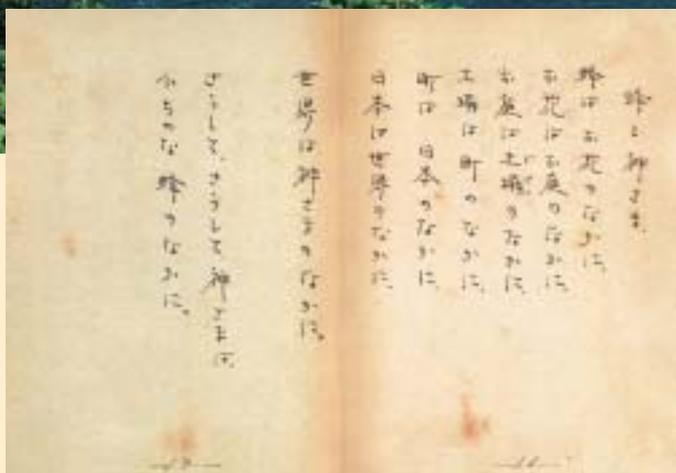


平成14年度  
全国医師会勤務医部会連絡協議会  
報告書

メインテーマ『ついに来た医療改革』



金子みすゞ「蜂と神さま」

期日 / 平成14年10月26日(土)  
会場 / 協議会：山口県総合保健会館  
懇親会：ホテルニュータナカ  
主催 / 日本医師会  
担当 / 山口県医師会

## 表 紙

### 金子みすゞのふるさと〔長門市仙崎〕

近年、「私と小鳥と鈴と」など、その優しさに貫かれた詩句の数々が人々の心に広がり、その名前を知られるようになった童謡詩人、金子みすゞは明治36年（1903年）現在の長門市仙崎に生まれました。生誕100年を迎えた2003年、長門市では金子みすゞ記念館のオープンをはじめ、さまざまな記念の行事が行われました。

仙崎は日本海に面し、古くは捕鯨で栄えた港町です。写真の風景は青海島の王子山から仙崎の町を一望したものです（金子みすゞ記念館企画員 草場睦弘氏提供）。みすゞの生きた時代の面影をいまもその町並みに残しています。

金子みすゞ直筆ハガキ「蜂と神さま」（JULA出版局）より

写真提供：金子みすゞ著作保存会



# 協議会風景



# 平成14年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

## メインテーマ

---

### 『ついに来た医療改革』

1. 開催日時 平成14年10月26日（土）10：00～18：00
2. 会場 協議会：山口県総合保健会館  
山口市吉敷3325番地 1  
懇親会：ホテルニュータナカ  
山口市湯田温泉 2 丁目 6 番24号
3. 主催 日本医師会  
東京都文京区本駒込 2 - 28 - 16  
TEL 03 - 3946 - 2121
4. 担当 山口県医師会  
山口県山口市吉敷3325番地 1  
TEL 083 - 922 - 2510
5. 参加者 全国医師会勤務医部会関係者及び医師会員とその関係者

# 平成14年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

日 時 平成14年10月26日(土)  
 会 場 協議会：山口県総合保健会館 多目的ホール 山口市吉敷3325番地 1  
 懇親会：ホテルニュータナカ 山口市湯田温泉 2丁目 6番24号  
 主 催 日本医師会  
 担 当 山口県医師会

## メインテーマ 『ついに来た医療改革』

総合司会 山口県医師会専務理事 上 田 尚 紀

### [ 日程 ]

受 付	9 : 00 ~ 10 : 00	( 敬称略 )
開 会 式	10 : 00 ~ 10 : 15	
	( 1 ) 開 会	山口県医師会副会長 柏 村 皓 一
	( 2 ) 挨 拶	日本医師会長 坪 井 栄 孝 山口県医師会長 藤 井 康 宏
	( 3 ) 閉 会	
特別講演	10 : 15 ~ 11 : 05	
	「医療の考え方を根底から変える」	
		日本医師会長 坪 井 栄 孝 座長 山口県医師会長 藤 井 康 宏
報 告	11 : 05 ~ 11 : 45	
	日本医師会勤務医委員会報告 11 : 05 ~ 11 : 25	
		日本医師会勤務医委員会委員長 池 田 俊 彦
	山口県勤務医アンケート調査報告 11 : 25 ~ 11 : 45	
		山口県医師会理事 三 浦 修 奈良県医師会長 有 山 雄 基
次期担当県挨拶	11 : 45 ~ 11 : 50	
◆◆◆ 休 憩 ◆◆◆	11 : 50 ~ 12 : 00	
ランチオンセミナー	12 : 00 ~ 13 : 15	
	第 1 分科会 会場：山口県総合保健会館 2階 第 1 研修室	
		司会 山口県医師会勤務医部会副部長 為 近 義 夫
	感染症対策について - 院内感染に対する医師会活動について -	
		青森県医師会常任理事 和 田 一 穂
	コメンテーター	日本医師会常任理事 星 北 斗
	第 2 分科会 会場：山口県医師会 6階 大会議室	
		司会 山口県医師会常任理事 小 田 達 郎
	日本医師会が提唱する卒後臨床研修「地域施設群研修方式(仮称)」	
	モデル事業について	栃木県医師会常任理事 昌 子 正 實
	コメンテーター	日本医師会常任理事 櫻 井 秀 也

シンポジウム 13:30~16:00

『医療改革後の勤務医の対応』

座長 山口県医師会勤務医部会長 福村昭信

独立行政法人化後の国立大学医学部附属病院経営

山口大学医学部附属病院長 沖田 極

自治体大病院の抱える諸問題

「機能分担、卒後初期・後期研修」

総合病院山口県立中央病院長 江里健輔

IT化は病院に何をもたらすか

「電子カルテ・遠隔画像診断運用の現場から」

萩市民病院長 河野通裕

企業病院として地域に貢献できること

「急性期病院の役目と一般市民に望まれる病院にするには」

宇部興産(株)中央病院長 篠崎文彦

これからの地域医療と勤務医のかかわり

(医)医誠会都志見病院副院長 村田秀雄

コメンテーター

日本医師会常任理事 星 北斗

◆◆◆ 休憩 ◆◆◆ 16:00~16:10

講演 16:10~16:50

座長 山口県医師会副会長 藤原 淳

勤務医が意欲をもって働くためには

日本医師会常任理事 西島英利

質疑応答 16:50~17:30

閉会 17:30

山口県医師会副会長 藤原 淳

懇親会 18:00~19:30

(1)開 会

(2)挨拶

日本医師会長 坪井栄孝

山口県医師会長 藤井康宏

(3)来賓挨拶

山口県知事 二井関成

山口市長 合志栄一

(4)乾 杯

次期担当県 奈良県医師会長 有山雄基

(5)アトラクション

(6)閉 会

山口県医師会副会長 柏村皓一

# 開会セレモニー

---

10:00 ~ 10:15

総合司会 山口県医師会 専務理事 **上田尚紀**

開 会

山口県医師会 副会長 **柏村皓一**

主催者挨拶

日本医師会 会長 **坪井栄孝**

担当県挨拶

山口県医師会 会長 **藤井康宏**

### 総合司会

---

山口県医師会 専務理事 **上 田 尚 紀**

皆さん、おはようございます。ただいまより、平成14年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会式を開催いたします。私、本日の総合司会を務めさせていただきます。山口県医師会専務理事の上田でございます。どうかよろしくお願いいたします。最初に、柏村山口県医師会副会長より開会の辞を申し上げます。



### 開 会

---

山口県医師会 副会長 **柏 村 皓 一**

おはようございます。今日は、この会のために全国からこのように多数の会員の先生方にお集まりいただきまして、本当にありがとうございました。それでは、ただいまから平成14年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催いたします。



### 主催者挨拶

---

日本医師会 会長 坪井 栄 孝



先生方、おはようございます。主催者といたしまして、ひと言ごあいさつ申し上げます。まず、この会の設営・運営等に非常に多くのお力添えをいただきました山口県医師会の藤井会長および関係の方々に、心から御礼を申し上げます。おかげさまで、平成14年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会を盛大に行うことができました。心から御礼を申し上げたいと思います。

今回で23回目でございますが、これは初め、それぞれの医師会の勤務医の先生方が中心になって勤務医部会というものをおつくりになって、昭和56年から各医師会の持ち回りで自主的に本協議会が開催されていたわけですが、平成3年度から日本医師会がこれを主催するという事で始めさせていただいているわけでございます。

最初は、おそらく日本医師会員の組織強化というようなところに主催者としての気持ちがあったのではないかと思います。が、その後、まさに先生方のご努力によりまして、この勤務医部会というものが、日本の医療提供側の中でどういう位置にあるべきか、どういう形であるべきかというようなことが、この会から自発的に出てき

て、私の印象を申し上げるようになりますが、非常に多くの成果を収めて、様変わりしているというふうに思っておりますし、これが本当の意味での勤務医部会であるというふうに考えております。

私から申し上げるまでもなく、多事多難といいますが、現在の小泉内閣の政策、特に医療に関する政策には全く定見がなく、そして未経験の人たちがその案文を作成しているという非常に危険な状態にある。それにかこつけてというよりも、むしろそれを利用しているわけですが、厚生労働省、さらには財務省あたりの官僚が、財政をもって医療を牛耳ろうとしていることは明白でございます。

そのいろいろなひずみ、ひずみと申しますのは、われわれが国民のために医療を提供するという立場からの考え方とのひずみが、年々、時を追うに従って大きくなりまして、現在のような医療費の節減、制限というようなものが、全く他産業と同じような視点で、強引に進められているという状況に至っております。

「日本医師会長として、弱いんじゃないか」というご批判を最近非常に強く受けておりますが、表面的には確か

に、小泉内閣発足以前、あるいはまた発足直後からしますと、必ずしも先生方のご意思に沿うようなスムーズな動きがないということには、私としても反省点であろうと思っておりますが、今日も時間をいただきまして、現在の医政活動を含めた今後の日本の医療の在り方、われわれの臍の固め方というようなものをお話ししたいと思います。この混乱したといいますが、この変革期であればこそ、いっそう先生方と直にいろいろ話し合いをしながら、日本の医療が誤らない方向づけをするように努力していかなければいけないと思っております。

非常に不謹慎な言い方になるかもしれませんが、こういふときこそ、われわれの団体には進歩があり、われわれの医療体制そのものの堅固さが作り上げられていくというふうに、私は感じております。

一身を厭うことなく、私としては努力していくつもりでおりますので、どうぞ先生方にも、国民の医療のために、そして世界に誇れる日本の医療制度を守るために、ご助力いただきたいと思います。話し合いをしながら、そして、お互いの意思を通じ合わせながら、日本医師会をこれからも運営していきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

終わりに、重ねて藤井会長ならびに関係の方々のご努力により、本日のこの盛会となりましたことに対して、心から御礼を申し上げ、主催者としてのご挨拶に代えたいと思います。本日はありがとうございました。

### 担当県挨拶

---

山口県医師会 会長 **藤井 康 宏**



本日ここに、山口県医師会が担当し開催しました本協議会に、全国より多数の方々にご参加いただきましたことを、心よりお礼申し上げます。また、大変ご多忙の中をご講演いただきます坪井会長には、心より感謝申し上げます。

さて、いま進められております医療制度改革は、既にそれぞれの場で、皆さん実感として肌で感じられ、将来に向けての不安も感じておられることと思います。また、この変化の激流の中で、われわれが医療に対する目線をどこに置けばいいのか、医療に対する意識をどう持ち、どう変えていけばいいのか、戸惑いもあるかと思えます。

しかしいま、私たちに必要なことは、戸惑うことなく、後退することでもなく、それぞれの居場所で今後の日本の医療はどうあるべきかをあらためて考え、それを意見として持ち、提言し、必要に応じ行動することによって、医療を守る医師会活動のエネルギーの根源とすべきということかと考えております。

そのような思いで、山口県医師会勤務医部会の方々が、本日のような組み立てをしていただきました。少し盛りだくさんのところもありますけれども、本日まで出席の先

生方の積極的なご参加、ご協力によりまして、この会を有意義なものとしていただきますことをお願い申し上げ、担当県としてのあいさつに代えさせていただきます。

# 特別講演

---

10:15 ~ 11:05

## 「医療の考え方を根底から変える」

講師：日本医師会 会長 **坪井 栄孝**

座長：山口県医師会 会長 **藤井 康宏**

座長：山口県医師会 会長 **藤 井 康 宏**

ただいまから、「医療の考え方を根底から変える」と題しまして、坪井栄孝日本医師会長よりご講演をいただきます。本来であれば、ここで坪井会長のご略歴をご紹介しますところですが、皆さま、じゅうぶんご存じと思いますので、省略させていただきます。

ただ、印象に残っておりますのは、世界医師会長に就任されましたときに、先進医療、とりわけヒトゲノムの問題で、これを欧米型のコマーシャリズムにさらすことなく、東洋的理念を持って、人類の利に浴するような方向で行うべきであるという提言をされ、そのように進められたことをご紹介します。それが、坪井会長の一つの哲学であり、医療に対する倫理観であろうかと考えております。

そういうことで、言葉短かではありますけれども紹介に代えさせていただきます。それではよろしく願います。



### 医療の考え方を根底から変える

日本医師会 会長 **坪 井 栄 孝**

藤井先生、ご紹介いただきまして、ありがとうございます。日本医師会の坪井でございます。本日の勤務医部会は、おそらく去年よりまたご盛会なのではないかというふうに思っております。私にとっても大変うれしいことでございますし、先生方にとってもご同慶の至りだと思っております。

昨年の宮崎での演題は、「医療ビッグバン」ということで、ちょっと私もびっくりするような演題でしたけれども、それにこだわらずに、21世紀の医療に関して私の考え方についての話をさせていただきました。おさらいをしてみますと、だいたい私が考えているようなことについてはお話をしているようでございますし、その中でも、アメリカの医療に日本が蹂躪されてはいけないというようなことを中心にして、お話をしたように記憶しており



ます。

「根底から変える」という題を、私があえてつけましたのは、いまの小泉内閣の医療改革というのは、ひと口に言えば、アメリカの医療を日本に持ってこようという政策でございますし、それを強引に実行していこうというのが、いまの日本の医療の政策でございますから、そんなことは飲めるわけがない。そういうものは、根底からわれわれは否定する。われわれの考えている日本の医療というのは、従来からわれわれの先輩が営々として築き上げてきた医療制度、特に公的な保険における皆保険制度ということを中心にして、国民のため、あるいは人類のためにつくり上げていくものであって、経済誘導されたり、あるいは財政主導型のものであるというようなことは絶対に容認できないし、またさせないということの決意をお話することになるだろうと思っております。

そのことを考えておりましたら、今月23日にアメリカの通商代表部がカナダで記者会見をしているレポートが出されましたが、その中で、日本の医療政策に関して触れられております。その内容は、現在、小泉内閣の中にあります経済財政諮問会議と、それから総合規制改革会議がいま日本の中で医療改革をしようとしているものに対する、非常に強烈な応援歌なのです。そういうものについて一つ一つ、具体的に触れているのです。

これは、アメリカの完全なる内政干渉であるし、小泉総理が、なんでここまで言うことを聞かなくちゃいけないのかと私は非常に憤慨をしているわけでございます。いずれ先生方の目にも止まると思いますが、医療を企業化していこう、しかもその中で私が許せないのは、「効率の悪い日本の医療を、アメリカがアドバイスする方法を入れることによって効率が良くなる」ということを言っているわけですね。

この一点は、私は、絶対に許すわけにいかない。日本の医療ほど効率のいい医療は全世界にありません。いまさら言葉を重ねる必要はないと思いますが、アメリカをトップとして、日本は先進国の中で医療費の使い方が18番目ですね。しかも、男女ともに健康寿命が長くて世界一長寿です。そして、乳児死亡率の低さも世界一でございます。しかも、公的皆保険制度を持っていますから、いつ、どこでも、だれでも医療を受けることができる。

国民の99.97%カバーしている保険です。

日本の医療は効率が悪いと非難するアメリカはどうかといえば、アメリカには4,300万人もの無保険者、すなわち、医療を受けられない人たちがいる。しかもアメリカの医療費は世界一高い。いつ、どこでも、だれでもなんていうわけにはいかない。死亡率も、50歳未満の死亡率が先進国の中では非常に高いし、健康寿命も低い。医療の満足度というのもアメリカが一番低いわけです。お金をいっぱいかけて、効率の悪い医療を提供して、国民が不満に思っているという国に、日本の医療が効率が悪いなんていうことをいわれる筋合いはないと私は思っております。この一点だけをして、やはり現在小泉内閣の医療というものに対する考え方は、根底から否定をし、根底からつぶさないといけないと私は強く感じているわけでございます。

現在、どういう格好で小泉内閣が医療の体制を計画し、実行しようとしているかというようなところからお話を始めて、ではわれわれは何を目指せばいいのだというようなところに話を持っていきたいと思っております。最後に、私の存念を2つほどお話をします。

〔スライド1〕

小泉医療改革理念の功罪	
功	罪
政党政治の否定	財務官僚支配型の増強
民間主導型の改革	財政偏重の社会保障
厚生官僚管理医療の否定	企業医療事業者の介入

（スライド1）これは小泉内閣の医療改革に関して、私が点数をつけた「功罪」です。功のほうは、本当はあまり思いつかないのですけれども、一所懸命拾い出すと、こんなところかなあとと思われるものです。まず、政党政治を否定している。政党政治というよりも派閥政治ですね。自民党の中の派閥政治を完全に否定していますから、全く自民党の中では思惑が違っている政治をやっているわけですが、これが一つ。

それから、民間主導型であるということも確かですね。しかし最近、民間主導型過ぎます。

さらに、厚生官僚の管理医療というものを否定する。これは、厚生官僚だけではなく、官僚全体が抵抗勢力になっていますから、官僚政策全部を否定するというようなことなんでしょうけれども、われわれにとっては、官僚による管理医療というのを否定し続けてきたわけです。例えば、老人医療費の伸び率管理とか総枠規制などというのは、全部財務省関係の、旧大蔵関係の人たちがヨーロッパから持ってきた発案ですが、われわれはそういうものに対して抵抗してきたわけですから、これも歓迎すべきことだということなのです。

では、われわれとしておかしい、反対だというのは、その裏腹にあるわけです。例えば、厚生官僚の管理医療に対して否定というところはいいんですけども、それに倍するような、財務官僚の支配型の増加というものが現在非常に強い。財務省に丸投げしているのではないかと思うような政策をつくるわけです。これは、絶対警戒しなければいけないと思いますし、私がいろいろな折衝をしたり、いろいろなことで政策を戦わせたりする当面の相手は、厚生労働省ではなくて財務省だと言っても過言ではないくらい、最近露骨になってきております。しかし、ここ2～3か月前から、この財務省自体が、小泉政策の中では多少疎まれ始めているといいますが、離れ始めているというような傾向が出ております。

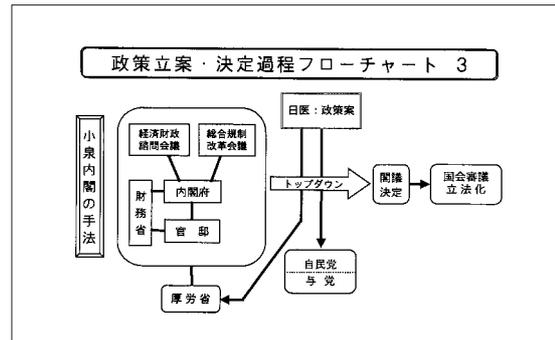
それから財政偏重の社会保障、これは社会保障というのはお金の話だというくらいにしか考えていないのではないか。かつて弱者救済といいますが、貧者救済のためにあったといわれていた日本の社会保障が、いまは広い意味での社会福祉の中で取り扱われようとしているわけですが、それが今回の財政の疲弊で、また元に戻ってしまって、非常に強い偏重があります。

また、株式会社の参入に代表されるように、企業が医療の事業者として介入しようとしている。これは、民間主導型の改革というところの裏腹です。ですから、そう考えますと、極端であるといいますが、われわれとしては、舵の取り方が急カーブと思うようなことでいままで考えていたのですが、もうそんなことを言っている余裕がないくらいのスピードに振り回されるというのが現状でございます。

では、功と罪とを見て、点数をつければ、プラスか、

マイナスかということになります。結果的には、いまのところ、「功」のところ、われわれ医療にとってはプラスになっていません。

〔スライド2〕



（スライド2）医療政策の決定過程について、私は、財政主導型のプランとわれわれの地域医療型のプランとが合致して、そしてそれを国民が判断するという構図が一番いい、そこに持っていくということを主張し、かなりいい線で行っていたと思うのですが、現在のような小泉内閣ですと、官邸主導型で、トップダウンで閣議決定してしまい、厚労省も自民党もこの中に入ることができないというような状況です。

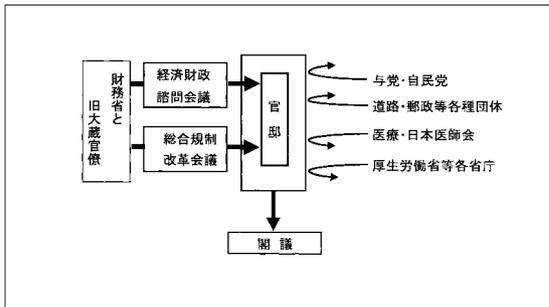
政策的なものを経済財政諮問会議と総合規制改革会議がそれをオーソライズするような格好で、小泉総理がそれを利用してトップダウンする。トップダウンというのは、民主国家においてこんな恐ろしいことはありません。全くわれわれに相談がない。要するにプロフェッショナルとしてその仕事をしている人たちに相談なしに、政策が下りてくる。

小泉総理は厚生大臣を経験したから、そのくらいの力量があるだろうというふうには好意的にお考えになる方もあるかもしれませんが、しかし、私は特別に評価しませんけれども、やはりこの総合規制改革会議にも財務省の力というのがあって、それでこのような政策が出てきているということだろうと思います。

閣議決定というのは内閣にとってかなり重いことですから大変なんです、トップダウンして閣議決定したものについても、われわれとしては、ここ経済財政諮問会議・総合規制改革会議でものを言うわけにいかないわけですから、閣議決定されたものについて、立法化される

前にわれわれは専門家としてものを言うということをせざるを得ないわけです。

〔スライド3〕



（スライド3）ですから、官邸というのがあって、そして、その官邸の中でものが言えたり中に入っているのは、この二つの会議だけで、それに対して財務省とか、あるいは旧大蔵官僚がこれをコントロールしながら、財政主導型の医療政策を提案していく。ですから、このバリアを通過していけるのは、この経済財政諮問会議や総合規制改革会議のグループだけしかないわけです。与党自民党ですら、官邸の一つ手前のバリアで追い返されてしまうわけですから、先般の道路とか、郵政に関しましても、多少の妥協があったようには見えますが、すべてこのバリアの中から追い返されている。日本医師会も例外ではない。厚生労働省ですら抵抗勢力になってしまっているという状況ですから、いままでから考えればイレギュラーな状況でできているのが、いまやろうとしている日本の医療政策です。

こういうものを、一日たりとも長く日本の中に置くべきではない。早く、そこのへんのところを崩して、そして本来の、われわれが考えている、国民の幸せのための医療政策、あるいはまた、先ほど藤井会長からご紹介がありましたように、人間の命を尊重した医療政策というものをつくり上げるべく、われわれとしては、強引にでも、とにかく積極的に提言していかなければいけないと思っております。

私はバリアをくぐって、4～5回総理にも直接お会いしてお話をしましたが、総理は「わかっています、わかっています」というようなことだけで終わってしまい、さっぱりわかっていない。出てくる政策を総理はわかっていないというようなことですから、私としても大変残念な

状況ではあるのですが、しかし、そんなことにはめげてはいられません。今後もこの形態が続くわけですから、この形態の中でどういうロビーイングをやるか、どういう医政活動をするかということは、以前より大変苦勞の多いことですが、しかし、やらなければいけないということが現状でございます。

〔スライド4〕

経済財政諮問会議 (医療の主な論点)	総合規制改革会議 (医療の主な論点)
1 株式会社の医療参入	1 株式会社の医療参入
2 医療費総額の伸びの抑制	2 医療の標準化
3 公的保険による診療と自由診療との併用	3 広告規制の緩和
4 保険者と医療機関との直接契約	4 公民ミックスによる医療サービス提供
	5 保険者と医療機関との直接契約

（スライド4）これは経済財政諮問会議と総合規制改革会議が主張している医療に関する主な論点です。まず株式会社を共通の目的として、強引にこれを推し進めているということでございます。

医療費の伸び率管理に関しましては、一応抑えました。これは、いわゆる総合規制改革会議というよりは、官僚がヨーロッパから持ってきた政策ですから、官僚側を抑えるということで、今のところ抑えてあります。

昨日も打合せの中でいろいろとディスカッションがあったそうですが、混合診療についても、似たようなものです。それから、保険組合との直接の交渉というような問題、これが、いまこの大切な時期、国際的にもかなり揺れ動いているときの日本の医療政策だといわれたのでは、われわれにとっては、とてもとても満足するわけにはいかない、容認するわけにはいかないということでございます

〔スライド5〕

医療特区に反対する理由	
◎ 命を実験材料にはいけない!!	
中間とりまとめに示す「特区」の枠外規定	医療特区との関連（例）
○ 外交・防衛	○ 外資を組み入れる医療特区・治療特区等。 ⇒医療は国民にとって重要な安全保障。 国民の医療情報、遺伝子情報の外国への漏洩が危惧される。『ア・エス・エス』の例。 ⇒医療機関の株式会社化が、外資参入の手段として使われる。
○ 条約の履行妨害	○ 外国人医師の招聘 ⇒WTOルールは自由貿易主義が原則。 一国的に一方的に外国に市場開放することは同盟国に反することと認識され、差支に繋がらない。
○ 刑法に関するもの	○ 特例治療や特例施設等の認可 ⇒特例施設が急増すれば、併発症を伴う医師法、医療法違反等が頻出する恐れがある。 (医薬品の適量供給、薬師免許、資格外診療等)
○ 特区内非完結	○ 非保険診療の保険診療化 ⇒特区外患者の誘導及び特区外保険者への財政的負担が懸念される。

ございます。この株式会社の問題は、これからもまた出てくると思います。

(スライド5) 例えば、いわゆる医療特区というようなものをつくって、その中で株式会社の問題も論じていこうということを言っております。日本の場合には、この特区という問題の取り扱い方が、非常に間違っていると私は思います。

特区というのは、あくまでも特区であって、その中で、極端に言えば試行をして、それがその国の経済のために、あるいはほかの政策のために役に立つのであれば、国の政策としてそれを施行していこうというための特区であって、その特区の中で、国の全体的な政策としてはうまくいかないから、特区の中でやりたいことをやって、それを全国に広げていく、呼び水にしようというのが、いまの日本の特区の取り扱いです。それは非常によくない。そういうやり方は卑怯だと私は思います。

特区に関する希望を取ったとき、400いくつオーダーが出てきたということですが、日本の中に400も特区が必要なはずはない。他の国の特区のことを見られたら、そんなことはよくわかるはずなのですが、そういうことがのうのうと行われる。

これはなぜかということ、特区を誘導しているのは総務省ですが、官僚が特区に関してしっかりとした理念を持たないで、特区でやっておいて、それを全国的なものにしてしまうために特区を利用しているようなところがあります。ですから、特区に対しては、かなり警戒しなければいけないのですが、しかし、特区の中の医療に関しては、株式会社の問題もそうですし、高度先進医療に限るとは言っておりますが、外国人医師を連れてきて、的確なライセンスなしに患者さんを診させるとか、そういうことで特区を取り扱っていこうというのが、現在の日本の特区構想です。

だから、これにも、われわれとしては異議を申し立て、反対をしていきますが、特区など、こういうものが全国に広がっていきますと、日本国民がせっかく持っている財産である皆保険制度の崩壊につながることは間違いない。保険そのものの適用というようなものも崩れますし、自由診療だけがその中で通用するみたいなことにもなりますから、これに関しては、各都道府県医師会を通じて

みんなで団結して反対していかなければいけないと思っております。

ですから、小泉内閣の医療政策に関しては、先ほどの2つの会議もそうですし、特区構想といった、各地に分散したターゲットがたくさんできましたので、これに対応しなければならぬということで、われわれとしては非常に煩わしい仕事があるわけです。しかし、煩わしいからといって手を抜くわけにはいきませんので、われわれは何をしなければいけないのか、われわれは何が欲しいのか、国民は何を望んでいるのかということをしっかりと見極めながら、これからの医療政策をつくっていく、あるいはより堅固なものにしていくということをしなければいけないと思っております。

[スライド6]

医療情報の非対称性 量・質ともに
医療の不確実性 患者も医師もわからない
医療は公共財 命の価格付けはできない

(スライド6) 株式会社とか、いわゆる営利事業というが、市場原理といいますが、そういうものが医療にふさわしくないというのは、私から申し上げるまでもないこととございます。私なりにその理由を3つに項目を分けてみますと、一つはやはり、医療情報が、患者さんとわれわれ医師とでは非対称性である。市場でものを買ったときには、その情報は対称性でなければ、その取引というのは成立しないわけですが、医療の場合にはそうではない。やはりどうしても、われわれが持っている医療情報の量も質も、患者さんのそれとは違う、一般の国民の人たちとは違う。したがって、非対称性がある以上は市場としてなじまないということです。

それから医療は、100%治りますとか、100%だめですというような、そんな確実性のあるような返事はできない。しかも生物学である以上、必ず何%かのロスがある。ということになりますと、患者も医師も、その不確実性ということ認めざるを得ない。商品取引のときに、不

確実性のある商品の取引が成り立つということはありません。そういう点からいっても、私は商取引と医療とは全然違うと思います。

もう一つは、これが一番大切なわけですが、命に価格づけをする、市場ですから、価格づけがなければいけないわけですから、命に価格づけをするということは、これは日本だけではなく、世界中の誰だってできないし、医療は公共財であればなおさら、この問題についても、われわれとしては実際に主張していかなければいけない。

むしろ、こういう問題よりも、医療というものは、その中のわれわれの倫理観、あるいは医というものが持っている倫理性というものが先頭に立っているからこそ、財政主導型のもの、経済主導型のものだけでは解決できない、あるいは、そういうものが参入してくることは非常に危険があるということを主張しなければいけないと思っております。私は、株式会社に反対するとき、一番最初に命の価格づけということに対して反対をしました。

なぜ、ここに私がこだわるかというと、小渕政権のときにつくられた、「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」というものがございました。このレポートは、既に公表されておりますので、ご覧になられるとわかりますが、あの中で、非常に有名な経済学者が、医療制度そのものの最も大切なことは、医療そのもののコスト、要するに医療に価格づけをすることから始めなければいけないということを主張して、それが小渕内閣のときのレポートになっているわけです。私は憤りをもって大反対をしました。

そのときの厚生大臣は津島さんでしたが、私は最後の会のときに、「このレポートに関しては私は承認しかねる。これで法律をつくられてはたまったものじゃない、特に命に価格づけをするなんていうことは、世界のどこに行っても通用しない理屈だ」ということで反対をいたしました。時の厚生大臣は、「わかりました、これをもって法律の下敷きにするつもりは全くありません」と言っておきながら、それから1週間後に閣議決定をしているということですから、信用おけないわけがございません。これはやはり、われわれとしては絶対に守っていかなければいけないことであり、医の倫理ということを先頭に立てて戦わなければいけないと思っております。

なければいけないことであり、医の倫理ということ

〔スライド7〕

日本の医療に必要なこと	
・情報の開示	(質の担保)
・高医療水準の確保	(未来予測)
・低医療費政策からの脱却	(財源配分概念の改革)

(スライド7)さて、日本のこれからの医療に必要なことは何かを3つに私が分類しているのですが、一つは、よく言われるように、情報の開示ということで、やはり大きな問題であろうと思っております。これは、勤務医にしる開業医にしる、共通の問題として、これから徹底的に考え、討論し、そしてその具体策をつくっていくことをしないとイケないだろう。これがしっかりとできただけでも、私は日本の医療は非常に良くなると思うし、国民に対してわれわれは自信を持って信頼を確保することができるだろうと思っております。

それから、高医療水準を確保するということですが、これは、未来予測として、これからあとどういう病気が出るか、どういう医学的な研究が出てくるかというようなことがいっぱいあるわけですから、そういうものを、われわれが察知して、そして、その対応としての制度をつくらなければいけない。それが高水準の医療であるか、あるいは超高水準の医療であるか、それによっていろいろと担当の部署が決まってくると思っております。しかし、これも、医療の中では、われわれとしては忘れてはいけないことです。

それから、もう一つは、わが国は低医療費政策を取ってきたわけです。皆保険制度発足のときからずっと低医療費政策をとってきたわけですが、やはりこれから脱却する必要があります。すなわち、情報の開示、質の担保ということにも関係ありますが、特に、高水準の医療を提供する場合には、どうしても現在のような医療費財源では成り立っていきません。ましてや、先進国中18位である

というような状況から脱却しないと、この問題も解決できない。

われわれが医療の専門職として、国民に恥ずかしくない医療を提供するためには、現在の医療費水準から完全に考え方を变える。これは社会保障の考え方を变えるところになるわけですが、ここでは財源配分の変革を改革すると書いてありますが、この問題があると思います。

この3つの問題が、いま日本の医療改革に関しまして、その根っこに必要なことだと私は認識しておりますので、ここに焦点を合わせながら、今後の日本医師会の政策を立てていくというつもりであります。

〔スライド8〕

こんな医療に出会いたい

- 1 患者の“知る権利”が尊重される
- 2 わかりやすい説明（質問しても叱られない）
- 3 プライバシーが守られる
- 4 「ノー」「ちょっと待って」を受け止めてくれる
- 5 セカンド・オピニオンは“当たり前”

資料：辻本好子（ささえあい医療人権センター）

（スライド8）そうしますと、いま国民が、こんな医療がほしいと言っていること、すなわち、「知る権利を尊重してほしい」とか、「わかりやすい説明がほしい」とか、「プライバシーが守られる」、それから、「ちょっと待ってを受け止めてくれる」医療、あるいは「セカンドオピニオンが当たり前」だと思ってくれる医療。こういう、国民が実際に診察を受ける場で考えているものをクリアしていくには、いま私がお話しした3つのうち、特に1番目、情報の開示というようなところで、こういうものが、クリアできていこうと私は思っております。

したがって、診療の場で、いかに患者さんたちに満足してもらおうかですが、満足度だけで医療の質を測るというわけにはいきませんから、これはあくまでも、医療サービスの質を測定する方法のうちの一つということにはなるわけですが、それには満足度だけではなくて、そのほかの手法も含めて医療の質というのを測らなければいけません。患者さんたちが目の前にいるわけですから、当

面患者さんたちにどうして、どういうことで満足してもらえるかということを真剣に、徹底的に考える、そして、行動を起こさないとだめですね。理屈でわかっている、さっぱりそれが実行されない。私の病院ですけれども、特に大学から来た先生方にはよく話をするんですが、なかなか最初のうちは、うまくいかないようなところもなきにしもあらずであると思っております。したがって、まだまだ道は遠いかなあというふうな気もしているわけでございます。

〔スライド9〕

医療情報のディスクロージャー

- 医療に対する信頼感が強まる
- 医療提供に競争原理が生まれる
- 必然的に質管理が促進される

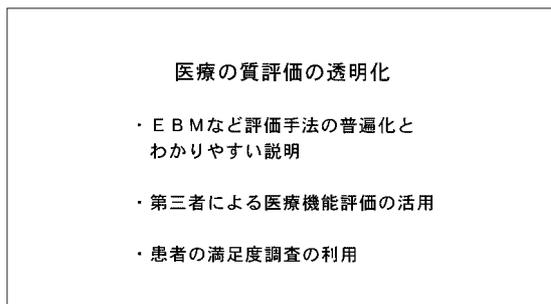
（スライド9）医療情報のディスクロージャー、いわゆる開示を進めるということは、私から申し上げるまでもなく、信頼感を高めるためには絶対必要でございます。また、これを行っている中で、われわれサイドに競争の原理が生まれる。これは、市場原理の中での競争原理というのをわれわれは否定していますが、医療の本質に関して、特に医療を提供する側に競争の原理が生まれるということは、決して悪いことではありませんし、従来からそういう状況でわれわれは医療を進歩させてきたわけです。ディスクロージャーを徹底することによって、より競争の原理が生まれ、患者さんたちは自分たちが望む医療を選ぶことができるようになる。

もちろん、競争の原理が入りますと、必然的にわれわれが医療の質を管理ということになります。したがって、われわれ医療提供側では、かなりしっかりとした理念を持って、今後も質管理を実行していくということが第一ポイントであろうと私は思っております。

日本医師会も、この情報開示に関しましては、委員会で報告書を出したり、先生方にマニュアルをお送りしたりというようなことで頑張っていますが、国民サイドから見ると、まだまだこの問題は解決されていないという

か、上手に実施されていないという批評が多いので、先生方と一緒に、これからこういうものを実現させていきたいと思っております。

〔スライド10〕



（スライド10）質の評価に関しましては、かなりいろいろな方法があって、テクニカルにも整ってきてはいますが、いわゆるEBMの手法、これがアメリカから入ってくるときに、アメリカの保険会社の医療費抑制のために使われたような変な誤解を生んでいましたが、しっかりとこの問題の本質をつかまえて、エビデンスに基づく医療を提供する。

しかし、先ほど触れました総合規制改革会議で主張されている医療の標準化ということに、これをまた利用しようとしていますので、警戒はしておりますが、そんなことを含めて、エビデンスに基づく医療というのが、これからは進んでいこうと思っております。

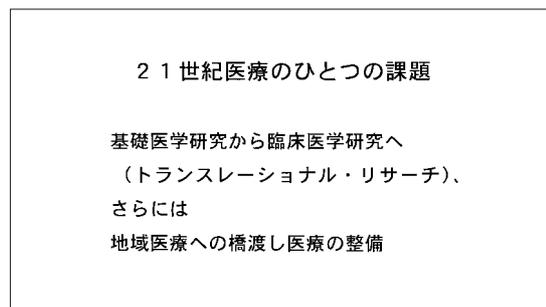
それから、第三者による医療機能評価ですが、最初はなかなか日本医療機能評価機構による機能評価の仕事は進まなかったのですが、最近少しずつ成果が出てきて、伸びてきております。

この間の代議員会でも質問がありましたが、機能評価を受けた人を報告するというので、それが診療報酬に跳ね返っていくというような話に利用されつつある、それはいけないことだというような話がございました。私もそう思います。エビデンスもそうですが、こういうものを捉えて、それを点数化するときの材料に使うというのは厚生労働省の手法です。そういうものは警戒しなければいけません、それはそれとして、われわれの質の評価のために、また国民にわかりやすい質の評価のために、この試みもあるということも事実でございます。そのへんのところは十分に警戒しながら、慎重に実現、

利用していくということをしていきたいと思っております。

先ほど少し申し上げましたが、患者さんの満足度ということだけで医療の質の評価というようなことをすることはできませんが、地域の中での患者さんの満足度も大切です。患者さんたちが満足しているかどうかを調査し、それを利用し、質の評価の参考にすることも手法としては取り入れるべきであると思います。ディスカロージャーと、質の管理ということについては、具体的に実行していくということが、これからの課題であると私は思っております。

〔スライド11〕



（スライド11）このスライドは、何を言いたいかといいますと、いま、われわれが地域医療の中で患者さんと対面しているというときの医療の質、あるいは情報の開示というようなことでございますが、われわれ日本の医学界が持っているレベルは決して低いものではないということはよく言われていることでございます。しかしその医学研究のレベルのすそ野が狭い。

したがって、すそ野を広げて、その進んだ医学研究を臨床医学として下ろしてくる。いわゆるトランスレーショナル・リサーチというのはそういう意味ですが、それがいま盛んに医学界の中で言われております。私は意義のあることだと思います。

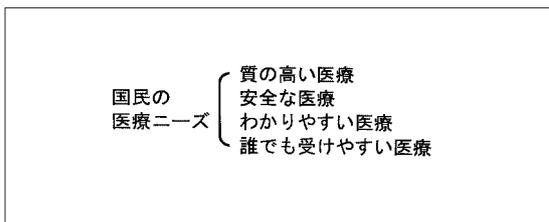
ただ、われわれの立場からしますと、ここで止まったのでは何にもならないわけで、基礎医学から臨床医学の研究に移ってきたものについて、さらにそれを翻訳をして、国民のための地域医療に役に立つような医療にしなければいけない。これが、私が提案している橋渡し医療ということなのですが、これをするによって、日本の高水準の医学が国民のために応用できる、いわゆる社

会に適用させることができるということです。

この務めも、われわれ第一線の医者にあるわけでございますので、これからあと、特に勤務医の先生方にとっては、新しい研究、新しい医療技術というようなものが直接入ってくる場におられるわけでございますから、こういうことにも高い見識をお持ちになられながら、地域医療を提供していただくことを期待したいと思っております。

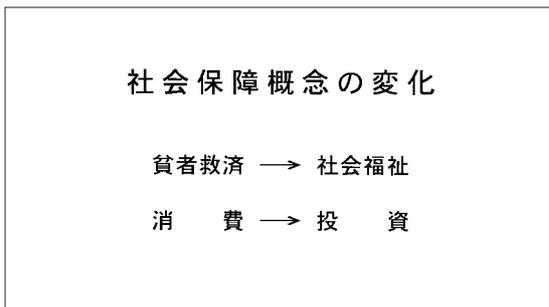
日本の地域医療は、その提供の仕方、あるいはまた保険の使い方によって、私は世界一だと思えます。ですから、高いレベルの医療そのものを、いかにして地域に応用していくか、適用させていくかが、われわれの仕事だと思っております。

〔スライド12〕



（スライド12）いろいろなことを言いましたけれども、国民は医療に対して何を期待しているかといえば、それは、言葉は少し難しいかもしれませんが、質の高い医療がほしい、安全な医療がほしい。しかも、受ける側からすれば、わかりやすくなければいけない。だれでも受けられるということは、日本は世界に秀でているわけですから、この3つのことに関して、これからわれわれが考えていかなければいけないポイントになるわけです。

〔スライド13〕

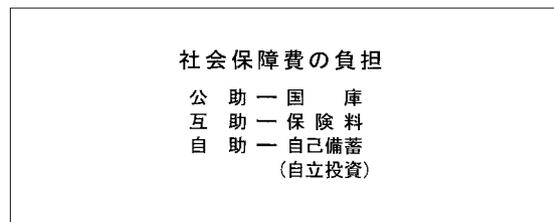


（スライド13）社会保障の概念が変わったということは先ほど申し上げましたが、医療は消費でなくて投資だと

いうことを、かねがね私は申し上げております。医療が整備され、医療が発達することによって、財政的な面も含めて国に対する貢献度というのは計り知れないものであり、看過できるものではありません。

しかし、そのへんのところを、なぜ財務省も厚労省も全く考慮しないのか、私にとっては非常に疑問なところです。ですから、これから国が社会保障の概念を変えるということの中で、医療を消費財源、負の財源と見ないで、プラスの財源、いわゆる投資財源として見ていくべきであるということをしかりと主張して、理解させていかなければいけないだろうと思っております。

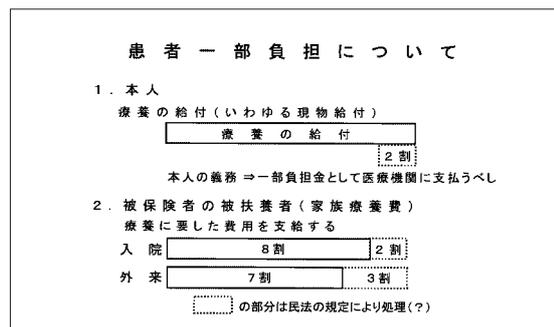
〔スライド14〕



（スライド14）その中で、いわゆる社会保障の負担の原理、これは現在、医療ですと公助、互助ということだけですけれども、自助の部分には一部負担金というのがありますが、ここに積極的に自助努力というものを入れ込む。もっと具体的に言えば、新しく自己の備蓄によるファンドをつくる。

それによって、これからあとの社会保障、あるいは医療費財源を支えるという、このコンセンサスを国民全体につくらなければいけない。国も、国庫からたくさん出してもらうことはもちろんそうですが、国庫から出ているお金、そして保険料、それだけではなくて、これからあと、いろいろな医療、医学の進歩によってお金がたく

〔スライド15〕



さん要るようになりますから、そういうものについてのファンドを一つつくるというコンセンサスをつくるべきであろう、要するに、自助努力ということをしていくべきだろうと思います。

(スライド15)そこで、私がじゃまになるといつも言うのは、保険の一部負担でございます。そもそも保険料の中に、本人の場合ですと2割なり3割なりになるわけですが、一部負担金があるということ自体、考えてみると非常におかしいことなんです。皆保険制度が成立したときには10割給付だったのです。それが途中から、非常に変な理屈で、患者、あるいは医師にコスト意識を持たせるためにとか、あるいは10割給付では病気になるなかった人たちと病気になる人たちの間に不公平感、不平等が生まれるから、病気になる人には1割、2割現金で負担をさせるというのが、その法律改正のときの哲学といいますが、理屈なのです。

しかし、社会保障というのは、保険料と言ってもいいですけども、扶助努力として、自分が病気をしなくても、病気をした人のためにそれを提供するというのも、その精神として入っているのではないのでしょうか。それがあればこそ、効果的な事業として皆保険制度が成り立ってきたわけです。

アメリカのヒラリー・クリントンが、日本のような皆保険制度が欲しくてつくろうとしましたが、アメリカの人たちには、自分が全く使わなくても困っている人たちのために積み立てようという扶助の意識が高揚しなかったために失敗しました。日本の場合には、それがあって皆保険制度ができているわけですから、10割給付で、自分が使わなくても、あるいは全く保険料そのものが自分の生活の中であまり役に立たなくても、ほかに病気をした人、けがした人たちのためにそれが使われるならば、それでいいという気持ちでつくられているのに、なぜ、あまり大した理屈もないのに、こういう一部負担金を取るようになったか。私はこれは撤廃すべきだと思います。

ましてや、われわれが窓口でそれを徴収しなければいけない。そして、政策が出るたびに、例えば今回の被用者の3割負担なんていうのは典型的な例ですが、まさに3割負担を現金で払うことによって、患者さんたちはお

医者さんたちの財源になるというような誤解もあって、受診率が下がるといったことになるわけです。

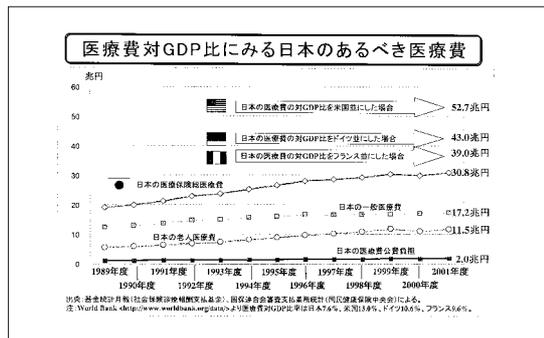
ですから、そういう紛らわしいものは、取るなら国が直接取りなさいという主張もあると思います。しかし、私は、現物給付こそわが国の皆保険制度の特徴だと言っているのですから、現物給付であるならば、その一部であるにしろ、現金給付というのはよくない。

ところが、本人の義務として納めなさい、医療機関はそれを取りなさい、取らないといけませんということが法律になっていますから、法律を変えなければいけません。どうなるかわかりませんが、法律を変えるというアクションを起こし始めていますので、私としてはこれは貫こうと思っております。

家族の場合には償還払いですから、これも現物給付のような格好になってはいますが、これは法律の、いわゆるテクニカルな問題で現物給付になっているということです。本来はお金で払わなければいけないわけですが、これもやはり一部負担金がありますから、両方含めて、この一部負担金の問題に関しては、私は撤廃を主張していきたいと思っております。

なぜ私がこんなことを声高に言うかということ、この前のスライドのところで、自助という部分で社会保障を国民全部で支えるのだという話をしましたが、病気をしない人、あるいはそれを使う機会のなかった人に不平等だということをあえて言うなら、国民一人ひとりが個人で自主的に備蓄をして、そのお金を必要なところにそれを充てればいわけです。

社会保障財源が枯渇するということも含めて、われわれは、公助、互助、自助という問題を、原点に返って考(スライド16)



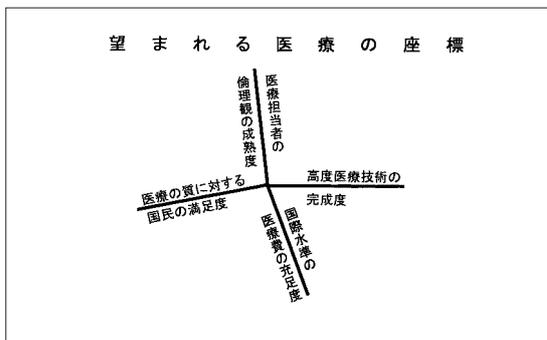
え直さなければいけないだろうということが一つのポイントです。

(スライド16)それから医療費の問題です。これも、われわれ医療人が、非常に安いコストで一番いいサプライの仕方をしているということですから、言い換えれば、われわれがボランティアで日本の医療費を安くしていると言えるわけです。国民のために非常にいいことですから、国民サイドからは感謝されるに値すると思います。しかし、先ほど言ったように医療水準を保つということからしますと、そんなことだけでよとしているわけにはいかない。やはりGDP比でアメリカほどではないにしてもフランス、ドイツ並みくらいが適当かもしれませんが、このへんのところで国際水準に値するような医療を提供するという努力をしなければいけない。

われわれの欲張りで、医療費財源を上げるというのではなくて、医療そのもののレベルアップのためにやらないと、われわれの責任が果たせないという考えから、私はこれも強く主張していこうと思っております。

したがって、この問題に関しましても、今後日本の医療費というのはどの水準にあるべきか、私は、現在、いまの31兆円プラス10兆円くらいの医療費が必要だというシミュレーションをしておりますが、そのへんのところを政府に説得していく。それにしても、いまの財務省主導型の日本の医療政策が、それに対してどこまで理解を示すか、そんな簡単な話ではありませんが、しかし、やはり日本の医療のためにはやっていかなければいけないだろうということでございます。

〔スライド17〕

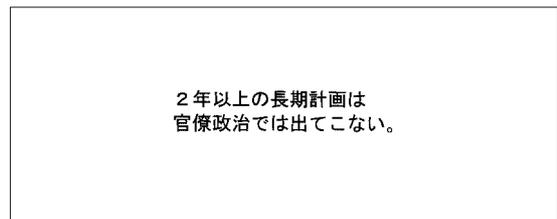


(スライド17)そこで私は、望まれる医療を完遂するために、われわれにどのようなテクニックが必要かというこ

とを考えたわけでございますが、その座標の軸を取ると、まず一番大切なのは、先ほど言ったように、われわれ医療人がどのくらい倫理観の成熟度を持っているかということをごをリサーチすることでございます。

それから、高度医療技術がどのくらい完成しているかということも、その座標としては、その大きな軸の一つにしていかなければいけない。それから、先ほどからお話しております医療の質、これも当然そうです。それと同時に、国際水準としての医療費の充足度、この4つの座標の中で常に検証しながら、これから私は医療政策を決めていこうと思っております。

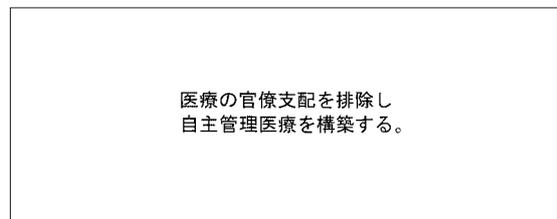
〔スライド18〕



(スライド18)いまお話しした医療改革は、官僚たちには絶対できません。なぜかという、彼らは2年しかその場にいないわけです。こんな人たちに基本的な国家百年の計をまかせておけますか。私は彼らにはまかせておけません。

したがって、やらなければいけないのはわれわれなんです。

〔スライド19〕

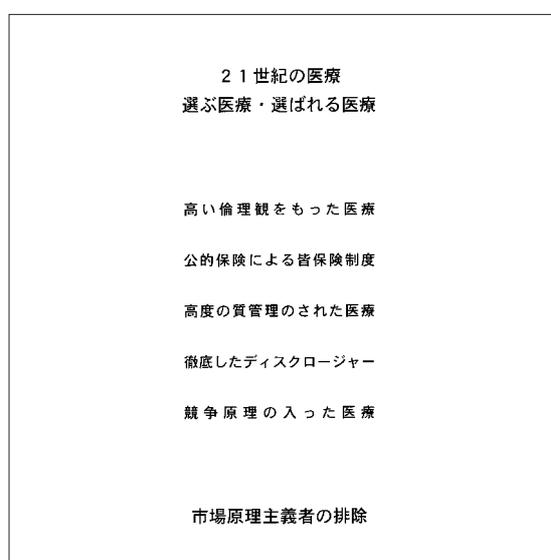


(スライド19)ですからわれわれは、せりふだけではなくて、官僚支配を絶対排除しなければいけない。そして、われわれが自主管理できる医療を構築しなければいけない。その自主管理医療というのは、一例を挙げれば、先ほどの座標を満足するような医療を構築していくことだということです。

いま私がお話ししたことは、いま小泉内閣が計画して

いる医療とは根底から違う話です。私がお話した中の80%、90%は全く考えてないと言っても、過言ではないと思います。われわれとしては、これはやはり緊急に、しっかりとしたデータに基づいた政策をつくりながら、具体的な運動をしていくということをしなければいけないだろうと思っております。

〔スライド20〕



（スライド20）これは最後のスライドですが、21世紀の医療というのは、患者が選ぶ医療であり、われわれとしては選ばれる医療だということがよく言われます。そして、その選ぶ、選ばれる医療というのはどういうことかという、いまお話ししたことをなぞることになりますが、高い倫理観を持った医療であること、そして公的保険による皆保険制度を絶対守るということ、高度の質管理のされた医療、そして徹底したディスクロージャーされている医療というものを、われわれが実行する。

その中で必然的に、いい意味での医療の競争原理が働く。これをわれわれが忌み嫌ってはいけません。これから逃げてはいけません。今後ますます、こういうことが起きてくるということになります。これも、いままで医療を提供している中から言いますと、決して違和感のないことではありません。しかし、それを克服して、しっかりとした医療を提供していく必要があります。

そこで、じゃまになるのは市場原理主義者、いまの小泉内閣の経済財政諮問会議や総合規制改革会議の中のメ

ンバーです。自分さえ金もうけになればいいという人たちです。あの人たちをやはり排除しなければいけないということが、結論になるわけでございます。

非常に雑駁な話になったと思いますが、具体的にわれわれの行動目標みたいなものが話の中に入っておりますので、多少そういうニュアンスになったかもしれません。

昨年度、日医勤務医委員会の中で、本日もご出席ですが、池田先生に委員長になっていただいて、報告書を書いていただいております。非常に論理正しく書いてあります。私も参考にさせていただいております。われわれが一番求めていかなければいけないのは何か。それはやはり、われわれが持っている、絶やすことのできない倫理観であり、それに基づいた医療というものを、勤務医部会としても実際に提唱していこうということが、そのまとめのところに書いてあります。まさに私としては100%賛成でございますし、ぜひそういう点で、勤務医部会も、常に新しい局面に挑戦しながら、ぜひ日本医師会が世界に誇れる医療団体であるための礎をおつくりいただきたいと思っております。

貴重な時間をいただきまして、長い間ご清聴いただきましたことを感謝して、私の講演を終わらせていただきます。ありがとうございました。

# 報 告

---

11 : 05 ~ 11 : 45

## 日本医師会勤務医委員会報告

報 告 : 日本医師会勤務医委員会委員長 池 田 俊 彦

## 山口県勤務医アンケート調査報告

報 告 : 山口県医師会理事 三 浦 修

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会 委員長 池 田 俊 彦

日本医師会の勤務医委員会の池田でございます。2年間で勤務医委員会でございますが、まだ今年から始めて2回だけ開かれたので、あまりまとまったお話にはなりませんけれども、いままでの雰囲気なりということを少しお伝えして、責めを果たしたいと思っております。

〔スライド1〕

勤務医委員会委員		(平成14年9月1日現在、50音順)
		(◎委員長 ○副委員長)
◎池田 俊彦	福岡市民病院名誉院長	福岡県医師会副会長
○佐野 文男	札幌社会保険総合病院院長	北海道医師会副会長
伊藤 六一	財団法人日本医療機能評価機構専務理事	
*井上 純一	社会保険広島市民病院内科主任部長	広島県医師会常任理事
*若中 佳子	東邦大学医学部附属大崎病院形成外科助教授	
*菊田 芳丸	聖栄聖徳病院専務理事	新潟県医師会理事
*枝原 正雄	新潟土産院長	静岡県医師会理事
*早川 弘一	久我山病院院長	東京都医師会理事
*樋口 純	岩手県立中央病院院長	岩手県医師会常任理事
*藤田敬之助	大阪府立総合医療センター小児内科部長	大阪府医師会理事
渡辺 憲	医療法人明和会 渡辺病院院長	鳥取県医師会常任理事

\*：今期からの新委員 担当役員 星常任理事



（スライド1）特徴的なことは、女性の委員が入ったこと、それから11名の委員のうち7名が新しくなったことで、フレッシュな、また新しい広い視野での議論がなされようとしております。

担当の役員は星常任理事、担当の事務局は庶務課でございます。いろいろとお世話になっております。

〔スライド2〕

日本医師会勤務医委員会の役割
1. 会長諮問事項についての討議と答申書の作成
2. 日医ニュース「勤務医のページ」の企画編集
3. 全国勤務医部会連絡協議会への意見具申
4. 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画・立案
5. その他の問題の討議
6. 勤務医アンケート調査
7. 勤務医座談会の実施
8. その他

（スライド2）勤務医委員会の役割でございますが、これは例年出しますので、もう何度も出ておられる方はわかりと思いますが、一番大事なことは、会長から諮問

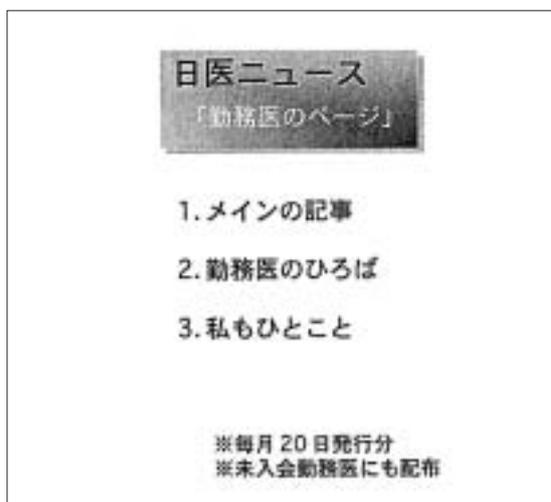
をいただいて、2年間にわたって討議をして、答申書を作成するということがございます。そのほかに、実務的なこととして、『日医ニュース』の「勤務医のページ」というのが、毎月20日号の一番後ろのページに載っていますが、その企画・編集を勤務医委員会の中で行い、それを広報委員会の中でお認めいただいて、掲載しています。

それから、今日のような勤務医部会連絡協議会、それから来月行われます都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画立案、そのほかアンケート調査をしたり、座談会をしたりということもいたしております。

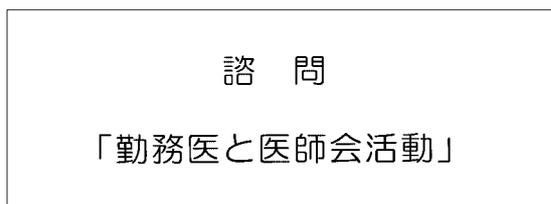
（スライド3）いまの日医が、広報に少し力を入れようということですので、広報委員会の中でもこの『日医ニュース』の在り方を、もう一度検討しようということになっておりますので、皆さん方も、このメインの記事の在り方なり、「勤務医のひろば」や「私もひとこと」という会長さんのご意見の欄、そのほか、こういふふうにしてはどうかということがありましたら、われわれのところにご意見をちょうだいしたいと思っております。

（スライド4）今年7月26日に第1回目が開かれました

〔スライド3〕

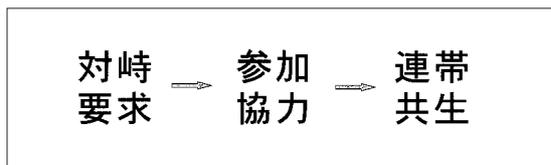


〔スライド4〕



が、そのときに頂いた坪井会長からの諮問は、「勤務医と医師会活動」ということです。野球部に入るのは野球をするために入るので、医師会に入るのは医師会活動をするために入るというのは当たり前の話でございますが、これにもいろいろありまして、医師会活動について必ずしも勤務医に十分な参画を得られていないという現状がございます。そういうことをいろいろ議論していくことになるんだろうと思います。

〔スライド5〕



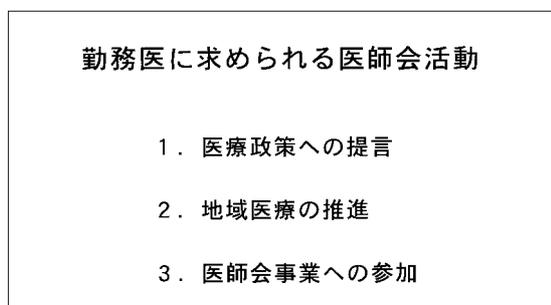
〔スライド5〕58年からこの勤務医委員会はございますが、初めは左側のほうから、だんだん右側に行っているのではないかと私は思っているのです。一番右側のほうへ行きますと、この勤務医部会連絡協議会も、勤務医委

員会も、すべて要らないことになるんだろうと思いますが、まだまだ真ん中から少し右側のほうに行きつつあるところではないかと思えます。

議論は、初めころは、勤務医にかかわる問題、あるいは勤務医のための問題ということが中心でしたが、だんだん今日のお話にもありましたように、医師会の問題、あるいは国民の医療をどうして良くするかという医療政策に関連する問題ということになりました。

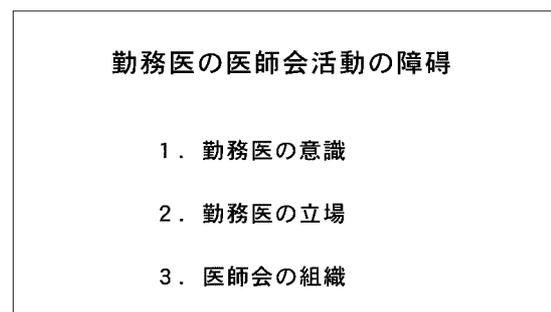
坪井会長から先ほどのテーマを頂いたときに、坪井会長はこう申されました。「開業医も勤務医も、日本の医療政策について、もっと発言すべきである。これからはますます、勤務医のそういう意見に耳を傾ける場面が多くなるだろう。大所高所から、この勤務医委員会の中でいろいろと政策提言をしていただいて、それを日本医師会の政策に生かしていきたい」と。だからしっかりやれというようなお話でございました。そういうふうに努めてまいりたいと思います。

〔スライド6〕



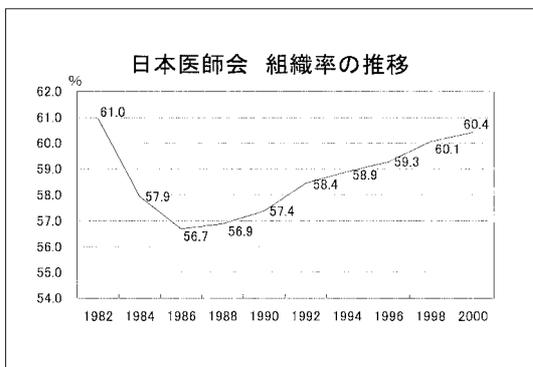
〔スライド6〕勤務医に求められる医師会活動は、これより他にもまだまだたくさんあると思いますが、まずは医療政策への提言、地域医療の推進、医師会事業への参加というようなことが求められると思います。

〔スライド7〕



(スライド7) なかなか医師会活動にじゅうぶんには参加できないという障害もございます。勤務医の意識がまず第一でございますが、勤務医の立場もあります。それから医師会の組織にどうしても入りにくい部分もあります。そういうことが少しずつ克服されて、勤務医も開業医と同じように医師会の中で活発な活動をしていくことになっていきたいと思っております。

〔スライド8〕



(スライド8) これは、日本医師会の組織率の推移でございます。勤務医問題が起こったときに、歴代の医師会の考え方としては、勤務医を入れて少し組織率を上げなければということでしたが、坪井会長は、組織率を上げるためだけに勤務医に入ってほしくはない。やはり先ほどの、活動あるいは政策提言ということを勤務医に求められているように、私は考えております。いまのところ2000年のところまでしか出ておりませんが、1982年の61%にまだ及んでいないというところでございます。

〔スライド9〕

日本医師会会員数の増加	901人 (2,349人)	0.6% (1.5%)
うち勤務医会員数の増加	549人 (1,350人)	0.7% (1.9%)

( )は2000→2001

(スライド9) 次に、勤務医の会員数についてでございますが、2001年から2002年に対して、日本医師会の会員

数は、901人、0.6%増えております。昨年は、2,349人増えて、1.5%増ということでしたが、それが大幅に減っております。うち勤務医の会員数の増加についても、前年は1,309人増えておりましたのに、今年は549人の増です。

この増加分は、新たに加入された医師会員あるいは勤務医会員の数ではなくて、新しく入ってきた方とお辞めになった方とを相殺した数です。昨年来いろいろ問題になっております、公的病院の勤務医の会費を病院が払うことに対して、どうもそれはまずいというお話が出ました。そういうことでの退会者が多くなったのではないかというふうな想像もできますが、県単位で見ますと、10%を超えて勤務医が減っている県もございまして、しかしまた、10%近く増えている県も2~3はあるわけでございます。それぞれの県の状態や取り組みの状態、いろいろなことで変わってくるのだと思いますが、全体としては会員の増がかなり少なかったということでございます。

〔スライド10〕

全医師数	255,792人	
日本医師会会員数	156,563人	
うち勤務医会員数	74,074人	47.3% (47.2%)
都道府県医師会会員数	170,818人	
うち勤務医会員数	86,125人	50.4% (50.6%)

( )は2001年

(スライド10) これは、勤務医の会員が医師会の中でのかなりの割合いるかということですが、日本医師会という単位で見ますと、7万4,074人、47.3%が勤務医です。昨年は47.2%だったので、0.1%それでも増えているということでございます。

それから、都道府県の医師会の会員数で見ますと、勤務医の会員が8万6,125人で50.4%。これは、昨年の50.6%に比べれば減っているということです。

だから、これを全体から見ますと、県単位まで加入していた勤務医は辞める方がいたが、日医まで加入されている方については、あまりお辞めになる方が少なかった

のではないかとこのように想像されます。

〔スライド11〕



〔スライド11〕これは、日医における勤務医会員の構成割合ですが、1991年には39.6%でございましたが、いまは47.3%まで増えてきたということでございます。

〔スライド12〕

	総数	勤務医数	%
日本医師会代議員数	3,338人	15人	4.4%(6.4)
都道府県医師会			
役員数	1,084人	174人	16.1%(15.0)
代議員数	3,665人	540人	14.7%(14.8)
委員数	13,938人	4,021人	28.8%(27.0)

( )は2001年

〔スライド12〕勤務医が医師会活動にどう参加しているかについてですが、参加の仕方はいろいろあると思えますけれども、ここでは医師会の意思決定、あるいは政策決定に関与するような立場にどのくらいいるかということの数字でございます。

まず、日本医師会代議員数については338人中15人が勤務医で4.4%でございます。昨年は6.4%でございましたので、かなり大幅に減っています。都道府県医師会の中では、役員数が15%、代議員数が14.8%、委員数になると27%、それが昨年で少し微増しているというように感じでございます。これをどう取るかということは、またいろいろ考え方があると思えます。

〔スライド13〕これは、1992年から日本医師会の勤務医が代議員にどうなっているかということです。最初12人から始まって、一番多いときは24人、7.3%までいった

〔スライド13〕

年度	代議員総数	勤務医数	構成割合(%)
1992	276	12	4.4
1993	276	13	4.7
1994	293	17	5.8
1995	293	15	5.1
1996	301	14	4.7
1997	301	16	5.3
1998	315	23	7.3
1999	315	20	6.3
2000	328	24	7.3
2001	328	21	6.4
2002	338	15	4.4

のですが、また一番前のところの4.4%に戻っているということです。15人という数は、12に比べて多いのですが、全体の数が多くなっておりまして、割合としては4%ぐらいにとどまっているということです。

昔は「代議員に登用しないのはけしからん」、日医にもう少し代議員のポストをよこせというような議論をした時代もあります。しかし、登用されるほどの活動を熱心にやっているかということ、むしろわれわれは反省しようということ、われわれが一生懸命医師会のために頑張る、医師会のために提言していくということの中で、だんだん道が開けていくのではないかと、われわれとしては謙虚に考えているつもりでございます。

〔スライド14〕

設置都道府県数	34	(34)
大学医師会数	57	(57)
		(80大学中)

( )は2001年

〔スライド14〕これは、例年出しているのですが、大学医師会の設置状況です。昨年と変わっていません。80大学中に、都道府県数とすれば34、大学医師会数としては57の大学で、大学医師会ができています。

〔スライド15〕これは、勤務医部会が設立されているかどうかということですが、設立済みのところが25ですが、これは2つ減っております。減っているところは、兵庫県と岡山県だと思います。もともとは28までいったのですが、昨年1つ減りました。それは、山梨県が勤務医部会を廃止したからでございます。設立予定が

〔スライド15〕

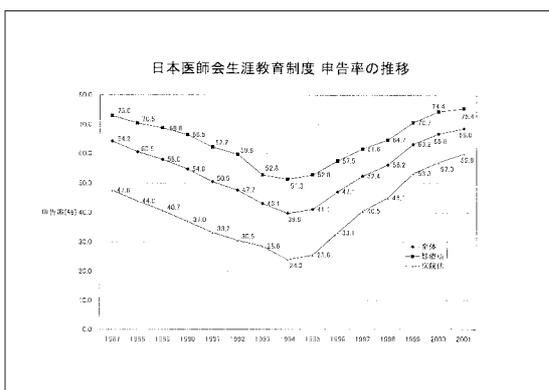
設立済み	25	(27)
設立予定	1	(0)
設立予定無し	17	(18)
設立不要	1	(1)
設立後廃止	3	(1)

( )は2001年

1、予定のないところが17、設立は不必要だというのが1です。結局、設立後廃止したところが3県になっているということでございます。

勤務医部会を何のために作るかということですが、勤務医のために作るわけではないので、先ほどの対峙・要求というところから、開業医と同じように医師会を支えていこうというところになるための意識改革をする、あるいは活動をもう少し熱心にするということのために作るわけですから、その目的を達成すれば廃止することになるのですが、いまそういうふうになって廃止されたのかどうかということは、私はつぶさには承知しておりません。

〔スライド16〕



〔スライド16〕これは、日医の生涯教育制度における勤務医の申告状況ですが、非常に低いということで、全体を引き下げています。長らくご批判を受けておりますし、反省もいたしておりますが、なかなか実際には、十分に勉強していると思っておりますけれども、申告ということに必ずしもなっていない。それでも、ボトムからだんだん上がっておりまして、これは真ん中が平均で、一番上が開

業医、下側が勤務医でございますから、あそこまで行ったということです。もう少し細かい数字を出しております。

〔スライド17〕

	低いところ	高いところ	平均
1998年	15.9%	84.3%	45.1%
1999年	19.7%	87.9%	53.3%
2000年	29.4%	85.4%	57.0%
2001年	35.6%	86.6%	59.9%

〔スライド17〕ここ2～3年を年度別に並べています。だんだん増えてきているところがございますが、県として低いところあるいは高いところはどのくらいだったかといいますと、1998年は、低いところが15.9%だったけれども、2002年には29.4%まで増えてきた。高いところはまだマキシマムですから、これ以上になかなか増えないのだと思いますが、84～85.4です。1999年は87.9%というところもありました。

平均すると、右側のほうで、やはりだんだんと増えていきます。2001年のことは、まだ県別によくわかっておりませんので、平均のところだけ出しております。これもだんだん低い県がボトムアップしておりますが、もう一段のご協力やご努力をお願いしたいというところがございます。

〔スライド18〕

### フリーターキングの話題

1. 卒後臨床研修問題
2. 勤務医の労働条件
3. 女性医師の問題

〔スライド18〕この2回の委員会の中で、フリーターキングという、勝手にいろいろなことを言おうということでやっております。途中で中休みをちょっと取るんです

けれども、それがなかなか取りにくいくらい、今回は議論が沸騰しております。

まず、話題として一番大きかったものは、卒後臨床研修の問題でございまして、今日もランチョンセミナーのところでございますが、卒後の臨床研修の必修化です。日医が提唱しております地域施設群の研修方式ということで現在2県でモデル事業をやっておりますが、それをもう少し広げてほしい、広めてほしいということや、プライマリ・ケアを中心とした研修は、日医が核となってやるべきであり、医師会が主体的にいい医師を育てる絶好のチャンスだというような、医師会主導でこの研修をするということにご賛成の意見もたくさんあります。これは、前期の委員会でもそういうことでございましたが、今回は少し様子が変わっております、真っ向から反対するようなご意見も出ております。

会議の中で一つの流れができてきますと、なかなか反対の意見は出ないので、議論が深まらないということがございますが、今期は、真っ向から反対の意見も出しますので、議論が深まって、いい会議になるのではないかといいふうに思っております。

反対のご意見の一端を紹介いたしますと、医局制度との絡みで、入局の形が不透明だから、いまだそれは早いのではないかと。医師会病院も医局人事で動いているので、独立して医師会病院がやると、医局からの締め付けが起こるかもしれない。大学から見れば机上の空論だ、うまくいくはずはない。大学の最近の教育のやり方は昔と違っていろいろ良くなっているの、そういうところの議論が少し不足しているのではないかと。大学のほうが、指導員も多くて、大学中心のほうがいいのではないかと、といった反対のご意見がありました。

また、大学を離れて研修をすると、大学に戻れなくなるのではないかといいようなことが議論になっておりますが、今回特に、一般的なお話ですけれども、研修医の費用をどうするかとか、研修をするための指導員の処遇をどうするかということも、もちろん議論になりました。

さらに、研修が終わって2年後のことはどうなのかというような議論があります。

一部をご紹介しますと、研修が終わってから大学にスムーズに帰れるのかどうかという不安が残ること、

あるいは大学院にはいつ入るのか、大学院を卒業してから研修を始めるのか、研修が終わってから大学院に行くのか、そのあたりもあまり明確になっていないということ。修了時には認定試験をすべきではないか。そうすれば認定試験に落ちた人をどうするのかということも、まだはっきりはしていないといった意見がありました。

また、必修科の先生はいいけれども、必修科でない先生方、例えば眼科とか耳鼻科などがあると思いますが、研修が終わって大学に帰ってみると、それからがその診療科での初めての研修ということになるので、無給にはなるし、アルバイトに行こうにも、まだ何にも知らないからということで、そのへんの問題があるのではないかといいようなことが議論されております。

それからやはり、病院として研修医を受けることは、教えることの喜びも誇りもあるのだけれど、いままでは同じ仲間になる医師を育てていたが、今度は、来てはどこかへ行ってしまふ、どこに行くかわからないという人たちを育てるのに、いつまでもそういうモチベーションが維持できるのだろうかといふようなことも話題にはなっております。

それから、スーパーローテーションで、次々と新しい未熟な人たちがやって来ますと、そのために患者さんに与える影響、あるいは安全性の問題といったこともじゅうぶんに考慮すべきではなからうかといふようなご議論がございました。

それから、今日もまたお話が出るといいますけれども、勤務医の労働条件の話です。過労死を含めて、長時間労働、あるいは過重労働、そういう中で、本当に医療の安全が保たれるのかどうか。もう少し、医師はどんどん出てくるのだから、いい医療をするために、またいい研修医を育てるためにも、病院にたくさんの医師がいたほうがいいのではないかといいご議論もあります。

特に女性の委員が入った関係で、女性医師の問題にも少し触れられました。独身の女性は、男性と同じように働ける、あるいは子どものいない女性は、男性と同じように力を発揮しているけれども、いったん妊娠すると働き手ではなくなる。代替りの医師がすぐに求められるような体制が望まれるのではないかと。育児休暇がしっかり取れるようにしてほしい。あるいは保育所の問題、それ

から、職場復帰がしやすい環境というのも要るのではないかというようなことも出ましたし、勤務医の労働条件についても、女性医師の問題も含めて、先ほども少しお話に出ました病院の機能評価の評価項目の一つに勤務医の労働条件というものも加味したらどうかというようなお話も出ました。

このことを話すと非常に長くなりますが、そういった話が、勤務医委員会の中で、いままでのところ議論になったということをご紹介します。

〔スライド19〕

### 議論の根底にあるもの

国民のための  
医療の質の確保

勤務医の役割の遂行  
(意識改革を含めて)

(スライド19) いろいろ議論はしますけれども、勤務医にかかわる問題、あるいは勤務医の問題、勤務医のための問題ということの議論はやはりなくて、すべての議論の根底には、国民のための医療の質の確保をどうするかとか、勤務医の役割をどうしたら遂行できるかということをいつも柱にしながら議論を進めておりますし、これからもそう進めたいと思っております。以上でございます。ありがとうございました。

## 山口県勤務医アンケート調査報告

山口県医師会 理事 三 浦 修

「勤務医の現況調査集計結果報告書」をご覧くださいながら、話を進めていきたいと思えます。

山口県は本州の最西端であり、古くは大内氏により西の京都として築き上げられた、栄華の香り残るここ山口市をはじめ、中小の都市が散在しています。人口は平成12年10月の時点で約152万人。そのうち65歳以上の高齢者の占める割合が22.2%と、全国でも上位に位置する超高齢県となっています。

山口県内には、21の郡市医師会と山口大学医師会とがあり、平成14年6月1日現在、全医師会員数は2,542人です。平成14年6月1日の時点で、県内の勤務医の現況を把握し、医師および医療の将来に向けての種々の施策に資することを目的として、各病院ごとにアンケート用紙を配布し、病院長、事務長などに回収をお願いしました。県内の病院勤務医1,688名のうち908名からの回答があり、回収率は53.8%で、男性797名、女性109名、無効回答2名でした。

アンケートの内容としましては、これまでの継続的な項目が主ですが、新たに「医療改革の動き」についてや「卒業後の研修について」などの調査を行いました。

性別は、797名、87.7%が男性、109名、12.0%が女性であり、他県と同様の比率でした。年齢構成としましては、20代・30代が34.9%、40代・50代・60代が58.5%と、他県と比較して、やや年齢的に高い印象です。これは、大学病院勤務医の占める割合が比較的少なく、一般病院で勤務している部長・課長・主任医長クラスの医師が比較的多いことによるものと思われました。

主たる勤務先の開設主体は、国公立、公的病院と大学病院を合わせると53.0%、私立病院が37.8%、その他の病院が8.6%であり、主たる勤務先の病床数を見ると、400床以上が34.8%、200床～299床までが30.9%、100床～199床までが19.7%、50床～99床までと50床未満が合わせて13.7%でした。



現在の勤務先の勤務年数を見ると、5年～10年、10年以上を合わせると47.0%と、半数近くの勤務医が、比較的長期に同じ病院に勤務している状況がわかります。ある年齢以上になると、当然、病院間の異動は少なくなり、その病院で勤務医として退職まで勤め続けるか、あるいはどこかの時点で開業するかの決断を迫られることとなります。

昨今、勤務医の過重労働が問題となっていますが、週平均の実働勤務時間を見ますと、男性医師の49%、女性医師の38%は、週48時間以上の実働勤務をこなしている状況でした。

当直回数につきましても、月に4回の当直をしている医師が37.1%、5回以上の当直をしている医師が7.9%もあり、また、緊急の呼び出しにつきましても、月に4回あるいは5回以上の緊急時の呼び出しを受けている勤務医が3割を超える状態であり、他県と同様に、あるいはそれ以上に過酷な勤務状況が明らかとなっています。

研修医の過労死問題がマスコミに大きく取り上げられている昨今、過重労働や当直翌日の継続勤務の状況などは、今後改善されていくべき問題とは思いますが、こう

いった勤務医の努力や犠牲の上に実際の現場の医療が成り立っていることも事実であります。

学会加入につきましては、勤務医の半数が4つ以上の学会に入会していて、8割以上の医師が、1回ないしは複数回、学会に出席していますが、これは他県と比較しても大きな差はありませんでした。

医師会入会の有無については、76.3%が入会していますが、日本医師会まで入会している勤務医は53.3%でした。医師会に入会しない理由としては、医師会についての情報不足、メリットがない、会費が高いなどの意見が見られましたが、山口県医師会としましては、藤井県医師会会長をはじめ県役員が、年2回、県下の各病院を訪問して、勤務医との意見交換を積極的に行い、併せて医師会の広報、啓蒙活動を行っています。また、山口大学医師会に所属する勤務医は、一定の期間、県内の病院を勤務異動しても、郡市医師会への入会費、年会費は免除されるという便宜も図っております。

また、勤務医として実際に医師会活動に参加している医師は44.4%であり、他県より多い印象でした。

将来の開業の予定についてですが、勤務医の70%以上が、将来開業の予定について、その意思がない、あるいはわからないと回答しています。

また、労働過重や将来への不安、収入が少ない、研究・学習時間の不足などの理由で、現在の職場に不満を抱いている勤務医も25.8%見られました。この割合が多いか少ないかは大いに議論されるべき問題ですが、今後勤務医の身にも、医療改革の波が、いや応なしに押し寄せてくることが予想され、勤務医であっても、あるいは勤務医だからこそ、種々の情報を正確に把握し、常に問題意識を持ち、将来にわたって的確なかじ取りを続けることが求められます。

カルテ開示やクリティカル・パスの導入などでは、多くの勤務医は、医療改革の動きを敏感に感じ取り、身近な問題として対応している状況がくみ取れます。

男女共同参画社会についてのアンケートでは、男女医師ともに6～7割の医師が、育児と仕事の両立は困難、あるいはできないと回答しており、長期間離職後の職場復帰のシステム、研修等も必要だと答えた医師が多い状況でした。

最後に、卒後2年以上の臨床研修についてのアンケート結果を見ると、教育体制や指導者が不十分、あるいは時間的な余裕、経済的な余裕がないために、技術、知識、態度の修得が不十分であったとの意見も多く見られました。

報告書の最後にアンケートで見られました勤務医のいろいろな意見を載せてあります。医師会への意見や、医療制度の問題、勤務医と開業医との連携、よりよい研修医制度など、じっくり議論に時間をかけるべき問題も多く、ぜひ一度目を通していただきたいと思います。

今回のアンケート調査に際して、ご協力いただきました各病院の病院長の先生方をはじめ、勤務医の諸先生方、事務関係の方々に感謝申し上げます。以上で、勤務医現況調査集計結果報告を終わります。ありがとうございました。

# 次期担当県挨拶

---

11:45 ~ 11:50

挨拶：奈良県医師会 会長 有山雄基

### 次期担当県挨拶

---

奈良県医師会 会長 **有 山 雄 基**

奈良県医師会の有山でございます。平成15年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会の担当をさせていただくことになりました。とてもこのような立派な設営はできないとは思いますが、日本医師会のご指導ならびに山口県医師会の今日の模様を模範といたしまして、これから精いっぱい努力させていただきたいと思っております。

いまのところ、先ほどからたびたび出ております医療の質ということをメインテーマに据えまして、それに関連して医療の安全の問題あるいは研修医制度の問題等について、ご議論いただければと考えております。

期日は、平成15年10月18日の土曜日に予定しております。場所は、奈良の春日野でございます奈良県の新公会堂を予定しております。この新公会堂は、ちょうど現在世界文化遺産に指定されております春日大社、東大寺、興福寺の真っただ中にございます。どうか、深まりゆく秋の風情を楽しみに、全国からお一人でも多くの先生方にご来県いただきますことを、心からお待ち申し上げます。どうぞ来年もよろしく願いいたします。ありがとうございました。



# ランチオンセミナー

---

12:00 ~ 13:15

## 第1分科会

感染症対策について - 院内感染に対する医師会活動について -

司会：山口県医師会勤務医部会副部長 為近 義夫

演者：青森県医師会常任理事 和田 一穂

コメンテーター：日本医師会常任理事 星 北斗

## 第2分科会

日本医師会が提唱する卒後臨床研修

「地域施設群研修方式（仮称）」モデル事業について

司会：山口県医師会常任理事 小田 達郎

演者：栃木県医師会常任理事 昌子 正實

コメンテーター：日本医師会常任理事 櫻井 秀也

司会：山口県医師会勤務医部会副部長 **為 近 義 夫**

それでは、定刻になりましたので、ランチョンセミナーを開催したいと思います。大半の方は、もうお食事は済みのようですが、これは当会としまして初めての試みでございますので、ひとつよろしくお願いたしたいと思います。

今回のテーマであります「ついに来た医療改革」で、安全委員会や褥創委員会といったいろいろな問題が起こっておりますが、院内感染の問題もその一つでありまして、残念ながら、世田谷のセラチア事件とか、北九州のVREの問題などは、もっと横の連絡が早く行われていれば、あれほど拡大せずに防げたのではないかと考えております。

院内感染対策も、保険上減点对策ということで「減点」ということになりましたし、今日は、インфекション・コントロール・ドクターやナースを使って県医師会レベルでこの問題に取り組んでおられます、青森県医師会の実情をお話したいと思っております。なお、講演終了時、質問を受けまして、最後に星常任にコメントを頂こうと思っておりますので、ひとつよろしくお願いたします。

それでは講師をご紹介します。和田一穂先生。青森県医師会の常任理事でございます。昭和55年杏林大学を卒業後、弘前大学にお入りになりまして、平成3年から和田クリニックの副院長、平成8年から同院長、平成12年より青森県医師会常任理事をお務めでございます。では先生、よろしくお願いたします。



### 感染症対策について 院内感染に対する医師会活動について

青森県医師会常任理事 **和田 一穂**

皆さん、こんにちは。青森県医師会常任理事の和田でございます。為近先生、ご紹介誠にありがとうございます。また本日は、全国医師会勤務医部会連絡協議会に参加させていただき、このようなセミナーでお話できる機会を頂きまして、大変光栄に思っております。また山口県医師会の藤井会長ならびに、私にこのセミナーでお話するようにとお声をかけていただきました日本医師会の星北斗常任理事、そして関係の皆さまにも、心から御礼を申し上げます。

ここで少し自己紹介をさせていただきます。私は、先ほど紹介にありましたように、昭和55年に私立の医学部を卒業しまして、地元の弘前大学医学部第一内科学教室に入局。そして約11年間の勤務医生活を送り、その後私の父が青森市で小児科の開業医をしておりまして、平成3年父の元に帰りまして、開業医として11年目を迎えました。ひょんなことから、平成12年に県医師会の常任理事に任命されました。

現在私は、県医師会で地域医療政策を主に勉強させていただいておりますが、そのほかには、情報開示、苦情相談窓口の業務を担当しております。感染症については、私はあまり専門家ではございませんので、逆に今日はいろいろと皆さまからアドバイスを頂いて帰りたいと思っております。

今年の4月に、青森県医師会は、佐々木義樓新医師会長になりまして、新たな事業計画の中に院内感染対策が盛り込まれました。感染症と医療事故担当の常任理事らによりまして、地元の弘前大学医学部の感染症の専門医と話し合いを持ち、活動を始めていたところ、星先生がなぜかそのことをご存じて、いろいろとその後、先生からアドバイスを頂きまして、県医師会に、院内感染防止対策委員会を比較的短時間に立ち上げることができました。

今日お話しする委員会のことは、既に9月26日の厚生労働省の院内感染対策有識者会議でも紹介されたもので



ございます。医事新報やメディアファクスなどでも取り上げられていたものでございますので、ご存じの先生もいらっしゃるかと思いますが、今日は少し詳しく紹介させていただきたいと思っております。

その前に、少し硬い話になりますけれども、院内感染に対して、いままでの経過をまとめてみたいと思います。こんにちはの医療には多くの問題が噴出しておりまして、特に80年代後半から頻発し、90年代になって社会問題化した、このいわゆる院内感染も、その問題の一つかと思っております。

院内感染が広く知られるようになったのは、手術の成功後の院内感染によって死亡された男性患者の妻である富家恵海子さんの『院内感染』という著書によってであります。彼女は、この院内感染の起こる原因と、それがまん延化した背景は、医学的であるだけではなく、多分にこの社会的な問題もあるだろうと言っております。

まず医学的な理由としては何よりも、強力で効能の広い抗生物質を安易に長期にわたって使用してきたこと、あるいは抗生物質の乱用のために耐性菌ができてしまったことが直接的な原因であるとしております。とりわけ

日本では、強力な第3世代セフェム剤が、薬価が3,000円前後で薬価差が大きいこともあって、結果的に乱用されたことになったとっております。そしてまた高度な医療機器や技術の発達の中で、消毒とか手洗い、清掃などのような基本的なものを軽視する傾向があったのも重要な要因ではなかったかとっております。

さらにこの社会的な問題、社会的な理由としては、一つには医師や看護師の卒後教育のシステムが整っていないのではないかと。それから二番目としては、多忙を言い訳にして、病院全体で協力して院内感染の防止に取り組んでいけないという、チームワークの悪さもあるだろうと。また三つ目としては、まだ施設に貧弱なものがあるところも見受けられるということが指摘されております。

そのほかには、大学病院の場合は、臨床よりも論文を争うような傾向があったり、極度に分化され過ぎてしまった専門領域があったり、病院長のコーディネート力の問題が複雑に絡んで、そしてまた、その背後には、皆保険による医療費の使い道に対する国民の意識の甘さがあったり、院内感染防止への国の無策、あるいは高い薬を使って薬価差益で稼がなければならないという医療費の仕組みがあると考えられ、そのような意味で、院内感染というのは、日本のゆがんだ医療システムの中で構造的に生まれてきたものではないかと言われておりました。

そして、そういう中で、残念ながら今年の1月18日には、東京の脳神経外科の病院でセラチアの院内感染が発生いたしました。患者さんの命を守るべき医療機関が、その患者さんの命を奪ってしまうということは、あってはならないことであります。報道では、保健所は各医療機関に感染防止マニュアルの作成を指示していましたが、この病院はその作成を行っていなかったとっております。また病院側は、保健所に報告したが通じなかったとっておりますが、保健所は緊急時の連絡網を設置したが、そのようなことはあり得ないと弁明しているわけです。結果的には、個人病院があれだけ報道されまして、また責任を追及されたわけでありまして。

東北大学の病態制御学の賀来教授によりますと、院内感染は医療事故の一種とみなされ、本来はあってはならないことではありますけれども、残念ながら散発してい

る。院内感染は患者の予後に悪影響を与えまして、医療施設の評判を落とし、ときに医事裁判を引き起こして施設運営に大きな影響を与えてしまう。よって、病院のリスクマネジメントの課題として据えておく必要があるとっております。

MRSA問題を契機として、日本の医療社会における感染対策は一步前進したかのように見えましたが、医療現場の感染リスクを適切に評価しまして、それに見合った効果的な対策が計画されて、そして実行している病院は、果たして日本にどれだけあるでしょうか。心もとない点であると言っております。

また、アメリカのCDCマニュアルの受け売りや、実情に合わない過剰対応、MRSAのみに偏った対応などによって、人手やお金の無駄が多いのではないかと。その一方で、患者さんの、患者サイドの要求は強まるばかりで、誤った理解に基づく理不尽な要求も少くないわけです。時代に合った水準が必要でありまして、それができていないと起訴に負けることも覚悟しなければならないと指摘しております。

厚生労働省も、従来の院内感染対策を幅広い視点から再評価しまして、より具体的かつ効果的な対策を打ち出すために、先ほど少し触れましたが、院内感染対策有識者会議を開催いたしました。星北斗先生もそのメンバーでありますし、また青森県からも健康福祉部長がメンバーの一員として参加しております。

この有識者会議での意見交換でも、既に感染対策は技術的には確立しているが、いかに実行していくかが重要であると指摘しております。現在の医療で、院内感染をゼロにすることは不可能で、重症患者の救命などの進歩が、逆に易感染宿主を生み出している面もあることを、きちんと国民に伝えなければならないとしております。

そして医師会の立場から、星先生は、平素から行政と医師会、専門家と役割分担と連携がうまくいっていないければ、何か起きたときに機能しないと強調されております。さらに、医療機関には、規模や機能の異なる種類のもがたくさんあるわけですので、医療機関側として包括した対策と対応が必要であります。

例えば、感染対策チームがあってサーベイランスをいつもやっているようなレベルの病院、あるいはとにかく

## ■ ランチョンセミナー（第1分科会）

ガイドラインやマニュアルをつくるのさえ大変な病院もあります。日本の病院は、あるレベルに届かない病院がたくさんあって、そこも考慮した上での検討が必要であるとしております。

また、行政と医師会との関係からいいますと、平素の対応での付き合いがうまくいっている地域あるいは県と、それからあまりうまく付き合っていないところもあります。平素どうするか、何か起きたときの対応が、いまひとつ地域で機能していないのが、実は現状ではないかと言っております。

何か後手後手に回っていて、県の役割、医師会の役割、あるいは専門家の先生たちの役割というもの具体的位置づけられていない。普段からそういう関係がつけられていないのではないかというふうに強調されております。

そこで、われわれ青森県医師会内でも、やはりこういうことを考えまして、行政と医師会と専門家の三者が手を取り合って、この院内感染対策の問題に対抗していかなければならないと考えました。そして最終的には、医師会が中心となって行動を起こさなければならないと決断したわけでありまして。

そして青森県医師会に、青森県院内感染防止対策委員会を、平成14年7月に設置いたしました。一部の報道で

は、この委員会が県の行政側で企画したかのような表現で紹介されましたが、実はわれわれ医師会が企画し、運営している委員会であります。

この委員会の設置目的でありましたが、青森県内の医療機関で発生した院内感染について、該当する医療機関に対して、院内感染防止活動を支援するというのを主な目的といたしました。

委員会のメンバー（表1）は、行政側から県健康福祉部と県環境保健センター微生物部、医師からは、代表として弘前大学医学部臨床検査医学講座の保嶋実教授、保嶋教授にはこの委員会の委員長をしていただいております。そして、地域基幹病院からは、青森県立中央病院、青森市民病院、八戸市立市民病院から計4名。そして県看護協会、県薬剤師会、県臨床衛生検査技師会、そして県の医師会から担当常任理事の3名、合計12名で構成されております。

ICDの資格をお持ちの先生が2名いらっしゃいますが、青森県の場合は、医師の数が少ない、医師の充足率も低いレベルにある県であります。実は青森県では、ICDをお持ちの先生は、全県で19名しかございません。その中で実績のあるICDのお二方をこの委員会のメンバーとしております。

次に、この委員会の活動目標（表2）ですが、一番目

表1．青森県院内感染防止対策委員会の構成

（構成）	
行政	
青森県健康福祉部次長	北窓 隆子
青森県環境保健センター微生物部長事務取扱	大友 良光
医師	
弘前大学医学部 臨床検査医学講座教授	保嶋 実 (ICD)
青森県立中央病院 内分泌内科部長	平井 裕一 (ICD)
青森市民病院 第2内科部長 (呼吸器)	櫛引 大輔
八戸市立市民病院 消化器科長	船場 泰文
看護職 (青森県看護協会)	
青森県立中央病院主幹看護師	工藤智恵子
薬剤師 (青森県薬剤師会)	
青森市民病院薬剤部薬剤長	石崎留美子
臨床検査技師 (青森県臨床検査技師会)	
青森県立中央病院臨床検査部総括主査	川村千鶴子
青森県医師会	
感染症担当	坂上 絢一郎
医療事故担当	千歳 和哉
地域医療担当	和田 一穂

表2．青森県院内感染防止対策委員会の要綱

（委員会の活動目標）
各医療機関での院内感染防止の教育・啓発活動を行う。 院内感染発生あるいは疑われる場合の拡大防止のための早期支援を行う。 院内感染発生時にインфекション・コントロール・ドクター (ICD)、インフェクション・コントロール・ナース (ICN) を派遣し適切な対策をとる。ICDの所属する医療機関における治療を依頼する。 行政等との連携を円滑にする。 起こった院内感染について検証する。
（今後の活動内容）
1．ネットワーク整備
2．発生時の実際の対応
3．啓発・教育活動
4．マニュアル作成
5．青森県版ICNの認定とそのためへの講習
6．施設視察・院内感染活動評価
7．サーベイランス
1～4については早急な対応が必要
5～7については検討課題とする

としては、各医療機関での院内感染防止の教育、啓発運動を行う。二番目としては、院内感染発生時、あるいは疑われる場合の拡大防止のための早期支援を行う。三番目として、院内感染発生時にICDやICNを派遣し、適切な対策を取る。ICDの所属する医療機関等における治療を依頼する。四番目として、行政との連携を円滑にする。五番目に、起こった院内感染について検証するをいたしました。

そして、対象施設と患者は、県内の診療所、病院を対象といたしました。将来的には、医療機関だけでなく、老人保健施設なども対象にいたします。

今後の活動内容でございますけれども、一つはネットワークの整備であります。先ほどお話ししましたように、青森県は医師充足率が低い県でありまして、忙しい病院ではなかなか、感染症対策とはいっても、じゅうぶん実施できないところが多いこと、実際に感染症専門医やICDのいない病院が大多数であること、さらには、診療所単位になりますと、感染対策委員会といっても有効な活動をしているところは限られているのが現状であります。従って、少ない感染症専門医やICDが、地域の感染症対策で有効に活動していただくためにも、ネットワークの構築が非常に重要ではないかと考えております。

ちなみに青森県の医療施設の現状ですが、108の病院と995の診療所がございます。200床以上の病院は、青森県の場合37施設でございます。県内にICDが19名ということですので、この対策に対しては悲観的な数字ではないかと思っております。参考までに、995の診療所のうち、青森県は、その40%が有床診療所でございます。

二番目として、発生時の実際の対応についてでございますが、院内感染の相談窓口を県医師会に設け、365日対応することになりました。医療機関からの院内感染発生に関する問い合わせに対して、委員会の担当理事が初期対応を行い、症例の振り分けをします。院内感染が強く疑われる症例、医療機関で対応しきれない症例、医療機関で対処しても改善しない症例などは、その地域の協力基幹病院へ対応を依頼します。また、院内感染の疑いがなく、県医師会の窓口で対応が可能な症例については、相談用のチャートに記載して、対応策についてアドバイスをを行い、その後も綿密な連携を取りながら経過観察をす

るという方針であります。

ここで問題になるのは、基幹病院に勤務されている感染症専門医やICDをお願いする場合がございますけれども、公務員という縛りの中で、医師会からの要請に自由に動いていただけるかどうかであります。そこで、われわれ県医師会は、会長と担当常任理事らでICDのいらっしゃる病院の院長に直接お会いしまして、この院内感染防止対策のネットワークに対しての医師派遣の協力をお願いしております。

三番目として、大切な活動としては、教育、啓発活動であります。各委員の協力を得まして、県内医療従事者に対する研修会を開催する。そしてまた、基本的な概念を示したガイドラインやチェックリストをこの委員会で作成するというにしました。

四番目としては、対象施設の医療内容によっては、各医療機関での院内感染の対応範囲が異なりますので、各医療機関で独自のマニュアルを作成するための援助も行うということを検討しております。

それから五番目として、青森県版ICNの認定と、そのための講習を行うことにしました。ただ、青森県版ICNに関しては、どこにあるべき姿を置くかという、非常に難しい問題があります。国立大学病院の感染対策協議会でもICNの認定の話題が出ましたが、時期尚早ということで取りやめになりまして、できる限りの教育サポートの方針に変更いたしました。実践の中で認められる力をつけていくことが先決で、ICNという名前だけが独り歩きするのに躊躇した経緯があるということでした。

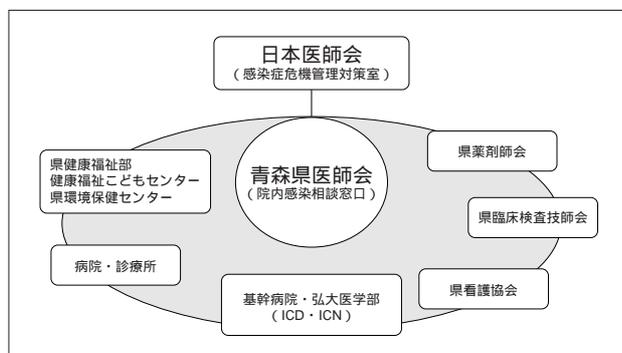
そこで、ICNは専門性が強く求められるわけですが、青森県版ICNの認定は、あくまでも実践で活動できる看護師を講習会などで養成することを、まず目的にしていきたいと考えております。

また六番目として、施設の視察、院内感染防止活動評価として、院内感染防止状況の評価を希望する施設には、専門家を派遣して、視察、評価し、院内感染防止活動を支援したいと考えております。

そして七番目として、実際に起こった場合には、行政などの協力を得て、サーベイランス活動を行い、今後の再発防止に努める。以上のような活動内容を企画しております。

## ■ ランチョンセミナー（第1分科会）

図1．青森県院内感染防止対策ネットワーク



最後に、この青森県院内感染防止対策ネットワーク（図1）は、県医師会に365日対応の院内感染相談窓口を設置し、診療所、あるいは比較的小規模な病院、あるいは感染症専門医やICDのいない病院からの問い合わせを受けるシステムを始めることにあります。県で対応できないものは、日本医師会の感染症危機管理対策室が連携していただけるということでございます。

まだまだいろいろな問題を抱えておりますが、このセミナーにご参集の多くの感染症の専門医の先生からも、ご意見やご批判を頂きまして、私どもこの委員会の今後の活動の参考にさせていただきたいと思っております。今日は非常に雑ばくなお話になりましたが、このへんで時間ですので終わりたいと思います。ご清聴、誠にありがとうございました。

## ディスカッション

コメンテーター：日本医師会常任理事 星 北斗

**為近** ありがとうございます。早速でございますが、いろいろご質問を受けたいと思います。今回の会につきまして、山口県の藤井会長から、わざわざ遠くからたくさんいらっしゃっているのだから、できるだけ発言をしてもらってくれという指令を受けておりますので、ご質問のほうをよろしくお願ひしたいと思います。

**松尾** 兵庫県医師会の松尾と申します。このネットワークにおいて、院内感染事故が起こった場合に公表するかどうかという問題はどうか処理されていますか。また、先生がそういう情報を握られた場合に、あるいはマスコミなどから情報提供を受けた場合は、どういうふうに対応されるわけですか。

**和田** 公表の問題については、この委員会で今後検討していくつもりでございまして、具体的にいまここでお話しできるような内容のものはまだ決まっています。会員の皆さんに、なるべくそういう情報は伝えたいと思うので、そういうネットワークが、まだじゅうぶんに青森県の場合できておりませんが、そういうことも含めて、これからもう少し検討させていただきたい。逆に、そういうシステムをお持ちの医師会がございましたら情報を頂きたいと思ひます。

**松尾** 先生ご自身は、この公表の問題をどういうふうにお考えですか。公表すべきか、それとも公表しないのお考えですか。例えば、院内感染という事例が発生した場合には家族には話をすべきだと思ひますが、ある程度院内で広がりを持ちますと、どういうふうな対処されるわけですか。

**和田** 私自身の考え方としては、感染症の種類によってもだいぶ異なるかもしれませんが、できるだけ公表していきたい。ただ、その方法はいま頭の中にはないんですが、すべきだと私は考えております。

**松尾** エイズの針刺し事故などの場合に、相談だけ受けて、対応なんかは、休日・夜間とか、どういうふう

にされているわけですか。

**和田** 針事故ですか。

**松尾** エイズの針刺し事故が医療従事者に起こりますと、先生のところにご相談が来たときに、薬の備蓄といった対応はそのネットワークでやられているわけですか。

**和田** はい。ただ、一つ一つの感染症に対してどういう対応をするかというのは、今後これから委員会で検討していく内容で、そこまで各論的なところまでは、まだ走ってはいないので、申し訳ないですけども、そのあたりはまだじゅうぶんにここで答えられるだけの検討はしておりません。

**松尾** 院内感染のどこまでの範囲を、先生のネットワークのところで相談を受け付けるというふうにされているわけですか。

例えば、これは相談すべきであるとか、これは院内でやっていただきたいとか、そういう指針は、どこで判断されるわけですか。これ以上の場合は、とにかくわれわれのところへ相談してくれとか、そういった指針がなければ、すべて先生のところ受けて、全責任を負われることになると思ひますが。

**和田** 院内感染かどうかというところをわからない、例えば開業医の先生たちは、どのレベルで医師会に相談してくるかというのは、本当はまだ全然わからない状態です。そのへんの基準というのは、これからつくっていかなければならないと思ひますが、ただ、できれば最初のうちは広く、どの先生からも気軽にまず相談していただく方針でいきたいと思ひます。

**松尾** 先生のところにご相談されると、何らかの回答をされるわけですね。

**和田** はい。

**松尾** その回答に従って行った医療機関の対応については、先生のところ責任を持つわけですか。それとも、ただ単にアドバイスで、やるかやらないかは医療機関にお任せするとか。

## ■ ランチョンセミナー（第1分科会）

**和田** われわれも、県の医師会の担当が対応してもしきれない場合には、即ICDの先生たちに連絡しまして、こういうケースはどうすればいいかということをお答えいただいています。

**松尾** アドバイスを受けて、医療機関の判断にお任せされるわけですか。そのとおりしなければ、訴訟の問題に発展するとか、そこまで踏みこんだことをやられるわけですか。

**和田** まだそこまでいかない初期といいますか、その疑いがあるところをどうするかということから始めたいので、どうしてもわれわれが電話口で状況がつかめない場合には、われわれがその医療機関に行ったり、ICDの先生に連絡して現場を見てもらうというような方針でいきたいと思っています。

**松尾** 医療機関の中への立ち入りということで、兵庫県でもそういう事例がありました。検事と被告人のような関係になってもまずいし、なかなか難しい問題がありました。

そういう場合に、医療機関に行って、そこにどの程度に改善命令とか強制力をお持ちでやろうとされているわけですか。

**和田** 強制力はまだ強く持たないで、支援というか相談するという立場でしか動けません。

**松尾** われわれの経験ですと、あまり効果が出ませんでした。どうもありがとうございました。

**勝又** 大変有意義なお話をありがとうございました。愛知県医師会の勝又でございます。いままでの相談事例で、先生のところの医師会だけでいろいろなチャート等でお答えしたケースで、どのようなものがあったのか、また、実際にICDに頼って行ったケースは、だいたい何例くらいあったのかというようなことを、具体的に教えていただければありがたいと思います。

2点目は、例えばMRSAなどで、いろいろな病気が重なってMRSAになって死亡した場合、これは、ある面では当たり前だと思うのですが、当世、非常に厳しい患者さんの目がございますので、家族が、場合によっては警察へ医療過誤として届け出るというふうないろいろな問題が出てくると思いますが、そういったことについても、何らかの指導といいますか、医師会としてご意

見を言っておられるのか、あるいは委員会として医療事故としてのとらえ方についてのお考えがあればお聞かせ願いたいと思います。

**和田** 最初の質問でございますけれども、相談窓口の業務で、いままでの内容の件についてですけれども、この委員会と相談窓口の設置が7月にスタートしたことと、まだ時間的な経過で、十分に機能していませんので、具体的に相談の内容に関しては、お答えできないのが現状でございます。

それから、MRSA等についての死亡を、医療過誤として医師会の立場でどうするかということですが、これも非常に重要な問題で、医療事故班と感染症対策の委員会と、横のつながりを持って検討していかなければならない問題ですが、青森県内でそういう症例がないからやっていないというわけじゃないんですけれども、今後、医師会としての立場をはっきりと委員会で決めたいと思います。これは今後検討させていただきたい内容だと思っております。

**勝又** ICDに頼んで、いろいろ解決したといいますか、そういう具体的なケースはまだないのでしょうか。

**和田** ええ、具体的にはまだ、そういう症例が出ていません。出た疑いがあるときは、その対応をできる準備をしているところです。

**勝又** わかりました。ありがとうございました。

**佐藤** お隣の岩手県医師会の佐藤でございます。非常に一生懸命やられていると思って感心したんですが、気になるのは、感染対策のことなんですが、保健所について、ここで県の健康福祉部という名前が出ていますが、保健所の役割というのが出ていないので、そのへんはどうなのかなあと、ちょっと気になったのでお聞きしたいんです。

例えば、結核や食中毒といったものに関して、やはり保健所との連携も必要ではないかと思うのですが、ここではあまり保健所のことが出ていないような気がしたので、そのあたりはどうですか。

**和田** 今回、委員会を立ち上げる時、保健所のところを、実は入れてなかったんです。重要なポストではあるんですけれども、何か必要なときに健康福祉部を通して連絡を取るという方式でいこうかと思っていました。

われわれは、発生してからの動きをどうするかというよりも、院内感染の防止の活動に重点を置きたいので、保健所の関係のところは後回しになったというのが現状です。

**佐藤** 要するに、院内でちょっと変だけど、どうなんだろうかというときに相談してみようという具合にして、それを先にやろうということで始まったんですね。

**和田** はい、そうです。そういう組織が何もなかったもので。

**佐々木** 青森県の佐々木でございます。保健所のことですが、図1には保健所と書いていませんけれども、左側の「健康福祉こどもセンター」の中に保健所が入っています。また、行政の健康福祉部次長の北窓次長が委員会の委員ということもございまして、かなり近い形で、保健所の機能がすぐそばにあるというふうに考えていただければありがたいと思います。

この委員会が稼動してすぐに、ちょうどICDが出ている県立中央病院の病棟で、看護師がコレラを発症したということがありました。新聞紙上などで見た方もいると思いますが、1人目が発症したときは公表はしなかったのですが、2人目が出たときには、これはいけないということで、公表しました。地元では、その対応についていろいろと論議を呼んだということがございまして、私どももその場におりまして、そういったことを今後のこの委員会の活動の糧としてやっていきたいと思っていますし、最初のご質問のMRSAその他のことについても、この委員会、また医師会の後方には、国立病院系や、いろいろな感染症の対策をきちんとしている治療体系も、一応バックアップの機能としてはつけております。

**西村** 愛媛県の西村です。本当に素晴らしいネットワークを(ご紹介いただき)ありがとうございました。私たちも感心して見せてもらっているんですけど、二つ、質問したいんですけども、一つはこういうふうなネットワークを立ち上げますと、やはりそのネットワークがきちんと機能するためには、定期的なコミュニケーションといえますか、そういうものも必要だと思いますけれども、それはどのような形でとられるのかということ。

それからもう一つ、さきほどもいろいろと問題になっていると思いますけれども、相談窓口で来られた案件を、

どういうふうの評価をして、そしてネットワークにどこまで広げるのか。すべてのものを広げるのか、何かそこでセレクションをされるのか。そのあたりをお聞きしたいと思います。

**和田** 一つ目の、ネットワークをきちんと運営する、定期的にやはり委員会を開くということが大事だと思いますし、相談窓口が上がった案件を、きちんとその委員会で再評価して、情報を皆さんに伝えて、きちんと残しておくということが必要だと思っております。

相談内容をどういうふうの評価していくかということも、専門家の意見を取り入れて、それを評価していきたいと思っています。このあたりは、たぶんこれから非常に重要になっていく問題だと思いますので、注意してやっていきたいと思っています。ありがとうございます。

**岡本** いろいろ貴重なお話をありがとうございました。奈良県医師会の岡本と申します。地域で感染症サーベイランスを担当しておりまして、ICDを持っております。このネットワークからお伺いする限り、サーベイランスという言葉は今後の課題というところに一つお見受けしますが、感染症新法により全国レベルでサーベイランスを扱っていて、各地域から中央へ情報が全部収集するようになっておりますが、基幹定点ということでは、耐性菌などずいぶん早くにピックアップされるということですので、情報の収集、及び還元という点で重要と思いますが、今度どのようにお考えでしょうか。

**和田** 県のサーベイランスは、県の環境保健センターで総括してやっておりますので、そこが情報を持っております。いままで県の医師会とここの情報交換があまりなかったのですけれども、いまは委員会の中に入りましたので、情報交換ができると思っています。ちょっとお答えになったかどうかわかりませんが。

**岡本** おそらくこの地域も環境保健センターというところで中心になってやっていると思いますので、地域の医師会と、病院の基幹定点との両方でおそらく貴重な情報が上がってくると思います。それも毎週毎週、かなり迅速に上がってまいりますので、リアルタイムな情報が入ると思います。ぜひご活用いただけたらと思うんですが、また今後教えていただきます。ありがとうございます。

## ■ ランチョンセミナー（第1分科会）

ました。

**和田** 県のほうでも情報はインターネット上で発信をしております。

**桜井** 宮城県医師会の桜井といいます。私自身、いま700床の病院で働いています。宮城県の場合は、東北大学の賀来先生が動いているんですが、この院内感染のサーベイランスというのは、ものすごく難しく、私の病院の中からも正確に上がってきません。どういう形で院内感染と定義するかが非常に難しいんですね。

実際いま、私のところで全く抗生物質の効かない患者さんが3人出ています。それがDNA鑑定で同じ菌なんです。尿に付いていまして、感染は感染なんですけれども、保菌者で、いわゆる感染症ではないんですね。そもそも出てきたのは、どうも大学病院から出てきたらしいんですけども、そのへんのサーベイランスというのは、いまディスカッションされた感染症サーベイランスとは全く別なんです。その大学病院から出てきた菌が、どのようにどう動いていくかというのは、これは全く別なサーベイランスだと思っただけです。そういう方をむしろ、われわれは知りたいですね。

宮城県の場合は、東北大学の賀来先生のところに、そういう情報が集まることになっていますので、秘密の情報みたいな感じで、こういうものをいつの時点でどう公表するか、非常に難しい。患者さんは、別に症状はないのですが、入院時のチェックなどで保菌者としてとらえられるわけですね。

ところが、それが一回感染症になりますともものすごく怖いということで、目を光らせていまして、ICDが結局は当事者を直接指導するというので、なんとか消えてくださいという、そんな感じです。ですから、組織としてやるのであれば、どのあたりまでやれるかと。

宮城県は大学中心ですが、私は、サーベイランスと、啓蒙と、それから支援と、せいぜいできるのはそのあたりまで、あとはわれわれ職員に組織づくりの指導をされているのが現状です。

**近藤** 岡山市医師会の近藤と申します。お話ありがとうございました。今後の活動内容のところで、啓発、教育活動では研修会をされるとお聞きしましたが、県医師会として研修会をされても、たくさんの方を集められる

のは大変だろうと思うんですけども、委員会のメンバーの方が直接、病院に出向かれて行われるのでしょうか。

**和田** いまのところはまだ、その予定はないんですが、要請があれば、そういうことも計画してもいいかと思えます。青森県は、青森市、弘前市、八戸市と大きな市が3つありますが、その医療関係者を一堂に集めて研修会をやるとなかなか難しいところがあります。

このたび青森県医師会にテレビ会議システムが入りましたので、各地域に、そのテレビ会議のシステムを使って、医療関係者に対しての院内感染の研修会を、これから年複数回やっていきたい。その中心になるのは、この委員会のメンバーで構成されてやっていくつもりで予定しております。

**村上** 静岡県医師会の村上でございます。貴重なお話ありがとうございました。広義の感染症対策問題についてお伺いしますが、静岡県で、レジャー施設でレジオネラが発生いたしました。これは、かなり県内の広い医療機関にかかわった問題ですが、この委員会は、こういった場合スクランブル対策というか、ぱっと集まるのですか。どういう形で連携がとられるのかということと、もう一つは、院内感染の問題で、医療提供者の医師の結核発症がありました。従業員は安衛法などでしっかり検診をやるんですが、私は医師の検診というのがしっかりされていないという印象を持っております。医師からのテーパーが出たということで、かなり大きく取り上げられたんですが、そういう対策は、何か青森県ではおやりでしょうか。

私のところでは、医師国保に入っておられる方が多いものですから、医師国保の保健事業の中で、胸部のXP写真を第三者機関で診てもらった場合に、その費用を出すという形で結核対策を進めておりますが、何かありましたら教えていただきたいと思えます。

**和田** まず一つ目、レジオネラ菌などが施設で出た症例は、まだ青森県はございませんけれども、そういう症例が出た場合も、やはり緊急の委員会を立ち上げてやるうと思っております。

それから、医師の結核検診に関しては、平成11年に県立中央病院で集団発生いたしました。私はそのとき医

師会活動をしていなかったの、対応についての情報をあまり持っていないので、佐々木会長、よろしいですか。

**佐々木** 青森県の佐々木でございます。ただいまの後半のご質問の、会員の結核ということですが、数年前に結核の集団発生が職員にありまして、これを機会にして、きちんとした検診や、いろいろな症状が出たときの臨機応変な対応を病院関係では、きちんとするようにということで対策をされまして、その後そういうことは起こっておりません。

もう一点は、医師国保のことが出ましたところを見ますと、ご質問の内容は一般会員のことかと思いますが、私ども県の医師会は、院長および家族も含めまして医師会が毎年一回、胸部ばかりではなくて、成人病、いわゆる生活習慣病を含めまして、郡市医師会で、年度を終わるときに、どれくらいカバーしているかということまできちんと把握して、やっていないところには、大至急受けてくれるようにということで勧めているという形で、医師会員としてはやっているつもりでございます。以上、答えになりますかどうかわかりませんが、説明させていただきました。

**為近** 大変活発なご討議をいただきまして、大変ありがとうございました。時間の関係もありますので、ここで日本医師会常任理事であります星北斗先生に、コメンテーターとしてのご意見を伺いたいと思います。

**星** 星でございます。実は、タイから今朝戻ってまいりまして、黄色い紙を渡されました。時間もございませんので、私のほうから、概略についてのもう一回確認の話と、それから個別に頂きました質問のうち、私はこう思うということがお答えできるものがあれば、それを答えるという順番で話を進めさせていただきます。

まず、この仕組みの中心になりますのは、要は自分の病院の中にある程度の人もいる、資源もある、それからある程度の規模があるというような病院、あるいはラボもある、遺伝子検索まではできないけれども、感染症の菌の同定ができるというような病院、これを想定しますと、わが病院はどうするんだというようなレベルになってしまうわけですが、実は、そうでない病院のほうが多い。これは、こと青森県に限った話ではございませんで、最近では、大きな病院も、検査室を外に出すとかいうよ

うなことも徐々に始まっているようでありまして、そういうことも含めると、必ずしもすべての医療機関が十分な資源を持っているわけではない。人的な資源も、当然のことながら少ないという中で、どうやって地域全体の院内感染症の対策を進めていくか。

これは、それぞれの施設の中における問題というのが、まずあるんだと思うんです。それともう一つは、それぞれの施設が交差して、つまり、患者さんが行き来をして、地域の問題として広がっていく。これはまた別の問題としてあるんだろうと思いますし、そこはもしかすると、まさに行政の力を、この問題よりも大きく借りなければいけないことだろうと思うわけです。

われわれが学んだ教訓は、先ほど和田先生からもお話があったように、じゃあ一体、保健所に届けて、保健所が何をしてくれたんだ、保健所は何ができたのか。そしてそれが、結局は公表されて、お互いに、「おれは聞いてない」とか、「あんたは言った」とか、そういうレベルで話が終わってしまうとすれば、保健所の役割というのは一体何なんだというようなところに気持ちが一つあったこと。

それからもう一つは、自分の施設の中で、最近どうも変だ。抗生剤の効きが悪い。あるいは、特定の熱型の、治りの悪い感染症が一つ二つある。困ったなあといったときに、専門家がいればいい。菌の培養も自分のところでできればいい。それから、耐性菌かどうかという判定も自分のところでできればいいですが、その結果を、例えば外に出せば、3日待ったり4日待ったりするわけですね。

そのときに、どうも変だなあと思いながら、でも保健所に相談するんですかと言われれば、なんかまた保健所からごちゃごちゃやって来たり、あるいは届け出があったとって、いきなり記者会見を開かれたり、そんなことがある、これは困ったなあということがその根本にあるわけです。

つまり、自分の病院のことではなくて、地域全体の医療資源を有効に活用しようという意味で、その音頭を取れるのは、やはり県なり地域の医師会ではないだろうかというのが始点であります。もちろん、地域によっては、行政がそういう力を発揮するところがあるのかもしれま

## ■ ランチョンセミナー（第1分科会）

せん。しかし、行政の場合は、ひとたび情報を握れば、それは出さなかったこと、それだけを問われます。

つまり、行政機関が情報を持つということは、すなわち公表されることだというのがいまの常識でありますし、行政側もそう心得ています。なんで公表しなかったのかということ問われます。ですから、そのあたりのところを、どういうふうにすみ分けするのかというのは、大変な問題ではありますけれども、だからこそ私は、県医師会なり、県医師会がつくるこの第三者的な支援機関、あるいは相談機関というのが、私は価値があるのだらうと思っているわけであります。

順番に、簡単に、私が思っている範囲のことを申し上げたいと思います。公表するか否か。まさにいまのお話ですが、私は公表するか否かというのは、公表する目的がはっきりしているかどうかだけだと思っています。

つまり、公表することによってプラスだと判断すれば、それは、その病院の施設長とこの委員会が相談をして、これは公表してまん延を防ぐ、あるいは早くに、ほかの医療機関にも呼びかけなければいけないから、公表しようという、そういう目的をはっきりさせて、相談の上、最終的にはその医療機関が決めて公表する。あるいは、県がその間に立って公表するということになるのだらうと思います。

ですから、公表するかどうかということに関して言えば、私は、「目的がはっきりしていること」で、必ず言われるんですよ。「なんであるとき公表しなかったんだ」「1件目出たときに公表しなくて、2件目出たときに公表するんじゃ遅いじゃないか」というようなことがよく言われるわけですから、公表する目的は、こういう目的で公表するので、その時点では、その目的を達成する、あるいは目的がはっきりしないので公表しなかったということがすっきり言えば、私はそれでいいんだらうなあとと思います。

それから、エイズの針刺し事故の話は、私もよくわからないので飛ばしますが、どんな範囲のものを相談してもらうのかということですが、これは、最初は決まらないと思います。ほかの県でやっている事例がもしあれば、ご報告をいただきたいと思いますが、初めは前広に何でもいいと。どうも変だなあとすることは何でも相

談してくれというのが必要なことだと思います。

ただ、行政も敷居が高いですが、県医師会だって相当に敷居が高いわけでありまして、いきなり和田先生のところ電話して、「なになに市のなにに町のなんとか病院だけど、先生、こういうのがあるんだよ」って、なかなか相談しにくい。いい証拠に、感染症学会が、院内感染の相談事業というのをやっていますが、年間100例ちょっと、200例まで満たないという話を聞いておりました。そのほとんどは電話相談でありますし、1週間以内の回答ということですから、感染症学会に入っている先生が、感染症について疑問に思って電話で相談する、あるいはファクスで相談するという件数が全国でその程度ですよ。ということ考えると、敷居というものは、そこも高いんだらうというように思うわけです。

ですから、まずはやはり地域でやるということの良さは、先ほどお話があったように、普段顔を合わせている、院内感染の対策を一生懸命やっている和田先生というのが県医師会にいる、あるいは、先生というのがいらっしゃる。そして、その後ろには、あるいはそれと一緒にやっている先生方に、県病院にはこういう先生がいて、こういう活動をしている、こういうことをやっている。研修会をやるというのにはそういう意味があるんだと思います。

そして、研修会に参加して、顔をつないだり、教える側といいますが、その対応をする側も、そういう先生とのいろんなディスカッションをして、その先生たち、あるいは中小病院にある、自分たちが気がつかないような問題点、あるいは改善の可能性のあるようなところを、そういう大きな病院でしか働いたことがない先生も理解をしていく。

そういう相互理解の中で、私は信頼関係ができて、そして相談に結びつくのだらうと思いますので、最初からこの範囲のものは相談してくれ、この範囲のものはやめましょうというようなことは、私はできないんだらうと思います。

それから、責任をどうするか、強制力をどうするかという、かなり核心をついたお話が、兵庫の先生のほうからございましたが、責任はあくまで、その施設の長の責任です。これは、100%それ以外の責任はありませんの

で、院内で起こるすべての事象は、その院長の責任です。

ですから、相談をしなかったという不作為の責任を問われることもあるでしょう。それから、相談をして、あるサゼスチョンを頂いたのに、それに従わなかったという、その責任もあるでしょう。あるいは逆に、相談したからといって、自分がその相談に応じてやったら、結局はいろいろな誹謗中傷を浴びて、自分は経済的に損失を受けたといって、県医師会を訴えたくなるかもしれませんが、それもやはり、施設長の判断と責任です。

ですから、施設長というのはやっぱり、かなり厳しいなあと思いますし、だから、それがなければ動かないというお話がございましたが、私はむしろ、そういう責任を施設長が取るということを、最初からはっきりと明確にして、お互いにその範囲の中で議論していくということにしなければならぬだろうと、逆に私はそのように思います。これは、意見がまたあれば、お受けしたいんですが。

それから、保健所の役割です。はっきり言えば、保健所は役に立たないと私は思っています。私は別に、埼玉県のハムの事件を取り出して、あの程度の検査技師しかいないところで検査能力はあるのかみたいなことを言うつもりはありませんけれども、やはり保健所の能力、機能にみあった役割分担ということを明確にして、議論の中に入れてやる必要があるだろうと思いますし、たぶん県というレベルでは県医師会でしょうけれども、保健所というのはだいたい二次医療圏の一つということになりますから、二次医療圏の協議会というレベルで、各地区の医師会との連携というもので多層的に結びつくんだろうなあとは思いますが、機能という意味で保健所にあまり期待をするのは、岩手県は特別いいのかもしれませんが、私が知る限りそうではないだろうと思っています。それは、過去の事例も証明しております。立ち入りまでして、そしてだいたいじょうぶだと帰って、翌日ばたばた死ぬというようなことが起こっているわけでありますので、ここは、だから届け出をしたからといって、保健所も責任を取りませんから、そういう意味では、やはりそれぞれの施設がしっかりと動かなければならぬだろうと。

それから、岡山の先生から、病院訪問をやるのかという話がありましたが、どんどんやるようになったらいい

なあと思います。つまり、何が不足しているかということ、ICNとかICTとかICDの先生方が言うのは、「とにかく病棟をラウンドすることだ」と。そして、その病棟がどういう状況になっているのか、個々の患者さんがどうなっているのかというのはもちろんだけど、どういう管理体制を敷いているのかをつぶさに見ることだと。そして、そこで教えたこと、つまりスタンダードプリコーションが本当に守られているのかどうかということ、きちんと見ることだというふうに言います。

これは、労働安全衛生法の産業医の役割である職場の巡視に実はよく似ておりまして、やはり行かないとだめだというように思いますので、私は、ICDの先生方、忙しいとおっしゃるでしょうが、(地域に19人しかいないのに、)「あんたの仕事だ」といって、すべての病院を何年かにいっぺん回ってもらうくらいの、そういう理解が発生していくということを期待したいと私は思っています。

そして、そういう中で、本当に良かれと思ってやっていることが、実は全く反対であるというようなことがあります。過去の感染症対策、あるいは院内感染の対策の事例の中で、もういまやらないということは、いっぱいありますね。例えばICUに入るときの、あのバリバリというマットをやめましょう、ICUでスリッパの履き替えをやめましょう、それから、もう古い話ですが、クレゾールみたいなのでじゃばじゃば、上に菌を浮かせながら手を洗うのはやめましょう、いまそれをやっているところはないと思いますけれども。あとはウエルパスみたいなものについても、使用方法あるいは使用の仕方についてじゅうぶん気をつけましょう。これは、ある意味常識になっていると、大きな病院の先生方は思われるかもしれませんが、現実に行ってみると、必ずしもそうではない。そして、ほかに取り得る方法について、実はいろいろと勉強しているんだけど追いつかないというような状況があるわけです。それを頭ごなしに「何やってるんだおまえ、20年前の話だよ」と言ったのではけんかになりますので、そうではなくて、やはりいま最新はこういうことで、こういう論文がある、あるいはこういうスタンダードになりつつあるというようなことを、うまくサゼスチョンしていただけるような、そういう方向に青森県の取り組みはつながっていくんだろうなあ

## ■ ランチョンセミナー（第1分科会）

思っています。

それから、医師の結核の問題ですが、お医者さんが結核の検診を受けずに結核菌をまき散らしているとすれば、重大発言になるかもしれませんが、それは医師の責任だと思います。ですから、変な話ですが、医師が結核の検診を受けていないというのは、これこそ公表の対象にすべきだと思うくらいです。ですから、そういう活動を、各県のレベルでしていく必要があると思っています。

それから、奈良県の先生から、サーベイランスの役割はというお話がございましたし、宮城県の先生からもお話がありましたが、ここでの院内感染のサーベイランスというのは、いわゆる県で言っているサーベイランスのネットワーク事業とはちょっと次元の違うものであります。いま全国から四百数十の施設が集まって、NICUとかICUの全件の検査とか、あるいはチューブからのカテーテルの周りを全部取って、なんとかデイといって、機械を一日つけて、一日あたりというのを全部出して、そこにどういう発生率があるのかを調べることもやっています。

しかし、これに参加するのは極めて大変ですね。ですから、入院患者を持つすべての医療機関にそういうものが流布するとは思えないので、全国規模の動向調査という意味合いでは、400なら400というものが進んでいくだろうと思いますが、ただ、地域で何か変な動きがあったときに、適切にその全数といえますか、ある悪い状態にあるものの検体を集めて、その類似性がどうかというようなことについては、今後何らかの形でルールをつくっていかねばならないだろうと思います。

ただ、残念ながらいまのところ、そういうものがあつたら、すわ院内感染か、医療事故か、訴訟かというような不安定な状況の中に、その仕組みだけを放りこむと瓦解すると思いますので、そういうことでないんだということをきちんと説明できるような準備をしていく。それはまさに、いま取り組もうとしている院内感染というものに対する取り組みを本当に理解してもらうこと、そしてそれによって得られたさまざまなデータなどについて共有できるような公表をしていくことだと思います。

先ほどお話がございましたが、そういう結果をどういうふうにするんだということがありましたが、私は、ど

んな問題が起きたのかということは、どの病院でということ、伏せることが可能だという範囲において、すべて共有すべきだと私は思っておりますし、これは県の中にはとどまらずに、各県にこういうネットワークができれば、全国規模でのネットワークというものにつながっていくだろうと思います。

重ねて申し上げたいんですが、先ほど教育というお話がありました。まさに教育であり、少ない人材の活用であります。ですから、たぶん今日お見えの先生方の何割かは大きな病院、そしてそのまた何割かはそうでもない病院というところだと思います。うちの病院はこの程度までやっている、あるいはそこまでやっているという認識ではなくて、そうでないところに、やはり目を向けていただけるようになってほしい。まさにそれがネットワークだろうというように思っております、そこに、だからこそ医師会としての役割があるだろうと思っております。とりとめのない話になってきましたが、時差ほけもあるということでお許しをいただきたいと思っております。ありがとうございます。

司会：山口県医師会常任理事 小田 達郎

皆さん、こんにちは。これからランチョンセミナーを始めさせていただきますが、お口のほうはもぐもぐでも、耳と頭は講演のほうにお貸しいただきたいと思います。

山口県医師会としまして、こういうセミナーの企画をしましたのは、臨床研修のことについて待たなしの状況が来ておりますので、これを取り上げてみたということです。

卒業後の研修というのは非常に大切でして、これについては長い間、討論や検討がなされておりました。厚労省も、ここに来てやっと、矢崎案をたたき台にしたものをつくりまして、9月27日に発表したと思うんですけども、その中で、日本医師会が目指していた地域医療の視点を踏まえたものが基本方針の中に入っております。

日本医師会はもう、先進的にモデル事業を今年から行っておまして、それが少し厚労省の案に反映されているんじゃないかと思いますが、そのへんのところを、今日は栃木県の昌子先生にお話をさせていただきたいと思います。それが終わりましたら、皆さんから質問なりコメントを受けまして、そのあと、締めとして日本医師会の櫻井常任理事にコメントをいただく段取りにしております。

昌子先生は現在、宇都宮社会保険病院の院長、そして栃木県医師会の常任理事をなさっておられますが、このモデル事業につきましては、ご研鑽が深い方でございます。ぜひ皆さんも参考にさせていただきたいと思います。では先生、よろしくお願いいたします。



### 日本医師会が提唱する卒後臨床研修「地域施設群研修方式(仮称)」モデル事業について

栃木県医師会常任理事 **昌子正實**

ただいまご紹介にあずかりました昌子と申します。栃木県医師会の常任理事をしておりますが、どういうことをやっているかといいますと、4年半前に役員になりました。そのときから救急と医事紛争、また役員になって4年間は広報などをやっておりました。いま、具体的な担当としまして、この卒後研修というものが加わって、これがちょっと、実は予想外に降ってわいたようなモデル事業でございますので、試行錯誤しながらやっています。

今日は、あまり硬い話ではなくて、裏話というか、われわれのドタバタ劇をお話したいというつもりで参りましたので、あまり緊張されずに、頭も働かせなくて聞いていただければと思います。

最初に、少しプライベートなお話をさせていただきますと、昌子という姓は、全国広しといえども島根県の出雲のある地域しかございません。私の父の出身は島根県の出雲なんです。高校は、島根県の西の浜田高校を卒業しております。

ですから、萩とか会長先生のおられる長門とか、あるいは山口市も、子どものころからしょっちゅう来ております。

ここに私の略歴がありますけど、これは公式の略歴でございます。非公式の略歴を言いますと、私は48年に卒業していますが、本来は47年に卒業するはずだったわけでありまして。これが、いわゆる東大紛争のせいで、クラス全員が1年遅れました。私は全共闘の一派のリーダーの一人でありましたから、東大闘争と言っていたんですけど、最近やはり年のせいか、東大紛争というふうに自分で言っちゃうようになりました。そういうことで、あまり勉強しなくて、自分の卒後の研修をどうするかということで、ちょっと迷ったわけですね。

当時は、まあ卒業できるのは確実であろう、国家試験もだいたいまあ通るだろうと思っておりましたが、私の学年の一年前ぐらいから、国家試験がコンピュータの選



択問題で非常に難しくなった。だから、かなり落ちこちる人もいたので、あわてて一生懸命勉強したということでもありますけど。

最初は、学生時代に放射線科の先生と少し仲良くなって、山王病院という、当時はアメリカ軍が関係していた病院へ見学に行きました。放射線診断という、非常にほれほれするような診断をアメリカ仕込みでやられていて、当時は中央放射線部というのがほとんどありませんでしたので、そういうのを見てちょっとあこがれたりして、どうするかと考えていたら、たまたま同級生が、外科に行こうじゃないかと言うので、なんとなくじゃあ外科に行こうということになりました。

東大の第一外科というのに応募しましたが、9人の募集に18人の応募があったので、くじ引きで落ちこちまして、しょうがないからどこへ行こうかと思ったら、分院外科、今の第3外科が空いていたので、そこへ行くことにしました。

そしたら、ある日突然朝早く、まだ寝ているときに、たまたま私のクラブの先輩から電話が来まして、(これが東京厚生年金病院の外科の医者で、)ポストが空いてい

るから来ないかと。ですから、大学を全く経由せずに、東京厚生年金病院の外科に直接就職したんです。

当時は、そこは臨床研修指定病院でしたけど、公募の形になって、4～5人外科に応募した人がいたんですけど、私だけ採用するのはもう決まっていたわけですね。でもまあ、いんちきですけど面接というのがあって、いろいろなところから応募していたんですが、私だけ、裏取引で通ることになっていました。臨床研修指定病院といってもそんなものかなと、ちょっと心外ではあったんですけど、まあ私は通るほうでしたからよかったということで入りましたが、大学と縁がなくなるということになれば、将来のめどはあまりないなと思っていましたから、私としては、2～3年そこでちょっと研修をして、島根県の浜田の田舎の親戚のお医者さんを手伝って、いわゆる開業医の先生と同じ形でやっていこうと、ひそかに思っていました。

ところが東京厚生年金病院は、私がくじ引きで落ちこちた東大第一外科の関連病院だったんですね。で、そうそうたる鬼軍曹と称されるのがいっぱいいて、私の直属の上司は、最近東大の手術部の教授になった齋藤英昭先生という、栄養とかそういうものではすごく詳しい、プロ中のプロというような、研究ではばりばりの先生がいました。あと、そこには跡見先生という、これも杏林大学外科の教授になっていますけど、あと小西文雄先生、これは大宮医療センターの教授ですけれども、後輩では、医科歯科大学の教授になった杉原という先生がいた。それがだいたい同じようなときに、一緒に仲良くごそごそやっていました。

だから、のんびりやろうと思ったら、案に相違しまして、系統だった卒後研修ではなかったんですけど大変にすごかったです。毎日、金魚のふんと言われながら、齋藤英昭先生に、それこそ朝から晩までずっとついていまして、時には一緒に、風呂まで行っちゃったという、そういうような感じの研修でございました。私自身は、アパート、そのあとは寮に入りましたが、近くに寮があっても、そこでは泊まらないで病院に住んでいましたね。神楽坂とか六本木なんかでちょこちょこ一人で飲んで3時頃帰ってきて、朝、医局で寝ていると、9時におふろがわきましたよといって、医局のおばさんが私を起こし

てくれる。それでお風呂に入って、さっぱりした顔をして診療をやる。そういう形の研修ですね。前近代的といえば前近代的なんですけど、本当にまあ、すごかれたという感じが、ものすごくあります。

櫻井常任理事とも前から話しているんですけど、最初の1～2年というのは、非常に大きなインパクトがある時期ですから、私にとっては強烈なそういう印象が残っていますので、そういう者が、このモデル事業に携わるというのも、まあ一つの因縁かなあと思っております。

本題に入りますと、資料のようにこんな形で実際はやっているんですが、ここまで至る裏話を、最初にさせていただきます。

とにかく、日本医師会の櫻井、星岡常任理事の熱意は素晴らしいものだったんですけど、受け止める側としては晴天の霹靂でして、宇都宮社会保険病院で研修をするつもりでは全然なくて、これも窮余の策、だれも受けくれなかったわけでありまして。要するに、海のものとも山のものともわからない、なんか日医が変なことをやり出したという形で、降ってわいたようなものだという認識だったわけですね。ただ、そこに結果として、一応形としては立派な研修委員会ができていますけど、そこに至るまでの経緯を参考になるかもしれませんのでお話しします。

今年の3月の末に、日本医師会から電話が参りました。で、受け取った先生のお話を聞いていると、要領を得ないんです。「どうも、足利の日赤で日本医師会がお金を出して研修するみたいだよ」と、最初、電話を受けた先生はおっしゃったんですが、私はどうもおかしいんじゃないかなあと思ったんです。というのは、日本医師会の考え方というのはある程度知っておりましたから、これはひょっとしたら、栃木県医師会がコーディネートするような研修委員会をつくれというんじゃないかなあ、私はひそかにそのときに思ったんです。とにかく、そういうことで始まりました。

スケジュール的に言いますと、そのあとすぐ日本医師会の櫻井常任理事と直接電話でお話ししまして、だいたいの要領がわかったわけです。「全国から1人、日医モデル事業に足利市在住の弘前大学の卒業生が応募している。については栃木県医師会でお願いしたい。」ということ

## ■ ランチョンセミナー（第2分科会）

でした。たぶん栃木県医師会の宝住会長というのがちょっと変わっている、彼の言うことは正論なんですけど、普通の医師会長とは少し違っているということを見込まれたんだと思いました。4年半前に栃木県医師会では医師会長の大選挙戦がありまして、選挙になったのは50年間の医師会の歴史の中で初めての選挙でした。その関係で、私も突然降ってわいたように医師会の常任理事になったということがございまして、そういう栃木県医師会なら、なんとかやってくれるんじゃないかと思われたのではないかと私は解釈しました。

続いて、4月18日の木曜日ですが、事務の担当と二人で、駒込の日本医師会に召集を受けまして参りました。大分県のアルメイダ病院の先生がいらっしやいまして、そのお二人と私と担当事務とそれから星常任理事、櫻井常任理事、この6人で2時間ほどお話をしました。

これは非常に面白いというか、楽しい会議でございました。というのは、星、櫻井両常任理事の熱意が非常によくわかりまして、少なくとも私自身は面白い試みだとは思っていましたが、本気でやる気になったということがあります。

その時点ではまだ具体的に何も決まっておりましたが、連休明けにはもう動き出してくれということでした。もう本人は国家試験に合格したし、日本医師会のほうは面接でOK出してるし、やろうじゃないかと。5月連休明けたらすぐやってくれということだったんです。

私はとにかく理解はしたんですけど、ほかの常任理事および会長、副会長は、全く何のこともやらさっぱりわかっておりませんので、連休明けの第1回の常任理事会で、私がだいたい構想段階として、どういう委員を選ぶかということを考えておりましたから、そこでその話をして、了解を得たのです。

最初に私が考えたのは、とにかく大学を外すわけにはいかないということなんですね。私の経歴から見ておわかりのように、私が宇都宮社会保険病院の院長で、しかもここにいるということは、おそらく大学にまた戻っていったからだと思いますし、大学と全く関係なく研修をするというのは、特にシステムとして全国で一律にやれば別ですけども、たった一人の卒業生を、2年間モデル事業でやるとなれば、そのあとの就職も考えてやらな

きゃいけない。日本医師会のおっしゃるには、私は里親で、向こうが里子だそうでございますから、親としては、なんか将来のことも考えてやらなきゃいけない。

そういうことで、ある意味これは責任が重いというふうに考えたのです。そこで大学を入れようと。大学だけ入れても、もちろんだめなものですから、栃木県には、救命救急センターが5つ、当時は正式には4つですけども、自治医大が9月から始めることが決まっていたから、5つの救命救急センターに召集をかけたわけですね。

それが、たしか5月23日ですね。6月からやるということである程度考えを決めておりましたので、5月23日に、自治医科大学、獨協医科大学、それから済生会宇都宮病院、足利赤十字病院、大田原赤十字病院、その5つに救命救急センターがありますので、その大病院の院長に来ていただくことになりました。急なことだったので、実際に院長先生が来ていただいたのは大田原だけでほかは代理の先生が出席されました。もちろん話は全部、私のほうから会長名で趣旨を説明してありましたけど、その席に櫻井、星両常任理事にわざわざ宇都宮までお越しいただきまして、私が洗脳された熱弁を、そこで振ってもらったわけです。

出席者の方にはもちろん、初めての話ですから、おそらく私が最初思ったように、日本医師会が何か変なことにちょっかいを出しているという感じがあったんじゃないかと思ひまして、あえて私も、櫻井、星両常任理事に失礼な問い方で、「いったい何をやろうとしているんですか」というふうな形で、少しバランスを取りながらやっていたわけですけど、その席で、皆様のご意見を伺いましたら、方向としてはなかなかいいんじゃないかと。ただ、そこではどうしても決定はできないんですけど、しかしそうは言っても、もう6月からは、うちのほうに来るということになっていきますし、もう医者になっていますので急がなくてはいけません、それこそ泥縄式ですけど、私と事務と、医師会の考え方の文書は出ていたから、それに準じて案をつくったわけです。いわばでっち上げたという感じのところがありますけど、その案の中には私の宇都宮社会保険病院は入っておりませんでした。というのは、うちは、そういう意味では中小病

院ですし、能力的にも、卒業直後の研修医をトレーニングするようなレベルというか経験ありませんし、だいたい大学からローテートでやって来るので、とにかくうちではできない。そうすると、その五大病院に、まずはお任せするのが一番だなあという形で考えたんですけど、とてもとても時間が足りない。

それから身分が問題になりますね。これは、まず医師会病院の職員にして、日本医師会からのお金を栃木県医師会が受け取る形にすれば、まあ身分としてはいいだろうということになりました。

それでは、実際の研修はどうするかというと、塩原病院という医師会のリハビリを主体とする病院の職員にしたので、まずは五大病院と調整をする時間稼ぎのために、職員としてその塩原病院に属して、そこでカルテの書き方とか、そういうことを教えてもらおうというふうにしたわけですね。当初は2か月そこにいて、その間に引受先を探そうと思ったんですけど、その五大救命救急センターが、実は引き受けるとは言ってくれなかったわけですね。医療事故とか医療ミスとか、要するに患者さんの目がものすごく厳しいですから、あまり安易な形ではできません。

で、どうするかということで困りまして、やむを得ず、私が院長でしたから、うちの病院の医局長に相談をしたら案の定、医局部長は内科なんですけど、「そんなのを教える余裕は全くありません」と拒否されたわけですね。それはその通りだと思います。うちは、眼科以外は自治医大からローテートで来ています。本当にうちの職員として、病院とともに運命を共にするというのは8人くらいしかいません。みんなローテートです。

例えば私は外科です。去年は副院長でした。私の下に4人外科がいますが、それも2年くらいのローテートでありまして、本当の意味で固定はしていません。ですから、病院に対するしっかりした考え方もなければ、ちゃんとした教育をしているわけではない、むしろ私が教育をしているというような状況ですから、現実的に無理なところはいっぱいあるわけですね。

これは中小病院に限らず、大きな病院でもやはり、突然降ってわいたような話で教育をするという余裕がないというのは、われわれ勤務医であればよく分かります。

殺人的な毎日に追われているわけですから。大学からローテートで来て頼むよとか、臨床研修指定病院で、きちんとシステムができているところに応募してくる人の場合は、ある程度それに乗せられますけど、全然別な一人がぼんとしてくるというのは、非常に難しいわけですね。

そうはいつでも、これはなかなか面白い事業だし、少なくとも、厚労省、日医のおっしゃるように、いままでの大学病院主体の研修、特に医局に入って研修をするような形のもの、もう破産しかかっているということは、大学の病院長自身も認めているわけですね。

自治医大と獨協医大とは多少ニュアンスが違います。自治医大というのは、卒業生が2年ほどローテートして、いろいろなところに帰っていくわけですから、いままでスーパーローテートの形ですけれども、ほかの医局は推して知るべしであります。

ですから、大学の病院長も、そのへんはわかっている。しかし、いまこの一人をやるというのは、やはりなかなか難しいわけですね。やむを得ずうちの社会保険病院で引き取ろうとしたけど、反対が起きる。

しかし、困ったところには救いの神というのがいるもので、うちの呼吸器外科の部長が、2年ごとのローテートなんですけれども、彼は神戸大の経済学部か何かを出たあと、筑波大学の医学部に入って、それからアメリカに留学した経験もあるし、そういう意味で非常に熱心で視野が広いということで、私の考えはよく理解している。医療事故を直接経験していて、視野も開けている。

私は医師会では、医療事故とかそういうのが専門ですと言いましたが、ずっとそれでやってきて、いろいろな賠償とかをあつかってきて、医療事故を自ら経験したという人は、急速に社会性が開けるんですね。

先日もある座談会で、医師であり弁護士である加藤済仁という方がおっしゃっていましたが、法律事務所で研修医を研修させて裁判の傍聴をさせ、被告席にいる医師を見せるのがいいのではないかなどということでした。

そういうこともありまして、彼は自らすすんで指導医をやりたいということになった。先ほど言いましたように、一人だから大変なんですけど、逆に一人だから、一人指導医が手を挙げてくれれば、まあなんとかなるだ

## ■ ランチョンセミナー（第2分科会）

ろうということで、急遽うちの病院でひきうけようということになりました。

ここで、宇都宮社会保険病院の概要をお話しておきますと、当院は宇都宮市の南にございまして、255床の急性期の病院で、二次救急の輪番病院です。昨年度の救急車搬入件数は1,252件、当直医は一人体制になっています。週2回の救急当番日に小児科の当直があります。常勤医師数34名。常勤医の内訳は循環器内科、消化器内科、腎臓内科、呼吸器内科、アレルギー・膠原病科、内分泌代謝科、消化器一般外科、呼吸器外科、整形外科、泌尿器科、脳外科、内科、小児科、産婦人科、放射線科、麻酔科です。臨床研修指定病院ではございません。日本医療機能評価機構の認定病院であります。この6月から、医療事故に関する情報を全職員に常に共有してもらいたいとの私の考えから、3千万円余りをかけてイントラネットを構築しました。全職員にメールアドレスを配付しまして、ほぼ全職員がイントラネットで情報を共有化しているということです。ですから、例えば医療ミスが起こった場合、院長名で患者さんに謝罪の文書を差し上げますが、その内容を全職員に公開します。

7月から研修が始まりましたが、宿舎は、病院の敷地内の看護師宿舎がたまたま一つ空いていたので、そこに入れています。家賃は4,800円です。モデル事業ですから、いろいろな病院にぼんと頼むわけにもいきませんし、来年は大学病院などに回すしかないかなと思っているんですが、宿舎はうちの病院の看護師の宿舎を使う予定にしています。

9月2日に第2回の栃木県医師会の研修委員会を開催しました。委員会の名簿はお手元の資料のとおりです。会長ももちろん出席します。委員長は私ですが、副委員長の獨協医大の寺野病院長は、第2回目には出席してくれました。委員は、副会長の八幡先生、自治医大の布施病院長も出席してくれました。済生会宇都宮病院の中田先生も出席してくれました。足利赤十字病院の福内先生は所用で出席されませんでした。大田原赤十字病院の古泉先生は代理出席でしたが、第1回の時には来てくれました。

新しい委員ですが、皆藤副会長は精神科です。太田照夫先生は役員ですが、老健施設など療養型を中心にやっ

ていらっしやいます。石井常任理事は神経内科です。大和田先生は役員ではありませんが、私の病院の近くでして、研修医は午前中外来をやって、午後うちにくるといふかたちです。やはり時間ももったいないですからね。開業の先生で午前中は忙しいけど午後はいているというところだと、もったいないわけですね、だからその辺は有効にやらないといけないわけです。なんせ2年しかございませんので。太田秀樹先生は、私の個人的な繋がりもありますけど、もと整形外科医ですが、24時間医療をやっています。非常に活発にやっていますし、全国的なそういう組織の役員もやっているような、やる気充分の人です。自治医大公衆衛生学部門教授の中村先生は、公衆衛生とか保健所とかを入れてくれということが、昭和大学の公衆衛生の教授からありました。公衆衛生学会ではこのモデル事業に注目していて、公衆衛生が保健所関係を委員にしてくれないかという話があったので、入っていただきました。ただし、私の本音は、保健所は入れましたが、私は保健所の見学などは学生の時にやればいいじゃないかと思っているわけですね。開業の先生の予防接種ということなど、2週間研修するということもです。塩原病院の増淵先生は、研修医がその職員ですから。

臨床研修プログラムですが、8月は呼吸器外科で救急を含んでやっていますが、8月は指導医も休みをとりまですし、本人も余りこき使って逃げ出されても困るものですから、夏休みを5日くらいあげました。お盆の時期もあったりして、8月の予定が9月にずれ込みました。近所のお医者さんに行くのは週3日くらいでした。評価はまだ具体的に出してもらっていませんけど、11月くらいまで外科にいる予定です。本人は外科系を志望しているので、その気持ちをきいてやろうと思っています。12月1月にはお産が非常に多いそうですから、産婦人科に行ってもらいます。うちは産科が主体で、婦人科のがんの手術はやっていません。外科は去年は100例くらいのがんの手術を私自身が教えたわけですが、今年はやはり忙しいので半減しています。指導医が、指導医といってもあまり面倒くさい指導医ではなくて、要するに研修医の兄貴的な人間で長谷川というんですが、イントラネット上で文章を読んでいただくと雰囲気分かるように、

一応研修の評価をしています。ただし、これがまたお恥ずかしながら、胸部外科からずれて外科の方に移ったら、うちの消化器一般外科は、そういう経験がまったくないですから、胸部外科のような形のシステムでやれていません。

後でも言いますが、指導医を養成するのが一番大事だろうと思っています。7,500人という研修医が続々と登場するんですが、それをきちんと教える指導医のコンセンサスが全く得られていない。北米型でも何型でも結構ですが、ちゃんとしたものがまったくやられていないというのが、実際にやってみて一番感じるところです。ですから、指導医の間で、どういう指導をやっていくのか、矢崎案というのがさきほどありましたけど、現実には、指導医に関してはお先真っ暗だと私は思っています。

それから、来年の研修プログラムについては、当初の予定より、もう少し他のところを削りまして、大学病院の研修を少し増やそうかと思っています。自治医大の総合診療部をお願いして、こちらで足りなかった内科の方をやってもらうことを交渉しようかと今思っています。獨協医大の方には、彼の希望を聞いて、麻酔科や外科での研修を教授に頼みたいと思っています。見学生みたいなものです。自分のところではある程度頼み込めますけど、手術もやらせてくださいというところまではなかなか難しいところですが、その辺のところは交渉しながらやっていきたい。ただ、病院長には了解を得ているわけです。

来年の後半くらいに精神科や緩和ケア、ホスピスをお願いしようかと思っています。

大学病院はどういう反応をしたかということ、お手並み拝見といいますか、「昌子君、まあやってみてごらんさい」という感じではないかと思っているんです。もちろん表面的には、私が話を持っていくまでもなく、大学病院は非常に不十分な研修しかやられていないということも誰も認めておられますから、協力をいただいています。ただ、これから交渉しながらやっていくことになると思います。

もう一つは、読売新聞の記者を、この人は星先生や櫻井先生にくっついてきたような方なんですが、なかなか優秀な人がいまして、第1回の研修委員会の途中から参

加してもらっています。第2回の委員会の時にはマスコミの報道姿勢に対して、ご出席の病院長の先生方から、クレームがついて、私が「まあまあ」といいながら収めるのに苦労しましたけど、そういうエピソードもござい

ます。そのほかに毎日新聞、NHKとコンタクトを取りながらやっております。マスコミに対する私の考えですが、県医師会の広報をやっているときからの一貫した姿勢ですけど、情報をきちんと教えてあげる。誤解を招かないようにできれば文書で、じっくり話をします。できの悪いやつにはあまり教えないようにしているんですけど、よく話してみると、中央の新聞社は優秀ですね。よくバランスを考えてやっています。その代わり、大衆受けするように書かなければいけないということもあるだろうから、いちいち注文はつけません。会長と前は意見が対立してしまして、「せっかくいろいろ教えてやっても、すぐ部署が変わるから意味がないんじゃないか」と言われますので、「変わるからいいんですよ、先生。そいつが私たちのことをよく分かってくれれば、他に行ってもやってくれるでしょ」といいながらやっているんですけど。最近では会長もだいたい同じ意見になりました。

研修医の具体的な仕事は資料にありますように、私は7時頃には病院におりまして、今まで私が一番早かったんですけど、彼は6時頃来て、採血をやっています。

一つだけ強調したいことは、先ほども言いましたが、指導医の教育というのが一番大事なわけですね。ご存じのように、沖縄中部病院や舞鶴市民病院とか、非常に優れた北米型研修を行っている病院がありますけど、舞鶴市民病院に長谷川先生を派遣しました。旅費等は日本医師会の細かい了承は得ていませんけど、研修委員会の費用がありますので行ってもらいました。もう1回行ってもらうつもりなんですけど、その報告を見ますと、自分の仕事が終わってそのまま新幹線に乗って、舞鶴市民病院に着いたのは11時、そのまま仮眠室で寝たんですが、そのときにまだ起きている研修医にインタビューをしたりして、翌朝、アメリカから来ていた人の指導のやり方を見て、翌日帰ってくるという大強行軍でした。こういう指導医はちょっと珍しいと思うんですが、本人が熱意を持っているので、彼にやってもらっているわけです。舞

## ■ ランチョンセミナー（第2分科会）

鶴市民病院は外国人医師を招聘して、北米型の研修システムを導入している。ここでは徹底した討論を尊重している、というのはご存じの方が多いと思いますが、一応付け加えておきます。

最後に言いたいことは、私の病院も実はこういうことで、まったくどうしていいか分からなかったんですが、日医のモデル事業のおかげで、職員が、人を教育するということがどれだけ大変なことか、よくわかったのが収穫です。また、長谷川君が書いているように、看護師の業務は本当に大変だなというのがよく分かったというのが一番の収穫だと研修医本人もいっております。

それから、くどいようですが、とにかく指導医の教育に悩んでいるということです。というのは、長谷川君は、12月いっぱい大学にもどってしまうので、そのあと指導医をだれにするか、私は一応理解はしているんですけど、体と頭と時間がついていきませんから、誰かにしてもらわなければいけないんですが、まあ、そのころまでにはある程度自立して動いてくれるようになればいいということで、なんとかクリアしようかと思っている次第です。

最後に、つい最近行いました、宇都宮社会保険病院の卒業研修委員会での各部長の意見を少しお話しします。

長谷川指導医からは、「自分の経験を考え、こうだったらよかったと思う部分を考慮しながら、研修にあっている。昔ながらの“俺の背中を見て憶えろ”という教育ではなく、言葉で伝える教育というのを念頭に置いている。これは私の意見でもあります。

それから、外科の部長からは「外科で研修中だが、外科ではどこまでやるのか。アップの手術を1例経験させた。2か月あればヘルニアの手術ができるのではないかなと思うが、すべてを理解して手術ができたのかという疑問である。到達目標に達したとは言えないのでは。ただし患者の命がかかっているので、簡単には任せられない。」

産婦人科の方は、来年1月が分娩予定件数が多いので、分娩を研修してもらいます。

脳神経外科は急患任せのところがあるので、手術件数の件で少し、問題かもしれません。

泌尿器科も同じようなことです。

さらに、そこで一つの重要な意見は、細切れに各科をわたっていることは、却ってよくないと言っていましたね。われわれが研修を受けたときもそうですが、本当に患者さんの側について、2か月、3か月とやっているうちに、どこでどういう症状のときに患者さんが急変するのかということを感じて身につけていく。ところが一月ごとに交代していきますと、患者自身の連続性がありませんから、一月ごとの細切れでやるのは、やはりまずいんじゃないかという意見が非常に強いんですね。ですから、改善点としては、一人の患者を長く受け持つために、ある患者は外科であろうと内科であろうとずっと診て、応援としてその科の先生に診てもらおうという形に改善しようかと考えております。

それから、大学と違ってたった一人ですから、あんまり文句を言うと萎縮して逃げ場がない。10人くらいいればお互い慰め合うことができるけど、注意するのを少し躊躇してしまうということを言っておりました。

もう一つは、大学と違ってうちの病院は忙しいものだから、うちの病院の怠慢でもあるんですけど、カンファレンスが少ない。毎週1回常に大学ではプレゼンテーションがありますが、時間がないのでそれが無い、そこが一番問題ではないかと思うんです。2年後に大学の医局に入局したとき、あるいはどこかの病院に就職したとき、そこでプレゼンテーション能力が問われるのではないかということがあります。

当直は、指導医の当直の時に一緒にやっているんですが、週1回、内科の部長について一緒に診て、まずは自分で患者を診療し、各部長がきちんと指導する。その患者が入院している間はずっと研修医が受け持つ。だから細切れの形になっていますけど、自分が持った患者についてはずっとカルテも書いてやるほうがいいかなと。中小病院のメリットを生かすということがいいかなと思っています。

以上で私のドタバタ劇の報告を終わらせていただきます。

## ディスカッション

コメンテーター：日本医師会常任理事 櫻井秀也

小田 昌子先生、どうもありがとうございました。

それではどなたかご質問等ございますでしょうか。

樋口 岩手県医師会の樋口と申します。3、4日くらい前に厚労省のパブリックコメントがでました。みなさんご覧になったと思うんですが、あれをよく見ますと、すべての病院で医療法上の医師の定員を満たすことが明文化されています。363の二次医療圏がありまして、そのすべてに臨床研修病院群を作るとというのが明文化されているわけです。もしそのとおりにしますと、半分くらいしか埋められないということになって、厚労省は自分で自分の首をしめることになるだろうと思います。新しい研修制度にわれわれ勤務医が参加する最大のチャンスといえますか、われわれの果たす役割だろうと思うんですが、その医師の定数ということに関して、これをどうすればいいかということをお話いただきたいと思います。

櫻井 ぜひその意見を出していただだけませんか。パブリックコメントはそういう意見が出れば対応のしようがあるんです。いくつか意見が出たら、必ず医師会でどういう意見が出ているかを厚生労働省に出させますから。パブリックコメントというのは意見を寄せてくれということですから、ぜひ意見を寄せていただだけませんか。それをきっかけに交渉しますから。

樋口 全国の自治体病院協議会で調べた結果によると、全国の自治体病院で研修ができるという病院はたくさんあるんですが、そのうちのどのくらいが医師の定数を満たしているかということをお調べすると、半分なんです。ですからぜひ、ここにいらっしゃる先生方に、いまのような意見を全国各地から、自治体病院のみならずあらゆる病院団体から、特に日本医師会から出していただくことをお願いしたいと思います。

櫻井 星常任理事が交渉役ですから、やってもらいます。実際にそれが行われると現実にはできないところが増えてしまえば意味がないですね。今、昌子先生が具体的に言われたように、むしろ中小病院でやっていただ

くのがいい部分もあるということで、医療法上の人員配置で医師の配置基準の達成率が一番悪いわけですから、その部分が生じると何もならなくなりますので、一所懸命対応します。

安里 沖縄県の安里と申します。本当に貴重なお話、ありがとうございました。質問させていただきたいんですけど、今回の事例は1人の方だったんですけども、今後医師会が、例えば栃木県では複数、10人、20人、30人の研修医を、あるプログラムで採用して、それを地域の医療機関に委託していく方向に、さらなる展開としてお考えなのか、それとも、研修指定病院と今回出た地域保健、医療の研修を行う診療所などとの連携の中でやっていくのか、そのところを少しお聞かせください。

昌子 ご質問ありがとうございます。正直言いまして、1人ですから、やれているというところがあります。まあ、2人くらいなら、もともと予算的には日本医師会から2人分ございますので。ですから、モデル事業だからやれる。逆にモデル事業だから、ちょっと気を使いながらやって、大学病院の院長も、「こんなに寄ってたかって、みんなでおまえの面倒を見てやってるんだから、幸せだよなあ」なんて、非公式なコメントが出たりしているんですけど、正直言って、10人、20人になると、非常に難しいと思いますね。

これはやはり国や日本医師会といったところでゆっくり考えてもらって、私が答えを述べる資格もないというのが実感ですね。僕がいま答えるとすれば、現実的には無理です。

櫻井 いま現在、昌子先生にお願いしているのは、モデル事業ということで、日本医師会がお願いしているものです。少し話が元に戻りますけど、インターン制度中止後、臨床研修が努力目標になりましたが、その中で、ストレート方式だ、ローテートだ、スーパーローテートだやってきたわけですけど、結局、議論だけして30年くらい経って、平成12年の医療法の改正で16年から

必須化するという事になったわけです。

しかし、そうなったにもかかわらず、結局また、議論だけして何も進まないということで、星常任理事と私と二人で、とにかくやろう、理屈を言っている場合ではないから、やらなきゃならないのだということでこのモデル事業を始めたわけです。そういう意味では、われわれもドタバタだったんですけども、いま昌子先生にやってもらっているものは必須化ではないですから、はっきり言えばなんでもありの世界なんです。努力目標なんですから、やらなくたっていいわけですけど、独自にやっているわけです。

昌子先生にはその趣旨をわれわれ以上に理解していただき、実行していただいてありがたいと思っています。

では、これをどうやって広めていくかという話なのですが、ここはちょっと、正式な発言として聞いてほしくないんですけども、モデル事業というのは、実は日本医師会がお金を出したんですね。一人につき300万か400万くらいのお金を日本医師会が用意して、それで給料もあげる。また話が戻りますけど、インターン制度のときの問題点の一つは、まったく低賃金で、社会的な保障もなしにやったことですから、今度はある程度の最低限の給料も要るし、厚生年金や医療保険に全部入れるようにしよう。われわれは医師会ですから、医師会にも入ってもらって、医師会の賠償責任保険にも入ってもらおうと。

話があっちこっち行きますけど、もしかしたら医療事故を起こすかもしれない。訴えられるかもしれない。訴えられたら、それは受けて立って、もしそういうことが起きたら、裁判になったっていいと。でもその時の医賠責の補償は医師会がバックアップできるように、医師賠償責任保険にも入ってもらおうと。そういうことを全部考えて、300万か400万くらい用意する。

でも、それでは足りないだろうから、研修病院では医師免許証を持って、保険医資格も持って、ある程度の労働力として働いているわけですから、お給料を月10万円でも20万円でも出してくださいと。それと両方足せばなんとかできる。

その裏には、日本医師会が出しているお金を国で出せと言いたいところがあったわけです。日本医師会がこれ

だけ出してやったらこれだけできたんだから、この分だけ、いま言ったように一人300万か400万を、お国が出しなさい。あとは地元で少し足して、きちんとしたものができるとい、お金の面ではそれをやりたかったところがあるわけで、もしこの方法がうまくいけば、お金の面でも広がりを見せられる。

それから、日本医師会がやっている地域臨床研修制度とは別に、二次医療圏にこだわりませんけれども、二次医療圏というのは全国に330あるわけですから、全国に、そこに一個ずつとしても、330くらいのこういった地域研修のグループができて、そこで、いま昌子先生がやってくれたようなことをやってほしいと考えているわけです。

どれだけ広がるかというのは、これからの厚労省の態度もあるし、あるいは、われわれの努力もあるし、ここにはおそらく病院の勤務医の先生が多いと思うので、皆様にも期待しているわけです。われわれの気持ちとしては、さきほど昌子先生が指導医が大事だとおっしゃいましたけれども、理屈をこねた医学教育学から始まる話じゃなくて、自分たちの後輩を育て、いい医者をつくるのだという熱意の問題ではないかと私は思っているんですね。

これも話が前後しますけれども、昌子先生が一番最初に個人的なお話をされましたけど、私は大事な部分だったと思うのです。私もインターン経験者ですけども、インターンの1年間、まさに兄貴分で指導をしてくれた先生との1年間が、いままでの医師の生活の中で一番強烈な印象が残っています。すごく大事なことではないかと私は思っているのです。医者として出発する1年、2年のときに、どれだけいい兄貴分に巡り合って、その1年間、2年間がどれだけ充実しているか。

これは厚生省の委員会でも申し上げたのですが、確かにインターンというのは、資格も何もない者が医療をやってしまったものですから問題ですけど、私にとっては、その1年間、毎日毎日が新鮮な経験でしたし、正直言って失敗もしまして、いまだったら医療訴訟みたいなこともやっているわけですけども、そういう中で、その強烈な印象、それが全部いま生きているように、私は思っているものですから、病院の先生方、大学の先生

もいらっしゃるのだと思いますけれども、もちろん、大学も含めて、若く育ってくる医師をどうやって育てるかを考えてほしいと思います。

本当は、昌子先生みたいな人が7,500人くらい、2年間だと1万5,000人必要なんですけど、里親になってほしいんですが、でもそれは大変なことなんです。医者が全部で二十何万人ですけども、基礎に行っちゃってる人もいますから、臨床医はそんなにいないわけで、そのうちで、じゃあ、一対一だったら、1万何千人の兄貴分のドクターが、自分たちのあとに育ってくれる医者はどうやって育ててくれるかということを書いたかわけで、それができるかできないか、それからお金の面についてはさっきの話です。そういうことで、さっきのご質問に答えることになるかどうかわかりませんが、広がりを持ってると、私は思っています。そんなふうに考えて進めたいと思っています。

**倉田** 山口県立中央病院の倉田と申します。今日はありがとうございます。指導医のことについてお伺いします。私のところにも、学外実習で5年生、6年生がずっと来ています。朝からずっとついて、お昼ご飯も必ず二人で一緒に食べますので、自分の仕事が、その日一日は絶対できないという感じでございます。だから、指導されている長谷川先生は、1か月なら1か月間、呼吸器外科に研修医がいる間、指導医の仕事というものにつききりであるかどうかということ。

もう一つ、医者である以上、研修医でも責任があると思います。先生のお話で、将来僕もどうしようかと思ったのは、いろんな科を回って、次の科に行っても、前科で持っていた患者さんを診るとなると、そのときの責任の在り方はどうなりますか。先生のところは、どういうふうになさっていますか。例えば自分が小児科を回った後に、次に産婦人科に行っても、前の患者さんを診るというふうに、いま説明を受けましたけれども、責任のことはどうなるんだろうということ。

さらに、三点目にお給料の話ですが、昔の記憶なんですけど、「医師は貧困であってはならない、医療の荒廃は医師の貧困より生ず」というのが医師会法の中にあると思うんですけども、こういう安い給料で、研修医のときから医師を、経済感覚から貧困な状態にしてい

かどうかという、以上の三点をお聞かせください。

**昌子** 最初の指導医のことなんですけど、実は、呼吸器外科は長谷川先生ひとりしかいませんので、手術の時には自治医大が15分くらいのところにありますので、そこから手伝いに来てくれるわけですね。ここが中小病院と言った理由なんですけど、医師は全体で34人しかいません。

ですから、長谷川先生が密着するわけです。外科は私を入れて5人ですけど、外科のうち下は4人口率ですが、人口率といっても、2年とか3年交代で部長クラスが来るわけですね。その下に、1年か2年大学である程度やった人が来るので、そちらの教育も大変で、卒業直後の研修医の指導は実際無理なところもあります。

たった一人ですから、一緒にやれるわけですね。だから私は指導医にしたということがあります。ですから、そのへんはあまり問題ありません。

次の責任の所在についてですが、これは具体的な指示というときには、必ず一緒にチェックをするようにしますから、そんなにたくさんの仕事を研修医に任せるわけではありません。少し興味あるシチュエーションのようなものを、少し続けて診るという形、つまり、1か月ごとに代わったのでは、要するに医学生が見学しているような形になってしまうので、興味あるケースは部長が選択して、部長の責任において診るという形になっています。

それから三番目は私よりも櫻井先生がお答えになるほうがいいと思います。

**櫻井** おっしゃるとおり、もっとお給料をあげられれば、それに越したことはないですけど、日本医師会で2001年の3月くらいの時点でアンケート調査をやりまして、臨床研修をやっている人に、研修病院からどのくらいもらっているかを答えてもらった結果では、5万円以下が6%、5万円～9万円が5%、10万円～19万円が36%、20万円～29万円が33%、30万円未満が80%です。30万円～39万円が13%で、40万円以上が7%です。現状で、これでやっているんですから、最低30万円なんとか出せば、少なくとも現状の上位2割に入るので、これでやれるというのが、われわれのモデル事業の一つの設定条件なのです。



# シンポジウム

13:30 ~ 16:00

## 「医療改革後の勤務医の対応」

座長：山口県医師会勤務医部会長 福村 昭信

シンポジスト：山口大学医学部附属病院長 沖田 極

総合病院山口県立中央病院長 江里 健輔

萩市民病院長 河野 通裕

宇部興産(株)中央病院長 篠崎 文彦

(医)医誠会都志見病院副院長 村田 秀雄

コメンテーター：日本医師会常任理事 星 北斗

### 医療改革後の勤務医の対応

---

座長：山口県医師会勤務医部会長 **福村 昭信**

皆さんこんにちは、ただいまからシンポジウムを開催させていただきます。『医療改革後の勤務医の対応』ということで、5人の演者に登壇していただきますが、おひと方15分、それから質疑応答の時間を60～70分取りますので、フロアからも大いにご討論いただきたいと思います。

最初にスケジュールを申しますと、山口大学医学部附属病院長の沖田先生、県立中央病院長の江里先生、それから宇部興産中央病院長の篠崎先生の各演題は、医師派遣や卒後教育といった、いろいろな大学の変革に対応する問題がありますので、それを一括してご討論いただきます。

そのあと、萩市民病院長の河野先生のIT化の問題と、それから都志見病院副院長の村田先生の慢性期病院の現状と、それにかかわる医師の問題、教育の問題、この二題をご討論いただき、最後に15分くらい星先生からコメントを頂くという予定になっております。

今日の午前中、坪井栄孝先生が、医療改革がどのようにして行われるかというすごいお話をされましたが、結局、財務主導型でやってくるこの医療改革に、相当厳しい勤務医の状況が係ってくるということになります。

そういう中で、われわれも、意識改革だけではなくて、どう対応するかということが現実の問題になってまいりますので、皆さん、これからの講演をお聞きになって、どしどし発言していただきたいと思います。



独立行政法人化後の国立大学医学部附属病院経営

山口大学医学部附属病院長 沖田 極

ご紹介いただきました、山口大学医学部附属病院長をしております沖田でございます。私に与えられましたテーマは、独立行政法人化後の国立大学附属病院の経営をどうするかということでございます。

〔スライド1〕

はじめに

平成13年度から国立大学医学部附属病院長会議は「組織の在り方問題小委員会」で独立行政法人化を視野に入れ、附属病院のマネジメントシステムの在り方、並びに目標、計画、評価及び財務会計制度の在り方について検討を開始した。

委員会には二つの作業部会が設けられた。

組織の在り方問題小委員会
 

- 作業部会A 「マネージメント改革」
- 作業部会B 「目標、計画、評価、財務会計制度」



〔スライド1〕平成16年から、国立大学附属病院は独立行政法人化を迎えるわけでございます。そこで、どういうふうに国立大学医学部附属病院を変えていくかということに関しましては、ここに書いておりますように、作業部会が二つございまして、一つは、マネジメント改革、もう一つは、目標、計画、評価、財務会計制度をどうするかという二つの委員会を、病院長会議のほうで立ち上げたわけでございます。

そして私自身は、その作業部会A、マネジメント改革のほうに入っております、そして一応組織の在り方の概要がまとめられた段階でございまして、これをもとにいたしまして、私どもがどういうふうに改革していくかというお話をしたいと思います。

〔スライド2〕マネジメント改革の方向性でございますが、一つは、病院長のリーダーシップと支援体制の改革ということでございます。従来ですと、なかなか病院長の権限というものはございません。ありていに言えば、民主制度といいましょうか、ところがその民主制度の弊害というのは当然でございますわけで、そこをどういうふうに改革していくかということになりますと、やはり病

〔スライド2〕

マネージメント改革の方向性

- (1) 病院長のリーダーシップと支援体制の改革
- (2) 効果的かつ効率的運営を図るための病院組織の改革
- (3) 医療の質の向上をめざした病院機能の改革
- (4) 経営面のサポート体制改革
- (5) 安全管理体制並びに危機管理体制の改革
- (6) 大学附属病院間の連携システムの改革

院長のリーダーシップがある程度ないと改革はできないだろうというわけでございます。

それから、効果的かつ効率的な運営を図るための病院組織の改革、組織を改革しなければいけないということでございます。それから、医療の質の向上を目指した病院機能の改革。それから、経営面のサポート体制改革。安全管理体制ならびに危機管理体制の改革。大学附属病院からの連携システム。こういった点につきまして、今度は各大学の附属病院が独立した形ではなくて、やはり共通ソフトなどを開発して連携を保っていかうというの

が、この趣旨でございます。

〔スライド3〕

#### 病院長のリーダーシップ

- (1) 病院の管理運営に関する最終責任者で業務を統括する。
- (2) 病院長の権限及び責任の明確化
- (3) 病院長の専任化並びに学外を含めて幅広い登用
- (4) 人事権の確立、ただし透明性が要求される。機動的な職員配置のための病院長の下に一定の人員確保のためのプールバンク制度の導入
- (5) 院長裁量経費の充実
- (6) 副院長あるいは病院長補佐の配置
- (7) 病院長の下に戦略的企画部門の設置

（スライド3）一番肝心の病院の改革に関しましては、病院長のリーダーシップというのが大変重要でございます。

一つは、病院の管理運営に関します最終責任者で業務を統括しなければいけない。それから、病院長の権限および責任の明確化をしなければいけない。病院長の専任化ならびに学外を含めて幅広い登用をしなければいけない。人事権の確立、ただし透明性が要求される。このへんが大変難しいわけでございます。リーダーシップが強ければ強いほど、逆に言いますと、透明性が隠れてしまうのではないかと懸念もございます。

それから、機動的な職員配置のための、病院長のもとに、一定の人員確保のためのプールバンク制度の導入ということも考えております。この問題につきましては、例えば看護職員、あるいは検査職員、あるいは放射線技師をひっくるめてでございますけれども、そういう方々も一括して、診療支援部という形の中で、病院長の権限でもって採用していく。

要するに、従来の定員制ではなくて、もう少しわかりやすく言えば、動員制といいたいでしょうか、人手が足りないところにつきましては、そこを増やしていく。余っているところは減らしていかなければいけないとなりますと、ある意味ではプールバンク制を用いなければいけないというわけでございます。

それから、病院長裁量経費の充実、あるいは副院長、病院長補佐の配置、病院長の下に戦略的企画部門の設置をしなければいけない。こういうことをいま決めている

わけでございます。

〔スライド4〕

#### 病院組織の改革

##### 【診療体制】

1. 診療科長＝教授体制の見直し
2. 縦割りの診療科体制
3. スクラップ&ビルド
4. 勤務体制の明確化
5. 医療技術職員は診療支援部に一括管理
6. 保守管理部門の外部委託
7. 総合診療部の見直し：卒後臨床研修機能
8. 患者自立支援の医療福祉体制
9. 看護部：機能強化と人事の交流

##### 【事務体制】

1. 病院業務に特化した事務体制
2. 医療専門職の育成と人事異動の弾力化
3. 財務会計システム、部門別・診療科別原価計算システム、未収金管理システムの構築
4. 窓口業務など外部委託可能な業務は外注化

（スライド4）病院組織の改革でございますが、二つに分けられます。一つは診療体制でございます、診療科長イコール教授体制、現在そうでございますけれども、診療科長イコール教授というものが果たしていいのかどうかというわけでございます。

これはあとで申し上げますけれども、附属病院の位置をどこに置くかということで、ずいぶん変わってまいります。附属病院を大学附属にするか医学部附属にするかということでもずいぶん違ひまして、実現可能かどうか分かりませんが私どもがいま考えておりますのは、大学附属にいたしまして、附属病院は独立してしまう。そして、教授の中に、診療科長を主体に勤務したいとおっしゃる方は、教授を外しまして診療科長をする。それから、教育を担当したいとおっしゃる方は、医学部の中に入って、医学部の講座の教授にする。そういうことも視野に入れまして、こういうものをどうするかというのを考えようということをしているわけでありませう。

それから、縦割りの診療科体制、それからスクラップ・アンド・ビルド。要するに、国立といいたいものは、あるものはそのまま残しておくというような体制でございますけれども、そうではなくて、やはり不必要なものは直ちに壊して、新しいものをつくる。それが可及的速やかに行わなければいけないだろうというわけでございます。

それから、勤務体制の明確化。いま大学附属病院の勤務体制はでたらめでございますので、これにつきましても、はっきりしなければいけないだろうというわけでございます。

それから、医療技術職員は診療支援部に一括管理する。

これは先ほど申し上げたとおりでございます。

それから、保守管理部門の外部委託。それから総合診療部の見直し。総合診療部が非常にあいまいな形で来ておりますので、これを、はっきりと卒後臨床研修機能ということで位置づけてしまう。

それから、患者自立支援の医療福祉体制。看護部に関しましては機能強化と人事交流。これはもう既に大学間で看護師を入れ替えるというふうなことは始まっているわけでございます。

それから、事務体制でございますが、病院業務に特化した事務体制をするということでございます。そうなりますと、従来、文部科学省のほうから、転勤という形で、病院業務に慣れていようが慣れていまいが、勝手に送られてくる。それに対しましては、われわれはやはり当然、拒否をしなければいけないのではないかと、いま考えております。

それから、病院専門職の育成と人事異動の弾力化。財務会計システム。部門別、診療科別原価計算システム。未収金管理システムの構築。窓口業務など外部委託可能な業務は外注するという。アウトソーシングという

### 安全管理体制と危機管理体制

- (1) 「事故防止委員会」「安全管理部」「リスクマネージャー」等の検証
- (2) 診療体制の見直し
- (3) 事故防止に必要な機器、機材の採用、病歴ICやバーコードの採用
- (4) 天災、核・生物・化学テロに対する危機管理体制
- (5) 各病院間の連携協力体制の構築

〔スライド6〕

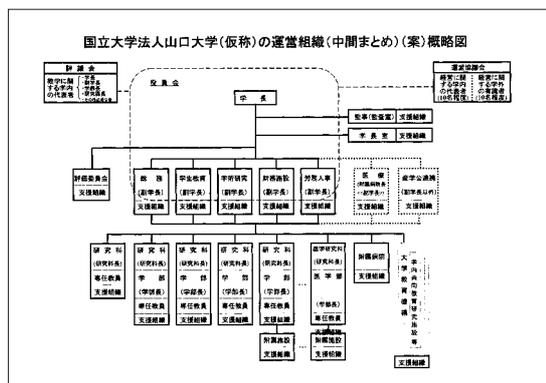


考え方は、これはもう避けて通れないという状況でございます。

(スライド5・6)それから、安全管理体制と危機管理。これは、附属病院長の場合は、特にこの安全管理体制と危機管理体制につきましては、責任を要求されるわけでございますけれども、事故防止委員会、安全管理部、リスクマネージャー、これはもう既に確立されているわけでございます。

診療体制の見直し。事故防止に必要な機器機材の採用。病歴ICやバーコードの採用。天然核生物化学テロに対する危機管理体制。各病院間の連携、協力体制の構築。こういうのは、もう既にほとんどのところはやられておりまして、私どもの大学でも、細菌テロのための実地演習を毎年やっているわけでございます。

〔スライド7〕



(スライド7)そして、冒頭申し上げましたように、この大学附属病院をどういうふう運営管理していくかというところに、一番大事なことは、どう位置づけをするかというわけでございます。

これにつきましては、いろいろな考え方があるわけでございますけれども、今度は学長の権限が、非常に強くなってまいります。その大学の方針というのは、すべてこの役員会という中で決められてしまいますので、今度はその中に入るか入らないかですもん違うわけございまして、これも大学の規模によりましては、副学長を何人も設けるといことも可能でございますけれども、それもまだ文部科学省としては決まっておりません。

これは山口大学でございますけれども、われわれは、医療に関しましては、できるだけ役員外役員といいま



しながら、周辺の病院に関しましても、従来の考え方からしますと、大学のほうから医師を派遣していただきたい。要するにいい医者を派遣していただいて、自分たちが生き残りたい。両方とも生き残りたいわけですから、ここに大変な問題が生じてまいります。このところをどうするかというのは、今後大きな問題になると思います。

それから、高度先進医療機関としての位置づけでございますが、経営とのバランスということになります。高度先進医療機関としてやっていきました場合には、果たして構造的な赤字体質から脱却できるかということになります。高度先進をやればやるほど、赤字体質を脱却できないということになりますと、そういうことをやるわれわれ附属病院に対しましては、国はやはりインセンティブを図るべきではないかというわけでございます。

このへんにつきましては、全くいま議論を行われておりませんので、今後じゅうぶんに文部科学省とも話し合っ、インセンティブのところをきちんとしなければいけないと思っております。

それから、自治体や地域医療機関との連携を図らなければいけないということは、山口県の場合、われわれの大学附属病院だけが高度先進医療機関として位置づけられるかどうかということでございます。

そうなりますと、周辺ともやはり連携をしなければいけない。われわれのところだけですと、やはりこれもまた周辺の医療機関から、ある意味での温かいご支援といましようか、そういうものがどうしても必要になるだろうというふうに考えるわけでございます。

それから附属病院は、やはりそれは医師養成機関でございます。そしてそこには、卒後臨床研修必修化という制度が今度入ってまいります。

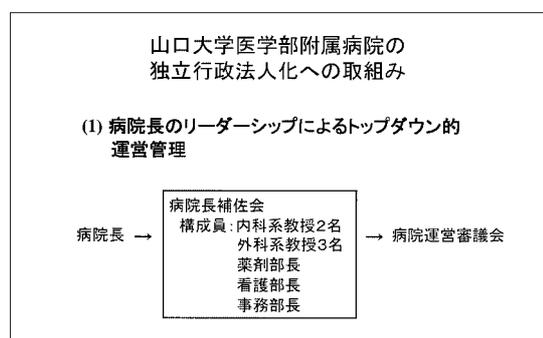
しかし、いま厚生労働省は、附属病院は必ずしも卒後教育の担い手ではないと考えているわけでございます。要するに、卒業いたしますと2年間ぐらいは、文部科学省から厚生労働省のほうに医師を渡してもいいのではないかというのが、今度の必修化のコンセプトでございます。

現在、われわれの山口大学の卒業生は、山口県の医師のソースとなっておりますけれども、そういう卒業生の大半は、今度全国に分散してまいります。そうなりま

すと、おそらく都市部の医療機関におきましては、医師の充足率がじゅうぶんになるとは思いますけれども、果たして地域医療というのは守れるかどうか、このところは非常に重要な問題になるのではなからうかと思えます。

それから地域医療への貢献でございますが、教育関連病院へ指導医を派遣できるかという問題が、また起こってまいります。要するに、患者を呼べる医師を附属病院に数多く困りたいということになりますと、教育関連病院へ、果たしていい医者、患者を呼べる医者を派遣できるか。これは、私どもは、大変二面性のある考え方を今度は要求されるわけでございます。

そして、医師派遣要請にいままで以上にこたえられるかということになりますと、研修医がはるかに減ってまいりますと、果たしてそれができるかどうかというのは、私どものいまの悩みになってきているわけでございます。  
〔スライド10〕



（スライド10）私ども山口大学附属病院におきましては、独立行政法人化に関しましては、やはりトップダウン的なリーダーシップがどうしても必要になってまいります。透明性ということを図らなければいけませんので、病院長の考えを補佐会に諮って、補佐会のほうでいろいろ議論いたしまして、そして病院運営審議会、これは臨床系の診療科長がすべて出てまいりますけれども、そこでの意見の交換を図って、できるだけ透明性を図りたいと考えております。

（スライド11）病院組織の改革といたしましては、法人化準備室、これはもう既に設けて動いておりますが、それから、病院経営ということ、私どもはじゅうぶん考えなければいけませんので、現在、ここに具体的に三菱総研と書いておりますけれども、こういうところに依頼

〔スライド11〕

### (2) 病院組織の改革

- ・ 独立行政法人化準備室の設置
- ・ 三菱総研に依頼して病院組織の現状チェック
- ・ 事務部長、医事課長については附属病院経験者とする。文部科学省の方針は未定。病院経験者以外の場合は赴任拒否可能か。

いたしまして、2年間で病院経営をすべて洗いざらい調べていただきまして、ウィークポイントはどこにある、伸ばさなければいけないところはどこにあるかということをはっきりさせていただいて、そこをきちんとやろうと思っております。

〔スライド12〕

### (3) 病院機能の改革

- ・ 診療科再編 → 患者様に分かり易い外来名
- ・ 女性内科の新設
- ・ 独法化までに病棟再編、特に、消化器病センター、循環器病センターの設置
- ・ 脳救急部門の新設
- ・ 医療情報システムの充実：  
院内情報ネットワークの充実  
遠隔医療支援のためのネットワーク

（スライド12）それから病院機能の改革でございますが、これは診療科再編でございますが、診療科再編は既に行いました。従来の第一内科、第二内科、第一外科、第二外科、こういうふうな診療科名をすべてやめまして、病院のほうも、わかりやすい診療科名にいたしまして、診療科の責任者はすべて助教授クラスあるいは講師クラスにいたしまして、教授はできるだけ外すということにいたしました。

それから、女性内科と書いておりますけれども、女性診療科をつくりまして、患者の呼べる病院体制をつくりたいというふうにしております。

それから、診療科再編を行いまして、次は病棟再編にいま着手しているところでございます。

それから、ストローク救急だとか、そういうところを持っていこうと思います。これはやはり、附属病院が特化しなければいけませんけれども、特化すると同時に、やはりわれわれは生き残らなければいけないというところが、ひとつの考え方でございます。

そして、医療情報システムを充実して、ある意味では、山口県はネットワークが非常に発達しておりますので、そのネットワークの中心にわれわれの附属病院を置いて、そういうネットワークを通じた形での診療連携もできるのではないかと考えております。

〔スライド13〕

### (4) 経営

- ・ 三菱総研による経営診断(タイムスタディを入れて二年間の調査)
- ・ 各診療科に目標(稼働率、在院日数)を提出させ、四半期毎に診療実績評価
- ・ 独法化までに総病床数(現在、759床)の見直し、並びに診療科への適正な病床数配置 → スタッフの適正な配分
- ・ 競争原理による評価に基づいた予算の傾斜配分 → やる気！

（スライド13）それから経営に関しましては、経営診断システムをきちんとするという。現在、四半期ごとに診療実績をすべて出しまして、稼働率、在院日数につきましてもきちんとやっております。稼働率、在院日数が悪いところにつきましては、すべて私ども補佐会が、そこを呼び出しまして、指導をするということをしております。

そうなりますと、現在私どもの大学は759床でございますが、現在のベッド数の配分というのは、かつての決められたままで来ておりますので、そこにはどうしても適正性を欠いておりますので、これを適正にする。

ただし、その場合には、スタッフの適正な配分も伴わなければいけないということでございます。そして、競争原理による評価に基づいた予算の傾斜配分をすることによって、やる気を出すということでございます。このやる気というのは、やはりわれわれ勤務医にとりましては、大変重要な部分でございますので、こういうことはいこうと思っております。

（スライド14）それから、安全管理体制と危機管理体制

〔スライド14〕

### (5) 安全管理体制と危機管理体制

- ・ 医療安全管理委員会(病院長直轄)  
毎月一回開催  
全てのインシデント、アクシデントの検証  
医療事故調査委員会開催の決定  
リストバンド装着率の調査(毎月)
- ・ 安全管理推進室(室長、副室長<GRM>)  
インシデント、アクシデントへの可及的速やかな  
対応  
医療安全週間(年二回開催)における研修の  
企画・運営
- ・ 中国四国地区三大学附属病院相互チェック  
平成14年度は徳島大学、香川医大との  
相互チェック

については、既に文部科学省から、われわれは言われて  
おりますので、こういう形で医療安全管理委員会、医療  
安全管理推進室をつくっております。

〔スライド15〕

### 国立大学附属病院間の連携システム

- (1) 附属病院間の医療提供体制に関する  
評価システム
- (2) コスト削減のため共同購入
- (3) 共同開発
- (4) 臨床データや医療事故防止情報の共有
- (5) 事務職員、医療技術職員の人事交流
- (6) 国立大学附属病院長会議に連携強化の  
組織を設置

(スライド15)それから、毎年大学間の相互チェックを  
行いまして、それぞれが、その評価をし合っているとい  
う状況でございます。

ということで、私どもは、独立行政法人化後の附属  
病院の在り方を、いま真剣に考えて、そして行動に移そ  
うとしているところでございまして、平成16年4月、独  
立行政法人化の第一日目を、夢を持って迎えたいと思っ  
ております。

## 自治体大病院の抱える諸問題「機能分担、卒後初期・後期研修」

総合病院山口県立中央病院長 **江里 健 輔**

いまご紹介にあずかりました江里でございます。

今日は、自治体大病院の抱える諸問題ということで話させていただきますが、問題は、もう決まっているのです。人材とお金でございます。これを解決すれば、全部解決いたします。

いままで一般病院は、人材は大学に100%頼っております。それがいま沖田病院長のお話によると、100%頼ることができなくなるような時代が来そうな気がします。「来そうな」というのは、来てほしくないという願望があるからでございますが、来そうな気がします。

それからお金、我々の病院では、かなりのお金を山口県の援助でやっています。しかし、この援助というのは、経営するための援助ではないのです。そのお金は、救急医療とか、看護師の教育とか、あるいはへき地医療とか、自治医科大学卒業生の研修とか、そういうようなものを高めようというための援助でございます。とかく、山口県立中央病院に「君たちは、県から予算をもらっているいいなあ」というふうに、ちまたの病院長は言われますが、経営をよくするためにお金をもらっているわけではございません。

そこで問題は、われわれがいかに自己導入資金をつくっていくかということだと思います。私は、大学に37年間おりまして、県立中央病院に赴任致しまして一番びっくりしたのが、そういうシステムが全くないことで〔スライド1〕

公的病院としての 山口県立中央病院の役割
山口県の医療水準向上への支援機能の充実 ・医療従事者の養成および研修の充実 ・救急医療 ・へき地中核病院—へき地医療支援機構 ・地域がん診療拠点病院 ・臨床研修指定病院 ・看護師・助産師の養成 ・予防的医療サービスの提供と公衆衛生活動への支援



す。

最終的な自治体病院のあり方の結論は、全適になると思います。全適というのは、全部適用と申しまして、病院長に、病院の運営、経営、そういうもろもろのものを、全部適用することでございます。

〔スライド1〕公的病院としての県立中央病院の役割にはいろいろありますが、主によその病院と大きく違うところは、へき地支援中核病院であるということです。へき地医療支援機構というのが山口県に設立されまして、山口県立中央病院が中心になって、人材を派遣しようというところが、山口県の他の大きい病院と比較して違うところでございます。あとはほとんど同じでございます。〔スライド2〕

山口県立中央病院 初期研修プログラム
目的:プライマリーケアに対処する第一線の臨床医、あるいは高度の専門医、いずれをめざすにも必要な診療に関する基本的な知識、技能および態度の修得

〔スライド3〕

山口県立中央病院 初期研修プログラム(I)	
1.	頻度の高い疾病や外傷の診断と治療が出来る
2.	救急の初期診療ができる
3.	適切な時期および方法で、他科および上級医に紹介できる
4.	医療情報、診療内容を正しく記録する習慣を身につけ、正確に他に伝達できる
5.	チーム医療を理解し、実践できる
6.	患者およびその家族との信頼関係を醸成できる
7.	疾病の予防、健康管理、リハビリテーションについて理解し、基本的な医療計画が出来る。

〔スライド4〕

山口県立中央病院 初期研修プログラム(II)	
研修医定員	: 1年次 2名 2年次 16名
処遇	身分: 非常勤嘱託 官舎 有 社保 有
給与	: 1年次 250,000円/月 2年次 280,000円/月

(スライド2・3・4) 研修についてですが、いま、われわれのところは、研修医として1年次が2名、2年次が16名います。身分は非常勤ですが、官舎がありますし、社会保険があります。1年次が25万円、2年次が28万円の給料を払っています。そんなに悪くはないですが、よくもないです。厚生労働省のある課長に、いま研修医の処遇が非常に悪いのではないかと、もう少しよくしたらどうだと言いましたところ、「病院長、そう言っても、学校の先生よりいいですよ」と言われましたね。皆さん、ど

〔スライド5〕

山口県立中央病院 初期研修プログラム(III)													
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
1年目	内科 (消化器)			麻酔科		小児科		選択			外科		
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
2年目	選択												

ういうふうにお考えになりますか。

(スライド5) いま、そういうことでスライド5のように、一年目、二年目にローテーションしていますが、これが必修化になりますと根本的に崩れてくるかもしれません。いま、われわれのところは、一年目は大学でやっておられますから、実際は二年目を受け持っていることになります。今、教育担当の上田副院長が、新しいプログラムをつくっております。大学病院との整合性がございまして、それを鑑みながらやらせていこうということでございます。

〔スライド6〕

ゴールド医師(沖縄県立中部病院、1966)	
「こういう医者をつくる」	
1.	救急蘇生(気管内挿管、心マッサージなど)を何時、いかなる時でも、誰でも行える
2.	内科・外科・小児科・産婦人科の救急症例の初診・診察、処置が出来る
3.	正常産を一人で対応出来る

(スライド6) ゴールドという方が、こういう医者をつくりたいということ、1966年ですから、もうすでに40年前に話しています。現在も通用いたします。これは何年たっても、われわれの仕事が人間を相手にすることである限りは、変わらないと思う。われわれもこういう医者をつくりたいということでございます。

われわれの病院は、救急医療を研修医もしますし、それからスタッフもします。眼科の先生も耳鼻科の先生も救急患者を診ます。だから、大学から派遣された先生が全部の患者を診られるというのは、山口県立中央病院に派遣された期間のみで、極めて貴重な時間と思います。

そういうことで、県立中央病院で勤務されているときは、「なんで眼科医が頭を診なければいけないか。なんで耳鼻科医が足を診なければいけないか」と不満を言われますが、大学にお帰りになられるときには、ほとんどの方が「よかった」、「こういうふうな、全身を診る経験はもう二度とないでしょう」と言ってお帰りになられます。

そういう意味で、当院の救急医療は、全人的な医療人をつくるという意味では、非常にいい場所ではないかと

思います。

〔スライド7〕

**大学で臨床医が育たない理由**

---

日本: Physician scientist(医者・科学者)とClinical scientist(臨床医・教師)の両方の任務を義務づけられている

アメリカ: Physician scientistとClinical scientistが重複しないようにプログラムされている

---

Physician scientist: 日本の大学の一般的な臨床系教官と同じ立場  
Clinical scientist: 臨床に、教育に汗をかく人

〔スライド7〕大学で臨床医が育たない理由は、Physician scientist(医者・科学者)とClinical scientist(臨床医・教師)の両方の任務を義務づけられているということですね。私も、大学にいるときに、両方しなければいけなかったのですが、とてもできるものではございません。アメリカは後者でございます。大学が独立行政法人になると、こういう形になるということ、いま沖田病院長が説明されましたが、それでも、今の大学臨床環境を変えない限り立派な臨床医をつくるということはちょっとむりだと思えますね。

〔スライド8〕

**ありふれた病気を診て、ゼネラルな力を蓄えて、その後、特殊な病気を診てスペシャルなものを学ぶ**

---

この逆ではゼネラルにはなれない  
(日本の大学)

〔スライド8〕ありふれた病気を診てゼネラルな力を蓄えて、その後、特殊な病気を診て初めてスペシャリストになれるのです。大学は、特殊なめったにない病気を診て、ゼネラルに移り変わるというところが、いままでの大学であったと私は思います。

〔スライド9〕例えば、こういう患者がいた場合、どこで診るかですね。自室で歩行中に倒れて、大腿骨骨折した85歳の患者で、15年前にペースメーカーを移植され、8年前にPTCAを受けて、1年前に腎盂炎に罹り、肺炎もやって、背中が痛い、胆石症発作で新患に来院した患者、どこで診たらいいのでしょうかということです。こういう患者がどんどん増えていますね。

〔スライド9〕

**「自室で歩行中倒れて大腿骨骨折した85才の男性」**

15年前、ペースメーカー、8年前PTCA、この1年前に急性腎盂炎で1回、胆嚢性肺炎で2回入院、6ヶ月育ちが過ぎて肥満症の発作を繰り返している。

この患者を誰が診る  
循環器内科? 消化器内科? 呼吸器内科? 泌尿器科? 腎臓内科? 泌尿器科?

個別に診察出来ないし、一ツツの診察を希望を通じて依頼しては時間がかかり、患者中心の医療ではなくなる。

総合診療的マインドのある集学的診療科が必要

〔スライド10〕

**臨床研修必修化の最大目標**

---

- ・医者の原点は何か?
- ・何のために医者になったのか?

---

〔スライド10〕結局、臨床研修の必修化ですが、医者の原点は何かという、何のために医者になったか、研究者になるためになったのか、臨床医になるためになったのか、それぞれ目的は違うと思いますが、現在は、そのところの原点にファジーなところがあるのではないかと思います。

〔スライド11〕

**全国自治体病院  
平成13年度決算見込み額**  
(全国病院ニュースNo.562)

---

調査対象および回答率

全国加入自治体病院協議会	1007病院
回答	645病院(64.1%)
一般病院	618病院
精神病院	27病院

---

〔スライド12〕

**赤字病院の割合**

---

前年度に比べて若干増加し、依然として5割強の病院が赤字経営

---

(スライド11)あとは自治体病院の赤字のお話をします。これは言うことありません。とにかく赤字です。

(スライド12)自治体病院の5割が赤字です。5割が赤字ということは、5割が黒字なんです。頑張れば黒字になれるわけです。黒字の病院は、先ほど申し上げた、全適の病院です。病院長が全部の責任を持って運営しているところは、ほとんどの病院が黒字です。

[スライド13]

開設者	赤字病院%
都道府県	60.8
指定都市立	57.9
町村立	54.2
組合立	51.2
市立	50.8

(スライド13)どの程度が赤字か。都道府県立は60.8%です。

[スライド14]

病床数	赤字病院%
200～299	65.2
100～199	62.4
300～399	54.9
20～99	50.3
500以上	46.0
400～499	41.8

[スライド15]

・ 医療収益に占める給与費の割合が10%高い			
・ 入院収益			
黒字病院	34468円/日/人	3339円/日/人	
赤字病院	31129円/日/人		
・ 外来収益			
黒字病院	8713円/日/人	461円/日/人	
赤字病院	8252円/日/人		

(スライド14)病床数で見ますと、200から299床の病院に赤字が多いです。われわれのような500床以上の病院では赤字が少ないのです。

(スライド15)赤字と黒字の病院の違いは、医療収益に占める給与率の割合が黒字病院は10%高い。我々の病院では、医療収益に対して給与率が高く、67%ですけど、この率は、収入が上がれば下がるんです。給与費が高い病院は収入を上げるように努力すれば給与率は低くなるわけです。

[スライド16]

区分	平成12年度	平成13年度	収支
総収益	9,780,781	9,993,374	+212,593
医療収益	8,066,292	8,268,727	+202,435
医療外収益	1,714,489	1,724,647	+ 10,158
総費用	10,016,629	9,862,518	△154,111
医療費用	9,422,709	9,300,586	△122,123
医療外費用	593,920	561,932	△ 31,988

(単位:千円)

(スライド16)われわれの病院は、10数年来赤字だったので、平成13年に黒字になりました。私は平成13年の4月に赴任し、1年間で一応黒字になりました。しかし来年は赤字になると思いますけれども。

何をしたかといいますと、ベッドのバリアフリーです。うちの病院は、外科、内科という病室の枠組みは一応あります。私が赴任して以来、どの科にも、どのような患者も入院していただくということをしました。それで稼働率が上がってまいりました。病院で1%稼働率が上がりますと、1億の増収となります。

われわれの病院のドクター、ナースはよその病院にひけを取らないくらいものすごくよく働いています。これ以上患者さんを増やせというのは無理です。山口県の人口は150万人しかありません。たくさん病院はあります。そんなに病人がどんどん出るわけではございません。そうですね。

では、どうしたらわれわれの病院は黒字になるか。いま政府が認める診療報酬の加算を、いかにうまく有効的に病院に導入していくかというのが最大のポイントだと、私はいま思っております。

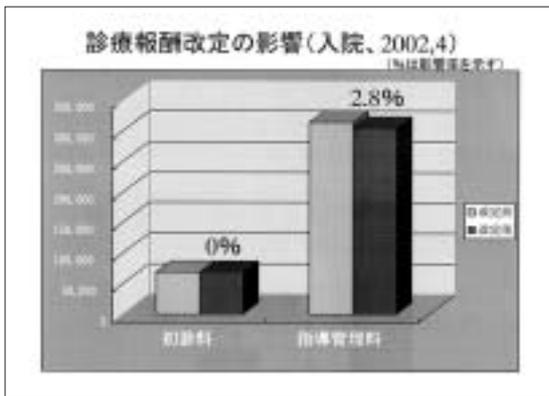
〔スライド17〕

医業費用内訳	平成12年度	平成13年度
給与費	5,541,098(58.8%)	5,385,196(57.9%)
材料費	2,403,070(25.5%)	2,459,813(26.4%)
経費	865,236	857,605
減価償却費	570,734	559,737
資産減耗費	10,100	10,971
研究研修費	32,471	27,264
計	9,422,709	9,300,586

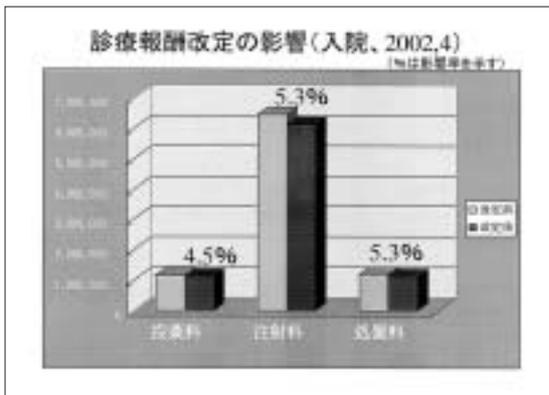
(スライド17) 給与費は、平成13年は57%、平成12年は58%ですが、これはまだスタッフだけなので、トータルでは67%です。100円稼いで70円が給与費となります。これでは赤字になると言われて、いかにも給与費が高いのを悪いように言われますけれども、収入を上げれば、これは少なくなるんですから視点をどこに置くかでしょう。

(スライド18・19・20・21) 平成14年4月の診療報酬改

〔スライド18〕



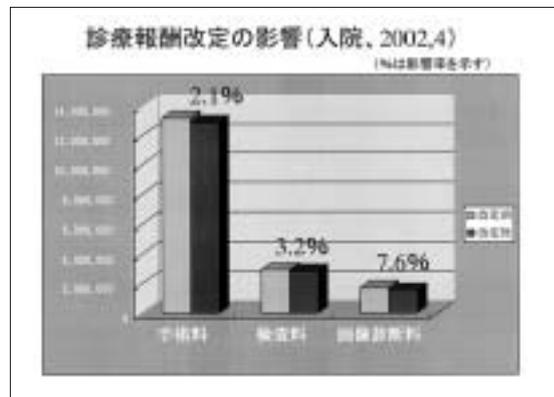
〔スライド19〕



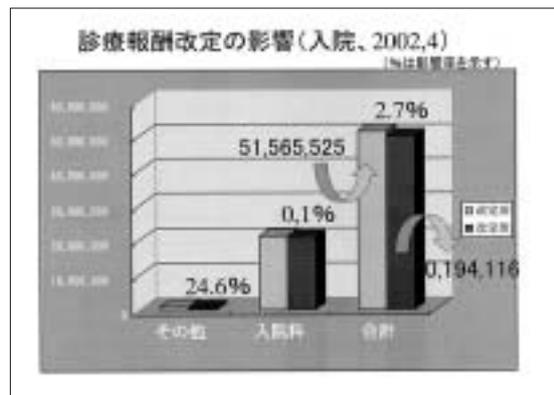
定でどういうふうに変ったか。4月だけで見ますと投薬、注射料、処置料など、合計で2.7%下がりました。

(スライド22) 最後に、自治体病院がなぜあるかを考えてみたいと思います。なぜ税金がつぎ込まれるのか。同一区分の民間病院がその地域にあるのに、なぜあるのか。高度先進医療は国立大学病院に任せたら、われわれ自治体病院は高度先進医療をする必要はないではないかということです。

〔スライド20〕



〔スライド21〕



〔スライド22〕

**自治体病院存立の原点**

何故？

---

- 1.税金がつぎ込まれているのか？
- 2.同一規模民間病院がその地域にあるのに
- 3.高度先進医療は国にまかせたら？

〔スライド23〕

**自治体病院存立の必要性**

---

- ・国立病院の再編によって廃止された医療を自治体病院が肩代わりしている。
- ・地域に密着している

（スライド23）必要性は、国立病院が再編によって廃止された医療を、自治体病院が肩代わりしている。地域に密着している。

〔スライド24〕

**自治体病院の特性**

---

1. 地域住民が必要と認識して、議会の議を経て創った病院
2. 利益が第一義でない  
不採算部門、高度医療を積極的に行う

（スライド24）特性としては、地域住民が必要と認識して、議会の議を得てつくった病院。ということは、皆さんが納得してつくった病院。利益が第一義ではない。不採算部門、高度医療を積極的に行う高度医学ではありません。

〔スライド25〕

**医療人(医師)の一般病院で抱える問題**

---

- 1 評価制度がない(キャリアパスの構築)
- 2 同一大学で占められている  
活性化がない  
競争がない → 自己改革の意識がない
- 3 閉塞感 → 無気力、サラリーマン化

---

大学病院が地域で何故最高医療機関で有り続けられるか???

（スライド25）一般病院も、われわれの病院もそうですが、医師が頑張っても頑張っても頑張らない人と同じなのです。だから、頑張られる方法、頑張る気持ちになる方法をいまからは考えていかなければいけない。それ

には評価制度がない。早急にキャリアパスの構築をしなければいけない。

それから、多くの病院の医師は同一大学で占められている。そのために活性化がない。競争がない。自己改革の意識がない。われわれの病院は、一つの大学だけで占められておりませんので、これは、われわれの病院には当てはまりませんが、こういうようなことで、閉そく型、無気力、サラリーマン化となります。

考えてもらいたいのは、どこの大学病院もそうですが、大学病院が地域で最高医療機関でありますね。ずっと何十年、地域の最高医療機関が大学なのです。なぜなのでしょう。

〔スライド26〕

**人事が大学に依存することの利点・欠点**

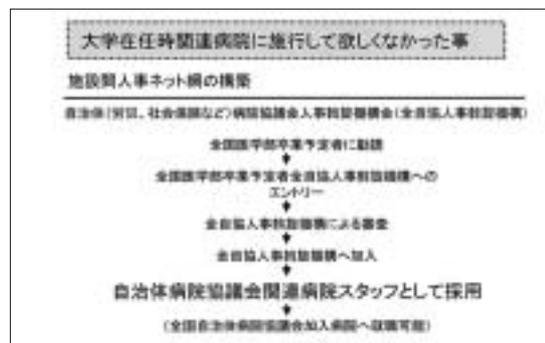
---

利点：・更迭が可能  
・希望人事がかなえられる

欠点：・医師の労働市場を狭くする  
・人材とポストとのミスマッチが生じる  
・勤務医に将来展望をしい難い感覚感を持たせる

（スライド26）しばしば人事を大学がするのは全部悪いと言われるのですが、私はそれは間違いだと思います。大学の教授はある病院に人を派遣するときには、その人の資質、能力を考えて派遣します。少なくとも山口県においては、非常にこれがうまくいっているだろうと思います。もちろん悪いところもあります。教授が悪ければどうにもなりません。あくまでも「良い教授」の下でという条件です。

〔スライド27〕



（スライド27）私が最後に言いたいのは、施設間の人事ネット網の構築なんです。例えば私は自治体所属ですか

ら自治体と書いておりますけれども、労災でも社会保険でもいいんですが、全国 病院協議会のようなところで人事斡旋機構というものをつくれればいいんです。そして全国の医学部の卒業予定者に、こういう機構があると勧誘します。

卒業生が、エントリーをします。その斡旋機構で、そのエントリーした人を審査して、審査に合格した人をその機構の中に入れます。機構の中に入った人は、この

病院協議会の関連病院にスタッフとして勤めることができます。そうしたら、山口県立病院に勤める。広島県立病院にも勤める。富山県立病院にも勤める。青森県立病院にも勤めるというようなことが可能になります。これがなかなかできないのです。でも、やらなければならない。

これをやるためには、大学との整合性がありますので、山口県立病院のスタッフの全部は無理ですが、とりあえず、われわれの病院には外科が11名おりますので、そのうちの1割を、こういう機構の人事で動かしたらどうかということです。

だから、自治体とか、労災とか、社会保険も、それぞれの機構をつくって、最後に絡めるのが医師会です。各医師がこの機構にエントリーをするときに、エントリーの加入費を取り、そのお金で、それぞれの機構を運営すれば当然、若い医師の医師会員も増えてくると私は思います。

そして、もし研究がしなくなったら、途中で大学に入って、研究を何年かすればいいのですね。現在こういう組織がないです。これをやらなきゃだめだと私は思いますね。

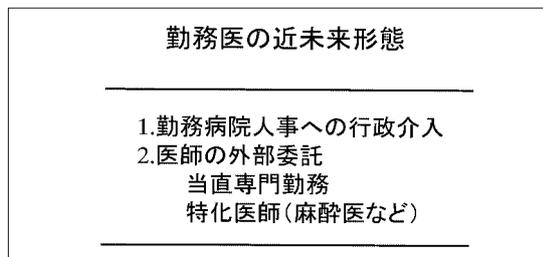
病院は、いままで病を診るところであったと思います。だけど、いまからは病のみを診るところではなくなると思います。変えないとだめですね。予防医学的なもの。なぜなら多くの人は、60歳までにそんなに医者にかかりません。しかし、60歳をすぎるとひんぱんに薬を飲むようになります。

(スライド28・29・30) だから、いまからの病院というのは、病を診る機構であると同時に、病をしないようにするための院でなければならない。これが、われわれ大病院の、21世紀、未来の姿であろうと思います。かなり

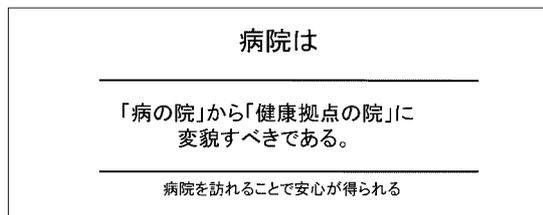
[スライド28]



[スライド29]



[スライド30]



好き勝手なことを言いましたが、私は夢をかけて話させていただきました。どうもありがとうございました。

## IT化は病院に何をもたらすか「電子カルテ・遠隔画像診断運用の現場から」

萩市民病院長 河野 通裕

ご紹介、大変ありがとうございました。

私の与えられた課題は、医療のIT化というところでございまして、われわれの病院は非常に小規模ではございますが、IT化を導入したということで、この席にいます。タイトルは、「医療のIT化は病院に何をもたらすか」という大変たいそうなタイトルなのでございますけれども、われわれの非常に短い経験の中で、小規模の病院での、実際にIT化を行った経験からくる感想を述べさせていただくという程度でございます。そのようなスタンスで、どうか最後まで拝聴していただきたいと思っております。

〔スライド1〕

病院規模とIT導入コスト (115床)	
統合型病院情報システム	
・ 導入コスト	約4億円
電子カルテ(オーダーリング含む)、看護支援、医事会計、画像電子化、調剤、給食、健診、院内WEB	
・ リース料	年間 約 571万円
PBX(電話交換機)・PHS・LAN(有線、無線)	
・ ランニング コスト	
電子カルテ保守費用	年間 約2400万円
遠隔伝送の通信費	約 288万円
PBX-LAN保守費用	約 243万円

〔スライド1〕病院規模とIT導入のコスト、このあたりが、皆さんが一番お知りになりたいところではないかと思うのでございますけれども、われわれの病院は115床で、そのうちの100床が一般病床、15床は結核病床でございます。このように非常に小さい病院の中ですが、一応システムとしては統合型の病院情報システムといったものが導入されておりまして、内容は、オーダーリングも全部含んだ電子カルテ、それから看護支援、医事会計、画像電子化、調剤、給食、検診、院内Webと、こういったサブシステムを、電子カルテにくっつけたような状況で、統合しています。

導入コストは約4億円でございます。ただ、これは平成12年4月に開院したわけでございますが、相場的には

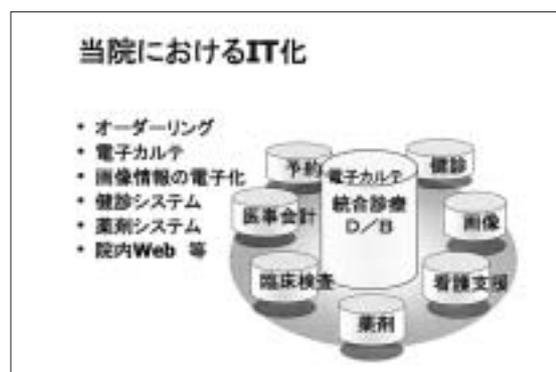


平成11年の相場になると思いますので、いまはおそらく、これの70%掛けくらいのコストで導入できるのではないかと思います。

当院では情報の電子化に加え、PHSを併用しております。PHSこれは小さい武器なのでございますけれども、電子カルテとの併用で非常に大きな武器になります。

実際に年間にこういったもののリース料が570万円。それ以外に電子カルテの保守料、これはバージョンアップも含めた金額でございますが、それが2,400万円。遠隔伝送の通信費、これは固有回線を使っておりますが、

〔スライド2〕



288万円。そして、先ほどのPBX、LANの保守料が240万円。縮めてほしい3,400~3,500万円くらいのランニングコストということになると思います。

(スライド2) 当院におけるIT化のイメージとしましては、だいたい真ん中にどんと電子カルテのデータベースが居座って、その周りに検診、画像、看護支援、薬剤といったもろもろのサブシステムがあるというイメージです。

(スライド3)



(スライド3) このうち、実際に、今回私どもの病院で、この10月からやっと導入ができたシステムの一部を紹介いたします。これは、ナビゲーションケアマップといいまして、縦軸はいろいろなカテゴリー、その日の検査、投薬、患者さんの体温表等が、横は日付が表示されるわけでございます

要するに、われわれが2号用紙を開きまして、日常の診療カルテを、ずっと毎日経過を追ってつけておきますと、自動的にこの画面がリアルタイムで生成されていく。例えば第一病日がこの日ですと、1週間後にはここまで来るわけですが、こういう画面がワンクリックで描写されるわけでございます。

そうすると、その時点までの患者さんの診療行為が一目瞭然になります。実際に、表示項目をクリックいたしますと、見たかった内容もすぐに出てくるわけでございます。また元の画面に戻って、日計表を大きくしたりということもできます。また戻りまして、今度は画像を見たいというときには、表示された画像項目をクリックしますと画像も直ちに描写されるわけでございます。

(スライド4) これをいったい何に使うかということなのでございますが、まず、見やすい機能ですので、素人

(スライド4)

### ナビゲーションケアマップの使用

- 患者へのインフォームドコンセント
- チームカンファレンス
- クリニカルパスへの発展  
診療プロセスの自動生成

が見てもわかりやすいということで、患者へのインフォームドコンセントに利用できます。

それから、実際にこれを使ってチームカンファレンスも行えます。われわれはチーム医療というのを非常に大きな一つの目標としております。そういった中での電子カルテの活用ということで、チームカンファレンスが行われます。

それからもう一つは、クリニカルパスへの発展です。先ほど言いましたように、診療プロセスが自動的に生成されるということで、一人の患者さんが入院されて、退院されるときには、その患者さんの診療行為経過ができて上がっているわけですので、これを何十例も重ねることによって、その疾病の標準的なクリニカルパスが、ほぼ自動的にできてしまいます。そしてでき上がったものを、次の患者さんに張りつけることもできるわけでございます。

これを利用して、われわれは、自分たちの病院が、例えば狭心症の患者さんに対して、どういうカラーの医療をやっているか、自分たちの医療に対するカラーが、これで描写されるのではないかというふうに思っているわけです。10月からの導入なので、いまからでございますけれども、大変期待しております。

(スライド5) それから、先ほど画像電子化を行っているといいましたが、これはある意味では、必然性がございました。当然、カルテが電子化されると、画像のデータを電子化することによって一元管理が行えるということとは、おわかりになると思います。

われわれは、北浦地区に存在する自治体病院でございますけれども、実は萩の沖合い40kmの海上にあります見島という診療所を、先ほどの江里先生のお話にもあり

〔スライド5〕

### 画像電子化の意味とその利用

- カルテ・画像データの一元管理
- 画像診断支援を行う  
萩市立見島診療所
- 画像診断支援を受ける  
山口大学医学部附属病院

ましたように、われわれの病院もへき地の診療所を支援しなければならないというところで、この画像電子化をすることによりまして、例えば見島診療所で撮られましたCR画像を、私どもの病院に送っていただければ、そのまま診断が支援できると。これは24時間365日可能であります。

逆に、われわれの病院は、先ほど言いましたように非常に小さい病院でございますから、放射線のドクターが一人おられますけれども、すべての高額医療診断機器の画像診断ができるとは限らないわけでございます。ですから、逆にわれわれが診断支援を受ける側として、大学附属病院までネットを張りまして、その支援を受けております。このように、私どもの病院を挟みまして3点間のネットを張っているわけでございます。

そして、実際にわれわれの病院のドクターがここでCTを見ながら、大学のほうに送っているわけですが、そうすると、これは大学の放射線科の教室では顔が映るのです。実際に顔を見ながらカンファレンスを行える。

実際に、どうもちょっとわからない画像があるという

〔スライド6〕



ことで、大学に送らせていただきました。

（スライド6）これが、うちの放射線のドクターがわからない画像と言った淡い陰影で、これは実はハイパーブラシアだったのでございますけれども、大学の先生にご高診いただきました。患者さんには1時間半ぐらい食事の時間として待っていただき、その間に大学支援が受けられたということでビックリしておられました。画像を送るときに患者さんには、うちではちょっとはっきりわからないところがあるから大学に支援を請うということをはっきり申しまして、大学に送っているわけでございますけれども、その患者さんは、半分は萩におられる方で、半分は東京に住まわれているという、非常に文化人でございましたけれども、われわれが正直に言ったせいもあるかもしれませんが、非常に喜ばれまして、以後ずっとわれわれの病院に通院されております。そういった意味では、このシステムによって、われわれは患者さんの信頼を買うことができたのではないかと思います。

〔スライド7〕

### IT化による効果

- 患者参加型の医療  
自分のカルテに見入る患者  
グラフ化した検査結果等を手渡し
- 患者へのインフォームドコンセント
- チーム医療の推進  
職員モチベーションの向上  
技師が患者の状況を把握して検査を実施
- 医師は必要なときにどこでもカルテを参照できる  
患者の問い合わせに直ちに対応可能
- 読みやすいカルテ

（スライド7）それから、IT化による効果というところで、特に外来等を見ていると、患者さんが自分のカルテを見入っております。それまでは、20年間紙カルテで見えておりましたけれども、当然、患者さんがカルテをのぞきこむという現象は初めて体験しました。自分の情報をくっと見るんですね。そして、データをくださいという患者さんが非常に増えてまいりました。グラフ化した検査結果等を手渡すことも容易にできます。これらは、取りも直さず、患者参加型の医療ができていないかと思うわけです。当然、画像、それから数値データのグラフ化によって患者へのインフォームドコンセントが外来レベルでも行えます。

一方では、チーム医療の推進というところが非常に大きなポイントになってくると思います。特にこれは、コ・メディカルのほうから見た面ですが、技師が患者さんの状況を把握して検査を実施することができる。これは職員のモチベーションを向上する大きな一助になっていると思うわけです。

それで当然、医師側も読みやすいカルテを書かないと、なかなか技師、看護師を納得させることもできない。そういった意味で、各職能に応じて、それぞれの職員のモチベーションを向上することができるチーム医療が少しずつですけど、できているのではないかと思います。

もう一つ非常に大きな利点は、医師が、必要なときにどこでもカルテを参照できる点です。私どもの病院はローテーションのドクターが多いわけですが、出て行かれたドクターに、「この電子カルテはよかった」と言われた方が数人おられました。これは私にとっては非常にうれしい彼らからの言葉だったのですが、そういった意味では逆に、電子カルテを使い慣れてくると、それがなくなることによって非常にやりにくいという状況はあると思います。

〔スライド8〕

### IT化のもたらす静寂

- カルテ等の搬送業務からの解放
- 院内WEBとPHSの活用による院内放送の減少
- 予約システム導入による待合室混雑の解消

（スライド8）IT化のもたらす静寂。これは使ってみて初めてわかったことですが、カルテ等の搬送業務からの解放、つまりメッセージ業務がなくなるわけですね。人件費の節約という面も大切ですが、実際にそういった業務がなくなることによって、カルテを必要とする者も連絡をしたり動かなくて済むということになるわけですので。

それから、院内Web、これは情報系ですけども、要するに、掲示板を設けて、館内放送、院内放送を減らすこともできる。もちろんPHSもそうでございます。

さらに、予約システムの導入によって、待合室は混雑の解消になりました。

このようないくつかの事柄によりまして、非常に病院が静かでございます。結局、この静寂というのは何かといいますと、イメージの問題といたしまして、非常に清潔感とか、落ち着き感とか、そういったものが病院の一つのカラーとしてできていく可能性があります。また、私が思いますには、こういう静寂とともに、職員の動きが非常に無駄がなくなるように思います。

〔スライド9〕

### IT導入に伴う条件

- コンピューター入力に対する慣れ  
まずはWindows教育から
- 各コ・メディカルの職能意識の確立  
診療録は各コ・メディカルの参加により完成  
チーム医療における自分たちの立場の明確化
- 狭間の業務の分担  
あいまいなままではカルテの内容が未完成
- セキュリティー教育が不可欠  
セキュリティーの3本柱 → 「システム」「運用」「職員の意識」のどれが抜けても成り立たない

（スライド9）IT導入に伴う条件ということになってまいりますと、まず、コンピューター入力に慣れるために、ウィンドウズ教育がどうしても必要になってきます。

それから各コ・メディカルの職能意識の確立ということですが、診療録は各コ・メディカルの参加により完成し、チーム医療における自分たちの立場の明確化によってその職能意識が生まれるということは、先ほども少しお話ししました。

それから、狭間の業務、これはどこの病院でもある業務でございますけれども、だれがやっても良い業務、または本来特定の職種がするべきだが、慣例によって他の職種が行っている業務など、いわゆる「あいまいな業務」というのが、電子カルテではなかなか許されないんですね。ということは、各職能に権限を与えることで、その「あいまいな業務」が少なくなり、業務の分担がクリアになって初めてカルテが完成するわけです。

それからセキュリティー教育。これは不可欠でございます。セキュリティーの三本柱としまして、まずシステムでつくられているもの、それから、われわれが運用でやらなければいけないもの、そして、最もこれが大事

だと思いますが、職員の意識です。当然、カルテの改ざんの問題から始めて、外へ持ち出すというふうなことについては、やはり扱う人間が最終的に責任を取らなければいけない問題です。ですから、情報の漏洩に対する職員教育を徹底して、しかも繰り返しやらなければいけないというところに、非常に大きなポイントがあると思います。

〔スライド10〕

### 特に医師に求められること

#### 医師の意識改革

- 増える医療業務  
人任せでは済まない本来業務
- チームのリーダーとしての意識  
社会常識
- 共有を前提としたカルテ入力  
カルテには人格が現れる  
さらされるカルテ、恥ずかしくないカルテ
- セキュリティーに対する意識

（スライド10）特に医師に求められることというのは、これは大きな問題でして、まず医師が動かなければ、電子カルテもしくはIT化というのはできません。医師の意識改革というところですが、ある意味では人任せにはできない、本来の医師の業務というものが戻ってくるため、医療業務が増えるということがあります。しかし実際には、本来知らなければいけないし、やらなければいけない業務というのを、よく医師に理解していただかなければなりません。

それから、チームのリーダーとしての意識。これが大変大事だと思っております。今後の医療の方向性といいますが、われわれの病院の一つのスタンスとしては、チーム医療というものを目指しているのですが、その中で、チームのリーダーとしての意識を持つことがたいへん重要だと思っています。これには、いろんな意味での社会常識が必要と考えているわけで、医療知識だけではなかなかチームをまとめることができない問題があるというふうに考えるわけです。

それから、共有を前提としたカルテの入力。医師が書く2号用紙のところには、やはりそれぞれの人格が表れます。だから、どういうカルテを書くべきか、医師会のほうからもカルテの書き方という小冊子が出ております

けれども、私も読ませていただきまして、それに私の考え方を加えて、医師に配って教育を行っておりますけれども、繰り返しこれもやっていかなければなりません。

チーム全体が医師の記事を読み、それに基づいて行動していくわけですから、これはまさにさらされるカルテとなるわけです。医師は自分の書いた記事をチーム全体に見られるということで、良い意味でプレッシャーになるわけです。恥ずかしくないカルテを書きたいという一つのモチベーションによって、健全でわかりやすい医師の記事が書かれることになり、誠実で真剣な医療を導くひとつの原動力になっていくのではないかと期待しています。セキュリティー教育は、先ほどと同じでございます。

〔スライド11〕

### 今後の展開

#### 経営的かつ医療的戦略

- へき地医療支援の強化と面ネットの形成  
診療所において病院の、病院において診療所の診療に参加
- 生涯ケアマップへの発展  
患者のステージに応じて病院あるいは診療所が対応、データは一元化
- 物品管理、財務会計リンクによる採算性の把握

（スライド11）今後の展開としまして、特に経営的かつ医療的戦略ということで、これは私どもの病院だけではないと考えていることで、一般的なものではないとは思いますが、一つはへき地医療支援の強化ということがあります。これは私ども自治体病院で、先ほどの江里先生の県立病院と同じように、大きなへき地を抱えておられまして、そういったものの支援をさらに強化していくときに、電子カルテを含む情報のIT化をさらに活用できるのではと考えております。その一つは、現在行っております画像電送などの情報ネットワークは見島 当院 大学病院の3点間でございますけれども、それを複数あるへき地診療所へも引き、いわゆる面ネットを形成することです。これにより、診療所において病院の、もしくは病院において診療所の診療に参加することができます。これはどういう意味かということ、双方向の電子カルテ上での患者情報のやりとりで病診連携をスムーズに行い、お互いがお互

い場所にいながらにして紹介患者の状況を把握できるのが一つの理想ではないかというふうに考えて、やっていきたいと思っております。

それから、先ほどのナビゲーションケアマップをさらに拡大しまして、先ほどは一入院に対して一つのマップを形成するという事だったのですが、それをさらに蓄積して、その患者の生涯ケアマップへの発展ができるのではないかと。

これも、いまからのことで、どうなるかわかりませんが、私の一つの考えとして、名医というのは、いかにその患者さんの既往を早く知ることができるかというのが条件の一つのようにも思います。ですから、そういったことが標準化されて、どの医師でもそういった情報をいち早くキャッチして、リスクを回避しながら、いい診療ができるのではないかとということですね。

それから、これは今後の課題ですが、物品搬入、財務会計リンクといった部分でリアルタイムの採算性を把握していきたいというふうにも考えております。

〔スライド12〕

### 医療におけるIT化の意味は

- 時代の流れ
- 厚生労働省の方針
- **MDC(Major Diagnosis Category)**  
臨床病名とレセプト病名の結びつけ
- **DPC(Diagnosis Procedure Combination)**  
包括医療  
→ 科学的な根拠に基づく診療報酬の決定へ
- 情報化により請求行為を簡素化し、安全対策や感染対策など真の医療上の問題へ職員的能力と労働力を傾ける

（スライド12）医療におけるIT化の意味ということですが、まずこれは時代の流れでありまして、私どもの病院も、2000年の4月に開院したのですが、21世紀を意識した病院作りを考えました。

その中で、まず画像伝送によるへき地医療支援ということが一つありました。それに加えて、やはり21世紀を目前にして、IT化ということで、われわれとしてはこれがある意味では必然的に取り入れたというところはございます。

それから、厚生労働省の方針というのが、やはりいくつかあると思うのですが、基本的には、いま厚生労働省は、科学的な根拠に基づく診療報酬のデータベースを持

ちたいというところが一番大きなポイントになっているのではないかなと思うわけです。

その中で、例えばDPCという包括医療ですね、いままでDRG - PPSといわれていた問題ですけれども、いまDPCという言葉になっております。この包括医療が、大学では高度医療については導入されたと聞いております。また、臨床病名とレセプト病名の結びつけ作業。これは、医師が入力する診断名をレセプト病名と結びつけるMDCの考え方、こういう一連の、厚生労働省の取り組みは情報のIT化があってはじめてうまくいくことであり、われわれがいま行っているIT化の方向性については、急速に広がっていきだろうと考えたわけですね。

それで、いまわれわれがやらなければいけないことは、どういうことかということ、請求行為が煩雑で事務サイドも非常に時間を取っておりますね。そういう請求行為を情報化により簡素化して、その分、空いた時間を、安全対策や感染対策などの真の医療上の問題へ、職員的能力と労働力を傾ける時代が来るのではないかと期待できるわけですね。

〔スライド13〕

### IT化はいつ行うべきか

- 今は導入コストが高いが……  
医事会計システムは必要だから。電子カルテは？  
総事業費の一部として償却できるかどうか検討
- 厚生労働省の指針(努力目標)  
H18年度までに  
電子カルテの導入 → 400床以上の病院または全診療所の6割以上  
レセプト電算化 → 全病院の7割以上
- 謙虚で真摯な医療を目指して  
患者やコ・メディカルが見るカルテにいい加減なことは書けない
- IT化は自院の事情に合わせてトップが決断

（スライド13）それでは、IT化はいつ行うべきか。いま確かに導入コストが高いです。しかし、まずやりたいことは何なのかということだと思わすね。医事会計システムは、ほとんどの病院に入っていると思うんですけども、結局は減価償却できない。要するに、仕事の効率化を図るために必要だから、皆さん入れていると思います。でも採算性はないと思わすね。

電子カルテもそうです。確かにいまコストが高いので、比較はすぐにイコールという形にはなりませんけれども、やはり電子カルテもそういうツールなのではないかと思

うわけです。

そこで、総事業費の一部として検討していかなければいけない。特に新しい病院をつくるときには、やはり配線の問題とかいろいろございますし、既存の病院で導入するときには別の予算がかかったりしてしまいますので、新築移転という事業がありましたときには、やはり入れるべきだと思うわけです。

それから、これは蛇足ですけども、厚生労働省の指針のなかに、これはあくまでも努力目標ということなので、これが現実化するかどうかは全く不明ですけども、18年度までに電子カルテの導入を400床以上の病院で、または全診療所の6割以上で導入していきたいということと、レセプトの電算化は全病院の7割で行いたいという目標が置かれているというところがございますね。それを促すために、診療報酬等何らかの面で方策を提示してくるのではないかと思うわけです。

そして、先ほどの繰り返しになりますけれども、患者やコ・メディカルが見るカルテにいいかげんなことは書けないということで、謙虚で真剣な医療が目指せるのではないかと。まさにこれが、いま社会が医療従事者に一番求めていることではないかと思うわけで、このツールがその一助になるのではないかと思います。

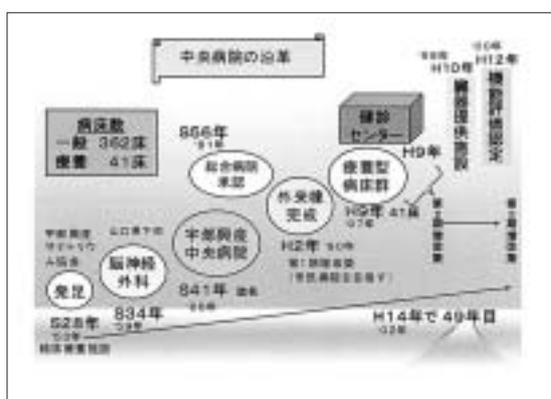
最終的には、IT化という問題は、自院の事情に合わせてトップの価値観のもとに決断されればよいというふうに考えます。

企業病院として地域に貢献できること「急性期病院の役目と一般市民に望まれる病院にするには」

宇部興産株式会社中央病院長 篠崎文彦

いまご紹介にあずかりました、宇部興産中央病院の篠崎でございます。

〔スライド1〕



〔スライド1〕 われわれの病院の概要を説明させていただきますが、昭和28年に宇部興産サナトリウムとして、結核療養施設として発足しまして、その後、昭和56年に総合病院の承認を受けております。平成2年に外来棟を新築し、現在に至っています。

〔スライド2〕



〔スライド2〕 私どものところは現在、健診センター、療養型病床群を付属として持っております。平成10年には臓器提供施設となっておりますし、それから、一昨年は評価機構の認定を受けています。現在362床、療養病床は41床、それから常勤医が48名いる病院でございます。

企業の病院として、われわれは非常に苦しい立場にあるというのは、やはり収益をかなり気にしないといけません。ただ、非常に救われるといいますが、この宇部市には市民病院がありませんで、大学病院ではちょっと敷居が高いという一般の市民の方々は、そういう感覚で私どもの病院に受診されています。

企業の病院であります、実際に宇部興産の職員、家族受診率は8%ぐらいです。ですから、90%以上は一般市民が受診されているということになっています。それからこれは当然だと思いますが救急指定病院、あとは臓器提供病院の指定を受けています。特に脳神経外科はセンターをつくっております、かなり充実したというふうに自負しております。それから日本医療機能評価機構の認定病院として、質の高い医療と療養環境の整備ということで一生懸命やっております。

それから病診連携の促進、他院との補完関係の確立、それから病院を市民に開放しているということですが、これは例えば、生活習慣病教室、高血圧教室、糖尿病教室といった疾病予防教室を月に2ないし3回開いておりますし、そのほか妊婦の教室も開いております。

それから健診センターをかなり手広くやっております。市民の健康管理、指導をしております。市バスが私どもの病院に入ります関係上、市の中心部から多くの人が来られます。市役所の方や、特に市長さんも、そのバスに乗って年に1回健診に来られるようです。

〔スライド3〕

### 病院理念・方針

いつでも誰でも安心してかかれる中央病院  
常に使命感を持ち協調して行動する中央病院

- 一、 より良い医療の提供に努めます。
- 一、 患者様の満足度向上に努めます。
- 一、 地域医療への貢献に努めます。
- 一、 より健全な病院運営に努めます。

（スライド3）私どもの病院の理念として「より良い医療の提供に努めます」「患者さまの満足度向上に努めます」「地域医療への貢献に努めます」「より健全な病院運営に努めます」ということを掲げています。これを、職員の名札の裏に書いて、人に言うときにはそれをちょっと見たりする、名札の裏にこれをつけて徹底するようにしております。

〔スライド4〕

より良い医療の提供	患者満足度の向上
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診療科の充実 →4月より内科は診療科(医師)を拡充</li> <li>2. クリニカルパスの作成 →各診療科において標準化に取り組む</li> <li>3. 医療機器の整備 →X線の更新</li> <li>4. チーム医療の普及 →カンファレンスの充実 →診療科間、各専門医の相互協力 →ICUやICUと専門医連携の推進</li> <li>5. インフォームドコンセントの徹底 →検査、手術の必要性と結果の説明 →患者への治療方針等の説明 →検査結果の迅速説明</li> <li>6. 研修病院色彩の整備 →研修医の受け入れ →研修医の確保</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療に「愛」を →「患者さん」と「お客様」と位置付けでの対応 →真心をもって親切に →透明、適切な対応 →思いやり・感謝</li> <li>2. 医療の適切な対応 →有難いお礼の返答対応</li> <li>3. 院内美化の推進 →患者様への配慮 →院内清掃管理 →病院敷地内の清掃・シロールの実施</li> <li>4. 安全と事故防止 →医療事故防止対策委員会の開催 →安全衛生委員会の開催 →バスターミネーションの徹底</li> </ol>

（スライド4）よりよい医療の提供ということで、例えばクリニカルパスの導入、医療機器の整備、それからチーム医療、それからインフォームドコンセントの徹底などに努めています。

また、研修指定病院の整備ということで、現在努力しています。年間剖検を40例以上やりなさいといわれて一生懸命やっていたら、何か施設基準が少し変わって

きたようで、簡単になったのもっと取りやすいかなと思っております。まだ研修指定病院を取っていないので、いま努力しているわけであります。

患者さんの方の満足度を向上させるにはどうすればいいか。医療の中に愛を、こういうことを、真心を持って親切に、適時適切な対応、感じのよい接遇、それから苦情の対応とか院内の美化とか、当然どこの病院でもやっておられると思いますが、こういうことを再三、職員に話しているわけであります。

〔スライド5〕

急性期病院として生きるために

目標1 平均在院日数を20日以内を目指す！

現状：2019年度 占床率優先 → 回転率優先へ 方向転換

病院を学ぶ心

患者様を学ぶ心

新入院を増やす

具体的な取り組み

- 1. 占床率優先から回転率優先へ
- 2. 患者様の満足度向上
- 3. 地域医療への貢献
- 4. チーム医療の普及
- 5. インフォームドコンセントの徹底
- 6. 研修病院色彩の整備

（スライド5）今後は、急性期病院として、どうやって生きるかということ、昨年の末あたりから一生懸命考えています。まずベッドの占床率優先から、回転率優先といいますか、これは政府の施策として、在院日数を減らせということをやられていますので、28日あったものを24日に持ってきて、現在20日を目指すということで一生懸命やっているわけなんです。

今年2月ごろ、私が中心になって、退院を早めて新入院を増やすということを言い始めましたら、確かに在院日数は減ってきましたが、入院患者のほうもかなり減りました。時には80%を割るような状況になってきて、この兼ね合いというのが非常に難しいということがわかってきたわけなんです。

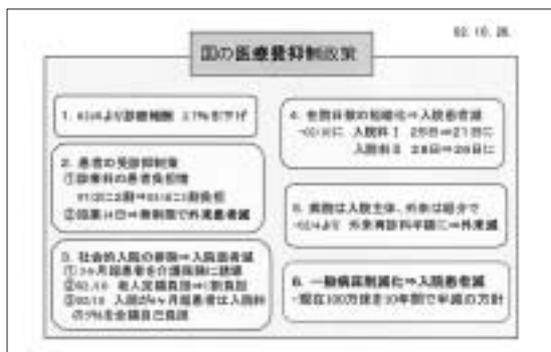
現在、在院日数が21日弱ぐらいのところに来ていますが、これ以上退院を早めると、逆にベッドの占床率がずっと落ちるのではないかと思います。ということは、この宇部地区はベッド数がやはり多過ぎるのではないかという印象を持っております。来年8月までに、国の方針として病床種別を決めないといけません、いま、一

一般病床を減らして療養病床40数床増やすという方向に動いております。

〔スライド6〕



（スライド6）早い退院による病床の余剰をどうするか。これを療養型病床群に持って行く。先ほど言いましたように、在院日数を28日、26日、24日、21日というふうに、早い退院を目指しますと入院患者が減少してきました。こういうところが、本当に病院の経営は、収益を考えますと非常に難しいなあということを、ひしひしと感じています。いままで大学にいて、それほど収益のことなんか考えたことのない人間が、これほど現状は厳しいということを肌で感じて、苦労しているところでございます。〔スライド7〕

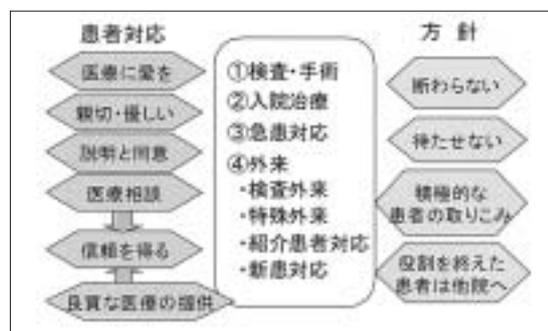


（スライド7）国の医療費抑制政策、これは勤務医の先生も充分御存知だと思いますが、今年の4月1日より診療報酬が2.7%引き下げられましたね。実際、手術の施設基準などを含めると、当院ではだいたい5%強ぐらいの減収になっております。直接それが、われわれの病院の収入にかかってくるわけでございまして、これをどういうふうにいまから改善していくかというのは、非常

に大きな問題であります。

先ほど江里病院長もおっしゃいましたが、国の政策により、外来患者を減らすとか、あるいは投薬日数が無制限になったとか、いろいろの加算点数を取らないとだめだといいますが、こういうことに安易に乗りますと、本当に収入が減ってくるということを、現実として目の前に突きつけられたわけございまして、本当にこれからどうしていこうかと、いま困っている次第でございます。

〔スライド8〕

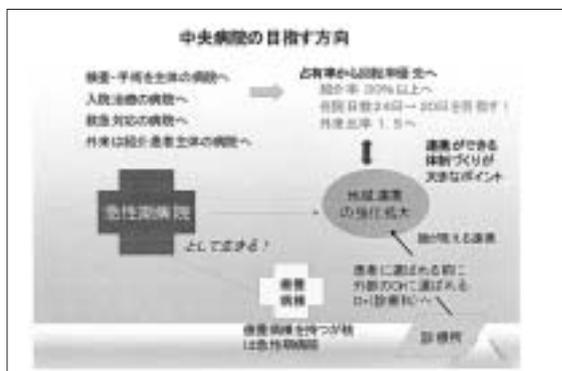


（スライド8）02年度、患者さんの対応として「医療に愛を」「親切・優しい」「説明と同意」「医療相談」「信頼を得る」「良質な医療の提供」ということを掲げています。やはりいまの医療を見ますと、とにかく早く退院をさせたりしないと収益が上がらないということで、ここはなかなか難しいところですね。

いろいろな委員会をつくらないといけない、あるいはこういう施設基準を満たさないといけないというようなところでやっていきますと、それだけ人手はかかりますし時間もかかります。本当にそこに良質な医療を提供するとなれば、国や、あるいは県の病院として、ある程度赤字も覚悟でやれるようなところなら、よく機能するだろうと思います。われわれのような企業病院では、心にあっても、一生懸命やってもやっても、やはりなかなかそうはいかないという面が出てきて、患者さんからの苦情があるようなこともたびたびあるわけでございます。

02年度の運営方針としては、断らない、待たせない、積極的な患者さんの取り込み、それから、役割を終えた患者さん、要するに退院をさせるような患者さん、あるいは外来患者さんは、他院あるいは他の診療所をお願いするというのを掲げている次第であります。

〔スライド9〕



（スライド9）われわれの病院として、将来的にどういふふうなことをやればいいたらいいかということで、やはり急性期病院として生きるには、入院治療を主体とした病院、救急対応の病院、それから外来は紹介患者を主体に診る病院とするべきである。それから、先ほどから何度も言いますが、ベッドの占有率から回転率というものを考えないといけないだろうということです。

それからやはり大切なのは地域との連携だと思うんです。私ども、つい最近になります、顔の見える診療科ということで、各科の部長あるいは医長がどういう専門領域をやってるか、どういう疾患を得意としているかという冊子を作りました。当院は大学との関連が強いですから、大学に帰る方もおられますので、なかなか地域の先生方に顔が見えないので、例えば電話だけで済ませても、「ああ、この人か」というのがあとでわかるような、顔の見える診療科づくりというのを、いま一生懸命やっております。

やはり最終的には、患者さんに選ばれる病院、あるいは外部のドクターに選ばれる病院になるにはどうすればいいか、これを強くドクターあるいはナースにいま言っているわけなのです。そして、あとは地域の診療所や病院との連携を行うことが大切だと思います。

それから、幸いにといいますか、療養病棟を持ってありますから、急性期病院で在院日数をどうしても減らさなければいけないということで、ある一定の期間来て、すぐよその病院や施設にお願いできないような方は、一時的に自分のところの療養病棟で持って、最終的にはどこかの施設、あるいは慢性期の病院に行ってくださいと

いうことを目指すという方向でやっています。

こういふことで、われわれは企業の病院として地域に貢献しているつもりなんです、周りにも6 kmぐらいのところには大学病院、それから2 kmぐらいのところには国立山陽病院もあります。母体が企業であることで、やはり収益というのはかなり気にしていかないとけないということもありまして、なかなか苦しい状況にあります。

## これからの地域医療と勤務医のかかわり

医療法人医誠会都志見病院副院長 村田 秀雄

ご紹介ありがとうございました。「これからの地域医療と勤務医のかかわり」ということでお話をさせていただきたいと思いますが、これまでの演題は、病院のほうから眺めたお話でしたが、私はリハビリテーションのほうに首を突っ込んでいるものですから、地域の中から、病院といえますか医療というものを眺める機会が非常に多いので、そういった面で眺めて、自分も勤務医であります、勤務医としてどうあったらいいかなということについてお話を進めていきたいと思っております。

皆さん、各地方からいらっしゃっておられますが、いま地域リハビリテーション広域支援センターというものを各都道府県、各医療圏の中につくりましょうという厚労省の方針が実施されていることはご存じであろうかと思っております。そのへんのお話も中に入れてみたいと思っております。

〔スライド1〕

### 1 医療の変革とこれからの勤務医の立場

急性期医療と慢性期医療の住み分け

急性期医療の考え方  
入院期間の短縮

慢性期医療の入り口  
回復期リハビリテーション病棟

慢性期医療の出口  
在宅・施設・・・老健施設・特別養護老人施設  
通所リハビリテーション・・・デイケア  
ケアハウス・グループホーム

TSUSHIMI Hospital

（スライド1）まず、いままでの話の中にも出ましたが、医療の形態が変わってきたことによって何が問題であるかということクリアしておきたいと思っております。急性期医療と慢性期医療ということですみ分けをしようというのが方針でございますが、急性期医療の考え方というのは、入院期間を短縮するということにあります。それも、いま20日というお話が出ましたけれども、17日、ゆくゆくは厚生省は14日ということも視野に入れている



ということでございます。

そういうふうな急性期医療というのは、本当に命が助かったという時点で終わるんだという考え方になりますと、あとがどうなるか。それで、あとの人は慢性期医療といところの病院に移りなさい、または在宅で医療を受けなさいということを言われているわけですが、果たして命が助かっただけで在宅で生活できるかという、決してそうではありません。

機能障害、または精神的な障害を得た人たちが在宅に行くまでには、ある程度の回復期の期間が必要であります。そのために、厚労省は回復期リハビリテーション病棟というのをつくって推進しておりますが、これが非常に条件をクリアするのが難しく、山口県ではまだ4つしか手を挙げておりません。

それで、慢性期医療に移りましたら、そこで一生寝たきりでいいかということ、そうはいかない、いつか帰なさいということ、いろいろな出口があるということでございます。

（スライド2）それでは、勤務医が勤める場合、何をやるんだろうかということを考えてみますと、急性期病院

〔スライド2〕

## 2 勤務医の働き場所と医療

**急性期病院: 専門的治療**  
 ……治療医学  
 結果までみることができない

第一線病院としての急性期病院  
 第2次・3次医療を担当する急性期病院

**慢性期病院: 人間としてのかかわり**  
 ……死との対決より人としてのかかわり

TSUSHIMA Hospital 

は命を助けるということが主になれば、非常に専門的な治療であり、治療医学が徹底するようになっていくであろうと思います。慢性期病院は、治療医学を終えて、あと自分の、人間として再出発するための場所であろうと。ここでは当然、医師としての患者にかかわる態度も変わってくるのではないかと。

そこで、急性期病院が17日、14日ということになってきますと、そこに働く医者は、その結果がどうなったかというところまで見ることは非常に難しくなってくる。そこに問題があるのではないかと思います。第二次、第三次医療となりますと、これは本当に病気を診る治療医学ということですが、それだけでいいのかと思っております。

〔スライド3〕

## 3 勤務医の種類

研修医としての勤務医 ……医業経営に無関心

研修終了後の勤務医 ……医業経営にも関係

TSUSHIMA Hospital 

（スライド3）切り口を変えまして、勤務医というのは一体どういう立場で勤務しているかということを考えますと、研修期間の、研修医としての勤務医と、それから研修を終了して就職をするという勤務医に大きく分かれるかと思います。大学から派遣されている勤務医という

のは、医業経営には無関心という方がほとんどであろうかと思えます。また、就職しまして、その部長なり責任者になりましたら、これは医業経営というものを考えざるを得ないという立場に置かれる。それで、研修医としての勤務医、それと研修終了後の勤務医というのは、おのずと形が変わってくるのではないかと。それによって、考え方も変わるのでないかというふうに思います。

〔スライド4〕

## 4 患者の立場

急性期医療・慢性期医療の区別はしていない  
 とにかく良くなりた  
 い  
 命を助けてくれた先生・手術をしてくれた先生に  
 ずっとみてもらいたい  
 この病院でずっとみてもらいたい  
 他へ移るのは不安である

TSUSHIMA Hospital 

（スライド4）一方、医療を受ける患者の立場に立ってみますと、それが急性期病院であるから何日たったら退院しなさいと言われても、いまの日本では、そういう話で「ああ、そうですか、わかりました」と言う方はいない。特に私のいますのは地方の、人口4万6,000の小都市、都市というより町に近い所ですが、そういうところでは、なかなか退院していただきとは言えない。とにかく、急性期とか慢性期とかいう区別はない、病院に入ったらそこでよくなりた、その病院でよくなりたからこの病院に入ってきたんだと。また、命を助けてくれた先生はこの先生だ、私は生涯この先生にしか診てもらわない。また、手術をしてくれた先生に最後まで診てもらいたい。それから、代々この病院にかかっている。よその病院には絶対に行かない。私どもの、萩という人口の移動の少ないところでは、そういう方がたくさんおられますが、これは、今日お集まりの先生方の中にも、そういうところはたくさんあるのではないかと思います。

それから、ほかの病院に移るのが不安である。これは、患者さんに「もう治ったから、あとはどこか自分で病院を探して療養してください」と言ったときに、口に出さなくても、この「不安である」ということは非常に大き

なウエートを占めているように思います。  
〔スライド5〕

**5 地域医療の仕組み**  
(患者の生活を支える制度)

**在宅医療の推進**  
…リハビリテーションという考え方の重要性  
かかりつけ医(主治医)制度  
……基盤整備不十分

**高齢者社会**  
介護保険制度  
…介護支援専門員  
寝たきり予防・介護予防  
…機能訓練事業・生きがい活動支援事業

**障害者にたいする新しい制度**  
支援費制度  
ケアマネージメントシステム

TSUSHIMI Hospital 

(スライド5) それでは、急性期から慢性期の病院に移す、または在宅に移すというときに、いまどういう制度があるのか。移るのは不安であるとか、家に帰るのがどうも心配だとかいう患者さんたちに対して、どのような制度があるかといいますと、在宅医療の推進としては、地域リハビリテーションという考え方を国が進めております。また、主治医制度というのがありますが、これももうひとつしっかりした基盤が整備されていないのではないかと思います。

とにかく、現状はどうにしましても、地域リハビリという考え方とか、主治医制度という考え方は、在宅医療を支える大きなものになるのであろうかと思います。

また、高齢者社会というものに対しまして、介護保険、寝たきり予防、介護予防の事業などいろいろな制度があります。このように制度がいろいろあって、だれがそれをやっていて、どのようにして、だれが参加しているのかということを理解している医師というのが、まだまだ少ないのではないかと思います。

寝たきり予防の制度とか介護予防の制度、それから機能訓練事業、これは昔からありますが、生きがい活動支援事業というような言葉を、「ああ、あのことですか、私も患者さんをそこに送ってます」ということの言える医師がどのくらいいるのかなという疑問がございます。

また、介護支援専門員という制度ができましたが、この介護支援専門員と医師が密に連携を取って仕事をしているというところは、まだまだ少ないように思います。

さらに、障害者に対しては来年度、支援費制度、ケア

マネジメントシステムというものができます。従来、高齢者と子どもはカバーされているんですが、その中間の人に対するカバーがなかったので、支援費制度、ケアマネジメントシステムをつくって、そこをカバーしようという制度が平成15年4月から実施されますが、これは全く医療関係者にわからないところといたしますか、全く医師会と離れたところ、福祉という中で行われていますので、私自身もこの制度の細かいことを知ったのは、つい3カ月ぐらい前、ちょっと仕事の関係で調べて詳しく知りましたが、このへんなどは、いまから医師がやはり知っておかなくてはいけないことかと思えます。

先ほど地域リハビリテーションシステムというお話をしました。国が考えております地域リハビリテーションの推進について少しお話をしたいと思います。

〔スライド6〕

**6.1 地域リハビリテーションという考え方**

**地域リハビリテーションの定義**

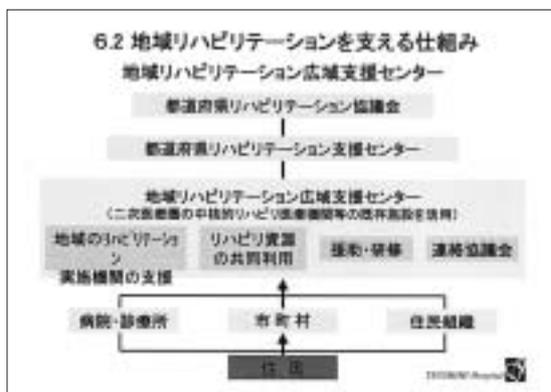
地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言う。

TSUSHIMI Hospital 

(スライド6) 地域リハビリテーションという考え方は、リハビリテーションイコール機能訓練という考え方ではない。人間を全体的に見て、それを支援する考え方ということですが、その定義は、地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が、住み慣れたところで、具合が悪くなったから山里離れた特別養護老人ホームに住みましようということではなくて、自分の住んでいたところで、いままで住んでいた人々とともに生きる。朝、目が覚めたときに、「ああ、体が不自由なんだけど、今日またここで、この町で目が覚めた。今日一日楽しいな」というふうな、生きがいのある、いきいきとした生活が送れるような、そういったものを組み立てよう、そのためには医療・保健・福祉、それから生活にかかわるあらゆる人々が関係するんですよというの

が、地域リハビリテーションという言葉の意味でございます。

〔スライド7〕



（スライド7）これを推進するために、冒頭に述べました地域リハビリテーション広域支援センターというものをつくるということで、山口県でも、いま9医療圏の中で7つの医療圏が今年度までにモデル事業を行っております。来年度、残りの2医療圏がこのモデル事業を行って、その2年から3年後には、山口県全体に一応地域リハビリテーション広域支援センターというものを置いた、在宅の生活を支えるシステムが出来上がる予定になっております。

そこでは何をやるかといいますと、まず、地域リハビリテーション実施機関の支援、これは平たく言いますと、住民の相談窓口をここでやってください。

それから、リハビリ資源の共同利用。ここにセラピストを置きまして、必要ならば診療所で寝ている方が訓練をしたいなら、バスで送り迎えをして、ここで訓練しましょう。または、そこまで来れなかったらセラピストを派遣して訓練をやりましょう。施設でいろんなことをやりたいときにはここを利用してください。

それから援助研修。これは職員に対する援助研修ですが、特養とかいろいろな施設で勉強したいときにはここでやってください。

それから、その地域リハビリテーションというのは、先ほど言いましたように、医療だけではなくて、保健福祉その他のすべての関係者がかかわるわけですから、その横の連携を図るための連絡協議会もここでやっていただいたらどうでしょうか。これが国の考え方でご

ざいます。

〔スライド8〕

### 7 勤務医は何を考えなければならないか

医療は医療技術を行うだけではない  
病気に悩む人間をみるのが医者である  
臓器医療から人間医療への転換期

患者の生活を支えてくれるシステムへの密なる連携  
かかりつけ医との連携(病診連携)  
後方病院との連携(病病連携)

TSUSHIMA Hospital

（スライド8）このように総合的に人間をみるというシステムがいま出来上がりつつあるのですが、医師のほうは急性期だけを診て、そのあとはどうかわからない、そういう病院で働く勤務医が増えてくる。そこに非常に問題があるように思います。

医療というのは、医療技術を行うだけではなく、病気に悩む人間をみるのが医者である。医学者ではない、医者であるというふうに私は思っております。臓器医療から人間医療への転換期がいま来ているのであろうと思っております。

そのためには、患者の生活を支えてくれるシステムへの密接な連携を取るとというのが、やはり勤務医としても絶対に必要なことであろうと。そのためには何をしたらいいかといいますと、かかりつけ医との連携、それから急性期病院と、それを次に支えてくれる機能回復訓練を持った病院もしくは慢性期の病院との連携が大切になるであろうと思います。

〔スライド9〕

### 8.1 連携

**病診連携**  
地域連携室  
診療情報提供・ケア情報提供

**病病連携**  
相互回診

ドクター間の信頼度・・・顔見知りになる  
ケース検討会・懇談会

TSUSHIMA Hospital

(スライド9) 病診連携、これはもう古くから言われている言葉であります、これはいま非常にどこの病院でも行われております。地域連携室等言葉はいろいろあります。これをつくっていない病院はほとんどないのではないかと思いますね。

それから、診療情報提供。医療診療の情報提供は非常によく行われているのですが、もう一つ必要なのは、ケア情報の提供がこれから必要になるのではないかと思います。家に帰るときに、その在宅を支えるための住宅改造であるとか、保健師の訪問であるとか、介護保険への連携であるとか、そういったものを病院のほうから地域にケア情報として提供し、患者さんが帰られたときには安心して家に落ち着ける場をつくる、これもいまからの病院に必要なものであろうかと思います。

また、これからは病病連携がもっと大切になってくるだろうと思います。どういう意味かといいますと、先ほど述べましたように、病院を移るのが不安であるという患者さんの気持ちを解消して、安心して病院が移れるためには、機能回復をしてくれる病院に転院するときに、手術をした主治医と一緒にいって行って、向こうの病院で、そちらの主治医と患者さんの前で一緒にディスカッションをして、このようにしますよという話をする。それから時々、その手術をした患者がどうなったかということ、送った先の病院に行き一緒に回診を試みる。

または受ける側の病院の人が、今度こんな患者さんが来る、それじゃいまだどんな状態でしょうか、...手術を急性期病院のほうに来て、その場で実際に見て話をします。こういった相互回診をするというようなシステムというのがいまから必要になってくるのではないかと思います。

先ほどの演題にもありましたが、ドクター間の信頼度というのは、結局、顔見知りかどうかということだと思うんですね。顔を知っていて、話を聞いて、その人の性格を知っているということは、やはり信頼度の大きな要因になると思います。そこで、ケース検討会とか懇談会をどんどん行うべきであると思っています。

(スライド10) 連携は、病院、診療機関だけではなくて、保健福祉関係との交流というものがなくては、地域の医療、地域の生活を支えることができません。そのために

[スライド10]

## 8.2 連携

保健・福祉関係者との交流：  
在宅をとりまくスタッフとの交流  
患者の住環境・生活実体を知る

地域リハビリの理解と実践  
医療環境にたいする住民啓発医師会活動への参加  
医師会活動への参加  
医業経営への参加

TSUSHIMA Hospital 

は、患者さんの住んでいます住環境、生活実態を知ってあげなくてはいけない。私は整形外科ですから、いつも仲間の医師に「その患者さんを治療するときに、どんなところに住んで、ここまでどうやって来てるかっていうことを知っておかないと難しいよ」ということを言っております。

私自身も、萩に帰ってきたときに、医療圏であります阿武郡のどこにどういう診療所があって、どういう環境のところであるかということ全部見て回りました。そういうことを知っていないとなかなか、患者さんが来られたときに、その気持ちにこたえる医療ができないのではないかとふうに思っております。

それから、先ほど言いました地域リハビリということ、理解して、医療関係に対する住民の啓発をするのは必要であろうと。それから、開業医、主治医というのは昔からそういうことをやっているわけですから、勤務医であっても医師会に参加して、地域の中の医療の実態を知り、そこと手を結ぶということが非常に大切であるかと思っています。

さらに、やはりいまは研修だけの勤務医であっても、医業経営ということにはある程度関心を持っていただきたいというふうに思います。

(スライド11) 昔は、医師がいろいろな相談を受けてました。それが専門分化してきて、病気のことだけを診るようになりましたが、これからは、患者さんの抱えている諸問題を全体的に考えなくてはならない時代になってくる。

そうすると、医療で忙しいのに、そこまでできないよ

〔スライド11〕

### 9 医師は自分一人で何もかも背負わなくてもよい

しかし医師が出発点であるということ  
チームメンバーに必要なことを伝える義務  
勤務医であっても第一線病院においては  
患者のバックにある人間としての生活を  
学ぶ態度が必要

TSUSHIMA Hospital 

という方もおられると思います。

医師が自分一人で全部どうしようかと考える必要は全くないわけで、いろんなチームのメンバーが、外にしっかりと控えているわけですから、そのメンバーとチームを組むということが大切です。しかし一番大切なのは、私は長い間障害者と付き合っただけでしたが、いろいろな障害者の方と話をし、「何が不安ですか」と聞きますと、最終的に答えられるのは病気のことなんですね。体が不自由だから不安だ、じゃなくて、この体が不自由なために、もう一回発作が起きて歩けなくなったらどうしよう。体が不自由だから、具合が悪くなったときにすぐ診てもらえなかったらどうしよう。入院させてもらえなかったらどうしよう。医療に対する不安が根本にあります。

私たちは、それをじゅうぶん理解して、患者さんのいろんな不安、悩みというものを、やはり医師が吸い上げて、そこから出発して、それを支えるチームメンバーにそれを伝えて、そこでいろんなことをする。伝えた時点で、医師はその具体的なことをする必要はないですが、伝えるところまでは、やはりしなくてはいけないと思っております。

そのためには、勤務医であっても、第一線病院においては、その患者のバックにある人間としての生活を学ぶ態度が必要かなというふうに思っております。

## ディスカッション

コメンテーター：日本医師会常任理事 星 北斗

**福村** シンポジストの先生方、どうもありがとうございます。新しい勤務医像という姿が見えてきたのではないかと思います。

いまからいろいろとディスカッションをしてみたいと思います。

それでは、まず沖田先生に対して、江里先生、何かご質問やご意見がございますか。

**江里** 今日は沖田病院長に、独立行政法人の先行きについてのお話を聞いたんですが、われわれ一般病院にありまして一番気になるのは、いままでのように大学のぶら下がりのような形で人材を派遣していただいたことが、このまま続くかどうかということです。

山口県の場合は、山口大学病院が山口県の医療を主導しリードしてきたという、五十余年にわたる歴史がありますね。そのところの兼ね合いで、今後どういうふうに大学病院は対応されるかということをごらね。

**沖田** 大変難しいんですが、一つは冒頭申し上げましたように、大学附属病院といえども、いわゆる企業会計になるということです。企業会計になるということは、やはり収益を上げなければいけない病院になるということです。そうなりますと当然、周辺の病院と競合関係になるということは事実でございます。

ぶっちゃけて申し上げますと、私どもの附属病院は、現在まで、江里先生の病院長のころからの蓄積がございまして、赤字が259億でございます。この259億をどうやって戻すかということですが、文部科学省は独立行政法人化を待ってチャラにはしない、戻せと言っていますから、そうなりますと結局、年間いくらかずつでも黒にして戻さなければいけないというところが出てきます。

そうなりますと、じゃあ私、現在附属病院長ですから、その責任で申し上げますと、やはりいい医者を囲っていい医療を提供するということをしなければ、おそらく患者さまのほうからは見捨てられてしまうでしょうということです。

そこで、どういうふうに経営をよくするかということで、ある会社を入れまして、そして2年間で経営分析をする。要するに100円稼ぐのにどれくらい費やしているか。100円稼ぐのに101円でも使っていたら、われわれは全く利益にはなっていないわけですから、そのところをきちんと出して、100円稼ぐのにどういうふうにすれば一番いいのかという効率化をやる。

そうなりますと、いまは経営をあまり念頭に置かずに、要するに日本の医療にどう貢献するか、ひいては山口県の医療にどうやって貢献するかという、非常に大義名分的なところで医療というものを考えていたわけですけども、果たしてそういうところで医療を考えられるかということになります。そこが一番のはざまですね。われわれが悩んでる部分でございます。

しかし、そうも言いながら、いま江里病院長がおっしゃいましたように、われわれは、やはり山口県という地域の中で、いい医療人を育て上げて、それを提供しなければいけないという責任ももちろん持っているわけですから、それは当然やらなければいけないということです。

ただ、従来型のように、附属病院経営をあまり考えなくて、山口県の医療うんぬんということをまず優先して考えられるかということ、必ずしもそういう状況にはならないのではないかと、そのあたりのところをてんびんにかけながら、今後は山口県の医療の一翼を担うという形になるのではなからうかと思っています。

**福村** ありがとうございます。自治体病院については先ほど江里先生が、全国レベルで人材を確保するというようなプログラムを示されましたけれども、実際それが可能でない篠崎先生、何か大学病院に注文はございせんか。

**篠崎** 私が申し上げたいことは、やはり大学に非常に近いところにいますし、これからはどうも大学と競合するような気配になってきたわけなんです。しかし、医師

はどうしても大学から派遣していただかないといけないという現状があるわけでございます。

それで、確かにいま専門化、あるいは分化した診療科になっておりますが、先ほど江里先生もちょっとおっしゃいましたが、やはり幅広く患者さんを診れるような医師、そして本当に患者さんに対して親身になっていただけのような医師、それほど専門家でなくてもいいと思うんです。そういう医師を大学から派遣していただければ、私たちの病院も、これから患者さんに信頼されて、いい医療ができるんじゃないかというふうに思っております。沖田病院長にもよろしくお願ひしたいと思います。

**沖田** 篠崎病院長も、つい何年前まではリサーチオリエンテッドの医者をつくることに専念されてこられて、民間病院に移られると、そういう発言になられる。ここは非常に大事なんですね。

そこで、結局、附属病院の若い医者には、すべてが診られるような医者になりたいという考えと、もう一つは若い医者ほど、何か自分はあるものに対して特化した研究をやりたいという医師と、二つあるわけですね。このところが非常に難しいわけですから、逆に言いますと、特に篠崎院長のおられます病院は、私どもの大学と非常に近いですから、やはり競合はしたくないというか、すみ分けをしなければいけない。そのすみ分けの会議は、いまだもって持ったことがないんです。ですから、宇部興産中央病院とわれわれがどういうふうにすみ分けるかということ、どこに専門性を持たせるかということ、そのへんの話し合いが必要です。医師の充足が悪くドロップアウトしていく病院がどんどんどんどん増えてくるというふうに思いますので、ぜひともこのへんのところはおそらくこれは全国的な流れになると思いますので、そういうことを今後考えてやっていきたいと思ひます。

**福村** ありがとうございます。では、医師派遣ということで、河野先生、沖田先生に何か注文がございますか。教育のことでもいいのですが。

**河野** 先ほどお示した電子カルテの入力で、それぞれドクターの個性、人格が出てくるというのは申しましたけれども、例えばカルテを書かないドクターという方もおられます。でも、これではわれわれの病院のチーム医療って全く成り立たないので、極端なお話をすると、

そういうドクターは、われわれは必要ないという結論に行き着く可能性も出てくるわけです。

もちろん、若いドクターは特化されたスペシャリストの道にあこがれますし、モチベーションを高めるためにも専門化された指導も必要なんですけれども、若いときに大学病院におられて、そしてうちの病院にローテーションで回ってこられる、そういうドクターに、例えば先ほど言った社会学といいますか、医学概論でもいいんですけれども、そのあたりのエデュケーション、もちろんこれが学生のときにできればもっといいとは思ひますが、そういった、本当に社会へ出てからチーム医療の中での自分のポジション、スタンスといったものもわかるドクターが増えると非常にいいのではないかと思ひますが、いかがでしょうか。

**沖田** ありがとうございます。もう全くその通りでございます。要するに大学というところはもう、先生もご存じの通り、たくさんの医者、例えば一診療科におきましても何十人という医者がありますから、先生の目に余る医者というのはその中でうずもれてしまって、ダイリユートされてしまって目立たなくなっているわけですね。ところが今度は、一人か二人という診療科の病院に派遣されますと、それが非常に目立ってくるというところでございます。

私どももちろん附属病院で、教育ということに対しましては大変注意してやっておりますが、派遣先の病院で、こういう医者を送ってもらったら困る、こういう医者は社会的常識がないから困るという話は聞きますけれども、私どもは、派遣されたら、その派遣された医者に対する責任というのは、その病院長が負うべきだろうというふうに思ひます。

なぜならば、病院長の責任で給料を払っているわけですから。すべての命令下に入っているわけですから、今後は、なにもその医局から派遣されてるからといって、医局に対する遠慮は私は要らないというふうに思ひている。ですからそれは病院長が責任をもって、首なら首だと申し上げられて私は結構だと思ひています。

それこそが本当の教育だと思ひます。それを派遣された病院からあの医者を教育してくれと言われても、それはもう大学病院を離れていますので、やはり今いる病院

の院長が責任を持ってやるべきだろうと。それこそ病院長の責任でありリーダーシップであろうと思います。

**福村** ありがとうございます。これはいつも問題になるところですが、フロアのほうからご意見、ご質問を頂きたいと思います。

まず、沖田先生、江里先生、篠崎先生に対してご質問、ご意見をいただきたいと思います。

**松尾** 兵庫県医師会の松尾と申します。

先ほど、加算でどんどん稼げというお話をされましたが、加算で稼ぐという一番有利な点で、私どもは地域医療支援病院を取得しました。その過程でいろいろ問題がありまして、結局、在院日数と病床利用率の関係は、篠崎先生おっしゃいましたけど、いずれかを捨てないとうまくいかないということになります。

病床利用率、私どもの病院は病床利用率は97%ぐらいで、在院日数は14日ぐらいになりますが、そういう状態に持っていくためには、やはり病院の技術集積と機能拡大ということになります。

機能拡大をどうするかになりますと、能力のある医者を集めるということになります。能力のある医者を集めるということで、関連の一大学で品ぞろえはできないということは、地域医療支援病院になるプロセスでの経験です。

こういう病院でやってやろうという医者を全国からピックアップするという作業が一番大事だと思います。一大学で依存しますと、どうしても品ぞろえが偏りますし、排除したい医者が排除できない、人事権は教室にありますから、人事権のあるところの人が動かしてくれなかったらどうしようもない問題があります。

江里先生はおっしゃいませんですが、自院の研修医からずっと自病院で能力のある医者を養成するというステップが要ります。自治体病院でそういうネットワークをつくるという他力本願と、それから自分のところで医者を養成するという自力本願という二つのチャンネルで医者を確保するという努力は要ると思います。

いま村田先生がおっしゃいましたが、いまの地域医療連携システムの在り方というものは、結局は大病院が得するような、大病院に患者を集めるようになっていますが、そういうことをやりましても紹介率が上がりません。

逆に、積極的に地域に患者を戻すというシステムとをちゃんと作っていただかないといけないと考えています。例えば大学が同窓とか、あるいはゴルフで一緒とか、酒を飲んで一緒とかいった関係だけで地域医療の連携の基本をつくるというのでは前近代的だと思います。

そういったことで、地域医療支援病院を築く過程でいろいろ苦労しましたがけれども、一大学から「医者出せない、いや出せ」というような議論でやられますと、絶対に自治体病院はこれからやっていけないというのが、私の地域医療支援病院を取得した過程の経験でございます。

**福村** ありがとうございます。関西地区のように大学がたくさんある地域と、山口県のようなところでは環境が違うので……。

**松尾** いや、これは環境、つまり大学の物理的な距離ではないんです。心理的な距離なんです。東京でも、心理的な距離が近ければそんなに問題ないわけです。

ですから、一大学に全部の品ぞろえで優秀な医者を求めるということ自体が無理だということを私は強調したわけです。他力本願でなしに自力本願をお願いします。

**福村** わかりました。江里先生がいつも、大学離れをどうするかということをおっしゃっていますので、いまのご意見ご質問にお答えいただきたいと思います。

**江里** 私は一昨年までは大学にいましたので、人を派遣するほうで、非常に気が楽だったんです。今度は派遣されるほうで、立場が逆転したんです。私が大学の教授のときに、関連病院がやってほしくないことをスライドに書いたんですよ。大学の教授として一番困るのは、例えば全国済生会病院連携システムをつくられて、そこで人事を自由にやられ出したら、大学の人事は成り立たなくなるんですね。それをされると困るなあと感じていました。

沖田教授のような案が出てまいりますと、今後われわれが大学からぶら下がることができなくなるということになる。われわれ独自でやらなければならないということになる、自分たちで医師確保の全国的なネットワークをつくるしか方法がないと思います。

そのためには、全国労災病院とか、全国済生会病院とか、全国社会保険病院とか、全国医療法人病院協会とかありますね、そこで各機構をつくられて、そのネット

ワークの構築を医師会がやればいいんですよ。いま外科学会の専門医認定機構は、日本外科学会、日本心臓血管外科学会、日本胸部外科学会の各機構に独立性を持たせて、その上に作られています。私は人事もこれと同じような機構で運営されるといいと思います。

日本医師会の勤務医の加入率が47%ぐらいですが、こういうネットワークをつくりますと、全国の医者卒業生がどっと入ると思います。そして、加入するときに加入金を取って、その機構を運営すればいいんですね。そのうちに、臨床をやっても、私は研究がやりたいという人は大学に帰ればいいんです。

沖田教授の出された案というのも、大学は医療人を育てるところではないと言っておられるんですから、われわれが育てなければしょうがないんですね。大学は教育するところではなく研究するところだと、今日のスライドではっきり出てまいりますと、そういうことになるんじゃないかと思えます。

**松尾** ひと言だけすみません。私の主張したいのは、マルチソースで人材を確保しろということで、江里先生のところも、自力で医者の養成をやられたらどうですかということを提案したわけです。

**福村** 日ごろから江里先生もそうおっしゃってますので。沖田先生、どうぞ。

**沖田** 大学が教育をするところじゃないというのではなくて、医学部は教育するところで、附属病院は医療人をつくることということで、いわゆる独立行政法人化になりますと、医学部と附属病院はすみ分けをしなければいけないでしょうというのが私の持論でございます。しかも、その独立行政法人化後の附属病院の在り方ということで、そういうふうに提言を申し上げているということです。

それからもう一点は人事権でございますけど、大学自体に人事権がすべてあるというふうにご理解していただくと困ったことになります。

今度、職業安定所が入ってまいりまして、大学の医局が人事権を持っているかどうか調査します。ですから国自体が、大学附属病院の各診療科、各医局がどれだけ人事権を持っているかということに非常に危惧を持っています。やはり病院の勤務の先生方も、従来の医学部附属

病院の医局という考え方を離れていただきませんか、独立行政法人化をいわゆるリーズナブルに理解はできないのではないかと思います。

**福村** ありがとうございます。ほかにフロアからご意見がありましたらどうぞ。

**三宅** 大阪府立病院の三宅です。先ほど沖田先生の言われた内容というのは、やはりいまの医学というか、医師の世界というのが、ほかの学部にくらべて近代化が遅れているせいで、そういう発言が出てきたものと考えます。

今後、大学に優秀な人材が必要なことは、いままでと同じことでもあります。教育とか、学生を育てる、医者を育てるのは、大学しか実はできません。ほかのところができないから、どうしてもそこから良い人材が欲しいということになります。

しかし、ほかの学部を見ていただきますと、例えば山口県に一つしか大学がなかったとしても、大きな会社、例えばトヨタに入りたいとか、ほかの大きな会社に入りたいと思えば、全国的に公募をして、そして人材を集めるわけです。ですから、県に一つしか大学がないから、ここしかしょうがないという考えは捨てていただきたいと思えます。

そして、やがておのおのの病院が医師を公募して、そして優秀な人材を独自に、自分のところで必要な人材を選んでいく。そうすることによって、やがては大学がよい人材を育てないと受け取ってもらえない形になるわけです。それで初めて市場原理といいますか、いい人材を育てないと受け取ってくれないから、ほかの大学よりもいい教育をしようというように、自然に競争原理が働くものと考えます。

いまは、たぶん競争原理は働いていないと思えます。ですから、これが働くようなシステムが、いまからは必要になります。そうすると、沖田先生のような、人材は採ったところが育てるんだという発言はなくなるだろうというふうに考えます。

**沖田** 全くその通りです。

**福村** その通りなんです。沖田先生は、いま言われたようなことをいつもおっしゃってますので。なんだか山口県が辺りな医療圏だと思われては、座長として心外で

すので、ちょっとそのことは申し上げて、ほかにどなたかございませんか。

**小西** 佐世保市医師会の小西と申します。私、勤務医の立場として、今日お話しいただいた先生は皆さん院長先生なので、現場で働いてる人間と若干ギャップがあるんじゃないかなと思うので、発言させていただきます。

確かに院長先生の立場とすれば、すべての科で、同じようにいい医者を集めて、病院全体を盛り上げるという考え方にどうしてもなると思うんですが、私たちからすれば、病院の中で非常に頑張っている科と、そうではない科っていうのが出てくるんですね。こういう流れというのは、世の中の自然な流れだろうと思います。患者さんは、やはりいい医療をやってくれるところに集まると思いますし、そういうところにはいい医者も集まると。

そういう考え方からすれば、先ほど沖田先生言われたように、病院同士の、特に病診連携、病病連携といいますが、競合する病院が話し合いをいろいろ持たないと、今後のすみ分けができないんじゃないかと思えますがいかがでしょうか。

**福村** ありがとうございます。ここでは、病院長と副院長しかシンポジウムに出て居ませんので、それについては、この後の「勤務医が意欲を持って働くためには」というところで大いにそういう議論も出していただきたいと思えます。ほかにどなたか。

**山本** 光市立病院の山本と申します。沖田教授から、大学が独立行政法人になったときに259億の赤字をうんぬんとか、プール制にするとか、また江里先生も自治体病院の抱える問題をお話しになられたんですけど、企業だったら少しリストラするとか、統廃合するとか、日産のゴーンさんだったら、あれだけ赤字だったものを何年かで黒字に持っていったわけですね。

こういう考え方にのっとり改革を推し進めようとするならば、組合とか、コメディカルとか、いろんな抵抗勢力があると思うんですね。そのあたりのところを江里先生、あるいは篠崎先生、どうお考えになっているか、ちょっと生臭い話ですけど、現場の立場でお聞きしたいんですけど、いかがでございましょうか。

**沖田** 独立行政法人化になりますと、医学部附属病院は、当然のことながら組合はできてまいります。組合対

策は、私ども病院長の大きな仕事になるだろうと予測しております。看護師に関しましては、1:2.5という配置にしていますので、その点については、私どもはリストラうんぬんは関係ございません。

しかしながら、一番問題にしていますのは事務職でございます。事務職に関しましては、これだけたくさん要るのかというのは、私どもも当然考えておまして、アウトソーシングができるんだったらアウトソーシングのほうに持っていこうというふうに考えております。

ですから、当然のことながらリストラというのは片方にありますし、おそらくそこには組合が出てまいりますから、組合と私どもの、理解し合うといいでしょうか、しのぎ合いといいましょうか、そういうところは当然出てきますけれども、それはもうある意味では覚悟しなければ、一般企業はそうなのでございますから、一般企業という考え方で、今度は医学部附属病院のほうも、大学附属病院になるかわかりませんが、当然のことながら考えていかなきゃいけないと思っています。

**福村** ありがとうございます。時間がなくなりましたので、IT化の問題と、それから慢性期病院の新しい勤務医像について、フロアのほうから何かご質問やご意見ございませんか。

**荻原** 静岡県医師会の荻原です。村田先生に伺いたいんですが、急性病院の入院の期日が13日、あるいは20日ということが、現在、厚労省のほうから言われていますが、実際に私、急性病院にいたことがありますし、現在は老人病院におりますけれども、老人病院だと包括的なんですね。すべて包括的になっていますと、CT以外はほとんどとることができないんです。

そういったことで、急性病院から胃瘻をつくった患者さんとか、あるいは膀胱瘻をつくった患者さんとか、あるいは気管切開をした患者さんが、そういったものをつくった直後にこちらのほうに移ってくるということがございます。こういったことで、結局は慢性期の病院の負担が非常に大きくなってきているということについて、いかがお考えでしょうか。

**村田** 私のところは急性期病院なんですけど、胃瘻や膀胱瘻をつくっている患者さんでも、あとは何もすることがないということになりますと、急性期病院としてはや

はり次のところに移ってくれということになります。

私のところは慢性期病棟を持っておりませんが、特養を2つ持っておりますので、そこに移しております。特養ではそういった人たちをみるようなトレーニングをしています。そういう人たちもいまからは当然入所してくる時代であるということで、特養の職員を訓練しまして、そういうケースを特養に送っているのが実情でございます。

**荻原** 患者の満足度という点からすると、いろいろのものをつけて来られて、すぐにこちらのほうに入ってもらえますと、非常に不満足な患者さんが来ます。そういった点も含めて今後考慮しなければならぬと思います。

**村田** 急性期・慢性期のすみ分けを、平成15年8月までにはっきりしなさいということで、そのあたりが非常に大きな問題になってくると思いますね。そうすると、受け入れる側の医師に対する患者さんの信頼度があるかないかというのが大きな問題になってくると思うんです。

そのあたりを考えまして、これはまだ、医師会の中で水面下で調整している段階ですが、患者さんが病院を変わるときに、先ほどもお話ししましたように、こちらの主治医が行って話をする。それによって患者さんも安心できる。病病連携といいますが、そういうシステムをなんとかつくりなさいと、結局は患者さんにしわ寄せが行くだけではないかというふうに思っております。

**福村** ありがとうございます。司会の不手際で、もう時間が残り少なくなってまいりましたので、いまの問題はまた、来年夏の病床のすみ分けのあと、奈良のほうでやっていただければと思っております。

最後にIT化についてですが、電子カルテの導入に4億かけられて、現在までに充分それをペイするものがあつたとお考えかどうかお聞かせください。

**河野** ペイはしておりません。スライドに言い訳がましく書いておりましたけれども、結局、ある時代においては、電算システムというのが非常に最先端を行っていて、それを病院が導入していったという経緯があると思うんです。電子カルテもその過渡期だと思うんです。それで、採算性はないけれども、病院の機能としてこれは必要なものだという時代がもう来ているという意味で

あのスライドを出したんですけれども。

ただ、非常に比喻が悪いかもしれませんが、要するに病院のトップがどういう医療がしたいのかというのがやっぱりあると思うんですよね。例えばマッキントッシュとウィンドウズで、病院のドクターはみんなマック使っていて、企業はウィンドウズを使っているというような違いもあるんですが、コンピューターを買うときに、自分で何がしたいかと皆さん考えられると思うんですよ。普通の卓上のパソコンで、自分が何がしたいからコンピューターを買うというスタンスと同じだと思うんです。

だから、みんなが買っているからコンピューターを買うじゃなくて、自分が何がしたいからコンピューターを買う、その機能を満たしているコンピューターを買う、それができればその時点でいいんだと思います。待っていれば待っているだけ、時間はたてばたつほど、コンピューター、パソコンでもそうですが、全部安くなっていくんですよ。間違いなく安くなっていく。だから、自分の価値観と、その本当のコストとのタイミングの兼ね合いだというふうに、総論で言うとなると思うんですけれども、いまのところコストは取れておりません。ただ、先ほどから言っているような、いろんな隠されたメリットがあるんじゃないかなというふうに思います。

**福村** ありがとうございます。病院のIT化はやはり財務省主導の医療改革ということからいくと非常にコストの面で困るので、本当は医療の質を担保するために電子カルテが必要なんだということを先生はおっしゃっていたわけですので、このへんのところを、われわれ医療人としてよく理解して進めていったらいいのではないかと思います。

もう時間がなくなりましたので、10分足らずで星先生にコメントを頂きたいと思っております。よろしく願いいたします。

**星** 短いほうありがたいのか、ありがたくないのかわからないのですが、今日の熱心な議論をお伺いしていて、いいなあとと思うところとそうでないところがあつたんです。まず沖田先生にひと言申し上げたいんです。効率を追求する、あるいは経営基盤がうんぬんというふうなことで、これから存続し、また発展するためには競

合していくんだという、その短絡的な思考というか発想には、私はどうしても違和感を感じますので、それを申し上げておかななくてはいけないなあと思います。

それは先生、本意ではないんだろうと思うんですね。つまり、先ほど先生自身もおっしゃったように、これまではあまり余計なことを考えないで、いい医療だけやってくればよかったというカッコ書きがあって、でも本当にいい医療だけをやってきたかどうか、あるいは本当に経営のことに責任を持たなかったのかといえは疑問だと。

つまり、本当は頭の隅でわかっていながら、「われわれはいい医療をやってるんだから、まあ何が起こってもしょうがないんだな」ということを言い続けてきたことの、たぶん反省だろうなあと思います。

経営だけを極大化、つまり、いくらお金が残るかということだけを最大化しようと思えば、先ほど以来、日本医師会長もそう発言していたように、まさにそれだけを考えることになってしまいますね。ですから、それは社会的な病院の役割だとか、もう大学病院とは言いません、病院の役割そのものを私は放棄してしまうことになるんだろうと思っております。

それより問題なのは、最後の村田先生がご発言をされていたことだと思うんですが、そういうことをしていくと、結局、病院が、自分がやりたいことだけをやり出す。そして医者も自分がやりたいことだけに興味を持ってきてしまうということが、私はいまの状況の結果としてあるんじゃないかなというように思いまして、治療行為が分断化する、あるいは治療施設が分断していったって、そして治療と療養というものも分断していくというようなことをおっしゃっておられまして、まさにそうだろうなあと思いました。

そして、それをつなぐ一つの方法としてということで、河野先生がおっしゃっていた診療情報の共有だと。それは、情報というのは、カルテ情報だけでなく、バックグラウンドを含めたケアの情報、これはもちろんセキュリティの問題もあるんでしょうけれども、共有していかなきやいけない。

そのときに、やはりひとつ、もう一回もとに戻りまして、自分がやりたい医療だけをやっていていいのかというような問題に対して、やはりそうじゃないだろう、役

割分担があるんだろうということだと思うんですね。

ですからそれは、公的な病院に公的な病院の役割分担がある、だから赤字でいいんだよという議論ではなくて、自分たちのやっている病院の運営の方針の中で何を最大化するのか。つまり、経営原資が残るのを最大化するのか、あるいは経営原資がある程度そういうものに配分されるような形で、その目的を最大化するのか。こちらへんが、まさに私たちの腕の、私たちというか、医療を経営として考えた場合の腕の見せどころだろうなあと思います。

もうひとこと言わせてもらえれば、いつも思うんですが、不採算って何ですかと。先生方にも問いたいんですが、不採算をやってるから、われわれは赤字を出してもいいんだというのではなく、先生方が赤字を出すから、それを不採算と呼ぶんだろうと私は思っております。それはご意見があるかもしれません。

それで、人材の育成という件が、私は、やはり今日の話の最終的な話だろうと思います。カルテが書けない医者は必要がない、あるいはだめな医者は排除をしていくんだと。大学だけではこれらの医師を養成することができない。私は、その認識は非常に重要だと思うので、大学から育った人材を分けてもらおうんだという意識は、やはり誤りだろうと思います。ですから、お互いに同じことを言っていながら、お互いにいま一歩踏み出せないなあという感じを受けました。

大学には、教育についても役割を担ってほしいと思うし、その恩恵を受けている地域の医療機関も、何らかの形で教育に携わりたいと、あるいはその責任があるということはどういうことか知っているということ、いい教育をしないと大学は受け取ってもらえないということをおっしゃいましたけれども、いい教育をする環境に自分たちも足を突っ込まないと、大学から送ってもらえないではなく、医師になった先生方が自分の病院に来てくれなくなるだろうという意識が私は必要だろうと思いまして、病院がお医者さんを選ぶとか、若い先生を選ぶとか、大学を選ぶとか、医局を選ぶのではなくて、まさにお医者さんたちが病院を選ぶ時代になったんだろうと。

その、病院を選ぶ時代の一番の取っかかりは、まさにその病院がどれだけ教育なり、あるいは社会への貢献と

という意味で努力をしているのかという姿が、その若い先生たちに意識されるのかということに私は尽きるのだらうなと思ひまして、ランチョンセミナーの第2分科会で話があったんだと思うんですが、今回の、医師養成の在り方が大幅に転換するという機会を大学が危機感を持って迎えるということは、本当に痛いほどよくわかるんですが、民間の医療機関が、“それ俺たちの役割だ”、“いいチャンスだ”ということで、これをなんとか生かして、自分たちの本当に要望していた、あるいはいままで手に入らなかったようなお医者さんたちを育てていくためにどれだけ力を尽くせるかということに意識を持っていかどうかには私がかかっているのではないかなと思っております。

もう一つ大学について申し上げさせていただきますと、医師の養成課程、つまり大学を卒業してから初期臨床研修に至る前の時点で、やはりわれわれがもっと大学の教育に協力できるような体制をつくりたい。そのためには、大学が本当にいい医者をつくるということに力を注いでほしい。そのためには、やはり早い時期に、競合ではなくて対等な関係で、その対話ができるような、あるいは役割分担をできるような環境をいまからつくらなければならぬだろうと私自身は思いました。

いまいろんなことが起こっております、例えばプレネイタルビジットといって、小児科の先生が、生まれる前に妊婦さんのところに行くとか、当然最近では、麻酔科の先生も術前にきちんと回診をする。これは常識になりつつあるわけで、ある人からある人に、どんなにデータをくっつけてやっても、「はい、バトンタッチよ、はいそれまでよ」というわけには、やはりいかないんだと思うんですね。

その意味で、私は地域における医療機関の競合ではなくて、いい意味での競争と、そして役割分担と、それから、どなたかもフロアでご発言がありましたけれども、それぞれの病院が何を指すのか、どんなものに焦点を置いて自分たちの医療を実現していくのかということをも明確にしていく必要があるんだらうなあと考えた次第です。10分ということですから、10分で話をさせていただきました。ありがとうございます。

**福村** 大変的を突いたコメントを頂きましてありがと

うございました。

本当は、まだ公的病院の意味、公的とは何かとか、話題として取り上げたかったんですが、時間の関係で最後に、医師会に何を望むかということ、いまから、言われればなしじゃ沖田先生に、独立行政改革を進めるにあたって医師会に何を望むかということ、ひと言おっしゃっていただいて終わりにしたいと思います。

**沖田** いま一番重要な点は、星先生がご指摘なさったのは、競合という言葉なのか、あるいはお互いに切磋琢磨し合うということ、そういう意味なのかということですね。ですから、そのことは取りも直さず医師会側からわれわれは要求されるし、われわれも医師会側に要求したいことでもある。ですから、いいすみ分けをしなきゃいけませんし、いい環境をつくらなきゃいけない。そこがやはり医療改革後の新しい日本の医療の夜明けになるのではないかと考えています。

**福村** ありがとうございます。時間になりましたが、山口県の藤井会長が言われましたように、われわれ勤務医も少しだけ力を出して、勇気を出して、そして忍耐を持って、よい医療を実現するように医師会とともに歩みたいということ、私の最後の言葉といたしたいと思います。ご協力ありがとうございました。

# 講演

---

16 : 10 ~ 17 : 30

## 勤務医が意欲をもって働くためには

講師：日本医師会常任理事 **西 島 英 利**

座長：山口県医師会副会長 **藤 原 淳**

座長：山口県医師会副会長 藤 原 淳

皆さん、こんにちは。少々お疲れかと思えますけれども、本日最後のセッション、「勤務医が意欲を持って働くためには」ということで、このパートを始めたいと思います。このパートの予定なのですが、まず西島先生に40分ほどご講演いただきまして、あと残りの時間を質疑応答に充てたいと思います。

西島先生のご略歴を紹介するところでありますけれども、もう既に先生方、よくご存じだと思いますし、レジメに載っておりますので、それで代えさせていただきますと思います。

先生は、平成10年から日本医師会の常任理事をされております。日医の新進気鋭の先生で、われわれが大いに期待している先生のお一人であります。それでは先生、よろしくお願いいたします。



## 勤務医が意欲をもって働くためには

日本医師会常任理事 西 島 英 利

日本医師会の西島でございます。現在、私の担当は情報全般ということでございまして、星常任理事の前は、勤務医の担当をいたしておりました。その関係で今日お呼びいただいたのだらうというふうに思いますが、今日の「勤務医が意欲をもって働くためには」という題でございまして、昨日の打合のときに、労働条件等々も含めた内容の話かなあというご意見がございましたけれども、あえて私はそれを避けております。

今日は、坪井会長が午前中お話しした、その内容で、それを環境整備としてどうやっていくのかと、結果的にそれが、勤務医の方々が意欲をもって働く、そういう環境になっていくのではないかというような観点から、お話をさせていただきたいと思えます。

確かに、労働条件については、今日もアンケートの中



で出てまいりましたけれども、実質的に週50時間以上とか、当直が非常に多いとか、それから給料が低いとか、さまざまな問題等々があるわけですが、その点に関しましては、のちほどの質疑応答のときにご意見を賜ればと思います。

〔スライド1〕

- 1. 医の倫理の昂揚
- 2. 医療情報の課題
  - イ) 医療情報の開示と評価
  - ロ) 医療情報ネットワーク
- 3. 医療の質管理
  - イ) 診療ガイドライン
  - ロ) 医療機能評価
- 4. その他
  - イ) 混合診療と特定療養費制度
  - ロ) 医療過誤

（スライド1）これが、大会冊子の中に書かれておりますレジュメでございます。内容的には非常に難しい内容というふうにお思いになるかもしれませんが、現実的には、こういうことをきちんと環境整備をしていかないと、やはり医療の改革というのはいかないのだという観点から、こういう内容にいたしております。

〔スライド2〕

- 医の倫理綱領**
- 日本医師会
- 医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。
1. 医師は生業守習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
  2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
  3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
  4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
  5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
  6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

（スライド2）まず最初に、医の倫理綱領ということでございますけれども、ご存じのように、日本医師会が医の倫理綱領を大幅に変えました。それは、時代の流れでございまして、先生方も当然ご存じだと思いますが、いままでの医の倫理綱領の中では、親が子どもを見るように患者さんに接しなさいという考え方が中心だったわけですが、今回のこの医の倫理綱領は、医師は医療を受ける人々の人格を尊重し、優しい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努めるとというのが、新しい医の倫理綱領の中心的な部分

でございます。

よく説明するということが、インフォームドコンセントの部分でございます。さらに、患者さんの自主選択権をやはり尊重しなさいということが、ここに書かれているわけでございます。

そして、ただただ説明をするのではなくて、やはり信頼を得る説明をしていかなければいけない。けさの坪井会長のお話の中で、こういう医療だったらいいというような部分が出てまいりまして、その中にいろいろと内容がございました。つまり、「説明はちゃんとしたよ」ではなくて、わかりやすい説明ということですね。それから、ちゃんと話を聞いてくれという患者さんの要望があるのだと。

以前のものは、親が子どもに接するようにということでもございましたので、「そんなことは、おれの言うことを聞いときゃわかるんだ」というのが、実はいままでの医療であったわけです。もうそれでは、患者さんとの信頼関係を崩すことになるよということが、いまの時代の考え方でございますので、こういう内容になったということでございます。

これを受けまして、実はさまざまな環境整備が進んできたということでございます。

〔スライド3〕

- 変革期の医療**
- ポイント
- 医療情報のディスクロージャー
  - 医療の質評価の透明化

（スライド3）次は、医療の情報、医療情報の課題ということで、医療情報の開示の強化でございます。

〔スライド4〕

- 医療情報のディスクロージャー**
- 医療に対する信頼感が強まる
  - 医療提供に競争原理が生まれる
  - 必然的に質管理が促進される

〔スライド5〕

医療の質評価の透明化

- ・ EBMなど評価手法の普遍化とわかりやすい説明
- ・ 第三者による医療機能評価の活用
- ・ 患者の満足度調査の利用

（スライド4・5）これは、けさの坪井会長が使いましたスライドでございます。医療情報のディスクロージャー、医療の質の評価の透明化を行うと、当然、医療に対する信頼感が強まると。信頼感がなければ、いくらわれわれ医師が頑張っても、本来の治療ができないわけでございますので、この信頼感を強めるためにどうしたらいいのかということが、ここに書かれているわけでございます。EBM等々、こういうことも含めて、いま環境整備をしているということでございます。こういう内容のことを、このあとお話をさせていただきます。

〔スライド6〕

医療情報の非対称性  
量・質ともに

医療の不確実性  
患者も医師もわからない

医療は公共財  
命の価格付けはできない

（スライド6）これも、坪井会長が午前中に話した内容でございます。

〔スライド7〕

診療情報の提供について

日本医師会  
「診療情報の提供に関する指針」  
～2002年改定を踏まえて～

（スライド7）そこで、診療情報の提供についてということで、まさしく医療情報の開示ということが、いま大きな主題になってきております。平成12年の1月1日か

ら、日本医師会が作りました指針に基づきまして、診療情報の提供を、患者さんたちに先生が出していただいているわけですが、この2年間で、さまざまな問題等がございました。

またマスコミが、国民の代表という形で、強く主張していた部分もございます。そのあたりを、今回見直しのプロジェクトをつくりまして、報告書という形で、8月27日に坪井会長に答申をしていただき、そしてそれを理事會に諮り承認を得た上で、10月22日の日本医師会の臨時時代議員會で承認を受けました。その内容を少しお話しさせていただきますと思います。

〔スライド8〕

日本医師会  
「診療情報の提供に関する指針」検討委員会

△ 指針実施から2年経過後の見直し（現行指針5-4）

平成13年8月 検討開始

9月 ワーキング・グループ発足

14年3月 中間報告

8月 最終報告を坪井会長に答申

△ 中心的な検討課題

- 個人情報保護法成立後への対応
- 患者遺族からの開示請求への対応

（スライド8）これは、いまの流れをお話したわけですが、中心的な検討課題というのは、いま国会で継続審議になっておりますけれども、個人情報保護法成立後への対応。それからもう一つは、患者遺族からの開示請求への対応でございました。マスコミが一番強く主張したのは、患者遺族からの開示請求への対応の部分でございます。

そして、基本的な考え方は、ようやくこの2年間で先生方に定着してきたところであるので、大幅な見直しは行わないということと、もう一つは、この患者遺族からの開示請求の対応という部分を見直しをして、そして改訂案をつくるということでございました。

〔スライド9〕

検討委員会最終報告書  
「『診療情報の提供に関する指針』の改定について」

- (1) 指針の目的………「医師、患者間のよりよい信頼関係を築くこと」を追加
- (2) 要約書規定の削除………原則として閲覧・謄写のみ、要約書による代替は認めない
- (3) 成年後見制度への対応………開示を求めうる者に任意後見人を追加
- (4) 開示拒否の場合の対応………苦情受付窓口を患者に教示
- (5) 遺族への診療情報提供………診療記録等の開示にも対応

(スライド9)これが改訂の案でございます。これは最終報告書として検討委員会に出していただいたのですが、指針の目的に、医師患者間のよりよい信頼関係を築くことを、追加をいたしました。

これはどういうことかといいますと、いままでは、医師と患者さんが一緒になって病気を克服するというのが目的でございましたけれども、医師と患者さんが一緒になって病気を克服となりますと、いま実際診ている患者さん(だけが対象)になってしまいます。

そこで、遺族に対する開示をどう目的で表すかということで、医師患者間のよりよい信頼関係を築くこと、つまり、この患者というのは、将来、例えば遺族の方も患者さんになれる可能性もあるわけでございますので、そういう意味での、一般的な医師患者間のよりよい信頼関係を築くことという形で、これを追加いたしました。

それから、要約書規定の削除でございます。原則として閲覧、謄写のみとし、要約書による代えは認めないいたしました。そもそも、この要約書でもいいという部分は、先ほどのシンポジウムの電子カルテのところ、カルテを書かない先生もいるというお話もございましたけれども、とても見せられる内容のカルテではないというのが、最初スタート時の、それぞれの先生方の意見でございましたので、だったら要約書でいいだろうということで、この要約書でもいいということが書きこまれたわけでございますが、今回は、医療情報、診療情報の提供ということと、診療情報の開示というのをはっきりと区別をいたしました。

診療情報の提供というのは、医師が患者さんに対して積極的に情報を提供するというのが、診療情報の提供でございます。医師が積極的に提供する。これは、要約書であってもいいということでございます。しかし、患者さんから開示を求められた場合には、閲覧、謄写のみということを明確にしたということでございます。ぜひ、このあたりのご理解をいただきたいと思います。いろいろなところでご説明いたしますと、もう要約書ではだめなのかというご質問がありますが、医師から積極的に患者さんに情報提供する場合は当然、わかりやすい言葉で要約書でご説明されたほうが、患者さんも納得いただけるわけでございますから、このあたりはきちんと区分を

してお考えいただきたいと思います。

三番目は成年後見制度への対応でございまして、開示を求める者に任意後見人を追加したということでございます。

それから、現行と同じく開示の拒否ができるようになっております。ただ違うところは、開示を拒否した場合には、医師会の苦情受付窓口にご相談をしてくださいということを、患者さんにきちんと教示をなさйтеということを明示をいたしました。これは、先ほど言いました、個人情報保護法案の中にも、それぞれの団体は、苦情処理機関を設けることというふうになっておりますので、こういうことがありますということを、きちんと教示をなさйтеということを追加したということでございます。

そして五番目が、遺族への診療情報提供でございまして、これが一番大きな今回の変更点でございます。これはあくまでも提供でございますけれども、それでも遺族が納得されない場合には、開示にも対応するというを明示したということでございます。

[スライド10]

日医指針の特色	
1	倫理規範であること 医師と患者の情報の共有 →信頼関係の構築 →共同で疾病を克服
2	診療記録等の開示を含む
3	開示は原則として、患者本人
4	遺族への診療情報の提供を追加
5	指針を徹底するため、会員の教育・研修を実施
6	苦情受付・処理機関を設置

(スライド10)これは、あくまでも倫理規範でありまして、医師と患者の情報の共有というのが非常に重要で、これが信頼関係の構築になってくるのだということでございます。開示は原則として患者本人ですが、遺族への診療情報の提供を今回追加し、また、指針を徹底するために会員の教育、研修の実施を都道府県医師会にお願いしたいというところでございます。

(スライド11)そこで、具体的なところを少しだけご説明申し上げますと、医師患者間のよりよい信頼関係を築くことを目的の中に入れて、さらに診療情報を提供しよう努めなさいと、努力目標だったのを、これを提供するというで義務化したということでございます。

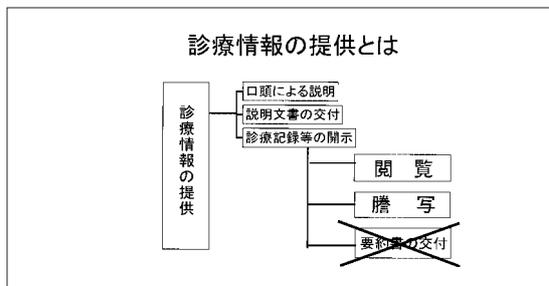
〔スライド11〕

平成14年改定  
日本医師会 診療情報の提供に関する指針  
[1-1] この指針の目的

日本医師会は、医師が診療情報を積極的に提供することにより、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが、共同して疾病を克服し、医師、患者間のより良い信頼関係を築くことを目的として、会員の倫理規範の一つとして、この指針を制定する。

日本医師会のすべての会員は、この目的を達成するために、この指針の趣旨に沿って患者に診療情報を提供する。

〔スライド12〕



〔スライド12〕そして、先ほど何回も申し上げました要約書の交付は、開示に関してはだめですということです。

〔スライド13〕

用語の定義(1)

① 診療情報 診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医師またはその指揮・監督下にある医療従事者が知り得た情報

② 診療録 医師法第24条所定の文書

〔スライド13〕用語の定義でございますけれども、診療情報って、なにもカルテだけではございませんで、いろいろな部分のものを診療情報というのだと。要するに、医療従事者が知り得た情報ですから、医者だけの話では

〔スライド14〕

用語の定義(2)

③ 診療記録等 診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績表、エックス線写真、助産録、看護記録、その他、診療の過程で患者の身体状況、病状等について作成、記録された書面、画像等の一切

ないということでございます。

〔スライド14〕これは診療記録等でございますので、看護記録も、それから先ほども出ましたけれども、画像等々も含めたものすべて一切を診療記録等というふうにいいます。ですから、開示となりますと当然、画像等も開示をしなければいけないということになります。

〔スライド15〕

開示を求めることができる者

- 1 原則として患者本人
- 2 法定代理人(例：親権者など)
- 3 診療契約に関する代理権のある任意後見人
- 4 本人から代理権を与えられた親族(=6親等)
- 5 現実に患者の世話をしている親族、縁故者

〔スライド15〕開示を求めることができる、これは原則として患者さん本人でございますけれども、先ほど申し上げました任意後見人を付け加えました。そして代理権を与えられた親族6親等というところが、この2年間、いろいろ問題になったところがございます。これは、今回は大幅な見直しをしないということで、今後の検討課題といたしました。

〔スライド16〕

開示などを拒否できる場合

- 1 第三者の利益を害する場合
- 2 患者本人の心身に著しい悪影響が及ぶ場合
- 3 その他、情報提供や開示が不適当な場合

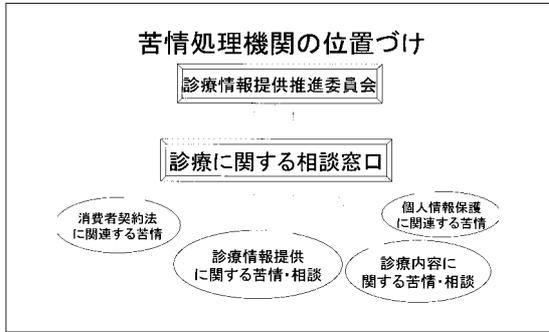
↓

苦情処理機関があることを申立人に教示

〔スライド16〕開示などを拒否できる場合は、いままでどおりでございますで、三つの部分がございます。三番目の、その他情報提供や開示が不適当な場合は医師の裁量、医師の判断という形にそのまま残しております。そして、苦情処理機関があることを申立人に教えなさいというふうにいたしました。

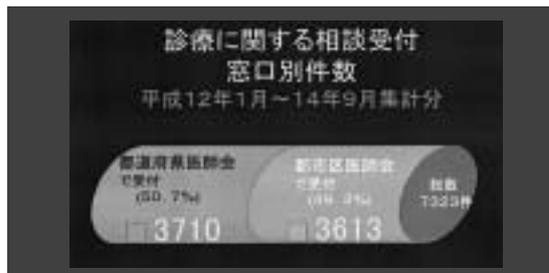
〔スライド17〕これは、それぞれの医師会に相談窓口をつくっていただいておりますので、こういう相談を受ける

〔スライド17〕



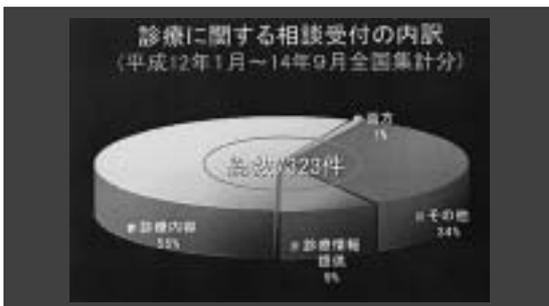
ようにしていただいているということです。

〔スライド18〕



（スライド18）そこで、平成12年1月から14年9月までの集計分でございますけれども、都道府県医師会で受け付けが約半分でございまして、郡市区医師会が半分。総数が7,323件でございました。

〔スライド19〕



（スライド19）苦情の内容としては、実は診療情報提供、カルテの開示を求めた苦情相談というのは9%で、1割ないわけでございます。そのほとんどが、診療内容に関するもので、今日の坪井会長の話にも出ましたけれども、セカンドオピニオンの、そういう内容も含めた診療内容、それからこういう治療を受ける場合はどこに行ったらいいかといったものが半分以上であったということで

ございます。ある意味では、相談窓口というのが、苦情ではなくて、医療に関する相談窓口が全国に一齐にできたということ、これで表しているのかなあとというふうに思っております。

〔スライド20〕

平成14年改定  
日本医師会 診療情報の提供に関する指針

〔5-1〕 遺族に対する診療情報の提供

- a 医師および医療施設の管理者は、患者が死亡した際には遅滞なく、遺族に対して死亡に至るまでの診療経過、死亡原因などについての診療情報を提供する。
- b 前項の診療情報の提供については、〔3-1〕、〔3-3〕、〔3-5〕、〔3-6〕、〔3-7〕および〔3-8〕の定めを準用する。

ただし、診療記録等の開示を求められることができる者は、患者の法定相続人とする。

（スライド20）そこで、これは非常に重要でございますので、この部分だけお話をいたしますけれども、遺族に対する診療情報の提供というのは、当然いままでも私は、患者さんたちがお亡くなりになりますと、家族に対して、病状の経過、治療の経過、そして死亡の原因等々を、きちんと遅滞なく説明をするわけでございまして、その当たり前のことをここに書いただけのことでございます。

しかし、それでも家族の方が納得をされない場合には、診療情報を開示をするということ、ここにきちんと書きこんだということです。ただし、この開示を求められることができる者は、患者の法定相続人のみに限定をいたしました。

というのは、どういうことかといいますと、遺族といっても非常に幅広いわけございまして、遺産相続のさまざまなトラブルに、この診療情報の開示が利用される可能性もあるということでございますので、法定相続人のみにするといたしました。さらに、もしそのような恐れがある場合には、慎重に開示を考えなければいけないということで、医師の裁量という形にもしております。（スライド21）さらに、先ほどの部分をもう少し付け加えさせていただきますと、当然、患者さん本人の生前の意思というのは、尊重しなければいけません。ですから、だれにも見せてくれるなということであれば、それは、開示は当然拒まなければいけないわけでございます。

それと同時に、患者さんにとって、情報を提供しては

〔スライド21〕

<p style="text-align: center;"><b>医師法 第24条</b></p> <p>一 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。</p> <p>二 前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、五年間これを保存しなければならない。</p>
---

いけないというふうに医者が判断する部分はたくさんございます。例えば、過去の感染症情報とか、いろいろな部分もございます。そのあたりは、やはりきちんと医師が考えて開示をするようになっているところでございます。

〔スライド22〕

<p style="text-align: center;"><b>診療録の記載</b></p> <p style="text-align: center;"><b>医師法施行規則23条</b> 診療録の記載事項は、左の通りである。</p> <p>1 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢</p> <p>2 病名及び主要症状</p> <p>3 治療方法(処方及び処置)</p> <p>4 診療の年月日</p>	<p style="text-align: center;"><b>SOAP方式</b></p> <p>S ; 主観的データ O ; 客観的データ A ; 評価・分析 P ; 治療計画</p>
--	--

(スライド22)いま、診療録の記載につきまして、SOAP方式というのを、私ども、一応提案をしているだけのことでございますけれども、とにかく、見せられるカルテといいますが、先ほどは、みんなで共有するんだからというお話もございましたけれども、やはり患者さんに対してきちんと説明できるカルテの記載というのが必要であろうということで、この3年間、環境整備をしてきた〔スライド23〕

<p style="text-align: center;"><b>診療情報提供の環境整備のための講習会</b></p> <p>・第1回 平成12年6月 「臨床医に必要な診療情報の知識とその実践」</p> <p>・第2回 平成13年8月 「外来診療録の上手な書き方 POMRの実践をめざして」</p> <p>・第3回 平成14年9月 「電子カルテ その利点と課題」</p>
--

とところでございます。

(スライド23) こういう形での講習会も3年行いまして、今年は、先ほど話題になりました「電子カルテ その利点と課題」ということで行いました。また、冊子もつくりまして、日本医師会雑誌の付録として、会員にお届けをいたしました。

〔スライド24〕

<p style="text-align: center;"><b>指針の改定にあわせて</b></p> <p>1 日本医師会、都道府県医師会 △ 苦情受付・処理機関の充実 △ 改定指針の普及</p> <p>2 各医療機関 △ 開示請求の手続きを見直し ～請求書式、手順、実費請求～ →特に遺族への情報提供について △ スタッフ相互の意思疎通、意識の明確化</p>
--

(スライド24) 今後でございますけれども、それぞれの指針の改訂に合わせて、それぞれの都道府県医師会で、ぜひ苦情処理機関の充実を図っていただきたいということと、改訂指針の普及をぜひお願い申し上げたいと思います。特に、遺族への情報提供についてというところで、それぞれの医療機関では、スタッフ相互の意思疎通、意識の明確化というのが必要になってくるであろうというふうに思います。

よく、マスコミが来ますと、「どこどこに聞いたら『いや、そんなこと知らない』と言われた。医師会はやれやれとって、全然徹底してないじゃないか」ということを、さかんに言われるわけでございますけれども、やはり、周知徹底には、それなりの時間がかかるというふうに考えておりまして、やはりこれも、繰り返し繰り返し、機会をとらえながらの周知徹底をしていく必要があるというふうに私自身思っております。必要であればお呼びいただければ、私どもが直接、都道府県医師会、都市区医師会へ参りまして、こういうご説明をし、ご理解を求めたいと思っております。

(スライド25) 次は、医療情報ネットワークでございます。

これは、まさしく先ほどの電子カルテとの関係でございますけれども、ツールはインターネットで、この総合情報ネットワークをつくるんだということです。そして、

〔スライド25〕

**医師会総合情報ネットワーク**

ツール（手段）はインターネット

- ① 医療政策立案と都道府県医師会に対する情報システム
- ② 地域医療活動の計画・管理・運営を支援する情報システム
- ③ 医師（会員）に必要な情報を提供していく情報システム

会員に必要な情報を提供していく情報システムづくりということです。

〔スライド26〕

**基本的な考え方**

情報収集・管理・評価 ⇄ システマティック

地域の医療情報を収集  
↓  
日医の政策提言に反映  
↓  
真の国民医療の確保  
↓  
情報のフィードバック ⇄ 医療の質の向上

（スライド26）基本的な考え方でございますけれども、今回の診療報酬の改定のときにも、「日医総研、いったい何をやっていったんだ」というような、大変なお叱りを受けたわけでございますが、データがなければ分析できないわけでございまして、私どもは、ぜひデータを頂きたいということで、メディダスという制度をつくりまして、都道府県医師会、それから各医療機関にお願いをしたわけでございますけれども、なかなかご理解がいただけず、まだ必要な医療機関の半分しか集まっておりません。

そういう中での、今回の改定でございました。こういうネットワークというのは、情報収集管理評価をして、日医の政策提言、これは診療報酬も含めてでございますけれども、そして真の国民医療を確保したいのだという〔スライド27〕

**5つの基本方針**

- ① 国民ならびに医療関係組織（者）から信頼される医師（会）活動を支援
- ② 国民ならびに医療関係組織（者）に開かれた医師（会）活動を支援
- ③ 地域における保健・医療および福祉活動の円滑で効果的な連携を支援
- ④ より質の高い保健・医療および福祉サービスの提供を支援
- ⑤ 時代の変化に適応した保健・医療および福祉計画の策定を支援

ことで、私ども考えておりますので、ぜひご理解をいただければと思います。

（スライド27）これはもう基本方針でございまして、当たり前のことを書かせていただいております。

〔スライド28〕



（スライド28）そして、医療機関だけではなくて、私ども周辺には、福祉に関する施設、団体とも全部囲まれているわけでございますから、行政が取ったデータは、恣意をもって使われる可能性もございまして、私どもが地域から、現場からじかに取ったデータで分析して、それを政策提言に使っていきたいと思いますので、ぜひこのあたりのご理解もお願い申し上げたいと思います。

〔スライド29〕

**医療のIT化とは？**

- ・ IT化の目的は情報交換を円滑に行うこと
  - ・ ネットワークの利用（円滑＝常時・高速）
- ・ 一次情報のデジタル化が必要
  - ・ ネットワーク上を流れるのはデジタルデータ
- ・ キーワードは「電子カルテ」

（スライド29）医療のIT化ということで、先ほどのシンポジウムに少し関連のあるところでございますが、IT化の目的は、この情報交換を円滑に行うことございまして、本来の目的は、ほかの医療機関との情報交換というのが一番大きな目的だろうと思うのですが、まだまだ院内が中心になっている。

ですから、大きな問題は出てきていないわけでございます。しかし本来、他の医療機関との情報交換を円滑に行うことということになりますと、実はさまざまな問題が出てまいります。

（スライド30）つまり、標準化でございまして。文字コー

〔スライド30〕

- IT化を進める条件 (1)  
標準化
- 文字コード
    - 異体字の存在 (人名・地名)
  - 用語の標準化
    - 略語 コード体系 (ICD10 etc.)
  - 検体検査
    - 精度管理 基準値の設定方法
  - 記載方法・記載内容の標準化

ド、用語、検体検査、記載方法、記載内容の標準化、これがいままでまったく出てきておりません。ですから、同じ院内であれば、これは大きな問題にならないのです。しかし、これが他の医療機関との連携ということになりますと、一つ使われた言葉が、相手は全然違った意味でとってしまう。そういう可能性が出てくるわけでございます。

電子カルテというツールは、非常にそういう意味では便利でございまして、瞬時に、例えばケースカンファレンスも、ほかの医療機関に集わずにできることとなります。紹介もできますし、当然、遠隔医療に関しての、意見を求めるということも、IT化の中でできるわけでございます。

しかし、この標準化ができていなければ、何もできないわけでございます。さらに、標準化ができていないから、メーカーは、高い機械が売れるわけでございます。なぜかといいますと、取り囲みでございまして、あるメーカーの機械を買いますと、そのどこかの医療機関と連携するためには、同じ機種でないとやれないというような問題がございまして、そこで、実は高い。しかも、一度買い始めたら、そのメーカーをずっと買い続けていかないといけないという、そういう不便さもあるわけです。

ご存じのように、こういう電子のコンピュータをある自治体に導入するとき、100円で導入したというのは、実はここでございまして、一度売ってしまえば、あとはずっと、そのメーカーを買い続けなければいけない。それは、互換性がないからでございまして、それがメーカーの一番おいしいところだったわけでございまして、私どもも日本医師会が、これに本格的に取り組んでおりますので、この標準化がいま一気に進み始めております。

ですから、先ほど河野先生がおっしゃったように安くなるだろうというのは、標準化ができたときに初めて、メーカー間同士の電子カルテ機種の競争が起きるのです。ですから、価格が安くなって、より使いやすい機種が出てくるということでございますので、私どもがこういうことに取りかかったことによって、そういうことが一気に起きてくるだろうと思っております。

〔スライド31〕

- IT化を進める条件 (2)  
ネットワーク化
- IT化の恩恵を受けるためには、ネットワーク化が必須
  - 常時接続でなければ意味がない
  - 接続料金が安価であること
  - ネットワークは「インフラ」である
    - 上下水道・ガス・電気と同じ

(スライド31) IT化を進める条件、これにはまさしく先ほど言いましたネットワーク化が必須でございます。そして、常時接続で、接続料金が安くなければいけないわけでございまして、ネットワークは、上下水道、ガス、電気と同じような考え方を、これからの医療はしていかなければいけないだろうと思います。これは、患者さんにとっても非常に利益のあることでございまして、

〔スライド32〕

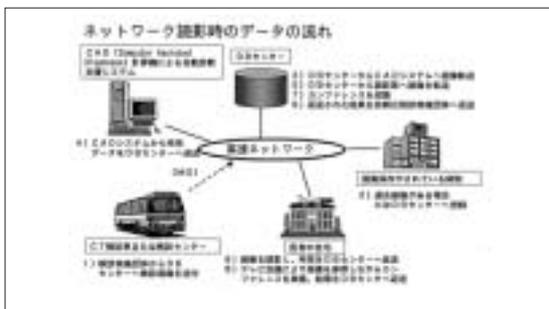
- IT化を進める条件 (3)  
ネットワーク上のルール作り
- 身分証明・身分保障
    - ネットワーク上でどうやって自分が自分であるかを証明するのか?
    - リアルワールドとの対応
  - 情報の真正性の保証
    - 誰が保証するのか?
    - どうやって保証するのか?
    - 誰が責任を持つのか?

(スライド32) このルールづくりでございまして、院内であれば、先ほどセキュリティの話がございましたけれども、院内であれば、同じ職員たちでございまして、セキュリティに対してはきちんとした対応ができるわけですが、ほかの医療機関とネットワークを組んだ場合には、セキュリティが非常に大きな問題でございまして、本当にその人が送ってきた情報なのかどうか、本当にその人が欲しいと言ってきたのかどうかということを、きちんと保証しなければいけないわけでございまして、特に、



(スライド37) この部分をしないと、ネットワーク化ができないのだということをごさいます、電子カルテのいろいろな話はまだまだ便利グッズの域を脱していないということをごさいます。ですから、そこでペイするかどうかという話が出てくるわけをごさいます、実際にこういうネットワークの中で使われるようになりますと、医療の質を非常に高めることになるのだということをごさいます。

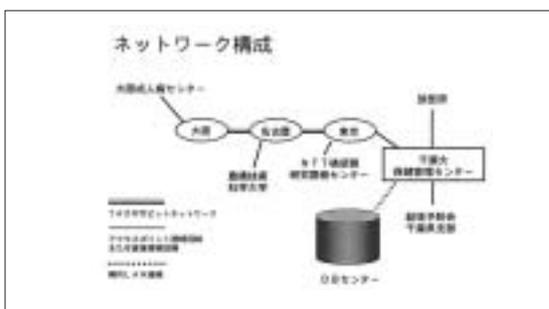
〔スライド38〕



(スライド38) 今度は読影の話をごさいます、この高速ネットワークを使いまして、さまざまな読影が、直接読影医が行かなくてもできるようになるということが、もう実験的にはどんどん進んでおります。

これはCTの検診車をごさいます、CTは検診をするだけで、このネットワークを通じまして、医者自宅に瞬時に送ることができるんですね。そうすると、ここで読影をしていただいて、その結果がすぐに出てくるというようなモデル事業がどんどん進んでおります。

〔スライド39〕



(スライド39) これは、ネットワークの構成ということをごさいます、いろいろところで撮られたものは、この高速ネットワークを使いまして、いろいろところで読影をされるということが、現実的に行われているモ

デル事業をごさいます。ですから、必ずしも読影医が近くにいなくても検診事業はできるのだということをごさいます。これは、ギガビットネットワークということで、数千人分の画像が、夜中にあつという間に次のところへ送ることができるという、すごい高速ネットワークをごさいます。

〔スライド40〕

**読影医の未来**

- 遠隔地まで出かける必要がなく、自分の本拠地で読影に専念できる。  
(日本国内にいる必要はないかもしれない)
- 他の専門家の助言を仰ぐことも可能であるため、より正確な読影をすることができる。
- 時間に余裕があれば、複数の検診の読影を引き受けることも可能。
- ただし、複数の読影医によるクロスチェックやピアレビューによる評価も簡単にできるため、仕事の成果をシビアに評価される。

(スライド40) そういうことで、読影医の未来ということですが、遠隔地まで出かける必要がなく、自分の本拠地で読影に専念できる。場合によつたら、アメリカに送って、アメリカで読影されるということも可能をごさいます。また、他の専門家の助言をあおぐことも可能をごさいます、より正確な読影をすることができる。時間に余裕があれば、複数の検診の読影を引き受けることも可能をごさいますし、また、複数の読影医によるクロスチェックとかピアレビューの評価も簡単にできるということ、ある意味では仕事の成果がシビアに評価されるということ、勤務医の評価ということにもつながってくるわけです。

こういうことから、質が非常に向上するというごさいます。

〔スライド41〕

**日医IT化宣言**  
(2001.11.20)

**冒頭文抜粋**

日本医師会は、医療現場のIT化(情報技術)を進めるため、土台となるネットワークづくりを行うことを宣言します。

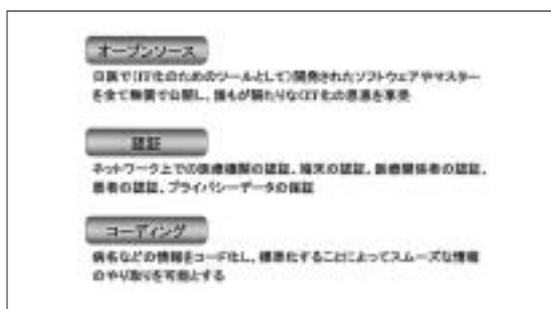
まず、各医療現場に標準化されたオンライン診療レセプトシステムを導入し、互換性のある医療情報をやりとりできるようにする計画(ORCA ,Online Receipt Computer Advantage)を推進します。この計画のために日医が開発したプログラムやデータベースは全て無償で公開されます。

医療現場の事務作業の効率化を図り、コストを軽減させると同時に、誰もが自由に利用できる開放的なネットワークを形成し、国民に高度で良質な医療を提供することをめざします。

(スライド41) そのネットワークを私どもはきちんとや

りますということで、11月20日に、日医IT化宣言をいたしました。

〔スライド42〕



（スライド42）オープンソースでございますし、認証局をきちんとやります。コーディングですね。さまざまな病名等々の標準化でございますして、病名コードについては、もう標準化が終わりました。なかなかいままできていなかった部分が、日医がこれに参加することによって、あっという間に病名の情報のコード化は進みました。

〔スライド43〕



（スライド43）今度は、医療の質の管理ということで、診療ガイドラインでございます。日本医療機能評価機構の中に、この診療ガイドラインをつくる部門を置きました。最初は、国が建物をつくって、そこでこれをやるということでございましたけれども、国がやりますと、実は診療報酬と一緒に考えて考えるわけですね。

そうしますと、診療報酬はこのガイドラインしか使えませんよというふうな、当然やってくるわけでございませぬので、医療が非常に縮小される、管理された医療に

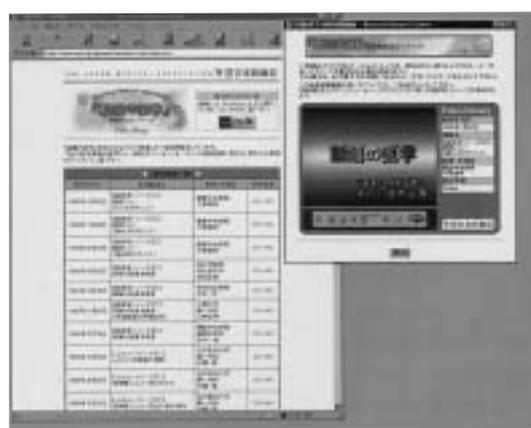
なってくるということで、私ども大反対をいたしまして、これをつぶしました。予算化された分もつぶしまして、それを日本医療機能評価機構の中へ置きまして、そしてそこで診療ガイドラインをつくるということになりました。

去年の12月に、医療機能評価機構の理事会で認められて、既に事業としてスタートいたしております。さまざまな文献等々の評価から始まりまして、診療ガイドラインをつくって、その内容をインターネットを通じてそれぞれの医師のところで見られるようにしております。そして、そこで得た成果をまた上げていただき、そのガイドラインがきちんと使えるものかどうかということも、またさらに検証していくというシステムでございます。

さらに、これは国民にも広く公開をされます。国民に公開される診療ガイドラインは、国民にわかりやすい言葉で作り直しまして公開をするという形になります。そういう意味で、先ほど申し上げました患者さんの自主選択ということも、ここでできるようになるということでございます。

こういうものが、平成17年に向けて整備体制ができるということでございます。

〔スライド44〕



（スライド44）これは、同じようでございますけれども、それぞれの医療機関にしながら生涯教育が受けられるということも、日本医師会が、日医のホームページのメンバーズルームでいまやっているところでございますけれども、全国で行われます生涯教育講座を画像化いたしまして、そしてホームページで動画で、自宅にしながら、

夜中でもいつでもこれを引っ張り出して見ることができるといふものを今後充実していきたいと思っています。いま既にいくつかの部分は、先生方が見られるようになっております。

ですから、先ほど言いました診療ガイドライン等も見られるということでございます。さらに、併用の禁忌薬のマニュアルができました。これは、ほとんど国が整備されていなかった部分でございますけれども、だいたい4万通りの併用禁忌薬の組み合わせによる、いろいろな情報がそこに入っております、これも先生方のところで取れるようにいたしております。

〔スライド45〕

#### 日本医療機能評価機構

〔スライド45〕次は、医療機能評価機構でございますけれども、先ほどから、意欲をもって働くために、働きやすい環境をつくるという意味では、この医療機能評価機構の評価の内容が、たくさん含まれております。ですから、この評価機構の認定を受けるためには、その内容をクリアしていかなければいけません。

そういう意味では、この評価、認定を受けた病院というのは、少なくとも勤務医が意欲をもって働ける環境はできているというふうに考えていきたいと思います。

〔スライド46〕

#### 4. 診療の質の確保

- 4.1 診療組織と運営体制
  - 4.1.1 診療組織が整備されている
    - 4.1.1.1 病院機能に見合う医師と各診療部門の職員が確保されている
    - 4.1.1.2 現況を反映した組織図が明確になっている
    - 4.1.1.3 各部門の職制・職務規程が明確になっている

〔スライド46〕お金が高いとか、いろいろな問題もあるわけでございますけれども、診療の質の確保ということで、運営体制等々でございますね。きちんとした職員が確保されているかどうか、職務規定等が明確かどうかということです。

〔スライド47〕

#### 4. 診療の質の確保

- (4.1 診療組織と運営体制)
  - 4.1.2 診療組織が適切に運営されている
  - 4.1.3 診療における倫理に適切に対応している

〔スライド47〕これは流してまいりますけれども、診療組織が適切に運営されているか、倫理に適切に対応しているかということです。

〔スライド48〕

#### 4. 診療の質の確保

- 4.2 医師の人事管理と教育・研修
  - 4.2.1 医師が適切に採用されている
  - 4.2.2 医師の能力や病院への貢献度が評価されている
  - 4.2.3 医師の教育・研修が適切に行われている

〔スライド48〕医師の人事管理、教育研修、医師の能力は病院への貢献度が評価されているかどうか、医師が適切に採用されているかどうか、これは先ほどのシンポジウムの議論のときもあった部分でございますが、こういふことが5段階できちんと評価をされるというところでございます。

〔スライド49〕

#### 4. 診療の質の確保

- 4.3 診療録管理部門
  - 4.3.1 診療録管理部門の体制が整備されている
  - 4.3.2 診療録が適切に管理されている
  - 4.3.3 診療情報が適切に管理され活用されている

〔スライド49〕今度は診療録管理部門でございます、診療録が適切に管理されているかどうかという部分も、これは非常に厳しい評価をされます。

〔スライド50〕

#### 4. 診療の質の確保

- 4.4 図書室機能
  - 4.4.1 図書室が確保され図書・文献が整備されている
  - 4.4.2 図書室の利用促進と便宜が図られている

〔スライド50〕これは図書室でございます。やはり、必

要なときに必要な情報が得られなければいけないわけ  
 でございますので、このあたりの図書文献が整備されてい  
 るかということも、きちんと評価をされます。

〔スライド51〕

4. 診療の質の確保
- 4.20 診療の責任体制と記録の徹底
  - 4.21 入院診療の計画的対応
  - 4.22 検査の実施と診断の確定
  - 4.23 薬剤投与の管理
  - 4.24 手術・麻酔・処置の適切性
  - 4.29 院内緊急時への対応

（スライド51）同じような部分でございますけれども、  
 質の確保ということで、診療の責任体制、記録の徹底、  
 これは非常に重要でございます。入院診療の計画的な対  
 応等々でございます。それから、院内緊急時への対応と  
 いうことでございまして、これがいいかげんですと、当  
 然医療安全という部分が図れないわけでございますので、  
 こういうあたりは非常に厳しく評価をされます。

〔スライド52〕

4. 診療の質の確保
- 4.31 診療の質の保証
    - 4.31.1 個々の症例について十分な検討が行われている
    - 4.31.2 治療実績が取りまとめられ診療の質改善の  
 指標となっている

（スライド52）診療の質の確保と、当然、症例に対して  
 の検討が行われているかどうか、この検討を行うことによ  
 って、次の患者さんにそれがフィードバックされていく  
 ということでございますので、この診療の質の保証とい  
 うのは、非常に重視されております。

このようなことから、ある意味では、この認定を受け  
 ているかどうか、先生方がこの病院は働きやすいかど  
 うかという一つの指標にはなるのではないかと考えてお  
 ります。

それと同時に、この認定を受ける準備作業の中で、職  
 員の意識が変わってまいります。質ということを考えな  
 ければいけないというふうに、職員の意識が変わって  
 くるということも、大きなメリットだろうと思っております。

〔スライド53〕

- 混合診療について
1. 容認するメリットはあるか
  2. 先進的医療と民間保険
  3. 混合診療と歯科
  4. 米国の現状
  5. 実施された場合の民間保険との関連
  6. 現行保険制度（現物給付）との絡み

（スライド53）今度は、混合診療と特定療養費制度でござ  
 いまして、これが、いまの議論の一番の問題でござい  
 ますけれども、いま、この混合診療については、いろい  
 ろな先生方が、いろいろな価値観の中で、いろいろな意  
 見を言われております。どうして混合診療が悪いのか、  
 これだけ医療費が抑制されている中で、本当に必要な医  
 療が提供できないではないかということが、医師からの  
 大きな議論でございますけれども、実は規制緩和の一環  
 として、保険診療と保険外診療との組み合わせの自由化  
 による消費者の選択肢拡大ということが、総合規制改革  
 会議、経済財政諮問会議からいま言われているのです。  
 なにかそういうふうに、なるほどなあと思いがちなんで  
 すね。

そして次が、医療費抑制を目的とした公費支出の抑制。  
 これは国が言っていることでございます。この二つを  
 セットで考えると、裏が読めてくるわけですね。つまり、  
 もう一つは、これは国も言っているわけでございますが、  
 公民ミックスという言葉をよく使います。公的保険と民  
 間保険のミックスという形ですね。それから公的保険の  
 守備範囲の見直しということも、ここで言っています。

この二つと、いま言いました二つを組み合わせると、  
 混合診療をなぜこんなに大きな声で言っている  
 のかというのが見えてくるわけでございます。つまり、  
 公的保険ではもう、限られた部分しか見えないよとい  
 うことなんですね。いま先生方が、混合診療がどうしてだ  
 めなのかと言われているのは、いまの保険診療を残したま  
 ま、さらに上乘せとしての考え方なんですね。

ところが、国や総合規制改革会議は、それは言ってい

ないんです。公的保険の守備範囲の見直しでございますから、もう必要な最低部分しか公的保険では見ないと。となりますと当然、それ以外は民間保険でという話になります。民間保険でという話になりますとどうなるかというと、つまり民間保険を買わないと、本当に必要な医療が受けられなくなるわけでございますから、当然、民間保険は売れてくるわけでございます。

では民間保険はどうなるのかというと、いまの民間保険は入院給付の部分でございますね。ですから金額は限られておりますが、ところがこういう保険外診療の部分を見るということになりますと、実はさまざまな問題が出てきて、そこをいかにコントロールするのかというのが当然、民間保険としてはやってまいります。

病気のリスクを持っている人は、まず加入できない。現在病気の人も、当然これは加入させません。民間保険は営利企業でございますから、できるだけ健康な人をたくさん加入させようとするのは当たり前でございます。

これは、ご存じのように、がん保険がセコム損保から出てまいりました。しかしあれをよくよく見ますと、さまざまな規制がまっているわけですね。

ですから、こういうことが実は裏にあるんだということ、ぜひご理解をいただきたい。日本で認可されていない技術や医薬品の使用が、いまできないではないか。これはシステムの問題です。必要であれば、それを保険診療の中に入れこめばいいわけございまして、それがいま遅いから問題になっている話ございまして、システムを迅速にできるようにすればいい話でございます。そんなに大きな問題ではございません。

そういう意味で、いま私どもは医療政策会議の中で、この混合診療それから特定療養費制度等々を、議論をさせていただいておりますので、そんなに遅くない時期に、先生方のほうへ、混合診療に関しての日本医師会の考え方が提案できるようになるだろうと思います。

米国はどうかということでございますが、米国は悲惨な状況ございまして、保険に入らない人が、本日坪井会長も言いましたけど4,200万人もいて、必要な医療が受けられないということで、患者の権利法というのができたわけでございます。

(スライド54) 特定療養費拡大を懸念するわけござい

[スライド54]

**特定療養費について**

1. 特定療養費拡大への懸念
2. 公的保険の便宜的手段

ますけれども、特定療養費は、これは公的保険の便宜的手段、いまはまだきちんと確立されていないから、とりあえず特定療養費制度で認めた上で、そして一般化されれば速やかに、いまの公的保険で見られるようにするという考え方で、私どもはやっているのだということ、ぜひご理解いただきたいと思えます。

[スライド55]

**マネジド・ケア支持派の主張**

- \* 競争原理・市場原理の導入  
米製薬業界を巡る問題
- \* 保険者機能の強化
- \* EBM活用

(スライド55) これは、競争原理、市場原理の導入ということで、さかんに言われておりますけれども、私どもにはもう競争原理はあるのですね。先ほど競合という話が出ましたが、競合ではなくて、質で対応するという形での競争原理は、これはもう既にあります。彼らが言っているのは市場原理ございまして、だから株式会社参入でございます。

そして言われているのは、われわれが高い金を出せば、優秀な医者をどんどん引っ張ってこれることができる。つまり、お金で評価をするのが市場原理でございます。その代わり、それだけの利益が上がらなければ、その医者はすぐ首になる。これが市場原理でございます。

そういう意味では、もうかるか、もうからないかという視点でしか考えないわけございまして、先日の医療経済・経営検討委員会がございましたが、そこでこの市場原理をさかんに言っている方の、基調的な話がありましたけれども、私が、医療の質はどうなるのだと話したら、医療の質は全く考えない。医療の質は関係ない

ということをはっきり言っておりました。もうかるか、もうからないかの話だということでございます。

保険者機能の強化等々でございますけれども、これによってどういうことが起きるのか。これはアメリカでは、必要な医療が提供できなくなってしまったという部分がございます。EBMを使って、さらに医療を縮小してきたという部分もございます。こういうことが、マネージド・ケアの支持派の主張でございます。

〔スライド56〕

市場原理の下での医療の問題点	
1) 弱者の排除	サクランボ積みで有病者の保険加入が困難に無保険者の増加
2) 負担の逆進性	有病者ほど保険料・自己負担が増える
3) パンパイア効果	「良心的経営」を続けていたら生き残れない
4) 医療費が下がるという保証がない	売り手市場では逆に価格が上がる 「自由経済」のコスト(膨大な事務コスト)
5) アクセス・質が損なわれる危険	

(スライド56) ですから、医療標準がいいじゃないかというのは、実は違うんだということをご理解頂きたいと思います。弱者の排除、サクランボ積み、元気な人だけが、保険に加入できるということがあるわけでございます。

〔スライド57〕

マネジド・ケアによるEBMの誤用	
* EBMとは best external evidence をいかに目の前の患者 (individualized patient) に適用するかという方法論 cookbook medicine でもなければコスト抑制を目的とするものでもない	「トップダウン式の cookbook を恐れる医師の味方」 (D Sackett, Br Med J 1996:312:71)
* HMOにとって、EBMとはHMOのガイドラインに従う診療を行うこと	HMOのガイドラインはコスト抑制が目的 科学的データよりもコンサルタント会社のガイドラインが判断材料とされる (e.g. Milliman and Robertson)

(スライド57) HMOのガイドラインは、コスト抑制だけが目的であったということでございます。

(スライド58) これは、コンサルト会社により決められた入院期間です。保険会社は、コンサルト機関にコンサルトをお願いして、いかに安く、しかも安い医療機関と契約してやっていくわけでございます。

実はいま、この保険会社が集めた保険料の65%しか医療に使われておりません。あとの35%は、コンサルト会社なり、その保険会社が利益として吸い上げている

〔スライド58〕

コンサルト会社により決められる入院期間	
病名/手術	標準入院期間
肩袖損傷手術	8-12時間
出産	1日
乳がん手術	1日
胆嚢摘出術	1日
虫垂炎手術	1日
脳卒中	1日
肺炎	2日
冠動脈バイパス手術	4日
心筋梗塞	4日

From "HMO consumers at risk: States to the rescue"  
(Families USA, Washington DC, 1996)

というのが現状でございますので、そういうものが日本に入ってくるということになりますと、当然同じようなことができるということです。

コンサルト会社が決めた入院期間を見てください。肺炎2日、脳卒中1日、虫垂炎1日というのはわかりますけれども、乳がん手術も1日、冠動脈バイパス手術も4日、心筋梗塞も4日。これ以上は払わないよという話でございますので、それが、アメリカが言う効率化でございます。しかし、その裏で患者さんたちは泣いているんだということは、これはしっかりとおわかりいただけると思います。

〔スライド59〕

ハーバード・ピルグリム社の失敗	
* マサチューセッツ州最大のHMO	
* 良心的HMOとしての定評	貧者に良質の医療を提供しようと、ハーバード大学医学部長ロバート・エバートが創立
* シェア獲得競争のための拡大戦略が破綻	
* 2000年1月、1億8千万ドルの負債が判明し、事実上の倒産、州の管財下に	
* ロード・アイランド州の子会社が倒産し、同州から全面撤退した直後	
* 2000年2月に、州高官が「医療に市場原理を採用する政策は失敗した」とする報告書を知事に提出	

(スライド59) この、最大のHMOが、実は倒産したわけでございます。倒産しましたら、そこから全面撤退しまして、そこで保険の医療が受けられなくなったということがアメリカで起きております。

市場経済、市場主義というのは、失敗したらいつでも撤退することができるわけですね。そうなりますと、その地域医療はがたがたになってしまうということでございます。

(スライド60) そこで、患者さんの権利法というのができたわけでございます。つまり、必要な医療が受けられ

[スライド60]

**患者権利法制定の動き**

下院は民主党案を可決  
 2001年6月上院も民主党案を可決  
 患者がHMOの決定に納得できないときに第三者機関による審査・調停を受ける権利を保証  
 争点はHMOを訴えることができるかどうか  
 ブッシュ大統領は拒否権発動を示唆

る権利でございます、日本でいう患者の権利法とは全く違う意味でございます。つまり、必要な医療が受けられないから、第三者機関により審査、調停を受ける。つまり、セカンドオピニオンという考え方が出てきているわけです。

日本はフリーアクセスですから、セカンドオピニオン、セカンドオピニオンと言われますけれども、そういう意味で日本の場合は、自由にセカンドオピニオンは受けることができるわけでございますけれども、アメリカの場合は、この医療は間違っているということをセカンドオピニオンに保証してもらって、新しい医療を受ける権利がそこできるといふ考え方でございますので、全く違うんだということをご理解いただきたいと思います。

最後は医療過誤でございます、医療過誤に関しましては、一番悩ましい部分でございますが、日本医師会は、きちんと医賠償保険という形でやっているわけでございます。やはり、こういう体制が整備されているということが、安心して勤務医の先生方が仕事ができることにもなるだろうと思っております。これからますます、医事紛争、医療訴訟が増えていく時代でございますので、先生方をしっかりと支える体制を日本医師会としては、より向上させていきたいと考えております。

[スライド61]

**日本と外国の医療の比較：健康寿命と医療費**

国名	健康寿命 (歳)			医療費 (1人1年あたり)	
	1位	2位	3位	1位	2位
オーストラリア	8	31	68	17	7
フランス	3	18	8	42	8
イタリア	6	14	57	16	14
ロシア	12	18	7	18	8
イギリス	14	8	8	16	21
ドイツ	20	20	19	8	22
アメリカ	24	21	15	4	7

出典：WHO (世界保健機関) World Health Statistics Annual, UN Demographic Yearbook  
 注：健康寿命の比較は、国により計算方法が異なり、本図には各国の異なるデータによる比較である。

(スライド61) これは、けさ方坪井会長が言ったところでございます。たった18位の医療費で、そして世界一の健康寿命を満たしている。

[スライド62]

**乳児死亡率 (出生千人対) ・ 平均寿命の国際比較**

国名	乳児死亡率 (出生千人対)	平均寿命 (歳)	
		男	女
日本	3.6人	77.1歳	84.0歳
スウェーデン	4.0	76.2	81.4
イギリス	6.1	74.3	79.5
フランス	4.9	74.6	82.2
ドイツ	5.0	73.3	79.7
アメリカ	7.6	73.8	79.4

出典：WHO (世界保健機関) World Health Statistics Annual, UN Demographic Yearbook  
 注：乳児死亡率の比較は、国により計算方法が異なり、本図には各国の異なるデータによる比較である。

(スライド62) しかも、乳幼児死亡率が一番低いんですね。このように、非常に効率的な質の高い医療を日本は展開しているわけでございます、アメリカの医療が効率的というのとは、お金的に効率的だというだけの話でございます、せっかくなつくり上げた、この質の高い日本の医療に導入することに、日本医師会は全力を挙げて反対をしていくつもりでございます。

[スライド63]



それが、ひいては勤務医の先生方が安心して必要な医療を患者さん方に提供する、そういう環境づくりにもなるだろうというふうに考えております。

(スライド63) 日本医師会は、医療関係者が安心して医療を提供できる環境づくり、そして、患者さん、国民が安心して医療を受けることができる環境づくりに今後とも全力を挙げてまいりたいと思います。先生方のご理解ご支援よろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

## 質疑応答

**藤原** 西島先生、どうもありがとうございました。ただいまのお話を基調としまして、勤務医が意欲をもって働くためにはということで、フロアの先生方と意見交換をしたいと思います。

この「勤務医が意欲をもって働くためには」というテーマは、イメージするのがなかなか難しいと私は思ったんですけども、ただいまの西島先生のお話から、少しおぼろげですけども、その姿が見えたような気がします。

つまり、勤務医という部分を少し太くくって、医療関係者が安心して医療を提供できる環境をよくすれば、勤務医の先生も意欲をもって働けるという、そういう結びつきと解釈したいのですが。それを、いま具体的に項目として挙げられましたように、一つには医の倫理綱領であり、一つには医療情報提供、あるいは医療の質の管理、それから混合診療もちょっと挙げられましたけれども、これはいま勤務医の先生方も非常に興味を持っておられるという点で触れられたんだろうと思いますけれども、要するに、勤務医が意欲をもって働くためにはという命題の究極の回答が、いま言ったように、医療関係者にも普遍的な回答でもあり、それは、ひいては患者さん、あるいは国民にも全く好ましい環境づくりだというようなことらしいんですけども、よく考えてみますと、医療をいま取り巻いている現状の中で、問題点を整理していただいたなあという気がします。

ただいまの基調講演を念頭に置きまして、これから自由にディスカッションしていただきたいと思いますが、実は、昨日の打ち合わせ会で、この勤務医部会の担当県である山口県の藤井会長が、「皆さん、いろいろ言いたいことがたくさんあるだろうから、ここでもう、みんなフリーにディスカッションしていただいたらどうか」ということで、私は私なりに少し仕組みを考えていたのですが、そういう形でいきたいと思います。

時間も、あと20分少々でございます。フリーに先生方のご質問を受けて、それを西島先生に回答していただく

ということで進めたいと思います。ご質問がありましたらお願いします。

**濱砂** 宮崎県の濱砂と申します。先生、ご存じでしたら教えていただきたいんですが、勤務医が意欲をもって働くために、米国型の医療制度を取り入れてはいけないと私は思っているんですが、いま経済財政諮問会議、総合規制改革会議の中に（日本医師会が委員として）全然入っていませんよね。その中で日本医師会は、坪井会長は、どういう形で、どれくらいの覚悟をもって、本当に覚悟をもってというふうに私はとらえているんですけども、本当に阻止できるんだろうかというのは、私、少し疑問に思ってるんですよ。方法論でしょうけれども、そのやり方とかそういったものを、もし案があれば教えていただきたいと思います。

**西島** 特に案があるわけではないんですけども、私どもは朝早くから夜遅くまで、関係者の方々に対してレクチャーするための運動を行っております。一番の関係者というのは、国会議員になるだろうと思いますけれども、（小泉さんの）裏には、きょう坪井会長が何回も申し上げましたが、財務省が隠れているわけですね。まさしくお金だけで、今回の医療制度改革が行われようとしているわけでございまして、ここに患者さんの健康を守るという視点が全くないわけでございます。

そういう意味で、いざというときには、全国的な国民運動を展開していかなければいけないだろうというふうには考えております。そのときにはやはり、都道府県医師会の先生方のご理解とご支援がなければ、私どもが上でいくら踊ってもどうしようもないということでございますので、ぜひそのあたりのご理解ご支援をお願い申し上げたいと思いますが。

**藤原** よろしいでしょうか。ほかに、はい、どうぞ。

**妹尾** 愛知県医師会の妹尾でございます。西島先生は勢いがいいから、話を聞いていて大変面白いんですが、先ほど坪井会長が講演の最初に話された、アメリカの商

務省のホワイトペーパーとか、あるいは今回のWTOの結果を見ますと、どうやって日医は戦うんだろうかと思っていますが、いかがですか。

**西島** 最近、日本医師会がよく、弱くなった弱くなったと言われますけど、私自身、中におりまして、決して弱くなったとは思っておりません。ただ、マスコミがどちらの方向で興味を持って書くのかということなんですね。

日本医師会が、ある意味では抵抗势力的な書き方をいつもされますので、ああいう形でのマスコミの評価が出ているわけでございますけれども、そうじゃない部分もあるわけございまして、ちょっと裏話を申し上げますと、いろんな記者たちは、実はもう理解をしてくれております。ところが、これが編集会議にかかってまいりますと、そこできななりいろんなバイアスがかかってくるということで、ああいう恣意的な記事が出てくるというふうに、私どもはいろんな記者たちと話して聞いております。そういう意味では、私どもが着々と、これに対する反論を続ける活動をしていく必要があるだろうと思っております。

**妹尾** 別に僕は、弱くなったと言っているわけじゃなくて、WTOの結果というのは、国際条約です。日本の政府が世界に約束したことを、日本医師会がいかに打破するかということを知っているだけです。

**西島** ですから、それはまさしく、力の問題だろうというふうに考えておりますが。

**藤原** 要するに、マスコミ対策が一番大切であろうという話ですか。

**西島** マスコミ対策が大切ではなくて、マスコミで書かれたことに対して、一つ一つ反応しないということだと思っんですね。マスコミに書かれますと、いろんな人たちがいろんな反応をしてくれてまいりますので、決してそれが正しい報道ではなくて、いろいろな恣意的な内容がそこに入っているんだということも、私どもは理解しなきゃいけないということを申し上げたいわけでございます。ですから、それが国民の世論だということでは決まてないと考えております。

**藤原** 世論とマスコミに少しギャップがあるんじゃないかと。実際に編集の前の段階では、もう少し理解がいつているけれども、それが編集会議にかかると、少し

バイアスがかかってしまって、正しいことが報道されていない、国民の意見が反映されていないということですね。ほかにご意見をどうぞ。

**澤野** 広島県の澤野と申します。私はこういう全国の勤務医部会には初めて出席させて頂き、日本医師会会長の御尊顔も初めて拝見させて頂きました。私がまいりました主なる目的は、日本医師会会長の御尊顔を拝見させて頂くことと、会長の御意志を確かめることだったのですが、会長の御講演、いまの西島先生の御講演を拝聴致しまして、まずは基本的には安心したということでございます。

前のお二人の先生と趣旨は同じなのですが、勤務医が意欲を持って働くためには、患者さんに安心して満足して頂ける、自分達が最良と信ずる医療を思う存分患者さんに与えることができることが必要ですが、この基本はもう皆さんのコンセンサスが十分得られていることかと存じます。けれど、それにもかかわらず、いまの医療環境はこれを十分に満たしているとはとてもいえず、政府のやろうとしている医療構造改革とは、簡単にいいますと、患者さんからたくさんお金を取って、病院に少なくともお金を渡すといったような単純なもので、構造改革といえるようなものでは全くありません。ほんとうに機能的に構造を変える、すなわち、保険医療制度を維持するのであれば、その財源が放っておいても自然の水の流れのごとく、貯っていくような道筋をつくることこそが、構造改革であると私は個人的には考えているわけなんです。

日本医師会も、いまの誤った改革のシナリオを阻止するうんぬんということで、いろいろお考えはおありなのだと思っんですが、全くの素人である私の一つの案を申し述べさせて頂きますと、国民みんなが車に乗って高速道路を走るわけですから、道路財源を道路の補修だけじゃなくて、これを保険のほうに一部入るようになるのはいかがでしょうかと思っわけです。今度ETCにまわすということが、画期的だというニュースを聴きましたが、これは同じ道路関係でちっとも画期的じゃないですね。日本医師会からも、ただいま私が申し上げたような具体的な提言もあっていいんじゃないかと思いますが、どういっご提言をされているか、私、存じ上げないのですが、お教え頂きたく存じます。

それからまた、県や市といった、われわれの代表の代議士さん、ちょっと不謹慎な言い方ですけども、御本人を知らなくても、われわれは投票して、われわれの代表として出て頂いているわけですね。もう少し目に見える御活躍をして頂きたいという気持ちがございます。医師会とそういう代表の代議士の先生方との連携および協力といいますか、そういうものはどうなっているんだろうかということもお伺い致したく存じます。

**西島** 先生がいまおっしゃった、いろんな構造改革に対しての提案をしなきゃいけないんじゃないかということでございますけれども、実は、これはもう既に提言をいたしております、日本医師会が考える医療構造改革という形で提言をいたしております。

その中には、診療報酬体系の見直しという形で、いまの非常に複雑化された、わかりにくい診療報酬体系から、非常にわかりやすい、しかも物と技術を分離した、そういう体系にするようにと提言をいたしております、これは、かなり国会議員のほうにも浸透し始めております。

それから、高齢者医療がいま医療費の大部分を占めるということで、悪者みたいに言われておりますけれども、決して私は悪者ではないと思いますね。一生懸命働いてこられた方が、結果的に高齢者になって病気を併発するということは当然のことでございますが、しかし、それに対しても出血を止めるという意味で、高齢者医療制度というのを提案をしております。

それから財源に関しても、本来財源は国が見つかる話でございますけれども、私どもがいろんな制度をきちんと検証した上で、これも提言をいたしております。

それから国会議員との、顔が見えないうんぬんでございますが、私ども、先ほど申し上げましたように、朝、朝食会をしながら、数人の方々に来ていただいて、そこでまた私どもの考えていることをご理解いただく、そういう活動を、ほとんど連日連夜やっております。かなりの方々にご理解いただいたわけでございますが、なにせいま、先ほど、けさも坪井会長の話にありましたように、トップダウン的な決め方がされていきますので、国会議員がそこに入り込む余地がいかないというような、非常に異常な事態でございます。このあたりを今後どう打破していくのかというのが、これから私どもが一番エネル

ギーをかけなければいけない部分だろうと思っております。いま全力を挙げております。

**藤原** いまのでよろしいでしょうか。はい、どうぞ。

**多田** 島根県の多田といいます。西島先生が大学を卒業される前から、日本では昭和36年から国民皆保険が始まっていますが、もうそのころからアメリカでは医療保険は、生命保険のように、ハイクラスの医療が受けられるように入る人も、最低限で入る人も、それから入らない人もたくさんいましたね。入らなくて、その人が病気になった場合は、当然財産も全部取られてから初めて、日本でいうと生活保護のようになるという制度は、アメリカはずっと昔から民主主義の国だからやっていますよね。今日の坪井会長のお話を聞いていると、日本の皆保険制度の中に、そういうものをトップダウンで言おうとしているのが、いまの現状なんでしょうか。

そういう、日本のいままでの皆保険制度の中で、ODAとかいろいろなところにはたくさん金を出していても、日本国民の医療費についてはそういう具合に、お金がないから今度は保険料を上げて自己負担を上げてという具合に、皆保険の中で変わっていくのか、それとも、民主主義の国だからって、アメリカのような形に変えようとしているのか、ちょっとそのへんがわからないので、教えてほしいんですけど。

**西島** ですから、先ほどから申し上げていますように、国民の健康を守るための医療はどうあるべきかという議論が全くなされないまま、財務省主導のお金だけの議論がいま進んでいるわけですね。ですから、例えば保険者機能の強化とか、それから混合診療というのは、まさしくその観点からの議論なわけでございます。

そこに、実は先生方がこの議論に乗っかっちゃってる。先生方がされているこの混合診療の議論というのは、まさしく純粋な議論なんです。最善の治療をするというのが、患者さんに対しての私どもの義務でございますから、そういう観点からの混合診療という話が、私はひとつあるだろうと思うんですね。

ところが、まさしく財源的なもの、それから利益的なもので、この混合診療という話がされている。財務省は医療費が上がるんだから対応できないといいますが、本当に対応できないのかどうか。例えば昭和62年に、

2025年には140兆円の医療費がかかると言っていたんですよ。それがどんどん変わって、平成7年には、120兆円の医療費がかかると。それが、平成13年の4月には84兆円。10月には60兆円です。つまり、数字がころころ変わってきているのが行政なんです。

今朝、坪井会長が2年で代わるからと言いましたが、非常に無責任な数字にわれわれは踊らされているわけです。ですから、われわれが収集したデータの中で、逆に私どもが提案をいましてきているというところがございます。ただこれは、一朝一夕には理解にはつながらないわけでございますし、まだ国会の先生方も、どちらかというやはり行政が出してくる数字のほうに信頼を持っておられますし、ましてやマスコミなんていうのは、まさしく行政が出してくる数字に信頼を持っているわけです。

そういう意味で、私どもが、うそのない情報を積極的にマスコミにも開示していくことによって信頼を得る、そういう戦いをしているということ、ぜひご理解いただきたいと思います。

**藤原** 先ほど、広島先生のご意見が出たんですが、代議士との連携に関して、代議士に顔が薄いと申しますが、われわれ医師会の意見が反映されないということだろうと思います。いまトップダウン方式で決まっているから、なかなか難しい状況とは思いますが、具体的にいま官邸とかそういうところに食い込んで、日本医師会はやられているんですかね。

**西島** その手法も使っております。

**濱田** 大阪府の濱田と申します。医事紛争に関してお願いなんです、各病院でいろいろと説明書等は考えているんです。例えば私は大阪で医事紛争の担当を10年しておりますが、以前より6倍くらい医事紛争が増えてきております。説明書を、各診療所あるいは病院でつくっておりますが、なかなか納得のできるような説明書はできません。

ですから、日本医学会に働きかけていただきまして、主なる病気で、紛争の多いような病気のときの説明書、例えば内視鏡手術にはこういう説明をすればいいというふうなことを、弁護士ともども考えていただきまして、モデルをつくっていただきたい。場合によっては、病院

が買わせていただいてもいいのではないかというふうに思っております。

大阪だけでやろうと思っても、なかなかまとまりませんし、できれば医学会レベルでやっていただいたらいいんじゃないかと思えます。

と申しますのは、ヨーロッパでは、各学会が弁護士と相談して、モデルの説明書をつくっております、それにサインがないと手術はしないというふうなことが行われておりますので、ぜひともご検討いただきたいと思えます。よろしくお願いたします。

**西島** 先生、これは、事故が起きる前に、患者さんから同意を得るための説明書ですね。検討させていただきます。

**藤原** 残された時間がないんですが、もう一人だけ、ぜひという方。はい、どうぞ。

**妹尾** 愛知県医師会の妹尾です。財務省が強い力を持っているのはわかるんですが、財務省をもっと強い力で押しているのはアメリカの商務省だというふう思うんですが、その点はどうなんですか。

**西島** おそらくそういう関係もあるだろうというふうに思いますが、その証拠を握っているわけではございませんので、何ともコメントしようがないと思うんですけども。

**藤原** なかなか難しい問題ですが、そろそろ時間になりましたので、これで終わりたいと思います。本日のテーマは、もとより結論が出るテーマではありませんが、いま医療提供体制が大きく変わろうとしております。勤務医の先生も、また開業医も、なかなか理想の将来像を描きにくいという時代でありますけれども、目標も理念もない、夢もないということでは、また事態は解決しないというふうに思えます。

ただ、今回の議論の中で、少しでも勤務医として、あるいは医師としての在り方、生き方についてのモチベーションになれば幸いです。本日は、どうもありがとうございました。西島先生、ありがとうございました。

# 参加者数一覧

---

平成14年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

ﾌﾞﾛｯｸ	都道府県	医師会	協議会参加者数				宿泊者数			観光			
			協議会	ランチョン 第1	セミナー 第2	懇親会	25日	26日	27日	ﾍﾞｲｽ 26日	A:萩 27日	B:ｺﾞﾙﾌ 27日	
① 北海道・東北	北海道	北海道医師会	8	3	3	7				1	4		
		札幌市医師会	7	5	2	8	5	7		1	4		
		函館市医師会	1		1	1	1	1					
		室蘭市医師会	1		1	1	1		1				
		苫小牧市医師会	3	2	1	2	3	2					
	青森県	旭川市医師会	1	1		1	1	1					
		青森県医師会	9	7	3	10	10	9		3	2		
		岩手県医師会	4	2	1	4	4	4		1	2		
		宮城県医師会	2	1	1	3	3	3		1	3		
		仙台市医師会	5	2	2	5	4	5			4	1	
② 関東・甲信越	秋田県	山形県医師会	2	1	1	3	3	3		1	1	2	
		山形県医師会	4	2	2	4	4	4					
	茨城県	茨城県医師会	4	2	2	3	2	3			3		
		栃木県医師会	3		3	2	2	2					
	群馬県	群馬県医師会	3	1	2	3		3					
		埼玉県医師会	7	7		7	7	7					
	千葉県	千葉県医師会	2	1	1	1	1	1					
		東京都医師会	2	1	1	2	2	2					
	神奈川県	神奈川県医師会	5	5		5	5						
		横浜市医師会	4	4		4	4					3	
川崎市医師会		2	1	1	2		2						
藤沢市医師会		1		1	1	1	1				1		
新潟県	新潟県医師会	3	1	2	3	3	3			1			
	富山県医師会	1		1	1	1	1						
	石川県医師会	4	2	2	3	4	3						
	福井県医師会	1	1		1	2	2		1	2			
	山梨県医師会	1	1		1	1	1						
	長野県医師会	2		2	2	2	2			2			
③ 中部	岐阜県	岐阜県医師会	3		3	3	3	3					
		静岡県医師会	2	1	1	2	3	2		1	1		
	愛知県	名古屋市医師会	7	3	3	4	4	4					
④ 近畿	三重県	三重県医師会	1	1		1	1	1					
		滋賀県医師会	5		5	5	2	2			2		
	京都府	京都府医師会	8	2	6	5	7						
		大阪府	大阪府医師会	7		7	7	7	7				
	兵庫県	兵庫県医師会	5	2	3	5	5						
		神戸市医師会	1	1		1		1					
	奈良県	奈良県医師会	11	5	6	11	6	7			5	1	
		和歌山県	和歌山県医師会	2		2		2					
	⑤ 中国・四国	鳥取県	鳥取県医師会	1	1		1						
			島根県	島根県医師会	2		2	2	2	1			
岡山県		岡山県医師会	5	3	2	3	4	3			1		
		岡山市医師会	2	1	1	2	1						
広島県		岡山市医師会	1	1		1		1					
		広島県医師会	7	2	5	6		4					
		広島市医師会	5	3	3	6	5	1					
山口県		広島市中区医師会	3	2	1	3		2					
		山口県医師会	176	90	59	53	2						
徳島県		徳島県医師会	5	2	3	5	5	5					
	香川県	香川県医師会	2	1	1		1						
愛媛県	愛媛県医師会	6	6		6		6						
	松山市医師会	4	2	2	3	2	2						
⑥ 九州・沖縄	高知県	高知県医師会	1	1									
		福岡県	福岡県医師会	4	3	1	3	2					
	福岡市	福岡市医師会	6	3	3	7	1	4					
		北九州市医師会	2		2	2		1					
	大牟田	大牟田市医師会	2	1	1	2							
		八女筑後	1		1								
	佐賀県	佐賀県医師会	2	1	1	2		1					
		長崎県	長崎県医師会	3	1	2	3		2				
	長崎市	長崎市医師会	2	1	1	2	1						
		佐世保市	2	2		2	1	2					
熊本県	熊本県医師会	3		2	2	1							
	熊本市医師会	4	1	3	4	1	4						
大分県	大分県医師会	2		2									
	大分市医師会	1	1		1		1						
宮崎県	宮崎県医師会	8	1	7	9	4	9		1	4			
	鹿児島県	鹿児島県医師会	2		2	2	2	2					
鹿児島市	鹿児島市医師会	3	3		3								
	沖縄県	沖縄県医師会	4	1	3	2	4	2					
日本医師会	日本医師会	16	3	7	14	12			1	5	1		
			432	205	190	285	167	157	1	12	48	8	

懇親会

