

# 第8章 病院における情報化の意義と業務革新

## 1. 情報とは何か

データ (Data) とは、情報を表現したものであり、伝達、解釈、処理等に適するように形式化、符号化されたものをいう。

記録とは、文字、画像 (映像)、音、記号、あるいは、それらの複合により物理的に媒体に固定化したものである。媒体には、紙、布、木、金属、プラスチック、磁気媒体 (テープ、ICチップ、ディスク) 等がある。また、組織または個人が法律上の義務に従って、または業務上の取引において、証拠として作成し、受け取り、維持する情報である (ISO 15489)。

情報 (Information) とは、事実・事象・判断の記録をいう。特定の状況における評価、判断や行動に必要な知識である。情報とは流れである。内容 (意味)、媒体、方向、対象、仕組み、目的を持つ。情報とは動的なものであり、情報自体が変化するとともに、物理的に同じ情報であっても、状況により受け手の意味や解釈が異なる。流れは、制御しなければ、途絶または氾濫する。すなわち、情報 (信号) は減衰し、あるいは多くの雑音 (ノイズ) が混入する。

データベースとは、一定の目的と形式を持って、系統的に記録、集積された情報をいう。構造化され、系統的に蓄積され、検索可能なものである。公共および組織の財産である。データ (事実・現実) の二次利用の基礎となる。データベースでは、データを選択 (selection)、射影 (projection)、結合 (join) することに意味がある。

インテリジェンス (Intelligence) とは、分析・選択・統合化された情報をいう。評価、判断が加わる。

## 2. 情報化とは

情報化とは、標準化と情報共有による、高い質と効率性をもたらすための情報技術の活用をいう。情報化は情報システムによる情報活用と言い換えることができる。

情報時代において、情報活用は組織運営の

要である。ICT (Information Communication Technology) 化を直訳すると、情報伝達技術化となるが、この場合、手段の目的化、すなわち、情報機器の導入が目的となり、情報機器に踊らされる、あるいは、使われることになる。ICT化を情報化と考え、情報技術の導入ではなく、情報伝達技術を用いて組織運営に情報を活用することを目的とすべきである。

## 3. 情報化の意義

情報システム開発・導入の真の目的は、情報技術を用いて情報を活用し、業務を効率化するとともに、業務の仕組を変え、組織運営を円滑にすることである。

情報化には、融通の利かない機械にもわかるように、論理的に記述 (文書化) する必要がある。情報システムの導入や開発において行うべき段取りは、現状の業務 (As Is) を作業レベルまで洗い出し、望ましい、あるいは、あるべき業務 (To Be) との相違を把握し、その相違を小さくするようにシステムを構築することである。したがって、一般論ではなく、自院の業務行程 (フロー) を具体的かつ詳細に分析することが必要である。まず、現状の業務を洗い出し、文書化し、業務工程表を作成する。ついで、理解を容易にするために、業務行程図に落とし込む。手法は様々であるが、人にも理解でき、情報システム構築 (コーディング) にも使える手法が UML (Unified Modeling Language) である。後述の厚生労働省の電子カルテの標準的モデル作成に関する事業でも用いられた。

業務分析した結果も重要であるが、むしろ、組織内で分析する経過が重要であり、その結果として業務革新が実行 (人間の頭も整理) される。しかし、実際には、情報機器の導入を目的と誤解し、現在の業務をそのまま電子化すればよいと考える病院も多い。システム開発の目的が不明確な病院もある。それぞれの組織の理念・目的・方針あるいは情報技術に対する考え方によって、情報システム導入の目的は多様であり、

組織の状況に応じて定められるものである。

#### 4. 病院情報システム (HIS: Hospital Information System) の発展段階

厚生省や日本医療情報学会は、診療記録の電子化を、第1段階の電子カルテと定義している。病院情報化の発展段階は、標準化と情報共有の状況に基づいて以下のように分けて考えることができる。

- 第1段階 診療記録の電子化 個別の情報システムが独立して (stand alone)稼働
- 第2段階 LAN (Local Area Network) 等で連動して稼働
- 第3段階 データの二次利用が可能
- 第4段階 医療機関相互の情報共有 (地域連携)
- 第5段階 医療関係組織相互の情報共有 (機関連携・機関ネットワーク)

現在、多くの病院は第2段階にあり、第3または第4の段階を目標に検討・準備が進められている。第2段階においても、オーダー、部門業務、医事請求、記録、参照機能は当然なければならない。第3段階のデータの二次利用に関しては、その範囲や程度の差が大きい。経営管理への二次利用、診療データの二次利用を個別の努力で活用している事例もあるが、大部分の病院では不十分である。

第4段階の医療機関相互の情報共有 (地域連携) は、情報システムの相互利用の程度による。

- i 患者の基礎情報 (氏名、住所、保険記号・番号、既往歴、アレルギー歴、家族歴等)
- ii 検査データ、処方内容、検査画像、検査所見
- iii 診療要約、看護要約
- iv 診療記録、看護記録

第5段階では、地域連携に加えて、団体、プロジェクト、グループ毎に、ネットワークを造り、データを収集・分析して、統計データ、ベンチマークに活用する広域連携が行われる。すでに、全日病では、具体的に診療アウトカム評価事業、DPC分析事業に活用している。IQIP事業では、一部のデータではあるが、国際的なベンチマーク (広域連携) を行っている。これらの事業を発展させて、2010年には、厚生労働

省の補助金を得て医療の質評価公表等推進事業を実施した。統計データのみならず、一部ではあるが、個別の病院名が特定できる形で結果を公表した。

#### 5. 病院情報システムの今後の要件

病院情報システムの今後の課題として以下がある。

##### ①医療従事者の思考に合致して思考・作業を支援する

近未来を考える場合の最重要事項は、医療従事者の思考経路に合致した情報システムの開発である。医療従事者の思考の流れ、業務の流れを阻害しないシステム構築が必要である。現状は、むしろ医療従事者が情報システムの制約に合わせているのが実情である。

##### ②国家的プロジェクトに資するデータベース構築と利活用

疾病、診療内容、受療行動等の統計、特に、患者単位で異なる医療サービスを受けた場合に連結可能な統計が必要である。研究・利用の公益性、セキュリティ、個人情報保護が担保されなければならない。

#### 6. 情報システム導入

情報システムの開発・導入は、目的志向すなわち運用重視でなければならない。市販の情報システムで、現在の業務、および、今後実施したい業務が運用できれば導入する。業務の実態に合わなければ、運用に合うように開発あるいは改良しなければならない。しかし、独自の開発にはリスクが伴うので、十分な検討と周到な準備が必要である。情報システム構築には、これでよいということはなく、継続的な改善が必要である。社会制度、医療制度、医療の内容、人々の価値観の変化に柔軟に対応しなければならないからである。

#### 7. 情報化の効果

電子カルテ等の病院情報システムの導入は、現段階では費用対効果が良いとは言えない。現状の電子化加算では経済的には合わない。しか

し、業務の標準化と情報共有による、質向上、効率化、業務革新、将来構想のための基盤整備という観点からは、大きな貢献をしている。使い勝手が悪く、機能が不足している等、職員満足には到らないが、多職種が情報を共有するという観点からは有効である。すなわち、どこからでも、(付与された権限の範囲で) だれでも、入力あるいは参照することが可能となる。また、患者へのモニター画面や印刷による説明、待ち時間の短縮等、患者満足の点からは無くてはならないものである。使い勝手が悪いと言っても、電子カルテを導入した病院で紙カルテに戻したという話は聞かない。元には戻れないのである。一度、導入した電子カルテシステムを、他の開発会社のシステムに変更することは容易ではないが、更新を機会に別の開発会社に変更する事例は少なくない。この場合に、相互運用性が担保されていないことが大きな問題である。これは、一病院だけではなく、国家的な損失であり、国家系プロジェクトとして解決しなければならない(後述)。

## 8. 望ましい医療

望ましい医療とは、①開示されてわかりやすい、②事実・データに基づいて納得できる、③(統計的に) 有意で科学的な、④評価を受け信頼できる、⑤保証され安心できる医療である。これらのすべてに共通する鍵は“情報”である。情報(データ)を利用するためには、データを系統的に集積し、系統的に記録することが必要である。その前提条件として、データの内容や様式、集積および記録方法の標準化が必要である。

## 9. 情報活用のための組織構築

病院では、情報を活用し質を向上するために、組織革新の一つとして、以下の部署を設置している。その業務は固定的ではなく、プロジェクト毎に、職種・部署横断的なチームを作って柔軟に対応しなければならない。

①企画情報推進室：組織横断的なプロジェクトや医療の質向上活動(MQI)、研究会事務局、非定型業務、職員への情報リテラシー教育・啓蒙活動を推進、情報システム構築・維持管理(ハード・ソフト・運用)。

②医療情報管理室：医療情報の整備と有効活用のため、医事・会計・人事情報だけではなく、医療情報(診療記録等)を包括的に管理。

③質保証室：総合的質経営の基盤整備、内部顧客の支援、外部顧客の要求事項の把握と対応、情報の収集・利活用、質保証に関する包括的な業務を担当。

## 10. 病院情報システム導入の問題

情報化社会において、医療においても情報化が急速に進みつつある。病院情報システム構築は、質向上、安全確保、効率化に必須の事項である。

病院情報システムは、部門システム、オーダリングシステム、電子カルテ等として、種々の医療用システムやアプリケーションが開発されている。残念ながら、問題なく日常業務を円滑に進めることができるシステムはないといっても過言ではない。開発側が顧客の要求を把握できず、製品(情報システム)が、顧客(医療者側：利用者)の要求を満たしていない。したがって、情報システムの不具合を医療者側の努力で業務のつじつまを合わせて運用しているのが実態である。

独自のシステム開発は言うに及ばず、医事会計システムにおいても、システム導入当初から、問題なく運用できる事例を知らない。パッケージソフトであるにもかかわらず、情報システム導入時には、問題が発生するのは当たり前として済まされている。顧客の要望に応え、顧客の問題や課題を解決することが目的のはずだが、問題や課題を積み残したまま、新たな問題を引き起こすことが多い。

## 11. 情報化の経営への貢献

情報化の経営への貢献を判断する視点は、①業務の運用が楽になるか(効率化)、②医療の質向上に役立つか、③データを効率的、効果的に活用できるか、④継続的改善、業務革新に役立つか、④会議・教育・研修等に活用できるか、⑤収益増・支出削減に役立つか等である。その前提として、費用対効果がよいことが挙げられる。情報化は、費用対効果の点からは必ずしもす

すべての病院において貢献していると評価されてはいない。マン・マシン・インタフェイスやマン・アプリケーション・インタフェイスが未成熟で、使い勝手が悪い。それでも、無くてはならないものとなっている。

## 12. 病院情報システム導入が円滑に行かない理由

病院情報システム導入が円滑に行かない理由は下記の通りである。

### ①病院と開発側の認識および考え方の相違

- 1) 病院の要望と開発側の設計思想の相違がその原因である。
- 2) また、両者の立場による常識、慣習、用語等の相違によるものである。

### ②病院毎の、機能、規模、業務や考え方の相違による仕様変更（カスタマイズ）

パッケージでも、そのままでは運用できず、大なり小なり、それぞれの病院の運用に合わせたカスタマイズが必要である。

### ③病院内の意思決定の不明確・遅延による、度重なる要望や仕様変更

情報システムの顧客とは誰かの認識が問題である。顧客（利用者）には、現場作業担当者、情報システム担当者、病院管理者（病院長）、資金提供者（理事長、院長）、患者等々である。現場作業担当者といっても、業務毎に関与する職種、部署が異なるので、立場によって要求内容が異なる。病院が組織として、どの段階でどのような方法で、意思決定するかが明確でない場合が多い。

### ④病院側の情報システムに関する知識不足

病院側が、基本要件を、漏れなく、明確に、開発担当者に示すことができない。

### ⑤医療の特性

- 1) 医療の特性として、業務が一律ではなく、患者の状態変化による変更（中止、追加、修正等）が常であり、非定型的な業務が極めて多いことである。
- 2) 多職種が多部署で、組織横断的に業務を行っている。しかも、業務を行う場所と

時間が固定しておらず、常に移動する。

### 3) 医療制度、医療保険制度の頻回の変更への対応

医療制度、医療保険制度の頻回の改訂に情報システムを対応させなければならない。

### ⑥開発側が医療の業務の流れや運用を熟知していない

開発側が医療の業務の流れや運用を熟知していないために、情報技術を熟知しない医療側の要望をそのまま聞いて、システムを構築すると、機能の一部が漏れたり、機能はあるが運用に支障が出る場合が多い。

### ⑦開発効率

個々の病院向けシステム開発や変更は、効率が悪く、対応が困難である。

## 13. 基本要件検討プロジェクト発足

情報システム導入の諸問題を解決することは、個々の病院の範囲を超えている。そこで、2002年6月、全日病の医療の質向上委員会に病院情報システムの基本要件検討プロジェクトチームを設置し、活動を開始した。

委員構成は、①病院：病院経営者、病院実務担当者、システム担当者、②病院管理研究者、③開発会社：システム開発会社、工業界等である。

本プロジェクトの意義は、情報システム利用者としての病院の団体が主体となり、利害関係者が一致協力して情報システムに関する問題を解決することにある。前述したように、病院情報システム導入が円滑に行かない理由は様々であり、利用者側、開発側双方に問題があり、また、双方に言い分がある。そこで、関係者が協力して、問題の本質を把握し、解決策を検討している。

本プロジェクトを核として、2003年に厚生労働省科学研究費「電子カルテ導入における標準的な業務フローモデルに関する研究」（2年間）が発足した。

## 14. 標準的電子カルテ開発計画とプロジェクト

厚生労働省の電子カルテの標準的モデル作成に関する事業は、「保健医療分野における情報化に向けてのグランドデザイン」が基本である<sup>2)</sup>。「電

子カルテ導入における標準的な業務フローモデルに関する研究」は、運用を基本とした研究である。研究の目的は、情報システムの導入をより効果的に進めるために、業務プロセスを可視化し活用する方法を研究し、病院で使用できる業務フローモデルのひな型を開発し、提供することである。また、調査により病院における情報システムの現状を把握することである。

成果を、「電子カルテと業務革新—医療情報システム構築における業務フローモデルの活用—」として出版した。ついで、2005・2006年度の厚生労働科学研究で部門内の業務フローモデルを作成し、2009・2010年度厚生労働科学研究

<sup>20)</sup>保健医療情報システム検討会：保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン最終提言 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1a.html>)

で手術室内の具体的な3手術術式に関する業務フローモデルを開発した(図1、図2)。また、情報システム導入指導者養成のe-Learningの仕組みを作った(経済産業省事業費)。更に、基本要件策定の手引きを作成した。

## 15. 問題解決の方法

情報システムの専門家である開発側も要求する利用者側も、自分が何を必要とし、何を要求し、どのように表現すればよいか分からない。問題発生、紛争を防止するには、詳細な契約の締結よりも、相互の状況・要望・認識・考え方の理解が必要である。双方が、分かろう、分からせようという努力が必須である。これを顧客志向という。

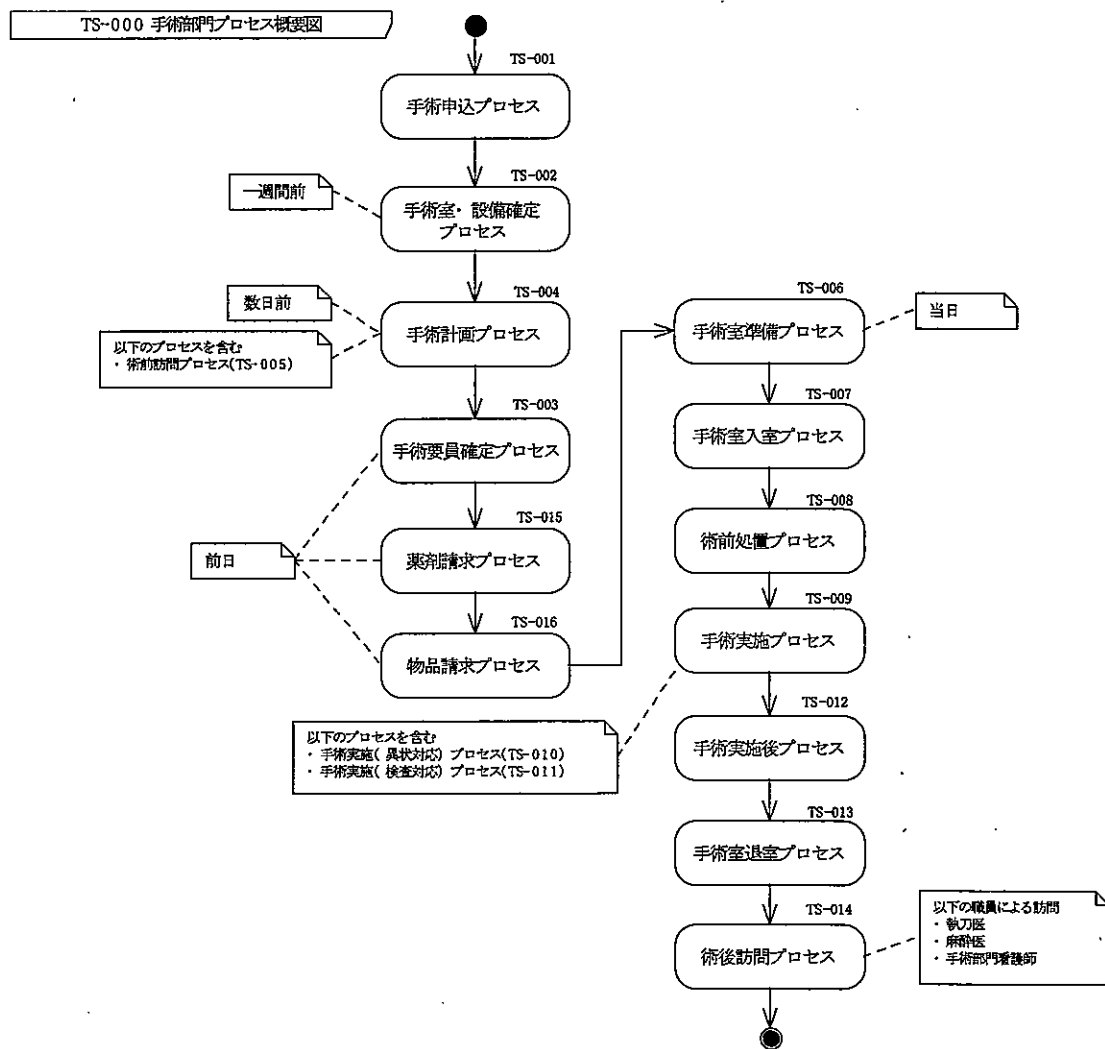


図1. 手術部門業務プロセス概要図

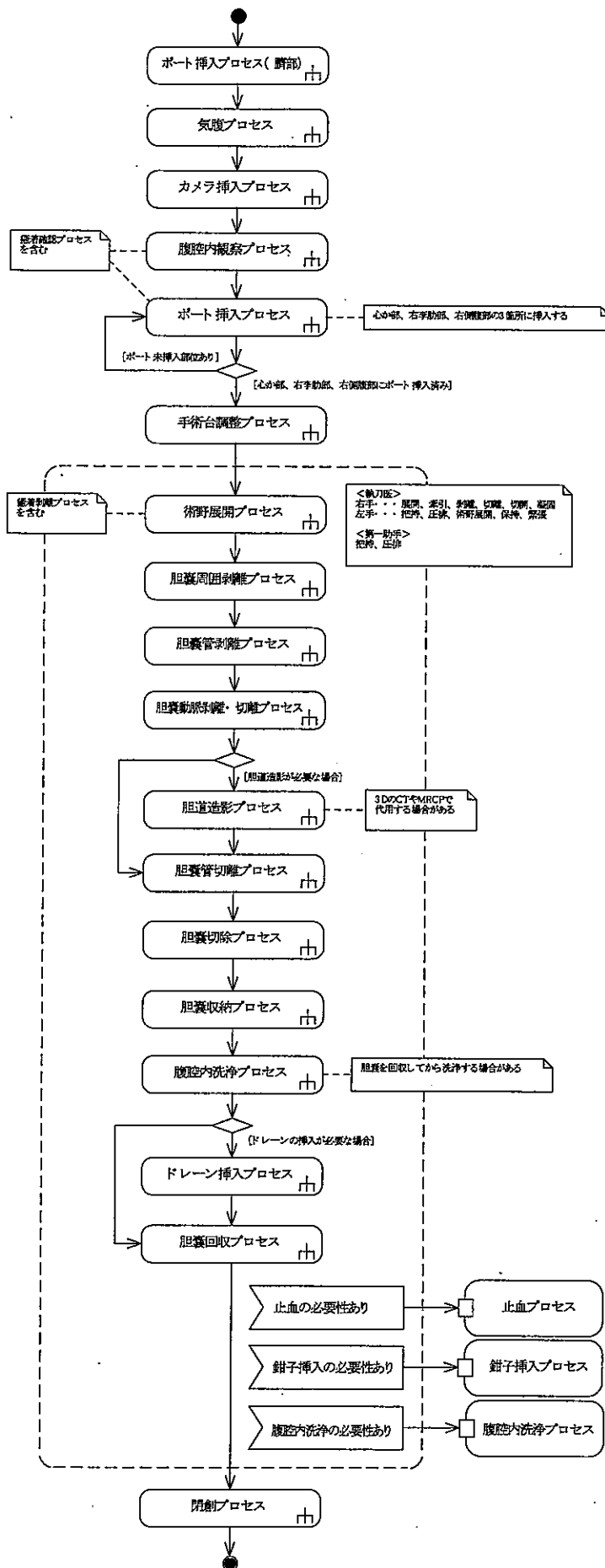


図2. 腹腔鏡下胆嚢摘出術プロセス概要図

## 16. 病院における情報システム導入

### ①開発・導入に関する基本的考え方

情報システム開発・導入に関する基本的考え方は、目的志向である。情報システムに使われるのではなく、情報システムを活用することである。情報システム構築には、これでよいということではなく、継続的な改善が必要である。社会制度、医療制度、人々の価値観の変化に対応しなければならない。既存の情報システムで、現在の業務、および、今後実施したい業務が運用できればそれを使用し、あるいは改良する。無い場合には、新たに共同開発する。

### ②共同開発

- 1) 情報システムを共同開発する場合には、多くの問題が発生する。その原因は様々であるが、稼働前に問題を洗い出して、対応する必要がある。情報システム開発・導入において、医療従事者がある程度苦労することはやむを得ないが、患者には迷惑をかけないことが基本原則である。
- 2) 種々の障害が発生して、開発が頓挫し、中途から、開発会社を変更し、開発範囲も縮小しなければならない場合がある。

## 17. 情報システム導入の問題点と対策

- ①情報化の意義を理解しないまま、システム導入を目的にする病院が多い。  
情報、情報化、情報技術に関する教材と教育研修プログラムの開発が必要である。
- ②情報化のための院内体制を構築できない、あるいは不備がある。  
病院側に役立つシステム導入および開発の組織体制作りの手引きが必要である。
- ③情報化の意義や導入の目的を認識して開発しても、途中で目的からそれる。  
システム導入および開発の進捗管理の手引きが必要である。
- ④医事システムやオーダーリングシステムから経営指標を分析するに止まる。  
必要ときに必要な様式のデータを得られる、運用が容易なデータベースの構築が必要である。

## 18. 情報活用の問題点

情報活用においては、①情報格差、②情報氾濫、③情報攪乱、④情報途絶・遮断、⑤情報漏えい、⑥情報操作等の問題がある。これらは、情報システムの脆弱性と、運用上のヒューマン・ファクターによる。いずれも解決が困難な課題である。

情報収集においては、①住基ネットや社会保障番号、②目的外使用、④自由と制約のトレードオフ、⑤公益と個人の権利保護の関係等の問題がある。

技術的には、①利用者の常識や思考経路に沿った仕様、②ユビキタスな利用、③柔軟なリレーショナル・データベース、④データの蓄積と利用、⑤相互運用性、⑥国家的プロジェクトの継続、⑦昭和100年問題等がある。

## 19. 組織の再構築と情報システムの発展

情報活用と質向上には組織の再構築が必要である。業務は固定的ではなく、プロジェクト毎に、職種・部署横断的に柔軟に対応しなければならない。また、標準化による部門間、職種間、病院間、地域内の情報共有が必要である。目的によって、情報システムを段階的に発展させなければならない。情報システムに求められる基本機能は、データの入力、蓄積、表示、参照等であり、データの二次利用が重要である。運用には、応答性、視認性、操作性等が重要である。

## 20. 今後の課題

- ①マン・マシン・インタフェイスやマン・アプリケーション・インタフェイスを改良し、負荷を感じることなく利用可能とする。
  - ・利用者の常識、思考経路に沿った、仕様にする。
  - ・入出力機器  
入力：音声入力、手書き入力、キーボード、マウス、視線入力、生体認識装置、QRコード、バーコード  
出力：画面、音声、振動、印刷、投射
  - ・画面レイアウト、画面遷移、操作性等。
  - ・医療従事者のみならず、患者や家族も説明なしで利用できるようにする。

②いつでも、どこでも、だれでも、容易に利用できる。ユビキタスとする。

医療者、受療者、保険者、国民がそれぞれの立場で、アクセス権限の範囲内において、セキュリティが担保され、いつでも、どこでも、必要な情報を利活用できるようにする。近年の簡易携帯装置（PDA）、スマートフォンの開発によりユビキタス社会に入り口に入ったといえる。実験段階ではあるが、生活環境の中で、健康に関する生態情報を収集し、分析することが可能である。また、これらも組み合わせて、遠隔診断、遠隔治療の一部が可能となる。

### ③柔軟なリレーショナル・データベース構築

予め、詳細な設計を必要としない構造が望ましい。顧客要求は常に増大し変わる。業務は頻繁に変更される。したがって、必要なデータ項目は変わり続ける。最終段階までに時間がかかるようなら、中間データベースを構築して利活用する。

### ④データの蓄積と利用

過去のデータを蓄積し、利活用可能とする。システムや機器は更新可能であるが、データは最重要の財産である。データの移行、連携を容易とする。レセプトデータの利用に関する検討が進み、一部で試行的に利用できるようになった。しかし、制約が厳しく、円滑な利活用を疎外している。国家的規模で収集したデータベースは国民の公共財であり、セキュリティを担保した上で、利活用しやすくすることが肝要である。蓄積することではなく、有効活用することがデータベース構築の目的である。

### ⑤相互運用性を推進する。

ハード、ファームウェア、ソフトウェアいずれも、共通の基盤で構築され、相互運用性が担保されなければならない。国家的プロジェクトとして、早急に共通基盤構築を実現しなければ、効率化は図れない。国際競争に勝てないどころではなく、情報後進国になりつつある現実を直視しなければならない。

### ⑥国家的プロジェクトとして、以上を継続的に推進する。

単年度予算の弊害や、担当者交代による研究の打ち切りが多い。継続することが必須である。医療情報システム、病院情報システムは極めて

複雑かつ困難なものであり、有能な研究者、実務者の共同研究が必要である。産・官・学の協力が必要である。

## 21. 2025年における情報活用

2025年の社会状況を予測すると、人口構成をみると、高齢社会の様相が様変わりしているであろう。日本においては、人口が減少しているが、80歳代に突入した団塊の世代の多くが、組織の現役を引退した後も、余生ではなく、社会の現役として役割を果たしている。

団塊世代以降の後期高齢者は情報弱者ではなく、社会的活躍が期待できる。前述の技術的課題と社会的課題を達成することにより、日常生活の中で情報機器を意識することなくICTを活用して、生産性が向上し、社会及び個人への負荷が減少し、安全、安心、快適な社会生活が期待できる。また、日常生活の中で健康状態が把握でき、そのデータが蓄積され、健康の維持増進に活用できる。異常を認めた場合には、それらのデータを活用するとともに、診断・治療においても身体的、経済的、時間的な負荷を少なくできる。

我が国が世界で初めて高齢社会の基本的課題を達成し、全世界のモデルとなっていよう。

## 参考文献

- ・飯田修平：病院における情報システムの導入・開発の問題点。病院経営、2005.12
- ・飯田修平：情報技術と医療の質向上 病院管理実践の視点から。医療と社会、10(4)、2001
- ・飯田修平、成松亮編著：電子カルテと業務革新—医療情報システム構築における業務フローモデルの活用—、211p、篠原出版新社、東京、2005
- ・飯田修平：医療における総合的質経営 練馬総合病院 組織革新への挑戦、179p、日科技連出版社、東京、2003
- ・飯田修平、田村誠、丸木一成編著：医療の質向上への革新—先進6病院の事例—、285p、日科技連出版社、東京、2005
- ・飯田修平：医療経営における情報活用 データベースとシンクタンクの重要性、病院経営新事情 200号、1999.11
- ・西垣通：続基礎情報学「生命的組織」のために、240p、エヌティティ出版、東京、2008



## 第9章 産業としての医療

産業は一般的に市場経済の中で再生産できる業態を意味するため、再生産もままならない医療業態は健全な産業とは呼べないという議論がある。

しかしながら、「日本標準産業分類」(2002年改定)の「産業の定義」でも以下のように医療が産業に含まれることが明示されている。したがって、産業としての医療を考える場合、経済活動として医療がどのような意味を持つのかが問われる。

### \*「日本標準産業分類」(2002年改定)の「産業の定義」

「産業とは、事業所において社会的な産業として行われる財貨及びサービスの生産又は提供に係るすべての経済活動をいう。これには、営利的・非営利的活動を問わず、農業、建設業、製造業、卸売業、小売業、金融業、医療、福祉、教育、宗教、校務等が含まれる」。

一般市場では需要と供給により価格が決定される。日本の医療市場では医療サービスの特殊性から効果を最大限にするために、国民皆保険制度のもと診療報酬を国が単一価格として決定し、自己負担額を平等にしている。医療の市場規模の総枠は、自由診療部分が圧倒的に小さく保険診療部分が大半を占め、2010年度は約35兆円であった。年3%の自然増が見込まれているが、財源は社会保険50%、税金等の公費35%、自己負担金15%であり、このような医療市場には自律的拡大は認められておらず、市場規模は国によって調整されていると言ってもよい。確かに、フリーアクセスと自由開業制によって競争は起きており、満足を求めて患者が病院を選び支持される病院が市場に残っているが、経済活動に与える直接の影響はほとんどない。

これまで医療は「雇用創出」には寄与してきたが、『医療と介護・福祉の産業連関に関する分析研究報告書』でも「医療サービス活動の拡大は、・・・国内経済の下支えをする効果がある」と記されているように「経済成長」の牽引車と

なったことはない<sup>204</sup>。現在でも、医療が雇用の面で基幹産業と位置づけられる地域や、観光産業等との連携により新しい取り組みを始めた地域もあるが、その経済活動に与える影響はまだ小さい。

医療は健康維持、疾病予防、治療を通じて実質的に労働人口増に貢献してきたことを踏まえ、「経済成長」の基盤産業の一つとして位置づけるべきである。そして、労働人口の減少する2025年には、産業間競争を勝ち抜き有能な人材を獲得できる産業としなければならない。そのためには、改めて医療は社会のセーフティネットとしての重要性と、医療の質の向上のための不断の努力とその成果を積極的に国民に示し、医療費増加への理解を図る必要がある。また、医療関連産業との間で健康創出、在宅支援サービス、更に素材や機器の開発、創薬、ICTの導入等に関して積極的に協働を図り、関連産業の活性化やノウハウと成果物の知的財産化に寄与すべきである。医療等を成長牽引産業と位置づけ「新成長戦略」を打ち出した菅内閣は2011年4月に「規制・制度改革に係る方針」を閣議決定した。これにより、善し悪しは別として医療への市場原理導入がなされると経済活動への影響は少なくないと考えられ、その推移を十分見守る必要がある。

<sup>204</sup>宮澤健一：医療と介護・福祉の産業連関に関する分析研究報告書 平成16年3月 (<http://www.ihep.jp/demo/member/03104.pdf>)

# 第10章 医療基本法

全日病は、医療のあるべき姿を国民に明示するために、医療基本法を医療界および有識者がともに検討し制定することを提唱してきた。医療崩壊が進行する中、東日本大震災後の日本再興に臨んで、いまこそ、医療のあるべき姿とそこに向かう工程表を明示すべき時機にある。

医療基本法は、1971年の第68回国会審議で廃案になって以来、議論が断続している。しかし、それらの議論はかみ合わない。その理由は、意見の違いもさることながら、“基本法”の位置づけが異なることにある。

## 1. 基本法とは

基本法とは、憲法と個別法との間をつないで、憲法の理念を具体化する役割を持ち、憲法を補完するものである。しかし、既に制定されている他の分野の基本法を見ると、名称は基本法であっても、個別法に近い法律もある。

医療基本法に関しては、最近では、患者の権利法として位置づける意見もある。しかし、基本法であるからには、患者の権利（立場）だけではなく、国、自治体を含む公、国民（受療者予備軍）、患者（受療者）、医療提供者（医療機関、医療従事者）、保険者それぞれの立場の権利と義務を含むものでなければならない。

## 2. 第68回国会に医療基本法案提出の背景

日本医師会は、抜本的な医療制度改革を要求して、過去に2回保険医総辞退を決定し、1961年には回避したが、1971年には保険医総辞退を行った。日本医師会会長と厚生大臣および首相のトップ会談で、その解決の条件として、12項目に合意して終息した。その1つが、社会経済の変化に対応した国民の健康管理体制、医師の供給体制等の基本的事項を計画的に実施し得る医療基本法の制定である。

## 3. 第68回国会に提出された医療基本法案

1971年の第68回国会に提出された医療基本法案は、医療憲章的な前文と、医療政策若しくは医療計画法的な本条全10条から成る。前文では、生命の尊重、医療の担い手と医療を受けるものとの相互信頼、医療享受の機会均等等の医療のあるべき理念を確認するとともに、この理念にのっとり医療供給体制の総合的かつ計画的な整備を図ることが、国の重要な責務であるとしている。本条では、国が講ずべき施策として、医学医療に関する研究開発の推進、医師等の養成確保、各種医療施設の体系的整備及び機能連携の強化等を掲げ、これらの施策を総合的に講ずることを国に義務づけ、その実施を担保し、かつ、計画性をもたせるために、こうした施策の大綱について医療計画を作成すべきとしている。また、地方公共団体は、国の施策に準ずる施策を講ずるほか、当該地域の特性に応じた医療の確保のため必要なその他の施策を講ずべきとされ、そのため都道府県医療計画及びその一部として自然的社会的条件を勘案して区分する地域ごとに実施すべき施策についての計画（地域医療計画）を作成することとした。

## 4. その後の経過

医療基本法案廃案後の経過を見ると、地域医療計画（第1次医療法改正）、医療提供の理念の明示（第2次医療法改正）、病床の機能分化、老人保健法、介護保険法、健康増進法等、多くの部分が実現している。しかし、それらの整合性には問題がある。

従来の医療政策は、経済的観点（医療保険制度）主導であり、医療のあるべき姿・ありたい姿（医療制度）は付随的に論じられるに過ぎなかった。論理が逆転していたのである。更にいえば、財政が厳しいから医療費抑制は当然である。しかし、質向上・安全確保はせよということであった。

## 5. 今後の課題

医療提供者が改善しなければならないことはある。しかし、医療提供者の努力でできることには限界があるという事実を、国民にも知っていただかなければならない。

基本理念を明確にし、国民が求める医療はどこまでか、それにはどのような医療提供体制が必要か、その実現にはどれだけの金・人・ものがよ必要か、その費用の税金・医療保険・個人負担の割合をどうすべきか、という順番で考えなければならない。

医療基本法を医療界および有識者が共に検討し制定することを再度、提唱する。

### 既存の基本法：

教育基本法、災害対策基本法、中小企業対策基本法、観光基本法、原子力基本法、農業基本法、林業基本法、消費者保護基本法、交通安全対策基本法、土地基本法、環境基本法及び障害者基本法がある

# おわりに

1998年「中小病院のあり方報告書」に始まった全日本病院協会の活動方針を示す本報告書は、その後も版を重ねて、「2011年版」を発刊する運びとなった。

今回は、会長より「2025年の日本の姿を考えながら医療介護提供体制がどうあるべきかを考えて報告書作成を行うよう」指示があった。

民主党政権が誕生して、マニフェストによれば、医療介護に関して真に国民や提供者の立場にたった改革がなされることが期待されたが、全くの幻想であったことが判明しつつある。

経済が衰退しグローバル化の波に飲まれ、しかも政治の混迷がつづき、日本の自立性にさえも疑問符が付けられつつある中であって、2025年を見通すこと自体が大変困難な作業であった。

2010年4月より約1年余り計22回の委員会を開催したが、今回は、医療圏／医療・介護提供体制／医療従事者／医療費／診療・介護報酬／医療の質／病院における情報化の意義と業務革新／産業としての医療／医療基本法の9つのテーマに絞り、2025年の医療介護のあり方を想定し検討した。

将来を見通し会員に示すことが使命だけに、これまで以上の真剣な議論が行われた結果、委員間での意見衝突も少なくはなかった。そこで、出来るだけ現実に近い予測と理想的なあり方を描くという2つのシナリオで報告書をまとめることとした次第である。

具体的には、これまでの報告書と同様に章ごとに担当者を決め、提出されたたたき台を全員で協議する手順を踏んだが、各委員レベルの希望の見解ではなく理論的に説明できる内容とするよう努力した。その上で、最終取りまとめに際して、語句の使い方や表現の統一化を図るため全日病総研での添削整理を委託した。

「医療の質」と「病院における情報化の意義と業務革新」に関しては、これまでの報告書でも重要なテーマとして示してきたが、今後の病院の取り組みとして質の担保とICTは必須のものとなるため、かなりの紙面をさいて最新の考え方と実践方法を記したものである。

取りまとめ最終段階で大震災が発生し、原子力発電所の処理も含めて復興が長期化するという将来予測にも大きく影響しうる出来事が起こったため、大胆な提言は控え、これまで全日病が積み上げてきた医療提供体制に関する理論構築を基本とした比較的穏当な提言となった次第である。「医療基本法」や「産業としての医療」の記述が簡単となった理由でもある。この後、経済復興や直近政府から出されるはずの「社会保障と税の一体改革」の行方などを見極めつつ、今年度後半には更に踏み込んだ理想論としての提言を再度行う予定である。

会員、関係者からの幅広い意見、提言を望むものである。

病院のあり方委員会  
委員長 徳田 禎久