。つまり自分たちで一所懸命やるようにすると、大変にはなりますけれども経費は安くなるというバランスがあります。ですから自分たちの機関の経済状況、それから安全に対する意識や個人情報保護に対する意識の充実度などを勘

案して、バランスを決めないといけません。決して便覧に任せてはできないということになります。

少し駆け足になりましたけれども、お話は以上です。もし何かご質問がございましたら、1つ2つ受けたいと思います。

質問 個人を識別可能な情報の収集ということで対象になっていますが、例えば学会の症例報告などは名前も全く出ず、年齢くらいしか出ないわけですね。そういった利用は、収集する際に利用することを前提として聞いておくべきですか。

山本 個人が識別できる場合はそうですね。学会報告で個人が識別できないといわれるのは大部分そうだと思いますが、例えば目だけ隠して写真

が載るという場合、識別できないとは言えませんので、やはりそういう状況においてきちんと説明することが必要だろうと思います。

例えば5例の症例を集めて、そのデータだけが出ているような状態だとそれは記載のなかにどこそこ出身のなんとかと書いていなければ問題にはなりません。ただ、医学の場合はけっこう詳しい記載が必要なきには、我々はあまり意識しないのにほかの人が読むとあの人だと分かってしまう可能性があります。そこは最初にお話ししましたように、1歩引き下がって、これは本当に個人が識別できないか、チェックする必要があると思います。識別できない状態であれば問題ありません。

トピック

県立病院における経営健全化とBSC活動の展開

三重県病院事業庁 総括室長

山本 浩和

はじめに

三重県病院事業庁の山本です。本日は「県立病院における経営健全化とBSC活動の展開」ということで三重県立病院での取り組みについてお話をさせていただく機会をいただいたことに感謝申し上げます。

1990年代にアメリカで提案されたバランス・スコアカード、いわゆるBSCが2000年前後に日本に紹介され、多くの企業が導入しています。

医療界においてもますます厳しくなる医療環境のもとで経営改善や業績評価を行うため、BSCの導入を検討している病院が多く見受けられるようになりました。また、日本医療バランス・スコアカード研究学会ができるなど、非常に注目を浴びています。

三重県では2001年に全国に先駆けて県立病院の経営改善にBSCを導入し、一定の成果を上げました。本日は私どもがBSCを導入するに至った背景や導入後の成果、さらにいろいろな課題についてお話を申し上げ、皆さま方が今後BSCを導入する際の参考にしていただければと思っています。

本日の出席者の方々の名簿を見させていただきましたところ、自治体病院の方がけっこういらっしゃいます。私ども三重県も自治体病院ですが、平成14年度の自治体病院の決算では、自治体病院の約65%が赤字という非常に厳しい状況が続いております。私ども県立病院も、5年前までは毎年10億円を越す大赤字を出していた病院です。そういったなかで、病院がなくなるというピンチを

チャンスに変え、一所懸命やってきたわけですが、その取り組みを支えたのがBSCというツールであると思っています。是非とも参考にさせていただければと思います。

では、少し私どもの組織のご案内を申し上げますと、病院事業庁には病院事業庁長という管理者がいます。私の上司になります。私どもは4つの病院を経営しておりまして、1つは「総合医療センター」という446床を持つ大きな急性期病院です。それから「こころの医療センター」という精神の単科病院。「一志病院」という小さな田舎の病院。こちらは「志摩病院」、あの真珠で有名な伊勢志摩です。この4つの病院を経営しております。私は、この4つの病院の事務の統括責任者ということで、管理者をサポートする立場にあります。とともに県立病院経営室という、たった15名のスタッフですが、いわゆる本部機能を備えた部署の責任者もしています。

平成15年度の状況を申し上げますと、病床数が約1,300床、職員数が約1,000名、事業収益が約190億円、経常利益が3億8,200万円です。これを見ますと、健全化は必要ないのではという話になりますが、実はとんでもない話で、先ほども申し上げましたように5年前までは10億を越す大赤字を出していたということです。私どもは平成10年度から13年度まで、赤字経営から脱却するために第1次経営健全化計画を作成し、さまざまな取り組みを行ってきました。

次に第2次経営健全化計画を策定しました。これは2カ年の計画ですが新たなマネジメントシステムとして、初めてバランス・スコアカードを提

案しました。

さらに平成16年度から3カ年の中期経営計画を作成し、現在取り組んでいます。10年の年月をかけた経営改革だと思っております。

1. 赤字経営からの脱却

それでは、まず赤字経営からの脱却ということで経営健全化のお話をさせていただきます。図1が平成元年度から平成9年度までの収支状況です。

本来ですと、上にある線が収入ですと非常に良いのですが、残念ながら費用で、下のほうが収入です。費用のほうがたくさんかかっておりますので、毎年赤字ということです。平成7年度は14億の赤字、平成8年度も10億の赤字、平成9年度も13億の赤字という経営状況でした。

そうしたなかで、県議会のほうからは「こういった赤字を出す病院などいらない」という声が出てまいりました。そのときに私どもは、「4年間待ってください、4年間で一所懸命に病院の健全化を果たし、4病院トータルで何とか黒字にします」ということを県議会に約束して取り組んだということです。逆に言うならば、もし4年間経って黒字に転化しなければ、県立病院がなくなるというような状況にあったわけです。自治体病院の方はご存じだと思いますけれども、福岡の県立病院がまさに今そういう状況になっていると聞いております。東京都や大阪府などの自治体病院でも病院をとりまく環境は非常に厳しいものがあると聞いております。6年前はこうした状況でした。

そのなかで、まず3つの健全化に取り組みました。1つ目は収支の健全化、赤字経営からの脱却です。2つ目は機能の健全化、病院の機能のあり方、役割をもう一度見直そうというこ

とです。そして3つ目は自立の健全化、職員の意識改革をしましょう、ということです。

県立病院では収支、機能、自立の3つの健全化に徹底的に取り組んできましたので、私どもの職員に「三重県立病院の健全化とは何ですか」と聞いていただくと、全員が、収支の健全化、機能の健全化、自立の健全化、と合い言葉のように言うようになりました。

しかし、「では収支の健全化とは、機能の健全化とはどういったことなのか」と尋ねると、具体的な答えは返ってきません。まだまだ取り組みが弱い状況です。とにかくいろいろなことをやりましたが、すべて説明するには時間がありませんので、少しだけお話をさせていただきます。

まず1つ目は数値目標をきちんと掲げたということです。約250項目におよぶ推進プランというものをつくりました。これまでの病院経営では特に目標管理というものはいっさい行っておりませんでしたので、初めて目標を設定したということです。

それから2つ目は、目標管理システムの構築です。PDSというサイクルを回そうとしたということです。これまでの病院経営は、待っていればお客さんに来ていただけるという状況でしたので、

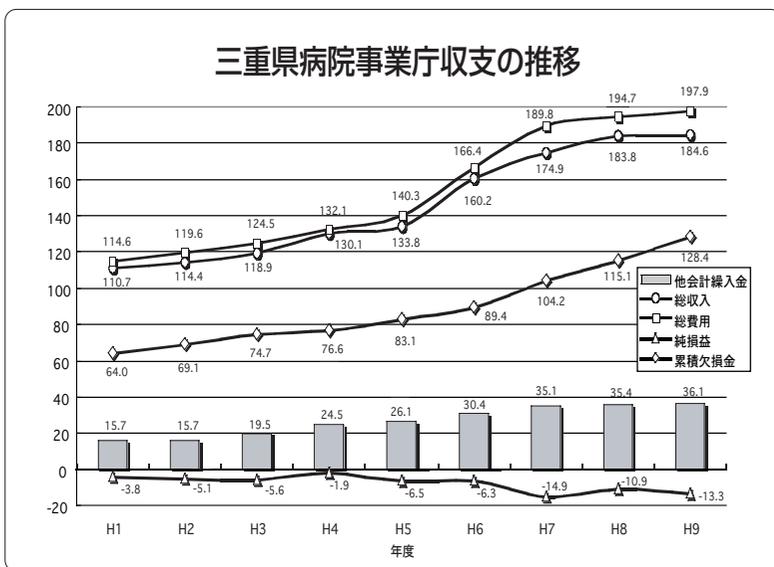


図1

病院にとってのマネジメント、いわゆる経営ということとは皆無でした。しかし、厳しい環境のなかで患者さまから選ばれる病院になるためには、やはり戦略的なマネジメントが必要であるということで初めてPDSのサイクルをつくりました。

3つ目は地方公営企業法の全部適用です。自治体病院の方はご存じかと思うのですが、病院経営の責任者として庁長という管理者を置き、管理者の権限と責任を明らかにして病院経営を行うこととしました。経営が上手くいけばいいのですが、もし赤字に転落するようなことがあれば、管理者として責任をとるという仕組みです。

それから4つ目は労働組合の経営参画です。従来、使用者側と組合側が対峙したままで病院経営を行ってきたわけですが、組合側もすべて反対ということで病院が潰れてしまえば病院そのものがなくなる、自分たちの働く場所がなくなるという危機感から経営参画するようになりました。双方が当事者能力を持って病院経営を行うようになったということです。

私どもは年に数回、労使協働会議というものを開きまして、今年度の経営方針はこう、今の経営状態はこうだ、ということを経営の方々と協議しています。まさに労働組合に経営参画をしてもらっているということです。

それから5つ目は病院機能の見直しです。

こうした取り組みを行った結果、平成10年度には10億円の赤字、平成11年度には16億円の赤字まで増えていますが、平成13年度には4病院トータルで6,600万円の黒字に転換しました(図2)。

下の線が収入で、上が費用です。まず収入が落ちていますが、病床規模の適正化を行った結果です。ある病院では、500床だったものを400床に病床を落としたものですから当然収入は減ってい

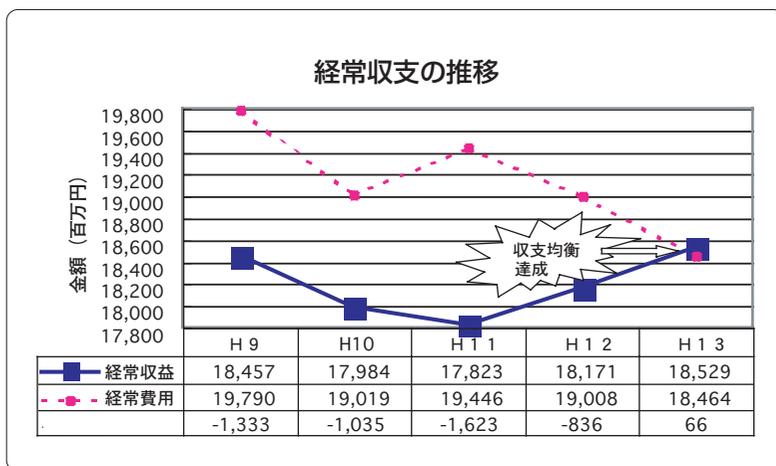


図 2

ます。しかし、ここから収入は上向いています。これは患者さんが増え稼働率が増えた、単価が上がったということです。病院関係の方は単価が上がる理由は十分お分かりだと思いますが誤解のないように申しあげておきますと、決して薬漬け、検査漬けではありません。いわゆる急性期加算が取れるようになったためです。病院では在院日数が短くなると単価が上がるといわれています。ですから病院では今まで20日くらいかかっていた入院患者さんに15日で退院していただけるよう努力しました。そのため治療技術、あるいは医療機能を高めたということです。

こうしたことをしながら患者さんにたくさん来ていただき、さらに単価が上がることによって収入が上がってきました。それから費用のほうも下がっています。病床数を適正化しましたので人件費が下がり、さらにアウトソーシングを行ったことで費用が削減され、結果として6,600万の黒字を出したということです。

2. BSC導入の背景

第1次計画が終わった段階で職員に話を聞くと、目標である収支均衡を何とか達成したものの「何が欠けている。やらされ感が残った」ということでした。特に何か押しつけられたとか、こんなに一所懸命頑張ったのに評価してくれない、といった職員の声が多く出てきました。

それを私なりに整理しましたところ、1つは幹部と職員間のコミュニケーション不足。要はうちの病院長の考えていることが分からないとか、看護ならうちの看護部長の考えていることが分からないとか、スタッフにしてみればうちの師長の考えが分からない、そんな声が出てきたということです。

2つ目はビジョン、戦略の共有不足です。うちの病院はどういう戦略なのか、ビジョン、将来の姿がどんなのか分からないということでした。職員1人ひとりに情報が十分に伝わっていませんでした。

さらに3つ目はきちんとした目標管理がなされていないということです。先ほど250項目の目標管理を行ってきたと申しあげましたが、実際にその目標がきちんと毎年、毎月管理されていたかどうかということです。実は目標管理が行われていなかったことが分かったということです。

それから4つ目は多面的な業績評価不足です。私どもは第1次計画では赤字か黒字かということで収支の改善に必死に取り組みました。ですから収益に関係するセクションは、これだけ収益が上がったとか、コメディカルでもこれだけ検査の件数が上がったといった成果が出てくるわけですが、例えば看護や事務から見れば、収支だけで成果を判断するのはいかがかということです。直接収益に関わらないところからは、私たちは一所懸命頑張っているのにいっただれが評価してくれるのか、といった評価不足、多面的な業績評価不足というものが出てきました。

こういった課題を解決するために導入したのがバランス・スコアカードということです。

3. BSC導入の戦略的シナリオ

このあとは、バランス・スコアカード導入の戦略的シナリオと成果について申しあげたいと思います。

第1次経営健全化計画は、平成10年度から13年度の4カ年でした。第2次経営健全化計画は14年、15年の2カ年だけです。たった2カ年だけです。

これは第1次計画で一定の成果を上げたものの、やはりいろいろな課題が残ったということです。先ほど申しあげたように職員のほうからもいろんな声が出てきたということ、病院の機能が本当に今の時代にあったものなのかということで、再度病院機能を見直そうじゃないかということになり、14年、15年の2カ年だけの計画としました。そこで各病院の計画と戦略を明確化しましょうということと、新たなマネジメントシステムを構築しましょうということになったわけです。

具体的には、第1次経営健全化計画の定着です。第1次計画というのは、いわゆる収支構造を変えた、赤字体質から黒字の体質に変えたということです。当然14、15年についてもきちんとした利益を確保しましょうということです。それから病院機能評価、これは病院関係の方はご存じだと思いますけれども、いわゆる病院界における丸適マークといえるものです。こういった病院機能評価もきちんと受けながら根拠に基づく安全な医療を提供しようということです。現時点では4病院が受けて、1つはすでに合格通知はいただいておりますが、残り3つについては今年の3月に受けたものですからまだ最終的なものはいただいております。ひょっとしますと少し留保付きかなという気もしておりますけれども、いずれにしても今年度中には何とか4病院とも機能評価に合格したいと思っております。

それから医療制度改革などの環境変化を先取りした県立病院の役割、機能の見直しです。平成14年度は病院の機能分化の問題や診療報酬の改定等々、大きな医療制度改革がありました。ですので、こういったものを見据えたうえで、新たな病院の戦略をつくり直そうということです。

さらに、全職員参画型の病院経営とコミュニケーションの改善です。変化に対応できる新たなマネジメントシステムの構築。まさにこれがバランス・スコアカードの導入ということでした。こういった取り組みを行った結果、病院事業庁4病院トータルの収支で、平成11年度には16億の赤字、平成12年度には8億の赤字、13年度に6,600万の

黒字、14年度に1億9,500万の黒字、平成15年度に3億8,200万の黒字と収支は改善してきております。平成13年度に4病院トータルで黒字になったわけですが、平成14、15年度には各病院がそれぞれ黒字を計上しました。また、16年度からの中期経営計画も一定の黒字経営ができるような計画を作成しました。

ただ、今年度のことを申しあげますと非常に厳しい状況にあります。皆さん方の病院も多分そうだろうと思いますが、個人負担が2割から3割負担になったことにより、患者さまがかなり減っております。そういった意味で私どもは今年度がまた2度目の危機かと思っております。

今お話を申しあげましたことを、表にまとめました(図3)。

平成10年度から13年度までの第1次健全化計画です。250項目の推進プランを作成しました。次に地方公営企業法の全部適用を受け、管理者を置いて責任と権限を明らかにしました。そして平成13年度に4病院トータルで黒字になりました。し

かしながら、黒字を達成したけれども何か欠けている、やらされ感が残ったということです。ちょうどこの時期、平成13年の夏頃にバランス・スコアカードを提案させていただきました。

よく「山本さんはバランス・スコアカードをいつ、どこで勉強したのですか」という質問をいただきますが、実は病院事業庁へ来るまで私自身はバランス・スコアカードを全く知りませんでした。平成13年度に病院事業庁の県立病院課長、その後総括マネージャーとか総括室長という役職名に変わっておりますが、課長として赴任しました。第1次健全化計画の最終年度に、黒字を達成しなければ病院がなくなるという非常に大変な時期に病院事業庁に来たわけです。平成13年度の4、5、6月の経営は非常に厳しく、このまま行くと5億くらいの赤字が出そうな見通しでした。その時に、職員に「とにかく危機だ。このままでは病院がなくなるから頑張ろう」と危機宣言して頑張っていたわけですが、当時感じていたのは、今のシステムでは継続することは難しい、仮にい

県立病院の健全化とBSC導入の経緯

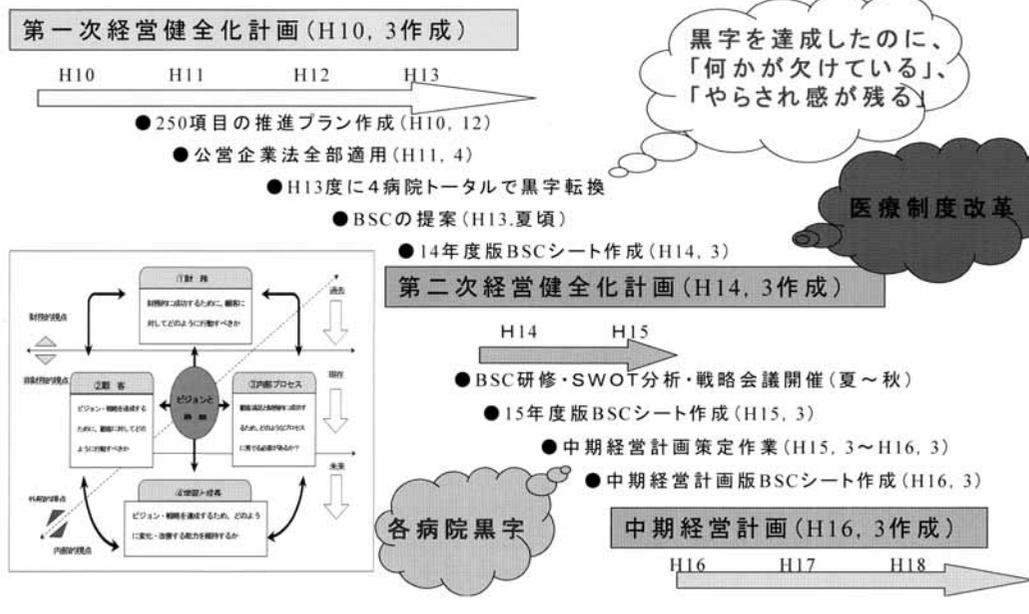


図3

ったん馬力で黒字を達成しても職員が疲弊してしまつて長続きはしないと感じていました。そこで、それに変わるべきマネジメントシステムは何かなのか、と考えていたわけです。

そのときに出会ったのが『地方財務』という本でした。地方公共団体の方はご存じだと思います。地方行政とか地方財務とか、官公庁向けの本がいろいろあります。その本に、野村総研の名取さんという方が『バランス・スコアカードとITソリューション』というシリーズを連載されていました。その本を読ませていただき、その瞬間にこれだと思ったわけです。多面的な評価だとか、全員が経営に参画するような仕組みを持っている、そういったものがまさにBSCだと直感しました。

その本を読んで、多分その週のうちだったと思うのですが、名取さんが野村総研の大阪事務所にみえるということを知りましたので、彼のところに電話して、三重県でこうこうこうだと、BSCを導入したいから教えてくれということで、すぐ大阪事務所へお邪魔をして名取さんにお話を聞きました。それと同時にいろいろな本を読み、大学の先生の研究室などへもお邪魔をしていろいろお話を聞き、自己流で覚えてきたということです。

私ども三重県はコンサルティングの支援は受けておりません。いわゆる自前でやってきたということです。そういった意味で、少し自己流のところがあるかもしれませんが、それが結果的に良かったと思っています。ただ、後ほども申しあげますけれどもコンサルティングの支援は受けております。BSCのノウハウではなくて、いろいろな会議を進めていく、マネジメントを進めていくうえで、支援を受けました。病院にはマネジメントの概念がありませんでしたので、それを上手くファシリテーターとしてリードしていただく役をコンサルティングの方にお願ひしました。

少し脱線しましたがけれども、こういったかたちで夏頃にBSCを提案したということです。そして第2次健全化計画の実践です。14年度に初めてBSC研修、SWOT分析、戦略会議など本格的な

BSC導入のための準備を行い、14年度、15年度ともに各病院が黒字になったということです。BSCを13年度に提案し、14年度、15年度とトレーニングを重ね、16年度から本格的にスタートしている。そんな状況になっています。

4. 医療機関とBSC

なぜBSCが注目を浴びているのか、と医療機関の方からよく質問をいただきます。

私自身この3、4年間BSCをやってきて、多分この3つに集約されるんじゃないかと思っています。

1つは医療制度改革と戦略的病院経営ということです。特に平成14年度には大きな医療制度改革がありました。医療費が非常に増えるなかで、15年度には30兆円という莫大な医療費がかかっていますし、2025年には、60兆円から70兆円などという話を聞きます。そうしたなか、病院自体も機能分化していく必要があるということで、厚生労働省はいろいろな試案を出しています。全国の120万ベッドのうち、一般が約90万ベッド、療養が約30万ベッドといわれていますが、このうち一般ベッドを半分にしよつという話も出てきています。ということは、今90万ベッドある急性期病院、一般病院が40万から60万になる。うまく療養型に移行すればいいのですが、移行しなければ半分の病院がいらぬということです。

なぜいらぬのか。これは非常に簡単なことで、平均在院日数の関係です。特に日本は30日近い平均在院日数だといわれています。今は診療報酬上の急性期加算が、皆さんご存じのように14日間取れます。急性期加算をもらうには紹介率30%以上、在院日数17日未満等という、大きなハードルがありますが、そういった基準を使いながら急性期加算が取れない病院は一般病院ではないよ、そういった病院は療養型に移行するか、もしくは潰れるかもしれないということです。このような医療制度改革に対処するためには、従来はマネジメントという概念がなかつた病院にも戦略的経営が必要になってきたということです。その戦略的経

営を可能にするのがこのバランス・スコアカードだといわれていますので、そういった面でのいろいろと注目を集めているのかなと思っています。

診療報酬も、平成14年度に2.7%のマイナス改定がありました。私どもは約3.5%のダウン、収入が約6億円減収となりました。また、平成16年度は1%マイナスとか、いろいろな試算はありますけれども診療報酬はどんどんマイナス改定になっています。

また保険者の再編・統合の動きです。市町村単独ではなかなか保険会計が維持できないということで、県単位で統一する話が出てきております。そうなりますと、ますます厳しくなる医療環境のなかで、病院経営がこれからまさにサバイバル、生き残りをかけた時代がやってくるということだろうと思います。病院にはマネジメント、いわゆる戦略的病院経営というのはなかったわけですが、それを考えたときにBSCが非常に注目を浴びているということだと思います。

それから2つ目はガバナンスの問題です。統治とか共治とかいろいろな言い方がされていますが、従来、病院というのはある著名な院長、もしくは著名な理事長先生が見えれば、その先生の下でいろいろやってこられたということですが、これから戦略的な経営を行おうとしたときには病院長1人の努力だけでは限界があります。病院長の考えを事務長、看護部長、診療部長などのそれぞれ職員1人ひとりがきちんと分かり合う、そして1人ひとりが病院の経営に参画していくような仕組みをつくっていかない限り、生き残れないということです。

従来、カリスマ的な病院長のトップダウンで行われてきた病院経営が、競争力が強化され、経営を効率化していくなかでは、病院長に戦略マネージャーとして、また経営マネージャーとしての役割が求められる時代になりつつあるということです。しかし、病院長といえどもあれもこれも1人でできるわけがないと思っています。したがって、こういった部分を全職員が担っていく必要があるということです。科学的な経営手法を備えた病院

長のリーダーシップのもとに、医療スタッフ1人ひとりが主役として取り組む必要があるということだろうと思います。

それから3つ目は病院のマニフェストです。これからは選ばれる病院でない生き残れないといわれています。では選ばれるためにはどうするかということです。まさに自らの病院のあり方、うちの病院はこういう方向を目指す、ということを明らかに宣言する必要があるわけです。宣言するツールがBSCだと私は思っています。

これは私どもの志摩病院という、一般250、精神100を持った350床の病院長戦略マップです。真珠のふるさと、英虞湾^{あごわん}という日本で始めて真珠を養殖したところにある病院です。この病院は顧客の視点のなかで365日、24時間救急をやり、年中無休ですからいつでも来てくださいということを宣言しています。

さらに僻地医療を支援します、ということもいっています。例えば僻地の病院の先生方が学会もしくは旅行に行くにしても、なかなか病院を閉めることができません。こんなとき私どもの志摩病院におっしゃっていただければ、私どものほうから代診医を出しますので、その間に先生方は学会や旅行にも行ってくださいと支援させていただくわけです。

それから災害医療です。特に最近、東海地震、東南海、南海地震がいつ来るかも分からないといわれています。地震が来ると津波でかなり道路が寸断されるだろうといわれていますけれども、そういったときに、私どもの志摩病院は災害支援病院としての役割を担うということを宣言しているわけです。

そのために私どもは学習と成長の視点でこんなことをやります。内部プロセスではこんなことをやります。でも収益的にはこれだけ確保させていただきます、ということをマニフェストの形で明らかに宣言をしているわけです。このようなBSCシートを公表することで患者さんに選んでいただくと考えています。

5. 県立病院におけるBSC導入

次は、実際に、病院事業庁におけるBSCの導入はどうかということです。第1次健全化計画では、機能、自立、収支の健全化という3つの健全化を行ってきました。職員全員が収支、自立、機能の健全化を合い言葉にさまざまな取り組みを行ってきましたが、なかなか3つの健全化の関連性が分かってもらえませんでした。そこで、顧客、財務、内部プロセス、学習と成長というBSCの4つの視点で病院運営を評価し、階層別に、対話を基本としてシートを作成し、マネジメントしようとBSCを導入することとしました。階層別というのは病院長、事務長、看護部長、診療部長という部門長のクラス、それからセクションの長、病棟ですと各師長クラスです。それに各診療科の先生方といった階層別に、1人ひとりが1枚のBSCシートを持っています。

県立病院には約1,000名の職員がおりますが、そのうちいわゆるマネージャー以上といわれている者が約150名おります。病院長、副院長、事務長、看護部長、それから病棟の各師長、診療科長の先生方、それから検査などのコメディカル部門の各リーダーとか。そういった職員が約150名おり、全員1枚ずつBSCシートを持っています。

そのシートを対話を基本にしながら作り、それでマネジメントしようということです。何枚ものシートを作成するということは大変ですので、たった1枚のシートでそれぞれのマネージャーが自分の思いはこう、そのために今年はこのことをやっていくと宣言して、きちんとスタッフの間で考え方を共有しながら進めているということです。

従来 of 病院経営は、赤字か黒字かという収支の評価だけでしたが、BSCは多面的に評価するという特徴があります。いわゆる非財務の視点では、例えば治療成績がどうだとか、患者さんの接し方がどうだとかいう視点も評価します。また、ビジョンや戦略もシートのなかに示します。病院の大きなビジョンや目標、あるいは自分たちのセクションは何を目指すのかということを確認にします。

うちの病院は何に特化をしようとしているのか。例えばがんの専門病院を目指しているとするれば、自分たちは何をすべきかということです。看護部などのようにホスピスをやっていくのか、という部分をビジョンから戦略、戦略から具体的な目標へブレイクダウンしていくということです。

それから部門間、階層間のコミュニケーションのツールです。皆さんご存じのように、病院はチーム医療だといわれていますが、なかなかそのチーム医療が難しい。私も県立病院も、非常にお恥ずかしいのですが、事務屋は事務屋、看護は看護、コメディカルはコメディカルと非常に縦割りが強い部分がありましたが、BSCシートの作成を通じて、それぞれの部門が横の連携を取り、コミュニケーションを図りながら作業が行われるようになりました。そうすることによって全職員が経営に参画できる体制をつくろうという考え方です。これを概念図にしたのが図4のピラミッド図です。

病院事業庁には、管理者のミッション、ビジョン、戦略を明らかにした管理者のBSCシートがあります。

管理者のシートを受けて病院長がシートを作っています。

病院長シートを作るときには、病院内の各部門長、例えば事務長、看護部長、診療部長、検査部長などが集まって、病院長を中心にしながら自分たちの病院をどんな病院にしようという議論をします。そこで病院長がこんなふうにしたいと考えたときに、では事務はこんなことをやる、看護はこんなことをやる、診療部はこうやって頑張るという約束をするわけです。

しかし、この約束をするとき、すなわち幹部が集まってBSCシートを作るときに、「そんなこと言ったってこれは事務の仕事だろう」とか、「これは看護の仕事だろう」とそれぞれ部門の縦割りの弊害が出てくるわけですが、それを調整していくのが大切な作業です。

1つの例ですが、採血業務をだれが行うかという議論がありました。患者さんが入院されますと

検査をします。採血はだれがしますか。ほとんどの病院は看護師が採血されていると思います。しかし私どもは検査技師がやるようにしました。これは、看護は看護としてきちんと患者さんをお世話する責任があるわけですが、検査は検査として、看護師が採決した血液でなく、自ら患者さんのところに行って採血させていただいて、自ら検査をして、その結果をきちんとフィードバックしましょう、ということが実はここで決まったのです。

こういった対話をしながら役割分担を決めていくことが大切なことです。これができるのがこのBSCシートを作りあげていく過程なのです。そのシートのなかで病院長がうちの病院はこんな方向でいくよとしたときに、看護部の役割はこう、診療部はこう、検査部はこうだという役割が明ら

かになってくるというわけです。

例えば看護部長のBSCシートを看護部に下ろす場合、看護部長が各病棟の師長、外来の師長を集めて、うちの病院長の戦略がこうこうなので、看護部は「こういうことをやって貢献したいと思うけど皆はどう」とやるわけです。そこでは全員が議論し「私のところはできない」とか「部長がそうおっしゃるんだったら私どもの病棟はこうします」というやりとりが行われます。病棟の師長は、病棟へ帰って、やはりスタッフを集めて議論するわけです。そのときにスタッフのほうから「とてもできない」という話が出たときにはまた看護部長まで返っていきます。ですからいわゆるトップダウン、ボトムアップというやり方で、こうしたことを何回も何回も繰り返しながら、横

の連携をしながら、全職員が経営に参画する仕組みをつくりあげていくということです。

日本の企業の場合はミドルアップ、ミドルダウンというマネジメントが多いと聞きます。これはどういうことかといいますと、社長はトップダウンをしないということのようです。社長の下の経営企画部門と称する部署があって、いろいろな計画を重役や社長に上げます。「うちの会社は今こうだ、こういうことだろう」ということで重役会に諮り、「専務どうでしょう、社長どうでしょう」とうかがうわけですが、多くの場合はトップが「いいんじゃない、やったら」ということのようにです。結果的にトップ

BSCの階層イメージ

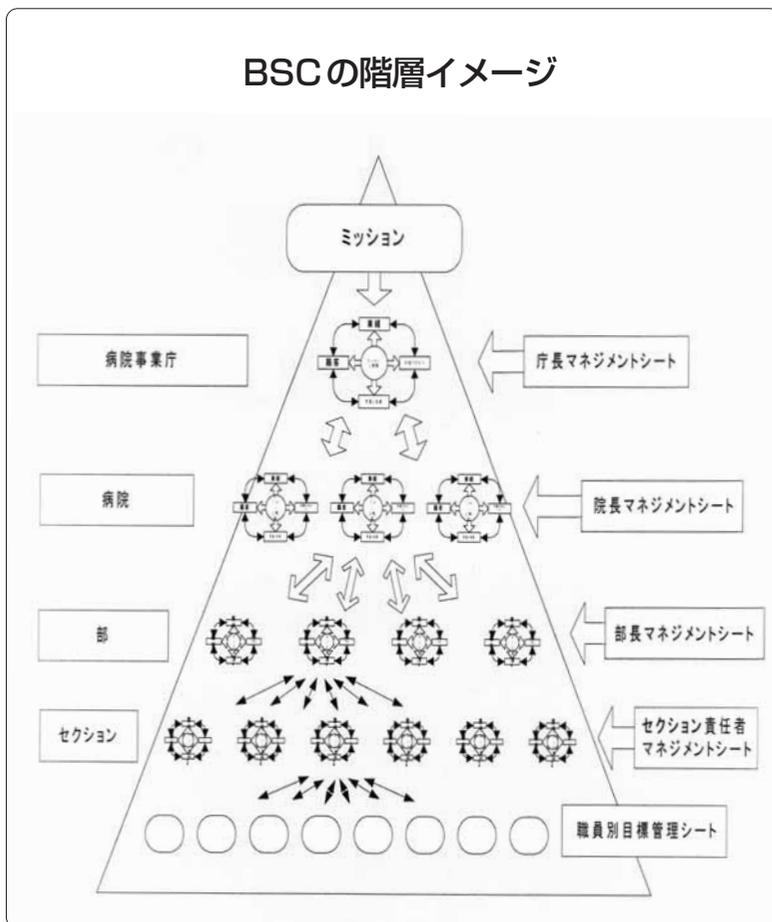


図 4

ダウンではなくミドルダウンになっています。ですから1人ひとりの職員、スタッフからすると、これは社長や重役が考えているのではなく、いわゆるミドルである経営企画部門が考えている話だ、というふうになってしまってなかなかストンと落ちていないのではないのでしょうか。

病院にはミドルアップやミドルダウンするセクションはありません。あえていうならば、事務方がそういった役割を担うかもしれませんが、そういったかたちでやった場合に、病院長としてはなかなか自分自身の思いが伝わらないということになって病院経営が上手くいきません。やはり大事なことは、トップすなわち病院長のリーダーシップです。そしてそのリーダーシップを支える仕組みがあるかどうかということです。その仕組み、ツールになるのがBSCだろうと思っています。

6. BSC導入の戦略的シナリオ

図5が3年間かけたBSC導入の戦略的シナリオです。

まず14年版BSCシートを作りました。平成13年の夏頃にBSCを提案し、14年度のBSCシート

を病院で作っていただきました。この時病院長から「BSCなんて難しいことは分からない」という話が出てきましたので、私どもが何をしたかという、まずひな形を作りました。あとでお見せしますけれども、「病院事業庁長のBSCシートはこうですよ、このシートをひな形に、各病院の特色をいくつか追加していただければバランス・スコアカードはできますよ」と説明し、病院長の了解をとって導入しました。

結果として14年度は2億近い黒字を出した。まさに成功体験です。病院長にやはりバランス・スコアカードを入れて良かった、全員がビジョンや戦略を共有できたという成功体験をしていただいたということです。

それから15年版BSCシートの作成です。初めてSWOT分析、BSC研修を行い、各病院では戦略会議を開催し、本格的な導入に努めました。

病院長には、バランス・スコアカードとはこういうことなんですと何回も話をしました。ところが、なかなか事務方の言うことは信用してもらえませんでした。「山本はそう言うけど本当か」という話がありました。そこで、私は当時BSCの

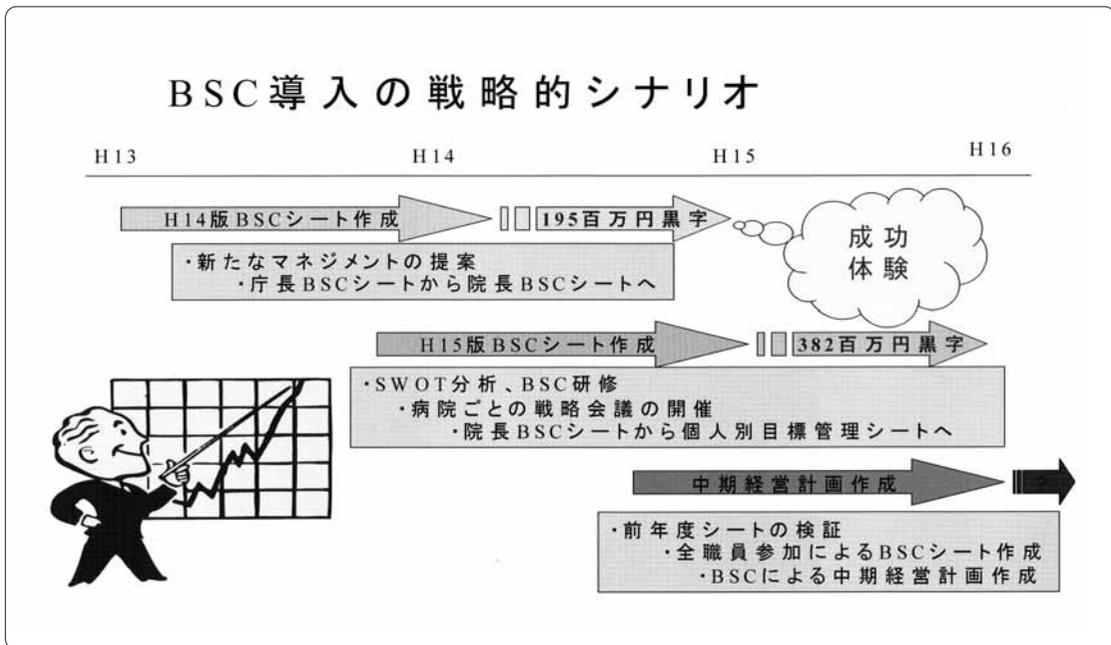


図5

平成14年度版 病院事業庁戦略マップ

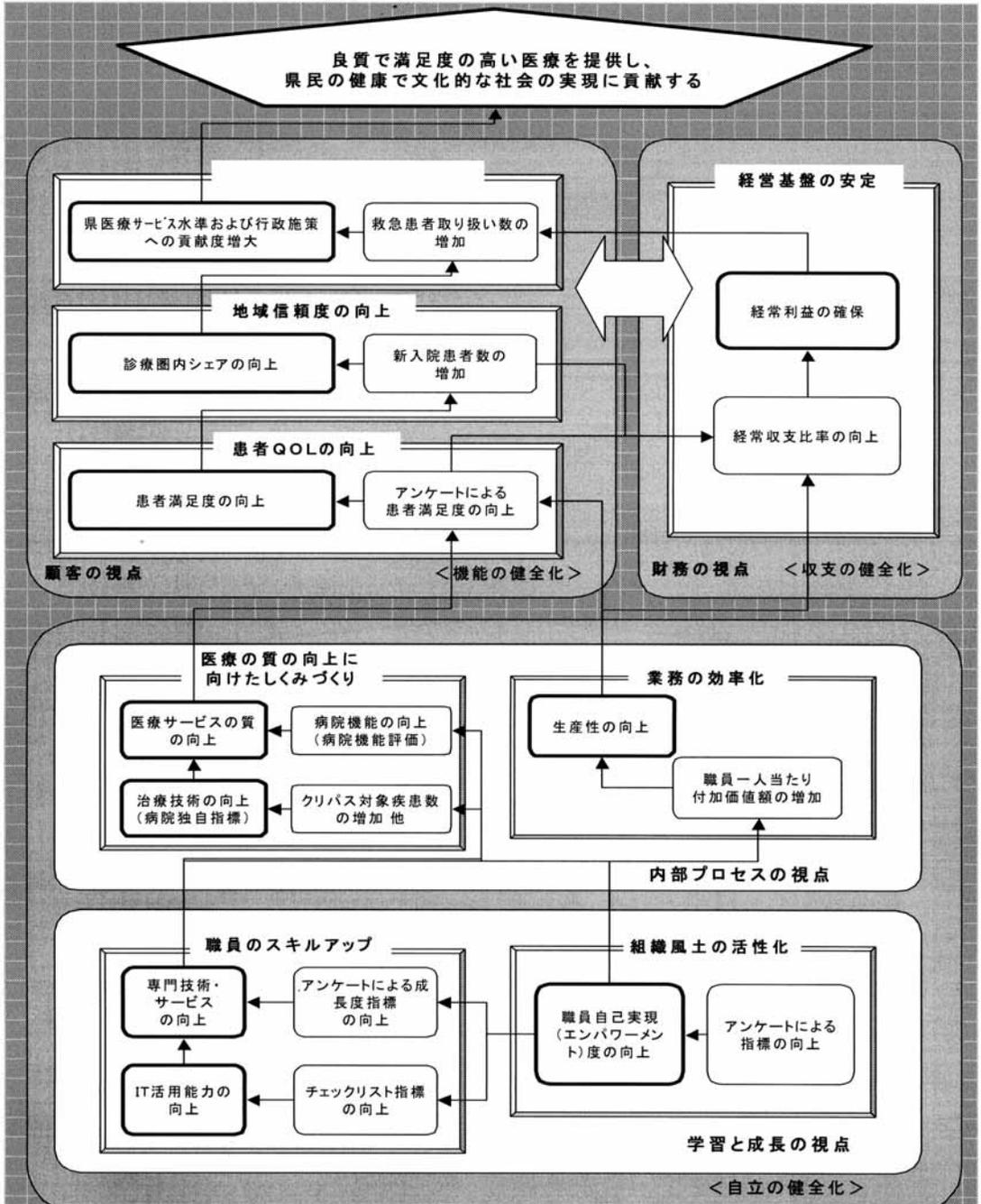


図 6

ホスピタルショー
県立病院における経営健全化とBSC活動の展開

日本の第一人者といわれておりました横浜国立大学の吉川教授の研究室にお邪魔して、厚かましく「先生、私がいろいろBSCについて病院長に説明していますが、なかなか病院長が理解してくれません。一度先生からお話をお願いします」ということで三重県に来ていただきました。最初に私が、各病院長や幹部に「この方が日本のBSCの第一人者です。キャプタン、ノートン両氏から教えを受けた日本の第一人者です」と紹介させていただいたあとで、約1時間BSCの説明をしていただきました。すると病院長が「なるほどBSCがよく分かった。目からうろこが落ちた」と感想を述べられたのです。私が同じことを説明しても信用してもらえなかったのですが、やはりプロフェッサーにはプロフェッサーからです。

医師の方がいらっしゃったら申しわけないのですけれども、医師に私どもがいろいろ説明するよりは、第一人者の方にこれはこうだ、と説明していただいたことが結果的には良かったのかなということでした。

図6が14年度版の病院事業庁全体の戦略マップです。

ここに顧客の視点、財務の視点、内部プロセスの視点、学習と成長の視点という4つの視点を入れていますが、同時に3つの健全化も入れていきます。機能の健全化、収支の健全化、自立の健全化です。BSCは、決して新しいものではないということを説明しました。

戦略マップの作成に当たっては、我々が従来やっていたものを改めて整理をすることでということになる、ということをお聞きいただくよう工夫しました。

これは病院事業庁全体のマップですから非常にラフなマップです。

職員にエンパワーメントすることによって専門的なサービスが向上し、IT能力が高まることによって生産性が向上し、医療サービスが向上する。さらに患者QOLが高まって新入院患者が増加し、県民から理解されて財務的に成功します、という非常にラフなものです。病院事業庁全体はこうい

う非常にラフなマップになっていますが、各セクションまで下りていきますとより具体的なものになっています。今回はお示ししていませんが、こういうマップを作っているということです。

特にここで気をつけたのは財務の視点と顧客の視点を平行に置いたということです。BSCは通常財務の視点がいちばん上位です。民間企業の場合はそれぞれ4つの視点ごとにだれがいちばん利害関係者、いわゆるステイクホルダーなのかということが大切です。企業の場合には、最終的な顧客である株主に対してどれだけ配当を還元するかということですので、財務の視点が最終目標であって、そのステイクホルダーが株主ということです。当然、民間企業の場合は財務の視点が最上位になります。

しかし病院は儲けることが最終目標ではどうかという議論があって、当時は財務の視点と顧客の視点を平行にしました。現在は顧客の視点を上位に置いています。

図7は病院事業庁長、管理者の14年度のシートです。

こちらのほうに3つの健全化、それから4つの視点の関わりを書いています。KPI、いわゆる業績評価指標というものが全部で12項目あります。このうち財務の視点が4つです。私どもは、第1次計画で赤字経営からの脱却にウエイトを置いてやって来たものですから、私自身が作ったとき財務の視点にいちばんウエイトを置いてしまいました。少し反省になりますけれども、そういった状況でした。

図8が総合医療センターの病院長シートです。

後ほど比較していただければ分かりますが、ほとんど同じです。先ほど管理者のKPIは12項目でしたが、これは16項目あります。12項目プラス4独自項目で、セミオープンベッドや紹介率など、少し違ったものを入れてあります。各病院の方には、「病院事業庁長のシートをひな形として示して、こういうかたちで書いてください、このシートにKPI、業績評価指標をそれぞれ病院で独自に追加していただければ幸いです」とお願いした結果、

平成14年度版 病院事業庁BSCシート

作成者 大江 洋 印

病院事業庁	戦略的目標	主な成果	指標	算式	現状値	14年度目標値	基本的な方向
ミッション		県立病院の基本理念と役割を踏まえて、「機能の健全化」「収支の健全化」「自立の健全化」の3つの健全化を具体化する。顧客、経営、財務、内部プロセス、学習と成長の視点から戦略目標を立て、数値目標を定め、これを達成する。第1次経営健全化計画の徹底検証と総括、医療制度改革等への本格的な対応を行うとともに、患者安全管理の徹底、病院機能評価受審、経営基盤の安定化、新たなマネジメントシステムによるPDSサイクルの確立、環境に配慮した病院経営などに取り組む。第2次経営健全化計画を推進する。					
運営方針							
機能の健全化	<p>医療提供の確保</p> <p>医療サービスの向上</p> <p>地域密着性の向上</p> <p>患者QOLの向上</p>	<p>果の医療サービス水準及び行政施策へ貢献度の高い医療提供を充実し、より多くの救急患者に、良質で満足度の高い救急の医療提供を行う。また、県立病院の経営健全化計画の徹底、総括、医療制度改革等への本格的な対応など、第1次経営健全化計画の徹底、病院機能評価受審、経営基盤の安定化、新たなマネジメントシステムによるPDSサイクルの確立、環境に配慮した病院経営などに取り組む。第2次経営健全化計画を推進する。</p>	<p>救急患者取り扱回数(人)</p> <p>救急患者取り扱回数(人)</p> <p>新入院患者数</p> <p>患者満足度(%)</p>	<p>39.22</p> <p>39.32</p> <p>39.33</p> <p>13.04</p> <p>14.36</p> <p>14.63</p>	<p>74.1</p> <p>75.0</p>	<p>患者様の権利と責任に「」に掲げた事項を組織的に推進するとともに、患者アンケートや声の箱等により患者ニーズを組織的に把握し、的確な対応を行う。</p>	
財務の健全化	経営基盤の安定	<p>経営基盤の向上</p> <p>資本効率性の向上</p> <p>医療サービスの向上</p>	<p>経常収支比率</p> <p>総資本回転率</p> <p>医療収支比率</p> <p>経常収益/総収益(%)</p> <p>経常収益/総収益(%)</p> <p>経常収益/総収益(%)</p>	<p>95.6</p> <p>100.5</p> <p>100.6</p> <p>0.35</p> <p>0.40</p> <p>0.41</p>	<p>80.3</p> <p>86.3</p> <p>86.4</p>	<p>18.1</p>	<p>各病院毎の経常利益を確保し、経営基盤を安定化させる。収支の内容面においても、投資効果・医療収益性向上、経常収益増進・非満正化の視点から多面的な評価・分析を行い、より健全な経営基盤の確立を目指す。</p>
内部プロセスの健全化	医療の質の向上	<p>医療サービスの向上</p> <p>生産性の向上</p>	<p>経常収益増進率</p> <p>病院機能の向上</p> <p>職員一人あたりに付加価値(千円)</p>	<p>20.3</p> <p>18.2</p> <p>18.1</p>	<p>100</p>	<p>15年度までに病院機能評価の認定を受ける。改善を通して、院内組織的な取組やプロセスを改善し、医療の質の向上を図る。(モデル病院：総合医療センター、14年度受審、他の病院、14年度受審、15年度受審)。また、医療事故等にかかわる公衆衛生を推進するとともに、公表に該当できる技術的対応を検討し、患者安全管理を推進する。さらに、環境先進型づくりを展開している三重県にふさわしい事業体として地球環境温暖化対策先駆者先実践計画や新築機能評価等に基づき病院毎の環境実践行動項目と目標を定め、実践する。</p>	
学習と成長の健全化	職員のスキルアップ	<p>専門的技術・サービスの向上</p> <p>IT活用能力の向上</p>	<p>職員一人あたりに付加価値(千円)</p> <p>アンケートによる職員成長度指標(%)</p> <p>ITチェックリスト(%)</p>	<p>9.03</p> <p>9.17</p> <p>9.40</p> <p>12.8</p> <p>22.3</p> <p>30.0</p>	<p>46.4</p>	<p>各職員の専門的技術・サービスの向上を図る。また、アンケートだけでなく、リーダーとしてどう成長を奨励させたいかについても対話を通じて把握していく。</p> <p>15年度までに病院機能評価の認定を受ける。改善を通して、院内組織的な取組やプロセスを改善し、医療の質の向上を図る。(モデル病院：総合医療センター、14年度受審、他の病院、14年度受審、15年度受審)。また、医療事故等にかかわる公衆衛生を推進するとともに、公表に該当できる技術的対応を検討し、患者安全管理を推進する。さらに、環境先進型づくりを展開している三重県にふさわしい事業体として地球環境温暖化対策先駆者先実践計画や新築機能評価等に基づき病院毎の環境実践行動項目と目標を定め、実践する。</p>	
学習と成長の健全化	組織風土の活性化	<p>職員自己表現(エンパワーメント)度の向上</p>	<p>アンケートによる職員自己表現(エンパワーメント)度の指標(%)</p>	<p>14.1</p> <p>22.7</p> <p>30.0</p>	<p>52.2</p>	<p>各職員の専門的技術・サービスの向上を図る。また、アンケートだけでなく、リーダーとしてどう成長を奨励させたいかについても対話を通じて把握していく。</p> <p>15年度までに病院機能評価の認定を受ける。改善を通して、院内組織的な取組やプロセスを改善し、医療の質の向上を図る。(モデル病院：総合医療センター、14年度受審、他の病院、14年度受審、15年度受審)。また、医療事故等にかかわる公衆衛生を推進するとともに、公表に該当できる技術的対応を検討し、患者安全管理を推進する。さらに、環境先進型づくりを展開している三重県にふさわしい事業体として地球環境温暖化対策先駆者先実践計画や新築機能評価等に基づき病院毎の環境実践行動項目と目標を定め、実践する。</p>	

平成14年度版 総合医療センター BSCシート

病院名		総合医療センター		作成者		鈴木宏志		
運営方針		医療の質の向上を図るとともに、外部評価に耐えうる病院を目指す。						
戦略的目標		病院長機評価受審による認定取得し、併せて収支の健全化を図る。第一次計画の総括検証と医療制度改革を踏まえた対応策を実施する。併せて、医療事故防止対策を徹底するとともに、マネジメントシステムでの展開と環境に配慮した取組を進める。						
機能の健全化	顧客の視点	主な成果	指標	算式	現状値	H14目標値	H15目標値	基本的な方向 いつまでに 誰(部門)が 何を どういう状態にするか
機能の健全化	顧客の視点	県の医療サービス水準および行政施策への貢献度増大 北勢地域の中枢病院機能の向上 診療圏内シェアの向上	救急患者取り扱い数 紹介率 (%) セミアンケージメントによる患者数 (人) 新入院患者数 (人)	救急外来患者数÷入院患者数 紹介率計算式による患者数 新入院患者数 (人)	23,983 33.5 500 7,363	24,000 35.0 500 8,400	24,000 35.0 600 8,400	呼吸器科の再編を行い、循環器、消化器、呼吸器等の名称による専門性の明示により、地域からの受入体制を整える。また、診療報酬改革、医療制度改革への具体的な対応を行なう中で、当院としての中長期的なあり方の検討を行なう。
	財務の健全化	患者QOLの向上 経常利益の確保 資本効率性の向上 医療収益性の向上 経常収益繰入率の適正化	患者満足度 (%) 経常収支比率 (%) 総資本回転率 (回) 医療収支比率 (%) 経常収益繰入率 (%)	患者アンケート(入院・外院)「良い友人や家族へ当院を紹介しますか」項目の推薦率 経常収益/経常費用×100 医療収益/(期首総資産+期末総資産)/2 医療収益/医療費用×100 他会計繰入金/経常収益×100	75 100.0 0.26 86.9 18.0	77 100.0 0.29 93.6 12.1	77 100.4 0.3 93.5 12.1	みなさまの声等により把握した患者ニーズに対して院内各部門が的確に対応できるように連絡調整を迅速に行う 診療部における個別指導の徹底により入院単価の適正化と医療費削減の定着を進めるとともに、診療材料の在庫削減により資産の効率的運用を図る。
	自立の健全化	内部プロセスの改善 業務の効率化 職員のスキルアップ 学習と成長の視点	医療サービスの質の向上 治療技術の向上 生産性の向上 専門的技術・サービスの向上 IT活用能力の向上	病院機能評価の認定(中項目各3点以上) クリバシス対象疾患数 職員1人当たり医療収益(千円) 職員1人当たり付加価値(千円) アンケートによる職員成長度指標 (%) ITチェックリスト指標 (%)	クリバシスシート作成(適用)数 医療収益/職員数 (医療収益-材料費-委託料)/職員数 職員アンケート項目「アロとして成長しているか」項目の中で、「はい」回答者の有効回答数に対する割合 職員アンケート項目「ハシゴコン習熟度4項目」及び「ハシゴコン有効活用度」項目の中で、「十分活用している」及び「活用している」回答者の有効回答数に対する割合	29 16,715 10,588 9.9 39.1	40 16,856 10,639 20 50 60	50 16,856 10,770 30 60
組織風土の活性化		職員自己実現(エンバウメント)度の向上	アンケートによる職員チャレンジ度指標 (%)	職員アンケート「常に新しい仕事にチャレンジしようとしていますか」項目の「はい」回答者の有効回答数に対する割合	11.8	20	30	各部門における意見交換により、組織の閉鎖性等を理解し改善への取り組みを進める。特に「何を目標として何をしたいのか」を重視した対話を進めていく。

* KPIは16項目、庁長シートの12項目に4独自項目を追加。

比較的容易に作っていただけました。

ただここで、アクションプランをどうするかということ、それぞれ病院で考えてくださいとお願いしました。

図9は14年度の成果です。

財務の視点から言いますと経常収支比率が101%で、100%を超えています。100を切っているということは赤字ということですが、目標が100.5に対して実績が101.1。いわゆる黒字になったということです。この黒字になった理由を、患者満足度調査から読みとることができます。「あなたの家族、もしくは友人が病気になったときに

はこの病院を推薦していただけますか」というよく使われるアンケートですけれども、平成12年度は69%、100人のうち69人の方は推薦しますと聞いていただいたわけですけれども、逆に言うと100人のうち31人の方が二度とこんな病院に来るか、非常に厳しいアンケート結果だったわけです。それがいろいろな取り組みをすることによって81.4%まで上がりました。現在は85から87まで上がっていますけれども、それだけ病院の評判が良くなったということです。その結果、新入院患者さんも1万3,000人から1万4,000人に増えました。この背景は何かといいますと、いちばん下の、

平成14年度 病院事業庁BSCシートの成果

		戦略的目標	主な成果	指標	現状値	H14 目標値	H14 実績値	主な成果
機能の健全化	顧客の視点	県保健医療福祉水準の向上	県の医療サービス水準及び行政施策への貢献度増大向上	救急患者取り扱い数(人)	39,229	39,320	38,530	目標値は達成できなかったものの、救急搬送の患者様は原則受け入れた。
		地域信頼度の向上	診療圏内患者シェアの向上	新入院患者数(人)	13,046	14,360	14,617	地域住民からの信頼を得ることにより、目標値を上回る実績を上げることが出来た。
		患者QOLの向上	患者満足度の向上	患者満足度(%)	69.0	74.1	81.4	病院に対する信頼感が増すことにより、目標値を大きく上回る実績を上げることが出来た。
収支の健全化	財務の視点	経営基盤の安定	経常利益の確保	経常収支比率(%)	95.6	100.5	101.1	診療報酬の引き下げにもかかわらず各病院ごとに経常利益を確保することが出来た。(平成13年度:66百万円の経常利益、平成14年度:196百万円の経常利益)
			資本効率の向上	総資本回転率(回)	0.35	0.40	0.39	
			業業収益性の向上	業業収支比率(%)	80.3	86.3	86.2	
			経常収益繰入率の適正化	経常収益繰入率(%)	20.3	18.2	17.6	
自立の健全化	内部プロセスの視点	医療の質の向上に向けたしくみづくり	医療サービスの質の向上	病院機能の向上度(%)	-	-	3月受審/6月結果発表	病院機能評価の受審を通して、院内横断的な取組やプロセスを改善し、医療の質の向上を図ため、平成14年度に総合医療センターが受審、他の3病院は14年度末に申請し15年度中に受審することとしている。
		業務の効率化	生産性の向上	職員一人あたり付加価値額(千円)	9,037	9,178	9,854	業務改善を行なうことにより生産性を向上を図り、目標値を大きく上回る実績を上げることが出来た。
	学習と成長の視点	職員のスキルアップ	専門的技術・サービスの向上	アンケートによる職員成長度指標(%)	12.8 (66.2)	22.3	12.5 (68.5)	「はい」「ややはい」を入れると68.5%の職員が「プロとして成長している」と回答しており、職員のモチベーションの高さが伺われる。
			IT活用能力の向上	ITチェックリスト指標(%)	39.7	46.4	44.9	ITキーパーソンを中心とした研修やOJTを通じて組織的に能力向上を進めた結果、ほぼ目標値を達成することが出来た。
		組織風土の活性化	職員自己実現(エンパワメント)度の向上	アンケートによる職員チャレンジ度指標(%)	11.8 (62.8)	22.7	13.9 (60.4)	「はい」「ややはい」を入れると60.4%の職員が「常に新しい仕事にチャレンジしている」と回答しており、職員のモチベーションの高さが伺われる。

職員1人ひとりのモチベーションの高さなんです。これも職員にアンケートしています。「あなたはプロとして成長していますか、あなたは毎日新たなことにチャレンジしていますか」そんな質問をしています。それらの質問に対して、約7割近くの方が肯定的な回答をしています。病院の専門職種とはいえ「あなたはプロとして成長していますか」という質問に「はい」と答えるのはかなり自信がないと言えないものですが、7割近くの方からいただいているということです。このモチベーションの高さが、患者さんの満足度につながって、新入院患者さんも増えて結果的には収益的にも増

えているということですから、このロジックは私どもとしては良かったんだろうと思っています。

ですから、このロジックのいちばんベーシックとなる部分が、1人ひとりのモチベーションをいかに高めるかということです。看護師さんが毎日頑張って患者さんのために一所懸命やる、その思いがあるかどうかです。それが多分ここに現れるんだろうと思います。

これは15年度のある病院の戦略検討会の作業風景です。このように模造紙に落書きをしています。これを見ていただくと分かりますが、財務の視点がいちばん上にあります。これはあとで入れ替わ

平成15年度版 こころの医療センター BSCシート

病院名	こころの医療センター		作成者 こころの医療センター院長 原田 雅典				
ビジョン	患者様とともに（リ）アプリーの社会をめざし、三重県のこころの医療をリードします。 （早期治療・早期リハビリの実現・迅速困難患者への的確な対応・民間他施設へのバックアップ体制強化・人材育成機能の充実・情報提供機能の充実・専門治療の実践・治療技術の開発提供）						
戦略	院内組織の活性化を図り、業務の効率化を追求するとともに早期社会復帰の標準的プログラムを確立して、患者様の早期社会復帰を目指すとともに、看板となる治療プログラムの開発に努めます。また、他病院・地域機関等との連携機能をさらに強化させ、病院に対する理解を深めるとともに多くの患者様に愛される病院にします。						
区分	戦略マップ	戦略的目標	主な成果 (重要成功要因)	業績評価 指標	HI4実績 値	HI5目 標値	アクションプラン
顧客の視点		当センターの知名度、理解度向上	当センターの理解度向上	非紹介元が紹介元に变化した件数(件)	0	20	広報誌の発行 非紹介元への訪問
		当センターの理解度(認知度)向上	当センターの認知度向上	非紹介元理解度(%) (アンケート実施)	未実施	50	非紹介元アンケート実施
財務の視点		患者増	外來患者の増 病床利用率の向上	1日平均外来患者数(人) 病床利用率(%)	173.4 93.5	181 94.3	紹介元、非紹介元の分析・営業
		現行資源を活用した収入増	診療報酬以外の収入増	新規取組による収入増(千円)	0	16,425	
		診療報酬対象の収入増	診療報酬対象の収入増	コメディカルによる収入アップ率(%)	100	110	
内部プロセスの視点		看板となる治療プログラムの開発	統合失調症急性期クリバスの実施	統合失調症急性期平均在院日数(日)	137.7	80	クリバス実施状況のチェック
		生産性の向上	ストレスクリバスの検討・試行 人格障害クリバスの開発検討	ストレスクリバス試案完成時期(年月)	クリバス委員会の実施	平成15年10月	ストレス・人格障害の勉強会実施
学習と成長の視点		仕事のスピード・実行力・セクシオナリズムの打破	目標管理の徹底	目標達成度(%) (全職員のうち個人目標が達成された職員の割合)	-	70%	拡大推進会議の実施 4半期ごとの進捗状況チェック 中間評価の実施
		職員のモラル・倫理の向上	マネジメントチームの強化				

図10

っていますけれども、このように落書きをしながら戦略マップを皆で作っています。また、ポストイットを使ってこのマップ内のこの戦略を進めるためにはどんなアクションプランがあるか、ということ皆で検討し、ポストイットを貼りつけています。こうした作業をしながら1枚のBSCシートを作りあげていきました。

図10のシートは「こころの医療センター」という精神の単科病院のものです。

職員のモラル・資質の向上という課題が出ています。専門性の向上という課題が出ています。早期社会復帰という課題が出ています。これはニコニコマークです。少し遊び心も入れながらマップを作っていますが、専門性を高めることによって早期社会復帰を推進する、そのためには自分たちが何をするか検討した結果、クリティカルパスを作ることにしました。ここに精神科の関係者の方がいらっしやればびっくりだと思います。統合失調症のクリパスが作れるのかということをも多分お思いになるかもしれませんが。クリパスを作ることによって早期社会復帰を推進しようという思いが、このシートのメッセージなのです。それが病院長の思いなのです。それをブレイクダウンしていってそれぞれ診療科、事務方、看護部門は何をするかということ別のシートで作っているということです。

同様に、これは平成15年度版の総合医療センターの病院長シートです。こういったかたちでマップを作ります。目標を作ります。結果はこうでした。それに対して、こちらでは評価、課題をしています。これは私どものホームページに全部載っています。

7. BSCを導入して顕在化した課題

次に、BSCを導入して顕在化した課題についてお話しします。

この課題への対応がいちばん大変でした。1つは、BSCの考え方がまだまだ浸透していないということです。病院はマネジメントという概念が非常に少ない現場で、BSCだ、KPIだ、戦略的目

標だ、重要成功要因だといった難しい言葉を使っても分かりません。そうしたものがまだ識別できない、定量化できない目標値が設定されるとか、いろいろな課題があります。

2つ目は、BSCに掲げた目標を日常業務のなかに落とし切れていないということです。例えば、1年間に1万2,000名の新入院患者さんを増やしましょう、と声高々に上げて、そのために日々何をするのかということです。それがないと、せっかく1万2,000人と掲げても、1年間で1万人しかできなかった、ということであれば何のためにKPI、業績評価指標として目標を掲げたかということです。

それから3つ目は、年間の目標を月次でフォローしていく仕組みができていないということです。4つ目は、予算や組織、人事とリンクしていない。予算は予算、組織は組織ということです。そして5つ目は、現場ではまだまだやらされ感が残っている。特にインセンティブがないということです。

この5つの課題を解決するために昨年度、平成15年度の1年間かけて取り組んでまいりました。第1の「BSCの考え方がまだまだ浸透していない」ということに対処するため行ったことのキーワードをまとめてみました。キーワードは病院長の「リーダーシップ」。それから「エンパワーメント」、いわゆる権限委譲です。きちんと責任と権限を持ってもらうということです。今では病院長にすべての権限が委譲されていますが、私が4年前に県立病院課長に赴任したときには、予算の権限、人事の権限、備品を買う権限、スタッフを採用する権限など、全部私が持っていました。病院の健全化を図るために「一所懸命やりましょう」とお願いしたところ、病院長から「私の権限はどうなっているんだ」という話が出てきました。今ではすべての権限を病院長に委譲し、私には一切権限はありません。

しかし、権限を全部渡しましたが、事務方の統括責任者という立場で毎月病院長に経営状況などについて厳しく質問させていただいています。エンパワーメントした結果を求めているということです。

それからダイアログ、対話が基本です。とにかくいろいろと話をしないと分からない。それからコミットメント、大切なことです。うちのトップは何を考えているのか分からない、うちの看護部長は何を考えているのか分からない。何となく以心伝心って、こんなのは昔の理論です。やはり言葉で言わないと相手に伝わらないということです。

それからナレッジマネジメント、情報共有ということです。うちの病院が今いったい経営的にどうなっているか、だれもが分かるように情報共有する必要があります。

それからコラボレーション、協働ですね、共に働くということです。

私どもはこの6つのキーワードを基にさまざまな取り組みをやってきました。

その作業風景を少しお見せいたします。真ん中にいますのが知事です、副知事、出納長、県でいういわゆる3役です。こちら側が病院長。私もおりますけれども、要はトップである知事のリーダーシップでもって病院長に頑張ってくれということをお願いしております。それからダイアログ。これは本部員会議、現在は経営会議と称しています。これは夏の作業風景ですのでネクタイをはずしています。私自身ここで座っていますけれども、病院長とか事務長が1つのテーブルで、ああでもないこうでもない議論しています。

事務方からは、毎月、今の経営状況はどうですか、病院はどうなっていますか、黒字を達成するための取り組みはどうなっていますか、ということをお聞きしています。いつも厳しいお話をさせていただいておりますが、こういった対話が大切だということです。

それからこれはトップセミナーを開催している風景です。こちらのほうに管理者から4病院長が並んでいます。この時には九州大学の信友先生に来ていただいたんですけれども、いろんな質問をしていただいて、病院長が自分の考えを自分の言葉で喋っていただく、つまりコミットしていただいているんです。きちんと自分の言葉でお話しをしていただかないとなかなか伝わりません。そう

いった意味で、病院長にはコミットメントという形式でこうして全員の前で、幹部の前で話をさせていただく機会を多く設けています。

それからSWOT分析の作業風景です。ビジョンや戦略を考えるには、SWOT分析は絶対に必要です。いったいうちの病院の強みは何だ、弱みは何だ、機会は何か、驚異は何かということです。特に機会と驚異はよく間違えます。機会はオプティニティと言いますが、いわゆるチャンスのことです。私どもがSWOT分析をするなかで議論となったのが診療報酬の改定についてでした。最初はこれを驚異と見ました。なぜならば診療報酬のマイナス改定により収益が減るということで、これは驚異だと考えました。しかし、よくよく考えてみると14年度の診療報酬改定の基本的な考え方は、きちんとした治療を行うところをきちんと評価をしようということなんです。そうではないところがマイナスになる。逆に言うならば高度医療をやっていけば、実際それがプラスになるということに気づいたのです。ですから、そういった意味で決して驚異ではなく、チャンスだと捉えたときに自分たちの病院がどうするかということを中心に考えることができるようになった、ということです。

ここに女性の姿が見えます。この方がコンサルティングの方です。どこのコンサルかということは申しあげられませんがファシリテーターをしていただきました。SWOT分析をやるにも、自分たちだけでは互いに遠慮してしまって、しっかりした議論ができません。自分たちでいろいろやってきましたが、ファシリテーターとしてのリード役がないとなかなか進みませんでした。ドクター、看護、コメディカルが集まって何が強みだ、何が弱みだとやってもなかなか難しく整理できませんでした。そこでコンサルの支援を受けながらやってきたというわけです。

この風景は、ある診療科のドクターが「自分たちの診療科はこうした戦略で進めていくのだ」と、SWOT分析後に発表していただいているものです。ここにもコンサルティングをお願いした方が

写っています。ドクターが発表しているものをホワイトボードにまとめる作業をしていただいています。

それから2つ目、3つ目が、BSCで掲げた目標を日常業務内で落とし切れていないという課題に対応するため、業績評価指標、KPIをデータベース化、可視化し管理するシステムを構築しようということです。年間のKPIを月次でフォローし、月次でフォローできないものについてはサブKPIを設定し、サブKPIを月次で達成していなければドリルダウンして原因を発見しましょうというシステムです。さらに全員のBSCシートを皆で目視しましょうということです。

県立病院ではセクション長以上の150人がそれぞれBSCシートを作成していると申しましたが、150枚すべてをデータベース化しているわけではありません。部門長以上の30枚のBSCシートだけをデータベース化して、この16年の4月からシステムの運用を開始したところです。

具体的なイメージがこの図11です。

ここに視点、戦略的目標、年間目標があります。

これがKPIです。例えば1年間で1万2,000名の新入院患者を増やそうとしたときに、1年間経ってだめだったというのではいけませんので月次に落とししていく必要があります。じゃあ1年1万2,000人だから1月に1,000人にしようとした場合、月次目標は年次目標に対する先行指標なのですが、日々の行動からみればやはり結果指標です。ですから毎月1,000人にするためには1日1日何をしましょうということです。新入院患者さんの確保は紹介率との関係がありますので、開業医の先生方をきちんと訪問しましょうとか、逆紹介率を高めましょうとか、いろいろ日々やる仕事があるはずで。それらをきちんとここでフォローしていく仕組みをつくっていくことが必要です。

私のいる事務所にサーバーを置いて、それぞれ病院の端末機を置き、ウェブで結んでいます。そこではいろいろな図表が出る仕組みになっています。

図12は総合医療センターという病院の戦略マップを図示したものです。

マップ上の緑色（やや濃い色のアミの部分4カ所）は目標値を達成している、赤色（いちばん色

スコアカード階層図

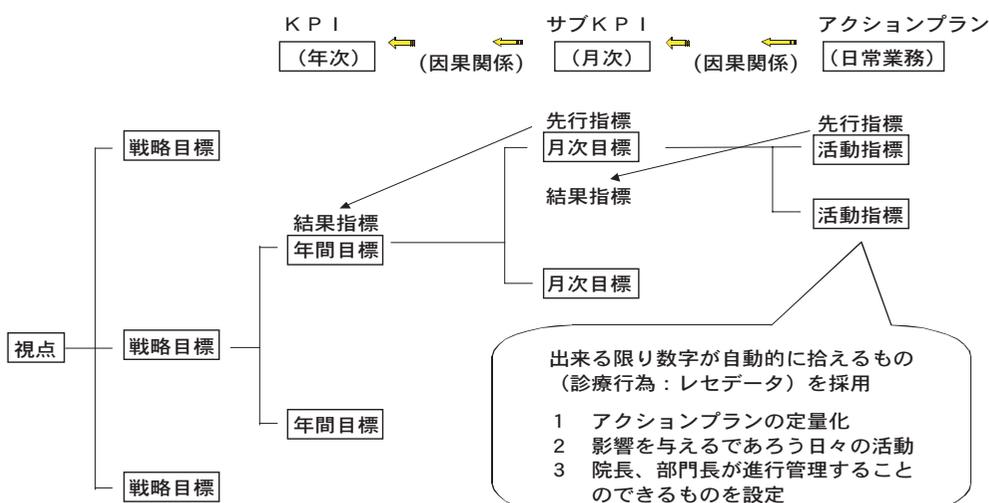


図11

の濃い部分2カ所)は下限値を下回っている、黄色(薄い色のアミの部分10カ所)はその中間です。ですからこれを見ると4つの視点のこことここが赤だ、ここは上手くいっていると可視化できるようになっています。

これをもう少しブレイクダウン、こまかくしますと、戦略的目標、KPI、サブKPI、それからもう1つ下に活動指標があります。こうした仕組みを作成して、この4月から稼働しています。ここに赤色がありますが、どこかがうまくいっていないということです。ですからそれをドリルダウン、クリックすると、そこの数値がどうなっているかという詳細情報が見られる仕組みになっています。

これが毎月の指標です。このように、前月に比べて上がっているか下がっているかを見られるような仕組みにしています。こちらにそれぞれ部門長の30枚のシートが貼り付けられるようにしており、それぞれこういったグラフがあって上手くいっているかどうか見られるということです。

このようなシステムは、ホスピタルショーのCの3と4のコーナー2に展示されています。ほと

んど日本のメーカーさんが出展されています。いろいろなアプリケーションがあります。もちろん私どもが採用しているアプリケーションもありますし、ひょっとしますと同じようなシステムを使ってプレゼンテーションしているメーカーさんもいらっしゃるかも知れませんが、一度ご覧ください。ただ、いろいろなアプリケーションがありますけれども、要は中身です。私どもはこういったKPIをいろいろ自分たちで考えて設定していますが、たとえどんな素敵なアプリケーションがあっても、中身がないと一緒です。アプリケーションはいろいろな使い方ができますので、皆さん方でそれぞれKPIを見つけていただければ良いと思います。

それから、計画が予算と組織、人事がリンクしていないということですが、平成16年度からの中期経営計画ではきちんとリンクをさせました。

それからまだまだやらされ感が残っているということです。特にインセンティブがないということです。やはり給与制度の問題、評価制度の問題、人材育成制度の問題です。この辺が課題だろ

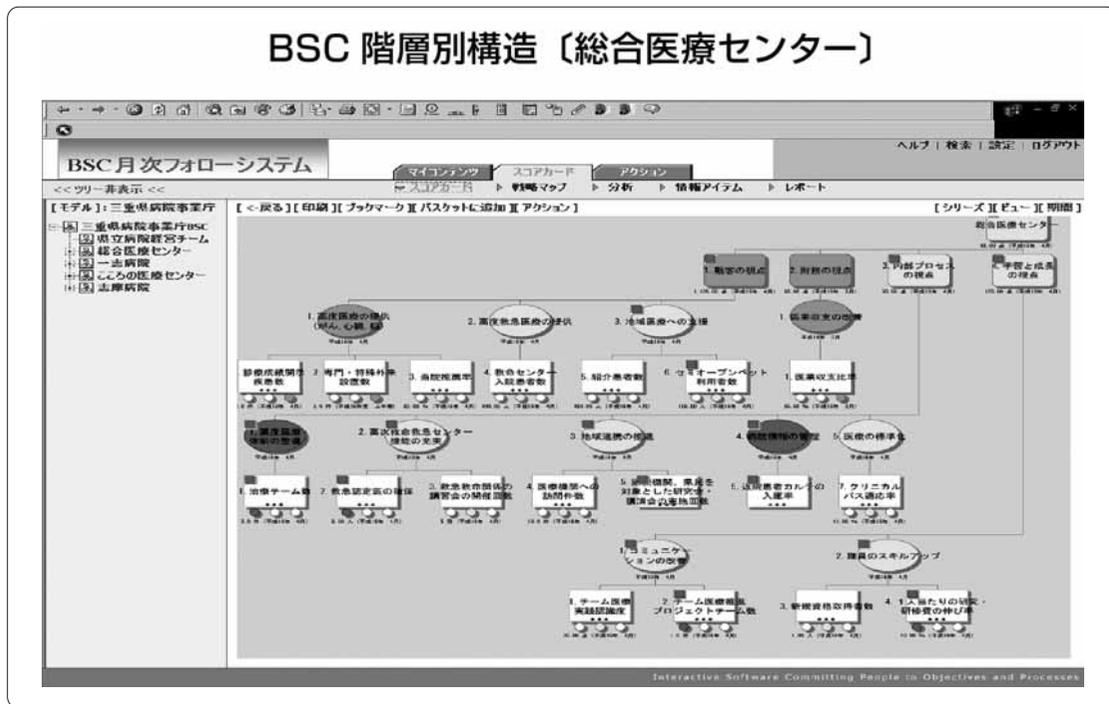


図12

うと思っています。民間の病院の場合は年俸制の導入など、いろいろインセンティブを付与しているようですが、公立病院ではなかなか難しいといわれています。ただ私どもは、現在ドクターへの年俸制の導入を検討しています。まだ公立病院ではどこも年俸制を導入していませんが、何とか中期経営計画中に導入して、頑張った先生方にはきちんと評価してきちんと還元をしようという仕組みをつくらうとしています。

おわりに

最後になりましたけれども、バランス・スコアカードは1990年代にキャプラン、ノートンの両先生が業績評価のツールとして提案され、2000年代に入って戦略的マネジメントツールとして進化し、さらに今では戦略的人材育成ツールへ進化したといわれています。BSCというツールを用いてさまざまな取り組みをするなかで、多面的なものの方、あるいはマネジメントするときの戦略の立て方などを学ぶことにより1人ひとりが育っていく、そのための道具だと思っています。したがって三重県立病院も、当初は経営改善の道具としてBSCを導入しましたが、今ではむしろ人材育成の道具というふうに思っております。このようにBSCを活用しながら、冒頭お話ししましたように10年間かけた大きな改革を進め、県民の皆さま方から本当に信頼され、支持される病院になりたい、サバイバルのなか生き残っていける病院になりたいと考えております。

短い時間内で私どもの6年間の取り組みをすべてお話しすることはできませんでしたが、私が申しあげましたことは、病院事業庁のホームページにアクセスしていただければ少しは理解していただけだと思います。

三重県のホームページの中ほどに県の機関、部局の名前を探すところがあります。そこをクリックしていただきますと病院事業庁というのがあり

ます。病院事業庁のホームページには県立病院経営室とか病院とかいろいろなものが出てまいりまして、今申しあげましたようなことはすべてオープンにしています。

ここに、中期経営計画書を持ってきております。30枚のBSCシートを入れてありますが、ホームページですべてオープンさせていただいておりますので、ぜひ一度見ていただければと思います。なお、このホームページのアクセス数は私のKPIですので是非とも皆さま方のご協力ということでよろしく願い申しあげます。

以上で終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

質問 自衛隊の中央病院にいます光村と申します。非常に興味深く聞かせていただきました。BSCについて、今いろいろ取り上げられていますが、まだどう考えていったらいいか、よく慣れていないところもありまして、どういうものを読んだり学んだりしたらいいかアドバイスをお願いしたいんですけれども。

山本 BSCに関する本というのはたくさん出ています。BSCの4つの視点が難しいというお話をよく聞きますが、例えば病院にとって顧客はだれかといわれたときに、患者さんというのはすぐ分かります。ところが事務方から見た場合、顧客は患者さんではなくスタッフです。そういったことも含めて、いくつかBSCの本を読まれるのが早いと思います。ただ4つの視点も、今では5つの視点とかいろいろいわれていますし、特にこだわる必要はないと思います。とにかくいろいろな物事を4つの視点で見ていく、それからその視点間のバランスを取っていくということさえ気をつければ難しくないと思います。もし疑問点がありましたら私どものホームページのメールアドレスにアクセスしてください。分かる範囲でお手伝いさせていただきます。

改善から経営改革へ、そして独自の 経営戦略・医療ビジネスモデルの創造へ

北摂総合病院 業務部長
病院経営管理者教育委員会委員 (第19期卒業)

山本 展夫

経営管理学の歴史を紐解いてみると、その多くは実践から生まれている。近代経営管理手法を確立したといわれるGM (General Motors) のA・P・スローン氏や、TOYOTAカンバン方式の生みの親で知られる大野耐一氏など、その実例は枚挙にいとまがない。つまり、経営管理学の進歩は学者による研究の歴史ではなく、企業内の問題を強い探究心で解決していった、各企業内の先人の、実践の歴史と捉えることができる。そして、これら実践から生まれた数々の経営管理手法は、後に研究・整理され経営管理学として広く知られるところとなった。同時に、先人が残した経営管理手法の多くは、主に環境への不適合から時代とともに移りいく運命を辿り、今もまた、新しい経営管理手法の実践が繰り返されている。すなわち、経営管理手法は時代や環境の変化に伴い、改革し続けなければならないという永遠の課題を背負っている。

一方、BSC (Balanced Scorecard) など近年脚光を浴びている幾つかの新しい経営管理手法の共通点として、財務以外の視点を重視する傾向があげられる。これは、利潤の追求が目的であった営利企業においても、経営の質が問われるようになり、従来の経営=財務であった経営観の変化を示唆している。その意味で、経営管理手法を考える際に営利と非営利 (病院など) を区分する必然性は薄らいできているといえる。ただし、各企業の抱える課題や問題は、社会全体の環境変化に加え、業種・業態に特有のものもあり、ましてや日本の

病院のように独特の背景や風土を内在したところでは、それらをふまえた独自の経営管理手法の確立が望まれるところである。

さて、日本の病院の経営管理の現状は、実際のところどうなのだろう。公的と私的など開設主体の違いによる格差が指摘されてはいるが、多くの場合その基準は財務状況に限られており、経営の質までが問われる今、その評価は一律にはいかない。少なくとも、病院機能評価の受審を契機に、また他病院をモデルにして、各病院内の改善活動には積極的ではあるものの、未だ病院独自の経営管理手法の確立には至っていないのが実情ではないだろうか。ましてや、独自の経営戦略を持つ病院や、医療ビジネスモデルの構築を目指す病院となると、更に皆無であろう。改善とは、悪いところを直すことであり、対して改革とは組織や機構までを含め古くなったものを根本的に新しくすることを指している。両者は取り組むスピリッツは似ているものの、本質的には次元の違うものである。つまり、悪いところを直す改善を幾ら積み重ねていっても、改革にはならないのである。また、皆保険は今後も存続させなければならないが、それでも制度や枠組みの定期的な改訂や患者ニーズの変化、更には診療圏での他病院との競合関係など、病院を取り巻く環境は確実に変化している。ならば今、日本の病院に求められているもの、それは経営改革であると思う。改善から経営改革へ、また独自の経営戦略や医療ビジネスモデルの創造が今求められている。

平成16年度 第7回常任理事会 議事抄録

日 時	平成16年10月23日(土) 午後1時～5時
場 所	日本病院会 会議室
出席者	(会長)山本 (副会長)武田, 池澤, 奈良, 大井, 村上 (常任理事) 館田, 石井, 梶原, 齊藤(壽), 秋山, 天川, 福田, 小川, 佐藤, 邊見, 元原, 角田, 福井 (監事) 星 (代議員会副議長) 中藤 (顧問) 中山, 大道, 登内 (参与) 岩崎 (委員長) 関口, 中後, 堺, 齋藤(洋), 瀬戸山

定刻となって山本会長から開会挨拶が行われ、現在多くの緊急な問題をかかえているので協議時間をしっかりとって議論を進めたいとしたあと、会議定足数として定数26名に対し出席19名、委任状5通、計24名で本会が成立している旨を述べ、議事録署名人に邊見、梶原両常任理事を選出し、武田副会長の司会により議事に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について
2. 厚生労働省及び各団体からの依頼について
3. 人間ドック・健診施設機能評価の認定について
4. 第2四半期一般会計及び特別会計の収支・監査報告について

〔報告事項〕

1. 各委員会、研修会の開催報告について
2. 四病協諸会議の開催報告について
3. AHF理事会の開催報告について
4. その他

〔協議事項〕

1. 国民医療推進協議会について
2. 混合診療について
3. 個人情報保護について

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

A. 正会員の入会 1件

1. 医療法人 大滝外科胃腸科病院
(30床：一般10, 療養20)

会員名 大滝達郎 (院長)

〒910-0001 福井市大願寺3-9-3
tel. 0776-27-0021

B. 国立病院機構の再編成による会員異動1件

1. 国病機構 国立病院機構甲府病院
(320床：一般150, 重心120, 結核50)

会員名 野見山延 (院長)

〒400-8533 甲府市天神町11-35
tel. 055-253-6131

(10.1付, 国病機構甲府病院〈250床：一般250〉と国病機構西甲府病院〈252床：一般186, 結核66〉が統合)

C. 賛助会員の入会 5件

1. A会員 サンライズコーポレーション(株)
(整水器等の販売)

代表者 高木賢三 (代表取締役)

〒530-0013 大阪市北区茶屋町6-20 吉田茶屋町ビル tel. 06-6359-0023

2. A会員 アイ・ティー・シー(株) (輸入卸)

代表者 李易芝 (代表取締役)

〒120-0035 東京都足立区千住中居町29-4
第2小泉ビル

tel. 03-3870-9393

3. A会員 メディア(株) (歯科医療情報サービス)

代表者 辻啓延 (代表取締役)

〒113-0033 東京都文京区本郷2-15-13

お茶の水ウイングビル

tel.03-5684-2510

4. B会員 (有)日本ヨーク (医療機器輸入販売業)

代表者 鈴木伸之

〒104-0032 東京都中央区八丁堀4-14-7

第一中央ビル

tel.03-5540-0022

5. B会員 (財)東日本労働衛生センター北関東支

部総合健診センター (健康診断等)

代表者 大浦研二 (理事長)

〒372-0825 群馬県伊勢崎市戸谷塚町629-1

tel.0270-32-7575

以上について武田副会長から、正会員の入会1件と国立病院機構の再編成による退会1件及び賛助会員の入会5件について諮られ、承認された。計正会員数は2,709病院(公的956,私的1,753,総病床数71万1,730床)、賛助会員数は540会員となった。

2. 厚生労働省及び各団体からの依頼について

- (1) 「バリアフリー2005」の後援(依頼元:大阪府社会福祉協議会)
- (2) 第8回脂質栄養シンポジウムの後援(日本栄養・食糧学会関東支部)
- (3) 保健・医療・福祉Web EXPOの後援(医療情報システム開発センター)
- (4) 医療分野における個人情報保護法セミナーの後援(医療ネットワーク支援センター)

〈部外委員会委員等の推薦〉

- (1) 厚生労働省「医業経営の非営利性等に関する検討会」委員(武田副会長)
- (2) 同「医療関連サービス基本問題検討会」委員(池澤副会長)
- (3) 国土交通省「ユニバーサルデザインの考え

方に基づくバリアフリーのあり方を考える懇談会」委員(梶原常任理事)

- (4) 日本医師会「国民医療推進協議会」理事(山本会長)

以上について武田副会長から説明され、後援依頼のうち出版社企画のフォーラム「医療界再編・大変革時代に選ばれる病院の条件」についてはプログラムが規制改革賛成派や病院ランキングの内容であるとして後援不適とし、他の4件は承認された。厚生労働省等の部外委員会の依頼については(1)は前任者の大道顧問、(2)は土屋常任理事のそれぞれ後任として、(3)(4)は新任として上記の推薦を決めた。

3. 人間ドック・健診施設機能評価の認定について

- (1) 武田病院健診センター(京都市,訪問調査日9/29)

奈良副会長から、上記の機能評価認定について調査報告書にもとづき諮られ、承認された。先に6件のパイロットスタディに対して認定証を出しており、その後の手上げによる認定第1号となる。

4. 第2四半期一般会計及び特別会計の収支・監査報告について

武田副会長から、7月~9月の第2四半期収支報告について説明があり、一般会計の収入の部で当期収入合計は5,701万円、4月からの累計の予算対比収納率は65%となる。正会員会費は予算対比95.3%、その他の収入は昨年と同程度である。支出の部では、委員会・部会が延べ29回開かれ、予防医学委員会の全国集計結果報告書の印刷代に173万円を支出。日病ニュースは5回、日病雑誌は3回発行。インターネットのホームページのリニューアルで106万円を支出した。四病協は7委員会で開催し、助成金、負担金、会議費の支出は昨年と同程度で、公租公課では消費税の中間納付分を支出した。以上により、当期支出合計は

1億224万円で当期収支差額が△4,523万円。昨年同期とほぼ同程度の支出となる。

事業特別会計については、当期収入合計が4,214万円で、累計の収納率は78.4%と昨年度と同程度である。本年度も引き続き診療情報管理通信教育の受講生が増加し受講料収入が増えている。支出の部では、研究研修会が本年度は休止しており、通信教育で教科書作成費及び発送料を支出した。セミナーは大阪での病院長・幹部職員セミナーの諸経費を支出し、統計情報関係費では16年度病院運営実態分析調査の発送費を支出している。以上、当期支出合計は6,853万円で当期収支差額が△2,639万円となる。

基本財産、退職手当積立金、事業安定推進基金の3つの特別会計については、収入は銀行預金の利息分だけで、支出はなし。IHF国際交流基金特別会計は、収入で一般会計の繰入金1,000万円が加わり、支出はタイでのAHF理事会の出席費用と、負担金でIHFの年会費195万円及びAHF年会費6万円余を支出している。以上の説明のあと星監事から監査報告がなされ、平成16年度第2四半期会計の収支報告は承認された。

〔報告事項〕

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

(1) インターネット委員会（齋藤理事，9/30、10/15）……来年、第55回日本病院学会におけるシンポジウムを「病院IT化の光と影」というテーマで企画中である。インターネット会議システムについては小規模であれば機能を発揮できるので、緊急性が高く頻度も多く、多忙な方々が集まる会長・副会長会議が馴染むのではないかと考え、一度体験してもらう機会をつくりたい。

日本病院会のロゴマークの作成は親しみと存在を認知してもらう趣旨であるが、予算の関係

もあるので委員会で原案をつくり、総務委員会での検討を待って動きたい。日本病院会という文字、ロゴタイプは前年度から検討されており、委員会に付託されたので4案の中から選定した。あまり堅くもなく、また洗練されたスタイルだろうということで推薦し、会長・副会長会議でもおおよその賛同を得たので、この理事会でも認めていただければこれを封筒とか名刺などに利用していきたい。また、従来からこの会の活動を多くの方々に知っていただこうと、役員会の議事録をできるだけ迅速にホームページに掲載しており、事務局の作った案をチェックして載せているが、ホットな協議の中で病院会としてぜひアピールしていきたいという場合、同じようなシステムでやっていくということを認めていただきたい。

以上の報告のあと大井副会長から、このロゴタイプの文字はインターネットのトップページに出し、ほかに使えるところは使ってほしいということであり、常任理事会での重要な決定事項をインターネット上で出していきたいということは前期委員会から了解されているが、現実には動けなかった。インターネットこそ広く社会に呼びかけるツールなので、そのようなシステムを構築していきたいという趣旨であると補足説明した。

(2) 病院経営管理者教育委員会（瀬戸山理事，10/1）……この教育委員会は事務長養成課程から始まり、平成11年に病院経営管理者の養成課程に変わったもので、この4月からは診療情報管理士養成と分離して一本になった委員会として新たに踏み出した。

昨年からの申し送り事項で、シラバスをどうするのか、教育内容をどうするのかという問題があり、1つは医療に関する知識として「医療管理総論」、2番目は経営に関する知識として「経営管理総論」、そして、それらの経営管理の手法として「経営管理演習」という大きく3つの方向で行こうと決めた。これは、アメリカなどの経営学講座、病院管理講座などを参考にし

ながら、できるだけレベルの高いものにしていくと検討している段階である。

- (3) 診療情報管理士教育委員会（瀬戸山理事，10/1）……平成16年度の夏期試験合格判定の結果、通信教育の卒業試験の合格者が687名（合格率75%）、大学・専門学校の認定試験の合格者が381名（同80%）で、前回の卒業合格保留者を合わせ1,131名の認定数となる。専門課程小委員会（10/7）ではレポート、試験等について検討した。
- (4) 予防医学委員会（奈良副会長，10/1，10/14）……人間ドック判定・指導ガイドライン作成委員会（10/1）を開き、40歳以上の女性の乳がんが増えているので乳房触診を入れることを決めたが、さらにマンモグラフィと超音波の追加を検討し、健保連と話し合う予定である。

人間ドック・健診施設機能評価委員会（10/14）では、9月開始した機能評価について現在50施設が手上げしていると報告があり、いまサーベイヤーが医師98名、事務32名の体制であるが、一泊ドックの指定施設が620、総合健診施設が200ほどあり、それを大体5年周期でやろうと逆算しながらサーベイヤーを訓練し、補充しているところである。また、本事業について四病協で意見交換することにしており、日病の指定制度が審査も設備も整っているので最初にスタートしたが、機が熟して他団体も基盤整備ができれば一緒にやろうと言ってある。個人情報保護についても厚労省のガイドラインが出れば、人間ドックとして対応していきたい。

- (5) 人材育成委員会（小川常任理事，10/7）……当委員会は前期までの教育委員会を継いだかたちであるが、今期担当となった病院長・幹部職員セミナーと臨床研修指導者養成講習会へどう関わるかということはまだ整理されていないところがある。事務長セミナーと看護管理者セミナーについては来年7月のホスピタルショウに併せて開催する計画で、合同開催も考えている。今年度は研究会を開催しないことを決めたが、それに対して図書研究会と医事研究会か

ら継続したいと要望が来ており、これについて今までの功績は認めるが、時代の流れからみてしばらくは続けないという結論を出したので、それについても承認をいただきたい。

以上の報告に対して山本会長は、人材育成委員会を設置したのは病院医療の質を上げるというテーマの中で、どういう人材を病院は求め、その人たちの質をどう上げていくか、あるいは、必要とされる知識や教育をするための基本的なプログラムを検討してもらおうとお願いしたつもりだった。実際には今まで総務委員会とか四病協でやっていたことを先生のところへ振られてしまったが、このへんは見直しをしたい。医療職の教育も各職種に任せればなしでいいのかということや、病院全体としてどういう教育をやるか、どこを目標にどこまで引き上げるかという議論をお願いして、それをベースに各病院の育成につながればいいと思うが、そのへんを総務委員会でもう一度整理して改めてお願いしたいと述べた。事務長セミナー、看護管理者セミナーの開催については、その中身とか講師の情報を総務委員会に入れてほしいとして了承された。

- (6) 医療経済・税制委員会（関口理事，10/12）……規制改革・民間開放推進会議の言う「混合診療が容認されるべき具体例」について、委員会で実態調査することとした。病院医療材料の調査については保険請求できないディスポ製品が非常に多く、値段も初期のものよりかなり高額になっている傾向があるが、次回11/9でまとめる予定。「医療法人を通じた株式会社等の医療機関経営への参入」問題に対しては、医療法人の経営のあり方を整理して四病協委員会に提出をすませ、病院経営分析調査・平成15年度版については現在調査中で、定点観測と併せ本年度内に報告書を作成する予定である。
- (7) 地域医療委員会（館田常任理事，10/15）……「地域医療の実態」をテーマに医療計画の見直しを含め、各委員から京都、新潟、大分における地域医療の現状について報告があり意見

交換した。問題点として医療資源の地域偏在、医師の病院離れ（開業医志向）、初期診療の病院集中が挙げられ、医師の適正配置を図る仕組みとか機能的に地域医療支援病院となっている病院の紹介率を検討し、地域医療に従事したい医師がいても受皿となる臨床研修病院の指定基準に問題があるという点も検討していくこととした。

- (8) 雑誌・ニュース編集委員会（石井常任理事，10/15）……日病ニュースの新春座談会は長期的な展望をテーマに企画し、日病支部の紹介コーナーを設けることとした。日病雑誌はこれまでの編集の流れと基本的に変わっていないが、表紙についてはイメージ転換を図るよう大体2案に絞り、総務委員会で最終的な検討をもらうこととした。大きさはA4判を検討したが、図書スペースの問題があるのでしばらくは今のB5判でいくこととした。英文誌2004版は発行段階に来たが、この表紙もレタリングが外国から見ると奇妙という指摘が出て変更を2案に絞り、総務委員会に諮ることとした。

また、従来研究会の報告が日病雑誌の大きな部分を占めてきたが、研究会の再編で今年には開催されず、そろそろ掲載内容の不足が予想されるので、その対策として各委員会にその号の特集を持ち回りで委員会の論文とか座談会などを企画してほしいと考えている。日病学会の一般演題についても今までは優秀演題の抄録的な10題を載せていたが、それ以外にも面白い論文があり、内容を膨らませることも含めて拡大するようにしたい。

- (9) ICS養成小委員会（佐藤常任理事，10/18）……感染症対策委員会の中であって、ICS、インфекション・コントロール・スタッフを養成するための小委員会であり、今年度11月から始まる第3回感染管理講習会の実施に向けて協議した。前回は応募720名に対して受講者380名としたので、今度は募集定員を150名増やして450名とした。開催日は11/27～28、来年の2/19～20、5/14～15の3クールで各クール

2日ずつの計6日間、3クールとも東京港区の同一会場を確保し、実行に移す段階となっている。

- (10) 医療制度委員会（邊見常任理事，10/21・22）……一昨日、昨日と2日連続、混合診療だけに絞って討論した。9/10に小泉首相が混合診療解禁の年内決着という指示を出し、新任の尾辻厚労大臣もその方向だということで早速に当会として、特にメディアや国民に向かって行動する必要があるという池澤副会長の指示で集まったもので、小長井委員がメディアと接触でき、10/25に再度当会の方針を聞くため来るということで、どうアピールしていくかを中心に討議した。

当会の基本方針は、以前から掲げているように混合診療反対、特定療養費の拡大で十分であることを堅持し、これを国民に分かりやすく説明することであると確認した。アピールする点は、規制改革・民間開放推進会議のメンバーが前の議長も現議長も我田引水的な業界の人で、医療界の委員はほとんど入っていない。日本の医療の現状は決して混合診療を入れなければいけないような状況ではなく、WHOのコストパフォーマンスでも十分評価され、GDP比低い医療費で立派な結果を得ている。混合診療が優れているというのは根拠がなく、EBMに基づかない医療が横行する恐れがある。我々は自分たちの利益を追っているのではなく、国民の健康を心から心配してことにあたっている。我々は自助努力として情報開示を進め、新臨床研修制度に取り組み、あるいは公益性を高める法人制度を提案しているという流れのなかで混合診療を入れるのは時代に逆行している。

以上のようなことがポイントとして挙げた。また、混合診療の四病協総合部会に提出する日病の声明（案）について検討し、医療従事者のストレス調査を常任理事の先生方の病院に協力依頼していた件は20病院から回答を得た。当委員会に介護保険と診療報酬の各小委員会を立ち上げることとし、それぞれ6人の委員構成で介

護保険の委員長に石井常任理事，副委員長に佐藤常任理事を選出し，診療報酬の委員長は第1回会合のときに選ぶこととして承認された。

- (11) ホスピタルショウ委員会（山口事務局長，10/4）……今年の国際モダンホスピタルショウについて結果報告があり，来年のホスピタルショウは7/13～15，例年の東京ビッグサイトで開催。テーマを従来と変えて，「確かな健康・医療・福祉——クオリティの高いサービスをめざして」と決めた。企画展示等の詳細はこれから詰めていく。

2. 四病協諸会議の開催報告について

- (1) 医療保険・診療報酬委員会，介護保険小委員会合同委員会（齊藤常任理事，10/1）……厚労省保険局の麦谷医療課長が出席し平成18年度診療報酬改定や混合診療を中心に意見交換した。18年度改定は介護報酬改定と重なるので早めに対応し，17年の3月には四病協の要望をまとめることとした。混合診療については尾辻大臣の指示を受けて医療課を中心に検討を進めており，ルールに従った規制緩和ということで実質的には特定療養費制度の拡充を考えていると思われる。

関連報告として，その後医療課長は10/4外保連，10/6内保連を訪問し，現在保険診療の外に置かれているけれども有効性，安全性が確認されていて，実際には診療現場で大変苦労しながら患者さんの医療に使っているものを列挙してほしいと要請があり，外保連では混合診療の定義そのものが不明な状況ではそういう要求には応じられないとし，内保連はその意向を70加盟学会に伝えるとした。その後，各学会から少しずつ上がってきているが，混合診療に協力すべきではない，この事態が収まってからそういうものを提出することを考慮すべきだという意見が多く寄せられている。

- (2) 医業経営・税制委員会（関口理事，10/6）……「医療法人を通じた株式会社等の医療機関経営への参入」問題に対しては，医療の非営利

原則を守る観点から株式会社が医療法人の社員となるのは不可，株式会社の出向社員による医療機関経営も不可，株式会社の出資した公益法人の医療参入も不可とする委員会の見解をまとめ，10/27の総合部会に提出することとした。

「医療用医薬品の流通改善懇談会」の第2回会合では，総価山買いをめぐるメーカー・卸側と医療機関側の意見が対立している旨の報告がなされた。

- (3) 医療制度委員会（池澤副会長，10/12）……厚労省「医療計画の見直し等検討会・ワーキンググループ報告書」について協議，検討した。基準病床数の算定式がこれからの課題で，一般病床と療養病床の数をどうするか，また精神，結核，感染症病床やリハビリテーション病床をどうするかという検討がなされる。

国と地方財政における三位一体改革の問題についてはまだ決着がついていないが，小児医療とか国民保険などへの補助金は切らなければならず，医療の質は全国一律に担保すべきものであり，地方によって財源がどう使われるかわからないし国民の健康に差別があってはならないという観点から，全部担保していきたいと厚労省も考えている。社会保障は国が責任を持つべき問題であり，地方六団体の提案どおりになれば医療計画のワーキンググループの報告書も絵に描いた餅になってしまうので，そうならないよう要望していくこととした。

3. AHF理事会の開催報告について

秋山常任理事が10/8，タイのバンコクで開かれたアジア病院連盟（AHF）の理事会に出席し，AHFの会員資格の問題で現在のタイとベトナムの病院協会が会員から失効して，タイから新しく別の病院協会が入会，インドの病院協会も新規入会した。タイについては，政府からの認証の関係で会員の異動となった。AHFの学会のあり方と各国の病院学会との絡みについて討議したが，継続審議となった。以上の報告がなされた。

4. その他

- (1) 日本人間ドック学会・学術図書編集委員会報告(奈良副会長, 10/1)……来年8/25~26, 秋田開催の第46回日本人間ドック学会の日程説明があり, 健康医学の投稿規定について協議し, 日本人間ドック学会の日本医学会加盟申請に取り組むこととした。
- (2) 厚労省から9/30付「改正特区法の医療法等の特例運用について」及び10/1付「医療安全推進週間の実施について」の通知があり, 山口事務局長から報告された。
- (3) 日本医療機能評価機構・改定部会報告(大井副会長, 10/1)……機能評価の現在のバージョン4.0が来年8月から5.0になるが, その最後の詰めを行った。10月いっぱいまでメールで意見交換して, 11月上旬に上部委員会に提出する。
- (4) 社会保障審議会医療部会報告(村上副会長, 10/14)……三位一体改革の地方六団体提案に対して厚労省は補助金削減の代案を出すことを検討, 指標を決めてそれが確実に出了かどうかを確認, 監督したいという説明があった。医療提供体制の問題でインターネット情報が取り上げられ, 自分の都合のいいデータを出して, 例えば5年生存率も基準の取り方で随分違うのに, そういうものを無許可でやっているのはおかしい, インターネットは広告でないというが, 厚労省は少し考えるべきだという意見が出た。
- (5) 日本臨床衛生検査技師会から, 「臨床検査技師法改正案」の臨時国会提出について山本会長に説明があり, ①現行法の「医師の指導監督の下に」を「医師の指示の下に」業務を行うというように他のコメディカルの規定と同じくする, ②「衛生検査技師免許制度を廃止する」。これは生理検査ができない検査技師をなくして臨床検査技師1本に絞ること, ③「生理学的検査の政令規定を項目別列記方式から分野別列記方式にし, 更に省令での規定を要望する」。これは新しい生理学的検査が入ってきたときに対応

しやすくするため, ④「検体検査のうち輸血学的検査, 微生物学的検査, 細胞学的検査については臨床検査技師の業務とする」。これは検査センターの話で医療事故防止等の観点からの要望で, この4点の改正を国会提出しているが, もともと議員立法で自民党の先生方をお願いしてできた法律なので, 改めてお願いし議論されている。以上の説明がありました承された。

- (6) 国土交通省・ユニバーサルデザインの考え方に基づくバリアフリーのあり方懇談会報告(梶原常任理事, 10/15)……第1回会合が開かれ, 来年4月を目途に5回ほど予定が組まれている。委員のメンバーは交通機関とかテーマパークとかいろいろな分野から, また耳の聞こえない人, 目の見えない人, 脊髄損傷の人の協会からも来て, 各々のいま置かれている立場での意見を述べた。

これは, 旧建設省のハートビル法とか交通バリアフリー法により建築物や公共施設, 公共交通機関のバリアフリー化で段差の解消や視覚障害者誘導用ブロックなどが整備されているが, 日本の場合は点と点で連続性がない。盲導犬や聴導犬を使って飛行機で旅行に行きたいと言っても飛行機は航空の運営法があって動物は乗せられないというようなことがあり, ユニバーサルデザインはアメリカで起きた1つの思想でそれを日本でも考えようというのが検討会のテーマである。ただ, 急激にこのユニバーサルデザインを取り入れて建築基準法で決められても病院によっては困難なこともあるので, そのへんは注意していきたい。

- (7) 日医・医事法関係検討委員会, 診療情報の提供に関する指針検討委員会合同委員会報告(大井副会長, 10/22)……個人情報保護法の施行を受けて日医の診療情報の提供に関する指針とのすり合わせをしていこうという委員会で, 厚労省検討会の審議経過の報告を受けながら討議した。個人情報保護法が昨年5月制定され, それを受けて厚労省がガイドラインをつくり, それを受けて各事業者団体がガイドラインを定

めて病院、診療所に下ろしていくというシステムになる。厚労省のガイドラインは来週まとまる予定。

(8) 保健・医療・福祉 Web EXPO 組織委員会報告 (山口事務局長, 10/13) ……医療情報システム開発センターの行うインターネット展示会で医療関連分野を出展対象とし、来春は第3回目まで以後常設としていくこととした。詳細はワーキンググループで詰める。

【協議事項】

1. 国民医療推進協議会について

山本会長から10/21, 日医会館で開かれた「国民医療推進協議会・総会」の出席報告があり、日本医師会を中心に医療関係35団体が参加して、混合診療に反対していくことを契機にいろいろな議論をしていきたいという永続的な協議会として立ち上がった。役員として植松日医会長が会長に選出され、副会長は歯科医師会、薬剤師会、看護協会のそれぞれ会長が推されて、理事は参加団体の代表が就任し、会則は緩やかな規則で運営するという説明であった。具体的には、今回の混合診療反対の署名運動を行うことと、医師会が各地で開く地域集会に参加してほしいということであった。

署名運動は、「国民皆保険制度を守る署名運動」というスローガンにして、混合診療反対と掲げないように戦略上決め、各団体にポスターとチラシを配って署名協力をお願いし、最終的に日医に全部集めてそれを国会に持っていくということであるが、日病はこの趣旨に賛同して参加するので、できるだけ各病院で多くの職員、患者さん、家族等々の署名を集めてほしい。それで、一体どのくらいの数を集めたいと考えているのか聞いたところ、具体的な数字は出せないが、ある反対の運動をやったとき500万集まった。今回の運動はそれ以下では困るというような計算でいくと、病院団

体では1病院平均1,000名の署名がほしいということになる。時間的に、これが11/22までに日医に届けなければならず、あと1カ月ないので本状が届いたら直ぐ配布して協力をお願いしたい。これは、いわゆる選挙運動などと違って病院の外来において職員が説明し、「署名をお願いします」と言って一向に構わないそうなのでよろしく願いたい。

以上のような説明に対して佐藤常任理事から、署名運動は実際に地域の病院協会でもとめることになると思うが、重複などの問題があっていつも悩ましく、今回の場合はどうするかと質問があり、医師会と合同でやるので病院協会として集めたものは地元の医師会に出すとしても、その実績を日病に報告をいただくということで整理していくこととした。

2. 混合診療について

続けて山本会長から、混合診療に対する日病のスタンスということで、厚労省・医療提供者側と規制改革・民間開放推進会議の考え方の違いを図式化した資料を提示して、混合診療を解禁すると保険診療は縮小し、特定療養費は保険外(自由)診療に移行して、その部分が保険診療を押しつぶすくらい膨れるだろうと説明を加えた。また、健保組合の財務状況をもとに財源問題も検討したうえで混合診療の問題を考える必要があると述べたあと、日病として混合診療問題の国民への理解を得る目的でポスターとチラシを作成したと2点を披露した。

1つは、黄色の注意信号を表す交通標識の中に保険診療と自由診療の線が混じって1本となり、曲がりくねった線の行く先に「混合診療」の文字と、その下に「本当に患者さん本位の医療なのでしょうか?」と書き、もう1つは赤ちゃんの眼を大写しにしたデザインで、ピュアな眼で混合診療をキチッと見据えて考えてくださいというイメージのポスターである。文章のところは、「混合診療はプラスの面ばかりが目立っていますが」として、「効果と安全性に疑問があるものが野放し

になります」「自己負担に歯止めがかからなくなります」「医療における経済格差が広がります」という趣旨の説明を入れ、「皆さんも考えてください」とまとめている。山本会長は、これを認めていただければ印刷にかかり、会員に配布するので院内に掲示してもらい、またチラシを配ってもらいたい。先ほどの日医のポスター、チラシとダブルが宜しくお願ひしたいと述べ、もう1点、先ほど邊見常任理事の報告にあったように、月曜日にメディアと混合診療の話をするが、そこでどう主張していくかということも含めて、この問題の議論をしたいと各理事の発言を求めた。

齊藤常任理事は、今日の朝日新聞に大きく混合診療の記事が扱われ、昨日、規制改革側と厚労省の公開討論があって改革側の発言が出ているが、そのあまりの無理解さに驚いているとして、例えば、「過剰な制限をやめ、医師と患者の選択にまかせて」と書いてあるが、外国の聞いたこともない薬剤について医師と患者の選択に任せるといような、高齢の患者さんにそういう選択を任せるとは不可能であり医師にもできない。「こういう名前前の外国の薬があるから使ってくれませんか」とか「良いそうです」と言われても、それは医師にも選択できない。また、「医師の裁量権に対する官の過剰な関与である」と言っているが、こういう裁量権はほしくない。「一定水準以上の医療機関に認めるように」ということもほとんど意味のない言葉であって、何が一定水準なのか。どんなに高い水準の医療機関だって、聞いたこともない外国の薬を持ってきてそれを評価しろと言ったってできない。きちんとしたエビデンスに基づいて公に認知されたものでなければいけないわけで、一定水準以上の医療機関というのもあまりに抽象的で、漠然とした意味のない言葉であると述べた。

角田常任理事は、医師会のポスターも見したが、患者さんや一般の人は「なぜ混合診療をすると保険診療の適用が下がってくるのか」と十分理解できないのではないかと。今まで保険適用外を入れると全部自費になっていたのが、今度適用外が入ればそれだけ払えばすむことではないかと、そ

う考えに対して説明する必要があるのではないかと述べ、福井常任理事は、先ほどの国民医療推進協議会の資料にある『健康交差点』の言葉、「医療は健康や命を守るためのもので、お金の有無で区別すべきものではありません」というのが患者さんに分かりやすい話の仕方ではないかと思うとした。

梶原常任理事からは、まず混合診療の定義とか考え方が以前我々がアンケートを取ったときと違って、いま規制改革側が出しているのは基本的には公的保険をナショナルミニマムにしたいということである。先ほどの混合診療になれば今まで使わなかった公的保険も使えて、かえって負担は下がるのではないかと国民は素朴に思うという話であるが、実際は、そうなれば特定療養費を公的保険に入れていこうとする動きが完全に止まり、公的保険はナショナルミニマムになる。これは規制改革側でも何でもなく財務省が裏で全部指導していることで、25%程度は国家財政が必ず医療費に入ることが根本にある。組合健保はほとんど入らないからそのところを議論してもあまり意味がないが、政管健保と国保に7兆数千億の税金が投入され、医療費がこのまま伸びて50兆になれば12兆5千億となり、年金も大変になる。国は赤字国債でもたない。だから財務省からすれば、どうにかして医療費を圧縮してナショナルミニマムにしたい。車でいう自賠責と任意保険の形にしたいという、それが主計局が考えている絶対の理由で、現実の姿だと思う。

厚労省が外保連と内保連に来てデータを出せと言ったが、本当に混合診療というのは厚労省はどう考えているのか。いま規制改革側が言っているような何でもありの自由診療を入れる混合診療なのか、それとも厚労大臣が言っているような制がん剤ぐらいは、ある程度使われていてある程度エビデンスが分かっているものは早く入れたらいいというのか、どこが混合診療の定義なのかをはっきりしてもらうことが大事である。我々が反対するのは、規制改革側が言っているような入院保険の民間保険を売り出してファンドをたくさん経済

界に回すとか、国としてもなるべく税金を投入しないですまそうという、そういうものに対する反対である。一番わかりやすいのは、健康保険料を取られてなおかつそれで医療が将来担保できなくなるという、いわゆる年金とか医療保険とか何とかと引かれて50%以下に抑えるという約束は、民間の年金保険、民間の医療保険に入ると実際は70%、75%が負担になって可処分所得は20~30%しかないということになる。そこのところを国民に分かりやすく、「実際は誰が負担するのですか」と説明することがポイントと思うと述べた。

奈良副会長は署名運動について、自分の以前にやった経験では病院職員だけでなく患者さんや老人団体のようなところに、いかに負担金が増えるかということをよく説明してほしいしたら3,000人集まったとして、このポスターを貼っておいてだれか1人係りの者がいて説明し署名に協力してもらおうとか、外来で薬を待っている間にでも書いてもらってはどうかと提案し、福井常任理事は、医療というのは国民のためにあるのであって、保険者側とか国家のためでも、我々病院のためにあるものでもない。これはあくまでも国民に不利な制度であると、病院の経営さえよければ何とかなるという問題ではないということをはっきり言うべきであると述べた。

山本会長は、署名集めたあとの問題がどうなるかという質問に対し、最終的な目標は、国民皆保険制度のなかで行われてきた診療報酬の制度というものが61年に完成して、この時点からすでに医療については日本だけがEBMでやってきたといえるもので、国民のために行われる良い医療ということで保険に取り込んできたわけであり、そこは守らなければいけない。だから、特定療養費を今のままでなく見直して、そのルールをなかで処理できるように、絶対にそこを確保することが目標であるとした。

池澤副会長は、我々は特定療養費制度を堅持するという一方で、仮に混合診療になったとしても最終的に厚労省が特定療養費制度の活用に積極的になればこんな問題は消えていくと思うとし、本

日議論してほしいのは明後日のメディアとの懇談で、混合診療がなぜいけないのかという具体例と、もう1つ、日医の主張とどう違うのかという点が問われている。例えば、私の病院で年間7,000名を超える患者さんのエイズの検査を無料で、同意を得てやっており、遺伝子診断も一切取らない。そういうものは混合診療になれば取れるという気持ちが起きるのではないかと提起した。

堺委員長からは、実は私どもの病院が先週の土曜日、この規制改革・民間開放推進会議から訪問を受けた。何の用で来るかと思ったが、結局医療現場としては混合診療をやらないと困るのではないかという発想で、それを盛んに聞いてくる。使いたい薬が使えないのではないかと言うが、私どもは現場の声として実際は困らないと具体的な例を挙げて説明した。それから、病院の経営のなかでそういう持ち出しがあっても、現在の特定療養費のなかでやっていくとか、いま取り上げられている具体例も僅かのことだと申しあげた。特定療養費については今まで日病の考えがよく分からず、おそろおそろだけれどもそれを強化していけば十分やっていける、もし規制改革するのならそこに力を入れてくれと申しあげたが、今日は日病の特定療養費で行くという力強い言葉をうかがったのでよろしくお願ひしたいと述べた。

村上副会長は、エイズの検査は私どもも2万人くらい無料でやっているし、いろいろ言いたいことはあるが、本音から言うと抗がん剤などは何とかしてほしいという気持はある。やせ我慢しているが、ただ最近の厚労省は割合早く特定療養費を認めているから今のままが正しいと思うとし、堺委員長はまた、問題はその抗がん剤がまさに魔法の薬だと皆さん思うわけで、エビデンスがないし、ほとんど通っていない。病院に入れても我々は自信が持てないと言っているが、彼らはあたかも日本は医療水準が低くて使えないとかそういう議論に持ってくる。そうでなくて、そういうのはほとんど例外的で、日常の我々がやっている医療のなかには影響がないということをもっとアピールしていいと思うと述べた。

邊見常任理事は、混合診療の行く末ということを考えて、昭和36年以前の不透明、不平等な医療に戻るという可能性が非常に強いと思う。また、同室で同病の患者さんに違った医療がなされるということは、経済力の差、貧富の差がもろに出てくるし、医師の倫理観が揺らぐ恐れがある。特に若い先生方は非常に悩むことになるだろうと考えられる。それから、WHOによる医療のアウトカム、健康寿命とか医療の平等性ということで日本はナンバーワンであり、20世紀の世界文化遺産といわれているわけで、これは21世紀にもずっと守り続けなければいけないということを言うべきであると述べた。

齊藤常任理事は、特定療養費が1つ重要な落としどころで、これを強化していくと医療の安全性、有効性は担保が得られるし保険制度もある程度守られると思うが、医療の平等性ということが最後まで守り抜けるのかどうか。特定療養費にいろいろなものが乱入してきたときに、経済力による医療の差が出てくる可能性はないのかと提起し、池澤副会長は、そのときの国の財政状態により、特に厚生財政にどれだけ振り向けられるかということによるとして、そのうえで、今年の特定療養費として国民に負担してもらう分はこれだけという一定の限界はあると思う。これは実際の、それを必要としている人とコストで総量が出るわけで、それを全部計上しながら慎重に進めていけば十分可能だろうと思う。それから、特定療養費にこだわるのは、将来保険適用にするということを見据えているからで、これが大切なことであると述べた。

最後に山本会長は、もう時間がだいぶ経ったので議論はここまでにして、日病として混合診療反対の運動をすすめて、メディアへの対応を行いたいとまとめた。また、四病協として発表予定の「いわゆる混合診療についての声明」の2案について諮り、国民皆保険制度の堅持を第1に掲げた案が採用されて来週の四病協総合部会に提出することとし、この項を終えた。

3. 個人情報保護について

武田副会長から、9/30に開かれた第6回「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」の報告がなされ、厚労省が前回示したガイドライン案、すなわち「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(案)」の修正版について逐一説明を加えた。個人情報保護法の施行は来年4月の予定で、医療、介護の事業所を対象としたガイドラインが今月中にできあがる予定だが、医療そのものには守秘義務があるので関係者はやや無関心の風潮があると心配している、などとしながら解説をすすめた。

このガイドライン(案)は、「本指針の趣旨、目的、基本的考え方」「用語の定義等」「医療・介護関係事業者の責務」「指針の見直し等」で構成され、まず法令で「個人情報」が、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものである」とされていることを踏まえ、適正に取り扱わなければならないという趣旨である。本指針の対象は病院、診療所、助産所、薬局、訪問介護ステーションで、これらを法令上「個人情報取扱事業者」といい、「識別される特定の個人」の数の合計が過去6カ月以内のいずれの日においても5,000を超えない事業者は除く」とされて、診療所のなかで該当するところが出てくると思うが、この小規模事業者に対しても「本指針を遵守する努力を求めらるものである」と努力義務が課せられている。個人情報とは生存する個人に関する情報であり、死者は別だが、いろいろな状況もあるので生存者と同じように扱わなければならないという項目も出てくる。

「透明性の確保と対外的明確化」ということで、利用目的を公表する必要がある、「責任体制の明確化と患者・利用者窓口の設置」を求められ、「個人情報が研究に活用される場合の取扱い」ということでは、学問の自由があって個人情報保護法は適用されないが、遺伝情報、ゲノムの問題などを研究していく場合は倫理の問題から入ってこのガイドラインに沿った取扱いをするようにとしている

る。また、「認定個人情報保護団体」というのがあり、日病のような団体が会員を指導する団体となることのできるのを検討していきたい。

「通常の業務で想定される利用目的」が例示されているが、この利用目的を窓口に掲示し、インターネットでも知らせるようにする。「安全管理措置、従業者の監督及び委託先の監督」は大事な問題で、安全管理措置とは「取り扱う個人データの漏えい、滅失または毀損の防止その他の個人データの安全管理のため、組織的、人的、物理的及び技術的安全管理措置を講じなければいけない」ということで、個人データを記録した媒体の性質に応じた安全管理措置を講ずることとなる。従業者の監督とは、雇用関係にある者だけでなく理事あるいは派遣労働者も含む。

「業務を委託する場合」は、委託先に対し必要かつ適切な監督をすること、「受付での呼び出しや病室での名前の掲示」については、患者の希望に応じて一定の配慮をすること、「個人データの第三者提供」について、民間保険会社から照会があった場合は本人の同意を得なければならず、職場、学校からの照会も、マーケティング等目的の会社からの照会も同じである。例外は法令に基づく場合や公衆衛生の向上、児童の虐待の問題などである。他の事業者への情報提供に関する留意事項として、「医療事故等に関する情報提供にあたって

は患者・利用者及び家族の感情に配慮し、報告において氏名が必要とされる場合を除きマスキングを行う」などとしている。「訂正及び利用停止」ということでは、当該本人からその情報は違うということで訂正、削除を求められたら必要な調査をして、そのようにしなければならない。

その他、日病ニュースの10/25号に解説を載せているので読んでほしいが、来年の2月ごろに勉強会や講演会を開く計画があり、間違いのないよう対応したいと説明がなされた。

このあと、武田副会長が政治連盟役員会に切り替える旨を宣して、山口事務局長から平成16年度上半期の収支報告について説明があり、了承された。

最後に、山本会長から、4月新体制がスタートして半年を過ぎたが、平成18年度改定に向けて今年度内にしっかりした提言をまとめ、来年はそれをもって活発に動きたいということを申しあげたので、これまでの委員会の検討内容を11月いっぱいまでにまとめてほしい。その中で、18年度改定に向けてこういう主張をすべきだという項目があればその旨を提出してほしいと述べて、常任理事会を終えた。

(日本病院会事務局 広報部)

感染症対策委員会からのお知らせ

感染症にかかわる最新の情報は、国立感染症研究所「感染症情報センター」info@nih.go.jpに問い合わせ下さい。(日本病院会のホームページからもリンクしております。)

■主な機能

1997年4月国立予防衛生研究所は「国立感染症研究所」と名称変更になった。それに伴って、感染症情報センターが発足した。

主な機能は、①感染症サーベイランスデータの集計、感染症情報の収集、解析、その情報の国民への提供、②外国の感染症機関との情報交換、③感染症集団発生の疫学調査、およびそれを実行する専門家の養成、④感染症予防制圧戦略の研究、および提言等である。

■組織と機能

感染症情報（患者情報、病原体情報、血清疫学情報）の収集と分析・提供、感染症対策に関する立案、実施、疫学専門家の養成、病原体診断およびその技術の講習、およびこれらをより有効に実施するための研究を、感染症情報センター内6室が共同で行っている。

※感染症情報センターの連絡先

〒162-8640 東京都新宿区戸山1-23-1 TEL 03-5285-1111

<http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>

『JAPAN HOSPITALS 2004』発刊 表紙等一新、05年原稿を募集中



日本病院会発行の英文誌『JAPAN HOSPITALS No.23 2004』がこのほど装いも新たに発刊され（写真）、IHF、AHFなど海外の病院協会及び政府機関の関係先に送付された。

同誌は1982年（昭和57年）に創刊され、本年4月からの会の組織変更に伴い編集体制を一新、ネイティブの査読体制をとり、表紙やレタリングも変更した。

同誌編集委員会では来年の『No.24 2005』の7月発行に向けて、次の要領で原稿募集を開始した。

- **募集内容** 本誌は日本の医療や病院の実情を海外に紹介、PRするもので、看護や医療制度等も含み、関連する論文や研究報告などの他誌未発表のもの。（国内既発表のもの翻訳で国外未発表は可。）
- **読者対象** IHF、AHF会員ほか関係先。国内では大学医学部付属図書館など。
- **原稿様式** 英文、ワープロ使用、フロッピーディスク提出。日本語要約。
- **原稿締切** 2005年4月30日

（提出・問合せ等） 日本病院会、雑誌・ニュース編集委員会

（E-mail：nishikawa@hospital.or.jp）

日本病院会雑誌

第52巻第1号 2005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 山本 修三

編集人 石井 暎禧

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)）

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。