

巻頭言

医療安全調査委員会(仮称)に思う

大井 利夫 3

グラフ：病院紹介 財団法人太田総合病院

附属 太田西ノ内病院 4

●特別講演

「生命輝かそう日本の医療人—
平成維新は社会保障の再構築から」 ● 邊見 公雄 12

●第58回日本病院学会

シンポジウム「病院医療崩壊と救急医療」

●座長：島崎 修次・高橋 正彦 40

①救急医療アンケート調査報告 ●高橋 正彦 41

②厚生連病院における救急医療の現状 ●前原 和平 54

③横浜市における救急医療への取り組み—救急医療ネットワークの構築 ●吉井 宏 59

④小児救急医療の崩壊と再構築 ●山田 至康 64

⑤救命救急センターも医療崩壊の危機に ●石川 清 74

⑥わが国における大災害初動医療体制とDMATの活動 ●辺見 弘 81

⑦討 論 ● 87

〔資料〕

「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案について」
アンケート調査 集計結果 ●医療安全対策委員会 100

連載・医学史の旅 エーゲ海の島々②【クレータ島】 ●星 和夫 167

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報4月号」巻頭言 ●酢屋 ユリ子 172

支部だより 高知県支部—この1年間の高知県支部の動向 ●細木 秀美 174

一番町だより 平成20年度第4回定期理事会 議事抄録(平成21年3月28日) ●175

お知らせ 国際モダンホスピタルショー2009において救急医療をテーマにした
公開講座の開催について ●181

日本病院会正会員・賛助会員入会申込書 ●184

本誌へのご寄稿のお願い ●186



医療安全調査委員会(仮称)に思う

医療の安全確保のうち、とりわけ医療事故死等の原因を医学的に究明することは安全文化の構築を目指す医療政策上の重要課題であり、その目的に沿って厚生労働省が3回にわたる試案の後に策定した「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」をめぐることは、医療関係者を中心に極めて高い関心が示され、さまざまな意見が提出されました。

日本病院会としても、四病院団体協議会の一員として、「第三次試案」に示された原因究明・再発防止を目的とした委員会の設置については賛成する「報告書」を提出していますが、具体的な法制化を視野に入れた「大綱案」に対しては、多くの意見とともに拙速に統一の見解をまとめることの弊害も指摘され、本年1月の日病理事会の議を経てアンケートによる調査が施行されました。その結果は5月に集計され、詳細は日病雑誌の月号にも掲載されています。

613会員にご回答いただいた内容は、速報として5月19日に開催された日本病院団体協議会(日病協)の「第1回死因究明制度等に係るWG」にも提出され、本制度に対する日本病院会の意向として多くの委員の注目を集めました。また、お寄せいただいた多くのご意見のなかには、今後の議論を深めるために大変参考になるものが少なくなく、その後の協議にも影響を与えるものと思われる。アンケートでは、委員会の設置に条件付を加えると90パーセント以上の会員が賛成、調査結

果の公表には97パーセントが賛成しています。一方、委員会の設置場所や届出場所、警察への通知や罰則規定などについては賛成、条件付賛成、反対で3分された結果になっていますし、調査結果を刑事処分に用いることには60パーセント近くの会員が反対しています。

多くの医療事故は、医療の不確実性や原因の複雑性などさまざまな因子が絡み合い、その原因究明は必ずしも容易ではありません。しかも、現在まで、不幸にして起こった「医療事故死」の死因究明は、主として当該医療機関の内的努力か、医師法21条の拡大解釈に基づき司直の手に委ねられてきました。このことが医療の透明性を大きく損ね、遺族にとっても、医療機関にとっても、医療安全文化構築に対する負の遺産を増大させてきたと言えるであらう。「医療事故死等」の原因を医学的に究明し、その結果を教訓として活かし、医療事故・有害事象の防止に努めることは医療者としての社会的責務でもあります。そうした視点に立って、「医療安全調査委員会(仮称)」の組織形態を考察することの方向性を、今回のアンケート結果は強く示唆しているように思えてなりません。

そのなかから、日病としての、あるいは日病協としての意見が集約され、病院組織としての統一の見解を表明することができるようになれば、わが国の安全文化構築に向けて大きな力になるものと、期待を込めて主張したいと思います。

財団法人太田総合病院 附属 太田西ノ内病院

明治28年の開設以来、110余年の歴史を誇る財団法人太田総合病院の附属病院である太田西ノ内病院は、昭和56年に前身の2病院が統合して誕生し、その後2回の増改築を経ながら、郡山市あるいは福島県の中核的な役割を担う病院としての機能を拡充してきました。その責任を果たすため、当財団法人の推進する地域における包括医療供給体制において、主に急性期疾患・高度医療に対応するため、常に地域での最高の水準の医療を提供できる病院を目指しております。

当院は救命救急センターを有し、年間の救急受診患者約30,000名（うち、小児救急患者数は年間約8,000名）、救急車搬送患者6,000名を受け入れて、地域災害医療センターとしても機能しています。また、地域周産期母子医療センターに認定され、年間約800件の分娩に対応し、NICU（6床）では年間約2,100名の患者を受け入れています。平成8年にはエイズ拠点病院、平成20年には地域がん診療連携拠点病院に認定され、さらに開放型病院として、地域の医療機関との緊密な連携をとって地域社会に貢献しております。加えて当院では各科が連携したチーム医療を推進するために3診療科以上で構成されるセンター化を進めており、現在13センターが設置され、質の高い医療提供体制を整えています。

教育面では25学会が認定する専門医教育施設に認定されておりますし、臨床研修病院として、提携大学とのタスキがけも含め、毎年20名近い臨床研修医を受け入れております。また、看護部では新人看護師育成のためのプログラムを構築しているなど、各部門が職員育成に熱心に取り組み、成果をあげています。

医療を取り巻く環境の厳しさは申すまでもありませんが、当法人の基本理念と当院の基本方針を念頭におきながら当院の役割を果たしていきたいと思っております。



■病院外観（北東方向より）



■病院外観と連絡通路（西方向から）

■病院全景（北西上空より撮影）



地域の中核病院・拠点病院としての機能



■ エントランスホール

急性期医療

■ 救命救急センター (ICU) ICU 10床, 救急治療棟 30床



■ 救命救急センター (ER)



■ ドクターズカー



■ 中央手術室 (9室) 手術室は中央通路左右に配置されている



■ NICU (6床)



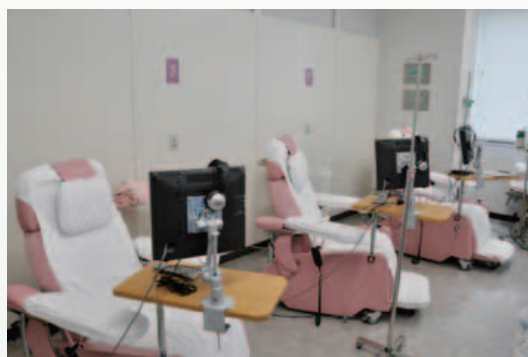
地域医療への取り組み

がん支援

■がん相談支援センター（医療社会福祉部）



■外来化学療法室



地域医療研修センター

■研修室



■地域医療連携室・PFM室



■研修医研修

特殊病床

■結核患者収容モデル病室（4室）



■クリーンルーム（血液疾患センター）



総合リハビリテーションセンター

■ 心臓リハビリ室



■ 理学療法室



■ 小児作業療法室



■ 言語療法室

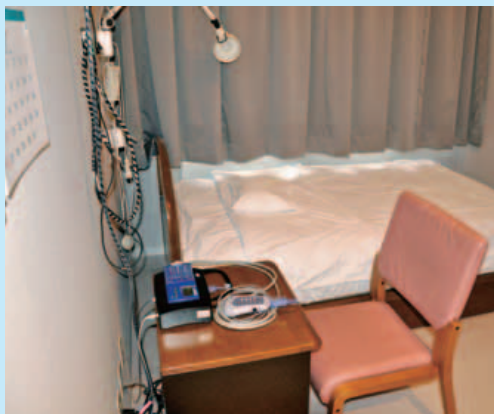


■ 作業療法室



総合睡眠医療センター

■ 検査用居室（4室）と解析室



糖尿病センター

■ 栄養指導室と運動指導室



デイルームと病棟内パントリー

食事は主厨房で半調理の後、病棟パントリーで最終調理して提供します。



高度医療機器

■ リニアック



■ 64ch MDCT 他に16ch, 4ch



■ MRI 1.5T (MAGNETOM Avanto SQ) 他にGE製1.5T



■ シネアンギオ装置



■ 心臓カテーテル造影装置 (循環器病棟内)



■ 高圧酸素装置



その他の施設

入院患者家族宿泊施設（ファミリーハウス 桔梗）



訪問学級（須賀川養護学校郡山分校）

（小学部、中学部）



付属施設

職員用保育園



看護専門学校



財団法人太田総合病院 附属 太田西ノ内病院

● 病院理念 ●

生命の尊厳・平等な人間愛

● 基本方針 ●

1. 急性期医療をになう病院として、高度医療、救急医療を提供します。
2. 地域の病院および診療所などと連携し、地域社会に貢献し、信頼される中核病院を目指します。
3. 患者さまの人格を尊重し、基本的人権を守り、優しい思いやりのある医療を目指します。
4. 診療に関わる情報開示、インフォームド・コンセントの実施、ならびにプライバシーを守ることに最大限の努力を致します。
5. 質の高い医療、安全な医療の提供に努めます。
6. 経営基盤の確立を図り、安定した病院経営を目指します。
7. 組織を支える人材の育成に努めます。

病院の概要

- **名 称** 財団法人太田総合病院 附属太田西ノ内病院
- **所 在 地** 〒963-8558 福島県郡山市西ノ内二丁目5番20号
- **電 話** 電話 024-925-1188 (代表) FAX 024-925-7791
- **ホームページ** <http://www.ohta-hp.or.jp/>
- **院 長** 堀江 孝至
- **開設年月日** 昭和56年7月
- **診療科目** 内科 心療内科 呼吸器科 消化器科 神経内科 循環器科 アレルギー科 リウマチ科
小児科 外科 整形外科 形成外科 美容外科 脳神経外科 呼吸器外科 心臓血管外科
小児外科 皮膚科 泌尿器科 肛門科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 気管食道科
精神科 リハビリテーション科 放射線科 麻酔科 歯科 矯正歯科 小児歯科
歯科口腔外科
- **院内呼称科** 総合診療科 糖尿内科 腎内科 膠原病外来 甲状腺外来 血液内科 末梢血管外科
肺癌腫瘍 睡眠呼吸障害 呼吸不全 肝臓 乳腺 ペースメーカー 不妊 小児神経
思春期 産褥 排尿障害
- **病 床 数** 1,015床 (一般病床 965床 7対1入院基本料, 精神病床 50床 15対1入院基本料)
- **職 員 数** 医師 179名 (うち研修医 31名), 看護師 903名, その他 631名 計 1,713名
(平成21年5月1日現在)
- **建 物 概 要** 敷地面積: 33,719㎡ 延床面積: 52,226㎡ 地上7階, 地下1階
- **医 療 機 能** 救命救急センター 40床 (集中治療棟 (ICU) 10床, 救急治療棟 30床), NICU 6床,
CCU 4床, 人工透析室 51床
糖尿病センター 血液疾患センター 呼吸器センター 消化器センター 循環器センター
熱傷センター 総合睡眠医療センター 腫瘍センター 総合リハビリテーションセンター
脳神経センター 周産期センター 神経精神センター
- **各 種 指 定** 基幹型臨床研修病院 救急告示病院 地域がん診療連携拠点病院 地域災害医療センター
エイズ治療拠点病院 救命救急センター 地域周産期母子医療センター
- **そ の 他** 病院機能評価認定取得

生命輝かそう日本の医療人—— 平成維新は社会保障の再構築から

赤穂市民病院
院長

邊見 公雄

皆さん、あらためましてこんにちは。ただいま初級手話でご挨拶させていただきました。初級ですからほとんど伝わっていないと思いますので、訳させていただきます。これが「皆さん」ですね。太陽がこの辺にあって、親指が2人、会って挨拶すると「おはようございます」、太陽が沈んでから会えば「こんばんは」。今4時ですから太陽はこの辺で、「こんにちは」です。「私の名前」はネームプレートの形を示し、「へ」は片仮名の「へ」。手話にも冗談っぽいものがありまして、お尻を指して「へ」なんていう人もおられます。それから「ん」「み」です。「赤穂」は、もう赤くはありませんが唇を指して「赤」、稲穂で「穂」。脈をとる様子と建物で「病院」、「の院長です。よろしく」と申しあげました。

なぜこんなご挨拶をしたのか、ちょっとお話します。当院ではボランティアに180人くらい来ていただいています。また、それより数は少ないですが勝手連的なボランティア、例えばスポット的にクリスマスにだけ来て歌を歌うなど、勝手に来ている人たちがいます。

なぜ勝手に来ているかといいますと、ボランティアに登録すると年に1回か2回のツベルクリン検査や採血、感染症対策などもしなければいけませんし、個人情報保護条例の研修会も受けなければいけない。また、田舎ですので顔見知りの人も多く、例えば病棟へ行ったボランティアの人がAさんの入院を知り、帰りに駅で会った知人に「Aさんが入院して、かなり弱っている。年を越せそうもないから早く見舞いに行っておいてあげて」などと言いますと、守秘義務違反で怒られ、私が記者会見して謝らなければいけない。ですから、そういうボランティアの講習会もすることになります。そうしますと、「そんなのは嫌だ。

私は盆栽だけ持っていきたいんだ」とか「子どもに将棋だけ教えに行くんだ」とかいう人たちがたくさんおられます。そういう人たちをオミットするというのも芸がない。そこで、そういう人たちには個人的に、せきが出たりしたら結核ではないことを調べてくださいとか、あまり病室へは行かないようにとお願いして、そういう人も100人くらいいて、全部で250人くらいボランティアが来て来てくれています。

そのほかに犬も来ています。ドクタードッグです。これが毎月第1水曜日の午後3時からいます。この犬が来ますと、私が回診しても笑顔も見せないおばあちゃんが、にこっとする。やはり犬の効果は主治医より強いと思ったりするときもあります。

鳩も2羽。これは手品をやりに来てくれる郵便局員さんがいて、そのシルクハットから出てくる鳩です。この郵便局員さんは面白い方で、ボランティアでありながら、帰りには病棟へ寄って看護師さんから簡易保険のお金を集めて帰る。なにか半分仕事です。いろいろな人が来て来てくれています。

そういう人たちに何かお返しができるかと考えていたら、西暦2000年が国際ボランティア年でした。そこで社会福祉協議会でやっている手話教室に、私に付いてくれている、今回初めて点数が付いたメディカルクラーク——これはニチイ学館の登録商標らしく、メディカルアシスタントとかドクタークラーク、医療事務補助者と言わないと怒られるのですが、そういう人たちと一緒にきました。

そうしますと院内の様子が変わりました。今までうちの病院に来たこともないdeaf-and-dumb（聾啞）の人が来る。診たら、お尻なのですが、すぐ手術をしなければいけないようなひどい状態でした。やはり言葉が不自由なのと場所が場所だけに病院に来ら

れなかったのですね。

医療界は大変な時代で、夜明けは近いとずっと言われながら15年間くらい氷河時代ですが、工夫ひとつでまだ生き残れるのではないかという意味も込めて、手話でご挨拶させていただきました。あらためて、このような機会をつくっていただきました皆さん方に感謝します。

■今日お話しすること

それでは本題に入りたいと思います。お正月ですので「生命輝かそう日本の医療人」と、ちょっと前向きの表題にさせていただきました。しかし私の表題は、どこへ行っても「生命輝かそう」で始まります。赤穂高校へ行けば「生命輝かそう赤穂高校——18歳，エイズと禁煙教育」，近くの老健施設へ行きますと「生命輝かそう，つつじ荘——80歳，がんと寝たきりにならないために」と，後ろを変えるだけでいいので楽なのです。

表題の下に書いた「震災15年1月15日」は震災歴です。つい3日前，1月17日は阪神・淡路大震災が起きた日ですね。平成という元号は名前負けしていますし，私は嫌いなので，震災歴を使っています。

(スライド1)今日はここに書いたようなことをお話しします。まず，福田内閣の終わり頃にできた社会保障国民会議について。東大教授の吉川洋先生が議長この国民会議が最終報告書をまとめました。その前の中間報告でほとんどが書き込まれているわけですが，一応まとめができましたので，そのお話しを少しして，皆さん方と知識を共有したいと。これがもしそのまま実現しますと，財源の問題もありますが，少しは良くなるのではないかと考えています。

次に，11の病院団体が加盟している日本病院団体協議会（日病協）の診療報酬実務者会議で，全日本病院協会（全日病）副会長の猪口先生がワーキンググループをつくり，半年くらいかけて検討して「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」という8項目の提言をしておりますので，それについて。まだ数値までは出ていませんが，本来こうすべきである，我々としては点数もこうしてほしいと，そういう診療報酬の講習の本を出しております。

3番目はDPCについて。今DPCが大きな転換期を迎えていて，次回の改定では調整係数を廃止する

本日のメニュー

1. 社会保障国民会議のまとめ
2. 日病協「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」
 - ①入院医療のあり方（機能分化）
 - ②精神科医療のあり方
 - ③介護入所施設のあり方
 - ④外来診療のあり方（機能分化）
 - ⑤入院基本料のあり方
 - (1)入院基本料について
 - (2)入院基本料の算定に包含されるべき項目
 - (3)支払い対象職種
 - ⑥医療専門職の職掌について
 - ⑦リハビリテーション医療のあり方
 - ⑧DPCのあり方
3. 中医協報告（DPCを中心に）
4. 公立病院改革プランと自治体病院

スライド1

とされています。当初から，平成22年の改定で廃止することになっていましたが，ちょっとトーンダウンし，調整係数に代わるものを検討するとなっています。「廃止」から「検討」にトーンダウンしているのですが，それでも私は，1回ではできないと思います。そういう大きなことをポンとやって混乱することには，出しては混乱し，引っ込めたり変えたり再改定したり，ずさんな部分がたくさんありますが，今回は厚労省もそういうことはしないだろうと思います。DPCの調整係数に代わるものを，去年の秋に始めて恐らく1年くらいかけて検討するのだと思いますが，それについてお話しします。

4番目は，私が属しております自治体病院について。今，銚子市立病院や松原市立病院など，医学用語でいえば突然死的に，それほど悪くないのに突然倒れる病院が相次いでいます。この自治体病院を取り巻く公立病院改革プランと，それに対する我々の取り組みの現状などをお話しします。

■1. 社会保障国民会議のまとめ

●社会保障の課題

- ・少子高齢化のなかでの制度の維持

(スライド2) 社会保障の課題として社会保障国民会議が挙げているのは，やはり少子高齢化のなかでのサステナビリティ，つまり，どうやって維持していくかということです。

国民皆保険は、いつでも、だれでも、どこでも、平等で正確な医療が受けられるというもので、これは皆さん当たり前のことのように思っているかもしれませんが、日本にしかありません。水や空気のようにあって、コンビニ診療などいろいろ悪い面もありますが、非常に良い制度ですね。これについては支払い側の健保連も国保連合会も、診療側も、公益側の先生方も、世界に冠たる制度だから守ろうということで、三者構成の中医協で一致しています。

ただ私は、この制度が守れているのは奇跡的なことが3つ重なったからだと思います。まず右肩上がりの経済成長。2つ目が軍事費にお金を使わなかったこと。そして3つ目は“侍の心”だと思うのです。医療側も金もうけのためにめっちゃくちゃなことはしなかったし、受診する国民もめっちゃくちゃに自分勝手な受療行動はしなかった。

しかし、この“侍の心”は、コンビニ診療とかモニターペイシエントに見られるように、いろいろなことでつぶれています。また軍事費も今はたくさん使っています。北朝鮮のテポドン対策でミサイル防衛網とか、イラクとか、たくさんのお金を使い、防衛費は年間予算5兆円を超えています。

中医協のある場で、私は切腹覚悟で——赤穂ですから切腹はずっと覚悟しているのですが、申しあげました。この国は、私が生まれてから一度も攻められていないのに、防衛費を5兆円使っている。毎晩来る救急車に、なぜその10分の1も使ってくれないのかと。国を守るとは人の命を守ることではないでしょうかと。そう申しましたら、ざわざわとしたので議事録削除かと思いましたが、ちゃんと議事録にも載っているようですので、この国も捨てたものではないと思っています。

この国民皆保険という制度は、どうにかして維持していかなければいけません。

給付については、コンビニ診療の人にも給付するのかということ。それから保険免責制度、例えば風邪や小さい切り傷は保険の適用から外し、がんなどの大きな病気だけにするのではないかとということや、混合診療の有無など、いろいろなことが言われています。

・「失われた10年」によるセーフティネットの^{ほころ}綻び

失われた10年といわれていますが、この10年間で失ったものはGDPの2年分くらい、800兆円くらいですかね、後で数字が出ると思いますが。

社会保障の課題

【少子高齢化】

- 給付やサービスはいかにあるべきか
- 制度の財政的持続可能性

【失われた10年】

- セーフティ・ネットの綻び

スライド2

プライマリーバランスが悪くなり、それ以上に日本がつかったのが、この10年間の低成長です。そこに今またアメリカ発の世界不況が来て、セーフティネットが綻びています。

これは今までは、奈良県や隠岐の島の産婦人科など田舎のほうで目立っていたのですが、とうとう花のお江戸にも来たということで、これはいけないと、とうとう官僚の人たちも思い始めた。ただ、官僚が自らの非を認めるのはなかなか難しいですから、官邸主導型で、総理官邸がやり始めた。それが社会保障国民会議のまとめです。厚労省が「失敗しました」なんて言えませんが、官邸主導でやっているわけです。

●社会保障をめぐる現状

- ・国民の一番の要望は「医療・年金等の社会保障」

(スライド3) これは国民が政府に何をしてほしいと思っているか、その調査結果です。小泉首相の頃、平成13年は1位が景気対策でしたが、景気がよくなってきたせいもあって、景気対策への要望はどんどん下がり、平成19年には医療・年金等の社会保障への要望が7割以上になっています。高齢社会対策が2位、景気対策が3位。雇用・労働問題は、今ならもっと上位へ来ると思いますが、この時点では4位。自然環境、エコが5位。これが国民の意識の状況です。

- ・急速な少子化

(スライド4) このグラフは、一番上が65歳以上の高齢者、真ん中が16～64歳、その下が小児科へかかる年齢、15歳以下です。このように子どもはどんどん減っています。

下のほうに1年間の出生数がありますが、2005年は109万人。それが2055年には、出生率1.26で計算すると45万人、半分になります。いちばん出生数が

多かったベビーブーマーのとき、団塊の世代は200万人以上でしたから、それと比べると4分の1以下になるわけです。どんどんと少子化が進み、就業人口に近い15～64歳も減り、そして高齢者がたくさん増えていく。

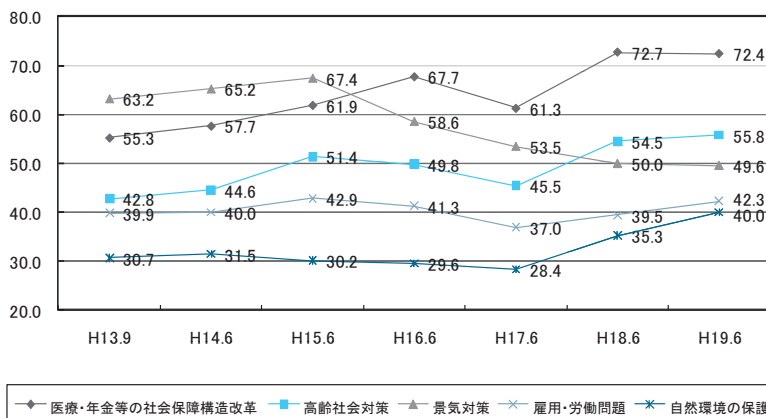
この少子高齢化ですが、私は「高齢少子化」と言ってほしいと思っています。少子高齢化では、「少子」は「高齢化」の枕詞になってしまう。久方の光、ぬばたまの闇、たらちねの母と同じで、「少子」には意味が持たされていません。ですから、高齢少子化と言え、と神戸新聞などで論陣を張っていたのですが、なかなか高齢少子化と言ってくれない。

この10年間、エンゼルプランにはほとんどお金は行かず、ゴールドプランにばかりお金が行きました。郊外を車で走れば、立派な建物は老人ホーム、ラブホテル、新興宗教の本殿、ゴルフ場のクラブハウス。この国は、変なものにばかりお金が行っています。本当はこの少子化にお金を使ってほしかった。今、少子化大臣がいますが、もっともっと少子化対策にお金を使っていれば、今これほど慌てなくてよかったと思います。

フランスはとうとう人口増になりました。ただフランスの場合は移民が多く、その子どもが増えていくわけですが、だれでもいいのです。やはり健康保険証を持つ人が増えないと我々病院はつぶれます。赤穂などは三方が山、前は瀬戸内海なので魚しかない。魚に保険証はないですから、病院が将来つぶれるのは決まっていますね。だから、ぜひここにおられる人は、だれの子でもいいから2人以上産んで

社会保障に関する関心について

○ 標記調査によれば、政府に対する要望として一番関心が高いものは、「医療・年金等の社会保障構造改革」であり、次いで「高齢社会対策」「景気対策」「雇用・労働問題」となっている。

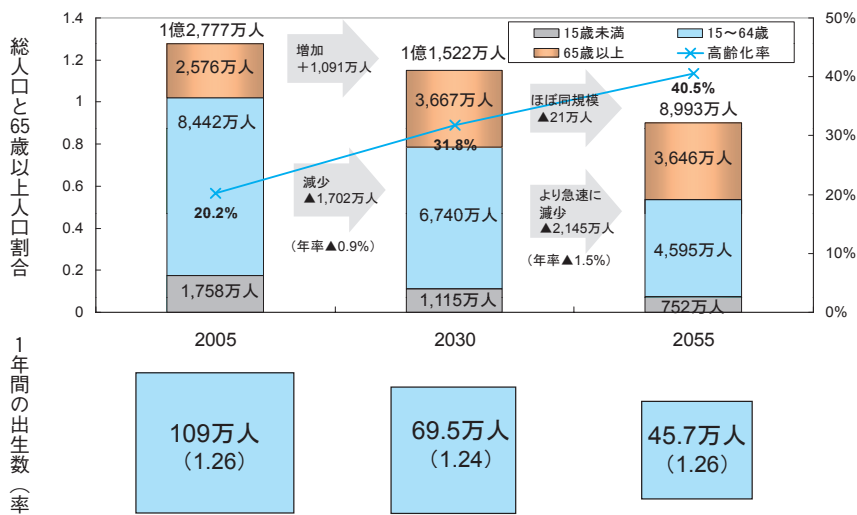


(出典) 国民生活に関する世論調査 (平成19年6月 内閣府大臣官房政府広報室)

スライド 3

今後の急速な少子・高齢化の進行

～日本の将来推計人口(平成18年12月推計)～



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位、死亡中位の場合)

スライド 4

ほしいと思います。男の人は、だれにでもいいから2人以上産ませてほしい。これはセクハラではなく、社会保障を願う者の気持ちです。私は老外科医ですし、一応、自然科学者が言っているのですから、セクハラと受け取らないでください。ただ、本当にしてはいけませんよ、それくらいの気合いでいてほしいということです。

・経済的側面

(スライド 5) これが先ほど言ったGDPの逸失額

です。574兆円。経済がマイナス成長やゼロ成長だった期間も、もし2%くらいの成長を続けていれば、GDPはこの点線で示されたくらいの額だったわけですね。

●社会保障給付の現状

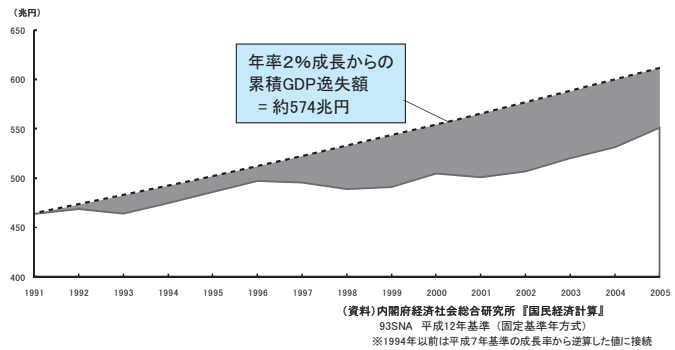
・対国民所得比で最下位

(スライド6) 社会保障費は90兆円弱で、これは国民所得の約24%です。その内訳を見ますと、医療は全体の32%で、対国民所得比では7.6%。この数字は、昔は日本がブービーで、イギリスがいちばん悪かったです。

サッチャーさんは世界に冠たる経済改革の大成功者ですね。英国病といわれたイギリス経済を立て直した鉄の女、鉄の宰相で、偉い方ですが、社会保障の観点から見ると、揺りかごから墓場までという世界に冠たるイギリスの社会保障をズタズタにした悪い人ですね。イギリスの急性期医療はズタズタになり、入院3カ月待ち、手術3年待ちということになってしまいました。

それが最たるかたちで現れたのは、一昨年のロンドンサミットのときのグラスゴー空港爆破テロです。テロリストが10人捕まりましたが、そのなかの4人は外科医です。医療崩壊で待遇があまりに悪くなったのでイギリスの外科医は皆、アメリカ、カナダ、

「失われた10年」に生じたGDPの逸失額



スライド5

オーストラリア、ニュージーランド、南ア、EUの仏独のほうへ行ってしまった。残っているのは、宗主国時代の旧植民地のパキスタン人などで、彼らが今イギリスの外科を担っていて、その人たちのなかにあのテロリストたちもいたわけです。

私も日本外科学会で、英語のできない者が多いから海外に逃げるわけにもいかないが、せめて外科学会をハワイでやって、1週間くらい手術できないようにしてやったらどうか、と本気で言ったのですが、なかなか賛成が得られませんでした。

私は医療崩壊いろはカルタというものをつくっていますが、「さ」は「サッチャーのつけ、ブレア返せず」です。ブレアさんが10年間かかって医療費を

2倍、医師も1.5倍にしたのですが、やはり1回つぶれたら元には戻りません。今、イギリスはブービーになりました。日本がどんどん毎年2,200億円下げ、断トツのブービーメーカーになっているからです。日本のように対国民所得比で7.6%なんて国はありません。イギリスはもう10%くらいになっていて差は2%以上です。

スライドの下のほうのグラフは、人がそのライフサイクルのなかで、どのような社会保障を受けるかを示したものです。

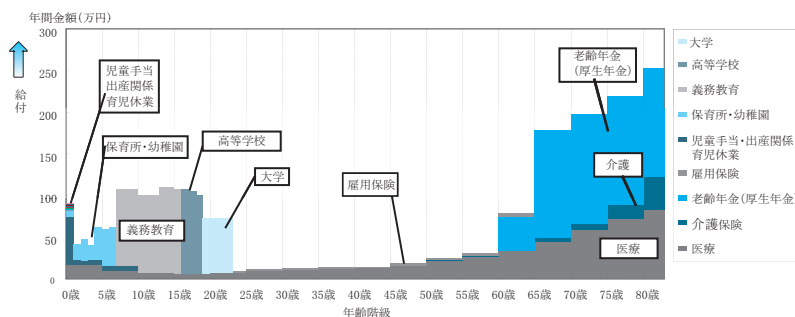
現在の社会保障の給付の水準 (マクロでみた場合とミクロでみた場合)

【マクロでみた社会保障給付の現状】

社会保障給付費 平成17年度(実績) 87.9兆円 (対国民所得比 23.9%)

年金 46.3兆円(53%) 《対国民所得比 12.6%》	医療 28.1兆円(32%) 《対国民所得比 7.6%》	福祉その他 13.5兆円(15%) 《対国民所得比 3.7%》 (うち介護5.9兆円(7%) 《対国民所得比 1.6%》)
----------------------------------	---------------------------------	--

【1人の生涯から見た社会保障給付の姿】



(注)平成11年版厚生白書記載のデータを平成15年度の実績等をもとに修正し、1人の生涯から見た社会保障給付の姿のイメージとして示したもの

なお、全年齢を通じた国民1人当たりの社会保障給付費の平均は、68.8万円(平成17年度)。

スライド6

子どものときは、今話題の出産育児一時金などや保育所・幼稚園、義務教育、その後の教育ですね。職についたあとは、失業した場合の雇用保険。そして、やはり晩年に介護、医療、年金と、たくさん社会保障を受けます。このたくさん受ける人たちが増えるから、財務省は大変心配している。これを少ない子どもたちが払い切れるかということで、制度の持続性について悩んでいるわけです。

・社会保障費の負担

(スライド7) 社会保障費のなかで半分以上が保険料です。税が3割くらいで、その国と地方との負担の割合はここに示すようになっていきます。

・社会保障に関する国際比較

(スライド8) 社会保障費への投入率は、日本はアメリカよりは高いけれど、欧州よりは低いのです。

私は、医療と教育と治安がこの10年間でいちばん悪くなったと思います。これは日本が、グローバルスタンダードという名のもとにアメリカンスタンダードを入れたからだと思うのです。トップの部分を見れば、アメリカはノーベル賞もたくさんもらっているし、教育も医療も上です。

宇宙医学、遺伝子組み換え、いろいろやっている。それは偉いのですが、下のほうの実態は『SiCKO』という映画を見ればわかりますし、ハリケーン・カトリーナで2,600人もの人がニューオーリンズで死んでいる。日本ではあり得ないことです。

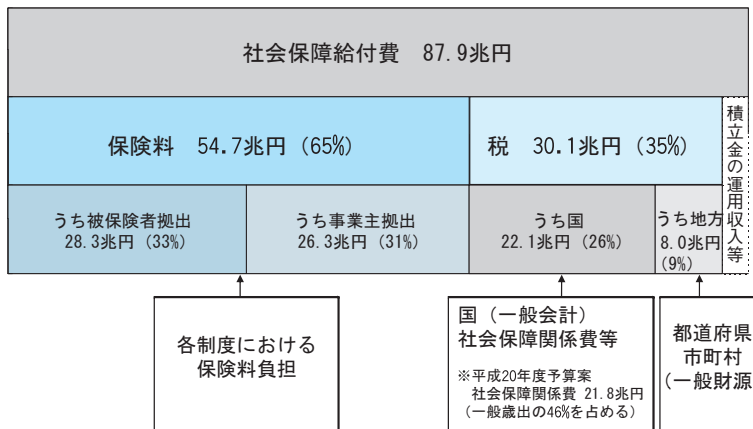
日本には、映画の『ER緊急救命室』のような良いところもないけれど、『SiCKO』のような悪いところもない。関西弁で言えば、ちょぼちょぼ。まあまあというか格差はない。平均すれば日本のほうが良い

社会保障の給付を支える国民の拠出・負担 (マクロでみた場合とミクロでみた場合)

【マクロでみた社会保障給付を支える国民の拠出・負担】

社会保障の給付を支える国民の拠出・負担 平成17年度(実績) 84.8兆円

※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある

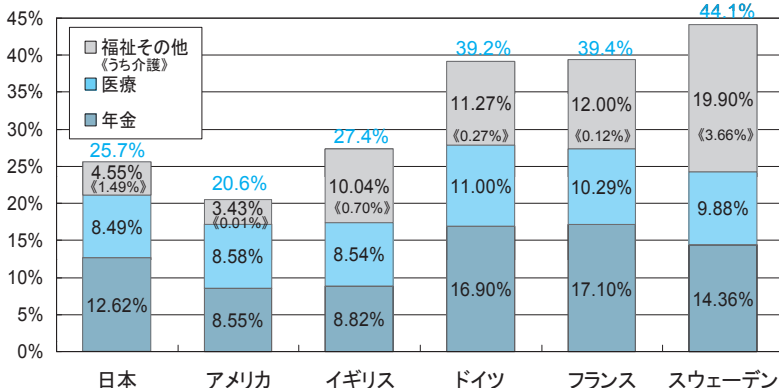


スライド7

社会保障給付の部門別の国際的な比較(対国民所得比)

○ 我が国の社会保障給付の規模を部門別に比較すると、

- ・年金 — 米英を上回るが、他の欧州諸国をやや下回る規模
- ・医療 — 米英とほぼ同規模、他の欧州諸国をやや下回る規模
- ・その他の給付 — 米国を上回るが、欧州諸国をかなり下回る規模



日本 《高齢化率(2005年)》《20.1%》 《国民負担率(2005年)》《38.3%》
 アメリカ 《12.4%》 《34.5%》
 イギリス 《16.1%》 《48.3%》
 ドイツ 《19.2%》 《51.7%》
 フランス 《16.4%》 《62.2%》
 スウェーデン 《17.2%》 《70.7%》
 (注) OECD: "Social Expenditure Database 2007"等に基づき、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室で算出したもの。いずれも2003年。OECD社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用(公的住宅費用、施設整備費等)も計上されている。
 高齢化率は OECD: "OECD in figures 2007"、国民負担率は財務省調べによる(なお、日本の2008年度の国民負担率は40.1%(見直し)。)

スライド8

わけです。ところがアメリカを学ぼうとするあまり、医療と教育がアメリカと同じように荒廃していているというのが私の診断です。

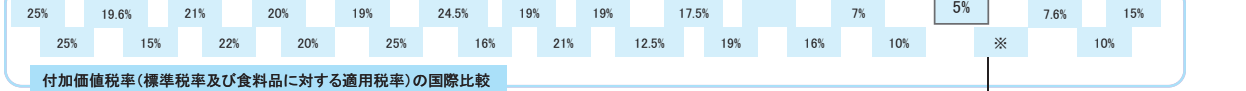
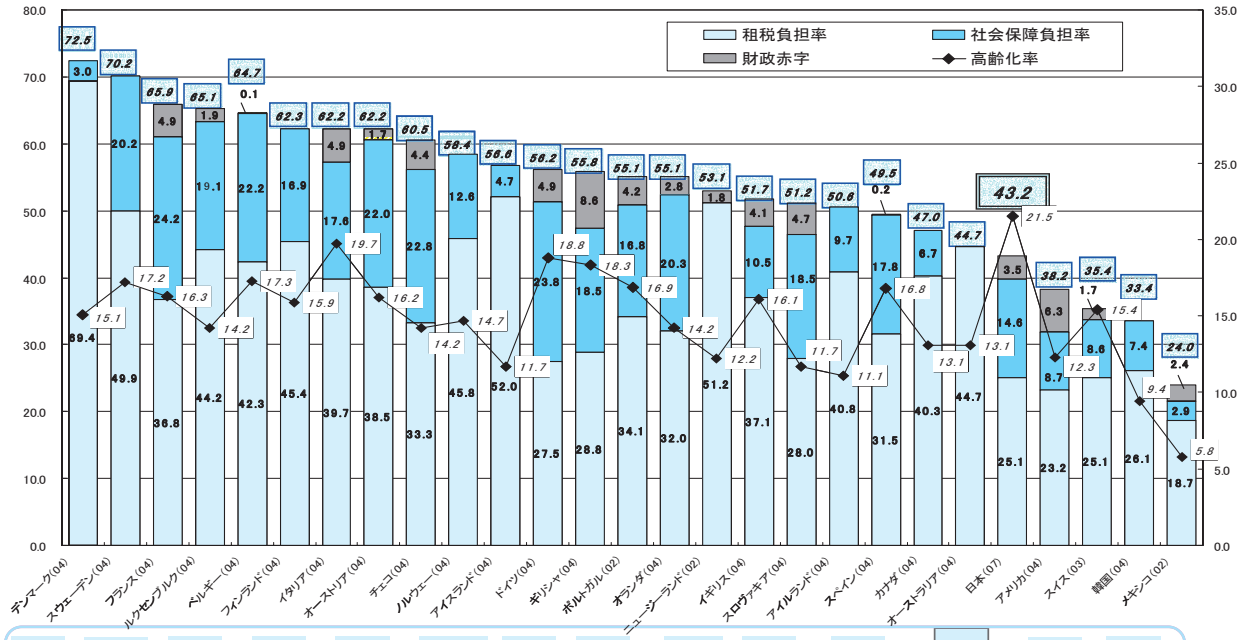
(スライド9) OECD諸国の国民負担率を見ますと、日本はそんなに高くはないのです。これはまた後でご覧ください。

・高齢化と社会保障費

(スライド10) これは高齢化率と社会保障費のグラフです。横軸が高齢化率で、日本はどんどん高齢

OECD諸国の潜在的国民負担率及び高齢化率

○ 高齢化が最も進んでいる日本の潜在的国民負担率は、OECD諸国の中でも低い

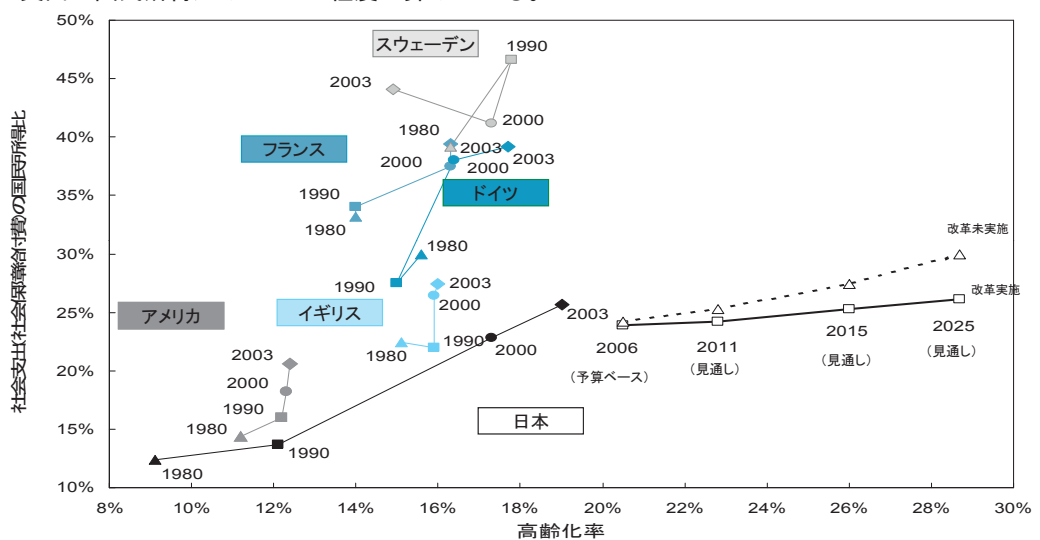


付加価値税率(標準税率及び食料品に対する適用税率)の国際比較
 1: 日本の07年度の係数は見通してある
 2: 国民負担率は、税負担率と社会保障負担率の合計。四捨五入の関係上、係数の和が合計値と一致しないことがある。
 3: ポーランド、ハンガリー及びトルコについては、係数が足りず、国民負担率が算出不能であるため掲載していない。
 4: 高齢化率については、日本は2007年の推計値を、諸外国は2005年の推計値を仕様している。
 【出典】・(国民負担率) 日本:平成19年度予算案ベース、諸外国:National Accounts 2006 (OECD)Revenue Statistics (OECD)
 ・(高齢化率) 日本:「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)、諸外国:World Population Prospects 2006 Revision (UN)
 ※アメリカは州、群、市により小売売上税が課されている(例:ニューヨーク市8.375%)

スライド9

高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較

○日本は1980年から2003年までの20年間で高齢化率は10%以上上昇しているが、社会支出の国民所得比の増加は約13%程度であり、その水準もスウェーデン・フランスなどに比べ、低い。
 ○イギリスやアメリカ、ドイツなどは、高齢化率はさほど大きく変わらないものの、その社会支出の国民所得比は5~10%程度上昇している。



出典:実績はOECD: "Social Expenditure Database 2007"等、見通しは厚生労働省: "社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月)"に基づき、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室で算出したもの。
 実績はOECD社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用(公的住宅費用、施設整備費等)も計上されている。
 高齢化率は・日本:国勢調査(総務省統計局)／諸外国(U.N.WORLD POPULATION PROSPECTS(OECD Health Data))

スライド10

特別講演 生命輝かそう日本の医療人 平成維新は社会保障の再構築から

化が進んでいます。欧米諸国はあまり高齢化が進んでいません。しかし縦軸の社会保障費の比率を見ると、欧米諸国はほとんど上がっている。一方、日本はそれほど上がっていません。それにもかかわらず、比率が高まらないようにしようという抑制もあるわけです。

・給付と負担の見通し

(スライド11) 社会保障の給付と負担の見通しはこのようになっています。細かい数字ですし、だいたいの話でもありますので、本当にこうなるかどうか。昔、ある次官が医療費亡国論を言いましたが、あの方の言ったことが正しかったら、とくに医療費は60兆円とか70兆円になっているはずですが。しかし今、医療費は32兆円。ですから、かなり当たらない要素で理論構築されている可能性もありますが、今回は当たるのではないかという気はします。

・年金、医療、福祉の見通し

(スライド12) 年金、医療、福祉、それぞれの給付を見ても、2006年を100として、福祉は2025年には187くらい、医療は174で現在の2倍弱になる。年金は何も改革しなければ158くらい行くけれど、改革したから137くらいだろうということです。

●医療制度改革の2本柱

(スライド13) 今度の医療制度改革の2本柱は、医療サービスをどうするかということ、だれが医療費の財源を負担するかということになるわけです。小泉内閣以来今まで、とにかく高品質の医療サービスを少ない財源でやれと言っていたのですが、もう

社会保障の給付と負担の見通し

※ 緑色囲いがマクロ経済スライド等の平成16年年金制度改革を行わない場合の年金給付の見通し

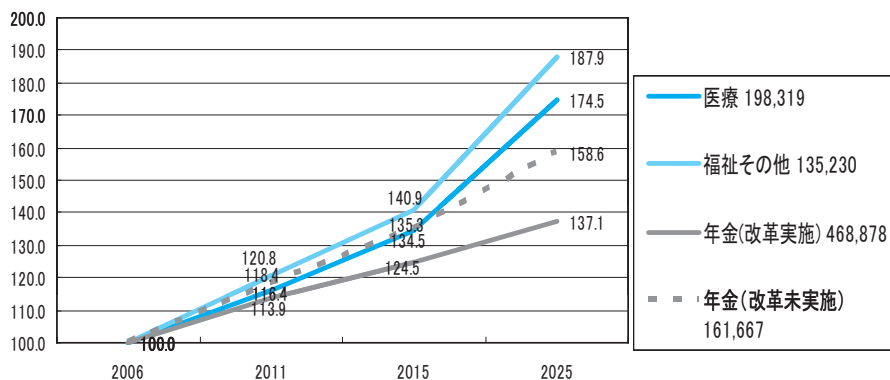
	2006年度 (平成18)		2011年度 (平成23)		2015年度 (平成27)		(参考)2025年度 (平成37)	
	兆円	%	兆円	%	兆円	%	兆円	%
社会保障給付費	89.8 (91.0)	23.9 (24.2)	105 (110)	24.2 (25.3)	116 (126)	25.3 (27.4)	141 (162)	26.1 (30.0)
年金	47.4 (47.3)	12.6 (12.6)	54 (56)	12.5 (12.9)	59 (64)	12.8 (13.8)	65 (75)	12.0 (13.8)
医療	27.5 (28.5)	7.3 (7.6)	32 (34)	7.5 (8.0)	37 (40)	8.0 (8.7)	48 (56)	8.8 (10.3)
福祉等	14.9 (15.2)	4.0 (4.1)	18 (20)	4.2 (4.5)	21 (23)	4.5 (4.9)	28 (32)	5.3 (5.8)
うち介護	6.6 (6.9)	1.8 (1.8)	9 (10)	2.0 (2.3)	10 (12)	2.3 (2.7)	17 (20)	3.1 (3.7)
社会保障に係る負担	82.8 (84.3)	22.0 (22.4)	101 (105)	23.3 (24.3)	114 (121)	24.8 (26.3)	143 (165)	26.5 (30.5)
保険料負担	54.0 (54.8)	14.4 (14.6)	65 (67)	14.9 (15.4)	73 (77)	15.9 (16.6)		
公費負担	28.8 (29.5)	7.7 (7.8)	36 (38)	8.4 (8.9)	41 (45)	8.9 (9.7)		
国民所得	375.6	—	433	—	461	—	540	—

注1) %は対国民所得。額は、各年度の名目額(将来の額は現在価格ではない)。
 注2) 公費は、2009年度に基礎年金国庫負担割合が1/2に引き上げられたものとしている。
 注3) カッコ外の数値は改革反映、カッコ内の数値は改革前のもの。
 注4) 経済前提はAケース。

スライド11

年金(改革実施と改革未実施)、医療、福祉その他の給付の伸び

※ 2006年度の年金、医療、福祉その他の給付を100とした場合



スライド12

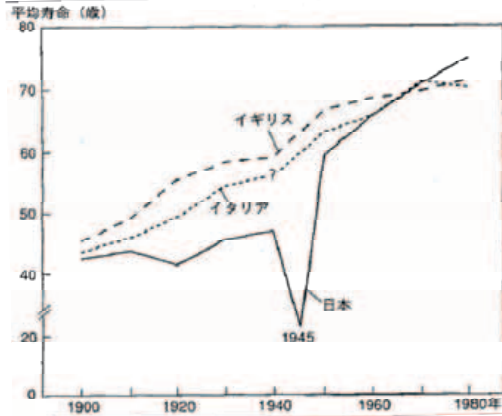
医療制度改革の二本柱

- いかにして効率的で高品質な医療サービスを供給するか？
——医療費の総額とその配分
- どのように医療保険制度を設計するか？
——国民医療費を誰がどのような形で負担するか？

スライド13

それは無理だということを社会保障国民会議ははっきり打ち出しました。今まではムチばかりだったけれどアメもある程度なければ無理だろうと、医師を増やそうとかいろいろなことを言い始めました。

日・英・伊3国の平均寿命の推移



【出所】 Johansson, S. and C. Mosk, Exposure, Resistance and Life Expectancy: Disease and Death during the Economic Development of Japan, 1900-1960, "Population Studies, 1987.

スライド14

・医療費の財源

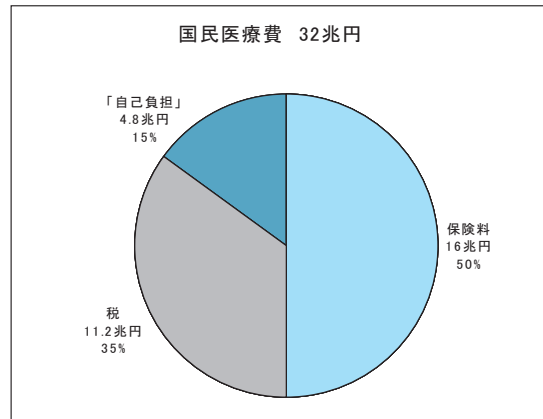
(スライド14) 平均寿命の推移を見ると、日本は第2次世界大戦でボンと落ちていますが、今、日本は、アイスランドや香港などを除けば、ほぼ世界一です。したがって、当然ながら医療費は増えます。

(スライド15) その医療費をだれが払っているかということ、自己負担は15%、税が35%。保険料は50%です。これは労災保険などが少しはありますが、主に健康保険と国保ですね。

(スライド16) では、ほかの国の医療費財源はどうなのか。自己負担率を見ますと、フランスはちょっと低いですが、あとはほぼ10~13%くらいです。

国民医療費のファイナンス

(2004年)



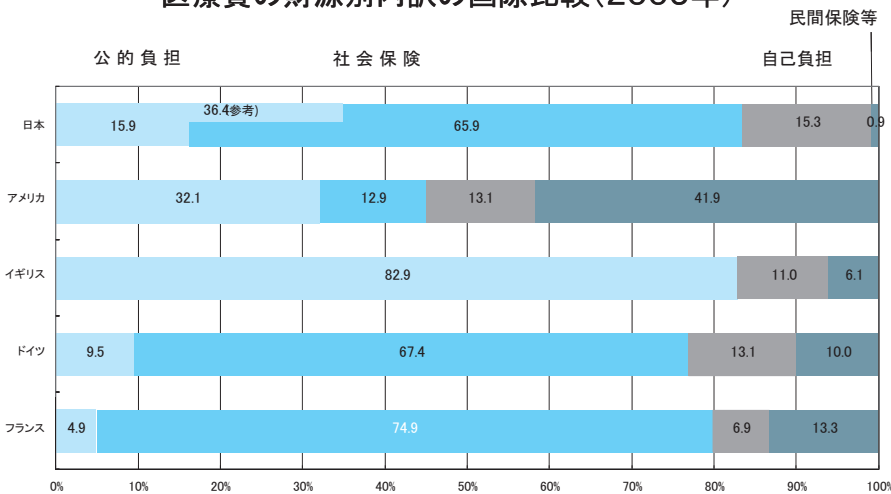
スライド15

・病床数

(スライド17) これはG7諸国の病床数です。東北大学の濃沼先生がよく言われることですが、日本はずばぬけて病床数が多い。ほかの国の3倍、4倍です。

それから平均在院日数も長い。ただ外国の場合はナーシングホームなど、日本の特養のようなものは医療施設に入っていないので、単純に比較はできませんが、それでもやはり平均在院日数は長い。これが医療費を食い過ぎているのではないかということで、国は今まで一貫して平均在院日数を減らす方針をとり、そのためにDPCをやるなどしてきました。

医療費の財源別内訳の国際比較(2005年)



(注1) 日本は2004年の数値、イギリスは1996年の数値。

(注2) 日本の「公的負担」と「社会保険」の上段の数値は、各医療保険制度における公費負担を「社会保険」としている。なお、上段の数値は、日本の国民医療費における「公費負担」の割合として参考のために掲げたもの。

(資料) OECD HEALTH DATA 2007

スライド16

●今後の医療・介護提供体制

- ・選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅

(スライド18) では、今後どうしようと社会保障国民会議では考えているのかといいますと、まず、一般病床を重点化・集中化して、高機能の病院を、例えば二次医療圏に1つつくろうとしています。二次医療圏は400弱ありますから、高度急性期病院を全国に400くらいつくるといことです。人がどうなるかなど難しい

と思いますが。

また、この一般病床のなかの亜急性期、回復期をもう少し増やす。回復期リハビリテーション病床などが割とうまくいっているので、アウトカム評価などによって良いところにはたくさん点数を付けると。ただ、これが患者の選別につながるといけません。長期療養は少し減らし、できれば在宅や居住系施設を増やそうとしているのですが、なかなかうまくいかない。

選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実、これがキーワードになっています。

・目指す方向

(スライド19) 現在入院している人を機能分化したところへ分ける。病院の外来は専門外来にしてほしい。一般外来はできれば縮小する方向で考えてほしい。以上が会議の方向です。それから、専門化による病院外来需要の減ということで、その需要は診療所による受け入れや、訪問診療など。

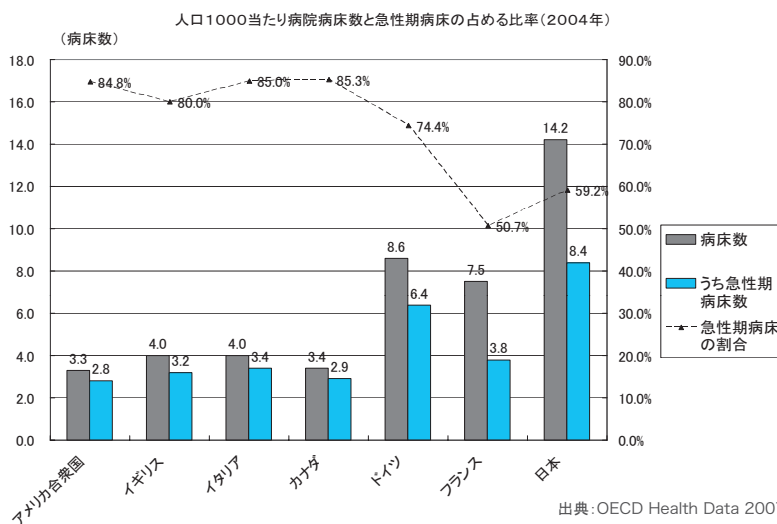
また、診療所の主治医機能の強化。今、診療所は9時5時で、5時で終わったら留守番電話が「本日の診療は終わりました。病気の人は病院へ」と、まるで病院ではないような感じのものが多ですね。そういう名ばかりのかかりつけ医ではいけないと思います。かかりつけ医であったら、ファーストタッチは必ずその人が診なければいけない。「かかりつけ医です」と言っておきながら電話もとらないというのはおかしいと思いますね。

・「日常生活圏レベル」を設定

(スライド20) 今度、初めて「日常生活圏レベル」という言葉が出ました。これは中学校の校区から

G7諸国の人口1000人当たりの病床数の国際比較について

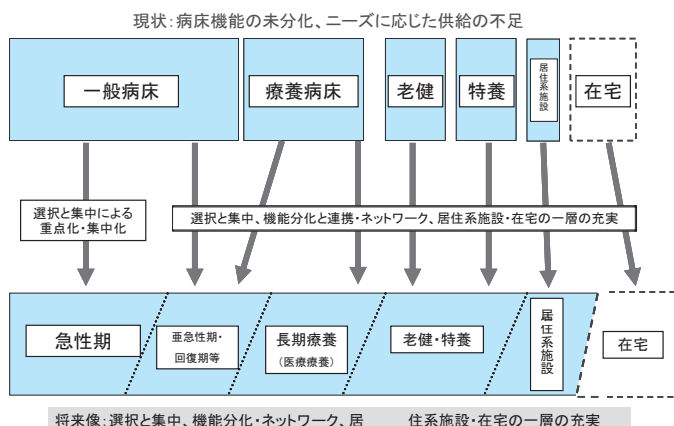
○ 病床数で見ると、約1.7~4倍強の数となっている。



出典: OECD Health Data 2007

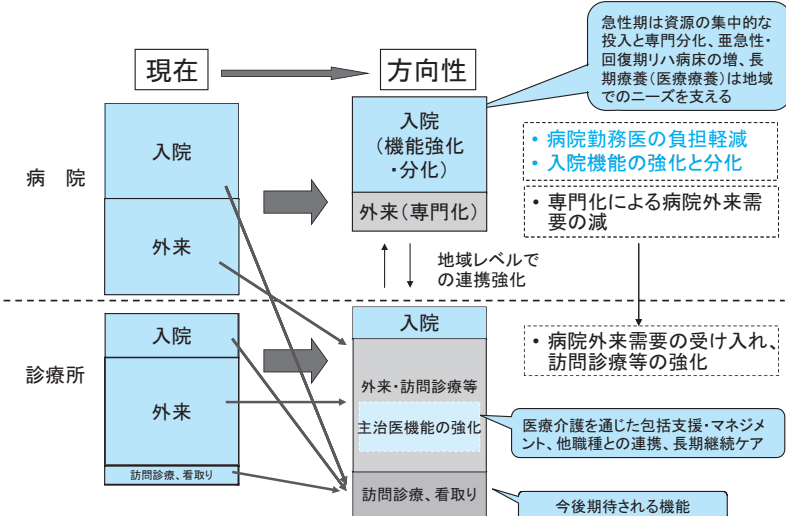
スライド17

医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)



スライド18

(「入院中心」 → 「在宅・訪問診療等の強化による地域での療養中心」といった方向性のイメージ)



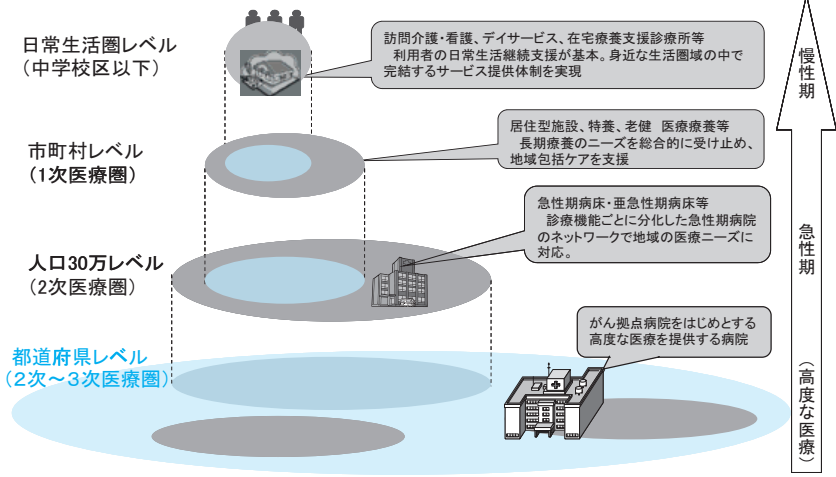
スライド19

いの広さを想定したもので、訪問介護・看護、デイサービスなどは、遠くまで行けないお年寄りもいますから、この日常生活圏レベルのなかでやると。

そして市町村レベルになると、病院が関与してくる。人口30万人レベルの二次医療圏になると、急性期病院や地域中核病院がある。三次、都道府県レベルは、がん拠点病院などのように専門病院にすると。リハビリ病院，子ども病院，ナショナルセンターの小型のプリフェクチャラルセンター。

医療・介護提供体制にかかる課題 ～地域医療・介護サービスネットワークの構築～

機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービス



スライド20

● 4つのシナリオによるシミュレーション

社会保障国民会議では、4つのシナリオをつくって2025年時点のシミュレーションを行っています。Aシナリオ，B1シナリオ，B2シナリオ，B3シナ

リオがあって、Aシナリオは改革をせずに今のままの流れに任せるもの。B1～B3シナリオは改革を行うものです。

・医療・介護サービスの需要と供給

(スライド21) シミュレーションの結果を見てい

(1) 医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	80万人/日	104万人/日	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期等 (急性期小計)	(80万人/日)	$\left\{ \begin{matrix} 73万人/日 \\ 31万人/日 \end{matrix} \right\}$ (104万人/日)	47万人/日 (103万人/日)	40万人/日 (87万人/日)	36万人/日 (88万人/日)
長期療養(医療療養)	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設 特養 老健	84万人/日 42万人/日 42万人/日 (老健+介護療養)	169万人/日 85万人/日 83万人/日	146万人/日 76万人/日 70万人/日	149万人/日 78万人/日 72万人/日	149万人/日 78万人/日 72万人/日
(入院・介護施設小計)	(186万人/日)	(309万人/日)	(271万人/日)	(259万人/日)	(260万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	25万人/日 11万人/日 13万人/日	47万人/日 22万人/日 25万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日
在宅介護 うち小規模多機能	243万人/日 1～2万人/日程度	408万人/日 数万/日程度	424万人/日 60万人/日	429万人/日 60万人/日	429万人/日 60万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(268万人/日) (14～15万人/日程度)	(454万人/日) (25+数万/日程度)	(492万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)
外来・在宅医療	582万人/日	634万人/日	631万人/日	644万人/日	643万人/日
利用者総数(重複あり)	(1036万人/日)	(1397万人/日)	(1394万人/日)	(1400万人/日)	(1400万人/日)
(参考)総人口	1億2,777万人	1億1,927万人			

スライド21

(2) 入院・施設・居住系サービス基盤(利用者を支えるベッド数・定員数等)のシミュレーション

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	【一般病床】103万床 78% 20.3日	【一般病床】133万床 78% 20.3日 (参考) 急性:15.5日 高度急性:20.1日 一般急性:13.4日 急性期等:75日	80万床 70% 12日 一般病床の職員の 58%増 (急性病床の20%増) 退院患者数 140万人/月	67万床 70% 10日 一般病床の職員の 100%増 退院患者数 141万人/月	・高度急性26万床 退院患者数:70% 34万人/月:16日 一般病床の職員の 116%増 ・一般急性49万床 退院患者数:70% 113万人/月:9日 一般病床の職員の 80%増
亜急性期・回復期等	退院患者数 119万人/月	退院患者数 154万人/月	52万床 退院患者数:90% 19万人/月:75日 コメディカル等を 20%増	44万床 退院患者数:90% 20万人/月:60日 コメディカル等を 30%増	40万床 退院患者数:90% 20万人/月:60日 コメディカル等を 30%増
長期療養(医療療養)	23万床 93%	39万床 93%	21万床 98%	23万床 98%	23万床 98%
介護施設 特養 老健	84万人分 42万人分 42万人分 (老健+介護療養)	169万人分 85万人分 83万人分	146万人分 76万人分 70万人分	149万人分 78万人分 72万人分	149万人分 78万人分 72万人分
居住系 特定施設 グループホーム	25万人分 11万人分 13万人分	47万人分 22万人分 25万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分

(注) 各欄数字については、上段はベッド数など整備数、中段はその平均稼働率、下段は平均在院日数。その下に、人員配置を強化する場合の内容を記載。

スライド22

(3) マンパワーの必要量のシミュレーション

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医師	27.5万人	32.9万人 ~ 34.3万人	31.7万人 ~ 33.1万人	32.1万人 ~ 33.5万人	32.7万人 ~ 34.1万人
看護職員	132.2万人	169.6万人 ~ 176.7万人	179.7万人 ~ 187.2万人	194.7万人 ~ 202.9万人	198.0万人 ~ 206.4万人
介護職員	117.2万人	211.7万人	250.1万人	255.2万人	255.2万人
医療その他職員	78.1万人	83.4万人 ~ 87.6万人	94.5万人 ~ 99.1万人	108.1万人 ~ 113.5万人	109.6万人 ~ 115.1万人
介護その他職員	30.0万人	53.5万人	71.8万人	73.6万人	73.6万人
合計	385.0万人	551.1万人 ~ 563.8万人	627.8万人 ~ 641.3万人	663.7万人 ~ 678.7万人	669.1万人 ~ 684.4万人

(注1) 実数の見込みを示したものである。

(注2) 医師・看護職員・医療その他職員の非常勤の割合については、現行から変動する可能性があるため、5%程度幅のある推計値となっている。

(注3) 医師及び看護職員については、病棟については病床当たりの職員配置を基本的に配置増を織り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期や亜急性期・回復期等の病床に勤務する医師及び看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んでいる。医師については、他の職種との役割分担により、B1シナリオでは10%、B2・B3シナリオでは20%業務量が減ることを見込んだ(平成19年度厚生労働科学研究「質効率向上と職業間連携を目指した病棟マネジメントの研究」を踏まえて計算)。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定した。

(注4) 介護職員は施設・居住系については利用者数の伸びを、在宅については利用額の伸びにより推計。Bシナリオでは施設のユニット化推進による職員増を見込むとともに、訪問介護員については非正社員(1月の労働時間61.7時間)が介護職員の非正社員(1月の労働時間120.9時間)並みに勤務すると仮定して推計している。(第56回社会保障審議会介護給付費分科会資料による。)

(注5) 医療その他職員には、病院・診療所に勤務する薬剤師、OT、PTなどのコメディカル職種、看護補助者、事務職員等が含まれる。

(注6) 介護その他職員には、介護支援専門員、相談員、OT、PTなどのコメディカル職種等が含まれる。

スライド23

きます。まず医療・介護サービスの需要と供給。これはAシナリオの場合、2025年には長期療養は36万人、介護施設の特養は85万人、老健は83万人となり、4つのシナリオのなかでいちばんお金が要るようです。そしてサービスも良くならない。だから、これは駄目だと言っているのですね。

いちばんの理想はB3シナリオです。これは先ほど言ったように、高度急性期病院をつくり、そこには医師や看護師をたくさん増やすというもので、これがいちばん理想だと。しかし、そこまでいっぺんには行けないから、B2シナリオくらいをしばらくは目標にしようというのが方向のようです。

・入院・施設・居住系サービス基盤

(スライド22) 急性期と亜急性期・回復期等の2つに分けて充実させ、早期退院ということですね。Aシナリオだと平均在院日数は20日余りで、今とあまり変わりませんが、B1シナリオなら12日、B2シナリオは10日。B3シナリオは、重症の人がいる高度急性は16日ですが、一般急性は9日です。

こうして入院患者を減らした分、居住系などの人数が増えていくわけですね。現在、居住系が25万人くらいだったのが、B1～B3では68万人になります。

・マンパワーの必要量

(スライド23) マンパワーについて見てみますと、

医師は現在27万人ですが、どのシナリオの場合も32～34万人くらい必要となっています。

介護職員は現在117万人ですが、B3シナリオの場合は、高度急性期ですから255万人。何も改革しないAシナリオでも211万人くらい必要です。そのほかの職員も、やはり増やさなければいけません。2002年の業種別人口の1位は建築・土木業で、大体570～580万人。そのとき、医療・福祉に携わる人は360～370万人くらいだったと思います。その後、この6、7年で公共事業は毎年3%ずつ下げているので建築・土木業は100万人ほど減っているはずですから、現在は440～450万人。一方、医療・福祉のほうは100万人以上増えていますから470万人くらいで、おそらく逆転している。つまり、もう公共事業にお金をつぎ込むよりも、医療・福祉にお金をつぎ込んだほうが経済効率は高いのです。そういうこともあって、医療・福祉のマンパワーを増やす方向に舵を切りつつあります。雇用対策の意味もありますね。

(スライド24) 病床減になっても、こういうふうには医師も、看護職員、介護職員も増やしていくということですね。

・必要なお金とその財源

(スライド25) これは、どういう医療・介護サービスに、どれくらいお金が要るか、各シナリオの見積もりです。

(スライド26) そうすると、それぞれ必要な医療費が出てきますから、その財源もシミュレーションしています。いちばん医療費が要るシナリオの場合は、消費税率で4%上げないといけません。今が5%ですから、9%ということですね。

消費税について私は、一律というのはいけないと思います。やはり食

(3) マンパワーの必要量のシミュレーション(続)

改革を行った場合(Bシナリオ)と行わない場合(Aシナリオ)の主な増減理由とその影響の大きさは以下のとおり。

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医師	病床減(病院)	▲0.7万人程度	▲2.8万人程度	▲2.4万人程度
	配置増(病院)	+1.7万人程度	+5.8万人程度	+6.1万人程度
	役割分担(病院・急性期等)	▲1.5万人程度	▲3.5万人程度	▲3.6万人程度
	専門外来としての位置づけ(病院)	▲2.5万人程度	▲2.5万人程度	▲2.5万人程度
	外来患者増(診療所)	+2.0万人程度	+2.0万人程度	+2.0万人程度
	在宅看取りケア体制強化 介護サービスの増(専任のみ)	— +0.0万人程度	+0.2万人程度 +0.1万人程度	+0.2万人程度 +0.1万人程度
看護職員	病床減(病院)	▲4.6万人程度	▲14.9万人程度	▲12.9万人程度
	配置増(病院)	+10.7万人程度	+33.8万人程度	+35.0万人程度
	役割分担(病院・急性期等)	±0万人程度	±0万人程度	±0万人程度
	専門外来としての位置づけ(病院)	▲6.5万人程度	▲6.5万人程度	▲6.5万人程度
	外来患者増(診療所)	+5.6万人程度	+5.8万人程度	+5.8万人程度
	在宅看取りケア体制強化 介護サービスの増(専任のみ)	— +5.0万人程度	+1.0万人程度 +6.0万人程度	+1.0万人程度 +6.0万人程度
介護職員	施設割合の低下・居住系の整備	▲2.0万人程度	▲2.0万人程度	▲2.0万人程度
	在宅の単価引き上げ	+66.9万人程度	+66.9万人程度	+66.9万人程度
	医療からの移行分	+6.5万人程度	+12.8万人程度	+12.8万人程度
	施設のユニット化	+6.0万人程度	+6.1万人程度	+6.1万人程度
	非正社員訪問介護員の勤務改善	▲39.1万人程度	▲40.3万人程度	▲40.3万人程度

スライド24

(4) 医療・介護サービスごとの単価のシミュレーション

※ 各単価は静態価格(2007年価格)である

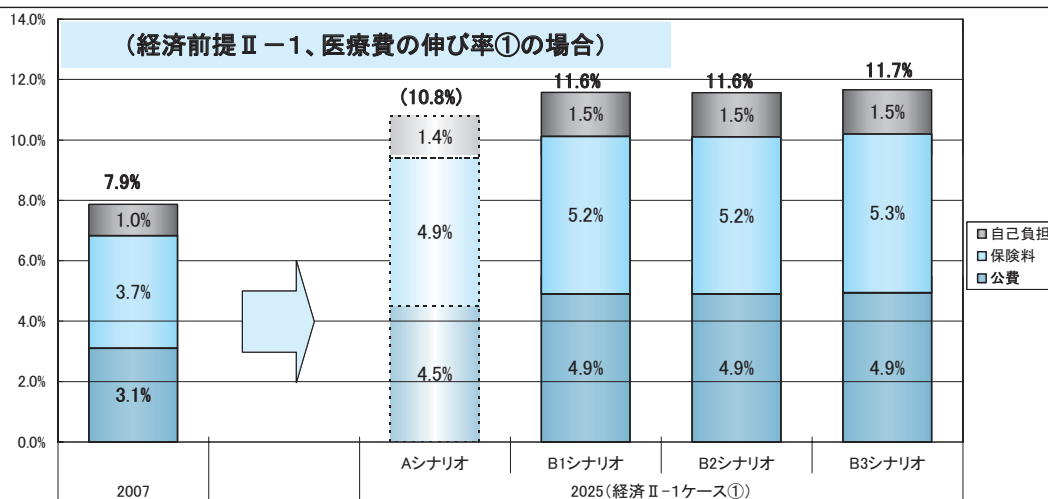
	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	【一般病床】 約110万円/月	【一般病床】 約110万円/月	約170万円/月	約200万円/月	高度 約230万円/月 一般: 約180万円/月
亜急性期・回復期等			約105万円/月	約111万円/月	約111万円/月
長期療養(医療療養)	約50万円/月	約50万円/月	約56万円/月	約56万円/月	約56万円/月
介護施設 特養 老健	約29万円/月 約29万円/月	約29万円/月 約30万円/月	約31万円/月 約31万円/月	約31万円/月 約31万円/月	約31万円/月 約31万円/月
居住系 特定施設 グループホーム	約18万円/月 約27万円/月	約18万円/月 約27万円/月	約18万円/月 約27万円/月	約18万円/月 約27万円/月	約18万円/月 約27万円/月
在宅介護	約10万円/月	約10万円/月	約16万円/月	約16万円/月	約16万円/月
外来・在宅医療 外来等 訪問診療対象者等	約0.8~1.5万円/日 約20万円/月	約0.8~1.5万円/日 約20万円/月	約0.9~1.5万円/日 約20万円/月	約0.9~1.5万円/日 約20万円/月	約0.9~1.5万円/日 約20万円/月

(注1) 介護の単価は、実際には要介護度別の単価であるが、ここでは加重平均値を表示している。また、2025年の老健については、介護療養型老健を含む。なお、2007年の介護療養病床については、約41万円/月である。
 (注2) 外来等の単価(診療所と病院とで差があるため幅をもって表示している)は受診1日あたりの費用額(薬局調剤医療費等を含む)であり、訪問診療対象者等については1人1月あたりの費用額である。なお、入院外の1件当たり日数は、病院で1.6日程度、診療所で1.9日程度(厚生労働省「平成19年社会医療診療行為別調査」)であり、ある医療機関を外来受診した患者は、平均的には、当該医療機関を月1.6~1.9回程度受診しているものと考えられる。

スライド25

(附) 財源構造についての粗いシミュレーション

○医療・介護費用の財源構造は、医療保険制度等の制度によって異なるため、制度加入の前提となる産業構造や就業構造の見通しなどが必要となるが、ここでは、次のような一定の仮定をおいて粗いシミュレーションを行った。
 ・自己負担割合については、「国民医療費」「介護保険事業年報」(厚生労働省)等により、医療14%程度、介護7%程度と仮定。
 ・給付費の保険料と公費の割合については、「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月推計)」(厚生労働省)における給付費の財源構成に基づき設定。



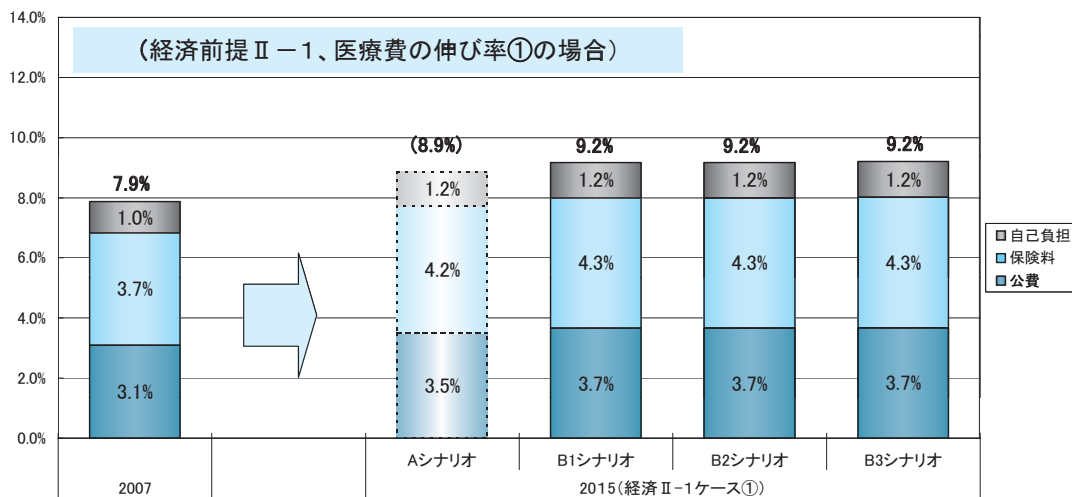
	2007	2025				追加的に必要となる財源(GDP比) (〔〕内は消費税率換算)			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ	Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
自己負担	1.0% (5)	1.4% (11)	1.5% (12)	1.5% (11)	1.5% (12)	—	—	—	—
保険料	3.7% (19)	4.9% (39)	5.2% (41)	5.2% (41)	5.3% (41)	1.2% (9) [2%程度]	1.5% (12) [3%程度]	1.5% (12) [3%程度]	1.5% (12) [3%程度]
公費	3.1% (16)	4.5% (36)	4.9% (39)	4.9% (39)	4.9% (39)	1.4% (11) [3%程度]	1.8% (14) [4%程度]	1.8% (14) [4%程度]	1.8% (14) [4%程度]
(参考)GDP	522	787				787			

※()内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。また、「追加的に必要となる財源(GDP比)」は2007年と2025年のGDP比の差を計上している。

スライド26

(附) 途中年次(2015年)の財源構造についての粗いシミュレーション

○サービス提供体制の改革には、病床・施設、マンパワーなど様々な基盤の整備が必要であり、一定程度の時間を要するが、ここでは、ここでは、次のような一定の仮定をおいて粗いシミュレーションを行った。
 ・費用については、2007年と2025年とを機械的に補完して設定し、自己負担割合は医療14%程度、介護7%程度と仮定。
 ・給付費の保険料と公費の割合については、「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月推計)」(厚生労働省)における給付費の財源構成に基づき設定。

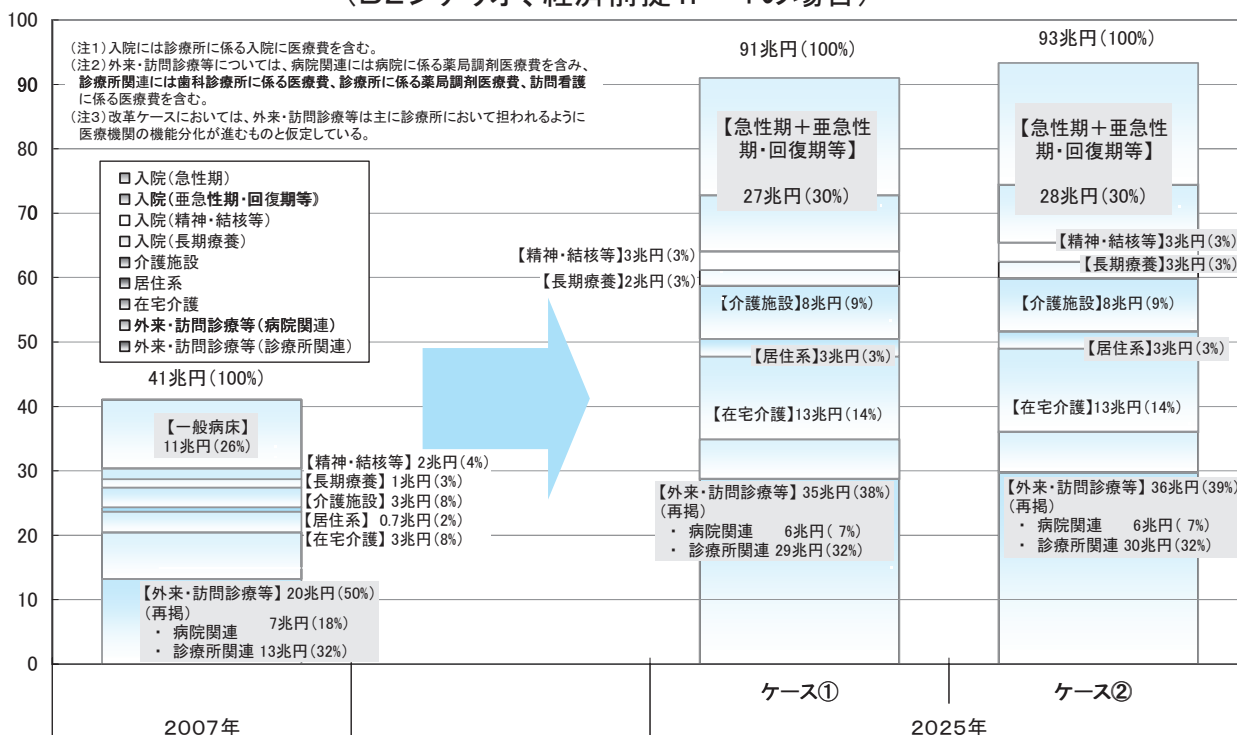


	2007	2015				追加的に必要となる財源 (GDP比) ([]内は消費税率換算)			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ	Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
自己負担	1.0% (5)	1.2% (7)	1.2% (8)	1.2% (8)	1.2% (8)	-	-	-	-
保険料	3.7% (19)	4.2% (27)	4.3% (28)	4.3% (28)	4.3% (28)	0.5% (3) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]
公費	3.1% (16)	3.5% (23)	3.7% (24)	3.7% (24)	3.7% (24)	0.4% (3) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]
(参考)GDP	522	646				646			

※()内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。また、「追加的に必要となる財源 (GDP比)」は2007年と2015年のGDP比の差を計上している。

スライド27

(参考) 医療・介護費用にみるサービス構造の変化 (B2シナリオ、経済前提Ⅱ-1の場合)



スライド28

料品や普段の衣服など純然たる日用品は税率を低く、高級洋酒や高級服地など不要不急の物は高くという複数税率にすべきです。そうすることが日本を良くするのではないかと思います。これは、次の選挙で皆さんがお考えになればいいことです。皆さんが選ぶわけですから。

(スライド27) 途中年次(2015年)の財源についても、このようにシミュレーションしています。

(スライド28) この辺はかなり専門的になります。厚生労働省のホームページにありますのでご覧いただければいいですが、こうして、わざわざB2シナリオを参考に出しているのだからと思います。スライド29も同様です。

■2. 日病協の8つの提言

以上のことが土台になっていますが、次に、我々の日本病院団体協議会が平成22年の改定に向けてどのように取り組んでいくか。「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」(平成20年12月)の8つの提言に沿ってお話します。

①入院医療のあり方(機能分化)

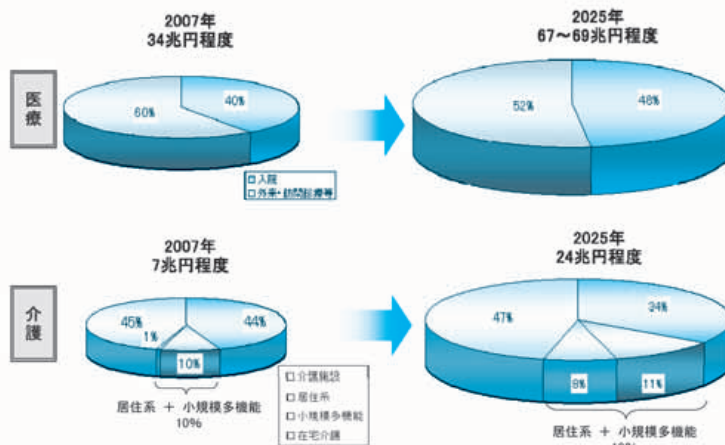
(スライド30) 病院にとっていちばん大事なのは入院医療です。入院医療のあり方としては、やはり機能分化で、特に大都市や東京都23区内で、同じような病院が同じようなことをしてはいけないのではないかと思います。次のような機能分化が考えられます。

・高度機能病棟

これは大学病院の本院、がんセンター、子ども病院、神経難病センターなど、先進医療やまれな疾患の診療をやる場所です。

病院のなかにもいろいろな病棟があるのですから、大学病院のなかでもゆっくりした看護体制でいいところもあるのではないかと我々は言うのですが、日

医療・介護費用別サービスの内訳の変化 (B2シナリオ、経済前提Ⅱ-1の場合)



スライド29

1. 入院医療のあり方(機能分化)

高度機能病棟	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 稀な疾患の診療や、先進医療を診療。 ◆ 現行のナショナルセンター、大学病院本院、その他より、疾病別に認定を受けた病棟に限られる。
急性期病棟	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 技術が確立された手術、重症度の高い患者などに対応。 ◆ 地域の基幹病院として機能している病院の病棟。 ◆ DPCが基本。
地域一般病棟	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 軽～中等度の急性期疾患に対応。 ◆ 地域に存在する中小病院が中心。 ◆ 急性期対応ではDPC、その他は状態別包括支払い方式。
回復期リハビリテーション病棟	<ul style="list-style-type: none"> ◆ リハビリテーションに特化。 ◆ 状態別包括支払い方式が基本。
慢性期病棟	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療必要度の高い長期入院患者に対応。必要に応じて、在宅療養や介護施設利用者の急性増悪にも対応。 ◆ 状態別包括支払い方式が望ましい。

スライド30

本看護協会は労働強化につながると言っているも反対される。しかし、日本看護協会も日本医師会も、ギルド的、業務独占的な自分本位の考え方をせずに、日本の医療全体を考えてほしいのです。専門集団が周りのことを考えずに自分のことばかり考えている。これが日本の医療の悲劇の始まりだろうと思います。患者さんのこと、社会のことを考えて、そのなかに自分たちが生きている、生かされているという考えが希薄ですね。それではいけないと私は思います。

・急性期病棟

重症度の高い患者などに対応するもので、地域の基幹病院の病棟などです。この診療報酬はDPCです。なお、高度機能病棟については、ひょっとすると文部科学省の研究費や経済産業省の研究費など、

必ずしも健康保険の財政から出さなくてもいいという考えがあります。

・地域一般病棟

全日病が昔から言っているもので、これに関してはいろいろ意見がありますが、猪口先生がご苦労されているから、この名称でけっこうということに落ち着きました。軽～中等度の急性期疾患に対応するものです。地域にいっぱいある中小の病院がこの対象で、急性期対応ではDPC、ケアミックス的な部分は状態別包括支払い、今の療養型病床の医療度とADLのマトリックス9段階でやろうということです。

・回復期リハビリテーション病棟

リハビリテーションだけをやります。状態別包括支払い方式が基本となります。

・慢性期病棟

これは医療必要度の高い入院患者に対応します。それから必要に応じて在宅や介護施設利用者もここ

へ入ってくるので、急性増悪にも対応する。やはり状態別包括支払いです。

②精神科医療のあり方

(スライド31) 精神科については、専門家の人たちの意見でこのように決まりました。

昔と違って、精神科のサービスの質が医学的にどんどん向上しているのに報酬は昔のまま。単に患者を収容しているだけではないのだから、大幅な報酬アップが必要だと。特に危機介入への評価が必要ということです。この頃、自殺したり、いろいろなパニック症候群になる人が増えており、やはり少しは評価をしてくれないと、夜中の看護体制を強化できないという事情があるようです。精神科は専門ではないので私はこれ以上あまり言えませんが。

③介護入所施設のあり方

(スライド32) 介護入所施設は、利用者・家族がニーズに合った施設を選択できる制度にすべきだと。そのためには情報開示が必要です。介護職員や看護職員が何人いるか、夜は何人いるか。相談員や介護支援専門員が何人いるか。リハビリについては理学療法士が何人で、作業療法士が何人いるか。医師は常勤が何人、外から来ている医師が何人か。部屋別の居住費と食費も、ホテルと同じように明示しておく。それからデイサービスなどもできるかどうか。ついのすみかになっている人の割合はどうか。

こういう情報を知ったうえで利用者・家族が施設を選択する。よくわからないけれど家の近くにあるから行くというような今の状況ではいけないだろうということです。情報開示、ディスクロージャーです。

④外来診療のあり方（機能分化）

(スライド33) 外来診療も、機能分化によってフリーアクセスを奪うようでは困りますが、患者の利便性と選択を基本として機能分化すべきです。

急性期は出来高で。糖尿病や高血圧、そして1年に1回心電図を取るなど、慢性期の疾病管理はもう包括でもいいのではないかと。

紹介と連携はちゃんと評価してほしい。今、連携については地域連携クリニカル

2. 精神科医療のあり方

精神科医療は重要

- ✓ サービスの質は向上しているが、報酬は過去のまま低い評価のため、大幅な報酬アップが必要。

精神科病院の外来

- ✓ 長期入院患者の退院促進、地域支援への評価が必要。
- ✓ 危機介入への評価が必要。

スライド31

3. 介護入所施設のあり方

利用者・家族がニーズにあった施設を選択できる制度にすべき

介護入所施設として認定する場合、下記の機能・設備の情報開示が必要

- ① 介護職員の配置状況(日中・夜間の人数など)
- ② 看護職員の配置状況(24時間体制、常勤、外部利用など)
- ③ 相談員、介護支援専門員の配置状況
- ④ リハビリテーション施設の有無、理学・作業療法士の配置状況
- ⑤ 医師の配置状況(常勤、非常勤、外部利用など)
- ⑥ 個室、多床室別の居住費
- ⑦ 食費
- ⑧ デイ・サービスなどの外部サービス利用の可否
- ⑨ 終身利用者の割合

スライド32

パスなどは点数が付くようになりましたが、紹介に関しては役目は終わったという感じなので、これは復活させてほしいということです。

介護保健施設における医療は外部利用型を中心とし、在宅医療同様に整備すべきだと。

もう1つ重要なのは総合医です。今は、「私は心臓しか診られません」とか「私は股関節の専門家です」と言って、全体を診られる人が少ない。ですから医師不足になる。どんな患者さんが来ても1回は診て、専門の人にバトンタッチするまで3日間くらいは診られる、そういう総合医、今言われているER型救急医のように何でも診られる医師を、やはりこれからつくっていかねばいけないと思います。そうしないと田舎では、医師はとても足りないのではないかということです。

⑤入院基本料のあり方

- ・入院基本料の抜本的見直し

(スライド34) 入院基本料、これが我々の今回いちばん言いたいことです。今までの日本の入院医療費というものは、病院の歴史のなかでつくられてきました。もともとは個人病院として外来をやっている、その外来で貯めた資本で患者さんを入院させる部屋を2階につくり、それがだんだん大きな病院になっていったという歴史です。つまり外来の収益をサービスの入院費に充てていた。また、我々のような公立病院や、日赤、済生会、JA厚生連のような公的な病院は、今は独立採算になりつつありますが、本部からの補助金などなんらかの公的資金が入っていた。ですから入院費が原価に基づいていないわけです。

権丈先生のおっしゃるように、医療界は「いくらくれ。上げてくれ」と言うのではなく、根拠に基づく見積書を出さなければいけない。ですから今、見積書をつくりつつあるわけです。国民の皆さんにわかるような、こういう原価計算でこうなりましたというものを出不さいといけません。

- ・算定根拠の明示

今の青本、診療報酬の点数表は非常に根拠に乏し

4. 外来診療のあり方(機能分化)

患者のアクセスの制限ではなく、患者の利便性と選択を基本

1	診療実態に対応した外来診察料	<ul style="list-style-type: none"> ● 外来機能は病院・診療所の差、病床数とは関係ない。早急に見直しが必要。
2	急性期外来診療と慢性期疾病管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性期医療外来には出来高払い制が妥当。その際、診療に要する時間軸の評価、および診療原価に基づく診療報酬の構築が必要。 ● 慢性期の疾病管理は一回ごとの報酬を主にするのではなく、継続的な管理・指導を主要な評価対象とすべき。
3	紹介と連携	<ul style="list-style-type: none"> ● 紹介制度・機能連携は重要。 ● 患者による医療機関の選択が行われるよう、外来機能の十分かつ正確な情報が発信される仕組みを構築すべき。
4	介護保険施設における医療	<ul style="list-style-type: none"> ● 外部利用型を中心とし、必要とする患者はすべて受診可能とすべき。 ● 在宅医療同様に拡充・整備することが望まれる。
5	総合的医療について	<ul style="list-style-type: none"> ● 総合的医療を提供できる医師の評価が重要。 ● 卒後教育制度・資格制度を構築する必要がある、早急に議論を開始すべき。

スライド33

5. 入院基本料のあり方

病院自体の存立基盤となる全職域における職員の人件費や病院建物の建設、維持を含む全ての関係必要経費が診療報酬上保障されることが不可欠。

国民に対して入院基本料の構成要素を開示する義務

- ✓ **算定根拠の詳細を明示し、**
- ✓ **病院の存立基盤となる必要諸経費に準拠しつつ、入院基本料の抜本的見直しを早急に開始すべき。**

スライド34

い。あれを外人のドクターに見せると、「crazy!」と言います。診療所の再診料が病院の再診料より高い。「逆じゃないの(adverse, crazy)」と。国際標準からは完全に外れている。

政治的な力関係や歴史が、現在のような点数にしまっているわけです。私が中医協に出たときも碁でいえば終盤、打ち込む所がないのです。「白を黒にしてくれ」と言ったら、「この白は何年の改定時に、こういういきさつで白になりましたから、それを黒にするなら、こっこの黒を白にしなくちゃいけません」と。碁盤をひっくり返してやりたいのですが、そんなことをすると1点が7円になったりするかもしれませんので、それもできません。ですから今、公認会計士も一緒になって見積書をつくっています。

- ・入院基本料の算定に包括されるべき項目

(スライド35) 入院基本料にどんなものが入っているかといいますと、まず研究研修費。このなかの

審査・認定料等というのは、例えば病院機能評価の認定にこれだけかかったのだから、入れようということですね。

それから給料、賞与、退職給付費用、法定福利費等。そして経費は福利厚生費をはじめ、一般の会社の経費と同じようになっています。水道光熱費などは、今年のように原油価格が上がったら、その分は上げてくれと。そのほか、委託費、土地取得費、設備関係費です。

・支払い対象職種

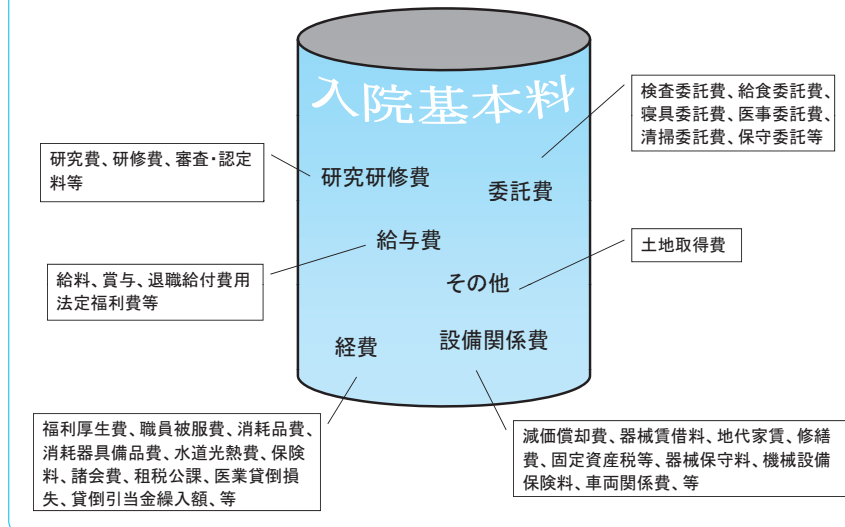
(スライド36) 支払い対象の職種も、資格職、専門職、一般職とし、それぞれ1人あたりの金額を出して、何人いるからこれだけというかたちにします。

⑥医療専門職の職掌について

(スライド37) もう1つ大事なのは、今の業務独占の見直しです。例えば、医師が足りなくてお産ができない町が出てきているのなら、助産師が内診してはいけないというばかげた話はやめましょう。これから少子化で子どもが少なくなるのだから、助産師や看護師の業務を拡大して医師のことも少しはやっていとする。准看護師は看護師の業務をやり、介護士も今までより少し上の業務をやる。一般国民もヘルパーくらいのことを少しやりましょう。これは日野原先生が昔からおっしゃっていることで、私もそう思います。

田舎では1人2役です。「私は何々の専門医」などと言っていたら駄目で、「私はeverything and something」、つまり“何でもできて、かつ何か特徴のある医師”が必要です。そういう医師になってほしいということをずっと私は言っています。薬剤師のdo(同じ)処方、ある資格を持った薬剤師が医師の許可のもとでやればいいと思います。「特に異常はありません

入院基本料の算定に包含されるべき項目



スライド35

支払い対象職種

資格職

1. 医師
2. 歯科医師
3. 薬剤師
4. 保健師
5. 助産師
6. 看護師
7. 准看護師
8. 管理栄養士
9. 放射線技師
10. 臨床検査技師
11. 理学療法士
12. 作業療法士
13. 言語聴覚士
14. 社会福祉士
15. 精神保健福祉士
16. 臨床工学士

専門職

17. 医療ソーシャルワーカー
18. 臨床心理技術者
19. 診療情報管理士
20. 医療事務職

一般職

21. 事務職
22. 各種補助職

スライド36

6. 医療専門職の職掌について

- ✓ 医師・看護師不足や離職により、多くの病院が病棟閉鎖・縮小の危機
- ✓ 今後の少子化の加速により、この問題は一層深刻化

解決策のひとつとして、医療関係職種の職掌の見直しを提案

- ⇩ 助産師業務の拡大
- ⇩ 麻酔領域における歯科医師の業務拡大、看護師の業務参加
- ⇩ 一定範囲の薬剤処方における薬剤師・看護師の業務参加
- ⇩ 急性期病棟における介護職業務の確立
- ⇩ 一定範囲の医療行為(喀痰吸引・経管栄養など)における教育された介護職の業務

スライド37

ん。血圧も同じ」という患者さんに、わざわざ医師が薬剤処方しなくてもいいと思います。こんなことを言うと、日本医師会から刺客が来ると思いますが。

⑦ リハビリテーション医療のあり方

(スライド38) リハビリテーションについて、今は、広さのことばかり言われています。リハビリテーションは倒れた次の日からやらなければいけないものですから、ベッドサイドでやるわけです。ベッドの横ですから、広さは関係ない。ところが水治療室がなくてはならない、広さは何平米なくてはならないなど、大昔の基準でやっている。ベッドさえあればやれるのですから、広さなどの施設基準は要らない。人員配置基準は必要だと思いますが、この施設基準はもう時代遅れだと思います。今は、脳梗塞や脳卒中で倒れた次の日からリハビリテーションをやらなければいけないのです。

回復期のリハビリテーションは、力を入れて、人員も多くして行う。

維持期はなかなか難しいのです。“だらだらリハ”と言われるように、一生やるのかということですが、しかしやめたら悪くなりますから、やはりやらなければ困ります。

⑧ DPCのあり方

・救急対応の検査に関するコスト

(スライド39) DPCは、最も資源を要した疾病1つに対してお金が支払われます。ですから診断が付くまで、いろいろ検査をする。Major Disease Classificationといって疾病の大分類が16あったのが、今度、精神や中毒などが分かれて18になりました。ところが救急はこのMDCの1から18に入らない。まだ診断がついていないからXか0です。ですから救急は、検査をやればやるほど損することになります。人口50万都市の姫路市が麻酔科一斉退職などで夜間救急がほとんどできなくなり、5万都市の私ども

7. リハビリテーション医療のあり方

急性期

- ▶ ベッドサイドで行えるものが主体。
- ▶ 「施設基準」ではなく「人員配置基準」を定めることが効率的。
- ▶ 高度な判断が必要となるため、リハビリテーション専門医の配置を高く評価すべき。

回復期・亜急性期

- ▶ 多くの面から制度改正が行なわれたため、施設整備は順調。しかし、「回復度」や「一律の提供時間・期間」、「限られた疾病・部位」など、まだ科学的根拠が確立されていない。
- ▶ 今後は十分なデータに基づく制度設計が望まれる。

維持期

- ▶ 医療保険、介護保険を問わず両制度下で提供されるべき。
- ▶ 特に進行性疾患や重度障害に対しては、疾患治療の継続と同時に、医療保険下での長期的リハビリテーションが必要。
- ▶ 介護保険下では自立生活を支援することが目標。しかしながら、現行ではその量・質とも十分とは言い難く、早急な改善が必要。
- ▶ 病状増悪期や廃用症候群に対しては、医療・介護、在宅・施設を問わず、短期集中的に実施出来る環境・制度が求められる。

スライド38

8. DPCのあり方

1	救急対応の検査に関するコスト	<ul style="list-style-type: none"> ● 緊急入院を要する場合は、診断がついていないため予定入院に比して多額のコストが必要。 ● 緊急入院の場合は、起算時間を初診時とした入院後24時間を出来高とすべき。
2	調整係数の考え方と機能係数の提案	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定機能病院、地域医療支援病院など地域中核病院については地域で担うべき役割・機能を維持するための評価要件の設定が必要。 ● 調整係数の廃止は段階的(3回)に行うべき。
3	EFファイルの取扱い	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行のDPC点数はEFファイルにより、診療報酬点数の出来高部分の実績を参考に積算されているが、疾患に対する一連の医療行為に係る医療資源(人件費等の固定費を含む)をもとに積算することが望ましい。 ● EFファイルは早期に1ファイル化すべき。
4	DPC調査ファイルの活用法	<ul style="list-style-type: none"> ● DPC調査データは、自己努力による経費削減・効率化が自動的に疾患別点数の引下げに繋がり、改善努力を否定する結果となっている。医療の質評価、標準的診療ガイドラインの準拠、等を参考として、十分慎重に行わなければならない。

スライド39

へ救急車が逆走しています。そうやってうちの病院へ運ばれて来た人たちは、数日後、帰って行く。国立姫路や姫路日赤、県立循環器病センターで手術したいと。コネを使ってでも自宅近くへ帰りたい。そうすると、一所懸命検査したうちの病院は赤字になる。うちの若手の医師から「院長の言っていることはおかしい。市民のための病院と言いながら税金を無駄遣いしている。救急車が1台来るごとに、どれほど損しているかわかっているのか。院長は市民を裏切っている」と、つるし上げられました。そのとおりです。ですから、それを持って行って中医協のとき保健局医療課の当時の課長さんに見せました。

今度、ごく急性期の緊急入院料に関して、3日以内のものは上げ、4～7日のものは下げるとなりま

した。ただし救急学会認定医が3人以上という条件などがあって、うちの病院は取れません。そういうのが困るのですね。

・調整係数、EFファイル、DPC調査ファイル活用法

それから、調整係数をどうするか。

EFファイルについては、2つ出すのは面倒なので、早く1つにしてほしいと。

DPC調査ファイルの活用法については、データをなぜガイドラインとか学会に戻さないのか。厚労省が診療報酬のためだけに隠している——隠しているわけではなく、言えなくれるのでしょうか——、これもおかしいと思います。

■3. 中医協報告——DPCを中心に

次に、中医協の「調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定について」です。

●調整係数

・廃止に係る議論の経緯

(スライド40, 41) 調整係数を廃止するために、どんなことをやっているか。ここに示された過去の経緯を見るとわかるように、すでに平成17年の時点で、「調整係数は……平成22年度改定時に廃止することを検討してはどうか」と言われています。その後も、「平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、……調整係数を引き下げる」とか、「適切な算定ルールの構築について検討を行う」と。平成19年になると、「調整係数の廃止や新たな機能評価係数の設定等について検討する必要がある」。こういう経緯があります。

・調整係数の役割

(スライド42) 今まで調整係数は、前年度並みの収入の確保という役割に重点が置かれていたわけです。急にDPCになって病院がつぶれたりしたら困るから前年度並みの収入と。

それに今度もう1つ加わったのが、重症患者への

調整係数に係る議論の経緯(1)

【平成17年11月16日 中医協・基本小委】

調整係数については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成22年度改定時に医療機関の機能を評価する係数として組み替える等の措置を講じて廃止することを検討してはどうか。

【平成18年2月15日 中医協・総会 承認】

医療機関別に調整係数を設定する制度については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成18年改定においては、他の診療報酬点数の引下げ状況を勘案し、調整係数を引き下げる。

【平成18年2月15日 中医協 答申附帯意見】

DPCについては、円滑導入への配慮から制度の安定的な運営への配慮に重点を移す観点も踏まえ、調整係数の取扱いなど、適切な算定ルールの構築について検討を行うこと。

【平成19年5月16日 中医協 基本小委】

平成18年度診療報酬改定における答申及び附帯意見を踏まえ、平成20年度以降の医療機関係数の在り方について、各医療機関を適切に評価するために、調整係数の廃止や新たな機能評価係数の設定等について検討する必要がある。

スライド40

調整係数に係る議論の経緯(2)

【平成19年8月8日 中医協 基本小委】

新たな係数の導入について検討するとともに、DPC制度の円滑導入のため設定された調整係数については、廃止することとしてはどうか

【平成19年11月21日 中医協 基本小委】

調整係数の廃止及び新たな機能評価係数の設定について

平成20年度改定時までは、調整係数は存続することとしているが、それ以降については、調整係数を廃止し、それに替わる新たな機能評価係数について検討することとなっている。

【平成19年12月7日 中医協 基本小委】

平成20年度以降、速やかに以下のことを検討することとする。

○ DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等

【平成20年2月13日 中医協・総会 承認】

DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

スライド41

調整係数の役割について

調整係数の役割に係るこれまでの議論の中で、調整係数はDPC制度の円滑導入という観点から設定されたものであり、

- (1) 前年度並の収入確保
- (2) 重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価

という役割を含んでいると考えられる。

スライド42

対応能力・高度医療の提供能力等、現在の機能評価係数だけでは対応できない病院機能の評価、という役割です。これは大きな役割だと思います。調整係数には今の機能評価係数だけでは評価できないもの

も含まれているのだということですね。これに関しては、支払い側はものすごく反対しました。そんなこと聞いたことない、調整係数は前年度の収入確保だと。この役割を認めたということは、やはり厚労省もこのままでは日本の病院機能が危ないことを認めているからだと思います。

●新たな機能評価係数

・基本的考え方と検討事項

(スライド43) 中医協は新たな機能評価係数の検討にあたって、このような基本方針を示しています。

(スライド44) そして基本的考え方として次のような事項を挙げています。

第1に、DPC対象病院は急性期入院医療の医療機関であるから、急性期を反映する係数を前提とすべきだと。

第2に、医療の透明化や質の向上、患者の利点などが期待できるような係数にするべきだと。病院だけを利するものではないということですね。

第3に、社会的な機能・役割も重視すべきだと。その町にその病院がなかったら困るのに、その病院がつぶれるような係数では駄目だと。

第4に、地域医療への貢献という視点。

第5に、段階的な評価ばかりでなく、連続的な評価を検討してはどうかと。例えば今、7対1と10対1の間はポンと飛んでいる。8.5対1くらいでもいいのではないかと私は前から言っていますが、そうした連続性ですね。

第6に、プラスの係数を原則とする。マイナスはやはりよくないのではないかと。足していく方向でないといけなと。ただ、マイナスもあるべきではないかと言う人もいます。

そして、以上のほかにも妥当なものがあれば、それも機能評価係数としてはどうかということです。

●具体的評価について

こうした検討事項について、以下、それぞれ具体的評価の例などが挙げられていますが、ポイントだけを述べていきます。

・急性期を反映する係数を前提

(スライド45) これは先ほども言いましたように、急性期を反映する指数を前提とすべきではないかと。

・効率性指数による評価

(スライド46, 47) 効率的な医療を評価するため

新たな「機能評価係数」の検討に当たって(案)

基本方針

- 1 調整係数が果たしていた役割のうち、前記「(1)前年度並の収入確保」については廃止することとし、「(2)現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価」については、新たな「機能評価係数」として評価できるものを検討する。
- 2 既にDPCで評価されている項目全体を整理し、既存の評価のあり方の見直しも含めて、新たな「機能評価係数」について検討する。
- 3 調整係数の廃止に際しては、新たな「機能評価係数」の検討結果を踏まえて、激変緩和を目的とした段階的廃止の有無やその方法について検討する。

スライド43

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方(案)

以下の事項を基本的考え方として、新たな「機能評価係数」について議論してはどうか。

- 1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- 2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
- 3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
- 4 地域医療への貢献という視点も検討する必要があるのではないか。
- 5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
その場合、診療内容に過度の変容を来させぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- 6 DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
- 7 その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

スライド44

- 1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。

<参考>

平成15年3月28日閣議決定

「急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。」

平成19年度12月7日 中医協基本小委

「軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする。」

スライド45

に、効率性指数を用いてはどうかと。効率性指数とは、同じ患者構成であった場合の平均在院日数を、ほかの病院と比較したもので、これを評価に反映さ

2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。

DPCの導入によって、医療の効率化・透明化については一定の効果が認められたと考えられる。今後は、医療の標準化や医療の質の向上など、より総合的な視点からの検証・分析が必要であるということ概ねの意見の一致が得られた。

平成20年12月3日 中医協 診療報酬基本問題小委員会「DPCの在り方について(これまでの議論の整理等について)」より

スライド46

(参考)具体的評価の例2-(1)

○ 効率的医療を評価するため、「効率性指数」を用いた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 効率的な医療を評価できるのではないか。

<課題>

- ・ 「効率性指数」については、患者を早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と合わせて検証が必要ではないか。

※ 効率性指数 =
$$\frac{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}{\text{当該医療機関が全DPC対象病院と同じ患者構成であったと仮定した場合の平均在院日数}}$$

スライド47

せるわけです。早く退院させているのだから、良い医療をしているはずだと。

・ 症例数と評価

(スライド48) 症例数が少なくても効率的な医療を提供している小さい病院などの評価はどうするか。効率化ばかりでは困るだろうということですね。症

(参考)具体的評価の例2-(2)

○ 症例数に応じて標準化や効率化が認められる場合、症例数に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 標準的・効率的な医療を評価できるのではないか。

<課題>

- ア 症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか。
- イ 症例数とアウトカムの関係についての検証が必要ではないか。
- ウ 評価することにより、不必要な医療を助長する恐れがあるのではないか。

スライド48

(参考)具体的評価の例2-(3)

○ 標準レジメンや診療ガイドライン等に沿った標準的医療が提供される患者の割合に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 標準レジメンや診療ガイドライン等により、治療効果等の裏付けのある標準的治療の促進が期待されるのではないか。

<課題>

- ・ 評価の対象とするべき標準レジメンや診療ガイドライン等の基準についてどのように考えるのか。

スライド49

例数が多いほうが必ずしも良いとは限らないわけですから、症例数とアウトカムの関係について検証が必要ではないかと。

・ 標準的医療の割合に応じた評価

(スライド49) 標準レジメンや診療ガイドラインなどに沿った標準的医療の割合に応じた評価を行うべきか。ただ、大学病院などは、治験とかいろいろやっていて、ガイドラインを必ずしもやっていない。このあいだ、東京大学と東海大学がヒアリングを受けました。大腸がんですが、東海大学は同じレジメンで80%くらいやっているが、東京大学は30%くらいしかやっていない。これは治験をやらなくてはいけないと。だから大学の性格にもよるので

すね。

・ 後発医薬品の使用

(スライド50) 後発医薬品をたくさん使っているところは、日本の医療費を下げようと努力しているのだから、係数を上げるという考えです。

(参考)具体的評価の例2-(4)

○ 平成20年度より療養担当規則において、後発医薬品の利用に努めることとしているが、DPC対象病院における後発医薬品の使用促進についてどのように考えるか。

(参考)DPCにおける後発医薬品の使用状況

薬剤費における後発医薬品の占める割合(金額ベース)

施設類型	平成16年度	平成17年度	平成18年度
平成15年度DPC対象病院 (82病院)	2.6%	3.4%	4.1%
平成16年度DPC対象病院 (62病院)	5.1%	7.4%	8.8%
平成18年度DPC対象病院 (216病院)	—	4.1%	7.1%
DPC準備病院 (371病院)	—	—	4.7%
総計 (731病院)	3.4%	4.1%	5.4%

出典:平成19年6月22日DPC評価分科会「DPC対象病院及び準備病院における後発医薬品の使用状況について」

(参考) 医薬品全体の市場シェアにおける後発医薬品の占める割合	平成17年9月	平成19年9月
	金額ベース	5.9%
(数量ベース)	(16.8%)	(18.7%)

出典:平成20年7月9日薬価専門部会

スライド50

3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。

高度な急性期医療や希少な疾病に係る医療の提供等の、地域に限定されず、社会全体として必要とする医療機関の機能や役割について評価する必要があるのではないか。

スライド51

(参考)具体的評価の例3-1)

○ 複雑な症例を多く治療していることを評価するため、「複雑性指数」を用いた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 「複雑性指数」を用いることで、複雑な症例を多く受け入れている高度な医療機関を評価できるのではないか。

<課題>

- ア 患者選別につながることはないか。
- イ 入院期間による評価だけで、疾患の複雑性を表せるのか。

$$\text{※ 複雑性指数} = \frac{\text{当該医療機関が全DPC対象病院と各疾患毎の在院日数が同じと仮定した場合の平均在院日数}}{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}$$

スライド52

(参考)具体的評価の例3-2)

○ 難病や特殊な疾患等に対応できる専門性を反映した「希少性指数」に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 難病や特殊な疾患等に対応できる専門的医療が行われていることを評価できるのではないか。

<課題>

- ア いわゆる専門病院が評価されにくいのではないか。
- イ 難病や特殊な疾患が必ずしも高度な医療を必要とするものではないのではないか。

スライド53

これも難しいところがあります。必ずしもそれが良いかどうかはわからないけれど、国の政策に協力しているご褒美という面もあると思うのです。全然協力しないところは、日本の医療政策に反しているのだから点数をやるなということにもなります。

・社会的に求められている機能・役割の評価

(スライド51) 高度な急性期医療や希少性疾患の医療など、社会が必要とする機能・役割について評価すべきではないかと。

・複雑性指数、希少性指数、副傷病の程度に応じた評価
(スライド52) 複雑な症例の医療は、複雑性指数をつかった評価を行うかどうか。

(スライド53) また、難病や特殊な疾患には、希少性指数を用いるかどうか。

(スライド54) さらに、副傷病の程度に応じた評

(参考)具体的評価の例3-3)

○ 「副傷病」の程度に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できるのではないか。

<課題>

- ア 診断群分類の分岐を行うことにより、既に副傷病に応じて評価しているのではないか。
- イ 副傷病の重症度に応じた重み付けの方法論が確立しているのか。
- ウ 副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うのか、評価が複雑になるのではないか。

スライド54

4 地域医療への貢献という視点も検討する必要があるのではないか。

地域医療の確保のため、医療機関の効率性や高度な機能等を評価するばかりではなく、地域で果たす役割や貢献度に応じた評価を行うことも必要なのではないか。

また、この際には、都道府県が医療を提供する体制を確保するために定めている医療計画を考慮する必要があるのではないか。

スライド55

(参考)具体的評価の例4-1)

○ 医療計画で定める事業(※)において、症例数や医療圏における割合(シェア)に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないか。

<課題>

- ア 医療計画に定める事業のうち、どの分野をどの様な指標で評価すべきか。
- イ 医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、どのように考えるか。
- ウ 医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案する必要があるか。

※ 医療計画に定める事業とは、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)及び5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))をいう。

スライド56

価を行うべきか。合併症がたくさんあるような症例をどれだけ診ているかということですね。

・地域医療への貢献度による評価

(スライド55) 地域医療への貢献という視点は我々自治体病院に関係してきます。4疾病5事業ともいいますが、これは松田研究班が一所懸命研究しています。救急や周産期などへの貢献度に応じた評価をある程度高くしてくれれば、自治体病院は生き残れるのです。

(スライド56) その具体的な評価ですが、医療計画に定める事業のうち、どの分野をどのような指標で評価するべきかなど、なかなか難しい。また、症例数で評価するのか、医療圏におけるシェアで評価

(参考) 具体的評価の例4-(2)

- 地域の救急・小児救急患者及び妊産婦の受入数に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。
- <メリット>
 - ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないか。
- <課題>
 - ・ 重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)等に応じた評価も検討する必要があるか。

スライド57

6 急性期としてふさわしい機能の評価する観点から、プラスの係数を原則としてはどうか。

- (1) DPC対象病院は、10対1入院基本料や診療録管理体制加算等の要件を満たしていることが要件とされており、既に急性期の医療機関として一定の基準を満たしている。
- (2) 機能評価係数は、さらに高い機能を有している医療機関を評価するものであり、プラスの係数が適当なものではないか。
- (3) マイナスの係数とすれば、関係者の理解を得ることが難しい可能性がある。

スライド61

(参考) 具体的評価の例4-(3)

- 各都道府県が定める医療計画において、一定の機能を担う医療機関として定められていることを評価すべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。
- <メリット>
 - ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないか。
- <課題>
 - ア 一定の機能を担う医療機関は、各都道府県の実情に応じて定められるものであるが、一律に評価することができるのか。
 - イ 医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案する必要があるか。

スライド58

5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。

連続的な評価の例

例えば、救急患者の受入状況を、連続的な係数で評価するとした場合

機能評価係数 (Y) =

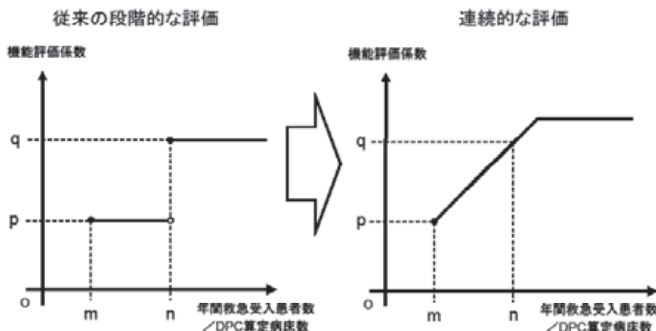
$$a \times \frac{\text{年間救急受入患者数}}{\text{DPC算定病床数}} + b$$

(a, bは、機能評価係数を適切な数値にするための定数) 23

スライド59

連続的な評価のイメージ

(年間救急受入患者数/DPC算定病床数)が、mであれば係数をp、nであれば係数をqとして評価を行う場合の、連続的な評価と段階的な評価の例



スライド60

するのか。東京都は人口が多いですから、症例数での評価なら1人勝ちになる。シェアでの評価ならば田舎のほうが強いと。

(スライド57) 地域の救急、小児救急や妊産婦の受け入れなど、公的・社会的な医療への評価をどうするか。

(スライド58) 医療計画に従っているかどうかと。県の医療計画を無視して、いっぱいMRIやら買ってしまうところは駄目なんじゃないかと。

・連続的な評価

(スライド59) 係数という連続性のある数値をつかって、連続的な評価ができるのではないかと。機能評価係数(Y) = a X + bと、数学の方程式のようなものが示されています。

(スライド60) 今までの段階的な評価は、左の図のようになっているわけですね。例えば手術が780の県立奄美大島病院は、今度の急性期入院加算がもらえない。全麻例800にならないと駄目で、799でももらえない。ですから係数を用いて、右のような連続的な評価にしよう。799でも、それに対応した点数をもらえる。600であればこの点数というように。今の評価は間がないわけで、all or nothingですから。

・プラスの係数を原則

(スライド61) プラスの係数を原則としてはどうかということです。

■4. 公立病院改革プランと自治体病院

時間がなくなりましたが、最後に公的病院について簡単にお話しします。

● 3つの視点

(スライド62) 当時の菅総務大臣が経済財政諮問会議で3つの視点というものを出しました。公立病院を改革しないとイケないというので、先生のもと公立病院改革懇談会がまとめを出し、そして一昨年のクリスマスプレゼントとして、総務省が公立病院改革ガイドラインを出しました。

(スライド63) 3つの視点とは、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し。これを見た瞬間、私は3つの視点とは思いませんでした。これは1つの視点です。全部、財政の視点、財務省の視点ですね。地域住民の視点、スタッフの視点がない。おかしいと思ったのですが、小山田先生が「仕方ないか」と言うので、私も渋々というか仕方ないかなと。

経営効率化はしなければいけませんね。経営形態の見直しは、病院の歴史などいろいろありますから自分たちで考えればいい。再編・ネットワーク化、ここが難しいですね。「都道府県の積極的な参画」と書いてありますが、都道府県はほとんど何もありません。市町村はみんなエゴイズムですから、難しいですね。集約化といいますけど、ハンディキャップのある人、病んだ人、傷ついた人、障害のある人は遠くへ行けません。学校と医療機関というものは、朝ご飯を食べてから出かけても、帰ってきてから遅い昼ご飯が食べられる、そういう距離になればいけないと思います。あまり集約化すると、患者さんは病院に行けません。

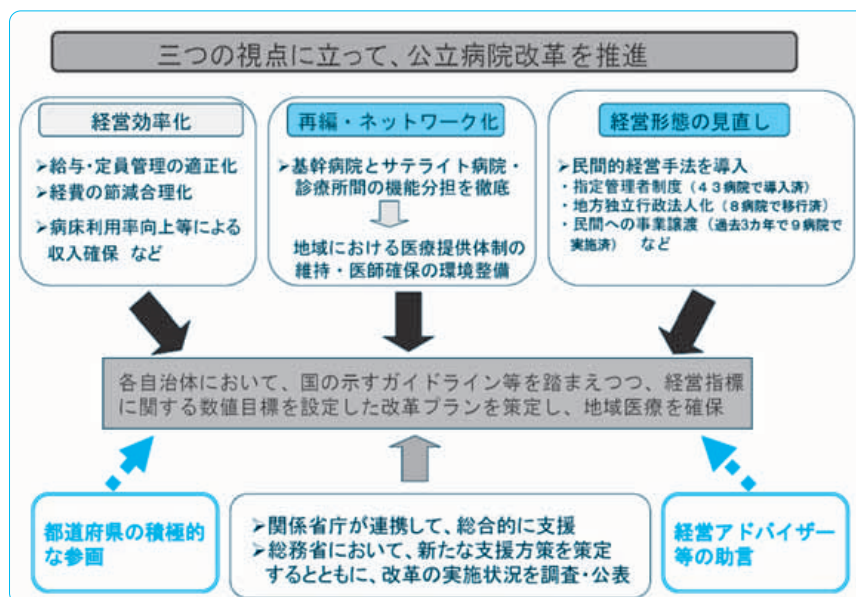
・公立病院改革プランの策定

(スライド64) ここに書いてあるように、経営効率化は3年でやれと。再編・ネットワーク化、経営形態の見直しは5年程度でやれと。これがやれない

公立病院改革の動向

- 菅総務大臣の3つの視点
経済財政諮問会議への提案
規制改革・民間開放推進への提案
- 公立病院改革懇談会のまとめ
- 総務省の公立病院改革ガイドライン

スライド62



スライド63

公立病院改革プランの策定

- 平成20年度内に公立病院改革プランを策定
 - 経営効率化は3年
 - 再編・ネットワーク化、経営形態見直しは5年程度
- 当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方を明記
- 経営の効率化
- 再編・ネットワーク化
- 経営形態の見直し

スライド64

病院は医療から退場してほしいと。その結果、早々に銚子市立病院や松原市民病院が出てきたわけですね。

一般会計には赤字補填をしない、させない。経営は効率化しないとイケない。人件費比率が50%以上などは駄目だと。そういうことをちゃんと打ち出しているわけですね。

・社会医療法人制度

(スライド65) そして、つぶれた場合の受け皿として、社会医療法人というものをつくったわけです。公益性のある事業をしている民間病院は税制で優遇すると。すでに、ルネス病院、坂出の回生病院、草

津総合病院、へつぎ病院等々、10くらいの病院が社会医療法人の認定を取っています。

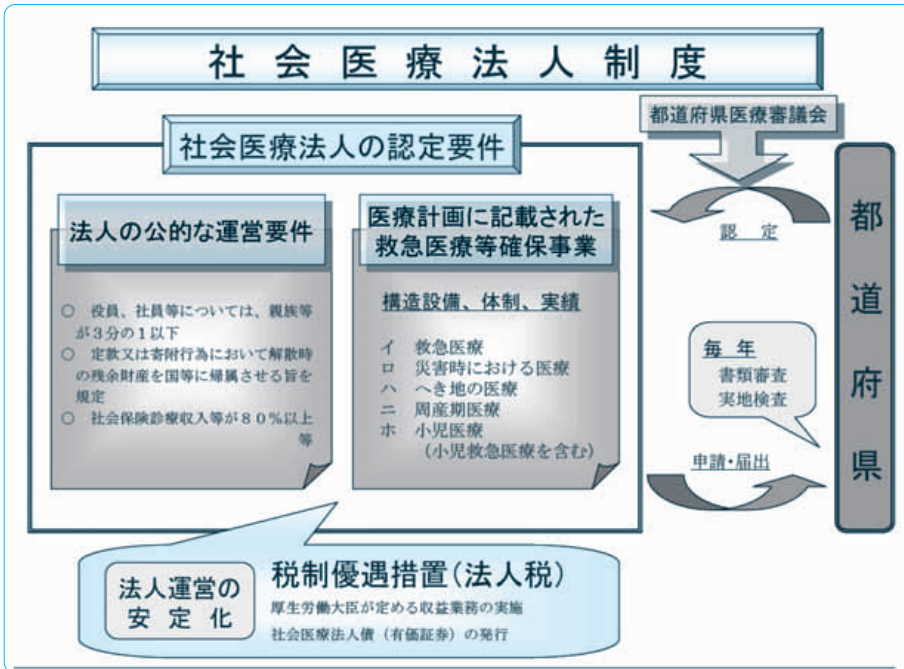
(スライド66) このように社会医療法人は法人税が非課税で、とうとうこの間、固定資産税まで非課税になりました。これは、病院には診療報酬以外に

財源がないので再構築ができない、だから非課税にするというもので、良いことではあるのです。しかし民間病院が非常に強くなると、自治体病院はちょっと苦しくなるのではないかと思います。

(スライド67) このように、社会医療法人の本来業務はすべて非課税になっています。

●明るい萌芽も

(スライド68) 明るい芽生えもあります。兵庫県立病院の小児科を守る会、こ



スライド65

現行の医療法人の類型

	医療法人	特定医療法人	社会医療法人
根拠法	医療法	租税特別措置法	医療法
認可・承認	都道府県知事の認可	国税庁長官の承認	都道府県知事による認定
要件	<ul style="list-style-type: none"> 資産要件 必要な施設、設備又は資金を有しなければならない。 役員数 理事3人 監事1人以上 理事長 原則医師又は歯科医師 	医療法人のうち、 【法人組織・運営に関する要件】 ・財団又は持分の定めのない社団等 ・社会保険診療等8割以上 ・同族役員の制限	医療法人のうち、 【法人組織・運営に関する要件】 ・財団又は持分の定めのない社団等 ・社会保険診療等8割以上 ・同族役員の制限 ・遊休財産を過大に保有しない 【医療事業に関する要件】 ・一定水準以上の救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療又は小児医療のいずれか1つ以上を実施(都道府県の医療計画に記載されることが必要)
法人税	30%	22%	非課税(本来業務以外は22%)
固定資産税	課税	課税	課税
寄附金優遇	なし	なし	なし
収益業務の可否	・収益業務は行えない	・収益業務は行えない	・収益業務が可能
法人数 (H19.3.31 末現在)	44,027 (うち一人医師医療法人 36,973)	407	—

スライド66

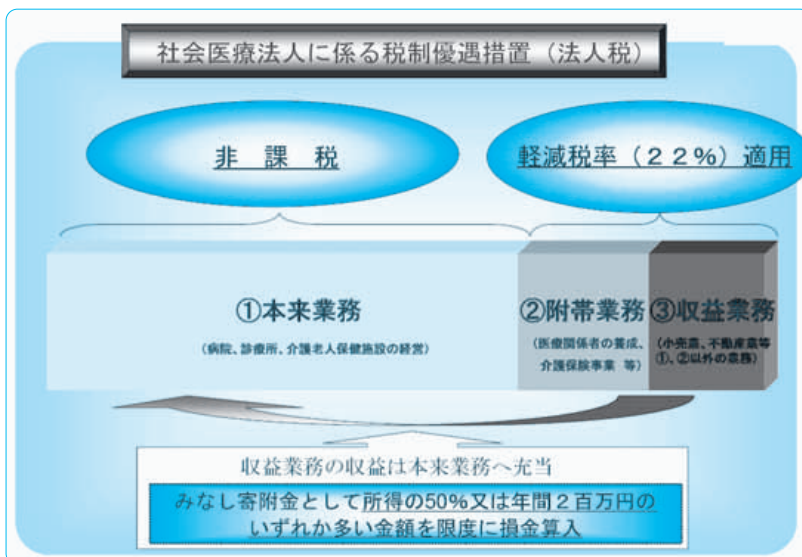
の会の代表の方には明後日の自治体病院幹部職員セミナーで講演していただきます。それから、隠岐の医療を考える会。これは門脇さんという県会議員が幹事です。また、丹波地方の医療をささえる会、西脇市立病院の小児科を守る会（代表は村井さおりさん）など、住民の運動が生まれています。

自治体病院の本来のサポーターは住民だと思うのです。県議員や市議員、それから知事会や市長会などの地方六団体もありますが、やはり住民だと思います。住民から要らないと言われたら、退場しないとイケないですね。

・良い医療を、効率的に、地域住民と共に

（スライド69）かかりたい病院、働きたい病院、地域にあってほしい病院。それが、我々自治体病院が守っていきたくて思っている良い病院です。

（スライド70）それには、良い医療をやるのがいちばんです。そして効率的にやること。最後は地域住民と共にやるのが大事だろうと思います。ぜひ皆さん方も、医療周辺産業の方も多いようですので、日本の医療が良くなるようにお力を貸していただきたいと思ひます。ご清聴ありがとうございます。



スライド67

明るい萌芽

住民運動

兵庫県立柏原病院の小児科を守る会
 隠岐の医療を考える会
 丹波地方の医療をささえる会
 西脇市立病院の小児科を守る会
 など

日本型ER

ようやく目覚めたマスコミ

スライド68

良い病院とは

かかりたい病院………かかってよかった病院

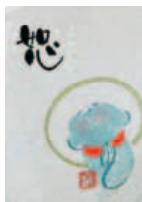
働きたい病院………働いてよかった病院

地域にあって欲しい病院……地域にあってよかった病院

スライド69

「よい医療を効率的に地域住民と共に！」

Exciting medicine & dramatic hospital



赤穂市民病院 邊見公雄

スライド70

シンポジウム

病院医療崩壊と救急医療

福島県厚生連 白川厚生総合病院
病院長

前原 和平

済生会神奈川県病院
病院長

吉井 宏

順天堂大学医学部附属順天堂浦安病院救急診療科
教授

山田 至康

名古屋第二赤十字病院
病院長

石川 清

独立行政法人国立病院機構災害医療センター
名誉院長

辺見 弘

(座長) 杏林大学医学部 救急医学
教授

島崎 修次

(座長) 茨城県厚生連茨城西南医療センター病院
病院長

高橋 正彦

座長(高橋) それでは、シンポジウムを開催します。数年にわたる診療報酬と医学部学生定員の抑制政策によって、赤字病院、病床を休止または返還した病院、一部の診療科を休止した病院、救急医療告示や救急医療輪番などの指定を取り下げた病院、廃院した病院などが増え、救急医療崩壊、病院医療崩壊の危機に瀕しています。このような医療環境をかんがみまして、日本病院会救急医療委員会は「病院医療崩壊と救急医療」のシンポジウムを企画し、学会長にお願いし、開催させていただくことになりました。濱崎学会長のご好意に厚く御礼申し上げます。

このシンポジウムでは、5名のシンポジストにお願いしました。前原先生には、地方の救急医療の現状についてを中心に、吉井先生には、救急医療の病病・病診・地域連携について、石川先生には、救命救急センターの医療崩壊の危機について、山田先生には、小児救急医療の崩壊と再構築について、辺見先生には、災害医療は救急医療の一部との視点から

災害医療についてお願いしました。

座長(島崎) 一緒に司会をさせていただく杏林大学救命センターの島崎です。よろしく申し上げます。

救急医療にかかわるアンケートを、日本病院協会加盟の病院に出していただきました。ここに書いてあるように、2,500カ所余の調査対象病院に出して、回収が少し悪くて430、回収率が17%ですが、中身を見てみますと、実態をかなり反映しているように思いますので、そのアンケート調査の中身を基調講演の代わりに、高橋先生にお話しいただきます。では高橋先生、よろしく申し上げます。

1 救急医療アンケート調査報告

高橋 正彦

それでは、発表させていただきます。日本病院会救急医療委員会のメンバーは、ここの壇上に上がっている7名と、それから副会長の宮崎忠昭先生の8名で構成されております。

■調査の概要

病院の区分は5種類に分類し、かっこ内に病院数を示しました。政令指定都市・東京・非政令都市別、医療機関別、経営母体別、地域別、病床規模別です(図2)。

図3は前期臨床研修実施病院数、医学部学生に対する救急医療の臨床実習実施病院数です。

■救急医療体制

救急医療体制について述べます。93%の病院が、何らかのかたちで救急医療に参加しています。61%の病院が小児救急医療に参加しています。27%の病院が新生児・母子救急医療に参加しております。72%の病院がメディカルコントロールに

救急医療アンケート調査報告

1 調査対象施設	2,533ヶ所
2 回収施設	435ヶ所
3 回収率	17.2%
4 調査期間	平成19年10月1日～ 平成19年10月15日

(日本病院会救急医療委員会)

図1

参加しております(図4)。

■スタッフ体制の動向

次にスタッフ体制ですが、医師以外の職員につきましても集計しましたが、時間の関係で医師のみ提示します。

医師数は、全体では、平成18年度は17年度に比較してすべての診療科の医師の増加があります(表1)。

しかしこまかく分析しますと、格差が見られます。

設立母体別では(表2)、小児科医師が、政令指定都市と非政令都市の国立病院と東京の私的病院で著しく減少しております。それから、救急指導医が政令指定都市の国立病院と非政令都市の私的病院で著しく減少しております。表中の枠の色は増加をグリーン地で表し、減少を白地で表しました(以下同様)。

医療機関別では(表3)、産婦人科医師が東京の救急センターと災害病院で減少し、また救急指導医が非政令都市の救急センターと、二次救急病院で著しく減少しております。

地域別では(表4)、救急指導医が北陸・甲信越地方と九州地方で著しく減少しております。

病床別では(表5, 6, 7)、政令指定都市の小規模病院で小児科医師が著しく減少しております。中規模の病院では、東京の病院で小児科医師が著しく減少しています。大病院では、いずれの診療科の医師も増加しております。

病院の区分

政令指定都市・東京・非政令都市別

政令都市(167)、東京(46)、非政令(222)

医療機関別

救急センター(52) : 救命救急センター、高次救命救急センター、新型救命救急センター

二次救急病院(335) : 二次救急輪番病院、救急告示病院

災害病院(7) : 災害拠点病院、災害派遣医療チーム病院

その他(12)

経営母体別

国立病院(11)、自治体病院(109)、公的病院(130)、私的病院(182)

地域別

北海道・東北(64) : 北海道 青森 岩手 秋田 山形 福島

関東(116) : 茨城 栃木 群馬 埼玉 千葉 東京 神奈川

北陸・甲信越(104) : 富山 石川 福井 新潟 山梨 長野

東海・近畿(76) : 静岡 岐阜 滋賀 愛知 三重 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山

中国・四国(33) : 鳥取 島根 岡山 広島 山口 徳島 香川 愛媛 高知

九州(32) : 福岡 佐賀 長崎 熊本 大分 宮崎 鹿児島 沖縄

病床数別

20-199床(95)、200-499床(216)、500床以上(93)

図2

■救急医療実績

次に救急医療の実績について述べます。

●救急外来患者数

救急外来患者数は全体ではいずれも増加しております（図5）。

診療科別で見ますと、政令指定都市の新生児科と東京の産科の外来患者数が著しく減少しています（表8）。

全体では、設立母体別でも地域別でも増加しております（図6）。

しかし、診療科で見ますと、北陸・甲信越地方の外科と、北陸・甲信越地方、東海・近畿地方、九州地方の新生児科の救急外来患者数で減少が見られません（表9）。

医療機関別では災害拠点病院の救急外来患者数が、やや減少しております（図7）。

●救急入院患者数

次に救急入院患者数の推移を提示します。全体では増加しておりますが（図8）、診療科別に見ますと熱傷以外は、ほぼ救急入院患者数が増加しております（表10）。

設立母体別でも全体では増加。地域別でも全体では増加しています（図9）。

しかし診療科別に見ますと、九州地方の産科救急入院患者数の減少が見られます（表11）。医療機関別でも全体では増加しております（図10）。

●救急車・ヘリコプター搬入件数

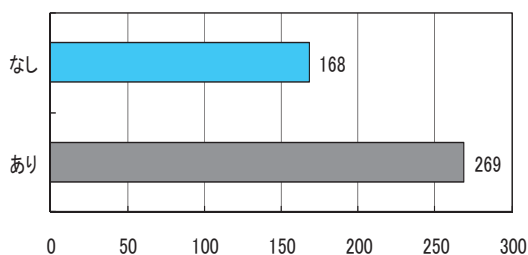
最後に救急車・ヘリコプター搬入件数を提示します。全体を見ても、設立母体別でも、それから医療機関別でも、いずれも急増しております（図11）。

以上、アンケート調査の一部をかいつまんで報告しました。今回は回収率が極めて低いので、日本の医療の一端しか示すことができませんでした。今年度も調査項目を簡潔にしてアンケート調査を行いますので、多くの病院からのご回答を願っております。ご協力のほど、よろしくお願いいたします。以上です。

座長（島崎） ありがとうございます。高橋先生に救急医療アンケートの調査実態をお話いただきました。医師数全体としては増加しているが、救急医療にかかわるところが減ってきているととらえてよろしいですか。ありがとうございます。

では、発表いただきますが、順番を変えましたのでご了承ください。まず最初は「厚生連病院における救急医療の現状」を前原先生、2番が「横浜市における救急医療への取り組み」を吉井先生、3番が「小児救急医療の崩壊と再構築」を山田先生、4番が「救命救急センターも医療崩壊の危機に」を石川先生、それから5番が「わが国における大災害初動医療体制とDMATの活動」を辺見先生という順番で発表していただきます。では最初に「厚生連病院における救急医療の現状」を、前原先生よろしくお願いいたします。

前期臨床研修実施病院数



医学部学生に対する救急医療の臨床実習実施病院数

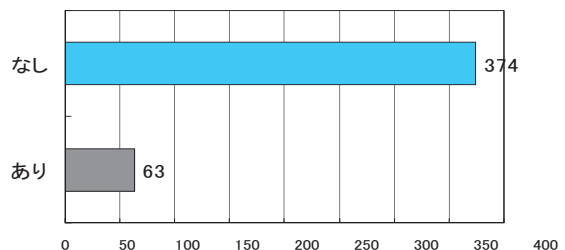
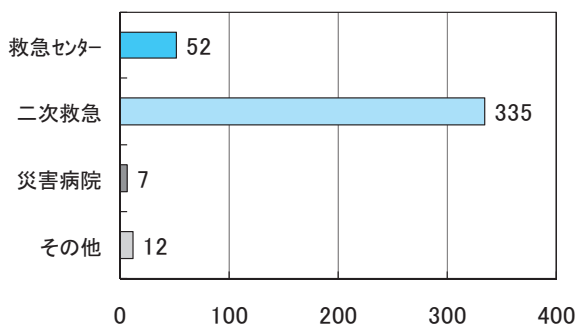
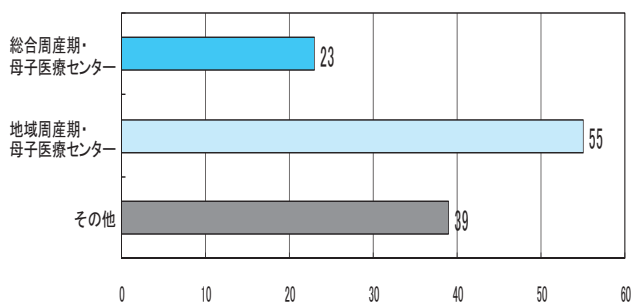


図3

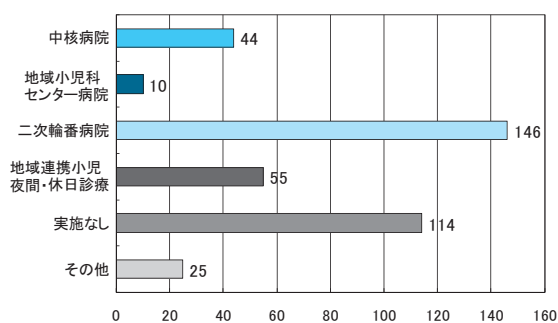
救急医療体制と病院数



周産期・母子救急体制と病院数



小児救急医療体制と病院数



メディカル・コントロール参加状況

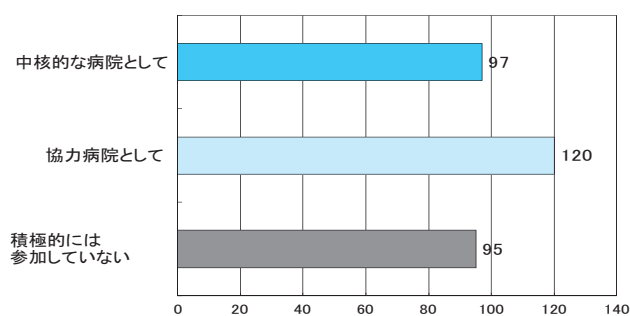


図 4

医師数の動向

(人)

	17年度	18年度	増減(%)
常勤医師	21,966	22,581	+ 2.8
小児科医師	1,354	1,386	+ 2.4
新生児科医師	196	211	+ 7.7
内科系医師	6,835	6,959	+ 1.8
外科系医師	6,903	7,101	+ 2.9
産婦人科医師	1,066	1,110	+ 4.1
精神科医師	466	495	+ 6.2
救急部医師	499	558	+ 11.8
救急専門医	165	191	+ 15.8
救急指導医	64	64	0.0
救急認定医	105	114	+ 8.6
研修医	3,418	3,655	+ 6.9

表 1

救急医療と医師体制 — 設立母体別 —

	年度	国立			自治体			公的			私的		
		政令	東京	非政令	政令	東京	非政令	政令	東京	非政令	政令	東京	非政令
常勤医師	H18	532	634	124	2,649	499	2,735	3,814	1,363	3,005	4,463	589	1,859
	H17	526	632	129	2,629	487	2,741	3,755	1,241	2,849	4,336	575	1,760
	増減(%)	1.1	0.3	-3.9	0.8	2.5	-0.2	1.6	9.8	5.5	2.9	2.4	5.6
小児科医師	H18	25	29	17	211	41	185	270	68	168	233	24	98
	H17	28	29	19	197	35	186	277	62	167	218	27	94
	増減(%)	-10.7	0.0	-10.5	7.1	17.1	-0.5	-2.5	9.7	0.6	6.9	-11.1	4.3
新生児医師	H18	0	1	0	23	8	24	46	4	20	53	8	24
	H17	0	1	0	22	8	22	46	3	21	41	8	24
	増減(%)	0.0	0.0	0.0	4.5	0.0	9.1	0.0	33.3	-4.8	29.3	0.0	0.0
内科系医師	H18	132	194	40	841	131	803	1,279	216	897	1,464	226	648
	H17	125	187	42	832	128	771	1,282	225	863	1,462	197	636
	増減(%)	5.6	3.7	-4.8	1.1	2.3	4.2	-0.2	-4.0	3.9	0.1	14.7	1.9
外科系医師	H18	158	176	44	928	140	854	1,126	209	1,081	1,491	162	630
	H17	152	180	43	934	136	813	1,103	198	1,023	1,452	159	607
	増減(%)	3	-2.2	2.3	-0.6	2.9	5.0	2.1	5.6	5.7	2.7	1.9	3.8
産婦人科医師	H18	31	25	6	153	26	137	197	88	134	198	37	66
	H17	31	23	6	162	28	140	178	75	138	177	37	60
	増減(%)	0.0	8.7	0.0	-5.6	-7.1	-2.1	10.7	17.3	-2.9	11.9	0.0	10.0
精神科医師	H18	36	17	12	77	16	59	62	60	39	62	22	30
	H17	34	16	14	80	15	62	54	37	37	60	23	31
	増減(%)	5.9	6.3	-14.3	-3.8	6.7	-4.8	14.8	62.2	5.4	3.3	-4.3	-3.2
救急部医師	H18	9	8	0	129	49	89	54	30	59	79	2	43
	H17	9	7	0	119	45	80	48	25	55	63	1	40
	増減(%)	0.0	14.3	0.0	8.4	8.9	11.3	12.5	20.0	7.3	25.4	100.0	7.5
救急専門医	H18	5	7	0	24	36	19	29	5	21	30	2	10
	H17	5	3	0	20	34	19	25	4	20	23	1	5
	増減(%)	0.0	133.3	0.0	20.0	5.9	0.0	16.0	25.0	5.0	30.4	100.0	100.0
救急指導医	H18	2	2	0	9	6	10	11	2	6	8	0	7
	H17	3	2	0	7	6	11	7	2	6	7	0	11
	増減(%)	-33.3	0.0	0.0	28.6	0.0	-9.1	57.1	0.0	0.0	14.3	0.0	-36.4
救急認定医	H18	4	0	0	5	9	11	17	1	18	38	0	8
	H17	4	0	0	2	8	12	16	1	19	31	0	6
	増減(%)	0.0	0.0	0.0	150.0	12.5	-8.3	6.3	0.0	-5.3	22.6	0.0	33.3
研修医	H18	82	255	10	453	80	471	708	198	399	652	53	232
	H17	95	238	9	386	74	454	668	201	390	597	49	200
	増減(%)	-13.7	7.1	11.1	17.4	8.1	3.7	6.0	-1.5	2.3	9.2	8.2	16.0

表2

救急医療と医師体制 —医療機関別—

	年度	救急センター			二次救急			災害病院			その他		
		政令	東京	非政令	政令	東京	非政令	政令	東京	非政令	政令	東京	非政令
常勤医師	H18	2,900	659	3,033	8,271	2,201	4,398	414	179	180	23	36	34
	H17	2,772	652	2,949	8,187	2,066	4,225	422	183	185	23	26	36
	増減(%)	4.6	1.1	2.8	1.0	6.5	4.1	-1.9	-2.2	-2.7	0.0	38.5	-5.6
小児科医師	H18	193	52	192	525	98	259	21	3	15	0	1	0
	H17	180	46	184	508	95	266	20	3	15	0	1	0
	増減(%)	7.2	13.0	4.3	3.3	3.2	-2.6	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
新生児科医師	H18	40	12	37	79	3	31	3	0	0	0	0	0
	H17	35	11	37	71	3	30	3	0	0	0	0	0
	増減(%)	14.3	9.1	0.0	11.3	0.0	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
内科系医師	H18	825	187	947	2,728	483	1,340	175	49	53	0	38	5
	H17	795	189	935	2,733	462	1,300	192	43	29	0	32	5
	増減(%)	3.8	-1.1	1.3	-0.2	4.5	3.1	-8.9	14.0	82.8	0.0	18.8	0.0
外科系医師	H18	911	193	956	2,820	438	1,584	24	46	41	0	27	1
	H17	874	188	922	2,806	436	1,500	24	43	30	0	21	1
	増減(%)	4.2	2.7	3.7	0.5	0.5	5.6	0.0	7.0	36.7	0.0	28.6	0.0
産婦人科医師	H18	135	32	145	422	124	183	17	5	14	0	5	0
	H17	131	38	137	408	106	193	14	7	13	0	5	0
	増減(%)	3.1	-15.8	5.8	3.4	17.0	-5.2	21.4	-28.6	7.7	0.0	0.0	0.0
精神科医師	H18	77	19	66	125	89	48	5	6	2	19	1	16
	H17	76	18	63	119	66	52	3	6	3	19	1	18
	増減(%)	1.3	5.6	4.8	5.0	34.8	-7.7	66.7	0.0	-33.3	0.0	0.0	-11.1
救急部医師	H18	193	56	158	82	32	26	3	1	7	0	0	0
	H17	166	53	144	76	24	23	4	1	8	0	0	0
	増減(%)	16.3	5.7	9.7	7.9	33.3	13.0	-25.0	0.0	-12.5	0.0	0.0	0.0
救急専門医	H18	54	39	44	34	11	6	3	0	0	0	0	0
	H17	53	37	41	23	5	3	3	0	0	0	0	0
	増減(%)	1.9	5.4	7.3	47.8	120.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
救急指導医	H18	14	8	7	15	2	16	2	0	0	0	0	0
	H17	15	8	9	11	2	19	0	0	0	0	0	0
	増減(%)	-6.7	0.0	-22.2	36.4	0.0%	-15.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
救急認定医	H18	31	10	29	36	0	0	0	0	8	0	0	0
	H17	30	9	31	29	0	0	0	0	6	0	0	0
	増減(%)	3.3	11.1	-6.5	24.1	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0
研修医	H18	654	100	526	1,160	470	520	134	24	65	0	0	1
	H17	632	91	480	1,030	455	500	132	24	72	0	0	1
	増減(%)	3.5	9.9	9.6	12.6	3.3	4.0	1.5	0.0	-9.7	0.0	0.0	0.0

表3

救急医療と医師体制 —地域別—

	北海道・東北			関東			北陸・甲信越			東海・近畿			中国・四国			九州		
	H18	H17	増減 (%)	H18	H17	増減 (%)	H18	H17	増減 (%)	H18	H17	増減 (%)	H18	H17	増減 (%)	H18	H17	増減 (%)
常勤医師	3,386	3,279	3.3	7,647	7,355	4.0	1,504	1,481	1.6	7,228	7,068	2.3	1,381	1,380	0.1	1,435	1,403	2.3
小児科医師	210	219	-4.1	450	433	3.9	89	81	9.9	476	463	2.8	81	82	-1.2	80	76	5.3
新生児科医師	35	35	0.0	59	58	1.7	6	5	20.0	76	70	8.6	5	5	0.0	30	23	30.4
内科系医師	988	949	4.1	2,170	2,132	1.5	502	474	5.9	2,350	2,362	-0.5	490	460	6.5	459	458	0.2
外科系医師	1,039	965	7.7	2,296	2,231	2.9	523	516	1.4	2,351	2,315	1.6	442	429	3.0	450	447	0.7
産婦人科医師	161	164	-1.8	405	396	2.3	76	75	1.3	345	311	10.9	61	61	0.0	62	59	5.1
精神科医師	93	98	-5.1	207	174	19.0	35	34	2.9	125	123	1.6	22	25	-12.0	13	12	8.3
救急部医師	131	115	13.9	209	177	19.0	29	29	0.0	128	123	4.1	22	21	4.8	39	34	14.7
救急専門医	23	18	27.8	94	78	20.5	10	8	25.0	39	39	0.0	8	8	0.0	17	14	21.4
救急指導医	6	5	20.0	31	31	0.0	6	9	-33.3	17	14	21.4	3	3	0.0	1	2	-50.0
救急認定医	21	21	0.0	33	26	26.9	5	6	-16.7	25	23	8.7	12	12	0.0	18	17	5.9
研修医	537	512	4.9	1,328	1,223	8.6	193	170	13.5	1,192	1,119	6.5	153	169	-9.5	252	225	12.0

表 4

救急医療と医師体制 —病床数別(小:20から199床)—

		政令	東京	非政令	合計
常勤	H18年	590	140	516	1,246
	H17年	563	124	517	1,204
	増減(%)	4.8	12.9	-0.2	3.5
小児科	H18年	39	15	31	85
	H17年	50	15	33	98
	増減(%)	-22.0	0.0	-6.1	-13.3
新生児科	H18年	2	8	1	11
	H17年	2	8	1	11
	増減(%)	0.0	0.0	0.0	0.0
内科系	H18年	251	56	211	518
	H17年	222	47	211	480
	増減(%)	13.1	19.1	0.0	7.9
外科系	H18年	211	35	208	454
	H17年	198	30	209	437
	増減(%)	6.6	16.7	-0.5	3.9
産婦人科	H18年	35	20	11	66
	H17年	21	17	16	54
	増減(%)	66.7	17.6	-31.3	22.2

表5

救急医療と医師体制 —病床数別(中:200から499床)—

		政令	東京	非政令	合計
常勤	H18年	4,988	574	3,400	8,962
	H17年	4,886	555	3,261	8,702
	増減(%)	2.1	3.4	4.3	3.0
小児科	H18年	322	21	200	543
	H17年	311	24	198	533
	増減(%)	3.5	-12.5	1.0	1.9
新生児科	H18年	30	0	30	60
	H17年	31	0	29	60
	増減(%)	-3.2	0.0	3.4	0.0
内科系	H18年	1,700	225	1,068	2,993
	H17年	1,722	211	1,039	2,972
	増減(%)	-1.3	6.6	2.8	0.7
外科系	H18年	1,707	228	1,268	3,203
	H17年	1,691	224	1,220	3,135
	増減(%)	0.9	1.8	3.9	2.2
産婦人科	H18年	249	28	154	431
	H17年	243	29	154	426
	増減(%)	2.5	-3.4	0.0	1.2

表6

救急医療と医師体制 —病床数別(大:500床～)—

		政令	東京	非政令	合計
常勤	H18年	6,106	2,412	3,807	12,325
	H17年	6,015	2,297	3,701	12,013
	増減(%)	1.5	5.0	2.9	2.6
小児科	H18年	394	126	237	757
	H17年	373	114	235	722
	増減(%)	5.6	10.5	0.9	4.8
新生児科	H18年	90	13	37	140
	H17年	76	12	37	125
	増減(%)	18.4	8.3	0.0	12.0
内科系	H18年	1,818	505	1,109	3,432
	H17年	1,810	496	1,062	3,368
	増減(%)	0.4	1.8	4.4	1.9
外科系	H18年	1,853	444	1,133	3,430
	H17年	1,823	438	1,057	3,318
	増減(%)	1.6	1.4	7.2	3.4
産婦人科	H18年	304	130	178	612
	H17年	292	119	174	585
	増減(%)	4.1	9.2	2.3	4.6

表7

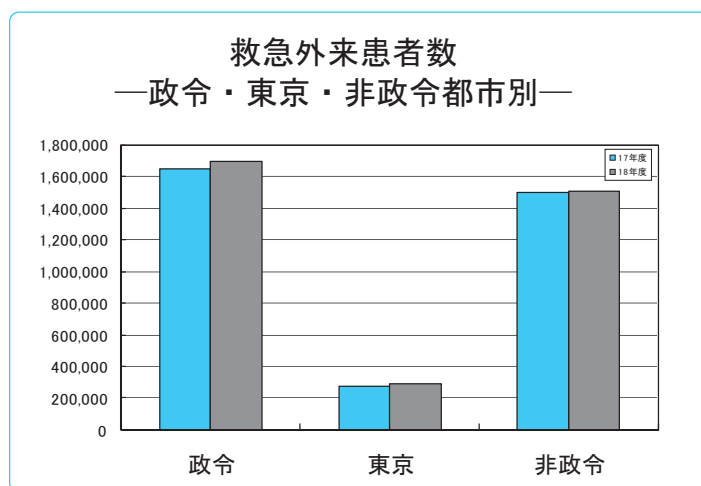


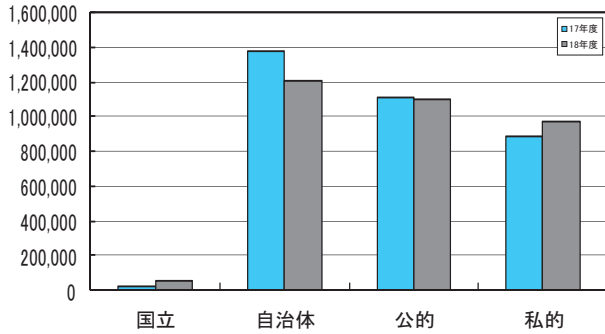
図5

救急医療実績 —救急外来患者数【政令・東京・非政令・全体】—

		政令	東京	非政令	合計
内科	H18	510,405	98,513	462,481	1,071,399
	H17	493,799	92,861	461,460	1,048,120
	増減(%)	3.4	6.1	0.2	2.2
外科	H18	115,053	19,557	122,786	257,396
	H17	107,751	20,512	117,530	245,793
	増減(%)	6.8	-4.7	4.5	4.7
脳神経外科	H18	84,088	16,646	65,177	165,911
	H17	83,061	17,518	61,929	162,508
	増減(%)	1.2	-5.0	5.2	2.1
整形外科	H18	189,222	28,981	174,792	392,995
	H17	186,010	29,789	171,971	387,770
	増減(%)	1.7	-2.7	1.6	1.3
小児科	H18	407,205	67,902	391,342	866,449
	H17	400,040	61,259	401,062	862,361
	増減(%)	1.8	10.8	-2.4	0.5
新生児科	H18	965	41	1,544	2,550
	H17	1,174	34	725	1,933
	増減(%)	-17.8	20.6	113.0	31.9
産科	H18	42,679	6,378	29,044	78,101
	H17	41,924	7,629	28,653	78,206
	増減(%)	1.8	-16.4	1.4	-0.1
熱傷症例	H18	2,404	156	1,305	3,865
	H17	2,171	146	1,083	3,400
	増減(%)	10.7	6.8	20.5	13.7
中毒症 症例	H18	2,628	765	703	4,096
	H17	2,512	225	638	3,375
	増減(%)	4.6	240.0	10.2	21.4
外傷症例	H18	59,779	6,964	32,691	99,434
	H17	50,424	5,420	28,216	84,060
	増減(%)	18.6	28.5	15.9	18.3
脳卒中 症例	H18	9,788	347	4,013	14,148
	H17	8,708	337	1,527	10,572
	増減(%)	12.4	3.0	162.8	33.8
心筋梗塞・ 心筋症症例	H18	5,544	45	2,717	8,306
	H17	4,702	55	1,981	6,738
	増減(%)	17.9	-18.2	37.2	23.3
その他	H18	268,287	43,954	219,865	532,106
	H17	264,365	40,491	225,656	530,512
	増減(%)	1.5	8.6	-2.6	0.3
合計	H18	1,698,047	290,249	1,508,460	3,496,756
	H17	1,646,641	276,276	1,502,431	3,425,348
	増減(%)	3.1	5.1	0.4	2.1

表 8

救急外来患者数
— 設立母体別 —



救急外来患者数
— 地域別 —

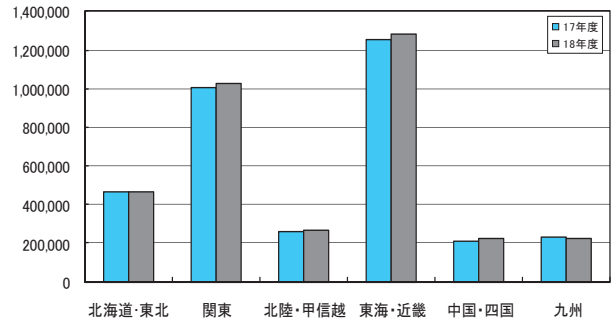


図 6

救急医療実績 — 救急外来患者数【地域別】 —

		北海道・東北	関東	北陸・甲信越	東海・近畿	中国・四国	九州
内科	H18	127,316	331,874	90,007	385,032	61,270	75,900
	H17	125,651	326,815	86,292	378,130	54,548	76,684
	増減(%)	1.3	1.5	4.3	1.8	12.3	-1.0
外科	H18	30,598	75,762	18,900	91,133	17,369	23,634
	H17	27,717	70,751	21,419	84,030	16,951	24,925
	増減(%)	10.4	7.1	-11.8	8.5	2.5	-5.2
脳神経外科	H18	18,440	49,759	15,249	64,372	9,049	9,042
	H17	18,220	51,665	12,564	63,032	7,515	9,512
	増減(%)	1.2	-3.7	21.4	2.1	20.4	-4.9
整形外科	H18	50,917	107,753	35,806	150,862	21,569	26,088
	H17	50,440	107,025	31,528	151,133	20,394	27,250
	増減(%)	0.9	0.7	13.6	-0.2	5.8	-4.3
小児科	H18	115,247	277,416	63,250	288,109	67,707	54,720
	H17	117,297	268,159	64,153	288,494	66,375	57,883
	増減(%)	-1.7	3.5	-1.4	-0.1	2.0	-5.5
新生児科	H18	364	1,196	16	242	31	701
	H17	356	315	28	285	18	931
	増減(%)	2.2	279.7	-42.9	-15.1	72.2	-24.7
産科	H18	10,190	22,449	6,709	30,334	4,585	3,834
	H17	10,022	24,853	5,437	30,091	4,036	3,767
	増減(%)	1.7	-9.7	23.4	0.8	13.6	1.8
熱傷症例	H18	525	1,125	252	1,421	161	381
	H17	531	1,037	230	1,347	0	255
	増減(%)	-1.1	8.5	9.6	5.5	0.0	49.4
中毒症症例	H18	569	1,324	103	1,598	141	361
	H17	626	830	106	1,600	0	213
	増減(%)	-9.1	59.5	-2.8	-0.1	0.0	69.5

表 9

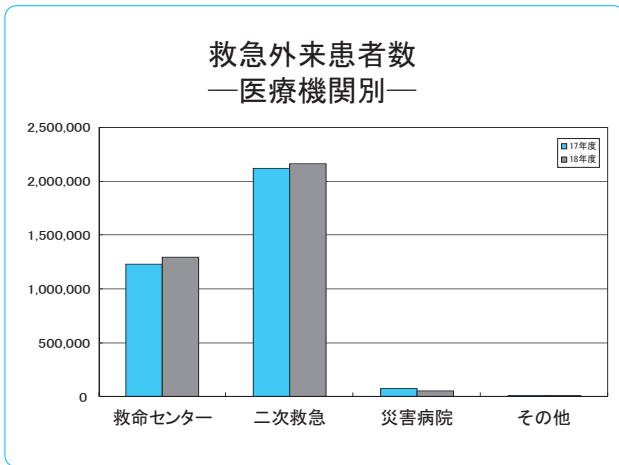


図 7

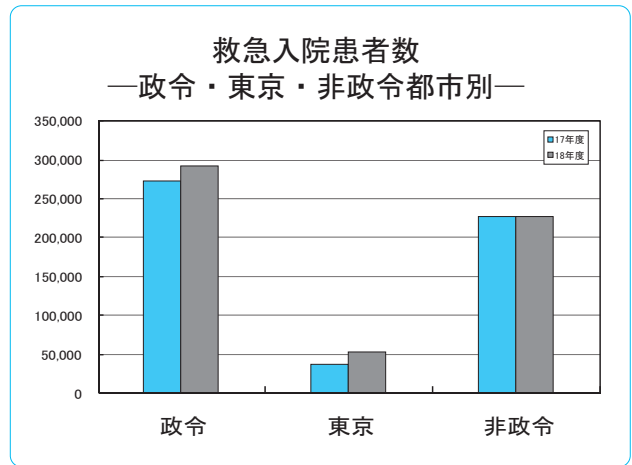


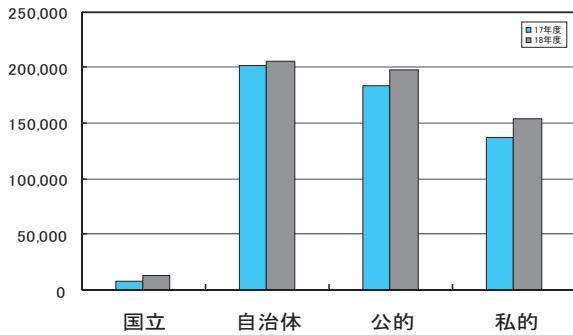
図 8

救急医療実績 —救急入院患者数【政令・東京・非政令・全体】—

		政令	東京	非政令	合計
内科	H18	103,865	15,548	79,137	198,550
	H17	95,011	10,525	79,940	185,476
	増減 (%)	9.3	47.7	-1.0	7.0
外科	H18	24,372	5,419	22,254	52,045
	H17	22,235	4,208	21,304	47,747
	増減 (%)	9.6	28.8	4.5	9.0
脳神経外科	H18	21,261	4,745	19,977	45,983
	H17	20,291	3,203	19,082	42,576
	増減 (%)	4.8	48.1	4.7	8.0
整形外科	H18	22,183	2,275	19,948	44,856
	H17	21,600	2,164	19,166	42,930
	増減 (%)	2.7	25.9	4.1	4.5
小児科	H18	36,039	5,209	29,083	70,331
	H17	33,818	3,287	28,008	65,113
	増減 (%)	6.6	58.5	3.8	8.0
新生児科	H18	961	1,279	376	2,616
	H17	1,048	1,015	359	2,422
	増減 (%)	-8.3	26.0	4.7	8.0
産科	H18	21,711	4,854	13,339	39,904
	H17	21,081	3,076	13,929	38,086
	増減 (%)	3.0	57.8	-4.2	4.8
熱傷症例	H18	314	20	119	453
	H17	338	1	138	477
	増減 (%)	-7.1	1900.0	-13.8	-5.0
中毒症例	H18	1,076	533	655	2,264
	H17	1,058	125	478	1,661
	増減 (%)	1.7	326.4	37.0	36.3
外傷症例	H18	7,743	1,212	5,873	14,828
	H17	7,956	651	4,991	13,598
	増減 (%)	-2.7	86.2	17.7	9.0

表10

救急入院患者数
—設立母体別—



救急入院患者数
—地域別—

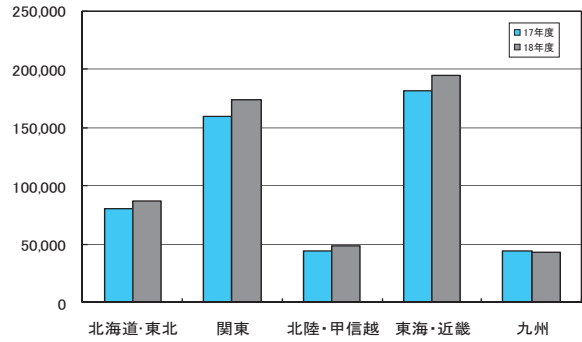


図9

救急医療実績 —救急入院患者数【地域別】—

		北海道・東北	関東	北陸・甲信越	東海・近畿	中国・四国	九州
内科	H18	29,195	58,530	17,052	67,682	9,435	16,656
	H17	28,270	53,661	15,103	63,135	8,420	16,887
	増減 (%)	3.3	9.1	12.9	7.2	12.1	-1.4
外科	H18	8,653	16,448	4,850	15,581	2,309	4,204
	H17	7,417	15,353	4,399	14,087	1,991	4,500
	増減 (%)	16.7	7.1	10.3	10.6	16.0	-6.6
脳神経外科	H18	6,272	14,433	5,204	13,763	2,946	3,365
	H17	6,045	12,813	4,900	13,269	2,317	3,232
	増減 (%)	3.8	12.6	6.2	3.7	27.1	4.1
整形外科	H18	6,338	11,096	4,174	16,348	3,405	3,495
	H17	6,047	10,908	3,935	15,452	3,032	3,556
	増減 (%)	4.8	1.7	6.1	5.8	12.3	-1.7
小児科	H18	12,968	19,641	4,877	23,523	3,252	6,070
	H17	11,826	17,521	5,067	21,194	3,106	6,399
	増減 (%)	9.7	12.1	-3.7	11.0	4.7	-5.1
新生児科	H18	115	1,698	217	2	31	553
	H17	103	1,479	209	6	18	607
	増減 (%)	11.7	14.8	3.8	-66.7	72.2	-8.9
産科	H18	5,936	13,363	3,784	13,428	2,135	1,258
	H17	5,507	11,845	3,580	13,762	1,992	1,400
	増減 (%)	7.8	12.8	5.7	-2.4	7.2	-10.1
熱傷症例	H18	93	95	7	201	20	37
	H17	109	110	15	195	0	48
	増減 (%)	-14.7	-13.6	-53.3	3.1	0.0	-22.9
中毒症症例	H18	394	999	67	522	130	152
	H17	374	704	45	390	0	148
	増減 (%)	5.3	41.9	48.9	33.8	0.0	2.7

表11

救急入院患者数
—医療機関別—

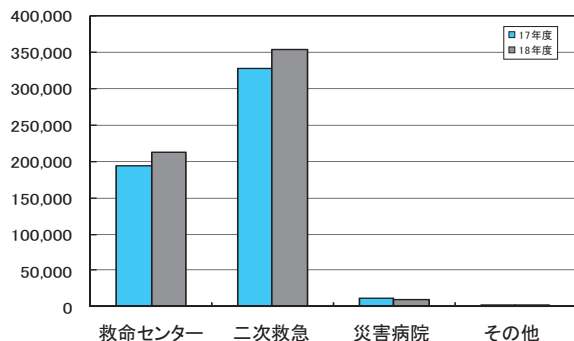
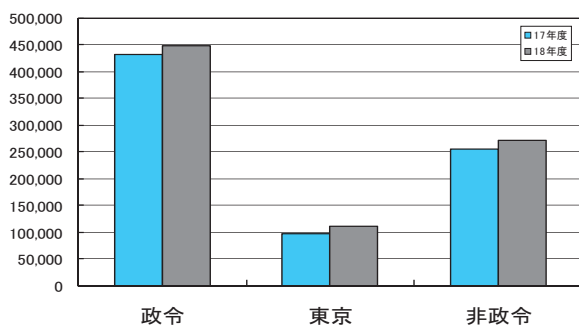
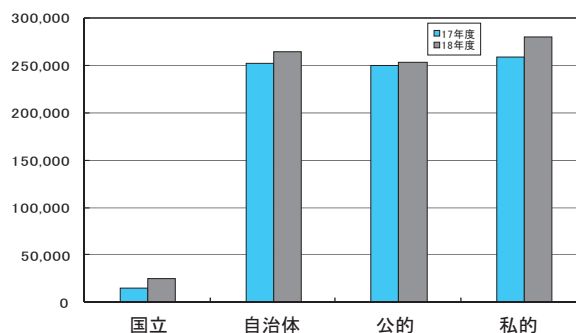


図10

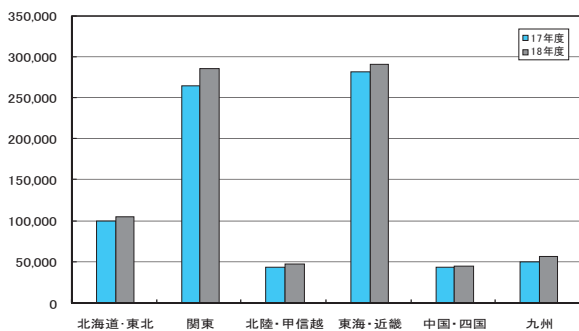
救急車・ヘリコプター搬入件数
—政令・東京・非政令指定都市別—



救急車・ヘリコプター搬入件数
—設立母体別—



救急車・ヘリコプター搬入件数
—地域別—



救急車・ヘリコプター搬入件数
—医療機関別—

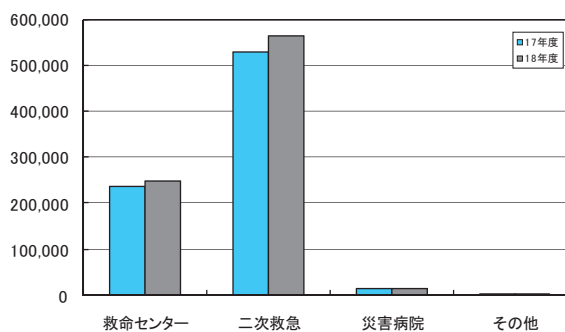


図11

2 厚生連病院における救急医療の現状

前原 和平

(スライド1) 厚生連病院は正式には、全国厚生農業協同組合連合会と申しまして、医療過疎の農山村部における保健・医療・福祉を提供する目的で設立された病院です。現在、123病院中の57病院(46%)が人口5万人未満の市町村に位置しておりまして、市町村唯一の病院が25病院(20%)に上っております。このようなことから、地方の医療を代表して実情を表現できるのではないかとということで、ご報告させていただきます。

厚生連(全国厚生農業協同組合連合会)病院の特徴

- 123病院中57(46%)が人口5万人未満の市町村に立地している
- 市町村唯一の病院は25(20%)にのぼる

スライド1

アンケート調査 平成19年11月

回収率 60% (72/120病院)

解析対象 69病院

スライド2

主たる質問事項

- (1) 医師増減
(臨床研修制度開始前平成14年と19年の比較)
- (2) 救急患者の増減
- (3) 管理型臨床研修病院と非研修病院の比較
- (4) 集約化病院と非集約化病院の比較
- (5) 医療圏内の医療資源の変化と救急患者の動向
- (6) 地域医療連携の動向

スライド3

■平成19年度に行ったアンケート調査の質問事項

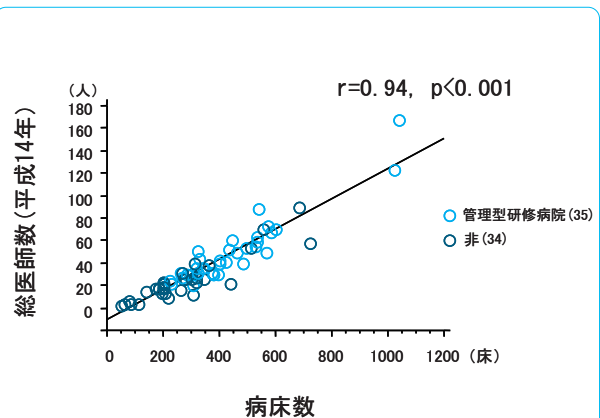
(スライド2) 昨年の11月にアンケート調査を実施しまして、回収率60%でした。解析対象は69病院です。

(スライド3) 主たる質問事項です。臨床研修制度が平成15年度に始まったわけですが、その前の平成14年と19年の比較をしました。医師の増減、それから救急患者の増減、この2項目に関しまして、管理型研修病院、臨床研修病院と非研修病院の比較。それから集約化病院と非集約化病院の比較。医療圏内の医療資源の変化と救急患者の動向ということで比較しました。また加えて地域医療連携の動向についても質問しました。

■医師数の増減について

結果を示します。スライド4は平成14年の病床数と、縦軸は医局の医師数ですが、当然のことながら、良い相関があります。都会に取り込まれて、現在は都市の中核病院になっている厚生連病院もありまして、平均359床ですが、50床から1,040床までとばらつきが大きくなっております。緑色の丸印が管理型研修病院で35病院あります。

(スライド5) 全体の医師の増減を見ますと、これは平成19年と14年の比較ですが、この図のように病床数の多い病院ほど増えている傾向がありますが、あまり明らかではありません。相関係数は0.43ということですが、全体として見ますと、ほとんど変わっていないのです。1病院当たりマイナス0.2ということですから、ほとんど不変といえます。全国の医師数増加がこの間5.3%でしたので、実動の増



スライド4

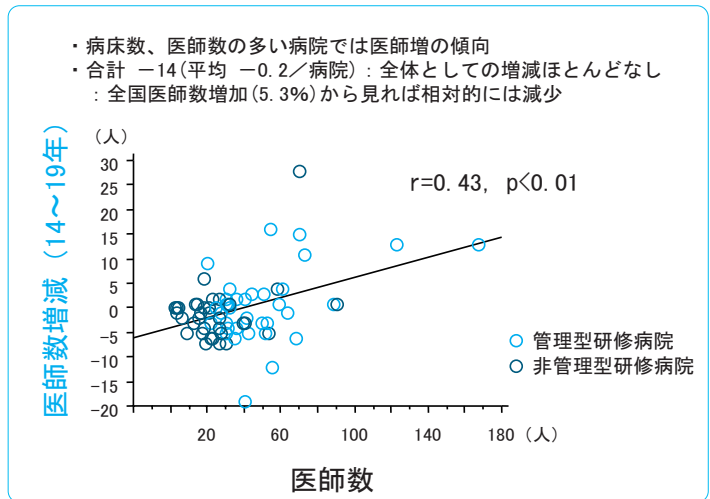
加分かどうかはわかりませんが、相対的には減少しているといえるかもしれません。

(スライド6) 管理型研修病院とそうでない病院の比較を見てみますと、管理型研修病院では、医局医師数は当然多いです。アンケート病院全体の平均は37人ですから、大体10床に1人の割合でいるということになります。管理型研修病院では50人、非研修病院では25人ということで、倍違いますが、医師数の増減を見ますと有意差はありません。このことは、地方においては、大学が管理型研修病院であるということを医師の派遣の第1の理由にしていらないということを表すものなのかもしれません。

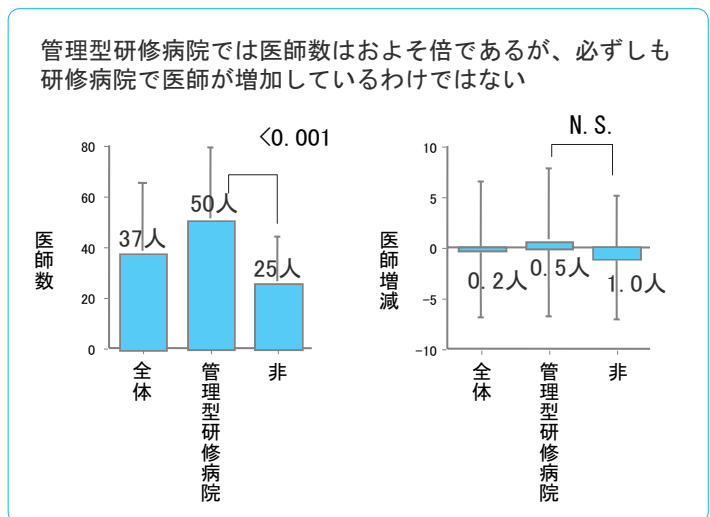
(スライド7) ちなみにこれは厚生連の合計ですが、科別の比較をしてみますと、外科と麻酔科は予想外に増えているようです。内科、眼科、耳鼻科、皮膚科、放射線科は大きく減っています。小児科が微増。産婦人科は微減というのは全国の傾向と同じかと思えます。

医療圏における集約化について

(スライド8) 次に医療圏における集約化ということですが、各科別とかどうかという集約化が行われたかということについては質問しておりません。院長先生が、当院も集約化の病院だと、あるいはセンター化の病院だと判断されていれば、そうしたということです。医療圏の中である病院への医師の集約化、あるいは病院のセンター化(内容は同じだと思います)が行われたか否か。行われた場合、自分の病院がセンター病院か

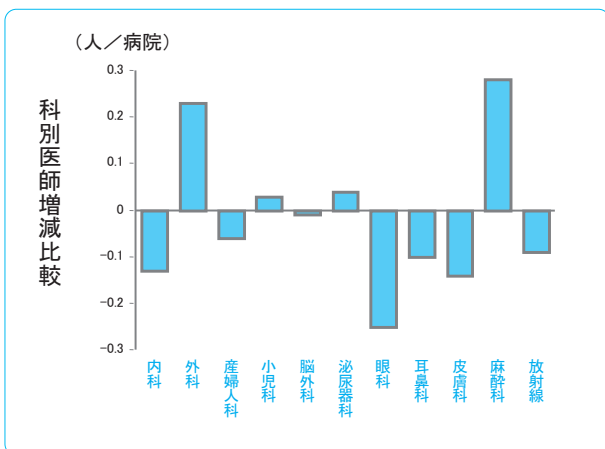


スライド5

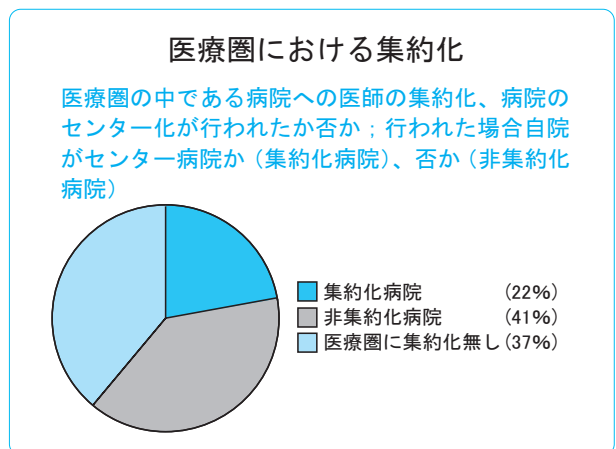


スライド6

(この報告ではこれを集約化病院と呼びます), あるいはそうでないか(非集約化病院)ということ調べてみますと、集約化が行われてないところが37%ですから、63%は何らかの二次医療圏の中で集約化が行われているということになります。自分が



スライド7



スライド8

集約化病院であるのが22%。そうでない病院が41%ということです。

(スライド9) 医師の増減を比較してみますと、集約化病院は15病院で1病院3.7人増えています。非

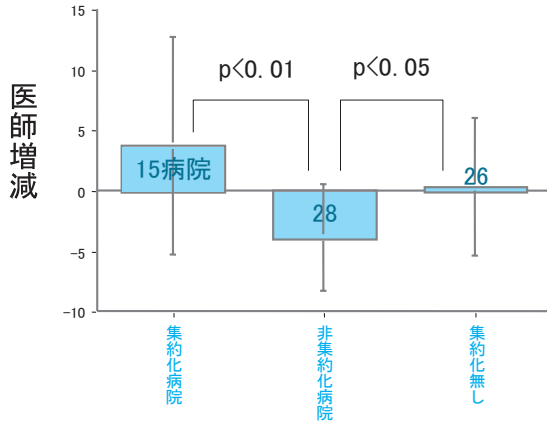
集約化病院はマイナス3.4人ということです。センター化構想というのは、もともと医師数が変わらないなかで出てきた戦略だと思いますが、まさに、医師が非集約化病院から集約化病院に移動しているということがうかがえます。もちろん、厚生連病院の中で動いたわけではなくて、ほかの病院との移動だと思いますが、こういう結果になっております。集約化のない病院では変化していません。

(スライド10) 患者さんの動向ですが、救急車搬送台数の変化を見ますと、もちろん集約化病院のほうに移っております。非集約化病院では3%くらいですが、集約化病院では46%増えているわけです。一方、集約化のない病院でも46%くらい増えています。

時間外患者の変化を見ますとより顕著で、集約化病院のほうは23%。非集約化病院のほうでは減っておりますマイナス14%ということで、集約化に伴って、その効果と申しますか影響が出ているということがわかります。

(スライド11) 次に医師の増減と救急患者数の変化ということで見てみます。横軸が医師の増減で実人数で示してあります。縦軸は救急車搬送台数の変化です。全体で見ますと、救急車搬送台数は平成14年から19年で28%増

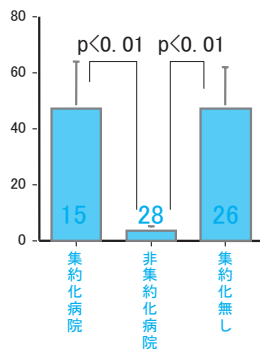
・非集約化病院から集約化病院への医師の移動が生じていることがうかがえる



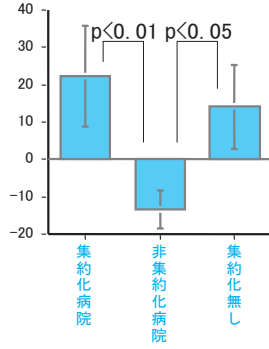
スライド9

医療圏における集約化の影響

救急車搬送台数の変化 (%)



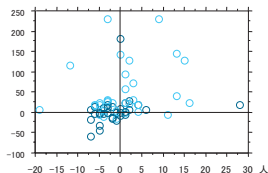
時間外患者の変化 (%)



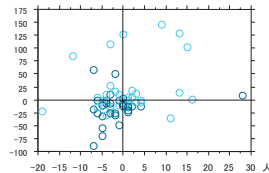
スライド10

医師の増減と救急患者数の変化

救急車搬送台数の変化 (%)



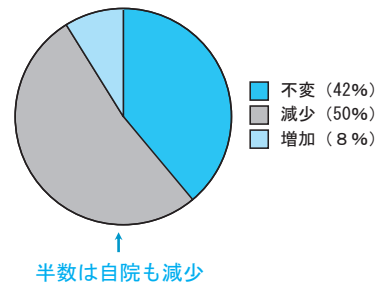
時間外患者の変化 (%)



第二象限：医師が減少しているにもかかわらず救急車搬送台数が増加25%、時間外患者が増加14%

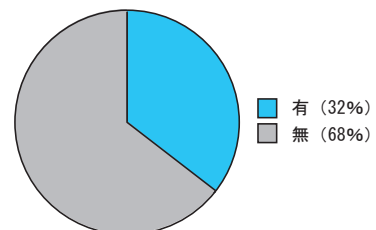
スライド11

自院を除く医療圏内の医療資源



スライド12

周辺病院の縮小・閉鎖による患者増



スライド13

えておりますので、全体としますと負担は増えているのです。このなかでいちばん問題なのは、医師が減りながら救急車搬送台数が増えている、この第二象限です。17病院（25%）あります。それから、時間外患者の変化で見ますと、医師が減っていながら時間外患者が増えているところが10病院（14%）あります。この病院が非常に厳しい状況にあるということになります。

■二次医療圏内の医療資源について

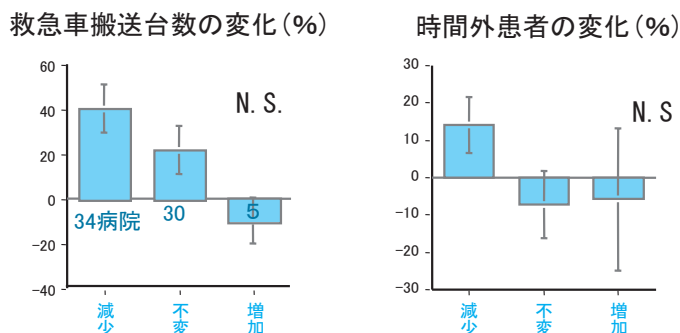
（スライド12）二次医療圏内の医療資源の増減を質問しております。自分の病院を除く二次医療圏内の医療資源は全体的に低下しているか、あるいは増加しているかということを知りました。変わっていないというところが42%、増えているというところが8%（5病院）ありました。それから減っているというのがちょうど50%。この減っているという50%のなかのさらに半分は、自分の病院も医師数が減っているという病院でした。

（スライド13）同じような質問ですが、さらに「周辺病院の縮小閉鎖による患者増がありますか」と聞いたところ、有りというのが32%、無いというのが68%でした。

（スライド14）この医療資源と救急患者の増減というのを見てみますと、周辺の病院で医療資源が減少しているという病院は増えており、40%。それから医療資源は増加したという病院では減っています。だからわかりやすいデータだと思います。変わっていないという病院では22%増えております。時間外患者の変化も同じようで、周辺の医療資源が減少している場合には13%くらいに増えています。不変と増加では減っているということです。

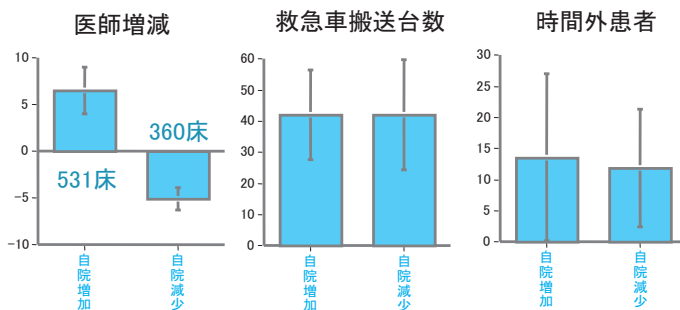
（スライド15）周辺の医療資源が減っているとした病院のうち、半分以上が自分の病院の医師数も減っている、医療資源が減っているということがありますので、それを2つに分けてみました。二次医療圏の医療資源が減っており、自院も減少しているのがこちら（右側）です。自分の病院は増えているという病院と比較しますと、病床数で見ますと、増加している病院が531床、減少している病院が360床ですから、中小病院のほうで減らされているということが

周辺の医療資源と救急患者数の変化



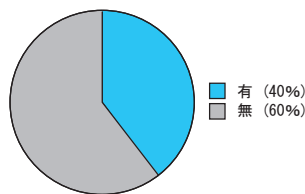
スライド14

周辺の医療資源が減少し自院が増加した病院（一部は医療圏内での集約化病院）と、自院も減少してしまった病院（医療圏全体が減少）との比較

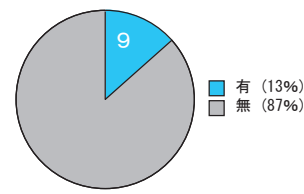


スライド15

医師会急患センター



院内診療協力



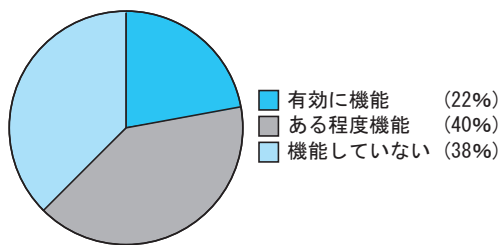
スライド16

わかります。医師数は、こちらが7人程度増えています。こちらは6人程度減っております。そういう状況下で、救急車搬送台数と時間外患者を比較してみますと、ほとんど差はありません。ですから、ここにある17病院は非常な苦戦を強いられている、非常な努力をしているということがわかります。

■地域医療連携について

（スライド16）地域医療連携はちょっと視点が違いますが、これも質問してみました。と申しますのは、切羽詰まった状況で医師会との連携が地方では

輪番制の運用状況



スライド17

強まってきておりました、どの程度それが進んでいるのかということで調べたわけですが、医師会の急患センターは有りが40%、無しが60%。意外だったのは、院内診療協力が意外と進んでいまして、有るというのが13%（9病院）でした。医師会の先生方が病院の中に来て診療しているという病院が9病院あったということで、これは予想外に多い結果だったと思っております。

（スライド17）それから輪番制、これは私どもの医療圏ではあまりうまくいってないものですから、どうなのかなと質問しましたら、有効に機能しているという回答が22%、ある程度機能が40%ということで、62%がかなりうまくいっている。これもちょっと予想外でしたが、段々良くなっているところもあるようで、そういう傾向にあるようです。

（スライド18）以上まとめますと、医師数は、ほぼ不変でした。それから集約化病院への医師の移動と、これに伴う救急患者の移動がありました。3番目に、地域の医療資源減少による救急患者が増加しております。4番目が、いちばん大事なところですが、医師数は減少したにもかかわらず、救急患者が増加している病院が20～25%に上りました。5番目に、

総括

1. 医師数ほぼ不変：相対的には減少
2. 集約化病院への医師の移動とこれにともなう救急患者の移動
3. 地域の医療資源減少（50%）による救急患者増加
4. 医師数減少にもかかわらず救急患者が増加している病院が20～25%にのぼる
5. 医師会との連携は拡大；輪番制はかなりの地域で機能

スライド18

医師会との連携は拡大、輪番制はかなりの地域で機能していることがわかりました。以上です。

座長（島崎） ありがとうございます。質疑等を含めてディスカッションは、皆さんの発表が終わってからまとめてしたいと思いますので、よろしくお願いします。それから、時間がありませんでしたら、フロアの先生方にも、ご意見をいろいろおうかがいしたいと思いますので、質疑等、発表の間に考えておいていただきたいと思います。

続きまして、2番目、「横浜市における救急医療への取り組み——救急医療ネットワークの構築を踏まえて」ということで、吉井先生、よろしくお願いたします。



3 横浜市における救急医療への取り組み

—救急医療ネットワークの構築

吉井 宏

医療崩壊といわれる現況を打開するには、さまざまな問題点を多くの角度から分析して、解決策を講ずるべきだと思います。この度、日本病院会は全国レベルでの救急医療に関するアンケートを実施しましたが、いろいろな地域格差の問題を踏まえながら、地域医療のなかで救急の検討をしてみなければいけ

ないのではないかとということで、今回、横浜市の救急に関して、取り組み現況とその問題点について検討しました。

救急医療は、通常は、平日の診療時間内も診療時間外も、同じように供給されなければいけないと思いますが、大体平日の時間内、通常診療枠のところではわりとうまく収まっています。いちばん問題が多いのは、やはり平日の時間外であろうということで、特に平日の時間外にポイントを集約しまして発表したいと思います。

■横浜市における救急医療提供体制

(スライド1) 横浜市の背景を申しますと、人口は約360万人。そのなかで就業医師数は、勤務医約4,069人を含めまして7,100人くらいです。就業看護師は2万1,700人くらいです。人口密度比で見ますと、医師数では、全国平均が220に対して横浜市は195、約90%。看護師数は全国で1,010人くらいのところが横浜市では600人、60%くらいです。都市集中といわれていますが、人口密度比で見ると必ずしもそうとはいえないということです。

(スライド2) 横浜市の救急医療体制ですが、全国のほとんどのところが取られている方式と同じだと思います。階層型といいますか、初期救急、それから二次救急は輪番でやられています。そして三次救急。こういったかたちで、それを救急搬送システムが取り囲むという形態をとっております。

(スライド3) 初期救急は、夜間急病センターが3つありまして、そこは大体18時もしくは20時から24時まで。深夜帯はというとちょっと問題ですが、このようにやっています。休日急患診療所。18区ありますので、各区の休日急患診療所は、大体10時から16時くらいまで診療しているというのが初期救急の現状です。

(スライド4) 二次救急に関しては輪番制で対応しています。横浜市には診療圏が3つありまして、その医療圏ごとに内科・外科で1つの当番病院、それから小児科で1当番病院。これは一緒にやる

横浜市…

人口：3,631,236人（H20年1月1日現在）
 就業医師：7,095.1人（含む非常勤医師常勤換算、H17年度）
 病院勤務医：4,069.7人
 就業看護師：21,714人（含む保健師、助産師、H18年12月）
 正看護師 + 准看護師 = 16,434 + 4,046 = 20,481
 救急隊員：513人（H20年1月1日現在）
 救急救命士：420人（うち実務者：380人、H20年1月1日現在）
 病院一般病床等数*：22,075（一般病院：118、一般診療所：2,695）
 * H17年度

	横浜	全国
医師数／人口10万	約 195	約 220
看護師数／人口10万	約 598	約 1016
医師1人あたりの担当人数 …	約 510	約 450
看護師1人あたりの担当人数…	約 170	約 100

スライド1

横浜市における救急医療提供体制

三次救急医療施設：*救命救急センター（市内5か所）
 *周産期センター（市内3か所）

二次救急医療施設では対応できない重篤な救急患者に対し、より高度で専門的な医療を提供する医療施設

二次救急医療施設：*救急告示病院および救急告示診療所
 *病院群輪番制参加病院（当番日）

一般的な入院治療や緊急手術を必要とする患者の受入れが可能な医療施設

初期救急医療施設：*市内診療所 各区の休日急患診療所
 *夜間急病センター（市内3か所）、

外来診療により、応急処置的な医療と、比較的軽症の救急患者に対し、救急医療を行う医療施設

救急指令センター
救急隊

スライド2

時間外初期救急

夜間：

- ・横浜市夜間急病センター (桜木町) 内・小 18:00~24:00
眼・耳 20:00~24:00
- ・北部夜間急病センター 内・小 20:00~24:00
- ・南西部夜間急病センター 内・小 20:00~24:00

休日：

- ・各区 (18区) 休日急患診療所 内・小 10:00~16:00

初期救急医療施設

スライド 3

二次救急…病院群輪番 (H19年度)

内科・外科；44、小児科；20、心疾患；15、合計：52病院により

北部、西部、南部医療圏毎に1当番病院

内、外、小、心…毎に、医師；1、応援医師；1

看護師；1(小；2)、応援看護師；1(小；2)

1当番毎に、放射線/検査技師；2(小のみ；1)、事務員；1

1当番毎、担当領域数により確保ベッド数は、2~5床

参加52病院の内訳：

~99床：7病院	100~199床：22病院
200~299床：5病院	300~399床：4病院
400床～：13病院	

二次救急医療施設

救急基幹病院 (小児拠点病院*を含む)

深夜帯の初期救急 (内科・小児科) もカバーする病院

*小児科常勤医：11人以上の8病院

スライド 4

三次救急医療施設：*救命救急センター(市内5か所)
*周産期センター(市内3か所)

二次救急医療施設では対応できない重篤な救急患者に対し、
より高度で専門的な医療を提供する医療施設

スライド 5

横浜市における救急医療提供体制：H19年度初期救急実績

	時間外初期救急				
	内	小	眼	耳	計
横浜市夜間	10,265(28.0)	10,426(28.5)	4,694(13.4)	8,403(23.0)	33,988(92.9)
北部夜間			-	-	12,085(33.0)
南西部夜間			-	-	9,139(25.0)
夜間小計					55,212(150.9)
休日急患診					57,548(817.3)
時間外合計					112,726

初期救急医療施設

横浜市夜間急病センター：33,988人/年

	救急 普通 不急 計			
	救急	普通	不急	計
平日患者数 (%)	7.3(10.1)	54.1(75.0)	10.7(14.9)	72.1
	↑18(11.7%)			
休日患者数 (%)	20.7(15.3)	98.1(72.7)	16.1(12.0)	134.9

スライド 6

こともあります。内科・外科で44病院、小児科で20病院、心疾患15病院の合計52病院で行っております。

参加病院の52病院の内訳ですが、99床未満が7病院、100から199床が22病院、200から299床までの病院が5病院、300から399床までの病院が4病院、400床以上が13病院。こういったことでやっています。

また、最初は小児拠点病院といていたのですが、小児科・内科を集約化して深夜帯の初期救急を救急基幹病院でやろうということで、平成18年から8病院でスタートしています。

(スライド5) 三次の救急医療施設としては、平成19年には、横浜市東部病院が加わった影響で、高度救命医療センター1つ、新型の医療センター1つを含む5カ所ということになっております。

■平成19年度の実績

(スライド6) まず、初期救急の実績をお示しします。年間で見ると、夜間で5万5,212人の患者を診ています。数字が大きくなるとわかりにくいと思いますが、1日平均で見ると3つの夜間急病センターで151人を診ているということになります。重症度別で見ますと、平日の患者数として72名。そのなかで不急とか普通の患者もあり、救急に相当する患者は約10%くらいのもので。急病センターにしても、本当に救急に相当するという患者さんは、大体10%くらいのもというのが現状だと思います。

(スライド7) 平成19年度の二次輪番の病院実績は、ウォークインの患者さんと救急車も込みですが、内科、小児科、外科、心疾患、その他の合計で1日83人、年間では3万人です。初期救急で5万5,000人くらいでしたから、それと比べるとちょっとどうかという数字です。平成18年と比べると、全体に数は下がってきております。そのなかで入院率が約15%。入院する患者さんは、救急のなかでも重症、中等症以上ということになります。軽症は一応外来で大丈夫ということですから、これで見ると15%くらいが中等症以上と考え

られると思います。

(スライド8) これは横浜市の救命救急センター5カ所の平成19年度実績ですが、休日昼間を除く時間外ウォークインの患者数は年間約3万7,000人、1日平均約100人。救急車の受け入れは年間約1万6,600台、1日平均45台。

神奈川県は平成18年の三次取扱医療機関10施設の実績を見ますと、重症・重篤は大体20%くらいであり、80%は中等症以下の患者であり、横浜市内5カ所の救命救急センターで扱う患者のうちでも、本来の三次救急相当の患者は20%程度であるという現状です。

■平成19年度の横浜市救急実態調査

(スライド9) 横浜市病院協会で、毎年行っている救急の実態調査があります。今回の発表は、そのなかで時間外のウォークインの患者数と、終日の救急車の受け入れのデータが主です。調査対象病院は115病院で、そのうち回答した病院が111病院、回答率は96%です。横浜市の実態をほとんど示しているのではないかと思います。特に輪番病院48病院からは47病院が回答しております。それで見ますと、システムのなかに入っている、あるいはシステム外を合わせて、時間外のウォークインの患者さんが750人くらい。救急車の受け入れは、終日ですが320くらいで、全体とすると、年間で27万人です。先の5万とか3万とか、そういう数からすると、1桁違います。そういった状況で、全体としてはこういう数でやっております。

平成18年の神奈川県福祉部のデータによると、重症は5%、中等症は16%、軽症は80%くらいというのが患者の重症度分類になると思います。

(スライド10) これは救急隊安全管理課からいただいたデータですが、平成19年の救急車の出動台数が15万台。1日平均にすると420台くらいです。その内訳を見ますと、やはり軽症が多くて8万人、中等症がその半分の4万人、重症、重篤合わせて1万人。死亡が1,000人。こういったことになっています。

時間別の救急搬送件数では、やはり通常診療内が

横浜市における救急医療提供体制：H19年度二次救急実績

	二次救急……病院群輪番（H19年度）……実績					合計
	内科	小児科	外科	心疾患	その他	
患者数 (夜間)	11,693 (32)	10,174 (28)	6,641 (18)	401 (1)	1,474 (4)	30,383 (83) 救急車：11,050
入院率%	18.9	7.9	15.5	42.6	18.8	14.8
患者数 (休日昼間)	2,687	3,055	2,075	61	371	8,249 (118) 救急車：2,613
入院率%	17.8	7.5	12.2	32.8	11.6	12.4

二次救急医療施設

H19年度……救急基幹病院(深夜帯は一次も対応)
深夜帯取扱患者数：19,102 (52.2)
内科：8,990 (24.6)
小児科：10,112 (27.6)

スライド7

横浜市における救急医療提供体制

三次救急医療施設：*救命救急センター(市内5カ所)

三次救急：救命救急センターの実績						
横浜市の救命救急センター（5カ所）のH19年度取扱患者数						
	内科	小児科	外科	心疾患	その他	合計
時間外患者数	10,140(28)	13,417(37)	8,034(22)	913(3)	4,582(13)	37,086(101)
救急車受入	6,042(17)	1,561(4)	5,915(16)	1,319(4)	1,806(5)	16,643(45)

() ……1日あたりの患者数

～ H18年の神奈川県におけるセンター + 3次取扱医療機関 10施設の実績より ～

	重篤・重症	中等症・軽症	合計
患者数	11,761(32)	46,407(127)	58,168(159)

() ……1日あたりの患者数

20% (重篤・重症) / 80% (中等症・軽症)

スライド8

横浜市における救急医療提供体制

H19年度の横浜市救急実態調査……横浜市病院協会アンケートより*						
	内科	小児科	外科	心疾患	その他	合計
時間外患者数	101,350(277)	50,930(139)	56,938(156)	4,900(13)	59,258(162)	273,376(747)
救急車受入れ	48,606	6,954	29,724	6,211	28,272	119,767(327)

* 調査対象病院115病院、回答111病院 回答率：96.2%
(輪番病院では48病院のうち47病院が回答)
時間外患者：83% 救急車：80%

H18年神奈川県の救急患者取扱状況*(H18年1月～12月)……神奈川県保健福祉部調査					
	重症	中等症	軽症	合計	加未分類患者総計
患者数	49,480	159,915	788,997	998,392	1,057,046
%	5.0%	16.0%	79.0%	100%	

* 救急病院(診療所)の認定を受けている県内病院・有床診療所191医療機関からの報告

スライド9

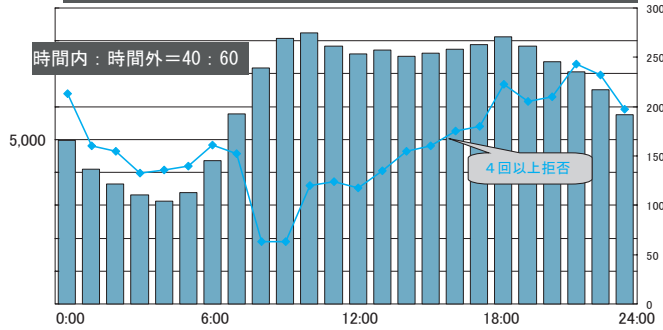
多く、特に深夜帯は少ない。準夜帯は多少まだ多いというなかで、たらい回しといわれる4回以上拒否するようなケースは、比率からいくと、やはり深夜帯が圧倒的に多くて、次いで準夜帯。通常の時間内

横浜市における救急医療提供体制：救急搬送に関して……

平成19年の出動台数：総計 152,811台, 419台/日

重症度別搬送患者数：

	軽症	中等症	重症	重篤	死亡	計
	81,911	43,132	8,140	4,011	1,254	138,488
人/日	224	118	22	11	3	379
%	59	31	6	3	1	100



スライド10

横浜市(人口：約360万人における)
…H19年度の救急医療供給実績(推定)その1

時間内	休日昼間
時間外(休日昼間を除く)	
時間外における取扱患者概数	
夜間急病センター(3施設)	55,212(151)
病院(病院協会アンケートの111施設)	273,376(747)
上記病院救急車搬入数(推定: total × 0.6)	71,860(196)
①合計	400,448(1,094)
夜間急病センターでは……	55,212(151) 14%
二次輪番病院群(当番日)では……	30,383(83) 8%
三次救急医療施設(5施設)	47,072(129) 12%
救急基幹病院等(5施設)	93,659(256) 23%
②合計	226,326(618) 57%
① - ② = 174,122(476)……何処で診ている？	
43%……救命救急センターや救急基幹病院10施設を除く 二次輪番病院群等* (当番日以外)？	

スライド11

横浜市(人口：約360万人における)
…H19年度の救急医療供給実績(推定)その2

時間内	休日昼間
時間外(休日昼間を除く)	
時間外における取扱患者概数*	
夜間急病センター(3施設)	55,212(151/日)
病院(アンケート111施設)	345,236(943/日) = 273,376(747) + 71,860(196)
合計	400,448(1,094/日)
	重症 中等症 軽症(急) 軽症(不急)
三次(救急センター)	26 103
二次輪(当番日)	12 34 37
その他	
小計	47 151 745
夜間急病センター	18 133
合計	47 151 896
	4% 14% 82% * 緑字は推定値

スライド12

はわりと落ち着いていてそんなに多くない。時間内と時間外の出動件数は4対6という感じ です。

■横浜市の平成19年度の救急医療供給実績(推定)

(スライド11) 横浜市の平成19年度の救急医療供給状況について。休日昼間を除く時間外診療に集約すると、夜間急病センターで年間に大体1日当たり150人です。病院アンケートによると747人。救急車搬入患者が196人。360万人の都市で1日に合わせて1,100人くらいです。そのうちシステムのなかでは、初期救急システムが151人(14%)、輪番の輪番日で8%、それから三次救急が12%。それから二次と三次、一次を包括するような感じですが、救急基幹病院が23%です。合わせてシステムのなかで動いているのは57%。推測すると、それ以外の43%の患者さんに対しては二次輪番病院などが当番日以外に診ている数になると思います。

(スライド12) これを重症度別に見ますと、三次にしても輪番日にしても、やはり重症4%、中等症14%、軽症は82%という状況になります。

実績として、1日当たり時間外で大体1,100人の患者さんを診ておまして、そのうちで先ほども述べましたように、輪番当番日以外の病院が78%診ているということです。それから重症度が高い患者さんに対して、軽症の患者さんをたくさん診ているということです。

(スライド13) 横浜市の医療従事者は、人口密度比でみると全国平均に比べて決して多くありません。救急システムは、初期、二次、三次の階層型のシステムが主軸になっていいますが、救急システムにおける平成19年度の診療実績は172,227人。内訳はスライド13に示したとおりです。平成19年度の救急搬送患者数は、138,488人です。

(スライド14) 前述の救急システム実績と横浜市病院協会アンケート調査患者数の差を考察すると、二次輪番当番日以外の病院が78%の救急患者を診ていることになります。

どの階層においても、本来の救急相応患者の診療を軽症患者の診療が圧迫している状況がうかがえました。

■まとめと今後の検討課題

(スライド15) これは横浜市の、先のアンケートのなかを病床別に見た、ウォークインの患者さんと救急車の患者さんですが、200床未満の病院で約30%のウォークインの患者を診ています。救急車も大体25%は診ています。300床未満を合わせまして、40%か45%くらいを中小病院が担っているということがいえると思います。

今後の検討課題としては、中小病院、階層型だけではなくて、むしろ、ネットワーク型の医療を構築してこなければいけないのではないかと思います。横浜市においては、平成17年度から救急医療検討委員会を立ち上げ諸問題を検討しつつ、市（健康福祉局、安全管理局）、医師会、病院協会が綿密に連携して、救急医療体制の維持とさらなる充実を図っています。現時点では一般救急体制のみでなく、周産期、小児、心疾患、脳血管障害の各領域別救急体制についても検討中です。以上です。

座長（島崎） ありがとうございますました。

次は「小児救急医療の崩壊と再構築」について山田先生にお願いいたします。

横浜市における救急医療への取り組み：まとめ①

- 横浜市の医療従事者は全国平均（人口密度比）より少ない
 医師数/人口10万 横浜：全国平均 = 195：220
 看護師数/人口10万 横浜：全国平均 = 598：1016
- 救急医療システム：初期・二次・三次のヒエラルキー型が主軸
 初期：3カ所の夜間急病センターと、18カ所（各区）休日診療所
 二次：病院群輪番（H19年度は52病院）システムと救急基幹病院*
 三次：5カ所の救命救急センターと3カ所の周産期センター（H19年度）
 救急隊による救急患者搬送システム
 *救急基幹病院は全次対応
- 救急システムのH19年度診療実績：総計 = 172,227人
 夜間急病センター：55,212(151/日) 休日診：57,548(817/日)
 二次輪番（当番日）：30,383(83/日)…夜間 8,249…休日昼間
 三次（5救命救急センター）：53,729(147/日)
 救急搬送（H19年）：138,488(379/日)

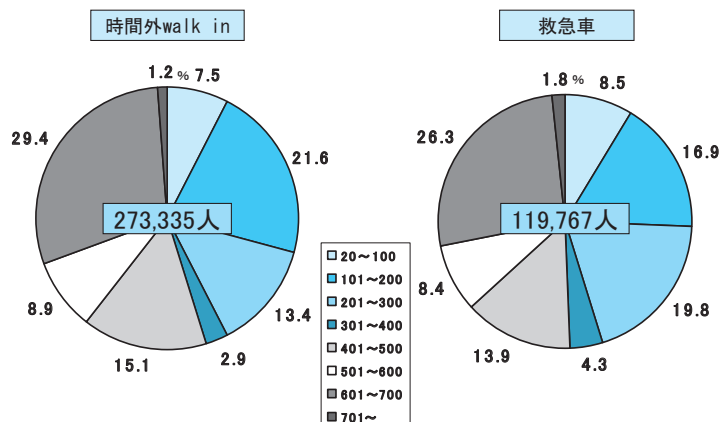
スライド13

横浜市における救急医療への取り組み：まとめ②

- H19年度の横浜市救急実態調査結果と実績との差異
 時間外（休日昼間を除く、一部推定）：
 回答111病院のアンケート結果 345,236人(943人/日)
 横浜市の二次輪番（当番日）+ 三次の実績 77,445人(212人/日)
 輪番当番日以外の病院（除く救命救急センター） 267,791人(731人/日)* ……78%
 *うち救急基幹病院等の実績：93,259人(256人/日) ……27%；35%
- 救急患者？ の重症度別取扱状況（一部推定）
 時間外の患者数：1,094人/日
 重症：47(4%) 中等症：151(14%) 軽症：896(82%)
 三次取扱 ……重症以上：26(20%) 中等症・軽症：103(80%)
 二次輪番当番日 ……重症・中等症：12(14%) 軽症：71(86%)
 夜間急病センター ……軽症（救急相当）：18(12%) 普通・不急：133(88%)
- 問題点
 ① 救急患者の約78%を取扱っている病院の運営・経営のサポートは？
 ② 全般的に軽症患者が多く、本来の救急患者（重症・中等症）の診療を圧迫？
- 今後の検討課題は？

スライド14

横浜市111病院における救急取扱い患者状況
時間外walk inと救急車受入



スライド15

4 小児救急医療の崩壊と再構築

山田 至康

順天堂大学浦安病院の山田です。よろしくお願いします。私に与えられた演題は小児救急医療の再構築です。

■小児救急医療の崩壊の要因

(スライド1) 小児救急医療の崩壊が叫ばれて久しいのですが、ここに要因をまとめてみました。保護者のニーズが非常に大きいということ。不採算性であるということ。全般的な救急に対応できていないこと。

小児救急医療の崩壊の要因

- ・保護者のニーズに応えるマンパワーがない
- ・不採算性のため病院小児科の廃止・縮小
- ・全般的な救急(外傷を含む)に対応できていない
- ・MC(メディカル・コントロール)と連動していない
- ・若手医師への教育システムがない



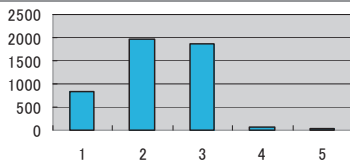
- ・保険診療報酬の改定
- ・救急診療科との協力・連携
- ・教育研修カリキュラムの作成
- ・MC協議会への参加

スライド1

保護者5000名へのアンケート調査(平成13年・兵庫県)

夜10時子どもが39度の発熱があって機嫌が悪い時どうしますか

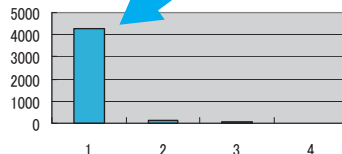
1. すぐに医療機関を受診する	834
2. 少しの間、冷やし様子を見るが不安なので夜間に医療機関を受診する	1982
3. 夜なので翌日まで待ち医療機関を受診	1870
4. 市販の薬で2、3日様子を見る	51
5. なし	22



60%以上が夜間に受診

子どもの診察は小児科医を望みますか

1. 小児科医がよい	4279
2. 内科や他科の医師でもよい	123
3. 分からない	84
4. なし	27



スライド2

いこと。小児内科の救急に対しては、やってきたが全体的には対応できていないこと。地域のメディカルコントロールと連動していないこと。さらに若手医師を教育する教育システムがないこと。こういった問題があります。

解決策、再構築の要因としては、保険診療報酬の改定、少しずつ良くなってはきています。さらに救急診療科との協力・連携。さらに教育研修カリキュラムの作成。MC協議会との連携・参加ということ。こういったなかで、今日私は、真ん中の2つを中心にお話しさせていただきたいと思います。

(スライド2) まず保護者のニーズが非常に高まっているということについてですが、平成13年に兵庫県で5,000人くらいにアンケートを取りました。「夜の10時に子どもが39度の熱があって、機嫌が悪い。あなたはどうしますか」という問いかけに対して、60%以上が、すぐその日のうちに受診する。待てないということです。そして「小児科医を望みますか」という問いには、95%以上が小児科医に診てほしいと。こういうニーズがあります。それに答えるマンパワーがないという現状が明らかになるかと思えます。

(スライド3) 兵庫県における10年間の全救急患者の動向を見てみます。子どもの全入院患者です。それを見ますと、救急医療体制が充実してくればくほど、患者数は増えてきます。これは全国の傾向なのですが、いわゆる掘り起こしという言葉でいわれています。ただある一定に達すると頭打ちになってくる。その数は地域の小児人口の約25%から30%といわれています。こういったことで、制度のある程度の体制の設計もできるかと思えます。

■豊能医療圏での小児の初期救急の現状

(スライド4) 今、非常に注目されている大阪の北摂地方の初期救急の現状です。平成16年に豊能広域こども医療センターというのができました。地域人口100万人をもとにした初期の大規模センターで、その4年間の歩みを示しておりますが、これを見ていただいたらわかりますよう

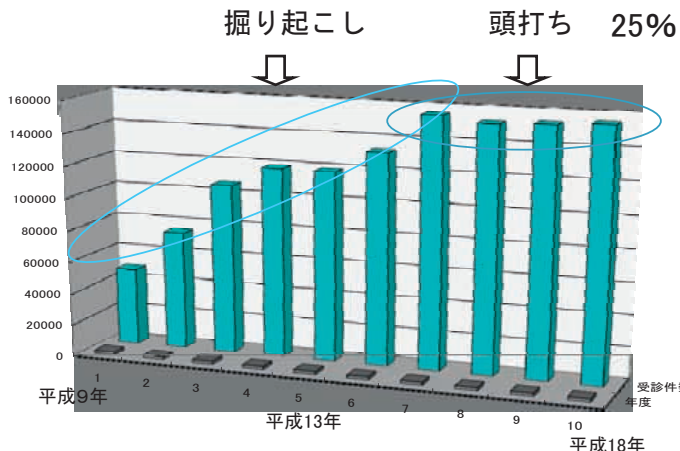
に、箕面、吹田、豊中、池田と4つの市民病院があったのですが、年間5万名の患者を診ていました。それが7,000名と、非常に負担が軽減しています。その分、広域センターが肩代わりしているわけです。そして、もう1つは患者教育を非常に力を入られたことで、平成19年度は減少に傾いてきている。これが1つの大きな傾向です。ただもう1ついえることは、北摂でこういう充実したシステムができたことによって、大阪府下は南のほうが逆にマンパワーが足りなくなって、救急の過疎にかなり傾いてきています。そこでまたいろいろご苦労されて、いろいろなシステムを構築し始めているのですが、やはり全県下でそれを見た場合は、ある所に力を入れるとある所が少し密度が下がる所もあるということです。

(スライド5) さらに豊能の状態を見ますと、平成18年度は非常に診療報酬が上がったのですが、平成19年度は改定などいろいろなことがありまして落ち込みました。赤字幅も、平成19年度はこれだけ出てきています。ただほかの急病診療所に比べると、豊能のこのシステムは比較的順調に推移しているということです。

■全国の小児の二次救急医療

(スライド6) これは全国の小児の二次医療を見たものです。350いくつの二次医療圏で輪番を敷いているところはかなりあるのですが、色の濃いところが充実しているところです。いわゆる太平洋ベルト地帯といわれる大都市、ないしは一部の県庁所在地ではうまくいっているのですが、それ以外はなかなかうまくいっていない。この二次輪番というのも、小児においては、少し限界があります。

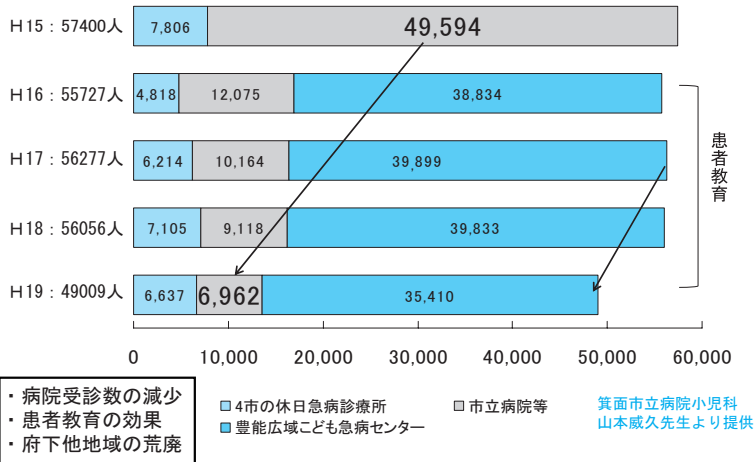
小児救急患者の年次動向(兵庫県)



スライド3

初期救急：大規模急病センターの出現と変化

豊能医療圏での小児救急患者数の推移

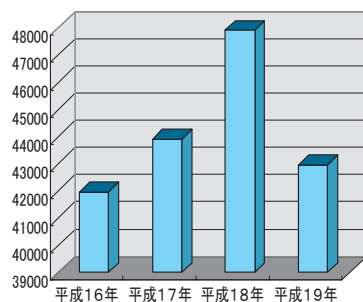


- ・病院受診数の減少
- ・患者教育の効果
- ・府下他地域の荒廃

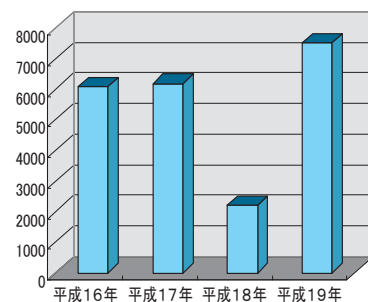
スライド4

豊能広域こども急病センター

診療報酬の推移



赤字額の推移



平成18年度診療報酬改定：地域連携加算 (300から450点)
乳幼児深夜加算 (595から695点)

箕面市立病院小児科
山本威久先生より提供

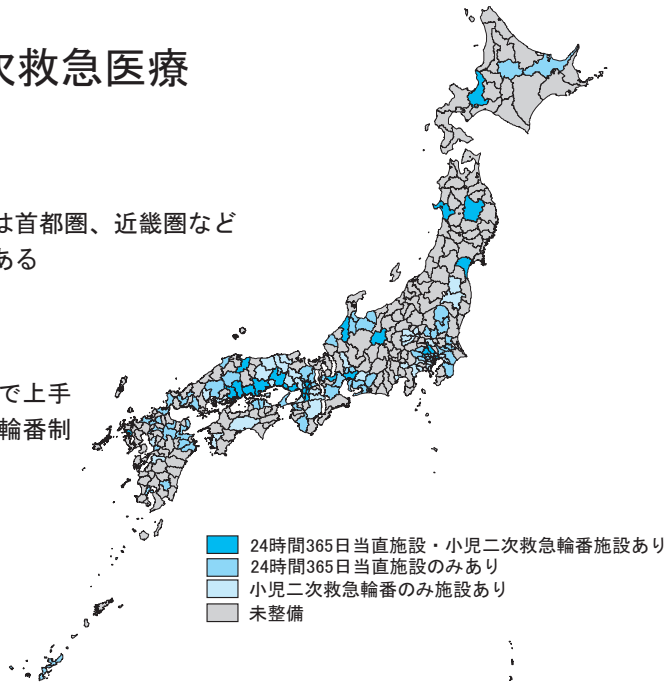
スライド5

小児の二次救急医療

整備されているのは首都圏、近畿圏など
大都市周辺のみである



一部の県庁所在地で上手く
行っている以外輪番制
には限界がある



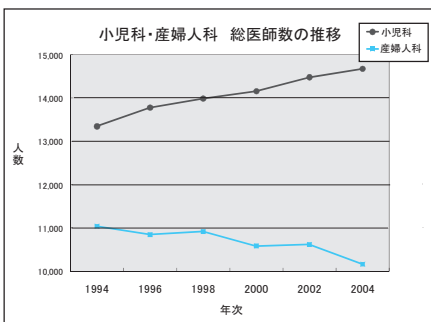
スライド 6

小児の3次救急（救命救急センター調査）

	平成10年 (厚生科学)	平成14年 (京都第2赤十字)	平成19年 (厚生労働科学)	平成19年 (救急医学会)
施設数	123	160	202	202
回答数 (%)	91 (74.0)	118 (73.8)	82 (40.6)	138 (68.3)
小児救急実施	80 (87.9)	110 (93.2)	80 (97.6)	120 (86.9)
ER型	39 (42.9)	4 (6.6)	31 (37.8)	N. D.
PICU	15 (19.5)	N. D.	11 (13.4)	28 (20.3)
教育・研修体制 確立	N. D.	85 (77.3)	N. D.	N. D.
小児科専従医 あり	11 (12.1)	N. D.	20 (24.4)	58 (42.0)
トリアージ システム	N. D.	N. D.	31 (37.8)	17 (12.3)

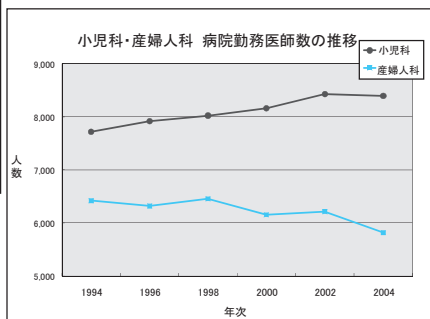
スライド 7

小児科医の疲弊



小児科勤務医数も増加している

小児科医師数は増加している



スライド 8

小児の三次救急（救命救急センター）の調査

(スライド7) 初期、二次と見てきて、三次救急についてですが、この10年間、いろいろなところで救命センターの調査をしております。そのうち4つを取り上げたのですが、小児救急に関して大体8割から9割は実施されていると回答いただいているのですが、そのされている内容にかなり差があります。PICU (Pediatric ICU), 小児のICUの充実度というのは、この10年間で全然変わっていません。全国で病床数が96床しかないといわれています。これは小児の三次医療を充実させていくうえで喫緊の課題といわれますので、PICUに対してはさらに充実が必要かと思います。

ER型。これはERによって専門性をさらに総合性に変えていこうという動きがありますが、まだこれも十分ではありません。さらに教育体制の確立については、一応システムがあるというお答えをいただいたのはたかだか7割くらいです。小児科専従医の数もそうです。これにはセンターの常勤としての専従医以外の専従医というお答えも入っております。

トリアージシステム。やっと立ち上がってきたのですが、救急においてトリアージを完全に行っているの

は、ただか3割弱ではないかと思ひます。

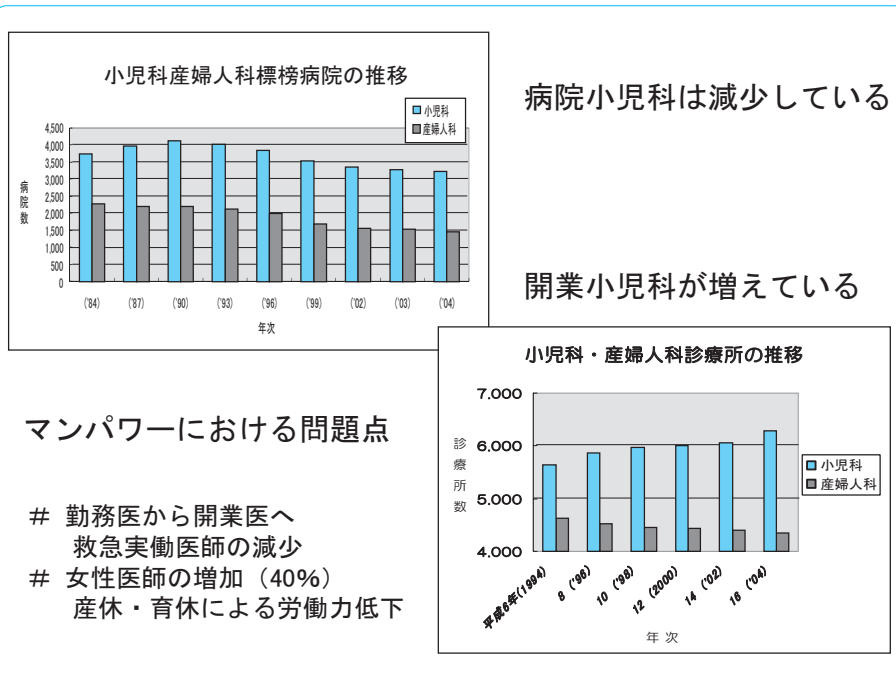
■小児科医の労働環境

そして小児救急医療の破綻ということで、小児科医の労働環境、どういふ状況であるかというのを見ました。

(スライド8) これは小児科の医師数、対照には産婦人科の医師数を挙げていますが、小児科の医師数は増加しております。さらに、勤務医はどうか。救急をかなり担っている勤務医も見ていますが、全体の数より

は増加率は激しくありませんが、増加しております。

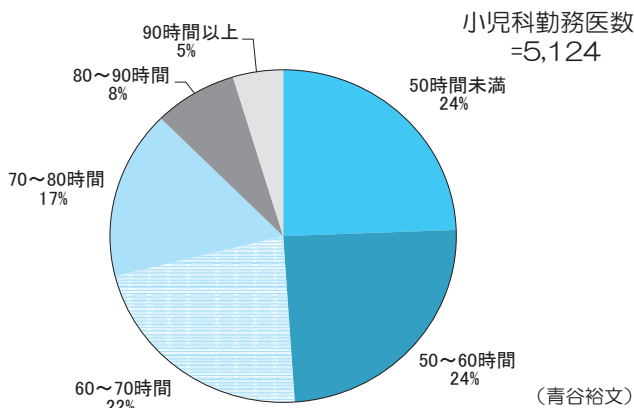
(スライド9) 数は増加しているのですが、病院小児科の数は減少してきております。ということは病



スライド9

院は減って、右下に診療所数を挙げましたが、診療所の数が増えてきている。病院の小児科から開業の小児科へのシフトがかなりあるということです。

病院小児科勤務医の労働時間 (週労働時間換算)



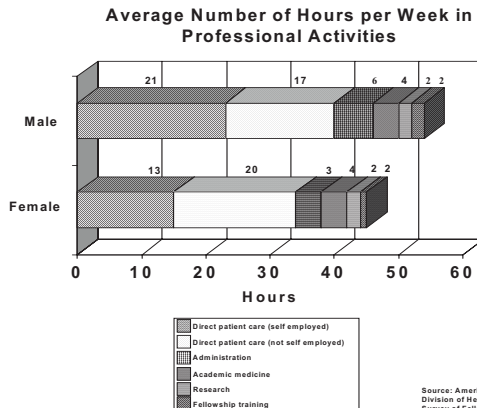
小児科医の常識は、社会にとっては非常識

米国では男性が週50時間強、女性が40時間強である。

日本は米国に比べて週10時間加重労働である。

小児科医の労働時間は平均週61時間で、30%が70時間を超えている。

米国の小児科専門医の労働時間



スライド10

もう1つ、ここには挙げなかったのですが、女性医師の数が増えてきている。そういったことが小児科医の労働環境に作用しているものと思われます。

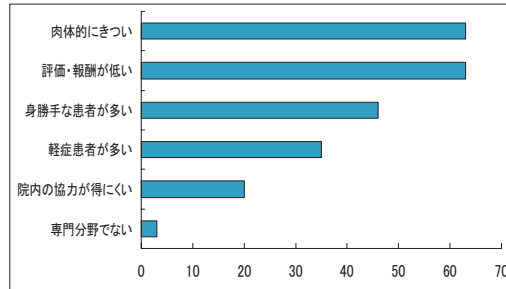
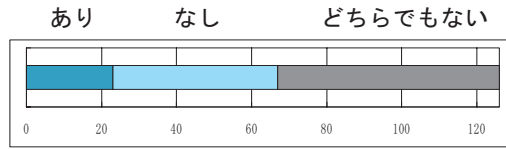
(スライド10) 5,000人ほどの小児科医を調べてみますと、ここに挙げていますように、週61時間が平均の労働時間であり、30%が70時間を超えている。これをアメリカと比較すると、アメリカでは男性医師が約50時間、女性医師が40時間です。

(スライド11) やりがい

を感じますかということには、「感じます」と答えたのはわずか2割しかありません。きつい、評価が低いとか、身勝手な患者が多い、院内の協力を得にくい、専門分野でないものをずっと診療させられるということで、本当に疲れ切って、病院勤務はこれが限界だというような状況が多い。このままでは小児科の危機であるという認識が出てきます。

(スライド12) そして日本小児科学会で何とかしなくてはいけないというので、いろいろ調査をしま

「小児救急の仕事にやりがいを感じますか？」

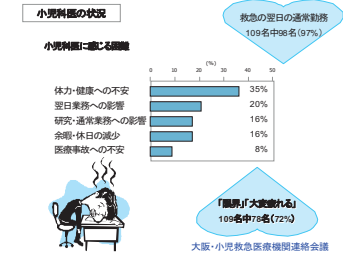


このままでは小児科の危機である

小児科医は疲れ切っていて、日常の業務にもやりがいを見出せない。

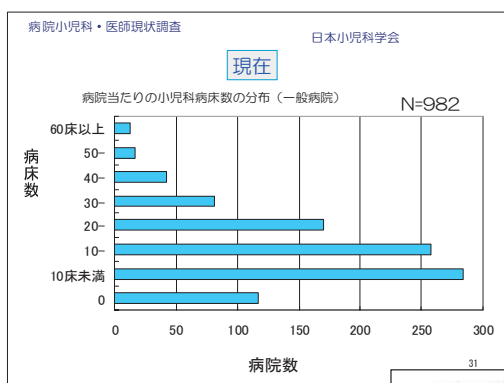
自身の健康、医療事故等への不安を抱いている。

小児科医が病院を辞めてゆく！
○小児科勤務医不足



スライド11

すと、ここにありますように、左上のグラフは病床数と病院数を表していますが、10床以下の小規模な小児科がほとんど半分以上を占めています。右下のグラフは、小児科医が1～2名の病院が本当に49%。毎日当直体制が組めるような小児科を7名以上とすると、それはたかだか16%しかないということで、小さな病院で何とか頑張っているけれども、みんな疲弊の極致のなかに陥っているという現状がうかがえるかと思えます。

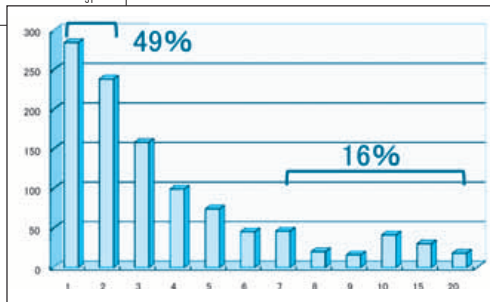


#10床以下の小規模の小児科が大半を占めている。

#小児科医が2名以下の病院が49%を占める。

#小児科医が7名以上は16%に過ぎない。

小児科医師数と病院数



小規模な病院小児科が疲弊の極致の中で取り組んでいる。

スライド12

日本小児科学会の集約化・重点化構想

(スライド13) 日本小児科学会は、こういう集約化、重点化構想を出しましたが、これはあくまでも小児内科の領域であるということです。それを前提として、地域の小児科センター病院と、さらに子ども病院、大学病院を中心とした中核病院、そこに人、物、金を集約化して、診療所の開業医の先生方も、先ほど出ましたように院内診療をする。地域連携で、小児の夜間・休日診療をしようという構想に

なっています。問題点を解決するためにということでは始まったわけなのですが、これだけでは解決できない。

(スライド14) 小児救急というのは、ここに挙げていますようにいろいろなものがあります。今までの小児科救急であれば、感染症、痙攣、喘息、こういったものでいいのですが、実際は外傷がかなり多いということ。中毒もある、溺水もある。こういったものを含めた総合的なものが小児医療ではないか。だから、小児科救急から小児救急へ転換していかなければいけないのではないかと。

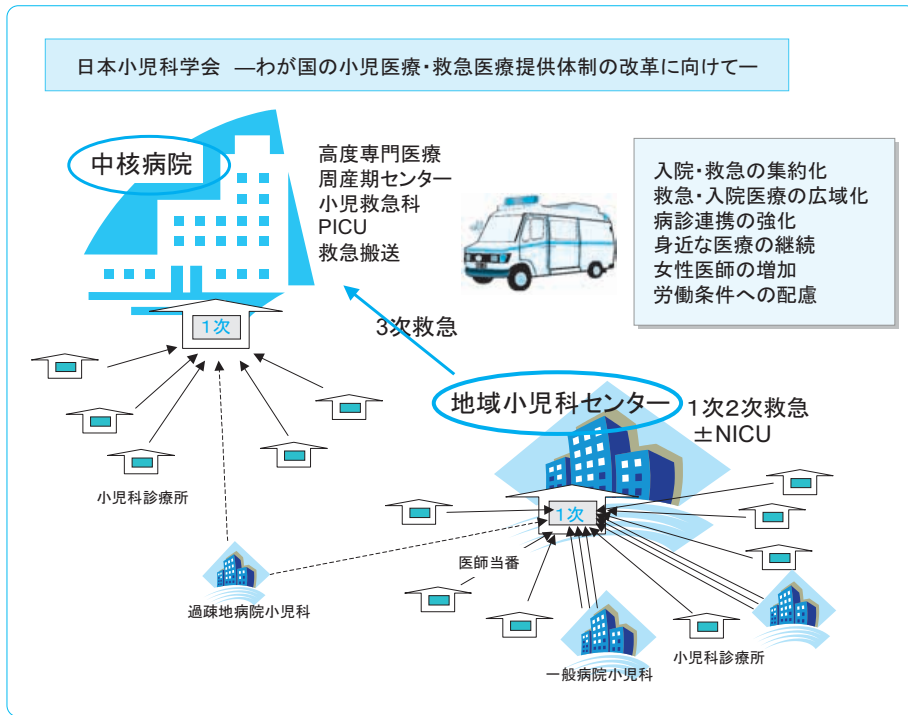
■順天堂大学浦安病院の小児救急医療

(スライド15) これは当院の宣伝になりますが、当院では新型の救命救急センターで、三次救急、ICUに加算の取れる疾患は1年2カ月の間に38名、そのうち外因性疾患——転倒、転落、交通外傷、中毒というのが19名あります。ちょうど半数が外因系の疾患です。内科だけやっていたのでは、この疾患は対応できないということです。

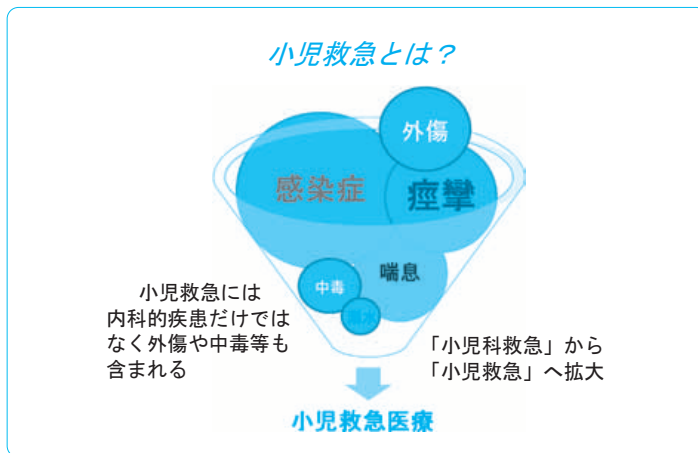
(スライド16) 腹部の外傷だけ取ってみても、半年間に6例あります。これは成人救急との連携が非常にうまくいって、ここに挙がっていますように、これは肝損傷でTAEをしたような症例なのですが、予後は全例が非常に良いです。毒ギョーザ事件の問題とか、あとは薬物中毒で心中事件とか、いろいろなそういったものに対応していかなければいけない。

■日本の小児の死亡の実態

(スライド17) 皆さんご存じのように、1歳から14歳までの小児の死因の第1位は不慮の事故です。その内訳は交通外傷、転落・転倒です。これが何と4割も占めるということで、



スライド13



スライド14

当院における小児3次救急
2007. 4. 1~2008. 5. 31

- ER型救命救急センター ICU 15床
- 患者総数 1045名 小児患者 38名 (3.6%) 男児/女児: 21/17
- 後遺症なし 24名 後遺症あり 7名 死亡 7名
- 内因性疾患 19名 外因性疾患 19名

けいれん重積症	5
拡張型心筋症	2
SIDS	2
麻疹間質性肺炎	2
AVM	2
その他	
横隔膜ヘルニア	1
DKA	1
急性脳症	1
細気管支炎	1
脳梗塞	1
不明	1

転倒・転落	11
交通外傷	5
中毒	3

スライド15

小児の外傷症例（直近6ヶ月間）順天堂大学浦安病院（ER型）

症例	年齢	性別	受傷転機	臓器損傷	治療	予後
1	13	F	転落	肝臓・腰椎・踵骨	TAE	良好、リハビリ中
2	6	M	交通事故	肝臓・肺・腎臓	保存的	良好、普通生活
3	8	M	転落	腎臓	保存的	良好、普通生活
4	11	F	転倒	肝臓	保存的	良好、普通生活
5	7	M	交通事故	肝臓・肺・脛骨	保存的	良好、普通生活
6	15	M	転倒	肝臓・肺・肋骨	保存的	良好、普通生活

小児の中毒症例（直近6ヶ月間）順天堂大学浦安病院（ER型）

症例	年齢	性別	診断	治療	予後
1	8	F	メタミドフォス中毒	PAM、硫酸アトロピン、呼吸管理、輸液	良好
2	8	M	ベンゾジアゼピン中毒	輸液	良好

スライド16

小児年齢別死因順位（平成18年厚生労働省人口動態統計）

	0歳	1~4歳	5~9歳	10~14歳
1位	先天異常	不慮の事故	不慮の事故	不慮の事故
2位	呼吸・循環障害	先天異常	悪性新生物	悪性新生物
3位	SIDS	悪性新生物	先天異常	自殺

小児の死因第1位は
不慮の事故

不慮の事故原因と年齢

	0歳	1~4歳	5~9歳	合計
交通事故	16	104	119	239
転倒・転落	8	40	17	65
窒息	160	49	14	223
溺死	7	77	63	147
焼死	6	25	22	53
その他	20	13	7	40
合計	217	308	242	767

304
(39.6%)
Preventable
Trauma Death
が含まれる

スライド17

新生児死亡・幼児死亡（出生1000対）

	日本	ルクセンブルグ	カナダ	フィンランド
新生児死亡* (生後28日未満)	1.8	3.0	4.0	2.0
幼児死亡** (1~4歳)	1.2	0.4	0.8	0.8

* 世界1位 ** 世界21位

新生児死亡率は低く、幼児死亡率高い理由のひとつに不慮の事故への対応のまずさがある。



不慮の事故による患者は小規模医療機関に搬送され集中治療を受けることなく死亡している。



地域小児科センター病院の不慮の事故への対応が求められる

平成19年厚生労働科学研究・子ども家庭総合研究事業による

スライド18

いわゆるPreventable Trauma Deathをこのなかにかなり含んでいる。それを何とかしないで小児救急といえるのかどうか。

（スライド18）厚生労働科学研究で調べたところ、平成19年度の新生児死亡は、出生1,000に対して1.8と日本は先進国のなかで非常に低いのですが、1歳から4歳の幼児死亡になると21位です。非常に高い。これはどういうことかという、1つには不慮の事故による患者は小規模な医療機関に搬送される。年間死亡が1例ないしは2例の小規模のところに搬送されて、亡くなっている。いわゆる集中治療も受けることなく死亡している。地域小児科センター病院の対応が迫られているということなのですが、小児内科だけではどうしようもないことが浮き彫りになるかと思えます。

■小児救急の問題点と対策

（スライド19）小児科医に対して、私がアピールしたスライドなのですが、小児科をまじめにやっても、できることといたら、ここにあるように骨髓針、エコー、気管挿管、小さな血管に点滴を入れることなどしかありません。ここにあるような、FASTから減張切開、心嚢穿刺、IVR、PCPSやIABP、CHDF、こういったことは、全くできない。やはりこれは問題ではないか。小児科医は外傷には全くかかわってきませんでした。小児外傷は成人救命救急から学ぶべき点が多々あるのではないかとということが明らかになってきています。私は、いわゆる小児科鎖国じゃないかとよく

言っているのですが、そういった反省を踏まえて、これからどうしていかなければならないのか。

(スライド20) これがいちばん言いたいところなのですが、いわゆる外傷を含む教育カリキュラムをつくらなければならない。それを各科と連携していくことが大事かと思えます。

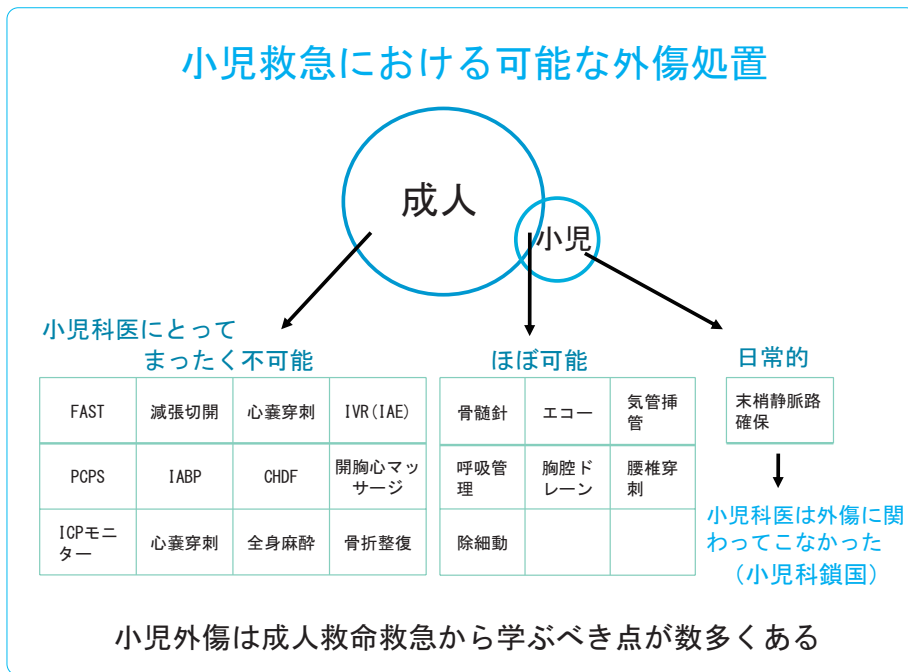
(スライド21) 2年間にわたって、この教育カリキュラムを作成しました。基本コンセプトとしては、先ほどのこととトリアージ、初期対応を中心にしました。

全部はできない。でも初期をきっちりするということが大事です。そしてEBMとNBMをなかに入れる。

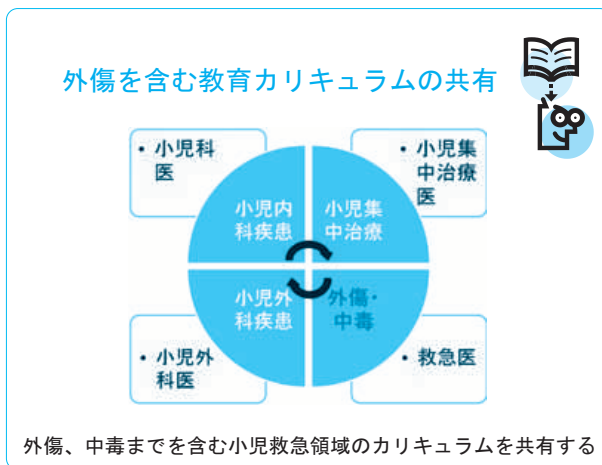
(スライド22) 項目としては、小児内科の項目に外科系疾患や外傷を入れる。中毒、環境障害、集団災害、さらに搬送医療。搬送医療は集約化、重点化にとって非常に大事になってきますので、それを入れていく。

(スライド23, 24) これは実際のカリキュラムの現状です。こういうカテゴリー、項目と、GIO/SBO、さらにキーワードを持っています。

(スライド25) そして、その教育カリキュラムの充実の先にあるものは、やはり小児救急専門医です。日本には全くないのですが、諸外国、先進国ではほとんどこういった制度がありますので、制度として



スライド19



スライド20

整えていく必要があるのではないかと考えております。

日本小児救急医学会

小児救急教育の目標

【基本的コンセプト】

- 領域を内科系・外科系へ拡大
- トリアージと初期対応を重視
- EBM (Evidence Based Medicine) と NBM (Narrative Based Medicine) の両立

【具体的構成】

- 大項目(領域カテゴリー・疾患群)、一般目標 (GIO・行動目標SBO)、具体的項目からなる
- 重要度から習得必須(A/a)、基本的習得(B/b)、選択的習得(C/c)の3段階に分類

スライド21

教育・研修カリキュラムの内容

(日本小児救急医学会教育・研修委員会)

1. 心肺蘇生・処置	8. 中毒
2. 輸液	9. 環境障害
3. 鎮痛・鎮静	10. 集団災害
4. 症状・症候	11. こどもの心
5. 内科系疾患	12. 虐待
6. 外科系疾患	13. グリーフケア
7. 外傷	14. 搬送医療

各項目は有機的に繋がり、総論的事項と各論的事項が補完し合う

スライド22

カリキュラム(1)

小児救急疾患研修カリキュラム・心肺蘇生 (a)：習得必須 (b)：基本的習得 (c)：選択的習得

カテゴリー	項目	G10/SBO	具体的項目
心肺蘇生法		G10：心肺停止状態の小児患者を蘇生させるため、心肺蘇生法についてその意義を理解し、施行法を修得する。また、PALS(Pediatric Advanced Life Support)にうたわれている「救命の連鎖」および「迅速な心肺機能の評価」という概念を理解する。	
理論	PALS(a)	SBO 1 「救命の連鎖」についてその概念を理解し、説明できる 2 BLS, ACLS, PALS等の標準化された蘇生手技についてその概念を理解し、説明できる 3 PALSプロバイダー資格を保持する	救命の連鎖 PALS
	迅速な心肺機能の評価(a)	SBO 1 患者の一般状態(意識・反応性)を観察・評価できる 2 患者の気道の状態を観察・評価できる 3 患者の呼吸の状態を観察・評価できる 4 患者の循環の状態を観察・評価できる	AVPU 開存・要確保・要挿管 正常・呼吸窮迫・呼吸不全 正常・代償性ショック

スライド23

カリキュラム(2)

小児救急疾患研修カリキュラム・外傷 (a)：習得必須 (b)：基本的習得 (c)：選択的習得

カテゴリー	項目	G10/SBO	具体的項目
外傷各論		G10：外傷の部位に応じた病態を理解し適切な診療(重症度と必の評価要な処置)ができる SBO：	蘇生(a) 胸腔穿刺(a) 胸腔ドレナージ(a) 心嚢穿刺(b) 蘇生的開胸術(c)
	胸部外傷(A)	1. 気道閉塞、フレイルチェスト、開放性気胸、緊張性気胸、大量血胸、心タンポナーデ、大量の気道内出血を診断でき、処置ができる 2. 胸部X線写真、超音波検査、CT検査、気管支鏡検査を理解し、読影、診断できる 3. 外傷性大動脈損傷、気管・気管支損傷、肺挫傷、心損傷、横隔膜損傷、食道損傷、気胸、血胸の病態と治療方針を理解する	FAST(a)
	腹部外傷(A)	1. 腹腔内出血を判断できる 2. 開腹止血術の適応を理解している 3. 実質臓器損傷の腹腔内出血における非手術療法の適応と嚴重な患者管理を理解している 4. 腹部診察と超音波検査を繰り返し行うことの重要性を理解している 5. 消化管損傷による腹膜炎を診断できる 6. 自転車のハンドル外傷による十二指腸壁内血腫、臍損傷、腸管損傷、後腹膜臓器損傷を推測できる 7. 尿道カテーテルを留置できる 8. 血尿は泌尿器系の損傷と推測できる 9. 胃管挿入できる 10. GPT(ALT)の高値は肝損傷に特異的であると推測できる	尿道カテーテル留置(a) 胃管挿入(a)

スライド24

(スライド26) これは、1つのシェーマ化したものなのですが、年齢と、外傷を扱うかどうか、集中治療を扱うかどうかを三次元で展開したものです。NICU（新生児のICU）では集中治療はやるが、年齢的には本当に狭い領域であり、外傷は全く扱わない。小児科救急は、年齢は15歳まで扱って、ある程度の集中治療はしますが外傷は全くしない。これを成人に倣って、こういうふうに集中治療も外傷も手がけていく必要があるのではないかと考えております。

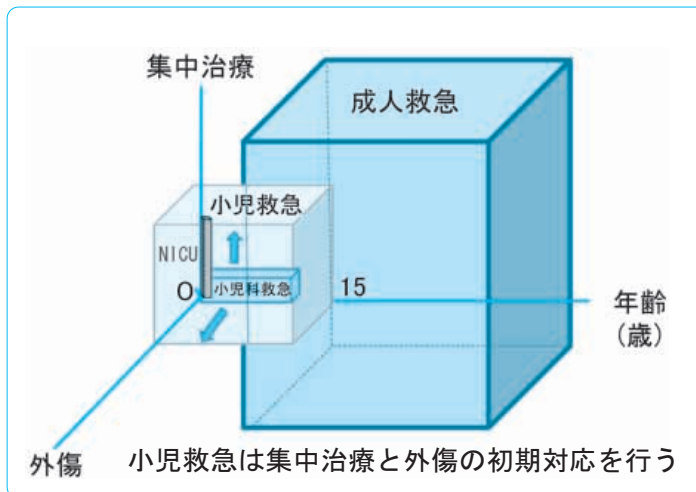
(スライド27) これは最後のスライドです。小児科の当直体制のなかで行われている救急医療は労働環境の悪さから破綻している。病院小児科の集約化・重点化を機会に、成人救急と協力・連携し外傷や中毒にも当たる必要がある。そして、PICUの速やかな整備が望まれる。さらに、小児救急の研修カリキュラムが今回組み込まれました。小児救急を専従で行うための専門医制度が必要であると。当直で小児救急をやっているようでは破綻してしまうので、専従者を必要としているのではないかと考えます。以上です。どうもありがとうございました。

座長（島崎） ありがとうございました。続きまして、4席、「救命救急センターも医療崩壊の危機に」ということで、名古屋第二赤十字病院の石川先生をお願いします。

小児救急専門医制度の国際比較

	米国	カナダ	イギリス	オーストラリア
国家資格	あり	なし	なし	なし
受験資格	小児科3年、 救急科3-4年； +試験	小児科3年、 救急科4年； +試験	家庭医1年 +小児科≤3年 +試験； 救急科3-4年+試験	インターン1年 +小児科≤3年 +試験； 基礎研修2年 +救急科1+4年+試験
研修期間	小児科3年、救急科2年	2年	5年	3年
PICU研修	救急科1ヶ月	救急科1ヶ月	小児科3ヶ月	6ヶ月
ICU研修	小児科4ヶ月	小児科2ヶ月 (ICU1ヶ月+外傷 1ヶ月)	なし	小児科12ヶ月
その他の研修	一般小児、新生児3ヶ月、PALS/ATLS	救急専門分野6ヶ月、PALS/ATLS	APLS	APLS/EMST(ATLS)
終了試験	あり	なし	小児科なし、 救急科あり	なし

スライド25



スライド26

結語 (take home message)

1. 小児科の当直体制の中で行われている救急医療は労働環境の悪さから破綻している。
2. 病院小児科の集約化・重点化を機会に、成人救急と協力・連携し外傷や中毒にも対応する必要がある。
3. PICUの速やかな整備が望まれる。
4. 小児救急の教育・研修カリキュラムが組まれた。
5. 小児救急を専従で行うために専門医制度が必要である。

スライド27

5 救命救急センターも医療崩壊の危機に

石川 清

名古屋第二赤十字病院の石川です。私の今日の話は、「救命センターも医療崩壊の危機に」ということで、当院の状況を交えてお話しをしたいと思います。

■救命救急センターも運営難

(スライド1) 昨年あたりから、全国各地の救命救急センターで応需拒否の問題、たらい回しだとか、あるいは診療拒否といった問題が大きな話題になっています。多くの救急病院が指定を返上したり、あるいは、診療ができず、縮小したり、勤務医不足で救急病院が減少という問題が起こってきています。救命救急センターも運営難ということで、決して例外ではありません。救命救急センターも医療崩壊の危機にあるといってもいいかと思えます。

全国各地の救命救急センターで応需拒否！



救命救急センターも運営難！

勤務医不足で救急病院が減少！



救命救急センターも医療崩壊の危機に！

■名古屋第二赤十字病院の救急医療の現状

(スライド2) これは当院の救急患者の年度推移ですが、当院は一貫して救急を重視する方針で行ってきました。しかし、この推移のなかには異常なところがいくつかあります。これは恐らく救急医療の現状を反映する典型的なものといってもいいかもしれません。この異常、皆さんにはどういう異常かわからないかと思いますが、まず最初の平成12年の救急患者が減少したところ、これは多くの病院が救急をやらなければ生きていけないということで救急に取り組み始めた時期です。結果、全体の救急患者数が変わらないなか当院の救急患者数は減ってきたということです。2番目の異常に上昇しているところ、これはこれらの病院が救急が負担となって撤退し始めた時期です。救急はそんなに簡単なものではないということで救急診療を中止、あるいは撤退した時期です。さらにここ3年ほど救急患者数が一定の値でプラトーになっているのは、当院が、ベッドが満床でこれ以上受け入れられない状態が継続しているという状況です。恐らく他の救命救急センターでも同じような状況が起こっていると思います。

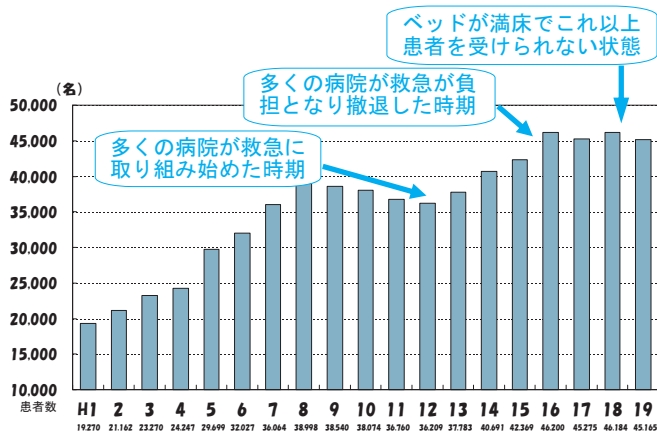
(スライド3) 病床利用率と平均在院日数の年度推移です。平均在院日数が下がれば病床利用率はそれに伴って下降するのが普通で、通常80%台に落ちてくるのですが、当院は95%を維持しています。これは病院経営にとっては非常にメリットなのですが、実際はかなり異常な状態です。満床に近い状態で、患者さんが次から次へと入れ替わっている、非常に多忙な状況を表しているといっているかと思えます。病院勤務医にはあまりに過度な負担が、かかりすぎています。こんな

(スライド4) 状態でしょう。

このロバを生かすか殺すか、院長の采配にかかって

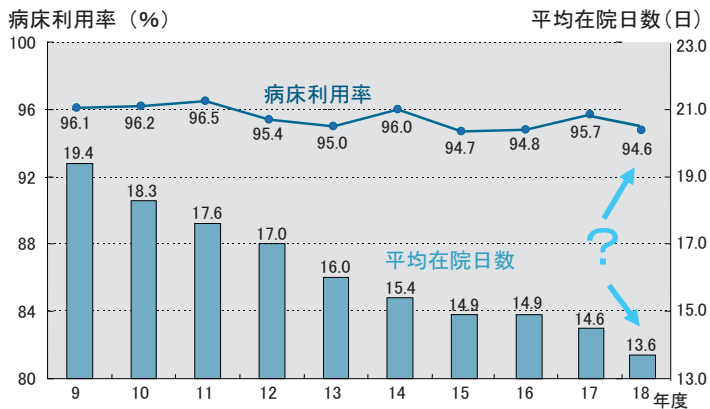
スライド1

当院の救急患者数年度推移の異常



スライド 2

病床利用率と平均在院日数の年度推移の異常



スライド 3

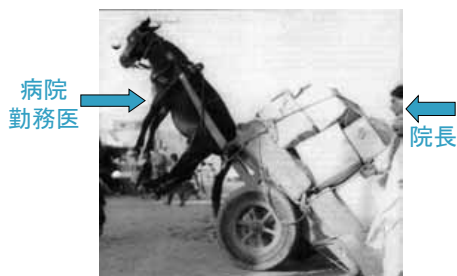
います。ロバをパワーアップするか、あるいは2頭にするか、あるいは荷物を減らしてやるかしないとこのロバは駄目になってしまいます。

■さまざまな問題にさらされている救急医療

(スライド 5, 6) 救急には精神科救急, 患者による暴力行為, 自殺企図, 小児科救急, 家庭内暴力, 高齢者問題, ホームレス, 児童虐待, 未収金問題, 違法滞在外国人患者等々, 社会の病理が集まってきます。さらには救急では医療トラブルに巻き込まれる可能性が非常に高く, クレーマー, 不確実な医療に対する患者の過度の期待, 医療トラブル, 医療事故, 医療過誤といった問題に巻き込まれます。病院勤務医のプレッシャーは極限状態といってもいいかと思います。こんな (スライド 7) 状態でしょう。

(スライド 8) さらに, 救急医にとっていちばんの

病院勤務医にはあまりに過度の負担が!



スライド 4

救急には“社会の病理”が集まってくる



スライド 5

救急では医療トラブルに巻き込まれる可能性が高い!



スライド 6

病院勤務医のプレッシャーは極限状態!

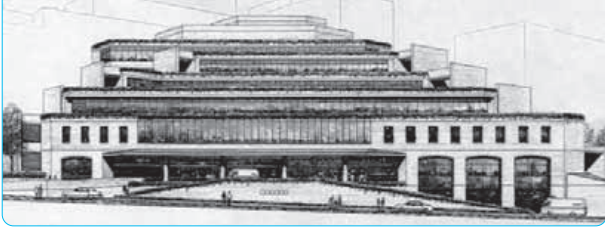


スライド 7

ストレスはどういうことかといいますと, 不応需が許されない救命救急センターで, 空床がない状況で救急患者を受け入れなければならないことです。本当は入院させたいのだけれども, ベッドがない, やむなく帰さなければならない, あるいはよその病院に転送しなければならないというようなことがいち

救急医にとって一番のストレスは？

不応需が許されない救命救急センターで空床がない状況で救急患者を受けなければならないこと！



スライド 8

病院勤務医の3K

- キケン（危険）
紛争、訴訟の危険におびえ医師はいつも緊張
- キツイ（きつい：過労・苛酷）
多忙でゆとりのない労働環境
- キオチ（気落ち）
仕事に比べ安い給料（妻も落胆）

スライド 9

ばんストレスになるということです。空床がなくてはどうしようもありません。

（スライド9）病院勤務医の3Kとは、まずキケン（危険）、紛争、訴訟の危険におびえ、医師はいつも緊張しています。キツイ、過労、過酷、多忙でゆとりのない労働環境です。キオチ（気落ち）、仕事に比べて安い給料、妻も落胆ということです。

（スライド10）さらに若手の勤務医の病院離れ。最近の若手医師の意識の変化、若手医師のライフスタイルや価値観の変化が起っています。

（スライド11）患者さんのQOLよりもQOMLの重

視。Quality of Lifeではなくて、Quality of My Lifeということです。

（スライド12）救急医のノーブレス・オブリージュ。ノーブレス・オブリージュというのは、フランス語の貴族を表すことわざで、位高ければ徳高きを要す、つまり高貴なるが故の義務ということで、やりがい、プライド、満足、患者・家族からの感謝、社会的な尊敬、働きに見合った収入というものがあって初めて、救急医が、つらい過酷な状況にも耐えられる、しかし、これが崩壊しているのがいちばん問題であろうと思います。

若手勤務医の病院離れ

- 若手医師の意識変化
- 若手医師のライフスタイルや価値観の変化

スライド10

患者さんのQOLよりもQOMLの重視！

My
Quality Of Life

スライド11

救急医のノーブレス・オブリージュ (Noblesse Oblige)

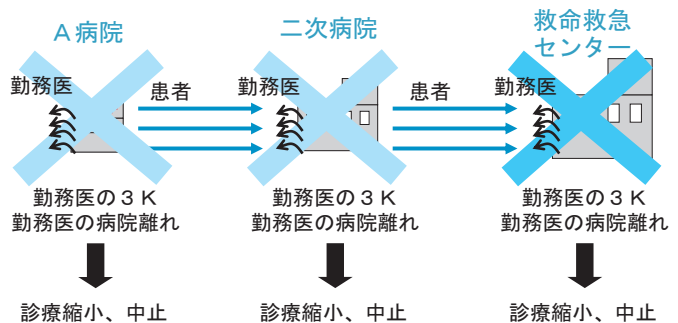
（フランス語の諺）
位高ければ徳高きを要す。
つまり、高貴なるが故の義務

- | | |
|--------|--------------|
| ● やりがい | ● 患者や家族からの感謝 |
| ● プライド | ● 社会的な尊敬 |
| ● 満足 | ● 働きに見合った収入 |

崩壊

スライド12

中核病院の「ドミノ倒し」の危機！



このままでは地域医療は崩壊！

スライド13

(スライド13) 中核病院のドミノ倒しの危機。A病院で勤務医が3Kで病院を離れ、この病院の縮小、あるいは中止という状態が起こると、ここの患者は次の病院に押し寄せる。次の二次病院で救急医が3Kで病院離れが起こり、病院の診療縮小、中止が起こる。結局は救命救急センターにその患者が押し寄せ、ついに最後のとりでとされる救命救急センターも勤務医の3K、病院離れが起こって、中止、診療縮小といった事態が起こりかねないということです。このままでは地域医療は崩壊してしまいます。

救命救急センターに押し寄せる崩壊の波

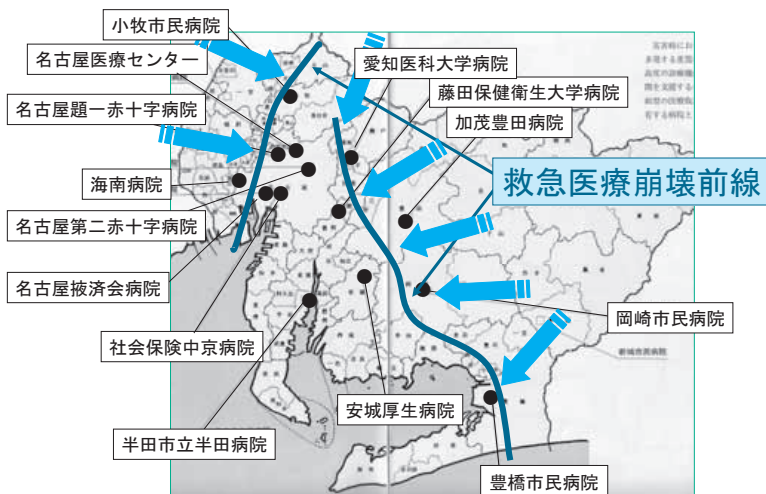


スライド14

■愛知県の救命救急センターの現状

(スライド14) 愛知県の救命救急センターは14カ所あります。皆さんご存じのとおり、東三河の^{しんしろ}新城市の救急が崩壊して、今、その患者が豊橋、岡崎のほうに押し寄せてきています。また名古屋市内の西部、尾張、津島といったところの医療が崩壊して、その患者が名古屋市内に押し寄せています。

待ち遠しくない救急医療崩壊前線！



スライド15

(スライド15) 皆さん、春には待ち遠しい桜前線。しかし、待ち遠しくない救急医療崩壊前線ということで、今、その前線は東は岡崎、安城、豊橋あたりに来ています。西は名古屋市の西部にまで達してきています。いずれ名古屋市内にもこの前線が押し寄せてくるかもしれません。

救命救急センターも医療崩壊の危機に！

- 減ることのない患者数
- 常に満床に近い病床
- 過重労働
- 医療に対する患者さんの高い要求水準
- 医療トラブルに巻き込まれるリスク



勤務医の疲弊、病院離れが起こっている！

(スライド16) 結局、「救命救急センターも医療崩壊の危機に！」ということで、減ることのない患者数、常に満床に近い病床、過重労働、医療に対する患者さんの高い要求水準、医療トラブルに巻き込まれるリスク、ということで、勤務医の疲弊、病院離れが起こっています。

■名古屋第二赤十字病院の方針

(スライド17) 当院は救急を病院の方針として、ずっと取り組んできました。前々院長時代は、「救急

スライド16

は病院の方針です。救急をやりたくない人は病院をやめてください」と明言していました。しかし前院長の時には少しトーンダウンして、「救急は病院の方針です。救急をやりたくない人も頑張ってください」という状況になりました。現在はもっと

前々院長時代は……



栗山康介 前々院長

『救急は病院の方針です』
『救急をやりたくない人は病院をやめて下さい』

前院長時代は……



柳 務 前院長

『救急は病院の方針です』
『救急をやりたくない人も頑張ってください』

現在は……



石川 清 院長

『救急は病院の方針です』
『救急をやりたくない人は相談に応じます』

スライド17

トーンダウンして、「救急は病院の方針です。救急をやりたくない人は相談に応じます」と言わざるを得ない状況になっています。

(スライド18) 数年前、私が救命救急センター長の時には、朝夕のミーティングの時に、大きな声をあげてこう言っていました。「絶対、不応需をするな」と。しかし現在、私は陰で小さな声で、「できる範囲で頑張ってください」と言わざるを得ない状況になっています。

■救命救急センターの医療崩壊の危機を防ぐ方法は？

(スライド19) 「救命救急センターが医療崩壊の危機から逃れるためには」。病院のできることに限界があります、厚労省のもくろみは功を奏するか、救命救急センターは公共財、もっと社会の理解が必要、といういくつかのテーマがあります。

(スライド20) 「病院のできることに限界が……」ということで、病院としてやらなければならないことは、やりがいのある病院を目指して選ばれる病院（マグネットホスピタル）になること。それから医師増員による負担の軽減。しかし、増員する医師がいない、経営も厳しい、という問題があります。さらに給料は自由に上げられない。日赤等公的病院は給与体系が決まっています院長の裁量で変えられません。

(スライド21) さらに厚生労働省のもくろみですが、平成20年4月、診療報酬改定で、勤務医の過重労働軽減目的の対策をとっています。開業医の初診・再診料を下げ、病院の格差を是正しようという動きがあります。しかし、今回のこの改定ではたった1,500億円、病院医療費のたった1%の予算にしかなりません。この予算でやろうというのはど

だ無理な話で、これで勤務医の負担が軽減できるとは、とても思えません。

(スライド22) 当院の救命センターの救急患者の重症度区分です。78%が一次救急患者、14%が二次、三次は7%ということです。やはり、78%の一次救急患者は問題がありま

救命救急センターの朝夕のミーティング

数年前



救命救急センターの朝夕のミーティング

現在



スライド18

救命救急センターが医療崩壊の危機から逃れるためには？

- 病院のできることには限界が……
- 厚労省のもくろみは功を奏するか？
- 救命救急センターは公共財！
- もっと社会の理解が必要！

スライド19

病院のできることには限界が……

- やりがいのある病院を目指して選ばれる病院（マグネットホスピタル）になること
- 医師増員による負担の軽減、しかし、増員する医師がいない、経営も厳しい
- 給料は自由にあげられない（日赤等公的病院は給与体系が決まっている）

スライド20

す。これを減らす必要があります。

（スライド23）さらに、救命救急センターの多くのベッドを不穏（痴呆）高齢者患者が占有しています。毎朝、ナースセンターに、この痴呆高齢者患者が集められて管理されています。

こういう状況では、救命救急センターは運営できません。本来の重症救急患者が応需できません。こういった患者さんを転送、転院できるシステムができていないということが問題といえます。

（スライド24）救急処置後の後方病床確保が課題になっています。入院が長期化するケースには、独居者、ホームレスなど、生活困窮者の増加があげられます。後方病床への移行が円滑にできないため、センターでの患者受け入れに支障を来しています。診療報酬上、医療区分が低い患者が多くて、経営的な理由で受け入れてもらえません。救急病院から受け入れる患者の医療区分を上げる必要があるということです。

4月の診療報酬改定

厚労省のもくろみは功を奏するか？

- 勤務医の過重労働軽減目的の対策をとってはいるが…
- たった1500億円の予算では…



これで勤務医の負担が軽減できるとはとても思えない！



スライド21

救命救急センターの多くのベッドを多くの不穏（痴呆）高齢者患者が占有！

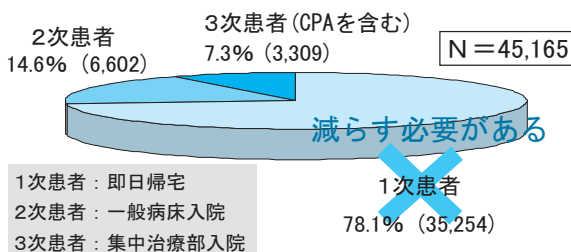


救急病棟のナースセンター内

本来の重症救急患者が応需できない！

スライド23

救命救急センターを受診する8割が1次救急（即日帰宅）患者！



救急患者の重症度区分

スライド22

救急処置後の後方病床確保が課題！

- 入院が長期化するケースには、独居者、ホームレスなど生活困窮者の増加
- 後方病床への移行が円滑にできないため、センターでの患者受け入れに支障
- 診療報酬上、医療区分が低い患者が多く、経営的な理由で受け入れられない
- 救急病院から受け入れる患者の医療区分を上げるなどの対策が必要

スライド24

■救命救急センターは公共財であり、社会の理解が必要

(スライド25) 救命救急センターが医療崩壊の危機から免れるために、さらに重要であることは、救命救急センターが公共財であるということを社会が理解することです。救急医療は救命救急センターだけでなく、地域医療全体（診療所、一次救急病院、二次救急病院、救命救急センター等）で担うべきです。救命救急センターは公共の財産と見なして、崩壊させないようにする。このことを一般の市民だけでなく、医療従事者も理解する必要があるということです。

救命救急センターは公共財！

- 救急医療は、救命救急センターだけでなく地域医療全体（診療所、一次救急病院、二次救急病院、救命救急センター等）で担うべき
- 救命救急センターは公共の財産とみなし、崩壊させないように
- このことを医療従事者だけでなく、地域の人々にも理解を求める必要がある

スライド25

もっと社会の理解が必要！

医療崩壊の現実を社会の人々はほとんど知らない



スライド26

2007年度日本流行語大賞候補60語

KY(空気が読めない) 産む機械 事務所費 ナントカ還元水 しよがない お友達内閣 普水の陣内閣 共生 マダム・スシ そのまんま ショック (宮崎を) どげんかせんといかん 宮崎のセールスマン 身代検査 姫の サミン パッピー プ 千の 物女 格差娯 鯉惚刀 赤ちゃんホスト TPOO(TPOパチンコ、円携帯) 鉄子 ミンチ偽装(偽装食肉) 猛暑日 ふるさと納税 モン スターペアレント はたして今年は? トックス カワニ スノギザカワユス ヤイナショック チャイナフリー 大食い(メガ〇〇) フードファイター ワーキング

スライド27

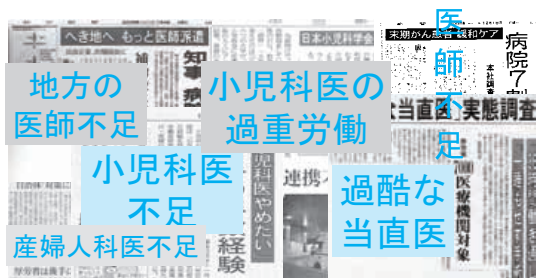
(スライド26, 27) さらに、医療崩壊についてもっと社会の理解が必要です。医療崩壊の現実を社会の人はほとんど知らないといっているかと思います。その証拠に昨年末、2007年度日本流行語大賞、候補60語が発表されました。この大賞は、確か、「どげんかせんといかん」と「はにかみ王子」だったかと思いますが、この時に「医療崩壊」は少なくともベストテンのなかには入るだろうと思っていました。しかし、何のことはない、「医療崩壊」は候補60語にも上がらなかったというのが実態です。これくらい、社会の人たちは医療崩壊の現実を知りません。今年は果たして選ばれるかどうかということが問題です。

(スライド28) 最近になってようやく、マスコミは医療崩壊の現実を少しずつ社会に伝えつつあります。小児科医の過重労働、小児科の勤務医不足、産婦人科医不足、医師不足、それから過酷な当直医というような話題がとりあげられています。

(スライド29) 「果たして日本の救急医療に光明は？」というところで、私の話を終わりにいたします。ご清聴、ありがとうございました。

座長(島崎) ありがとうございます。最後に、「わが国における大災害初動医療体制とDMATの活動」ということで、辺見先生お願いします。

最近になってようやく、マスコミは医療崩壊の現実を少しずつ社会に伝えつつあるが……



スライド28

日本の明日の救急医療に光明は？



スライド29

6 わが国における 大災害初動医療体制と DMATの活動

辺見 弘

「わが国における大災害初動医療体制とDMATの活動」ということでお話しさせていただきます。

(スライド1) DMATは災害時に需要が増大する医療対応についての内閣総理大臣の諮問について厚労省が答申した計画です。

被災地の医療支援、重傷者の非被災地への広域搬送などがあり、DMATは中央防災会議で国の防災基本計画に明記されています。DMATは災害医療の訓練を受け、安全のための装備を備え、機動性を有し、災害の早期(発災からおおむね48時間以内)に活動する自己完結型を目標とした災害派遣医療チームです。平成17年から訓練が始まり、今490チーム、2,800名が登録されております。

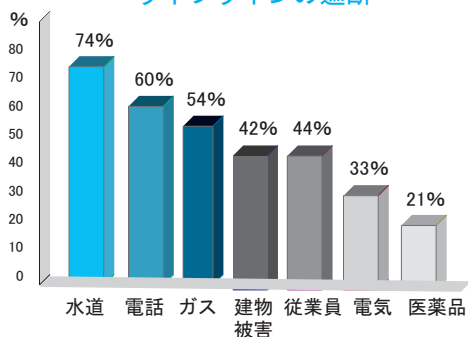
■阪神淡路大震災の反省

12年前の阪神淡路大震災は、災害医療対応を考える機会を私たちにも与えました。高速道路、一般道路、新幹線、JR、私鉄、モノレール、すべての交通手段が遮断されました。医療も同じように一次、二次、三次の救急医療体制は連携を失ったわけです。

(スライド2)そして本来、患者の搬送にはヘリが不可欠であったにもかかわらず、初日にはたった1人、2日目には6人ですが、4名は透析で外傷が2人。被災地の病院の機能は圧倒的に低下しましたか

診療機能低下の原因

ライフラインの遮断



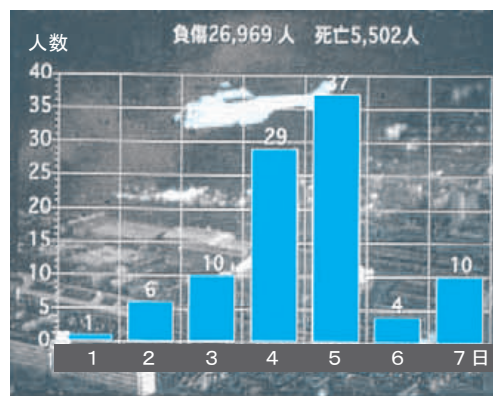
スライド 3

わが国における大災害初動医療体制と DMATの活動

DMAT(Disaster Medical Assistance Team)とは平成17年国の防災基本計画に明記された、災害医療の訓練を受け、安全のための装備を備え、機動性を有し災害の早期(発災から概ね48時間)に活動する自己完結型を目標とした災害派遣医療チーム現在500チーム2800名が整備されている。

スライド 1

阪神淡路大震災時ヘリコプターによる患者搬送



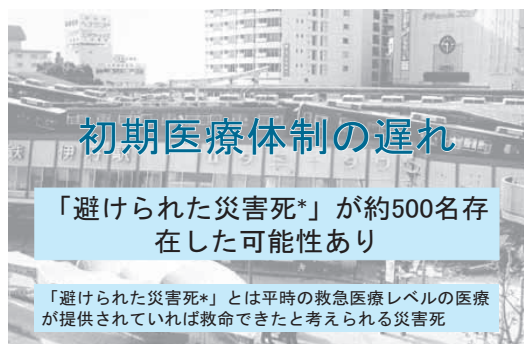
スライド 2

ら、重症者の多くは治療の対象にさえならなかったと考えられております。

(スライド3)病院の機能の低下の原因は、建物の被害、従業員が集まらなかったこと、医薬品が不足したこともあります。実際には、水道、電話、ガス、電気などのライフラインの欠如がむしろ大きな原因でした。

そして、阪神淡路大震災の医療としての反省は、3日間、膨大な救急医療需要に対して、外部からの後方医療支援がなく、被災地は3日間救急医療の空

阪神淡路大震災 1995. 1. 17の反省



(日本DMAT隊員養成研修会資料)

スライド 4

白状態となったことです。

(スライド4) 平時の救急医療のレベルが提供されれば救命できたと考えられる災害死、予防できる死が、少なくとも500名は存在したと考えられています。

■阪神淡路大震災の教訓と対策

(スライド5) その対策として、災害拠点病院の整備が始まりました。1つは耐震性とライフラインが強化してあること。ヘリコプターが自分の病院あるいは近くに離発着できること。それからもう1つ、ヘリコプターを使った重篤患者さんを被災地外へ円滑に出す計画を定めましたが、最初の時には残念ながら、ヘリを保有する自衛隊、消防、警察から「阪神淡路の初日ではたった1人しかヘリ搬送の要望がなかったのだから、ヘリ搬送は発災16時間以後だよ」と言われました。そのため、東京都あるいは静岡県は民間ヘリ会社と約100機のヘリを2時間以内に被災地に集めるような契約をしております。

(スライド6) 阪神淡路大震災以後、16本の法律が改正されました。ところが平成9年、ロシアのタンカー、ナホトカ丸が油を流出しましたが、法律ができたにもかかわらず、危機の時に対応ができなかったことに、当時の橋本首相は、情報収集・集約体制と意志決定体制の整備を図りました。実際にできたのが内閣情報集約センターで、24時間365日、災害の情報を集めています。官房長官のもとに内閣危機管理官を設けました。この人が災害時のコンダクターとなる。そして各省庁の局長クラスなどの責任ある人々が15分から30分以内に首相官邸の地下にある内閣危機管理センターに集まるようなシステムができました。ここで情報を集約して総理と内閣官房長官

阪神淡路大震災の教訓と対策

- 災害拠点病院の整備（平成8年5月～）
 - ・ 都道府県が災害拠点病院を指定・整備
 - ・ 平成20年4月現在、47都道府県で570病院が指定されている
- 広域医療搬送アクションプランの策定
 - ・ 発災後迅速にヘリコプター等を活用して、重篤患者を被災地外へ円滑に搬出するための計画を定めた。
 - 「南関東地域の大規模震災時における広域医療搬送活動アクションプラン第1次申合せ」（平成10年8月）

スライド5

に伝える。さらに、いくつかの持ち回り閣議を経て、非常事態の布告をする。この体制が早くなりました。ちなみに阪神淡路大震災の時、初めて閣議が行われたのは発災の4時間後でしたが、発災から20～30分間で非常事態の布告ができるようになっております。

(スライド7) 非常事態が宣言されると国の災害対策本部、国が現地に設ける現地対策本部、それから自治体の対策本部、これらが情報を共有し、4つの優先事項がスタートします。1つは救出救助、それから広域緊急医療、交通手段の確保、そして消火となります。

広域緊急医療とは何か。これは主としてDMATの対応するところです。

(スライド8) 国のプランでは、例えば、被災地。1個のセルを1つの医療圏と考えますと、そこに災害拠点病院があります。そこで、重症患者に対応するのですが、対応が不可能、あるいは対応不可能と予測されたとき、非被災地からDMATが自衛隊の輸送機、あるいは大型ヘリで広域搬送拠点に集まる。そこから災害拠点病院に向いてそこで診療アシス

国の危機管理

阪神淡路後16本の法律改正 → 平成9年ナホトカ丸の油流出
情報収集・集約体制

●内閣情報集約センター

意志決定体制の整備

- 内閣危機管理官の設置
- 内閣危機管理センターの整備
- 各省庁局長クラスの緊急参集チーム

総理大臣・内閣官房長官

非常事態布告

スライド6

緊急事態布告後の動き

災害対策本部

現地対策本部

新潟県対策本部

例 中越地震
新潟県庁

救出救助

4 Priority
広域緊急医療
交通手段の確保
消火



DMAT BT course

スライド7

トする。アシストしても、対応できない場合には、今度は非被災地に搬送中のケアを含めながら、非被災地の十分に機能している病院に患者さんを運ぶという方法です。このプランは、被災地と被災地外の連携がないと成り立ちません。

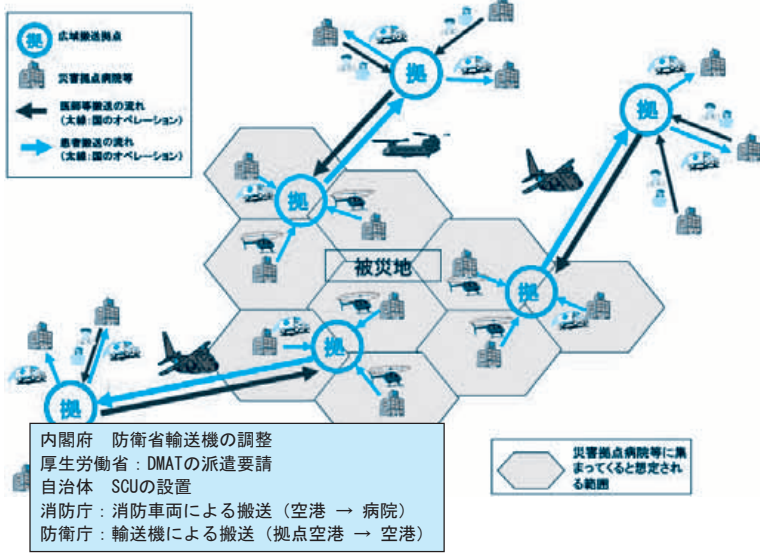
■中央防災会議における地震防災対策

(スライド9) 最近でも世界では、中国の四川の地震、あるいはミャンマーのサイクロンのような、災害史に残るような災害が起きています。日本でも、非常に心配される大きな災害が4つあります。

しかもそれは非常に緊急性があると考えられています。例えば日本海溝・千島海溝の地震では20mを超す大きな津波が起きる。これは、今後10年間に90%以上の頻度で起きる。3,000人の人が津波だけで流される。また東海地震はいつ起きてもおかしくない。少なくとも死者は1万人くらいだろう。それから東南海・南海地震。震源は駿河湾トラフから続いて南海トラフに及ぶ、この地震が起

広域医療搬送活動のイメージ図

～固定翼輸送機や大型回転翼機を使用した広域医療搬送活動～



スライド8

きますから、非常に大きな地震になる。少なくとも2万人くらいが亡くなるだろうと想定される。これもいつ起きてもおかしくないといわれてからもう25年経っていますが、今世紀の初めのうちに70%の頻度で起きるだろうとされています。さらに非常に範囲が狭いですが首都直下地震が想定されている。これはM7程度の直下型地震で、1万人くらいの死

中央防災会議における地震防災対策

東海地震
唯一予知の可能性のある地震
いつ大地震が発生してもおかしくない
想定 (平成15年) 死者約9,200人等
大綱 (平成15年) 被害軽減のための緊急耐震化対策、地域における災害対応力の強化等
戦略 (平成17年) 今後10年で死者数、被害額を半減

日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震
20mを超える大きな津波
宮城県沖地震をはじめ切迫性が指摘
想定 (平成18年) 死者約2,700人等
大綱 (平成18年) 津波防災対策の推進、積雪寒冷地特有の問題への対応等
戦略 (平成18年度内策定予定)

西日本全域に及ぶ超広域震災

東南海・南海地震
今世紀前半での発生が懸念
想定 (平成15年) 死者約18,000人等
大綱 (平成15年) 津波防災体制、広域防災体制の確立、時間差発生による災害拡大の防止等
戦略 (平成17年) 今後10年で死者数、被害額を半減

首都直下地震
M7クラスの地震はある程度の切迫性を有する
想定 (平成17年) 死者約11,000人、経済被害約112兆円等
大綱 (平成17年) 首都中枢機能の維持等
戦略 (平成18年) 今後10年で死者数を半減、被害額を4割減

注) 想定: 発生時刻等の様々なシーンのうち最大の被害
大綱: 対策のマスタープラン
戦略: 定量的な減災目標と実現方策 (地震防災戦略)

スライド9

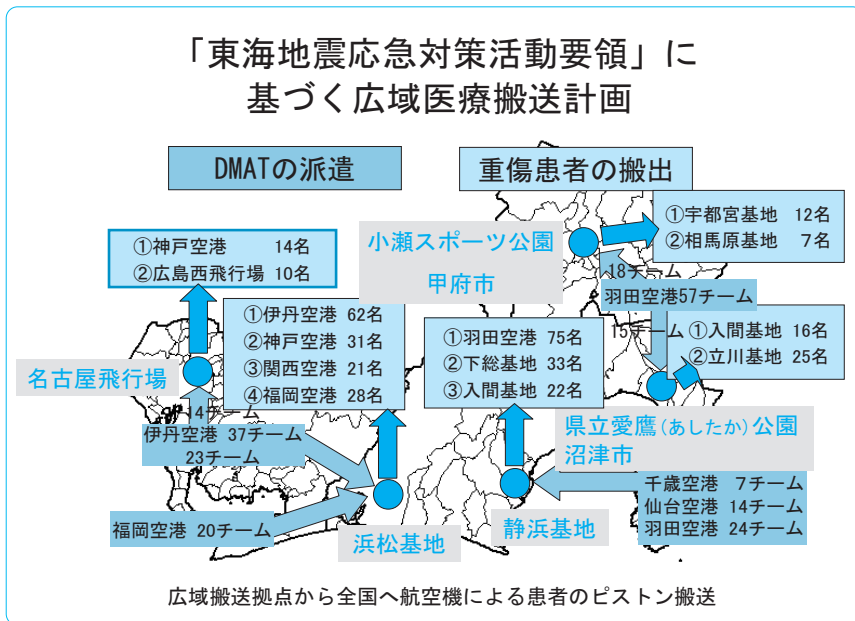
者が想定されている。特に困ることは、経済、行政、政治、全て首都圏に集まりすぎているということです。もし備えがうまくないと、日本は脳梗塞を起こすだろう。東海・東南海の備えが悪いと、日本は脊損になるだろう。また日本海溝・千島海溝周辺への備えが悪いと、穀倉地帯ですから食糧自給率の低い日本では兵糧攻めに遭うかもしれません。だから、「自分たちの所に震災が起きなければ安心だ」ではなくて、どこの非被災地も全力を挙げて防災に取り組まないと、日本の被害は大変なことになると思われています。

■東海地震、東南海・南海地震の広域医療搬送計画

(スライド10) 東海地震に対する国の防災プランです。広域搬送拠点は、山梨県ではスポーツ公園、沼津では愛鷹公園、静岡市では静岡の自衛隊基地である静浜基地、浜松では浜松基地、それから名古屋ではセントレアではなくて、名古屋飛行場が重症者を集めて外へ出すような場所と設定されています。DMATは北海道から九州までそれぞれ集まって、搬送拠点に向かいます。

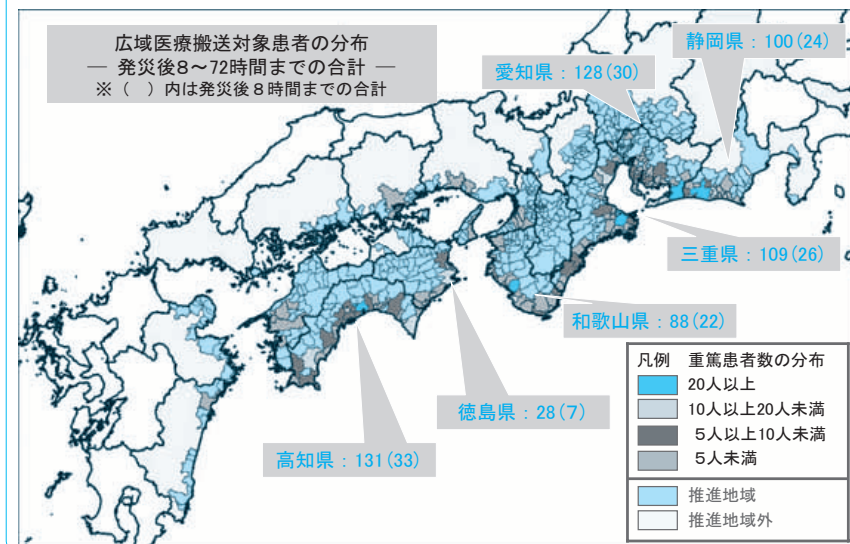
重症者を同じ場所に搬出することをできるだけ避けて、例えば東京では羽田に75名、千葉では33名、埼玉では22名というように分散搬送するような計画がなされています。

(スライド11) 東海地震は静岡がメインでしたが、東南海・南海地震ですと、三重、愛知、徳島、高知などにばく大な被害が及びます。今できている490チームのDMATではこれには対応できないし、自衛隊の大型ヘリも足りなくなる可能性があります。DMATは1000チームを目標として研修が続行されています。



スライド10

東南海・南海地震の広域医療搬送計画 — 目標患者数 —



スライド11

ーム)が集まりましたので、100カ所の救護所を24時間以内に全部回って被災者に十分に安心を与えたと思っています。

(スライド13) 首相官邸に届けられたメールです。これは刈羽郡総合病院からと思いますが、「派遣されたDMATが到着し、実に見事にトリアージ、搬送と負傷者の診療を行ってくれました。日常診療に慣れた一般勤務医と、非日常的状況で診療を行う訓練されたチームでは雲泥の差がありました。当日支援のために参集したDMATは、日本全国から、当院だけで24チームに及びました。彼らは3交替を敷いて、発災から48時間の間に立派に任務を果たされ、昨日撤収されました。来院する患者は、外傷患者から内科的的患者に変化して、震災当時のパニックに似た状況は落ち着いてきています。衷心より関係各位に感謝を申しあげます」というところです。

私がチェックしましたが、搬送が良かったと思います。というのはいちばん早く着いたチームは2時間以内に現地に到着しております。重症者が、特に肝破裂の方が自衛隊のヘリによって新潟に運ばれたとき、その人はショックでした。すぐにDMATがヘリに飛び乗って、パンピングしながらヘリで送って、新潟で肝臓切除をして助かっております。同じように多発外傷や重傷骨盤骨折等々の20名は、今まででは災害死になっていた人々が搬送によって予防できたのではないかと考えられます。DMATも、自分たちの力を発揮したと考えております。

ただ、まずかった点があります。もっと大きな場合、全国で患者さんを受けなければいけない。(スライド14) 全国の災害拠点病院、救急医療サイト587のうち、救急情報システムの入力状況、自分たちの救急医療の状況を入れたのは24%、4分の1しかなかった。新潟県では半分、新潟県の災害拠点病院で79%、8割くらいです。それからDMAT管理メニューですが、255あるDMATを持っている病院では、71%で「今、待機状態」とか、「すぐ出せる」とか、「今ちょっと無理だ」とかを出しております。

(スライド15) つい先日発災した岩手・宮城内陸地震です。写真の状況は駒の湯温泉ですが、皆さん

中越沖地震



スライド12

首相官邸に届けられたメール（抜粋） 2007. 7. 20 中越沖地震時の災害拠点病院刈羽郡総合病院

- ……（前略）派遣要請されたDMATが到着し始め、実に見事にトリアージ、搬送と負傷者の診療を行ってくれました。日常診療になれた一般勤務医と非日常的状況で診療を行う訓練されたチームとでは雲泥の差がありました。搬送のために参集して下さったDMATは日本全国から当院に及びました。彼らは3交代制を敷いて、発災から48時間の間、立派に任務を果たされ昨日撤収されました。来院する患者は外傷患者から内科的的患者に変化してきて、震災当日のパニックに似た状況は落ち着いてきています。衷心より、関係各位に感謝申し上げます。
- （後略……）

スライド13

中越沖地震時のEMIS（救急・災害医療 情報システム）の入力状況

・ 全国災害拠点病院・救命救急センター587施設	24%
・ 新潟県病院全体77施設	52%
・ 新潟県災害拠点病院	79%
・ EMISのDMAT管理メニュー 全国DMAT保有医療機関255施設	71%

スライド14

もよくテレビで見たとと思います。宮城県側からは大崎市民病院、そこはまだ大丈夫と、さらに進んで栗原中央病院にDMATが集まっています（スライド16）。たくさん集まっているので、DMATをリードする統括DMATがそれぞれの状況をつかんで、彼らに役割を伝えます。また、岩手県側では胆沢病院に10チームが集まりまして、バスが転落した20名の負傷に対応しました。

岩手・宮城内陸地震

2008・6・14



駒の湯温泉

スライド15

栗原中央病院 DMAT本部



スライド16

■解決すべき諸問題, CSCATTT

(スライド17) まだまだ解決すべき問題がたくさんあります。イギリスの災害医療システムはMIMMSというのですが、そこでは、CSCATTT。Cはコマンド、指揮、命令。Sは安全、Cは連携、Aは評価、それからトリアージ、トリートメント、トランスポートですが、日本でもCSCAができてはじめて危機管理の対応が可能となる。まだまだ解決しなければいけない問題はあります。

■まとめ

DMATは今、救命救急センターを有する災害拠点病院から選別されています。先ほどの石川先生のお話を聞くと、救命救急センターの危機があると。災害対応も危機になると、日本の危機に対応できるのは、普段の救急体制が機能して可能と思います。

(スライド18) 災害の発生は予防できません。備えあれば憂いなしとは言います。外国でも同じようなことわざがあります。Fail to preparedness for disaster, Preparedness for disasterというのでしょうか。災害に対する備えを欠くことは災害の備えである。いや、大惨事を招くことである。四川やミャンマーに起こったことを日本ではやってはなりません。

Preventable Deathを防ぐ。これははがれきの下の医療で、中越沖地震等々で、閉じ込められた人が72時間でしたが、本当に助けるのでしたらできるだけ早く、遅くとも24時間以内の活動が開始されないと無理だと思います。しかし、備えがあれば減災が可能だと思います。

解決すべき諸問題 CSCATTT

- C : 指揮命令 内閣のDMAT指揮 NCO network centric operation. EMIS : 災害救急医療システム充実 統括DMAT
- S : 安全 DMAT教育 装備 機動性
- C : 連携 DMAT地方会議 病院間 医師会
- A : 評価 受け入れ (災害拠点病院 脆弱性 従事者研修 HICS) DMATの充実 国民保護法 NBC 都市型災害 MGD DMORT
- T : トリアージ 市民普及 Sieve Sort
- T : 応急処置 医療資器材
- T : 搬送 広域医療搬送 被災地域内搬送 搬送拠点救護所 (SCU) ドクターヘリ 民間機・ヘリ 海上搬送 (海保 海自)

MIMMS.major incident medical management support

DMATは救命救急センターを併設
する災害拠点病院から選別

スライド17

まとめ

- 災害の発生は予防できない。
- そなえあれば 憂いなし
- Fail to preparedness for disaster, Preparedness for disaster.
- Preventable deathを防ぐには72時間でなく発災8時間以内の医療活動
- 3Tsの徹底など備えがあれば減災は可能である。

スライド18

以上です。ありがとうございました。

座長(島崎) ありがとうございました。これで各演者の発表を終わります。今からディスカッションを始めたいと思いますので、演者の先生方、壇上にお上がりください。

7 討 論

座長(高橋) 先生方のご協力により、予定どおりの進行です。あと1時間余り時間がありますので、どうかフロアの皆さまも積極的にディスカッションに参加していただきたいと思います。討議の順序は発表された先生の順序で進めていきたいと思います。

■ 医師の集中化は有益なのか有害なのか

座長(高橋) それでは最初の前原先生のご発表について討議したいと思います。先生、地方では医療資源が非常に少なくなっているにもかかわらず、医師の集中化があると。先生の考えからすると、集中化が有益なのか、あるいは有害なのか、どちらでしょうか。集中化によって、結局、そんなに医師は増えないにもかかわらず、ほかの医療機関が救急医療ができなくなったために、患者さんがそれ以上に増えてしまったということですね。そういうことからすると、どうでしょうか。

前原 全体を勘案すると、デメリットのほうが大きいかなと思っております。集約化に伴って患者さんが移動しているというデータをお示しましたが、住民の方にとっては、それだけ距離も遠くなるということもありますし、医師側も住民の方々もそれほど歓迎してないのではないかと思います。

座長(高橋) この問題は、実は小児救急もかかわると思います。先ほど山田先生もご発表されたように、日本小児科学会では集中化をということで、中核病院は小児科医20名以上と出しております。20名というと地方では、例えば私のところは茨城県ですが、茨城県では20名以上の病院が大学も含めて1病院もないのです。集中化のいちばんの狙いは、効率よく医療ができる。それによって医師の負担が少し軽減するということですが、山田先生、この問題、どうでしょうか。

山田 小児において集約化、重点化というのは、小児科のエゴがかなり入ってきているのではないかと思います。本来、地域救急医療というのは、ある意味では地場産業みたいなものなので、その地域の何が大事であって、どう医療資源を残して活用する

かというのは、その地域で考えなければいけないのです。全国画一的に、大きなところは大きく、小さいところは統廃合するというのではいけないので、点と線、そして面で考えなければいけないと考えております。

座長(島崎) 例えば、20名の小児科医でも救急医でも構いませんが、集約化に際し、今までその小児科病棟50床を150床に病床数を増やして集約化ができたのであればいいのですが、病床はそれほど増えてないとなると、患者側にとっては必ずしも得策ではないような気がするのですが、いかがでしょうか。

山田 おっしゃるとおりだと思います。要するに医療が崩壊するから、守りの姿勢で、たとえが合っているかどうかかわからないですが、例えば大きな城に兵員と食糧と武器をしっかりと入れて城門をしっかりと閉ざす、というような感じではいけない。救急医療というのは、城にこもっていても戦えるわけではないので、救急医療の平原にどうやって打って出ていくかということが大事ではないかと思います。

吉井 集約化に関しては、横浜市では、救急小児拠点病院、それから基幹病院が集約を図ってやってくるという状況はあります。ただ、医療資源との絡みで、やるほうは大変です。集約されたほうも。横浜市の場合には、今まで初期救急は、小児科も内科もそうですが、準夜帯だけで深夜帯はやっていない。その部分はかなり二次輪番に回ってきていたわけです。それが二次輪番で小児救急をできる数が減ってきました、それを拠点病院というかたちで集約化してきた。ただ実際に、さっきもデータをお示しましたが、横浜市360万人口のうちで、時間外で小児が1日当たり325人くらい。そのうち入院する患者が16.8人。ベッドとしては16から20あれば十分だろうという状況で、ほとんど外来の診療です。それもかぜの患者さん、喘息の患者さん、そういったことが中心になってくるので、同じ集約するとしても、機能がどのくらいなのか、どういう患者をどこでどう診るのか。全部集約された病院で、軽症の患者を診たらとてもたまらないということもあると思います。

■ 医師会の協力について

座長(島崎) 前原先生、医師会がけっこう協力されておられますよね。意外に思ったのですが、何かそういう医師会の先生方に対して働きかけるとか、

あるいは医師会の先生方にインセンティブが働く可能性があるのか。そのへんのところをお聞きしたいのですが。

前原 ええ、私も大変意外だったのです。実はさっき9病院とお話しましたが、今10病院。要するに私どもの病院が4月から始まりましたので1つ増えたわけですが、これは医師会の先生方の危機意識が高まってきているからなのです。要するに自分のところの中核病院がつぶれてしまったら困ると。それだったら何とか手助けしようという機運が地方で高まってきている。ですから非常に地方の医療圏は切羽詰まってきているわけです。医師会も反目しているような状況ではなくて、我々もやらなければもう駄目なんだと。病院がつぶれてしまうところまでいっていると解釈していますが。

座長(島崎) それは先生、中核病院が医師会の先生方と話し合いをしてとか、あるいはそういう何か場を設けて？

前原 ええ、もちろん、そうです。

座長(島崎) そういう実情を話されて、ではそうしようという話になったわけですか。

前原 そうですね。私のほうから医師会にお願いしたというのが始まりですが、いずれにしても医師会のほうもそれに応えるという気持ちを十分に持っているということだと思います。

辺見 それがもっと進むと、開放型病床というのでしょうか、医師会の先生用の病床もできつつありますか。

前原 いや、開放型病床とはまた別のもので、医師会の先生方が一定時間、準夜帯に来ていただいて小児科を診るとか、あるいは内科を診るところもあるようですが、そういう診療をお手伝いしているということになります。一次救急のトリアージです。

山田 今の医師会との関連ですが、小児夜間休日診療の点数が最初300点、450点、この4月から500点付いて、今、小児科救急の医療としてのインセンティブがあると思うのです。今、このシステムは全国250カ所以上あると思うのですが、点数が付くということと、小児救急医療が崩壊するという地域に対する最後通告を病院がしたわけですね。そうすると、医師会のほうも、「いや、それはちょっと困るから考えましょう」ということで、全国にこのシステムが広がったといういきさつで、開放病床とは話は別で、本当の背水の陣というような状況に追い込ま

れたというのが現状かと思います。

■集約化と機能分担について

座長(高橋) 次に、フロアの方から、今の集約化とかあるいは地域連携についてご意見ありましたらどうぞ。はい、藤原先生。

質問者 土浦協同病院の藤原と申します。吉井先生、横浜市の救急体制の実情を聞いて、ちょっと不思議に思ったと申しますか、驚いたのは、救命センターが5カ所ありまして、年間に4万7,000件を受けているというのは聞き間違いでしてでしょうか。5つの救命センターの収容件数が年間4万7,000件だと少ないなと思ったのですが。実は集約化と申しますか、機能分担がうまくいっているのかなと思ったのです。というのは、私どもの病院が、1カ所です。年間5万2,000件の時間外を受けていますので。私どもの地域では、集中化が極端に起こっているけれども、横浜のような大都会ですと、集約化ということと機能分担が非常にうまくいっているのではないかと申すことを、実は感じたのですが、大都市における救急の、救命センター、二次、一次がうまく分担してやっていくという、その実態をちょっと教えていただきたいと思いました。

吉井 さっきの横浜市の救命救急センターの受け入れに関しましては、時間外に限って、ウォークインの患者が3万7,000人。1日当たりでいうとウォークインの患者を100人診ています。

質問者 そうしますと、救命センター5つでは、どのくらいの時間外救急を扱っているのでしょうか。

吉井 救命センター、時間外の患者としては12%です。

質問者 はい。一次を含めた小児科の体制とか、救命センターの集約化と機能分担が理想的に行われているのではないかと申すものですから、その辺をお聞きしたかったのです。

吉井 救命救急センターに関しましても、小児科の拠点病院に、救急基幹病院に相当するところとそうではないところがあります。5つの救命救急センターのうちの3つは救急基幹病院に入っております。ですから救急基幹病院5施設と書きましたが、実際には8施設ということで扱っておりますし、小児では、非常にうまくいっている、連携が取れていると思います。ただ1つ1つの病院の経営の問題からいくと、やはり大変なのではないかと。補助金の範囲

ではとても経営できない状況ありますから。産科の問題とかいろいろな問題がありますが、これだけ働いているのだから、小児科の給与をもっと上げろとか、そういった話も出そうな感じはあります。

■ 横浜市の救急医療について

座長（高橋） ほかにフロアから、前原先生の地方の救急医療の演題についてはいかがですか。なければ吉井先生のご発表について演者のなかでディスカッションしていただきたいと思います。横浜ですが、非常に複雑な所です。連携はむしろ地方のほうがやりやすいのですが、横浜のような所だと、いってみれば学閥、いろいろな大学が交じっていますからなかなかうまくいかないような所だと思うのですが、うまくいっているという気がします。横浜市においては、救急医療検討委員会というのは非常に活発にやっているのでしょうか。

吉井 平成17年くらいから始まりまして、年に2回はやっていると思います。そのなかで、いろいろな問題点、特に平成17年、18年くらいは小児科、それから産科救急などが問題になって、そこで拠点病院の話とかそういったことが出てきていますので、健康福祉局、昔の衛生局と、今は安全管理課とありますが、要するに救急の消防署、それと医師会、病院協会でかなりシビアなディスカッションをしております。今、始まっているのは、脳卒中と心臓に関して特化したネットワークをつくることです。実際、二次輪番とか、そういったところで診ている心臓の疾患が、大体1日1.2くらいです。特に循環器に関しては、横浜市ではかなり医者が増えていまして、いくつかの病院が患者の奪い合いをしようかというくらいの感じです。だから、せっかく医者をそろえて待っているのに、患者が来ないという状況があったり、脳卒中に関してもそういった傾向です。ただ脳卒中に対しては、ベッドは埋まっています、なかなか出ていかないところがあります。そこらへんを考えると非常に問題があるので、やはり横のネットワーク、縦のネットワークというか、後方、前方も含めてネットワークをどう構築しようかと、救急検討委員会のほうでも真剣に考えております。

座長（高橋） この吉井先生の演題について、ほかに何か。

辺見 ネットワークになかなか入りにくい。例えば心筋梗塞でも発症すぐ入るのは必ずしも多くない

ですよね。そこに関してはいかがなんでしょうか。

吉井 特に脳卒中に関して、急性期も含めて、本当にネットワークを組もうと。救急救命センターだけではなくて、脳卒中センター（ストロークセンター）を持つところがぼつぼつ出てきておりますので、そこらへんが中心になって、ネットワークを組んで、できるだけ早く、患者さんを運んでこよう。一部には医師会とも連携して、リスクのある人を実際に診ていて、こういう症状があったらすぐ診れるような、予防医療にもらんだかたちのシステムを考えていけないといけないのではないかとということも検討されております。

辺見 それは病院だけではなくて診療所レベルから連携しておかないと、早い時期に適切な対応ができないと思うのですが、多摩地区でもなるべく早くと思っていますが、まだそれが十分に周知されていないので、20%くらいの患者さんがネットワークの恩恵を受けている。あとは、やはり時間が遅れている可能性があると思っています。

吉井 医療連携も疾患別というか、例えば脳卒中のグループ、それから心臓のグループ、あるいは消化器のグループ、そういったかたちの連携をどうやっていこうかという取り組みが、横浜の特に東部地区、北部地区、そこらへんで始まってきております。そういう流れのなか、疾患別にネットワークをどう組むかというのは、非常に重要な問題、これは病診、病病、両方含めてですね。それと救急はどうリンクするかという問題もあると思います。

座長（高橋） 前原先生。

前原 43%は輪番病院以外の病院が診ているのではないかとこの質問が付いていましたが、これは、先生、二次救急ですね。救急車だけですか。一次は入っていない。そうすると、輪番病院は公表していないわけですね。

吉井 特にどこが診てるかという、輪番病院の救急センターとか、それから基幹病院を除いたところが輪番日以外の日にも43%の患者を診ているというのが現状です。

座長（島崎） 輪番制はそれなりにやっているけれども、それ以外の病院がけっこう診ているということだと、例えば輪番制やめて固定性にするとか、東京が実はそうなってきているのですが、そういう話し合いはないのでしょうか。

吉井 輪番病院以外のところが診ているというこ

とではなくて、輪番病院が輪番当番日以外の日にもけっこう診ているということです。

座長（島崎） 輪番病院が診ているということ。輪番病院のなかで、では固定性にしてというような話にはならない？

吉井 これは、また行政に要求を出していかないといけないのですが、輪番病院の当番日に関する補助金がありますよね。だけど実際には、補助金のない日にもかなり救急の活動をしているわけです。それは43%なので、出来高ではないですが、補助は出ないのですかということ、これから行政には言っていないといけないと思います。

■ 軽症患者をどこで診るか

座長（島崎） もう1点。かなり軽い患者さんが救命センター等へ来られていますよね。70~80%。地方型ですと、救命センターが比較的軽い二次あるいは二・五次を含めて診るというのは、機能としてそれなりの意味があると思うのですが、横浜のような大きな都市で、しかも救命センターがたくさんあって、二次輪番制もうまくいっているところで、そういう軽症が救命センターに来るといのはどのようにお考えですか。あるいはそれでいいと思っていらいっしょる？

吉井 これは横浜市だけでなく、神奈川県全体だと地方色が入りますから、その平均したところが大体80%と20%。やはり軽症があまりにも来すぎというのはあると思います。ただ救急全体を見ても、軽症の患者が80%、入院が必要な中等症以上と考えた場合にそれが20%しかないわけです。この80%がやはり本来の救急といわれるものを相当圧迫しているのではないかと。

座長（島崎） そうですね。実は、我々の病院も年間4万人来るんですが、救命センターの患者は2,000人です。実情としてはそうなのですが、ただし、我々のところの救命センターは4万人の軽症に対しては、病院としては救命センターでなくERシステムを別にとって、そこで全病院レベルでバックアップ体制を敷いている。救命センターとは別に診ているのですが、それだと救命センターそのものに軽症が来て、重症が診れないという矛盾は起こっていないのです。先生のところの救命センターでは、そういうシステムはとっておられない？

吉井 病院によってはER型に行こうと考えてい

るところもあるのですが、横浜市の夜間の1日当たりの救急患者が1,000人です。救急システムに乗ったり、いろいろなアンケートでうかがっても1,000人で、しかも軽症が多いので、これはアメリカのERみたいなものは必ずしも必要ではない。医療必要度の高い救急の患者というのは、そんなに多くないんですよ。そういう意味ではちょっとERもどうかなのという。しかも採算性も考えないといけない。採算性を考えるととても悪い、という認識を持っています。

辺見 似た質問かもしれないのですが、12%が三次対応というのは多過ぎて、東京では東京消防庁を入れても、さっき島崎先生が言ったように、重症と重篤というのが救命の対象になりますが、46万人のうち2%です。救急を志した救急専門医というのは、石川先生、やりがいですか、満足ですか、プライドとか。ERに使ってしまうと救命医がやめていってしまうと思うんですよ。病院の経営としてはERをやってくださったほうが楽かもしれないのですが、後期研修で救命を志す人が何と8,000人のうち60人くらいしかいない。それを病院の好き勝手に使うと、三次救急の崩壊になるのではないかなとちょっと心配するのですが。石川先生いかがでしょう。

石川 島崎先生のところのように、2重構造でやるというのは、なかなか市中病院では難しいです。こちらは重症救急患者、こちらは一次患者というのは市中病院では難しいので、うちは窓口は全部一緒です。4万6,000人の患者さんが同じところに来て、重症もいれば軽症もいる。そういうなかで、もちろん研修医教育などもやっていますので、いかにうまく患者さんを選別しながら、診療をうまくやっていくかということかと思えます。一次患者が多いというのは確かに問題なので、それを減らすことをまず考えるということはいいいのですが、それを分けてやるというのは市中病院では難しいと思います。名古屋市も県も積極的になって減らす啓蒙活動をはじめました。パンフレットをつくったりということをやっています。最悪の場合はお金を取るということになるかもしれません。それはある地域ではうまくいっているのです、名古屋市もそういったことを考えないといけない時期かもしれません。

■ 小児救急医療について

座長（高橋） 総合診療部と救急部の問題はまた

討論したいと思います。次に山田先生の小児救急についてはいかがでしょうか。

質問者 小児科には大きな問題が起きてると思います。先ほどありましたように、開業がすごく増えていて、勤務医は中小病院で非常に疲労している。しかもコンビニ化している。かからなくていい患者がどんどん救急に来ています。もうこの流れは止まらないというか、こんなことで来なくていいよというのを一体だれが教育するのか。開業ラッシュのなかで、開業の先生たちは、軽くても何でも、1人でも自分のところに来てほしい。今、開業のなかで勝ち組、負け組が出ているんです。ですから、決して開業の先生のほうから、「こういう病気でかからなくていいよ」という教育はなされないと私は思っています。

小児科学会は、大きな都市のことを考えて中核病院とクリニックというかたちにしたのか。では中小病院の小児科は、未来的に存在意義はなくなるのか。ところが小児科というのは季節性もすごく大きい科です。二次だけど入院が必要というものを、今から三次病院が全部受けてくれるのかどうか。今の若い患者さんたちには、時間外だとか日曜日だとかいう観念は全くありません。これを教育するのは至難の業です。やはり引き受けるなら引き受けるで、三次病院でまず選別する。開業の先生たちをネットワークに組み込むかどうかしないと、もう不可能なのではないかと。田舎の県ですと、外れのほうから中核病院に行くというは大変です。ガソリン代もかかりますので救急車を頼んだほうが簡単です。ですから、中小病院の小児科の未来はあるのかという点と、中核病院はすべてを受ける覚悟ができていくのかということについてお尋ねします。

山田 小児救急というのはいちばん、矛盾というか問題点が噴出しやすい。だからこそ、10年以上前から小児救急の危機が言われてきたのですが、よく考えてみると小児だけではないんですね。周りの医療、救急も含めて内科の崩壊というのかなり進んでいます。そういうなかで小児だけどうしようかと言っているのではもう駄目だと思います。まずは、そこだと思います。

それからもう1つは、国民側というか全体の側に立って考えてみたら、何でも望めば物がすぐ手に入る。それがみんなに定着している。そして業績を挙げるために、自分の周りだけ一所懸命する。病気も

同じで、悪くなったら、ほかのことはどうでもよく、医療資源などは考えないし、医療における信頼関係もあまり考えない。石川先生が、医療崩壊について国民は知らないし流行語にもならないと話されました。国民自体の問題意識ということがあるので、そこだけマイナーチェンジしようとしてもかなり難しいんですね。だからここでいちど、全体の医療をどう考えるか、厚労省の視点も含めて考える必要があると思うのです。

もっとも、そんなことを言ったら始まらないので、どういうときに小児の受診をするかしないかを、公共広告機構か何かでアピールしていくべきだと思います。不要な受診というのは非常に多い。だから今、小児科学会では、ホームページとかいろいろなネットワークないしは電話相談で、それをできるだけ客観的に見て、こういったところがいいですよという適性を示そうとしてるんです。

もう1つ大事なことは、現場において、先ほどほかの演者の方が触れられましたが、トリアージというものがあるんです。だから本当に救急は何なのか。病院へ来て、本当に重症な人は即診る。いわゆるcriticalは待ち時間ゼロ、emergencyは15分以内、urgent、いわゆる準緊急は1時間以内、non-urgentは2時間か3時間待つというのは病院のなかの常識、そしてそれを、地域にも定着させる。そうすることによって、いわゆる間接的な患者教育にもつながっていくのではないかと思います。現場の努力と、国民全体に対するアピール。そういったことを重ねていくしかないと思いますし、小児科だけでどうしようとしても、到底無理だと思います。ほかの診療科と連携することがすごく大事だと思います。先生がおっしゃったように、中核病院にはその覚悟などは毛頭ありません。だから私たちは、「それはおかしいよ」と。ポーズだけではこの話にならない。だけどよく考えると、専門性は内科でもとことん進んでいます。専門以外は診ないと。小児でもだんだんそういう傾向になってきています。それは非常に由々しきことなんで、いわゆる総合医とか、家庭医制度をもう1回見直してみる必要があるのではないかと考えています。

座長（高橋） 中小病院の小児科は要らなくなるのかというご質問に対してはどうですか。

山田 それも含めまして、先ほどもお話ししましたように、そういうことはあり得ません。その地域

で考えることであって、今、高橋先生がおっしゃったように、茨城では小児科医が20名以上の病院がないと。そういうときに中核病院をつくれればいいというのはどだい無理な話で、だから地域がそういう危機意識を持って、一緒になって考えることは必要だと思うんです。だから基本問題はこれでいいかもしれないけれど、応用問題はその地域で考える必要があるのではないかと思います。決して不要とは思っておりません。

辺見 山田先生も小児科だけの問題ではないと言う。これはある意味では医学教育というか、卒後教育に今まで欠陥があったのではないか。すぐ専門医になる。ほかのことを何も知らない。例えば内科でも循環器、消化器、呼吸器などがありますが、循環器の先生に吐血を診てくれといっても、たぶん断りますよね。今、幸いに前期研修医制度ができたので、多少は改善すると思うのですが、軽い患者さんは待たせればいいのですが、本当の意味で中等症以上に対応できる医師がそんなにいるのか。医師数が増えたにもかかわらず、救急が必ずしも良くなっていない原因の多くは、1つはそこにあるのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

山田 まさに、先生のおっしゃったことを、我々も本当に痛感しております。だからこそ、臨床研修だけでは解決できる問題ではないと思うので、医療倫理の問題も含めて、医学部教育からそういう意識を変えていかなければいけないと思います。救命センターで本当に適正な患者を診なければいけないのに、老健施設から、いわゆる看取りの医療を救命センターに出さざるを得ないような状況も出てくる。だから、これは社会全体のことを見ていかなければいけません。本当に二次医療、三次医療の病態を診られる医師が非常に少なくなってきています。これに関しては、その組織の自助努力も必要だし、根本的な教育システムの見直しも必要かと思えます。

辺見 先ほどの提案のなかで、小児科救急から小児救急へというお話がありました。国民も僕らも非常に明るい話題だなと思うのですが、実際に外科系のこと、例えばトレーニングすれば重症熱傷を小児科の先生に診ていただけるのかなという気がする。

山田 まさにそうだと思うのですが、私も先ほどお話した、いわゆるトリアージの初期対応というかたちを考えています。スーパーマンの小児科医なんて絶対あり得ないわけで、やはり小児内科をベ-

スにして、ただ、特に若い人たちは、ある程度救急という病態に対して理解をしないことには話にならないわけです。小児は特殊ですよ、だから小児科だけで全部解決しますよ、というのが今までのスタンスだったわけです。だけど、急性疾患、真の救急に対応するためには、ある程度成人も診る。ただし、sub-specialityは小児だということにしていかなければいけない。だから熱傷の治療にとことん付き合うかという、それは時間的にも知識的にも不可能だと思うのです。初期の対応はできる、少なくとも子どもの救急に対しては。救急の教科書を見ても、小児内科しか書いてないのは日本だけなんですよ。欧米の厚い教科書を見ても、外科系のこと全部、脳外科まで載っています。だからある程度見識のある人たちの養成していくスタンスが必要ではないか。間口だけかもしれませんが、それはそれでいいんじゃないかと考えています。

■救命救急センターの医療崩壊について

座長(島崎) では、次にいきたいと思います。もし時間がありましたら、後ほど、皆さんにお聞きしたいと思います。続きましては、石川先生の救命センターも医療崩壊の危機に瀕しているというお話ですが、まず演者間で何かご質問ありますか。

辺見 愛知県で救命センターがドミノ倒し状態というのは非常にびっくりしたのですが、食い止める対応は、今、どのようになされているのでしょうか。

石川 先ほど、愛知県の地図でお示ししたとおり、やはり、津島、尾張地区は公立病院もほとんど機能しなくなっています。愛知県西部の救命救急センターの院長先生が、テレビなどでいつも言っているのは、やはり一次の患者が多いということで、患者さんの啓蒙とかそういうことを含めて活動しています。

全国でも話題になったので、新城の市民病院が崩壊したことは皆さんもご存じかと思えます。その患者さんが岡崎、安城のほうに押し寄せて、愛知県は今、間違いなく危機的な状態だと思っています。

その対策は、医師の派遣の問題もあるので、地域医療をもっと再生させていかなければいけないという話で、大学あるいは大きな病院が中心になって、公立病院の改革の問題に取り組んでいます。

座長(島崎) 救命センターについての先生のお話しは、救命センター全般というか、救急医療全般の典型的なお話なんです。二次あるいは一次のし

わ寄せが三次に来て、三次がドミノ倒しの今の状況で、まず1つ、救命センターとしてはどうされたいんですか。マンパワーを増やせとか、いろいろなことがあると思うんですが。

石川 当院ではマンパワーはこれ以上増やすことは難しく限界かと思っています。

座長（島崎） 救急の専門医は何人おりますか？

石川 救急専門医は4～5名です。研修医中心に頑張っています。老健施設などから看取りが近い患者さんが送られてくるのは日常茶飯事で、誤嚥性肺炎起こして送ってこられるのはいいのですが、帰るほうはまず受け取りません。医療従事者のなかで、患者さんのやりとりをちゃんとすることを理解しないと。救命救急センターへすべて送ったら救命救急センターが駄目になってしまうという認識を持たなければ、と思いますね。やはり地域の医療はみんな守っていくんだという認識がみんなにないと難しいと思います。

座長（島崎） 実は救急医療というのは、救命センターだけあるいは二次救急医療機関だけというのではなしに、後方病院を含めて、それぞれがずっと横一線に並んで、救急患者という1つの領域のなかで動いているわけで、どこか1つ滞ると必ずその後ろがみな駄目になってしまう。救急の出口としての後方病院、あるいは療養型病院の数が減っているということも含めて、非常に重要だと思います。先生がおっしゃったように、我々のところも、療養型病院から、その病院の指導されてる先生方が診ればいいものを、ターミナルも含めて救命センターに送ってこられるんですね。救命センターから出ていくときは、先生がおっしゃるようになってくれない。とれない事情もあるんですね。ですから、後で話しますが、自民党の社会保障制度調査会などでは、厚労省のほうでも、救急患者の流れのなかで、例えば後方病院、療養型病院へ移るときは、診療報酬等も含めて別のシステムをつくるかそういうことが必要じゃないかと。そうしないと、流れとしては非常にまずいという気がします。いかがでしょうか。前原先生。

前原 患者数の変化で、平成12年と16年のところが非常に印象的だったのですが、平成12年のときには多数の病院が救急に参入して、その結果減っているというお話でした。これは、私、不勉強なんですけどその時はどういう状況で多数の病院が参入しよ

うとしたのか。何か理由があったのでしょうか。そういうことをまた再現すればいいのだとも思いますが。

石川 うちの病院の周りに、大学病院を含めていくつもの急性期病院がありますが、当時は間違いなく、そういった病院で救急車を積極的に受け入れる方針が出され、患者さんはみんなそちらへ行ったんですね。その時は、それぞれの病院は救急医もしっかりしていて、ベッドも確保してやっておられたのですが、3年、4年経って看護師が不足していったり、あるいは医師が耐えられないと当直をやめたりということで、今の時点ではもうほとんど機能していない病院もありますし、救急病棟を縮小している病院もあるので間違いのないと思います。

前原 わかりました。地域的な問題ですね。

石川 救急をやると確かに病院経営はある意味良くなるんですね。我々の病院では、救急をやらないと収益が上がらないという認識でずっとやってきたので、恐らくそういう急性期病院も平成12年頃はそういうことで取りくみ始めたものと思います。

座長（島崎） 収入としてはそれなりにいろいろ良いと思うのですが、ただ、本来重症患者で何とか病院収入を上げようと思うのに、逆に非常に軽い患者がそれも圧迫してしまうということもありますよね。先生がおっしゃってた4万5,000人ですか。ほとんどが軽症ですよ。多くの救命センターでそれに近いようなことが今起きているわけですが、ER型を含めてどういふかたちがいいか。先ほどちょっと言いましたように、我々のところではERは別にしているのですが、一緒にするとしても、どういふシステムを組めばいいのでしょうか。救命センターのなかだけで全部の患者を診て、そこに病院の全先生がアattendするということなんでしょうか。あるいは別のことを考えたほうがいいのでしょうか。

石川 研修医教育もありますので、システムとしては研修医、1年目、2年目あたりが前面に出て、トリアージから初期診療をする。その後、もし重症であれば専門医が、ということで、例えばICU、CCU、HCUには専門医が当直して対応するという2段階構えのようなシステムで救急患者を受け入れ、我々はそういうかたちがいちばんベストだということとってきました。そうしないと多くの救急患者をこなせないということです。

座長（島崎） そうすると救命センターも、病院の

全診療科のスタッフがアテンドして、病院全体で救急をサポートするというシステムですね。

石川 そういことですね。だから昔の院長は、「救急をやりたくない人はやめてください」と言わざるを得ない。全病院あげてやらないと救急当直は回りませんから。

座長（島崎） じゃあ、先生もその方向へ、先ほどの最後の……。

石川 それが難しくなってきました。今は、例えば精神科の先生は、救急をやれといたらやめますから。眼科も難しいと思っています。救急やるんだったら病院には来ない。総合病院では勤務しないとされます。

座長（島崎） それが問題ですよ。

座長（高橋） 私は今でも、さっきの病院長と同じように、うちの病院は救急をやりますと、やらない医者はやめろと。維持するにはもうそれしかないと思うのですよ。

座長（島崎） やめられて、どうするのですか。

座長（高橋） 要するに大学の医局に返すんです。そうするともっと良い人を送ってくれます。

座長（島崎） そうか、それは先生の人徳で……。

座長（高橋） いやいや、要するにやる気がない医者があると他のやる気のある医者がいやになっちゃうんですね。悪貨は良貨を駆逐するということになるので、私はそれは院長の仕事だと思って、3回注意しても直らない医者は医局に返します。今まで8人返しました。ほとんどが救急です。

座長（島崎） 8人来たんですか。

座長（高橋） ええ、来ました。

辺見 救急医っていうのは重要だと思いますよね。やはり救急医は救命センター、特にICUをやってほしい。病院全体でやらないなら、ERなんてやらないでほしいと。それを救急医に負担させるということは間違いだと思います。どんなに忙しくてもそれはやりだすと、救命センターの崩壊がすぐに起きます。

座長（島崎） 救急医ももちろんそうですが、救急以外の先生もね。私も診療報酬上、あるいは労働に見合う評価を含めて、救急医はもちろんそうなのですが、全病院のスタッフが協力するにしても、夜中寝ずに働く先生方には、診療報酬、環境整備を含めてそれなりの評価が絶対必要だと思うんです。それと先ほど石川先生がおっしゃったノープレッス・オ

ブリージュという、要するに医師の尊厳ですよ。これはまさに病院長の仕事だと思うのですが、夜中働く医者に対してそれなりの尊厳を持たせるようなことを、その病院長・管理者は絶対に考えてあげないと駄目だと思います。それから、病院のなかでも収入のディストリビューションをきっちり行う。救急医だけでなしに、夜中働いた先生に対して当直料ではなく、診療報酬あるいはプラスアルファの夜勤手当などで報酬評価を考えてあげないと。それは絶対条件だと思いますね。それがないとやはり救急医療が成り立っていかないと最近思っています。国もちょっとその辺のところをぼちぼち考えだしているかなという気はしますが。

質問者 京都南病院をやっております清水といいます。私のやっております病院は250床で、石川先生が言っておられたドミノ倒しの第1番目の倒れる病院に位置するところです。大きな救命救急センターは地域の財産なんですよ。そこを守るためには三次救急に特化してもらいたい。我々のような病院は一次、二次を頑張ります。私のところはすぐ近くに京都第一日赤がありますので、そこに重症の患者を送ります。でもなるだけ重症の患者だけを選んで、月に2、3例だけ送ります。それ以外はほとんど私のところで頑張ろうとしています。ところが頑張りたいのですが、ドミノ倒しのように倒れてくると、島崎先生がおっしゃられたように診療報酬で何らかの補填をしていただかなければ難しいのではないかと。大きな病院は守るべきだと思います。その守るためにも、我々のようなドミノ倒しのいちばん最初に倒れる病院に何らかの補助というか、そういうかたちをやっていただけたらと思います。それを日本病院会としても訴えていただけたらと思います。

座長（島崎） まさにおっしゃるとおりで、救命センターだけの補助金というのではなしに、二次救急医療機関に対する何らかの診療報酬の保険収載は考えないと駄目だなという気はしております。ほかにいいがでしょうか。

■医療事故、医療過誤について

質問者 関西労災病院の奥です。いろいろおうかがいして、体制のほうの話は、確かに非常に難しいところはあるのですが、我々病院をあずかる者、現場の者としての意見をちょっと言わせていただきました。ちらちらとご意見として出ていたのです。

が、我々のところも救急医療は非常に大事な使命として、ICUをかかえてもう30年近くになるのですが、いちばん大きな問題は、後方の各診療科の医師のサポートがないということなんです。救急医の先生方が一所懸命頑張って救急の患者さんをとると、ICUも限られていますし、あとの治療は専門医に任す。重症のトリアージをして、重症初期管理を救急がやって、あとは後方の先生に任せましょうという方針をとっているのですが、そういう先生方のサポートがなかなか得られない。「救急がとったんだからおまえのところでちゃんと診ろ」というような態度で接されるということがあります。各科の若い先生方の救急医療に対する意識が非常に低い。先ほど石川先生もおっしゃったように、患者のQOLでなくて自分のQOLを非常に大事にされる先生が多くなってきた。こういう先生方の意識を変える。これは卒後教育というのではなくて、恐らく医学部に入る前からの教育が必要なんだろうと思うんです。そういう社会的な意識の変化というものはやはりつくっていかねばならないだろうと考えております。

私も石川先生のところの歴代の院長の先生と同じように、「救急は労災病院の使命だ」と。「だからみんながやらなければいけない」と指導して、必ずやりなさいと言うのですが、必ず若い先生方から、「責任を問われたときに、だれが責任を取ってくれるんですか」と。「すべての先生が専門領域を診るわけではないので、何か間違いが起こったときにどうするんですか」と言われます。そのときに私がいつも答えるのは、医師として最低の標準的なレベルを満たすことだけはしてくださいと。それ以上のことに関しては、病院がきちんと責任をとりますからと説明していたのですが、最近はそのことでは追いつかなくなってきました。最近、脳外科の先生が救急をやっておられて、お腹の患者さんを見落としたという結果がよくなくて裁判になって負けていますね。ああいうことが起こりますと、私のトーンも段々と下がってきます。「先生が診れると思ったら診てください」というようなところまで今下がってしまいました。そういう訴訟の問題を非常に危惧しているのですが、医療事故、医療過誤というものが刑事訴訟になってきている時代です。これは非常におかしいことであって、我々は、義務を負って患者さんを診てるわけです。すべて完全に診るわけにはいかない。そういうことをきちんと司法関係の人々

も理解して、ノープレス・オブリージュじゃないですが、そういうことをある程度世間に理解してもらうように皆さんにお願いをしたい。我々もどうすればそうなるかわかりませんが、非常に長い年月をかけて、世代を通じて教育していかなければならない問題だろうと考えています。

それから、長くなって申しわけないですが、最後に、軽症の扱いについてです。シンガポールですか、やはり救急車の出動回数が非常に多くなって問題になっている。医療機関を受診したときに、先ほどから言われているように、軽症の場合には救急車にちゃんと料金を払う、あるいは初診料を払う。そのためには国民に対してきちんとした医療の教育をして、こういう症状の場合には救急車を呼ぶ必要がないのだと、一定の期間、教育したうえで、救急車の使用方法の指導をする。間違ってしまったときにはやはりそれなりのペナルティを課すということも考えられていると聞いておりますので、そういうことも考えられるのではないかと思うのですが。石川先生、コメントをいただきたいと思います。

石川 うちの病院にも先生のところと同じようなドクターが時々います。自分が間違っただけで医療事故になったらどうするかという。でも、それは病院の全体の医師の雰囲気でも閉じ込めるようなかたちにはしないとなかなか難しいかなと思っています。そういう人たちの声あまり大きくなると病院として対応できなくなってくるので、みんな救急はやらないといけないうものだと。病院の方針でみんなやっていて、頑張らないといけないう雰囲気にもっていかないと難しいかなということと、もし、自分で診療してわからなければ、必ず専門医を呼んで相談せよという、そういう体制をつくってあげることは大事かなと思います。それと医療トラブルに巻き込まれたら、やはり全面的にサポートするような病院の姿勢を示せないといけないうもと思っています。

座長（島崎） 奥先生のおっしゃっていたのは、1つは診療にかかわる予期せぬ死亡に関する問題ですよね。あれはだいぶ変わってくると思います。まだはっきりとはしませんが、従来型の医師法21条から刑事訴追、というようなかたちではなくなるようです。それともう1つの、専門外の部分の状況にかかわるところ、救急外来で診断がつかず、医療訴訟等の解決策としてある種オンコールシステムをきちりとりということ。私のところは軽症で入院不必

要と判断し、そのまま外来で帰すときは必ず上級医師の判断を仰ぐ。どんな場合でも帰すときは必ず見せなさいというシステムで一応やっているのですが、それで少しは防げるのかと思います。

■災害医療について

座長（島崎） 時間がちょっと押しておりますので、次に移りたいと思います。辺見先生の災害医療にかかわるところなのですが、演者間で何かご質問がありますでしょうか。フロアはいかがですか。災害医療は今までの病院自身の話とちょっとそぐわないところというか、別のところがあるのですが。

では私から。辺見先生、DMATで派遣した病院は手薄になると思うのですが、そこはどういうかたちで、今までどおりの救急診療をされるようなシステムを考えておられるのでしょうか。

辺見 確かに、DMATチームに1人あるいは2人はお医者さんがいますから、具合の悪い病院もあると思いますが、救急医がいなくなる病院は手を挙げてこないと思うのです。基本的にDMATを出そうというのは手挙げ方式で、「あなたの病院やりなさい」じゃなくて、病院として対応できる場所は手を挙げてくださいというのです。とはいえやはりそういう問題、起きると思います。しょうがないと思います。残った人で倍働くしか対応はないなど。

座長（島崎） 実際はそうですね。現場へ行きたいという先生がおられて、そうするとあとを頼み込んで、何とか銃後の守りをしてもらうという格好になるのですが。ボランティアとして行くにしても、国全体のシステムとしては、あまりにも手薄というんですか貧弱だと思うんですよね。それに対しては、やはり財政的な支援ですかね。

辺見 財政的には、でき始めたときは本当にボランティア。それから国の防災訓練に参加してもせいぜい厚生労働大臣からその病院長あてに感謝状が届くくらいだったのですが、水戸黄門ではないですから、紙では駄目だと思うんですよね。実際には救助法が出るとか、激甚は後ですが、出るときにかかったお金は請求できるようになりました。それから器具が壊れちゃったとかも。

前原 素朴な質問なんですけど、この前の秋葉原の事件のときに、DMAT、早いところでは20分を出てるんですよね。20分で隊員を現場までというのは、そこに勤務している人をそのまま横滑りにしたのか、

招集して行ったのか、そのあたりのことをちょっと教えていただけたら思うのですが。

辺見 大体救命センターは24時間365日、お休みなしですよ。そのリーダーがいちばん早い。出るのは都内なら3分が出ると。遠隔地域でもできるだけ30分以内に支度を整えて出ろというふうにはなっています。

前原 看護師なども同じことですか。

辺見 看護師は当番を決めるんです。医者ってそれがなかなかできにくいですよ。それで医者は救命のトップが最初に出なさいと。でも看護師さんたちは、この週はだれが出ると決まっていますので、かわいそうですがそういう人は30分以上遠くには遊びには行けないようになっています。

座長（島崎） 災害は、日本のシステムとしては、実はいちばんできていないのですね。ボランティアで頼んでおけば何もかもうまくいくと。都知事の石原さん自身も東京DMATについてそんな感じですよ。実際にはアメリカ型のきっちりした、国がきっちりサポートするようなシステムを考えないと、ボランティアだけでは駄目だと思います。

たとえボランティアで行ったとしてもそれをきっちり保障するようなシステム。救急医療法とか、救急災害医療法とかいうような基本法をつくらないと駄目でしょう。例えば災害のときに内閣府が考えているのは、ほとんどが国防とか犯罪防止とか健康者の退避ルートとか、そういうことばかりです。病院のなかの患者さん、あるいは現場で倒れた患者さんの救命処置、人命救助にプライオリティを置いた法律が全くないのです。これは諸外国にはみんなあります。ドイツもフランスもアメリカもあるのですが、日本にはない。最近になってようやく、それが必要だろうと考え始められたようなところですよ。テポドンが飛んできたときの国民保護法というのがありますが、あれは戦争のときだけなんですよ。戦争のときだけでも、災害に応用できるかなと思ってシステムを見てみますと、対応マニュアルの隅の隅に小さく救急医療にかかわることが、厚労省というのが小さく載っているだけで、もう虫眼鏡で見ないとわからない。あとは、ほとんど、今言ったような私たちというところだと思います。

辺見 外国のDMATというと50人単位です。日本は5人。外国が、例えばアメリカのDMATがスタートするには、人を集めるのに48時間かかりま

す。日本は現場で2時間で48人以上集まります。どっちがいいかはわかりません。法律うんぬんではないのですが、確かに地域防災計画に医療のことはほとんど書いてありません。数ページもない。けど同じように、医療側からの提案が何もなかったのも事実なんです。やはり医療側にも防災基本計画にきちんと書いてもらわないと、それなりのことをして、それなりの提案しない限り、振り向いてはもらえないと思います。

座長(島崎) 先生、ぜひとも提案していただいて……。

辺見 DMATに関しては、中央防災会議(これは総理大臣、閣僚、それから日銀総裁、日赤総裁がメンバー)が、日本の防災基本計画をつくっていますが、そのなかによろやく平成17年に入ったことは入りました。

座長(島崎) ありがとうございます。時間が少し押しておりますので、これで、終わりたいと思うのですが、全体通して、何かご質問等ありますでしょうか。

■ 社会化の努力を

質問者 福島市で救急をやっておりましたというか、有賀と申します。今日は本当にシンポジウムに参加して良かったと思います。これで自分たちがどういうことを主体に、世に向けてやるべきかということが、大体頭の中で理解できたと思います。

また面白いことに気が付きました。介護という問題です。救急医療に介護の問題は関係ないと思われるかもしれませんが、介護保険の導入の時の国の方針の目的というのが4つありまして、まさに救急医療と同じ視点で、政策を打ち出しています。しかしこの4つの政策がことごとく失敗して、逆方向に行っている。だから救急医療もドクターがこんなに頑張って知識も技術も向上しているのに、なぜに社会から批判されたり、救急医療が崩壊に向かっているのか、共通する問題がありましたのでちょっとご披露したいと思います。

1つは介護の社会化ということを行っています。みんなで、地域全体で見ましょうと。救急も医療も同じで、非常に厳しくなった場合には社会全体で救急のことを考えましょうと。評価も、見方もそうですが、この社会化を、本当に有用なものにしていくということが課題だろうと思います。

それから2番目には、医療と介護の区別です。社会的入院を解消するために区別しましょうというわけです。今見ていると面白いのですが、一般医療と救急医療の区別をしようとした。でも目的はそういった社会的入院の解消だったと思いますが、救急のことを考えますと、先ほどから話題に出ている社会的救急受診の解消、抑制。これはしっかりしていかなければいけないんですね。その辺に問題が明確に來ていると思います。

3つ目は多様なサービスの提供です。そのために頑張らしようというわけです。ところが市場経済をバックに、民間企業にいろいろさせましたが、本来の高齢者が望む介護のシステムにはほど遠いものになってしまった。救急医療も本来のサービスを提供するために、この辺のことを整備しなくてはいけない。

4つ目は運用ですが、こういう4つの視点があるわけです。私たちがこれからやらなくてはいけない大切なことは、社会と一緒にやるということで、社会に自分たちのいろいろなすべての問題をいかに広報していくか。我々、その努力が足りなかったといえれば足りなかったと思います。そういうことで社会化を全体で進めるといふことの大事さを私は感じましたし、訴えたいと思います。

座長(高橋) どうも貴重なご意見、ありがとうございました。次に、島崎先生は救急医療の今後の在り方に関する検討会の座長をされております。最後にちょっと時間をいただきましたので、島崎先生にその話と、それからもう1つは社会保険制度調査会の現状の話をうかがいたいと思います。

ま と め

島崎 修次

まとめになるかどうかわかりませんが、まず、医療にかかわるオレゴンルールというのがあります。これは3つのルールなのですが、まずフリーアクセス、すぐ診てもらえる。2番目は診てもらった医療の内容がハイクオリティ、非常に医療レベルが高い。それから3番目がローコスト。この3つです。オレゴンルールというのは、この3つのうちの2つを国民あるいは医療政策は選べますよという

ことです。だけど当たり前のことですが3つともを選ぶのは無理ですよ。オレゴンルールはグローバルスタンダードです。救急に関しては、このうちのフリー・アンド・イージー・アクセシビリティというのは絶対ですから、このまま医療費抑制政策が進むのであれば、ローコストというのは進みます。そうすると何が問題になってくるかという、ハイクオリティがなくなるということです。医療レベルはこれから、恐らくどんどん下がっていくと思います。

国民がこのことをいちばん気づかないと駄目なのです。医療関係者が必死で頑張っているのですが、その辺のところ非常に問題です。GDPのたかだか8%の医療費で、OECDの20位ですよ。だけどWHOの総合評価は日本が断トツの1位です。これを医療関係者の汗と涙の結晶で何とか維持してきたのですが、もう限界に来ている、というのが今日のディスカッションの結論だと私は思っています。

国もそれなりに考えています。1つは救急医療体制の在り方検討会というのがありまして、最初は実は救命センターだけの見直し、再評価をして何とかいけるのではないかと考えていたのですが、私、座長をしていまして、とてもじゃないがそれだけでは問題は解決しない。一次、二次のしわ寄せが三次にきているし、しかも三次の救命センターから出ていく患者を、なかなか療養型の病院等含めて受け取ってくれない。入口がどんどんいっぱいになってきて出口がふさがっている。糞詰まり状態で、救命センターだけいじっても駄目だということで、二次救急医療機関を含めて見直しを考えています。

二次救急機関の不应需（診れない）というのは、ほとんどが専門外、それから処置困難。つまりとても無理ですよというのが二次救急医療機関の診れない（たらい回し）原因です。それから、三次救急医療機関の不应需のトップは、空床がない、今オペ中である、外来を診ている。この2つで80%。そういう意味では、基幹病院の救命救急センター等は、それなりの責務は果たしている。ただししわ寄せが来ているので、空床がないので診れませんよというのが実情です。それを何とかしたい。

もちろん財政上の問題もあるのですが、問題になっているのが、重症も含めて時間外診療です。オーバーナイトを何とかしよう。二次も三次の救急医療機関も、もちろん患者の重症度に応じて、診れる範囲でたとえ1晩だけでも入院させ、その地域できっ

ちり診て、次の日の朝にバックの病院でもいいですし、あるいは周りの協力病院に転送する。翌日の昼間の患者転送は比較的受け入れやすいのです。それに対する予算処置を講じるという話も実はしています。

あとはコーディネーターが患者に応じた病院のマッチングをし、重症度をきっちり見ましょうという話も進んでいます。そういうことが救命救急医療体制の在り方検討会を含めて話に出ている。それから療養型病院も、そういう救急患者を受けとったときは、それにかかわる診療報酬等を、一般患者の療養型病院への受け取りとは別のものを考えてほしい、という話もあります。

もう1つ、国はできるだけ予算措置を講じずに、お金を使わずに何とかやっていきたいというのが基本にあります。これは問題だという気がします。2,200億円の毎年のマイナスシーリングはそのままだということで、どうも議員さん方は「仕方ないだろう」と。ただ、救急医療にかかわる4疾患5事業にかかわるものに対しては、別の手だてをつくって、3,000億円から数千億円のお金をマイナスシーリングと別にやっていきたいということを言っておりました。こうなれば少しは良くなるのかもしれませんが。

自民党の社会保障制度調査会の勉強会で、そういう話がいろいろ出ているのですが、議員さん方もそれなりに危機意識は持っていて、「たらい回しはどうしたらなくなるのか」ということで、いろいろ考えてはいるようです。

先ほどから出ていますが、救命センターでERシステムを取り組むとしたら、どういうかたちがいいのかとか、それから救急病院の集約化は、疾患別——外傷とかストロークとかMIとか——、そういうものにかかわるところを少しずつ整備して、同じ患者を診るにしても、少し特化していこうとか。それから療養型、後方病床にかかわるところをどうしようかと。

それからもう1つ、大きな問題は、先ほどから出ています卒業臨床研修です。2年間の研修期間中のわずか3カ月（麻酔を含む）で、救急研修をただだけで、各科の専門医となった医師が一般病院も含め救急患者を診ようかということには全くならないわけです。したがって卒業臨床研修システムそのものを、例えば救命センター等を含めて見直そうという動きになっています。救急といっても、何も外傷と

か熱傷とか中毒だけではなく、内科も外科も含め各科の救急患者が救命センター等に来ますから、内科、外科の必須のコアの研修に十分合うわけです。だから、救急研修をもっと長く、2年研修なら1年間研修させるのは本来の研修理念に十分あっていると思います。

もちろん、医師の数が増えるということもあるのですが、医師の数が増えても、QOMLの良いところの診療科へばかりみんなが行けば格差がどんどん広がるだけで、問題解決にはなりません。

それから、救急医療の予算確保。これは道路特定財源を一般財源化し、救急に回せばよいのです。地方自治体がけっこう地域の基幹病院の救急に関して

の財源的な力を三位一体で持ち始めています。救急医療に対する適正な財源化を図ることはきわめて重要で行政ばかりではなく国会議員にも働きかける必要があります。彼等にもこのままゆくと国全体の医療制度、救急医療だけでなく医療制度そのものが崩壊するなという危機感を持っているようで、少しは社会も国も救急に目を向けてきているなという気がします。ですから救急医療にたずさわる医師も、トンネルの向こうに光が見えるような気がしますので、あまり悲愴感を持たずに、お互いに頑張っていけたらなと思っております。

これでこのシンポジウムを終わりたいと思います。どうも皆さま、ご協力ありがとうございました。

医療安全調査委員会設置法案(仮称) 大綱案について アンケート調査 集計結果

平成21年5月

社団法人 日本病院会
医療安全対策委員会

医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案に対する 「アンケート調査」集計結果

医療事故死等の原因を医学的に究明し、さらに医療の安全確保に資することを目的とした「医療安全調査委員会設置法案(仮称)」は、医療者にとって極めて関心の高い法案であり、その法令化を視野に入れた「大綱案」に対しては、医療界のみならず各方面から様々な意見が提出されています。

日本病院会としても、この「大綱案」に対する全会員の意向を知ることを目的に、平成21年1月13日の理事会の議を経てアンケートによる調査を施行しました。対象は日本病院会に加盟する約2700施設の全会員で、期間は平成21年2月18日～3月3日、アンケートの設問は、「大綱案」の各項に沿って作成してあります。

その結果、613施設の会員から回答をいただき、大変参考になる結果を集計することができましたし、さらに貴重なご意見を数多くいただくことができました。

以下、各設問ごとに〔設問内容〕〔集計結果〕〔ご記入いただいたご意見〕を付記いたします。

平成21年5月

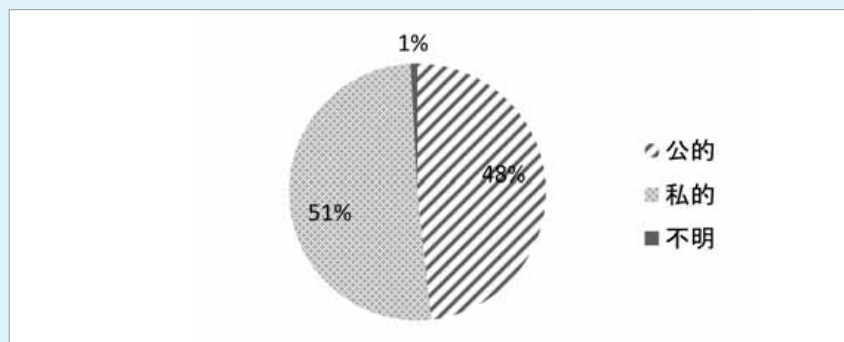
社団法人日本病院会
会長 山本 修三

医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案についてのアンケート調査 集計結果

平成21年5月

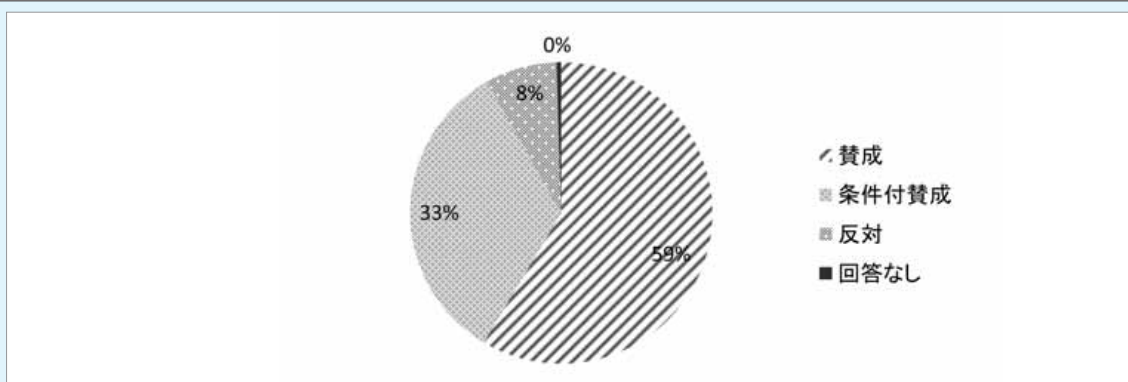
調査協力施設数：613施設

回答施設の公的：私的別

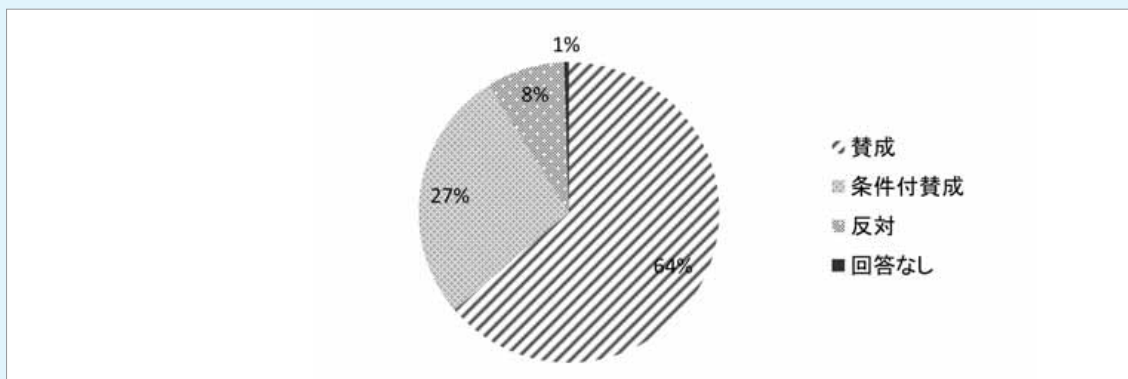


設問1. 「医療安全調査委員会設置法案（仮称）」には原因究明を目的とした地方委員会と、医療安全の勧告等を目的とした中央委員会の設置を謳っていますが、

a) 医療事故死等の原因を究明することを目的とした「医療安全調査地方委員会（仮称）」（以下「地方委員会」）の設置について



b) 医療の安全を確保するため講ずべき勧告等を行う「医療安全調査中央委員会（仮称）」（以下「中央委員会」）の設置について



◆ a) 医療事故死等の原因を究明することを目的とした「医療安全調査地方委員会(仮称)」(以下「地方委員会」)の設置について

- 医療事故(故意, 隠蔽, リピーター以外)の刑事免責を約束してもらわなければいずれも賛成できない
- あくまでも原因を究明するという目的に限定すべき
- 遺族または医療施設側が調査を求めた場合のみ対象とすべき
- 病院内に「医療安全調査委員会」が設置できない場合ならば賛成
- 名称を「医療安全」とするのは, 委員会の性格と不一致正確に「医療事故」とすべき
- 医療有害事象調査委員会(仮称)としては?
- 官庁に所属しない形であれば賛成
- 病院内の医療事故調査委員会の役割が不鮮明となる院内調査は行わない前提か?
- 全ての事例に対し迅速に対応出来る地方委員会が構築できるのか不安
- 法的権限がない
- 個々の事案の処理と全体的改善策作成を同一委員会で出来るはずがない
- まず, 多数のスタッフを有する研究機関を設立すべき
- 24時間365日, 現場へ急行できる委員が選出されるならば
- 地域差がでるのではないか?
- 国民の理解が得られれば賛成
- 費用, マンパワーなど, 病院の負担が無いよう配慮するなら設置に賛成
- 委員会のメンバーに患者側の者を入れないなら賛成(純粋に医学的な審議を担保するため)
- 遺族からの申し出により, 事故以外の調査が増加するのではないか
- 民間委託では不安が残る
- 各地方によって差が生じる可能性があるので, 一本化すべき
- 原因究明を第三者機関が行うことには原則賛成
- 設置するならば調査期間, 審議回数, 審議時間を短縮し, 医療継続の邪魔にならないよう
医師, 法律家など委員としてのマンパワーを充足させるのが現状では難しいと思う具体的にどうするのか,
まだ指針がない 条件付き賛成
- 司法へ直接提示無し
- 土日祭日もあり, 24時間以内の届出は厳しすぎる
- 医療関係者の責任追及を目的としたものでない事を明記すべき
- 当該委員会の役割に「警察への通知」を入れない
- 地方委員を罷免させることが出来る組織を有すること
- 医師会, 病院団体等, 医療関係団体から委員を出す
- 原因究明だけが目的なら遺族代表は委員として不適當
- 本来, 医療のプロのみが自発的に行うべき
- 遺族と紛争になった場合等を想定して病院側に委員会への協力拒否権を与えることを条件に賛成(いわゆる
黙秘権)
- 調査 ● 検討内容が純粋に医療事故防止のために使用され, 民事, 刑事の裁判, その他に利用されないことが
必要
- 原因究明に徹すること
- 中立的第三者機関の設置は必要であるが, 法案における組織での迅速かつ柔軟な対応や処理は, 組織の構成
上もマンパワー上も難しそうであり, 解決が必要である
- 当該事例に詳しい知識を有する専門, 臨床委員を必ず任命すべき
- 委員の構成, 任命が配慮された場合は賛成

- 地方委員会に権限がなさ過ぎる、〇〇大臣が常に出てくるのがよくわからない
- 調査のみで、地方委員会へ報告したり、地方委員会が指導、監督等をすればよい
- 実施に十分な人員・予算の確保が出来る
- 調査結果が刑事手続き等に利用されない これらの前提があれば賛成
- 明確な定義が必要 条件付き賛成
- 医療は必ず不確実性を伴うものであり、明らかな事故と医学上当然起こりうる危険との線引きが明確にされるべきで、事故の調査の必要性を過剰に認定することは、医療サービスの低下を招くことが予想される 明らかな過失によるもののみを調査するというのを念頭においてのものならあってもよい
- 原因究明と医療安全とは別の問題で、同じ委員会での検討は無理
- 正確で高度な医療知識をもって原因究明に当たれる資質を持ったメンバー構成が条件
- 速やかに原因究明するためには地方(各都道府県)に設置が望ましい
- 地方委員会は調査ではないか?
- それぞれの地方委員会が、全国統一の基準で調査(原因究明)を行えるか疑問
- 医療事故調査を目的とする機関であるが、院内調査機関の結果説明に納得できない患者側の、いわゆるセカンドオピニオンの存在として設立されるべきで、いきなり院内調査機関の活動、存在を無視して始動すべきものではないと考える 無論医療機関からの報告により活動が開始される訳だが、院内調査機関の説明の中に必ず地方委員会の存在を言及すべきと考える
- 現行の法律ではいかんともしがたい医療事故原因の究明(訴訟etcしかない)の為、設置は必要
- 権限の保持ができること
- 「医療事故死等～」の「等」とは、どこまでの範囲を意味しているのか
- 重度の後遺障害をも含む、でよいのか? 仮に重度の後遺障害も含まれるとしたら、その範囲はどのように考えたらいいか
- 当法案の具体的なマニュアルQ&Aは今後作成されるのか 期待している
- 病院または患者から依頼があった場合のみ

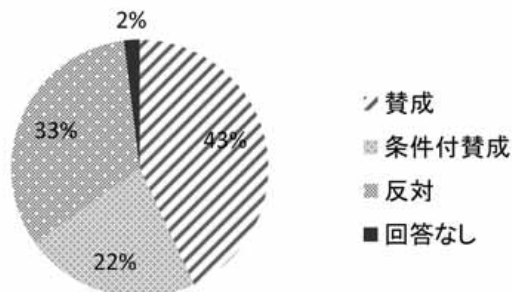
◆ b) 医療の安全を確保するため講ずべき勧告等を行う「医療安全調査中央委員会(仮称)」(以下「中央委員会」)の設置について

- 調査委員会が設置すべきとしたら、その委員会の結論で勧告が必要ならなされれば良い そのために特に委員会を設置すべきか疑問
- 官庁に所属しない形であれば
- 中央組織と地方とのシームレスな連携や意思統一がはかれること
- 地方の意見が届きやすい組織であることが条件
- 同時に、刑事免責、無過失賠償制度を制定
- すでにある医療機能評価機構をより強化することで対応するのが現実的と思う
- 委員の中に病院に勤務し、医療現場を熟知する者を含めること
- 警察への通知を、故意または犯罪・医学的に根拠のない診療行為のみに限れば賛成
- 原因究明と責任追及は本来異なるものと考えられるので、これを同時に行おうとする法案そのものに反対である したがって責任追及を行おうとする中央委員会の設置には反対である
- a), b) とともに、そもそも原因究明、再発防止を目的として実施されるべきものである 患者もしくはその家族に釈明するための政治的社会的背景からの設置では、その会の方向性に混乱が生じると考える ましてや、中央管理できるようなものではないと思われる
- 厚労省主導はダメ
- 原因究明だけを目的とした委員会とは思われないから

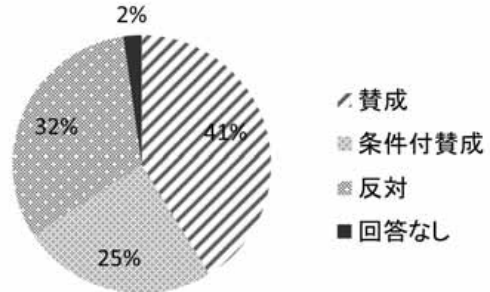
- 医療の安全を勧告するためには専門家だけで構成されるべき
- 究明を目的とする委員会設置であって、究明にあたって関係者に免責する点を明らかにすべきである
- 委員の人選がどのように行われるのか任命権者の意思次第でいかようにも委員会の性格が変わっていくことが懸念される
- 以下の質問には賛成とするが、この懸念は払拭されない
- 医師、法律家など委員としてのマンパワーを充足させるのが現状では難しいと思う具体的にどうするのか、まだ指針がない 条件付き賛成
- 中央委員会の構成、運用、機能が明確でない
- 設置が〇〇省で〇〇大臣に対して勧告、は反対
- 安全調査委員会は、独立した組織であるべき
- 中央委員を罷免させることが出来る組織を有すること
- 当面の基準作りのため一本化が望ましい
- 医師会、病院団体等、医療関係団体から委員を出す
- 医療安全向上のための提言や勧告に限ること
- 委員構成が妥当であれば
- 原因究明と勧告が別々の委員会で行われる理由が不十分
- 中央に勧告する権力を集中させることが恐怖を感じる
- 中立的第三者機関の設置は必要であるが、法案における組織での迅速かつ柔軟な対応や処理は、組織の構成上もマンパワー上も難しそうであり、解決が必要である
- 暴走しないように委員会を監視できるようにすべき
- 当該事例に詳しい知識を有する専門、臨床委員を複数以上必ず任命すべき
- 大綱案のような中央委員会なら不安
- 実施に十分な人員・予算の確保が出来る
- 調査結果が刑事手続き等に利用されない これらの前提があれば賛成
- 医療は必ず不確実性を伴うものであり、明らかな事故と医学上当然起こりうる危険との線引きが明確にされるべきで、事故の調査の必要性を過剰に認定することは、医療サービスの低下を招くことが予想される 明らかな過失によるもののみを調査するというのを念頭においてのものならあってもよい
- 原因究明と医療安全とは別の問題で同じ委員会での検討は無理
- 中央管理の必要性はない
- 大臣直轄として勧告等がされるべきであり、そうしてもらいたい
- 適切な勧告等であること
- 個別の案件についての判断は地方委員会に権限をゆだね、単に集計された案件から医療事故防止の方策を作成して、関係行政機関に勧告するにとどめる
- 国民の為の医療の観点から是非に設置すべき
- 権限の保持ができること
- 病院または患者から依頼があった場合のみ

設問 2. 設置について、大綱案では

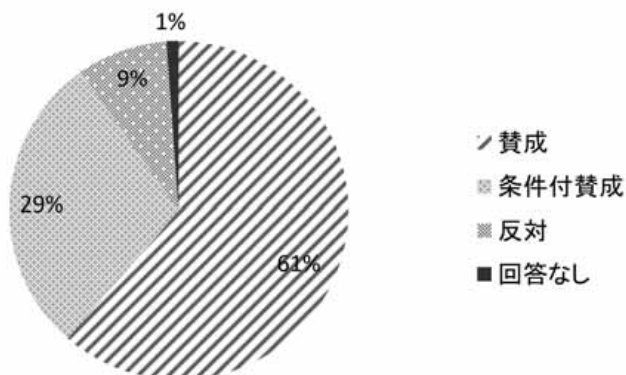
a) 中央委員会は、〇〇省に置くとしていますが、このことに対し



b) 地方委員会は、地方〇〇局に置くとしていますが、このことに対し

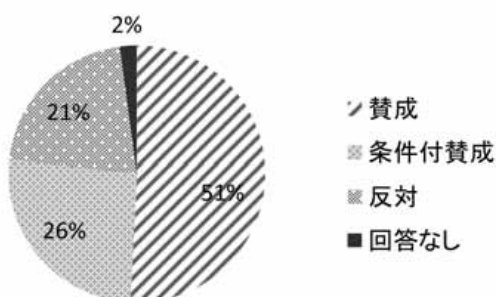


設問 3. 中央委員会、地方委員会の委員は独立してその職権を行うとし、それぞれ事例ごとに、臨時委員、専門委員からなる調査チームをおくことが出来るとしています。
この中央委員会、地方委員会、調査チームの編成について

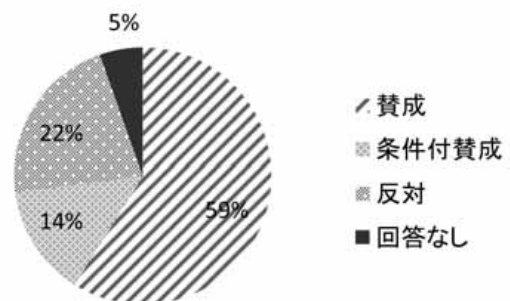


設問 4. 中央委員会、地方委員会の委員等は、医療者、法律家、有識者および医療を受ける立場にある者のうちから、〇〇大臣が任命するとしています。

a) 委員の構成について



b) 委員の任命は、〇〇大臣が行うことについて



◆ a) 中央委員会は、〇〇省に置くとしていますが、このことに対し

- むしろ行政府外の第三者機関に設置すべき
- 〇〇省が厚労省であるとする、必ずしも中立の立場とは言えない(血液製剤によるHIV感染、HCV感染など厚労省の許認可の是非が問われることもあり得る)
- 結局は厚労省しかないのでは
- どこの省、どこの部署が妥当かわからない
- 厚労省が条件であり、法務省には反対
- 省内にあっても独立性を確保できること
- 独立した医療アクシデント・インシデント研究機関の設立をしたうえで、各医療機関に予算的処置を講じて、医療安全管理委員会を充実させることが先決 病院の医師、看護師、その他の医療者の良心的医療行為の結果に対して司法権の介入を最小限にとめることを確認する法案を作成すべき
- 国家機構から独立したもの
- 組織の1つとして、窓口は必要と思われる
- 厚労省または総務省等はどうか
- 日本医師会も一緒になる必要がある
- 内閣府、日本学術会議の下部組織として
- 独立機関であるべき
- 適切な省庁がない
- 科学的な独立したものである必要あり
- 行政の関与は萎縮医学につながる
- 〇〇省はおかしい
- 医学界独自のものであって、〇〇省の統轄下におかれるのは専門性が無いに等しいと考えられる厚労省なら賛成
- 世論の動向により、政治的介入をされる恐れがある
- 現在の枠組み内に入れるべきではない
- 省庁から独立した、強い権限を持つ機関とすべき
(三条委員会) ←国家行政組織法
- 独立した組織とすべきである
- 省から独立した組織にするべきであると考え
- 第三者機関とすべき
- 少なくとも諮問機関で国の直轄ではないところに
- あらゆる権限が集中することには反対
- 中央委員会すなわち国の権限が拡大・強化されるので反対である
- 厚労省(行政)とは独立したものなら賛成
- 官公庁とは別組織にしたほうが良いので、反対
- 全くの中立的組織であるべきで、反対
- 独立した組織とすべきである
- 病院に対して直接的な上位省である厚労省でなければよい
- 厚労省等行政の下に置くべきものではない
- 特定の省なら反対
- 完全に独立した機関とすべきである
- 〇〇省自体が責任当事者になり得る
- 官僚支配を出来るだけ避け、できれば医療界のアナトミーの発揮できる組織とする

- 英国GHCモラルも、ピアレビューの組織とする
- 少なくとも独立した第三者機関にすべき
- 複数の民間団体ではできないか
- 中央官庁との連携は必要であるが、省内組織には反対
- 葉害その他で厚労省の中立性に疑いもたれた
- 十分中立な機関としていただきたい
- 独立した機関とするためには問題がある
- 「〇〇」については再検討(最適な部署で)
- 中立な第三者機関とするべき
- 厚労省に置くべきでない
- 独立性が保てる委員会
- 処分当局から独立したものでなければならない
- 医療の安全を確保するのは役人ではなく医療者であるべきと考える
- 独立した立場であるべき
- やむを得ない
- 〇〇省とは一定の距離を置くことが望ましい
- 行政ではなく、医師会等でも良い、第三者とすべき
- 医療機能評価機構の活用
- 中立性・独立性を保つため内閣府に設置
- 〇〇省をもし厚労省とすれば、捜査から責任者の懲罰、任免まで全てを独占することとなり、望ましくない
- 許認可・処分権限を持つ象徴化に設置すべきではない
- 総理府が望ましい
- 委員会は厚生労働行政からの独立性が確保されている必要があるので、厚労省外への設置が条件
- 第三者機関の設置を希望する
- 医療機能評価機構など
- あらゆる省庁に左右されない、独立性を確保するために例えば内閣府に位置づける等考慮すべき
- 内閣府でも良い
- 医療に関連する省庁
- 厚労省におくことは絶対に反対!!!
- 委員会の公正が保てるとは思えない
- 独立組織に
- 厚生労働省とは別の独立した組織がよい
- 厚労省、警察庁等からの独立性を保つため内閣府に設置されるべき
- どこかに設置することになるが、医療行政と直結すると、標準的医療のとらえ方に、無理が生じる恐れがある
- 明確に記載すべき
- 例えば厚労省としておくべきで、自治省とした場合、警察庁が設置とされる可能性が残るため
独立した組織が望ましいか(医師会、病院団体等で組織)
- 独立した機関であるべき
- 独立した第三者機関とすべき
- 省庁とは独立した機関として、他の行政司法からの影響を排除することが望ましい
- 厚労省に置くべきである
- 法務省は×
- 独立性が保てるように(厚労省、検察、警察の関与を排除)すればよい
- 中立的立場であるべき

- 省の管轄におくべきではない
- 独立した組織であるべき
- 厚生労働省となるなら、法務省、警察庁との役割分担や権限について了解が得られていることが必要 また、厚労省下に現存する、医療機能評価機構における医療事故情報収集事業との関連をどうするかも問題 各省庁が縦割りであればさらに医療現場に介入してこないようお願いしたい(同一の事例で、多数の省庁関連に報告が必要にならないように)
- 特定の省に置くのは望ましくないが、決定・判断に対して責任を明確にすべき
- 「官」ではないところが行うことが重要と思う 日本医師会が米国AMAと同様の社会的評価があればよいのだが
- 独立性を担保すること
- 病院団体に設置するという考えもあるのでは
- ○○省と決まってもいないのに賛成も反対もない
- 別の組織(○○省にとられない)におけば良い
- 他にはないだろうという、消極的な賛成
- なぜ明確にしているのかが甚だ不可解 決定してから改めて問うべき質問である 政府とは別個の民間機関という可能性もある
- 厚労省でない機関
- 地方委員会の設置だけでよい
- 省から独立
- ○○省の一部としてではなく、独立機関として設立すべき
- 本省直属の中央委員会是不必要と考える
- 中央委員会は国のどの場所に置くかは国に一任する
- ○○ではわからない
- 官僚主導による危険性大
- 役所とは独立した機関
- 厚生労働省
- 完全に独立したもの
- ○○省が具体的でないので返答しない 国民が信頼できる省なら良い
- 中央委員会は医療機能評価機構のような、行政からも中立な新しい組織で行ってほしい
- 判断材料無し
- 中央委は中立的立場での勧告が必要になるため、省庁に属さない形での設立が望ましい
- 実質的には独立した機関となるべき、が理想であるが、○○省に置くしかないのか
- 独立性を保つことができること、及び率直な提言をすることができる設置が必要
- ○○省というより、中央委に独立性をもたせることが必要ではないかと思料する 一方、政府直属の組織でも中立性、公正性、独立性を維持できるのであれば賛成である
- 中立的であればどこでも可
- 病院側、患者側の意見を、委員会でも当事者が述べられる事

◆ b) 地方委員会は、地方○○局に置くとしていますが、このことに対し

- 結局は厚労省しかないのでは
- どこの省、どこの部署が妥当かわからない
- 厚労省が条件であり、法務省には反対
- 都道府県知事の下が良いと考える

- 地方行政機構から独立したもの
- 中央委員会の下部として賛成
- 中央委員会の同系統で
- 独立機関であるべき
- 地域差をどのようにして解消するか
- 保健局なら賛成
- 世論の動向により、政治的介入をされる恐れがある
- 現在の枠組み内に入れるべきではない
- 事務的手続きなどで〇〇局に置いたほうが良い場合はやむを得ないが、その場合も委員会の権限は地方〇〇局の長より上にあるようにすべき 可能であれば独立した組織にすべき
- 各地方によって差が生じる可能性があるため、一本化したほうが良い
- 地方〇〇局とは、現在の地方厚生局をイメージするものであり、国の権限が及ぶことには変わらないので反対 第三者機関は民間の組織とすべき
- 厚労省（行政）とは独立したものなら賛成
- 全くの独立組織であれば賛成
- 原因究明は完全に学術的見地からなされるべきであり、医療行政とは切り離れた組織であるべき
- 厚労省等行政の下に置くべきものではない
- 独立した機関とすべきである
- 現存し、実働のない府県における医療安全支援センター内におく
- 民間団体ではできないか あるいは複数の民間団体で
- 独立した機関とするためには問題がある
- 中立な第三者機関とすべき
- 総務省下部組織はあるのだろうか
- 県庁に別途中立的な裁定委員会を設け、ここが地方委員会の役割を担う
- 中央委員会が独立していれば賛成
- 地域格差を生じないようにしてほしい
- 〇〇省とは一定の距離を置くことが望ましい
- 行政ではなく、医師会等でも良い、第三者とすべき
- 中立性・独立性を保つため内閣府に設置
- 〇〇省をもし厚労省とすれば、捜査から責任者の懲罰、任免まで全てを独占することとなり、望ましくない
- 許認可・処分権限を持つ象徴化に設置すべきではない
- 地方にそれだけの予算と人材が確保できるのか 解剖医や法医学の専門家は何人いるのか
- 独立した組織の必要がある
- 委員会は厚生労働行政からの独立性が確保されている必要があるため、厚労省外への設置が条件
- 医療に関連する地方局
- 中央官庁の指示で動く地方〇〇局では機能しない
- 独自の組織とすべきである
- 地方委員会はいらないのでは
- 各医療機関でよいのでは
- 費用の問題等から、ある程度はやむを得ない
- 県警等からの独立性を保った部局であれば賛成
- どこかに設置することになるが、医療行政と直結すると、標準的医療のとらえ方に無理が生じる恐れがある
- それも厚労省管轄の厚生局と明記する
- 都道府県におく

- 地方厚生局
- 独立性が保てるように(厚労省, 検察, 警察の関与を排除) すればよい
- ○○局の管轄におくべきではない
- 独立した組織であるべき
- 厚生労働省となるなら, 法務省, 警察庁との役割分担や権限について了解が得られていることが必要 また, 厚労省下に現存する, 医療機能評価機構における医療事故情報収集事業との関連をどうするかも問題 各省庁が縦割りではばばらに医療現場に介入してこないようお願いしたい(同一の事例で, 多数の省庁関連に報告が必要にならないように)
- 地方厚生局ということになるのだろうが, 厚生局が次には各県医師会へ委託となるのでは? 医師会によってそのレベルに差もあるので悩むところである
- 純粋に医学的レベルが高いと思われる医師個人を公的意味合いの強い病院から選ぶべき
- 独立性を担保すること
- ○○局というのもよくわからない
- 消極的賛成
- なぜ明確にしているのかが甚だ不可解 決定してから改めて問うべき質問である 政府とは別個の民間機関という可能性もある
- 医務局などから独立した組織であるべきである
- 地方に置くべきである
- 地方委員会についても地方(県)のどの場所に置くかは国に一任する
- 判断できない
- 官僚主導による危険性大
- 役所とは独立した機関
- 地方委員会の存在意義, 構成メンバー(医学関係者外の)
- ○○省が具体的でないので返答しない 国民は警察しか信用する場所がないのが現状, 医療者の説明は信用しないだろう
- 中立機構の支部とすることを望む
- 判断材料無し
- 何も常設する必要はなく, 必要に応じて委員を招集する形が好ましい 専従で行う仕事ではないため地方自治体の長が直接招集する形でいいのではないかと思う
- 上記と同じで本来, 独立機関が理想的と思うが, 実質的に活動するためには地方○○局しかないのが, 現実的と判断する
- 独立性を保つことができること, 及び率直な提言をすることができる設置が必要
- ○○省というより, 中央委に独立性をもたせることが必要ではないかと思料する 一方, 政府直属の組織でも中立性, 公正性, 独立性を維持できるのであれば賛成である
- 中立的であればどこでも可
- 病院側, 患者側の意見を, 委員会でも当事者が述べられる事

◆この中央委員会, 地方委員会, 調査チームの編成について

- 一般の仕事をしていて, 担当可能か? 選任チームでないと不可能 全都道府県に選任のチームを作れるか?
- なぜ2つ必要か 地方委だけで良いと思う
- 同一事例を中央と地方で二重に調査する必要性が理解できない
- 厳密な規定の制定が必須条件と考える

- 中央委員会は、地方委員会の報告を得て、より高度の判定を行う機関なのか、大臣の諮問機関なのか、もうちょっと立場を明確にしたらよいと思う
- 誰が各委員を任命するか明確にすべき
- 委員の選出については、医学の専門家に判断を委ねるべきで、それ以外の一般人、あるいは法律家はオブザーバーとして参加するなら賛成
- 多数の事例がある場合、メンバーの数が増加してくるのでは
- 万一指名されても日常業務で困る人もいるのでは
- 地方委員会を除くなら賛成
- 地域での行政の関与、思想色が濃く反映されてかたよったメンバーにならない工夫があれば賛成（中央も政治的圧力によらないもので）
- どういうプロセスを経て任命されるのか
- 公平性、中立性をどう担保するのか
- 適当な見識と能力を持った人材が、この業務にどの程度従事する時間を取れるのか
- 原因究明は完全に学術的見地からなされるべきであり、医療行政とは切り離れた組織であるべき
- 事例ごとにではなく主要なメンバーは固定が良い
- 地方委員会は中央委員会の下にぶら下がるのだろうか？
- 権威のある独立した組織であるべきだ
- 事例ごとではなくある程度の常時調査者と臨時委員でチーム編成すべきである
- 職権に地域差がないこと
- 職権の範囲を明確にし、範囲を越さないよう監査が必要
- 大学教授をしていたというだけで医療に携わっている人を委員にすることには反対で、現場の医療をしている人を選任することが重要
- メンバー構成に問題あり
- 人員確保が難航する地域により負担が生じないようにしてほしい
- 委員に医療の現場に精通した人材が採用されるのであれば賛成
- マスコミ関係者や患者や患者家族を委員に入れるのであれば、専門性に問題を生じることとなる
- 専門医からなるチームと各病院の事故調査委員会に派遣するなら可 条件付き賛成
- 委員会のメンバーに法律家や医療を受ける側の代表をいれることに反対の意見（医療者サイドに）があるが、公正・公開性を担保するには容認せざるを得ない
- 地方委員会は大量の死亡例の報告をうけ、本当に6ヶ月以内に結論を出せるだけの人員を確保出来るのか？
- 中央委員会内部での調査チームの作成が望ましい
- 予め調査チームの構成員の主幹をなすものたちを列記しておく
- 人員の確保が困難だと考える
- 相当な知識と経験を有す人員で、公正中立なチームを組織するのは困難と考える
- 具体的な人選方法や区順が示されておらず不安である しかし、まだそのイメージが想像出来る情報をもっていない
- 必ず複数以上の専門、臨時委員からなる調査チームを置かなければならない
- この大綱案では地方委員会が中心でよいと思う
- いずれの委員会またはチーム編成にあたり、人的および財源の確保が充分に行われていること
- 画一的でなく、事例ごとに精通した専門調査委員の選出
- 具体的にどういうメンバーによる構成なのかを提示してもらいたい
- それぞれ専門の委員が独立して職権を行うならば、速やかに調査等が行うことができる
- 臨時委員、専門委員についてはチームのメンバーを集めるのが大変では
- 委員会のメンバー構成について具体的な記載がない

- 〇〇省というより、中央委に独立性をもたせることが必要ではないかと思料する 一方、政府直属の組織でも中立性、公正性、独立性を維持できるのであれば賛成である
- 中央・地方委の連携が不明
- 意見の取り下げを可能としてほしい

◆ a) 委員の構成について

- 航空機、艦船、鉄道などで、事故調査委員会に乗客代表が入っているか？ 医療を受ける立場にあるものの参加が考えられているところに、この構想の性格を曖昧にしている
- 比率 2 : 1 : 1
- 有識者に常識的な人を選んでもらえれば賛成
- 独立した推薦システム
- 大臣ではなく結局は厚労省の人選になるのではないか
- 実際の厚労省のお役人が任命すると思うが
- 行政主導は賛成しかねる
- 委員構成を見ると、中央委員会の設置目的が「医療事故等の原因を究明するための調査」をすることであれば、法律家が有識者、医療を受ける立場にあるものを任命する必要は無いと考える
ただ、この奥にあるものは「きちんと医療をしたことで死亡に至ったが我々は悪くない」ということをいろんなジャンルの人に認めさせるためのものだと考える
- 医療者という専門化がきちんとまじめに検討して世間に公表することに堂々としてほしい 例えば弁護士のミスをこういったメンバー構成で原因究明するだろうか？ あるいは、社会にそれだけ信用を失ったのか
- 医療行為の内容を審査するのだから、医療者のみでよいのではないか
- 審査を文書化する際の文言について法律家と協議する
- 「医療を受ける立場にある者」の意味不明
- 全ての国民は医療を受ける立場にある
- 医療者のみで構成すべき なぜなら、純粋に何が（医療上）発生したかを科学的に糾明することが目的であるため
- 専門的な判断が重視されるので、医療者の比率を大きくする必要がある
- 医療を受ける立場にあるものは含めるべきでない
- 医療を受ける立場にある者が遺族代表となっており、医学的知識がない上、冷静な判断が出来ない 結果責任や責任追及の場になる恐れがあり、反対
- 法律家についても専門家が出した結論をどう法律的に判断するかに限定すべきであり、オブザーバー程度に留めるべき（医学的知識がないため）
- 第8の委員の任期等で異議、異論がある
- 再任禁止が必要
- 〇〇省の御用委員が常時いる
- 広い範囲から委員を集める
- 十分な議論、選択をして決めてもらいたい
- 原因究明に法律家以下は役立たない
- 医療安全の勧告には役立つ したがって、地方委員会では法律家以下はオブザーバーであるべき
- 有識者の内容が問題
- 純粋に医学的見地からの原因の究明、再発防止と、患者を被害者として位置づける委員会では、その方向性が大きく異なる
- 大臣が適切な人材を選べるのか 任命することは責任者としてよしとするのか

- 法律家も有識者も第三者としての医療を受ける立場にあるものと考えられる
- 被害者的な考えを代表する者を入れる必要は無い 委員会の中立性を損なう
- 中央委員会、地方委員会とも第三者機関であることが望ましい画は国会の承認かで任命が望ましい
- 一般人事は中央委員会の任命で可
- 条件付き賛成
- 患者代表は標記委員会の目的活動に有害無益
- それぞれの立場のものの中で、医療者の割合による
- 1 : 1 : 1 : 1 < 2 (3) : 1 : 1 : 1
- 委員の構成割合を明記すべき
- 医療者の数 ≥ 法律家 + 有識者 + 患者
- 医師、看護師、薬剤師、医療安全管理者、これから多くなるメディエーター、心理学者、システム工学者等を委員とする
- 患者を代表とする者、法律関係者は議論を萎縮させるのみ
- 真の反省点は出てこないで全く不要
- 透明性が保てないという意見はナンセンス
- 「法律家…医療を受ける立場にある者のうちから」は反対 あくまで医療専門職で
- 「有識者及び医療を受ける立場にある者」は医療従事者の民間団体などから承認された者が良い
- 詰問する人間が重要である
- 大臣が直接人選できるとは思えない
- 医療を受ける立場にある者は立ち会いだけでとし、すべて医学的な判断とすべきである
- 委員は有識者まででよい
- 科学的な裏付けが必要な原因究明に医療を受ける立場の者は必要ないのでは
- 医療を受ける立場の人は少人数で
- 数の構成が、医療者が不利にならないようにすべき
- 患者家族を入れるべきではない 医療者だけでよい
- 法律家や有識者などは傍聴者としての参加でよい
- 任命に対するチェックシステムが必要
- 医療の質の改善を目的とするならば、医療者（第三者的）で良いのではないか
- 法律家が出てくるのはその必要性が生じたときのみ
- 医療従事者、法律家のみ、〇〇大臣任命に反対
- 医療は科学である 被害者の感情で正、悪がかわるものでない
- 調査、分析の客観性、専門性を担保してほしい
- 医療を受ける立場というのが当該案件の当事者（被害者？）を除くならば賛成
- 遺族の立場を代表する人は入れない ヒューマンエラーの専門家などで構成すべき
- 医療を受ける立場にあるものをもう少し具体的にすべき
- 識見のある客観性を持つものを任命すべき
- 医療者、法律家、有識者及び医療を受ける立場にある者が、一人ずつ入るようにしたほうがよい
- 医療者という名前だけで「単に医師免許をもっている実地を知らない有名人」が任命されることは絶対に反対!!!
- 法律家が必要か？
- 地方委員会が原因究明を目的とするなら、医療を受ける立場のあるものがどのように役立つのか？
- 医療を受ける立場にある者は立ち会いだけとして、すべて医学的な判断とすべきである
- 医療関連団体の推薦によること
- 法律家とは医療側弁護士・患者側弁護士の双方を必ず含むこと

- 原因究明に医療を受ける立場の人間は必要ない
- 法律家、医療を受ける立場の参加は必要と考えるが、人選をどのような基準で誰が行うのかが問題点
- 理想が命を振り回すより、現場に精通した人材の登場を望む
医療の妥当性の判断に有識者、いわゆる被害者等をいれることは不適切である
- 法律家をいれることも処罰を考慮してのことと考えられ、賛成できない
- 構成員の比率もきちんと考慮すべき
- 医療者の数を増やすべき
- 有識者とはどんな人のことか
- 人員の確保が困難だと考えるため
- 「有識者」「医療を受ける立場にあるもの」があいまいであり、科学的な判断ができるか疑問である
- 論理的客観的な評価でなく、感情的な評価の比重が増す不安がある
- 結局は省が決定することになるので、選定、過程をガラスばりとし、経緯をオープンにすることが必要
- 透明性の確保の必要性は理解するが、まずはその分野の専門の医療者が判断すべきと思う その次の段階で法律家、有識者が参加すればよいと思う 空、陸の交通機関の事故調査の開始時点はどのようなメンバーなのだろうか
- 医療者が半数以上なら賛成
- 医療を受ける立場の定義が不十分
- 原因究明に医療の専門家でない法律家や有識者が入るのか、理解できない バッシングになるだけで、真の原因究明にならない
- 医療者は数名必要
- 病死か、不可解な合併症による死か、医療事故死か、判断の分かれる例も考えられる 医療関係者がメンバー構成の多数を占めるべきである
- また、有識者として大学教授などもいいが、臨床現場で多くの経験を有する医師がメンバーとして入るべきである
- 有識者にマスコミ関係者は入れるか
- 地方自治体の長が任命すべき
- 医療者・法律家・有識者で構成されるべきで、第三者の参加は不必要
- 一任する
- 最も重要な部分であるが、表現があいまい
- 地方によって(調査等の)レベルに差が出ないよう配慮が必要
- 原因究明は専門的に行われるべきで、非専門家は別の目的の委員会で参加すべき
- 構成人数による
- 選出するのは誰が??
- 有識者及び医療を受ける立場にある者を除く
- 〇〇大臣は任命しようとする人物の評価ができるのか 官僚の意見をうけいれることがないのでは
- 常置委員会であれば可
- 医療の専門家のみ
- 医療専門委員会 → いわゆる中央委員会
- 医療を受ける立場にあるものの定義が漠然としすぎている 細則等で示すか、基準を設けてほしい 有識者、法律家、医療者も医療を受ける立場にある
- 常勤となる構成委員はどの立場か
- 委員として専任できる体制の確立が必要ではないか
- 従来このような委員会の編成は、学識経験者(医学、法律)が主体となることが多いと思われるが、実際に働いている勤務医、看護師の参加が必要と考える 特に外科系の医療従事者が含まれていないと治療にお

る侵襲と根治性の関係は論じられないと考える その観点がないと萎縮医療を助長し、ひいては患者の不利
益が増大され、医療崩壊を招きかねない

- 地方委の所掌事務は医療事故調査であり「有識者および医療を受ける立場にある者」に現場が理解できるか
疑問であることから、構成メンバーから除外してよいのではないかと考える
- 委員は何名位考えているのか
- 委員の選出に問題 メンバーがかたよっている
- 中立的立場を選出する方法が必要

◆ b) 委員の任命は、〇〇大臣が行うことについて

- 結局、厚生労働大臣になるのでは
- 委員会設置自体に反対
- 透明性が確保されること
- 任命は誰が行っても良いが、推薦するのは誰なのか？
- 地方委員会、中央委員会設置には反対
- 回答に関して統一見解が得られず
- 大綱案そのものに反対
- 地方委員会の委員まで大臣任命？
- 刑事施設視察委員（刑務所）なども都道府県医師会長が大臣に推薦状を送付している現実がある
- 誰がという回答はないが現実の認識が必要
- 委員会そのものに問題があるので反対
- 実際になる人々に意見を聞いてなら賛成
- 委員を構成すること自体に反対
- 臨床をよく知る人を任命するなら賛成
- 世論の動向により、政治的介入をされる恐れがある
- 少なくとも中央委員会は、大臣の恣意的人事、形式的人事の可能性を回避したいもの
- 医学に経験のある大学病院か大病院の医師
- 意味がない
- （委員には）開業医代表、勤務医代表（がなるべき）
- 任命者は〇〇大臣でよいと思われるが、委員の選出基準、選出方法が不明確 御用委員会とならないための
一定の方策が必要
- 各分野から選出されるべき
- 常に適任の大臣とも言えないので、条件付き賛成
- パブリックコメントを求める
- 各省庁とは独立した機関からの推薦を受けた上で、大臣が任命する
- 地方ごとにおくのが良い
- 委員選定の条件、資格、試験等を公表したうえでの〇〇大臣の承認とすべき
- 医療団体の推薦により〇〇大臣が承認する
- 行政が直接関わらない機関
- 実のところ国の仕組みや真の役割を知っているわけではないので「判らない」のが正直なところである
- 国、県などと利害関係のない第三者機関の長
- 各医療団体に協議し決定する
- 当該事案に十分な知識と見解を有した人
- 本来は日本医師会がイニシアチブをとるべきと考える

- 公募方式
- aの主旨で、地方自治体など厚生行政ラインと区別したほうがよい
- 学会、医師会やその専門医制度委員会から推薦、委託を受けた代表者が任命するなら賛成
- わからない
- 委員構成、委員経歴等に偏りがないことが条件
- 厚労省自体が責任を問われる事例もあるかもしれない
- その時の政策の都合が、業務の公正性に影響しないということが大切
- それぞれの事例によって適任者を選ぶ必要がある
- 医療機能評価機構の活用
- 独立的な性格を担保できる携帯での任命
- 委員会設置そのものに疑問があるので反対ただし、調査チームのみであれば任命は大臣で可
各分野の学会が決めるべき
- 医療者は医療界 法律家は弁護士会 有識者はそれなりの組織
- 中央-独立機関が必要
- 地方-地方自治体の長(知事)
- 医療機能評価機構などの第三者組織に期待
- 学会等の専門家集団からの推薦
- 委員の選出機関の長
- 独立した機関の長、もしくは設立者
- 医療機能評価機構または日本医師会
- 中央委員に限る
- 第三者機関
- 医療界で決定すべき
- 裁判員と同じに、有資格者集団から無作為抽出する
- 行政府は関与しない方がよい
- 委員へのリコール制度、罰則を設けるべきである
- 少なくとも医療者は大臣が任命すべきではない
- 現実的ではないと考えるため
- 地方は都道府県知事がよい
- 委員の構成については検討を要するが、特定の省庁に設置されるのであれば、当該省庁の大臣が任命することになるのだと思う
- 大臣よりも局長とし責任を明確にする
- 公務員とみなす、と理解している 各県ごとの医療計画もあるので都道府県知事としてもよいのでは ただし、〇〇大臣が推薦や認否に関わることは望ましくない
- 関係機関の意見を充分聞くこと 条件付き賛成
- 医療関係者の意見が公正に反映された委員
- 〇〇のところが明確になれば賛成・反対をいうことが出来る
- 〇〇が決まってから問うべき質問である
- 法案自体に反対
- 中央・地方共に大臣任命は？
- 一任する
- 関係団体および学会
- 複数の学会で事案ごとに決定する機構を作るべき
- 選考方法不明瞭につき

- 国家機関がこういうことを行うこと自身に反対
- 各学会から推薦・任命する
- 地方委は都道府県知事
- 中央委は不要
- 構成者の少なくとも半数は日本病院会、日本医師会の承諾を得てほしい
- 大臣が任命しても国民は何ら信頼感を持たないだろう（有識者会議に対する国民感情から推測すると）
- 現状では何とも言えない
- 独立性の担保が困難
- 任命は大臣でよいが、中立的な第三者による推薦で行う
- 中立機関の委員会等
- 委員会自体に反対
- 医師会、患者団体等、種類の職種の推薦にて、委員会の長が任命することもある
- 色がない組織
- 地方委：都道府県知事 中央委：第三者団体から
- 第19条において「委員は法令により公務に従事する職員となる：とあるが、委員の身分規定は別途あるのか
- 極端な主張をする医療者・法律家、評論家、おなじ医療事故制度関係者は適任ではないし、各地区の日医や日病、弁護士等、自治体の推薦を受けた者
- NPO法人（第三者機関的なもの設立）
- 行政、医療機関から独立した機関
- 法律家もはいた組織
- 医師会中心の人選を
- 中立者を選出できるなら可
- 任命ではなく承認
- 委員会は中立の独立した委員会とする
- 医師会、法律家団体などから推薦する
- 任命は〇〇大臣でもよいが選出するのは誰かが不明瞭

※（委員の任命は、〇〇大臣が行うことについて、条件付賛成、反対の場合の）任命者は、

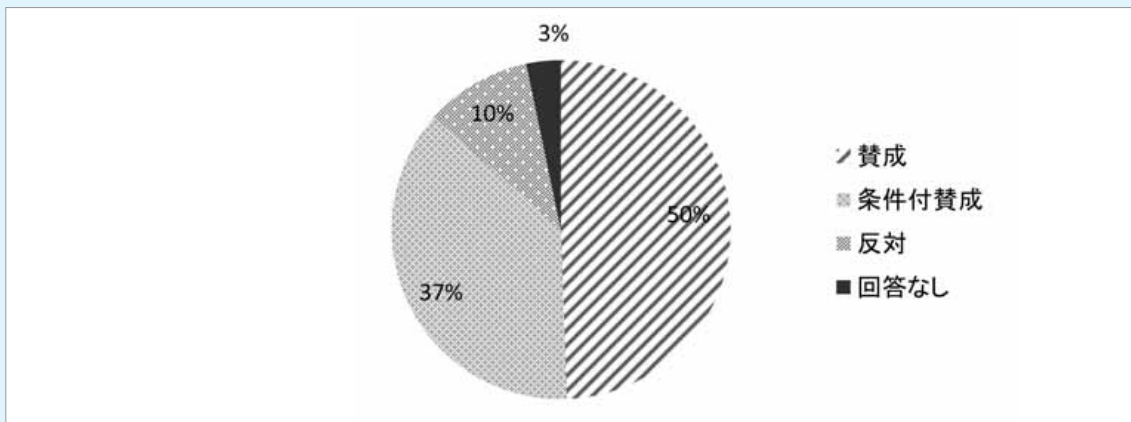
- 厚生労働大臣
- 専門医師（学会など）もしくは医師会
- 任命の手順の透明性の確保が必要
- 案は無い
- 医療安全委員長として公選された人物
- 医師会 ただし勤務医がもっと発言できる医師会にシなくては
- どこの省、どこの部署が妥当かわからない
- 中央委員会は大臣、地方委員会は都道府県知事
- 専門医療者および法律家
- 大臣官房
- 独立した機構による推薦
- 第三者委員会
- 誰が適当かはわからない
- 内閣府総務長官
- 都道府県知事、市長、区長、地方行政官 etc. ……

- 独立機関の長であるべき
- 地方は都道府県知事
- 医療者だけにして自立性を持たせる
- 各学会で推薦し、〇〇大臣が任命
- 任命委員会をつくる
- 都道府県知事
- 行政と関係のない第三者機関のもとに任命権をおいてほしい
- 都道府県知事
- 医師会長と大臣の話し合いで決めるなら賛成
- 医療会の代表
- 中央は大臣、地方は都道府県知事なら賛成
- 厚生労働大臣
- 医療関係団体からの推薦
- 中央委員会の責任者を内閣府で選任し、そのもとに、委員選定部会を設けるべき
- 日本医療機能評価機構、その他NPO等
- 中央委員会、地方委員会で決定をし、それぞれの委員長が任命する
- 委員長は委員会の名の下に任命する
- 委員会の委員長（委員長だけは大臣ということになるか）
- 省から独立した委員会の長
- そもそも反対しているので任命者は書けない
- 都道府県知事
- 医療安全調査委員長
- 国会
- 第三者機関の長
- 日本医師会
- 地方は、自治体の長が任命するなら賛成
- 医師会長など
- 地方委員会は地域の状況に応じて任命されるべき（例、都道府県知事）
- 内科学会、外科学会、小児科学会等の代表からなる組織を作って、そこが任命
- 厚生労働大臣
- 医師会
- 関係団体による推薦
- 行政機関以外
- 任命は大臣でかまわないが、選考、指名を行う組織を国民が得られる形で設定すべき
- 公選でなければ総理の任命で
- その地方（自治体）の長
- 中央委員会は大臣
- 地方委員会は知事
- 内閣総理大臣
- 厚生労働大臣
- 他に適任者がいない場合条件付き賛成
- 日本医学会総会会長
- 医師会、関連学会の同意のもとで
- 天皇

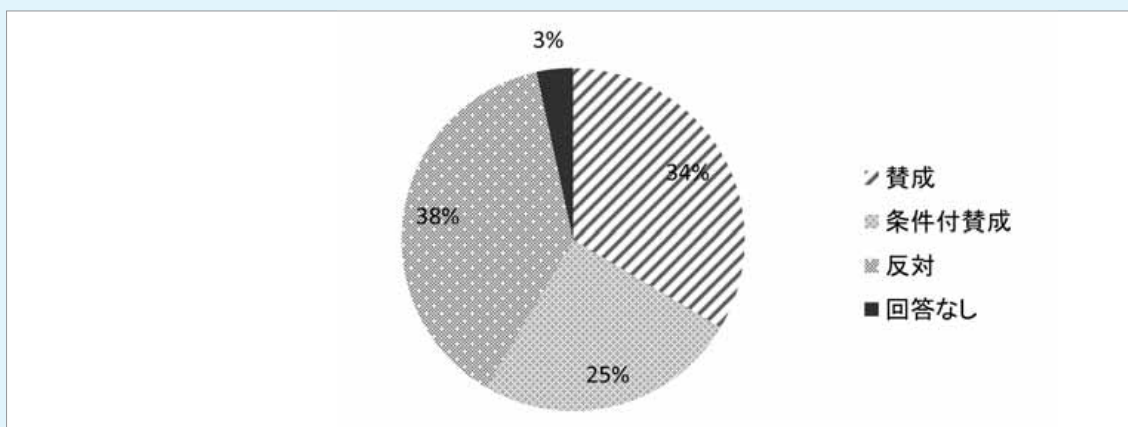
- 都道府県知事など
- 官庁
- 医学的知識が十分あり公平な者
- 独立した第三者機関
- 都道府県知事
- 医療関係省庁と無関係な第三者機関の長
- 国が認めた医療安全調査(組織)機構
- 中央委員会機関長
- 第三者機関
- 調査委員会
- 首相
- 医師会, もしくは病院会の長
- 行政の関与しない人
- 学会, 医師会やその専門医制度委員会から推薦, 委託を受けた代表者が任命するなら賛成
- 地方は都道府県知事
- 都道府県知事
- 国の代表内閣総理大臣
- 各部門から委員を推薦してもらい, それを主管大臣が委員の任命を行う
- 独立した医療安全調査委の組織を作り, その長が任命者となる
- 第三者独立機関の責任者
- 総理大臣
- 医療に関連する省庁の大臣
- 第三者機関
- 調査委員会の長
- 厚生労働大臣
- 都道府県知事
- 中央委員会は大臣
- 総理大臣
- 日本病院団体協議会の長
- 厚生労働大臣
- 日本医師会
- 医療団体を代表する委員会
- 厚生労働大臣
- 地方は都道府県知事
- 日本医師会長
- 厚生労働, 総務大臣は不可地方は都道府県知事
- 届出は担当医から相談を受けた責任者が行うべきではないか 医師の負担が過剰にならないか
- 総務大臣または日本医学会(医師会ではなく)
- 厚生労働大臣でないほうがいいのかどうか, わからない
- 首相
- 都道府県知事
- 自治体の長
- 医師会長
- 都道府県知事

- 厚生大臣
- 四病院団体協議会
- 独立した機関の長
- 医療機能評価機能の長
- 厚生労働大臣
- 委員長
- 地域の基幹病院の長の推薦医療者 著名なドクターは現場を知らない
- 都道府県知事
- 担当学会の長反対
- 司法と医療を兼務するような部署が任命
- 国会
- 中央委員会の長
- 関係学会理事会
- 医師会長
- 別組織
- 国民
- 医師会長ないしは日本病院会

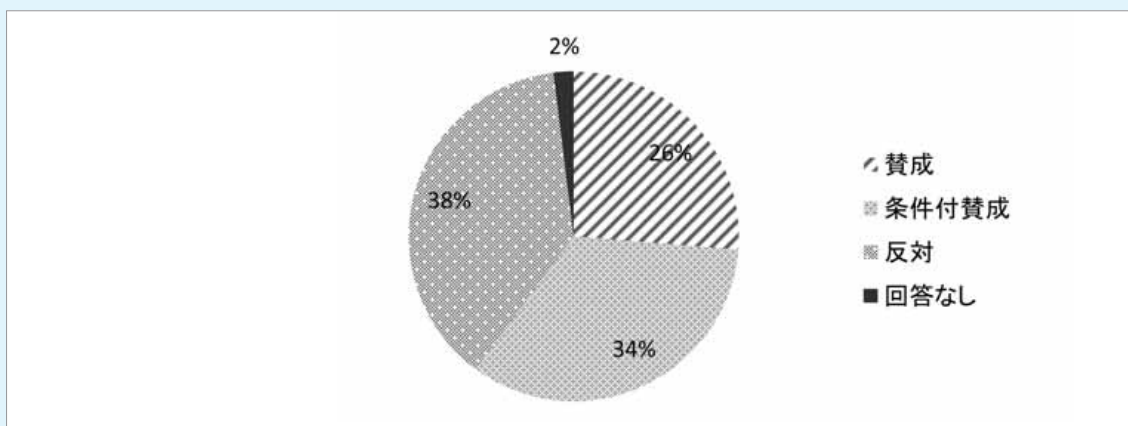
設問5. 勤務する医師は、追って公表される医療事故死に該当する基準に照らし合わせて、医療事故死に該当すると判断したときは24時間以内に管理者に報告し、管理者は必要に応じて速やかに関係者と協議し、医療事故死と認めたときに届け出ることについて、



設問 6 . 医療事故調査は、①当該医療機関が24時間以内に〇〇大臣に届け出て、〇〇大臣は直ちに管轄する地方〇〇局に置かれた地方委員会に通知し調査が開始されることになっていますが、〇〇大臣に届け出ることについて”



設問 7 . これとは別に、②遺族から直接〇〇大臣に届け出て調査を求めることが出来るとしていますが、このことについて”



◆勤務する医師は、追って公表される医療事故死に該当する基準に照らし合わせて、医療事故死に該当すると判断したときは24時間以内に管理者に報告し、管理者は必要に応じて速やかに関係者と協議し、医療事故死と認めたとときに届け出ることについて、

- 基準が曖昧 例えば手術後の死亡は全く予測しうるものとして届け出不要に出来るのでは？ このような基準を作る前に医療事故を刑事告訴しないという保証が必要
- 結局、現状の21条の運用より、医師にとって厳しいものになるのでは、本来の21条の規定の運用は犯罪に関連したと指定されるものの届け出義務であり、診療関連死に対象を拡大してきて混乱を招いている 憲法の38条に抵触するのでは、最低、届け出れば免責とする必要があるのでは 医療は人の生命に関わるとのことだが、政治家は？ 設計技術者は？ 公務員は？
- 24時間では短すぎる
- 基準が公表されておらず、管理者としてボーダーラインの症例にはかなり迷うと思う よって現時点では反対

- 手術後合併症死亡や、抗腫瘍化学療法合併症による死亡は医療事故死から除外してほしい
- 刑事免責前提
- 定義があまりに不明確
- 家族側から届出があっても、病院が届け出ない場合は「医療事故死」になるのか、ならないのか？ その判断は病院の管理者のみの判断（責任）か？
- 医療事故死を例示しわかりやすくすること
- 医療事故死に該当する基準のガイドラインの作成が必要
- 届出の基準が不明確である（日本外科学会の声明を参考にすべき）
- 過失の疑いがあるときは届け出るとなっている、この判断は病院により異なってくると考えられるもっと明確な基準が必要
- 届出のタイムリミットが明示されていない 過失の有無の判断に数か月を要することがある
- 医学的に正しい診療行為に伴い発生した合併症であるなら、例え合理的説明が出来なくても届出は不要と考える
- 院内における病理解剖による死因究明で十分
- 24時間ではなく48時間以内なら賛成
- 速やかに関係者と協議し ⇒ 調査し、警察ではなく地方委員会に届けるなら賛成
- 誤った医療行為の定義、死亡を予期していたかなど、届出の基準が曖昧である届出を義務化すると、病院内の事故調査委員会の活動による自浄努力が報われない 原因調査の「依頼」としたほうが良い
- 届出すべき事例に当たるか否か、判断に窮する場合、届出先の委員会と相談できるシステムが必要
- 届出と免責の関係では、医療安全の確立を優先させるべきと思う
- 因果関係の立証、予測可能性、これらを届出の要件に含むことは自己矛盾
- まさにこの点が立証すべき内容である
- 24時間 ⇒ 72時間（三日以内）なら賛成
- 医療事故と院内で判断する基準が曖昧である
- 当然の義務である
- 24時間とするのが適切かどうか不明
- 届け出るにあたり、24時間以内に重大な判断を迫る制度では萎縮医療の解放にならない
- 機械的・自動的に届け出る制度とすべきである
- 合併症こそ責任の有無のグレーゾーンであり、判断してもらいたい点であり、これを除くのはナンセンス
- 法医学会定義「異常死」を全て届け出ることとすればよい → 余りに多くなるので患者家族の納得が得られているケースは届出不要とする（激減する）
- 届出受けでのトリアージを充実させる
- 第三次試案そのものに反対のため 以下省略
- 罰則規定があることに反対
- 24時間以内に報告不可能なことも想定し得るのは「原則として」を明記する
- 予期していたか、いないか、に、かなり曖昧さが残る
- 予め説明しておけばよいと言う安易なインフォームドコンセントがはびこりそうである
- 届出の判断に管理者の裁量権が認められている点は評価されるが、24時間以内のルールが適応されるのでは反対である
- 届出していない場合には、正当な理由の申告が出来る機会があること
- 報告・届出は365日、24時間可能か、夜間、休日の体制は整っているか、届出と宛先を明確にする必要がある
- 誤った医療という概念自身漠然としたものであり、定義が困難である
もし明確に示され、万人が承認できるものが提示されれば、賛成である
- 「24時間」とした根拠がわからない

- 「72時間」ではいけないのか
- 48時間以内としてほしい
- このような発想が病院勤務医の減少につながっている可能性があるかと推察する
- 届出を受けた機関は速やかに対応出来ること
- 24時間以内では対応出来ないこともあるので反対
- 公表される基準の内容を確認したうえで条件付き賛成また24時間の縛りは場合により困難も予測
- 疑いを含む理由を判断するのが難しい
- 誤った医療、標準的医療から著しく逸脱した医療、これらの定義がはっきりしない
- 医療事故死に該当する基準が明らかにされていない
- 設問10の b), d) で警察への通知をしないことが条件
- 24時間以内は無理 72時間とか
- 故意による医療事故死亡と診療録に虚偽の記載をした場合に、管理者は医師法(改正)に基づき、警察に届ける、と修正する
- 24時間以内に「誤った医療」であるかの判断は不可能
- 院内調査委員会で裁定3日の審議は必要
- 誤った医療の定義があいまい
- 届出範囲②があいまい
- 届出すべきものの判断基準等精査が必要
- 医療の当事者は個人開業医がもっとも多いにもかかわらず、最初から勤務医のみを想定されるのは理解できない
- 第32(2)3, 医療事故死等に該当すると認めたときから24時間以内にあわせることが大事
- 死亡後,24時間以内は?
- 判断の下しがたい事例ではどのようにするものか疑義が残る
- 24時間以内は困難
- 基準が妥当なものでなければならない
- 24時間は短すぎる
- 1週間くらいだろう
- 届出範囲②が不明
- 1の文章も日本語としてわかりにくい
- 当事者たる医療従事者と管理者とで判断が分かれた場合(管理者が届出をしないことを決定した場合)21条で当事者が逮捕される可能性が残る
- 24時間で可能かどうか
- 24時間では短すぎる
- 土曜の事故死例など、判断ができない可能性あり
- 院内でも調査しないと判断ができず,24時間以内に結論をだせない場合がある 解剖の必要性を考えれば早いに越したことはないが、休日や夜間での病院の対応とともに、報告を受けて活動を開始しなければならない調査委員会の体制も考えて欲しい
- 術後に手術に関係のない予期せぬ合併症で死亡した場合は不要では
- 現時点では回答困難
- 「認めたとき」ではなく「医療事故とも考えられる」時に届けているのが実情
- 病院で事故死と「認めたとき」という確たる判断基準がまだないので、混乱するのを恐れている
- 中央委員会への届出がよい
- 管理者経由でないと報告できないのか?
- 24時間以内が厳しいときがあるので、絶対条件になると難しいケースがあるのではないのかと思う実際に経

験がないので不明だが

- 速やかに関係者と協議この速やかにとは何か院内での十分な調査後か院内調査委員会には外部委員を入れるとの条件では、この速やかに、の定義は何か
- 医療事故に該当すると判断する根拠、基準が結局のところ難しい
- 届出不要と判断した場合の医療機関の権利を明確にする
- 専門家のいる地方組織に届けるべき大臣に正しい判断が出来るとは思えない
- 医療行為中の事故死として合併症を含めて考えられない場合
- 基準について十分な吟味を条件付き賛成
- 届出の範囲が問題
- 24時間以内で結論が出せない例もあるであろう
- 連休等24時間以内の対応が難しい場合がある
- 第三次試案に添って該当するならば、届け出る必要がある
- 届出範囲②は基準があいまいではないか
- 明らかな医療事故による死亡と自己判断したときのみ報告すべきではないか
- 基準が重要であり、内容によっては賛成にも反対にも代わり得る
- 医療事故死等に該当するか否かの基準の定め方による
- 断定するのはきわめて困難なことである
- 明らかな事故死ならよいとしても、グレーゾーンもあり管理者としては苦悩する
- 予期していたを患者が治療の前に納得していれば良い
- 届出と受理のシステムを簡単かつ迅速に行えるものにしてもらいたい
- 勤務する「医師」だけが医療従事者ではないのか
- 「医療事故死に該当する基準」の内容が公表されないと、基準に照らし合わせた判断が可能かわからないが、関係者と協議し、医療事故死と認めたときに届け出ることには賛成する
- 「～追って公表される医療事故死に該当する基準～」の基準が明確にしていきたい
- 判断しなかった場合、どうなるのか
- 医療事故調査は医療者が行うべきである

◆医療事故調査は、①当該医療機関が24時間以内に〇〇大臣に届け出て、〇〇大臣は直ちに管轄する地方〇〇局に置かれた地方委員会に通知し調査が開始されることになっていますが、〇〇大臣に届け出ることについて

- 24時間では短すぎる
- 「地方委員会に届け出る」で良いのでは
- 都道府県知事に届けるほうが良い
- 独立した行政機構
- 保健所または都道府県医師会
- 夜間、休日など受け入れ側の体制に無理があろう
- 独立機関の長であるべき
- 24時間以内は早すぎる
- 原則24時間とするか
- 物理的に無理なことを追加条件とするなら賛成
- 中央委員会に届け出る
- 医療安全調査委員会に届け出る
- 中央委員会の長に届け出て、委員会が地方委員会に通知する

- 地方委員会に届ければ済むこと
- 地方委員会に届け出る
- 医師は24時間以内に管理者へ管理者は関係者と速やかに協議し、直ちに報告 ⇒ 24時間以上かかる可能性もある「24時間以内に警察署長へ届ける」より遅くなる可能性がある それでも警察へ届けるとして良いのか? 「不備」では?
- 直接地方委員会に届ける
- 都道府県知事に届けるなら賛成
- 届出すべき事例に当たるか否か, 判断に窮する場合, 届出先の委員会と相談できるシステムが必要
- 厚労省(行政)とは独立したものなら賛成
- 具体的な作業のイメージがわからない 厚労省なら保健所, 総務省なら(〒)
- 形式的なものと判断されるため, 条件付き賛成
- 委員会に直接届け出るべき反対
- 大臣でよいのかどうか 最終責任者は誰かによる 大臣か?
- 条件付き賛成
- 地方〇〇局または地区委員会でよい
- 中央委員会への届出なら賛成
- 事故調にもう少し権限が必要条件付き賛成
- まず届出は地方〇〇局でも良いのでは
- 直接委員会へ通知する
- 〇〇委員会へ届け出る
- 大臣以外の地方の組織がよい
- 委員会への届出で十分である
- 地方委員会では??
- 中立性, 妥当性が担保される必要がある
- 迅速な対応が可能であれば
- 地方委員会に直接報告することでよくないだろうか
- 中央委員会
- 地方での事前判断と普段からのコンセンサス作りが必要
- 「24時間以内」に反対
- 証拠隠滅に対しては他の予防策を
- 中央官庁等が医療費削減目的で予算時期になるとこの種の調査を行い, 医療機関への国民の信頼を落とすことを目的とされる可能性が否定できない
- 手順が逆ではないか
- スピードに欠ける
- 365日, 24時間可能か, 夜間, 休日の体制は整っているか
- 〇〇大臣に直接届け出るのか
- 時間が短すぎる
- 48時間以内とする
- 委員会に届け出る
- 地方委員会にて判断すればよいのでは?
- 24時間以内では対応出来ないこともあるので反対
- 医療機能評価機構の活用
- 地方委員会に届ける
- 医療機関, 遺族いずれからにしても警察ではなく「医療安全調査委員会」に届け出るという流れが重要である

- 省庁から独立させる
- 実際に〇〇大臣が報告を読んで通知を出すとは思えない通知を実際的に担当するのが誰なのかはよいとして、届出時間まで指定するスピードを求めるなら、中央と地方のシステムのあり方も見直したほうが良い
- 24時間を72時間に
- 大臣に届け出ても自動的に地方へ流れるだけである 「院内調査委員会報告をうけて3日以内に地方委員会へ提出」が現実的であると考えられる
- 24時間以内、はいかがなものか
- 第三者機関
- 独立した機関の長
- 中央委員会の長
- 一報をいれるレベルと、調査が開始と違う
- 院内で、状況把握する時間が必要
- 当該医療機関が24時間以内に大臣に届けることは難しいと思う
- 地方厚生局を経由すべき
- いつからの24時間なのか？
- 委員会に届け出る
- 中央または地方委員会に届け出て、委員会の判断によって調査が開始されることが望ましい
- 地方委員会でよい
- 中央委員会委員長へ届出
- 設問5と同様
- まず「大臣に報告」でその後地方委員会にツチされるのであれば、初動が遅れるのではないかと 直接担当する委員会へ報告され迅速に対応して貰わないと、早期に届け出る意味がなくなる
- 24時間は短すぎる
- 大臣である理由がわからない
- はたして、〇〇大臣だけに24時間以内に届出が完了するか中央委員会にこの機能を代行させてもよいのではないかと
- 中央委員会への届出がよい
- せめて厚生労働大臣であって、総務大臣などではないこと
- 地方委員会でよい
- 届出先については、賛成するが設問の文面から、届け出られた案件については全県とも地方委員会に通知され調査委員会が開催されると解される
- 届出に対応出来る体制（人員の確保）が取れば賛成
- 「当該医療機関が……届け出て」では、速やかに、との整合性がない
- 専門家のいる地方組織に届けるべき大臣に正しい判断が出来るとは思えない
- なぜ〇〇大臣なのか原因究明なら、関係する専門医団体または、都道府県知事でもよいのではないかと
- 地方委員会への報告でよいのでは
- 24時間では短すぎる
- せめて48時間
- X線の資料等のコピー作成の時間がない
- 多くの事例届出が中央に集中した場合、すべて地方委に通知そして調査の流れになる 機能するであろうか
- 地方委レベルで「届出 → 調査 → 中央へ報告」は可能か
- 24時間以内を、可及的速やかに、に書き直すことはできないか
- 大臣でなくてよい
- 〇〇局でよい

- 医療事故死の基準の定め方によって24時間以内は不可能な場合も多くなる
- 異常死ということと医療事故死とは大きな差があると思う
- 場合によっては自白の場合もある
- 担当医が24時間以内に管理者に報告して、その後協議すると、発生から24時間以内に医療機関が届け出ることは出来ない
- 直接〇〇大臣に届け出るには手間がかかりすぎる
- 独立した機関の長
- 医療機能評価機構に届け出る
- 24時間以内は短い
- 医療機関内で検討する時間があつたほうが良いのでは
- 届出先は第三者調査機関
- 中央委員会の長でよい
- 市区町村医師会、都道府県医師会などに最初に通知したほうが勤務医としては報告がスムーズ
- そのような時間的余裕が本当にあるのか形式か？
- 届出と受理のシステムが簡単であれば
- 大臣ではなく地方局に届け出る
- 届け出る先は〇〇大臣である必要はなく、地方委員会の委員長でよい
- 現在、医療過誤も含めた異常死の届出は警察に行っているが、これは犯罪や自殺などに限定し、医療事故関連の事故死は別機関への届出とし調査を行う事が必要である
- 別組織
- 真偽を求めるなら〇〇大臣への報告義務については反対
- 設問2, 3の記載と同様

◆これとは別に、②遺族から直接〇〇大臣に届け出て調査を求めることが出来るとしていますが、このことについて

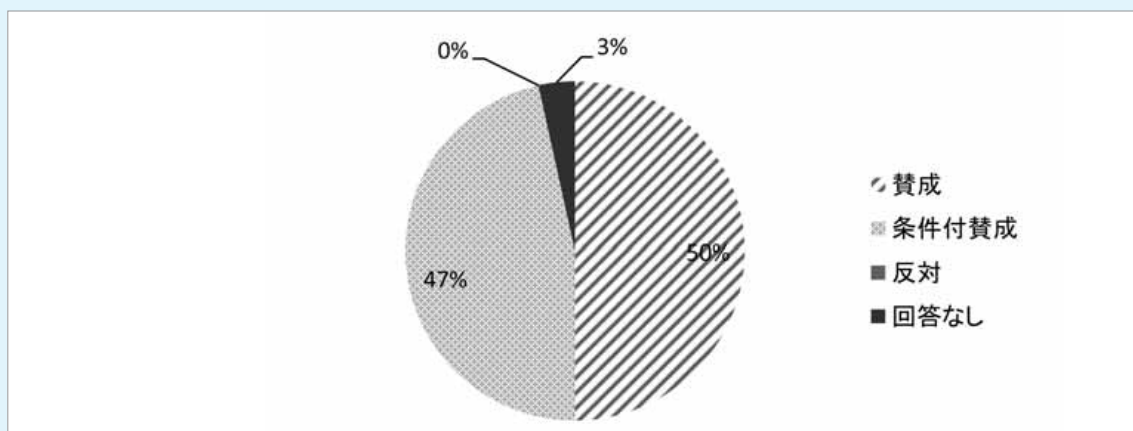
- この委員会の性格を曖昧にする
- 遺族からの請求にも答える方法は必要
- 遺族も地方委員会のほうが届け出しやすいのでは
- 届出先は都道府県知事としたほうが良い
- 独立機関から提供
- 論理的に死亡原因が説明出来るものを含め、膨大が数の調査が立ち上がる可能性がある
- 独立機関の長であるべき
- まず地方に届け出るべきなので反対
- 何らかの制限が必要
- 先に、医療機関に説明を求めることが前提その説明に納得出来ず調査を求めるのであれば可
- 遺族からの問責請求権には賛成
- 中央委員会に求める
- 中央委員会の長に届け出る
- 直接届け出る必要は無く、まず地方委員会に届け出てその判断で中央または大臣に届けることでよいと思う
- 中央委員会に関することは全て反対
- 地方委員会に届け出る
- 遺族の不信から多数にのぼり、調整に手間と時間がかかる可能性が出る
- 煩雑になるだけ
- その前に調査、検討してフィルターをかけてもらいたい感情論が選考しないように

- 明らかに調査に相当しない事例が多く請求されることが予想されるので、調査の請求の条件を満たしているかチェックする窓口が必要と思われる
- 厚労省（行政）とは独立したものなら賛成
- 都道府県単位のどこかに届ける方式でないといけないのでは？
- 慎重に実施しないと、多くの事例、特にクレーム的な内容のものが多くなり、調査に対応する現場はそれだけ業務量、負担が増加する
- なんでもかんでもになった時に、どうしようも無くなるのではないか
- 委員の構成員に遺族の立場を代表する者を含めないこと条件付き賛成
- 委員会が良い
- まず地方〇〇局で対応出来るようにしたほうが良いのでは
- 直接委員会へ通知する
- 設問5の届出とすればあり得ない
- 院内調査の結果を待たず死亡症例全てを遺族から調査を求められることになる可能性あり
- 大臣でなくてもよい
- 委員会への申し出で十分である
- クレーマー対策が必要だと思う
- 調査委員会が家族届出から本当に調査が必要なケースかを適切に見極めることが可能であれば（届出の内容をどう判断するか）
- この場合、大臣 → 委員会へ
- その他必要な際には警察
- 地方委員会
- 警察に遺族が届け出たものも、医療事故調査で扱って欲しい
- 政治目的に利用される可能性と乱射される可能性があると思う
- 地方委員会に届け出て復讐目的などでない事が確かめられ調査されるべきである
- 地方〇〇局に届け出る
- 調査の必要性の有無を判断する機関が前段階として必要
- すべて受け入れるのでなく委員が調査するかとどうか決定すればよい
- 無条件では多すぎて機能しなくなる可能性もあるのでは
- 委員会に届け出る
- 遺族は主観的な観点から調査を求めることがあり、調査対象が限りなく拡がる可能性がある
- この場合にあって診療現場の混乱は極めて大きい
- よってこのようなルートからの調査を認めるにしても、ある程度別の評価システムの導入が必要
- 医事紛争と混同しないよう、広く国民の理解が必要
- 地方委員会で協議
- クレーマーの増加が危惧される
- 地方委員会に届け出るなら賛成
- 医療機関、遺族いずれからにしても警察ではなく「医療安全調査委員会」に届け出るという流れが重要である
- 病院の説明に納得出来ない場合、病院と並行して届出
- 調査委員会の討議が進むまでは警察等は介入しない
- 〇〇大臣へ届け出るの形はよいがそれだけで合理的と思えないむしろ地方へ直接届け出てはどうかその先の流れを見直すほうが良いのではないか
- 遺族からの届出を全て受けると、件数が増加し調査委員会も医療者側も負担が増える
- 調査が必要かどうかチェックする機関を設置すべき
- 〇〇大臣への直接の届出はいかがなものか

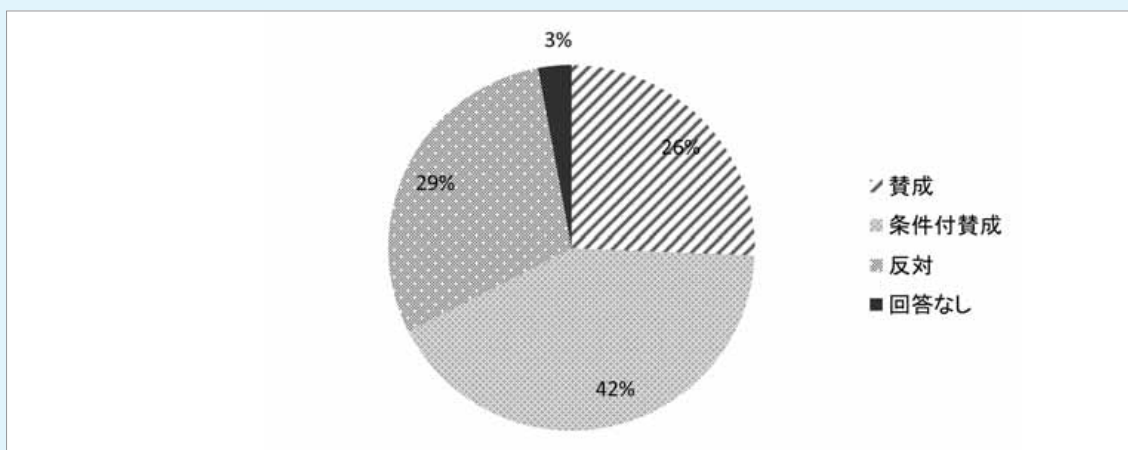
- 院内調査委員会報告を遺族にも説明し、納得が得られなければ遺族の権利として当然である
- 医療は結果が悪いことは常にありうることなので、遺族よりの届出の基準を設けることが困難であるし、調査委員会の未処理件数の増大になり、機能しなくなるのではないか
- 独立した機関の長
- 遺族からの直接調査請求の一般化により、第一に必要な遺族と病院との対話が阻害される恐れがある
- まずは病院への調査を求めるスキームとしてはどうか
- 医療機関からの届出が無い場合は問題となるので、遺族から積極的に届出がふえることは問題がある
- 調査対象および受領の基準が重要
- 遺族のとらえ方、遺族の範囲をどうするか 死亡後どの時点まで機関を設定するか、迷うところである
- さらに、死体の解剖について、遺族側から病院の説明をきく前に解剖を決めるために委員会に申請する場合の取り扱いなど、検討が必要である
- 病理解剖にしておくことも大切である
- 権利の乱用の防止が必要
- 病院側の届出基準とは違う可能性があり、混乱を招く
- 何らかの条件設定が必要か
- 届出先は委員会
- 本来検討の対象とならないものも多数調査対象になってしまう可能性が高い
- 地方委員会でのよい
- 中央委員会委員長へ届出
- 歯止めを設けないと、悪意でもって調査の申し立てを行う必要がある
- 刑法21条172条、虚偽告訴罪と同様なものを制定しないと考えると考える
- 大反対
- この道筋は確保すべきであるが、やはり迅速な届出でないと精度の高い死因究明はできない 遺族にとっては難しいと思うが何らかの条件は設定すべきである 前問と同様であるが「大臣に求める」ではその後の初動が遅れる可能性がある また、遺族からの求めがあった場合には、当該病院へその事実を周知する方法を検討してほしい
- やり方がよろしくない、病院は訴状が届いたような印象を持ちかねない
- 今の世の中の医療に対する風潮を考えると、致し方ないし、基本的に正しいことと思うが、わずか一つの基準というか、標準的医療のルールを了解してもらおうことが前提である
- クレーマー的な要求が増え、処理できなくなる恐れがある何らかの歯止め等が必要
- 中央委員会への届出がよい
- 地方委員会でのよい
- 遺族の申し出全てを受託するのが、それを誰が判断するかクレーム的な内容が含まれる危険性は
- 病院と話し合ったうえで
- 感情的な調査依頼が増える恐れあり その対応に現場の関係者はどれだけの時間的負担を強いられるか、大変心配される
- 地方自治体に届けるとよい
- マスコミ対応などの設定が必要
- 遺族からの届出について問わない
- 調査していただいて構わない
- 遺族からの要求が可能となる道は確保すべき
- ただし無批判にすべて地方委→調査と進んで良いだろうか
- 全ての求めを受けたのではこの調査で追いまくられて診療どころではない
- 〇〇大臣の権限による

- 独立した機関の長
- 何らかの窓口は必要
- 医療機能評価機能に届け出る
- あくまで感情論にならないようにすべき
- 医学の論議の正当性を認めていただくようにする
- 中央委員会の長でよい
- 大臣でもかまわないがまず、下部地方組織が窓口になったほうが良い
- 前述のごとく、当該医療機関の院内調査機関が好ましい もし過失による医療事故や患者側の理解が得られない案件であれば、地方委員会ではなく司法の介入になる
- 上記同様に、現行では医療過誤による事故でも調査を依頼する機関が無いために警察への届出となっていると思われる
- 警察に届出があれば事件があったことを前提に調査を始めている第三者機関により医療内容の検討、実施手技等も含めた調査を基に原因追及を行える体制作りのためにも必要である
- 別組織
- 委員会の意見も参考にして最終的に調査するか否かを決定するほうがよいのでは
- 遺族から警察へ届出がされた場合でも、調査委員会が優先されることの明示が必要
- 遺族から大臣に届けられた調査要求に対し、全て応える必要があるのか？ もし遺族の要求に応えらば無制約に拡大されることも予想される
- 一部無制約なものを設ける必要はないのか 例)・個人情報保護法に接触する内容・裁判中のもの・要求する遺族の範囲を固定する・その他
- 憲法第38条でいる「何人も自己の不利益な供述を強要されない～」との関係はどのように考えたらよいのか
- クッションになって適正に処理されるなら

設問 8 . 地方委員会は、当該医療事故死亡者等に関する調査を行い、死因等を検討し医学的な分析および評価を記載した報告書を作成し、〇〇大臣、中央委員会および当該管理者・遺族に公布するとともに公表しなければならないとありますが、このことについて



設問9. 通知を受けた地方委員会は、次の設問10に該当すると思料するときは、直ちに警察（管轄の警視総監または道府県警察本部長）に通知しなければならないとしています。警察に通知することについて



◆地方委員会は、当該医療事故死亡者等に関する調査を行い、死因等を検討し医学的な分析および評価を記載した報告書を作成し、〇〇大臣、中央委員会および当該管理者・遺族に公布するとともに公表しなければならないとしています。このことについて

- 患者の全てのプライバシーが公表されることにならないか過去の疾病，事故，手術歴，家庭での看護状況などまた，それがないと不正確な報告となる事例もあるのでは
- 〇〇大臣は不要
- 独立機関から遺族に提供
- 独立機関の長であるべき
- 無条件に公開するのではなく，症例ごとに検討するなら賛成
- 公表の仕方を決める
- 一般ニュースと同じ扱いでなく，ホームページに限定なら賛成
- 公表の必要はあるのか？
- 〇〇大臣以外は賛成
- 大臣または秘書官が下す判断ではないように思うから，〇〇大臣は不要かと思う（少なくとも形式的なものは省きたい）
- 中央委員会に関することは全て反対
- 個人情報であるため公表すべきでない
- 基本として中央に一本化すること
- 内容による
- 公表には遺族の同意が必要と思われる
- 公表の方法を要検討なら賛成
- 遺族に振りとなる点も制限しないなら賛成
- 対象となる事案を絞り込む必要があるそうでなくてもオーバーワーク気味の勤務医に厭世的風潮が強くなると思われる

- 大臣は外す
- 交付、公表したときに責任は誰が取るのか条件付き賛成
- 委員の構成員に遺族の立場を代表する者を含めないこと条件付き賛成
- 公平を保つことがとても難しいと思う
- 公表の仕方が専門領域の公文書ならば条件付き賛成
- 死因の調査ではなく事故の原因を調べる
- 医学的な分析にとどまらずに原因を分析評価する必要がある
- 公表にあたっては、事案が特定される必要はないのではないか
- 医療従事者の人権に配慮があるなら良い
- 公表内容の基準は明確であるか(個人情報等に関して)
- 明確にならない状態での賛否には問題がある
- 公表はOK
- 大臣が何故必要なのかわからない
- 守秘義務を課し、医療機関名、患者名は秘匿されるべきと考える
- 全く外野の存在、例えばメディア等へは無用に願う
- 公表は再発予防のための警鐘事例のみで良い
- 個人情報保護されることが遺族に確認され、同意する必要があるのでは
- 遺族の同意が必要
- 公表した委員会の責任も問われるものとするべきである
- プライバシーの保護、現役で医療現場に従事している医療関係者の意見も反映される必要があると思う
- 報告は当然行うべきしかし報道は原因と再発防止について述べる
- 公表については遺族の同意を優先
- 公布、公表は反対
- 特に公表にあたっては、病院の管理者等の報告書の内容との意見相違の箇所については、報告内容と同程度の表示とするなど、当該関係者に配慮した公表とする
- 公表内容の範囲を規定
- 政治が介入すべき事ではない
- 大臣の勧告は中央委員会の仕事
- すべてを公表するのは問題があると思われる
- 遺族の同意が必要
- なお、中間報告、最終報告にあわせるとあるが、調査開始時点での公表はないと考えるのだろうか
- 公表の意味が不明である
- 公表即マスコミの餌食では、公表した医療機関が不利益を被る恐れがある
- 公表についてはケースバイケースで検討するべき
- 遺族の同意が必要
- 全て調査結果を公開公表して、第三者にも情報が伝達されるようにし、安全に資することが可能なるようにし、安全に資することが可能となるように望ましい
- 刑事罰、行政処分は切り離す
- 公布、公表には慎重を期すべきである
- 公表の在り方による
- 「公表」が何を意味するのか不明である マスコミへの公表だとしたら、過誤が明らかな場合以外は意味があるとは思えない
- 公表は当該管理者、遺族の同意を得られた場合にのみ行う
- 公表を原則とする場合、遺族側も公表に反対は出来ないのか

- 関係者への配慮が必要
- 個人情報等の保護の配慮を明確に
- 交通機関などとは違い医療では常に不確実性を避けることは萎縮医療につながる警察とは全く別の次元で考えるべき問題
- 報告書の交付、公表は事例ごとに検討するなら条件付き賛成
- 賛成だが、どのくらいの期間で報告書は作成できるのか かなりの業務量だと思うが、医師不足のおり、この業務の遂行できる医師は確保できるのだろうか
- 施設名を特定することが出来るかどうかの検討
- 公表がどのような具体的内容かよくわからないが、遺族が公表を望まない事例も多々あると思われる
- 「公表しなければならぬ」と記載されているが、これは必要だろうか
- 公表の必要なし
- 現在の我が国の医療機関での診療体制はきわめて貧弱な状況である このような状況で調査委員会を運営していくにはステップバイステップに進めて欲しい
- 独立した機関の長
- ○○大臣を除く
- 公表とは？
- マスコミに対する記者会見など、マスコミに対する発表は必須ではないこと
- 公表→いかにも信義感があるようだが、医学、医療の特別性を理解してはいただけないから
- 個人情報管理は重要
- 無論調査結果については公表すべきであるが、当事者である医療従事者の見解も必ず併記すべきである そうしないと患者側は地方委員会の結論のみが正解と判断してしまい、院内調査機関から聞いた結果と乖離があると紛争のもとになりかねない 両者を併記することにより、患者側は両者の見解を平等に考慮することができる
- 調査内容の公表は同様な事故防止策として有効な情報となり必要である
- 公表：当事者の配慮はないのか
- 当該管理とは：病院長or理事長でよいか
- 公布先：関係医療従事者（医師等）をいれることは出来ないか
- ※「公布、公表する～」とあるが、委員会調査終了後、公表前に当事者は「報告書」をみせていただき納得出来ない場合「異議の申し立て」は出来ないものか
- 個人を特定できないような配慮を十分にして
- 当該管理者と遺族のみ

◆通知を受けた地方委員会は、次の設問10に該当すると思料するときは、直ちに警察（管轄の警視総監または道府県警察本部長）に通知しなければならないとしています警察に通知することについて

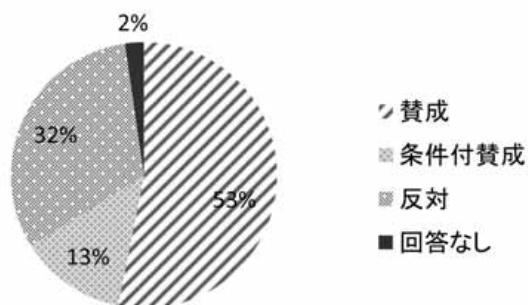
- 犯罪性のある事例以外は届け出の必要なし
- 黙秘権との整合性がとれないため
- 刑事免責にすべき事故のプロセスを解明すべきそして改善につなげる
- 地方委員会が通知するのではなく、当事者が届出するべきなので反対
- 設問10の a) と c) の場合
- 医療事故は本来、患者を助けようとする過程の中で起こる事故であるので、交通事故などと異なり、刑事罰を加えるべきでないいわゆるリピーターに対しては行政処分に対応すべきである（第12の1の「責任追及を目的としない」ことと矛盾する）
- 設問10の a) と c) に限定するなら賛成

- どんな事例でも委員会か警察か一方にすべき
- 内容次第
- 警察が関与したことにより、現在の医療崩壊、萎縮医療につながっている
- 地方委員会の裁量を重視すべき
- 故意の場合は通知する必要があるとする、ならば賛成
- 曖昧な条件を無くしておくこと (どのようにも解釈できる通知条件が無いように)
- 医療という性質と、警察権力の介入はそぐわない
- 患者の取り違えや単純ミスと、手術などの医療行為に伴い発生した過誤を同じ問題としてはとらえられない
- 警察とは別に
- 免責が1つの条件なので反対
- 第三者判断であれば賛成
- 設問10のa)～d)を厳守なら賛成
- 何らかの理由により標準的な医療が行えない場合はどうするのか条件付き賛成
- 「調査委員会」の性格は、あくまでも原因究明にあり、それに特化すべき警察に通知すべきか否かを判定する性格を付与すべきではない故に設問10に「反対」というより「必要ない」というべきか
- 当該病院管理者に警察へ通知するよう促す
- 管理者が当事者の場合地方委員が通知する
- 以上の条件付き賛成
- 事件性の有無についての決断を求めるときのみ
- 地方委員会に警察への報告義務を科するのは酷
- 公表される或いは遺族へ伝達されるのであれば、遺族よりの通知で充分である
- 故意による死亡が明らかな場合
- 設問10のb, dの判断が短期間にどう見極められるのか
- 標準的な医療の判断が問題である
- 医療事故の可能性のあるものに警察の関与は不適切
- 警察が介入すべきは10-aと10-cのみと考える
- 犯罪行為に限定するべきと考える
- 設問10がa)のみである場合は賛成
- 犯罪性のある場合のみ
- 判断基準を科学的、透明性を担保して必要なら開示してほしい
- 判断基準を明確にしておく必要がある
- 委員会の報告があるまで警察が動けないと明記され、また、刑事手続き法も改正される必要がある 条件付き賛成
- 最終結果として委員会の通知が医療機関にとって不合理な、いわれのない不利益をもたらすことになった場合の「思料」に対する何らかの条件を付記してもらいたい 条件付き賛成
- 設問10のa)⇒2, b)⇒3, c)⇒2, d)⇒1の条件が満たされれば賛成
- 標準的医療から著しく逸脱した医療、の定義をもう少し具体的にすべき
- 明らかに犯罪であるようなケースのみに限る
- 本来医療事故と刑事訴訟とは相容れないものとする
- ただし医療従事者の倫理教育の充実は望まれるが
- aとcについては良い
- bとdは刑事事件として立証することは困難であろう
- 対象事例の範囲を限定する
- 地方委員会が通知を行うものの判断基準等の精査が必要

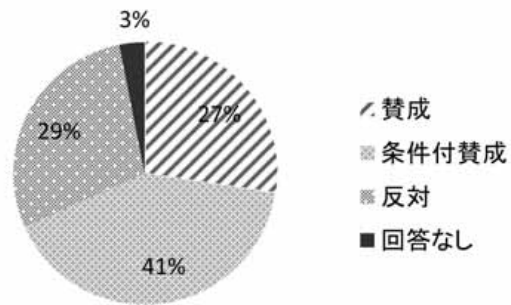
- 委員会からの通知がなければ警察側から情報提供を求めることがないのであれば（公表後はともかく、調査中に）可と考える
- 故意か偶発かは、十分吟味したうえでなければならない
- 10-aのみ
- 警察は独自の判断で動くので、わざわざ通報しなくてもよい
- この項目がある以上、原因究明と再発防止による医療安全の向上に主体的に取り組むことが難しくなる
- 著しく故意的行為
- 著しく標準的医療から逸脱したと解される場合、中央委員会の判断を仰ぐを考える
- 明らかな犯罪以外は必要ないし、明らかな犯罪は病院が警察に届け出るべきである
- 設問10のa) の場合のみ賛成
- 行った医療に犯罪性がなければ警察に届け出るのはおかしい
- 基本的に犯罪を扱う警察の介入は医療現場になじまない
- きわめて限られた例（設問10のa）に限定されるべきである
- ここをあいまいにすると、かえって強制捜査の可能性が増しかねない
- 直ちにとは具体的には
- 関係資料は押収されるのか
- 直ちに、とせずに「調査の結果」ではいけないのか
- 悪質なものに限る
- 直ちに ⇒ 勤務医に報告しにする
- まず勤務医が自ら報告すべきと思うその医師が数日（例えば3日以内）経っても報告しない場なら賛成
- 通知する場合の判断基準が明確にされることが必要
- 処罰の対象ではない
- 報告書は「公表」とある 警察届出も公表するのか 将来不起訴となった場合、その医師の不利益が心配
- 公表に関しては配慮が必要と思料する
- 死因究明と再発防止にかぎるべきと考える

設問10. 地方委員会が警察に通知を判断する事例について

a) 故意による死亡または死産の疑いのある場合

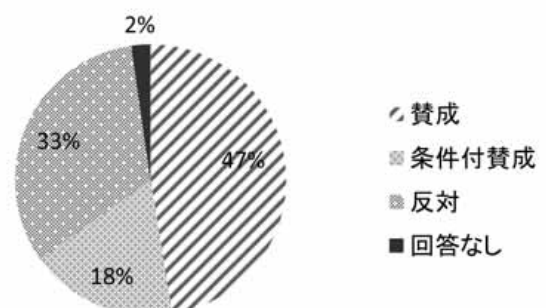
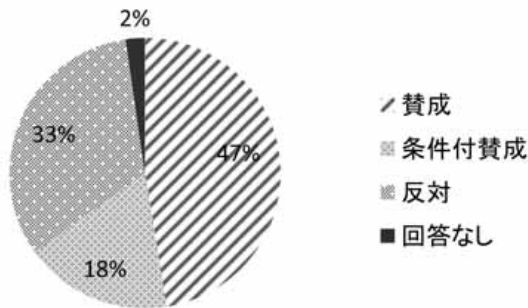


b) 標準的な医療から著しく逸脱した医療による場合



c) 関係物件を隠蔽、偽造、変造した場合、

d) 類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた場合（リピーター医師）



◆地方委員会が警察に通知を判断する事例について

◆ a) 故意による死亡または死産の疑いのある場合

- この委員会の性格をおかしくしてしまう
- 委員会に医師免許の停止あるいは没収の権限を与え、司法とは別個に処分する
- 黙秘権との整合性がとれないため、それがクリアされるならば賛成
- 独立機関が判断
- 地方委員会にこれを判断する権限を持たせるということか？
- 当事者が届出するべきなので反対
- 本法律に関係なく、医師法に基づき通知すべき
- 故意かどうか誰が判断するのか？
- 賛成だが、これは本来医療事故に含めるべきでない
- 「疑い」の内容が不明
- 警察とは別に
- 免責が1つの条件なので反対
- 遺族の関係者の判断が入らず、真に学術的、法律の見地に基づくものであれば賛成
- 何らかの理由により標準的な医療が行えない場合はどうするのか条件付き賛成
- 警察への通知に反対なので、答えられない
- 安楽死、尊厳死の定義と許可制などを明確にしていきたいと思う
- 間が悪い
- 判断基準を科学的、透明性を担保して必要なら開示してほしい
- 「故意」をどのように判断するのか
- 判断する組織が明確でないので回答しない
- 故意の解釈があいまいでないことが条件
- ヒューマンエラーなどが含まれてしまう可能性あり
- 地方委員会は医療事故の原因解明と再発防止に専念する 警察への通知義務を除外する

- こうした例では、直接医療機関から警察に通報すべきではないのか、迷うところである
- 以下、容易に医療者が刑事訴訟の対象とならないことが必要
- 「故意による」これの定義が問題
- 犯罪に相当するものだが、疑いの場合にはその判断は慎重に行って欲しい
- 疑いの程度が問題で、ほぼ確実であるというニュアンスが望ましい
- 地方委は調査が仕事なのだから「疑い」の段階で警察というのはよくない
- せめて「強く疑うとき」とすべき
- 故意のみ
- 故意は通常医療ではなく犯罪である
- 故意が明らかである場合
- 警察に届け出る前に、当事者＝医療従事者に十分な説明がされるのか
- 当事者の「異議申し立て」は出来るのか

◆ b) 標準的な医療から著しく逸脱した医療によるとした場合

- 勘違い、単純ミスなどは刑事罰とされるべきでない
- 倫理委員会で承認を得た、実験的治療による死亡など例外もある
- 委員会に医師免許の停止あるいは没収の権限を与え、司法とは別個に処分する
- 標準的医療については、現状では幅が存在する単にガイドライン準拠のみで解決出来ない部分が多い
- 誰が判断するのか
- 条件が不明確
- 「標準的医療」の具体的な呈示が必要定義が曖昧
- 「標準的な医療」とは何なのか？曖昧である
- 何が標準と判断するのか
- 病気腎移植問題はどうなったのか
- 地方委員会にこれを判断する権限を持たせるということか？
- 当事者が届出するべきなので反対
- 著しい逸脱の範囲を委員会の中で短時間の間に判断することが難しい
- 著しく逸脱の定義が不明
- 標準的医療のコンセンサスが出来るなら賛成
- 委員会にて処分を行うべき
- 著しく逸脱したかどうか誰が判断するのか？
- 著しく逸脱の決め方を追記するなら賛成
- 表現が曖昧
- 標準的な医療から著しく逸脱した医療の内容が明確にされるならば賛成
- 緊急時には、標準的な行為から逸脱した行為も必要となることがある
- 標準的な医療とは何のことかわからない
- 医学的に根拠のない医療行為（例えば民間療法など）に限定すべき
- 著しく逸脱というのが不明確
- 複数の人間による評価
- もう少し基準が明らかにされないと賛成できない
- 標準的医療の定義が難しく、これがまず決められてその後の事項が策定されるべき
- どのようでも解釈されることがない定義の上なら賛成
- 標準的医療から明らかに低いと思われるレベルの医療に限るなら賛成

- 標準的医療より高位な事例は検討が必要 (条件付き賛成)
- 標準の基が不明確
- 何らかの理由により標準的な医療が行えない場合はどうするのか条件付き賛成
- 逸脱した医療の判断が困難
- 標準的な医療から著しく逸脱した医療の定義
- 大都会等医療施設の完備をしたところと、僻地、孤島の場合等条件によって「標準的な医療」は違ってくると思われるが、それに対する配慮が必要と考える
- 内容にもよるが、中央委員会による再研修の義務化等の処分のほうが良い
- すべての事故は標準的な医療から逸脱した時に起こるものである
- 患者の選択がすべて標準的とはいえない
- 医師のみが医療を選択するものではない
- 結果論で争われる恐れあり反対
- 「標準的」があいまい
- 「標準」の定義をきちんと決めておく
- 表現に曖昧さが感じられる
- 標準的という定義が不明
- どこを基準にした標準なのか
- 標準的な医療の判断基準が担保されれば
- ある程度具体的なことを
- 標準的な医療との判断は難しい
- 救急対応とか専門医でない場合に行った医療行為が標準的なものかの判断に対して考慮を要する
- 標準的な医療は、学問的水準ではないこと
- 大学教官レベルのみの考え方に全面依存せぬ事
- あくまでも現在一般的に行われているもの
- 認定は困難かもしれない
- 「標準」とは、が難しいのでむしろ行政処分が適切と考える
- 定義が困難 (不明瞭)
- 判断基準を科学的、透明性を担保して必要なら開示してほしい
- 標準的医療をはっきりと公開する必要がある
- 標準的医療の定義が不明瞭誰が何を基準に標準的とするのか曖昧なまま、この条項をいれてしまうと制度の誤用を招きかねない
- 判断する組織が明確でないので回答しない
- 直ちに通知しても良いと判断される程度の逸脱ということか当該症例の状況調査の時間は不要なほどという理解でよいか
- 著しく逸脱とは？
- 研究、開発等の使命を担う施設としては、まだ標準的と言えるデータがない治療を行うこともあるこのようなものへの配慮はあるのではないかと思うが、明らかにすることも難しいのかもしれないその時々で状況で考慮してもらえるものと思う
- 警察以外の方法で対処すべき医師の倫理的問題
- 標準的な医療の概念が不明確「悪質な医療」に限定されるべき
- 著しく逸脱の定義が困難である
- 概念が曖昧
- 標準的医療の基準を全ての世の中に公開することが前提
- あいまい

- 標準的医療のとらえ方はむずかしい
- 国の設置する委員会だと、厚労省の考える標準と、学会レベルと違いがでる恐れあり
- 先進的または実験的医療を含まれることとなる
- 標準的医療の定義が可能かどうか
- 逸脱した医療の基準が不明確
- 委員の3 / 4以上の賛成による
- 先進的な医療、研究的な医療を萎縮させるおそれがある
- いずれも、判断基準があいまいである
- 著しく逸脱、の定義を明確に
- 基準が不明確
- これは判断を誤る可能性があり、まして警察には判断困難
- インフォームドコンセントが出来ている場合はどうなのか
- 標準的な医療の定義が曖昧
- 医療は毎年変化する標準的な医療の定義は？ ガイドラインも2～3年ごとにかわる
- 地方委員会の構成メンバーである複数の医師のうち大多数の医師が著しく逸脱していると認める場合
- なにをもって標準となるかが実は難しい
- 標準的な医療の解釈の定義は難しい
- これも地方委の一定の調査の結果とすべきで、直ちに、はむしろ混乱させる
- 判断の基準が必要
- 標準的と判断すべき基準を示すべき
- 標準的な医療とは？
- 著しく逸脱した医療とは??
- 定義があいまい
- 標準的な医療についての概念が明確にされることが必要
- 標準的な医療の判断、著しく逸脱した医療の定義地方委員会のみで決定するか、他の専門家の意見を聞くか
- 標準的な医療の判断基準、根拠が明確でない世間一般と医療界との常識が異なる
- 標準的な意味が異なる場合当該医療機関の意思は尊重されるのか
- 最新の医療行為を行った場合標準的な医療ではないがこれらの医療行為の際の対応が問題
- 「標準的な医療」は、各事例の条件により一概にできない表現であり、委員の判断に一任されることから、不適切である また、このような判断で刑事責任を問うのは適切でない 遺族が調査結果をもとに判断したらよいのではないか
- 著しい逸脱とは～
- 具体的判断例はないのか
- 警察に届け出る前に当事者 = 医療従事者に十分な説明がされるのか
- 当事者の「異議申し立て」は出来るのか

◆ c) 関係物件を隠蔽、偽造、変造した場合

- 委員会に医師免許の停止あるいは没収の権限を与え、司法とは別個に処分する
- 具体的に明示、指示する必要がある
- 摘出臓器などを処理しても隠蔽になる？
- 変造とは何を变造するのか？
- 地方委員会にこれを判断する権限を持たせるということか？
- 刑法に基づき処理すべき

- 公文書偽造等に該当する場合のみ
- 判断が難しい
- 故意でなく「紛失」した場合も「隠蔽」と全て決められるのか
- 設問10のbから除外された場合に賛成である
- 表現がやや曖昧である
- 故意であれば
- 追記は可能とする訂正部ははっきりとわかるように記すなら賛成
- 判断基準を科学的、透明性を担保して必要なら開示してほしい
- 判断する組織が明確でないので回答しない
- 通常の医療事故調査は、直接、刑事、民事、行政処分に結びつくものでないことをはっきりさせる必要がある
- 刑事罰に直結原因究明とは別
- 「意図的に隠蔽」であれば、賛成
- その後の調査の進め方をどうするのか
- 犯罪性の高い場合のみ
- いずれも、判断基準があいまいである
- 相当に確かな証拠があることが必要
- 隠蔽、偽造、変造したことを確認できる実行手段を有することが出来ること条件付き賛成
- 故意か否か 結果的にそうになってしまう場合もある
- 「隠滅し偽造……した疑いがある場合」と記載されているが「調査の結果、隠滅、偽造……と判断した場合」とすべき
- 隠蔽、偽造、変造が明らかである場合
- 防止のためには良いが、隠蔽が明らかになったのだから、たいした隠蔽ではない
- 当事者 = 医療従事者の「異議申し立て」は出来るのか

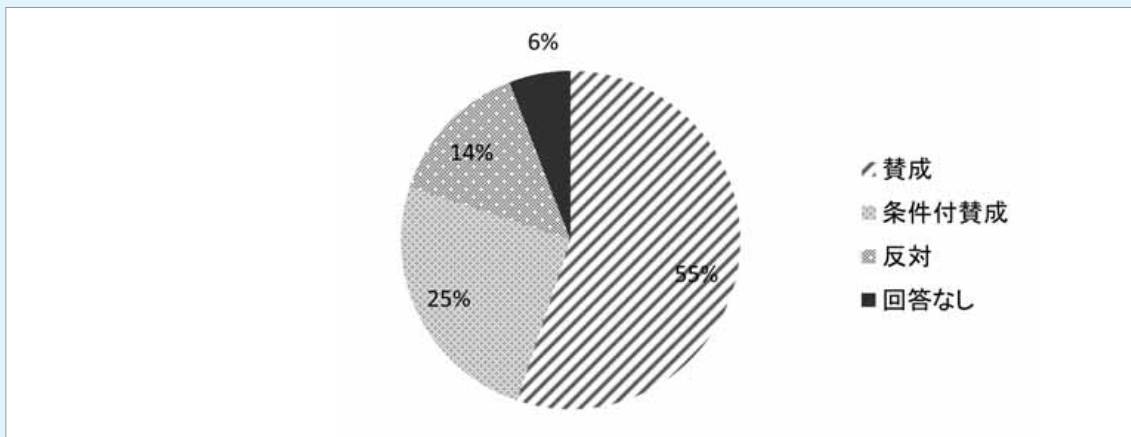
◆ d) 類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた場合（リピーター医師）

- 委員会に医師免許の停止あるいは没収の権限を与え、司法とは別個に処分する
- 類似医療事故の過失の内容を十分に検討したうえで
- 「類似の事故」の呈示が必要
- 地方委員会にこれを判断する権限を持たせるということか？
- 回数を明記するなら賛成
- 委員会にて処分を行うべき
- 警察が判断できる問題ではない
- 治療困難なケースを取り扱う医師であれば何度でも診療関連死は起こりうる
- リピーター医師とはどのような医師か不明確そのような場合でも教育的措置によって対処すべき性格のもの
- 内容による
- 調査が個人の責任追及が目的でないことから見れば、リピーターの教育へ向けられるべき
- 案件にも夜が、バックアップを含めた検討が望まれる
- 各々の案件を独立して詳しく調査すべきである そうでなければ、その後に、一度事故に遭遇した医師の現場離れにつながる
- 個人の問題がどうかの協議を尽くし、判断をされたものであれば賛成
- 何らかの理由により標準的な医療が行えない場合はどうするのか条件付き賛成
- 医道審議会への通知でよい ⇒ 研修棟の義務化を
- 設問10のbから除外された場合に賛成する

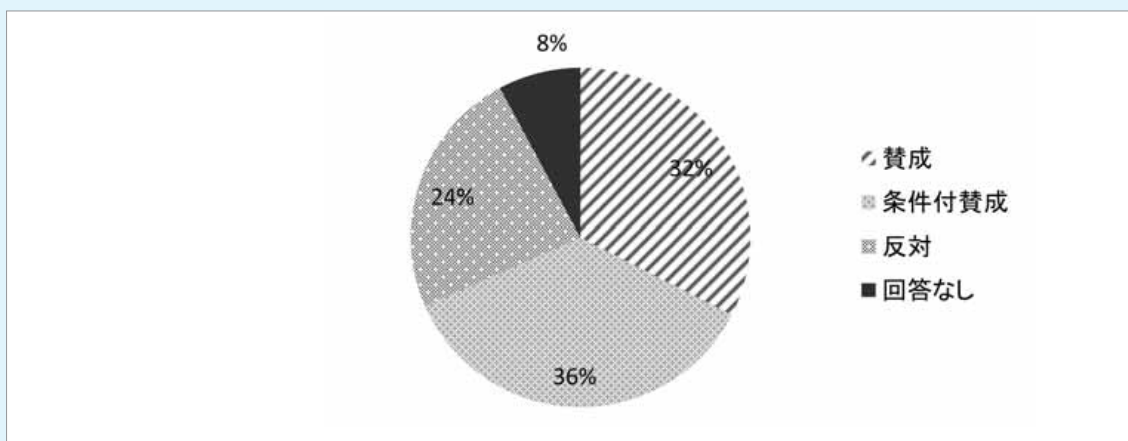
- 事件性の有る場合に限る
- ピアレビューソシキ
- 行政処分対象で制度刑事対象ではない
- 程度による
- 表現が曖昧に感じられるが、基本的には賛成である
- 行政処分に対応すべきである
- 警察ではなく医道審議会か専門医学会だと思う
- リピーター医師の基準を明確にする
- 繰り返しの基準（2回目からか？）が不明
- 行政処分を厳格にすべき
- 全く同じことをくり返すことは減多にない ハイリスク医療では医療事故のリピーターは当然あり得る 求められる医療水準は？
- 判断基準を科学的、透明性を担保して必要なら開示してほしい
- 行政処分が適切と考える
- 判断する組織が明確でないので回答しない
- リピーターは何回以上とするのか
- 警察ではなく、委員会として公表すべき
- 故意で無い限り警察以外の方法で対処すべき医師としての倫理的問題
- 故意に近いものに限定されるべき
- 過去において上記 a b c の事例に該当する場合でなおかつ d の場合においては賛成である
- あくまで教育訓練で改善をはかる
- 行政処分はありうる
- この場合は警察ではなく、中央委員会へ報告し、中央委員会及び厚労省が行政処分を行う
- 当該病院とよく相談のうえ！（さもないければ病院から医師が立ち去る危険性が大きい）
- 偶然類似の事故を繰り返えることはあり得るので、通知は慎重であるべき
- 繰り返しは何回か
- 日常の診療態度は
- 医師資格停止、剥奪で対応可能
- 具体的な基準の明示が必要
- 各事例の犯罪性について判断すべき
- 再教育が主であって、警察通報は不要
- 地方委員会、中央委員会へ通知し、医道審議会で行政処分を検討する
- いずれも、判断基準があいまいである
- これは啓示的でなく行政的に対処すべき
- a) 賛成, c) 賛成である場合
- 事故を起こそうとして起こしているのではないこともあるのではないかなぜリピーターだから警察なのか
- 繰り返しの定義（件数）をあらかじめ明確にしておくこと
- 内容によるのではないかと「～医療事故死をくり返す」には賛成
- 診療科により、同じ内容の治療を行うので、リピーターと言えるのかどうかは困難また、ハイリスクを扱う医療では、同じような事例が起こりやすい
- 標準的な医療から著しく逸脱した過失
- 警察より医道審議会のほうが良いのでは
- a～dに関わる案件について審判を受けるべきである
- リピーターであっても警察が関与すべきでない事例もあるのではないだろうか

- 悪質の者に限る
- 告発するというので、このような機能は有するべきではないと思う
- リピーター医師の教育はわかるが、リピーター医師＝犯罪人ではないと思うのだが
- 判断が懇意にわるくなされる危惧あり
- もう少し別の恩情のある方法を考えて欲しい
- 医療事故の内容と回数
- 単に繰り返すだけでなく、他に何らかの条件を加える
- まずは指導である 特に、刑事、行政処分に該当すると思われるときは直ちにすべき その医療行為があまりに一般的でない場合と医師の裁量権の範囲もあると思う 例えば合併症医療事故は判断が難しい場合がある
- 医学会で教育すべきこと
- リピーター医師の判断基準が明確にされることが必要
- リピーター医師の判断基準を明確に出来るかどうかやや疑問
- 「医師」だけではない
- リピーターとなっている原因の究明が必要
- 過失とは一般過失、重過失も含むと解してよいか
- 発生とは「死亡」を意味することでよいか
- 中央委員会にて処理すればよい

設問11. 関係法規（医師法21条）の改正について。大綱案では現行の条文に「ただし、当該死体又は死産児について（中略：大綱案に則って）届出を24時間以内にしたときは、この限りでない」の条文を付記するとしています。このことについて



設問12. 大綱案には、報告を拒んだり虚偽の陳述をした場合や、届出義務違反に対する体制整備やシステムエラーに対する改善計画等に違反した場合に、罰則が規定されています。
この罰則が規定されていることについて



◆関係法規（医師法21条）の改正について大綱案では現行の条文に「ただし、当該死体 又は死産児について（中略：大綱案に則って）届出を24時間以内にしたときは、この限りでない」の条文を付記するとしていますこのことについて

- 届け出先が行政ではなく中立的な機関なら賛成
- 21条自体を廃止すべき
- 医師法21条は原文のまま
- 診療に関連した有害事象（死亡のみ）についての条文を別に作るべき
- 回答の一本化不能
- 21条自体に反対
- わからない
- 改正の必要なし
- 付記では自殺または第21条そのものを改正すべきである（医師は犯罪による異常死と認めたときは所轄警察署長に届け出なければならない）というものにする）
- 24時間以内の意味が不明確（24時間以内の開始時点が不明確）
- 「ただし、正当な医療行為に伴って発生した死亡はこの限りでない」の条文を付記すれば賛成
- 24時間を超えるときは警察でもそれ以外にも伝えるのか？（医師⇒管理者が2時間以内となっている24時間を超える可能性が出てくる）
- 「異状」の定義が曖昧であり、医師法21条の削除を望む
- 新たに警察への届出の基準を明確にすべきである
- 21条そのものの運用に問題があるため反対
- よくわからない
- 医師法21条そのものの廃止が望ましい
- 医療法等へ入れるべきと考える
- 異常死と委員会届出事案の区別が不明瞭

- よくわからない
- 最高裁のトンデモ判決(広尾病院)があるが、21条の本来の文字通りの解釈とし、医療関連死は含まない、とすればよい
- 休日、連休等24時間で判断が困難なこともあり得る
- 新たな条文の「届出先」がどこになるかによる
- 民間団体(の集合組織など)が良い
- まず基準(4)の1が制定できるのか疑問が残る
- 21条を従来のもとの医療関連死とに分けて別項にすべき
- 24時間ルールは廃止を
- 21条の解釈に問題がある
- 医師法21条で医療事故を含む各項として確定してしまう
- 医師法21条は削除または倫理規定にすべき
- 医師法21条の届出は「異常死」の定義がむずかしいので、「犯罪の可能性がある場合に届け出る」とすべき
- ……疑われる死亡/24時間、などが適切ではない
- 元々異常死の定義がないことが問題
- わからない
- 警察が直に医療現場に入らないための委員会ではないのか
- 医師法21条は本来、犯罪に対して適用されるべきものである
- 医療事故を刑事事件としてではなく、医療安全調査委員会で調査を進めることとし、医師法21条の適用範囲を狭めることは当然
- 調査委員会が出来たら「医師法21条」は廃止を考えること
- 21条そのものが問題を持っていて、それをそのまま流用してはいけない
- 医師法21条の拡大解釈がもたらした医療現場の混乱は大きい
- この条文ではそれを払拭できるものではない
- 改正するなら全文を修正すべき
- 24時間 → 72時間に
- 前提として診療関連死は21条より除外することを明記すべき
- 設問5の条件も医師法21条に付記する
- 医療事故等に該当するか否かの基準
- 医師法21条の削除が前提
- 誤った医療の定義等があいまい
- 届出範囲②があいまい
- 21条は、犯罪等における守秘義務を免じるものと考えるのであれば、21条から医療関連死を除くべき
- 賛否両論で意見まとまらず
- 何故24時間なのかもわからない
- 異常死の定義があいまいなまま、現行21条がそのまま残されていること
- 本来、この条文は当該医療機関で医療を継続中の事案を対象としたものではないはず
- 今回それを明確にした案文とすべき
- これによる当該医療機関での調査をもって遅延したとして、摘発されることがない、という条件を担保すること
- 届出の時間制限が一週間となっていることが条件
- 21条自体の廃止
- 医師法21条自体を廃止する
- 残すとしたら医療事故死を除外すると明記する

- 21条の解釈に問題がある 現在の拡大解釈の状況から、立法主旨の生き倒れ、犯罪の被害者の警察への通帳につかっけてしまいますか
- 21条の廃止を計るべきである
- よくわからない
- 「大臣の届出」は反対
- もっと進んで、医療関連死を21条よりははずすことが最善である 当初の反応と違い、この21条からははずすことも可能という議論になりつつあると伺ったが
- 21条は廃止も検討すべき、そうでなければ「異状死体」解釈を限定的にする必要がある
- 24時間という条文がいない
- 24時間はどこに適用されるのか
- 医師法21条には異常死の届出であって医療行為中の死亡が届出することになったのはなぜか正しい解釈をすれば改正の必要は無いと考える
- 死因不明で不審な点がある医療事故について警察への通報を義務づける医師法を改める
- 設問10の a, c に限り
- 24時間を48時間に
- 医師法21条そのものが不適切な表現と考える
- 「異常死」の解釈
- 24時間以内、という制限をとりたい
- 医師法21条を医療関連死と切り離すべきでは
- 中央での情報種集は行うべき
- 21条は医師が行った医療行為とは無関係の自殺や犯罪による異常死に限定すべき
- 医療事故死の届出先が所轄警察署長(医師法21条)か、〇〇大臣か(第3次試案)で異なっている

◆大綱案には、報告を拒んだり虚偽の陳述をした場合や、届出義務違反に対する体制整備やシステムエラーに対する改善計画等に違反した場合に、罰則が規定されています。この罰則が規定されていることについて

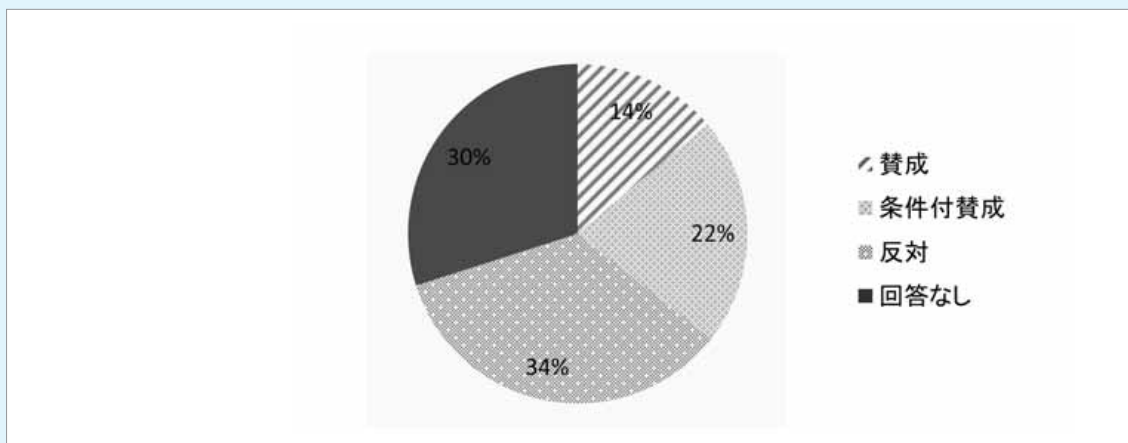
- システムエラーを全て医療機関の問題として処罰することには反対
- 官庁に所属しない形で委員会が設置されるのであれば
- システムエラーを明確にする(範疇)
- 虚偽の陳述をした場合には罰則はやむを得ないが、それ以外は罰則の対象とすべきではない
- 届出の基準が不明確であるので混乱を招く
- 罰則は関係省庁の権限強化につながるだけであり、勧告、命令に留めるのが相当と思われる
- 違反の判定基準が不明確
- 内容によって判断されるなら賛成
- 罰則規定は削除すべき
- 医師の応招義務に違反しても罰則規定はなく整合性がない
- いわゆる悪質な事案を想定した規定で理解できるが、免責のない届出義務については素直に賛成しにくい(条件付き賛成)
- よくわからない
- 故意ではない違反を判断する権限はどこにあるのか
- 刑事罰から免責されている場合に賛成である
- 行政罰で対応すべき
- 罰則で対応すべきものではない
- 少しずつ進めていってほしい

- 罰則決定の主体は委員会か、もしくは医道審議会か
- 不作為については懲罰にはなじまないと思う
- 委員会が出した結論の信憑性が担保されるのであれば
- 憲法で認める黙秘権との整合性をどのようにとるのか
- 厚労省機関ではなく、中立の第3者機関であれば
- 罰則は不要
- 行政処分に対応
- 究明についての免責条項があるならば賛成
- ない場合にあっては、一方的な罰則は人権を害するものと言える
- 大綱案の目的と罰則はなじまない
- 罰則規定は本来の趣旨と違う
- 委員会が承認した体制整備や改善計画を実施したにもかかわらず、または、実施したことに起因して事故が発生した場合の委員会に対する罰則が規定されること
- 委員会の実効性を高めるためにはやむを得ないだろう
- 制度そのものは問題があるが、違反した場合に罰則があるのは当然
- 改善策が徹底するには一定の時間を要する罰則が濫用されないような記述を望む
- 不利益処分に用いられないことが条件
- 虚偽の陳述まではOKだが、その後の処分には罰則は厳しすぎる
- 改善命令とか
- 濫用される事のないように具体的な記述が必要
- 委員会での調査内容が公開されるので、陳述を拒む場合は罰則から除外する(黙秘権の保持)
- システムエラーに対し罰則を規定するという事は病院管理者を罰することにつながる危険性が大きい
- あくまでも故意と思われるものについて規定されるものとする
- 自分に不利なことに関し陳述を控えることは刑事訴訟においても認められている権利である
- 事実を解明するためには同時に免責などを与えるべき
- 改善計画がどの範囲までになるかによるが、一定期間で改善できるものか 処分の対象者が誰になるのか
- 罰則は最小限にすべき
- 不明確な届出基準の下での罰則は問題あり
- 個人への罰則は不要
- 機関としての罰則はあってよい
- 罰則の制度は考慮する必要あり
- 憲法38条第1項に反する
- 平成16年最高裁判例(広尾病院事件)についても意義を申し立てていかなければならない
- 勧告程度にしてほしい
- この罰則規定では、本法は刑法の一部のようであり、死因究明と安全対策の勧告のための法案が、責任追及と懲罰による強制調査の法案になってしまう
- 報告義務違反に対しては行政指導というのが私ども素人の理解だった 罰金を刑事罰と考えると、これは大変なことという印象である
- 医療安全をシステムの改善として実現しようとする理念と「罰金・懲役」とは相いれない
- 黙秘権とまではいわないが、なぜ不利となることを全て報告しないとイケないのか疑問
- 届出の範囲が明確でない個人のバッシングであって、真の原因究明にはならぬことを露呈している
- 地方委員会のメンバー構成が幅広い医師層で構成される場合
- この大綱の目的から考えると罰則は本当に必要なものだろうか
- 「第12……責任追及が目的ではなく……」にも矛盾すると思う

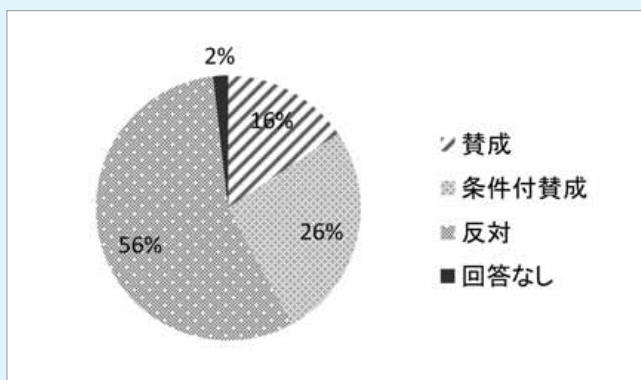
- 原因究明，再発防止を図ると言うより，むしろ罪人追求 → 医療萎縮に進むように見受けられる（刑事罰則には反対）
- 締め付けばかり増えて医療業務に支障がでる
- 対応策に必要な財政的支援が今までも全く考慮されていない
- 現場の状況を把握しないでの方策に反対
- 罰則の適用，内容の判断を行う基準が明確であれば条件付き賛成
- 体制整備やシステムエラーが現行の医療行政，方針が原因と考えられる場合の罰則について記載されていない
- 罰則を設けることにより事情聴取が十分なされなくなる可能性が高い 虚偽の報告や調査委に対する妨害行為の場合は警察の介入が必要だし，その他は公開することによる社会的制裁のほうが打撃は大きいと考える
- 真偽確定の為の委員会があり，罰則規定はなじまない
- するならば別の条項規定のほうがなじむ
- どれだけの期間にどの程度の改善がされたら罰則とらないのか
- 同様の事故が再発した場合はどうなるのかが，気に掛かる事項である

設問13. 医療安全調査委員会（仮称）の調査結果を，刑事，民事，行政処分の不利益処分に応用することについて

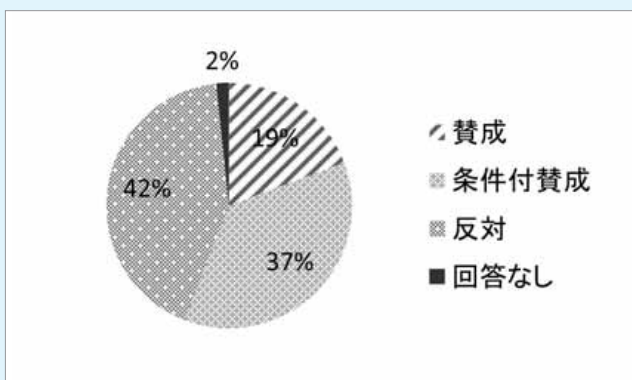
(全て)



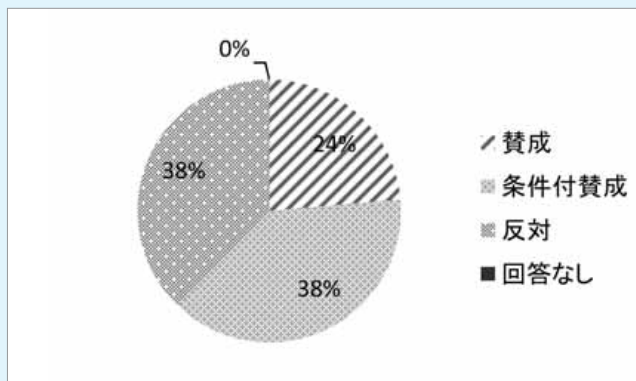
(刑事)



(民事)



(行政処分)



◆ 医療安全調査委員会（仮称）の調査結果を、刑事、民事、行政処分の不利益処分に用いることについて

- 医療事故（故意、隠蔽、リピーター以外）の刑事免責をすることが条件で、そのことがはっきりしない限りいずれも賛成できない
- この委員会が出来ると従来困難とされていた、刑事、民事での医学的鑑定が自動的に完成されることになるそれなら、そのための鑑定機関とすればよい
- 地方委員会は基本的に賛成だが、中央委員会は慎重を期する必要があると思う
- 委員会に医師免許の停止、没収の権限を与えるほうが良い
- 委員会設置自体に反対
- 全ての事故を免責にしてほしいわけではないが、少なくとも救急の症例などに対応して、不利益処分を受けることがないような制度が必要
- つまるところ、地方委員会の絶対性と客観性、信頼性がどこまで確保されるかが最大の要点になるように思われる
- 十分民主的かつ公平な選任が可能か否かが問題になろう
- 自主性ある事情的機能の組織（※）は必要と考えるが、司法（警察）行政権との関係は完全に切り離すべきではないかという印象を持つ
- （※）厳格な届出規定（詳細に）を定め、その規定に抵触する件は、直ちに届出の命令を出せるような組織を医療界内部に立ち上げるべきではないだろうか。これが保証されない限り透明性のある調査は不可能となる
- 回答の一本化不能
- 行政処分については、処分よりも再教育を重視すべきと思う
- 在宅で患者が亡くなった場合に、この取扱いはどうなるのだろうか？ 今回は勤務医だけだが、本当にこれはどうなるのだろうか？
- 医療関係者の責任追及が目的でないといいながら、調査結果が行政処分に直接用いられるのは矛盾していないか
- 刑事、民事の裁定後に下されるべき事柄ではないか
- 委員会調査とは別に行うべき（根本的に目的が異なるため）
（刑事）医療における事実であることから外れて独り歩きしないなら賛成
（行政処分）将来及び能力を考慮するなら賛成
（刑事）基本的刑事責任は問うべきでない

(民事) 基本的に無過失保証制度を国が創設し対応すべきである

- 訴訟, 行政処分, 安全調査でがんじがらめとなることで, 医師はやめていってしまう
- 真相究明と再発防止を目的とするのは本大綱案の精神なら調査結果を不利益処分に用いるべきではない
- 医療の萎縮につながる
- 参考として用いることは可 直結した処分は不可
- もう少し議論の必要がある
- 遺族の訴えにより業務上過失致死傷罪に問われる可能性がある以上, 基本的人権を侵害している
- 医療安全調査委員会は医療事故の原因究明に徹すべき
- 事故原因の多くは当事者がわかっており, 免責にして正直に話してもらうことが目的達成のために最小の努力かつ最大の効果がある
- すなわち, 調査委員会の資料は原因究明, 再発防止以上には使用してはならない
- 処罰に関する捜査等は一切切り離して, 別の組織が行うべき
 - (刑事) 警察通知条件のみなら賛成
 - (民事) 刑事に使われないなら賛成
 - (行政処分) 警察通知条件のみなら賛成
- 医療従事者の多くは, 発生した事故について, その時点では最善の選択として行った行為でもその結果次第で自己反省し, 経験値として積み上げている自己反省の文言が事故に不利益になることは多く, むしろ, 自己反省の機会を失う危険すら存在すると思われる
- 医療安全調査委員会の設置に関しては, 国民の納得が得られるような形にかなり譲歩しないと, 医療界と国民が対峙する構図になってしまう少なくとも犯罪の臭いのするような医療事故に関しては, 医療安全調査会から警察に通知すること, 調査委員会のメンバーには患者団体から選出の方を入れる等は必要だろう
- 調査委員会の構成員から遺族の立場を代表する者(医療を受ける立場にあるものと書かれている)を除くなら賛成
- 民・事に利用すれば人の死そのものを扱えなくなる特に救急, 精神科専門医療機関
- 「調査委員会」の性格は原因究明を一義的に目的とするものであるべき純医学的な者である その設置, 委員解任名も医学界が行うべきで, 国家そのものからは独立させる必要がある その調査結果は公表されるのであるから, 「調査委員会」そのものが刑事事案であるか否かの判断やそれに基づく警察への通報をするべきではない
- 医療における民事裁判そのものが現在弱者沿いに走っており, 正常であるとは思っていない
- 専門家集団での裁判であればまだ納得しやすい所もある
- 基本的には行政処分ではなく, 専門家集団である医師の団体で処分すべき
- あくまで判断は裁判所が行うべきと考える
- 過料や懲罰の判断を委員会に求められないように
- 医学的に過失が明らかな場合に限る
- 刑事処分に利用することを前提とすると再発防止の目的とした委員会へ該当医療機関より正しい報告が得られない可能性がないか, 調査の最終結果のみ報告
- 警察では, 届出や報告を受ければ独自に調査するのではないか
- 調査結果の利用について, 別途協議する場を設け, そこで当事者の意見陳述の機会を与えるというステップを入れてみてはどうか
- 調査委の正当, 公平なる結果については当事者もあえて反論できないであろうから
- 再発防止を目的とする
- 故意による死亡・傷害以外は刑事罰は免責
- 調査内容が, 刑事, 民事, 処分に使用されるとすれば事故当事者から詳細を聞き出すことは難しく, 本来の改善へつながる調査とはならない

- 紛争処理委員会として設定することを条件に
- 報告書の使用制限
- 不利益処分に使われる可能性があるとするれば、「医療安全の確保に向けた医療事故による死亡原因究明、再発防止」の観点からの十分な調査が不可能と考える
- 設問10, a b cの事例に該当する場合には全てに賛成
- この設問までの回答条件が大綱案にもりこまれるよう修正されれば賛成する
- あくまで参考にとどめるべき
- 調査委員会の調査のみにより、直ちに刑事上の不利益まで被ることは、あってはならない
- 基本的には賛成だが、遺族の処罰感情を煽ることにもなりかねないので、慎重な対応が望まれる
- 行政処分に限定すべき
- 原因究明を主とすべきであり、処罰には即、連動させるべきではない
- 「調査結果は再発防止のために利用」を原則とする
- 医道審議会などによる検討の結果、行政処分を考えるべき
- いずれもこのままでは反対である まず本調査委員会と、刑事、民事訴訟との関連が不明である 本調査委員会に届け出て調査が開始されても、遺族から訴えられたり、刑事告訴されれば裁判所や警察検察による調査が同時進行することになり、病院の負担がますます増えるし、資料を押収されたまま調査委員会に情報提供してゆくことになる また時間とともに記憶もあいまいとなり、複数の調査機関への説明内容が微妙に食い違う可能性もでてくる まず、この関係を明確にしてほしい
- 調査委員会での結論がでた後でないと、刑事訴訟、民事訴訟、行政処分が発生しないという規定は必要である その規定が守られるなら、調査結果が訴訟や処分の鑑定や資料として用いられるのはやむを得ないと思うし、司法も法的に要求してくるものと思われる
ですから医療の見地からの委員構成が必要です すべて透明化するにあたり「一部のみ利用」とか「一部にのみ利用」というのはそもそも当初の主旨に反することであり、ですから医療者による専門的意見がまず第一にあるべきと思う
- あくまで1つの意見書として配り、扱うべきで、調査結果が全てではない
- 刑事：相当に悪質なものに限る
- 民事：医療側の主張も十分に併記されている必要がある
- 訴訟等になった場合、調査結果は当事者（病院や患者）の判断で提出する
- 委員会の結果が参考意見として出されるのならよいが、不利益処分に用いられるのは反対
- 故意な重大な過失に限るべき
- 日本は国民皆保険制度で、医療費は国から決められている しかるに民事の判決は非常に高額なものが出ているのが現状で、裁判官も弱者救済的な判断を行う場合が多い判決が正しいかどうかの検討も必要
- これを容認しなければ制度として認められないだろう
- 訴訟になった場合に見解について争えない訳でもないはず
- 「参考」として用いることにすべき
- どのような委員会であってもその判断は完璧なものではないと考える
- 刑事・民事においては、司法が独自に判断すべき
- 条件について審議をする必要がある 委員会の構成、非専門家の参加の有無、事故調査のみか、により変わりうる
- 刑事に関しては免責の有無も重要な判断材料
- やはり自浄という観点から医療界が類似のことは実施して国の法律により罪人として、刑事事件として罰せられるように誘導するのはよろしくない → 結局は医療界の失意になると思う
- 刑事と行政処分については、故意の場合は当然だが、過失の場合はリピーター医師本人の事情聴取を地方委員会ですべき

- 裁判における原告・被告の合意がある場合に限る
- 判断基準が明確にされることが必要そうで無い限り、萎縮医療、防衛医療が進行する
- 目的が医療事故の調査と防止であるため反対
- 故意と判断される場合を除いて慎重に取り扱うべきで、一律にはできない
- 現行裁判でも問題となっている鑑定で同一証拠であるのに鑑定内容が相反する結果となっている場合も多い
- 不利益処分に関しては慎重な対応が必要であると思う
- 歯科医師には医師法21条に対応する条文がないので、今より悪くなる
- 運輸委員会が警察の下うけとなって専門知識を利用されているが、この計画も同じ事になる 決してシステムでの改善での利用は希望できず、個人に刑事罰をあたえるかどうかに使われると思う
- 構成メンバーによって、調査結果に差があるのならば反対する
- 設問10の範囲で

◇ 自由意見 ◇

- 医療安全調査委員会は、うっかりミスなどを含め医療事故は刑事免責の条件が通らない限りその設置には賛成できないもちろん、故意、隠蔽などの犯罪行為、リピーターは別「標準的な医療から著しく逸脱した医療をした場合」を刑事罰の対象とするなら、看護師のミス（うっかりミスがほとんど）はほとんど全てが刑事罰の対象となる「全く悪意のない、職業上のミス」が決して刑事罰となら内容、確約を取ってほしい
 - 大野病院事件の衝撃で、このプランが一気に現実化してきているが、病院側が勝訴となった今、冷静に時間をかけて考える必要があるこの流れの中で案を作ると適切なものにならない解剖の件についても、大病院は自分のところで可能かも知れないが、中小病院、老人病院、精神病院、診療所などでは不可能それをサポートするシステムの整備が不可欠また、大病院でもこうした疑いをもたれたケースを、自分の病院で解剖することが適切か疑問やはり死因の別など、医療機関内外を問わず全死亡例を解剖するシステムの構築が先だろう
 - 医療法第21条は法医学的見地より制定されている
 - 医療行為は性善說的行為であり、いのちを助けるためのものである
 - 振り返って、こうすれば良かった、ああすれば良かったと議論をすることは誰にでもできる
 - 従って、ヒューマンエラーを起こしたからといって、即、罪則をつくるものであってはならないが、原因究明とともに、二度と起こさないようにすることに異存はない
 - 委員会のメンバーは、素人に医療の説明をしたとしても理解が得られないので、原因究明となると専門化と法律家のみで構成で十分である法律家も必要ないかもしれない
 - 医療者をどんな理由があれ、逮捕すること自体不自然である
 - 委員会は独立したものでなくてはならない行政が関与するものでもない
 - 地方委員会は行政単位に設置されると思えるが、事故発生時に迅速に対応可能かどうか
 - 地方委員会、中央委員会との関係、機能は円滑に進むであろうか考え方に違いが出たときにはどのように対応し、解決すべきか中央委員会に従うのか
 - 医師の責務として故意による死亡などあり得ないと思う
- 大綱案の内容をあまり理解していないため、今回は参考としてもらいたい よって無記名で提出する 今後

も医療安全向上のための活躍を祈念する

事故調査は当該の医療機関が、外部の医療有識者を入れて再発防止の目的で原因調査をすべきである

- 当事者を処罰する意思を入れた組織で扱うべきでない
- 世間の見方も変わると思うので、今しばらく引き延ばして3～4年後に制度として考え直したほうが良い
- 病院としては自主的な原因究明、再発防止を努力し、世間にアピールすべきである
- 厚労省からも完全に独立した第三者機関であろうことを望む
- 委員は、医療の専門家でなければならないと思う
- 法案に至れる経緯を知れば、個々の部分での賛否を問うアンケートは無意味なことがわかると思う 検討会の中身を知ろうともせず、これまで賛成の姿勢を続けた会長以下は猛省して責任を明らかにしてほしい
- 医療安全に関しては、中央委員会及びその委員長が最終権限を保持すべきで、〇〇大臣が総括すべきではない 政府の長が関与することは、処分（刑事・民事・行政）に直結するものである
本組織はあくまで調査、再発防止の範囲にとどめるべき 万一調査中、犯罪性が強く疑われた場合は、例外的に処理されるべきである
- 一応アンケートには記入したが、大綱案の行間に隠されているであろう真意が読み取れないため回答に自信がない
- 日病は答えの誘導になるような解説をあえて避けたのであろうとは思いますが、かえって不親切
- 日病の主張を同封してほしかった
- 医療事故調査は再発予防の目的を最優先とすべきである しかし、刑事、民事、行政処分と連動させることにすると再発予防の目的が達成できなくなると考える
- この大綱案が実際に法制化され、運用されるようになれば民事訴訟が急激に増加して、まず医事賠償保険が破綻してその後医療は完全に崩壊してしまうと予想される
- この医療事故調査組織は、医療者と患者の対話を阻害して対立を深める構図をつくる
- 大綱案がこのままの形で実現すれば、現場の良心的な医療者は危険な医療から身をひくだろう（実際にこう言っている医師は数多くいる）
- 医療事故は交通事故と同じように必ず発生するものである 事故が発生しないように最大の努力をすることには賛成であるが、起こった事故について責め立てることには反対である
- 全ての医療行為には危険が必ず伴うことを、もっと国民に知らすべきであろう
- あくまで究明であり、絶対に糾明であってはならない
- 医療には元来危険性を伴う行いであり、業務上過失致死は適応すべきではない
- 医師法21条も医療事故を想定して定められたものではない
- 第32条（1）について反対
- 医療法第1条4第2項に説明については記載あり
- 第32条には、……適切な説明が行われるよう……とあるが、家族が適切でないとする場合も十分考えられ「適切な」の解釈が何なのか不明である
そもそも、医療行為自体悪意をもってする医師はいないわけで、医療過誤と医療ミスを明確に判断すること自体難しく、免責制度を真剣に考え事故調査などはその後の問題と考える
- 公的な事故調査機構は必要である
- 警察への届出は医療機関内部の医療安全委員会や事故調査委員会で審議してから届け出るべきで、24時間以内という期限は不要
- 医療事故の疑いのあるものは警察へ届け出るのではなく、公的な事故調査委員会に届け出るようにするべきである
- 調査委員会の結果を刑事罰や民事訴訟の裁判の資料とはしない
- 医師法第21条の「異常があると認めるときは…」の異常の定義をもっと明確にすべきである
- 委員会へ届け出ることを推進するには、地方委員会から警察へ通知する当該事故をさらに限定すべきである

- 委員会の調査結果は再発防止目的だけに使用すべきで、裁判の資料とすべきではない
- 具体性が乏しく、回答しづらい
- 医療における問題であるので、医療人を最高責任者におくことを（大臣であっても）考慮すること
- 設問13で条件付き賛成としたが、基本的に医学的（医療上）何が起こったかを科学的に糾明することに特化すべき。その上で結果を司法行政が利用することはやむを得ない
- 罰則の厳正化より再発防止の観点からの組織作り、法案づくりを再検討願いたい
- 現在の医師不足の主な原因は危険を伴う医療行為を行えば罰せられるかもしれないという不安を医師に与えていることである
- 米国のように医療事故で刑事罰を与えないということを明記すべきである
- 第三次試案が問題ありとして議論が進んでいないのに、大綱案についてアンケートする意味が不明
- もっときちんと医療側のコンセンサスを取れるような動きを医療側、特に日本病院会が主導すべきではないか
- なぜ、ここでアンケートなのか全く理解できない
- 医療安全中央委員会の設置場所が〇〇省とあるが、これでは届出の義務づけと違反した場合の処罰の権限、それ以外の全権限が集中することになり問題がある
- 医療安全調査委員会の精神が事故の真相究明と再発防止にあるとするなら、遺族代表を委員とすることは適切でないと思う
- 警察への通知については、仮に標準的医療からの逸脱があったとしても善意による医療行為として現場でのとっさの判断で行われる場合もあるので、故意や犯罪を企図あるいは医学的根拠のない場合に限るべきであると考え
- 本大綱案を策定する前に、法医学会の異常死ガイドラインにより医師法第21条が本来の法の精神から逸脱した解釈をされるようになったのであるから、元々に戻すべきと考える
- 刑法211条から医療行為を除外すれば、本大綱案はスムーズに受け入れられるだろう
- 本大綱案が本格実施されれば、莫大な費用と多くの関係者の多大な労力と時間がかかる理念は賛成だがあまりにいきすぎた内容となっていると思う国があまり関与せず簡素な民間の組織で本来の法の精神に則り、極めて限定的なケースのみに絞り込むことが大切と思う医療の萎縮や崩壊を招かないことが国民の利益につながるのであると大局的にとらえてもらいたいと考える
- WHOでの医療問題でも、刑事罰をしている国はない
- 検察官、裁判官も誤った判断をすることがあるが、刑事罰はない
- 国が認定している制度の中で医師、看護師に対してのみ、医療法で刑事罰を作ることはおかしい。また、事故調査委員会も航空法、海事法でも、国の直接的関係を特に持たない専門家委員会で設立されている。この中には、被害者側、法律家、弁護士等はいっていない。医療専門家のみで構成されるべきである。従って、厚生労働大臣等が任命すべきものではない全くの第三者機関にすべきである
- 民主党案も同等に扱うべきである
- 本会の目的を明確にする必要がある。医療の安全に役立てるためか、責任追及のためか（現在の（案）はこのためと思う安全に役立てるかのような偽装が巧妙にしてあるだけ）
- 医療事故に対する対応は国際的視野に立ち、公平に行うべきである（日本の対応も同レベルにすること特に刑法の適用を）
- 現状は医療従事者を責めて、犯罪者に仕立てている逮捕、拘束を長期に許せばえん罪の大量生産可能である
- 医療は不確実の科学である医学を個体差の大きい個人に応用するものである
- 適切な方針、方策が不明でも何かをしないと不作為の診療拒否と責められる。進むも退くもとどまるも地獄では、医療は成立しない
- 将来の医療の安全を目的としない委員会は害のほうが大である国際的な例を謙虚に学ぶべきだ
- 検討会の委員長に刑法学者を選んだことが全てを語っている

- 「衣の下の鎧」が丸見えだ
- スタートからおかしい
- 設置はあくまで独立機関とすべきで、〇〇省、地方〇〇局所管というのとはもってのほか
- 行政機関直轄では独立性が保たれない
- 現在の諮問機関が行政に都合がよい御用学者で構成され、議論が歪曲されているのを見れば望ましくないのは明らかである
- この大綱案は、医療者および患者側の人権に配慮しているとは思われない
- 大綱案により国の権限の拡大・強化につながり、医療崩壊が加速する危惧がある
- 死因究明を目的とする以上、解剖医を増やすことやAi（オートプシーイメージング）の普及などの体制を整備することが先決であり、現状では十分な調査が出来るか疑問である
また、医療界と法曹界による十分な議論がなされたとは言えず法律化するには拙速である
- 医療事故調査依頼は地方委員会が良いのではないか
- リポーター医師については、警察ではなく医道審議会などで処分すべきだと思う
- 調査結果は刑事では使うべきではないと思う 黙秘権が認められていない状況なので、あくまでも再発防止が一番の目的である
- 医療安全の確立に向けたことと、業務上過失致死という犯罪性立証による抑止が同じ線上にあり、医療現場で頑張っている人たちの医師をそぐのではないかと危惧する
- 公正、公平、中立でかつ十分な経験と知識、見識を備えた人材を確保できるかどうか、この制度が有効に活用されるかどうかの分岐点となる
- 医療は不確実な行為であり、決してその結果を保障できるものではない難易度の高い医療や、緊急度の高い医療行為は、それ自体が患者にとってハイリスクであるばかりか、医療従事者にとってもハイリスクとなる
- 医療体制が整っていると言い難い現状に置いて、今や現状の医療従事者の献身に頼っている日本の医療現場に、このような方法論を適用しようとする行為そのものが問題
- 医療の現場が1つの医療行為に専念できる体制を整備し、その教育指導システムを構築することが必要また、提案されているような委員会は、他の例にも多くあるが、問題は委員が実際には現場で活動しておらず、過去の実績や社会的立場の確立した方々で構成されていることである
- 医療は日進月歩であるまた、その現場の社会背景などは、都会や地方において事情は全く異なるそのような過去の肩書きで選出された委員に善悪を糾弾される方も、やりきれなさを感じると思われる
- 医療安全調査委員の権限をまず決めることが最も重要
医師として国民である刑事事件に当たるかも知れないことを自供までさせることは出来ない（憲法違反）
少なくとも医療の専門家だけで構成された「委員会」はクローズドな委員会であってはならないそして、医療裁判には使用しないとの担保がなくてはならないと考える
- しかしながら、大綱案においては、学術的見地で行われるべき、死因究明の委員会に遺族の立場を代表する者が含まれているこのことは専門家が判断すべき事柄に対して、客観性を阻害する要因となる
- 医療事故の全てに免責を要求することは医師側の行き過ぎであり、厳に慎むべきであるが、死因究明の場に遺族の立場を代表する法律家等がいることは容認できない
- 死因究明はあくまでも医師のみの委員会で行ったうえで、その報告をもとに上部組織として弁護士や「患者代表」などを参加させた委員会をつくるべき
- 刑事事件のリスクが多少減少するのと引き換えに重い行政処分を科せられるような仕組みは良くない
- 医療再現を目的とすべきであり、例え「患者代表」が満足しても急性的病院の第一線の医師たちが萎縮してしまうような仕組みは良くない
- 本当に調査される事故が調査されずに、一部の事故のみ議論されないようにしてもらいたい
今の世の中、正直者が損をすることも少なくないので
- 医療安全調査委員会の調査の趣旨は、再発防止を主目的とすべきで、個人を罰するために行うというもので

あってはいけない

- 医療人の再教育も主目的として考えてほしい 再教育のための組織作りも考えてもらいたい (リピーター等に対して)
- 基本的に行政が主体となって委員会をつくる事には反対である
- 故意に行った事件以外は免責であるべきである
- 医師法21条から医療行為に関わる死亡は除くべきである
- 医療事故の問題解決は対一の問題解決を基本に行われる事が被害者にとっても医療者にとっても利益となる
- できるだけ調査委員会などは民間主導で行うのが良い
- 医師法21条を根本的に変更し「警察に届け出る」部分を廃棄すべきである また司法解剖制と行政解剖制の2制度を廃止し、全てを監察医が解剖を行う制度を作る必要がある
- 中央に中央監察医務局、地方に地方監察医務局、異常死は全て監察医務局が取り扱い、医療に関わる異常死は監察医務局の下に医療専門組織を置き、そこが調査をするようにしたらどうか
「事故調」はこの医療専門組織に該当する
- 設問9で反対の場合、設問10の取り扱いはどうしているのか (アンケートデータの危うさを感じる)
- 急性期救命救急担当医、在宅患者或いは介護施設からのCPA患者受け入れ場所が、この大綱案のままでは不在となる
- 司法通告に関してもっと議論が必要ではないか
- 医療者サイドの自浄作用 (行政処分による) を主とするシステムを、まさに病院団体協議会が医師会を巻き込み、確立すべきではないか
- 大綱案、第三次試案には多くの欠点があり、現行 (案) のままで施行することは問題である
まず、本質的に医療にそぐわない「業務上過失致死傷罪 (刑法211条1項全段) を、限定的とはいえ追認することは望ましくない また、2000年、厚労省は医師法21条において「診療関連死も異常死に含まれる」という見解を示し、その後の裁判でもこれが摘要されている
- 基本的に、診療関連死は異常死に含まれるべきではない
- 大綱案をめぐる論議が昏迷している原因は、相互に矛盾抵触している複数 (4つ) の事項を、一つの制度で解決しようとしているところにある

◇患者側の目的

1. 医療者側からの謝罪と精神的納得 → それを実現する制度 → 患者支援制度
2. 今後の経済的保証 → それを実現する制度 → 無過失保証制度

◇医療者側の目的

1. 過去の清算としての処分・懲戒 → それを実現する制度 → 自立的処分制度
2. 将来の再発防止への取り組み → 医療安全推進制度

この4つを一つの法制度で実現しようとするところに、そもそも無理があると思う

今年 (2009年) 1月から始まった産科無過失保証制度も十分なものではない

また基本的には、故意や悪意、明らかな過失のある場合を除いて、医療行為に関連した死亡を含む事象に、司法・行政が介入すべきではない

- 自立的処分制度に関しては、医師を中心とした自浄能力のある組織に、その判断と処置をゆだねるべきである
- 医師による医療行為は、傷害的行為を行っても個人 (患者) に対し利益 (病気の治療と健康) をもたらすことにより、公的に (認知) されてきていると考える
- 日進月歩に進歩している医療界において医師の社会的行為に公的 (司法的) な縛りを設けることが、患者さんに真の利益をもたらす、正しい医療を提供できるのか疑問に思う

医師の行為が「患者さんに結果的に不幸をもたらした」のであるならば、やはりその結果についての原因を追究すると共に、本人やその家族をどのように救済されるべきかを専門であるべき医療界自体が社会的に納得される検討委員会組織「医療安全調査委員会」を作り、議論と結論を導いていけるように日々努力すべきである

- 現在の医師全員(医療界自身)による「医療安全調査委員会」(公的認可がどうしても必要ならば閣議決定などか、縦割り社会の日本では厚生労働省と法務局などの大臣認定などは馴染まないと思う)を設置して真摯に取り組むべきと考える
 - 調査委に報告された事案について、別途訴訟をおこす事無きように規定されたい
 - 医師法21条に関する法医学会の拡大解釈とそれに基づいた、とされる厚労省通達を○にすることが可能との意見も耳にするが……
 - いったん法が成立、公布されたらその変更、修正、改正はきわめて困難とされるが、この点柔軟な対応はできないものか……
 - 医師法、医療法全般にわたり見直しの時期にあると思う
 - 今回の立法化過程で、専門職集団としての医師の自律が意識されたが、今の法体制のもとではその実現はほぼ不可能と思う
 - 医師の国家的位置づけのうえに自浄作用を発症、自己規制のできる集団として位置づけられたい
 - 一つ心配なのは、行政がやった検査調査で、医療事故などを判定された場合、反論すべき調査ができて反対申し立てできるかどうか
 - 一つの見解としては良いが刑事、民事に使われた場合、反論するには手強い
 - たくさん出された場合、委員会の方々が一件一件をおさなりにして判定をしてしまった時が心配である
 - ①民事、刑事裁判の制限を一義の目的としたものとする必要がある
 - ②訴訟に起因する医師の現場離れを止めるための内容であるべき
 - ③クレーマーを抑止する方向が必要、クレーマーの横行する社会に正常な医療の存続は望めない
 - ④医療の質の向上を企図するならばこの法案の前に、財務、教育、不足する医師、看護師の数の確保と適正配分等々、医療を全体的に立て直す方策が必要
 - ⑤死亡事故のみを取りあげて、多大な人手と財源を使うことは医療の質の向上に資する可能性は低い
 - 「賛成を促したい」意向が見え見えで、このようなアンケートは慎むべき
 - 「医療安全調査委員会」の名称について、病院内で設置され、行われてきている「医療安全」に関することと、内容が異なることが多いが、誤解される心配があるのではないか
 - 医療事故の際の遺族よりの原因究明は現在裁判による方法しかなく、大きな負担となっている病院側、遺族側双方にとって新しい制度は期待できるものと考える
 1. 医療行為に警察が介入できないようにする目的で、「医療安全調査委員会」を設置することには賛成
 2. 警察に届け出るのは「犯罪」「犯罪の疑い」のみでよい
「犯罪」は事件性の可能性のある死体の届出 医療者による「事件隠蔽」「ねつ造」も同様に届出
 3. 医療行為による事故については現在以上に行政処分を厳格にすべきものと思う以上の基本的スタンスに立っていれば、内容が多少異なっても賛成
 - 罪はあるけれどインシデントレポートを出せと言っているようなもの
 - 司法や罰則とは切り離さないと改善にはつながっていかない
 - 個々の事例について十分に公正な検討がされるのが疑問
 - 何をもちて委員会の委員が任命されるのか疑問
 - きちんとした基準ができるのか
 - 三権分立は確保されるのか
- 医療の最善の結果は「死からの生還」と考える人がいると考える しかし「生ある者は必ず死を迎える」という現世で唯一、100%断言できる「自然の摂理」は処罰感情を隠蔽しながらのどのような法体系でもってしても抗うことはできないと考える つまり、自然の摂理に基づく医療を、人為的、人工的な法体系で規定することは到底無理と考える すなわち自然人としての人間の行動を法律の条文によって行動制御しようという発想自体が異常である 逆に自然人間の行動の存在をありのままに認めてその中で一つ一つその善し悪しを国民的合意が得られたものだけ模範例として残していくという発想に立つべきである

以上の観点より、まず医療を刑法、行政法より分離させ、民事の世界のみで論ぜられるよう基本的な法体系の確信を計るべきと考える

人の生命の重みを医療機関は、従事者は、起きた結果に関して逃避することなく自己弁護するだけでなく、起きた事象を追求していく姿勢が必要と思う

- 1日も早く調査会設置が実行できることを要望する
- 医療関連に対する法の適用が他分野に比べ不平等な状態のまま、介入方法に屋上屋を重ねるのみでは、真の調査目的は果たしえない

医療に関しては、患者の信頼関係が不可欠 全てはこの信頼関係を構築していく方向で決めることが原則

- 現在、医療に完璧制を求める風潮が強くなり、100%の安全は存在せず100%の安全への努力が評価されるべきと思う
- 第32条(2)の②に関しては無過失保障制度を併せて整備し制度化する必要があると思う
- 医療事故の原因究明と責任追及が連動されていることが問題
- 真相解明・再発防止と医師法21条問題、紛争処理問題は別組織で行うべき
- 日本の医療を守り、発展させていくために、将来を見据えて制度を検討すべき
- 現状の困難さ故に、早まって、将来に禍根を残すような制度の法制化を危惧する
- WHO有害事象の報告学習システムにおいても、報告システム成功のため7つの特徴にも秘匿(患者名、報告者名、施設名) 刑罰を行わないことが記されている

真相究明と再発防止のための組織であれば、届出すべき事案を規定することも必要と考える

真相究明と再発防止のための組織であれば、届出すべき事案を規定することも必要

真相究明・再発防止のための組織としてはすでに、日本医療機能評価機構が実施している「医療事故情報収集等事業」があるその組織を整備、拡充していくことが望ましい

大綱案はその始めから、自由民主党では社会保障制度調査会「医療紛争処理のあり方検討委員会」で検討されており、平成19. 12. 21に「診療行為に関わる死因究明制度について」が発表されている

- 「医療安全調査委員会」は紛争処理のための委員会と位置づけるべき
- 大綱案の委員会は、紛争処理委員会として位置づけるべきで、医療機関に届出を義務づけるべきでない 届け出るか否かは医療機関の判断に委ねるべき
- 遺族からの申し入れも受け入れるべき訴訟になった事例も調査検討すべき
- 原因究明と紛争処理は別組織で行うべき
- 両者を分離せず、さらには届出義務と罰則を定めるのであれば、医療事故死に該当するかどうかの基準はより厳密に規定されるべき
- 誤った医療行為とは何かを規定することは不可能
- 全て具体例で示さなければ理解不可能
- 「アンケート調査のお願い」の頭書きには事実と異なる部分がある訂正を求める

四病協の一部の委員のアンケートに対する反対で委員会活動が停止したという事実はない アンケートには反対であり、至急委員会を開催して検討することを求めた

四病協委員会では、大綱案に関する統一意見を集約することが望ましいが、統一できなければ両論併記もあり得るといふ議論だったはず

また、四病協の会員病院へのアンケート調査は、各団体の意見をそれぞれの団体でまとめているので不要であるという意見も出している

- アンケートの目的が理解できない
- 大綱案の目的、考え方、目的と内容との不一致に関する、極めて重要な事項に関する設問が抜け落ちている
- 目的や枠組みに関する設問を外して、いきなり各論の設問となっている
- 目的や枠組みに適した設問であるべき したがって全ての設問に反対とした
- 委員会が医療事故の原因究明を行うのであれば、その調査が終わるまで警察の捜査が入らない体制でなければ

ばならない。また、報告の義務については、黙秘権との兼ね合いもあり、刑事手続き法や憲法、医療法等も併せて見直す必要があるのではないかと

- 福島県の大野病院事件、すなわち診療行為中の患者死亡が官憲から異常死とみなされ、医師が逮捕・拘留された事件は、結果は不起訴であったにせよ、医師法21条を巡って日本の医療機関に大きな衝撃を与えた我々はこれまでも医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案に注目してきた
- 医療安全調査委員会（以下「委員会」）設置の意義として、「委員会」が医療関係者の責任追及を目的としたものでなく、あくまで医療死亡事故の原因究明・再発防止を目的とすることが第一義的に挙げられる診療関連死の届け先を警察（医師法21条に基づく）から「委員会」に変更するといった手続き上のことは項末な側面と言える。重要なのは診療関連死を異常死とは別個のものとする意識の切り替えであると考え。異常死とは元来、犯罪等に関連した死亡であり、医師法21条もこれを漏らさず警察（検察）が捜査することを担保するためのシステムだった。しかし、近年はともすると診療関連死と異常死を同列のものとする風潮が社会に蔓延したのも事実である

このような社会情勢の下、病院の勤務医もいつ自分が刑事訴追の対象となるか戦々恐々としている勤務医は労働条件等で必ずしも恵まれているとは言えない状況で、ますます医療崩壊・委縮に繋がる懸念があるので「委員会」設置法案には基本的に賛同するものである

しかし、管轄省庁もいまだ曖昧で、「委員会」のメンバー選出、またいかなる場合に警察（検察）に調査情報を提供するか等々未定の部分が少なくない。また、調査結果に基づき「委員会」から医療機関に改善勧告が出されても、これが行政指導に匹敵する実効性あるものか否か現段階では見えていない

上記を明確にするにはまだ議論が必要である。ただし、国民（患者）から見える議論にしなければ、結局医療者同士の傷の舐めあい、隠し合いと見なされてしまう。何とか医療不信を払拭すべく、「委員会」設置法案の議論も医療事故の原因究明と再発防止を目指すものであることを国民に理解してもらうことがである。すなわち、「委員会」設置の最終的、かつ最大の受益者は国民（患者）であるという構図を作る必要があると感じている

- 第25について：地方委員会が警察に通知することは法案の目的外であると思われるので反対
 - 第32：管理者への報告事例の基準が曖昧な気がする
 - 死亡を予期して医療行為をすることは問題があると思う
 - 一部の医師の意見の集約でなく、全国的な医師の意見をまとめてはどうか
 - 事故調論議はそれはそれとして、「予想外の結果」（別に死亡でなくても）が起きた場合に患者に向き合う姿勢で臨むことが大切逃げない、隠さない、ウソをつかないを医師側から提唱することが大切
 - 事故対応者へのセミナー開催
 - 医療安全調査委員会設置自体について、各病院で設置する事故調査委員会で対応することで十分。医療事故については、現場、現場でさまざまなケースがあり、また、その対応についても各現場、各ケースによりさまざまな様態が想定されるため、一律に国の委員会で裁くことは困難である
 - 各病院の事故調査委員会で外部の意見を聞きたいときの専門家の採用が望ましい（公平な第三者的な採用よく知っている頼める人に中立的とは言い難い）
こうした第三者的な専門家の採用に苦慮している点から、判断を得られる専門医の認定をし、専門医のバンキングの設立をお願いしたい
- 以上から、委員会設置そのものに反対
- 法的文章の難解さは、法の理解の妨げになる
 - 警察への通知については、犯罪性のある場合に限るべき
 - 標準的医療から著しく……を通知することになっているが定義が曖昧であり、時代とともにかわるこの条項があると警察への通知、すなわち犯罪者として扱われる恐れがあるため、調査委員会への報告が出せなくなり、医療事故の原因究明という本来の目的が達成されないことになる
 - 警察以外の方法で対処すべきであり、医師としての倫理的問題として対処すべきで、この条項は削除すべき

- 過失をくり返すリピーター医師についても問題ではあるが、故意で無い限り犯罪者ではないのでこれも警察へは通知すべきではなく、医師の倫理性の問題として対処すべき

- この大綱案は医療安全の確保を表明しているが実際には行政処分や刑事訴追などを包含し、医療安全の理念とは相反する方向性を持つことになる。医療行為に刑事罰を適用させることはある確率で医療者自らが犯罪者になるリスクを背負うことにあり、その結果、医療が萎縮することになる。医療崩壊がさらに進むことが予見される

以上のことが大綱案には賛同しない理由大綱案の項目ごとに賛成反対の質問をされても意味が無い

- 医療事故と刑事訴追を関連づけることはあくまでも反対

- 医療法21条の解釈を本来のものに戻す必要性あり

- 今回のように末端の病院の医療従事者にアンケートを求める際には単に条文を添付するだけでなく、この法案の主旨や必要とされた背景の説明が十分になされないと正しい判断は困難である

- 医療事故は全世界中で発生しているはずで、医療体制が異なるにせよ他の先進国の事情や法体系を紹介してくれるとアンケートに対する判断が容易となる

- 結果的に医療事故が発生した場合に警察が捜査に乗り出し医師が安易に逮捕され手錠をかけられてしまうような事が繰り返されると勤務医の医療行為はますます萎縮し、診察を断る場面が増える。この法案が公的病院の医療現場を過度に締め付けるようなことがないように切望する

- ①目的が原因究明と再発防止にある訳で、委員会の構成員に有識者(医療や法律以外)や、特に医療を受ける立場にある者(医療事故被害者の会代表などが入ってくる可能性がある)が入る必要性はないと考える

- ②調査結果が特に刑事の不利益処方用いられると問題

厚労省案と民主党案についてのネット上での調査では、民主党案への賛成が多かったと思う。小生も民主党案に賛成している

かかることからすれば、対案としての民主党案も土俵にあげて検討すべきではないか

- 遺族からの求めで医療事故調査の開始が検討される場所は中立性を保つ姿勢がうかがえ評価できる

- 現医師法21条は異状の解釈が曖昧になっているため混乱を生じている。医師法21条の異常死と医療事故死は本来異質のものと思うが同列に扱おうとしているところに違和感がある

- 医療事故死の基準を定めることがもっとも重要で困難な作業になると思われるがまだ定まっていない。個人や施設間で解釈に違いが出るようなものでは患者からの信頼は得られないと思う

- 本来死亡の原因究明・再発防止は医療関係者一人一人、各医療施設が責任を持って行うべきもので、遺族への説明、適切な誠意ある対応もされてきていると思う。さらにその上に医療安全調査委員会を設置するのは屋上に屋を架す感もある

- 医療財政の厳しい中で報告の労等医療資源を注ぎ込むことが「医療の質の向上」「患者の信頼回復」につながっていることが実感出来なければ医療安全調査委員会を継続するのは難しいと思う

- 院内で検討した。さまざまな意見があり、まとまらない

- 現段階で、原則的に賛成できない

- 各医療機関における安全委員会の充実が第一なのでは

- 医療事故の原因究明、再発防止に対する取り組みとしては評価するが、処分の資料として用いることには慎重であるべきと思われる

- 医療安全調査委員会は厚生労働省等とは別の独立した組織が良いと思う

- 医師法21条から医療関連死を除くことが今回の委員会設立と矛盾しないと思う

- 事故調査は医療及び安全の専門家にまかせ、再発防止を唯一の目的とすべきである

- 責任追及(裁判、処分)については、別組織として行うべきである

- 医療事故に業務上過失を適用することをやめるべきである

- 医師法21条は本来の「犯罪がらみの死体」にかぎるべきである

- 大変良いことなので、一日でも早い法案設置をお願いしたい

- 現在の医療事故の多くが、医師の過重労働に起因すると考える 一日8時間、週40時間以上の労働に対する拒否権を与えない限り、処分の対象とすべきではないと考える
- 医療費抑制による診療制限の問題もある
- 医療の安全確保と患者救済は別の問題である
- 委員会から警察への通報が前提であれば、情報がオープンにならず、医療安全の確保は困難になると思われる
- 原因究明のためには、どうしても免責が必要
- 医師の集団が自律性をもって医師の質の確保にしていくべき
- 現在の大綱案では「医療安全調査委員会」ではなく「医療事故調査委員会」というべきであろう
- 当初の再発防止への献策の考え方は全く見られない
- 処分を前提とする届出制度では、機能しないであろう
- 医療界の自立的な制度とすべき！
- 基本的に事故の調査結果を刑事訴訟の資料として使われることに反対する
- 警察はノータッチがいいと思う
- ①医療行為は「正答な業務」であり、これを犯罪として問うのはおかしい ②過失「罪を犯す意思がない行為」は罰しない(38条) 医療行為に業務上過失を問うのは中止にしなければならない ③事故調査は関係者の免責を担保して、原因の究明を行うのが至適である 結果は公表し、安全に寄与させる ④調査委員会は純粋に医療行為の妥当性を医療関係者で判断するものであるべき ⑤医師法21条の廃止を
どれも①②③と明確に言える内容ではなく、このアンケート自体も答えるに難しいものである
あえて①②③を選んだが、「あくまでも強いてつけるなら①②③」程度の内容である
- 医事紛争のリスクを恐れ、医療現場の第一線で働く中堅、若手の医師が「専門外だから」「手が離せない」「余分な事はやりたくない」等萎縮した診療態度をとらないようにするためにも、警察権の介入拒否も含め、ご勘案願う
- 研修会に参加したこともあるが、正直よくわからない 現実的に委員会の構成や実際の委員実現は可能か
- ①故意による死亡または死産のみ警察に通知すべきで、これに限定すべきである よって罰則も限定的となる ②地方の委員会は地方〇〇局でなく都道府県でよい 国の出生機関は不要である ③医療における死因を検討する委員会に門外漢は不要で、真相究明にはならない
- 第17③ 関係者に出頭を求めて質問すること、とあるが、現在の医療従事者は多忙を極めている 出頭ではなく、地方委員会が「該当関係者の病院等へ出向いて質問すること」と改めて頂きたい
- 警察への通知は犯罪性のあるものに限るべきであるが、標準的な医療から著しく逸脱した医療も通知するのはやむをえない ただし、「著しく逸脱した」をもっと明確にすべきである 地方委員会により差が出るようでは困る これが明確出来ない場合は逸脱症例の通知には反対
- リピーター医師に関しては設問10に該当すれば通知されるはずであるし、そうでなければ再教育などの行政処分の対象とはなるべきと思うが、警察への通知すべき性質のものではない
- 各委員会の責任を明確にすること、省が関与する場合は局長の責任を明確にすること、およびそれに従って罰則を設けることが必要
- 議論の中身をオープンとし、パブコメできるようにしてはいかがか
- 第17において、法律的な用法として、処分というのが適切なものかもしれないが、報告することが処分という言葉でくくられているのが違和感を覚える犯罪をしたような心証を受ける
- 大綱案は第三次試案よりは改善されているが、現実的に病理医・法医学医の数が不足しており、非現実的なところがあり、実現不可能ではないかと思われるただ、医療者のみは何をしても処罰されないのでは、国民からは理解が得られないと考える
- 過剰な警察権力の医療への介入には断固反対医療事故はまず民事で解決すべき問題
- 医療、特に救急に関する医療(産科、救急医療、小児科、麻酔科等)は予期せぬ事態に直面し、医師が最善を尽くしてもどうしても無いか起る

- 不幸な結果について、なぜそのようになったのかは、遺族も主治医も同じである 原因究明に関しては、医師として当然であると考え
- 今回の大綱案に関しては、原因究明とはほど遠いものとする 原因究明には、解剖は必要であり、この場合臨床をよく知っている病理医が行うべきで、司法解剖での法医学者はほとんど臨床経験を持っていない
- 委員会のメンバーも、当該の専門医でないと判断が全く違った結果、間違っただけを下す恐れがある 例えば、産婦人科であっても、産科医は内分泌の専門医ではなく内科であっても循環器の専門医は腹部(消化器)は詳しくない、など
- 調査委員会および解剖を含めた資料(データ)の収集など、財源はどうするのか
- 時間をかけてでも納得の出来るものでなければ法律になれば以後、何十年も禍根を残す この法案にある医療安全調査委員会設置は、背景として、患者と医療者との対立関係を前提としており、その中での対策という狭い視野を担っている私たち医療者も患者という立場を有しており、その視点から考えることも必要 医療の受益者という視点からは、死亡例に限定して中立的に裁定をしてくれる機関を設立することより、より医療者が安全に対して努力する文化が形成されることに評価や投資が行われることと誰もが望んでいる 医療者が、医療安全に迎えての更なる努力を行い、その取り組みの中で患者が医療をはぐくみながら受益者としてのメリットを享受する関係にならないと日本の医療は不幸である そのなかで、不幸にしてよくない結果となった場合には無過失補償制度によって対応すべき
- 医療安全調査委員会は内閣府のもとに置き、省庁のもとに置くべきではない また、警察などの捜査には関係のないものとし、医師法21条は医療事故死亡とは関係のないものと明記すべきだと思う
- 医療安全調査委員会の設置については異論はないが、その前に自浄作用(機能)を有する組織が必要と思われる
- 弁護士会にはこのようなものがあると思われるが、医師会等を中心とした医師同士による自浄作用(機能)を持つ組織の設立を期待する
- この組織では①標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因云々などを罰することで、ある意味で行政処分につなげるといったことで、患者、家族の納得が得られるのではないか
- ①「医療事故による死亡の原因究明と再発防止の在り方」を第三者機関で調査・検討することが医療安全調査委員会の設置目的であると思うので、過失責任に関する内容やその調査結果を刑事・民事・行政処分などに用いるのは、目的から反することであり、別組織でそれは判断すべきことである

②第13の委員に関して

医療事故死の遺族、及びそれと密接な関係を有すると認めるものは従事させてはならないことと明記

③中央委員会は三条委員会であるほうがよいと思う

この制度は医療現場に不必要に警察権力を招き入れず、医療事故の刑事事件化を防ごうとする意図と考えており、その目的が有効性をもつことは重要である

したがって委員会はある程度地域性をもって実働部隊が編成しやすくするのがよいと考える しかし公権力の介入を防ごうということであれば、委員の身分も相応のものが求められ、大臣名で任命されるのは合理的だと考える

同様に、公権力の不必要な介入を避けるためには情報開示はすべきである それが結果として医療機関側に不利な情報になるとしても、それが事実であるのならその判断結果を受け入れるべきであろうし、疑義があるのなら法廷などで争えばよい はじめから証拠として利用しないことを明記しようとするならば、この制度の定着にマイナスに作用するのではないかと委員会の結論は公平であることが期待されるが、絶対的な意味を持つということではないはずで、医療者側からも患者側からも疑義が出される可能性は残るであろうし、そこで議論が生ずるのは自然なことであろう しかしその議論は民事的なものになるはずで、事故の刑事事件化を防ぐという主旨からすれば別段病院側に不利益ということではないと考える そこにこだわって制度がスタートしないことの方が問題ではないか

- 警察による強制捜査を防ぐためにも、警察には情報提供をしておき、委員会が適切な判断をしていることを明らかにすることも重要ではないか

- 医師、医療者、市民（患者）のすべてが医療関連死について理解し納得できる制度を作るよう望む
- 学校教育、マスコミなどでの医療や生病老死の事象を正しく教育して頂くことも必要では
- 職業論理の確立、プロフェッショナリズムを持つことも医師側には必要
 1. 地方委員会が警察に通知するなど、警察への協力機関、下部組織の役割をもつことはやめるべきである
設立主旨にそぐわない
 2. 届け出るべき事例の判断基準があいまいな場合が多い
例えば「医療を行った後に死亡することを予期していたか」で予期していたら届出不要となっていますが、むしろ死亡を予期して医療行為（治療、手術）をしているほうが問題なのでは？ 普通の医者なら医療行為（治療、手術）をおこなっている時に患者の死亡を予期したりはしないと思うが
- 第一に真相究明に足るデータを集める体制を作るべく、免責などの決定が必要
- 基本的に患者の立場での意見は真相究明のシステムを作ったあとに考慮すべきと思う
- 不幸にも医療事故にて死亡という転帰 → 二度と起こしてはならない医療者として強い願い → 本来、医療者から原因究明、再発防止と進めるべき
それが、刑事事件としての犯罪人追及のような法案を検討することになったのだろう
- 善意の行為である医療行為でアクシデントが発生して死亡（事故死の基準が定められていない）を届けなかったから懲役、罰金（車の接触など届けなかったから懲役、罰金？）という医療者は犯罪人の集まりと思われるのか？
- 所管があいまいなままで、国家が管理することのみ決められることには反対せざるを得ない
- 再発を防止するためであれば、罰則を課すべきではないし、ましてその情報を刑事、民事に利用することを認めるべきではない
- 医療事故死の該当基準という一番肝要なものが「追って公表される」では現時点では反対せざるを得ない
- 法医学会の方針からおかしくなった21条問題と臨床医の納得できる方向へ修正していただきたいと願っている
 - ① 警察の介入は許すべきではない
 - ② すべて第三者組織機構に報告することにする
 - ③ 第三者機構から次のステップ（警察、民事）を踏む
 - ④ 現場では報告すべきかどうか、非常に迷う状況があり、管理者としては困るケースが少なくない 現場の責任にしないほしい
 - ⑤ 患者を取り扱う医師が司法にはひどいアレルギーになっている 萎縮医療、医療現場からの逃避がとまっていない
医療側が自信をもって信頼をとりもどすよう団結してほしい これまでのような「司法さまそうですか」ではやりきれない
- 現在、勤務医の仕事の多忙さで、医師は疲弊している 特に最近の入院、退院療養計画書などに加えて、危機管理委員会への報告書、訴訟対策に加えて、特定健診の5カ年実施がスタートし、ゆっくり病棟の患者を診る時間も減ってきているのが現状 医療事故が警察管轄になる日本の状況にはかねがね憂えていたが、医療事故報告がさらに煩雑な仕事に輪をかけることにならないかを危惧している 出来るだけ小さな事故の場合は地方委員会への報告にとどめ、重要案件のみ、中央委員会へ回ることを切望する
- 悪意の医療は当然行われたいという前提条件にてことを進めてほしい 提供された情報については、全て中央が管理し、検討し、国民に提供することとしてほしい 地方委員会については、当分の間必要なしと考える 個人情報データの管理上、まだ時期尚早
- 地方委員会に通知があった際には地方委員会を開催するのか
- 開催しないで事故調査を開始した場合に解剖するか否かの判断は委員長か、それとも委員会の多数決か
- 委員は24時間以内に現場に行くのか
- 委員は本業との併任と思われるが、24時間以内の対応が可能か
- 解剖は必要だが紛争になり得る事例は病理学教室が解剖を受け付けない法医学教室になる

- 医療の質を監視するシステムが日本にはない
 - 悪貨が良貨を駆逐するのが現状
 - 国民は病院ごとの医療の質を受診前に知ることは困難であり、知ったとしてもごく一部である
 - 病気になったときにわかりやすい資料がないと切羽詰まった人間には判断できない
 - 業務上過失致死傷罪を医療事故にどう適応するのかをまず議論してからでないかと第三次試案(大綱案)を議論しても無意味。すなわち医療事故には業務上過失致死傷罪を適応しないという担保がない以上、大綱案には反対。医療死亡事故の原因究明と再発防止さらに医療安全の確保を目的に医療安全調査委員会を設置する目的はすばらしいが、調査委員会から警察へ通知するシステムがあり、さらに民事訴訟にも情報公開されるルートが残る以上、医師側の協力は難しいと思う特に救急医療の現場ではわずかなミスが命取りになり、第三次試案が通ると救急医療は崩壊する危険性がある
 - WHOが提唱している医療事故報告システムを成功させるための指標として、罰せられない、個別情報は決して明らかにされない、いかなる権威からも独立した組織であることなどがあげられているが、この医療安全調査委員会は国際基準を無視している
 - 医療安全調査委員会は死因究明・再発防止が目的であるが医療機関の責任追及の機能も持った組織であり、業務上過失致死傷罪を医療事故にどう適応するのかを議論しないとこの問題は前に進まないように思われる
 - この制度そのものが趣旨どおり機能するためには透明性、公正性、中立性が確保されることが必要
 - 十分な財源確保と人材養成が不可欠
 - 本医療安全調査委員会は、医療事故の調査、原因究明および医療安全推進の目的とともに悪質なケースや医師に対する罰則や不利益処分など司法に関連するものも含まれている。本来、調査と処分は別であり、この大綱案で施行された場合、裁判における上訴や不服申し立てのような制度は併設されるのか？
 - そもそも、健康保険法に基づく保険診療を主として実施している保健医療機関についての医療安全調査委員会であるから「医療安全調査委員会設置法」なる法律を制定するより、健康保険法を改正して、医療の中身についても、国保と基金による調査委員会とすべきではないか。もともと、健康保険法の枠組みの中では、療養の給付は保険者が被保険者に対して現物給付することになっているところ、私ども医療機関が保健医療機関として代行しているだけだと考えている
- 私法上、医療契約が医療機関と患者(被保険者)との直接契約になるか否かの議論とは別にして、やはり保険診療内の事故については、上記、健康保険法の枠組み内で検討するのが制度に適していると思慮する
- レセプトの診療内容について、形式的に国保と基金が金額の査定上の理由から詳細に容喙してくる現制度を懸念するなら、医療の中身についても、保険制度の枠内で検討していただかないと、病院が請求する費用については国保と基金で形式的に査定減額しておきながら、医療の中身について別の機関で「医療機関がこうすべきであった」と評価されるのはいささかおかしいのではないか。また、これにあわせて、医療事故における医療機関の無過失の場合も健康保険法の範囲で国保と基金に負担させるような制度の枠組みを検討頂きたい
 - 安全にはコストがかかる。その保証を政府はすべきである
 - 医療者(特に医師)に説明責任を強化すべきである。医療法に明示
 - 国民に医療にはリスクが伴うことを啓蒙すべき
 - 異常死の定義が明確でない(合併症として合理的な説明ができないもの)
 - 国民の安心、安全のための医療を構築するにあたって
 - ①まず原因究明をする独立機関の設立
 - ②これに沿って原因を究明し、改善を図る提言、提案をし
 - ③国全体にて、これをサポートする体制をつくってほしい
 - 当初より、処罰の対象とするのはなじまない
 - 施設としての意見を現時点で集約化することは難しく、これはあくまで個人の意見である
 - 真実を明らかにするための調査の前提は、当事者の陳述の内容が、捜査や患者側の異議申し立ての材料に使用されないという保証である。従って、このような流れがある場合は、悪意や故意の行為に限り「免責」などの処置を前提に調査を行うべきである

- 調査委員会の結果を求めて、一定の行政処分が行われるのは許容できる
- 十分に理解していないが、死因究明と再発防止は了解したが、処分・罰則と連動したものは大変恐ろしい感じがする
- 行政から独立したものであるべきである 医師会が大きい力を発揮すべきである
- 死因究明、医療安全、処分が一体となっており、根本部分に問題があり反対である
- 前半の設問は大綱案を前提としており、回答できない
- 患者側を弱者と決めて病院側を凶弾する制度は反対である
- 不可抗力の場合も多いし、医療死亡事故を病院側の立場を代弁していただかないと、甚だしい萎縮医療、自己過剰防衛医療になってしまう
- 医師が検査結果を一つ見落としただけでも、患者の命を左右してしまう事もあるが、死亡を予期しなかったもの全てが「医療事故」とは言えないのではないか 医師が1人しかいない診療所や民間の小規模病院では患者の治療はほとんど1人の医師に託されている現状を思えば「誤診」や「判断ミス」に対してどう医療機関の立場を守っていくかということも大切な事だと思う
- 患者の生命を救うため、医師が必至に治療を行っても、結果医事紛争となり、賠償金を請求される現状は、医療機関で働く私にとっては、大きな疑問である
- 医療は本来、他者に対してある種の損害、危害(例:採血,注射,手術等)を加えることを承諾のうえで、現状からの改善を図ろうとする行為の課程そのものであり、したがって結果を約束した行為ではないと考えるよって、結果に基づく刑法,行政法の論理とは相容れないと考える
- まず刑法,行政法より医療を分離させる基本的な発想に立つべきと考える
- 第三者として中立性に全く問題がないとするためには、同じ地方の地方委員会以外の委員会が調査すべきではないか

社団法人日本病院会 医療安全対策委員会

担当副会長 : 大井 利夫

委員長 : 宮崎 久義

委員 : 児玉 安司

委員 : 坂本 すが

委員 : 中島 和江

委員 : 福永 秀敏

委員 : 宮崎 瑞穂

委員 : 村上 信乃

委員 : 河原 和夫

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も努めるものとする。

社団法人 日本病院会

医学史の旅—エーゲ海の島々②

星 和 夫

青梅市立総合病院
名誉院長



クレータ島

Krētē



図1…エーゲ海の島々

クレータ島はエーゲ海の南端にあり、エーゲ海の島々のなかで最大の島です（図1，2）。ここは紀元前30～11世紀の青銅器時代にもっとも栄えた、ヨーロッパ最古のミノア文明の中心地です。またギリシャ神話最高の大神ゼウス生誕の地でもあります（イーディ山）。したがって、全島遺跡だらけ、神話や伝説に満ちた島です。

★チョークとカルシウム

Krētē はギリシャ語でチョークを意味しますが、その名のとおり、全島白亜岩の真っ白な島です。そういえば白亜紀も the Cretaceous でしたね。この Krētē の元は khálix（石）で、これからできたのがラテン語の calx（石灰）です。

さて calcium（カルシウム）は、イギリスの化学

者 Humphrey Davy が、1808年に苦勞してやっと取り出した金属です。彼は、カルシウムが石灰や石灰岩や骨や殻の中にたくさん含まれていることから、ラテン語の calx を用いて calcium と名付けたのです。ところでビタミン D₂ のことを calciferol と呼びますが、これは“カルシウムを運ぶもの”という意味、また甲状腺 C 細胞のホルモンは calcitonin（カルシトニン）ですが、これは血中の“カルシウムを下げるもの”という意味です。

ついでに、この calx に縮小辞 -ulus が付いた calculus は“小石”を意味します。これは医学用語では urinary calculus（膀胱結石）、biliary calculus（胆石）などとそのまま使われています。

calx には別に“かかと”という意味もあります。

どうして“石”と“かかと”が同じ言葉なのでしょう？ 実は、calx の元は上述のようにギリシャ語の khálix ですが、さらに元の印欧祖語の QAL は“足で踏む”という意味です。そうです、“石”を“足で踏む”部分が“かかと”なのです。そういえば医学用語にも、かかると calcaneus（os cal-



図2：クレータ島



caneus = 踵骨) という骨がありましたし、また大脳には calcar avis (鳥距) というのがあります。

ところで、黒板に字を書く時用いるあの chalk (白墨) も、イギリスでこの calx から作られた言葉なのです。そういえばチョークも石灰の1種ですね。ついでに日本語ではさらし粉 (クロール石灰) のことを“カルキ”とよんでいます。これは calx がオランダ語で kalk となり、そのまま入ってきたものなのです。

★ヨーロッパ

ギリシャ神話によると、昔々、フェニキア王の美しい娘 Európe^{エウローペ}に魅せられた大神ゼウスは、美しい白い雄牛の姿になって、海岸で遊んでいた彼女に近付き膝をかがめました。戯れに彼女がその背中に乗ると、雄牛は突然立ち上り、地中海を横切ってクレータ島に泳ぎ着き、そこで美しい青年の姿に変わりました。2人はこの海岸の大きなプラタナスの木陰で愛し合ったのです。

ゼウスはこの木に感謝し、また若い恋人たちのためにも、冬でも枯れない常緑樹にしたのです。それ以後ヨーロッパでは、このプラタナスは「愛の木」ということになりました。Europe という名前は、その南端クレータ島に初めて足跡をしるした人類である Európe の名前から付けられたのです。

★雄牛とタウリン

ゼウスは2人の愛の出会いに当たって姿を借りた雄牛にも大変感謝して、それを大空に上げ、雄牛座の星にしたということです。英語で雄牛座のことを Taurus といいますが、これはギリシャ語で雄牛を意味する táuros からできた名前なのです。清少納言が「枕草子」のなかで、もっとも美しい星だとした「すばる」もこの雄牛座を形成する星座です。

ところで皆さん、胆汁酸が肝臓でコレステロールから作られ、^{タウリン}taurine

との抱合体となって胆汁中に分泌され、腸内で第2次胆汁酸に還元されて吸収される……というようなことはよくご存じですね。このタウリンは、1824年、Gmelin がこれを牛の胆汁の中から発見したので、ギリシャ語の táuros からこう名付けたのです。

最近の研究によれば、日本人が長寿なのは、心筋梗塞の予防に有効なこのタウリンの多い魚介類を多く摂っていることが大いに役立っているとのこと。そういえば、疲労回復のドリンク剤にはみんなタウリンが入っています。そうそう、アメリカのフォード社の車にも Taurus^{トールラス} というのがありましたね。またトルコの南部には Torosdağları^{トロスダーラール} (雄牛山脈) という牛が寝そべっているような山脈があり、アガサ・クリスティの『オリент急行殺人事件』にも登場します。

★考古学博物館

クレータは「ヨーロッパの始めであり、終わりである」といわれるように、ヨーロッパの歴史の発展を知るためには、まず最初に訪れる博物館とされており、ミノア文明の全貌を知ることができます。

象牙製の「アクロバットの像」、ミーノース王の象徴であった両刃の斧 (図3、後述) の鋳型、宮殿で使用されていた両取っ手付きの壺類 (amphoreús = 注射液の ^{アンブル}ampul の語源) (図4)、壁画「ユリの王



図3：両刃の斧



図4：amphoreús





子」(図5, 後述), 「パリジェンヌ」などなど, ク
ノッソス宮殿跡より出土した数多くの品々が展示さ
れており, 一見の価値があります。

★クノッソス宮殿跡

クノッソス宮殿跡は, ホメーロスの「オデッセイ
ア」には記されていましたが, 4,000年もの間だれ
もこれを伝説の都として信じませんでした。今世紀
の初めになって, イギリスの Sir Arthur Evans がこ
の物語を事実と信じ, 1900年から5年かかって発掘,
復元しました。紀元前1700年頃に建てられたこの石
造りの宮殿は, 4,000年近くもたった今でもちゃ
んと残っています(図6)。

四角い中庭を取り巻いて, 王座のある接見の間,
儀式場, 広間, 宝庫, 浴室, 倉庫, その他大小さま
ざまな数え切れないほどの部屋が入り組んでいます。
柱は朱塗りの円柱(図7), 壁には南国風の壁画が
描かれており(図5), 往時の華やかさが偲ばれま
す。

★ミーノース王と迷宮

ゼウスとエウローペーがプラタナスの木陰で愛し
合ったその時の2人の愛の結晶が Mīnōs です。母の
エウローペーがその後クレータ島の支配者アステリ
オーンと結婚したため, 彼もその養子となり, クノ

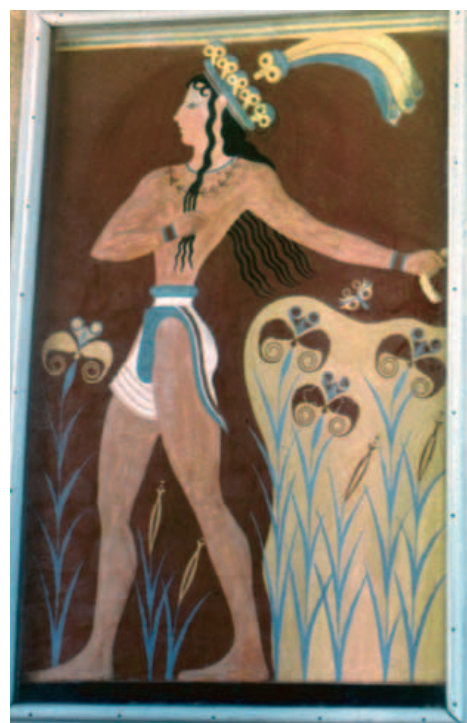


図5: ユリの王子 (写真: ギリシャ政府観光局提供)

ッソスの宮殿で育てられました。アステリオーンが
死んだ時, 養子の彼が王になることを反対する人も
いました。そこで彼は海神ポセイドーンに, 支配者
の証拠として白い雄牛を授けてもらい, そのあとで
これを神々への犠牲として捧げますと祈りました。
この願いは聞き入れられ, 彼はりっぱに王となるこ
とができましたが, この美しい牛が大変気に入った
王は, これを隠してしまい, 代わりにの牛を犠牲とし
て捧げたのです。これを知った海神は怒り, 王の家

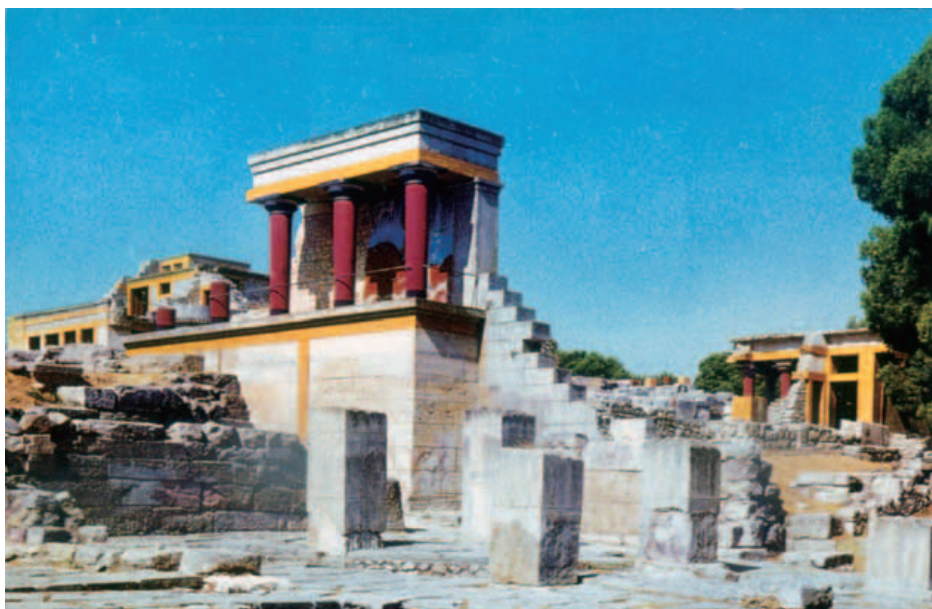


図6: クノッソス宮殿



図7: 朱塗りの円柱



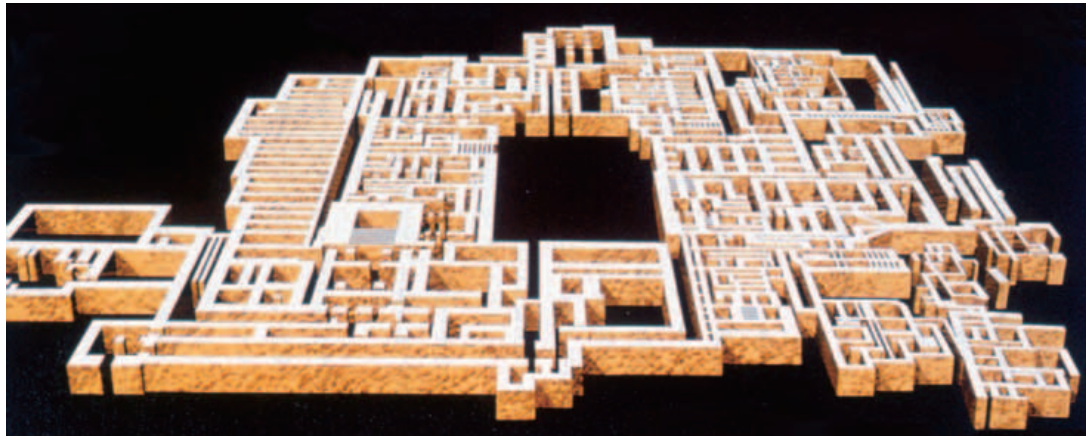


図9：迷路（コンピュータグラフィック）（ローム社）

族に大変な呪いをかけました。

その呪いはことあるうちに、王妃のパーシバエにその雄牛と交わりたいという欲望を抱かせることだったのです。パーシバエは大工の名人ダイダロスに木で雌牛を作らせ、表に雌牛の皮を貼らせ、自分はその中に入って、うまく雄牛と交わることができました（図8）。こうして生まれた子供は、なんと頭は牛、体は人間という化け物でした。この子は^{ミーノータウロス}Mínótaurosと名付けられましたが、これは“Mínōsの雄牛（tauros）”という意味ですね。怒ったミーノース王は、ダイダロスに命じて宮殿の地下に複雑な迷路を造らせ、この化け物をその奥に閉じ込めてしまいました。

当時この王の象徴が^{ラブルス}lábrus（両刃の斧＝図3）であったことから、この迷路は^{ラビュリントス}Labýrinthosと呼ばれましたが、後になって、広く一般に迷路をこう呼ぶようになりました。英語のlabyrinthもこれからできた言葉です。（図9）。



図8：王妃パーシバエの物語（画：文京学院大学准教授 鈴木敏恵）

★ labyrinth

ところで皆さん、内耳が前庭、蝸牛、三半器官より成る複雑な形をしており、^{ラビュリンス}labyrinth（迷路）と称されることは解剖学でお習いでしょう。これはイタリアの解剖学者 Gabriello Fallopio（1523-1562）が、クレタ島の迷宮のように複雑だということからラテン語で labyrinthus と名付けたことに始まります。内耳の学名 labyrinth の原点がこんな所にあるとは……。殺人事件などでどうしても犯人が捕まらないときも「迷宮入り」といいますね。

★ apothékē と薬局

この迷路の一隅には、^{アポテーケー}apothékē と称する部屋があって、古い壺がおいてありました。ギリシャ語で apó- は“……から離れて、倒れて”，theke は bibliotheca（図書館）のように“物を入れておく所”で、



図10：アポテーケー





すなわち“物を貯蔵する所”です（図10）。

ドイツや北欧の町々を旅していると、「Apotheken^{アポテークン}」という看板がよく目につきます。これは「薬局」のことですね。薬の保管場所を初めて apothékē と称したのは、紀元前2世紀頃ローマで活躍したギリシャの名医 Galēnós^{ガレノス}といわれています。

英語の apothecary も17世紀までは単に物をおく倉庫だったそうです。ちなみに、薬局は Apotheken, pharmacy, chemist's, chemist's shop, drugstore, dispensary など、国によっていろいろに呼ばれていますね。

★ミーノータウロス退治

ついでに、この迷路へ閉じ込められたミーノータウロスはどうなったのでしょうか？ この怪物は人間の子供の肉を好んで食べたため、ミーノース王は当時の属国であったアテーナイに命じて、毎年少年少女を7人ずつを贈らせて餌にしました。しかしある年、勇ましいアテーナイの王子 Thēseús^{テーセウス} は、子供らに加わってクレータ島へ渡り、迷宮に入って見事ミーノータウロスを退治しました。

ところでどうやって迷路を抜け出したのでしょうか？ 実はミーノース王の娘 Ariádne^{アリアドネー} が彼に恋し、迷宮に入る前に端を入口に結んだ糸の玉を渡したのです。彼はこれをたぐって元きた道を帰ることができたのです。英語でも迷宮入り事件を解決する一筋の手がかりを Clew of Ariadne（アリアドネーの糸玉）といいます。

★エーゲ海の命名の由来

ミーノータウロスを退治してうまく迷宮から脱出したテーセウスは、アリアドネーと救出した少年、

こぼれ話

チョークとカルシウムのところで述べたラテン語の calx は、一般用語では全然違った意味になってしまい、calculus といえば数学の「微積分学」のことを表します。大昔の人々は、計算をするときに何もないので小石をそろばんの代わりに用いましたから、いつの間にかこの“小石”が「微積分学」になってしまったのです。calculate（計算する）、calculation（計算）、calculator（計算機）、さらには incalculable（計り知れない）という形容詞まで、すべてこの calculus（小石）から生まれた言葉なのです。

少女たちを連れてアテーナイへ帰る途中ナクソス島へ立ち寄りしました。ここでやむを得ないことからアリアドネーを置き去りにしなければならなくなりました。

悲しんだテーセウスは、船がアテーナイへ近付いた時、船に白い帆を張るのを忘れてしまいました。実は出発の時、父のアテーナイ王 Aigeus^{アイゲウス} との間で、“成功した時は白い帆を張って帰ってくる”と約束してあったのです。アクロポリスから黒い帆を眺めたアイゲウス王は、我が子が死んだと思ってその絶壁からエーゲ海へ身を投げて死んでしまいました。以来この海は Aigaion（Aigeus の海）と呼ばれ、それが Aegean Sea^{エーゲアンシー}（エーゲ海）になったのです。

※昨年度ご愛読いただいた「イタリアの旅」がこの度『医学史の旅—イタリア・マルタ』として単行本になりました。ご希望の方は日本病院会出版（TEL 03-3264-9888）へ。カラー144頁、¥1,890





ファシリティマネジメントの普及を願う

前・北里大学病院事務部環境整備課長
「環境衛生管理」講師

酢屋 ユリ子

病院は、アメニティや衛生を考慮した快適かつ安全な環境の確保とその維持が必要である。それらの管理については、ファシリティマネジメント（以下FMという）との出会いにより、「各部門がバラバラに行うのではなく、施設全体を単位とした総合的な管理を行って、医療を支援していくことが大切である」という認識を強くした。それは、1985年11月、日本病院設備学会の特別講演「病院建築とファシリティマネジメント」（講師・柳澤忠名古屋大学教授）であり感銘を受けた。そして、全体的に成果を高めるようなFM的運営により、トータルコストの低減、品質向上、サービスの向上等を図って、良質な医療提供の場、療養の場としての環境管理の体制化と総合的かつ継続的推進に努めてきた。

これらの推進のため、FMの影響を大きく受けた。つまり、FMの基本理念（〈people, place, process——最善業務実行〉）を求めていくという考え方を基調に、病院環境の最適化を求め、独自に創意工夫するといったことを大切にしてきた。FMが施設と人間との関係を育てていく方向へ、人間の創造性とか革新性の追及を期待していることは、何よりも仕事の動機づけになり日々の現場の活性化を促してくれる。病院が清潔で、快適であるようにしていくには、そのような認識を持った日常業務の推進と費用対効果が求められる。また、費用対効果を総合的に判断していく、病院全体という視点が重要である。さらに、それらの効果を定量化できるような資質の向上が必要になってくる。

現況は、医療施設としてまた療養施設として、感染防止、安全衛生、アメニティ等々多様な対応が求

められている。しかも、医療をめぐる状況は著しく変化している。そのなかで管理の対象である施設空間には、人（患者・医療従事者等）、空気や水、資材、医療器具、薬品、寝具、ベッドやマットレス、リネン類、カーテン、洗濯物や廃棄物等が混在している。それぞれが清潔な状態、不潔な状態に変化する。滅菌物・清潔物は、使用後は汚染物となる。汚染物は洗浄滅菌等により再生使用されるか廃棄物となる。滅菌水・上水は、使用されると汚水、汚泥となる。汚染空気は、専門分野や組織の壁を越えてしまう。一方において、良い環境づくりには際限がなく、境界線を引き難いという側面がある。さらに、効率化の追求には限界もある。一面、合理化を図るため、多くの業務は細分化され、委託される傾向にある。

このような環境衛生管理にあたっては、個人主義や経験主義ではなく、多様性に対応できる戦略が必要である。当然ながら、施設の機能、規模等によって相違するが、病院のファシリティは、基本的には医療従事者と同一方向性を持って管理を推進すること、ファシリティが変化に対応して常に最適な状態であり続けるように、最小コストで最大効果を図るようにマネジメントしていくことが大切である。特に衛生管理については、危険・汚染の程度は定性・定量化を把握するようにし、それらの情報を共有し、また、コスト意識をもって、広く、モノ・労務・時間・リスクなどの最小化を図るような対応が必要であると考える。より広く経営的視点に立った総合的な管理活動として、病院にFMが普及していくことを切望する。



この1年間の高知県支部の動向

支部長 細木 秀美

第1回、日本病院会高知県支部だよりは、日本病院会雑誌2008年6月号に今までの高知県支部の歴史として載せさせていただきました。ちょうど1年前になります。それからの1年間の日本病院会高知県支部の動向について報告させていただきます。

●講演会の開催

昨年度は、2月に日本病院会の梶原 優先生に高知へおいでいただき、ご講演いただきました。

その後、平成20年度となり、5月14日の水曜日に高知大学医学部の臨床講堂を会場に、厚生労働省保険局企画官の宇都宮 啓先生に高知へおいでいただき「診療報酬改定とコンプライアンス」と銘打って、ご講演賜りました。会員病院のメンバー76名と高知大学医学部の職員がたくさん参加していただき、大盛況のうちに終了しました。その時の最大の話題になっていた、後期高齢者保険、特定検診の開始、療養障害者区分の厳格化、画像診断のIT化などの話題沸騰のなかで、実りあるご講演でした。

また、今年に入り、平成21年2月24日、6時半から高知会館にて日本病院会高知県支部主催の講演会を開催しました。

- 講演1……「高知県の医療と福祉・課題と今後の取り組み」。高知県知事、尾崎 正直氏

- 講演2……「病院機能評価の現状と新評価項目 Ver.6について」。日本病院機能評価機構、事業推進部、佐々木 隆博氏

以上2つのご講演をいただき、会場一杯の総勢210名の聴衆が知事の高知県の医療に対する見識の広さに感銘を受け、また、機能評価について学びました。終了後、懇親会も開き親睦を深めました。

●惜別

昨年度は大変不幸な出来事がありました。実は私の親友で監事の高橋 重臣先生が2009年4月6日にご逝去になられました。先生は私と同じ高校の1年後輩で、高知県医師会の常任理事の要職にもおられて、まだまだ、お若くて今からの大活躍が期待されていて高知県医療の指導者として希望の星でした。まさに巨星落ちるの感、惜別の想いで。心からご冥福をお祈りいたします。

●会員動向

また、会員は37病院から増加はしていません。一般病床よりも療養型病床が多い高知県の現状から、これ以上の日本病院会高知県支部の会員増加は現在のところ望むべくもありませんことはご了承ください。

以上、この1年間の日本病院会高知県支部の活動について報告いたします。

平成20年度 第4回 定期理事会 議事抄録

日 時 平成21年3月28日(土) 午後1時～2時50分
場 所 東京都中央区・ロイヤルパークホテル3階 「ロイヤルB」の間
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, 宮崎(瑞), 石井(暎), 梶原, 齊藤, 木村(壯), 末永, 松本(隆),
 武田(隆久), 大道(道), 小川, 中島, 土井, 安藤, 宮崎(久), 須古
 (理事) 吉田(哲), 松波, 西村, 佐々木, 木村, 宮下, 濱崎, 有我, 高橋, 藤原(秀),
 遠藤, 中井, 崎原, 新納, 中, 渡部, 相澤, 山田(實), 神原, 渋谷, 足立, 松谷,
 藤原(久), 奥村, 成川, 土谷, 武久, 細木, 吉田(博), 今泉, 岡留, 高野, 松本
 (監事) 柏戸 (代議員会議長) 加藤 (代議員会副議長) 野口
 (顧問) 奈良 (参与) 行天, 岩崎, 松田, 鴨下, 宇沢, 久常, 邊見
 (委員会委員長) 星, 佐合, 大道(久) (支部長) 柴山, 三浦, 福田

定刻となり、宮崎忠昭副会長の議事進行により会議を開始した。

山本会長からの開会挨拶の後、本日の会議後、代議員会、総会を控えており、限られた時間で運営しなくてはならないため、承認事項の審議を行い、報告事項は資料一読により報告に換え、協議事項として、診療報酬改定、臨床研修制度等について理事の先生方から意見をいただき、執行に反映させたいと理解を求めた。

続いて、会議定足数として、理事定数65名中、出席者47名、委任状8通であり、計55名(過半数33名)で会議が成立している旨の報告後、議事録署名人に山田實紘(岐阜県)、藤原久義(兵庫県)両理事を選任した。

〔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4件、正会員の退会13件、賛助会員の入会1件、賛助会員の退会2件について承認した。

〔正会員の入会4件〕

- ①岩手県 医療法人 医療法人社団 ヨシザワ病院 (会員名：芳沢正幸理事長)
- ②埼玉県 医療法人 三慶会 指扇病院 (会員名：鈴木慶太理事長)
- ③愛知県 医療法人 社会医療法人 杏嶺会 尾西記念病院 (会員名：上林弘和理事長)
- ④愛知県 市町村 東海市民病院 分院 (会員名：塚本純子分院長)

〔正会員の退会13件〕

- ①北海道 医療法人 母恋 天使病院 (会員名：辻崎正幸院長)
- ②福島県 公益法人 (財)太田総合病院附属太田記念病院 (会員名：大和田憲司院長)
- ③栃木県 医療法人 太陽会 足利第一病院 (会員名：相場利一院長)
- ④群馬県 医療法人 瑞穂会 西部病院 (会員名：金子哲也理事長)
- ⑤千葉県 市町村 浦安市市川市民病院組合 浦安市市川市民病院 (会員名：鎌野俊紀院長)
- ⑥東京都 公益法人 (財)多摩緑成会 緑成会病院 (会員名：平嶺信郎院長)
- ⑦神奈川県 医療法人 医療法人社団 白寿会 田名病院 (会員名：阿部好文理事長)



- ⑧長野県 医療法人 光仁会 川西病院（会員名：鈴木成男院長）
- ⑨愛知県 市町村 高浜市立病院（会員名：土屋整也院長）
- ⑩滋賀県 医療法人 医療法人社団 昂会 日野記念病院（会員名：相馬俊臣理事長）
- ⑪滋賀県 医療法人 明和会 琵琶湖病院（会員名：石田展弥理事長）
- ⑫大阪府 公益法人（財）鳥潟免疫研究所 鳥潟病院（会員名：鳥潟隆陸理事長）
- ⑬岡山県 会社 三菱水島病院（会員名：宮下雄博院長）

〔賛助会員の入会1件〕

- ① B 会員 埼玉県 大原医療福祉専門学校 大宮校
- 〔賛助会員の退会2件〕

- ① D 会員 宮城県 沼田周一
- ② D 会員 神奈川県 星雅己

（平成21年3月28日現在）

- ・正会員2,651
- ・特別会員242
- ・賛助会員239（A 会員100, B 会員102, D 会員37）

2. 各団体からの依頼等について

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）

- ①第20回全国介護老人保健施設大会新潟（全国老人保健施設協会）の後援名義使用
- ②第57回日本医療社会事業全国大会並びに第29回日本医療社会事業学会（日本医療社会事業協会）の後援
- ③「関西ホスピタルショウ」及び「九州ホスピタルショウ」（日本経営協会）に対する特別協力及び後援
- ④平成21年度「ペースメーカー関連業務修得セミナー 第Ⅰ期, 第Ⅱ期」（日本臨床工学技士会）の後援

（継続：委員）

- ①厚生労働省 社会保障審議会臨時委員
委員名：村上信乃副会長
- ②日本医療機能評価機構（任期：平成21年4月1日～平成23年3月31日）

- 企画運営委員会 委員名：佐藤真杉副会長
- 研修委員会 委員名：大井利夫副会長
- EBM 医療情報事業運営委員会
委員名：大井利夫副会長
- 医療事故情報収集等事業運営委員会
委員名：村上信乃副会長

（新規：後援）

- ①第25回国際患者分類会議の後援

3. 平成20年度の補正予算（案）について

本年度補正予算については、昨年3月22日の代議員会・総会で「年度途中での新規事業の実施、大幅な予算額との相違が生じた場合には、各事業の最終の実施状況、予算の執行状況を踏まえ、平成20年度末の理事会、代議員会及び総会において認定、議決をお願いする」ことでした。また、平成21年度より公益法人の新会計基準に移行するため、現行の会計基準での報告は今年度が最後となり、来年度からは各特別会計は廃止され、一般会計に一本化されることとなる旨の説明後、一般会計、事業特別会計の補正予算（案）等について説明が実施された。協議の結果、補正予算（案）は承認され、代議員会、総会へ上程することとした。

4. 平成21年度事業計画（案）・予算（案）について

平成20年12月1日、新公益法人制度施行により、日本病院会も自動的に特例民法法人（特例社団法人）へ移行になり、5年間の移行期間中に申請手続を行わなくてはならない。申請手続は、新公益法人会計基準により作成された公益目的支出計画の策定、従来の収支計算書ベースから損益計算書ベースの収支予算書提出などが義務づけされる。日本病院会も公認会計士の指導により、平成21年度より新公益法人会計基準に則って会計処理を行うことになった。新公益法人会計基準では、勘定科目の変更や、各特別会計を廃止し一本化した処理など、従来の会計処理とは大幅に変更となるため、予算の作成においても従来のような昨年度対比の予算書を提示することが非常に困難となった旨の現状説明の後、本日、代議員会、総会に提出することとなっていた平成21年度事業計画、予算（案）については、慎重に検討し、

精査した上で5月の代議員会・総会において改めて事業計画・予算(案)を提出し、さらに事業推進に当たり、4月、5月分の暫定予算として1億7,115万円を承認願いたい旨の提案があり、承認された。

(暫定予算：平成21年4、5月分)

- ・委員会、日病協、四病協関係費(15回分)
- ・雑誌発行費(2回分)
- ・ニュース発行費(4回分)
- ・インターネット運営費(2カ月分の運営費)
- ・助成金、負担金関係費(日病学会助成金)
- ・総会、役員会費(代議員会、総会、理事会、常任理事会各1回分)
- ・事業関係費(WHO-FIC 米国出張、感染制御講習会、医療の質を考えるセミナー等)
- ・国際関係費(IHF 理事会出席旅費等)
- ・事務管理費(2カ月の法人管理費)

5. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

健診施設機能評価として、下記施設を認定した。

(新規認定施設：Ver.2.0)

①東京都 東海大学医学部付属八王子病院

(更新認定施設：Ver.2.0)

- ①神奈川県 医療法人社団 相和会 横浜総合健診センター
- ②広島県 医療法人 厚生堂 長崎病院成人病予防センター
- ③神奈川県 医療法人社団 相和会 相模原総合健診センター

6. 代議員の退任および交代について

下記の代議員の退任、交代を承認した。

(退任)

岩手県(私的) 遠山美知(遠山病院理事長 平成20年5月20日ご逝去)

(交代・4月1日から)

愛知県(公的・退職のため)
 (新) 伊藤健一(蒲郡市民病院長)
 (現) 矢野 孝(春日井市民病院長)

7. 診療情報管理課程通信教育について

平成21年4月1日から通信教育事業の名称を「診療情報管理課程通信教育」より「診療情報管理士通信教育」に変更すること、診療情報管理士通信教育の事業として「DPCコース」を設置し、第1期生を募集することを承認。

8. 病院経営管理者養成課程通信教育について

平成21年4月1日から病院経営管理者養成課程通信教育事業の名称を下記のとおり変更することを承認。

病院経営管理者養成課程通信教育
 → 病院経営管理士通信教育

(報告事項)

1. 各委員会開催報告について

時間の関係上、各種委員会報告は一部報告を実施し、一読願うことで報告の代替とした。

(1) 日本診療録管理学会第3回理事会の開催報告(3月6日)

「日本診療録管理学会」の名称を「日本診療情報管理学会」に変更(英文名も変更)、学会誌は「診療録管理」から「診療情報管理」に変更する。ロゴマークを設定した旨の紹介があり、了承された。

下記委員会報告は、資料一読で報告に代えた。

- ・第4回中小病院委員会(2月21日)
- ・病院勤務医勤務環境改善事業 第1回評価委員会(3月2日)
- ・第2回医師事務作業補助者コース小委員会(3月3日)
- ・第5回診療情報管理士教育委員会(3月3日)
- ・第11回専門課程小委員会(3月9日)
- ・WHO-FIC-IFHRO 合同委員会電話会議(3月11日)
- ・平成20年度コーディング勉強会(平成20年4月14日)



日～平成21年3月25日)

- ・日本診療録管理学会 倫理委員会 (3月2日)
- ・日本診療録管理学会 第3回生涯教育委員会 (3月19日)
- ・日本診療録管理学会 支部長・生涯教育委員会との合同会議 (3月19日)
- ・日本診療録管理学会 支部長会議 (3月19日)
- ・日本診療録管理学会 第2回国際疾病分類委員会 (3月19日)
- ・第3回病院経営管理者教育委員会 (3月3日)
- ・第59回日本病院学会ワークショップ打合せ会 (3月5日)
- ・第13回医療制度委員会 (3月4日)
- ・介護報酬改定説明会 (3月9日・東京・308名参加)
- ・第4回臨床研修指導医養成講習会 (3月6日～8日・日病会議室・50名)
- ・第5回公益法人制度見直しに係るプロジェクト委員会 (3月12日)
- ・第12回人間ドック施設認定小委員会／機能評価委員会合同委員会 (3月12日)
- ・第11回医療経済・税制委員会 (3月17日)
- ・第3回総合病院精神科小委員会 (3月20日)
- ・第11回雑誌編集委員会 (3月26日)
- ・第3回事務管理者委員会 (3月26日)
- ・第2回病院経営管理者協議会 理事会 (3月26日)

2. 日病協について

下記の諸会議について報告が行われた。

- ・3月25日(水) 代表者会議
 - ・3月11日(水) 実務者会議
- 日病協の活動は、中医協への対応と連携しており、中医協報告を代替して割愛した。

3. 中医協について

時間の関係上、下記の会議から、抜粋して概要報告が実施された。

- ・3月5日(木) DPC 評価分科会
- ・3月18日(水) 診療報酬改定結果検証部会、調査実施小委員会、薬価専門部会

- ・3月25日(水) 診療報酬改定結果検証部会、総会、診療報酬基本問題小委員会

(概要報告分)

- (1) 第20回診療報酬改定結果検証部会 (3/18)：改定結果の検証として、外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査、後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査(診療科の算定状況、終末期相談支援料)。第21回 (3/25)：後発医薬品の使用状況調査について。
- (2) 調査実施小委員会 (3/18)：第17回医療経済実態調査の実施要領。
- (3) 第142回総会 (3/25)：診療報酬を算定するに当たり、施設基準の届出等が必要となる届出状況として、入院基本料、入院基本料等加算(入院時医学管理加算、新規：退院調整加算)等の概要説明。

下記議題については、一部報告を実施し、その他の報告は割愛した。

4. 四病協について

- ・3月18日(水) 総合部会

5. 日本医師会 医事法関係検討会の開催報告について

- ・2月27日(金)

6. 日本医療機能評価機構 医療情報サービスセンター運営委員会の開催報告について

- ・3月5日(木)

7. 厚生労働省 保健医療情報標準化会議の開催報告について

- ・3月9日(月)

8. 登内眞顧問のお別れ会の開催報告について

- ・3月8日(日)

9. 第3回ユビキタス健康医療シンポジウムの開催報告について

- ・3月11日(水)



10. 国立病院機構 5 周年記念式典・祝賀会の開催報告について

・ 3 月 16 日 (月)

11. 日本医療機能評価機構 第 6 回病院機能評価方法の見直し検討会の開催報告について

・ 3 月 17 日 (火)

12. 経済財政危機克服のための「有識者会合」の開催報告について

・ 3 月 21 日 (土)

内閣府から、社会保障に関する緊急会合が開催され、医療団体として日病から山本会長が出席し、医療の質・安全確保のための方策を提出した旨の報告があった。

13. 第 3 回産科医療補償制度運営委員会の開催報告について

・ 3 月 25 日 (水)

14. 治験審査委員会に関する情報の登録について

厚労省からの依頼事項として、各医療機関に対し治験審査委員会に関する情報提供の呼びかけを実施している。登録については、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構となっているが、会員各位への積極的登録を依頼した。

15. 医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案のアンケート調査（中間報告）について

会員 611 施設からの回答を集計した概要説明を実施。自由意見の記載等を付記し、改めて会員あて送付する旨の報告があった。

〔協議事項〕

1. 当面の諸問題について

(1) 診療報酬改定について

日病協で昨年 12 月に取りまとめた「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方」を基に平成 22 年度診療報酬改定に係る要望書（第 1 報）を作成した。重要項目として、①入院基本料の大幅な増額と実勢を反映した算定方式の創設、②介護（看護補助）業務の確立と看護基準の柔軟な運用について項目とした旨を山本会長から報告した後、診療報酬改定に向けて役員各位から意見を賜った。

松本理事から、中小病院は 7 対 1 基準によって大混乱が起きた。大分県では大病院に看護師を引き抜かれまいと民間病院の看護師の給与ベースが一気に月 2 万円上がり、これだけ診療報酬が厳しい中で病院経営も四苦八苦している。診療報酬を抑える中で、大病院は優遇されるが中小がないがしろにされているのが今の病院崩壊の中心軸だと思う。看護基準と入院基本料の問題は相当深刻に受けとめなければ、中小病院の経営はますます圧迫されて廃院や倒産が増えると思われるので、ぜひその点を考慮してほしいとの意見が述べられた。

宇沢参与は、診療報酬のあり方について考えるとき、医師の収入の基本的な部分から考えなければならないのではないかと述べた。

梶原常任理事からは、夜勤 72 時間をクリアしないと診療報酬が落ちてしまって病院経営ができない事態に陥るため、その激減を緩和してもらうようなことを要請することが大事だと思う。夜勤の 72 時間制限のために看護師を配置できず、二次救急を辞退したいという中小病院が随分出ており、その結果、救急医療システムが崩壊してしまっている。最低まで落とすことを余りにもドラスティックにやり過ぎてしまい、医師も看護師も足りないうところで事業が崩壊しているという一面があるので、その部分をちゃんと指摘したほうがいいのではないかと考えが示された。

石井常任理事は、問題なのは中医協ではこの問題を一回も議論していないこと。ペナルティも大きい急性期の病院も小さい病院も困っている、計算上も非常に難しい構造になっているため、臨機応変な看護体制、患者さんの安全を守るための体制がとれない。この辺を何とか緩和してもらわ



ないと現実的な病棟運営ができないという声が非常にあがっているのです。この点は単純な労働条件の問題ではなく、病棟運営の問題として看護協会も考えてもらいたいと意見を述べた。

それを受けて山本会長から、今の問題はどのような形で主張しようか模索中であり、医師の数についても似たような問題があることも含め、病院団体としてどういうふうにもまとめて言うか、かなり早急に検討しなければならないと思うので、ぜひ皆さんのお知恵を借りたいとの発言があった。

宇沢参与は、医は聖なる営みであり、医師に対する報酬は、聖なる営みに従事していることに対する社会からの謝礼。どこの国でも医師に対する報酬は普通の給料とか報酬とか賃金とは全く違う性格を持っていると思う。それをいかにも普通の労働と同じように、何時間働いたかということがベースになって医療機関の収入が決まってくるということはもっと強い形で抗議する必要があるのではないかと意見を述べた。

松本理事は、7対1看護によって大変な現場環境がもたらされている地方の現状を挙げ、どうしてもどうにかしなければいけないと訴えた。

(2) 臨床研修制度について

堺副会長から医道審議会医師会分科会医師臨床研修部会（3月2日）における検討内容が報告され、岩崎参与から「医師法第16条の第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令及び関連通知の一部改正（案）について」のパブリックコメントの提出要請をした後、意見交換を行った。

齊藤常任理事は、5年前に初期研修が始まった

ときは、プライマリーケアの徹底と人格の涵養には2年必要だというのが当時の結論だった。それを覆すからにはそれなりの理由がないと、ただ医師が足りないからとか、大学の医者配分機能が落ちるからというのは、医師を育てることへの理解が浅薄だと思う。2年たってからじっくり大学院に入るなり後期研修をやっても一向に遅くないとの意見を述べた。

それに関連して、佐藤副会長からは、この見直しで一番大事な問題点は、2年目から将来自分が選ぶ専門科の研修ができるとした点である。裏を返せばプライマリーケアは1年でいいということで、プライマリーケアが1年ではできないということは、取りまとめの委員会に出ている委員は認めているにもかかわらず1年でもよいということは、この会の結論自体が非常な矛盾を犯している。医師が疲弊し切っている現制度の中で、今度のようなプライマリーケアを1年でもいいというようなやり方は大変おかしいのではないかとの見解が示された。

(3) 看護問題について

厚労省が3月17日に公表した「看護の質の向上と確保に関する検討会（中間とりまとめ）」の概要を基に、日本看護協会の久常会長から、看護師不足を解消させる方策としての看護教育のあり方、看護職員の確保対策等についての考え方をヒアリングした。

以上ですべての議案審議を終了し、常任理事会を終了した。

（日本病院会事務局 総務課）

日病会発第 22 号
平成 21 年 4 月 30 日

関 係 各 位

社団法人 日本病院会
会 長 山 本 修
ホスピタルショウ委員会
委員長 大 道



日本病院会主催

国際モダンホスピタルショウ 2009 において救急医療をテーマにした公開講座の開催について

拝啓 時下ますますご清祥のことと拝察、お慶び申し上げます。

平素は本会諸事業には格別のご理解・ご協力を賜わり厚く御礼申し上げます。

政府の財政政策の一環として、社会保障費の削減方針並びに医師不足等により日本の医療が大きく影響を受け、特に救急医療が崩壊への方向に向かっています。

昨今の現況下で、救急医療現場に於ける諸問題、或いはいかに良質で安全な医療を提供しつづけるか、今、病院は何をしたら良いか、より多くの方々に現状を知ってもらうとともに、参加者と議論していきたいと企画いたしました。

つきましては、業務ご多忙のこととは存じますが多数の方に参加いただきますようご案内申し上げます。敬具

記

主 催：(社) 日本病院会 救急医療委員会

開催日時：平成 21 年 7 月 15 日 (水) 13:00~15:00 (受付開始は 11:30~)

開催会場：東京ビッグサイト・会議棟 6 階 607、608 会議室

テ ー マ：公開講座 「輝かそう地域救急医療」

シンポジスト

有賀 徹 (昭和大学病院副院長・救急医学部部長)

テーマ「大都会東京の救急医療の方程式—コーディネータの起用は功を奏するか」

今 明秀 (八戸市立病院 救命救急センター所長)

テーマ「医療資源の乏しい地方で、研修医に人気のある地域に輝く救命救急センター」

お知らせ

救急医療をテーマにした公開講座の開催について

鈴木宏昌（茨城西南医療センター病院救命救急センター長）

テーマ「医療資源の乏しい地方で、5 県の連携からなるメディカルコントロールにより県境・陸の孤島を消した救急医療」

野口英一（東京消防庁 救急部長）

テーマ「大都会でダイヤル#7119によって地域医療はこう変わる」

西塔依久美（武蔵野赤十字病院救命救急センター認定看護師）

テーマ「救命救急センター病院内における看護師による救急医療トリアージの活躍」

座 長

宮崎忠昭（日本病院会副会長、長野赤十字病院名誉院長）

高橋正彦（日本病院会救急医療委員会委員長、茨城西南医療センター病院院長）

参加費 無 料

申込締切 平成 21 年7 月10 日（金）

定 員 2 5 0 名

申 込 先 参加を希望される方は事前のお申し込みを御願います。但し、参加者が多数の場合は定員になり次第締め切らせていただきます。

申込書に必要事項を記入して下記の F A X に送信してください。

F A X 0 3 - 3 2 3 8 - 6 7 8 9

問合せ先 実施内容等不明な点は下記にお問合せください。

T E L 0 3 - 3 2 6 5 - 0 0 7 7

（社団法人 日本病院会 ホスピタルショウ 2009 シンポジウム事務局）

◆◆◆ 国際モダンホスピタルショー2009 公開講座 開催案内・申込書 ◆◆◆

公開講座「輝かそう地域救急医療」

- 日時： 平成21年7月15日(水) 13:00~15:00
 ■会場： 東京ビッグサイト会議棟 6階 607,608 会議室
 ■シンポジスト：
 (1) 有賀 徹 昭和大学病院副院長・救急医学部部長
 (2) 今 明秀 八戸市立病院 救命救急センター所長
 (3) 鈴木宏昌 茨城西南医療センター病院 救命救急センター長
 (4) 野口英一 東京消防庁 救急部長
 (5) 西塔依久美 武蔵野赤十字病院 救命救急センター認定看護師
 座長：宮崎忠昭 社団法人 日本病院会 副会長
 高橋正彦 社団法人 日本病院会 救急医療委員会 委員長
- 申込方法：以下のフォームにご記入のうえ FAX にてお申込みください

<<申込先 FAX 03-3238-6789>>

日本病院会 ホスピタルショー2009シンポジウム事務局行

平成21年 月 日

参加登録・名簿作成のため、読みやすい字でご記入ください。

病院名等	名称	フリガナ 法人の場合は詳細にご記入ください。(例:〇〇会△△病院)		
	郵便番号	〒	都道府県	
所在地	住所			
	所属部署・役職	(例:看護部・主任)		
参加者名	職種	(例:看護師, 薬剤師)		
	氏名	フリガナ		
連絡先	氏名	フリガナ		FAX
		TEL	E-mail	

※個人情報保護について
 本会では、申込者の情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。なお、ご記入いただいた個人情報の開示、訂正、利用停止につきましては「個人情報に関する法律」の規定にしたがって進めております。

日本病院会 ホスピタルショー 2009 シンポジウム事務局
 電話 03-3265-0077
 FAX 03-3238-6789

(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

平成 年 月 日

社団法人 日本病院会 会長 殿

住 所 〒
会 員 名 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 (有)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56巻第6号 2009年6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。