

日本病院会雑誌 病院学 2005年10月号

目次

巻頭言：これから正念場の中医協病院代表	佐藤 真杉	3
グラフ：横浜市立みなと赤十字病院		4
<hr/>		
〔寄稿〕		
10月の介護報酬改定の不合理		
—(社)大阪府私立病院協会の緊急調査より	田口 義文ほか	12
<hr/>		
〔事務長セミナー〕		
医療提供体制の改革について	梶尾 雅宏	16
医療制度改革からみた病院経営の将来像	川渕 孝一	40
病院の法令遵守と法的マネジメント ～主として刑事責任を中心に～	須田 清	76
<hr/>		
〔事務長・看護管理者セミナー〕		
シンポジウム「診療情報の活用と個人情報保護」	(座長) 大道 久	96
(1) 病院管理者の立場から	神野 正博	97
(2) 医師の立場から	徳永 英吉	110
(3) 看護師の立場から	楠本 万里子	123
(4) 診療情報管理士の立場から	須貝 和則	129
(5) 討論		136
<hr/>		
病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報8月号」巻頭言	木村 満	141
〔一番町だより〕平成17年度第2回定例理事会 議事抄録(平成17年7月17日)		145
〔お知らせ〕社団法人日本病院会における個人情報保護方針		152
社団法人日本病院会における個人情報利用目的		153
診療情報管理課程通信教育第68期生の募集について		154



これから正念場の 中医協病院代表

中医協（中央社会保険医療協議会）の診療側委員に、病院代表が2人加わるようになった。

7月に有識者会議が報告書をまとめ、それを受けて、尾辻厚労相は、病院代表の選出方法についておおよそ次のように説明した。①厚労相が病院団体に対して、委員2名の推薦名簿を提出するよう依頼する。②日医は病院団体から提出された推薦名簿を添付したうえで、5名の委員全体の推薦名簿を提出する。

日医が推薦の取りまとめをすることについて、規制改革・民間開放推進会議と一部マスコミ等から批判があったが、病院団体自身の推薦による委員枠が担保されたことに違いはない。

診療報酬を決定する中医協に病院代表を送るのは、病院関係者の永年の悲願だったといってよい。医療費のほぼ7割を使っている病院の意見が、診療報酬に適切に反映していないのではないかとみなされていたからである。

しかしながら、中医協が、病院と診療所が利害をめぐって対立する場であってはならないのは無論である。互いの連携と協力がなければ徒な混乱を招き、「分断して統

治する」型に自ら陥ることになる。

問題点もいくつかある。第1に、窓口として、11病院団体による日本病院団体協議会（日病協）が結成されているものの、病院は設立母体、規模、種別、立地条件等が多様なので、意見をまとめるのは必ずしも容易でないと予想されること。第2に、日病協の政策立案のための組織づくりがこれからであること。第3に、頻繁に開かれる関連の各種会議・会合などに出席し、専従職員並みにこの仕事にかかりきりになるため、病院経営を担当している人が委員になるのは難しいことなどである。

私たちは、委員を経済的に支援することも含め、問題点を1つひとつ解決しながら前進する覚悟である。

また、病院代表委員が力を発揮するためには、病院団体間だけでなく、日本医師会との信頼関係を築くことが肝要だが、それを真に深めるためには、日医が主導する国民医療推進協議会など、日本の医療を守る諸活動にもしっかりと協力する必要があるのではないだろうか。

それらのために病院の持つ大きな人的資源を活用したいものである。

＋ 横浜市立みなのと赤十字病院

日本赤十字社が指定管理者として運営を担当する横浜市立みなのと赤十字病院は平成17年4月1日に開院しました。

診療科目23科目、病床数634床を有するみなのと赤十字病院は、「赤十字精神のもと、患者さま中心の良質な医療を提供して、地域の健康増進に貢献する」という理念を掲げ医療を提供してまいります。

医療の特色として、急性期医療を中心に置き、地域医療機関との連携を基に、生活習慣病（心疾患、がん、脳血管疾患等）に対する診断、治療機能の充実を図ります。このほか、救急医療やアレルギー疾患医療等、地域や社会からニーズの高い政策的医療を積極的に推進してまいります。

建物は地震に強い免震構造を採用し、屋上ヘリポートや船着場を設けるなど災害時や緊急時にも対応できる機能を備えており、赤十字の特色である災害時医療の拠点病院としても活動いたします。



船着場

病院の全景

医療機能の充実を図りました。

3大生活習慣病に対する診断・治療機能を充実させました。さらに、ICU（集中治療室）、CCU（心疾患集中治療室）、NICU（新生児集中治療室）など集中治療機能の確保、高度医療機器の整備など医療機能の充実を図りました。



外来

外来待合いホール



外来のサービスの向上。

外来診察室の個室化や中待合の廃止などプライバシーに配慮した設計です。また医療情報システムを導入し、待ち時間の短縮を図りました。さらには総合相談室を設置し、医療相談などの相談機能を充実するとともに、地域の医療機関との密接な連携を推進しています。

リハビリテーション機能を充実させました。



手術機能を充実させました。
(バイオクリーン室等の整備など計11室)





病室

ベッドサイド端末



入院患者さまの療養環境を向上させました。

入院部門を重視した面積構成としています。個室の割合を高くするとともに、4床室は廊下側ベッドにも窓を設けるなどプライバシーに配慮したレイアウトです。分散トイレは面積の許される範囲でできるだけ広くしました。



ナースステーション

病棟内

プレイルーム（小児病棟）



NICU



緩和ケア病棟中庭



緩和ケアにも積極的に対応。
病棟を設け個室25床を設置
しています。

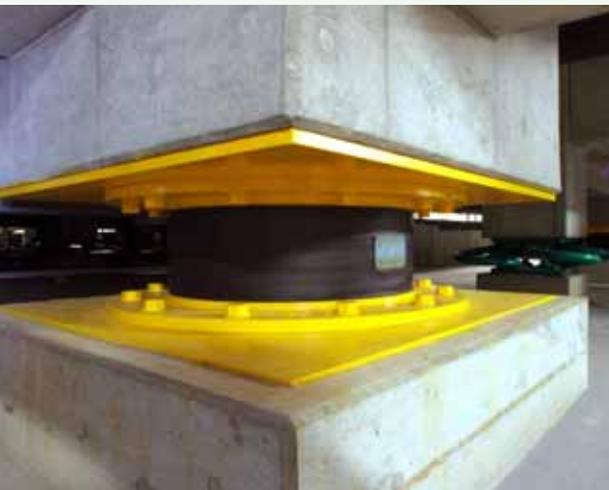


救急外来

● 災害拠点病院としての機能—24時間365日体制の救急医療を実施します。

92病院を有する日本赤十字社のスケールメリットを活かし、横浜市内はもとより、県内、国内救護に尽力します。

国際救援に対しては、日本赤十字社の国際医療救援拠点病院を中心とした諸活動に参加します。



免震構造

建物は地震に強い免震構造を採用し、屋上ヘリポートや船着場を設けるなど災害時や緊急時にも対応できる機能を備えています。

災害時でも病院機能を停止することなく医療活動が可能のように、エネルギーセンター（機械室）やサービス部門（厨房、SPD 部門など）も地上に配置しています。またエネルギー用燃料や、飲料水の備蓄、雑用水のろ過滅菌処理施設の設置などで、災害に強い病院を目指しました。

ヘリポート



機能的で分かりやすい部門配置は患者さま・職員双方が快適であるための第1の条件です。

- 外来関連部門はできるだけ1階に設け、吹抜け空間を利用した立体的で分かりやすい空間構成を取り入れています。
- 病理部門と検査部門、中央手術部門と中央材料部門など、相互に緊密な部門同士の近接化・連結強化を図っています。
- 病棟内の看護動線、物品サービスの動線、部門間連結の動線など、人や物の動線をできるだけ短く合理的にしました。
- 患者さまのプライバシーへの配慮の観点から、患者さまと職員、入院患者さまと外来患者さまの動線をできる限り分離、および院内感染の防止の観点から清潔物品と汚染物品などの動線をできる限り分離しました。

病院フロアご紹介

8階	病棟
7階	A病棟 B病棟 C病棟 D病棟
6階	A病棟 B病棟 C病棟 D病棟
5階	A病棟 C病棟 D病棟 NICU 透析室 売店 理容室 図書室
4階	電気室・機械室
3階	救急病棟 ICU HCU CCU 手術室 心臓カテーテル室 医局 看護部 事務部 会議室
2階	健診センター アレルギーセンター 精神科外来 緩和ケアセンター ×線撮影室 血管撮影室 CT室 MRI室 心臓カテーテル室 内視鏡検査室 輸血検査室 病理検査室 細菌検査室 検体検査室 SPD ME 調理室
1階	総合相談室 紹介受付 新患受付 再来受付コーナー お薬相談 中央待合ホール 証明書等発行受付 自動精算機 総合内科 消化器科 外科 心臓病センター（循環器科・心臓血管外科） 脳神経センター（神経内科・脳神経外科） 麻酔科 呼吸器病センター（呼吸器科・呼吸器外科） 整形外科 形成外科 泌尿器科 皮膚科 耳鼻咽喉科 眼科 小児科 産婦人科 歯科口腔外科 リハビリテーション科 採血室 尿検査 心電図 超音波 筋電図 脳波 呼吸機能 救急受付 救急診察室 救急処置室 ×線撮影室 CT室 正面入口 救急入口 時間外入口 緩和ケアセンター入口 中央監視防災センター レストラン 売店
B1階	RI室 リニアック室 地下出入口 地下駐車場 喫茶 売店

横浜市立みなと赤十字病院

理 念

赤十字精神のもと、患者さま中心の良質な医療を提供して、地域の健康増進に貢献する。

基本方針

横浜市立みなと赤十字病院は、次の基本方針のもとに病院運営、医療活動を行ってまいります。

● 病院の運営方針

1. 赤十字精神に基づく患者さま中心の医療提供
2. 地域の健康を推進する医療提供
3. 安全かつ良質な医療の提供
4. 災害援助、福祉活動等の社会活動への積極的参加
5. 医療人の育成

● 医療活動の経営方針

1. 急性期医療の提供
2. 救急医療、アレルギー疾患医療などの政策医療の提供
3. 地域支援型病院を目標とした医療活動の推進
4. 災害拠点病院としての活動の推進

病院の概要

- **名 称** 横浜市立みなと赤十字病院
- **所 在 地** 〒231-8682 神奈川県横浜市中区新山下3-12-1
- **電 話** TEL 045-628-6100(代) FAX 045-628-6101(代)
- **ホームページ** <http://www.yokohama.jrc.or.jp>
- **院 長** 西岡 清
- **診 療 科 目** 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、神経内科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、精神科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、アレルギー科 ※精神科は平成19年度開始予定
- **病 床 数** 634床（一般病床584床・精神病床50床）※精神病床50床は平成19年度開床予定
- **職 員 数** 医師97名、看護師432名、その他297名 合計826名（平成17年9月1日現在）
- **政策的医療** 24時間365日の救急医療／小児救急医療／輪番制救急医療／母児二次救急医療／精神科救急医療／精神科合併症医療／緩和ケア医療／アレルギー疾患医療／障害児（者）合併症医療／災害時医療（災害医療拠点病院機能）／市民の健康危機への対応（感染症など突発的な健康危機への対応）
- **面 積** 敷地面積 28,613.95㎡
建築面積 14,225.64㎡ 延床面積 74,148.41㎡（地下駐車場等を含む）
- **構造・階数** 鉄骨鉄筋コンクリート造（基礎免震構造の採用） 地下1階地上8階（4階は設備階）
- **駐 車 場** 地下駐車場206台（自走式） 地上駐車場102台（機械式16台含む）
駐車台数計308台

10月の介護報酬改定の不合理

—(社)大阪府私立病院協会の緊急調査より—

(社)大阪府私立病院協会事務長会

田口 義丈 由雄 宏志
(調査担当)

寄

稿

10月の介護報酬改定の不合理

施設と在宅の利用負担の公平化、介護保険給付と年金の調整を目的に掲げて、10月から介護保険制度が改定される。介護保険施設での居住費・食費が保険給付の対象外とされた。改定に伴い、介護報酬の見直しも行われたので、その影響度を調べるため(社)大阪府私立病院協会事務長会で緊急調査を行い、以下の結果と問題点を見出したので発表する。

1. 調査方法

(社)大阪府私立病院協会事務長会の幹事病院が設置する介護療養型6施設、老健14施設、特養6施設、合計26施設の本年6月分収入について置き換え調査を行った。

2. 調査結果

改定の影響調査結果を別紙1・別紙2に示す。各施設とも3～6%大幅な収入減が見られる。特に新型特養等のユニット型個室の減収が10%以上と著しく大きい。減収の要因は、居住費ではユニット型個室の大幅減額であり、食費の大幅減額も大きく影響している。居住費・食費の補足給付の上限も影響を与えている。10%以上減収のユニット型個室の新型特養等では赤字に陥ることが確実になった。

介護保険施設を関連施設として経営する医療機関は多い。介護施設を含め施設群全体で病院経営を支えている部分があることも事実である。今回

の改定で介護保険施設も厳しい経営状況に突入する。

3. 居住費：ユニット型個室の減額幅の疑問点

新型特養などのユニット型個室の減額幅158単位は不当なほど影響が大きい。新型特養のユニット部分は建築補助金を受けていなく、既にユニット部の居住費や光熱費も利用者の自己負担であった。どの部分を控除して158単位になるのか全くわからない。また、従来型個室は減価償却相当部分を減額するとき、補助金相当を勘案して減額しているが、ユニット型個室には補助金相当の調整がない。ユニット型個室も廊下等共通部分は補助金を受けている。この設定は理解しがたい。

これにより介護の手数がかかるユニット型個室の施設介護サービス費が、老健・特養とも一番低い単価になった。居住費控除後の施設介護サービス費は「介護ケア費用等」の算定額になるが、上記のような不明確な決め方のため、施設介護サービス費に整合性が全くなくなっている。

厚労省が将来70%まで進めたいとするユニット型個室がこのような状態では、これを実践してきた施設は2階に上がって梯子をはずされたのも同然である。介護の質の向上が重要と厚労省は言うが、どのようにすれば質が維持できるのか？

ユニット型個室等の不合理は早急に是正する必要があるのではないかと。

4. 食費：食費コスト1,380円の減額が急激で大幅すぎる

各施設収入減少の最大要因は食費の減額である。食費の基準費用額1,380円は介護施設経営概況調査から出てきた数値というが、給食の安全衛生管理のコストや食器・配膳車の器具関係や管理経費をどこで見るのか。現場の実情を全く反映していない。統計調査の数値の人件費と食材費を机上で計算したかたちで、安全対策費等が全く入っていない。医療事故に対する安全対策が叫ばれているが、食の安全も全く同様である。統計上の金額とやらなければならない金額は当然違う。各施設は集団給食の安全・信頼等に本当に責任が持てる金額だろうか？

5. 補足給付の上限設定などについて

自己負担には、低所得者対策として利用者負担第1～3段階に基準費用額を上限に補足給付が実施される。基準費用額以上にコストがかかっている施設では、施設の「定価」「実額」に対して、ここまでしか支給しないという上限：基準費用額を決められるのであろうか？ 基準費用額は実額にすべきではないか。

また、利用者負担第4段階以上の人には基準費用額以上の実額を徴収できるが、その場合サービスが同一なら1物2価になる。

さらに、低所得者への負担軽減策は、補足給付でなく行政責任の「公費」で補填するのが本来の低所得者対策のはずで

あろう。対象外の経費に「特定入所者介護サービス費という補足給付」をするのはおかしい。介護保険財源の使い方と低所得者対策とが混同されているのではないかと。これも国の支出削減の方策としか考えられない。

対象外の経費を補足給付で補わなければならないこと自体、本来は保険給付から離すべきでないことを証明している。

※今回の補足給付は、老人保健で患者負担1割が高所得者の場合2割負担の概念とも違う。また一部負担額の上限を設定する高額療養費の概念とも違う。

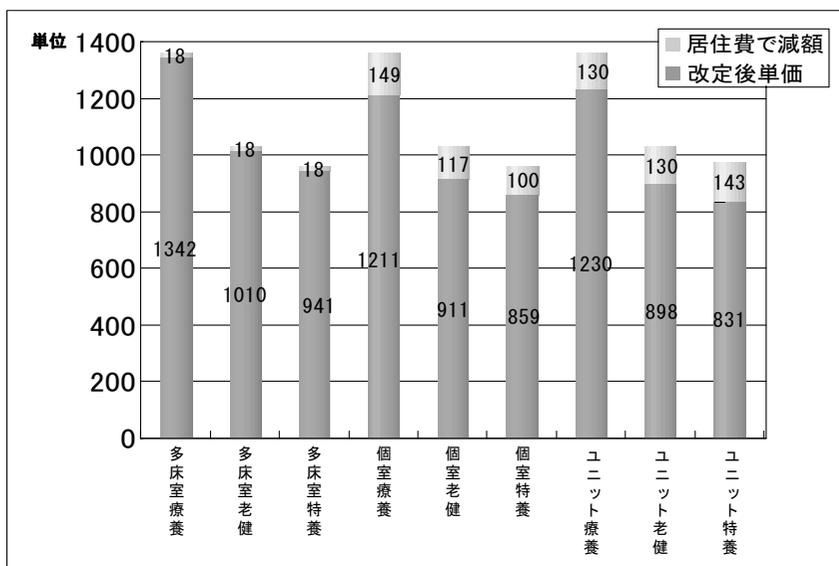
6. 不合理が多い改定

今回の改定は、先に負担額ありきの議論のため、減価償却相当分の控除の仕方やユニット型個室の大幅減額に見られる介護施設サービス費の不整合、あまりに低い食費の基準費用額の設定、補足給付のあり方に大きな疑問を感じる。

不合理と考える項目

- 1) ユニット型個室の施設介護サービス費が一番

別紙1 施設サービス費の変化 介護度5の場合



低いのは不合理。

(老健・特養ではユニット型個室が従来個室より低いという不整合、逆に療養型ではユニット型が従来個室より高い)。

- 2) 食事の基準費用額は1,380円と極めて低額で、食の安全確保に疑問がでる。
- 3) 多床室の施設介護サービス費には室料が含まれているため一番高い。
- 4) 低所得者対策の補足給付は公費で行うべき。
- 5) 契約で決まる価格に基準費用額を設定し補足給付の上限を設けるのは不合理。利用者へのサービス内容が同一なら1物2価となる。
- 6) ショートステイなどは在宅支援サービスであり、これは在宅の人に滞在費(住居費)の二重負担を強いることになる。
- 7) 社会福祉法人に利用者負担金を減免する制度

(社副減免)を適用すると言う。開設主体の差で利用者負担額に差が生じるのは論理的でない。

7. まとめ

介護給付費3,000億円削減のため、介護保険施設の居住費や食費の自己負担導入であるが、算定方式には不合理が多いばかりでなく、現場の状況を反映していない。

定住施設でない介護療養型や老健等の住居費や食費の自己負担は、いずれ医療保険にも導入されるおそれがあるのでよく吟味しておく必要がある。

このような考え方で医療保険に居住費・食費等の自己負担が導入されるのなら、我々は断固容認するわけにはいかない。医療保険に介護保険の不合理な論理を導入してはいけない。

(平成17年9月5日)

	特 養				老 健				療養型	
	6施設平均		ユニット型2施設の平均		14施設平均		ユニット型1施設		6施設平均	
1. 定 床 (床)										
ユニット型個室		30.8床		92.5床		2床		28床		
ユニット型準個室										
従来型個室		12.3床				7.5床				8.8床
多床室		45.6床				91.9床		72床		128.5床
計		88.8床		92.5床		101.4床		100床		137.3床
短期入所率(%)		16.3%		18.0%		11.0%		11.0%		0.9%
個室料金(円)		657		1,970		2,100~6,300		3,150		3,150~6,300
2. 収入影響率 (%)	比率(%)	金額(千円)	比率(%)	金額(千円)	比率(%)	金額(千円)	比率(%)	金額(千円)	比率(%)	金額(千円)
入 所	△6.6%	△1,649	△11.8%	△3,327	△4.1%	△1,269	△7.8%	△2,245	△2.8%	△1,538
短期入所	△6.6%	△314	△9.5%	△534	△5.7%	△242	△10.4%	△367	△2.9%	△7
通 所	△2.3%	△130	△18.9%	△33	△2.2%	△219	△37.9%	△226		
計	△5.9%	△2,092		△3,894	△3.8%	△1,730		△2,838	△2.8%	△1,578
減少率	△5.9%		△10.6%		△3.8%		△8.7%		△2.8%	

参考

特養・老健の自己負担額と補足給付

食 費	特別養護老人ホーム			老人保健施設			介護療養型医療施設		
	負担 1段階	負担 3段階	負担 4段階	負担 1段階	負担 3段階	負担 4段階	負担 1段階	負担 3段階	負担 4段階
基準費用額	1380円		実績額	1380円		実績額	1380円		実績額
負担限度額	300	650	実績額	300	650	実績額	300	650	実績額
補足給付	1080	730	0	1080	730	0	1080	730	0
基準費用額以上にコストが掛かっている施設では、収入区分4段階以上の利用者には施設の実績額を請求するが、3段階までの人は基準費用額までしか補足給付されない									

特 住 費	多床室			個室			ユニット個室		
	負担 1段階	負担 3段階	負担 4段階	負担 1段階	負担 3段階	負担 4段階	負担 1段階	負担 3段階	負担 4段階
基準費用額	320円		実績額	1150円		実績額	1970円		実績額
負担限度額	0	320	実績額	320	820	実績額	820	1640	実績額
補足給付	320	0	0	830	330	0	1150	330	0
基準費用額以上にコストが掛かっている施設では、同上									

老 健 住 費	多床室			個室			ユニット個室		
	負担 1段階	負担 3段階	負担 4段階	負担 1段階	負担 3段階	負担 4段階	負担 1段階	負担 3段階	負担 4段階
基準費用額	320円		実績額	1640円		実績額	1970円		実績額
負担限度額	0	320	実績額	490	1310	実績額	820	1640	実績額
補足給付	320	0	0	1150	330	0	1150	330	0
基準費用額以上にコストが掛かっている施設では、同上									

医療提供体制の改革について

厚生労働省医政局総務課企画官

梶尾 雅宏

司会 皆さん、おはようございます。早速、「医療提供体制の改革について」という題で梶尾雅宏先生にお話しいただきたいと思います。レジュメをご覧ください。本籍は鹿児島県で、学歴は東京大学法学部卒業で、在学中に国家公務員採用一種試験、法律合格とありますから、まさにキャリアということだと思います。

その後、ずっと厚生省に勤めておられて、現在は厚生労働省医政局の企画官でいらっしゃいます。皆さんご存じだと思いますが、社会保障審議会医療部会の主催者側ということになるのでしょうか。今日はそのへんの話、まさに来年いろいろな医療制度改革が行われようとしておりますが、そのへんのホットな話をしていただけたらと思います。それでは梶尾先生よろしくお願いたします。

梶尾 おはようございます。ただいまご紹介いただきました、厚生労働省医政局企画官の梶尾です。どうぞよろしくお願いたします。プログラムを見ますと、今日と明日、明後日と、非常に濃い内容のセミナーとなっておりますが、医療提供体制の改革についての全体的な状況をまず私のほうから申し上げてから、あとに詳しい話がどんどん続くといった構成かと思っております。

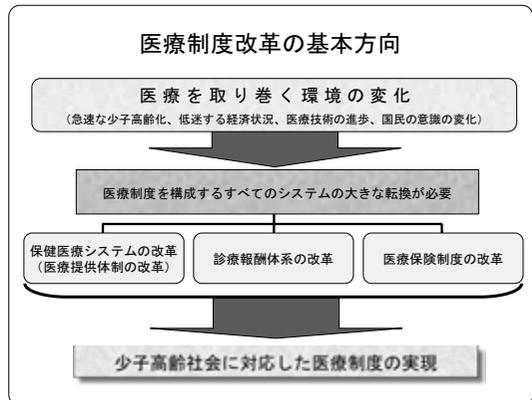
ご紹介いただきましたとおり、社会保障審議会の医療部会というところで医療提供体制の改革についての議論を進めております。その進行役を

やっております、一応今月中に中間まとめをしようということで作業をずっと進めてきておりますので、今そこでどんな議論をしてきているかということをご紹介したいと思います。

今日は、医療保険の話にはあまり触れません。といいますか医療保険のほうは、まだ今後どうするかという論点をいろいろ出し始めたところですので、今の段階ではなかなか話しづらいかもかもしれませんので、提供体制の話を申し上げたいと思います。

医療提供体制の改革の方向

(スライド1) 医療制度改革の基本方向ということで、スライドをご紹介していますが、ここを説明しだすと時間もなくなりますので説明は省略します。基本認識としては、スライドにあるような考えで提供体制の問題を考えていかなければならないということです。



司会：日本病院会人材育成委員会委員長

小川 嘉誉

スライド1

(スライド2) 医療提供体制に関しては、将来の医療提供体制をどうにかたちにしていくかというビジョンと、それに向けて当面の間、何をするかということ平成15年の8月に出しました。

そのビジョンの考え方は、まず患者とのいろいろな信頼関係、患者は自身の健康に対する自覚を高め、医療に参加意識を持つ。一方、患者がいて、その病気を治療するという事で医療があるわけですが、ここは予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供されるような患者主体の医療というものを確立していこう、ということが基本的な考え方になっております。

(スライド3) そのビジョンにおいては基本的視点として、「患者の視点の尊重」、「質が高く効率的な医療の提供」、いろいろな「医療の基盤整備」を進めていこうという3つの柱を立てましたが、その下に小さな細分の柱として、「情報提供」、「安心」、「質の高い効率的な医療提供」などを立てております。ここからキーワードを拾い出しますと、「患者の視点の尊重」のところにある「安全」、「安心」とか、次のブロックの「質が高い」といったことが、今後の、提供体制の改革のキーワードになるだろうということです。

こういったビジョンを今後どう具体化していくのかということ、そのなかで制度的な対応をすべきもの、あるいはその事業をどんどん実施していくべきものと、さまざまな仕分けがありますが、こういったことをしていく必要があるかということで医療部会でも議論しています。

(スライド4) 今の医療法というものを振り返ってみますと、1948年(昭和23年)に医療法が制定されました。終戦直後は感染症、主に結核対策です。そういった時期に(結核とは限りませんが)医療のフリーアクセスの一応の確保のために、とにかく量を増やしていく必要があるという考え方でした。ただ、量を増やすといっても一定水準は確保しないといけないので病院についての施設基準などを定めたということが1948年(昭和23年)のでき事です。

その後、高齢化が進む、あるいは疾病構造が急



講演中の梶尾雅宏氏

医療提供体制の改革ビジョン

- 国民的合意を得て改革を推進するため、平成15年8月厚生労働省として、21世紀における医療提供体制の改革の将来像のイメージと当面進めるべき施策をビジョンとしてとりまとめ。
- 基本的考え方:
患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識をもつとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者主体の医療を確立。

スライド2

改革の基本的視点

患者の視点の尊重

医療に関する情報提供の推進
安全で、安心できる医療の再構築

質が高く効率的な医療の提供

質の高い効率的な医療提供体制の構築

- 医療機関の機能分化・重点化・効率化
- 地域における必要な医療提供の確保等

医療を担う人材の確保・資質の向上

医療の基盤整備

生命の世紀の医療を支える基盤の整備

スライド3

性から慢性中心へ変わっていくなかで、だいたい病院の数は増えてきましたが、地域の偏在があったり、あるいは同じような種類の病院が揃ってしま

ったりしました。1985年（昭和60年）の改正では、医療計画の創設。その後、療養型の病床群制度や特定機能病院制度の導入。1997年（平成9年）には介護保険の導入と合わせて、診療所にも療養型病床ができるようにしました。前回の2000年（平成12年）の改正では、病床区分を従来の「その他病床」のなかに療養型病床群というものがあつたのを、療養とそれ以外の一般に分けたこととか、医療情報提供の推進、臨床研修必修化の改正をしたというのが5年前のでき事です。

社会保障審議会の医療部会での議論

（スライド5）医療保険に少しだけ触れますが、平成14年の夏に健康保険法の審議があつたわけですが、平成15年4月からサラリーマンの本人負担が3割に増えるにあたり、将来どのように医療保険制度をやっていくのかという姿を示せ、ということが約束になっていて、4月の実施に先立って15年3月に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」というものを、これは政府として閣議決定しました。

これに基づいて、医療保険については平成18年に改革しようということで、一昨年の夏から、社会保障審議会で関係者が集まって議論を進めてきているところです。なかなか具体案に至らないというところですが、平成18年に医療保険を改革するというのが、政府としての約束になっております。

そのタイミングにあるわけですが、財政の話だけをやるのは非常に適切でないということもありますので、医療提供体制はどうあるべきか、それを賄う医療負担・財政をどうするかという一体での論議のかたちが本来あるべき姿ですので、医療提供体制の部分についても一体として進められるよう、法改正なりをする必要があるものについては、同じタイミングでということ、社会保障審議会の医療部会での議論が昨年の秋からスタートしたというのが現在の状況です。

（スライド6）その考え方として、改革のビジョンを平成15年8月に出していますので、それに向けて去年の秋の時点、ビジョンをつくってから1年後の時点でどうなっているのかをおさらいしつつ、今後どうしていくのか、制度改革に結びつくものと事業実施していくものとさまざまありますけれども、

医療法改正の経緯

終戦後：感染症等の急性期患者が中心の時代。医療へのフリーアクセス確保のため、医療機関、医療従事者の量的な充実が急務。

1948年 医療法制定 医療水準の確保を図るため病院の施設基準等を整備

高齢化の進展、疾病構造の変化（急性疾患→慢性疾患）。国民の意識の变化的整備がほぼ達成→医療機関の地域偏在の解消。医療施設の機能の体系化。医療の高度化・専門化、チーム医療の進展。

1985年 第一次改正 医療計画の創設

1992年 第二次改正 療養型病床群制度導入・特定機能病院制度導入

1997年 第三次改正 診療所への療養型病床群導入

2000年 第四次改正 病床区分見直し（療養病床と一般病床の区分）・医療情報提供の推進・臨床研修必修化

スライド 4

社会保障審議会医療部会における検討

趣旨

- ・ 医療提供体制については、平成15年8月に厚生労働省として「医療提供体制の改革のビジョン」をとりまとめ、その取組みを進めてきたところ。
- ・ 一方、医療保険制度については、「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」（平成15年3月28日閣議決定）に基づき、平成18年の改革を目指して、社会保障審議会において審議中。医療保険制度と車の両輪の関係にある医療提供体制についても、医療保険制度の改革と一体となって改革に取り組むことが必要不可欠。
- ・ 「医療提供体制の改革のビジョン」を踏まえ、昨今の医療を取り巻く状況の変化に対応すべく、より質の高い効率的な医療サービスの提供の実現に向けた医療提供体制の改革の議論を行うため、社会保障審議会医療部会を開催。

スライド 5

そういうものを仕分けしながら進めていこうということで、「検討のスケジュール」とスライド6にありますように、昨年（平成16年）9月にスタートして、毎月1回で4回、議論したうえで、今年2月に論点整理をし、その論点についてはホームページにも掲載して、「ご意見がありましたらお寄せください」というかたちでやっております。

その後、3月以降、論点ごとに二巡目、三巡目議論をして、6月29日の第14回の医療部会で「中間まとめ案」というものを出しました。そこでいろいろ意見が出ていますので、そういった意見を踏まえて、今月中に「中間まとめ」をします。その「中間まとめ」で方向性、あるいはまだ引き続き議論が必要なものと、いろいろな仕分けが出てまいります。

そのなかで、例えば法律改正を待たなくても予算を取ってやれる話もあります。そういったものはこの7月にまとめる、というのは夏の概算要求や税制改正要求は大体8月に出して暮れまでに議論していきますので、その概算要求なり税制改正につなげていくものもあります。あるいは制度改正につながるもの、あるいは制度改正にあたっては、診療報酬の扱いがどうなるのかを見なければなかなか決めがたいというものも当然あります。そういった話は、保険の話と一緒にあって、暮れまでかかる話です。そういったものをやりながら引き続き検討していく。夏に「中間まとめ」をしたうえで、年末までにまとめて、冬は予算編成しますので、そういったことに反映させたり、来年の国会に法案で、「医療法」の改正、あるいは「医師法」の改正、「保健師助産師看護師法」の改正といったかたちで出します。

その際には健康保険法の改正もおそらく出るはずですので、それも一緒に審議をしてもらうようにして進めていくということで、全体的に動いています。

（スライド7）それで、今年（平成17年）の2月

• 主な検討事項

「医療提供体制の改革のビジョン」で掲げた将来像のイメージと当面の取組みの進捗状況を確認しつつ、幅広い観点から検討。

• 検討のスケジュール

- 平成16年9月から開催し、年内に第一巡目の議論を終了。平成17年2月に主要な論点を整理し、厚生労働省HPIにも掲載して意見募集も行いながら、部会において、3月以降、第二巡目、三巡目の議論を行ってきた。本年夏に中間的な意見のとりまとめ。
- 18年通常国会への法案提出に向けて、平成17年末を目途に意見書のとりまとめを目指す。

スライド6

改革の論点 (医療部会における主な検討事項)

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| • 患者・国民の選択の支援 | • 医療機能の分化・連携、医療施設体型的及び医療施設に係る規制のあり方 |
| • 医療安全対策の総合的推進 | • 在宅医療の推進 |
| • 小児をはじめとした救急医療体制、母子医療等の推進 | • 医療法人制度の見直し |
| • 医療計画制度 | • 医療を担う人材の確保と資質の向上 |
| • へき地医療提供体制の確保 | |

スライド7

に整理した改革の論点には、おおよそこういったことがあります。「患者・国民の選択の支援」ということでは広告の話、あるいは情報提供の話、「医療安全」「小児救急」などの話、「医療計画」、「へき地医療」、「医療機能の分化・連携」、「在宅医療」、「医療法人制度」、「医師の確保・資質の向上」といったような話が論点として挙がっております。これらについて医療部会を、3月以降、毎回テーマを決めて、大体月2回ほどのペースでどんどんやってきたというのが現在の状況です。

医療部会は、大体公開ですのでマスコミの人たちも聞いています。事務局はこういうふうに見えるのか、委員からはこういう意見があってそれに対する反論はなかったなとか、まあこういうことになるのだろうというふうには記者さんは思っており、それで、こういうことになりそうだという記

事がポンポン出るということで、時々思いもよらない、随分踏み込んだ記事も出たりしますが、そういった公開で、さまざまな情報を得ながら議論しているというのが現在の状況です。

医療計画制度の見直し

多くの論点があることを紹介しましたが、どんな議論がされているのか、よく話題になるものから順番にお話ししていきたいと思います。

(スライド8) 1つは医療計画制度の見直しです。これは最近の報道でいいますと、7月11日に医療計画の検討会で「中間まとめ」の議論をしました。それに先立って日経新聞の朝刊一面に出たり、医療計画検討会が終わったあとは朝日や読売などでも出ているので、「ああ、そういうことをするのか」、あるいは「そこまでやるのか」と思われているかもしれません。

少しご紹介します。医療計画制度、これはご承知のとおり昭和60年に、主に二次医療圏という線引きをして、そこで当時は必要病床というものを算定して、それを超えている地域には病院を建てることに対しては勧告される。造るのだったら造れる地域に造ってくださいということで、いわゆる地域偏在の解消に向けた計画になっています。そういった機能を果たしているということは十分ご承知のとおりですが、ベッド数のコントロール以外のところでどういう役割を果たして、計画があったおかげでどうよくなったのか、あるいはどのような内容かというのが分からないと、いろいろ

ろ書いてあります。

「～を進めます」、「～をやります」というのをいろいろな事業ごとに書いてありますが、それがどれだけ進んだのか、進まなかったらどこにどう責任があって、どういうことをする必要あるのかという計画にはなっていない、というのが今の医療計画の問題点です。

介護保険の計画を見ますと、市町村で介護保険事業計画を、実態調査をベースにつくって、そして5年後にはこうするという数値目標があり、それはさらに地域の保健医療に直接的に関係してきます。住民も参加のもとでそういったものをつくって、それを積み上げたかたちで県の計画になっています。

そうすると、この計画を実施していくことによってどういう姿にしようとしているのか、それは計画の達成後にどれだけ進んだのか、あるいは進まなかったのか、進まなかった原因はどこにあるのかという評価ができる計画になっている。

医療計画も、質ということを考えるとそういった数値目標入りの計画にしなければいけないだろうと思っています。ただその数値目標を何にするのか、また行政あるいは医療提供者、専門家にしか分からないような指標だとそれは困ることです。住民にとって分かりやすい、例えば小児救急だったら小児救急で、どういう治療体制や予防対策が取られていてどう処理をしているかが分かるような、あるいはこういう病気だったらどうであるといったように、事業ごとに書いてあると分かりやすいのではないか。その事業ごとの数値目標を設定する。

そういったことを通じて、十数年前から医療機関の分化・連携という言葉が言われていますが、診療報酬で無理やりということはありませんけれども、提供体制の話として、なかなか進んでいないところもあります。より良いかたちを進めるようにならないだろうか、それによって住民も「読んでみようか」と関心を持つような医療計画にしていく必要があるだろうということになります。

(スライド9) このスライドは説明しだすとま

I 医療計画制度の見直し

- がん対策、糖尿病対策、小児救急対策、周産期医療対策などの事業ごとに数値目標を設定して、都道府県が自主性・裁量性と責任をもって、地域内の医療機関の機能分化と連携を推進する仕組みへ
- 住民にとって必要な医療情報がわかりやすく明記されている医療計画へ

スライド8

保健医療提供体制の確保についての考え方

目指すべき方向性

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 患者・国民の視点に立った医療提供体制(患者の選択により安全、安心で質の高い医療が受けられる体制)を整備 ② 質の高い医療を効率的に提供するため、医療機能の分化と連携の推進 ③ 国民皆保険の下で、国民が、どの地域においても、一定水準の医療を安心して受けられることを保障 ④ 国の基本指針に即した健診及び事後指導等の実施体制やその他の地域保健・健康増進体制を整備 |  | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者・国民のQOLの向上 ➢ 国民の健康寿命の延伸 ➢ 地域格差の是正 ➢ 限りある保健医療資源の有効な活用に向けてのシステムづくり |
|--|---|---|

三位一体改革の視点

- 疾病構造の特徴や住民ニーズに応じ、地方の創意工夫を活用した保健医療提供体制の整備を図ることを支援する視点の重視
- 地方の自主性・裁量性を最大限発揮できるように、国の関与は最小限かつ効果的なものに限定

医療行政における都道府県の役割の充実

地域保健・健康増進行政における都道府県の役割の充実

改革の内容

医療計画制度等の見直し

地域の保健医療提供体制の整備のための補助金改革

スライド9

た大変なのですけれども、医療計画の見直しの検討会というのが平成15年の9月にスタートしたときのテーマは、1つには前回の第4次医療改正で一般と療養を分けました。届け出が平成15年8月末までです。病床規制について、一般と療養の合計数で基準病床数を算定していたのを、分けて算定するようにしようというのが前回改正の宿題事項になっていて、それは届け出が終わって後、大体一般、療養というのが定着してからと当時からいらわれていたわけですけれども、そこがどうなっているのかということ。それと、分けて計算する場合の算定式をどうするのかということを考えてというのが1つのテーマです。

もう1つのテーマは、規制改革のサイドからのものです。現在の基準病床制度があることによって、過剰病床の圏域においては新しい医療機関は参入できないということになりますので、その地域に住んでいる人は、昔からある医療機関しか利

用できない。最新の医療を持って参入しようという医療機関を妨げて、住民にとっても不利益ではないかという認識があって、基準病床制度のあり方をどう考えるかということ。そういったことで、平成15年の夏に医療計画検討会を始めました。

そこではワーキングチームなどで研究していたわけですが、そうこうしているうちに、医療提供体制の在り方全体をどう考えるかという論点が入り、さらに昨年の秋に三位一体ということで、都道府県に、より自主性・裁量性を持ってもらう、補助金の改革などもあります。そういったことも考えていく必要があるだろうということになっています。

これらの医療計画をめぐって、いろいろな観点を盛り込んで、今考えているということです。その医療計画自体に、もともとあった一般、療養を分ける話だとか、基準病床制度が参入障壁になっていないかという話、まさに医療現場だけの話で

はなく、三位一体、地方分権的な観点でどうしていくかという話になり、あるいは次期の医療提供体制というのをより質の高いものにしていく観点で、医療計画という仕組みをうまく使えないのかということなどが、混ざったかたちで検討されているということになります。

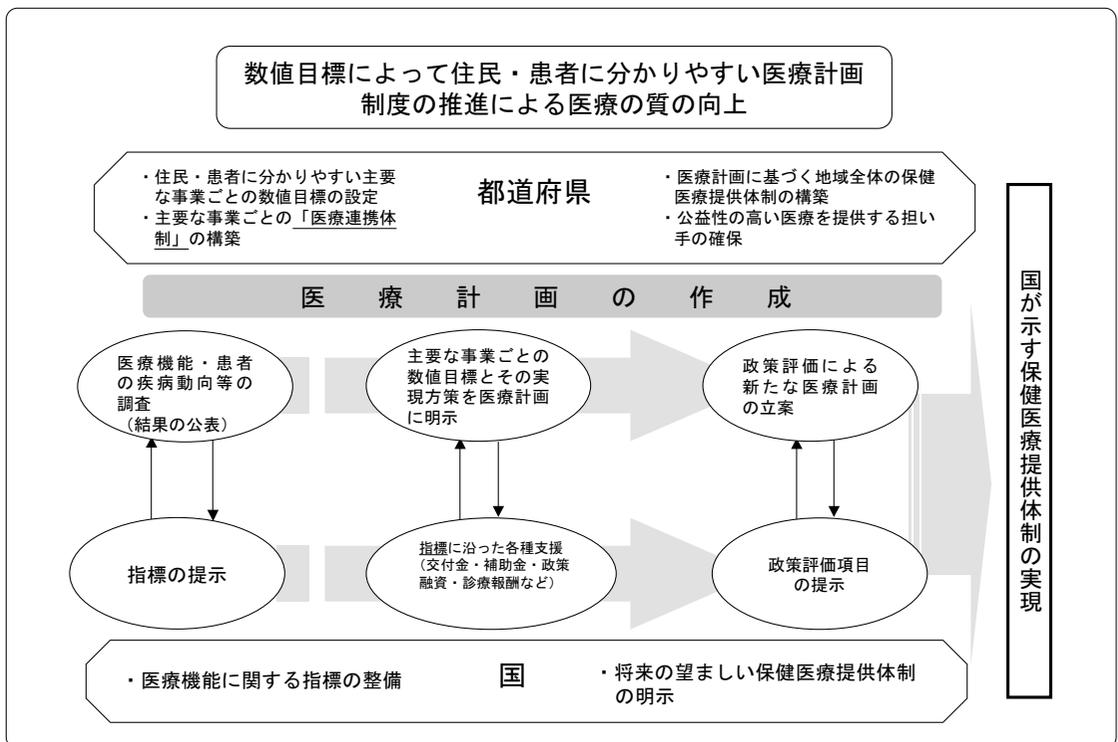
今お話しした医療計画の見直しの案は、「中間まとめ」や医療計画検討会報告書では文書していますが、ポイントのところだけを拾いますと、スライド10のタイトルにもありますように「数値目標によって、住民・患者に分かりやすい医療計画」にすることによって、「医療の質の向上」を図ろうということです。

スライド10の下のほうにありますように、国がまず医療機能に関する指標というものを整えていきます。各県で数値目標をつくるといっても、それぞれの県で独自の数値目標でやっている、その県がほかの県に比べて良いのか比較もできないということになりますので、標準的な指標は統一する必要があります。医療機能や疾病動向等を調

査して、こういった指標はこう取れるといったかたちを示していく。それについて、各都道府県で調査をし、主要な事業ごとの数値目標、そしてそれに向けて何をしていくのかということを経営計画に書いていく。

国からは交付金・補助金あるいは融資、診療報酬も含めて支援をして、医療計画についてどれだけ進んだかということを経営評価していく。そういうかたちの医療計画にしていく。

したがって、都道府県の医療計画では、主要な事業ごとの数値目標を設定する。そして、主要な事業ごとに医療連携体制というものをつくっていくことになります。それに基づいて地域全体の保健医療体制を整えていく。また、従来、採算性が低いといったものについては、大体公立病院がやるものだと決めてかかるようなところがあるわけですが、そうではなくて、民間の医療法人についても（あとで法人改革のところでも触れますけれども）、そういった公益性の高いものを担ってもらえるようなかたちにしていくということで、



スライド10

次期の医療改革を考えているところです。そういったビジョンを目指していくということです。

(スライド11) その際の指標はどうなるのかということで考えておりますが、健診の受診率ですとか、疾病自覚率というもので、こうした案を出しています。

有病者の受診割合というのは今は取れない数字ですが、要するに病気だと分かって、認識している人がどれだけ受診をしているのかということです。有病率とも違うし受療率とも違う。分母をどうつくるかというのがこの指標では難しいところです。

疾病自覚率のほうは健診をどの程度受けに行くのかに近い話ですけれども、有病者の受診割合は、自分が病気かもしれないと思っていても放っておく人が多いのか、健診を受けるだけで病院に行かないというようなことがあるのかといったことで、つまり有病者だと思ったうえでちゃんと病院にどのくらい行っているかということです。

社会復帰に要する期間というのは、1病院ごとのその平均在院日数とは違って、その地域で連携しているような場合で、入院してから最後に退院するまでの総入院期間の平均というのを取れないかと考えています。

(スライド12) また、地域医療カバー率、地域連携支援率、死亡率、在宅支援率といった指標も考えられています。指標としてどういうものが考えられるか、それはどういう政策メッセージになるかということを経済計画検討会で現時点の案として、実際それが取れる指標になるのかどうかという検証は並行して進めながらですが、検討しております。そうするとこの8つに決めたと報道されたりします。しかもそれが補助金の執行と関係するような感じで、あるいはこれをやれば医療費が安くなるというふうに、すごく単純化して新聞記事になったりするわけです。けれども、この指標でうまくいくのかどうかの検証も並行しながらというのが、今の状況です。ポイントとしては何をしようとしているのか。メッセージ性のある指標というものを考えて具体的にどういうのができる

指標のイメージ

【健診・検診】

- 健診・検診受診率:住民はどのくらい健康に関心があるのか
- 疾病自覚率:病気の可能性のある人が、どのくらい病気を自覚しているのか

【治療・診療】

- 有病者の受診割合:どのくらい病気を治そうとしているのか
- 社会復帰に要する期間(総入院期間の平均):病気だった人が、どのような経過で日常生活に復帰したのか

スライド11

指標のイメージ(続き)

- 地域医療カバー率:患者が希望する医療が受けられるのか
- 地域連携支援率(連携バス利用率):患者は、地域の医療機関でどのくらい切れ目なく診療が受けられるのか

【リハ、在宅、ターミナル】

- 死亡率:地域ではどのような病気が多いのか
- 在宅支援率:病気になったとき、在宅でどのくらい医療を受けられるのか

スライド12

かを、実は今、研究者の方にもお願いして、考えているところです。

実際それで、順調にスケジュールどおりいったとして、来年の国会に法律を出して、各県で医療計画について平成19年なり20年なりに見直しをして、という段階になったときに、いきなりいくつもの指標がどこでも取れるようになっていって、さらにはできるものから導入していき、さらに研究を進めながら増やしていくということになります。ただ、何をしようとしているのかは明確にしていく必要があるだろうという考えになっております。

現在の文書では、例えばこれらが考えられるのではないかということで、イメージとして出ているものを紹介いたしました。

(スライド13) 地域で医療連携体制をつくって

いくということですが、これは地域内でうまく話し合いをしていただいて、その地域にいくつもの医療機関があって分担することができるという地域ばかりではなくて、大体どの疾病についても、中核的な病院が1つだけで、そこがやるしかないような地域も当然あるわけですので、どこの地域でもこういうかたちになるという話ではありません。

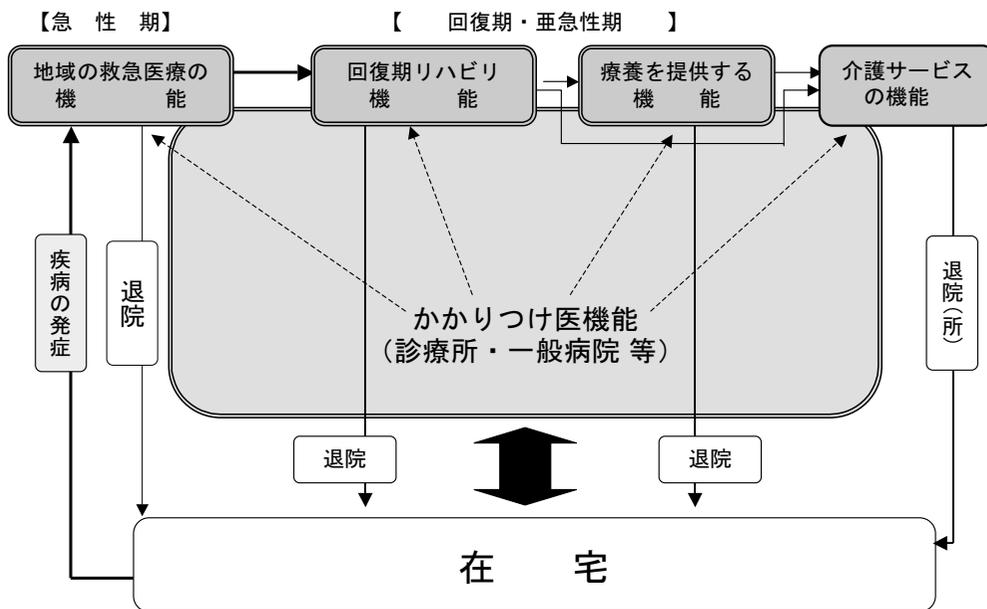
ただいろいろな地域の現在の資源をベースにして、どういうふうにする地域にとっていいのかということ、例えば脳卒中の場合だとこのようにうまく役割分担ができるんだよ、こんなことがあるんじゃないかということがあります。機能ですので、同じ病院がそういった機能を持っているということも当然あります。分担をしたほうがより望ましいということであれば、そうしたほうがいいということです。

(スライド14) ポイントとしては、急性期から回

復期、在宅療養への切れ目ない医療というのをできるようにするというで、患者が早く自宅に戻れるようにするというです。QOLを高めて、トータルな治療期間が短くなるという仕組みをつくろうということです。その支援のための補助金改革というのは、やっていくことにしております。

先ほど、医療連携体制のところでお話しすべきでしたけれども、どういう範囲で連携体制をつくっていくのかということに関して、日常医療圏という言葉、2月頃に耳にされたことがあるかもしれません。そこらへんを少しだけ解説しておきますと、医療連携体制をどういう範囲でつくるかということについては、当時は日常医療圏ごとに、主要な疾病、事業ごとの診療ネットワークといていました。診療ネットワークが医療連携体制という言葉に変わったと思っていただければいいでしょう。

「医療連携体制」のイメージ（「脳卒中」の場合）



※住民、直接診療に関与する者、保健事業を実施する者など地域医療に関与する者の協議の場を通じて「医療連携体制」の構築を調整。

スライド13

二次医療圏のほうは、従来から病床規制のための範囲として決めて、地域ごとにベッド数なりを決めてきたわけですが、その機能は引き続き必要ですので残すというかたちです。今回の改正で基準病床数制度を見直すということは考えていないのですが、翻ってみると、二次医療圏は、都道府県でそれぞれ線を引かれているわけです。

全国で360くらいの二次医療圏がありますから、平均すると人口30万人規模くらいですが、人口10万人を切っているところもあれば、100万人以上のところもあります。面積もさまざまです。現状の二次医療圏の線引きについて、市町村合併などもありますので必要があれば見直していただければいいのです。一方で小児の事業、あるいは、がんの事業、いろいろな事業などをやるにつけても、何でも二次医療圏ごとにといい言い方になって、そうこうしているうちに老人でも障害でもその範囲を使うような感じになってしまっているのですけれども、よく考えると事業の種類あるいは病気の種類によって、適切な範囲は違うでしょうから、何でもかんでも二次医療圏でやるというのではなくて、その疾病なり事業の内容に応じた圏域というのを考える必要があるだろうと思います。

それで、2月頃ですが、今、医療連携体制という言葉にしていますけれども、その地域の連携の仕組みを考える広さというのが何でもかんでも二次医療圏ということではなくて、それぞれの中身に応じた広がりと考えてほしいということで、途中、「日常医療圏」という言葉を使いました。なかなかいい言葉がなくて、今は特段、地域というくらいしか言っていません。いい言葉があれば名前をつけたいと思っています。言葉を今、募集中になっていますけれども、要は二次医療圏の今の線引きがどうも、基準病床数制度の圏域としてもおかしいのではないかと、それはそれで線の引き方を変えていただければいいということは話としてはあります。その話とは別に、疾病ごと、事業ごとの圏域、地域を考えると、それとはまた別になる、もちろん同じになっても構わな

ポイント

- 急性期から回復期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れをつくり、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者のQOLを高め、また、トータルな治療期間（在院日数を含む）が短くなる仕組みをつくる
- 都道府県を支援するため、関係する補助金の交付金、統合補助金化を平成18年度に実施する

スライド14

ポイント(続き)

- 都道府県が作成する健康増進計画（生活習慣病対策）や介護保険事業支援計画（高齢者の生活機能の重視）、現在検討中の医療費適正化計画（仮称）と十分連携をとって作成
 - 各都道府県が、その地域にふさわしいかたちで整合性を持って計画的に取り組む
 - 結果として医療費の伸びの抑制に寄与

スライド15

いですが、違ってもいいということです。

（スライド15）先ほどの話に戻りまして、医療計画は県がつくれます。県の計画というのはほかにも健康増進とか介護保険の計画などもあります。そういったものと十分連携を取る必要があります。あと医療費適正化計画という言葉、これは、経済界や内閣官房のほうではGDPなどマクロ指標と連動させたかたちで医療費の伸びの総額管理をすべきであるという意見がありますが、そうではなくて、それぞれの県での医療費の伸びを抑えるしっかりした取り組みをしたその積上げとして、将来の政策目標としての伸びを抑えるということです。伸びを抑えるということは必要ですが、そこをGDPと直接関連させたかたちでないやり方で厚生労働省としては考えておまして、年末までにそれに向けた具体的な枠組みをどうするかということと、指標をどうするかということセットで議論していくという話になっています。

(スライド16) その際に、それぞれの県はどこにターゲットを置いて医療費の伸びを抑えていくのかということ、生活習慣病対策をこうやってやるのか、あるいは医療と介護の連携等で入院日数を短くしていくとか、あるいはその自宅での死亡を選択できる環境にしていくとか、それぞれの県で検討をしていただいて、どう改善していくのかという計画を立てていくというかたちになっていくかと思います。

スライド17は熊本市の例です。地域連携パスの導入で単独の医療機関ごとの在院日数はもちろん、トータルでも短くなっているという例です。

スライド18は医療提供体制の確保ということ、よく使う表です。日本は人口のわりには病床数が多いとか、したがって逆に病床当たりになると医療従事者のほうが少ない(1人当たりになるとそ

例 えば

- ① 健診や事後指導の充実等による生活習慣病対策の推進を図る
 - 糖尿病(心疾患、脳卒中)の発生率を〇〇%改善する
 - このため健診受診率を〇割に引き上げる
 - 健診実施後の保健指導を〇割に引き上げる
- ② 医療と介護の連携等により入院日数を短くする
 - 地域連携パス
 - 地域における高齢者の多様な居住の場の整備(ケアハウスの整備率)
- ③ 自宅での死亡を選択できる環境整備
 - 在宅医療で後述

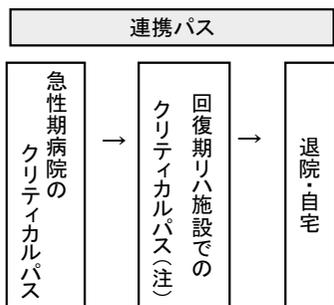
スライド16

うは変わらないわけですが(けれども)ということとか、平均在院日数も論議のベースとなるデータです。こういったことについての変化が生じていくであろうという話です。

熊本市内で使用されている 「医療連携クリティカルパス(連携パス)」について

(1) 連携パスの基本構造

疾患別にネットワークを形成し、連携パスの共通様式を作成の上、使用する。



(注)さらに、外来医療との連携も視野に入れた連携パスも今後の課題。

(2) 現在使用されている連携パス

- ・人工骨頭置換術
- ・人工膝関節置換術
- ・頸椎椎弓形成術
- ・肩腱板修復術
- ・脳血管障害
- ・大腸癌手術
- ・大腿骨頸部骨折骨接合術
- ・人工股関節置換術
- ・腰椎椎弓切除術
- ・下肢骨折手術
- ・胃癌手術

(3) 大腿骨頸部骨折(人工骨頭置換術、骨接合術)における連携パスの導入効果

① 急性期病院における平均在院日数の変化

通常パスのみ使用例(平成11年1月～12月)			
転院	72例	在院日数	28.5±11.1日
自宅退院	16例	在院日数	41.6±19.4日
連携パス使用例(平成13年1月～8月)			
転院	77例	在院日数	19.6±7.9日
自宅退院	10例	在院日数	27.0±5.8日

連携パス使用例(平成15年1月～17年1月)
423例 平均在院日数15.4日

② 連携先病院(ある回復期リハ施設)における平均在院日数の変化

連携パス導入前(平成15年)	
55例	平均在院日数90.8日
連携パス導入後(平成16年)	
53例	平均在院日数67.0日

スライド17

医療提供体制の各国比較(2001)

国名	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	外来受診率
日本	12.8 (2003)	15.6 (2002)	42.8 (2002)	28.3 (2003)	14.5
ドイツ	9.1	39.6 (2000)	102.2 (2000)	11.6	7.3 (2000)
フランス	8.2	35.2 (1998)	69.7 (1997)	13.5	6.9
イギリス	4.1	43.9 (2000)	129.2 (2000)	8.3	4.9 (2000)
アメリカ	3.6	77.8 (2000)	230.0 (1999)	6.7	9.0

スライド18

以上が医療計画制度の見直しを中心とした、医療機能の分化・連携についてのポイントです。

医療安全対策の強化

(スライド19) 大きなテーマの2つ目は、医療安全対策の強化ということです。これは平成14年4月に「医療安全推進総合対策」ということでまとめて、総合的に進めていこうということにしたわけですが、さらに医療の質の向上という観点で強化をしております。「医療の安全性の向上」、「医療事故の再発防止対策の徹底」、「患者の参加」ということを入れております。

スライド20は今年(平成17年)の5月に医療安全対策検討会のワーキンググループがまとめたものです。今回の対策の方向性は、平成14年4月の「医療安全推進総合対策」、また、平成15年12月の

坂口厚生労働大臣の緊急アピールがあり、その後加えられた話として、さらに規模に応じた安全管理体制を強化していくということと、その下に2つ目のポツで、なかなかすぐにはできませんが、今年度から実施する診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業(スライド22)などを通じて、中立的な機関、裁判外紛争処理の仕組みづくりの検討などを進めていきたいと考えております。

(スライド21) 安全管理体制の整備については、現在、病院と有床診療所

については、指針の整備とか研修の実施などを、無床診療所、あるいは歯科や助産所についても、すべてではないですが一定程度の体制を整備していく必要があるだろうということを考えております。

またスライド22のモデル事業、これは今年度約1億円の予算を取りました。全国9つの地域の手が挙がっておりますので、実施していただくということで、この夏の終わりくらいから一部地域でスタートできると思っております。

(スライド23) しかし、ADR(裁判外の紛争処理)ですが、中立的機関をつくる、あるいは裁判外紛争処理制度をつくるにしても、異状死と医療関連死をどう整理するかとか、届け出先について、警察は原因究明ではなくて責任追及のほうに行ってしまうので、それだとなかなか届け出もしづら

II 医療安全対策の強化

【考え方】

- 医療安全推進総合対策(H14. 4~)の考え方に加え、医療の質の向上という視点を重視
- 新たな取組みの3つの柱
 - ① 医療の安全性の向上
 - ② 医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止対策の徹底
 - ③ 患者への情報提供・共有と患者参加の促進

スライド19

医療安全対策の方向性

- ・ 医療機関の規模に応じた安全管理体制の強化
- ・ 医療事故等の事例の分析と原因究明、再発防止対策の徹底
 - 中立的機関、裁判外紛争処理制度の整備に向けた検討に着手
- ・ 苦情や相談への対応体制
- ・ 医療事故を起こした医師等への対応

スライド20

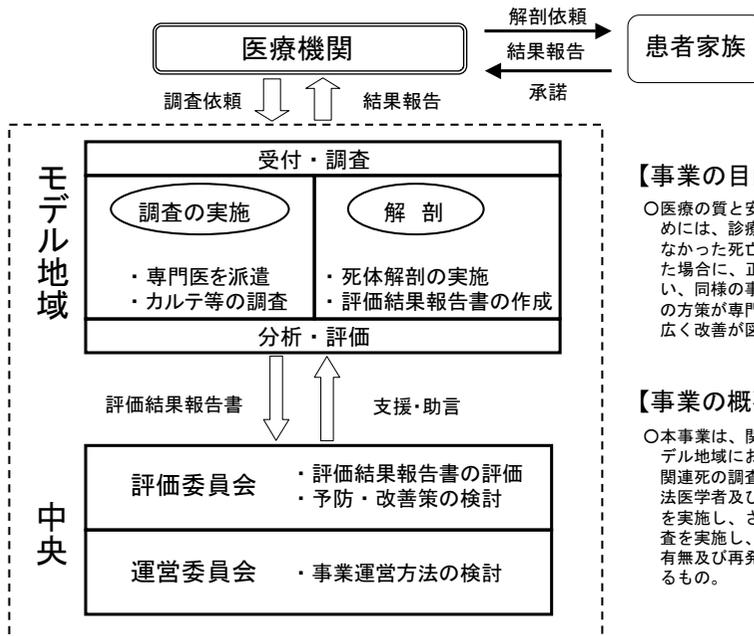
医療機関における安全管理体制の整備の義務化

目的：医療機関の規模、機能に応じた安全管理体制の整備

	特定機能病院	臨床研修病院	一般病院	有床診療所	無床診療所
平成14年10月施行	①安全管理のための指針の整備 ②院内報告制度の整備 ③安全管理委員会の設置 ④安全に関する職員研修の実施				
院内安全管理体制の整備	義務付け				指導
平成15年4月施行	未整備については診療報酬減算(10点/日)				
医療安全管理者の配置	(専任者)				
医療安全管理部門の設置					
患者相談窓口の設置					

スライド21

診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業



【事業の目的】

○医療の質と安全・安心を高めていくためには、診療の過程において予期しなかった死亡等の医療関連死に遭遇した場合に、正確な死因の調査分析を行い、同様の事例の再発を防止するための方策が専門的、学際的に検討され、広く改善が図られることが必要。

【事業の概要】

○本事業は、関係学会の協力を得て、モデル地域において、医療機関から医療関連死の調査依頼を受け付け、臨床医、法医学者及び病理学者を動員した解剖を実施し、さらに専門医による事実調査を実施し、診療行為との因果関係の有無及び再発防止策を総合的に検討するもの。

スライド22

必要な検討・議論

- 法的な手当て
 - ✓異状死・医療関連死をどう定義するか
 - ✓どこに届け出るのか(警察は原因より責任の追及が任務)
- 組織・人的な手当て
 - ✓原因究明のための組織をどうつくるか
 - ✓誰が原因究明にあたるのか
- 予算的な手当て
 - ✓誰が負担するのか

スライド23

いという話、そこをどう整理していくのか、ここが法的にはいちばんのポイントになっています。また、そのための体制をどうしていくのか、だれが費用負担するのかということを含めて、大きな論点があります。この部分は来年の改正で何とかするという話ではなく、こういったモデル事業をやりながら、警察とも、また関係が深いところとも協力しながら、こういった方向で検討していく必要があるだろうということです。

(スライド24) 次に医療安全支援センターについての話です。これは昨年の5月時点で、各都道府県ごとに設置済みで、また、二次医療圏ごとに、保健所設置市や23区等にも設置してくださいとい

医療安全支援センター

医療安全支援センターへの総合支援

- (1) 医療に関する相談を受ける者を対象とした研修の実施
- (2) センター代表者による情報交換会の実施
- (3) 専門的な研修の実施
- (4) 相談事例等の収集や分析など

平成16年5月、都道府県単位では設置済み
二次医療圏、保健所設置市・区への設置の働きかけ

スライド24

うかたちで今働きかけています。こういった機能は、医療安全に関する患者さん、住民からの相談だけでなく、医療に関するさまざまな情報の理解を助けたり、苦情を収集するなどさまざまな機能を持つことが可能なところですが。保健所や県にも機能としてはあるわけですが、こういったものを制度的にも位置づけてさらに機能を持ってもらうということが、医療安全の面、あるいは患者の支援という面からもいいだろうということで、機能強化を考えたいということです。

地域や診療科による医師不足問題への対応

(スライド25) 3つ目の大きな論点としては、へき地などの地域や、小児科、産科、救急といった診療科での医師不足問題というのがあります。これについては総務省、あるいは文部科学省とも協議しながら、今、この問題の検討会としては、へき地の保健医療対策検討会とか、医師需給の検討会でどうすべきだという意見をいただいているわけです。それを踏まえて、政府としてどうするかということになります。総合的な緊急対策として、どういうインセンティブを付与していくのかということ、あるいは、なかなか小児とか産科についてはいわゆる地域の医療連携体制、医療計画に関連しますとそうなりますけれ

Ⅲ 地域や診療科による 医師不足問題への対応

- へき地など特定の地域や、特定の診療科における医師不足問題への対応
(総合的な緊急対策: 離島、へき地勤務へのインセンティブ付与方策の検討等)
- 地域の拠点病院への集中を図ること等による病院の小児科医師等の確保

(現状)

容易に医療機関を利用できない無医地区が全国で787カ所
(16万5千人)

病院における医師の不足感、地域や診療科(小児科・産科など)による医師の偏在

スライド25

ども、うまく拠点病院化して、その地域で協力体制をどうつくっていくかということが中心になっていこうかと思えますけれども、そういう対策を緊急対策として、この夏にも打ち出していくということで考えております。

スライド26は、「へき地を含む地域における医師の確保等の推進」ということで、昨年平成16年2月に、まさに今申しあげました3省で対策として打ち出したものです。平成16年2月時点での「当面の取り組み」ということで、各県で医療対策協議会というものを、行政あるいは大学病院、あるいは市町村等が参加して開催する。地域の医師確保、へき地等の医師確保などにどういう対策をとれるのか、県や大学病院がそれぞれがやっているのではなく、それぞれどういうニーズがあって、どういうことをしてもらいたいかという話し合いをすることを通じて対策をとっていくということです。すでにそうやっていたという地域がいくつか

ありましたので、そういったものを紹介して、他の地域でもどうですかというかたちでだいぶ広がっております。最近になって、他県の例を参考に開いて、それで県と大学病院との話し合いが進んで、例えば大学医学部に県出身者の地域枠を設ける。そしてその地域枠に入った人については県から奨学金を出す。その奨学金を貰った人につ

いては、3年間義務年限というのを設けて、離島勤務なりをしてもらって、ちゃんとそれを果たせば返還免除。そういった大学と県とを結びつけるようなかたちも進みだしたりしています。

その他さまざまな当面の取り組みとして、スライド26にはこういったことをそれぞれ関係省庁、都道府県やりましょうということを掲げています。

へき地を含む地域における医師の確保等の推進について

「地域医療に関する関係省庁連絡会議」(厚生労働省、文部科学省、総務省)とりまとめ(平成16年2月26日)の概要

1. 当面の取組

- 都道府県、大学、医師会、地域の中核的な病院などによる医師確保や医療連携に向けた「地域における医療対策協議会」の開催促進
 - ・ H17.6現在 設置済み 41都道府県 設置予定 5 検討中 1
- へき地等の病院における医師確保等の支援のための特別措置の導入
 - ・ 医師配置標準の特例措置(3年間に限り、通常の算定式の90%相当に緩和)の導入(H16.8省令改正)
 - ・ へき地医療拠点病院等の行う医師派遣等に係る経費の補助(H16.8)
 - ・ 市町村合併に伴う医療機関の開設計可の取り扱いの明確化(H16.7)
- 自治体病院の再編・ネットワーク化などの改革の推進
 - ・ 地域再生計画によって転用・無償譲渡する場合の国庫補助金の返納免除
 - ・ 再編等により病床の実質的削減が行われた場合の地方財政措置(17年度～)
- 医療機関相互の連携による地域の医療機関の支援
 - ・ 大学病院による地域医療支援の推進
 - ・ 地域医療支援病院の承認要件の見直し
- 大学の医師養成課程における地域医療に関する教育の充実

スライド26

2. 今後の検討課題

- へき地医療等の確保の計画的推進
 - ・ 第10次へき地保健医療計画の策定
 - * 平成17年1月から検討会を開催し、審議。
- 医師の需給見通しの見直し(地域や診療科による偏在等を勘案)
 - * 平成10年の検討会では、マクロの供給過剰との推計により、医師数の抑制を提言。平成17年2月から検討会を開催。
- 地域医療を担う医師の養成・確保のための自治医科大を含む大学の医師の養成システムの検討(奨学金制度の構築、地域枠の設定を含む入学定員のあり方等)
- 地域医療を担う医師養成のための臨床研修の推進
 - * 医師臨床研修補助金における特別加算の実施
- 地域における医師確保のための新たなシステムの検討

スライド27

平成16年2月の時点での「今後の検討課題」ですが(スライド27), こういったことやりましょうということで現在進めています。それをさらに強化していくかたちでの, 総合対策というのをこの夏にまた出そうというのが現在のポジションです。

(スライド28) 先ほどちょっと触れました, 医師の需給に関する検討会というところで, 平成10年に医師需給の見通しの算定をしているわけですが, 将来的にはどうなるかという, 現在, 医師は人口10万人に対し200人あまりで毎年少しずつ増えてきてはおります。将来的には生まれる子どもの数と医学部の定員を考えた場合, 過剰になるだろうということですが, そこは女性の医師が増えているとか, あるいは1人当たりの診療時間が長くなっているとか, チーム医療がどんどん広がっているとかいう, そういう需要面, 供給面の変化を踏まえて, また需給見通しのマクロの定量的な検討はやっていく。スライド28の2つ目にあるのがそういう意味ですけれども, 今年(平成17年)度中にはその計算をして, それをベースにした大学の定員などの将来的な話はやっていくようにする。それにしても, とりあえず今足りないといわれている問題, 足りない感じがあるという問題については緊急対策を, この検討会で検討しているということです。

(スライド29) そこで, どういった検討をしているのかです。「現状分析」と「当面の対応策」と書いていますけれども, どう位置づけしていくか, またへき地等に行くということについての阻害要因をどう軽減・除去していくか, また医師の地域分布にどの程度関与していくかということ, 医学部定員の地域枠などの話もやります。既存のマンパワーの活用というところは医療関連職種を活用して, 医師でなくてもいいような仕事を事務職員に委ねたり, あるいは別のコメディカルに委ねたりする部分はないだろうかということで, 医師が忙しすぎるのを解決できないのか。そういった点を含めて, 診療報酬でそういったことをどう評価していくかとか, その地域の協力体制, 医療資源の集約化等を通じた対応というのがあるだろうと

医師の需給に関する検討会

- 昨今、特定の分野(医療機関、地域、診療科、時間帯)において、医師の不足感が強いことを受け、
- 医師の養成・就業の実態、地域や診療科による偏在等を総合的に勘案し、医師の需給見通しの見直しを行う(平成17年度中を目標)
- 地域や診療科の偏在に起因する医師の不足感の解消のために早急に講じる必要のある対応策を提言する

スライド28

【現状分析】

- 需要側の変化と、供給側の変化
- 病院から開業へのシフト、医師の気質の変化

【当面の対応策(案)】

- 「動機付け」：医師のキャリア形成における地方勤務の評価等
- 「勤務阻害要因の軽減・除去」：地方医療機関と勤務医師のマッチング
- 「医師の分布への関与」：医学の定員の地域枠の拡大
- 「既存マンパワーの活用」：医療関連職種の活用
- 診療報酬での適切な評価
- 地域協力体制の整備、医療資源の集約化

スライド29

いったかたちで, ちゃんと膨らました内容を入れたものを総合対策としてやろうということです。

(スライド30) 次はへき地の話です。へき地については, 今年度までが「第9次へき地保健医療計画」ですが, 第10次が来年から始まります。ということで, 平成18年度から22年度までの「第10次へき地保健医療計画」というのを作成しています。ここはやはり前回の第9次でつくりました“へき地医療支援機構”を各都道府県につくってもらって, そこで代診医の派遣や調整などをしてもらうというのがかなり有効に働いているようですので, そういったところをさらに強化をしたり, 代わりのお医者さんをうまく派遣できるような仕組みをつくっていく。またヘリでの搬送とか, そういったあたりはもう制度改正云々ではなくて事業がきちんとできるような予算の確保と

へき地保健医療対策における現状と今後の取組

1 医療水準の向上、2 医師確保対策、3 無医地区の解消等の目標を掲げ、昭和31年から累次の計画を策定し、現在第9次へき地保健医療計画(平成13年から平成17年度)によりへき地・離島をはじめとする地域における諸施策を実施することにより地域格差の是正を図ってきたところ。

第9次へき地保健医療計画

- | | |
|------------------|------------------|
| 1 診療所の設置 | 6 研修機能の強化 |
| 2 機動力の利用 | 7 へき地診療所の設備整備・運営 |
| 3 医師の確保 | 8 へき地医療支援病院の運営 |
| 4 へき地保健指導所の整備・運営 | 新 へき地医療支援機構の設置 |
| 5 へき地医療情報システムの導入 | 37道府県(16年3月末現在) |
| 236病院(16年3月末現在) | 新 へき地医療拠点病院の整備運営 |

無医地区数の減少

昭和59年調査
1,276地区 人口 32万人

↓

平成16年調査
787地区 16.5万人
に減少

喫緊の課題

省庁間の取組

「へき地を含む地域における医師の確保等の推進」を図るため厚労省、文科省及び総務省の3省庁による連絡会議を開催

へき地・離島の医師不足

自治体からの要望

へき地・離島における医師確保のための積極的な取組について

今後の対応

今後、平成18年～22年までの第10次へき地保健医療計画を策定するため検討会
新たな医師確保対策等について検討

スライド30

いった話になっていくわけですが、そういったことを進めていくというのがテーマになっています。

医療法人制度改革

(スライド31・32) 大きなテーマの4つ目は医療法人制度改革です。医療法人制度改革について何をやっているのかということですが、医療法人というのは“民間非営利部門”ということ

IV 医療法人制度改革

- ・ 民間非営利部門である医療法人が、従来は国公立の病院が担ってきた公益的な分野も含め、透明性のある効率的な医業経営を行うことができるような医療法人制度改革を、公益法人制度改革の動きを踏まえ実施

- 公益性の高い新たな医療法人類型の創設
- 寄附税制など税制上の優遇措置の創設
- 出資額限度法人制度への円滑な移行(十分な経過措置)

スライド31

ですが、従来あったような国公立が担ってきたような公益的な分野も含めてやっていけるようなかたちを描いています。

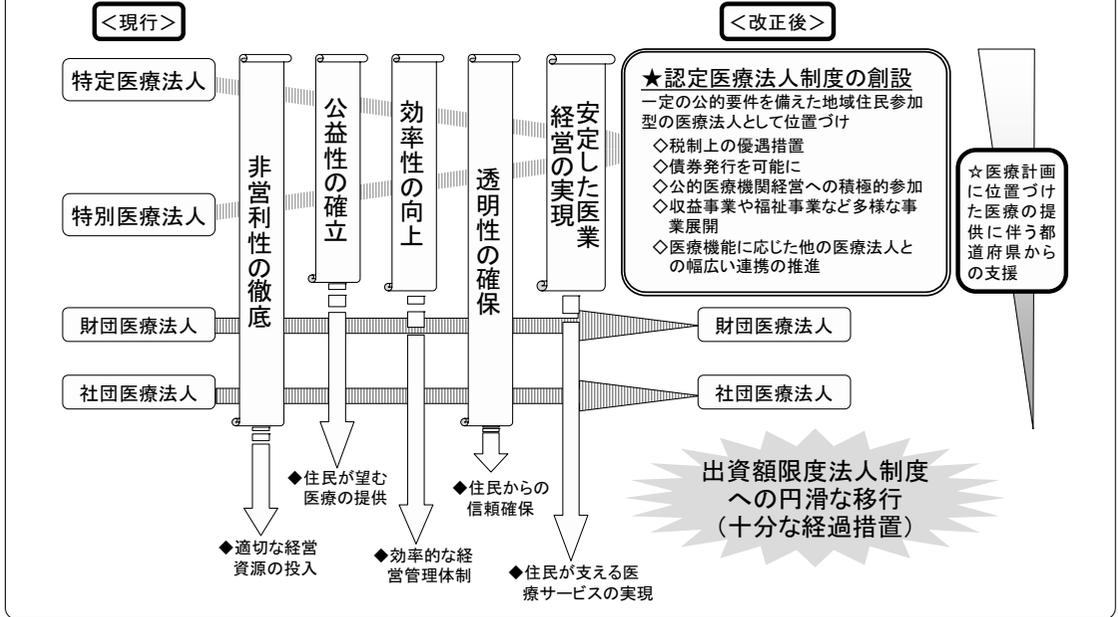
これは先ほど医療計画のところで担い手云々ということで少し申しました。従来何でも公立病院がやる、公益的なものは公立病院がやるんだという決めつけのようなものがあるものも、必ずしもそうではない、と。公務員を使って、赤字になったときには赤字補填もあるような体制ではなくて、医療法人についても公益性を担っていけるじゃないかと、そのほうがより望ましいかたちではないか、ということをやっているという話です。

もう1つは民間非営利部門であるということにより明確にしていくということが大きな話としてあります。

医療法人は営利を目的としない、配当してはならないというかたちになっているわけですが、社団法人について持ち分があるということで、持ち分が当初拠出した額より、時代の経過、医療機

医療法人制度改革

- ①非営利性・公益性の徹底による国民の信頼の確立
- ②効率的で透明な医業経営の実現による医療の安定的な提供



スライド32

関の成長に伴ってどんどん大きくなっていく、それを、例えば解散したようなときには分配されるということが、それは配当に近いのではないのかとかいう話があります。それは要するに株式会社と同じで、年次配当しないだけで、最終的には拠出した人にお返しをするということがあり得るのであれば、それは株式会社と同じなので、だったら、株式会社も医療に参入することについても、今の医療法人の形態からして何らおかしくなかるうというのが1つの主張としてあるわけです。そもそも、医療法人制度ができた昭和25年当時から考えますと、“持ち分あり社団医療法人”というのはそれはそれでいいんですけども、そこでいう持ち分というのが、時代の経過、あるいは、医療機関の成長に伴って広がっていく、大きくなっていくということはもともと想定していなかったわけです。ただし、それを前提にして課税なりもされてきているという現実があるわけです。そういうことで、そもそも民間非営利ということで、配

当してはならないということの意味からすると、そもそもその拠出した額以上に、医療機関の成長に伴って持ち分が大きくなっていくという考え方ではないということを明確にしていく必要があるだろうということです。

医療法人制度改革の全体的な姿としては、現在約4万の医療法人があり、そのうちの3万9,000が“持ち分あり社団”で、3万3,000は“一人医師医療法人”ということですが、すべての医療法人について非営利性の徹底ですとか、透明性の確保といったことがあります。ということで、出資額限度法人では、出資というのは拠出者の拠出した額ですけれども、そこまでが個人持ち分というものであって、それ以上は法人のものであって個人には帰属しないものであるということを確認していくということです。

ただしもう50年の歴史がありますし、ずっとそういう前提での経営をされてきていて、その持ち分が大きくなってきているというのを前提にした

相続税の課税なりもされてきている現状がありますので、急に、今後はこうですよと法律改正をして、今までこれだけの持ち分だと思っていたのに、法律改正で持ち分がガンと減りましたとか、あるいはそれがあつたことを前提で相続税も払ったばかりなのに、という話になるケースも当然あるわけです。

そこは急に移行するという話ではなくて、おそらく仕組みとしては、施行後に設立される法人についてはすべて新しいかたちになります。施行前からあるものについては、新しいかたちに切り替える切り替えないというのは、経過期間を置いて、考え方としては当分の間というかたちにして、

(当分の間というのは新たに当分の間という条文の改正をしなければ「当分の間」は終わらないのですけれども)、そこは自律的な経営判断の基礎の問題ですから、そうじゃないとなかなかものはいまよくないのかなと思います。ただし新しいものについては、出資額限度のかたちでしか認められないという考え方が基本かなと思っています。

こういったことを現在、「医療経営の非営利性に関する検討会」というところで議論してまして、まだ議論が熱いところがあり、まとめには至

っていませんけれども、今後についての議論を何とか整理できましたら、月末に医療部会のほうでもまとめていくことになっております。

そういった考え方をベースに、スライド32の右側に載っている認定医療法人制度の創設、“認定医療法人”という名称は仮称であり変わる可能性があります。要するに公益性が高い医療法人、同族支配になっていないとか、そういった要件をはじめとして、法人の規律として、あるいは事業の中身として公益性の高い類型をつくって、そういったところについては従来は公立病院でなければ駄目だろうと思われていた分野についてもやっていただくという方向です。

ただし不採算だったりもしますので、そこは適切な支援の税制といったことがないと、独立会計で採算を取ってくださいといわれてもできる話ではないと思います。

医療計画に位置づけた医療の提供をやっていたかような、そういった受け皿としての法人類型というものを、現在は特別医療法人、特定医療法人という法人があり、税制を優遇している、あるいは収益事業をやってもいいというのがあります(スライド33)、そこを整理するかたちで、要するに一般の医療法人

について非営利性、プラスアルファで公益性を高めた類型というのをつくるということです。そこについては税制支援措置が必要ですので、こういった仕組みにしていくということを前提とした税制改正を要望していきたいということで、現在考えているというのが、医療法人制度の改

医療法人の形態

	医療法人 (財団又は社団)	特定医療法人	特別医療法人
根拠法	医療法	租税特別措置法	医療法
認可・承認	都道府県知事の認可	国税庁長官の承認	都道府県知事による定款変更の認可
要件	<ul style="list-style-type: none"> ・資産要件 病院等を開設する場合： 自己資本比率20%以上 ・役員数 理事3人 監事1人以上 ・理事長 原則医師又は歯科医師 	医療法人のうち、 ・財団又は持分の定めのない社団 ・自由診療の制限 ・同族役員数の制限 ・差額ベッドの制限 (30%以下) ・給与の制限 (年間3,600万円以下) 等を満たすもの	医療法人のうち、 ・財団又は持分の定めのない社団 ・自由診療の制限 ・同族役員数の制限 ・給与の制限 (年間3,600万円以下) 等を満たすもの
法人税率	30%	22%	30%
収益業務の可否	・収益業務は行えない	・収益業務は行えない	・収益業務が可能
法人数	40,030 (うち一人医師医療法人 33,057)	374	47

スライド33

革に関する状況です。

これも、全体の税制改正、税制措置がどうなるのかということを見ないと、各法人がこういった制度に切り替えるのがいいのかどうかの判断がぎりぎりのところ難しいところもあります。このあたりも、今の方向性は方向性として、年末までかけて具体的な話をさらに詰めていく必要があると考えています。

先ほども言いましたが、公益的な制度についてどういう中身になるのかというような話も検討していかなければいけない。医療は何でも公益だという考え方もありますが、そこでいう公益と、税制の支援なりでの、公益とは言葉の意味が若干違っていきまして、税制で支援をするというのは要するにその公的なセクター、公立病院なりに代わってやるようなものだということです。要するに定期的に税制で支援するということは、補助金を出すのと同じことです。トータルの税制のなかでは、その分はほかの人が税負担するという話になりますので、そこで、税で支援するだけの価値があるかどうか、というのが税で考えるときの公益です。奨励補助金みたいに、一定のことを短期間奨励する意味での税はまた違うのですけれども、恒常的に税率を下げるというのは恒常的に補助金を出すのと要するに同じです。そこは、一般用語といいますが、医療は何でも公益ですという話での公益とはちょっと違う意味で考えていく必要があるということで、ちょっとテクニカルな話ですけど、ご理解いただければと思います。

医療従事者の資質の向上

(スライド34) 次は「医療従事者の資質の向上」という5番目の話です。これについては、問題のある医師をちゃんと排除できる仕組みをつくってほしいという多くの声があります。医師の免許更新制というものが出てくるのもそういうところにあるわけですが、全員について免許の更新制にしようかという話が求められているというよりは、おそらくは悪い医師をちゃんと排除できる仕組みをきちんとつくってほしいという

V 医療従事者の資質の向上

- 医療ミス等により行政処分を受けた医師等医療従事者への再教育制度の構築
- 看護職員の資質向上等に係る制度の見直し
※看護師等の名称独占、保健師等の看護業務など
- 専門医制度のあり方

スライド34

ことなのだろうと思います。そこで、行政処分を受けた医師についてはきちんと再教育をしてからでなければ臨床に戻れないようにする。また、行政処分も、よほど悪くないと免許取り消しにならないのですが、免許取り消しについてもっと広げられるような話、あるいは行政処分も、刑事事件になって事実認定が司法の場で確定していないとなかなか乗り出していけなかったのを、処分を幅広くできるような体制づくりにするなど、さまざまな議論があります。

また、看護師についても名称独占の話とか、保健師であれば看護師の試験を受けていなくても看護業務ができるということになっていますが、これを、より合理的な仕組みにしていこう。

専門医についても、専門医というものについて今学会の基準を満たしたものは広告できるというかたちでは行政関与していますけれども、その専門医の質について、国あるいは公的な第三者機関が公的に関与していくことが必要なのではないかということで、これはまだこれからの議論ですけども、そういったことも、大きな論点です。

在宅医療の推進

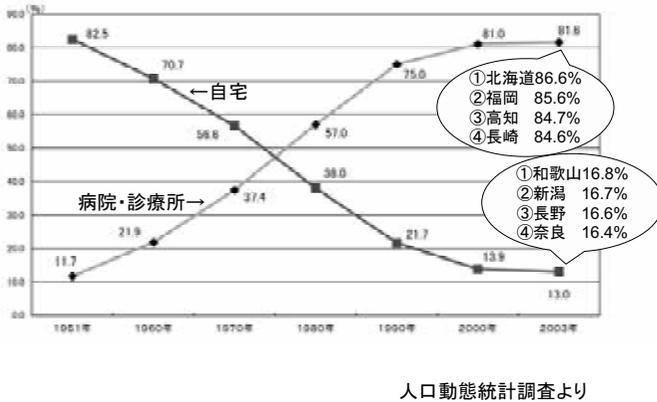
(スライド35) 次は「在宅医療の推進」ということもテーマに挙げています。これについては、要するに早く退院すればいい、家に帰せばいいという話ではなくて、退院できるような状態の患者さんについて、その患者さんなり家族が希望する場合は、選択肢に在宅医療がありうるような地域の

VI 在宅医療の推進

- 患者、家族が希望する場合の選択肢となりうる地域の体制
- 在宅医療に係る地域の「医療連携体制」構築
 - 訪問看護、薬局・薬剤師、多職種協働
 - 容態急変時の受入病院の確保
 - 死亡診断書、麻薬の取扱い

スライド35

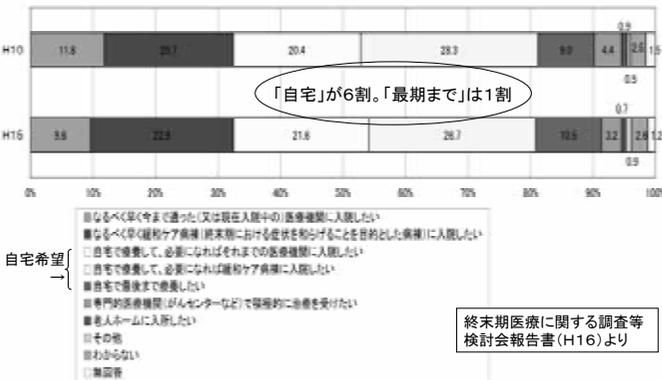
死亡の場所の推移



スライド36

終末期における療養の場所

問 ご自身が痛みを伴い治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。



スライド37

体制づくりをどうしていくのかということで、その地域での在宅医療についての仕組みづくりというのが必要になってきます。

そのときには医師だけではできませんので、多職種での協同の仕組みで、容態が急変したときに受け入れ先がちゃんとあるとか、死亡診断書を書いてもらえるような地域の開業医との体制づくり、末期がんで在宅でのホスピスだった場合にも麻薬を使えるような仕組み、そういったところの地域の医療連携体制が必要であるというおられます。

(スライド36) 亡くなる場所についてのグラフですが、よくご覧になるものかもしれませんけれども、1950年頃は8割が家で死んで、病院での死が1割でしたが、今は8割が病院ということです。

(スライド37) 若干の地域差がありますが、この調査によると終末期は6割が自宅でとなっていて、最期まで自宅というのは1割です。スライド38でも見られるとおり、そこは家族の負担とか症状が急変したときのことを心配しているということですので、そういったところをカバーする仕組みづくりによって在宅での死、在宅医療を選択できるようにしていく必要があるだろうということです。

患者、国民の選択の支援

(スライド39) 7番目のテーマは「患者、国民の選択の支援」ということです。ここでは広告規制という話がよくありますけれども、

医療機関が広告したいけれどもそれは広告してはいけません、それは広告してもいいです、という話ではなく、患者さんからの選択ということを考えて、選択に必要な情報をもっと積極的に出るようにしていく、あるいは出なければならぬような仕組みをつくる必要があるのではなからうかということを考えています。

今回の介護保険法の改正で、介護サービス事業者がいくつかの情報を届け出て、必要に応じて調査をしたうえでホームページで公表し、要介護者がそれを見てサービス事業者を選ぶ、という仕組みになっていますけれども、それと同じように医療機関の機能に関する一定の情報を届け出て、都道府県が整理・集約して公表するという仕組みづくりをしたいと考えています。

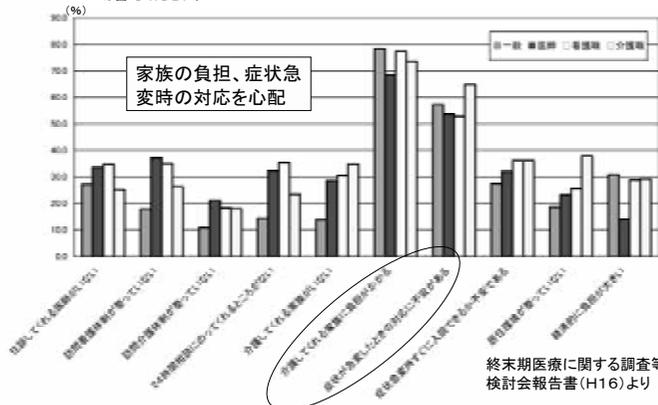
医療計画で、医療連携体制をつくっていくにあたって、それぞれの医療機関がどういう機能を持っているのかということは非常に重要な話だと考えております。

医療施設体系や諸規制

(スライド40)「医療施設体系や諸規制」に関しましては、1つは地域医療支援病院の要件ということで(スライド41)、紹介率や逆紹介率があり、また救急とか研修とかが地域によっては紹介率要件がある限りなかなかできないという話があったり、地域にその病院しかなかったり、あるいは特定の診療科については逆紹介先がないということがあります。そこにつ

自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかもお答えください。



スライド38

VII 患者、国民の選択の支援

- 医療機関の機能に係る情報の都道府県への届け出と、都道府県による集積、公表
- 広告可能な事項についての拡大
- 患者に対する適切な情報提供、支援(医療安全支援センターの機能強化)
- 診療情報の提供(診療情報提供指針(H15. 9)、個人情報保護法施行(H17. 4))

スライド39

VIII 医療施設体系や諸規制

- 地域医療支援病院の要件
- 特定機能病院の在り方
- 医療施設の人員配置標準
- 入院機能を有する診療所
- 医療施設の一部の共同利用
- 医療提供施設の1つとしての薬局

スライド40

いて、地域医療支援病院の名前にふさわしい、地域医療支援をやっている病院が地域医療支援病院になるような、変な言い方ですけれども、そういった要件の見直しをする必要があるだろうというかたちです。

(スライド42) 特定機能病院についてですが、これは大学病院になっているわけですが、すべてが「高度な医療」でなくても病院全体が特定機能病院になるという点、特定機能病院だと思っていたがある分野については特別に高度でもなかったということがあったりしますので、「特定機能」の名前についての意見も含めた検討があるだろうと考えているところです。

(スライド43) 医療施設の人員配置標準については、個別の職種ごとにどうするのか、なかなか難しい話ですけれども、地域によって、現在の配置標準でなくても一定の医療が確保できる体制であれば、都道府県の裁量を認めてもいいのではないかという点が現在の大きな論点となっています。

(スライド44) これは最近、新聞報道されたのでご覧になっている方もいるかと思います。入院機能を有する診療所という「有床診療所」についてですけれども、これについては診療報酬との関係、基準病床数制度との関係、48時間規制の関係など、いろいろ課題があります。病床数20と19で病院と診療所を区分しているのをどうするかという話も含めて、いろいろな議論があるわけですが、有床診療所というのは、現在、高機能の医療を行っているところ、産科、療養型のものとさまざまあるなかで、その類型に応じて、諸基準をどう考えるかというのがあって、見直しをするべきだという意見もあるわけです。見直しをする際にはいろいろな類型、種類のものがあるということをお前提に、それぞれに応じて考えていかないといけないだろうということが現在のポジションです。具体的な案をどうするかまでは、まだなかなか進んでいませんけれども、これもちょっと議論をするとすぐに報道されて厚労省はこう決

地域医療支援病院制度

- 現在の地域医療支援病院の要件
- 「地域医療」の「支援」、へき地医療支援
- 医療計画による医療連携体制の構築との関係

スライド41

人員配置標準

- 情報の開示がなされれば「規制」は不要？
- 医療の質の向上、医療安全、医療の高度化等への対応
- 全国一律の基準と地域の裁量
- 経過措置の取扱い

スライド43

特定機能病院制度

- 特定機能病院が行っている医療の内容と「特定機能」という名称
- 「高度な医療」を病院全体が提供している？
- 地域の医療連携体制を支える高度な医療機能を有する病院との関係
- 専門医制度との関わり

スライド42

有床診療所

- 身近な場所で医療サービスを提供できる利便性のある医療機関
- 機能の異なるさまざまな有床診療所(産科、専門的な手術、療養等)の存在
- 規制のあり方、基準病床数制度、診療報酬との関係

スライド44

めたい感じがになってしまいます。今後、引き続きいろいろなご意見等をいただきながら、詰めていかなければならない話です。

具体的にどのようなことを検討しているかは、レジュメにもありますので見ていただければと思います。

医療を支える基盤の整備

(スライド45) 最後が「医療を支える基盤の整備」ということで、ここはもうとにかく一所懸命がんばりますというグループになります。まず「研究開発を進めていく」。治験についてもより多くの病院、地域で行われるようにしていく必要があります。「電子カルテの普及、IT化の推進」についても、単一の病院ごとにとっても、なかなか患者さんのためにどうかということもありますので、web型の電子カルテなどを導入して地域で電子化するとか、これが入ると患者にとっても良いなと思えるようなかたちでの推進方策にしていかなければいけないだろうと考えています。

ITについては医療安全とか遠隔診療とかいろいろな使い道もありますので、研究開発なりを進めていく必要があるだろうということです。

論点につきまして、医療部会の「中間まとめ」

IX 医療を支える基盤の整備

- 研究開発の推進
 - ライフサイエンス研究
 - トランスレーショナルリサーチ
 - 治験の活性化 等
- 電子カルテの普及ほかIT化の推進
 - 電子紹介状
 - 電子カルテの地域共同利用
 - 医療安全対策
 - へき地離島、遠隔診療 等

スライド45

は、大体こういった内容です。医療保険の改革と関連する部分もありますし、医療計画の周辺の話や機能分化の話などもあります。それ以外のさまざまな部分がありますけれども、これから年末にかけて、医療保険の話も動いていくと思います。

状況をよく注視していただきながら、経営にあたっていただきたいと思います。制度改革のリスクというものがやはりあると思いますが、そこはよく見ていけば、リスクにもチャンスにも結びつくものがあると思います。よく見ていただければと思います。私からは、現在のおおまかな状況について説明いたしました。ご清聴ありがとうございました。

医療制度改革からみた 病院経営の将来像

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野 教授

川渕 孝一

司会 続きまして、「医療制度改革からみた病院経営の将来像」と題しまして、東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授の川渕孝一先生、よろしく願いいたします。

川渕 皆さん、おはようございます。ただいま、小川先生からご紹介いただきました川渕でございます。いつも時間ぎりぎりに来るんですけども、今日は心を改めまして、厚生労働省の方のお話も若干聞けました。いつもせき込んでハハハと着くものですから、前の方がいったいどんな話をしたか分からないことが多いのですが、今日は勉強になりました。

今日は、事務長さん、それから看護部長さんの前でお話する機会をいただきました。私のような者でどこまで間に合うか分かりませんが、今の厚労省の方の話を受けてお話ししたいと思います。私自身のことをお話しますと、大学を出てから病院の医事課で事務を2年半くらいやっておりましたけれども、それから縁があって、今は大学で教鞭を取っています。

2005年は節目の年

(スライド1) 2005年というのは、これはいうまでもありませんがいろいろな節目の年で、例えば日露戦争が1905年に終わって100周年です。それから日露修交150周年だそうです。中国から見た

話ですけれども抗日戦争勝利は60周年、あるいは日韓の国交正常化40周年だそうです。私は昨年10月に中日友好病院へ行ってきましたけれども、中日友好病院ができて20年経つそうで、日中国交正常化は33周年だそうです。このように2005年は非常に記念すべき年です。

そういう年に、これからの病院の将来はどうかという話を今日するのですが、私のような者が「日本の病院はこうなります」と断定はできません。けれども、一応は学者の端くれですので、データを使いながら、「こういうふうになるのではないか、なぜならばこういう根拠がありますよ」という話でいきたいと思います。

(スライド2) 人口が減り始めるのは2006年でしょうか2007年でしょうか。一説によると2006年がピークで2007年度から減り始めるといわれています。思ったより少子高齢化が進んでいるのでしょうか。人口減少期に入ると病院はどうなのでしょう。患者さんは減るのでしょうか増

はじめに

2005年は節目の年

- 1) 日露修交150周年
- 2) 竹島併合100年記念
- 3) 抗日戦争勝利60周年
- 4) 日韓国交正常化40周年
- 5) 日中国交正常化33周年

司会：日本病院会人材育成委員会委員長

小川 嘉誉

スライド1

えるのでしょうか。このへんが我々にとって非常に興味あるところで、よくいわれますのは、小児科はあまりニーズが出てこないんじゃないかとか、一方でお年寄りが増えることによって例えば白内障ニーズが出てくるのではないかと。それらは需要と供給の話ですね。

それから我々より10年くらい先輩ですけども、1947年から1949年生まれの方、この会場にもたくさんおいでかと思いますが、いわゆる団塊の世代、第1次ベビーブーマーです。まあ、たくさんおいでです。我々の記憶でいうと、学校の物置にたくさん机とか椅子が置いてあるわけです。何でこんなにいっぱい机、椅子があるのかと思ったら、この方たちが残していった遺物でして、たくさんあるなあと。

この方々が60歳で定年を迎えるとすれば、あと1、2年です。

それから2008年～2009年には、これは私のいる大学にとっても非常に悩ましい話ですが、全入時代を迎えるということだそうです。どこでも入れると。まあ、東京大学法学部はちょっと大変でしょうけれども、大学を選ばなければどこでも入れるということです。私も大学の教官をやっておりますが、私立、国立いろいろありますけれども、やはり定員割れをしてくる大学が出てくるのではないかと思います。

それで、医系というと医科、歯科、看護、薬系ですかね、これが非常に人気がある。私が出たような商学部とかは非常に人気がない。つまり「何



講演中の川渕孝一氏

になれますか」とか「資格もらえるんですか」とかを気にする学生が増えている。先が分からない学部はあまり人気がないわけです。

ただ、うちの大学の恥部をさらすわけではありませんが、歯科衛生士さんというのは4年制化したのですが、これが1年目は良かったのですが、2年目は非常に厳しい状況になりました。2年目は定員を割ってはいないのですが、倍率が2倍を切っていると。物事は大体1年目はいいのですが、それが続くとはかぎらない、何ででしょうかね。

私の仮説は、歯科衛生士は給料が安いからではないかと。つまりOLになるよりは歯科衛生士になったほうが給料高いかと思うと現実逆。まあ、OLもピンからキリまでありますけれど。ですから私は、経済学者という点から医療界を見るとけ

2006年

人口減少時代へ突入

2007年

団塊の世代(1947～1949年生まれ)が定年退職へ突入

2008～9年

大学は「全入時代」へ突入

スライド 2

本日の内容

1. 目まぐるしい制度改革
2. 日本の病院は「お金儲け」に走りすぎていないか?
3. 次回の診療報酬改定を読む
4. 病院は何をどう準備すればよいのか?
5. 六本木ヒルズで始まった「日本版ホスピタリスト養成講座」

スライド 3

っこう見えてくるんじゃないかなと、すべてがお金じゃないと思いますけれども。

本日の講演の内容について

(スライド3) 今日のお話の内容は5つのメニューがあります。1つは「目まぐるしい制度改革」ということですね。何が何やら分からないと。先ほどの講演のスライドも華やかというか、盛りだくさんですが、あんなに第5次医療法改正でやれるのでしょうか。

先日、厚労省医政局の原課長とお話ししたんですが、大変積極的でしたね。名前は明らかにしないけれども本音を言っていていいとするともっとお話が聞けると思います。たぶん、先ほどの企画官も本音を言いたくてもこんなに300人もいる前で本音なんか言えるわけがない。ですから、私はもうちょっと本音でトークし合うような場が必要じゃないかと思うわけです。厚労省にどんどん言ってくださいと。

というのは2つあるんですね。1つは、いろいろなスキャンダル事件以来、あまり厚労省と医療機関と話す場がないんです。接待がいいとは思いませんが、それにしても場がないですね。

もう1つは、上の方もいろいろ優秀ですけども、医療機関、介護施設で何が起きているかが分かりません。というのは、大阪で起きていることと福岡で起きていることは全く違いますから。したがって、それに対して皆さん方が「いやあれおかしいですよ」と言ってこられても、厚労省のほうもたぶん困ってしまうんです。

本当は、場を設定して本音で話すような機会があったらいいと思いますね。そういう仲介役なんかに私ら学者がなればいいと思っているんですけども。

何ととってもやはり、来年の診療報酬、介護報酬改定。このへんがミソかと思しますので、3番目のテーマに挙げました。自分なりに診療報酬、介護報酬の行方を占ってみたいと思います。

4番目が、おそらく今日おいでの方のいちばん聞きたいところではないかと思うんですけども、

「病院は何をどう準備すればいいのか」。必ずこの質問が出るんですね。私もこの質問がやはりいちばん聞きたいんだろうなと思いますが、しゃべっているほうも分からないんです。私も医事課にいましたけれども随分病院から離れております。したがって、空理空論ばかりやっけてもう20数年経つんですが、やはり現場の人は強い。

しかし、ずーっと病院にいますと、非日常が日常化してくるんですね。だって、手術場に行って最近びっくりしたんですけど、やはりああいうのを皆さんの病院は日常でやっているわけですね。でも、あれって患者さんから見ればやはり非日常ですよ。がんとか脳外科の手術とかですね。プロレスラーの橋本さんも40歳で亡くなりましたけれどもね。本当にあつという間ですね。

5つ目は、私、今、六本木ヒルズで、柄にもなく日本版ホスピタリスト養成学校をやっております。これは「医療版松下村塾」と自分で呼んでいるんですけども、ぜひ皆さん方に来ていただきたいなと思っています。この会場にも何人か塾生がおいでですが。その内容についてはその方にも聞いていただきたい。東京だけではないんです。小川先生の母校の阪大でも、今、これをやろうという試みがあります。今度、京都大学も東京に出てくるみたいですね。大学というところはもう背に腹は変えられないということで、何でもありません。

2日前、日本に進出したテンブル大学の学長と対談したんですが、アメリカの学者は、土・日はアメリカ中をセミナーの講師として回っているということだそうですね。日本もやがて、我々もこうした時代が来るんじゃないでしょうかね。

1. 目まぐるしい制度改革

(スライド4) そんな話はさておきながら、まずはこの目まぐるしい制度改革。先に厚労省の企画官から話がありましたけれども、あの方は医政局ですから保険局の話は一切しません。これは、職

権濫用じゃないですけども、ほかの分野にコミットしちゃいけないんですね。どんなに昨日まで医療課長やっけても話しちゃいけないんです。これが役人というものであって、自分の分掌から離れたことは絶対にしゃべってはいけないんです。

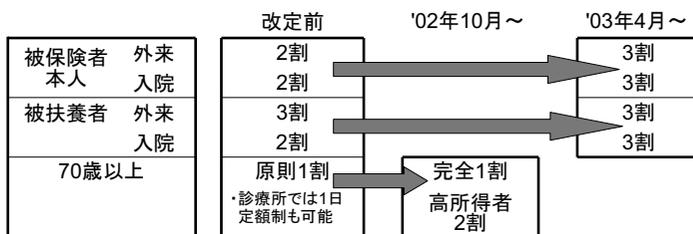
どうでしょうか、ここ最近あまりいい話はないですね。史上初のマイナス改定。マイナス2.7%改定、これはあまり楽しい話じゃなかったですね。2002年10月にも、お年寄りの負担が1割ないし2割引き上げ。高所得の方は2割。今日の日経新聞の1面にこの2割を3割にすると出ていました。お年寄りのお金がある方は2割を3割にする。もう、取れるところからどんどん取ってやろうという感じでしょうか。

私がいちばん興味あるのは、自己負担率が2割から3割になったときの財源効果です。お年寄りから取るといっても、お金がある方ってそんなにいませんから、どれくらいになるのかなあと。日経新聞の記事によると1,000億円くらいだそうです。しかしワンスポット効果しかないので、次はどうするのかと。もう推して知るべしです。65歳以上からも、今度は被保険者じゃなく扶養者からも保険料をもらうとかという話です。もう財政、財政、財政ですね。

そして、03年の4月にサラリーマン本人も2割から3割になりました。これは5割までいくんでしょうか。この時の付帯事項には3割で打ち止めと書いてあるんです。ですから、5割負担をやったらそれはルール違反になります。それから、2004年4月はもうまとまらなくて、小泉裁断でプラスマイナスゼロ改定がありました。それでも薬

1. 目まぐるしい制度改革

- '02年4月診療報酬点数改定
 - 史上初のマイナス改定
 - 医科・歯科・薬剤について Δ 1.3%、薬価と医療材料を加えた全体の改定率は Δ 2.7%
- '02年10月の老人保健制度改正
 - 高齢者の自己負担率の引き上げ
 - 定率1割(上位所得者は2割)に
- '03年4月改正で、被用者保険本人の自己負担率の引き上げ
- '04年4月診療報酬改定
 - \pm 0%、薬価改定率 Δ 1.0%



スライド4

拙著『進化する病院マネジメント』(医学書院)
第1章 外部環境の変化と病院マネジメント

～ 昨今の動き(1999年～2004年)

1. 介護保険制度の創設
2. IT化の流れ
3. 医療安全対策
4. 一連の医療制度改革

スライド5

価だけは1%カットされました。

昨今の動き

(スライド5) 昨今の動きですけれども、私が書いた『進化する病院マネジメント』という本がありますので、本日はそこから内容を引っ張り出すかたちでお話を進めていきたいと思います。10年前に『これからの病院マネジメント』という本を書きまして7,500冊買っていただきました。それにしても、今、本はなかなか売れないです。本は売れるものじゃなくて、売るものなのですね。

『靖国問題』という本が売れているそうで24万部ですか。「何で私の本は売れないのかなあ」と思うんですけども。私の本は難しすぎるんですかね。書いている本人も分かってないんでしょうね。難しい本を書く人は、本当に分かっていれば非常に分かり易い本が書けるんでしょうから、分かってないんでしょうね。分かってないんですけども、やはり1999年の1月で、私は医療界は変わったなと直感的に思います。何があったのか。横浜市大の患者取り違え事故です。同年2月には都立広尾病院で医療事故。ここらへんからマスメディアを介して、医療安全対策がなっとらんという話が多くなりました。

しかし医療というのは難しい分野です。人間にメスを入れる、傷をつけるわけですから。私は医療界の肩を持つわけじゃないですが、けっこう不可抗力の部分が多いと思います。手術をしたら出血もあります。これが予期した出血なのか予期した量なのか、まあこのへんが少し悩ましいところですよ。

介護保険が2000年4月から始まりまして、5年後に見直しということで、見直しが終わりました。衆議院、参議院も何もなく通りましたね。介護保険は地味ですが、肅々と大きくなっています。

IT化の流れ

医療界も「IT化の流れ」ですか、電子カルテをつけると補助金が出ますという話がありましたが、一瞬のバブルは終わったんでしょうか。でも、今日の日経にもセコムさんが、中小病院用に電子カルテを開発すると出ておりましたけれども、どうも大きな企業のやっている（今日もそこでホテルショウをやっているんであまり大きな声で言えませんが）電子カルテは高い。どうでしょうか、ITに出せるお金は収入の3%くらいでしょうか。それは医事課のレセコンも含めてです。私も研究したわけではないんですけども、3%とよくいわれます。新たに電子カルテの投資をどう見るかということになりますけれども、私は電子カルテは、やがてもう当たり前の社会が

日本にくるのかなと思います。アメリカよりもっと早く進むのかなと。

ただ、最大のネックは電子カルテよりも、病名の統一なんです。これが、非常に地味ですけども難しいんです。MEDISがつくった病名コードがあるんですがなかなか普及しない。ドクターも知らない。知っていても無視する。大学の慣習を踏襲すると。これを変えないとどんなに電子カルテをつくっても、あるいは汎用性の電子カルテを買ってもなかなか融通が悪い。

もっと言うと、最近分かってきたんですけども、電子カルテを入れても駄目です。駄目というのは、例えばこういう統計を取ってみたいとか一定の戦略をつくる時に、基礎資料を得るには、どうしても病院にSEがいないと駄目です。どんなに便利な電子カルテをつくっても、やはり「こういうのできかなあ」とか、リクエストがいろいろ出てくるんです。それに合わせて電子カルテを替えていたら、これはカネが無茶苦茶かかります。最近いろいろな方が教えてくれます。

私はやはり、電子カルテというのは普及すると思いますけれど、そのへんの問題があります。それから、もう1つはMEDISの問題です。MEDISは病名の標準マスターをつくったんですけども、手術の術式あるいは検査コードは載っていません。東大の大江先生にぜひ頑張っていたいただきたい。これはやはり東大の教授にしかできない仕事ですね。

将来の医療費はどうなる

（スライド6）将来の医療費はどうなると思いますか。2025年の医療費は、95年の厚生白書によると141兆円とかいっていたんです。でも、つい最近、今年の5月の資料では69兆円です。これはどちらが正しいんでしょうか、どちらも正しいんでしょうね。95年につくった数字はその時の官僚の計算で、69兆円は今の方がつくったんですね。どんどん世代交代が行われて……。ですから、141兆円、その時はその人がそれなりにつくったんでしょうね。

どちらが正しいのかは分かりませんね。何で分

からないかという、この推計は技術革新の部分がないからです。じゃあ「川渕君、技術革新を入れてやりなさい」と言われても、これが分かたら苦勞しないですね。

年金の推計は簡単なんです。人口、金利、物価、そのへんを入れていけば計算できます。

医療費の推計は我々もやっていますが難しい。日医総研が2017年で51兆円と出しています。彼らの推計はすごくおとなしく

て、実は医療費と介護費用を加えて51兆円です。これは前の執行部の時に行った推計ですから、今の数字は分かりません。

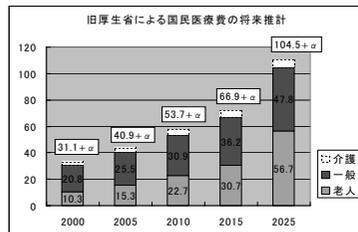
医療と介護をくっつけると前の執行部がおっしゃってましたけれども、今回の介護保険法案でもそういうことはないですね。医療は医療、介護保険は介護保険で進んでいくと。ただ私は、介護保険が医療保険制度を引っぱると思います。現に引っぱっています。例を1つ言いますと“食事”，厳密には食材料費プラス調理コストとホテルコスト、これが今年10月から患者の自己負担になりますね（スライド7）。

ホテルコストに関しては、個室は減価償却費まで患者さんからいただいていたいいとなるわけです。介護の3施設って何ですか、「特養」、「老健」、「介護療養型医療施設」。「老健」は医療法で規定されている施設ですが、給付は全部介護保険ですから財源は介護。老健って不思議ですね。医療施設なのに給付は介護保険。こんなわけの分からないものをつくったら、やがて医療は介護に引っぱられます。なぜか。介護保険は新しい制度だから何でもチャレンジできるんです。いわゆる混合介護も認められ、横刺しとか上乘せとかあります。医療保険は混合できません。現物給付ですから混合診

医療費の将来推計

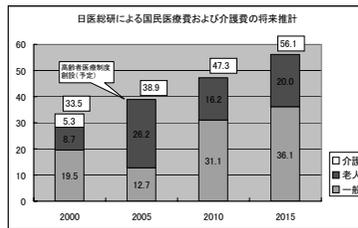
■ 旧厚生省の推計

2025年の医療費は、
141兆円（95年厚生白書）
⇒104.5兆円（98年5月の医福審資料）
⇒81兆円（2001年「医療制度改革の課題と論点」）
⇒69兆円（2004年5月）



■ 日医総研の推計

2010年の医療費は、47.3兆円
2015年 " 56.1兆円
2016年 " 51.7兆円
2017年 " 51.2兆円



スライド6

■ 平成17年10月より介護3施設で

食費(食材料費+調理コスト)と
ホテルコスト(減価償却費+個室)+光熱水費を
自己負担(食費4.8万円+居住費用1~6万円)

■ 在宅(食費3.1万円+居住費用5.2万円+一部負担2.1万円)とのEqual Footingのつもりが、医療施設への逆流現象へ?

スライド7

療はできない。できないけれどもやっている病院があります。ヤミですが。だれでも知っています。「売店で高額な材料を買ってくれ」とかありますね。私もヤミでやっている社会がいいとは思いません。

それで、在宅介護がなかなか普及しないので自己負担を上げました。次はどうします。今度は介護施設と医療施設で負担が違うから合わせると。こんなのはだれにでもできる推論です。どうでしょうか、断定できないけれどもなるんではないかと。

それで、また話が戻りますが、介護保険料ってどんどん上がっていくでしょうね。今日は詳しく

話しませんが、お年寄りの負担が増えると思います。年金、医療、介護と来るわけですね。年金は（支給開始が）60歳から65歳になります。私は2025年に65歳になりますが、そこまでずーっと繰り上げていくわけです。年金はゆっくりしていますね。介護保険は65歳から受給開始です。医療保険は何か知らないけれど65歳から74歳と、75歳からその上という2段階にしていますね。

私は日医総研とちょっと関わったんですが、75歳で線を引くというのは悪くないと思うんですね。それくらいにしないと今の少子化は克服できません。一部の方は65歳で線を引いたほうが、年金、医療、介護がぴったり並ぶじゃないかといいますけれども、それは前期高齢者の話で、問題は後期高齢者なんです。これは凄まじい。

よく医療費の分析をすると、2割の日本国民が8割の医療費を使っているんですが、これは別に驚く話ではありません。だってそのために皆が保険料を払ってるわけです。リスクを分担するわけです。ですから医療費というのは、なかなか魔物なんですけれども、私はやはり、介護と医療と年金はトータルでいくら必要という推定をしなくちゃいけないと考えています。詳しくは『医療改革』（東洋経済新報社発行）という本に書いてあります。それを読んでいただくと年金の話とか介護の話が載っています。

次に、医療介護従事者ですが、医療だ介護だと線を引けますか。医師は医療も介護もやっていますよね。歯科医師もそう、薬剤師さんもそう、看護師さんもそう、それから介護職員もそうです。

医師・看護師は本当に余るのか

（スライド8・9）医者は今後余るというんです。本当に余るのでしょうか。私の推定でも余るんです。なぜ余るか、簡単です。病院の数が減っているからです。病院の数が減ってベッド数が減ってくると必要者数が減ってきます。なのに医学部は毎年、7,700人の医者をつくっている。歯科医師は29大学で2,700人つくっています。私は歯科医師は今でも余っていると思うし、今後まだまだ

余ってきます。医師はどうなるでしょう。おそらく麻酔科医の不足は今後も続くでしょう。

ということで、私は歯科医師過剰解消特区というのを提案したんです。アメリカのケンタッキー大学みたいに歯学部を出てからもう2年くらい研修して、麻酔科医だけでもやらせてくれないかと。駄目でしたね。全く一蹴されて終わりです。日本では特別って駄目なんです。みんな平等ですから。

でも、そういうのを考える時代が来たんじゃないでしょうか。麻酔科の入局者がいない、なぜでしょうか。なぜを考えないといけない。今までは厚労省が全部答えをくれたんですけれどもこれからは自分で考える必要がある。なぜかという、これからどうなるか厚労省も分からないから。だれも分からないんです。医師、歯科医師は本当に余るのか。看護師さんも44万人余るとかいつているんですね、川渕のインチキ推計では。ベッド数が減っていけば必要看護師さんは減っていきますよね。3：1でいいんですから。でも今の新しい日本看護協会の会長は常時6：1と言います。カリフォルニア州は常時4：1ですよ。カリフォルニアへ行ったとき「あなたの州は4：1なの？」と言ったら、「常時4：1だ」と。我が国は3：1といっても昼のみ3：1ですよ。昼間も眠っている人いますから本当は3：1じゃないですよ。休みもありますからね。いやあ常時6：1というのは大変です。どこにそんなに看護師さんがいるんですかね。

私の子どもは小学校4年生と1年生ですが、昨日、授業参観に行ってきました。すると、もう1クラス20人くらいしかいないんです。1学年に2

- 医師・看護師は本当に余るのか？
- 歯科医に見る「供給が需要をつくる」ウソ
- フィリピンナースは日本になじむか？

スライド 8

クラス。私らが幼少時の頃は5クラスあったのがどうなったんでしょうか。団塊の世代は13クラスとかで、とにかくいっぱいいました。

歯科医療を見たら、供給が需要をつくるとは思いません。歯科医療費は増えていません。それにしても歯科医院のサービスは本当に良くなりましたね。歯科医院は、綺麗、待たない、選べる。夜8時まで、土・日までやっています。医院もこんなふうになればいいですね。そうしたら患者さんから見れば医師を選べるじゃないですか。今はどこに行っても医師が足りないですね。「川淵さんどっかに医師いませんか」といつも言われます。

フィリピンナース。別にフィリピンだけじゃないですけど、外国人ナースは日本に入ってきてなじみますかね。

(スライド10) アメリカのデータでびっくりしたのは、外国人ナースのシェアの比率は4%と低いことです。いっぱいいるのかと思ったら、意外に少ない。これは2001年9月11日以降じゃないですよ。9月11日前のデータで、Health Affairsの資料です。アメリカも移民政策はけっこう厳しいんですかね。どうなんでしょう。

イギリスでも8%くらい。ニュージーランドはなぜだか知りませんが23%です。発展途上国のナースは米国、英国、アイルランド、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドといったホスト国に行っているんですね。

(スライド11) 人口10万人当た

* 職種別にみた需給ミスマッチ

(単位:万人)

職種別	1999年	2025年 必要数	2025年 供給数	需給 ミスマッチ
医師	23.7	23.4	32.0	8.6
歯科医師	8.6	8.4	12.0	3.5
薬剤師	12.6	14.6	30.6	16.0
看護婦・准看護婦	91.5	104.1	148.4	44.4
看護業務補助者	22.3	17.4	27.8	10.4
医療技術員	35.4	31.8	43.9	12.0
介護職員	19.1	118.7	33.8	-84.9
介護・福祉技術員	6.4	35.7	11.1	-24.6
ホームヘルパー	6.8	10.4	34.5	24.2
事務職員等	51.7	63.9	39.3	-24.6
総数	278.0	428.4	413.4	-15.0

スライド9

表1 外国人ナースを積極的に導入している国々の看護事情

ホスト国	勤務している 正看護師数	将来不足数 (予測された年)	正看護師に占める 外国人ナース のシェア(%)
米国	2,202,000	275,000 (2010)	4
英国	500,000	53,000 (2010)	8
アイルランド	49,400	10,000 (2008)	8
カナダ	230,300	78,000 (2011)	6
オーストラリア	179,200	40,000 (2010)	- ^a
ニュージーランド	33,100	- ^a	23

出所) Health Affairs Volume23, No.3, P.70

スライド10

表2

ホスト国	人口10万人当 たりの正看護師数	送り出している国	人口10万人当 たりの正看護師数
米国	782	南アフリカ	472
英国	847	フィリピン	418
アイルランド	804	ジンバブエ	129
カナダ	741	ナイジェリア	66
オーストラリア	941	インド	45
ニュージーランド	841		

出所) Health Affairs Volume23, No.3, P.70

スライド11

り正看護師がアメリカは782人ですね。

今度は送り出している国。南アフリカ共和国が472人、フィリピン418人、ジンバブエ129人、インド45人。自分のところは足りないのにほかの国に出稼ぎに行っている。これを南北問題と言うんですね。

昔、バブルの時にイラン人とたくさんいました。

どこに行ったんでしょうかね。みんな日本の景気がパツとしないから、自分の国に帰ったんです。日本という国は経済で持っている国なんです。だから、経済力がなくなったらこの国にはだれも来ません。こんな英語も通じない国に何しに来ます。みんなお金です、と私は思います。非常に悲しいことです。日本は、文化とかもうちょっと経済以外のところで頑張ってほしいんですが、やはりちょっと駄目です、国際化していませんね。英語で看護マニュアル、介護マニュアルをつくりませんか。不可能ですね。

そうすると日本はこのままいくんでしょうか。このまま鎖国を続けたら老老介護になります。お年寄りがお年寄りの面倒を見る。そうなったらどうします？日本人がフィリピンに行きますか、どうします？国は何も考えてくれませんかよ。これからの日本は全部自分で考えないといけない、そう思いませんか。

(スライド12) その証拠が、いい加減な新参酌基準。厚労省もいい加減ですがそれに従った都道府

需給バランス ～新参酌標準案を検証する～

■ 介護保険施設等の新しい参酌基準 (案)

	参酌基準(案) (対65歳以上人口比)	①利用者総数 見込	②13年度 計画数	③13年9月1日 現在	(a)差引 ((1)-(2))	(b)差引 ((1)-(3))
介護老人福祉施設	おおむね1.5%(1.36%)	345,000人	326,492人	314,574人	18,508人	30,426人
介護老人保健施設	おおむね1.1%(1.19%)	253,000人	258,956人	244,159人	△ 5,956人	8,841人
介護療養型医療施設	おおむね0.6%(0.85%)	138,000人	194,304人	119,293人	△ 56,304人	18,707人
小計	おおむね3.2%(3.4%)	736,000人	779,752人	678,026人	△ 43,752人	57,974人
痴呆対応型共同生活介護等	おおむね0.3%(※①%)	69,000人	※②人	25,027人	—人	43,973人
合計	おおむね3.5%(—%)	805,000人	—人	703,053人	—人	101,947人

- 注1. 参酌基準のカッコ内は、現在の施設サービスの参酌標準である「65歳以上人口のおおむね3.4%を標準とし、3施設の割合は、おおむね8：7：5程度の比率を参考とする」を%に置き換えたもの。
- 注2. ※①＝痴呆対応型共同生活介護等の現在の参酌基準は、痴呆対応型共同生活介護は「要介護者であって痴呆の状態にあるものの数及び利用に関する意向を勘案して、量の見込を定める」、特定施設入所者生活介護は「現に利用している者の数を勘案して、量の見込みを定める」となっている。
- 注3. ※②＝痴呆対応型共同生活介護の計画数は14,789人。
- 注4. 痴呆対応型共同生活介護等の13年9月1日現在の人数は、13年8月サービス提供分の支払件数の合計(痴呆対応型共同生活介護は12,366件、特定施設入所者生活介護は12,661件)。

- 平成19(2007)年度の利用者総数は、介護老人福祉施設34.5万人、介護老人保健施設25.3万人と見込まれている。

スライド12

介護分野における需給ギャップの将来推計

■ 推計方法

- 厚生労働省「社会福祉施設等調査」の1975～1999年、同「老人保健施設調査」の1989～1999年のデータを使用(介護保険導入後のデータは含まない)
- 【供給数】特養ホーム、老健施設の入所定員数について、都道府県別に過去データのトレンドを分析(指数平滑法)して外挿
- 【需要数】特養ホーム、老健施設の在在所者数、推計を行った後、これらを在所率(=在在所者数/入所定員数)で割り戻すことにより需要数に換算
- ⇒ 需要数 - 供給数の差 = 「需給ギャップ」

スライド13

県もいい加減ですね。新参酌基準は1つの参考例ですが、お上が発表するとこの数値が金科玉条になるわけです。特養は65歳以上人口比で1.5%、老健は1.1%、介護療養型は0.6%とか。こういうのを出すと都道府県はこれに従うんです。なかにはシンクタンクへ「丸投げ」という自治体もあるのです。

いずれにしても、都道府県別にきちんと推計しないといけない。都道府県の供給の状態、需要の状態を見なければいけないんです。

■ 需給ギャップの推計結果 (2007年)

- 在所者数は、特養41.8万人、老健37.9万人と推計。
- いずれも厚労省の新参酌標準案を上回る。
- ほとんどの都道府県では供給不足(特養では41府県、老健では39県)。

	特別養護老人ホーム			老人保健施設				
	在所者数 (①)	必要入所定員数 (②)	供給入所定員数 (③)	需給ギャップ (③-②)	在所者数 (①)	必要入所定員数 (②)	供給入所定員数 (③)	需給ギャップ (③-②)
北海道	24.1	24.4	18.5	-5.9	19.2	20.2	20.2	-0.0
青森	6.4	6.4	5.1	-1.4	8.9	9.4	5.1	-4.3
岩手	6.4	6.5	5.3	-1.2	7.4	7.8	6.4	-1.4
宮城	7.1	7.1	6.4	-0.7	6.1	6.4	5.7	-0.7
秋田	6.3	6.4	6.2	-0.2	7.7	8.1	6.1	-2.0
山形	6.9	6.9	7.0	0.1	4.5	4.8	4.3	-0.5
福島	6.4	6.5	6.1	-0.4	7.1	7.5	6.6	-0.9
茨城	7.8	7.9	6.8	-1.1	10.8	11.4	9.5	-1.9
栃木	5.9	5.9	5.4	-0.5	6.8	7.2	4.7	-2.4
群馬	6.2	6.3	5.9	-0.3	7.6	8.0	7.1	-0.9
埼玉	14.2	14.4	13.7	-0.7	13.9	14.6	14.6	0.0
千葉	13.5	13.6	13.5	-0.1	13.2	13.9	16.4	2.5
東京	37.1	37.5	38.2	0.8	11.3	11.9	14.9	3.1
神奈川	17.2	17.3	16.0	-1.4	9.4	9.9	14.4	4.4
新潟	10.1	10.2	10.9	0.7	11.4	12.0	11.1	-0.9
富山	4.3	4.4	4.0	-0.3	5.1	5.4	5.3	-0.0
石川	4.7	4.7	4.1	-0.6	5.2	5.5	2.8	-2.7
福井	4.5	4.5	4.1	-0.4	4.1	4.3	4.1	-0.1
山梨	3.1	3.2	2.6	-0.5	3.0	3.2	3.0	-0.2
長野	9.0	9.1	7.6	-1.4	6.9	7.3	6.9	-0.4
岐阜	5.5	5.5	5.4	-0.1	8.3	8.7	6.3	-2.5
静岡	10.3	10.4	9.1	-1.3	8.5	8.9	7.4	-1.5
愛知	14.8	14.9	14.4	-0.6	18.5	19.5	16.1	-3.4
三重	6.4	6.4	5.6	-0.8	7.8	8.3	6.0	-2.3
滋賀	3.6	3.6	3.2	-0.4	2.4	2.5	2.4	-0.1
京都	8.0	8.0	7.4	-0.7	4.1	4.3	6.1	1.8
大阪	20.6	20.8	22.0	1.2	17.7	18.6	28.0	9.4
兵庫	17.6	17.7	18.2	0.4	14.0	14.8	16.6	1.8
奈良	5.4	5.5	5.0	-0.4	3.3	3.4	5.1	1.6
和歌山	5.0	5.0	4.2	-0.8	4.7	5.0	4.0	-0.9
鳥取	2.8	2.8	2.4	-0.4	2.9	3.1	2.6	-0.5
島根	4.5	4.5	4.2	-0.3	2.4	2.5	2.1	-0.5
岡山	9.4	9.5	7.8	-1.7	9.2	9.6	8.0	-1.6
広島	11.4	11.5	10.3	-1.2	9.0	9.5	7.8	-1.7
山口	7.4	7.4	7.7	0.2	6.1	6.4	5.3	-1.1
徳島	4.0	4.0	3.3	-0.8	6.8	7.2	5.6	-1.6
香川	4.6	4.6	3.8	-0.8	4.7	5.0	4.9	-0.1
愛媛	5.8	5.9	5.4	-0.5	6.5	6.9	5.7	-1.2
高知	4.7	4.8	3.9	-0.9	3.0	3.2	2.8	-0.4
福岡	17.7	17.9	15.1	-2.8	22.3	23.5	18.6	-4.9
佐賀	4.1	4.1	3.3	-0.8	4.4	4.7	3.8	-0.8
長崎	7.1	7.2	6.5	-0.7	6.9	7.3	5.9	-1.4
熊本	9.1	9.2	7.6	-1.6	9.2	9.7	8.3	-1.4
大分	5.8	5.8	4.7	-1.2	6.1	6.4	4.7	-1.7
宮崎	5.2	5.3	4.3	-1.0	5.1	5.4	4.1	-1.3
鹿児島	10.0	10.1	8.3	-1.7	8.3	8.7	8.1	-0.6
沖縄	6.1	6.1	4.6	-1.5	6.7	7.0	5.5	-1.5
47都道府県計	417.7	421.9	383.3	-38.6	378.9	398.8	371.3	-27.5

スライド14

(スライド13・14) やってみました。これは先ほどの医学書院の本にも出ています。すると、特養とか老健は全く足りないことが分かりました。新参酌基準をやっていたら足りません。結論は国をあまり信用するなということです。地域の医療・介護のニーズと、それから競争相手を見なくちゃいけないんです。事務長の皆さん、自らが考えることが大事です。

介護報酬の見直しに向けて

(スライド15) 介護報酬の見直し、どんな内容になるか分かりません。来年の4月に決まります。

ただ、前回の改定の時に出た平成14年介護事業実態調査。日本の人たちって非常にまじめです。お上に点数下げられるのに、こういう調査に協力するんです。何でやるのかというと、お上が怖いからです。日本ってそういう国なんです。「長い

ものに巻かれろ」がずーっと続いてきたんです。今後も続くかもしれませんね。

官僚に聞けばいいんです。「どうなりますかねーっ」て。答えは「それは財源しだい」といつも決まっている回答です。財源があれば定数をつくれますよと。

この調査結果を見ると損益率が特養12.2%、老健は11.6%、介護療養型5.4%というのが平成14年の数値です。スライド16を見ると、規模の経済はあるみたいです。31~50人が11.6%、30人未満が8.2%。規模の経済はなかなか計測できませんが、大きなものをつくれれば比較的収益性が上がっています。でも利用者の立場からいうと、あんまり大きいところへは行きたくないですね。私が65歳になるのが2025年、101人以上の特養に入りたいですか。できればこの30人のほうに入りたいですね。そんなふうにして出てきたのがユニットケ

介護報酬見直しに向けて

■ 介護保険各施設の収支(単位:千円)

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	
				療養型病床群60%以上	全体
I 介護事業収益	(1)介護料収益	22,897	32,084	34,232	32,159
	(2)保険外の利用料収益	89	1,211	1,019	880
	(3)介護報酬査定減	0	-20	-65	-56
II 介護事業費用	(1)給与費	12,754	15,903	19,596	18,802
	(2)減価償却費	1,940	2,625	1,581	1,536
	(3)その他	6,061	9,467	11,485	11,078
III 介護事業外費用	借入金利息	342	1,423	633	581
(補助金を含まない) 損益		2,812	3,857	1,891	985
()内は損益率(総医療収入に対する総収支差)		(12.2.%)	(11.6%)	(5.4%)	(3.0%)
1施設あたり(病床)定員数(名)		67.4	87.6	70.3	66.4

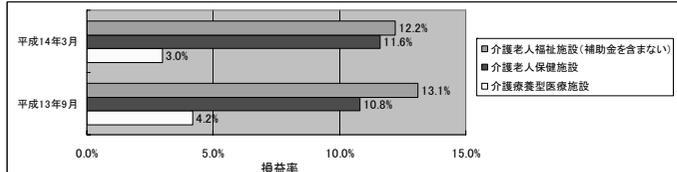
(出所:厚生労働省「平成14年介護事業経営実態調査結果」)

スライド15

■ 介護保険各施設の損益の規模別比較

(平成14年3月, ()内は損益率)

施設種別	~30人	31~50人	51~80人	81~100人	101人~
	介護老人福祉施設 (補助金を含まない)	862千円 (8.2%)	1,957千円 (11.6%)	3,135千円 (13.3%)	3,554千円 (10.7%)
介護老人保健施設	~60人		61~80人	81~100人	101人~
	1,633千円 (8.4%)		3,070千円 (10.7%)	4,681千円 (12.6%)	5,560千円 (10.5%)
介護療養型医療施設 (療養病床等60%以上)	~50床		51~80床	81床~	
	42千円 (0.3%)		727千円 (2.3%)	5,490千円 (8.3%)	



(出所:厚生労働省「平成14年介護事業経営実態調査結果」,「介護事業経営概況調査」)

スライド16

医療供給体制改革のスケジュール

- 病院病床の機能の明確化・重点化
- 医療のIT化の推進
- 国民に対する情報提供の推進
- 根拠に基づく(EBM)の推進
- 医療安全対策、小児救急医療の確保

スライド17

アじゃないでしょうか。グループホーム。ところがそれで儲けようと思って、土建屋さんがたくさんグループホームをつくれたわけです。やめてくれですね。もうちょっとあなたには倫理観がないのかと思うんですけど、介護では「儲かりますか」という話ばかりですね。

それで、2006年4月の介護報酬の見直しですが、どうなりますか。前回(2003年4月)は在宅の点数がちょっと上がりました。その財源を施設が工面したわけです。ゼロサムゲームですかね。今度の介護保険法は介護予防重視です。短期的に焼け太りで、トレーニングジムセンターが急増していますね。当該企業の株価もどんどん上がっています。いいじゃないですか、株価が上がるってことは。

介護は企業の参入も認めていますから、企業がどんどんユニークなプログラムをつくってくれます。ただ、先日あるジムをやっている人に聞いたんですが、このトレーニングプログラムをつくる人がいないんですって。体育学部を出てもそんなこと教えてもらっていないんですって。これから体育学部

も少し考えなくちゃいけない。介護予防トレーニングプログラムをつくるのかね。そういうのが出てくるといいですね。

とにかく私は、こういうメニューを早くつけないと、予防重視の制度が普及しない。まあ、企業の方も賢いですからどんどんやっていくと思います。医療と企業が連携し合ってやっていく。

私は予防に力を入れることは長期的には良いことだと思います。ただ時間がかかる。これをつけた官僚の方が亡くなるか、老人病院に入ったと

ここで、「ああ、おれのつくった介護予防重視策は良かったなあ」と思うんじゃないんですかね。予防に力を入れるのは決して悪い方向じゃないと思います。

ただ短期的には、やはり今使っている生活支援サービスは続きます。私の義理の母も痴呆ですけれども、土曜日、日曜日はアウトソーシングを使っています。介護保険は十分に面倒を見てくれませんから上乘せです。こうした上乘せサービスの利用者は東京に多い。今後、東京の人と地方の人の所得格差が広がっていくと思います。

スライド17の医療供給体制、これは先の講演でたくさん出ましたので、少し割愛します。

どうなる医療法改正

(スライド18) これも先ほど出ましたね。医療法改正。1次、2次、3次、4次(スライド19)。さあ急性期病院はどうするんですかね(スライド20)。3,000病院60万床。一頃流行りました。今の平均在院日数が大体30日、それを15日にすると今ある120万床は半分でいいじゃないかと。在院日数も半分だからベッドも半分でいいと。そんなことを真顔で計算しているんですから笑っちゃいます。

でもふたを開けてみたら、一般病床91万床、毎日チェックしていますけれども、少しずつ一般病床から療養病床へのシフトが起こっています。8月段階は34.8万床ありましたね。残るは有床診療所、これも減っています。

それにしても、特定機能病院は何が特定なんですとか、何が地域医療支援なんですとかという話を規制改革委員会参与のときにやったんです。もっ

医療法改正による医療機関機能分化はどこまで進んだか (P.13)

表：第1次から第4次までの経緯 (P.13)

年	目的・主な内容
1948年(昭和23)	医療法制定
1950年(昭和25)	医療法人制度創設
1967年(昭和42)	公的病床の規制
1985年(昭和60)	第1次医療法改正
1992年(平成4)	第2次医療法改正
1997年(平成9)	第3次医療法改正
2001年(平成13)	第4次医療法改正

スライド18

第1次から第4次医療法改正までの概要

第1次改正

量的整備は全国的にほぼ達成。これに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設間の連携推進をめざす。

主な施策：①医療圏の設定

- ②都道府県に「地域医療計画」策定の義務付け
- ③医療法人の運営の適正化

第2次改正

人口の高齢化、疾病構造の変化、医学技術の進歩等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、および患者サービス向上のため患者に対する必要な情報の提供を図る。

主な施策：①特定機能病院および療養型病床群の制度化

- ②医療提供の理念を規定
- ③広告規制の緩和
- ④在宅医療の推進

第3次医療法改正

要介護者の増大、医療の質の向上に対する要望に対応し、介護体制の整備を図るとともに、日常医療圏において通常の医療需要に対応できるような医療提供体制、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の機能分担の明確化および連携推進

主な施策：①有床診療所への療養型病床群の設置

- ②地域医療支援病院制度の創設
- ③医療提供に当たって患者への説明と理解
- ④医療計画制度の充実
- ⑤広告事項の拡大

第4次医療法改正

高齢化の進展などに伴う疾病構造の中で、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するために、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進、医療従事者の資質の向上を図る。

主な施策：①病床区分の明確化(届出義務)

- ②広告事項のさらなる拡大
- ③医師・歯科医師の臨床研修の必修化

スライド19

と言うとどうして特定機能病院は大学病院本院と国立がんセンター・国立循環器病センターだけなんですかね。不思議でしようがない。

(スライド21) どうして病院の数が減っているんでしょうか。分からないですよ。DPCが効いているからですか。DPCは関係ないでしょ。減っているのはこの10年間、20から49のところですが31ポイント減っていますね。こういう病院はどこへ行ったんでしょうか。診療所へ行ったんですかね。病床を大きくしたんでしょうか、有床診療所を買ったんでしょうか、廃院ですかね、休止ですかね、何でしょうか。銀行が持っている病院が多いですね。先日ブラックリストを見せてもらったんですけど、「へえーこんな有名な病院が」ってところが銀行さんの所有に変わっている、厳しい時代ですね。

病院の数はどこまで減りますかね、精神病床も確かにこれからベッドは空いてくると思いますけれども、痴呆性老人をどう取り扱うかによって結論は変わってきます。私は先ほどの本に書きましたけれども、痴呆性老人の数をどうするかによって、精神病院のベッドもどうにでもなりますね。

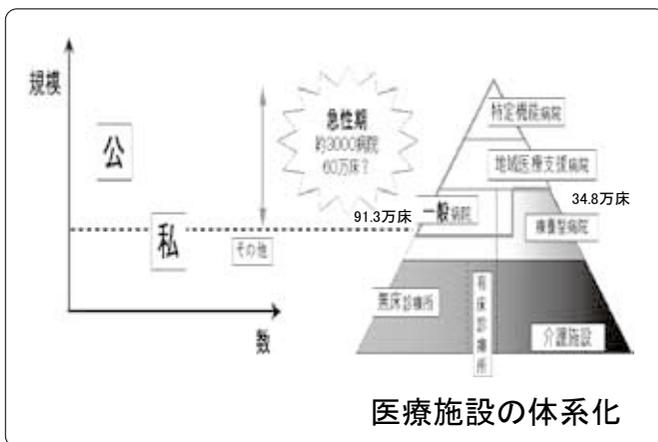
というふうに、やはり認知症というのは強烈な脅威ですね。

勤務医の減少と診療所の増加

皆さんの病院はどうですか。どんどん勤務医が辞めていきませんか？ 私は数年前から言っているんですけど、最近ようやく厚労省やマスメディアが取り上げてくれます。

勤務医が辞めていくんです。「もうおれ疲れた」、「開業するよ」とか言っています。

私の世代でも頭の良いのは医学部へ行きましたけれども、ハッピーかどうかは分かりません。何でこんな風になっちゃたのか。やはり医学部ってところは「縦割り組織」です。酸欠状態というんでしょうか。病院に就職しても給料はそんなに良



スライド20

病床規模別一般病院数の変化

病院数	全 国		
	1990年	2000年	2000年 1990年
20～ 49	2,002	1,384	0.69
50～ 99	2,461	2,366	0.96
100～299	3,287	3,137	0.95
300～499	828	866	1.05
500～	428	452	1.06
総数	9,006	8,205	0.91

特に20～49床の減少が目立つ。

スライド21

くないし、医療安全だ、ITだとか、いっぱい雑務・事務処理が増えています。

皆さんはドクターに対していろいろ見解があると思いますけれど、ドクターは昔よりは今のほうが大変だなあと感じます。ただ、昔のドクターも無給でよくやったんですね。あれはひどいですよね。30歳になってもまだ給料払わないとか。ようやく今、研修医だけ30万円の手当てが出るようになりました。しかし、指導している先生はどうでしょう。変なこと起こってしまってますね。某私大で指導するドクターの給料と研修医の給料比べたら逆転しているんです。「何でお前より給料おれのほうが安いのに、お前に教えてやんなくちゃいけないのか」とぶつぶつも言いたくなりますね。もう国立大学附属病院も独立行政法人になりました

からね、背に腹は変えられない。もう貸し剥がし、引っ剥がし、何でもありますな。「あのドクター返してくれー」ってなもんです。

新しい臨床研修を導入したのはいいのですが、経済学が抜けているんですよ。世の中は経済で動いていることを全然考えていない。新しい臨床研修はこうあるべきだ、全人教育だ、赤ひげだ、すべて綺麗な言葉ですね。ところが経済学も無視できない。ある東北の方の病院に行きました。「川渕さん、今、研修医にいくら払っていると思う？ 年収800万ですよ」と。

「とにかく800万も研修医に年収を払わないと来ないんです」と。今度は月給30万でしょ。年360万円だとますます研修医は東北から離れていきます。私は市場原理主義者ではないんですけども、もうちょっと考えなくちゃいけないですね。

(スライド22) 何科が増えていますか？ 精神科ですね。精神科の開業がすごく増えていますね。なぜでしょうか、儲かるからですか。驚くなかれ、7年連続で3万人自殺しているんですね。自殺予備軍はその10倍だそうです。すごいですね。中国は25万人とか言っていました。でも人口が10倍いるんだから日本のほうが多い。市場原理がにわかに入って本当に病んできましたね。日本はどうしたらいいんですかね。

(スライド23) 第5次医療法改正を占うと、いちばんの目玉は医療計画の見直しです。この見直しで本当に分かりやすくなるんですかね。「数値目標と評価の導入」、「都道府県の役割強化」。しかし、そんな力量が地方にあるでしょうか。

昨日、某県に行ってきたんですが、「医療計画のガイドラインを待ってます」と言っていました。ガイドラインは出ないんです。あなたが考えなさいといっているんです。でも、自治体の役人さんは、そんなこと考えたことないんです。これまで補助金の使い方まで全部中央官庁が決めてくれた

■ 主たる診療科別にみた診療所数の変化(全国)

	1990年	1993年	1996年	1999年	2002年	2002年 1990年	2002年 1996年
総数	80,852	84,128	87,909	91,500	94,819	1.17	1.08
内科	43,004	44,269	45,800	46,815	48,546	1.13	1.06
眼科	5,557	6,100	6,686	7,041	7,305	1.31	1.09
整形外科	3,749	4,314	4,940	5,696	6,157	1.64	1.25
小児科	4,795	4,848	4,857	5,149	5,276	1.10	1.09
耳鼻いんこう科	4,227	4,347	4,552	4,738	4,838	1.14	1.06
外科	5,483	5,206	5,154	4,952	4,344	0.79	0.84
皮膚科	2,824	3,069	3,205	3,501	3,712	1.31	1.16
産婦人科	4,405	3,920	3,437	3,444	3,248	0.74	0.95
消化器科(胃腸科)	2,273	2,658	2,791	2,663	2,800	1.23	1.00
精神科	848	1,069	1,295	1,619	1,878	2.21	1.45
循環器科	789	900	1,008	1,040	1,187	1.50	1.18
泌尿器科	567	657	802	967	1,116	1.97	1.39
婦人科	517	618	789	780	746	1.44	0.95

(資料)厚生労働省「医療施設調査」

精神科、泌尿器科、整形外科などは大幅に増加。外科、産婦人科は減少。婦人科は96年まで増加したが、以降は減少。

スライド22

第5次医療法改正を占う

医療計画の見直し

- ① 住民・患者へのわかりやすさ
- ② 数値目標と評価の導入
- ③ 都道府県の役割強化

患者の治療経過に応じた全国共通の指標としては、「がん」の場合、①検診(受診者数、異常所見者の医療機関受診率、マンモグラフィ台数等)、②治療(年齢調整死亡率、平均在院日数等)、③リハビリ～在宅療養(呼吸器リハ提供可能人数、緩和ケア病床数、往診実施件数等)、④医療提供体制(地域がん診療拠点病院や病診・病病連携計画の策定の有無、地域がん登録率)

スライド23

からです。楽なんです。「これは厚労省が決めたことですから」と言っていれば。

気になる認定医療法人制度

(スライド24) 認定医療法人制度はどうですか。いちばんの懸念は認定医療法人でもない、出資限度法人でもない、一般の医療法人は存続しうるのかどうか、その1点だけです。

総合規制改革会議からは、MS (Medical Service) 法人はいかなるものかとか、今の医療法人は営利法人じゃないかと言われてますね。そこで登場したのが認定医療法人です。具体的に言うと、

認定医療法人制度はわが国になじむか？

◆ 出資額限度医療法人はみなし譲与税免除の4要件が難関

- ① 同族出資割合が50%以下
- ② 同族社員割合が50%以下
- ③ 理事等の同族割合が3分の1以下と定款で規定
- ④ 理事等への特別な利益供与がない

スライド24

今の特定医療法人と特別医療法人は認定医療法人に、たぶん自動的に移行するんじゃないかと。それは全体の1~2%くらいですかね。残り98%はどうするのかというと、出資額限度医療法人です。ただ問題があります。出資額限度となるので、みなし贈与税が当然発生します。これは医療法人といえども税務当局は見逃がしません。

これをクリアする要件は税理士さんに教えてもらったら4つあるんです。同族出資割合が5割以下、社員割合の5割以下、そして、理事の同族割合が3分の1以下、そして特別の利益供与がない。この特別の何とかというのが解釈で割れるんですね。この4つをクリアして初めてそのみなし贈与税が免除される。その税理士さんに「これ、現実に可能なんですか」と聞いたんです。「川渕さん、無理です」。であれば一般の医療法人は当分の間は残ります。当分の間がいつまでかは分かりませ

んが、まあ100年くらいかかるんじゃないですかね。

2. 日本の病院はお金儲けに走りすぎていないか

(スライド25) それにしても「日本の病院はお金儲けに走りすぎていないか」と私は言いたい。そうすると必ず反論が来ます。「川渕さん、そうは言っても病院が潰れてしまったら元も子もない」と。国民的に見ても悪い病院だったら、潰れたらいいんじゃないかと。最近厚労省も「悪い医師には辞めてもらう、研修を受けてもらう」とか言っています。最近はけっこうはっきり言うようになったんですね。

しかし、やはり医療の質と経営のうまい病院とは関連してほしいですね。関連してほしいのですが、なかなかこれが関連しないんです。今医療の質の良い病院って何ですか。在院日数が短い病院ですか、病床利用率が高い病院ですか、紹介率が高い病院ですか。こういう話はみんなお上が決めたルールですよ。紹介率が3割を超えたら良い病院なんですか。在院日数が17日切ったら良い病院なんですか。これは点数が増え、医療費が増えるだけです。医療費が増えると患者にしてみれば負担が増えるわけです。負担が増える分だけ何か良いことがあるんですか。そんなこと言われたって、皆さん分かりませんよね。これは国の決めた

2. 日本の病院は「お金儲け」に走りすぎてはいないか？

国民・患者が求めているのは「経営がうまい病院」ではなく、「医療の質が高い病院」ではないか？

↓
とは言っても「病院がつぶれてしまっただけは元も子もない」

↓
したがって、①平均在院日数(ALOS)の短縮と
②紹介率アップに奔走

↓
まさに「お上の手のひら」にある日本の病院

スライド25

しかし、本当に国の政策は正しいのか？

- ① ALOSの短縮で院内感染率はダウンするのか？ 医療費は削減できるのか？
- ② 紹介率アップで「医療資源の有効活用」が実現できるのか？

↓
もう一度、原点に戻って考えなおす時代がやってきた！

スライド26

ことですから。しかし、本当に国の政策は正しいのでしょうか。

こんなこと、民間の事務長が言ったら必ずいじめられます。「あいつ何てことを言う病院だ、何県の病院だ。あとから指導しとくように言っとけよ」とかってね。日本は警察国家ですな。もうこういう時代はやめたいですね。

(スライド26) ただ、在院日数は短くしたほうが良いと思います。たぶん院内感染率は下がると思う。じゃあ、

やみくもに短くしたほうが良いのかということ、そうでもない。第一、今のスタッフでできないですよ。もう全員疲れ果ててバーンアウトしちゃう。

アメリカに行って、ナースに聞いたんです。クリニカルパス動いてますねって。そうしたら、「こんなのどうでもいい、もう疲れた」と。バーンアウトしたら人間はハッピーじゃないです。日本に合った適正な在院日数があるはずですよ。アメリカがどうだからとか、ヨーロッパがどうだから関係ない。日本は日本です。

(スライド27) それでは経営の質と医療の質は相関するのでしょうか。医業利益率が高い病院は、例えばAMI(急性心筋梗塞)の死亡率は高いか低い。答えは低い。マイナスの相関ですから。でもそれは5%しかない。がんの手術の死亡率と医業利益が相関しますか? 相関します。でもそれは0.164しかない。私は医事課にいた時にたくさん手術を見ました。医事課の人は手術見る必要はありません。レセプトを計算していればいいわけです。しかし、手術を見なければ医師が何をやっているのか分かりません。なぜこんな請求漏れが起こるのか。なぜこの看護婦さんが電話したらこんなヒステリー起こすのか。初めて分かりました。手術室に行くと忙しいんです。なぜ外科医

死亡率・重症度と経営指標との相関係数 Spearmanの ρ (ロー)

経営指標		医療の質			重症度
		AMI 死亡率	がん手術 死亡率	全病床 死亡率	CMI
収益性	医業利益率	-0.057	-0.164	-0.120	0.012
	患者1人1日当たり入院収益	-0.232	-0.387*	-0.039	0.013
	病床利用率	-0.091	-0.102	-0.298	0.106
	CMI調整平均在院日数	0.332	0.124	0.121	-0.067
生産性	稼動病床1床当たり入院収益	-0.314	-0.290	-0.047	0.013
	医師1人当たり医業収益	0.144	0.222	0.128	-0.021
	看護師1人当たり医業収益	-0.336*	-0.160	-0.419*	-0.307
	職員1人当たり医業収益	-0.301	-0.174	-0.324	-0.276
効率性	患者1人1日当たりコスト	-0.030	-0.092	0.329*	0.632**
	給与費比率	0.338*	0.333	0.248	0.182
	医薬品費率	-0.432**	-0.027	0.205	0.118
職員数	100床当たり医師数	-0.274	0.054	-0.240	-0.239
	100床当たり看護師数	-0.156	0.099	-0.049	-0.195

* $p < 5\%$, ** $p < 1\%$

スライド27

があんな浴びるように酒を飲むのか。ストレスが多いんですよ。何で内科がさげすんで見ているのか。内科の人って酒飲まずに医局で論文を読んでいるんです。かたや向こうで酒宴やって、こっちは論文読んでいるんですね。そういうのを全部、医事課の方が分かってないと、病院全体が分かりません。

つまり全体をコントロールする人がいないんです。私はビジネススクールに行って統計学を勉強したんですけども、こういう数量化できる人間が医療界にいないんです。日本版ホスピタリストとして、経営の指標も分かるんだけど、医療の質も分からなくちゃいけないんです。「先生、こんなことやったら、死亡率上がりますよ」と言うと、「えっ」てどっきりしますね。

患者は、医療の質のほうに興味があるんです。ドクターも医療の質に興味があります。しかし見る機会がないんですね。でも、学会では症例発表をしています。学会発表するときに患者データが必要です。しかし今の紙のカルテだとデータ回収が大変なんです。全部めくらくなくちゃいけない。年齢から合併症からみんな補正しなくちゃいけないんです。合併症があったかなかったかとか、年齢とか。やっぱり年齢の高い人は死ぬ確率は高い。

3. 次回の診療報酬改定を読む

- 0. はじめに
- I. 医療技術の適正な評価
(ドクターフィー的要素)
- II. 医療機関のコストの適正な反映
(ホスピタルフィー的要素)
- III. 患者の視点の重視
～セカンドオピニオンの特定療養化はいかに～

スライド28

健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針〔平成15年3月28日 閣議決定〕

1. 保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方
2. 新しい高齢者医療制度の創設
3. 診療報酬の体系の見直し
 - (1) 医療技術の適正な評価(ドクターフィー的要素)
 - (2) 医療機関のコストの適切な反映(ホスピタルフィー的要素)
 - ① 疾病の特性等に応じた評価
 - ② 医療機関等の機能に応じた評価
 - (3) 患者の視点の重視
 - ① 情報提供の推進
 - ② 患者による選択の重視

スライド29

地域分割した場合の保険料率の試算

上位10 都道府県	保険料率	1人当たり 医療費 (保険分)	下位10 都道府県	保険料率	1人当たり 医療費 (保険分)
1)北海道	8.7%	20.5万円	・	・	・
2)徳島	8.6	18.8	・	・	・
3)佐賀	8.4	18.7	・	・	・
4)福岡	8.4	18.6	38)東京	7.8%	16.0万円
5)香川	8.3	18.3	39)山形	7.8	15.8
6)長崎	8.3	18.5	40)静岡	7.8	15.9
7)大分	8.3	18.8	41)茨城	7.8	16.0
8)高知	8.3	17.2	42)群馬	7.8	16.7
9)秋田	8.2	18.4	43)新潟	7.8	16.7
10)熊本	8.2	17.8	44)千葉	7.7	16.4
・	・	・	45)山梨	7.7	16.7
・	・	・	46)埼玉	7.7	16.2
・	・	・	47)長野	7.5	15.4

注) 1人当たり医療費は2003年度。保険料率は2001年度実績をもとに厚労省が試算

スライド30

合併症のある人も手術しても死ぬ確率が高い。そこで我々はリスク調整をやっているんです。それで初めて、医業利益率と比べることができる。

事務長は経営指標のほうばかり話をするんです。医療の質のほうの話はゼロ。これではドクターとは対話できません。この両方できる人はなかなか日本の病院にいないです。いたらきっと賢い人ですよ。

経営も分かって医療の質も分かる。本当は病院長にこの能力が必要です。しかし現実には、こう

いうトレーニングを受けていない。我々はこれを「医療の可視化」と呼んでいます。医療を見えるかたちにしたい。

3. 次回の診療報酬改定を読む

(スライド28) 診療報酬の話は、もう時間的にあまりできませんけれども、これは厚労省の麦谷課長がいろいろところで話していますのでぜひ聞いてください。一応、ドクターフィーとホスピタルフィーと患者の視点の3点がポイントです。

(スライド29) 平成15年3月の閣議決定によれば、保険者の統合、再編、それから高齢者医療保険制度をつくるんですね。平成15年3月28日の閣議決定でもう75歳で線を引くのは決まっているんです。ちなみに今は72歳です。平成18年は75歳になります。

次に保険料率。これは都道府県別に差別化して「競争原理」を導入します。スライド30を見ると長野がいちばん低い。PPKですね。ピンピン長生きして死ぬときはコロリンと。ピンピンコロリンです

ね。しかし、PPKも長野オリンピックのあと、少し様子は変わってきています。先に出ていた在宅の死亡率もどんどん下がっています。オリンピックのおかげで1時間で長野まで行けるようになって、都市化が進んでいるんです。

(スライド31) 他方、介護サービスはどうなっているのでしょうか。医療と介護の両方を計算しないといけません。こちらは北海道じゃなくて、何と沖縄がトップです。介護保険のサービス給付が27.8万円、認定率17.2%。最も安いのは茨城県で15.9万円、認定11.3%。医療も介護も峻別できないから両者を足してみるといいでしょう。

(スライド32) 診療報酬はどうなりますか。ドクターフィーはアメリカのRBRVSに近似させ、ホスピタルフィーはDPCに近似させる。私が唱えたDRGではなくてDPCです。「何でDRGでは駄目なんですか」と聞いたら、1件当たり定額払いは激しすぎるということです。そこで1日当たり定額払い。和製英語のDiagnosis Procedure Combination登場です。

しかしながら慢性疾患はアメリカのRUGに近似させる。日本版RUGは11分類になったんですか。それでは外来はどうするのか。在宅はどうするんですか。ちなみにアメリカは外来がAPC、在宅がOASISですね。何かいつの間にかアメリカみたいになってきたんですね。

(スライド33) 医師の技術料について研究したところ、外保連(外科系学会社会保険委員会連

1人当たり介護サービス給付額と要介護認定者の割合

上位10都道府県	給付額	認定率	下位10都道府県	給付額	認定率
1) 沖縄	27.8万円	17.2%	・	・	・
2) 徳島	27.4	19.4	・	・	・
3) 熊本	24.9	17.1	・	・	・
4) 高知	24.8	16.4	38) 静岡	18.6万円	12.7%
5) 富山	24.8	15.1	39) 岐阜	18.4	13.6
6) 鹿児島	24.7	18.7	40) 神奈川	18.3	13.8
7) 福岡	24.5	18.1	41) 宮城	18.0	13.9
8) 石川	24.3	15.9	42) 愛知	18.0	13.1
9) 青森	24.3	17.1	43) 栃木	17.4	13.1
10) 鳥取	24.2	16.3	44) 福島	16.9	13.6
・	・	・	45) 千葉	16.5	12.1
・	・	・	46) 埼玉	15.9	11.8
・	・	・	47) 茨城	15.9	11.3

注) 1人当たり給付額はサービスを利用していない65歳以上も含めて算出

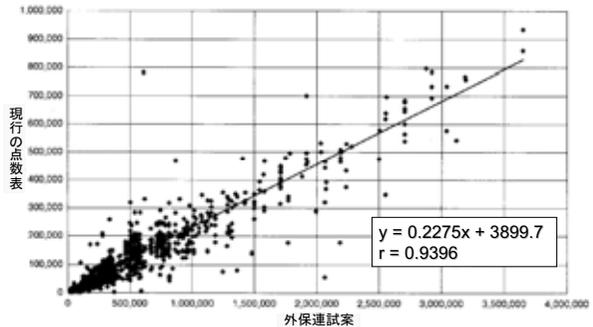
スライド31

アメリカの支払い方式

- ◆ ドクターフィー：RBRVS (Resources Based Relative Value Scale; 医療資源準拠相対評価点数)
- ◆ ホスピタルフィー
 - 急性期：DRG/PPS (Diagnosis Related Group / Prospective Payment System; 診断群別分類包括支払い方式)
 - 亜急性期：RUG (Resource Utilization Group; 医療資源利用グループ)
 - 外来：APC (Ambulatory Patient Classification; 診断群別分類包括払い)
 - 在宅：OASIS (Outcomes Assessment Information Set; アウトカム評価情報セット)

スライド32

医療技術の適正な評価(ドクターフィー的要素) 外保連試案—現行金額との相関分析

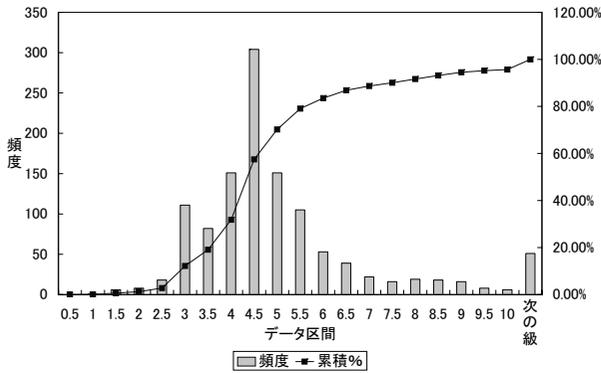


(出典) 川淵幸一、谷田一久、望ましい医師の技術料構築に向けた一考察「日本医師会総合政策研究機構報告書第22号、日医総研」

技術的難易度の高いものは、現行の診療報酬上でも高く評価している。

スライド33

外保連/現行金額比率ヒストグラム

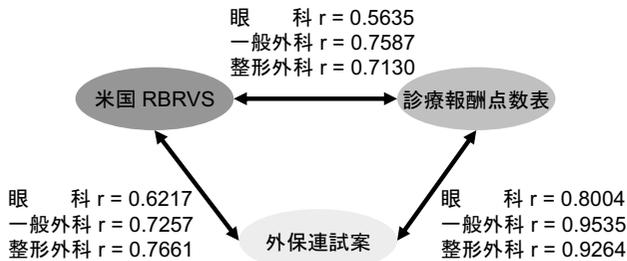


現行の診療報酬の水準は、外科医が妥当と考える手術報酬の4分の1~4.5分の1程度に過ぎない。

スライド34

合) 試案と日本の点数表に強い相関があることが分かりました。しかし、 $y = ax + b$ のaが0.2275ですね。0.2275ということは、大体外保連が主張している主張と日本の点数表は4倍か4.5倍くらい差があります(スライド34)。高いものは高く、安いものは安いのですが、1点単価は随分異なる。今、ワーキンググループの方が一所懸命調査をしておりますけれども、たぶん最後は1点単価をどうするかという問題だと私は思います。

(スライド35) アメリカの点数表とも比べました。すごく差があります。ということはアメリカの点数表も日本の点数表も外保連試案も、非常によくできているんです。ただ点数の単価が違う。1点10円の日本の点数の単価を、外保連試案でやるとすれば1点40円にしなくちゃいけない。アメリカだと1点25円くらいにしなくちゃいけない。まあ、そういう話ですね。ところが医療費のパイが決まっていますから、大変難しいですね。



(日医総研報告書第22号「望ましい医師の技術料構築に向けた一考察」, 2000年11月)

3つの診療報酬には一定の相関がある。→→→
→ 現行の診療報酬体系よりもむしろ「1点単価」に問題がある。

スライド35

(スライド36) ただ、アメリカが安く日本が高いものもけっこうありました。外保連試案とアメリカのRBRVSを比べました。マッサージという項目は日本の点数表にはないですよ。アメリカはこれに15.91ドル払っているんですか。外保連試案が主張しているのは6,340円ですから、ちょっと高いですね。外保連はこうした部分を今見直していると聞いています。

●外保連試案(処置)

物理療法(電法・マッサージを含む)				(円)	(\$)
処置内容	技術度	協力者数	所要時間	処置料	RBRVS
22.01.01 冷・温・熱気療法	A1-	(0+1)-	1/4	4,260	
22.01.02 マッサージ	A2-	(0+1)-	1/3	6,340	15.91
22.01.03 赤外線療法	A2-	(0+1)-	1/3	6,340	9.14
22.01.04 ホットパック	A2-	(0+1)-	1/3	6,340	0
22.01.05 超音波療法	A2-	(0+1)-	1/3	6,340	11.17
22.01.06 極超(マイクロ)、超短波療法	A2-	(0+1)-	1/3	6,340	9.48
22.01.07 パラフィン浴	B2-	(0+1)-	1/3	7,800	11.17
22.01.08 低出力レーザー療法	B2-	(0+1)-	1/3	7,800	
22.01.09 開口障害機能訓練	B3-	(0+1)-	1/2	12,840	
22.01.10 低周波療法(TENS含)	B3-	(0+1)-	1/2	12,840	22.34
22.01.11 眼球マッサージ(眼動脈閉塞時)	C1-	(0+1)-	1/4	7,920	
22.01.12 気泡・渦流浴療法	C1-	(0+1)-	1/3	10,560	12.86
22.01.13 直腸肛門機能訓練	C1-	(0+1)-	1/2	15,850	

スライド36

症例数と治療成果は相関するか

(スライド37)「選択と集中」。手術症例数が多いところは点数を高め、少ないところは3割カットですね。2002年と2004年に改定をやりました。

果たしてこの政策は正しかったのでしょうか。

(スライド38) あるセミナーで講師が「PTCA（経皮的冠動脈形成術）を100例以上やりましょう」と言っていました。私はそれは間違っていると思いますよ。そんなことやっちゃいけないです。点数がそうだからといって100例やりましょうって言ったら、国民はオイ、オイですよ。でもいつの間にか日本人は考えなくなっちゃったのね。厚労省がPTCAを100例以上やったら加算を付けてくれるようになったらやるんですかね。何か逆じゃないですか。たまたま症例数の多い病院は、アウトカムがいいから加算が付くんじゃないんですか。

(スライド39・40) じゃあ、日本の病院は本当に症例数が多いとアウトカムは高いのでしょうか。PTCAについてみると、50例未満というのが全体の44%、200症例が15%、アメリカより随分少ない。少ないのが問題なのかどうか、こ

「選択と集中」政策は正しかったのか

2004年度診療報酬改定 手術に関する施設基準の暫定的見直し

	医師の経験年数に関する基準 (注1)	症例数に関する基準 (注2)	算定点数 (手術点数×○/○)
①	○	○	105/100 (注3) (5/100加算)
②	○	×	100/100 (注3)
③	×	×	70/100 (30/100減算)

注1：当該手術分野の臨床経験を10年間以上有する医師（常勤）

注2：現行どおり

注3：①、②の場合は、以下を要件とする

○ 情報の公開

手術の施設基準を設定された手術に関して、1年間の実施件数を当該医療機関の見やすい場所に院内掲示すること。

○ 詳細な説明

すべての手術を行うに当たり、手術実施予定の患者に対し、当該手術の内容、合併症及び予後等を書面等を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望があった場合、その都度手術に関する情報を提供すること。

スライド37

症例数と治療成果には正の相関はあるか

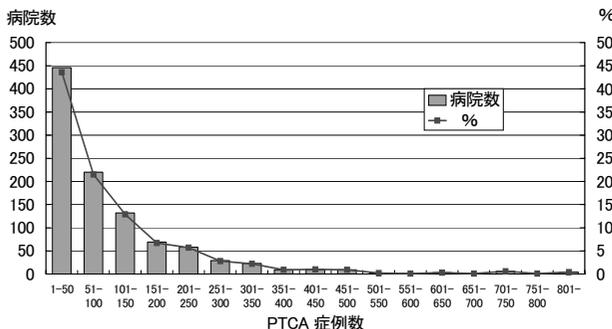
2002年度診療報酬改定 → 症例数で質を評価する新手法登場

手術名	必要症例数	施設基準
		医師数・経験年数ほか
ペースメーカー移植術及び交換術	年間30例以上	・5年以上の循環器の経験を持つ医師が2人以上常勤 ・臨床工学技士が1人以上常勤 ・循環器科を標榜
人工関節置換術	年間50例以上	・当該手術に関し5年以上の経験を持つ医師が3人以上常勤 ・整形外科を標榜
冠動脈、大動脈バイパス移植術及び体外循環を要する手術	年間100例以上	・心臓血管外科が専門の常勤医師が3人以上（うち2人以上は5年以上の経験） ・心臓血管外科を標榜
経皮的冠動脈形成術（PTCA）、経皮的冠動脈血栓切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術	年間100例以上	・当該手術に関し5年以上の経験を持つ常勤医師が2人以上（うち1人以上は10年以上の経験） ・5年以上の心臓血管外科の経験を持つ常勤医師が1人以上（5年以上の経験を持つ医師が常勤する保険医療機関との連携により緊急対応のための体制が整備されている場合は除く） ・臨床工学技士が1人以上常勤

スライド38

年間PTCA症例数

1病院当たりPTCA 症例数



スライド39

文献検索

- 包括的な文献レビュー(Halm, et al., 2000)によれば、おむね手術症例数が増加すると医療成果が向上する。しかし、まだ仮説段階である。
- AMI(急性心筋梗塞)について、
 - ・ 病院の症例数と死亡率に関する7つの研究のうち、3つの研究では、負の相関あり
4つの研究では、相関なし
 - ・ 医師の症例数と死亡率に関する4つの研究のうち、1つの研究だけが、負の相関あり
3つの研究では、相関なし

スライド40

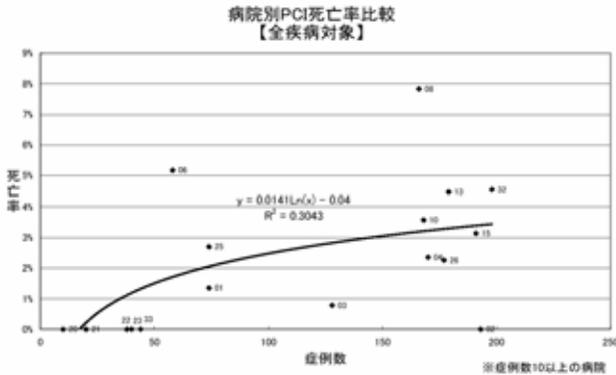
病院ベンチマーク事業 参加病院の概況

- 参加病院数: 36病院
 - 北海道から九州まで全国各地の病院
 - 比較的大規模な病院が多い(400床以上の病院が2/3を占める)
 - 多種多様な経営母体(医療法人, 自治体病院, 公益法人など)
- 患者データ総件数: 764,921件

H11年度	H12年度	H13年度	計
281,218	233,285	250,418	764,921

スライド41

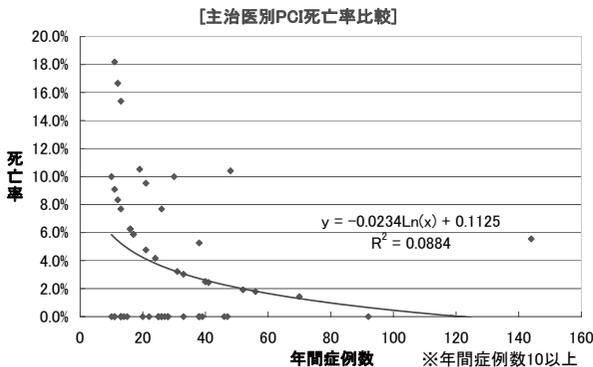
PCI死亡率と症例数～病院別



➤ PCI死亡率と症例数との相関は認められない

スライド42

PCI死亡率と症例数～主治医別



➤ PCI死亡率と症例数との相関は認められない

スライド43

量的効果(病院別、主治医別)と治療成果

ICDを用いた、症例数と死亡率との相関分析では、相関が認められなかった。

↓
リスク調整されていない

↓
リスク調整を加味してランダム効果を推計
コックスの比例ハザードモデルを使用

スライド44

それを調べなくちゃいけないんです。これが学者の仕事です。症例数多いと死亡率が低くなるんですか、高くなるんですか。

(スライド41) 36病院からデータを集めたんです。経産省から貰った事業費 2 億6,000万円で76万症例のデータを集めました。症例数が増えると死亡率は高くなりますね (スライド42)。嘘をつけますね。統計的に有意はありません。医者別に見ました。症例数が高くなると死亡率下がりますね (スライド43)。一見そのように見えますけれども、統計的に有意はありません。しかし、どちらのデータもリスク調整されていません (スライド44)。難しい心臓疾患もあれば、簡単な心臓疾患もあります。それを全く考慮していない。年齢補正もしていない。そんなことをやっても意味はないんです。年齢、性別、PTCAがあったかどうか、CAPGがあったかどうか、合併症によって明らかに死亡率は違ってきます。期待死亡率が違ってきま

AMI死亡率の量的効果の推定式

■ コックスの 比例ハザードモデル

ハザード関数 $\lambda(t)$ とは、
時点 t における瞬間死亡率
を表わす関数である。

$$\lambda(t) = \lambda_0(t) \cdot \exp\{\beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n\}$$

ここで、 $\lambda_0(t)$ とは、
共変量(説明変数) X が
平均値をとったときの
ハザード関数で、ベースライ
ン・ハザード関数という。

係数		共変量	
β_1	0.0478	X_1	年齢
β_2	0.4431	X_2	性別
β_3	-1.0549	X_3	PTCA施行有無
β_4	-0.0439	X_4	CABG施行有無
β_5	-0.5108	X_5	合併症 I型糖尿病(IDDM)
β_6	-0.1666	X_6	" II型糖尿病(NIDDM)
β_7	-0.1409	X_7	" 詳細不明の糖尿病
β_8	-1.4474	X_8	" リポたんぱく代謝障害およびその他の脂血症
β_9	-0.8420	X_9	" 高血圧(原発性高血圧)
β_{10}	-0.8310	X_{10}	" 狭心症
β_{11}	1.0588	X_{11}	" 急性心筋梗塞
β_{12}	1.1611	X_{12}	" 急性心筋梗塞の続発合併症
β_{13}	0.0374	X_{13}	" 慢性虚血性心疾患
β_{14}	-0.1173	X_{14}	" 発作性頻拍症
β_{15}	-0.3024	X_{15}	" 心房細動および粗動
β_{16}	-0.3004	X_{16}	" その他の不整脈
β_{17}	0.0842	X_{17}	" 心不全
β_{18}	1.5571	X_{18}	" ショック
β_{19}	-0.9495	X_{19}	" 心臓および血管の挿入物および移植片の存在

スライド45

す。昔、中学校で習ったでしょう。
期待値ってやつ。期待値というの
は、こういうふうモデルをつく
って計算するんです(スライド
45)。これが医療経済学者の仕事
です。これを当てはめてみて、お
たくの病院は期待値よりも高い
か低いかというのを計算するわけ
です。これが世界の常識、日本の
非常識です。

そこでやってみました。病院別
には、どんなモデルをつくっても
全く相関はありません。ただし、
医者別に見ると、PTCAに関し
てはそこそこ相関がありました
(スライド46・47)。約85例が死
亡率の最小値だというんですね。
どうして、年間85例を超えるとま
た死亡率上がってくるんでしょう
か。

これは混雑現象があるからで

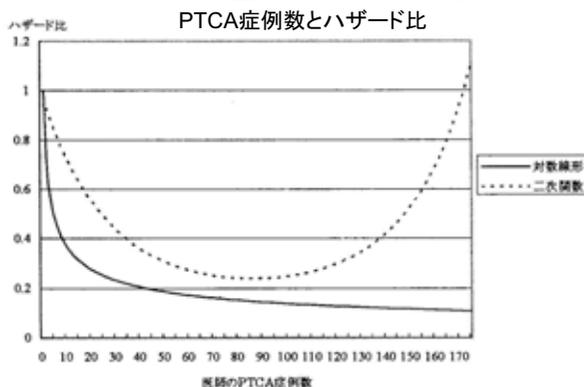
PTCAの量的効果

分析モデル	病院別	医師別
線形	×	×
対数線形	×	○
二次関数	×	○

○: PTCA症例数と死亡率に有意な関係あり($p < 0.05$)
×: 有意な関係なし

スライド46

PTCAの量的効果～医師別



線形対数モデルでは、ハザード比は減少を続ける(原点に向けて凸)
二次関数モデルでは、約85症例でハザード比が最低(下に凸)

スライド47

しょうか。1カ所にたくさんの患者が来たら、手術台がいっぱいになりますね。サポート体制が取れませんよね。それがアウトカムに悪影響を及ぼすという仮説です。仮説ですから本当のところは分かりません。ただ例えば週刊朝日のトップテンに載りますよね。そうすると、うわーっと患者が

来ますよね。難しい人も来ます。そうすると死亡率率が上がるかもしれません。いずれにしても、もう少しデータを集めて本当に生きた経済学を展開したいと思います。

DPCは適切にコストを反映できるか

(スライド48) ホスピタルフィー。こちらのほうが今日はメインテーマかと思いますが。DPCは何を目指しているんですか。医療費を抑制することですか、医療の標準化ですか、医療の透明化ですか、分かりません。なぜか。矛盾だらけだからです。

(スライド49) 1つ目、DPCそのものの矛盾。どうですか。急性心筋梗塞で5日間入院したら19,940点。副病名が1つ付くと18,225点。副病名が付くと累積で何で点数下がるんですかね。これは包括部分だけの話なので出来高を加えなくては

医療機関のコストの適切な反映 (ホスピタルフィーの要素)

そもそもDPCは何を目指しているのか？

1. 医療費の適正化
2. 医療の標準化
3. 医療の透明化

DPCによる包括評価の課題

- ① DPCそのものの矛盾
- ② 1日当たり定額払いにした功罪
- ③ 包括範囲の矛盾
- ④ あいまいな調整係数

スライド48

① DPCそのものの矛盾

- ・「処置なし」が「処置あり」より累積点数が高い例
- ・「手術なし」が「手術あり」より累積点数が高い例

DPC050030: 心筋梗塞, DPC050050: 狭心症

診断群分類番号	傷病名	手術	処置等1	処置等2	副病	重症等	I期間	II期間	I未満点数	II未満点数	II以上点数	2SD期間	5日目累積点数	10日目累積点数	15日目累積点数	20日目累積点数	25日目累積点数	30日目累積点数
0500303x99000x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	なし	なし	なし		10	19	3,988	2,948	2,506	40	19,940	38,840	53,580	67,436	79,966	92,496
0500303x99001x	"	なし	なし	なし	あり		13	25	3,645	2,694	2,290	52	18,225	36,450	51,822	65,292	78,358	89,808
0500303x050000	"	経皮的冠動脈形成術等	なし	なし	なし	初回手術	10	20	3,341	2,513	2,136	35	16,705	32,582	45,147	57,335	68,015	78,695
0500303x05001x	"	"	なし	なし	あり		12	23	3,809	2,815	2,393	46	19,045	38,090	53,159	67,234	80,043	92,008
0500303x040000	"	経皮的冠動脈ステント留置術等	なし	なし	なし	初回手術	10	20	3,374	2,538	2,157	33	16,870	32,940	45,594	57,903	68,688	79,473
0500303x040001	"	"	なし	なし	なし	再手術	12	23	3,092	2,285	1,942	38	15,460	30,920	43,152	54,577	64,973	74,683
0500303x04001x	"	"	なし	なし	あり		12	24	3,502	2,626	2,232	43	17,510	35,020	49,026	62,156	74,498	85,658
0500303x0430xx	"	"	あり	なし			12	24	3,778	2,834	2,409	43	18,890	37,780	52,894	67,064	80,384	92,429
0500503x99000x	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	なし	なし	なし		6	11	4,385	3,241	2,755	22	21,925	38,130	51,905	65,680	出来高	出来高
0500503x99001x	"	なし	なし	なし	あり		7	15	4,208	3,248	2,761	30	21,040	38,240	53,993	67,798	81,603	95,408
0500503x992xxx	"	なし	あり				10	31	4,161	3,386	2,878	75	20,805	40,835	57,765	74,695	91,625	108,555
0500503x03x000	"	冠動脈、大動脈バイパス移植術 (人工心肺を使用する場合)	なし	なし	なし	初回手術	17	33	3,550	2,624	2,230	57	17,750	35,500	53,250	67,296	80,416	93,536
0500503x03x01x	"	"	なし	なし	あり		18	35	3,595	2,657	2,258	61	17,975	35,950	53,925	69,086	82,371	95,656
0500503x020000	"	冠動脈、大動脈バイパス移植術 (人工心肺を使用しない場合)	なし	なし	なし	初回手術	15	30	3,499	2,617	2,224	52	17,495	34,990	51,603	64,688	77,773	90,465
0500503x02001x	"	"	なし	なし	あり		16	31	3,464	2,560	2,176	58	17,320	34,640	51,960	64,760	77,560	90,360
0500503x0201xx	"	"	なし	なし	あり		20	40	4,322	3,223	2,740	73	21,610	43,220	64,830	85,341	101,456	117,571
0500503x023000	"	"	あり	なし	なし	初回手術	18	35	4,151	3,068	2,608	74	20,755	41,510	62,265	79,771	95,111	110,451
0500503x02301x	"	"	あり	なし	あり		15	29	4,133	3,055	2,597	54	20,665	41,330	60,917	76,192	91,467	105,826

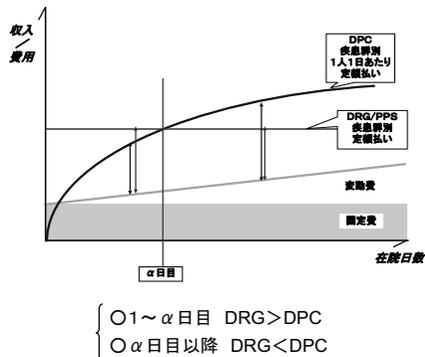
スライド49

② 1日当たり定額払いにした功罪

	DPC	DRG/PPS
長所	1日定額払いなので、現行の出来高払い方式との親和性が高い	医療費削減・平均在院日数短縮・病床削減のインセンティブが高い
短所	① 医療費削減・平均在院日数短縮のインセンティブが低い ② 超短期集中治療は病院の「持ち出し」になる ⇒ 病院によっては、むしろ在院日数を伸ばして収入確保に努める向きもある	① 1項目当たり定額払いなのであまりにも「革新的」 ② 即日死亡の場合、患者・家族の同意を得にくい

スライド50

DRGとDPCは似て非なるもの



スライド51

いけないんですけど、実態はどうなっているんですかね。

私、国が変わって1回全部データを検証してみたいという熱い思いがあるんですが、データは頂けません。うちの小学4年生の子どもにやらせると「お父さんこれ計算間違いだよ」って言うんですよね。「だって、5日間入院して、何でこっちが低いのかなー」と。ぜひ検算していただきたいものです。でなければ「正直者が報われません」。

(スライド50) DRG/PPSとDPCによる包括評価は似て非なるものです。どっちがいいんでしょうか。私としては、昔あった入院時医学管理料の話をするんだったらDPCの1日定額払いのほうがいいでしょう。昔、入院時医学管理料は在院日数が長くなるにつれて下がりましたね。これを

③ 包括範囲の矛盾

同じ医薬品でも、同じ診療材料でも、包括と出来高に使用される例

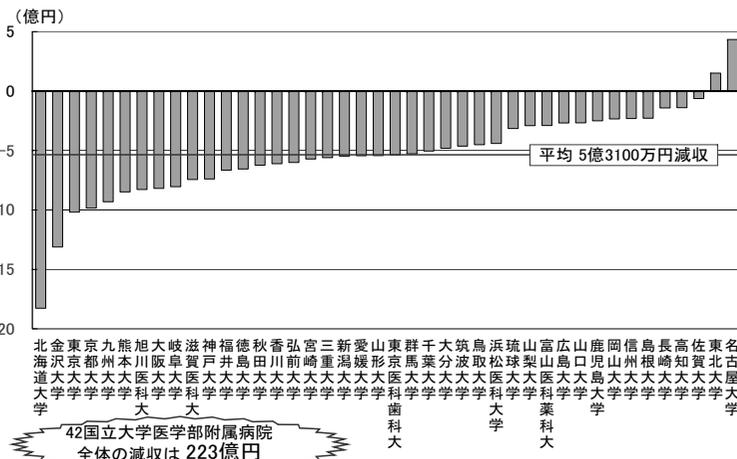
- ・手術は材料・医薬品・麻酔も含めて出来高。
- ・1,000点以下の処置は包括。
⇒ 同じ医薬品、同じ診療材料でも、手術で使用すれば出来高なのに、術後処置で使用すれば包括である。

④ あいまいな調整係数

- ・前年7~10月の入院包括医療費の実績を保証？
⇒ 医療費の適正化は？ → いつ、「はしごを外す」のか？
- ・DPC対象病院の2002年度の入院医療費(出来高を含む)は1兆35億円(厚生労働省《医療機関メディアス》-医療機関医療費の最近の動向-)

スライド52

調整係数を1にしたときの入院収益の変化



スライド53

疾患別にやったのがDPCです。そのへんは一長一短があるのは分かるんだけど、病院経営から見ると全く違います。DRG/PPSは何日入院しても同じなんですから、それは短いほうが増益になります。

(スライド51)

変動費と固定費と足したのが費用計、細いラインが収入計です。この差し引きが利益です。

確かにDPCは、割り増し料もあるんですが、スライド51にあるように、一定の在院日数を確保しないと収入が増えないということです。さらに、収入から費用を引くわけです。そこそこ在院日数を確保しないと利益が上がらない。ところが、在院日数を

短くすると割増がある。おそらく、待機患者の多い病院は、短くしたら回転がよくなります。ポイントはその兼ね合いですね。

(スライド52) 3つ目は包括範囲の矛盾で、4つ目は調整係数の持続可能性です。

(スライド53) 調整係数を全部1にしたらどうですかね。我々の試算ではいちばん大きな被害を受けるのが北海道大学です。収入が17億も減っち

DPCによる包括評価の導入～その功罪

DPCの医療費('04年4月～'05年1月)は1兆1,504億円
(特定機能病院8,732億円、試行病院2,772億円)。
(医科病院全体の入院医療費10兆2,269億円の11.2%を占める)

- ・医療費はむしろ高騰!
- ・外来シフトが顕著!
- ・粗診粗療は発生していないのか?
- ・医療の標準化は進んでいるのか?

		医療費の伸び率(対前年度比)			
		'01年度	'02年度	'03年度	'04年度 4~1月
DPC対象病院 (特定機能病院)	総額	2.4%	0.0%	3.6%	1.8%
	入院	2.0%	0.8%	3.3%	1.9%
	外来	3.3%	-2.2%	4.5%	1.3%
DPC試行病院 (試行62病院)	総額	2.7%	-1.1%	2.2%	2.4%
	入院	3.7%	1.7%	3.3%	3.1%
	外来	0.5%	-7.8%	-0.7%	0.4%
医科病院計	総額	1.5%	-1.5%	1.5%	0.5%
	入院	1.9%	-0.1%	2.1%	1.3%
	外来	0.5%	-4.8%	-0.0%	-1.4%

資料:厚生労働省「医療機関メディアス」2004年9月号

スライド54

次期診療報酬改定～亜急性期の支払い方式は?

・RUG-Ⅲ方式

長期療養患者を病名、処置、リハビリ、ADL、要介護度などの因子の組み合わせに応じて、臨床とケアの資源(コスト)の両面で44のグループに分類。

・日本医師会「長期療養者に対する新しい支払い方式」

201病院2,201症例を対象とするタイムスタディと患者特性調査に基づく。ケア時間について、ADL、痴呆、問題行動、処置、医学的管理、他職種によるケアなどの因子を分析。これに経営実態調査を加えて、在院コスト、医薬品費・診療材料費、技術報酬、ADL分類スコア、痴呆加算、問題行動加算、処置基本加算、再生産費用、出来高部分からなる診療報酬プランを構築。

いずれにせよ、DPCとの整合をどうするか?
病院ごと? 病棟ごと? 患者ごと?

スライド55

やうんです。一方、名古屋大学と東北大学はむしろ増加となります。

(スライド54)しかし、それにしてもDPCの医療費適正化効果はあやしい。その理由は医療費が増えているからです。一方、外来シフトも起こっています。厚労省の資料(医療機関MEDIAS)を見たら特定機能病院の外来の医療費がものすごく増えています。試行病院62の入院医療費は伸びて

いますが、外来医療費はそれほどではありません。

亜急性期・ハイケアユニットはどうなる

(スライド55) 次に亜急性期の支払方式。RUGでいくのか、日本医師会がつくった新しい支払方式でいくのかよく分かりませんが、とにかくこれからは、病院ごとに病棟ごとにじゃなくて、患者ごとにケースミックスが入ってくるんですかね。今のところマルメは病棟ごとです。これが患者ごとに調べるようになるんです。大変ですよ。朝から晩まで計ってないといけません。

(スライド56) そうなると、今ある病棟をどうするかが問題になります。集中治療室、ハイケアユニット、一般病棟、回復ケア、療養病棟、それに亜急性期病棟をいかに再編するかです。(スライド57) 常時2:1, 常時4:1というところも1つの論点ですね。

(スライド58) それから、亜急性期入院医療管理料は包括がメインですけども、出来高が乗かってくるということですね。回復期リハも同じですね。スライド59以下がシミュレーション結果です。500床の病院で、病床利用率が90%ある病院をこんなふうにして、病棟再編成をしたらどうでしょう(スライド60)。一般病棟が380でハイケアが30で亜急性が40と。そうすると、1カ月に3,251万1,000円も収入が増える。

しかし収入も増えるけれどコストも増えます。常時4:1で計算してみました(スライド61)。「民

ハイケアユニットと亜急性期病棟

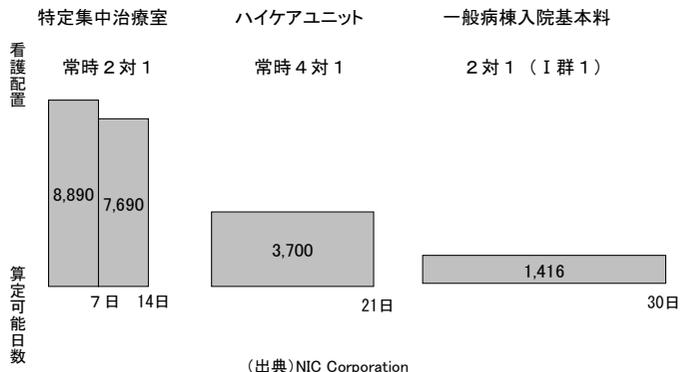
■ 病棟・病床区分は様変わり



(出典)NIC Corporation

スライド56

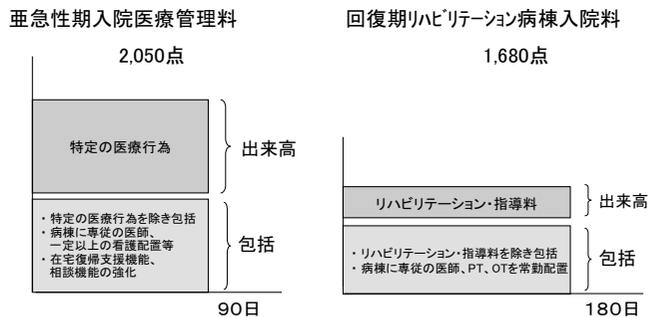
急性期における集中治療の評価



(出典)NIC Corporation

スライド57

亜急性期(回復期)医療における評価



(出典)NIC Corporation

スライド58

戦略策定とケーススタディ

200床以上医療機関の戦略—1

Case 1) 急性期の区分特性を把握し、病床再編する

■ 設定条件

- ・ 500床(10病棟)の病院。一般病棟入院基本料 I 群1(2:1)を算定。
- ・ 病床稼働率は90%。
- ・ 医療連携先の病院や診療所があり、平均在院日数は20日ほど。
- ・ 手術は1日7~8件。ICU10床あり。
- ・ 外来患者は1日1300名前後。紹介率は25%を維持している。
- ・ 病院の現状は
 - ① 外来患者を減少させるのは困難。サテライトクリニック構想もない。
 - ② 急性期病院として地域でも評価されており、現状スタイルを堅持したい。
 - ③ 手術室の稼働率は80%であり、麻酔医が増えれば、まだ手術は可能。

(出典)NIC Corporation

スライド59

戦略策定とケーススタディ

200床以上医療機関の戦略—2

Case 1) 試算(収入月額)

● 改定前

(基本料)1209点×450人×30日

(収入計:1億6321万5000円)

↓ 325万1000円増

● 改定後

(一般分)1209点×380人×30日

(ハイケア)3700点×30人×30日

(亜急性)2050点×40人×30日

(収入計:1億9572万6000円)

重症度を評価し、適切な病床配置を実施

1. ハイケアユニット病棟の新設

- ① ICUとあわせて、診療科混合病棟として再編成
- ② 重症度スコア化のため病棟クラークを配置

2. 亜急性期病床の導入

- ① 急性期一般病棟と区別して活用
- ② 経過観察、または教育入院に限定

(出典)NIC Corporation

スライド60

戦略策定とケーススタディ

200床以上医療機関の戦略—3

Case 1) 試算(給与月額)

● 改定前

500床、2:1看護

所要看護師数250人

(給与費計:8299万8500円)

↓ 816万1480円増

● 改定後

(一般分)430床、2:1→215人

(ハイケア)30床、常時4:1以上→

34人(日勤、準夜、深夜各8人+

週休2日制交代要員10人)

+ 病棟クラーク10人

(亜急性)40床、2.5:1以上→16人

(給与費計:9115万9980円)

改定前と改定後の給与費を比較

● 給与月額(「民間給与の実態(平成14年版)」)

看護師:33万1994円

病棟クラーク:31万8157円

(事務係員の給与を準用)

● 改定後は看護師を15人増員、病棟クラークを10人(各病棟1人)増員。

● 給与費のほかにも、病棟改修費用、看護師の教育費などが必要。

● さらに、包括範囲の拡大により出来高報酬が減少する。

スライド61

患者の視点の重視

～セカンドオピニオンの特定療養費化はいかに～

セカンドオピニオン外来を有する病院の一例

施設名	開設	相談時間(分)	料金
国立がんセンター中央病院	1989年	30	2001年から有料化
帝京大学医学部附属病院	03年4月	30~60	紹介状なし:初診料255点+特定療養費3,150円 紹介状あり:初診料255点+紹介患者加算250点 患者本人が来院しない場合:自費8,150円
日本医科大学付属病院			
東邦大学医学部付属大森病院	03年9月		30分まで10,500円 延長30分毎3,150円
大阪府立成人病センター 府立急性期・総合医療センター 府立母子保健総合医療センター	03年11月	30	7,400円
埼玉医科大学病院	03年11月	60	10,500円
虎の門病院		30~60	30分10,500円 60分21,000円
東京都立駒込病院		30~60	本人が来院した場合:保険2,000円~4,000円 家族が来院した場合:自費10,000円~12,000円
東京医科歯科大学 医学部附属病院		60	31,500円

「けんぽれん病院情報ほすびたる」(<http://www.kenporen-hios.com/>)で検索すると、セカンドオピニオンの体制がある病院は04年8月2日現在で全国に1748施設。

スライド62

間の給与の実態」を調べて、看護師さんが月給33万円、クラークが31万円として計算すると、月額で816万円くらい増えるんです。給与費だけみればお得ですね。ただ、病棟の改修費とか看護師さんの教育費用とかも必要です。ハイケアユニットはアセスメントをやらなければならない、大変ですね。そして、包括が若干広がりますから、出来高の部分は減ります。ちょっと分かりませんが、そうした部分も3,251万から差し引く必要があります。病棟改修費や教育費を差し引いて、収入源も減ってどれくらいですかね。

セカンドオピニオン外来

(スライド62) 患者の視点ではセカンドオピニオンが論点だと聞きましたがどうでしょう。ネットで調べたらセカンドオピニオン外来は、こんなにあるんです。国立がんセンターや本学は有料ですね。料金はこんなに高いんですか。大丈夫ですかね。60分3万1,500円。

4. 病院は何をどう準備すればいいのか

4. 病院は何をどう準備すればよいのか

■『視界ゼロ時代の病医院経営』(医学書院)

ポイントは国に過度に期待せず、「よかれ」ということを国に先んじて行動することでは!

↓

求められる「Consumer Driven-Health Care」

スライド63

(スライド63) 「何をどう準備すればいいのか」。ここが今日のメインテーマですけれども残念ながら時間がありません。ここは割愛します。私の本を読んでください。『視界ゼロ時代の病医院経営』に書いてあります。ポイントは国に過度に期待せず、「よかれ」と思ったことを国に先んじて行動する。この先んじてというのが大事です。「よかれ」と思ったことを先にやってください。おそらく行政がついていきますから。行政は自信がないんで

いずれにしても 原価に基づく Pricing は不可能(幻想！)

1. 調査項目から見る限り、“マイナーチェンジ”に。
2. 政治力学的にもムリ！
 公的病院は78.5%が赤字 → 原価を反映させれば 医療費↑
(’03年6月、全国公私病院連盟調査) Payer が No！
 私的病院は49.0%が黒字 → 原価を反映させれば 医業収入は↑↓
 Provider は Yes？ or No？
3. そもそも原価に基づく価格決定は妥当か？
 原価よりもアウトカム(価値; Value for Customers)に基づく診療報酬を
 Zero-Sum Competition から Positive-Sum Competition へ
(M. E. Porter et al.; Redefining Competition in Health Care,
 Harvard Business Review, June 2004, p.64-76.)

スライド64

Pay for Performance アウトカムリサーチ事業にどんなデータが必要か

- Eチーム(村井・宇田)・・・院内死亡率、疾患別死亡率、診療科別死亡率、MRSA発症率、創部感染率、診療科別再入院率、手術別死亡率、手術別偶発症発症率
- Fチーム(川淵)……………厚生労働省に提出したDPCのデータ
- Gチーム(杉原、村重)・・・AMI(急性心筋梗塞) and/or がん(乳がん、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、造血器悪性疾患)

スライド65

「退院してくださいなどは絶対言いません。これが当院の最大の評価点です」――。

東京都青梅市の医療法人社団慶成会青梅慶友病院(大塚宣夫理事長、798床)。

その人気の秘密は、

- ① 退院を迫らない。
- ② 家族が親を預けておいても世間的に後ろめたさを感じさせない(家族による自宅ケアをしのぐ処遇)
- ③ 家族へ見舞いを迫ったり労力負担をかけることを徹底的に解消している。
- ④ 長生きをすることに不安に感じている老人に徹底したやすらぎを提供している(豊かな最晩年をつくり大往生を実現。人生最期の演出を研究し、徹底して本人の尊厳を保持する)。
- ⑤ 利用料を“お布施”として喜んで払ってもらえるような究極のサービスを目指す。

スライド66

す、分からないんです。だから、だれかがちょっと良いことをフライングしていただくと、これが制度になります。この国は「ほら、あの人を見なさい」と言ってついてくるんです。キーワードは「Consumer Driven-Health Care」です。これは健診など病気にならない人も含めて今後考えていただきたいですね。

アウトカムに基づく診療報酬を

(スライド64) 原価に基づく診療報酬は実現しないでしょう。1つには時間がないし、もう1つは政治力学的に無理。なぜか。公立病院の8割は赤字だからです。原価をベースに診療報酬を作成すると医療費が増大する。民間病院も半分は赤字で半分は黒字。意見は割れますからこんな無理です。

私がよく行く天童温泉、山形の流行ってない旅館がありましてね。その旅館にコンサルに行った方が言っていましたけれど、「女将、あなたの今日のサービスはいくらだと思おう」と。そりゃあ旅館だから料金がありますが、お客さんに別途聞いてみたそうです。今日のサービスがいくらだったか。それが正規の料金にマッチしているかどうか問題です。

結局、料金は価値なんです。これだけのことをしてくれていったいいくらだろうと。自費診療の多い歯科医院などは自らの料金表をつくる必要がある。歯科界は競争原理が入ったため、サービスは相当向上しましたね。これに対して病院は料金表をつくらなくていいんですからコスト管理が生まれません。原価を計算しなくていいんですから。そうでしょ。

混合診療も穴が開きました。考えて

ください、皆さんどうやって値段を設定しますか。介護保険は横刺し・上乘せがあるので自分で料金決める機会が多いですね。

(スライド65) 価値とアウトカム。そこで私はアウトカムリサーチ事業を始めました。これは病院可視化ネットワークといいます。厚労省に出したDPCデータを私にそっくりそのまま貸していただければ、ただで分析をやり病院にフィードバックします。7月11日に中間発表をやり、次回は来年の1月8日です。

(スライド66) これが最近お会いした大塚先生のモットーです。「退院してくださいとは言わない病院」。絶対退院を迫らない。家族に面会に来てくれと言わない。何か厚労省の逆を行っています。利用料を「お布施」と称して払ってもらおう。ドキッとします。これが究極のサービス業ですね。

これからの病院経営のキーワードは

(スライド67) これからのキーワードは4つ。「クオリティ」、「アクセス」、「コスト」、「セーフティ」です。それから地域医療連携か自己完結型か。体力のあるところは自己完結でやってください。病病、病診連携といっても、“後工程”がひどいところがありますからね。「こんなところに送れるか」ってところがね。

シームレスはいいですね。DPCは急性期の常識になっていきますかね。これから急性期は疾病予防にも力を入れてください。それからあと、今日は言わなかったけれど、外来の高度化も出てきます。なぜか。ナースがいらないからです。ナースがいらないから病院は入院してもらっても困るわけです。外来

1) 4つのキーワード

- ・ Quality
- ・ Access
- ・ Cost
- ・ Safety

2) 「地域医療連携型」vs「自己完結型」か

3) いずれにしても「シームレス(継ぎ目なし)」がポイント

4) 急性期はDPCと疾病予防への対応

5) 亜急性期、回復期リハ、長期療養型は日本版RUGへの対応

6) 病院建替はPM/CMで

～NPO「医療施設近代化センター」

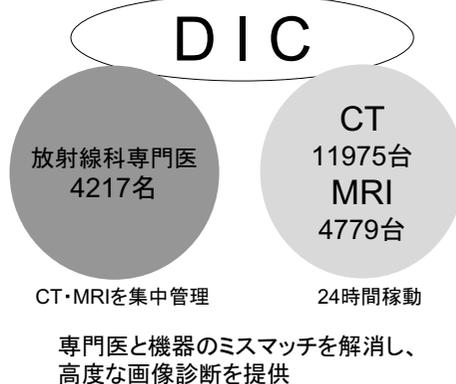
スライド67

求められる「選択と集中」

急がれるDICの設立

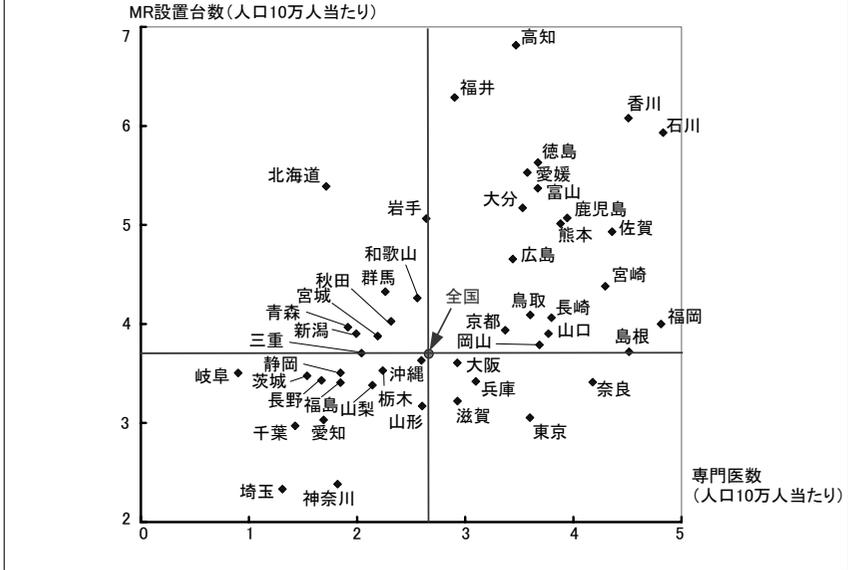
- 米国ではDIC (Diagnostic Imaging Center) が24時間稼動
- DICに高性能なCT・MRIと放射線科医を集め、両者のミスマッチを解消
放射線科専門医(日本医学放射線学会)4217名(2003年4月現在)
放射線科医4710名(2002年末「医師・歯科医師・薬剤師調査」)
- 読影者、CT・MRI装置、メンテナンスの質で差別化
- 集中が困難な地域には遠隔画像診断で対応
- 「専門医マップ」の作成
(CT・MRI設置施設ごとの放射線科医の有無)
→ 放射線科医がいらない施設は、診療報酬を低く設定しては？

スライド68



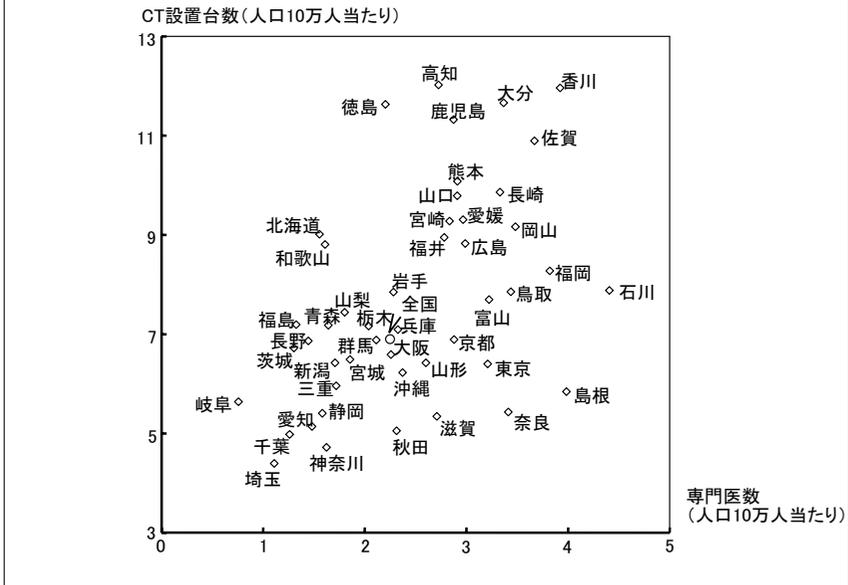
スライド69

偏在する専門医とMR装置



スライド70

偏在する専門医とCT装置



スライド71

事業モデル別収支構造の検証

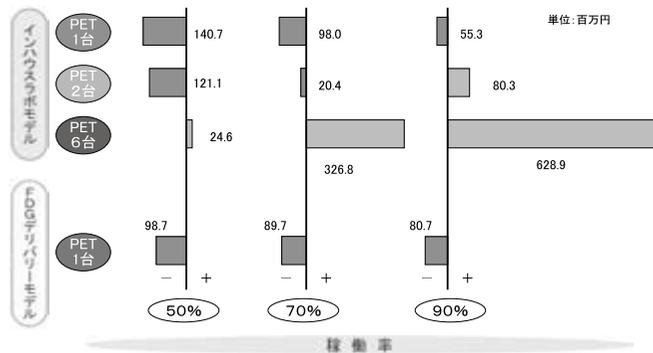
2年目以降の損益分岐点	インハウスラボMODEL			FDGデリバリーMODEL
	PET1台	PET2台	PET6台	PET1台
稼働率のBEP	119.2%	75.9%	49.7%	277.8%
経常損益	単位：百万円			
稼働率	50%	¥▲140.7	¥▲121.1	¥ 24.6
	70%	¥▲98.0	¥▲20.4	¥326.8
	90%	¥▲55.3	¥ 80.3	¥628.9

平成19年度厚生労働科学研究(医薬安全総合研究事業)「PET検査施設における放射線安全の確保に関する研究」(主任:井上登美夫 横浜市立大学教授)、分担研究「FDG配達システムに関する安全管理と経済効果に関する研究-配達システムの導入による医療経済効果-」

経済性が良好なのは、概ね院外(FDGデリバリー)型よりも院内(インハウス)型。また、院内(インハウス)型同士では大規模なほど良好。

スライド73

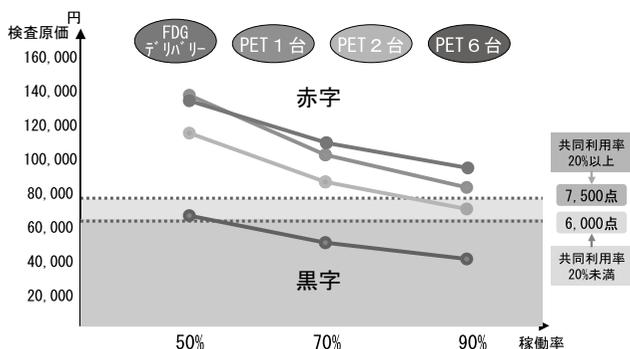
モデル別/稼働率別 経常損益グラフ



ただし、稼働率によっても結論は異なる。たとえば、PET1台のケースにおいて稼働率50%・70%では院外(FDGデリバリー)型のほうが赤字幅は小さいが、90%では院内(インハウス)型のほうが良好。

スライド74

事業モデル別/稼働率別検査原価の試算



規模、モデル(院内型・院外型)、稼働率に加え、診療報酬(共同利用率)によっても結論は異なる。

スライド75

5. 六本木ヒルズで始まった 「日本版ホスピタリスト養成講座」

【日時】：毎週水曜日18時半～21時
 【場所】：六本木アカデミーヒルズ4F
 【連絡先】：アカデミーヒルズ
 スクールライブラリー事務局「アーク都市塾係」
 TEL：03-6406-6210
 FAX：03-6406-9350
 URL：http://www.academyhills.com

※2005. 9. 4(日) 13時～17時
 医療経営寄附講座の発展に向けた最終報告会「医療の質の可視化宣言」
 【事務局・お問い合わせ】
 東京医科歯科大学大学院 歯学総合研究科 医療経済学教室
 TEL：03-5803-5931
 FAX：03-5803-5933
 E-mail：yoshitake@tmd.ac.jp

スライド76

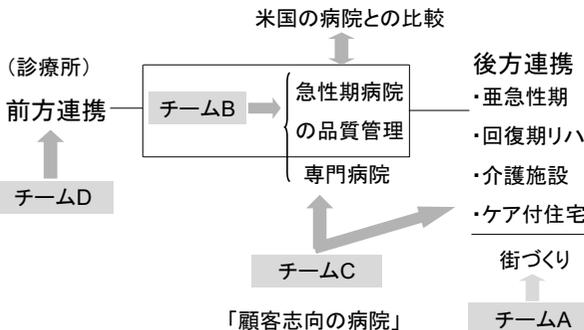
国立大学医学部附属病院の医業収支率 平14年

	%		%		%
1 宮崎医大	85.3	15 浜松医大	78.7	29 山口大	74.7
2 長崎大	83.6	16 群馬大	78.3	30 金沢大	74.4
3 筑波大	83.5	17 千葉大	77.8	31 三重大	74.3
4 山梨医大	83.3	18 鳥取大	77.7	32 徳島大	74.3
5 大分医大	81.9	19 富山医大	77.2	33 大阪大	73.8
6 鹿児島大	80.7	20 岐阜大	77.2	34 愛媛大	73.6
7 滋賀医大	80.6	21 旭川医大	76.3	35 神戸大	72.7
8 福井医大	80.2	22 名古屋大	75.9	36 琉球大	72.6
9 山形大	80.0	23 熊本大	75.5	37 京都市大	69.7
10 高知医大	79.8	24 北海道大	75.4	38 広島大	69.7
11 佐賀医大	79.6	25 新潟大	75.2	39 東北大	69.2
12 島根医大	78.9	26 信州大	75.2	40 九州大	67.5
13 香川医大	78.9	27 弘前大	75.1	41 東京大	65.5
14 秋田大	78.7	28 岡山大	75.0	42 東京医歯大	64.9

(出典)文部科学省「国立大学附属病院運営改善のためのデータ集(平成14年度版)」, 2004年6月

スライド77

求められる病病連携・病診連携の推進 ～重責を担う富山医科薬科大「地域医療連携室」～



スライド78

5. 始まった「日本版 ホスピタリスト養成講座」

(スライド76) となるとやはり「選択と集中」ですね。いずれにしてもこれからは日本版ホスピタリストの時代です。これは医療と経営の質を可視化できる人材です。現在、私はその人材養成を、六本木ヒルズで都合12回で、水曜日の18時半から21時までやっています。9月4日には「医療の質の可視化宣言」セミナー(無料)をやりますので、ぜひ来てください。

(スライド77) 今、大学病院も変わろうと思っています。収入が分子で支出が分母ですから、100を切っています。みんな赤字です。私、富山県出身なので富山医科薬科大学に少しコミットさせてもらっています。富山医科薬科大学は77.2%と19番目です。

(スライド78) 今、本学で2年前に開講した医療経営の寄付口座のチームを送り込んでいます。病診連携、病病連携チームとか、あるいは急性期の品質管理もやっていますので、その結果報告も9月4日にできたらいいなと思っています。

(スライド79) 前年度比で3億円の増益が出たり、予算より1.6億円も上方修正だという朗報が聞こえ小林院長から7月11日にお褒めの言葉いただきました

具体的な成果

- 平成16年度は、前年度に比して約3億円の増益、予定額に対して約1.6億円の上修正

スライド79

した。

ということで、最後はちょっと宣伝です。雑多でございましたけれども、これで終わります。ありがとうございます。

質疑応答

司会 (小川) どうもありがとうございました。どなたか質問ございませんか。何でも答えていただけたらと思います。はい、どうぞ。

アウトソーシングについて

質問 アウトソーシングについてどう考えているかお答えいただきたい。

川淵 そういう哲学的な質問は分からないですけども、アウトソーシングの何がお悩みなんですか。というか、何をどうということですか。

質問 例えば病院検査室のなかの臨床検査室、最近はいろいろなことを言われていますけれども、その功罪とかあると思うんですが、今後の医療のことを考えたり、特にその病院での外来、病診連携との兼ね合いでの外来を縮小したりとかを考えますと、そういうなかでの今後の臨床検査室の利用を考えたときに、これはランチなどを含めたアウトソーシングという選択肢もあるかと思うんですが、そのへんのお考えをお聞かせいただきたい。

川淵 分かりました。それは非常に大事な質問で、今日の話に入っていないんですけど、先ほどの本には入っています。結局、これから日本の病院は、どんどん固定費を変動化するという流れが出ると思うんですね。医業は大きな固定費のかかる業態ですから。例えばランチラボもその1つだし、医薬分業もそうです。私はあれを薬局の外来部門の外注化と呼んでいるんですけどね。でも、何でも固定費を変動化していいというわけではありません。どんどん外注化を進めると、病院って最後に何が残るのだろうと。コア・コンピテンスっていうんですけど、コアになる部分は

何なのかと。これが、企業と病院の役割分担に関係してきます。私は自分が勤務していた病院でもランチラボにしました。先ほど言いました医事課をやっていた病院でね。

その時は2つの点から計算したんですね。どっちが儲かるかというのと、もう1つはどっちが質的にいいのかと。ランチラボにすることによって、全体の病院のパワーがどれくらい上がるのを見ないといけないので、やはり事務長さんとか、しかるべき立場の人に鳥瞰してほしいものです。以上です。

司会 ほかにほだなたかおられますか。はい、どうぞ。

介護型療養病棟の食事療養費は医療型にいつ移るか

質問 療養病棟の介護型と医療型、今年の4月から介護型のほうは食事療養費が負担が増えましたね。これが医療に移る、いずれ移るでしょうというお話だったんですけども、来年の4月に移る可能性はありますか。

川淵 その質問というのは当たるも八卦、当たらぬも八卦なんですね。私はその答えは決まっています。財源しだいですね。財源があれば移らない。もう1つは政治ですよ、自民党さんがどう言うのか、あるいはその時は民主党政権になっているのかよく分かりませんが、政治家の意向もあります。財源と政治でしょうね。だからその答えは分かりません。

診療報酬における原価と価値の兼ね合いについて

司会 では私のほうから。診療報酬は原価ではなく価値で考えるべきだと言われましたが、原価で考えるというのと、片一方は診療報酬は価値で考えろと。そうしますと、今、先ほどのデータで介護施設の経常利益はかなり高いわけですね。ところが急性期病院は相当な費用をかけているわけです。それで結局経常利益が低い、むしろ赤字。これがいちばん急性期病院というか一般病院の問題点だと思うんです。先ほどの原価ということと価値と。本当は急性期は治るわけです。それだけ

価値があるわけです。そこへなせもっとお金が行かないのですか。

川渕　そこは、実はハーバード大学のマイケル・ポーターも非常に悩んでいるところでして、この人は別に医療の専門でも何でもないんですけれどもね。

一般企業だったらどうするだろうと。皆さん方、これが価値があると思えば100万円とつけますよね。ないと思えば1円ですよ。それは我々がつけたい値段と消費者が判断することで決まるわけです。でも、医療の場合は情報の非対称性があるから、消費者が分からないから、お上が勝手に代わって値段設定をしてくれるわけですね。

小川先生の質問の答えですが、やるとすれば2つしかないんですよ。1つは、私がもし社会主義のなかで医療・介護をやるとなったら、それは急性期であろうが慢性期であろうが介護であろうが、すべて同じ収益率にしないといけない。社会主義の価値観は平等ですから。

ところが介護保険というのは、あれは修正社会主義なんですよ。現金給付にしたものだから、本当は皆さん方が値段を決めてもいいわけです。

「うちはこういうのをパッケージでつけるからちょっと高いよ」、しかし価値があるよ。それが医療は特定療養費を除いて混合診療になりますから、できないんです。

ところが麦谷課長に代わってから知りませんが、どんどん規制緩和していますよね。もう実質解禁です。もう制限回数も取っ払っちゃったから、必ず医療保険が介護保険に近づきます。

そうしたときに初めて、さっき聞いたように、「さあ、皆さんいくらにしますか」と。しかし、全部社会主義にするんだったらそれは先生が言うように合わせなくちゃいけないですね。

でも、少し価値とプライスを考えてみると医療は最後はアウトカムに帰着します。「急性心筋梗塞は治るんですよ。でも、死んでいる人もいますね」とか、「病院に入ってMRSAになった人もいますよ」と。全部一律何%じゃだれもやりませんね。だから、私が言う“努力をすれば報われるかたち”に変えていく必要がある。それは国の役割だと思っただけですね。

一方、例えば老人病院の方から質問が出ていますよね。「おれたちの病院では完治は期待できない」と。しかし、老人病院も価値は生んでいる。最後は老人病のアウトカム、例えば褥瘡をつくらぬとか、社会復帰したとかを決める必要がある。精神病も一定のメルクマールでやっていくのかなあと。最近の流れをみると厚労省のなかに片鱗が出てきたのかなと思います。世の中は良い方向に向いています。

司会　ありがとうございます。おそらくここにおられる方のいちばんの願いは、“努力しているところが報われる”ということだと思います。川渕先生にはもっともっと、厚労省にいろいろものを言ってもらって、嫌われても言っていたら、少しでもそういう社会になるように、また今後ともよろしく願いいたします。ありがとうございました。

病院の法令遵守と法的マネジメント

～主として刑事責任を中心に～

大東文化大学法科大学院 教授・弁護士

須田 清

司会 それでは、須田清先生より、「病院の法令遵守と法的マネジメント」のご講演をいただきたいと思います。須田先生、よろしくお願ひいたします。

須田 皆さま、こんにちは。大東文化大学法科大学院教授の須田でございます。新しく、法科大学院の制度が始まっていることは皆さまもご存じのことと思います。実は、まだまだ問題はありますが、今年2年目を迎えまして、来年の3年目以降、新しい司法試験も始まります。皆さんにも大学の卒業資格があって、適性試験を受験すれば法科大学院を受験する資格があり、2年間あるいは3年間勉強すれば法曹に進む道ができるということです。どうか多くの方々に法曹界に入りたいと思っていただきたいと思います。

今日は「病院の法令遵守と法的マネジメント」というお話をさせていただくことになっておりますが、ちょっとおおげさなテーマで私もこれは大風呂敷を広げすぎたのではないかと反省しているところです。

医療過誤における民事責任については、さまざまな講演などがすでにあります。今日お話ししようと思ったのは刑事責任のことです。どういう刑罰が医療によって生じていくのかという、主として刑事責任に視点を置いて話をしたいと思います。

司会：日本病院会人材育成委員会委員

宮崎 瑞穂

ですから、ここにいらっしゃる方々のほとんどは「自分がまさか、警察に逮捕されて引っぱられて、刑事訴追を受けるようなことはない」と、たぶんそう思っているだろうとは思いますが、とは思いますが、医療の現場の事務的な最高責任者として職務をお預かりする立場の方々は、自分自身の問題ではなく、病院全体あるいは組織全体として、刑事責任のあり方を考えなければいけません。

医療法1条の2について

この話をする主たる目的はレジュメに書いてありますが、一言でいえば、「高品質医療を実現するためである」ということになります。高品質の医療とは何かといえばやはり医療法1条の2、これが出発点であり、かつ終着点だと思っております。この医療法の1条の2を医療の現場でいかに実現していくかという、具体的な手法や方策を立案して実現していく立場に、皆さんがいると思いますし、私も医療に関わる弁護士としていつも思っているわけです。

そういう共通の認識で今日話を聞いていただければと思っております。皆さん、もちろん専門家ですので、今さら1条の2の話をする必要もないとは思いますが、いずれにしてもこの医療法1条の2というものが医療に関する理念、基本的な精神だと思っておりますので、改めて医療法1条の2を想起していただければと思います。

医療法1条の2というのは、平成4年の医療法の二次改正のときにかなりの論戦が衆議院・参議



講演中の須田清氏

院でありまして、新しく付け加わった条文です。この段階ではまだ、いわゆるインフォームド・コンセントと説明義務というのは法令化されておられません。それを入れるか入れないかということで、だいたい議論はあったわけですが、当時はこの医療法1条の2の文章で落ち着いたということです。

医療法1条の2は、「医療とは何か」ということを規定しているわけです。医療とはまず「生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とする。生命尊重、個人の尊厳の保持、これは医療のまず1つの目的であるということです。生命を尊重するということは、必ずしも生命というのは時間だけによって計られるものではない。つまり個人の尊厳を保持する生命の尊重というものは、必ずしも生命の時間的な長さを保証しない場合もありうるということでしょう。生命の尊重、それから個人の尊厳の保持というものを生命の時間的な長さという基準だけではなくて考えるべきではないか。そこで安楽死の問題や尊厳死という問題が出てきて、そして自己決定権という問題もこういうところから出てくるのではないかと考えております。いずれにしても生命の尊重と個人の尊厳の保持が医療の第一の目的であります。

それから、次の目的というものは「医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき」と書かれています。“担い手と受け手との信頼関係の

医療法 第1条の2

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

構築・維持を目的とする”ということが次の理念に出てくるわけです。そして、その医療の内容については、治療、疾病予防、リハビリを含むトータルとしての医療が「良質かつ適切なものでなければならない」と書いてあるわけです。

そこで良質かつ適切な医療とはいったい何かということになるわけですが、これを具体的に骨格として意味づけして、そこに神経を通し、血管を通し、筋肉をつけて、皮膚をつけてという、つまり具体的にこれをつくるのは我々現場にいるものの責任になるわけです。法律は極めて抽象的なかたちで書いてあるのです。

そこで私としては、良質かつ適切な医療というものを、一言でいえば“高品質な医療”というふうに考えております。

“高品質の医療”とは何か

では一体、高品質の医療というのは何かということになるわけですが、私は3つあるのではないかと考えております。

1つは、医療の安全という面だと思います。医療の安全、もちろん患者さんの安全ですが、これは生命の尊重と個人の尊厳につながるわけです。ご存じのように、医療における安全の確保というのはなかなか難しいわけですから、安全に十分配慮した医療環境をつくっていくことが求められます。

高品質の医療とは

- ①安全に十分配慮した医療環境
- ②高度に訓練された医療の担い手と患者及び担い手相互間の良好な関係を有する医療・職場環境
- ③患者から信頼される医療提供の実践

次は、医療の担い手の問題ですけれども、これは技術の問題です。医療というのは高度に技術的なものですから、技術のない医療というのは、それは全く存在・成立しないと思います。したがって、高度に訓練された医療の担い手といえますと、これはお医者さんも、看護師さんも、放射線技師さんも、臨床検査技師さんも、医療の担い手といわれる方々のすべてについて、高度な訓練が実施され高度な技術が維持されているということです。それにくわえて、患者さんとの間における良好な人間関係ということが2つ目の内容ではないかと思っております。

そして3つ目ですが、そういうものが条件整備される結果として、信頼関係が構築されるということではないかと思うわけです。つまり安全性、技術性、そういったものが患者さんの安心という精神状態をもたらして、それが信頼という、もっと高度なレベルまで行くのではないか。安全が安心を生み、安心が信頼を生む。これが高品質の医療。抽象的ですけども、そうではないかと思っております。

コンプライアンスについて

そこで、今日のお話のメインテーマの“コンプライアンス”です。コンプライアンスという言葉は、当初は、コンプライアンスって何だという感じがありましたけれども、最近ではあらゆる現場で使われる日常的な用語になりました。これは法令を遵守すること、法令を守ることであります。

法令を遵守するということは、先ほども言いま

したけれども、目的は高品質の医療を実現する手段であるということです。

法律を遵守すると言いましても、その前提として法律とは何かということになりますが、法学部、法科大学院でも最初に、「法とは何ぞや」、「悪法も法であるのか」、「悪法を遵守する義務があるのか」、「悪法であるか、悪法でないかというのをだれが決めるのか」ということが講義されます。悪法も法であります。つまり国家が手続きを踏んで決めた法である以上は、法の内容が仮に自分の観点、視点、価値観からすると間違っていたとしてもやはり国法を遵守する、それはやはり国民としての義務であるということです。

悪法を改正、是正するにはそれなりの手段、手続きをとっていかなければなりませんから、悪法と思われる法を守らない自由はない。悪法に実力で抵抗する権利は法治国家においては無いということです。これは、ソクラテスが「悪法も法である」ということで、あえて毒杯を仰いで亡くなったという有名な話があります。それから禁酒法というアメリカの昔の法律。これは人間の幸福を奪う悪法であるといわれます。しかし、禁酒法といえども法であるということで、アル・カポネなどは、これは所得税法違反で摘発されました。やはり禁酒法は場合によっては悪法かもしれないけれども、それを破ったということで逮捕されています。ただ禁酒法違反で逮捕されたのではなくて、税法違反で逮捕されたところが法律の面白いところでもあり、また実は怖いところでもあるわけです。

ですから、国民の代表者である国会議員が衆議院・参議院で審議や議論を尽くし、そして多数決によって制定された法である以上、その法を守る義務が国民にはあるわけです。

もともと法というのは、我々の生活の幸福を保障するものです。そして、自由を保障するものです。法のない状態を考えたときに、果たして幸福が達成できますか、自由が達成できますか。だから、法というものは本来の幸福、そして自由を保障するものということになります。

結局、我々は「私は法律を守っている」、「法律を遵守している」という裏打ちといますか自信が、自分の行動に自信を持たせ、省みてやましいところがないという行動が、相手方や、周りの人に対して安心感や信頼感を与えるということになるということです。

法を遵守することによって、心に平安が生じます。省みてやましいものがないという、お医者さんとか看護師さんとか、そういう方々がそういう自信を持って、医療に従事しているということが患者さんにも必ず伝わるんですね。

患者さんに対しても自信を持って医療が遂行でき、そこに安心が生まれるし、信頼が生まれるということになろうかと思えます。

法を守るというとき、法の正当性は何に由来するのでしょうか。衆参両院で国会議員が審議をして多数決で決まったから、だからその法に正当性が付与されるんだ、いわゆる民主的な手続きに則って制定された法律だから正当性があるんだというのも1つのもちろん重要な根拠ですけども、やはり法の正当性の由来というのは、基本にあるのは倫理だと思います。

では、法の倫理性、特に医療における倫理性とは何か。これは結局、最初に戻るわけですね。生命の尊重と個人の尊厳の保持。これが倫理の根本といたしますか、私はこれしかないと思います。患者さんの生命を尊重して、患者さんの尊厳を保持するということが倫理。それに由来する法というもの正当性は、そこによって保障されていくということになるわけですから、結局最初に戻るということになるのかと思っております。

医療に伴う法律上の責任とは

皆さんは、医療過誤が生じたときに、1つは民事損害賠償の責任、1つは刑事責任、1つは行政責任、3つの法律上の責任が生じるということをよく見聞きされていると思います。

医療過誤が起きたときに、患者さんが医療機関あるいはお医者さんを訴える損害賠償ですが、これは民法の契約違反あるいは民法の不法行為とい

うことで金銭賠償を求められることです。

今日の新聞でも2億500万円の賠償判決が出たと載っていましたが、この賠償金は損害保険として、東京海上日動火災、損保ジャパン、三井住友海上などの損保会社が引き受けていますので、皆さんが医療過誤の民事責任の賠償金を直接負担することはありません。もちろん法廷に立って証言をしたり、そういうことはありますけれども、保険金をきちっと払っていけば何とかなるわけです。日本医師会の賠償保険も2億円までは填補されるようになっています。

あと行政責任ですね。これは看護師さんであれば看護師の資格の取り消しとか、お医者さんであれば医師資格の停止とか取り消しとかという行政処分です。あるいは保険指定医療機関の取り消しとか、これはもう死刑判決に等しいと思いますけれども、こういった行政処分というものがありますので、行政処分についてもどう考えるか。

もう1つの大きなテーマは医療行政と医療のあり方の問題があります。とりわけ独禁法と地域医療計画との問題。行政と医療との法律問題をどう考えるかというのは極めて重要なテーマなのです。今日は行政上の法律問題と民事上の法律問題はちょっと脇に置いて、刑事責任の話をしていきたいと思っているわけです。

刑事責任はどのようなときに問われるか

刑事法というのは、昨日も有名な方が談合罪で逮捕されましたが、あれは独禁法違反です。医療の現場における「談合」というのはあまりないと思いますが、あれだけの経歴のある方が逮捕されてしまうということがあります。刑事責任というのは、まさに一生を左右するわけです。逮捕されたという事実があれほど大きく報道されただけで、しかも実名報道どころか全身の像が報道されてしまうということですから、刑事責任における逮捕の与える影響力というのは、民事賠償事件どころではないわけです。

ところで、刑事責任については何をすれば逮捕されるのか、何をしなければ逮捕されないのか、

これは厳格に法律で決まっています。もしこれが決まっていなるとすると、我々は何をしていいかわからないですね。こういうふうにやったら、逮捕されるんじゃないか、刑事さんにちょっと来いと言われるんじゃないかと、常にびくびく、おどおどしながら日常生活を送らなければならないということになります。ですから、「何をやったら罰がくるぞ」ということは、法律で明確に決まっていなといけません。

これは憲法の要請するところなんです。憲法31条、「何人も、法律の定める手続きによらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない」。ですから法律によって、条例でも刑罰があるものもありますがそれは例外として、すべて法律によって罪と罰、何が罪であるか、その罪を犯したらどういう罰があるか、個々に、罪と罰の両方が明確に法律で決まっています。

したがって、刑罰法令をきちんと頭に叩き込んでおいてこれに触れる行いを絶対にしないようにしていれば、まず逮捕ということは100%ないです。

ですから、法律を勉強しておく、これがやはり現場の事務の責任者としては必要です。「何をしたらこうなる」ということを、自分のいる業界のことなので、自分の活躍する現場で行われる法令に関する刑罰法令はやはりきちんと理解して、そしてそれをチェックして、医者とか看護師さん、あるいは理事長にも院長にも遵守させる、それがやはり事務当局の責任ですし、これがまさ

にコンプライアンスだと思います。

では刑事罰ではどのような罰が科されるのか

ではどういう罰があるかというのは法律に決まっております。これは法律的なことなので、参考までにお話ししておきますと、我が日本国で決まっている主刑というのは、死刑、懲役、禁錮、罰金、拘留、科料、これだけです。付加刑として没収もあります。あと過料というのがありますが、これは行政制裁で刑罰ではありません。

科料というのは刑罰です。過料というのは行政制裁。「かりょう」という発音ですと2つの漢字が出ますので、「とがりょう」、「あやまちりょう」ということで我々は区別しているのですけれども、行政制裁の過料、実はこれは医療法のなかにならあります。

ではどういう罪にどういう罰をつけるかということですが、ある行為を罪にしたときにどういう罰を与えるかは、大変重大なことです。立法政策の最大の問題点は何を罪とし、その罪に対してどういう罰を与えるかということなのです。例えば医師法がありますが、今日のレジメにも一覧表で付けておきましたけれど（資料：89ページ以下参照）、医師法における医師の義務。20条の無診察診療、診察せずに診療録とか処方せんとかそういうものをしてはならない。これは50万円以下の罰金です。それから21条の異状死体届出義務違反、これも罰金50万円。22条の処方せん等交付義務違反、これも罰金50万円。24条のカルテの記載をしない、カルテを作成しない、カルテの保存期間を守らない、これも罰金50万円。これが罪と罰です。

医師法違反ということでは皆さんお気づきとしますけれども、23条の療養指導義務というのがあります。この療養指導義務違反については罪になりません。それから19条の応招義務、「医師は、正当な事由がなければ、(患者の診察)を拒んではならない」。これも罪にならないんです。罪にならないからやってもいいかということ、民事損害賠償の根拠にはもちろんなるわけですが、少なくとも警察は動けない。刑事事件にはならない

刑 罰

- 死刑、懲役、禁錮、罰金、拘留、科料（刑法9条）
- 行政制裁、過料は刑罰ではないが、裁判所が管轄する（非訟事件手続法206～208ノ2）
- ある条文に罰則をつけるかどうかは立法政策上重要問題
- 医師法19条（応招義務）、23条（療養指導義務）には罰則がない。

わけです。

それ以外の医師の義務については、罰金50万円。罰金50万円というのは、大したことないじゃないかと思われるかもしれませんが、立派な前科ですから刑事罰を受けたということで記録されます。だれでも見れるわけではないけれども、見られる人は見るわけです。これは記録に残りますので、まあ公的な榮譽の剥奪まではいかないでしょうけれども、将来、公的な榮譽を受けるということはまずないだろうと思います。ですから、罰金を納めればそれで済むという話ではないのです。

これは民事損害賠償とはちょっと違うわけです。民事損害賠償はお金を払って示談ができれば、それはそれで一件落着ということになって、それがあとを引くということはありません。もちろん精神的には、それはそれであるかもしれませんが、法的に制裁処分を受けることはない。やはり刑事罰というのは金額の問題ではないのです。

刑事罰の法定刑としての罰金の重い意味

では、2億円の損害賠償を支払うのと、50万円の罰金を払うのとではどうなんだ。2億円と50万円が比較になるのかと。しかし罰金刑というのはそういう問題では全くないわけです。

罰金50万円というのはどういう基準かといいますと、けっこう微妙なところがあるのです。例えば医療法7条の病院等の無届け開設の罪。病院の開設許可を得ずに病院を開設した場合には、6カ月以下の懲役または30万円以下の罰金。

それからずーっと見ていただくと、類似名称使用禁止違反罪、病院というような類似の名称を使用した場合には20万円以下の罰金です。大体これらをずーっと見ると20万円以下の罰金です。こんなに医療法違反の罪があるのかと思うと、私もこれを整理しながら医療の現場にいらっしやる、特にこういった事務的な手続きをされる方はこれだけの犯罪を受ける可能性のある仕事を担当しているわけですから、「いや大変だなあ」と思いました。あまりにも多すぎるという気がします。

話を元に戻しまして、そうすると50万円、20万

円という罰金、なぜ50万なのか、なぜ20万なのか。実はこれには意味があります。罰金だけの罪で30万円というところに実は1つの線があり、罰金刑だけが法定刑として定められている犯罪の場合は30万円以下の場合には原則として逮捕はないんです。

一方、罰金刑の法定刑が30万円を超える場合には逮捕の要件になってきます。ですから30万円以下の罪なのか30万円を超える罪なのかは、逮捕状を執行されるかどうかという分かれ道なのです。なぜかと言うと、刑事訴訟法の199条にちゃんと書いてあるからです。「検察官、検察事務官又は司法警察職員は、被疑者が罪を犯したことを疑うに足りる相当な理由があるときは、裁判官のあらかじめ発する逮捕状により、これを逮捕することができる。ただし、30万円以下の罰金、拘留又は科料に当たる罪については、被疑者が定まった住居を有しない場合（住所不定）又は正当な理由がなく出頭の求めに応じない場合に限る」。

ですから、自分がやった犯罪は罰金30万円以下だから逮捕はされないと思って警察を甘くみて、呼び出しに2回も3回も応じないとすると、但書によって呼び出し（出頭の求め）に応じないということで逮捕の要件を充足しますから逮捕されるわけです。

30万円を超えるものについては、こういう住所不定とか呼び出しに応じる応じないに関わらず、逮捕状を執行することができるということです。

また、警察は罰金50万で逮捕するのか、そんなばかなことはしないだろうと思われるかもしれませんが。これはしかし、いわゆる別件逮捕というのがあります。仮に、ある犯罪を一応つかんだ、しかし逮捕に至るまでにはちょっと自信がない、資料もないというときに、ほかの罪名で身柄を取ってそしてそこで調べをして本罪で再逮捕するという、この別件逮捕として、罰金50万円の罪で警察が介入することがあるのです。別件逮捕は原則として違法だといいますけれども、逮捕された事実そのものに疑うに足りる相当の理由がある場合には、そのことによる逮捕自体はやはり違法ではないのです。

ということで、やはり注意しなければならない。要するに、そういう意味においてもやはり罰金50万円の罪でも甘く見ることはできないと思います。

医療行為が免責なのは法令行為・正当業務行為に限る

ところで、医者は毎日犯罪を犯しているじゃないのか。例えば、特に外科医は1日何人も犯罪を犯しているじゃないのか。メスというよく切れる刃物で人を切っているわけですから。しかも人を切るつもりで人を切っているのですから過失ではなく、これは立派な故意です。お医者さんは連日連夜犯罪を犯しているのではないかということになります。

確かに形式的に見ればそうなんです。確かに傷害罪の構成要件に該当する行為をしているのですが、違法性というものが阻却される。そうでなければ医者はやっていられないでしょう。これが刑法の35条、「法令又は正当な業務による行為は、罰しない」という条文です。ですから、刑法35条の法令行為、あるいは正当業務行為なので刑事責任が常に免責されているわけです。これは医者の特権です。

医師が刑事責任を問われないのは医師という業務に由来します。まさにそのことが特権として医者に与えられているわけです。ですから正当な業務でない外科手術の場合には刑法35条の適用を受けません。傷害罪で起訴されるということになるわけです。

お医者さんの行為が刑事責任から免れているのは特権による。だから正当業務であるという確信に基づいて医療行為をすることが必要であって、そうでなければ、直ちに犯罪者として逮捕されることもありうるということです。

「法律を知らなかった」は通用しない

今回私も医師法、医療法、そのほか医療関連法にどのような刑罰があるのかということで調べてみました。医療法については今回罰則だけを中心に見ましたところ、医療法違反として罪に問われることがある行為は大変な数があります。

こういうときに逮捕された人、あるいは逮捕までいなくても刑事訴追を受けたような人は、よく次のように言います。「私は知らなかったんだ」、「そんなこまかいところまでとても勉強なんかできません」、「今知りましたけれど、今までそんなこと教わったことがない、講習を受けたことがない」、それから「今後は決していたしませんから」、「今後は気をつけますから許してください」と言います。

果たしてそういう言い分は通るでしょうか。知らなかったということで果たして刑事訴追を免れることができるかということです。人情的には免れてもいいのではないかと思うかもしれませんが、法律的にはその抗弁は成り立ちません。法の無知は抗弁にならない。これは刑法38条第3項に「法律を知らなかったとしても、そのことによって、罪を犯す意思がなかったとすることはできない」という明文規定があります。

まあこれは当たり前といえ当たり前かもしれません。知らないということで刑事訴追を受けないで済むならだれも勉強しません。「知りませんでした」で通用するのなら知らないほうが得ですから勉強しない。しかし勉強しない人が保護されるということは法治国家にあって許されないことです。

法治国家では勉強した人ほど保護される。勉強したということが自分の身を守ることになるので、だから勉強するということが大切だといえるわけです。

勉強するということが結果的には自分の幸福を実現することになるんですよというのは、福沢諭吉の『学問のすゝめ』の根本の考え方ですが、同じことがここでも言えるということになります。

したがって「法律を知らなかった」は通用しないということを常識として持っていたいただきたい。

組織の安全保障法としてのコンプライアンス

ところで、法令遵守は当たり前のこと、何でもこんな当たり前のことをわざわざ講義するんだ、小学生中学生じゃあるまいにというふうに使われて

いる方も多いと思います。しかし考えていただきたいのは、本当に法律を守っているだろうかということ。そもそも「法令についての正しい知識があなたにはありますか」という、私を含めてそういう質問を受けたら困りませんか。

これは実例ですけれども、いすゞ自動車無届公道テスト事件というのがありました。これは、いすゞ自動車の社員3名が道路運送車両法違反で東京地検に書類送検されています。これに対していすゞ自動車の社長さんが、「組織として法律に対する理解が足りなかった」とおっしゃっています。

いやしくも車でメシを食っているメーカーが、道路運送車両法という基本中の基本法、我々医療に携わる人にとっての医療法と同じくらいの法律ですね。道路運送車両法の規定を知らなかったということを社長自身が自白せざるをえない。それで、担当者3名が書類送検されているということです。

しかし、本当は知らなかったわけではなく、知っていて守らないということもありえるんです。知っていて守らない。「そんなことやったって警察が介入するはずがない、守るだけ損だ、手数も時間もかかるし場合によっては金もかかるかもしれない、そんなことは未だかつて摘発された事実がない、お目ぼしされているに決まっているんだ」ということで、知っていてやらない。これは非常に悪いですけれどもね。

知らないからやったというのは多少は許されるものがあるかもしれない。だから、このいすゞ自動車の3名の書類送検された社員の方は、本当に知らなかったのか、あるいは知っていて守らなかったのか、まあ、両方ありえると思います。しかし天下のいすゞ自動車社長がこういう談話を発表せざるをえないとなると、いすゞ自動車のほかの部門で一所懸命働いている社員はどう思うでしょうか。うちの会社の社長が「組織として法律に対する理解が足りなかった」と言ったのを聞いてガクッとくる社員もいっぱいいると思うんです。それはやはり社員のやる気に影響するし、いすゞの自動車を買った人も、やはり信頼関係にひびが入

医療に関係する人々と法

- ①患者と法
- ②医療の担い手たちと法（医師、看護師、薬剤師など）
- ③医療施設、設備、給食等と法
- ④納入業者、リース会社と法
- ⑤外部委託先と法
- ⑥経営者と法
- ⑦行政と法（各種公衆衛生、保健、保険、福祉、納税等）
- ⑧地域住民と法

ってくるのではないかと思います。

もう1つあげますが、JALの無認可整備事件というのがあります。航空機の整備事業というのは経産省の管轄です。それで航空機製造事業法という法律があります。私も全く知りませんでした。しかし、いやしくも飛行機整備に従事する人にとっては根本的な法律だと思います。けれども、経産省の認可なしで自社所有機以外の飛行機を整備した無認可整備ということで罪を問われています。

日本航空の談話があります。「法令違反があったということは事実で、まことに遺憾である」。「法令遵守は重要なことで、会社で徹底するとともに二度とこういうことが起こらないよう再発防止に努めたい」という談話を発表されています。

これは道路運送車両法とか航空機製造事業法違反ということで、我々医療の現場とは全く縁のない法律です。けれどもこの法律は、我々の職場においてはまさに医療法とか保助看法とか、そういう基本的な法令になるはず。それについても摘発されて「知りませんでした」という談話を院長なり理事長がしなければならぬということになると、これは大変つらいことになるのではないかと思います。

こういう実例でもお分かりいただけるように、我々は法律を知っているつもりでも実は知らない。あるいは知っていてもそれに対する罰がどういものかよく分からない。しかも、分かっているも

摘発されるはずがないということで守らない。コンプライアンスというのは実は手間も時間も費用もかかるかもしれませんが、ひとたび摘発されると大変重大なことになるわけです。

コンプライアンスというのは安全保障です。企業の安全保障。高品質な医療を達成するその安全保障です。国家安全保障法のような、病院安全保障法の一環がこのコンプライアンスだと思っています。

刑事事件ではマスコミ報道が“判決”に

次に、逮捕されると皆さんどうなるかという、まず警察が逮捕状を取りまして身柄を検察庁に送り、検察庁で調べをします。警察、検察の身柄留置は、合計72時間。この間に、出される人は出されます。つまり釈放されます。ですから警察に捕まっても、まあ1日、2日で帰ってくる人もいます。それは留置の必要なしということです。

勾留の必要があると判断しますと、検察官が裁判官に10日間の勾留請求をします。すると、裁判官が被疑者と会って、いろいろなことを調べてから、10日間の勾留を認めます。さらに10日経っても、検事のほうで必要があるということになりますと、延長を10日間請求します。裁判官は大体認めるんですね。ですから、20日間と72時間、合計23日間の間に、検察官が起訴するか起訴しないかを決めることになります。

起訴となれば、身柄が拘置所に移ります。ずっと拘置所に入ったままです。もちろん保釈という手続きがありますが、保釈手続きが認められる場合もあるし、認められない場合もあります。

それから、検察官が起訴する必要がない、起訴猶予または不起訴という判断をすれば身柄は出してくれます。一応身柄は釈放するけれども、起訴するか起訴しないかはあとで決めるというのが、処分保留によって釈放するというものです。釈放という概念と保釈という概念は全然違います。

刑事事件の手続きはそのように粛々と進んでいくのです。しかし、判決というのは新聞・マスコミが書くんです。3年、4年裁判をやって無罪の

判決が出ても、世間のほとんどの人は、逮捕されたことが報道されると、その時点でもう有罪の判決が出たと同じ扱いをしてしまうということなのです。それで我々は、「有罪判決は新聞記者であるあなた方が書くんだ。無罪推定があるじゃないか。無罪推定は一体どこにいったんですか、実名報道、映像放送から、せめて匿名報道にしてください、映像については分からないようにぼかしを入れてください。推定無罪が働いているのだから被疑者としての人権に配慮してください」ということを、マスコミの人たちに話をするわけです。

するけれども、なかなかこれが改まらないです。こういう報道のあり方についても、報道される個人の尊厳を保持するという見地から、やはり言うべきことは言わなければならないと思っています。報道のあり方をどう考えるかというのは全く別の問題ですけど重要問題です。

刑事裁判に特別の対応策を

医療民事過誤が起きますと、日本医師会、県医師会などの医事紛争委員会に手続きを取ります。そうすると、医事紛争審査委員会なりで「あとは全部やりますから、お任せください」となりますので、損保会社から弁護士さんが派遣されますし、もちろん担当者の心労はあるにしても、一応そういうルールに乗って進んでいきますので、心労は少ないのではないかと思います。つまり医師会のほうに届けるか届けないかという判断に迷うことはあるかもしれませんが、一応届け出をします。すると、少なくとも民事損害賠償についての手当はついているんですね。手当がついていないのは刑事です。刑事事件特約付医事賠償保険というのはまだ開発されていないのです。そろそろ刑事事件特約付医事賠償保険を考えなければならないのではないかという話を、ある損保会社に話しているんですが、「いやあ」って言います。

それと、暴力団やエセ右翼が揺さぶりをかけてくる。マル暴とか右翼の場合は街宣車を出して揺さぶりをかけてくる。民事事件としてきちんとや

るのならいいのですけれども、そうではない場合もありまして、これにどう対応するかという問題が実はけっこう深刻な問題です。そして、これについては医陪責は対応してくれません。弁護士の派遣もしてくれません。それは病院でやっていくしかない。警察に相談に行けば一応話は聞いてくれるけれども、実害が発生しないと動けない。そうすると実害があってからでは間に合わない。本当にどうしたらいいんだらうと悩まされることになります。街宣車が来るとかそういう場合には執行停止とかいろいろな仮処分をやりませけれども、そういう防衛をしていかなければなりません。

それと同時に、お医者さんなり、看護師さんなりが逮捕されていくと、逮捕までいなくても書類送検されるというような場合に、刑事事件にどう対応するかということについては医陪責は全く対応しません。損保会社の弁護士もそれについては対応する義務はありません。そうすると病院が独自に弁護士さんも手当てしていかなければならないということです。

特に警察、検察が医療についてかなりシフトしてきています。東京地検の刑事部にも、医療問題を取り扱う特別な班が編成されたそうです。ちなみにこれは薬害エイズの先生の輸血の関係でできたそうです。そこに医師がいるのかどうか分かりませんが、検察庁の組織ですから、医者がいなくてもそれなりの人がいつでも応援できるのでしようし、そのうち医者の資格を持った検察官が必ず登場するだらうと思っています。

警視庁や各県警にも医療に強い警察官がいると聞いています。特に慈恵医大の青戸病院事件については警視庁の医療に有能な刑事が乗り込んでいったという話も聞いております。

そういうことで、警察、検察が医療事故を1つの重要な事案としている以上、我々医療側も刑事事件に対応するそれなりの準備もしていかなければならない時代かなと思います。

しからばどうするか。損保会社がこの分野については今のところあてにならないとするならば、独自にそういうものを構築していくか、何かしな

ければいけないと思っています。

事例から見る刑事判決

あまり愉快な話ではありませんが、刑事事件として有名な事件は横浜市立大学事件、それから東京女子医科大学事件、都立広尾病院事件、埼玉医科大学事件、それから慈恵医大青戸病院事件等々あります。

慈恵医大青戸病院事件についてはまだ判決が出ておりません。まだ、一審が継続中だと思います。結審したものでどういう判決が出たかお話ししますと、例えば東京女子医科大学事件、これは人工心肺装置が空回りして結果的に患者さんが亡くなっているわけですが、このとき逮捕されたのが人工心肺装置を担当したお医者さん、それと心臓手術を執刀したお医者さん、この2名が起訴されています。人工心肺装置を担当するお医者さんは、業務上過失致死で起訴されています。業務上過失致死の法定刑は、資料の最初に書いてありますが、けっこう重いんですね。5年以下の懲役若しくは禁錮又は50万円以下の罰金ということです。

懲役と禁錮の違いというのは、懲役は強制労働と言うとちょっと語弊があるかもしれませんが、必ず刑務所内で作業に就労します。

ところが禁錮というのは作業に就労する義務がありません。就労するかしないかは本人が決めればよろしいということになっています。だから、禁錮というのは1日じっとしていてもいい。まあ自分の時間というのはおかしいですが。

つまり作業に就役させるかどうか禁錮と懲役の区別でして、したがって懲役3年と禁錮3年では同じ3年間という時間であっても懲役3年のほうが重いのです。

医療過誤などの場合ですと、懲役刑を選択することはまずなく、禁錮刑を選択するケースが多いと思います。つまり懲役刑という判決を受けた場合は、裁判官はかなり悪質だと見ていてと考えていいわけですが。禁錮という判決の場合は、被告人に同情するべき点もあったのかなと。懲役という

のが出てくると、やはり犯情がかなり重かったのかということがあります。

この業務上過失致死ですが、執行猶予というのがあります。これは懲役若しくは禁錮3年以下の判決のときだけにしか執行猶予はつきません。ですから、懲役4年で執行猶予5年ということはありません。

執行猶予期間は最大限5年です。だから執行猶予の期間が長ければ長いほど犯情は重いといえます。懲役3年で執行猶予5年と、懲役3年で執行猶予2年であれば、3年の開きがあります。執行猶予5年というのは5年間の間に新たな犯罪を犯さない限り、懲役3年という判決の言い渡しの効力が法的に消滅します。記録は消滅しませんが、言い渡しの効力が法的に消滅するということです。

5年間というのはけっこう長いです。5年間の間に酒を飲んで喧嘩しても傷害罪になるし、飲酒運転したり、無免許運転したり、信号無視したりで道交法違反で捕まればやはりそれも立派な犯罪ですから、5年間というのは非常に仙人のような暮らしをしなければならぬ。最初の1、2年はいいけれども3年、4年経つと忘れてきちゃって、ある時、喧嘩に巻き込まれて傷害罪容疑とかになるなんてこともあります。

話を戻しますが、この東京女子医大事件については、人工心肺装置を担当したお医者さんは業務上過失致死で起訴されて、判決は懲役1年、執行猶予3年です。執刀した医者は実は証拠隠滅罪で起訴されたんです。カルテの改ざんです。それから人工心肺装置の記録の改ざん。特に亡くなった子どもさん、患者さんの瞳の大きさを改ざんしたんですね。それで、証拠隠滅罪で起訴されて、この判決はまだ出ていない、まだ公判中じゃないかと思っています。

証拠隠滅罪というのはどういう罪になるのかというと、資料に書いてありますけれど、刑法104条、証拠隠滅罪、「2年以下の懲役又は20万円以下の罰金」ということです。

事例から—異状死体届出義務について

次に都立広尾病院事件。血液凝固防止剤ヘパリンナトリウム生理食塩水を静注すべきなのにヒビテングルコネートを静注してしまった。なぜそうなったのか。薬を用意した看護師さんと実際にそれを打った看護師さんの2人の看護師さんが起訴されましたが、これはどちらが重いでしょうか。

1人は禁錮1年で執行猶予3年。もう1人の看護師さんは禁錮8カ月で執行猶予3年。8カ月と1年で4カ月違います。裁判所は区別しているわけですが。これは2つの薬剤を台に置いた看護師さんのほうが責任が重いという判断です。実際にヘパ生だと誤信して注射した看護師さんは禁錮8カ月。なぜこうなるのでしょうか。考えてください。

それと都立広尾病院にはもう1つ重要な起訴事実があります。院長が起訴されたんです。どういう罪名で起訴されたかということ、医師法の届出義務違反の共同正犯です。結局そのヘパ生とヒビテングルコネートを間違えて投与したというのは、主治医は気がついたわけですが。それですぐに院長に「大変なことが起こりました」ということで相談したわけですが。院長はすぐに東京都衛生局の所管の担当者に相談したわけですが。これに対して東京都は「しばらく待て」と言ったようです。だから院長は届け出をしなかった。担当した主治医は届けなければまずいと思いつつ院長の指示に従ったのでしょう。そして24時間以内の届け出をせずに、結果的に事件が明るみになってから届け出をしたのです。

異状死体の届け出をすべきかどうか、これはおそらく全国の病院で今いちばん頭を悩ませている問題ではないかなと思います。これはまさにコンプライアンスをどうすべきかということです。

医師法19条の異状死体届出義務をどう履行すべきか。難しい問題ですね。

届け出をしておけば要するに無難だからとにかく届け出をしておこう、それも1つの選択です。どうしたらいいだろうかと考えたらとにかく出しちゃう。しかし主治医としては、その届け出をす

ることによって刑事訴追を受ける可能性が実際にあるわけです。

自分は正しいことをした、民事賠償責任はもちろん、刑事責任も問われることはないと言った主治医は確信していても、院長や事務長が「とにかく届けましょう」と言って主治医の意向を無視して届けしてしまう。そしてそれがマスコミに出て、そして事件になる。そうすると、主治医にしてみれば、「おれの承諾を得ないで、なぜ勝手に届け出をしたんだ」ということで、院長なり事務長なりに対して名誉棄損、損害賠償という問題が起きますよね。

また次のようなこともあるわけです。主治医が「どうしても届けたくない」と言う。「しょうがないな」ということで届け出をしない。そうすると後日、その届け出をしないことについて承諾をしたということで、届出義務違反の幫助や教唆あるいは共同正犯で、院長と事務長と一緒に訴追されたりしますと、「やはり届け出をするべきものであったか」ということになります。

とにかくそういうことで、届け出をするのかしないのか、その判断基準が分からない。だれが届け出をするのか、院長なのか事務長なのか主治医なのか。主治医が嫌がった場合、あるいは主治医は積極的にやると言っているのに院長や事務長が嫌がった場合どうすればいいか分からない。

都立広尾病院事件では、医師法21条違反で院長が起訴されました。第1審、第2審ともに有罪です。罰金2万円（当時はまだ罰金が2万円でした）。これは最高裁に上告されました。上告理由は憲法で保障された黙秘権の侵害だというものです。

医師法21条については、黙秘権の問題、守秘義務の問題、届出義務者の問題、それから管理責任として届け出を勧告する義務があるのかどうか、その義務に従わないときにどうなのかといった問題があります。こちらが届け出をしてよしいのかどうか、あとで主治医から損害賠償請求を受けることがないのか、受けても100%勝つのかとかの問題もあります。

それから少なくとも積極的に届け出をした以上は刑法42条の自首、自首というのは犯罪が発覚しない前、あるいは発覚しても犯人が分からない前に私がやりましたと自首した場合には、刑罰や刑事訴追を免れることもあるし、刑が軽くなるというものですから、これは自首になるのではないかという問題があります。

異状死体の届け出を積極的にした場合には常に刑事訴追はしないということが必要だと私は思うんですね。医師法21条により、異状死体の届け出をした者については特別の事情がない限り刑事訴追を行わないとか、そういう免責特権を与えておかないとちょっとおかしいかなと、私は思っています。

いずれにしても、この医師法21条の異状死体の届出義務についてのコンプライアンスをどうするのか。法令を遵守していないじゃないかと言われたときに、法令遵守を要求するほうがおかしいんじゃないかというようなこともありまして、ここは大変難しいところです。最高裁の判決を読みましても極めてあっさり判決を書いている。これはまたあらためて議論しなければならないかと思っています。

事例から—上級審で量刑が重くなった例

それから埼玉医科大学事件、これは当時16歳の女子高校生に対して、抗がん剤硫酸リンクリスチン、ハクチノマイシンD、マイクロホスファミド3剤投与のVAC療法、この主治医は図書館に行って調べたんですね。このがんにはこういう療法があるということで、ただしこれは週1回です。1ウィーク（week）のウィークをデイ（day）と読み間違いしてしまったんです。WをDと何で読み間違いしたのかなと思いますけれど、とにかく1週間と1日を間違えたのです。図書館まで行って一所懸命に調べたけれども、根本的なところが間違っていました。これについては第一外科の教授が起訴され、それから1ウィークと1デイを間違った主治医も起訴され、それから助手をしていたリーダーの3人の医者が起訴されました。

教授もそういう報告を受けていて見過ごしたわけです。報告を受けて、そこで教授が気づくチャンスがあったのですが、比較的珍しい療法だったので教授の知識の網には引っかからなかったのですね、それでオーケーと。第一審の判決は教授が罰金20万円、これについてはあまりにも量刑が低すぎると検察官が控訴して、検事控訴といいますがこれも珍しいのですけれども、東京高裁では禁錮1年執行猶予3年となりました。現在最高裁に上告中と聞いています。

主治医の先生は禁錮2年、3年間執行猶予。これは確定しました。それからチームリーダーといわれる先生が第一審の判決が罰金30万円。これも検事控訴がありまして、東京高裁では禁錮1年6カ月執行猶予3年ということになりました。別途、大学には民事裁判が起こされて7,600万円の賠償判決が出ています。それから図書館で字を読み間違えた主治医には別途医業停止1年6カ月の行政処分が出ています。

さまざまな届出義務、資格の確認にも注意を

あとは先ほど言いました安楽死とか尊厳死とかそういう問題もあります。そういった問題もさることながら、いわゆる医療法の形式犯といわれるさまざまな届出義務がありますので、きちんと届出を忘れないようにすることも大事なことです。

それから採用する医者、看護師、そのほかの有資格者の資格が本当にあるのかどうか、うっかり無資格者を雇ってしまうと、無資格診療というのは極めて重い犯罪です。資料を見ると分かります。無資格診療ということですから（医師法17条・保助看法29・30・31・32条）。我々専門家の職業というのは弁護士もそうですけれども、まず名称独占の特権があります。名称を独占しかつ業務を独占する。これが専門職業人の2つの特権です。これがなければ専門職業人ではない。職業をオキュペーションといいますけれど、オキュペーションはオキュパイドですからね。占領する、独占するということ。ですからオキュペーションという名前で呼ばれる職業というのはやはり専門職業人の

職業であろうとっております。

したがって、医師等の名称を標榜する、あるいは無資格者が業務を行う、この2つについては国家の秩序を大きく乱すものですから、検察、警察は極めて厳しく出ます。それは法治国家として当然です。

したがって無資格者をもし知らずに採用したあとでそれが判明したときには、無資格診療について共同正犯、教唆幫助という責任を問われます。本人はもちろん、それを見過ごしていた人たちも共同の犯罪になります。

共同正犯という、つまり知っていたのではないかと、知らないと言うのは通らないということになりますので、非常に神経を使わなければならないことだろうとっております。

最後に—法務担当専門家の養成も大きなテーマ

ご質問のある方は、電話でも事務局のほうにいつでもお問い合わせいただければと思います。私も埼玉県医師会、そのほかいくつかの病院の法律顧問をしておりまして、医療についてはまだまだ勉強しなければならないとっておりますので、むしろ皆さま方のご指導をいただきたいと思えます。

今日の講義をするについて、2つくらいのある大きな病院から資料の提供などもいただいております。「コンプライアンスについて、専門の法規担当者がおられますか」という質問をいたしました。民間企業はほとんど法務部、法務室というのがあります。今、法務部・法務室を持っていない上場会社はまず皆無です。もう何十人も弁護士を配置している会社もあります。それと同じように、病院もこれから法務室・法務係を置いて法務担当専門家を養成する。そういった医療の法務担当専門家をどう養成するかということは、1つの大きなテーマだと思っております。私どもの法科大学院は医療にかなり力を入れているところですので、法科大学院を卒業した私どもの卒業生もぜひご活用いただければと思っております。

お互いに情報交換しながら、高品質の医療を実

現していけたらと思っております。今後ともよろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。

座長 ありがとうございました。医療そのもの

が事故となると刑事罰になりかねないという、非常に我々にとっては悩ましい時代が来てしまったと思うのですが、皆さんもぜひそのへんを、今後、十分注意される必要があるのではないかと実感しました。どうも本日はありがとうございました。

(資料)

医療と刑事

(須田清 2005.6.15作成)

法令名	罪名	条文		罰	事例
刑法	業務上過失致死傷・重過失致死傷罪	211条		5年以下の懲役若しくは禁錮又は50万円以下罰金	Y市立大事件, T女子大事件, 都立H病院事件, S医科大学事件
	虚偽公文書作成罪 虚偽有印公文書作成罪 虚偽無印公文書作成罪	156条		1年以上10年以下3年以下懲役又は20万円以下罰金	都立H病院事件
	虚偽公文書行使罪	158条		前記各罪に応じた罰	
	私文書偽造罪	159条		3月以上5年以下懲役	
	虚偽診断書等作成罪	160条		3年以下の禁錮又は30万円以下の罰金	
	秘密漏示罪	134条		6月以下の懲役又は10万円以下の罰金	
	殺人罪	199条		死刑又は無期若しくは3年以上の懲役	東海大病院, K協同病院等(安楽死)事件
	傷害罪	204条		10年以下の懲役又は30万円以下罰金	大阪高昭52.12.23判決(診療中の患者殴打)判事897-124
	傷害致死罪	205条		2年以上の懲役	
	自殺関与罪	202条		6月以上7年以下の懲役又は禁錮	
	墮胎罪	212条		1年以下懲役	
	保護責任者遺棄罪	218条		3月以上5年以下の懲役	最判昭63.1.19判決
	証拠隠滅罪	104条		2年以下の懲役又は20万円以下の罰金	T女子医大事件
医師法	無資格診療罪	17条	31条①	3年以下の懲役若しくは100万円以下の罰金	最判昭30.5.24判決 医業類似行為の処罰例 東高平9.8.4判時 1629-151
	不正合格罪	15条	31条①	前同	
	医師称号僭称罪 (前2項の加重犯)	18条	31条②	3年以下の懲役若しくは200万円以下の罰金	

法令名	罪 名	条 文		罰	事 例
医師法	医業停止命令違反罪	7条②	32条	1年以下の懲役若しくは50万円以下の罰金	
	①試験問題漏時罪 ②試験問題不正採点罪	30条	33条	1年以下の懲役又は50万円以下の罰金	
	2年ごとの届出義務違反罪	6条③	33条の2	50万円以下の罰金	施行規則2号書式による届出 従事している施設、業務の種別等
	医師称号僭称罪	18条	33条の2	前同	
	無診察診療禁止違反罪	20条	33条の2	前同	東高昭28. 2. 28判決
	異状死体届出義務違反罪	21条	33条の2	前同	都立H病院事件 最判平16. 4. 13判時 1861-140
	処方せん等交付義務違反罪	22条	33条の2	前同	
	①診療録記載義務違反罪 ②診療録保存義務違反罪	24条	33条の2	前同	
医療法	官吏等の秘密漏示罪 (行政の調査権と担当官吏の秘密保持義務)	5条②, 25条①	72条	1年以下の懲役又は50万円以下の罰金	
	病院等の無届開設罪	7条①	73条	6月以下の懲役又は30万円以下の罰金	
	①広告規制違反罪 ②虚偽広告等違反罪	69条① 69条④	73条	前同	
	無許可診療科名表示罪	70条⑤	73条	前同	
	知事の病院、有床診療所等増員命令使用禁止命令等違反罪	23条の2	73条	前同	
	知事の病院等施設使用禁止命令違反罪	24条	73条	前同	
	病院等管理者変更命令違反罪	28条	73条	前同	
	病院等閉鎖命令等違反罪	29条①	73条	前同	
	類似名称使用禁止違反罪	3条	74条	20万円以下の罰金	
	地域医療支援病院類似名称禁止罪	4条③	74条	前同	
	特定機能病院類似名称使用禁止罪	4条の2 ③	74条	前同	
	開設10日以内届出義務違反罪	8条	74条	前同	
	①病院等休止等10日以内届出義務等違反罪 ②開設者死亡等10日以内届出義務違反	9条① 9条②	74条	前同	
	病院等管理者義務違反罪	10条	74条	前同	

法令名	罪 名	条 文	罰	事 例	
医療法	病院等管理者専任義務違反罪	12条	74条	前同	
	病院の宿直医師配置義務違反罪	16条	74条	前同	
	3人以上配置の病院等の専属薬剤師配置義務違反罪	18条	74条	前同	
	①病院の設置基準違反罪(21条違反) ②療養型病床群を有する診療所設置基準違反罪	21条① 2乃至11号 21条② 2号	74条	前同	
	地域支援病院設置基準違反罪	22条1号, 4乃至8号	74条	前同	
	特定機能病院施設設置基準違反罪	22条の2 2号, 5号	74条	前同	
	病院等検査許可証交付義務違反罪	27条	74条	前同	
	知事等への報告・カルテ提出等回答義務調査協力義務等違反罪(往診医師)	5条②	74条	前同	
	知事等の病院等への報告, カルテ提出等回答義務, 調査協力義務等違反罪	25条①	74条	前同	
	病院等管理者の院内掲示義務違反罪	14条の2	74条	前同	
	両罰規定		75条	前同	
	過料の制裁		76条	20万円以下の過料	
	登記懈怠罪		76条	前同	
	定款変更届出・決算書届出違反罪	50条③, 51条①	76条	前同	
	財産目録作成・閲覧違反罪	52条①, ②	76条	前同	
	剰余金配当違反罪	54条	76条	前同	
	合併における目録作成違反罪	58条, 59条①, ③	76条	前同	
	合併における公告違反罪	63条①	76条	前同	
	知事の命令違反罪	64条②	76条	前同	
	知事の収益事業停止命令違反罪	64条の2	76条	前同	
民法の準用 財産目録作成義務違反罪 破産請求義務違反罪 精算人の催告義務違反罪 精算人の破産の請求義務違反罪	68条	民法 51条① 70条 79条① 81条①	前同		

法令名	罪 名	条 文		罰	事 例
医療法	医療法人の名称使用違反罪	40条	77条	10万円以下の過料	
保助看法	無資格者（保健師業） ゝ（助産師） ゝ（看護師） ゝ（准看護師）	29条 30条 31条 32条	43条①	2年以下懲役又は50万円以下罰金	
	名称僭称罪		43条②	2年以下懲役又は100万円以下罰金	
	不正試験の罪	27条	44条	1年以下又は50万円以下罰金	
	業務停止命令違反罪	14条	44条の2	6月以下懲役又は50万円以下罰金	
	医師の指示違反罪	35条	44条の2	前同	
	保健所長指示違反罪	36条	44条の2	前同	
	医療行為の原則禁止違反罪	37条	44条の2	前同	
	助産師の医師受診義務違反罪	38条	44条の2	前同	
	守秘義務違反罪	42条の2	44条の3	6月以下の懲役又は10万円以下罰金	
	2年毎の業務届出義務違反罪	33条	45条	50万円以下罰金	
	助産師の証明書交付義務違反罪	40条	45条	前同	
	助産師の異常死産児届出義務違反罪	41条	45条	前同	
	助産録記・保存義務違反罪	42条	45条	前同	
健康保険法	診療録等提出命令等違反罪	60条①	215条	10万円以下の過料	
国民健康保険法	前同	114条	124条	10万円以下の過料	
老人保健法	前同	44条	87条	10万円以下の過料	
母体保護法	無資格者の避妊術違反罪	15条	29条	50万円以下の罰金	
	不妊手術・人口妊娠中絶手術届出義務違反罪	25条	32条	10万円以下の罰金	
	守秘義務違反罪	27条	33条	6月以下の懲役又は30万円以下の罰金	
	生殖不能手術禁止違反罪	28条	34条	1年以下の懲役又は50万円以下の罰金 人を死に至らしめたと き3年以下の懲役	性転換手術事件 (東高昭45.11.11判決)

法令名	罪 名	条 文	罰	事 例	
臓器移植法	臓器売買等禁止違反罪	11条①乃至⑤	20条	5年以下の懲役若しくは500万円以下罰金	
	脳死判定証書虚偽記載違反罪	6条⑤	21条①	3年以下の懲役又は50万円以下の罰金	
	臓器摘出医の脳死証明書受領義務違反罪	6条⑥	21条②	1年以下の懲役又は30万円以下の罰金	
	臓器あっせん等の無資格事業違反罪	12条	22条	1年以下の懲役若しくは100万円以下の罰金	
	臓器不適正処理違反罪	9条	23条	50万円以下の罰金	
	記録作成義務違反罪	10条①	23条	前同	
	秘密保持義務違反罪	13条	23条	前同	
	あっせん業者の帳簿作成義務違反罪	14条	23条	前同	
	あっせん業者の報告義務違反罪	15条	23条	前同	
精神保健及び精神障害者福祉法	知事の退院命令違反罪	38条の3④	52条	3年以下の懲役又は100万円以下の罰金	
	前同	38条の5⑤	52条	前同	
	前同	38条の7②	52条	前同	
	制限命令違反罪	38条の7③	52条	前同	
	守秘義務違反罪		53条	1年以下の懲役又は50万円以下の罰金	
	登録研修機関取消命令違反罪	19条の6の13	54条	6月以下の懲役又は30万円以下の罰金	
	診療申請虚偽記載罪	23条①	54条	前同	
	社会復帰施設停止命令違反罪	50条の2の5①	54条	前同	
	居宅支援事業停止命令違反罪	50条の3の4①	54条	前同	
	大臣の登録研修調査違反罪	19条の6の16①	55条	30万円以下の罰金	
	診療拒否・妨害罪	27条①, ②	55条	前同	
	前同	27条④	55条	前同	
	前同	29条の2①	55条	前同	
	精神医療審査会の調査命令違反罪	38条の3③	55条	前同	
	前同	38条の5④	55条	前同	

法令名	罪 名	条 文		罰	事 例
精神保健及び 精神障害者福祉法	大臣への報告義務違反罪	38条の6 ①	55条	前同	
	前同	38条の6 ②	55条	前同	
	前同	51条の9 ①	55条	前同	
	診療録記載義務違反罪	19条の4 の2	57条	10万円以下の過料	
	業務休廃届出義務違反罪	19条の6 の9	57条	前同	
	財務諸表作成義務違反罪	19条の6 の10①	57条	前同	
	帳簿記載・保存義務違反罪	19条の6 の14	57条	前同	
	72時間入院措置告知違反罪	22条の4 ④	57条	前同	
	保護入院届出義務違反罪	33条④	57条	前同	
	応急入院義務違反罪	33の4②	57条	前同	
	入院継続報告義務違反罪	38条の2 ①	57条	前同	
前同	38条の2 ②	57条	前同		
個人情報保護法	主務大臣の勧告及び命令違反罪	34条 ②, ③	56条	6月以下の懲役又は30万円以下の罰金	
	虚偽報告違反罪	32条, 46条	57条	30万円以下の罰金	
	廃止の届出違反罪	40条①	59条1号	10万円以下の過料	
	名称の使用制限違反罪	45条	59条2号	前同	

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証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

診療情報の活用と個人情報の保護

恵寿総合病院 理事長・院長

上尾中央総合病院 院長代理

日本看護協会 常任理事

昭和大学病院診療録管理室

神野 正博

徳永 英吉

楠本万里子

須貝 和則

座長：日本大学医学部社会医学講座医療管理学部門 教授

大道 久

座長 それでは「診療情報の活用と個人情報の保護」というテーマで、シンポジウムを開催させていただきます。シンポジストの4人の方々とは、先ほど打ち合わせをしまして、お1人20分間ずつご発表・ご報告をしていただきます。その後、シンポジスト同士での若干の議論をし、フロアの方々との意見交換なども行いたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

最初に、個人情報の保護につきましては、平成15年5月、個人情報保護法が成立して「個人情報取り扱い事業者の義務」という項目が、本年の4月1日から施行されました。各医療機関とも、これに向けた取り組みが済んだばかりで、おおむね3カ月ほど経ったわけですが、問題も少なくない、とお感じのことと思います。医療機関、病院は非常に配慮を必要とする個人情報を取り扱う事業者であるということで、厚生労働省が指針（ガイドライン）を策定して、平成16年の暮れの段階で公表しています。また、関係団体もこれに合わせるかたちでそれぞれ指針、手引きなどを発表しているところです。

今日はこの個人情報保護の運用面の問題を含めて、診療情報の活用について議論してみたい、という趣旨で企画されたものと受け止めております。

いずれにしても、個人情報取扱事業者である病院は、今後は患者さんの個人情報を安全に管理する義務が生じました。併せて、この法体系の重要な側面は、「自己情報コントロール権」といわれますが、個人情報取扱事業者である病院が保有している患者さんの個人情報については、基本的に患者さんのコントロール下にあるということです。以前から我々は医療機関内での診療録あるいは看護記録等で、患者さんについての情報はもちろん患者さんのものであるとはいいながら、病院業務の実施記録であるという側面、さらに医師は医師で自分が行った診療についての経過記録という意識がそこにあると思われまます。

この法律が求めているところは、今申しあげたような「自己情報コントロール権」によって、患者さんからの開示請求・利用停止請求に対応しなくてはならないという場面に立ち至っているわけで、さまざまな病院の対応が求められています。現実に日常業務のなかでも、見舞い客への対応であるとか、あるいは外来などでの呼び出し、さらには病室入り口の名札の運用の方法などなど、繰り返し議論のあるところです。

今日はそのような日常業務もさることながら、病院の管理・運営上、この個人情報保護をどのよ

うに受け止め、どのように活用するか、個人情報の流れのなかで新しい局面での病院運営のかたちを考えたいと、こういった立場からのご発言をいただきます。また、個人情報に最も近い関係にある医師という役割、先ほども触れたところですが、個人情報保護の趣旨が医師の業務に根付くにはよほど時間がかかると思われますが、このような視点からも、医師の立場からご発言をいただきます。また、療養上の世話という観点でいちばん患者さんに身近な存在でもあり、一方で、診療の補助・介助という役割のある看護の立場からの個人情報の保護、場合によっては診療情報の活用についてのご発言をいただきます。また、現場実務から言いましても、診療情報を直接管理し、情報そのものを業務として扱います診療情報管理士から見ますと、現場での個人情報の扱いについては新しい局面だといえます。このような局面を踏まえ診療情報管理士の立場からご発言をいただきます。

4人の方々にはそれぞれ役割を明確にしてお願ひしております。最初に恵寿総合病院の理事長・院長でおられる神野正博先生に、「病院管理者の立場から」ということでご発言いただきたいと思ひます。ご経歴等は、お手元の資料をお目通しいただければと思ひます。それでは神野先生、よろしくお願ひいたします。



スライド 1

病院管理者の立場から

神野 正博

皆さんこんにちは。石川県からまいりました、恵寿総合病院の神野と申します。これから「病院管理者の立場から」ということでお話しさせていただきます。テーマが「診療情報の活用」となっております。経営資源としてよく「人・モノ・金」といいますが、現在いわれているのがそれプラス「情報」です。情報というものを経営資源として活用しなければならない。ただ、そのなかでこの新たな法律にも対応していかなければならないと思ひます。私は情報の活用戦略のようなものについて少しお話しさせていただいたあとで、組織論的な話をさせていただきたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

病院の社会的責任と個人情報の保護

スライド1は、今、世間で盛んにいわれております“企業の社会的責任”(CSR; Corporate Social Responsibility) についてのスライドです。M自動車など、いろいろな企業がCSRを全うできずしっぺ返しを食らっているわけです。左側をご覧くださいと、「法令、社会的規範の遵守」、それから「有用な製品・サービスの提供」、「収益の獲得と納税」、「株主利益の保護」ということが大きな柱として挙げられています。これは我々病院にあっても、もしHospital Social Responsibilityがあるとするならば、「株主利益の保護」というところを除いてすべて私たちがきちんとやらないと、社会からしっぺ返しを食らうと思ひます。

まさに個人情報の保護についても、いちばん上の「法令、社会的規範の遵守」という、当たり前のようにこれをないがしろにすれば必ず私たちはしっぺ返しを食らうということを確認しておきたいと思ひます。

スライド2は、個人情報保護法ができ上がったからの、例の平成17年4月25日のJR西日本の大



個人情報？



尼崎中央病院でJR脱線事故の負傷者名簿を心配そうに見る女性ら＝25日午後1時50分



脱線事故の負傷者が搬送され、こた返す尼崎中央病院＝25日午後1時23分

スライド 2

マスコミ各社 JR脱線「個人情報保護法」で混乱 「プライバシー」重い課題

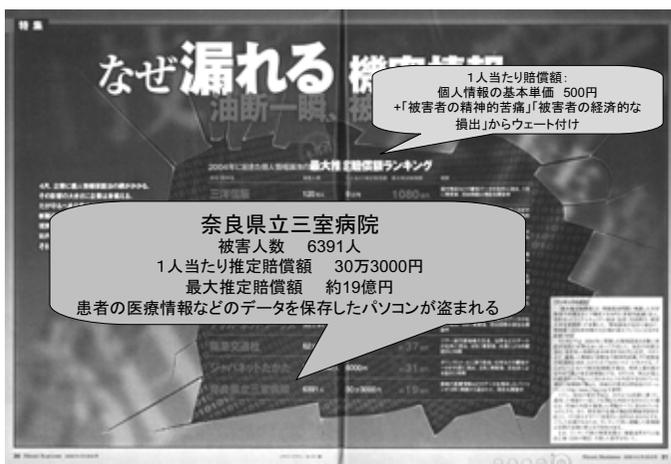
兵庫県尼崎市のJR福知山線脱線事故で、病院やJR、警察などには乗客の家族からの安否確認の問い合わせが殺到し、対応に追われた。民間を対象にした「個人情報保護法」が今年四月に施行されたこともあり、関係機関は情報の提供には慎重な姿勢をみせた。しかし、**人命保護などの場合を例外とする法の趣旨が徹底されておらず、医療機関などでは発表内容に混乱も見られた。**

個人情報保護法については、**各社とも「報道目的では適用除外」**であるとした上で、今回の事故報道に当たってはプライバシー保護に配慮したスタンスを示す。

毎日新聞は「『同法を理由にすれば何も出さなくてもいい』などの誤解が広がっている。市民らが同法と報道の関係について認識を深めるよう努力したい」とした。

(産経新聞) - 5月26日

スライド 3



スライド 4

事故の写真です。下の図は尼崎中央病院の様で、左下には「負傷者名簿を心配そうに見る女性ら」が写っています。まさにここに個人情報情報が掲示されたわけです。

スライド3は5月26日の産経新聞です。「マスコミ各社、JR脱線『個人情報保護法』で混乱、『プライバシー』重い課題」とあります。文字がこまかくて申しわけないのですが、「人命保護などの場合を例外とする法の趣旨が徹底されておらず、医療機関などでは発表内容に混乱も見られた」、しかも「各社とも『報道目的では適用除外』である」とあります。「そんなこと知らないよ」と思われた医療機関もたくさんあると思います。もし私の近くでこのような事故が起こったら、やはり私も「個人情報保護法があるから、名簿の発表はどうしたらいいんだ」とスタッフに相談すると思います。

マスコミではこうした「人命関係は除外する」というふうはどうやら決まっているようですが、「そんなこと知らないよ」と大声で言ったら恥をかくのかな、と思った次第です。少なくとも私は知りませんでした。

それからもう1つ。スライド4は日経ビジネスの平成17年2月28日の記事です。「なぜ漏れる機密情報」「油断一瞬、被害甚大」という記事ですが、ここでは1人当たりの賠償額は基本単価が500円となっています。これはよく出ていますね。ということは、例えばソフトバンクが660万人分の情報流出ということになると、何だかん

だで792億円くらいの損害額になるということです。

ちょうど該当する病院の方がいらっしゃったら大変失礼なのですが、雑誌にたまたま載ってありましたので紹介させていただきます。奈良県の病院で被害人数6,391人で1人当たりの賠償額が30万3,000円であると。「え、単価500円じゃないの?」と思われるかもしれませんが、単価が30万円、合計で19億円に相当するということです。これはドクターが持っていた、患者の医療情報を保

存したパソコンが盗まれたというケースです。つい最近でも、いろいろと病院がかかわったこれと同じような記事が新聞にいくらでも出てくる、といった現状にあります。

けいじゅヘルスケアシステムの概略と戦略

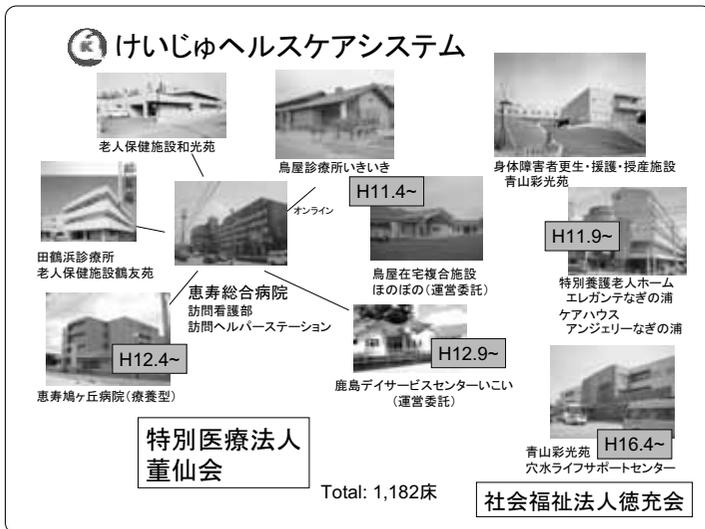
さて、私の病院の話に入らせていただきます。

(スライド5) 私どもの病院は454床の恵寿総合病院を基幹としまして、老健・診療所・在宅関係の施設、それから身障・特養を中心とした社会福祉事業を行っており、いわば医療・福祉の複合体のような立場をとるグループです。ここで私たちは大きな情報戦略として、こうした施設群をすべてオンラインでつなげているということです。1患者1IDで、どこへ行ってもあなたのことがわかりますよ、ということをお私たちの大きな事業戦略にしてきました。

(スライド6) そこで、ちょっと並び変えてみますと、「予防・健康増進部門」から「急性～亜急性～慢性～在宅部門」といったものが控えております。もちろん全国的に、こうしたグループはもっと大きなものがたくさんあることは存じております。ただ、私たちの特徴はこれらすべての施設をオンラインでつないでいるということです。

(スライド7) 理念・基本方針は機能評価でもよく出てくるものですが、私ども董仙会の基本理念として「信頼の心」、「思いやりの心」、「健全な経営」、「職員の幸せ」の4つを柱にしています。これが我々グループが目指すいちばんのものになります。

(スライド8) そしてもう1つ。



スライド5



スライド6

一般企業の戦略というものを考えてみますと、最近よくいわれるのが「ポジショニング（位置づけ）」であり、「価格戦略」「差別化戦略」であります。私たち医療機関では、「価格戦略」はこれからどうなるのかわかりませんが、現状では保険診療がメインですので価格戦略はないとするのであれば、「ポジショニング」と「差別化」が、これから大きな荒波のなかで生き残っていくために必要な戦略ではないかと思っています。

（スライド9）そこで、私たちのポジショニングを明確にしてみますと、皆さんの病院との共通点かもしれませんが、「患者さまに信頼される医療機関」であるべきだ、そのためには高度で正確な医療・介護サービスを提供したい。それから、「地域社会から必要とされる医療機関」ということで、社会インフラや雇用創出、地域社会へのサービス提供と雇用確保といったことが私

一般企業戦略

- ポジショニング(位置付け)
- 価格戦略 → 現在のところこれはない
- 差別戦略

スライド 8

ポジショニング

けいじゅヘルスケアシステムの使命(ミッション)

- 患者さまに信頼される医療機関
→ 高度で正確な医療・介護サービスの提供
- 地域社会から必要とされる医療機関
→ 社会インフラ機能・雇用創出機能
- 社会的使命を継続的に果たしていくための経営の健全性の維持
→ 地域社会へのサービス提供・雇用確保

スライド 9

董仙会 基本理念

人命尊重、人身の健康第一の立場に立ち、職員が一体となって地域住民の健康維持(予防、診療、リハビリテーション、介護)に努めると共に、地域の中核医療施設として、社会、経済、文化の発展向上に貢献します。

- 信頼の心……私たちは、患者さま・利用者さまの権利を尊重し、信頼される質の高い医療により、地域に貢献します。
- 思いやりの心……私たちは、思いやりのある病院・施設づくりに努めます。
- 健全な経営……私たちは、収支構造の安定した病院・施設を維持します。
- 職員の幸せ……私は、董仙会の発展を通じ、職員の幸せを築きます。

スライド 7

たちの位置づけになると思われます。

（スライド10）また差別化という戦略からすれば、やはり金太郎飴のような病院ではこれから先が大変だろうと思います。お客さまに対しても、「どこか違う」といった面を出すとするとどの部分かと考えてみますと、私たちの場合はサービスの幅における差別化、まさに医療・福祉・介護を一体経営しているというところにあります。それからサービスの質における差別化、病院経営の企業化ということ、ITを活用した効率的な病院経営をしていきたいといったものを私たちの差別化戦略として掲げています。

この差別化戦略と、これから出てくる個人情報の保護をきちんと明確に人に対して言うことができるような施策を取っていかなければならないと思っています。

差別化戦略

何がけいじゅのセールスポイントか

- 医療・福祉の複合一体経営
→ サービスの幅における差別化
- お客さま主義
→ 顧客ニーズに応じたサービスの提供
→ サービスの質における差別化
- ITを活用した効率的な業務運営
→ 病院経営の企業化

スライド10

当グループのシステム構成, 情報システム

(スライド11) 私たちのグループには、全体で697台のクライアント端末と46台のサーバーがあります。それらをすべてオンラインでつないで運用しています。

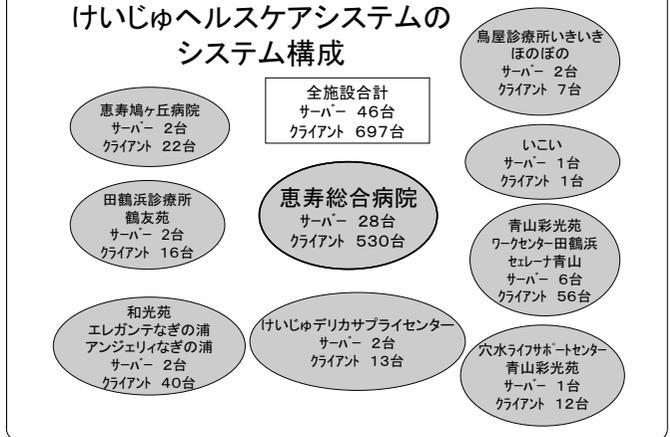
(スライド12) その1台1台のクライアントに約2,700本のソフトウェアが入っており、電子カルテを中心とする医療情報システム, 介護情報システム, それからセントラルキッチンという給食工場を持っていますので給食システム, それから特別医療法人として収益業務が可能ですので物販情報システム, それからコールセンター(電話センター), あるいはグループウェアといったものがすべてのコンピュータに載っていて、どこからでもすべてのソフトを閲覧できるという仕組みを構築してきました。

ちなみにスライド13が電子カルテです。ドクターやナース, 言語療法士などいろいろな業種が、時間軸で下から上に情報を重ねていくということになります。そういった意味では非常に情報が共有化されていることが電子カルテの特徴です。

コールセンターのシステムと役割

それから、コールセンターというものがあります。スライド14下の写真のように、よくテレビコマーシャルで消費者金融の女性オペレーターが出てきますが、あのような仕組みだと思っています。医療のデータベース, 介護のデータベース, 物販のデータベースなどから必要な情報だけをコールセンターソフトへ落とし込んで、私たちのどの施

けいじゅヘルスケアシステムのシステム構成



スライド11

けいじゅヘルスケアシステムの情報システム

- 医療情報 (KISS)
 - 電子カルテ オーダーエントリー (外来/入院) 年間検査予定オーダー 病歴管理 輸血管理 手術管理 透析 診療 検査予約患者情報 検体検査結果 画像検査所見 手術記事 医師診療録 退院サマリー 診療予約 画像検査予約 空床状況クリニカル・バス看護業務支援 看護計画勤務管理 薬剤管理 薬袋作成DI検索検体検査 細菌検査
 - 病理検査 生理検査 画像検査 医事会計 原価管理 物品管理 財務会計 給与 給食 栄養指導 人間ドック・健診 誤認防止 etc
- 介護情報 (HIT) ケアプラン管理 介護実績管理 介護請求管理 ケース記録管理
- セントラルキッチン 受発注 生産管理 物流管理
- 物販情報 (KISS)
- コールセンター (ForYou)
- グループウェア (Exchange)

ソフト総数: 約2700本

スライド12

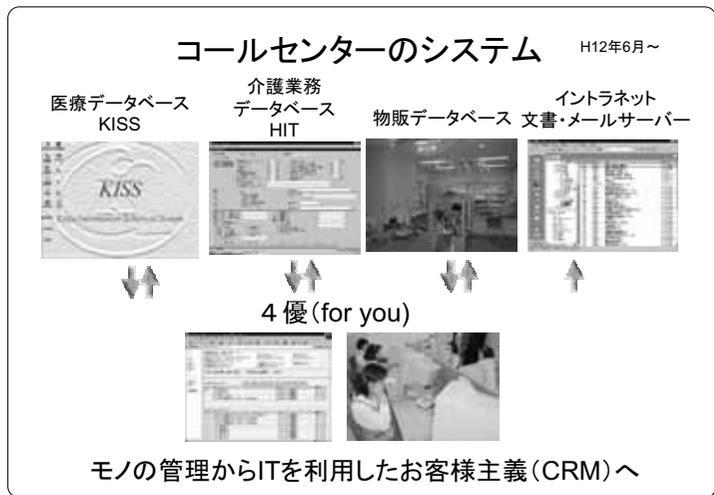


スライド13

設をご利用のお客さまでも、電話さえかけていただければ、すべての情報や予約などの問い合わせに応ずる、といったサービスです。こうしたものを行うためには、オンラインシステムが必要になってきます。

(スライド15) コールセンターの実際の役割としては「御用聞き」的な役割。「物販支援」的な役割、例えば「紙おむつが3つばかり足りなくなったけれども持ってきてくれる?」「はい、かしこまりました!」といったような物販支援的なことも行っております。

それから「業務改善」としまして、どんどんいろいろな仕組みをIT化したときに、すべての情報をIT化できるかといえばそうではなくて、患者さまからかかってくる電話、開業医の方からかかってくる問い合わせ、こちらからの告知、それらは声やファックスなどの紙による情報がまだ世の中でたくさんあります。いくら私たちがIT化を進めても、そればかりは難しい。するとどこかでITとアナログの間を埋める、変換する部署が必要になってきます。私たちの場合はそれがコールセンターになります。例えば、患者さまから「何月何日に予約したい」と電話があれば、このコールセンターで入力、つまりIT化します。逆に、「半年後にMRIを撮りましょう」という予約



スライド14

に対して、患者さまが忘れたとします。もちろん患者さまの同意を取った場合、コンピュータ上に半年後のMRIの予約を入れておきますと、コールセンターは実施1週間前に「来週はMRIの検査がありますがご都合はよろしゅうございますか?」

ご用意するものはこれこれです」と患者さまに確認の電話をします。そういった、病院のデジタル情報と患者のアナログ情報との間の仲立ちをします。紹介医と病院に関しましても同様に、患者さま紹介などに関しましてコールセンターにお電話していただきますと、紹介状をデジタル情報にするとか、新患予約のほうに入れるとか、そういった処理も全部このコールセンターで行っています。このようなかたちで、デジタルとアナログの橋渡し役として、コールセンターというものを備えております。

コールセンターの役割

- ・御用聞き
- ・物販支援
- ・業務改善

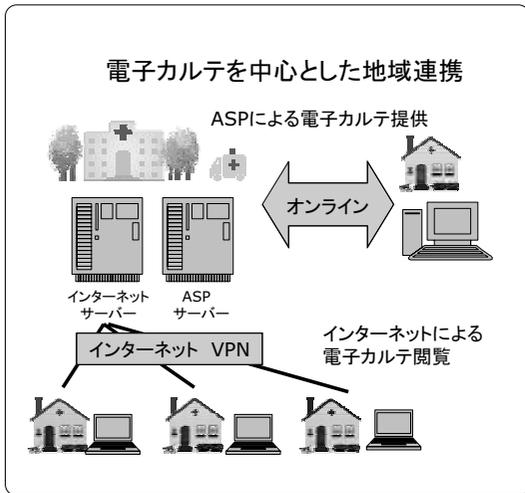
アナログ情報とデジタル情報の橋渡し

- 患者 ⇔ 病院システム
- 職員 ⇔ 病院システム
- 紹介医 ⇔ 病院システム

スライド15

電子カルテを中心とした地域連携

(スライド16) これは昨年からです、ASPといひまして、開業医さんが単に診療端末機だけお持ちになって、自前のサーバーを持たずに、私たちの病院のサーバーと電子カルテシステムをお使くださいという仕組みです。もう1つインターネットによって電子カルテを閲覧していただくという仕組みも、昨年立ち上がっています。これについては後ほど詳しくセキュリティの面で

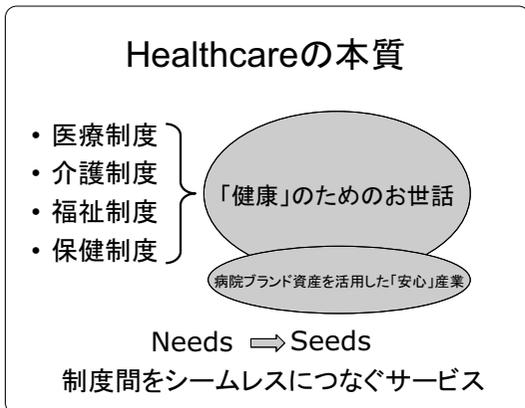


スライド16

触れさせていただきます。

ヘルスケアサービスの本質と個人情報保護

(スライド17) さて、ヘルスケアという言葉がよく使われています。世の中には医療・介護・福祉・保健といったさまざまな制度があります。ただし、これらの制度は神様が作ったものではない、人間が勝手に決めた制度です。そうすると、患者さまや利用者の方からしてみれば、どうしてほしいのか、別にどの制度を利用しようが関係なく、要するに健康にしてほしいということです。これが実際の利用者の視点になると思います。すなわち健康であるためのお世話、ヘルスケアです。これさえしてくれればいい、というのが本当の利

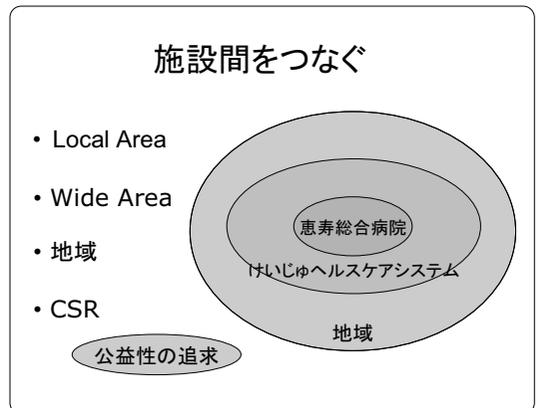


スライド17

用者の声ではないかと思います。これが、役所のように「これは介護保険課だからあっちへ行ってくれ」とか、「これは福祉課へ行ってくれ」というようなことが医療機関、福祉機関で行われたとするならば、利用者にとって非常に不幸なことだと思えてなりません。

スライド17の中ほどにありますように、病院ブランド資産というものを私たちは大切にします。そういったものを活用して初めて「安心」産業たるべきものかなと思います。そうするならば、よく「患者さまのニーズ (Needs) に応える」と言いますが、もうニーズではない、シーズ (Seeds; 種) というものが世の中に託される。おそらくこれからのシーズというのは、制度間の橋渡しということではないかと思います。すなわち、制度間を垣根なく、シームレスにつなぐサービスというものが大きな「種」になってくると思うのであります。

(スライド18) それからもう1つ。現在、私たちは恵寿総合病院をいわゆるLAN (Local Area Network) でつないでまいりました。その後、私たちのグループ病院・施設間を、WAN (Wide Area Network) でつなげました。これからは、先ほども申しましたが、別の法人の皆さまやいろいろなグループの方と連携することで、地域をつなげなくてはならないでしょう。さらには、最初に示しましたような、社会に必要なものは何か。そして、それを社会に向けてつなげていかなければ



スライド18

ばならないと考えております。すなわち、先ほどのヘルスケアの本質で示しましたように制度間をつなぐこと、そして、施設同士、ハードをつないでいくことがこれからの医療産業にとって大変必要なことではないかと思えます。そのなかで、個人情報の保護というものは、どうしても確認し合っ
て反芻しなければいけない事柄になるのではないかと思えます。

医療における個人情報の特殊性

チーム医療

チーム内: 患者の個人情報は隠匿することなく徹底的に共有していく必要

質 安全 効率化

チーム外: 徹底的に情報を守る

スライド19

個人情報保護法って？

(平成17年4月施行)

- ・ 個人のプライバシーを守るための法律
- ・ 他人の生活についての秘密を守ること
- ・ 氏名・生年月日・番号記号・画像・音声等の情報で特定の個人を識別することができるもの
- ・ 紙とコンピュータの中も同じ(本当は会話も・・・)

※利用者のプライバシーって？

入院しているかどうか・ナースステーションにある患者の名前が並んだボード・ベットや部屋にある名前、主治医、診療科等の表示・視覚面・聴覚面・嗅覚面・外来中待・患者の呼び出し・書類の記載・給食内容等

スライド20

法律に違反するとどうなるの？

- 罰則は「六ヶ月以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する」
- しかし個人情報の漏洩事故が発生すると社会的制裁

民事上の賠償責任を負うことになる損失
イメージダウンとブランド力低下

スライド21

医療における個人情報の特殊性

(スライド19) 次に、医療における個人情報です。私たちはチーム医療を行います。チーム内では患者の個人情報は隠匿することなく徹底的に共有していく必要があります。これは当たり前のことです。医療の安全や質を保つためにも、あるいは効率化のためにも、チーム内では徹底的に共有します。しかし、一歩チームから外に出た場合、いったん制服を脱いだら、絶対に外に出てものを言うな、ということだと思います。これをまず第一原則として強調したいと思います。チームのなかでは徹底的に、プライバシーも何もない、というくらいに、「この人はアレルギーを持っていて、鯖を食べたら出る、薬にもアレルギーがある」など、いろいろありますがこれらを徹底的に共有しなければなりません。

さて、スライド20は皆さまご存じのことと思いますが、平成17年の4月から施行された個人情報保護法であって、個人のプライバシーを守ることが原則の法律です。

(スライド21) 罰則はこのとおりですけれども、それ以上に、漏洩事件があったときにイメージダウンとブランド力低下ということが病院管理者としてはいちばん困るわけです。

(スライド22) 本当に必要なものは何か、ということで、ここにいろいろな本を出しました。このホスピタルショーでも、書籍のブースにはありとあらゆる本がいっぱい売られていますね。ところが本当に必要なものはこの「個人情報保護法」という法律の文章と、ここにプリントしています厚生労働省のたった37ページの「ガイドライン」、これ以外にはバイブルが何もないのです。厚い本はいっぱい出ていますが、バイブルではありません。この37ページのバイブルさえ理解すれば、もう個人情報保護法はこれでいいのではないかと思います。

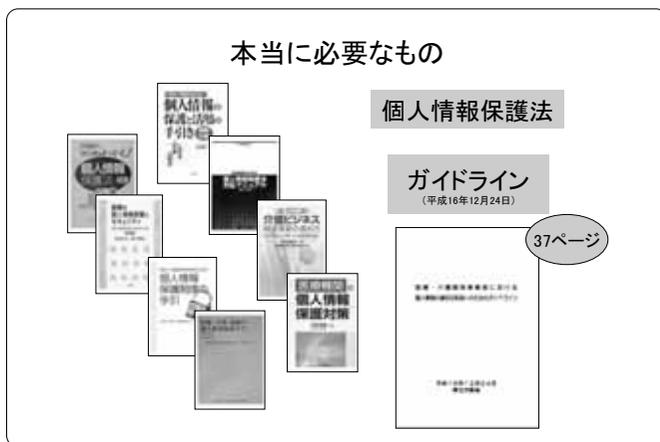
(スライド23) 今、各病院では、基本方針と利用規定とって、いろいろなものを掲示しています。私たちの場合は、恵寿総合病院という1病院

単位ではなくて、最初に示しました私たちの戦略上の「けいじゅヘルスケアシステム」として掲示してあります。つまりグループとして個人情報を扱う、という黙示の掲示をしています。すなわち差別化・ポジショニング戦略から私たちに必要なのは、1病院単位の個人情報保護法ではないということを強調して出しているということになります。

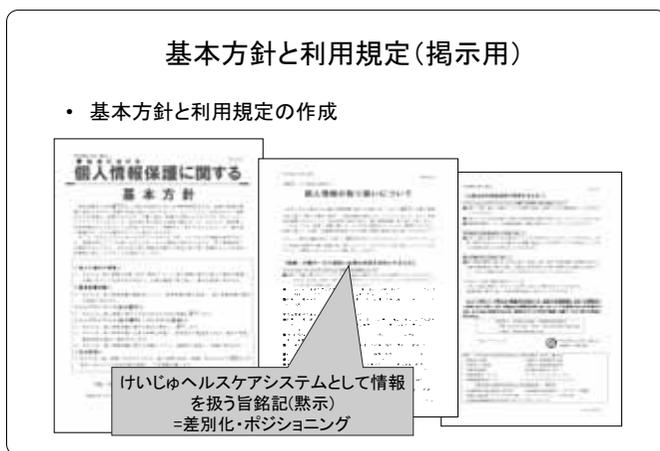
個人情報対策で本当に必要なこと

(スライド24) さて、本当に必要なことはなんだ、ということですが、いろいろな意見が個人情報保護法にはあります。3カ月たっても未だにいろいろ意見があります。原則は次の2点のみだと思います。「患者さまと利用者さまが嫌がることをしない」、つまりもし自分が患者だったらこれは嫌だと思われることはしないようにしましょうね、ということです。外来で名前を呼ばれることが嫌かどうかという話をまずすべきかと思えます。

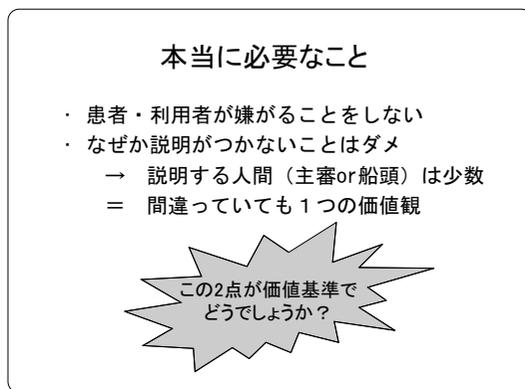
もう1つは「なぜなのか」の説明がつかないことはダメだということです。「理由を述べよ」と言われて「理由は言えない」、これはダメです。先ほどの37ページの「ガイドライン」を「私たちはこう解釈しました、だからこうです」とちゃんと理由が述べられさえすれば、私はあとは何でもござれかなと思えてなりません。ただし、説明する人間は少数であるべきです。船頭がたくさんいてもよくないし、主審がたくさんいる野球というのはありえないわけです。そして、間違ってもいいから1つの価値観で押すべきである。聞く人聞く人が皆、違うことを言っているのは、これほど組織としておかしな話はないわけです。そこで、私たちも個人情報管理者というものを1名立てました。何かあったら院長に聞いてもダメ、情報管理者に聞きなさい、と。院長が違うことを



スライド22



スライド23



スライド24

言ったら、かえって組織が混乱するばかりであると思えてならないわけです。

この2点、嫌がることはしない、説明のつかないことはしない。この2点さえ守ればあとは何でも

あとは

- 組織
- ハード
- ソフト
 - 掲示
 - 規則
 - 教育研修

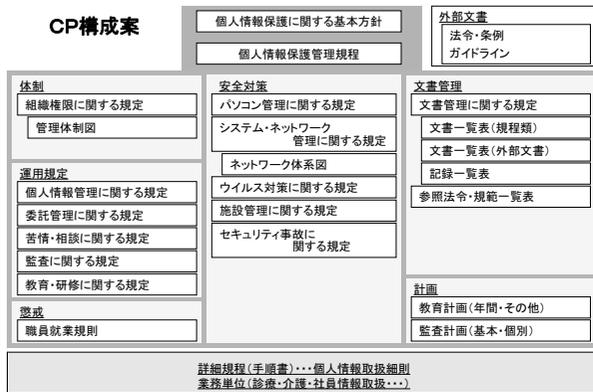
に加えて… 臨機応変

スライド25

もござれかなと私は思っております。これが価値基準だと思います。

(スライド25) あとは、組織をどうするか。機械的なこと、ハードをどうするか。ソフト、掲示や就業規則や教育研修をどうするかということに加えて、臨機応変さ。もうこれしかありません。この臨機応変さと、「できれば船頭は少なくする」というのが私の持論でございます。

コンプライアンスプログラム構成



スライド26

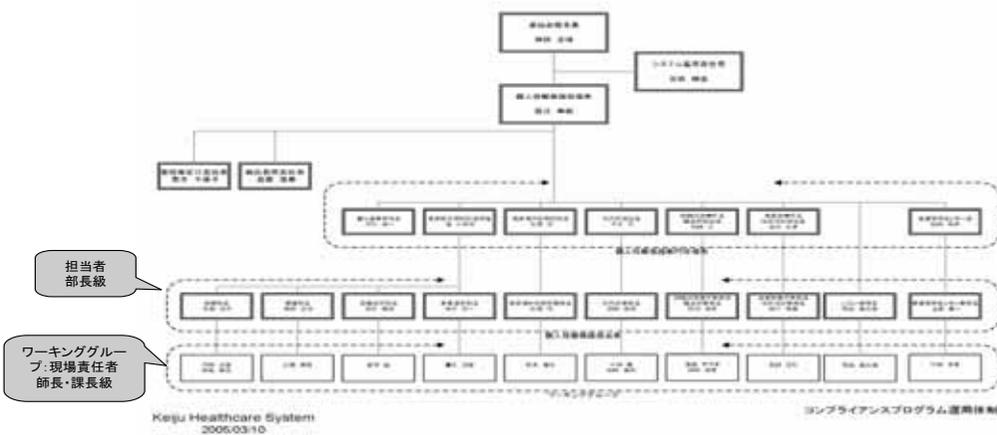
組織面での取り組み

それでは、組織・ハード・ソフトについて少しお話をして最後に結びつけたいと思います。

まず、組織です。スライド26はコンプライアンス・プログラム(CP)という、まあ法令遵守のためのプログラムです。で、その右側中ほどに当法人のコンプライアンスのための〇〇一覧表というのがありまして、これだけです。ここにすべてのコンプライアンスを載せています。こまかいところについては割愛します。

どんなかたちで運用するの？

- コンプライアンス・プログラムの運用体制確立
(方針・組織・計画・実施・監査・見直し)PDCA
- マネジメント組織



スライド27

こまかくて恐縮なのですが、スライド27は組織の運用についてです。いちばん上に理事長がいて、中ほどに院長、いわゆる施設長がいて、その次に部長級の担当者、そして実際には課長・師長級が現場責任者としてワーキンググループを管理しています。これが私たちの組織図です。これでPDCAというものを運用していくということです。

(スライド28) 董仙会としての第1回プロジェクトとして1月20日にワーキンググループのキックオフをしたわけです。理事長からここで宣言をしろというので、「個人情報保護宣言」というものをしたわけです。まあそれはどうでもいいのですが、最後に言ったのは、結局どんなにいいことをしても漏らしたら悪い病院だし、何もなくても漏らしさえしなければ良い病院なんだ、ということです。いかにきちんとするかという話をしました。

ハードウェア面での取り組み

(スライド29) ハードウェア的なことをお話しします。院内文書やデータ管理ということで、よくコンピュータ持ち出しの話がありますが、ネットワークのサーバーでソフト管理をしているコンピュータに関しては、持ち出しでもソフトはいっさい使えないはず。ただそのマイドキュメントに入っているファイルを盗まれると困りますので、実はマイコンピュータのなかに、各部署ごとにフォルダをつくって、皆さん、好きなだけこのフォルダに文書を入れなさい、ただこれはサーバーにあるわけですから、コンピュータをはずして外に持って行ってもいっさい見られませんよ、という仕組みをつくりました。

またネットワーク管理ということでは、先ほど「地域の診療所との連携」という話をいたしましたが、VPN (Virtual Private Network) というソ

董仙会における取り組み

個人情報保護法対策プロジェクト立ち上げ
1月20日 第1回個人情報保護対策プロジェクト キックオフ

董仙会における個人情報保護宣言(理事長)

董仙会は、個人情報保護を社会的責務として受け止め、個人情報保護するための組織・方針・監査・教育に対応する。

でもさ…結局は、漏洩したら悪い病院

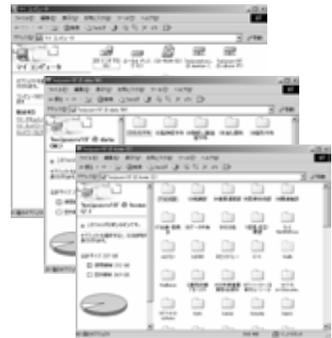
漏洩しなければ良い病院なんだよね…

- 個人情報保護対策ワーキング組織の設置
- 個人情報の洗い出し、調査開始
- 出入り業者(協力会社)との契約見直し開始
- 基本方針と利用規定(揭示用)の作成開始
- CPマネージメント組織設置

スライド28

ハードウェア

- 院内文書・データ管理
- ネットワーク管理
 - VPN
 - SSL
 - ID+PASSWORD
- アクセス管理



スライド29

フトウェアに、SSLという認証、そしてIDとパスワードを活用しています。「これで完璧ですか？」と聞かれることがありますが、完璧であるはずがありません。アメリカの国防総省システムでさえハッカーが入るのですから。けれども、今考えられるなかで最高のものであると自負しています。

アクセスを管理していることを明言

あと1つはアクセス管理です。実際にどなたがアクセスしたかということきちんと管理しましょうということです。

(スライド30) 実は、ある日のことですが、たまたま職員の理学療法士が病院に入院しました。それで、この人の電子カルテをだれが見たのか調

電子カルテの不正アクセス



スライド30

べてみると、ずいぶん関係のない人間がたくさん見えています。たしか消化器科に入院したはずなのに、どうして理学療法士が見るのか、これは同僚として見たのではないか。それから全然関係のない病棟の看護師も見ている、あいつはけっこういい男だから人気があるよね、という理由ではないか。そこでこの看護師がけっこう見ているぞ、といったことを、悪いけれども公示すること、それからアクセス管理をしていることをきちんと明言することが大事かと思います。

教育研修

研修の階層化

- ① 個人情報保護法令等全般
- ② 個人情報保護組織体制
- ③ 規定、関連規則
- ④ 個人情報の特定、利用、提供、個人の権利
- ⑤ 個人情報の適正管理、安全管理措置
- ⑥ 個人情報の委託管理
- ⑦ 個人情報に関する苦情・相談
- ⑧ 監査
- ⑨ 運用に向けた教育、研修
- ⑩ 周知確認に関する研修会
- ⑪ プライバシーマーク・ISMSの概要、規定及び運用、留意点

スライド31

教育研修、講演会など

(スライド31) 次に、ソフトとしての教育研修です。こういった階層化した教育研修になっています。

スライド32は2月から7月までのいろいろな教育研修計画です。実は、2月3月あたりは管理者中心の研修でした。いちいちこまかいことを全職員に言ってもきりがないということで、管理者から全員に通達するようにさせました。そして、それが4月5月になると、今度は全職員への周知ということで、実際に数限りない講演会を開きました。そして現在では、監査をどうしようかという、PDCAを運用していく時期に入ってきています。

そして、外部講師による講演会(スライド33)。私が講演しても駄目なのです。あくまでも外部講師です。ここが勘所です、やはりありがた味をもってお話していただくには、外部の方でなければいけないということです。(スライド34) あと内部ではワーキンググループ、あるいは最近、1部署30~60分で院内講師によって部署別にこまかにQ&Aの会をずっと行脚し

研修計画

月	職員および準職員	個人情報管理委員会を対象	法人運営会議(管理者)を対象
2	管理者中心の時期		・説明会・文書配布
3		・ビデオ講演会視聴	・説明会・文書配布 ・講演会(外部講師)
4	新入職員研修(講師:ワーキンググループ) 各施設別講演会(5回(外部講師)) 全職員への周知徹底の時期		
5		・コンプライアンスプログラム検討・作製	・周知のための研修会 2回
6	・病院にて講演会(外部講師) PDCA意識	・コンプライアンスプログラム検討・作製	・部署別監査制度説明会
7	・病院にて講演会(外部講師) ・部署別細則説明会(講師:ワーキンググループ)	・プライバシーマーク取得説明会	・プライバシーマーク取得説明会

スライド32

外部講師による講演会



スライド33

内部の会議や説明会



スライド34

ています。そしてここで監査体制をどうするかという仕組みをつくっているところ です。

個人情報保護への対応で問われるもの

(スライド35) さて、あまり怖いことばかりを話してもいけませんので、とにかく黙示の同意さえあれば、今までどおりの方法で何とかなると思いますが、逆に同意しない方に対して、対応しないとかえって大変なことになってしまう、というのが大きな問題点だと思います。

最初に言いました社会的責任についてですが (スライド1 参照)、やはり私たちは、法令・社会規範を遵守する必要があります。

(スライド36) 病院はだれのものかということですが、たまたま5月の連休に私たちの町の美術館に長谷川等伯の国宝が来たので、新聞広告を出すように言われ、大きな広告を出しました。いちいちこまかいことを書くのはやめて、地域とともにという広告にしました。けっこう評判は良かったのですが、これからこういっ たことが必要になってくると思いますし、それから地域に必要とされているかということを考えて

具体的には

- 黙示の同意
 - これがある限りあまり心配ない。今までどおりの医療をやってればOK。
- 逆に同意しない人に対する対応が重要
 - 情報共有
 - 職員一人一人が意味を理解しているか
 - うっかり対策

スライド35

病院はだれのものか



われわれは地域で必要とされているか？ Social Satisfaction ?

→ 公益性

スライド36

いくと、これから医療制度改革の論議で出てくる公益性とは何かということが話題になってくると 思います。まさに、この個人情報保護、という面でも社会から認めていただくためには、地域社会

最後に

- 個人情報保護への対応は、

確かに外圧ですが…

本当の意味での 患者本位の医療 を
見つめ直す機会

スライド37

から必要とされている病院か、ということが問われていることになります。

(スライド37) 最後になりますが、本当の意味で患者さま本位の医療を見つめなおす機会になるかというのが、この個人情報保護対策かな、と思えてなりません。

以上でございます。ご清聴ありがとうございます。

座長 神野先生ありがとうございました。それでは引き続き2人目のシンポジストからご発言をいただきたいと思います。上尾中央総合病院院長代理・副院長の徳永英吉先生です。ご略歴はレジュメにございますのでお目通しください。それでは徳永先生、よろしくお願ひします。

医師の立場から

徳永 英吉

私に与えられたテーマは、主に安全管理措置についてどのようなことを現場でやっているかを紹介することです。まず、私たちの病院ですが、埼玉県北部にあります753床の急性期病院で、職員数は医師が111名、研修医が8名、ほかすべてを含めると1,500名くらいの職員がいます。そこで私たちが取り組んでいることについてご紹介させていただきます。

個人情報保護法対策としてのいくつかの取り組み

最初に、今回の個人情報保護法で義務づけられた項目というものがスライド1・2です。実際にこれらの項目にどのように取り組んでいけばいいのかと考え、いろいろやってみました。プライバ

義務付けられた項目 1

- * 利用目的の特定等
- * 利用目的の通知等
- * 個人情報の適正な取得
- * 個人データ内容の正確性の確保
- * 安全管理措置
- * 従業者の監督及び委託先の監督
- * 個人データの第三者提供

スライド 1

義務付けられた項目 2

- * 保有個人データに関する事項の公表等
- * 本人からの求めによる保有個人データの開示
- * 保有個人データに関する事項の公表等
- * 本人からの求めによる保有個人データの開示
- * 訂正及び利用停止
- * 開示等の求めに応じる手続及び手数料
- * 理由の説明、苦情対応

スライド 2

シーポリシーをべたべた貼っておけばそれで済むのではないかと、という声もあって、とりあえずスライド3・4のようなものをつくって貼ってみたのですが、その前に、結局その個人情報はどこにあるのか(スライド5)、それを探してみないと実際には何もできないだろうということで、個人情報管理台帳というものをつくってみました。

実際に、ご存じでしょうがスライド6のような書類が病院のなかにたくさんあります。スライド7は私どもの病院でつくった個人情報管理台帳の一部ですが、A3の用紙で厚さが70~80cmにもなりました。このプロジェクトは2年半前から始まりまして、この秋にはプライバシーマークを取る予定です。落ちるかもしれませんが、取得する

プライバシーポリシー

上尾中央総合病院では以下の方針で患者様の個人情報を取り扱います。

1. 患者様の個人情報は、可能な限りその利用目的を特定し、収集目的を明示して収集します。
2. 患者様の個人情報は、収集した目的以外には利用・使用しません。
3. 患者様の個人情報は、基本的に患者様のものであり自由に見ることができ、その内容についてはご本人の求めに応じて適性に訂正・修正されます。
4. 患者様の個人情報は、ご本人の承諾なしには第三者に提供することはありません。
5. 患者様の個人情報は、医療を行うプロセスの中で規定のとおり収集し、不正な手段によって収集することはありません。
6. 患者様の個人情報は、正確かつ最新の内容に保つよう努めます。
7. 患者様の個人情報は、安全管理のための部署により管理・保護されます。そのために、当院では新しく院長直轄の部署として「情報管理部」を創設し適正に管理します。

スライド3

個人情報はどこにある？

* どのような個人情報が収集され保管されているか把握することが必要

↓

個人情報管理台帳の作成

27診療科・15病棟＋初診受付・医療相談室
在宅医療室・介護保険相談室・健診関係
医事課・総務課・経理課などなど

スライド5

外来受診の患者様へ
(個人情報保護に関するお願い)

当院では、患者様の安全とプライバシーを保護する目的で様々な取り組みを行っております。つきましては、以下の項目についてご了解を頂きたいと考えております。

1. 患者様以外で診察室に同伴される方(通訳・手話通訳の方などを含む)は、基本的に患者様の個人情報をお伝えすることを患者様ご自身が了承された方とみなして、医師や看護師は様々な説明をさせていただきます。もし、患者様がご自身の個人情報を伝えて欲しくない場合には、あらかじめ診察室への関係はご連絡ください。
2. 安全で円滑な診療を行う目的で、初診の患者様には診療に入る前にあらかじめ問診表の記載をお願いしております。記載していただく内容は慎重に吟味し必要最小限のものとなっております。ご協力をお願いいたします。記載を希望されない方は窓口で申し出ていただ

スライド4

病院における個人情報を含む書類

- 保険証
- 紹介状
- 診察申込書
- 診察券
- 診療録
- 検査伝票
- 処方箋
- レセプト
- 請求書
- 領収書
- 入院申込書
- 入院療養計画書
- アナムネ用紙
- 看護記録
- 手術記録
- 退院証明書
- 退院療養計画書
- 診断書
- 薬歴
- …

スライド6

個人情報管理台帳				(業務 / 社員情報)			
				業務の場合→ 【業務名:初診			
				台帳No.01			
管理番号	登録日	個人情報の総称 (フローで記載した場合)	所管部門 (取扱責任者)	個人情報が含まれる書類等名称	含まれる個人情報の内容 (属性項目)	媒体名	月間平均取り扱件数 (概算)
1	2004/7/7	初診申し込み書類	医事課	診療申込書	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 保険証番号 <input type="checkbox"/> その他:症状	<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 可動媒体(FD, MO, CD-R等) <input type="checkbox"/> サーバー内 <input type="checkbox"/> スタンドアロンマシン内 <input type="checkbox"/> その他:	3,000
					<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 紙		

スライド7

事務看護管理センター シンポジウム ― 診療情報の活用と個人情報の保護

つもりで頑張っています。

(スライド8) 当院の急性期病棟に存在する個人情報を含んだ文書がどれくらいあるか調べてみたところ、大体120枚前後ありました。病棟ごとに師長さんが交代するたびに風土がいろいろ形成されていくので、そうするとちょっとずつ変わってってしまうのです。実際、各病棟で少しずつ異なった書式になっています。そのような問題をどうしようかと以前から悩んでいたところ、今回このような個人情報保護法を外圧として、統一したフォーマットをつくれれば、現場の医療の標準化

個人情報管理台帳 1

* 例えば、ある急性期病棟に存在する個人情報を含んだ文書

↓
約120枚前後…各病棟で少しずつ異なった書式になっている

↓
統一したフォーマットにする必要がある
(院内における医療の標準化につながる)

スライド8

個人情報管理台帳 2

* 医療界における従来の常識

↓
患者に関する情報は可能な限り収集すること
という風土あるいは文化の存在

↓
利用目的のない個人情報は収集しない

スライド9

医療機関における個人情報に関する現状

- * 患者は自分の苦痛を取り除くために、個人情報を要求されるがままに容易に提供する傾向がある(患者は弱者である)
- * 患者の個人情報を収集するのは当然という医療関係者の根強い風土が存在する
- * 利用目的が明文化されていないために、必要もないのに無差別に個人情報が収集されている

スライド10

につながるのではないかと思います。

医療機関における個人情報に関する意識の現状

(スライド9) 医療界における従来の常識というのは、患者に関する情報は可能な限り収集しなさい、ということがずっといわれてきたわけで、こういった風土や文化ががっちり固まっていた状態なわけです。そこに、利用目的のない個人情報は収集しないようにと言ったところでなかなか改まるものではありません。実際に利用目的がなくても、そこにいろいろな情報を集めることで、患者の病気がより分かる場合だってあるじゃないかといういろいろ現場の人間から囁みつかれるわけですが、まあ何とかこのような考えで今はやっています。

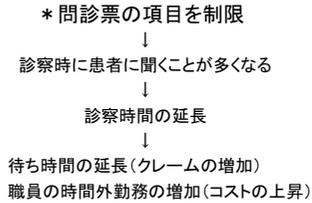
(スライド10) 以前から言われているように患者は弱者ですので、自分の苦痛を取り除くためには、要求されるがままに個人情報を口にしてしまう傾向があります。都会ではそのようなこともなくなってきているかもしれませんが、私どもの住んでいる埼玉県の上尾では、まだまだ素朴な人たちが多いので、いろいろなことを言ってしまう。それに加えて、患者の個人情報は収集して当然という私ども医療関係者の根強い風土がありますし、利用目的が明文化されていないためにとにかく無差別に個人情報が収集されていたということがあります。

業務フローの洗い出しから始めてみた

さて、私どもが現場で行っている医療行為というのは、個人情報の収集作業にほかならないともいえると思います。ではその個人情報の収集作業を制限していくとどうなるかという、医療行為を制限してしまうことにもつながりかねません。

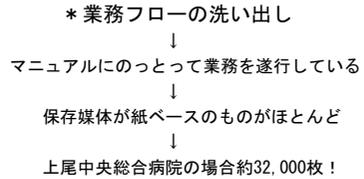
今まで同意なき患者情報の収集、その2次利用を続けてきた私たちの環境ですけれども、これは医師と患者の信頼関係のみで行われてきたわけです。しかし、ご存じのように昨今、医師と患者の信頼関係は非常に損なわれている状態です。今が底なかもっと落ちていくのかは分かりませんが、

情報収集を制限するとどうなるか？



スライド11

何のために収集しているかの検討



スライド13

「システムの改革」

- * 申込書・問診表・アナムネ用紙などの全面改定
- ↓
- 例えば、問診表・アナムネ用紙は2段階方式にして、全館・全科共通のものを作成し、各科(課)・各病棟などで特別に必要なものは別途作成する。

スライド12

「業務改革」

- * 業務フローの洗い出し
- ↓
- 上尾中央総合病院の場合6部門合計93セッション！
- それぞれのセッションごと業務フローチャートを作成し、リスクアセスメントを行う。
- 個人情報管理台帳との整合性！

スライド14

くわえてリスクマネジメントとプライバシー保護の両立は可能なのか(例：名前を大きく掲示せずして患者取り違えの予防ができるのか?)といった話も現場からいろいろと聞こえてきます。

(スライド11) それにくわえて情報収集を制限するとどうなるか。例えば問診票にたくさんの項目を設けて、できるだけ外来がスムーズにいくように現場でやっているのですが、項目を制限すると、診察時に医師が患者に聞く項目が多くなってしまいます。すると、診療時間が延長し、待ち時間も長くなり、クレームも増える、職員の時間外勤務も増えてコストも上がる、事務長も泣く、そのようなことが非常に危惧されているわけです。

私たちはシステムを改革していけば何とかなるのではないかということで、スライド12のようなことをいろいろとやってみました。

(スライド13) そのときに考えたのは、何のために収集しているかを検討しないと話にならないだろうということで、業務フローの洗い出しを行い、フローチャートの改善も一緒にやってお

「リスク・アセスメント」

- * 収集された個人情報を、漏洩した場合の組織に与える損害の程度によって分類
- * その程度によって、保管方法や保管場所を検討
- * さらに、漏洩した場合に自前では、保険をかけるかなどの対策を検討

スライド15

うとしました。業務フローといいますが、大体はマニュアルののっとなった業務が遂行されています。当院の場合は情報化・IT化が極めて遅れておりました。保存媒体も紙ベースのものがほとんどでした。数えてみたら約3万2,000枚もありました。

(スライド14・15) この業務フローの洗い出しをして、個人情報管理台帳との整合性を図り、いろいろとある業務フローを見直し、可能な限りすべてに対してリスクアセスメントしました。そして、漏洩した場合の組織に与える損害の程度によ

診療記録開示に関する規定

第1条 基本理念
 上尾中央総合病院（以下当院）は、個人情報保護法（法律第57号）ならびに医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いに関するガイドライン（平成18年12月24日、厚生労働省）に則り、診療記録の開示を行う。
 診療記録とは、診療情報を記録したもので、診療の過程において患者の身体状況・病状・治療等について、医療従事者が知り得た情報をいう。具体的には、診療録・処方せん・手術記録・看護記録・検査所見記録・エックス線写真・紹介状・退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約その他の診療の過程で患者の身体状況・病状・治療等について作成、記録又は保存された書類・画像等の記録をいう。
 診療記録の開示とは、患者等の求めに応じ、診療記録を閲覧に供すること又は診療記録の写しを交付することとし、
 ①口頭による説明
 ②説明文書の交付
 ③診療記録の開示
 などの方法を用いて、具体的な状況に即した適切な方法により行うこととする。

スライド21

診療記録開示申込書

年 月 日

院長 中村 康彦 殿

申請者 佐 所
 氏 名
 電話番号
 患者本人との続柄
※申請者が患者本人と異なる場合は、続柄を記入して下さい

下記のとおり申し立てます。

1 申し立てに係る 診療記録の内容	
2 提供の区分(○で囲む)	(1) 閲覧 (2) 口頭による説明 (3) 写しの交付
3 患者本人以外による申し立て の場合(申請人が記載のこと)	ふりがな 患者本人の氏名 患者本人の住所 及び電話番号
※ 本人申し立ての場合	(1) 運転免許証 (2) パスポート (3) 健康保険証
※ 事務用 処理欄	1) 申請人が未成年の場合→親権者(戸籍簿等および住民票)

スライド22

第 0000 号
2005 年 月 日

診療記録提供取返回答書

様

上尾中央総合病院
院長 中村 康彦

2005 年 月 日受け付けた診療記録提供に関する申し立てに対して、次のとおり
取り扱うことになりましたので通知します。

1 提供取返の種類	(1) 全部提供 (2) 一部提供 (3) 非提供
2 申し立てにかかる 診療記録の内容	
3 診療記録提供の 日時及び場所	日時 2005 年 月 日 時 分

スライド23

って分類しました。

スライド16は当院で作成した業務フローチャートの一部です。それぞれの部門をいろいろ見ていって、大体洗い出し作業などが終わった状態で、求められている安全管理措置を考えました。組織・人・物・技術あるいは情報といったテーマがここから出てくるかと思えます（スライド17）。

安全管理のための措置について

実際に具体的な安全管理措置として、以下の9つの項目がガイドラインに書かれています。1つずつを詳しく説明する時間はありませんので、大体のところをお話しさせていただきます。

（スライド18）まず第1に、「個人情報保護に関する規程の整備、公表」。スライド19は、2年半前にプロジェクトチームをつくったときに、実際に私たちが何をしなければいけないかについて100以上の項目にまとめ上げた表です。

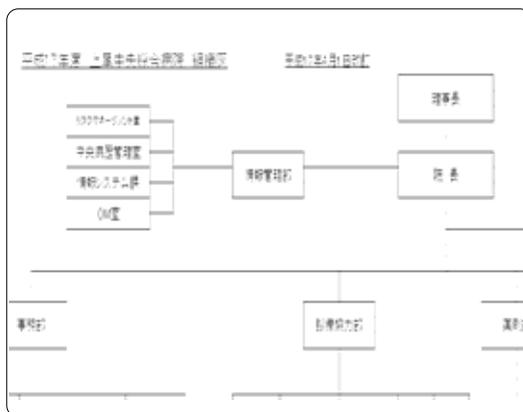
個人情報保護基本規程（スライド20）というものをつくって、書式はこう、回答はこうつくると示しました。診療記録の開示に関する規定（スライド21）もつくり直して、開示の申込書など（スライド22・23）もつくり直しました。以前の開示申込書では、開示の目的という項目がありましたが、4月以降はなくなりました。これについてはあとでご説明いたします。このようにして組織体制を整備してきました。

（スライド24）第2は「組織体制等の整備について」です。CPO（Chief Privacy Officer）の設置。名前など何でもいよいよいでしょうけれども、要するにだれが推進するか。機関車役をまずつくって、その人が先頭に立って頑張

② 個人情報保護推進のための組織体制等の整備

- * CPOの設置
- * 委員会の設置
- * プライバシーマークの取得

スライド24

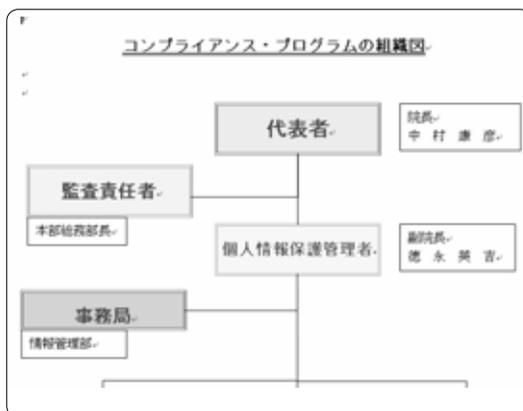


スライド26

プライバシー保護委員会

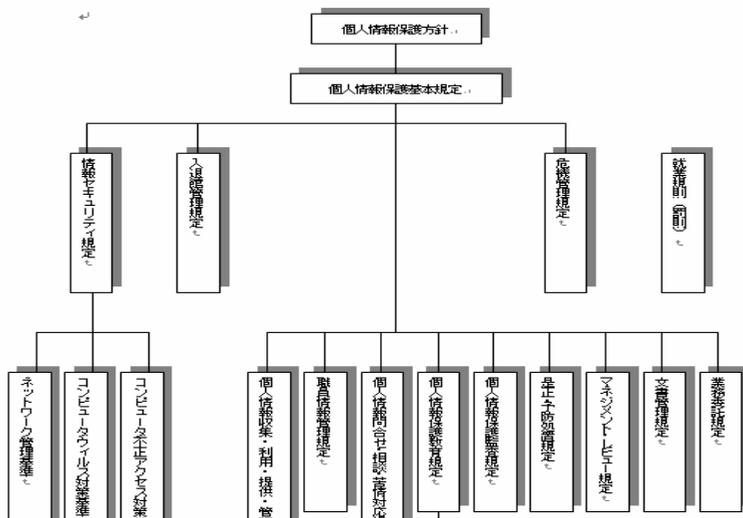
- | | | |
|---------|---|-----------------|
| ・ 執行部 | → | ・ 副院長 (COO・CPO) |
| ・ 診療部 | → | ・ 診療部長 |
| | | ・ 診療副部長 |
| ・ 看護部 | → | ・ 看護部長 |
| ・ 薬剤部 | → | ・ 薬剤部長 |
| ・ 診療協力部 | → | ・ 診療協力部長 |
| ・ 事務部 | → | ・ 事務長 |
| | | ・ 総務課長 |
| | | ・ 医事課長 |
| ・ 情報管理部 | → | ・ 情報システム課長 |

スライド25



スライド27

コンプライアンス・プログラム文書の体系図



スライド28

個人情報保護に関する責任と権限一覧表
平成17年3月1日

院長	<ul style="list-style-type: none"> 個人情報保護方針を定める 個人情報保護方針を全従業員に周知させる 個人情報保護方針が一般の人に入手できるようにする 監査責任者を任命する 個人情報保護管理者を任命する 個人情報部門責任者を任命する 苦情及び窓口責任者を任命する 教育責任者を任命する 個人情報保護に関する責任と権限を定の全従業員に周知させる 個人情報保護規程(総則)及び各CP規程を承認する CPの運用状況について個人情報保護管理者から報告を受ける CPの運用状況について見直しを行う
個人情報保護 管理者	<ul style="list-style-type: none"> CPの運用に關して統括する CPに關する内部規程を維持管理する 社長にCP運用状況について報告する アクセス権限の決定
監査責任者	<ul style="list-style-type: none"> 監査担当者任命する 年間監査計画を作成する

スライド29

③ 個人データの漏えい等の問題が発生した場合等における報告連絡体制の整備

* 責任者への報告ルートの確立



安全管理報告書の記載手順書の改訂

* 苦情処理窓口の設置

(外部からの報告に対する体制づくり)

スライド30

④ 雇用契約時における個人情報保護に関する規程の整備・雇用契約や就業規則において、就業期間中はもとより退職後も含めた守秘義務を課すなど従業者の個人情報保護に関する規程を整備し、徹底を図る。

* 情報セキュリティ同意書の作成と署名

* 就業規則の改定 (罰則規定を盛り込む)

スライド31

ってやっていくだろうということでもCPOをつくり、私がやることになりました。そこで委員会を設置して、プライバシーマークを取得しようということになったわけです。スライド25が委員会の概要です。

(スライド26) ここで根本的に病院の組織をつくり替えたのですが、情報はとにかく一括して管理しようということでも情報管理部というものをつくりました。リスクマネジメント室、中央病歴管理室、情報システム課、OM室(組織管理室)がつくられています。そして、スライド27に示した「コンプライアンス・プログラムの組織図」をつかって、「体系図」(スライド28)や、「責任と権限」についてははっきりと決めた「一覧表」(スライド29)をつくり、そのようにして組織をつくってまいりました。

(スライド30) 第3に、個人データの漏洩の問題が発生したときに連絡経路をどうするのか。個人情報に関してだけの報告ルートを別個に確立しようとしても、これは非常に手間がかかります。現在、安全管理報告書の記載(いわゆるヒヤリ・ハット報告)というものがあります。そのなかに1項目を加えて、安全管理報告書の記載手順書を改訂して、それでも全部の報告ルートにしておこうというものです。

苦情処理窓口は外来にありますので、そこで行います。まず規程をつくって、実際にどうするかというところはあとで考えようということです。

(スライド31) 第4に、「雇用契約時における守秘義務」についてですが、まず「情報セキュリティ同意書」の作成と署名。当院では、スライド32のような「情報セキュリティ同意書」を作成し、全職員に対して、署名を求め、徹底を図

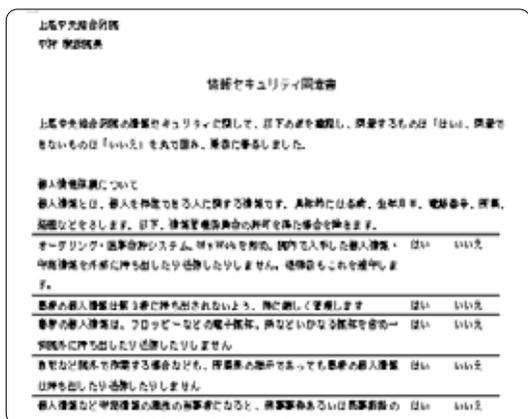
ることにしました。
これは啓蒙の意味も含めて、実際はこれに「はいいいえ」をつけて、そして「はいえ」と出してきた人には個別にヒアリングをして、どうしてこれを「はい」にしなければいけないのかということ個人に教育し、署名をしていただくということを、実際にやっております。

「就業規則の改定」。これは今まで個人情報の漏

洩に関する罰則規程がありませんでしたので、罰則を盛り込んだ就業規則に改定しました。

(スライド33) 第5に「教育研修」もいろいろとやってきましたけれども、実際には対策を実施しますと宣言をして(スライド34)、テストをつくって実施してみました(スライド35・36)。まあ皆、テストを嫌がるんですが。

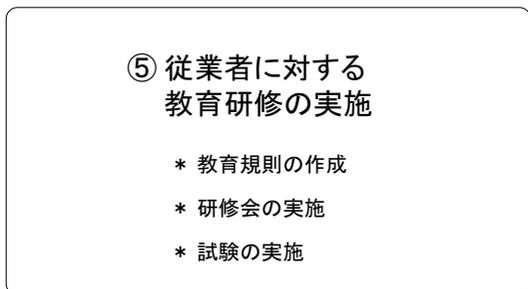
(スライド37) 第6は「物理的安全管理措置」。



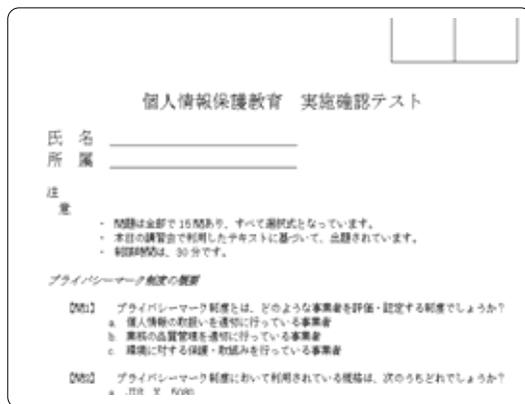
スライド32



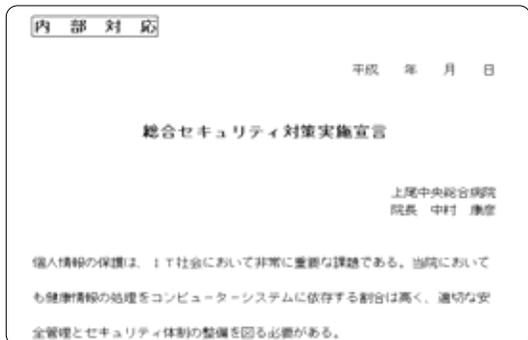
スライド35



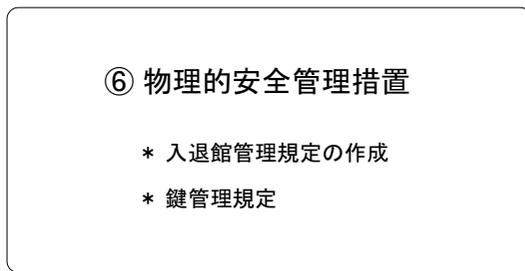
スライド33



スライド36



スライド34



スライド37

これについては、実際、カルテなどを鍵のかかるところに保管してられるわけでもないのに、セキュリティゾーンというものを設けて、そこに入りする人をきちんと管理するしかないだろうということで、「入退館管理規程」(スライド38)をつくりました。鍵も総務課へ行ってみたら、どこの鍵だか分からないものがたくさんありましたし、鍵は取り付けられているけれども、実際の鍵のありかが分からない、といったこともありました。



スライド38



スライド39

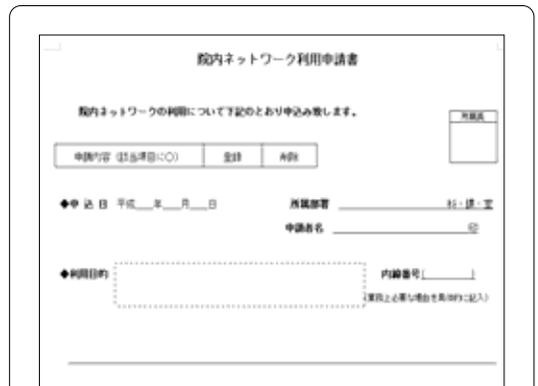
そこで「鍵管理台帳」や「鍵貸出管理簿」(スライド39)をつくったことで院内がかなりきれいに片づいたわけです。

(スライド40) 第7番目は、技術的な面からの「安全管理措置」です。当院では生体認証システムにおいて、指紋認証は、特に看護師さんたちは手をよく洗って指紋が溶けてしまって認証ができない場合が多いので、指紋以外のほかの方法に替えようという話が出ています。

⑦ 技術的安全管理措置

- * 情報システム課の設置
- * 生体認証システムの導入
- * アクセス管理規定の作成
- * ファイヤーウォールの設置

スライド40



スライド41



ネットワーク管理基準

1. 総則
- 1.1 目的
本基準は、ネットワークに関するセキュリティ対策のために必要な事項を定めることで、ネットワーク及びネットワークに接続されている機器の内蔵な利用・運用をはかるとともにセキュリティ関連の事故を防止することを目的とする。
- 1.2 適用範囲
本基準は、院内ネットワークに接続し、院内ネットワーク及びインターネットへの通信を行う全ての情報機器及び情報システムに適用する。また、院内ネットワークに接続し、院内ネットワーク及びインターネットを利用する全ての人を対象とする。
2. 遵守事項
- 2.1 院内ネットワークの利用
- (1) 利用資格
院内ネットワークを利用できる者は、当該職の各部署の部署責任者及び各委員会の責任者(以下部署責任者)の承認を得るものとする。
- (2) 利用申請
利用者は、院内ネットワーク利用申請書に必要事項を記入し、部署責任者の承認を得てから情報システム課に利用申請する。退職等で不要になった場合は、速やかに利用申請書の申請を情報システム課に返送する。
当該職の職員以外の者が利用する場合は、誓約書提出させる。
- (3) 利用者とパスワード管理
当該職及び院内ネットワークの管理者(課長)は、当該部署のパスワード管理責任者として、

スライド44

⑨ 不要となった個人データの廃棄、消去

- * 管理部署の明確化
- * 復元不可能な状態にして廃棄すること
- * 業務委託を行う場合の契約の見直し

コンピュータ不正アクセス対策基準

1. 総則
- 1.1 目的
本基準はコンピュータ不正アクセスによる被害の予防、発見及び被害の拡大及び再発防止について当該職が実行すべき対策を規定したものである。
- 1.2 用語の定義
本基準で取られる用語の定義は、以下のとおりである。
- (1) コンピュータ不正アクセス(以下、「不正アクセス」という。
システムを利用する者が、その者に与えられた権限によって許された行為以外のネットワークを介して行うこと。
- (2) ソフトウェア
システムプログラム、アプリケーションプログラム、ユーティリティプログラム等のプログラム及びそれに付随するデータ。
- (3) エビデンス
ネットワークに接続されるコンピュータであり、ルータ、交換機等の通信用コンピュータ及びその他専用コンピュータを含むもの。
- (4) ネットワーク
通信回線及び通信機器の集合体
- (5) システム
コンピュータ及びネットワークの集合体

スライド42

委託先の監督

- * 委託業者の評価と契約書の見直し
- * 業務が再委託された場合で、再委託先が不適切な取扱いを行ったことにより、問題が生じた場合は、医療・介護関係事業者や再委託した事業者が責めを負うこともあり得る。

スライド45

個人情報預託先 評価書(兼)申請書

依頼先氏名:		評価年月日:	年	月	日
委託業務に応じて、要求する区分にチェックを記入する。		現任担当部署:			
氏名:					
区分	項目	評価項目	評価	評価	評価
個人情報 保護管理	1 管理責任者	管理責任者が決められている			
	2 方針/ルール	方針またはルールが有る			
	3 契約書/契約書	契約書又は契約書が交わし、情報の機密保持が意図している			
	4 教育	個人情報保護の教育が実施されている			
	5 監査	定期的な監査が行われている			
入退(室) 管理	1 入退制御	建物、室への入退に検知による管理がなされている			
	2 入退検知	建物、室への入退に検知による管理がなされている			
	3 記録	入退の記録をとることを定めている			
データ管理	1 責任者	記録媒体の管理に責任者が定まっている			
	2 記録保管	記録媒体は保管場所、保管設備に適切に管理されている			
	3 継管理	継は特定者が管理している			

スライド46

⑧ 個人データの保存

- * 情報管理部の設置
↓
情報システム課の充実
中央病歴管理室の整備
組織管理・監査担当部署の設置

スライド43

内部監査体制の整備

- 内部監査員の養成
 - ① 内部監査員養成講座の開催
 - ② 認定試験の実施
- 内部監査の実施
- 内部監査結果の評価
- 改善の実施

スライド47

とにかく啓蒙・教育の意味を含めて利用申請書の類（スライド41）をたくさんつくって、それぞれ出してもらいました。リモートアクセスをどうするか、これについては実際にはまだ1件も認めておりません。実際には管理基準（スライド42）をつくっていてこれを読んでもらい、申請書を出していただきます。そのようなかたちで、個々にいろいろとやってきました。

（スライド43）第8の「個人データの保存」に関しては、情報管理部をつくって、情報システム課をつくらないといけません。DPCもいろいろと絡んできますので、SE（システムエンジニア）がないと話にならないという面もあります。ですので情報システム課を充実させ、そこに中央病歴管理室を半分合体させるようなかたちでやっております。

（スライド44）最後の9番目です。「不要となった個人データの廃棄、消去」。これについては、いろいろやってきましたけれども、いちばん問題になるのは業務委託先の監督です（スライド45）。

業者のリストを当院でもつくって、350社くらいありましたが、それぞれに対していろいろ評価をして、実際にこれこれのことをやっていますかということに答えていただいて（スライド46）、やっていますという回答を返してきた業者とだけ契約をしました。まあ、こういったことをやってくださいというような意味でやっていることですが、それでも。

内部監査体制の整備への取り組み

（スライド47）次に内部監査体制の整備をして、先ほどもありましたようにPDCAを運用していくというようなことです。

（スライド48）養成プログラムを組んで、当院では54人の内部監査員で、監査・チェック・アセスメントをして、またこれからアクションを起こしていくということになっています。

実際の患者への対応

（スライド49）実際の患者への対応としてはい

内部監査員養成コース
合同研修プログラム (ISO9001, JISQ16001)

1. 9:30~10:30 テキストによる研修
・ 内部品質監査とは
・ 内部品質監査の進め方
・ 監査チェックリスト作成

2. 10:40~12:00 テキストによる研修 (継続)
・ 不適合報告書の作成
・ 監査技法
・ 監査計画から報告書作成まで

12:00~13:00 昼休み

3. 13:00~15:00 内部監査実習 (ISO9001)
・ 監査チェックリスト
・ 監査不適合報告書

氏名	所属	担当	研修	備考
35	ME科	係長	田	
36	情報システム課	主任	土	
37	副院長		徳	
38	医事課	係長	志	
39	ドック	課長	長	
40	医事課	課長	中	
41	検査科	科長	篠	
42	病診連携室	係長	平	
43	薬剤部	科長	平	
44	ME科	科長	肥	
45	耳鼻科外来	看護係長	藤	
46	健康管理課	主任	杉	
47	施設課	参事	森	
			利	
			渡	
			今	
			小	
			干	

氏名	所属	担当	研修	備考
2005-1-1	地域連携課	医療相談室	75	軽微 「最初入室者・最終退室者管理表」に記入の履歴がない
2005-1-1	地域連携課	医療相談室	71	軽微 「入館証」が存在しない。医療相談室にはなかった
2005-1-1	地域連携課	医療相談室	19,104~108	重要 「年間教育計画書」が立案されていない 巡回の際、電源ケーブルが一部露出しており がムテープにて行われている
2005-1-1	地域連携課	医療相談室	69	軽微 各規定、手順書等が原本管理。コピー管理が行われていない。MyWeb上に掲載されている等に印刷済。コピーがあるようになっていない
2005-1-2	管理責任者	管理責任者	17	軽微 利用者の退館時に情報通知がなっていない
2005-1-3	診療協力部	栄養科	63	軽微 特定情報のバックアップをとっていない
2005-1-3	診療協力部	栄養科	67	軽微 入館証の管理を怠っていたため、入館証が紛失していた
2005-1-3	診療協力部	栄養科	71	軽微 「個人情報委託先(業)申請書」にてチェックしていない
2005-1-3	診療協力部	栄養科	81	軽微 教育実施計画書が作成されていない
2005-1-3	診療協力部	栄養科	104	軽微 訪問者受付記録簿の記入漏れがあった
2005-1-4	薬剤部	薬剤部	70	軽微 医薬文書管理台帳が作成されていない 情報に関する書類が即座に処理できないような段・方法が必要である
2005-1-4	薬剤部	薬剤部	40	軽微
2005-1-4	薬剤部	薬剤部	74	軽微 「最初入室者・最終退室者管理表」は作成済であったが、記入漏れの指摘があった

スライド48

いろいろなことが言われています。ここで改めてご紹介しなくてもよいかとも思いますが、1つだけ説明いたしますと、電話でのお問い合わせについ

てですが、さまざまな問題が発生する可能性がありますのでいっさいお答えしないことにしました。

ほかのことについては、スライド50のようなものを院内にベタベタと貼ったり、入院する患者さんに対しては、個人情報保護についての20数項目の説明をして、用紙(スライド51)に承諾するかしないのかといったことを書いてもらって運用しておりますが、なかなかうまくいきません。実際には、お見舞いに来た方に対して「自分の名前を出すな」というところにサインをしたのに、何でお見舞いのお人がおれのところに来るんだ、と言って先月ひどいクレームが来ました。

実際の患者への対応

- 外来での呼び出し方法
- 病室への指名表示
- ネームバンド
- 面会者
- 患者の状態の観察方法
- 電話での問い合わせ
- ……

スライド49

番号にて患者様の呼び出しを行うことについて。

当院では、患者様のプライバシーを保護する目的で患者様の名前ではなく番号での呼び出しをさせていただきます。ただし、番号での呼び出しで患者様が窓口に行らっしゃらない場合は、名前で呼び出しさせていただきますのでご了承ください。

番号は外来受付機の番号を使用いたします。

また、院内放送で患者様をお呼び出しする場合においてもその番号を使用いたしますが、患者様が当該受付に行らっしゃらない場合は、名前でお呼び出しさせていただきますことでもありますので、ご解ならびにご協力の程よろしくお願い申し上げます。

平成17年4月1日

上尾中央総合病院

スライド50

入院される患者さまへ

(安全な医療の提供と個人情報保護に関するお願い)

当院では、患者さまの安全とプライバシーを保護する目的で様々な取り組みを行っております。安全な医療の提供と個人情報保護のため、以下の項目についてご承諾をお願いいたします。

なお、収集した患者さまの個人情報は、院内に掲示しておりますプライバシーポリシーに基づき取扱いをさせていただきます。

上尾中央総合病院 院長 中村康彦
最高プライバシー保護責任者 徳永英吉
看護部長 磯部芳子

1. 目的：患者さま個人を識別するため

① 病室の入り口に氏名を表示すること 承諾する 承諾しない
(偽名表示を希望される方は偽名表示申込書に記載してください)

スライド51

(スライド52) 今回の個人情報保護法で、私たちが気をつけなければいけないことは、特に本人の同意を得る必要がある場合です。民間保険会社からの照会については実際にもう運用されています。問題は、職場からの照会と学校からの照会です。これは今までであれば何も考えずに回答していたことですが、本人の同意がないとやってはいけないとありますので、このへんは職員にも一所懸命に話はしています。

そういったなかでこの間ちょっと学校からの照会が問題になりました。未成年者に関しては、学校の先生や親が同意していても、実際は話していいのかどうかといった問題があります。それは妊娠のことです。妊娠については、未成年者であっても自分の意思をきちんと表現できるものですから、それは本人の同意が必要ですよといった話をしながら、一所懸命説明だけはしています。しかしもう1つ1つ対応していくしかないと思います。

(スライド53・54) そのほか「第三者」に該当しない場合もいろいろあるところも話はしています。

まとまりがない話でしたが、実際は苦労ばかりでなかなかうまくいかない

本人の同意を得る必要がある場合

- * 民間保険会社からの照会
- * 職場からの照会
- * 学校からの照会
- * マーケティング等を目的とする会社などからの照会

スライド52

ほかの事業者等への情報提供であるが、「第三者」に該当しない場合

- * 検査等の業務を委託する場合
- * 外部監査機関への情報提供（（財）日本医療機能評価機構が行う病院機能評価等）
- * 個人データを特定の者との間で共同して利用するとして、あらかじめ本人に通知等している場合

スライド53

同一事業者内における情報提供であり、第三者に該当しない場合

- * 病院内の他の診療科との連携など当該医療・介護関係事業者内部における情報の交換
- * 同一事業者が開設する複数の施設間における情報の交換
- * 当該事業者の職員を対象とした研修での利用（特定し、公表した利用目的との関係で、目的外利用として所要の措置を行う必要があり得る）
- * 当該事業者内で経営分析を行うための情報の交換

スライド54

というのが現状です。お聞きいただき、どうもありがとうございました。

座長 徳永先生、どうもありがとうございました。実際の取り組みをかなり率直にお話しただけたのかなという気がいたします。後ほどまた議論していただきます。

それでは3人目のシンポジストとして、日本看護協会理事の楠本万里子先生にお願いいたします。

看護師の立場から

楠本 万里子

皆さまこんにちは。日本看護協会の楠本でございます。本日はこのような機会をいただきましたことを大変感謝申し上げます。「診療情報の活用と個人情報の保護」ということで、今、お2人の先生が医療組織のなかでの具体的な取り組みや考えについてお話しなさいました。私は看護の立場から、この問題に取り組むにあたってどのようなスタンスで、どう取り組むのが良いと考えているかというあたりで、お話を進めたいと思います。

個人情報保護をめぐる看護現場からの質問例

まず、この取り組みが始まりまして、特に厚生労働省から「ガイドライン」が出ましたあと、私どもにたくさんの質問が寄せられました（スライド1）。「警察や弁護士からの情報提供依頼にどう対応するか」、「がんなどの病名告知をまず家族にする医師が多いが、今後の対応はどうしたらいいか」、「夜勤の際、2、3人しかいないなかで詰め所がほとんど空状態になるが、カルテをどう管理したらいいのか」などです。いちばん多かったのが「患者さんに関する情報提供にファックスを使用するのはどうなのでしょう」というご質問で、本当に毎日のように寄せられていました。ちなみにこれにつきましては、厚生労働省のQ&Aではファックスの可否についての言及はしていないという答えになっています。病院関係団体のものは「ファックスはあまりよろしくないので封書にしたほうがよいでしょう」という回答のものもあれば、「1回空ファックスを送ってみて、確かな相手だと分かれば電話をかけて、そのうえで送ればよいのではないか」というものもありました。私どもも、カバーレターをつけて、「個人情報ですので気をつけてお取り扱いください」ということを明示して、それから「送ります」という電話をかけて、相手先のファックスがだれもが自由に入

れるようなところがないことを確認し、それで使うことはやむを得ないだろうという返事をいたしました。

あとは「面会簿の取り扱い方法」や、「大部屋での情報収集はどうしたらいいか」、何を話しても漏れてしまうような状況での情報収集はどうすればよいのかということです。個別には「歩ける患者さんには配膳車で一挙に配膳を行っていて、それに全部名札が付いているがそれはどうしたらいいか」、「検体容器や点滴ボトルに名前を書くことについてはどうか」など、現場でぶち当たるさまざまなことがすべて寄せられるという状況も一時ございました。それから「ドクターが手術中に“胃や腸には名前が書いていない”ということで個人が特定できないために写真をお撮りになるが、それはいかがなものか」とか、「学生の実習の記録の扱い」、「学生にどの程度電子カルテにアクセスさせたらいいのか」、「看護記録」をこれから個人情報保護法を踏まえてどう見直していけばいい

のか、それから保護対策の具体的な進め方で「病院は一向に動いていないのだが看護のほうで何かしておくことがあるのか」というお問い合わせなど、さまざまなものがありました。やっと個人情報について学習し、内容が分かってからの取り組みになってきたという感じです。

これらを見ていきますと、守秘義務とプライバシー保護の問題が混同されていることが見受けられます。また法律の理念や趣旨の理解が不十分というか、「ガイドライン」はあまり読まれていないとも感じました。それから、現場では絶えず情報に関する価値判断と高度な倫理性が求められていて、その拠って立つところは倫理ではないかということ強く感じました。

患者本位の医療の基本

私どもがこの問題に取り組んでいくということは、患者さんの権利を今までにも増してしっかりと守っていくことなのだとということで、改めて

看護の現場からの質問の例

警察や弁護士からの情報提供依頼へ対応
 がんなどの病名告知をまず家族にする医師が多いが、今後の対応は？
 夜勤の際のカルテの安全管理のあり方
 患者に関する情報提供にFAXを使用することの可否
 面会簿の取り扱い方法
 大部屋での情報収集
 リスク管理と個人情報保護の兼ね合いについて
 配膳車の名札、検体容器や点滴ボトルへの氏名の記入、入院の問い合わせ、
 面会許可などの電話対応、呼び出し、ベッドネームの取り扱い
 手術時の写真撮影、写真のカルテへの貼付の可否
 学生実習の際の同意のとりかた
 実習記録取り扱いの責任について
 法律を踏まえた看護記録のあり方
 患者と情報共有できる記録の改善について
 情報漏れを防止する対策と、問題となった時の対処
 個人情報保護対策推進のための体制づくりについて
 スタッフ教育の進め方
 電子カルテなど今後の情報システム構築と情報倫理について
 遺産相続でもめている家族からの看護記録開示への対応
 患者の個人情報保護法に対する思いを知りたい
 個人情報保護法が患者にもたらすメリット・デメリット
 黙示の同意が許される範囲
 第三者提供と見なされない同一事業者の範囲
 保助看法上の守秘義務と他の法令の届出義務ではどちらが優先されるのか など

- * 守秘義務とプライバシー保護の問題との混同
- * 法律の理念、趣旨の理解不十分
- * 現場では絶えず情報に関する価値判断が問われ、高度な倫理性が要請されている。

スライド 1

「患者の権利宣言」

1. 病を自ら克服しようとする主体として個人の尊厳を尊重される権利
2. 平等な（社会的地位、年齢、疾病の種類等にかかわらず）医療を受ける権利
3. 最善（安全）な医療を受ける権利
4. 自らの状況を理解するための知る権利
5. 自己の受ける医療行為を選択し、自己決定する権利
6. プライバシーコントロールする権利

スライド 2

「患者の権利宣言」（スライド 2）を理解する必要があると考えております。

この 4 番目「自らの状況を理解するための知る権利」、5 番目「自己の受ける医療行為を選択し、自己決定する権利」、6 番目「プライバシーをコントロールする権利」をしっかりと守っていくことが今回の個人情報保護法に伴う対策なのだと思います。

（スライド 3）今、患者本位の医療ということが叫ばれていて、その基本となるものの第 1 は、やはり「個人情報の保護」ということです。まず「病院に来る」「医者にかかる」ということ自体知られたくないという人が 8 割近くである、という調査結果も出ています。このこと自体が個人情報なのだという意識を我々医療従事者は持つ必要があると思います。そして、その情報をだれが知ることができるのかという吟味をしっかりとしていかなければならないと思います。

それから患者本位の医療の基本となるものの第 2 は「徹底した情報提供」ということで、インフォームドコンセント（このことは従来から求められてきているところですが、まだまだ日本では定着していない状況があります）と診療・看護記録を開示していくこと、さらにはその徹底した情報提供のもとに、患者の「意思決定と選択」を支援していくことです。これが患者本位の医療の基本となるものの第 3 です。このことに関して看護師は大きな役割を担っていくと考えております。つ

患者本位の医療の基本

- 個人情報の保護
“病院に来る” “医者にかかる” こと自体が個人情報という認識
だれが情報を知ることができるかの吟味
- 徹底した情報提供
インフォームドコンセント
診療・看護記録の開示
- 意思決定と選択
看護過程の進め方
- 意思決定を支える保証
多様な価値観に対応する仕組み

スライド 3

看護における個人情報

<主な収集目的>

医師の診断・治療方針決定のための補助資料、クリティカルパス作成と運用、看護計画立案、実施、評価、保健指導・健康教育の計画と実施、継続看護のための他の機関への情報提供

<主な使途>

- ・患者に対する個別的な看護実践
- ・ケアカンファレンス
- ・教育（基礎・継続）
- ・調査・研究（ケアの評価、ケア開発・質向上の資料）
- ・業務管理 ・評価
- ・医療事故や医療訴訟の法的資料

スライド 4

まり、患者の折々の意思決定に向けて、看護過程や看護計画の段階から患者さんと一緒に立案し、選んでいただき、評価をし、その時々意思決定を確認していくといった看護を実践し、それを記録に残していく、そういう役割を担っていくと考えております。

そしてその「意思決定を支える保証」として、多様な価値観にきちんと対応していく仕組みを整えていくことが大事と考えます。

看護における個人情報の管理と診療情報の提供

看護職は、外来での問診から医師の診断・治療方針決定のための補助資料作成など、スライド 4 に示しましたようにさまざまな目的で個人情報を収集しております。主な使途をスライド 4 の下に示してありますが、看護職は医療界のなかで圧倒的なマンパワーを誇っており、また患者さんに関

する個人情報も圧倒的に多く持つ職種です。この職種がどのように情報管理をしていくか、適切な行動を取っていくかが医療の質、情報管理の質に大きな影響を及ぼします。そのようなわけで、私たち看護職は個人情報保護に真剣に取り組んでいく必要があるのだと改めて思っています。

さらに、個人情報保護の目的は、患者さんの自己情報コントロール権の擁護ということですので、基本になるのは、私どもとして（患者の）診療情報をどのように扱いどのように提供していくかということになると考えます。

そこで、私どもは2005年の1月に「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」を出しました。先ほど、バイブルが2種類とおっしゃって

ましたが、看護に関してはもう1種類、このバイブルがありますのでよろしくお願ひしたいと思ひます。

この「指針」のなかで、私どもは、「診療情報提供における看護者の役割」（スライド5）として、「患者の権利の尊重」、「患者の自己決定の支援」、「患者と医療従事者のコミュニケーションの充実を図る」こと、それから看護者が「診療情報の提供における看護者の主体的な役割の發揮」（個人情報の保護や診療情報の提供は施設のルールにとってということが大原則ですが、日々の患者さんとの信頼関係をつくり、治療・看護の効果を上げていくうえで看護はある種主体的な役割を果たしていく）、「診療記録開示の目的に適用看護記録」（医療従事者との情報共有という観点から看護記録の質をさらに上げていく）ということを強調しています。

また「個人情報の取り扱いに関する看護者の責務」（スライド6）として、1つは法的責務としての守秘義務、もう1つは倫理的責務をあげています。法的責務としての守秘義務は保健師助産師看護師法をはじめ刑法、そのほか多くの法律で規定されています。そして法律で規定しきれないことについては倫理的責務という観点で対応しています。そのための行動指針として私どもは「看護業務基準」と「看護者の倫理綱領」の2種類を持っております。

「看護業務基準」（スライド7）には「看護実践一連過程の記録は、看護職者の思考と行為を示す

診療情報提供における看護者の役割

- 患者の権利の尊重
- 患者の自己決定の支援
- 患者と医療従事者のコミュニケーションの充実を図る
- 診療情報の提供における看護者の主体的役割の發揮
- 診療記録開示の目的に適用看護記録

スライド5

個人情報の取り扱いに関する看護者の責務

1. 法的責務〔守秘義務〕

- ・ 刑法（第134条）
- ・ 保健師助産師看護師法（第42条の2、第44条の3）
- ・ 母体保護法（第27条、第33条）
- ・ 結核予防法（第62条）
- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（第50条、第51条、第53条）
- ・ 臓器の移植に関する法律（第13条、第23条）
- ・ 個人情報保護法

etc.

2. 倫理的責務

「看護業務基準」1995年

「看護者の倫理綱領」2003年

スライド6

日本看護協会「看護業務基準」看護実践の方法

「看護実践の一連の過程は記録される」

看護実践一連過程の記録は、看護職者の思考と行為を示すものである。吟味された記録は、ほかのケア提供者との情報の共有や、ケアの連続性、一貫性に寄与するだけでなく、ケアの評価やケアの向上開発の貴重な資料となる。必要な看護情報をいかに効率よく、利用しやすいかたちで記録するかが重要である。

スライド7

ものである。吟味された記録は、ほかのケア提供者との情報の共有や、ケアの連続性、一貫性に寄与するだけでなく、ケアの評価やケアの向上開発の貴重な資料となる。必要な看護情報をいかに効率よく、利用しやすいかたちで記録するかが重要である」とあります。行った一連の実践過程を必ず記録として残していくことが専門職の業務基準の1つであるとしており、これをクリアすることが責務であるということです。

また「看護者の倫理綱領」(スライド8)においては、患者主体の医療・看護の提供における看護者の行動指針として、「信頼関係を築くこと」、「知る権利、自己決定の権利を守ること」、「個人情報保護し、守秘義務を守ること」、「看護に責任を持つこと」、「自己研鑽に努めること」などを強調しています。

診療情報提供における看護者の主体的役割とは

さて、先ほど診療情報の提供における看護者の主体的役割の発揮ということを申しましたが、その内容です。

まずスライド9。「看護者は診療・治療・検査・薬剤・予後等に関する十分な情報が患者に提供されるように努める」。そのために、「専門用語の説明」——多用される専門用語を分かりやすく説明していく。

「患者の理解度に応じた説明」——発達課題や患者さんの状況に応じた説明をしていく。認知症の方々でも分かる時期に分かりやすい説明を繰り返す行っていくことが、看護ならではの機能の発揮すべきところだと思います。

「患者が意思表示しやすい環境づくり」——面接のときにドクターにいろいろ聞こうと準備していても、緊張してなかなか言えなかったという患者さんがたくさんいます。そういうことを早く察知して、環境をつくり、ちゃんと思いが伝えられる、あるいは思いを表現することができないときには言語化を代わりにするという役割を果たしていく必要があると思います。

「状況により医師等への再説明の依頼」——1回

看護者の倫理綱領 2003

- 生命や人権を尊重すること
- 平等に看護を提供すること
- 信頼関係を築くこと
- 知る権利、自己決定の権利を守ること
- 個人情報保護し、守秘義務を守ること
- 看護に責任を持つこと
- 安全を確保すること
- 自己研鑽に努めること
- 他の専門職と協働すること
- 看護の質を高く保つこと
- 知識・技術の創造・開発に努めること
- 自らの心身の健康を保つこと
- 品行を高く維持すること
- 環境保護に取り組むこと
- 社会づくりに貢献すること

スライド8

診療情報の提供における看護者の主体的役割の発揮とは？

*看護者は診療・治療・検査・薬剤・予後等に関する十分な情報が患者に提供されるよう努める。

- 専門用語の説明
- 患者の理解度に応じた説明
- 患者が意思表示しやすい環境づくり
- 状況により医師等への再説明の依頼
- セカンドオピニオンという選択肢の提示
- 情報入手方法に関する情報提供

スライド9

で納得する患者さんはなかなか少ないので、そのあたりも積極的な情報提供においては必要なことだと思います。私にはここが、今の看護現場では抜けているように思えてなりません。

「セカンドオピニオンという選択肢の提示」——さらに積極的な活動としてこのようなことをしていく必要があると思います。状況によって再説明の依頼をするわけですが、それでも納得がいかない、あるいは医師との関係が壊れてしまっているような状況のときこそ積極的な介入をしていく必要があると思います。

「情報入手方法に関する情報提供」——さらには情報入手が簡単にいくようなシステムづくりについて、施設に向けて積極的な発言をしていくということも看護者の主体的な役割の発揮ということになるかと思えます。

さらにスライド10の「看護者は、看護計画立案、実施、評価という一連の過程のなかで患者と情報交換を行い、可能な限り患者の受ける看護について選択肢を提示する」こと。

私どもの業務は、「診療の補助」と「療養上の世話」ですが、診療の補助においては医師の指示のもとに行うことですので、診療上行われることの内容と予測される結果（例えば検査・治療の効果・副作用など）についての補足的な説明などを積極的に行っていきます。

また、療養上の世話ですが、新たな看護のあり方検討会などでは、これまで法律に要求されたわけではないのに、看護は長きにわたって医師の指示を受け続けてきたが、これからは医師の意見を聞くかどうかから看護が判断しなさい、といったことが書かれています。こういった観点からも、その内容、方法、根拠、危険因子（例えば転倒・転落・誤嚥・廃用性機能低下・褥創など）とその予防・対応についての説明などを積極的に行っていくということです。この説明によって生じた結果責任は、当然看護が負うことになるかと思えます。

診療情報の活用と個人情報保護——看護における課題

最後に、診療情報の活用と個人情報の保護についての看護における課題ということですが、実際たくさん課題があります（スライド11）。先ほどのお2人の先生のご説明のなかにも、臨機応変に取り組んでいくしかないのだというお話がございましたが、私もそうだと思っております。とりあえず課題を羅列いたします。①人権の尊重意識を高める倫理教育の充実——自分が患者体験をしたときに、医療施設のなかにもどのようなプライバシーを侵すような状況があるか、それにまず患者の目線で気づいていくことが必要だと思います。個人情報保護法の施行前に、患者さん団体などから指導を受けた大きな点はこの部分、日常的なプライバシーの保護というものにもう少し配慮がほしいという声でありました。②患者が診療情報にアクセスしやすい環境の整備。③看護記録類の作成・管理についての標準的指針及び監査体制の確立、系統的教育の充実——看護記録類が患者さんとの重要な意見交換のツールになり、あるときは開示対象になったりと、重要な書類としてこれからさらに読みやすく、分かりやすいものにしていく必要があります。そういう意味で標準的な指針と監査体制を確立し、系統的な教育を充実していくことが望まれます。④患者参画による看護計画・実施と記録体制の整備——これは早くからいわれていながら、あまり多くの施設で取り入れら

診療情報の提供における看護者の主体的役割の発揮とは？

*看護者は、看護計画立案、実施、評価という一連の過程のなかで、患者と情報交換を行い、可能な限り患者の受ける看護について選択肢を提示する。

- 診療の補助……内容及び予測される結果（検査、治療の効果、副作用など）についての補足的な説明など
- 療養上の世話……内容、方法、根拠、危険因子（転倒、転落、誤嚥、廃用性機能低下、褥創など）とその予防・対応についての説明など

スライド10

診療情報の活用と個人情報の保護——看護における課題——

1. 人権の尊重意識を高める倫理教育の充実
2. 患者が診療情報にアクセスしやすい環境の整備
3. 看護記録類の作成・管理についての標準的指針及び監査体制の確立、系統的教育の充実
4. 患者参画による看護計画・実施と記録体制の整備
5. 看護記録の記載及び開示に責任をもって対処するための看護記録に関する法的整備
6. 看護用語の標準化
7. 患者を中心として患者、医療従事者による共同記録、医療職種が合同で記載する記録
8. 電子カルテの導入促進、安全管理措置の周知

スライド11

れていないということで、積極的に取り組んでいく必要があると思います。⑤看護記録の記載及び開示に責任をもって対処するための看護記録に関する法的整備——今、看護記録は記載義務がありません。保助看法に助産師の助産録の記載義務があるだけです。その一方で看護職は本当に時間をかけて記録していますし、またチーム医療のなかでも非常に有用なものになっていますので、そろそろ法的な整備が必要ではないかと思っております。⑥看護用語の標準化——病院ごと、セクションごとに使っている用語に差がありまして、例えば口腔ケアひとつをみましても、どんな状況の患者さんにどんなものを使ってという下位概念を入れていくと、数百はあるといわれております。それをどう一元化していくかということは大変な作業です。ある団体で取り組まれていて、随分進んできておりますが、これをこれからこの用語にしてくださいという号令をどこが出してどのように標準化していくのか、大変な道のりがあります。ただこの作業は、IT化に向けて外せない大事業だと思っています。⑦患者を中心として患者・医療従事者による共同記録、医療職種が共同で記載する記録——先ほどの神野先生のところでは、一部お取り組み中ということでしたが、共同記録をしていくことも考えていく必要があると思います。⑧電子カルテの導入促進、安全管理措置の周知——安全管理の措置を周知し守っていくことがこれからの看護の個人情報保護に対する課題であると思っております。

以上でございます。どうもありがとうございました。

座長 楠本先生、どうもありがとうございました。それでは4人目のシンポジストからご発言いただきます。昭和大学病院の診療情報管理室から、須貝和則先生です。よろしくお願いします。

診療情報管理士の立場から

須貝 和則

私は昭和大学で診療情報管理士をしております須貝と申します。当院はご存じの方も多いと思いますが、品川区にあります。

診療情報管理士については、ここ最近医療界で非常に注目を浴びているという現状がありますが、そのなかでDPCというのが非常に大きな原因となっています。当院もちょうどDPCの平成17年度の調査期間が始まりまして、四苦八苦しているところです。DPCは、情報の利用・活用については診療の共通のスケールができたということで加速的に注目されてきているかと思えます。

その一方で、情報を有効利用した安全管理や、情報を使って病院をどのようにマネジメントするかといった手法、患者さんへの情報提供とまだまだ課題は大きく存在します。今日のテーマは、診療情報の活用ですから、我々の日常業務のなかで出てくる個人情報保護の実例から、本来情報管理のあるべきところの考え方などを踏まえ、お話ししたいと思います。

情報の目指すところ、デジタル化と個人情報問題

スライド1にありますように、情報というのは、収集・蓄積・検索・利用といった過程を経て、ある一定の成果が出てくると思います。この過程に沿って個人情報保護法を重ね合わせるかたちでお

診療情報は、

個人情報保護法

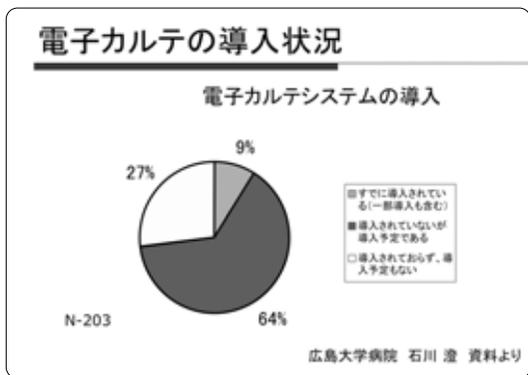
- 収集 → データ内容の正確性の確保
- 蓄積 → 安全管理措置
- 検索 → 第三者提供の制限
- 利用 → 開示・訂正

信頼性と透明性

スライド1

話したいと思います。最終的に、この情報管理で何を実現するかといえば、信頼性と透明性を確保するというのが我々の職種の目的であると思います。

スライド2は最近の電子カルテの導入状況です。広島大学の石川先生のスライドをお借りしています。導入予定の部分まで入れますと、もう7割以上が電子カルテの方向へ行っているという状況です。この情報のデジタル化でいちばん危惧されるのは、個人情報に関わる問題が発生するのではないかということです。紙の診療録の問題というのは保管スペースの問題や不十分な記載などまだまだありますが、電子カルテならではの情報セキュリティの問題点が出てくるだろうということは皆さまよくご存じのことかと思えます。



スライド2

診療情報のあるべき姿と情報管理者の役割

（スライド3）診療情報のあるべき姿ということで3つほど挙げさせていただきました。とても大事だと思われるのが、「記録（情報）がチーム医療（多職種）のなかで共有されていること」です。しかし実際に、記載の形式はどうか、あるいは本当にそれが共有されるようなデータとして記録されているかという、非常に問題です。そして、確実に「記録の精度が検証されていること」です。我々は、診療録を最終的に点検する役割を持っていますが、きちんと検証まで行えているかが問題だと思えます。さらに、「患者の視点で記録され、医療安全や病院機能、病院の経営に資する情報と

診療情報のあるべき姿

- チーム医療（多職種）の中で共有されていること
- 記録の精度が検証されていること
- 患者の視点で記録され、さらに医療安全、病院機能、病院運営に資する情報となり得ること

客観的な視点・・・情報管理者が必要！

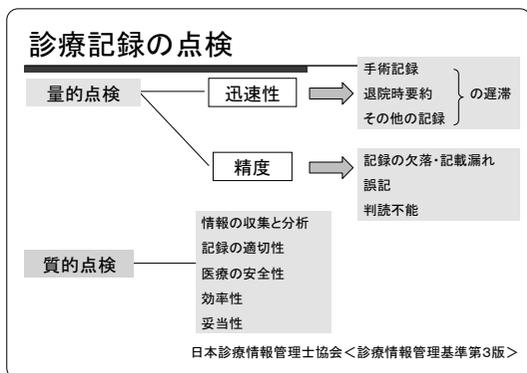
スライド3

なり得ること」です。今回はこの患者の視点というところが情報提供開示に結びつく視点であります。

診療情報は常に客観的な視点を求められています。具体的な情報活用の実現には、まだまだ難しい部分がありますが、情報管理者なくしては進めない状況にあります。そこに我々の職種の役割があります。

診療記録の点検

（スライド4）従来からやっております点検業務のなかで、実際はスライドにも示した「量的点検」に追われているのが実情です。迅速に行われなければならないとか、精度がどうだとかいったことがあるのですが、例えば迅速という視点で見ると、手術記録が24時間以内に書かれているか、退院時要約が1週間以内で8割を超えているかというようなところでは、病院機能評価でいわ



スライド4

れているとおりです。

そこで、どのように期日を守って書かせるかという我々の方策なのですが、昭和大学では、この退院時要約が1～2カ月まで遅れますと診療録の利用制限を行います。具体的には、診療科全体の研究貸し出しを、完全に作成されるまで禁止する、という対策を取っております。

次に精度については、例えば医師記録のサインが漏れている、記載間違えがある、別の患者さんの記録が入っているといったことを点検しています。こういったものは見つけしだい差し戻しています。

最近注目されるのは、この量的点検の次に質的 point 点検に入ることです。医療の安全性を診療録から分析し、評価していくといった取り組みです。

サマリーの必要性と活用

ここでサマリーという存在についてお話いたします。現場では、医師との間でサマリーは絶対に必要なのか、書かなければならないものなのかというやり取りがたびたびあります。

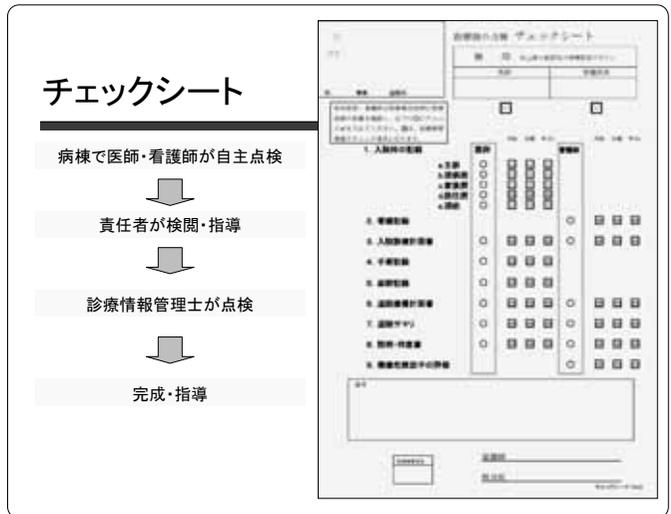
(スライド5) 私どもが考えるサマリーの必然性というのは、もちろん特定機能病院の施設基準のなかでは書かなければいけないという条件がありますが、一般病院では診療録管理体制加算要件に記載義務があります。臨床的には、実際に行わ

Summaryの必然性

- ① 医療法施行規則…特定機能病院施設基準
- ② 退院summary…医療記録の視点では、
 - ◆ 診療記録の適切な記載の監査
 - ◆ 主病名、合併症などの監視

レトロスペクティブに医療記録を利用するための最低限必要なスクリーニングチャートである！

スライド5



スライド6

れた医療をサマリーをもとにもう一度見直してみるという監査ができます。また、主病名や合併症、入院後に発症した疾患を見ますと、医療の質の観点からも評価できます。つまりサマリーは、レトロスペクティブに医療記録を利用するために最低限必要なスクリーニングチャートだと考えます。

診療録の点検にチェックシートを活用

(スライド6) 当院は、退院指定カルテが下りてきた段階で、入院診療録に対してチェックをかけます。このチェックシートにより実施するわけですが、これは医療機能評価機構のなかの、チャートレビュー研究会で行っている第1次スクリーニングのチェックを参考にしています。いちばんのポイントは、病棟のほうで医師・看護師が記載時に自主的に点検して完成させることです。スライドでいいますと、医師、看護師とある欄の丸の部分にチェックを入れるのです。そしていちばん上に、それを上席の医師や師長さんが検印します。それぞれの記録に対して、用紙があるかどうか、記載があるかどうか、サインはあるかといった項目については我々が最終的に点検します。このようにして全件のカルテをチェックするという対策を取っています。この方法により確かに記録は良くなってきています。ただし、診療録の作

成にかかる時間は長くなりました。

また、このチェックシートを用いたチャートレビューの実施状況で、スライド7のグラフにあるような診療記録のサイン漏れが確認されています。現症、家族歴、既往歴、主訴、現病歴といった医師による入院時の初記録の部分に悪い傾向があります。このグラフは3カ月間の記録を集計した結果でして、ここ最近では改善傾向にはあります。

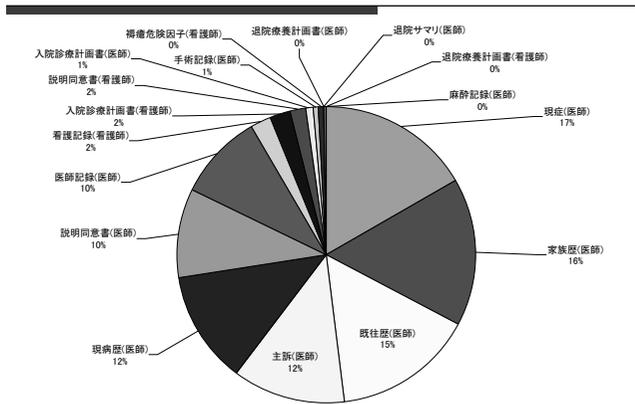
安全管理措置と医療者の情報利用

(スライド8)次に安全管理に話を切り替えたいと思います。安全管理措置に関しては、個人情報保護法20条のなかで「個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置を講じなければならない」とあり、ガイドラインには「その際には、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」とあります。特にデジタル情報が非常に問題だろうと考えるわけですが、まずもってその診療記録の盗難・紛失防止対策、そして個人データ利用時の匿名化、誓約などが診療情報の安全管理で最も重要であると考えられます。

また、いちばん問題だと思われるのは、医師専門医・認定医への対策です(スライド9)。診療情報管理士から出てくる意見のなかで、医師が保有するパソコン内の個人データが非常に問題です。専門医の取得に個人データまで提出する必要がある

チャートレビュー実施状況(サイン漏れ項目別)

(平成17年2月1日～平成17年4月30日退院診療録を対象) ※ n=657



スライド7

るかといえば、それは不要です。ただし、学会からの問い合わせ対応、データ整理上の目的から、患者さんのお名前やIDやその他の個人情報を入れ込む傾向があります。

この対策をどうするかですが、我々の病院でもこれについてはできていません。個人のパソコンの情報を管理することがなかなか難しく、やり切れていません。そこまでやろうという声もありますが、徹底できない分、やぶへびになるとして、管理できていません。

それからもう1つ、個人情報が保存されているパソコンがインターネットにつながっていることがないでしょうかということです。ファイル交換ソフトなどでデータが流出したという記事が新聞

第20条 安全管理措置

- 第20条 個人情報取扱事業者は、その取り扱う個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置を講じなければならない。

ガイドライン

その際、本人の個人データが漏えい、滅失又はき損等をした場合に本人が被る権利利益の侵害の大きさを考慮し、事業の性質及び個人データの取扱い状況等に起因するリスクに応じ、必要かつ適切な措置を講ずるものとする。なお、その際には、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。

- ✓ 診療録等の管理・環境の見直し…診療記録の盗難・紛失防止と対策
- ✓ 安全な診療情報利用方法の検討…個人データ利用時の匿名化と誓約

医療者の情報利用が問題

スライド8

医師専門医・認定医への対策！

専門医、認定医の申請に必要な症例を医師所有のパソコンに集めている…患者情報の流失が多発する！！

【例】腎臓専門医…「経験症例の記録及び要約」

- 匿名化の厳守！ 不十分？
- ネット接続させない！ 徹底できる？

スライド9

情報の開示に関わる問題について

次は、開示の話に入ろうかと思えます。

(スライド13) 昭和大学病院の情報開示の件数は、ちょうど平成12年から日本医師会のガイドラインに沿って自主的に行って来ました。平成12年度は19件に対し、平成16年度には46件に増加しています。そしてこれまでは月数件の提供程度でしたが、今年に入り、今月は何と10件の提供が行われています。さらに、患者さんの意識がかなり変わってきていて、個人情報保護法ということについての知識を持っておられますので、「早く、すぐ出せ」というのが当たり前のようになっています。それで、「すぐ出さないのはなぜだ」ということになるわけです。このようなやり取りが日常的に行われています。

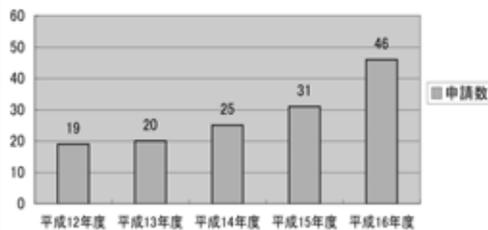
(スライド14) 開示の対応で大きく変わったところは、開示等の求めを「代理人により行うこと

ができる」というところです。従来は例えば親族であったり、ある一定の間柄を設けることで行っていました。これを代理人が行うことができる。つまり委任すればどなたでもいいということにも言い換えられますので、委任状の取り扱いと代理人の本人確認は、適切に注意して行わなければいけません。

(スライド15) 開示の手続きに関しては、政令の7条で、開示等の求めに対する申出先や提出する書面などの事務的なことについては病院で決めていいということになっています。それについて当院ではどういう対応をとったかといいますと、スライド16にあるような開示体制の見直しを行いました。

(スライド16) 従来は担当医が開示の可否を文章にまとめて提出していましたが(見解書)、それを簡略化してチェック式に変えました。それからその際の日を3日間とし、可否を判断する

昭和大学病院情報開示数



スライド13

開示の手続き

政令
第7条 法第二十九条第一項の規定により個人情報取扱事業者が開示等の求めを受け付ける方法として定めることができる事項は、次に掲げるとおりとする。

- 一 開示等の求めの申出先
- 二 開示等の求めに際して提出すべき書面の様式、その他の開示等の求めの方式
- 三 開示等の求めをする者が本人又は次条に規定する代理人であることの確認の方法
- 四 法第三十条第一項の手数料の徴収方法

スライド15

開示の代理人

- 第25条 個人情報取扱事業者は、本人から、当該本人が識別される保有個人情報の開示を求められたときは、本人に対し、政令で定める方法により、遅滞なく、当該保有個人データを開示しなければならない。
- 第29条3 開示等の求めは、政令で定めるところにより、代理人によってすることができる。

ガイドライン
保有個人情報の開示等については、本人のほか、
①未成年者又は成年被後見人の法定代理人
②開示等の求めをするにつき本人が委任した代理人により行うことができる。

スライド14

開示体制の見直し

1. 担当医師による判断(見解書)を簡略化する。簡略化の方法については、開示できない条件を列記し、その条件に該当する際にチェックを入れられる書式にする。
2. 見解書の作成期間を3日とする。
3. 可否を判断する決裁ルートを短縮する。決裁ルートは診療科長 → 事務長 → 看護部長 → 副院長 → 院長とする。
4. 回答までの期間を14日以内とし、できる限り早く提供を行うように努める。
5. 手数料について、現在の料金設定が業務量に反して安めの設定となっているため手数料の見直しを行う。
6. 院内の規程(昭和大学病院診療情報提供ガイドライン)及び事務体制の見直しを行う。

スライド16

決裁ルートも短縮しました。スライド16の4番目にありますように、回答までの期間を14日以内と決めたため、おのおの手続きにかけられる時間を割り振りました。

それから決定のルートですが、委員会を開いてから提供するといった判断はもうやめて、決済ルートで流していこうということになりました。もちろん、開示できないといった状況のときには委員会を開催しますが、問題のないものはルーチンに流していこうとしたわけです。

また手数料も見直すことになりました。

(スライド17) 基本的料金は3,000円を5,000円に。私どもはここを1万円にしたいと言ったのですが、病院からそれはちょっと高い、ということで却下されました。人件費的に計算してみると1万円でも妥当なんです、病院から5,000円にしてくれと言われまして、そのようにしています。要約書は以前は無料でしたが、3,000円に。要約書は退院サマリーをそのまま患者さんに出すのではなくて、医師が開示用に患者さんに宛てて書くというものです。コピーは1枚40円(両面)を1頁40円に。見直し前は表・裏1枚でということだったのですが、ページ単位にして、片面40円としました。医師が立ち会って説明した場合は1時間まで5,000円です。スライド17の下の参考例は全部足した額が料金になるということです。

訂正問題への対処

開示後の保有個人データの訂正については対応しなければならぬわけですが、先日、要約書を患者さんに渡したところ、その患者さんから「先生が書いた内容は間違っている」と指摘されました。医師は「頭部を殴打された」と書いたのですが、患者さんは「頭部ではなく顔を叩かれたのだ」ということでした。また「軽快した」という記述について、「いや、全然軽快していないから全部訂正してください」という要望が出てきました。

このような場合、当院では専用の書式をつくっております、患者さんの主張、どのような理由で要望しているのかを記入させ、それに対する医

開示料金

①申請基本料	: 3,000円	→	5,000円
②要約書	: 0円	→	3,000円
③謄写	: 40円(枚)	→	40円(頁)
④画像記録	: 100~600円(種別×枚数)	→	同額
⑤医師立会説明	: 0円	→	5,000円(1時間)

【参考例】要約書、謄写(診療記録10頁)を希望する場合。
5,000(申請基本料)+3,000(要約書)+40×10頁(謄写)
=8,400円

スライド17

師の見解をつけて、書面で対応しています。もちろん診療録にも保存します。当然記載間違いについての訂正であれば、すぐ対応しますが、患者さんとの行き違いについては、医師の判断だというふうにはできないでしょうから、書面上で要望にこたえるという方法をとっております。

まとめ

(スライド18) まとめさせていただきます、個人情報保護法の体制づくりは診療情報を利用する視点に立ち、診療記録の標準化につなげていくことが重要だということ、良い診療記録は正しい情報を提供し、その情報を利用・活用することによって、医療の質や患者サービスの向上に結びつくのだということを最後に申しあげて終わりとさせていただきます。ありがとうございました。

座長 須貝先生ありがとうございました。

まとめ

- 個人情報保護法の体制づくりは、診療情報を利用する視点に立ち、診療記録の標準化につなげていくことが重要である。
- 良い診療記録は、正しい情報を提供し、その情報を活用することによって、医療の質や患者サービスの向上に結びつき取り組みが展開される。

スライド18

討 論

座長 4人の先生方、どうぞ壇上へおいでください。シンポジウムとは言いながら、各シンポジストからの報告、あるいは取り組みの紹介などはそれだけでもお聞きになっている皆さまにとっては大いに有効なものではないかと思いますが、せっかくの機会ですので、論点をほんの2つほどに絞り込んで、若干の議論・討論をさせていただきたいと思います。

今日は診療情報の活用という1つのテーマがあり、そのうえでの個人情報の保護ということでした。この時代状況のなかで、診療情報の活用についてそれぞれの立場から何がしか関係のある問題提起をいただきましたが、神野先生と徳永先生からは、これは患者さんの情報でもあるけれど、チーム医療ないしはグループ内で患者さんの個人情報を含む診療情報は徹底して共有をし活用していかなければならないという趣旨のコメントをいただきました。4人のシンポジストのお話を踏まえたうえで、今の状況のなかでの診療情報の活用、とりわけ患者さんの傷病内容を含む情報の活用について、見解や思うところがあればお願いします。

クリニカル・インディケーターの活用に向けて

座長 神野先生のご発言は多分に啓発を含めた大変戦略的な診療情報の活用という側面もありますので、このあたりをもうちょっとご発言していただきたいと思います。神野先生、いかがですか。

神野 最後の須貝先生の診療情報管理士としての活用の話もありましたけれども、クリニカル・インディケーターなどで病院の質を良くするためにも、多くの患者さまの情報をチーム内・病院内・組織内で収集して、どんどん活用しなければならぬということが確認できたかと思っています。そういった意味では、個人情報保護法は、「これさえ守っていれば、あとはいかように使ってもいいんだ」というお墨付をいただいたのかなと、良

い方向に解釈したいと私は思います。

座長 ありがとうございます。今、クリニカル・インディケーターというキーワードが出ました。診療の質を表す指標の数値を示すことで、適切な優れた医療をやっているということを地域の住民・患者さんに広く知っていただき、それが病院の発展に寄与するという考え方が重要だということの確認ですね。

座長 須貝先生は、診療情報を扱う立場で、クリニカル・インディケーターはなかなか取れないというネガティブデータをお示しになりましたが、もうちょっと診療情報管理士の立場から診療情報の活用、特にインディケーターについて、なるべくポジティブなデータで、日頃感じておられることをご発言をいただかせませんか。お願いします。

須貝 死亡率とか、基本的に施設の中をざっくりと見るような、そのデータを見て何の方策を立てるかといった、非常に曖昧なインディケーターを出すことであれば我々の職種でも随分前からやっています。戦略的にそれを見て経営に照らし合わせ、取り組むという話になると、DPCを使用し、パスと組み合わせたなかで、いわゆる原価的な収益性を見たりといったような使い方を、病院のなかのインディケーターとして有効的ではないかと非常に興味を持って見えています。

座長 DPCについては関心が高いところですが、今はご存じのように若干不透明性が漂っておりまして、この拡大については必ずしもそのとおりという具合にいかないようです。しかし、クリニカル・インディケーターの議論をするとき、基本となる患者群、診断群が特定されていないと、そういったベンチマークもできないというお話だと思います。

診療情報の収集も活用も組織づくりがまず大事

座長 診療情報の活用という観点から、徳永先生、楠本先生、それぞれご発言を一言ずついただきます。

徳永 今、DPCという話が出ましたが、DPC

をやるにしろパスをやるにしろ、組織のマネジメントをきちんとやっていかないと、結局は個人情報に関して同じで、個人情報保護法を1つの外圧、きっかけとして、組織を根本からつくり直す勢いでやっていかないと、診療情報を集めるにしても活用するにしても、なかなかうまくいかないのではないかと思います。

楠本 クリニカル・インディケーターに関してですが、これは国民からも見て分かりやすいものにする必要があると思っています。看護に関しては質の評価が進んでいるといいつつも、なかなか本当の看護の質というものが測りづらく、どうしてもいいものと長年の懸案になっております。アメリカ看護師協会が21の質の評価指標を出しております、そういったものを検証しながら日本の看護もそろそろ提示する必要があるのではないかと思います。

座長 ありがとうございます。時間が限られていますのでやや短絡的な集約かもしれませんが、今日の診療情報の活用という視点でいえば、医療の質的水準を指標化するなり、数値化するなりということで、しかもそれが妥当で合理的なものであることが前提であるわけですが、そういうことをすることによって、それを広く社会や地域に知っていただくことで、神野先生が非常に強調されたCSR (Corporate Social Responsibility)、あるいはCのところをHに置き換えたHSRといった、社会的責任も全うできる病院が発展していくという流れは、それぞれのシンポジストの立場でお述べただけかという気がします。

求められる個人情報保護の徹底

さて、もう一方の今日の主要な課題である個人情報の保護、現在進行形で非常に難しい側面を持ちつつ今日まで来たというところがあります。特に徳永先生は責任者ということもあり、なかなか思うようにいかないといった言葉を連発されていたようにも受け止めたのですが、かなり率直なところなのかなといった気もします。個人情報の保護についての運用は、結論ではないにせよ、それ



座長の大道久氏

ぞれの立場で何らかのかたちで言及されています。神野先生は、結局のところ医療をお受けになる立場から嫌だと思われること、そんなことをされては困りますということ、しっかり受け止めるということ。それと、病院の立場や姿勢、あるいは説明責任を明確にすることがキーなのではないかということで、私は個人的にはそのとおりだと受け止めさせていただきました。

徳永先生、「大変だ、難しい」とおっしゃいましたけれども、もう1回「それでも何とかやります」というようなことを、管理者の立場でしっかりおっしゃってください。

徳永 はい、頑張ってやっていきたいと思えます。

座長 この問題は、現場で責任のある、いろいろとご苦労されている立場の方ほど難しいのかなという気が正直るので、今日のこの話を受けて、また上尾総合病院の取り組みを別の機会に承りたいと思います。

座長 楠本先生、今日はどちらかというところ看護の記録というものの、個人情報というのはもちろん法的制約はあるけれども、むしろ患者さん個人にかかわる情報を、医療を提供する側、看護を提供する側の情報をしっかり伝えるという、双方向的なコミュニケーションを充実させることで、本来的な個人情報の保護が実現できるという

趣旨にも受け止められました。そこで、改めて看護の立場、あるいは広く医療全般でもいいのですが、個人情報保護について総括的なご発言をいただけますでしょうか。

楠本 医療全般といいますか、国民全般で個人情報保護という文化をつくっていくことになったんだなと思っております。医療のなかでいいますと、患者さんの個人情報保護ということで進んでおりますが、医療者自身の個人情報も守られていくべきだと思います。

看護者はじめ医療従事者全般も、患者さんと信頼関係を築きながらある種の相互作用を繰り返してやっていくわけです。それが深まってくると、自ずとプライバシーの領域にかかってくる。「結婚してるの」「ご主人は何してるの」というような話になったり、「あの先生はどこの、どこに住んでいるの」といったことが患者さんのほうからどんどん聞かれるわけです。そうすると「これって個人情報だな」と思いながら、私たちは、もう血液までも個人情報を頂いていますので、ある種の弱味があるといえますか、そういったことに答えようかとなってしまいます。これが看護学生や研修医だと、知識や技術もままならない人たちですから、せめて気に入られようと思いますので、もっと個人情報に踏み込まれる恐れがある。そういったときの守り方も考慮すると、これは国民全体が個人情報ということ、新たに医療のなかではありますが積極的に捉えて考えていく必要があるのではないかと考えています。医療者だけが努力する話ではないと思っております。

座長 今日は4人のお話で、1つ気になったというか、基本的にはこの個人情報保護というものは、医療者の意識改革だ、特に医師についてはそうだというお話です。須貝先生からは医師の記載はこうですといった何ともつらい事例を紹介されました。それは必ずしも個人情報保護の話ではあ



シンポジストの須貝和則氏と楠本万里子氏

りませんが、記録とか患者さん個人の情報にかかわる扱い方がなかなか思うようにいかない状況があると。徳永先生も冒頭から「できるだけ利用目的は脇に置いて、最大限に情報を取ることが日本では医療の文化みたいところがあるのではないか」と言われてみればそうだったかなというところもあるのですけれども、そのようななかで、この意識を変えるために、通常は職員の方から誓約書を取るということをよくガイドラインにしているのですが、お二方でしたか、職務規程のなかにペナルティを書き込むということをした、あるいはしようとしているという趣旨のご発言をされているのですが、この件は一般的なのでしょうか。職務規程のなかにペナルティをどうするかで課すのか。特に徳永先生のいくつかのスライド、ちょっと早かったのでよく読めなかったのですが何枚か出てきて、神野先生もお触れになったので、この点だけは、今日ご関係のある方だけでもご発言いただけませんか。

神野 これはやはり病院の職員としての責務だと思われまので、私どももこの際に就業規則を改定しまして、罰則規程を盛り込んでいます。もちろん先ほど徳永先生もおっしゃったように、就職時、あるいは新就業規程移行時に誓約書を取ることと、退職時にも誓約書をいただくというお約

束になっています。

徳永 当院も全く同じように変えました。単なる倫理的な意味あいではなく、現実的な罰則もありますが、それに合わせて職業倫理規程というものも見直しています。

楠本 看護協会も、職員の就業規則の見直しと倫理規程を設けています。

座長 これは罰則の重い軽いの程度とか、具体的にどういう書き込みをするのかということはどうの議論がありますが、わずか3カ月でかなりの事件の報道ですよね。報道されていないものを含めるとかなりのものになると思います。そのなかで管理者はかなり窮しているはずで、経済的な損害、先ほど1件500円の相場という話と、いや30数万円になったんだという話の紹介がありましたが、どちらも経済的な損失を伴うものですから、このあたりは日本病院会とかかわりのある集まりからすると、こういうある種の考え方が一定程度、集約といいますか1つの方向へ向かっていくことは大事かなということで、あえて問題にさせていただきました。

さて、残りの時間で会場のほうから、ご質問なりご意見をいただきたいと思ひます。

施設見学の学生からも誓約書をとるべきか？

質問 医療法人で事務を担当しております。最近どの病院も学生の実習を受け入れています。そのときは、実習学生さんからは誓約書を取ります。しかし、最近また同じような医療分野の学生さんが施設見学をされます。そういったときに同等の誓約をとる必要があるのでしょうか？

神野 正解かどうかは分かりませんが、施設見学に関しては取っておけません。ただし、お受けするときのいちばん初めのオリエンテーションのときに必ず、ほかのことを言わないでも、唯一個人情報保護や守秘義務のことをきちんと担当者が



シンポジストの徳永英吉氏と神野正博氏

お話しするということになっています。

徳永 当院も全く同じです。必ずだれかが同伴して、そこをきちんと話しています。当院でも誓約は取っていません。

座長 よろしいですか。それではほかのご質問をどうぞ。

退院時サマリーが遅れた場合のペナルティは？

質問 聞きそびれたところがございまして。須貝先生のなかで、診療情報の開示につきまして、具体的な料金を含めてノウハウをいただきましたので持ち帰って参考にさせていただきたいと思ひます。退院時サマリーについて、遅れた場合のペナルティのようなものがあるようですが、具体的にどのようなものか聞き落としてしまいました。

須貝 はい。いわゆる退院時サマリ-の完成です。先生からの評判は悪いのですが、退院して2週間が経ちますと、下りていない診療録があれば督促をかけます。この段階ではそれぞれの先生に督促していくわけですが、その次の段階、1カ月目くらいになりますと、今度は責任者の先生つまり科長の先生に督促していくことになります。それで最終的にはその後の病院管理者の会議でこういった例を全部お伝えしたうえで、診療録が完成するまでは、診療目的以外、つまり研究、教育

目的の診療録の利用をいっさい行わないことにいたします。診療科全体の責任として、医局員全員が利用できなくなります。通常は悪い先生が1人、2人いて、その先生のためにほかの先生が困ることになるのですが、その場合もその先生から十分言ってくださいとお願いします。もちろんそのときにどうしても使いたいんだという場合はその科の医局長の先生から「いつまでに」という約束を取ることになっています。

座長 お聞きのとおりで、はっきり言って罰金を取るということは昔からあることなので、それ

がいいかどうかの議論も長々と続いているはずですが、まあ今のは医局それぞれ全員に主として研究向けに貸し出さないというペナルティを課しているというお話でした。

さて、今日は診療情報の活用と個人情報の保護ということで4人のシンポジストからお話を承りました。極めて今日的な課題ではありますが、非常に的確なお話をいただけたので、大いにお役に立てていただけたかと思います。以上で本シンポジウムを終わらせていただきます。ご苦勞さまでございました。ありがとうございました。

個人情報保護——法と現実

東京都済生会中央病院 顧問
「医療技術部門管理」講師

木村 満

病院職員にとって、本年4月施行の「個人情報の保護に関する法律」はどう映っているのであろう。国策としても、世界的な趨勢を見ながら、審議の繰り返しの結果成立した法案であると知る医療従事者は多くないと思われる。元来、医聖ヒポクラテスによる誓いが当時の医師同業組合のなかで誓われ、2世紀以上を経て今に引き継がれている事実が影響しているからであろう。

なぜ、今、個人情報保護なのか。プライバシーの保護が改めて重要な課題であることが叫ばれたのは、経済活動における個人情報の観点であり、1980年OECDによるガイドライン8原則が契機とされる。世界的なIT化が拍車をかけたのは云うまでもない。グローバリズムの時代となり、我が国でも経済大国の自負をもって取り組み始めたに違いない。

個人主義を尊重する米国においても、我が国とは異なる医療制度のなか、1996年にHIPAA法が制定され、その後プライバシー・ルールが明らかにされた。情報の開示、共有化に力が入れられ、情報の標準化、それを守る措置に規則がつけられた。つまり、情報の保護も大事だけれど、うまく使うルールも欠かせない、としてバランスのとれた仕組みが成立したことになる。

我が国で、医療の面で社会全体に益することを目的に、むしろ積極的に個人情報を利用し集積して、例えば臨床試験を支え、さらには新しい治療法開発に挑戦しようとした国民的論調があったであらうか。答えはノーである。実際、新薬の治験などは空洞化現象がみられ、新たな知見は諸外国

からもたらされる状況となったことは周知のことである。

さて、そのような我が国の国民性のなかで、今回の法施行が円滑に人々に浸透しているのだろうか。経済活動のなかでは、一見、法に基づいた行動がとられだしている。今までになかった文化が目に見えだしている。しかし、ITの抜け穴を利用した情報漏洩も世間を脅かしている。カード情報漏洩は世界的規模の事件である。一方、医療環境のなかではいかがか。特に医療機関では厚生労働省のガイドに従った施策が必須である。国民へのさらなる理解を求める糸口は、あるいは我々病院関係者の努力に掛かっているようにも思える。となると、我々は、情報そのものについても、もっと知る必要があるであろう。昨年開催された世界医師会東京総会で東京大学法学部の樋口範雄教授は、情報について犯しやすい誤解を指摘している。情報は「もの」ではないため囲い込むことはできない点、むしろ多数の人が共有しやすい点が特異的であり、独占しようとすればするほど漏洩のリスクが高くなるという。他方、個人情報の保護と有効な利用をバランスよく、といっても情報の性格からいって自己の情報をコントロールできないのであるから、我が国でもこの法の普及は困難を伴う、という。どうやら、個人情報の扱いについては、具体的な目標設定とさらなる法整備が不可欠のようである。

平成17年度 第2回定例理事会 議事抄録

日 時	平成17年7月17日(日) 午後4時～6時
場 所	名古屋マリオットアソシアホテル・ Towersボールルーム (16F)
出席者	(会長) 山本 (副会長) 武田, 池澤, 佐藤, 奈良, 大井, 村上 (常任理事) 館田, 林, 川城, 石井, 梶原, 齊藤(壽), 土屋, 渡部, 福田, 小川, 邊見, 元原, 土井, 角田, 福井 (理事) 西村, 樋口, 宮下, 有我, 宮崎(瑞), 石川, 関口, 崎原, 織本, 荏原, 中, 宮崎(忠), 齋藤(英), 末永, 佐藤, 赤松, 齋藤(洋), 大道, 南, 中川, 中島, 三浦, 細木, 今泉, 高野, 谷口, 明石, 石井 (監事) 星, 柏戸 (代議員会議長) 加藤 (同副議長) 中藤 (顧問) 大道, 登内 (参与) 松田, 行天 (委員長) 堺 (臨床研修制度小委員長), 栗山 (第55回日本病院学会実行委員長), 里村 (ホスピタルショウ委員長)

定刻となり山本会長から開会挨拶が行われ、会議に入る前に理事の中村了生先生(和歌山県・中村病院理事長)が急逝されたので、役員全員による黙祷を行った。続いて、福田常任理事から第55回日本病院学会長の挨拶が行われ、本日、役員会終了後に予定している学会長招宴の案内がなされた。

会議定足数として定数63名に対し出席者48名、委任状12通、合計60名で本会が成立している旨を報告し、議事録署名人に石川 功、荏原光夫両理事を選出して、奈良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

A. 国立病院・療養所の再編成による会員異動

1. 国立病院機構 医王病院 (310床：一般150, 重心80, 筋ジス80)
会員名 勝見哲郎 (院長)
〒920-0171 石川県金沢市岩出町ニ-73
tel. 076-258-1180

(平成17.7.1付で国立病院機構医王病院〈一般260床〉と国立病院機構金沢若松病院〈150床：一般100, 結核50〉が統合)

2. 国立病院機構 鳥取医療センター (560床：一般100, 重心160, 結核50, 精神250)
会員名 下田光太郎 (院長)
〒689-0203 鳥取県鳥取市三津876
tel. 0857-59-111

(平成17.7.1付で国立病院機構鳥取病院〈精神300床〉と国立病院機構西鳥取病院〈310床：一般260, 結核50〉が統合)

3. 国立病院機構広島西医療センター (440床：一般200, 重心120, 筋ジス120)
会員名 沖田 肇 (院長)
〒739-0696 広島県大竹市玖波4-1-1
tel. 08275-7-7151

(平成17.7.1付で国立病院機構大竹病院〈一般200床〉と国立病院機構原病院〈360床：一般300, 結核60〉が統合)

B. 賛助会員の入会2件

1. B会員 宮崎医療管理専門学校
代表者 佐藤久男 (理事長)
〒889-1701 宮崎県宮崎郡田野町甲1556-1
tel. 0985-86-2271
2. A会員 三祐株

代表者 若杉泰弘（代表取締役）

〒810-0054 福岡県福岡市中央区今川1-19-15-301 tel. 092-713-0715

奈良副会長から上記について、今回、正会員の入会はなく国立病院機構による統合が3件、並びに賛助会員の入会2件について諮られ、承認された。計、正会員数は2,697病院（公的944・私的1,753、総病床数71万2,019床）、賛助会員数は519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) 第16回秋田県病院大会の後援依頼について（社団法人秋田県病院協会：会長 大里祐一）
- (2) 第7回フォーラム「医療の改善活動」に対する後援名義使用について（医療のTQM推進協議会：代表幹事 上原鳴夫）（第7回フォーラム：担当幹事 西村昭男）
- (3) 「救急の日2005」後援名義使用及び賛助金の協力について（救急の日2005主催機関代表、財団法人日本救急医療財団：理事長 松田博青）
- (4) 第4回医療機関広報フォーラムに対する後援名義使用について（社団法人日本広報協会：会長 石原信雄）
- (5) 「健康強調月間」の実施に伴う後援名義使用について（健康保険組合連合会：会長 千葉一男）
- (6) 「第13回日本療養病床協会全国研究会」の後援名義使用及び開会式の臨席依頼について（日本療養病床協会：会長 木下 毅）
- (7) 「血液製剤の安全性の確保及び適正使用に関する研修会」に対する後援名義使用について（社団法人日本臨床衛生検査技師会：会長 小崎繁昭）

奈良副会長から上記の依頼事項について説明があり、(6)の日本療養病床協会の開会式の臨席について、11月17日(木)に山本会長が出席するとして了承を得て、その他6件の後援、協賛依頼も承

認された。

3. 人間ドック・健診施設機能評価の認定について

- (1) エスエスサーティ健康管理センター（宮城県仙台市、6/10）
- (2) JA高知病院JA高知健診センター（高知県南国市、6/6）
- (3) 丸子中央総合病院（長野県小県郡丸子町、5/30）
- (4) 秩父病院健診センター（埼玉県秩父市、5/20）
- (5) 城西病院予防医学本部健診センター（東京都杉並区、5/27）
- (6) 浩生会スズキ病院健診センター（東京都練馬区、6/14）

奈良副会長から、上記6件の機能評価認定について評価判定報告書を基に諮られ、承認された。

4. 診療情報管理士認定試験受験指定大学の指定について

- (1) 高崎健康福祉大学（群馬県高崎市、6/24）

大井副会長から、上記1件の認定試験受験指定大学について調査報告書を基に諮られ、承認された。

5. 常任理事の選出について

山本会長から、今年4月に入り天川常任理事が自院の事情で退任、また、川合副会長が健康上の理由により副会長職を退任し、5月28日の理事会で佐藤常任理事が副会長に就任されたので、現常任理事数が規定の19名から17名と2名の欠員となっており、当会の事業活動に対処すべき問題点を解決していくためにも常任理事を補充する必要がある旨を述べ、補欠選出を行うことになった。選出方法について中理事から、「常任理事は執行部の一員であり、会長の指示を受けて業務を処理する。現在の厳しい医療界の情勢を考え、強力な執

行部にしたいので、会長一任で常任理事の選出を決定していただきたい」との発言があり各役員がそれを了承した。公的の任期中の交替は慣例により前任者の所属する母体から補充するため、天川前常任理事が日赤の関係であるので、引き続き日赤から前橋赤十字病院・宮崎瑞穂理事（群馬）、私的是川合前副会長が大阪であり、また、当会の診療情報管理通信教育のほうで活躍されている、大道病院・大道道大理事（大阪）と両理事が推薦され、承認された。今回就任された両常任理事の任期は、これまでの残任期間（19年3月まで）とする。

【報告事項】

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

(1) 第4回医療制度委員会……6/30（邊見常任理事）

医療費総枠管理について、経済分野のシンクタンクの研究者としてアドバイザーを委嘱している方から医療費抑制の主な論拠を示してもらったところ、医療費支出の伸びが国民所得の伸びを上回り続けることは財政上不適切、医療費負担で経済成長が阻害される、アメリカ・ジェネラルモーターズの破綻は退職者の医療費負担によるなどの意見であった。さらに制度再構築には、①日本経済に占める医療の大きさ、②保険重視か自己負担か（自由診療、医療特区、混合診療など）、③公的保険か民間保険か、④保険料は自分に返ってくるのか（最重要論点）等が問題提起された。このほか別の委員からは社会保障制度の問題について、保険者の財政が15年度に改善した理由は、単に保険料の引き上げと外来の家族負担3割という、被保険者の支出など健保組合の収支増によるもので、同時に強者に手厚く弱者に厳しい負担の不公平が生じる。さらに被保険者の心理に乗じた民間保険の台頭、

サプリメントの販売の伸びなど国民負担の増大を問題視する意見も紹介された。

(2) 第10回地域医療委員会……7/5（林常任理事）

平成18年の医療制度改革を念頭においた厚生労働省の委員会の動向について、厚労省の企画官を交えて協議を行った。医療計画に保健医療提供体制の量的・質的な数値目標として、国は指標の1つに「有病者の受診割合」をあげている。しかし有病者の把握については、厚労省からはっきりした方法が確立しているわけではなく、今後検討していくとの回答があった。また、企画官は「健診受診率」は地方財政の悪化から一部受診者負担が生じていることにより受診率の低下が予想されるとの意見を述べた。続いて、地域医療の実態に関する調査報告書の最終原稿について、回答者のなかから重要な意見を抽出し、図表をつけて必要なコメントを掲載する。報告書はなるべく早く公表することで各委員の同意を得た。

(3) 第3回医療経済・税制委員会……7/5（関口理事）

平成18年度税制改正要望（案）について、重点要望項目（国税）1項目、要望事項は国税4、地方税3項目とし、例年どおりの内容だが文言等の見直しをしてインパクトの強い要望書を作成する旨が述べられた。続いて、日本医師会と四病院団体協議会の共同による消費税実態調査を行った旨報告。調査対象として、診療所に8,000件、四病協は各団体で400病院ずつ、計1,600病院に発送し、回答84病院（21%）を今後日医で集計するとの報告をした「地域医療の実態に関する調査報告書」がまとまったことから、7/25にプレスに発表する方針が了承された。

(4) 第2回統計情報委員会・ワーキング委員会……7/6（齋藤（洋）理事）

当面の諸問題として、DPCに関する調査を実施しており、7月末を締め切りとしているのでより多くの調査回答をいただきたい。8月初旬にワーキング委員会委員と調査内容を分析し、

検討していくとした。

(5) 第1回個人情報保護に関する委員会……7 / 6 (武田副会長)

平成17年4月から施行された個人情報保護法に対し、個人情報取扱事業者である当会として個人情報保護に関する取り扱いについて、当会の内部規定とその管理体制について検討を行った。管理総括責任者を1人置き、各部署ごとの管理体制を整え責任者を明確にする。また、当会の通信教育の受講生の個人情報に関しても細心の注意を要するとし、管理体制を強化するため専用の窓口を設ける。基本規定、管理規定、細則、運用規定などを完備することになった。続いて、個人情報保護団体の認定を受けるため今後の取り組みについて検討を行い、厚労省からの認定保護団体の認定等に関する指針に沿って、整備を進めることになった。

(6) 第4回予防医学委員会／人間ドック・健診施設機能評価合同委員会……7 / 7 (奈良副会長)

人間ドック・健診施設機能評価について現状報告。7月7日現在で136施設から受審申請があり累積認定施設は53施設となった。続いて、申請条件の見直しについて協議。申請条件がクリアできないとの施設の問い合わせに対し、申請施設の質を低下させないことを条件に、評価基準を見直す方向が示された。

2. 四病協諸会議の開催報告について

(1) 第4回医療保険・診療報酬委員会……7 / 1 (齊藤(壽)常任理事)

中医協・診療報酬基本問題小委員会の議題として分科会が保険との併用を妥当とした28項目の検討結果を基に、制限回数を超える診療行為について検討したが、必要な医療行為の保険導入論と昨年末の大臣合意による保険との併用論に分かれ意見がまとまらず今後の課題となった。また、次期診療報酬改定に向けて、①入院基本料、②紹介率算定式、③慢性期入院医療等のあり方を当委員会として要望書の提出を視野に入

れ、今後検討していくとした。その他、在宅医療の病院の役割に関するアンケートについて、四病協、医療制度委員会が調査を実施するに当たり、当委員会でも診療報酬の面から設問の素案を検討し医療制度委員会に提示する方針。

(2) 第1回医師臨床研修指導者養成委員会……7 / 4 (堺委員長)

講習会内容の一部変更について協議した結果、今まで内科、外科、救急医療について講習を行っているが、そのほか小児科、産婦人科についても導入を図りたいとの意見が出たので各委員で了承した。早ければ9月2日～4日の講習会で実施する。また、これまでの受講修了者に対し、受講者が現場で講習内容をどのように利用しているかなどのアンケート調査を実施することになった。今年度、第4回目の講習会の日程は、平成18年3月3日(金)～5日(日)の3日間で開催することになった。

(3) 第4回医療制度委員会……7 / 12 (池澤副会長)

在宅医療における病院の役割に関しては、全国の各病院が何らかのかたちで関係していることから、今後施策立案の参考にする目的もあり、アンケート調査を実施することになった。また、調査内容が診療報酬に関連しているため、四病協、医療保険・診療報酬委員会の設問(案)も考慮して設問項目を作成したことが補足された。

(4) 第2回医業経営・税制委員会……7 / 13 (関口理事)

平成18年度税制改正要望については消費税問題を第1に取り上げ、消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直しとして、要望書を作成することになった。そのほかに医療機関に対する事業税の特例措置の存続・拡充。持分ある社団医療法人の出資の評価方法の見直し。医療法人の法人税率の引き下げ。病院建物の耐用年数の見直しなどを要望項目とした。消費税については、非課税制度を見直し、原則課税とすることにより、損税が起きた場合の還付請求ができるので各医療機関に説明を行いたい。続

いて、消費税の実態調査の結果報告について9,600病院に発送を行い有効回答数が1,146病院で回答率11.9%。調査結果は、一般病院に平均すると5,300万円の損税が生じる。平成16年度の損税も一般病院の損税の平均は4,900万円に上る。しかし、今回の調査は回答数が少ないため、参考値の域を出ないとされた。今後は、平成18年度法制改正に関する重点要望項目として原則課税に改めるよう主張するうえから、損税の実態を踏まえた明確なデータが必要となる。このため回答率30%以上を目指して再調査を行う方向である。

(5) 第1回研修医給与問題検討委員会(仮称)
……7/15(堺委員長)

8人委員会より委員が出席し、この委員会の立ち上げについて、経緯と趣旨説明が述べられたと報告。各研修病院へ補助金が出されているが、管理型病院に補助金があり、協力型病院には補助金が出されていないなどの現状がある。四病協として厚生労働省から補助金が出る経緯の説明は受けているが、あくまでも補助金であり、研修医の給料にはならない。平成18年度の予算に取り組むのは現時点では遅いのではないかと、場合によっては平成19年度まで補助金の問題は先延ばしになる可能性があるとの見解が述べられた。また、当委員会では給与の問題だけでなく処遇のことについても検討し、厚生労働省と意見交換を行い具体的な提案や要望などをしていくことにした。

(6) 第2回治療費未払問題検討委員会……7/15(崎原理事)

ここ近年で各病院の未収金が多額になってきていることから、今年の6月に四病協で第1回「未収金未払問題検討委員会」が立ち上がり、同じ委員で第2回の委員会を開催した。現状を把握するため「診療費における患者負担の不払いに関する調査」を病院事務長宛に実施し、今年の12月くらいにまとめることになった。

3. 日病協・第2回診療報酬実務者会議について
……(7/4)

齊藤(壽)常任理事から、今後の進め方として平成18年度診療報酬改定要望書(案)について、日本私立医科大学協会から提案されたスタイルで要望書を作成。入院診療と外来診療に分け、医科点数表の解釈本のコード順に基本診療料、指導管理料、在宅療法、検査に区分けして整理することになった。また、重複している要望内容について、紹介率の改善、医療安全についての評価項目、病院外来診療科を一般の診療所並みの評価、看護基準、診療録管理体制、栄養サポートチームの管理加算など共通した要望事項は次回の委員会までにまとめる。

4. 第14回社会保障審議会・医療部会について
……(6/29)

村上副会長から、平成17年度の医療法改正に対して、医療提供体制に関する意見中間取りまとめの素案が提出され、基本的には患者の視点に立った患者のための医療提供体制の改革をどうするか、広告などを含めた患者・国民による選択の支援、患者の医療安全推進、また「医療計画の見直し等に関する検討会」で協議している医療機能の分化と連携などについて検討を行った。そのほか母子医療、へき地医療、救急医療等提供体制の整備についても検討を行い、7月中には方向性が決まるのではないかとの見通しが述べられた。

5. 第7回医師の需給に関する検討会について
……(6/30)

山本会長から、医師の需給に関する検討会中間報告書(案)が示されたが、詳細な調査分析がなされていないので、この点を最終報告に活かす方向で取り組む方針。将来の医師の需給と国民の理解の促進などについて協議を重ねており、また1例ではあるが夜間救急患者に対し、看護師による電話相談窓口を設けた病院は夜間救急患者が多少なりとも減少したことから、そのような病院の業

務方針も視野に入れて今後検討していくことになった。

6. 第11回医療計画の見直し等に関する検討会について……(7/11)

池澤副会長から、平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画制度の見直しの方向性（中間まとめ（案））を基に医療計画制度の見直しの背景、医療計画を通じた国と都道府県の役割の見直しなど説明が述べられた。今回は、がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策、へき地医療対策などの項目について、検討することとなった。

7. 国際モダンホスピタルショー2005の開催結果報告について……(7/13~15)

里村ホスピタルショー委員長から、東京ビッグサイトで7/13~15の3日間、西館2フロアで開催した第32回目を迎えた「国際モダンホスピタルショー2005」の開催結果報告が述べられた。テーマは「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—」を掲げ、そのテーマに沿った「ITで進化、病院マネジメント」「救急医療と病院の役割」といった企画展示を行った。総面積が2万4,000㎡、出展社数366社（内新出展社136社）で昨年に比べて7社増えており、入場者数は1日目1万9,800人、2日目2万7,400人、3日目2万8,500人、合計3日間で7万5,700人（6,800人増）とされ、そのほか、カンファレンス11、セミナー33、講演会なども盛会に終了した。来年は出展社及び入場者数がさらに増えると見込み、また、出展社からブースのスペースをもっと取りたいとの要望があったことから、今までの西館会場からより広い東館に移動すると報告した。

8. 第7回医療情報サービス事業運営委員会について……(7/11)

大井副会長から、日本医療機能評価機構のホームページの「Minds」欄に、厚生労働科学研究費補助金により作成されたクモ膜下出血を始めとす

る25疾患の診療ガイドラインについて、順次掲載されてきていることが報告された。

9. 「公道等を隔てた医療機関における施設の一体性について（通知）」について

山本会長から、厚生労働省医政局より各都道府県及び病院団体等に平成17年7月1日・医政総発第0701001号として通知された要点について説明。従来、手術部門や病棟部門などが公道を隔てて位置する場合、原則、渡り廊下等を設け施設の一体性を確保する必要があったが、通知では渡り廊下等を設けなくても施設の一体性があると認められるための要件を示している。これにより、必要以上の設備投資を行わずにすむが、要件を満たすかどうかは、施設ごとに個別具体的に判断される。また、門前診療所を一体化する施策でない点も説明した。

〔協議事項〕

1. 中医協の在り方に関する有識者会議について

山本会長から、有識者会議で協議している中医協の機能や役割について内容が述べられ、そのなかの項目の「病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方」として病院団体から2名を参画させる方向が固まったため、委員選出のあり方や受け皿候補に上がっている日本病院団体協議会（日病協）の組織体制などを論議した。委員選出には、病院経営や医療政策に長けた人物であること、また、中医協会議は隔週か毎週の水曜に開催し改定間近には週2回のペースで通常行うことや、協議内容に対して2号側（診療側）で事前打ち合わせを行うなど相当な時間と負担がかかる。委員の任期は最長6年で、在任中は、ほとんど専従というかたちになると予想されるので日病協の代表委員には経済的支援をする必要があるなどの意見も述べられた。

このほかの主な意見として中医協委員は原則70歳未満なので、2名のうち1名は50歳代とするように育成を兼ねた委員の選出をしたい。200床を境に大病院，中小病院に分けて選出してはどうか。11団体の意見を集約するので医療現場を把握している，キャリアのある人物を公私に分けて選出したい。現在の中医協委員は私的の委員が大半なので，公的から委員を選出することを視野に入れていただきたい，などが挙げられた。また，日病協の

組織については，国民の視野に立って考えることと結束し強固な体制とすべきであることや，中医協委員をサポートする仕組みが必要な点などが指摘された。

本会としては次回の日病協の会議に今回の協議内容を踏まえて発言する方針である。

定刻となり会議を終了した。

(日本病院会事務局 広報部)

社団法人日本病院会における個人情報保護方針

社団法人日本病院会は、入会・参加等の登録をした会員等（以下、会員等という）の個人に関する情報を適正に取り扱うことが当会の事業活動の基本であり、社会的責任であると認識し、以下の取り組みを誠実に推進します。

1. 当会は個人の人格尊重の理念の下に、個人情報（生存する個人に関する情報であり、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述により特定の個人の識別が可能となるもの）を適正に取り扱うため、個人情報の保護に関する法律（以下、個人情報保護法という）その他、個人情報保護に関する関係諸法令および厚生労働大臣等の定める指針、その他の規範を誠実に遵守します。

2. 当会は、取得した会員等の個人情報について、適正な安全措置を講ずることにより、会員等の個人情報の漏洩、紛失、毀損または会員等の個人情報への不正なアクセス防止に努めます。

3. 当会は、利用目的をできる限り特定し、あらかじめ会員等の事前の同意を得た場合を除き、会員等の個人情報を第三者に提供いたしません。ただし、次の各号に該当する場合は、会員等の事前の同意を得ることなく会員等の個人情報を第三者に提供することがあります。

- (1) 法令の定めに基づく場合
- (2) 人の生命、身体、または財産の保護のために必要であって、会員等の同意を得ることが困難である場合
- (3) 公衆衛生の向上または児童の健全な育成の推進のために必要であって、会員等の同意を得ることが困難である場合

(4) 国の機関もしくは地方公共団体またはその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、会員等の同意を得ることにより当該事務遂行に支障を及ぼすおそれがある場合

4. 当会は、当会定款にある目的及び事業の達成に必要な範囲内で入手した個人データを正確・最新の内容に保つよう努め、また、安全管理のために、個人情報を取り扱う部門ごとに管理責任者を置く等の必要・適切な措置を講じ、従業者（当会の業務に従事する者すべてを指し、正職員のほか、嘱託職員、派遣職員、臨時職員、委託業務従事職員を含む）および業務委託先を適正に監督します。

5. 当会は、保有個人データについては法令に基づき、本人からの開示、訂正、利用停止等の申し出に対して必要な手続きを経て、すみやかに対応します。

申し出先は

社団法人 日本病院会 総務課

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

TEL 03-3265-0077 FAX 03-3230-2898

受付時間は

午前9時～午後5時（ただし、土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

平成17年4月1日

社団法人 日本病院会

会長 山本 修三

社団法人日本病院会における個人情報利用目的

社団法人日本病院会（以下、「当会」という）は、個人情報を下記のために利用するものとします。

1. 会員サービスおよびセミナー等付帯サービスに関して
 - (1) 会員各位および寄贈先等へ当会発行の刊行物を送付し、また必要に応じて電子メール、郵便、電話、訪問等により、当会関連の各種情報サービス等を当会から提供するため。
 - (2) 会員名簿作成のため
 - (3) 会費額やセミナー等への参加費の計算、請求や収納、入会、退会等に関する諸手続きなど会員管理及びセミナー等や刊行物送付などのサービス利用者管理のため。
 - (4) 会員各位の個人情報の集計、分析あるいはアンケート調査及びその分析を行い、個人が識別、特定できないように加工した統計資料を作成し開示することにより会員へのサービスの維持、向上を図るため。
 - (5) 役員等や当会の開催する委員会委員への推薦、選挙、選出を行うため。
 - (6) 退会した会員各位の情報は、当会入会登録中のサービス等の利用に係る債権、債務の特定、会費納入調査等に必要と認められた場合において継続して利用できるものとします。
2. 通信教育業務に関して
 - (1) 通信教育に関する学費等の計算、請求や収納、受講の申請、とりやめ等に関する諸手続きなど通信教育受講生管理のため。
 - (2) 通信教育に関する連絡、受講生本人からの問合せへの対応、試験・評定、成績管理のため。
 - (3) 通信教育受講生及び受講修了者にとって当会が有益と考える各種情報サービスを提供するため。
 - (4) 通信教育受講修了者の情報は、受講に関する

債権、債務の特定、学費納入調査等に必要と認められた場合において継続して利用できるものとします。

3. 会員・通信教育受講生への情報提供、サービス提供に関し、次の場合に限り第三者への提供を行なうことがあります。
 - (1) 共催のイベントにおいて、一括して共催団体や委託先から案内状を送付する場合。
 - (2) 特定の学校経由で学校の教育の一環として通信教育を受講した場合。
4. その他、会員各位から得た同意の範囲内で利用するものとします。
5. 上記1～4にかかわらず、次の場合にあっては、同意を得ずに利用する場合があります。
 - (1) 法令に基づく場合。
 - (2) 人の生命、身体または財産の保護のために必要であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
 - (3) 国の機関もしくは地方公共団体または、その委託を受けたものが、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって、当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

病院会関係個人情報に関する受付窓口

会員（通信教育受講生を除くその他を含む）、通信教育受講生各位の個人情報に関する問い合わせについては下記で受け付けております。

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3
会員その他 電話：03-3265-0077
FAX：03-3230-2898
通信教育受講生 電話：03-3265-1281
FAX：03-3265-1282

受付時間は 午前9時から午後5時まで（ただし、土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

診療情報管理課程通信教育第68期生の募集について

1. 開講月日 平成18年1月1日
2. 申込締切 平成17年11月30日(水) (必着)
3. 申込方法 申込用紙, 履歴書 (写真貼付) 等に必要事項をご記入のうえ, 日本病院会事務局までご送付ください。(※)
4. 修業年限 2年 (基礎課程, 専門課程各1年)
5. 受講料 基礎課程及び専門課程とも1年 100,000円
6. 募集定員 1,000名 (先着順)

① 基礎課程の受講資格について

- ・原則として短期大学または専門学校卒業以上の学歴を有する者。ただし, 現在, 病院に勤務している者は当分の間, 高卒者でもよい。

② 専門課程の編入資格について

- ・医師・看護師 (准看護師を除く) 及び当会が指定する専門学校生のうち基礎課程認定試験合格者。

※申し込み用紙等については, 当会より指定した用紙がありますので, 日本病院会通信教育課までお問い合わせください。履歴書については, 市販のものを使用する。

【連絡先】 〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

日本病院会通信教育課

日本病院会雑誌

第52巻第10号 2005年10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。