日本病院会雑誌　第49巻第11号　平成14年11月1日発行（毎月1日発行）昭和30年4月12日第3種郵便物認可　ISSN 0385-9363

日本病院会雑誌

Journal of Japan Hospital Association

第52回 日本病院学会特集号

2002 11 VOL.49 NO.11

優しい心で考えます。厳しい眼でつくります。
ケアベッドの新しい“かたち”

何よりも思いやりの心で選びたい、メディカル・ケアベッド。
ベッドを使う人の立場から優しさを追及しました。
介護される人にも、看護する人にも、安心して使える安全性と機能性、やわらかなデザイン、そして豊富な構成バリエーションなど、医療用ベッドづくり一筋、50余年の経験が新しい医療環境を生み出しました。

— As human, for human —
PARAMOUNT BED

パラマウントベッド株式会社

ホームページURL http://www.paramount.co.jp

本　社　〒136-8670 東京都江東区東砂2-14-5　☎03-3648-1111(大代)
東京営業部直通　☎03-3648-1171(代)

札幌支店	〒060-0062 札幌市中央区南2条西13-318-11	☎011-271-1181(代)
仙台支店	〒984-0015 仙台市若林区卸町2-3-3	☎022-239-5211(代)
さいたま支店	〒338-0001 さいたま市上落合9-4-7	☎048-852-0707(代)
横浜支店	〒194-0004 東京都町田市鶴間1715-1	☎042-795-8800(代)
名古屋支店	〒461-0001 名古屋市東区泉1-20-17	☎052-963-0600(代)
大阪支店	〒550-0001 大阪市西区土佐堀2-3-33	☎06-6443-8791(代)
広島支店	〒733-0011 広島市西区横川町3-8-5	☎082-293-1311(代)
高松支店	〒761-8031 高松市郷東町223-1	☎087-881-8800(代)
福岡支店	〒812-0013 福岡市博多区博多駅東3-14-20	☎092-461-1131(代)
京橋ショールーム	〒104-0031 東京都中央区京橋1-6-1 三井住友海上テプコビル1階	☎03-5250-1501(代)

資料ご希望の方はご請求ください。郵送いたします。

みなさまに満足していただけるよう各地の事業所にショールームを設けてあります。

日本病院会の共済面を担当する

㈱日本病院共済会

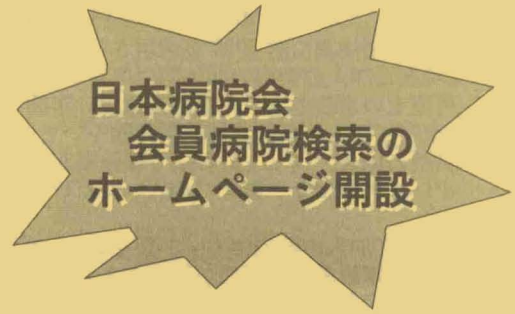
保険代理店業務

【損害保険】

病院賠償責任保険
勤務医師賠償責任保険
看護職者賠償責任保険
医療廃棄物排出者責任保険
医療従事者賠償責任保険
病院火災賠償責任保険
居宅介護賠償責任保険
現金総合保険　等

【生命保険】

医師退職金積立制度
がん保険　等



http://www.byouinjoho.jp/

商品斡旋業務

パソコン診療録管理システム
各種病院イベント・葬儀事業
病院防災システム
温冷配膳車
通信教育（ケアマネージャー）
医療周辺機器
院内情報サービス
排便・排尿自動処理機
医療関連図書　等

販売業務

人間ドック手帳、質問表
病院図書の発行と販売
日本病院会通信教育教科書

㈱日本病院共済会

〒102-0082 東京都千代田区一番町13番地2　TEL. 03-3264-9888　FAX. 03-3222-0016
http://www.nichibyo.co.jp/

ご存知ですか？
（社）日本病院会の病院賠償責任保険は こんなに有利です！

（社）日本病院会の病院賠償責任保険のメリット

1. 最高の団体割引率 20% が適用されており，断然有利です。
   【現在ご加入の契約の団体割引率をいま一度ご確認ください】
2. 医療上の事故の場合 **1 事故 1 億円，年間 3 億円**までお引き受けいたしております。
   【現在ご加入の契約の補償限度額をいま一度ご確認ください】
3. 病院の場合，ベッド数により保険料が変わりますが，ベッド数は，許可ベッド数か実在ベッド数の**いずれか少ない方**でご加入いただけます。（実稼働ベッドではございませんのでご注意ください）
   【現在ご加入の契約のベッド数をいま一度ご確認ください】
4. 万一の**事故の際の窓口が明確**であり，事故解決のために最も適切な方法をご連絡するとともに，会員病院と協力して紛争処理に最善をつくします。
   【現在ご加入の契約の事故の際の対応をいま一度ご確認ください】
5. ご加入の病院に対しては，ビデオテープ『医療事故と危機管理』の貸出サービスがあり，**事故防止のためのノウハウ提供**にも積極的に取り組みます。
   【現在ご加入の契約の事故防止のためのサービスをいま一度ご確認ください】

『日本病院会の病院賠償責任保険』へのご加入はいつからでも可能です

『**日本病院会の病院賠償責任保険**』へのご加入はいつからでも可能です。病院賠償責任保険に未加入の病院は，医事紛争の現状を踏まえられ，今すぐ本保険へ加入されますことをお勧めいたします。

なお，本保険へ切り替えられる病院におかれましては，現在加入されている保険の満期日と本保険の保険始期にブランクが生じないようにご注意ください。

中途加入の場合，本保険の保険始期は，保険料が下記振込口座に着金した日の翌日になります（お振込の際は**電信扱**をご利用ください）

『日本病院会の病院賠償責任保険』へのご加入の手続は大変簡単です

『**日本病院会の病院賠償責任保険**』への手続は大変簡単です。
加入依頼書に，必要事項ご記入のうえ，㈱日本病院共済会までご送付いただき，保険料を振込先口座までお振込いただくだけです。

なお，加入依頼書のご請求・中途加入の場合の保険料につきましては，下記までご照会ください。

◆お問い合せ先◆
日本病院共済会
〒102-0082 東京都千代田区一番町13－2
電話 03－3264－9888
〔担当〕 井 上

◆保険料お振込先◆
富士銀行 麹町支店
日本病院共済会
普通預金口座 No. 768088

日本病院会雑誌 病院学 2002年11月号

目　　次

グラフ：第52回日本病院学会……7
巻頭言：医療保障はどう変革する？……川合　弘毅　11
第52回日本病院学会
会長講演1　古いトルコ小紀行（手は心の窓）……中山　耕作　13
同　2　近代医療の選択肢……坪井　栄孝　23
特別講演1　An Alternative Healthcare Reform — "TO DO NO HARM"
……Dr. Lawrence Lai　28
同　2　The International Contribution of the United Kingdom to Medical Training……Prof. Sir Robert Shields　31
同　3　Educational and Training Opportunities in the United States for Foreign Medical Students, Doctors and Teachers
……Prof. John E. Connolly　37
同　4　科学・技術進歩の光と影……杉岡　洋一　41
同　5　病院経営は虚業ではない……行天　良雄　49
同　6　次世代の医師を育てる病院……阿曽　佳郎　59
シンポジウム1「看護の質と経営」　座長／宗村美江子　シンポジスト／福澤邦子・大原与志子・石川　誠・小松茂樹・小川清記　67
同　2「安全・危機管理と医療経済」　座長／大井利夫　シンポジスト／阿曽佳郎・森　功・橋本迪生・山内鉄也　89
同　3「医療の無駄を洗い出す」　座長／池澤康郎　シンポジスト／下村　健・糸氏英吉・石井孝宜・中　佳一　113
同　4「疾病予防から医療・介護への軌道—機能の流れと連携」
座長／山本修三　シンポジスト／伊藤雅治・瀬戸山元一・川合弘毅・宮川政昭　135
第52回日本病院学会一般演題分類区分・プログラム……159
〈一番町だより〉
平成14年度第5回定例常任理事会議事抄録……201

診療情報管理課程通信教育募集要項……210
11月研究会のお知らせ……213

学術委員

（長）星　和夫　（副）小堀鷗一郎　岡崎　通　佐野忠弘　波多野　誠　松峯敬夫　村岡　亮

研究会編集委員

上原みどり　倉辻明男　外池美和子　古瀬敬子　本田佳子　松元和敏　谷古宇　秀　渡辺元三

（事務局　浜田一美）

日本病院会の倫理綱領

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

1. **医療の質の向上**
   我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。
2. **医療記録の適正管理**
   我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。
3. **権利擁護とプライバシーの保護**
   我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。
4. **安全管理の徹底**
   我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。
5. **地域社会との連携の推進**
   我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人　日本病院会

病院憲章

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

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

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

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

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

社団法人　日本病院会

「医療改革は現場からの提言で」を学会のテーマに掲げた第52回日本病院学会はホテル日航東京にて、平成14年６月20日～21日の２日間開催された。延4,000人の参加者を集め、一般演題は458の出題があり、活発な討論が行われた。

挨拶の秋山 洋学会長（左）と中山耕作日本病院会長（右）

会長講演「古いトルコ小紀行
（手は心の窓）」

会長講演「近代医療の選択肢」
坪井栄孝 日本医師会長

学会長講演「崩壊する資本主義と
医療の行方」

特別講演「An Alternative Healthcare
Reform－"TO DO NO HARM"」
Dr.Lawrence Lai アジア病院連盟会長

特別講演「Medical Training による
国際協力」Prof.Sir Robert Shields
元リヴァプール大学外科教授

特別講演「Medical Training による
国際協力」Prof.John E. Connolly
カリフォルニア大学外科教授

特別講演「科学・技術進歩の光と影」
杉岡洋一 九州労災病院長

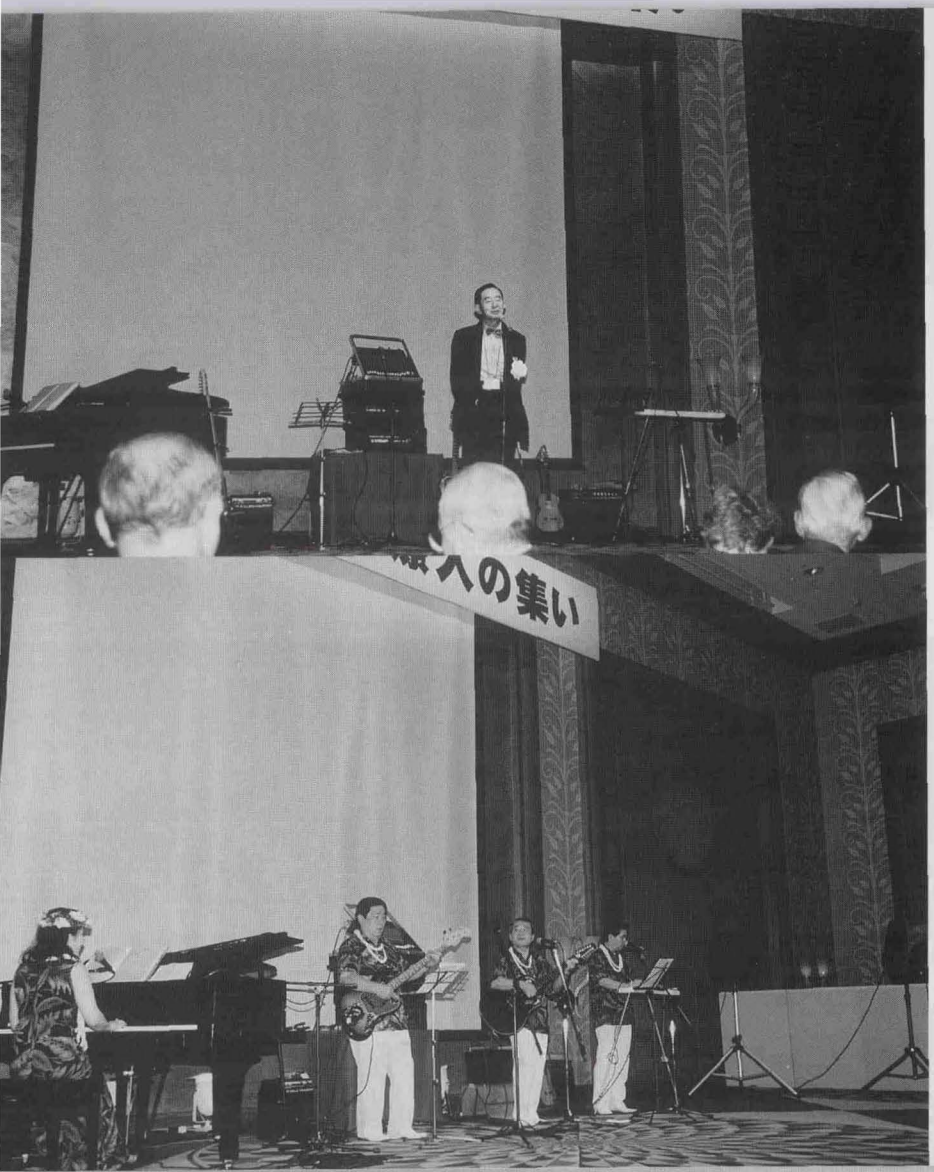
特別講演「病院経営は虚業ではない」
行天良雄 医事評論家

特別講演「次世代の医師を育てる病院
藤枝市立総合病院名誉院長 阿曽佳郎

会場は終日満員の参加者で埋められた

ポスターセッションの会場

第51回学会（福岡市）における優秀・優良演題の表彰（代表受賞者）



学会第一夜の医療人の集いはホテル日航東京で行われ、挨拶をする池澤康郎副学会長

色々な催し物があって、時間のたつのを忘れさせた

会場となったホテル日航東京（港区台場）

撮影：日本病院会広報部

巻頭言

医療保障はどう変革する？

川合弘毅※

息子夫婦の年間所得が500万円以下に大幅に減額されて，はや10年近くなった。デフレスパイラルに陥ったのか，どうなのか，経済の専門家でないので理解できないが，給与の減少と共に，物価も安くなった。状況が大きく変わったにもかかわらず，脳天気に800万円の所帯を張っている。子供も生まれ，一人前に家庭を持っていると嘯(うそぶ)いているが，あいも変わらず学生時代と同様に，いや，それ以上に，老親から年間300万円くすねている。どうして未だに親の脛(すね)を齧(かじ)らなければならないか？　見栄を張らねば成らないのか？　自分の甲斐性で生活できないのか？　日本の財政構造を擬人化するとこのように表現できる。

税収は50兆円，国家予算は80兆円，国債発行等は30兆円，累積債務は700兆円に及ぼうとしている。国は貧乏だが，国民は未だ，1,400兆円程度の資産を有すると言われている。しかし，このままの状況が続けば，国民も奈落の底に転落しかねない。ケインズ的論理展開で財政出動する時代は過ぎた。大きな政府から小さな政府に様変わりする必要がある。この点において，国民は小泉内閣を支持しているのである。

社会保障，特に，医療保障の担い手である病院人にも発想の転換が求められる。医学・医療技術の進歩や国民のニーズの多様化に対応するには，国民医療費は増加せざるを得ない。従来のように，増加する国民医療費を公費の更なる投入や保険料の増額で対処しようとする時期は過ぎ去った。現行の財政事情では今までと違った手法を講じなければならない。現行の手法も含めて，次の方法が挙げられる。

1.　結果の平等を原則とする社会主義的手法
　①　持つ者から持たざる者への大幅な所得移転。
　②　保険でなく税で医療費を賄う。
　③　平等な最低限の医療サービス。
　④　医療国営制
2.　今の継ぎはぎの健康保険制度の堅持
　①　財政破綻は目前。
　②　医学・医療技術の進歩に対応できない。
　③　国民のニーズの多様化に対応不能。
3.　第3の道を探る。

※かわい　こうき　(社)日本病院会常任理事　医療法人若弘会理事長

今，医療提供サイドで議論されている内容は，既得権益の擁護論に過ぎないと表現しても過激ではない。今必要なのは「第３の道を探る」ことである。介護保険法の改正と高齢者保健法（仮称）の創設を平成17年春と見据えて，医療保険制度・年金制度・高齢者雇用安定法・税制等の広範な抜本的改革について，聖域を設けることなく積極的に議論しなければならない。

今こそ，日本病院会は医療サービス提供側の視点を踏まえて，社会保障はどうあるべき？　医療保障は如何に？　医療保険制度は存続させるべき？　医療保険の医療サービスにおける守備範囲は如何に？　終末期医療をどう捉えるか？　介護保険・医療保険・高齢者保健法（仮称）の関係を如何に位置付ける？など議論を重ね，国民に提言し，その批判に耳を傾ける責務があるのではなかろうか？

古いトルコ小紀行（手は心の窓）

(社)日本病院会会長　中　山　耕　作

平成14年6月20日（木）・東京

中山　チョク・テシェクエデレム，ドクトールナラ。奈良先生，過分なご紹介をありがとうございました。会長講演にふさわしくない場違いなお話で誠に恐縮なんですが，今年の5月の連休にも日本病院会主催の医学の歴史を巡る旅でトルコツアーが行われ，大勢の皆様がご参加になりましたので，新しいトルコを教えていただきたいと思います。

〔トルコ出張のいきさつ〕

35年前のトルコ共和国のイズミール市を中心とする私の拙い経験の概略とそこで何を学んだかをお話ししたいと思います。そもそもトルコへ出張することになりましたいきさつは，昭和38年に浜松に院長として赴任してから2年半後のことで，病院もやっと軌道にのってきたと思われる時でした。恩師の榊原先生が浜松に来られてトルコ共和国の政府の要請で，国立エーゲ大学の脳神経外科教授としてしばらく行ってくれないかというお話に，極めて気楽にそのお話にのってしまったのが，ことの始まりでございます。

病院側の要請もありまして，院長職のままでせめて1年間で帰ってきてほしいとのことでございました。そしていろいろないきさつから，私は単身赴任ということになりましたけれども，私にとりましては初めての海外出張ということになります。当時はトルコ語の辞書や文法書などはまだ日本では出版されていませんでした。まったく言葉の知識が皆無のままで，イズミール市にある国立エーゲ大学に赴任したのは，1967年のことでございます。

トルコ語はアルタイ語族に属しておりまして，日本語と発想はよく似ております。I water drinkの順でベン，スー，イチオルムというんですが，私は水を飲むというのは動詞が最後にきます。目的語が主語の次にくる。そういう順に話せばいいんだということは，トルコに行ってから知りました。東回りでアメリカのボストンへ，その後レイククリニックのドクター・ポッペンそれからメイヨークリニックのドクター・マッカーティーのところで1カ月間手洗いをして助手を務めてまいりました。ボストンからロンドン，ロンドンからイスタンブールの予定が，プロペラ機（当時は未だプロペラ機でした。）の故障でアテネに着き，アテネで1泊，観光できたのは幸せでしたけど，翌日イズミール空港に着きましたところ，予定が狂っているので，夜の空港には誰も迎えが来ていませんでした。しかたなくタクシーで，タクシーの運転手は日本から来たのか，じゃ半値でいいやということで，レクトルリュークという学長の来賓館へ案内されて泊まることができました。

それからもう一つお世話になりましたのは，OTCA海外技術協力事業団，今のJAICAの前身ですけれども，給料が安いので生活費の補助と，それから持ってきました手術機械，シャントチューブ，そういう大量の持ち込みは輸出ではないとの証明書をもらいました。過日税関をパスすることができました。それからエーゲ大学では他の科の外人教授はすでに引き上げてしまって，その弟子たちが教授になっている時代でしたけれども，脳神経外科医はなく，日本から安くてよく働く医者を連れてきたというところでしょうか。当時は1$が360円の時代でございました。

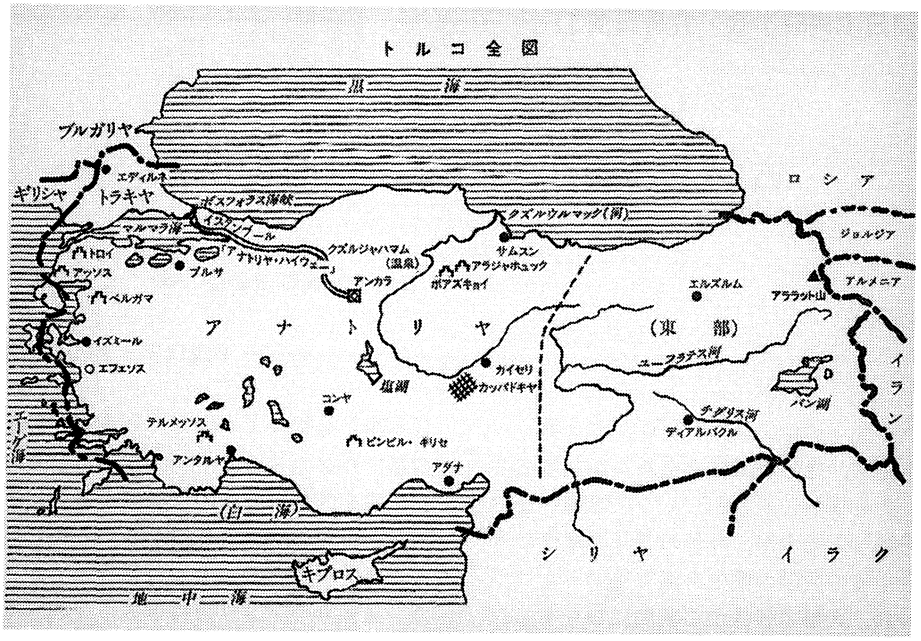


図1

〔トルコの地図〕

図1はアナトリア半島の地図でございますけれども，御覧いただきますと北は黒海，西はエーゲ海で東部は山岳地帯で，チグリス・ユーフラテスの源流が流れております。それから東部で国境に近い所にアララト山という山がございまして，この山にはノアの箱船が着いたという伝説がございます。首都のアンカラがアナトリヤ半島のほぼ中央に位置しております。イスタンブールはボスフォラス海峡のヨーロッパ側にあります。それから私の行きましたところがエーゲ海に面したイズミール市で，昔スミルナといったところでトルコでは3番目の都市でございます。当時人口は50万人位でございました。イスタンブールの対岸がウシクダラというところでクリミア戦争の時にナイチンゲールが働いていたという病院がございます。それともう一つ，ここのエーゲ海に面したところの国境線というのは，すべて西側はギリシャ領でございます。目の前の島がギリシャ領地であるということでございますのでトルコ人にとってしゃくの種であるようです。面積が日本の2.1倍。人口は3,500万人でございます。次は小アジアの歴史でございます。

〔小アジアの歴史〕

表1は各民族の興亡の歴史でございます。現在のトルコ共和国の誕生は，第一次大戦のあとでございます。はじめは主な歴史はヒッタイト民族が鉄を生産したという歴史がございます。それでヘレニズム，ローマ時代，ビザンチン，それからセルジュク，オスマントルコときまして，このとき第一次世界大戦が始まりまして，ドイツとともに戦いに敗れて，本当は地球からトルコという国は消えてしまうはずだったんですがアタチユルクの働きによって，各国の軍隊を排除し，ついにローザンヌ条約によって初めて独立の共和国として認められました。この時にアタチユルクの果たした功績が非常に大であったということがあります。

それで日本との交流はどうかということですが。明治8年（1875年）通商条約の交渉が開始されております。この後，明治23年（1890年）6月にトルコの軍艦がまいりまして明治天皇に拝謁し，親書を奉呈しています。その艦が帰りに紀伊水道で遭難，沈没しました。日本人が非常に熱心に乗組員を救助しました。その年の10月に今度は日本の艦がイスタンブールに行って皇帝に拝謁しています。まもなく日露戦争が始まりまして，結局トルコとの通商条約ができましたのは，大正12

表1

小アジアの歴史

① 旧石器時代（BC5000～）
② 新石器時代（BC3000～）
③ プレヒッタイト（青銅器時代）（BC2300～2000）
④ ヒッタイト（鉄器）時代（BC2000～750）
⑤ フリージア時代（BC1200～650）
⑥ リデイヤ時代（BC650～546）　} エーゲ海文明
⑦ ペルシヤ時代（BC546～334）
⑧ レヘニズム時代（BC334～64）
⑨ ローマ時代（BC130～AD395）
⑩ ビザンチン帝国時代（393～1453）　} 十字軍時代 11世紀末 → 13世紀末
⑪ セルチューク帝国時代（1077～1308）　} クリミヤ戦争（1853～1856）
⑫ オスマン・トルコ時代（1299～1922）　} 第一次世界大戦（1914～1918）
エルズルム会議（1919）
⑬ トルコ共和国時代（1923～現在）　} ローザンヌ会議（1922～1923）

表2

日土友好の歴史

明治8年（1875年）	通商条約の交渉開始
明治20年	小松宮彰仁親王 イスタンブールでアブドユル・ハミットⅡに謁見
明治23年6月（1890年）	トルコ軍艦エルトゥウルル号訪日 横浜港入港 明治天皇に拝謁。新書を奉呈 帰路、紀伊水道で遭難（乗組員650名中69名救助）
明治23年10月	日本海軍、金剛・比叡 イスタンブールへ入港。 皇帝に拝謁
明治38年（1904年）	日露戦争
大正12年（1923年）	日土国交樹立

年で48年間かかったということでございます。(表2)

〔初代大統領アタ・チユルクの業績〕

図2は初代の大統領になったアタ・チユルクと申します。アタというのは父親という意味で，トルコの父というおくり名となります。それで本当の名前はムスタファ・ケマール。それがアタチユルクというおくり名をもらっています。で，何をやったかというと，徹底した政治改革をやりました。まず政教分離。そしてアラビア文字をアルファベットに変えた。それから遷都した。それまでイスタンブールにあった都市をアンカラへもっていったんですね。ちょうど明治天皇が京都から江戸へ都を移したのと同じです。

それから女性の参政権を認めた。一夫多妻制の禁止と女性のベールの禁止。またイスラム暦を太陽暦に変えました。

さらに新しい法体制を作成し，初等教育を義務化し，それから大学を各地に7カ所つくりました。私が行きました当時に医学部があったのは，イスタンブールとアンカラとイズミールと3つだけでございました。それで近代化即西洋化ではないということと，デモクラシーが必ずしも当時のトルコ国民の理念にあわないということをアタ・チユルクは感じていたといわれております（表3）。と

図2

ころで現在 EU 加盟の是非が問題になっているようです。

私が35年前にトルコに行った頃まったく想像もつかなかったことなのでしたが，こういう若い女子学生たちがいるということ。まったくイメージが違う近代女性たちのはつらつした姿を見たことは驚きでした。(**写真1**)

〔エーゲ大学にて〕

それから1968年に学生のつくったアルバムの表

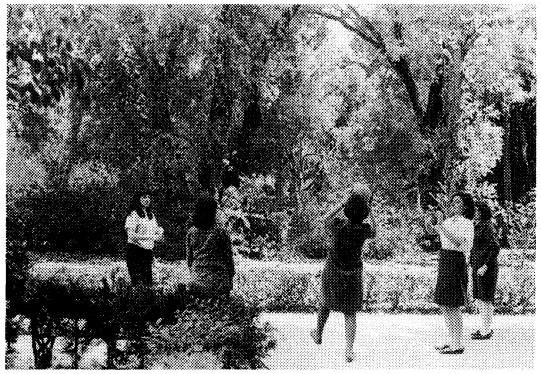


写真1

紙でございますが，各科の教授陣の写真も載っております。(**写真2**)

エーゲユニバーシティ，ティプファカルティシー，これは医学部という意味です。そのタイトルのところにジェラヒイ (Cerrahi) というのは外科のことです。サージェリーです。左側は主任教授のハイロラ・コチヤオール。向って右はヤバンジー・プロフェッサーの中山。外国人のことをヤバンジーといいますから，ヤバンジー・プロフェッサーということになる訳でございます。野蛮人と語源は同じでしょうか？ (**写真3**)

写真4は当時のトルコの新聞で，日本人の教授が小児の手術をやったと。これは水頭症の脳室―腹膜シャントですけれども，母親が承諾書にサインしています。アメリヤートとは手術のことです。

写真5は医局のレジデントたちです。脳外科手術を手伝ってくれたスタッフとしては助手が1人か2人，麻酔医が1人器械出しの看護師1人，看

表3

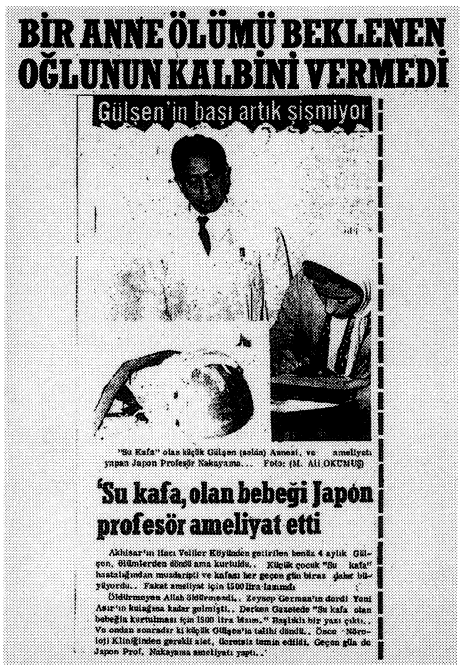
アタ・チュルク　1881――1938

(ケマール・パシャ ← ムスタファ・ケマール)

トルコ共和国初代大統領

① 政教分離
② アラビア文字 → アルファベットへ（以来アラビア文字を禁止）
③ 遷都　イスタンブール → アンカラ
④ 女性の参政権を認める
⑤ 一夫多妻の禁止
⑥ 女性のヴェールの禁止
⑦ イスラム歴を太陽暦に変えた
⑧ 新しい法体系を作成
⑨ 初等教育を義務化
　各地に大学を開設
⑩ 近代化 × 西欧化
　デモクラシー × トルコ国民の理念

写真 2


BİR ANNE ÖLÜMÜ BEKLENEN OĞLUNUN KALBİNİ VERMEDİ

Gülşen'in başı artık şişmiyor

"Su Kafa" olan küçük Gülşen (solda) Ameliyat ve ameliyatı yapan Japon Profesör Nakayama... Foto: (M. Ali OKUMUŞ)

'Su kafa, olan bebeği Japon profesör ameliyat etti

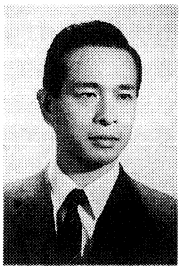
Akhisar'ın Hacı Veliler Köyünden getirilen henüz 4 aylık Gülşen, ölümlerden ölümle kurtuldu.. Küçük çocuk "Su kafa" hastalığından muzdaripti ve kafası her geçen gün biraz daha büyüyordu.. Fakat ameliyat için 1500 lira lazımdı

Düşürmeyen Allah öldürmedi.. Zavallı German'ın derdi Yeni Asır'ın kulağına kadar gelmişti.. Derken Gazetede "Su kafa olan bebeğin kurtulması için 1500 lira lâzım." Başkalı bir yazı çıktı.. Ve ondan sonradır ki küçük Gülşen'in talihi döndü.. Önce Nöroloji Kliniğinden gerekli alet, teretsis temin edildi. Geçen gün de Japon Prof. Nakayama ameliyatı yaptı..

写真 4

Cerrahi

Prof. Dr. Hayrullah KOCAOĞLU



Prof. Dr. Kaoru NAKAYAMA

Prof. Dr. Hayrullah KOCAOĞLU

写真 3

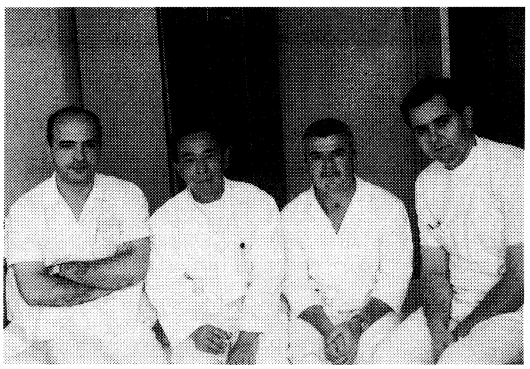


写真 5

護助手が１人というメンバーでした。特に**写真 6** の２人が主として手伝ってくれましたが，互いに意思が通じない片言の英語とトルコ語，時にはドイツ語，場合によっては日本語も飛び出す始末でした。大変苦労いたしました。

それにしましても，当時は学生の講義はもちろんのことですが，手術をするにしても，患者さんの診療や診察をするにしても，すべて英語のできる助手の通訳を介して行っておりましたので，誠に隔靴掻痒（かっかそうよう）の感を免れませんでした。特に患者さんの訴えに対しては，細かいニュアンスはまったく分かりませんでした。従って１人の脳神経外科

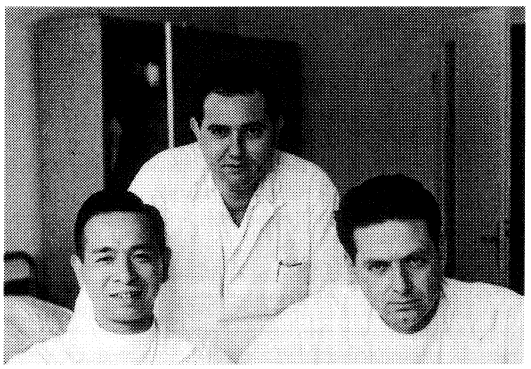


写真 6

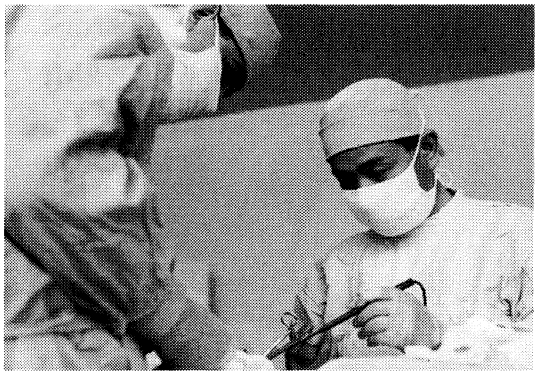


写真7

写真8

医が日本からはるばるやってきたので珍しがられただけで，どこまで信頼されていたか，はなはだ疑問でございました。当時の私は，患者さんの心をとらえるのに暗中模索していた次第でございます。

写真7は助手のエルダンを相手に手術をやっているところです。**写真8**は看護助手でございまして，麻酔から輸血の手伝いなど外回りの仕事をやっていました。

表4は1年間の開頭手術の症例ですが，今回の施設基準には及びません腰椎々間板ヘルニアの3例が入っています。従って1年間で開頭手術は36例となります。しかし，脳嚢虫が1例見つかったので，さすがにトルコだなと思ってまだまだあるだろうと思っていたんですが，1例しか見つかりませんでした。

手術はとにかく検査は，まずエコーはありませんし，もちろんCTもMRIもいまだ無い時代でしたので神経学的診断が主で時に脳血管撮影CAGと脳室の空気造影PVGを行いました。脳波も十分にはとれなかったです。

ところが外来は超満員で，助手がトリアージをやってくれるんですが，大分見落としがあったのではないかと後悔しています。手術の死亡例は4例ですから，10.8%の死亡率であったと思います。開頭手術のみですと11.1%となります。脳腫瘍は全剔できたのが約半数で後は部分切除でした。以上はだいたい仕事の話なんですけど，断食週間が明けました時に，パーティーが行われます。ラクという強い蒸留酒を飲まされました。(**写真9**)

以上で一応大学のお話は中断して次にイズミールの市民生活にふれたいと思います。

〔イズミール市での見聞〕

赴任してまもなく，イズミール市で国際見本市が開かれましたので，日本貿易振興会（ジェトロ）がまいりましたけれども，日本館はジャポンヤと

表4

約1年間の開頭手術症例数

1) Cysticercus cellulosae	1	10) Subarachnoid bleeding	3
2) Meningioma	4	11) Epidural haematoma	2
3) Acusticus neurinoma	2	12) Parkinson's disease	2
4) Metastatic tumor	2	13) Lumbar disc hernia	3
5) Trigenus neuralgia	5	14) Intraorbital tumor	1
6) Hydrocephalus	3	15) Craniopharyngioma	1
7) AVM	2	16) Hypophysen adenoma	2
8) Subdural haematoma	2	17) Appoplexia	3
9) Brain abscess	1		
		計	39

書いてあります（**写真10**）。ところがアンカラの大使館，イスタンブールの領事館からは誰も出席して面倒みてくれませんでしたので私が代理大使としてアルバイトの学生を募集したりして，日本館の受付などを頼みました（**写真11**）。日本館の受付をやってもらってたんですが，左後方の方がジェトロから来られた方です。日本は非常に評判がよいものですから，大勢観客が押し寄せましたけど，陳列してある品は残念ながら雑貨ばかりでがっかりさせられました。

写真12はチャイハネ。喫茶店です。知人のトルコ人と一緒に行きました。どこのレストランに入りましても，店中のお客も店員も私を指さしてジャポン，ジャポンというんですね。イズミールにはほとんど当時は日本人はいませんでしたので，珍しかったのだと思います。ただ困りましたのは私で，日の丸を背負って歩いている感じがしまして，日本人の恥となるようなことはいっさい

写真 9

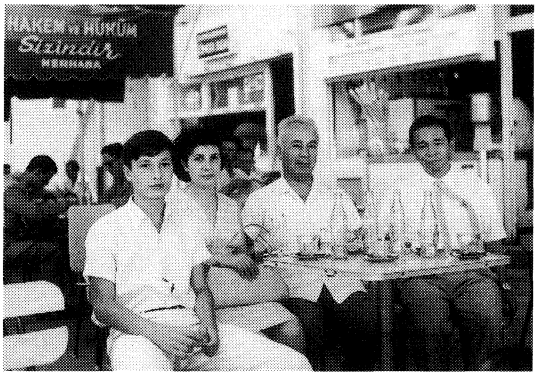


写真12

写真10

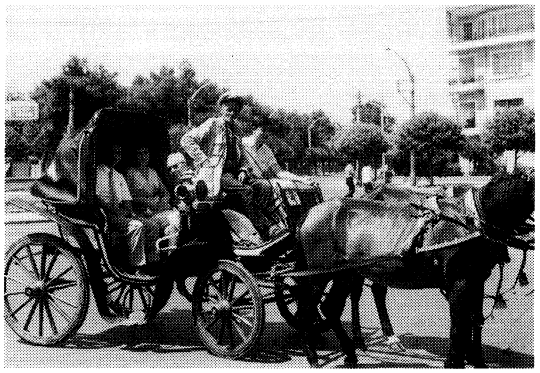


写真13

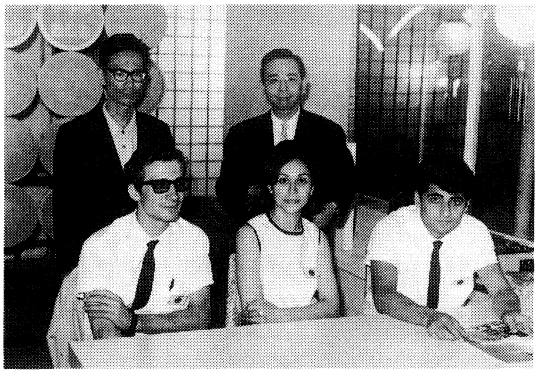


写真11

写真14

できませんでした。

写真13は普通の馬車なんですが，トルコ鞍のことを聞きました。解剖の教授は，トルコ鞍はうちの車庫の隅に置いてあるから，ぜひ見に来るようにといわれたんですが，その後町で見かけました。**写真14**はトルコの結婚式で市役所で登録して出てきたところです。服装から何から極めて西洋的だと感じた次第です。

〔遺跡観光〕

次は遺跡観光の一部をご紹介します。これはエフェソスのギリシャ時代の遺跡のあるところです。アポロンの像が何かの遺跡の上に乗っかっているところです。(**写真15**)

写真16は野外劇場ですけど，現在でも祝祭日には劇場として使っております。

イズミールの近くのエフェソスという遺跡の所に聖母マリアの終えんの地があると伺いましたので，行ってまいりました。これが聖母マリアの終えんの建物であると教わった訳であります。(**写真17**)

写真18は，5000年前のヒッタイトの都のハットゥシヤ市に行きました時に，撮りました写真ですが，ライオンゲートです。彫刻も立派に残っております。(**写真19**)

写真20はチェシメという海水浴場に夏休みに学生と行きました。エーゲ海で泳いだことのある日本人は少ないと思います。

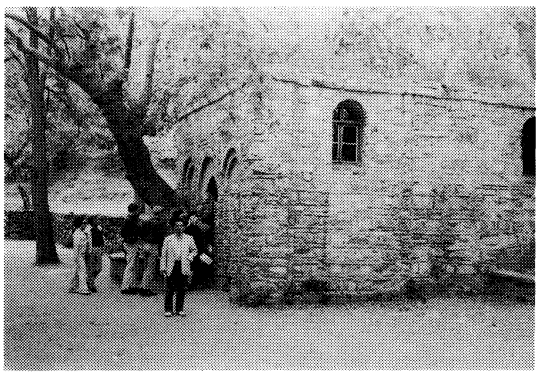


写真17

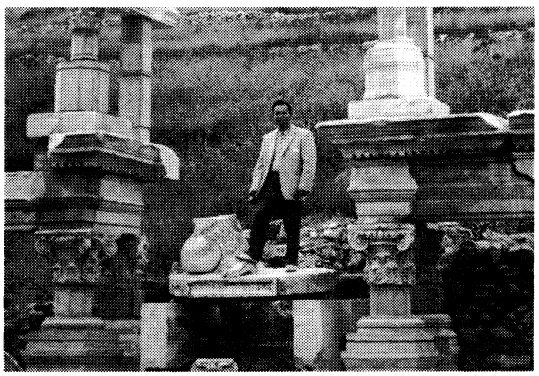


写真15

写真18

写真16

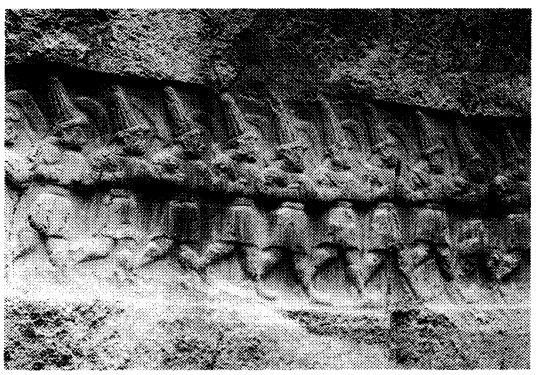


写真19

写真20

〔陸軍病院で老院長に教えられたこと〕

写真21は黒海でございます。対岸がクリミア半島になります。黒海のサムソンというところで軍の重要基地があります。また陸軍病院もありました。大学を卒業すると２年の兵役がありまして，ここにもエーゲ大学外科出身の軍医が１人おりました。その軍医の紹介だと思いますが，翌朝１台のジープが宿舎にやってまいりました。(**図３**)

日本人の医師が当地へ宿泊中と聞いたので，ぜひ当病院へ招待したいということでそのジープに乗り込んでいった訳でございます。軍医たちが仰々しく出迎え，あまりおおげさなので面食らった次第です。病院長はイスマエルという老大佐で院長室ですっかりおもてなしを受けました。議題は主として日本や日本人の技術に対する賛美，一方では自国の貧しさや後進性を慨嘆することで終始したと記憶しております。

当時日本は高度成長の真っ最中でありました。一方トルコは第三次中東戦争やキプロス紛争の

写真21

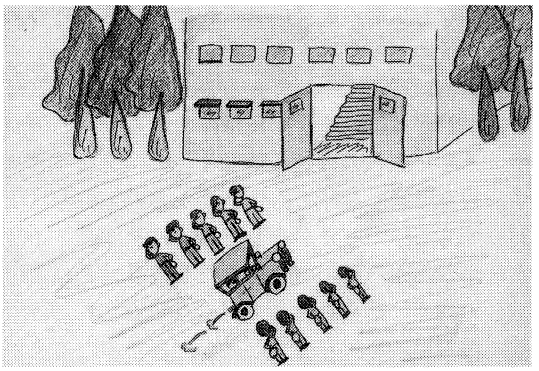


図３

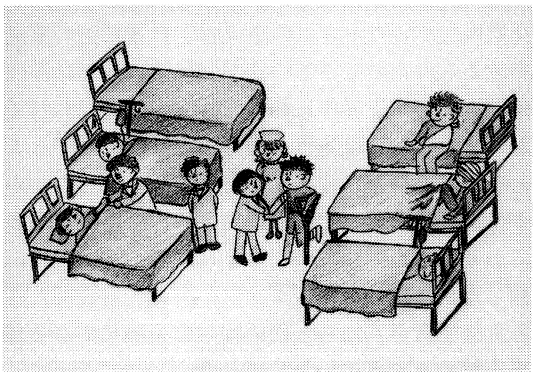


図４

真っ最中でありました。また丁度その頃アメリカの第六艦隊がイスタンブールに入港していた時期でもありました。会見が終わりますと，イスマエル院長が申しますにはきょうは祭日なので院長は総回診をすることになっている。ついては誠に恐縮ですけど一緒に回ってくれないかということでございました。どんな回診をするのか，興味津々でついて行った訳ですが，病院は古くて汚いし，高度な医療機械もないようだし，おせじにも医療レベルが高いとは思いませんでした。驚いたことに，病室に入った老院長はベッドに寝ている傷病兵たちとただ握手をして歩くだけでした。(**図４**)

院長のすぐ後についていた私はあっけにとられましたけど，仕方なくそのまねをして傷病兵たちと握手をして回りました。300人ぐらいいたでしょうか。

初めのうちは滑稽に思っていたのですが，握手をして回っているうちになぜか私は涙が出て仕方がなかったんです。中には私の手をとって自分のほほに押し当てたり，手に接吻したりする兵士も

いました。東部の農村出身の純朴な若者たちの気持ちが伝わってまいりました。不安に震える手，死の恐怖に冷たくなっている手。温かい手。故郷を懐かしがっている手。汗ばんでいる手。力強い手。そして彼らの真剣な信頼と尊敬のまなざしです。言葉は通じなくても傷病兵たちの気持ちは伝わってくるのでした。そして私はゆきずり？の身が恥ずかしかったのです。果たして私はどれだけ彼らの信頼に応えられるのだろうか。どれだけ力強く彼らの手を握り返すことができたのだろうかという反省を心の底から強いられました。

日本の医療を礼賛し，自国の医療レベルの低さを慨嘆していたトルコの老大佐から逆に医の原点を教えられたのでございます。握手は今では洋の東西を問わず世界中に礼儀として当然と思われております。時には抱き合って両ほほに接吻することを私はたびたび経験することになりました。かつては礼儀風習として形式的な挨拶であると思っておりました。休暇が明けましてエーゲ大学に出勤した私は以来毎朝スタッフの医師，看護師たちと入院患者さんたちと固い握手を交わしてから仕事を始めることにいたしました。

たとえ言葉は通じなくても，お互いに心が通じ，信頼が伝わるのだ，ということが分かりました。それからなんとスムーズに仕事が進んだことでしょうか。相手に自分の気持ちを伝えるには，表情と言葉しかないと思っていたのですが，肌の触れ合いで伝える方法があったのでした。

〔手は心の窓か（手は医の原点）〕

言葉が通じないとき，通じるときでもいやむしろ言葉以上に心が通い合えるものであることを悟りました。自分の心にやましいことや，じくじたるものがあればとうてい人の手を長く握っていられないものです。医学が進歩すればするほど，医の心を忘れていくのではないか。人間性を無視する傾向が強くなるのではないかと憂慮する訳であります。

このギャップをいかに埋めていくかということは，これからの病院に課せられた問題であると存じます。医療人と患者との心の交流，信頼性の回復が求められている現在，手を通しての触れ合いがお互いの感情の交流に役立つものだと思う訳でございます。医療制度改革も利用者の視点に立って考えることは現場からの発想，提言につながります。

これがなければいかに良い発想，提言も，本来の意味では的を外している可能性も否定できません。小アジアに初めて足を踏み入れたのですが，欧米と何の違いもない人間同士の肌の触れ合いの大切さを知り，ささやかな経験ですが，宗教，人種，風俗，習慣を超えて，改めて35年前に教わったことをご紹介させていただきました。握手は単なる欧米の挨拶のタイプと考えていた私の不明を恥じ，患者さんとの握手の効用は偉大なものであることを知った次第であります。看護の看の字は手で見ると書きますがその真意を今になって悟ることができました。

トルコで手術が終わるたびに，周りのスタッフたちから言われたことがあります。エルニーザサールク。その意味は，あなたの手に神の祝福を。ハデアラスマラディック。ではさようなら。（この意味はあなた方の上に神のご加護がありますように。）ご静聴感謝します。ありがとうございました。

近代医療の選択肢

(社)日本医師会会長　坪　井　栄　孝

平成14年6月20日（木）・東京

坪井　中山会長，ご紹介いただきましてありがとうございました。

早速本題に入らせていただきたいと思います。

私，今日，この学会のご期待に添うべく，内容等を考えておりましたが，最終的には，我々医師が日本の国民のために，あるいはもう少し大きくグローバルには人類の幸せのために，今後，何を選択し，何をしなければいけないかということを考えるのに非常に重要な時期であると思い，そこに焦点を当ててお話しすることにいたしました。

話の内容は3つに分けまして，1つは，全世界的，グローバルに，人類のための医療というものを今選択しようとすれば何が一番大切なのかということを申し上げたい。

それから2つ目には，今，改革の大波のなかにある日本の国が医療をどちらの方向にもっていこうとしているのか，これを我々医師がしっかりと見極めて，その方向で国を動かしていかなければいけない。そのためには我々は何を選択すべきか，何を選択してはいけないのかということを話したいと思っております。

そして3番目に，我々のその熱き思いを実現するためには，今の我々医師一人ひとりの考え方，そういう意識を，意識の構造をかなり大幅に変えなければならないのではないか。その意識構造改革を先生方と一緒にやりましょうという，これは選択肢よりは私の提言ということになるだろうと思いますが，そういうお話をしてみたいと思っております。

もう私から申し上げるまでもないことでございますけれども，ヒューマンゲノムの研究を中心にして分子医学の発達，とくにクローン，最近はタンパク質の問題が出てまいりましたから，そういう問題を，野放しにするわけではございませんが，我々のたずなの届かないところに行ってしまうという危険が十分にあるわけでございます。それを拒否してはいけません。我々がそのなかに入ってくる産業そのものをどういうふうに活用していくかというところに思いをめぐらせていかなければいけない，これは当然のことでございます。したがって，これから申し上げますことは，その前提のもとで，しかるがゆえに，あるいは，さはさりながら我々はこう考えなくてはいけないということを申し上げたいと思います。

その結論は，我々が，驚異的な進歩を果たした近代医学に対して，医師として最も堅持していかなければいけないものは何かというと，医療に対する我々の倫理観だろうと思います。あるいはまた，医療というものが持っている倫理そのものをしっかりと見極めて，それを我々がしっかりと守り抜くということだろうと思います。

世界医師会で出したヘルシンキ宣言というものがあります。1964年の宣言でございますが，1975年に日本で世界医師会が開かれたときに多少それを修正いたしました。今回，世界医師会はこれを近年の医学の進歩に適するように，マッチするように，というよりもヘルシンキ宣言が近年の進歩する医学のなかで，あるいは医学に関係する産業，例えばゲノムに関係する産業のなかでこれがしっかりと理解され，そしてこの合意を守っていただけるように修正いたしました。

日本においても各関係の法律等々の下書きにはヘルシンキ宣言が謳われておりますし，そして各国ともヘルシンキ宣言を基盤にして，各国の法律，

あるいは各国の価値観等々がそのなかに積み上げられ，我々の医師としての，とくに現在のような産業，および医療・医学が手を携えて成長していくというような世の中では，これがまさにバイブル的存在になってきているわけでございます。

しかし，いかにこれが宣言として出されても，それらを理解し，人類すべてが幸せのためにこれを守るんだという意識がなければ，まったく画に描いた餅になってしまう。これをいかにして我々が具体化していくかということが，私が在職中の世界医師会の大きな課題であるというふうに思っております。

私どもは，この宣言を基盤にいたしまして，さらに「高度医療技術と医の倫理に関する世界医師会宣言」，それから「患者の安全に関する世界医師会宣言」というものを動議として出しまして，本年10月にワシントンで開かれる総会で採決され，世界医師会のなかで宣言文としてこれが使われるというふうになるだろうと思います。したがってグローバルな視野での現在の人類の選択肢というもの，あるいはまた，近代医療の選択肢は，まさにこの医の倫理であろうと私は思っております。

私が世界医師会長に就任いたしましたときの就任演説について触れたいと思います。医療技術の進歩，発達は，先ほど申し上げましたように，全人類のためにこれが活用されなければいけない，全人類がなべてこれを手本にするということがなくてはいけない，これはもちろんのことでございます。しかし，そのなかに我々科学者が持っていなければいけない一つの倫理観，あるいは我々の良識といってもいいかもしれませんが，そういうものでどこまで人間のためにそれを発達させていけばいいのか。非常に矛盾したいい方をしているようでございますが，これは我々は，日本人だけではなくて，全世界の人類として経験のあることでございます。

それはどういうことかというと，原子核の操作によって人類の幸せ，福祉をもたらすというつもりでしてきた研究，原子核の操作が，その究極においては人びとを殺りくする原子爆弾というかたちで世の中に出てきたわけでございます。これは，被爆国でない国の方々にとっては我々が考えているほどのインパクトはないということを，私は世界医師会の中で実感しておりますが，我々はそれを実体験したわけでございます。ですから私は，近代医療の繁栄，それに拍手かっさいをするとともに，その近代医療の発達に対してどういう見識を持って歯止めをかけていくかというのが人類に対する我々の責務であろうというふうに思っております。

したがって，私は，あの忌まわしい原子爆弾を作ってしまったということは，我々科学者の共同責任でございますから，我々科学者の見識の足りなさを反省し，世界医師会長という立場においてこれを全世界にアピールし，そして継続的に今後も，この先端医療技術の発達においても，永久に人類が幸せであるために我々がその職務を，責任を負うということを再確認しなければいけない。そういう意味での制御が必要であると考えております。

私はこれを全世界にしっかりとアピールし，もちろん日本も唯一の被爆国として大きな声を出してこの点についてのこれから主張をしていかなければいけないというふうに考えております。グローバルな面からいったこれからの医療の選択肢で，私は，我々としては第1選択にとらなければいけない重要な選択肢であるというふうに考えております。

日本における選択肢というものは，決してこれと違うわけではございません。我々，グローバルな医療に対する選択肢，進路選択というものを基盤において仕事をしなければいけないのはあたりまえのことでございまして，今さら私の言葉を重ねる必要はないことでございます。したがって，この前半で申し上げましたような理念，哲学をしっかりと我々は踏まえて，その倫理の下に，わが国における現在の医療の状況等々をしっかりと見極め，いかにこれをより日本国民のために，幸せになるために整えていくかということをするのが総論的にいえば選択肢であることに間違いない。

しかし，具体的に申し上げませんとなかなかインパクトが弱くなりますので，少し具体的なことを申し上げるとすれば，それは私は，日本の今の最も世界的に優れている医療制度そのものをしっかりと堅持する。改革というのは，ある意味では

守旧，旧来の制度を固守しなければいけない，守らなければいけないということがたくさん出てくるわけでございまして，まさに我々が持っている世界に優れた医療制度，あるいは医療保険制度，公的な保険による皆保険制度がこれだけ成熟している国は世界にないわけでございますから，これを我々がいかに守っていくか。これは改革のなかの守旧でございますが，ではそれだけでいいのかということになりますとそうではない。我々の医療のなかで最も国民が望んでいる，要望している，そしてまた我々自身も自覚している問題というのがあるわけでございますから，私は，改革の穂先といいますか，改革の具体案というのはそこに向けられるべきであろうと思います。

先ほど挨拶（あいさつ）のなかでちょっと申し上げましたが，出てくる政策，出てくる政策が，わが国においてはすべて財政主導型である。財政あって，政策がそのあとについてくる。ほかの産業においてはどうであるかということを，私が口はばったいことを申し上げるほどキャリアは積んでおりません。しかし，医療に関しては我々の主張のほうが絶対に正しいという信念を持っております。

先ほどのお話のなかにもありましたけれども，医療というのはほかの産業とは絶対違うところがあります。それはご理解が得られると思いますが，そこを我々は忘れてはいけないし，そこに怯んではいけません。したがって，我々が持っている改革のポイント，それは財政主導型のすべてが，財政さえよくなれば国民の医療はもっともっとよくなるんだという考え方を正して，ここを直せばもっとよくなるという，そのここを直すというところに，我々は選択肢を求めるべきであろう。それは何かということについて今日詳しくお話ししなければいけないだろうと思っております。

医療保険制度に関しましてお話ししますと，先ほどちょっと申し上げましたが，我々が持っている公的保険による皆保険制度，ここのところが大切なのですが，公的保険による皆保険制度というのは絶対に守らなければいけない。なぜかというと，それは，こんなにフリーアクセスで医療を受けられるいい国はないわけですね。いつ，どこでも，だれでもかかれて，しかもコストの面からしましても低い。日本の医療のコストの低さというのは，これはあんまり自慢になるところではありませんけれども，しかしトータルとしては，国民の幸せのためには，国民の満足のためには，かなり国全体としては優れている点といってもいいのかもしれません。先進７カ国だけではなくて，OECD加盟国で比較しても18位ぐらいである。先進７カ国では恐らく一番下ではないかと思う。イギリスとだいたい同じぐらいだということがいわれます。

この皆保険制度と，それからフリーアクセス，あるいはまたちょっと理屈っぽくなるかもしれませんが，現物給付だというこの２点，こういうものを崩してはいけない，これは守らなければいけないと思います。ではどこで直せばいいのか，どこに改革のポイントがあるのか，選択肢というのならどれが選択肢なのかということになるわけでございます。

今，日本の医療制度，あるいは医療保険制度といってもいいかもしれませんが，イギリス型の管理医療とアメリカ型の管理医療，これは，内容は先生方にご説明申し上げるまでもないことでございますが，敢えて言及させていただきますと，いわゆる医療費の総枠を管理して，そして，先般，日本でも老人の医療費の伸び率を管理するというような法律を作ろうというような案が出てまいりました。要するに総枠を管理して，財政的に管理することによって，医療費の管理をしていこうということです。だれのために管理するかというと，中央集権ですからどちらかというと社会主義的な考え方で，日本もこれに近いわけですけれども，これは官僚，あるいは国家の金庫，財政のために管理していこうということで，医療を受ける側の国民の医療，国民の幸せというのは，どこへいってしまっているのかということになりますと，はなはだ歯切れの悪い説明しかできなくなる。これを日本に持ってこようとしましたので，それはまかりならぬということで，我々は完全に拒否したわけでございます。恐らくこれが，あとでまた出てくるでしょう。日本という国があるかぎり，これは官僚が持ってくるわけでございますが，繰り返し繰り返し出てくるでしょうけれども，これは絶対に受け入れない。しかし，そういう波が１つある。

それからもう1つはアメリカ型。恐らくこのあとの秋山会長のお話のなかにも出てくるのではないかと思いますが，いわゆるHMO，あるいはマネージドケアというなかで，もっと具体的にはやはり自由経済市場ですね。経済財政諮問会議や総合規制改革会議の市場原理主義者といいますか，その人たちの主張している理論で，もっとわかりやすくいえば医療に価格付けをしようと，それこそが日本の医療を救う道だというふうにかたくなに考えている人たちの主張は，我々は絶対に呑むわけにはいかない。

なぜかというと，先ほどから申し上げましたように公的な，公的なというのはだれでも入れるし，99.97％の国民をカバーしている皆保険制度というものを持っているわけですから，これをいかに広く，深く，これからよくしていくかということが問題になるわけで，そこにこういうものが入ってくるということについては私どもは決して賛成はできない。

すなわち，日本は，このヨーロッパ型の管理医療と，そして市場経済主義，市場原理主義者といってもいいかもしれませんが，に蹂躙されているいわゆるアメリカ型の医療，それが入ってくることをどうしても防がなければいけない。我々が持っている，しかも官民管理型と敢えて言わせていただきますが，中医協という一つの大きな組織のなかで，官も民も協力しながら医療の制度，あるいは医療費の制度というものを管理していく，こういう管理型の日本の医療というものが大きな意味を持つ。ここにポイントが一つある。では，それを守るための具体的な方策はどうしたらいいのかということでございますが，まず我々は，我々のための自主的な管理医療というものを作っていかなければいけない。すでにあるわけでございますから，それを守り抜くということも一つの方法でございます。そのためには医療の質の管理，このへんのところから改革になるわけでございますが，医療の質の管理，そして情報の開示。そしてまた，我々の医療のなかに競争の原理を導入する。このへんのところは少し先生方によっては違和感があるかもしれませんが，競争の原理を入れるということに臆病であってはいけない。そして，しかもその医療は，患者が選択できる医療を回避していくということであってはいけない。

すなわち，日本の医療の改革は，医療の質の管理がしっかりわかるように透明にしていくこと，そして医療情報を完全にディスクロージャーしていくこと，そしてそのなかに我々が競争原理を導入しながら切磋琢磨すること。そうやってできあがった医療を国民が選択していくこと。ここのところが日本の医療の選択のポイントであろうと私は思っております。だから，日本の医療を改革するなら，私は，我々の手で，我々のプロフェッショナルとしての手でこれを実現していくということが，私は日本の医療の選択肢であろうと思っております。

我々の選ばれる医療というのは，医の倫理観が強い，しっかりとした倫理観を持っている，いわゆる人類愛にしっかりと立脚したものである。そして，我々が医師になったときに誓った「ヒポクラテスの誓い」，すなわち決して患者に害を与えない，それを基盤にしていかなければいけない。人類愛，そして患者の安全性を第一義的に考える。そのうえで，高度の質管理，そして十分な医療情報の開示ということをなし遂げれば，それは受ける側の国民にとって選ぶ医療になると，私は確信しております。私が望む医療の選択肢はまさにここにある，この改革にある，改革というよりもこの構造の構築にあるというふうに思っております。

そしてそのためには，今のままの日本の医療政策の決め方ではだめです。私がずいぶん前からたびたび申し上げているように，財務当局が，あるいは厚生労働省が，財政だけを考え立案した政策では不十分です。もちろん国のことですから財政が主体になるのもやむをえないところもあります。国の金庫の中を気にするのは当然のことです。したがって，これは間違っているとはいいません。正論であると敢えて申し上げてもいいと思います。その財政主導型の政策に，政治が，立法府が行政府にまったくのめり込んでしまって，立法府なのか行政府なのか分からないような状況で，今の日本の医療制度が決定されているところに問題があるわけです。

それは，あちら側ばかり責めるわけにはいきません。我々医療側にも，そこに対して政策を提言

していくという能力が薄かったといわれても，これは反論の余地がない。我々は，地域の方々からの情報をバックにして，地域医療に根ざした我々の医療政策を作り，そして行政府が出してくる財政的な政策とまったく平等に，フィフティ・フィフティに同じ政党審査という場に投げ込んで，これを国民が選択するというこの構造を作らないかぎり，今私が申し上げました我々の選択肢はこれだということすら実現しえないと私は思っております。したがって，国民がその政策を判断すればいいわけですが，国民全体で政策を判断するというわけにはいきません。したがって，だれがそれを判断するか。それは政治であり，政治家だろうと思うのです。その政治家に医療を理解する力がなかったり，能力がなかったり，ましてや政策を決定する能力がなかったとすれば，これは国民にとっては悲劇でございます。我々が声を大にしてその危機を憂うのはそこにも理由があるのです。行政が行う財政主導型のもの，そして我々が行っている地域医療ニーズ型のもの，これを正しく判断する能力を立法府の人たちが持たなければいけない。これもやはり，いうなれば改革の選択肢であるといってもいいかもしれません。

ポイントだけを申し上げましたので誤解を招くようなことになるかもしれませんが，そこは先生方のご見識でいろいろとご参酌いただきたいと思っております。私は，日本の医療が現在，改革を行わなくてもいいんだということを申し上げているのではないし，また，当然，先生方もそうはおとりになっていないだろうと思います。改革はしなければいけない。改革をしなければいけないところと，今，政府がやろうとしている改革のポイントがまったく違うというとと，変えてはいけないところに手をつけているというところに非常に大きな危機感を持っているわけでございます。

世界人類が選択しなければいけない選択肢というのは，あまりにも急激に医学・医療技術が発達し，しかもそのなかに産業という異種の業態が入ってきたために，我々ががそれに押し流されかねないというその現状のなかでの選択肢として，我々が持たなければいけない医の倫理，ヒューマニティ，あるいはまた医の安全性に対する努力というものをしっかりと整えていく，これがグローバルに考えた時の我々の選択肢であろうと思います。そして，国内の選択肢としては，今申し上げましたようなことで，我々が持っている世界で有数の，というよりも私は一番いいと思いますが，その医療制度をいかにして確保していくか。そのために入ってくるいろいろな夾雑物(きょうざつ)，これは財政主導型の体制をつくるために，ためにする政策でございますから，それらを排除すること，そして，我々の認識，見識において，ここは直さなければいけないと思ったところ，すなわち，質管理，そしてディスクロージャー，それらがグローバルに考えられた医の倫理に支えられながら執行されていく。そのための制度に我々が変えるとすれば，最もエネルギーを要するのは医療政策決定機構にメスを入れることであろうと思っております。したがって，最後のところは先生方と一緒にぜひそこにメスを入れて改革していきましょうという提言を申し上げたいと思っております。

どうぞ今後も日本医師会と一緒に先生方，日本病院会の方々，そしてまた病院団体すべての方々のご協力を得ながら，この目的を達成することにご同意いただきたいと思っております。

ご静聴ありがとうございました。

An Alternative Healthcare Reform — "TO DO NO HARM"

アジア病院連盟会長 Dr. Lawrence Lai (香港)

平成14年6月20日 (木)・東京

I am most honored to be invited by the Japan Hospital Association to speak at the 52nd Annual Congress. I wish to congratulate Dr Akiyama and his Organizing Committee for organizing this very successful Congress and for choosing the main theme—"Healthcare Reform should be made by Proposals of the Working Staffs". We all know that there are many stakeholders in Healthcare Reforms. As a working staff myself, I would certainly agree that it is important for healthcare staff to be involved every step of the way in any healthcare reforms-from agenda setting, policy formulation to implementation. Unless working staffs are aligned with the reform proposals, it is unlikely for any healthcare refoms to succeed.

I remember writing a foreword for the Asian Hospital Healthcare Management, the official publication of AHF two years ago, sharing my thoughts at the beginning of the new century, Reflecting on the significant progress and achievements in health care in the last century, I am full of optimism of significant health gains, attainable by the phenomenal pace of advancements in medical science and teqhnology in the foreseeable future. Yet, at this point in time, we seem to be caught struggling with the unenviable challenge of balancing finite resonrces with rapid introduction and diffusion of medical technology. Despite the significant difference in our population and demography, disease patterns, economy and health care systems, it is apparent that we are facing the similar problems and challenges of rising healthcare costs, unsustainable government funding, lack of community participation, outdated management practices and inefficient hospital systems. It is for these reasons that our member countries are caught in the epidemic of healthcare reforms which will spread from country to country.

There are many similar but special conditions in countries of the Asia Pacific region that will guide the direction of healthcare reforms. In our part of the world, we are faced with fast pace of economic transition, high rates of population ageing, great propensity for savings, strong traditional family support systems as well as cultural values and social norms. Moreover, with gradual economic recovery of member countries to prefinancial crisis time; strong fundamental and driving forces for continued health care demand, the key focus of our future reforms will likely be towards more sustainable and affordable health care systems.

A cursory look at most healthcare reforms will reveal that their thrust are directed at managing the supply side with the imposition of global budget or other cost containment measures. There are also many reform initiatives that are aimed at enhancing productivity and efficiency in the healthcare system with varying degree of success.

Looking back, the Year 2001 proved to be particularly eventful. Most of our member countries have, in one way or another, been afflicted by the 'epidemic' of health care reforms, seemingly to grapple with the challenges of balancing finite resources against rising healthcare cost and community expectations for quality healthcare services. Breakthroughs in medical sciences and technology for the betterment of human kind are commonplace. Yet, all the advancements in health care that emerged in 2001 have paled into insignificance when compared with the calamities that befallen the United States of America on September 11th, as well as events and acts of bio-terrorism that followed. The startling images, brought to millions of homes through live telecast, will forever be imprint onto our memories. The long-term impact of the tragic events of September 11th has yet to be fathomed but the world will no longer be the same as we know it.

In the midst of gloom, we are heartened by the many selfless acts of heroism, portrayed by the numerous fire fighters, security and emergency personnel, and the tens of thousands of unnamed heroes who braved the perilous scenes and impossible odds to save lives and render assistance. The healthcare professionals and hospitals have also responded spontaneously, efficiently and courageously, striving their best to cope with casualties and contingencies hitherto unanticipated.

I attended a workshop in the United States last December, where the CEO of New York Hospital, situated a few blocks away from the World Trade Centre, was sharing his experience with participants on how his hospital was dealing with the calamity. There were complete communication breakdown and chaos. All emergency personnel were recalled and stationed on site in the hospital. Yet, they were confronted not with the anticipated casualties but with thousands of Samaritans wishing to donate blood and citizens checking on the where about of their relatives and friends. The crises and contingency systems in New York hospitals were overwhelmed by the disaster.

Terrorism has undoubtedly struck fear in our hearts and minds. Despite the fear, there is some hope. As health carers and member associations of AHF, we are in a unique position to contribute to the health and well being of our people. How should healthcare staff and hospitals contribute? The Greek Philosopher, Hippocrates may have gixen us the answer a few thousand years ago. In the midst of healthcare reforms and cost containment, and the challenges for hospitals to be reorganized to better prepare for terrorism, bio-terrorism and crises, perhaps we should be focusing more on what Hippocrates had preached:First-To Do No Harm. This can be one of the main themes of our future healthcare reforms.

In the past few years, there has been increasing number of reports and studies which revealed that hospitals are dangerous places for patients. In most of these studies, it showed that about 3 % to 10% of hospitalized patients suffered from adverse events. Some of these adverse events cause significant morbidity and mortality. It is roughly estimated that the preventable deaths arising from hospital adverse events in the United States of America alone would be in the order of ten of thousands per annum, a figure that far exceeds the casualties of the Twin Tower. The issue of preventable medical errors is not unique and confined to the United States. Studies in UK and Australia confirmed similar findings. There is no reason to believe that the healthcare system in the Asia Pacific Region is immune. If we are in awe with what happened as a result of terrorism, I think, we, as healthcare professionals can do much more if we are to introduce reforms that will ensure the safety and well being of all those under our care.

Healthcare reforms and cost containment initiatives will no doubt be a continuing agenda for

all countries in the foreseeable future. We may not be certain of how such reforms will take shape and affect us. But, one thing is certain. If we start to review our health care policy and process, and ensure that our system will "DO NO HARM", then we will be embarking on a journey that will reform our hospitals and care paradigm for the benefit of human kind.

病院憲章

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

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

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

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

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

社団法人 日本病院会

The International Contribution of the United Kingdom to Medical Training

Royal College of Surgeons of Edinburgh and the University of Liverpool, UK

Prof. Sir Robert Shields

平成14年6月20日（木）・東京

May I thank you for the great honour that you and the Japan Hospital Association have conferred on me by inviting me to deliver a Guest Oration at this, the 52nd Annual Congress of the Association. It is a particular pleasure to me that I am attending this meeting during your chairman of the congress. It was during my own presidency of the Royal College of Surgeons of Edinburgh that you, Mr Chairman, honoured us by accepting the Honorary Fellowship of the College in 1996.

This is my first visit to Japan and I am struck by the similarities between our two countries at either side of the world. We are both rather crowded islands placed next to large continents. We each have a constitutional monarchy. Both our countries are poor in natural resources and rely on the skills and initiative of our peoples. We have much that we can learn from one another. I am therefore delighted to visit Japan and describe the international contribution of my country to medical training.

The unique contribution of the United Kingdom has its origin in history, and is inextricably linked to the British Commonwealth.

Figure 1

In the days of the British Empire, in the 18th and 19th centuries, British doctors went to the colonies (shown in frame in this old map), established hospitals and medical schools, and trained doctors and specialists, many of whom received their medical education in the United Kingdom. Despite the end of the Empire, these links were preserved through the British Commonwealth. Many doctors from these countries (over 70 at the last count) still come to the UK for all, or part, of their further training and contribute greatly to our health service. Also UK doctors and institutions have been invited by the governments of 10 countries to visit and assist in the training of their own specialists-in setting up programmes of postgraduate education, accrediting hospital posts for training and certifying individuals as trained specialists. This collaboration in medical training has greatly expanded in the last 50 years. However, I wish to concentrate on the present international contribution of the UK to the training of specialists at this, the beginning of the 21st century.

The UK is involved in the further training of three types of doctor-those who qualified in the UK, those who qualified in the countries of the European Community (by the Treaty of Rome their qualifications and diplomas are accepted in the UK) and those whose primary qualification was obtained elsewhere, that is outside the UK and the European Community. This last group are termed Overseas Doctors and it is their training that represents the truly international contribution

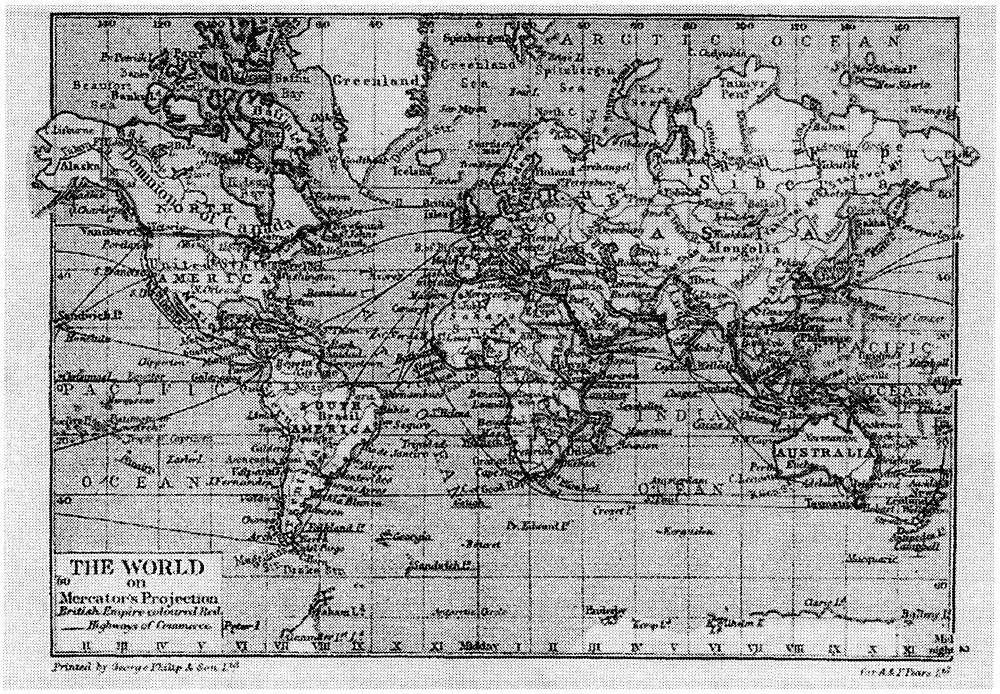


Fig. 1

of the UK.

As I have indicated, the UK seeks to train overseas doctors in two situations. First, training, in whole or in part, can be undertaken in the UK itself. Secondly, the UK collaborates in training in an overseas country in association with the appropriate institution of that country. In both cases the programmes of training must be identical and specialists are trained to the same standards.

It is necessary to describe briefly the way in which the education of the doctor and the training of a specialist are organised in the UK. The institution responsible for ensuring that medical schools teach medical students and produce doctors to the same high standard is the General Medical Council, made up of medical and lay people. It is independent of government although the latter decides on the total number of doctors that are to be produced. The training and certification of the qualified doctor as a specialist, capable of independent practice, is the responsibility of the medical royal colleges, of which there is one for each major specialty, e. g. surgery, pathology, internal medicine, etc.

As far as training is concerned, the royal colleges have the following responsibilities:-to define the programmes of training, to help select trainees, to inspect and accredit hospital posts for training, to promote postgraduate training centrally and regionally, and to examine trainees to asses their knowledge, skills and aptitude for their chosen specialty.

In the UK, the training of the hospital specialist is divided in to two stages:-basic training during which the trainee works for a minimum of 2 years as asenior house officer in approved posts, and higher training as a specialist registrar for usually six years, before he or she can be regarded as a fully trained specialist, qualified to be a consultant in the National Health Service or in private practice, and certified to work in any of the countries of the European Community

The overseas doctor has therefore several options. (a)He could have his entire training in his own country;(b)He could receive his basic training in his own country, come to the UK for higher training as a specialist registrar and, then fully trained, return to his own country;(c)alternatively, he could have his basic training in the UK, and return to his own country(or go to another country)for his higher training. Because the overseas doctor has no right of abode in the UK, he does not have automatically the opportunity to enter independent consultant practice in the UK.

How does this work out? We find that most of the overseas doctors, who have qualified in their own country and apply to come to the UK, work in basic training Posts. Indeed overseas doctors occupy over 40% of basic training posts in the United Kingdom. It is very difficult for them to obtain a higher training post, first, because the government restricts the number of these posts, and, secondly, because there is stiff competition from doctors, qualified in the UK or in Europe. Only 5 % of these posts are held by overseas doctors. They can be appointed to consultant posts only if there are no suitable UK or EEA candidates.

However we are developing the direct placement of selected overseas doctors in higher training posts, but they must be sponsored by their own country, come for specific training as part of their own national programme. These posts are tailored to their individual needs, and are of limited duration.

There are problems for certain overseas doctors, however. Many doctors from overseas, especially from the Indian sub-continent, come unsupported by their own country and have no wish to return to their homeland. They cannot compete readily with UK-and European-qualified doctors, and so work in service posts with little or no training. They tend to find their way into unpopular specialties in undesirable parts of the UK. They, nevertheless, contribute a great, deal to our National Health Service that is greatly dependent on their contribution because we do not, as a country, produce enough of our own doctors.

In the time available, it is not possible for me to describe the details of the training of overseas doctors for each specialty. The duration and scope of training in the specialties are roughly similar and I should like to describe surgery, because that is the speciality of which I am most familiar.

In the basic surgical training programme, whose duration is a minimum of 2 years, the trainee is exposed to general surgery and orthopaedic surgery and must spend time in an accident and emergency unit and in a specialty of surgery, for example, neurosurgery. They must at the end of this period sit the Basic Surgical Examination of the Royal College of Surgeons

Higher surgical training is of 6 years duration, of which 5 years must be clinical. The first three years are usually spent in the specialty, be it general surgely, orthopaedic surgery, paediatric surgery. There is the opportunity of one year in research and a further two years which may be spent in a subspecialty, for example, vascular surgery as a subspecialty of general surgery, hand surgery as a part of orthopaedic surgery and so on. How much time a trainee spends in a subspecialty greatly depends on which type of hospital the trainee hopes to work in as a consultant, for example, in a major university hospital or in a district, or community, general hospital. At the end of higher surgical training, the trainee sits the intercollegiate examination of the royal surgical colleges and, if successful, is admitted to the Fellowship of the Royal College of Surgeons. He also receives a Certificate that allows him to practice in other countries of

the European Community.

So much for background. Where do these trained specialists subsequently work? Again I shall concentrate on surgery because that is the specialty for which I have comprehensive and up-to-date data. What happens to the surgeon trained in the UK, whether their primary qualification is in the UK, Europe, or overseas?

Figure 2

Obviously the majority(7700)continue to work in the United Kingdom, in its constituent parts-England(5736), Scotland(1383), Wales(391)and Northern Ireland(271). I have also included those who are working in the Irish Republic (181).

Figure 3

However, in the context of the UK's international contribution to surgical training, what is relevant are the destinations of those who are now working outside the UK. 400 now work in continental Europe, 568 work in the Middle East, 600 work in Africa, 755 work in the Americas, over 900 work in Australasia and nearly 3000 work in various countries in Asia.

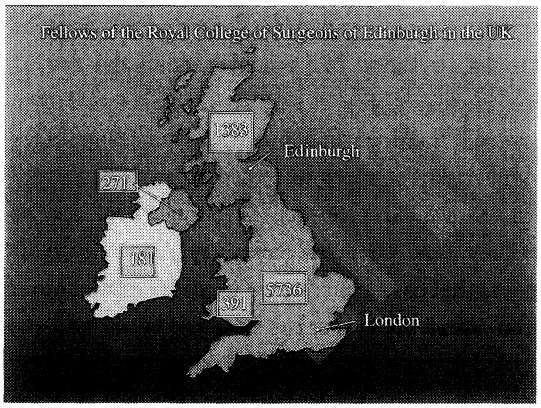


Fig. 2

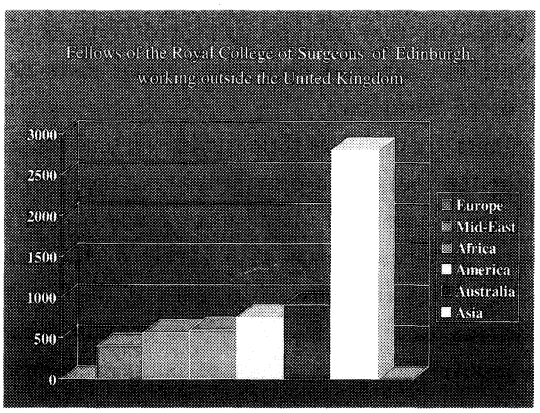


Fig. 3

Figure 4

As far as Europe is concerned, training programmes and certification of the trained specialist are mutually accepted in all the countries of the European Community. Thus a French-qualified doctor, certified in France as a trained specialist, is free to practice as an independent specialist in any other part of the European Community. However in certain cases doctors, qualified in one country of the Community, seek their specialist training in another. Thus, each year, about 400 German doctors seek their specialist training in the UK. This particular traffic is partly related to the fact that Germany produces too many doctors and the UK too few.

Figure 5

Few surgeons in North and South America are trained in the UK. A proportion of UK-trained surgeons seek their fortune in the Americas but the numbers of UK-trained surgeons in America are not great, in relation to the size and numbers of surgeons in that continent.

Figure 6

UK trained surgeons find themselves in almost in every country of the African continent. The largest numbers are to be found in the Republic of South Africa, Egypt and Nigeria. They have received their training, in whole or in part, in the UK.

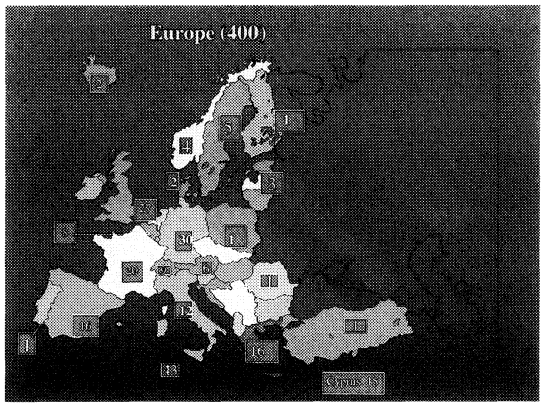


Fig. 4

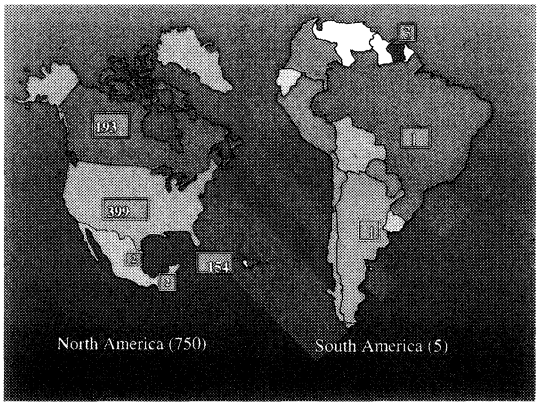


Fig. 5

Figure 7

Although Australia and New Zealand have had their own training programmes and a Royal Australasian College of Surgeons has been in existence for many decades, there has been a strong tradition for their young surgeons to spend several years in the United Kingdom. Over 900 have become Fellows of the Edinburgh College.

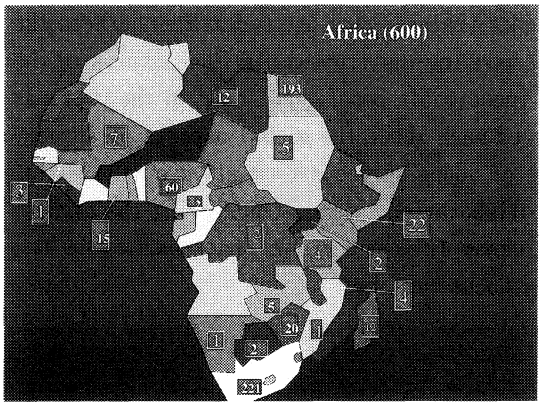


Fig. 6

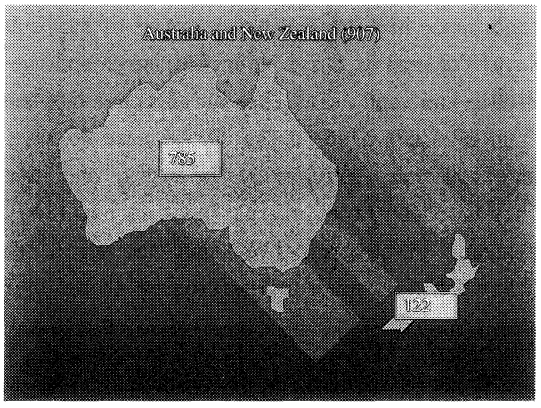


Fig. 7

So far I have described those countries in which surgeons have received all, or part, of their training in the UK. However, in addition, the Royal College of Surgeons of Edinburgh has been invited by the governments of ten countries to work with their own institutions in training surgeons in their homeland. There have been established joint training programmes, joint inspection and accreditation of training posts and hospitals, and joint examinations and certification of individuals as specialists.

Figure 8, 9

In almost every country in the Middle East there are Fellows of the Edinburgh College, with the largest numbers in Saudi Arabia, Iraq, Kuwait, Bahrain, Oman and the Emirates. In five countries(Saudi Arabia, Jordan, Kuwait, Oman and the Emirates), joint training and joint examinations in basic surgery are undertaken in most of the surgical specialties.
between the Edinburgh College and the College in the host country. We are proud of these associations that are of great mutual advantage to the UK and Asia.

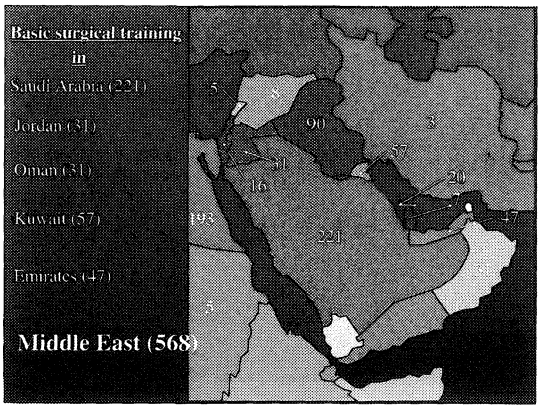


Fig. 8

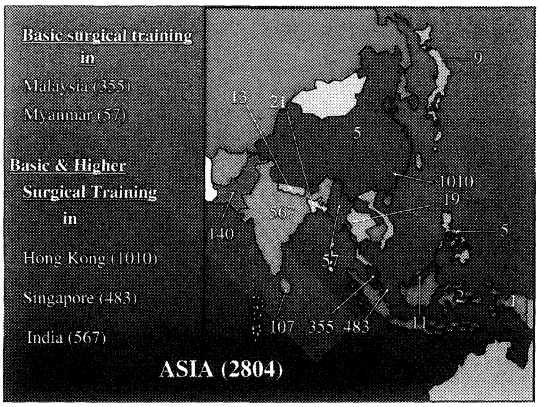


Fig. 9

In conclusion, Mr Chairman, I believe that the international contribution of the UK to medical training has been considerable. It owes its origin to the history of the British Commonwealth of Nations. The usual, and, I believe, the best arrangement is for the overseas doctor to receive part of his or her, training in the UK and part in their own country. This arrangement has involved 70 countries. It is successful when the doctor is supported by his own country and receives a training that is part of his own national training programmes. Of particular interest and importance are the joint programmes of basic and higher training that are undertaken between the Royal College of Surgeons of Edinburgh and the corresponding institutions in 10 countries in the Middle East and Asia. This arrangement has been of inestimable benefit not only to the overseas countries but also to the UK, because we have learned much about the global aspects of surgery and have been enriched by the vigour and intellect of young surgeons from all over the world. This has been true international cooperation and collaboration, aimed at achieving the highest standard of surgery throughout the world, which I know is your aim, Mr Chairman.

May I thank you for inviting me to deliver this Guest Oration.

Educational and Training Opportunities in the United States for Foreign Medical Students, Doctors and Teachers

University of California, Irvine, CA, USA　Prof. John E. Connolly

平成14年6月20日（木）・東京

By offering these educational opportunities, it is our hope that we will increase the understanding between the United States and the other countries of the world by providing a significant opportunity for the educational development of foreign physicians, medical students, medical teachers and administrators.

Personal Experiences

My initial interest in this topic came from association with foreign students in both my Harvard College and Harvard Medical School classes. Subsequently, while a postdoctoral resident surgeon at Stanford, I asked my chief, Professor Emile Holman (the last Chief Resident under William Stewart Haisted at Johns Hopkins), if I could take a year off to go to another country for some broadening of my surgical education. Since I only spoke English, England was chosen. While Professor Holman was a junior faculty member at the Peter Bent Brigham Hospital in Boston under Harvey Cushing, he became friendly with a young fellow surgeon who was spending a year in the US from England, named Patterson Ross. Ross had subsequently become Professor of Surgery at St. Bartholomew's Hospital in London, President of the Royal College of Surgeons of England and Knighted by King Edward VI as his surgeon. Professor Holman said, "I will call my friend Jim and arrange for you a year at Bart's". Well, that was a fabulous experience and began one of the most satisfying aspects to my career in Academic surgery. After I completed my training at Stanford, I spent two years of further resident training in cardiothoracic surgery at Columbia-Presbyterian Medical Center in New York City. There I developed a close friendship with three fellow trainees from Beirut, Cairo and Baghdad. All three returned to their countries where they subsequently became Professors. Later, when I had my own department at UC Irvine, several trainees from their programs in Beirut and Egypt came for one-year fellowships and several from Beirut for full surgical residencies.

In 1961 while a faculty member at Stanford, I received an invitation from Professor Seiji Kimoto here in Tokyo to visit him as we were both working on selective brain cooling for open-heart surgery. Four years later when I became the founding Chair of Surgery at UC Irvine, Professor Kimoto asked me to take one of his pupils, Akio Wakabayashi, for a two-year research fellowship at Irvine. This experience was mutually beneficial and several years later Dr. Wakabayashi returned to Irvine and completed a full residency training program with me, eventually immigrating to California and joining our faculty. This experience led to multiple trainees from Japan who

spent two years of research with us after which they returned to Japan in Academic Surgery or private practice. Some of these trainees have formed a UCI-Connolly Surgical Society in Japan! Over the subsequent years I have had surgical research Fellows at UCI also from the United Kingdom, Ireland, Japan and South America. The ideal arrangement was when several British residents exchanged jobs, housing and automobiles with our residents for a year. Such an arrangement now is impossible because of all the licensing hurdles(at least in the US).

Having been a foreign medical trainee myself and with the many foreign medical students and postdoctoral students that I have supervised, I have found that the experience from both sides has been very positive and has contributed considerably to make medicine an international profession, and has fostered improved relations with our worldwide colleagues.

Current Opportunities for Medical Training in the USA.

I will divide these comments into three categories: Medical Students, Residents and Educators. Medical Students Most US medical schools welcome international students for short periods(1 to 2 months) to attend pre-clinical classes or to take clinical clerkships along with US students. My school, University of California at Irvine, accepts such students from all over the world and has made special arrangements with two Japanese Medical Schools to accept a certain number of students each year. These schools are the Medical School of Nihon University and the University of Tsukuba Medical School. If we were approached by other Japanese medical schools, similar arrangements would be possible. In order for such exchanges to be worthwhile, students must be fluent in the language of the visited country. Unfortunately, because few if any, US medical students are fluent in Japanese, the exchange has generally been one-way.

Post-doctoral Students The Educational Commission for Foreign Medical Graduates(ECFMG) is authorized by our Department of State to sponsor foreign physicians who are graduates of accredited medical schools in their countries to pursue accredited programs of graduate medical specialty training or advanced research programs in the US. Exchange visitors sponsored for research programs involved with observation, consultation, teaching or research are categorized as Research Scholars. With a J-1 visa they are not required to pass US medical licensing examinations, English examinations or hold a valid ECFMG certificate. They are limited to activities involving incidental or no patient contact. Research scholar's participation is limited to three years duration. Such Research Scholars may be funded by their Japanese school, personally or by grant money of their US researchers. Exchange visitors sponsored for participation in accredited US clinical programs of graduate medical clinical training are categorized as Alien Physicians. This type of education generally consists of a residency or fellowship involving health care services to patients. Such students must obtain a J-1 visa and also pass the same licensing exams required by US students. They also need assurance from their Ministry of Health that they will return to their country after their foreign training.

Roughly 25% of the residency positions in our many specialty programs are filled by graduates of foreign medical schools. The directory of Board Certified Medical Specialists list many diplomats from countries all over the world. For instance in General surgery, there are diplomats practicing in 58 other countries of which at least 18 are listed as practicing in Japan. In Internal Medicine 41 countries have Diplomats of which at least 5 reside in Japan.

Young Academics The American College of Surgeons offers International guest Scholarships to

young surgeons (30-41) who are pursuing an academic career. Applicants must have demonstrated a commitment to teaching and/or research in accordance with the standards of the applicant's country. Applicants whose careers are in the developing stage are deemed more suitable than those who are serving in senior academic appointments. Applicants will be special guests of the American College of Surgeons at the Annual Clinical Congress. The supporting stipend is $10,000.

Educators and Administrators The Educational Commission for Foreign Medical Graduates in Philadelphia (ECFMG) has a program to improve medical education techniques.

Participants learn methods for effective organizational leadership and have significant opportunities to network with educational leaders in medicine and other fields from around the world. Leadership skills addressed include: program evaluation, project management tools, conflict management, governance structure, strategic planning, and use of web-based tools for communication. Participants will also learn about their own personality style and how to use it to become an effective leader.

Other educational topics in the curriculum include:clinical skills teaching and assessment, faculty development, student assessment, laboratory use, educational materials, and audio-visual techniques. Twenty applicants are selected each year as International Fellows in Medical Education for 6-12 months of classes. Transportation and a living stipend are supplied.

Fulbright Grants They are administered by the Japan-United Educational Commission in Tokyo and are not available to physicians, only Ph.D.'s.

Distinguished Physicians A 2111 permit from the State of California can provide a visiting scholar with an ECFMG Certificate to work in 75% research and 25% patient care with a responsible physician mentor. A 2113 permit from the State of California can provide a temporary license for a Scholarly Academician to work with an equal Scholar in a medical school for a period up to two years; the Dean of the Medical School must also approve. Such a license permits all clinical activities including operative procedures.

Evaluation of Foreign Medical Training The American medical community can evaluate foreign physicians as equivalents primarily if they have obtained their postdoctoral training in the United States and become certified by one of the American Boards of Medical Specialists. Other criteria would be by the reputation of the foreign medical school and its training programs.

A Profile of the International Medical Graduate (IMG) in the US

- IMG's make up 23% of US Phyicians and 24% of resident physicians.
- Heaviest concentration of IMG's is in New Jersey (44% of doctors); New York (41%); West Virginia (34.8%) and Illinois (34.3%).
- Almost half of all IMGs (48%) train in Primary Care vs 33% of US graduates.
- Largest national group is from India (19.5%) of the 154,576 IMG population, 130,741 are in patient care.
- 7,635 (5%) are in medical teaching, administration or research.
- Of the 22,230 IMGs in residency training or fellowships, 4000 are American Citizens, 8200 are immigrants and are permanent residents, and 8900 are in US on exchange visitor visas and plan to return to their country of origin.
- The total physician population in the US increased by 350,386 between 1970 and 1994 or 104.9%, while IMGs accounted for over one-fourth (27.8%) of this increase by gaining 97,359 physicians.

- In this 24-year period, non-IMGs grew by 91.4% while IMGs increased by 170.2%.
- In 1980 IMGs accounted for 20.9% of the total physician count of 467,679, while that percent climbed to 22.6% of the total count of 684,414 physicians in 1994.

Where IMGs Come from:

1) India-19.5%
2) Pakistan-11.9%
3) Philippines-8.8%
4) Ex-USSR-3.1%
5) Egypt-2.6%
6) Dominican Republic-2.5%
7) Syria-2.5%
8) United Kingdom-2.4%
9) Germany-2.3%
10) Mexico-1.8%

IMG Specialties:

1) Internal Medicine-20%
2) Family Practice-9.8%
3) Pediatrics-9.3%
4) Psychiatry-7.0%
5) Anesthesiology-5.7%
6) General Surgery-5.2%
7) Obstetrics and Gynecology-4.6%
8) Pathology-3.5%
9) Cardiovascular Diseases-3.3%

Closing Remarks : From my experience of spending a year of surgical training in England and of subsequently having many young foreign surgeons spending a year or two in my own Department, I realize the benefits both to student and teacher. I often think that I have better contacts throughout the world with colleagues such as Hiroshi Akiyama and Sir Robert Shields than do our Ambassadors in the State Department. Their periods of contact only last during limited political appointments while ours are lifetime, built around the international discipline of medicine.

科学・技術進歩の光と影

第26回日本医学会総会会頭　杉　岡　洋　一

平成14年6月20日（木）・東京

杉岡　ご紹介賜りました杉岡でございます。鴨下先生には過分なご紹介をいただきまして，まことにありがとうございます。また本日の講演の機会をお与えいただきました，秋山学会長，そして中山会長両先生に深謝申し上げます。

「科学・技術進歩の光と影」

1.　はじめに

工業化の時代から新しい生命科学，バイオテクノロジーの世紀へ歩を進めることになった現在，私どもはいや応なしに米国型の経済，価値観のもとに組み込まれようとしております。遺伝子の商業利用に血眼となっておりますベンチャー・ビジネスや大企業の生物工学による世界支配のもくろみに，どう我々が対処していくか，人類は重大な岐路に立っていると思います。

20世紀から始まりました化学物質の乱開発を含め，その判断を誤りますと，人類はおろか全生物の終えんを招くその足音が，しだいに近寄ってきつつあるような気がしております。

私は決して前世紀の科学・技術の進歩を否定する訳ではございません。それによってもたらされた先進国の豊かな文明と，医学においては長寿社会など，決してこの貢献に背を向けるものではございません。

しかし，その光の部分とともに，途上国との経済格差は一段と広がり，また，自然・環境破壊などの負の遺産ともいわれるべき影の部分があり，これを忘れることはできないと思います。

つねに影の部分に目を，そして心を配り，科学の暴走，人類の欲望，支配欲のなすままに突き進んだ先に何があるのか，果たして人類，いや地球上の全生物に本当に幸いがあるのか，と問う姿勢が必要ではないかと思っております。

かつて日本人は，自然を愛し，つつましい人間生活を重んじるという美徳を持っておりましたが，米国型の利と力を求める姿に迎合しつつあるような気がしてなりません。

本日申し上げたいことは，その負の遺産の解消には，すでに一国の対応では解決できない，グローバリゼーションの真の意味である，協力の世紀の構築がぜひとも必要だということであります。そして，とくに医療人は，医学，医療の世界にとどまっているだけではなく，多くの生物の生命を脅かす負の遺産に対して，つねに警告を発し啓発を重ねる努力をしなければいけないのではないかと思う次第です。

2.　物理学と化学の科学革命（19・20世紀）のもたらしたもの

人類が火を手にした130万年前の原人の時代を経て，高熱処理技術の時代が本格的に始まったのは，紀元前3000年といわれております。それは地中海や近東の地方に始まり，鉱物から火によって溶解されたものを用い道具を作ってまいりました。その後，現代に至るまで化石燃料を消費し，森林の伐採を進め，破壊を招いてきたのであります。

地球上のほんの20％の人類が，地球にある80％の化石エネルギーを消費して，確かに先進国には豊かな文明をもたらしました。そして新しい化学物質をつくり，知らず知らずに多くの負の遺産をもたらしたのであります。

その一方で，発展途上国との経済格差をより一層拡大いたしました。その後，途上国も同じように化石エネルギーの消費に加担してまいりました。これらが相乗的に環境汚染につながり，また，新しく開発された化学物質は食物や多くの農産物の汚染をもたらしました。20世紀の終盤には遺伝子工学による多くの新しい生命の誕生によって，生物の多様性が失われてきております。これはやはり生物の存亡をかける大きな問題ではないかと思います。

・CO_2汚染

東北大学の前総長であります，西澤潤一先生の著書から引用させていただいたグラフで見ますと，CO_2の増加は，過去150年でもっとも高い値に達し，上昇を続けているということで，この増加は非常に急速であり，指数函数的であるというように述べておられます。

そして，途上国が先進国に迫る勢いでCO_2の排出量を増やしてきております。CO_2の濃度が大気中の３％になると人類は呼吸困難に陥るといわれておりますが，現在値が0.036％です。この10倍の0.3％に達するのはおそらく2080年だろうと，過去の伸び率からしますと，そういうことがいわれております。それと同時に，これが３％になるのに約150年とされております。

しかし深海洋底に，水温と圧力との微妙なバランスで閉じこめられている，メタンハイドレードがあるといわれており，温暖化や資源の掘削でメタンハイドレードが崩壊され，メタンガスが発生すると水とCO_2に分解し，急速に大気のCO_2濃度を上昇させると西澤先生は「80年で人類は滅亡する」と題した著書で述べておられます。

19世紀，20世紀に経験した物理学と化学の２つの科学革命，これは人類に多くの教訓をくみ取る機会を与えていると思います。この革命は確かに人類に大きな利益をもたらしましたが，それと同時に同じ位の重大な問題を引き起こしつつあり，残された短い時間に，その解消に向けて我々は努力をしていかなければいけないと思います。

・科学者の常と過ち

20世紀から21世紀にかけて無生物から生物学の革命，すなわちバイオテクノロジーの世紀を迎えております。これによってもたらされる医療での多くの福音と同時に，農産物や遺伝子操作を含めてかなり危険なことも予測されております。

そしてその進歩のスピードは，１年が過去の10年，いやそれ以上であり，我々が善悪を判断する時間的余裕もないのではないか，そしてその機会は急速に失われるのではないかと思われます。

科学者というのは，未知のものを求めてその扉を開きますと，本能的にその奥にあるものを求め続ける，そして際限なく突き進む，これは科学者の優れた資質でもありますが，それと同時に多くの問題を引き起こしたことも，原子爆弾の例を挙げるまでもないことです。すなわち，知らず知らずのうちに負の遺産を生み出していくということがございます。

・効率という魔物

科学者の純学問的な成果を利用する側が，その成果が生み出す利益を求めるあまり，そこにはその応用を誤った方向に向ける政治があり，商人がいる訳で，経済効率の天秤にかけて，それによって研究の成果を評価するという，かなり危険な道に現在進もうとしております。まさに現代の，とくに米国社会を中心とした，狂気のような効率主義，その魔物に知らず知らずのうちに侵されている世界がございます。

・化学物質に支えられた集約農業，集約養殖漁業と畜産の未来

ここに「集約農業」と書いておりますが，まず化学革命の負の面を述べてみたいと思います。

農業の黎明(れいめい)期から１万年を経た現在，つい20世紀の前半までは，土から作物をもらう，その土にお返しをするという，まさにつつましい農業の原点が守られていたと思います。その農業の原点である土を疲弊しないという知恵が，例えば畑を３～４年置きに休ませる，その間にクローバーやマメ科の植物を生やして窒素固定植物として利用する，そういう自然に学んだ知恵，作物の輪作というようなことで，病害虫の大量発生を防ぐことも行われておりました。これは経験に基づくもので，畑の周辺に生け垣を設けて，害虫を食べる鳥や昆

虫に住みかを与えていた訳です。

その美しい農業から，広大な土地に１種類の穀物を大量に効率的に収穫し連作をいとわない，そして土の疲弊は大量の化学肥料，大量に発生する害虫に対しては殺虫剤で皆殺しをする，そして生えてくる雑草には除草剤を用いるという，まさに効率だけを目指した集約農業が行われるようになった訳で，これが化学薬品工業の莫大な利益につながった訳です。

そして薬剤耐性の害虫が発生すると，より強力な殺虫剤で対応するという，負の悪循環を構成しました。

これは漁業も決して例外ではありませんでした。狭いおりの中に人工飼料で大量に飼育された魚が，悪環境の中で多くの寄生虫によってむしばまれるという事態が起こりますと，それに対してまた薬品を使う，そして病気になれば抗生物質を与える，魚の色を美しくみせる発光剤や水質浄化剤などなど化学物質の乱用が絶え間なく行われてきている訳で，これも効率の魔物といわざるをえないと思います。

これが畜産にも及び，草を食んで乳を出す乳牛に牛乳をいかに大量に出させるかということで，いわゆる肉骨粉を始め濃縮タンパク質のえさを与えるようになった訳ですし，大きく育てるためにブロイラーも同様です。抗生物質や薬品を多量に使用して，卵を産む機械，牛乳を出す機械として，鶏を飼い牛を飼っている訳です。

・殺虫剤

戦争と殺虫剤の関係ですが，第一次世界大戦が転換点となって化学兵器の開発が進みました。世界でもっとも悪名高い殺虫剤のDDTも，第二次世界大戦の少し前に合成されたといわれております。そしてスイスのポール・ミュラーが，これを殺虫剤に応用する方法を発見して，皮肉にもノーベル賞をもらった訳です。私どもも戦後シラミに悩まされたときに，進駐軍によって頭からDDTを振りかけられました。有機塩素系のDDTから始まって有機リン系の殺虫剤など，それに除草剤も加えて，ホルモンの攪乱(かくらん)や，いろいろな悪役を演じる化学薬品が開発されてまいりました。歴史上あらゆる人間が受胎の瞬間から死ぬまで，恐ろしい化学薬品の影響にさらされるということになった訳です。

有機リン系殺虫剤は土壌に長く残留せず，日光や雨で分解されて無害の物質になるとされています。また，体内の蓄積が少ないということで開発された訳ですが，神経障害がみられました。次世代の殺虫剤ピレスロイド系というのは，キク科の植物が持つ固定毒を合成したもので，以前のものより毒性が低いといわれてきました。これは安全といわれておりますが，決して安全という確証はありません。殺虫剤は，例えばプリオンタンパク質の毒性を増すといわれておりますし，アルツハイマー病の発症年齢を下げたと報告した学者もいます。

安全といいましても，単独で使用された場合と別の化学薬品と混合された場合には，性質が変わる可能性があります。いわゆる相乗作用，カクテル効果です。一つの殺虫剤により起きた化学作用が別の殺虫剤にさらされた時に，予期せぬ結果をもたらす可能性があるといわれております。

また，もっと重大な問題は，健康な土壌には多くの微生物が住んでおりますが，それらを根こそぎ的に殺してしまうという危険性もあることです。直接の人間に対する効果だけではなくて，間接的な，しかし，かなり重大な影響をもたらすという場面が想定されます。

・食物連鎖（あらゆる生き物は互いに依存しあっている）

あらゆる生物は，お互いに依存し合って生きており，一人勝ちの世界というのはありえないと生物学者はいっております。

そしてその因果は巡り巡って人間に害を及ぼす訳で，汚染された草の実，虫を食べた小鳥が，またそれを食べる獣，そういう食物連鎖が高度になるにつれて，毒物の濃度が濃縮されるといわれております。

海中のプランクトンが海水中の毒物を吸収して，体内にその260倍の毒性を持つといわれておりますが，それを小魚が食べると500倍に膨れ上がり，それをまた大型の魚が食べると，その脂肪に蓄積される量は７万5,000倍になるといわれております。

そして,すでに生物学者がいいますところでは,我々の体内に500種類以上の化学薬品が混ざり合っているということです。100年前にはそういうものは存在しなかったのです。

・殺虫剤・化学肥料にさらされて

これら殺虫剤の長期の影響というのはまったく不明です。そして証明のしようがない。なぜかというと，皆様ご存じのように，サリドマイドのような手と足の欠損という非常に顕著な奇形をもたらす場合には，因果関係が比較的たやすく解明されますが，一般的な疾患や肺癌や心臓病などを増加させたり，また生殖機能や神経系にいろいろな影響を持ったとして，簡単に薬品との関連は証明することができない訳ですし，食品にもそれがいえる訳です。

そして胎児や乳児への影響は我々大人以上で，脳の発達を考えてみても，生まれてわずかの期間に非常に大きく発達する訳で，そこに何らかの小さな変化が起こると，その子どもの将来に致命的な影響を及ぼすということは，我々でも十分理解できます。盛んに使われておりますベビーフードの中に，数種の野菜と果物が用いられておりますが，それらの化学薬品の濃度は，果たして安全であるかどうかということは，今後大いに検討されなければいけないと考えます。とくに胎児は，母親の胎盤を通して殺虫剤や多くの化学物質の影響を受けるとされております。

食品が生産されてスーパーマーケットに来る間に,約3,850種の添加物が加えられているということです。そして人間にとっては，年に４kgに及ぶ添加物が与えられているとエリック・ミルストーンという人がいっているようです。

また，日本は輸入野菜や穀物に頼って生きております。果たして輸入される食品が安全であるかどうかということは，栽培，保管，輸送の段階で多くの汚染が考えられますので，厳密な検査と規制に左右されます。先ほど協力の世紀と申しましたが，EU では食品の安全規制を行っておりますが，日本はアジアの中で，果たしてどのような規制を持っているのかということは，非常に分かりにくい訳です。

殺虫剤を初め化学物質への危惧(きぐ)は，驚くことに40年前に，すでにレイチェル・カーソンという女性が『沈黙の春』という本を出版し,警告しておりました。しかし，その時代には，誰もこれを真摯(しんし)に受け止めることがなかったといわれております。

裁判では「疑わしきは罰せず」といいますが，化学物質に関してはやはり疑わしきは罰するべきだろうと思います。

3.　生物学バイオテクノロジー革命（20, 21世紀）

・遺伝子レベルの医療

我々は20世紀後半の分子生物学の開花とともに，生命科学の急速な進歩を生み，21世紀はまさにバイオテクノロジーの世紀といわれるようになっております。

医学において分子レベルでの病気の解明がなされ，遺伝子群の機能不全があれば，特定の遺伝子の細胞内導入が最適の治療とされる時代です。

現在の再生医学において重要な Stem cell 幹細胞の発見につながる，1961年の Till & Mc Culloch の有名な実験があります。致死量の放射線照射を行ったマウスに同種の骨髄移植を行うと，脾臓(ひぞう)に多数のコロニーができる，このコロニー１個はドナー由来の細胞１個から分化・分裂した細胞群から形成されていると主張いたしました。当時は Stem cell という概念がありませんで，Colony forming unit と呼ばれたようです。

リンパ球を含めたすべての血球は造血幹細胞の１個から生じたもので，造血幹細胞は各種の血球に分化するとともに,自分自身が自己再生能力(自己複製能）を持っているので，これに遺伝子を組み込むことによって永久に体内にとどまることができる訳です。

エイズ治療への試みとして，抗ウイルス遺伝子をレトロウイルスベクターに組み込み，それを介して造血幹細胞に移入することができますと，自己再生の働きによって体内に長くとどまっている訳です。ただし，現状では移入される効率と機能発現にまだ未解決の問題があるようですが，いずれより効果的な方法が見つかり施行されるものと思っております。

・発生から死後の世界へ

そして，医学はついにヒトの発生の段階から死

後の世界に足を踏み入れました。これによって多くの福音をもたらされましたが，逆に倫理面で多くの問題と懸念をもたらしつつあります。

生殖医療ですが，その進歩はたいへんめざましく，生殖現象の解明のみならず，ヒトの生殖現象を操作する技術に進歩しております。1978年にヒトの体外受精，胚移植の成功があり，顕微受精では男性の不妊の治療として，その中心的な役割を果たしております。

また体外受精の際の，余った胚を胚性幹細胞としてセルライン化を行うことがすでに試みられておりますが，倫理面で大きな問題を残していると思わざるをえません。

・再生医療

臓器不全の対策としては，臓器の再生以外にその最善の対策はないようです。その一つとしての臓器移植，そしてまた細胞移植ですが，細胞内移植と言い換えられる遺伝子治療もあります。整形外科の領域でも軟骨欠損に対する再生軟骨の応用や，いろいろなことが現在試みられてきております。

そして脳死体からの臓器が得にくいこともあり，クローン動物の臓器を人間に移植することも可能となっております。しかし，そのなかでやはり問題点というのは，動物の持っております未知の致死的なウイルスが，種を超えて人間に感染するという危険性がすでに指摘されていることであります。これは大きな問題でありますが，それをクリアする手段を我々賢い人間は考えだし，そして動物の臓器を自らに植える，そういう方向に進んでいくのではないかと思います。

また，バイオテクノロジーのもう一つの方向として，前述の幹細胞から再生医療がありますが，より確実な胚性幹細胞を用いることで，免疫反応の点でも問題の起こりにくい再生医療の研究が進んでおります。しかし，人間の発生の過程から各種の組織臓器をつくりだすということは，多くの生命倫理上の問題が指摘されており，ある国ではそれを認め，ある国では認めないという状況に現在ある訳です。

そしてこの方面の研究者は，2020年には，人体の95％は，実験室内で育てた臓器で取り替えることができるようになると豪語している訳で，ひょっとすると2020年まで待たずに，そういうことが行われる可能性も大いにあるのではないかと思います。

すなわち人工臓器が培養臓器の利用に取って代えられるということで，そういう時代が間もなくやってくるであろうと思われます。

・人間　―生命の技術者―

ここで一番問題なのは，これらのバイオテクノロジーによってもたらされるものが，市場資本の魅力的な対象ということです。生命が発明品として，それに対して特許が与えられるという現実がすでに起こってきています。これは先ほども申し上げましたように，地球上の生き物に対する配慮を忘れたといいますか，神を恐れない人間社会の倫理観の喪失のほかにないと思います。たいへん危惧される大きな問題です。

・種の保存・進化への危険な挑戦

過去の農産物や花は植物の交配によって新種をつくるということが行われ，改良種として利用されてまいりました。これは極めて長い時間をかけて行われ，しかも決して種を超えるということはなかった訳です。

しかし現在の遺伝子操作によって行われるこの作業は，短時間で，しかも悪いことに種の境界を超えて新しい生命を生み出す可能性があります。そして人間の都合のいい農産物や植物をつくる，害虫に強いものをつくりたいという人間の欲望の方向に進んでいく訳ですが，そういう植物が，ある時期に流行したある病気に全く抵抗力がなかったとすると，その種は全滅します。しかし，残念なことに，それにかわる種はすでに存在しないというようなことも起こりうるわけで，私どもはやはり，生物の多様性というものを十分に守っていくことが必要です。種の保存・進化への極めて危険な挑戦が現在，行われつつあるというように思われます。

そして恐竜時代，1,000年に1種類の種が絶滅したといわれており，工業化時代には10年に1種類，現代は何と1時間に3つの種が絶滅しているといわれております。そのなかで，人間が力を貸して

いる部分もかなりあるのではないかと思われます。

・遺伝子工学の危険性バイオハザード

多くを述べてまいりましたが，いわゆる遺伝子工学のバイオハザードとして，多くの危険と隣り合わせになっております。そして，生命倫理のうえからも極めて憂慮すべきことが起こりつつあり，またそれに対して，警鐘を発するという力も必ずしも大きくないというのが現状です。

遺伝子操作を受けた生物が自然界に放出されると，多くの問題を起こしてくることは先ほど申し上げたとおりで，まさに種の多様性を人為的に失わせ，自然界の種の絶滅を早めるということになりかねない訳です。

私ども人間が，飽くなき欲望と，その結果，環境や自然を破壊し，自らが開発した化学物質で生物の存在を危うくするというこの愚かさ，それに拍車をかけるのが商業資本であり，これらに目覚めてブレーキをかけ，破壊への道をとどまらせるということが今後たいへん重要になってくると思います。そしてブレーキをかける時間的な余裕も少く，今が残された極めて短いチャンスであろうと思っております。

過去，１度に多くの生命を奪うものの相場として挙げられたものは，戦争であり，スペイン風邪に代表されるような感染症でした。しかし，現状では，それにもう一つ書き加える必要があろうかと思います。

それはCO_2に代表される，高名な学者をして80年で人類は滅亡するといわしめるような環境汚染であり，食物汚染もどういう影響が起こってきているのということを証明することは，非常に困難であるということを申し上げましたが，いずれにしても多くの問題を抱えており，ひょっとすると地球上の生物の終えんを招くという，たいへん愚かな行為である可能性もあります。

4.　21世紀は協力の世紀であるべき

・国際化とグローバリゼーション

20世紀は，わが国でも国際化が叫ばれ，最近ではグローバリゼーションと混同して使われておりますが，国際化というのは，私は国家間の競争を前提にしたものであると思っております。少なくとも20世紀は国家間の競争の世紀でありました。

先ほど申し上げましたように，環境問題，国境を越えて入ってまいります食料の化学汚染，そういうものは一国の対応では決して解決しない問題です。テロにしてもそうですし，途上国との経済格差も一国の対応ではなかなか解決が難しいものです。

私は，真のグローバリゼーションの意味するところは，国を越えた協力の姿勢だろうというように思っておりまして，少なくとも21世紀は協力の世紀でないといけないと思っております。

・大学は国際化とグローバリゼーションのはざまに

先ほどご紹介いただきましたように，私は昨年の11月まで大学に籍を置いておりました。大学は古くから地球全体を豊かにする科学研究を進めてまいりましたし，一国ではなくて世界に貢献する人材の育成を行ってきたと思っております。

その点からも，大学はグローバリゼーションの最たるものでした。しかし，最近は研究がお金に直結することを尊ぶようになりまして，大学の外から聞こえてくる声は，国際競争に勝てという論議ばかりです。大学の本来の姿というのは，世界全体を視野にいれ，それを豊かにする，そういう学問をすすめ，人材を育ててきたところだと思いますが，残念なことに，大学は今や国際化とグローバリゼーションのはざまに置かれております。

・科学と哲学

先日ある学会で，その方面の高名な先生のお話を伺っておりましたら，その先生は，科学と哲学は別のものである，人々の生活を豊かにし幸福にする科学・技術の進歩に，哲学的な思考を持ち出してブレーキをかけるというのは困る，というようなことをおっしゃいました。

これは私の誤解であればいいと思いますが，私自身は科学者の暴走といいますか，非常に盲目的になって先へ先へと進んでいく，それを制御する上でも人文社会科学的，哲学的な考えを常に傍らに持っておく必要があろうかと思っております。

・科学・技術の進歩の陰で見失いつつあるもの

冒頭申し上げましたように，私は科学・技術の進歩を決して否定するものではございません。しかし20世紀の進歩の陰で我々が見失ってきたもの，または見失いつつあるものが何かということを，この際考えてみることも必要ではないかと思っております。

・医療人は医学・医療に留まらず

一番最初に申し上げましたように，我々医学者，医療人というのは，決して医学，医療にとどまることなく，人類，いや生物全体多くの問題を引き起こすであろう，環境問題，化学物質の乱開発，そういうものにむしろ警告を発し続けなければならないと思っております。

なぜかと申しますと，いくら医学，医療が発達しても，高名な学者がおっしゃるように，CO_2が増えて人類が80年で滅亡するのであれば，何の意味もない訳です。そういう点で私どもはつねにそのことを念頭におかなければならないと思っております。

5. 第26回日本医学会総会「人間科学　日本から世界へ」

先ほどご紹介いただきましたように，第26回日本医学会総会を来年の４月４・５・６日，そして学術展示ならびに公開展示を２日から８日にかけて行わせていただきます。これは21世紀の医学，医療の最先端を確認し，その行方を探り方向づけをするという重要な意義を持っております。

それと同時に，私は今日秋山学会長が講演されましたように，今回の総会で医療の本来のあるべき姿を十分に論じる必要があるのではないかと思っております。その国民的論議と合意のないまま，ただ短絡的に診療報酬の点数や被保険者の負担をどうこうするという，いわゆる財政安定化最優先の改革論議のくり返しは，国民の医療不信を増大させ，医療人の犠牲を強いるのみであります。その一方で，アメリカの医療に比べわが国の医療費は半分に過ぎません。そこで，「日本の医療の将来」と題した特別シンポジウムを企画いたしました。どのような日本の医療の将来像が描かれるのか，主会場での責任もある立場の方々の討論に期待しております。そして福岡宣言としてまとめることができればと思っております。

いずれにしましても，生命科学を初めとした科学・技術の大いなる進歩は，ともすると医学・医療において人を物質（モノ）ととらえる傾向を強めることは否めません。そこで総会の基本理念に心を持った人間全体を総合的に理解する人間科学の視点を医療，医学の基盤に据えることといたしました。

コメディカルの方々や今後の医学を支える学生さんには極めて低額でご参加いただきたいと思っております。ぜひ多くの方々が福岡にご参集下さることを，心から願って私のつたない講演を終わらせていただきたいと思います。たいへん雑駁（ざっぱく）なお話を申し上げましたが，これをもちまして終わらせていただきます。ご静聴下さいまして，たいへんありがとうございました。

ポータブル血液分析器

Portable Clinical Analyzer

i-STAT®

FUSO 300F

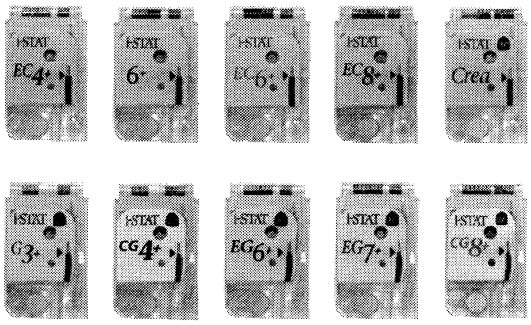
●ポケットに入れて持ち運びができ、いつでも必要に応じた臨床現場で使用できます。●コンパクトながら大形機器なみの精度を有し、測定値のプリントアウトも可能です。●血液検査を注入した使い捨てのカートリッジをアナライザーへ差し込むだけです。●3分以内で測定を終わり結果が表示されるので緊急検査やベッドサイド検査で即座に対応できます。●測定に必要な検体は全血でわずか2～3滴ですので、新生児や乳児にも十分適応できます。●電源に乾電池を用いているため停電などの不測の場合にも測定できます。

カートリッジ	Na	K	Cl	*i*Ca	pH	PCO_2	PO_2	BUN	Glu	Lac	Crea	Hct
＊EC4＋	○	○							○			○
＊6＋	○	○	○					○	○			○
＊EC6＋	○	○		○	○				○			○
＊EC8＋	○	○	○		○	○		○	○			○
G3＋					○	○	○					
＊CG4＋					○	○	○			○		
EG6＋	○	○			○	○	○					○
EG7＋	○	○		○	○	○	○					○
CG8＋	○	○		○	○	○	○		○			○
＊Crea											○	

● 体外診断用医薬品承認番号：21200AMG00013000　アイ・スタットGlu, アイ・スタットBUN, アイ・スタットLac, アイ・スタットCrea
〔これらの含まれるカートリッジ(＊)は体外診断用医薬品として取扱われます。これ以外のカートリッジ，アナライザー等は類別許可(輸入販売業許可番号：27BY0183)医療用具です。〕

◇さらに詳しい情報をお求めの場合、下記までご連絡ください。

扶桑薬品工業株式会社 本社、i-STAT技術サービス係
TEL.06-6969-1131



主な仕様

測定項目及び原理	Na, K, Cl, *i*Ca, pH：イオン選択性電極法 PCO_2, PO_2：炭酸ガス・酸素電極法 BUN, Glu, Lac, Crea：酵素電極法 Hct：電導度電極法	
測定時間	約160秒	
血液検体量	40～100μl	
電源	専用充電池／9Vリチウム乾電池(006P型)	
	〈アナライザー〉	〈カートリッジ〉
寸法(mm)	236×76×58	44×27×7
重量(g)	590(充電池使用)	4

輸入販売元
扶桑薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町1丁目7番10号

製造元　アイ・スタット　コーポレーション
アメリカ合衆国
国内管理人　医療産業株式会社
東京都文京区湯島4丁目2番1号

2001年10月作成

病院経営は虚業ではない

医事評論家　行　天　良　雄

平成14年6月20日（木）・東京

行天　山本先生，ありがとうございました。と申しましても，実は非常に困ったご紹介をいただき，辛口を期待されても，私はこのごろ年のせいか，甘い物がだんだん好きになっておりまして，必ずしもご期待に沿えないかもしれません。

今日いただいております テーマは，医療というものは虚業ではないのだ，またあってはいけないのだというようなことなのですが，辞書を引きますと，「虚」というのはむなしいとか，中身がないというのが一番大きく出ております。ただし，逆に邪念や私欲がないというのが虚というようにもなっておりまして，まったく正反対の解釈がこの一つの文字のなかに含まれております。

ただし，私がこのテーマを選びました理由は，昨日も会長招宴，そして今朝もお話がございましたように，現在，医療の問題をこれからどうするかということを含めて，財務省主導といっていいような，経済学者の方たちの進んだご意見が，どちらかというとリードしているような感じがございます。

そしてたまたま私も縁がございまして，総理大臣の私的懇談会に，朝お話くださいました坪井先生，国立国際医療センターの矢崎先生，私と医療側はわずか3人でしたが，参加させていただく折があったときに，しょせん皆保険のなかで動いている医療という問題，とくに日本の医療構造はまさに虚業であって，だれがやってもできるものだ，これで，赤だ，黒だ，あるいは医の倫理だといっているのはどうかと思う，というようなニュアンスの発言が相次いだ訳です。

総じて，経済関係，あるいは財界，そのほかで，まずご自分が病気になって病院にかかったことはほとんどないと申し上げてもいいような，丈夫で丈夫で，たいてもたいてもというような方たちが，それこそ侃侃諤諤（かんかんがくがく）医療の経済性を中心にしてディスカッションなさった訳です。

私はこれでいいのだろうかと，病み，苦しみ，そして悲しんでいるたくさんの病人や，そういう方たちに対する配慮，そのほかがまったく忘れられたままで，医療の構造の基本的な展開が考えられてしまっていいのだろうかというようなことで，ある意味においては寂しい，しかし，この方たちもやがてある時期になったら，自分がそのときに発言した問題に対して，心の底からある種の悩みをお感じになるのではないかという，非常に皮相的な冷ややかなさめた気持ちで，それらの発言を伺っておりました。

今ご紹介いただきましたように，私はかれこれ50年近く，いわゆる第三者として医療の動きのなかにずっと過してまいりました。お世話になりました何万という方たち，そのなかの相当部分の方たちの最期に立ち合ったり，あるいはその方たちのある時期を，私自身が利害のない第三者としてタッチすることがありました。

このことは私のこれからの生き方，あるいは医療に対する考え方を，ずっとリードしてきてくれた事柄だと思い，結論のようなことを最後に話させていただきたいと思いますが，人はやはり必ず死ぬものでございまして，死の幕引きという問題に関して，本来治し，治せる，助ける，あるいは痛み，苦しみから救うということだけをやってきた医療は，大きく転換をしなければならないくらいに，先進国を中心として，多くの方々の長命というものが保証され，それが常識化され，当然で

あるという時代を迎えているという，人類の最期といったような大転換期に対する対応ができないのではないかということが，私の考えでした。

そして，そのときに繰り返された虚業意識という問題に関しては，ある意味においては絶望的な反論を持っていましたが，こういった分かりにくいテーマをお許しいただきました会長の秋山先生に，厚く御礼申し上げたいと思います。訳の分からないテーマのなかでお話ということを許してくださいました秋山先生には，私自身は公私ともどもにお世話になっておりまして，のちほどちょっと申し上げますが，いろいろな取材やそのほか，世界に名が通っております秋山先生のおかげで，たくさんの便宜を図っていただきました。人物評をここでいうのは特別講演としてはおかしいのですが，先生は非常にひょうひょうとしていらっしゃって，今朝のお話をお聞きになった方々は，やや異常に思われるくらいに，先生の信念に満ちた一つの考え方が吐露された訳ですが，それと同じようなことを，よその国ではたいへん評価されていたということだけを，まずお伝えしておこうと思います。

そういった秋山先生のご命令でございますので，喜んでこの特別講演という偉そうな場をお引き受けしましたが，もう一つ私にとりましては，この会場である日航東京に関しては，少し別の思いがございます。

多分今日お集まりの皆様方，そして周辺にずっと配置されております，日航東京の職員の方もご存じないと思いますが，この日航東京を遠くの方からごらんになりますと，何ともいえない特異な姿をしているホテルです。

このホテルを設計された長尾宜子（ながおよりこ）さんは，ラフォーレ，そのほかの設計をずっとやっていらっしゃいました。女性の設計者としては第一級といっていい方なのですが，実はこの方はもう亡くなりましたので，あえて公表させていただきますと，癌の強烈な転移を繰り返されました。それこそ手術だけでも５回，６回と，たいへんな苦労のなかで死に物狂いでこのホテルを設計され，完成にまで持っていかれました。

ちょうど私が仕事で，お亡くなりになる２年ほど前に，長尾さんにお目にかかる機会がございました。なぜお伺いしたかというと，私は別にこのホテルのことでお伺いしたのではなくて，そこまで執念を燃やしながら，自分自身の一つの仕事というものに夢をかけ続けている方が，いったい医療に関して，どうお考えになっているかということをお伺いしたいために，長尾宜子さんにお目にかかることができた訳ですが，その後残念ながら98年にお亡くなりになりました。

しかし，そのときに，あるいはその前後に，歌集としておまとめになっているものをのちほどご主人が出版されました。私がそのなかで一番感銘を受け，また現在でも考えさせられ，あえてここでご紹介させていただきますのは，その最後を飾っている歌です。

「このうえは燃えるがごとき恋をして
癌細胞を焼き尽くしたし」

ありとあらゆる癌の治療，温熱療法もなさいました。また抗癌剤，そのほかも全部使いましたが，残念ながらすべては十分な効果を発揮できませんでした。そしてご自分が，このホテルが完成する前に一生が終わるのではないか，せめて自分の力で癌細胞を焼き尽くす方法としては，自分が死に物狂いの恋をして，自分の炎で癌細胞を焼き尽くす以外にはないのだ，温熱療法がどうだとか，何がといっても，しょせん癌自身は自分との闘いなのですよということを，淡々としてお話くださいました。

もう一度歌をご紹介しますと，

「このうえは燃えるがごとき恋をして
癌細胞を焼き尽くしたし」

患者さんの一人の声として，ぜひ医療に携わっている方たちが，この思いのなかで癌と闘っていらっしゃった方たちが，以前も，そして今もいるのだということで，医療という問題をある面で考えていただきたいと思っております。

さて，そこで今回私にこの場を与えられまして，たくさんの先生方から，いいことをいえ，ドクターに活を入れろ，それから病院に関しても思い切ったことをいって，もっと気を引き締めなければだめだということをずけずけいえ，いえるのはおまえだけだ，あるいはさらにいえば，国のあり方に関して，方向転換を迫るような優れた発言をぜひすべきであるとか，いろいろなアドバイスという

よりも，恐喝に近いようなご注意を受けました。

どれをとりましても，私にはとてもその任を全うせない位重い難しいテーマですが，私がなぜそのような諸先生の期待を負えるような生き方，場にいられるかというのを少しご紹介しながら，日本の医療構造という問題に関して，今朝方秋山会長がお話になり，その前にトルコのいわゆる手という問題で，大学教授の総回診，そのほかに関して，中山先生がお話くださったことなどで非常に考えるものがございました。

これは単なる形式論ではございませんで，私は自分で用意してまいりました，虚業ではないという経済原則みたいな問題は全部やめて，極めて勝手ですが，私自身が50年たどってまいりましたものを中心にして，日本の医療が，これからどのような選択をしていくべきであるかということに関する私見に，少しお耳を貸していただきたいと思います。

初めのころは全部とばして，私は横浜という街にたまたま住んでおりまして，1945年８月15日にご存じの敗戦です。もちろん今日お集まりのまず３分の２以上の方は，この敗戦というのをご存じない訳ですが，８月15日に日本が完全に敗北しまして，８月28日に現在もございます横浜のニューグランドに，アメリカの第一線部隊の行政エリート集団が到着しました。

そして30日に，私はたまたま焼け野原に棒きれのようなもので，ボーイを求むというのがあったのに応募して，結局アルバイトに行きました。もちろん単なる物運びです。格好のいいアルバイトでも何でもなくて，日本中がこじきのようにウロウロウロウロしておりました。そのときのアルバイトだということも十分お考えいただきたいのです。

そして10月に準備が始まりました，横須賀のアメリカ海軍病院の方に，あっちを手伝えということで行ったのですが，そこで私が目を見張ったことは，今日ちょっとご批判が出た朝のお話，ディスポの医療です。

アメリカが戦略，あるいは戦場の医療として使い捨てて，一人でも人を助ける，出血を止める，血液をかえる，感染を防止する。このためにディスポという問題は戦場行為そのものとして入ってきて，日本のそれこそ包帯であろうと，ガーゼであろうと，あらゆるものを一生懸命洗って，お日様に当てて干して使っていた。何度もやっていた。ああいったものをことごとく吹き飛ばしました。

私は呆然としました。捨てるという認識はまったくなかった訳ですが，何のために捨てるかということに関する向こうの説明で，人の一つの命を救うために，感染という問題がどんなに怖いものであるかということを，じゅんじゅんと話してくれました。

そしてもう一つ，これもまた決定的な驚きでしたが，ペニシリンの潤沢すぎる使用でした。もちろん敗戦国日本ではペニシリンはございませんから，たいへんな価値のあるもので，これは繰り返しますが，映画の「第三の男」というのを見ていただければ，オーソン・ウェールズがペニシリンを軸にしながら，裏取引で巨利を得たが，国家戦略のなかで自滅していった姿が出ていますが，ペニシリンを中心とする抗生物質，これには驚きました。そして，つくづく敗戦の悲しさをかみしめました。

日本では，結核を初めとしたあらゆる患者さんが，みんな適切な薬もなければ治療法もないままに，どんどんどんどん死んでいきました。入院できベッドに入れれば上出来だったくらいですが，それでも入ったところで打つ手もなく，全部死んでいきました。

ところが国が違い，たとえ勝った国の人とはいえ，これだけ捨ててもいいくらいに潤沢なペニシリンを使いながら，たくさんの健康な若者たちがどんどんどんどん快復していく姿を見て，負けるものではない，国がこんなにも大きく貧富を生むのか，医療は平等だというけれども，クリミア戦争のナイチンゲールがどうこうといわれても，所詮は国家という大きな枠のなかで，医療というものが動くのかなというようなことを感じました。

そして半面，私は上司と申しますか，単に私の世話をしてくれた方たち，これは当初，日本占領軍のトップエリートのなかのまたエリートであった訳ですが，この方たちにいろいろと教えていただきました。

そして第一集団で入ってきたのは行政の第一線の方ですが，そのなかでウエルフェアといわれて

おりました，福祉，医療の専門家が極めて多かった訳です。私に対して，メディカルの方に行くつもりなら，日本でまったくないパブリックヘルスというか，プライマリーケアというか，そのころ何をいっているのか全然分からないくらいの言葉でしたが，メディアを使って，国民，あるいはこの国のすべての人たちに，健康という問題を十分に考えてもらう，そして人間の一生なり人生というものを考えていただくという方向にリードしていかなければならない。

・・・凡ての医者にそれをやれとはいわないけれども，おまえ一人くらいがやってもいいのではないかというので，人々の認識，自覚をという，たいへんなサジェスチョンがありました。

と同時に，保険，そのほかの経済の壁というものを，どうしても取り除かなければいけない。日本は敗戦で焼け野原でしたが，この国にもし新しい国家が生まれるとすれば，そこではカネがないから医療機関にかかれない，お医者さんに診てもらえないといったような，我々本国のアメリカが抱えている，あの惨めな姿だけはこの国につくってはいけない，だからおまえはもしメディアに入るのなら，一生懸命それをやれということで，たいへんな励ましを受けました。

そして1950年に私は正式に当時NHKという名前の会社に入りました。それ以上に占領軍の情報部のほとんどが，当時内幸町にございましたNHKに入っておりました。4階から上は全部アメリカの情報部でした。この方たちが今日につながる皆保険という問題に関して，非常に細かい資料と分析を続けておりました。

また時には，これは日本では考えられない強烈なディスカッションでした。そのディスカッションを垣間見る，当然中に加わってどうこうというのはとんでもない話で，お茶を持っていって何となく雰囲気を味わっただけですが，そういう雰囲気というのはたいへんありました。

私はそのなかで漠然と聞いていた話ですが，今朝方秋山先生がおっしゃったように，資本主義的な考えと，まったく相反するといっていいような平等であるとか，貧乏な人たちに対するどういう救済をするかという，この両極にあったような形が医療，あるいは社会保障という問題に関して，強烈なディスカッションが展開されていることは，今でも記憶に残っております。

席を立つ，あるいは暴力的な行為はまったくなかった訳ですが，テーブルをたたいたり，立ち上がったり，位の上下はまったくなく，それらを論議している姿を見て，この国は勝って当然なのだということを実感いたしました。それくらいに事態は変わりました。

しかし，不運なことに1950年6月25日に朝鮮動乱が勃発(ぼっぱつ)しました。当然アメリカは，朝鮮に対する問題と中共軍の介入に対する問題がございましたために，占領政策の大転換を迫られてしまった訳です。間もなくトルーマンによってマッカーサーが左遷されたり，いろいろな問題があった訳ですが，沈まない航空母艦としての日本の位置づけという問題に，決定的なある方向が示され，最初に日本に入ってきて，夢のようなある国を夢見ていたアメリカのエリート集団は，全部本国に左遷されてしまいました。一人も残っておりませんでした。

これくらい鮮やかに全部の政策転換をやったということは，やはりアメリカらしいドライなやり方だなと，そのとき感じましたが，まさかそれが今日，日本の医療の構造に対して，これほど決定打を与える方向に変わるとはまったく予想はできませんでした。

私もまたNHKで，日本なりにある種のものをずっと続けざるをえませんでした。

古い話になりますが，当然第一に結核対策です。結核対策は日本に厚生省を生み，しかも保健所を生み，そして保健婦という一つの業態を確立いたしました。これは結核あっての問題です。ですから，結核が姿を消し，現在では特殊な存在としての結核の見直しなどもいわれてはおりますが，国民病として，国家の将来に重大な影響を与えるような疾病とはまったく違っております。

そのときに感染症対策ということで，まさにパブリックヘルスの頂点のようなものであった結核，やがてそれが精神病の対策にかわったり，あるいは母子保健，そのほかというキャンペーンの方に，私自身も仕事をどんどん拡大してまいりました。

そしてこの国はオイルショックを乗り越え，東

西対立のはざまのなかで巧みに生き抜き，朝鮮動乱，これは朝鮮特需といわれておりまして，日本に奇跡的な経済復興をもたらした訳ですが，それが一段落して，もうないかと思ったところ，この浮沈空母は再び石油を軸にして，ベトナムの特需という空前絶後の好景気にみまわれました。大きな流れに乗り続けたために，敗戦国のくせに世界屈指の経済大国に変貌し続けていきました。

当然いつも問題になるのは，医療保険のマクロの効果と，もっとマクロな国民生活の上昇という問題，いったいどちらが豊かさにつながってくるのか，そして豊かさが長寿をもたらしたのだろうかということは，いろいろな方の意見がたくさんございます。

とくに医療関係者は，医療保険のおかげでまず周産期死亡も減ったし，それによって多くの人たちの命が助けられたと，だから医療保険，それに従事していた医療関係者の功績は，日本の長寿化という問題につながる大きな原動力であるというようにおっしゃいます。

ところがそうではない見方の人たちは，医療保険そのものは非常に意味もあるし，大事な問題だが，あくまでもリスクに対する問題であって，日本人に高齢化をもたらし，それを推進し，加速し続けた最大の問題は，日本の生活の豊かさである，おまけに戦争という問題から50年以上にわたって隔離できたというこの国の幸せ，この２点で黙っていても長寿になるに決まっている，これがもし長生きできないような国であったとすれば，どこかに大きな問題があるはずだと，こういういろいろな問題があって，問題はそういう事柄に対して，医療側の解釈と，国民全体がそういうものに対して真剣に考えたかどうかという点になると，私は医療側はとにかくとして，国民側はほとんどあまり関心もないままに皆保険が定着し続けていった訳です。

この辺非常に難しい問題で，のちほど時間があれば申し上げたいと思っております。

経済性と申しますか，とくに皆保険の構造をどうするかという問題は，むしろ医療側の方で声を上げだしたというのは，私のみておりました実感です。非常に端的な言い方をしますと，皆保険なるがゆえに患者は無限の供給が続いた訳です。

門前雀羅を張っておりました，病院も皆保険のおかげで門前市をなしています。

ご存じのとおり日本は約80％といっていいような山林原野，そして20％の人間の集中しております都市圏を中心とするところ，80％の山林原野に，15％の主として高齢者を中心とする過疎集団がお住まいになっておられます。そして85％がわずか20％の大都会に集中しているという，異常ともいえる，なお先進諸国が驚異の目でみておりますような，追いつけ追い越せ，そして経済こそ優先といっていいような生き方をしている，この国の姿である訳です。

そしていつでも医療問題が論じられるときには，80％の土地にばらまかれて，オーイといっても隣の人の声が聞こえてこないようなところに，上げるべき声もなく肩を寄せ合ったり，あるいはお一人でいらっしゃる高齢者，この中心の方たちが15％ばらまかれているという現実を，いったい日本という国は，どのように考えていかなければならないか，これもやはり非常に大きな単純な社会保障の問題ではなくて，医療にとっての大切な大切な問題だというように思っております。

では，どうしたらいいのかというと，私はやはりいかに遠回しであろうとも，国民が自分の問題として考えて，同じく医療側も自分たち職能集団の専門性，さらにいえば医師ならびに看護職に対する誇り，このあり方として論じていかなければならないという確信を持った訳です。

具体的には，治し，治せるということだけを求め続けてきた時代が，先進国，とくに日本でも少しずつ方向を変えて，個々の人々がその一生をいかに飾っていけるか，またそのフィナーレをどのように見送ったらいいのか，またそれに対してどのようなあり方で，自分の健康や生活という問題を考えていったらいいか。健康日本21といったような表現ではなくて，もっともっと自分の問題として，人は自分に対してどのような人生を築き，そして大事な点は，自分は最期をどのように幕引きしていこうか，飾ろうとするのか，ひっそりと亡くなっていこうか。この問題は単に病院死亡がどうだとか，在宅死亡がどうだといったような，それこそよく論じられる問題ではなくて，もっともっと深い問題として国民全体が考えていかなけ

ればならないと思っています。

4年近くにわたった取材の結果，私だけではなくて，一緒に協力したたくさんのスタッフも，みんなそのように思いました。

何だかんだといって，DRG，あるいは医療監査の問題，いろいろな問題がすでにアメリカではたくさんやっておりました。79年から始まったDRGに匹敵するような問題，あるいはホスピタル・チェーン・オブ・アメリカといわれているところの飛行機にも乗せてもらいました。50ベッドくらいの病院を全国で100以上持っておりました，大きなホスピタル・チェーンです。純然たる株式会社です。

こういった問題になるのは営利追求，こういったようなたくさんの会議にも取材として許されて参加することができましたが，何かこんなことでいいのだろうか，この国は本当に気の毒な国だ，勝ったくせに勝ったことに関する何も残っていないではないか，負けた国が今，真剣にこれから考えていこうとしているときに，これは本当に気の毒だなということを実際に感じました。

そして最後でしたが，コネチカットホスピスのところで，エール大学の普通の学生さん，医学部の人も少し入っておりましたが，この方たちが日本では考えられない非常に悲しい歌を，現にその場で死んでいく人たちのところで歌い続け，そしてこれがたまに来たというのではなくて，毎週のように来ている。

片一方で，随分ドライで冷たくて，お金，お金といっているようでありながら，もう一方で，人の心みたいなものに踏み込もうとする努力という問題に関して，これがやはり医なのではないかと，そしてここには経済優先だけではなくて，随分ドライな部分も拝見しました。救急車が来て，ものすごい婦長さんのような，あるいはガードマンみたいな人がいて，保険の資格がないからといって救急車を追い返す。よくいわれているように，救急車でもカネを払わなければ受け入れてくれないところもございました。

いろいろな国が，さまざまな文化のなかでそれなりの了解，でも，少しでも良くありたいという願いを込めて，少しずつでも，より良い方向を見つけようと思って努力していることだけは間違いないと思います。ご存じだと思いますが，シラク政権がフランスを中心にしてEU，そのほかで今，打ち出しております社会保障ならびに医療に関する問題は，イギリスのブレア首相がサッチャー政権のつくったいろいろな問題に関して，抜本的な見直しをしようとしております。これは当然でございまして，ユーロという一つの共同体の中で結局，国の壁がなくなったときに，さっき私が勝った国と負けた国の惨めさというものを感じたのを，今度は平等に，やはり同じように平和で暮らしている人たちが，同じように貧富の差なく，ある種の事柄を受けなければならないという，非常に強いものでみんなが考えているのだろうと思います。

うまくいくかどうか，それこそお手並み拝見ですが，今日も朝少しお話が出ていたのですが，イギリス型，あるいはヨーロッパ型，EU型といっていいようなやり方と，それからアメリカ型というようなもののはざまで，どちらをとるかというような単純な問題ではなくて，私はやはり日本は日本の築いてきたもの，そして世界屈指の長命というものを今，十二分に味わっております。

そうだとすれば，国民はまず私は自分たちがこの50年，空前絶後の幸運のなかにいるのだと，その幸運は実は国際的にみたら，一度も戦争にも参加しないし，国家の命令でだれ一人死んでいないという珍しい国なのです。先進諸国の中でこんな，のほほんとしている国はどこにもございません。

でも，それは日本という特殊な国の運命であり，あえていえば幸運である訳ですから，では今度は中で，貧しい人，弱っている人，困っている人に対して，いったいどこまで医療は手を差し伸べるべきなのか。ほかのことを犠牲にしてでも，そういった人たちに対する救援の手なり，あるいはある種の手を差し伸べるということは，恵まれすぎた国日本にとって当然の事柄ではないかということさえ私は感じております。

そして国家100年の計といいましても，実は今，それどころではございませんで，明日の問題ばかりが論議されております。さっきいいましたように，100年先などだれも考えていないのです。なぜかといえば，日本は間もなく超高齢社会に突入します。こればかりはまったく防ぐ手がありません。

そして，どんな時代，どんな社会であるかとい

うことは，人類のなかでだれも知らない訳です。この異常ともいえる明日という問題に関して，間違いなくやってくるものは，生物ですから必ず死んでいきます。平均寿命が50から80になり，あるいは女性の場合100になろうとも，100になったらやはり100で亡くなっていきます。

確実に訪れてくる死という問題に関して，私どもは今，単なる生と死を考えるという学問的な問題ではなくて，学問のような見方ではなくて，今日，秋山先生がここでお出しになっているように，現場でおびただしい死を見，現場でおびただしい人々の嘆き，悲しみ，そしてそれを取り囲んでいる家族やいろいろな問題というのを，十二分に御覧になっていると思います。どんな裁判官よりも，どんな家庭裁判所の方よりも，懸命になって皆さん方が取り組んでいる世界は，何物にもかえがたいものがあります。

私は，だからといってお金の問題など全部無視していいとか，病院が赤になろうが，黒になろうが，そんなことは大きなお世話だ，皆さん方は全部そのことだけをなさいというような乱暴なことは申し上げません。効率が極めて悪いことも事実です。

非常に辛口的なことを，という山本先生のお言葉に従いますと，何度も申し上げ，また何度も調査をさせていただいておりますが，一般的に9時から外来が始まる病院が多い訳です。9時になって自分の部屋から出てみえたドクターが，椅子に座って最初にカルテを見だすのが大体9時5～6分です。ところが，8時半から自分の診察室に全員といっていい方たちが座っている病院もございます。差し引きすれば，数字のうえでいえば30分です。ところがこの30分の差は実に莫大で，同じ患者の外来数，そのほかを考えると，最終的に終わるのは2時から4時，5時という時間のずれにつながってまいります。これは特殊に丁寧に御覧になるという方ではございませんで，平均的にみてもそのくらいになります。

これは単純な数字でガタガタいわれたのでは困る訳です。さっきの秋山先生の小児科医療に対する，プラス・マイナスの問題にしてもそうでございまして，単純な数字だけで，ある意味ではおびえたり，考えすぎたりする必要はございません。無駄と努力，この辺りは紙一重です。

私が一番最後にぜひ申し上げたいのは，この世の中で，人のために尽くして，そのために自分が赤の他人のために努力をして，そして一つの評価を得ている職業はないのです。私は私なりに結構人のために尽くしているという自負がございます。しかしだれも評価してくれない。一人の仕事としてはああいうことをやっているやつがいるという程度の評価ですが，あれがいたために日本が良くなったとか，世の中の人のために尽くした訳ではないのです。

ところが医師や看護婦はまことに不思議な存在でございまして，とにかく皆保険であろうが何であろうが，他人のために全力投球できる仕事というものはまずないのだという点に，もっともっと大きな誇りと自信を持っていただきたいのです。

ちょうど1ヵ月ほど前ですが，リハビリテーション関係の学会がございまして，フロアからご質問がございました。

今，医療の過誤の問題や，医師の態度がどうだこうだといろいろといわれている，こんなにぼろくそにいわれてよく医者をやっているものだと思って，そのことに関するあなたの意見はどうだというので，そんなことを私に聞かれてもとても返事はできないけれども，強いて逆の言い方をすれば，いくらたたかれようが何だろうが，自分がその道を選んだ以上，そして信念を持ってやっていく以上，こんな素晴らしい仕事はありません，だからそんなことでグジュグジュやっている医師も看護婦も一人もいないと思う，嫌な人はどんどん辞めていけばいいのだ，何でいつまでも一つの職制としてずっといるのかと，そういう意味においては，これから自分が確信を持って選んで誇りを持って生きていけるような職種にすべきであって，それに当然，だからといってかすみを食べろとはいいません。

しかし，虚業なのだからだれがやっても同じなのだ，もっと実業的なことをやれという意見を，無条件で私は飲みとる訳にはいかない訳です。この辺りが私が一番申し上げたいことなのです。

私がそういうことに関して，相当ある意味においては革新的なことをいうのは，医療の問題に関して，私は医者が威張りすぎていると思いますが，

医療問題に関して一番よく知っているのは，医師でありナースなのです。この人たちが自分たちの問題として発言しなければ，世の中はついてくる訳がないのです。愚痴をいう必要もない，文句をいう必要もない。でも，自分たちはこの夢を追い続けるのだということだけはぜひ，一般の人々にあらゆる機会でいっていただきたい。

何か医療過誤が起こった，あるいはトラブルが起こった。そうすると後ろへ下がることばかり考えて，ガードするということをやるのではなくて，まず自分たちの確信に満ちた生き様というものをみせていただければ，私は国民は非常に遅ればせですが，やがて理解せざるをえない時代を迎えるだろうと思います。また，それがなければこの国はおしまいなのです。

人口的にいえば超高齢社会は目前です。消費税にしても，あと10年もたたないうちに12%，あるいは20%になる可能性は，大半の方々が指摘されております。銀行もめちゃくちゃ，お金もめちゃくちゃ，何でこの国は生きていくのかというと，世界の中から袋だたきにあいながらも，なお，ある種の個別の中でこの国の良さ，島国の良さというものを満喫するなら，やはりそれ以外にはないだろうと私は思っております。

ついでに最後に一つ，やはり私自身の知人で，癌の末期の女性ですが，まだ52歳です。この方が日本の5つの相当大きな病院で，初めは誤診，次も誤診そして何と3番目の大学では何で今まで放っておいたのか，もっと早く気がつけという罵詈雑言（ばりぞうごん）を浴びて，最後にここぞというところで現代医学のあらゆる治療を受けました。

ところが，あまりにも転移のスピードが速くて脳の方に転移しておりまして，もうだめだといったら，これは患者さん側の言い分ですが，「だめということは死ねということですか」というと，「そういうようにとるのもあなたの勝手だ，私だってこの病院の玄関を出たら，自動車にはねとばされて死ぬかもしれないし，死なんて軽々しくいえない，だからあなたはぜひ今，婦長と相談してこのあとの考え方をまとめてくれ」といって，婦長にすぐ渡された。

婦長は一覧表を持ってきて，日本では今，こういうところにホスピスがあるので，今のうちに申し込まないとなかなか入れないから，早く申し込みなさい，一刻を争った方がいいですよといわれて，彼女は憤然としてそのまま家に帰り，インターネットを通して，世界で癌になっても最後まで面倒をみますというのが今出ております。この病院を探しました。アメリカに1カ所，スイスに1カ所，フランスに1カ所，本人がフランス語ができるということでフランスを選んで，かの有名なキューリー研究所の附属病院にアプライしました。

そうしたところ事務的にもパッパッパッとやってくれて，彼女はすぐ転移だらけの体ですが，とにかく行きました。日本の最後の病院では，まず1カ月から，長くても2カ月といわれていたのですが，その後半年ただ単に生きたのではなくて，元気でパリの街を散歩したり何かしておりました。

ただし，物にはやはり限界がございますので，今日現在，それこそちょっとという形で今を迎えている訳です。実は5月の初めにコーマが起こって，脳に浮腫が出るのでちょっと無理だというので，ぜひ機会を得て来てくれないかというので，相当無理をしてわずか3日でしたが，病院に行きました。

彼女は，金輪際自分は日本の病院には入らない，私はパリで死んでいくのだ，もう死ぬに決まっているのだけれども，私にとってやはり，死んで良かったという死に方をしたいから私はパリから離れないと，航空会社，そのほかに，せめて死ぬなら日本でということで，いろいろな手だてを御主人などがしたらしいのです。どういう送り方をしたらいいか，ドクターについていってもらうとか，いろいろなことをしたのですが，結局彼女自身の強い希望で，嫌だと，私はパリのこの病院で死にたい。

そして，おそらくこの半月くらいの間に一生を終わると思いますが，私はそのときに正味3日しかいなかったのですが，その間病院のあり方というのをみておりまして，ドクター，ナース，ヘルパー，こういった人たちが，朝の中山先生のお話ではないのですが，来てはみんな手を握ったり，背中をこすったり，話しかけたり，それも全部寝ている患者さんの耳元で話をしていくシーン，そ

れから少し彼女が気分が良くなったときに，ドクターなり何なりが廊下，フロアで話しかけたり何かしている姿を見て，結局治療指針というのはCT，そのほかを例にしながら，ステロイドをどのように使うかとか，いろいろな問題で，次から次へと彼女にもボーっとしているなかでも，丁寧に丁寧に説明しておりました。

そういった治療の問題だけではなくて，本当の意味で，何しろ一人の人間を見送るのだという自信に満ちたあり方というのは，私はやはり世界屈指の病院だなというように思いました。そして，彼女が日本にはもう帰らないといっている意味も十二分に理解できました。

決して私はよその国がいいとはいいません。なお，ちなみに今，ユーロ建てにはなっておりますが，保険，そのほかまったくございません。そして特殊な検査の場合は料金は別ですが，一応日本のお金にして，1日が全部込みで4万2,000円くらいです。これを高いとみるか安いとみるか，日本の大きな病院の差額ベッドという問題と比較していただければ，パリの超一流の病院で，その金額でどうこうという，しかも無保険，こういう状況をどういうように考えるかというのは，また先生方にもぜひお考えいただきたいと思います。

こういった具体的な問題だけで私の話を終始させていただきましたが，1枚だけスライドを見ていただきたいものがあるので，今後の問題点としてご了解いただきたいと思います。私どもは生物であるかぎり死によって一つの循環をいたします。

日本の例だけでみれば，現在地球上60億を超えている人々のなかで，飢餓こそが最大です。WHOが1に結核，2に何とかといっていたのは昔の話です。今は1に飢餓対策，2に飢餓対策，3，4がなくて，5に結核，あるいは栄養失調という問題が出てきておりますが，飢餓こそが最大の問題なので，これを解消をしていくたびに，次から次へと保健対応が変わっております。

そして飢餓は弱り目にたたり目ですから，そこで感染症が猛威を振るって，感染症中心型の病気，これは呼吸器系感染症，消化器系感染症，あらゆるものがあって，そこで初めて昔とられていた病苦という問題があって，どうしても死を迎えざるをえなかったというパターンがありました。現在日本ではほとんどございません。

日本は今，老化を当然として受け入れることができる珍しい国に変わりました。これが1980年から90年の辺りで，劇的といっていいくらい姿を変えてしまいました。そして全員が年をとれるのです。もちろん例外は点々とございますし，医療の場に従事していらっしゃる皆様方からすれば，冗談ではない，自分が受け持っている患者さんはこうだとか，自分が診ている患者さんもこうだと，それをゼロだとはいいませんが，皆様方がいらっしゃるところは，そういった方たちの集約している場所なのです。

多くの人たちは年をとっていくことによって死を迎えるし，死を迎える前に後期高齢者を中心にして寿命がどんどん延びております。健康者であればあるほど，人手を借りなければならない最後の期間というのは短いのです。ボコッと亡くなるという非常にうまいパターンがどんどん生まれております。

ですから，介護保険というものはあと2～3年で見直さなければならないし，高齢者医療がどうだこうだといわれておりますが，こういう大きな構造の変化をまったく無視して，これだけから目を外して，医療はいったい何をやるかというと，やることがないから介護の問題で，要介護の方たちを医療保険の外に外さないかぎり，医療保険の財源はどうだこうだといっていますが，医療保険の財源は実はこのころのパターンなのです。

1961年のころ，すでに日本はこちらの方向に動き始めていた時点で，医療保険という問題を，残す，残さないということをやったまま今日まで引きずっております。これがかれこれ40年から50年ですから，無理が出るのは当然でございまして，この無理のなかでこれから新しいものを描いていくときに，私はやはり自分がそれを選び，やってきたせいもございますが，国民全体がどうしてもこれを考えてもらわなければならない。

そして医療に従事する方たちが，このパターンのなかで，医師ならびに看護職というものは，何をやっていくのかということを，十二分に考えていただきたいのがこの時期でございまして，それを単純な営業や業態や虚業や実業といったような

レベルで論じられるのは，私としては非常に不愉快だということを申し上げて，このお話を終わらせていただきたいと思います。

繰り返しますが，秋山会長ならびに紹介をいただきました山本先生，本当にありがとうございました。

「病院の年輪」原稿募集中

本誌では「病院の年輪」欄を設け，病院の歴史，病院の建物その他貴重な物件，資料などに関する紹介記事を掲載しており，下記の要領で原稿を募集中です。

貴病院に関する上記関連記事をぜひご寄稿ください。

記

1. 記事の内容

貴病院の建物などに関して，その歴史，由来，現状とそれらに関する写真，資料など（なるべく古いもの)。

2. 原稿枚数

400字原稿用紙（横書き）で約25枚以内（雑誌ページ数で約５ページになります（写真資料を含む))

3. 謝礼

別刷50部をもって謝礼にかえさせていただきます。

4. あて先

〒102-0082　東京都千代田区一番町13－３

(社)日本病院会　学術委員会

雑誌編集室　あて

ＴＥＬ　03（3265）0077　ＦＡＸ　03（3230）2898

次世代の医師を育てる病院

藤枝市立総合病院名誉院長　阿　曽　佳　郎

平成14年6月21日（金）・東京

石橋先生，過分な御紹介，まことにありがとうございました。そしてこの機会をお与え下さいました秋山会長に心から御礼申し上げます。

1.　はじめに

次世代代を担う医師を養成する病院という，大きな題でございますが，私の結論は簡単でございます。担う病院は，研修指定病院群[1)2)]であります。そのためには何が必要かと申しますと，まず，それぞれの研修指定病院群がはっきりと，我々が次世代の医師を養成するのだという意識を持つことです。次に，大変なことですけれども，大学にいる教授も含めて指導医の方，学生に，これからは研修指定病院群が中心になって，医師の養成が行われるのだということを意識させなければなりません。

今までなぜ大学が医師の支配権をもっていたかといえば，医師を養成するところが大学であって，悪い表現ですけれども，大学が医師の手配師としてたくさんの病院を傘下に収めていたからです。それをなくさないと，日本の医療はよくならないということが，これからの日本の医師の養成制度の重要な点だと考えています。

話の順序として，まず卒後教育の場としての病院，2番目に教育上必要な人材・施設，最後に教育される個々の人の資質の向上といった順序でお話ししたいと思います。

2.　卒後教育の場としての病院

従来の医師の養成は，卒前卒後を通じ，大学が中心でありました。そして卒後臨床研修医の約85％は，大学病院で専門医となるための教育を受けていました[3)]。

ところが，医療を取巻く環境がさまざまに変わってまいりました（表1）。高齢化の進展，国民の意識の変化，医療技術の進歩，そして大きな経済の変動があり，これに対応して，当然医療も変らなければなりません。

このような環境の変化に対して，3つの対応策（表2）があると，厚生労働省[4)]は言っています。第一は患者の立場に立った効率よい良質の医療を提供することです。第二は，長寿社会の今日，死ぬまで元気を維持できる医療を提供することです。3番目としては，今ふらふらしている医療保険制度を確固としたものにすることです。

表1

医療を取り巻く環境の変化

1．高齢化の進展
2．国民の意識の変化
3．医療技術の進歩
4．経済基調の変化

表2

目指すべき方向

Ⅰ．利用者の視点に立った効率的で安全かつ質の高い医療の提供
Ⅱ．健康寿命を延ばし、生活の質を高める保健医療サービスの提供
Ⅲ．国民に信頼される安定した医療保険制度の確立

さて，その指針の１（表３），良質な医療の効率よい提供についてですが，これを行うために何が必要かと言いますと，まず，医療の安全，安全危機対策です。次に，インフォームド・コンセントを含んだ情報の提供，情報の公開です。さらに，医療従事者の質の向上です。また，電子カルテなども含めまして，IT化，医療機関の機能分化，連携の促進による医療提供の効率化というようなことが挙げられます。

２番目の指針（表４）は，健康な生涯です。生涯健康に暮らすためには，生涯を通じた健康づくりと疾病の予防が必要です。さらに，高齢者の特性にふさわしい医療を確立することが求められます。例えば，総合診療科を設立したりすることです。

表３

目指すべき方向Ⅰ．

１．医療安全・危機対策の推進
２．情報提供，情報公開
３．医療従事者の質の向上
４．IT化，医療機関の機能の分化・連携の促進による医療提供の効率化

表４

目指すべき方向Ⅱ．

１．生涯を通じた健康づくり，疾病予防の充実
２．高齢者の心身の特性にふさわしい医療の確率
３．予防と治療のための医学研究の推進とその成果の活用

３番目の指針（表５）は保険制度の安定化ということです。まず，高齢者医療制度をしっかりとしたものにしようということです。必要な診療報酬，薬価の見直しをすることも必要です。つまり，厳しい情勢下でも医療保険財政を安定化させようということです。

以上のことを最近よく言われる表現でまとめますと，患者中心の医療，医の倫理，情報公開，インフォームド・コンセント，少子高齢化対策，在宅医療，アメニティの尊重，チーム医療，研修２年の必修化，プライマリー・ケア，救急およびターミナル・ケアの重視，医療の安全・危機管理，医療費の節減，医療費の個人負担増，老人保険制度の見直し，保健・医療・介護の一体化などと言うことになります。

表５

目指すべき方向Ⅲ．

１．中長期の展望に立った安定した高齢者医療制度の確立
２．医療の多様化に対応し，効率よい良質な医療提供のための診療報酬・薬価制度の見直し
３．厳しい経済状況の下での医療保険財政の安定化

この新しい医療制度にふさわしい医師を養成するためには，単なる知識，技術をもっただけではなく，一般の人のことをよく理解し，患者さんの立場に立った感覚で患者さんと触れ合うことのできる医師を養成しなければなりません。そういった医師を養成するためには，一番重要なことは，しっかりとした研修指定病院群をつくることです。そして，大学との協力関係も良好に保つのがよいと考えます。

そこで，研修指定病院群には研修[5]の必修化が関係しますので，多少それについてふれます。なぜ研修２年の必修化[6]が必要であるかということは，平成８年に厚生省の臨床研修検討小委員会が次のように述べています。１つは，非常に医学の進歩が早く，学ぶべき範囲も広くなっている。それに対応できるだけの基礎的な力をしっかりつけるために，２年の研修を必修化する必要がある。第２に，残念ならが日本の卒前教育では，真に臨床に接することができないので，卒後２年間が臨床的な修練を積むために非常に重要である。第３には，今までの努力目標の研修では，それぞれの研修プログラム内容なども違い，ある一定の水準

の臨床研修を保つことができなかった。従って，研修を必修化して，しっかりとしたプログラムを立てて，一定の水準を打ち立てようと言うことであります。昭和43年に，インターン制度が廃止になり，努力目標としての2年間の臨床研修が推奨されました。それについて全く政府が放置していたのではないのです。昭和50年，53年には，研修では，プライマリー・ケアを重視しなければいけないということを言っています。昭和59年になりますと，地域医療の効率的な推進と，臨床研修指定病院の指定基準の見直しというようなこと，あるいは地域医療を行うためには病院群が必要であるし，全人的に患者さんをみるためには精神科の研修も必要であるというようなことが言われています。

昭和60年になりますと，救急，小児科が不足していることが表面化し，これらを含んだ幅広い研修を行うことが進められました。そこで，スーパー・ローテートという方式が出てきました。平成元年になりますと，ターミナル・ケア，在宅医療も含む卒後臨床研修到達目標が公表されました。実際に，2年間でこの内でどれだけのことを研修できるかは，各研修病院群により異なってきますので，必要最低限の研修目標についても示すべきでありましょう。

平成になりますと，日本学術会議地域医学研究連絡会議等から必修化ということが言われ始めました。そして先般，平成16年から研修2年必修化をスーパー・ローテートで行おうということになりました。

以上のことをまとめてみますと**表6**のごとくなります。昭和40年代にインターン制度が廃止された直後は，まだ専門医の養成を目標とした研修で，ストレート方式で行われ，研修施設単位で行われていました。ところが，50年代になると，だんだん地域医療，あるいは高齢化ということも重要なファクターになり，プライマリー・ケアが重要視され始めました。そのためにはローテート方式がよいということになったのです。昭和60年代になりますと，地域医療，全人的医療ということで，総合診療が重視され，スーパー・ローテートが進められるようになりました。

こういう経過をたどって，平成年代になって，研修指定病院でのスーパー・ローテートだけではだめで，地域医療あるいは全人的医療を行うためには，病院以外に保健所，あるいは一般の診療所も含んだ研修施設群が考えられるようになりました。そして研修のためのよいプログラムを掲げて，必修化しようということになりました。

表6　研修形式，目標，重点の変遷

	形式	目標	重点
昭和40年代	ストレート	専門医養成	研修施設
昭和50年代	ローテイト	プライマリ・ケア	
昭和60年代	総合診療	救急、小児疾患を含む 幅広い知識、臨床能力 地域医療 全人的医療（精神科）	
平成年代	病院群、施設群		研修プログラム 研修必修化

研修必修化について問題点（**表7**）があることは，先般の日本病院会の理事会でも話題となったところです。何よりも財源が乏しいのです。これは大変な不安材料です。施設の認定条件の見直しもはっきりしていません。施設群の構築と指導医の養成と処遇も問題になるかと思います。大学と研修施設群との協力体制，これもまたはっきりしていません。研修医は，医師と保険医と両方の資格を有するとのことです。これは決まってしまったことですが，これでは研修2年必修化がインターン制度と同様形骸化する可能性がありますので，私は反対です。研修終了の認定法も問題です。本来なら第三者機関にやらせるべきでありましょう。また，認定されなかった人はどうなるのかということが，大きな問題だと，私は考えています。

表7

卒後研修2年必修化の問題点

1. 研修ならびに指導を行うための財源
2. 研修施設認定条件の見直し
3. よい研修を行うための研修施設群の確立と指導者の養成
4. 大学と研修施設との協力体制の樹立
5. 研修医の資格
6. 研修終了の認定制度

21世紀医学医療懇談会[7]が言っていることですが（表8），21世紀の医療人については，まず選ぶ時に塾の成績で選んではいけない。能力，適性を正しく評価して人を選考する。また，医療人は人間性豊かでなければいけない。患者中心で，患者本位の立場に立たなければいけない。いままでは1病院1大学というような環境が多かったのですが，それでは馴れ合いの環境となってしまうので，外国を含んで，多くの大学の出身者が1つの病院に働き，切磋琢磨していかなければいけない。当然ながら，医学は進歩が早いので，生涯学習しなければいけない。それからグローバル，ボーダーレスの時代に国際人として活躍できる医療人でなければいけないというようなことが言われています。こう抽象的に書くのは簡単なのですが，なかなか具体化は難しいことだと思っています。

表8

「21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して」

1. 医療人としての能力、適性に留意した人材選考
2. 人間性豊かな医療人
3. 患者中心、患者本位の立場に立った医療人
4. 多様な環境の中で育つ医療人
5. 生涯学習する医療人
6. 地球人として活躍する医療人

それでは私の考えている新しい病院の形はどういうことかということですが，新しい医療人を育てる病院（表9）は，研修指定病院群であります。これが成功するためには，当然研修指定病院群で働いている医師が，若い医師を育てるという意欲がなければなりません。

院長をしていると，「こんなに患者が来て忙しくては，とても下の人なんか教える時間はありません。」と言われます。そういってしまったらすべて，これからの医療人の育成は進みません。日本人はどちらかというと，教えたがらないほうだと思うのですが，やはり教えなければだめな時代になっています。指導資格のある方は，最低，夜の1時間でもいいから若い人に教えてやるという気持ちがなければ，これからの研修制度は成立しません。

表9

卒後教育の場としての病院(1)

1. 研修指定病院群が卒後研修に積極的に関与する姿勢。スーパーローテイション。
2. 大学病院と研修指定病院群との綿密な協力。
   プログラム，財源，研修医数。
3. 大学病院は専門医養成的な教育，研究の場であり，研修指定病院群はプライマリ・ケアを中心とした地域医療の教育の場。

次に，大学とは友好関係を維持し，専門的な研修については，協力してやっていかなくてはなりません。協力してよい研修プログラムを組まなければいけませんし，研修医の財源とか研修医の数ということになると，大学病院は，いまや研修指定病院群と協力しないと運営不可能となるでありましょう。大学病院は，いま申し上げた専門的な教育と研究の場であり，研修指定病院群が本当の

表10

卒後教育の場としての病院(2)

1. 研修指定病院群はレジデント制（専修医制）をとり，専門医の養成もする。
2. レジデント制を通じて，専門医となり，開業した医師は，オープン化された自分の出身病院で，入院治療を行えるようにする。医師は指導医としての役割も果たす。
3. 時代にふさわしい研修指定病院群と医師養成制度の確立。

研修を受持つ体制を作らねばなりません。

研修指定病院群は，レジデント制をとり，専門医の養成もする必要があります（表10）。この制度により，今までのように卒業生はみんな大学に残るという，寄らば大樹の陰ではなく，各研修指定病院に散っていくことになります。世界的に見ても，卒業生が大学だけに全部残るのは，日本だけで，そのために今日の医療の弊害が出ているのですから，当然そういう旧来の制度をなくさなければなりません。

レジデント制を通して専門医となり，正式職員としてその病院に残ることができる人には限りがありますから，やはり開業をする方が出てきます。しかし開業をするのも，今のように何億円とかけて土地を買って，病院を建てるのではなく，ビルのほんの1室を借りてそこで患者さんを診ることになります。その後，治療が必要であれば，オープン化されている自分の出身病院に患者さんを連れて来て行います。

オープン・システムというのは，昔からアメリカなどでは行っていることですが，日本にはなかなかなじまないようです。私は若い人には，「資金をかけないで開業しろ。」と言っています。「資金をかけないで開業し，病院に出入りし，若い医師を指導しなくてはいけないよ。」と言っています。開業医は病院からもちろん使用料を取られます。従って，今の開業医のように，経済的に恵まれないかも知れませんが，病院の勤務医よりはいいのではないかという話をしています。

このように時代にふさわしい研修指定病院群と医師の養成制度を打ち立てなければ，これからの時代には対応できないということです。

以上のようなことで，研修指定病院群の重要性はますます増してくるでありましょう。そして，大学偏重の傾向に終止符が打たれなければ，これからの日本にいい医療は行われません。現在，このような考えを持つ方は，そう多くないようで，平成16年からの研修2年必修化はうまくいくのかなと半信半疑でいるのが私の本心かもしれません。しかし実際はこうならなければ，これから日本の医療は，よくならないと考えています。

3. 教育上必要な人材，施設

施設，つまり地域医療支援病院か，市立病院あるいはその他の病院であるかもしれませんけれども，そういった病院はすべてオープン化しなければいけません。すべて共同利用できるようにしなければいけません。それから従業者の研修を常に行わなければいけません。私が一番重視しているのは，合同回診です。全人的に患者さんを診るということになりますと，今までのように医師だけが群れを組んで歩くのではなくて，実行するとなると，各部局の時間帯のずれなどのために大変難しいのですけれども，医師，看護師，そして薬剤部，放射線部，給食部，すべての部門の人が一緒になって回診をする必要があります。これが私の言う合同回診であって，そういう新しい形の回診をしないと，全人的に患者さんを診ることはまずできないでしょう。また，各部の連携がとれないと考えています。次に，よい指導者を確保することです。さらに，医療の前に安全ありで，安全危機管理者の養成は重要でしょうし，地域医療ということになれば，救急体制の充実，病診連携，病病連携の充実，第三者による評価を受けることが求められます。また，重要なことは，地域住民との話し合いの場を作ることです。病院を見学して貰い，そのあと話し合いをするのもよいでしょうし，病院に健康相談室を作り，地域の人と話し合いの場を作ることなどもよいことでありましょう。在宅看護・診療の体制を確立することも要求されます（表11）。

表11

教育を行うために必要な人材、制度など

1. 病床、医療機器の共同利用（開放）
2. 医療従事者の研修、合同回診
3. 指導者の確保
4. 安全・危機管理者の養成
5. 救急体制の充実
6. 病診連携、病病連携の充実
7. 第三者による評価
8. 地域住民との話し合いの場をつくる
9. 在宅医療、訪問看護の体制確立

そこで，現状で指導体制をどうするかという事ですが，定年後の有能な医師を活用することも重要です。診療所の医師にも有能な方がいらっしゃいます。そういう方に無理を言って，是非，週何回か病院に来て下さいというようなことは言えなくはないだろうと思います。将来的には，総合診療科を確立し，プライマリ・ケアの専門家を養成し，研修指導者としなければなりません。総合診療科というのは，私は大学病院に作る必要がないと考えています。総合診療科こそ，研修指定病院につくるべきものだと考えています。そこで育てて行くべき科です。北海道の西村先生[8]などがやっているのはまさにそういうことだと思っています。

次に必要な施設について述べます（表12）。当然のことばかりなので詳しくは述べませんが，保健・医療・介護の一体化が望まれます。そのためには医療以外の施設もなるべく病院の周りにあるのが望ましいということです。

表12

教育を行うために必要な施設、設備

1. アメニティを尊んだ、広い気持ちよい外来、病棟、手術室
2. 電子カルテシステム、CT、MRI等の近代的機器
3. 保健・医療・介護の一体化のための施設
   ＊健診施設、老健施設、老人病院、ホスピス、関連事務所など
4. 医療相談施設

従って，中心となる病院と同じ場所になるべく関連する諸施設をもってきて，病院に来られた方がほかの施設に移るのに苦労をかけないようにします。また，ほかの施設から，病気になった場合にはすぐ来られるというような体制にするのが重要であろうと考えます。図1は実は私の市立病院をもとにして書いた将来像です。当然，福祉とか介護を扱う市役所の課もこういうところに来ていなくてはいけないだろうということです。

4. 個人の質の向上

病院の最小単位は各個人ですから，個人の研鑽が重要です。各個人が，各学会，研究会に出席で

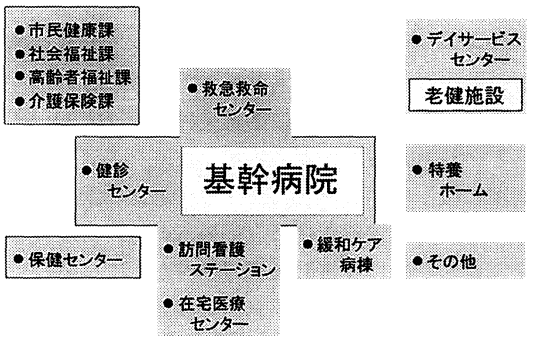


図1

きる環境は望ましいことです。ただ出席するだけではあまり意味がないと思います。発表しなくてはいけません。発表の場を大いにつくる努力が必要です。それに対しての支援を，病院は惜しんではいけないでありましょう。それから病院全体としては，接遇講習会とか各種のカンファレンス，先程言いました合同回診，あるいは模擬患者による訓練というようなことを積極的に行うべきであろうと考えています。

表13は医学教育の改善に関する調査・協力者会議[7]が昭和62年に出した「期待される医師像」ですが，62年ですので，もう何年も前のものです。きのうも，中山会長が医療の危機への対応について文章をお読みになって，これは20年前に言われたことだと申していました。理想の医師像もすでに，15年，20年前にでき上がっていました。ただ実現には至りませんでした。これからは是非，こういった理想の医師の養成に努力しなければいけないだろうと思います。

どの領域も同じかもしれませんが，お題目を唱

表13

期待される医師像
（医学教育の改善に関する調査協力者会議）

1. 生涯を通して、最近の知識-技術の学習と、未来の課題を解決していく積極的姿勢。
2. 正しい判断と適切な治療
3. 患者の立場に立って診療
4. 地域医療の中で教育者的役割
5. 社会の健全な発展に積極的に協力
6. その場に応じた適切な対応
7. 様々な職種の人と協力

えてから，これが実現されるまでには20年，30年かかります。例えば臨床研修の問題にしても，昭和43年にインターンが終わって，昭和50年ぐらいから盛んに研修問題が取り上げられましたが，それが実現するのに30年かかっています。これからは発案から実現までを短縮させる時代の到来が期待されます。

5. まとめ

次代の医師の養成には，研修指定病院群と大学が一体となって，研修プランを組むことが大事であります。第2は病院のオープン化です。それから保健・医療・介護との一体化を促すことが鍵となるでありましょう。

それ以上に大切なことは，やはり現場である研修指定病院，あるいはその関連病院で働く医師の意識の問題であります。教えることによって，自分自身も勉強し向上することを意識して，積極的に教育に参加する姿勢が求められます。その結果，大学卒業生がよりよい卒後研修を求めて，研修指定病院群での研修に参加することが期待されます。さらに，大学にいる大学人，そして学生にも，これから新しい時代の研修が始まると言う意識を持って貰うことが,何よりも重要と考えています。御清聴どうもありがとうございました。

参考文献

1）阿曽佳郎：臨床研修病院群（施設群）とは，藤枝市立総合病院学術誌，5；2－5，1999.

2）日本医師会病院委員会：平成13年度病院委員会審議報告「21世紀における病院のあるべき姿について」，平成14年2月.

3）臨床研修研究会編：臨床研修病院ガイドブック2002（CD-ROOM).

4）厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局：医療制度改革の課題と視点，2001.

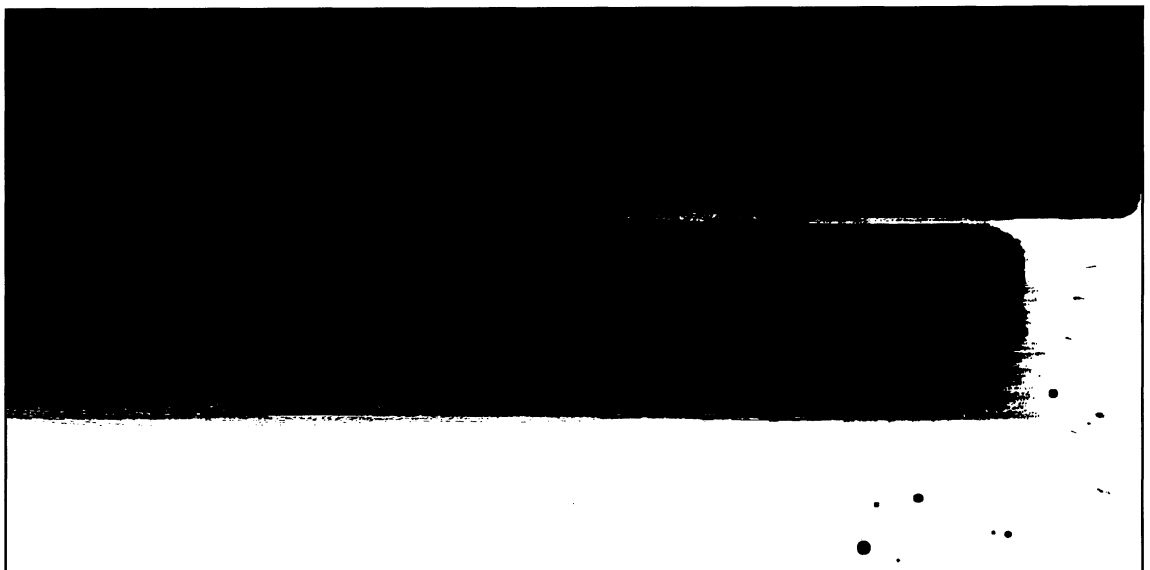
5）阿曽佳郎：臨床研修病院の指定と臨床研修の問題点，全自病協雑誌，12；59－63，1997.

6）阿曽佳郎：卒後臨床研修必修化における研修病院の役割を考える，日医雑誌，126；958－966，2001.

7）21世紀医学・医療懇談会第一次報告：21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して。

8）西村昭男：2020年に問われる現在，新医療，25；81－84，1998.

(2002.8.9)



私たちには、なしとげたい仕事がまだ3/4も残っています。

すべての疾病のうち、治療法が確立されているのは1/4にすぎないと言われています。中外製薬はこの10月、スイスに本拠をおく世界有数の製薬会社 ロシュ社と提携。ゲノム創薬や、抗体医薬といったバイオテクノロジー製品の開発を加速させる世界トップレベルの体制を構築しました。治らない病気を1日でも早くなくすために。世界中の人々の毎日を、いつも晴れやかに染めあげるために。

今までにない医薬品を、今までにない力で創り出す。中外製薬です。

インターネットで中外製薬の企業・製品情報をご覧いただけます。http://www.chugai-pharm.co.jp

Creating Value for Life

CHUGAI 中外製薬

Roche ロシュ グループ

看護の質と経営

平成14年6月20日（木）・東京

座　長
虎の門病院看護部長　宗村美江子
シンポジスト
栗山会飯田病院看護部長　福澤　邦子
呉共済病院看護部長　大原与志子
初台リハビリテーション病院長　石川　誠
東大和病院事務次長　小松　茂樹
OCS研究所代表・患者代表　小川　清記

座長　これから5時までの1時間半近くシンポジウムの司会をさせていただきます宗村と申します。今回は多くの病院が4月に行われました診療報酬のマイナス改定の影響を試算しながら今後どのような病院経営を，運営をしていけばいいのか生き残りをかけて経営戦略を検討している中で看護の質と経済とのバランスという問題をテーマにしています。

病院また看護部の運営方針を決定する際に経済性のみを優先させれば今ある看護の質を維持することも難しく，場合によっては低下させてしまう危険があります。また患者に安全で質の高い看護を提供することのみを追及すれば病院経営を圧迫して，組織の存続自体が危うくなるということも考えられると思います。

看護の質の維持，向上と病院の経営との均衡の問題を考えるにあたって今回病院医療の現場の立場からは看護管理者に限定せず医師と事務部門の方にも加わっていただきました。さらに看護，医療の受け手でありその質を評価する患者の立場からのお話も伺うことになっています。これは当然お立場の違いがありますから随分いろいろなお話になることと思います。問題に対するそれぞれのお考えや今後の方向性みたいなものを出していただきたいと思っていますのでよろしくお願いいたします。

これからの進め方ですが5人の方それぞれのお立場からのお話を12分位の間でしていただきます。その後5人の方全員に壇上に上がっていただきフロアとの意見交換を行いたいと思います。多くの質問，意見を出していただき，さらに問題に対する理解が深まることを期待しています。5人の方につきましてはその度に私の方で紹介をさせていただきます。それでは早速最初にお話いただきます，長野県の飯田市にあります医療法人栗山会飯田病院の看護部長福澤邦子先生にご登壇いただきます。福澤先生は信州大学医学部附属看護学校のご卒業でいらっしゃいまして，現在は長野県総看護師長会会長もなさっていますが，看護部長として地域住民に選ばれる病院づくりを目指してさまざまな取り組みをされています。福澤先生どうぞよろしくお願いいたします。

はじめに

福澤　ご紹介いただきました飯田病院看護部の福澤でございます。

私に最初与えられましたテーマは「地域病院としての生き残りをかけて，住民から選ばれる病院づくりを目指した改革を進める上で看護部が果たした役割」についてでした。当院の場合は，看護部独自というよりむしろ看護部もまた組織の一員として，選ばれる病院づくりに他部門とともに参加してきた病院としての取り組みについてお話したいと思います。

当院は長野県の南部に位置し，人口8万の飯田市街地にある創立100周年を迎えた民間病院です。1903年創立以来，「医は仁術である」との理念の元

に，地域密着型の病院としてやってきました。

地域住民から選ばれる病院づくり

1965年から75年の間に建設された当院は，老朽化が進みアメニティが極度に悪化していました。選ばれる病院になるためには，快適な療養環境を整えることが急務と，増改築を決断し1998年より３期にわたる工事を行い，2002年３月完成しました。

全面増改築工事は，まさに生き残りをかけた病院づくりでした。新病院完成後は，ハード・ソフト両面からの質の向上が求められ，特に新病院にふさわしいソフト面の充実が最重要課題となりました。

一般病棟の完成と同時に，2000年５月PS委員会が発足しました。全職種の代表が出て，患者サービスの向上に向けて職員の意識改革に取り組んでいます。

病院概要（スライド①）は御覧のとおりですが，病床数は452床で一般科と精神科がほぼ半数という一般病院です。

栗山会飯田病院概要

創立	1903年(明治36年)
開設者	医療法人栗山会
病床数	一般科　212床
	精神科　240床
診療科目	内科・消化器科・循環器科・呼吸器科
	外科・整形外科・神経科・神経内科
	眼科・泌尿器科・麻酔科・放射線科
	リハビリテーション科
外来患者数	約800人/日
入院患者数	425人/日　病床利用率 94%
平均在院日数	19日
全職員	522人
	看護師 211人　准看護師 52人
	看護補助者 40人 クラーク 10人
看護体系	一般 2.5:1 看護A10 : 1補助者
	精神 3 :1 看護A15 : 1補助者
	固定チームナーシング継続受け持ち制

スライド①

栗山会飯田病院理念

1 私たちは、人を慈しむ心をもって医療を行います。

2 私たちは、日々研鑽し良質な医療を提供します。

3 私たちは、地域の皆様の生活の質を高めるために、総合的なサービスを提供し、信頼される病院づくりに努めます。

スライド②

飯田病院看護部理念

1 仁の心をもって、質の高い看護をめざします。

2 (ご利用者)その人を尊重し、継続性のある看護を提供します。

3 安全と安心のために、清潔で温かな療養環境を保ちます。

4 専門職業人として、知識・技術を磨き自己開発に努めます。
註) 仁の心・・・慈しみの心、思いやり、気配り

スライド③

総合的なサービスの提供

ハード面
- 全館バリアフリーでハートヒルの認証の取得
- 病床面積8㎡以上、廊下幅2.7m
- 眺望の良いデイルームとアメニテーの重視

ソフト面
- PS委員会・・・患者様からの様々なご意見
- ご要望に対応・対策・改善

スライド④

スライド②　病院理念

スライド③　看護部理念

スライド④　総合的なサービスの提供のソフト面では，毎週開かれるPS委員会が，患者様からのさまざまな意見要望等に対応し院内アメニティの改善に当たっています。一人当りの病床面積が以前の倍以上になり広くなりました。

一方当院を訪れた患者様が，地域で安心して生活できるようさまざまな併設設備を持ち，総合的なサービスを提供しています。その一部を紹介し

ますと，重度痴呆デイケア「からたち」，介護老人保健施設「アップルハイツ飯田」100床と老健に併設した痴呆老人グループホーム「わたぼうし」9人があります。

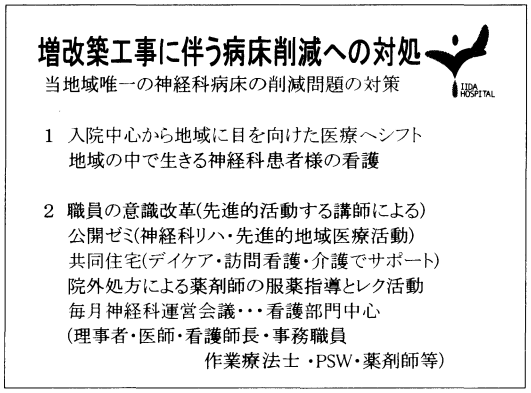
増改築工事に伴う病床削減への対処（スライド⑤）

病院建築に伴い，精神科病床数を88床削減するという問題が浮上し，今までの入院中心の医療から，精神科リハビリ・地域医療への転換を図らざるを得なくなりました。これからの精神科医療を，全スタッフが理解し共有化することが必要と，公開ゼミを年数回開き，ゼミには全国各地で先進的に地域活動を実践している第一人者を講師として招きました。公開ゼミは職員の意識改革をもたらし，その後の取り組みがスムーズにできました。

長期入院の患者様の退院に当たっては，共同住居を病院周囲に作り，デイケアと訪問看護・介護でサポートする体制をつくりました。

社会復帰訓練施設・援護寮はなみずきの里・地域支援センター，共同住宅アパートさつき・ひまわり荘・すみれ荘等のグループホーム，精神科デイケア活動等です。

こうした取り組みは，毎月開かれる精神科運営会議によって進められました。メンバーは病院理事者をはじめ精神科医療に携わる全職種の代表で病棟・外来・デイケア・共同住居・援護寮の職員です。そこで前月の収入実績が事務局長より報告され，各部門の取り組み課題が明らかにされ取り組んできました。そうした活動の中心となったのは看護部でした。

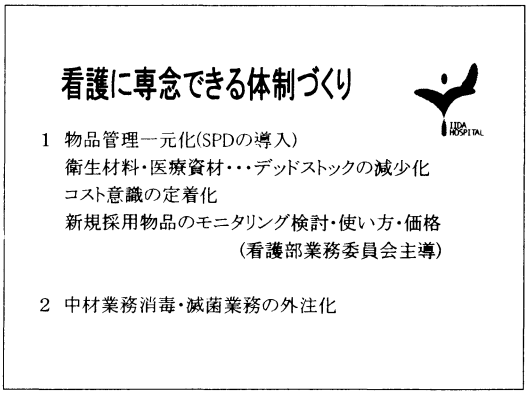


スライド⑤

看護に専念できる体制つくり（スライド⑥）

新病院になることを契機に，2000年1月より物品管理の一元化を行いました。看護部業務委員会が中心となりSPD導入に取り組み，衛生材料・医療資材に関しては，すべてSPDの職員の管理になりました。開始前500万円あったデットストックもなくなり，効率良く回転しています。バーコードラベルの活用により，原価意識の喚起と請求漏れ防止を徹底しています。物品の新規購入に関しては，業務委員会でモニタリングを行い決定しています。

また中材業務としていた消毒滅菌業務・包布類の洗濯は，設備投資・人件費等を考え思い切って2000年3月より業者委託とデイスポ化をしました。院内では，手術器械中心の滅菌だけとなり，その後の手術件数の飛躍的な伸びにも対応できました。



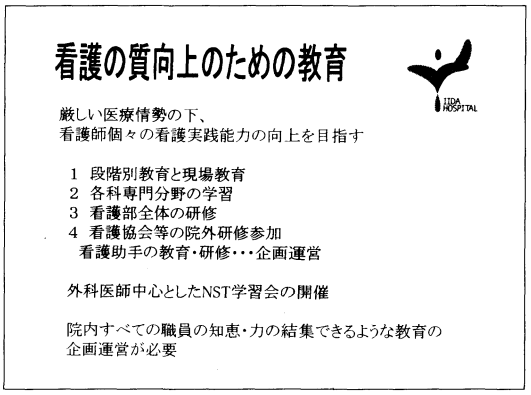
スライド⑥

看護の質向上のための教育（スライド⑦）

現在のように厳しい医療情勢下では，看護師一人ひとりの看護実践力と専門職としての判断能力が問われます。その判断の物差しになるのが「看護基準」ですが，当院では1996年より2年かけて婦長会で「看護基準」を作成しました。院内研修や職場内で学習し，看護の視点の共有化を目指してきました。教育委員会が担当する段階的教育では，卒後3年目までに主体的に看護できる看護師の育成を目標にしています。1年目にはプリセプター会議を持ち，職場チーム全体で新人の育成にかかわるようにし，OJTとOFFJTの連動に重点を置いています。

目標管理という点では，毎年病院方針を受け看護部方針が立てられ，それを元に委員会・職場・チーム・個人のそれぞれが年間目標・取り組み課題を決めます。そして年度末に評価しますが，個人については自己評価して上司の面接を受け，次年度へつなげています。そんな中で自ら研修を受け，精神保健福祉士・透析技術認定士・糖尿病療養指導士・消化器内視鏡技師・ストーマリハビリテーション上級コース修了者等の資格を取得する看護師も増えています。そうした人材を活用することで，本人のやり甲斐と同時に現場の看護の質向上を図っています。

教育の最近の大きな変化は，看護部だけでなく院内全職種が集まっての学習会が開催されるようになったことです。昨年より外科医師を中心として栄養士・薬剤師・理学療法士・事務職員も含めたNST栄養サポートチーム学習会が始まり，6月より毎水曜日ランチタイムミーティングが開かれ，基本的な学習と事例検討を行い，近日中にメンバーによる回診も始まりそうです。これからは看護部門の中に留まらず，院内のすべての職員の知恵と力が結集できるような教育・臨床に役立ち活用できる教育を企画運営することが必要だと感じます。



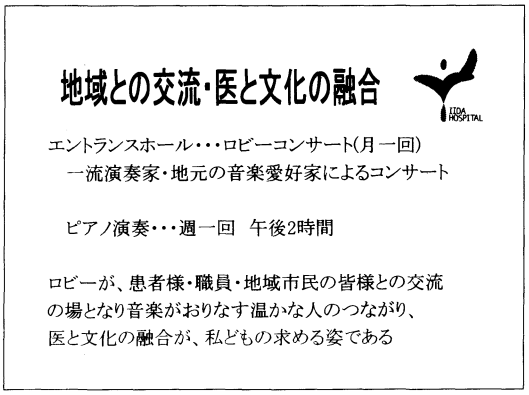
スライド⑦

地域との交流・医と文化の融合（スライド⑧）

当院の100年の歴史の上に，これからも地域の人たちに，さらに開かれた病院としての活動をして行きたいと思っています。

新病院のエントランスホールでは，毎月一流の演奏家や地元の音楽愛好家を招き，コンサートを実施しています。4月より毎週木曜日の午後2時よりボランティアによるピアノ演奏も続けられています。入院患者様にとっては，非日常性の中での安らぎの一時がもたらされるとともに，病室にはない躍動感や開放感があり，癒しと安らぎの環境をつくっています。ロビーが患者様・職員・市民の交流の場となり，音楽がおりなす温かな人のつながり，医と文化の融合もまた私たちの求める姿でもあります。

今までの演奏会ではピアノ演奏・地元中学生・オペラの夕べ．尺八とクラリネット・琴と尺八・オーボエコンサート，アンサンブルの調べ等々がありました。



スライド⑧

さいごに

21世紀を生き残るために①患者様を満足させる②質の高い医療の提供を行う③病院経営の改善といわれます。チーム医療を行っている私たちは，患者様に選ばれる病院になるためには，看護部だけで良い看護を提供しようと取り組むだけでなく，他部門との連携を強化しチームとしてともに取り組めることだと思います。院内の感染対策・褥創対策・リスクマネージメントの各委員会等においては，患者様に一番身近で働いている看護部職員がその中心となり，成果を上げることが，患者様の安心と信頼を得ることであり，病院経営に寄与することだと考えます。一人ひとりの看護師が専門職として力を発揮できるよう努力していかなければならないと思います。

座長　ありがとうございました。次にお話いただきますのは国家公務員共済組合連合会呉共済病院の看護部長でいらっしゃいます，大原与志子先生です。大原先生は呉共済病院附属高等看護学院をご卒業後ずっと呉共済病院に勤務されておいでですが，途中アメリカカンザス州立メディカルセンターでの研修のご経験がおありです。1997年から看護部長としてご活躍ですが，職員の半歩先を行くという精神を大切になさっておいでです。それでは先生どうぞお願いいたします。

大原　私どもの病院は1904年呉海軍工廠（こうしょう）職工共済会病院としてスタートいたしました。再来年の2004年には100周年を迎えます。今日のシンポジウムは「看護の質と経営」というテーマでございますが，看護の質はともかく，１世紀にわたり呉という地方の小都市で存在し続けたのはまぎれもなく事実でございます。

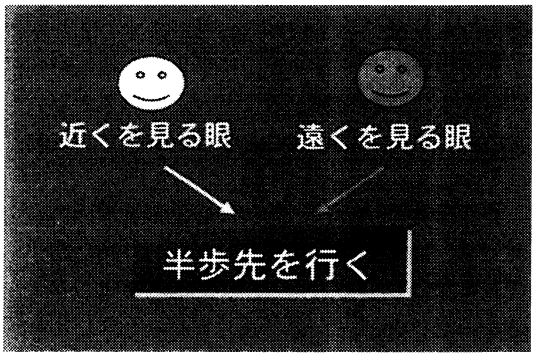
また最近は病院の経営が非常に難しい時代に入っておりますが，ここ何十年も黒字の経営が続いております。「看護の質は？」と問われますと私の声が幾分小さくなるわけでございますけれども，存在し続けたことと黒字経営が続いたことに，看護部や看護職員がささやかながらも貢献しているのではないかと思ったりもしております。スライドお願いします。

スライド①

さてこうした存在し続けられ黒字経営が続けられた原因は何かと考えますとき，先人や私たちの活動が「半歩先を行く」ということが大きいのではないかと思います。これは私の持論でございますが，私たちが業務を遂行していく上で２つの目を持つことが大切なのではと考えております。

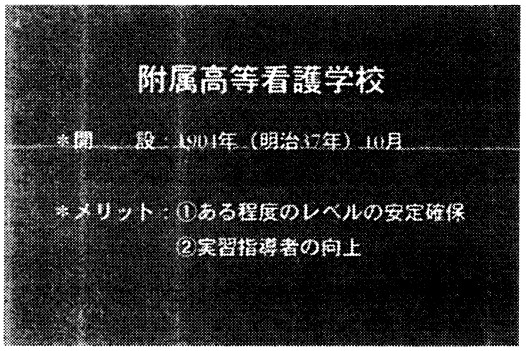
１つ目は近くを見る目といいますか現実的に見る目でございます。今の状況をきちんと把握しませんとうまくいかないのはご存じのとおりです。この目がないと評論家ばかりという集団になってしまいます。

２つ目は遠くを見る目といいますか未来を正確に見る目でございます。この目がありませんと舵のない船という集団になってしまいます。スライドお願いします。この２つの目をもった結果が「半歩先を行く」ということになったのではないでしょうか。今日は看護部の活動の中で「半歩先を行った」と思われる項目を３件お話させていただこうと思います。



スライド②

最初は「人材育成」の項目です。最近すっかり耳にしなくなりましたが，小泉首相が就任されたころ「米百俵の精神」ということを言われました。マスコミでもこの言葉が躍りました。人材育成の重要性は，皆さんご存知のとおりでございます。



スライド③

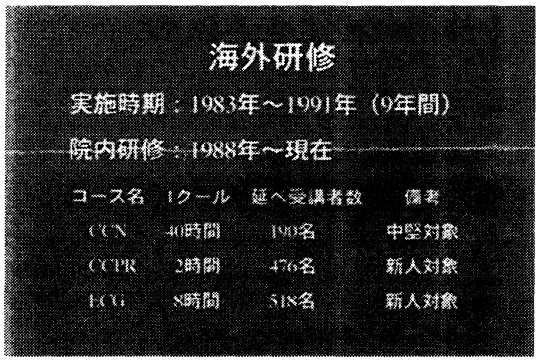
人材育成の中で半歩先を行ったと思われる例を2例ほどご紹介いたします。

私どもの病院は附属の看護学校を持っております。スライドお願いします。

看護婦養成教習所としてスタートした学校は，実は病院開設より1カ月早く開設しております。したがいまして看護学校も2004年には100周年を迎えます。当時の社会的事情も大いにあったとは思うのですが，病院に先立って学校を開校したことは，半歩どころか大分先を行っていたのではないかと私は思っております。学校を持っているメリットは非常に大きかったのではないでしょうか。慢性的な看護婦不足の時代が随分長く続きました。そうした時代に，ある程度のレベルの人材が確保できたことは「看護の質」の上でも「経営」の面でも貢献は大きかったと思います。また学生が看護実習を行いますが，その指導を病院が受け持ちます。この指導することが，指導するもの自身の能力アップになることも大きいメリットの一つです。

ただ学校を持つには金銭的負担が大きいのも事実です。経営上厳しいとき，学校の存続に関する問題も何回か上がったと聞いております。がその時々の関係者の方々の「遠くを見る目」によって存続してきたと聞いております。

さて人材育成の面で半歩先を行った2つ目の事例をお話いたします。スライドお願いします。

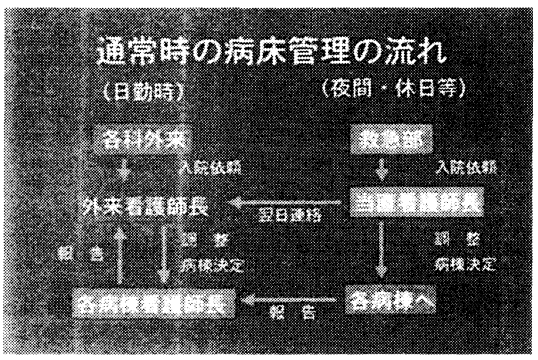


スライド④

1983年より9年間にわたり毎年2人の看護師延べ18人を，アメリカのカンザスメディカルセンターに，1年間の研修に派遣いたしました。当時は地方都市からの海外研修は珍しいことであり，地方新聞に記事が載ったりもしました。特に第1期生は，行く者，送り出す者不安いっぱいでスタートいたしました。アメリカの看護事情を見聞してきた研修生の言動は，呉共済病院の看護に大きな影響を与えたように思います。

具体的な事例としましては，彼女たちを中心にして院内でCCN，CCPR，ECGの3コースを開発し，研修会を開始し現在も続けております。一部のコースは広島県看護協会や呉市消防局にも講師派遣をしたこともあります。ちなみに先ほどご紹介がございましたけれども，私も第8期生として研修を受けさせていただきました。現在研修開始から20年近く経ちますが，6人が呉共済病院で管理者として働いております。これも「視野を広げ豊かな体験を持つことにより日本の社会と病院が求めている看護の役割を見出してほしい」という切なる願いを込めた，当時の関係者の方々の「遠くを見る目」のたまものでございました。

次に半歩先を行った事例の2つ目の項目に入ります。私どもの病院が組織的にベッド管理を始めたのは1986年からです。看護部がその管理を担当したのは，3年後の1989年頃かと記憶しております。当時は看護部がベッド管理を行う病院は，まだまだ少なかったように思います。当初から看護部が担当するという話もありましたが，院内でも反対の意見もあり3年余り遅れてスタートいたしました。スライドお願いします。

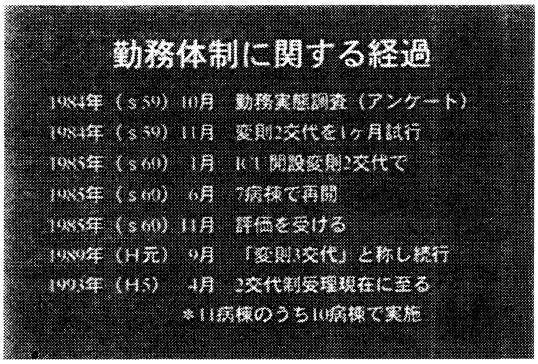


スライド⑤

看護部が担当する理由は，病院の方針に「安定した経営基盤のもとに徹底した患者サービス」という要求があり，今一つは「患者様の希望を聞き不安の解消を図る」という要求がありました。そ

のためには，直接患者様に接する機会が多い看護部が参画することにより，よりきめ細かい対応ができるのではないかということでした。管理責任者は外来看護師長としております。以後ベッド稼動率は厳しくなった現在でも93.0％というところでございます。

さて，事例の３つ目の項目は「２交代勤務体制」の実施でございます。スライドお願いします。



スライド⑥

1980年代の前半までは均等割り３交代をとっておりました。ところが1980年代の中頃より患者様が増加してまいりました。それに伴い重症度の高い患者様も増えてまいります。当時は夜勤２人で勤務しておりましたが，それでは対応できないという状況が発生してきました。一方急には看護職の増員も難しいという状況でもありました。３交代の深夜での交代が苦痛という声もありました。また私たちの病院では看護職員が比較的若いということもあり，まとめ勤務，まとめ休みの要求も一部ではありました。

こうした中で人を増やさず夜勤の人員を確保できないかという検討が部内で始まりました。ちょうどアメリカに研修の第１期生が帰国し，アメリカでの勤務の実情等の情報も入りました。ああでもないこうでもない，と深夜まで師長会議を続けたことも，思い出として残っております。現在一般的に実施されています16時間から18時間拘束の勤務体制では夜勤看護の質は保証できない，と当時から私たちは考えておりました。結論は夜勤12時間型の２交代しかないということになりました。

しかし問題が発生しました。監督官庁から２交代制はだめという指導を受けることになったのです。また看護職員も初めての経験への不安もあります。私たちは，入院患者様が就寝されるときの看護師が，朝起きられたときの看護師と同じ顔なら安心されるのではないか，と考えておりました。ところが医労連の人たちから「長時間労働は患者サービスの低下」と言われてビラ入れをされたりしました。結局「変則２交代」という名称で1984年11月より試行を始め1985年に７病棟でスタートしました。

1989年には「変則３交代」という名称で続行しました。名称はどう変えても，今考えますと２交代勤務に限りなく近いものだったように思います。現在は１病棟を残し全病棟で実施しております。今では均等割り３交代制を知らない者がほとんどです。夜勤12時間拘束の２交代制を非難する者はありません。これも「半歩先を行った」一つの例かと思います。スライドありがとうございました。

以上３つの項目の私どもの病院の半歩先を行った事例をお話いたしました。ご清聴くださいまして感謝いたします。ありがとうございました。

座長　ありがとうございました。続いてお話いただきます石川誠先生にご登壇いただきます。石川先生は群馬大学を出られ，佐久総合病院，虎の門病院，近森病院でのご勤務をされた後，今年６月といいますからつい先日になるのですが，医療法人輝生会初台リハビリテーション病院を開設されました。先生は理事長として，また病院長として大変お忙しい中，今回のために時間を作ってくださいました。医師の立場からのご意見をお話いただきたいと思います。お願いいたします。

石川　石川でございます。スライドお願いいたします。最初から激しいスライドなんですが，医療提供体制の各国比較として厚生労働省の医政局が示した表でございます（**表１**）。日本は欧米先進諸国に比べて豊富な病床数と少ない医師および看護婦数そして圧倒的に長い在院日数を誇っております。次お願いします。

そして，厚生労働省は今後の医療を考える視点として，医療提供体制の効率化，重点化の不足，

表1

医療提供体制の各国比較
(1998)

国　名	病床数/人口千人	医師数/病床100	看護職員数/病床100	平均在院日数
日　本	13.1	12.5	43.5	31.8
ドイツ	9.3	37.6	99.8	12.0
フランス	8.5	35.2	69.7	10.8
イギリス	4.2	40.7	120.0	9.8
アメリカ	3.7	71.6	221.0	7.5

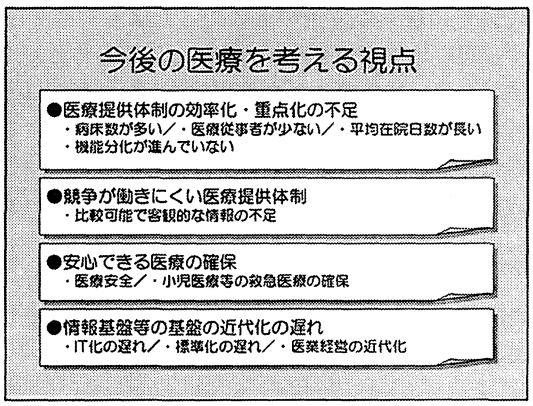


図1

特に病床数が多く医療従事者が少なく，平均在院日数が長く，機能分化が進んでいない。この点を強調しております（図1）。私も同感に思っております。次お願いします。

そしてさらに21世紀医療の将来像として質の高い効率的な医療提供体制をつくろう。そのためには情報開示，患者の選択を通じて機能分化，集約化が進展するであろう。急性期病床は平均在院日数が短縮化されるとともに，1定数に収斂（しゅうれん），急性期病床以外の病床はリハビリ病床，療養病床などに分化と明記しております（図2）。次お願いします。

表2

我が国の急性期病床の将来数試算
（厚生労働省）

	試算A	試算B	試算C	試算D	試算E
考え方	現状の入院受療率を基礎とした受療率見込み、将来人口により試算	先進諸国における全病床数に占める急性期病床数の割合により試算	先進諸国における人口当たり病床数により試算	現状の入院回数を基礎とし、平均在院日数を15日として試算	現状の入院日数を基礎とし、平均在院日数を10日として試算
病床数	100万床	60万床	50-60万床	63万床	42万床
（年度）	(2015年)	(1997年)	(2015年)	(2010年)	(2010年)

そしてさらにこの表が昨年の9月25日，厚生労働省から示されました（表2）。要するに現在の急性期病床といわれる病床において将来平均在院日数を15日として試算すると63万床で十分である，10日となれば42万床で十分であるとしています。すなわち今の病床をもっと少なくして効率のよい医療提供体制をつくろうというビジョンが示されたのです。次お願いします。

私の勝手な推測，予測でありますが，将来的に一般病床，いわゆる急性期病床は恐らく特定機能病院や地域医療支援病院，そして診療報酬制度で，

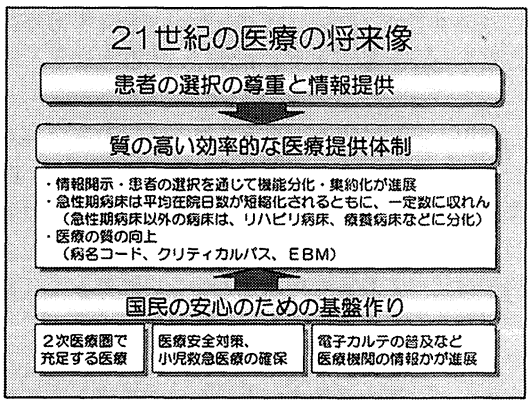


図2

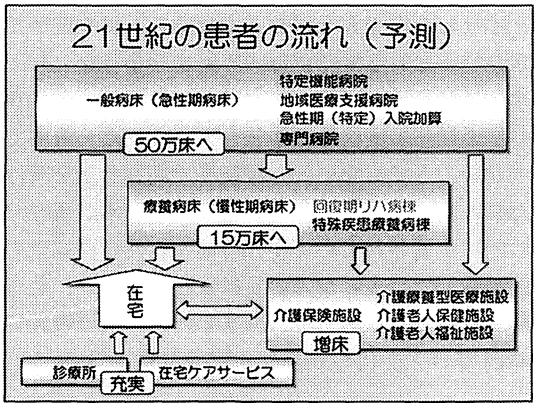


図3

急性期の特定入院加算や急性期入院加算をとった病院群がおそらく50万床として日本に生き残っていくであろうと思います（図3）。そしてそこから直接自宅に帰る方，もしくは介護保険施設に移る方。この在宅ケアと介護保険施設は充実，増床しなくてはならないとは思いますが，その間にはさまるいわゆる医療型の療養病床は15万床程度で十分ではないかと思われます。この代表格が回復期のリハビリ病棟や特殊疾患療養病棟であろうと考えます。このように考えますと，あわせて65万床程度ですので，現在120万床ある病院の半分は不要であるということになるかと存じます。次お願いします。

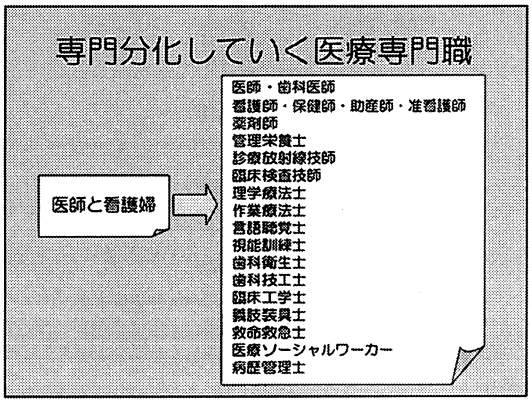


図4

さて，かつて古くから医師と看護婦で支えてきた医療サービスでございますが，この数十年間で多くの専門職種が誕生しています（図4）。次お願いします。そして看護業務をのぞいてみますと，食事療法，服薬指導，リハビリテーション，ソーシャルワークや医療機器の管理や事務，記録の管理等々の看護業務がそれぞれの専門職が役割分担するような時代に入りました（表3）。このベッドサイドナーシングが介護職員と書いたのはちょっといきすぎと思いますが，明らかにリハビリテーションはPT・OT・STが半ば業務独占する傾向すらあります。次お願いします。

さて，一方でCureとCareという言葉が叫ばれて久しいわけでございますが，皆さんご存じのとおり，Cureはいわゆる治す，治療するという意味でありまして，いわゆるMedical Care＝Cure。つまり，医師によるCareという意味になります（図5）。しかし，Careというとすぐ看護，介護という代名詞に使われがちですが，私はそうは解釈できないと思っております。Careにはいわゆる医師のMdical Care，看護師さんのNarsing Care，そしてPT・OT・STたちによるRehabilitation Careや管理栄養士たちによるNutrition Careなどなどたくさんの豊富なCareがございます。次お願いします。

表3

分化していく看護業務

かつての看護業務	現在行っている業種
食事療法	管理栄養士
服薬指導	薬剤師
リハビリテーション	PT・OT・ST
ベッドサイドナーシング	介護職員（介護福祉士）
ソーシャルワーク	医療ソーシャルワーカー
ハイテク医療機器管理	臨床工学士
病棟事務	病棟クラーク
診療記録管理等	病歴管理士

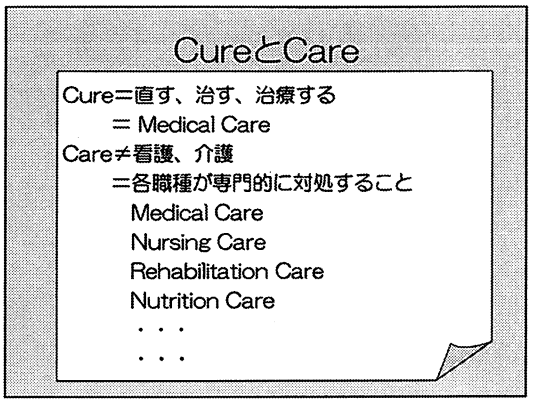


図5

Cureから Careの時代，アメリカでは From Medical Care to Health Careという言葉がはやっておりますが，日本もCureからCareの時代に入りました（図6）。これはMedical Careから多くの職種によるCareの時代，医師中心のCureから，健康に関わる多くの専門職による Careの時代に変わってきているのだ，ということだと思います。ということは，すなわち，チームで行う時代なんだということにほかなりません。次お願いします。

チーム医療では従来から，リハビリテーションにおいて特に医師，看護師，介護，PT・OT・STや，ソーシャルワーカー等々がチームを組んで行うことがリハビリでは常識でございました（図7）。しかし，私はこれはリハビリテーションだけでなく医療界全体に波及する課題だと感じております。次お願いします。

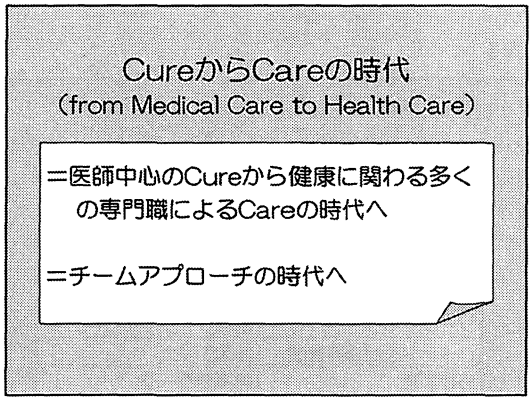


図6

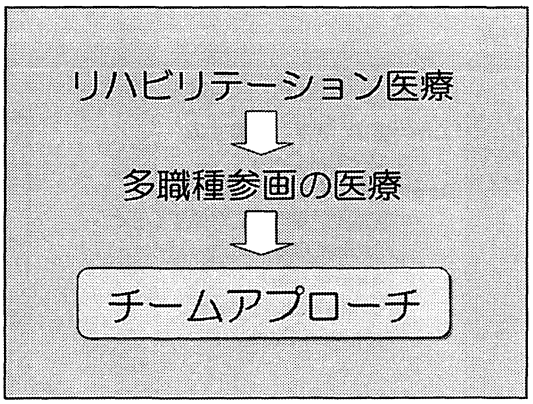


図7

この忌わしい「寝たきり老人」という言葉を生み出したのも，実はここにキーワードがあると考えております。高齢者が増え，慢性疾患，もしくは生活習慣病が増え，結果として高齢の障害者が増えてきた。この時，看護とリハビリとチームアプローチが成熟していれば，寝たきり老人，寝かせきり老人の発生の大多数は防げたと思うからです（図8）。次お願いします。

一昨年の診療報酬改定で，回復期リハビリテーション病棟が生まれました（図9）。回復期のリハ

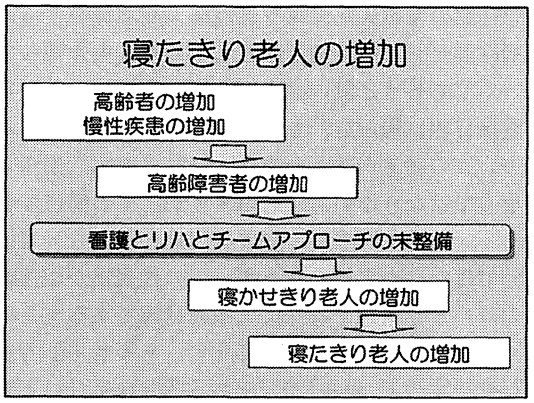


図8

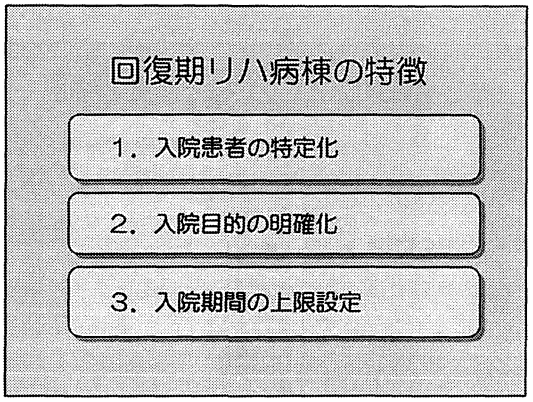


図9

ビリテーション病棟は，入院患者が特定化されております。たとえば脳血管疾患，大腿骨の頸部骨折，または肺炎等の術後の廃用症候群等々でございますが，また入院の目的も明確化されております。ADL を高めて，寝たきりを防ぎ自宅におかえしする。この目的のために回復期リハ病棟が機能

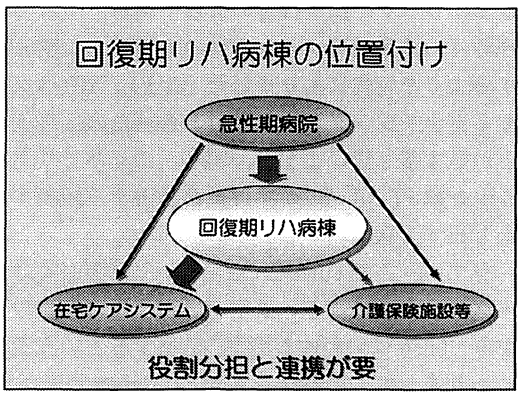
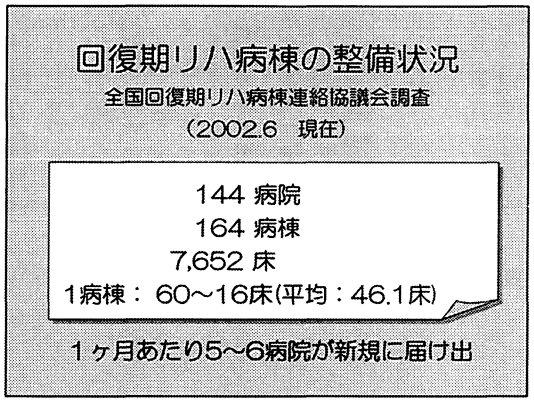


図10

いたします。そして入院期間の上限も設定され，最大限６カ月以上入院することはできないとされております。次お願いします。

すなわち，多くの医療の変革の中でますます短くなる急性期病院の在院日数，そして在宅ケアと介護保険施設のちょうど間に位置し，早くADLを改善させ，早く自宅に帰すという目的をもった病棟が回復期リハビリテーション病棟です。当然役割分担とその強力な連携が要となります（図10）。次お願いします。全国回復期リハ病棟連絡協議会の調査によりますと，現在144病院，164病棟で7,652床が全国に存在します（表４）。１カ月あたり，５つか６つの病院が新規に届け出るというレベルであり，まだまだとても十分な量とはいえません。私は６万床ほど全国に必要と考えております。つまり，まだその９分の１程度しか整備されていないということになります。次お願いします。

表４



そして，この回復期リハビリテーション病棟の診療報酬の１人１日当り単価ですが，１人１日2,000点から3,200点まで幅広く分散しております（図11）。つまり，これは１日300点のリハビリしか行っていない回復期リハ病棟と，１日1,500点のリハビリサービスを提供している病院とあり，まだまだ均一なサービスは提供されていないことになります。今回の診療報酬の改定で，この回復期リハ病棟のマックスは3,500点までいくと考えられます。とすると，一般的な慢性期を一緒に抱き込んだ急性期と言われる病院の１日の１人当り診療単価とさほど変わらないともいえます。次お願いします。

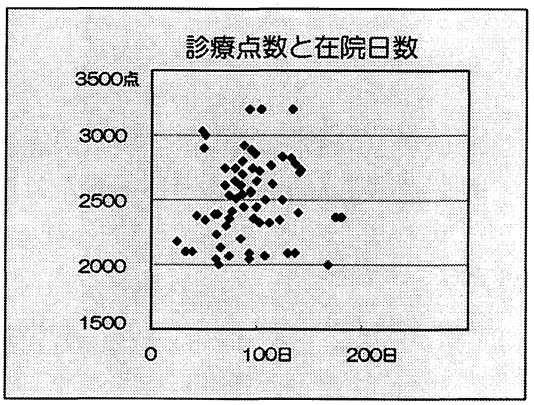


図11

これはこの６月１日にオープンいたしました私が院長を務めております初台リハビリテーション病院です。ちょうど東京都庁を向こうにしましたいわゆる新宿の副都心のすぐそばに建っております。次お願いします。これは正面玄関ですが，当院の特徴を示したいと思います。

１階ロビーのラウンジです。次お願いします。これは一般的な個室です。この差額が先ほどの行天先生のお話にもございましたが，当院の個室差額１日25,000円から55,000円までして，高いと言われておりますが，そうしなければならない理由もありますしまた，４人床には一切差額はありません。次お願いします。

これが４人床です。１ベッドあたり８㎡をとっておりますが，衝立になっておりますのがロッカーです。テレビは標準装備になっておりますが，もちろんカードなどを入れてお金をとるというものではございません。次お願いします。これはデイルームおよび食堂であり，病棟の廊下が続いております。このようにアメニティに配慮をした病院で可能な限り，元来の病院の雰囲気を消去するようにしました。次お願いします。

一つは，いわゆるチームアプローチを円滑とする電子カルテです。従来電子カルテはどちらかというとオーダリングや医事会計から発展した病院が多いようですが，私どものスローガンは情報の共有化であります。つまり医師，看護，PT,OT,ST,ソーシャルワーカー，薬剤師，管理栄養士の情報がいつでもどこでも誰でも，同時に見られるという電子カルテを採用しております（図12）。次お願いします。

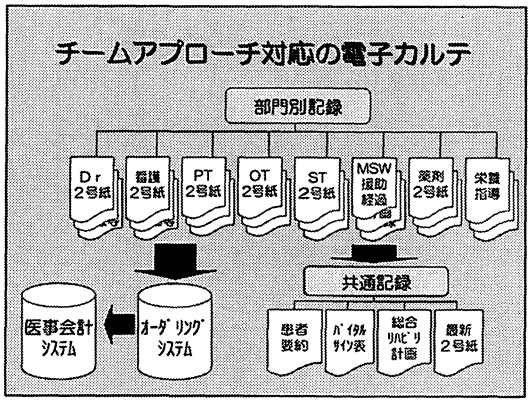


図12

次いでスタッフ数です。現在３フロアオープンし，２フロアはまだオープンしておりません。７階16床はオール個室ですが，正看16人を配置した１対１看護です。５階重度病棟45床は36人の看護介護スタッフ，48人の４階は25人の看護介護スタッフを配置し，それぞれの病棟にPT・OT・ST，ソーシャルワーカー，薬剤師，管理栄養士を全員病棟配属にしております（**表５**）。かくして16床に29人，45床に63人，48床に52人のケアスタッフということで，109ベッドに155人の直接ケアを行うスタッフを配置した病院です。次お願いします。

表５

初台リハ病院のスタッフ数
（平成14年度）

	病床	医師	看護介護	PT	OT	ST	MSW	薬剤師	管理栄養士	計
7F	16	1	16	4	4	1	1	1	1	29
5F	45	2	36	10	10	2	1	1	1	63
4F	48	2	25	10	10	2	1	1	1	52
外来		1	3	2	1	1	1			9
計	109	6	80	26	25	6	4	3	3	155

そして重要なのは，朝の７時から夜の９時半まで，格差のないケアスタッフ体制を確保いたしました（**表６**）。一般的な病棟ですが，朝７時に夜勤者の３人が残っております。それに加えて早出のナースと介護職員２人，さらに早出のPTとOTが１人ずつが加わり７人となります。そして日勤帯は同じような人数が続きますが，５時半以降９時半まで遅出が早出より１人増加し８人のスタッフ数となります。つまりモーニングケア，イブニングケア体制にいかに多くのスタッフを配置できるかということが，患者ケアの質にかかわることになるのです。これを看護の質と考えるかどうかは別といたしまして，私は今後の看護というものが，あくまでも看護師だけで行うケアを主張するのか，それとも，他職種を巻き込んでチームによるケア体制で質の向上を図るのか，という問題提起をさせていただきたいと思います。以上のチームによるケアの質の向上に関しては，私どもの病院の実験と考えています。次のスライドお願いします。

表６

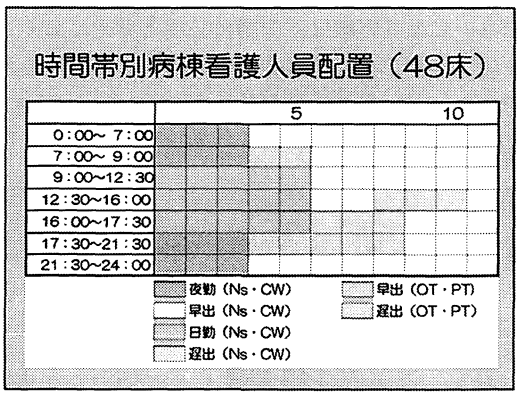
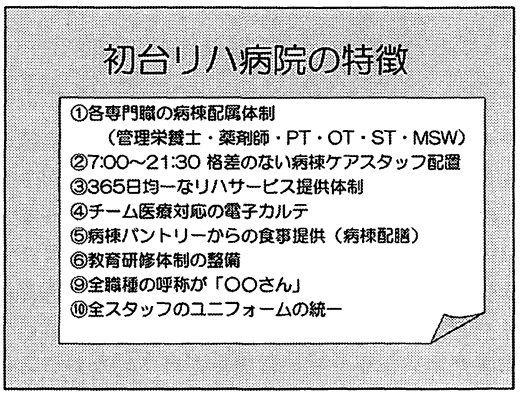


表７



最後でございますが，当院の特徴をまとめました。各専門職種の病棟配属制を敷いたこと。病棟に７時から21時半まで格差のないケアスタッフの配置にしたこと。リハビリサービスは，土曜日曜祭日を含め，365日均一なサービス提供体制を確保

したこと。チーム医療対応の電子カルテを採用し，情報の共有化に努力していること。食事はすべて病棟のパントリーから提供する体制としたこと。

教育研修体制の整備を強化していること。そして，医師も含め全員が「～さん」と呼ぶことになっており，さらに白衣を着ているスタッフが1人もなく，全員が統一された白衣でないユニホームを着用していることです（**表7**）。きょうはそのスライドを見せられなくて残念です。まだ着こなし下手で似合わないので残念ですがお見せできません。どうもご静聴ありがとうございました。

座長　ありがとうございました。続いてお話しいただきます小松茂樹先生をご紹介いたします。小松先生は現在，特定医療法人財団大和会，東大和病院の事務次長でいらっしゃいます。成蹊大学のご卒業で，長い間，河北総合病院に勤務されていましたが，平成10年8月に東大和病院に移られ，現在の役職に就いておいでです。診療報酬について大変お詳しくていらして，病院の改革に精力的に取り組んでおられます。先生，お願いいたします。

小松　ご紹介いただきました，東大和病院の小松でございます。私もこの病院という職場で約35年間勤務させていただいておりますが，約30年ほど河北総合病院というすばらしい病院で勉強させていただきました。

その後現在の東大和病院に移って4年ほどになります。前の病院で非常に思い出深いことが二つございます。

一つは河北理事長が看護学校の校長を兼務された時に，まず最初に手がけられたのは，4月に入った看護学生に対して8月頃まで毎週“しつけの授業”というのを設けられたことです。先生がおっしゃるには，今の時代なかなか家庭でも学校でもしつけがきちんとなされていない。やはり良い看護をするためには，患者さんと接するにあたってのマナー，しつけということが基本だろう。しつけという言葉は身を美しくすると書く。躾をきちんと修得することは，自分を美しくすることだということで始められたように聞いておりまして，非常に感銘を受けたことを覚えております。

もう一つは私が健診センターで一緒に仕事をしていた婦長が，いつもスタッフに三つの心配りが必要だよと言っておりました。一つは利用者に対する目配り，そして気配り，そしてもっとも大切なのは手配りだ。ということを若いクラーク，スタッフに話をしてまして，なるほどなと思いました。そういった患者様，利用者様に対する，基本的な心配りがまず医療の場では必要ではないかと思います。

医事業務からみた看護部

さてこの4月に診療報酬点数表の改定がありました。厚生労働省，財務省の強力な働きかけが見られ医療界が急激に動き出しました。渦を巻く勢いです。そんな時代認識をもつ昨今ですが，**その背景には少子高齢化の進展**があると思います。もっともそのことは20年前から予測できたことでもあります。

そのはしりは，1981年（昭和56年）の診療報酬の大幅改定ならびに在宅医療のスタートあたりにあると思います。翌年の1982年に老人保健法が成立し，訪問看護が始めて診療報酬に取り入れられました。1987年，国民医療総合対策本部からいわゆる「**中間報告**」が出され，それ以後の診療報酬改定の中で医療法・健康保険法などの改定の先兵的役割を果たし，その考え方を具体化してきました。最近の改定を見ると，いよいよ，その最終ラウンドに入ってきたと思わざるをえません。すなわち，**出来高医療の終焉**です。

さて，今回のテーマ『看護の質と経営』について少々述べたいのですが，実は上記の認識がとても大切であると思います。

ここで，私どもの病院について概略を紹介させていただきます。

（当院の紹介）

当院の昨年度のおもな状況は，1日の外来患者数の平均が約1,080人，入院の実働病床は約250床，平成13年度の救急搬送受入は5,605台（15.4台/日），平均在院日数15.7日，紹介率32.6％で外科系の急性期入院加算承認病院です。入院単価は約41,000円です。外来の院外処方箋発行はきわめて早く，昭和50年に全面移行したとのことです。

当院看護部の理念は「その人らしさを支える看護」です。その理念を実践に結びつけるために教育方針が立てられ，その年の教育目標が立てられます。そして，看護部の教育委員会では新人教育から卒後教育，主任，婦長研修まで年間のスケジュールを立て教育活動に励んでおります。その他にも，院内での部署別の勉強会，院外研修会への参加，各種会議，委員会活動において前向きに積極的に活躍しております。

余談になりますが，日経ビジネス誌が2年ごとに調査し発表しています病院ランキングでは3年前が全国64位，昨年度が30位（都内4位）に入り私たちも実は驚いています。

（時代の認識）

時代は，長引く不況と少子高齢化の進展に伴って急速に動いています。医療界にあっては，患者の権利，患者中心，患者サービス，接遇，医療事故・看護事故・院内感染事故の新聞報道，医療訴訟の増加，リスクマネージメント（→ペィシエント・セーフティ・マネジメント），インフォームド・コンセント，癌の告知，ターミナルケア，医療の標準化，クリニカル・パス，ディサージャリ，EBMなどこれまでのパターナリズム中心の医療界では考えられなかったテーマが論議されています。

もはや医師中心だけではすまない医療の段階であります。ホスピス医療をはじめ病病・病診連携の中で果たす看護師の役割，また，2年前にスタートした介護保険のさまざまなサービスの分野で看護師の果たす役割はますます大きくなっています。特に，在宅医療における訪問看護ステーションの所長は保健師と看護師です。

（看護師の役割と機能）

医事課の立場で今回の診療報酬改定を見ましても，これまで以上に看護師の役割が大きく求められ，医療の質と経営に大きく寄与することになりました。

すなわち，入院基本料には前回新設された入院診療計画書の作成，院内感染防止対策に続いて医療安全管理体制および褥そう対策の実施が規定されました。

また，急性期入院加算病院の追加要件には，①詳細な入院診療計画書（クリニカル・パスに準じたもの）②退院指導計画書の作成③診療録管理体制加算の届出が入ってきました。これらは看護師のかかわりなくしては達成出来ないことであります。

当院では3年前から看護師を中心に**クリニカル・パス**の研究会が発足し，現在，約60種類のクリニカル・パス表を作成していますが，毎月新規に増え続けています。この経験を生かして，4月からの急性期入院加算病院に必要な「**詳細な入院診療計画書の作成**」についても，すぐに対応がとれました。また，**退院指導計画書**についても婦長が各科の医師と相談して各科ごとの退院計画書の作成が進みました。

医療事故防止対策委員会とリスクマネージメント委員会は平成11年9月からスタートしましたが，今回の改定を受けて医療事故防止対策委員会を医療安全対策委員会に改称いたしました。なお，別に**リスクマネージメント委員会と感染防止対策委員会**も毎月開催され看護部が中心メンバーとなっています。近い将来には**インフェクション・コントロール・ナースの設置**も必要と考えています。また，今回新たに義務づけられた**褥そう対策チーム編成**には専任看護婦が必要です。これらの機能には看護師の知識と行動なくしては何事もなしえない重要な働きをしています。

（今後の看護部への期待）

今後の看護部の働き，特に婦長さんに大いに期待したいのは，患者さんの視点に立ちながら全体を把握，リードしていく，**野球で言えばキャッチャーの役割・機能です。**

別の側面で言えば，新時代の家庭における夫婦の役割です。ピッチャーである医師の良きパートナーとして，また一家の財布を操る女房役を期待したいと思います。

特に婦長さんには**コミュニケーション能力，マネージメント能力およびリーダーシップ**，更には**コスト管理能力**が求められると思います。

たとえば，これからの診療報酬は**出来高加算請求から定額報酬支払い**（日本的DRG/PPS＝DPC）の世界になり，**医療行為はすべてコストに変わるという意識変革が必要**です。

また，入院基本料の**90日越えによる老人特定入院基本料の判定**や，今回から導入された**180日越えの選定医療における患者管理**は経営面で見ても大変重要な病棟運営になります。

他方，急速に普及の段階に入った**電子カルテの導入などITの活用は**，今後欠かせない知識と技術です。当院でも電子カルテ委員会が発足しました。これまで2度ほど電子カルテ導入病院の見学をしましたが，婦長さんの感想は非常に導入に積極的に見えました。おそらく，当院でもこの2年以内に電子カルテが導入ということになると思います。これにより，**看護業務の質は大きく変わって来る**ものと期待しています。

しかし，これらは所せん道具にすぎません。

いつの世も，これからも**看護の心なくしては，良い医療，看護は望めない**。ということを結びの言葉としたいと思います。ご清聴有難うございました。

座長　ありがとうございました。それでは，最後になりましたが，患者を代表しまして小川清記先生にお話いただきたいと思います。小川先生は早稲田大学のご卒業でいらっしゃいまして，広報，教育，営業，コンサルタントご担当の経験，そして共栄火災損害調査株式会社の代表取締役でいらっしゃったご経験なども生かしながら，現在はOCS研究所代表として顧客満足をテーマにした執筆や講演，研修などにご活躍されています。先生よろしくお願いいたします。

小川　小川でございます。私は，52回この会合がある中で初めて，患者の立場からの話をしてほしいという秋山学会長のご依頼を承りまして，私の命の恩人なものですから喜んでお引き受けして今日参ったわけでございます。と申しますのは5年前に虎の門病院で食道癌（がん）の手術をいたしました。その時に皆さんに非常にお世話になり手術も成功，その後の回復も順調で，現在の私があるわけです。その折の私の患者としての体験を中心に，今回私に与えられましたテーマ「患者の視点から“心のある看護”を考える」についてお話をさせていただきたいと思います。

「患者の視点から“心のある看護”を考える」

1.　心に残った看護の思い出

全体的に4つのテーマに分けてみました。第1番目のテーマは，私の38日間の虎の門病院での体験談「心に残った看護の思い出」です。

(1)　「声掛け入室」

1つ目は，私は4人部屋にいたんですが，看護師さんが入って来るときに「小川さーん点滴でーす」といったように，元気の良い明るい声をかけながら，にこやかに入ってくるわけです。「何気ない声掛け入室」ですが，これは声をかけられた患者をほっとさせるだけではなく，同室の他の患者さんを「今回は私の所に来たんじゃない」とほっとさせると同時に「次は私かな？」という看護を待つ心の準備を導く効果がある，ということで好評でした。

これは他の病院でも皆さんやっておられるかもしれませんが印象的で，見舞客の間でも「感じがいいね」と評判がようございました。これは患者に心の準備をさせるだけでなく，こうやって常に気を使って看護してくれるナースがいる，こういう良い病院に入院させて貰っているのだから頑張ろう，という気にさせる，つまり闘病意欲まで喚起させてくれるということを感じたわけでございます。「声かけ入室」ということで非常に印象に残りました。

(2)　先生とナースの情報の共有

2つ目は担当の先生とナースが，患者の症状と医療方針など，非常に高度な情報を共有しているという，ハイレベルな看護に接して感激したことです。例えば簡単なことで言えば「この点滴の中身は何，何のため？」「どのくらい続けるの」「どういうふうに変わるの」などと，患者は気になりますからいろいろ質問するんですが，その都度ナースから素人にも分かりやすい説明がございました。たいしたもんだな，ということで私はCS（顧客満足）のプロですので関心を持ち，いろいろ聞いてみましたら，消化器外科部長とか医長とかのミーティングがまめに行われ，ナースからの細かい質問にも全部答えてくれるということでした。一人ひとりの患者の医療の現状や方針といった，

専門的な情報の共有がされてるということがわかり,素晴らしい病院にお世話になれてよかったな,という感激を覚えました。

2. 「患者と看護サイドの共同作業」

(1) 患者の看護サイドへの協力姿勢

2つ目のテーマは看護の質と効果を高める上で重要な要因の一つで,非常に大事なことです。私が入院している間にしみじみと思ったことでもあります。つまり「患者と看護サイドの共同作業」,これが無かったならば,本当の「医療効果」,「看護の効果」は期待できないんじゃないか。時代の流れとともにこういうことが医療,看護上非常に重要なテーマになってきてるのではないか。つまり看護の質と効果というのは,患者と看護サイドのお互いの協力し合いというあり方が理想形じゃないかと実感したわけでございます。この点に関しては患者として反省しなくてはいけない問題点だと思いました。今まではどちらかというと患者の勝手放題が許される傾向があったと思うんです。それではいけない。患者は看護サイドの立場を考えて,看護しやすい協力姿勢を持つということが必要ではないかと思うんです。

私は患者の優等生などとおだてられながら超順調な回復で,短期間で退院できたのですが,これは私自身がCSという,お客様の満足ということを勉強する立場でしたので,自分は「この看護を受けることでどういうような医療効果が期待できるのか?」だったら「私はこうしよう」,「ナースさんに言われる前にこうやろう」,などと常に考えながら,「こういう風にしたらどう?」などと思いついたことをナースさんに話してみたりしてるうちに,ナースの方々から「小川さんは手がかからない」と言われるようになり,それじゃあ「手がかからない分だけ説明してよ」ということで,看護情報を私も得ることができたと思います。結果的には,患者が看護サイドに協力することで,非常に高度な医療効果が自分に返って来るというプラス面があるわけですね。

4人部屋で一緒の他の患者さんから「小川さんはいいね。すごくまめにナースさんが来てくれて」と羨ましがられました。私は「いやこういうことなんですよ」と話をしたら,「それでは私も」というので,ナースの仕事に協力する患者さんが出てきたりして,非常に和気あいあいの4人部屋でした。

(2) 看護サイドの患者の心理,反応への心配り

2つ目看護サイドも患者の闘病とか,看護に対する心理の問題に心配りをする,ということです。患者は皆さんが思う以上に非常に神経質になり,不安感を持っているわけでございます。その辺についての心配り,例えば「よく頑張ってますね」とか,「もうちょっとですよ」といった誉め言葉とか励まし言葉が,患者の気持を和ませ,看護効果高揚に役立つようです。ただ口先だけで頑張りなさい,なんて言うと反感を持たれたりすることもあるようですが…。患者の闘病や看護に関する心理や反応に心を配り,「励ましの言葉」を工夫することで,患者が看護を受け入れやすくするリードができます。このご努力は看護サイドの皆さんからすれば,看護の仕事がしやすくなり,効果も高まるという,プラス面として返ってくると思うのですね。

ということで医療,看護の成果というのは患者,看護サイド双方の協力関係の上に,よりよく実現するということを,私のささやかな体験で感じ取りました。その後5年間,日本中出張して回る中で多くの入院体験者の方とお会いしてお話ししているうちに,「その通りだ」という意見が大半で,確信を深めたわけでございます。

3. 患者の立場で感じた看護の“良い点・悪い点”

それから3つ目ですが,これは皆さん看護関係の方には不愉快なお話もあると思うのですが,「患者の立場で感じた看護の良い点悪い点」について触れてみたいと思います。これは私だけでなくいろいろ経験をした人たちの意見や,私どもが数多くの病院にお見舞いに行ったりした経験などを通じて感じた良い点悪い点で,一応10項目に絞ってみました。

超多忙で,極限に近い勤務状況で看護に取り組んでいる皆さんからすれば,「何言ってるんだ,一方的な見方じゃないか」とお叱りを受けるかもしれません。その点はお許し願い,良い点悪い点を5項目づつ申し上げたいと思います。

(1)　患者が感じた看護の良い点⑤

①　明るさ，ニコヤカさなどの応対マナー

まずは良い点，評判の良いこと。1番目は明るさ，にこやかさです。私も数多くの病院に見舞いに参りましたが，どこでもかなり徹底しているようです。

②　ハキハキ，キビキビした応対

③　説明の判りやすさ明快さ

3番目の良い点は説明の判りやすさ，明快さ。これは今話題になっているアカウンタビリティー（説明責任）にも通ずることです。もちろんお医者さんと看護の皆さんとの情報の共有関係が無いとできないことだなと思っております。そしてこのことは患者との共同関係，さらには信頼関係構築に大きな影響を与えます。説明の判りやすさ明快さということは，非常に大事な良い点ではないかと思います。

④　患者のわがままをたしなめる厳しい態度

患者は自分勝手なんですね。非常にわがままです。これは私も常々そういうことを反省しながら38日間過ごしましたけれども，これをたしなめる厳しさ，そういう看護の皆さんの姿勢を見ていて，これは立派なことだなと感銘を再三受けました。それもたしなめかたですね，やはりそのままずばり言ったら患者もむっときますし，「私がこんなに苦しんでるのに…」ということになります。でも，その辺のたしなめ方の非常に上手な方が何人かおられまして，さすがだなというふうに思ったわけです。やはり温かさと厳しさ，これが共存した看護。そして患者に対する看護上の指導の仕方ですね。その点についてはナースの皆さんずい分と気を使ってることだと思います。こうした看護のあり方が患者との共同関係とか信頼関係構築に結びついてくるのではないでしょうか。

⑤　患者に元気と，闘病の勇気を与えてくれる看護

最後は，患者に元気と闘病の勇気を与えてくれる看護ということでございます。看護の仕事に情熱を持っている方々は言葉遣い，それからちょっとした行動，目の輝きそういうものが，患者に頼もしさと同時に良い，明るい印象を与えるんですね。このことが患者に「よし闘病に頑張るぞ」，「早く治ってまた仕事に，社会に復帰したい」という勇気と活力を与えてくれる…。これは非常に大事なことだなと思い5つ目に挙げてみました。

(2)　患者が感じた看護の悪い点⑤

看護サイドの皆さんにすれば不愉快なお話で恐縮です。患者サイドから評判の悪い点を，5つにまとめてみました。これは患者と看護サイドの共同関係構築という視点で考えたら，どんどん解決していく内容が多うございます。

①　差別的扱い

例えば「あの人にはいつも親切だけど私には冷たい」といった差別感。これは良く耳にする話です。誤解が原因のことが多いんです。患者が自分の態度が悪いから，ナースも避けて…，といったこともあります。しかしその患者からすれば，自分から原因を作っておきながら「私にだけなんで冷たいの！」ということになります。しかし現象的に考えれば，これも差別的扱いということになってしまうんですね。

②　事務的な扱い

それから2番目は，例えば「ちょっとめまいがするんだけど」と体調の不良を訴えてもそっけない返事しか返ってこない場合があるんですね。そっ気なくしてるわけでなくても，忙しく飛び回っているとき，誤解されかねないことがあるのは理解できます。しかし，当の患者にすればストレス，イライラがたまっていくということになります。

③　症状の変化への，研究的態度の希薄さを感じさせる

3つ目は，症状の変化を訴えても，そのことに対して真剣な質問を看護サイドの人がしてくれないことがあるということ。これは患者が発信する「症状の変化」のシグナルに，研究的態度で応じてくれないという不満。これは不信感につながってゆく可能性があります。超多忙だし，ナースの持分から考えて難しい問題だと思います。でもなかにはそういうことをきちんとやっておられるナースもおられたんですね。ですからやはり病院の理念というか，患者の変化対応に対する看護の質ということを含めて考えると，「先生に相談してみます」というような添え言葉があると，患者に不安感，不信感を与えないで済むということを感じました。

④「先生に聞いてください！」

それから4番目は，これも虎の門では1回も無かったんですが,「そういうことは先生に聞いてください」と，それもそっけなく，他人事のように言われると患者からするとすごく冷たく扱われた感じがして，がっくり来ます。これはナースの立場上，実際に先生に聞かないと分からないことも多いのは判ります。そういう限界があることは判った上で，患者サイドからすれば「相手にされなかった！」と思い込み，不満要因になるということなんです。その不満がだんだん高じて来ると，病気の回復にも影響があるとも思うのですが…。

⑤「今忙しいので」と取り付く島の無い扱い

それから5番目は，「今忙しい」とか，「他にも大勢患者さんがいるんですよ」，「患者さんはあなた1人じゃないんですよ」。普通はありえないことなんですが，あちこちの病院に行っているとこんな言葉を耳にすることがあります。ああとんでもないこと，言っちゃいけないことを言っているなと感ずるわけです。「取り付く島のない扱い」なんて，見出しに書きましたけれども，言われた患者や，家族，見舞客の思いは…，と思うとさびしくなります。例えばそういう時には後で,「さっきはごめんなさい」などと，ちょっと声をかけてくれるとその不満，フラストレーションはぱっと飛んじゃう…。そういうことがございます。この5つ，皆さんなりの反論もあること承知の上で，心を鬼にして敢えて申し上げました。

4. 実現は難しいでしょうが3つの提言

それでは4番目，最後のテーマです。実現は難しいと思うのですが，3つの提言をしてお話を終わりたいと思います。これは患者と看護サイドの皆さんとの共同作業の効果を考えての提言でございます。

(1)「患者の“5不”を無くす運動」の提言

まず提言の1番目は，患者の“5不”，5つの不という言葉を，看護の場から追放するよう取り組んでは…，ということです。“5不”とは，「不安，不信，不快，不知，不満」の5つの不のことです。そのためには先生方とナースとのコミュニケーションも大事ですし，患者との共同作業の定着も必要でしょう。ただ“5不”追放のためには両者とも非常に忙しすぎるということが気になります。そこで“5不”追放に因んで，2つの提案をさせていただきたい。

①「患者との会話タイム」創りに5％割愛を。

患者からすれば忙しく走り回っているナースさんや先生方に，「ちょっと先生」「ちょっとナースさん」と声もかけられない。私みたいに厚かましければ「ねー先生！」と声をかけてばっと止めちゃうんですが，気の弱い人は声もかけられない…。そういう場面が現場で何回もございました。

そんな状況を思い浮べ無理を承知で提言したいんです。1つはナースの皆さんの時間を5％，消費税ではありませんが5％，1時間だったら3分間，ちょっと割愛願い，患者の皆さんとの「会話タイム」を作っていただけないだろうかということです。「今日はこの患者とこの患者」というように予定すれば，一週間に何人かと落着いて話ができる「会話タイム」がつくれるのではないか。たまには看護師さんと3分でも4分でもいい，話がしたい，という患者の心理，願望がございます。いろいろ指導を受けたいと思う人も多いということでございます。

②「患者メモへの回答方式」の採用を

2つ目は緊急のときは別として，所定の用紙に相談事項や質問事項を具体的に記入しておいてもらって，時間のできたときに説明したり，相談に乗ったりする，患者メモへの回答方式を御提案申し上げたい。そう思ってましたら，今朝（6月20日）の朝日新聞の暮らし欄「医療の現場から」の頁に,実にぴったり同じことが書いてありました。これは先生と患者とのことなんです。「3分診療どう生かす？」と,医師と患者とのコミュニケーションのコツに,「質問カードを活用しましょう」という記事が出ておりました。同じことを考えるもんだなと感じたのですが，いろいろ工夫をすれば，ますます良い医療が受けられ，回復も早まるプラス面があると思います。

また，このように質問，相談のチャンスが増えれば，病院にとって怖い「かくれ不満」の予防，解消に役立つと思います。

(2) 退院直前の「退院後の自前の看護と，生活相談会」（仮称）設営の提言

2つ目の提言は退院直前に，手術をした人が退

院後，自宅へ帰ってからどのように自前の看護をしたらよいのか，そのことについての勉強会というか説明会を設営していただけたら，安心して退院していけると思います。超順調に回復した私でも帰宅してから●ツカエ●声のかすれ●冷や汗●逆流●ダンピング●指のふるえなど初期の諸反応には戸惑いと不安，ときには恐怖さえ覚えたものです。これらの回復時の変化への対処の仕方や，食事のとり方など，一定の教示を受けられたら，どんなにアフターケアーに自信を持てたか，と思います。

現に，退院直前の患者の質問に私の体験を説明してあげたら，退院拒否の頑固な気持が消え，無事に退院してゆき，担当医師も喜んでおられたという事例がありました。

(3) 「鬼ナースの増加」を推奨する提言

「鬼ナース」なんていうとナースの方に怒られますが，私が今このように元気でいられるのは「鬼ナース」のお陰と大感謝です。手術後ぐったりしているときに，「小川さん食事して30分たったら廊下を10周してください。10周ですよ」。歩かないと回復が遅いとせき立てられて，しぶしぶやっているうちにだんだん元気になって，ここまできたわけでございます。おかげで食道癌の手術でお世話になりました，虎の門病院長（当時）でこの日本病院学会の学会長秋山洋先生に，「私の自慢したい患者の１人」と褒められ，私も勇気百倍頑張って，おかげさまで手術して３カ月目から日本中講演とか研修で飛び回れるような元気な体になったということでございます。

「鬼ナース」の存在は，「心のある看護」ということから考えると一面の真理ではないかと，これはまた学会長が常に口にされる「心のある医療」ということに相通ずるものがあろうかと思います。そんなことから鬼ナースがどんどん増えて欲しいということの提言でございます。だけど誰でも鬼になれるわけではありません。看護の仕事への自信と情熱，患者の回復を願う熱い気持，心がその厳しさを支え，患者の闘病心をかき立てるのだ，と思っていること，蛇足ながら申し添えます。どうもありがとうございました。

座長　どうもありがとうございました。それでは発表が終わりましたので５人の演者の方々に壇上に上がっていただき，短時間になってしまうと思うのですが，少し時間をオーバーしましてフロアとの意見交換の時間を設けたいと思います。どうぞ先生方，恐れ入ります，お急ぎで壇上にお上がりくださいませ。

それでは演者の先生方には追加，補足の発言がおありなのかもしれませんが，時間の関係で申しわけございませんが，ここでフロアからの意見をお聞きしたいと思います。いかがでしょうか。ございませんでしょうか。それでは時間も迫っていますので，私のほうからひとつ演者の先生方にお聞きしたいと思います。

現在の診療報酬の中では，例えば入院基本料や手術処置料など医療，治療の本質に対する料金だけというようになっているわけですが，しかしそれだけでは医療，看護の質を維持，向上させていくことはなかなか難しく，質を維持するためにはそれ以外のお金を違うところから補ってでも質を上げていきたいというような考え方があるのではないかと思います。

医療以外のところからのお金と言いますと，室料とか入院生活の快適性の確保に対して患者さんから支払っていただくお金になるのではないかと思います。とにかく患者さんにある程度の負担をしていただきながら質の高い看護を提供するという考え方が一つあると思います。

そしてもう一つは，患者さんの負担をできるだけ保険の範囲内にとどめながら効率性などに工夫を凝らして，その中で可能な看護を提供していくという考えがあるように思います。

その工夫の一つとしまして，ただいまご意見をお話いただきました小川先生の発表の中に，これまで以上に患者さん自身に医療に積極的に参加していただき，看護の効率を良くすることがあるように私には感じられました。患者さんに積極的に医療に参加していただくことは医療，看護についても十分に説明することも必要になってきますから，インフォームドコンセントを促進することにもつながると思います。

ある程度患者さんに料金を負担していただきながらも看護の質を向上させるということと，もうひとつ保険の範囲の中でのお金で質を担保してい

く努力をしていくという，この２つについて演者の皆さんのご意見を伺いたいと思います。それでは福澤先生の方からよろしくお願いします。

福澤　飯田病院も非常にアメニティが悪くて，これでは患者様に来ていただけないということで，今回100周年を機会に新病院をつくりました。新しい病院は１ベッド当りの病床面積は８平米以上の非常に快適な入院環境を整えました。でも先ほどお話のありました市川先生のところに比べますと特別室でも地域性がありますが１日8,000円というところと，3,000円，1,000円という室料しかとっておりません。本当にそういう意味での保険以外での患者様からのお金を徴収するということは今やっていない訳なのですけれど。あと保険の範囲内の中では退院時の指導とかそういう療養上の指導をしっかりやるとか。あるいはクリティカルパスを行うとか。今眼科とか一部のところでしかあまり動いておりません。また，今頃始めているNSTにおいても患者様の治療をチームでやることによってより早期に回復をさせていくという努力を始めたというような段階です。

大原　私も今の医療の変化を見るときに，やはり今考えてますのは，ちょっと答えにはならないかもしれませんが，４つの切り口を考えているのです。

一つは患者さまの変化。そして２つ目に看護業務の変化。そして３つ目は先ほど言われた環境はもちろん経営環境と言いますかその変化。もう一つは職員の変化だと思うんです。ですからやはりその辺のところを考えながら，どのような政策を練ったらいいかということを，今考えているところでございます。その時のキーワードはスピードということだと思います。

座長　石川先生お願いいたします。

石川　難しいんですが，初台リハ病院では個室料差額はかなり高額です。それは当然経営のはじき額から出てきたものです。私ついこの間まで高知県の近森病院におりましたけど，坪単価がそこの何倍もするところでございますので，どうしてもそうせざるをえないという状況で，あえて差額を個室に限っていただくという方針をとりました。けどももう一つ宗村様おっしゃるように差額をとるとか保険診療のみからの概念だけでなくもう一つコストの面も大きいと思うんです。

例えばナースをはじめとした医療専門職が，終身雇用制，年功序列賃金体系をとり続けることにわが国の雇用形態に限界がきているという点です。そういう意味で私どもの病院はただ長く働いていくとどんどん給与が上がるという形態はとっていません。現在，公的病院では，長く在職すると給料が大変高くなります。新人のナースの２倍以上をもらっている看護師さんがたくさんいる病院はその一人のナースがやめれば新人２人雇えることになり，もっと良いケアができるかもしれません。

そこのところを良くお考えいただきたいと存じます。そういうところが社会から問われているのではないでしょうか。医療界では技術も極めて重要ですが，マンパワー（人手）はより重要な要素です。人手が足りないという前に我々自身でもう少し考えないといけないのではないかとこんな風に考えております。

座長　お願いいたします。

小松　今先生がおっしゃられたコストの考え方も非常に重要になると思いますが，私たち医事課の立場から言いますと，今回の診療報酬改定をみましても，施設基準とか特定療養費とか，そういった保険の中で病院が看護を含めましてどういう基準をとれるかということの努力が大切で，経営にものすごく影響するということ，その理解が必要な時期になったと思います。

私どもは，４月から特定医療法人の認可をとったために差額の基準も平均5,000円以下に下げなくちゃいけないということで従来の個室料金を半額にいたしました。そのようなこともやりながら病院を変えてきておりますが，やはり今後DRG/PPS的な包括医療になっちゃいますと，今度は相対係数とか償還基準，金額が変われば医療費がどっとまた下がっちゃうという時代がくるのが目に見えてます。やはり保険診療だけに頼る経営は非常に危険な時代に入って来たということも合わせて考えておく必要があります。これからの経営人は，先を見る力というのがすごく重要な時代になって来たと思います。

座長　お願いします。

小川　さきほどは看護サイドと患者との情報の交流について触れなかったのですが，先生方とナースの皆さんとの情報の共有，そこの輪へ患者も入って情報の共有の土俵がちょっと大きくなれば，今の問題について半歩先に行けるのかなと。その場合に保険制度のからみで患者は保険制度で自分の医療に対してどういう要請をされてどういう責任を果たさなきゃいけないのかということには患者は無知です。ですから，先生方から点数の付け方が難しいといった不満を耳にしても患者はそういう常識的な知識もないわけです。そのへんについてもインフォームドコンセントの幅を広げていくなかで，患者の理解を得，協力してもらう体制に持っていくべきではないかというふうに思います。

座長　ありがとうございました。それでは後少しだけ時間がありますのでフロアの方から今のご意見等を聞かれた後に，ご意見があればと思いますが。どうぞ。

ご所属と質問をされる場合でしたら演者の方をご指名ください。

A　この看護の質ということを考える場合に量の問題があると思うのです。質をいろいろ討議してもやはり質だけではいけない，忙しい病院だと当然看護師がたくさんいると思うのです。

今一応２対１看護というのが一番。制度上は実際１対１にしておられる病院があるかもしれないですけど，それを抜きには本当の質を良くしていくことにはならないと思うのです。

それぞれの施設でそれをどのようにクリアしてやっておられるか，今看護師のやらなくていい仕事を他の人がカバーするといういろいろ工夫があると思うのですけど，そういう観点からひとつディスカッションしていただければいいんじゃないかと思うんですけど。

座長　すべての演者の方に今のことで意見をお聞きしたいと思います。それではもし小川先生の方で何かありましたら，出していただきまして…。

小川　さきほど申しましたように，患者は制度のこととかほとんど知識なしで，ただ早く治して欲しい，どうにかなんないのという気持ちだけです。そのへんの状況をもっと患者にも情報を流していく中で，相互理解が深まり，世論が高まり，制度の改革につながっていくのではないか，と思いますが…。

座長　続いてお願いいたします。

小松　事務系なので具体的なことは言えないんですが，その質の評価というものはどこで得られるかということを考えますと，やはりこれは患者様の声だと思うんですね。

私たちの病院でも良く御意見箱等で患者様からのクレームを聞いておりますがやはり一生懸命努力してますとこの数年御意見箱の声を聞きましても最初は細かなクレームが多かったんですが，最近それに混じって感謝の言葉も多くなった。今，先生がおっしゃった質の評価をどのようにみるのかということも大切なことじゃないかなと思います。

石川　２対１の基準というのは２対１以上置きなさいという基準ですね。ですから，それ以上いくら置いてもいいわけでして，そこが競争社会に入っている大きなポイントだとも思います。２対１ぎりぎりで勝負する病院なのかそれとも1.5対１とか１対１まで増員しサービスの向上をはかり，そこで生き残りをかけるのか，そういう時代に入っているんだという認識のほうが私は正解なんじゃないかと思います。質を云々してもともかく数がいなければ話にならない。私は急性期病院で２対１は余りに貧困な数だと思います。大手の急性期病院ではどこも1.5対１が常識ですし病棟によっては１対１以上いる病棟もあります。

ですから私はまず量的に不足しすぎているため，質を語るためには量を増やさなければ質は語れないと考えます。

座長　お願いいたします。

大原　私もおっしゃるとおりだと思うんですよね。やはり量をまず確保する，そしてその上で質を上げていくっていうのが基本だと思います。

私どもの病院でも今全体を考えましてやはり２対１の看護体制をとってますけれども，トータルでいうと1.5より数は多いのかなというふうに考えております。もちろん傾斜配置してますから，全体的なところは２対１という最高のところまではいっておりますけども。それともうひとつは24時間同じ，質を提供したいと考えておりますが，今，夜勤加算というのもなかなか難しいものがあ

りまして10対１は一応診療報酬上に入りましたけれども，そこまでは難しい。だけど10対１それが今は11か12対１のところでいくと診療報酬は加算されないというジレンマは持っております。

福澤　私も同じような意見なんですがうちの病院の場合は今2.5対１をとっておりますが，それ以上の看護職員が病棟に配置されておりますし，10対１の補助者ということで１病棟に６人の看護補助者を置いております。それと病棟クラークというのも入っておりまして，実質的には補助者を入れますと，病棟の看護職員というのは２：１以上の職員の配置となっております。

それと看護師がベッドサイドに行けるような業務改善，補助者を入れたところもありますけども，そういったいろいろな業務の改善をすることによって看護に専念できる体制をつくることによって良い質を提供できるのではないかと思います。

座長　ありがとうございました。このことについてまだまだ討議を進めていきたいというところなのですけども，残念ながら時間になってしまいました。

今回はテーマも非常に難しい問題でしたし，演者の先生方のお立場がそれぞれ違うことですので，御意見をまとめたりこれから何かの提言をするという方向のものではないというように思っております。

私の進行のまずさから，何か中途半端な感じが残りますが，この問題は今後もずっと考えていかなくてはいけないことなのだと改めて確認したということで今回のシンポジウムを終わらせていただきたいと思います。演者の先生方，貴重なご発言をどうもありがとうございました。

これでシンポジウムを終わらせていただきます。ありがとうございました。

安全・危機管理と医療経済

平成14年６月20日（木）・東京

座　長
上都賀総合病院名誉院長　**大井　利夫**
シンポジスト
藤枝市立総合病院名誉院長　**阿曽　佳郎**
医療法人医真会理事長　**森　　功**
横浜市立大学医学部医療安全管理学教授
橋本　廸生
聖隷三方原病院事務長　**山内　鉄也**

大井　それでは早速ですが，シンポジウム②の「安全・危機管理と医療経済」を始めさせていただきます。このテーマはたいへんに重い内容を含んでいますが，学会長の秋山先生の強いご要望によるものであります。今や安全文化の確立，特に医療における安全文化の確立が急がれているけれども，これをインフラストラクチャー，病院の経済基盤を無視して，あるいは医療の経済基盤を無視して語ることができる時代はとうに過ぎている，ぜひその辺を明確にして日本病院会として主張すべき点を明確にしてほしい，あるいは問題点を明らかにしてほしいというご依頼でございます。医療の安全は，私ども医療に携わる者の最大の使命ですので，秋山先生のご依頼に基づき鋭意この問題に取り組ませていただき，シンポジウムを開催させていただくことになりました。

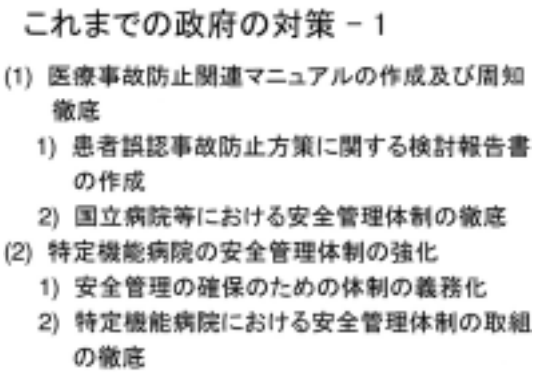
ただ今お話ししましたように本シンポジウムのテーマは「安全・危機管理と医療経済」です。目的は，医療における安全・危機管理と医療経済との関わりを明らかにし，医療における安全文化の高揚に資することとしました。具体的にはたくさんの問題を含んでいることをご理解いただきたいと思います。

おかげさまでシンポジストとしては，それぞれの機関を代表するたいへん優れた先生方にお集まりいただくことができました。座長として深く感謝しております。まず，公的病院を代表して，阿曽先生，それから医療法人を代表されて森先生，それから大学関係を代表されて橋本先生，それから実務の事務長あるいは理事の立場から山内先生という４人の先生方をお招きすることができました。

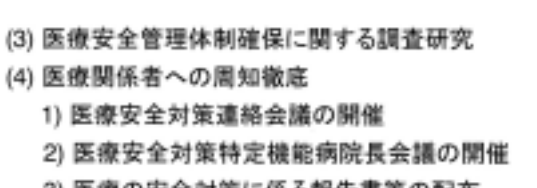
シンポジウムの進め方は，４人のシンポジストの先生方にそれぞれ13分ぐらいご講演いただきます。途中で特別にご発言がない限り，原則としてその４人の先生方のご講演を先に進めさせていただきます。続きまして，総合討論に入らせていただきますが，討論時間がたぶん，30分ぐらいしかないかと思いますので，各先生方の主張を再度確認した上で，私としては少なくともこの問題に対して病院あるいは医療団体が今後どのように取り組んでいくべきかという課題と，今後への指針を明らかにすることができれば，本シンポジウムの目的を達することになるのではなかろうかと考えています。お集まりいただきましたフロアの先生方も交えて熱心なご討議をいただければと思っていますので，ご協力よろしくお願いいたします。それでは，時間がもったいのうございます。さっそく，第１席の阿曽先生からご講演いただきます。それぞれの先生方のご略歴はお手元の資料にございます。そちらを御覧いただき，たいへんご高名な先生方でございますので，ご略歴の紹介は略させていただきます。それでは阿曽先生よろしくお願いいたします。

阿曽　大井先生ありがとうございます。この機会を与えていただきましたことに会長の秋山先

生,そして大井先生に深謝申し上げます。私はまったく本日のテーマについて専門にやってきた者ではございません。数年前から森先生にしたがって病院で習ってきてやったということでございます。私は，手術を中心にして安全管理と医療経済の関連ということ，一般的に言われてきた安全管理と医療経済ということに関してこれまでどういうことが行われてきたか，ということをお話ししたいと思います。**スライド１**お願いします。これまでどんなことが政策として医療経済と結びついて安全危機管理が行われてきたかということでございますが，厚生省ではこういった医療事故防止関連マニュアルの作成および周知の徹底を強調しています。マニュアルは皆様の病院でもそれぞれしっかりしたものをつくられていると思います。それから特定機能病院の安全管理体制の強化があげられます。**スライド２**お願いします。



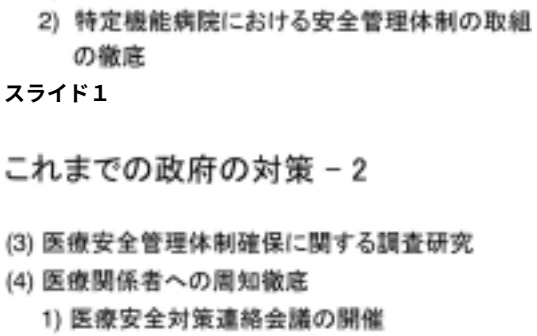
スライド１



スライド２

さらに，医療安全管理体制確保に関する調査研究，４番目としては医療関係者への周知徹底，このために医療安全対策検討会が，昨年ですか立ち上がって，いろいろとまとまった報告が出ています。そういったことでありまして，だいたいが上に述べたことは多少お金はかかりますが，そんなに医療経済を左右するということではなく，むしろ精神的な問題が大きいかと思います。最後５番目になりますが，初めて医薬品とか医療用器具に関する自己システムの開発が唱われています。**スライド３**をお願いします。従いまして，どのぐらい医療安全管理対策費というのを政府で見込んでいるかというと感染症対策も含めて４億6,000万円ですか，決して多い額ではございません。**スライド４**をお願いします。

スライド３



スライド４

医療経済を大いに脅かしてくるのは労働力の強化，例えば医師，看護婦の数，あるいは技師の数が正当であり，そしてそれが正当に配置されているかという問題です。そういう問題がありますし，今最後に挙げましたような医療器具等の改善，fail-safe とか，fault avoidance とかいろいろありますけれども，絶対に機械を使った際，あるい

は投薬する際に危ないことがないようにするという努力は非常なお金がかかります。それから最も重要なことかもしれませんが，医療人の質の向上を図るということ。これはいうはやすくしてなかなかできないんですけれども，最近は ISO9001などを採用するようなところも出てきております。例えば質を上げるにしてもこういったことをする。あるいは医療関係者を方々の会合に出席させ，あるいは論文を発表させる，これから森先生がご発表になるようにリスクマネジメントの部分などにもかなりのお金がかかるんですね。それからさらにコンピュータによるチェック機構の開発。これはアメリカでかなりやっているようですが，これはたいへんなお金がかかる。しかし，これだけかけてもなおかつ十分ペイすることがいわれているんで，これもはるかかなたのような感じもしますけど，ぜひ考慮していかなければいけないことですし，それから５番目としては愛知の加藤先生などがいわれておりますように，安全確保の提言と，医療事故といっても現段階では回避できない事故，例えば抗生物質によるアナフィラキシーというのもある訳ですから，そういった被害者の救済を目的とする第三者機構の設立，こういうこともすでに考えてやっておられるところもあるので，ぜひこうしたことにも政府も目を向けていただきたいということです。**スライド５**お願いします。

過去の事例 ― 歴史1

1986年	Harvard Medical Practice Study、医療事故の疫学と医療過誤訴訟の研究、400万ドルの支援
1997年	Computerによる安全管理 - 投薬の指示段階におけるエラーの検出、強制的なダブルチェック、標準使用量の提示、禁忌薬剤や患者の状態に不適切な医薬品選択に対する警告、臨床検査の異常値を自動的に医師に知らせる、もれのない申し送りのためのツールなど

(Tierney et al., 1993, Raschke et al., 1998, Bate et al., 1998)

スライド５

今度はアメリカについてですが，アメリカでも医療過誤の問題は大きく取り上げられてきたのは決して古い話ではありません。特にシステマティックに取上げられたのは，1986年から３年にわたる，いわゆる Harvard Medical Practice Study というニューヨーク州の51の病院に関して医療事故の疫学と医療過誤訴訟の研究を行ったことに始まります。これが一番システマティックに医療過誤問題を取り上げた研究だと思いますが，これには３財団から400万＄の支援が出ている。やはりこういうスタディをするということは，４億円ですか，かなりかかるということでございます。それからコンピュータによる安全管理は1990年ぐらいから行われております。スライドにあるような論文が発表されております。投薬のエラーをなくす，あるいは投薬についてのダブルチェックを行うとか，標準容量の指示が出る。あるいは禁忌薬品や患者さんの状態に不適切な医薬品の選択に対して警告が出るとか，臨床検査の異常値が自動的に医師に知らされるとか，今でも過ちが多いのは，申し送りの不徹底でございます。コミュニケーションです。このようなこともコンピュータによってスムースに行われるというようなことが，発表されている訳であります。**スライド６**お願いします。

過去の事例 ― 歴史2

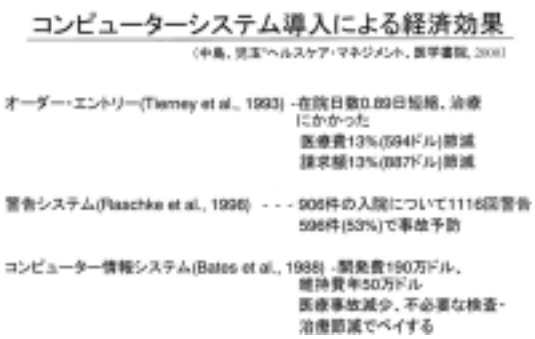
1995年	JCAHO	医療過誤の情報収集と防止策構築 - sentinel events
	AMA	NPSF (National Patient Safety Foundation)
		初年度　3,000～3,500万ドル
		最終的　1億ドル
1999年	IOM	"To err is human, to forgive divine"
		年44,000～98,000人が医療過誤で死亡
		(交通事故43,000, 乳癌42,000, AIDS17,000)
		(1) 未保健者に「患者安全センター」、年1億ドル、医療過誤による損失90億ドル
		(2) 死亡、重大な傷害 - 州に報告、公開
		(3) ニアミスについては、秘密を守り、医師、病院からの報告

スライド６

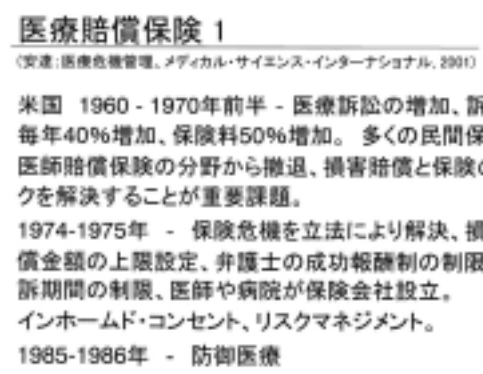
1995年の JCAHO は，医療機関に対する評価の合同機構でありますけれども，この JCAHO が病院の認定をする場合，医療過誤の情報収集と防止策を講じていることを条件とした訳であります。いうなれば日本でいえば医療評価機構のようなところだと思うのですが，それをさらに大きくしたものだと思います。そして医療過誤事象なんていわないで sentinel event 警鐘事項という言葉を使った訳です。それに平行してアメリカ医師会は本来は医療事故は医師と関係ないんだ，医者のやることは金科玉条であるといっていた訳です。しかし，JCAHO が示したような事実を示されますと，患者

のセイフティというものを十分に考えなくちゃいけないということで，National Patients Safety Foundation という財団をつくっていろいろ研究も進めると共に，患者の救済も行い，最終的には１億＄をかけています。そしてしばらく遅れまして，Institute of Medicine(IOM)が有名な to err is human という文句を残し，building safer medicine, safer health promotion という報告書を書きました。以前のスタディをもとにアメリカの医療過誤による死亡数は４万4,000人から９万8,000人という莫大な数に上っているだろうと。これは交通事故や乳癌あるいはエイズによる死亡よりもずっと多いということで，これをぜひ半減しなくてはいけないということをいい出しています。そのために米国の保健省に患者安全センターを設けること。これにも非常にお金がかかる訳でありますが，もくろみによると年間のランニングコストが１億＄である。しかしこれは医療過誤による90億＄に比べれば微々たるものだと。それから死亡ならびに重大傷害については州に報告すること。そして国として取り上げること。ニアミスについても秘密を厳守しながら，州に報告するのが望ましいということなど，その他２，３ありますが，そういったことを提案しました。これがクリントンに受け入れられて実際に行われた訳であります。しかしこの結果がどういうことになったかというのはまだちょっと結果が出ていないようです。**スライド７**お願いします。

それで,ちょっと時間がなくなったようなので,はしょっていきますが，先ほどいったコンピュータによる医療過誤の制御ということですが，主なものはここに挙げる３つでありますが，いずれもかなり開発費はかかるけれども十分事故を減少することによってペイするといっている訳であります。**スライド８**お願いします。

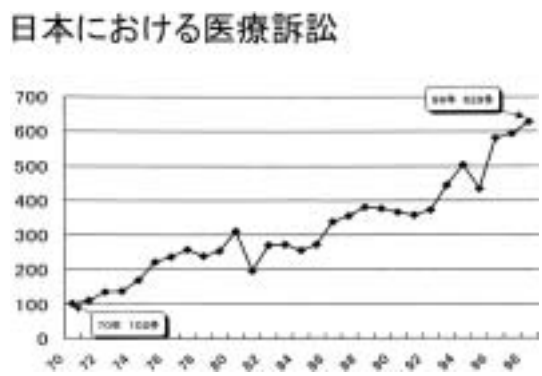


スライド７



スライド８

米国における医療訴訟は1960年から70年前半に非常に激しくなってきました。そして毎年保険料は50%，補償費が40%も上がるということで，民間保険会社が医療賠償保険から撤退したということが起こり，これが医療安全に対する注意を喚起した訳であります。特にひどかったのは1974年から75年にかけての保険危機というのがありますし，それを境にインフォームドコンセントやリスクマネジメントが叫ばれるようになってきました。同様のことが1985年にも起こりまして，その時はなんとなくおさまったようですが，その後医療は防御姿勢にまわるようになってきたということであります。**スライド９**お願いします。

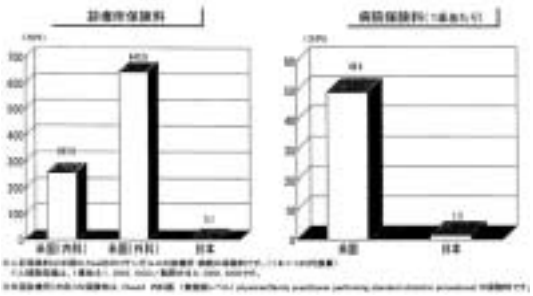


スライド９

これは医療訴訟の問題ですが，これは後で森先生がお話しくださると思いますので，ちょっと省略します。**スライド10**お願いします。いずれにし

ても日本でも医療訴訟が増してきていますが，医療訴訟の賠償保険金というのは日本とアメリカを比べますと診療所と病院についての比較ですが，アメリカは日本の100倍とか50倍でまだ日本の保険料は安い訳ですが，最近ではかなり上がってきていることは皆さんご存じの通りでございます。**スライド11**お願いします。

医療賠償保険料の上昇



スライド10

手術安全性の確保と医療経済

藤枝市立総合病院　1999年1月～2001年12月
前立腺癌に対する根治的前立腺摘除術　21例
膀胱癌に対する膀胱全摘除術　6例
腎細胞癌に対する根治的腎摘除術　12例
術前合併症
術中出血量
創感染症など術後の合併症　と保険点数
入院日数
各症例進展度、悪性度はほぼ同一。

スライド11

次に，私どもの病院の泌尿器科における手術と保険点数について調べてみました。その内訳はこのスライドのとおりです。次**スライド12**。前立腺についての根治的前立腺全摘除術についてみますと，だいたい入院費用は15万点，それから術中の出血が400から1,500㎖ ということです。入院期間は平均40何日となっていますが，こういうデータをみますと，出血量が多い，術後の感染症，あるいは術後の尿道狭窄などで，入院が長引きますと，費用は多くなってきております。当然こういう医療の安全ということを重視してもっと注意深く，

前立腺全摘除症例 21例

入院費用　128,797～210,754点（平均158,630点）
術中出血量　400～1,500ml
入院期間　29～61日（平均43日）
出血量＞1,000ml、術後創感染、術後尿道狭窄などで入院期間長引く。
全症例の費用を160,000点以下にすれば140,315点の医療費節減。

スライド12

さらに医師，看護婦あるいは技術者のトレーニングで，術前術中術後の管理をよくすれば，恐らく平均点数の中で収められると思います。そのためには医療側のトレーニングと教育が重視されなければなりません。医療の質をよくする努力によって恐らくかなり医療経済にもつながるでありましょう。しかしそのためにはかなりな教育上あるいはその他の出費もあるだろうということです。**スライド13**お願いします。

膀胱全摘症例（6例）

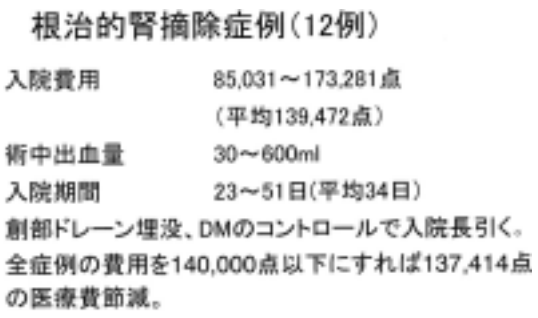
入院費用　393,253～619,811点（平均518,827点）
術中出血量　500～3,000ml
入院期間　131～228日（平均185日）
出血量3,000ml、創感染、肺炎、菌血症などで入院長引く。
全症例の費用を520,000点以下にすれば231,138点の医療費節減。

スライド13

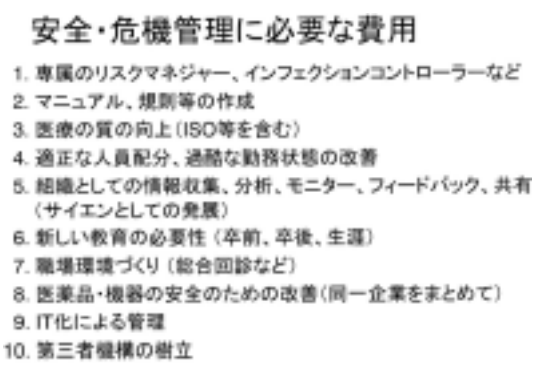
これも同様なことであります。膀胱癌に対する根治的膀胱全摘除術例についてです。前立腺全摘の場合と同様，術中出血量の増加，術後創感染などで入院が長引いています。より安全な手術による医療費の節減が示唆されます。**スライド14**お願いします。

これは腎癌に対する根治的腎摘除術についてですが，同様に安全を確保して入院期間を短くすれば費用も下がるであろうということを示しています。**スライド15**お願いします。

安全危機管理に必要ないろいろな費用がありま



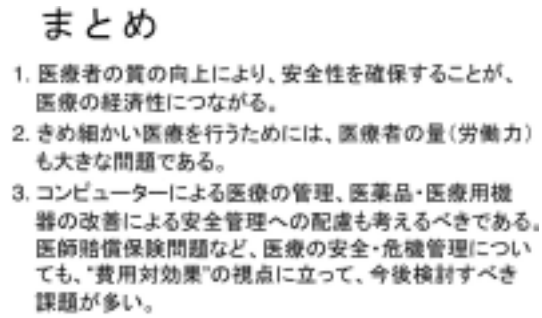
スライド14



スライド15

す。リスクマネージャーを置くとかマニュアルをつくるとか，医療の質の向上，それから適正な人員の配分，過酷な勤務状態の改善，そして組織としての情報収集分析，モニタリングを行って，フィードバックする，データを共有するということですね。それから教育の必要性，あるいは環境をよくすると。あるいは総合回診といって医者だけでなく看護婦もあるいは薬剤師，給食部もいっしょに回診するということです。さらに病院外の人に頼まないといけないんですが，医療品とか医薬品とか機器の安全のための改善を特に同一企業としてまとめてやっていただくことが必要だと思います。それから先ほどいったようなコンピュータによる管理。第三者機構の樹立というようなことが考えられる訳です。こうしたことはすべてお金のかかることであります。**スライド16**お願いします。

最後ですが，私の申し上げたいことは医療者の質の向上にはかなりいろいろな経済性と絡んでくる訳でありますが，これを行うことが医療の安全を確保につながります。それから，２番目として



スライド16

はきめ細かい医療を行うためには，医療者の質だけでなく量についても考えなければいけない。最後に今後はコンピュータによる医療管理，医薬品，医療用器具の改善による安全管理への配慮も考えるべきであると。医師の賠償保険の問題など，医療の安全危機に関しましては，費用対効果の視点において今後検討すべき問題も多いということです。以上でございます。ありがとうございました。

大井　阿曽先生ありがとうございましした。特にご質問がなければ次に進ませていただきます。よろしいでしょうか。第２席は医療法人医真会理事長であります森先生，先生は大阪八尾市の医真会八尾病院の理事長兼病院長を経られて現在は理事長におなりですが，医療のリスクマネジメントに関係している方は殆どご存じのたいへん高名な先生でございます。森先生には「医療の品質と危機管理への第１線現場からの提言」という題でご講演いただくことになりました。先生，よろしくお願いいたします。

森　今回の病院学会でこのようなチャンスを与えていただいてたいへん光栄に存じております。それではスライドにのっとってまいります。よろしくお願いいたします。スライドにございますように私どもが医療をやっておりますのは，実は事故の海の中でやっている訳でございまして，決して事故というのは突然特別にまれに表れてくるものではありません。日常の事故の中に医療があるという認識，これが各医療職において本当になされれば，それこそがまさに危機管理の第一歩ではないかと思います。次お願いします。

阿曽先生もお話しいただきましたけれども，最高裁判所が毎年報告しております新しい医療裁判の案件でございますが,昨年１年間で805件でございます。毎年右肩上がりで増えておりまして，未決裁案件がもう2,000件近くなっております。たいへん乱暴に最高裁はこれを少なくしようというので短縮化をはかっておりますけれども，医学的観点も含めましてたいへん大きな問題を含んでおりますが，今回はその話は避けておきます。次お願いします。

世界中が医療現場というものが事故の海であるということを示している端的なデータを申し上げます。今阿曽先生もお出しいただきましたけど，米国のジェイコ（JCAHO），が1995年から昨年の12月までに集めましたセンティネルイベント，あるレベル以上の傷害あるいは死亡に至ったケースが1,503件であります。1995年に始まりました時にはわずか６項目について報告を受けたんですね，患者の取り違え, 転倒, 転落, 輸血ミスとかそういったものですが，現在ではもう30数項目になりまして，たいへん深刻なる医療事故が右肩上がりで増えております。これは今年いっぱいやりますと，恐らく相当数の3,000件近い数が報告されると思います。今アメリカでもそうした実態が明らかになりつつある時期だと思っております。

最近厚生労働省が発表いたしました日本の特定医療機関，主として大学ですが，82施設におきましてはインシデントというのはこれは未遂，あるいは行われても軽微なる事故が18万件あります。アクシデントとして何らかの欠陥を残した事故が１万5,000件。深刻なるケースが387件であります。ちなみに私どものグループでやっておりますデータとしましては, 2000年に1,182件, 傷害レベルのこういった深刻なケースが67件, (　) 内はハットヒヤリでございますが，未遂であります。行われておったらこういうことになったということです。それから2001年は833件で36件, 12件のハットヒヤリが起こっています。こういう深刻なケースは当然の結果として何らかの賠償が発生しております。こういう実態を見ていただきましても，何も我々が特別なところではございません。要するに日本の医療機関はほとんどすべてこういうことが起こっていると。それが隠蔽されておるか，明らかにされておるかはその医療機関の体質によって出てくるか出てこないかがありますが，いずれにしてもこういうのが実態であろうと思っております。次お願いします。

ではそういうことに対してどういう対応をしているのかということを米国と日本で見てみますと，米国の場合には品質保証ということを実は教育研修制度を確立するという基本から含めて約50年以上にわたってやっております。しかもそれをさらに厳しく例えば免許更新を私は向こうで取りました時５年に１回でしたが今は２年に１回の免許更新になります。それから情報公開とか解説責任というのは，法制化されております。これはドイツにおきましても,ヨーロッパでもそうですが, IC つまり患者さんの納得を得ない医療行為は違法行為であって傷害であると。だからインフォームドコンセントができていないケースというのは初めから医療行為ではなくて傷害行為に変わる訳です。日本の場合に深刻なのは，医療行為が知らない間に勝手に傷害行為になって，それもマスメディアがエラーを指摘したケースだけ傷害行為になって，それ以外のケースはたとえそのエラーがあっても傷害行為にならずに医療行為のまま隠されていってしまうと。こういう非常な不公正，不公平が通っている訳であります。

米国の場合事故が起こりますと根本原因分析ルート・コーズ・アナリシスというのを行いまして，必ず防止策に役立てるような方策を付記いたします。そういう作業をして実際に実践されるかどうかをみることが非常に大事な訳です。これはJCAHO がやっている訳です。日本の場合には，危機管理委員会があって，報告を受けて頑張りましょうとはいいますけど，実際それに対する根本原因分析から現場に入って実行しているかどうかの検証するところまではなかなかやりません。したがって，事故は防止できていない訳ですね。

何よりも深刻なのは，マスメディアがとらえたケースが警察によって刑事訴追にもっていかれますので，事故を隠そうというインセンティブがどうしても働きます。次お願いします。

しかも30年以上にわたります賠償金というお金の取り合いをしてきました米国，あるいはそれにならないようにいろいろな工夫をしたヨーロッパ

が今現在取り組んでおりますのは，裁判外処理法であります。これはオルタナティブ・ディスピュート・リゾリューション，ADR と呼んでおりますけど，裁判外処理法で医療事故は扱うというのが主流になっています。もちろん刑事訴追などありません。よほど恣意的なあるいは悪質なケース以外ありません。改善策の提示を行ってそれなりの努力をすると。日本は医療機関の認知が分岐点になります。医療機関が認めなければすぐ裁判になります。認めた場合には和解賠償になりますが，だからといってルート・コーズ・アナリシスが行われて改善策を講じるということはありませんし，場合によっては刑事訴追になります。次お願いします。

医療の品質保証の必須条件ですが，これはもう皆さんがおっしゃっていることで，当たり前のことでありますが，もう１度全医療職の教育研修信任による実力の改善であります。これを行わなければなりませんけれども，実は私どもの病院でも IAU という監査機構が防止策を立てまして，現場においてマニュアルの履行を迫りましてもやはりそれに抵抗するような人たちもいる訳です。

これは特に看護士の思考性において，どうしても身内をかばう，自分たちの詰め所の中の運営は自分たちが頑張るという意識がありますから，その中に質の向上と相反する結果を生むことがある訳です。そこまで検討して，いってみればもう戦争に近い訳ですが，そういうことも日常的に繰り返さないと内部的な質の向上は図れない。

国家的にはもちろんこういうことはされていませんし，今回の医療制度改革もここまでいっていませんから，相変わらず放置されている訳であります。

それから品質保証と安全管理は無料でありませんから，本来は何らかの経済的バックアップがなければいけない。しかし今回できたことというのは，10月から医療安全対策やってなければ減算しますと。じゃ危機管理委員会があってマニュアルつくりました，といえばそれでいいのかといえばそれでいいんです。それはやっているふりだけで，コスメティック　コンプライアンスですから，いつまでも本質的なことができないシステムをそのまま残す。航空業界では決してしてはいけないことなんですが，医療界では堂々とやりなさいと厚生労働省はいっている訳ですね。

医療現場は命をなくす危険性が実に日常的にあるということを国民に訴えて国民と一緒になってこれを防止しようということをやらない限り，つまり患者との共同作戦でやらない限りはたいへん難しいだろうと。医療職としては何よりも刑事訴追を恐れることなくできるだけオープンにして深刻なケースほど分析にあたるということをつらいですけど，やらざるを得ない訳ですね。次お願いします。

ただ，文部科学省が最近筑波大学につくりました臨床医療管理部が実は報告を受けてしかも調査する権限を持っていまして，独自に作業できるという意味では監査機構に近いものであります。これは唯一日本の国立大学でつくられたシステムでありますが，これはたいへん効果を発揮する可能性がありますけれども，筑波大学ですから講座制がありませんので期待しております。どういうアウトカムがあるかということについては今年以降に報告されると思いますので，注目しているところです。それ以外のところでは危機管理委員会はリスクマネジャーを１人専任したとかありますが，これもほとんど実態としての効果は生み出し得ないと私どもの経験からも思っております。次お願いします。

ただ新しい医療安全文化というものをつくろうという視点に立って総論的に申しますと，何よりも監査機構の開設が必要であります。危機管理委員会では決して行動できません。監査機構という専任の人間が動かすようなシステムがあって初めて安全管理が始まる訳です。職員の意識改革というものは内部的教育研修から始まる訳でしかも時間がかかります。何年という時間をこれからもかけないとなかなか意識は変わりません。旧弊を廃して破天荒なシステムを導入するということは従来のラインだとか職制を超えたところの医療システムをつくらなければいけません。しかも新しい能力評価によって行動が評価される。私どもはこういうものを土台にしたものを活性化された新地域医療システムとして提案している訳です。次お願いします。

これから要するに人の問題とか架空の話をする

のではなくて，私どものように大阪府の東南部で50万を対象にした地域医療をやっている医療福祉グループといたしましては，活性化された新地域医療システムを今行わない限りは建前ばかりいってることになる訳ですね。それは病院とメディカルセンターと称する外来機能を備えた，しかもそれにプラス情報センターとか新しい機能を加えたセンターと住民の三者が共同で行うものと思っております。病院は救急部門と入院管理をしっかりやってもらって，できるだけ在日数を10日から15日の間に持っていくような急性期病院として運営すると。メディカルセンターは新しい診療形態で，グループ診療でありますし，勤務医と開業医が共生する。つまりある開業医のアシスタントとして勤務医が入ってグループ診療を行うことを保証する施設として位置づけております。

情報共有化に関しまして，これはいろいろなツールを用いますし，継続療養につきましては，地域の先生方との交流も含めて，かなりその中でやっていただく。何よりも大事なのは総合家庭医と専門医の識別を我々の組織がしっかり行う。しかもトレーニングシステムをもう一度つくって開業医として総合家庭医としてのトレーニングを行って開業してもらうと。こういうことを住民に分かってもらって，しかも医療情報を共有化すると，今の診療手帳をさらに発展させた形のものを考えておりますけれども，そういったものを説明し，それがまさにかかりつけ医であると位置づけております。このようなものは当然適切な医療経済に支えられなければいけません。しかしそれは決して高額であってはいけないので，患者さんにとっては安くてよくて，しかも満足のいくような医療を提供しようということがスローガンになりました。今回の小泉医療改革を受けて我々の新しい医療スローガンは「安くてよくて満足のいく医療」を提示しております。地域医療監査システムを地域によって有識者も入れていきたいと提案するところであります。次お願いします。

NDCM（New Dynamic Community Medicine）と呼んでおりますこういうものを現在つくってもらうように努力している訳でございますが，実際問題として今回の小泉医療改革においては患者や国民の自己負担を増やすことと，診療報酬の本体を下げることによって対 GDP 費7.9%しかない低医療費をさらに下げようとしている。公費負担につきましては，決して出そうとしませんし，どんどん下げます。来年１年間で5,400億円のセーブをしたい訳です。

ところが日本の国民の自己負担率というのは税金と社会保障を足しますと36.5%でアメリカ人より多い。それをさらに増やして公費負担を下げ，その余った部分を公的な政策的なものに使って，あるいはどうしようもない銀行に注ぎ込んだりする訳です。そういうことが果たしていいのかどうかということについては，政治の場で，国民が考えることでございますけれども，我々がいかにこんなことといっても，民間の活力でもって安くて安全で満足のいくような医療が提供できるかということを独自に我々自身にやれといわれているのと同じだととらえていますから，決してネガティブに，あるいは誰かに責任を押しつけるようないい方での発想はとらないというのが私どもの今の考えです。病院が消える。我々は消えません。

また医師，医療職につきましては，能力評価によりますから，医師は特にドイツの医師職業規則に準じました医師職務規範，あるいは最近出ました医師憲章に準じた，何をやるかということを他にもう一度示すことを原点にしてそういう医師群で医療をリードしてもらうという。我々自身が自ら基幹病院，中核病院を目指して地域の人たちにあるレベルの医療を絶対的に保証していく。見えないところ，わからない医療はもうしない。それにはどんどん開示していくということを，自ら保証しない限り，安全管理も品質管理もできないと思っております。

できるだけそういう面では具体的に毎年の行動と実践を評価しながら，品質管理を続けてまいりたいと思っているのが実情であります。以上であります。

大井　森先生どうもありがとうございました。それでは第３席といたしまして，横浜市立大学医学部医療安全管理学教授の橋本廸生先生にご講演いただきます。「大学病院の役割と安全管理の社会的費用を考える」という題でございます。橋本先生，よろしくお願いいたします。

橋本　橋本でございます。スライドを用意してございませんで，資料として，Ａ４のもの１枚をお配りしております。それに沿ってお話し申し上げたいと思います。

大学病院の役割を考えるとき，よくいわれていることですけど，診療・研究・教育が三位一体でここ（**図１**）には３次元に書いていますが，なかなか分けられないという状況があると思います。

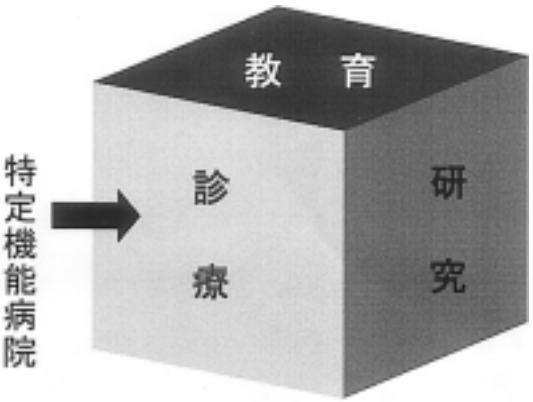


図１　大学病院の役割

それぞれが独立に存在するのではなく，医学の進歩を大学病院だけが支えていく，あるいは医学部だけが支えていくとは思いませんけれども，大学病院にはかなり大きな役割があるのだろうと思います。これまでの歴史を見ますと，医学の進歩は不明な現象を医学的な関心のもとに据えて解明を進め，治療というプロセスに反映させるということでした。そして治療の不確実性を安定した領域に取り込むというのが科学的な行為，医学の進歩ということだろうと思います。しかしそういうことが進んでいくと，確実な領域が増えていくかというとそうではなくて逆でして，人類の知的探求心ということなんだろうと思いますけれども，医学のフロンティアをどんどん拡大していくことになります。その結果不安定な領域を相対的に増大させている訳であります。大学病院に課せられる役割の１つはそういうことを考えますとこの３つが微妙にからんできまして，医学研究の成果を実践に適用することを総体として支えることだろうと思います。

そして，もう一つ大きな役割としては教育です。医療提供の基本スタイル，といってしまうと簡単なことなんですけど，これはどうもわが国はおろそかにしてきたのではないかと思います。基本スタイルの中に安全管理も含まれる訳です。安全管理というのは決して特別に一つ何か存在している訳ではなくて，医療の質を向上していく，あるいは丁寧な医療をすることの中に，含まれていると私は思っております。その安全管理も含まれるという基本スタイルを教育というメカニズムを通して大学病院という枠組みのなかで再生産していく。教育は再生産のプロセスなのでそういうことだろうと思います。

それがなければ大学病院の立脚点はないのだろうと思います。ですから今般医学教育の見直しがされ，そして臨床研修医のプログラムがもう一度見直されるということの中で大学病院は何をしていくかというのは大きな意味をもち，とても重要

図２　病院機能と安全

な時期にあるんだろうと思います。

レジュメに戻って，右側の（**図２**）を見ていただきたいと思います。病院機能と安全と書いてあります。病院機能というのは，基本的にはクォリティの問題だと思いますけれども，そこに病む人をいやすという形での病院機能があると思います。それがホスピタリティですね。そしてそれらを支えるサスティナビリティ，なかなか理解していただけない概念なんですが，継続的に安定して医療を行うことができること，ということなんですね。これは人の問題であったり，あるいは今これから議論していく経済性の問題であったりす

る。ですからきちっとした医療を支えていくためには，そういうクォリティとホスピタリティという特質を持っていないといけないんですけど，その基盤としてサスティナビリティがしっかりしていなくてはならない。それは制度の問題であったり，ということであると思います。そういうことが医療経済と関係があります。セイフティというのはホスピタリティともクォリティともサスティナビリティとも関連してくるということです。

いってみれば医療経済に規定されていく部分が非常に大きいということです。大学病院の役割は先ほど申し上げましたので，そこはちょっと省略したいと思います。その他にいわなかったことでは，集学的な治療，市大病院に着任してから２年くらいになりますけれどもやはりいろいろな科があってそれぞれの独自性があって，いい意味も悪い意味もあるんですけれども，それぞれが固有にやっている訳ですけれども，ある時集まって結構すばらしい成果を出すというところがありますね。集学的な治療はやはり意識しなければならないことだと思います。それから基本スタイルはすでに申し上げました。

それから地域医療の支援というのは，先ほど，森先生が触れていましたけれどもそういうこともあると思います。今までは人を派遣するという大学病院の一番悪いところなのかもしれませんけど，そこに重点を置いた人事権の行使みたいなところもありましたけれども，そうではなくてむしろこれからは大学病院の機能を提供する形に変わってくるんだろうと思います。

それにしても大学病院の費用というのはどう見たらいいんだというのは，昔から議論がありました。教育病院の教育コスト，医療費に占める教育コストをどうしようかという議論は相当昔からありますが，それは方法論の難しさとかあえてそれを解明することの意味づけみたいなところで延びてきております。同じように安全コストというのも教育病院でどうなのかという議論はあり得ると思いますけれども，あまり意味がないのかもしれません。むしろ教育を通してどういうふうにやっていくかということだろうと思います。

大学病院の医療安全の特徴を５つランダムに挙げましたけれども，２番と５番がマイナス面かなと思います。大学病院は優れた人ばかりが集まっているかというと決してそうではないことが，よく考えると分かる訳です。研究的には優れているんでしょうけど，医療という技能とか技量とかといわれている世界の中ではばらつきがとてもある，そういう集団だと思います。ですから医療安全のことを考えるにはそのことを意識しなければならないということです。もちろん研修医がいるとか，そういったことも含めて，それを除いてもいろいろなばらつきがあるということであります。

それから５番目の組織特性に依存するというところがあります。例えば医療法人であれば，かなり強力なリーダーがいて何かしようとするとそれなりに組織的に動くんですが，大学は一応紳士の集まりですので，なかなかものごとが決まっていかないということがあると思います。決まっていかないけれども，そうするとみんながだめかというとそうではなくて，努力をよくしているところがなかなか波及効果として他のところにいかないということがあります。それも意識しなければならないということです。それから教育コストの一面があると申し上げておりますけれども，これは要するに教育というのは，川上問題ですから，ここをしっかりやることによって日本の医療をある程度改善していくことができるのではないかということを我々も意識すべきである。そこに社会的費用をどれぐらい投下するか，その効果がどれぐらいあるかということを，我々が問われる。そのことだろうと思います。

以下に，医療機関にとっても現実的な個別問題が頭を離れないので申し上げてご意見を伺いたいと思います。

一つはディスポ製品再利用の問題は，これはみな避けているんですが，やはり安全上の問題として，そして医療経済の問題として整理をしておかなければならない。ここで解決をしようとは思っていませんけど，それは安全性の担保ということと製品を提供するメーカー側の責任の問題ですね。もちろん再使用ですから，責任はないといういい方をするんですが，整理をしておく必要があります。

それから再利用する時に医療機関と患者さんと

の関係をもう少し整理する必要がある。例えば患者さんにそのことを言う必要があるのか，言わなければならないのか，言うとしたらどのように言うのか，ということがあるかと思います。さらにもう一つですが，医療ミスがあったときに該当する部分の治療費の負担は医療機関側がする訳ですけれども，そこの問題整理が必ずしもよくできていないということです。その医療ミスについてどこまでを病院ミスとして認め，治療費について負担すべきかという範囲があまりはっきりしない。先進的に考えていて，これは我々のミスで力が足りなかったからであると，良心的先進的な組織ほど，医療経済上の問題が付加される。黙っていたほうが保険で請求ができるといった逆インセンティブの問題が出てきます。それから同じ問題で，転院患者についての医療ミスがあった時の負担，病院が代わった時にどうするかの問題です。ただこういうことがとても多くなると制度的にはすごく煩雑になります。そこの管理費用もものすごくかかってしまいます。そのことを社会的に整理しなければならないということがあると思います。

〈まとめ〉

社会と医療提供側に分けたいと思います。社会にも分かってほしいといういい方です。医療が不確実であるということは最近やっと言えるようになってきた。そのことを基礎認識としながら，国民が医療の品質向上のために社会的費用を負担するという覚悟を持ってほしい。さらに，医療機関に質の競争のインセンティブをつけることが大事だろうと思います。みんなに均等に何かを分配するんじゃなくて，良質のサービスをしているところにきちっと経済的な保証をするという仕組みが何らかの形で必要なのかなと思います。

それから医療提供側ですが，やはりこういう状況の中ではこれまでのことを反省すべきだと思います。提供する医療の基本スタイルはやはり確立してほしいということです。それは診療ガイドラインです。これは標準化の問題だと思います。それから EBM の手法は標準化の問題でなくて実は個別性への最適化の問題です。そうしたことをしっかり病院や医療機関の中で確立していただきたいということです。それをしないと国民側にはちゃんと見えないということだろうと思います。それを確立している医療機関が質の競争に打ち勝っていく仕組みをつくりましょうということです。医療安全もこの中に含まれます。それから最後に，そろそろ言ってもいいかなという感じでいわせていただきたいと思います。医療事故の当事者となった医療者，特に医師の心のケアの必要性についてです。組織，医療安全文化の問題として取り上げる時期に僕は来ていると思います。

今までは加害者というレッテルを貼ってしまっているんですが，そうではないと思います。もちろん勉強不足とか注意不足はしっかり指摘されるべきものではあると思いますが，一生懸命やった医療があまりうまくいかずミスをしてしまったことに対して，今の状況というのは心の殻の中に閉じこもっていなきゃいけない。だんだん心の皮が厚く肥厚してくる。それは本当に良いことなのかどうかというのは，僕は個人的にはとても気になることなんです。そこをもう少しきちっと社会として取り上げなければならないのではないかなと思っています。看護師さんについては，看護組織というのは割と全体で心の問題も含めてカバーできる組織だと思いますが，医師の場合にはどうも業務の特異性からみてちょっとつらい状況があるんだろうなと，ここをしっかり議論すべき時期にきていると思います。

敗者復活という言葉になるかと思いますけれども，しっかり見据えることが大事なのかなと思います。以上です。

大井　橋本先生どうもありがとうございました。橋本先生は先ほどの阿曽先生のお話にもございましたように，厚労省の医療安全対策検討会の委員としてもご活躍いただいております。最後のところで医療事故を起こした医師に対しての心のケアも必要だというようなご提案もございました。それでは続きまして第４席になりますが，聖隷三方原病院の事務長で，聖隷福祉事業団の理事でもございます山内鉄也先生に「当院における安全管理対策の現状報告」ということでご講演いただきます。では山内先生よろしくお願いいたします。

山内　―当院における安全・危機管理対策の現状報告（事務部門の立場から）―

【当院における安全・危機管理対策の現状報告】（スライド１）

今回のシンポジウムにあたり，事務部門として経営管理の視点から当院の取り組みの現状を紹介いたします。

話の本題に入る前に当院の概要をまず紹介いたします。これが病院であります。

【医療・福祉・教育ゾーン】（スライド２）

キャンパスの全景には，周りに保健・福祉・教育の施設を抱えております。周辺は農地です。

【病院概要】（スライド３）

事業概要は次のとおりです。13年度実績ですが，病床数758床であり，内訳は一般病床618床・精神科病床104床・結核病床36床であります。一般病床の中には，救命救急センター38床・ホスピス27床・リハビリ43床が含まれています。入院患者数714人/日・病床利用率は94.3%（一般98.2%）・平均在院日数17日（一般15日）・手術件数5,230件/年・救急車搬入患者数4,648人/年・分娩件数859件/年・外来患者数1,669人/日・紹介率36.9%・診療科24科であり，救命救急センター・ドクターヘリ事業，開放型共同診療，医薬分業を実施しています。

【病院委員会の設立】（スライド４）

それでは，医療安全対策への組織的対応についてお話いたします。当院でも，医療事故は発生しております。患者中心の医療展開の中でインホームドコンセント・セカンドオピニオンを勧め，1992年に「患者の権利に関する宣言」を病院玄関に掲げ運営を続けてまいりました。しかしながら，医療事故に関しては，場当たり的対応では遺憾ともし難く，同じ過ちを何度となく繰り返してしまう結果となりました。そこで組織的取り組みが必須となりました。1999年４月，メディカル・リスクマネジメントの活動をすすめるために委員20名による医療安全対策委員会を立ち上げました。役割は，２点あります。一つに，事故に結びつきやすいような病院システムや機器・設備・構造などについての情報を集め，その事故の防止策を検討する。二つ目として，医療事故予防のための研修・

スライド１

スライド２

スライド３

スライド４

教育を行うこととなっています。さらに，メディカルソーシャルワーカー６名の医療相談室を中心にしたよろず苦情相談チームを発展的に解消し，部門の代表者11名からなる医療事故調査委員会を2000年９月に発足させました。その役割は，アクシデントと判断した事例に対し，医療者側から主体的にかつ迅速に事実関係を究明し，その原因解明と評価を行い，医療者と患者さんの信頼関係の維持に努めることを目的としました。

【メディカル･リスクマネジメント】(スライド５)

これがメディカル・リスクマネジメントの機構図です。医療安全対策委員会・医療事故調査委員会をゼネラル・リスクマネジャーである院長の下に置き，これが核となって，メディカル・リスクマネジメントシステムが機能しています。インシデント・アクシデントレポートが出され，職制を通じてコメントが書かれた上でそれぞれの委員会において検討され，対応策が立案されます。重大な事故に関しては，すぐに非常召集がかかり即断即決にて対応策が実行されます。また，レポートにならないが重大な問題が隠れているものに関しても，医療安全対策室や病院モニター・各職場のリスクマネジャーたちが最善を尽くし，察知する努力をすることを病院の目標としています。

【MRM マニュアル】(スライド６)

これが当院のメディカル・リスクマネジメントマニュアルです。

【Ｉ・Ａレポート提出状況】(スライド７)

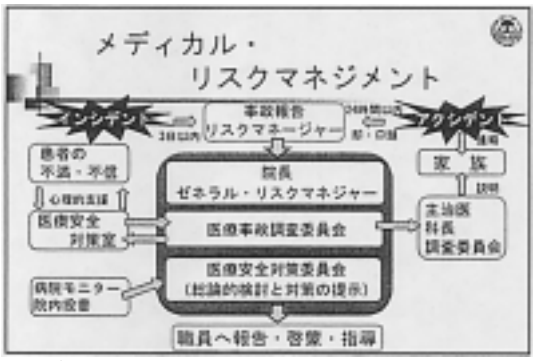
13年度一年間のＩ･Ａレポートの提出状況です。年間6,240件になります。

【組織的活動】(スライド８)

つぎに，組織的活動の具体的取り組みについて説明いたします。活動においては，啓蒙活動，教育活動，マニュアル化，安全器材・備品の導入の４つをあげて取り組んでいます。

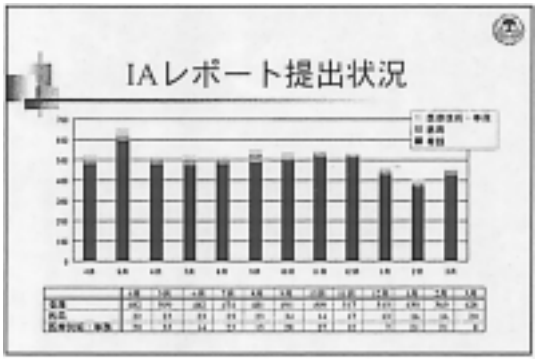
【啓蒙活動】(スライド９)

啓蒙活動としては，ここにありますように IA レポートを委員会で検討し，重要なものを対応策含めてニュースレター化して，全職員に周知できるよう毎月発行し，院内ホームページにおいてもバックナンバーも含め400台の CPU 端末から閲覧可能になっています。さらに，徹底するために IA レポート検討会を医師含む係長・主任以上の役職

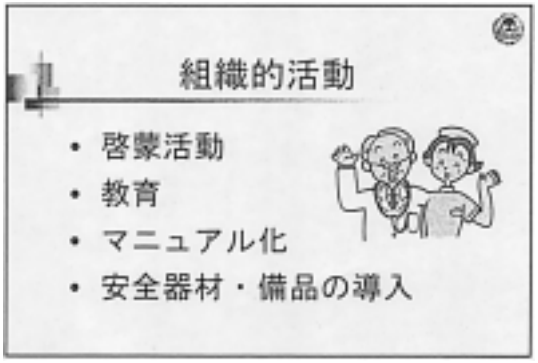


スライド５

スライド６



スライド７



スライド８

員で毎月交替で実施しています。

【教育活動】（スライド10）

教育活動としては，全職員向けに重大事例を経験した医師によるクリニカルカンファレンス（明日の医療に向けてのクリニカルカンファレンス）や消費者代表・弁護士などの教育講演会の開催など全職種オープン参加で実施しています。

【マニュアル化】（スライド11）

マニュアル化においては，ここにありますように，1999年６月患者取り違え予防マニュアル（ネームバンド運用手順）から始まり，2001年５月毒薬管理基準などレポートからの事例を含め委員会にて検討しCPUシステムの変更・手術部位確認バンドなど様々なシステム変更が継続的に実施され現在に至っております。

【安全器材・備品の導入】（スライド12）

これが導入器材の一部の紹介です。

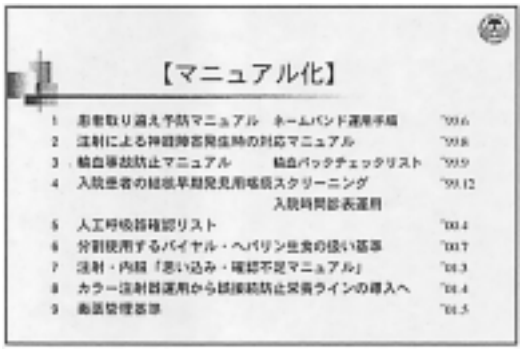
以上，組織的活動としての取り組み状況を述べさせていただきました。これらの計画立案・実施に至るプロセスにおいては相当なマンパワーが必要であり，日常業務外の時間を使っての作業であります。人件費に換算すれば大きな費用がかかっています。そして日常的な運用をしていく上でもかなり体制維持に努力が必要です。このような現状を打開するために，14年度は，医療安全対策室を設置しました。

【損益状況推移】（スライド13）

それでは，これらの活動を取り巻く当院の医療経済状況を見ていただきます。これは過去５年間の累計損益の推移であります。長い間累積赤字が解消されず，医療提供の構造改革を実施しながら，やっと20世紀の終わりに累積赤字を解消いたしました。ここで注目いただきたいのは，当期純利益の対医業収入比率であります。それが2.3%であります。当期純利益は，明日以降将来にわたっての運転資金・設備投資原資等になる重要なものであります。赤字で良いはずがありません。私たち事務部門は，この数%をいつも意識して，各部門から要望される事業計画を検討することになります。すなわち，安全対策を実行する上で，「人・物・金」が必要になることは言うまでもありません。そして，安全こそ金銭に換えられないことも事実であります。私たちは，そんなやりくりの中で費

スライド９

スライド10



スライド11

スライド12

用対効果を考えます。たとえば，新たな投資が1,000万円必要と仮定します。効果としては，安全の確保であって，利益を生むものではないとします。そうしますと，まるまる1,000万円の費用を利益の中から捻出することになります。赤字では出来ないことであります。当院の利益率は，やっと２％程度でありますから，費用を捻出するためには，50倍の約５億円の医業収入がなければ事業として成り立たないという結果になります。人の配置や物品の購入など，病院経営においては，全てに通じる考え方であり，経営基盤の安定がなければ，良質な医療の提供が破綻することになります。このような考え方を持ちながらやりくりをしています。

【安全器材・備品の導入費用】（スライド14）

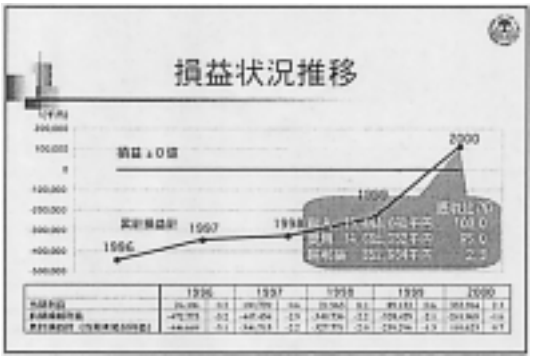
さて，このような経営環境の中で，安全対策・感染管理対策において，導入した器材や検討中の物があります。各病院では既に導入済みのものかも知れませんがご了承願います。これらが活動の中で導入済み，及び導入予定のものであり，その費用一覧であります。患者ネームバンド・手術部位確認バンド・感染防止単包化アルコール綿・誤接続防止栄養ライン・閉鎖式輸液回路などがあります。これだけでも年間費用は2,300万円です。先ほどの話で言えば，10億円の医業収入が無ければ費用が捻出できない話といえます。民間病院の経営においてはたとえ額がわずかであっても導入に関しては十分な検討が必要になります。しかし，安全対策は，何としても早急に体制を整備しなければなりません。

【リスクマネジメント人件費】（スライド15）

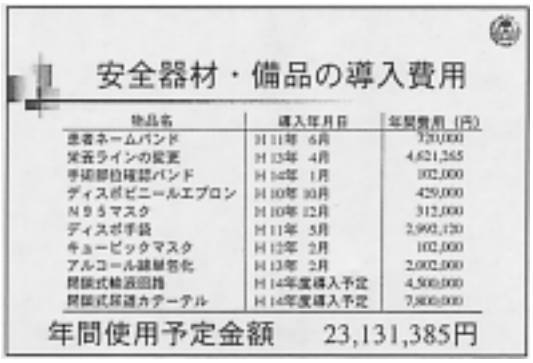
さらに，医療安全対策室設置における人件費はスライドのとおりで，医療安全対策室1.5人，看護部兼任者0.7人，年間1,500万円の費用増であります。

【損害賠償保険料】（スライド16）

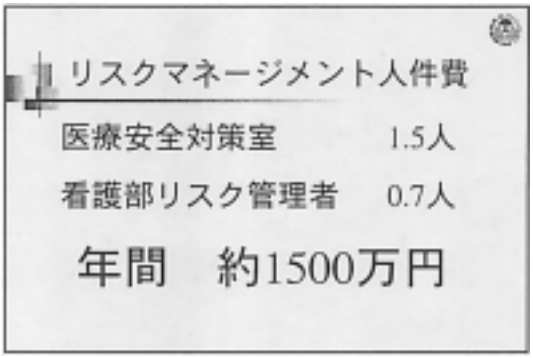
一方，いったん医療事故が発生してしまった場合の経営リスク管理のひとつとして，損害賠償保険の仕組みがあります。訴訟時代といってよいほど全国の医療機関において大なり小なり課題を抱えていることと思います。一件一億円の賠償額は決して珍しいものではなくなりました。賠償金額が病院会計から直接の持ち出しになっていたら，



スライド13



スライド14



スライド15

スライド16

病院経営は破綻してしまいますし，今や保険の仕組みそのものも厳しい状況にあると聞いています。因みに，当院の保険料は，1,200万円/年であったものが，今年度2,400万円/年の倍額になりました。事故を起こすことによって，様々なマイナス要因が病院経営に打撃を与えますが，保険料の掛け金で病院経営が難しくなることも否定できません。これらの意味においても事故を防ぐ努力を掛け声だけでなく，具体的にすすめる必要があります。

【2002年４月算定実績】（スライド17）

安全対策の推進は，医療者の責任において実行するとしても，その財源は今回の診療報酬改定においても，医療機関の持ち出しであります。ここで，今回の診療報酬の改定において当院の経営状況がどのように変化するかを紹介します。このスライドは４月の医療行為を新・旧点数表で置換えてみたものです。薬・材料を除く，外来・入院の収入比較表です。外来7.07%ダウン，入院0.88%ダウン，トータル2.66%ダウンという結果であり，月額2,500万円減収という状況があります。

【2002年度改定影響度】（スライド18）

そして，薬・材料部分の全国平均1.4%ダウンを加えると4.06%ダウンとなり，年間614,599千円の減収が想定できます。

【未整備減算項目の施設基準】（スライド19）

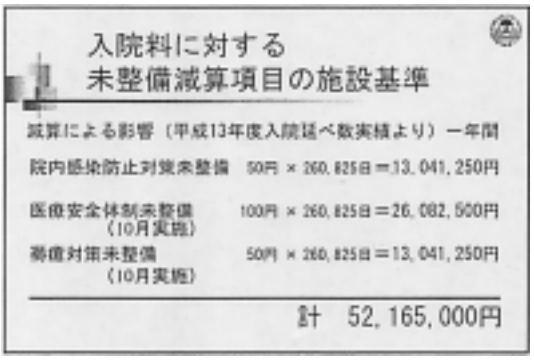
さらに，10月より入院料未整備減算措置の実施が行われ，医療安全体制・褥瘡対策未整備など対応できなければ感染防止対策も含め年間5200万円の上乗せ減収になります。このような環境下において安全危機管理を推進することは至難の業と考えるのは私だけではないと思います。

【良質な医療の木】（スライド20）

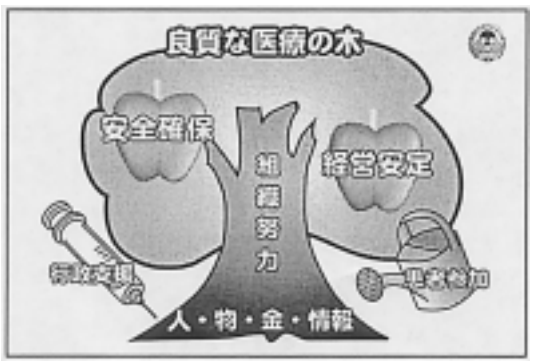
最後になりますが，シンポジウムのテーマ「安全・危機管理と医療経済」にあたり，当院の医療安全対策活動の現状を事務部門の立場から紹介しましたが，まさに，安全で良質な医療を提供する上で，組織全体での取り組みが必要であることは言うに及ばず，治療活動の中で，患者さん自身の存在は重要であり，患者さん自身によるチェック，つまり患者参加型医療による協力の必要性も感じています。医療の提供者側だけで解決できない医療経済の課題など，国民的議論の中で行政にお願

スライド17

スライド18



スライド19



スライド20

いしなければならない事柄も山積しています。その意味において，医療の透明性を高くし，分かりやすい医療の確立を目指し，医療の常識が社会の非常識といわれぬ自己改革を迫られていると感じています。
以上，当院の現状報告とさせていただきます。ご静聴ありがとうございました。

大井　山内先生どうもありがとうございました。それでは早速ですが，４人のシンポジストの先生方，壇上におあがり下さい。予定していた時間に少しくいこみ，残り25分くらいしかございませんので，早速，総合討論に入らせていただこうと思います。もうすでにお集まりの皆様方はご存じのように医療事故の大半は病院で起こっているのが現実であります。

それはある意味では当然のことでありまして，病院では人手を要する難しい医療を行っているからでありますが，今回の診療報酬の改定にしても，その病院での経済基盤インフラストラクチャーが脅かされているという現実がございます。

しかし，その中で，病院はなんとしても，医療の安全を確保していかなければならないという重い責務を背負っていることも事実です。時間が限られていますので，まずは先生方お一人おひとりから，最も強く主張されたいこと，特に医療の質を担保するために課題となる医療経済上の問題点と，もう一つは事故発生時の対応を安全管理，危機管理の立場も踏まえて手短かにお聞かせいただければと思います。阿曽先生，よろしくお願いします。

阿曽　ここに集まっておられる方のところでは，皆さんマニュアル作成とかアクシデント，インシデントリポート報告を実行していると思うんですけれども，これがまず第一に形式だけに走らないということが私は一番必要なことだと思うんですね。おそらく今のこの保険制度のもとではかなり形式に走る可能性があります。これはぜひ避けなければなりません。

ただそういったマニュアルとかケースリポートにだけに頼るのでは十分ではありません。人間の力というのには限界がある，to error is human というのは，まさにそのとおりでございまして，それはまた医療経済に非常に関係してくることですけれども，フェールセーフあるいはフールプルーフといったそういった機器との取り組みをぜひやらなくちゃいけないことだと思うんです。その場合にやはりその各病院と企業とあたり，病院と薬剤会社があたるというのじゃだめなんです。やはり国として同一企業を一体にしてあたるというそういう制度に，ぜひ持っていくようにですね，この病院会でもやらなければいけないと思います。

そして３番目としては今先ほどもいいましたけども，第三者機構による安全の促進と，それから被害者の救済というようなこと，その３つをを私は主張したいと思います。以上です。

大井　ありがとうございました。森先生いかがでしょうか。

森　私申しましたように医療の品質保証をする場合には，品質を下げているものは何かということを実態として自分の足元を見つめることがまず大事だと思います。例えばカルテが書いてない，あるいは診察をしていない，あるいは鑑別診断ができていない，救急診療を避ける，そういうこともできていないこうしたことに対して放置しながら，一方で医療の質を保証します，なんていくらいったって意味がない訳です。

したがって医師の職務規範に決められております医師についての非常に厳しいオブリゲーション，これは欧米の内科学会が合同で定めた医師憲章にもございます。三つのプリンスプルと10の責務というのがありますが，そういうものをちゃんと遵守する，ということをやりきれるかどうかが病院としての原点です。それができなければいくらいい医療をやりましょうといったって実際にはできるはずがない。同じことが看護士以下の医療職にも問われるということです。

今までのように看護職は看護職の中で固まっていては仕事ができない。医師も含めてみんなでオープンにして，チーム医療というものを本質的に保証するだけの，オープンさというものが必要になります。レベル的には我々は負からの出発な訳でございます。決してポジティブには立ってる訳ではない，マイナスポイントをいっぱい持っているのです。そのマイナスをどこまで払拭できる

かが医療の品質保証に関わってくると思います。

エラー管理に関しましては残念ながら今見せていただきました先生方のところはたいへんきっちりやっていらっしゃるようですけれども，9,266ある病院のうちのまだ８％しかまだ病院機能評価を受けていない。

つまりハードルを越えてない訳ですから，したがって実体は分からん訳です。そういう病院群がいったい何をしているのかというのは。それで経営的に苦しいのは実はハードルを超えたところが苦しくって，超えてないところは経営は苦しくないといわれています。傾向として。じゃあ病院会としてどうするのか，それを。そういうような基本をきちっとやった上で医療のエラー管理についてもどうするのかということになります。

今経済的に非常に厳しくて監査機構を維持するのに私のところでは約4,000万円,人件費を含めたら4,000万円を超える年間費用負担があります。それをやるのかやらないのかというと，それをやらないなら私は病院をやめるといっているのです。

我々の病院の責務としては監査機構を維持していく。4,000万円の人件費を抱えながらいかに赤字になろうとどっかから捻出してそれをやっていく。でなければエラー管理もできないぞというのが理事者としての決意である訳です。そういうことをやらなければ，もう赤字になったらやらないよというのであれば，始めから病院なんてやらない方がいいと。

そこまで今考えないと国民の安全とか，地域医療の安全というようなことは口に上らしてはいけないんじゃないかというぐらいに厳しい状況に我々は今あるんだというふうに認識しておりますから。言葉遊びのようなきれいごとはいくら繰り返したって何も生み出さないということを本気で分かるかどうかが我々自身の今問われていることだと思っております。

大井　ありがとうございました。橋本先生いかがでしょうか。

橋本　制度的な問題と，それから病院の中の問題というのはやはりあるんだろうと思います。制度的な問題，今前のお二人の先生が強調されていましたけど，私風のいい方をすると，やはりまとめのところにも書かせていただきましたけれども，質の競争の経済的なインセンティブをいかにつけるかということだろうと，それに尽きると思います。ですから，よい医療をしているところ，安全な医療をしているところというのはどういうところなのか，その中身は何なのかということをやはり情報公開していくということですね。そこに何らかの経済的なインセンティブが働くような仕組みをつくっていくということが大きな制度的な枠組みとしては必要なのではないかという気がいたします。

そこを実際にどうつくれるかというのが分かれ道になるかなというふうに思います。それから組織内の話でいいますと，私は医療者というのは結構まじめな集団で，どうしようもないぐらいまじめだなと私は思っておりますけれども，集団になって，消極的な方に働く場合と，それからそうではなくて集団がそれぞれの専門職能に応じた形で一緒に力を合わせて病院の中を改革していくということが本当はあり得るんだろうと思います。そこをどういうふうに仕掛けて生み出していくかの問題だと思います。

私たちの大学ではあんなことがありましたけれども，その後いろんな反省に立って，自分たちの業務を単に見直しただけだろうと思いますけれども，そうすると病院の中でいろんなことが見えてきはじめた。

安全管理対策委員会は病院の中のシステムの問題として対応しようとしますが，そうではないところで，実際に麻酔科の医師だとか，ME の技師だとか，看護婦だとかそういう人たちが人工呼吸の問題を一緒に考えようではないかという，そういうプロジェクトが発生し回ってきてる訳ですよね。何か上から何かやるのではなくて，やはりこのような医療者が自分たちの医療をしっかりやっていくために，自分たちの専門性をきちっと発揮するために何かをやろうという芽を育てたいなというふうに思います。

それはどこの病院でもたぶんあるんだろうと思います。そのことをしっかり育ててあげるという上の方の温かい目が必要なのです。それがおそらく相当な力になってくると思います。我々のところでは波及効果がありまして，血糖の管理のチームだとか，血液浄化法のチームだとか，そういう

のはTQCに近い形ですけれども，そういうものが病院の中の実際の医療のところを形づくっていく，安全を形づくっていくという，そういう力になっています。

そういう組織内のことも少し目を向けることが必要かと思います。それがコスメティック・コンプライアンスというものを回避できる一つの方策だろうというふうに思います。

それから，診療報酬上求められている４項目というのがありますが，あれが形式だという批判があると思います。それはそのとおりだと思いますけれども，私はまず形から入るのもよかろうと思っています。形から入って，申し上げたようにまじめな人たちばかりなので，なぜこんなことが起こるのか，どこが悪いのかということは現場が一番よく分かっている訳ですよ。そこをしっかり育てていくということだろうと思います。ですから私は４項目から入っていくやり方については今後よく見て，そしてそれを応援する仕組みが必要かなというふうに思います。以上です。

大井　ありがとうございました。確かに先生が主張されております医療機関の質の競争のインセンティブというのは非常によく分かります。しかし，具体的には何がこのインセンティブをつけるかというのが一番問題になると思うのですが，その点についてはいかがでしょうか。

橋本　ある自治体の中で考えていて，それが実現できるかどうか分かりませんけれども，医療計画での病床規制っていうのがありますよね。今急性期の医療機関が非常に都会部では閉塞感を持っているんですね。どうやってやっていこうか，病床も多くはできない。それから医療経営もあり，というようなことが。そこで質の向上に努力しているところに，ちょっとこれできるかどうか分かりませんけれども，私の頭の中にあることを申し上げますと，よくやっているところに病床を厚く配分するというような仕組みがあってもいいのではないかなと思っております。それが一つですね。

そのほかにまだ経済的な，例えば，東京都では評価機構の評価を受けるに際して，補助金を出しているというようなことがありますね。そのほかにこれからは，受けることに対して補助金を出すだけでなくて，受けてその結果を全貌を公開することを前提として補助金を出すとかね。そういうところまで私はちょっと考えてみたいというふうに思っております。そんなようなことです。

大井　ありがとうございました。山内先生いかがでしょうか。

山内　私はですね，今事故発生を予防するということでございますので，まずは今のインシデント，アクシデントレポートのような報告が素直にできる体制をつくるということが大事だろうと思いますし，今当院で検討しているのはこれを公表するか公表しないかと言うことです。森先生のところではすでに公表している訳でございますが，これを委員会で検討している訳でございます。そういうことをしていくときに，この報告そのものがいわゆるいろいろな事例の訴訟の中で使われたりすること，起こしてしまったという当事者がいる訳で，そういう意味での免責システムみたいなものもお願いをしたいなというふうに思っております。もう一点はそういうことをすることが，自分自身や病院の足を引っ張るんではなくて，経済的にも保証されるシステムをお願いをしたい。いわゆる10月の減算システムじゃなくて，しっかりできている体制については加算システムでお願いをしたいというふうに思う次第であります。さらに，本当に残念ながら事故にあわれた患者さんに対する救済システムを病院だけの責任にしておかないで全国的な救済システムをぜひ確立して欲しいなと思います。以上です。

大井　ありがとうございました。予定ではこの後具体的な事例，例えば人とか物あるいは組織，情報，保険制度とかに関する問題に立ち入ってディスカッションしたいと考えておりましたが，そこまで入っていきますと，とめどもなくどんどん発展していってしまって，ちょっと終わりになりそうもないという気がします。時間の関係でそのあたりは割愛させていただくことにしまして，事前に特別発言のご希望がフロアの中から出ておりましたので，お願いすることにいたします。それでは，O先生よろしくお願いいたします。

O　医療の品質，および危機管理の非常に具体的な根本的な問題としては診療録をきちっと書くということだと思います。ところが全国いろいろ

なところで聞いてみますと，私の身近なところでもそうなんですが，診療録がきちんと書かれない，いくらいっても書けない。書いてもらえない。というようなことで診療録管理士が，どうしたらいいもんでしょうというようなことを，始終問題にしているといいます。今までのようなやり方ではだめで，もっとドラスティックなやり方が必要ではないかと思います。例えば民法の求償権の行使ということで，組織がやはりそれなりの大きな損失を受けたら，それを引き起こした人にある程度，場合によっては３分の１とか半分払わせるというようなことも現に起こっているように思うのですが，この辺について詳しい森先生，あるいは情報として山内さん持っておられるかもしれませんので，この辺の情報を場合によっては世の中これほど変わってきているということをちらつかせながら，診療録をきちんと書いてもらうという現実的な対応も必要な時代にはなっているんじゃないかと思うんですが，いかがでしょうか。

大井　たいへん重いテーマですが，森先生何かご意見ございましたら。

森　私は保険の専門ではございませんけれども，今各先生方みんな保険に入っていただいてます。したがって賠償保険には入っておられる訳ですね。何かあった場合に賠償保険からのカバーができるということ，これは事実でありますが，しかし問題はその先生方の報酬を払っている組織の医療機関の方がその先生に対して何らかの評価を行うかどうかなんですよ。

実は私どものところ７月から来年６月まで，先生方すべてに対して能力評価を行います。このシステムをつくりましたので，それの原点が先ほど申しました医師の職務規範であります。

これはドイツの医療規則をまねておりますけれども，それをまず原則，ご確認いただいた上でこの１年間やっていただく医療行為についてカルテの書き方，インフォームドコンセントの仕方，他の職員との関わり，患者との満足感，いろんなポイントがございます。あるいは病院の組織に対する貢献度，いろんなことがあります。この評価を行います。それによって査定いたしますから。その中でそういうことは評価したいと思っております。したがって最初そんな大きな損害にはならないかもしれませんが，しかし何らかの評価を行うという点では，この７月から実施するつもりであります。

大井　もう一つのO先生からいただいた求償権のことについては先生何かご意見ございますか。よろしいですか。求償権の問題は少々今日のメインテーマからはずれますし，これはまた議論していきますと非常に大きな問題に関わってくると思います。実はこの問題を含めて安全管理，あるいは危機管理の人の問題を取り上げたかったのですが，たいへん時間が切迫しまして申し訳ございませ。このあたりで打ち切らせていただきます。

次に本来ですと，医療の質の経済性についてご議論いただかなくてはいけないんですが，ご存じのように現在の医療はすでに産業化しておりまして，産業化の中では物を消費し，あるいは浪費して生産が回転した方がその産業の効率が良いという市場経済原理が今や医療の中にまで入り込んでこようとしています。その中で，掛け声だけでこの医療の質を守っていくのは非常に難しい。

しかし森先生がおっしゃられるように，質の向上は医療人としては最低の責務である，社会的責務であるということはよく分かるのですが，このことについてどなたかフロアでご意見をお持ちの方いらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。関連して安全・危機管理と医療経済についてこれだけは話しておきたいという方がいらっしゃいましたらお手を上げていただきたいと思いますがよろしいでしょうか。

それでは４人のシンポジストの先生方からたいへん示唆に富んだお話がございましたので，それらを参考にしてお考えいただくとして，残りの５分間で日本病院会のシンポジウムとして主張する問題点，あるいは指針につき，それには何を取り上げたらよいかということをまとめたいと思います。また阿曽先生から恐れ入りますが簡潔にお願いいたします。

阿曽　もちろん医療の質を確保するために，医療人としての義務を果たすことは当然ですけれども，やはりITによる機器の管理，あるいは薬剤の管理ということと，第三者機構の設立ということを挙げたいと思うんですね。また，経済性という

と直接関係ないかもしれませんけれども，患者さん自信が，医療に自分たちが直接関わっているんだということをよく認識してもらいたい。医者対患者さんじゃなくて，患者さんというのは医療側と協力関係にあるんだという，こういうことを認識していない患者さんがかなり多いんですね。ですからそういう認識を深めて頂くことによって，協力して医療の安全性を確保する努力も必要と考えます。それからもう一つ最後にマンパワーのこと。本当に適正な人の数，配分はどうかという，そういったことをぜひ研究していただきたい。

大井　ありがとうございました。森先生いかがでしょうか。

森　私は病院会の経済税制委員会の方もやっておりますけれども，病院会としてぜひこの医療の安全を守るためと，質を向上させるために最低これだけのことは各病院が遵守するべきであって，それをやるための経済的担保としてこれだけのことが保険において保証されなきゃならないと，いうことを具体的に示して国民と行政に提案すると，いうことがこういうシンポジウムの一つのスタイル，アウトカムとしてですね，出てくるようになれば病院会の活動というものはよりインパクトが強くなると思うんですね。

ここで話し合われたことがそれだけで終わるんじゃなくて，やはり集約して会として一つのアピールとして出てくると。

特に今この医療経済がダウンサイジングしてますから，病院としてはたいへんピンチな状況ですからぜひ病院会としては最低限質を担保するためにはこれだけのものがいるんだということを，今聖隷病院の方からもお話いただきましたし，私どものほうからも提示しておりますけれども，そういった具体的な提案もぜひやっていただきたいと思います。

大井　ありがとうございました。橋本先生いかがでしょうか。橋本先生お願いいたします。

橋本　私はそんなに病院会と関係ないので好きなことをいわせていただきます。10年ぐらい前ですかね，やはりその護送船団方式はまずいという言われ方をしたんですけれども，その頃はその護送船団方式をやめようという話があったんですけれども，医療界の中で。またちょっと固まりつつあるのかなという気がいたします。

それで病院会としては努力しない病院は置いていくということははっきり言っていただきたいと思います。そこに何らかの経済的なインセンティブをつけていただきたいという制度側への働きかけを強くしてほしいということであります。

それから病院会ですから病院の団体というふうに考えて，やはりずっと私やっていて気になるのは先ほど申し上げました医師個人の問題というのはすごく気になっていて，そこをやはり病院の団体ということだけではなくて，医師個人の問題としての何かこう取り組みというのをしっかりやらないと，医者になり手がいなくなるのではないかという気がしてしょうがないんですね。

外国ではそういう動きが少しあるようであります。そこをしっかりリードしていくような行動をしていただきたい。

それからもう一つですね。安全に関する情報の流通を少し促進するような方策を病院会の方でとっていただけないかなというふうに思います。個々の病院，結構いろんなことをやってるんですね。いろいろ調べると。

私，臨床研修病院に対していろいろ調べてますけれども，いろいろやっていてそれの情報交換をしたがってるんですけれども，そこをうまく臨床研修病院だけじゃなくて，情報交換をするような場があればいいかなというふうに思います。以上です。

大井　ありがとうございました。山内先生いかがでしょうか。

山内　日常的に医療労働者の動きを見ているとですね，たいへんつらいものがございまして，こういう中で医療事故が起こってしまうという状況は事務方としては非常に過重労働をしているなと，特に医師団を見れば本当に昼夜問わず頑張っている訳で，つらいものがあります。そういう意味でですね，そういうものの流れの中では経済性というところの担保は非常に大事だなと思っております。

日本医療機能評価機構の中でもこの医療事故予防について，じゃあもっと質を評価するようなつっこんだ評価項目とかですね，別でもいいですけれどそういうものを加えていただきながら，現

実の運用の中で評価できる内容にしていただきながら，それが評価された場合には経済性の診療報酬の出来高をつけていただくようなもの。そのような質のチェックとそれに伴ったチェックされてよかったら評価される手法をぜひつくっていただきたいと思います。以上です。

大井　ありがとうございました。たくさんのご議論をいただきましたけれども，医療の安全は侵すべからざる前提条件には間違いないですが，それを実際の業務の中で担保していくためには病院経営が安定していることが大切で，その意味では経済的にもはや限界に達しているあるいは限界を一部越えているといえるかもしれません。そういうことに対する評価は極めて希薄であるという強い主張がございました。

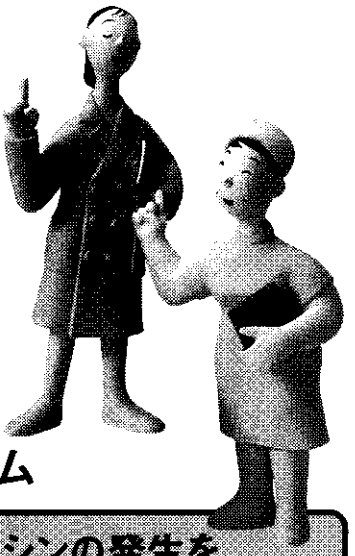
総合しますと，IT の利用とか第三者機構の設立あるいは国民への啓蒙，マンパワーの充実あるいは労働適正の問題，医療機関の競争への正しいインセンティブの問題とか，医師個人への取り組み，あるいは情報の公開の促進などたくさんの意見が出てまいりました。日病としてはこれらの主張を参考に，今後あらゆる分野の意見を結集しながら，まとめていければと願っています。森先生のいわれました各病院で行うべきことがらをきちんと踏まえた上で，具体的に主張を展開すべきだというご意見がたいへん重く感じられました。

また監査機構，あるいは第三者機構の設立を強く訴えていくべきで，そうしなければ医療の安全は，責任追及にばかり走ってしまって原因の追及に生きてこない。これでは本当の正しい安全が確保されていかない。そのためには当然大きな経済投資をしていかなければならないだろうということもたいへん重要と思いました。

以上をまとめとしまして，このテーマはこれからも日本病院学会の大きなテーマとしてぜひ継続していっていただけることを願い，たいへん拙い司会で時間いっぱいになってしまいましたので，本シンポジウムを閉じさせていただきます。

４人のシンポジストの先生方，ならびにフロアの皆様方のご協力，たいへんありがとうございました。ではこれで終了させていただきます。

医療廃棄物の問題を、処理するシステムです。



医療廃棄物の処理にまつわるさまざまな問題は、これ一台で解決。
<プラズマMシリーズ>は、使い捨てのチューブや注射針、
ビン類等の医療廃棄物を完全に無害化でき、さらに高温で溶融させることで、
廃棄物の容積を極限まで減らすことができる画期的なシステムです。
また、処理の過程でイヤな臭いを一切出さないため、
病院内で安心してお使いいただけます。
今後、医療廃棄物処理コストの増加が予想されますが、
当システムでは処理コストを従来の同等以下に削減します。

中部電力の医療廃棄物処理システム

医療廃棄物を完全に無害化し、極限まで容積を減らせます。

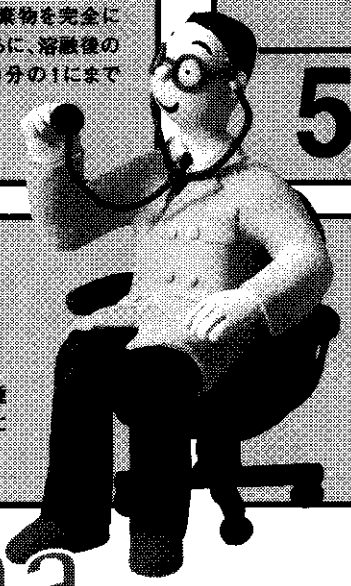
1/250

約550℃での熱分解による滅菌とプラズマによる溶融で、廃棄物を完全に無害化。さらに、溶融後の体積を250分の1にまで減らします。

ダイオキシンの発生を大幅に抑制します。

1/50

高精度の温度制御ができるため、排ガス処理が行いやすく、ダイオキシン値を基準値の50分の1以下に大幅削減できます。



分別不要で、処理業務の負担を軽減します。

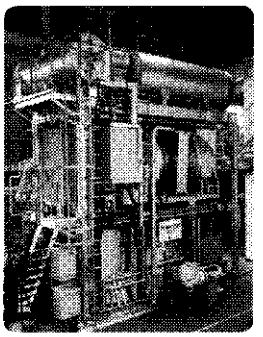
廃棄物の一括処理が可能なため、種類ごとに分別する必要もなく、処理にともなう負担が大幅に軽減されます。

病院内に設置可能で、操作も簡単です。

病院内の限定されたスペースにも対応できるように、さまざまなサイズをご用意。運転は自動で、運転状態の遠隔監視も可能です。

Plasma Series M1000

医療廃棄物処理システム



TRY NEXT 中部電力

お問い合わせ
事業開発部 医療廃棄物処理装置販売チーム
〒461-8211 名古屋市東区東新町1番地 TEL(052)973-3616(ダイヤルイン)
中部電力ホームページアドレス http://www.chuden.co.jp

医療の無駄を洗い出す

平成14年６月21日（金）・東京

座　長　中野総合病院院長　**池澤　康郎**
シンポジスト
健保連副会長・専務理事　**下村　健**
(社)日本医師会副会長　**糸氏　英吉**
石井公認会計士事務所所長　**石井　孝宜**
医療法人三思会理事長　**中　佳一**

座長　池澤でございます。おはようございます。まだ早いせいかお集まりが十分でないようにも思いますが，今日は，昨日の秋山先生のお話，また午後の講演で「科学・技術進歩の光と影」ということでお話いただきました，杉岡洋一先生のお話を総論として踏まえた上で，医療の問題という各論としてはどうなのかということにつきまして，徹底的に医療の無駄を洗い流すという観点でやりたいという秋山会長のご意思でございます。それをどのように今日のシンポジウムで明らかにできるか，頑張っていきたいと思います。皆様，よろしくお願い致します。

ご存じのように，医療行為というものが経済学的にどういう性格のものであるかということは，アダム・スミスが『国富論』のなかで論じています。これをきっかけにして以来いろいろとヨーロッパでも話題になったようです。しかし，カール・マルクスの『資本論』のなかでは，商品の流通，あるいは商品交換について詳細な理論を展開していますが，その資本論ですら，この医療サービスについては市場原理の働くものとしてはとらえることができませんでした。

したがいまして，彼は『剰余価値学説史』のなかでこれを補足的に論じていますが，あくまでも市場原理の外にあるものとして述べています。

医療サービスをめぐる最近の議論のなかでは，いかに市場原理のなかにこれを取り込んでいくかということが非常に大きな問題になっていますが，医療サービスはそれが果たして可能なものなのかどうかということも，それぞれの先生方がお考えになっておられることを述べていただけるものと期待しています。

今日，お集まりいただいたシンポジストの方々はそれぞれ非常に卓越した論客でございまして，お一人は健康保険組合連合会の副会長・専務理事の下村健先生，お一人は日本医師会の副会長・糸氏英吉先生，お一人は石井公認会計事務所・所長の石井孝宜先生，最後のお一人が特定医療法人社団三思会・理事長の中佳一先生と，この順序でお話していただきたいと思っています。

今から100年ちょっと前に，エルンスト・ヘッケルというドイツの科学者が「科学者は木を見て森を見ない，哲学者は森の絵を見て満足している」という言葉を，『宇宙の謎』という本の序文で述べています。

初めの「木を見て森を見ない」というのは，狩人を戒めるドイツの古いことわざとしてあったようですが，それをたくみに直しまして，科学者は木を見て森を見ない，哲学者は森の絵を見て満足していると彼は述べました。言うなれば最近の経済財政諮問会議などに連なる方々の議論は，森の絵を見て議論をしているような感じがしますが，我々は現場からの提言として，木と森を見ながら，どういう問題があるかということを考えていきたいと思います。

それでは，最初に下村先生，よろしくお願いします。下村先生のご略歴につきましては講演集プログラムのなかに述べてありますので省かせていただきます。よろしくお願いします。

下村　ご紹介いただきました下村でございます。医療の無駄が何かということは，これまでもたびたび議論に出ることがある訳ですが，なかなか難しい面がある問題だと思っています。

私がレジュメのなかで触れているのは，主として現在の診療報酬に関連してこれまでなされてきた議論，それから保険者側でどう考えているかということをメモのような形でまとめたものです。ご承知のように，現在の日本の社会保険制度のうえで採用されている診療報酬制度は，出来高払い制度といわれています。個々の医療行為ごとにかなり細かい診療報酬点数表というものを決めて，医療行為の量に応じて支払っていくという形になっています。

こういう制度のもとで，無駄が多いとこれまでいわれてきた一番大きなものは，入院であり薬であり検査と，この３つが出来高払い診療報酬の一番の無駄のもとであったというように議論をされてきた経緯がございます。

入院については，高齢者が増えて老人医療費が増大するにつれて，社会的入院の問題が大きく取り上げられてきました。

社会的入院というのは医学上あるいは医療上から考えると，入院をする必要がないのに病院に入院をさせて医療を行う，実際は介護が必要であるのに，医療を行う場所である病院に入院をさせて介護を主体として，もちろん医療がまったくないということはない訳ですが,医療費が支払われる。これがやはり大きな無駄のようにいわれてきた訳です。

それからもう一つは薬ですが，日本の診療報酬のうえで，現在のやり方でいきますと，薬価基準という形でメーカーごとに薬の価格を決めて，それを保険で支払うという形が行われています。実際には薬は自由な商品として売られていますから，なかなか社会保険で決めているような薬価基準どおりに取引されることはない，またそれを統制する訳にもいかないというのが実際の姿ではないかと思います。

しかし，そういう形でやると当然，医療を行う側としては安く薬を手に入れようという努力が働く訳ですから，実際には保険が支払う薬代よりも低い価格で薬の取引が行われる。そこに薬価差が非常に大きく出てくる。薬価差をどう考えるかということは一つの問題でありますが，かつては30%もの薬価差があって，そういうことが医師の大量投与を誘うことになって，そこに薬で無駄が出るということが典型的な議論として行われてきたように思います。

それからもう一つは検査ですが，患者の症状に応じて検査を行うというのが本来の形ではないか，この考え方についてもまたいろいろありますが，症状に応じて検査を行うというより，あらかじめ決められた検査項目を症状に関係なくすべてやってしまうといった形で，そのために必要のない検査が行われるということが増えているのではないかといわれてきました。

検査の場合も現状からいうと委託検査が増えていますから，検査料金そのものの調査も毎回の診療報酬改定のたびに行われていますが，それをやると，検査センターの競争が実態としてはかなり激しいようですから，価格の低下ということがあって，これもまた差益のようなものが生じる，そんなことが検査を増やすもとになっているのではないか。こんな議論につながっていったということです。

この３つが非常に大きな出来高払いの弊害と考えられてきたということですが，最近では，末期医療をどう考えるかということが大きな話になってきています。治療効果をあまり考えずに治療が行われ，そのために多額の医療費が使われるといった議論になっています。人間の生涯の医療費のなかでかなりの部分がこの面に使われているのではないでしょうか。

ただ，末期医療に関する議論のなかには，私がみてみますと，死亡された方の医療費をあとになってさかのぼって，これが末期医療だというような形で統計をとって議論をされることが多いので，あらかじめ死亡を予期した場合に，どんな医療ができるかという面からの議論が少し足りないように思います。

いずれにせよ現在の日本の状況からいうと，老人医療が増えるなかで，老人の最後の時期の医療をどうするかという面でいろいろな議論を呼ぶことになっていると考えています。これが主として出来高払いに伴う弊害といわれてきたものです。

２番目は，システムの効率性という点でよく問題になっているのが，医療費請求，あるいは審査という問題に伴う無駄が多いのではないかという議論です。これまで社会保険診療報酬支払基金や，国保連合会があまり正面に批判されることはなかったように思いますが，最近は，支払基金に対する批判という形で現在，支払基金で行われている審査・支払システムが非常に無駄が多いのではないかという議論がかなり強まっているように思います。これは，「IT 化」とここには書きましたが，電算化という形で早く対応すればできるのではないかということで，政府側，あるいはいろいろな審議会等では，とにかく電算化を進めようということが意見の中軸になってきていますが，実際には医療機関側の電算化というものがなかなか進みません。

現実的にいうと医療機関は自らの医療についての電算システムと，それから医事コンと呼ばれている診療報酬請求のためのコンピューターシステムと，二重になっているコンピューター化が実態としてはかなり進行しているのではないか。こういったことを考えると，病院のシステムとしても，現在の医療費の請求審査に絡む問題は非常に問題があるように思います。

電算化については，先ほど診療報酬制度のことを申し上げましたが，現在の複雑な診療報酬制度そのものが電算化を妨げている面があるように私どもとしては感じている訳で，そういったことをどう解決していくかということがやはり問題になってくるのではないかと思っています。

それからもう一つは，私どもからいうと，健保組合なども最近は財政事情が悪いものですから，健康，あるいは予防に関連する事業のウエートが毎年少しずつ下がっているというたいへん悲しい状況と申しますか，なかなかそれでいいとはいえないと思っていますが，そうした状況にあります。そういう検診事業をやっているなかで問題になるのは，癌の検診の効果は果たしてどうなのか，あるいは一部脳ドックというような非常に高度の検査も行われていますが，そういったものが検診事業として果たしてふさわしいものかどうかといった問題がございます。

検診事業でも，これは当然医療機関で行われますが，検診を行う医療機関によっては要精検率が40%を超えるというような数字も出ていまして，検診事業を実施している側は安全度を見込んでどうも判定を厳しくしているのではないかといわれている訳で，そういった現状で無駄を生じさせるもとになるのではないでしょうか。

検診事業の結果によっては当然，病院における受診ということにつながっていきますから，予防を進めることによって医療費を節約できるというような議論が一般的に行われていますが，実態としては検診事業を普及させることによって，かえって医療費を増やす形になっているのではないでしょうか。こんな点が問題になってきています。

こういった問題について，一応現在まで行われている対応策をみると，例えば支払基金においては審査の精度を向上させるとか，健保組合ですとレセプト点検をやる。あるいは最近では保険者機能を強化する必要性が言われています。保険者機能の強化はまだ具体化しないので，それを強化することによって果たしてどこまでのことができるかという点については，まだ我々自身が答えを出しきれていないところがありますが，そういった議論が行われています。

とにかくシステムの欠陥によって生じる無駄については，システム全体を効率的な良いシステムに変えていく努力を，我々としてはしてきているといっていいと思います。

そういう点からいうと，やはり現在の診療報酬体系そのものの問題というのが大きく浮かび上がってくる訳で，私どもから考えると，現在の出来高を基本にしたシステムはあまりにも複雑すぎます。診療報酬改定のたびになるべく項目を増やさないようにしよう，簡素化していこうという申し合わせを，診療側と話し合ったうえで議論を始めるということが通例です。しかし，毎回診療報酬改定のたびに複雑化していることは間違いないと思います。

それから，医師会側からはコストの問題という形で問題が提起されることが多い訳ですが，現在の診療報酬体系は既存の体系とのバランスを考えながら新しい技術を取り入れている，あるいは新しい医療の変化に応じて診療報酬を考えていく，主としてバランスを考えながらやっていくことが

多い訳ですから，よく比喩的にいわれる言葉として，「全面改築をやらない温泉旅館のようなもの」だというようなことをいわれますが，建て増しに次ぐ建て増しという形で診療報酬体系が出来上がっていきますから，医療の実態との乖離（かいり）がかなり大きくなっているのではないかということも，現在の体系の問題としては言われています。

もう一つは出来高払いの本質に絡む問題として，医療自体を効率化していこうという医療提供側に対するインセンティブという面からみると，手数をかければかけるほど診療報酬の方は高くなっていきますから，そういう意味ではインセンティブに欠けるのではないかということになります。

もう一つ，これは今後の医療を考えるうえで大きな問題と私どもが思っているのは，現在の診療報酬は，患者からみるとほとんど理解しがたいという面があるのではないか。レセプト開示あるいはカルテの開示という話が，医療情報の開示ということで問題になってきていますが，レセプトを開示したからといってなかなか患者には分からないのではないだろうか，自分に対して行われている医療が，レセプトだけを見て完全に分かるといえるだろうかというように感じることも多い訳で，やはり現在の体系は，もっと患者に分かりやすいものにしていく必要があるのではないでしょうか。

もう一つ，先ほど多少触れましたが，コンピューター化ということが問題になってくる訳ですが，現在の診療報酬の議論は，これは我々自身も反省しなければならない点かもしれませんが，IT 化という観点からの検討をしたうえで現在の診療報酬を決めている訳ではありません。

したがって，コンピューター関係者から出てくる批判は，現在の体系は電算化に極めてなじみにくいものになっている，というような意見をいただくことがあります。こういった点で今後の議論として，こういった方向に沿って，診療報酬体系全体を支払い側としてかなり思い切った体系の変更をする必要があると考えています。

現在，DRG といっていいのかどうか，まだかなり不十分な形ですが，病院に対する報酬を定額化するという試みが国立病院で行われています。また，それに引き続いて民間病院で，まだ60程度ですが，データ収集をしていこうという試みが動き始めています。

さらに第３番目の試みとして，特定機能病院について，来年の４月を目標に包括的な点数設定を試みる努力が行われています。この場合の包括化という場合に，病院に対する報酬，技術料は別にしてホスピタル・チャージといわれる部分を定額化しようという考え方で現在検討を進めているところです。来年４月というと時間が限られますが，中医協においてそういった形の努力をしていこうということです。

４月の改定は今日，日本医師会の方で４月分の診療報酬についての集計結果も公表されるようですし，来週になれば支払基金の方でまとめたものが出てくると考えていますが，４月改定の考え方の中軸になっているのは，病院の機能分化を進めようということを中心思想として私どもは進めてきたように思います。大体これが今までの状況ですが，このほかによく考えてみますと，私は医療そのものに内在する無駄があるように思います。

そういうものとして私どもが考える一つは，医学はそういう点からいうと，一般に国民が考えているほど完全な体系として出来上がっていないところがあって，まだ十分な根拠が明らかになっていないものがかなりあると思っています。そういったものについて，根拠がないままに従来のやり方で漠然とツクラレテいるようなものがあるのではないか，そういったところはやはり医療そのものに内在する無駄として，明瞭に意識されないまま存在するのではないかと思っています。

もう一つは医療事故の問題です。最近厚生労働省側で医療事故の問題についての統計をとってみようということで，病院からのデータ収集などを始める努力があるようですが，現状からいうと，医療事故に対する定義がなかなかはっきりできないのだと思いますが，病院によってかなりこういうものに対する認識も差があるようですし，医療事故によって生じる無駄もあるのではないかと考えています。

総括していえば，制度として生じる無駄については，健保連，あるいは医師会，あるいは行政の協力によって制度の無駄をなくしていくというこ

とになりますが，個別の医療面における無駄をなくしていくという面では,私は個々の医師の協力,あるいは医療機関側の努力が非常に大きく必要とされるのではないかと思います。

また，それを自らに対する医療として受け止める患者側が，医療をよく理解して無駄をなくすという面で，患者側の自覚と協力が，もう一つの要素として大きく必要になってくるのではないかと考えています。患者教育という面では，私ども保険者などが力を入れていく余地がまだまだあるように考えています。

時間が限られていますのでたいへん簡単なお話になってしまいましたが，私どもが医療の無駄について考えていることは以上のとおりです。どうもありがとうございました。

座長　下村先生，どうもありがとうございました。つづきまして，日本医師会としての立場から糸氏先生にお話いただきたいと思います。糸氏先生，よろしくお願いします。

糸氏　日本医師会の糸氏でございます。今日は「医療改革は現場からの提言で」という非常に適切なテーマで，とくに医療の無駄といった問題に焦点を絞ってお話をしろということです。

ちょうど今，健康保険法の改正が審議されている最中ですが，今回もそうであったように，従来のわが国の医療改革の議論を振り返ってみますと，やはり医療財政のつじつま合わせといったことに終始して，これから21世紀，少子高齢社会のあるべき国民医療の姿と，このことの追求なり議論というものは，どうも重要な地位を占めることはなく片隅に追いやられているといった感を強くする訳です。

結局，今度の健保改正案をみても，非常に厳しい高齢者の負担増，あるいはまたそこまでしなくてもいい，被用者本人の２割から３割への負担増といったところがやたらと目につきます。

確かに，ボーナスも保険料に入れるといったある程度の進歩がみられましたから，医療財政の基盤については，ここ当分は今度の改正のなかではうまくいくのではないかと思っています。そういう点はプラス評価はできますが，やはり患者の負担増といったところ，とくに高齢者，あるいは若い人たちの負担増について，医療担当者としてはこういうことが本当に国民の健康にとって，あるいは受診ビヘービアにブレーキをかけるような政策というのは，果たして適切かどうかということについて大きな不安を持っていますし，事実これは私は国民の多くが必ずしも支持しないだろうと思っています。

そういった意味で今度の負担増ということ，とくに高齢者にあっては寝たきり老人等の人たちの負担が，一挙に３倍，４倍というむちゃくちゃな負担増になるというような今回の案については，我々は反対です。そこを修正しないかぎり，今度の健康保険法案に対して，我々は賛成することはできないという基本的な立場を持っています。

従来の平成９年以降数々の改革論議のなかで，あるべき医療の姿というものの議論が押しのけられて，むしろどうすれば財政的なつじつまが合うかということだけが議論されてきたということは，非常に残念なことです。

限られた医療財源のなかで，できるだけ良質な医療を提供しろという大きな要請がありますが，そのことはよく分かりますが，そこでいつも問題になるのは，医療には無駄がある。先ほど下村さんも御指摘のように，医療の無駄ということもいわれて随分長い訳です。

しかし，わが国の皆保険システムは明らかに国による一元的な管理医療です。国によるマネージド・ケアといってもいいのではないかと思っています。長らくこれは官僚指導として定着してきましたが,ここでも従来の無駄,非効率の追求はもっぱら医療の現場にのみ集中されてきたというような感が強い訳です。

しかし，現実にわが国の皆保険制度は，ある程度は管理医療のなかで生きながらえてきたという側面もあることは事実ですが，皆さん方の診療行為は膨大な療養担当規則でがっちり縛られて，このおりの中から出ることはできません。

さらにまたドクターの技術料，あるいは物の部分である医薬品や医療材料といったところに至るまで，すべて公定価格できちんと決められています。

このようなシステムのなかで，皆保険制度がで

きてからおそらく20回以上の診療報酬改定が繰り返し繰り返し行われてきました。そのプロセスをずっと振り返ってみると，できるだけ支払い側が指摘する出来高払いを縮小し，包括払いを拡大しようと。今の診療報酬は出来高払いといわれますが，皆さん方が見ればよく分かるように，あのなかにいかにたくさんの包括的な考え方，あるいは包括的な見方が入っているかということは，担当の皆さんが一番よくご存じのとおりです。

この二十数回に上る診療報酬改定のなかで，やはり包括化というものは確実に進められ，また現在も進行中ですが，この現実の姿をみると，果たして医療の現場で本当に無駄というのがあれば，これはもちろん我々としては是正しなくてはいけないと思いますが，現実に医療費全体のシステムのなかで，医療現場での無駄はどの程度あるかということを，我々としてもかつてと今は随分違った状態になっているという認識をしていますが，ここのところをきっちりとおさえなくてはいけないでしょう。そして現実に無駄があれば，我々は全力をあげて無駄をなくすようにしなくてはいけないし，無駄そのものについての考え方もいろいろございます。

しかし，そこで注意しなくてはいけないのは，患者さんのためになる無駄もあります。まったく意味のない無駄もあります。そこのところを十分に峻別（しゅんべつ）しながら我々は対応しなければいけないと思っています。

私は現在，医療システムのなかで医療現場の無駄のほかに，保険者の管理システムにおける無駄はないのかどうか。これはかなりあるのではないかと思っていますし，また患者の受診動向といったものにも多くの無駄の発生する部分があり，またここにメスを入れるべきところも少なくないと思っています。

そこで，いくつかの医療の無駄についてお話したいと思いますが，医療の無駄を議論するのであれば，いったい無駄とは何かという定義づけをしっかりしたうえで，客観的なデータに基づいて検証を行うことが必要です。日本の医療は，先ほどお話がありましたように，薬漬け，検査漬けといったイメージが先行している感が強いのですが，しかし，技術料が低く薬価自体が高ければ当然薬剤比率は高くなります。

例えばＨ２ブロッカーといったものができました。これによって胃潰瘍の手術をしなくて済む時代になってきています。しかし，ファモチジンやシメチジンといったものを主成分とする，受容体拮抗剤のＨ２ブロッカーの薬剤量は増加することになります。

つまり，相対的な関係から薬剤比率は上昇するかもしれません。しかし，これらは患者側からみれば，手術による負荷もなく日常生活を取り戻すことも容易であるし，QOL も高めることができる。また，医療費全体としても入院料は下がるし，大きなメリットがあります。

このように，例えば薬剤比率一つをとってみても，医療のアウトカム，成果といったものを評価しないまま，一方的に薬剤比率が高いという非難は当たりません。例えば腹腔内手術，内視鏡手術，内視鏡診断といったものにも，まったく同じことが当てはまると思います。胆のう摘出術を開腹なしで済むことが当たり前の時代になりました。これは私が外科医になったころと今とはまったく隔世の感があります。

また大腸癌や胃癌が早期に内視鏡によって発見され，また内視鏡的な手法によって根治できるという現代，この驚くべき医学的な進歩は，どれだけ医療の無駄を改善しているか分かりません。こういった技術進歩といったものが，限りなく無駄という議論のなかに大きな影響を与えているということは否めない事実です。

一方，次の問題として，日本の医療コストは本当に非効率で無駄が多いのか，その国際的な評価，比較も我々はする必要があります。医療の無駄の議論の背景には，高齢化に伴い必然的に増加する医療費をターゲットにして，いかにこれを抑制するかという政府，これは厚労省というよりむしろ財務省側の思惑が強く働いていると思います。しかし，本当に日本の医療費は高いのかということです。

2000年６月４日に発表された WHO の健康寿命ランキングでは，日本は第１位になっています。このような高い評価を受けながらも2000年の OECD のヘルスデータでは，国内総生産に占める総医療費の割合が，OECD 加盟国の中で18位とたいへん低

い医療費に抑えられています。こういう点からみればわが国の医療費はそう無駄ではない，安い医療費でむしろ質の高い医療を提供し国民の健康寿命を延ばしています。そういう意味では，わが国の医療制度はある程度評価できるのではないか，優れた医療制度を持っているといえるのではないか。これはわが国だけではなく各国がかなり高く評価しているところです。

もちろんそれによって無駄がないと断言することはできませんが，トータルとして国際的にみた場合に，そうむちゃくちゃな垂れ流しの無駄というのはわが国のシステムではない，むしろ国によって決められた一定の財源のなかで，医療担当者が汗水流し，時間外労働をやりながら，その努力によって，現在の皆保険制度が低い医療費のなかで賄われているということを，為政者も考えるべきだろうと思っています。

次に保険者側からみた医療費，保険者に無駄はないのかどうかということです。医療の無駄を論じる際には一方的に医療提供者だけに非難が集中されています。しかし，有限な医療資源を適切に使用するという観点に立てば，保険を運営する保険者側にも無駄がないかを検証する必要があります。こういう点が今まで非常になおざりにされてきたということに注目する必要があります。

そのためには，各保険者，種別ごとに財務諸表が迅速かつ分かりやすい形で開示されなければなりません。そのうえで保険者としてのマネジメントの責任を履行させる具体的な手段を検討すべきであるというように思っています。

例えば政管健保を一つ取り上げてみても，過去10年間で固定資産が4,348億円増加し，6,886億円になっています。一方，1999年度末の政管健保の現預金は8,291億円，10年間でわずかに1,191億円の増です。この間固定資産を増やさずに現預金にまわしていれば,現預金は１兆2,579億円になっていたことになります。なぜか1989年から1999年の10年間，政管健保の現預金は7,000億円から8,231億円となっていますが,固定資産は2,538億円から6,886億円，実に4,348億円も増えています。

このように政管健保においては，社会保険病院をただで貸しています。しかもそれは政管健保の保険料から出される，こういうことがあっていいのかどうか，土地を買い建物を建て，それを保険料でやって，借りている社会保険病院がそれに対して償還をしないで済むということは，官民格差のいい例ではないか，ここに無駄はないのかどうかということも考える必要があります。

同様に，組合健保における保養施設等の関連事業の見直しといった問題についても，果たして無駄がないかどうかということが問われなければならないと思います。

保険財政運営を健全化させるために解決しなければならない問題は，医療現場だけではなく，保険者のマネジメントといったところにも，無駄というものの目を向ける必要があるのではないかと思っています。

また行政サイドの医療費に対する対応です。国民皆保険制度は一面からみると，国による管理医療ですが，医療価格の高低や医療行為の制限などさまざまな規制がかけられています。これによって医療費抑制策というのは，行政サイドでコントロールが自由に行われてきました。しかし，医学，医療は今日どんどん進歩し，それを社会に適用する我々国民の願いと医療担当者の願いは，現実との間の乖離がどんどんどんどん大きくなっています。

そして，国によってなされなければならない責任が，自己責任に転嫁されようとしています。とくに昨年の小泉内閣の出現以来この面の傾向は非常に強くなっています。これは経済財政諮問会議や相互規制改革会議のなかで，あそこに盛られた思想，コンセプト，あるいは理念は，自分のことは自分でやれということです。社会保障としての国の責任はじょじょに離脱し放棄しようという，明らかな社会保障の政策の大きな後退の予兆として，我々は非常に危惧を持ってみている訳です。

本来国が面倒をみるべきものを個人の責任に転嫁していく，自己責任，自立こそ大事なのだといううたい文句のなかで，国が逃げようとしています。こういう政策は果たしていいのかどうか，これは国民的な議論を巻き起こしていかなくてはいけないのではないかと思っています。

もう一つの問題としてフリーアクセスの問題をとらえたいと思います。わが国では患者がどこの医療機関にかかろうとまったく自由です。しかし

病診連携がスムーズに行われて，患者が症状に応じて適切な医療機関にかかれるようにすることが，医療の無駄を省く最善の方向であり，また効率を高めるゆえんだと思っています。

医療の無駄を排除する必須の条件は，患者さんの受診行動にまったくフリーアクセスでいいのかどうかということについて，今一度医療担当者も国民全体も考え直す必要があるのではないでしょうか。

風邪をひいたということで東京大学附属病院にかかることは，果たして適切かどうか，いくらフリーアクセスとはいっても野放しでいいのかということについて，今一度考える必要があると思います。医療の無駄を排除するために，それぞれの患者さんが，症状に応じた医療機関にかかって適切な対応を受けることがベストだろうと思います。

かかりつけ医というものがあります。かかりつけ医を持たないことによる重複受診，あるいは重複検査，重複投薬，こういう無駄は確かに大きいといわなければなりません。その意味でかかりつけ医の存在は非常に重要です。すべての国民がそれぞれのかかりつけ医を持つということを指導すべきでしょう。残念ながら，わが国の大学においてはまだかかりつけ医といったものの教育は行われておりません。

したがって，これは地域の病院，あるいは地域の医師会が力を合わせて，これからかかりつけ医というものを，生涯研修，あるいは生涯教育といった場で養成していく必要があります。それによって国民のすべてにかかりつけ医が行き渡るように，我々もできるだけの努力をしなくてはいけないと思っています。

本年度からの研修医制度のなかで，地域医師会が地域の病院と一緒になって研修医を受け入れようという計画を現在立てています。栃木県と大分県の２カ所で地区の病院と医師会が研修医を受け入れるという形で，これからそこで診療所，あるいは病院に行って，今までのように，研修医はすべて大学病院という城の中でやるのではなく，地域に実際に来て医療現場を見て，実のある研修活動をしてもらおうという計画を日本医師会は現在立てています。そういうことの予算も今年計上しました。

こういった意味で，医療の現場からスタートした本当の医療の無駄の排除ということに，医療担当者である我々がもちろん率先してやらなければなりません。しかし，これは１医療現場だけのことではなく，医療システム全般にかかわる人たちの努力によって，トータルに医療の無駄を排除すべきであると思っています。

以上で終わらせていただきます。どうもご静聴ありがとうございました。

座長　糸氏先生，どうもありがとうございました。それでは引き続きまして，石井孝宜先生に医療経済の非効率性，低生産性議論と経営主体としての自己管理機能の問題点について，お話いただきたいと思います。よろしくお願いします。

石井　ご紹介いただきました公認会計士の石井と申します。

私がなぜこのシンポジストとして招かれたのかということを，勝手ながらの予測をさせていただきますと，現在，医療に関する情報提供問題がさまざまな方面から出ています。そのなかで経営情報の開示という議論もかなり出てきています。現在，病院の場合は病院会計準則があって，それに従って財務諸表を作成していますが，その見直し議論がございまして，その関連の委員会に所属をさせていただいているという関連で，ご指名をいただいたのだろうと思っています。

私自身約20年前から，とくに医療機関とかかわりを持たせていただいています。そういう意味では，私自身も実は医療現場の人間の一人であると理解をしています。現在，約100ほどの医療機関とかかわりをもたせていただいていますから，そういう意味ではかなり医療の現場における直接的な経営の実態を理解しているつもりです。

そういう観点から医療の経済における効率性や生産性の議論，あるいは経営体としてのとくに病院の自己管理機能の問題点に関して，私見を述べさせていただきたいと思います。私見を申し上げる前段階として，私の立場を少し申し上げます。まず私は公認会計士という職業をしていますが，基本的に医療は聖域だと理解をしています。まっ

たく一般の企業経営と同じような形で完全に自由競争をすべき世界だとは思っていません。

第２点目は，今までの日本の医療制度は結論的には決して悪いものだとは思っていません。なかなか素晴らしい制度だったというように感じています。まったく問題がないということは制度の場合にあり得ませんので，100％合格とはいえませんが，基本的に今までの日本の医療制度はいい制度だったのだろうと理解をしています。

３点目，今さまざまな形で議論をされている医療の制度改革議論に関して，大賛成という訳ではございません。非常に大きな問題をたくさん含んでいるのだろう，残念ながら非常に悪い方向に行くのではないかと考えています。そういう３つの前提，立場というのを明らかにさせていただいたうえで私見を述べさせていただきたいと思います。

今のような議論を踏まえたうえでも，日本の医療費は非常に大きな額になっているのは事実です。欧米諸国，先進国に比べて相対的に高い・低い，規模が大きい・小さい，効率性がある・なしということとは別に，現実問題として30兆円という市場規模を超えました。30兆円という金額ベースの市場規模は，日本における国内産業として見たときにも，極めて巨大な産業になっているというのは事実です。しかもそれが表現の仕方はいろいろございますが，公定価格によって公的な制度で行われているということです。

この10年間で20兆円が約30兆円と1.5倍に膨れ上がっています。したがって，現段階においては日本の医療，とくに経済的・財政的な側面における医療の市場規模や財源という問題は全国民的で，しかも国家経済をも大きく変化させるような世界になっており，結論的には，どうしても医療に関して経済的側面からの議論や評価や分析をせざるをえないのではないでしょうかと感じております。

今，日本の医療とかかわりを持っている利害関係者は，先ほどから下村先生，糸氏先生からお話がございますように，国，あるいは自治体，保険者，あるいは保険加入者，患者およびその家族，医療機関，あるいは医療とかかわりを持っているさまざまな医療関連事業者，非常にたくさんの方々が係わりを持っています。それぞれについて，制度的にあるいはマクロ的な側面から無駄がまったくないということは考えられません。それからミクロ的な側面においても，各利害関係者のなかで内なる問題としての無駄もたくさんあると思います。

私は自分自身が20年間医療機関と深くかかわりを持ってきている関係で，主に医療機関における無駄ということに関して，まさに本日の病院学会のテーマである，「医療改革は現場からの提言で」というスタンスに立って，少し自己批判的な議論をさせていただきたいと思います。

現在，私は公的医療機関等で３～４年前から社内，あるいは院内の教育プログラムを依頼されて，病院における経営の基礎知識というようなものを，病院の婦長さんクラスに講義をさせていただいたりしています。

経営という問題を言葉として出したときに，医療界においては非常にアレルギーを起こされたりするケースが多うございますが，皆さんもご存じのように，とくに病院という施設の場合は，大変たくさんの人々がかかわりを持って，例えば最大規模の病院では１施設で1,000人くらいのスタッフを抱えて，組織的に機能をしているはずです。

経営という言葉は片方で何となく企業という言葉とくっついて，その言葉が結果的には利潤追求というようなことにつながって，医療関係者の方にはあまりいいイメージはないのですが，決してそうではございません。100人，200人，500人，1,000人というような組織規模になった事業体は，営利目的であろうが，非営利であろうが，必ず経営管理，あるいは経営のシステムが必要になります。

経営という言葉に対してアレルギーを持ち続ける医療界は，残念ながらこれからは認知されない時代に入っていくでしょう。非常に難しい経営議論をしようということではございません。

例えば一つのケースで申し上げますと，ここに１つコップがあります。今，皆さんだれでもご存じのデフレという社会にいます。10年前に1,000円だったコップは今，どこへ行っても300円くらいで買えるはずです。コップが１つ100円だとします。10コ買います。1,000円になります。

今，現実の世の中はデフレですから，もしかす

ると一生懸命価格交渉をすると80円くらい，あるいは70円くらいに下がるのではないかということがいえるはずです。世の中の全部の物価が下がっていますから，通常どう考えても物の値段は医療界においても下がるはずです。

それに対して，10コ使っているとすると，この10コは本当に必要な10コだろうかという問題もあります。この10コを一生懸命みんなで節約をする。つまり不必要に節約をするのではなくて，適切に節約をした場合に８コで済んだとします。100円のものが70円になり，10コのものが８コで済むと費用は560円まで圧縮ができます。今は100円で10コの結果1,000円です。こういう問題を，30兆円のなかでいかに議論をしていくかということが必要になっています。

ほとんど給料も上がりません。私自身が有名な公的病院で内部研修をしていると，最近婦長さんクラスからも出てきます。人件費コストは確かに公的病院の場合高すぎるかもしれないと，独り言のようにそういう発言を聞きます。しかしながら，これがきちんとした形でオフィシャルな議論になってくると，そういう議論はなかなかされません。

非常に巨大な30兆円を超える市場規模のなかで，いろいろなところに無駄があります。まずは他人の無駄です。例えば医療機関側から保険者側の無駄の指摘をする。あるいは個別の医療機関というミクロのスタンスから制度の批判をする。当然必要です。しかしながら，自らに対する批判はきちんとできているのでしょうか。

今回の診療報酬改定はたいへん厳しいものであるというのは，私も現実に医療機関と多々関わっているので存じ上げています。診療報酬改定そのものの合理性ということに関しても，いろいろな議論があるというのも理解をしています。

しかしながら，例えばの議論として，４月に診療報酬改定が行われて，今もう６月20日です。そうすると，民間，公的，精神科も入って全国に9,200ほどある病院のなかで，４月，５月の医業収益の実績を完全に分析をして影響度を認識している病院は何％あるでしょうか。しかもできれば収益だけではなくて対応するコストとの関係で，つまり最終的に損益という言い方をします。企業ですと利益といいます。病院会計準則でも利益という言い方をしますが，最終的な黒字・赤字というところまで分析をされているのは，いったい何割でしょう。残念ながらそのへんのところを考えますと，現実的には一般の経営に関してもっとも優れているといわれている企業に比べると，かなりお粗末な状態です。

数字が単に出るだけではなくて，それを伝達をして組織としてどう対応していくかという作業は，当然ですがデータがなければできません。私が議論をしている話は極めてミクロ的な個別的議論です。しかしながら，現実の世界はミクロの個別が積み上がってトータルになります。

私自身がこの10年間で実感として感じているのは，医療費が20兆円から30兆円に変化をしました。ということは，そのままの比率でいけば30億円の売上げだった病院は45億円の売上げになっています。あるいはこの10年間で病院が全国で800ほど消滅をしています。しかしながら病床数はほとんど変わっていませんから，病院に限定すると，それぞれの医療施設の規模が増えたか，大きくなったか，あるいは開設主体の数が増えたかという話になっていきます。民間でも公的でも病院という一つの施設を複数展開している事業体が増えています。

そうすると，30億円の売上高は45億円ではなくて80億円になっているところもたくさんあります。例えば80億円の医業収益があった場合に，人件費は40億円かかります。40億円の人件費を単純に12で割った場合には3.3億円強です。ボーナスがあります。40億円の人件費があると通常，冬のボーナスは３億円から４億円最低必要になります。非常に巨額なロットの経済がそこに存在しています。この大きな経済実体をきちんと管理をして，コントロールをして，実体を認識して，しかもその実体を全スタッフにある程度の速度で適時に適切に伝えていくという作業は，残念ながら病院という組織においてはまだほとんど行われていないようです。すべてとは申し上げません。それをきちんとやられているところもごく一部にあります。しかしながらほとんど行われていません。

医療はもともと聖域です。医療から無駄をすべて取ってしまったら多分，医療は成り立たなくな

ると思います。しかしながら，無駄が認知をされてしまうものですから，その無駄の幅，あるいは質の評価をきちんとやっていなければ，無駄自体は増殖をしていきます。実質的には全然必要のない無駄も認められてしまいます。

したがって一般の企業経営のように，最終的にたくさん利益を出すことが目的だという単純な行動方式によらない医療経営は，通常の企業の経営よりも，経営管理は難しいだろうと思います。簡単なものではありません。

つまり，無駄を許容しながら，医療の目的は利益を出すことではありませんから，まさに良質な医療を患者さんに対して提供することです。しかしながら当然ですが，良質な医療はできるかぎり無駄を抑えて効率的に提供することが必要です。

無駄というものを認めざるをえないので，逆に不必要な無駄,垂れ流しの無駄というものを,いってみれば感知するようなセンサーを本来経営は持たなければいけない。医療経営は残念ながらまだそのセンサーをほとんど持っていないと私は思っています。

実例で申し上げますと，これは実在する病院ですから，こんな大きな会場で申し上げてどうかと思いますが。年商規模は数十億円です。ほんの１年ほど前にかなり厳しい経営状態になりました。60億円の売上げで60億円のコストがかかって採算が出ない。そこは民間ですので借入れを起こして借入れの返済ができない。こういう状態に陥りました。その後，今私が申し上げたようなことで，さまざまな情報提供改善行為を行いました。

例えば一般の企業で行っているようなリストラをしたのではありません。実は当病院の経営は今，こういう状態にあるのだ。それから上がってくるさまざまな支出伺いを綿密にチェックをするのだ。必要なものと，急いでいるものと，時間と金額の中身を全部見て判断をしていきます。それをしただけで，その法人は最終的にゼロだった採算が１年間で４～５億円の採算に変わりました。リストラ，人的な管理を強化して必要以上に人を切ったということはまったくありません。人件費以外のコストに関してはかなりの見直しをしました。

ただし，一番大切なことは，五百数十人いる従業員がみんな，うちはどうも経営的にまずいみたいだ，今まではそんなことは思っていなかったけれども,どうもまずいということが分かりました。一人ひとりがほんの少しずつ我慢をしました。

ここが病院経営の非常に難しいところです。患者さんに必要以上の我慢をさせるのか，あるいは必要である医療を提供しないほどに医療費を圧縮するのかという問題と，先ほどのコップのような問題です。このコップもさまざまなものがあると思います。患者さんがどうしても使わなければいけない薬もあるだろうし，どうでもいい消耗品もあります。

ほんの少し気持ちを切り替えるだけで,500人も600人もいる組織の中では,ちりも積もって大きな金額になります。こういう作業は残念ながら病院ではまだまだほとんど行われていないと思います。

今から20年も前にオイルショック，ドルショックがありました。そのとき日本の企業はほとんどすべて，工場に行くと皆さん昼ごはんを真っ暗な中で食べていました。あるいはボールペンがあります。使い切ってしんが真っ白にならないと用度課ではボールペンをくれませんでした。こういう努力自体はサービスの受け手である消費者，病院の場合患者様にマイナスなことでしょうか。残念ながらそうではないはずです。

まさしく改革は医療現場からと，この改革を行った結果，すべての医療にかかわるところの矛盾が解消される訳ではありません。しかしながら，医療費はすでに非常に巨大な財政的な負担を国民に強いています。国民のスタンスからした場合には，やはり必要以上の無駄は排除すべきです。垂れ流されている無駄はカットしなければいけません。

そういう意味では，経営体としての病院の自己管理機能をそろそろ本気でつくらなければいけません。自己管理機能をつくるためにはまず最初に理念が必要です。理念がないところで管理機能をつくることはできません。しかしながらもう一つ問題なのは，理念があっても技術力がなければそれを構築することはできません。

医療の世界では最近，EBM という言葉を非常によく使います。日本語に訳すと何になるのかとい

ろいろ考えますと，実証的という言葉なのかと思ったりしています。事実関係に基づいて分析をして，証明をして，これが正しいという議論をするということですが，今，私が申し上げました，非常に大きな組織である病院における経営管理システムは，理念だけでは成り立ちません。技術力が必要です。

実証的に，技術的に何かを確立しなければいけないのだと，ほとんどそれは未確立だろうと思います。

４月１日から広告規制の緩和がありました。それによって病床利用率，平均在院日数，専門医の有無，セカンド・オピニオン，そのほか諸々かなりいろいろな情報開示をして良いということになっています。これからは患者さんに対して病院の入口に行った瞬間に，この病院の平均在院日数は何日で，疾病はどういうものが多くて，病床稼働率何％ということが開示される時代ですが，その病院に従事している数百人の従業員は，そのことをすべて理解しているのだろうかというようなことも考えていくと，残念ながら私はかなりの自己批判をせざるをえないと理解をしています。

話をしていきますとどんどん時間がたちますので，まとめに入らせていただきます。

私が本日の議論のなかでポイントとしてあげたい点が３つあります。これは個別の経営体としての病院組織に対する意見です。

一つは，残念ながら個々の適切な努力は全体の成果にはそのまま結びつきません。500人の人が一生懸命本気で頑張っても，その成果は組織的に管理をしてきちんと評価をしなければ，トータルの総和としては出てきません。やむをえないことです。そのための一種の技術を確立すべきではないでしょうか。

経営情報というものが十分に掌握されて，管理されて，分析されて，伝達をされていません。それもそろそろ確立をしていかないといけないのではないでしょうか。

それから二つ目に，できること，やるべきことという問題に関する個別の経営体としての意思決定を，そろそろ厳しく適切にやらざるをえません。医療というのはまさに聖域ですから，やるべき論をするといくらでも議論は展開します。しかしながら個々の経営体のスタンスでまいりますと，民間にかぎらず，これからは国立病院も独立行政法人に移行することになっています。すべての病院がどちらかというと民間シフトをしていくと思います。そういうなかで，それぞれの経営体が何をできるのかという議論も，残念ながらせざるをえません。

そして最後，３つ目にこの問題に関する教育，つまり看護部門であれば看護に関する教育，お医者様であれば医療に関する教育，そういった教育は医療機関の場合は行き届いていると思います。しかしながら大きな組織として運営をしていくうえでは，ある一定以上クラスの職制の方たちは，経営に関する教育を受けざるをえません。医療にとって教育はたいへん大切であるという議論が今現在，行われているところですが，そのなかにどうしても病院規模の場合には，経営や組織論に関する教育が必要だという認識を持っていかなければいけないでしょう。そうしないと結果的には，外から見たときに，きちんと適切な経営管理をしていないという烙印（らくいん）を押されてしまいます。自らの襟を正したあとで周りの批判をすることも必要なのかなというように理解をしています。

少し時間がオーバーしたようですが，このへんで終わります。

座長　石井先生，どうもありがとうございました。それでは最後に日本病院会の会員のなかから，医療経済税制委員会の委員をしています中佳一先生にお話いただきたいと思います。中先生，よろしくお願いします。

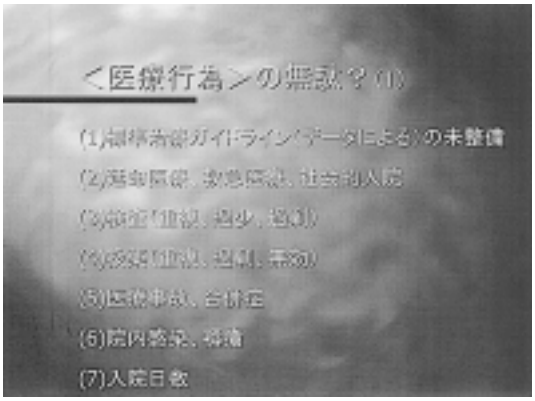
中　私は20年前に病院を開設して現在200床の病院の責任者をしています。

本学会の会長が「医療改革は現場から」ということを申されたのは，医療費の６割弱を占める我々病院人が，医療改革をすすめる当事者であり，その責務があるということにおいて，より民間病院として現実に患者，国民ならびに医療の具体的な問題点に医療の問題点について，日常的に感じているだろうということで指名されたのではないかと思います。

そういう意味において，全体的なお話について

はいろいろ各演者からお話がありましたので，私は，具体的に現在我々が医療改革を推進していくには，どのようなことを自ら改革し克服していかなければならないのかという辺りについてお話したいと思います。

①



現実の診療現場にいますと，我々が日常的にやっている医療行為の無駄（？）を体験します，まず最初に治療方法，私の病院も各大学から４月～６月にお医者さんがいらっしゃいますが，同じような疾患病態であっても治療方法，具体的には診療報酬の出た額は違います。これは基本的にはそのなかで克服しなければならない問題があるのではないかと思います。

それから，巷間（こうかん）いわれている延命医療，救急医療，社会的入院についても指摘されるようなところがあるのではないかと思います。

検査につきましては，最近私驚いたことがあります。某大学外来では１人の患者さんを３回来させて３回で検査を終了するというような指導（？）をやっているというううわさを聞きました。当然ながら重複した検査や過剰の検査が出てくるのではないかと思います。

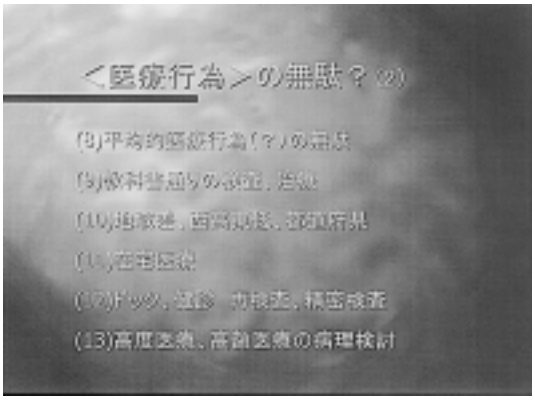
投薬につきましては現在，過剰ということがいろいろいわれています。一方これと反対にこれはいささか古い話ですが，ある教室では教授の命令のもとに，ある疾患について薬は２種類しか使わないと，そういうことを唯々諾々と守っているというような話もあります。

それから医療事故や合併症，これは言わずもがなですが，患者の生命はもちろん医療費自体の無駄になると思います。

院内感染，褥瘡（じょくそう）の問題についても，医療の無駄として指摘されるのではないかと思います。

入院日数については，ベッドの占床率等々の問題を考え，また在院日数ということを考えて，ある程度患者の意向を入れつつ，いろいろ調整するということも皆無ではないと考えます。

②



８番目に平均的医療行為の無駄，これはちょっと説明しなければいけませんが，現在医療の無駄と指摘されるのは，審査段階で水面よりも飛び抜けて出ているところがいわれる訳ですが，実際問題なのは，水面すれすれないし水面直下の所で診療がされている，レセプトに問題があるのではないでしょうか。ここについては現在の審査体制等々ではチェックすることが困難ですから，これにおける無駄も相当程度あるのではないかと思います。

逆に教科書どおりの検査，これをやっていけば完全に保険医療財政はパンクになります。

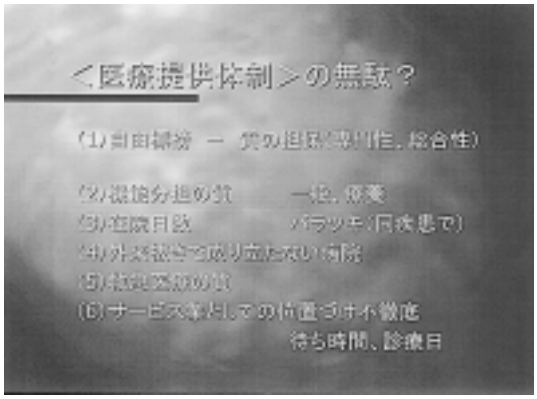
もう一つは，保険審査の問題等々もあると思います。地域によって同じ疾患を診ても医療費が違うということで，西高東低といわれていますが，これについて，保険の審査機構として，きちんとした対応をデータとして出さなければ無駄として認識されるのではないかと思います。

それから在宅医療については，本年度の４月の改定等をみますと，むちの側面も出はじめておりますが，今のところ一定のインセンティブを上げるという形において，無駄が生じているのではないかと思います。

ドック，検診につきましては，再検査，精密検査についての基準ということと，さらに再検査，精密検査について，必要以上の検査をするようなこともみられることがあると思います。それから高度医療，高額医療についても検討して，その中の無駄について考えなければいけないと思います。

以上，具体的な医療行為の無駄をあげてきた訳ですが，次にそれぞれの立場から無駄というものを考えていきたいと思います。

③



医療提供体制の無駄といった場合に，これが一番問題な訳ですが，わが国においては医師免許をとれば標榜(ひょうぼう)はまったく自由です。そしてまたそれの担保がほとんどないということです。そういうことが大きな問題ではないでしょうか。

さらにまた機能分担の質という問題においても，機能分担というのが，一般病院と療養病院において，同じ医療の質であるにもかかわらず，一般病院の方が高いというような思い込みから来る無駄が起こっているのではないかと思います。

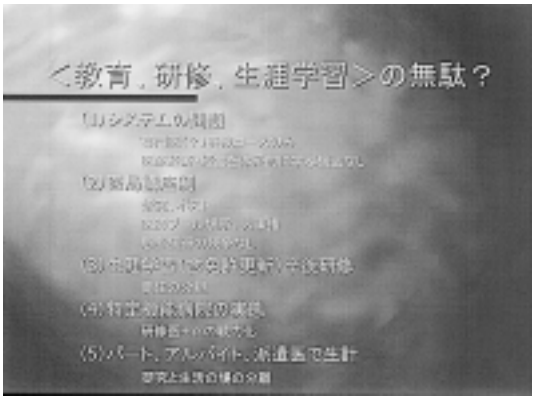
在院日数についてもいろいろ調べてみますと，同じ疾患においても施設によって２倍，３倍くらいの違いがあります。

病院というのは私は基本的に入院を軸にやるものだと考えていますが，実際問題としては，現実に我々の規模くらいの病院ですと外来を抜きに経営は成り立ちません。

５番，６番についても同じですが，救急についても同じようなことがいえます。そのこと自身が患者さんにとっても結果的にマイナスです，分かりやすくいえば，午前中はほとんど患者さんは主治医が外来だと入院・点滴しているだけ，主な検査は午後になってやるというようなことが，ままみられるのが実態ではないかと思います。

それからサービス業としての位置づけが不徹底というのは，具体的に地域における診療体制の連携がなされていない一方において，サービス業は，デパートなどみましても，一般の人が休みのときに営業をしています。医療だけは救急体制はありますが，日曜および土曜日の午後は休んでいます。こういうことについて我々自身は考えていかなければいけないのではないかと思います。

④



私が一番強調したいのは，そのような状況を生む一番の問題は，今日は我々の克服する課題ということですから，あえて強調して申し上げたいと思いますが，わが国の今までの医師の教育体制は，専門医一本だけの養成コースのみです。そのなかでは医療経済や経営を体系的に学ぶようなコースはまったくないし，並行してやることもありません。そういう専門医コースを歩んだ方が，見よう見まねで一般病院の専門外の臨床と経営・管理に携わっているということが行われています。

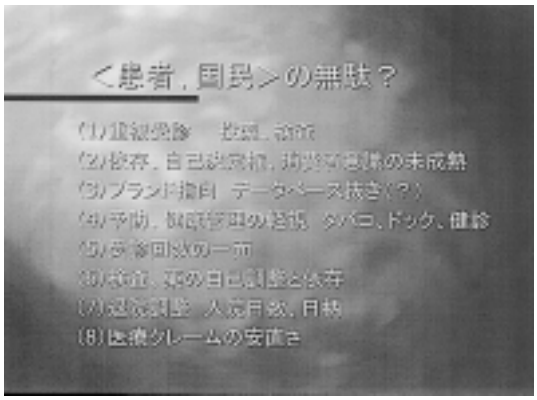
それを支えてきたのが医局講座制ですが，ここでは何といっても研究が軸です。それを軸に人をプールし，一般の市中病院の人事派遣権を維持するというなかで，患者に選択される競争の意識はなかなか起こらないということがいえると思います。

それから３番目，生涯学習，研修ということですが，これについては日本医師会が頑張ってい

らっしゃいます。平成16年に卒後研修制度導入に並行して，生涯学習についてより我々自身は厳しく内容を吟味し，方針を出していくことが必要ではないかと思います。

また卒後研修の場の問題点として，特定機能病院の状況等々が，果たして患者さんにとって，また国民にとっていいのかということが提言できると思います。

⑤



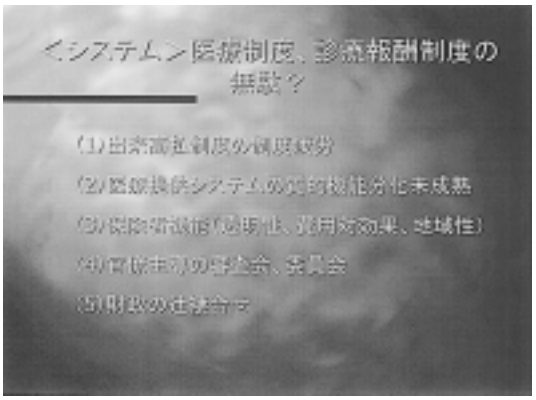
一方，患者，国民に考えていただかなければいけないこと，とくに強調したいことは予防健康管理の軽視ということです。各施設でドックや検診等々やる訳ですが，それは現在の疾病構造の変化によって慢性疾患が軸としてあるにもかかわらず，指導，教育等々のシステムが完備していない。これについては，それぞれの健保組合等々の意識変革が大事ではないかと思います。

８番の医療クレームの安直さ，いろいろな意味でマスコミ等々の広報が効果の一面でもありますが，簡単にいろいろなことでのクレームがつくようなことがこのごろみられます。

基本的な立場として争うものは争う，また説得するものは説得することですが，あまりにもいろいろありますと，それを引きずることの経営上の問題および診療上等々の問題において，ある程度妥協せざるをえないというような問題も，無視できなくなってきているということを強調したいと思います。

我々診療サイドと患者を具体的に規定している制度上の問題として，何といっても先ほどからいわれていますように，出来高払い制度，これは高

⑥



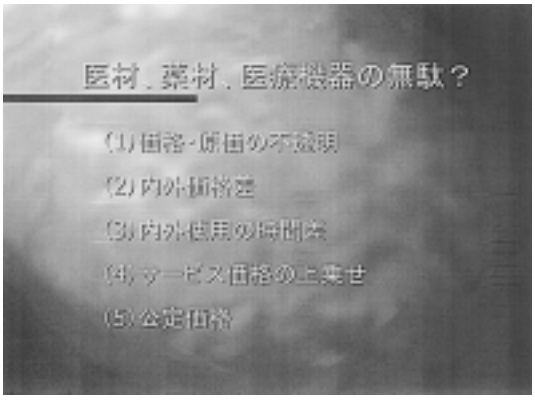
度経済成長においては機能しましたが，現在この４月において典型的にみられますように，制度疲労しているということがはっきりしてきています。それによっていろいろな無駄を生むだろうということがいえると思います。

それから医療提供サイドについては，先ほど申しました。

保険者機能についても先ほども申しましたが，具体的に何か新たにやるというより，現実に行っていることを明らかにすることが大事だと思います。何ゆえに地域性において，同じ医療費体系でやっているにもかかわらず点数が違うのか。このことについて実態を明らかにすることが一番大事ではないかと思います。

審査会等々，私も例えば中医協のいろいろな審査の分厚いのを読ませていただきますが，財政のつじつま合わせで，結果的には一定の時間内の決

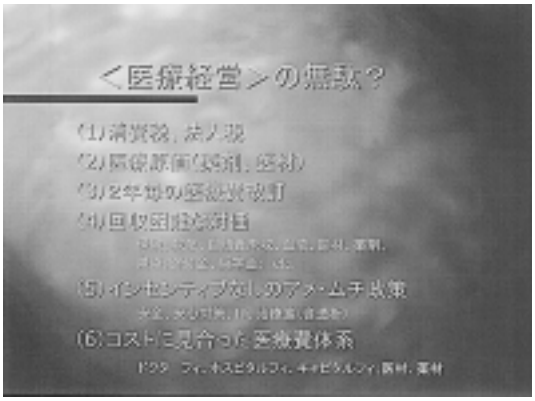
⑦



着という形で官僚主導のもとで集約されるようにみえます。悪い言葉でいえば，なかよしクラブ的な誤解を受けるような実態が現実にはあるのではないかということがいえると思います。

そのなかで公定価格としての医療材料，薬剤，医療機器については，価格，原価の不透明なことや，内外の価格差，内外使用の時間差，これはある程度今特定医療費でクリアしようとしていますが，また，一方わが国ではいろいろなサービス価格を上乗せして医療機器が設定されているということがいえるのではないかと思います。

⑧



最後に医療経営上の問題として，我々が病院４団体を含め，日本医師会も消費税が，完全に損税になっている事を証明しています。また，特定医療法人ですが，医療自体が非営利性といわれているにもかかわらず，法人税につい非営利法人として扱われています。

それから医療原価については，先ほどいろいろな形で差益が計上プラスになっている，それが問題であるということがいわれましたが，実際問題として労多くして益少なしということで，現在これの差益は少なくなってきています。

それから２年ごとの医療費改定，これはいわゆる枝葉末節なことで，２年ごとにいろいろ対応する経済的な側面も含めて非常に煩雑であり，我々にとっては苦痛以外の何ものでもありません。

それから４番目，いまだわが国においては，お医者さんを受診するのにお金を持ってこないで受診するということが，半ば認められているのが実態です。とくに急性期疾患を扱う活動的な病院であればあるほど，保険上の未収，救急の未収，自賠責の未収，これがなかなかばかにならない額です。

また実際に使用されなかった血液診療材料，薬剤等々の無駄も相当あります。

これは無駄という訳ではありませんが，寄附金，奨学金等々もばかにならない額です。

次に，インセンティブなしのむちの政策が現在行われようとしています。何か点数をつけるということであれば，インセンティブをもって頑張るということですが，それがある程度になると今度はしなければ減点する。それをやるということは無駄になるし，またそうなると結局，ただ表面的につき合うというような形で，医療人のベクトルを曲げていくということになります。

最後に，コストに見合った医療費体系にそろそろかえる必要があるのではないでしょうか。人件費を軸にしたような形の医療費体系というものにかえていかないと，いろいろな無駄をなくす運動をやったとしても，医療費はどんどん増えるし，また逆に無駄をなくすということは，人を増やさないかぎりできません。

はっきりいって急性期で頑張っている病院は，先ほど公認会計士の方がいろいろおっしゃいましたが，そういうことはほとんどやっています。そういうなかである程度限界に来ているというのが，今回の改定において私が感じるところです。

以上，簡単ですが私の考えの一端を述べさせていただきました。どうもご静聴ありがとうございました。

座長　どうもありがとうございました。それでは，ここで４人の先生の方に壇上に上がっていただきたいと思います。

司会の不手際であと20分しか時間が残されていません。これからの話の進め方ですが，当初は４人の先生方にまだおっしゃり足りないことについてお話していただくとか，相互にご意見があれば出していただく，そのうえで場内の皆さんのご質問，ご意見を伺っての討論に切り替えていきたいと思いましたが，十分時間がございません。

何よりも４人の先生方は，医療の質，診療の質といいましょうか，患者さんにとっての医療の質

を維持し高めていくことが，もっとも大切であるということについては共通だと思います。それを実際に行っていくために，現状では何がもっとも必要であるのか。

また第２番目の問題としては，今回の今年の４月に始まって来年の４月まで続く医療制度診療報酬の改定という問題が，医療の質を維持し高めていくことにとって，どういう意味でプラスなのか，マイナスなのか。もしもマイナスであるとすれば，どの点が直されなければならないかという問題と，この２つの問題に関連したお話をしていただきたいと思います。そういう観点から場内の皆様方にもご質問いただき，それについて回答，討論をしていきたいと思います。

初めにシンポジストの４人の先生方から，今私が申し上げたような問題につきまして，もしもご意見がありましたらよろしくお願いしたいと思います。いかがでしょうか。また場内の皆様方から４人の先生方に，「この点についてはどうか」というご質問，ご意見がありましたらお伺いしたいと思います。どうかお願いします。はい，どうぞ。

A　瀕死（ひんし）の病人を抱えて，これが急に起こった場合もあるし，直腸癌の末期で起こる場合もあるし，いろいろあります。それからここにおられる方も，私も76歳ですが，みんな天国に行かなければならないことだと思います。

それでお伺いしたいのは，末期というのが急に起こったことであれば，これは末期ともいえない訳ですが，慢性疾患で長いこと寝ていて最後に来たと，これは香典のつもりだというような人もいますし，結果的に最後に亡くなったから問題になる訳ですが，亡くなるか，亡くならないかというのも問題ですし，どうも日本の場合は２回行くところを３回，５回行くという，そのたびに注射をやるなり，管を入れるなり何なりしてくるというようなことが多いような気がしますが，これについて，下村先生，糸氏先生，ご見解を教えていただきたいと思います。

座長　それでは，下村先生の方からどうぞ。

下村　ただ今出た問題については，先ほども少し触れましたが，現在末期医療について議論する場合のデータは，亡くなられた方の医療費統計を，あとになって集計をして分析をしているというやり方がとられていることが多いように思います。

しかし，実際には今先生がおっしゃったように，これから亡くなるかどうかという診断をどうやってやるのかというところが，一つ問題になる訳です。まだ詳しく調べている訳ではありませんが，アメリカなどでは６カ月を超えてそういう診断をしてはいけないというような考え方があるという話も聞いています。あるいは尊厳死が問題になる訳ですが，その場合にも２人以上の医師による診断であるとか，複数の医師による診断が行われる場合が非常に多い訳です。私は日本でも末期医療を問題にするのであれば，６カ月を超えてやるというのは，ぶれが非常に大きくなるからだと思いますが，そういうようなルールを決めていくことが必要ではないか。末期医療に対する批判は，どうもあまり治療効果が上がらないということがはっきりしているのに，スパゲティー症候群というような治療をやることが問題になる訳です。まずは，患者に対するインフォームド・コンセントがしっかり行われて，患者の選択によって，それから先の医療を決めていくということがいいのではないかと思っています。

医療の中身自体をどうするのかというところは，これは病気の状態や種類によっていろいろ違いがある訳でしょうが，いずれにせよ，死が避けがたいという診断がきちんとした手続きのもとに行われて，そこから先は患者の選択に基づいて決められていく，あるいは医師との十分な相談のもとに決められていくという形がとられるべきではないでしょうか。これが私の考え方です。

座長　ありがとうございました。糸氏先生，お願いします。

糸氏　医療の現場にいる者としては非常に難しい問題がたくさんありますが，私個人の考え方から申しますと，これは患者さん本人とその家族，それと主治医，この三者の十分な意思の疎通が一番大事ではないでしょうか。

確かに慢性期の末期医療で医療費がかかることはかかるのですが，しかし，かかったとしてもそう医療費全体に影響を与えるほどの大きいものは

ないでしょう。

また，かつていわれたスパゲティー症候群のようなことが，今，国民の理解も大分進んでいますし，ドクターの方もそれなりに十分理解していますから，要は今まさに人生を終えようとするご本人，それを看取る家族，主治医の３人が十分話し合って，患者さん，あるいは家族の方は病気の実態をご存じない場合もありますし，そこに情報の非対称性という問題もありますので，十分に主治医の先生がお話して，家族あるいは本人の納得のいく末期医療の看取りができれば，私は医療費とかそういったものよりも，人生の最期を迎える人，それを取り巻く人たちが本当に納得して，その方があの世へいかれるという環境をつくること。

また家族が例えば，ここまでにしていただいてあといたずらに点滴とかいうことは結構ですというようにおっしゃれば，それにしたらいいし，また，こういう人工呼吸等はもう結構ですと，それでも私自身が経験したところによりますと，いざ例えば奥様の人工呼吸器を外すと，見る見るうちにピンク色の顔が土色に変わっていくと，さすがにご主人はやめてくれと，分かっていても現実それが今自分の目の前で起こってまいりますと，そこのところが人間としての微妙なところがありまして，理屈では分かっていてもなかなかそれが理屈どおりにはいかないという，非常に難しいところがあるなという経験をしたことも二度となくある訳です。

そういった面から本人はもちろんのこと，ご家族，そして主治医，この３人の十分なインフォームド・コンセントのなかで処理するということが一番大事であって，医療費とかそういった問題については，私はむしろ二の次というように思っています。

座長　ありがとうございました。ほかにご質問，はいどうぞ。

B　少し違う視点ですが，医療費が日本で30兆円というお話がありますが，これはご存じのように，世界の諸国と比較するなかでも，日本の場合は保険の方から試算をするので，必ずしも各国の統計とレベルが同じではないということはよく知られていますが，保険医療のほかに日本で使われるいろいろな医療費は，果たしてどのくらいになるでしょうか。

このへんのことを考えますと，医療の無駄の中で，例えばテレビでだれかが何かをいうと，ワッとそちらの方に医療のお金を使う，あるいはまったく根拠もないような薬ともつかない，何ともつかないものに，実際周りの人たちがどんなにお金を使っているかということを考えますと，現在の日本が先進国でありながら，医学，医療に対する一般の知識があまりにも低すぎるというところが問題ではないでしょうか。これは一般と申しましたが，官僚であれ，経済人であれ，あるいは裁判官でも実際にそういう場に出てみると，何と裁判官に医学の知識がないかと嘆くところも多い訳です。

こういうことを考えますと，例えば日本でマスコミの方，あるいは週刊誌などを見ても，いかに愚かな医学知識を述べているか。これが例えば代表的なアメリカのニューズウイークやタイムの医療の記事を見ると，感心させられるものが非常に多い訳です。

各界の代表の方が，医学の知識を日本全体のレベルを上げるようにもっと力を入れると，医療の無駄がなくなるのではないかと常々考えていますが，壇上の先生方のご意見はいかがでしょうか。聞きたいと思います。

座長　ありがとうございました。今のご指摘につきまして，どなたか４人の先生方のうちでお話いただけますか。下村先生，お願いできますか。

下村　私だけで十分かどうか分かりませんが，ただ今の問題については，おっしゃるように医療に対する過信のようなものと，一方からいうと，医療あるいは医師に対する不信感みたいなものと，両方が混在しているような気がします。

先程申し上げましたが，医療に対する正確な知識，いろいろな面で患者に対する教育，国民一般の医療に対する理解を深めていくことは必要なのではないでしょうか。私どもはそう思っています。

保険者機能ということが最近よく話題になりますが，そういう患者教育といった面の仕事になれば，私どもも健康保険組合のようなところももっとやるべき仕事があるのではないか。そういう面

に力を注いでいきたい。そういう意味では保険者機能の議論に絡んでは，医療機関情報や医療情報のようなものを提供するというのが，まず第一に私どもとして力を入れていきたいと思っている仕事です。

いろいろな患者関係の団体の方に聞いてみましても，インフォームド・コンセントというようなことがあるけれども，医療関係者の話を間に立って通訳というか，翻訳というか，患者に対する援助を与えていくような仕事が必要だというような話も耳にしますので，私どもがそういった面で力を注いでいく余地がまだまだある，現状十分にいっているとは思っていませんが，そういう仕事を大いに強化していくべきだと考えています。

座長　ありがとうございました。ほかにありましたら。はい，どうぞ。

C　医療の無駄を考えた場合には，その結果を評価して，そしてそれを変えていくというやり方が必要なのではないかと思います。今お話が出ましたように，医療の質を問題にするときに，評価をするためには,医療の質をどんな指標でみるか,そういうことが必要ではないでしょうか。

これは質問ではありませんが，できるだけみんなが分かるような指標をいろいろ出していただいて，実際に評価がしやすいようにしていくということ，ぜひそういう作業をしていただきたいと思います。

座長　ありがとうございました。それでは時間がありませんので，もう一方。はい，どうぞ。

D　糸氏先生が先ほど入院，外来について，むしろ入院の方に問題多いとおっしゃったように思いますが，OECD諸国の統計によると，GDP比ですが，入院の費用より外来の費用の方が日本がずば抜けて多い訳です。諸外国に比べると外来費は日本が一番多い。逆に入院費用が一番低い訳です。こういうことで両方大切ですが，むしろ日本の場合外来の方に問題があるのではないかと考えます。

それが第一と，それから社会的入院はともかくとして，入院するというのはよほどのことです。したがって，入院の方に問題が多いと決めてかかるのも問題かなと思います。

それからかかりつけ医についてですが，かかりつけ医の重要性については十分認識しています。また紹介制度についても認識しています。しかし，紹介率などをあまり重視しすぎるとかえって重複診療になるのではないかと考えます。またそういう傾向も多いと思いますが，いかがでしょうか。

座長　糸氏先生，お願いします。

糸氏　ただ今，外来の費用，入院の費用というお話がございましたが，私はわが国の外来は非常にアクセスがいいということが，入院に至るまでの予防的な効果に連動しているのではないかと，そのことによって外来受診にブレーキをかけている部分も，ある程度評価しなくてはいけないと思っています。

入院は確かに全体の医療費からみますと，かつて診療所と病院という２つの医療機関物の対比からすると，フィフティー・フィフティーという形であったものが，どんどん病院の費用の方が大きくなってきています。これは病院のファンクションからみて当然のことだろうと思いますし，それがどうこうという訳ではございません。

しかし，外来の重要性ということは，先ほど少し話が出ていました，住民に対する健康教育といったような問題と同じように，できるだけ入院をしないで済むような方向へ，あるいはまた最低でも外来だけでブレーキをかけられるような，あるいはストップできるような方向へ，例えばワンデイサージャリーのようなもの，または一般の生活習慣病における外来でのコントロールといったような形で，入院を今の外来のアクセスのよさでかなり抑えているのではないでしょうか。

ただ,外来の費用が大きすぎるという御指摘が,どういう意味でおっしゃっておられるのか分かりませんが，それなりの外来でのアクセスの良さというのは，今後も維持していくべきだろうと，ただ,無駄な外来のあり方ということは問題ですし,また，かかりつけ医について御指摘がございましたが，わが国のかかりつけ医は，全国的な統計をとっても，国民の73%が何らかの形で自分のかかりつけ医を持っているという実態から考えると，かかりつけ医は医療の効率化に大きなイニシアチ

ブを持っているのではないかと思います。

ただ，今ようやくいくつかの大学で総合診療科というのが出ていますが，あれは私はかかりつけ医とはまったく異質のものだろうと思っています。むしろ日本医師会辺りがやるか，あるいは大学のすべての講座にかかりつけ医といったような，いわゆる第一線のプライマリーケアを担当する医師の教育をやるのか，また，それができるまでの間は，地域医師会あるいは地域の病院が一体となってかかりつけ医を育て上げていく，あるいは研修体制をつくっていくことが必要ではないかと思っています。そのことが医療の無駄を省くうえで大きな一つのゲートになるのではないかと思っています。お答えできたかどうか分ませんが。

座長　この問題はそれぞれの国の診療所および病院の比率や分布状態，それに対するそれぞれの国民の考え方や，いろいろな問題が絡んでいて一概に言い切れません。下村先生，どうぞ。

下村　かかりつけ医の問題は糸氏先生はおっしゃいませんでしたが，中医協で診療報酬改定の議論をするときにこのところ毎回，論点の一つになっている問題です。

私どもからいうと，先ほど自由標榜制の話も出ましたが，地域の診療所に行くと必ず内科という看板がかかっていて，非常に紛らわしいです。内科・外科，内科・小児科，内科・皮膚科，内科・耳鼻科とか，あらゆる種類の標榜があるのが実態で，私どもからいうと，かかりつけ医がどういう医療サービスを提供するのか。かかりつけ医の提供するサービスの内容や，どこでそういうサービスが受けられるかということを明確にしてほしい。そのうえでかかりつけ医についてはしかるべき評価をするということであれば，支払い側としては積極的に対応したいと申し上げてきています。なかなかそれが実現しないのが実状だということを一つ申し上げておきたいと思います。

それから，そういう実態を背景にして私どもからいえば，東京のような大都市部では病院の外来と一般診療所の外来がいわば同一平面上で競合している，あるいは競争しているような状態がある訳で，そのなかで数字的にいえば，一般開業医の外来がだんだんウエートを落としつつあるようにみえる訳です。これがいいことかどうかということで，そういう点があるので，開業医さんの方は，もっとかかりつけ医として，どういう特色を出していくのかということをはっきり示してほしいと，こういう希望をするという形になっています。

それから，今現在保険でのべつ唱えられている紹介制というものが，実質的にあれで十分なものかどうかということについては，もう少し検討をする必要があるだろうと考えています。やや形式になっているところがあって，実質的に紹介が十分に機能しているかどうかという点については，私どもはもう少し実態を調べたりしたうえで，議論の余地がある問題が残されているのではないかと考えています。そのへんもぜひはっきりさせていく問題だろうと思います。

それから先ほどお話が出たことについていえば，健保連として医療機関情報のようなものを提供したいということで，診療所まで含めるとなかなか難しいものですから，病院を中心にして医療機関情報を提供するということをやってみたいと思っています。

先ほど，質を，ということでしたが，医療機関の評価をそのなかに入れ込むことができるかどうか，これはなかなかできないだろうと思いますが，なるべく客観性のある情報を患者に提供する。患者の方はいい医療機関，端的にいえばいい医者を探したいと思っていることが多い訳で，それを患者側が調べる場合の手がかりになるような情報を提供できればと思っている段階です。質そのものの情報はやはり非常に難しいと思います。

最近あるお医者さんが書いた本を見てみると，自分は消化器の外科の専門家だから，胃癌の手術が必要なとき，胃癌の名医に会うのは簡単だと思ったけれども，専門家の自分が探してもいい医者を見つけるのは大変だった，というような記述が出てまいりました。そのくらい質の評価は難しいことだと認識していますので，軽々なことは申し上げられませんが，なるべく客観性のあるデータをそろえて，患者さんがそういう場合に何らかの役に立てるような医療機関情報の提供ということを考えてみたいと思います。

日本病院会の方にも実際上いろいろご意見を承っていますし，医師会側の方にもいろいろとご

協力を賜る面があると思っていますので，こういう席を借りて恐縮でございますが，ぜひよろしくお願いしたいと思っています。

座長　どうもありがとうございました。

まだまだご質問，ご意見があると思いますが，予定された時間を大幅に超えていまして，このへんで終わりたいと思います。

４人の先生方がそれぞれのお立場から，実にするどく現場での無駄の問題についてご指摘なさいました。これにつきましては，場内の皆様方も十分にその内容をお考えになって，今後の日常の診療，病院経営に生かしていただくようお願いしたいと思います。

それでは４人の先生方，どうもありがとうございました。拍手をお願いします。

日本病院会の倫理綱領

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

1. 医療の質の向上

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

2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

5. 地域社会との連携の推進

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

社団法人　日本病院会

新製品

投薬管理システム **メディカルメイト** MM-100（注射薬保管用）

多彩な機能で投薬業務を変える。

診療支援機能

- 薬品情報の提供
- 投薬予約機能
- 患者別投薬履歴の参照
- 過量投薬チェック
- 配合禁忌チェック
- 庫外薬品の管理
- 実施入力負荷の軽減
- 患者別担当者の設定

薬剤事故の防止

在庫管理機能

- 在庫一覧表示
- 補充薬品一覧
- 破損・破棄一覧
- 薬品別消費統計
- 他の在庫管理システムとの連携

薬品管理の省力化

メディカルメイトの特長

1. ID確認と取り出し検知により、誰が・いつ・何の薬品を・いくつ取り出したかを自動判別し記録します。
2. 過量投薬、禁忌等のチェック機能により薬剤事故防止を支援します。
3. オーダー情報に基づいた薬品の取り出し管理、患者毎の投薬実施状況表示、および薬品添付文書の表示を行います。
4. 医事コンピュータに接続することにより、患者毎の消費医薬品を確実に医事請求へ反映します。
5. 薬品在庫管理システムと接続することにより、薬品のカウント・補充請求業務を支援します。

医事支援機能

- 医事システム連携
- 患者別投薬実績出力

確実な医事請求

※詳しいカタログを用意しています。お近くのクマヒラへお申し付けください。

Security & Safety
クマヒラ
ホームページアドレス http://www.kumahira.co.jp

東京本社 東京都中央区日本橋本町1-10-3 ☎(03)3270-4381
本店営業部 東京都中央区日本橋本町1-10-3 ☎(03)3270-4381
札幌営業所 札幌市白石区中央二条2-2-3 ☎(011)841-0091
東北支社 仙台市青葉区錦町1-1-5 ☎(022)223-9166
関東支社 東京都墨田区両国3-22-6 ☎(03)5624-0439
東海支社 名古屋市東区筒井2-12-30 ☎(052)934-2530
大阪本社 大阪市中央区久太郎町1-9-23 ☎(06)6262-2221
中四国支社 広島市中区本通7-26 ☎(082)248-1411
松山営業所 松山市本町5-5-1 ☎(089)926-0727
九州支社 福岡市博多区中呉服町1-3 ☎(092)281-2168
JIS工場 熊平製作所
広島市南区宇品東2-4-34 ☎(082)251-2111
クマヒラ一級建築士事務所 ☎(082)251-2111

疾病予防から医療・介護への軌道―機能の流れと連携

平成14年６月21日（金）・東京

座　長
済生会神奈川県病院名誉院長　**山本　修三**
シンポジスト
全国社会保険協会連合会副理事長　**伊藤　雅治**
高知県・高知市病院組合理事　**瀬戸山元一**
医療法人若弘会理事長　**川合　弘毅**
横浜市医師会常任理事　**宮川　政昭**

座長　山本でございます。皆さんおはようございます。２日目の第一番，第２会場の最初のプログラム，「疾病予防から医療・介護への軌道―機能の流れと連携」というシンポジウムを早速始めさせていただきたいと思います。

このシンポジウムの狙いですが，学会長の秋山先生が「医療改革は現場からの提言で」というメインテーマをあげられました。

そして現在の医療提供体制が，２次医療圏を中心とした地域医療，地域を単位として，医療機関の機能分化ということで，診療所の機能，病院の機能等々がいろいろな形で施設が連携をして行われています。さらに急性期，慢性期といったような考え方も入ってきて医療が行われていますが，現在行われている医療提供体制は現場からみて，今のままでいいのか，現状と大きな乖離（かいり）があるのではないかといったような考え方もございます。

そうしたなかで，医療の現場で働く皆さんが考えた，現場を踏まえて新しい医療の提供体制を，どのように構築していったらいいのか，そういう提言をしてほしいということを言われています。

これに関して今日，４人のたいへん素晴らしいシンポジストの先生方をお願いしております。では，早速第１席から，まず一人ひとりご発表いただきまして，残った時間でディスカッションをしたいと考えています。

トップバッターは伊藤先生，どうぞよろしくお願いします。簡単にご紹介申し上げます。伊藤雅治先生は皆さんご存じかと思います。昭和43年に新潟大学を卒業なさいまして，平成10年から13年まで厚生労働省の保健医療局長，医政局長をおやりになりました。この間に今の提供体制の基本ができました。そうした元行政の立場から，これからを見つめたお話をしていただけるということです。先生，よろしくお願いします。

伊藤　ご紹介いただきました伊藤でございます。まず，わが国の医療提供体制の問題点と今後の方向について，お話をさせていただきたいと思います。

〔機能分化を促す医療法改正の経緯〕

わが国の医療提供体制の問題点を要約すると，非効率的，非競争的な医療提供体制ということに集約されるのではないかと思います。病床数が多い，医療従事者が少ない，平均在院日数が長い，機能分化が進んでいない。一方，新規参入の制限，必ずしも優れた医療が評価される仕組みになっていない。こういう問題点に対して，どのように今まで取り組んできたかということです。

過去４回医療法改正が行われていますが，一口でいえば，医療法という法律の観点から，機能分化と連携をいかに進めるかというのが基本的な流れであったと思います。ご案内のように，第１次改正では医療計画制度の導入，第２次医療法改正では特定機能病院と療養型病床群，つまり結核・精神・感染症以外の病院を，機能によってはじめて病床を区分したということです。それに続き地

域医療支援病院，それから一番最後の2000年の第４次医療法改正では，一般病床，療養病床という区分を行いました。

特定機能病院については，大学病院の本院とナショナルセンター82という形になっています。最近の医療法改正で設置された療養病床と一般病床が，法律改正時から今年の３月までの時点でどういう動きになっているかということですが，法律改正時には126万床のうち25万床が療養型病床群でした。

今年の３月の時点では法律改正後療養病床となったのが６万床，一般病床に移ったのが12万床，その他の病床が108万床となっています。これは来年の８月にどちらかに決めることになっていますが，これは一つの通過点ということで，その先この結果を踏まえてどうするかということではないかと思います。

一方，地域医療支援病院は第３次医療法改正で制度化されましたが，今年の３月時点で病院数で39，病床数で約１万1,000で，大部分が医師会立ということで，いろいろ条件をクリアして手を上げてくる病院がわずかにとどまっています。これはなぜこうなっているのかということも，また一つ考えていかなくてはいけないと思います。

〔機能分化を促す診療報酬上の措置〕

もう一方，医療法という法律の面に加えて診療報酬のサイドから，いろいろ機能分化と連携を誘導するための経済的な裏付けという形で，診療報酬が改定されてきました。

1992年の診療報酬改定において初めて，情報提供料という形で保健・福祉サービスとの連携の評価という考え方が取り入れられました。そして94年にかかりつけ医機能の評価，またかかりつけ医を支援する病院を評価することが取り入れられ，６年200床以上の病院の外来の特定療養費制度，さらに2000年の改定においては，紹介外来加算，紹介外来特別加算，逆紹介，入院基本料の新設，急性期特定病院加算などいろいろ行われました。そして今年の改定においても，急性期入院加算の見直し，６カ月超の入院の特定療養費化，一口でいうと，今まで診療報酬のサイドからもいろいろ手を打ってきたというのが実態です。

しかしながら現状を考えてみますと，医療提供体制の機能分化と連携が，必ずしも思っていたほど進んでいないというのが現状で，これを今後，どういう方向を目指して，何をやっていくべきかということにつきまして，若干の提言をさせていただきたいと思います。

〔機能分化と連携への提言〕

まず第１点としまして，どういう医療提供体制をつくっていくかという根本的な理念を転換すべきだと思います。つまり，情報提供の促進と患者の選択による医療行政を基本に置いて，具体的な施策を検討していくべきだと考えています。

具体的にはまず，今回の医療法改正によって広告規制の緩和がかなり進みましたが，広告規制の考え方の基本的な理念を見直していくべきだと考えています。現在の医療法では，広告できる事項を原則禁止のうえに立って，限定的に列挙していくという考え方をとっています。

しかし，患者さんが医療機関なり医師を選択していく，その情報をできるだけ的確に提供していくということからいうと，すべての医療機関に必要最低限の情報の開示を義務化していくということが基本になるべきではないかと思います。それは病院の医師の経歴なり，人員配置なり，看護師の配置なり，その医療機関の治療実績なり，患者さんが一番知りたいと思っている必要最低限の開示を義務化する。そして医療機関の診療内容の開示を促進することによって患者さんが病院を選択できるようにすることです。

もう一つは，病床規制の廃止が必要ではないかと思っています。つまり，病床規制の考え方はベッドが増えることによって不必要な医療費が増えていくという考え方に立っていますが，本当にそうでしょうか。つまり，患者の選択ということに重きを置いていけば，参入制限を取り払っても，いい加減な医療をしている病院は経営が成り立たないという形にすれば，病床規制は廃止をしていいのではないでしょうか。

同様に，医療法の人員配置基準や構造設備基準を廃止して，これを逆に医療機関の経営者の責任において，自らの病院の人員配置基準や構造設備基準を積極的に情報開示をしていくという方向に

持っていくべきではないかと思っています。

そして今，医療機能評価機構において進められています，EBM に基づく診療ガイドラインを，患者さんが容易にアクセスできるような体系に持っていく，つまり標準的な医療について，患者さんがもっと勉強をしていただいて，お医者さんに自分の意見をいいながら医療を進めていくという方向に持っていくべきではないかと思います。

第２としまして，病院と診療所，医療機関同士の連携を深めていくという観点に立ちますと，紹介率の向上に向けての具体的な取り組みを強化していくということが基本になってくるかと思います。そのためには，医療機関の診療機能のデータベースを作り，医療機関同士が，容易に紹介できる医療機関を適切に選択できるという体制をつくっていくことが必要ではないかと思っています。

それからもう一つは，今クリニカル・パスに取り組む病院が非常に増えてきていまして，これ自体は必要なことですし，今後進めていかなくてはいけないと思います。しかし１病院単位でやるところから，さらに病院と診療所なりいわゆる地域の医療機関同士が，一つのグループをつくってパスをつくるというようなことも，医療関係者が積極的に取り組んでいく必要があると思います。

それからもう一つは，病院のことについてはいろいろ議論の俎上（そじょう）に上りますが，診療所の資質の向上が一番基本の問題ではないかと思っています。

つまり私が患者の立場に立っても，地域の開業の先生が，どういう症例を過去にどれくらい経験し，どういう専門性を持っているかということを初め，どういう病院でどれくらいの経験を積んできたか，そういうことについての情報も不足しています。

もう一つは，昨日まで大きな病院の脳外科部長をしていたり，心臓外科の部長をしていた先生が開業するということになれば，当然かかりつけ医機能，総合的な内科，家庭医的な機能，適切な地域における病院との連携，ゲートキーパーの役割を果たしていくということからいうと，開業前に必要最低限のそれにふさわしい研修の体系を，とくに地域医師会なり医師会の責任において，そういう仕組みをつくって，地域住民や患者さんの期待に答える開業医の資質の向上に答えていくべきではないかと思っています。

３番目に，今後，病床数を減らして高度な機能を持つ病院が経済的にやっていけるように，とくに急性期へ特化していく場合の診療報酬上の手当てが必要になってくるかと思います。そのためには，一例ですが DRG-PPS などそういう具体的なデータを積み重ねて，特定の医療機能が十分果たせるような診療報酬体系に組み替えていくことが，何にも増して必要になってくるかと思っています。

最後の４点目ですが，現在の医療提供体制120万床，いわゆる急性期に着目すれば，50～60万床程度でいいといわれていますが，一方，残りの60万床はどうするかということです。これは介護保険制度の見直しとも関連しますし，来年８月の一般病床，療養病床の区分の一つの議論になりますが，将来的な方向としては，病院という体系と介護施設という二つの体系に分けて，病院は医療保険，介護施設は介護保険という基本的な方向ではないかと思っています。

そして現在いろいろ議論になっています回復期リハ病棟や難病など，医療の必要な療養病床の対象と考えているものについては，これは病院という一つの体系のなかで，きちんと経営が成り立つような方向に整理をしていく。そして介護施設は３施設類型を一元化し，病院のベッドについてはいわゆる一般病床という形で一元化し，そして中の細かい区分については，病院開設者の責任において，自由に患者さんの特性に応じて医療を提供していける仕組みにする，そしてコストについては，DRG-PPS のようにコストを積み上げて，適切な診療報酬上の手当てが行われるという方向が基本の方向ではないかと思っています。以上でございます。

座長　どうもありがとうございました。

それでは第２席，瀬戸山先生，よろしくお願いします。瀬戸山先生は皆さんよくご存じのことだと思いますが，昭和45年に京都大学を卒業しておられます。最近では平成４年から平成12年まで島根県立中央病院の院長として，わが国の電子カルテ導入の第一人者の１人というように考えていま

すが，現在の主な役職は，平成10年４月から日本病院会の常任理事，そして現在四国で新しい病院の立ち上げをやっております。著書もたくさございます。それらは抄録に書いてございます。では，瀬戸山先生，よろしくお願いします。

瀬戸山　おはようございます。では，私は病院側からの立場としての提言をさせていただきたいと思います。

現在，先進諸国における病院医療としてのグローバルスタンダードは，病院統合，病床縮減，機能特化という方向で進んでいることはご存じのとおりです。

このような状況のなかで，今までの日本型医療の有効性を判定しますと，フリーアクセス，公平な医療，高い医療技術，安価な高度医療，そして長寿国家などと，素晴らしい言葉を並べることができます。これについては実績があり何の偽りもないところですが，実際に現状としてはどうかということをみてみますと，まず，病院においては医療費抑制の方向（**図１**）ということになります。医療費抑制とは，医療費の増大抑制から，医療費抑制となり，このたびは医療費縮減という方向で進んだことからも，病院にとっては大変な時代を迎えているというのが現状だろうと分析しています。

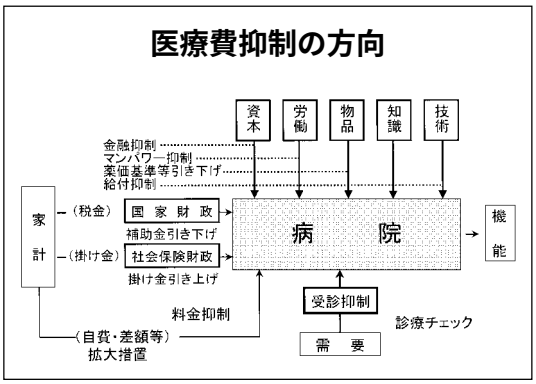


図１

もう一つは患者さん側から，あるいは住民の方々から医療をみたときに，どのような声があるのかということです。いまだに患者さん不在，待たされる，短時間診療，説明不足，密室等との医療が，一時よりも減ったかもしれませんが，まだ残っているのが現状です。私たち病院側も，このような現状を現代医療の課題として，真摯にとらえることが必要であるとも思っています。

そこで，私に与えられたテーマは急性期，慢性期という問題ですが，伊藤先生がおっしゃられたように，来年８月には一般病床か療養病床かの選択が迫られることになります。今までにも，このような論議はずっとされてきました。結局，論議に終止符が打たれることなく，選択の時期が設定された訳ですが，今後，この論議が，どのような形で，どのような観点で行われるかなどについては積極的に取り組まれなくてはならない重要な課題であると考えています。そこで，医療の原点にもう一度，立ち戻ってみる必要があるだろうと考えます。

医療の挑戦という歴史からみますと，飢餓から餓死，病気から病死，老化から老衰，になっていました。ところが，老化が進み寿命という問題のなかで新たに誕生したのが，いわゆる寝たきり老人であり，痴呆老人になります。今までの医療界では単に疾病との対応が中心であり，このような対象を明確にとらえていませんでした。この医療の挑戦のなかで急性期，慢性期ということが考慮されなければならないと思っています。

そこで，保健と医療と福祉を一体融合化したものを統合医療と呼び，医療の観点を地域住民の生活支援活動であると提言してきました。

この，統合医療（**図２**）とは，肉体的，精神的，社会的に，個人，家族，地域に対して，そして，予防，ケア，治療を１つのパッケージにしたもの

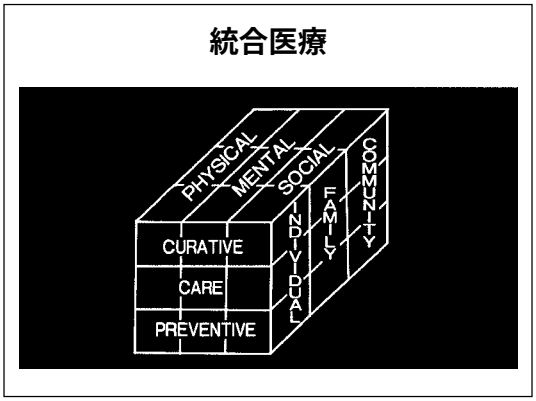


図２

であると考えています。

このように考えますと，統合医療サービス（**図3**）として，現在おこなわれている医療サービス（例）が見直されるべきだろうと考える訳です。いわゆる地域住民の方々の健康状態が正常か，異常か，これに尽きます。今までは正常に対してあまり対応しませんでしたが，突発的異常への対応である救急医療とともに積極的に取り組む必要があります。

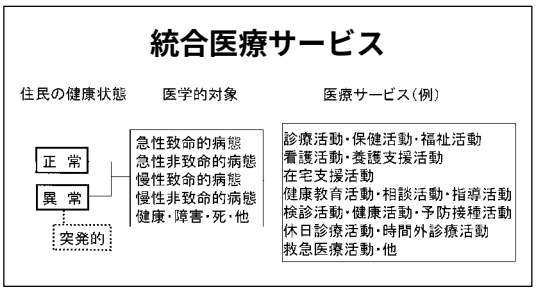


図3

また，急性で致命的な病態，急性だけれども致命的でない病態，慢性だけれども致命的病態，慢性であり致命的ではない病態，それに加えて健康や障害や死というものを，医学的対象として取り組まなくてはならないでしょう。このような取り組みが今まであまり明確にされてこなかったことは事実です。

一方では，伊藤先生がお話しされた医療提供体制の現状について私なりに分析しますと，大きく４つ指摘できると思います。国民皆保険制度，出来高払い，しかも病院フィーとドクターフィーが包含された診療報酬制度があります。そしてフリーアクセス制度です。そのなかで，もう一つどうしても指摘しなくてはいけないのは医療内容，医薬品，診療材料，医療機器等を含めた医療産業などの標準化がなされていないということです。

これからの医療提供体制は，医師の自由裁量性と，国家的な統制について，どのように考えるかということが大きな課題であるといえるでしょう。

そこで，秋山会長の「現場からの提言」ということですから，医療改革への戦略（**図4**）を提言したいと思います。一つは，いろいろな施設が統合もしくは連携されていくべきだと考えます。これはまさにグローバルスタンダードの実践になります。そのなかで IT ネットワークが活用されるべきです。究極的には医療改革への戦略は，すこやかな地域づくりであり，そこに生活される地域住民の方々，患者さん方にとってインセンティブに働くような改革がされないといけない。いいかえれば，医療改革への戦略として地域住民，患者さんのためだという目標が明示されるべきであると考えています。その，ネットワークがあると，医療費の削減が当然出てきますし，あるいは地域の産業が活性化することで，いろいろな企業が医療に参画できるようになり，ひょっとすれば税金や医療保険の掛け金などが削減されるようにもなることが期待され，結果としては，すこやかな地域づくりになるという戦略です。

医療改革への戦略

図4

IT ネットワークの一つとして，諸機関の連携のなかに，当然ながら医療情報ネットワークシステム（**図5**）がつくられていくべきであるというの

医療情報ネットワークシステム

図5

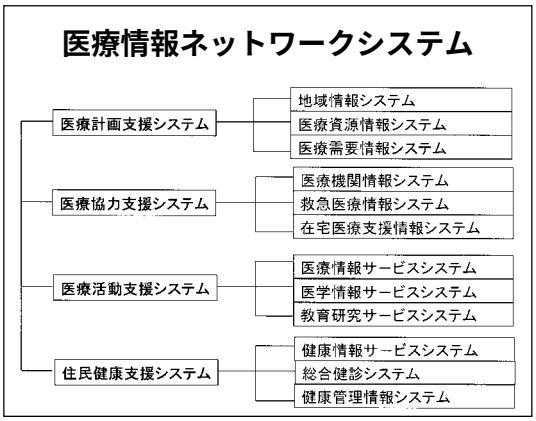


図6

が一つの提言です。そのなかに，患者さんの診療情報の共有化は当然のこととして，それ以外にも必要とされるであろう医療情報ネットワークシステム（**図6**）は，医療計画支援システム，医療協力支援システム，医療活動支援システム，住民健康支援システムなどであると考えています。

“うるおい”,“すこやか”, あるいは“ゆたかさ”などのための医療提供体制（**図7**）として，生活，環境，社会，産業などのなかで，コミュニケーションが図られ，共生が尊重され，究極的には統合医療の実現をめざして，地域住民も参画することが求められているといえます。

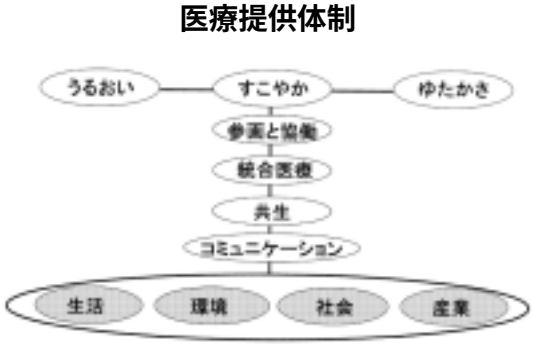


図7

そこで実現に向けての取り組みが必要になります。一つは，医療環境変化の課題（**図8**）として何を考えていくのかです。健康破壊の深刻化は当然ですし，今の医療供給体制の不備という課題も入れて，すべてのことについて真摯に受け止めていく必要があるでしょう。とくに病院人としてはこのような課題に積極的に取り組み，そして改善

医療環境変化の課題

- •健康破壊の深刻化
- •治療不可能な病態の増大
- •医療者（医学者）の錯覚
- •医療の恩恵に期待
- •医療費の増大
- •医療保険の財政危機
- •年金構造の課題
- •医学の社会的不適応
- •医療機関の不適応
- •医療供給体制の不備

図8

に向ける努力が必要だろうと考えています。

また医学の対象と目標という観点からは，たとえば内科，外科，整形外科，脳外科というような治療医学がありますが，これらは全部疾病に対する生命の尊厳だということです。ところが予防医学があります。健康についての医学，健康増進のための医学になりますが，残念ながら，まだ治療医学の片手間にしか行われていないのが現状です。この予防医学は QOL への配慮が大きなキーワードになると思います。そしてもう一つはリハビリテーション医学です。急性期，慢性期という論議のときに大きく話題になった一つが，リハビリテーション病床であると伺っています。リハビリテーション医学の対象は疾病ではなく障害なのです。対象が障害であり，自立性の尊重のための医学であるということがしっかりとらえられていなければ，治療医学とはまったく異なったジャンルであると考えられにくいのではないでしょうか。

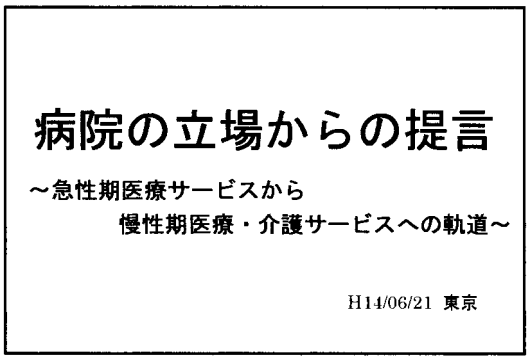
このように統合医療の適用を考えたときに，診断と治療という診療のなかに当然ながら急性期，慢性期の問題があり，それが病院医療でもあったわけです。しかし，リハビリテーション訓練，生活指導，訪問医療，環境設定，ある意味では老化対応，精神保健，痴呆対応，そして死の選択までも医療のなかで考えていくということが，これからの医療提供体制のなかにはぜひとも必要なことだろうと提言させていただき，話を終えたいと思います。

座長　どうもありがとうございました。

それでは第３席，川合先生，お願いします。川合先生は昭和42年に東京慈恵会医科大学を卒業な

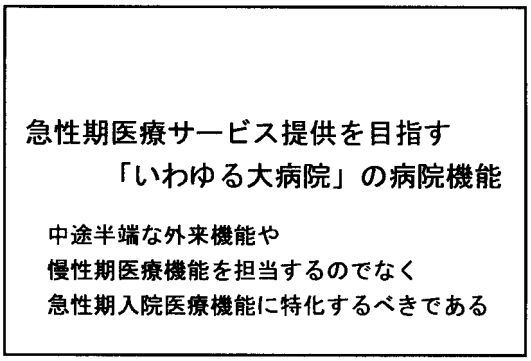
さいまして，54年から１年間ほどベルリン自由大学に留学をなさっておりますが，現在医療法人若弘会の理事長として，日本病院会の常任理事および介護保険委員会等の委員長としてたいへんご活躍をいただいている先生です。先生，よろしくお願いします。

川合　与えられたテーマはこれですので（**スライド１**），急性期医療から慢性期・介護までの軌道ということをやらせていただきます。



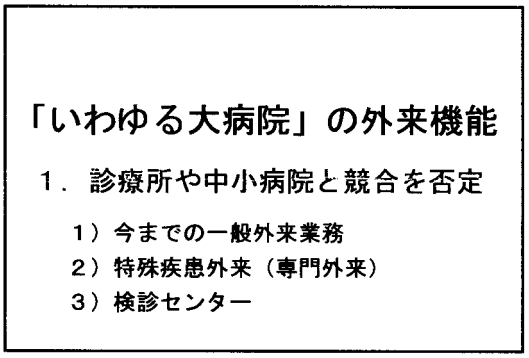
スライド１

まず急性期医療サービス提供を目指す，いわゆる大病院,「いわゆる」をつけた理由は大きさとかいろいろありますが，急性期医療ということでいわゆる大病院と表現します。中途半端な外来機能や慢性期医療機能を担当するのではなくて，急性期入院医療機能に特化する必要があると思います。**（スライド２）**



スライド２

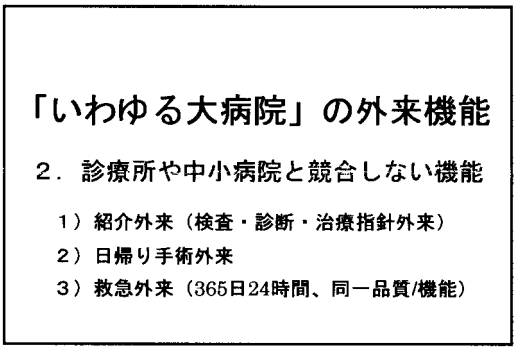
いわゆる大病院の外来機能は，診療所や中小病院との競合を完全に否定すべきです。今までの一般外来業務はやめるべきであるし，また特殊疾患外来といえどもこれは譲るべきです。検診センターは予防医学ですから全然別のものだと考えます。（**スライド３**）



スライド３

いわゆる大病院の外来機能は，先ほど申しました，診療所や中小病院と競合しない機能ということで，紹介外来，検査外来，診断外来，やはり一番大事なのは治療指針外来ではないでしょうか。

次に，ワンデイサージャリーはもちろん大病院でなくてもできますが，これはあってもいいかなと,救急外来は何も大きくなくてもいい訳ですが,365日24時間同一品質，同一機能，これが今，日本の救急医療で一番欠けているものだと思います。（**スライド４**）



スライド４

急性期病院は，医療法では完全型の一般病床，看護婦は２対１では足りない訳ですからもっと必要だと思いますし，急性期特定入院加算，あるいは支払い方式はPPS/DRGかなと，外来機能は先ほど申し上げたものです。（**スライド５**）

実は慢性期病院が一番困ります。これは今年４

急性期病院（いわゆる大病院）

1．医療法　：完全型の一般病床
2．看護婦等 ：２対１以上
3．入院機能
　1）急性期特定入院加算（平均在院日数１４日以下）
　2）PPS/DRG
4．外来機能
　1）紹介外来：検査・診断・治療指針外来
　2）救急外来：365日24時間、同一品質/機能
　3）日帰り手術外来

スライド５

月の診療報酬改定の出る前の議論のなかで厚生省から出てきた書類です。（**スライド６**）

療養病床に入院する患者（案）厚生労働省H13/9/26

	療養病床	
	医療保険適用型	介護保険適用型
要件	長期にわたり療養を必要とする患者のうち、比較的医療密度の高い医学的管理を要するもの	要介護者であって、医学的管理を伴う長期療養の必要なもの
例	脳血管疾患等の発症後3ヵ月以内で回復期ﾘﾊﾋﾞﾘを要する者 脊椎損傷、神経難病等により人工呼吸器管理を要する者 等	糖尿病と痴呆の合併した者 経管栄養を要する独居者 等

スライド６

療養病床には医療保険適用型と介護保険適用型があります。

要件，長期にわたり療養しようとする患者のうち比較的医療密度の高い医学的管理を要する者。次は，要介護者であって医学的，何となく要介護という言葉が加わっているだけで，どこが違うのかなと。ただ，大きく違うのは脳血管疾患等の発症後３カ月,回復リハビリテーションのことです。脊髄損傷，神経難病等による人工呼吸器の管理を要する者。これは特殊疾患療養病棟のことです。

次は，ここで私はびっくりしましたが，糖尿病と痴呆の合併した者,経管栄養を要する独居者等,こういう方はいったい何人いるのかなと。これは老健局と違います。保険局の書類だったと思いますから，これはこれでお互いに局が違えば物の考え方が違いますから，いいのでしょうが，こういうようなことがあって，いったい何なのだろうかというのが私のむしろ疑問です。

いずれにしましても，医療であれ，介護保険であれ，療養病床は１日定額払いです。点数と単位の違いだけで，支払い方式はまったく似たようなものです。（**スライド７**）

医療/介護保険を問わず

療養病床は１日定額払い

スライド７

医療保険適用型の療養病床は，先ほども話があったように，緩和ケア，回復期，特殊疾患療養病棟です。サブアキュート・ケアユニットはいったいどうなるのだろうか。これは必要なのか，必要でないのかという話です。（**スライド８**）

医療保険適用型療養病床

１．緩和ケア病棟
２．回復期リハビリテーション病棟
３．特殊疾患療養病棟
（４．サブアキュート・ケアユニット）

スライド８

例えば急性期入院医療の平均在院日数が，ヨーロッパ型の２週間を割ったと仮定したら，サブアキュート・ケアユニットは必要なのか，不必要なのか，必要とすればいったい何万床いるのか，特殊疾患療養病棟にこの機能を持たせるのか，あるいは別の概念を持ってくるのでしょうか。（**スライド９**）

ここでちょっと話は変わってしまいますが，医療機関と機能分化といった場合に，プライマリーケアはクリニックに任せるべきだ。専門外来もクリニックに任せるべきだ。救急は急性期病院がや

急性期入院医療の平均在院日数が
ヨーロッパ型の２週間を割る！

- サブアキュート・ケアユニットは不必要か？
- 必要とすれば、何万床か？
- 特殊疾患療養病棟にこの機能を持たせる？！

スライド９

るべきだ。在宅医療はクリニックに任せるべきだ。入院医療はいわゆる急性期はここでやるべきであるし，療養病棟は慢性期病院に任せるべきだ。こんなクリアカットに切っていいのかどうかは別にして，そう思います。（**スライド10**）

医療機関と機能分化

	外来医療			在宅医療	入院医療	
	ﾌﾟﾗｲﾏﾘｹｱ	専門外来	救急外来		一般病棟	療養病棟(*介護)
診療所	◎	◎	×	◎	×	△
慢性期病院	○	○	×	×	×	**◎
急性期病院	×	紹介外来日帰手術	◎	×	◎	×

*介護：指定介護療養型医療施設、**◎：回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟/特殊疾患療養病棟等

スライド10

これからは遊びです（**スライド11**）。平成15年９月１日に，一般病床と療養病床の手上げを行わなければなりませんが，それまでは，その他の病床で100万床，介護保険で19万床，老健28，特養30，合わせて180万床あります。９月１日以降大体５年間で落ち着くという数字と考えていただきまして，医療保険はやはり60万床強くらい，これはすでに保険局でそういうことをいわれています。それと急性期は50万くらい，療養病床・医療保険型は数万床，介護保険は参酌標準で17万という数字が今，ちらほらしています。ただ，今度は医療法というくくりからすると，80万床くらいになります。

ご存じのように，老健は老人保健法，特養は社会福祉法という法律に基づいて運営されていま

病床/ベッド数の予測

			平成１５年９月１日					
	以前		以後					
医療保険	その他の病床	100万床	60万床強	80万床	医療法	一般病床	急性期病院	50万床強
						療養病床	慢性期病院	回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟
								特殊疾患療養病棟	数万床
介護保険	療養型	19万床	17万床				指定介護療養型医療施設	
	老健	28万床	30万床		老人保健法		介護老人保健施設	
	特養	30万床	40万床		社会福祉法		指定介護老人福祉施設	
合計		180万床	150万床		２００７～２０１２年に実現する？			

スライド11

す。療養病床というくくりはいったいどうなるのかという，今から私の夢物語になっていきます。

話は，介護保険はこうあるべきだと私は思います。（**スライド12**）介護療養型医療施設は，医療法ですから医療施設とみなすべきです。老人保健法で行われている老健は，居宅介護支援施設，在宅の駆け込み寺であるべきです。例えば今，駆け込み寺的な考え方はこのどのなかにもあります。むしろ介護老人保健施設に限定してしまうということです。ショートステイとか，そういう話です。特養，介護老人福祉施設，これは収容型の生活施設で，終の住みかになるべきです。介護保険の本則では居宅サービスを第１次的に考えて，いわゆる死ぬまで在宅で生活することを想定しています。これはおそらく平成17年の介護保険法の改正のときに議論になると思いますが，介護保険施設は将来的にはこうあったらどうかという私の考え方です。

介護保険入所施設の機能

介護保険入所施設	法律	医療密度	機能の分化
介護療養型医療施設	医療法		医療施設
介護老人保健施設	老人保健法	薄い	居宅介護支援施設（在宅の駆け込み寺）
介護老人福祉施設	社会福祉法	極めて薄い	収容型生活施設（終の棲家）

スライド12

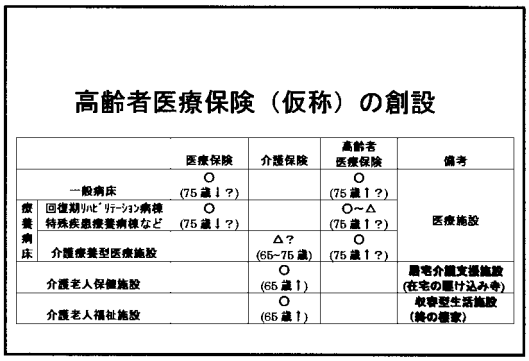
高齢者医療保険制度（仮称），できるのか，できないのか，できるようなできないような訳の分か

らない状態です。健康保険法等の改正すらが，通るとか通らないとか，私はここ二日新聞を読んでいないので話が分かりません。今度の健康保険法等の改正は非常にうれしいと思っていることが１つあります。

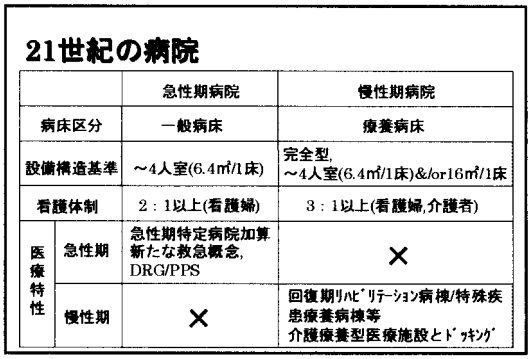
老人保健法等の改正では，高齢者の保険給付は75歳以上と書いてあります。私は1942年の生まれで今年還暦になりますが，あと15年間高齢者ではないということです。青年でいられる訳で，私はこの点だけ今回の健康保険法の改正はいいなと思っています。

冗談は別にしまして，高齢者医療保険制度はあるのか，ないのか。私はやるべきであると思います（**スライド13**）。そのときに，介護療養型医療施設と，いわゆるこういうグループと一緒にしたらどうでしょうか。これはいろいろ議論をしていかないといけないと思いますが，先ほどからいいます老健は，在宅の駆け込み寺であるべきだし，特養は終の住みかであるべきだという感じです。

ただ，年齢の区切りが老人保健法は75歳です。



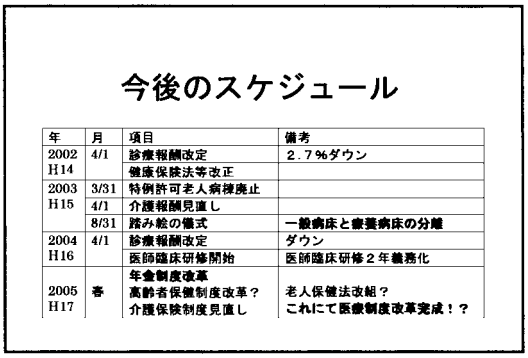
スライド13



スライド14

高齢者医療保険法もおそらく75歳になっていくでしょう。そのときに，しなければならない議論は終末期医療です。若人の終末期医療もさることながら，高齢者の終末期医療もどうあるべきかという議論です。

21世紀の病院（**スライド14**），私は慢性期というのは伊藤先生と違って，介護保険の療養病床と医療保険の療養病床がドッキングした形になります。しかし結果は同じようです。また違うとすれば，伊藤先生が一元化という話ですが，私は，特養と老健の２つの施設は一元化で，療養病床の部分だけ高齢者医療保険制度に出てくるべきかなと，何かディスカッションの話までしてしまいましたが……。



スライド15

今後のスケジュール（**スライド15**），これは17年になっていますが，平成16年に年金制度改革があって，一番大事なのはこれであって，病気になるとはだれも思っていないし，年をとるとはだれも思っていないし，若い人は死ぬとはだれも思っていない訳で，ただ，若い人の一番のポイントは，自分が年をとったときに今払っているカネは戻ってこないということで，平成16年の年金制度改革が一番ポイントで，この辺りまたいい加減な形で決着がつくのではないかと心配しています。終わりです。

座長　どうもありがとうございました。

それでは最後の演者になりますが，宮川先生，どうぞよろしくお願いします。宮川先生は昭和53年に東京慈恵会医科大学卒業，川合先生の10年ほど後輩になります。横浜市の医師会の常任理事で，

地域医療担当ということで，病診連携あるいは診診連携というようなところにたいへんしっかりした考え方をお持ちの先生でございます。どうぞよろしくお願いします。

宮川　皆さんおはようございます。宮川でございます。

今まで３先生，大所高所からお話をいただきましたので，私のような地をはっている人間はこれから肩の凝らない話をします。地域において，病院の先生はどのように見られているのかなという見方の切り口でお話させていただきたいと思っています。私に与えられたのは，どういうような医療連携を組んでいけばいいのかということを中心にしてお話させていただければと思います。

実際に地域医療の多様性は，皆さんご存じのように，医療の高度化，多様化，のみならず，患者さんのニーズが非常に多様化していることに元があります。それから，疾病治療に限らず，福祉・保健領域も含めた対応を迫られています。そして今，機能分化としての役割の分担を迫られ，さらに医療機関の類型化の促進をさせられるということです。

それらへの対応としては機能の明確化，役割分担の実行，多様化するニーズに対する把握，そして，情報の開示と共有化による医療の透明性と，説明責任への対応を迫られているというのが，私たちの今置かれている現状だと思います。

医療機関の情報化というのは，どういうことを考えなければいけないかというと，サービスが住民のニーズに答えているかということや，サービスの質の向上や改善につながっているのかということを検証しなければいけない。そして信頼性と安全性が確立しているかということも検証しなければいけない。そしてそれが効率的なものなのかということも，きちんと考えていかなければいけないということになります。

その情報化のためのバックグラウンドは各医療機関の情報が双方で共有化されていること。今後，IT 化が進行していくなかで，プライバシーの保護と安全性が確立されていること。さらに，医療情報の透明度の向上，および患者さんや家族からの情報公開に耐えられるということ。そして情報公開が医療評価に直結するという認識を個々の医療機関がもっていないと，それらに耐えられないということになってしまいます。

これは当然のことですが，患者さんの中心にして主治医がいたり，他科の先生がいたり，他の病院があったり，取り巻くコメディカルがいたりという図式を，きちんと組み立てていかなければいけないということになります。

ところが私たち診療所の医者は，病院に患者さんを送った場合に,診療所の医師は病院の医師に,必ず紹介した患者さんを戻してくださいねというお願いをします。これがＩパターン（**図１**）になります。

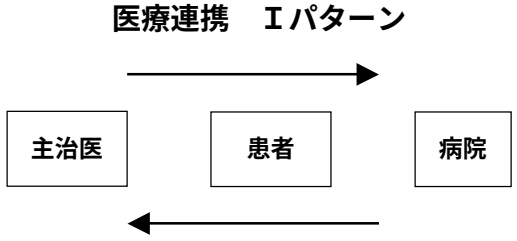


図１

次に，Ａという診療所の主治医が病院に患者さんを送り，病院から地域へ戻す場合。今回の病気が循環器疾患で地域の主治医の先生が消化器専門だった場合は大変苦慮することになります。これが地域支援病院の中でもいろいろな議論になってきている登録医制の中で問題になってきています。そこで循環器の専門医としてのＢという先生に戻そうという形になると，Ｊパターン（**図２**）になります。決してＩという形ではありません。

このパターンは患者さんのその時点で一番問題となった疾病によって，地域の主治医が決定され

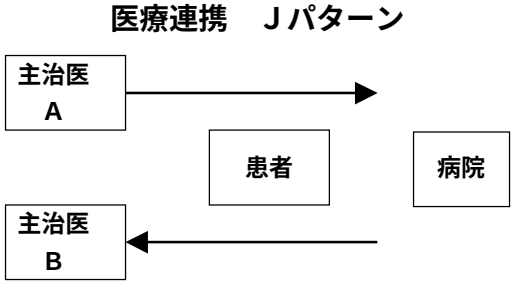


図２

ることになります。

開業医の中には送った患者さんを必ず自分のところに逆紹介してほしいと思う人もいます。このような考え方ですと地域医療が成り立たなくなります。

そうなってくると，私たちの仲間にはいろいろな開業医がいますから，地域の医療集団として，それら開業医が診診連携を組んでどこまでいけるのかどうかが問題となってくるわけです。先ほどお話があったように，地域にはさまざまな科の先生方が開業していますから，その専門性を生かしていけば問題がなくなってきます。その中で実際に患者さんとやりとりをして，内容をきちんと検討して，地域のなかで完結できるかどうかしてみましょう，できなかったら病院の先生に送りましょう，そしてそこからまた集団に戻していただきましょうという取り組みを今度出来ないだろうかということを検討し始めました。これがＴ型医療連携です。

実際に一医療機関における自己完結型ということから，多型医療機関における地域完結型に変化しています。これは病院のみならず診療所の中にも当てはまってきます。Ｉパターンのような紹介連携は，患者の囲い込みには一時的には成功しますが，長期的には医療精度がもちろん落ちてきます。Ｊパターンのような紹介は，病院にとっては理想的ですが高齢患者さんなどの多疾患を内在するような症例に関しては，治療を継続していくことは非常に困難になるということがあります。つまり患者さんにとっては距離的に離れてしまっていて通いきれなかったりする場合が生ずることになります。

そのような場合に，Ｔパターン（**図３**）のような医療連携型は有効なものとなってきます。開業医を含めて専門性を前面に出しつつ，トータルな医療を目指すことができます。一医療機関が一人勝ちすることはありえないのだというように考えていかなければいけません。紹介すると患者さんが帰ってこないというのは時代遅れですし，実際に患者さんは距離的に一番近い医療機関を第一に選択するということは，どのアンケートをとっても明らかになっています。

ですから，Ｔパターンのようなものをとっていかなければいけないし，１人の患者を診療所の医療機関群としてみていくという形になっていくのではないでしょか。

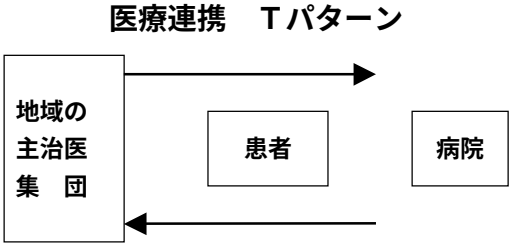


図３

患者さんのアンケートをとってみますと，かかりつけ医がいますかという問いには，いると答えた人は68％にもなります。そして医院・クリニックが60％程度，病院は40％という割合になっています。そのなかで，医療機関を選択した理由は何ですかという問には，距離が近くて便利だからというのが圧倒的に多い。そして前に通院していたからというのが次になってきます。もちろん医者が親切だからというのがありますが，専門医がいるからとか設備が良いからとか，待ち時間が短いからなどという理由は低い値が出ています。

そのアンケートの中で医療機関に対してどういうことを知りたいのかという問には，実際に探し方が分からないとか，専門性や出身大学や具体的なプロフィールを調べたけれども分からないとか，医療機関の特徴が不明などといった理由があがっており，圧倒的に情報開示が行われていないという状態が示されています。病院も診療所もすべてこういう情報開示をしていかないと，患者さんに理解してもらえないということが分かってきました。

先ほどからお話してきたように診療所の医師を中心に地域の主治医集団という形をとって，患者さんを基幹病院との間でやりとりをしていこうという図式が生れてきます。

私は，横浜の保土ヶ谷という所に住んでおりますが，半径５キロの円を形どると三つの区の一部が重なってきます。そして半径２キロの中に大きな基幹病院が４ヵ所もあります。

具体的には，市民病院，船員保険病院，国立東病院，育生会病院の４つですが，このような基幹

病院との間で診療所群として医療連携を行っていこうとしています。このＴ型の医療連携を医師会活動とは別に作り上げAlliance Hodogayaという名称で14医療機関が現在参加しております。皮膚科２，眼科２，耳鼻咽喉科１，泌尿器科１，精神科１，整形外科１，外科１，小児科２，内科３という内訳になっています。

同じ内科でも循環器中心に診療を行っているところから糖尿病を専門に行っている医療機関に紹介したり，消化器疾患も同様に内科系の中でやりとりをしています。このような図式を組み立てていくというのが，今いった地域の主治医集団という考え方です。もちろん，皮膚科同士でも，眼科同士でも同様です。

さらにこの形が進んでいくと結局は共通化や標準化というような作業に入ってきます。クニリカル・パスを設定していかなければいけないということです。ところが，クリニカル・パスは病院の個別のパッケージだった訳です。これをどうやって地域のなかに落としていくのか。個々の基幹病院別に地域の医療機関との間の枠組みの中でもどうしても共通の認識が必要になってきます。

そうなると，いろいろなデータの共有化がポイントになってきます。いろいろな患者さんのデータをどうやって私たちがやりとりをしていこうか，個々の医療機関のデータをどのように集積させるか，どのように更新させるかということがポイントになってきます。先ほどもお話がありましたように，これはIT化を抜きにしては考えられない訳です。一患者一生涯一カルテというような形でIT化されるのが最終目標となっていくでしょう。

ただし，そうなってくると実際にそれは可能なのかどうか，どこまで患者さんのプライバシーも含めた個人情報を医療機関同士がやりとり出来るか。そのやりとりを患者さんがきちんと検証していかなければいけないという形になってきます。そこまで患者さんがうまく検証して，ゲートをうまく作っていくことができるのかどうかということになると，なかなか難しいでしょう。

でも，実際にそういう受診の際に更新しやすいようなものをつくっていかなければいけないとなると，今日，入り口でお渡ししたような医療連携手帳をつくって，患者さんのデータを貼り付けたり，診療の際のコメントで例えば運動しなさいとか食事に気をつけなさいとか，さらに薬局へ行ったら薬の処方を貼り付けてもらって，その時に薬剤師さんの話を聞いてコメントを入れておきなさいとか，いろいろなやりとりをしていく。今のところITがどうしてもうまくできないというところでは，医療連携手帳をうまく利用していくという形で連携を組み立てていくことが必要になってくるのではないかと思います。

どちらにしても，新しいさまざまな連携を組み立てていくということは，これからの地域医療においては非常に重要になっていきます。さらにさまざまな手法を各地で組み立てながら，新しい医療連携を組み立て，これからを創造していくという時代になってきたのでしょう。

山本先生が院長をされていた神奈川県済生会でも，地域の医療機関との間で作り上げたWの会という有名な病診連携の会があります。しかしながら，そのなかでも開業医の意識はまだまだ低いところがあります。病院の先生を突き上げていくくらいのパワーが必要ですし，地域支援病院という形で，病院勤務の先生方から地域の医療の質を上げていくという試みも必要かもしれません。

医療の質はハードとソフトがあるはずです。ハードはもちろん医療機器でしょう。ソフトの部分は医者の持っているハートと実力だと思います。ハートと実力は，先生方の医療の質にかかっていますが，それを上げていかないといけない。逆に先生方は，これからもっと地域の中で選ばれていくのだ，選択されているのだという自覚がないといけないのではないかと思います。いくら立派な病院をつくったとしても，その中に入っていく先生方の生き生きとした姿がないと，選択されないだろうというような気がします。以上でございます。

座長　どうもありがとうございました。

それでは先生方，壇上にお上がりいただきたいと思います。

今，４人の先生方にお話をいただきましたが，とくに打ち合わせをした訳でもございませんが，大体今日のシンポジウムのテーマに関連したいろ

いろな問題が，それぞれの立場で，新しい問題として一部は提言のような形で出されたように思います。

イントロダクションのところで，医療の専門家が，現場を踏まえて，この流れをどういうように構築していくのだということを申し上げましたが，横の流れという意味では機能分化があって，患者さんがそれぞれの機能のところに流れていくというようなことがございますし，縦の糸としては，それぞれどういう医療を提供できるのか，質をどう担保するのか，あるいはその際に情報をどうやって共有していくのか，あるいは費用はどうなっていくのか，そういうようないくつかの問題があると思います。

一つの考え方として，今，４人の先生方が発表したなかの基本的なスタンスとして，患者さん中心というのは外せないだろうと思っています。現場からといって医療側から提言をしても，それが患者さんという立場でみたときに，果たして自分たちにとって本当にいいものかどうか，そういうことが非常に大きな問題になるだろうと思っています。

これから約１時間議論をする時間がございますので，まず４人の先生方にご発表いただきましたので，演者間でご発表の中身について，理解しておかなくてはいけない，あるいはこれはどういう意味だといったようなことがあるかもしれませんので，まず演者間での質疑をお願いしたいと思いますが，何かございませんでしょうか。あるいは，こういうことを問題にしたいといったようなご意見でも結構です。よろしいですか。

まず伊藤先生の発表のなかで，現役の行政から離れられて割合自由にお話をしていただいたなかで，患者の選択という言葉が出てまいりました。それに耐えるために，情報をしっかりと提供して，規制も外せばいいではないか，それは現場のドクターの責任でやっていけばいいというようなお話がございました。

それを受けた形かどうか分かりませんが，瀬戸山先生のお話のなかで，やはりこれからは医師の自由裁量性というものを重要視していかなくてはいけないということがありましたが，そのへんは一致したところになります。そうした現場の立場で，これからの医療提供のあり方の基本的な考え方，行政の規制緩和ということも含めて少し議論をしていただけませんでしょうか。

伊藤先生，どうぞ。

伊藤　繰り返しになりますが，医療法，医師法をはじめ保健師，助産師，看護師の資格法，そういうものが医療提供体制に関連する法律の中心になっています。

医療法の基本的な考え方は，昭和23年に，終戦直後の日本の医療の現状を前提にしてつくっていますから，病院はこれだけの構造設備がなければいけないし，医者や看護婦はこれだけ配置しなければいけない。それを行政が監視をして，守っていないところは行政の責任で守らせるという，こういう仕組みは，根本から考え直していいのではないかということです。

情報開示をしながら，自分の病院にどういうお医者さんを連れてきて，どういう看護職を集めて，どういう医療を提供していくかというのは，基本的に医療の経営者の責任だと思います。行政の介入を必要最低限抑えていくということになれば，病床規制もいらないし，医療法の人員配置基準や構造設備基準は本当に必要かどうか。結局，選択されなくなった医療機関は医療の世界から撤退していただく，それを決めるのは患者さんの選択だという根本理念に立ち返って，医療行政の仕組みをもう一回見直していくことが今，必要ではないかということを申し上げた訳です。

座長　瀬戸山先生，どうぞ。そのあと川合先生，お願いします。

瀬戸山　医療連携についてはのちほど述べたいと思います。

今おっしゃられたように，医療法や医師法のなかで，正当な事由がないかぎり診療を拒否してはならないという応需義務があります。急性期特化の病院にしようとしたときに，医療界では，この応需義務が現実離れになっていることが指摘できます。たとえばレストランですと，フランス料理専門店なら，中華そばという客の注文には対応しなくてもよいのです。にもかかわらず，中華そばを食べたいと患者さんがおみえになると，それを作らなくてはいけない。しかもおいしい中華そば

を作らなくてはいけない。これが医療における応需義務なのです。

また，今問題になっている小児救急一つとってみましても，昨年だけでも小児のインフルエンザからの死亡者が27人という数字が出ています。これはどのようなことで起こったのでしょうか。詳細に調べられなくてはなりませんが，小児救急医療体制の１次，２次，３次というところに問題があるのではないかと思われます。

逆紹介につきましても，病院から紹介するのが逆紹介なのか，病院から診療所へ紹介することがなぜ紹介ではないのか，こういう問題も考えておかなくてはいけないと思います。

それから介護の問題もありますが，たとえば生活習慣病があまりにも多い。急性期，慢性期の問題のなかに当然ながらでてきますが，医師がどこまで関与すべきか。私は，看護師が包括的にフォローアップしてもいいのではないかと思っています。たとえばアメリカのナーシングホームは医師が関与していません。このような問題が，どこまで許されるかどうかという問題があるでしょう。

最後に，混合診療一つとってみましても，患者さんのための方向づけが必要なのだろうと考えます。たとえば，人間ドックのデータ，検診データなどが日常診療でほとんど使えない状況にあります。検査データは時系列で見ていくことが大事なことなのですが，そういうものを見させていただく，使わせていただくことができるようになることも，今後の課題だと思います。

座長　川合先生，どうぞ。

川合　私は伊藤先生がこんなに自由なご意見を持っておられるというのは，現職のときに想像もつかなくて，今まで先生に申し訳ないことを直にお話したかも分かりません。

私は伊藤先生のおっしゃることはまったくそのとおりだと思います。情報の非対称性があるといわれるからこそ，私たちは情報開示，情報公開が必要なのです。私の店では羊を売っていますといって犬の肉を売っていたら，お客はなくなってしまいます。「羊頭を懸げて狗肉を売る」というようなことは当然，患者さんが自分の責任で決定なさることなのです。

情報開示をする前に，私たちざんげしなければならないことが一つあるのかな，と申しますのは，私どもの業界のなかで情報の非対称性と同じように，効用の不確実という言葉がございます。アウトカムが実際には100％的中しない場合があります。

ところが患者さんが私どもの医療機関に求めているのは，かかれば100％命が助かるということを求めておいでになります。ところが私たちは患者さんのご期待を裏切って，しかも本心からうそをついているのではないでしょうが，何とかするよ，大丈夫だよと，はかない希望を持たせます。

ですから，私たちが本当に情報開示しなければならないのは，私たちが提供するサービスの効用は不確実なのですよということを，情報開示することが情報公開の第一歩ではないかと日ごろ考えています。以上です。

座長　ありがとうございます。

宮川先生，診療所という立場で，今テーマになっていますように，現場のことは現場に任せろというのは，医師会のも同じ立場であろうと思います。しかし，そのなかで先ほど伊藤先生の話のなかにありました，診療所の資質というものがみえてきていない。あるいはどうやって向上するのだといったような問題もございましたが，そのようなことを踏まえて，現場の診療所が任せろといったときに，どういう問題があるのかといったようなことをお願いします。

宮川　大変難しいところを指摘されました。横浜市医師会の常任理事をやっていますので，公的な立場と私的な立場を分けてお話します。私的な感想では，周囲を見渡してみて，護送船団方式は現状において難しい局面に来ていると思います。切って捨てるものは切って捨てた方がいいのではないかという感じがしています。少し過激なことをいっていつもしかられていますが，そろそろそういう時代に来ているのでしょう。

伊藤先生のおっしゃったように，その中で生き残っていく医療機関が選別される，いわば淘汰の形になってきているのでしょう。医療に差異があるということを認めなさいというものも，うなずけるところと考えます。その差異を医療機関同士が認めていく，患者さんの方も医療に差があるということも認知していますが，それを見せていく

のが情報開示です。ただ，その中できちんと見つめなければいけないのは，情報開示は決して広告であってはならないということです。広告でなく本当の情報開示になっているのかどうかというのも，患者さんだけではなく医療機関も見ていき，検証しなければなりません。

そういうようなディスクロージャーとアカウンタビリティを医療機関が示した上で，はじめて患者の自己責任というものが示されていくのでしょう。それをきちんと私たちが問うていかなければいけない時代に，もう少しで来るでしょうし，そういうようなことをこれから説明していかなければいけないでしょう。

患者さんにも自己責任があるという中で，医療は成り立っているということを示し，情報開示と説明責任の中で医療を組み立てていくところに診療所の役割はあるのではないかと思います。

座長　ありがとうございます。

ぜひ，今日はフロアの方にも参加していただきたいと思っていますが，もう少し壇上でのディスカッションをしてからフロアに振りたいと思いますので，よろしくお願いします。

先ほどの４人のご発表のなかでいくつかの問題があったように思います。ただ，一つぎくっとしたのは，急性期をやる大病院は外来をやってはだめだと，こういう話がございましたが，この点いかがでしょうか。瀬戸山先生，外来に対する考え方。

瀬戸山　川合先生の案に賛成です。実際に病院機能とは何なのかということを，そろそろ日本の独自の医療体制のなかで考えられていかなくてはいけないでしょう。

日本の病院の多くは，診療所から規模が大きくなったのではないかと考えています。ですから入院機能よりも，外来機能の方に力を傾けてきた部分もあるだろうということです。そのような反省も踏まえて，病院は入院機能に特化していくべきだろう，と思っています。すなわち，紹介型の外来診療という形態をとることが必要だろうと思っています。

座長　先生，今のはうっかりすると誤解がありますが，今の表現でいうと，中小病院で地域に密着してかかりつけ医の機能も持っている病院がたくさんあると思います。そういうものも病院としてくくるのではなくて，大きな病院，急性期，高度の医療をやる病院については，というような前置きがあっていいのですか。

瀬戸山　はい，地域特性も多分にあるだろうと思います。その意味ではおっしゃられるとおり，急性期に特化する病院，サイズではないと思いますが，診療機能を特化した病院については，そのような方向が望ましいということです。

もう一つは，先ほど宮川先生がおっしゃられたように,“かかりつけ医”は診療所だけではありません。病院の方でもあるわけですから，併診制度という，診療所と病院との両方で“かかりつけ医”になろうという診療形態も必要だろうと考えています。

座長　宮川先生，先生のなかでＴパターンというのがございますが，川合先生の急性期の外来の問題のなかで，急性期をやる大きな病院は専門外来も不要だ，それを受けるのが先生のＴパターンというような形かと思いますが，この点いかがでしょうか。

宮川　先ほどご紹介しましたように，Ｔパターンになっていくためには，診療所の中でもさまざまな専門性があります。内科でも循環器，消化器，神経内科，糖尿病など自分の得意な分野があります。そのような形で専門外来を組んで診療をしつつ，一般的なことも診ていくことが重要です。それは,眼科であっても耳鼻科であっても同様です。耳鼻科であれば耳が得意な人，鼻が得意な人などあります。同じ科であっても互いに患者さんをやりとりしていくという，正々堂々としたやり方をしていかないといけません。それを患者さんに見せていくことが，診療所が専門外来をやっていくことになるでしょう。その上に立って，いわゆるかかりつけ医が患者さんの交通整理をしていかなければいけないと思います。それができて初めて，診療所が自立した専門外来を持てるという形になるのではないかと思います。

座長　地域性という問題もございますから，必ずしもそういう形が日本のすべての地域で今，できるということにはならないかもしれませんが，やはり一つの考え方としていいのではないでしょうか。

次の問題は，川合先生のお話した，急性期はいいよ，介護もいいよ，しかし慢性期，あるいは中間期から慢性期の取り扱い，これをどうするのだと。これをもし医療現場に任されたら，どういうようにするのか，このへんを少し議論していただきたいと思いますが，どなたかご意見ございませんでしょうか。伊藤先生，いかがでしょう。急性期と介護の間にあるものは，医師という立場でどうあるべきだと。

伊藤　私は基本的にはさっきいいましたように，法律や規則で細かくがんじがらめにするのは，あまりいい方向ではないという前提に立って申し上げたいと思います。

病院なり介護施設を何で決めるかというのは，一つは医療法なり施設体系の基本となる法律があります。

もう一つは支払制度，例えば医療保険でいくのか，介護保険でいくのか。この二つがややもするとこんがらがったまま議論されます。私は入院や入所ということを前提にいえば，医療法は病院，介護施設は介護施設として整理すべきだと思います。療養病床，老健施設，特養，この３施設を全部介護が中心の人が入るところは介護施設で一元化をすればいいと思います。それを介護保険で払い，そして病院は，一般病床と名前をつけるか，急性期病床とつけるか，慢性期病床とつけるか，それは病院の病床ということで，入院医療が必要な人が入るものを病院の病床とすればいいのではないでしょうか。極めて単純に割り切っています。

問題になってくるのは結局，その他の病床，療養型病床群，療養病床に入っているいわゆる社会的入院の人を，どうやって適切なサービスを提供して，その費用をどこが負担するかということです。

つまり，回復期リハや難病の特定病床のような明らかに医療が必要だという，これはどちらを分類するかというよりも，病院という形ではっきり割り切ればいいと思います。それを療養病床のなかのどちらにあって，だれが費用を負担するかという，そういう議論はこんがらがるもとですから，それは医者と看護婦が中心になって医療をしなければいけないのなら，病院にして医療保険でみるという形にすればいいし，もし仮に病院の中にいても，老健施設の介護施設に移っていただいていい人がいれば，病院から出ていただいて介護保険でみればいいと思います。

要するに今グレーゾーンにいる人たちは，どういう病態で，どういうサービスを受けているかということをきちんと精査してエビデンスを積み上げ，割り振りをすれば結論が出る話ではないかと思います。来年の８月というのは一里塚であって，そのうえでさらに進んで，決着をつけていくことが必要ではないかと思っています。

座長　たいへん弾力的ですっきりした考え方のように思いますが，いかがでしょうか。川合先生。

川合　社会的入院がいったい何ゆえに生じたかということを考えてみますと，実は社会福祉と医療保障，医療保険とを取り違えてしまったところが，どうも問題があるのではないでしょうか。

それともう一つ，高齢者は障害者であり経済的弱者であると位置づけてしまった時期があります。やはりこれも問題ではないでしょうか。と申しますと，田中内閣の福祉元年という辺り，東京元都知事の美濃部さんの高齢者無料医療制度という辺りが，結局のところ社会的入院という方々が，病院にいらっしゃるようになってしまったということです。

過去は過去として，これからいったいどうするかという話になると，伊藤先生と私とはだんだん，だんだん一致してくる訳です。ただ，違うところが一つあるのは，社会福祉事業法が平成12年６月に社会福祉法にかわったように，福祉という物の考え方がかわってしまって，特養が実はかわってしまったということです。それと，老人保健法で行われている老健というのはいったい何でしょうか。

ですから一体化というところが伊藤先生と違う訳で，一体化するならば，介護老人保健施設と介護老人福祉施設は一体化してもいいのではないでしょうか。しかし医療法で規定される療養病床は，高齢者医療保険制度を考える際に，もういっぺん見直しをするべきではないかというのが私の考え方です。

ですから介護保険の一元化論というのは，生い立ち，歴史から考えて，やはりもう一度ボタンのかけ違えがあったという原点から考え直すべきで

はないかというような考え方をします。

座長　よろしいですか。瀬戸山先生，お願いします。

瀬戸山　このようなシンポジウムですから，４者が同じ意見をいっていても面白くないので，あえて対立する訳ではありませんが，異なった意見もいるだろうと思います。

今の話はどちらにしても，医療提供体制を考えていますが，その前にある医療制度がどうあるべきかということです。それが,川合先生がおっしゃられたように医療保険制度なのです。そのところがある程度かちっと決まっていて，そして人員がどうのこうのということにならないと，話がおかしいのではないでしょうか。

たとえば急性期医療と介護ははっきり分かれてもいいと思います。しかし山本先生がおっしゃられたように，中間的なものについての議論があります。それをどうしましょうかということなのです。そうすると，介護にしても現行では医師が関与します。医師の意見書が必要ですし，医師がすべてに絡んできます。本当に医師が介護に必要なのかどうかという問題を考えていかなくてはいけないのではないでしょうか。そうしないと，今の問題はなかなか解決できないと，あえて申し上げたいと思います。

それから，人員や構造という問題がいろいろあります。それが規制改革ということになるのでしょうが，これを取り払っていくような方向がいるかもしれません。

しかし，そのときにやはり何らかの基準が必要になります。それには医療保険なりお金を払うということになることからも，どのような基準が求められているのかということが論議されなければなりません。どこがお金をどのように支払うのかという原点に戻ることになりますが，ある程度自主性に任せるのも一つの方法であるかもしれません。

座長　今の瀬戸山先生のお話のなかで，介護施設で今の制度のなかではドクターが必要になっていますが，ドクターが必要かどうかという話，これは現在の制度は関係なく考えたときに，例えばドイツの介護保険制度では介護施設にはドクターはいません。それを追い出すのに大変だったようですが，ドクターを全部追い出して，そして介護施設のなかを一つの家庭という考え方で，そこで医療が必要な病気が発生したときは，医師が往診に行って医療制度のなかで医療を行うような形にしました。

今の先生のおっしゃる，ドクターは必要かという質問に対して，先生は必要ではないという立場ですか。

瀬戸山　はい，はっきりいって必要ではないと思います。

座長　分かりました。川合先生，どうぞ。

川合　例えば老健，特養，介護老人福祉施設，介護老人保健施設は，ドクターは必要はない，通い妻で十分です。介護療養型医療施設，療養病床をいったいどのように考えるのか，これから議論かなというように思います。

座長　宮川先生，今の話は医師会も随分関与している部分ですが。

宮川　その関与の中で医師会がエゴだけで動いていくのは問題と思います。限られたパイを独占しようとすると問題が出てくるでしょう。そのところでは必ずしも医師は必要ではないと思います。ただし，そういう医療のなかのパイを，どうやって分配していくかということになってくると，あまりにも断定的に物を申すと食えなくなってくる部分はかなりあるだろう，そういうところはきちんと財政的に面倒を見なければいけない部分はあるかもしれません。個人的な考え方からすれば，医師の関与に関しては断定的に考えた方が類型化や図式化する中では分かりやすくなるだろうということは確かだと思います。

座長　ありがとうございました。

今の慢性期の扱いのなかで、実際に今の制度のなかで行き場のなくなっている人たちがいらっしゃいます。例えば90日超えた老人，あるいは180日超えた老人が気管切開をやっている。あるいはいろいろな医療をやっているなかで，多少 MRA の感染も起きたといったような患者さんを，急性期からどこかへ移すといっても，今実際に移す場所がないし，受け入れてくれるところもないという現状がございます。

こういうことに対して，例えば特殊疾患療養病床という難病や特殊の障害をみるという病床があ

りますが，こういうもののルールを拡大して，こういうところが引き受けたらどうかといったような，川合先生はそういう考え方をお持ちでございますか。四病協の医療提供体制のあるべき姿には出ていましたが……。

川合　そういう議論をやっていくべきだと考えています。

座長　そういう議論はこれから必要であるというようなことだろうと思います。

もう一つ最後の連携の問題をやってから，フロアに振りたいと思います。

今までのお話のなかで，患者さん中心に医療機能分化のなかで適切な医療，保健，介護を提供していくというなかでは，やはり情報の扱いも重要になってきますし，どうした連携がいいのかといったことで連携のあり方，これは各先生がいろいろ御意見をいっていただきました。

まず連携ということは，ベースになるのは，一つは専門性といったこともちろん問題になりますが，患者さんの診療記録といいますか，私どもは今までメディカルリコードといっていたものが，ライフサイクルが非常に大きく変わってきた段階で，今記録に関する考え方は，メディカルリコードというよりは，病気を持った患者さんの人間の記録というような位置づけで考えていった方がいいのではないかという考え方が，一方でございます。

そうしたなかで，機能が分かれた各施設がそういう情報をどうやって共有し，どのように利用していくのか，このへんをご議論いただきたいと思いますが，まず瀬戸山先生，どういうように考えていますか。

瀬戸山　先に診療記録というよりも，医療連携は何のために必要かということが，再度問い直される必要があるだろうと思います。病診連携，診診連携，病病連携といっている言葉は，患者さんのためにあるべきだと思います。ですから，そこのところをまず逸脱してはいけません。

先ほどの介護という問題について，医師は必要ないと思うと判断したのも，連携があってこそなのです。

私は消化器外科医です。診療所から紹介いただいて手術させていただきますが，実は全員の患者さんは紹介元の診療所へ帰ろうとしません。手術をしてもらった先生に診てほしいというのが患者さんの気持ちなのです。そのような経験のなかで医療連携をどうするのかという問題が若いときからずっとありました。そこで紹介いただいた先生に術前のカンファレンスにも来ていただき，手術にも立ち会っていただき，術後にも顔を見せていただくということをしながら，紙カルテ，医療記録をすべてコピーして,「その先生は十分手術のことを分かっているからね」と，安心して帰っていただくように努めてきました。

私の経験からも，患者さんの気持ちを無視してまで医療連携をしてはいけないと思っています。だからこそ，リアルタイムに紹介いただいた先生との間で，患者さんの診療情報を共有するという方向が必要だろうと思います。

先ほどお示しした医療情報ネットワークシステム（**図5**）（**図6**）は，医療連携機能の全体像ですが，今の話は，患者さんの個人情報をどうリアルタイムに共有することができるのかということになります。そのことが医療連携という問題の大きなキーであると思っています。

座長　川合先生，どうぞ。

川合　病診連携，病病連携はいったいだれのためにあるのか,患者さんのためにあるという例で,私どもの病院で失敗例がございます。強制的に患者さんの多くを逆紹介しました。そうしましたら,地域の患者さん方は，私どもの病院は外来も病院もやめてしまったというのがワーッと広まって,病診連携を担っていただいている先生方に,おい,おまえのところ，どうしたんだ，と御心配いただいたことがあります。

ですから，患者さんに本当に納得していただくようにするには，今瀬戸山先生がおっしゃったように，入院して処置を行う前からやらなければ,私どものように終わってからやってしまうからこんなことになったのかなと，そんなことを今感じました。

それと，宮川先生はアナログの仕掛けでなさっています。個人情報をインターネットでやるという話がちらほらあります。私はこれは非常に危険だなと，インターネットの持つセキュリティーは非常に危ないものがございます。

ですから，私はむしろ光ディスクを患者さんがつねに個人個人お持ちになって，それぞれの医療機関等がそれぞれ入力させていただいて，診療録といいますか，生活の歴史というもの，医療にかかわるものを個人が保管していただくというようなやり方の方が，かえってセキュリティーという面では，将来的な話ですが，そうするためには周辺の電子カルテがどうだとか何がどうだとか，全部まとまったうえでの話なのですが，インターネットは危ないかなというのが最近の考え方です。

座長　はい，どうぞ。

瀬戸山　患者さんの個人情報をリアルタイムに共有するということで，川合先生がおっしゃられたことは一つのツールなのです。ツールはもちろん，患者さんの個人情報をどうお守りするのかということで考えればよい訳であって，今，あまりそういうことについて論議することではないのではないかと思います。

ただ，私たちが電子カルテシステムを稼働したときに，「電子情報であなた方の情報を，扱わせていただきます」ということの許可をすべての患者さんから得ることでした。そのときもまだ，病院外に医療情報センターがなかった訳ですから，イントラネットのなかで個人情報は保護されていました。しかし，今後，インターネットなどで病院外に出ていくときには，その保護も含めて情報管理などについて十分配慮されなければならないと思っています。

患者さんたちの，個人の診療情報が院外に出るときには，患者さんお一人おひとりと相談させていただくことになると思います。そして原則的には患者さん自らに診療情報などのチェックをしていただくことになるでしょう。

まず，ツールよりも患者さんの個人情報について，患者さんが責任を持ってチェックしていただくなかで，医療連携の有用性について理解いただくことが重要だと思います。

座長　ありがとうございます。

連携のなかで，道具としての情報をどう管理していくかという問題がございます。病診連携という問題は割合に定着してきたといいますか，これから先そう問題なく，いくつかの問題があってもそれをクリアすることによってできるだろうと思っています。むしろ連携でいうと，機能分化した病院同士の病病連携は，医師の考え方やプライドやいろいろなものがあってなかなかやりにくい部分がございます。このへんはこれからどのように考えていったらいいでしょうか。病病連携を推進するための考え方を提示していただいたら，有り難いと思います。

瀬戸山　先ほど伊藤先生からもご紹介があり，宮川先生が一部使われているそうですが，地域でクリニカル・パスを共有していくということも一つの方向です。１病院や１医療施設だけでパスが使われるのではなくて，できれば広範囲の地域でどんどん広がるような形で検討される必要があると思っています。そのためにも，病院側の責任として医療の科学性をもう少し的確に打ち出すべきではないかと思っています。

先ほども申し上げましたが，医師の自由裁量性があまりにも尊重されるばかりに，スタンダードが作られてこなかったという日本の歴史がありますが，これからはクリニカル・パスについて積極的に取り組むことが，一つ大きな方法ではないかということです。

もう一つは情報開示についてですが，アメリカ視察の経験で，病院のすべての情報が開示されていることは，素晴らしいと思いました。たとえば１年間で，その病院の診療実績，具体的には検査件数，手術件数，術後死亡率などが開示されているのです。しかもそのような情報を開示していない病院は病院として認定されないとの社会的な条件になっています。

座長　ありがとうございました。

大分時間が迫ってまいりました。今回の学会のメインテーマが「現場からの提言」ということですので，残り15分ほどございますので，フロアからのディスカッションにかえたいと思います。今までのお話のなかで，どういうテーマでも結構ですので，フロアからのご意見，質問等ございましたら，どうぞお願いしたいと思います。

A　今，老健施設における医師の不要論，はっきり申し上げて申し訳ございませんが，出てまいりました。

その前提として，看護職は24時間常駐し夜間もいるということになっておりますので，その場合に問題になるのは，先ほどいみじくも瀬戸山先生がおっしゃいましたが，看護の裁量権を拡大していただかないと，例えば点滴注射一つにしましても，昭和26年の医政局長の見解のままで来ておりまして，基礎教育のなかで看護の場合まったくそういった教育を受けておりません。

それで，社会に出て病院に就職すると，私も39年間やってきましたが，まずオリエンテーションのなかで，そのことから始めていかなければいけないというのが実態です。このことを早急に解決していただいて，裁量を拡大していただく。例えば急変した場合に，どんな場合でもまず血管確保はすると思います。老健等においても，そういうことがあったらまず血管確保で何か電解質を入れておけば，あとでドクターがいらっしゃっても早く治療ができます。

そのへんのところを，今検討会が始まったところですが，ぜひ早急に結論を出していただきたいということと，先ほど伊藤先生が「監査の必要性」云々ということ，例えば医療法の監査を毎年やっていただいておりますが，私は看護のおくれは医療法の監視がおろそかだったということを思っています。

例えば看護監視の問題にしましても，長年監理者がいるのか，いないのか，分からない病院がたくさんあったと思います。大阪でいみじくも安田病院の実際ありましたが，あそこで総婦長は何をしていたのだろうと，私はまず思いました。

先日の医療法改正の３対１に移行する場合の，全国で980くらいあったそうですが，そのなかの161が，大阪の都会のど真ん中で３対１に届いていない病院があるという実態を，昨日も報告していました。

そういうことを考えますと，もっと監査をしっかりしていただいて，そういうことがなくなる時代が早く到来して，先ほどおっしゃった，人を増やして，いいサービスをすれば，それだけいただけるのだというシステムを作っていただきたい，私も死ぬまでにぜひそんなものを作っていただいて，そういったところであの世にいきたいと思っていますので，どうぞよろしくお願いします。

座長　ありがとうございました。今のはご意見として伺っておけばよろしいですか。

「注射」云々の裁量権で，これは伊藤先生からお願いしましょうか。

伊藤　私は現在は厚労省の役人ではなくて今は病院経営の立場ですが，厚生労働省の検討会でその問題が始まっていますので，いい方向へいくのではないかと思っています。おっしゃるとおりだと思います。

座長　はい。では，その次の方どうぞ。

B　先ほど急性期の大病院は外来をしないような方向で，また，入院機能に特化していく病院ということをお話されましたが，そのお話は非常によく分かりますが，現実のなかで大学病院，また国立病院は別として，地域の大きな病院は正直診療所から大きくなってきたという背景があると思いますが，地域で共存してきたなかで，そのように特化していく経過といいますか，どのように診療所を育てていくべきか，そういうことについて少し教えていただきたいと思います。

地域の基幹病院によっては，患者さんにどこのかかりつけ医かということを聞きますと，大きな病院がかかりつけ医だという患者さんも多くいらっしゃいます。また地域自身が高齢化しているなかで，診療所の先生方も高齢化しているという現状もあるということを踏まえて，どのようにお考えか，教えていただきたいと思います。

座長　どなたかお答えいただけますか。はい，瀬戸山先生。

瀬戸山　私の経験から一部お話を申し上げたいと思うのですが，先ほどの宮川先生のＩ，Ｊ，Ｔということに，もう一つ私の方が瀬戸山ですからＳパターンとすれば，診療所等からの紹介がなくても，できるだけ診療所等へ病院側から紹介させていただくということをやりました。

ただ，山本先生からも問題提起がありましたように，診療所の機能がよくみえないのです。ですから，患者さんに選んでいただくしかないのです。「病院に来なくていいですよ」というのではなくて，「近いところで」とか，「あなたが気に入ったところでどうでしょうか」，「かかりつけ医を持った方がいいですよ」などということで紹介させていただきます。

極端にいえば，島根県立中央病院での経験なのですが，50数人の血液浄化をしている患者さんがいらっしゃいました。そのすべてが慢性透析でしたので全員，他の施設へ紹介させていただきました。

ただ，先ほどの川合先生の話ではないですが，「島根県立中央病院は人工透析をやめるのか」などとの話になりますが，患者さん全員に理由をご理解いただいたうえで紹介させていただきました。このようなことについても，病院からどのように開示していくのかという課題もありますが，実際に実践できないことはありません。

座長　今の質問に対して，宮川先生の立場でいかがでしょう。

宮川　やはり先生のおっしゃるように，診療所の方も含めて，まだそこまで熟成していないところがあります。今まで医師会の護送船図方式の中で，ぬくぬくしてきたというところがあります。

先ほど申し上げましたように，もう差別化や差異化が起こっています。そういうことを自覚したうえで，診療所の方もどういうような自分たちの専門性があるのか，そういう形をきちんと提示していく時代になっていくでしょう。そうしていくと逆に病院の先生でも，そろそろ開業したいと思っている先生もしやすくなります。そういうなかでの連携ができてくるでしょう。そうすると，病院の方も外来をあまり負担にならない形で持っていくことができます。そのことで紹介率が上昇し，地域支援型の形として熟成していくのが，自然の形の発展になるのではないでしょうか。

ですから，最初のきっかけはやはり病院の方からアタックした方がやりやすいでしょう。ただし，都会の場合は，覚せいしている診療所の医者たちがグループを各所でつくり始めているということもありますので，いろいろなパターンのなかでそういうものが出来上がっていくのではないでしょうか。ただし，今の段階では病院の先生方からアプローチをした方が図式としてはつくりやすいでしょう。それは一種の診療所をうまく囲い込むという形になりますが，それは最初の段階では必要なのかなというようには理解しています。

座長　川合先生，何かございますか。

川合　病診連携のときに，病院の側からいつも出てくるのが，患者さんを御紹介申し上げる適当なクリニックがないと，もっと極端にいうと，だらしがないクリニックばかりだという言い方をよくします。これが実は病診連携を妨げている最大の理由だと思います。

ところが病院を考えた場合に，病院に勤務するドクターが本当に専門医ですか。私は若いころに肝臓病学を目指しておりました。ヨーロッパ肝臓病学会の会員は400人，当時日本の肝臓病学会の会員は１万5,000人おります。日本の専門医というのは非常に不十分なものです。ですから我々病院人は，クリニックのドクターをとやかくいう資格を持っていないと思います。

座長　ありがとうございます。

ということでございますが，フロアからまた何かご意見を。はい，どうぞ。

C　先ほどのご質問にもありましたが，私も診療所に勤務しながら，Ｓ病院の本院の方にも１日だけ戻って大病院でも仕事をして，診療所で仕事をしながら在宅の方を診て，それから80床の特別養護老人ホームと，55床の老健の嘱託医も兼ねるような仕事をやっています。

そうしたなかで思いますのは，社会的入院という言葉が先ほど出てきて，病院の中で介護をしているということもありますが，逆にいうと，施設の中で医療をしなければいけない状況というのが多々あるということを最近たいへん思います。

つまり，介護度の重い方がショートなどをつないで施設の中に入っていたり，そういう状況のなかに医療依存度が高い方が非常に多く含まれているというのを感じています。基本的な方針としては，そういう施設は本来医療依存度が低い方がいるべきところだと思いますが，現場ではそうではないということを最近感じています。

県の施設の嘱託医の会議に出てみると，おおむね嘱託医の先生方の意見は一致した意見で，非常に大変になっている，高齢化を迎えるとますますその傾向は強まると思います。

そういったなかで超高齢者や障害や痴呆を持った方，あるいは慢性疾患を多数持った方が増えていくなかで，しかも施設の利用者の家族は，言い方は悪いですが，うば捨て山的に送り込んでいる方もいらっしゃれば，病院と同じようなことを施

設に期待されているような家族もいらっしゃるなかで，利用者の方の生命の尊厳というものを意識しながら，施設の中で対応することの難しさを最近感じています。

先ほどの最初の方の意見も，医療依存度が施設の中でも高いのではないかということとも関係しているかと思いますが，介護スタッフに病状の判断を委ねなければいけないような場面もあったりして，難しさを感じています。

座長　分かりました。先生，これは現場からの提言ということで，実際に現場でそういう御苦労をなさっている。では，そこは現場としてはどうすればいいのだというようなご意見はございますか。

C　一つは，老人保健施設の方は診療所から歩いて３分くらいの位置にありますが，特別養護老人ホームは車で30分くらいの道があって，すぐに対応が困難であるというようななかで，38度くらいの熱発者は必ずいるくらいの状況ですし，胃ろうが入っていたり，褥瘡（じょくそう）があったりというような入所者の方も多くいらっしゃいますので，医者が中心になってやらなければいけないかどうかは別として，少なくとも看護職の方にある程度，ここは医療に切り替えるとかいう判断を迫らなければいけない場面がありますので，そういった優秀な方と，ある程度の人数の確保が一つは必要なのかなと。

大規模施設がこれから地域にとって必要なのかというのは，私は少し疑問ですが，もう少し介護的なところが必要な方は，託老所やグループホーム的なところに移して，主に介護職の方がきちんとみる。

施設は，その中間的な療養病床と近いような意味合いになるのかもしれませんが，もう少し医療的なところがかかわらざるをえないような状況になって，地域の特性もあるかもしれませんが，その部分が割と大きいのかな，介護といわれているもののなかの差別ももう少し必要なのかなと思っています。

座長　ありがとうございました。今の問題，はい。

伊藤　そういう議論を細かくしていくと，いろいろ施設類型に分けて基準を作れというような方向にいってしまいます。私はそれが非常に過去の施設体系なり，いろいろ混乱のもとをつくってきたのではないかと思います。ですから，そこは例えばお任せするという，現状に合った形で裁量権をもらうという形が基本方向だと思います。

そういうことからいうと，例えば今，介護保険の３施設の医者の配置基準とか全部違います。３つの施設に入っている人たちは，そんなにクリアカットに医療依存度や介護の必要度が違うかというと，そうではありませんから，それなら特養が医者がいらない，老健施設は100床に１人で，療養病床は医者が３人いるとか，仮に一つの案として，全部医者は１人でいいという形にするとか，医者はいらないという，そこは今後議論しなければいけないと思います。

そのうえでもし必要であれば，そのときは外部から医療のサービスを提供する，フレキシブルにできるような体制を考えていく。それとさっきお話があったように，看護職の教育をきちんとして裁量をもう少し広げていくということ，併せて仕組みを変えていくことが基本ではないかと思っています。

座長　瀬戸山先生，どうぞお願いします。

瀬戸山　今のお話はＳ病院の特殊性かもしれませんが，おそらく日本全国どこでも同じ問題を抱えていると思います。

伊藤先生がおっしゃられたように，現場の意見としてそうでしょうが，今，この施設に，こういう患者さんが入院されているから，患者さんが希望されるから，ご家族が希望されるからなどとのことで，結果としてすべてについての医療行為を行わなくてはならないから大変なのだという意見なのです。

一つの解決策として職員教育も必要になるでしょうが，地域住民の方々，患者さん，ご家族に対する教育も必要になるでしょう。宮川先生がおっしゃられたように，患者さんの自己責任もあります。患者さんのための医療，地域のための医療とすれば，患者さんの生命は患者さんが責任を持つべきですし，身体について責任をとるべきです。そのような教育が，どのようにされる必要があるのかなどについて考えられていくべきだと思っていますし，そうでないと，医師や看護師も，

苦労ばかりで一生終わってしまうのではないでしょうか。

座長　川合先生，お願いします。

川合　時間がありませんので簡単にいいます。まず特養のケースですが，先ほど意見がありました。保助看法を改正して看護師にもう少しいろいろな権限を与えるということが１つ。

２つ目は，これは４病団がいっている話ですが，そういう患者さんを急性期病院なり，地域，一般病棟というようなところに直ちに転入院していただいて，そこでだらだらとするのではなくて，必要な急性期の治療をやっていただいて，再び特養に帰っていただくというような仕掛けが私は連携だと思います。

座長　最後に宮川先生。

宮川　お話がありましたように，今のいろいろな患者さんを取り巻く環境や患者さんの状態というのは，変速ギアでいえば無段階なのです。そのなかで行ったり来たりして段階というのはない訳です。それを類型化すること自体がもう無理になってきています。それは，先ほどいいましたように，制度疲労を起こしてきているということの現状を，きちんと見極めなければいけないということにある訳です。

ですから，類型化された形に施設を私たちが押し込めるのではなくて，そういう施設の難解さをきちんと私たちがクリアにして，振り分けをしていくという時代に来ている。そこに私たちが入れ込むのではないということを，医療従事者がきちんと理解をして，実践をしていかなければいけない段階だと思います。

これから高齢化ということは多死の時代を迎える訳です。人がたくさん死んでいくのです。病気で死のうが，老化で死のうが，寿命で死のうが，どのような理由であっても死んでいく事実を，そのような現実をどうやって見つめていくのかということに気がついて，医療従事者はその対策をきちんと定めていかないと，変速ギアの段階がないところへ常に放り込まれてしまいます。そろそろそういうような方策は明確化していかなければいけないのではないかと思います。

座長　どうもありがとうございました。

ちょうど時間が来てしまいました。シンポジウムのタイトルが大きすぎて十分こなすことができませんでした。それは司会の不手際ということになりますが，申し訳ございませんでした。かなり必要な部分は議論できたのかなと，今日の議論のベースを踏まえて，日本病院会としても，あるいは四病院団体協議会としても，新たな提言に結びつけていきたいと考えています。今後ともよろしくお願いしたいと思います。

これをもちましてシンポジウムを終了します。先生方，どうもありがとうございました。

第52回日本病院学会一般演題分類区分・プログラム

●演題分類区分

分類記号	分類区分	細分番号	細分類区分	細分番号	細分類区分
A	医療経済・制度・税制	(1)	医療政策と患者動向	(9)	不採算部門
		(2)	平均在院日数、病床利用率など	(10)	検体検査の収支状況
		(3)	急性期病院・一般病院	(11)	医療現場における介護
		(4)	療養型病棟	(12)	介護保険の現状
		(5)	在宅医療	(13)	消費税問題
		(6)	リハビリテーション	(14)	院外処方箋
		(7)	少子化と母子対策	(15)	予防医学の位置づけ
		(8)	ホスピス	(16)	その他
B	病院と地域	(1)	一般病院か特化病院か	(5)	病院と地域医師会
		(2)	救急医療	(6)	紹介と逆紹介
		(3)	小児救急	(7)	紹介率
		(4)	広告・ホームページ	(8)	その他
C	病院管理・業務の効率化	(1)	病院受付・総合受付	(14)	病名管理
		(2)	外来待ち時間の短縮	(15)	病歴管理
		(3)	検査の迅速化	(16)	未収金問題
		(4)	検体検査と病院経営	(17)	院内情報共有の迅速化
		(5)	職種間の連携	(18)	医療記録の一本化
		(6)	有効なアウトソーシング・業者との協力	(19)	標準化推進
		(7)	職員のロスタイム	(20)	電子カルテ
		(8)	職員の副業問題	(21)	情報開示への対応
		(9)	会議時間の短縮	(22)	セカンドオピニオン
		(10)	医療材料・適正使用と節約	(23)	医療情報管理
		(11)	ロスフィルム	(24)	医療とケアマネージャーの連携
		(12)	物流システム	(25)	その他
		(13)	請求漏れ		
D	医療の質的向上	(1)	医療機能評価	(11)	クリティカル・パスの有効利用
		(2)	高度先進医療	(12)	救急医療における質の保持
		(3)	薬剤の適正投与	(13)	トリアージ
		(4)	患者からの投薬希望の問題	(14)	小児救急の現場
		(5)	抗生物質の正しい投与	(15)	一般病院と特化病院の質
		(6)	ドック受診後の対応	(16)	病院と大学との関係
		(7)	病院勤務医とドック業務	(17)	病院業務と学会活動
		(8)	平均在院日数と医療の質	(18)	臨床研究のあり方
		(9)	安全な日帰り手術	(19)	その他
		(10)	有効でない医療・薬剤・処置・看護等		

分類記号	分類区分	細分番号	細分類区分	細分番号	細分類区分
E	教育の推進	(1)	職員の意識改革	(6)	トリアージ教育
		(2)	職員教育・新入職員研修	(7)	患者・家族への指導
		(3)	卒後臨床研修必修化への対応	(8)	国際医療協力
		(4)	個人能力開発	(9)	カンファランスの効率化
		(5)	発想転換のすすめ	(10)	その他
F	栄養・給食	(1)	おいしい治療食	(6)	栄養指導
		(2)	給食時間	(7)	在宅給食
		(3)	選択メニュー	(8)	節減できる経費
		(4)	患者食堂	(9)	アウトソーシング
		(5)	栄養部の安全管理	(10)	その他
G	安全・危機管理	(1)	緊急災害時に備えて	(8)	転倒・転落事故
		(2)	責任と限界	(9)	核医学に関するリスク管理
		(3)	精神的管理の限界	(10)	薬剤重複投与の防止
		(4)	医療材料・用具と医療事故	(11)	薬剤・副作用のプレアボイド
		(5)	役立つ危機管理マニュアル	(12)	安全・危機管理の経費
		(6)	インフォームド・コンセントに対する患者反応	(13)	細菌テロ対策
		(7)	医療における取り違え	(14)	その他
H	感染対策	(1)	院内感染と一般感染の区別	(4)	感染対策の経費
		(2)	有効でない感染対策	(5)	その他
		(3)	医療従事者の感染対策		
I	患者満足と職員満足	(1)	患者と職員の人間関係	(6)	医療中の要介護者への対応
		(2)	職員の精神衛生	(7)	癌告知後の対応
		(3)	職員の勤労意欲	(8)	遺族への対応
		(4)	針刺し事故に関する精神的負担	(9)	その他
		(5)	止むを得ない“抑制”		
J	病院建築と設備	(1)	病院設計への実用的提言	(5)	病院は本来個室が原則か
		(2)	高額検査機器の共同利用	(6)	ホスピスの建築
		(3)	効率的でない高額検査機器・設備	(7)	その他
		(4)	機器サイズの将来変化に対応できる病院設計		
K	医療廃棄物問題	(1)	医療廃棄物の効率的な分別	(5)	感染性医療廃棄物の見直し
		(2)	医療従事者の安全のために	(6)	医療廃棄物の効率的処理法
		(3)	医療廃棄物に対する意識高揚	(7)	その他
		(4)	院内における消費財と消費量の見直し		
L	その他				

●一般演題プログラム

6月20日(木)

医療経済・制度・税制

〈演題分類区分〉A-(1)、(2)

〈演題番号〉

A-1　患者統計疾病統計を用いた病院の現状と将来
村井　智（由利組合総合病院 診療情報管理士）
●共同発表者：齊藤　真紀、佐々木洋子、沓沢　郁夫、深田　敬二、高野　一彦

A-2　回復期リハビリテーション病棟開設による影響 ～急性期脳神経内科について～
緒方　孝（医療法人雪ノ聖母会 聖マリア病院 リハビリテーションセンター 理学療法士）
●共同発表者：林　貞夫、前田　亮介、井手　睦

A-3　回復期リハビリテーション病棟における医療ソーシャルワーカー（MSW）の役割
松林佳代子（脳血管研究所美原記念病院 医療ソーシャルワーカー）
●共同発表者：相澤　勝健、淡路　悟、前田　正博、美原　盤

A-4　急性期病院としての平均在院日数短縮への取組み
堀　満利子（愛仁会高槻病院 事務）
●共同発表者：中村　達也、清水　栄一、高橋　克昌、松本　力

A-5　当院における急性期病院施設基準取得への取り組みについて
山崎百代造（医療法人財団 康生会武田病院 医事部）
●共同発表者：大島　伸二、松山　則彦、高杉　則男、宝輪　克博、武田　隆久

医療経済・制度・税制

〈演題分類区分〉A-(3)、(5)、(7)

〈演題番号〉

A-6　京都府乙訓地域における当院の高齢者入院診療の役割
岩崎　武輝（済生会京都府病院 医師）
●共同発表者：中島　徳郎

A-7　ケアーミックスか療養型か、我々の選択ー手術もする全床医療型療養型病院ー
植田　俊夫（中馬医療財団 西武庫病院 医師）
●共同発表者：芝　潤一郎、毛野　義明、塚本えり子、渡辺　一弘、中馬　淳

A-8　ウィーニング困難な患者に肺理学療法を試みて―今後の肺理学療法の充実を目指して―
野島実来子（特定医療法人 大道会 大道病院 看護師）
●共同発表者：荒田　康子、大段　晴恵、原田　陽子

A-9　急性期病院における外出、外泊の状況報告
平沢　直子（医療法人 若弘会 若草第一病院 看護師）
●共同発表者：元永　和美

A-10　末期癌患者の在宅での看取りを困難にしている要因
木村　麻紀（訪問看護ステーションたんぽぽ 看護師）
●共同発表者：野崎　和子、中山伊都子

A-11　虐待リスク因子を有する若年妊婦の養育機能不全の予防と対策
阿部真紀子（秋田県厚生連平鹿総合病院産婦人科病棟 助産師）
●共同発表者：淡路　洋子、中村　陽子、柴田二三子、菅原　邦子

医療経済・制度・税制

〈演題分類区分〉A-(4)、(6)

〈演題番号〉

A-12　家族参加によるケアカンファレンスを試みて～家族と共に考えるケア～
熊本　　章（医療法人 西福岡病院 看護師）
●共同発表者：入江久美子、下條　記子

A-13　地域に求められる療養型病床群への転換
田中　恭子（医療法人ペガサス 馬場病院 事務）

A-14　握力と介護量の関係について
中尾　栄治（総合坂本病院 理学療法士）
●共同発表者：石田　浩一、神好　春代、陶山　幸弘、坂本知三郎、坂本勇二郎、道免　和久

A-15　療養環境と対応の変化による患者の変容
岩野　　忍（永寿総合病院 看護師）
●共同発表者：喜井　由恵、鈴木和佳子、熊谷　美保、大井　順子、片岡智恵子、山口　文子、小田　式子

A-16　菊池地域リハビリテーション支援センターの現状報告
大田　幸治（熊本リハビリテーション病院 理学療法士）
●共同発表者：槌田　義美、古閑　博明、山鹿眞紀夫、田中　智香

A-17　急性期嚥下障害患者に対するチームアプローチ
西村　匡恵（脳神経外科塚本病院 言語聴覚士）
●共同発表者：長谷川容子、長谷田理恵、田辺　植恵、中川　敦子、塚本　栄治

A-18　当院における脳卒中片麻痺患者の転帰動向 ～理学療法終了時移動能力に着目して～
谷口　雅美（神鋼病院 理学療法士）
●共同発表者：生島　秀樹、藤縄　浩史、鶴田　司郎

病院と地域

〈演題分類区分〉B-(1)、(4)

〈演題番号〉

B-1　単科・中小病院運営の経験から
ニ川　安弘（医療法人社団 カレスアライアンス ニッコー・ヘルス・システム研究所 研究者）

B-2　内科系小病院の使命：かかりつけ医機能、高齢者急性期疾患医療、終末期医療
岡本　泰之（すみれ病院 医師）
●共同発表者：上原　城立、田村　成子、道角　和子、工藤　英知、浜田　　昇

B-3　ケアミックス病院から血液、肝臓疾患の専門特化病院へ
中西　利夫（医療法人 若弘会 わかこうかい病院 事務）

B-4　ホームページのあり方 —院内アンケートとアクセスログの結果から—
石田　孝之（医療法人栗山会 飯田病院 看護師）
●共同発表者：岡島　　愛、成瀬　尚美、千葉　冬子

B-5　ホームページ充実に向けての取り組み
銅山　裕子（岡山旭東病院 事務部 企画広報室）

B-6　広報室開設：情報受信者である患者さまをイメージしながら送るメッセージ
柴田　昌子（慈泉会相澤病院 事務員）
●共同発表者：隠岐　博子、塚本　建三、相澤　孝夫

B-7　佐久総合病院ホームページの運用と経験から

木次　重仁（JA長野厚生連 佐久総合病院 事務）

●共同発表者：夏川　周介、浅沼　信治、市川　和泉、桜井　賢彦、茂原　麗子、磯貝むつ子、三石　敏郎、油井　博一、津金　吉弘

病院と地域

〈演題分類区分〉B-(3)、(5)、(6)、(7)、(8)

〈演題番号〉

B-8　当院における小児救急外来受診患者の最近の動向

浦部　大策（聖マリア病院 医師）

●共同発表者：井手　道雄、長井孝二郎、姫野和家子、樋口　恵美、金子　美香、谷　秀和、大重　敬子

B-9　電子カルテと遠隔医療 ―在宅医療連携への貢献―

倉知　圓（公立井波総合病院 病院長）

●共同発表者：山崎　義尚、長谷久美子、杉本　末子、利賀村診療所・温井　剛史、野原せつ子、笠原　京子

B-10　地域医療連携における情報提供システム

太田　偉子（岡山済生会総合病院 事務 システム計画室係長）

●共同発表者：田淵　正登、四木　和之

B-11　紹介率と地域医療連携室の業務

増山　法子（藤沢市民病院 看護師）

●共同発表者：轟　久夫、岩田真理子

B-12　紹介患者数向上のための取り組み

西山　智美（戸田中央総合病院 事務）

●共同発表者：三股　豊茂、高原　綾子

B-13　紹介率向上をめざして

伊師　巌（取手協同病院 事務）

●共同発表者：山口　悦男、佐久間　泉、佐久間　篤、倉持　晃世、椎貝　達夫

B-14　地域の開業医への臨床検査技師派遣を経験して

原　秀雄（総合大雄会病院 臨床検査技師）

●共同発表者：前田　栄子、林　悦子、田中　幸男

病院と地域

〈演題分類区分〉B-(8)

〈演題番号〉

B-15　紹介医情報の有効活用に関する検討

村越　昭男（東京医科大学 医療情報学教室 助手）

●共同発表者：名和　肇、北村　昌之、沼部　博直、大原　達美、宮本　潤一、益子　研土

B-16　イベント『がらしあまつり』の取り組み

山本　弘（ガラシア病院 診療放射線技師）

●共同発表者：井上　敏子、尾崎　理恵、下村　洋一、西川　勝、鄭　美貴子、本田　幸子、水野　一也、皆木　典子

B-17　脳腫瘍のため自発呼吸がなく人工呼吸器を装着した患者の在宅支援を考える（外出から中学校卒業式出席そして短期退院を経験して）

井出　敏子（JA長野厚生連佐久総合病院 看護師）

●共同発表者：市村　美穂、藤沢希代子、岩水美由紀、三石　晴子

B-18　当院近郊におけるトイレの現状

塩路　裕人（医療法人 黎明会 北出病院 作業療法士）

●共同発表者：山本佳世子

B-19　急性期病院におけるスムーズな転院紹介業務への試み

福地　一浩（足利赤十字病院 医療ソーシャルワーカー）

●共同発表者：長　　政美、山本　和之、山口　昌良、奈良　昌治

B-20　当院における広報活動―コミュニケーション活動のひとつとして―

安次嶺　武（特定医療法人敬愛会 総合病院 中頭病院 事務）

●共同発表者：玉城　恵子、天願　優子、前川　敦美、金城めぐみ、當山　久江、諸見里　泉、山城　友子

B-21　退院に向けて看護婦としての役割 ～地域との連携～

寺本　佳美（共立湖西総合病院 看護師）

●共同発表者：佐藤みね子

その他

〈演題分類区分〉L

〈演題番号〉

L-1　国立病院からの移譲を受けて―検査室の１年間の報告―

早苗　広人（社団法人明石市医師会立明石医療センター 臨床検査技師）

●共同発表者：池辺　成三

L-2　病院PFI事業についての取り組み

池上　広高（高知県・高知市病院組合 事務）

●共同発表者：瀬戸山元一、福留　勝丸、村山　龍一

L-3　耳鳴りに対する鍼灸治療の報告

明井　哲也（医療法人 黎明会 北出病院 鍼灸師）

●共同発表者：北出　俊一

L-4　胃管挿入のままでの経口摂取を支え続けた看護

佐藤　絹代（医療法人 つくばセントラル病院 看護師）

L-5　脳卒中患者の部分床義歯誤飲に関する調査

畑中　有希（特定医療法人大道会 ボバース記念病院 歯科衛生士）

●共同発表者：松永みゆき、菅　佐智子、平野奈緒美、宇野　智恵、宮本　順美、林　美貴子、旭　　吉直、大道　士郎

L-6　高齢肺炎患者の効果的な口腔ケアの一考察 ―口腔ケアの方法の統一と緑茶を導入して―

小林　理絵（愛仁会高槻病院 看護師）

●共同発表者：福田　和代、取越　　恵、石本　　繭、藤田　　瞳

医療経済・制度・税制

〈演題分類区分〉A-(4)、(5)

〈演題番号〉

P-A-1　介護療養型病棟に利用者家族が望むもの

石井　洋子（長野赤十字上山田病院 看護師）

●共同発表者：近藤　辰子、橋本　麗子、清水　里江

P-A-2　療養病棟における体位交換及びポジショニングの再検討～理学療法士の視点より～

東　　貴子（熊本セントラル病院 理学療法士）

●共同発表者：原口真由美、畑中　秀行、吉良　泰代、高田　裕美、笹田喜久子

P-A-3　療養病棟における協業作業を通しての患者様と看護婦の変化について
高田　裕美（熊本セントラル病院 看護師）
●共同発表者：吉良　泰代、岩木千代香、東　　貴子、原口真由美、大橋　　光

P-A-4　デント・エラックによる口腔ケアの検証
刀禰美津子（安岡病院 看護師）
●共同発表者：森国　秀美、松川　玉美

P-A-5　老年期痴呆の精神ケアのアプローチ ～睡眠を獲得した事例を通して～
荒井　　馨（医療法人穂仁会 大滝病院 看護師）
●共同発表者：橋詰　智江、南部希代美、田中八千代、坂下千恵美、大滝　秀穂

P-A-6　顧客満足度アンケートの結果と考察 ―ケアマネージャー業務との関連―
文山　和美（特定医療法人 大道会 大道病院 看護師）
●共同発表者：西村美知代、大辻美智子、岩崎　育子、多田ゆり子、上　　涼子、川畑　直美、西　　節子、木本裕由紀

P-A-7　在宅におけるMRSA検出者への関わり～認識の統一とパンフレット作成～
大泉　　淳（医療法人 一陽会 クローバー訪問看護ステーション 看護師）
●共同発表者：板本　みか、園島　和子

医療経済・制度・税制

〈演題分類区分〉A-(6)、(12)、(13)、(15)、(16)

〈演題番号〉

P-A-8　訪問リハビリのニーズを考える ～利用者・介護者の実態調査を通じて～
杉水流一也（医療法人宗像水光会総合病院 理学療法士）
●共同発表者：梅谷　美保、佐野　功一、杉山　　薫

P-A-9　当院における各病棟の訓練実施状況と目標について
長谷川隆是（医療法人 穂仁会 大滝病院 理学療法士）
●共同発表者：松田　尚之、坂下千恵美、大滝　秀穂

P-A-10　当院での家事技能訓練の試み
奈須田美樹（福井リハビリテーション病院 作業療法士）

P-A-11　介護保険の施設における入所者の満足度とその影響
井野　節子（汐咲会井野病院 事務局長）
●共同発表者：三原美代子、中水三知子、新庄浩二

P-A-12　民間病院経営における消費税の影響について ～第3報～
岡村　　亮（医療法人 雪ノ聖母会 聖マリア病院 事務）
●共同発表者：井手　義雄、浅田　光博、弘島　敬一、山本　肇、今村　大輔、森田　祐介、篠原　　章

P-A-13　運動評価器具を用いた生活習慣病患者に対しての身体活動量評価の重要性
塩澤絵美子（医仁会武田総合病院 疾病予防センター 健康運動指導士）
●共同発表者：今井　　優、久保古都美、村上　里美、山本　　潤、石原　俊一、橋本　哲男、武田　隆久

P-A-14　タリウム心筋シンチにおけるエネルギーウインドウの検討
＜74MBq投与の画像評価及び経済効果について＞
沼尻　俊夫（土浦協同病院 放射線部）
●共同発表者：平井　正幸、岩田照夫、循環器内科　武井　秀信、雨宮　　浩

P-A-15　医療への満足度 ―スウェーデンにおける医療バロメーター
大和田　滋（医療法人 社団 博栄会 赤羽中央病院 医師）
●共同発表者：成田　　亨、大湊　政之、白土　寿晨、朝倉　正博

安全・危機管理

〈演題分類区分〉G-(4)、(8)

〈演題番号〉

P-G-1　乳幼児の点滴固定カバーの工夫(絆創膏固定とシーネカバーの比較検討)

吉村　清美（取手協同病院*看護師）

●共同発表者：大賀　和代、中島　玲子、黒田かよ子

P-G-2　当病棟における頭部褥瘡予防用具の工夫 ～ウォータージェルクッションを作成して～

福田　綾乃（清水市立病院 看護師）

●共同発表者：大野　清美

P-G-3　療養型病棟における高齢者の転倒事故防止策

尾上　美穂（南大阪病院 看護師）

●共同発表者：若部麻美子、河合　由美、野本　加世、藁谷　友規、西田　待子、徳本　京子、高木　智代、玉井真由美、若佐　恵

P-G-4　転倒・転落防止対応マニュアル使用前後の職員の意識変化について

藤井　圭子（財団法人共愛会 芳野病院 看護師）

●共同発表者：広澤　久子、長滝　近子、高畑　芳子、中江　吉美、青木　恭子

P-G-5　転落事故を検討した一考察

杉　真美（医療法人 穂仁会 大滝病院 看護師）

●共同発表者：堀　千春、坂本　悦子、坂下千恵美、大滝　秀穂

安全・危機管理

〈演題分類区分〉G-(11)、(14)

〈演題番号〉

P-G-6　TDMによるフェニトインの処方支援

藤野　博之（若杉病院 薬剤師）

P-G-7　プレアボイド報告を活用した医薬品適正使用の実践　医療の安全面確保と薬剤費削減効果

村木　優一（三重大学医学部附属病院 薬剤師）

●共同発表者：賀川　義之、垣東　英史、水谷　秀樹、中尾　誠、小島　康生

P-G-8　「がん化学療法プロトコール」と「患者情報」とともに行う注射調剤（抗がん剤の運用）

工藤　尚亨（東京都立豊島病院 薬剤師）

●共同発表者：舩津　久美、小竹　慶子、川崎　寛一、医局、看護科

P-G-9　リスクマネージャーとしての薬剤師の役割　～注射剤混注と配薬業務～

名徳　倫明（市立池田病院 薬剤師）

●共同発表者：冨田　由美、下村　一徳、村山　洋子、五十嵐恵美子、中西　晶子、深尾　知子、川口　進一、土師　久幸

P-G-10　当院における臨床工学技士による危機管理対策の現状

吉永　裕司（町田市民病院 臨床工学技士）

●共同発表者：桑嶋　俊次、内村　薫、石田裕一郎

安全・危機管理

〈演題分類区分〉G-(14)

〈演題番号〉

P-G-11　看護職の事故報告書提出者のストレス状況とそのフォローへの検討

林　里都子（福井総合病院 助産師）

●共同発表者：出口　義信、北村　秀夫

P-G-12 チーム医療における医療事故防止活動

青山　恵美（総合大雄会病院 看護師）

◉共同発表者：堀場知嘉子、鈴木　　香、渡邉まゆみ

P-G-13 針刺し事故の実態と今後の課題

神山　典子（茨城西南医療センター病院 看護師）

◉共同発表者：荻原　智栄、島田けみ子

P-G-14「ひやりはっとシート活用の試み」～リハビリテーション科内専門職者へ実施して～

畑中　秀行（熊本セントラル病院 理学療法士）

◉共同発表者：槌田　　修、大島　正道

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(1)、(2)

〈演題番号〉

P-C-1 初診患者用の問診用紙の改善対策とその評価

山形　芳子（脳血管研究所美原記念病院 看護師）

◉共同発表者：高野三千代、山崎　たま、佐鳥　紀輔、美原　　盤

P-C-2 接遇サービスの向上をめざして

大谷　綾子（医療法人 社団 博栄会 浮間中央病院 事務員）

◉共同発表者：長谷川修一、清水　貴子、満田　美帆、安齋　理絵、青柳　美幸、美島　利通、朝倉　正博

P-C-3 患者様の外来診察上での問題点を考える（「病院に対する満足度調査」を分析して）

泉　　潤子（西能病院 看護師）

◉共同発表者：三原八重子、用水とも子、杉本　春美、太田きよ子、青石まり子、上関　真希、金谷智恵子

P-C-4 外来の診療介助の効率化による患者サービスの向上

石倉　悦子（特定医療法人愛仁会千船病院 助産師）

◉共同発表者：松永　真貴、太　　幸愛

P-C-5 オーダリングシステムによる調剤業務の効率化

高木　克彦（国保 旭中央病院 薬剤師）

◉共同発表者：尾又　良隆、浅井　秀樹

P-C-6 会計前での待ち時間の短縮

直江　幸範（特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 事務）

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(4)、(5)、(6)、(10)、(11)

〈演題番号〉

P-C-7 細菌検査を外注して

村上　　学（大牟田市立総合病院 臨床検査技師）

◉共同発表者：坂口　和光、森　　久喜、島　　雄一

P-C-8「中小病院での薬剤師業務のあり方」

川手　純子（医療法人財団 織本病院 薬剤師）

◉共同発表者：松尾　茂子、宮部　清一、桜井　裕司、倉本　広幸

P-C-9 検査依頼書の作成　～他部門とのかかわり～

前田富士子（医療法人 ガラシア会 ガラシア病院 臨床衛生検査技師）

◉共同発表者：澤田　尚子、日野　たか、平井加代子、大野　京子、鈴木　綾子、大槻　典子

日本病院会雑誌 2002年11月　167

P-C-10 取引業者様との懇談会開催について
塩田　昇（岡山旭東病院 事務部 業務管理課）

P-C-11 アルブミン製剤適正使用への取り組みと検討
上田　道子（取手協同病院 薬剤師）
●共同発表者：高橋真美子、伊藤　晴子、三浦　慎也、菜花　晃、板倉　弘光、井坂　彰一、大串　和子

P-C-12 CR化によるロスフィルム削減効果の検討
砂田　博文（取手協同病院 放射線科）
●共同発表者：鶴巻　章、板越　真悟、原　忠彦、佐藤　周之、椎名　誠、吉田　諭史、中澤　洋治

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(12)、(13)、(15)、(16)

〈演題番号〉

P-C-13 院内効率化支援システムの導入経過
佐々木伸明（総合上飯田第一病院 事務）
●共同発表者：阿部　倫士、浅野　大介、服部　有希、日比野香華

P-C-14 インターネットを利用した医療消耗品のグループ購買
岡　憲一（財団法人 三宅医学研究所附属三宅病院 看護師）
●共同発表者：岡　伊津穂、三宅敬二郎、三宅信一郎、吉峰　公博（吉峰病院）、中村　薫（佐野記念病院）、宮間　博義（メディクエスト）、宮田　重

P-C-15 SPDと医事請求システムの接続
直江　幸範（特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 事務）

P-C-16 長野松代総合病院における退院患者情報調査
上原　善秀（長野県厚生連 長野松代総合病院 事務）
●共同発表者：山本　和彦、北澤　邦彦、秋月　章

P-C-17 未収金管理～医事課とMSWの未収金対策における役割～
杉山　茂（渕野辺総合病院 事務）
●共同発表者：多田　敦子、侭田　大輔、秋吉磨生子、仙田美由紀、持丸　幸一

P-C-18 未収金問題への新たな取り組みについて
吉田ゆかり（済生会熊本病院 事務）
●共同発表者：西江真紀子、吉鶴　美保

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(23)、(25)

〈演題番号〉

P-C-19 入院日数断面調査からの平均在院日数の推定
千場　良司（(財)宮城厚生協会 坂総合病院 歯科医師）
●共同発表者：岩間　憲行

P-C-20 手術器材の洗浄方法の再検討 ―手術後器材20件の蛋白残存率判定より器材の洗浄方法を考えて―
重面　勉（医療法人松本快生会西奈良中央病院手術室 看護師）
●共同発表者：西田　美幸、古川登喜子

P-C-21 入院時の病棟から外来への申し送りの有用性
堀　浩美（福井総合病院 看護師）
●共同発表者：勝尾　信一

P-C-22 経理課業務の合理化「会計データの部門コード化」
青木　眞晴（聖路加国際病院 事務）
●共同発表者：吉川　信一、河原　　淳、芦田　直樹

P-C-23 電子クリニカルパスシステムの導入
直江　幸範（特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 事務）

P-C-24 患者別原価管理システムの取り組み
梅田　信一（特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 事務）

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(17)、(18)、(19)、(20)

〈演題番号〉

P-C-25 院内スタッフにむけた放射線業務内容の共有化
森下　　毅（特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 診療放射線技師）

P-C-26 IT化による事務処理の効率化への一考察
片岡久美子（特定医療法人 大道会本部 事務）
●共同発表者：中井　慶子、大道　友紀、平良　真紀、向井　英三

P-C-27 診療情報管理士の役割について―同意書の書式統一の試み―
田島　和子（脳血管研究所美原記念病院 診療情報管理士）
●共同発表者：中村俊太郎、佐鳥　紀輔、美原　　盤

P-C-28 人工呼吸器管理における標準化
山元　秀之（戸田中央総合病院 臨床工学技士）
●共同発表者：渡辺　哲広、堀　　貴夫、渡辺　仁志、大越　裕幸

P-C-29 電子カルテ導入に向けて医事課の課題
大下　裕矢（渕野辺総合病院 事務）
●共同発表者：福岡　義和、館田　和子、幡野　香織、持丸　幸一

P-C-30 都市型中規模病院における電子カルテシステムの導入
横内　啓太（井上記念病院 事務）
●共同発表者：唐木　章夫、山本　喜昭、朝生　陽子、浅野　香織、花岡　和明

P-C-31 電子化をイメージした診療録の工夫
狭田　　純（廿日市記念病院 医師）
●共同発表者：梶原　四郎、五石　惇司、丸山　高司、中田　嘉夫、藤森　正彦、原　　秀孝

教育の推進

〈演題分類区分〉E-(2)、(4)

〈演題番号〉

P-E-1 e-Learningを利用した看護職員の接遇教育
田村　美香（小倉第一病院 看護師）
●共同発表者：松尾　直江、隈本　博幸、中西　雅哉、中村　秀敏、中村　定敏

P-E-2 e-Learningによる看護婦教育の提案
中村　秀敏（小倉第一病院 医師）
●共同発表者：田村　美香、松尾　直江、上野真由美、安藤千奈美、中西　雅哉、隈本　博幸、中村　定敏

P-E-3 医療事故防止教育の検討
鈴木　　香（総合大雄会病院 看護師）
●共同発表者：青山　恵美、堀場知嘉子、渡邉まゆみ

P-E-4　「現場のエラー防止７つのポイント」を活用した安全管理教育
梅本　健三（東京都立豊島病院 看護師）
●共同発表者：逸見　純子、上野　真弓

P-E-5　臨地実習指導者の育成に向けて―職能要件書による評価―
山下千恵子（総合大雄会病院 看護師）
●共同発表者：脇田美代子、濱沖　幸子、井田　栄子、伊藤　明美、稲野　弓美

P-E-6　対話スキル研修 ―ソクラティク・ダイアローグの実践―
西川　　勝（介護老人保健施設ニューライフガラシア 看護師）
●共同発表者：大阪産業大学非常勤講師　堀江　剛

教育の推進

〈演題分類区分〉E-(7)、(8)、(10)

〈演題番号〉

P-E-7　リハビリ室での患者指導（脳卒中教室を通じて）
新森　靖子（脳神経外科塚本病院 理学療法士）
●共同発表者：政井　唯文、塚本　栄治

P-E-8　8年にわたる家族教室への取り組み　～精神分裂病再発防止のために～
石橋　和幸（財団法人竹田綜合病院 臨床心理士）
●共同発表者：小薗江浩一、星野　修三

P-E-9　エジプト国　小児救急医療プロジェクト（ECMO導入）
山田　悌士（名古屋第二赤十字病院 臨床工学技士）

P-E-10　脳血管障害教室における検査室の取り組み
井上　勝夫（脳神経外科塚本病院 臨床検査技師）
●共同発表者：萱原　律子、石黒　恵子、永井　智子、碓井　敬幸、塚本　栄治

P-E-11　褥瘡予防委員会の活動報告
石津こずゑ（聖隷浜松病院 看護師）
●共同発表者：褥瘡予防委員会、広本 佐都美

P-E-12　学生アンケートから見た望ましい小児実習病院のあり方
守永　美希（医療法人真美会 中野こども病院 看護師）
●共同発表者：辻野　睦子、松尾　美雪、小高　礼佳

栄養・給食

〈演題分類区分〉F-(3)、(6)、(10)

〈演題番号〉

P-F-1　選択メニューを導入して
草分美也子（医療法人 黎明会 北出病院 管理栄養士）
●共同発表者：福原ゆみこ

P-F-2　栄養指導の現状と問題点
栗原　恭子（土浦協同病院 栄養部）
●共同発表者：長谷川恵子、中島みどり、栗山　茂子

P-F-3　手作りパンの提供による患者サービスの向上
柳田　勝康（大雄会第一病院 栄養課 調理師）
●共同発表者：長谷川　肇、楳村　晴絵、西井由美子

P-F-4　療養型病棟における摂食調査からみた栄養摂取量と血液検査の報告

米原　恭子（西能病院 管理栄養士）
●共同発表者：舘川美貴子、寺家　孝治、山崎　開子

P-F-5　長期療養型における栄養管理

西村　智子（医療法人 若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院 管理栄養士）
●共同発表者：戸田　仁子、渡辺　真子、中野　知恵

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(4)、(5)、(6)

〈演題番号〉

C-1　「検査の患者への還元」後方診療支援システム

浅野　正宏（聖隷浜松病院 臨床検査技師）
●共同発表者：谷脇　寛子、鈴木　　健、鈴木　一美、清水　　広、彦坂百合子、溝口　　壱、鈴木　雅之、米川　　修

C-2　病棟専属に各医療職者を配属させたことによるチーム医療の実践

大川　直子（脳血管研究所美原記念病院 看護師）
●共同発表者：高橋　陽子、山崎　たま

C-3　ボバース記念病院におけるリハビリテーションチームの職種間の連携

下田真由美（ボバース記念病院 看護師）
●共同発表者：中村　雅美、坂口三津子、恵　　陽子、牟禮　博子、空閑真木子

C-4　臨床検査技師として糖尿病患者指導への取り組み

佐瀬正次郎（総合病院国保旭中央病院 臨床検査技師）
●共同発表者：寺島美佐子、石田　良恵、関口　勝彦、花澤　節子、野上由起子、高橋　英則

C-5　リハビリ、医師、看護統一カルテにおける有用性

前田　智美（医療法人 埼玉成恵会病院 看護師）
●共同発表者：鯨井弥津子、*長谷川岳弘、**仲林　理子、***伊藤　文彰
（*医師、**リハビリ、***ソーシャルワーカー）

C-6　病棟クラークの役割を考える

宮城　里美（特定医療法人敬愛会 総合病院 中頭病院 病棟クラーク）
●共同発表者：新里　智子

C-7　どうする外国人医療費未収1億3千万円

美野輪智博（土浦協同病院 事務）
●共同発表者：浅川　彰市、中庭　　正、大崎　一夫、小松　昭善、寺田　恵子、宇佐美秀樹、吉田　順一、安蔵　　崇

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(1)、(2)、(3)

〈演題番号〉

C-8　シックスシグマによる病棟での入院案内件数の削減

松本　　尚（大樹会総合病院回生病院 医師）

C-9　医事課内における情報伝達の有用性　～自由診療扱い報告書の活用～

川村　朋子（医療法人 社団 カレス アライアンス 日鋼記念病院 事務職）
●共同発表者：石川　顕弘、太田　　豊、佐々木和恵、斎藤　亜鐘

C-10　患者のいつ呼ばれるかわからない不安の解消

國分　純子（厚生連高岡病院 看護師）
●共同発表者：高橋世利子、新保智恵子、酒井　厚美、西山栄津子、新井　妙子

日本病院会雑誌　2002年11月

C-11　診療予約と患者満足度

宮里久美子（特定医療法人敬愛会総合病院 中頭病院 事務）

●共同発表者：與那覇真由美、真栄里民子、大城　由美、山内美奈子

C-12　迅速化を無理なく行うための準備

熊谷　　優（横須賀北部共済病院 臨床検査技師）

C-13　新システム導入に対応した採血室移転による効果について

久保田和子（土浦協同病院 検査部）

●共同発表者：井坂　信之、折本　久子、木村　　博、篠原　紳介

C-14　CT更新による業務の変化

坂本　隆行（藤沢市民病院 放射線技師）

●共同発表者：土屋　和博、須永　咲代、若原　忠義

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(7)、(9)、(10)

〈演題番号〉

C-15　業務改善における定量的評価の一考察

高橋　理恵（小笠原クリニック札幌病院 看護師）

●共同発表者：石井　千春

C-16　効果的な超過勤務縮減にむけての取り組み

岩島貴久美（国立京都病院 看護師）

●共同発表者：新庄　和美、佐藤三枝子、豊田百合子

C-17　会議のあり方・運営方法について

高橋こはる（医療法人社団みゆき会 みゆき会病院 事務）

●共同発表者：茂木　節子（検査技師）、礒辺　敏子（看護師）、粟野　直子（管理栄養士）

C-18　SPDシステムを有効利用するために ―3Mをなくしたい―

前田タヅ子（国家公務員共済組合連合会名城病院 看護師）

●共同発表者：佐藤いつ子、桜井　範枝、三浦めぐみ、大河内なお子、星　　奈緒、三輪　香織

C-19　効率の良いオムツの当て方を考える ―時間短縮とコストダウンをめざして―

町田　幸江（小諸厚生総合病院 看護師）

●共同発表者：佐藤　早苗、荻原　徳子、有賀美奈子

C-20　血液製剤の有効利用

天野ふく子（高の原中央病院 臨床検査技師）

●共同発表者：大井　智子、井上百合子、濱岡　美春、天野　知子、橋本　弘美、松原　弘幸、長谷川　章、三浦　教次、西村　公男

C-21　吸引業務の工夫 ―滅菌精製水を減らして―

等々力麻由子（小諸厚生総合病院 看護師）

●共同発表者：林部　園子、井出すみ子、志摩　美香

C-22　院内ネットワークを利用した放射線科内における検査予約・台帳システムについて

古橋　伸哉（医仁会武田総合病院 診療放射線技師）

●共同発表者：谷岡　延光、松下　和彦、山本　佳弘、西村　正樹、永田　保、武田　隆久

172　日本病院会雑誌 2002年11月

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(11)、(12)、(13)、(17)

〈演題番号〉

C-23　CTロスフィルムの改善

山本　弘（ガラシア病院 診療放射線技師）

◉共同発表者：山本　賢一、大槻　和也

C-24　医療材料流通・病院物品管理の効率化に向けた一考察

安達　暁子（聖路加国際病院 事務）

◉共同発表者：中村　彰吾、倉辻　明男、渡辺　明良、長谷川　恵、板井　明、吉田由希栄

C-25　請求漏れに対する取り組み

加島　史（社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院 事務）

◉共同発表者：平山ひとみ、江野みどり

C-26　請求もれ対策　コンピュータと人のベストミックスを目指して

中村　円（特定医療法人敬愛会総合病院 中頭病院 事務）

◉共同発表者：花城三千男、町田千賀子、田里由美子、嘉手苅梨枝、諸見里春香、佐渡山まどか、仲村　愛子

C-27　Web版就業システムについて

三崎　博（住友別子病院 事務員）

◉共同発表者：真木都登志

C-28　ケースワーク記録データベース化への取り組み

宮本沙代子（北摂総合病院 MSW）

◉共同発表者：永治　幸子、竹内　美陽、池田　健士

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(12)、(13)、(19)

〈演題番号〉

D-1　病院職員に対するBLS講習を実施して―救命処置に対する意識調査―

市川　麻由（医療法人 埼玉成恵会病院 看護師）

◉共同発表者：*長谷川岳弘、島崎　俊郎、川野奈緒美（*医師）

D-2　民間研修指定病院での卒後救急診療研修 ―救急診療科開設後の研修医アンケート調査―

小延　俊文（淀川キリスト教病院 医師）

◉共同発表者：福島　英賢、野阪　善雅、塩川　智司、森本　一平、藤川　晃成、宮下　孟士、辻本　嘉助、奥地　一夫

D-3　人工妊娠中絶の動向

坂本　鶴美（東京医療生活協同組合 中野総合病院 看護師）

◉共同発表者：望月　結花、大河原通子

D-4　大量化学療法を受ける患者の剥離性皮膚炎の予防を試みて
―アクリノール湿布及び保冷剤による冷却法の効果―

長谷川志伸（富山市民病院 看護師）

◉共同発表者：小杉　友香、草野　順子

D-5　栄養評価スクリーニング法に基づいた看護師によるガイドライン作成への取り組み

渥美　さよ（厚生連鈴鹿中央総合病院 看護師）

◉共同発表者：山本　佳澄、大川　洋子、平野　美春、岡本　由紀、川瀬　貞子、森　章哉、村田　哲也、小関由美子

D-6　人間ドックにおける乳房撮影（マンモグラフィ）の有用性について

宮本　博之（医療法人大道会 帝国ホテルクリニック 放射線技師）

◉共同発表者：後藤　慎二、阿部　宣子、前田佐緒吏、丹治　芳郎、後藤　守孝

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(19)

〈演題番号〉

D-7　大腿骨骨幹部骨折術後に獲得できた膝関節屈曲角度に着目して

飛永浩一朗（聖マリア病院 理学療法士）

●共同発表者：PT　山本　千晶、麻生　努、坪根　愛、MD　井手　睦

D-8　褥瘡予防のための看護実践の評価

西本　悦子（済生会京都府病院 看護師）

●共同発表者：佐藤　美紀、澤田　光代

D-9　健診における胃内視鏡検査の重要性と受診者の意識

吉川　晶代（札幌社会保険総合病院 健康管理センター 事務）

●共同発表者：関谷　千尋、桧山　繁美、伊藤　律子、木村　眞子、佐藤　理子、加藤　猛、田中　恵

D-10　地域中核病院における総合診療部の役割

関谷　千尋（札幌社会保険総合病院 内科医師）

●共同発表者：大西　勝憲、晃昇とも子、荒川美和子、梶原　陵子、遠藤　裕明、秦　温信、佐野　文男

D-11　透析後の起立性低血圧を予防するための工夫　～新しい車椅子の座り方～

柏木　亜矢（財団法人芙蓉協会 聖隷沼津病院 看護師）

●共同発表者：青木　千春、柏崎　順子、餌取　和美、高　大輔、若山由起子

D-12　大阪府内の病院における看護体制の移行状況とその評価について

小西　康之（大阪府健康福祉部 事務）

●共同発表者：増田　えみ、青山ヒフミ

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(19)

〈演題番号〉

D-13　クオリティ管理室の使命

行本百合子（淀川キリスト教病院 事務）

●共同発表者：和田美智子、田口　賢明

D-14　民間中小規模病院の改革への意思決定プロセスの検討

青山ヒフミ（大阪府立看護大学 教員）

●共同発表者：増田　えみ、小西　康之

D-15　ニーズに合う含嗽液を求めて～殺菌率と爽快感の両側面より～

上畠　順次（南大阪病院 看護師）

●共同発表者：岩井みよ子、高本　優子、羽田野真希、清藤　淳子、新家　千春、阿部　直子、渡辺　左知、森　雅子

D-16　「意欲の有無を判断するために」―小脳炎患者の言動を振り返って―

當間　朝美（医）宝生会PL病院 看護師）

●共同発表者：水田　佳代、薗部　暁子、児玉　俊子

D-17　病棟スタッフの口腔ケアに対する意識調査

林　美貴子（特定医療法人大道会 ボバース記念病院 歯科医師）

●共同発表者：平塚　寛子、菅　佐智子、平野奈緒美、宇野　智恵、畑中　有希、宮本　順美、旭　吉直、大道　士郎

D-18　不妊治療に対する意識調査を行って

江口ゆり子（特定医療法人生長会府中病院 看護）

●共同発表者：稲葉　吏奈、原田真木子、中野　節子、白川美保子、小林真一郎、西尾　正一

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(19)

〈演題番号〉

D-19　当院における遠隔医療の試み　～一症例を通して～

南　満寿美（特定医療法人生長会府中病院 看護）

◉共同発表者：白川美保子、宮部藤十郎、原　知子、西川慶一郎、西尾　正一

D-20　入院診療計画書における「看護の計画」欄の記載内容の実態

奈須貴美代（特定医療法人社団御上会野洲病院 看護師）

◉共同発表者：木村夕喜恵、大槻　知子、鈴木ふじゑ

D-21　精神科患者の口腔ケアに対する看護婦の意識と実態の比較

正木　佐織（特定医療法人仁生会 細木ユニティ病院 看護師）

◉共同発表者：山岡　満幸、岡本　香織、近森　夏代、登山　ミキ、矢田芙美子、中屋　公子

D-22　エリスロポエチン製剤投与法変更について看護婦の評価と考察

堀内　千春（東京医療生活協同組合 中野総合病院 看護師）

◉共同発表者：柴田　道子

D-23　予防リハビリテーションの有効性 ―骨塩量への影響

古川　麻紀（医療法人 社団 博栄会 浮間中央病院 理学療法士）

◉共同発表者：佐野　順子、松岡　由希、清水真由美、中村　睦、橋本　雅郎、美島　利通、朝倉　正博

D-24　病棟・老健におけるポジショニング統一の為の工夫とその効果

樋野　稔夫（医療法人全仁会 倉敷平成病院 理学療法士）

◉共同発表者：津田陽一郎、山下　昌彦、井上　優、樋野　稔夫

教育の推進

〈演題分類区分〉E-(1)、(8)、(9)

〈演題番号〉

E-1　『口腔ケアの見直しを図って』看護婦の意識向上と継続ケア

西尾　真巨（医療法人財団康生会 武田病院 看護師）

◉共同発表者：三宅　陽子、谷　由紀子、三上　由貴

E-2　院内研修における看護婦の意識改革の成果について

桜井　敬子（医療法人 埼玉成恵会病院 看護師）

◉共同発表者：高澤　啓子、鯨井弥津子、前園　泰子、島田　雄子

E-3　「いいお産の日」2001院外活動への取り組み

塩谷　徳子（(財) 竹田綜合病院 助産師）

◉共同発表者：小林　厚子、芳賀　君子、龍川　初江

E-4　病院検査技師のあり方について～病棟担当技師の取組を通じて～

井浦　憲治（済生会熊本病院 臨床検査技師）

◉共同発表者：田上　圭二、高井規久子

E-5　当院における国際交流での実績と課題

大橋　知行（特定医療法人大道会 ボバース記念病院 理学療法士）

E-6　効果的な患者カンファレンス

川又　光子（水戸協同病院 看護師）

教育の推進

〈演題分類区分〉E-(7)

〈演題番号〉

E-7　心肺蘇生法講習会の成果と課題 —「ファミリーCPR」を実践して—

斉藤　佳子（土浦協同病院 看護師）

◉共同発表者：鈴木佳代子、飯村由美子、須藤　礼子

E-8　当院で行われている腎疾患ゼミナールについて

高木　由利（医療法人財団 織本病院 医師）

◉共同発表者：高橋　雅明、織本　　潤、宮岡　　昭

E-9　「糖尿病フォローアップ外来」の効果と問題点

立桶　史生（札幌社会保険総合病院 看護師）

◉共同発表者：柴　　京美、紺野　由実、藤井　厚子、小野　百合

E-10　「わかりやすいリハビリ教室」の企画と運営についての一考察

立岩　敏之（愛仁会リハビリテーション病院 事務）

◉共同発表者：向井　　均、武富　由雄、山崎　　駿

E-11　助産師活動の活性化 —育児支援の充実をめざして—

東川　明子（ベルランド総合病院 助産師）

◉共同発表者：小窪　幸子

E-12　透析患者の自己管理を目指して　～日常生活についての知識の向上～

北澤利江子（トヨタ記念病院 看護師）

◉共同発表者：八尋　佳代、石井　幸枝、井上　孝子

E-13　退院後の沐浴方法における一考察 —ベビーバス利用と家庭風呂利用における実態調査を行なって—

谷口　真理（清水市立病院 看護師）

◉共同発表者：松島しのぶ、山本　真樹

教育の推進

〈演題分類区分〉E-(2)、(3)、(4)、(5)

〈演題番号〉

E-14　医療関係職種からみた事務職員職務の認識度に関する研究

平岡　誠史（広島国際大学 医療経営学科白髪研究室員）

◉共同発表者：長井　雅直、森　　拓二、才川　崇、西川　和裕、宮本　陽平、朝原　祥之、白髪　昌世、甲斐　聖人

E-15　プレゼンテーションソフトを利用しての種々の発表について

戸口　　明（医療法人 埼玉成恵会病院 薬剤師）

◉共同発表者：比留間祐介、島崎　俊郎、飯塚　　洋、斉藤　幸生

E-16　当院におけるリーダーシップ研修—アサーティブな自己表現をめざして—

山形　祥子（上都賀総合病院 看護師）

◉共同発表者：神山　光子、柴田由利子

E-17　専任指導者による新人教育の評価

井上　恵実（医）宝生会PL病院 看護師）

E-18　病院職員のキャリア・スキルに関する意識調査

角田　　誠（洛和会音羽病院 医師）

◉共同発表者：八木　利之、中島　久宜

E-19　視点を広げませんか？「リフレーミングを活用して」
中辻　朋博（医療法人ペガサス 馬場記念病院 社会福祉士・介護支援専門員）

教育の推進、病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉E-(10)、C-(15)

〈演題番号〉

E-20　各検査モダリティーにおけるリーダー制導入の効果と課題
飯村　秀樹（筑波メディカルセンター病院 診療放射線技師）
◉共同発表者：江橋　敏男

E-21　訪問看護の効果的な実習指導のあり方　～看護学生のアンケート調査から～
菊地優美子（医療法人 社団 カレス アライアンス 訪問看護ステーション本輪西 看護師）
◉共同発表者：藤井真知子、清藤真由子

E-22　STの養成を考える―10年余の養成校での経験から
小柳　信善（東海記念病院 言語聴覚士）

E-23　糖尿病患者のセルフケアを高めるための教育のあり方
―食事会と運動療法の体験教育を試みて―
倉橋　　薫（医)宝生会PL病院 管理栄養士）
◉共同発表者：須田　和敬、小浦香陽子、可信　友美、橋口かほる、御木　達也

E-24　看護学生のもつ看護職イメージの変化（基礎看護学実習前後のアンケートを比較して）
山本扶美栄（恵寿総合病院 看護師）
◉共同発表者：大森　圭子、真舘　範子、小山真祐美、高野　喜美、中西　正子、広島　敬子、斎藤　優子

C-29　オーダリングシステムとリンクした診療情報管理システムによる病名・手術登録管理の改善
大槻　憲吾（特定医療法人慈泉会相澤病院 診療情報管理士）
◉共同発表者：椛島　博彰、山田ひとみ、白鳥美保子

C-30　当院の診療録管理室の現状と将来展望
青島　由佳（浜松赤十字病院 主事）
◉共同発表者：市川　清美、鈴木　哲也、東　日出也、山岸　真弓、内山季巳江

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(18)、(19)、(20)、(21)、(23)

〈演題番号〉

C-31　診療録統一についての取り組み
町田　尚敬（高知県・高知市病院組合 事務）
◉共同発表者：瀬戸山元一、中村　静子、堀見　忠司、大脇　　嶺、楠瀬　美加、栢分　洋子

C-32　『医用略語の標準化』―標準略語規定の作成―
足名美由紀（亀田総合病院 診療情報管理士）
◉共同発表者：橋本　裕二、牧野　永城

C-33　中小病院における電子カルテの導入
コイケ良江（医療法人 五月会 小笠原クリニック札幌病院 システム企画室）

C-34　ベッドサイド端末についての取り組み
吉村　修二（高知県・高知市病院組合 事務）
◉共同発表者：瀬戸山元一、福留　勝丸、町田　尚敬／富士通株式会社　山下　信哉、宮川　　武

C-35　患者・家族との看護計画の共有をめざして
森江実和子（医仁会武田総合病院 看護師）
◉共同発表者：加藤　恵子、村中　和美

C-36　院内LANにおける利便性追求と安全管理について
長谷川静夏（淀川キリスト教病院 事務職員）
◉共同発表者：西田　芳夫、高橋　立夫、山田　重信

C-37　外来患者振り分けシステムの構築
大須賀俊裕（愛知厚生連 渥美病院 薬剤師）
◉共同発表者：鈴木　宏、安井　吉史、金井　公予、池田　知穂、鈴江　孝昭

患者満足と職員満足

〈演題分類区分〉I-(1)

〈演題番号〉

I-1　精神的危機にある患者に対する看護婦対応の一事例の検討―30代女性の脳梗塞患者とのプロセスレコードを通して―
吉田　早織（医療法人 福井心臓血圧センター福井循環器病院 看護師）
◉共同発表者：永田　洋子、飛弾　章代

I-2　レクリエーションを通して精神疾患患者に学んだこと
岩永　礼（財団法人天理よろづ相談所病院 看護助手）

I-3　当院における医療安全マネジメント委員会の活動について
中澤　優子（ボバース記念病院 言語聴覚士）
◉共同発表者：塩見　努、上田　三夫、椰木千津子、三村　幸子、木下加奈子、萬　典子

I-4　入院患者の看護婦に対する5年間の満足度調査結果
児玉　俊子（医）宝生会PL病院 看護師）
◉共同発表者：山崎　英子、中川　愛子、看護部業務調査委員会

I-5　病院サービスに対する患者の不満と対処行動に関する検討
木村知香子（戸田中央総合病院 研究職）
◉共同発表者：佐伯　美佳、山本　武志、中村　毅

I-6　ナースコール内容の実態と減少への効果
中村　江美（松園第一病院 看護師）
◉共同発表者：中村　粧子、内田　緑、金野みゆき、伊藤　佳子

I-7　母と子の絆を！　～バースディーカードを取り入れて～
八木佳奈子（特定医療法人生長会府中病院 看護）
◉共同発表者：白川美保子、加地美佐子、大磯　和美、近藤　千里、濱口十糸子、西尾　正一

患者満足と職員満足

〈演題分類区分〉I-(3)、(5)

〈演題番号〉

I-8　新しい病院運営の取り組み
岡林　良樹（高知県・高知市病院組合 事務）
◉共同発表者：瀬戸山元一、中村　静子、町田　尚敬

I-9　職員意識調査と患者満足度調査の結果より
梅田　信一（特別医療法人財団董仙会 事務）
◉共同発表者：三浦　基嗣、東京大学経済学部研究科　中野　剛治、教授　高橋　伸夫

I-10　介護職員の視点から固定チームナーシングを振り返って
奥田みさき（特定医療法人仁生会 細木病院 介護福祉士）
◉共同発表者：岡村　富子、野口　信、細木　秀美

I-11　選択肢拡大を目指した夜勤体制の試行
木下　瑞江（愛仁会高槻病院 看護師）
●共同発表者：伊津美孝子、石本　繭子、小田　明美、保条　麻紀、遠藤　瑞穂

I-12　当院看護職員の勤務継続に関する認識調査
山口　幸枝（愛仁会 高槻病院 看護師）
●共同発表者：濱田　美雪、山田　明美、地寄みね子、大迫　智枝

I-13　抑制ゼロの理想と困難―痴呆介護の現場から―
下永　敦詞（ニューライフガラシア 介護福祉士）
●共同発表者：西川　　勝

I-14　身体抑制適応と運用の標準化による自己抜去の防止
垣内いづみ（特定医療法人慈泉会 相澤病院 看護師）
●共同発表者：千野　啓子

患者満足と職員満足

〈演題分類区分〉I-(6)、(7)、(8)、(9)

〈演題番号〉

I-15　褥瘡患者の在宅ケア継続の条件―デジカメを利用した褥瘡指導書の活用―
川口　明美（児玉中央病院、東京医科大学医療情報学教室 看護師）
●共同発表者：佐藤　美幸、清水　裕美、佐藤　稔、野口　高四、菅原　典子、益子　研土、大原　達美、名和　　肇

I-16　外来における乳癌患者告知後の精神的援助の検討
中村美貴子（医）宝生会PL病院 看護師）
●共同発表者：松本　明子、山本紀美子

I-17　病院評価における病理解剖の役割り―遺族へのアンケート調査から―
高橋　秀史（札幌社会保険総合病院 医師）
●共同発表者：佐々木智子、関谷　千尋、秦　　温信、佐野　文男

I-18　夜間の患者をとりまく環境　～減音方法の発見～
田中　沙智（医仁会武田総合病院 看護師）
●共同発表者：長尾加奈恵、桐原　裕子、中村　真紀、谷川　君子

I-19　『療養手帳』にデジカメ撮影導入
加藤　真一（脳神経外科塚本病院 総務）
●共同発表者：澤田　　修、小川　美香、髙田　一美、森　　功子、金谷ひろみ、野崎　　保、塚本　栄治

I-20　入院患者満足度調査方法とフィードバック
安永佳代子（麻生飯塚病院 事務）
●共同発表者：岩佐　紀輝、花岡　夏子

6月21日(金)

医療経済・制度・税制

〈演題分類区分〉A-(6)

〈演題番号〉

A-19　慢性多発性関節リウマチ患者の日常生活におけるいわゆる“高さ”についての検討
今村　隆（医療法人整泉会 安土病院 理学療法士）
◉共同発表者：蟹本信一郎、鷺直　燈美、河合　恵、滝波　雅代、島崎　初美、安土　美紀、安土　忠義

A-20　摂食・嚥下障害に対する回復期リハビリテーションの効果とSTの役割
家田佳代子（医療法人 若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院 言語聴覚士）
◉共同発表者：遠藤 眞理子、平川　圭子、玉越　健、寺野　民子、山崎　敏

A-21　回復期リハビリテーション病棟におけるチームアプローチ
玉置　恭子（医療法人 若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院 理学療法士）
◉共同発表者：松浦　道子、新田　勉

A-22　当院における病棟訓練の効果について —Barthel Indexを用いて—
野嶌　一平（愛仁会リハビリテーション病院 理学療法士）
◉共同発表者：中川　章子、武富　由雄

A-23　回復期リハビリテーション病院における退院の現状
川端　光代（多根脳神経リハビリテーション病院 看護師）

A-24　大腿骨頸部骨折における訓練期間と歩行予後予測
相良　貴義（医療法人石心会 狭山病院 理学療法士）
◉共同発表者：山口　昇、石川みゆき、深谷　綾子、錦織　聖史、会見　直子

A-25　回復期リハビリテーション病棟におけるソファーベット導入の試み
宮本美恵子（医療法人社団和風会橋本病院 看護師）
◉共同発表者：看護師　田中　正子、医師　忽那　則子、橋本　康子

A-26　摂食訓練について　第2報 —嚥下造影を通して—
石村　厚美（医療法人社団東洋会 池田病院 言語聴覚士）
◉共同発表者：小島　進、高柳　公司、安元　美貴、松田　謙介、馬郡　朋子

栄養・給食

〈演題分類区分〉F-(1)、(5)、(8)

〈演題番号〉

F-1　患者にやさしいミキサー食の提供
馬場　摩美（抱生会丸の内病院 栄養士）
◉共同発表者：松山　雅美、塚田　杖子

F-2　統一献立を利用した施設間の取り組み
前原　美和（熊本整形外科病院 管理栄養士）
◉共同発表者：磯野　仁美、嶋津さゆり、内村　美春

F-3　患者給食への異物混入防止策　～インシデントレポートを導入して～
田村　智子（医療法人寿楽会大野記念病院 管理栄養士）
◉共同発表者：有村　準、小松　茂（大野記念病院栄養科）　石田智子、芳田ひろ美、岩見祐子（テスティパル栄養科）、猪谷隆広（テスティパル調理師）

F-4　栄養科における安全管理

堤　尚子（脳血管研究所美原記念病院 調理師）

◉共同発表者：渡辺　美鈴、美原　盤

F-5　当院における食材料購入システムについて

嶋津さゆり（熊本リハビリテーション病院 管理栄養士）

◉共同発表者：永戸　一羽、前原　美和、磯野　仁美、内村　美春

栄養・給食

〈演題分類区分〉F-(6)、(10)

〈演題番号〉

F-6　継続的栄養指導の拡大に向けて―システム構築への挑戦―

佐々木正子（北海道循環器病院 管理栄養士）

◉共同発表者：安田　真紀、酒井　類、斉藤　美樹

F-7　境界型耐糖能異常に関する療養指導の実践と効果

佐藤　剛（東京医療生活協同組合 中野総合病院 栄養士

◉共同発表者：若月季美江、伊勢屋利史子、岡本　安弘（医師）

F-8　“メタヴァイン”を用いた血液透析患者のエネルギー所要量の検討

室井　弘子（(財)竹田綜合病院 管理栄養士）

◉共同発表者：鈴木アキ子、遠藤　照子、前原　陽子、鈴木　浩一、木全　直樹

F-9　病院給食改善報告

堀内　栄（抱生会 丸の内病院 薬剤師）

◉共同発表者：塚田　杖子、太田　良介

F-10　おいしい食事提供を目指して

秋山　典子（岡山旭東病院 管理栄養士）

◉共同発表者：西岡　嘉貴、上田　祥子、三好　康子

栄養・給食

〈演題分類区分〉F-(10)

〈演題番号〉

F-11　栄養状態調査を踏まえた栄養改善への取り組み

三谷　佳子（医療法人 若弘会 若草第一病院 栄養士）

◉共同発表者：内田　英子、丸山　範子、金子　香織、森垣　知美

F-12　病棟掲示献立表を写真化にして

根木　千晴（(総)聖隷浜松病院 栄養課 栄養士）

◉共同発表者：伊藤　尚子、逸見　恭正、佐原　明子、岩崎　司、小口　充康

F-13　出産後の「食事会」への取組みと今後の課題

平川　留美（医療法人聖粒会慈恵病院 管理栄養士）

◉共同発表者：水民　絹子、田中　敬子

F-14　当院栄養室の個人対応（癌患者の個人対応食）について

横山ふみ子（藤沢市民病院 栄養士）

◉共同発表者：田近　紀江、小坂　直央、岡　佐知子、野地ふじ子

F-15　栄養部におけるリーダー制導入による成果

徳田　好子（特定医療法人社団松愛会松田病院 管理栄養士）

◉共同発表者：鈴木　直樹、藤田　辰夫、横井　幸子、白柳加枝子、戸ヶ里田枝子、向山　明美、松本　有美、青野多恵子

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(23)、(24)

〈演題番号〉

C-38　病棟業務支援服薬指導記録データベースと活用

太田垣昌志（医療法人財団康生会武田病院 薬剤師）

●共同発表者：大西　敏之、馬瀬　久宜、小林　葉子、辻井　泰子、舛永佳代子、比嘉沙由梨、柴田　恭史、武田　隆久

C-39　オーダリングシステムの導入経過と概要

正木　史明（東京歯科大学市川総合病院 事務職員）

●共同発表者：川名　徳郎、鈴木　イチ、岩井　雄一、菅沼　弘春

C-40　オーダリングシステム導入における医療情報管理―小児医療における患者サービスの向上―

荒木　省吾（川崎医科大学附属病院 事務職）

●共同発表者：三宅　博文、小橋　誠、難波　徹、小田　誠二、石井　満之、池田　和晃

C-41　オーダリング・医事会計システム導入後の障害状況

鈴木　宏（愛知厚生連 渥美病院 情報室職員）

●共同発表者：大須賀俊裕、安井　吉史、金井　公予、中根　健、池田　知穂、鈴江　孝昭

C-42　平均在院日数算定のdesign-based approach

千場　良司（(財)宮城厚生協会 坂総合病院 歯科医師）

C-43　恵寿総合病院を中心とした情報ネットワーク

直江　幸範（特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 事務）

C-44　急性期病院と専任の介護支援専門員

上野　幸（(医)八千代病院 介護支援専門員）

●共同発表者：太田　静枝、佐野　智美、佐藤太一郎

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(25)

〈演題番号〉

C-45　地下水膜濾過システム導入について

橋本　俊則（医療法人 顕正会 蓮田病院 事務）

●共同発表者：嶋村　清、前島　静顕

C-46　デイケアの稼働率向上への取り組み

山田　剛（介護老人保健施設グリーンライフ 作業療法士）

C-47　岡山県の病院におけるIT環境の現状

土井　章弘（岡山旭東病院 院長）

●共同発表者：岡山旭東病院：小原　隆

岡山県病院協会：野田京子、広瀬哲也、岩本一寿（岡山済生会病院　副院長）

C-48　超音波画像ファイリングによるコスト削減の取り組み

松端　賢一（医療法人医真会 医真会八尾総合病院 臨床検査技師）

●共同発表者：宮本　一郎[1]、稲畑　利彦[1]、廣辻　和子[1]、兵藤　公一[2]、本田　伸行[2]

医真会八尾総合病院 臨床検査科[1]、放射線科[2]

C-49　看護業務の改善「処置カードの見直し」

中島　多津（高知県立中央病院 看護師）

●共同発表者：有澤　里彩、山中麻樹子

C-50　医療秘書課（医事業務秘書）の管理運営

薮野　佳之（財団法人 操風会 岡山旭東病院 事務）

●共同発表者：髙見　英敏、諏訪　仁一、林　　淳子、今吉　弘樹

病院管理・業務の効率化

〈演題分類区分〉C-(25)

〈演題番号〉

C-51　POSレジシステムと自動釣銭・釣札機の導入による事務効率化と窓口混雑緩和の試み

西村　宏行（大阪警察病院 事務職）

●共同発表者：吉田　元則、北岡　千寿

C-52　当院におけるMRI検査の待ち時間対策

藤野　隆夫（医療法人 愛仁会 千船病院 放射線技師）

●共同発表者：久保　伸平、田中　忠道、奥田　　悟

C-53　放射線科における夜間電気代節減

小澤　昌則（石心会 狭山病院 診療放射線技師）

●共同発表者：塩野谷　純、植木　茂樹、間山金太郎、松元　和敏

C-54　施設総合管理の導入

宮永　博孝（神鋼病院 事務職）

●共同発表者：野田　義輝

C-55　請求書送付業務の効率化

小林　清春（聖路加国際病院 事務）

●共同発表者：湯沢　則子、高橋　博子、菅野　瑞恵、林　　良子

C-56　管理事務長制の導入について

立花　秀之（聖マリア病院 事務）

●共同発表者：丸山　正人、浅田　光博、岩崎　充孝

C-57　簡易DTP導入による広報誌編集業務の改革

加藤　裕三（聖路加国際病院 事務）

●共同発表者：白畑　文明

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(1)、(3)

〈演題番号〉

P-D-1　感染管理評価スタンダードによる自己評価について

太田　久彦（医療の質に関する研究会 医師）

●共同発表者：小林　順子、遠藤　和郎、武田　裕子、柴田　　清、佐竹　幸子、上林　三郎、山下　直哉、北原　光夫、木村　哲彦

P-D-2　リハビリテーション病院機能評価スダンダードの開発と自己評価

小林　順子（医療の質に関する研究会 研究員）

●共同発表者：太田　久彦、高橋　邦泰、陶山　哲夫、及川　忠人、木村　哲彦、郡司　篤晃、岩崎　　榮

P-D-3　当院における喘息薬剤管理指導の現状と評価

国富　勝博（医療法人社団新風会 玉島中央病院 薬剤師）

●共同発表者：丸高　雅仁、田中　敏子、三和真理子、大西　順子、村上　和春

P-D-4　医薬品の適正使用を目的とした外来患者への薬剤情報提供システムの構築と評価

桜木　史佳（東京大病院・薬剤部 薬剤師）

●共同発表者：藤田　美奈、椿　あづみ、渡部　　恵、杉浦　宗敏、清野　敏一、中村　　均、山田　安彦、伊賀　立二

日本病院会雑誌　2002年11月　183

P-D-5　ステロイド軟膏剤の混合が与える薬物透過性への影響

大谷　道輝（東京逓信病院薬剤部 薬剤師）
●共同発表者：松元　美香、假家　　悟、内野　克喜、江藤　隆史

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(3)、(4)、(5)、(8)

〈演題番号〉

P-D-6　薬剤師の病棟業務によるリスクマネジメントと経営改善への貢献 I
～手術部内医薬品集中管理システムの構築～

福岡恵理子（東京大病院 薬剤師）
●共同発表者：保土田誠一郎、黒川　陽介、清水源二郎、中島　克佳、中村　　均、山田　安彦、齋藤　英昭、伊賀　立二

P-D-7　薬剤師の病棟業務によるリスクマネジメントと経営改善への貢献II
―医療の質の向上と経営改善を目指した薬剤管理指導業務の展開―

高山　和郎（東京大学医学部附属病院 薬剤師）
●共同発表者：桜木　史佳、中村　教子、中村　　均、山田　安彦、佐藤　明子、永井　良三、伊賀　立二

P-D-8　服薬指導における患者とのコミュニケーション

高橋由美子（医療法人 社団 博栄会 赤羽中央病院 薬剤師）
●共同発表者：加藤　真弓、岩崎　有美、中村　裕子、白土　寿晨、朝倉　正博

P-D-9　抗生剤の適正使用に向けての試み

河野　正宏（医真会八尾総合病院 薬剤師）
●共同発表者：宮本　一郎、山本　正子、岩井　哲郎

P-D-10　DRGにおける当院診療科の問題点　－マネジメントツールとしてのDRGの有用性

船越　孝（医療法人　大雄会　医師）
●共同発表者：宮地　利勝、松岡　敏雄、吉矢　富美子、愛敬　美一、中北　武男、伊藤　伸一

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(10)、(11)、(12)

〈演題番号〉

P-D-11　網膜剥離ガス注入後の効果的安静について ―試作枕を作成する―

榎本　晃子（藤沢市民病院 看護師）
●共同発表者：永田　美香、藤方　佳子、山本　真琴、高橋久美子、篠原　英美、武部由美子、長谷川和子、坂村　祐子、根岸美津江

P-D-12　正常産褥のクリニカルパスの有用性

井上　裕子（トヨタ記念病院 助産師）
●共同発表者：桂　美矢子、杉山　明子、板東かおり、岩瀬　喜代

P-D-13　クリニカルパスを作成して（当院三測表とCPを組み合わせたワンシート型）

金　　紘子（西能病院 看護師）
●共同発表者：新川さか江、波川　満喜、古川　明子、原田　洋美、上不　雅子

P-D-14　ICU/CCU病棟における薬剤師業務
―医療の質の向上とリスクマネジメントを指向した業務展開―

関根　祐子（東京大学医学部附属病院 薬剤師）
●共同発表者：宮崎　智雄、青山　隆夫、中村　　均、山田　安彦、小林志保子、坂本　哲也、矢作　直樹、伊賀　立二

184
日本病院会雑誌　2002年11月

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(18)、(19)

〈演題番号〉

P-D-15 喘息治療薬の有効性評価に関する研究

千野　朋子（千葉大学大学院薬学研究院医薬品情報学講座 学生）

●共同発表者：朴　美貞、諸橋由佳子、山形　真一、佐藤　信範、上田　志朗

P-D-16 治験における薬剤師の役割―アンケート調査結果より―

山崎三佐子（国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 薬剤師）

●共同発表者：榎本有希子、久保田篤司、井草　千鶴、中島　博子、萩谷由美子、牧村　瑞惠、平野　公晟、細田　順一

P-D-17 2000-2001年シーズンのインフルエンザに関するアンケート調査―佐渡島内の保育園幼稚園児、小学児童の全数調査

岡崎　実（佐渡総合病院 医師）

●共同発表者：中村　久乃、犬尾　成孝、小野塚淳哉、両津市民病院　岩谷　淳

P-D-18 大腿骨頸部骨折患者の術後移動能力の推移～痴呆及び受傷前移動能力別にみて～

坪根　愛（雪ノ聖母会 聖マリア病院 理学療法士）

●共同発表者：山本　千晶、麻生　努、飛永浩一朗、井手　睦

P-D-19 長期臥床患者への腹臥位療法を施行して　～業務にスムーズに導入するための取り組み～

森　由紀子（青梅市立総合病院 看護師）

●共同発表者：川村　佳子、山田　幸代、烏山　愛弓、田中　恵美、新井　絹子、谷村　晴美

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(19)

〈演題番号〉

P-D-20 国立国際医療センターにおける患者さまへの治験啓発活動の取り組み

城谷　真理（国立国際医療センター 治験管理室 薬剤師、治験コーディネーター）

●共同発表者：近藤　直樹、久保田篤司、和泉啓司郎、三島　正彦、岸　洋一

P-D-21 当院における乳房検査状況

小竹文美子（(財)竹田綜合病院 臨床検査技師）

●共同発表者：佐藤　幸子

P-D-22 継続的なケアにつなげる口腔ケアの取り組み

嶋内小百合（医療法人 大道会 大道病院 看護師）

●共同発表者：笠松　明美、脇中　文世、福山由紀子、上原　豊子、大原　恵子

P-D-23 小児科におけるレスパイトケア ―現状と今後の課題―

石浜みち子（土浦協同病院 看護師）

P-D-24 医療相談室の現状について

村上　則子（大牟田市立総合病院 看護師）

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(19)

〈演題番号〉

P-D-25 当院様式ワークシート作成による治験コーディネーター（CRC）業務の標準化

村田吏江子（聖隷浜松病院 治験コーディネーター（薬剤師））

●共同発表者：大橋智佐子、松岡真由美、北西　朱美、新田登美子、津島　準子、鈴木留美子、鈴木千恵子、清水　貴子、渥美　哲至

P-D-26 当病院における口腔ケアーの標準化への取り組み
柳田　憲一（雪ノ聖母会・聖マリア病院 歯科医師）
●共同発表者：中山　英明、田中　敏子、豊福　司生、井出　道雄

P-D-27 高齢患者の通院援助を試みて
金　　相哲（医療法人 社団 博栄会 赤羽中央病院 看護師）
●共同発表者：佐藤　明美、青木よし子、原田　　稔、白土　寿晨、朝倉　正博

P-D-28 慢性腎不全患者のヘルスケアプラン
山本裕美子（町田市民病院 看護師）
●共同発表者：渡邊　直美、足立智恵子、岸田喜代美、立崎　洋子、石田裕一郎

P-D-29 自動体位変換装置と徒手体位変換時の循環動態の変化と安全性
小田　雅美（総合大雄会病院 看護師）
●共同発表者：種田　知恵、石原　静代

その他

〈演題分類区分〉L

〈演題番号〉

P-L-1 脳梗塞再発後の片麻痺患者の看護
杉村　美穂（旭仁会 森病院 看護師）

P-L-2 natus-ALGO2eを用いた新生児聴力検査の実施報告
小平　幸子（抱生会 丸の内病院 臨床検査技師）
●共同発表者：山岸田鶴子、臼井　明美、山田　香織、北村　文明、小川　陽男

P-L-3 拡散強調像（以下：DWI）による脳白質構造の描出
北川　俊明（脳神経外科塚本病院 診療）
●共同発表者：五十嵐　誠、柴垣　　泉、山村　陽子、塚本　栄治

P-L-4 患者会『ボバース友の会』運営についての考察
足立　慎二（ボバース記念病院 事務）
●共同発表者：上田　三夫、井上　義仁、佐川　弘明、水谷　理恵

その他

〈演題分類区分〉L

〈演題番号〉

P-L-5 女性患者の採尿指導の有用性について
野阪　智子（福井総合病院 看護師）
●共同発表者：小竹　玲子、中野いずみ、中村　直博

P-L-6 低視覚者（以下ロービジョン者）が近見用補助具を使用する事による効果
高橋恵津子（福井総合病院 OMA）
●共同発表者：熊谷　吉美、高柳　克典、森　　啓亮

P-L-7 「目標設定シート」導入による薬剤業務の検討
杉野　恭子（南大阪病院 薬剤師）
●共同発表者：植松　睦美、信達谷典子、林　　由紀、高山　　宏

P-L-8 CT検査の医療被ばく線量
坂田　乃梨（河北総合病院 診療放射線技師）
●共同発表者：宮負　敬子、大西　洋平、大地　直之、篠原　健一、佐藤　　正

感染対策

〈演題分類区分〉H-(3)、(5)

〈演題番号〉

P-H-1　ICU内におけるガウンの必要性を見直して

小川　文孝（医療法人財団康生会武田病院 看護師）

◉共同発表者：稲澤美和子、辻　かおり、島田　和恵、吉田乃里子

P-H-2　本院における針刺し・切創事故の傾向　針刺し報告システム・EPINetを使用して

安村　千草（雪の聖母会 聖マリア病院 看護師）

◉共同発表者：因幡美津子、高松　純、樗木　浩郎、伊藤　園江

P-H-3　グルタラール使用における問題点とその対策

市川　智之（土浦協同病院 薬剤部）

◉共同発表者：椿　浩之、浅野千代子

P-H-4　介護型病床における疥癬の感染拡大予防策についての検討

松下　妙子（医療法人緑風会 長崎みどり病院 看護師）

◉共同発表者：森　孝子、高木　明美、松下千恵子、田辺りつ子、立石　重美、柴田　理恵、野口　妙子、門下　照代

P-H-5　患者の安全を考慮した内視鏡消毒について

村松　真実（医療法人 社団 博栄会 赤羽中央病院 看護師）

◉共同発表者：服部　操代、佐藤　浩之、成田　亨、白土　寿晨、朝倉　正博

病院と地域

〈演題分類区分〉B-(4)、(6)

〈演題番号〉

P-B-1　ホームページを利用した広報活動

角屋　幸志（恵寿総合病院 事務）

P-B-2　病院Webサイトの評価法について ―内容分析とユーザビリティ分析の観点から―

渡邉　一平（広島国際大学 医療福祉学部 医療経営学科 大学教員）

◉共同発表者：丁井　雅美、理崎　靖紀、笹川　紀夫、金谷　孝之、白髪　昌世

P-B-3　大学病院からの転院状況の検討

定本　清美（東邦大学医学部大森病院地域連携室 医師）

◉共同発表者：塩澤　正彦、林　誠司、椎橋　園子、渡辺麻澄美、菊池　博達

P-B-4　病院情報システムの更新と病診連携の強化

青野　義和（神鋼病院 事務）

◉共同発表者：野田　義輝

P-B-5　大規模病院の外来診療について

北中由紀子（淀川 キリスト教病院 事務員）

◉共同発表者：益田由紀恵、阪本　京子、豊山　信代、山口　幸香、板倉　克英、本田里江子

病院と地域

〈演題分類区分〉B-(7)、(8)

〈演題番号〉

P-B-6　地域医療連携の取り組みから見た紹介率

池田　隆一（特定医療法人慈泉会 相澤病院 事務員）

◉共同発表者：理事長・院長　相澤　孝夫、大洞　文香、藤牧　志乃、滝沢　綾子

P-B-7　当院における病診連携活動の実践　～紹介率向上に向けての取り組み～

川上　美奈（岡山旭東病院 事務部 病診連携室）

P-B-8　登録医制度導入におけるCT検査予約方法の見直し

芦田　一郎（北摂総合病院 診療放射線技師）

●共同発表者：上山美智子、伊藤　未希、山本　竜二、宇多　正弘、平井　　智、山口　　実

P-B-9　地域と当院連携室の関わりについての検討

田上　敏美（特定医療法人社団松愛会松田病院 連携室勤務看護師）

P-B-10　出生後2時間の低体温予防についての一考察 ―帽子の有効性の検討―

藤田　恵美（共立湖西総合病院 助産師）

●共同発表者：豊田登美子、松浦　興子、福井　浩子、山本　泰子、佐藤みね子

患者満足と職員満足

〈演題分類区分〉I-(5)、(7)、(9)

〈演題番号〉

P-I-1　くりぬきスポンジは抑制になるのだろうか

森　　直美（医療法人 穂仁会 大滝病院 介護職）

●共同発表者：橋爪　昇子、関位　睦美、山上　里江、加藤　幸枝、坂下千恵美

P-I-2　―がん患者のインフォームドコンセントに対する看護婦の意識について考える―

猪瀬留美子（土浦協同病院 看護師）

P-I-3　透析中のリラックスを目的にアロマセラピーを実施して

小山　友希（医療法人 黎明会 北出病院 看護師）

●共同発表者：入船　政代、福田　幸代、西川千津子

P-I-4　注入食によって摂食している患者の口腔ケアの実態調査

西　千代美（医療法人 黎明会 北出病院 看護師）

●共同発表者：土屋　宜久

P-I-5　当院における睡眠時無呼吸患者様へのnasal-CPAP導入

岩田　理香（医療法人愛仁会 高槻病院 検査科、*呼吸器内科 臨床検査技師）

●共同発表者：八百　啓介、池田真由美、南部　明子、川崎　純一、*竹中　和弘、*仲田　裕行

患者満足と職員満足

〈演題分類区分〉I-(9)

〈演題番号〉

P-I-6　生理検査室における情報提供の標準化

柴田　恵里（戸田中央総合病院 事務）

●共同発表者：岸　　隆雄、吉岡智恵子、木村　直美

P-I-7　当院の夜間救急外来利用状況と当直看護婦の疲労の関係

藤田　晴美（福井総合病院 看護師）

●共同発表者：川岸さかえ、富澤真由美、辻　　哲朗

P-I-8　当院のCS活動当院のCS活動（患者様満足度調査と職員問題意識調査）

本間　邦夫（くにもと病院 事務職）

●共同発表者：大泉　和聖、川尻　　明、和田　正彦、大友　幸恵、國本　正雄

P-I-9　苦情処理を検討して

山内　小波（医療法人 穂仁会 大滝病院 MSW）

●共同発表者：坂下千恵美、大滝　秀穂

188　日本病院会雑誌 2002年11月

P-I-10 「職員の意識改革を目指して」入院患者アンケートのデーターベース化と利用法

原　澄夫（栗山会 飯田病院 放射線技師）

●共同発表者：斉藤　文孝、若杉志賀子、光澤利佐子、松島　信子、横井みつ子、北原　豊子、伊達　大和、松井希代子、鈴木　勝恵

P-I-11 「患者様アドボカシー室」の試み

四方　克尚（岡山旭東病院 医療ソーシャルワーカー）

病院建築と設備

〈演題分類区分〉J-(1)、(6)、(7)

〈演題番号〉

P-J-1 ICU・手術室におけるシーリングペンダントの導入

中村　智裕（名古屋第二赤十字病院 臨床工学技士）

P-J-2 病院併設型緩和ケア病棟「日鋼記念病院の事例」

金谷　浩明（医療法人社団 カレス アライアンス ニッコー・ヘルス・システム研究所 研究者）

●共同発表者：柴田　岳三（日鋼記念病院：緩和ケア科 科長）

P-J-3 手術室増室及び改修工事の報告 ―手術件数減をさけて―

山崎　紀男（土浦協同病院 事務）

●共同発表者：平野　豊秋、柴田　光一、松宮　直樹、菅谷　周子、香取　逸美

P-J-4 放射線部FCR導入による収支報告

板越　真悟（取手協同病院 放射線科）

●共同発表者：鶴巻　　章、佐藤　周之、吉田　諭史、砂田　博文、中澤　洋治

教育の推進、病院建築と設備

〈演題分類区分〉E-(1)、(3)、J-(7)

〈演題番号〉

P-E-13 医療従事者における医療放射線の認知度について

日比野友也（総合大雄会病院 診療放射線技師）

●共同発表者：勝又　　優、三宅　敏之、牧田　美紀、伊藤　茂樹

P-E-14 女子医療従事者における医療放射線に対する意識について

勝又　　優（総合大雄会病院 診療放射線技師）

●共同発表者：三宅　敏之、日比野友也、牧田　美紀、伊藤　茂樹

P-E-15 セルフケア困難患者における口腔ケアの徹底

仲兼久真紀（医療法人 西福岡病院 看護師）

●共同発表者：川村　恵子、塚本まり子、井上　陽子、入口ひとみ、西村由紀子

P-E-16 管理職年俸制の導入とその効果

中井　慶子（特定医療法人大道会 本部 事務）

●共同発表者：大道　友紀、平良　真紀、向井　英三、片岡久美子

P-E-17 介護指導を通した地域との連携の試み

大野美津江（土浦協同病院 看護師）

●共同発表者：舟橋　道代

P-E-18 医師臨床研修における診療所研修の意義についての考察

由井　和也（佐久総合病院付属小海診療所 医師）

●共同発表者：田邉　　哲、具　　芳明、長　　純一、山田　　繁、清水　茂文

P-J-5 環境における心理的変化

高栁　和江（日本医科大学医療管理学教室）

教育の推進

〈演題分類区分〉E-(2)

〈演題番号〉

P-E-19　ボバース記念病院におけるリハビリテーション部職員教育体制について
山中　善詞（ボバース記念病院 理学療法士）
◉共同発表者：森田早紀子、椎名　英貴

P-E-20　当院における摂食嚥下に対する取り組み
山田　清美（総合坂本病院分院 看護師）
◉共同発表者：鳥居　克子、岩瀬嘉寿子、坂本知三郎、坂本勇二郎

P-E-21　新人スタッフへの教育について
諫武　　稔（福岡青洲会病院 理学療法士）

P-E-22　接遇に関する意識調査
藤村　光春（西能病院 診療放射線技師）
◉共同発表者：米原　恭子、松井　　裕、早瀬とし子、川幡　典子、栗原　純子、八木　知子、松田　昌子

P-E-23　臨床検査技師教育における新人教育プログラムの試用結果
高柳美伊子（筑波メディカルセンター病院 臨床検査技師）
◉共同発表者：田山　順一、植田　光夫、小田倉　章、江橋　敏男

P-E-24　看護教育における院内学術大会の役割
中島美枝子（JA秋田厚生連 北秋中央病院 看護師）
◉共同発表者：村上　スエ、秋元　厚子

P-E-25　看護部における院内教育の在り方
江崎　忍（海南病院 看護師）

安全・危機管理

〈演題分類区分〉G-(1)、(14)

〈演題番号〉

G-1　災害時における病院体制について ―日本病院会救急医療防災対策委員会調査より―
河口　　豊（広島国際大学 教授）

G-2　血液透析施行時における緊急離脱器具の指導を行って　～器具の一部改造を試みて～
斉藤　敦子（医療法人 社団 カレス アライアンス 登別サテライトクリニック 看護師）
◉共同発表者：吉村久美子、田中三枝子、傳法　晴美

G-3　放射線部におけるリスクマネジメント
横山　敦也（聖隷浜松病院 診療放射線技師）
◉共同発表者：立石　甲吉、山田　　薫、山本　勇夫、高藤　里江、三木奈央子、日下部行宏

G-4　当院における被爆線量管理適正化への取り組み
三好　　進（神鋼会 神鋼病院 診療放射線技師）
◉共同発表者：久保田　晋、岡本　　亮、山下　元秀、野田　義輝、仲村　弘幸、岩橋　正典、松本　眞人、原口　貴裕、西村みどり、瀧本　恒夫、笹本　　芳

G-5　臨地実習における事故状況と要因分析
勝野　珠美（名鉄看護専門学校 看護教員）
◉共同発表者：田中こずえ、石田　裕子、今井　和子、保里　知子

安全・危機管理

〈演題分類区分〉G-(14)

〈演題番号〉

G-6　一般撮影依頼書におけるエラー低減効果について

西村　健司（医療法人 医真会八尾総合病院 診療放射線技師）

G-7　イントラネットを利用したインシデントレポート報告システムの導入

水野　純一（名古屋第二赤十字病院 事務）

●共同発表者：池上　健二、岸　　真司、安藤恒三郎、柳　　務

G-8　市販直後調査における薬剤部の関わり

渥美位知子（聖隷浜松病院 薬剤師）

●共同発表者：宇都美由紀、鈴木千恵子、松本　洋一

G-9　高齢者のせん妄状態のケア改善

岩上　奈月（医療法人五星会 菊名記念病院 看護師）

●共同発表者：寺嶋　弓恵、佐久間良子、鳴海　麻貴、菅井智恵子、新村美佐香

G-10　患者サイドから見たCR装置のメリットについて―第1報―

表利　知幸（医真会八尾総合病院 診療放射線技師）

●共同発表者：西村　健司

安全・危機管理

〈演題分類区分〉G-(14)

〈演題番号〉

G-11　当病棟における注射事故による安全啓蒙活動-注射はこの患者で大丈夫？

大城　朱美（特定医療法人 敬愛会 総合病院 中頭病院 看護師）

●共同発表者：伊波　元子、横田愛由美、具志堅俊一、平良　沙織

G-12　当院薬局におけるインシデント事例の検討とプレアボイド対策

長澤　法子（つくばセントラル病院 薬剤師）

●共同発表者：赤池ちはや、久松　敦子

G-13　患者サイドから見たCR装置のメリットについて―2

金地　裕幸（医真会八尾総合病院 診療放射線技師）

●共同発表者：井深　　崇、大宮　仁美、西村　健司

G-14　外来常駐薬剤師の役割～処方箋監査を通して～

中埜　晴美（府中病院 薬剤師）

●共同発表者：中井　由佳、野村　真美、大和　直美、北山　明子、有本真季子

G-15　リスクマネジメントナースの活動と今後の課題

藤本　佳代（医療法人 誠心会 萩原中央病院 看護師）

●共同発表者：波左間真名美、後小路陽子、原田　菜美、上山　早苗

安全・危機管理

〈演題分類区分〉G-(4)、(5)、(7)

〈演題番号〉

G-16　上腕神経麻痺予防に対する上肢固定具の改善と工夫

川原由美子（石川島播磨重工業健康保険組合播磨病院 看護師）

●共同発表者：内田　洋子、中村　弘子、八木　由香、高橋みどり、西本久美子、石原　仁美、礒川　美香、福田　紀子

G-17　安定した酸素ボンベキャリアを手がけて

真栄喜　明（特定医療法人敬愛会 総合病院 中頭病院 設備・管理）

●共同発表者：金城　恒雄、瑞慶山良夫、金城　広治、森山　有造

G-18　検査室における急変時対応の見直しを行って　～急変時マニュアルの作成～

富田　文子（済生会熊本病院 臨床検査技師）

●共同発表者：沖川　隆志、西春　泰司、古山准二郎

G-19　“医療安全対策いろはカルタ”の作成

小玉　隆弘（赤穂市民病院 看護師）

●共同発表者：田中　千景、武村　福子、島根　　潔、曲渕　達雄、細井　　進、邉見　公雄

G-20　事故防止マニュアルの運用の実際

岸上見名子（愛仁会高槻病院 看護師）

●共同発表者：関谷　まり、宮山　純子、山下　美紀、吉川さおり

G-21　医療事故防止のための放射線科の取り組み（インシデント調査より）

梶山　　満（総合病院国保旭中央病院 診療放射線技師）

●共同発表者：石橋　行男、恒松　　淳

G-22　事故防止の視点による注射業務のシステム検討

千野　啓子（特定医療法人慈泉会 相澤病院 看護師）

●共同発表者：垣内いづみ

安全・危機管理

〈演題分類区分〉G-(8)、(11)

〈演題番号〉

G-23　回復期リハビリテーション病棟における機能評価と転倒の関係

藤岡　真紀（ボバース記念病院 看護師）

●共同発表者：清水　弘子、神里　純子、柴田まゆみ、砂川　恭子、上田美代子

G-24　入院患者の転倒予測因子に関する一考察 ―身体能力調査を行って―

村上　厘賀（愛仁会リハビリテーション病院 看護師）

●共同発表者：寺澤　朱美、武富　由雄

G-25　療養環境変化による転倒の予防策

玉川　道江（医療法人永広会 八尾はぁとふる病院 看護師）

●共同発表者：荒木　弘子、坂東　明子、青木　千恵、藤本　健一、平　　景子、石神　昌枝

G-26　プレアボイド報告の薬剤管理指導業務に及ぼす影響

岡田　樹彦（済生会横浜市南部病院 薬剤師）

●共同発表者：田中　恒明、加賀谷　肇

G-27　薬剤管理指導業務によるプレアボイド

内田ゆみ子（虎の門病院 薬剤師）

●共同発表者：平山　　恵、黒岩　朝子、五十嵐正博、浅井　律子、林　　昌洋

G-28　プレアボイド報告の解析による薬学的患者ケア手法の検討

林　　昌洋（虎の門病院 薬剤師）

●共同発表者：小林　道也、菱沼　隆則、濱　　敏弘、後藤　伸之、小池　香代、小川　雅史、大浜　　修、中村千鶴子

G-29　薬剤師の薬学的ケアによる患者への貢献と医療現場における評価

高瀬美咲枝（厚生連高岡病院 薬剤師）

●共同発表者：丸岡ひとみ、前田　良一、山崎　宏人、柴田　和彦、高堂　松平

医療経済・制度・税制

〈演題分類区分〉A-(16)

〈演題番号〉

A-27　フラクトオリゴ糖を使用しての排便コントロールの一考察

武藤ゆかり（医療法人 慶友会 慶友病院 看護師）

●共同発表者：石塚　幸子、岡野みどり

A-28　大安退院願望と医療費

折山千穂子（栗山会飯田病院外科病棟 看護師）

●共同発表者：溝口香代子、川手　優子、西村　高広、中田美代子、岩崎　一則、香山　　薫、中瀬　　一、森　　義之

A-29　返戻レセプト減少を試みて

伊妻　利恵（千船病院 事務員）

●共同発表者：今脇はるか、仲村　由美、栗山はるみ、藤野　初恵、木田　尚樹

A-30　急性期病院における退院支援システムの展開

岸田喜代美（町田市民病院 看護師）

●共同発表者：白濱　圭吾、伊藤　美明、加藤　明美、西原　佳子、西澤　哲郎、古川　歌子、愛沢　礼子、武藤　春枝

A-31　原価管理システム導入の効果

小澤　竹夫（特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 事務職）

A-32　平成14年度診療報酬改定が当院小児科にもたらす影響

高水間英文（中野総合病院 事務）

A-33　当院における中野区犯罪被害者の取り扱い

小川　幸男（中野総合病院 事務）

A-34　保険適用外検査及び治療についての当院での対応

大鷲　雅昌（中野総合病院 事務）

●共同発表者：小川　幸男、高水間英文

病院建築と設備

〈演題分類区分〉J-(1)、(7)

〈演題番号〉

J-1　患者さん中心の病院づくり

西本　準一（高知県・高知市病院組合 事務（設計））

●共同発表者：瀬戸山元一、中村　静子、長崎　昌三

J-2　施設規模策定のための外来患者調査

桃原美沙子（特定医療法人敬愛会総合病院 中頭病院 事務）

●共同発表者：久高史生子、石川　桃江、宇良　波恵、伊礼　千華、仲村　妙子

J-3　癌専門病院における入約患者の希望部屋選択理由に関する実態調査

長谷川朝子（癌研究会付属病院 看護師）

J-4　アメニティの改善と経営指標の変化

高橋　久美（特定医療法人仁生会 細木ユニティ病院 事務職（医事課））

●共同発表者：濱口　一盛、広瀬　枝美、川村　紀乃、浅津　里衣、森木　信生、坂要一郎

医療廃棄物問題、栄養・給食

〈演題分類区分〉K-(5)、(6)、(7)、F-(6)

〈演題番号〉

K-1　感染性廃棄物の非感染化を目指して

當山　幸男（医療法人敬愛会中頭病院 事務）

◉共同発表者：山城　友子、白井奈々子、金城　桃花、松田めぐみ、安次嶺　武、我謝　孟政、古謝　幸恵、知念　重光

K-2　アルコール廃液の簡易吸着再生法

河村　正司（総合上飯田第一病院 臨床検査技師）

◉共同発表者：田附　正美、寺西　明、間瀬　美香、宇野ちはる

K-3　血液透析における医療廃棄物処理方法の改善とその成果
～感染性廃棄物の減量とコスト削減を目指して～

船津　千寛（名城病院 看護師）

◉共同発表者：後藤　千絵

F-16　当院における腎不全外来の栄養指導

松元　紀子（医療法人財団 織本病院 栄養科 管理栄養士）

◉共同発表者：高木　由利

F-17　糖尿病教育入院におけるアウトカムシートの導入と評価について～評価の数値化～

末藤　彰子（済生会熊本病院 管理栄養士）

◉共同発表者：田中　郁代、田中　都子、西山　敏彦、野上　哲史

F-18　透析患者の栄養管理における問題意識分析

新谷　利徳（長野県厚生連 長野松代総合病院 管理栄養士）

◉共同発表者：横田佐和子、三澤　卓夫、野口　修

その他

〈演題分類区分〉L

〈演題番号〉

L-7　回復期リハビリテーション病棟におけるチームアプローチの有効性

木下加奈子（ボバース記念病院 医療ソーシャルワーカー）

◉共同発表者：岸　伸江（MSW）、新井　藤代（MSW）、石田　敦子（MSW）、矢倉　一（MD）、宮井　一郎（MD）

L-8　高齢者の便秘対策～在宅から短期入所を通して～

角本　佳子（倉敷在宅総合ケアセンター 介護福祉士）

◉共同発表者：飛田　和義、山本　佳子、鼻岡　光恵、川上　睦子、江口　美樹、中村　孝之

L-9　中央手術部の効率的運用を目指して～手術室の占有時間の検討～

因幡美津子（雪ノ聖母会 聖マリア病院 看護師）

◉共同発表者：高松　純、井手　道雄

L-10　住民健診後個別健康教育の評価

櫻木　りゑ（聖マリア病院 保健婦）

◉共同発表者：三宅　華恵、石橋　シカ、足立ムツ子、大渕　勝敏、塚本　篤、浅田　光博、佐藤　雄一

医療の質的向上、病院と地域

〈演題分類区分〉D-(1)、(2)、(5)、(7)、B-(2)

〈演題番号〉

D-25　診療禄から見た医療評価の試み（第3報）入院カルテの分かりやすさ

室　寿賀子（蒼龍会 井上病院 診療情報管理士）

●共同発表者：鈴木　奈穂、田畑　勉、井上　隆

D-26　病院経営における第三者評価の意義

土井　章弘（岡山旭東病院 院長）

●共同発表者：土井　基之、高見　敏英、楠田　正樹

D-27　当院におけるサイバーナイフの精度管理について

大森　理江（岡山旭東病院 診療放射線技師）

●共同発表者：井上　光広、佐藤　健吾、馬場　義美

D-28　Therapeutic drug monitoring（TDM）による vancomycin 適正投与の実施

五十嵐正博（虎の門病院 薬剤師）

●共同発表者：田村　宏美、堀江　茂、林　昌洋、中谷　龍王、中田紘一郎、粕谷　泰次

D-29　マーケティングリサーチによる人間ドック受診者増の試み

塚本　篤（医療法人雪ノ聖母会 聖マリア病院 管理事務長）

●共同発表者：石橋　シカ、下川　史子、井上　弘子、浅田　光博、井手　耕一

B-22　病院と臓器提供―臓器移植法と腎提供ルール―

青野　透（金沢大学法学部 教授）

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(3)、(4)

〈演題番号〉

D-30　NAT2遺伝子診断によるイソニアジド投与患者の副作用回避

平塚　真弘（東北薬科大学臨床薬剤学教室）

●共同発表者：岸川　幸生、松浦　正樹、武隈　洋、奈良原香織、我妻　恭行、井上　智子、水柿　道直

D-31　気管支喘息患者における吸入指導の意義

塩田　哲広（赤穂市民病院 医師）

●共同発表者：金岡　正樹、八木　一之、三木　育子

D-32　患者様への安全を考えた与薬業務改善について考える ―アンケート結果をふまえて―

大比賀知里（財団法人三宅医学研究所附属三宅病院 看護師）

●共同発表者：川江美智子、吉本　律子、黒神　里美、春田　康美、三宅敬二郎、三宅信一郎

D-33　レジメン処方箋方式による注射抗癌剤処方と調剤

伊藤　忠明（国家公務員共済組合連合会虎の門病院 薬剤師）

●共同発表者：平林愛日子、古郷　幸子、宮崎　洋子、田村　宏美、長谷部　忍、嶋方　順子、林　昌洋

D-34　小規模病院における病棟での薬剤管理指導業務の実際

前田　千春（医療法人社団東洋会 池田病院 薬剤師）

●共同発表者：坂本　政隆、山崎　清昭、小島　進、高柳　公司

D-35　患者本位の投薬形態を目指して

三谷　安亮（公立八鹿病院 薬剤師）

●共同発表者：岡田　良典、小野山真一郎、西島　政洋、小田垣勝世

医療の質的向上

〈演題分類区分〉D-(9)、(11)、(12)

〈演題番号〉

D-36　安全な日帰り手術のためのコーディネーターの役割
冨永ルミ子（総合病院 多根病院 看護師）
●共同発表者：田畑みゆき、石川久美子、酒井まゆみ、原田　和子、丹羽　英記、小川　嘉誉

D-37　クリニカルパスの電子化（e-パス）
田淵　正登（岡山済生会総合病院 事務 企画部長）
●共同発表者：筒井　信正、四木　和之

D-38　クリティカル・パスを使用した患者へのアンケート調査―現行パスの評価―
小幡　悦子（高の原中央病院 看護師）
●共同発表者：西村　公男、長谷川　章、阪本　雅則、東村　洋子、中村　洋子

D-39　サイバーナイフ治療におけるクリティカルパスの導入 ―看護実践にもたらした効果―
広田　和美（岡山旭東病院 看護師）
●共同発表者：川崎　泰子

D-40　手術室クリニカルパスを導入して
三代　理絵（北摂総合病院 看護師）

D-41　前立腺癌術後患者の尿漏れケアプランの共有を目指して
冨山　　香（岩手県立中央病院 看護師）

D-42　当院における救急医療の質向上
冨中　章好（淀川キリスト教病院）
●共同発表者：柴田　康宏、塩川　智司、小延　俊文、吉本　聖子

医療経済・制度・税制

〈演題分類区分〉A-(6)、(11)、(12)

〈演題番号〉

A-35　意欲が日常生活に及ぼす影響について
下釜　美月（医療法人社団東洋会 池田病院 作業療法士）
●共同発表者：原口　明子、野口　勝子、高柳　公司、小島　　進

A-36　脳血管障害者のADL自立度予測因子の検討
増田　聖子（石心会 狭山病院 作業療法士）
●共同発表者：山口　　昇、栗本　絵美

A-37　高齢化に対する病棟対応の変化について
長谷川三恵（医療法人整泉会 安土病院 正看護師）
●共同発表者：金森　綾子、平野寿美子、吉田久仁子、笠島美智子、小澤千恵美、荒井映里奈、安土　美紀、安土　忠義

A-38　介護老人保健施設におけるセラピストの役割
石井佐和子（医療法人 社団 博栄会 介護老人保健施設「太陽の都」セラピスト）
●共同発表者：井出　卓弥、渡辺さおり、国府田明美、大湊　佳子、朝倉　重子、朝倉　正博

A-39　介護老人保健施設における個別対応のこだわり
渡辺さおり（医療法人 社団 博栄会 介護老人保健施設「太陽の都」介護士）
●共同発表者：高長　美幸、榎本　麻衣、国府田明美、大湊　佳子、朝倉　重子、朝倉　正博

A-40　当院における住宅改修の現状

原口　規子（医療法人社団東洋会 池田病院 理学療法士）

◉共同発表者：高柳　公司、平野真貴子、野口　浩孝、近藤　陸史、小島　　進、松本　安子、林　　圭一

A-41　介護保険の現状と課題―サービス利用率に注目して―

江頭　有朋（医療法人ちゅうざん会 ちゅうざん病院 医師）

◉共同発表者：末永　英文、今村　義典、上地　和美、鉄本香代子、福田　　誠

A-42　より良い在宅療養のために

難波　　忍（医療法人全仁会 倉敷平成病院 医療相談室 MSW）

◉共同発表者：岩佐　暁子、木村　勝典、合木美奈子、村上　宣子

感染対策

〈演題分類区分〉H-(3)

〈演題番号〉

H-1　院内感染防止のための一次洗浄の徹底　～中材と各部署の連携で洗浄効果を高める～

前田　昌美（天理よろづ相談所病院 看護助手）

◉共同発表者：近藤　耐子

H-2　MRSA感染症とQC手法

安藤　廣美（麻生飯塚病院 医師）

◉共同発表者：福村　文雄、岡松　秀一、花岡　夏子、清成　道子、安永　睦子、中村　権一、田中　二郎

H-3　結核対策マニュアルが有効であった1症例

宮本　一郎（医療法人医真会 医真会八尾総合病院 臨床検査技師）

◉共同発表者：山本　正子、坂井　寿美、岡田　充雄、岩井　哲郎

H-4　泌尿器科病棟におけるMRSA感染経路解明への努力と対策

堀　　則江（JA愛知厚生連 安城更生病院 看護師）

◉共同発表者：後藤　浩美、小寺　次代、飯塚　敦彦

H-5　ノルウェー疥癬患者の看護

後藤　早苗（JA長野厚生連佐久総合病院 看護師）

◉共同発表者：田中　裕志、関　真美子、飯島　良子

H-6　全職員のツベルクリン反応2回法の実施とその評価―感染対策マニュアルの作成―

晃昇とも子（札幌社会保険総合病院 看護師）

◉共同発表者：小嶋　裕美、荒川美和子、高岡　和夫、大西　勝憲、宇加江　進、安田　卓二、関谷　千尋、秦　　温信、佐野　文男

感染対策

〈演題分類区分〉H-(5)

〈演題番号〉

H-7　Shigella flexneri 88-893型が検出された一症例

小宮山謙一（厚生連佐渡総合病院 臨床検査技師）

◉共同発表者：石川　行男、多田　圭子、田村　英行

H-8　中材・リフレッシュセンターにおけるスタンダードプリコーション実践への取り組み

稲垣　　泉（聖隷浜松病院 看護助手）

◉共同発表者：鈴木　和江、弥富文美世、金澤かんな、尾崎　成子、田代美紀子

H-9　院内感染対策新マニュアル作成の試み

佐藤　弘子（取手協同病院 看護師）

H-10　当院のICU内感染サーベイランス結果

菅田　節子（岡山旭東病院 看護師）
●共同発表者：辻　　千晶

H-11　MRSA感染患者様の行動範囲の拡大

大西佐和子（医療法人全仁会 倉敷平成病院 看護師）
●共同発表者：坂狩　幸恵、谷川　道子、川本美穂子、岡部　亜希、岡崎真由美、坪井　由加、吉岡　文美

患者満足と職員満足

〈演題分類区分〉I-(9)

〈演題番号〉

I-21　患者満足度を高めるためのサービス改善推進委員会の取り組み

田尻由貴子（医療法人聖粒会 慈恵病院 助産師）
●共同発表者：蓮田　太二、光　正敏、山嵜　素子、本田　七重、渡辺　久子、竹下　裕子、加藤美和子

I-22　入院患者の看護ケアに対する満足度の要因

中内　真里（高知市立市民病院 看護師）
●共同発表者：高知市立市民病院：細川　千恵、坂井　栄子、石川　享子、山崎　清恵、
高知県・高知市病院組合：参事・中村　静子、理事・瀬戸山元一

I-23　深夜勤務看護婦(士)の下肢のむくみ解消への試み～ツボ刺激、経絡マッサージを用いて～

原口　　幸（東京医療生活協同組合 中野総合病院 看護師）
●共同発表者：江崎香奈子、川戸奈緒美

I-24　接遇に対するクレームの検討　～特に医師に関して～

佐藤　正人（医療法人 社団 カレス アライアンス 日鋼記念病院 事務職）
●共同発表者：林　　茂

I-25　CureとCareの土台としてのホスピタルコーディネイト

神野　厚美（特別医療法人董仙会 恵寿総合病院 ホスピタルコーディネーター）

I-26　出産の満足度に関する実態調査 ～自信につながる出産のために～

竹内　　泉（名鉄病院 助産師）
●共同発表者：坂口　朋枝、鈴木　敬子、川口　一枝

患者満足と職員満足

〈演題分類区分〉I-(9)

〈演題番号〉

I-27　接遇アンケート調査による看護婦と患者の意識の違い

芝合　佳子（公立陶生病院 看護師）
●共同発表者：水野　康子、加藤みわ子、長嶺　幸代

I-28　ベルランド総合病院におけるフロントサービススタンダードの構築

植中　勇人（ベルランド総合病院 事務員）
●共同発表者：石畑　博史、小島由記子、四谷　潤子、山本　響子

I-29　当歯科診療部受診患者の実態調査

菊池　陽子（特定医療法人大道会 ボバース記念病院 医療事務）
●共同発表者：撫本めぐみ、平野奈緒美、宇野　智恵、畑中　有希、宮本　順美、林　美貴子、旭　　吉直、
大道　士郎

I-30　受診者から見たドックのサービスへの意識

村田　佳子（厚生中央病院 看護師）
●共同発表者：柿岡　幸子、秋山加津子、水島美奈子、菅家とも子、研究協力者：桜井　道雄、篠原　幸政

I-31　CPA後重症心身障害児となった母親の障害受容過程を

眞鍋　希和（藤沢市民病院 看護師）

●共同発表者：石原千賀子、福井　恵、宮澤智富美、増成あかね、下島　幸、遠山　陽子

I-32　当院完全個室病棟の現状―アンケート調査を通して―

小川　美穂（医療法人社団東洋会 池田病院 看護師）

●共同発表者：古賀　啓子、寺田伊都子、諸田　敦子、松田　京子、小島　進、森　義明、高柳　公司

患者満足と職員満足

〈演題分類区分〉I-(9)

〈演題番号〉

I-33　患者サービス向上への取り組み　看護ケア提供における患者・看護婦の認識調査

草野めぐみ（神鋼病院 看護師）

●共同発表者：神田　章代

I-34　業務の効率化を考えたオムツ交換の検討

香川　美香（医療法人社団 清風会 五日市記念病院 看護師）

●共同発表者：萩原　厚子

I-35　聴覚障害者への対応 ―手話によるふれあいを通して

鈴木　文代（医療法人 社団 博栄会 浮間中央病院 看護師）

●共同発表者：長谷川陽子、坂牧　良子、小出ひとみ、君島　和子、美島　利通、朝倉　正博

I-36　外来看護行動における満足度調査

宮武可依子（麻田総合病院 看護師）

●共同発表者：辻　エリ子、黒澤十三子、銭亀　初江

I-37　患者満足と看護師満足の比較

水野　恵（岐阜県立岐阜病院 看護師）

●共同発表者：大黒久美子、名賀石志保、花田　美紀、今井　永子、山下　弘子

I-38　患者のニーズに即した肛門手術患者の入院時オリエンテーションについて

溝口　香住（特定医療法人社団松愛会松田病院 看護師）

●共同発表者：吉川ゆみ子、村松　亜希、伊藤　弘美、村田　厚子、富永　幸江

NTTファシリティーズ

NTTファシリティーズ　一級建築士事務所

やすらぎの医療環境づくりをお手伝いします。

日本トップレベルを誇る建築分野のプロ集団

一級建築士713名をはじめ、ファシリティマネジャー318名、インテリアプランナー95名など多くの専門スタッフが、高い技術とノウハウで医療施設づくりにお応えします。

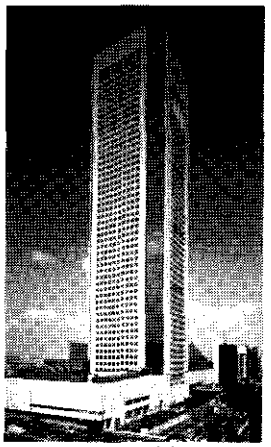
全国均質の技術・ノウハウを提供するサービス拠点

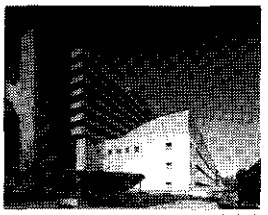
医療施設の新築・増築はもちろん既存施設のリニューアルまで、いつでも、どこの地域でも、全国約120ヶ所のサービス拠点によりきめ細かく対応します。

万全の維持管理体制を支える多彩な技術とノウハウ

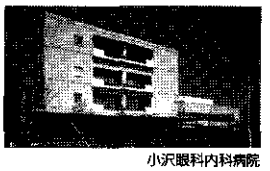
NTTグループの資産全国約30,000棟、延床面積2,000万㎡と4,400万㎡の土地を一元的に管理してきた実績をもとに、医療施設の維持管理コストの低減、中長期の修繕計画立案などをお手伝いします。

NTTファシリティーズは、さまざまな用途や規模の建築を手がけています。

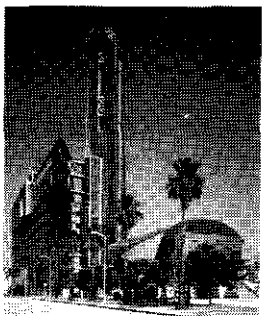

東京オペラシティ


NTT東日本関東病院

NTT東日本札幌病院


小沢眼科内科病院

出田眼科


山口県国際総合センター

琴海町立病院

会社概要	
商号	株式会社 エヌ・ティ・ティ ファシリティーズ
本社所在地	東京都港区芝浦3-4-1 グランパークタワー
創業	平成4年12月
資本金	124億円（授権資本金400億円）
従業員数	6,200名（NTTファシリティーズグループ合計）

資格者数（NTTファシリティーズグループ合計）			
一級建築士	713名	建築設備検査資格者	237名
二級建築士	363名	インテリアプランナー	95名
一級建築施工管理技士	140名	宅地建物取引主任者	273名
建築設備士	114名	建築物環境衛生管理技術者	717名
一級管工事施工管理技士	164名	電気通信主任技術者	278名
一級電気工事施工管理技士	339名	一種電気工事士	2,633名
ファシリティマネジャー	318名	特殊電気工事資格者	1,029名

建物の企画、設計、監理、リニューアルから維持管理まで総合的に施設づくりをお手伝いいたします。NTTファシリティーズは一級建築士事務所です。

詳しくお知りになりたい方は http://archi.ntt-f.com/

0120-72-73-74　E-mail: info@ntt-f.co.jp　http://www.ntt-f.co.jp

午前9時～午後5時まで（土・日・祝日は除きます）

株式会社エヌ・ティ・ティファシリティーズ　〒108-0023 東京都港区芝浦3-4-1 グランパークタワー TEL 03-5444-5000　FAX 03-5444-5600

平成14年度　第５回定例常任理事会　議事抄録

日　時　平成14年８月24日（土）
午後１時～５時

場　所　日本病院会会議室

出席者

会　　長　中山耕作
副 会 長　大道　學，奈良昌治，武田隆男，山本修三
常任理事　西村昭男，林　雅人，真田勝弘，川城丈夫，小堀鴎一郎，齊藤寿一，秋山　洋，池澤康郎，天川孝則，土屋　章，福田浩三，元原利武，瀬戸山元一
監　　事　星　和夫，梶原　優
代議員会副議長　赤沼克也
顧　　問　登内　真，高橋勝三，寺田　守
参　　与　行天良雄，牧野永城，内田卿子，岩崎　榮，三宅浩之
委 員 長　大井利夫

定刻となり，中山会長の開会挨拶に続いて，来春の叙勲候補者として柏戸理事を推薦することと，感染症対策委員会の副委員長として三浦前常任理事の後任に天川常任理事が就任する件が諮られ了承された。

会議定足数については定数24名に対し出席18名，委任状４通，計22名で本会議が成立している旨を報告し，議事録署名人に秋山，福田両常任理事を選出した後，本日の総合司会の大道副会長により議事に入った。

〔承認事項〕

1．会員の入退会について

A．　正会員の入会３件
1．日　　赤　大津赤十字志賀病院
（150床：一般100，療養型50）
会員名　水本孝（院長）
〒520-0580　滋賀県滋賀郡志賀町和邇中298
℡077-594-8777
紹介者：天川孝則常任理事

2．医療法人　室蘭太平洋病院
（210床：一般62，特例老人148）
会員名　阿部平八郎（理事長）
〒050-0054　北海道室蘭市白鳥台5-19-2
℡0143-59-2211
紹介者：西村昭男常任理事

3．医療法人　松本協立病院（177床：一般177）
会員名　具志堅進（院長）
〒390-8505　長野県松本市巾上9-26
℡0263-35-5300

B．　正会員の退会４件
（役員による慰留を実施済み）
1．個人　松島病院（77床）
会員名　松島磐（院長）
大阪府寝屋川市八坂町23-21

2．公益法人　育生会横浜病院（99床）
会員名　赤岩順（院長）
横浜市保土ヶ谷区狩場町200

3．医療法人　大和徳洲会病院（267床）
会員名　寺田康（院長）
神奈川県大和市中央4-4-12

4．医療法人　古賀病院（154床）
会員名　古賀暉人（理事長）
福岡県久留米市天神町106-１
（14.9.1付で診療所へ転換）

C．　賛助会員の入会４件
1．D会員　郡司篤晃
〒362-8585　埼玉県上尾市戸崎1-1

2．B会員　国際医療管理専門学校(専修学校)
代表者　高野和夫（校長）
〒111-0051　東京都台東区蔵前1-2-1
℡03-3866-0861

3．D会員　古賀暉人
〒830-0033　福岡県久留米市天神町106-1

4．D会員　菊池薫
〒639-0273　奈良県北葛城郡當麻町大字染野520

D．　賛助会員の退会１件

1．　D会員　佐藤清

金沢市京町20-3

以上について大道副会長から，正会員の入会が３件と退会４件及び武田副会長の慰留による退会届の撤回が１件並びに賛助会員の入会が４件と退会１件について説明がなされ，承認。計，正会員数は2,768病院（公的981，私的1,787，総病床数72万6800床），賛助会員数は510会員となった。

2．　厚生労働省及び各団体からの依頼について

(1)　日本学術会議第７部関係研究連絡委員会主催シンポジウム「小児科・産科若手医師の確保と育成のために」の後援（依頼元：同研究班主任研究者・鴨下重彦）

(2)　第13回秋田県病院大会の後援（秋田県病院協会）

(3)　平成14年度厚生科学研究費補助金事業「処方箋の記載方法に関する調査・研究」の研究協力者の推薦（日本医療法人協会，厚労省）

(4)　第３回動脈硬化教育フォーラムの後援（当番・山口大学大学院循環病態内科学）

(5)保健医療福祉情報セキュリティ委員会委員の派遣（医療情報システム開発センター）

(6)　コージェネレーションシンポジウム2002（第18回）の協賛（日本コージェネレーションセンター）

(7)　平成14年度臨床検査月間の協賛（日本衛生検査所協会）

(8)　医療機関広報フォーラムの後援（日本広報協会）

以上について大道副会長から説明がなされ，上記のうち(3)は医療事故防止に関する厚生科学研究の分担研究として四病協に参加依頼があったもので，分担研究者として日病の斉藤常任理事，研究協力者として社会保険中央総合病院の岩垂副院長を推薦することとした。(5)も四病協代表の派遣依頼であり，日病からインターネット委員会の大井委員長を推薦した。その他の後援，協賛事項について承認。

〔報告事項〕

1．　各委員会，研究研修会の開催報告について

(1)　医療経済・税制委員会

（7/31，池澤常任理事）

平成12年度病院経営分析調査報告書について検討した。回答数が507病院で有効回答数が496（公的301，私的195）。このうち一般病院が382（公264，私118），ケアミックス病院92（公28，私64）で，平均病床数は343床であった。一般病院382の医業収支による黒字率は41.4%で，公的が28%，私的で71%という黒字率。公私とも100～199床の病院の黒字率が最も高かった。４年間（平成９～12年度）の定点観測として155の一般病院があり，その医業利益がいずれもマイナスで4.8%，5.8%，2.3%，3.8%と推移している。医業利益率とその他の経営指標との相関を見ると，人件費特に労働分配率との相関が強く，その他の指標との関係は薄かった。病床規模との相関は認められなかった。

平成13年度調査については新規項目として診療科別収益，未収金を追加することが検討された。また委員から，地域がん診療拠点病院に対する補助金で什器備品を整備する際の消費税分が含まれておらず，これを上乗せするよう働きかけてほしいという要望があった。

(2)　予防医学委員会（8/2，奈良副会長）

日本人間ドック学会の会員数が３年前に認定指定医制を導入した当時の1,000人から急速に増えて，現在3,000人を超えた。学会をきちんと運営するために会員数に合わせた評議員，更に理事を決める必要があり，監事も含めその候補者をリストアップした。今度の学会理事会，評議員会で承認されることになる。学会の規約も合わせて見直しする。

人間ドックの施設機能評価表の件について，これは認定指定医制に続くもので，人間ドックはまず質を担保しなければいけない。あいつは何もできないからドックでもやらせてみようかという時代はとっくに終わって，かなりできる人でないと人間ドックというのは難しい。日野原重明先生は

内科の専門医をもって充てるべきだとおっしゃっているが，それと限らず他の科の専門医でも人間ドックの理念と経験を十分持っていれば人間ドックの認定指定医，つまり移行認定医にしようということで認定指定医制度が始まった。今度は，人間ドックがいかに運営されているかということを客観的に評価し，情報公開しようということで，人間ドックの機能評価機構を立ち上げようと岩崎先生にも参加いただいた。その評価表の基準（案）を組み上げているところである。

閉経後高コレステロール血症の予後調査の件，これは清瀬委員会というのがあって，閉経後の女性のコレステロールが跳ね上がっているのを異常ととるか当たり前ととるかを検証しようということで，人間ドック学会でデータを持っているのでそれを検証してみようと調査を始めた。しかし，ふたをあけてみると，いろいろと手続きに面倒なことがあると誤解している方もあって対象受診者のエントリーが少ない。生理が上がったご婦人でコレステロールが跳ね上がっている人たちをズーッとこれから何年間かフォローして，本当に他の群と比べて心筋梗塞，脳卒中が多いかどうかを見てみようということなので，ぜひ先生方のドック，あるいは病院でそういう方がおられたらエントリーに協力していただきたい。

なお，第43回日本人間ドック学会は長野で８月29・30日と行い，31日は認定指定医の研修会を行う。来年（第44回）は京都で武田隆男学会長のもと開催し，平成16年（第45回）は名古屋で，JR東海総合病院の高木弘院長を学会長に開催予定である。

(3)　「私のカルテ」推進委員会
（8/7，大井委員長）

医療制度，社会保険老人保健の合同委員会の下部組織としてできた委員会の第２回会議を開いた。初めマイカルテと呼んでいたが，それが意匠登録されていて使えないということなので，手帳の名称は「私のカルテ」とし，日本病院会で作って行くという企画である。

手帳の大きさは母子保健手帳などと同じＡ６版とし，内容は私の方で出した企画案をたたき台として検討した結果，「患者の権利」「身体基本事項」「自己の健康記録」「医療機関受診記録」「薬の情報」「医師との連絡帳」「健康診断記録」「介護保険情報」「日病健康図書館（仮称）」を基本フレームとすることにした。次回までに塩谷委員が内容を実際に手帳に落とし込み，それをもとに検討する。

(4)　医療制度・社会保険老人保健合同委員会
（8/23，西村常任理事）

前回議論となった公的病院と民間病院の機能分担のあり方について検討するため，厚労省医政局総務課の武田企画官を招き厚労省の考え方を聞いた。

厚労省は昨年９月，医療制度改革試案を発表したが，そこでは公私の機能分担には直接触れず，質の高い効率的な医療提供体制ということを掲げる中で，情報開示と患者の選択を通じて機能分化，集約化が進展し，急性期病床は平均在院日数が短縮されるとともに一定数に収れんすることを当面の施策とした。その際，将来の急性期病床を50～60万床と試算したところ，たまたま公的病院の病床数（55万床）と近似していたためあらぬ誤解が生じた面もあった。本来，公的と私的は共に立地している地域において円滑な連携推進を果たすことが目的であって，機能の明確な線引きはできない。

以上の旨の説明があった。医療制度改革試案は来週の29日頃に改訂版を出すことになっており，病院病床の機能分化の粗いイメージとして急性期，回復期リハ，長期療養・在宅療養を想定し，一般病床は急性期と回復期リハの一部，それに連続して療養病床，老健等がイメージされている。また，地域医療支援病院の紹介率（80%）はハードルが高いという指摘が多いので見直しを図る予定とされ，紹介率がどのくらいになるかということについては明言を避けた。

以上の報告のあと，この委員会報告書の中で，公的病院の範囲となる開設者の表記が不適切であるという指摘がなされ，医療法にしたがった表記に修正した。

(5)　これからの社会保障制度のあり方検討小委員会（8/23，梶原監事）

医療制度委員会の議論で，社会保障制度のあり方とか全体の枠組みをどう考えるかという問題について，いろいろなところから出てきたものを評論家みたいに話すばかりではしようがないという議論になり，日病として意見を打ち出そうと委員会を設置した。第１回なので顔合わせとともに，問題が多岐にわたるので考えられる論点をすべて出して整理しようということで，竹田委員長から論点メモが提示された。

基本的に，大きなところでは，結局大きな社会保障の制度を今後も続けるのか，それとも国民１人ひとりが自立したような小さな社会保障制度，自己責任の中で行くのかというところが論点が分かれる。もう一つ，最終的には財源の問題で，その財源をどこから持ってきたらいいのかということ。これは，財務省のほうの直間比率の問題とか消費税の問題が絡んでくる。それから，どこを中心にやるかということで，医療，老人保健，介護保険，年金，そこまでのところを全体的につかんでやっていきたい。

社会保障の全体の予算を見ると圧倒的に年金が大きく，半分以上を占めている。それから医療，介護という問題になり，基本的にそのへんが全体でどのようになっていくのかが見えないので，国民が萎縮して内需の拡大にもつながらないというところがあると思う。これだけのお金が使われるというのは経済学的に言えばものすごく大きく，これをどのように取り扱うか。例えば，医療費が2010年で40兆円という予測があるがどうなのか。いつも厚労省の試算で何年後の予測というのはだいたい８～10兆円多目で，実際その年になってみるとそこまで伸びていないという，そういう部分をどう捉えて行くかという問題もある。昨日はそのような全体の話をして，次回は各々メールで意見交換しながら日を決めて集まり，まとめて行きたい。

(6)　研究研修会

①看護管理者セミナー（8/2横浜，120名。医療制度改革と病院経営，病院経営と看護管理者の役割），②病院長・幹部職員セミナー（8/8・９大阪，273名。医療提供体制の将来像，介護報酬改定，医師の臨床研修への対応等）

2．　四病協諸会議の開催報告について

(1)　医療制度委員会（8/20，奈良副会長）

厚労省医政局医療安全推進室の新木室長から医療事故事例情報に関する検討部会の状況について説明を受け，９月26日開催予定の第２回部会で，病院が医療事故にどういうスタンスで臨んでいるのか四病協から代表を出して意見を述べてほしいと要請があり，日病から大井委員が出席することになった。

リスクマネージャーをセイフティマネージャーという言葉に変えて，医療の安全を担保するという意味でセイフティマネージャーというものをつくろうと，四病協で講習会を行い養成してはどうかという提案があった。医師臨床研修については，第一線の病院群を中心に行うべきという従来の主張が各自述べられた。

中山会長から追加説明があり，大阪での院長・幹部セミナーのシンポジウムにおいて大学病院の院長が学生にアンケートしたとき，スーパーローテートに賛成するのは１割しかいないと発言していた。学生はまだ専門性志向が強いと，プライマリケアの教育をしっかりやったほうがいいと痛感した。一昨日，厚労省の篠崎局長を訪ねたとき，四病協で指導医の教育システムについて協力してほしいという話があった。即答しなかったが四病協の問題として取り上げて検討したい。

(2)　総合部会（8/21，中山会長）

中医協総会の７月31日と８月21日開催の２回の報告が佐々会長から行われた。180日超入院の特定療養費化の問題，これの除外規定の項目については四病協が提示したほとんどが採用され，皆さんも了承したと思う。手術の施設基準の問題については継続審議であるが，救命救急センターで緊急を要する手術を行った場合，症例が少なくても100％の診療報酬を与えてもいいのではないかとか，症例数が基準の60％を満たす施設で専門医が行った場合は減算しないとか，そういうことで解決してはどうかという意見があったと報告された。

以上の説明のあと意見を求められた西村常任理事は，この問題は皆さんご存知のとおり日病として４月15日に中山会長と同行し，大道副会長と３人で坂口大臣宛の書簡を持って手術の施設基準撤回の要求を出してきた。その後の経過でもいろいろな団体から改善要望，撤回要求が出ている。今回，厚労省が中医協に妥協案を出してきたが，考えの根本が基本的に間違えているから，それは撤回しかあり得ない。そういう議論が合同委員会でなされ，理事会でもなされてきたわけで，それを崩すことはできないと思う。

大事なのは二点あって，一点は，2000年の改定で18の手術項目が施設基準として出た。これは，30%カットとかそういう問題ではなくて，保険医療として施設認定しないということであり，これが110に拡大したというのは性質が違う。30%カットというのは新しい考えであり，前に認められたものを拡大したという論点はないことが一つ。もう一つは，やはり医師会なり病院会というのは収入が減れば文句を言って戻して，そういう点数を上げるように仕向けるのだというようにだんだん国民の理解が行くということ。

それは，明らかに収入が減ることはわかるが，そういう問題ではなくてもっと根本的な，いわば医師の職業権とか国民が等しく医療を受ける権利とかそういうものに背くものであるし，厚労省が定めた医療計画というものを崩壊させるようなことを自分の省ですべきではない。突き詰めて行けば憲法違反のこういうことが行われたという論点になる。

以上のような意見が述べられ，中山会長はこの問題についてはもう一度協議事項のところで討議したいとした。その他，医業経営の在り方検討会，新たな看護のあり方検討会の出席報告などが行われた。総合規制改革会議の医療特区問題も後で議論することとした。

(3)　８人委員会（8/22，山本副会長）

中医協の動向について，日医のスタンスをふくめ佐々先生から説明を受け，協議した。その中で，180日超入院の特定療養費化の除外規定を増やせということで四病協から要望項目を出したが，日医も了承して議論し，これがほとんど通った。そのときに佐々先生がその項目についての必要性を中医協の場で説明できた。したがって，あらかじめ要求などを出していると病院団体の意見が反映できる場ができてくるので，これからも先んじて政策を出し説明できるような場をつくって行くという，そのような話し合いがなされた。

当委員会と他の委員会，総合部会との連携とか位置付けがまだ十分に理解されていないということで図式を作った。８人委員会を総合部会と各委員会の間のスタッフ機能として位置付けるかたちであり，了承された。当委員会の役割は緊急を要する事態への対応，中医協委員への連絡，各委員会との連携，業務整理などで，これから積極的に動いて行こうというところである。

手術の基準について厚労省が一歩引いた案を出してきたが，基本的に全く評価できないということを確認した。施設基準は根本的に見直すべきであるというスタンスは変えないということで，これを総合部会に上げることとした。規制改革の医療特区の問題は，総合部会の論議において，今までの日本の医療制度のあり方が評価され成果を上げてきたわけだから，そういう中で医療特区の設定は日本の医療になじまない，そういうスタンスで反対声明をつくってほしいということであったので今後まとめたい。

3．日医「診療情報の提供に関する指針」検討委員会（7/31，8/21）の出席報告について

大井委員長が出席し，日医の指針が昨年１月から施行されているが，２年ごとの見直しとなる来年１月に向けて，その改正案がまとまった。字句等の修正を加えて委員会の最終報告とし，日医会長に答申することとした。

主な改正点は４点あり，まず基本理念のこの指針の目的の中に，「医師，患者間のより良い信頼関係を築くことを目的とする」という文言を入れた。次に，診療情報の提供について，従来は要約書を書いてそれを渡せばよい，診療情報に替わるものということであったが，これを撤廃して要約書は取り上げないこととした。３点目は，診療記録等

の開示を求め得る者の中に，診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人を追加した。これも新しく踏み込んだ内容である。最後に，遺族に対する診療情報の提供という全く新しい項を設けた。遺族に対しても診療情報を提供するということで，ただし，診療記録等の開示を求めることができる者は患者の法定相続人とするというワクを設けた。日医会長に答申した後は，医師会内の手続きを経て承認されれば，来年１月から施行となる。

4．代議員の交替について

大道副会長から，神奈川県の代議員が済生会横浜市南部病院の竹村浩院長が退職されたことに伴い，後任として伊勢原協同病院の別所隆院長に交替した旨の届が報告され了承。

5．その他

(1)　星監事・学術委員長から，イタリアからギリシャ，トルコと医学のルーツを探る旅を続けており好評を得ているが，その過程で故藤澤副会長から日本の医学も少し勉強しろという話があって，昨年の１月に京都の旅を行った。大変盛況で，武田副会長のご尽力で京都情緒も味わわせていただいた。ついては，今度東京でやれということになり，11月９～10日，１泊２日の行程を計画した。学術委員会のほうでやることになると思うが，近々細かいところが決まったら，日病ニュースに２回と日病雑誌10月号に掲載するので参加いただきたい。案内と説明は日本医史学会の中西先生にお願いしていると報告。

(2)　奈良副会長が，自ら参画した健保連委員会の報告書，「医療機関情報の提供方策研究事業」について解説した。この目的は当初，病院情報提供の大阪連合会方式を全国に広げたいという趣旨で検討されたが，私の方からは，医療情報を健保連で考えるよりも医療機能評価機構で立派なものができつつあるのだから，それを利用したらどうかと何回も提言した。医療情報というのは，良い医療機関と言われると患者がワーッと来て病院の機能がおかしくなることがある。また，怪しげな情報もあるから，日本病院会が協力している医療機能評価機構にアクセスするのがいいと強硬に申し入れしておいた旨の説明。

〔協議事項〕

1．医療制度改革について

中山会長から次の４つの問題について提起され，協議した。

(1)　先ほど梶原先生が報告した社会保障制度のあり方検討小委員会における論点メモの中で，特定療養費のあり方として「混合診療を認めるか」「特定療養費の拡大は望ましいか」という問題が提起されている。今回，180日を超えた入院について特定療養費化が図られたが，そのところも併せて少し説明願いたいと述べた。

梶原監事は，混合診療は介護保険の中で認められ医療の中では認めないということが原則になっているが，現実には特定療養費がどんどん拡大して，実態は混合診療と同じかたちになっているというのが肌で感じる私たちの日常だと思う。このスタンスを現実に認めて行くのか，特定療養費の拡大ということが望ましいか。これは，EBM に基づく医療の部分を公的保険で賄うとか，オーダーメード医療や高度医療も全部公的保険の中に取り込むのか，このへんのスタンスを真剣に取り組む時期に来ているのではないだろうかと考え，いろいろな角度からのものの見方というものを全部抽出したものである。ぜひ，理事会でも代議員会でも議論していただきたいと述べた。

山本副会長は，特定療養費の定義がよくわからないということで厚労省に問い合わせた。その返事は，基本的に３つの部分があって，１つは，基礎的な部分で特定療養費として普通に保険から給付するものであること。もう１つは，公定価格部分で自費負担，個人負担。この部分が特定療養費という範疇に広い意味では入る。最後は自由価格部分で，これは医療サイドがいくらに決めてもいいと，この３つをすべて含めて特定療養費と言うとの返事であった。特定療養費の中に税金のかかる部分とかからない部分があって，個人負担は医

療機関に徴収義務があるが消費税はかからない，自由価格については消費税がかかる。そのへんを整理して理解しておくと，あとがやりやすい。

だから，180日を超えると基本入院料は特定療養費で賄う。そのうちの通常の計算の85%が支払われ，残りの15%に関しては医療機関の自由価格だからいくら取ってもいいと。15%にこだわることはなく患者さんとの話し合いで，それが20%になろうがいくらとってもいい。ただし，それについては消費税がかかるということで，これは厚労省の聞く相手によって多少答えが違ってくる。こだわらないという人と，やはり限度は15%ではないかという答えがあると説明した。

このあと各理事からは，混合診療に賛成で混合診療はむしろ医療機関の競争を助長し進歩を促すという意見や，これから長い５年，10年先のスパンを考えると公的保険の中だけで病院経営していこうと思うと非常に息苦しいなどという意見が出た。

中山会長は，日本は貧富の差なく国民皆保険でやってきたが，いよいよ財政問題が逼迫してきて，このままでは国の財政が持たないと自己負担や特定療養費など，いろいろ差額を求めるようになってきた。国民にとっても，できるだけ本人の満足の行くような治療法ができて，採算が合うような制度ができればいいと思うが，そういう問題について研究いただきたいと述べた。

福田常任理事からは更に，もっと立派な日本にしなければいけないということを申し上げたいとして，消費税のことは方々で申し上げているが，税制調査会の方々は全く勉強していないのではないか。消費税もゼロ税率も理解していない。とにかく一点，消費税を20%にし，医療や生活必需品，食品には税金を払わない。それによって，いま議論されていることは全部解決するのだから，一度やってみればいいと述べた。

奈良副会長は続けて，我々の源泉所得税を全くゼロにして，月給を全く税金を取らないで渡すと，いくら消費税を取ったらいいか国税庁に聞くと20～22%取ればいいという。消費税を思い切って上げて，その分，育児と教育と医療と，それに最低の食費についた消費税をゼロ税率にしたらどうだと提言していると補足した。梶原監事は，消費税を20%にすると理論的にそうなるのはわかっているが，消費税を３%から５%に上げ，更に上げていくというときに，消費税のことだけを話すと国民は怯える。上げる前にワーッと物を買う。やはり直間比率の問題に触れて，直接税をこれだけ下げて間接税のかたちに変えると言わなければいけない。そのとき問題となるのはその使い方で，みんな目的税としてやると間接税で富の再配分がうまくいく。そのへんの理論も展開していきたいと追加発言した。

池澤常任理事は，もっと現実的な話をしたいとして，例えば，エイズ拠点病院でエイズの治療には保険診療外のものを使うが，それは特定療養費と同じようなかたちで負担していいと思う。いま我々の保険診療で，いわゆる高度先進医療でなくても，大学病院等でなぜこんなに使っているのかというような２千万を超えるようなものも出ている。ここは，疾患別にある程度の上限を決めるべきだと思う。DRG の考えを別にしても，現在でもある程度までは立てられるのではないか。そういう上限をつくったうえで特定療養費の問題を検討すべきではないかと述べた。

岩崎参与は，特定療養費は最初に設けられた時代から今日まで，ずいぶん変わってきたと思う。もともとは先ほどの山本先生の説明とずいぶん違って，将来保険診療の中に組み込めることを前提に設けられた。それがだんだん高度先進などに適用され拡大解釈してきた。その成り立ちの中で現在，混合診療との問題が起こってきたと思う。大学病院は，来年から導入されようとしている包括払い，１患者当たり１疾患の診療費について７月から４ヵ月間の報告をしている。池澤先生の言うデータがこれから出てくるということである。厚労省は全国集計し，特定の疾患はいくらかかっていると公表すると言っている。原価計算方式で大変複雑な計算式でやっているが，そういうものが明らかになって，ここで議論されているような問題が出てくるのではないかと述べた。

中山会長は，皆さんの意見を聞いていると，一

つは消費税の運用ということが大きく，問題解決に有効ではないかと思うが，小泉内閣は増税なき財政再建と言っている。消費税は病院経営の根幹の問題でもあり，国民の健康を守るためにはそういう方針でいきたいところでもあるが，我々が政治家になる訳にも行かず，これは声を大にして財政当局にアピールして行かなければならない問題である。まず，これらの議論を小委員会で十分検討してほしいとまとめた。

(2)　中山会長は次に，医師臨床研修で研修医の待遇の問題が明確になっていない。我々は，臨床研修のマッチングの問題も第三者機関で行うべきと言っている。研修医にも不満や苦情のあることもあり，そういうものを受け付ける場所が必要と思うと述べて，意見を求めた。

福田常任理事からは，今度始まる研修医制度は画期的なことで，これを大事にしないと日本の医療もダメになる。当てはめ作業は，アメリカでは民間でやっており，全米の４年生がとにかく卒業前にアメリカ中を回って，自分の好みの病院の７番ぐらいまで順位を出す。病院側は面接し卒業生のデータを放り込んで，両方マッチングして１人ひとりの病院を決めるというのが３月ごろにある。この作業までにずいぶん年月がかかってきているが，そうすることで誰も文句を言えない。そういうことを日本もこれからやらなければいけないと思う。

給与の問題は，研修医の給与というのはまず衣食住を完璧に贅沢にしつらえて，絶対に外へはあまり出歩かない。エブリアザーデー・オンコール，エブリアザーウィークエンド・オンコールというぐらい，２年間働きまくって，体で全部覚えるというアメリカ式にやっていただきたい。これから長い間日本にもこの制度が定着する以上，百年の大計でやらなければいけない。指導医も，指導するなどというものではない。毎日の診療の中に，その下に研修医を入れて医療チームを組んで一緒に診る。救急当直もやる。そういう意味で，研修医の報酬は，衣食住あって毎日働いたら遊ぶ暇はないはずだから，10万もあればいいのではないか。指導医はそこの常勤医だから，指導するためにお金はいらないのではないかなどと述べた。

牧野参与は，指導医の養成を１週間コースでやるという話を聞いたが，ナンセンスに思う。１週間のコースで教育のテクニックを教えることによって指導医なんて生まれるものではない。指導医というのは結局実力だから，研修医が自分でちゃんと拾う。アメリカではインターンとか１年生が臨床の実力を実に持っている。基礎医学は我々と変わらないが，臨床のやり方が違う。しかし，そこで２年，３年いると力をもつ。それを日本に帰って聖路加で実験したところ日本でもやれるとわかった。大切なのは指導医の層を厚くすることであり，橋本先生は10年かけてやれと言われたなどと述べた。

中山会長は，指導医の底上げも必要で，その養成ということも少し気長にやって行く必要があるという意見だと承った。四病協として検討して行きたいとまとめた。

(3)　中山会長から，手術の施設基準の見直しについて，中医協総会で現行のグループ分類を拡大再編して症例数を緩和する，症例数60％以上で専門医等が手術した時は減算しない，救命救急センターで行う脳動脈瘤被包術等は減算しないという３点を提示してきた。もし，中医協の答申が出た場合どう対応すべきかと意見を求めた。

西村常任理事からは，先ほどの繰り返しになるが，イメージとしては猟をして狩人が獲物を探しに行って，ハッと気がついたら禁猟区に入っていたという，それが実態だと想像している。行政当局も，一つの区切りとして撤退するのがいいと思うし，我々は繰り返しそういう要求をして行くべきである。現実問題として，暫定的な緩和策は９月で終わるので，中医協の場に急いで手当しなければと緩和策を出してきた。おそらく今の妥協案で収まるかたちを取ると推測されるが，そうなっても，日病は自分の考えを押し通して，妥協案に賛成する必要もないと思うと述べた。

山本副会長からは，この間の８人委員会の議論も西村先生の話と同じであった。中医協に出ている佐々先生も四病協の代表として出ているという意識の中で，この問題に関しては賛成しないとい

う考えであったと思うという説明があり，了承。

(4)　中山会長から，規制改革における医療特区構想，特に株式会社の参入がもう消えたかと思うとまた出てきた。特区は地域，地域で手挙げしてやるわけで，医療制度特区をつくられた場合そこから株式会社参入がなし崩しに全国に広がって行くことを感じると述べ，これについての意見を求めた。

池澤常任理事は，この特区というのは昭和36年以来の国民皆保険制度というレールから外れて行くという宣言だと思う。一切の規制を撤廃すると強く打ち出しており，簡単に考えるわけにはいかない。なぜこういうことが起こっているかを考えると，現在世界的に始まっていて，しかもかなり危険な状況まで陥ってきたグローバリゼーションというものが持っている欠陥の一つだと思う。その内容はIT化と規制緩和で，それによって実際には貧富の差が拡大し，北と南の格差が非常に強まって危機的な状況になってきている。

医療は商品ではないといわれるが，商品というと言葉が悪いが商品の一つであることは間違いない。しかし，これは商品であっても簡単に市場の競争原理の中に乗るものではない。教育も，宗教に関わるものもそうだし，医療サービスはそういうものの一つだと思う。特区を設けて，そこで徹底的に競争させる。初めは小さな地域の中で行われればあまり目立たないが，それが拡大して行くと非常に大きな競争を呈し，そこで何が起こるか。多くの病院が経営の破綻に陥って行くことであると述べた。

大道副会長は，これが入り口になって，際限なく規制が緩和されて行くのではないか。外国から，例えば大阪や東京のど真ん中に５千億かけて１千床の病院を建てる，２千床の病院を建てる。外国人の医師の診療まで認めるというのもその流れの一つで当然出てくる。二次医療圏の撤廃まで進み，株式会社論は問題としては小さい。そういう意味で，本当に入り口のところで我々はハッキリした対応をしておかなければいけないと述べた。

そのほか各理事から，医療特区のあり方を基本的に議論する必要があるという意見や，この規制改革会議のメンバーは医療に参入しようと思っている人たちで，こういうのをインサイダーと言うのではないか。自分の領域に都合のいいように水を引いている。すでに医療保険に参入して，入院料も医者も面倒を見るから安全管理は任せなさいと言って利益を上げているのが許されるのか，などと意見があった。

中山会長からは，日本のあらゆる流れというのは変わってきているが，必要なものは必要だし，規制も外すものは外す，また，規制を新たに作る必要があるということだと思う。先見の明がないとなかなか先のことはわからないが，静観していくわけにも行かない。我々は国民皆保険，これ一本を守るということだと思う。近々，四病協として反対声明を出すことになると説明し，了承。

以上で議事を終了し，大道副会長から閉会の挨拶が行われた。

（日本病院会事務局広報部）

診療情報管理課程通信教育募集要項

診療情報管理課程通信教育第62期生募集

診療情報管理士

診療情報管理士とは、診療記録および情報を適切に管理し、そこに含まれるデータを加工、分析、編集し活用することにより医療の安全管理、質の向上および病院の経営管理に寄与する専門的職業である。

米国では1932年にMedical Record Librarianとして発足し、現在は登録病歴管理者R. R. A. Registered medical Record Administraterという称号の専門職として養成されている。

わが国において、医療の質の向上につとめている病院にとって、診療記録に含まれているデータや情報は診療上からも研究上からも病院経営からも重要な記録で、これを病院の公式記録としてしっかり管理すべきであることは当然である。

(社)日本病院会は昭和47年から基礎課程・専門課程各1年（計2年）の通信教育により、診療録管理士の養成課程を開講し、今までに2,232名を認定してきた。平成8年からはこれを改革し、(社)日本病院会で、新たに診療情報管理通信教育を実施し、(社)日本病院会と(財)医療研修推進財団の両者で診療情報管理士3,478（累計5,710）名を養成している。

受講資格ならびに受講内容

1．基礎課程受講資格　短大卒以上で

原則として短期大学または専門学校卒業以上の学歴を有する者。

ただし、現在、病院に勤務している者は、当分の間、高卒者でもよい。

このうち一部病院勤務でない者は後述の病院実習を必要とする場合がある（第7項参照のこと）。

2．専門課程受講資格

(1) 医師・看護師（准看護師除く）

(2) (社)日本病院会指定専門学校（裏面、指定校参照）生のうち基礎課程認定試験合格者

3．申込方法

・**申込用紙**　日本病院会指定の用紙とする。

・**履歴書**　市販のものを使用、写真貼付のこと。
①学歴、②職歴（診療情報管理業務にある者は、職歴を詳述のこと。）

・**申込締切日**　第62期生の申込受付は、平成14年11月30日までとする。

4．実施要綱

(1) **修業年限**　基礎課程　1年
専門課程　1年　} 計2年
留年期間は受講期間の倍とする。

(2) **受講者選考**　書類審査

(3) **受講料**　1年 100,000円（前・後期2回分納可）
受講受理通知を受けてから納入のこと。
ただし、日本病院会指定の専門学校生で専門程編入の受講者で教材不要の場合は1年90,000円とする。
既納の受講料は返却しない。

(4) **資格**　専門課程修了者は(社)日本病院および（財）医療研修推進財団の認定診療情報管理士として登録する。

5．履修科目

※ 平成14年度基礎課程入講生より新カリキュラム。ただし、平成14年度編入講生は、後述の旧カリキュラム専門課程へ編入となる。

・基礎課程（1年次）12科目・24単位

① 医療概論
② 人体構造・機能論
③ 臨床医学総論（外傷学、先天異常等含む）
④ 臨床医学各論Ⅰ（感染症および寄生虫症）
⑤ 臨床医学各論Ⅱ（新生物）
⑥ 臨床医学各論Ⅲ（血液・代謝・内分泌等）
⑦ 臨床医学各論Ⅳ（脳神経・感覚器等）
⑧ 臨床医学各論Ⅴ（呼吸・循環系）
⑨ 臨床医学各論Ⅵ（消化器・泌尿器系）
⑩ 臨床医学各論Ⅶ（周産期系）
⑪ 臨床医学各論Ⅷ（筋骨格系）
⑫ 医学用語

・専門課程（2年次）12科目・24単位

① 医療管理総論
② 医療管理各論Ⅰ
③ 医療管理各論Ⅱ
④ 医療情報学
⑤ 医療統計学
⑥ 診療情報管理論Ⅰ
⑦ 診療情報管理論Ⅱ
⑧ 分類法総論Ⅰ
⑨ 分類法総論Ⅱ
⑩ 分類法演習Ⅰ
⑪ 分類法演習Ⅱ
⑫ 分類法演習Ⅲ

（62／14期）

※ 第62期専門課程編入生の専門課程科目は、下記6科目とする。

・ **専門課程科目（13単位）**

① 診療録管理学通論　　2単位
② 分類法総論　　2単位
③ 分類法実習　　2単位
④ 診療録管理室運用　　3単位
⑤ 医学用語　　2単位
⑥ 医療情報学　　2単位

※ 病院実習（2週間）（7項参照）

6．単位修得方法

(1) 上記の履修科目の基礎課程は24単位、専門課程は24（旧カリ13）単位を修得することが必要。

[単位の修得方法]

① 各テキストを読了してリポートを提出。
② 所定のスクーリングへの出席。
③ 各期末試験に合格する。

(2) リポートの作成

学習スケジュールに従って教科書とリポート問題が送付されるので、自習しながらそのリポートを作成する。それを期日（月報で通知）までに会へ送付すると添削され本人へ返送される。各課程の全リポートの提出のない場合は、学習しなかったとみなし各期末試験はうけられない。

(3) スクーリング（面接講義）

スクーリングは1年に3日間コースを夏期〈8月（福岡会場）・9月（大阪会場）・10月（東京会場）〉と冬期〈2月（大阪・福岡会場）・3月（東京会場）〉の2回東京地区・大阪地区・福岡地区で開催する。このスクーリングは1年を単位として、前期と後期合計で6日間を、いずれかの会場で出席しないと期末試験を受験できない。

ただし、勤務の都合でスクーリングに出席できなかった場合は、出席日数の1/3に限り次項の各地の研究会・セミナーへの参加をもって出席を認める。（1回3時間1/2日分、4時間以上1日分とする）

(4) 各地の指定研究会・セミナー

スクーリングの他、勉強会（日本病院会）および各地で開催されている日本診療録管理学会、北海道診療録管理研究会、宮城県診療情報管理研究会、福島県診療録管理研究会、新潟県診療録管理研究会、北陸診療録管理研究会、福井県診療録管理懇話会、東海診療録管理研究会、近畿病歴管理セミナー、四国診療情報管理セミナー、九州診療録管理研究会、九州診療情報研究会、日本診療情報管理士協会、日本診療情報管理機構、診療情報管理東京ネットワークの各研修会に該当科目の出席代替として認められた講習会は、このスクーリング単位補充（年間6日間のスクーリングに対し2日まで）の一環として利用することができる。

(5) 期末試験

試験は毎年2回（夏期・冬期）のスクーリング時に東京・大阪・福岡で行う。試験は各課程の学期末に受験する。（専門課程認定試験は基礎課程試験合格の1年後とする。）

(6) 合否の判定はこの試験にもとづき通信教育委員会で行う。

7．実　習

1項の一部受講者は、日本病院会指定の各地の病院において2週間の病院実習を行い履修証明を提出する。ただし、当分の間、希望者のみとする。

8．申込及び問合わせ

日本病院会診療情報管理課程通信教育
〒102-8414　東京都千代田区一番町13-3
電話（03）3265-1281（通信教育課直通）

郵便振替
00190－5－396045
社団法人　日本病院会通信教育部

日本病院会では、診療情報管理士育成において下記の大学、専門学校（3年制以上）を指定しています。

※ 診療情報管理士認定試験受験指定大学（5大学）

1．川崎医療福祉大学（倉敷）
2．藤田保健衛生短期大学（名古屋）
3．広島国際大学（広島）
4．鈴鹿医療科学大学（鈴鹿）
5．国際医療福祉大学（栃木）

※ 診療情報管理通信教育専門課程編入受験指定校（18校）

1．東北文化学園（仙台）
2．早稲田速記医療福祉専門学校（東京）
3．国際医療管理専門学校（東京）
4．東京医薬専門学校（東京）
5．豊島医療秘書福祉専門学校（東京）
6．日本医歯薬専門学校（東京）
7．お茶の水医療秘書歯科助手専門学校（東京）
8．新潟医療テクノロジー専門学校（新潟）
9．国際医療管理専門学校（浜松）
10．国際医療管理専門学校（名古屋）
11．京都保健衛生専門学校（京都）
12．大阪医療技術学園専門学校（大阪）
13．日本医療秘書専門学校（大阪）
14．関西医療技術専門学校（大阪）
15．大阪医専（大阪）
16．専門学校国際医療福祉総合学院（広島）
17．渕上医療福祉専門学校（福岡）
18．鹿児島ハイテク専門学校（鹿児島）

以上、平成14年10月1日現在

日本病院会の倫理綱領

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

1. **医療の質の向上**
   我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。
2. **医療記録の適正管理**
   我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。
3. **権利擁護とプライバシーの保護**
   我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。
4. **安全管理の徹底**
   我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。
5. **地域社会との連携の推進**
   我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人　日本病院会

病院憲章

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

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

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

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

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

社団法人　日本病院会

11月研究会のお知らせ

看護管理研究会

日　時　　平成14年11月７日（木）　10：00～16：00
　　11月８日（金）　９：00～12：00
会　場　　金沢商工会議所　中小企業会館５階ホール
　　金沢市尾山町９－13
　　電話　076-263-1151（代）

―― プログラム ――

第１日目　11月７日（木）　10：00～16：00
基調講演「逆ピラミッド型の人材管理」
（有）ヒューリッドコンサルティング代表取締役　**北垣　武久**
シンポジウム「ボトムアップ　―逆転の発想のマネジメント―」
聖路加国際病院副院長　**井部　俊子**
同　主任看護師　**吉川久美子**
武蔵野赤十字病院看護部長　**高橋　高美**
同　主任看護師　**増子はるみ**

第２日目　11月８日（金）　９：00～12：00
特別講演「教育の原点」　石川県立ろう学校校長　**鈴木　三郎**
文化講演「加賀百万石の歴史」　石川県立歴史博物館（検討中）

薬事管理研究会

日　時　　平成14年11月８日（金）　10：00～17：00
　　11月９日（土）　９：00～12：00
会　場　　新潟ミナミプラザホテル
　　新潟市万代３－１－１
　　電話　025-241-3730（代）

―― プログラム ――

第１日目　11月８日（金）　10：00～17：00
基調講演「医療事故防止について」
新潟県病院協会副会長・田代消化器科病院理事長　**田代　成元**
時局講演「薬学教育の現状と問題点」
日本病院薬剤師会副会長・北里大学薬学部教授　**矢後　和夫**
特別講演「国立大学法人化を見据えた大学（死火山・休火山）病院の戦死たちは今」
新潟大学教授　**佐藤　博**

シンポジウム「医療変革期に向けて　―ここまで薬剤師はやるの？―」

座長　新潟県立がんセンター新潟病院薬剤部長　**保坂　高明**

①　クリニカルパスの取組みⅠ　　新潟県立がんセンター新潟病院薬剤部　**大箭　彰**

②　クリニカルパスの取組みⅡ　　新潟大学医学部附属病院薬剤部　**小野田学時**

③　薬物中毒と救急医療の取組み

新潟市民病院薬剤部・同病院救命救急センター中毒分析室　**堀　寧**

④　服薬指導に活かすカウンセリング技術　　新潟県立小出病院薬剤部　**南雲　陽子**

第２日目　11月９日（土）　９：00～12：00

パネルディスカッション「病院薬剤業務の最近の話題」

①　「脳死判定における薬物の影響」　　船橋市立医療センター薬剤部長　**宮村　栄樹**

②　「院内製剤業務と試験研究」　　東京警察病院薬剤部長　**渋谷　文則**

③　「高齢者への薬剤管理指導事例別ポイント」　　滝野川病院薬剤科長　**今泉真知子**

④　「薬剤事故と薬剤師賠償責任保険」

(株)損害保険ジャパン医療・福祉開発部第一課長　**松村　勉**

医事研究会

日　時　　平成14年11月15日（金）　９：00～17：00

会　場　　グランドホテル　２階「鳳の間」

浜松市東伊場１－３－１

電話　053-452-2114（代）

―― プログラム ――

講演「請求漏れ防止のための正しい点数解釈」

東京保険医協会事務局次長　**栗林　令子**

「事例に基づくグループ討議」

（A：入院－内科　B：入院－外科　C：外来－200床未満　D：外来－200床以上）

「グループ発表とポイント説明」

日本病院会英文誌
Japan-Hospitals No. 22（July 2003）
原稿募集中

当会では，日本の医学・医療の実情を海外の多くの人びとに知ってもらうことを目的として，標記の英文誌を毎年１回発刊しており，**Japan-Hospitals No.22** の原稿を下記の要領で募集中です。皆様奮ってご投稿くださるようお待ちいたしております。

なお，海外への送付先は，国際病院連盟（I. H. F）をはじめとして，各国の保健衛生関係官庁，主要病院・研究所，各種医療機関等の諸団体，諸施設および医師，研究者，医療従事者等と広範にわたっております。

記

1. **テーマ**

日本の医学，医療，病院の実情等を海外に紹介・PR することを目的としておりますので，それと直接間接に関連する内容のもの，例えば日本の社会保険制度，病院医療，看護の実態などの紹介記事やオリジナルな研究報告など（国内既発表のものの翻訳で，国外未発表のものも可，ただし臨床的研究論文は除く）。

2. **原稿提出締切日**

平成15年３月31日（月）必着

3. **ご執筆の際の注意事項**

① Ａ４判用紙に英文（ダブルスペース）でお願いいたします。

② 上半身ないし顔写真（掲載用）１葉を添付願います。

③ 枚数の制限は特にいたしておりませんが，Ａ４判原稿（１ページ25～26行）２枚半が，ほぼ雑誌の１ページに当たりますので，これをめやすにご執筆ください。

④ 翻訳料など，ご提出時までに要した費用は，執筆者の負担とさせていただきます。

⑤ 初校の際１回，執筆者において校正をお願いいたします。

4. **謝礼**

別刷50部をもって謝礼にかえさせていただきます。

原稿提出・問い合せ先

〒102-0082　東京都千代田区一番町13―３

（社）日本病院会　学術委員会

電話　03－3265－0077（代表）

HITACHI

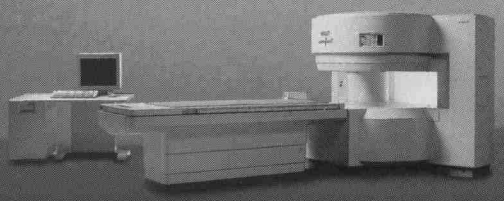
MRIがひらく未来の扉。
優しさと自由で快適な空間への鍵は、ここにあります。

"Patient Friendly"をコンセプトに、被検者に優しい空間を提供する、日立のAIRISシリーズ。永久磁石による0.3Tフルオープンガントリーは、I-MRへの応用など"診断から治療"へ。日立オープンMRIの世界は、いま、さらなる自由を求めて大きく広がります。

AIRIS II comfort

●永久磁石による0.3Tフルオープンガントリー。
●高出力を発揮するフラットタイプの傾斜磁場システム。
●EPI*、DWI*などの最新機能を搭載可能。
●メモリ、HD容量を増強した最新のワークステーションコンソールにより、従来比約2倍の高速画像処理を実現。
●日立独自の先進技術で高感度の広視野撮像を可能にしたマルチプルアレイコイルシステム*。 *オプション

AIRISシリーズ・0.3T MRIシステム AIRIS II comfort
AIRISシリーズ・0.2T MRIシステム AIRIS mate



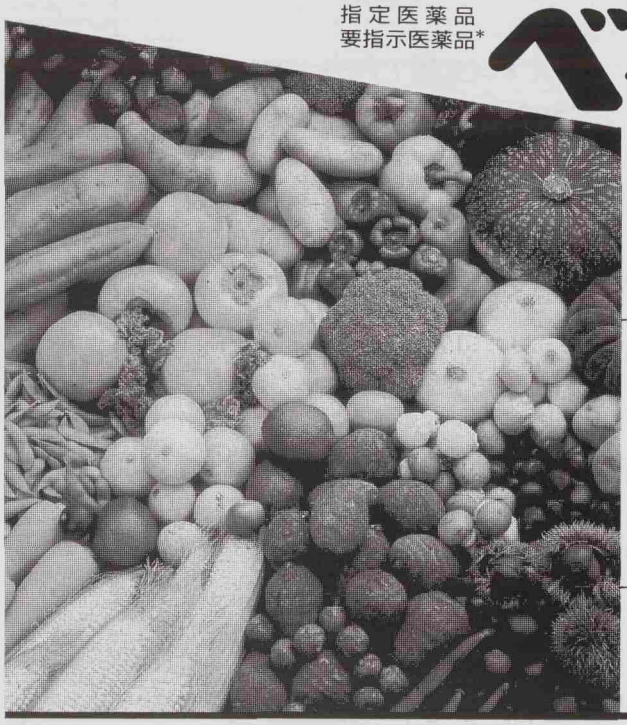
株式会社 日立メディコ
本 社 〒101-0047東京都千代田区内神田1-1-14日立鎌倉橋別館 ☎(03)3292-8111(代表) URL http://www.hitachi-medical.hbi.ne.jp

糖尿病食後過血糖改善剤

指定医薬品
要指示医薬品*

ベイスン®錠
0.2・0.3
(ボグリボース錠)

*(注意-医師等の処方せん・指示により使用すること)



■効能・効果、用法・用量、禁忌・使用上の注意等については、
添付文書をご参照ください。
■薬価基準:収載

BASEN®

(資料請求先)
武田薬品工業株式会社
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号
http://www.takeda.co.jp/

(0206:B52)

日本病院会雑誌

昭和三十年四月十二日第三種郵便物認可
平成十四年十一月一日第四九巻第十一号

発行所 社団法人日本病院会
〒102-0082 東京都千代田区一番町十三―三
電話(三二六五)〇〇七七(代)

編集発行人 中山耕作
印刷所 ㈱中和印刷

頒価一部一、二〇〇円
〈会員の購読料は会費の中に含まれる〉