

ISSN 0910-9919

*BULLETION OF SOCIAL MEDICINE*

# 社会医学研究

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

18

2000

## 目 次

第40回社会医学研究会総会「日本の医療－民主的変革への展望」の主旨

山田 裕一 …………… 1

### 【海外招待講演】

The Impacts and Effects of Healthcare Reform in the United States

講師 Frank M. Houser, M.D

座長 寺西 秀豊 …………… 3

### 【特別講演】

日本の医療－現状と改革のための私案

講師 池上 直巳

座長 岩瀬 俊郎 …………… 7

### 【記念講演】

地域住民の意識変革から行動へ－地域医療変革に向けて－

講師 谷口 堯男

座長 山田 裕一 …………… 19

### 【シンポジウム】

“インフォームド・コンセント”をこえて

シンポジスト 井上 英夫

安藤 良一

堀中 光治

藤崎 和彦

座長 服部 真

釣谷伊希子 …………… 27

## 第40回社会医学研究会総会 「日本の医療—民主的変革への展望」の主旨

山田 裕一 (金沢医科大学 衛生学)

40回という記念すべき社会医学研究会総会のメイン・テーマとして、「日本の医療—民主的変革への展望」を掲げました。「社会医学」と言うと、最近では主に衛生学や公衆衛生学、つまり予防医学や保健学のことと受け止められがちですが、社会と医学の関わり合いは当然ながらさらに幅広く、治療医学を含めた医療制度と内容、その中での患者の生命や健康のあり様も社会医学の重要な課題です。実際、日本の社会医学の研究と実践の歴史においても、戦前の無産者診療所や戦後の民主的医療機関の運動が大きな足跡を残しています。1992年に金沢で開催された第33回総会では、蒔昭三・城北病院名誉院長が開催地世話人代表となり、公害や薬害の問題とともに、医療問題がメイン・テーマとして取り上げられました。以来、しばらく医療問題が社会医学研究会総会でのメイン・テーマとなることはありませんでしたので、再び金沢で総会が開催されるこの機会に、日本の医療問題についてあらためて討議を深めたいと考えました。特に、ここ石川の地での社会医学については、地元民医連(石川勤労者医療協会)運動の発展と貢献を抜きには語れないことが大きな理由の一つであります。しかしそれ以上に、今、我が国の医療の制度、内容を大きく変貌させるような世論や政策が次々に成立、進行しつつあるという現状からです。

現在進められつつある医療制度の変革は、単に診療報酬支払い制度の変更ばかりでなく、医療機関のあり方、治療内容、そして国民全体の

健康状態に深く関わる問題をはらんでいます。矢継ぎ早に出される政府・厚生省の改革案は医療費削減の一点にのみ関心が集中しており、患者、地域住民、医療従事者の期待や要望を反映したものとなっていないとの感を強くしています。また、新たに導入される介護保険制度は、それらの問題を一層複雑なものとする可能性があります。一方で、医療に対する国民の不信は日々増大し続けており、新たな患者と医療従事者との民主的関係の構築が求められています。ここで日本における社会医学研究の一つの源流である医療の民主化に関わる問題を再検討して、21世紀の国民医療のあり方を展望することは大きな意義があると考え、本総会のメイン・テーマとしました。なお、ここで言う「民主的」あるいは「民主化」とは、患者、地域住民および医療従事者の共通の利益となるような医療の内容と、それを作り上げていくプロセスを意味しています。

以上のような観点から、総会第1日には、日本に先駆けて医療改革運動が叫ばれ、進行しつつある米国の現状について報告していただこうと、米国最大の病院ネットワークであるColumbia/HCA healthcare corporationで、傘下医療機関の医療内容のQuality Control(質的管理)に関するDirectorであるDr. Houserをお招きし、海外招待講演といたしました。Dr. Houserには、特に米国での医療改革と医療費削減の切り札として急成長してきたHMOによるマネージド・ケアが患者や医師をはじめとする医療従

事者に、また患者と医療従事者との関係にどのような影響を与えているか、さらに、医療機関間競争が激化する米国で、医療サービスの質についての管理とその公開が進行している現状、その意義について報告していただきました。次いで、日本医療の諸制度を巡る問題とその解決方向について、慶応大学医学部・医療政策・管理学講座の池上直己教授の特別講演が行われました。池上教授にはこれまでも多くの著作がありますが、日本の医療制度全体が様々な面で制度疲労を起こしており、特に医療保険制度に関しては、従来政府が繰り返し取ってきた保険料値上げ、診療報酬手直し、患者一部負担額増加といった対策は理論的にも有効でないこと、国民全体に公平なアクセスが保証されているという日本医療の長所を確保した改革が必要であると提案されています。池上教授の講演を基に、今日の日本の医療政策を巡る問題について、会員の皆様とともに討議と理解が深められたと思います。

第2日の記念講演では、石川の寺井病院で地域の人々とともに、その疾病治療ばかりでなく健康の増進にも取り組んでこられた谷口堯男・寺井病院名誉院長のお話を伺いました。昭和32年以來の40年間にわたる地域での住民医療懇談会の活動が、当初の医療従事者から患者、住民への一方的な血圧管理や生活習慣改善についての知識伝達の場である「おまいり型」のものから、患者、住民自身が自らの生活調査点検、学習活動を進め、活発に話し合い、学び合いの行われる「ワイワイガヤガヤ型」へと発展し、環境問題を含めた広い視点をもった地域の健康組織として自立してきた過程が紹介されました。ここでは、制度的枠組みの「民主化」とは別の視点から医療の民主化、すなわち患者、地域住民が実際的に主体として成長し、成熟するための条件、技法という課題について論じられました。引き続き「『インフォームド・コンセント』

をこえて」というテーマでシンポジウムが行われました。ややもすれば「同意書」の類に落とし込められがちな日本でのインフォームド・コンセントの問題が論じられ、金沢大学法学部井上英夫教授、石川県保険医協会安藤良一医師、日糖協石川県支部堀中光治氏、奈良県立医大藤崎和彦医師が、それぞれ法学者、臨床医、患者、医学教育者の立場から見た問題点とその克服の方向を提起されました。インフォームド・コンセントは、医療中での人権と患者参加の確保のための重要なプロセスであることが確認されましたが、患者の人権の守り手となるべき医師や医療従事者が、そのための理論、技術、技法にあまりにも未熟であることが、インフォームド・コンセントをきわめて形式的、手続き的なものにしてしまっている。しかし、それを克服するための教育が今日の医学教育過程ではほとんどなされていないことの重要性と緊急性が論じられました。以上、第1日目における医療の制度的枠組みと、第2日目の患者中心の医療を形成していくための実際的なプロセスについての議論を通じて、日本の医療を巡る問題とその解決方向について、多くの教訓が提示されたのではないかと考えます。以下に総会当日の講演やシンポジウムの内容を掲載いたしましたので、ご精読ください。

第40回総会では、この他に、医療問題、福祉・介護問題、労働者の健康問題をはじめとする様々な分野の20の一般発表が行われましたが、発表演題数と参加者が前回の名古屋での総会よりも少なかったのは残念でした。分野を異にする研究者や課題についての発表が同じ会場で行われるのは社会医学研究会の一つの特徴でもあります。その点が会の性格や使命の曖昧さに繋がる問題点でもあろうかと思えます。来年(2000年)からは日本社会医学会と改称されますが、学会の性格、使命についての議論がさらに深化することを期待します。

海外招待講演

## The Impacts and Effects of Healthcare Reform in the United States

講師 Frank M. Houser, M.D. (Columbia/HCA Healthcare Corporation)

座長 寺西 秀豊 (富山医科薬科大学 公衆衛生学)

It is a very great honor for me to be granted the privilege of speaking to you. Thank you. I am the medical director of Columbia HCA. We are an investor owned hospital company comprised of 220 hospitals primarily in the southeastern and western United States. We have about 65,000 doctors on our medical staffs.

Over the next hour, I will give you an overview of the present status of medical care in the United States; describe the ever-changing role that our government plays in our healthcare system; describe the status of managed care in my country, give you a status report on medical malpractice, and conclude with a look at how my company and others in the U.S. are attempting to measure the quality of medical services provided.

One of the most remarkable changes in the US over the past 20years is the decrease in the percentage of deaths from heart disease. Clearly the dramatic decrease in cigarette smoking has been a major factor in this change. Our cardiologists and cardiovascular surgeons will tell you that it is also the result of vastly improved management of coronary disease. Nonetheless, we have seen significant changes in our disease patterns over the past few years.

We have certainly paid for our care. In 1975, 7.5% of our gross national product went to health care, today it is 15% or 1 trillion dollars. Government programs, Medicare, Medicaid, and military now are responsible for about 50% of all healthcare revenues.

The number of doctors in the US has doubled since I was in medical school in the 60's. Despite efforts to increase the percentage of primary care physicians, almost 2/3 of the 700,000 US doctors are in procedure based specialties. The average primary care doctor will make \$140,000 this year, specialists \$250,000.

We have seen a decrease in the number of hospitals, but both hospital and physician revenues have increased dramatically over the past 20years. Over the past 5 to 7 years, HMO enrollment has reached critical mass and has slowed the revenue growth in both of these sectors. HMO's are health maintenance organizations. They began as open models and closed models in the 1970's. In each model the HMO was an insurance company. In the open model, the insurance company contracted with independent doctors and hospitals to provide all services to people who purchased their HMO plan. In the closed model, the insurer contracted with a

group practice of doctors. This was based on Kaiser-Permanente in California. Over the past several years, we have seen new types of plans with less restrictions develop. These and HMO's are called managed care.

In the late 70's and early 80's, HMO's were promoted by our government and our large employers as the way to control health care costs. The basic idea was to pay a set fee to doctors and hospitals each month instead of paying on a fee for service basis. Such a system of payments was to result in a health system that would keep people healthy and that would have no financial incentive to provide excess care when people needed medical treatment. Our Medicare program, which is the federally funded payment system for all citizens over age 65, pays hospitals a flat amount based on the diagnosis. We call this the DRG system. DRG stands for diagnostic related group. In general, all hospitals are paid the same for each admission for myocardial infarction, stroke, etc.

For the past 15 years, we have been told by our multitude of healthcare consultants that vertically integrated health care systems in which doctors, hospitals, home care, and pharmaceuticals would all work for a common employer and be paid by capitation will be our future. The HMO's have tended to be large insurance companies who control cost by requiring their approval for hospital admissions and for all outpatient procedures. They require people to use a primary care doctor for all services and to use specialists only when referred by the primary care doctor who make more money if he or she

limits the number of referrals that they made.

From a cost perspective, the HMO's have worked. During the 90's, HMO costs have increased very little. As a result, our government proposed to move Medicare participants into HMO's. This effort has not been successful. Many of the large HMO's have refused to accept Medicare members because of low payment, schedules.

These pre-paid systems, based on HMO's were the core of the Clinton health care plan that was proposed in 1993 but failed to pass in our congress. Over the past 2 years, for many reasons, this plan to transform our health care system into prepaid, integrated systems has begun to fail. First, our over 65 population has refused to accept the primary care doctor restrictions and has insisted on direct access to the cardiologist, oncologist, orthopedist, or other specialist of their choice.

The Medicare population includes all U. S. citizens over age 65, about 35 million people. This group votes at a higher percentage than any other age groups. Thus elected officials tend to grant their demands. As a result, we have federal legislation now being introduced that is called "patient bill of rights". The democrats have their version as do the republicans, but both are efforts to force HMO's to give people more choice in doctor selection and to assure that care to old people is not restricted. This will be a major issue in our 2000 presidential election. New plans that give more choice but cost more are now growing rapidly in our under 65, employer paid systems. These are called

preferred provider organizations (PPO) and offer much broader physician choice.

Second, doctors, in general, strongly dislike the HMO's. In the HMO systems they are paid less and have much less control over their practice. They have begun to consider joining labor unions in order to more effectively bargain with the HMO's. Over the past 15 years, the HMO's have told doctors to accept the HMO fee-schedule or the HMO would send the patient to another doctor who would accept the payment. Some doctors see unions as an effective way to negotiate.

Against this backdrop of rebellion against HMO's and integrated health systems, Congress is faced with a very real dilemma. If they abandon the HMO's, Medicare costs will escalate rapidly. If they are not responsive to the voters, they risk not being re-elected. Their solution this year has been the Balanced Budget Act, which significantly reduces Medicare payments to hospitals and in 2000, will reduce payments to doctors. These issues will be major concerns in our 2000 elections and will most likely not get clear resolution until Medicare costs again escalate. At that point, we will again debate a nationalized, government controlled system or a modified HMO system, I believe.

Interestingly, over the past 25 years we have seen health research support move from a government function to more private research dollars.

Within this confusion, we have Medicare regulations that are voluminous and can be contradictory. We have Starke Laws, so called because of the congressman who introduced them. These laws are attempts to

prevent doctors from making money from referrals. A doctor cannot own part of an imaging center to which he or she refers. A doctor cannot receive any dollars or other valuables from hospitals because it is feared such dollars would increase referrals and thus increase costs to Medicare.

We also have the issue of our uninsured populations. Medicare pays for the elderly, and employers pay for full time workers, Medicaid pays for poor women and children. But 15% of our people are without health care coverage. These people tend to be unemployed persons who do not qualify for Medicaid and children who are older than their state Medicaid eligibility limits. Hospitals are required to treat the uninsured or lose their right to participate in Medicare. Doctors are required to treat such persons in the hospital.

I was asked to address malpractice claims in the US. It continues to be a significant issue. The amount we pay continues to increase despite efforts to put dollar limits on judgements. Interestingly, judgements against hospitals have gone up more rapidly than against doctors, undoubtedly, because the hospitals have "deeper pockets". Issues by frequency show that doctors are usually sued over treatment issues and hospitals are brought in over nursing functions.

Over the past 20 years, we have had a progressively increased demand from patients, government, insurers, and employers that we document and prove that health care provided is of measurable quality. The health care quality movement in the U.S. is based on the Demming quality

improvement methods that were initiated in industry, here in Japan.

Our country's basic difficulty in documenting quality has been poor data. We have birth and death certificates and billing data. We continue to not have uniform clinical data. Efforts in my company, which includes 220 hospitals, are based on billing data. All bills use a common form, which is the Medicare form and includes patient age, sex, principle diagnoses, co-morbidities, and treatments. We collect all such bills each quarter, have them run through a risk adjustment algorithm, and report them out as 56 quality indicators. These indicators include heart surgery mortality rates, c-section rates, orthopedic surgery complications, etc.

We then report these to our hospitals and tell them if they are in the top 20%, middle, or lower. The hospitals are then asked to work with their medical staffs to improve areas where they are doing less well and to continuously improve areas where they excel. These efforts have resulted in significant improvements in our over all CABG mortality. They have also caused us to move such surgery toward the less expensive but better outcomes of off-pump procedures. The indicator system has also allowed us to improve care for breast cancer and to better understand how to measure quality in orthopedics.

Another movement in the U.S. that is beginning to have great impact on the doctor-patient relationship is the Internet. There are at least 5 internet companies that compare all U.S. hospitals based on Medicare billing data. Such data, without patient

identifiers, is public information. Patients can go to these sites to get comparative outcomes. They can also go to the various search engines on the web and gain volumes of information on specific diseases and treatments. Thus patients may come to the doctor armed with more current information than the physician. At present, there is no monitor of the quality of such information but supposedly 29% of Americans have used the Internet to research health issues. We expect this phenomenon to continue its rapid growth.

Suffice it to say, healthcare in the U.S. is in a state of significant confusion. Will we spend more of our GNP on healthcare or will we move toward either HMO controls or more government controls? These will be the issues not only in our year 2000 elections but also in elections for the next decade.

It is my opinion that we will see more spending in our country on health care and that we will have another debate around nationalizing our system through requiring a Canadian type, government controlled, simple payer system. I do not believe that we will accept the Canadian model but will agree to move toward a PPO system with defined contributions rather than defined benefits. In other words, Medicare will offer vouchers to all seniors that they can use to purchase an HMO or a PPO, depending on their individual needs and resources.

I will look forward to being with you in the future to discuss whether or not my predictions came true. Thank you.



特別講演

## 「日本の医療—現状と改革のための私案」

講師 池上 直己 (慶応義塾大学医学部 医療政策・管理学)

座長 岩瀬 俊郎 (城北病院)

本日は講演の機会をいただきましてありがとうございます。医療についての一番大きな問題は、国民の立場からすれば、医療保険の保険料はできるだけ安く、税金の負担もできるだけ低い方がいい。一方、患者の立場からしますと、できるだけ良い医療をお金にいとめをつけずに受けたい。こういう相反する立場があります。通常それに対して経済ではどう解決するかといいますと、医療のほかに自動車だとか消費財と比べてどれだけ医療にお金を使いたいか、それにしたがってお金をたくさん使いたければ、良い医療を受ける、使いたくなかったら悪い医療でがまんしなさいという解決策が示されます。しかし、医療の場合にはそれができない、あるいは非常に難しい。アメリカのように非常に貧富の差があるところでも、どんなに右翼の共和党議員でも、メディケイドのお金のない人は質の悪い医療でがまんしなさいということは言えないわけです。なぜかと言いますと、生命に直結する医療に対して、お金の支払い能力で格差をつけるということはなかなか言いきれない。そこで政治的な対応方法でお金をどれだけ医療に使うか、また医療の中でどのような使い方をするかということを決めていかなければいけないわけです。

どれだけ必要な医療があるか、その積み上げ方式でどれだけ医療費がかかるかということを経験者や医療従事者が計算できるかということ、それは非常に難しい。その理由は、ある病気に対

して(図1)医療サービスが適切とされる範囲というのは、こういうコアの「常に適切」とされる部分と、「常に不適切」とされる外側の部分があるのですが、大部分は中間、いわばグレイのところであって、どの治療法が良いかということは患者によって違う、あるいは医師によっても違う。わけでも医師への支払い方法によって違う。つまり仮に出来高で払っていけば、限りなく「常に不適切」というところまで広がって、だれでもCTスキャンをとった方がよい。逆に包括として、セット料金であればできるだけ薬もほとんど出さない。ということで、支払い方法によってもこの部分が変わってきますので、なかなか医師に頼って、医学的ニーズということで必要な医療サービスの範囲を決めていくことは難しいわけです。そういうことで医療

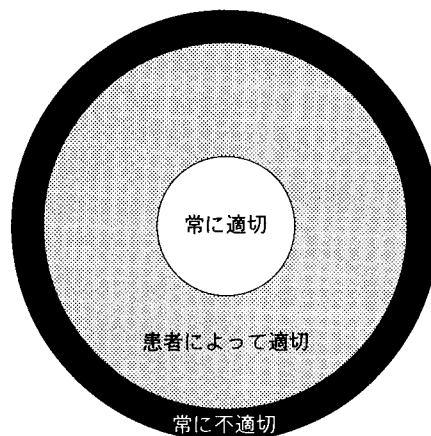


図1 ある病気に対して医療サービスが適切とされる範囲

政策として全員が満足するということはまずありえず、常に不満の状態の中で、なんとかバランスをとりながらやってきているわけです。

日本の場合、そういったバランスが比較的うまくいって、GNPの伸びの範囲に医療費の伸びは収まっていたわけですが、1991年にバブルが崩壊すると同時に決して医療費の伸びが加速度的に増えたわけではなく、医療費は同じように増えてきたわけですが、バブルが崩壊してGNPは今年なんかはマイナス成長です。そうすると国民医療費とGNPの乖離が大きくなりました(図2)。乖離が大きくなるということは、毎月保険料を月収に占める割合の中でより多く払わなければならない。税金をよりたくさん医療のために使わなければならないということで、医療制度についての改革が模索されているわけです。医療制度の改革についてお話しする前に、まず日本の医療の功罪についてお話ししたいと思います。

日本の医療の最大のメリットは公平性を担保する支払い方式がある。医療保険制度として非常にたくさんに分かれていまして、大きく分けると共済組合・組合健保・政管健保・国保とありますが、このどれに入っている、医療機

関に支払うときは、診療報酬という同じ支払い方式にしたがって医療機関に支払われるわけです。したがって、ドクターの立場からすると患者がこのどれに属していても自分に入ってくるお金は同じなわけですから、例えば共済組合に入っているからこの薬は使えない、あるいは同じ治療行為をしても余計お金が入るからもっと丁寧に診ようということは起きないで、どの保険に入っている、同じだけ払われるわけですから、患者は公平に診られている。公平性ということが日本の医療の大きなメリットだと思います。

もう一つのメリットは、お金がかかっていないこと。新聞報道などを見ますと日本の医療費が爆発的に増えているという印象を持たれるかもしれませんが、主要先進6か国における医療支出を見ます(図3)。購買力平価というのは、1ドル116円とか120円とかという為替でなく、日本は全体にまだ物価が高いので、1000円でどれだけ買えるかということと比較した場合に、医療費は1人あたりいくらかかるか。あるいはGDPとって国の経済の中でどれだけ医療が占める割合が高いのか。先程アメリカにおいては14%という水準が示されていましたが、日本は7%です。これはOECDという国際機関が、

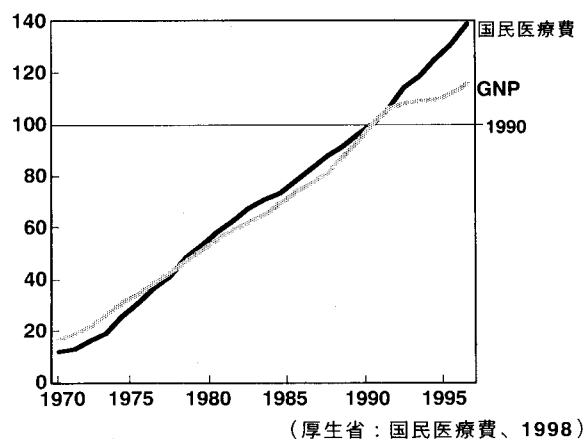


図2 1990年を100とした国民医療費、およびGNPの値

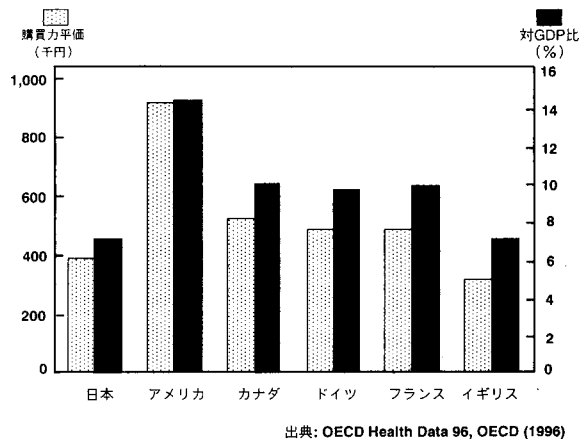


図3 主要先進6ヶ国の医療支出、購買力平価(PPP)表示および対GDP比(1994年)

各国の医療費の統計をできるだけ同じ方法で仕分けした比較方法ですので、国民医療費よりは大体25%ほど高い水準になっております。それで見ても日本はアメリカの水準の半分で、ドイツやフランスと比べても低い水準にあることがおわかりだと思います。これが日本の医療に第2の良い点でありまして、医療費が安くすんでいる。

なお、そのほかに乳児死亡率が少ないとか、平均余命が長いことは言われておりますけども、これは医療よりもむしろ住環境、栄養状態あるいは貧富の格差が少ないということの方が大きな要因だと考えられています。ということで、日本の医療の一番のメリットは公平であるということと医療費が安いという点です。

次に、どういう点が問題かと申しますと、国民皆保険が1961年に達成されましたけれども、皆保険を達成したときに制度を一本化したわけではなく、いわばつなぎ合わせのかたちで皆保険が達成された。日本の保険制度を大きく分けると、大企業・公務員のための保険制度、すなわち健保組合と共済組合の制度、それから中小企業の方が入っている政管健保、自営業者・年金生活者が入っていらっしゃる国民年金。こういう大きな3つの制度に分かれているわけです(図4)。

健保組合と共済組合の方は自分たちの保険料で自分たちの医療費をまかなえる。その保険料は使用者側と被用者側からそれぞれ出され、自分たちのお金だけでまかなっている。ところが中小企業の方は、大企業・公務員に比べて所得は低いし、病気にもなりやすい。そこで政管健保に対しては、政府から国庫負担、つまり使用者・被用者・国民から取った税金から14%ぐらい入ります。保険料でまかないきれないので、大企業の人たちと同じだけの保険料を確保しようとする、月収に占める保険料の割合が高くなりすぎるので、この分税金で補填している。

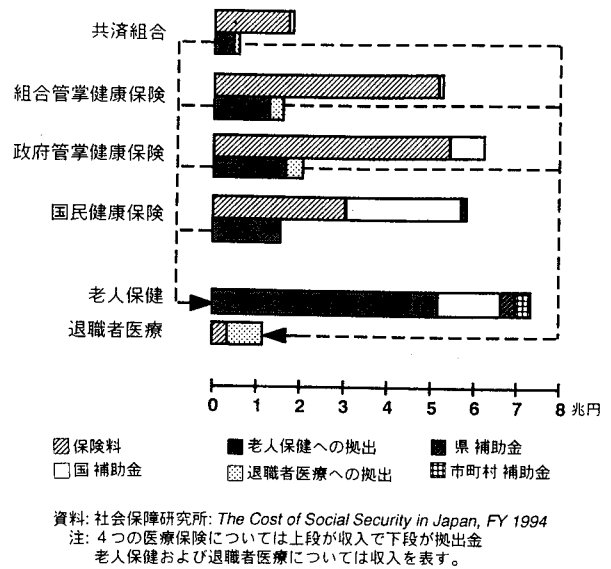


図5 医療費のレセプト点数順位別構成割合

一方国民健康保険については、半分を税金でまかなっている。したがって、この制度は保険であるのか税金であるのか、両方、保険と税金をミックスしたような制度です。そして保険者の数、保険を運営する数は、組合健保は1800ありますし、また国民健康保険は市町村の数だけ3200ありますから、5000以上の保険者が日本にはある。5000以上の保険者がいる国というのは世界中探しても日本だけです。特に国民健康保険に関しては、平均で半分を国がみていますが、弱小の町村となりますと国庫負担率は8割を越えていますので、実質上保険として成り立たなくなっているところを税金でつかえ棒しているというのが現状だと思います。

そればかりでなく、老人は年金生活を送るようになると、みんな国民健康保険に入りますので、老人に対しては、拠出金というかたちで老人保険に出されているわけです。したがって、共済組合も組合健保も政管健保も国保も、それぞれ老人のプールに対して拠出金を出して、その拠出金で老人の医療費が払われている。昨今、拠出金の割合が4割を越えた。組合健保の言い分では、自分たちの医療費のために、保険料が

上がるならまだがまんでできるけど、自分たちとは関係のない強制的に取られる拠出金のために保険料が上がることはがまんでできない。したがって、老人医療費をなんとかしてほしいという声が出てまいりました。それは一つには、保険制度がバラバラになって、それに対して税金による補填と拠出金による調整という2つの仕組みでつぎはぎを行ってきたツケが今出てきたというふうに考えられます。

今申し上げました医療保険制度の制度疲労に加えて、2番目の問題は診療報酬体系の問題です。診療報酬体系というのは、もともとは昭和の初めに開業医に対する支払い体系として出てまいりました。なぜこれを診療報酬というのか。診療報酬というのは医療行為に対する公定価格の体系であるわけですから、医療支払い体系といった方が正しいのですが、それをあえて診療報酬と言って、医療に対する支払い方式と言っていないわけです。したがって、料金体系の基本構造は開業医に対する支払い体系を温存しているわけです。その結果として、教育研修費、今でも健康保険法では教育研修に対して保険で払うことは禁止されています。あるいは事務管理費、減価償却という組織医療を行っていくうえでの原資となる財源が不明確になっているわけです。

それから診療報酬体系は、全国一律の体系で大病院から診療所まですべて同じ体系のもとで払っています。これも世界的に見て大病院と、開業医の診療所が同じ料金表のもとで払っている国は日本以外にはありません。一律の支払い体系となりますと、収益性、つまりもうかる医療行為はどの医療機関も同じである。したがって、機能分化が進まない。それは機能分化をしろということは病院に赤字を強いることを意味しているからです。開業医に対する支払い体系を温存しているということは、外来の方が収益性のよい仕組みを温存していますので、それで

表1 医療の質を評価する方法

評価方法	評価対象	方法としての問題点	日本の問題点
Structure	資格の確認 施設基準	必要条件にすぎないが簡易	専門医制度
Process	手順の正しさ	記録や診療指針の確立が必要	医局講座制
Outcome	転帰、 患者満足度	患者特性の標準化が困難	データベース

機能分化をしなさいというのは、経済的合理性に反するようにサービスを提供しなさいということで、機能分化が進んでいません。

以上が制度の問題ですが、一番問題なのは医療の質を評価する方法です。教科書的にはStructure、Process、Outcomeというのがあります(表1)。Structureというのは、資格の確認、施設基準で、これは必要条件にすぎなくて、その病院に看護婦が何人いるとか医師が何人いるというのは、それだけの人数が確保されても質がよいとは限りませんけれども、それだけの人数が全くいなかった場合、少なくとも質は問題があると言えるかと思えますので、必要条件にすぎない。外国では、医師というのはすべて同じ能力があるというのが前提でこのStructureの評価をしているのではなく、専門医の数、専門医としてどのような研修認定がなされているかということでStructureの評価が行われているわけです。ところが日本は専門医制度の発達が非常に遅れていますので、このStructureの評価ということ、必要条件にすぎませんが、これも遅れている。それから、Processの評価は、要するに手順の正しさと、学会などが定めたプロトコールにしたがって行われているかどうかです。それには記録や診療指針が確立されている必要があるわけです。日本の場合に2つの問題があって、1つは医局講座制です。縦割りのピラミッドの中に勤務医が位置づけられていますから、そのおのおのがそのピラミッドの中の標準化は達成されても、異なるピラミッド間

におけるプロトコルの確立は進んでいない。専門医としての横のつながりよりも医局講座による縦のつながりが強いので、なかなか標準的なプロトコルの確立が難しい。それからもう1つ、手順が正しかったかどうかを確認するには、医療記録（カルテ）に書かれている必要がありますけれども、この整備が非常に遅れている。

Outcomeの評価というのは転帰で、先程の講演の中にもありました手術後の冠状動脈バイパス手術後の死亡率とか予後についてです。あるいは患者の満足度ということから見ていくわけです。その場合にぜひともやらなければいけないのが、私が質問いたしました患者特性の標準化ですが、それが困難ということです。私が毎年行っておりますペンシルベニア大学病院で急性心筋梗塞の死亡率が問題になった。リスクアジャストとって、患者の特性の標準化を行うとかえって病院の成績が悪くなる。というのは、患者の特性を調整する方法としてバイタルサインで調整する、つまりバイタルサインが入院時には悪ければそのことを考慮してOutcomeの評価を行うわけですが、大学病院の場合はいったんバイタルが落ち着いてから大学病院に連れてこられますから、そのバイタルサインでリスク調整をしますと非常に予後がよい患者として見られるわけです。ところが、実際には重症だから大学病院に来ているので、そういうかたちでの質の標準化をするとかえって悪い成績になる。こういうことで、医師の間でなかなか患者の特性を標準化する方法について合意を得ることは難しく、自分が診る患者が一番難しいとみんな思っているわけです。

しかしこういう問題があるにせよ、データベースを作ってできるだけそういう要素を調整するということが必要となってくるわけです。ところがもともとProcessを評価するうえでの記録がないところにデータベースを作るという

ことは難しいですし、極端な話、何をもってどういうふうに患者を分類するかという診断方式も講座によって違うのであれば、記録があってもデータベースが作れない。こういう点で私は3番目の医療の問題点として医療の質を評価する方法が確立されていないことを挙げたい。方法が確立されていないので、質の評価が進んでいないということが最大の問題だと考えられます。

以上のような問題があるわけですが、2年程前から国が行おうとしている医療保険制度の改革は、私が見たところは、高齢者が多く、財政基盤の最も弱い国保に集中している。そして診療報酬に頼った政策目標の達成。診療報酬をいじくって在院日数を短くしたり、経済誘導に頼ったやり方をしています。これがこれまでのやり方です。しかも、バブル崩壊後の経済の落ち込みによって改革をしなければいけない。そこで政府が考えたのは、医療費が増えたのに、保険料も上げるな、税金も増やすなということだったから、患者から取るしかないだろうということで、自己負担を増やそうではないか。老人医療費が増えて、各保険者は拠出金を出すのはいやだ。それなら独立した高齢者医療保険制度を作りましょうと。出来高払いが青天井になっているから医療費が増える。それなら包括化を推進して出来高払いをやめさせるべきである。中でも薬剤の問題があるから、そして薬価差益に依存した病院経営をしているから問題だ。だから、給付基準額制度。これは同じ薬効の薬に対しては統一価格を設けて、それより高い価格で購入したらその部分は患者に払うようにもっていきましょうという改革の方向性です。

これらはいずれも、そもそも患者負担を増やすことが良いと考えたとしても、医療費を抑制することに問題があると思います。そのうえ公平性を損なうし、理念と総合性に欠けると考えられます。その一例を、医療費に対する患者の

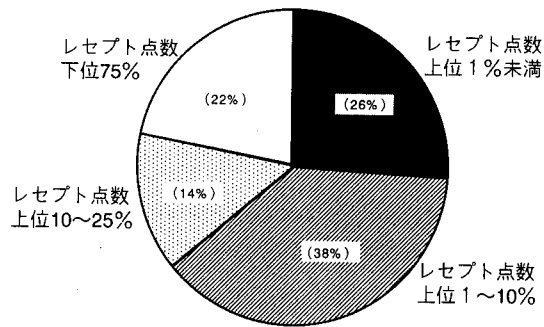


図4 医療保険制度の財政調整

(政管健保と国保の合計、1993年度、社会医療診療行為別調査より計算)

自己負担を拡大するという提案がなぜ行き詰まらざるをえないかをご説明したいと思います。

これは医療費のレセプトです。高い順から低い順へずっと並べたわけです。政管健保と国保の合計ですけれども、高い順から低い順に並べて、全体の医療費にどれくらいの割合を占めているかを示した図です。そうしますと、レセプトの高い順から1%のレセプトで医療費の26%を占めているわけです。上位の10%のレセプトで60%の医療費を占めている。一方レセプトの下位の75%、4分の3、数のうえでは圧倒的に多いわけですが、医療費に占める割合は22%にしかすぎないわけです。なぜ患者負担を増やしても意味はないかと申しますと、実は上位のレセプトの部分は、高額医療費制度、療養費払いの制度があるわけですし、月額患者の自己負担額が6万3600円を超えるとどの保険に属していてもすべて保険で払うことになっているわけです。したがって、これらの患者に対する自己負担の割合を5割にしても全くインパクトを受けないわけです。と言いますのは、このような高額医療になりますと、いずれにしても保険から出ますので自己負担額は当該患者にとっては、関係なくなるわけです。例えば月間のレセプトが200万円としまして、自己負担割合が2割だとしますと40万円あるわけですが、実際にその患者は40万円払うのではなく、6万3600円しか払わないわけです。自己負担割

合を仮に2割を5割にして100万円にしたとしても、やはり同じように6万3600円しか払いませんので、このような高額なレセプトに対して自己負担割合は全く影響を受けないわけです。影響を受けるのは、確かに患者の数のうえでは多い75%で、高額療養費は適用されませんから影響を受けるわけですが、それはただか医療費全体の22%しか占めていないわけです。

したがって、このような自己負担を拡大するというかたちでの医療費の抑制というのは公平性などについて問題があるうえに、医療費を抑制する効果の点においても問題をはらんでいます。

独立した高齢者保険制度についても非常に問題があると思います。老人の保険料だけで老人の医療費をまかなえると考えるのは幻想でありまして、アメリカのメディケアという老人医療は勤労者全員から、社会保障費として所得天引きされているわけです。したがって国民全員でメディケアを払っているわけです。同様に仮に独立した高齢者医療保険制度を作っても、老人の保険料だけではとうていまかなえないので、別のところから財源を持ってくる必要がある。その財源として税金かあるいは保険者からの拠出ということになりまして、基本的に変わらないと思います。それより問題なのは、老人だけ別の制度になりますと日本はアメリカのように選挙とかたちで老人パワーは決して大きくないと思いますので、老人に対する医療の水準が老人以外と比べて下がる心配があると思います。つまり70歳の誕生日と同時に今まであった薬が給付されなくなる心配があります。薬価差の存在についての給付基準額は白紙撤回されましたので、これについてはこれ以上述べませんが、現実問題としてこの制度を運用しようとしたときに大きな障害があったと思われま。次に出来高払いを包括化するという制度の

問題点を挙げたいと思います。

前の講演にもありましたDRGとは、もともと病院の生産性を見る指標として開発されました。病院には患者が入って、患者が退院していく、お金はかかっている。しかし、各病院の生産性はどうか。どこの病院が効率的に医療を提供しているか。それは患者の数だけで見てはわからないので、患者をコストの面から病名、手術処置の内容、年齢等で分類して、このグループの人は何人退院した、このグループの人が何人退院したということで、グループ別にコストの重みづけをして生産性を見る。したがって、各患者はいずれかのDRGグループに分類され、各DRGはコストの指標として表示する。大体DRGのグループとして500あります。例えばその真ん中のコストを1.0とすると、一番安いDRGグループだと0.3、一番重いのだと6とか7とか8と幅を持たせることによって、コストによる重みづけされた指数として出てくるわけです。

こういう1970年代に行われた病院の生産性を見るための指標として開発されたDRGが、アメリカでは老人医療、メディケアでの急性期の入院医療において、入院から退院までの包括的な料金を決めるために採用されたわけです。つまり病院組織としての生産性を見る指標から、個別の患者の支払い、1入院ごとにいくら、急性の手術で入院したら込みのセット料金で30万円というように、各DRGグループに対応した料金表が作られたわけです。これに医師報酬は含まれていないのですが、実は日本ではあまり注目されていないのですが、ヨーロッパではもとのDRGの開発された目的に沿って各病院の予算を決めるための指標として使われていて、その場合は医師報酬なども含んでおります。

日本でも急性期入院医療において、DRGのような包括的な支払い方式を導入することの

フィージビリティ（可能かどうか）を見ることを検討することが決まりました。そして昨年11月から10の国立系病院において試験的に開発された日本流のDRGに沿った支払いが行われるようになりました。病院関係者の間ではこれが急速に日本に導入されるのではないかとということが危惧されております。結論から申し上げますれば、私はその可能性は非常に低いと思います。昨年11月に始まった国立系10病院のプロジェクトは5年間の試行期間となっております。この試行期間が短縮する、つまり5年が3年になる、あるいは試行調査病院が10病院より20~30と増えていく。いずれの可能性もきわめて少ないというふうに考えております。

それはなぜか。実は私はこれについて、厚生省から委託研究を受けておまして、そこでわかったことを申し上げますと、まずデータベースがないと、どういう患者が何人、どのDRGグループに入る患者が何人いるかもわからない。そもそもアメリカで作った500の分類が日本で良いのかどうか。当然なんらかの修正を行う必要があるのですけれども、その基本となるのがデータベースです。そのときに退院時診断と手術処置内容の入手とコーディングが必要なわけです。ところが退院時診断がわかっている病院というのは日本の病院の4割しかないわけです。退院時サマリーを書いている病院は、医療施設調査によりますと、日本の全病院の4割しかありません。残りの病院はレセプトの病名しかありませんので、これは提供した医療サービスを追認するための病名がついている可能性があります。特にDRGグループのグルーピングの際、重要なのは合併症の有無によって別のグループになることがあります。それはなぜかといいますと、ある合併症があるとそれだけコストがかかるので、別のグループにする必要がある。ところが主要病名も合併症病名も退院時サマリーがないと確定しないわけです。それが4

割の病院しかないし、その4割の病院についても、ICD分類を用いるなど、分類方法が確実に標準的な方法で行われているとは限らない。したがって、大本の退院時診断のデータが不足している。そのうえに手術については診療報酬の手術分類でも対応できるかもしれませんが、退院時診断のところがネックになっております。

今現在そういったグループの患者にいくらお金を払っているかを調べるのは、保険の点数による支払いは決して適正な価格ではないかもしれませんが、今現在、払っているかを見るためにはレセプトのデータが必要なわけです。ところがレセプトのデータというのは出来月で出ていますので、6月30日に入院して、8月1日に退院したとしますと、3枚のレセプトにわたるわけで、そのデータを1入院単位に集約するということが非常に難しい課題であるわけです。

そしてコスト調査をする。レセプトの点数というのは必ずしも病院で実際にかかったコスト、医師看護婦の件費や施設の減価償却を正しく反映しているとは限りませんので、コスト調査もする必要があります。何よりもそういうことをお願いする調査協力病院をリクルートしなければいけない。ところが民間中小病院では退院時サマリーもないところが多いわけですから、なかなか参加は得られない。そうすると集められたデータは厚生省の試行調査と同じく、比較的規模の大きい公的病院が中心となりますので、コスト高の数値になる可能性がある。グルーピングの方法としては、国際規格となっている米国のDRG分類にどこまで典拠するか。臨床的な観点。コスト的には1グループにまとめられるけれど、臨床的観点から1グループにまとめることは難しい。これはフィードバックしながらグルーピングしていかなければならないわけですが、厚生省の試行調査の場合は時間も限られていることもあって、今、歯抜けの

かたちで実行されているわけです。つまり6割の患者しか、今ある分類では分類できなくて、残り4割は分類に該当しないという状況であるわけです。

DRGというのはあくまでコストの面から患者を分類する方法ですけれども、各DRGに対していくら支払うか、各DRG指数に対していくら支払うかという標準報酬の設定の問題について見た場合、同じ状態の患者でも、病院により診療方法、医療費が異なる。同じ診療内容、同じ入院期間でも看護婦等の人員配置稼働状況によりコストが異なる。つまり看護婦がたくさん配置されているところはその分高コストになる。それは必ずしも患者の重症度とパラレルの関係ではありません。もう一つは同じ診療内容、同じ期間、同じ看護体系でも職員の勤続年数によりコストが異なる。つまり日本の賃金体系は医療職については基本的に勤続給ですので、従業員の平均年齢が高まれば、給与は高まりますので、コストも高まる。したがって、病院の職員の平均年齢、勤続年数に対応したかたちでコストを補償するか年功賃金体系を崩さないかぎり、この上の3つが満足されても対応できないわけです。

そのほか、資本コストの問題、地域差の問題、教育研修等を別途検討する必要があるとして、アメリカではすべて別途対応されています。今後の展望としては、データベースの整備と医療の標準化のためにDRGという指標は良いと思いますけれども、私個人としてはヨーロッパにならない病院の生産性を見る指標の一つとして対応した方がよろしいかと考えております。

本日の特別講演のテーマが新しい方式の提示ということですが。医療の改革を考える場合、お金の流れから考えますと、大きな流れとしては、国民から保険料や税で保険者や政府に行って、保険者や政府から診療報酬・補助金というかたちで医療機関に行く。一方国民から医療機関へ



行く窓口の自己負担の問題というのは1割以下でして、これまでのお話で申しましたように、これを中心に置いた改革というのは決して成功しないだろう。したがって私が提示する改革は、国民から保険料・税を保険者・政府に納めるこちらの流れと、保険者・政府から医療機関に流す診療報酬・補助金の問題に焦点を置いて話していきたいと思います。

そこで保険者の改革として、基本的には県単位に被用者保険、国保を順次再編していくことが課題です。そして保険者間の統合を進めるには財政調整を逆に強化しなければいけない。今、老人保険への拠出金ということが大きな課題になっておりますけれども、それは老人だけで絞った問題であって、実は老人だけではなく、組合健保の場合でも平均年齢が35歳の組合健保と50歳の組合健保では医療費のかかり方が全然違うわけです。あるいは従業員の標準報酬が低い組合健保と高い組合健保では保険料率が全く違うわけです。ドイツでは保険者の改革を行うにあたって、保険者間での性、年齢や所得構造にしたがって財政調整を行う。財政調整をそのように行いますと、保険者間での財政基盤が同じようになって、保険料率も似てきますので、そうなるとう相互に合併する雰囲気が出てくるわけです。そういう合併を県単位で進めて、被用者保険、国保という県で一本の単位にしたうえで、それぞれ国と県のレベルで保険者間の財政調整を行って、県が保険者になることで負担と給付の関係を明確化する必要があると考えております。

もう一つは高齢者医療保険制度を新たに作る。これは高齢者だけに絞った制度となりますと、高齢者には負担だけが非常に増えるということになりますし、また高齢者だけの保険ですと給付が下がる心配がありますので、私はこのように、医療保険制度を給付額と拠出金に別れている今の制度を、改革後は2つの医療保

険を作って、1つは新しい健康保険、もう1つは高齢者高額医療保険というのにする。高額医療の対象となる患者は、高額医療の対象となった時点で、高齢者高額医療保険から給付を受ける。全体としては、2つの保険料を足すと今の保険料と変わらなくなりますが、高齢者高額医療保険が7割、新医療健康保険が3割というぐらいいのかたちで整理することによって、2つの保険に国民が入るようにすることがよろしいのではないかと。

今も健保組合、国保組合の中で共同事業として、高額医療に対して再保険制度が行われていますが、非常に規模が小さくて、特に弱小の組合健保の場合には、1レセプト1000万円、2000万円のものが出たり、あるいは透析の患者が発生したりしますと、その組合健保にとってはかなり大きなダメージを受けるわけです。透析患者はなかなか民間の企業に勤めにくいというのは、そういう方を自分の組合健保で抱えると非常に組合の財政が悪化するからであります。そういった不公平を是正するために、高額医療になった段階で高齢者高額医療保険制度というところから支払うようにした方がよいのではないかと。新健康保険が県単位で扱って、高齢者高額医療保険制度は全国単位の規模で行うのが良いと考えております。

一方診療報酬の改革については、高機能病院に対して、現状は入院も出来高、外来も出来高、そのほかに事業助成、赤字補填というかたちで補助金が来ております。この制度の弊害は何かと申しますと、こうした補助金がある病院とない病院とで格差が起きまして、補助金のある病院に患者が集中して、3時間待ちの3分診療という事態を招いたり、あるいは、構造的に赤字になるのだから、赤字になってもやむをえないという問題が発生して、経営努力が必ずしも進まない。そして民間の病院と競合する状況が出てきますので、私は、入院も全科を通して1日

あたりの包括払いにする。外来も1回あたりの包括払いとして、補助金の水準もそのままにして、将来的には各病院のパフォーマンスにしたがって改定していく。パフォーマンスがよければだんだん増えていくし、悪ければ少ない料金になっていく。これも県単位の判断で料金を改定していく。

具体的には、県内の高機能病院の包括料金を改定する指標として3つの分野があって、1つは医療計画で定めた医療機能の達成として各種高度手術の件数、3次救急の受け入れ、紹介率、逆紹介率。2番目にDRGから見たコストの発生ということで入院患者をDRGに分類し、指数を乗じることによって、病院コストを相対的に比較できるようになる。3番目には医療の質の評価として当面はデータベースがない状況では、医療記録の開示、院内統計の整備や患者満足度等調査の相対的比較ということを紹介して、それぞれの病院の実績と改善の度合いを見ながら包括料金を改定していくことがよろしいのではないかと考えています。以上が私の医療保険改革の構想です。最後に若干介護保険について触れたいと思います。

介護保険というのは、今、新聞でもこの場に及んでいろいろな問題が出ております。保険料の地域格差、家族に対する現金給付、要介護度の認定方法、財源の不足。思いつくままに挙げただけでもこれだけあります。ただ、私は保険料の地域格差ということが大きな問題ですが、保険料が高いところは非常に気の毒だという専らの新聞の論調です。しかし、これは見方を変えれば、当該市町村で徴収する保険料というのは全体の財源の6分の1にすぎないわけです。残りの6分の5は税金ないし、40~65歳の方から全国にプールした保険料をその当該市町村に割り振るわけです。そのうち一部は自分の市町村の税金ですが、保険料の5倍分が実は全国からのプールされた税金や保険料が来るわけ

ですから、保険料が高いところは5倍になってサービスが多く戻ってくる。そういう見方をすれば不公平なのは、保険料が少ないところです。保険料が少ないところは、それだけ確かに当該住民の保険料が少ないけれど、国でプールしたお金がその市町村にはほんのわずかしかももらえないという点では不公平があるかもしれません。

家族に対する現金給付については、それぞれフィロソフィーの問題が絡んでいますので触れないことにします。要介護度認定の問題というのは、きわめてずさんな要介護度のアセスメント方法を用いているために、非常に大きな問題が残っています。例えば、「一部介助が必要」と「全面介助が必要」のどちらに丸をするかによって、要介護度が非常に異なる場合があります。ところがどういう場合に一部介助にすればよいのか、どういう場合に全面介助にすればよいかということの方法が明確に提示してないばかりでなく、コンピュータのロジックもきわめてずさんな方法で今なされようとしております。

最後の財源不足の問題としては、日本はドイツと比べて保険料は税金を合わせても2分の1の財源です。ところがドイツと比べて給付のレベルは倍の水準にあるわけです。ドイツの給付は施設介護の場合は、全体の費用の半分しか保険で出していません。施設にいる方の半分近くは生活保護から給付されています。ところが日本は1割の自己負担を除いた全額を介護保険から給付する。したがってどういうふうにも考えても、財源は半分で給付は倍あるというのは、算術としては合わない。この辺が実は介護保険が施行された場合の大きな欠陥であると考えられます。しかし、ここまできて1~2年延期したところで事態は好転するわけではなく、日本人は得意の走りながら考えて改善をする方法を取っていかざるをえないと思います。

最後に、実は介護保険の中で私はケアプランの方式としてMDS方式というのを紹介し、またMDSHCという在宅におけるケアプラン方式の開発者の1人でありまして、いずれもMDSという施設版については今年の6月に改訂版を出して、在宅版のMDSHCについては、今年の9月の初めに改訂版を出す予定です。医学書院から出

る予定です。昨日パンフレットができたばかりで、いくつか用意しました。宣伝で終わって恐縮ですが、このMDS方式の改定版が出るということをお伝えして、私の講演を終わりたいと思います。どうもご清聴ありがとうございました。

記念講演

## 「地域住民の意識変革から行動へー地域医療変革に向けてー」

講師 谷口 堯男 (寺井病院名誉院長)

座長 山田 裕一 (金沢医科大学 衛生学)

寺井病院の谷口です。「地域住民の意識変革から行動へー地域医療変革に向けてー」という大きなテーマを掲げているわけですが、昨日から今日にかけての諸先生方のお話というのは、非常に理論的に厳密な、これからの私たちの医療の展望といいますか、地域医療の変革の運動から考えますと、そのベクトルの方向性を示していただいていると思います。私がこれからお話ししますのは、ベクトルの力がどういうふうになれば大きくなるのかということに関連するかと思います。私どもの病院の医療活動を通じて考えてみたいと思います。

80年代に入りまして、医療、福祉への攻撃が非常に厳しくなり、来春は介護保険が導入され、老人医療保険が大改悪されるという中で、お年寄りの7～8割は生きる展望を失ってきていますし、介護が必要なお年寄りは劣悪で負担が大きい在宅ケアの中に押し込められて、家族崩壊も起きるであろうという危機に直面しています。

このような、激しい、医療や福祉に対する攻撃をはね返すのは、結論的には、国や自治体の政治の姿勢が民主的にならなければ達成できないことですが、それを達成するにしても、基本になる力というのは、地域の住民が地域の医療、保健を変革していこうという意識変革をして、それを行動に結びつけていくという力がなければ実現できないのではないかと思います。私は、当病院が展開してまいりました地域医療の中で、健康づくり集団をどのように組織してきた

のか、どのような運動を展開してきたのかという視点で、考察をしてみたいと思います。

当病院は1952年に寺井町に開設されました。この地域は一方が日本海で、一方が白山系の山並みで、手取川と梯川という大きな川が流れている、南加賀といわれている地域です。ここで医療活動を展開したわけですが、その中で、57年から寺井町を中心にして医療懇談会というものを始めました。これが健康づくりの運動の起点になったと思います。それがだんだん周囲に広まっていき、現在は71か所で開催されています。この運動の中心になっている「健康友の会」の参加者は、寺井病院では5700～800名です。

こういう地域医療の展開というのは、私どもの病院だけではなく、石川民医連の3病院5診療所が、それぞれの地域で同じように健康づくりの友の会を組織して、医療懇談会などを開きながら行っています。今日は、私の携わりました南加賀地域について述べたいと思います。

1957年に寺井に医療懇談会が始まりました。ここは農村地域で、一向一揆の戦場になった地域ですが、非常に脳卒中が多発しておりました。脳卒中に対する不安が非常に大きく、何とかしてほしいというニーズがあり、医療懇談会はそういうニーズに適していたものですから、周りにだんだんと医療懇談会の数が増えていくようになりました。

66年ぐらいになると、慢性疾患の管理が前進して、高血圧や糖尿病、ぜんそくという患者会が組織されていきます。そういう患者教育の中

で、生活習慣を変容することの大切さに気づいていくわけですが、なかなかそれができませんでした。

ちょうどその時期です。寺井町を中心に九谷焼という焼き物の生産が盛んに行われているのですが、九谷焼の画工さんたちの健康状態が非常に悪いということで、診療所と医系の学生さんと画工の組合の三者が検診班を作り、検診を行いました。その中で、7割ぐらいの人が貧血だということがわかり、検診を続けていくうちに、その原因が上絵つけ絵の具の鉛の汚染によるということが判明し、大騒ぎになりました。画工組合を中心に自分たちの労働環境や生活環境を変える運動が起きるわけです。その中で、「伝統産業だから、町は何とかこれを補助すべきだ」という要求を出していき、その要求を獲得しました。10年ほど検診を続け環境の改善を続けていくうちに、ほとんど貧血がなくなるという成果を得ました。この検診は、その後も町の検診として続けられています。

そのようにして九谷検診を続けていくうちに、医療懇談会が周りに広がっていき、数が増えていきました。医療懇談会を続けていく中で、成人病の予防ということだけではなく、地域の医療や保健、福祉のニードをくみ上げる泉になる、あるいは地域を見通す窓になるということがだんだんわかってきて、こういう運動をぜひ大きく広げていきたいというふうに思いました。そして、77年にその中心になる「健康友の会」という集団を組織することになったわけです。

当時は900人前後であったと思いますが、そういう「健康友の会」を中心に運動が展開されていきます。「班会」はまだ20足らずであったと思います。まず、「健康友の会」として保健のリーダーを養成しようということで、翌年78年に「保健大学」を開講して毎年開いていく。そして「健康祭り」というのを開きまして、その時々地域の医療情勢、福祉の情勢などの情報を、みん

なで共有して問題点を見つける。それにどういうふうにアプローチしていこうかという討論も加えてやっていきました。この2つの活動が、健康づくりの運動を大きく発展させるきっかけになっていきました。このようにして「班会」の数が増えていきます。

開催の回数も増えていき、友の会会員の数もだんだん増えていくわけです。そういう医療懇談会をやっていく中で、いくら一生懸命、話をしている、居眠りをしている人がいます。これは高齢者が多いためです。また、あちこち分裂してひそひそ話をし、私の方を向いてくれません。それで、手を変え、品を変えて、いろいろ教育の技法を取り入れていくのですが、いっこうに集中しません。ある日、あまりにもひそひそ話が多いので、「あなたたち、いったい何を話しているのですか」と聞いたら、「先生の言っていることはもっともだが、家に帰ってそういうことをしようとしたら、大変なことになる」。「おじいちゃんが承知しない」とか、「お嫁さんが承知しない」というようなことを話し合っていることに気がつきまして、頭を殴られたような感じがしました。今までは逆立ちをした健康教育をしていたのではないか。こういう本音を出す話し合いをしなければ、健康づくりというのは進まないのではないかとこのことに気がつきました。それまでは教室型に、私の方を向いて皆座っていたのですが、それを円座にして話し合いをさせることで非常に班会が変わってきました。

昔のかたちを「おまいり型の班会」といって、非常ににぎやかになって、活性を持ってきた班会のことを「ワイワイガヤガヤ型の班会」と私たちは呼んでおります。そういうかたちの班会がだんだん増えてまいります。いろいろ自分たちの身のまわりを調査してみても問題点を発見しようとか、あるいは健康づくりの基本である栄養について学習を進めながら、栄養を変えて習

慣を変えていくという取り組みをするというふうに、班会の中身が活性化して、健康づくりが進んでいったわけです。

しかし、どうしても病院への依存型の体質から抜け切ることができなかつたのです。そういう壁を破ってくれたのが、88年のグループワーク技法の導入でした。これを導入することによって、班会の中身が非常に質的に変化してまいります。自立化に向けて動きが始まったというふうに私たちは思っております。そのようにして、各地域で、いろいろな班会で、保健行動がされており、90年には「健康づくりのつどい」というのを開くことにしたのですが、これがまた非常に大きな反響を呼びました。100人ぐらいの班会の人たちが集まって、それぞれの報告をしてもらいます。初めは、個人の「減量をどうするか」、「禁煙をどのようにアプローチしたのか」、「運動が続かないのはどうしてか」などの報告から始まりまして、それだけでは健康が守れないということで、目が地域の方に向けてまいります。水の問題やダイオキシンの問題。さらに、小松に自衛隊の航空機基地があり、この地域全体がすさまじい爆音にさらされているという事態があり、これをどうするかというようなことが話し合われるようになりました。そのように、この運動が広がったのと同時に、発表することによって自分たちのアイデンティティが高まって行って、また運動が発展するという効果がありました。

そういう、いろいろ多面的に行われている活動のベクトルを、もっと自治体に向けていかなければいけないだろうと、87年から支部というのを組織しました。寺井町では校下単位、そのほかの自治体では行政区単位にして支部は作られていきます。そのことによって、特養を建設する運動が成功するとか、あるいは自分たちが老健を持つ、あるいは介護支援センターを持つ、訪問看護ステーションを持つとかということ

が、署名活動や自治体との交渉を通じて実現していくようになったわけです。

これが、大体の今までの健康づくりの集団と中身の紹介です。このようにマクロでデジタルに見ていったわけですが、一番基本になります。班会に参加している住民一人一人の意識がどのように変わっていったのか、なぜ変わったのか、職員はその中から何を学んだのか。そういうふうなことを、もう少しミクロにアナログで見たいということで、2つの班会の事例を紹介したいと思います。

そのうちの一つのA班は海岸地帯にありまして、ここには総合病院もあり、医療機関もたくさんあります。参加する人は40～50才代という比較的若い主婦層で構成されております。班会は12年前から開かれ、毎月開催されているわけですが、この班会には病院の方から医師が1人と看護婦が1人、調理師が1人の3名がいつも参加していました。班会の運動の中身が変わって行くわけですが、その様子をビデオで見ていただきたいと思います。ビデオの最後の方で男性のリーダー格の人が、健康づくりのあり方、班会のあり方について、非常に正確に見事にまとめておりますので、それをご覧になっていただきたいと思います。

(ビデオ上映)

ビデオをご覧になって、大体の雰囲気はおわかりいただけたかと思います。最後に、男性のリーダー格の人が健康づくり運動のあり方、特に班会のあり方を的確にまとめておりました。中心は、やはり教え込むような教育ではなくて、本音を出し合って、その中でお互いに学びあうような班会でないと健康づくりは進まない、そして、職員と親しくなって信頼関係が強まるといろいろな知識を得られるわけですが、健康づくりの基本は参加している人の横のつながりを強くすることだと指摘をしています。

私たちがこういう班会の運営からたくさん

ことを学んだわけですが、この班会では去年から、「病院は毎月来なくてもいい。2～3か月に1度来てもらえばよい。自分たちで学習計画を立てて実践していくから、その変化を見てほしい。そして、助言することがあれば、助言してほしい」というふうに、さらに活性化して自立化してっております。それと同時に、環境に向けても非常に関心を持って、今、水やゴミの処理で頑張る人がいまして、地域の中でそういう動きを作るための運動を進めているわけです。

こういう班会と対照的ですが、小松市の山奥の班会を紹介したいと思います。先程のA班は比較的若い年齢層でしたが、B班というのは70歳前後の主婦層が中心で、12～13人で始めた班会です。ここへは医師が1人と看護婦が1人、栄養士が1人の3人が参加をしております。この班会の変化を簡単に紹介しますと、始めたころは、健康に対する知識が少なかった。例えば、卵も栄養のあるのは黄味だけで、白味は全部捨てていたそうです。また、塩分の摂取量が1日20グラムを超えている人が多くいました。そういう中で、初めは血圧の話から、疾患の学習、そしてだんだん栄養のバランスへの話と変わっていくわけですが、その中で非常に大きな変化が出てきたわけです。雰囲気もワイワイガヤガヤ型の班会に変わっていきましてし、その中で栄養のバランスが非常によくなり、嫌いなものを食べられるようにする、牛乳の飲めない人が飲めるようになるという変化や、塩分の摂取量も4～5年たってからでしょうか、1日の平均が10グラム前後まで落ちてきました。このように、生活や習慣が変わってきましたし、副食も初め行ったところはどんぶりを出して、そこからみんなが取って食べるという状態だったのですが、それを一人一人小皿に分けて食べるというふうに変わってきたわけです。

そういう変化が起きてきたのですが、ある年、

1か月ぐらいい間に50歳代の若い人たちが続けて亡くなりました。「これは大変だ。かねがね問題が起きると思っていたが、1度自分たちで調査してみよう」ということで、自分たちで検診項目を考え、全戸へ入って調査をしてまとめました。準無医地区であり、もう少し山奥へ行ったところに1週間に1度だけの出張診療所があるという地域です。大きな病院へは車でも15～20分かかるといふところですので、「医者へはなかなか行きにくい」というニーズが一番強かったわけです。中でも「救急の場合が非常に不安である」と。救急車が来るにしても15～20分かかりますので、それが一番大きい問題でした。また、老人の施設が市街地のまん中の方にあつて、近くにないから利用できないとか、保健税が非常に高いのに、この地域には老人の福祉や保健のための施設が全然ないという不公平感。また、バスが朝夕2回しか通らないので、何とかしなくてはいけないというように、アンケートの結果を見て、地域に目が向きまして、それを何とかしようという運動が起きてまいります。

ちょうどそのころは、医療・福祉がどんどん悪くなっていく時期で、それと同時に、毎日のように老人保健施設の建設をめぐる不正や汚職などが暴露されていきます。薬価決定のための政官財の癒着や、大企業や政治家を含めての不正・汚職が毎日のように報道されるようになって、班会ごとにそれが問題になりました。その中で、いろいろな情報を週刊誌などで私などよりも知っているために、非常に討議が白熱するということが続きました。そういうことを続けていく中で、このように福祉・医療が悪くなっていくのは、こういうことがあるからだ、改悪の構図が皆に見えるようになってきたわけです。

そういうことから、地域に働きかける運動が変わってきて、初めは署名運動をするにしても

非常に消極的であったのが、だんだん積極的になっていき、全戸を取って回って、隣村まで署名を取りに行くというふうになります。ちょうど市長選が間に入ったわけですが、「自分たちの要求を支持してくれる革新の候補を支持しよう」と、とても今までは考えられないような保守的な地域だったのですが、そういうふうみんなが変化してきました。

その変化を先程紹介しました「第8回健康づくりのつどい」で、Tさんという人が「どうしてこんなに変わったんだろう」とまとめておりますので、紹介したいと思います。「1. 班会参加のきっかけ。初めはあまり乗り気でなかったが、医者はいない山間で暮らしていく不安もあり、もともと病気がちで、両親も早逝して『あなたも長生きできない』と言われたので悔しくなり、健康についての話を聞こうと参加しました。2. 班会で学んだこと。1つは知る喜び。栄養バランスの学習で、生活や体験を通じて学習するので、繰り返し聞くうちにおもしろいほど頭の中に入るようになった。2番目。自分と他人との違い。年に1回、尿や血液の検査や塩分測定や食事バランスの調査をやって、一覧表にしてもらい、一人一人が、前年と変わったのはどうしてか、他人との違いはどうかなど、子どもたちが通知簿を見せあうように、ワイワイガヤガヤと話したり、その中でお互いに学び合い、仲間の中で自分の健康を守れることを知りました。3つ目は、変わる驚き。栄養のバランスがよくなり、飲めなかった牛乳が飲めるようになり、食べられなかった果物が食べられるような変化が、生活や習慣の中に起こり、体の調子がよくなっていくのに驚いて、喜びを感じるようになりました。4つ目。考える苦しみが楽しみに。学習が始まって、今までの学習会のようにただ話を聞くだけではなくて、質問をしても『どうしてか考えてみて』と逆に質問され、初めはそれが嫌で、『もう、やめようか』という

こともあったが、だんだん、そのワイワイガヤガヤの雰囲気の中で自分の意見や主張をするように変わって、正解すると褒められたりするの、いい気分になりました。自分に自信が持てるようになったのです。5つ目。周りが見えるようになった。この10年の間に医療や福祉がどんどん悪くなり、先生から先へ先へと情勢の見通しの話があり、そのとおりになっていました。改悪反対の署名運動のとき、初めは義理もあり、『そんなことをして何の効果があるのか』と疑問で消極的でしたが、なぜそうなるのかに関心が向くようになりました。これは考える力ができてきたからだと思います。今までは仕方がないとあきらめていたことが、役人や大企業、銀行や政治家の汚職であったり、軍事費の増大によることが見えてきました。自分の健康や命を守るには、自分で気をつけていけばすむ問題ではなく、環境問題や政治のあり方に大きくかかわっているというところがわかり、そのことを周りの人たちにも知ってもらわなければならないという強い思いで、署名運動や市長選に力が入るようになりました。封建的なこの町でも、少しずつ周りの人たちの反応が変わっていきました。今まで、新聞は三面記事を見て、1面や2面は目もくれませんでした。1面から読むようになりました」。

このように自分たちの変化をまとめています。非常に高齢の封建的な地域で、小さな集団ですが、こういう変化を遂げて、健康づくりに積極的になって、地域にも働きかけているということがおわかりいただけると思います。

次に、健康づくり集団の成長の過程を考えてみます。健康づくり集団の変化や発達の過程を振り返ってみましたが、試行錯誤から法則的な一定の過程を取ることがわかり、それによって小集団の意識や行動が活性化して、民主的な成長が加速されているということを経験しました。こういう力が今の厳しい情勢の中で、地域



医療を変革する力になりうるのだというふうに考えて、どのような理論や技法がよかったのかということを考えてみたいと思います。

今まで、班会で学習を積み重ねてきたわけですが、まず、苦痛、異常への疑問。学習をする。自分の身の周りを調べてみる。他人と比較する。やっぱりだった。問題と要因を発見する。これはそのためだったのか。目標を設定し、実践する。それを評価する。「だめだった」というのが多いのですが、やったという経験は、非常にみんなの中で評価される。そういうふうな繰り返しだと思います。

これが、マズローの欲求の5段階説というヒエラルキーから見ると、やはり生理的な欲求はかなえられていって、それが続くようになる。そして、愛と所属の欲求ということ言えば、健康づくりの班会という集団の中での連帯感ができてくる。その中でいろいろ評価されたりするので、自尊心が高くなる。自信ができてくる。尊敬される。こういう要望が満たされるが、最後の自己実現が非常に狭い門で、なかなかうまくいかないということでもあります。

ところで、こういう過程というのは、ずっと試行錯誤でやってきた中での「健康づくり過程」と言えるのですが、それが、私自身看護について、人間や健康にアプローチしていくすごい力というものに関心を持ちまして、看護婦さんと一緒に勉強し出して、POSによる看護診断や看護過程というようなものを勉強し出しました。勉強してみると、看護過程と健康づくり過程は同じなのです。結局、同じことをやっているのではないかとということで看護の過程を見ると、今の看護というのは、健康づくりまで看護の守備範囲として取り上げてアプローチしています。

例えば、看護診断の中に要因に関連した問題点というのがありますが、知識不足、ノンコンプライアンス、無効な否認、自己概念の変調と

というような概念があります。それが、そっくりそのまま、健康づくりに当てはまっていきます。この健康という自己の可能性を最大限追求していくという実現の過程の中で、これが行動を起こしていく動機づけになるわけです。例えば、知識不足が一定程度解消して、いよいよ実践するということになっても、さまざまなノンコンプライアンスが起きます。それが、おじいちゃんとおばあちゃんの関係であったり、嫁姑の問題であったり、家族間の問題であったりするわけです。また、地域のお祭りや葬式そのほか、いろいろな風俗、習慣とぶつかり合うわけです。そういうふうな問題点を、個人としてはどういことができるのか、班会という集団としてどういふうにアプローチしていこうか。そういうふうな動きが出てきて、非常に動機づけに役立っていくというわけです。

最後に、グループワークの技法ですが、これは非常に役に立ちました。グループワークというのは、もともとが小集団の活性化ということなのです。目標に向かって環境を変革することによって、自己を変革し、自己の変革がまた環境を変革するという過程の中で、常に発達し、成長し、目標の実現に接近していく人間の集団活動の活性化が、グループワークだと言われております。コノッカーによりますと、一つは人間変化と成長の可能性を追求しているということ。小集団の中での自己変革を成し遂げること。3番目に、相互に影響を与える個人としてのメンバー。4番目に集団の中の個別化。集団の中の個別化という中で、集団のカラーが右向け右になってはだめなのだと。その集団の中での個性が忘却されるような集団は美しい集団ではない。集団としてまとまりながら、なおその中の一人一人が個人として息づいているようなことが大切である。こういうように規定しております。そういうふうな技法を取り入れることによって、ずいぶん健康づくりは変わって

いったと思います。

こういう健康づくり運動を長い間やってきまして、私が、強く感じていることを申し上げます。それは、人間というのは、どういう状態であつてもどんなに年を取つても、成長していくのだという確信みたいなものを得ることができました。これは、琵琶湖学園の先生が健康祭りに来たときに話されたことですが、重度の身障児の世話をしている、おむつを替えようとすると、おしりが上がらないのだが、四頭筋が緊張するというわけです。そういうふうには、働きかけたときに成長に向かって反応するような、非常に細かい観察が要求されるのであり、もちろんそういう人に対する愛情が大切だと言われました。人間というのはどういう状態におかれても発達するのだという話を聞いていたのですが、そういうことを実感することができました。

健康づくりのつどいの中で、そういう話をたくさん聞いたのですが、足腰が非常に痛いというおばあちゃんが、ウォーキングの練習をして、「かかとからついて、親指の方に重心を移さない」という指導で、それを2~3か月やっていくうちに足腰が全然痛くなくなった。それを自分で雪の上の足跡で点検しているのです。今までは、つま先の足跡しか残っていなかったのが、最近の歩き方を見ると、かかとから全部足跡がついているということでした。このように、高齢者が変化していています。まだたくさん事例がありますが、時間が来ましたので終わり

たいと思います。

一つ言い忘れました。プレヒトが「ひたすらだれかのために。そのだれかが、それによって何かを始められるように」という言葉を残しています。これは医療職員にとっては、医療を展開するとき、働きかけるときに、相手が自立して変化するような働きかけを下さい、そういうふうにはしないとだめです。赤ひげだけでは、その人がつぶれるだけで、あとに何も残りませんよというふうには私は取っております。非常に感銘を受けております。

終わりに、保健、医療、福祉に責任を持つ自治体や国の姿勢を変えるためには、住民運動の活性化という困難で莫大なエネルギーを要する課題があります。今、急増する障害を持った高齢者を、どこでどのようにして介護していくかという、焦眉の急を要する課題があるわけですが、障害を持った高齢者を作らないようにする健康づくりの住民運動が軽視されているように思います。その基本となる自覚的、民主的な集団をどう形成していくのか。自己の可能性を最大限発揮することを目標に努力する、健康づくりという自己実現の運動を地域の変革まで高めるために、医療職員はどのような役割を果たすべきかということが求められていると思います。情勢を調査分析して解決の方向を示すだけでなく、これを出発点として、健康づくりを地域住民運動に成長させるように努力したいと思います。ご清聴ありがとうございました。

シンポジウム

## 「インフォームド・コンセント」をこえて

シンポジスト 井上 英夫 (金沢大学 法学部) 安藤 良一 (石川県保険医協会)  
堀中 光治 (日本糖尿病協会石川県支部) 藤崎 和彦 (奈良県立医科大学 衛生)  
座 長 服部 真 (城北病院)・釣谷 伊希子 (金沢医科大学 衛生)

### 座長挨拶

皆さんもご承知のように、カルテ開示の法制化が議論になり、法制化そのものは見送られることになったようですが、各地で医療情報の開示にいろいろな取り組みも進んでいますし、国民的な議論にもなっています。この「インフォームド・コンセント」をこえて」という題を設定したのは、医療の現場の中では、さまざまな承諾書や説明書のようなたぐいが非常に増えて、いろいろな情報が患者に提供されてきているのですが、それが本来のインフォームド・コンセントの目的である患者の自己決定権や健康権を拡大することにどのようにつながっているのかについては、いろいろ問題もあるのではないかと感じております。カルテの開示が法制化されている諸外国でも、実際に患者がカルテ開示を受けて、受けた情報で自分のより豊かな決定につなげていくとか、そのような情報につなげているという実践は、それほど多くないように見受けられます。日本でも、カルテ開示を決めている医療機関がありますが、決めても実際に開示される例は少ない、少ないことがいいのだという論調があるくらいです。どうせ開示をするならば、その開示された情報をもっと豊かに活用して医療の向上に結びつけていくことが必要なのではないかという問題意識で「インフォームド・コンセント」をこえて」というシンポジウムを企画させていただきました。

最初に簡単ですが、今回お招きしたシンポジストの皆様を紹介させていただきます。まず、法学や人権の立場からご意見をいただきたいと思ひ、金沢大学法学部の井上英夫先生をお招きしました。井上先生は医療福祉研究会なども主催され、皆さんご存じの方も多と思います。現在は、国際高齢者年石川NGOを設立され、活発に活動されています。次に、医師の立場からご意見を述べていただきたいと思ひ、石川県保険医協会から安藤良一先生をお招きしました。安藤先生は内科・歯科医院を開業されて35年になるそうです。医師会や保険医協会に所属していろいろ活動をされています。次に、患者の立場として、日本糖尿病協会石川県支部の堀中光治さんをお招きしました。堀中さんは長らく高校の教師をされていましたが、現在は石川県支部の理事であるとともに事務局の仕事をされています。最後に、医学教育の立場から意見を述べていただくのは、奈良県立医大、衛生学に所属の藤崎和彦先生です。専門は医学教育、医学概論などです。それではお願いいたします。

### 健康権とインフォームド・コンセント

井上 英夫 (金沢大学 法学部)

こんにちは、井上です。金沢大学の法学部に所属しています。社会保障法という分野が専門ですので、何でも社会保障にかかわる問題を

やっています。とりわけ医療については、健康権保障ということをあれこれ言っているのですが、基本的人権の一つとして、健康権を確立していくべきだろう。これは別に私が言っているのではなくて、ご存じのようにWHOや国連の中でもそのような考え方が強くて、世界人権宣言以降、国際人権規約の中でも明確に健康権がうたわれています。しかし、どうも医学界にはあまり評判がよくないのか広がりがありません。どうしてだかよくわかりません。日本の医学界や社会保障、社会福祉領域では、いまだに憲法25条の生存権一つで片づけようということが強いのではないかと思うのです。生存権になんでも荷物を負わせすぎているというのが私の考えです。その意味では、新しい20世紀の後半、この時代に健康権という生存権をより発展させたとか、具体化あるいは進化させた権利の確立を目指すことが、国際的な方向に合致しているのだらうと思うのです。日本にはたまたま憲法25条がある。だからそちらにひっぱられて、50年、「憲法25条、憲法25条」と言っています。もう、憲法もだいぶくたびれてきていますから、荷が勝ちすぎているということで、25条だけではなくて、とりわけ今日お話しする問題は13条です。人間の尊厳の問題にかかわるわけですから。総合的にいろいろな憲法の条文が活用されなければならないのだらうと思うのです。

そんなことで、特に医療の問題はそれなりに研究はしてきていますが、今日お話しする問題については、実はあまりまだよく整理ができていません。詳しくは参考文献の「健康権と患者の権利—自己決定とインフォームド・コンセント」にあります。「社会福祉研究」という、医学関係の方はあまりご存じはないでしょうが、鉄道弘済会というところが出している雑誌です。珍しく創刊30周年にして、社会福祉における人権を問い直すという特集を組んだのです。人権というものは、かつては慈善、恩恵の上に成り

立っていた。社会福祉の分野では、人権はもう無視できない大きな流れになっている。その意味では医学の領域でも、医療の領域でも、人権が課題になる。そのような時代になっていることを表していると思いますが、ここに論文を書きましたので、これをご覧いただきたいと思えます。

今日は時間もありませんから、ごく簡単にお話ししたいのです。要は、インフォームド・コンセントという議論がされているときに、実は、ある意味で非常に技術的なレベルの議論が多いのではないか。医者あるいは医療関係の人たちの会でインフォームド・コンセントの問題、さらにはもっとその根底にある自己決定あるいは自己決定権の問題について話すと、必ず出てくる質問が、「そうはいつでも患者に自己決定はできないのではないか。インフォームド・コンセントといってもむだではないか」あるいは「どうやったらいいのですか」という質問が来るのです。技術的に、患者にコンセントを求めるためにどのように説明して、どうやったらいいのですか。私はいつも「自分で考えなさい」と言うのですが、そのような関心が非常に高い。下手をすると、このインフォームド・コンセントに、カルテ開示も同じことですが、基本的人権の一つの保障、権利の保障という観点ではなくて、技術的な、したがって非常にマニュアル化したものを求める。患者に対してどういう質問をするか、どういう情報提供をしたらいいのか、どこまでやったらいいのかというような議論になりかねないと思うのです。

しかし、今の段階で特に重要だと私が思うのは、あらためてインフォームド・コンセントという考え方の基礎をなしている人権の考え方、人権保障の考え方、とりわけ自己決定権の考え方を確認していく作業だらうと思うのです。そのようなことを今日はお話ししたいわけです。

まず、最初に何といたっても先程言いましたよ

うに、健康権という考え方です。むしろこれは21世紀的な権利というべきでしょう。法学の領域では、皆さんもご存じかもしれませんが、特に日本の法律学は、基本的人権を2つに分けて説明するやり方をしてきました。1つは、自由権という、国家から自由を侵害されないことです。表現の自由が代表的なものです。あるいは思想・信条の自由。あるいはこの自由の中には、生命、身体を傷つけられない、虐待をされない、身体的拘束をされない、こういうものも含むわけです。しかし、これはいずれにしても、国家によってなされるもろもろの侵害を排除するという意味で、自由権が強調されてきました。

20世紀に入って、社会権あるいは生存権的基本権という呼び方もされます。むしろ、国家が積極的に、とりわけ経済的保障、物的保障を行うのです。自由だけでは人間は生きられないということでもあるのですが、そのような面に着目した権利として、社会権が登場してくるという説明がされています。しかし、考えてみると、そのように2つに分けてどちらが大事という議論をではなくて、その両方が大事であるし、1つの権利でもその両面を持つ、両面の保障が必要だという権利があるのです。その代表的なものが、私は健康権だと思うのです。つまり、細かいことは言えませんが、健康権の土台になる、健康権の中核は何ととっても医療保障だと思います。医療保障で見れば、医療機関が必要であるし、そこにスタッフが必要でしょう。そういう意味では物的な保障は社会権として保障されなければならない。

しかし、今までその中身については、実はあまり問われなかったと言っていいでしょう。例えば、患者の生命や肉体、身体、そして健康がどう保障されるかという、医療の質が問われる、看護の質が問われる、サービスの中身が問われるということになるでしょう。そういう意味では、入院している間は自由を奪ってもいい

ということでは決してない。日本の医療はどうでしょうか。「診てやるのだから、言うことを聞け」と、これが典型的です。患者は黙って医者や看護婦の言うことを聞いていけばいいのだという関係で成り立ってきたのではないのでしょうか。まさにそこには自由はなかったわけです。その意味では、いまやサービスを受けながら、しかし患者の自由を保障するような時代になってきた。ある意味で医療の質を問うと言ってもいいのではないのでしょうか。社会権と自由権という分け方自体がやはり問題である、むしろそれを総合化する、その両面をきちんと保障していくような権利のあり方が問われている。その意味で、健康権とは、これから21世紀を代表するような権利になる、しなければならない。健康の価値というものが、やはりあらためて今強く認識されてきていることでもあるでしょう。

健康権を21世紀に向けて確立していくことですが、あらためてその中身を確認しておかなければならないと思います。WHOが言うように、「できるかぎり最高の健康を享受する権利が健康権」だというのですが、その健康概念は、これまた皆さんの方が専門ですからあらためて申しませんが、身体的、精神的だけではなくて社会的なというここに一つの意味があると思います。

あらためて私は、健康権の理念と原理と原則を確認していく必要があると思います。理念、原理、原則とは、要するにどれだけ具体化していくかということです。今までは、理念のレベルでだけ語られていた。例えば、「生存権の理念」という言い方がされました。「健康権の理念」という言い方がされます。しかし、それが具体的に、とりわけ政策の上にとどのように生かされていくのか。あるいは具体的政策の、医療の政策の基準となりうるのかということになると、理念だけ掲げていても、それは具体的な基準になりえない。さらに理念を具体化した原理があり、

原則がなければならぬだろうということですが。理念については、医療保障も健康権も「人間の尊厳」という理念があらためて提起される。これも詳しい説明は省きますが、原理として、私は人間の尊厳を具体化すると、自己決定と選択の自由、そして平等の原理という、大きくいうと2つですね。これに行き着くだろうと思うのです。

医療保障におけるの平等の原理については皆さんご存じのとおりです。他方で自己決定という考え方はそれほど古いことではないわけです。むしろ、90年代、80年代の後半ぐらいからようやくでしょうか。ようやく、最近いろいろな領域で自己決定がいわれるようになりました。私は自己決定というのは、自分の生き方を自分で決めることだろうと思います。突き詰めれば、その自己決定が完全に保障されるのが、人間の尊厳に値する生き方であろうと考えるのです。その際、同時に大事なものは、自己決定というときに選択の自由が同時に保障されることです。あるいは、自己決定の前提として選択が可能でなければならない。これは日本の自己決定の議論を見るときに、非常に大事だと思います。

例えば、今、介護保険の議論が盛んですが、介護保険は入るか入らないか自己決定できません。さらに、介護を受けるかどうかも自己決定できると言っていますが、実は選択ができない。介護サービスを受ける事業者を選べると言っていますが、本当に選べるだけの事業者があり、サービスのいろいろなメニューと質の高いサービスが提供されるかどうか。その条件がなければ、自己決定といっても意味をなさない。

もうちょっとわかりやすい例で言えば、在宅、在宅と言っていますね。「在宅医療がベストだ」という話をされますが、「何も好きで家にいるのじゃない」という人もいます。逆に言うと、入院はまだしも、福祉施設には入りたくないとい

う人が、まだ圧倒的に多いわけですが、入りたいような施設がまだないところでは、家にいるしかない。そこで自己決定を論じても、最近、社会福祉基礎構造改革というところではしきりに言われていることですが、意味をなさないと思うのです。選択肢がいろいろあって、その中から自分でどういう生き方をするか、どういう暮らし方をするのかが選べることが大事だろう。社会保障や社会福祉の制度というのは、選択肢を準備するシステムだと言っていいでしょうか。

そのうえで、医療保障についてはさらに具体的な原則を立てる必要があるでしょう。例えば権利性とか24時間体制。それから地域の平等性ということも出てくるでしょう。水準として、医療の水準をどこに設定するのか。私は、できるかぎり最高の水準という基準が大事だと思います。そういう原則が考えられるでしょう。

これらの原則、原理、理念を具体化した一つの表れがインフォームド・コンセントだということです。逆に言うと、インフォームド・コンセントはそのような一つにすぎないと言ってもいいでしょう。インフォームド・コンセントがあれば全部おしまい、医療としては最善だということでは決してないのです。その意味では、今、インフォームド・コンセントやカルテ開示は過大評価をされていると言いましょか、そちらだけ論じれば、もっと大事なことはわきに置いておいてもいいとなりかねないと思えないわけにはいきません。

そういうことで、レジュメの3番目には、「患者になる権利と患者の権利、患者にならない権利」と書いておきましたが、医療保障とは、患者になる権利と、患者になってからの患者の権利と、むしろ患者にならない権利も保障しなければならない。患者にならない権利です。いわゆる予防とか健康づくりでもそうです。これはあらためて今、医療の領域から患者にならない

権利をどう保障していくかという議論は必要だと思います。となると、WHOの言う健康の考え方の中での、社会的に良好な状態、社会として健全な状態という問題があらためて問われることになる。公衆衛生や保健、ヘルスの分野はもちろんそうなのでしょうが、それだけではなくて、より患者の権利という視点から、患者の健康権の保障、住民の健康権の保障という視点からこの問題を考えていく必要があるかと思えます。

もう一つ、患者になる権利についても考えておかねばならないでしょう。インフォームド・コンセントといっても、今のような状況では、病院に来なければ、医師の前に座らなければ、話にならないわけです。だから、さっき言ったように、インフォームド・コンセントというのは、まず患者になる権利が前提として保障されてこそ、成り立つものだと言ってもいいでしょう。その意味で、患者になる権利、医療保険の問題。今、問題になっているいわゆる医療改革の問題は、患者になる権利を奪うものという機能を果たしかねない。現に、受診抑制は進んでいますね。各種の調査でも、私も石川県内でも調査していますが、「どんなときに医者にかかるか」というと、やはり「病気が重くなってから」という回答が多い。増えているのです。そういうところであらためて、患者になる権利を考えておく必要があるだろうと思えます。

さて、患者になってからの自己決定ですが、それは、3のところに掲げてあります「ヨーロッパにおける患者の権利の諸原則」というものが94年に発せられ、93年には、日本の患者の権利法をつくる会から法律要綱案も出ています。私もこの権利法をつくる会の世話人になっているのですが、ヨーロッパの諸原則が、現段階では非常に進んだもので、参考にすべきものであろうと思えます。詳しいことは申し上げられませんが省略します。それらの考え方を土台にし

ますと、まずインフォームド・コンセントを考える場合、先程も言いましたが、やはり人権保障としての自己決定権の具体化といいたいでしょうか、そのようなものとしてきちんと位置づける必要があるだろう。これは繰り返しません。

2番目には、「医師—患者関係を越えて」と書いてありますが、かつての医師と患者というのは、医師で代表しますが、医療のスタッフと言ってもいいでしょう、医師と患者の関係は何と言っても上下関係だったでしょう。医師が患者に対して、それこそ命令をする。私でも、今でもそうですが、お医者さんの前に座るとやっぱり小さくなりますね。「はいはい、すみません」などと言っています。そういう関係はどうしてもぬぐいきれないと言ってもいいでしょう。それがようやく対等関係になってきて、共同の営みということも言われているのです。医師と患者は対等な関係で、一緒に医療あるいは患者の治療、健康づくりをしていく。このようなことになってきたと言えるでしょう。

しかし、私はそれでもなお、対等だと言ってもなかなか対等にならないということで、あえて申し上げる。医師は、あるいは医療というものは、医療のスタッフは、何のために、だれのためにあるのかということです。患者の、住民の健康権保障がその役割であって、医師やスタッフは健康権の保障のいわば担い手であろう。担い手でなければならない。そうすると、医療の主人公は患者である。その意味では、患者が主人公であり、医師はその患者の健康づくりを手助けする。ただし、そういう議論をすると、「じゃ、医者は人格的にも患者に従属しなければならないのか」と、すぐそういう質問が出てきますが、そのようなことを言っているのではないのです。人格的には対等な関係ですが、いわば機能としては患者の権利を保障していく担い手である。医療保険の枠組みで、国家の医療保障、社会保障の役割を担わされているとい

うことでもあるわけですが、あらためてその関係をとらえ直す必要があるだろうと思います。

インフォームド・コンセントは「説明と同意」という訳で言われている。しかし、座長の文章の中には、「十分な情報を得たうえでの患者の選択、拒否、同意」というやや患者に比重が置かれた説明になっています。日本医師会の言うような「説明と同意」という位置づけでは、患者の健康権保障のために医療があり、医師がいるという位置づけではない。だからあくまで、患者の自己決定権を保障するという考えに立てば、やはり情報の保障と自己決定だろうと思います。自己決定のところで特に強調されるのは、「ヨーロッパにおける患者の権利の諸原則」の中でうたわれていることですが、やはり、同意ではなくて拒否なのでしょう。患者が拒否できる。この拒否がない、それが認められない以上は、自己決定は意味を持たない。先程の言い方言えば、選択肢がないということですから。医師の提供する情報の範囲内で、患者に同意を迫る。これは強要ですね。強要以外の何ものでもない。ですから、インフォームド・コンセントはなかなか恐ろしいところがあると思います。

さて、もう一つは、患者が意思決定できない場合はどうするのかという意見が必ず出てきます。それは寝たきりや植物状態あるいはボケた方の話ならまだいいのですが、「患者の現在の能力は、医学的に説明してもどうせわかりっこないのだ」というような、ある意味で医師のおごり、専門家のおごりが見られるような発言が必ず出てきます。それをどうするか。患者に医学的知識がないのは、ある意味であたりまえです。患者はもっと賢くなりなさいという言い方をする前に、専門家として医学的知識のない人に必要な情報をどう伝えるか、それが大事なことではないでしょうか。その努力をすること自体が、その力や技術を持っているということ自

体が、専門家であるということであろうと思います。そしてそれは、社会全体の医療保障制度の問題で言えば、患者にその力をつけるような機会、機会というと医者も看護婦も保健婦もすぐ指導とか教育だとか言いますが、そうではなくて学ぶ機会です。つまり、健康権の主体者として力をつける機会と場の提供を公的に保障していく。こういう方向に進まなければならないでしょう。

健康づくり等で今までやられてきた運動、あるいは活動は、大きな成果をあげていますが、あらためてその問題が問われているように思います。今までの運動は、やはり医師主導です。我々は、沢内村やら松川町、八千穂村という、皆さんご存じのように健康づくりで有名なところでずっと調査をしています。端的に言って、医師主導であり、行政主導であるのです。そこに健康権の主体者である住民が、なかなか育てていない。このように考えているわけです。その点で言えば、今日は参考文献に挙げてありませんが、「国民医療研究所の処方—地域医療と住民参加」という、私たちが研究したものを特集で出しました。これがそうなのですが、99年に出版した42号です。国民医療研究所は、これは宣伝しておかねばなりません。民間の研究団体です。この42号で、「地域医療と住民参加」という報告を出しましたので、これらも併せて読んでいただきたいと思います。行き着くところは、インフォームド・コンセントの議論も、私はこの住民参加の問題に帰着するだろうと考えているわけです。若干、時間を超過しましたが、これで話を終わりにさせていただきます。どうぞご清聴ありがとうございました。



## 患者さんと仲良しになるインフォームド・コンセント

安藤 良一 (石川県保険医協会)

石川県保険医協会の安藤良一といいます。よろしくお願ひいたします。井上先生のお話を聞く前に、実はいろいろとしゃべる原稿を書いておったのですが、今この瞬間、井上先生があんまり高尚なお話をなさったので、私の原稿が大変修正を余儀なくされるか、あるいはもっと高尚にしなければならないかと思ってあわてておるのです。しかし、学者の言うことですから、我々みたいな学者でない者がしゃべると差があるのはあたりまえでして、先生の高まいなお話でお疲れになったと思いますので、私の話はまず一服して肩の力を抜いて、遊ぶつもりで聞いていただけたら、大変私は負担が軽くなる。そういうわけで、どうぞよろしくお願ひいたします。

私はレジюмеに書かせていただきましたように、実はレジюмеもどう書こうかなと思ったのですが、見たことがないやつが偉そうなことを言ってもどの程度の人間かと思われるかと思って、普通はレジюмеに書かないような自分の経歴を長々と書きましたが、今日はまたこれを繰り返していただきまして恐縮しています。35年間金沢市で開業しております。

私のタイトルは、一応「患者さんと仲良しになるインフォームド・コンセント」と書かせていただきました。これも「開業医とインフォームド・コンセント」と書こうとかいろいろ考えたのですが、結局、このように「仲良しになる」と書いた方が、一番私の言おうとすることがわかるのかなと思って書きました。そのようなつもりでしゃべらせていただきたいと思います。

私は専ら医療の現場から話します。現場でも

インフォームド・コンセントのあり方とか、進め方についてはいろいろな意見があります。ただいまの井上先生とか、弁護士とか、あるいはあとでお話しになります医学者のお話、市民の方のいろいろな解釈があると思います。私は、臨床医として次のような表現がわかりやすいかなと思って書いてみました。すなわち、「医療が行われる過程で病気を治すための選択肢となるいろいろな処置について、医師などから十分な情報を得て、その助言によって患者自身が自らの意思で選択・決定」する。これに今、井上先生のお話を加えますと、「・・・選択・決定・拒否するシステム」であります。これは医療側から言えば、よりよい医療の提供をして積極的に闘病の姿勢を患者に求めるために必要な手段ではないかと思っています。

具体的には、これはたびたび言われているのですが、医師は担当した患者に関する検査の内容、診断の結果、治療の方針、治療の内容、見通し等について、患者の生活や環境、情報、費用も含めて広範囲で十分な説明を行い、患者本人の意思を最大限に尊重して、その理解、納得、同意、選択を求めるのがインフォームド・コンセントであると言われております。これは患者と医療者が協力して、よりよい医療環境を構築するための方法でありまして、決して患者の権利を主張するためのものでもなく、また医師が責任を回避するためのものではないと思うのは当然であります。

病気の主体は患者ですが、病気を克服するために双方が信頼関係を築いて、共同の作業を行うのが医療の本当の「かたち」だと思いますので、どちらが医療の主体であるかということでもないと思っていたのですが、井上先生の説では、明らかに患者、住民が主体でありまして、医師、医療関係者は健康権を守るために一生懸命働くのが本来の使命であるというお話で、なるほどそうかなと今、思っている次第です。よ

い生徒でしょう。

ここで、インフォームド・コンセントの現状での資料になるかと思ひまして、2つの医療団体の資料をご紹介します。私が所属します全国保険医団体連合会（保団連）は会員が9万2千人います。ほとんど開業医です。それが1989年、ちょうど10年前に、総会決定しました倫理綱領ともいえる『開業医宣言』を皆さんお持ちのレジュメの26ページに載せてあります。その前文で、ちょっと読ませていただきますと、「近代民主主義の主権在民、人権尊重の思想は、医療における人間関係、医学の進歩と医療の倫理など新しい課題をも提起している。これらの期待と要望に応えるためには、患者・住民の求めるところを深く理解し、常に新しい医学・医術を研鑽して、自らの医療活動を省み創造する開業医の姿勢と努力が不可欠である」と書いてあるわけですから。これは10年前なのです。なかなか先見の明があると自画自賛したいと思ひます。

さらに本文2条に「対話の重視」という項目がありまして、それには「医療は患者と医師の信頼にもとづく共同の行為である。患者の立場を尊重した対話によって、患者自らが最良の選択を行えるよう、医師は患者に必要な情報や専門的知識、技術を提供する」と書いております。

また、本文の5条では、「診療の記録」について触れています。「療養等に必要情報の提供に日常的に努めるとともに、患者からの診療情報提供の求めに誠実に応ずる。医師の守秘義務を遵守し、患者の秘密と人権を守る」と書いてあります。

これらについて、少々付言させていただきますと、患者との対話なくして信頼関係は成り立ちませんし、病気の回復も期しがたいと思ひます。また、医事紛争の多くに対話不足があることも事実です。ただし、この辺はフロアから反対のご意見も出ると思ひます。これは井上先生にもお聞きしたいのですが、患者の選択による

結果の責任については議論の余地があるかと私は思っています。

情報の開示については、連合会の見解は、カルテ等の開示は、「拙速な法制化は求めないが、開示請求すなわち診療記録の閲覧、コピー、訂正等を患者の基本的権利として承認すべきである。その法的な取扱いは、今後、医療界も含む国民的な合意づくりを慎重に進めることが重要だから、引き続き検討を続ける」としています。

私の考えもレジュメにちょっと書かせていただきましたけれども、この綱領には全体的に異存はありません。ちょっと個人的な意見を述べさせていただきますと、これもきつとあとからクレームが来ると思ひますが、これらの医療上の義務責任を遂行するためには、医師や医療従事者自身の人権、名誉、利益も保障されていくことが必須ではないかと考えています。いかがでしょうか。

次に、別の資料を出します。今年4月に、日本医師会が会員に対して提示した「診療情報の提供に関する指針」をご紹介します。これは、ごく最近、私ども医師会員に郵送されてきた冊子です。これは新しい情報ですので、ご紹介をぜひしたいと思ひます。その中には、日本医師会が会員に対して提示した「診療情報の提供に関する指針」、ガイドラインですが、基本理念として、「指針の目的は、日本医師会は医師が診療情報を積極的に提供することにより、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが相互に信頼関係を保ちながら、共同して疾病を克服することを目的として」、この辺は大変よいのです。この次が問題なのですが、「会員の倫理規範の一つとしてこの指針を制定する」と言っています。「倫理規範」という表現をしているわけですから。「情報提供の一般的原則」の項では、「診療情報は、口頭による説明、説明文書の交付、

診療記録等の開示など具体的状況に則した適切な方法により提供する」としています。さらに「診療記録等の開示による情報提供」の項では、「患者が自己の診療録、その他の診療記録等の閲覧・謄写を求めた場合には、原則としてこれに応ずるものとする。診療記録等の閲覧・謄写に代えて、要約書を交付することができる。」これからこの辺のところが大変問題になると思うのですけれど、「患者が補足的な説明を求めたときは、医師はできうるかぎり速やかにこれに応ずるものとする」と書いてあります。加えてさらにあるのですけれど、「診療記録等の開示などを拒みうる場合」も定めております。これが現在の日本医師会の見解ではないでしょうか。診療記録の法制化については、今先生もちょっとおっしゃいましたけれど、今のところ厚生省の考えでは、検討課題として先送りになっております。

以上、述べてきましたように、臨床現場でのインフォームド・コンセントの認識は明らかに進んで、全国各地では先進的な取り組みも始まっております。特に、患者の権利法案、患者の権利章典などの運動は、医療側の理解と意識改革の面で大きく貢献しているのが現状ではないでしょうか。しかし、一方では、先程、座長のご意見にもありましたように、患者側のインフォームド・コンセントについての意識の普及度、あるいは医療側と共同運動を展開するための条件整備などにはまだまだ進歩の余地があるように、私も思っております。これらの問題につきましては、今日ご同席の専門シンポジストにまたお任せするとしまして、私は医療提供者の立場からいささか意見を述べて終わりたいと思います。

私は医師、医療従事者として、患者に対して良い説明のない診療は、説明しないのと同じであると思っています。また、良い説明がないのは、医師に実力がない証拠とも見られると思

ます。これは、私もそうだと思います。実力のある医師は、患者に対して謙虚で優しく、その顔を見ながら寛大に熱心に耳を傾け、共感的理解者になることを努力すべきであると思います。さらに患者が情報を得て、自己決定するまでの過程においては、医療の不確実性は確かにあります。純粋な科学ではありませんから、不確実性もあるわけです。それを考慮しながら、一部医師の裁量を加えながら、患者さんの立場に立った助言をするのがいいのではないかと思います。医師の意見の押しつけとか、強引な説得は避けなければならないと思います。患者の個性をはっきり把握したうえで、その人が理解できる説明のしかたを心がけなければなりません。このように病気の主体である患者の肉体と精神と社会生活にまで配慮した全人的な医療が、我々開業医のあるいは臨床医の仕事だと思っています。以上、大変わかりにくかったと思いますがよろしくお願ひします。ありがとうございました。

#### 患者から期待するインフォームド・コンセント

堀中 光治（日本糖尿病協会石川県支部）

堀中と申します。糖尿病歴が20数年でありまして、現在、インシュリンの注射をしながら、患者会「日本糖尿病協会石川県支部」の仕事をすることが自分の健康のためだと思って、あるいは趣味だと思ってやっています。このような一患者が、このようなすばらしい会合で、自分の困っていることなどをしゃべらせていただく機会を得ましたことを、非常に喜んでおります。このような命題を与えられまして、いろいろと勉強させられました。あわてていろいろ勉強を شدした次第です。そうするといろいろなことがわかりました。インターネットで医療相談が行われているとか、あるいはお金を出して有料

で医療の情報を得ることができる、あるいは、困ったときには保険会社に聞けばいろいろと相談に乗ってくれるのだということを初めて知ることができまして、非常に喜んでおります。

私が述べようとしておりましたことなのですが、井上先生、安藤先生がおっしゃっていただきましたので、本当にそうならば、私が何も言うことはないなと思っております。ですが、一応与えられた時間がありますので、そこの(1)から(5)まで、でたらめ、アットランダムに思ったことをそのまま記載しておきました。

(1)病院からの薬の効能、何のための薬かを記載したものを手渡してほしいということです。私が一つ失敗したことは、最初糖尿病を宣言されて治療にいったわけですが、そのときにいただいた薬が、何も言われなくて、アリナミンでした。「アリナミンならば、いつも飲んでる薬だ。糖尿病はあまり大したことはない」と自己判断しまして、治療をやめました。その結果重症になりまして、再度入院をするということでしたので、その辺をしっかり。

それから、記載したものをきちんと家族の人にも説明してほしいのです。先だって、阪神大震災の際に、人から聞きました話として、「おばあちゃんは糖尿病の薬を一生懸命飲んでいる。何も食べないけれど糖尿病の薬を飲まさないでやらんのだ」と低血糖になる血糖降下剤を一生懸命飲ませていた。その結果、低血糖になってどうしようもなくなったということがあったということを聞きました。やはり本人だけではなく家族全体が、薬の効能とか何のために飲んでいるのかを知ることが重要なのだと思いました。

(2)としまして、検査の目的と結果に対するアドバイスをわかりやすく説明してほしい。それから、慢性疾患には数値の継続的な記録の指導、緩慢なデータ変化に対する事前指導を的確にお願いします。ただ記録だけ、数値だけを見

てということではなくて、このような段階になったらどうかということをしちゃんとアドバイスしてほしいということです。私の友人であります人が、透析に入りまして、現在入院しています。なんでもっと早く、透析になる可能性があるということを言ってくれなかったのか、残念でしょうがないと言っておりました。その時点でもっと生活改善をするのだったというように、悔やんでおりました。単なるデータを取ってそのままというかたちではなくて、もっともそのデータの持つ意味をしっかり指導してほしいとその人は言っていました。

(3)治療、特に手術なのですが、説明が1人の先生だけでなく、他の先生のアドバイスが受けられるようにしてほしい。私は幸い、親友がかかりつけ医ですので、いろいろと相談に乗ってくれまして手術を受けることができますのですが、かかりつけの先生であっても、手術をする先生に対して、かなり遠慮をしているのではないかという気がします。かかりつけの先生も堂々と積極的に手術のことについて2人して考えていただければ良いのに。何か主になる、手術を担当する人が何でも決めてしまって、かかりつけの先生はただそれを見ておるような場合が多いような気がしました。同時に1人の患者を2人の先生が診て、2人の先生からの説明を受けられるというかたちになればよろしいのではないかと。単なる責任逃れのための難解な書類、全くわからない書類を持ってきて、「ハンコを押さなさい、いいですか」と言われて、「はい」というのでは、弱るなと思いました。

手術をして、欲をいえば、(4)ですが、手術後と手術前との生活状況がどう変わるかということまで説明してほしい。これは私の実感でして、白内障で網膜を助けるために手術をしたわけです。私は全く素人でしたから、白内障の手術をするので、手術が終われば元に戻ると思いましたが、目玉というかレンズがなくなった

ので、全くものが見られなくなったのです。手術をしたら治ると思ったのが、治ったとたんに全くものが見えなくなった。学校の教師をしておりまして、「あら、もの見えなくなったら、講義をするのはどうすりゃいいのかわからぬ」とびっくりしまして、「こんなのは最初から言ってもらわねば覚悟が・・・」と思いました。

それから、退院する際に、「眼鏡を2つ作れ」ということで、「なんでや」と言うと、「近いところと遠いところを見るがや」ということでした。しかし、現実には働くためには、そんな近いところとか遠いところを見る眼鏡を2つ持って歩くことはなかなか難しいわけです。でもドクターは、「それで退院しなさい」と言って、退院しましたが、実際の日常生活で、バスに乗って学校に行かなくてはいけないというときに、外へ出るのだから遠いところを見る眼鏡を持っていったら、バスの時間を見るのに自分の腕時計を見ようと思ったら、全く見られない。こんなのでは話にならんと思って、教え子のところの眼鏡屋さんへ行ったら、バリラックスがありますということ。バリラックスの眼鏡があるのなら、最初からそう言ってくれればよかったなあと思いました。医者というのはだめやと。そんなこと言ったらアレですけど、治療としては成功だったのですが、日常生活には間に合わないなということで、その辺まで、術後のことまでも考えたアドバイスをさせていただければと思いました。

それから、(5)としては、いつも思うことですが、診療の料金や薬価のメニューですか、いくらだというのがわからない。いつも不安で、高いすし屋に入ったような状況で、何やらいくら取られるのかわからんということで、不安でしょうがないけれども、命を預けるのだからしかたないなと思っています。

井上先生から言うと、拒否する権利があるということです。まあ今までは信頼でありました。

先生にお任せしておけば、最上のことをしてもらえておりました。保険制度が始まりましたころは無料だったので、お任せでよかったのですが、だんだん1割、2割となってきましたら、「ちょっとぐらい薬を我慢するかな」という気持ちがありました。インフォームド・コンセントという定義には、かなり外れていると思いましたが、好きなことを言ってもいいと座長さんから言われましたので、「ほんなら、何でも書くわ」ということで、書かせていただきました。

最後の結論的なこととなりますけれども、現在の医療は「3分診療」といいますが、たったの3分。「次におる人のためにはしょうがない。はよらと出ていこか。いろんな聞きたいこともあるけれど、次の人が待ってるさかい、しょうがない」ということで、3分間しかない。ということでは、本当の医療がなされるのかどうかということを非常に危惧しております。

我々、糖尿病協会では、特にそのようなこともある。生活習慣病ですから、自己が主治医だということが言われています。そのようなことから、「患者会」を作っているわけです。そうしますとお互いが話し合ったりできますし、日曜日、休日などにも先生方と楽しくいろいろなことを言える。いわゆるインフォームドということですかね。安藤先生が言われた、楽しく患者と一緒に話合えるということで、信頼感が非常にできます。いろいろと私のところにも糖尿病の人が相談に来られますけれど、「できるなら患者会のある病院へ行った方がいいですよ」というアドバイスをするわけです。遠いところではしょうがないと思いますけれど。今の3分とか、そのような忙しいときには、患者会というものをインフォームド・コンセントの重要な場として、ぜひ作っていただければと思っています。ただ、患者会を作っても診療報酬には全く大したことはないのではないかと思

いますので、患者会が治療の一環として役割をしているのだ、それに携わる病院には特別に診療報酬を出すということをやっていたらと思ったりもしています。

一番最後のところは、井上先生なども言われました。私は、「生きる権利」と書きましたが、どうもそうではないようで、健康権。生存権よりも健康権ですね。そのようなかたちで、我々患者がもっと主体性を持ったことをしていかなければならない。村田英雄ではありませんけれど、「お客様は神様だ」と。我々は患者ですが、お客様だということで、もっと権利を堂々と主張していかなくてはならないのではないかと。7～8年前に、こちらの方へ英語の教師として来られていたカナダの人が糖尿病で、その人の話を聞きましたときに、「私は医者治療がまずかったら、拒否をするのだ。私のやり方をしてくださいと言うのです」と、「日本に来てそう言っているのです」と言われてびっくりしました。こんなことを言っていて、どういふのやと思いましたけれど、井上先生のお話を聞いていまして、なるほど患者が医師のことを拒否する権利をカナダではちゃんと認められている、堂々とそう言えるのだということ。そのときびっくりして、日本でもそういうことができるのかなとかねがね思っていました。だんだんこのようなインフォームドとか、このようなことが言われるようになりました。

戦後の民主主義のように、アメリカが与えてくれた民主主義というのでは弱い。インフォームド・コンセントも患者から要求した、患者が主体になったインフォームド・コンセントの運動でなければ、医者サイドや行政サイドのインフォームド・コンセントだったら、民主主義も何やら怪しくなってきたということになるのではないかと考えています。そうすると、患者自身も勉強しなくてはならないし、拒否する権利があれば、自分で勉強したり、義務が当然伴う

のだらうと思います。もっとももっとしっかりと勉強をしていかななくてはならないと思っています。とりとめの話ですけど、患者の訴えというかたちで聞いていただければと思います。

## インフォームド・コンセントと医学教育

藤崎 和彦 (奈良県立医科大学 衛生)

藤崎です。よろしくお願いします。インフォームド・コンセントの話というと、抽象論で議論が生産的にならないのが少なくないのです。「インフォームド・コンセントは大事だ、大事だ」「そうだ、そうだ」「傾聴が大事だ、共感が大事だ」「やってる、やってる」、それでおしまいです。だけど、実際にそれが本当にどうなのかというのは、具体的なやつを見て、さあどう考えるかが必要になってくると思います。大体、「私はやっている」という先生ほど、できているのかなということがあって、そういう話をしていて「そうだ、そうだ」と熱心に言っているけど、「あんたのことを言ってるんだよ」ということがよくあるわけです。やはり、具体的な場面を見て議論をすることが、学生の教育だけではなくて、医療者の教育にも非常に大事な部分がある。実際、僕は、医学生、研修医から、若手の先生、あるいは中堅、保険医協会の先生たち、開業医の先生たちとか、いろいろなレベルでドクター相手でもやっていますし、看護婦とか薬剤師相手とかでもやっています。やっぱり、自分たちと同じような仲間が実際にやる場面を見て、その中で日ごろ自分たちがやっていることが、客観的に見たらどう映っているのか、どんなことをやっているのかを知ってもらうことは非常に意味があります。つべこべ僕が言うよりも、見た段階で「あかん」と思ってくれるわけですからね。「これじゃ、だめだわな」と。

だけど、残念ながら、医療者は自分たちのそういうことをお互いに評価し合う機会がないですし、まして本当の患者さんでトレーニングというふうにはなかなかいかない。権利の問題、プライバシーの問題は当然ありますから。そのような練習台として、市民のボランティアに模擬患者としてかかわっていただいてトレーニングをやっているのです。今日は、そういうリアルティが伝えられるかどうかかわからないですけど、お話をさせていただきたいと思います。

今、「医療記録の開示を進める医師の会」の世話人をしております。その書籍のところにも出ていますが、「医師のための医療情報開示入門」という本を会で先々週くらいに出版しました。この中には座長の基調の中にも書いてあるような、名古屋市の病院の外科病棟、これは共立総合病院の原先生のところですけど、その話とか、大阪守口市のクリニックの「私のカルテ」は、世話人を一緒にやってもらっている橋本先生のところの話ですし、姫路市のクリニックでの「私の病歴カード」の話など、みんな私たちの会のメンバーで、この中に、詳しくどんなことをやっているのかが書かれています。安藤先生が紹介していただいた日本医師会の「診療情報の適切な提供を实践するためのガイドライン」なども資料でこの本の中に入っています。会は貧乏なのでついでに宣伝をやっていますが、ぜひご購入いただければいいかなと思っています。

この本の中で僕も書いていることなのですが、インフォームド・コンセントは、ここでは大きな意味でのインフォームド・コンセントとして掲げられているのですが、実はインフォームド・コンセントといわれる、医師から患者に向けた情報の提供には、大きく分けて3つの流れがあります。インフォームド・コンセントの議論をしっかりとやるためには、そのところを区別する必要があると思いますので、ま

ずそのことを先に言わせていただきたい。

まず1つ目は、医師のインフォームド・コンセント権。これは患者のインフォームド・コンセント権に対する医師のインフォームド・コンセント義務ということに、実際はなってくると思うのです。医療行為は、基本的に患者の身体に対して、内科的であれば薬物で働きかける。外科的なことであれば、外科的侵襲（しんしゅう）を加えるわけです。それが薬物投与であって毒物投与にならない、外科的な行為が傷害罪にならないことの、違法性阻却の一つの大きなファクターとして、事前にインフォームド・コンセントをして、当事者である患者が十分情報を提供されたうえで、納得したうえで同意していることです。その必要がある。医師の側からすると、診療行為、医療行為に先立つ義務として定められている部分があります。これは要するにその病気についての情報をただ告げるだけではなくて、治療法は私が考えている以外にもどのような方法があって、それはどのようなメリット、デメリットがそれぞれあって、ここでやっていなくてもどこで受けられるのかということについてまでカバーして情報提供をしないといけないのが、医師のインフォームド・コンセント義務なのです。

もう1つ、カルテ開示というかたちで示されているのは、患者の個人情報コントロール権と呼ばれます。患者が自分に関する情報について、半公的なカルテという記録の中で、どのように扱われているのかを当事者本人が知ること、あるいはまちがいを訂正すること、あるいはその情報がどこへ行っているのかについてもきちんと確認する権利です。これに関しては、インフォームド・コンセントとは別なわけですから、患者が理解できようができませんが、基本的には見る側の患者の責任であって、わかりやすくすることは、必ずしも必須ではないのです。例えば、インフォームド・コンセントの場合は、何

かのオペをしなくてはいけないという場合には、カルテにはそれ以外の、オペのインフォームド・コンセントとはかかわらない、例えばHVBのS抗原が陽性であるのかマイナスなのか、HCVがどうなっているのかというような、直接は当該の診療行為にかかわらない医学的情報も含まれている。インフォームド・コンセントのときは、とりあえずその治療に関する意思決定にかかわらない情報は、提供される必要はないわけです。逆に言うと、その人の個人情報ではなくてもよそでどんな治療法があるかということは告げられないといけないわけです。個人情報コントロール権はそうではなくて、そこに書かれている情報をそのまま当人が閲覧して確認することが大事なのです。そういう意味では、扱われる情報が違ってきます。

3つ目に、患者側の治療参加を促すための情報提供という3つ目のファクターがある。これは、患者の権利とは全然別のものであって、慢性疾患が中心になってきた、あるいはガンという生活習慣にかかわってくる、あるいは療養においても、病気の性格を理解していることが必要であるという病気が増えてくる中で、治療そのものに患者が参加してもらおうえでの情報提供が必要になってきたということです。これは患者の権利という側面もありますが、どちらかというと医療者側の都合から出ている側面もあるのです。いわゆる、患者教育と呼ばれるものです。そのものだけを取ってやって、「私はインフォームド・コンセントをやっている」というのは、インフォームド・コンセントとの間にだいぶ距離があるわけです。3つの情報提供のありようがあって、それをまず区別しておく必要があることを確認しておきたいと思います。

そのうえで、今日の話は医学教育の話ですので、医学教育について主に話させていただきます。いわゆるインフォームド・コンセントと呼ばれるものは、「真実告知」、英語で言えばTruth

Tellingと呼ばれている。あるいは、たいてい、Truthの中身はBad Newsが多いわけで、Bad News Tellingと呼ばれることが多いわけです。これが、非常に日本人の場合、得意ではありません。日本のドクターだけではなくて、日本人全体が得意ではないわけです。ですから、学生なども、今、インフォームド・コンセント、インフォームド・コンセントと言われるようになってきたので、インフォームド・コンセントが大事だということは、1年生に聞こうが6年生に聞こうが、「はい」と言ってくれます。頭では。だけど、実際目の前の患者にどのように言いますかということ、とたんに困ってしまうのが現状です。大事だということは聞いているけれど、一度もそれにかかわるトレーニングなしに突然、主治医として患者の前に行くというのが現状です。なおかつ、指導医となる先生たちも、実はそのようなBad Newsを告げるトレーニングを十分積んでいるわけではないので、見本にするべきものがない中で、見よう見まねでやっているのが実際です。

どうして、日本人は得意ではないのかということ、日本人のコミュニケーションの一つの柱に、相手の気を悪くしないという大きな原則があります。だけれども、Bad News Tellingは、Bad Newsを告げるのですから、相手は必然的につながりするような情報をどう告げるかということがかかわってくるのです。だけど、相手をつきつらせることに慣れていない日本人は、それを非常に怖がります。逆に自分が、しゃべる側が怖いのです。聞く側が怖い以前に、聞く側が怖がっていることをしゃべることが怖いのです。必要以上に防衛的になって、結果的に必要以上に患者に対して攻撃的になってしまったりすることも少なくないのです。逆に患者をつきつらせないでおこうと思って、オブラートで包みまくった話をして、結果的に患者がつきつらしてくれなかったら、それでBad



News Telling、Truth Tellingが成功だったのかというと、ちっともそれは成功ではないのです。単にそれはBad Newsが正しく伝わっていないというだけの話なのです。だからやはり、どのようにBad Newsを告げていくのかということです。それが、やっぱり大事なことであり、それはトレーニングしないとうまくならないことです。特に日本人の場合はそのようなことを告げること慣れていませんから、やはりそのためのトレーニングが必要である。

その出発点は、患者の悪い事態を受け止める能力を信用するところから始まるのです。

「病院で死ぬということ」という本を書いた山崎章郎さんがよくおっしゃることですけれど、「今までの医者は、患者のそのような能力を信用してこなかった」というのですね。「あなたにそのことを告げたら、あなたはパニックになるんじゃないか。落ち込んでしまうんじゃないか。あなたは怒り出すんじゃないか。そうやって真実を受け止められないんじゃないかと思うから、申し訳ないけれど、俺はあなたに本当のことは言えないのだ」と。「だけど、あなたは俺の患者で、俺はあなたの主治医なのだから、何の根拠もないけど、俺のことは信用してくれなくちゃ困るのだよ」というのが、今までの医師—患者関係だったのだ。そのようなアンバランスな関係は、もう立ち行かなくなっているのですよと。そのための出発点は、まず、患者が悪い事態を受け止められるその力を信じるところから始まらなくてはいけないし、そして、その「がっかり」をどうサポートしながら、受容に向けて援助するかという力をつけなければいけないのです。「がっかり」をさせたあとに、「がっかり」に対する対処法が日本人は非常に得意ではないとか、おろそかですね。

例えば、キューブラー・ロスの「死の受容の5段階」は皆さんご存じでしょう。死とか悪い病気を告知されたときに、まずは「否認」があっ

て、「怒り」があって、「取り引き」があって「落ち込み」がある。鬱（うつ）になるというやつですね。このような5段階で死を受け止める。これは非常にわかりやすいのですが、これが直線的に必ずしも進むわけではないし、これ以外にもいろいろな心的な反応があるとは言われています。これは別に「死」だけにかぎらなくて、悪い事態を受け止めるためにはみんなそのような心理的葛藤が大事なわけです。そのような心理的葛藤をしっかりとすることによって、受け止めができるということがあるわけです。

例えば、うちの学校などでも、毎年、最近では進級が厳しくなって、春になると学生は試験の結果を見て一喜一憂するわけです。掲示板にいくとなんとか学の試験結果、成績判定、「以下の者は合格とする」という掲示を見に行ったら、「僕の名前がない」というわけです。そうすると、何回も見る勇気がないから、だれか誘って「おい、飲みに行くぞ」と、「あとのことは明日考えよう」ということで「否認」するわけです。飲んで人からんだりして、二日酔いの頭で掲示板を見に行ってもやっぱりないわけです。そうすると今度は「怒り」が出てきて、「こんちくしょう、内科学のなんとかの野郎、よくも落としやがったな」とか「俺が後ろからいすをけって見せてくれと言ったのに、お前が見せてくれないから悪いんだ」とか。「お前が夜電話してきて、『俺、全然勉強してないんだ』と言うから、俺、信用して勉強しなかったら、お前裏切っただろう」とか。いろいろなところに「怒り」をぶつけるわけです。怒ってばかりではちがかないから、今度は取り引きしようと思って、「なんとか学のばか野郎」のところに頼みに行ったりするわけです。「先生、もう一回試験してくれませんか。レポート書きますから。実習頑張りますから」とかいろいろ「取り引き」を試みようとするわけです。「取り引き」がうまくいかないとなると、今度はもう落ち込んで、「い

いよ、もう俺いいよ。どうせ留年だ。俺ね、たそがれに北海道に流水でも見に行くよ」とか言って、流水見ながらたそがれるわけです。「ああ、人生ってむなしいな」とか言いながら。そうやって1週間も立てば、金も尽きてくるし、そろそろ飽きてくるので、「しょうがないな。その分半年間くらいバイトして金を稼いで外国にでもちょっと行ってみようかな、どこかの研究室に出入りして、日ごろできない勉強をしてみようかな」とかそれなりに受け止めていくわけです。

そういう「受け止め」というのは、葛藤があって初めて悪いことが受け止められるようになるわけです。その「がっかり」から先の「葛藤」は必要な作業であるのです。心理的な「怒り」が出たり、「落ち込み」が出たり、「取り引き」したりする。それを受け止めながら、どう最終的な「受容」に医療者が援助するのが実は求められている。この一緒に悩み、考えながら、悪い事態を受け止めていく。このことの援助ということが、実はインフォームド・コンセントの中の「説明したらいい」のではなくて、説明の先の問題としてあるのです。この「一緒に悩み、考える」という共同作業の部分が、実はインフォームド・コンセントに対する専門家のかわりとしては本質の部分である。だけれども、今は、ただ告げればいい、ただ告げただけで、メニューを出して「じゃ、どれを選びますか」というような、レストランのようなかわりでもいいと思こんでいる先生が少なくない。でもそれでは、実は全然インフォームド・コンセントにはなっていないのだということです。実際には、ちょっと「怒り」の強い人とか、ちょっと「落ち込み」の強い人は、簡単に問題患者のレッテルをはられて、「あの人は受け止めが悪い」と言われるわけです。「怒り」は別に患者が直接医師に対して怒っているわけではないですね。「先生はなんでそんなこと言ってくれなかつ

た」と怒って、「俺は何回も言っていたらこう」とこっちは思うわけですが、患者はそのことではなくて、自分が落ち込んだ事態に腹を立てている。家族に対しても腹を立てているし、「お前ら気がきかん」とか「俺はこうしてほしいのに」とか言うし、ナースにも「ナースコールを押してもなかなか来ない。なんで早く来ないんだ」とか怒りをぶつけるわけです。あるいはそれで、家族があまりにも「怒り」が強いものだから、お父さんのことをはれものに触るように扱っていると、そのように扱われること自体が、自分が落ち込んだ事態の悲惨さを示されているようで、また家族に腹を立てたりする。そのように怒りをぶつけるわけです。それはだけど、基本的にはその落ち込んだ事態が受け入れがたいから腹を立てているのであって、それに対して、医療者が怒りをぶつけ返してもしょうがないわけです。にもかかわらず「そんなに無理なことを言うのだったら、退院してもらうしかありませんよ」とか、「あなたがナースコールを離さないから、私は記録が書けないですよ」とかそういうレベルで、専門家が患者とけんかをして、怒りに対して怒りをぶつけ返してもしょうがないわけです。

あるいは、落ち込んでいる人に対して、「あなたは落ち込む必要はない」といくらとくとくと説得しても、落ち込んでいる最中は、それはちっとも「受け止め」につながらないわけです。例えば、彼氏にふられて泣いている女の子がいて、ビービー泣いていて、「あなたもう、いい加減泣くのよしなさいよ。あんたビービー泣いてるけどさ、あいつなんてすげー悪いやつだ。あんたがつきあってたから言わなかったけどさ、あんたとつきあってる間もだれだれに声かけてるし、だれだれにちょっかい出したんだから」とかそんなこと言われてもちっともうれしくない。「私はそいつにふられて悲しんでるんだから、ほうっておいてちょうだい」ということな

わけです。なのに、そういうことを、悲しみが終わった段階で、「なんで私はあんなバカとつきあったのかな」とあとになったら言えるかもしれないけど、悲しんでいる最中にはそんなことを言われても、全然納得なんかにつながらない。それよりは、一緒に横にいて、「恋はつらいよね。男って嫌だよ」と一緒に悲しんであげることの方がずっと意味があるわけです。そういうよりそいながら援助するありようが、実はそれが、共同の営みとか共同作業とか呼ばれるところなのです。そこが大事なのです。

だけど、それができてない場合のことが多い。どうしてできていないのか。一番多くの場合は、説明は以前と比べて難しい説明が多いのです。大学病院などは、若い先生などは特にそうなのだけれど、30分も1時間も自分が理解しているレベルの話患者に告げようとするわけです。だけど、患者は5分くらいたったところで、すでにもうお手上げになっていて、あとは先生のおごのそり残しのヒゲが気になってみたいなこと、ずっと終わって、最後は先生が一生懸命説明してくれたというその事実だけで、「はい、サインします」ということになりかねないわけです。それでも説明したと思っているわけです。だけど、以前と比べて、まだ説明をするようになった。だけど問題は、患者が、「わかった。それはわかったけれども、私には私の事情があるわけだし、私の思いもあるし、私の生活もあるし、私の都合もある」わけです。「実は私は、先生、手術といっても、私はこういう状況を抱えていて、こうこうこうなのです。その中で先生は手術と言うのですけれど、どのようにそれをお互いにうまく調整して解決するのが私にとっていいのでしょうか。今、私はこれだけ、5年間かけてやってきたことの最後の大事な場面があるのに、それでもやっぱり、手術をとった方がいいのか。あるいは、それだったらもう少し手術を遅らせてもいいのか。どういうリスクが

増えるかも聞かせてもらって結構ですから、一緒に考えてください」というところなのです。

その患者側の事情が聞けていないことが圧倒的に多いわけです。こちらの事情ばかり説明して、それで納得してくださいと言う。でも患者は患者の事情があるわけです。それが聞けていない。だからお互いの土俵を、両方示し合わせて、情報を共有した中で、初めて一緒に考えましょう、一緒にどうするのがよいのかを考えましょうということになるのです。それがいまだに一方的なコミュニケーションの中で、インフォームド・コンセントになっている。やはり患者とともに悩み、考えることは、患者がどう考えているのか、どのような状況にいるのか、そこを傾聴することが、やはり大事になってくるし、一番のネックは、多くの場合、そのような部分にあると思います。

その意味で、僕は、医療者と患者の関係とは、「おばあちゃんのアメリカ旅行」というたとえ話で言っています。お年寄りが、金沢の商店街、どこが大きいのか知りませんが、金沢に住んでいるおばあちゃんが、ガラガラガラと商店街で福引をしたら、金色の玉がころころと出てきたわけです。特等賞。カンカンカン！「おばあちゃん、アメリカ旅行ご招待。よかったね。すごいね」ということなのですが。普通はペアでご招待なのが、最近景気が悪いものだから、商店街がケチっちゃって1人分のチケットしか出ない。おばあちゃんは1人でアメリカに行かなくてはいけない。「大丈夫?」。ここだったら小松になるのか、名古屋になるのか、関空になるのかわかりませんが、国際空港まで大体おばあちゃんが行けるかどうかともわからない。行ったとしても、英語が通じるだろうか。道に迷うのではないかな。ギャングに襲われるのではないかな。たった1人で旅行するのは、お年寄りには不安でしかたがないのです。

ある意味では、今まで元気だったお年寄りが

突然病気になって、やれMRIだ、やれアンギオグラフィーだ、やれケモセラピーだという治療が始まる、検査が始まるのは、アメリカ旅行と同じくらいわけのわからない、不安な世界を旅することになっていくわけです。そういうときに、例えば大学生の孫でもいて「おばあちゃん、だったら僕が試験休みだから、一緒について行ってやってもいいよ。そのかわり、かあちゃん、半額出してちょうだい」と大学生の孫がついていってくると、すごいおばあちゃんは心強いわけです。大学生の孫と行ったら、国際空港にはたぶん行けるでしょうが、だけどやっぱりアメリカに行って、孫がついていってくれるといっても、やっぱり英語が通じないかもしれないし、やっぱり道に迷うかもしれないし、やっぱりギャングに襲われる可能性だってあるわけです。だけど、たった1人で旅行するのではなくて、そこに自分よりもその領域に詳しい人がパートナーとしていてくれることは、ものすごく心強いわけです。たとえギャングに襲われるようなことがあったとしても、そのあとになって「あのときは本当に怖かったね」と言い合えることができるわけです。

だから、その意味で、医療者はやはり援助者として、井上先生が言っていることと基本的にはたぶん同じことだと思っただけです。どう患者の療養にパートナーとしてかかわっていかれるか。その中で情報を共有しながら、一緒にがっかりしたり、一緒に悩んだり、一緒に「よかったね」と喜んだり、一緒に手術の成功を祈ったりというような、共同作業ができることが、大事なことであると思います。そのことには、人間性という問題も確かにあります。「どうしてこの人、医学部に来ちゃったのかな」という、やはり教育には限界があって、よく言われますけれど、上の1割、2割は教員が何をしようが、学校がなかろうが、6年間たったらまともな医者になっていく先生だと。下の1割、2割は、

前にマイケル・ジャクソンを連れてこようが、宇多田ヒカルを連れてこようが、だれも相手しないような学生である。だけど、間の6割、7割の学生は、教員がどう働きかけるかによって結果が変わってくる学生なのです。余裕があれば、下の1割、2割の学生に手を出せばいいけれど、まずは少なくともまん中の6割、7割の学生にどう働きかけるかが、やはりポイントなのです。

その意味では、患者たちの要求レベルは高くなってきているにもかかわらず、医師の側の能力はまだまだそれに見合ったものになっていません。今までは、それでも、よく言えば思い、悪く言えば浪花節なのですが、そういうものがあればまだ通じる余地があったわけです。ただ、世代間の医療に求める感覚もものすごく変わってきている。あるいは価値観も変わってきている。いろいろな価値観が広がってきている。やはり、それだけでは足りない。やはり何らかの技能、スキル、専門家にふさわしい技能を教育する必要があると思います。具体的には、また何かの機会があったら、皆さんのところで呼んでいただければ、模擬患者と一緒にセミナーに行きますので、そのときはよろしく願います。

## 討 論

(山田) 山田信也です。私は働く人の健康問題を、自分の大学でのテーマにしてみました。大学を辞めてからは働く人の命と健康を守る愛知のセンター、あるいは全国センターの仕事を続けておりました。そういう経験をしてきた中から少し質問と私の考えを述べさせていただきます。私はインフォームド・コンセントを考えるにあたって、人情論はやめたいと思います。人情論、人間関係でいくことはあまりよくないと思っているのです。悪いといってい

るのではないのです。今の議論を進めるうえで  
です。私は医療というものが、公正に社会的に  
評価されるための標準化がいると思います。医  
療行為が本当に社会にとって必要な、患者に  
にとって必要な標準的なことがちゃんとやられて  
いるかどうか。医療機関が本当にそれをやって  
いるかどうか。医師個人がやっているかどうか。  
標準化という考え方を参考にしてはどうかと思  
います。

ちょっと話がずれますけれども、私が専門に  
しております「仕事」である産業と置き換えて  
みますと、国際的に産業における標準化が約100  
年の間、いろいろ議論されてきました。一番の  
スタートは企業と企業の間での争いを、お互いの  
権利主張をいかにうまくスムーズに進めるかとい  
うことです。やった仕事は品質管理です。お  
互いに機械や部品を買い合ったときに、国際的  
にそれが通用するような規格をきちんと作る。  
お前のところはその規格に従っておらん、だか  
らお前のところはだめな会社だ。そんなものは  
買わない。貿易の対象にしない。これがまず出  
発点です。次は企業と社会との関係が論じられ  
るようになります。最も典型的なのは、製造物  
危険法です。企業が作ったものが使用する側  
にとって有害な結果をもたらす。例えば最近よく  
やっている、電気製品、電化製品が漏電したと  
か、いろいろな扱いのうでミスを起こすと  
いったことは、企業の側に責任がある場合があ  
る。製造物危険法ができたわけです。その次に、  
環境に対する企業の責任が出てきたわけです。  
これは一番大きな問題は環境公害です。汚染問  
題です。そのようなことをきちんと企業に守ら  
せていくために、お互いに企業間どうし、ある  
いは、企業と社会で、社会の方から企業に対す  
る標準化を要求していくわけです。そして、そ  
のとおりやっているかどうか。最も代表的なのは  
地球温暖化防止で、京都会議で議論されたとき  
に、各国や各国の企業が守らなければならな

いあり方。一番基本は、人類社会のためになら  
ないような産業活動はやめさせるということ  
です。そのためにどうするかということで、炭酸  
ガスの排出量を指標にして、その増加を防ぐた  
めの標準的な作業を設定しているのです。これ  
らはすべて、きわめて厳しい企業間あるいは企  
業と社会の間の闘争の中から生まれた。それは  
企業が、社会が、自分たちの存立を守るために  
産業活動に対する規制をしていくやり方です。

それが今、企業と労働者の間の関係が国際的  
に論じられて、そのためのマネジメントのシ  
ステムが作られようとしています。企業が労働  
者の健康と安全のために本当に責任を果たして  
いるかどうかです。それを第三者評価するわけ  
です。極端なことを言いますと、労働者から見  
て「あそこの企業は労働者のために役に立つよ  
うな仕事のしかたをしていない」と。それはだ  
めだと。そのためにどういうことをチェックす  
るのかをきわめて明解に一つ一つ挙げていくわ  
けです。そして、それを社会的に評価するの  
です。その場合、企業はなるべく自分たちの内輪  
で査定しようとするわけです。そうではない。  
あくまでも第三者が査定するのだと言うので  
す。最近では企業が、環境に優しい企業と自ら  
がうたいます。でも、その環境に優しい企業の具  
体的な活動が第三者、社会によってきちんと評  
価されなくては何もならないわけです。そのた  
めにチェックリストが作られています。

今、企業と労働者との間の関係についての国  
際的な標準化を図ることが議論されています。  
そのために労働組合も企業の側も、必死になっ  
て、それを自分たちにとって役に立つようにし  
ようとしているわけです。

これは乱暴な類推ですけど、医療について  
考えた場合はどうかですが、医療も社会から医  
師が大きな権限を与えられて、社会的な行為を  
行っている点では、企業と似たようなところも  
あるわけです。ちょっと今の企業の方の話は、

一つの材料だと理解していただいて、医療の側での問題について考えてみたときに、医師と医師との間の関係を是正することが、一番最初に起こっているわけです。イギリスで医療関係の同業者会議が開かれて、お互いに倫理規定を作って、並はずれた医療をしないようにしましょう、そんなことは医者の方汚しだぞというかたちで、医師間の倫理規定が作られた。

その次は、医師が社会に対してどのような責任を負うかについて議論が行われる。例えば医師法を見れば、患者の申し出を断ってはいけない、往診はちゃんとやらなくてはならないと、いろいろなことが書いてあるわけです。それが全部であるかどうかは別にしまして、医師が社会との関係における責任をどう取るかという具体的なチェック項目が挙がっているわけです。すると、患者から見ると、夜間の往診をやってくれないと困るとか、救急のときに断られる、たらい回しになると困るといった現実に批判があるわけです。これは一つのチェックリストの項目です。

今、インフォームド・コンセントの問題は、医師と患者との間に、望ましく期待される医療が本当に行われているのかどうかということの問題にする。このときにもやはりチェックのリストがあるわけです。先程堀中さんがおっしゃったように、患者が、いくつかの患者として困ったような問題をもう少し整理してみますと、「医療機関は、かくかくのことをやってくれなければ困るのだ」というチェックリストの項目ができるわけです。それをずっと患者が書きあげて行って、それを発表して、もっと多くの患者が見て、自分たちが本当によい医療を受けるためにかくかくのことが行われることが必要だと。本当にできるのかできないのか。医師はそれをやったのかやらないのかが、きちんと公正に、しかも1人で患者が医師についてあれこれ言うのではなくて、社会的にそれが行われる

ことがいると思います。社会的という行為は、どのような形態でやるのかは、患者の側の取り組み方でいろいろ決まってしまうと思うのです。

私はそのようなお互いにチェックをし合う標準化の発想がいろいろあると思うのです。わかりやすく言ってしまうと、それぞれの立場に必要なチェックリストです。患者が作ったチェックリストと医師の側が自ら作ったチェックリストが全く一致すればいいわけです。一致しない部分が起こったときには、やっぱり議論しなくてはならない。それから、評価をするのは、患者が評価をする。医師の側も評価する。その評価が合っているのか合っていないのか。医師の側が自分のよいように評価するかもしれない。患者から見れば患者の側によいように評価するかもしれない。そういう厳しさがぶつかり合うことが私は必要ではないかと思っています。

私は率直に言うと、日本の今のインフォームド・コンセントは、そのようなきちんとした解決を図っていくための、だれもができることを明解にして公正に評価していく手順が欠けているのではないかという疑問を持っています。以上です。

(袴田)滋賀医大の袴田です。安藤先生がちょっと触れかけられたのですが、拒否をしたあとの結果責任の問題です。医師として最良の選択ではないかと考えて、いろいろな情報を提供していったけれど、患者の選んだ選択肢が違った場合、それをもう一度、医師が考えるような選択肢に導いていけば、誘導尋問というか、選択肢を制限して導いていくことで、井上先生が言われているところの、該当しない行為になる。しかし、みすみす結果がどうもおかしくなりそうだとということがわかりながら、患者が選んだのだからそれでとどめてしまっているのかどうか。そういうことを最近の若い医師や医学生たちと議論しますと、自己決定権は決定したら責

任を負うことは常に伴っているのです、自己決定というのはそのような限界性があるのだから、それをあえて患者が行っているのだから、それでいいではないか、それ以上悩む必要はないし、そのような選択肢が出たのだからと、帰ってゆっくり夜寝ればいいのだという話になります。そのような選択肢が出たときに帰ってゆっくり寝られる医者がはたしてよい医者なのかと思いますし、古典的な考え方もかもしれませんけれど、結果に対しての責任は自己決定について回るわけですが、専門家としてそのような部分はどのように考えてかかわっていくべきなのか。どういう関係が、インフォームド・コンセントの次の課題として起きてくるのか。そこから辺について皆さんのご意見を聞かせていただければと思います。

(安藤) 私のお返事になるかどうかわかりませんが、初めの問題は、多分に私の能力を超えていますので、他のシンポジストの先生にお任せしまして、お2人目の結果責任の問題ですが、確かに私自身もこれについてはっきりした結論を持っているわけではないのです。それで「議論の余地がある」と言うにとどめておいたのですが、おっしゃるとおり、いかに自分が選んだとはいえ、最終的に非常に健康が悪くなった、あるいは死に至ったというときに、医師はどこまで責任を負うべきかという問題があります。その意味で、私は話の途中で、まず医療は非常に不確定要素というか不確実な要素がいっぱいある科学でして、決して普通のいわゆる科学ではないので、わからない部分もたくさんある。したがって、結果のわからないものもたくさんある。そういうことがあることを患者にお話しするときに十分説明して、そしてその中で、患者はもちろんそれについてすぐに納得して結論を出せるはずがありませんので、専門家として、このような不確実性に対してはこの

程度を考慮しておかなくてはならないとか、統計的に言っても本当は危ないのだから、私としては選ばない方がよいという、医師の裁量とかそういう意見も含めてお話をしなくてはならないし、またそうしないと、結果が悪かったときに、大変医師としてもあとのケアが難しいと思います。

その意味で、一つの方法としては、そういうときは自分だけで決めないで、同僚、いわゆるセカンド・オピニオンを患者と一緒に話しして、別の先生のご意見、専門の先生のご意見も聞いて、非常に重大な決定をするときには十分話をするしかないのではないかと。それで結果が何かあって、例えば、裁判のようなことになれば、我々としても対応のしようがないので、これは法律家にいっぺんご意見を聞きたいなと思って、私の話はその辺で、次、井上先生です。

(井上) その話も大変よく出てきますので、その若い医者たちの言うこともあると思うのですね。「自己決定したら、あとは患者が決めたことだから、そのとおりすればいいのだ」と。しかし、これはやっぱり、先程の藤崎さんの話にありましたように、一緒に悩むとか、そのような過程を無視しているわけで、それはその医師が無能であるということだと思いますね。責任を最終的に負うのは確かに、決定した患者でしょう。しかし、それとは別に医師には責任があるはずで、あるいは義務があるはずで、それはある意味で、医師として最善をどう尽くしたかということで、法的な評価で言えば、「患者が決定したから、それは患者の責任で、医師に責任は問われない」ということにはなりません。医師がやるべきことをどれだけやったか。その意味で、医師がやるべきことをどれだけやったかは、最初のご意見にあった「標準化する」こと、あるいは医師が果たすべき義務を、現代の医学の中で、あるいは医療保障、つまりは人権

保障というシステムの中で、どこまで医師が役割を果たしたら責任を果たしたと言えるのかという、その意味での標準化だと思うのです。

私はその標準の一つの指針に、これは大きな指針ですが、今日お話ししたような医療保障の原則がなりうると思います。しかし、それは原則ですから、他方で、安藤さんや患者の側からのいろいろなケースで発表されたようなこと。この両者をつないでいくような作業が大事であると思います。現場での日々の実践と原則をどうつないでいくか。今は両方がいわば切断された状況にあるのではないのでしょうか。だからそういう作業を続けていく営みこそが、人権保障を具体化していくことだし、日常の医療の行為というのは実はそういうことだと思うのです。先程、安藤さんがいろいろ言われました。あえて先生とは申し上げませんが、いつも先生と思っていますけれども、今は先生があふれかえっていますから。先生が多すぎるから。あまり先生と呼ばない方がいいのではないかと思います。お医者さんは、どうしてお医者さんどうし、目の前で先生と呼ぶのでしょうか。「先生、先生」と。わかりませんね、そういう関係は。今日の議論の土台にあると思うのです。

それはそれとして、安藤さんは、私は人権とは関係ないとか、人権のことはわからないとかおっしゃるのだけれど、実はそうではなくて、まさに人権保障を具体化していく行為、その中でインフォームド・コンセントとはこういうことだというように、現場の実践の中で考えられたことは、まさに私は人権保障の具体化だと思います。そういうとらえ方自体が大事だと思うのです。人権はこっちのこと、日々の医療はこっちのことと言っているから、そこに標準ができない。あるいは医師として果たすべき義務のレベルが設定できない。そういうことで医療そのものがいわばブラックボックスになって、それをごまかす言葉が「医師の裁量」ではない

でしょうか。ですから、医師の裁量なんて本当にあるのかなということですね。医師の裁量がこれほど認められるようになったら、先程の標準の話もなければ、責任の話も出てこなくなってしまうのです。そのことを問う。インフォームド・コンセントはその一つの素材、むしろ試金石だと思います。こんなことでよいでしょうか。

(藤崎) 最初に山田先生がおっしゃったことの方ですけど、標準化ということを考えるならば、情報公開は避けて通れないことです。情報公開がない中で、標準化してまともと言っても何の根拠もない。それが本当に公開された中で、本当にそれに見合うものかどうかということの、医療の中で情報公開がない中で、標準化はされないだろうというのが一つあります。その中で、今まで医師はプロフェッションということで、プロフェッションとはオートノミー、集団の中で自己の自立性が認められているのですが、一方で倫理規定を持っていて、その倫理規定を守りますから、一定のオートノミーを私たちにくださいと社会的にプロフェスした人たちをプロフェッションということになっています。最近の大きな医学事典を見てみますと、プロフェッサーは、「まことしやかにうそを言う人」と訳語が書いてあるくらいですから、そのプロフェッションの側の信頼性は揺らいできている。特に医師のプロフェッションに関しては、この間、残念ながら、非常に自浄能力の低いことが現実に起きている中で、国民の側からの信頼が非常に揺らいできている。

カルテ開示をめぐる議論の中で、情報公開することが信頼関係を揺るがすという議論があるわけですが、そんな情報公開ただけで揺るぐような信頼関係は本当の信頼関係なのか。逆に言うと、「信頼しろ、信頼しろ」と言って、言うばかりで証拠を見せないから、国民の側から



「じゃあ証拠を見せろ」ということで、開示が求められているわけです。すでに事態としては、信頼関係がゆるんでいるからこそ、そういう議論になっているのだということ、今さら信頼関係が揺らぐという議論ではないのだとまず認める必要があるのだろう。そのうえで、アメリカでいったらジョイント・コミッション、日本では病院評価機構がどれくらいそれに値するのかわからないですけど、一定標準化する中で第三者評価をしようという動きが出てきました。

それにかからめて僕のところで、レジュメに書いてあって言わなかったことですが、医学教育の場の中では、市民参加、あるいは病院にあってもそうですが、市民のユーザーの側がかかわって、ユーザーにとってふさわしい医師を養成すること。これは共同購入でコープ商品を作るのと同じだと思います。生産者と消費者が、協力し合いながらよりよい安全で、質の高い、なおかつ安あがりな、よい医者をつくるのと同じことだと思います。あるいは、実際、医療生協の中では、院所利用委員会というかたちで、非常勤の組合員さんたちが院所の利用のあり方、サービスの提供のあり方について、実際自分たちで評価をするようになっています。そのような市民参加が不可欠だと思います。

医学教育について言えば、インターン闘争のときに、あれだけ医学教育が国民的議題になったにもかかわらず、中身の問題については「先生たちにお任せ」というかたちできて、やっと最近、市民たちもそういうことに口を出さなくてはということになってきたと思います。そのような機運がやっとできてきているのではないかなと思うのです。やはり、その中で緊張関係、厳しさをもってぶつかり合うことと、山田先生がおっしゃいましたけれど、まさに医療記録開示とか情報開示を求められていることを非常に

多くの医師は、不必要な抑圧感としてとらえているわけですが、本当にそうなのだろうか。それは必要な緊張感ではないだろうか。そのところをもう1回問い直してみる必要があるのではないかと思います。確かに、試験のようなもので他人から評価されることは、だれもうれしくないわけですね。僕などは試験監督をやっていて、もう俺は試験を受ける側でなくてよかったといつも思います。やはり試験を受けるのはつらい、うっとうしいことですが、それを必要な緊張感ととるのか、不必要な抑圧感ととるのかということです。

袴田さんの質問については、結果責任のことですが、井上先生が大体言ってくれたと思うのですが、民主主義というのは、基本的には結果よりもプロセスに重きを置く考え方だと思います。だから、結果だけ言えば、プラトンではないけれど、賢者の政治でいいわけです。しかし、それは本当に結果まで責任を取れるかということ、取れないことは歴史が示しているわけです。だからこそ、民主主義は常にフィードバックがかかる。まちがった選択をしたとしても。だから何かのまちがいで、横山ノックを知事にしちゃったとしても、東京だったら青島幸男になったかと思うと石原慎太郎になったり、いろいろな揺り戻しはあるわけです。こちらの民主的な力量の成熟の度合いによって。けれども、まちがいが起こっても最終的にはフィードバックがかけられるのが民主主義ですね。それはプロセスを大事にしているからだと思います。そのことがまず第1点。

その次に、やはり基本は患者の自己決定で、責任も最終的には患者がメインの責任であることは変わりないだろう。ただし、逆に言うと、責任を取る力があることを信用して、我々は援助するべきであって、医療者が好きで引き抱えることはパターンリズム以外の何ものでもないと思います。しかし、そうは言うものの、それ

ではお任せでいいのか、メニュー方式でいいのか、好きに選んでちょうだいでもいいのかというところではない。その決定過程あるいは決定したあとでも一緒に共に悩み考える姿勢が大事だと思うし、「わかった。俺はこっちの方がよいと思うけど、あなたがぜひこうしたいと思うのであれば、できるかぎりそれを援助しよう。だけどあなたも1回言ったからそれでOKではなくて、もしかして変えたいと思ったら、いつでも私はその議論につきあわせてもらいます。今は、あなたがぜひそれをしたいと言うのだったら、それを最大限うまくいくように、僕は努力したいと思います」だし、それが結果的にうまくいったら「よかったね」と本当に心から喜んであげたいし、うまくいかなかったら「うーん、僕も応援したのだけれど難しかったね」と一緒にがっかりしてあげる関係こそが大事なのではないかなと思います。

(井上) さっき言い忘れました。評価の場合、第三者評価がしきりに言われますが、私はその前にやっぱり患者の評価があつてしかるべきだと思います。大学でもそうですが、第三者評価と言いますが、本来、学生の評価がまず考

えられなければならないと思います。そういう意味で、患者の自己決定ということになると思います。だから、企業の評価の場合とちょっと性格が違うかなと思います。今日お話できませんでしたが、今年はぜひ言っておかねばなりません。国際高齢者年ですので、特に高齢者の自己決定、尊厳を尊重しようということでもあると思います。国際高齢者年で高齢者の人権保障を展開するということですので、高齢者の患者に対してどうするか、年をとったらもうわけがわからないのだから説明もいらないしということではないと思います。外に本がありますが、高齢者年に国連が原則を打ち出しています。これは、グローバル・スタンダードだと思うのですね。人権保障あるいは医療についても一つの原則を打ち出しています。それを翻訳した本が置いてありますので、そのあたりもぜひ見ていただいて、国際高齢者年の活動も盛んにしていただきたいと思います。

(座長) 時間になりましたので、シンポジウムはこの辺で終わりにさせていただきたいと思います。最後にシンポジストの方に拍手でお礼をしたいと思います。

## 「社会医学研究」投稿規定

1. 投稿者は会員に限る。
2. 投稿原稿の種類と字数は下記のものとし、「原稿の様式」従って書かれたものであること。  
説論・原著：400字詰め原稿用紙30枚程度  
調査報告・資料・研究ノート：400字詰め原稿用紙15～20枚程度
3. 投稿原稿（図表を含む）にはコピー2部をつける。  
ワードプロセッサを用いて作製した場合、可能な限り、原稿をテキスト形式として保存した3.5インチフロッピーディスクとともに提出することが望ましい。
4. 投稿原稿の採否は編集幹事会で決定する。
5. 費用は全額著者負担とする。
6. 校正は初稿のみ著者が行なう。
7. 別刷の実費は著者負担とする。
8. 原税送付先：公衆衛生院次長室内 社会医学研究会事務局

### 原稿の様式

1. 原稿本文は和文とする。
2. 原稿はB5判用紙（20字×20行、ワードプロセッサを用いる場合も同様）を用い横書きとする。原稿の表紙には表題、著者名、所属機関名、代表著者の通信先、別刷希望部数、英文タイトル、ローマ字による著者名、原稿の種類、表および図の数を書く。私文中に出てくる欧語はタイプする。
3. 総説、原著、調査報告の場合、キーワード（和語で5語、英語で5語以内）を表紙の英文タイトルの後につける。
4. 論説・原著・調査報告には英文抄録をつけることができる。この場合、文中の図・表中の文字と説明（表題も含む）は、和文と英文を併記する。
5. 図表中の文字と説明は日本語とする。必要があれば英語を併記してもよい。原図は縮小製版できるように鮮明なものとする。図表は一表一図ごとに別の用紙とし、挿入する箇所を本文の欄外に明確に指定する。
6. 単位記号は次の例示に従う：Km, m, cm, mm,  $\mu$ m, nm, A; kg, g, mg,  $\mu$ g; l, ml, yr(年), wk(週), d(日), h(時), min(分), s(秒), ms,  $\mu$ s, JIS Z 8203参照。
7. 文献は下記の例にならって記述し、引用順に番号をつけて最後に一括する。本文中にも文献番号をつける。

[学術雑誌]著者名、表題、雑誌名、発行年(西暦)、巻、

頁-頁。著者が5名以上の場合は最初の3名を記し、あとは「ほか」(英文ではet al.)とする。

- 1) 山田太郎、村川次郎。一酸化炭素中毒に関する研究。産業医学 1963; 5: 200-210.
- 2) Clark CA, Roworth CG, Holling HE. Methyl-bromide poisoning: an account of four cases. Br J Ind Med 1945; 2: 17-20.  
[単行本] 著者名または編者名(英文ではed(s).とする)、書名、発行所所在地、発行所、発行年(西暦)、引用頁-頁。
- 3) 原島 進。環境衛生学。東京: 南江堂, 1950: 141-146.
- 4) Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invalid microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology mechanisms of disease. Philadelphia: WA Saunders, 1974: 457-472.

上記の記載例は、Uniform Requirements of Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (1981) に準じた。雑誌各誌記はIndex Medicus参照。

社会医学研究 第18号 2000年12月1日 発行

発行者 上 畑 鉄之丞  
発行所 東京都港区白金台4-6-1 国立公衆衛生院次長室内  
社会医学研究会事務局  
Tel 03-3441-7111(代) 03-3446-3440(直通)  
Fax 03-3446-3440  
編 集 第40回社会医学研究会総会事務局  
(代表：山田裕一)  
石川県河北郡内灘町大学1-1  
金沢医科大学衛生学教室内  
Tel 076-286-2211(代表)  
Fax 076-286-9723