Contents

日本病院会雑誌 病院学
2010 2
Vol.57 No.2

巻頭言
病院の存続のために 大道 道大 ③
グラフ病院紹介 帝京大学医学部附属病院 ⑤

●第59回日本病院学会
特別講演「コミュニケーションスキル・アップと病院の活性化」●吉田 道雄 12

●平成21年度 病院長・幹部職員セミナー
講演「現場からの医療改革」●上 昌広 24
講演「金融危機と医療危機―〈改革〉のリスク」●紺谷 典子 48

●病院経営管理者養成課程通信教育卒業論文
・地域医療確保の取り組みと今後の課題●村田 幸治 66
・医療の質を向上させる適切な臨床指標の要件とその活用●野田 邦子 73
・三次医療圏からの救急要請における新たな取り組み（相澤モービルERの新たな展開）●小山 明英・上條 剛志 80
・当院における子育て支援報告―保育所の開設とその運営●尾関 一憲 88

連載・医学史の旅 トルコ④［アナトリア地方］●星 和夫 95

ようこそ日病へ・新入会員の紹介
医療法人禎心会 新札幌恵愛会病院（北海道）●八十島 孝博 100
病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報12月号」巻頭言●中村 洋一 101
一番町だより 平成21年度 第8回定期常任理事会 議事抄録（平成21年11月28日）● 102
お知らせ 第60回日本病院学会 開催について ●114
『Japan Hospitals No.29』（July 2010）の原稿募集 ●115
ホスピタルショウ2010特別企画「第3回こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞」募集 ●116
日本病院会正会員・賛助会員入会申込書 ●120
本誌へのご寄稿のお願い ●122

巻頭言

大道　道大
おおみち　みちひろ
●(社)日本病院会 常任理事
●社会医療法人大道会 森之宮病院
理事長・院長

病院の存続のために

医療崩壊といわれ数年の年月が経った。

かつて医療機関が堅調な経営状態を維持し，拡大再生産により診療圏を伸ばしていった時代の面影はもはやない。政治の世界も自民党から民主党へと国民の選択がなされた。この機会に戦後の医療制度と診療報酬の変遷を私見を交えて俯瞰したい。

医療荒廃の時代

1945年　戦争により医療機関も大きな打撃を受けた。

1940年からの5年間を比較すると，

病院数	4,732	→	645
診療所数	46,000	→	6,600
医師数	67,000	→	18,000

と激減した。

復興期における医療制度

1948年　医療法制定

1950年　医療法人制度の創設

1954年　租税特別措置法

1960年　医療金融公庫の設置

これらにより医療機関の資金調達が容易になり着実にその数を増やし，

1961年　国民皆保険を達成した。

医療ビッグバン

1970年代は医療機関にとっての黄金期といっていい。診療報酬の実質引き上げ幅は，

1972年　12.0％

1974年　17.5％　さらにこの年2度目の改定でさらに15.6％

1976年　9.0％

1978年　9.5％

と数年で8割以上の上げ幅になった。さらに，

1973年　老人福祉法が改定され老人医療が無料化された。

また1974年は第一次オイルショックでこのあと数年間，病院は人材採用の機会に恵まれることになる。

適正化という圧縮

1982年　国民医療費適正化総合対策本部が設置される。

1983年　老人健康法施行（老人医療費に一部負担導入）

医療費亡国論発表

1984年　健保本人に1割負担導入

1985年　第一次医療法改定　地域医療計画策定

富士見産婦人科事件

この事件を契機に医療機関に対する国民の不信感が徐々に増していった。診療報酬改定前に必ず報道される医療機関の不正受給と国民負担増のシミュレーションは，適正化という名の下の医療費圧縮に国民的コンセンサスを与えることになる。

医療供給体制の制度化

1992年の第二次医療法改正により高度医療を受け持つ特定機能病院と慢性・維持期を受け持

つ療養型病床群が定義される。

1997年の第三次医療法改正では地域医療支援病院が制度化され，医療計画においても介護保険事業計画との整合性を図ることとされた。

医療費圧縮の10年

2000年の介護保険法施行以降は医療費のマイナス改定が続いた。

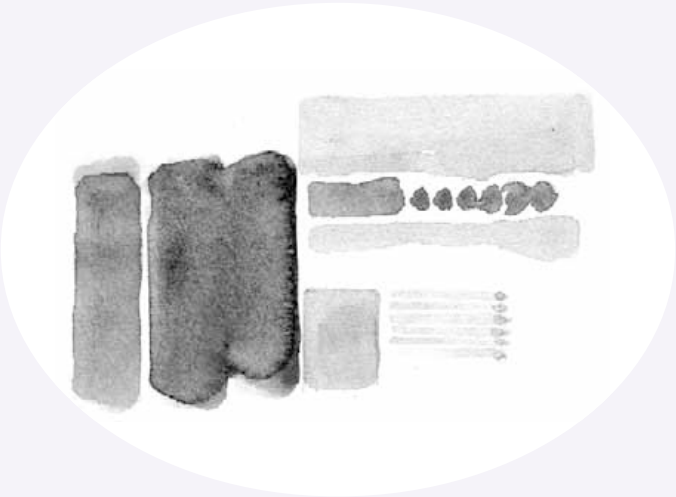
2002年　－1.3％
2004年　－0.9％　新医師臨床研修制度，DPC
2006年　－3.16％
2008年　－0.82％　後期高齢者医療制度

この間，高齢者の自己負担引き上げもあり，受療率は徐々に低下していった。

戦後の医療情勢の変遷をみるといくつかのターニングポイントがある。

復興期は良しとしても，70年代の病院の一番いい時代にこそ医療の提供体制の在り方についてもっと議論があっても良かったはずだ。また，1980年代半ばより厳しくなった国民の医療への批判に対して十分な対応があったであろうか。なにより1990年代の医療供給体制の制度化は中途半端なものに終わり，それに対する医療側の実効的な対案も出されず，まさに空白の10年の感がある。

21世紀にはいり，医療費は毎回圧縮されてきた。過去の遺産でなんとかやりくりしてきた病院にはもう“のりしろ”はない。がけっぷちの医療機関に対し今回の0.19％の手当では焼け石に水と言えよう。国民の健康を担保し，国民の望む医療を提供するために必要なグランドデザインを我々が作らなくてはならない。



病院紹介

帝京大学医学部附属病院

1971年に開院した帝京大学医学部附属病院は，高度な医療を提供する特定機能病院として，また医療従事者を育成する教育研究機関としてその責務を果たしてきました。その能力をさらに充実させ，社会の期待に応えるべく，2009年5月にリニューアルオープンし，最新の医療機器，設備，機能を備えた新病院として生まれ変わりました。

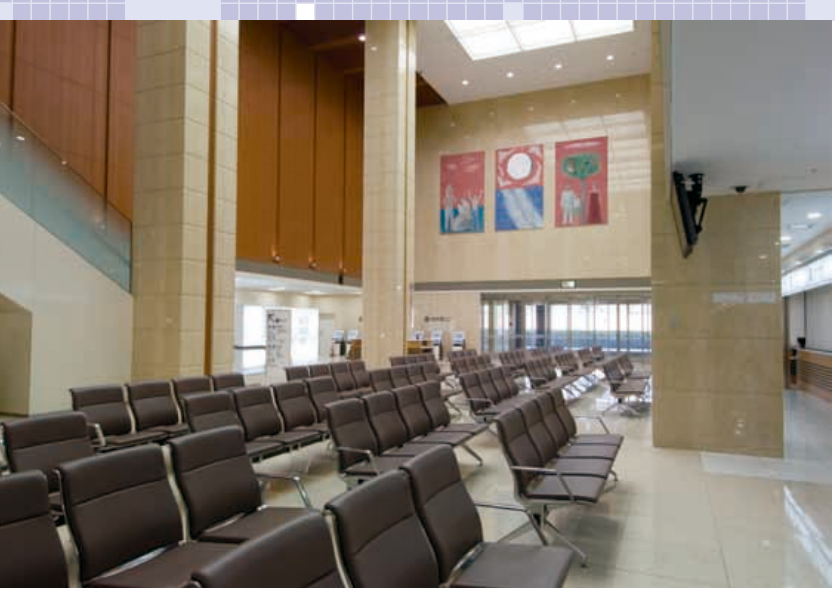
救命救急センターでは，第3次救急医療施設として，年間1,200例以上の重症患者を受け入れてきましたが，規模・内容ともにスケールアップ，最先端の医療機器を設置，専門のスタッフがさまざまな病態に対応しています。また新たにERを立ち上げ，地域に質の高い救急医療を提供するだけでなく，救急医やトリアージナースの育成にも力を注いでいますし，同時に開設した外傷センターでは，救急医と整形外科医で構成されたスタッフが外傷患者・整形外科関連外傷の診療に対応しています。

また，循環器センター（CICU）を設けて，循環器内科と心臓血管外科の医師が連携しながら診療に当たっています。2008年からは地域がん診療連携拠点病院の指定を受けていますが，従来の診療科枠を超えて，患者さんの視点に配慮したがん診療体制を整備，外来化学療法室，がん相談支援室，緩和ケアチーム，がん登録室の4部門を担う帝京がんセンターを設置しました。

総合周産期母子医療センターは，東京都の周産期医療の中核医療機関の1つですが，施設整備を一新し，24時間態勢で高度医療を提供しています。

また新病院1階にコンビニエンスストアやその他の店舗，銀行などが並ぶコミュニティストリートを設け，患者さんや病院関係者はもとより地域住民や学生などにも開放されています。

病院外観



■ 3 階まで吹き抜けのエントランスホール

エントランスホール，外来待合，廊下などは，患者さんがゆったりとした雰囲気の中で診療を受けられるよう，広々とした空間を確保しました。また，さまざまなアートワークが患者さんの目を楽しませ，くつろぎと癒しに一役かっています。

■ 3 階外来へ続く 2 階外来ホール

訪れたすべての人の心と体を癒す空間を追求

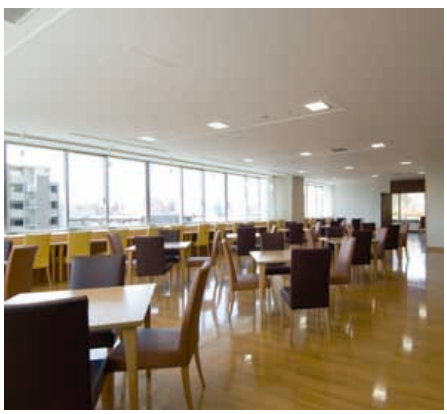
■廊下のアートワーク

■外来中待合

■外来待合ラウンジ

■小児科外来待合

■地域にも開放されているコミュニティストリート



■展望レストラン

■小児科外来プレイコーナー

あらゆる救急患者に対応する救命救急

■初療室

集中治療ベッド16床，個室ベッド2床，一般ベッド12床，計30床を擁する救命救急センターでは，モニタリングシステムなどの最先端医療機器を備えています。また，新病院オープンにともない新ER，外傷センターを立ち上げ，専従の専門スタッフが24時間態勢で，あらゆる救急患者の診療に当たっています。

特定機能病院，地域がん診療連携拠点病院として高度医療を提供

最新の医療機器を備え，熟練した医療スタッフによる医療チームが，清潔な環境下で，高度で質の高い医療を提供しています。

■帝京がんセンターの外来化学療法室

■中央手術室

総合周産期母子医療センター（新生児部門・産科部門）

周産期に関する救急・重症管理，治療を行う当センターも施設・設備を一新，病床数は産科部門では，MFICU（母体胎児集中治療室）10床，正常分娩用にLDR 3床，後方病床27床，新生児部門ではNICU12床，後方病棟24床となっています。地域の医療機関と連携をとりながら，24時間態勢で診療にあたっています。

総合周産期母子医療センター
Maternal, Fetal and Neonatal Center

■NICU

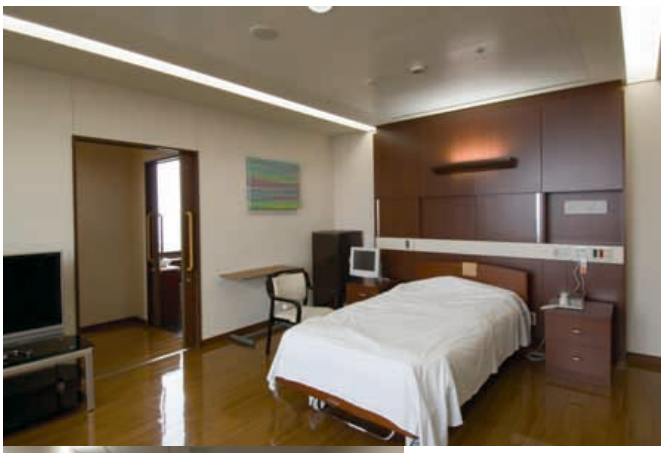
■LDR

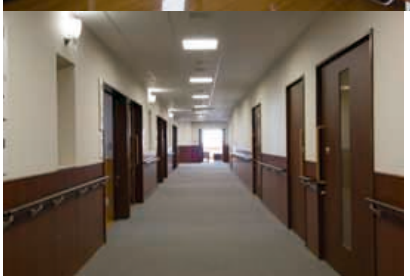
安らげる入院生活のために

入院病棟は，スタッフステーションを中心に廊下をはさんで病室が外側にあるロの字型のレイアウトで，看護の目が届くようになっています。

5階の小児入院室は中央のキッズガーデンを囲むように配置され，廊下にも明るい自然光が届きます。また，廊下のあちこちに動物のモチーフを飾り，不安になりがちな小児患者が明るく温かい雰囲気で過ごせるよう配慮しています。

■入退院センター





■個室専用フロアー

■多床室

■病棟内食堂・デイルーム

■小児科病棟の廊下にある動物のモチーフ

■外来の共用部分，入院室の食堂・デイルームの一角に設けられた携帯電話コーナー

■屋上庭園

エネルギーセンター

環境にやさしいLNGを原料とした都市ガスで発電し，その排熱を冷暖房，給湯・蒸気などに利用する，エネルギー効率の高いガスコージェネレーションシステムを採用しています。

■ガスコージェネレーションシステム

■高効率小型貫流蒸気ボイラー

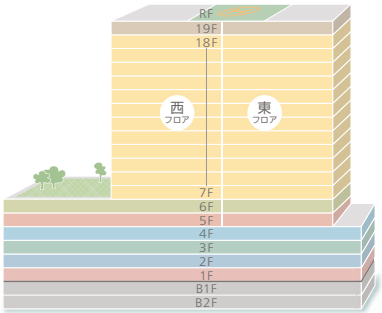
■蒸気二重効用吸収冷凍機

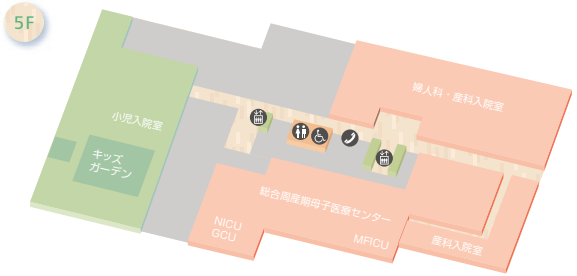
医局・スタッフエリア

診療科ごとに分かれていた医局を１カ所に集約しました。また，５・７・12・16階には，医師や看護師等のカンファレンスやラウンジ・当直室・シャワー室・助手エリア・大学院生エリア・研修医エリアを集約したスタッフエリアを設置しています。

フロア案内

3F	各科外来、腎センター、採血・採尿・生理機能検査センター 等
2F	各科外来、外来化学療法室、リハビリテーションセンター、内視鏡センター、画像診断センター 等
1F	総合受付、救急外来、救急病棟、救命救急センター 等
B1F	放射線治療、RI検査室 等
B2F	駐車場
RF	ヘリポート
18F～7F	入院室、屋上庭園（7F）
6F	展望レストラン、理・美容室、コンビニエンスストア 等
5F	総合周産期母子医療センター、小児入院室、キッズガーデン 等
4F	手術室、循環器センター、院内ICU 等





インフォメーション（ご案内）　受付　エレベーター　エスカレーター　WC　公衆電話　携帯電話コーナー　自動販売機コーナー　ロッカー　授乳室

帝京大学医学部附属病院

●帝京大学建学の精神●

努力をすべての基とし偏見を排し
幅広い知識を身につけ
国際的視野に立って判断ができ
実学を通して創造力および人間味豊かな
専門性ある人材の養成を目的とする

●帝京大学医学部附属病院の理念・基本方針●

特定機能病院として，高度で良質な医療を提供します。
患者の皆様の権利を尊重し，患者中心の医療を実践します。
患者の皆様が安心して医療が受けられるよう，安全管理に努めます。
他の医療機関と連携を密にし，地域医療に貢献します。
高度な知識・技術を持った人間性豊かな医療人を育成します。

病院の概要

- 名　　称　帝京大学医学部附属病院
- 所 在 地　〒173-8606　東京都板橋区加賀２－11－１
- 電　　話　03－3964－1211（代表）
- ホームページ　http://www.teikyo-u.ac.jp/hospital/
- 理 事 長　冲永　佳史
- 病 院 長　小寺　一興
- 開設年月　昭和46年９月
- 診 療 科　内科，循環器内科，心療内科，神経内科，外科，小児外科，心臓血管外科，整形外科，産婦人科，小児科，眼科，耳鼻いんこう科，皮膚科，泌尿器科，精神科，放射線科，脳神経外科，麻酔科，リハビリテーション科，形成外科，美容外科，歯科・歯科口腔外科・矯正外科，救急科
- 許可病床数　1,154床（一般 1,107床，精神47床）
- 職 員 数　医師 371名　看護師 823名　全職員数 約1,600名　（平成22年１月１日現在）
- 建物概要　地上19階・地下２階建　免震構造
  延べ床面積 約111,000㎡　建築面積 約11,500㎡
- 承認指定　特定機能病院，地域がん診療連携拠点病院，東京都災害拠点病院，救命救急センター，東京都指定二次救急医療機関，救急告示医療機関，東京都地域救急医療センター，総合周産期母子医療センター，東京都エイズ診療拠点病院，臨床研修基幹型病院，外国人医師臨床修練指定病院
- 先進医療　先天性銅代謝異常症の遺伝子診断（平成18年10月31日承認）
  超音波骨折治療法（平成18年10月31日承認）
  悪性黒色腫または乳がんにおけるセンチネルリンパ節の同定と転移の検索（平成20年４月１日承認）

特別講演

コミュニケーションスキル・アップと病院の活性化

熊本大学教育学部
教授　吉田　道雄

座長（佐藤）　皆さん，こんにちは。日本病院会で副会長を務めさせていただいております佐藤でございます。特別講演「コミュニケーションスキル・アップと病院の活性化」の座長を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

恒例によりまして，講師の吉田道雄先生のご紹介をさせていただきます。吉田先生は1976年に九州大学大学院教育学研究科博士課程で単位を取得されまして，同大学教育学部助手，鹿児島女子短期大学講師などを経て熊本大学教授になられ，現在に至っておられます。また，2006年からは財団法人集団力学研究所所長に就任され，日本グループ・ダイナミックス学会で役員等を歴任されています。ご著書には『人間理解のグループ・ダイナミックス』，『人生をよりよく生きるノウハウ探し』など多数おありです。

さて，私どもが働いている病院は医師，看護師をはじめとする専門職種で成り立っております。そのうえ，例えば医師にしても約50の専門科がございます。その結果，院内における職種間あるいは専門科間の風通しがどうしても滞る傾向がございます。一方，私どもが診させていただいている患者さんは，それぞれ個性ある人格を持つ老若男女の方々で，非常に多種多様な病気あるいは症状をかかえて病院にいらっしゃいます。考えてみれば病院というものは，このような大変複雑な条件のもとで貴重な生命を扱わせていただいていることになるわけです。したがいまして院内のコミュニケーションがよくありませんと，良い医療どころではなく，非常に危険なことや思いもかけないことが起きる可能性もあるわけです。

本日は吉田先生から，病院でのコミュニケーションを向上させる方法――努力や行動でコミュニケーションは向上させることができるというお話でございますが，それを具体的に教えていただき，勉強させていただいて，私どもの病院の活性化や安全性の向上につなげていくことができればと考えております。それでは吉田先生，よろしくお願いいたします。

吉田　こんにちは。ご紹介いただきました吉田でございます。時間は1時間ですが「コミュニケーションスキル・アップと病院の活性化」というタイトルで話をさせていただきます。

私は大学などで大体90分単位で授業をやっておりますし，講演のご依頼などをいただきますと2時間くらいの場合が多いものですから，1時間というのはやや苦手と言えば苦手です。しかも後のほうになるとやたらと早口でしゃべる危険性もございます。そのあたりはなるべく気をつけますが，レジュメといいますかプログラムに4点ほどキーワードを挙げておきましたので，これらについては若干駆け足，早口，中途半端でもお話しをしたいと思っております。そういうことで，よろしくお願いいたします。

■人間理解のノウハウ

今日は病院の皆さま方というプロフェッショナルな方々のお集まりですが，私はその領域ではまったくの素人であることを前提に，お話ししていきます。

まず，私自身が何をやっているかということの紹介から始めたいと思います。**スライド1**の上のほうにGroup Dynamicsという言葉が書いてありますが，

座長：社団法人日本病院会 副会長
佐藤　眞杉

私はこの領域で仕事をしております。

●Group Dynamics

Group Dynamicsとは基本的には，まさに直訳どおり集団力学ということですが，何をするかと言いますと，集団とのかかわりを通して人間を理解することが基本です。人間の行動の法則を探しましょう，その法則を実践に生かしていきましょう，というのが目標です（**スライド２**）。

ただ人間の集団ですので，法則といっても，理科系の法則のようなわけにはいきません。

昨日（平成21年７月22日），日食がありました。次の日食は26年後，東北あたりで見られるということで，これはほとんど１秒の誤差もなく当たるのでしょう。私は家内と同い年でして，小学生のときに日食を見たという話をふたりでしておりました。ところが新聞には今回の皆既日食は46年ぶりとあって，そうなると私たちはもう中学生ですから，小学生のときに見たのではなかったのかとちょっと悩んでいました。そうしたら，もう１つ，1958年に部分日食があったのですね，それを私たちは見たことがわかりました。

こういう，日食のようなものなら１秒単位で当たるのですが，人間の法則はそういうわけにはいきません。むしろ法則と言うよりも，大多数の人々がとる行動を集合的に見るというだけのことです。

●人間科学における法則と実践

社会科学全般においても法則を探すなどと言っていますが，私は，ちょっと軽率な言い方で誤解を招くことを承知で言えば，人間科学の理論などというのはあまり考えてもしょうがないと思っているところがあります。基本的に心理学をやっている人間がこんなことを言ってはいけないのですが。

私は，むしろ実践が大事であると思うのです。例えば皆さま方の実践の場合でも，５人あるいは10人の集団である試みにチャレンジする。それによって事故がなくなるとか患者さんとの関係が良くなるなど，目に見える実績，実感があれば，それがなによりだと思うのです。

その試みが法則に当たろうと当たるまいと，あるいは，それは個別的なもので他には適用できないと言われようと，我々が人間として行動しているときに，４人でも５人でもうまくいった実績があれば，それで自己満足力を大いに発揮し，まずは良しとする，その力が大事だと思います。

コミュニケーションスキルと病院の活性化

- 人間理解のノウハウ
  Group Dynamics へのご招待
- コミュニケーションスキルと病院の活性化
  *Home Page*物語
  コミュニケーションのインフラ
  小は大を兼ねる
  何でも言える職場づくり
  論理と情緒

スライド１

集団力学：
Group Dynamics

“集団”との関わりを通して
人間を理解する。

人間行動の“法則”を探す。
“法則”を実践に生かす。

スライド２

我々が気を付けなければいけないことですが，特に心理学などでは，個別の集団で成功したからといっても全然普遍性がないと言われたり，それはどの理論に基づいているのかと聞かれたりします。でも私は，そういうことはほとんど気にしません。とにかくうまくいったことに感動しよう，そして自己満足力を育てようということです。むしろ自己満足力もなくて元気よく生きていけるのか，と聞きたくなります。

ですから，私は，実践は理論に奉仕するためにあるのではないと強調しています。理科系の，あるいは皆さま方の純生理学的，医学的なものについては知りませんが，少なくとも人間科学に関しては，理論こそが実践に奉仕するためにあるのであって，実践が理論に奉仕するためにあるとするのは勘違いだと考えています。

法則を見つけ出しきれないのでそんなことを言っているのだろうと言われればそれきりですが，そういう考え方でしっかり仕事をしているつもりでおります。

●人間ウォッチング――行動の法則を探る

（スライド３）あまり細かいことを言っていると時間がなくなってしまいますが，法則を探すなどとあまり大げさに考えず，人間ウォッチングをしようということです。

ただし人間ウォッチングといっても，見た瞬間に，あいつは変なやつだなとか，おかしいんじゃないかというような主観的な見方ではなく，自分とはまるで違う発想や，違う見方をする人がいたら，ひたすら驚く。そして，自分ならあんなことはしないと頭から否定せずに，どうしてそんなことが起こるのかを淡々と興味深く見る。それが人間ウォッチングだと思うのです。

そういう意味での人間ウォッチングをするのが我々の仕事だと考えて，それに徹しているつもりでおります。

人間ウォッチングの話で面白いものはいくらでもありますが，例えば「座席の法則」というのがあります。

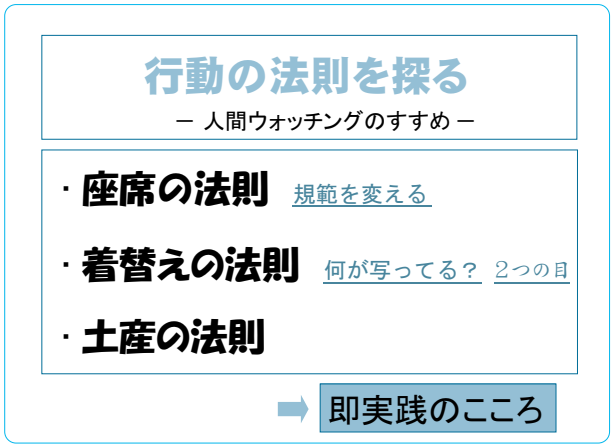
今日の皆さまもそうですが，だいたい１列目，２列目にはあまり座らない。特に最前列の真ん中に座る人がいますと，多くの集団では，あいつは変わっていると言われたりします。これが子どもの集団ですと，目が見えにくいとか耳が少し遠いので本当は前に行きたいと思っていても，周りが前に行かないと，行けなくなる。こういう一種の規範というか基準のようなものがあるために，結果として，全国いろいろな所で，前のほうには人が集まらないという法則といいますか，現象が起きるわけです。

こういうことはなぜ起きるのか，あるいはどうしたらそれを解消できるかということを考えるのは，面白いですね。

「着替えの法則」というのもあります。２，３日続く研修会などをしますと，当然と言えば当然ですが，翌日に１日目と同じ服装で来る方はほとんどいらっしゃいません。なぜか必ず着替えるわけです。

夏の熊本のように暑ければ着替えるのも生理的に当然ですが，これは単に生理的な問題ではない。やはり人が着替えるからとか，あるいは同じ服を着ていると，着る物を持っていないと思われるからというように，人の目を気にする。その結果，生理的な必要性を超えて着替えという行為が起きるのです。

ところで，研修の１日目に参加者の皆さんに「あなたも着替えますね。皆さん着替えますよ」と断言



スライド３

しておきますと，翌日，ほとんどの方が着替えてくる。ただし，「お前があんなことを言ったから，今日は意地でも着替えずに来た」と言う方もいらっしゃいますが，どんな法則にも例外はあります。そういう方を除けば，ほとんど全員が着替えるわけです。そこで，着替えたという事実だけを見れば，みんな同じ行動をとっているように見える。だから自分の法則は当たったと安心すると，それが大間違いなのです。

ちょっと別の視点で見ると，着替えるという行為は同じでも，派手な人は派手な服に着替え，地味な人は地味な服に着替えるということで，地味さ・派手さの視点からは，みんな同じではないわけです。ずいぶん違っている。つまり，ある物差しで見るとまったく同じ行為に見えるものが，別の眼鏡で見ればまるで違って見える。こういうことをむしろ楽しみながら，なぜそういうことが起きるかを考える。これが人間ウォッチングの楽しみの１つです。

それから「土産の法則」についてもよくお話ししています。例えば，来客があって玄関のドアを開けた瞬間，その人の持っている紙袋が見え，その中にお土産が入っているのが明らかな場合，どうするか。

日本人であれば，玄関先で立ち話をしていても絶対にその紙袋のほうを見ませんね。あとでそれをくれることは十分にわかっているわけです。それでも，我慢して見ない。そしていよいよ最後に，お客が帰り際に「つまらないものですが」とか「お気に召すかどうかわかりませんが」とその土産を出すと，突然驚いた表情をするわけです，「いやあ，そんな」と。まるで見え見えの演技ですが，これが実に面白い。

おそらく外国人が見たら，日本人は変だなと思うでしょうが，我々はそうしますよね。ですから，文

化といいますか，この「土産の法則」はわりと日本国中で通じます。

●法則を実践に生かす

こういうことを，気づかないうちにみんないろんなところでしています。例えば個別の病院の中でも，大きな病院の中の各病棟でもしておられる。それぞれの習慣というか行動の規範があって，それは外からは滑稽に見えるかもしれないけれど，自分たちにはごく当たり前になっているようなことがある。それに気づいて，それを変えるかどうかです。変えるということが大事です。

私は「チャチャチャの精神でいこう」と言っていています。これは“Cha・Cha・Cha”で，3つのChaを使って英語の一文がつくれるのです。“Challenge the Chance to Change yourself.”と。つまり“変わる”というのがキーワード，変わることが成長だ，と。変化の重要性は誰でも言うことですが。

変わるためには現状を把握しなければいけない。そこで自分の職場，あるいは仕事仲間の間にどんな常識があるかを掴み，それが良い常識であればさらに伸ばし，まずいと思えばそれを変える，こういう力が大事だと思うのです。

「Cha・Cha・Chaでいこう」と調子よく言っていたつもりでしたが，思わぬところに伏兵といいますか落とし穴がありました。昨年はオバマさんが「チェンジ」と言い出したものですから，どうもこのごろチェンジと言うと，彼の真似かと言われます。しかし私にすればこのフレーズは7，8年前から言っているわけです。オバマ氏のほうが私の真似をしたと言いたいところです。

●即実践のこころ

いずれにしても，自分たちがもっている行動の常識に気づいて，それが良ければ伸ばす，まずければ変えるエネルギーを，集団で集めることが大事だと思います。ここ（**スライド3**）に書きましたように「即実践のこころ」を大切にしようということです。

例えば土産の法則も，自宅の玄関ですと気づかないふりがしやすいわけです。お客さまが手にぶら下げているからです。ところが研究室などにお見えになった方が応接セットのテーブルにお土産らしきものを置かれると，これはもう否応なく見える。それなのに，帰りがけに「これを」と差し出されると，「えーっ」とは驚きにくい。そんなわけで，私としては，土産は行ってすぐに渡すべきだと思っているのです。

土産がらみで，私はとんでもない経験をしたことがあります。あるとき，お客さまが巨峰の箱を研究室の応接テーブルの上に置かれました。巨峰は大好きなものですから，去年はいつ食べたか，何房入っているかな，種なしかもしれないなどと思い巡らせていましたので，頭は奈良の大仏のようになってしまいました。そんなわけで，話はほとんど聞いていませんでした。そして帰り際になって「これ，お土産代わりです」とおっしゃった。このときはさすがに知らない顔ができませんでした。ともあれ巨峰をいただいたお礼の気持ちを込めて2階の研究室から1階の玄関先までお送りしました。それからすぐ研究室に戻って，ブラインド越しにお客さまの車が出ていくのを確認し，巨峰の箱を開けました。いやー心臓が止まりそうになりました。箱の中には桃が入っていたのです。本当にびっくりしました。しかしこの体験は私にとってコミュニケーションの勉強になりました。つまり，何でも言えばいいというだけではなく，言うタイミングも大事だということです。

土産をいただいた挙げ句に文句を言うのも罰当たりですが，お客さまは対応を間違われたと思うわけです。最初に「今日はお世話になります。これはお土産」と言い，さらに「巨峰の箱ですが，中身は桃です」と展開すればよかったですね。おそらく，桃は傷つきやすいので箱に入れていこうとしたけれど桃の箱がなかったのでしょう。どう考えても私とお客さまは，吉田のところに巨峰の箱に桃を入れていくとウケるぞ，という関係ではありませんので。

冒頭に言われていれば誤解は生じないわけです。箱を見て「わあ，巨峰だ」から「なんだ，桃か」まで0.1秒くらいの誤解は生じますが，そのあとは奈良の大仏にもならずに済むわけです。いつ言うか，そのタイミングも考えてコミュニケーションを図ることが大切ですね。

もちろん巨峰の話ばかりするのが私の仕事ではありません。土産も対人関係やコミュニケーションとかかわる集団の課題です。基本的には集団の視点からリーダーシップについて考えたり，あるいは，皆さまにとってはプラスの話題ではありませんが医療ミス，事故など，いろいろな問題をなくすにはどうするかを考えるのも私の仕事の領域です。

昨年だったと思いますが会長の宮崎先生から，こういう学会があるので1時間ほど話をしないかとい

うお話をいただきました。その際，私は宮﨑先生におたずねしました。病院の先生方のお集まりであれば，医療事故や医療ミスと人間関係のような話と，対人関係に関する軽い話はどちらがいいですか，と。そうしましたら宮﨑先生が，重い話より面白い話がいいとおっしゃったわけです。そこで事故やミスの話はとりあえず置きまして，人間ウォッチング，コミュニケーションの話にウエイトを置いて進めさせていただくことにしました。

■私のホームページについて

今日のような機会がありますといつもPRさせていただくのですが，私もホームページをつくっております。今，URLを申し上げても会場も暗くてメモするお気持ちにもなられないと思います。実はURLなしで私のホームページを見ていただける方法がございます（スライド４）。Yahoo! やGoogleで，私の名前“吉田道雄”を入れてクリックしていただきますと今のところトップに出ます（会場から笑い）。よかったです，こういう言い方は大変失礼ですが，今日はまともな反応でした。ときどき無反応

スライド４

スライド５

のことがあるんです。トップに出ることをお聞きになって，私としては，「へえーっ」という感嘆の反応がウエーブのように広がることを期待しているのですが，これは100回に１回くらいしかありません。だいたいは，笑っちゃうねという感じの反応が多いですね。でも今日はそれがきちんと出ましたので，皆さまは私にとってとても素晴らしいお客さまというわけです。トップに出るのを自慢したいためにこのページをつくっておりますので。

ホームページのご紹介をしますと，こんな感じです（スライド５）。毎月，壁紙と写真は替えていまして，これは６月のものです。今，７月はハイビスカスの写真を入れているのですが，あまり絵になりませんし，今日は全国からお集まりということで，電車通りから見た熊本城の６月号をお見せすることにしました。

このなかに「味な話の素」というコラムがあり，このタイトルで，あれやこれや好きなことを書いております。クリックしていただくと，いろいろな話題が出てくるようになっています。そのなかからいくつかお話ししたいと思います。

■コミュニケーションのインフラ

（スライド６）まず，人間関係にかかわるものとして「対人関係のあり方」というタイトルで書いておりますが，ここではコミュニケーションの基本を考えています。

その内容を要約しましょう。日頃から関係がうまくいっている人と話をしている場面を思い浮かべていただきたいのですが，その相手が伝えるべきことの80％くらいしか言い得ていない，つまり相手の話が不十分な場合，コミュニケーションは成り立たないでしょうか。実はそんなことはありませんね。関係がうまくいっていれば，「本当はこんなことを言いたいのだろう」と，不足している20％を補いながら話を聞きますよね。つまり情報が十分でなくても話は通じ得る。また，相手が昨日を今日と言い間違えたりしても，「ああ，それって昨日のことだよね」と修正しながら聞いてあげるでしょう。

つまりは対人関係のベースが大事なんです。私はこれをコミュニケーションのインフラと言っています。このインフラがきっちり構築されていれば不十分な話でも通じます。

逆に，このインフラができていないと十分な話を

しても通じません。日頃の関係がまずいと，相手が120％くらい十分な話をしてくれても，はじめから気持ちよく話を聞こうとしない。「あーあ，いつもと同じで，つまらない話だ。あんたの話はいつだって面白くも何ともない」。そんな気分で聞きますから，120％が80％になり，下手をすると50％程度しか通じないことになってきます。

つまり，同じメッセージであっても，インフラ次第で伝わったり伝わらなかったりする。コミュニケーションではこれが大事なわけです。

話した内容を録音しておいて，それをワープロで文字にして読んでみると，「何の問題もない」内容なのに，相手との関係によって意味が違ってきたり，受けとめ方が違ってくるのです。

Home

バックナンバー

味な話の素

No.25　2005年05月号（748-）

対人関係のあり方（04/07/29-470）

私の仕事のうち、「対人関係」は重要なテーマである。そこでいつも、人と人との良好な関係をつくりあげる方法を考えている。大学で開講している「公開講座　リーダーシップ・トレーニング」も、研究を実践に生かすための大切な試みである。ともあれ、対人関係は、コミュニケーションをスムーズに行うために欠かせない。たとえば、あなたが日ごろからうまくいっている人と話をしている場面を思い浮かべてみよう。その相手が、伝えるべきことの80%くらいしか言えていない場合、あなたはどうするか。おそらく、「本当はこんなことを言いたいんだろう」などと考えながら、不足している20%を補うだろう。そして、言い間違いをしても、「ああ、それって〇〇のことね」と自分で修正しながら聞いてあげる。これが関係がまずいとどうなるか。相手は120%くらい十分な話をしてくれている。それにもかかわらず、あなたは気持ちよく話を聞こうとしない。「ああ、またいつもと同じで、つまらない話だ。あんたの話はいつだって面白くも何ともない…」。こんな気分だから、話の内容も80%、いや50%程度しか受け止めていない。しかも、ちょっとでも間違うと、心の中で叫んでしまう。「えーっ、それっておかしいよ。あんたは、いつだっていい加減なんだ。もう、やってられない…」。いかがでしょうか。仮に同じことを言っても、対人関係のあり方によって、コミュニケーションそのものの質まで変わってくる。そう思われませんか。

スライド６

Home

バックナンバー

味な話の素

No.25　2005年05月号（748-）

Fail-safe & Feel-unsafe（04/01/06-263）

Fail-safe（フェイルセーフ）は日本語になってきたかもしれない。何かまずいことがあったら安全な選択肢を取ることである。Fail（失敗）してもSafe（安全な方向へ）というわけだ。だから異常な事態を関知すれば新幹線は止まる。原子力発電所でも運転を停止する。いずれもFail-safeの発想である。今日では、安全が問われる設備や機械は、ほとんどがこの思想のもとに設計されている。何はともあれ、安全第一主義である。だから、これを使う人間も、その思想に対応した行動をとる必要がある。「何かおかしい」と感じたら、それは「安全に問題があるのではないか」と考えることである。自分の思い過ごしや間違いなどといった判断はしない方がいい。実際に仕事をしていれば、運転を止めたりするのには抵抗がある。もう少しやって確認してみようかという気になる。一度止めると、再開に時間がかかるような場合には、とくにそんな気持ちになる。当然の心理である。しかし、そこで問題が発生することになる。もちろん、現実としては、停止しなくてもうまくいく可能性はある。それに、「何かおかしい」と感じたのは、自分の思い過ごしかも知れない。しかし、そうであっても、リーダーたるものは、「危険だと」感じる方を選択してほしい。「まあいいや。大丈夫だろう」ではまずいのである。そんなときは、危機を感じ取るFeel-unsafeの精神が大事なのである。機器や設備の設計と運転は、Fail-safeで、そしてそれを運用する人間はFeel-unsafeでいきたいものだ。

スライド７

例えば，私は正しいことを言った，間違いのないことを言った，これ以上何を言えばいいのか，と悩んでいる方がいらっしゃいます。しかし，そういう場合は，メッセージの内容は正しくても，そのメッセージを乗せるインフラがうまくできていない可能性があるわけです。ともあれ，コミュニケーションのインフラは大事にしないといけません。

■安全について──Fail-safe と Feel-unsafe

安全についてもいろいろ書いていまして，例えば2004年の１月６日には「Fail-safe ＆ Feel-unsafe」というものがあります（**スライド７**）。

ご承知のように，Fail-safeという言葉は今では日常用語に近いと思います。Fail，失敗と言いますか，まずいことが起きた場合でも必ずsafe，安全な方向に動くということです。毎日の生活で例を挙げれば電気のブレーカーですね。電気製品をたくさん使って電流が流れすぎると負荷量が上がり，電線が熱されるので火事になる。それではまずいので，過度の電流が流れるとブレーカーが落ちる。火事になることを防ぐために少なくとも一時的に電気が切れる，これがFail-safeです。

しかし，Fail-safeだけに頼っていると，とんでもないことになります。過去の事故をほじくり返すのもどうかと思うので曖昧な言い方をしますが，10年ほど前の９月，放射性物質で原料をつくる際にバケツで混ぜていて臨界に達したことがありました。

あのときは装置がおかしかったわけではありません。目の前に100％ Fail-safeが保証された装置があった。それなのに，コストや納期の問題，また面倒くさいとか，その他いろいろ事情もあったのでしょう，Fail-safeの装置を使わずにバケツで作業してい

た。それがまずいことはわかっていますから，最初は少しずつだったと思います。しかし人間というのは逸脱範囲を広げてしまうんですね。依存症と同じです。1杯が2杯，2杯が3杯，「わかっちゃいるけどやめられない」ではないですが，とうとう臨界に達してしまった。

目の前にFail-safeの装置があるのに，それがまったく役に立たなかった。それはなぜかといえば，Feel-unsafe，こんなことをしては危ないということに気づく感受性の弱さ，あるいは，危ないと言いたいけれど言えない，言っても聞いてもらえない，そういう組織の風土が働いたのだと思います。

そんなわけでFail-safeだけではなく，Feel-unsafeも同時に養成しないと事故はなくならないのです。

そのほか，マニュアルが守られない問題についてもときどき書いています。頭から守られない理由を考えるのもしらけた話ですが。これについても総合病院などでお話しをする機会に，「失礼ですが，マニュアルや規則が守られないことがありますよね。それはどうしてでしょうか」と言って，理由を自由に書いていただき，それを分析して，この「味な話の素」に載せているのです。

ただ，先ほど申しましたように今日は安全についてあまり触れずに，次の話に進みたいと思います。レジュメに書きましたのは「コミュニケーションのインフラ」，「小は大を兼ねる」，「何でも言える職場づくり」，「論理と情緒」です。「コミュニケーションのインフラ」はお話ししましたので，ほかの3つについて，時間が許す限りお話ししたいと思います。いずれも，「味な話の素」からピックアップしたものです。

■小は大を兼ねる

小は大を兼ねる。もちろん本来は，大は小を兼ねるですが，私は小さいことこそ大事である，つまり小は大を兼ねるでいこうとお勧めしています。

大は小を兼ねるは今風ではありませんね。まさに無駄遣いの発想だと思うのです。大きいほうがいいということですから。しかし今や「小は大を兼ねる」の時代だと思うのです。

これは2003年の10月31日に書いたものですが，修学旅行の2日目に薬師寺を訪れた話で始まります（**スライド8上**）。

大学の教員をしている私がなぜ6年前に修学旅行に行ったかと言いますと，当時，私は熊本大学教育学部の附属中学の校長をしていました。といっても私は教員免許を持っていませんので，いわば無免許校長です。10年ほど前に規則が変わって校長だけは教員免許なしでもOKになったわけです。実は日本国中の附属学校には副校長という名前のプロの校長がいらっしゃって，実務はもちろんいろいろな仕事はその方がなさいます。そんなわけで私は生徒たちと楽しい時間を過ごしたわけです。それで修学旅行にも行き，生涯に残る思い出ができました。

さて，薬師寺に行きましたら，吉本興業から派遣されたのかと思うような面白いお坊さんが，私が日頃から考えていることにぴったりのことをわかりやすく話してくださいました。お話のなかでそのお坊さんが強調されたのは，先祖への感謝，そして今生きていることへの感謝でした。私もそのとおりだと思います。

人と人との対話のなかで「ありがとう」という言葉ほど，心を和ませるものはありません。お礼や感謝の気持ちを伝えるとき，人は純粋になれます。そして，それによって相手もうれしくなる。しかし，感謝はそれだけにとどまりません。「ありがとう」と言った本人も気持ちがよくなる。これが感謝の不思議な力だと思うのです。ですから，人のためと言うよりも自分が気持ちよくなるために感謝する，これが大事だと思います。

■小さな親切，大きな感謝

ここでふっと思い出したのが「小さな親切運動」です。ご存じない方もけっこういらっしゃると思いますが，これは昭和38年，東京オリンピックの前年から始まった運動ですが，成立の細かいいきさつについては小さな親切運動本部というものがありますので，ホームページでも見ていただければと思います。

当時，私は中学生でしたが，いい運動だなと思った記憶があります。ところが世の中には口の悪い人がいるもので，すぐ冷やかし文句が生まれたんです。「小さな親切，大きなお世話」と。これには私も笑った覚えがあります。

しかし考えてみると，「小さな親切，大きなお世話」などと言って笑って済ませるようになったころから，どうも日本人の心は退化してきたような気がします。ダーウィンではないですが，我々は寝てい

ても進化すると勘違いしているところがあります。しかし，ダーウィンは，使わないものは退化するとも言っています。「小さな親切，大きなお世話」などと揶揄して笑うメンタリティによって，心を遣わないようになり，対人関係を大事にしなくなった。最近の若い人たちがどうのこうのと言う以前に，昭和30年代の終わりくらいから，心はすでに退化しているのではないかと思います。

今からでもまだ遅くはありません。私は，「小さな親切，大きなお世話」などと笑うのではなく，「小さな親切，大きな感謝」でいこうと申しあげたいのです。それでこそ対人関係もうまくいくのではないでしょうか。

小さなことの大事さという点では，小学校で挨拶運動などをやっていますが，基本的に「おはようございます」とにっこり笑うこと自体が大事だと思います。

私はお医者さんと共同研究する機会は，過去にも1，2回程度しかないのですが，看護協会などで看護師の皆さんとお話ししたりすることは少なくありません。もちろん全国とまではいきませんが関東地区や関西地区の病院にもときどきおじゃまします。そういうお付き合いのなかで，どこの病院もみんなにっこり笑って「おはようございます」と言っているかというと，そうではないところもあるようです。そして「うちではスタッフがろくに挨拶もしないので，いつミスが起きるか，心配でたまりません」とおっしゃった師長さんもいらっしゃいました。やはり，小さなことでも対人関係の基本になる挨拶は大事だと思います。

小さいことの大切さについては，ほかの面でもいろいろあります。

人を褒めることはリーダーシップにとって大事だと言いますが，これも「小は大を兼ねる」んです。大きなことをしたときに褒めてもあまり効果はありません。例えば学生がものすごい賞を取ったときに，「おめでとう」と言っても，「ありがとうございます」でおしまいです。

味な話の素

・小は大を兼ねる　・何でも言える職場づくり

小さな親切、大きな感謝（03/10/31-196）

修学旅行の二日目に薬師寺を訪れた。吉本興業から派遣されたんかいなと疑いたくなるお坊さんが講話をして下さった。とにかく漫才タッチの楽しい話に笑いが起きる。しかし内容はなかなか感動的なものだった。その中でも、「先祖に感謝」「いま生きていることに感謝」と言ったことばが耳に残った。そのとおりだと思う。人と人との対話の中で、「ありがとう」ほど心を和ませることばはない。お礼や感謝の気持ちを伝えるときは、人は純粋になれる。そして、それによって相手も嬉しくなるものだ。しかし、「感謝」はそれに止まらない。「ありがとう」と言った本人も気持ちがよくなるのである。これは「感謝」の不思議な力だ。だから「人のため」ではなく「自分のため」にも「感謝する」ことが必要なのだと思う。この欄でも話題にした「小さな親切運動」についても、「小さな親切、大きなお世話」などと言って茶化して喜ぶ。何と寂しい心であることよ。むしろ「小さな親切」に「大きな感謝」で応える。それではじめてお互いが気持ちよくなるのである。これを少し拡大すると「挨拶運動」にも繋がるんだと思う。朝はもちろん昼間でも夕方や夜でも、そのときに応じた挨拶がある。こちらから率先して挨拶する。それに対して相手からも反応がくるだろう。それでまた嬉しくなるではないか。人生にはこうした基本的な働きかけとそれに対する反応が欠かせない。しかし、いまの日本では、それが当然のことにはなっていない。「小さな親切、大きな感謝」運動を始めましょうよ。おっと失礼「小さな親切運動」は現在でも健在だったのですよね。ここでは、「大きな感謝」を付け加えてはいかがですかとご提案したい。

鼻くそ関係（03/11/07-203）

人との関わりの強さは何で測るか。いつも仲良しでほほえましい関係。喧嘩など夢にもしない関わり…。これだけではいけないと多くの人が言う。本当に相手のことを思うなら、お互いに厳しいことでも指摘する。そんな関係が必要だと…。そうなんだよな。しかし、私なんぞはどうもそのあたりは強くないなあ。人にはそうあれと言ってる割には…。もちろん、そうかといって自分が人間的に優しいとなどと言うつもりはない。やはりことを穏便にすませようとするところがあるだけの話だ。まあ、もめるのが嫌いだと言えばそれだけのこと。ただ、真の関わりの程度を知るには別の方法もあるのではないか。たとえば、相手の「鼻くそ」を指摘できる関係であるかどうか。何を言ってるのかお分かりにならない方がいるかもしれない。いやいや文字通り「鼻くそ」の話なのだ。あなたは友人が「鼻くそ」をくっつけていたら、「ちょっと、あんた鼻くそがついてるよ」と教えてあげられるかどうかである。これって、かんたんに言えそうなでなかなか言えないんだよね。それが家族であれば「おい、鼻くそ」なんて指さして言えるのに…。そのほか、ズボンのチャックが開いているとかスカートがほころんでいるとか。これなどは異性間ではほとんど指摘できないだろう。そんなとき、異性の友だちがいれば、「あんた言ってあげなさいよ」くらいのアドバイスはするけれど…。ともあれ、言いにくいことを言える関係はいい関係なのだ。それにしても日本語はおもしろい。「目くそ鼻くそを笑う」なんて、それこそ笑える。

スライド 8

大事なのは，相手が「えっ，こんなところまで見てくれているのか」と感動するような小さなことに気づき，それをきちんと褒める，あるいは，ちゃんとそれを見ているというメッセージを伝えることです。つまり，対人関係においては，小さなことに気づいて褒めるからこそ大きな効果がある。そういう意味で，褒めることひとつをとっても「小は大を兼ねる」が成立するのです。

ただ，こう言ったからといって，「そうか，うちの連中はでかいことをしないので困っていたけれど，小さなことでいいのなら褒められる。気が楽になった」と思われますか。しかし私はそれは大いなる勘違いだと言いたいのです。

それは小さなことに気づく感受性が必要だからです。「うちの部下は，私が褒めるようなことをまったくしない」と嘆く管理者が日本中の組織にいくらでもいらっしゃるわけです。しかし，小さなことに気づく感受性があれば，けっこう褒めることはあるのです。

それだけではありません。褒める行為をリアクションだと勘違いしている方もいます。褒めることは「待ちぼうけ」の世界ではありません。リーダーシップという視点から言えば，褒めることが起きるような場をつくることが大事なのです。褒める行為はリアクションではなく，アクションであるという発想を持っていただきたいのです。いずれにしても小さなことを褒めることにこそ価値があるのです。

■ハインリッヒの法則

すでに医療の場では常識になっているかもしれませんが，重大事故の裏には29件ほどの軽微な事故が隠れていて，その29件ほどの軽微な事故を探っていくと300件ほどの報告されていない出来事があるという「ハインリッヒの法則」と呼ばれるものです。このごろ話題にされることが多いので最近の研究だと思う方もいらっしゃるようですが，ハインリッヒさんが最初に本を出したのは，もう80年ほど前のことです。

報告されなかった出来事（unreported occurrences）は今の日本に即して言えば，ヒヤリハットに近いでしょう。そのヒヤリハットを抑えることによって重大事故も防げるという理屈になります。つまり，ここでも，「小は大を兼ねる」が成り立つのです。あるいは，「大は小から始まる」と言ったほうがいいかもしれません。

講演中の吉田道雄氏

また病院では，先生方も看護師さんたちも朝からわくわくしていただきたいと思います。これは，私が学生はもちろんのこと，学校の先生方にもその必要性を強調していることなんです。とにかく毎日を「楽しみましょう。朝から，ワクワク，キャッキャッでいこう」といつも言っているわけです。

自分の気持ちを安定させ，小さなことでも喜ぶ。小さなことで喜べると中くらいのことはもっと喜べます。大きなことになると，もっともっと喜べるわけです。小さなことに喜べる力はそれだけで，よりよく生きるパワーになると思います。

私自身は小さなことでけっこう喜べます。例えば，このレーザーポインター，かなり離れていても届くんですね。今日は時間がないのでしませんが，以前に，県立劇場で講演したとき，その最中に舞台から降りて一番後ろまで行って試してみました。ちゃんと届きましたよ。いやーうれしかったですね。ただそれだけのことですが，そんな小さなことで喜べる性格ですから，対人関係でいいことがあればキャッキャッと騒いでおります。昨日の皆既日食でも神様がいるんじゃないかと思ってしまいました。昨日はあいにくの曇天で，日食なんか見えるわけない，俺も行いが悪いなと思っていたわけです。ところがちょうどいい時間になったら太陽の辺りだけ雲がなくなったんです。もううれしくてたまりませんでした。

小さなことで喜べるような気持ち，これを持っていただきたいと思います。

■何でも言える職場づくり

次は，何でも言える職場づくりです（**スライド8下**）。“鼻くそ関係”づくりが大事だというお話です。

職場で「おはよう」と声をかけたら同僚が鼻くそをつけている。そのとき，何の抵抗もなく「鼻くそがついていますよ」と言える関係の方がどのくらいいらっしゃいますか。鼻くそがついているなんてなかなか言いにくいですが，それも相手のためですよね。朝の８時半に気づいて，言わないまま５時半まで放っておくとまずいでしょう。だから言ってあげたほうがいいけれど，そこが言いにくい。

ここで“誰か言わないかな症候群”が発生します。「言ってあげたほうがいいけれど，私が言うのも……。誰か言わないかな」というわけです。鼻くそなら実害はありませんが，実は“誰か言わないかな症候群”はいろいろな事故の前触れとして頻繁に出てくる問題なのです。

●“誰か言わないかな症候群”の問題

組織事故があり，半年くらい経って関係者の心が少し落ち着いたころ，インタビューをします。例えばその事故に４，５人がかかわっている場合，全員を一同に集めてインタビューするのはまずい。そこで１対１でインタビューをします。するとどうなるか。

たいていの場合，「あの事故のことですか。もう思い出したくもありません」という枕詞で話は始まります。その次は「でも，原因を調べて，二度とこういうことが起こらないように研究されているのなら話しますけれど」となります。そして，そのあとに「いやあ，あれは想定外のことで，いまだになぜあんなことが起きたのか，理解できていないのです」という言葉が返ってくると思われますか。実はそんなことはほとんどありません。その99％は「いや，私もまずいなとは思っていましたけれど，私が言うのもね……。誰か言わないかなと思っていました」なのです。個別に面接をしたほとんどの人がそう言うわけです。

これに対して，私のような部外者が青筋を立てて「なんですか，あなたたちは。わかっていたのに，誰一人として言う勇気がなかったのですか」と唾を飛ばして文句を言う権利はありません。これは１人の，個別的な問題ではないのです。そういう職場の雰囲気があって，みんなが「言ったほうがいい」と思いながら言わない。その事態が続いていて，とうとう限界を超えたということです。

そんなわけで，これは集団・組織の規範の問題，さらに言えば，リーダーシップなどが大きく関わっています。個別に「そう思っていたのに，なぜ言わなかったのか」と言うのはなかなか難しい。ここは組織全体の問題として解決していただくことが必要です。言いたいことが言えるような雰囲気がつくり上げられれば，事故やミスもかなり防げると思います。

●“鼻くそ関係”の実例

鼻くそ関係は私の実体験が基になっています。

私の先輩と後輩たちと新幹線に乗ったときのことです。私は先輩と向かい合わせに座ったのですが，その顔を見たら，大きな鼻くそがついていて，呼吸とともに震えている。

「これは言ってあげなければ」と思ったのですが，何といっても先輩ですから言いにくいわけです。もじもじしているうちに列車はトンネルに入りました。車内は電気が点いているのでトンネルでは窓ガラスが鏡になります。まずは私と，その鏡に映った私とが葛藤しました。向こうの私は「早く言ってやれ」と言う，私のほうは「いや，それは言いにくいじゃないか」と反論する。しかし窓ガラスの先輩を見ると，ほとんど鼻くそだけが映っているような気がしたわけです。そこで私は唾を飲み込んで言いました，「○○さん，ちょっと鼻くそがついていますよ」と。

一瞬の緊張感とともに先輩は驚いたような顔をしました。それからにやっと笑って鼻くそをピンと飛ばしましたよ。そのあと私をじっと見たわけです。それは遠くを見る目で，心なしか潤んでいましたね。口には出されませんでしたが，目で「ありがとう，吉田君」と言っているのが伝わってきました。この後，先輩との人間関係がさらに良くなったことは言うまでもありません。

言いにくいと思っていると，いつまで経っても言えません。その気持ちを乗り越えて，いったん言ってしまえば，さらにいい関係ができると私は信じています。

この先輩との関係でもそうだからです。体質らしく先輩はいつも鼻くそをつけているんですね。ところが最初はあれほど言おうか言うまいか悩んだのに，２回目からは実に簡単に「またついてますよ」と言えるのです。これは壁を乗り越えた証拠です。そして人間関係は成長するものなのです。

その後しばらくたってこの先輩とお会いしたときのことです。向こうから先に，「吉田君，今日はつけてないよ」と声をかけてこられたんです。私の発言

が行動まで変えたというわけです。

言いにくいことを言う，それが大事です。しかも言ってしまう関係ができれば，それなりにうまくいくということです。

■論理と情緒

最後に，論理と情緒についてですが，これは2005年３月に書いたものです（**スライド９**）。

もうかなり前になりますが，子どもによる殺人事件が問題化したとき，いわゆる識者が，子どもから「どうして人を殺してはいけないのか」と問われると，論理的に説明するのは難しい，と新聞に書いていたことがあります。それを読んで私は驚いてしまいました。私は論理学は知りませんが，世の中は理屈だけじゃあないんだと思いました。

ここで言いたかったのは，世の中わからないことだらけなのだから，何でもかんでも論理で片付けようとするのはやめようということです。

例えば，なぜ我々が今ここにいるのか。これは，皆さんが学会で今ここにいらっしゃって，私も講演のご依頼をいただいて今ここにいるというような短期的な狭い意味ではありません。人間存在として，なぜ今ここにいるのかということです。それを論理的に説明するためには，そもそも地球がなぜ存在しているかという問題にまで話は及んでいくわけです。当然そんなことは説明できません。

何でも論理と言わず，情緒や気持ちも大事にしようではありませんか。

橋元淳一郎さんという物理学者の『時間はどこで生まれるのか』という本があります（集英社新書）。その中に面白いことが書かれています。あのアインシュタインの相対性理論にも１つだけ絶対的な前提がある。それは光のスピードが秒速30万キロということです。これだけはどんな立場から見ても同じなんだそうです。そして最後に，なぜ光のスピードが秒速30万キロなのかは論理的に説明できないと書いているんです。とにかくどういう手段で測っても秒速30万キロなのだから，それは理屈ではないという

味な話の素 ・論理と情緒

理屈じゃないのよ（05/03/06-691）

フランスの国旗は「青・白・赤」の縦縞である。これは、「自由・平等・博愛」を象徴しているという。英語では、〝freedom〟〝equality〟〝brotherhood〟である。〝brotherhood〟は「兄弟」だから、〝sisterhood〟はどうするという人がいるかもしれない…。ともあれ、これらはいずれも追求すべき理想として掲げられているのだろう。フランスでも、この3つが完璧に実現しているとは考えられない。いつも求め続けるもの。それが「自由」なのだと思う。少し前になるが、少年の殺人が問題化したころ話題になったことがある。「子どもから、『どうして人を殺してはいけないか』と問われたら、論理的に答えるのに困難を感じてしまう」。こんなことをマジで論評する、いわゆる識者がいた。それを聞いたとき、何と愚かなことをいう人かとあきれてしまった。世の中は何をしてもいいというわけではない。「他人が死にたくないという自由」を侵す「自由」はない。ただそれだけのことなのだ。いやあ、これで立派な理屈じゃないですか。それに、世の中は「論理や理屈」で説明できないことはいくらでもあるんです。そもそも「私が今ここにいる」必然性を論理的に説明できる人っているんでしょうか。そのために、地球の成り立ちから話をはじめますか。そうなると、どうして宇宙が生まれたかも論理的に説明せんといかんですなあ…。ああ、きりがない。とにかく「人を殺したらいかんのよ」。

分からんことだらけ（05/03/07-692）

昔は近所に、こわーいおじさんがいた。おばさんだっていた。悪いことをすると、どこの子だろうとこっぴどく叱る。真っ赤な顔をしたり、首に青筋を立てたりもした。そんなおじさんが、「人を殺したらいかんのじゃー」なんて叫べば、それでおしまい。そんな時代があった。今では、懐かしい光景である。何かというと、「それって、どうして？　ちゃんと説明してよ」となる。あっちもこっちも、「論理や理屈」が大手を振って歩いている。しかし、世の中には、「とにかく分からんこと」「説明できんこと」はいくらでもある。昨日も、「今、自分がここにいること」なんて、論理的に説明なんぞできないと書いた。そんな調子で挙げていったら、際限がない。「どうして宇宙があるのよ」「何で原子があるのよ」。こんなことを論理的に説明できる人がいるのかいな。なにも、宇宙の起源まで戻ることもない、邪馬台国がどこにあったのかさえ、歴史の「事実」にもかかわらず、十分に説明できていない。いやいや、分からないことでよければ、毎日だって起こっている。第一、自分が「寝ついた瞬間」が分かる人なんていない。「あっ、自分はいま寝たんだ」と言える人がいますか。そのときは、まだ「寝ていない」んですよね。まあ、とにかく分からんことだらけですよね。「もっと『論理的』な議論をしろ」ですって…。このあたりでおしまいにしておきますか。

スライド９

わけです。あの相対性理論の前提が論理的に説明できないというのですから愉快ではないですか。

論理はもちろん大事です。しかし，論理や理屈だけではなく，人と人とのかかわりも大事にしたいと思います。

大人が子どもに，「そんなことは理屈じゃない。とにかく私の言うことを聞け」と言う。それに対して子どもが「いつも理屈や論理が大事だと言っているくせに，自分が不利になると理屈じゃないと逃げる。とにかく大人はずるい」と文句を言う。そんな反応もあるでしょう。しかしその一方で「いつも論理や理屈を言っているあの人が，理屈じゃないと青筋立てて怒った。これはちょっと考えなければいけないんじゃあないか」と受け止める。そういう人間関係もあるわけです。こうした関係づくりを大事にしていただきたいですね。

私も心理学をやっている人間です。論理も大事にしているつもりです。しかし論理だけではなく，情緒も大切にしたいと思うわけです。

まだまだお話ししたいことはございますが，時間がまいりましたので，これで終わりにさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

座長（佐藤）　吉田先生，短い時間のなかで非常に面白いお話をありがとうございました。

先生が病院のコミュニケーションのスキル・アップについて，面白くお話ししてくださいましたが，それをごく散文的にちょっと復習させていただきます。

コミュニケーションというものは，対人関係を普段からよくしておかないとなかなか良好にならないということ。そしてリーダーは，何かおかしいと感じたらそれを危険だと感じるほうを選択してもらいたいということ。

小さな親切にも大きく感謝をする。基本の挨拶というものが大事である。そして，小さなことを褒めることが大切だが，リーダーは，それを褒めることができるような環境をつくっていくべきである。そして，自分の気持ちを常に安定させて，小さなことでも喜ぶようにする。

また，鼻くそ関係ということでしたが，お互いに厳しいことでも指摘する関係を持つということ。

そして最後に，何でも理屈ではなく，情緒や気分を大切にすることが大事である。

このようなことを教えていただいたと思います。これを日常的に実行していくには，皆さんそれぞれの努力と勉強も必要だとは思いますが，今日は大変良いお話をしていただきました。本当にありがとうございました。

平成21年8月・東京都

現場からの医療改革

東京大学医科学研究所 先端医療社会コミュニケーションシステム
社会連携研究部門 特任准教授
上　昌広

座長（村上）　それでは講演の始めに、講師の上昌広先生のご紹介をさせていただきます。上先生は1993年に東大の医学部を卒業なさり，旧第三内科に入局されたあと，都立駒込病院，虎の門病院，国立がんセンター等で，がんの造血器悪性腫瘍における薬物療法等の開発に従事されました。2005年より東大医科学研究所で探索医療ヒューマンネットワークシステムを主催し，医療ガバナンスを研究しておられます。

もう少しわかりやすく言いますと，現在の医療崩壊に対して，現場の，特に若い先生方のお立場から発言なさり，日本の医療政策等へいろいろな提言をされておられます。特にインターネットを使った活動をなさっていて「MRICメールマガジン」の編集長もしておられます。

このようなかたちで医療政策に対して影響力を持っておられますが，舛添大臣（2009年8月現在）のブレーンでもいらっしゃいまして，先ほどうかがいましたところ，舛添大臣とはいろいろお話しもしておられるとのことです。そういう，日本の医療政策に影響力を持っておられる方であります。

事故調（医療安全調査委員会）に関する上先生のお考えは，日本病院会の考えと少し違っているところもありますが，このセミナーの趣旨から言いまして，いろいろな方面からの切り口をということで昨年も小松秀樹先生に講師をお願いし，その一環として今回，上先生をお招きいたしました。

それでは，上先生，よろしくお願いいたします。

座長：社団法人日本病院会 副会長
村上　信乃

上　ご紹介ありがとうございました。東大の上でございます。本日は1時間ほど，私たちがどういう活動をしているかということを通して，我々の医療に対する考え方を紹介させていただき，一緒にその問題を考えたいと思っております。

私はもともとは白血病の臨床医でした。骨髄移植をやっておりましたが，築地の国立がんセンターで治験や臨床研究の患者さんの紹介をしていた2005年頃は，ちょうど，がん対策基本法をやっていた時期です。あそこは厚労省そのもので，内部に入ってみると，役人やメディアなどのいろいろな動きが，また違って見えるものなのです。

私がいた血液内科の骨髄移植部門は，患者さんの80%が半径10キロ以内の20の病院から来られます。残りの20%が全国200の病院から来られ，そのなかには沖縄から北海道まであります。よく考えると，いい病院になるほど地元のシェアが高くなってくる。遠くから患者さんが来るということは，まだ地元を取れていないのです。そういう目で見ると，国立がんセンターで地元のシェアが高かったのは，我々の科もそうですが，肺外科などいくつかの科で，この肺外科はご存じの土屋了介さんが当時，部長をなさっていました。この患者さんのやりとりというのは，先輩医師とのヒューマン・リレーションシップで動いていると感じ，そのことに非常に興味を持ちまして，そういうことを研究したいと思い，2005年に医科研に移りました。

■有機的ネットワークの生成

●大野病院事件が発端

（スライド1）事の発端はこの大野病院の事件です。加藤先生が逮捕されました。私は産科はまった

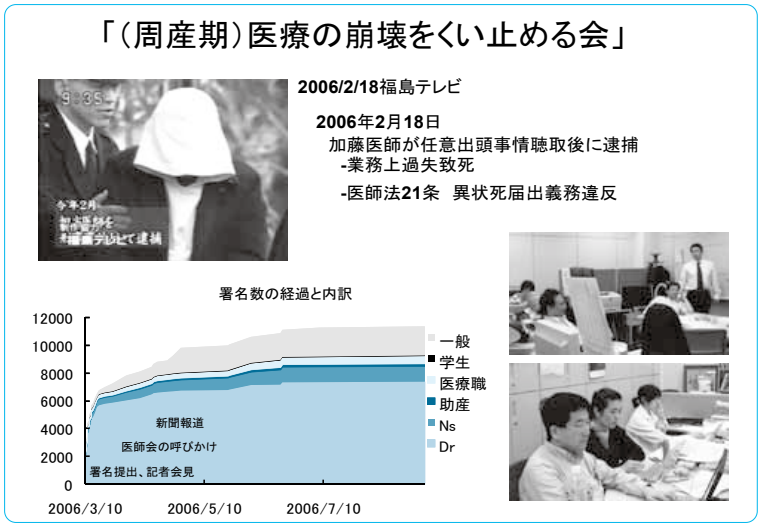
く知りませんでしたし，刑事も民事もまったく知らなかったのですが，友人の，亀田総合病院産科部長の鈴木真先生から電話がかかってきて，「友人である加藤先生が逮捕され起訴されるらしいので，一緒に運動してくれ」と言われました。

その電話を受けたとき，私はがん対策基本法の相談をしている最中で，目の前に民主党の鈴木寛参議院議員がいました。鈴木寛さんは以前からの友人なので電話の件を話したところ，彼はその場で「お前たちは危機感がないな。大丈夫か。大体刑事事件１つあれば，その業界はつぶれるぞ」と言ったのです。

やはり携帯とEメールはこの国を変えるのですが，その場で鈴木寛さんは２人の議員に電話しました。

１人は，民主党の厚労関係の一番の実力者，仙谷由人先生です。仙谷さんはもともと刑事事件の弁護士をされていました。非常に優秀な方で，あの世代の優秀な方々の例にもれず仙谷さんも東大法学部を中退して，弁護士資格を取っています。仙谷さんは「ちょっと無理筋っぽいな。おれの知り合いに聞いてみるよ」と言いました。ちょうど法務省の官房に仙谷さんの後輩がいて，その後輩に聞いたところ，「もうダメだ。明日起訴することに決まっているから，今さら政治家が出てきちゃダメだ。ややこしくなる。１週間早かったら止まったのだが」ということでした。

鈴木さんはもう１人に電話しました。舛添要一さんです。彼は舛添さんとは東大法学部の，佐藤誠三郎という政治学の泰斗がいますが，そのゼミでの先輩後輩です。「舛添さん，ちょっと危ないよ。アカンな」と。舛添さんはお子さんを亡くされた過去があり，介護と産科には関心があります。仙谷さんはがんに関心がおありです。自分が胃がんの患者だからです。人間というのは好きな分野をやります。政治家も好きな分野はスイッチオンになりますが，嫌な分野は，陳情されても「うん，うん」と聞き流す。産科の問題ですから舛添さんは「そんなことがあってはいかん」とスイッチがオンになりました。



スライド１

スライド２

●署名活動とワイドショー

それから彼らが「署名を集めよう」と言いました。私がびっくりして「署名なんかやったって意味ないでしょう」と言ったら，「いや，違うんだ。とりあえず署名を集めよう」と。

スライド１右下の写真はその日の夜，我々の研究室の風景で，鈴木さんもいます。インターネット社会というのは面白い。今日も早稲田の院生，インターンが一緒に来ているのですが，大学生，高校生から国会議員，リタイアした人まで，直接触れ合って話します。

その夜から，うちの助手たち，都立墨東病院のスタッフ，ナビタスクリニック立川の院長をしている久住君をはじめ，その場に有志が集まって署名集めを始めました。すると一晩のうちに6,000の署名が集まりました。その場で，夜中の１時でしたが，福島の佐藤章教授にお電話しました。お話しするのは

初めてでしたが「先生，なんとか応援したいと思っています」と話したところ，佐藤教授が「初めて本格的に言ってきてくれる人が出た。ありがたい。明日，東京へ行く」とおっしゃいました。

（**スライド２**）佐藤教授とお会いし，署名を持って，衆議院の第一議員会館で記者会見しました。右上の写真は北里の海野信也教授，佐藤教授，亀田の鈴木真教授です。舛添さんが後日，亀田に行ってドクターヘリを見るのは，この縁からです。海野さんは「いやあ，世の中はこういうふうにして動くのか」と言われました。そこで，「先生，携帯は常にオンにしてください」とお願いしました。こうして，こういう人たちとの連携が始まりました。

署名を厚生労働大臣の川崎二郎さんのところへ持って行きましたが，50社くらいメディアが来ました。実は，この日の午前中，仙谷さんが衆議院の予算委員会で質問を始めたのです。自民は舛添さんが最初で，そのあと民主は枝野さんたちが続きました。後日，友人の役人が，「なぜ，こんなエース級がいきなり大勢出てくるんだろうと思った」と言っていました。

このあと，私は舛添さんに呼ばれ，こう言われました。「やっぱりこの手の話は，活字では無理だ。ワイドショーに出せないかな。世の中はワイドショーが一番強い。政治家からすると，世論が応援しているものは，できる。逆に世論がない話をやると専制君主になってしまう。世論を盛り上げてくれ」と。

我々の仕事は，国民に医療の問題点を伝えることです。私は国立がんセンターにいたときは欧米の医学専門誌などが偉いと思っていたのですが，ああいうものはきわめて少数の専門家しか読みません。私もあまり読みませんし，皆さま方もそうだと思います。しかし，みのもんたは毎日みんなが見ます。

舛添さんから，ワイドショーに出せと言われても，知り合いはなかなかいません。しかし私の場合は１人だけいました。私は東大の剣道部でしたが，その２年先輩にフジテレビ「とくダネ」のプロデューサーがいたのです。卒業以来15年ぶりくらいに電話をし，「申し訳ないけれどテレビに出してくれないか」と話しました。しかし，「ダメだ。医者と弁護士，官僚と政治家は，メディアは叩くことに決まっているんだ」という回答でした。なるほど視聴率を取るには叩かないといけないようです。

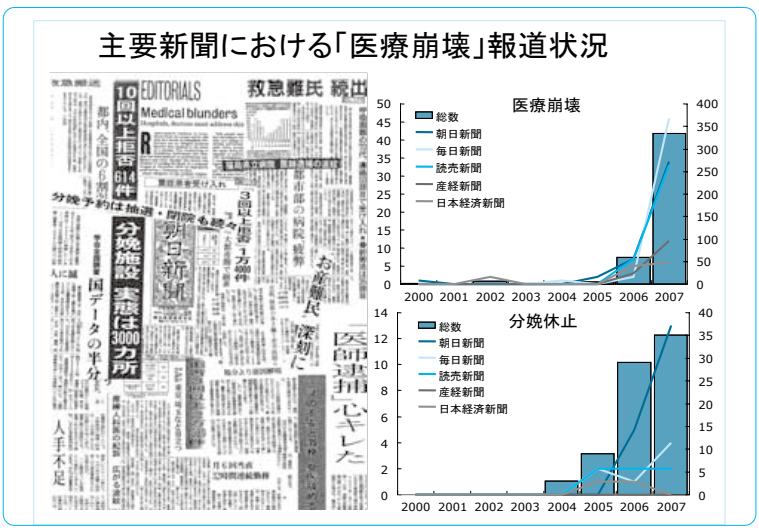
ここからが面白いのですが，信頼関係がある仲間にはゼロ回答はできないし，かわいそうだから記者だけは送ると言って，記者さんをよこしてくれました。20代前半の女性でした。その記者さんに私は４時間くらい「こんなに問題なんだ。医者も大変だ」としゃべりました。その当時私は，患者が大変なことになるということはあまり認識していなかったのですが，記者さんが「それじゃ私たちが大変になる，困るじゃないですか。やりますよ，私」と言ってくれて，「旅に出る」と一言残して出て行きました。

１週間後，「撮りましたよ」という電話が記者さんからかかってきました。北関東で，せっかく妊娠したのに，この大野事件の影響で近所の産科が閉院してしまい，困っている人たちの映像を撮ってきたのです。皆さん泣いていました。

そして，これが４月27日に報道され，キャスターの小倉さんが怒るのです，「どうなってるんだ，厚労省は！」と。１週間以内に，みのもんたも怒りだしました。

（**スライド３左**）すると，それまではあんなに医者を叩いていたメディアが，いきなり「“医師逮捕”心キレた」とか「分娩施設　実態は3000カ所」というように一面で報道し続けるようになったのです。

（**スライド３右**）これは日経テレコンという新聞データベースですが，「分娩休止」の報道はある年を境に突然増えています。「医療崩壊」も突然増えます。世論というのは，『朝日』『読売』『毎日』『日経』『産経』『東京新聞』の一面，そしてワイドショーです。ここまで来ると



スライド３

世論ができたことになります。私はこれを見たときに，「世の中というのは悪いやつがいるんだな。私たちは誠実に厚生労働省と相談していたが，あれは実は何の効果もなかったんだ」と思いました。

国立がんセンターのときもそう思っていましたが，役人が動くのは，ワイドショーが叩いたときで，翌日には動く。族議員が動くからです。こうなると720人の国会議員全員が読む。わけのわからない人がレク要求をしたり，もう収拾がつかなくなって，落ち着くところに落ち着かざるを得なくなる。これが世論なのです。

●「現場からの医療改革推進協議会」の立ち上げ

実はこのあと，鈴木寛さんから「第二厚労省をつくろうよ」と言われたのです。何をばかなことを言っているんだと思いましたが。

（**スライド４**）2006年，「現場からの医療改革推進協議会」のシンポジウムを開きました。鈴木寛さんはもともと通産省の役人で，昭和61年の入省です。この通産の60，61年入省や大蔵の60年入省は，優秀な代と言われています。鈴木さんは「厚労省の弱点はシンクタンクだ。一番いいのがネットワークできない。だからネットワークをつくろう」と言ってきました。当時，厚労省対我々では歯が立ちません。そこで，友だちを呼んできて，やれることをやろうということになりました。その１人が平野参議院議員で，医療が好きな有力議員でした。産科の事件と介護，がんをやります。

黒岩祐治さんは，鈴木寛さんを医療に引きずり込んだ人です。早稲田の政経出身です。黒岩さんは「この手の話は，ドラマか映画でなければダメ。司法と医療はウケるからフジテレビに言ってみる。映画をつくろう」とおっしゃった。それはだめになったようですが，それから３年，今，夜９時10時台には医療崩壊，医療事故，医療は不確実だというドラマをやっています。

そうなると，みんなわかりだします。考えてみると，例えば明治という時代の空気を国民に伝えたのは，鴎外や漱石です。医療も同じで，たぶんメディア，映画や文学，漫画が出て来ないと国民は動かないのです。なるほどと思いました。

もう１点，私たちの長所というか有利な点は，大学なので学生が大勢いることです。**スライド４**右上の写真は手伝った学生たちです。半分ほどが医学生で，半分が文系等々です。早稲田もいるし慶應もいるし，女子大もいます。

スライド４

スライド５

医療は医療者がやると思われていますが，そんなことはありません。もう全員が関心あります。

今，医療に最も関心がある与野党の議員は，協議会に参加した方たちです。なぜ舛添さんがこれだけ持ったかというと，彼はアドリブで記者会見できるので役人のペーパーを読まなくてもすむからです。逆に言うと舛添さんは単なる一参議院議員なのに大臣を２年やり，一躍総理候補になっている。それを40代のやり手の議員はみんな見ています。厚労省をうまくやればステップアップできると思っています。これはアメリカの大統領選とそっくりだということで，永田町のパワーポリティクスが変わってきています。

これらの方々は携帯とＥメールを駆使しています。そういう意味でも，これまでとまったく動きが変わってきます。

（**スライド５**）実は，この事件以降に声をかけたのが，こういう方たちです。2008年の舛添ビジョンの

メンバーはこういう方々で，民主党がアポイントすると思われている方々でもあります。

この状況を，歴史を研究している友人は，「明治維新と一緒だ。桜田門外の変で立ち上がった連中が動いているんだな」と言っています。

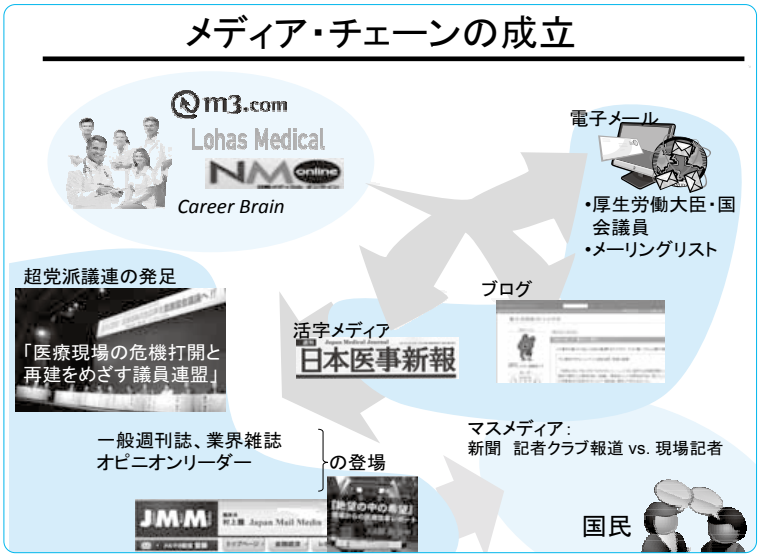
●オンラインメディアとメールの威力

（スライド６）こういうふうに医療界が変わってきた背景には，メディアの発達があります。

特にオンラインメディアが発達したことが決定的な変化です。ロハス・メディカルは2005年から，川口恭さんという京都大学理学部を卒業して『朝日新聞』記者をしていた方が，独立してやっています。東京圏に25万部のフリーペーパーを出し，ウェブサイトも運営しています。また，日経メディカルオンラインの橋本佳子編集長が，2007年にソネット・エムスリーに移動して，１人で始めます。今はちょっと違いますが，キャリアブレインに記者が集まった時期がありました。

こうした方々が連日，10万20万単位で情報を流します。これは効きます。なぜなら，それを見ているのはオピニオンリーダーたちであり，また新型インフルエンザ騒動以降，テレビや男性週刊誌がこの種の情報をチェックします。そうすると記者クラブルートの情報と，このルートの情報とを見て，自分で判断できるようになります。

さらに，あとでご紹介しますが，医療事故調（医療事故調査委員会）問題では勤務医が地元の国会議員にたくさんのメールを送りました。国会議員720人全員にメールが送られました。代議士にすれば，



スライド６

日本病院会会長名や日本医師会会長名で来るよりも，よくわからないオジサンやオバサンから５通くらい来たほうが怖い。地元で何が起こっているのかわからないですから。皆さん方も肩書きを付けず，「主婦」とか「会社員」として送ったほうが効きます。

会でまとめると，「たぶん突き上げられたんだな」とか，「役人が何か指図しているな」とか，「ご説明に伺いますとかやっているのかな」と思うのですが，そうではない，個々人のメール，これが非常に効きました。多くの議員がレク要求をしてきます。

検討会や審議会など密室でなされていた議論が，パブリックに出てくる。そうすると，いろいろな側面が見えてくるようになります。

このときにできた議員ネットワークが，超党派の「医療現場の危機打開と再建をめざす議員連盟」につながります。そしてここがEメールで直接つながるようになってくる。政治家にしてみると，役所と両方の情報をもって判断したいのです。舛添さんがよく言う「外部人脈」というものです。

大野病院事件医療事故調騒動が，このような有機的なネットワークを生み出してしまいました。

スライド７

■今後の争点をめぐって

（スライド７）今日はせっかくの機会ですので，今後の争点を少しお話しさせてください。私がこの１カ月にやらなければいけない仕事は，マニフェストの問題点を国民の方々にわかりやすく説明することだと思います。

おそらく，この問題に一番取り組んでいるのは，言論NPOという団体の代表の工藤泰志さんという

方で，『東洋経済』の元編集長です。この１カ月くらいに４，５回会っているのですが，政治の問題ですから「今の問題点は何か」というところを論じなければなりません。

●自民と民主，マニフェストの相違点

（**スライド８**）その前に，ちょっと総括しましょう。皆さま方は，自民と民主，両方のホームページをご覧になったことがありますか。『読売』や『朝日』の記者は，見ていないと思います。

２つを比べてみますと，まず，医療に関するボリュームがまったく違います。自民党は今回初めてマニフェストをつくったようです。医療に関しては大きい文字でＡ４判１枚弱です。民主党のものは詳細版で，Ａ４判で６ページあります。

自民党のマニフェストには，財源（トータルでいくら用意できるか），予算（ある事業にどれだけかかるか），工程表（いつまでにやるか）がありません。これは自民党による国民への冒瀆ではないかと私は考えます。ちゃんと書きなさい，ということです。

民主党のマニフェストについては，財源の問題が言われていますが，私もこれは不安です。財源は，つじつまの合ったものを出しています。あとは，できるかできないかで，それはわかりません。一応つじつまは合っている，それほど無理のない話だという見方もありますし，無理だという見方もありますが，あとは彼らの行動力です。いわば実験と同じで，プロトコルをいくら見てもわかりません。できるかどうかは実力です。

自民党の問題点は，プロトコルを国民や我々に提示していないことです。このことはもうすでに私は先ほどのネットメディア等々で書いていますが，「１カ月あるのだから，もう一度ちゃんと出してください。これでは国民がわかりません」と，繰り返し繰り返し書くつもりです。

●医療に関する現状分析

（**スライド９**）これは医療に対する私の現状分析です。ここに挙げたことは，先ほど申しあげた方々にも話しています。

医療がどこから変わってきたかというと，1980年代だと思います。戦後の復興期，経済成長が非常に急速に進みましたので，アメリカ，ヨーロッパ，日本では，医療費は「産めよ殖やせよ」でした。GDPの成長率を医療費が下回っていたからです。

変わった契機はオイルショックで，70年代後半から80年代にかけて世界中で戦後の左派政権が倒れ，右派政権ができます。イギリスでは保守党のサッチャーさん。日本では中曽根政権以降の行財政改革で，国鉄や電電公社の民営化をやります。アメリカではロナルド・レーガンが出てきて，新自由主義，新保守主義と言われる政策をとります。

日本においては，中曽根政権の行財政改革の一環として医療費亡国論が出てきます。当時の厚生省の吉村局長（後の次官）が，「医療費が増えると財政が破綻する」と書きます。この医療費亡国論がどこに行き着いたかといえば，“国家統制”によるプライスの決定，量の決定です。

プライスの決定は，中医協による事務局主導で行

総括

- 自民党/民主党ともに、医療を含めた社会保障政策を重視
  ⇒両党の主張は一見同じように見えるが両党のマニフェストには大きな差がある。
- 民主党は自民党よりもはるかに医療にウエイトを置いている。
  ▼民主党のホームページでは「マニフェスト」、「政策集INDEX2009」とは別に、6ページにわたる「医療政策＜詳細版＞」をアップし、細かな点まで方針を表明している。
  ▼自民党のホームページには「マニフェスト要約版」（PDF:2.73KB）、「政策BANK」（PDF:4.87KB）が掲載されているが、その中で医療に関する記載は、A4判1ページ弱である。
- 民主党は、マニフェストの冒頭で、予算・工程表・財源を説明している。
  自民党は、これらに関して情報を提供していない。
  民主党は、医療（後期高齢者制度を除き）に関して最初の2年で1.2兆円、その後は1.6兆円の予算を確保することを表明している。民主党によれば、4年後の2013年度には、全体で16.8兆円の財源確保が必要になるが、公共事業費を毎年4%、人件費を毎年5%、補助金や施設費を毎年3%削減し、さらに埋蔵金活用や税制優遇見直しで対応すると説明している。
- 民主党の実行力、特に財源の確保に多くの国民が不安
  ⇒民主党が政権を獲得した場合、行動で示す以外にない。
- 自民党のマニフェストは準備不足の感が否めない。
  ⇒総選挙までに、さらに詳細な方針を提示が求められる。

スライド８

われました。それまでは日本医師会と自民党の族議員で決めたものを追認していたのが，中曽根さんが強力に応援するかたちで，厚生省主導のプライス決定になっていったと考えられています。

医師数については，1982年に医学部定員の削減が閣議決定されます。それまで医師は「産めよ殖やせよ」でした。病床数については，1984年の医療法改正のときに病床数を固定し，それ以降あまり変わりません。そうなると，それ以降に人口が増えた所は病床数が足りなくなる。東京においては中央線沿線で，そこで，たらい回しが起きています。

こうしたことによる破綻が一番先に現れたのは，イギリスです。1997年，がんの手術待ちが3カ月，整形外科は手術できないということで，国民が怒りました。保守党政権が倒れ，労働党に政権が変わり，有名なブレア改革が始まります。ブレア改革の検証はすでに終わっていて，ポイントは3つあります。政治主導，数兆円単位の医療費増，そして現場の権限強化です。当時GDPの7％以下だった医療費が，今は9％になっています。

アメリカでは90年代に左派政権，ご存じのクリントン政権ができます。そのときの情報開示，IT景気のために，医師誘発需要学説を否定します。ですから，ご存じのように医療費は16％です。今，アメリカが抱えている問題は，医療費が少ないことではなく，その仕組みが悪いという問題です。

日本はどうだったかというと，90年代の失われた10年間，バブルの後遺症に悩みます。景気刺激策をとり，借金がかさみます。そして2000年以降，日米ともブッシュ・小泉改革が進みます。

典型的なのは，2002年の診療報酬改定の本体3％減です。これにより5万人の医療者――その多くは事務職員――が退職します。2007年の医政局長通知で「医者に事務作業をさせるな」と言い，そのあと，メディカルクラークに数十億円が付きます。何兆円というお金が失われたのを数十億円で埋めるというこの作業は，国民に誤解を与えるだけで，医師不足はまったく解消されません。診療報酬本体を削り，補助金を付けるというかたちで，国民をごまかす作業が続きました。

厚生省の権限強化は1980年以降で，特に医系技官といわれる人たちの権限が強化されていきます。供給量が少ないときは，分配する人に権限が集まる。例えば戦後の闇市もそうですし，旧ソ連末期の官僚は絶大な権限を持ちました。医系技官の権限が強化されたのは，1980年以降の試行錯誤の結果です。

ところが医療は崩壊しました。救急車のたらい回し，病院の倒産，産科難民等です。現在の日本の世論は，1990年代中盤のイギリスとほぼ似ています。

●解決すべき問題点とは何か

（**スライド10**）私は，今回（2009年）の総選挙によって解決すべき問題点，つまり国民が一番求めているのは，地方の医療崩壊の阻止だと思っています。地方の医療崩壊の原因は2つあります。医療提供者の不足，そして，診療報酬が安いために病院の経営が不安定なことです。

そして長期的課題は，負担と受益の関係の見直しです。これは次回の総選挙まで，時間をかけて議論すべき問題だと思います。

筆者の現状分析

- **医療制度は破綻寸前**

  [救急患者の“たらい回し”][病院倒産][産科崩壊]⇒国民のコンセンサス

- **医療崩壊**

  ←1980年代の中曽根政権以降の行財政改革の一環、医療費抑制政策の結果。

- **医療費亡国論**

  医療費により国家が破産しないようにするため、医療費の抑制が求められ、「国家統制」を通じて実行された。

  ⇒▼医療の価格競争力は高まり、世界で最も効率的な医療制度に

  ⇒▼厚労省は巨大な許認可権を獲得し腐敗

  ⇒▼診療報酬を削り、補助金を増やすことで、医療現場が厚労省にこびる構造が成立

- **医療に対する与党の姿勢**

  中曽根政権 → 安倍政権 ＝ ムダの排除

  福田政権：医療問題に関する国民的な関心の高まり

  ⇒医師不足を公に認め、2008年医学部定員削減の閣議決定を撤回

  この際の舛添要一厚労大臣のリーダーシップは、高く評価されている。しかし舛添氏の考えは、自民党全体のコンセンサスとはならず、自民党内では社会保障のあり方について、試行錯誤が続いている。

スライド9

■総医療費をどうするか

いくら財源が要るのか，いくら予算が要るのか。

私たちの研究室で最初に出したレポートに載せていますが，病院が100円稼ぐのにどれだけコストがかかるかというと，地方の中核病院では大体120円のコストがかかります。国立病院の場合は150円，民間病院では昨年は100円が101円になりました。これは亀田信介さんたちがよく言う話です。総医療費のうちの，地域の中核病院の２割分のお金――これは中核病院をどこで切るかによって変わりますが――１兆円か２兆円を入れましょう，中核病院にお金が入る仕組みにしましょうということです。ここまではたぶん自民，民主ともに同じような議論で，誰が考えてもわかる話です。

（スライド11）自民党は地域医療再生基金として3,100億円を計上しました。3,100億円を獲得したのは，尾辻さんや舛添さんのものすごい実力の表れです。これは単年基金で，30億円から100億円単位で二次医療圏にまくという仕組みです。地域病院は，おそらく地元で政治力が弱いでしょう。それから補助金で，この分配は役人がやります。また，基金というものは２年以降繰り越せるので必ず天下りができます。この構造はいけない。

民主党は，診療報酬を上げるということで，これは当初，DPC病院に20%増というのが内々の議論でしたが，いろいろな話があります。

実は今，民主党を支持している最大の勢力は，郡市医師会なのです。勤務医ではありません。西日本の郡市医師会等が猛烈に支持しています。初めて選挙に出る国会議員は，ダボハゼといっては語弊がありますが言われたらそのまま持ってきますので，「病院をはずせ」という言い方になりました。したがって苦渋の策で「医師数・看護師数を増やすような医療機関の診療報酬（入院）を上げる」としています。

ただ，現場に金を付ける診療報酬案と，役所が支配する基金案の２つでは，民主党案がいいのは明確です。民主党案の問題点は，分配のときに利権がで

解決すべき問題点

- 短期課題

「地方の医療崩壊の是正」

この原因は、医療提供者の不足、および診療報酬が安いために病院の経営が不安定なことである。この問題を解決するためには、医療従事者の増員、および総医療費の増額が必要になる。これが、今回の選挙の争点と考える。

- 長期的課題

「負担と受益の関係の見直し」

⇒次回の総選挙まで、時間をかけた議論が必要。

スライド10

総医療費

- 自民党＝立場を鮮明にしていない

「政策BANK」で、「これまでにない思い切った補正予算を通じ、地域医療の再生や…」

←厚労省が提案し、今年度の補正予算で3100億円が計上された「地域医療再生基金」のことを示すのであろう。

これは、あくまで補正予算レベルの話で、総選挙で提示すべき中期的展望ではない。

- 民主党

マニフェストで、「自公政権が続けてきた社会保障費2200億円の削減方針を撤回」し、「総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで」引き上げると明言。

さらにマニフェストで、総額2兆円の医療費増を訴えている。（内訳は、後期高齢者医療制度対策として8500億円、診療報酬増額・医師養成として9000億円、新型インフルエンザやがん対策として3000億円。）

3000億円の地域医療再生予算を獲得した舛添厚労大臣、自民党厚労族の手腕は高く評価するが、民主党の2兆円投入という方針と比較すれば、どうしても色あせて見える。

既得権に縛られた長期政権内での予算再編と比較して、政権交代のもたらす効果ははるかに大きそうである。

ちなみに、政権交代により、医療費が大幅に増額されたという構図は1997年の英国と同じである。サッチャー政権以来の国民医療費の抑制により、がん患者の長期間の入院待ちなどが社会問題化した英国では、保守党が下野し、ブレア首相が率いる労働党が政権に就いた。英国での医療改革については、既に多くの研究が発表されているが、そのポイントは、政治主導、医療費の大幅増、現場への権限委譲である。我が国と英国の軌跡が酷似していると感じるのは、筆者だけではあるまい。

スライド11

きることです。「民主党さん，ちゃんと分配できますか。どこの病院に入れて，どこの病院に入れないのか，ちゃんと示してください」と言っています。

●開業医への対応

（**スライド12**）開業医への対応を見てみます。民主党が打ち出したのは病院の機能強化で，これは地域医療の崩壊を考えた場合，速効性が期待できる解決策です。ブレア改革でも一番良かったのは首相指導で予算を付けたことです。日本では，２兆円を付けてもらいましょう。しかしながら，病院への予算集中投下は開業医の反発を招く可能性があり，特に郡市医師会の反発を招くことは，政治リスクが高い。事実，自民党は地域医療再生基金の配布先として，病院と開業医を区別していません。これは医師会への配慮と考えるのが妥当です。

開業医の診療報酬を病院と同時に20%増やした場合，財源は６兆円に跳ね上がり，これはできません。選択と集中が必要です。国民が望んでいるのはどこなのか。病院対策にウエイトを置いた民主党は，開業医対策として，外来管理加算の５分ルールの撤廃と，レセプトオンライン請求の「完全義務化」を「原則化」に改めることを明言し，マニフェストに書きました。政治的リスクを負っています。開業医の診療報酬問題は，次回の総選挙の課題となりました。次回の選挙でやらなければ，開業医は自民党を支持するでしょう。

このような状況で，与党を支持すると広言せざるを得ない日本医師会はともかく，地域に密着した郡市医師会が，自民・民主のメッセージに対してどんな反応を示すか。医療界の自律が国民に問われています。

■医師不足問題をどう考えるか

（**スライド13**）もう１つ，医師不足問題を挙げましょう。自民党は「政策BANK」のなかで，医師不足問題について，「今年度は医学部定員を約700人増員したが，今後も医療確保のために医師数を増やす」と述べています。

●自民党の方向転換と「舛添ビジョン」

従来，医師数の抑制に努めてきた自民党ですが，2008年に福田政権の「骨太の改革」でそれを見直しました。これは撤回ではなく，なし崩しの見直しで方向転換します。このときは福田政権の支持率が下がっていました。 2008年３月，人事異動の時期に産婦人科医の後任がいないという問題が起き，これに関する情報が大量に総務省ルートで福田総理に入りました。福田さんから舛添さんへ，なんとかしろということで，舛添さんがソネット・エムスリーやロハス・メディカルに登場し，「医師は訴訟させません」と言いました。実際，彼のところに直接メールがたくさん行って，産婦人科医がずいぶん異動しています。このときに舛添さんは従来からの医師増員を打ち出します。これは池田勇人さんの所得倍増と似ています。５％増では政治的メッセージがありませんが，５割増を打ち出しました。

そして，それをどうやってコンセンサスにするかというと，舛添ビジョン会議というものを開きます。これは小泉さんなどがやる手法と同じで，テレビや新聞で，自分が選んだ委員と役所が選んだ委員とを闘わせ，どちらがいいかを国民に判断させようというものです。

そして「安心と希望の医療確保ビジョ

開業医への対応

- 民主党が打ち出した病院の機能強化
  地域医療の崩壊を考えた場合、即効性が期待できる解決策。

  しかしながら、病院への予算の集中投下は、開業医の反発を招く可能性がある。事実、自民党は、「地域医療再生基金」の配布先として、病院と開業医を区別していない。これは、日本医師会への配慮と考えるのが自然だ。

- 開業医の診療報酬を病院と同様に20%増額した場合、必要な財源は2兆円から6兆円に跳ね上がり実現不可能。

  ⇒「選択と集中」

  病院対策にウエイトを置いた民主党は、開業医対策として、外来管理加算の「5分ルール」の撤廃やレセプトオンライン請求の「完全義務化」を「原則化」に改めると明言。開業医の診療報酬問題は、次の総選挙の宿題となった。

- このような状況で、「与党を支持する」と公言してはばからない日本医師会はとにかく、地域に密着した郡市医師会が、自民・民主のメッセージに対して、どのような反応を示すかは興味深い。
  医療界の自律が問われている

スライド12

ン」具体化に関する検討会で，５割増という判断をします。ここで出された「舛添ビジョン」という私見の問題点は，自民党として閣議決定をしていないことです。自民党は予算を２年分積んだだけです。福田総理にとってよかったことは，単年度400億円で，新聞の一面を大量に取れたことです。支持率が低迷すると新聞の一面に記事が出ることを一番喜びますが，それが400億円でできたのです。

これは５割増にしても，3,000億円です。3,000億円は，東大第二工学部をつくる予算と大体同じです。余談になりますが，財源規模でいうと100億円は大臣，1,000億円は総理，１兆円が選挙です。1,000億円単位は総理が動けばできますから，これは舛添・福田の決算なのです。

●民主党は「舛添ビジョン」＋アルファ

今回，何が興味深かったかというと，自民党が舛添案をどう扱うかでした。みんな非常に興味深く見ていましたが，結局，党のコンセンサスにはならなかったようです。マニフェストに入れていません。そして，これをそのまま民主党が使っています。実はもともと民主党のブレーンたちがつくった案を舛添さんが使い，もう一度民主党が使っているという構造です。先ほどの，舛添さんがアポイントしたドクターたちは，もともと鈴木寛さんや仙谷さんたちが親しくなった人で，舛添さんに優秀なドクターだと推薦した。その人たちの案を舛添さんが使い，もう一度同じ案を民主党が使っているわけです。

医学部定員を10年かけて５割増やし，2025年以降からは元に戻す。そうすると2025年から2030年にかけて医師数は２割増となり，人口1,000人あたり医師数は2.45人，今のアメリカやイギリスと同じレベルになると。これは時間がかかる策ですが，必要です。

これにプラスアルファするものとして，民主党は即効性のある政策を打ち出しています。国公立病院の定員増，国公立病院の兼業（アルバイト）解禁です。これで稼働率が高まります。これは法改正せずに通知レベルでできます。これは政策インデックスのなかに組み込まれています。

医師不足問題

両党とも医師の増員を主張しているが、その政治的主張には大きな隔たりがある。

- **自民党**

「政策BANK」の中で、「今年度は医学部定員を約700人増員したが、今後も医療確保のために、医師数を増やす」と述べている。従来、医師数の抑制に努めてきた自民党は、2008年福田政権下での「骨太の改革」で、1982年の医学部定員削減の閣議決定を見直し、方向転換した。同年8月には、舛添厚労大臣が主導した「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会にて、医学部定員を10年間で50%増員する方針を打ち出した（舛添ビジョン）。この方法に従えば、我が国の高齢化がピークを迎える2030年に医師数は20%増員され、人口1000人当たり2.4人となり、現在の英国・米国並みとなる。

このような動きを受け、自民党は2008年、2009年に予算措置という形で、合計約700人の医学部定員を増やしてきた。今回の選挙では、自民党が「舛添ビジョン」をどのように取り扱うかが注目されたが、具体的な数値目標は明示されなかった。この事実は、「舛添ビジョン」が自民党のコンセンサスとはなっていないことを意味する。また、長年にわたり医師偏在説に固執し、医師不足を深刻化させた問題について、与党としての総括がなされなかったことは残念である。

- **民主党**

マニフェストの中で「OECD平均の人口当たり医師数を目指し、医師養成数を1.5倍とする」と明記している。「舛添ビジョン」での提言を、民主党が踏襲した形になっている。この問題については、民主党の主張の方が説得力がある。

余談であるが、民主党の「政策INDEX2009」には、現役医師の有効活用策として、地域医療計画の抜本的見直し、国公立病院の定員増、国公立病院の兼業（アルバイト）解禁が示されている。これは、即効性のある医師不足対策であり、診療報酬の上積みにより対応が可能になると思われる。

スライド13

やらなかったことは，ドクターフィー制度の導入です。ドクターフィー制度にはおそらく日本医師会が反対すること，そして，たぶん公立病院の事務方の反対があるのでしょう。「舛添ビジョン」で提言されたこのドクターフィー制度の導入には，自民・民主両党とも触れていません。

●医師数増がコンセンサスを得るまで

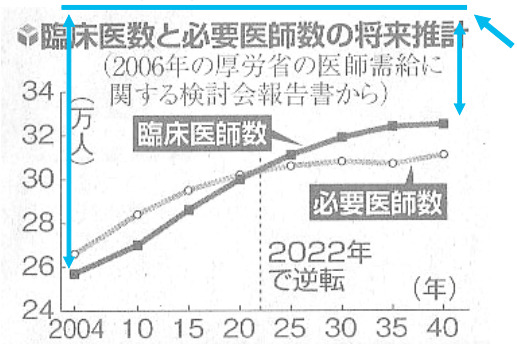
医師数の問題ですが，どういう議論を通じてコンセンサスになったかをお話しします。

スライド14は2008年６月の『読売新聞』に載った，医師需要に関する検討会報告書です。大ざっぱに『読売新聞』＝自民党，『朝日新聞』＝民主党というようなかたちでこれまで議論され，新型インフルなどは典型的です。必要医師数と臨床医師数の将来推計を見ると日本は2030年でピークに達する，だから医師は余る，というのがこの検討会報告書（矢崎レポート）です。これについては，言論NPOなどが批

判し，検証を求めています。この検証には，『東洋経済』の編集長と，財務省出身の松田学さんという方々の名前が挙がっています。松田さんは先般，財務省のなかに10年ぶりに医療の検討会を立ち上げた人です。財務省の人や経済誌編集長が検証しているのに，医療界は検証をしていません。たぶん国民はそういう人たちを信頼しないと思います。

そして，ちょっと飛びますが**スライド20**，これが矢崎レポートを打ち破った検証結果のグラフです。ここに示すように，日本は44歳以下の医師がすでに減っており，いつまで待っても勤務医においてこの世代は増えず，増えるのは年寄りである。勤務医対策は今のままやっても駄目だということが，このグラフ１枚で出ました。 このグラフは，私たちが研究室で学生とつくったもので，普通にデータを見れば学生でもつくれるものです。ただ問題点は，役所のどこにどんなデータがあるかで，開示はしていますが，使えない開示がされているのです。

医師の需給検討会報告の呪縛
08.6.3読売新聞朝刊社会保障安心より



スライド14

●医学部定員削減の撤回へ

（**スライド15**）医学部定員削減を撤回するための舞台装置が，この「安心と希望の医療確保ビジョン」のための作業委員会です。なぜ舛添さんがこういうものをやるかといえば，国民に伝わるからです。知り合いを通じて何かを頼まれたり言われただけでは，舛添さんは動けません。そんなことをすれば「暴君」とレッテルを貼られます。族議員になるか，国民的庶民派議員になるかは，こういう装置をどう使うかにかかっています。頼まれて動くかたちにしないといけないのです。

ウィキペディアにも出ていますが，この作業委員会で舛添大臣が，最後の検討会を伊豆で泊まり込みでやろうと言い，そして予約したホテルが偶然，奥さんと同じ姓だった。そこでTBSが「おかしいじゃないか。嫁さんの実家を使っている」となった。委員たちは，「なぜこんな情報がメディアに伝わるんだ」と怒りました。国立がんセンターの土屋さんが「うちの会議室を使おう」と言います。ところがあそこは役所の出先です。足立運営局長が「それはダメ。大臣に知れてもダメだ。許可を取らなきゃ」と怒る。

こういうやりとりがあればあるほど，メディアはヒートアップします。「すごいですね。ここまでやると思わなかった」と。そして，注目を浴びたところで，「ビジョン」をバンと打ち出すのです。

（**スライド16**）これは当時の迷信です。「医師数は毎年4,000人増えているが，それでも

「安心と希望の医療確保ビジョン」の具体化に向けて発足させる作業委員会

委員らが提示した最終報告の骨子案では、これまでの検討会で上がった意見をベースに、▽医師養成数▽医師の偏在と教育▽地域医療・救急医療体制支援と住民参加▽コメディカルの雇用数と養成―といった課題ごとに現状認識と中長期ビジョン、短期的対策を示した。

土屋　了介　国立がんセンター中央病院長
海野　信也　北里大医学部産婦人科教授
高久　史麿　自治医科大学長
嘉山　孝正　山形大医学部長
和田　仁孝　早大大学院法務研究科教授
小川　秀興　学校法人順天堂理事長
岡井　　崇　昭和大医学部産婦人科学教室主任教授
川越　　厚　ホームケアクリニック川越院長
丹生　裕子　県立柏原病院の小児科を守る会代表
大熊由紀子　国際医療福祉大大学院医療福祉ジャーナリズム分野教授
吉村　博邦　学校法人北里研究所理事

スライド15

医師不足の迷信？

- 「現在でも医師数は毎年4000人ほど増えているが、それでも地方の医師不足が深刻化しているのは、医師が都会に集中するためだ」
- 「医師が病院勤務をやめ、開業する背景には病院勤務の厳しい労働環境がある」

スライド16

地方の医師不足は深刻化している。それは医師が都会に集中するためだ」。これはうそです。

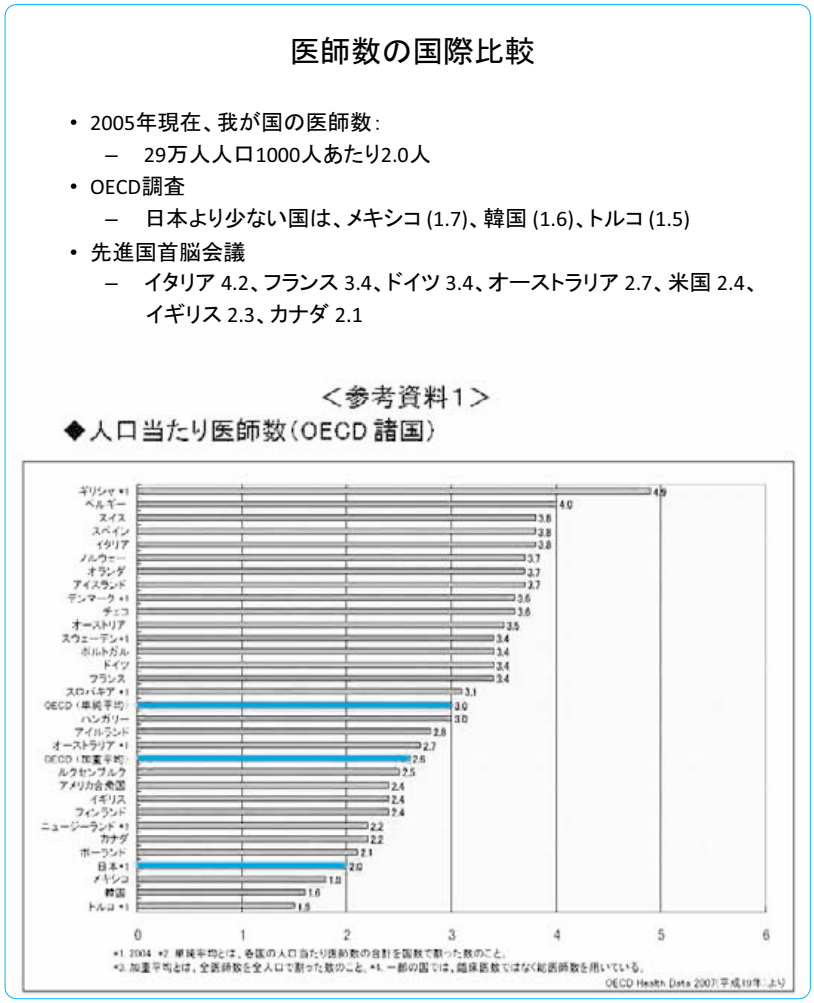
また，「医師が病院勤務をやめ，開業する背景には病院勤務の厳しい労働環境がある」というのは，そういう背景はあるでしょうが，開業が決して増えているわけではありません。個別の事例はともかくとして，全体を通してそういう傾向はありません。

基本的なデータとして，医師数の国際比較を見ると**スライド17**のようになっています。日本の医師数は2.0人です。先進国はここに挙げたようになっています。アングロ・サクソン系諸国は少なく，２人台です。大陸系は３～４人。４人というのは日本の場合，今の倍にしなければいけないということです。

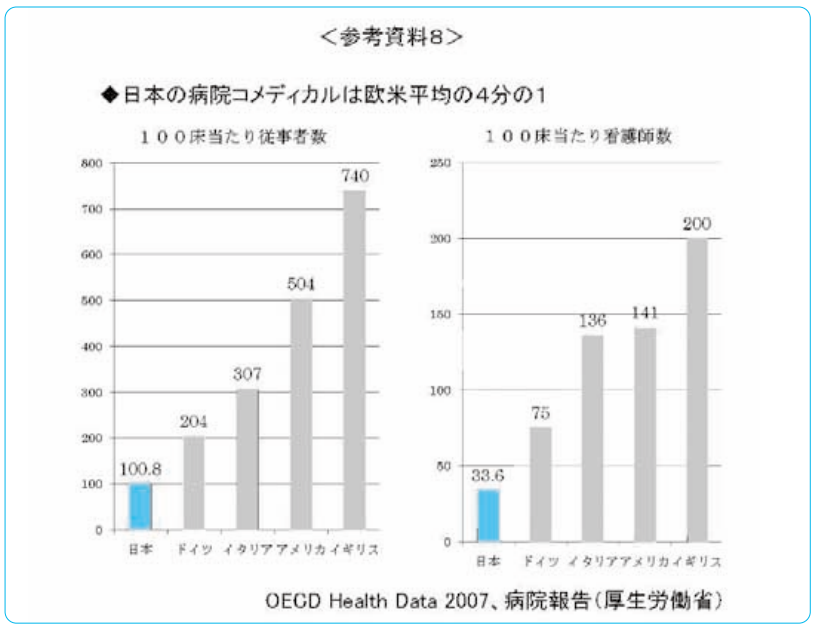
●コメディカル，ドクターフィー，医師の偏在

（**スライド18**）もう１つ，コメディカルを見てみます。コメディカルという制度が発達しているのはアングロ・サクソン系諸国です。イギリスがなぜコメディカルを多いのかはわかりませんが，アメリカが多いのは金を持っているからです。コメディカルを増やすと人件費がかさみます。医者の給料を下げようと思ったのがNPだったり，コメディカルを大量に促成栽培しようということで，やはりこういう文化がもともと発達しているのでしょう，専門職を養成できています。

日本は医師も看護師も両方少ない。看護師の数については，この資料，**スライド19**で説明するとよくわかってもらえます。これは４対１看護と，それより悪い条件下での患者死亡率を比較したもので，条件が悪くなれば死亡率は高くなっています。これはアメリカ看護協会ではなく，アメリカ医師会の2002年のレポートです。金が要りますよということです。



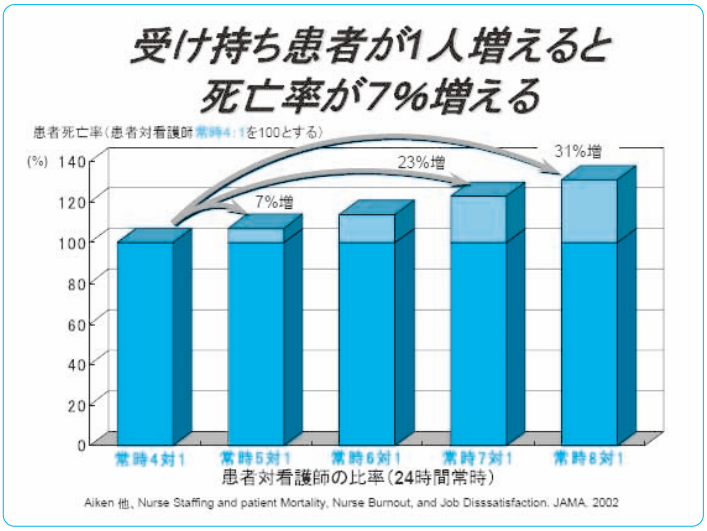
スライド17



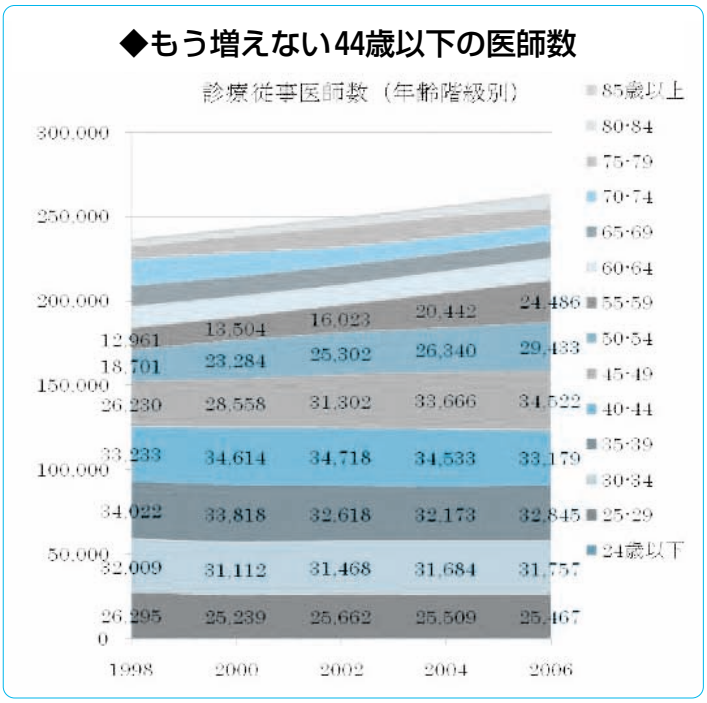
スライド18

実は自民も民主も今回のマニフェストでは，コメディカル増の予算も財源も打ち出せていません。これは数兆円かかります。

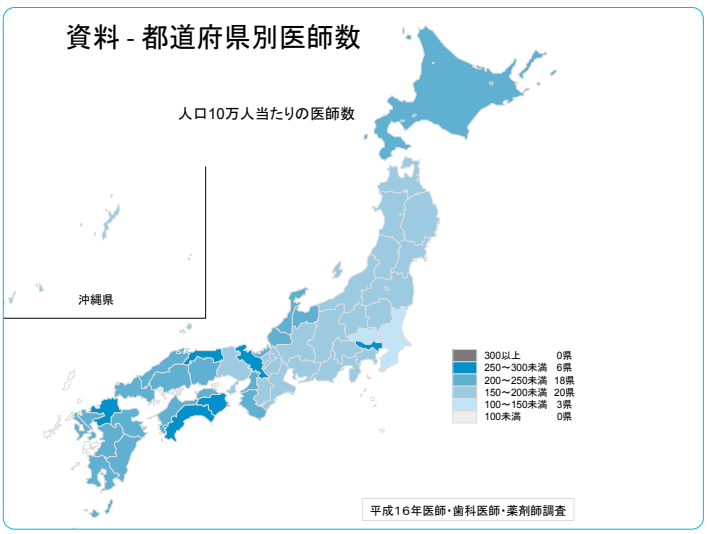
民主党のマニフェストでは，先進諸国並みという



スライド19



スライド20



スライド21

ことでドイツをマーカーにしています。国民に負担をお願いするということですが，その金の一部は，病院の雇用からみるとコメディカルの人件費になります。この議論はそこまで，次回の総選挙で私たちみんなで国民に伝えないとなかなか難しいのです。

スライド20は先ほどご紹介したグラフです。若い医師は増えませんから，医師を増やす必要があります。この人たちが病院で働く仕組みをつくらなければいけません。それは何かといえば，ドクターフィーです。院内開業してもらえばいいのです。院内開業をしないで成り立つと，既存の勢力からの抵抗があり得るからです。

舛添ビジョンが示された１カ月後，保険局医療課長の佐藤さんが，『読売新聞』で「ドクターフィーは議論したことがない」と言いました。そのまま大臣に伝わるのだから言わなければいいと思いますが。

今回，人事異動で文官が入ってきました。彼らは「やったらいいじゃないか。何が問題なの？　もっと合理的に考えましょう」というふうに変わってきています。こうしていろいろな人が入ってくると，しがらみが消えていきます。

（**スライド21**）もう１つの問題は，東西の医師の偏在です。東の方は開業医も少ないのに，西の方は開業医が多い。その開業医の多い西日本で，郡市医師会が民主党支持になっています。明治維新もそうですが，革命は西から起こるのです。どちらを支援するか，今日，諫早医師会が総会をやるようで，テレビがもう昨日から入っています。

そうなると新政権が出現したとき，その影響力がどこに及ぶかは明らかです。

それはともかく，なぜ西日本に医師が多いのかといえば，戊辰戦争で勝ったのがこちら側だからです。人口だけを見れば，福岡を除く九州の人口は600万で，千葉も600万です。九州には，鹿児島・熊本・長崎・佐賀・福岡に旧藩校経由並びにそれに準ずる学校があり，早期から大学にしています。勝ったところは，自分のところに学校をつくる。

福島県の会津にも大きな藩校がありました

が，戊辰戦争に負けて潰されます。会津藩主の松平容保公は東京に移される。数代あと，戻ってきた知事が呼んだのが東京電力です。そして，カネはあるがスタッフがいないため病院を２つに分け，それで起きたのが大野病院事件です。本当かどうかわかりませんが，当事者は東京電力の社員で，里帰り出産などと言われています。本当に，“禍福はあざなえる縄の如し”なのです。

明治期，東の方は社会インフラ投資が少なかった。なぜかといえば西日本が勝ったからです。学校がつくられたのはこの時期です。医療に限らず，高校野球でも，公立高校で優勝したのはすべて西日本の高校です。池田高校，佐賀商業など枚挙にいとまがありません。東では，私が知っているかぎり，たぶん大宮工業だけだと思います。草野球のレベルも，専門家の数で決まります。

さらに例を挙げれば，千葉県で有名な公立進学校は千葉高校ですが，西日本には山ほどあります。修猷館，鶴丸，ラサール等々，ズラッとあり，中学，高校，大学と人材育成をやる。

一朝一夕では，この格差はなくなりません。千葉の医学部の定員が100人として，全員が千葉に残っても100人。九州の医学部の定員が1,000人として，10%が残るとすれば100人。それではじめて人口当たりの医師数は同じです。これはやはり，なんとかしなければいけません。

■医療ガバナンスをめぐる変化

ちょっと前後しましたが，舛添さんの政治手法は，これから，若手議員も使います。60歳以上の国会議員は医療を特殊科目，族議員のシマだと思っていますが，若手議員は違います。若手議員はみんな，医療は必修科目だと思っています。

●マスメディアによる裏ネタ報道

2008年10月10日の日経の１面に，次のような記事が載りました。

「今年６月，救急医療の不備といった問題が相次ぎ，厚労相の舛添要一は，医師不足の解消策づくりに悩んでいた。そんなさなか，『こんなことをもう一度やったら，絶対に許さない』。舛添が，医政局長の外口崇を大臣室に呼び，叱責した。医師不足解消を主導しようとした舛添に先回りするかたちで，文部科学省に出向中だった医学教育課長三浦公嗣らが，東大など主要大学の医学部にかけた電話はこういう内容だった。『医師はなるべく増やさない方向で頼みます』」。

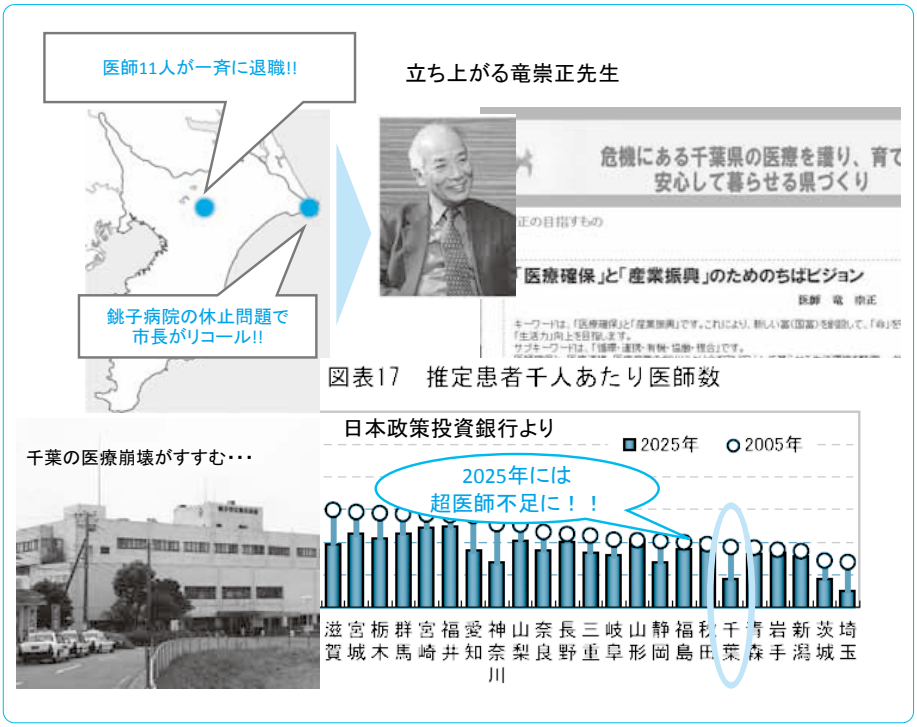
この記事が出るまで，マスメディアにはこういう裏ネタは出ていません。ところがこれ以降，堰を切ったように出ます。実は８月の段階で，多くのマスメディアはこれを記事にしたかったのです。「医学部長，証言してくれ。１面でいく」と言っていましたが，それができず，日経のこういう企画ものとして出たわけです。これ以降どうなったのかというと，『朝日新聞』のオピニオンに，厚労省の木村もりよさんの記事が出ます。

（スライド22）これは『選択』2009年４月号の記事です。日本のサンクチュアリといえば，国立がんセンターがまさにそうでした。この記事は，旧ソ連の末期に官僚が叩かれた仕組みとまったく同じです。30兆円のプライスコントロールをしているのが実は300人で，この人たちはどうもおかしいという話になる。餌食になっているのです。今月の『選択』には「舛添の700

スライド22

日」というのが出てきます。

なぜ，医系技官なのでしょうか。厚労省のほかのところを敵にしないで済むからという見方もできますが，政治だから複雑です。医療が国民の最大課題であり，かつ，比較的少ない人数でやっている，そしてそこが弱いとなると，こうなります。たぶん，このガバナンスはもう確実に崩壊します。つまり，国民がおかしいと思い始めたものは，もうもたないのです。そのあとをどうつくるかは私たちのあり方次第です。



スライド23

医系技官ガバナンスは崩壊します。別の例でいうと，多くの財団は，２年後には改革で役所の所管がなくなります。ということは，常務理事が１人だけいて24人がアテ職というような財団の，常務理事がいなくなる。そうなると，本当の理事たちでやらなければ金も何も回らなくなります。同じように，医療制度が今のガバナンスを続けるからには，必ず崩壊するのです。

●新しい動き――千葉の事例

（スライド23）では，どんな萌芽があるでしょうか。例えば，千葉の竜先生です。彼は知事選に立候補しようとしましたが，たぶん家族の反対でやめました。ところが，この竜先生はくじけません。千葉市長選では赤シャツを着て，熊谷さんを応援しました。熊谷さんは，連合の応援もありませんでしたが当選しました。彼は今，千葉市の医療に最も影響力を持つ人になっています。

千葉県の医療はどうかというと，たぶん日本一ひどいのです。県の南半分で産科の面では亀田だけで，銚子はなくなりました。成田ではシニアレジデントが一斉にやめました。成田市は最も金を持っている市の１つです。金はいくらでもありますが，医者がいません。たぶん，開業医が少ないのでこういうことが起きているのでしょう。分析はしていませんが，金を入れるだけでは，もうここの問題は解消しなくなっている。結構，深刻なのです。

スライド23の右下のグラフは，日本政策投資銀行の年末のレポートで，患者あ

地域医療対策

自民・民主党ともに、地域医療対策に力を入れているが、その仕組みは異なる。

- 自民党は3100億円の基金を準備し、二次医療圏を中心とした地域に30億、ないし100億円を補助金で分配することを目指している

補助金を用いた医療支援のあり方は、これまでに天下りなどの多くの弊害が指摘されている。また、厚労省の補助金事業は、執行率が低いことが問題視されている。今回の場合、単年度の補助金ではなく、翌年度に繰り越しが可能になる基金とすることで、運用はさらに不透明になる。

・民主党は診療報酬の増額を訴えている

民主党議員の説明によれば、地域中核病院の診療報酬を20%増額することを考えているようである。これに要する財源は8000億円。

筆者は、自民党が提唱する基金より、診療報酬の増額に賛成である。診療報酬は患者の権限を強化することで、患者に選ばれた病院にお金が流れる構造になるからだ。診療報酬収入は補助金と違い、院長決裁で、事務職員や看護師の雇用にも、先端医療機器の購入にも自由に使うことができる。

スライド24

たりの医師数の順位です。2005年と，高齢化が進む2025年が示されていますが，2025年にひどくなるのは埼玉・千葉・神奈川・東京です。

2030年には団塊の世代が80代，団塊ジュニアが60代になり，その世代で3,000兆円の金融・非金融資産が流れます。そのときに一番人口が多い地域が崩壊します。

そこで地元の人たちが「医療構想・千葉」を立ち上げ，試行錯誤を続けておられます。おそらく千葉には，今後，若い医師が最も集まるでしょう。例えば私の大学の後輩で，血液内科医やっている男がいます。東大を出て，亀田病院のベストレジデントに２年連続で選ばれました。彼は帝京市原病院でやっています。本郷には来ないのです。なぜなら，こちらのほうがアンビシャスだからです。情報を開示すれば，若い医師は僻地に必ず行きます。しかも優秀な人が行きます。

（**スライド24**）そして，地域医療対策のあり方が問題です。先ほどお話ししましたが，これは3,100億円を基金とするか，診療報酬の増額とするかです。千葉県には重要な問題です。

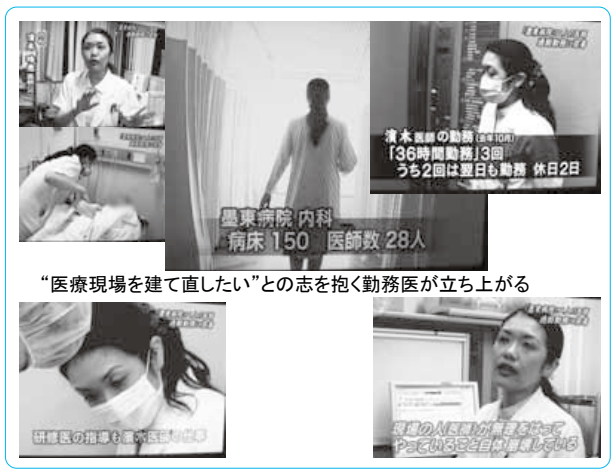
●東京のいびつな医師分布

東京について少しお話しします。産科救急がどういうことでアジェンダに上がってきたかというと，伊藤隼也さんのレポート（**スライド25**）からです。彼はフジテレビのコーナーを持っており，『週刊文春』で書きます。今回は眼科の近視の手術をやりました。その前は国立循環器医療センターの心臓事故，その前は墨東病院と杏林のたらい回しを出し，キャンペーンを張りました。こういうキャンペーンが一番効くのです。これを見てみんな動きます。

その後どうなったか。**スライド26**は「サンデープロジェクト」の特集です。この濱木さんは北大出身で，我々と同じ血液内科の医師で，墨東病院で働いています。週刊誌が叩いた場合はテレビが反対を打つというかたちで必ずカウンターバランスが働きます。このときも，墨東病院の悲惨な勤務医の状況を「サンデープロジェクト」が取り上げたことによって，カウンターバランスが働き，国民は複数の案を見て，妥当なところに落ち着きます。

民主党のマニフェストのなかには「医療計画の抜本見直し」と書いてあります。政権を取れば見直すのでしょう。80年代半ばの医療計画で病床は規制されました。

スライド25



スライド26

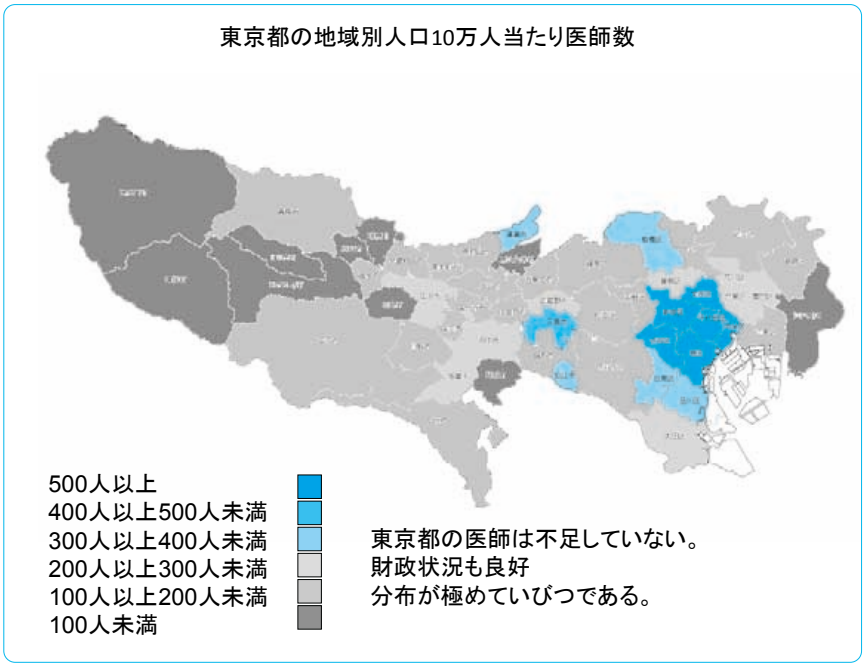
東京の医師の分布を見てみると，**スライド27**のようになります。人口10万人当たりの医師数です。このように，大半の地区は全国平均以下です。医師が多いのは中心部です。

東京は３段階に分かれて開発されました。 明治期に開発されたのは山手線の内側です。この時代に３種類の病院ができます。１つは軍隊の病院です。海軍病院は今の国立がんセンター，陸軍病院は今の国立国際医療センターや成育医療センター等々です。

例えば国立がんセンターはどのような経緯でできたかというと，勝海舟が海軍練兵場をつくり，それを明治政府が接収して海軍兵学校・医学校をつくる。後に海軍兵学校は江田島に行きます。昭和20年，米軍は，爆撃目標からはずしたと言われる聖路加病院

と海軍病院を，戦後速やかに接収し，医療施設にします。旧海軍軍人は突然，米軍のスタッフになり，サンフランシスコ講和条約後，元の厚生省に戻ります。そこで，国立がんセンターができます。たぶん雇用対策だったと思います。

国立がんセンターや成育医療センターの特徴は，総長に有名教授を持ってくることです。旧宮様と同じです。運営局長は，参謀本部から出向する若手官僚です。そして政策医療，国策遂行，治験推進などを出します。組織とはなかなか性格が変わらないもので，今もそのまま同じことをやっているのです。



スライド27

その国立がんセンターが2,000億円の借金を棒引きしてもらいます。仙谷さんが取り上げ，衆議院予算委員会で与謝野さんが明言したということは，おそらくそれなりの情報開示があって，古い体質も変わるでしょう。なぜなら，借金を棒引きしてもらって原因究明がないということはあり得ませんから。

国立がんセンターの時価は，バブル時は１兆円を超えていました。打って出ていくというのはあり得ます。モデルは癌研有明病院です。大塚から有明に行って一躍，有明のある江東区の色が青から緑になりましたし，癌研は患者も増えました。いろいろなシナリオがあります。

もう１つは都立病院です。全部，山手線沿線にあります。駒込病院はかつて伝染病隔離のための病院で，避病院と言いました。豊島病院は，ロシア皇太子来日の際に貧民を隔離するためにつくりました。松沢病院は精神医療患者施設です。こうした病院を山の手線の周辺，東京の街の周辺につくります。

残りの患者を診たのは私立大学です。吉岡彌生さんの東京女子医大や，高木兼寛さんの慈恵医大のように，私立大学が患者のいる所に病院をつくっていきます。

大正期の東京は震災があり，その後の復興でもあまりインフラ整備ができていません。

戦後，人口が増えた所，私鉄沿線に昭和大学と東邦大学が出ていきます。また，日本大学と帝京大学が行きます。1980年代以降の開発では，ディズニーランド，多摩地区等々です。武蔵野，多摩地区は病床規制があって，出ていけません。そこで，人口1,000人あたりの医師数が１人以下という江戸川問題が起こり，たらい回しが発生します。

この分布図は，東京都議選のとき，議員にお見せしました。センターをつくれといっても無理。医師がもう足りない。東京は，金はあるが規制があるからできないと。先生方はびっくりしておられました。

そうすると，今年（2009年）はナショナルセンターの問題があり，さらに衆議院選と都議選があり，新聞紙上では都知事選があり得ると言われています。東京再編ということが起こり得る年です。こういう背景があって，今，地域医療計画見直しという議論が出ており，民主党のマニフェストにも書かれています。

■医療をめぐる様々な動き

（**スライド28**）その他の問題で言いますと，民主党は，国立大学病院問題，ナショナルセンターの赤字問題，臨床研修問題，それから専門医問題，高額療養費制度の問題等々をこまかく書いています。

例えば臨床研修問題については，「医師不足が顕著になると，今度は実質上１年の義務化へと見直し，研修医を地域医療に従事させようとしています。これは大変な誤りです」と書いています。もし民主党が政権を取ると，マニフェストでこう掲げているの

で，臨床研修問題は白紙撤回で議論になるはずです。これは，先生方と厚労相が握っているというレベルではなく，国民と政権党が握る話になってきます。こういうことが俎上に上がっています。

●国立がんセンターをめぐる報道

最後に，どうやって国立がんセンターの2,000億円の借金がチャラになったかということです。どうやって1,000億円単位，１兆円単位の金が動いたのか，わかりやすい例をお示しします。

2008年暮れに『週刊新潮』が，国立がんセンターの土屋了介院長のガバナンス能力が低いという記事を書きます。これはうわさによると医系技官のタレコミと言われています。

その記事を見て，おかしいと思った『女性自身』の記者が土屋院長に取材し，「国立がんセンター，がん難民大量発生危機!?」という記事が同誌に載ります。「借金があって，毎年，利息だけで20億円も払うのです。もたない」，「困りましたね。医者はともかく，がん難民が出ますね」と。毎年5,000人手術しているのが3,000人になると，2,000人ががん難民になって，つらい目に遭う。この話はマスメディアでも報道されます。

翌月には『週刊現代』が「がんセンターは治療停滞の危機に瀕している！　院長が覚悟の告発」という記事を載せます。この時期は，先生方もよくご存じの「彼をクビにするぞ」というのが霞ヶ関で回っている時期です。「患者が少ないのではないか」とか。

ちょうどこの時期に，帝京大学麻酔科の森田門下が，ボランティアで国立がんセンターを助けに行きます。東大の山田教授，横浜市立大学の後藤教授，帝京大学の大嶽君たちがボランティアで手術にいき，寝泊まりして，国立がんセンターの数を合わせるのです。国民はそれを見て感動します。メディアは感動します。春には手術数が戻りますが，その際に「この人はガバナンス能力がない」と叩いたのが，役人と『週刊新潮』等々です。『週刊新潮』は後で詫びを入れにいきます。

これがどう動いたか。国民が見ているところにマスメディアも目を転じます。『毎日新聞』が１面で「借金が1,700億円ある」という記事を打ちます。これでは回らない，どうにかしないとがんの手術ができなくなる，と言い出す。『日経新聞』や『読売新聞』も追随します。このことはそれまで誰も知りませんでした。実は財務省も，厚労省から電話の報告を受けていたことがわかっています。

鈴木宗男議員は，国民からの「先生，がん患者は困ってしまいます」というメールを受けて奮起します。彼が得意とするのは質問主意書攻撃です。質問主意書は閣議を経なければいけないので結構しんどいのですが，質問主意書を出します。彼は後日談として「この記事を見て，おかしいと思った」と言いました。政治的な感覚が本当に鋭いです。代表質問で大いに取り上げ，最終的には５月に与謝野財務大臣が「処理します」と明言します。

民主党の仙谷さんは，「国立がんセンターの会計処理が間違っている。答申には70億円も入れていない，減価償却を入れていないではないか」という問題を取り上げました。細野さんという公認会計士も『ZAITEN』で取り上げ，注目を集めます。そして，役所がその説明をできなくなります。「おかしいのではないか。与謝野さん，ちゃんとお金を入れなければダメです。あなたもここで手術を受けたんでしょう」ということで，これが契機で2,000億円が消えます。ではどうしてこんなふうに消えることになったのか。それがこの秋以降，国民の前に明らかにされるべきことです。

（**スライド29**）これを見て学んだのが山形大の嘉山孝正医学部長です。この方は同時期に，「国立大学法人も借金が１兆円ある」と公開します。しかし

その他

- ▼国立大学病院
- ▼ナショナルセンターの赤字問題
- ▼臨床研修問題
- ▼専門医問題
- ▼高額療養費制度

などに関して、民主党は突っ込んだ見解を示している。例えば、臨床研修問題では、「医師不足が顕著になると、今度は実質上１年の義務化へと見直し、研修医を地域医療に従事させようとしています。これは大変な誤りです。」と断言している。

民主党が政権を取れば、医療行政のあり方は抜本的に見直されることになるだろう。ぜひ各党のマニフェストの、ご一読をお薦めする。

スライド28

大学医学部の危機ー山形大・嘉山医学部長

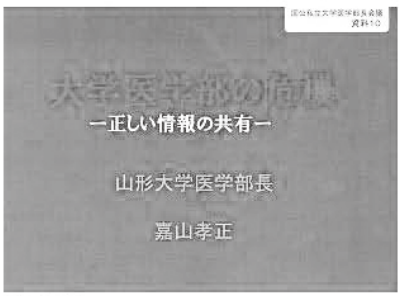
ソーシャルブックマーク：

山形大の嘉山孝正医学部長は2月4日、文部科学省が全国の大学病院の院長らを集めた「国公私立大学医学部長会議」で、「大学医学部の危機ー正しい情報の共有ー」と題して講演し、「大学がやらなければならない教育、研究、高度先進医療が全部危機にひんしている。“大学人”として、きちんと意見を言わなければならない」と述べ、医療現場から意見を発信していく必要性を訴えた。嘉山氏の講演の模様をお伝えする。（新井裕充）

「国公私立大学医学部長会議」で講演する山形大の嘉山孝正医学部長（2月4日、文部科学省）

【関連記事】
大学医学部の「自治を尊重」—文科省
人間力を育て、患者の気持ち分かる医師に〜特集「医療界・PMDAトップ対談」(3)
第四次試案か、廃案か—2008年重大ニュース(9)「医療安全調の創設」
国循の患者死亡問題「省外で調査を」—医学部長会議
医療者と国民の議論で今後をつくる—特集「新生児医療、“声なき声”の実態」(5)

■教育、研究、高度先進医療が危機に



【スライド1】
文部科学省の「国公私立大学医学部長会議」で、山形大の嘉山孝正医学部長が配布した資料（以下同）

先生方、時間を頂きましてありがとうございます。今、いろんなことで日本の制度が疲労していると思いますが、一番大事なのは、先生方も含めてわれわれが正しい情報を持っていないことだと思います。

で、きょうは（予定の説明時間が）5分なんですけども、ちょっとお時間を頂きましてエビデンスだけを。

先程、（文科省の）新木（一弘・医学教育）課長が（エビデンスの重要性を）おっしゃったが、エビデンスだけを述べますので、これを先生方がどのように感じるのか、現場に帰ってから教授の先生方にお伝えください。

スライド29

“医療現場を建て直したい”
との志を抱く患者・元患者が
立ち上がる

共同代表　大谷　貴子

Lohas Medical Voice
01
骨髄移植がピンチです。
全国骨髄バンク推進連絡協議会会長　大谷貴子
自
大谷貴子
Lohas Medical 33

スライド30

国立大学のほうは，いろいろな理由があるのでしょうが，なかなかうまくいきません。民主党のマニフェストは，ナショナルセンターさえも承継するのですが，こちらについては「運営交付金を戻す」と書いてあります。

■患者さんと共に歩む

最後になりますが，私たちが今一番力を入れているのは，患者さんと共に問題に取り組むことです。

患者さんは何に困っているか。経済危機が起きたために収入が激減している。高額療養費制度で毎月10万円を払えない人が出てきています。白血病には特効薬グリベックがありますが，毎月５万円，10万円が払えない患者さんが増えている。年収が400万から300万円になっているのです。そこで30％の患者さんがこの薬をやめようと考えていて，実際に10％がやめています。

（**スライド30**）右下の写真のこの人は大谷貴子さんです。非常に有名な方で，集めた署名数は10万，……おばさん，おじさんが多いです。署名は舛添さんのところに持っていきました。参議院選挙の日医の総数は19万です。彼らは恐れをなします。舛添さんは明日，行田でしたか埼玉のほうへ行きます。大谷さんがあの辺に住んでいて，来てくださいとメールを送っているのです。

市民のこの層こそ，まさに浮動票なのです。自民党と民主党の支持は30：30くらいで，残りの浮動票が全部野党に流れるので，完全に差がついている。この層が立ち上がらないと世の中

は動かないのです。

（スライド31，32）グリベックは，全額を国が出しても，たかだか15億円です。難病について国が全部出しても数百億円なのです。それは何の問題もないとこの人たちは考えています。民主党はマニフェストに全面的に盛り込みました。舛添さんはやると言いましたが，党内をまとめきれていません。こういう患者団体が複数あり，それを中心にして浮動票がネットワーク化されてきているのです。

●患者さんと共に具体的問題に取り組む

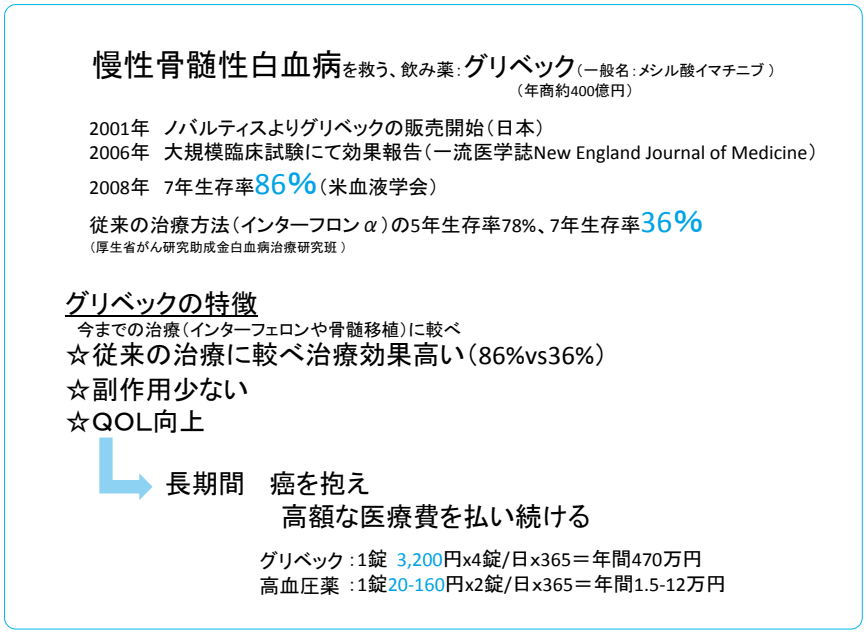
私たちはたぶん総選挙で，どんなかたちであれ大きな転換期を迎えるでしょう。そのときに説明しなければならないのは，こういう患者さんたちをフォローすることだと思っています。

抗がん剤だけではありません。在宅酸素療法も高い。お金がかかるからやめている人が結構います。あるいは肺高血圧症，ワクチン問題，適用外の抗がん剤問題等々，お困りの患者さんがいるのです。こうした１人ひとりが署名し，10万件の署名が集まります。医者の過労勤務問題の署名数は１万でした。しかし，リハビリは100万件近く集まります。そういう患者さんたちと共に医療問題を解決しないといけません。

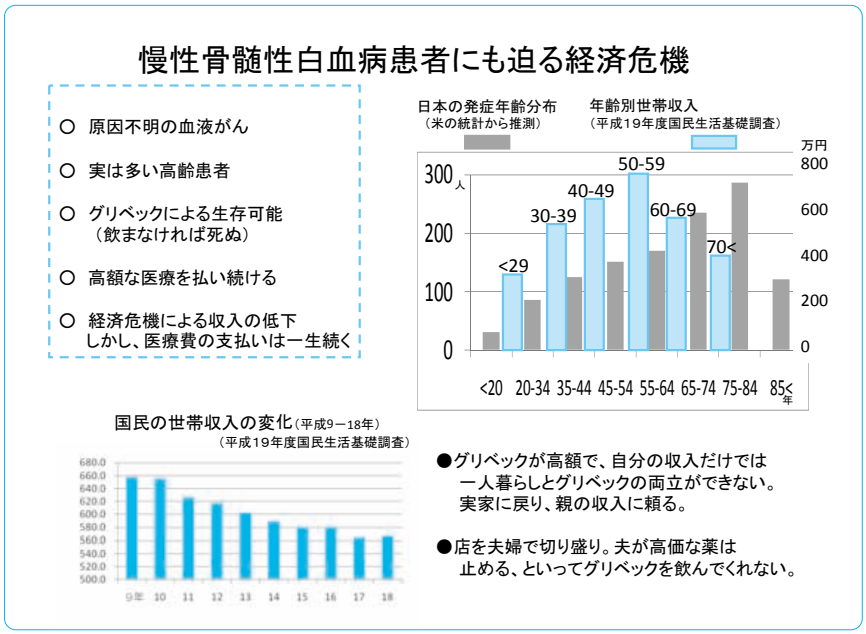
国民からは見えにくい構図，例えば診療報酬を0.1%上げろというようなことをやっていてもダメです。これをやると１兆円増えるのです。とにかく国民と共に，具体的な問題を解決しながらやっていきたいと考えています。長くなりましたが，ご清聴どうもありがとうございました。

座長（村上） どうもありがとうございました。インターネットを利用して世論を盛り上げ，さらにその後，政治家を利用するということが，上先生のやってこられたことです。そして現実にいろいろ効果が上がっていることで，私どもは上先生を高く評価しているのですが，また特に，今日は自民党と民主党の医療政策の分析等もやっていただき，いろいろなお話が聞けました。いずれにしましても，医療問題の解決には世論の利用ということが大事であることを教えていただきました。

せっかくの機会ですので，ご質問などを受けたいと思います。どなたかご意見・ご質問ございませんでしょうか。



スライド31



スライド32

■質疑応答

■財源をどこに求めるか

質問者　埼玉県の川口市立医療センターの栃木と申します。非常に面白いお話でした。１つ教えていただきたいのです。今，埼玉県も大揺れに揺れているのが3,100億円という金で，埼玉県にいくら来て，どこに行くのか，ひどく混乱しています。そして，その結論を９月頃までに出さなければならないという，非常に大変な事態に陥っています。しかし，それ以上に大きな問題は，財源だろうと思います。医療費を動かす，と言っていても，何に財源を求めれば一番有効かつ皆さんが納得できるような道筋となるのか。いわゆるお金に群がる人たちのこともよくわかるのですが，群がるだけでは解決できないので，やはり財源をどこかにはっきりしたかたちで求めていかないと，これからの医療界はまるきり潰れてしまう気がするのですが，そのへんは先生はいかがお考えでしょうか。

上　何点か問題があって，予算と財源とを分けて議論する必要がありますが，3,000億円の基金のお話や，民主党が今回打ち出した9,000億円の診療報酬増は，これはおそらく与党のなかで簡単にやりくりがつきます。まして政権交代したら，無駄がいっぱい出てきますから。何を根拠に言うかというと，構想日本などがやっている事業仕分けがありますが，あれを受けているのは環境省など，現業官庁ではないところだけで，農水・国交・厚労はやっていない。なぜやらないかといえば，無駄がいっぱいあるからでしょう。そして，そこに民主党は手を入れようと思っています。自民党の河野太郎さんも手を入れようと思っている。必要な額は，この選挙が9,000億円とか１兆円のレベルでしたら，そこに手を入れるだけで，私はたぶん確実にできると思います。

ドイツ並みの15兆円付けろとなると増負担になりますが，3,000億円，9,000億円と言われた場合，財源の議論は内部の付け替えでできるレベルだと思います。しかし，この予算規模の議論をたぶん誰も伝えていません。さっき言ったような事業仕分けの話も伝えていません。

そして政権が変わって野党が与党になったら，おそらく無駄は切るでしょう。彼らは切れる範囲を２兆円と踏んだと私は思います。トータル15兆円です。できるかできないかは，お手並み拝見ですが。医療で２兆円です。本当に要るのが10兆円でしたら，８兆円分は彼らも増やさなければいけないと思っています。保険で増やすか税で増やすかはともかく，その議論は，これから４年間でやらなければいけないと思います。

事業仕分けすら受けない役所が「無駄はありません」といっても，国民は納得しません。まず，きっちり事業を仕分けてください，そして無駄をなくしてください，それから負担を考えましょうということです。だから今回の選挙の後に，そういうことをきっちりやっていく必要があると思っています。

今，出されている基金や民主の診療報酬増程度の財源の議論に対して，「ごまかすな。こんなもので財源の議論をするのか。本当にちゃんとやれ」と言うのが，国民のあるべき立場だと私は思います。

■財源は無駄の削減だけで間に合うのか

質問者　もう１つだけ教えてください。病院の経営が実際にはどこも大きな赤字というなかで，来年度からの２年以内が勝負どころだろうと思います。私のところも自治体病院ですが，２年の間にどう動くかによって，病院の経営母体のあり方をも変えていかなければならない事態になっているわけで，４年たったらもう遅いのではないかと私は思っています。それだけ差し迫っているので伺いたいのですが，先生は，財源は節約だけで間に合うと思っておられますか。

上　今，議論できるのは１～２年先までで，たぶんそれ以上は難しいと思います。増税の議論は今，現実問題としてできないし，１～２年の範囲でなら１兆２兆単位は，無駄の節減だけで出ると思います。

個別の話ですが，うまくいくには，基本的に県民が怒らないとダメなのです。千葉，埼玉，茨城の問題では，県民が今ひとつ怒っていない。九州はかなり怒っています。そして県民が県知事に大量にメールを出してくれると聞きます。先生のお立場がどうか，難しいかもしれませんが，副院長や部長など少し余裕のある人たちが県民・市民講座を開いて「こんな問題なんだ」と説明する。そうすると県民や市民は大体「おかしいですね。何をすればいいんですか」と言うので，「知り合いにメディアがいたら伝えてくれ」，「自治体の首長にメールを出してくれ」と

頼む。このたった１通ずつのメールが結構効くのです。特に再選を控えている人たちには効きます。そういう意味で，私たちが向き合うべきは行政官ではなく，やはり市民，国民だと思っています。

質問者　ありがとうございました。

座長（村上）　ほかにご質問はありますか。はい，どうぞ。

■医療事故調は今後どういう流れになるのか

発言者　岐阜市民病院の富田と申します。いつもエムリックを読んで，勉強させていただいております。ありがとうございます。今日，少し疑問に思ったのですが，医療事故調が今どうなったかが，つかみにくい状況です。自民や民主なりの政権で影響があるのか，あるいは今後どういう流れになっていくのか，お教えいただければありがたいです。

上　マニフェストのなかに興味深い点が２点あります。１点目は，民主党はマニフェストのなかに足立案といわれるものを盛り込んでいますが，予算は付けていません。この意味するところは，要するに世論次第で法案を出すか出さないかを考える，ということです。

自民党は，西島さんなどが法案を出すということです。ある公開の場で私は「先生，厚労省のせいにするより，自民党として態度を決めないと，もちませんよ。やはり自民党の責任です」と言いました。民主党は２番目くらいの項目に入れていますが，自民党は今回マニフェストに入れませんでした。つまり，自民党内で，厚労省案をやるというコンセンサスはないことになります。ということは，おそらく自民党からあの案が出ることはあり得ません。

そして，民主が出すか出さないかも不透明です。なぜかというと，これは私も同じ考えですが，足立信也さんは，被害者と医療者を対峙させる構造は平行線になると考えています。必要なのは99.999％の一般人に入ってきてもらうことで，そのなかの５％でも入ってくれば，世論はもう妥当なところを通すようになってきます。たぶんこれが相当な部分で民主の軸になります。

足立さんは，「無過失保障制度等，財源を積んで，被害者の補償はすべきであるし，知りたい権利は守るべきだ。しかし，強制届出はまったく別だ。厚労省がデータを集める必要はまったくない」と考えています。そして，前者はやるでしょう。これは１兆円くらいの財源の問題になるので，たぶん次の選挙までかかってやると思います。後者については，そもそもそんなものは必要なのか，医療機能評価機構で無記名で集めるだけでいいのではないかと思っています。

こういう考えに，一般国民は普通に納得します。ところが医療問題弁護団，被害者とか言い出してしまった学会，日本医師会などの人たちは，もう引くに引けません。このままフェイドアウトをすべきです。ところがフェイドアウトさせてあげなかった。2008年の秋くらいには舛添さんも「もう，やるな。やっても法案は通らないのだから」と言ったのですが，進めたのは医政局です。そして，まさにこの件を契機に医政局が叩かれるようになっていった。それが医政局崩壊の端緒でした。日本医師会も，木下理事が強引にいったがために，各郡市医師会等々が反発に回ったのです。勤務医も反発に回り，日本医師会にとっても崩壊の端緒になった一事例だと思います。彼らがどこで矛を収めるかは組織内部の問題ですが，政治状況的には厚労省案が表に出ることは，もう100％確実にあり得ません。

民主党が出すか出さないかは今後の世論次第であり，あれを分割して，どれから制度設計していくか。特に一番必要なのは患者支援ですが，何千億円，１兆円単位で金がかかる問題なので，今すぐに財源は付けられていないと思います。たぶんそういう状態だと考えています。

質問者　はい，ありがとうございました。

座長（村上）　ほかに質問はございませんか。はい，どうぞ。

■国民的な議論，医師の自律が必要

質問者　広島の三島といいます。少し教えていただきたいのですが，民主党が医学部定員を５割増ということで，実際問題として現場の国立・公立・市立大学で５割増を打ち上げたにしても，私は，これは現場としては非常に迷惑している感じがします。

それから，臨床研修の制度をガラガラポンとすることが果たして本当に，今後の医療人の安定供給に役立つのか。例えば10％増だけでも，国立大学のみならず，すべての医育機関で大変な問題であり，そういう国民を惑わすような，５割増ということを軽々に出すような人たちの医療政策は，果たしてどの程度信頼できるのか。そのあたりはいかがでしょ

うか。

上　まさに，そこはパブリックで議論すべきだと思います。私が提案したのは，アメリカのモデルとほぼ同じですが，教官を５割は増やしにくいから，アフィリエイト・ホスピタルにお金を入れて，部長さんたちを教授にし，ちゃんと財源を付けて教育すればいいと思います。虎の門病院が東大のアフィリエイトになればいいし，国立がんセンターが慶應大学のアフィリエイトになればいいのです。これはハーバードでやっている方法で，病院の部長が教授ではないとか教育できない構造にしているのが，私はおかしいと思います。５割増をするための財源は出せます。教官は，大学医学部は難しいと思います。ただ，医学生を教えたいという熱意ある病院の部長さんや開業医さんは，いらっしゃると思います。そこにお金を払うのはあり得ると思うのです。

「いや，医師不足で，医師はたぶん要るけれど，もう医療界は養成する気なんてありません。金をもらってもやりません」と言うなら，それはもう国民が判断することになると思います。

２つ目の臨床研修制度は，私は必要だと思います。ただ，臨床研修は，臨床研修制度があろうがなかろうがやっていた。徒弟制でやっていたわけです。卒業したての人に胃がんの手術はさせていない。５年10年トレーニングをさせています。しかし，それを国が制度化して定員を決める必要はないと私は思っています。臨床研修の医学部生を教える，研修医を教える仕組みは，病院同士あるいは医学部の教授たちで決めてもらって，その財源は国が出せばいいと思っています。「いや，役所がやってくれないと決められませんよ」とおっしゃるのなら，医療界は自分たちで合意できないのだということが国民に伝わります。

臨床研修は，あくまで必要です。その財源は，必要なら税金から出すべきです。それを，例えば森喜朗さんが「金沢に医者をよこせ」と言ったように，自民党で委員会をつくり，自民党のペーパーと医系技官のペーパーがほとんどまったく一緒で，各地に医者を派遣するということをやってきたので，憲法学者から人権無視ではないかと言われました。フランスで同様のことがあったときには，サルコジが追及されて結局止まったわけですが，日本では，なし崩しに決まったのです。

研修医を増やす件ですが，私が責任者でしたら，「広島県は研修医を10名増やします。その代わり副部長を１名取ってくれ」と言います。

現在の硬直した構造の原因となっているのが病床数です。病床数は役人が決めた。今，東京都はそれで崩壊しています。いったん役所が決めたものは利権化するので，フレキシブルに変わりません。ですから定員や教育メニューは，現場のお医者さんたちが自律をもって決めるべきであり，審議会のメンバーなどで決めるべきではないと思います。教育はやらなければならないので，そのお金が要るなら国民に求めなければいけないのですが，調整を医政局に丸投げすることには反対です。そういう意味で，霞ヶ関主導の臨床研修制度はガラガラポンで見直すべきだと私も考えております。

座長（村上）　よろしいですか。それでは，このへんで上先生のご講演を終わらせていただきます。上先生，どうもありがとうございました。

日本病院会の倫理綱領

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

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

社団法人　**日本病院会**

病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保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

平成21年8月・東京都

金融危機と医療危機――「改革」のリスク

エコノミスト　紺谷　典子

座長（堺）　日本病院会の堺でございます。さっそく本セミナー3つ目の講演を始めたいと思います。講師は紺谷典子先生でございます。先生のご略歴をご紹介申しあげます。先生は早稲田大学をご卒業後，(財)日本証券経済研究所に入所なさっております。同研究所の主任研究員になられて，2004年に退職されています。その後，フリーのエコノミストとしてご活躍されています。2005年には国民新党の副代表兼政策委員長に就任し2006年までお務めでございます。

さて，日本の医療制度の構造改革が言われるようになったのは2005年12月に発表された医療制度改革大綱からだと思うのですけれども，実はその前に，2001年6月に，時の首相の小泉さんと米国大統領のブッシュさんが成長のための日米経済パートナーシップということを言いまして，その時に成長のための日本投資イニシアティブの設定がなされているわけです。そのなかでいろいろな要求が米国からあったわけですけれども，例えば2005年の報告書では，混合診療をやれとか，企業に医療経営をやらせろというようなものが出てきたわけです。我々病院団体としては，それに対して大いに危機感を持っていたわけですが，実は我々よりも先にそれに気がついていた方が，今日の講師の紺谷先生です。

先生は，昨年（2008年）11月30日に，『平成経済20年史』(幻冬舎）という本をお出しになっておられます。400ページにわたる大作ですが，お値段は税込みで987円です。ぜひこれは，皆さまのポケットマネーで10冊くらい買っていただいて病院にお持ちになり，また幹部職員の方々にお渡しいただきたいと思います。

今日のお話は「金融危機と医療危機――『改革』のリスク」です。我々は医療崩壊に対して医療を再生・改革しなければならないと言っているのですけれども，紺谷先生は「改革のリスク」ということで，違う観点からものごとをご覧になっているわけです。時あたかも自民党と民主党の政権交代が行われようとしているのですけれども，非常にタイムリーなお話ではないかと思います。さっそく紺谷典子先生にお話をうかがいたいと思います。紺谷先生よろしくお願いいたします。

紺谷　堺先生，過分なご紹介をありがとうございます。私の著書もご紹介くださって，ありがとうございます。堺先生は，今日のために，お忙しい中，わざわざ私の本にお目通しくださったのではないかと存じます。これからお話しさせていただくことの大部分は，『平成経済20年史』の中にも書いております。なんだか，歴史の本のような書名ですが，堺先生がおっしゃってくださったように，「改革のリスク」がテーマです。本当は，『改革幻想』とか『改革をやめれば日本は良くなる』という書名にしたかったのですが，出版社の都合で，この書名になりました。

この20年間，日本で進められた改革はすべて，国民のための改革ではなかった，と書いております。では誰のための改革だったのか。日本のためではなく米国のための改革，また，国民生活の改善ではなく財政改善を目的とした改革だったのです。この20年間の改革をすべて元に戻せば，日本経済も，日本の医療も，今よりはずっとマシな状態になると確

座長：社団法人日本病院会 副会長
堺　常雄

信しています。

■日本経済の低迷と医療崩壊

さて，平成の20年間は，日本経済が低迷を続け，世界経済における日本の地位が凋落し，一億総中流と言われた日本人の安定した生活が崩壊した20年間でした。国民の安心と安全がないがしろにされ，損なわれ続けた20年でもありました。ご承知のように，医療をはじめとする社会保障も，劣化の一途をたどっています。本を書きながら，なぜ日本はこんなことになってしまったのか，と無念でなりませんでした。

平成元年は，1989年です。この年の１月，昭和天皇が崩御され，平成が始まりました。89年は，バブルの絶頂期，つまりバブル崩壊という終わりの始まりの年と言ってよいかも知れません。年末には株価は３万8915円の最高値を更新しましたが，翌90年の年明けから，株価下落が始まりました。バブルが崩壊したのです。以後，最高値を上回ることは一度もありません。20年後の現在，株価はいまだに１万円そこそこのレベルです。バブル時代，日本の株価は３万円台，米国の株価は3000ドル台でした。日米比は10倍だったのです。ところが，今は，どちらも１万です。つまり，米国株価と比較すると，日本の株価はかつての10分の１のレベルに落ちているということです。いかに日本経済が凋落したか，よくおわかかりいただけると思います。

長い経済低迷が，日本の社会保障の削減，医療崩壊の背景であり，原因でもあるのです。というより，どちらも，財務省の財政至上主義が招いた結果，と言うべきでしょう。日本経済の再建や，国民生活の安定よりも，財政再建を優先する財務省の政策の結果です。財政赤字を理由に十分な景気対策を行わなかったことが，経済の長い低迷を招き，そのことによって税収や保険料収入が落ち込み，財政がさらに悪化するという悪循環が生じました。そして財務省は，財政悪化を理由に，社会保障を大きく削減したのです。日本の医療崩壊は，厚労省と同程度か，むしろそれ以上に財務省が責任を負うべき問題です。

■金融危機と金融業界

さて，1989年は，11月にベルリンの壁が崩壊し，冷戦構造に終止符が打たれた年でもあります。平成元年は，冷戦解消後の新しい体制の中で，各国が激しい陣取り合戦に向けて動き出した年です。この20年間，世界は大きく変わりました。EUが発足し，ロシアが復活し，中国，インド，ブラジルなどの新興国が台頭しました。政治・経済の力関係も，様変わりしつつあります。その中で，日本はひたすら内向きに，新しい世界体制に向けて積極的に動くこともなく，経済は低迷を続け，あたかも昼寝しているウサギのようだったのです。

そして，平成20年にあたる昨年，2008年は，金融危機が世界を覆いました。大恐慌以来，100年に１度の危機と言われましたが，必死の対策の結果，なんとか歯止めをかけつつあるようです。今回の金融危機は，いろいろな意味で，象徴的でした。日本の将来，国民生活の行く末を占う意味でも，きわめて象徴的な出来事だったと思います。日本の医療にも，大きなかかわりがあると思っています。そこで，今日は，金融危機の話をさせていただきます。

ご存知のように，今回の金融危機は，米国金融業界が引き起こしたものです。利益のためならなんでもする，という金融業界の「強欲」が招いたものです。そして，堺先生のお話にもあったように，米国金融業界は，保険ビジネスを拡大するために，わが国の医療保険に対しても様々な要求を突きつけています。小泉さんは，郵政民営化が財投改革の本丸だ，だから改革するのだ，と主張しましたが，実は，簡易保険を手中に収めようとする米国金融業界の要求に応えたものでした。皆さんがご心配の「混合診療」も，医療保険ビジネスの拡大を狙う米国金融業界の要求でもあります。小泉政権は，混合診療にも非常に前向きでした。

とはいえ，小泉さんは引退したし，米国でも金融危機の反省機運が高まっているようだし，今後は米国の圧力も少しは改まるのではないかと期待なさる方もおいでと思います。残念ながら，それは全然違います。米国でも，英国でも，金融業界への批判はかつてないほどに高まっているのは事実です。失業，倒産という大不況の波をかぶった国民は，原因を作った金融業界にとても怒っています。当然，規制強化の話は出ていますが，たぶん実現しないでしょう。少なくとも，米国，英国では難しいでしょう。

もちろん政府は，二度と今回のような危機に直面したくないと考えているでしょうし，金融界への国

民の反発は大きいですから，政治的配慮からも金融規制を行わざるを得ないでしょう。しかし，金融業界は巨額の資金を持ち，政治圧力としても非常に強力な業界です。

このことは，オバマ大統領の医療保険改革に対する米国金融界の抵抗の大きさを見ても明らかです。金融業界は，巨額の資金を投じてキャンペーンを行い，国民のための医療保険改革を改悪と信じ込ませるのに成功したのです。金融業界の力に屈する政治家は多くても，これに抵抗できる政治家は少ないと思います。さらに，米国政府も英国政府も，規制によって自国の金融界の相対的な力を弱めたいとは決して思っていないはずです。金融業界は，それを知っているからこそ「規制は国際競争力を損なう」と主張しているのです。

財務省と米国金融界が変わらない以上，財政圧力による社会保障の削減も，医療保険への米国の介入も，今後，むしろひどくなるのではないでしょうか。

■油断のならない経済の現状

最初に，金融危機の現状をお話しします。日本の株価も，米国の株価も，他の国々の株価も上がってきました。回復を示すデータも，ちらほら見え始めました。そこで，「危機は終わった」「そろそろ底入れか」との報道も一部には出ていますが，まだまだ油断はできません。二番底の懸念は消えていません。

米国の住宅は，売れなくて困っていたのがようやく売れ始めてきたそうです。だから「底入れが間近か」という意見も出てきているのですけれども，今度は商業用不動産がどんどん下がってきて，これがどこまで行くのかわからない。金融機関に与える影響は，こちらの方が大きいと言われています。それだけでなく，失業問題がどんどん深刻化しています。米国は，経済に占める消費の割合が高く，消費が牽引する経済と言っても良い国です。その米国で，消費が急速に衰えているという状態です。米国経済の回復は，消費の回復にかかっているのですが，消費が回復するためには，雇用が改善しなければなりません。しかし，雇用が改善するためには，消費の改善が必要という堂々巡りに陥っています。

ではなぜ株価は上がったのかと言いますと，「パニックが収束した」ということなのです。「危機」は収まっていないが，「パニック」は収まったのです。100年に１度という経済危機で，不安に駆られた市場はパニックになり，経済の悪化以上に株価を下げていたのですが，パニックが収まり，経済状況に等しいところまで戻してきた，ということなのです。五里霧中で何も見えない，何がどうなるかわからない，一歩踏み出せば崖下に真っ逆さまかもしれないという不安があったのですが，少し霧が晴れてまわりが見えてきた――パニックが収まった――ということなのです。実体経済はむしろまだ悪化しつつあります。株価は，将来の見通しを示すもので，現状を示すものではないのです。

また，今「良くなった」と言われているのは，悪化から回復へ方向が変わったということではありません。単に「悪化のスピードが鈍った」「悪化の程度が小さくなってきた」ということに過ぎません。「落ち込みのカーブが緩くなってきたから底入れか」という意見が出てきていますが，悪化が続いていることに変わりはないのです。とはいえ，底なし沼と思っていたのが，底が見えてきたので，市場も落ち着きを取り戻し，株価が上がった，という言い方をすることもできます。しかし，不確定要因はまだまだありますので，二番底の可能性は，払拭しきれていません。

ただ，これだけは言えます。たとえ二番底に陥っても，世界はできる限りの対策は打つはずであり，そうした政府の姿勢は，今回の果敢な政策対応で明確になったわけですから，その意味での安心感はあります。

■グリーンスパンの貢献（？）

その点については，前FRB議長のグリーンスパン氏のおかげという声があります。グリーンスパン前議長は，市場を巧みにあしらって，マエストロ，巨匠と言われ，一時は，大変評価が高かったのをご存知と思います。ところが，在任中，金融危機の引き金となった「サブプライム・ローン問題を放置していた」と批判され，ガタっと評価を下げておりました。しかし，一部に，「この人のおかげで今回持ち直した」という再び評価する声が出ているのです。

金融危機が発覚した当初は，危機感が薄く，みな油断していました。まさかここまで悪化するとは誰も思っていなかったのです。ところが，グリーンスパンが「100年に１度の危機」と発言し，その表現に

世界は青くなりました。グリーンスパンの発言が，問題の底深さと広がりを認識させたのです。危機回避のために，世界中が大慌てで対策を打ちました。それも異例と言われるほど巨額の財政出動，ゼロ金利などの金融政策と思い切った対策をとりました。そのおかげで，危機に歯止めがかかり，この程度で収まったとされています。

「100年に１度」と言いますが，実際には100年に１度なんかではありません。なぜなら，大恐慌から，まだ80年しか経っていないし，実体経済の悪化も株価の下落も，大恐慌の時よりずっと小さいからです。では，グリーンスパンが間違っていたのかと言えば，そうではありません。大恐慌を凌ぐかもしれないリスクはあったのです。もし，なんでもありの，早めの対策がなければ，どうなっていたかわかりません。グリーンスパンが「100年に１度」と言ったおかげで，各国が早めに，大規模な対策をとり，そのおかげで，危機に歯止めをかけることができたと言うべきでしょう。

■株価暴落が一番大きかった日本

これまで，あまり新聞やテレビで問題になることはなかったですが，重大な事実があります。サブプライム・ローン問題の傷が一番浅いと言われていた日本で，実は株価の暴落が一番大きかった，という事実です。震源地の米国より，ずっと下落が大きいのです。米国など他の国々が２～３割下落した時に日本は４割以上落ちていましたし，米国が４割の時には日本では６割落ちていました。これはなぜでしょう。

日本の金融機関はサブプライム・ローンをあまり買っていませんでした。金融危機を経験した日本の金融機関が，積極的にリスクをとる状況になかったこともあります。しこたま仕入れてしまった金融機関もいくつかあったのですが，全体としてみれば，他の国に比べ買い方は少なく，傷が浅いというのは，事実なのです。それなのに，株価下落は，先進国の中で，最も大きいのは不思議ですね。

日本市場は，外国人投資家が支配しており，その外国人が損失を相殺するために，利益の出ている日本株を売ったからだ，と説明されています。確かに，外国人投資家は，大きく売り越しました。でも，それでも，日本の株価が，他の国の株価以上に暴落したことは説明できません。

日本の株価暴落が最大だったのは，政府の危機感が薄く，経済対策が無策だったこと，政策当局が景気回復に後ろ向きだったことが原因です。各国が青くなって大規模な対策を繰り出す中で，日本はほとんど何の対策も打たなかったのです。サブプライム・ローン問題が認識されたのは，福田内閣の時ですが，「対岸の火事」，「火元は米国」という，他人事のような閣僚発言が相次ぎ，対策はまったく打たれませんでした。

しかし，グローバルな時代に，これだけの危機から影響を受けないはずがありません。どんなに傷が浅くても，手当てしなければ，治りが遅いのは当然の道理です。放っておけば，敗血症にだってなってしまうかもしれない。対策を打たない，治療しないという点で，日本経済のリスクはきわめて高かったのです。だから，株価暴落が一番大きかったのです。

これからお話しするのは，財務省の問題ですが，日銀も同じです。昨年の10月，世界の先進国，主要６中央銀行が強調利下げを実行しました。当然，日本も利下げすべきところでしたが，これに加わらなかったのです。利下げ以外の形ばかりの金融緩和策でお茶を濁したのです。日銀は，利上げは大好きですが，利下げはキライです。バブル破裂後，株価がどんどん下落して行く中で，利上げを続けていたくらい，利上げが好きなのです。

日銀は，本来なら，物価安定を通して経済の安定成長を図るための政策機関ですが，日銀が視野に入れているのはインフレだけで，それよりずっと深刻なデフレは，政策対象と思っていないようなのです。だって，デフレで必要なのは利下げで，利上げではありませんから。こうした日銀の嗜好のおかげで，日本の金融緩和は常に遅すぎ，金融引き締めは常に早すぎるのです。それがどれほど日本経済と国民生活を傷めて来たことでしょう。財務省と日銀は，それぞれ財政政策と金融政策を司る日本経済のかじ取り役ですが，この両者が，日本経済にも国民生活にも，何の関心も持っていないことが，日本経済と国民の不幸です。

■経済に無関心な日本の政策当局

●米国の圧力で，いやいや景気対策

08年９月，麻生政権に代わりました。麻生さんは，

実業界出身だけあって，福田政権よりも景気政策に熱心で，就任後まもなく，大規模な景気対策を宣言しました。しかし，発表はしたものの，その対策はなかなか実行に移されませんでした。財政当局である財務省が一向に動こうとしなかったからです。財務省が動かなかったのは，麻生首相が統括秘書官に，財務省ではなく総務省から登用した人物をあてたことが原因と言われています。もともと，総務省からの秘書官登用は異例のことでしたが，さらに財務省ではなく，総務省から登用した秘書官を筆頭に据えたということに，財務省が強く反発したと言われています。財務省は，大蔵省の時代から「官の中の官」と言われ，官邸でも筆頭秘書官の地位を占めるのが当然とされてきましたが，麻生首相は，その慣例を無視したのです。

しかし，首相が誰を筆頭秘書官にしようと，それは首相の権限です。それを不満とした財務省が，首相の意向に従わない，ということは驚くべき事態です。もっと驚くべきは，そのために首相が意図する景気対策が，なかなか実行に移されなかったという事実です。しかも，それを知りつつ，マスコミがそれを重大問題視せず，報じもしないのです。こんなことが，許されてよいのでしょうか。財務省の意思が，政権トップの意思よりも優先し，のみならず，マスコミがそれを不思議とも思わない，というのはきわめて深刻な事態です。

日本の政策を実質的に左右するのは，政治ではなく一役所に過ぎない財務省なのです。日本の最大権力者は，首相ではなく，財務省なのです。財務省が，いかに大きな権限と影響力を持つか，そして，マスコミがそれを問題とも思わないほど定着してしまっている現実を，どう考えたらよいのでしょう。そのために，日本経済と国民生活が多大な犠牲を払わされているのです。財務省も異常ですが，問題を認識できないマスコミはもっと異常です。

ところが，去年（2008年）の暮れに，財務省は180度態度を変えました。危機の大きさに気づいたからではありません。米国の要求，圧力で，仕方なく動いたのです。麻生さんが米国に行った時も，ヒラリー・クリントンさんがやって来た時も，最大のテーマは日本の経済運営で，「日本の景気対策が弱すぎる，もっと思い切った対策を打つべき」と強い圧力があったと言われています。当然，米国は，その要求を財務省にも突きつけたはずです。その結果が，翌09年春の２次補正です。麻生内閣の財務大臣は中川さんから与謝野さんに代わっていました。その直前，例の酩酊会見の責任をとって，中川さんが辞任に追い込まれたからです。

与謝野さんが財政再建派であることは良く知られています。まるで財務省と一体であるかのように，一貫して財政再建を優先させ，景気対策に冷淡だった与謝野さんですが，麻生内閣の財務相として，突然「この事態なのだから財政再建は後回し」と，姿勢を転換したのです。与謝野さんが姿勢を変えたということは，財務省が変えたからに違いありません。

でもなんだか変ですよね。国民生活のためなら景気対策は行わないが，米国の圧力には屈するというのですから。一体，どっちを向いて政策を決めているのでしょう。

与謝野さんは，去年（2008年）の秋，福田内閣の経済財政相として補正予算を発表しました。遅れに遅れた上に，ほんのちょっぴりの景気対策でしたが，世界の圧力でいやいや組んだ景気対策ですから，当然というものかも知れません。その景気対策を発表するにあたり，与謝野さんは「財政規律は守られた」と発言しています。政治家なら，「これで日本経済，国民生活は守られた」と言ってほしいところです。それなのに，「財政は守られた」とコメントしたのです。その与謝野さんが，つまりは財務省が，姿勢を180度変えた。ことほどさように，日本は米国の言うことはよく聞くのです。

日本経済の大きなリスクは，経済再建よりも財政再建を重視する財務省と，自国の利益のために日本にいろいろな要求を押し付けてくる米国の２つです。

●LTCM事件という前例

米国が自国の利益のために，めちゃくちゃな理屈で，要求を突きつけてくるという点では，1998年のLTCM事件を思い出します。LTCMという米国のヘッジファンドが破綻して，米国政府が大慌てで，あの時は公的資金ではなくてそれこそ護送船団で救ったという，あの事件です。民間金融機関，外国の銀行まで含めてニューヨーク連銀に呼び集めまして，LTCMに資本注入しろと米国政府が強要したわけです。ニューヨーク連銀は「我々は知らない。会議室を貸しただけ」と言いわけしましたが，無関係な会合に会議室を貸すわけはなく，当然ニューヨーク連

銀の主導，米国政府の主導で行ったということです。

実はLTCM破綻の以前には，米国は日本に大銀行といえども潰せとガンガン言ってきていたのです。当時，日本では拓銀や山一が破綻し，長銀や日債銀が破綻の危機に瀕していました。日本政府は，金融危機を食い止めるために，大銀行の破綻は極力避けたいと模索していました。その日本政府に対して，ダメな金融機関は破綻させるのが市場メカニズムであり，透明で公正な経済運営である，と米国は迫っていたのです。銀行が破綻すれば，借り手企業が連鎖倒産に追い込まれ，経済は大きく傷つきます。それなのに，ダメな銀行を潰すのが効率，公正，と米国は主張したのです。

しかし，自国でLTCMの危機が生じると，それまでの主張とは正反対に，米国は救済に出ました。それも護送船団で救おうとしたのです。LTCMは，単なるヘッジファンドです。経済に与える影響は，大銀行より小さいはずです。それなのに，それまでの主張は忘れたかのように，護送船団で救ったのです。

今回も，巨額の公的資金を注入して，AIGなどを助けました。AIGは銀行ではなく保険会社です。しかし，「Too big to fail，大きいものは波及効果も大きい。経済が底割れするのは防がねばならないからAIGを助ける」という説明してましたね。堂々たるダブル・スタンダードです。

しかし，ある意味では，彼らの基準は明確で揺らいでいないのです。自国の利益を追求するという基準です。日本の金融危機に際して，大銀行といえども潰せと主張したのは，日本が勝手に崖から落っこちてくれれば，米国の金融界が日本の銀行を安値で買いたたけるからです。しかし，LTCMの破綻で米国でも金融危機が起きかかった。自国の金融危機は当然，防ぐべきです。傷を広げるべきではありません。

LTCMの問題が生じると，不思議なことに，日本に対する主張も変えました。「大銀行は潰すべきではない」と言い始めたのです。その上，「大銀行といえども潰せ」と主張したことなどない，と前言を否定しました。ダブル・スタンダードはまずい，と思ったからではありません。米国に金融危機がある時に，日本の金融危機が広がっては，米国自身の危機が深まるからです。日本だけでなく，米国や世界の経済が底抜けしたら大変だからです。自国の利益優先という点で，みごとなまでに，一貫していますね。

だから今回，強い態度で日本に景気対策を迫ったのも，何も親切で言ってくれたわけではなく，「これ以上世界経済が悪化したら一大事なのに，日本は何をモタモタしているのだ」ということだったのです。自国のために日本に容喙してきたということです。そういう米国の圧力がオバマ政権になって変わるかどうかということですが，たぶん変わらないと思っています。

■財務省の大罪

●医療崩壊の源は財務省

米国と並んで，日本経済のマイナス要因になっているのが，先ほどお話しした財務省，旧大蔵省という存在です。財務省は，日銀とともに，日本の経済政策を担っていますが，どちらも，日本経済や国民生活を目標としているようには思えません。

先ほどもお話ししましたように，日銀は，日本経済の安定や成長より，金利を上げることに情熱を燃やしているように見えます。日銀は，インフレ・ファイターを自負していますが，デフレには関心がありません。不況で，値下げしなければ物が売れず，赤字企業が増え，失業が深刻化し，さらに物が売れず，というデフレ経済が続いているにもかかわらず，日銀は，折あらば金融を引き締めようと，機会を窺っているように見えます。デフレなのに，インフレ・ファイターのDNAしか機能しないのです。

財務省の問題はもっと重大です。財務省の政策目標は，財政再建です。財政再建を目指すのは悪いことではありませんが，そのために，日本経済の再建も国民生活の安全や安心も，二の次，三の次になってしまっているのが，問題です。だからこそ，財政赤字の削減という錦の御旗で，平気で社会保障の削減を行うのです。

しかも，財政再建が，国家財政の安定のためでなく，予算を支配する彼らの権限の安定をめざすものだとしたら，どうでしょうか。憲法の上では，予算作成の権限は内閣にありますが，実質的には，財務省がその権限を行使しています。その権限によって，霞ヶ関に君臨し，他省庁を支配するだけでなく，永田町にまで強い影響力を持っています。財政再建は，財政の自由度を高めるためにも必要と，財務省は主張してきました。財政の自由度とは，必要な時に必

要な財政支出が行えるように，ということのはずです。しかし，今回の金融危機でも明らかなように，最も必要な時に最も必要な支出が実行されていないのです。財政の自由度を高めて，彼らは何をめざすのでしょうか。国民のためではないことは，社会保障の削減をみても，わかります。

財務省が言う財政の自由とは，国民のための政策の自由度ではなく，彼らの権限の自由度なのです。財政の自由度というのは言葉だけで，裁量の余地を増やすことで，権限の拡大をめざしているだけではないでしょうか。そうでなければ，景気対策に異常なまでに後ろ向きなのも，躊躇ない社会保障の削減も，理解できません。

このところ医療崩壊が激しく，国民医療が非常に厳しい状況にあるというのも，容赦ない社会保障費の削減が原因です。毎年の社会保障費の2200億円の削減という問題もありますし，それ以前にも，医師の数を減らしたり，病床を減らしたりとか様々なことをやってきました。これの元締めが厚生労働省だと思ったら間違いなのです。厚生労働省は財務省に言われてやっているのです。

●予算を通して他省庁を支配する

実は私が知っているある厚生省の事務次官だった方が，厚生労働省のある外郭団体の理事長を務めていたのです。そこは厚労省の天下り先で，歴代次官経験者が天下ってきています。ところが，財務省からの天下り役員もおいでなのです。財務省は，予算だけでなく，財投資金も支配しています。各省庁はそれぞれ特殊法人や認可法人を持っていますが，財務省は財投資金の配分の権限を利用して，他省庁の外郭団体にまで天下りポストを持っているのです。だが，その厚労省の外郭団体に天下っている財務省の人は，知識もなく，ほとんど役に立たない。だから辞めてもらいたいと思って，その理事長は当時の大蔵省に電話して「来年からはもう要りません，お断りしたい」と言ったのだそうです。人事の案件だから官房に電話をかけました。そしたら官房の返事が，「わかりました。ついてはちょっとお話をしたいので，主計の担当と一緒に伺います」と言ったというのです。それを聞いて理事長は怒りました。「人事の話だから官房の方がお見えになるのはよくわかる。しかし何で主計が一緒に来るのですか」と聞いたのだそうです。これはもちろん，「そんなことをすると貴方の出身地の厚生省の予算を削ることになるが，それでもいいか」という脅迫なのです。主計の来訪は拒否したそうです。その年の天下りは断れなかったけれど，その後は，受け入れなくてよくなったとお聞きしました。

財務省の言う財政の自由度とは，天下りの自由度でもあるのでしょう。

●必要なのは財務省の改革

いずれにしろ，財務省はそれだけの力を握っているということなのです。一般会計の予算配分の権限だけではなくて，特別会計，特殊法人などへのお金の分配についても財務省は権限を握っているのです。

小泉さんは郵政改革は財投改革とおっしゃっていました。郵便貯金など郵便局のお金が特殊法人の無駄遣いにつながっている，だから郵政民営化が必要と主張し，あたかも郵政が財投問題の主犯であるかのように言っていましたが，それは，大嘘だったのです。郵政省が各特殊法人にお金をばらまいていたわけではなくて，郵便貯金のお金は大蔵省の理財局に預託することに法律で決まっていたのです。分配権限は大蔵省，財務省が持っていたのです。だから，どの省庁も自分たちの持っている特殊法人の予算が欲しければ，財務省理財局に行って「もしもし予算くださいな」と言うわけです。そうすると，「わかったわかった。予算をやるけれども，おたくは人材も不足しているだろうから，ついでに人材もあげよう」と言って，財務担当などの名目で天下りを押し付ける。

多くの特殊法人，認可法人で，財務担当，経理担当の理事は，かなりの割合で大蔵省出身者が占めているのです。だとしたら，特殊法人の非効率は誰のせいでしょうか。お金をばらまいたのは郵便局ではなくて財務省。しかも財務担当で天下っているのも財務省の人だとしたら。それで放漫会計とか無駄使いを許してきたとしたら，特殊法人の非効率は，財務省の責任ではないでしょうか。小泉さんが郵便局を目の敵にしたのは，ご自身の選挙に協力して貰えなかった個人的な恨みと言われていますが，それだけではなく，財務省の責任を郵便局，総務省に転嫁する効果もあったのではないでしょうか。少なくとも，財投改革を理由に郵政民営化を進めたのは間違いです。財務省改革こそが必要だったのではないでしょうか。

財政健全化と言いつつ，実は財務省は財政健全化すら本気で考えてはいないのです。それを理由に，権限の拡大を図っているだけなのです。ですから国民の医療が危うくなろうと，あるいは公共事業費を大幅削減して崩落寸前の橋が増えようとおかまいなしなのです。自分たちの予算権限を手放したくないのです。公共事業費も社会保障費もどんどん削っているわけですけれども，なぜ削るかというと，社会保障費や公共事業というのは予算の中で最もウエイトが高いからです。特に社会保障費は，高齢化の進展と共に拡大の見込みです。これを野放しにしておいては，財務省の予算権限はどんどん制約されます。だから，社会保障費を削るのです。公共事業は悪というキャンペーンを行って，公共事業を削減するのです。大規模な自然災害が頻発しているのに，防災対策も行わないのです。

日銀が利上げや金融引き締めのDNAを持つように，財務省は，自分たちの予算配分権限を拡大していこうというDNAをお持ちということなのです。

■小泉氏と米国の思惑が一致

もう１つ，米国です。米国が日本に様々な圧力をかけてきていることはご存知と思います。例の郵政もそうでした。郵便局を民営化しろというのは米国の要求でした。

小泉さんは若いころに，地元で大変な事件を起こしたそうです。でもお父さんがうまく警察に話をつけて受け出して「ほとぼりがさめるまでロンドンに行ってろ」ということでロンドンに留学中にそのお父さんが亡くなって，大急ぎで戻ってきて選挙に出たのです。ところが，小泉さんは地元で有名な不良少年だったので，「あいつの応援はしたくない」と地元の郵便局長会が他の自民党候補の応援に回ってしまったのです。それで小泉さんは落選し，その恨みから郵便局たたきに走っていると言われています。当時から，小泉さんが「特定局長会め，今に吠え面かかせてやる。覚えていろよ」と言っているのを聞いたという横須賀市民は大勢いるそうです。これは私が週刊誌ネタをしゃべっているわけではなくて，『月刊現代』にも『文藝春秋』にも，これに言及する記事が載っています。

もちろん，政治家もマスコミも，ほとんどが知っている話です。知っているのに書かないと言う点では，角栄さんの金脈問題と同様です。どんな事件を起こしたのかというと，えっと目をむくようなとんでもないハレンチ罪で，早稲田のスーフリも真っ青という事件でございます。それも一度や二度ではないということでありまして，相当なワルだったらしいのです。ともかくおじいさんやお父さんは応援し，義理もある特定局長会が「あの息子は勘弁してくれよ」と思うほどひどい人だったらしいのです。小泉さんの中では，落選の恨みが延々と今日まで続いていた。確かに首尾一貫しています。しかもそれがたまたま米国の金融業界の望みと合致したことが，日本の大きな不幸です。

米国は日本の郵便局が持っている何百兆というお金を自由にしたいわけです。自分のお客にしたいわけです。うまくいけば運用と称して，全部自分のところに持って帰りたい。サブプライム・ローンと同じように，詐欺的な証券と交換すれば，それも可能です。そうした企みにまんまと乗せられて，日本では改革と呼んでしまいました。改革という小泉さんの叫び声に国民が踊ったのが前回の選挙というわけです。米国は自分の利益のために日本に様々な要求をしてきましたが，いつも，それを日本のための改革だと主張します。

改革を隠れ蓑に使うのは，財務省も同じです。財務省が年金改革，医療保険改革という名目でやったことがどういうことかについては，以前にここでもお話しさせていただきました。改革は名ばかりで，保険料を値上げして社会保障を削っただけ，国民にとっては安心と安全が損なわれるとんでもない改悪なのだと申し上げたと思うのですけれども，改革という言葉は，自分の利益という本当の目的を隠すための目くらましであることに気づかなければいけません。改革と聞いたらまずは用心すべきです。

■２つのリスク要因――財務省と米国

日本の２つのリスク要因は，財務省と米国です。財務省が，社会保障削減の理由にするのが財政赤字ですが，日本の財政赤字がここまで膨らんでしまったのも，やるべき時に景気対策をちゃんとやらなかったからです。そのために，税収が落ち込み，税収不足を補うために，毎年何十兆円もの国債発行が必要になったということです。以前にもお話しさせていただいたと思いますが，働き手のお父さんが病気

なのに，家計費が赤字だからだと薬を飲ませなかったから，いつまでも働けず，家計費の赤字は増すばかり，ということなのです。財政赤字の責任自体が財務省にあると思っております。

もうひとつのリスクが，米国です。米国の問題といいますと，もう20年近く前になりますが，郵政の他にも例えば保険の第三分野というのがありました。障害保険や医療保険とかを第三分野というのですが，日本ではそれまで火災保険のような損害保険と生命保険しかなかった。これから医療保険が伸びるという時に米国が介入して，「医療保険を我々だけにやらせろ。我々は新規参入だから，競争条件が悪い。この分野で我々が足場を固めるまで，日本の生命保険も損害保険会社も参入してはならない」と主張したのです。「自由化」「自由化」とわが国に改革を迫ってきたはずの米国が，日本の保険会社への自由化を認めないと言ったのです。

そこで，日本政府の対応は，日本の生命保険会社は火災保険に参入してよい，火災保険会社が生命保険に参入するのも認める，けれどもどちらも第三分野には入ってはダメ，医療保険の分野には入ってはダメという規制を続けたのです。米国の言いなりです。米国というより，こうしたわが国の政府のありようが，リスクというべきかも知れません。各国が自国の利益を追求するのはむしろ当たり前で，そうしない日本政府の方がおかしいのですから。

■「金融ビッグバン」とは何だったのか

その米国が，皆さんご承知のように，今，混合診療や病院の株式会社化を迫ってきているということです。金融業界が政治を動かすという米国のこういう風潮が今度の金融危機で変わるかどうかということなのですが，残念ながら変わりません。

そもそもなぜこの金融危機が起きたかといいますと，金融業の規制緩和が原因です。もともと，金融業界はものすごいロビー活動をやって政治家にバンバン献金をして，規制緩和を迫ったのです。

大昔の話になりますが，米国では大恐慌の時に銀行が何千と潰れました。何千というと大変なのですが，米国には万を数える銀行があったので，日本の感覚とはちょっと違います。支店を持たないような小さな銀行がたくさんあったのです。大恐慌の時も，銀行はリスクの高い投資に手を出していた。銀行が証券業までやっていたから恐慌が起きたというわけで，銀行業と証券業は分離すべき，グラス・スティーガル法というのですけれども，そういう法律を作って，ずっと守ってきたのです。銀行は安全に融資を行う。証券会社はいろいろな証券を作ったり，買ったり売ったりするということで来たのです。ところがどうもそれではうまみがないということで，その垣根をとっぱらうということをやったのが，米国で「金融改革」と呼ばれてきたものなのです。

日本もそのマネをして，あるいは米国にせっつかれて，橋本政権の時に「金融ビッグバン」というのをいたしました。サッチャーさんの「証券ビッグバン」は有名です。だけど米国はそれよりもずっと早く，75年には証券の自由化を進めました。米国が最初に金融改革に取り組んだのですが，その実態は，大恐慌の教訓でできたいろいろな規制を徐々に取り払うことでした。それを「金融改革」と称したということなのです。その後，どんどん緩和が進み，ついに1999年には，金融近代化法というのを作りまして，銀行と証券の垣根を完全に取りはらう，垣根をなしにしてしまったのです。大恐慌の教訓で得た規制をすっかり元に戻してしまったのです。

だから銀行は証券業をやる，証券業は保険もやる，銀行も保険も売るということになりました。昔，日本で言われたユニバーサルバンク構想というのを覚えていらっしゃいますか。金融ビッグバンのちょっと前に，「銀行が証券や保険をやるというのは客にとって便利じゃないか。１つの店舗で証券も買えるし預金もできるし保険の契約もできる。ワンストップショッピングだ」と言って大蔵省と金融界が音頭を取って日本でも強力に推進しようとしたのですけれども，証券界が大反対して，うまくいきませんでした。実は，企業の自己資本が蓄積されたり，証券発行の道が開けたりで，銀行だけが頼りという時代ではなくなって，銀行と企業の力関係が変わり，銀行同士の競争も厳しくなってきたのです。銀行は，証券や保険に進出することで，活路を開こうとしたのです。

証券が反対したのは当然です。「今まで銀行はふんぞりかえって，自分は床の間を背に，お客様を下座に置くような殿様商売をしてきたではないか。証券の規制緩和で，『銀行よさようなら，証券よこんにちは』という時代になって，みそっかすのような扱

いだった証券会社が，ようやくこれからちゃんと証券会社らしい商売ができると思っていたら，銀行が証券に入ってくる。ずるいじゃないか」ということです。当時ご存命だった野村證券の大田淵（田淵節也）さんなんかを中心に大反対運動が巻き起こったのです。

しかし，日本の銀行界だけでなく，これも米国の要求という側面がありました。米国が「うちの銀行がそっちへ行った時に，同じ商売ができないのは困るから，さっさと規制緩和せよ，金融ビッグバンをせよ」というわけです。橋本政権がそれを，日本のためにもなる改革と信じてやってしまったのが金融ビッグバンだったのです。

当時，金融ビッグバンに関して，「コンビニでドルに替えられる」というキャッチフレーズがあったのを覚えていらっしゃいませんか。便利になりますと言いたくて「コンビニでドルに替えられる」と言った。でも，夜中にラーメンを食べたくなって，コンビニでインスタント・ラーメンを買うことはあるかもしれませんが，夜中に急に円をドルに替えたくなることは，なかなかありません。旅行の計画なんて前もってわかっているわけですし，何もコンビニで替えなくたって銀行はどこにでもあるわけです。だから，コンビニでドルに替えられる，というキャッチフレーズを使ったこと自体，胡散臭いと思っていましたが，そんなインチキなキャッチフレーズを作らなくてはならないくらいに実体のない改革だったということなのです。

金融ビッグバンは，鳴り物入りの改革でしたが，大蔵省の大事な天下り先の銀行の生き残りのため，あるいは米国の要求に応じるためであって，国民のための改革ではなかったのです。

■米国の金融業界の実態

話を米国に戻しますと，規制緩和の結果，銀行がどんどん大きくなってきた。いろいろなビジネスができるようになったので，次から次へと他業種を買収してどんどん大きくなっていったという事情があります。大きくなって結局何をやったのかというと，その結末が，世界金融危機だったのです。

皆さん，ご存知のように，米国政府は，巨額の資金を投じてAIGの破綻を救いました。AIGは保険会社です。銀行が破綻したら借り手も預金者も大迷惑です。その波及効果が大きいだろうことは日本の歴史を見てもよくわかることなのですけれども，保険会社はどうなのでしょう。日本では日産生命や千代田生命など保険会社をいくつも潰しました。AIGは米国で一番大きな保険会社であったわけですけれども，その破綻をなぜ助けたのか，ということが重要です。

AIGは保険会社ではありますが，規制緩和のおかげで証券業もやっていたのです。CDSという商品を売っていました。Credit Default Swapと言いまして，一種の融資保証です。融資や投資で損をした時に，その損をカバーする保険です。ところが，あろうことか，火災保険で言えば，他人の家が燃えたらお金を払ってもらうみたいな商品だったのです。自分が融資や投資をした分を保証してもらうというのではなくて，全然無関係な会社の融資が破綻したらその破綻した金額を払ってもらうという，保険とはいえ，きわめて投機的な商品がCDSだったのです。そのCDSを世界中に大量に売って，ばらまいたのがAIGです。なぜAIGはそんなビジネスができたのか。

米国で進められて来た規制緩和は，はっきり行き過ぎで，実は監督官庁を金融機関の方が選べるという規制緩和もあったのです。日本で言えば，「僕は日銀に監督してもらいたい」，「いや，私は金融庁」，「いや金融庁は恣意的だから，信金連」という具合に，いくつかある自主規制機関や監督機関のどこで監督を受けるか，金融機関の側が選べるのです。選ぶための条件も，想像を絶しています。たくさんのグループ会社のうち一社でも，その監督機関の守備範囲の業務を行っていれば，グループ全体が，その監督機関の監督下に入ることができるのです。主たる業務とはまったく異なる監督機関の監督を受けることができる。そこには専門家がいないから，当然，規制や監督が甘くなると，期待しているのです。

ずっと以前，破綻して有名になったS&Lという金融機関が米国にはあります。J.スチュアートの主演の「素晴らしき哉人生」という映画の舞台にもなった，貯蓄貸し付け組合です。住宅金融専門のきわめて小さな信用組合のようなものです。支店も1つもないようなS&Lというのがたくさんあるのですけれども，そのS&Lの監督機関がOTSというところなのです。AIGはFRBなどに監督されたくないものですから，とても小さなS&Lを買収したのです。そ

して，OTSに行って，「うちも貯蓄貸し付け機関を持っておりますから，うちの監督はおたくにお願いします」ということになったのです。ところがOTSはもともとS&Lの監督官庁ですから，保険の専門家なんて１人しかいないのです。世界に15万人も職員がいるあれだけ大きなAIGを，町の小さな信用組合よりももっと小さな，地域だけで活動するS&Lの監督を行う機関の監督下に入ってしまったのです。それでやりたい放題になったということなのです。

■絶大な権力を持つ金融業界人たち

さらに米国は，この1999年の法改正の翌2000年に，商品先物近代化法という法案も通したのです。これは，リスクのある商品は規制をするのですけれども，金融商品はリスクがあっても規制対象外，というとんでもない内容を含むものでした。いわゆる先物取引は商品先物だから規制の枠に入るのですが，金融商品は別格ということにしてしまったのです。だからものすごくリスクの高い証券をこしらえても，出したい放題で何の規制も受けないことになってしまったのです。もちろん上場されていたら上場していることによって規制対象になるのですが，店頭取引という相対市場，市場の取引所で売買するのではなくて，金融機関と金融機関がお互いに話し合って，お互いに契約するような証券はやりたい放題にできるという規制緩和をしてしまったのです。

1999年も2000年もクリントン政権の時代ですから，民主党政権下でやったのですが，もちろん共和党も賛成しています。これを熱心に推し進めたのがルービンとサマーズの元財務長官です。そのルービンとサマーズが今オバマ政権の経済政策のど真ん中に居座っていることは，皆さんご承知の通りです。そういうことをやるのは共和党かとお思いでしょうが，違うのです。共和党も民主党も皆，金融業界とツルんでいるのです。ツルむという言い方が悪ければ「お友達している」のです。多額の献金で，金融業界の言いなりになっているのです。

考えてみてください。ルービンさんはゴールドマン・サックスという米国で一番大きくて汚い証券会社のトップだった人です。この人は，まじめそうに見えますけれども，ゴールドマン・サックスにいた時にさんざん悪いことをやって儲けて，金をばらまいて政界に顔を売って財務長官になり，自分が辞めた後，大儲けできるような法改正を次々やりました。その時に副長官として組んでやっていたのがサマーズという経済学者です。日本も学界から政府に入って180度変わってしまった人がいっぱいいますけれど，米国にも大勢いるということです。

ついこの間まで，ポールソンという財務長官がいましたが，この人もゴールドマン・サックスの会長だった人です。日本で言えば，野村證券の会長が財務大臣になったみたいな話です。現財務長官のガイトナーは金融機関出身ではなく，NY連銀の総裁だった人ですが，彼が総裁になったのはゴールドマン・サックスの人脈の押し上げで，彼はサマーズの子分と言われているそうです。今，彼の主席補佐官をやっているマーク・パターソンという人も，ゴールドマン・サックスの出身です。

そして，議会が決めた，TARPと呼ばれる金融機関の支援資金は，議会の承認なしに財務長官が自分の裁量で好き勝手に使っていいのです。だから法律を変え，税金を自分の業界のために自由に使うという権限を持っているのが米国の金融業界の人たちなのです。

そういう人たちが中枢にいるオバマ政権に何ができるのでしょうか。オバマさんが，こうした事実を知らないはずはありません。知っていて，政権の中枢に彼らを迎え入れたのです。

ただ，オバマさんというのは，理想主義者のように見えますが，実は現実主義者です。なぜならイスラエルに行ってもガザのことをあまり言わなかったりして，戦略的です。理想に走ってケネディみたいに殺されては困りますので，塩梅を見ながらやっているのだろうとは思いますが，オバマさんだからフェアだろうという期待は，捨てたほうがいいようです。

それにしても，オバマさんが作った経済チームはひどい。前述の人々の他に，グリーンスパンの前に名議長と言われたボルカーさんも，チームの主要メンバーですが，この人にしても長銀を買い叩いたリップルウッドの役員に名を連ねている人です。そういう人たちがぞろぞろいる。

そういう経済チームが今回の危機の手当を行っている。しかも危機が起きた時に，金融業界が主張したのは，「金融は専門家にしかわからない。我々に任せろ」ということでした。政府高官であるゴール

ドマン・サックス出身と，ゴールドマン・サックスの現役の人々が，様々な政策，対策を決めてきたということなのです。AIGは税金で救済を受けながら，巨額のボーナスを出したので問題になりましたが，ガイトナーはこのことを知りながら止めなかった。こんなことばかり言うと週刊誌みたいで嫌なのですけれども……。「不況になると陰謀説が出てくる」と，このあいだ何かの雑誌に書いてありましたが，私は陰謀史観で申しあげているのではなくて，以上は，米国でも日本でも知る人ぞ知る事実です。そして，こういう人々が，日本の医療保険を商売の種にしようと狙っているということなのです。

■金融規制のできない米国，英国

米国の金融業界と政府の関係を知れば，「金融規制を行う」とオバマさんがいくら言っても，骨抜きになるのは目に見えています。そもそも英国もそうですけれども，米国は金融立国です。金融でご飯を食べている国なのです。もちろん米国にも様々な産業がありますが，かつては米国産業のトップに燦然と輝いていたビッグスリーが今や破綻状態というように，今や主流産業は金融なのです。その米国と英国が金融規制なんてまじめにできるはずがありません。なぜなら自分たちのエンジン役を縄でがんじがらめに縛り上げて自由がきかなく，動かなくしてしまうようなものなのですから。へたに締め付けたら国がどんどん衰えて行く。そんな危ないことはできません。

AIGに関しましては，実はさきほど15万人も社員がいると申しあげましたけれども，CDSというとんでもない証券をこしらえあげて世界中にばらまいたのはロンドンにある小さな子会社なのです。AIGFPとかいう会社でありまして，カッサーノという人がトップなのですけれども，たった377人しかいないのです。百何十億ドル，つまり１兆円を超える巨額のボーナスを受け取ったのも彼らなのです。

彼らは数学や物理学の出身者で，その専門知識を駆使してインチキ商品をこしらえて，ばらまいたのです。だから米国より先にロンドンがやられたというのも，彼らの本拠地がロンドンにあったからなのです。マネして同じような商品を作る企業が数々出てきました。中心人物のカッサーノという人は，事の張本人なのにAIGが破綻してからも毎月100万ドルの給与を受けとっていたというのです。全部で３億ドル近いものを稼いで，かつ退職金を何千万ドルか受け取って，その他に給料を100万ドルずつ受け取っていたという，とんでもない状態なのです。英国でも米国でも同じようなことが起きていて，破綻した金融機関のトップが巨額の退職金をもらったり年金を受け取ったりしています。だから，海外ニュースでも報じられているように，多くの人々が，プラカードを持ってそういう役員たちの家に押しかけて，石を投げたりするのです。

■米国の金融界は「詐欺集団」

米国の金融界というのは，こういう詐欺師のような人々が跋扈しています。クレスベール証券というのを覚えていらっしゃいませんか。1997～８年頃，日本が米国やスイス，英国などの銀行や証券会社に騙されて，ものすごいリスクの大きい証券を買わされて大損をしたという事件がありました。

笑ってしまうのは，ヤクルトのケースです。ヤクルトに熊谷さんという財務担当役員がいて，彼がクレスベール証券にひっかかって大損したのです。ヤクルトは本業では大儲けしていたのに金融取引で大損して，大変な事態になったのですけれども，その熊谷さんという人はなんと大蔵省出身だったのです。熊谷さんという人は，騙されただけではなく，何億円ものリベートをもらってそれをケイマン諸島に持っていたことまでばれてしまった人なのです。財務省出身者というのは，そういうことをするのです。国民をうるさく取り締まっておいて，自分たちは悪いことのし放題ということです。ほかにも，道路公団で汚職事件が起きて，日興と野村證券を競わせて道路公団債を出すにあたって，その条件を競わせて両方からリベートを受け取った井坂さんという財務担当理事がいたのですけれど，彼も大蔵省出身なのです。道路公団で天下り役人が汚職と聞いたら誰だって建設省だと思うのだけれども，なんと大蔵省だったのです。ことほどさように他省庁の外郭団体だけでなく，民間企業の財務担当にまで大蔵省から天下って行っているということです。

ついでに申しあげますと，郵政省は，様々な天下り先を財務省，金融庁に奪われまして，今，日本郵便の西川さんの下の副社長は高木さんという元金融庁の長官です。つまり日本郵政は金融庁，財務省の

天下り先になったということです。特殊法人の問題の最大の責任者である大蔵省が，小泉さんのおかげで大儲けしたのが，あの郵政民営化だったわけです。ちなみに，住友銀行とゴールドマン・サックスの関係は密接で，郵政社長だった西川氏は，広い意味でのゴールドマン・サックスの人脈です。

詐欺事件と言いますと，皆さんもご存知のあのメイドフ事件があります。メイドフという人は，ナスダックの会長だったのです。日本でいえば東証の理事長とか証券業協会の会長みたいな人が20年も30年も人を騙して，それこそ俳優，有名人，NPO，年金基金，いろいろな所から巨額の資金を集めて，全然投資せず，懐に入れていたというのですからすごい。

でも，本当に怖い話は，この後です。メイドフが詐欺じゃないかと気づいた人がいて，何度も何度もSECに告発したのに，無視されたという事実です。メイドフ事件がばれたのは2008年ですけれども，最初の告発は2000年です。メイドフのファンドがあまりに人気があって，どんどん大きくなっているのでマネしたいと思い，部下に「メイドフはどういうふうにやっているのか調べろ」と命令したのだそうです。メイドフのファンドの資料はほとんどなかったのですが，一所懸命調べたらおかしなことが数々出てきた。数十年にわたる期間の，99パーセントの期間で，投資価値が上がりっ放し。下がっている期間が1回しかない。後はずっと巨額の利益が出ている。通常ならありえない確率です。また，あるオプション市場の取引が全部，メイドフの取引としても，足りない額の取引が行われたことになっている。それは変ではないですか。

こんなに明らかなデータがあるのに，それにもかかわらずSECはまったく動かなかったのです。この人はしつこく2006年まで5回にわたって資料を整えて告発したそうです。最後の時に，SECはようやく査問委員会みたいなものを作ったのですが，その委員会は全然開かれないまま11カ月たったところで，突然廃止になった。金融業界だけでなく，監督官庁まで，こういう現実のあるのが米国です。その体質は今も変わっていません。その米国が，日本に対してものすごい勢いで混合診療や病院の株式会社化を迫ってきつつあるということです。

■日本で荒稼ぎをもくろむ？

自分たちが傷を負って損をしたからこそ何でも言うことを聞く日本でちょっと荒稼ぎしようと思っているのかもしれません。金融危機が状況を是正するのではなく，金融危機が起きたからこそ彼らの攻勢は勢いを増す恐れがあるのではないかと私は思っているのです。

メイドフは，わかっているだけで650億ドル集めておきながら，それがほとんど残っていないのです。残っているのはわずか8億ドルくらいです。650億ドルといったら6兆円近いです。それがほとんど消えてしまったのです。最初のファンド参加者はかなりの高配当をもらっているはずです。その人たちに儲けた分を返せという訴訟も起きています。多くの人が老後資金をまるごと失いました。メイドフは150年の刑でもまだ足りないと被害者は思っていることでしょう。似たような詐欺事件は，他にもたくさんあるようです。。

彼らにとって，日本ほど騙しやすい国はないでしょう。政府が国を守ろうとしないだけでなく，協力さえしてくれるのですから。

こんなに財政赤字が増えては，日本の国債はそのうち暴落するだろう，金利は高騰するだろう，と財務省はさんざん言ってきました。この財務省の言い分を利用して，日本の国債の価格を動かし，外資は大もうけしました。財務省の主張どおり，日本国債の格付けを下げたのが，ムーディーズでありS&Pという米国の格付け機関です。財務省は，国民を脅しているつもりでも，外資に利用されているのです。「改革」が好きなマスコミも利用されます。

格付けを上げたり下げたり，あるいは日本の銀行の不良債権は思ったより多いと言ったり思ったより少ないと言ったり，そういう情報操作をして大儲けした一番の稼ぎ手がゴールドマン・サックスです。情報操作の手段を提供したのが，日本のマスコミです。外資系のコメントを重用し，彼らの言い分をそのまま記事にしたりします。『日経金融』によく写真入りでコメントが載っていたゴールドマン・サックスのストラテジストがいます。彼は本当にひどい人でした。自分は日本の銀行株を高値で空売りしておくのです。そうしておいて，「日本の銀行の不良債権は，実体はもっと何倍もある」と発表するので

す。すると日本の銀行株は下がります。もう下がりきったかなと思ったところで，「いや思ったより少なかった」と発表するのです。買っておいてからそう言うのです。すると上がります。何度でもおいしいグリコを繰り返すということです。これは「風説の流布」と言いまして，犯罪なのでけれども，誰もそう言わなかったし，おかしいという新聞はありませんでした。

クレスベール証券の事件で，元本を保証しますというインチキな証券を売った人は，『日経金融』がいつもコメントを写真入りで大きく載せていた人です。クレスベール証券の詐欺がわかったとたんに『日経金融』は知らん顔してその人を載せなくなって，それでおしまいです。『日経金融』に毎週のようにコメントが載る人が売りにきたら，たいていの人は信じます。私は日経なんて信じませんけれども，世の中の素直な人は信じます。そういう事件は数々起きているのです。

■今や政権の中枢に金融業界人が

そういう米国の金融業界が70年代以降，徐々に政権に食い込んでいって，今や財務長官や連銀など重要ポストを占めるようになりました。もともと巨額の資金で，さかんにロビー活動行ってきた金融業界ですが，今や彼らは政権の意思決定者です。金融危機を受け，多少の規制改革は行われると思います。たとえ規制が行われても，網はしょせん網ですから，水は漏れます。ザルの目をいくら細かくしても，水は汲めません。同じことです。日本のライブドアだってそうです。法の目の抜け穴を探している人は世界中に何千万といるということでありまして，必ずあるのですからいたちごっこになるだけです。こういう状態で混合診療とか株式会社化などということが進んでしまったらどうなってしまうのかと思います。

■小泉氏と角栄さんの明暗

さきほども触れましたが，米国金融と財務省だけでなく，日本を危険に陥れる要素として，マスコミという存在があります。小泉改革を応援したのがマスコミであることは周知の事実ですが，最近は，小泉政権時代の格差の拡大や，いろいろなことに対する批判をしています。加担した反省はどこにもないようです。

最近の批判にもかかわらず，『読売新聞』などでアンケート調査を見ますと，総理になってほしい人の１位はいまだに小泉さんです。なぜ，こんなことになるのかといえば，マスコミが，小泉さんの実像を伝えないからです。何人かの新聞記者に，「なぜ叩かないの。あの人が若いころに起こした事件だって知っているでしょ」と聞いてみました。「持ち上げてしまいましたから，いまさら書けないのですよ」あるいは「自分は書きたいのだが，デスクがね」という返事です。けれど角栄さんは持ち上げておいて突き落としたではないですか。

今太閤と持ち上げた，角栄さんに対しては手のひらを返したのに，小泉さんと竹中さんに対してはなぜ手のひらを返さないのか，不思議ですね。小泉さんと竹中さんに対して同じことができないのは，２人のバックに米国と財務省がいることをマスコミが知っているからです。この両者には，マスコミも怯むのです。

角栄さんは，娘の育て方は間違ったかもしれないけれど，日本にとって良いこともたくさんやってくれました。このあいだ，西部邁さんと佐高信さんが田中角栄をテーマに対談している番組を見たのですが，佐高さんが「いやあ，雪国の人は角栄の言い分わかるんだよねー」と言っていました。佐高さんは，山形県は酒田の出身です。その佐高さんが，「田中角栄という人は本当に気配りのできる人だった」と紹介した話があります。

例えば，ある会合に行くのに他人の車に乗らなければいけないことがあった。すると「運転手さんに心付けをやれ」と秘書の早坂さんに合図するのです。それで早坂さんが渡そうとしたのですが，田中角栄がその手をぐっと押さえて，「お前，何するんだ。俺が降りる時に渡せ。俺が降りる時は人目が自分に集まるから，その隙にさっと運転手さんに渡してやれ。みんながいる前で渡したら運転手は受け取れないじゃないか」と言ったそうです。

角栄さんは，それだけ人情の機微をわきまえていました。家族の病気や不幸についても，よく覚えていて，きちんと心配りをしたそうです。このことの評価は様々だと思いますが，人に心配りができるということは，政治の基本だと思うのです。角栄さんが人を集めることができたのは，金力だけではなく，

人情を解する力があったからではないでしょうか。政策の基本は他人に対する思いやり，人情だと思います。

ちなみに，昭和40年不況で山一証券が破綻した時，最初の日銀特融が出て，山一は多額のお金を借りて復活することができました。あの時に「日銀特融をやれ」と即決したのが角栄さんです。それだけではなくて「これから証券の時代だ。銀行局のなかの一部局ではなくて証券局を作れ」と言って大蔵省の中に証券局を作らせたのも角栄さんです。非常に頭のいい，よくものが見える人だったのだと思います。

その角栄さんがロッキード事件でやられたのは，米国の謀略だという説があります。これは本当か嘘かはわかりません。石油をオイルメジャーばかりに頼っていると日本の資源は安定供給を図れないと，インドネシアやロシアに手を伸ばしたのが米国の逆鱗に触れた，というわけです。もう１つは米国の頭越しに日中国交回復したのが逆鱗に触れた，というものです。だからコーチャンが来もしないでコーチャン委員会発の証言で角栄さんは有罪になってしまいました。日本には，そんなトンデモ司法があるのです。

■自民党は小泉・竹中路線を反省すべき

角栄さんと違って強力なバックがついておりますから，小泉さんと竹中さんの悪事は多くの人が数々知っていても，誰も告発できないという状況になっているのではないかと思います。

竹中さんが米国に行くと，ゴールドマン・サックスがリムジンで迎えに来て，一流ホテルのペントハウスに泊めるのだそうです。竹中さんと同じ飛行機に乗り合わせる金融証券界の人はたくさんいて，多くの人が目撃していると聞きました。これが事実なら，竹中さんがいかにゴールドマン・サックスにとって都合のいい方かの証明です。それでも相変わらず新聞に竹中さんのコメントが出ているし，「サンデープロジェクト」に竹中さんが出ると，他の人を押さえ込んでも田原さんは一所懸命，竹中さんを持ち上げます。聞いていると，竹中さんは早口でまくしたてることが多くなりました。例えば西川問題です。「西川さんのやったことはおかしい」と誰かが発言しますと，竹中さんはカッとなって早口でまくしたてるのです。つまり，後ろめたいのでしょう。そうやってまくしたてて遮らなくてはならないほど，スネに傷が山のようにあるのでしょう。ですが日本のマスコミには小泉さんと竹中さんを本当に叩くということはたぶんできません。

■米国の医療保険改革

●多くは民間の保険会社との契約

米国の金融改革は，今申しあげたようにうまくいくとは思えません。その金融業界を相手に，今，オバマさんが取り組んでいるのが医療保険改革です。米国の医療というのは，皆さんご承知のように，公的保険がごく部分的にしかありません。公的保険の対象となっているのは，全体の約３割程度だそうです。先進国の中で，全体をカバーする公的医療保険を持たない国は米国だけです。基本的には，民間の保険会社との契約という形になっているのです。だから無保険者が今や4700万人もいるということです。また，750万ドル以上の高額所得者は，保険の必要を感じないのか，その80～90パーセントは無保険だということのようです。その影響も相当あります。

米国の医療の現状を描いた「シッコ」という映画がありました。そのなかで，意識もないようなホームレスみたいな人を，病院が車で連れてきて道ばたに捨てて逃げてしまう場面がありました。ああいうことをなぜするかというと，病院は一応，治療を拒否できない建前になっているからだそうです。

元気な人だと，クレジットカードを出させたり，医療保険証を出させることができ，病院が保険会社に電話して，「この人にはいくらまで治療していいか」とか聞く。あるいはネットワークというのですけれども，保険によって行ける病院が決まっていたりするのです。その病院に該当するかどうかとかいろいろなことを調べられるわけです。それで初めて治療するのですけれども，それでも保険会社が認める範囲を超えてしまうことが多々あります。そうすると，保険会社と病院が交渉するらしいのです。つまり，いくら払うとか払わないとかを決めるのです。だけど何の保険にも入っていない，クレジットカードなんかもちろんないということになりますと，捨てるしかないわけです。

昔から曾野綾子さんが「日本人は何やかや不平不満が多いようだけれども，日本みたいな恵まれた国はない。ホームレスで行き倒れても病院に運んでも

らえ，手当を受けられる」とおっしゃっています。このところ救急車も来てくれなくなって，救急車には乗せてもらえても病院が治療を引き受けてくれなかったりとか，いろいろな問題が起きておりますけれども，少なくとも医療保険に関しては，日本人は米国の人々よりはまだ恵まれている状態にあることは間違いありません。

●オバマ大統領の挑戦

米国では，オバマさんが国民皆保険をめざして，医療保険の対象を広げようと苦労しています。ところが，皆保険の日本では，逆に，保険の対象が狭まる方向に，どんどん進んでいるような気がします。双方が逆に動いているような気がしてなりません。クリントン政権時代にも，ヒラリー・クリントンさんが医療保険改革をめざしましたが，頓挫しました。そもそも医療保険改革というとヒラリー・クリントンさんが有名ですけれども，実は20年も，それ以上前から，米国の医療保険をなんとかしようという動きはあり，いろいろな政治家が取り組んできているのです。しかし，そのたびに挫折を繰り返して来たのは，保険業界が「そんなことをされたら，もうからなくなる」と邪魔をしたからです。今回のオバマさんの改革には，保険業界も比較的前向きと報道されていますが，前向きの振りをして，自分たちにとってもっと都合の良い方向に引き寄せようとしているのかも知れません。「どうせ自分たちの都合のいいようにできるはず。だってサマーズがいるもん。ガイトナーがいるもん」と思っているかもしれません。

●膨らむ公的保険の予算

皆さんご承知のように，米国にはお年寄りのためのメディケア（medicare），低所得者のためのメディケイド（medicaid）があります。その他に，メディケイドの対象になるほど低所得ではないのだけれども十分な所得がない人の子どものためにエスチップ（SCHIP，州による子どもの健康保険プログラム）という子ども用の医療保険があります。軍人，退役軍人のための公的保険もあります。ごく一部にそういう公的な保険があって，連邦と州がお互いに助け合いながらやっているということなのですけれども，その予算がどんどん膨らんできているらしいのです。それらは非常に不効率でありまして，胴元である保険者が十分に調査できないのをよいことに，必要のない治療を行い過剰請求したり，あるいは治療もしていないのに請求したりという悪質な問題も生じているようです。

もともとメディケアもメディケイドも，診療報酬など保険からの支払いは，民間保険に比べれば割安になっているのですけれども，それでも「塵も積もれば山となる」と言えばいいのでしょうか，何かと荒稼ぎしようという動きがあるらしくて，どんどんコストがかさんでいる。米国は，高齢化については，日本と比べればほとんど進んでいないと言ってもいいくらいなのですけれども，それなのに経済成長率を２％くらい上回るペースで医療費が膨らんでいるそうです。

●医療費の原資をどう生むか

これを何とかしなければいけないということで，メディケアやメディケイドを効率化しようという動きがあります。また，25万ドル以上とか50万ドル以上とかいろいろな案が出ていますが，高額所得者の所得税を少し増税しようという動きがあります。9.11の時にブッシュさんが高額所得者向けにものすごい減税をやったのですが，それを元に戻すだけで相当のお金が入ってくる。これから増える医療費の半分くらいは，それでまかなえるのではないかという話が出ているのです。

それから，米国の場合は，企業が従業員を保険に加入させるようになっているのですが，そのための支出が非課税なのです。所得税もかからないし，企業も利益から除くことができるのですけれども，その控除に条件を設けようかという案も出ているのです。AIGの役員みたいに法外に高い保険に入れてもらっている人たちがいるわけです。その人たちの分まで控除する必要はないだろう，条件を設けて常識的な範囲以上は課税対象にしようという案も出ているのです。上院，下院，いろいろな委員会で様々な案が出ていて，オバマさんは今丸投げ状態なのですけれども，オバマさんはオバマさんで，もともと自分の案があるということです。それを党と相談しながら一歩一歩，実現させようとしているところです。まだ流動的ではあるのですけれども，とりあえず皆テーブルについてはいるという状況です。

●皆保険が医療費抑制につながる

オバマさんの言い分は，国民全員にちゃんと保険があって病院に行き，治療することができれば，重

病になってからより多くの医療コストをかけるという事態が避けられ，結果的に医療費抑制につながるというものです。

「オバマさん，それを日本の財務省に言ってください」と頼みたいくらいです。米国では企業が医療保険を提供するケースが多いので，失業するということは，保険を失うことでもあるのです。失業の深刻化は，医療保険の深刻化でもあるわけです。オバマさんが「8月の夏休み前になんとか」と言っていた理由はそこにもあるのです。さきほど中村十念さんが「患者の数がどんどん減っている。病院に来られない人が増えているのだ」とお話しくださいましたけれど，米国でも似たような状況になっている。あるいは保険がなくなってERに来る人が増えてしまっているのでしょう。無料で治療してくれる可能性が高いことから（本当に無料ではないのですけれども），そこへ来る人が増えているという状況があるらしいです。そういうことは逆にかえって高くつくのだということを，今，オバマさんは一所懸命言っています。

オバマさんが今「最低限こういうことは守ってもらいたい」と民間保険会社に要求を出しているのですけれど，「既往症によって加入を拒否してはいけない」「保険料をきちっと払っている人には必ず更新に応じなさい」とか「途中で保険料を上げてはいけない」とかと言っています。病気になったり年をとったりすると，更新に応じない保険会社がたくさんあることがそれでわかります。つまり，保険が必要な人ほど加入できない，という問題です。

あるいは「女性には女性特有の病気もいろいろあるからといって高い保険料を取ることもしてはいけない」とか，「途中で上限金額を勝手に下げてはいけない」とかいうことを言っているようです。財務省が日本の医療保険に関しても免責範囲を決めようと言っていたことがあります。これは米国の民間保険会社のマネをしているのです。米国も一定額までは全額自己負担，それを超えると一定比率で自己負担，それを超えた分は話し合いだったり，払わなかったり，治療してもらえなかったりなど，保険によってケースが異なるのですけれども，そういう仕組みになっているわけです。

■日本を目指す米国，米国化する日本

●混合診療の問題点

日本の財務省は，米国がいま正そうとしている悪しきところをどんどん日本に取り入れようとしている。米国は，これではならじということで，日本の医療保険体制を手本にしてなんとか改革を進めようとしているということでありまして，どういうふうに決着するのかわかりません。

混合診療については，皆さんご承知のように推進派は全然あきらめていません。あの規制改革・民間開放推進会議の議長だったオリックスの宮内さんは引退しましたけれども，後継の草刈隆郎さんは，完全に宮内路線を踏襲しており，混合診療を促進しようとしております。

混合診療というのは，ややこしくて一般の人に説明するのは面倒臭いのです。一般の人は，「認可の遅れているガンの新薬なんかを使えないのは困ったことだ。個人の選択で費用を負担すれば，認可の遅れている治療や薬を自由に受けられるというのは，とっても良いことではないか」と考えるようです。しかし，少しでもそういうことを認めたならば，公的医療保険の対象となる範囲は確実に狭まるでしょう。医療の世界は日進月歩ですから，新しい治療や薬が絶え間なく出てくる，それが自由診療で可能になれば，保険の対象に含めよという圧力は弱くなります。それは，医療費を削減したい財務省にとって，きわめて望ましいことのはずです。

さらに，自由診療の費用をまかなうために保険に加入する人が増えるでしょうから，保険会社にとっては，ビジネスの拡大です。財務省や米国が後押しして，混合診療が規制緩和されれば，公的保険にプラスアルファすべきものが，そうされないで自由診療の範囲に落っこちて来ることになるわけです。それは何より怖いことです。そうやって公的保険でカバーされる範囲がどんどん小さくなって，なし崩しに日本の医療保険制度が壊れてしまうことになっては一大事です。今でも，保険料や自己負担の治療費が払えずに，医療格差が生じているのに，ますます格差が拡大するでしょう。

混合診療については医師会も病院会もいろいろな宣伝活動なさっていると思いますので，私が余計なことを言わなくていいと思うのですけれども，混合

診療は小泉政権以降，なし崩しに始まりつつあります。この動きになんとか歯止めをかけないといけません。

●医療の質を落とす株式会社化

もう１つ，株式会社化の問題があります。医療の株式会社は，１つ２つできたようです。例えば，バイオマスターというところが美容整形専門のクリニックを開設したのですが，今，潰れかかっているという話で，「ざまあみろ」と思っています。そこにはちゃんとオリックスが資金提供しているのです。だから郵政のケースと同様に，政府の諮問会議を利用して，自分の利益を追求できるビジネスチャンスを増やしているのです。その結果，困る人が出たり，国民の費用負担が増えることなどお構いなしです。恥ずかしくないのかと思うのですけれども，そういう方針でどんどん動いております。だけど株式会社も米国では治療の必要のない治療をしたり，手術しなくてもいいところを手術して稼いだりするなど，いろいろな問題が起きています。医療というのは，もともと利益の獲得と結びつかないところなのにもかかわらず，株式会社化するとそうしなければいけないということです。配当もしなければいけないし利益も上げなければいけないということが起きてきて，医療の質の低下が現に米国でさんざん問題になっているわけですから，これを進めてはなりません。

今日お話しさせていただいたことは，財務省も米国の金融業界も，金融危機で反省などしていない。今後も，自身の利益だけを追求し，私たち国民の利益，安心と安全は，これまで以上にないがしろにされて行くだろうということです。そして，政権交代が実現したとしても，強大な力で日本の政策に影響力を及ぼす米国や財務省の力が変わらない以上，この傾向を変えることは難しいと考えております。なんだか暗い話で恐縮ですが，及ばずながら私も，日本経済と医療を守るために，「改革」と言われるものの胡散臭さを，今後も訴え続けたいと思っております。どうもご清聴ありがとうございました。

座長（堺）　紺谷先生，大変ありがとうございました。「改革」というのはかなり厳しい言葉だということを教えていただきました。諸悪の根源は財務省と米国の２つということ。それからもう１つ，政治は人情だということなのですけれども，そのへんはちょっと難しいかもしれません。これで紺谷先生のご講演を終わらせていただきます。本当にありがとうございました。

地域医療確保の取り組みと今後の課題

Approach to community health securing and a future problems

岩手県立東和病院
事務局長
村田　幸治
Murata　Yoshiharu

要旨：多くの自治体病院にとって大きな問題は，勤務医不足による診療機能の低下とそれに伴う経営の悪化である。地域の医療を担い地域の医療を確保することを使命とする自治体病院にとって，経営の健全化は大きな問題となっている。平成19年12月に総務省から発表された公立病院改革ガイドラインは，自治体が改革プランを策定して経営改善などの病院改革に取り組むことを求めた内容となっており，当院においても対応が急務となっている。当院のこれまでの地域医療の確保と経営改善などの取り組みを検証し，今後の地域医療の確保と公立病院改革ガイドラインへの対応について考察する。

キーワード：自治体病院　公立病院改革ガイドライン　地域医療　地域連携

【所属施設の紹介】

・所 在 地：岩手県
・開設主体：岩手県
・施 設 名：岩手県立東和病院
・所　　属：事務局
・病 床 数：68床
・病床区分：一般68床（うち亜急性期病床８床）
・診療科目：内科，消化器科，外科，リハビリテーション科
・平均在院日数：19.8日
・１日平均外来患者数：127.4人
・１日平均入院患者数：65.3人

1　はじめに

当院は，27の医療施設を有し全国一の規模を誇る岩手県営医療の１施設で，北上山系の山間地に約２万人を医療圏として地域で唯一入院設備を有する自治体病院である。平成７年の移転新築事業で，病院敷地内に東和町保健センターと東和町老人保健施設を合築一体整備し，医療，保健，福祉の連携を図りながら地域医療を担ってきた。しかし，医療費抑制策や少子高齢化，地域人口の減少や地域経済の低迷などにより当院を取り巻く医療環境はますます厳しさを増しており，特に患者数の減少や勤務医の不足による診療体制の維持はますます困難となり病院運営にとって大きな問題となっている。平成19年12月に総務省から発表された公立病院改革ガイドライン[(1)]（以下「ガイドライン」）は，「経営の効率化」，

「再編・ネットワーク化」,「経営形態の見直し」の3つの視点から，当院をはじめ多くの公立病院が抱えている経営改善の問題に対して根本的な対策と改革を求めた内容となっている。これを受けて，岩手県においてもガイドラインに基づいた公立病院改革指針が示され，県立病院を統括する県医療局も改革プラン「岩手県立病院等の新しい経営計画」（以下「新経営計画」）を策定し，患者数の減少，医師不足，経営収支の悪化などの改善策として複数の県立病院と有床診療所のベッド数の削減や無床化の計画を発表しており，地域における医療機関の存続と地域医療の確保が危惧されている。当院は，今回発表された新経営計画においては，ベッド数の削減や診療所化の計画は盛り込まれてはいないが，当院のような小規模な病院において経営の悪化は，病院としての存続や地域医療の確保に直接関わることだけに，経営の効率化や経営改善を進めることが重要となっている。このことから，これまでの当院の取り組みを検証し，地域医療の確保とガイドラインが求める経営の効率化に視点をおいて課題と今後の対応を考察する。

2　地域との関わり

当院は，平成7年の移転新築以来「地域の皆さんの立場に立ち，より頼りにされる病院づくりを進めます」との基本理念のもと，医療，保健，福祉の連携を病院運営の基本方針として取り組んできた。岩手県では初めてのモデルケースとなる県立病院と東和町ライフケアセンター（東和町保健センター，東和町老人保健施設）との合築一体整備は，各施設の運営に関する協議をはじめ，医療，保健，福祉の綿密な連携によって地域の総合的なサービスを提供することを目的としたものである。一体整備による連携事業としては，給食施設の共有による老人保健施設職員との共同調理をはじめ，病院と保健センター及び老人保健施設による定例会議や職員の相互派遣研修を実施してきた。定例会議はこれまでに70回を数え，職員の相互派遣研修は延べ20人を超えるなど，施設間の連携と職員のレベルアップが図られてきた。さらには，地域の介護施設等との定例会議の開催など地域連携を強化したことにより，隣接する老人保健施設や介護施設等からの紹介患者が増加し，病院経営においても地域連携の成果が上がっている。また，新病院への移転を記念して毎年開催している「東和病院開院記念健康講演会」，毎年9月に行われている救急医療週間の関連事業の一環として，病院，消防署，保健センターの共催で開催している「救急処置講習会」，勤労者や学生などの慢性疾患患者を対象とした週1回の夜間診療の実施など，地域住民を対象としたサービスの展開は住民の健康維持と増進，医療や保健に対する意識の向上に寄与することとなり地域医療への貢献となっている。さらには，地域に積極的に出向き地域住民に対して当院の運営や経営状況を報告するとともに，当院の運営等に対する意見・要望などの情報交換を行う「地域医療懇談会」の開催は50回を超えており，このように地域に密着した活動の展開によって地域住民との信頼関係が大きく構築された。

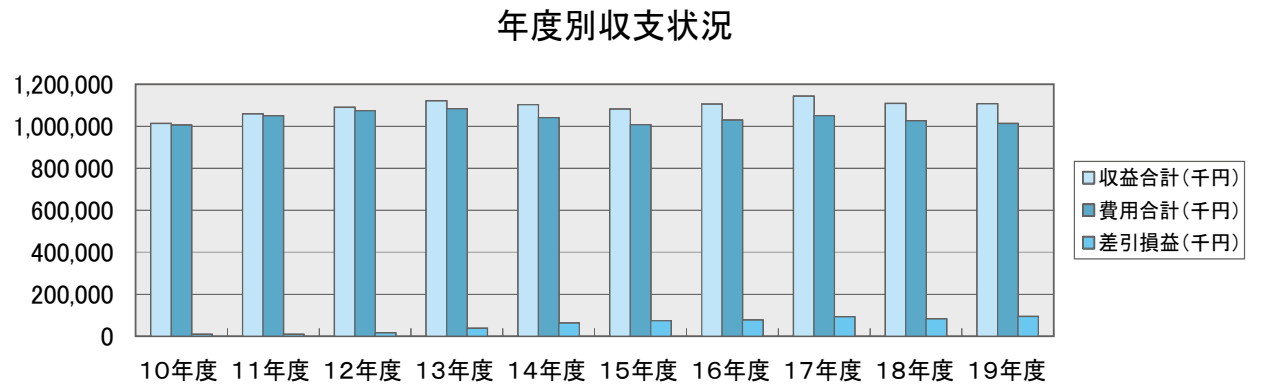
3　病院の取り組み

地域住民から当院が頼りにされ当院を利用してもらうためには，医療の質や患者サービスの向上はもちろんであるが，経営の安定化も重要な要素である。当院では，質の高い医療と患者サービスを提供するために，財団法人日本医療機能評価機構が実施している病院機能評価を平成14年度に受審し，以後更新しながら職員の意識改革を積極的に進めるとともに，外部の経営診断など第三者による評価を積極的に病院運営に役立てる取り組みを進めてきた。また，病院経営に影響を及ぼさない程度の低コストで実用性の高い電子カルテを平成17年度に導入し，医療の標準化，患者サービス，情報開示，チーム医療の推進などに成果を上げてきた。さらには，地球環境に優しい病院づくりを目指して環境管理の国際標準規格であるISO14001「環境マネジメントシステム」[2]の認証を平成16年度に取得し，環境負荷の低減，コスト削減による経営改善，PDCAサイクル[注1]に基づいた業務改善を進め費用の削減を図ってきた。経営改善に向けては，病床数の見直しや亜急性期病床の導入をはじめ，度重なる診療報酬改定により算定要件が厳しくなる状況においても診療報酬制度の理解を深め，算定要件への積極的な対応によって少しずつではあるが診療単価を増加させてきた。また，経営指標に基づいた全国の自治体病院との比較を行い，当院の経営における改善項目の抽出と改善策の検討に役立ててきた。

4　経営の状況

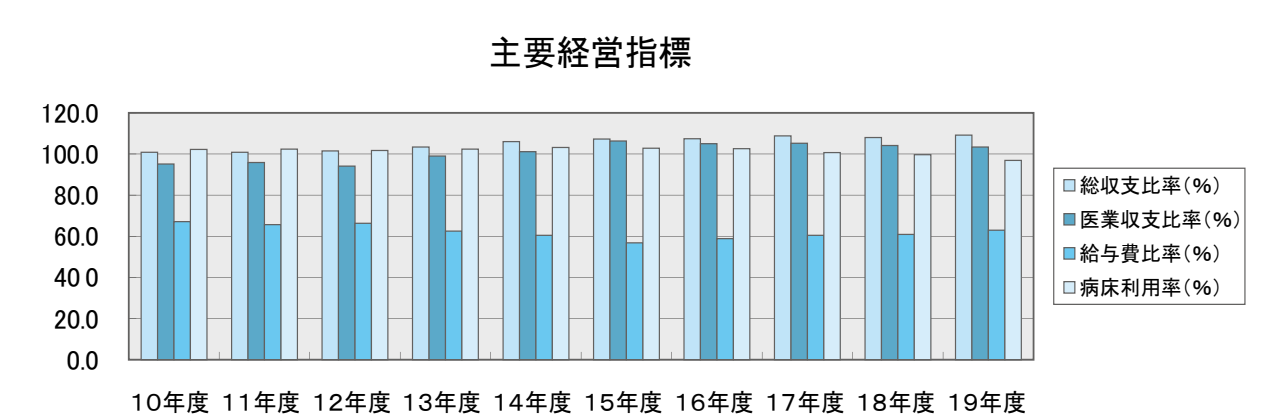
当院の経営の状況については，病院経営分析における経営指標を中心に報告する。当院の経営成績は，年度別収支状況（**図表１**）に示したとおり，平成10年度に836万円の黒字を計上して以来，平成19年度までの10年間連続して黒字を計上してきた。また，収支比率については主要経営指標（**図表２**）のとおり，総収支比率は毎年100%を超えており，医業収支比率も平成10年度は95.1%であったものが年々増加し平成14年度からは100%を超えるなど，自治体病院にあっては数少ない黒字経営の病院である。平成18年度地方公営企業年鑑[(2)]に基づく全国の自治体病院における同規模病院（50床以上100床未満）との比較（**図表３**）では，医業収支比率100%以上の病院平均が経常収支比率で103.4%，医業収支比率で103.2%となっているのに対して，当院の経常収支比率が108%，医業収支比率が104.1%で全国平均を上回り，経営的には安定している感がある。しかし，収益の内容を見ると繰入金（県からの一般

（図表１）



項目	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
収益合計（千円）	1,013,057	1,057,763	1,089,265	1,120,339	1,102,706	1,081,026	1,104,563	1,142,832	1,107,853	1,106,424
費用合計（千円）	1,004,689	1,049,456	1,073,349	1,083,129	1,040,631	1,007,179	1,028,339	1,050,358	1,025,688	1,012,860
差引損益（千円）	8,368	8,307	15,916	37,210	62,075	73,847	76,224	92,474	82,165	93,564

（図表２）



項目	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
総収支比率（%）	100.8	100.8	101.5	103.4	106.0	107.3	107.4	108.8	108.0	109.2
医業収支比率（%）	95.1	95.9	94.1	99.0	101.1	106.3	105.0	105.2	104.1	103.4
給与費比率（%）	67.1	65.7	66.3	62.5	60.5	56.8	58.9	60.5	60.9	63.0
病床利用率（%）	102.2	102.4	101.7	102.4	103.2	102.8	102.6	100.7	99.7	96.9

会計負担金）の割合が収益全体の約２割（**図表４**）を占めるなど，県からの繰入れに頼る経営構造となっており，経営基盤が確立しているとは言えない状況である。また，自治体病院の主要な経営指標である職員の給与費比率についても，先に述べたように同規模病院との比較では，医業収支比率100％以上の病院平均が48.4％であるのに対して当院は60.9％となっており，給与費比率が非常に高い水準にあり改善が必要となっている。次に，当院の病床利用率であるが，平成10年度以降ほぼ100％を維持し常に満床状態であったことから入院患者数の増減には大きな変化はなく推移してきた（**図表５**）。病床利用率が高い要因は，単に地域的に入院ベッドを有する医療機関が少ないことによるものではなく，当院に隣接している老人保健施設や地域の介護施設等との緻密な連携による入退院の調整機能が生かされ，平均在院日数の短縮が図られてきた結果でもある。今後も，連携による調整機能を生かして，病床利用率の向上と適正な在院日数の確保に努めていくことにしている。一方，外来患者数については，人

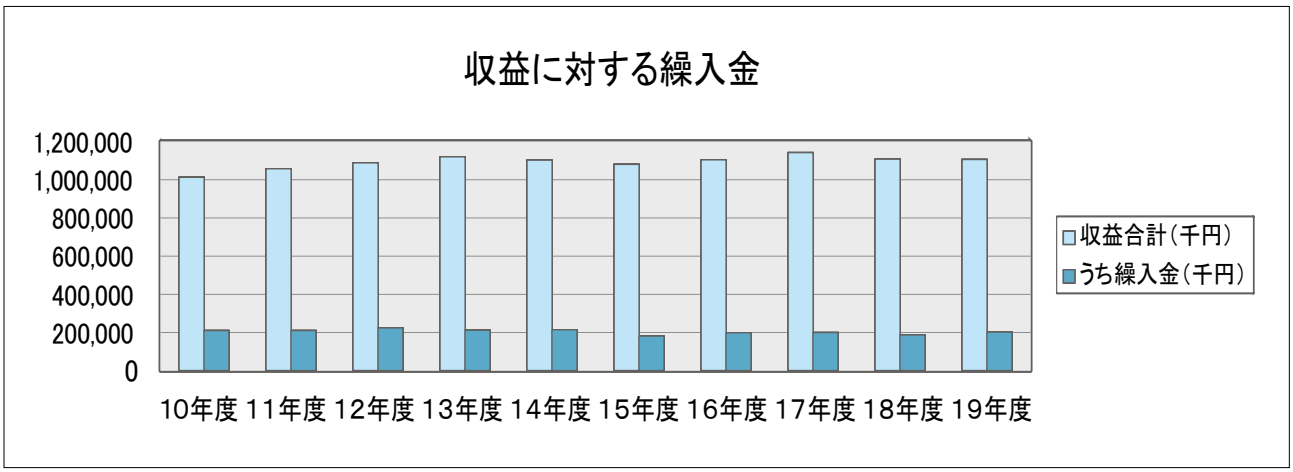
（図表３）

自治体病院の主要経営指標（平成18年度）

	病床規模	50床以上100床未満			東和病院	同規模病院：医業収支比率100以上			
	経営状況	医業収支比率100以上平均	医業収支比率100未満平均	全体計平均		岡山県鏡野町国保病院	熊本県小国公立病院	徳島県国保勝浦病院	青森県国保おいらせ病院
	病院数	19	187	206					
	病床数				71	88	75	65	76
経常収支比率	（％）	103.4	93.4	94.3	108.0	100.5	98.2	101.4	104.6
医業収支比率	（％）	103.2	79.1	81.3	104.1	100.3	100.8	102.1	104.8
病床利用率	（％）	81.1	65.1	66.5	99.7	82.6	82.2	59.6	68.9
職員給与費比率	（％）	48.4	66.9	64.8	60.9	46.7	56.2	52.8	50.0
平均在院日数	日	21.2	25.7	25.3	19.8	18.5	19.4	25.9	20.2

（平成18年度地方公営企業年鑑より抜粋）

（図表４）



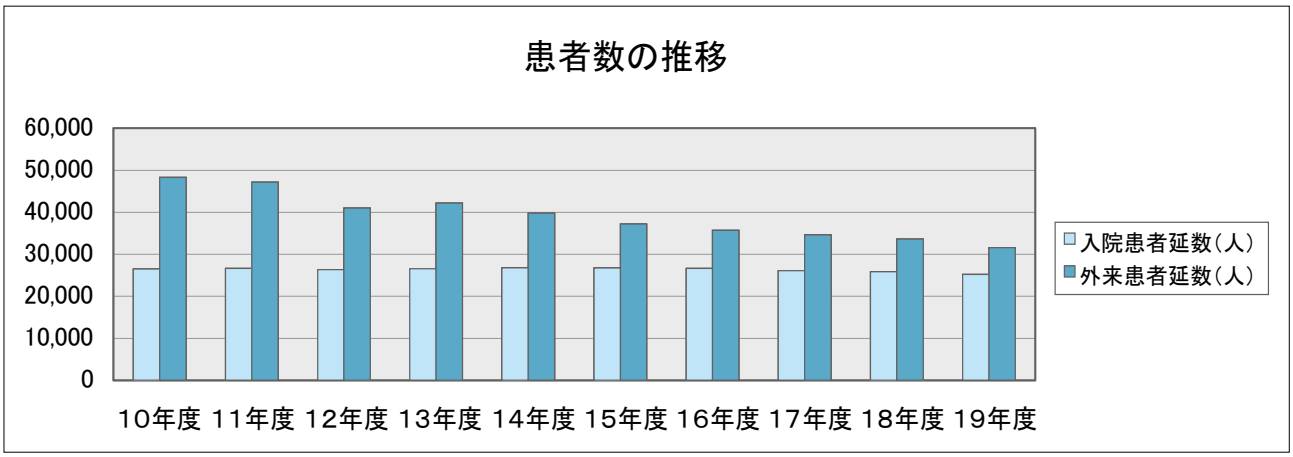
項目	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
収益合計（千円）	1,013,057	1,057,763	1,089,265	1,120,339	1,102,706	1,081,026	1,104,563	1,142,832	1,107,853	1,106,424
うち繰入金（千円）	210,007	209,655	223,875	211,578	214,479	180,959	198,082	199,101	187,185	202,378

口の減少や地域経済の低迷，さらには医療制度改革による医療費の抑制策などによって**図表6**に示したように外来患者数は年々減少を続けており，平成10年度においては1日平均患者数が約200人であったものが毎年約10人ずつ減少し，平成19年度では1日平均患者数が約130人となり，外来患者の減少に歯止めがかからない状況となっている。

5　課題と今後の取り組み

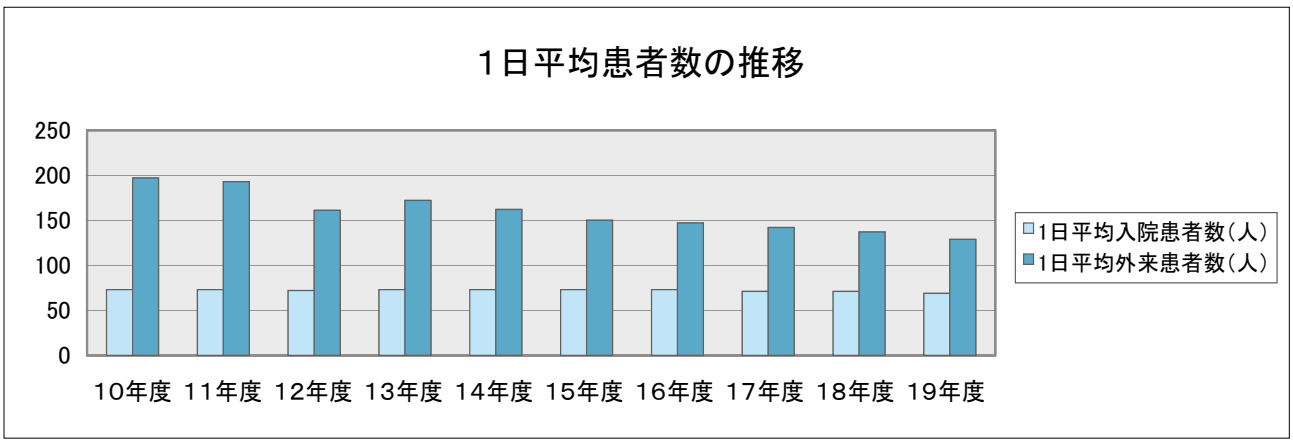
全国的に，医師の偏在や病院における勤務医不足は大きな問題となっているが，当院においても医師（1名）が年度途中に退職し，後任医師の確保ができないまま現在に至っており，診療体制の維持や施設基準に定める算定要件である医師充足率70%以上の確保など，今後の病院運営への影響が避けられない状況となっている。医師の退職は，残った常勤医師（3名）に大きな負担となり退職の連鎖を生じる恐れがあり，医師の確保と合わせて医師の業務軽減が重要な課題となっている。当院では，平成16年度の新臨床研修医制度の開始に合わせて協力型の臨床研修病院の指定を受け，センター病院である県立中央病院などから研修医を受け入れ，1人当たり1カ月から2カ月の地域医療研修を担っている（**図表7**）。当院のように常勤医師の少ない病院にとって研修医は，常勤医師としてカウントされることから医師充足率の向上や診療体制の維持に役立っている。今後は，指導体制や研修カリキュラムの充実を図り，研修医から選ばれる魅力ある病院づくりを進め，研修医の受け入れを病院の活性化にもつなげることとしている。医療制度改革や地域環境の変化に伴う患者数の減少や患者階層の変化は，今後の病院経営や存続に関わる大きな問題である。地域の人口減少と高齢化は患者数の減少の大きな要因となっており対策が急務である。今般，全国の病院では「コンビニ受診」(注2)が問題となっているが，当院では広報や地域医療懇談会などを利用して広く地域住民に対し適正な受診を呼びかけるとともに，救急患者や来院する患者は原則断らないことを宣言し，すべての患者を受け入れることとしている。受診を我慢して重症になってから来院する患者は，当院の診療機能や医師の業務上から大きな負担となることから，軽症のうちに素早く気軽に受診させるいわゆる「コンビニ的受診」を指導しており，今後も「コンビニ的受診」を指導・奨励しながら患者数の確保に努めていくこととしている。さらに，地域医療を守り病院を存続させるためには経営の効率化が重要であり，ガイドラインが示した必須の数値目標(注3)を達成することが大きな課題である。当院のような小規模な病院にとっては，飛躍的に収益の増加や収支の改善を図ることは，病院の機能や体制そして医療環境を考えた場合は難しい状況にある。このことから，現状の診療体制や機能を維持し最大限に活用することを基本として，収益の確保と費用の削減を進めていかなければならない。これまで，人件費の削減を目的に実施してきた医事の業務委託は，医事機能や業務の精度を低下させるなど，十分な経済効果を得ることができないまま委託料の増加という皮肉な結果を招いたことから，これまでの方針を転換し医事職員を適正に配置して職員の経営分析や企画能力などのレベルアップを図り，医事機能の強化と業務の精度の向上を目指すこととしている。医事部門の体制を強化することにより，査定減の防止や診療報酬請求に係る精度管理さらには施設基準への適正な対応など，新たな収益確保への取り組みが可能となり増収が期待できる。また，費用についての大きな問題は職員給与費が高いことである。職員の身分は地方公務員であることから民間の医療機関に比べて給料が高いこともあるが，地理的条件から他の県立病院との人事交流が少なく職員の高齢化が進んでいることや，慢性的に超過勤務も多く手当の額が増加していることも要因となっている。業務改善による効率的な業務の推進と合せて人事考課制度を活用した適正な人事管理が急務である。さらに，ISO14001の取り組みを今後も推進し，PDCAサイクルによる業務改善とコスト削減を基本に費用の縮減を進める必要がある。具体的には，病院の規模や機能に見合う設備と機器等の整備をはじめ，材料などの物品の購入についても費用対効果の検証など企業性と経済性を発揮した適正な支出に努めるなど，小さな取り組みの積み重ねが重要である。そして，そのことの認識を職員が共有し実行することが大事である。当院は，医療・保健・福祉の連携を当院の運営の基本方針として東和町との関係を重視してきた。平成18年に市町村合併によって東和町は花巻市となったが，旧東和町が定めた医療・保健・福祉に対する方針や考え方が合併によって変更されるなど，合併による弊害とも言える状況もあり，今後の市の保健行政に

（図表５）



項目	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
入院患者延数（人）	26,473	26,615	26,337	26,535	26,748	26,717	26,591	26,086	25,825	25,178
外来患者延数（人）	48,292	47,143	40,956	42,146	39,766	37,160	35,656	34,589	33,597	31,558

（図表６）



項　　目	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
1日平均入院患者数（人）	73	73	72	73	73	73	73	71	71	69
1日平均外来患者数（人）	197	193	161	172	162	150	147	142	137	129

（図表７）

年度別研修医受入実績

（単位：人・月）

病院名	16年度		17年度		18年度		19年度		合　計	
	研修医数	研修期間	研修医数	研修期間	研修医数	研修期間	研修医数	研修期間	研修医数	研修期間
中央病院	4	4	5	10	7	14	5	10	21	38
北上病院			1	1	2	2	4	4	7	7
花巻厚生病院							1	1	1	1
岩手医大			4	4	3	3	2	2	9	9
合　計	4	4	10	15	12	19	12	17	38	55

注視しながら地域連携を進めていく必要がある。

6 考 察

当院は，昭和25年に県営医療として発足以来，一貫して県民や地域住民の医療を担い確保することを目的として運営されてきた。常に企業の経済性を発揮するとともに，その本来の目的である公共の福祉を増進させることとして，昭和35年には地方公営企業法の規定の全部を適用することとなり現在に至っているが，県立病院全体の累積赤字は140億円に迫り，県政や県民にとって大きな課題となっている。

このような状況において，「地域の皆さんの立場に立ち，より頼りにされる病院づくりを進めます」との基本理念に基づいた当院の運営は，医療環境が厳しさを増す状況においても黒字経営を維持し地域医療を確保してきたことは一定の評価と考える。しかし，県の財政が悪化する中でこれまでどおり繰入れが行われる保証もないことから，繰入金が収益の２割を超え繰入金によって黒字を計上する経営体質を民間病院並みに改善することが急務である。

今後も，公共性を保持しながら公営企業としての経済性を積極的に発揮し，地域連携の推進や地域医療の確保に向けた取り組みを病院運営の基本として戦略を構築することである。また，病床数68床職員数約80名の病院規模は，診療機能や体制及び人事管理や命令系統などを勘案すれば当地域においてはコンパクトで効率的な病院であり，この小規模な病院の利点を生かして職員１人ひとりが企業の経営者であり営業マンであること，経営基盤の安定の基に医療レベルとサービスの向上があることの自覚と認識の醸成を図ることである。このことによって，病院運営や事業方針に職員の総意をもって取り組むことが可能となり，結果的にはガイドラインへの対応策ともなる。さらに，地域住民との交流や地域連携を進めるなかで，当院を支え守ろうとする住民の意識が高まっており，今後の病院の存続や地域医療を確保するうえで重要なポイントとなる。新経営計画による県立病院の診療所化や無床化等の議論が進むなかで，黒字経営の当院は地域住民にとって「おらほの病院」(注4) である。この住民意識の高まりを絶好の機会ととらえ，新たな地域住民との交流やこれまで築いてきた地域連携のネットワークを活用するなど，住民意識の高まりを後押ししながら当院を支援する応援団として１人でも多くの住民サポーターを募り，応援団と一体となった取り組みも必要である。

最後に，病院の経営や運営において事務局は重要な部門であり要でもある。通信教育やスクーリング等で学んだ多くの知識や手法，多様な考え方をもって今後の病院運営に生かすことが事務局長の役割であり責務でもある。そして，病院長を積極的にサポートし病院長のリーダーシップのもとに，全職員による当院の目指すべき病院事業を推進し展開させることが病院の存続と地域医療の確保に繋がり，地域医療を担い地域医療の確保を使命とする自治体病院である当院の役割を果たすことになると考えている。

【注釈説明】

(注1) 環境マネジメントシステムのモデル：Plan（計画），Do（実行），Check（確認），Action（対策の実行）

(注2) 軽症患者が，夜間・休日の救急外来をコンビニを利用するように気軽に安易に使う受診行動を言う

(注3) ①経常収支比率100%，②職員給与比率52%，③病床利用率80%の３項目を平成23年度までに達成する目標値

(注4) 方言で「自分たちの身近で誇れる病院」を言う

【参考文献】

(1)「公立病院改革ガイドライン」（平成19年12月24日付 総務省自治財政局長通知），http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/guidline.html

(2) 堀河甫：『ISO14001「環境マネジメントシステム」解説とQ&A』，株式会社 日本環境認証機構（JACO），2002年７月

(3)『平成18年度地方公営企業年鑑』（http://www.soumu.go.jp/c-zaisei/kouei.html）

医療の質を向上させる適切な臨床指標の要件とその活用

4年間の継続測定により生まれた医療現場の変化

Requirement and Measurement of Clinical Indicators for Quality Improvement in Health Care —Four Years Study in Our Hospital—

医療生協さいたま生活協同組合
埼玉協同病院 診療情報課
野田　邦子
Noda　Kuniko

要旨：医療の質を測定する臨床指標を設定し，算出評価と指標の再検討をしてきた。4年間の継続的測定・評価により，アウトカムを志向したマネジメント，職員の達成感，患者への情報提供内容に変化が現れている。適切な臨床指標の要件として，①目指す姿が表現されかつ測定可能または測定を前提とした業務構築が可能，②他施設と比較検討可能な比率の算出，③期待する結果を得る適切なプロセスの指標化，④職員の納得性などが考えられた。

キーワード：医療の質，定量評価，アウトカム志向，医療現場の変化，PDCA

■所属施設の紹介

・所 在 地：埼玉県川口市木曽呂1317
・開設主体：医療生協さいたま生活協同組合
・施 設 名：埼玉協同病院
・病 床 数：401床（一般病床351，回復期リハビリ病床50）
・標榜診療科：18（内科，循環器科，呼吸器科，消化器科，小児科，外科，脳神経外科，産婦人科，泌尿器科，整形外科，皮膚科，耳鼻咽喉科，眼科，精神科，神経内科，リハビリテーション科，麻酔科，放射線科）
・関連施設：病院3，医科診療所9，歯科診療所2，老人保健施設2，介護系事業所17
・1日平均患者数：外来1,060，入院330
・平均在院日数：一般15.8日　回復期リハビリ57.8日

1．はじめに

わが国における医療の質を測定し可視化する試みは，DPC（Diagnosis Procedure Combination；急性期医療に係る診断群分類別包括評価）の導入により急速に進んできたといえる。データの精度にまだ問題はあるものの，医療の成果を，同じものさしで比

べられる貴重なデータとして公表されるようになった。

医療の質評価には，診療ガイドラインやクリティカルパスを用いた診療過程の標準化・最適化（プロセスアプローチ），臨床指標（Clinical Indicator；以下CI）を用いた検証（アウトカムアプローチ），外部評価による認定，患者満足度調査などがあるが，わが国では，長い間構造評価が中心であった[1)]。90年代に入り診療の成果を定量的に測定するアウトカムアプローチであるCIの研究がすすめられてきた[2)~4)]が，国としての共通の具体的な指標はまだ研究の余地があると思われる。一方で自主的に自らのCIをホームページ等で公表する施設が，ここ1～2年で飛躍的に増加しており，確実に患者あるいは医療施設が相互に，医療の質に関わる情報に容易にアクセスできる環境が整いつつある。

当院は1998年より診療情報の管理活用を中期計画に位置づけ，情報システムおよび情報管理体制の整備・構築を進めてきた。2005年より診療のプロセスや結果を客観的な数値として可視化し，継続的な改善（PDCA）をはかることを目的として臨床指標を設定し測定を行ってきた。今回，継続的に測定・評価することで各部門や診療科のマネジメントの質がどう変化したのかを検証するとともに，医療の質を高めることのできる適切な指標の要件，有効な活用方法について考察したので報告する。

2．方　法

(1) 当院におけるCI設定の考え方

当院の理念，機能，役割に見合った医療の成果を端的に表す，わかりやすいCIを発掘し質の向上に生かすことを目指し，急性期入院医療のほか，外来医療，慢性疾患医療および各専門領域の質を測定できる指標を設定するとの考えのもとに，

①引き上げるべき課題が明らかとなり，改善策の成果が測定できる指標

②医療従事者の達成感，力量を向上させるモチベーションを高めることに役立つ指標

を発掘し設定することとした。

(2) 指標項目の構成と構造

当院の保健医療サービスの提供プロセス各領域について，その構造・機能（S指標），プロセス（P指標），結果・成果（O指標）の3つの枠組みからそれぞれ測定できるよう全342の指標を設定した（**表1**）。項目の設定にあたってはDPCの医療提供の影響評価に関する調査各項目，2004～2005年に実施されたDPC特別調査の項目および「臨床指標の実際（医療マネジメント学会；じほう2005）」を参考にした。

(3) 指標項目の確定プロセス

①「CIとはなにか」の学習と可視化体験による目指す姿のイメージづくり

CIの基本的な構造，何を表す指標か，定義（分子と分母）について認識の一致を図り，参考となるCIの紹介，対応する当院の測定値の試算出等によりイメージを共有した。

②指標項目の設定，整理と標準化

各診療科の月報，出したい実績や質目標とする項目をその定義とともに集約した。国立大学医療の質評価委員会およびDPCデータの公表指標をもとに，アウトカム・プロセスに関する指標を補強した。従来型の仕事量的な項目については，部門との合意のうえ整理した。各領域の機能―プロセス―成果の相互関係を把握しやすくするため，各指標項目をマトリックス表にした（**図1**）。

(4) 算出方法

データを抽出する情報源の主なものを**表2**に示し

〔図1〕埼玉協同病院のクリニカルインディ

監視・測定の対象プロセス	プロセスの監視・測定の項目	No.	S：構造・機能関連指標※	No.	P：プロセス関連指標
7 専門領域別医療サービス提供プロセス	7-4 消化器内科領域	36	消化管内視鏡検査件数〔件〕	177	緊急消化管内視鏡的消化管止血術件数
		37	緊急消化管内視鏡検査〔件〕	178	内視鏡的粘膜切除件数
				180	EST（内視鏡的括約筋切開術）実施件数
				183	PEG造設・交換件数

※S指標の測定値は省略

〔表１〕当院CI（臨床指標）の概要

大分類	中分類	S指標	P指標	O指標
1 医療サービス提供プロセス	1-1 医療機能、スタッフの状況、患者参加、妥当性・水準確保	11	11	8
	1-2 医療サービスにおける安全管理・不適合	1	6	7
	1-3 転倒・転落の状況	0	2	1
	1-4 感染対策・感染発生状況	0	5	6
2 入院医療のプロセス	2-1 入院医療サービスの質（死亡率、再入院率、合併症、標準化）	3	10	12
	2-2 入院患者の栄養状態、褥瘡発生状況	0	3	3
	2-3 療養病床の状況	2	3	4
3 外来・救急・在宅医療のプロセス	3-1 外来医療サービス提供	4	2	3
	3-2 救急搬入の状況	4	3	4
	3-3 在宅医療サービスの提供	3	2	2
4 診療記録、文書の状況	4-1 診療記録の状況	0	5	0
	4-2 文書作成のプロセス	1	1	0
5 医療連携のプロセス	5-1 退院支援	1	1	1
	5-2 地域連携状況	2	5	1
6 健康診断・予防管理	6-1 健康診断の機能	0	1	6
7 各専門領域別医療サービス提供のプロセス	7-1 心臓血管領域	0	6	1
	7-2 呼吸器領域	3	5	4
	7-3 腹部外科領域	0	5	4
	7-4 消化器内科領域	2	7	5
	7-5 整形外科領域	0	2	2
	7-6 腎・泌尿器科領域	0	3	4
	7-7 糖尿病・代謝領域	2	1	3
	7-8 産婦人科領域	0	5	7
	7-9 小児領域	3	3	3
	7-10 皮膚科領域	0	2	2
	7-11 耳鼻咽喉科領域	0	2	0
	7-12 眼科領域	1	1	0
	7-13 精神科領域	0	1	0
	7-14 被爆者医療	1	1	2
	7-15 化学療法	1	1	1
8 コメディカルの機能	8-1 検査・診断の機能	2	3	1
	8-2 画像診断の機能	2	5	1
	8-3 薬剤管理の機能	6	8	2
	8-4 リハビリテーションの機能	4	7	1
	8-5 栄養管理の機能	3	5	2
	8-6 ME管理の機能	3	1	3
	8-7 MSW相談機能	3	2	1
9 業務管理機能	9-1 保険請求の精度	0	0	1
	9-2 医療情報管理のプロセス	3	3	3
	9-3 業務管理プロセス	7	7	7
合計		78	146	118

S指標；Structure(構造・機能)関連指標　P指標；Process(過程)関連指標　O指標；Outcome(結果・成果)関連指標

ケーター 抜粋

㊐・・臨床指標による大学病院の医療の質・安全・患者満足度に関する調査報告書　2005年5月全国医学部長・病院長会議より　2003/12/25-2004/8/31調査より　回答のあった56施設の平均値、Mは中央値

05年測定値	06年測定値	07年測定値	08年測定値	計算式・算出根拠	目標値	No.	O：アウトカム関連指標	05年測定値	06年測定値	07年測定値	08年度測定値	計算式・算出根拠	目標値
×	54	127	38			367	消化管内視鏡検査に伴う合併症率	×	0.02%	0.02%	0.54% ⇧	5/735 生検後出血2、ERCP後膵炎3	
331	239	341	346	上部42（含ESD3）下部304	㊐M137	368	内視鏡的粘膜切除合併症率	0.3%	2.9%	2.4%	2.6%	8/313	
26	28	24	30			369	EST合併症率		4.35%	4.20%	0.0%	0/30	
造設35 交換73	109	135	⇧ 162	造設55 交換107		371	PEG造設後の6ヶ月、1年生存率、早期合併症率、在宅復帰率	6月67% 1年57% 合併症40% 復帰49%	6月67% 1年56% 合併症38% 復帰48%	6月76% 1年68% 復帰49%	⇧ 6月82% 1年68% 合併症29% ⇩ 復帰56%	(07/1-08/6)59人 平均79.7歳（男28女31） 死亡退院12転院14	1年60%

た。各ベンダーから提供されるシステム単独で抽出できるものはわずかであり，必要なデータテーブルを，Access（マイクロソフト社）データベースに組み込んで抽出した。患者満足度・職員満足度は，経年アンケートにより測定した。

算出は当該部門・診療科等が行い，所定のCI表に，定義に基づき実施数（分子）と対象者数（分母）を入力し指標値を算出した。共通分母となる基礎値の算出（期間内新規入院患者数・退院患者数・のべ日数，新規患者数，外来実患者数・のべ患者数など）と算出後の点検・調整は診療情報課が行った。

(5) 評価と活用，指標項目の妥当性検証

年３回のマネジメントレビュー（７月，11月，３月）のインプット情報として，１～５月，１～９月，１～12月分の測定値を，目標値，比較参考値，前年値等と比較して評価し，目標に対しての到達と評価できる取り組み，引き上げが必要な項目や算出できていない項目の状況等について報告した。**表３**に参考値として採用したデータ・文献等を示した。適切

〔表２〕指標値を抽出・算出するデータの情報源

データベース・報告書	主な指標項目
医事システム	生存率（胃瘻増設後、癌手術後、肝動脈塞栓術後）、癌化学療法開始後生存日数、外来患者疾患別構成
オーダリングシステム	中心静脈カテーテル穿刺部位別割合、低アルブミン患者の割合・改善割合、糖尿病通院患者のHbA1c値、入院時HbA1c8%以上患者の退院6ヶ月後7%以下の割合
看護オーダーシステム	看護計画立案数、転倒アセスメント実施割合、転倒リスク別患者割合、クリパス適用割合バーサルインデックス改善患者割合
レポーティングシステム	腹部内視鏡検査・手術数、合併症数、冠血管再狭窄数
電子カルテ検索・記録レビュー	術後合併症、麻酔合併症、外来処置後合併症、カンファレンス開催数、75歳以上大腿骨頚部骨折手術後再歩行獲得者割合
DPC　E、F、様式1ファイル	DPC出現分類数、適用率、DPC別在院日数・診療単価
各部門システム	選択メニュー実施割合、透析患者DW維持割合、抗生剤耐性率
病歴DB（自）	再入院理由、退院時転帰割合、剖検数・交渉数、診療科別在院日数・患者年齢構成デバイス別感染症発生率、医療行為に関連した入院数
オペシステム（自）	腹部外科手術難易度別割合、全麻割合
アクシデントDB（自）	インシデント医師報告数、重篤事故報告数、転倒・転落数薬剤・ポンプ関連事故報告数、手術における異物残存件数
病理システム（自）	癌ステージ別生存率、癌検診における癌発見率
健診システム	判定別割合、フォロー実施割合
その他の業務管理用DB（自）	救急受け入れ数・受け入れ割合、経路別救命率、手術目的紹介数、返書記載日数
部門業務月報	ワーカーあたり相談件数・相談者あたり回数、制度利用率、患者図書室利用者数、薬剤副作用報告数、プレアボイド報告数、在宅患者死亡場所別割合
委員会・疾患チーム会議報告	褥創アセスメント・新規発生・治癒、適正輸血割合、輸血副作用報告数
出張研修報告書	学会参加・発表数
アンケート（質問紙票による調査）	患者満足度、職員満足度、禁煙外来成功率、給食満足度
定期調査	外来待時間、喫食率

DB；データベース　（自）；自院でプログラミングしたデータベース

〔表３〕目標値・比較参考値の出典

発行・発表者（掲載誌等）	引用文献・データ
全国医学部長・病院長会議（2005年5月）	臨床指標による大学病院の「医療の質・安全・患者満足度に関する調査」
日本病院会雑誌54（7）	特別講演「患者さん中心のがん医療の実現に向けて」
日本病院会雑誌55（12）	2006年日本ドック全国集計成績
日本病院会雑誌56（12）	2007年日本ドック全国集計成績
国立感染症研究所HP	感染症サーベイランス検査部門・全入院患者部門・術後感染部門
医療マネジメント学会	臨床指標の実際　海外事例
厚労省・診療報酬調査専門組織DPC評価分科会（2008/5/9）	平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」最終報告概要（案）
全日本民主医療機関連合会	2007年全日本民医連経営調査

な参考値のないものは，前年値をもとに引き上げ目標を設定した。また，測定・評価時ごとに当該部門・領域の目指す質を指標が表現できているか，測定可能かを検証し，必要に応じて整理・変更した。

3．測定値の変化と医療現場に現れた変化

4年間でCI項目数は290項目から342項目に増加し，算出率も82%から98%，うち情報システムで算出できる項目数割合は50%から60%となった。測定値に改善が見られた項目数は全体で58項目17%（S指標15，P指標30，O指標13）であった。診療科や部門に起きた変化について報告する。

(1) 消化器内科の変化～成果の可視化による質向上マネジメントの広がり

内視鏡検査および手術は上部下部あわせて年間約7000件，年々増加し需要の大きい分野である。2005年に内視鏡的胃瘻増設術（PEG）に関する実績調査（術後3週間以内の合併症調査，在宅復帰率，5年後までの生存率）を紙カルテ時代からの記録も含め調査した。その後，悪性腫瘍における粘膜切除，緊急の内視鏡検査，内視鏡的消化管止血術，その他内視鏡的処置時および処置後の合併症の把握など，次々に要望が出された。しかし処置中の中止や変更が多く，レポートへの手技記載方法等も標準化されておらず，正確なデータ抽出が困難であった。どこに，どのように記載するかを統一し，新たな導入手技はオーダー項目に設定するなど，正確に抽出でき，正確な算定ができるよう整備を図った。さらに，ネガティブアウトカムである合併症についても，発生頻度を確実に把握し対策をとるため，医師の事故報告を促すようになった。

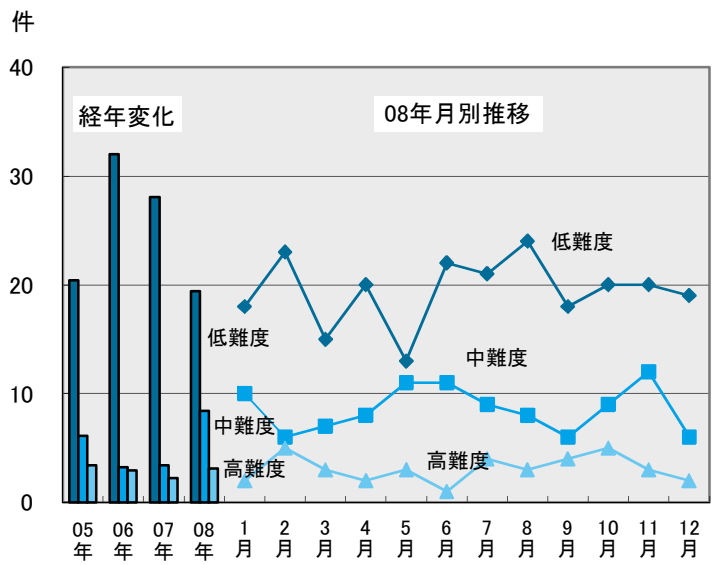
(2) 腹部外科領域～手術室更新を控えて，外科医育成のモチベーションアップ

腹部外科領域のCIは，手術難易度（消化器外科学会の修練施設プログラムによる難易度別手術の実施割合），術後在院日数，予定手術後48時間以内の再手術，手術合併症などである。長期間新たな医師の入職がなかった外科は，2006年と2007年に計3人の後期研修医を迎えたが，安全性の理由から，少し難しい手術は他施設に依頼する傾向があった。手術室建築が進み，研修医の力量があがるなかで，2005年よりもさらに中～高難度の手術に積極的にとりくむ変化がみられ（**図2**），他の診療科やスタッフを励ますものとなった。

(3) 透析室の変化～プロセスとアウトカムの相関関係に着目

透析室では，維持透析患者のコントロール目標を，

〔図2〕腹部外科手術難易度別件数推移（月当り件数）



DW（ドライウェイト；除水後の体重）の＋10%以内としている。自己管理力を高める看護アプローチを工夫してDW維持率を高めた結果，2006年には「臨時除水率」が下がり「心不全による入院」ゼロという結果が得られた。結果が測れることでプロセスの適切性が検証できた例である。

(4) リハビリテーション科 ～主観的評価から客観的定量的評価で職能発揮

リハビリテーション科の業務は，当初出力した依頼表で件数を管理しており，電子カルテに記録はしていたが，アセスメントもゴールも明確な記載ではなかった。訓練の効果については，セラピストの主観的な評価に頼っており，算出した数字は，「全部できている」あるいは「不成功が何例あった」といったスタッフの自己申告によるものだった。そこで看護記録に訓練の結果を評価できるバーサルインデックス（BI）が記載されていることを情報提供し，2007年はBIを訓練の評価に活用しそれまでの経験的な評価から客観的な評価に基づいて質を上げることが位置づけられた。2008年に在院日数短縮に寄与するリハビリの早期介入が入院医療上の大きな課題となり，業務の見直しをするなかで，看護師が評価したBIとセラピストの評価に差があることがわかり，セラピストが評価するよう変更した。コメディカル機能を高める適切な業務分担，情報の正確性，アウトカムの客観的な測定値に基づくプロセス管理へと業務の組み換えが進んだ。

4．考　　察

(1) アウトカム志向への意識変化をもたらしたもの

①ファシリテーションの重要性――業務プロセスと記録の変革

リハビリテーション科のように個人志向の強い部門，自力で算出が困難な部門に共通の課題として，算出するための業務への質的変化が困難で，指標が設定できないという状況があった。提供するケアが目指しているアウトカムは何か，何をもって達成できたといえるのかを問い，仕事の仕方，記録方法を検討するようになった。ファシリテーションが非常に重要であった。

②結果の可視化による意識変革――努力したという自己満足から成果の客観的量的評価へ

特に技術系部門で仕事量評価の傾向は強かったが，指標項目の設定段階で大きな意識変化が生まれた。O指標にこだわることで，「医療者がどれだけがんばったか」から「どれだけ患者の治療によい結果をもたらしたか」という仕事の志向性に変化をもたらした。「やれているつもりだった」ことが，他の施設との比較，過去との比較が可能となり，自位置を客観的に知ることで改善課題を認識することができるようになった。

(2) 達成の可視化，測定値および評価と職員のモチベーション

一般的に，診療内容の変化は他の診療科やスタッフにはみえにくい。外科の例のように，CIの変化を示すことで，その変化を当事者も他者も改めて実感することにつながり，さらに変化の背景を裏付ける状況が出されることで変化（前進）が確信となった。このような例は多いと思われる。努力の成果としての測定値の変化を見つけ評価する作業は重要である。測定値を評価するチームの力量，情報収集力が求められる。

(3) 患者への情報提供の質への寄与 ～インフォームドコンセントの深まり

実績に基づくリスク説明等が可能となり情報提供の質が高まった。生存率，合併症発生の頻度，感染症発生割合などは，患者への手術や侵襲的検査・処置における説明同意の際の当院の実績値をもとにした説明が可能となり，患者の自己決定の助けとなっている。

(4) 適切なCIの要件に関する考察

重要なのは，自院の目指す姿を表現しているか，活用の目的にそったCIとなっているかという点であると考える。ベンチマークのためには，一定の目指すべき水準という意味で共通の指標は必要であろう。しかし自院の医療の質向上をマネジメントするためには，各部門・領域の担当者が，目指すアウトカムを志向でき，その達成に責任をもつという，意識と行動の変容が重要であり，CIの要件として期待される。各部門の業務の結果が測定値に影響を与えることが実感できれば，参画意識や納得性は高まる

ものと考える。

設定に際しての具体的な課題としては，測定可能または，測定を前提とした業務が構築できることが重要である。実際には測定をイメージができないことも多く，データ抽出が可能となる記録方法を例示しながら，業務を見直しする視点は特に重要であり（消化器内科，リハビリテーション科の例），そのためのファシリテーションも重要である。

5．結　論

4年間の継続的算出を通して，医療の質のマネジメントに変化が生まれている。適切な指標の要件は，①目指す姿が表現されかつ測定可能または測定を前提とした業務構築が可能であること，②他施設と比較可能とするため対象母集団を特定し可能な限り比率で表すこと，③期待する結果を得るための適切なプロセスの指標化は，質改善のためより有効であること，④当該部門の納得性を高め，追求目標として位置づけられることと考える。

適切なCIを設定し継続的に算出評価することは，職員のアウトカム志向と医療の質を高めるモチベーションを高め，管理者にとっては医療・経営課題を適切に設定する根拠となることを，実践を通して再確認できた。医療の標準化のできていないわが国においては，母集団の基準をそろえての相対評価は難しく，各病院の質の向上には，いまだプロセス評価も欠かせない要素である。真に患者にとって意味のある比較可能な指標については，今後さらに研究が進められるべき課題と考える。

謝　辞

青梅市立総合病院名誉院長星和夫先生に貴重な助言をいただき，感謝いたします。

参考文献

1）医療マネジメント学会監修：『臨床指標の実際』，じほう，2005

2）田村誠ら：「政策評価における実績評価のあり方に関する研究―評価指標の見直しと評価結果の活用方法の検討を中心に―」，厚生科学研究費補助金行政政策研究分野医療技術評価研究，2003

3）長谷川敏彦（主任研究者）：「臨床指標を用いた医療の質向上に関する国際共同研究」，厚生科学研究費補助金健康安全確保総合研究　医療安全・医療技術評価総合研究，2006

4）阿曽沼元博ら：「電子カルテシステム導入が診療記録の質に与えた影響と，その結果としての医療の質の改善の評価に関する研究」，厚生科学研究費補助金健康安全確保総合研究分野医療安全・医療技術評価総合研究，2007

三次医療圏からの救急要請における新たな取り組み
（相澤モービルERの新たな展開）
Lifesaving first aid center

社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院救命救急センター
院長補佐
小山　明英
Koyama　Akihide

社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 救護・災害医療センター
センター長 兼 救命救急センター 救急科医長
上條　剛志
Kamijo　Tsuyoshi

要旨：近年，地方における病院医療の崩壊，特に救急医療の崩壊が問題となっているが，我が相澤病院が属する中信地区三次医療圏(注1)においても，比較的病院の多い松本医療圏を除く二つの二次医療圏において救急医療の受け皿となる病院が減少しており，なかにはほとんどその機能が無くなってきている地域も出てきている。そうしたなか，救命救急センターを有する当院の役割として，この状況を少しでも改善することを目的に平成20年3月より開始した当院独自の「相澤モービルERシステム」の取り組みについて報告する。

キーワード：救急患者，三次医療圏，各広域消防との連携，相澤モービルER

【所属施設の紹介】

・名　　称　社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院
・所 在 地　〒390-8510 長野県松本市本庄2-5-1
・開設（創業）　明治41年1月10日
・理事長・院長　相澤　孝夫
・病 床 数　一般病床　471床

・職 員 数　1,454名（平成21年4月1日現在）
医師(135名)，看護職系(612名)，薬剤師(24名)，診療放射線技師(32名)，臨床検査技師(53名)，理学療法士(76名)，作業療法士(42名)，言語聴覚士(20名)，管理栄養士(9名)，臨床工学技士(26名)，事務職(225名) 他
・標榜科目　内科・消化器内科・循環器内科・精神科・小児科・神経内科・心療内科・糖尿病内科・呼吸器内科・腎臓内科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・リウマチ科・放射線診断科・放射線治療科・心臓血管外科・小児外科・麻酔科・外科・整形外科・脳神経外科・形成外科・泌尿器科・産婦人科・リハビリテーション科・歯科口腔外科・救急科・呼吸器外科・消化器外科・乳腺外科・気管食道外科・内視鏡内科・人工透析内科・疼痛緩和内科・病理診断科・臨床検査科
・関連施設　相澤健康センター，地域在宅医療支援センター
・平均在院日数　12.71日（平成21年3月実績）
・1日平均外来患者数
874.0人（平成21年3月実績）
・1日平均入院患者数　447.2人（平成21年3月実績）
・病床利用率　94.9%（平成21年3月実績）
・地域支援病院紹介率
81.4%（平成21年3月実績）
・逆紹介患者率　87.0%（平成21年3月実績）
・救急車受入台数　5,484台（平成20年度実績）
・ヘリコプター飛来数　124機（平成20年度実績）
・主な実績概況　地域医療支援病院・基幹型臨床研修病院・新型救命救急センター・地域がん診療連携拠点病院・DPC対象病院・7対1入院基本料1・病院機能評価認定病院（Ver 5.0）・オーダーリング・電子カルテ導入

1．はじめに

当院が属する松本医療圏を含む中信地区三次医療圏は，中心部の松本医療圏と北アルプスを含む広域をカバーする大北医療圏と南東部の山岳地域を含む木曽医療圏からなり，大北・木曽医療圏には救命救急センターが存在せず，近年問題となっている医師・看護師不足などによる救急患者を受け入れる医療機関も減少し，二次医療圏で完結することができなくなってきている状況があり，医療崩壊状態といっても過言ではない。そのため，両地域の中間に位置する松本医療圏まで1時間以上の救急車による搬送が増加してきている。

その結果，①長時間の搬送により状態悪化が避けられない症例も多く，②救急隊による二次医療圏外への傷病者搬送は，その間の医療圏内での救急対応能力の低下を生じかねない現状があるなどの問題点が発生してきている。そのため両地域の救急医療に少しでも貢献できることを目的として，当院独自で運営する相澤モービルERシステムの取り組みについて報告する。

2．相澤モービルERの新たな展開

相澤モービルERとは，当院救命救急センターが独自に行う，救命救急医療専門チーム（救命救急センター医師・看護師・救急救命士・事務職員）による救急車両を用いた出前救急医療である。傷病者の発生現場から当院への搬送中に救急医療処置が必要な症例に対して要請直後に緊急出動することで，重症傷病者発生時より可能な限り早期の診療開始，搬送中の治療継続及び早期の根本治療準備により，救命率や社会復帰の可能性を高めることを目的としている。

相澤モービルERシステムとは，搬送に長時間を要する救急車搬送症例に対し，可能な限り搬送経路の中間地点で傷病者の受け入れを行うランデブー搬送（各広域消防本部救急隊とのドッキング）を行っている。傷病者を相澤モービルERに受け入れ直後より治療を開始しながら病院まで搬送する。相澤モービルERに搭載した医療機器等で可能な限りの診断を行い，病院での根本治療が必要な際には，搬送途中で専門科への連絡を行い，必要な治療指示を受ける。同時に病院では手術室，CT室，MRI室などの根本治療開始に向けて準備を行う。

当院では，この相澤モービルERシステムを北アルプス広域消防本部と平成20年3月より10月までの期間を試験運用とし，月・水・金曜日の13時～21時までを対応可能として運用してきた。11月以降

は曜日，時間などの制約をなくし，365日24時間の出動体制としてきている。また，木曽広域消防本部とも12月に説明会を開催，平成21年1月から運用を開始し，現在に至っている。

＊主な搭載医療機器等＝人工蘇生装置オートパルス・血液ガス分析装置・12誘導心電図伝送装置・人工呼吸器・経皮ペーシング対応AED・エコー装置・簡易手術セット及び血液製剤や輸液製剤，各種薬剤，災害対応無線機搭載。

なお，相澤モービルERの運用としては，上記の対応のほかにも地域の関係機関からの緊急出動要請に対応するとともに，DMAT活動や重症患者さまの病院間搬送（他の医療機関から当院への搬送，当院から他医療機関への搬送）にも対応している。

3．当院が属する中信地区三次医療圏の現状

松本医療圏の現状を医療機関数などから見ると，200床以上有する病院が7病院あり，入院医療の対応ができる医療機関が20病院を超える。また，救急患者受け入れについても，たらい回しになるようなケースは無い。なぜならば，「当院救命救急センターの使命として，依頼に対して，100%受入れ，断らない方針」で対応を行ってきているからである。

次に，大北医療圏を見ると，総合病院的機能を持ち，入院ができる救急医療機関は2病院のみであり，救急患者受け入れにも医師不足などにより対応が難しくなってきている。また，木曽医療圏にあっては，入院できる救急医療機関が1病院であり，大北医療圏同様，救急患者の受け入れが難しくなってきている現状が浮き彫りになってきている。

次に，救急搬送を行う広域消防署の配置数などを

表1

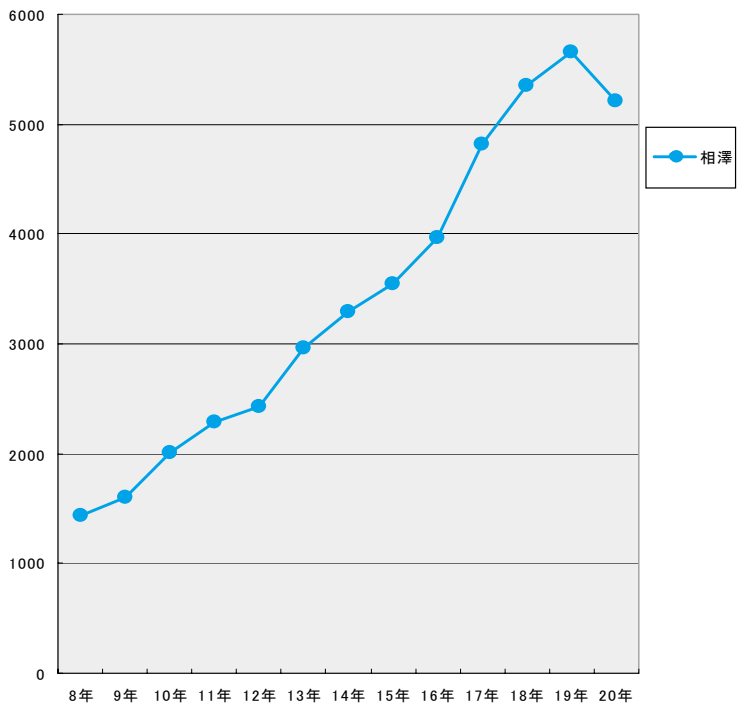
三次保健医療圏		二次保健医療圏					
	4圏域	圏域	区域	市町村数	人口（人）	面積（km²）	所在保健所
県全域	東信	佐久	小諸市、佐久市、南佐久郡、北佐久郡	11	214,455	1,571.62	佐久
		上小	上田市、東御市、小県郡	4	207,000	905.34	上田
	南信	諏訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡	6	210,885	715.40	諏訪
		上伊那	伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡	8	192,703	1,348.28	伊那
		飯伊	飯田市、下伊那郡	15	175,523	1,929.19	飯田
	中信	木曽	木曽郡	6	33,823	1,546.26	木曽
		松本	松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡	9	431,289	1,869.14	松本
		大北	大町市、北安曇郡	5	66,267	1,109.53	大町
	北信	長野	長野市、須坂市、千曲市、埴科郡、上高井郡、上水内郡	11	565,658	1,558.39	長野 長野市
		北信	中野市、飯山市、下高井郡、下水内郡	6	98,511	1,009.08	北信
県計				81	2,196,114	13,562.23	

（注）人口は平成17年10月1日現在である。

比較すると，松本医療圏では，救急車出動可能な消防署が13カ所配置されており，大北医療圏では，3カ所，木曽医療圏では，4カ所である。**表1**をご覧いただくと分かるように，人口の比較からは大北・木曽の二次医療圏の人口は少ないが，面積から比較するとその逆であり，この2医療圏は，救急搬送時間をかなり要する広域地域であることが言える。また，松本医療圏は，アクセスの面でも高速道路網などが整備されており，救急搬送活動も容易であるが，大北医療圏，木曽医療圏は，山岳地域であることもあり，アクセスの面においても恵まれていない。

長野県は観光地としても知られている県であり，大北医療圏や木曽医療圏も観光地として，年間を通じて多くの利用者が訪れる。利用者のなかには，急病を発症する中高年の方も多く，また，初夏から秋は登山者による滑落，冬から春にかけては，スキー・スノーボードの外傷患者が多い。近年，ヘリコプターによる救急患者搬送が増加してきているのもアクセスなどの利便性を考えると有効な搬送手段である。しかし，有視界飛行であるヘリコプター搬送は，日の出から日の入りまでの搬送に止まり，天候によっては飛行ができない。

表2　相澤病院への搬送状況



4．救命救急センターを軸としたこれまでの当院の取り組み

病院併設型の強みを生かし，一次から三次までの救急患者の対応にあたっている。平成14年3月29日ヘリポート開設，平成17年4月には，念願であった新型救命救急センターの指定を受け，365日24時間体制の救急医療を展開している。これまで経営者（トップ）の強いリーダーシップのもと，職員が一丸となって進めてきた急性期医療の原点がここにある。そして，北米型ERの開設，屋上ヘリポートなど，救急医療を強化するためのさまざまなハード面の整備を行ってきた。また，急性期医療を担う地域の中核的病院として，常に新しく良質な医療を行うために，機能的で活力のあるチーム医療を心掛け，地域の皆さまから信頼される病院づくりに取り組んでいる。

松本医療圏におけるこれまでの救急車受け入れ状況は**表2**のとおりであり，「救命救急センターの使命として，依頼に対し100%受入れ，断らない」こ

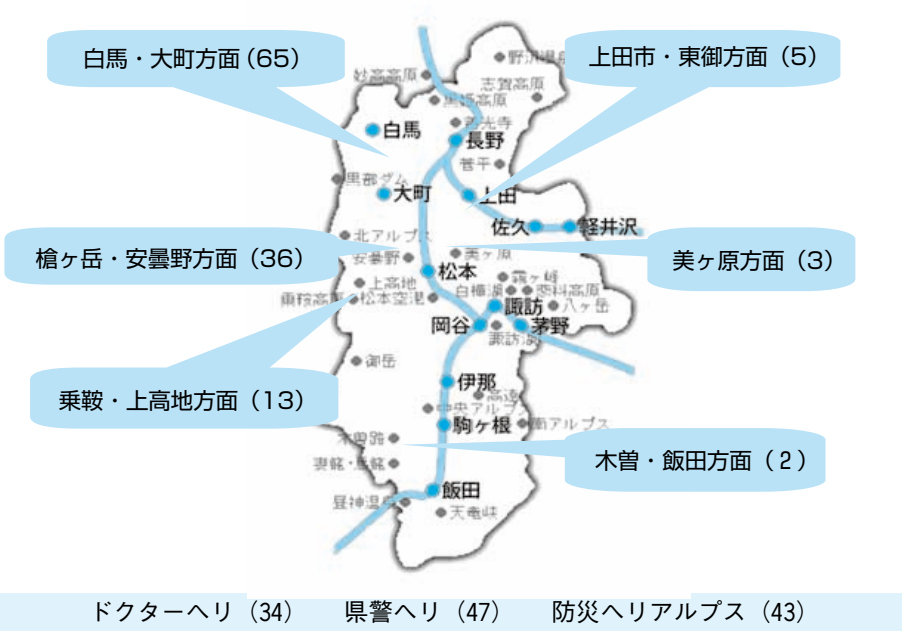
表3　当院年度別救急車受け入れ台数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	1日平均
20年度	398	449	411	490	517	434	467	475	477	505	408	453	5,484	15.0
19年度	441	493	425	481	514	492	475	510	518	417	391	428	5,585	15.3
18年度	447	441	422	438	491	423	497	454	521	464	454	480	5,532	15.2
17年度	394	375	367	430	421	406	445	405	490	478	390	417	5,018	13.7
16年度	305	296	309	327	337	295	409	341	355	358	328	434	4,094	11.2

表４　当院年度別ヘリコプター飛来件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
20年度	11	8	8	12	17	13	5	4	9	13	13	11	124	10.3
19年度	1	11	7	9	38	13	11	5	1	10	9	21	136	11.3
18年度	7	5	5	2	14	10	9	1	0	4	16	14	87	7.3
17年度	2	7	1	3	7	6	10	0	3	7	9	12	67	5.6
16年度	0	0	1	2	11	4	1	1	3	2	4	8	37	3.1
合　計	21	31	22	28	87	46	36	11	16	36	51	66	451	

表５　平成20年度 ヘリコプター搬送地域別一覧



とを確実に行ってきた証である。その結果，大都会のようなたらい回しはないのが現状である。

救命救急センターの指定を受けてから，ここ数年救命救急センターを受診する患者数は，増加しており，平成20年度は，４万人を超えている。また，救急車搬送人数の半数以上が入院をしている現状がある。**表３**以降，これまでの当院の行ってきた急性期医療に対する実績である。

５．実際の相澤モービルERの取り組み

中信地域三次医療圏からの救急車受け入れ実績は，次頁**表６**に示したとおりであり，北アルプス広域消防本部からの要請が年々増加してきており，大北医療圏での救急患者受け入れ体制が機能しなくなってきていることが推測される。

平成20年３月より北アルプス広域消防本部と開始，その後，平成21年１月に木曽広域消防本部と開始した相澤モービルERによる各広域消防本部救急隊とのドッキング実績が次頁**表７**に示したとおりであり，北アルプス広域消防本部救急隊と18件，木曽広域消防本部救急隊と４件である。なお，ドッキングの件数には反映させていないが，平成21年３月交通外傷による患者受け入れ要請があり，緊急度を考慮するとヘリコプター要請も同時進行で行ったケースが１件ある。結果は，ヘリコプターによる搬送となったため，相澤モービルERは往路途中で折り返した。

参考ではあるが，相澤モービルERを用いた病院間搬送（転入・転出・医院間搬送）も51件の実績を

表６　三次医療圏からの救急車受け入れ実績

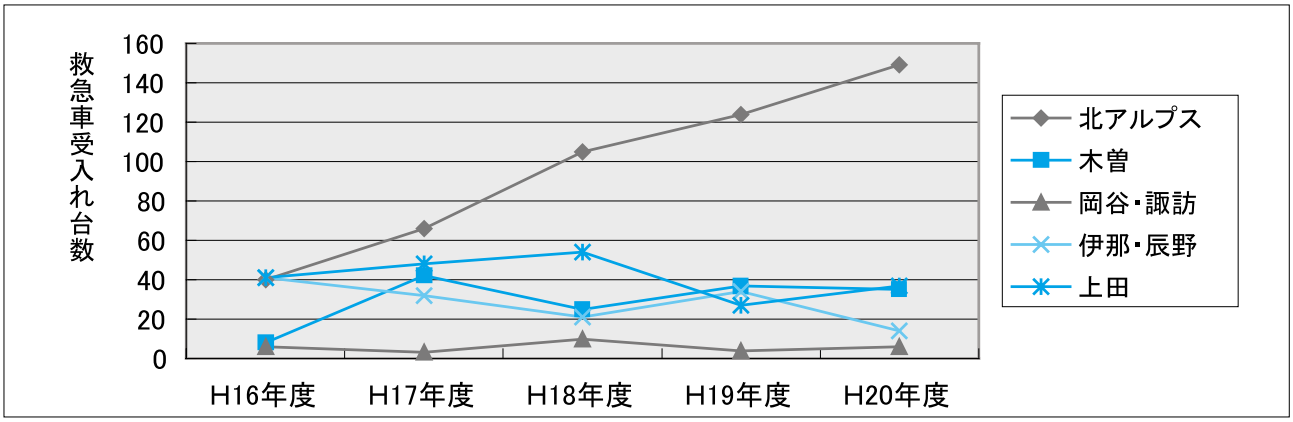
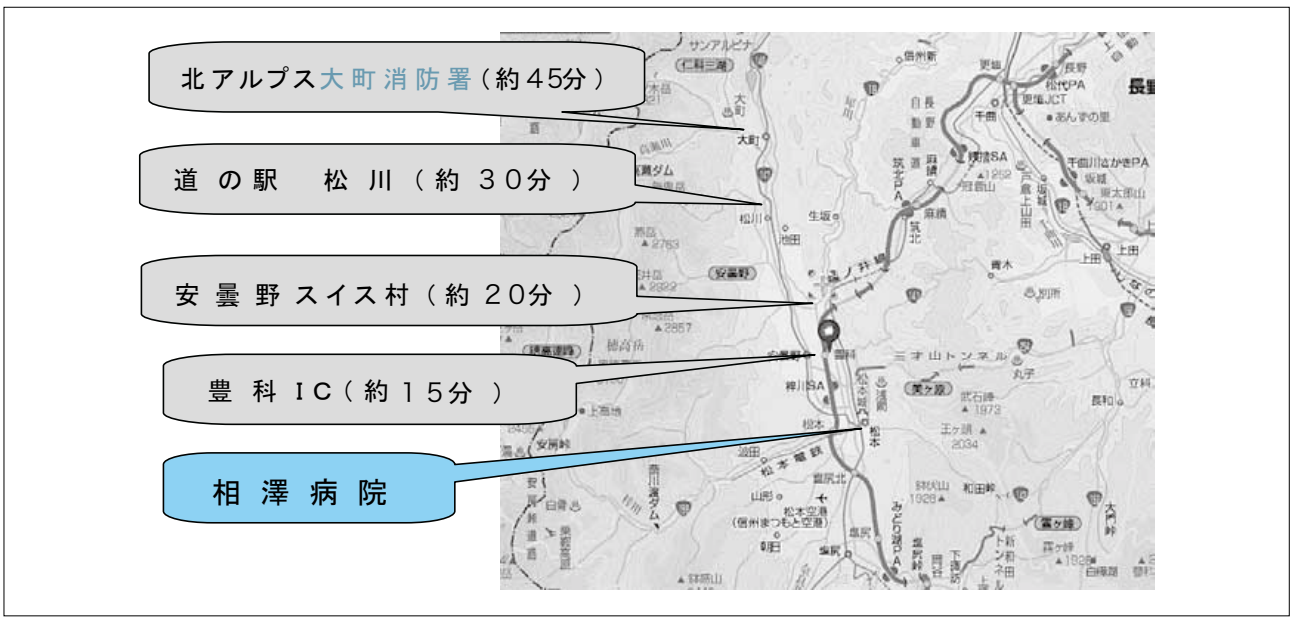


表７

H19年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年度合計	MER
北アルプス	3	6	6	7	11	9	8	7	15	14	18	20 (2)	124	(2)
木曽	1	3	3	3	4	7	2	2	1	5	6	0	37	
H20年度	**4月**	**5月**	**6月**	**7月**	**8月**	**9月**	**10月**	**11月**	**12月**	**1月**	**2月**	**3月**	**年度合計**	**MER**
北アルプス	15	9	8	8	21	6 (1)	8 (3)	5 (1)	10 (1)	22 (3)	16 (4)	21 (3)	149	(16)
木曽	7	3	2	1	5	2	1	4	2 (1)	1	4 (1)	3 (2)	35	(4)

＊（　）内は，相澤モービルERとのドッキング実績

表８



数える。

5．－1　実績を踏まえた評価・分析

1．22件の詳細を重症度別にみると，重症８名，中等症12名，軽症２名で，入院19名，帰宅３名である。経緯は，登山中の滑落，スノーボード外傷，交通事故外傷などが多く，中等症以上の患者が９割を超える。

2．相澤モービルER要請から出動までの平均時間は，３分である。

3．**表７**のH20年度１月から３月を見ると，大北医療圏及び木曽医療圏からの救急搬送総数が，67件（内ドッキングが13件）あり，ヘリ搬送も33件に

のぼる。

5．－2　ドッキングポイント紹介（北アルプス広域消防本部）

北アルプス広域消防本部救急隊とのドッキングポイントは，松本IC←→豊科ICを利用し，その後一般道を走行し，複数のドッキングポイントで引き継ぎを行っている。**表8**がドッキングポイントを示したものであり，（　）内が当院から各ドッキングポイントまでの所要時間である。

6．考　　察

1．北アルプス広域消防本部及び木曽広域消防本部とのドッキングでは，救急隊による搬送時間を短縮し，早期の治療開始を可能とし，重症傷病者の状態を安定化しながら搬送することができた。
2．病院併設型の強みを生かし，搬送中に専門科担当医に状況報告を行い，病院到着後の検査，加療，入院までに要する時間を短縮できた。
3．相澤モービルER搬送症例に基づいた症例検討会(注2)を開催することができた。また，今後の搬送においても，各広域消防本部救急隊との連携強化が大変重要であることを認識できた。
4．ヘリコプター搬送は，山岳地域である長野県にとってはとても有効な搬送手段であることは言うまでもないが，天候不良時と夜間帯は，ヘリコプター搬送に代わる相澤モービルERの出動が有効であると考える。
5．医療従事者である医師・看護師・救急救命士だけでなく，一般緊急自動車を運転する事務職員の意識も高まり，その役割の重要性も認識できたことから，茨城県にある安全運転中央研修所で開催されている「H20年度一般緊急自動車運転技能者研修（4日間）」に6名が受講し，緊急走行時の運転技術，知識などを習得し，チーム医療で救急患者搬送の対応にあたる大切さを学べた。

7．今後に向けて

国の政策などにより医療業界を取り巻く環境は激変の時代を迎えている。本来，救急患者受け入れを含めた医療体制が二次医療圏内で完結することが望ましいことは言うまでもない。

しかし，現状は医師不足・看護師不足などにより本来の二次医療圏の医療体制が崩壊をしてきている現状があり，救急患者，救急車などの受け入れも難しい地域が存在する。

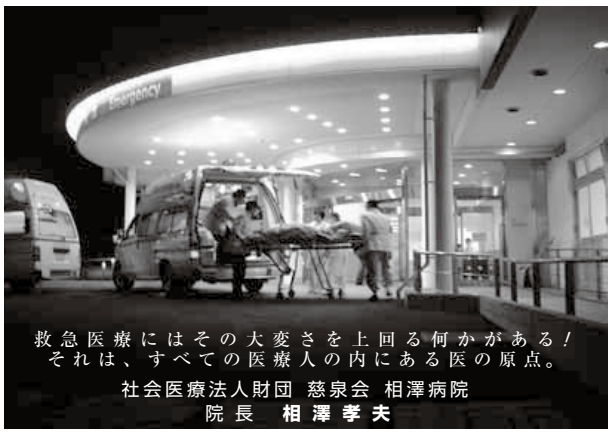
当院はこれまで一貫して，病気で困っている人ならば，とにかくまず「助けの手を差し伸べる」ことをモットーに医療を展開してきた。この意味では救急医療はまさしく医の原点であるといえる。そしてこれはどんなに医療を取り巻く環境が変わっても変わりようのない医療の本質ともいえる。

今後も，松本医療圏はもとより，中信地区三次医療圏に暮らす住民が安心・安全で暮らすことができる病院を目指し，病気で困ったときに受診できる体制，特に救急医療の受け皿となる病院として積極的な対応を心掛けていく。また，そこには，各広域消防本部救急隊との連携無くして成り立つものでないことを再認識して，情報の共有化を図り，常に，患者のためにどうあるべきかを考え連携を密に展開していく所存である。

これまでの課題として，当院救命救急センターの混雑状況により要請に対し出動できない状況や運転手手配が困難であったため，要請に対し出動できない状況がある。

今後要請に対しスムーズに対応できるよう，病院併設型の強みを生かし医師の待機体制を構築することや特に夜間帯の運転手手配について早急に検討することが必要である。

最後に，三次医療圏からの救急患者受け入れを行っていくうえで考えていかなければならない1つとして，当院までの搬送距離は従来の二次医療圏を超え，かなりの時間を掛けて来院されているだけに，医療の質・サービスの質・患者満足度向上を目指し，安心・安全な医療を提供し，当院まで来て良かったと思っていただける病院づくりを行っていくこと，



また平成20年12月には公益性が高い社会医療法人にも認定されたことを受け，救急医療における当院の果たす役割の重要性をさらに認識しつつ，積極的な対応を図っていくよう最善を尽くすよう努力する。

以上

参考資料

・長野県公式ホームページ；第５次長野県保健医療計画統計，Ｐ１・10

協力機関

・松本広域消防局，北アルプス広域消防本部，木曽広域消防本部

（注１）　三次医療圏の設定は，当道府県単位で１区域となっているが，長野県は，サブ医療圏（長野県を４圏域）を同時に設定している。

（注２）「第14回 救急隊との症例検討会」

症例３：相澤モービルERで搬送された交通外傷症例

病院までの搬送経過：北アルプス広域消防本部救急救命士

搬送から病院到着後の経過：当院看護師

治療及び経過：当院救急科医師

当院における子育て支援報告
―保育所の開設とその運営―

Our Support Programs for Children Caring of Our Employees
― Opening and Managing of Our Day Care Facility ―

社会医療法人 厚生会 木沢記念病院
総合企画部 課長
尾関　一憲
Ozeki　Kazunori

要旨：看護配置基準７対１の導入は，多くの急性期病院において看護師の獲得競争を激化させた。その結果，看護師不足，看護師の偏在を招くこととなり，看護配置基準７対１取得のための新たな看護師として，子育て中で働くことができない「潜在看護師」に注目が集まるようになった。しかし，「潜在看護師」にとって子育てと仕事の両立のためには，“子育てをしながら安心して働ける環境＝保育所”の有無が，就業選択の重要な要素となっている。また，保育所所有の有無は，病院にとっても看護師確保のための重要な要素となってきている。このような状況のなか，当院の保育所開設の経緯とその運営について報告する。

キーワード：子育て支援，保育所，潜在看護師，看護配置基準７対１，女性の雇用

【所属施設の紹介】

・都道府県：岐阜県
・開設主体：社会医療法人 厚生会
・施 設 名：木沢記念病院
・病 床 数：452床
・病床区分：一般
・診療科目：内科・循環器内科・消化器内科・内分泌代謝内科・呼吸器内科・神経内科・外科・脳神経外科・整形外科・泌尿器科・小児科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・形成外科・放射線科・放射線治療科・麻酔科・緩和ケア科・病理診断科・リハビリテーション科・救急科
・関連施設：社会福祉法人慈恵会
特定医療法人清仁会のぞみの丘ホスピタル
あじさい看護福祉専門学校
健康増進施設クラブＭ
・平均在院日数：14.3日
・１日平均外来患者数：853人
・１日平均入院患者数：403人

■はじめに

平成18年度の診療報酬改定で導入された看護配置基準７対１は，その高い診療報酬点数を目的に，多くの急性期病院が取得を目指した。当院も取得を目指した病院の１つであり，病棟閉鎖等の措置を講じることなく，既存の病床数を維持した状態で看護配置基準７対１の取得に至った。取得に当たっては，子育て支援政策の導入により潜在看護師をうまく確保できたことがポイントとして挙げられる。今回，

とくに人材確保として保育所の建築から運営に携わった経験を通し，その経緯と取り組みについて報告する。

■社会的要因

1．看護配置基準７対１のマイナス面

平成18年度の診療報酬改定で導入された看護配置基準７対１は，看護の手厚い配置により診療報酬点数を増額するものであるが，この診療報酬点数が病院経営に多大な影響を及ぼすことから，多くの急性期病院で看護師の獲得競争が激化した。国公立の有名病院が，看護師集めの全国行脚を行ったのは記憶に新しいところである。看護配置基準７対１は，看護師不足，看護師の偏在を招き，看護師確保ができなかった病院では病床数の縮小や病棟閉鎖を余儀なくされるなど社会問題にもなった。しかし，この状況は現在においても続き，看護師不足が解消される見通しは立っていないのが現実である。

2．看護師の潜在化理由と希望就業条件

厚生労働省の推計では，全国に55万人もの潜在看護師がいるといわれている。2006年に社団法人日本看護協会が実施した「潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査」によると，看護師の潜在化理由としては，１位：子育て，２位：家事と両立しない，３位：自分の適性・能力への不安と続いている。とくに「子育て」は44％と高い比率を示している。

また，「潜在看護師」の希望就業条件では，末子の年齢が０～５歳の「潜在看護師」の22.7％が院内保育所の整備，26.0％が学童保育への配慮となっている。

「潜在看護師」にとって子育てと仕事の両立のためには，“子育てをしながら安心して働ける環境＝保育所”の有無が，就業選択の重要な要素となっていることが伺える。反面，雇用する病院にとっても，保育所の有無が潜在看護師確保の重要な要素になっている。

3．女性の就業への弊害

女性の出産や育児を社会的に支援しようと「子育て支援」が叫ばれるようになって久しいが，女性を取り巻く雇用環境は派遣やパートなど非正規雇用が多く，必ずしも順風とはいえないのが現実である。子育て中の女性の場合，産休や育休終了後すぐに職場復帰することは難しい。親との同居により子供の面倒をみてくれる協力者がいる場合はそれも可能であるが，昨今の核家族化ではそれもままならない状況にある。子育てをしながら働くためには，子供を保育所に預けることになるが，収入の大半が保育料として支出されることになると，働くことによる経済的なメリットは生まれてこない。

4．追いつかない公的支援

国民生活白書によると，夫婦共働き世帯は1,013万世帯を占め，男性片働き世帯を逆転した。共働きで生計を維持している一般家庭において，リーマンショック以降の世界同時不況は，夫の賃金カットや派遣切り，リストラなどを招き，妻が働かざるを得ない状況下になった。とくに子育て中の家庭においては，夫の収入減少を理由に求職する子育て女性が増加し，保育所への入所希望者が急増している。しかし，認可保育所への入所は希望者が多く，待機児童が増加し入所させることができない状況にある。急激な保育所需要に自治体の支援が追いついていないのが現実である。

■当院の状況

当院は，二次救急を行っている地方の中核病院である。関連施設に看護専門学校（３年課程）を有し，そこから毎年30名程度が入職していることから，ある程度の看護師確保はできてきた。しかし最近では，近隣における看護大学の設立や高校生の看護大学への進学傾向の増加に伴い，入学者数は減少しており，今後恒久的に関連看護学校から看護師を確保することは難しくなると想定される。教育研修体制の充実，勤務体制（夜勤や人員配置など）の工夫などの取り組みや，新人看護師の確保努力は継続して行っていくにしろ，新規採用以外の看護師をいかに確保するかが病院経営上での重要な課題になっている。

当院も看護配置基準７対１の取得に当たり，「潜在看護師」の雇用は欠かせないとの考えから，平成18年１月に子育て支援の方針が打ち出され，子育て支援プロジェクトチームを発足させた。保育所所有の有無が潜在看護師，女性医師の獲得と，在職女性看護師の離職防止に繋がることから，子育て支援の

最重要課題を保育所の開設とした。子育て支援として他にも，育児短時間制度や親子で参加するバス旅行なども実施し，離職防止にも効果を表してきている（**表１**）。

表１　看護師の子育て支援制度の利用状況と離職率の推移

育児休暇取得者数	
平成15年	6.8人（1.8%）
平成20年	15.5人（3.3%）
育児短時間制度利用者数	
平成20年	14人
離職率	
平成17年	9.4%
平成18年	10.3%
平成19年	9.0%

■保育所開設の意義

１．院内保育所の概要

潜在看護師（子育て中の看護師）を職場復帰させるために一番重要なことは，「子育てをしながら安心して働ける環境」が整備されていることである。すなわち“子育てをしながら安心して働ける環境＝働く人が利用しやすい保育所の設置”ということになる。とくに病院の場合，夜勤など一般企業とは異なる勤務体系となっているため，それに対応した保育体制を整備することが求められる。当院では，近郊の保育所を利用している職員に保育手当を支給していたが，夜間や休日には対応していなかった。これらに応えることが，安定した看護師確保に繋がるとの考えから，24時間保育対応型の院内保育所を設置した。保育所の名称も単なる○○保育所とせず，子育てを総合的に支援したいとの考えから，“あじさい子育て支援センター”とした。

当初，保育所の設置に当たっては病院の敷地内での建築を検討したが，建築スペースを確保できなかったため，病院から徒歩３分の所有地に新築した。建築に当たっては，臨床研修医宿舎も必要であったことから，保育所と研修医宿舎の複合型の建物（１～２階：保育所，３～４階：研修医宿舎）とした。ただし，研修医宿舎と保育所の出入口は分離し，双方に支障がないよう配慮した。保育所部分の建築面積は１階と２階を合わせ353.82㎡である。なお，保育環境の良さも安心して働けることへの要素となることから，床暖房の設置や玄関脇を吹き抜けにするなど開放感と採光も考慮した（**図1**，**図２**）。

図１　保育所概観

図２　保育所内（プレールームと吹き抜け）

2．保育所の運営

保育所の運営に当たっては，保育士を含め全てを外部委託する方法と保育士を直接雇用する方法があるが，当院では外部委託ではなく新たに保育士を直接雇用した。外部委託の採算性の検討も行ったが，保育士の直接雇用は，預ける看護師にとって“職員が職員の子供をみている”という安心感と利便性があげられる。現在，常勤保育士８名を採用している。

また，保育所への入所対象者は看護師に限定せず，職員の子供とした。看護師のほか，医師やコメディカル，事務も利用している。対象年齢は０歳児から就学前までの児童とし，定員は30名とした。

3．利用者

表２は平成20年の保育所の利用者数を示したものである。平成20年では１日平均15名が利用している。**表３**は新規入職者のうち保育所を利用している者を示したものである。とくに平成19年は看護配置基準７対１取得に向け，保育所が完備されていることをPRして募集を行った結果，10名の女性看護師が保育所の完備を理由に入職している。保育所は平成19年４月に開設しており，平成19年１月～３月入職の２名も，４月以降に保育所が利用できることを理由に入職している。女性医師も２名が利用し，利用しやすい院内保育所が完備されていることは，

表２　保育所利用者数

（人）

区分		延保育乳幼児数					開所日数 ②	一日平均保育乳幼児数 ①／②
		０歳	１・２歳	３歳	４歳以上	計 ①		
平成20年実績	１月	8	296	37	0	341	23	15
	２月	7	364	65	0	436	24	18
	３月	0	357	60	0	417	25	17
	４月	0	338	0	0	338	25	14
	５月	0	336	0	0	336	24	14
	６月	20	310	16	0	346	25	14
	７月	22	311	27	0	360	26	14
	８月	15	277	52	0	344	26	13
	９月	18	329	58	0	405	24	17
	10月	0	397	70	0	467	26	18
	11月	0	288	66	0	354	23	15
	12月	5	356	68	0	429	25	17
	計	95	3，959	519		4，573	296	
	年齢別保育乳幼児（１日当たり平均）	0 ③	13 ④	2 ⑤	⑥	15 ③+④+⑤+⑥		

表３　新規入職者数のうち保育所利用者の内訳

（人）

期間	職　種			合計
	看護師	医師	医師事務補助	
平成19年１月～平成19年３月	2			2
平成19年４月～平成20年３月	10		1	11
平成20年４月～平成21年３月	3	1	1	5
合計	15	1	2	18

女性看護師，女性医師の就職条件の大きな要因になっているといえる。

4．利便性

職員が利用しやすいことが一番重要である。保育料は月額15,000円を上限として設定している。利用者がフレキシブルに利用できるよう月極め以外に１日単位（1,000円）や半日単位（500円）での託児も可能とした。病院業務の性質上，規定の託児時間を過ぎるケースが出てくるが，延長保育料は徴収していない。また，必要に応じて24時間保育や休日保育に対応する体制をとっている。

5．収　支

保育所の設置に当たっては，財団法人21世紀職業財団が行っている「事業所内託児施設助成金」制度を利用した。当院は新築で保育園を設置したため，建築費用の２分の１（支給限度額2,300万円）と遊具代（支給限度額40万円）が助成された。また，託児する人数，開所日数などの条件により異なるが，運営費も助成を受けることができる。

表４と**表５**は平成20年の保育所の収入と支出の内訳である。もっとも経費を要しているのは保育士

表４　収　入

（円）

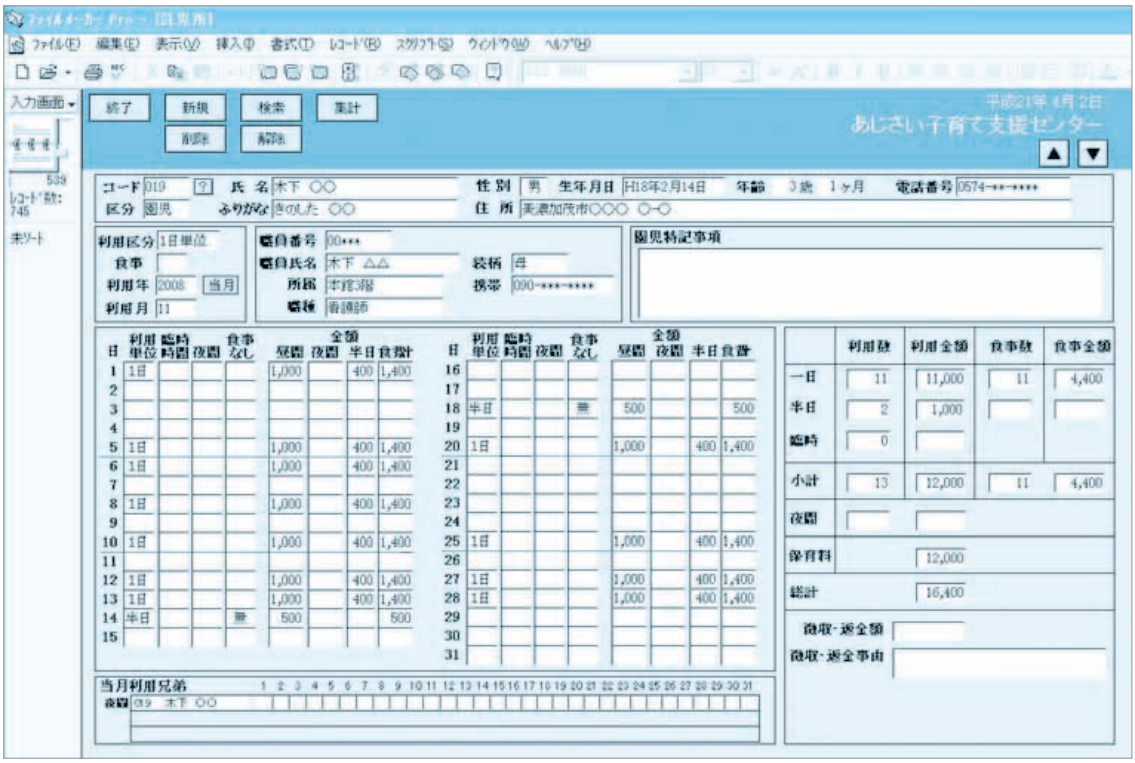
平成20年	金額	月平均
利　用　料	4,198,700	349,892
食　事　代	1,920,011	160,001
助　成　金	6,890,000	574,167
合　　計	13,008,711	1,084,059

表５　支　出

（円）

平成20年	金　額	月平均
人　件　費	23,981,488	1,998,457
福利厚生費	335,146	27,929
水道光熱費	1,501,284	125,107
消 耗 品 費	349,725	29,144
図　書　費	14,500	1,208
職員被服費	56,970	4,748
保守委託費	327,600	27,300
保　険　料	110,920	9,243
そ　の　他	1,560,988	130,082
合　計	28,238,621	2,353,218

図３　保育管理システム



の人件費であるが，平成20年の運営助成額は689万円となっており，これは保育士２名分の給与に相当する。経済的にも利用価値は十分にあると考えている。しかし，採算はとれておらず，病院の負担はまぬがれない。費用対効果は看護師確保と子育て支援の社会的責任をどのように考えるかによる。

６．登園管理

職員にとってフレキシブルに利用できる反面，保育士にとっては管理が難しくなる。月極めで預けている場合は保育料が算出しやすいが，大方の看護師の場合，休日が不規則であることと，前述した１日単位や半日単位の保育も加わることから，一般の保育所に比べ園児の管理が煩雑になってしまう。それに加え，保育料，昼食代，おやつ代を園児個々に管理しなければならない。そこで，園児の登園記録をパソコンで管理できるよう，市販のデータベースソフト（ファイルメーカーPro）を用いて保育管理システムを作成した（**図３**）。システムには，園児の基本情報，職員情報，登園情報などを入力し，月毎の利用状況一覧や園児個々の利用状況も出力できるようにした。また，保育料は給与天引きであるため，給与システムにデータとして取り込みができるよう，CSVデータとして出力する機能も設けた。これにより，給与システムへの入力作業の削減や入力間違いを防いでいる。なお，システム化は独自で行ったため，ソフト作成費用等はかかっていない。

■結　　論

院内保育所の開設により，

①潜在看護師の雇用が可能となり，看護配置基準７対１取得の１要因となった。

②在職女性看護師の離職防止に繋がった。

③女性医師の雇用においても有効であった。

④社会的な要請にも応えることができ，企業としてのイメージアップにも繋がった。

■ま と め

子育て支援は，近年社会的にもクローズアップされており，公的機関のみならず，一般企業にもその役割が求められてきている。折しも不況下の日本においては，家計の収入減少を理由に求職する子育て女性が急増し，保育所の待機児童も増加している。女性看護師が多数を占める病院の性格上，子育て支援を行うことは社会的役割を果たすことと同時に，経営上の安定を図ることにつながる。保育所の開設は「看護師としての労働力を確保する」ことと，「企業として子育て支援への社会的責任を果たす」ことがうまく合致した結果となった。昨今の雇用不安のなか，１企業として女性の雇用創出の一助となることができたと考えている。しかし，保育所運営には多額の経費が必要であり，今後も保育所を継続して運営していくには，本来業務である病院運営において効率化を進めて健全な病院経営を引き続き行っていかなければならないと考える。

参考文献

・『木沢記念病院年報(16号)』，p.141－p.146，2008年７月１日，木沢記念病院

・ニュースリリース；潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査結果，p.1～p.11，2007年３月26日，社団法人日本看護協会

医学史の旅―トルコ④

星　和　夫
青梅市立総合病院 名誉院長

アナトリア地方
Anadolu Bölgesi

図1

アンカラの都市はアナトリアの中央部に位置し，標高850mの広大なアナトリア高原の東端にあります。大都会のイスタンブールを後に，いよいよ地方（東洋側）の旅へ出ます。まずは人類の文明の発祥地アナトリア高原地方です。

旧約聖書創世記によれば，昔々，神の怒りによって大洪水が起こった時，ノアの一族だけが乗った箱舟がたどり着いたのがトルコの東部，ソ連との国境に近いArarat（アララット）山（5,165m）ということですから，このアナトリア地方は，さしずめ箱舟が漂った大洪水の場所ということになります（図1）。

■首都アンカラ（Ankara）

アンカラは，アナトリア高原の中央にあり，夏は暑く乾燥し，冬は寒く，水質は悪い実に住みにくい土地ですが，交通の要衝にあり天然資源も豊富なため，青銅器時代のハッティ文明から始まり，紀元前2000年のヒッタイト，フリギア（紀元前10世紀），リディア，ペルシアに受け継がれ，ケルト人がアンカラに最初の首都をつくり上げました（紀元前3世紀）。その後隊商たちの重要な交易地として栄えましたが，19世紀までにその重要性は次第に失われていきました。しかし，1923年，アタチュルクがトルコ共和国を建国し，初代大統領となった時，ここを首都と定め，再びよみがえったのです。

★アタチュルク廟（Anit Kabir）

長さ260mに及ぶ大理石の参道にはライオンの像が並び，中央にアタチュルクの廟（図2）があります。回廊内の博物館には彼の遺品が陳列されています。

図3：アタチュルク

ムスタファ・ケマル・アタチュルク（Mustafa Kemal Atatürk，1881－1938）（図3）は，トルコ共和国の創

図2：アタチュルク廟

図4：アナトリア文明博物館

図5：メドゥーサ

設者であり初代大統領で，「トルコの父」と称され，国の抜本的改革の成功と実績を収めた偉大なる人物です。彼は，1915年ダーダネルス（ガリポリ）の戦いで兵士の中の英雄として登場し，リーダーとなり，1920年代には多くの侵略軍の攻撃に対し大勝利をおさめ，国の独立へ向け導きました。これで600年間続いたオスマントルコ帝国に終わりを告げ，初代大統領となり，死去するまでの15年間，多くの改革を徹底的に導入しました。

アタチュルクの8つの基本改革とは，法律，社会，経済，言語，女性の地位，教育，文化と芸術などの改革と「内に平和，外に平和」という政策でした。

こぼれ話

アナトリア地帯は乾燥地帯ですので，とても喉が渇き，アイスクリームなどが欲しくなります。トルコのアイスクリームはドンドゥルマ（Dondurma）（凍らせたものの意味）と呼ばれ，独特な粘りがあります。これは山羊のミルクに砂糖といろいろな植物の根から出る粘液を混ぜて造るためで，お店で買うときに，店員がこれを突く，捏ねる，ひっくり返す，わざと落とすフリをするなど，パーフォーマンスが面白いのでぜひお試しを！

★アナトリア文明博物館
（Anadolu Medeniyetleri Müzesi）

ビザンチン時代のアンカラ城の二重の城壁が残る丘の上に，考古学博物館（ヒッタイト博物館）（図4）があります。昔はキャラバンサライ（隊商宿）だったものを改造した面白い建物です。展示されているものはアナトリアからの出土品で，主として青銅器時代やヒッタイト文明（紀元前2000－1200年）の出土品です。

ここの玄関の左側の花壇の中に，高さ1mくらいのメドゥーサの頭の白い彫像（全体が顔と頭で，頭には太いウネウネした毛が生えている）（図5）があります。我々医学の領域では，肝硬変症の際の腹壁症状としてCaput Medusaがありますが，“ああ，これがかのメドゥーサの頭か”としみじみ眺めた次第です。

このメドゥーサの頭の彫像は，すでに述べたイスタンブールの地下宮殿やアフィヨンの博物館の石棺，エペソスの遺跡のHadrianus（ハドリアヌス）帝（紀元2世紀）の神殿の入口の門の上，エペソスの考古学博物館の床，ディディムのアポロンの神殿跡など，トルコではいたる所で見られますが，ここでひとつメドゥーサの物語を述べておきましょう。

★メドゥーサの物語

ギリシア神話によれば，昔々Gorgon（ゴルゴーン）と呼ばれる3人姉妹の怪物がいました。一番末娘のMedusa（メドゥーサ）は，歯が猪の牙のように大きく，舌は飛び出し，髪の毛の1本1本が蛇でできていて逆立つという，実に醜怪な顔をしていました。彼女はもともとはとても美しい少女で，とくに頭髪には自信をもっていました。しかしアテーナーの女神と美を競い，おまけに海の神ポセイドーンの求愛を受けた時，アテーナーの神殿で交わったためアテーナーの怒りを買い，醜い顔にされ，自慢の頭髪は蛇にされてしまったのです。

このメドゥーサは“その顔を見た人間をみんな石にしてしまう”という魔力をもっていました。この怪物退治を命じられたのが，かの英雄ペルセウスです。彼は母親のダナエーとある島に住んでいましたが，その島の王様がダナエーを見初め，邪魔な息子のペルセウスを何とか追い出そうとして，彼にメドゥーサ退治を命じたのです。

ペルセウスは「かくれ帽子」を借り，鋭い剣と青銅の楯をもって眠っているメドゥーサに近付き，その顔を直接見ないように青銅の楯にその姿を写して見ながら，首を切り落としました。その傷口から生まれたのが空飛ぶ天馬ペーガソスで，後にオリュムポスへ行ってゼウスの雷を運ぶ役を務めますが，この地上ではガソリンスタンドの看板にその勇ましい姿を見せていますね。

このメドゥーサがあちこちで見られたのは，これを入口に置くと，悪者が入ってきた時ににらみつけて石に変えてしまい，魔除けになると信じていたからなのです。そもそも，Medusaという言葉の元になったギリシャ語のmedousaは，“番をする女”という意味なのです。

図6：カイセリ城内の市場

図7：ゲヴヘル・ネシベ医学歴史博物館

アンカラには，このほか3世紀にローマのカラカラ帝がつくったローマ式大浴場跡などもあります。

■カイセリ（kayseri）

アンカラからバスで約5時間，イスタンブールから飛行機で1時間25分で中部アナトリアのカイセリへ着きます。ここは，昔，カッパドキア王国の首都として栄えた所で，現在も城砦が市内に残る商業の中心都市です（図6）。カイセリの名は，ラテン語の「皇帝の街」を意味するCaesarea（カエサレア）に由来します。

★ゲヴヘル・ネシベ医学歴史博物館
（Gevher Nesibe Tip Tarihi Müzesi）

この施設（図7）は，近くにある神学校と合わせて正式にはGiyasiye ve Sifaiye Medresseと称されて

図8：旧病院玄関

図9：獣医学の冬の教室

図10：イスラム時代の診療風景

図11：当時の外科器具

いました。Giyasiyeはアナトリアとヨーロッパを通じて最初の医学校となった建物の名前，Sifaiyeは病院，Medresseは神学校です。この2つの建物は通路によって結ばれています。

病院はセルジュクトルコの統治者Giyaseddin Keyhüsrev Ⅰ世の病死した娘の遺志により，1206年に建てられたものです。病院は1982年以来博物館となっています。

病院のメインゲートは典型的イスラム風装飾が施された立派なもの（図8）。中庭に入ると，右手に女王の石棺が置かれ，左手は診療部門，内部に古代から医療のシンボルであった蛇の像が飾ってあります。院長室，薬剤室，手術室，浴場なども備わっており，また獣医の診療室まであります。精神科病棟はほぼ完全に残っており，興味深いものがあります。

付属の医学校の施設も実に立派なもので，冷暖房もなかった当時の工夫として，風通しのよい夏の教室と暖かい冬の教室と別々に用意されているのには驚かされます（図9）。また当時の診療風景を描いた貴重な絵（図10）や当時の外科器具（図11）などの資料もかなり展示されており，医者として誠に興味深い所です。

1956年に「Medical Center，Kayseri」という名前で発行された切手（図12）は，同センターの創設750年記念に発行されたもので，「アナトリア地方における最初の医学校と病院」となっており，図案は建物全体を俯瞰した比較的地味なものですが，行ってみると，昔のイスラムの病院の内景がそっくり保存されており，我々医師としてまことに興味ある所です。世界的な観光地カッパドキアから1時間ですから，ぜひお立ち寄りを。

図12：カイセリ医学センターの切手

ようこそ日本病院会へ

新入会員の紹介

（同院は平成21年12月の本会入会）

医療法人 禎心会
新札幌恵愛会病院
札幌市厚別区大谷地東5－5－35号　TEL 011-893-7000
病院長 八十島（やそしま） 孝博（たかひろ）

消化器疾患の診療を中心に，地域に密着した医療を展開しています。

■はじめに

当院は札幌市内の南東部に位置する副都心新札幌の属する厚別区にある病院です。

地下鉄，JRからの便も良く，北海道の玄関口新千歳空港と札幌中心部のちょうど中間に位置しており，アクセスが非常に良い場所にあります。

消化器疾患，特に消化器がんの治療を中心に地域に密着した医療を展開しております。

■がん治療について

当院のがん治療は，ガイドラインに準じた標準治療をまず検討します。

内視鏡的あるいは外科的な手術療法は消化器良性・悪性疾患を中心に年間約300例実施しております。

進行・再発がんには，標準治療のほかに，補助療法として温熱療法（ハイパーサーミア），副作用の少ない化学療法，免疫療法（活性化リンパ球療法やがんワクチン）を併用しながら，がんの増減を指標とするのではなく，副作用を極力抑えた，気持ちのいいがん治療を目標としています。

温熱・免疫・微量化学療法は，がんに対する直接効果のほかに，QOLを高める緩和療法としても効果が期待できる併用療法です。

また，セカンドオピニオン外来も行っており，広くがん患者様からの相談にも応じております。

■地域に必要とされる医療機関をめざして

当院はがん治療のほか，血液透析や総合診療外来の開設，人間ドック，健診等にも積極的に取り組んでおり，地域に必要とされる医療機関を目指して，日々努力しております。

■病院案内

住　所：北海道札幌市厚別区大谷地東5丁目5番35号
電　話：011－893－7000
Ｆａｘ：011－893－8808
ＵＲＬ：http://www.teishinkai.jp

経営管理と統計

茨城県立医療大学 教授
病院経営管理士教育委員会 委員
「統計概論」講師
中村 洋一

2009年に新しいカリキュラムとなった「病院経営管理士通信教育」では，経営管理科目として「統計概論」が新設された。辞書によると，統計とは「集団における個々の要素の分布を調べ，その集団の傾向・性質などを数量的に統一的に明らかにするすること。また，その結果として得られた数値。」（広辞苑，第四版）とある。ここで，前者はデータに対する「統計調査法」もしくは「統計的方法」の適用であり，後者はその結果による「統計資料」を意味する。経営管理には，この両者が車の両輪のように必要とされている。

統計的方法は，バラツキのあるデータに潜んでいる何らかの傾向を把握し，その結果を予測などに役立てるための手法である。したがって，バラツキのあるデータに基づく意思決定のための重要なツールである。しかし，その理論的背景である数理統計学は，確率を利用した応用数学的な側面があり，少々分かり難い。記述統計は，比較的簡単な数式を使ってデータを平均値や割合などに要約する手法で日常的によく使われる。一方，ネイマン－ピアソン流の統計的仮説検定などの推測統計は，確率分布をもとにして推論を進めていくため，その基本概念からして論争のあったところでもあり，難解である。統計数理研究所長だった林知己夫先生は「ぼくはいまだに少なくとも検定論は良く分からないんです。」（『行動計量学』，31（2），107－124，2004）と述べ，複雑な現象を理解するためには「データを通してものをみよう」という考え方の「データの科学」を提唱した。

戦後，日本の製造業は米国の指導のもとで品質管理（QC，Quality Control）に取り組み，特に統計的品質管理（SQC，Statistical Quality Control）によって製品の品質が格段に向上した。統計的品質管理では，データの中心的な位置としての平均値やバラツキの指標としての標準偏差などの統計的な数値をもとにして，製品の品質を一定のバラツキの範囲内に管理するものである。病院でも臨床検査部門などにおいて，測定した検査値の精度管理などに活用されている。また，毎日，バラツキのある外来患者数や在院患者数について，１日平均外来患者数や１日平均在院患者数として，前月や前年同月と比較するなど，日常的に統計が使われている。さらに，DPC を導入している病院では，平均在院日数が従来にも増して重要となり，その点数の設定には平均在院日数とともに，標準偏差や25％値が使用されている。

最近では，電子カルテシステムなどによって，ほとんどの診療情報が日常的に電子化されつつあり，病院でも膨大な量の電子データが蓄積されている。病院経営の実態は，この蓄積されている電子データのなかにある。このような時系列の履歴データに対しては，データマイニングといわれるツールにおいて，いろいろな解析手法が提案されている。しかし，これらの手法も従来の統計的方法に置き換わるものではなく，病院経営に関わる者が基本的な統計のスキルを持ってデータを見ることは重要であると思われる。

平成21年度 第8回 定期常任理事会 議事抄録

日　　時　平成21年11月28日(土)　午後1時～5時10分
場　　所　社団法人 日本病院会　5階会議室
出 席 者　**(会長)** 山本　**(副会長)** 池澤，佐藤，堺，大井，村上，宮崎(忠)
(常任理事) 林，宮﨑(瑞)，石井(映)，木村(壯)，末永，武田(隆)，中島，安藤
(監事) 柏戸，中川，石井(孝)
(代議員会議長) 加藤　**(代議員会副議長)** 野口
(参与) 行天，高久，鴨下，宇沢，久常，武田(純)，渡辺
(委員会委員長) 宮下，高橋，関口，岡留，星，有賀，佐合，大道(久)
(支部長) 西村，福田，細木，福井，髙野　**(理事)** 﨑原
総勢41名の出席

佐藤副会長の議事進行により会議に入った。

開会にあたり，山本会長が開会挨拶を述べた後，会議定足数として，定数24名中，出席15名，委任状9通，計24名（過半数13名）で会議が成立しているむねの報告後，議事録署名人に中島豊爾，武田隆久，両常任理事を選任した。

〔承認事項〕

1．会員の入退会について

前回の役員会後の会員移動として，正会員の入会2件，賛助会員の退会1件について諮られ，いずれも承認された。

〔正会員の入会2件〕
①(北海道) 医療法人 シオン山鼻北病院（会員名：小笠原篤夫理事長）
②(愛知県) 医療法人　南豊田病院（会員名：鈴木克宏理事長）

〔賛助会員の退会1件〕
①(東京都) D会員・伊藤典子

(平成21年10月24日現在)
・正会員　2,641会員　　・特別会員　241会員
・賛助会員　240会員（A会員99，B会員106，D会員35）

2．関係省庁及び各団体からの各種依頼等について

下記依頼事項について審議した結果，依頼を承認した。

(継続：後援・協賛名義使用)
①第14回日本医業経営コンサルタント学会の後援名義使用
②第6回ヘルシー・ソサエティ賞の後援名義依頼
③第19回シンポジウム（医療関連サービス振興会）の後援名義使用
④第13回国際福祉健康産業展（名古屋国際見本市委員会）の協賛依頼
⑤第2回臨床研修病院事務担当者講習会（卒後臨床研修評価機構）の後援名義使用
⑥バリアフリー2010（大阪府社会福祉協議会）の後援名義使用

(基金支援の継続)
①産業廃棄物処理推進センター基金への出えんについて

四病協が4年前から行ってきた産業廃棄物処理推進基金の出えんについて，環境省から来年度も継続してほしいとの依頼があり，検討の結果，各団体で50万円ずつ出えんをすることが承認された。22年度については，不法投棄件数及び投棄量の低下を考慮して，改めて計画をつくり直して基金を

依頼したいということである。

3．第２四半期の会計報告及び監査報告について

まず池澤副会長より会計報告が行われた。平成21年度第２四半期７月１日から９月30日までの収支計算書の説明として，収入の部は当期の収入合計は8,287万939円，収納率は70.24％であり，正会員会費収入，賛助会員会費収入，通信教育の受講料，臨床研修指導医養成講習会など４セミナーの参加料等である。認定・指定料収益，雑収益の診療情報管理教育問題集販売分配金については，予算上は受講料収入として一括計上されていたが，新公益法人会計基準への移行に伴い公認会計士の指導により分離計上とした。

支出の部では，共通（事務諸費）部門については過去の事業報告書をPDF化し，その経費を支出した。保険料，顧問料，会議費，委託費，支払手数料については予算上雑費等に一括計上していたが，新公益法人会計基準への移行に伴い，公認会計士の指導により新たな勘定科目を設けて分離計上した。委員会部会活動については，小委員会，作業員会を含めて52回開催し，その費用を計上しており，ニュース発行は５回，雑誌発行は３回，発行した費用を計上した。人件費については新公益法人会計基準移行後の配賦係数が定まっていないため，年度末にまとめて配賦する予定である。インターネット運営費は，新たに支払リース料の勘定科目を設け，予算上で印刷製本費，消耗品費に一括計上されていたものを分離計上した。日本病院団体協議会関係費については，日病協，中医協関連の費用と，医療安全共同行動アンケートに係る費用を支出した。四病院団体協議会では小委員会を含めて10回開催し，その費用を計上した。学会助成では第35回日本診療情報管理学会の助成金を支出した。その他助成及び負担では，日本医療研修財団，日本救急医療財団等の年会費を支出しており，支払助成金のマイナス５万円は勘定科目の振替処理である。理事会費は熊本で開催された日本病院学会併設の理事会開催に係る諸費用を計上した。通信教育は，診療情報管理士の北海道，福岡等で開催されたスクーリング，東京，大阪，北海道，愛知等で開催されたコーディング勉強会，病院経営管理士のスクーリング等に係る費用が計上した。図書購入費，光熱水道費，事務所支払家賃，支払リース料，委託費等は，今年度新たに設けた勘定科目である。セミナーは，臨床研修指導医養成講習会，医療安全管理者養成講習会，病院長・幹部職員セミナー，事務管理者研修会開催に係る費用を計上した。統計情報調査は，平成20年度病院経営実態・分析調査報告書の購入費用を支出した。以上により，当期支出合計は２億5,978万154円となっている。

上記の説明に続いて中川監事が監査報告を行った後，平成21年度第２四半期の会計報告を承認した。

4．人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

下記施設の指定を承認した。

（新規認定施設３施設：Ver.2／2009年11月28日～2014年３月31日）

①愛知県　独立行政法人　労働者健康福祉機構　中部労災病院

②福岡県　医療法人財団　博愛会　人間ドックセンター　ウェルネス大濠

③京都府　医療法人社団石鎚会　田辺中央病院

（更新認定施設２施設：Ver.2／2010年４月１日～2015年３月31日）

①岐阜県　朝日大学歯学部附属村上記念病院　総合健診センター

②東京都　北里大学　北里研究所病院

5．診療情報管理士認定試験受験校の認定について

（１）　賛助会員入会申し込みについて

下記施設の指定を承認した。

①香川県　学校法人穴吹学園　専門学校穴吹医療カレッジ

〔報告事項〕

1．各委員会等の開催報告について

日本病院会関係の下記委員会等の報告が行われ，

了承された。

（1） 日本診療情報管理学会　第3回診療情報管理士業務指針WG（10月30日）

大井副会長より，ワーキンググループでは，まだいろいろなことを討議中であるが，ほぼ形が煮詰まってきており，具体的な活動に入る予定であるとの報告があった。

（2） 日本診療情報管理学会　第2回国際疾病分類委員会（11月6日）

大井副会長より，委員会では厚生労働科学研究事業の件，ICD室より依頼のあった第3巻の索引作業の件，ICD改正・改訂ワーキンググループの件，URCへの意見出し等についてと，ICD-10の疑義解釈の件について協議し，いずれも報告のとおり前向きに行っていくことが了解されたとの報告があった。

（3） 日本診療情報管理学会　国際疾病分類委員会ICD改訂作業会議（11月13日）

大井副会長より，作業会議でICD-11の改訂に向けて厚生労働省のICD専門委員会に提出する文書を最終的に煮詰めたとの報告があった。

（4） 日本診療情報管理学会　第43回診療情報管理士生涯教育研修会（11月14日）

大井副会長より，鶴見大学記念館で報告書に記載の内容の研修会が行われたとの報告があった。

（5） 厚生労働省　第8回社会保障審議会統計分科会　疾病，傷害及び死因分類専門委員会（11月27日）

大井副会長より，委員会ではWHO-FIC韓国会議の報告を受けて各種のタイムスケジュールが定められ，さらにURCの投票結果やiCAMPの問題等について活発な議論が行われ，最後にICD-11についての提言をWHOに提出することを企画することが約束されたとの報告があった。

（6） 診療情報管理士教育委員会　第4回医師事務作業補助者コース小委員会（11月11日）

大井副会長より，本年12月19，20日に笹川記念会館で実際の研修が行われる予定であるが，定員200名で募集したところ応募者が1,280名を超えているとの報告があった。

（7） 診療情報管理士通信教育　コーディング勉強会（平成21年10月25日～11月24日）

大井副会長より，報告書から見てとれるとおり，非常に活発な勉強会を行っているとの報告があった。

（8） 第7回医療制度委員会（11月4日）

石井常任理事より，委員会では大きな流れの中で医療制度改革をとらえたうえで保険財政の破局を避けるための本格的な改革の議論を深めるための問題提起がなされた。また，この間，民主党政権に対して提言を始めさまざまな働きかけをしてきたことについての評価と議論を行った。さらに医師の当直や夜間勤務の問題に関して行ったアンケートをもとに討論を行ったとの報告があった。

（9） 第7回医療経済・税制委員会（11月10日）

関口委員長より，委員会では平成22年度予算・税制改正要望について，前回に引き続き予算要望案を検討し，①国民総医療費を少なくとも日本を除くG6の対GDP比平均10.8%まで増やすこと，②国民人口10万人当たりの現場に働く医師数をG6の平均値290人に増やし，教員数，教育環境の改善を強く求めることを要望項目として，11月16日に開催予定の自民党・厚生労働省部会・厚生関係団体委員会合同会議に要望書を提出すること及び政党助成金の支給を受けている全政党に対して要望書を送付することを決定したとの報告があった。

病院経営分析調査（平成20年度の決算分析）については，当該調査の集計結果の中間報告の後，病院概要に従来の集計項目のほか新規集計項目案として7対1入院基本料病院の集計結果等の提示，日当点の集計方法及び外れ値の検証方法等についての説明があり，その他としては，病院経営管理指標に関するアンケートについて，厚労省より調査協力願いの文案について確認依頼があり，検討の結果，一部文言の誤りを指摘するとともに個人情報保護及び目的外使用の禁止を約束する文言の追記を願うこととしたとの報告があった。

（10） 第8回人間ドック施設認定小委員会／人間ドック健診施設機能評価委員会合同委員会（11月12日）

宮下委員長より，施設機能評価について，今回新規は3施設，更新は2施設であり，そのうち2

施設は補助審査あるいは留保となった。第10回のサーベイヤー委員会が10月９日に行われ，第１部公式講習会は191名，第２部サーベイヤーの委員の講習会は82名の参加を得て盛会裏に終了した。来年２月４日に予定されている第２回公式講習会は，未受審施設の申し込みがキャパシティを超えているため急遽開催することになったものである。旧二日ドック指定施設対象の調査を行った中間集計が報告され，450施設中250施設，約55％の回収率であるが，締め切り以後も督促を行い，未回答の場合には指定を解除することも検討する。その他としては，特定健診・特定保健指導集合契約について10月23日には健康保険組合連合会，10月28日には協会けんぽとの打ち合わせが行われ，双方とも21年度からあまり大きな変更をせずに実施していく方向であるとの報告があった。

(11)　第２回事務管理者研修会（11月19日）

佐合委員長より，研修会では今回は病院の未収金問題について事例発表を含めて研修を行ったが，参加者は全国から214名であった。毎回この委員会の企画には200名を超える方に参加していただいており，その内容は報告書のとおりであるとの報告があった。

(12)　病院経営管理者協議会　第２回理事会（11月19日）

佐合委員長より，病院経営管理者協議会の今後の方向性を検討したところ，日本病院会の考え方に歩調を合わせつつ，協議会としての独自の活動は今年度を区切りとして委員会活動等に移行していくのが妥当であるとの考えにまとまったので，何らかの形で委員会活動のほうで包括することを予定しているとの報告があった。

(13)　第８回雑誌編集委員会（11月19日）

星委員長より，日病雑誌の11月号は遅れを取り戻す努力をした結果，何とか年内発行できた。今後は従前どおり月内に発行できるように心がけたい。12月号は，４月24日に豊田市で行われた「医療の質を考えるセミナー」のシンポジウムが中心になる。予防医学委員会でまとめた2008年人間ドックの全国集計成績のアンケート調査報告は12月号に載せる予定である。１月号では例年，新春座談会がテーマであり，山本会長，佐藤副会長，大道常任理事の出席を得て「新政権に望む病院医療」というテーマで話していただいたもの，さらに７月に開催された病院長・幹部職員セミナーのシンポジウム「混迷する医療界に求められる院長像」を掲載予定である。２月号については，報告書に書いてあることを予定しているとの報告があった。

(14)　第１回ホスピタルショウ委員会（11月26日）

大道（久）委員長より，委員会では2009のモダンホスピタルショウの総括が行われたが，厳しい環境下で昨年とほぼ同等の７万6,500人の来場者があった。高橋委員が中心になって企画をした救急に関するシンポジウムも大変盛況で，180名の参加があった。来年７月に予定している国際モダンホスピタルショウ2010について基本的なテーマが論議され，今年のスタイルを踏襲する形で，メインテーマ「命を輝かす病院の役割～救急から介護まで」ということで１枠のシンポジウム開催することになった。昨今の医療情勢などもあり多くの国民が来場するということで，日本病院会の活動を広報し，日本の病院が今置かれている状況等をパネル展示等で示すことが適当であるという意見が出たとの報告があった。

(15)　第３回病院幹部医養成委員会（11月20日）

有賀委員長より，委員会では，まず11月20日に行われた本年度第２回のセミナーについてDPCの今後の行方，都市圏における地域完結型の脳卒中診療体制の構築，これからの我が国の医療体制ということで議論を行った。政権交代をあらかじめ見越したような顔ぶれだというような意見があり，盛り上がりが見られた。次年度のセミナーについては第２回は11月ごろを予定しているが，公立昭和病院でやりたい。第１回の７月９日の大阪でのセミナーにおいては，「医療需要に見合った医療資源の配分とトリアージ」というテーマで企画するために詳細を詰めていくことになったという報告があった。

(16)　第10回ニュース編集委員会（10月23日）

藤原委員長より，３カ月に１回の編集会議が10月23日に開催され，企画としては，恒例の新春座談会を永井良三先生，遠藤久夫先生，山本会長の

出席をいただいて開催する予定である。会長，副会長には，例年どおり年頭所感をお願いしてある。日病支部会の紹介欄も再開しようと思っており，新たな企画としては，随筆，随想等，少し柔らかい紙面も必要ではないかということで２月から常任理事の先生方からの寄稿を願いたいと考えている。日病新聞のアンケートを実施するため，全会員に３部ずつお送りして，各施設の理事長，院長，事務部長や看護部長まで，３名の方を対象にまとめてアンケートを返送願うことを企画している。紙面を来年からカラー化するが，予算の関係で１面と４面だけがカラーになる。また，消費税特集の冊子作成を企画しているとの報告があった。

2．役員改選について

山本会長より，日本病院会選挙規程にしたがって12月１日に会長が行う選挙告示についての紹介がなされた。それを受けて星選挙管理委員会委員長より，３月27日の選挙を実施するための諸手続き，スケジュール等について報告があった。

3．国際活動について

堺副会長より，以下の活動報告がなされた。

（１）　アジア病院連盟（AHF）理事会　韓国・ソウル（11月13日）

この理事会は，大韓病院協会50周年記念式典と並行して開催されたものである。まず前回理事会の議事録及び規約の改定が承認された後，AHFのキム会長から決算報告があり，承認された。前回つくられたAHF調査部会の新メンバーとして，オーストラリアのオーウェン・カーティス氏を加えることが承認された。活動として，インターネットホームページの運用について報告があった。次期AHF会長としてインドネシアのアディブ・A・ハヒヤ氏の紹介，その後の会長としてオーストラリアのオーウェン・カーティス氏の指名がなされた。

（２）　国際病院連盟（IHF）総会及び第２回理事会　ブラジル・リオデジャネイロ（11月11日）

理事会は，同時に開催された国際病院連盟総会の後に行われた。まず前回理事会の議事録が承認された後，諸活動の報告がなされた。会費値上げの提案があったがペンディングとなり，新理事会で再度協議することとなった。IHF規約の改定が行われた。2011年３月29日から31日にドバイで第37回総会が開催されることになった。IHFの活動としてはホームページの立ち上げ，本年５月に開かれたリーダーシップサミット等の報告があった。ペンディングになった会費についての新理事会による検討では，日本はその算定の基準が見えにくいとして反対したところ，日本がぜひ会費問題検討委員会に入るようにとの要請があった。

4．平成21年秋の叙勲受章について

池澤副会長より，平成21年の秋の叙勲・褒章受章者７名の紹介が行われた。恒例の叙勲のお祝いの会を12月19日の常任理事会の後に行いたいとの提案があった。続いて，受章者を代表して山本会長と関口委員長から挨拶がなされた。

5．天皇陛下御即位20年をお祝いする国民祭典及び宮中茶会への出席について

山本会長より，11日に豊明殿で天皇陛下に拝謁をさせていただき，翌12日には国立劇場における内閣主催の天皇陛下御即位20周年式典に出席，さらに13日には豊明殿で宮内庁主催のお礼の茶会に参加したとの報告があった。

6．日病協諸会議の開催報告について

日本病院団体協議会関係の下記の報告が行われ，了承された。

（１）　第52回診療報酬実務者会議（11月18日）

石井常任理事より，実務者会議では，この間の診療報酬に係る要望書を第１報，第２報，第３報として出している最中である。西澤中医協委員から出された「医療経済実態調査報告における病院の状況」について，同委員から日病協としての見解をまとめるよう提案があり議論が行われた。第２報の課題についての厚労省の回答についての報告がなされた。第３報については，看護補助や補助加算の問題が中心であるが，看護協会も前向きの方向で検討するということである。また，加算

要件についている諸条件を緩和してほしいということも含めて，各団体からさらに修正の意見があれば出してほしいとの報告があった。

（2） 第5回診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ（11月9日）

村上副会長より，WGでは今までの4回は自民党が出していた医療安全に関する大綱（案）について協議してきたが，政権が交代したので，民主党の足立政務官の足立案が法案化される見通しであり，各団体からいろいろ意見を求めることになった。次回の理事会ででもこれを検討し，WGの中に日病協の意見として出したいとの報告があった。

続いて大井副会長より，きょう配布した「【主張】『診療関連死死因究明』の進展を願う」に従来の厚労省の大綱案と今回出された民主党案の対比と要点をまとめているので，その問題点を明らかにして日病としての態度をはっきりと決めていかなければならないとの発言があった。

（3） 第62回代表者会議（11月27日）

山本会長より，死因究明は大事な問題なので1つ1つ問題点をクリアにしながら早く法律ができるように進めてほしいということを日病協の代表者会議で主張したとの報告があった。代表者会議の主要なテーマは，中医協の報告と第52回診療実務者会議等の報告であった。実務者会議の報告の第3報については，入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額の問題，7対1，10対1の入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設の問題，看護基準の運用の変更の問題，夜勤時間72時間や2人夜勤についての問題，効率的な人材活用の問題，専従要件の撤廃の要望，診療情報のIT化における正当な点数設定の要望等を出すこととし，昨日の夕方に民主党に対して説明をし，要望書を渡してきたとの報告があった。

続いて，久常参与（日看協会長）より看護予算の問題について，日看協はちょうど今組織を改革しているので内部留保が少し多かったため日本看護協会に出されていた補助金が打ち切られることになった。潜在看護職を掘り起こして無料職業紹介をするナースセンター事業もできなくなり，院内保育所もうまくいかなくなるのではないか。医師確保の予算は事業仕分けで半額に切られた。その中には70億円近く看護予算が入り込んでいたが，それも半額になり，各病院にいろいろな意味で御迷惑をかけるだろうと思うとの報告があった。

7. 中医協の開催報告について

山本会長より，中央社会保険医療協議会の下記の各会議の報告が行われた。

（1） 第150回総会（10月30日）

新メンバーの紹介，基本問題に委員が全部かかわることになったことの報告があった。

（2） 第17回医療経済実態調査（6月）報告

構成比率を医療法人で見る，19年6月と21年6月が1.4と2.1でよくなったという話になっているが，実際には機能別集計等を全部見ていくと，DPCとか急性期とか，すべて悪くなっているので，実調はしっかり読んでいただきたいという報告があった。

（3） 第151回総会（11月18日）

実調の主張とは異なり，実態としてDPCの対象の損益は非常にマイナスであり経営が悪化していると資料に書いてあるので，これに目を通していただきたいとの報告があった。

（4） 第152回総会（11月25日）

診療報酬の改定率に対する意見具申を1号議員，2号議員，それぞれがまとめたものがこの資料であるとの報告があった。

（5） 第143回診療報酬基本問題小委員会（10月30日）

今後の主な検討項目として，救急医療を始めとしてこういう問題を検討していこうという論点整理を行ったとの報告があった。

（6） 第57回薬科専門部会（11月4日）

以前に邉見先生が取り上げた新薬の問題が相変わらず出てきているとの報告があった。

（7） 第58回薬科専門部会（11月20日）

メーカー側は収益を前倒しにして研究開発で再投資したいとしているが，アメリカと日本ではやり方が違うということについてまだ議論をやっているという報告があった。

（8） 第13回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（11月18日）

新たな機能係数の具体的な案のたたき台がまとまったので，ここを中心に新たな機能係数をこれから検討していくという報告があった。

引き続き，石井常任理事より医療部会についての発言があり，医療部会について，診療報酬改定に向けての基本方針を決めるに当たっては大きく病院の医療に占める位置と構造が変わってきたのだから，それにふさわしい組みかえをしてもらわなければならないという日病協のこの間の主張をもう1回提示し直して発言しておいたとのことであった。

8．四病協について

四病院団体協議会関係の下記の各会議の報告が行われた。

（1） 第7回総合部会（10月28日）

山本会長より，総会では地域医療再生臨時特例交付金，産業廃棄物，それぞれの勉強会の報告等がなされたが，特に問題になったのは四病協と日本医師会の話し合いにおける高齢者居住施設に関する医療住宅・関係者勉強会についてであった。医療機関の事業税が大きな問題であり，診療報酬の本体の課税・非課税の問題をめぐって討論が行われたとの報告があった。

（2） 第4回医業経営・税制委員会（11月4日）

関口委員長より，委員会では医療法人制度のあり方と税制について厚生労働省の平成22年度税制改正要望事項を踏まえつつ，今後の医療法人制度について意見交換を行った。主な意見としては，医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の創設について，社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続について，社会保険診療報酬等に係る消費税のあり方の検討について，その他ということであったとの報告があった。

（3） 第8回医療保険・診療報酬委員会（11月6日）

佐藤副会長より，委員会では始めに中医協報告があった。続いて，日病協が平成22年度診療報酬改定に係る要望書第2報を出したところ厚労省より人件費の高騰についての質問があったことを受けて各病院団体の調査結果から100床当たり職員数の変化を調べたところ，3つの調査でいずれも100床当たり職員数はふえていたという報告がされた。効率的な人的使用の活用の専従者要件については，全日病の委員会で検討していくことになった。厚生労働省が平成18年度医療のIT化に係るコスト報告書の中で1床当たりの年間システム導入保守費用が62万円と報告をしていくことについて，このデータをもとに猪口委員長がたたき台を作り直すことになった。これらの意見を基にして総合部会あるいは日病協に意見を出すということになったとの報告があった。

（4） 第12回厚労省・福祉医療機関・四病協合同勉強会（11月25日）

佐藤副会長より，勉強会では，事業税が廃止になると病院の経営にかなりの影響を与え，特に社会保険診療の比率が低い精神科病院の影響は大きいとの説明が石井公認会計士からなされ，次に病院経営に支障を来すことのないように事業税の特例の存続について各病院団体で要望書を提出することを総合部会に提案することにしたとの報告があった。

（5） 第10回高齢者居住施設に関する医療・住宅関係者勉強会（11月18日）

佐藤副会長より，勉強会では，2025年に75歳以上の人口及び要介護者数が2005年のほぼ2倍に達するという予測のもとに都市機構の住宅や団地を使って療養型病床等の老人の介護型の住居施設をつくっていくことを厚労省が検討しているという話がされたとの報告があった。

9．行政関係の各種検討会等について

（1） 国際医療・福祉専門家受入れ支援協議会（11月12日）

横山事務局長より，協議会では政府関係機関からの参加を得て，インドネシアとフィリピンからの看護師，介護福祉士の候補者受け入れ支援のための意見交換を行った。それぞれの国からの受け入れのスケジュール，応募者とのマッチング，国際厚生事業団の支援策，国家試験の受験対策等の支援，それらの予算要求，受け入れの国内説明会等について説明がなされた。特に問題になったの

は国家試験の合格率の低さであり，その対策を今後検討していきたい。今年度は看護師の候補者は200人決定したということで，プレスに発表したとの報告があった。

それを受けて佐藤副会長より，インドネシアの看護師受け入れで一番の隘路は看護師国家試験が日本語だけで行われることであり，この辺の改善が非常に望まれているとのコメントがあった。

10．関係団体の各種検討会について

大井副会長より，下記の各種討論会の報告が行われた。

（1） 医療情報システム開発センター　第99回理事会（11月５日）

一番大きい問題としては法人の形態を変えることで，移行先の法人形態を検討しており，一般財団法人への移行をこのまま進めていこうということについての協議がなされた。随伴する諸問題も全部協議して，一般財団法人に移行することが承認された。

（2） 第１回評価事業運営委員会（11月19日）

医療機能評価機構の評価事業部に評価事業運営委員会と評価委員会と研修委員会という３つの委員会ができ，その下に下部組織ができたということであり，その第１回の会合であった。企画者の大道先生から本委員会の目的等の説明があった後に会議が行われた。報告事項が４つあった後，協議事項として認定病院の不正行為の対処方針について協議された。最終的には平成22年３月までに理事会提出の議案としてまとめる予定であり，ほぼ有識者会議の方向を尊重しながら会議が進められた。

11．自民党及び公明党での税制改正要望のヒアリング報告について

下記の各報告が行われた。

（1） 厚生労働部会・厚生関係団体委員会合同会議（11月16日）

横山事務局長より，合同会議では，自民党の厚生労働部会と厚生関係団体委員会に対して日本病院会の予算要望，税制要望を行い，特に予算については強く申し述べ，税制については四病協の先生のほうから，特に説明をいただいたとの報告があった。

（2） 公明党政務調査会厚生労働部会　平成22年度予算及び税制改正等の要望についての要請懇談会（11月25日）

﨑原理事より，要請については参議院議員会館において政務調査会の厚生労働部会長の渡辺参議院議員に主として対応していただいた。まず医療費の総枠がＧ７から日本を除いた６カ国の平均GDP比の10.8％，約40兆円に増やすよう要請した。医師の数についても６カ国平均の10万人当たり290人にしてほしいと要請した。さらに消費税の損税の解消，医療法人の税率を公益法人と同じ22％にすること，特定医療法人を非課税にすること，それから病院の建物の耐震強化費についての損金処理を認めてほしいこと，医療機器の特別償却制度の対象機器の拡大，病院の建物の耐用年数の短縮，医療機関の社会保険診療報酬に係る事業税の非課税の存続，病院の医師の過重労働の解消，看護師業務の拡大の問題等について説明を行った。民間病院の役割については，救急やお産に対しての民間病院の役割について話し，消費税，未収金，査定という病院にとって大きな３つの損金について説明したとの報告があった。

12．その他

（1） 共済会有料職業紹介事業「日病人材サポート」について

大井副会長より，共済会有料職業紹介事業について，日本病院共済会では人材有料サポート事業を展開しようということで企画してきたが，このたび認可を受け，来年１月１日からこの事業を進めるべく法的な整備を全部整えた。この名称は「日病人材サポート」としたいと共済会から提案があり，総務委員会で協議の結果，承認された。この事業は日本病院会に所属する病院に限定はしないが，主として医師を対象にしてまず行うということであり，求職と求人のマッチングを図るということで，ぜひ御理解いただき育てていただきたいとの説明があった。

（2） 官民人材交流センターについて

山本会長より，公務員が次の職を探すのに官民人材交流センターに登録をし，人材を欲しい団体も登録をしてマッチングをして，よければ雇うという仕組みができた。現場，社会保険事務所で働いている人たちが全員が定年等で退職になり，改めて働き口を探すわけだが，彼らは診療報酬に関して何から何まで全部わかっているので，病院でぜひマッチングをして雇っていただきたいという要請が厚労省からなされたので，ここで申し込んで雇っていただければ診療報酬に対しては病院にとって非常にプラスになるだろうという説明があった。

（3） WHOによる山本会長のネットワーク臨時顧問任命について

大井副会長より，WHOから11月26日付けで山本会長をWHO-FICのネットワーク臨時顧問に任命するという書類が届いたことの報告があった。

〔協議事項〕

1. 当面の諸問題について

（1） これからの医療政策への対応について

山本会長より協議資料についての説明が行われた後，協議に入った。

村上副会長から，診療報酬を引き上げることが医師の給料を上げることという大きな誤解をされている。それに対して，本当に必要な人員に対する人件費であり，人件費比率が高いとしても医師個人の給料に反映されるというわけではないということを国民に何とか理解してもらわないと，診療報酬を本当に下げられる可能性があるのかなと心配しているとの発言があった。

堺副会長は，それは政治家の考えではなく財務省なり厚生労働省の言い分。だから，花火の上げっこをしているのではないか。あまりそれにまどわされることなく，今まで日本病院会などもいろいろな基本調査をしてきたわけであり，具体的なデータに基づいて診療報酬とか医療費としてこれくらい割り増ししなければならないということを粛々と説明することが必要だ。そういう議論の材料となるデータや現状についての情報を国民に知らせることが必要だと述べた。

宇沢参与からは，医師の報酬をどう考えるかについて，経済学者の間では医師がどれだけ病院の生産にコントリビュートしたかということではかるという限界生産力説という考えが支配的である。しかし，基本的には医師に対する報酬は社会からの謝礼である。だから，どれだけ生産したとか，何時間手術したとかいうことで考えようという今の診療報酬点数制というのは，なじまない気がする。問題は，今の政権の基調は労働組合が1つの大きな支持基盤になっているので，どうしてもどれだけ生産したかということで考え過ぎるとか，団体交渉でどれだけ獲得できるかという傾向が支配的で，聖なる職業に従事していることとか，人間的な尊敬の念が全くないという発言があった。

安藤常任理事は，医師は聖なる職業であると言われるが，医師性善説が既に破綻しており，性悪説でいかなければならないということを言われた方もいる。過剰であるとか不用なものに随分医者が手を出しているのではないかと，我々以外のセクターの方が思っていると思う。それに対する情報を我々は共有しているのだろうか。このことを我々が同業者組合のようなところできちんと評価しないと，いつまでたってもしいたげられるという状況は変わらないと思うと述べた。

中島常任理事からは，今はどこのボタンを押せばよいのかが少しもわからない状況にある。いろいろな話が出ているだけで，ここでこう言えばこう決まるというものでもない。やはり，民主党の議連を最大限に活用しなければならない。本当にどういう診療報酬改定が今必要とされているかということを，この人たちに理解してもらう作業を始めることが喫緊の課題であるとの指摘があった。

石井常任理事からは，安藤常任理事の話は非常に耳の痛い話であると同時に，もう1つそこはしっかりと考えなければならないと思う。世間一般がどう受け取るかということを考えない主張が，

いろいろ裏目に出ているようである。医療費が上がってきているのは人が増えているからであり，そのような医療をやらないといけない時代になっているのだという主張を中軸に置いていかなくては国民の理解は得られないと思う。ドクターフィーという話が出たとき，どういう医療をやるために増えてきているのかというところを軸に置いて主張し，その意味での医療費を増やすべきであるという発言があった。

佐藤副会長は，財務省が今物価が下がっている中で医師の給料を上げるのはけしからんというのは非常に便宜的じゃないかと思う。日本が高度成長期にあったときに，その成長と同じ度合いで医療費が上がったかというと，決してそうではない。もう１つ国民にわかってほしいのは，医療崩壊と言われているが，それは救急，産科，小児科等の急性期医療のことで困っているわけで，今度の医療経済実態調査で病院全体の経営はよくなっていると一般論で言っているが，療養病床を持っていない一般病院や医療法人病院について見てみると悪化しており，７対１病院とか，DPC 病院とか，救急車を200台以上とっている病院はすべて経営が悪化している。全病院を見ても，黒字になっているのは療養病床を60％以上持っている病院だけであり，あとはこの数年来ずっと赤字である。こんな不健全な経営をしているところにどうして国民が命を預けられるのかと発言した。

末永常任理事からは，数年前から医療崩壊ということが言われて，ようやく国民が医療についていろいろ考えてくれるようになった。ところが，その後にリーマンショック以来，大不況になって，医療が大変だということが報道の面でも飛んでしまった。最近では，意識的に出されたと思われる開業医と勤務医の院長の差だとかの問題もある中で，我々が訴えなければならないのは，全く医療崩壊は改善していないのだということである。医療従事者がやりがいを失うという現状になっている。それが改善されないと医療崩壊はよくならない。問題は，国に対して言うという場合にどこに行ったらいいかがわからない。そうであるなら，やはりマスコミに対して，本当に医療は憤死寸前の状態だということをもう１回訴えていく必要があると思うとの見解が出された。

福井支部長から，一般企業などが赤字を出すと人件費を削除して経費を減らすことによって黒字化するという話がよく聞かれるが，病院においては人件費を下げることによって確実に利益を保つということは全く不可能である。そういうことをきちんと訴えて，世論を見方にすることが今後は大事ではないか。患者の需要に応じた医療をきちんとできるような医療費が必要だということを説明する必要がある。赤字にならない病院にするにはどうしたらいいのかということを考えるためには，世論を味方につけるという意味でもきちんとした説明がもっと必要なのでそのあたりをもう一度考えていただきたいとの発言があった。

高橋委員長は，日本の医療の環境を国民は全然わかっていない。医療費が OECD で22番目だとか，医師の給料はどのくらいだとか，国民は全然知らない。こういうことをメディアが国民に知らせてもらわないといけない。先ほど安藤常任理事から性善説，性悪説の話があったが，確かに，性善説では国民は医師をとらえていない。もっと国民に PR をすることが大事だと発言した。

林常任理事からは，東北地方や北海道の中央を除いたところなどは都会よりずっと厳しい。医師数が足りない。場所が広く患者が医療機関に行くまでに時間がかかる。専門医がいないので，他に送る途中に患者がたくさん亡くなる。何とかそういう状況を改善してほしい。医療機関は本当に死ぬような思いで働いていて給料は安い。何とかもう少し人間並みの生活ができるくらいの時間が欲しいが，人間を休ませるためには，人を雇うのにお金がかかるのでお金も十分払えない。医療費に関しては病院の入院費を中心としたあり方というのは非常によかったと思っているが，これが危ないと言われて非常にがっかりしているとの発言があった。

石井常任理事は，自分はあえて悲観論を言いたいが，この間の事業仕分けで半分に減ったところの最大のところは厚労省関係であり，一番大きいのが医療福祉事業団関連である。日本の財政とい

うのは頑張ってもこんなものであり，その中でやっぱりやるしかない。来年の参議院選挙に勝つかどうかが民主党にとっては最大の問題であり，医師会を弾圧して見せたのは，すればするほど国民の投票は自分たちに来るだろうと思ってやっているからである。我々としては相当腰を据えないと楽観できないということは考えておいたほうがよいと述べた。

大井副会長から，医師は別に威張っているわけでも奢っているわけでもないが，市場主義にいつの間にか毒されて，コスト意識とか，物質主義に冒されているような気がする。日本の医療界は，やりがいを見失っているような気がする。医療行為イコールお金になっており，お金にならない行為は医療行為でないようなことを言う。去年の世界医師会のソウル宣言にあるように，医師というのはプロフェッショナル・オートノミーと，オーソリティーと，クリニカル・インディペンデンスが絶対に必要であり，自分で考えることがプロフェッショナルの原点である。今は考えることを否定しているから，やりがいを失っているのではないか。お金に換算し過ぎて，考える時間すら奪っている。だから，お金や待遇を上げれば医者は幾らでも潤ってくるような変な表現になっているのではないかとの指摘があった。

山本会長が，グループで見ると現在一番黒字を出しているのは国立病院機構であることに関連しての木村常任理事の見解を求めた。

木村常任理事は，若手の医師が今後どうなっていくかというのが一番大事ではないかと思うが，自分の病院には200名を超す研修医がおり，今の労働基準法では彼らは非常勤で，６時間しか正規の勤務が認められておらず，午後３時以降は勤務外ということになるので受け持ち制が成り立たず，アメリカのように交替制になっていくのではないかと思う。しかし，患者側は医師が勤務時間を超えて夜中でも診に来てくれることを期待している。医療は業務と自己研鑽とが混沌としている領域だということを，本質的な部分として前に出さないといけない。研修医は安い給料で過重労働となっているが，やりがいがあればやり続けることは明らかであり，そういうものをちゃんと認められるような機構でなければいけない。そういうことを私どもは社会に発信しなければいけないと答えた。

宇沢参与は，志を守って医師としての生きざまを全うするという医師が大多数だという前提で考えたい。国あるいは政府の役割は，そういう医師たちが志を守る医師として生きることが可能になるような病院の報酬や制度を考えることであると思うと述べた。

山本会長から，今，医師が少ない中で，専門の人たちが集まってお互いに助け合おうという動きがチーム医療の中で出ているが，日看協の立場からナースプラクティショナーとかチーム医療に対する考え方を説明いただきたいとの要請が久常参与にあった。

久常参与は，ナースプラクティショナーに関しては，日本看護協会はこれを推進するかどうかということは決めていないが，看護機能の拡大ということできちんとしていきたいと思っているのは訪問看護である。これから在宅医療が増えてくるので，しっかりできるようにしていかないといけない。それぞれの領域の中のある部分の機能を拡大していくということはしていかないと，高齢化に対応できないと答えた。

山本会長は，四病協の主張にも出ていたような不必要な規制の問題があり，医師が次第に疲れて元気が無くなっていくことについてとの絡みで具体的な問題についての意見を髙野支部長に求めた。

髙野支部長は，医師事務作業補助者の問題にしっかり取り組んでほしい。その名称も，ナースプラクティショナーにしたほうがよい。こういう職業はかなり労働力の吸収力があるので，失業問題の対策としても強調していただきたい。開業医の医師会は民主党から抑えられてきているので，これを機に日本病院会は，立派な組織を持った病院にしかできないことについて適度な強さを持って主張して，全国の会員の期待にこたえていただきたいと要請した。

山本会長は，民主党の医療に関するマニフェストの中に地域医療を大事にするとあるが，それは自治体病院を何とかする，厚生年金を地域医療に

生かすということは言っていても，地域で一番頑張っている民間の中小病院の立場のことを何も言っていない。これは，少し危険だと思われるとして，武田常任理事の意見を求めた。

武田常任理事は，民間病院で一番問題になっているのは看護師不足である。民主党のマニフェストから民間病院が抜け落ちていることもあるが，二次救急の評価をしてもらえれば民間も一部救われると思っている。良い点としては，医師会と病院との分配を見直すというところがあったので，診療所が在宅診療にシフトできるような診療報酬にしてもらえればよいと思う。開業しても，在宅をやらないと生活が成り立たないような診療報酬分配にしてもらえれば，病院と診療所の住み分けもクリアになり，在宅の看取りの問題などもかなり解決できると思うとの見解を述べた。

加藤代議員会議長から，民主党のマニフェストでは，急性期は公的病院が担い，慢性期は民間病院が担い，プライマリーケアは診療所が担うと言っている印象を受ける。実際には，急性期の医療の半分以上は民間の病院が取り扱っている。大阪とか，東京では70％くらいは民間が担当している。医師の働きがいがない理由というのは，医師の仕事が尊敬されなくなっているというのが一番大きいのではないか。

渡辺参与は，今度民主党がやっているのは，子ども手当，高速道路無料化，農家戸別補償と，みんな金である。現金給付というのは非常にわかりやすい。医療は言うまでもなく介護も含めて現物給付である。医療費が上がり患者負担が増えると，サービスが上がったのかという声が必ず出る。サービスが向上しないのに医療費が上がるだけでは，病院は国民の理解を得られない。もっと別な部分でのサービス向上，例えば患者に優しい医療といった現物給付における質の向上，サービスの向上を通じて理解を得ていくしかないと述べた。

鴨下参与から，政権交代が起こっていろいろなことが見直され，今まで見えなかったことがあらわになってきている。もう少し落ち着くと，もっといろいろなことが見えてくると思う。医療崩壊というのは，病院医療崩壊である。病院が非常に疲弊している。それは，いい病院の医師がみんな開業してしまうからである。そのほうが楽で，収入も病院に勤めているよりはいいので，そちらへ医者が流れてしまう。医療全体のことについては，医学教育を，21世紀をにらんで抜本的に変えなければならない。国民が今は何を一番改善してほしいかという総務省のアンケート調査で，教育が第１位で，医療が第２位であったが，医療全体を，教育も含めて全部総合的に考えたビジョンを総理大臣直轄の会議で徹底的に練っていただくことが必要であるとの発言があった。

中島常任理事から，今の民主党の議連に対し，いかに志が高いかということを含めて山本会長が堂々と論陣を張って見せれば，マスコミにも報道され，国民にも伝わるわけであるから，ぜひこれをおやりいただきたいという要請があった。

池澤副会長は，ドクターフィー問題と国民の医療費の診療の点数表の問題は水と油の関係で絶対に混ざらない。保険医療というのは厳密に統制経済でやっている。統制経済と市場経済とを一所懸命くっつけてやるというのは成立しない。ここにいる皆さんにとって一番悩ましい問題というのは，病院の経営がいかにうまくいくか，病院の施設や人員がいかに豊富であるかということであり，契約という問題ではない。絶えず我々は国民のため，患者のために，いろいろな整備を整え，それから人員をそろえるということに気を遣っている。決してドクターフィーだけを上げろということは考えていない。我々が要求しているのは，病院としての機能の充実である。病院医療の崩壊というのはそこから言うわけで，決してドクターの崩壊ではない。政府は，そこを充実させるためにしっかりと予算配分をすべきであると述べた。

以上で閉会となった。

（日本病院会事務局　総務課）

第60回日本病院学会の開催について

学会テーマ　『医療人の協働と明日を拓く力 ～人間50年から100年へ～』

会　　期　2010年７月22日（木）・23日（金）
会　　場　長良川国際会議場　　岐阜市長良福光2695－２　TEL：058－296－1200
　　岐阜都ホテル　　岐阜市長良福光2695－２　TEL：058－295－3100
　　岐阜グランドホテル　　岐阜市長良648　TEL：058－233－1111
学 会 長　山田　實紘（社会医療法人厚生会 木沢記念病院　理事長・病院長）
お 問 合 せ　第60回日本病院学会 本部事務局
　　社会医療法人厚生会 木沢記念病院　　担当：総合企画部　佐合・尾関・今井
　　〒505－8503　岐阜県美濃加茂市古井町下古井590
　　TEL：0574－66－2600　　FAX：0574－26－2181
　　E-mail：60gifu@kizawa-memorial-hospital.jp
　　URL：http://www.congre.co.jp/jha2010/
学会参加費　事前登録　10,000円（プログラム・抄録集を含む）
　　当日登録　12,000円（　　〃　　）
事前登録方法　事前登録は，原則として学会ホームページ（http://www.congre.co.jp/jha2010/）
　　でのオンライン登録となります。
事前登録締切日　2010年４月30日（金）正午
オンライン事前参加登録に関する問い合わせ　第60回日本病院学会 運営事務局
　　株式会社コングレ中部支社内　担当：神谷・渡辺
　　〒460－0004　名古屋市中区新栄町２－13　栄第一生命ビルディング８階
　　TEL：052－950－3369　　FAX：052－950－3370　　E-mail：jha2010@congre.co.jp

プログラム（予定）

■学会長講演
「医療人の協働と明日を拓く力～人間50年から100年へ～」（社会医療法人厚生会 木沢記念病院 理事長・病院長）　山田　實紘
■会長講演　（社団法人日本病院会 会長）
■記念講演
■招待講演　（前厚生労働大臣・参議院議員）舛添　要一
■特別講演
1.「医の原点－古代ギリシャの医跡を訪ねて」
（慈生会 ベトレヘムの園病院 顧問）　星　和夫
2．市民公開講座「歴史に学ぶ変革期のリーダーと組織のあり方」（歴史家・作家）　加来　耕三
3.「救急医療の問題点の解決に向けた具体的戦略」
（岐阜大学大学院医学系研究科 救急・災害医学分野 教授）　小倉　真治
4.「日本のがん医療：現状と展望～アジアで進むべき道～」
（岐阜大学名誉教授，がん集学的治療研究財団 理事長，第９回アジア臨床腫瘍学会長）　佐治　重豊
5．市民公開講座「ミステリーで終わらない死因究明と画像診断」（医師・作家）　海堂　尊
■特別企画
「名曲のひととき～ Franz Liszt Academy of Music ～」
ハンガリー共和国 リスト音楽院 協力

■シンポジウム
1.「中小病院は地域を守る～中小病院の複合事業化戦略～」座長：土井　章弘（岡山旭東病院　院長）
2.「救急医療の構築（仮）」　未定
3.「チーム医療・職能分担の功罪」
座長：岩崎　榮（NPO 法人卒後臨床研修評価機構 専務理事）
4.「望ましい生涯教育とは―各職種に求められるもの」
座長：伴　信太郎（名古屋大学医学部附属病院総合診療科　教授）
木下　牧子（初台リハビリテーション病院　院長）
5.「医療関連感染対策のあり方を考える～これまでにわかったこと，これから解決すべきこと～」
座長：三鴨　廣繁（愛知医科大学大学院医学研究科感染制御学　教授）
■ワークショップ
■一般演題（口演，ポスター）
■医療・福祉機器展示，書籍展示等
■ランチョンセミナー〈無料〉
■医療人の集い（情報交換会）〈参加費　5,000円〉
岐阜グランドホテルにて７月22日（木）18：00（予定）より「医療人の集い（情報交換会）」を開催します。出来るだけ事前登録にて，お申し込み願います。

「Japan Hospitals No.29」（July 2010）の原稿募集！

1. 募集内容　本誌は日本の医療や病院の実情を海外に紹介、PR するもので、看護の実態とか医療制度の問題なども含み、関連する論文や研究報告など他誌に発表されていないものとする。（国内既発表のものの翻訳で国外未発表のものは可）
2. 読者対象　国際病院連盟（IHF）の A 会員（各国を代表する病院協会または政府機関）及びアジア病院連盟（AHF）の会員（同）ほか関係先。国内では大学医学部付属図書館等。
3. 原稿様式
   ① A4 用紙に英文でワープロ使用、メディア媒体での提出を原則とする。プリントアウト原稿と日本語の要約も添付する。
   ② 図、表、写真（モノクロのみ）は鮮明な原画を添付する。
   ③ 執筆者の顔写真1葉も添付。
4. 採択等
   ① 受理した原稿の採否は下記委員会で決定する。
   ② 初校のみ著者校正あり。
   ③ 謝礼は別刷 50 部をもって代える。（別途、希望される場合は投稿時に申し込む。有料にて増刷する）
5. 原稿締切　2010年 3 月 31 日

〈原稿提出・問合せ先〉　〒102- 8414　東京都千代田区一番町 13-3
日本病院会　雑誌編集委員会
Tel 03-3265-0077　Fax 03-3230-2898　E-mail: tomioka@hospital.or.jp

Japan Hospital Association is soliciting manuscripts for the next issue of Japan Hospitals (No.29, July 2010)

1. Contents of Invitation
   This journal will introduce the accomplishments of Japanese healthcare and hospitals to the rest of the world, and do public relations for them. It will include the actual situation of nursing care, problems of the healthcare system, etc., and other subjects that are not published in other journals, such as related papers and research reports. (Articles which have been published in Japan, but have not been published in translation in other countries are also acceptable.)
2. Target Readers
   People related to the subject, including A members of the International Hospital Federation (IHF) (hospital associations or government agents which represent various countries) and members of the Asian Hospital Federation (AHF) (the same). In Japan, libraries of university hospitals, etc.
3. Format of Manuscripts
   (1) In principle, recording media for word processing in English on A4 paper. Also attach hard copies of manuscripts and Japanese summaries.
   (2) Attach original figures, tables, photographs (black and white only).
   (3) Also attach one facial photograph of the author.
4. Acceptance, etc.
   (1) Received manuscripts will be accepted or rejected by the committee mentioned below.
   (2) First proof only corrected by author.
   (3) Fifty copies in lieu of remuneration.
   (If they are desired, request them at the time the manuscript is submitted. Extra charge for reprints.)
5. Deadline for manuscripts
   March 31, 2010
   * Limited to physicians associated with Japan Hospital Association

To submit manuscripts and make inquiries:
Journal Editors Committee, Japan Hospital Association
13-3 Ichiban-cho, Chiyoda-ku, Tokyo 102-8414
Tel 03-3265-0077　Fax 03-3230-2898　E-mail: tomioka@hospital.or.jp

「国際モダンホスピタルショウ2010」特別企画

「第3回 こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞」

社団法人 日本病院会ならびに社団法人 日本経営協会は、2010年7月14日㈬から16日㈮の3日間、有明の東京ビッグサイトにおいて「国際モダンホスピタルショウ2010」を開催いたします。

2010年も特別企画として『**第3回 こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞**』を実施します。前回は、66点の応募があり、グランプリ1点、準グランプリ2点と佳作3点が選ばれました。

本企画は、患者さんのケアに携わる方たちの着眼によって生み出されたさまざまな改善工夫・アイデアのかずかずを、商品化されたもの、商品化されていないものも含めて審査し、顕彰しようとするものです。

関係者からの提案などに基づいて開発された作品、アイデアなどがございましたら是非ご応募いただきたくお願い申しあげます。

❶募集内容

患者さんのケアに携わる方たちの着眼によって生み出された、さまざまな改善工夫・アイデアで実現した作品で、看護現場で使用している手作りのもの、メーカーにより製品化されたもの

●生活支援（QOL向上等）、患者参画（情報提供・教育）、医療安全（不安解消・医療廃棄物・感染等）　など

〈ご参考〉看護のアイデアde賞2009年入賞作品

- 点滴スタンド用安心スポンジ「安心だポン」
- 医療看護支援ピクトグラムを使ったベッドサイドのインフォメーションボード
- 側臥位固定具「介護の手、楽し帯」
- 新生児用産着「エンジェルドレス」
- 一時留置型内頚下大静脈フィルター固定用具「ちょんまげ君」
- シャワー浴用患肢固定具「安心サポート腱助くん」

※過去2回の入賞作品詳細は添付資料をご覧ください。

＊発明・考案および意匠についての特許庁への出願など必要な場合は、ご自身で事前に申請をお願いいたします。

❷応募締切　**2010年2月26日㈮**

❸応募方法　**添付応募用紙①②**に必要事項をご記入のうえ、郵送あるいはE-mailにてご送付願います。

❹審査方法　国際モダンホスピタルショウ委員会 保健・医療・福祉部会の『第3回 こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞』審査委員会において審査します。

❺表　彰　2010年7月14日㈬～16日㈮東京ビッグサイトで開催する「国際モダンホスピタルショウ2010」会場にて顕彰します。（賞金と盾）

グランプリ　1点　50,000円　　準グランプリ　2点　30,000円

❻入賞作品等の展示紹介　「国際モダンホスピタルショウ2010」会場にて作品展示紹介。説明パネル・小冊子等を作成、Webでも紹介します。

❼お問い合わせ応募送付先

社団法人 日本経営協会 ホスピタルショウ事務局　青山
住所：〒151－8538　東京都渋谷区千駄ヶ谷3－11－8
TEL：03－3403－8615　　FAX：03－5413－4327
E-mail hsg@noma.or.jp

ホームページhttp://www.noma.or.jp/hs/2010/idea/をご覧ください。

2009年『第2回 こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞』入賞作品(敬称略)

(詳細⇒　http://www.noma.or.jp/hs/2009/idea/idea_work.html)

★★★グランプリ

◎点滴スタンド用安心スポンジ「安心だポン」　(財)小倉地区医療協会　三萩野病院

点滴スタンドが、ベッド周りのカーテン上部のメッシュ部分に引っかからないようにするため、点滴スタンドのフック先に取り付けるようにしたもの

★★準グランプリ

◎医療看護支援ピクトグラムを使ったベッドサイドのインフォメーションボード　旭川赤十字病院　前田章子

6分野23個の医療看護支援ピクトグラムを患者と職員との情報共有･コミュニケーションツールとして活用するとともに、転倒転落危険度、担当看護師名などを表示するボード

◎側臥位固定具「介護の手、楽し帯」　(社)岩手県看護協会立　盛岡訪問看護ステーション　追久保寿華

寝たきりの方を側臥位に固定する補助役となるので、2人掛かりのオムツ交換、また、浣腸･摘弁の処置、褥瘡発生時の殿部の処置がひとりでも楽に行なえる

★佳作

◎新生児用産着「エンジェルドレス」　北海道公立大学法人札幌医科大学附属病院

死産した赤ちゃんへの慈しみや家族のケアを考える現場の助産師・看護師の想いを地域の経営コンサルタント業、工業デザイン業、アーティストが助力する形で開発された、新生児のサイズに合った、愛らしいデザインの産着

◎一時的内頚下大静脈フィルター固定用具「ちょんまげ君」　静岡県立静岡がんセンター

肺血栓症や深部静脈血栓症の治療において、一時留置型の下大静脈フィルターを内頚静脈より挿入し使用する際の、点滴用バルブを固定するためのヘッドギア状の帽子

◎シャワー浴用患肢固定具「安心サポート腱助くん」　特定医療法人新生病院　菊池眞樹子

肩腱板断裂で関節形成術後、抜糸した患者のシャワー浴の際、患肢をやさしく固定し、安心して入浴でき、介助者の負担も軽減された

2008年『第1回 こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞』入賞作品(敬称略)

(詳細⇒　http://www.noma.or.jp/hs/2008/idea/idea_work.html)

★★★グランプリ

◎幼児用ポケット付エプロン「救命(キュート)エプロン」　国立病院機構 香川小児病院

気管切開を余儀なくされ気管カニューレを挿入した小児患者用で、気管に挿入した管(カニューレ)を子供の手が触れにくくし関心もいかなくするようにしたもの

★★準グランプリ

◎「スルッとはける君」　宝塚市立病院

人工股関節術後の患者は靴下を履く際、前屈姿勢の脱臼肢位となるため靴下を履くことが困難だが、靴下を履ききることと、自助具が容易に取れるよう工夫されたもの

◎「柵コール」　田中　昌(済生会松阪総合病院)

患者がベッドを降りようとしたことを感知する方法として、各種センサーと連動するナースコールに、ベッド柵が下ろされた際に感知するものとして作られたもの

★佳作

◎足台付き車椅子　済生会松阪総合病院

膝関節伸展位の保持や足(下肢)を挙げて安静にしておく必要がある患者用に作成した車椅子

◎転倒転落予防パンフレット「とびだす☆パンフレット」　総合病院国保旭中央病院 小児科病棟

ページを開くとベッドや子供が飛び出すようになっており、見て危険が認知でき、子供患者も一緒に楽しめる教育用パンフレット

◎車いすトイレ用安全バー　医療法人社団 緑成会　横浜総合病院

前面に腕を乗せる台を作り、麻痺側上肢を置く事で座位のバランスが保て、前方やサイドへの倒れこみを予防するもの

「国際モダンホスピタルショウ2010」特別企画

「第3回 こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞」

応 募 用 紙 ①

<table>
<tr><td rowspan="3">応募される作品</td><td>愛称・名称がある
場合はその名称</td><td></td></tr>
<tr><td>応募作品の一般名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">○応募作品の特長（改善工夫のポイント等）は応募用紙②にお書きください
○応募作品の写真は必ず添付してください。</td></tr>
<tr><td>貴 団 体 名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td rowspan="2">代　表　者</td><td colspan="2">(グループの場合、そのグループ名と代表者名)</td></tr>
<tr><td colspan="2">ご連絡担当者名</td></tr>
<tr><td rowspan="4">代表所属／連絡先</td><td>所属</td><td></td></tr>
<tr><td>TEL</td><td></td></tr>
<tr><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td></td></tr>
</table>

■入賞作品および応募作品の一部についての内容を公開する予定です。

＊作品の展示、招待状・ガイドブック・小冊子への掲載、パネル掲示、Web等公開の了承可否についてチェックしてください。 ⇒ □可 □否

＊事務局使用欄

受付日		審査No.

＊事務局使用欄
審査No.

「国際モダンホスピタルショウ2010」特別企画

「第3回 こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞」

応 募 用 紙 ②

応募される作品名	愛称・名称がある場合はその名称	
	応募作品の一般名称	
作品の使用場所 （1つチェックください）	□病室　□手術室　□ナースステーション □その他院内　□在宅	
工夫改善の目的 （1つチェックください）	□生活支援（QOL向上等）　□患者参画（情報提供・教育） □医療安全（不安解消・医療廃棄物・感染等）　□その他	
この作品を開発・工夫したきっかけ・背景		
作品の特徴・改善工夫のポイント		
使用した時の利点・利便・有効性		
実際の現場での使用状況とその評価	○使用期間：　年　月～	
院内安全委員会で事前に検討、または院長・所属長の許可を得て使用していますか	□はい　→　□院内安全委員会　□理事長・院長・副院長 □所属長(看護部長・ステーション所長等)　□その他	
	□いいえ	

（第１号様式）

社団法人 日本病院会　正会員入会申込書

社団法人日本病院会長　殿

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

入会承認の上は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

平成　　年　　月　　日

〒

所在地

病院名

会員名（病院長又は医師である開設者等）　役職名

印

申込取扱者氏名	印
職　名	
電　話	内線

様式１－２

平成　　年　　月　　日

社団法人 日本病院会　　会　長　殿

会員名　住　　所　〒

会社・団体
又は個人名　　㊞

社団法人 日本病院会 賛助会員入会申込書

貴会の趣旨に賛同し賛助会員の　Ａ．Ｂ．Ｃ．Ｄ　会員として入会します。
（該当する種類に丸印を付して下さい）

会社・団体 又は個人名	
代表者名	（役職）
業種	
住所 電話番号	〒
担当者 所属部課名 氏名	
会費納入方法	１．郵便振替　　２．銀行振込
紹介者	

本誌へのご寄稿のお願い

『日本病院会雑誌』では，親しみやすい誌面づくりに努めておりますが，その一環として，趣味に関する原稿，あるいは旅行記，エッセイ，俳句，短歌など，ほっとする内容の記事の掲載を企画しており，会員の皆さまのご応募をお待ちしています。

かつて「黄色いページ」として親しまれていましたページと同様とお考えいただければと思います。

原　　稿：字数の制限はありません。写真の掲載も可能です。

募集期日：随時受け付けています。

謝　　礼：掲載誌及び別刷り30部を贈呈し，謝礼とさせていただきます。

◆送り先・問い合わせ先

『日本病院会雑誌』　編集代行：植松　文子
〒160-0015 東京都新宿区大京町31番地 御苑住宅1階 ㈲木耀社
電話 03－6666－4001　　FAX 03－6666－4002
（e-mail：uematsu@m.email.ne.jp）

日本病院会雑誌

第57巻第2号　2010年2月1日発行（毎月1日発行）
頒価 1,200円（会員の購読料は会費の中に含まれます）

発行所　社団法人日本病院会
〒102-8414　東京都千代田区一番町13－3
電話：03－3265－0077（代）　FAX：03－3230－2898
http://www.hospital.or.jp

発 行 人　山本　修三
編 集 人　星　和夫

編集協力　(株)美和企画（東京都渋谷区南平台町12－6　電話：03－3496－6751(代)）
印刷・製本　日本平版印刷(株)（東京都文京区小石川4－3－6）

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。