

平成 29 年度

医療安全能力向上のための効果的教育・トレーニングプログラムの開発
— 医療安全学の構築と人材育成 —

平成 28 年度・29 年度
国公立大学附属病院 医療安全セミナー報告書

医療機関における ガバナンス

— 人・組織・社会を有機的につなぐ —

平成 30 年 3 月 31 日

大阪大学医学部附属病院
中央クオリティマネジメント部

はじめに

大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部では、平成21年度から文部科学省特別経費により「医療安全能力向上のための効果的教育・トレーニングプログラム開発事業」を行っており、平成24年度からは継続事業となっています。その一環として、これまでに医療チームの安全を支えるノンテクニカルスキルに関する教材の開発および教育の実施、医療安全への患者参加プログラムの開発・展開、eラーニングシステムの開発・導入を行うとともに、国公私立大学附属病院医療安全セミナーを主催・実施してまいりました。

本セミナーは、大学病院で科学的に医療安全を推進するに際し必要な専門的知識の習得や、最新の知見を学習することを目的とし、様々な分野の専門家をお招きしてきました。最近では、重要なテーマの一つとして「レジリエンス・エンジニアリング」を掲げ、その概念や臨床現場における実践例について紹介しています。これは、医療が複雑適応系であることを踏まえ、人と人、人と環境等の「相互作用」に着目し、システム全体（組織等）において物事がうまく行われるようにしようとするものです。

近年、ガバナンスという言葉が医療界においてもよく耳にするようになりました。ガバナンスとは「管理」「支配」を意味するものではなく、組織のトップ同士、トップと構成員、構成員同士、そして組織の外部にまでつながる「相互作用」を有効に活かす場を創造することと考えられます。動的なシステムである病院組織にとって、その健全運営と発展の鍵はガバナンスにあります。

そこで、平成28年度および29年度の国公私立大学附属病院医療安全セミナーでは、医療機関におけるガバナンスにフォーカスを当て、見識の深い4名の先生方をお招きしました。医療界で様々な大組織のトップを歴任し改革されてきた嘉山孝正先生には、組織のガバナンスの在り方や方法論について実際のご経験から得られた深い洞察を講演いただきました。弁護士であり医師である児玉安司先生からは、ガバナンスという言葉のルーツを含めた概念や、医療界に導入されるまでの歴史と導入後の方向性について、法律を紐解きながら詳細なご解説がありました。また、地域の基幹となる大病院のトップであり多数の若手医師を育成してこられた山崎芳郎先生と弟子の一人である岩上佳史先生のご講演では、技術・心・品格のある若手医師を育て上げるための哲学と若手医師が師匠の教えから学びとった内容を通して、組織におけるガバナンスの一つの姿をお示しいただきました。

本冊子はこれらの内容をまとめたものです。「医療機関におけるガバナンス」への理解を深め、さらなる医療の質と安全を追求する一助となれば幸甚に存じます。

大阪大学医学部附属病院
中央クオリティマネジメント部
部長・教授 **中島 和江**

医療機関における ガバナンス

— 人・組織・社会を有機的につなぐ —

目次

I 組織のガバナンスとは何か(私見) 4

～教授・病院長・医学部長・独立行政法人理事長・学会理事長の経験から～

講演 **嘉山 孝正**

山形大学医学部 参与
先進がん医学講座 教授
(社)日本脳神経外科学会 理事長 (社)日本医療安全調査機構 理事
(社)全国医学部長病院長会議 相談役 (独)国立がん研究センター 名誉総長

II ガバナンスと情報共有 12

講演 **児玉 安司**

弁護士・一橋大学客員教授

III 初期研修を含む外科領域における教育・指導のあり方 36

講演 **山崎 芳郎**

独立行政法人地域医療機能推進機構 (JCHO) 大阪病院 病院長

岩上 佳史

大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学 特任助教



「一体、ガバナンスってというのは何だろう？」ということについて、勉強した際に『統治』を創造する』(春秋社)という本を読みました。これがガバナンスの意味としては一番正しいと感じます。つまり、ガバナンスというものは組織の統治ですが、決まりきった静的なものではなく、動的な生き物なのです。決まりきった方法論は存在しませんが、組織のコンセプトが根本にあって、そのコンセプトをいかに状況に合わせて適切に動かしていくかということが、良いガバナンスではないかと思います。良いガバナンスとは何かということを考えるときには、逆のことを考えると分かりやすいです。悪いガバナンスがもたらすものは、不公平、不透明、そして不正です。ガバナンスというものは動的な生き物ですから、組織に一定のルールがないと構成員の動き方によっては放埒現象として思わぬ副反応が起こり得ます。したがって、最低限のルールは設ける必要があることを次にお話しします。

■ アイデアと自律性を尊重した組織運営

組織とは、その下部組織が各種業務を遂行しながらそれぞれの目的を達成するものであり、多数の自律性を持った「主体」の集合体です。「主体」にはそれぞれに権利があり、性格もあります。例えば病院は単一ではない多職種の集合体ですが、それぞれの業務が適切に行われるような基盤を作ることがガバナンスの本体となります。

ガバナンスの目的

双方向の主体的な意思決定や合意形成

ガバナンスの手段(方法)

ルール(定款、規則等)の構築

ガバナンスの目的とは、「組織を健全に運営すること」です。自律性をもった「主体」と運営側、双方向の主体的な意思決定や合意形成が必要です。この際に、情報の共有や透明化をしておかなければ不正がどこかで起こることとなり、目的が達成できません。

ガバナンスの手段としては、ルール(定款、規則等)の構築が挙げられます。しかし、組織の「理念(Idea; アイデア)」を分からずにルールを作ってしまうと、とんでもない結果をもたらすため注意が必要です。営業なら営業を担当する、と決まっているような会社組織と異なり、大学という組織は教育、研究、そして診療と同時に多数の役割を担い、構成員一人ひとりがクリエーション(Creation; 創造)をしています。オックスフォード大学やケンブリッジ大学のような私立大学の場合、カレッジの意思を強く尊重するようなルールを作っています。例えば、法学部の文化と医学

講演 I

組織のガバナンスとは何か(私見)

～教授・病院長・医学部長・独立行政法人理事長・学会理事長の経験から～



講師 嘉山 孝正

山形大学医学部 参与
先進がん医学講座 教授
(社)日本脳神経外科学会 理事長 (社)日本医療安全調査機構 理事
(社)全国医学部長病院長会議 相談役 (独)国立がん研究センター 名誉総長

昭和50年(1975年) 東北大学医学部卒業、同学脳神経外科入局
昭和53年(1978年) Justus Liebig大学脳神経外科留学
平成2年(1990年) 東北大学医学部講師
平成6年(1994年) 山形大学助教授
平成8年(1996年) 山形大学教授
平成14年(2002年) 山形大学医学部附属病院長
平成15年(2003年) 山形大学医学部長
平成22年(2010年) 国立がん研究センター理事長
平成24年(2012年) 山形大学学長特別補佐、国立がん研究センター名誉総長
平成27年(2015年) 山形大学名誉教授、山形大学医学部先進がん医学講座特任教授



座長 野口 眞三郎

大阪大学医学部附属病院 病院長

昭和55年(1980年) 大阪大学医学部卒業
昭和55年(1980年) 大阪府立成人病センター外科レジデント
昭和57年(1982年) 真面目市立病院外科医員
昭和58年(1983年) 大阪大学医学部病理病態学基礎系医員
昭和60年(1985年) 大阪府立成人病センター外科医員
平成元～2年(1989～1990年) 米国立衛生研究所Visiting Fellow
平成10年(1998年) 大阪大学大学院医学系研究科乳腺内分泌外科教授
平成28年(2016年) 大阪大学医学部附属病院病院長

はじめに

野口 嘉山孝正先生は、脳神経外科医として実臨床や留学のご経験を経て、山形大学脳神経外科教授、山形大学医学部附属病院長、山形大学医学部長を歴任されました。さらに、国立がんセンター総長、日本脳神経外科学会理事長など、様々な組織においてリーダーシップを発揮してこられた先生です。大変優れた脳神経外科医、医学研究者であるのみならず、日本の医療政策に関しても数多くの発言をされているオピニオンリーダーのお1人です。

様々な大組織におけるリーダーのご経験を多数有する先生に、組織ガバナンスについてご自身の経験がもととなったご講演を拜聴する貴重な機会を得ました。組織による相違点、共通の理念等、先生のお話から深い洞察が得られると思います。

■ ガバナンスとは組織を動的に統治すること

嘉山 ガバナンスについてお話しするのは今日が初めてで、非常に難しいテーマです。

部の文化は全く違い、それぞれの学部で各構成員がクリエーションを行っています。その多様性を活かすルール作りが重要です。

これは有名な話ですが、日立製作所が一時期、T大学工学部の卒業生しか採用しなくなりました。その結果、同じ思考パターンの人のみでクリエーションがなくなり、「インスパイア、日立」ではなくなってしまいました。海外旅行に行くと面白いと感じるのは、日本と異なる文化だからです。その「違い」が大切なのです。旧七帝大では大阪大学がその「違い」を一番有効に活用していると感じています。しかし、現在の国立大学法人法では、それがなかなか認められにくいものとなっています。

国立大学法人法

法の概要

- 国立大学を各大学ごとに法人化し、国立大学法人を設立
- 大学共同利用機関を再編の上法人化し、大学共同利用機関法人を設立

<p style="text-align: center;">(国立学校設置法)</p> <p>国立大学 (99 (短大含む)) 大学共同利用機関 (15)</p>	<p style="text-align: center;">(国立大学法人法)</p> <p>国立大学法人 (89 法人) 大学共同利用機関法人 (4 法人)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人間文化研究機構 ・ 情報・システム研究機構 ・ 自然科学研究機構 ・ 高エネルギー加速器研究機構 </div>
--	--

「国立大学法人」制度の概要

- ① 「大学ごとに法人化」し、自律的な運営を確保
 - ・ 国の行政組織の一部→各大学に独立した法人格を付与
 - ・ 予算、組織等の規制は大幅に縮小し、大学の責任で決定
- ② 「民間的発想」のマネジメント手法を導入
 - ・ 「役員会」制の導入によりトップマネジメントを実現
 - ・ 「経営協議会」を置き、全学的観点から資源を最大限活用した経営
- ③ 「学外者の参画」による運営システムを制度化
 - ・ 「学外役員制度」(学外有識者・専門家を役員に招聘)を導入
 - ・ 経営に関する事項を審議する「経営協議会」に学外者が参画
 - ・ 学長選考を行う「学長選考会議」にも学外者が参画
- ④ 「非公務員型」による弾力的な人事システムへの移行
 - ・ 能力・業績に応じた給与システムを各大学の責任で導入
 - ・ 兼職等の規制を撤廃し、能力・成果を産学連携等を通じて社会に還元
 - ・ 事務職を含め学長の任命権の下での全学的な人事を実現
- ⑤ 「第三者評価」の導入による事後チェック方式に移行
 - ・ 大学の教育研究実績を第三者機関により評価・チェック
 - ・ 第三者評価の結果を大学の資源配分に確実に反映
 - ・ 評価結果、財務内容、教育研究等の情報を広く公表

※独立行政法人通則法に基づく独立行政法人との違い

- ①「学外役員制度」など、学外者の運営参画を制度化
- ②客観的で信頼性の高い独自の評価システムを導入
- ③学長選考や中期目標設定で大学の特性・自主性を考慮

http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/houjin/03052704.htmより

国立大学法人法は、学長がリーダーシップを発揮することを可能とする法律であり、学長が「大学とはこうあるべきだ」というアイデアを理解し運用すれば上手いきませんが、影もあります。一方的な統治状態とならないように、法律を改正していく必要があると思っています。ガバナンスの手段として、ただルールを作るだけでは不十分で、組織の在り様を理解して初めて活きたルール作りができます。医療安全も同様です。「医療安全とは何か、何をすべきなのか」を理解していないと、経験値や知識の異なる構成員に対応できない、机上の空論マニュアルができてしまいます。

良いガバナンスの結果

それぞれの関係者の責任と権限のあり方が明確
透明性と説明責任の確保

↓

組織の健全運営

良いガバナンスが効いていると、各構成員の責任と権限の在り方が明確になります。権限がないと組織は動かないため、その明確性は重要です。これにより、社会に対して透明性を強調できますし、説明責任を確保できます。説明責任を果たすだけでなく、その結果が正しいものであることも示さなくてはならないため、健全な組織運営ができるのです。

ここまでの話をまとめます。組織は多数の主体の集合体であるということ。双方向の主体的な意思決定や合意形成が必要であるということ。それを行うためにはルールの構築と運営が要りますが、アイデアが一番重要ということ。そしてその結果として説明と権限の在り方が明確化し、透明性と説明責任が保てるとということ。結局はどのように運営するかということに尽きるため、トップの資質に全てが掛かります。アイデアの共有化がガバナンスの乱れを少なくするために一番重要だと思います。

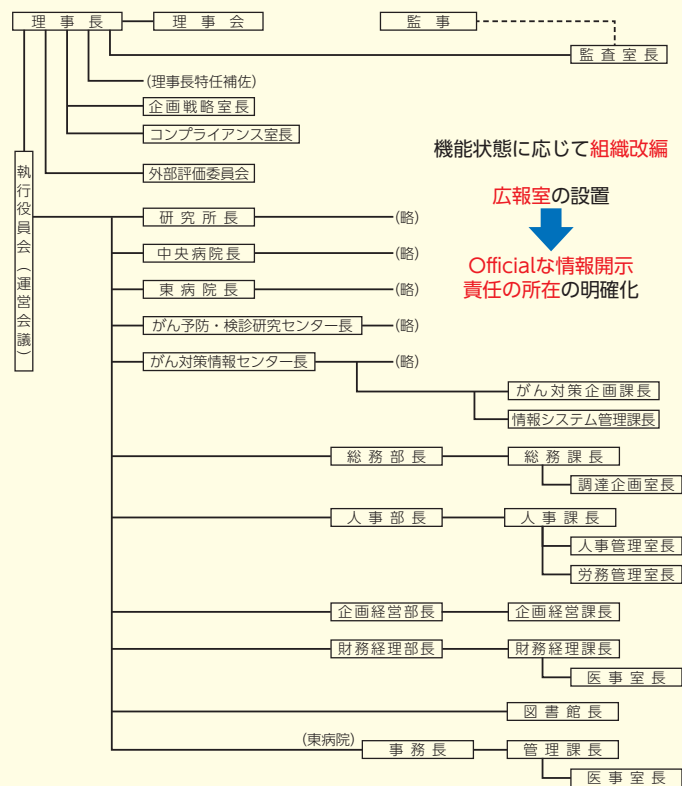
■ アイデアに基づいてガバナンスを効かせた実例

私が国立がん研究センターの総長・理事長時代に取り組んだ例をご紹介します。50年以上の歴史がある施設ですが、運営局、中央病院、研究所とも組織が系統立って分類されておらず、バラバラでした。統治することを考慮していない構造だったため、例えば医療事故が起きても責任の所在が分からない状態でした。600床の病院と研究所という規模に対して、600億円の予算を使用する組織でしたが、臨床医学や研究機関の世界ランキングは伸びず、機能と教育を考慮した組織改革をせざるを得なかったわけです。

結局は制度疲労を起こしていたのだらうと思います。昔ながらの、学問が細分化されていない時代の伝統を踏襲していたのです。「独立行政法人とは、民間に委ねれば実現できないことに対して、国がお金を出して実現を目指す」と法律の文言に記載されていますから、これを定款として基にし

ながら、効率的な運営を目指しました。アメリカの施設に倣い、機能によって組織を大変革しました。

国立がん研究センター独法化後ガバナンスの創設



理事長としてまず任命したのは研究所長です。私は彼に次のように言いました。①研究所は所長に任せる、②機能を考えてトランスレーショナルリサーチ^注するような体制を作ってほしい、③結果が出なければ、配置換えもありうる。これは、理事長が全ての人事を行ってしまうと、却って責任と権限の所在がはっきりしないからです。機能に応じた組織編成、公的な情報開示、責任所在の明確化を行ったのです。また、理事も機能別5人体制としました。ここで重要なのは結局のところ、アイデアです。アイデアを明確に出しました。

注：トランスレーショナルリサーチ：基礎研究から得られた知見を臨床の現場で試用し、最終的に日常診療への応用を目指すための橋渡し研究。

独立行政法人国立がん研究センター基本プリンシプル

- ・がん患者さんに起きる医学的、社会的、精神的問題等を解決する組織
- ・世界トップ20のがん研究・医療の展開
- ・定員枠にとらわれず、業務内容による人員配置と広い人事交流
- ・正規職員の増員、職員の福利厚生の上向

独立行政法人国立がん研究センターの使命

1. 調査
2. 研究
3. 技術開拓
4. 先進医療の提供
5. 教育(社会人：医師、看護師、コメディカル、ME)
6. 政策立案
7. 国際がんネットワークへの参加、リーダーシップ

国立がん研究センターのアイデアであるプリンシプルは「がん患者さんに起きる医学的、社会的、精神的問題等を解決する組織」、「世界トップ20のがん研究・医療の展開」です。「トップ10に」したかったのですが、短期間では困難と考え20にしました。このように、分かりやすい言葉で理解しやすいキャッチコピーを作り、実現可能なラインより少し高い目標を置くことで皆が頑張ることが出来ます。

そして驚いたのは、正規職員の少なさです。ある部署では正規職員がたった1人に対して残り30人くらいが派遣社員でした。派遣社員はトレーニングを受けずに派遣され、給料の3割は派遣会社に支払わなくてはなりません。そこで、もう一度人事をやり直しました。正規職員として公募して、全員面接をし、専門職化して給料を上げたら、一気に効率が上がりました。

独立行政法人

自立、自律、自浄
自分の家と思って育成する
主役は職員全員

独立行政法人とはどのような組織なのかをひとことと言えば、「自分で立って、自分で律して、自分で洗いなさい」「自分の家と思ってやりなさい」ということです。それから、「主役は職員全体

である」ということを掲げて頑張ったところ、結果が出ました。厚生労働省の第一回独立行政法人評価で最高ランクをいただき、インパクトファクター15以上の論文数が5割以上増えました。そして、約30億円の黒字を出しました。独立行政法人化するときに巨額の借金をすべて無しにしていたいただきましたから、絶対に黒字にすると決意し、無駄を省き生産性を上げました。

このような結果が出た理由は、職員のやる気が出て本来の機能を果たすようになったこと、そして私自身が議長になり、300名の出席者から成る基礎と臨床の混合カンファレンスを開催し、トランスレーショナルリサーチのルートを作ったこと、今までの組織はバラバラの断片みたいなものでしたが、アイデアをもって目的に合うような組織改編を行ったことが非常に重要だったということです。個々人の能力は素晴らしいから、それを引き出してあげることが適切なガバナンスだと考えます。

■ ガバナンス総まとめ

改めて最後にガバナンスについてまとめます。

- ガバナンスとは、組織を動的に統治すること
- 組織とは、多数の自律性をもった「主体」の集合体である
- 双方向性の主体的な意思決定や合意形成が必要
- 手段としては、ルール（定款、規則等）の構築がある
- 責任と権限の所在を明確化することで、透明性と説明責任を担保できる
- 最も重要なのは、組織のアイデアをトップが理解すること（組織の在り様、目的）

これらが満たされ、組織の構成員がそれを理解してそれぞれの役割を十分に果たすことで、初めてガバナンスを意味あるものにできるのです。

■ 質疑応答

野口 嘉山先生ががんセンターの理事長になられて、改革を推進されているお話は耳にしたことがあります。実際に先生がされておられたことを聞かせていただき、まっすぐに組織の在り方を追求されていたんだなと実感しました。

ただ、かなりの規模の組織ですし、先生お一人ではなかなか難しかったと思いますが、先生の理念を通すために、皆さんに分かってもらうために、どのような努力をされたのでしょうか。

嘉山 大学と違って非常にその点は楽でした。厚生労働省の病院ですから、規律が徹底していて、指示するだけで全員が集まります。大学であれば、教授会をしても全員出席しないことがありますが、がんセンターでは、上司の業務上の指示は厳重なので全員が出席します。そのような意味からは、大学と比べると結構楽にできました。

ただし私は、研究所長に大幅に権限を委譲し、彼から言うってもらうという方法を取りまし

た。それから、月に1回、双方向性の会議を開催しました。ちなみに、私が山形大学医学部附属病院長だった頃は、看護部長と事務部長を横に配置し、会議を開催しました。とやかく言われましたが、「業務内容を決定するためには、看護師も事務も教授も医者も一緒だから、このようにさせてもらった」といながら、16年前に組織改革をしました。がんセンターでも、医師だけではなくて、研究者も、看護部も、臨床検査部もすべて同列と考えて多職種のトップを全部集め、一緒の空気の中で、同じ情報を共有しました。そうでないとトップの趣旨が構成員に伝わりません。

講演 II

ガバナンスと情報共有



講師 児玉 安司

弁護士・一橋大学客員教授

昭和58年(1983年) 東京大学法学部卒業
 平成3年(1991年) 新潟大学医学部卒業、在日アメリカ海軍横須賀病院勤務
 平成6年(1994年) 第二東京弁護士会登録
 平成7年(1995年) フルブライト留学生としてシカゴ大学ロースクール修士課程修了
 平成8年(1996年) 米国ニューヨーク州司法試験合格
 平成16年(2004年) 医学博士取得
 平成17年(2005年) 東京大学大学院医学系研究科特任教授
 平成29年(2017年) より現職



座長 越村 利恵

大阪大学医学部附属病院 副病院長・看護部長／看護部キャリア開発センター長

昭和57年(1982年) 大阪大学医学部附属病院に入職
 平成24年(2012年) より現職
 平成25年(2013年) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程修了(看護学修士)
 平成26年(2014年) 認定看護管理者認定

はじめに

越村 このセッションは「ガバナンスと情報共有」というテーマで、講師に弁護士・一橋大学客員教授の児玉安司先生をお迎えしました。

児玉先生は東京大学法学部ならびに新潟大学医学部を卒業され、在日アメリカ海軍横須賀病院に勤務された後、弁護士資格を取得されました。シカゴ大学ロースクール修士課程を修了後、米国・ニューヨーク州司法試験にも合格され、また医学博士号も取得されました。国内では東海大学助教授、東京大学大学院特任教授として教鞭をとられ、2017年より一橋大学客員教授としてご活躍です。

今回は改めて「大学病院に求められるガバナンスとは何か」「ガバナンスを発揮するために、管理者や職員の取るべき行動とは何か」について、講演いただきます。

「ガバナンス」という言葉のルーツ

児玉 「ガバナンスと情報共有」という、少し難しいタイトルで始めたいと思います。この頃、「ガバナンス」という言葉が、医療の世界でも随分と語られるようになりました。厚生労働省の方が「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」の報告書を基にして、ガバナンスの話を何度もされます。一体それは、どのようなものなのでしょうか。

ガバナンスという言葉が最初に出てきたのは、実は株式会社の世界です。情報共有とともに、あ

りていと言えば資金調達と直結した概念です。バブル崩壊後の時代に、会社が生き延びていくためには資金調達が必要となるという相当切羽詰まった状況の中でガバナンスという言葉が生まれました。

もう10年以上も前になりますが、社団法人、財団法人などの公益法人制度改革がなされた頃から、その分野にもガバナンスという用語が用いられるようになりました。似たような話として「そういえば」と、お気づきになっていただけるとありがたいのですが、同じタイミングで、国立大学も国立大学法人に籍を置かれるようになっていきます。このように、いわゆる公益法人制度改革から、国立大学法人や学校法人というところにガバナンスの話が及びました。ここ3、4年は、介護福祉の主たる担い手である社会福祉法人改革の中でガバナンスという言葉が席卷するようになってきました。株式会社、社団法人、財団法人、それから、学校法人、公益法人等々から、更に社会福祉法人にガバナンス論が入ってきて、いよいよ医療法人にも次第に入ってきています。

医療におけるガバナンス元年

特定機能病院における議論のはじまり～医療法施行規則の大改正を紐解く～

元々、「企業統治」という言葉があります。これを直訳すると、「企業」が「コーポレート；Corporate」、「統治」が「ガバナンス；Governance」となりますが、海外で言うところの「企業統治、コーポレート・ガバナンス」という概念を、どのようにして日本の株式会社に導入するのかが、第一ステップでした。そして株式会社に導入されたコーポレート・ガバナンスの概念を、税金を原資としながら資金調達をしてきた様々な公益法人にも当てはめることとなりました。更に昨年、実際に医療の担い手の中心となっている特定機能病院に、このガバナンスの概念をどのように反映するか議論されたものが、「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」の報告書です。

実はガバナンスの本質は、一つは「よい話も悪い話も、社会と情報共有する」ことです。病院長をはじめとしたトップリーダーが、院内の出来事をすべて把握した上で社会と情報共有することがガバナンスのキー概念です。社会への説明やプロフェッショナルから素人への説明の形として、インフォームド・コンセントや倫理委員会や事故調査委員会といったものが存在し、今まで大きな苦勞を強いられ、悩みの種であったものですが、これらがこのままガバナンスという言葉の中に集約されていくことになりました。

そのようなことを前提として、ガバナンスのことを少し一緒に考えてみようというのが、この講演の目的です。コーポレート・ガバナンスといえば総論的な話題になりがちですが、それが各論として現場に落とし込まれた場合に何が起るのかについては、医療法施行規則や最近話題となっている臨床研究法などの法令に表れています。

特定機能病院について、今回、医療法施行規則の大改正がありました。その根本にある法律の条文とは、医療法16条の3です。

医療法

第十六条の三 特定機能病院の管理者は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる事項を行わなければならない。

- 一 高度の医療を提供すること。
- 二 高度の医療技術の開発及び評価を行うこと。
- 三 高度の医療に関する研修を行わせること。
- 四 第二十二條の二第三号及び第四号に掲げる諸記録を体系的に管理すること。
- 五 当該特定機能病院に患者を紹介しようとする医師その他厚生労働省令で定める者から第二十二條の二第三号又は第四号に掲げる諸記録の閲覧を求められたときは、正当の理由がある場合を除き、当該諸記録のうち患者の秘密を害するおそれのないものとして厚生労働省令で定めるものを閲覧させること。
- 六 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること。
- 七 その他厚生労働省令で定める事項

条文を読むにはコツがあります。大切なのは最初の一文をきちんと読むことです。「特定機能病院の管理者は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる事項を行わなければならない」。つまり、特定機能病院の大改革は、管理者すなわち病院長の権限で行わなければならない。別の表現で言えば、病院長は義務として、それを行わなくてはならない。誰から義務を課されるのかということですが、厚生労働省令で詳しいことを決めるので、それを読んで病院長は全部やりなさいということなのです。

それぞれの項目については、「高度の医療」「高度の医療技術の開発、評価、研修」等々あった上で、最後に「その他厚生労働省令で定める事項」と記載されています。この「その他」のところ、今回の様々な改正が生じている部分になっています。国会でこのような条文を定めた上で、「細かいところは、厚生労働省令で対応する」という定めがあって、実際の内容がこの数個の条文なのです。その厚生労働省令が「医療法施行規則」という名前ですが、これは厚生労働省令が定めた省令です。

医療法施行規則

第九条の二十三 法第十六条の三第一項第七号に規定する厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 医療安全管理責任者を配置し、第六号に規定する医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者を統括させること。
- 二 専任の院内感染対策を行う者を配置すること。
- 三 医薬品安全管理責任者、第一條の十一第二項第二号イからハまでに掲げる事項のほか、次に掲げる事項を行わせること。
 - イ 医薬品の安全使用のための業務に資する医薬品に関する情報の整理、周知及び当該周知の状況の確認
 - ロ 未承認等の医薬品の使用に関し、当該未承認等の医薬品の使用の状況の把握のための体系的な仕組みの構築並びに当該仕組みにより把握した未承認等の医薬品の使用の必要性等の検討の状況の確認、必要な指導及びこれらの結果の共有
- ハ イ及びロに掲げる措置を適切に実施するための担当者の定め
- 四 法第一條の四第二項の説明に関する責任者を配置し、及び同項に規定する医療の担い手（以下この号において「医療の担い手」という。）が説明を行う際の同席者、標準的な説明内容その他説明の実施に必要な方法に関する規程を作成することにより、説明を行う医療の担い手が適切に医療を受ける者の理解を得るようにすること。
- 五 診療録その他の診療に関する記録（以下この号において「診療録等」という。）の管理に関する責任者を定め、当該責任者に診療録等の記載内容を確認させるなどにより、診療録等の適切な管理を行うこと。
- 六 専任の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療に係る安全管理を行う部門（以下この項において「医療安全管理部門」という。）を設置し、次に掲げる業務を行わせること。
 - イ 医療安全管理委員会に係る業務
 - ロ 事故その他の医療安全管理部門において取り扱うことが必要なものとして管理者が認める事故が発生した場合における診療録その他の診療に関する記録の確認、患者又はその家族への説明、当該事故の発生の原因の究明の実施その他の対応の状況の確認及び当該確認の結果に基づく従業員への必要な指導
 - ハ 医療に係る安全管理に係る連絡調整
 - ニ 医療に係る安全の確保のための対策の推進
 - ホ 医療に係る安全の確保に資する診療の状況の把握及び従業員の安全に関する意識の向上の状況の確認
- 七 高難度新規医療技術を用いた医療を提供するに当たり、次に掲げる措置を講ずること。
 - イ 高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に、当該高難度新規医療技術の提供の適否等を決定する部門を設置すること。
 - ロ 別に厚生労働大臣が定める基準に従い、高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に、従業員が遵守すべき事項及びイに規定する部門が確認すべき事項等を定めた規程を作成すること。

- ハ イに規定する部門に、従業員の口々に規定する規程に定められた事項の遵守状況を確認させること。
- 八 未承認新規医薬品等を用いた医療を提供するに当たり、次に掲げる措置を講ずること。
 - イ 未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に、当該未承認新規医薬品等の使用条件を定め、使用の適否等を決定する部門を設置すること。
 - ロ 別に厚生労働大臣が定める基準に従い、未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に、従業員が遵守すべき事項及びイに規定する部門が確認すべき事項等を定めた規程を作成すること。
- ハ イに規定する部門に、従業員の口々に規定する規程に定められた事項の遵守状況を確認させること。
- 九 次に掲げる要件を満たす監督委員会を設置し、委員名簿及び委員の選定理由について、これらの事項を記載した書類を厚生労働大臣に提出すること及び公表を行うことを当該病院の開設者に求めること。
 - イ 委員の数は三人以上とし、委員長及び委員の半数を超える者は、当該病院と利害関係のない者から選任すること。
 - ロ イに規定する利害関係のない者には、次に掲げる者を含むものとすること。
 - (1) 医療に係る安全管理又は法律に関する識見を有する者その他の学識経験を有する者
 - (2) 医療を受ける者その他の医療従事者以外の者（(1)に掲げる者を除く。）
 - ハ 年に二回以上開催すること。
 - ニ 次に掲げる業務を行うこと。
 - (1) 医療安全管理責任者、医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者等の業務の状況について管理者等から報告を求め、又は必要に応じて自ら確認を実施すること。
 - (2) 必要に応じ、当該病院の開設者又は管理者に対し、医療に係る安全管理については是正措置を講ずるよう意見を表明すること。
 - (3) (1)及び(2)に掲げる業務について、その結果を公表すること。
- 十 医療に係る安全管理に資するため、次に掲げる措置を講ずること。
 - イ イに掲げる場合に、従業員に速やかに医療安全管理部門にそれぞれ次に定める事項を報告させること。
 - (1) 入院患者が死亡した場合当該死亡の事実及び死亡前の状況
 - (2) (1)に掲げる場合以外の場合であつて、通常の経過では必要がない処置又は治療が必要になったものとして管理者が定める水準以上の事故が発生したとき当該事故の発生の事実及び発生前の状況
 - ロ イの場合においては、医療安全管理委員会に、第一條の十一第一項第二号イからハまでに掲げる業務のほか、次に掲げる業務を行わせること。
 - (1) イの規定による報告の実施の状況の確認及び確認結果の管理者への報告
 - (2) (1)に規定する実施の状況が不十分な場合における適切な報告のための従業員への研修及び指導
- 十一 他の特定機能病院等の管理者と連携し、次に掲げる措置を講ずること。
 - イ 年に一回以上他の特定機能病院等に従業員を立ち入らせ、必要に応じ、医療に係る安全管理の改善のための技術的助言を行わせること。
 - ロ 年に一回以上他の特定機能病院等の管理者が行うイに規定する従業員の立入りを受け入れ、イに規定する技術的助言を受け入れること。
- 十二 当該病院内に患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制を確保すること。
- 十三 開設者と協議の上、次に掲げる場所により、医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるための窓口を設置すること。
 - イ 当該窓口を提供する情報の範囲、情報提供を行った個人を識別することができないようにするための方策その他窓口の設置に関し必要な事項を定めること。
 - ロ 当該窓口及びその使用方法について従業員に周知すること。
- 十四 第一條の十一第一項第三号に規定する職員研修のほか、次に掲げる事項について職員研修を実施すること。
 - イ 前各号に掲げる事項に関する事項
 - ロ 第九号に規定する監督委員会から、同号ニ(2)の意見の表明があつた場合における当該意見に関する事項
 - ハ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業員が連携及び協働して医療を提供するために必要な知識及び技能であつて、高度の医療を提供するために必要なものに関する事項
- 十五 医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者に定期的に医療に係る安全管理のための研修を受けさせるとともに、自ら定期的に当該研修を受けさせること。
- 十六 次に掲げる医療機関内における事故その他の報告を求めるとともに、当該事故が発生した場合に、当該事故が発生した日から二週間以内に、次に掲げる事項を記載した当該事故に関する報告書（以下「事故等報告書」という。）を作成すること。
 - イ 誤つた医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行つた医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残つた事例又は予期しなかつた、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例
 - ロ 誤つた医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行つた医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残つた事例又は予期しなかつた、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行つた医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事故の発生を予期しなかつたものに限る。）
- ハ イ及びロに掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事項

該当する部分は、医療法施行規則9条の23です。人をどう配置するかというところからスタートしています。「医療安全管理責任者」「感染対策を行う者」を配置しなくてはなりません（条文一、二）。「医薬品安全管理責任者」に、「未承認等の医薬品」まで含めた医薬品管理が求められています（条文三）。それから、「説明に関する責任者を配置」という事項が出てきました（条文四）。「診療録その他の診療に関する記録の管理に関する責任者を定める」（条文五）、そして、医療安全管理部門を特定機能病院には設置して、今、皆様がされている内容の業務を行うよう改めて記載されています（条文六）。そして、次の二つが目玉となっている部分です。「高難度新規医療について部門設置と規程作成」、部門と規程を作ったら、それが遵守されているかを確認するという「部門、規程、確認」の三点セットです。「未承認新規医薬品等を用いた医療」についても同様に三点セットが適用されています（条文七、八）。

私も三つの特定機能病院の監査委員会の委員を務めていますが、条文九には「次に掲げる要件を満たす監査委員会を設置し、委員名簿及び委員の選定理由について、これらの事項を記載した書類を厚生労働大臣に提出すること及び公表を行うことを当該病院の開設者に求めること」とあります。これがなかなか大変です。この監査委員会を設置する主体は、先ほどの法律（医療法）の条文の最初に戻りますので、管理者、病院長です。病院長が監査委員会を設置するけれども、「なぜその人に監査委員を頼んだのか」という理由を厚生労働大臣に提出しなくてはならない上に、病院の開設者が、「うちの病院の監査委員は、この人に頼みました」ということを、公表する主体にならないといけません。随分大掛かりな義務が課せられていますが、このような形の監査委員会や監査役を組織するということは、まさにコーポレート・ガバナンスです。粉飾決算や、最近、大きな不祥事で、信じられないほど立派な企業が潰れたりしていますが、そのようなことを防止するために株式会社で培われたメソッドに似たものを、何とか厚生労働大臣という役所のチェックも入れながら、しかも、一病院の監査委員会でありながら、その開設者がきちんと公表する形にする、新たな仕組みを作ろうとしています。

次に、死亡症例が生じた場合の対応です。これは「確認」「報告」「適切な報告のための研修・指導」という仕組みを適用しています（条文十）。そして、「特定機能病院同士の相互立ち入り」「相談体制」「窓口の設置」などの、少し現場以外の風を当てる仕組みを作ろうとしています（条文十一、十二、十三）。これも、ガバナンスの考え方から言うと、「外部との情報共有を、どのように進めていくか」という着想から出てきた規定だろうと思われる。

次に「職員研修」です。特に、病院長が「管理責任者」と呼ばれる役職につく職員に研修を受けさせるのと同時に、病院長自らが定期的に当該研修を受けるという規程があります（条文十四、十五）。

「事故等報告」については、医療事故情報収集等事業で十数年にわたって定められてきた規程を、そのまま流用して作ってありますので、新しい話ではありません（条文十六）。

以上の話をざっとまとめると、よい話も悪い話も、特に悪い話については、「内外の情報共有を進める」という発想で、この医療法施行規則の規程が作られているということです。

更に臨床研究についても同じです。大学病院では様々な臨床研究が行われていますが、大学病院の中でも臨床研究中核病院になっている施設の管理者、病院長は、厚生労働省令の定めるところにより、先ほどの医療法の規程と同じように、病院長の責任、権限において行わなくてはならないこ

とを列記した上で、「その他、厚生労働省令で定める事項」ということで厚生労働省が細目を定める形になっています。本日は、臨床研究中核病院に関しては省略します。

さて、このような様々な政策が打ち出されてきていますが、これらが目指しているところはたった二つです。一つ目は、公的な医療として、国民の生命・身体・健康に大きな影響を及ぼす医療サービスについて、いかにその質の保証をするかです。二つ目に、いかに資金配分を効率化、拠点化するかです。この二つが今後も次々と出される政策の2本の柱になっていくだろうと考えています。

つい先日、国の財政審議会の建議というものが出されました。これから先、財務省をはじめとした国の財政を預かる側がどのような角度で医療、介護、福祉に切り込んでくるかという「工程表」が示されています。これをご覧になると、これから先、資金配分の効率化、拠点化がどのように進められるのかが少し見えてくるかもしれません。

「ガバナンス」は「リーダーシップ」にあらず

医療の中で「ガバナンス」という言葉はどのような意味を持つのでしょうか。リーダーシップと同じであればその言葉を用いればいいのですが、異なるものです。ガバナンスとは、「医療サービスの質の保証に関する内外の情報共有」です。医療システムとは、中で各診療科や各部門が分立していて、病院長が会社社長のようにならなくて社内できったことを内側で常に共有できるかということ、それはなかなか難しいです。「内側で情報共有を、どう進めるか」という課題があります。また、外側の一般社会との関係です。医療のプロフェッショナルでない方が大部分ですので、「外の方と、どのように医療サービスの質について情報共有をしていくか」ということが課題になります。この「情報共有」が将来の資金調達に直結していくということが、「ガバナンス」という言葉の本質的な意味だろうと私は思っています。少なくとも株式会社でのコーポレート・ガバナンスは、そういう形で制度が展開していたということです。

出発点は特定機能病院における医療安全から

さて、もう一度アウトラインに戻ります。「医療におけるガバナンス元年とコーポレート・ガバナンス」についてです。

厚生労働省で、幾つかの大学病院での大きなトラブル、とりわけ死亡事案に着目して、「システムが、うまくいっていないのではないかな。医療の質を示す最も重要な情報は、死亡事案ではないか。ところが病院の中では死亡事案についてのチェックも十分でなく、その情報が、トップリーダー、トップマネジメントであるはずの病院長に、つながっているのかどうか分からない。大学附属病院でのガバナンスは、どうなっているんだ？」という文脈で「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」（以下、ガバナンス検討会）が立ち上げられたのが、2016年の2月25日で、5回にわたる議論を経て、同年12月8日に取りまとめが出されました。

ガバナンス元年

厚生労働省「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」

2016年2月25日(第1回)から9月14日(第5回)

2016年12月8日 とりまとめ

- ・医療安全に関する指摘
- ・「ガバナンス」という考え方の導入
ガバナンス＝リーダーシップ＝院長権限の強化？
- ・特定機能病院の承認要件 2017
基本となる考え方は一般の医療機関に影響

大きなポイントは、このガバナンスに関する検討の出発点として医療安全に関する指摘、つまり「患者の安全を第一にするという仕組みが、大学病院で必ずしもできていないではないか」という指摘があったということです。それから、「ガバナンスという考え方を導入しなくてはいけない」という声がありました。病院長というのは企業の社長というよりも商店会長に近い立場ですので、情報を集約しながら部下に指示を出していくような権限、力量、スタッフになかなか恵まれていないことが多いのです。現実的に、一つの企業体に病院をなぞらえたときに、きちんとしたリーダーシップと権限を整備していくためにガバナンスという考え方を導入して、病院長の権限を強化することや内外の情報共有について制度的に保証していこうとしたのです。

特定機能病院の承認要件については2017年に改正が行われているところですが、このうちガバナンスに関連する部分については、この検討会の取りまとめ内容が軸となっています。医療の質の保証と資金提供の効率化というテーマは、2025年の超高齢社会時代を迎えた後も、この国の医療機関すべてが抱える課題です。今まで様々なものがそうであったように、まず特定機能病院で施策が行われたあと、一般の医療機関に徐々に裾野が広がっていくものであらうと思われる。

ガバナンス検討会とりまとめの三つの柱

ガバナンス検討会とりまとめ

- 1 病院としての適切な意思決定を行うための体制
 - (1) 開設者と管理者(病院長)との関係等
 - ア 管理者の職務権限の明確化
 - イ 管理者の理事会等への参画
 - (2) 病院内のガバナンス等
 - ア 管理者(病院長)をサポートする体制の充実
 - イ 病院運営に関する会議(合議機関)の設置
- 2 病院運営に対するチェック・牽制等
 - (1) 外部有識者を含む理事会・監事等による **モニタリング**
 - (2) **コンプライアンス**に係る体制の整備
 - (3) 内部規定の公表や業務報告書を通じた **情報開示**の推進
- 3 管理者(病院長)の資質や選任方法等

ガバナンス検討会のとりまとめの大項目は、三つです。一つ目は「病院としての適切な意思決定を行うための体制」です。例えば様々な診療科において、臨床に優れた助教や講師がおられて、本当に意欲的に頑張っておられる状況下で新たな技術を導入するとします。それが高難度新規医療であれば、「病院として、どのようにそれをチェックするか」「病院として、どのようにそれを支えるか」、というような意思決定を行えるだけの体制を作っていかなければなりません。

二つ目の柱として、病院長の病院運営に対してチェックしたり、牽制したり、ものが言える体制を作っておかなければなりません。病院長にリーダーシップを委ねると独裁者になってしまうからです。

注目すべきは管理者、病院長という用語です。実はガバナンス検討会の報告書には「管理者(病院長)」というように注記があります。それは、医療法には「病院長」という用語がなく、全て「管理者」と記載されており、一般の方にとっても、法律家も、ひいては病院長自身ですら、管理者が誰なのかあまりピンと来ません。このため、三つ目の柱として「その管理者が重要なのだが、その資質とはどのようなもので、選任方法をどうするか」が挙げられています。

先ほど、「病院長は社長でない」と申し上げました。「管理者」というのは医療法に基づいて定められていますが、その代表権というものは一体どこにあるのでしょうか。例えば企業の社長であれば、「代表者」「代表取締役」などと言いますが、大学の場合、代表者の多くは学長や理事長であったり開設者側であったりすることが多いです。実は病院長とは「管理者」であって、医療法上は様々な責務を負わされていますが、「一つの大学という大きな組織の中で、病院の経営管理をする人は誰なのかが意外に見えてこない」ことについて、このガバナンス検討会でも随分議論がされたようです。

ガバナンス検討会とりまとめの詳細

「病院としての適切な意思決定を行うための体制」「病院運営に対するチェック・牽制」「管理者（病院長）の資質や選任方法」の三本柱のうち、「病院としての適切な意思決定を行うための体制」の最初に議論されたのが、「開設者」と「管理者」についてです。開設者とは、大学病院を例に挙げれば大学の理事会です。赤十字病院のような大病院組織であれば日本赤十字社の社長となります。府立病院ならば府知事、市立病院であれば市長です。このような方々は人事権も予算編成権も内部のルール制定権限も全て持っていますが、それとは別に医療法という別枠の公法的な規制によって管理者の権限が定められています。この管理者と開設者の関係を整理しない限り、病院長が本当の権限を持って社長となることはできないという考えから、「管理者（病院長）の職務権限の明確化」と「管理者（病院長）の理事会等への参画」ということが、二本柱で言われるようになりました。また、病院内のガバナンスによって管理者をサポートする体制の充実を図るということで、病院長が情報収集し意思決定を行うためには、それをサポートする人が必要です。補佐する体制を充実させると同時に、病院長が独裁者にならないために病院運営に関する合意体を設置することが、ガバナンスについての施策の柱となりました。

病院の中で立派なガバナンスを効かせることができるようになり始めたとしても、その外側からのチェックや牽制等の体制が整わなくては本当のガバナンスとは言えません。もともと株式会社の改革において、いかに取締役会に外部の人間を参加させるかについて苦労してきましたので、同じように「外部の人をいかに理事会に入れるか」「いかに内外の監事が一緒にモニタリングをできるようにするか」ということがチェック・牽制の柱に挙げられています。

次にコンプライアンス体制です。「ガバナンス」と混同することが多いですが、ルールを定め、ルールを守るという二つの点が「コンプライアンス」であり、その整備をしていくことが重要です。病院というところは、マニュアルがたくさんあります。何か事故が起こるたびに「マニュアル、ちょっと見せていただけますか」と弁護士として申し上げなくてはなりません、そうすると、机の引き出しから「こんなありますけど」と、「そんなの誰も見ていません、誰も知りません、誰も守りません」みたいなマニュアルが、大量に出てくることが多いのです。どちらかというと、コンプライアンス体制というのは、医療機関ではルールがないことが問題ではなく、非現実的なルールがあることが問題になっているように感じます。コンプライアンス体制の整備という観点から現場の実情を見ると、いかなるルールを定め、いかなるルールを守っていくかということについて、現時点では必ずしもできていません。実はガバナンス検討会において、「できていない」という認識も明確には持っていないのですが、「コンプライアンスに係る体制の整備」という指摘は、柱としては出ています。

それから内部規程の公表です。つまり、今あるルールは何であるかについての情報を外部へ開示しようということです。そして、業務報告も開示しようとしています。

随分、理想主義的な、遙か未来を見据えた様々な提言がなされていますが、これを病院の現場に落とし込んでいくのは容易ではありません。株式会社の中で成功してきた、また一部はうまくいかなかったガバナンスという概念で医療現場を整理していこうとするのであれば、もう少し現場と情報共有しながらガバナンス検討会の議論が進んでもよかったのではないかと、少し残念な点です。

念な点です。

特定機能病院の承認要件

医療安全管理部門の体制強化

- ・ 医療安全管理者の配置
- ・ 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
- ・ 監査委員会による外部監査
- ・ 高難度新規医療技術及び未承認医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置

ガバナンス検討会の「特定機能病院の承認要件の見直し」について補足します。「医療安全管理者の配置」「専従の医師、薬剤師等の部門への配置」はあまり変わりません。規制をあまり強すぎると医療現場の萎縮の方が大きくなりますので、新しい規制としては「高難度新規医療技術」「未承認医薬品」という、事故、紛争、トラブル等、話題になりやすかった事項をターゲットにして、部門の設置等を特定機能病院の承認要件にしたのです。とりわけガバナンスに直接関連するのは「監査委員会による外部監査」という項目です。

■ はじまりはコーポレート・ガバナンス

出発点はコーポレート・ガバナンス

コーポレート・ガバナンス（企業統治）という考え方が、株式会社の資金調達に関連して発展してきた

【情報発信】

- 企業の良いところも悪いところも
一般投資家（株主）に情報発信する

【価値評価】

- 企業価値は
一般投資家（株主）に株価として評価される

【資金調達】

- 株主の評価（株価）は資金調達に直結する

ガバナンスの出発点は「コーポレート・ガバナンス、企業統治」という考え方で、株式会社の資金調達に関連して発展したものです。アメリカやイギリスでは、証券市場で株券や株を発行して、一般投資家から資金を調達する「直接金融」が企業の資金調達のメインでした。

それに対して、日本ではバブル崩壊に至るまで、ずっと「間接金融」が資金調達の手段でした。企業の公開情報を見ながら「どの会社の株を買おうか」ということを、一般の投資家はあまり考え

ません。そのようなことをするくらいなら、真面目に銀行にお金を預けておくことを選ぶのです。そして、企業グループの中で、銀行が資金を企業に貸し出していく仕組みとなっています。このような資金調達を「間接金融」と呼びます。

バブル崩壊のとき、この間接金融のシステムは酷くダメージを受けました。銀行が貸し出しを行う能力を急速に失っていく中で、90年代から小泉政権の時期を通じて、「債券市場の活性化」「株式市場の活性化」ということが強く言われるようになりました。そのためには、粉飾決算などスキャンダルを隠しているような企業に対しては、株式市場での資金調達を速やかに阻み、株式市場から退場させないといけません。最近20年ほどの間にこのような考え方が強まり、コーポレート・ガバナンスという考え方がわが国において急速に発展してきました。

コーポレート・ガバナンスとはまず「情報発信」です。企業のよいところも悪いところも、一般投資家（株主）に情報発信します。次に「価値評価」です。企業の価値は一般投資家（株主）に株価として評価されます。最後に「資金調達」です。株主の評価（株価）は資金調達に直結します。これがコアとなる考え方で。

ガバナンス論の拡張

公益法人改革

社会福祉法人改革

一般投資家（株主）に相当するものは何か

一般国民・地域住民ではないか

医療法人へ

情報発信のポイント

価値評価のポイント → 「医療の質と安全」

資金調達のポイント

繰り返しになりますが、公益法人制度改革や国立大学の独立行政法人化などをきっかけにガバナンス論が展開されました。これまで国の税金を投入するのが当たり前とされていた事業に関しても、同じように情報を発信してもらい、価値の評価は一般人が決め、一般の評価を前提として資金調達を考えていくということです。これになぞらえた発想を、財団法人、社団法人、学校法人等々に広げ、そして数年前から、社会福祉法人改革に着手しています。

社会福祉法人改革では、一般投資家（株主）に相当するのは何でしょうか。社会福祉法人には株主は存在せず、持ち分もありません。実際に資金を拠出している主体は一般国民、とりわけ社会福祉法人の地域住民です。そうすると社会福祉法人は、地域住民とのコミュニケーション、情報共有を中心とした法人運営をするべきだと言われます。この議論がどんどん強くなり、次は医療法人に向かってこうとしています。「情報発信」「価値評価」「資金調達」のいずれもポイントは、「医療の質と安全」です。

■ コーポレート・ガバナンスからの発展

コーポレート・ガバナンスのお話を、もう少し拡張していきます。企業統治から出発したコーポレート・ガバナンスは、単なる社長の権限強化やリーダーシップを意味するものではなく、「情報共有」がポイントです。これを、病院視点で考えると、大病院ほど企業としてのシステムが整っていないことがあり、病院長は、社長というよりも商店会長、あるいは連合商店会の会長に近い形になっています。むしろ、各部門に対する監督、チェック体制を別に整備していかななくてはなりません。組織におけるガバナンスというのは、トップに情報を集中すると同時に、内外のステークホルダーと情報共有をしていくということです。

最近よく聞くガバナンス…

- Governance 統治
 - Corporate Governance 企業統治
 - Clinical Governance 臨床統治???
- リーダーシップという意味ではありません

ガバナンスというのは「統治」という意味です。「コーポレート・ガバナンス、企業統治」という言葉があって、「クリニカル・ガバナンス」という言葉もあります。実は、ブリストル小児病院事件^{注1}の医療事故報告書の中で、このクリニカル・ガバナンスという言葉が使われました。医療現場にも、コーポレート・ガバナンスと同じような内外との情報共有の仕組みを導入すべきであるというニュアンスが込められていたように思います。

注1：ブリストル小児病院事件：1980年代後半から1990年代半ばにかけて、ブリストル王立小児病院において手術関連死亡率が高いにもかかわらず、二名の小児心臓外科医が手術を継続した。麻酔科医から病院長に内部告発がなされたが、これを黙殺したところ、後に遺族団が政府と病院に対し損害賠償を求めたことを契機に大きな社会問題として明るみに出たもの。

コーポレートガバナンス・コード

平成27年6月1日 株式会社東京証券取引所

- 基本原則
 - 株主の権利・平等性の確保
 - 株主以外のステークホルダーとの適切な協働
 - 適切な情報開示と透明性の確保
 - 取締役会の責務
 - 株主との対話

Comply or Explain

企業の分野で「コーポレートガバナンス・コード」というものが公表されていますが、実はわが国でも比較的最近のことでした。株式会社東京証券取引所、いわゆる東証一部上場が一流企業の条件とされていますが、東京証券取引所は、例えば粉飾決算などスキャンダルがある企業の上場廃止をする、つまり「もうこれ以上、株式市場での取引をさせない」という判断をする権限を持っています。この東京証券取引所が、コーポレートガバナンス・コードというルールを制定しました。

基本原則は五つあります。「株主の権利と平等性の確保」「株主以外のステークホルダー、例えば、地域社会、労働者、債権者、その他の人々との適切な協働」、そして、「情報開示と透明性の確保」「取締役会が企業戦略等の方向性を示し、適切なリスクテイクを支える環境整備を行い、客観的立場から監督を行う責務を果たすこと」と「株主との対話」です。

そして、コーポレートガバナンス・コードの5原則について一番大事な考え方は「コンプライ・オア・エクスプレイン；Comply or Explain」です。「コンプライ」はコンプライアンス、つまり「ルールに従う」ということですが、それだけでは企業活動は難しいこともあるので「エクスプレイン」があります。「ルールに従えなかったときには、従えなかった状況について説明しろ」ということです。医療現場にこの話を落とし込むと、コンプライ・アンド・エクスプレインが繰り返されて、自己規制ばかり強くなっていくのですが、決してそういう意味ではありません。

コーポレート・ガバナンス(企業統治)の考え方

- ・社長(CEO)の強い権限
情報収集力
情報発信力
- ・取締役会の監視
- ・一般投資家(株主)への適時適切な情報開示と評価
- ・働く者や顧客などの関係者(ステークホルダー)への適時適切な情報開示と評価

コーポレート・ガバナンスの基本の考え方を示します。まず、社長=チーフ・エグゼクティブ・オフィサー(Chief Executive Officer；CEO)の強い権限です。「強い権限」とは「情報」です。情報を集める力と情報を発信する力がCEOに集まり、それを取締役が監視し、一般の方への適時適切な情報開示と評価を行った上で、働く者やお客さんなどの関係者、ステークホルダーへの適時適切な情報開示と評価を行っていくということです。

これを病院長に置き換えてみると、どれほどの情報収集力と発信力があるでしょうか。病院長をチェックできるような、本当の意味での取締役会があるでしょうか。一般投資家に当たるものは何でしょうか。例えば、大学病院に資金を提供してくれる一番大事な人は誰でしょうか。それは役所ではなく国民です。そういう方々への適時適切な情報開示と評価を行い、さらに、そこで働く者や患者さんなどの関係者にどのような情報開示をしていくか、これが、ガバナンスの発想です。

クリニカル・ガバナンス

- ・ブリストル小児病院事件(1995)後のイギリスNHS
High Standards of Care
Transparency and Accountability
Constant Improvement

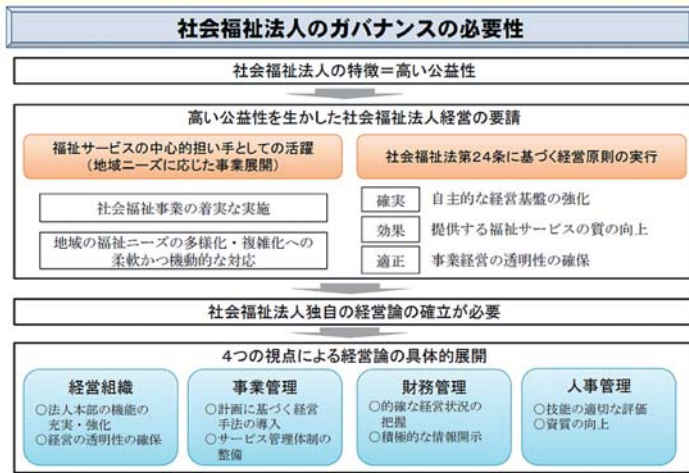
先ほど少し触れましたが、ブリストル小児病院事件後のイギリスのNHS(National Health Service)は、“High Standards of Care” “Transparency and Accountability” “Constant Improvement”の三つを掲げて「クリニカル・ガバナンス」と呼びました。

先ほど、越村座長と「病院というところに、経営のプロというものが、本当に入ってこられるのだろうか?」「一体、病院経営のプロって、どこにいるのだろうか?」とお話をしていましたが、NHSは様々な形で医療現場に非医療職の経営コンサルタントを投入しました。そういう意味においては経営改革は随分進みましたが、医療従事者目線からは、お金の話ばかり考える経営コンサルタントに対する様々な反発や怨嗟の音が常にありました。時々、そういう経営コンサルタントたちのスキャンダルが表に出ますが、そのたびに「様々な批判とジェラシーが、どれほどNHSの現場で渦巻いているか」などというコメントが出る場合があります。ガバナンスには、常に光と影があります。

実は、金融の話から財政の話へシフトしていくという意味で、この30年間の財務省や金融庁の政策にも、同じ話が随分出てきています。「バブルが崩壊し、次々に銀行は破綻した。企業は証券取引所で資金調達をせざるを得なくなった。説明責任を尽かさない資金調達ができない。企業は株主のものだ」という議論が金融の世界で進んでいきました。

この低成長の時代が20年30年と続く中で税収が低下し、国の財政危機が起り、財政の破綻が見えてきたときに、公的予算からの資金調達には限界が見えてきたのです。そして「公的予算から資金調達をしている全ての集団について、説明責任を尽かさない資金調達ができないという状態にしないといけないのではないか」という議論が生まれました。公法人、例えば、公益法人であれ、学校法人であれ、国立大学法人であれ、社会福祉法人であれ、そして、今はそこまでは誰も言いませんが、恐らく最後の本丸である医療法人であれ、「そういう公法人は皆、国民のものではないか」ということとなります。

社会福祉法人のガバナンスの必要性



(注) 社会福祉法人の経営に関する検討会報告書(平成12年7月12日)の参考資料を基に事務局にて作成。

出典：平成25年11月18日 厚生労働省 第3回社会福祉法人の在り方等に関する検討会資料

例えば社会福祉法人について、平成25年に厚生労働省で上記のスライドのような議論が沢山なされました。社会福祉法人におけるガバナンスの必要性として「社会福祉法人の特徴は、高い公益性だ。その高い公益性を生かした社会福祉法人経営の要請があり、社会福祉法人独自の経営論の確立が必要だ」ということが謳われ、経営組織、とりわけ本部機能の充実、事業管理、財務管理、人事管理という四つの視点による経営論の具体的展開が重要だという議論がなされてきました。

これは医療法人にとって、よその世界の話ではありません。地域包括ケアという市区町村単位での接点の中で、社会福祉法人という福祉の担い手の側が「地域住民のお金で生きているのだ」ということを意識せざるを得ない経営にどんどんシフトしています。医療法人はその影響を受けながら、今後の経営を考えていかざるを得ないというような状況です。

プリンシパル・エージェント理論

- ・ Principal-Agent Relationship
 - 情報の非対称性 情報：P < A
 - 結果の不確実性 損害：P > A
 - 株主 — 取締役
 - 投資家 — 金融機関
 - 顧客 — 専門家
 - 患者 — 医師 …
- では、アマチュアとプロはどうやって情報共有するか

更に難しい話を少しします。このようなガバナンス論の背景にあるのは、情報経済学、経済学の考え方です。経済学の中でプリンシパル・エージェント理論 (Principal-Agent Theory)^{注2} という理論があります。「プリンシパル(依頼人、本人)」と「エージェント(代理人)」の間にはいつも同じような関係があります。情報は、プリンシパル(患者)の側に少なく、エージェント(病院)の側に多くあります。しかも、結果は不確実で損害を実際に被るのは患者さんの方がはるかに大きいという不均衡が生じます。

こういう関係は、株主と取締役、投資家と金融機関、顧客と専門家、あるいは、患者・医師関係等々、一般的にプリンシパル・エージェント関係として議論されています。このような場合に取引の効率化を目指すのであれば、「アマチュアとプロがどのように情報共有をしていくか」という課題が必発となります。これに対し、経済学のプリンシパル・エージェント理論は、常に「情報生産費用をどれだけかけるか」というアプローチをします。

ガバナンスの本質は、内外の関係者と情報共有をすることです。そしてコンプライ・オア・エクスプレインの中でもエクスプレイン、つまりプロフェッショナルがアマチュアに説明責任を尽くすためには、スキルや人材や予算や時間が必要ですから、どこにどのような資源投資をするか、どのように情報生産機能を強化していくかということが、ガバナンス論の中の本質的な課題となっています。

注2：プリンシパル・エージェント理論：プリンシパル(依頼人、本人)の利益のための労務の実施を委任されているのがエージェント(代理人)である。医療現場ではプリンシパルは患者、エージェントは医療従事者と仮定することができる。エージェントがプリンシパルの利益に反してエージェント自身の利益を優先した行動をとってしまうことを回避するためのインセンティブについて考察する研究のこと。

■ ガバナンス検討会報告書のポイント

ガバナンス検討会報告書の基本的な考え方

- ・患者の生命・健康を預かる医療提供施設として、**患者の安全を第一とする高度な医療安全管理体制**を確保することがなによりも優先されるべきことを、全ての議論の出発点、大前提として確認する。
- ・管理者（病院長）には医療安全管理について十分な知見を有し、継続したリーダーシップを発揮できる者が選任される必要がある。
- ・管理者（病院長）が、**権限と責任**を持って病院の管理運営に取組めると同時に、**相互牽制**が機能するような、**適切な意思決定**のあり方を含むガバナンス体制を構築する必要がある。
- ・大学附属病院をはじめとした特定機能病院については、上記の考え方に則り、その意思決定のあり方を含めたガバナンス体制、管理者の選任等について、以下のとおり大きく改革を行うことが必要であるとする。
- ・本とりまとめを踏まえて、厚生労働省においては、直ちに、特定機能病院の承認要件の見直し等について、法改正を含めた必要な検討を進めるべきである。

このような流れの中で、医療についてガバナンスを導入したいということを謳った、ガバナンス検討会報告書を見ていきましょう。医療事故を背景として特定機能病院のガバナンスについて検討をしたものであり、サブタイトルは「患者の安全第一に」となっていますが、これは特定機能病院に限った問題ではありません。基本的な考え方は、「患者の安全を第一とする高度な医療安全管理体制を確保することがなによりも優先されるべきである」「管理者（病院長）には医療安全管理について十分な知見を有し、継続したリーダーシップを発揮できる者が選任される必要がある」となっています。

その通りですが実際は難しいという状況があると思います。また、ここで言及されている「医療安全管理」というものが、医療安全管理の一つひとつのテクニカルティというよりは、その医療の質の情報をどのように病院長に集め、どのように発信するかというスキルが重要だと思われます。「管理者（病院長）が権限と責任を持って病院の管理運営に取り組めると同時に、相互牽制が機能するような適切な意思決定の在り方を含むガバナンス体制を構築する必要がある」。ここが、ガバナンス論の一番大事なところですよ。

特定機能病院については、この考え方に則り、管理者（病院長）の選任についても踏み込みたい、特定機能病院の承認要件という根幹のところはこの考え方を反映したい、となっています。

1. 病院としての適切な意思決定を行うための体制

(1) 開設者と管理者（病院長）の関係等

- ア 管理者の職務権限の明確化
- イ 管理者の理事会等への参画

* 管理者（病院長）は、公法である医療法に基づいて責任を負っている

- 開設者（法人など）の代表者（理事長など）との関係
- 私法上の代表権と公法上の管理責任の乖離

(2) 病院内のガバナンス等

- ア 管理者（病院長）をサポートする体制の充実
副院長はじめ院長をサポート体制
必要に応じて外部有識者の参画
- イ 病院運営に関する会議（合議機関）の設置
縦割りの弊害の回避
院長の独断専行の牽制

先ほどご紹介しましたが、病院としての適切な意思決定を行うための体制として、これらの項目を重視しています。とりわけ、開設者（大学本体）と管理者（病院長）をどのように整理していくかが課題です。代表者（理事長など）との関係において、私法上の代表権と公法上の管理責任がばらばらになっていますが、医療法人、とりわけ大学病院等の特定機能病院で長年にわたり様々な形で問題を抱えてきた根幹に、常にこの代表権と管理責任の乖離という問題があります。これを、何とかするためにガバナンス検討会において様々な議論がなされました。さらに、「病院内のガバナンス等」については、「管理者をサポートする体制の充実、つまり副院長など、さらに必要に応じて外部有識者の参画」、「病院運営に関する会議で縦割りの弊害を回避する」、「院長の独断専行を牽制する」という理念となりました。

理念はこの方向で間違っていないのですが、現実化していく中で、本当にどこまで実効性があるのか、実効性を持たせるためにはどうしたらよいか、ということを一歩踏み込んで考えるべき項目が並んでいます。

2. 病院運営に対するチェック・牽制等

- (1) 外部有識者を含む理事会・監事等によるモニタリング
 - ・ 外部有識者が過半を占める監査委員会の設置
 - ・ 外部有識者を含む法人の理事会・監事等が管理者(病院長)からの報告聴取の機会等を通じ、チェック機能
- (2) コンプライアンスに係る体制の整備
 - ・ コンプライアンス＝法令と社会規範の遵守
 - ・ コンプライアンスに係る体制の整備
内部規程や組織体制、通報窓口
 - ・ 形骸化しないよう、遵守状況を踏まえて取り組みの有効性を確認し、適時に見直す
- (3) 内部規程の公表や業務報告書を通じた情報開示の推進
 - ・ ステークホルダー
地域を含めた病院のステークホルダーに対して必要な情報を提供する
 - ・ 病院経営や管理者(病院長)の選考プロセス等の透明化

病院運営に対するチェック・牽制等について、今回、監査委員として外部有識者を入れること、コンプライアンス体制の整備、情報開示の推進と三本の柱が議論されました。

一つ目に「監査委員会の設置」、そして「理事、監事が報告聴取の機会を通じ、チェック機能を果たす」ですが、各論に入れば入るほど、本当に機能するのか様々な懸念が出てきます。

次の「コンプライアンス体制」とは法令と社会規範の遵守です。プロフェッショナルの集団の中のコンプライアンスは、法令だけでなくがんにがらめになっているのではなく、自らマニュアルとルールを作っています。ルールを作り守るということをごまかせるのかということです。内部規程や組織体制の整備に伴って、様々なペーパーワークが行われますが、「形骸化しないよう、遵守状況を踏まえて取り組みの有効性を確認し、適時に見直す」ことも記載されています。新しい制度改革や組織改革を行うと、ペーパーワークと会議がどんどん増える一方で、結果はなかなか出ないものです。その中で実効的な取り組みに結び付けるための道標です。

更に「情報開示」についてです。「地域を含めた病院のステークホルダーに対して、必要な情報を提供する」と記載されています。「地域を含めた」という表現は新機軸です。

■「社会への説明」に関する考え方とは

少し視点を変えます。医療のプロフェッショナルが夜も寝ずに臨床現場で頑張っている中で悩ましいのは、その実情を社会にどのように伝えるかという点です。インフォームド・コンセント、倫理委員会、事故調査委員会が主なものですが、常に「社会へどのようにして説明をしたらよいか」という医療現場の深い悩みが凝縮されています。

インフォームド・コンセントと倫理委員会

- ・ インフォームド・コンセントと倫理委員会の共通点は「普通の人」がプロフェッショナルの判断をチェックするという考え方である
- ・ 医療がますます専門化し複雑性を増す中で、インフォームド・コンセントと倫理委員会が無意味なペーパーワークや儀式にならないためにはどうしたらよいか

インフォームド・コンセントと倫理委員会の共通点は、普通の人(プロフェッショナル)の判断をチェックするという考え方が根幹となっています。例えば「大変よく勉強して司法試験に受かった裁判官よりも、ランダムに選ばれた12人の陪審員の方を信じる」というようなアメリカ的な考え方があります。このような「教養や知識や深い学識よりも一般人の常識の方が重要だろう」という考え方を「ジャクソニア・デモクラシー^{注3)}と呼ぶことがあります。アメリカ的なインフォームド・コンセントと、アメリカ的な倫理委員会は、「素人がプロをチェックする」という考え方を根幹に置いています。

一方、医療がますます専門化し複雑性を増す中で、医療現場は「インフォームド・コンセントと倫理委員会が無意味なペーパーワークや儀式にならないためには、どうしたらよいか?」という課題を常に抱えています。

注3: ジャクソンは、一番使用頻度の高い20ドル札に印刷されている大統領で、その当時の民主的な改革運動を総括する概念。

インフォームド・コンセントの課題

- ・ 専門家(プロフェッショナル)ではなく
- ・ 普通の人 Every human being
未成年はどうするか
判断能力の不十分な人はどうするか
専門知識のない全ての患者はどうするか
情報共有と意思決定支援

インフォームド・コンセントは、カドーゾという大変有名な裁判官が、わずか100年前の1914年に、「正常な判断能力を持つ成人は、誰しもが、自分自身の身体に何がなされるべきか決定する権利を持つ」と言い出したことが出発点です。それ以前は、法律家も含めて専門家が判断できると考えていたのですが、「正常な判断能力を持つ成人は、誰しもが」(Every human being of adult years and sound mind)と表現したことから、「未成年」「判断能力の不十分な人」「専門知識のない全ての患者」についてどのようにすべきであるかという課題も次々に出てきました。

昨今、福祉の世界では、もはやインフォームド・コンセントは同意書の話ではありません。「意思

決定支援の仕組みをどう作るのか」「分からない人、決められない人に、どうサポートすればよいのか」ということが、法制度上も大きな話題になっています。しかし医療の世界では、この意思決定支援という考え方が必ずしも注目されていません。相変わらず「どのような説明をすれば裁判で負けないか」という趣旨の質問をされることが多く、少しフェーズがずれているような気がしています。

倫理委員会の出発点

- Bioethics
1960年代～アメリカの生命倫理
- 倫理委員会に「市民」を入れる
Layman Control
Layman: ①素人、門外漢、専門家でない人
②平信徒

次に倫理委員会についてお話しします。バイオエシックス (Bioethics)、レイマン・コントロール (Layman Control) と呼ばれる倫理委員会にレイピープル (Laypeople: 普通の市民) を入れるという考え方が倫理委員会の出発点となっています。プロフェッショナルではなく、実際に平土間に座っておられる皆さん自身がものを決められるという考え方で、普通の人重視の倫理委員会を行ってきたのですが、次々に課題が増えています。

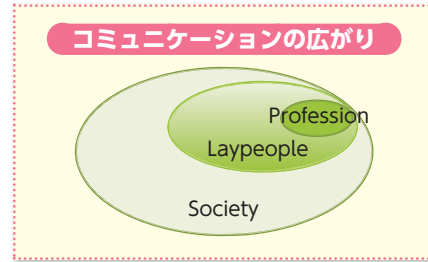
増え続ける倫理委員会の課題

- 目的
被験者保護
研究の信頼性(データの信頼性、研究の科学性)
産学連携の発展と社会的信頼
- 方法
IRB (倫理審査委員会)
IC (インフォームド・コンセント)
COI (利益相反)
データ管理・研究の質管理の組織作りと費用調達
→ どのような方法か
→ どのような効果か
* 医療、臨床研究、治験…

当初、IRB (Institutional review board; 倫理審査委員会)、インフォームド・コンセント、COI (Conflict of interest; 利益相反) の考え方の基本は被験者保護に集約していたのですが、その後、研究の信頼性、データの信頼性、研究の科学性、産学連携の発展と社会的信頼、データ管理、研究の質管理の組織づくりと費用調達というような、非常に専門性の高い内容の審議事項が出てきてい

るので、レイマン・コントロールではとても処理できないという状況になりました。

コミュニケーションは、プロフェッション (Profession) の中からレイピープル (Laypeople) の中に広がり、更にソサエティー (Society) 全体へと広がっていきます。プロフェッショナルとは、高い専門性を持ちながら普通の人と対話でき、社会と情報共有できること、つまり専門性とコミュニケーション能力を駆使して「普通人」の意思決定支援を支えることまでが求められるようになっていきます。企業の中では、技術者トップをはじめとした業務上の専門家というよりは、経営の専門家と呼ばれる人がどんどん増えてきています。普通人との向き合いの中で、このようにプロフェッショナルリズムの在り様変化してきているように思えます。



■ 事故調査

最後に事故調査のお話をします。今回の「ガバナンス検討会とりまとめ」がやや物足りないのは、やはり、この20年の医療現場における安全や質ということに関する本当に血の汗を流すような苦闘の歴史について、検討会の先生方が十分にご存知ない部分があったように感じるからだと思います。

サービスの質を評価するためには、プロフェッショナルの自己評価や相互評価が不可欠です。サービスの質向上のためには、厳しいピアレビューが必要です。実際には、内部での厳しいピアレビューが本当に一般の方に理解されるのか、事故調査内容や改善策・再発防止策は民事や刑事の裁判に使われてよいのか、ということについての大変な議論がありました。ピアレビューは、内部での厳しいチェックによる改善効果が見込める一方で、文字通りに受け取られれば外部に誤解が生じる可能性が常に存在します。事故調査は、何を誰がどのように調査するのか、医療機関の内部でさえ情報共有と相互理解が難しい面があり、更に患者・家族・遺族とどのように情報共有と相互理解を進めるのか、普通人と情報共有ができるプロフェッション、普通人と相互理解ができるプロフェッションという点において大変苦労しているところです。

事故調査委員会は修練の場？ 説明の場？

- 言い訳を許さない精神主義？
「判断が甘い」
「技量が未熟」
- システムに言及しない、個人の技量の修練？
- この医療を許容するのか・・・
“No Blame Culture” “Systems Approach”
→ 医療界の新しい文化・アプローチ

ところが、実際の事故調査委員会の場では「判断が甘い」とか、「技量が未熟」とか、結果論で裁かれることがやはり多いです。ノーブレイムカルチャー (No Blame Culture)、システムズ・アプローチと言いながら、必ずしもそういう意識で事故調査ができないという悩みを抱えています。事故調査は、いつも「ハインドサイト・バイアス (Hindsight Bias ; 後知恵バイアス)^{注4}との闘い」と言われています。これは心理学の文献に出てくる概念で、人が後からインシデントを振り返ると、あたかも事前に全て分かっていたかのように考えてしまう傾向のことです。野球でパーンとヒットエンドランを決められたあと、「いや、そこはヒットエンドランを警戒すべきでしたね」と毎晩のように野球解説者が言うことと同じです。

注4：後知恵バイアス (Hindsight Bias)：心理学の文献に出てくる概念で、人が後からインシデントを振り返ると、あたかも「事前にすべて分っていた」かのように考えてしまう傾向。

Columbia and Puget Sound Railroad Co.v. Hawthorn

144 U.S. 202 (12 S.Ct. 591, 36 L.Ed. 405) April 4, 1892

- 被告が事故後に講じた改善策に関連する証拠(post accident repair evidence)は、過失を証明する能力がない。なぜならば、将来のためにそのような予防措置を講じることは、過去の責任を認めたものと解することができず、事故以前に被告が過っていたことを証明する正当な能力を持っていないうえ、陪審の心証を真の争点から逸らし、被告に対する偏見を生み出すからである。(佐藤千晶訳)

再発防止策が過失の証拠になるのではないかということについてはアメリカで既に百何十年にわたり議論されてきた話です。最初に裁判例上で議論されたのは、1892年のコロンビア・アンド・ピュージェットサウンドレイルロード (Columbia and Puget Sound Railroad Co.) という事件です。改善や改善のための議論が、過去の責任を認める証拠には当たらないとされました。これがマサチューセッツ基本法という法律では、どのように取り扱われているのでしょうか。これは憲法に等しい大事な法律ですが、「ピアレビュー委員会の手続き、報告書および記録は秘密でなければならず、公文書開示の適用除外とされなければならない。ただし、医道委員会の手続き、つまり、資格審査については別だ」とされています。そして、「ピアレビュー委員会に出席した者は、その手続きならびに事実確認について、どのような形であれ司法手続きや行政手続きで宣誓証言を許されず、『証言をしる』と命令されることはない。ただし、資格審査のときだけは別だ」です。これが、現状のマサチューセッツの法制度です。

■ まとめ～ガバナンス再考

ガバナンス再考

- 組織内の支配？
- 組織外と情報共有！
 - どのような情報生産の仕組みを作るか
 - どのような情報共有の仕組みを作るか
 - プロフェッショナルと一般社会の間にどのような相互理解のシステムを作るか

ガバナンスというのは組織内の支配やリーダーシップではなく、組織内外の情報共有がポイントです。ガバナンスという言葉に口にするのであれば、どのような情報生産の仕組みを作るか、つまり人も予算もシステムも必要です。また、どのような情報共有の仕組みを作るか、プロフェッショナルと一般社会の間に、どのような相互理解のシステムを作るか、ということがポイントです。その視点でもう一度ガバナンス検討会の取りまとめを見直せば、むしろ、これからの課題を幾つか残している文書のように思われます。

ガバナンスの課題



Tomo Ikejiri Mitani

これから目指すべきは医療サービスの質の保証と、資金配分の効率化・拠点化です。その中で、医療の質の保証に関する内外の情報共有は、恐らく将来の資金調達に直結するだろうと思われます。病院の内側からも外側からも、様々な形でがんがん叩かれ、中の人間が怖がりながらも壁が壊れていくような改革が行われるところであります。そのような中で、窓を開けるけれどもきちんと雨露をしのぎ、光が入り、外からの風が入るような正常なコミュニケーションのチャネルを、どのようにして医療機関の内側と外側とで作っていけるかということがガバナンスの課題であると思います。

講演Ⅲ

初期研修を含む外科領域における教育・指導のあり方



講師 山崎 芳郎

独立行政法人地域医療機能推進機構 (JCHO) 大阪病院 病院長
昭和48年(1973年) 大阪大学医学部卒業
昭和57年(1982年) 大阪厚生年金病院外科医長
平成13年(2001年) 大阪厚生年金病院副病院長
平成22年(2010年) より同病院長
病院名称変更に伴い平成26年(2014年) より現職



講師 岩上 佳史

大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学 特任助教
平成17年(2005年) 神戸大学医学部卒業
平成19年(2007年) 大阪厚生年金病院で山崎芳郎先生の指導を受ける
平成26年(2014年) 医学博士取得、米国ブラウン大学/ロードアイランド病院留学
平成28年(2016年) 大阪大学医学部附属病院消化器外科および中央クオリティマネジメント部兼務
平成29年(2017年) より現職



座長 長谷川 剛

上尾中央総合病院 院長補佐
平成3年(1991年) 筑波大学医学専門学群卒業
自治医科大学胸部外科学教室を経て、平成19年(2007年) に同医療安全対策部教授
平成26年(2014年) より現職
呼吸器外科医の視点から医療安全に関する教育、講演、研究を行っている。

はじめに

長谷川 本セッションは「外科領域における教育・指導のあり方」というテーマで、お二人の先生にご講演いただけます。まず、JCHO大阪病院長で、経験豊富な消化器外科医である山崎芳郎先生にプレゼンテーションしていただきます。JCHO大阪病院は、職員にとって働きやすい病院を目指してこられました。外科で働く者が、様々な面におけるクオリティ・コントロールを考える際に、労働環境の問題は非常に大きいため、その点についてのお話を伺えたいと思います。

次に岩上佳史先生が登場されます。岩上先生は、山崎先生のお弟子さんです。キャリア40年を超えるベテラン外科医と経験年数10年超の働き盛りの外科医が、お二人の師弟関係の中で教え教えられた沢山の事柄について、その時お互いに何を考えていたのかということも折りまげながら紹介していただきます。外科領域の狭い教育の話だけではなく、若手の先生にどのようにコンピテン

シーを与えるかなど、広い視点でもお話しいたします。

時代の変遷とともに揺れ動く病院組織

山崎 本日は「JCHO大阪病院の沿革と現況」、「今後の重点課題」、「人材確保、育成」の順で、長年にわたり若手医師を指導してきた経験から、研修医の将来をどのように導いてきたのか、お話しさせていただきます。

JCHO大阪病院(旧大阪厚生年金病院)の沿革

- 1952(昭和27)年：大阪厚生年金病院開設 <整形外科・リハビリ中心>
- 1981(昭和56)年：数次的増改築が終了
- 1996(平成8)年：救急告示病院認定(前年度 阪神・淡路大震災)
<565床の急性期病院へ転換>
- 2007(平成19)年：地域医療支援病院の承認
- 2010(平成22)年：大阪府がん診療拠点病院指定
- 2011(平成23)年：耐震整備に伴う新築建替え承認(東日本大震災)
独立行政法人化法案成立
- 2014(平成26)年：独立行政法人JCHO大阪病院に改称
- 2015(平成27)年：新病院完成・移転
- 2016(平成28)年：駐車場完成しグランドオープン(熊本震災)

JCHO大阪病院とは旧大阪厚生年金病院のことです。昭和27年(1952年)に開設され、初めは従軍傷痍兵等のケアを行うという目的で整形外科、リハビリテーションが中心の病院でした。阪神・淡路大震災が起こった翌年の平成8年(1996年)には救急告示病院認定を受け、565床の急性期病院に転換し、平成19年(2007年)には地域医療支援病院の承認を受けました。

当院は昭和56年(1981年)から全く建て替えを行っておらず、一部は築60年の部分もあり、新築建て替えが長年の夢でした。厚生労働省に要望してもなかなか実現しませんでした。平成23年(2011年)の東日本大震災の直後、認可がありました。また同年に独立行政法人化法案が通ってJCHO大阪病院という名称となり、平成27年(2015年)に新病院、平成28年(2016年)3月には駐車場も完成しグランドオープンしました。直後の4月に熊本の震災が起こり、何か震災に因縁めいたものがあると感じています。

(旧) 社会保険庁設立病院の整理合理化の変遷

1) 3団体：

<厚生年金事業振興団	7病院>
<全国社会保険協会連合会	47病院>
<船員保険会	3病院>

2) 平成17年10月：年金健康保険福祉施設整理機構(RFO)発足 病院以外の年金福祉施設が出資・売却

3) 平成23年 6月：(独)地域医療機能推進機構法案(議員立法)が可決され 3年後に改組(公設民営から公設公営)となる

- ①名称(JCHO…Japan Community Healthcare Organization)
- ②平成26年3月に全職員退職(退職金支払)し、原則全員再雇用

4) 平成26年4月：JCHO大阪病院誕生

旧大阪厚生年金病院がJCHO大阪病院になるまでの変遷を説明します。JCHO大阪病院の前身を含む厚生年金事業振興団の病院は7病院ありました。同じく社会保険庁設立病院として全国社会保険協会連合会(全社連)に属する47病院と、船員保険会の3病院、全部で57病院がJCHO(Japan Community Healthcare Organization)に参入しました。平成26年3月に全職員が退職し、そのうち約9割を再雇用する形で発足しています。



写真の左側が旧厚生年金病院で、右側が現在のJCHO大阪病院です。上から見ると四つ葉のクローバー状になっていて、一つひとつが病棟です。東西に分けて二つの葉っぱが一つの看護体系で45床となります。8階から13階までが病棟で、津波対策のため7階に電源や動力源を配置しています。従来の建物では地下にありましたが、東日本大震災の教訓から動力源は上の階に上げられました。6階からは正方形の建物で、6階には医局等があり5階には手術部やICUなどがあります。1階から3階までが外来で、地下には防水壁に囲まれた放射線診断・治療装置が設置されています。

JCHO大阪病院が今後維持すべき医療

1) 公的急性期病院として5疾病4事業へ対応

- 5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
- 5事業：救急医療、災害時医療、僻地医療、周産期医療、小児(小児救急)医療
- 高度医療機器(MRI, CT, IMRT, ハイブリッド手術室など)の整備かつ
- 黒字健全経営

2) 大阪市西部地区での役割

地域密着型病院として、地域協議会を通じて

- ①自治体や医師会等との連携
 - ②地域医療機関(慢性期型病院、老健施設、訪問看護ステーション)との連携
 - ③地域保健福祉活動の遂行
- 等の推進を図り地域完結型医療の実現を目標

JCHO大阪病院が今後維持すべき医療について説明します。公的急性期病院は「5疾病・5事業」に対応しますが、当院は5疾病・4事業です。5疾病というのは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患です。5事業である救急医療、災害時医療、周産期医療、小児(小児救急)医療、僻地医療のうち、当院では僻地医療がなかなかできません。同系列である北海道の登別病院に現在医師を派遣し、昔は看護師も派遣していましたが、本当の意味での僻地医療には相当しないと思っています。そして、高度医療機器を導入し、ハイブリッド手術室も整備しました。独立行政法人ですから、何はともあれ黒字健全経営を使命づけられており、苦しい現状です。大阪市の西部地区は人口が47万人ですが、その地域医療支援病院として、将来的には地域完結型医療の実現を目標としています。

急性期病院としての今後を見据えた重点課題とは

急性期病院における今後の重点課題

<現時点でも重要課題>

- 1) 医療従事者の人材確保(特に医師地域偏在と医師確保)
- 2) 医療従事者の就労環境改善(特に女性医師支援体制)
- 3) 安全危機管理(国民に理解される医療事故調査制度)

<近未来的な重要課題>

- 4) 入院医療機能分化と病床数配分変遷への対応
- 5) 外来医療の機能分化と質の高い在宅医療・介護の連携
(地域包括ケアシステムの推進強化、2018診療・介護報酬同時改定)

急性期病院における今後の重点課題は、現時点のものから近未来を見据えたものまで様々です。近未来的な重要課題は2025年対策です。今は一般急性期病床565床ですが、地域包括ケアシステムの推進強化のために、将来的には病床数の配分を考えなくてはなりません。地域包括ケア病棟や、回復期を含めたりハビリテーション病棟のような種類の病床も、今後は併設していかなくてはならないと思っています。

現時点における重要課題の中では安全危機管理が最も重要と考えていますが、本日は人材確保と就労環境に注目します。特に女性医師支援、そして医師確保、地域偏在といった問題について、少しお話しします。

子育て支援体制<JCHO大阪病院>

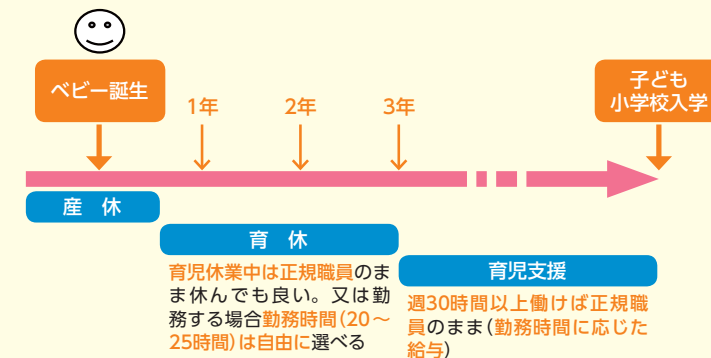
1. 産休<産前6週産後8週>・育休制度の運用
2. 時間短縮・勤務日短縮・残業および当直免除又は制限<2004年～>
3. 駐車場優先使用
4. 病児保育室の設置<2005年～>
5. 院内保育園の設置<2007年～>
6. 病児のためのベビーシッターの補助金

JCHO大阪病院では子育て支援の体制が整っています。産休（産前産後休暇）は法的に産前6週、産後8週と決められています。育休（育児休業）も出産後3年間は保証されていますが、3年間休む職員はほとんどいません。多くは1年以内に現場に復帰し、特に医師の場合、3か月程度で仕事に復帰する人が多いように思います。

平成16年（2004年）から時間短縮、勤務日短縮の制度を始めました。週30時間以上勤務すれば正規職員とし、残業および当直については免除または制限という形をとります。他には駐車場の優先使用や、病児保育室の完備、院内保育園の設置など、この類の制度は全て整っています。「病児のためのベビーシッターの補助金」は、今まで1件だけ申請がありました。このようなベビーシッター制度は、日本では欧米のようにはなかなか定着していないと感じました。ベビーシッターには非常にお金がかかりますが、多額の補助金は出せないような状況です。

育児支援のスケジュール

JCHO大阪病院(旧大阪厚生年金病院)



ただし、当院では産休の後に育休、そして育児支援が小学校入学まで適用されています。子供が6歳までの時期は、週30時間以上働けば正規職員として扱うというものです。この制度が人気を呼び女性職員、看護師はもちろん医師の応募があります。

子育て支援対象者人数<JCHO大阪病院> (2017年1月現在)

	医師(195名)	看護師(544名)
産休・育休中	6名(3%)	46名(8.5%)
勤務日・時間短縮	9名(4.6%)	43名(7.9%)
当直免除	14名(7.2%)	51名(9.4%)
残業免除	12名(6.2%)	49名(9.0%)

当院における2017年1月現在の子育て支援対象者人数と内訳を示します。およそ、医師の5～6%、看護師の8～10%の方がこの支援を受けています。次にお話しする医師不足と医師確保の問題にもつながりますので、非常に重要なことです。

医師不足問題の背景

- 1) 医師の**地域偏在** (新研修医制度以降大学の**医師派遣能力** ↓)
 - ・人口10万対医師数の都道府県間較差<最多は京都府286人 最少は埼玉県143人、全国平均200人>
- 2) 医師の**診療科偏在**
 - ・産婦人科、小児科、外科などにおける医師不足
- 3) 勤務医の負担増大 (**就業環境悪化**)
 - ・病院常勤医師の平均勤務時間は週**63.3時間**
- 4) **女性医師の増加**
 - ・女性医師の割合：14.1%<1998年>⇒**19.7%**<2012年>
 - ・皮膚科、眼科、麻酔科、小児科、産婦人科で30%以上が女性医師
 - ・出産・育児による**離職数**の増加

厚生労働省が平成16年（2004年）に新臨床研修医制度を始めました。医師の地域偏在はそのときから始まったと言われていて、それまで地域への医師派遣の機能を担っていた大学に人が残らなくなりました。特に地方の大学でその傾向が顕著となったことが、地域偏在を生んでしまったと言われていて、ところが、よく調べてみると、医師数は年々右肩上がりが増えていて、人口10万人当たりで調べると、都道府県の格差があるといっても全ての医師不足が地方で起こっているというわけではありません。医師数が多いのは京都府で、大阪も比較的多い方です。最少は埼玉県で、看護師も同じです。千葉、群馬もそうですが、東京に人材が流れてしまうようです。

医師の診療科偏在の課題もあります。新臨床研修医制度が始まった頃、全国の各病院に流行した伝染病があります。皆さんの中でご存じの方はおられますか？「マボウ病」ですね。「麻酔科」「放射線」「病理」です。これらの診療科の医師が非常に少なくなり、確保が大変だった時期がありました。マボウ病についてはその後徐々に解消されていきましたが、現在、一番問題なのは外科です。それから、産婦人科と小児科です。これらの診療科の医師不足が深刻になってきています。

女性医師の増加が多少関係しているかもしれませんが、乳腺・内分泌外科以外の外科は、女性医師には人気がなく、出産と育児による離職数の増加がみられています。

新臨床研修制度(平成16年度) 骨子

- 1) 危機管理対応を含む、医師としての**人格**を涵養
- 2) **プライマリケア**を修得し、患者を**全人的に診る**能力を修得
- 3) アルバイトせず**研修に専念**でき、**労働環境**(40時間/週)を保障
- 4) **全国共通カリキュラム**(教育標準化)とオンライン評価システム(**EPOC**)の確立
- 5) 研修医**マッチングシステム**の導入
 - ⇒研修医の都市病院志向と大学離れ
 - ⇒**地域格差拡大**と**地方の医師不足**から派生した医療崩壊

新臨床研修医制度の骨子には人格を涵養したり、プライマリケアを修得し患者を全人的に診る能力をつけたりするなど、表向きは非常に良い言葉が並べてあります。しかし、問題は研修医のマッチングシステムです。この仕組みが導入されたために全国公募になり、都市部に入職希望が集中したことから、大学ならびに地方の医師不足を引き起こしたと考えられます。

■ 人材確保と育成、試行錯誤の道すじ

初期臨床研修医採用者数の推移<JCHO大阪病院>

年	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	合計
応募者数	80	46	43	64	68	47	40	47	49	44	43	72	50	41	734
定員	12	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	10	10	141
倍率	6.7	4.6	4.3	6.4	6.8	4.7	4.0	4.7	4.9	4.4	4.3	8.0	5.0	4.1	5.2
阪大卒比率(%)	42	30	60	40	30	50	40	30	30	20	20	33	30	30	35

平成16年（2004年）に始まった新臨床研修医制度に合わせて定められた当院の初期臨床研修医採用定員数(2年通年)は、初年度のみ、たすき掛けも各病院で採用するということだったため12名でしたが、それ以降は10名です。6都道府県（東京、神奈川、京都、愛知、大阪、福岡）に関しては「定員数を減らせ」といわれ、毎年この10名が8名とか9名に削られます。2015年は「やはり9人しかだめだ」ということになりましたが、調整は大変です。その後何とか10名ずつ採用していますが、応募者数が多く平均倍率は5.2倍と激戦です。出身大学も様々で、大阪大学出身者だけが合格できるものでもありません。

後期臨床研修医採用者数の推移<JCHO大阪病院>

年	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	合計
採用者数	16	23	24	20	18	13	15	16	15	9	14	14	197
当院研修医数	9	9	9	9	8	9	9	8	6	6	7	5	94
男：女	11：5	9：14	16：8	8：12	11：7	9：4	10：5	10：6	4：11	3：6	7：7	7：7	105：92
外科(系)比率(%)	44	30	25	25	56	54	47	31	20	33	36	7	34

次に、後期研修医です。定員は1学年20名前後で、2006年から通算197名です。当院の初期臨床研修医のうち約半分が残ってくれています。やはり女性が多く、男女比1：1ぐらいの割合です。外科系科だけの比率を見ると、一番多いときで56%、54%で、平均すると34%しかありません。2017年に至っては、わずか7%しか外科系を選んでくれず、ここが外科にとっては今後の課題かと思えます。

初期研修医に対して、私自身は手術を「生体解剖」の講義と位置付け、手術を通して外科の基本を教えてきました。副院長だった頃は手術を年間3桁行っていました。さすがに病院長になってからは、年間2桁になっています。大阪厚生年金病院時代を含め現在までに、5,000例弱の手術数を経験してきました。

新臨床研修制度への留意点 一研修医・指導医に対して一

- 1) 研修医のやる気・意欲[特に、志望外診療科に対する]の個人較差を**状況認識**して早期対策…**コーチング**と**ティーチング**の使い分け
 - 2) 心身**疲労度**・**ストレス**の早期チェック…**挨拶**と**うつむき加減**
 - 3) 職種間の**チームワーク**(役割分担と指揮系統)の理解度アップ
 - 4) 将来の専門診療科選択に関する**戸惑い**…**「翌檜」**の捉え方を指導
 - 5) 指導医の**業務負担増加**と**熱意格差**…講習会で**リーダーシップ**習得
- #**意欲不足**は研修効果減…将来の**熱意**・**誠意**・**創意**につながる
 #**求めよ**、さらば与えられん。**尋ねよ**、さらば見出さん。**門をたたけ**、さらば開かれん。(新約聖書) …**報告**・**連絡**・**相談**

研修医のやる気や意欲には個人差があります。特に外科系の志望者というのは結構少ないため、できるだけ引っ張り込もうという気持ちで話をしましたが、やはりそれぞれの将来を見極めながら、「コーチング」と「ティーチング」の使い分けをしていかなければなりません。初めは、誰に対しても「ティーチング」をします。実地の臨床知識を何も知らないのですから、いろいろ教えていくのです。「あ、これは大丈夫かな」とある程度思ったときには「コーチング」として、答えを引き出すような感じの話し合いをしてきました。

ストレスや疲労度も観察しています。早期発見、早期治療が重要と考えています。これは研修医

に限らないかもしれませんが、疲れてくると、挨拶が少なくなってきます。それから、廊下ですれ違っても必ずうつむき加減になります。これらのポイントを私はチェックしていました。普段から元気に挨拶してくれて、真っ直ぐ向いて歩いている姿を見ると「ああ、これは大丈夫」と思いますが、だんだんと挨拶しなくなったり、うつむいたりしていると「ああ、これは、ちょっと……」ということで、指導医にいろいろと話を聞くこともありました。

チームワークにおける役割分担や指揮命令系統の理解度も重要ポイントです。「報・連・相」ができていない研修医や、理解できていない研修医に対しては、きちんと話をしました。

将来像について戸惑う医師もたくさんいました。読める方は少ないかも知れませんが、「翌檜(あすなる)」がポイントです。私は、井上靖の『あすなる物語』を読んで感銘を受けた世代です。「明日はヒノキ、明日はヒノキになりたい」と思いながら、一生懸命頑張る。「ただけど所詮、あなたは翌檜なんだ」というのを、どこで見極められるかです。それが一番大事だと思います。「私は外科には向いていない」と思う人は必ず存在しますので、そういった人にはあまり無理強いはできないと考えています。しかし翌檜というのは、全てが悪いわけではなく、将来、何とかヒノキになろうと頑張っている姿勢は買わなくてははいけません。そういったことを若手医師に話したこともあります。

また、指導医には業務負担がかかり、指導の熱意にも格差があります。講習会でリーダーシップのノウハウを習得してもらっています。「指導者の意欲不足は研修効果を減ずる」ということや、新約聖書から、「求めよ、尋ねよ、門をたたけ(報告・連絡・相談の重要性)」という文言を紹介し、オリエンテーションで話をしてきました。

外科医の心得

「初めから あきらめる手術は いとやさし
 何とか治さんと 薄氷をふむ」

「やってやろう みせてやろうと 力む医師
 させていただく 心忘るな」

鹿児島大学第一外科教授・癌研附属病院長 故 西 満正 先生

外科医の心得として、私は直接教えを受けてはいませんが、鹿児島大学第一外科教授で癌研附属病院長でもあられました、胃がんの手術で有名な西先生のお言葉がしっくりときます。この言葉は外科医が聞けば、いつも心に思い当たる節があるのではないかと思います。「初めから あきらめる手術は いとやさし 何とか治さんと 薄氷をふむ」。私自身も幾つか薄氷をふんでくじけたこともありましたが、こういったことが患者さんのためになっているのだと信じています。

しかし最近のいろいろな報道を見ると、「やってやろう 見せてやろうと 力む医師 させていただく 心忘るな」、これが欠けているのではないかと思います。要するに、自分の名誉欲などがあまりにも前面に出過ぎると、いろいろな医療事故につながっていくのではないのでしょうか。このような心を忘れることがないように、指導していかなければなりません。これは上級医に対しても同じだと思っています。

■ 若手外科医が師匠から学んだこと

長谷川 次に、岩上先生を紹介いたします。岩上先生は、大阪市立総合医療センターで初期研修をされ、その後、後期研修医として大阪厚生年金病院で3年間勤務された時に山崎先生の指導を受けられました。山崎先生がたくさん手術を執刀されている時代に教を請うた若き外科医でした。



岩上 私は平成17年(2005年)卒で、今年で卒後13年目になります。「ノンテクニカルスキル」と「レジリエンス(resilience)」というものが医療安全を考える上でのキーワードになるということを知っていた際、初めに頭の中に思い浮かんだのが山崎芳郎先生のお姿でした。ご本人はあまり気づいていらっしゃらないかもしれませんが、まさにその二つのキーワードを山崎先生は自然と具現化されていたのではないかと考えています。

山崎先生とご縁の始まりは、2007年から2010年の3年間、後期研修医としてご指導いただいた時からです。山崎先生と出会って今年でちょうど10年目のアニバーサリーになります。その3年間が終わった後も、ずっと山崎先生は連絡を取ってくださって、私の成長を見守り、気にかけてくださっていました。それは私だけではなく、大阪厚生年金病院、今のJCHO大阪病院で研修を受けた医師は、おそらく全員いただいているのではないかと考えています。それが、山崎先生に教えていただいた医師としての態度や姿勢が、ずっと自分の身に染みている大きな理由だと思っています。

医師としての態度

- 患者さんは一番の教科書
- 勉強をさせていただいている
- 次に何をしたらよいか分からなくなった時は患者さんに聞け

山崎先生はまず、「患者さんは一番の教科書である」とおっしゃっておられました。患者さんから勉強させていただいている、そういった謙虚な姿勢で向き合いなさいということをお言葉にされ、山崎先生ご自身の姿勢からも伝わってきました。医師として駆け出しの頃、思春期とも表現できる時期をこのようなご指導のもと過ごせたということは、自分にとって大変有益だったと感じます。今も私が患者さんに向き合う際には、このような態度を根本においているつもりです。また、「次に何をしたらよいか分からなくなった時は患者さんに聞け」という教は、「医師としてプランニングしたものが、患者さんが求めているものと合致するかどうかをきちんと確かめるべし」という印象的な内容です。

山崎芳郎先生とノンテクニカルスキル

- リーダーシップ
- なんでもできる
- 研修医とよく話す
- 懐の深さ
- 品格
- 状況認識
- 意思決定
- コミュニケーション
- チームワーク
- リーダーシップ
- ストレス管理
- 疲労対処

私からみた山崎芳郎先生の特徴をお話します。まず、とてもリーダーシップがあります。皆を引っ張っていくスーパーマンで、ものごとを決めていくさまは、弟子からすれば魅力的で素晴らしいと感じます。そして直接はお伝えしていませんでしたが、本当に何でもできるのです。今の外科医は専門性があり、たとえば私は肝胆膵移植グループで肝臓・膵臓移植を担当していますが、なかなか他の臓器を触らせていただく機会がありません。一方、山崎先生は胃も大腸も肝臓も手術されますし、小児外科もできますし、腹腔鏡下手術もできますし、内視鏡もしてしまう、というスーパーマンです。外科医にとってはとても羨ましい、そんな魅力があります。

また、「研修医とよく話す」と書きましたが、私たち研修医は山崎先生の背中から教わったというよりは、先生がほぼこちらを向いておられたという感覚です。向き合って常に話をさせていただいたという印象があります。それが懐の深さであったり、父のような存在であったり、というイメージにつながっていたのだと思います。

そんな山崎先生は品格もあるのです。でも、怒られるかもしれませんが、デリカシーは微妙かなと本当は思っています。

先ほどお話しした「ノンテクニカルスキル」には、キーワードがいくつかあります。状況認識、意思決定、コミュニケーション、チームワーク、リーダーシップ、ストレス管理、疲労対処です。テクニカルスキルが重要なのももちろんですが、技術以外のことも非常に重要で、状況を見極めながら物事がうまく進むようにするためにはノンテクニカルスキルが欠かせません。実は、山崎先生の特徴は全てそれに当てはまっています。「リーダーシップ」はそのままノンテクニカルスキルにおけるリーダーシップに当てはまりますし、「なんでもできる」は「テクニカルスキル」にも当てはまることだと思います。「研修医とよく話す」はコミュニケーションやチームワークに、「懐の深さ」「品格」はチームをまとめる上での状況認識や意思決定につながっています。実は「デリカシーがない」ということはストレス管理をする上で、良い面があると思っています。山崎先生は、大病院の病院長とは思えない、ここでは申し上げられないようなとても面白いストレス解消法を私たちに披露されたことがありました。そのような軽口も含め、ものごとを楽しく捉えてストレスが軽減できるような指導が常にありました。

安全はどこにある？

システムの中だけではなく人間の中にある

医療安全を学んだ時期に、システムで医療安全を担保するという事はもちろん重要ですが、それを支える人間の存在こそが重要であるということを知りました。そこに大変な救いを感じました。若い人材を広く丁寧に育てている山崎先生は、その意味においても医療安全を推進するお一人なのだと思えます。平成10年から24年卒の医師で山崎先生の指導を受けられた方々は35名おられますが、内科系・外科系問わずあらゆる診療科で活躍されています。

山崎先生の教え子の担当科

呼吸器外科	2	循環器内科	2
消化器外科	5	内分泌内科	4
整形外科	4	腎臓内科	4
産婦人科	4	小児科	1
消化器内科	8	麻酔科	1

平成10～24年卒 大阪厚生年金病院 (JCHO大阪病院) 出身医師

■ 弟子たちが師匠に尋ねたかったこと

岩上 今から、私を含めた先ほどの35名の先生が山崎先生に常々お尋ねしたかったことを質問します。全部で五つあります。

質問1

研修医の希望科(外科系・内科系)によって教育内容を変えていますか？
またどこまでさせますか？

平成10～24年卒 大阪厚生年金病院 (JCHO大阪病院) 出身医師

一つ目の質問です。「将来の志望(外科系志望・内科系志望)」について研修医が意思表示をしている場合、それぞれに教育内容を変えていましたか？ということ。また、「どこまで手技をさせるという基準がありましたか？」ということも併せて教えてください。この質問は内科医師から多く出たものです。内科の先生は外科で研修される際、「自分は内科志望だけど、先生はどう思っているのかな」ということを気にされています。

山崎 現在の研修医制度が始まった初期の頃、3、4年目くらいまでは外科は必修科目でした。3か月間です。私は、その3か月間の最後に必ず「卒ラパ」を全員にさせました。「卒ラパ」とは研修医が名付けてくれましたが、卒業ラパロ＝ラパ胆(腹腔鏡下胆嚢摘出術)という胆石の手術です。全員と、ICから手術・術後管理まで一緒に行いました。私と初期研修医2人だけです。もちろん、どこまでやらせるかが問題です。当然ながら手術手技は何もできません。ただし、血管や胆嚢管を処理した後、肝床部(胆嚢近傍の肝実質)から胆嚢をはがすところだけは少しトライしてもらいました。外科系を志す者であれ、内科系を志す者であれ、全ての研修医にしてもらいました。3年間は続きました。

ところが3年過ぎると、それができなくなりました。外科後期研修医が入ってきたからです。やはり外科医としての後期研修医が入ってきますと、そちらに実施させる機会が多くなりました。ただ、研修医がどの診療科を志望していたとしても、初期研修の間は分け隔てなく対応したつもりです。

長谷川 医療職に就いて最初の段階に、どこまで幅広い経験をさせるのか、どのくらい専門領域をさせるのかということは、どの職種の教育においても重要な問題です。私の病院でも入職して最初にジョブローテーションで、いろいろな部署を経験させます。その経験が、後々必ず役に立つという考えからです。しかし、研修期間は広く浅い学習となりがちで「学生の延長だ」と言われることも多いです。浅いけれど最初に広く見るべきなのか、ある程度の専門分野を修練してから他部署を見たほうがよいのか、というのは常に議論されることです。

山崎先生がされてきたことをお伺いすると、制度の最初の時期で、指導する研修医数に

余裕があった頃は、外科を回ったからには手術の実際まで立ち入らせないと初期研修としては不十分というお考えがあったということですね。いざという時に人がどのように行動できるかということを考えてとき、背景知識としているいろいろなことを知りながら個々の仕事に取り組むことと、自分の分野のみに精通した状態で取り組むこととの違いが現れてくるのかもしれない。

質問2
外科領域に興味を持ってもらうために心がけていたことは？
平成10～24年卒 大阪厚生年金病院 (JCHO大阪病院) 出身医師

岩上 次は医師のリクルートに関する質問です。「回ってきた研修医に外科に興味を持ってもらうために心掛けていたこと、行っていたことはありますか？」ということですね。

山崎 先ほども少しお話ししましたが、私自身は、手術というものは生体解剖の実習講義であると捉えています。今の医学生は、大体1年生か2年生に解剖実習が終わってしまいます。卒業すると同時に解剖の知識も多くを忘れてしまって、その状態で初期研修が始まっています。これをつくづく感じましたので、手術では、これは患者さんには失礼かもしれませんが、様々な質問を研修医に投げかけました。スタッフには、「また同じ質問してる」と思われたと思います。

一つ例を挙げます。お腹を開けました。「小腸と大腸の見極めは、どこでしますか？」という質問を必ずします。三つあるのです。その一つ、二つは答えられるのですが、最後が出てこない。結腸紐とか、そういった単語は出てきますが、何が出てこないかという「脂肪垂」。そのようなことを教えながら興味を持ってもらおうと頑張ったのですが、なかなか成功しませんでした。

岩上 「脂肪垂」、ものすごく専門的な言葉ですね。でも覚えています。

山崎 脂肪垂について解説します。大腸の方には結腸紐に一致して脂肪の塊が必ず付いています。しかし、小腸には全然付いていません。腸間膜と反対側に出るものです。それで見分けます。

質問3
若手外科医を育てるために必要なことは？手術手技の伝承に対してのお考えは？
平成10～24年卒 大阪厚生年金病院 (JCHO大阪病院) 出身医師

岩上 三つ目は外科医からの手技に関する質問です。「外科医を育てる上で必要なこと、手技を伝承するときのお考えとは？」ということですね。

山崎 手技の伝承ということについては、時代の流れによってかなり変わってきています。腹腔鏡や胸腔鏡の出現があったからです。鏡視下手術が出てきてから、伝承ということについてはかなり変わりました。開胸や開腹手術の場合は指導の助手として手術に入りますが、大血管が裂けたらとんでもないことになります。それでも開胸や開腹であれば、少しのミスは取り返しがつきます。ところが鏡視下手術となれば、些細なトラブルが起こったときでも、修復するのは非常に大変です。鏡視下手術においてトラブルが起こったとき、きちんと修復する能力が備わっている医師は、実力があると私は思っています。

昔は「見て覚える」といいながら教え、だんだんとやらせていく形にしていたのですが、最近では開胸とか開腹の技術そのものを、若い先生方はできなくなってきています。いきなり鏡視下手術を身に着ける流れになっているからです。鏡視下手術は、リーダーが技術認定資格を持っていないととても指導できず、「見て覚える」ともいきません。そうすると、人から人への伝承は非常に難しいと感じます。

また、今はラボがたくさんあります。ラボで動物を相手にシミュレーションやビデオラーニングができますが、昔はそういうものがありませんでした。そのような点からも伝承方式は変わってきたと感じています。

長谷川 外科医としての手先の手技としては、「剥離して、切って、縛って」ということが一番基本となります。恐らく1年目や2年目といった医師としての駆け出しの頃に一生懸命習得します。それから、もう一つ同じように外科医が最初の頃に学ばなくてはいけないのは、術前の評価、周術期管理です。

中堅以上の外科医になると、それ以上のことが求められます。代表的なものがノンテックニカルスキルですが、最近では新たなテクノロジーやデバイスが開発され、その扱いを習得することも必要となっています。全く別次元の技術ですので、自らの手で全てを行ってこられた指導医クラスの先生は、若手の育成に悩むところですね。しかし、重要なところはトラブルシューティングです。指導医の経験をもって、教えなくてはならないことが多々ありますし、それは新たなデバイスであろうと変わりません。どこまで若い先生にやらせるか、ということを決めるために常に起こることを予測し、注意深くモニターする、そしてトラブルが起こった際には、対応する姿を示すこと、そして若手がその姿から学ぶことが必要となります。

質問4
指導医、あるいは上に立つ立場の者として大事にされていること、心がけておられることは？
平成10～24年卒 大阪厚生年金病院 (JCHO大阪病院) 出身医師

岩上 次の質問です。平成10年から24年卒でアンケートを取らせていただきましたので、卒業生は現在中堅クラス以上の立場になりました。そのような中で出てきた内容です。「指導医あるいは上に立つ立場の者として、常に大事にされていること、心がけておられるこ

とがあれば教えてください」ということです。

山崎 これこそノンテクニカルスキル、リーダーシップとかコミュニケーションといったものが非常に大切になってくると思います。外科医からだけではなく観点でお答えします。

みなさん、ジュールの法則をご存じですか？ 電流のなせる仕事量ですよ。これは私のオリジナルだと思うのですが、「人間の仕事量というのは電流のそれと同じである」と考えています。Q = I²Rtの公式に表れている通りです。

「Q」は仕事量、「t」は時間です。時間をかけないと仕事はできない。それから、「R」は抵抗で、抵抗勢力と考えていただいて結構です。教授の抵抗か、教授からの反発か、教授以外にも上司やその他からのいろいろなプレッシャーです。これに打ち勝ってこそ大きな仕事ができます。「R=0」では、電流は流れません。流れてもジュール熱は発生しません。だから、0よりは少しプレッシャーを受けるほうが、良い仕事ができると思います。

「I²」は、ジュールの法則では電流のアンペアで、「I」は「イ」と発音できます。私は大阪大学の旧第一外科出身なのですが、「熱意」「誠意」「創意」、この三つの意を伝統的に教わってきました。「熱意」と「誠意」は、もう皆さんよくご存じですからできると思います。しかし「創意工夫」というものはなかなかできないのです。それに加えて、先ほどの「R」にも関係しますが「失意」と「それに打ち勝つ力」、すなわち、どん底を味わっても何とか這い上がるような力が重要であり、それを自分が実証し後輩たちに教えていくことが必要と考えています。

次に手術の話題になりますが、途中で諦めることは患者さんのためにも自分たちのためにもなりません。しかし、「過ぎたるは及ばざるが如し」でやり過ぎも良くありません。私自身、長年手術をしてきましたが、一度だけドクターストップをかけられたことがあります。それは肝臓切除の際、なかなか血が止まらなかった時です。この時、止めてくれたのが麻酔科医なのです。ずっとやるつもりでいたのですが、「先生、いっぺん降りなさい」と言われました。このアドバイスがなかったら、私は本当に手術室で倒れていたかもしれないし、患者さんにご迷惑をかけていたかもしれません。

ノーベル賞を受賞された山中教授の言葉によると「(臨床医は)自分からすっぱり諦めた」とのことです。「ジャマナカ」と言われつつも、それに打ち勝って仕事を続けていれば整形外科医として成功したかもしれません、あそこで思い切って整形外科医を辞められたことが、世界に名だたる研究者としての業績につながったと思います。だから、引き際というのも大切です。

とはいえ、ある程度の抵抗勢力に打ち勝ってこそ、自分が生きてきた力を発揮できるのではないかと考えています。是非ともそのような考えを大事にしてほしいと思っています。

長谷川 医師はオールマイティーな裁量を持つ職種ですから、傲慢になりがちです。山崎先生と岩上先生のやり取りをお聞きして感じるのですが、山崎先生はお若いころから謙虚であることの重要性を随分と教えられてきたのではないのでしょうか。

質問5

初期研修医のプライベートに関する事項への指導について

平成10～24年卒 大阪厚生年金病院(JCHO大阪病院) 出身医師

岩上 それでは最後の質問です。若手は皆、仕事以外の様々なことまで先生にお世話になったと思います。先生は初期研修医同士の恋愛や結婚をはじめとしたプライベートについて、またそれに関する教育や指導の必要性についてどのように考えておられましたか。

山崎 初めにもお話しした通り、研修医の身体的・精神的ストレスや疲労度の具合を、挨拶の仕方や歩く姿を重要ポイントとして観察し早期発見に努めてきました。更に、研修医制度開始当初から年に1～3回、私が外科研修医時代にお世話になった店「青春のたまり場」で、初期研修医との飲み会を設けて、その際に様々な情報収集を行って対応をしてきました。もちろん、将来の進路相談や指導医との軋轢への対応ならびに外科への勧誘などが大半でしたが、中に恋愛・結婚相談もありました。私の子供とほぼ同世代の若者達でしたので、実父では回答に困るであろう内容にも比較的冷静沈着に対応できたのではないかと思います。当院の研修医同士のカップルは17組誕生しており、34/215=約16%の成婚率は、婚活の場としても当院は勝ち組かも知れません。

■ さいごに～キーワードはパートナーシップ～

長谷川 外科でのお二人の師弟関係を振り返りながら、お互いの思いやポリシーを語っていただきました。外科医だけでなく、他の診療科の医師、他職種でも同じように、本来の正しい仕事の手順というものは存在していると思いますが、重要なのはそこからの逸脱をどう考えるかということだと思います。医療においては、教育のプロセスを広くとって、幅広く様々なバリエーションを経験させるという考え方もありなのではないか、と感じます。

山崎先生に一つ質問です。先生が若手医師に手術や臨床上の手ほどきをなさる際、「これが正しいやり方」というゴールデンスタンダードを教えてくださいませんか？

山崎 もちろん教えますが、その通りに誰もができるとは限らないことも事実です。何か想定外の事態が起こった時には、やはり指導医が責任を持ってきちんと修復するべきであると思います。そういう力量を持った人だけが指導医になるべきだと思っています。

長谷川 実際の現場では、正しい方法を指導してもルールを守らない、言うことをきかない医師が存在すると思います。彼らの言い分は「正しいやり方は理解しているが、自分のポリシーはこうだ」ということですが、そのような場合への対応はどのようにするとよいのでしょうか。

岩上 私に近い世代の先輩・後輩関係の中では、そのようなことはあまりありませんでした。ただ、看護師さんに失礼な言い方をしているのを耳にすると、自分たちの関係性の中で自浄作用が働きます。「あれは、よくないんじゃないか」という議論になるという形で調整

を行っていたと思います。指導していただいた先生にも、そのような方はあまりおられず、幸せでした。

山崎 パートナーシップがキーワードですね。パートナーシップが守れない、知らない、そういった医師は排他されることになる、私は思います。

実は最近、病棟でのインシデントが多いように感じています。もちろん手術に関しては手術室でのインシデントもありますが、むしろ帰室後に様々なトラブルが起こります。それは、なぜでしょうか。医師と看護師間で十分な情報共有ができてないということです。「あの先生は、もう何もしゃべってくれない」「聞きたくない」というような関係を作ってしまうと、これはもうだめです。

看護師さんは数として多いですから、看護師同士の申し送りは大事です。しかし、やはり医師からの様々な指示も情報共有しておかないといけません。手術中に何が起こったのかを知らずに看護していると、とてつもないことが起こることがあります。ですから、特に手術中のトラブルについては、必ず情報共有されていくことが必要です。それをきちんと伝えない医師というのは、信用されなくなると私は感じていますので、やはり「報・連・相」「情報共有」といったことが重要です。

長谷川 有効な情報共有をしようと思えば、手術の時に何が起り、どのようなことが今後予測されるかということをしっかり把握・整理しておかないといけないですね。そして、どのような状態になったら医師を呼ぶのか、そのモニタリング基準も明確に示さなくてはなりません。そして医師側ではその対応策も予め練っておく必要があります。

個人レベルでは整理して伝える能力が、伝えられた後は組織（チーム）として申し送りの能力が必要です。すべてノンテクニカルスキルにおけるコミュニケーションが重要だということです。

山崎 少しだけ最後によろしいでしょうか。『あすなる物語』を読まれた方、何人おられますでしょうか？ 昔の小説ですが、是非読んでみてください。皆さん、「アスナロ」でよいのです。必ずしも「ヒノキ」になる必要はありません。だって、ヒノキアレルギー、多いのですから。以上にて締めさせていただきます。

平成28年度・29年度 国公立大学附属病院 医療安全セミナー報告書

医療機関におけるガバナンス

－ 人・組織・社会を有機的につなぐ －

平成30年3月31日

制作：大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-15

本書の無断複写・転載を禁じます。



Department of Clinical Quality Management
Osaka University Hospital