

# 日本病院会雑誌

*Journal of Japan Hospital Association*

2002

10

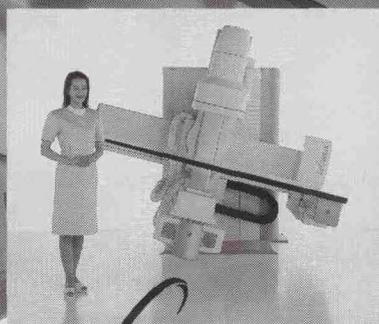
VOL.49 NO.10

# TOSHIBA

## X-TVとAngioの融合で、多目的に**変わる。** Cアームデジタルで、ダイナミックに**変わる。**

Angio、IVR、消化管、整形など幅広い臨床ニーズに応える、  
究極の多目的デジタルシステムの誕生です。

- 俊敏なCアーム動作で、全視野をカバー
  - オーバー/アンダーテーブルチューブ切替
  - アームストローク165cm/I.I.前後35cm
- 被曝低減を実現
  - グリッド制御パルス透視
  - 線質調整タンタルフィルタ
- 1.5MHU/0.6MHU大容量X線管搭載
- 幅広天板と圧迫筒で消化管検査に対応
- 天板高さ53cmで、乗降り楽々
- 日本語WindowsNTによる最新のGUI
- 検査と画像処理を完全並行処理
- 高度な画像処理で高品位の診断情報を提供
  - デジタル補償フィルタ/オートウィンドウ
- 多様なオプションでAngio検査をサポート
  - ポーラスチェイスDAS&長尺画像表示
  - テーブルサイドコンソール
- 広いワーキングスペースを確保
- 既存のX線TV室に設置可能



# Ultimax

多目的オールデジタルX線テレビシステム・アルティマックス

いのち すこやかに

株式会社 **東芝・東芝メディカル株式会社**

本社/東京都文京区本郷3-26-5 〒113-8456 TEL03-3818-2043 (X線営業部)

医療用具許可番号 09BZ0069

<http://www.toshiba-medical.co.jp/>

日本病院会の共済面を担当する

# (株)日本病院共済会



## 保険代理店業務

### 【損害保険】

病院賠償責任保険  
勤務医師賠償責任保険  
看護職者賠償責任保険  
医療廃棄物排出者責任保険  
医療従事者賠償責任保険  
病院火災賠償責任保険  
居宅介護賠償責任保険  
現金総合保険 等

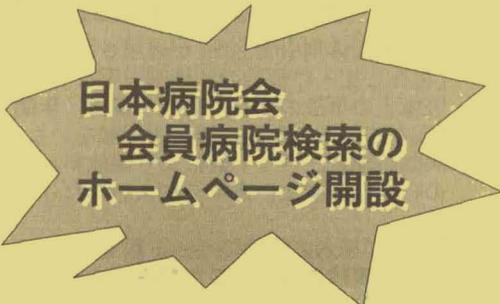
### 【生命保険】

医師退職金積立制度  
がん保険 等



## 販売業務

人間ドック手帳、質問表  
病院図書が発行と販売  
日本病院会通信教育教科書



日本病院会  
会員病院検索の  
ホームページ開設

<http://www.byouinjoho.jp/>



## 商品斡旋業務

パソコン診療録管理システム  
各種病院イベント・葬儀事業  
病院防災システム  
温冷配膳車  
通信教育（ケアマネージャー）  
医療周辺機器  
院内情報サービス  
排便・排尿自動処理機  
医療関連図書 等

(株)日本病院共済会

ご存知ですか？

(社) 日本病院会の病院賠償責任保険は  
こんなに有利です！

(社) 日本病院会の病院賠償責任保険のメリット

1. 最高の団体割引率 20% が適用されており、断然有利です。  
【現在ご加入の契約の団体割引率をいま一度ご確認ください】
2. 医療上の事故の場合 1 事故 1 億円、年間 3 億円までお引き受けいたしております。  
【現在ご加入の契約の補償限度額をいま一度ご確認ください】
3. 病院の場合、ベッド数により保険料が変わりますが、ベッド数は、許可ベッド数か実在ベッド数のいずれか少ない方でご加入いただけます。(実稼働ベッドではございませんのでご注意ください)  
【現在ご加入の契約のベッド数をいま一度ご確認ください】
4. 万一の事故の際の窓口が明確であり、事故解決のために最も適切な方法をご連絡するとともに、会員病院と協力して紛争処理に最善をつくします。  
【現在ご加入の契約の事故の際の対応をいま一度ご確認ください】
5. ご加入の病院に対しては、ビデオテープ『医療事故と危機管理』の貸出サービスがあり、事故防止のためのノウハウ提供にも積極的に取り組みます。  
【現在ご加入の契約の事故防止のためのサービスをいま一度ご確認ください】

『日本病院会の病院賠償責任保険』へのご加入はいつからでも可能です

『日本病院会の病院賠償責任保険』へのご加入はいつからでも可能です。病院賠償責任保険に未加入の病院は、医事紛争の現状を踏まえられ、今すぐ本保険へ加入されますことをお勧めいたします。

なお、本保険へ切り替えられる病院におかれましては、現在加入されている保険の満期日と本保険の保険始期にブランクが生じないようにご注意ください。

中途加入の場合、本保険の保険始期は、保険料が下記振込口座に着金した日の翌日になります (お振込の際は電信扱をご利用ください)

『日本病院会の病院賠償責任保険』へのご加入の手続  
は大変簡単です

『日本病院会の病院賠償責任保険』への手続は大変簡単です。

加入依頼書に、必要事項ご記入のうえ、(株)日本病院共済会までご送付いただき、保険料を振込先口座までお振込いただくだけです。

なお、加入依頼書のご請求・中途加入の場合の保険料につきましては、下記までご照会ください。

◆お問い合わせ先◆

日本病院共済会

〒102-0082 東京都千代田区一番町13-2

電話 03-3264-9888

〔担当〕 井上

◆保険料お振込先◆

富士銀行 麴町支店

日本病院共済会

普通預金口座 No. 768088

# 日本病院会雑誌 病院学 2002年10月号

## 目 次

グラフ：諏訪中央病院	7
巻頭言：統合一本化に向けて	元原 利武 15
病院医療の質を考えるセミナー	
総合ワークショップ「リスクマネジメントを考える」	
基調講演 患者の人権とリスクマネジメント	旗手 俊彦 17
旭川赤十字病院における医療事故防止	後藤 聡 26
院内感染対策におけるリスクマネジメント	矢野 邦夫 37
—CDC（米国疾病管理センター）ガイドラインを参考として—	
診療情報開示とリスクマネジメント	秦 温信 42
病院経営からみたリスクマネジメント	岸田 晴樹 48
緊急講演 診療報酬改定について	榎本健太郎 57
特別レポート 中村記念病院における診療情報データベース 構築への取り組み	中川原謙二 72
医事研究会	
講演「診療報酬改定による病院の影響度」	
401床以上の場合	岩崎 満男 81
200床以上の場合	帯谷 隆 91
200床未満の場合	田村 一浩 107
栄養調理研究会	
教育講演 肝硬変・肝癌の栄養管理	森脇 久隆 116
文化講演 いのちの母胎，森の文化	篠田 暢之 131
特別講演 薬草と調理	水野 瑞夫 144
病院経営管理者養成課程通信教育・「通教月報」巻頭言	159
〈一番町だより〉	
平成14年度第4回定例常任理事会議事抄録	161
近代医学のルーツを探る江戸の旅のご案内	171
10月研究会のお知らせ	174

## 随筆・俳句・紀行文等をお寄せください

本誌「黄色ページ」掲載の随筆・俳句・紀行文等を募集しております。

- ① 原稿枚数 随意ですが、400字詰め原稿用紙横書で6枚が雑誌ほぼ2ページになります。
- ② 原稿締切日 とくに設けません。採否および掲載月については、学術委員会で決定します。
- ③ 記事謝礼 別刷（50部）を贈呈しこれに代えます。

### 原稿送付先

〒102-0082 東京都千代田区一番町13-3

(社)日本病院会 学術委員会 雑誌編集室 あて

TEL 03 (3265) 0077

FAX 03 (3230) 2898

# 日本病院会の倫理綱領

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

## 1. 医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

## 2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

## 3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

## 4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

## 5. 地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会



## 病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保障することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

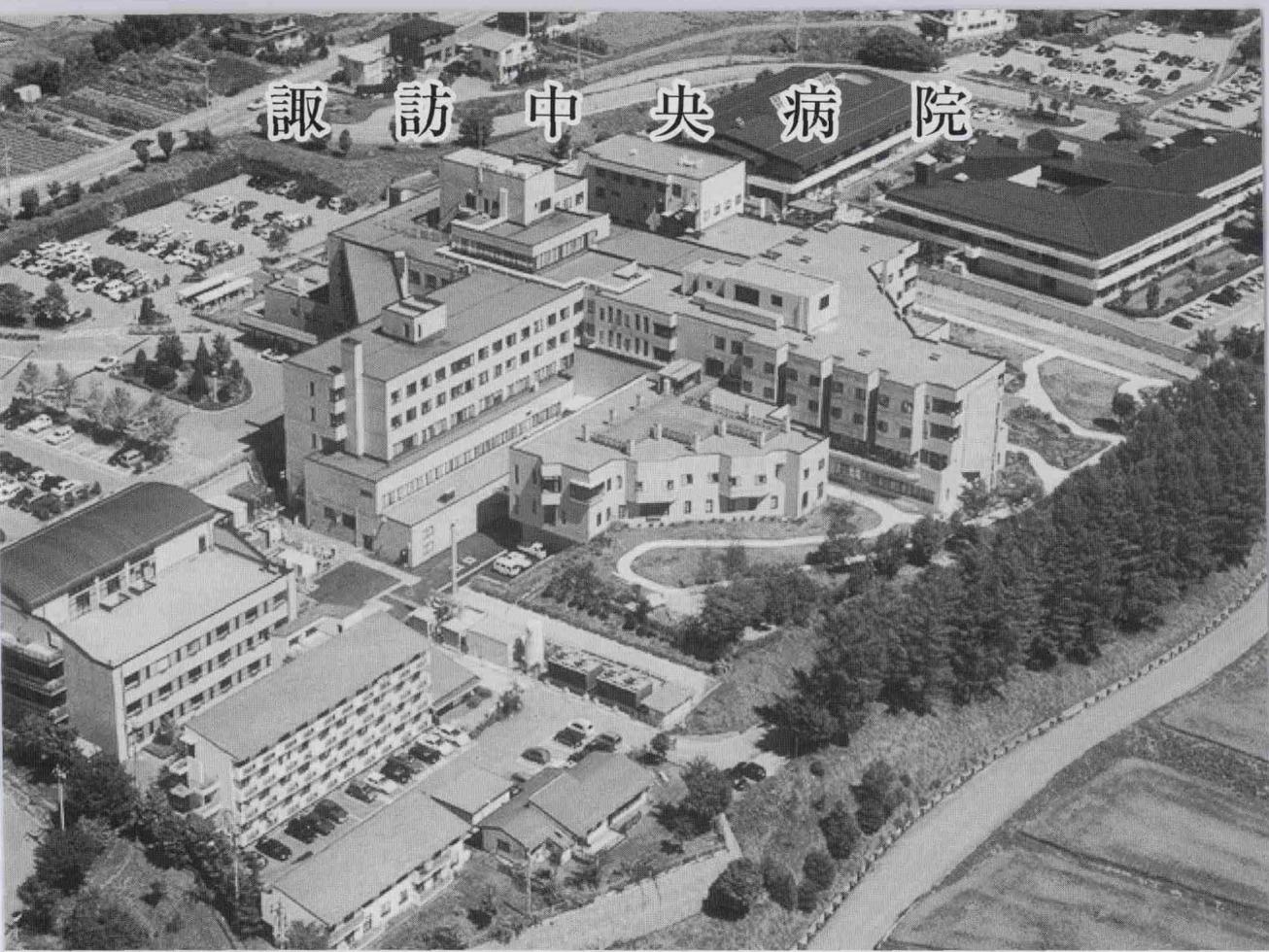
三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々もてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることに努めるものとする。

社団法人 日本病院会

# 諏訪中央病院



(諏訪中央病院全景／病院周囲に看護学校・老健・特養(茅野市立)が繋がりを持って配置されている。)

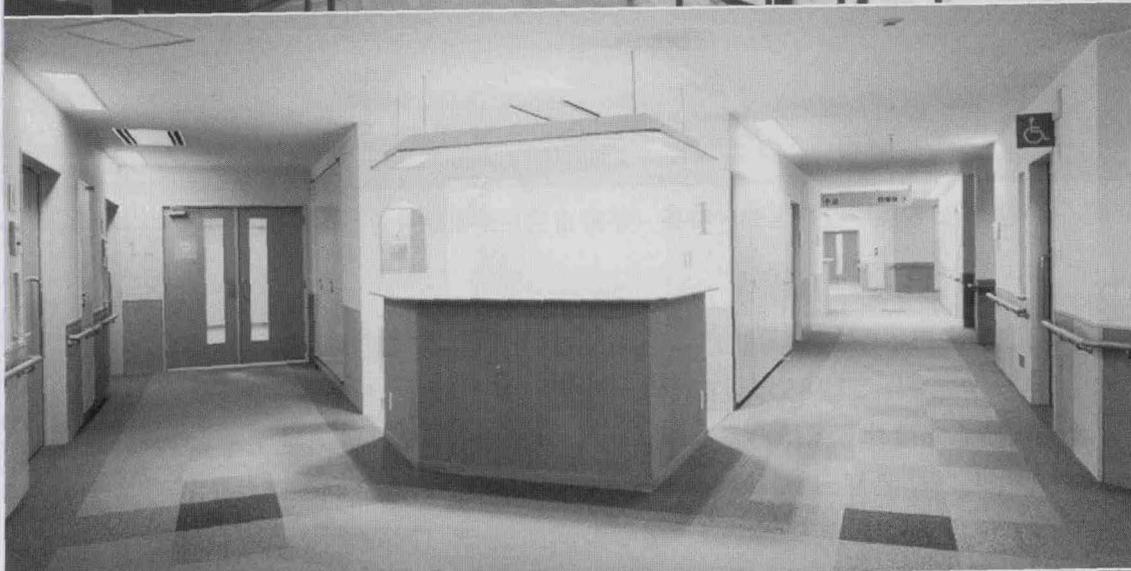
諏訪中央病院は茅野市・原村・諏訪市より構成された一部事務組合による公立病院です。1950年に設立され、1986年現在地に移転新築しました。その時の病床数は200床で、診療内容も高度化し、診療科も増えました。1998年には増改築工事が終了し、366床となりました。老健50床(1990年設立)、看護専門学校(1993年設立)を併設しています。病床は一般病棟270床、療養型病床90床(内介護型30床)、緩和ケア病棟6床より構成されています。

'86年の移転新築時より「病院らしくない病院」を目指しました。床にはカーペットが敷かれ、壁には絵画等が架けられています。病棟では各室にトイレを設置し、ナースセンターの他にナースコーナーも設けました。SPDシステムも導入しました。増築にあたり従来の良いところは踏襲し、更なる改善を行っています。ナースセンターをスタッフステーションと変え、ナースコーナーは機能的なものへと変更しました。療養環境の向上のため増築棟は全てのベッドに窓がある個室の多床室としました。また、屋上庭園を造りベッドでそのまま出られるようにしました。

諏訪中央病院は多くのボランティア、地域の方に支えられながら、今後も地域に信頼される地域医療の拠点として発展を続けます。



ラウンジ  
吹き抜けのため広がりがあり壁のタペストリーが柔らかな雰囲気を醸し出している。奥は売店となっている。



ナースコーナー  
出来るだけ患者さんの近くで仕事出来るように、スタッフステーションの他にナースコーナーが設けられている



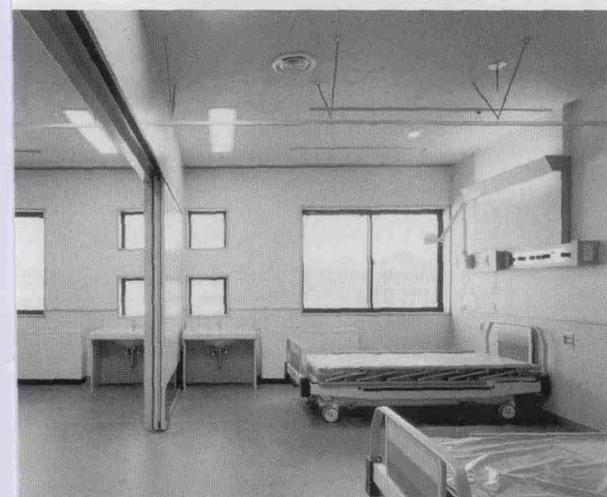
ナースコーナー  
(内側)  
終日患者さんの近くで仕事出来るよう作業スペース確保した



**外来カウンター** 外来患者さんの身近で対応するようカウンター方式とした



**ドック健診センター入口** 一般外来患者さんとは別の導線を設けた。



**HCU** 各病棟にHCUを設置し重症患者への対応能力を向上させた



**個室的多床室** 全てのベッドに窓を設け、多床室でありながら個室的な雰囲気で療養生活が送れるように配慮した



**個室** 窓には障子・襖が入り、和室的な落ち着いた雰囲気入院生活を送れるよう配慮した



廊下には書画が掛かっている。病院内いたるところに絵画、写真、彫刻、陶器などが展示され病院らしくない病院の雰囲気をつくり、患者さんの癒しになっている。



2階の緩和ケア  
病棟東側ベラ  
ンダよりみる増  
築棟



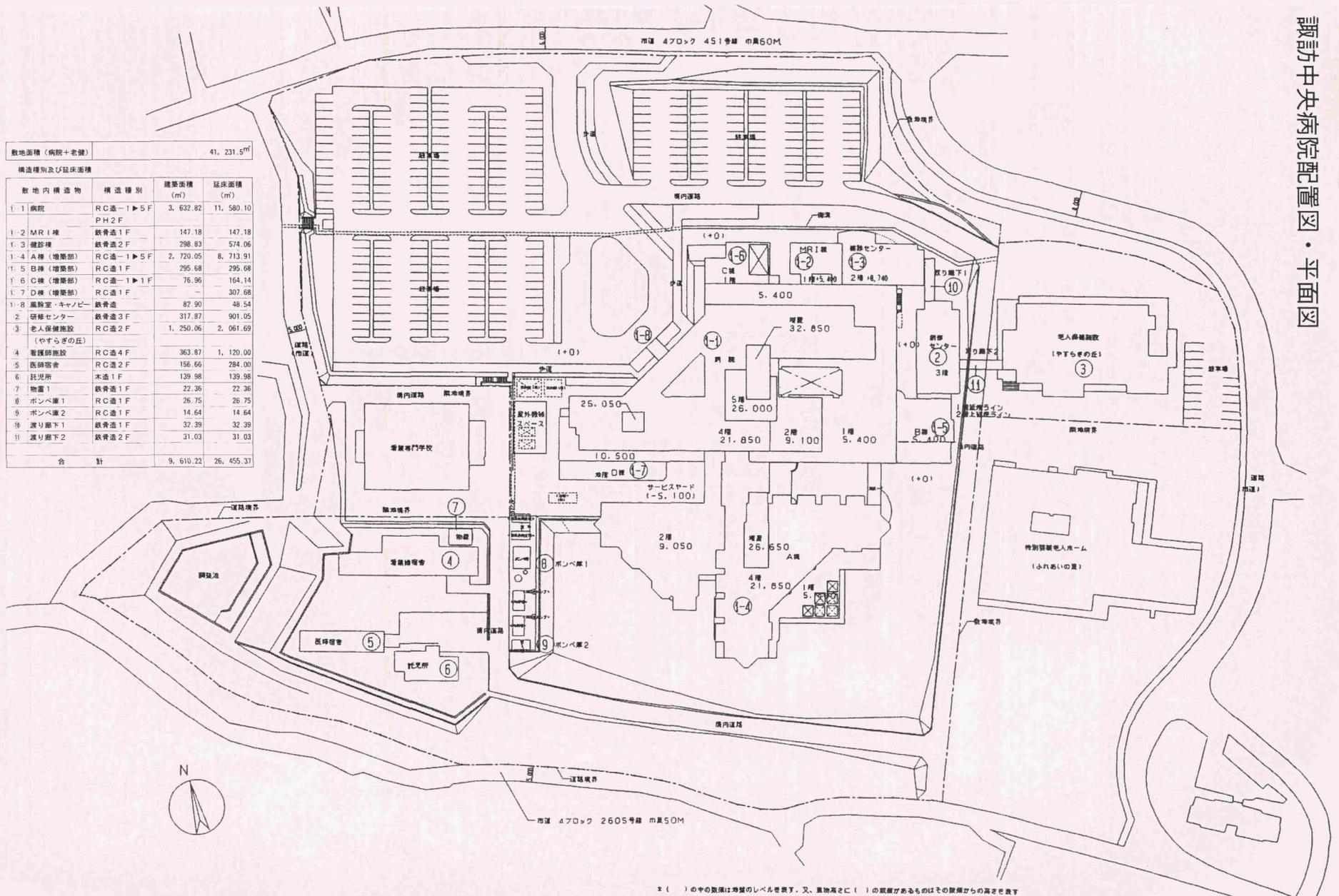
3階病棟から  
ベッドのまき  
出られる屋上  
庭園



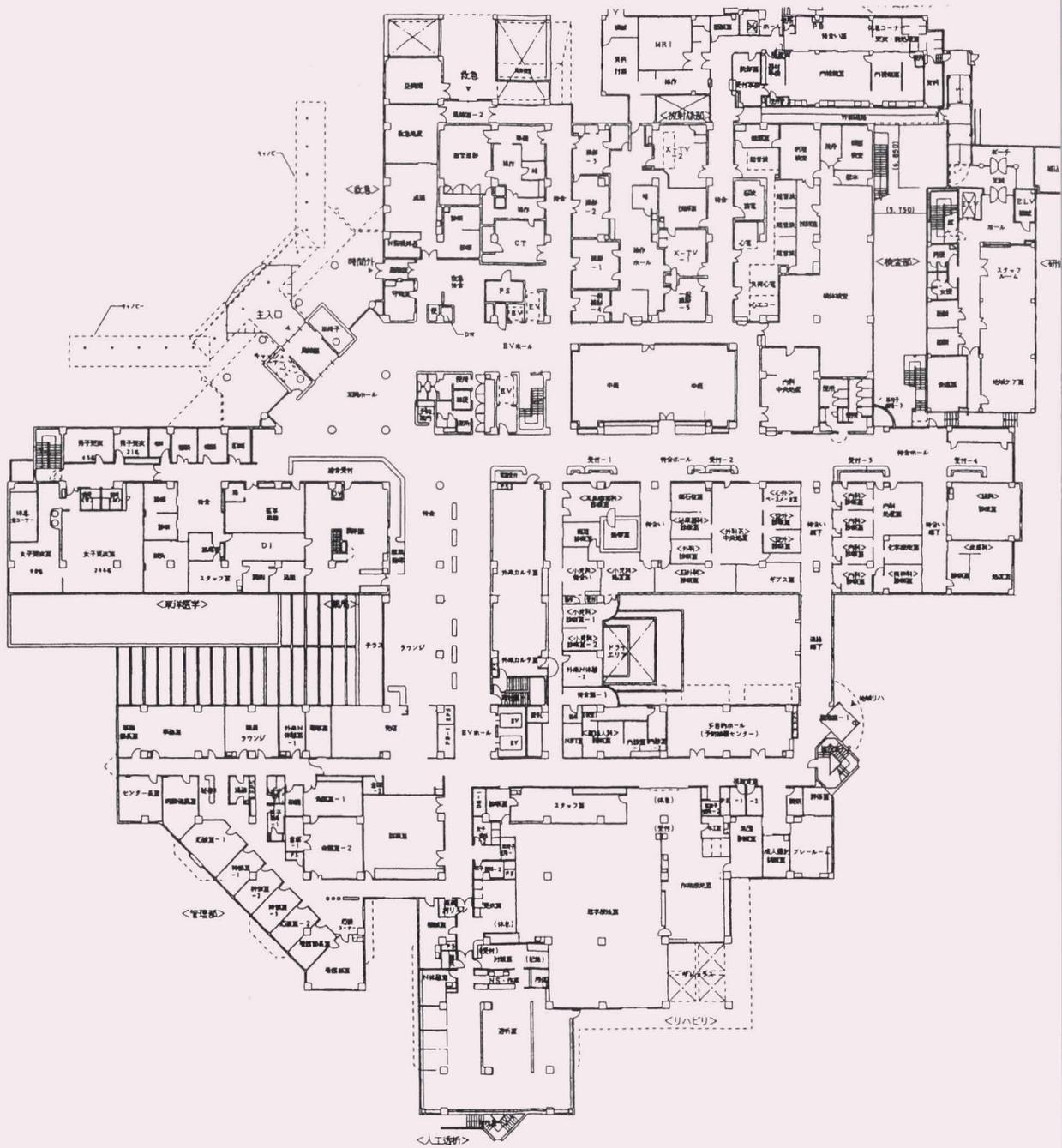
写真提供/  
諏訪中央病院

理学療法室 高齢社会を迎え、また様々な疾患での早期リハビリの必要が言われるなか、リハビリ室には十分な空間を確保した。屋外リハへの繋がりにも配慮した

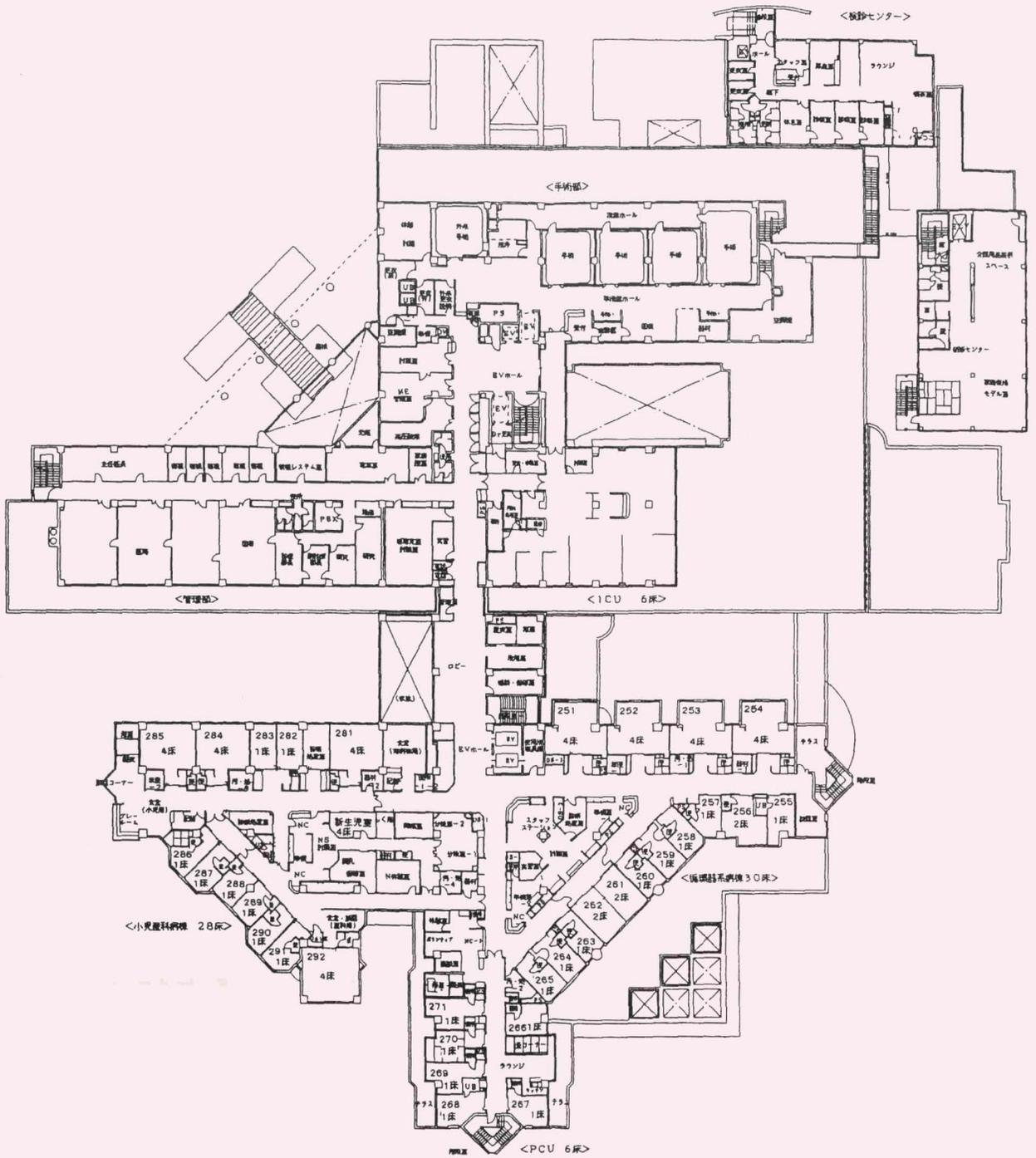
敷地面積 (病院+老健)		41,231.5 <sup>m</sup>	
構造種別及び延床面積			
敷地面積	構造種別	建築面積 (m <sup>2</sup> )	延床面積 (m <sup>2</sup> )
① 病院	RC造-1▶5F PH2F	3,632.82	11,580.10
①-2 MR1棟	鉄骨造1F	147.18	147.18
①-3 健診棟	鉄骨造2F	298.83	574.06
①-4 A棟 (増築部)	RC造-1▶5F	2,720.05	8,713.91
①-5 B棟 (増築部)	RC造1F	295.68	295.68
①-6 C棟 (増築部)	RC造-1▶1F	76.96	164.14
①-7 D棟 (増築部)	RC造1F	-	307.68
①-8 風除室・キャノピー	鉄骨造	82.90	48.54
② 研修センター	鉄骨造3F	317.87	901.05
③ 老人保健施設 (やすらぎの庄)	RC造2F	1,250.06	2,061.69
④ 看護師施設	RC造4F	363.87	1,120.00
⑤ 医師宿舎	RC造2F	156.66	284.00
⑥ 託児所	木造1F	139.98	139.98
⑦ 物置1	鉄骨造1F	22.36	22.36
⑧ ボンベ庫1	RC造1F	26.75	26.75
⑨ ボンベ庫2	RC造1F	14.64	14.64
⑩ 渡り廊下1	鉄骨造1F	32.39	32.39
⑪ 渡り廊下2	鉄骨造2F	31.03	31.03
合計		9,610.22	26,455.37



※ ( ) 中の数値は地盤のレベルを表す。又、異物高さに ( ) の数値があるものはその数値からの高さを表す

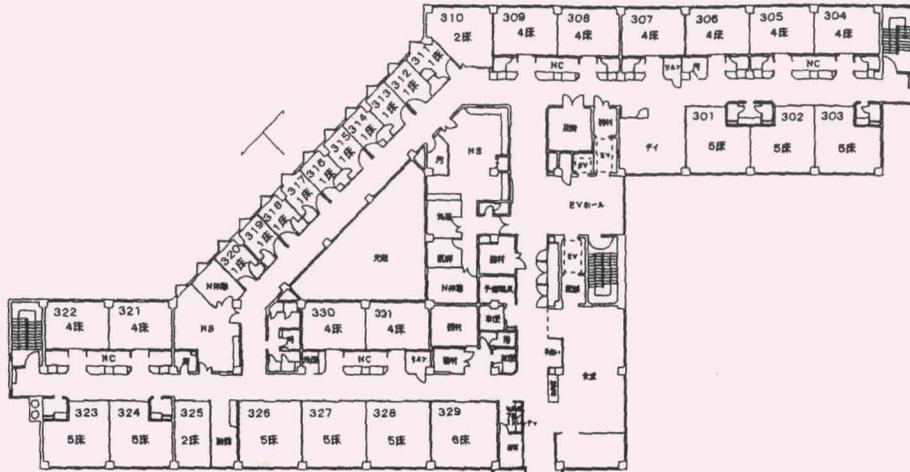


平面図-1階

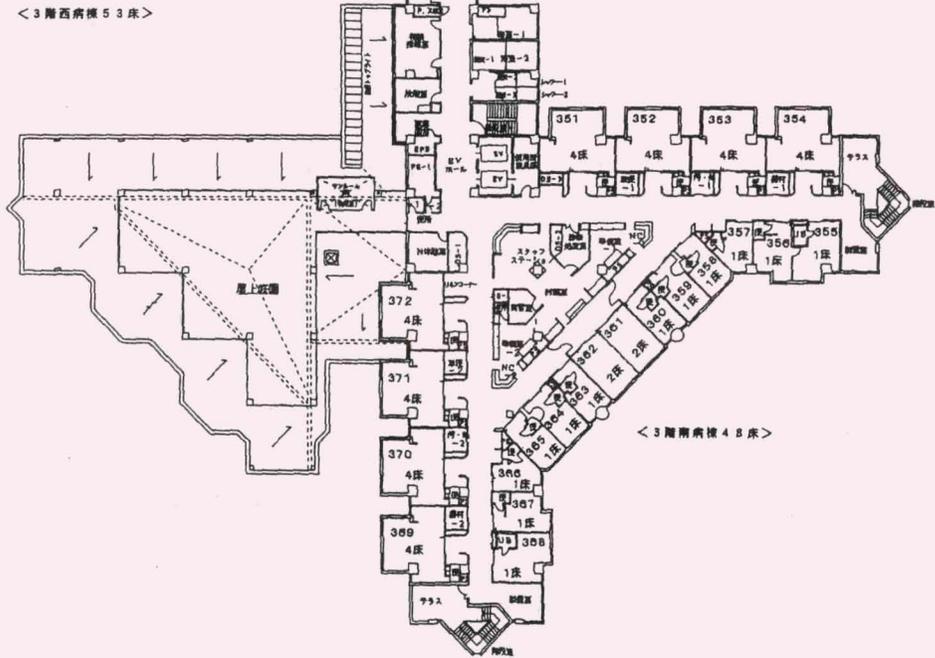


平面図-2階

< 3 階東病棟 47 床 >



< 3 階西病棟 53 床 >



< 3 階南病棟 48 床 >



これらについて今後中医協で検討が加えられることになった。

いづれにしても影響動向調査の結果が出る8月以降に論議が本格化することになる。日医等、三師会は自民党医系議員で組織するカトリア会等と意見交換し、今回の改定幅1.3%以上の技術料引下げが確認された場合には、診療報酬の再改定を、カトリア会を通じて、政府、与党幹部に要求する方針で一致した。

この要求に対して日病等病院団体も一致して政府、与党に強く働きかけなければならない。又、機会がある度に、今回の改定の様な非公開、切り捨て御免がまかり通ることのない様、政府、与党、議会に申入れを行なわなければならない。もし、再改定の意見が通れば、異例のことではあるが、医療関係団体の威信にかけても何らかの成果を得なければならない。

今回の改定は、厚労省の官僚が診療報酬の減額によって、病床数の削減を推進するための方策の一環と思われ、仄聞する所によれば、病院病床を40万床迄削減する目的のための兵糧攻めの始まりと考えるべきであろう。官僚は一旦計画を立案すると十年かかっても、名目や形を変えてでも、当事者の意見を徴集する様な手続はとるが、計画を押し通してきている、病床削減についても、形を変えて、着々と実現に向けて方策等を出して来ると考えられる。

病院団体としては将来に向けての、病院、病床のあり方について、どの様な形が国民に必要なのか、地域、医療圏域のあり方と共に、病院の生き残りのことだけでなく、入院施設から入所施設迄医療、福祉を一連のものとして、如何なる形が国民にとって幸せなのか、十分に検討を加え、提言しなければならない。

基調講演

## 患者の人権とリスクマネジメント

札幌医科大学法学社会学助教授 旗手俊彦

平成14年4月・札幌市

### 1. 患者の人権運動の背景

ただいまご紹介にあずかりました札幌医科大学の旗手と申します。本日は、日本病院会並びに中村記念病院のご好意によりまして、このようなワークショップに参加を許され、大変光栄に存じております。それでは時間がタイトですので早速報告に入らせていただきます。

患者の人権がなぜこのように現在の医療で重要なテーマとして取り上げられるかの背景を最初におさえておきたいと思えます。それはアメリカで1970年代に成立した、いわゆるバイオエシックスが1970年代後半から80年にかけて、主に木村利人教授をはじめとして何人かの先駆的な学者によって日本に紹介されてきたという背景があげられます。

なぜアメリカでこのように患者の人権が大きな問題点となってきたかということですが、1960年代から70年代にかけて医師による人体実験が大きな問題として告発されてきたという背景をあげることができます。レジメの方に詳しい資料をあげておきましたので、あとでご覧になっていたければよいかと思うのですが、1959年、それから1966年の2回にわたりましてハーバード大学麻酔科学教授のヘンリー・ピーチャーという学者が、医療の名において人権侵害も甚だしい人体実験がアメリカで行われているということニューイングランドジャーナルオブメディシンの論文において発表されました。その中にはたとえば腸チフスに有効な薬を全く投与されないで、投与した群と投与されない群に勝手に医師の方で分けて、その薬が本当に有効であったことを示したデータを得

たなどのように、人権侵害といえるような人体実験が行われたということが明らかになったということがあげられます。

また、アメリカでは1972年、いわゆるタスキギー梅毒実験という実験が大きな社会問題になりました。これはアメリカ政府の機関がアラバマ州のタスキギーという町において約600人の黒人を対象として1932年から40年間にわたり実施してきた梅毒実験であります。この実験の中身は梅毒に有効な抗生物質等を投与しないで、投与したと言いながら実は全く毒にも薬にもならないような薬剤を投与して、梅毒が進行するとどうなるかという自然歴をつぶさに追っていったというような実験内容であります。こうした人体実験が1960年代から70年代にかけてアメリカで大変大きな問題となってまいりました。

それからアメリカの1960年代から70年代はいわゆる公民権運動が活発に展開された時期であります。少数派マイノリティの人たちが多数派の人たちと同じ1人前の市民として扱いを要求したのが公民権運動です。ですから男性という多数派に対しては女性という少数派が対等な扱いを求め、企業に対しては消費者が対等な扱いを求め、医師に対しては患者が対等な扱いを求めてきたというのがこの運動の枠組みとしてあげられると思えます。

それから1960年代から70年代にかけて、脳死や臓器移植等の倫理的な問題が医療の大きな問題として登場してきたという背景から、医療の倫理、その中でも患者の人権をどのように守っていくのかということがアメリカのバイオエシックス成立の大変大きな社会的背景になったということがい

えると思います。そこで患者の人権、特に患者の自己決定権というものが大変大きな理念として掲げられるようになりました。

## 2. 患者の人権保障の枠組み

いまも申し上げましたように、アメリカでは人体実験が行われてきたということがバイオエシックス成立の一つの大きな背景としてあげられますので、人体実験をいかに防止するのかということが大変大きなテーマです。これはアメリカだけではなくて、いわゆる先進国において共通のテーマでありまして、ヘルシンキ宣言というのは人を対象とした臨床実験に関する指針ですが、その人を対象とした臨床実験の時にどのような公的倫理的なプロセスを経なければいけないかということが定められております。それから患者が命や健康の主権者として医療に参加してきて、自己決定権を主張する。命や健康の主権者としてどのような医療を受けるかについて、どのような治療方法を選択するかについては患者が最終的な決定権限を握っているということが主張されてきました。それから死の概念や臓器移植が実施されるようになってきたのですが、患者の自己決定権を行使する前提としてのインフォームドコンセントが大変重要な位置を占めてきたという60年代から70年代にかけてのバイオエシックスの特徴といえます。

このようにして成立してきた人権保障や生命倫理の枠組みとして3つの大きな枠組みをあげることができます。1つはインフォームドコンセントです。これもレジユメの方にくつかあげておきましたが、インフォームドコンセントを達成するためには情報開示が必要です。その情報開示をどこまで行うのかについて、事前の説明と同意の他に、広い意味でのインフォームドコンセントといった場合には診療後の診療情報の開示をどうするかという問題もあります。これはアメリカでは患者の権利法という法律に基づいて医師には開示する法的義務があります。日本でも第四次改正医療法案の審議の際にこれを法的義務として盛り込むかどうか議論されたのですが、第四次改正医療法では見送られました。そのかわり日本医師会では独自のガイドラインを作成して情報開示を各医

療機関に推奨しているところであります。

それから患者の人権を守るためには、医師と患者の二者関係だけではなかなか達成されませんので、公共政策として各種の法律やガイドラインが定められるようになってきています。いま申し上げましたが、アメリカでは州毎に患者の権利法が制定されておりますし、連邦法として1991年ですが、患者自己決定法という法律が制定されております。それからヘルシンキ宣言に代表されます通り、各種ガイドラインを定めることによって患者の権利を守っていきこうという動きが人権保障や生命倫理の流れとして重要ではないかと思います。

3番目に倫理委員会を医療施設の中に設けて、倫理的問題についてはこの倫理委員会で決定していかなければいけないというスタイルが1970年代以降定着したというのが人権保障や生命倫理の枠組みで大変重要ではないかと思われま

## 3. 臨理委員会

インフォームドコンセントや公共政策につきましても、臨床の第一線でご活躍中の先生方の方が大変お詳しいと思いますので、大学で仕事をしている者として少しこの倫理委員会についてお話をさせていただこうと思います。倫理委員会といった場合に大きく二つのタイプに分けることができます。1つがIRBですが、これはInstitutional Review Boardの頭文字をとってIRBと呼んでおります。そのまま日本語に訳しますと、施設内審査委員会というのが最も適当な日本語訳であると思われま

アメリカでIRBが発展してきた経緯がスライドにあります通り、1974年の連邦政府科学研究実験規制法で政府管轄下の施設及び政府予算を用いた研究については、この施設内審査委員会の審査を義務づけることが法律上の義務として設けられました。これはその後政府予算を用いた実験のみではなくて、一般の臨床研究についてもIRBの審査が義務づけられることになっております。日本では従来いわゆる治験委員会としてこのIRBが発展してきた経緯があります。

現在施行されております新GCPですが、正確にいきますと「医薬品の安全性に関する臨床試験の実施の基準に関する省令」ですが、ここの第28条

で IRB の構成等について詳しい定めが置かれております。治験について倫理的及び科学的観点から十分に審査を行うことができること、5 名以上の委員から構成しなければいけないこと、また委員のうち医学、薬学、歯学その他の医療または臨床試験に関する専門的知識を有する者以外の者が加えられていること、それから委員のうち実施医療機関と利害関係を有しない者が加えられていること、こうしたことが治験審査委員会の条件となっております。

どうしてこういう構成になっているかということですが、これは先程アメリカのバイオエシックス成立の背景で見ました通り、医療倫理とか生命倫理の一つの動機づけ、モチーフは専門家に対する不信だからです。専門家だけに任せておくと人権侵害とか人権侵害の甚だしいような形で人体実験が行われるかもしれない、したがってそこに非専門家を加えなければいけないという根本的なモチーフがありまして、日本でもそうしたバイオエシックスの理念を受け継いで治験審査委員会ではいま申し上げたような構成となっております。

もう一つ、病院倫理委員会というスタイルの委員会があります。これはアメリカではカレン事件において、その判決の中で示唆された委員会です。カレン事件というのは1976年アメリカのニュージャージー州で判決の下った事件ですが、睡眠薬とアルコールを一緒に飲んだ20代前半の若い女性がいわゆる植物状態に陥って、両親が治療拒否、生命維持装置のとりはずしを求めたという事件です。

その事件で生命維持装置のとりはずしが判決で最終的に認められたのですが、その判決の中でこうした問題については病院内に倫理委員会を設けて議論しなさいということが示唆されました。この病院倫理委員会というのは死の概念とか臓器移植、あるいは生殖医療などの倫理的問題を取り扱うことを役割としています。日本においては1982年に徳島大学医学部倫理委員会が最初に設立されて以来、大学医学部を中心に現在では民間の医療施設でも倫理委員会を設けるところが多くなってきました。これは当初は法律上の根拠はなかったのですが、近年、臓器移植ガイドライン等、各種公的ガイドラインでこの倫理委員会による審査承

認が義務づけられるようになってきております。

この病院倫理委員会とこの IRB とはどういう関係にあるかということで、これは必ずしも日本で決まったパターンがあるわけではありません。もともとは日本では治験審査委員会として発展していますので、治験審査が IRB の役割であることは間違いありません。いま申し上げたように倫理委員会は死の概念とか臓器移植とか生殖医療というように比較的重要なテーマについて扱うのが倫理委員会の役割です。その中で治験とは違う、一般臨床研究をどうするか、どのように扱うかということが各施設によって対応が若干異なっているところでもあります。

札幌医大の場合は IRB は治験委員会ではなくて、施設内審査委員会ですので、治験 + 一般臨床研究をあわせてこの IRB で取り扱っております。治験が大体 1 年間に 50 ~ 60 件ぐらいで、一般臨床研究が最近非常に増えてきてまして、やはりこれも年間 50 ~ 60 件で、いま治験を上回るぐらいの件数があがってきております。たとえばどういうものかということ、これは泌尿器科からあがってきたプロトコルなのですが、難治性の精巣腫瘍に対してイリノテカンとネダプラチンを併用療法するというプロトコルを実施していかどうかというのがこの IRB にあがってきました。イリノテカンというのは精巣腫瘍については保険が認めれておりませんが、大腸ガンとか乳ガンについては認められておりますが、精巣腫瘍については認められていないのですが、その認められてないイリノテカンを精巣腫瘍に対してネダプラチンとの併用療法で用いていかどうかというプロトコルがこの IRB にあがってきました。

これはこれから審査するので、本当はここで公開してはいけないのかもしれませんが、このように現在一般臨床研究が非常に多くなってきているのが倫理委員会の特徴です。それはどうしてかということ、アメリカンスタンダードののっとなって、いま日本のジャーナルでも倫理委員会の承認がないと論文の投稿を受けつけてくれないことが多くなりました。それでこれまで決められてきた以外の薬剤の新しい投与法を試みる場合には、必ず倫理委員会にかかってくるようになってきて、審査案件が多くなってきています。これは大学によ

ては医学部倫理委員会とか病院倫理委員会で審査している大学もあります。私ども札幌医大ではこの IRB の方で審査をしています。

従来倫理委員会という、この病院倫理委員会やあるいは医学部医の倫理委員会と IRB と 2 つのタイプがあったのですが、現在このほかに第 3 の類型、ゲノム遺伝子解析については遺伝子解析倫理審査委員会としてまた第 3 の委員会を設けなければいけなくなってきたのが昨年から今年ぐらいにかけての流れです。どうしてそうなってきたかという、これは文部科学省、厚生労働省、経済産業省の三省の合同でヒトゲノム遺伝子解析研究に関する倫理指針というものが発表されました。その中でゲノムや遺伝子解析については倫理審査委員会で審査しなさいということになってきています。

その倫理審査委員会の構成についての細則はこのガイドラインで定められておまして、大変厳しい内容になっております。倫理、法律を含む人文社会科学面の有識者、自然科学面の有識者、一般の立場の者から構成されなければいけない、それから外部員を半数以上おくことが望ましいが、その確保が困難な場合には少なくとも複数名おかなければいけない、それから外部委員の半数以上は人文社会科学の有識者または一般の立場のものでなければならない、それから男女両性で構成されなければいけないという非常に厳しい内容になってきています。

そこでゲノムや遺伝子解析に関する問題について倫理審査する場合には、いま私が申し上げたようなガイドラインにのっとって委員会を行われなければいけないのですが、従来の病院倫理委員会とか IRB というのは必ずしもいま言った構成になっておりません。したがって IRB や倫理委員会の構成をゲノム遺伝子解析のガイドラインにのっとって構成を変えて、そこで扱うという手もあるのですが、独立して第 3 の倫理委員会として立ち上げた方が機動的に動けるだろうということで、倫理委員会や IRB とはまた異なる構成で遺伝子解析倫理審査委員会を、札幌医大でいまこれから立ち上げようとしています。

この倫理委員会の問題点ですが、先程私がコメントしましたように、審査案件が最近非常に多く

なっていておまして大変忙しいです。IRB の方は私どもの施設では月一回定例開催にしていますが、倫理委員会とか、これから立ち上がる遺伝子解析倫理審査委員会ですが、外部委員が入らなければいけないのですが、そうすると外部委員の方のスケジュールも大変重要になってきます。外部委員の方がいないと開催できないということ、特にこの遺伝子解析倫理審査委員会はそうなっていますので、倫理委員会でも私ども外部委員の先生に入っただいてはいるのですが、その方のスケジュールに合わせないと開催できないということになると、そんなに何回も開催できるものではありません。したがって審査案件が多くなると 1 回の委員会で大変多くの審査案件を片づけなければいけないということで、十分な審査ができないというのがいま札幌医大だけではなくて全国的に倫理委員会の大変大きな課題となっていておられます。

それからもう一つ、IRB の方ですが、GCP という基準に基づいて我々は審査していきますが、私も委員をやってみて思ったのですが、GCP という手続きに精通すること自体に 1 年ぐらいかかってしまうのです。それで多くの大学というのは大体 2 年 1 サイクルで委員が変わると思うのですが、2 年経つと IRB の委員が大きく変わってしまうと、今度また新しい委員が入って来ると GCP が何かというところから議論が始まっていて、十分な倫理的な審査ができない。

たとえば第 2 層の用量設定の審査をするのに第一層フェイズ 1 で終わっているはずの安全性の問題を、ある委員の先生が本当にこの薬の安全性は確かめられているのかどうなのかという議論として持ち出したり、そういうことがしばしばあって、私自身自分の経験に基づいて本当に思うのですが、GCP というガイドラインに精通すること自体に非常に時間がかかってしまうというのが現状です。したがって委員が入れ代わると非常に審査に時間がかかってしまって負担感が大きくなるということがあります。

それからどこの大学でも教授になると大体 1 人で 10 以上の委員をやっていますので、事前に分厚いファイルが届けられるのですが、十分に目を通すことができないという問題点もあって、いまこ

の審査案件が多くなりすぎてきて、これをいかに裁いていくかということが医学部共通の非常に大きな問題点となってきております。

それで全国80の医学部では医学系大学倫理委員会連絡会議という会議を設立して、年に2回連絡会議を行っております。学術研究やあるいは情報交換で、1つの研究がある大学では認められて、他の大学では全然認められなかったりというデコボコが出て来ると、科学の発展という観点から見るとあまりよくないので、大学間で足並みを揃えていこうということで、いま申し上げました通り医学系大学倫理委員会連絡会議というのを開催しております。これは年2回大体夏と冬に開催しております、大学倫理委員会のメンバーの先生方はこの倫理委員会の審査の方法などに大変精通してきておりますので、もしこれから民間の病院でも倫理委員会を立ち上げようということになれば、ぜひお近くの大学医学部にコンサルトをお願いすると運営の仕方とかについていろいろ詳しい意見が頂戴できるのではないかと思います。

#### 4. リスクマネジメント

次に、今日の本題でありますリスクマネジメントに話題を移します。なぜこのようなリスクマネジメントが大きな問題点となってきたかということですが、アメリカでは1970年代の医療過誤危機がその背景にあるといわれております。それから日本ではアメリカのバイオエシックス、患者の自己決定権や患者の人権という考え方が日本に導入されたために、医療訴訟や医事紛争が増大する傾向にあります。第2の背景としては、マスコミ報道が過熱して、最近では医療事故に関する報道がない日はないといっているくらい大変マスコミ市場を賑わしていることが上げられます。

それから3番目の背景として、患者さんとのトラブルが、従来は訴訟になるとしても民事訴訟だったのですが、近年捜査当局が刑事事件として積極的に立件する傾向があって、事故で患者さんがお亡くなりになったりすると業務上過失致死傷罪とか、あるいは異常死体の届出義務違反で医師が刑事訴追されるということが増えてまいりました。こうした背景から日本でもリスクマネジメントに本格的に取り組まなければいけなくなったとい

うことがいえます。

リスクマネジメントがどういうものであるかについては、大体およそのイメージがコンセンサスとして定着しつつあると思いますので、私の専門が医療倫理とか医事法ですので、そうした観点から少し問題点をあげさせていただきたいと思っております。まず日本でリスクマネジメントを展開していく上で一つの大きな障害となっているのがインシデントレポートに対する免責規定がないということです。アメリカでは、州法で免責規定を設けている州があります。

それから州法で免責規定がない州ではどうしているかということ、インシデントレポートを顧問弁護士宛ての私信、プライベートレターとしてインシデントレポートを書いて、そして顧問弁護士宛てに提出して、これはプライベートレターですから顧問弁護士が読み終わってしまったらあとは廃棄するという形でプロテクションをかけています。

昨年、たまたまハワイ州立大学医学部附属病院で内科系レジデントをやっている札幌医科大学第一内科のドクターが同門会にあわせて日本に一時帰国をされた時に、ハワイ州では州法で免責されているので、私たちは法律上の責任を問われることなく安心してインシデントレポートを書くことができるという話をお伺いしております。

日本では法律上免責されるかどうかという根拠がないのです。ですから裁判所によって裁判の時に文書提出命令が出ると、出さなければいけなくなるかもしれないという問題点があります。それでリスクマネジメントの目的は何かということですが、キーワードはやはり Who ではなくて Why、誰が事故を起こしたかではなくて、なぜその事故が起こったかということですね。懲罰モデルと学習モデルと書いてありますが、誰が事故を起こした犯人なのかを見つけ出して、懲罰を加えることによって事故を防止するということであれば、法律上の責任を問うことはたしかに有効です。

しかし、医療というのはその間に複雑な色々な医療システムとか薬剤のオーダリングシステムとか、あるいは製薬会社レベルでのサウンドアライクルとかカラーアライクル、呼び名とか色が似ているような薬剤が関与しています。ですから誰に責任があるということを一概に決めつけることが

大変難しい場合が少なくありません。どうして起こったのかということを探求する場合に、やはり個人の責任が問われないということがインシデントレポートを積極的に出していただく大変重要なポイントになるかと思うのですが、残念ながら日本ではここがはっきりしていなくて、これは私もよくお話をしますが、特に患者さん側で医療訴訟をやっている弁護士さんからご批判をいただく場合が多いです。

たとえば昨年日本生命倫理学会というところでこの話をしたのですが、たまたまその会場に有名な鈴木利廣弁護士がいて、早速お叱りを受けまして、医療従事者は情報を隠そうとするからそういうことを言っているのではないかと発言されました。先程の Who ではなくて Why ということをお話したのですが、短時間ではなかなかご理解いただけませんでした。しかも日本ではむしろインシデントではなくてアクシデントの方なんです、それに医師名などを入れて公開しろというのが情報公開審査会の方から方針として出ていまして、むしろ情報は公開される、医師名も含めて情報が公開される傾向にあります。

それからもう一つ、医師法第21条のいわゆる異状死体の届け出義務ですが、この異状死体というのは一体何をもって異状死体ということかということですが、これは法律上、あるいは法律に附属した省令等ではっきりしておりません。日本法医学会が異状死のガイドラインを作成しております。それから厚生労働省が作成したリスクマネージメントスタンダードマニュアルというのがあって、全国の医療施設でこれをお手本にマニュアルを作って欲しいというマニュアルができております。その中ではどちらも過失の有無を問わず、医療行為に関連した死を届け出義務の対象とするということになっております。たしかにそういう方針で臨むと利点としては積極的に法医解剖がなされる傾向になっていきますので、医学的に一体何が死因であったのかという医学的な説明が進むという利点があります。

ただし、欠点として安易に警察権力の介入を招くということになると、医療従事者に対して大変萎縮効果を働かせることになってしまいます。また過失の有無を問わず医療行為に関連した死を全

部届け出るといっても、たとえば医学的に予想された合併症によって患者さんがお亡くなりになった場合にどうするのかという問題もあります。

この問題も大変微妙なので、国公立大学医学部附属病院長会議などでこの問題をどうしようかということをお話し合っ、とりあえず管轄の警察署長にお会いして、その管轄の署では一体どういいう方針で臨むのかをお伺いしようということになって、それぞれお伺いをたてている最中というか、ほとんどいままて終わったところです。たとえばこの前に北大の病院長のお話を聴く機会があり、北大は北署になるので北署の署長さんとお話をしてもどうもはっきりしなくて、対応に苦慮しているという報告がありました。これについては昨年日本外科学会の方から患者にインフォームドコンセントをきちんと行った手術の合併症により死を迎えたような場合には届け出る必要はないのではないかという声明が出されたことは記憶に新しいところであります。

それからこれは重要な点だと思いますが、リスクマネージメントを院内で行っていくためには様々なコストがかかります。人的なコスト、経済的なコスト、そうしたコストについて政策上の手当てがなされていないのです。2002年4月改定の診療報酬の中では、医療安全管理体制未整備減算ということになっています。これは加算ではなくて減算なのです。様々なコストがかかります。委員会が増えれば当然仕事が増えますので、残業も増えます。でも残業が増えても残業手当てを出さだけの経済的コストがないというのがいまの現状です。

ですから本当は加算をしていただかなければいけないのですが、加算ではなくて減算で、やっていないと減算しますよという話になっております。それから国公立大学病院では専任リスクマネージャーを配置しようという動きになってきておまして、昨年4月1日で旭川医科大学医学部附属病院に専任リスクマネージャーとして看護職の方が任命されております。それから札幌医科大学の方では今年の4月1日付けで専任リスクマネージャーがおかれまして。これは国や北海道が一応予算措置を講じてこれているから配置することができるのです。では民間病院は一体どうする

のか、その人件費をどこからもってくるのかという問題点があります。ですからやはりコストの手当てを政策上きちんとしていただかないと十分にリスクマネジメント活動を展開することは難しいのではないかと思います。

また配置したのはいいのですが、配置したリスクマネージャーにどういう権限を与えるのかということがいま旭川医科大学でも札幌医科大学でも問題となっておりまして、配置しただけで問題が解決するわけではなくて、その専任リスクマネージャーにどの程度の権限を与えるのかというのがこれから大きな課題になっていくと思いますが、とりえず専任リスクマネージャーの配置をしていただけただけでも大きな前進ではないかというふうに考えております。

それから院内のコンセンサスをどのようにとりつけるかという問題点があります。特に札幌医科大学でもそうなんですが、ドクターの協力が必ずしも十分ではありませんで、ドクターからのインシデントレポートが少ないという傾向にあります。スライドに書いてある通りですが、法的、倫理的コンプライアンスの必要性というのが現在非常に重要な時代になってきている、それは他の業界、たとえば山一証券とか雪印食品とか、法的倫理的なコンプライアンスが悪いために倒産に追い込まれた企業があります。そうしたものを他山の石としていくということですね。

またリスクマネジメントというのが単なる紛争予防ではなくて、医療の質の向上、それを通した患者の満足度及びスタッフの満足度の向上を目的としているところを十分ご認識いただくような研修なり説明会を行っていくということ、それから厳しい経営環境の中でやはり病院として選ばれていかなければいけませんので、選ばれる病院であるために安全な医療というものはやはりこれから大変重要な要素となっていくのではないかというふうに思います。

いま私が申し上げましたような、たとえばインシデントレポートの免責の法的根拠とか政策上の手当ての問題というのは、なかなか個々の病院のレベルでは解決できる問題ではありません。したがって各種職能団体とか学会が政策担当者や患者団体と意見交換する中で世論喚起をしていき、政

策形成への意見を反映させていくことが必要ではないかというふうに思います。

それからしばしばリスクマネジメントとか医事紛争というものが語られる時には、医療従事者と患者が対立するモデル、患者から訴えられるから訴えられないようにリスクマネジメントを行うとか、あるいは先程も言いましたようにインシデントレポートを公開しない、免責して公開しない方がいいのではないかと、それは医療従事者が情報を隠そうとしているからではないかという意見が患者側からの運動家や弁護士から上がってきておりますが、そもそも医師と患者というのは対立するモデルではないと思います。

同様にリスクマネジメントを有効に展開していく上でも、患者さんの協力というのは必要不可欠です。たとえばクリニカルパスをつくって患者さんに入っていたいただいてパスを作成する、そうすると患者さんが自分自身がどのような治療を受けるのかというのを非常によく理解してコンプライアンスがよくなり、積極的に治療に取り組んでくれるという効果があります。また、薬剤の投与ミス等があると、必ず患者さんがパスとの違いに気づいてどうしてなんですとかいうことを質問してくるので、ミスにすぐに気づいたりという、大変大きな効果をもたらしております。

それから札幌医大の例ですが、ここでは病棟で声かけ運動をしようということになっておりまして、病棟で看護師さんが毎朝毎朝一人ひとりの患者さんに、何々さん今日は何の検査がありますよとか、何々さん今日は何しましょうねというように、必ずその日患者さんに行う医療行為について声かけ運動をしております。そうすると声をかけることによって、違ったら朝の段階ですぐにわかかってしまうわけです。薬の取り違えとか患者取り違えというのは起きにくくなるわけです。これは看護師さんが声をかけるのですが、患者さんにも参加してもらう形でリスクマネジメントを行っていくというのがその根本にある考え方です。

患者さんとともに安全な医療をつくり上げていくというのが私どもの考えでありまして、結論として医療従事者と患者というのはこれまでしばしば対立モデルで語られることが多かったのです

が、決してそうではありませんで、患者さんに御協力いただくことは、リスクマネジメントを大変有効に展開し、安全な医療を行っていく上で非常に重要な要素となりますので、これからそういうふうな世論喚起とか政策提言というのをやっていかなければいけないのではないかというふうに思います。

医療事故とか医療に対して不満をもった患者さんはいろいろな形で問題を提起してきます。訴訟を起こしたり新聞に投書したり、警察に届け出たりします。でも医療に本当に満足している患者さんというのは何もしないわけです。あの病院はよかったということを積極的に投書してくれたりすればいいのですが、何もしていただけない。そうするとどうしても患者さんからの声というのは問題とか事故ばかりがあがってくる傾向にあります。ですから対立するのではなくて、協力して安全な医療をつくり上げていこうという発信というか、声かけというのはやはり医療従事者の側からやっていかなければいけないのではないかというのが私の考えです。

大変つたないお話でしたが、以上で私の基調講演を終わらせていただきます。ご静聴どうもありがとうございました。

A 私たちの病院でも先生がいまおっしゃってくださったような様々な問題を議論する機会はあるのですが、私が質問しようとしていることは、インシデントレポートなどの取り扱いについて、米国における顧問弁護士宛ての私信として、それを根拠として差し押さえを免れるという方法論は、我が国においてもそれは利用することは論理的にあり得るのですか。

つまり昭和大学病院におけるリスクマネジメントの書類そのものは顧問弁護士が預かるというふうにしてしまえば、いざとなった時には出さないということはあるのですか。または昭和大学としては一切出さないようというふうなことを最初に宣言しておけば出さなくてもいいということがあるのですか。結局、この辺がいつもドクターが書くことを逡巡する非常に大きな理由の一つになっているようなのですが。教えていただきたい。

旗手 その点が大変微妙な問題で、いろんな方

に聞くのですが、やはりそこははっきりしないんですね。たとえば武蔵野赤十字病院の三宅先生にお伺いして 顧問弁護士といろいろ協議した結果、これは提出を義務づけられる文章には該当しないという見解に達したということですが、それは一つの解釈であって、法律の根拠があるわけではないのですね。ですからやった結果、裁判所や厚生労働省がどう対応するかで最終的には決まると思います。

たとえば顧問弁護士宛ての私信として出さないという文書提出命令が出た時に、出さないということによって民事訴訟法違反を問われたり、あるいはそれを根拠に敗訴の判決が下ったりということになると、出さざるを得なくなりますし、出さなくてもいいというふうに裁判所が最終的にいえば出さなくてもいいということになりますし、やはり一回そういう事件が起こって、裁判所がどういう判例を下すかということがリーディングケースになると思いますので、いまはもう本当に漠然としては何とも言えません。

A たとえば私が先生にお手紙を書いた内容を裁判所が出せと言ったら、それは出さなくてはいけないということは日本国ではあるのですか。どんな内容にせよ、たとえば昨日すすきので僕は遊んじゃったんだよ、ごめんなさいということをして先生にもし書いたとしますね。それを僕がそのすすきので何か事件を起こしたということに関連して、先生が裁判所から有賀から書いた手紙を出せといった時に出さなくてはいけないものなんですか。

旗手 プライベートなものはやはり出さなくてもいいと思います。

A そうするとそのプライベートなものだということが、どれぐらいプライベートか、または公共的なものかということの判断がまだ曖昧だという、そういう意味ですか。

旗手 形はプライベートなものであっても、診療録の一部という判断をされれば、文書提出命令に対象にされるので、これは本当に繰り返しになるのですが、日本でそれは本当に法律の根拠がはっきりしないということなんです。

B IRB と倫理委員会で何を対象にして、どちらでやるかということに関して、法的根拠につい

でもふれられましたが、これは運用上の問題で区分けしても、法的には問題はないのですか。

旗手 ですからダブっている部分はどっちで取り扱っても問題はないということです。

B 法的根拠としては問題なくて、あとは各施設における運用上の問題ということですか。

旗手 運用上の問題です。

## 「病院の年輪」原稿募集中

本誌では「病院の年輪」欄を設け、病院の歴史、病院の建物その他貴重な物件、資料などに関する紹介記事を掲載しており、下記の要領で原稿を募集中です。

貴病院に関する上記関連記事をぜひご寄稿ください。

### 記

#### 1. 記事の内容

貴病院の建物などに関して、その歴史、由来、現状とそれらに関する写真、資料など(なるべく古いもの)

#### 2. 原稿枚数

400字原稿用紙(横書き)で約25枚以内(雑誌ページ数で約5ページになります(写真資料を含む))

#### 3. 謝礼

別刷50部をもって謝礼にかえさせていただきます。

#### 4. あて先

〒102-0082 東京都千代田区一番町13-3

(社)日本病院会 学術委員会

雑誌編集室 あて

T E L 03(3265)0077 F A X 03(3230)2898

## リスクマネジメントを考える

旭川赤十字病院副院長 後藤 聰  
県西部浜松医療センター感染症科科長 矢野 邦夫  
札幌社会保険総合病院副院長 秦 温信  
(社)日本医業経営コンサルタント協会理事 岸田 晴樹

平成14年4月・札幌市

### 1. 旭川赤十字病院における医療事故防止

旭川赤十字病院 後藤 聰

後藤です。略歴から申しあげます。1960年北大医学部に入学しまして、インターン1年を経て脳神経外科の大学院に67年入学したのですが、その後大学紛争がありまして、博士号を基盤にする大学院はおかしいと私のところの教授が言いまして、それで70年に旭川赤十字病院にジャンケンをして行き場所を決めて奉職して、それ以来いままですずっとということになります。このジャンケンという話がずっと続きまして、“院内だより”という広報誌にジャンケンで来ましたと書いたら、副院長になる時も、ジャンケンで先生は来たんだからと言われてしまって、変なことは言うのでなかったと非常に後悔をしております。

現在は脳神経外科医は全くしておりません。はじめは外科医は手に職がつくから何かいいことがあるかと思ってなったのですが、外科医をやめてしまったら何も残ってないという非常に淋しい話でございまして、これはやっぱり内科医になるべきではなかったろうかといまは思っております。3月までは外来をやっていたのですが、「忙しいでしょうから」と3月に外来もいよいよと言われてしましまして、私が辞めても医者は増やさないと頑張ったのですが、外来も抜けさせられてしましまして、全く今はありません。いまは救命救急センター長と医療社会事業部長というのを兼任しております。

病院の話ですが、旭川赤十字病院というのは大

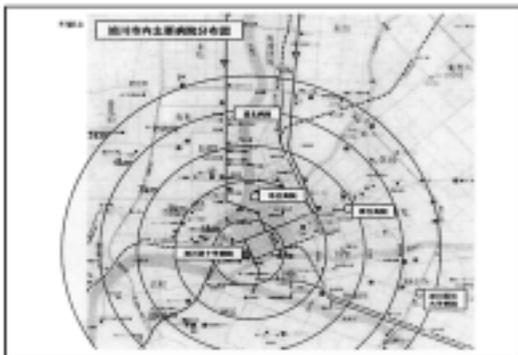
### 病院の沿革

- 大正04年 札幌に支部病院として開設
- 大正12年 旭川に移転
- 昭和22年 層雲峡診療所開設
- 昭和53年 救命救急センター開設

#### スライド1

正4年に札幌に北海道支部の病院として開設されております。そのあと北大病院と札幌市立病院ができて、それで旭川に移転しております。この移転したために札幌には赤十字病院というのはございません。全国には92の赤十字病院があって、北海道には10の病院があるのですが、札幌にはありません。全国的に県庁、あるいは道庁所在地でないのは珍しいと思います。これが実はいろんなことをする上で、たとえば研修とか、あるいは連絡事項とかの上で札幌に病院がないというのは非常に不便でございます。一応北海道の中では旭川赤十字病院が盟主だという話になっているのですが、北見も頑張っております。

それで旭川市内なんです、旭川は人口36万なんです、実は30年前に私が赴任した時にも36万人で、いまも36万人なんですね。札幌は私が子供の頃には29万というふうに学校の社会科の時間に習ったことがあります。豊平川の向うは札幌市ではなかったし、藻岩山の向うも札幌市ではなかっ



スライド 2

た。それで29万がいまは200万に近いということですが、旭川は36万人のままです。

そして旭川赤十字病院は駅の近くにあるのですが、この1キロ2キロ3キロのところでは圈内に大きな公的病院、あるいは国立旭川医大もございます。それから100床から400床ぐらいの個人病院が非常に多い。実は旭川は病院が多いところで病院銀座という名前がNHKのテレビで出たことがあるぐらい、実は今回の医療法の改正でつぶれるのではないかと考えておりますが、そういう病院がたくさんございます。そんなことで競争が非常に激しい。

それから旭川医大も建て直すとか、市立病院も建て直し、厚生病院も建て直しということで、私たちの病院だけが非常に古い病院が残っておりということで、経営的には非常に苦しい病院です。赤十字というのは独立採算制で、本部支部からのお金の面での援助は全くないので、非常に苦しい状態が続いております。

これが私たちの病院ですが、昭和43年に建った



スライド 3

## 病院の概況

- 入院病床数 765床
- 救命救急センター 78年
- 医療機能評価機構 00年10月
- 急性期入院加算

紹介率 48%  
 平均在院日数 17.9日  
 院外処方箋率 80%

スライド 4

建物とか、これが昭和53年に建ったもので、古い建物があります。1床あたりの平米数が4.6というギリギリの状態です。いまここに看護専門学校がありますが、いま学生の大学志向が非常に強いために、この看護専門が廃校になります。その後地を利用していま建て直そうと思っております。

病院の概況ですが、病床数は765床ございまして、救命救急センターが1978年という非常に早い時期にできております。全国で8番目にでした。医療機能評価機構も一応受審認定されておりますし、急性期入院加算ももらっております。紹介率は48%ぐらい、平均在院日数は17.9日という、あと3ヵ月後に16台にもっていかないとダメという状態です。院外処方箋も80%の発行率もありますということで、それなりに頑張っているのですが、これから一歩抜け出すためにはかなりの努力を要するという状態にございます。

それでいまは地域医療支援病院を目指そうとか、それから急性期特定入院加算もいただくというキャンペーンを行っております。病院自体と

## 地域医療支援病院 をめざそう!

### ■ 紹介率UP キャンペーン

- ① 登録医院制度 ネットワーク化
- ② 逆紹介の徹底 再来患者様を削減
- ③ 機器利用患者を、新患扱いに
- ④ 電話紹介の廻り起こし

スライド 5

## 急性期特定入院加算も戴こう

- 入院:外来比 1:2.0 (現在)
- 外来を分離せずに何とか達成しよう。
- 再来患者様を減らそう。

スライド 6

## 日赤病院のワースト13

- 医療事故保険の支払い金額の多い病院
- 本社、富士研修所、阿蘇山研修所での研修

スライド 7

しては前向きに生きようと思っておりますが、職員みんながついて来るかどうか難しい状態にございます。

ここから今日の演題に入るわけですが、日赤病院のワースト13というのがございます。要するに医療事故保険の支払い金額の多い13病院が集められて、本社とか、それから富士山の麓に研修所があります。阿蘇山外輪山の中にも研修所があって、そこで研修するということがもう5年ぐらい前から始まっております。リスクマネジメントに関しては赤十字は比較的早く動いた方かと思っております。

司会の安藤先生なんかは講師側で、私は生徒側だったのですが、私たちの病院は当然この13に入っております、非常にしごかれた思いがございました。北海道グループ内には、その真似をして今度は私が講師側に立って安田火災の研修所が富良野にございまして、この富良野で副院長とか事務部長とか看護部長とか、あるいは主だったトップクラスの部長方を集めて、いままで2回秋に2泊3日のワークショップ形式で行っております。

## 北海道ブロック内での研修会

- 安田火災富良野研修所  
(各病院の副院長、事務部長、看護部長等)

- ① 1999 初夏
- ② 2001 秋  
2泊3日のワークショップ形式

スライド 8



スライド 9

これはライラックの季節にやった写真ですが、効果があったかどうかはわかりませんが、赤十字病院は横のつながりが非常に乏しい組織だったのですが、そういう横のつながりが増えたという点だけは非常によかったかと思っております。

今年からは診療部長の研修会などというものも北海道の中では行い初めまして、顧問弁護士を呼んで講演をしていただくというようなこともしております。横のつながりを少しずつ作っていったと



スライド 10

いう点ではこのリスクマネジメントでは良いことだったのかと思っております。

これが私たちの経験した医療事故の中では一番大きな事故、あるいは社会的にも一番言われた事故なのですが、2000年11月23日の北海道新聞に載ってしまった事故で、赤十字病院では死亡ということになっています。“では”というのはこれは実は裏がありまして、道北病院という国立病院がございますが、そこで1週間前にアミトロの患者さんの呼吸器はずれがあって、そこでは重体だったものですから、赤十字病院では死亡ということを出てしまいました。もっとも国立病院の方もその後何カ月ではお亡くなりになったのですが。

### 事故検討委員会

副院長	2人
事務副部長	1人
看護部長	1人
看護副部長	1人
その他	数人

スライド11

この呼吸器はずれの事故はリスクマネジメントをかなり一生懸命やった時期に起きてまいまして、筋萎縮性側索硬化症の患者さんに起きたのですが、事故検討委員会というのをこの前から恒常的に作っております。副院長2人、事務長1人、看護部長1人、看護副部長1人というメンバーで、その他関係する人たちを入れて、事故に対して患者さんにどうするか、マスクミ対応をどうするか、あるいは警察にどういう対応をするか、保健所にどうするのかということを検討する委員を作っております。

それでこの呼吸器事故に対する対応としてはどんなことをやったかといいますと、ICUとか何かは別にしまして、一般病棟にも当然人工呼吸器があるわけですが、その呼吸器がその時その時の主治医の判断だとか、あるいは安かったとか高かったとかということで全部バラバラでつごう6機種ぐらいが入っていた。それで思い切ってその12台

### 呼吸器事故に対する対応

- 一般病棟の呼吸器全部(12台)を全て新規統一
- 毎日のチェックを強化 (医師と看護婦)
- アラームを絶対切らないことの徹底

スライド12

あった呼吸器を全部廃棄処分にしまして、12台を全部同じ機械に統一して購入しました。これが約1億近くお金がかかりました。

それからこれもいまも続いておりまして、もう2年間やっておりますが、医師と看護婦とで毎日呼吸器の働き状態、あるいはメンテナンスをチェックしております。それから呼吸器というのはアラームが必ずついておるわけで、私たちの病院の呼吸器事故は実はアラームが鳴らなかったというのが原因で、もちろんはずれたのが原因なんです、アラームが鳴らなかったというのが大きな事故になってしまった要因でして、アラームをチェックしたMEとか主治医、それから看護婦とが実はいま検察庁に書類送検をされております。それでアラームを絶対に切らないということの徹底をいたしました。

吸引する時に必ずうるさいアラームが鳴るので、切るというのが通例になっておりましたが、アラームを絶対に切らないことをやっております。これによってかなり回りの患者さん、部屋からクレームが来ておりますが、とにかく事故

### 院内の体制

- 医療事故予防対策(MRM)  
もう一人の副院長
- 医療事故対応  
後藤

スライド13

3月の一週間	
10日(日)	救急外来で診療拒否だと騒いでいる母親
11日(月)	保険会社と賠償額についての相談 点滴漏れ事故の示談 大阪弁護士会からの問い合わせへの相談
12日(火)	精神科患者の離院事故の家族との対応 障害の認定について家族と面談
13日(水)	点滴液間違いの家族と面談
14日(木)	上記事故について、顧問弁護士と相談 歯科医師の死亡診断書について保険会社に連絡
15日(金)	歯科事故の両親と面談その後電話対応(2回)

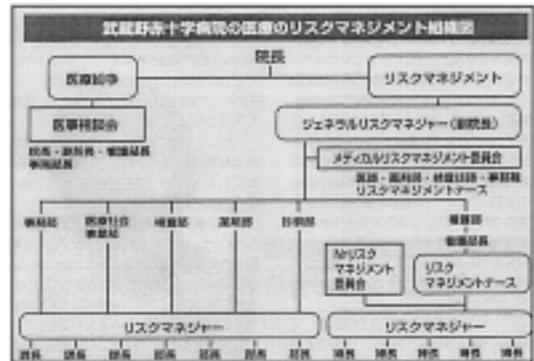
スライド14

が起きるよりはいいということで、これを徹底しております。アラームを一回スッと切ってしまうと、アラームの設定ミスというものが結構あるということで、そういうことになっております。

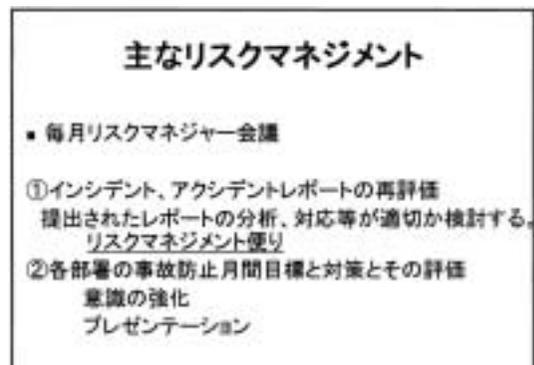
院内の事故の体制ですが、今日のテーマのMRM、メディカルリスクマネジメントに関してはもう1人の副院長が実はやっております。私は医療事故対応の方をしております。医療事故対応は実際はどういうことをしているかといいますと、この3月のこの原稿をつくる前の1週間を記録したのですが、いろんな問題、救急外来、診療拒否だと騒いでいる母親に日曜日に呼び出されたとか、保険会社と賠償額についての相談、点滴漏れ事故の示談、大阪弁護士会からの問い合わせへの相談、精神科患者の離院事故の家族との対応、これは実は精神科の患者さんが病院から抜け出して自殺してしまったという話がございます、家族から病院の管理義務違反だということで、いま盛んに言われております。もっとも自殺をほのめかすということが全くなかったものですから、病院としては弁護士とも相談して、そんな管理義務違反はない、勝手に出て行くのは患者の勝手だということでいま少し争いになっております。

障害の認定について家族と面談、点滴液間違いの家族と面談、上記事故について顧問弁護士と相談、歯科医師の死亡診断書、これも歯科医師の死亡診断書はいま歯科医師の問題がいろいろありますが、私の病院でも口腔外科、歯科医師がいるのですが、歯科医師が死亡診断書、たとえば全く関係ない舌癌とか下咽頭癌で死亡診断書を書くのはいいのですが、その患者さんが突然何か突発的な事故があってICUに入って、ICUで4日間過ごし

た後にお亡くなりになった、あるいは自殺未遂を起こして麻酔科の医者が管理した上でお亡くなりになった、その時の歯科医の書いた死亡診断書が実はこの4年間で2通出てまいりました。保健所とちょっと相談しております。本来、歯科医師が書けなかった診断書でないかということで問題になっているということもあります。1週間で事故対応の副院長としての役目はこのくらいございます。



スライド15



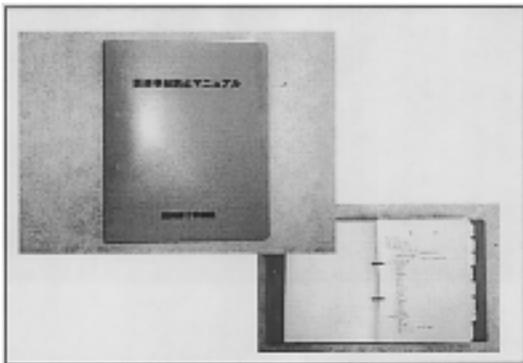
スライド16

院内のMRMの体制なんですが、先程の話の中にも出てまいりましたが、赤十字の中で一番有名なのは武蔵野赤十字病院で、三宅先生という先生がいます。ビデオを作ったり、いろんな講演会の講師となって出ております。安藤先生もいろいろやっておられますが、安藤先生のところは事故が多いのだそうですが、この武蔵野赤十字病院は非常に事故が少ないといわれております。

その例が赤十字全体の規範になっておりまして、院長がいて、リスクマネジメントをやるのはゼネラルリスクマネジャー、これは私ではな

くてもう1人の副院長がやっておりますが、そしてリスクマネジメント委員会があって、その下にリスクマネージャーがいる、そしてリスクマネジメント委員会がいろいろやるという話と、それからゼネラルリスクマネージャーが権力をもっている、どこまでの権力をもつかは難しいわけですが、その権力をどこまでということの規定してはませんが、絶大な権力を持っているということになっております。

私たちの病院でどんなリスクマネジメントをやっているかという、リスクマネージャーの会議、管理委員会を毎月開かれ、インシデント、アクシデントレポートの再評価、提出されたレポートの分析、対応等が適切かどうかを検討してリスクマネジメント便りという便りを出しております。それから各部署で事故防止月間目標対策、その評価というようなことで意識の強化、プレゼンテーションを強く進めております。



スライド17

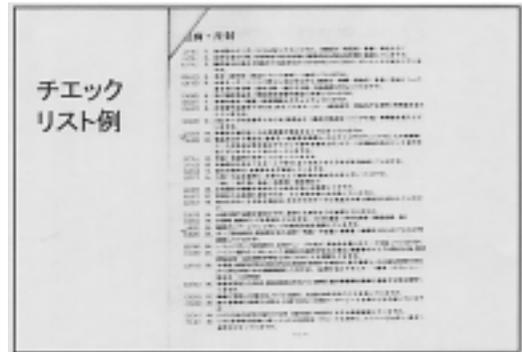
マニュアルはもちろん作っております、これはルーズリーフ式にして、適宜改変するようしておりますが、後ほど出ておりますが、マニュアルがあっても実際は役に立たない、本当はこんなもの意味があるのかと思うことが結構ございます。どうやって守らせるかというのが非常に難しい問題です。

事故防止マニュアルの周知、具体的な活用としては、チェックリストを作りまして、各スタッフに事故評価をしてもらっているということで、たとえばこれは点滴注射のチェックリストを、こういうのを詰め所、あるいは医者にも配ってチェックリストとして自己評価をしてもらっておりま

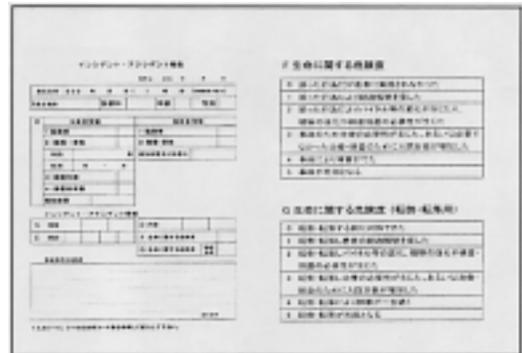
■ 事故防止マニュアルの周知と具体的な活用

- マニュアルの項目を具体的なチェックリストにおおして各スタッフに自己評価してもらおう。

スライド18



スライド19



スライド20

す。  
インシデント、アクシデントレポートに関しては、アクシデントを入れるのは僕は間違いかと本当は思っていますが、区別がちょっとつかない部分があるので、インシデント、アクシデント報告ということにしていますが、コーディングをしまして、コード表の一部がここにのっております。こんな形でこれだけ見たら何のことかさっぱりわからないのですが、コードで番号でし

か出てきませんので、何のこともわからないということになっております。インシデントレポートをコーディングすることによって提出が容易になった、あるいは統計分析がたやすくなったという利点がございます。いま考えているのは紙に書かないでオンラインで出さそうかなという話も出ております。

## インシデントレポート

- ① 提出の容易さ
- ② 統計、分析の容易さ

- コーディング
- オンライン登録を検討

スライド21

年月日	科	内容
10/10	内科	転倒転落
10/11	外科	転倒転落
10/12	内科	転倒転落
10/13	外科	転倒転落
10/14	内科	転倒転落
10/15	外科	転倒転落
10/16	内科	転倒転落
10/17	外科	転倒転落
10/18	内科	転倒転落
10/19	外科	転倒転落
10/20	内科	転倒転落
10/21	外科	転倒転落
10/22	内科	転倒転落
10/23	外科	転倒転落
10/24	内科	転倒転落
10/25	外科	転倒転落
10/26	内科	転倒転落
10/27	外科	転倒転落
10/28	内科	転倒転落
10/29	外科	転倒転落
10/30	内科	転倒転落
10/31	外科	転倒転落

スライド22

このインシデントレポート、ヒヤリハット報告事例をまとめるとどんなものがあるかということ、これはどこの病院も同じですが、転倒転落が多い、あるいは予約間違いが多いとかということになります。あるいはチューブのはずれ、呼吸器のチューブではなくて、点滴のチューブがはずれたとか、そういうことが結構多いということになります。

これが各詰め所、あるいは科毎に作っている取組への決意みたいなものを表すもので、これは2-3病棟事故防止への取組ということでこんなことを出させています。あるいはリスクマネジメントの委員会からはこういうリスクマネジメント便りということで、各詰め所、各科に配って注

スライド23

スライド24

スライド25

意を喚起するというをしております。あるいは病棟によっては病棟の医療事故対策のことをこうやってプレゼンテーションをみんなの前で発表させるというようなこともさせております。

具体例をあげますと、転倒転落防止への取組としては、アセスメント用紙の活用と予測したケアの実施、体動コールを導入する、5脚点滴棒を導入するというようなことで、月25~30件の報告があったのが10~20件に減少した。報告しなくなったのではないと信じておりますが、こういうふう

## 転倒・転落防止への取り組み

- アセスメント用紙の活用と予測したケアの実施
- 体動コール 27台の導入
- 5脚点滴棒の導入

・ 25~30件の報告が15~20件に減少

スライド26

## 点滴の連結外れの防止



■ 5~6件 → 0~1件 に減少

スライド27

に少しずつ減少した。それから点滴の連結はずれの防止には、絆創膏で止めるというようなことをやることによって月5~6件あったのがほとんどなくなった。あるいは患者さん誤認防止に関してはフルネームで呼ぶとか、1人の看護婦が全部やるとか、点滴は1患者1トレイにする、ダブルチェック、あるいは識別バンドを導入するというようなことで、月3~6件の患者誤認があったのが、1~3件に減ったというようなことで、一応成果が上がっているということになっております。

医師からの報告は少ないです。これはインシデントレポートはほとんどが看護部から月100~120枚出てまいりますが、医師部門からの提出がない、医師部門に事故が少ないかどうかは別の問題ですが、非常に提出が少ないということで、医師部門には出すように勤めています。当然医者にもあるわけです。

どんな努力をしているかという点、職員への関心と呼ぶための周知徹底等としては、係長以上の会議が月1回あります。それから病院からのお知らせ

## 患者誤認防止への取り組み

- 患者様の名前をフルネームで呼ぶ。
- 一人の看護師が準備から実施まで行う。
- 1患者1トレイで。
- ダブルチェック、指差し確認
- 入院患者識別バンドの導入

3~6件

1~3件 に減少

スライド28

## 医師からの報告が少ない

- インシデントレポートは殆どが看護部から  
100~120枚/月
- 医師部門からはまず提出が無い

スライド29

## 職員への周知徹底

- 業務連絡会議 (月一回)
- (病院からのお知らせ)発行
- イン트라ネット
  
- 医局朝礼 (第一、三月曜日 0815~)
- ヒアリング (この半年で3回)
- 医局会議、抄読会

スライド30

らせというようなことで発行する。あるいはイン트라ネットでいろいろ知らせる。あるいは先程言いましたリスクマネジメント便りというようなことで報告しております。

医師に関しては医局の朝礼というのをここ半年ぐらい前から行うようにいたしました。第1、第3月曜日の8時15分には必ず集まるということで出席をとる。将来の昇進にも影響しますなどという嘘みたいなことをいいながら8時15分から集めております。

各診療部長とか副部長に対してヒアリングを、ベッドの交換の話、あるいは病院を建て直すという話もあったものですから、この半年間で3回ヒアリングを各個人個人に行っておるとい、一応病院としては努力をしております。それから医局会議、抄読会というのも月1回ずつ行っております。ここの席でもリスクマネジメントについては口を酸っぱくして言っております。



スライド31

これは朝8時15分の医局朝礼の様式ですが、こういって集めております。半分眠っているものもありますが、一応みんなを集めて、大体90人から100人の医者がいますが、80人ぐらいいは集まるということで、連絡事項、あるいは注意を喚起するということをやっております。

インシデントレポートが130~140の報告がいま減っております。この減っているということは、インシデントが減ったんだと一応いまのところ思っておりますが、出さなくなったのではないだろうなという心配がいつもございます。インシデ

### インシデント レポート

- 130~140枚/月 の報告が  
95~100枚/月に 減少
- アクシデントは減少にはつながらず

スライド32



スライド33

### 結語

- リスクマネジメントのみで本当に医療事故は防げるのか
- 今の医療(人)にはもっと何か根本的に欠陥があるのでは

スライド34

ントの報告が減ったが、アクシデントが減ったかということ、実は減ってないんですね。先程呼吸器の事故の話も出ましたが、それ以外にも新聞を賑わしたり、あるいは新聞に出さないよう努力した事故が結構ございます。本社に報告することになってはいますが、本社にも報告しないで処理していることもたくさんございます。

それでアクシデントがどうして減らないのか、有名なハインリッヒの法則とありますが、いくらこのインシデントをなくしていても、インシデントの一つが残っていればずっとアクシデントのところまでいってしまうのかなと思ってしまうぐらいアクシデントはなくなるということ、リスクマネジメントのみで本当に医療事故は防げるのか、いまの医療人には何か根本的に欠陥があるのではと私は最近非常に懐疑的になっております。このリスクマネジメントだけで解決のつかない事故が結構起きています。

たとえば最近起きたのは、歯科医師が7番と8番の歯を間違えて抜いたとか、最近あったのですが、看護婦がある薬を違う人の点滴の中に入れた

のではないかと思いつつ、いやそんなことはないと思ってずっと症状が出るまで見てしまったなんてというひどい話がございます、もう恥ずかしくてどこにも報告できません。ですが、リスクマネージメントだけではどうもすまない、何か根本的に医療に従事するものたちの考え方を変えないとダメじゃないかというようなことを最近では思っていて、今日の演題の主旨とは全然違う結論になりましたが一応終わらせていただきます。ありがとうございました。

土屋良武（福井県済生会副院長） 後藤先生、本当に一線病院での涙の出るようなリスクマネージメントのご努力がよく伺えて大変ありがとうございます。私どもの病院についての一部どんな工夫をしているかということについて、ちょっと述べさせていただきますので、スライドをお願いします。

私どもの病院はホスピス20床を含んで470床、急性期病院で一応平均在院日数は15日～16日の間を行ったり来たりしているような病院であります。当院における医療安全対策は、医療事故防止委員会というのは昭和63年にできてはありましたが、実際にはそれほど活動していません。平成10年にいろいろ問題になりましてから対策委員会という形で設置いたしまして、医療事故につながりやすい医療器具、薬品、行為手順等の総点検を行ったり、アクシデント、インシデント報告書の作成と啓蒙というのを行ってきております。

アクシデント、インシデント報告書自体も何回か作り直し、問題になったりする度に改善しております。そういうことだけではダメだろうということで、平成11年に苦労して医療事故防止マニュアル、これは他の病院のを参考にしたりしながら、一応共通部門別の作成を行いました。それから昨年11月には医療安全対策室を設置したり、事務系の職員の1人を配置しております。

医療安全対策委員会は各部署から代表が出ておりまして、30数名おりますので、機動性にかける問題があるのではないかとということで、10名ぐらいの各部門から精鋭を募ったつもりでリスクマネージャーを任命いたしまして、委員会とは別に調査分析提言、いろんなことを行うようなことを

やっております。

一応体制というか、そういうものはできておりますが、これは医療器具類の点検、薬品、医療行為手順というふうなものを先生方と同じようにいるんなもので検討して、マニュアルに反映しているわけでありまして、各部署が増えたり、業務が増える度にいろいろやっております。オーダーリングシステムが進むにしたがって、オーダーリング独自による誤認誤操作確認ミスみたいなものもいま注意していかなければいけないものではないかと思えます。

それからもう一つは、こういったものは一回手順を決めて、マニュアルを作ったら安心ではなくて、毎日のように新聞に出る他病院における事例、じゃあうちでもしこういうことが起こったらちゃんと防げたんだらうかということをやっぱり貴重な教訓にすることを非常に重視しております。

そのほんの2,3の例をあげてみようと思えます。北陸のある病院でサクシンとサクシゾンオーダー上で誤ってオーダーして患者さんが亡くなって、病院は死亡とは因果関係はないと言い張っていますが、そういうことが起こりました。我々は考えてみますと、うちもサクシンがオーダーリング画面に入っております、これは普通通常のオーダーでサクシンは画面に出て来る必要はないのでありまして、これも早速オーダーリング画面から削除し、もし救急などで使って、後日入力の場合はワープロ入力をするということにします。それと同時に何か他にもあるだろうということで、似た名前の薬品、容量違いを何とかオーダーリングで注意を喚起しようということで、よく似た名前でも片方はより劇薬といいますか、そういうものの方にはカタカナの名前のあとにローマ字をつけて、何か違うぞということで注意をうながす。それから4ミリとか8ミリとか、5ミリとか10ミリとかというふうと同じ薬ながら容量が違っているのがあります。多い方にはローマ字をつけて注意を喚起する。それから作用が全く正反対の薬も一つの例として出しましたが、これはメーカーも考えてもらわなければいけないのですが、ウテメリンとメテナリン、私たちが聞いても似たようなものだと思いますが、片方は早産の防止で、片方は子宮を収縮してお産を促進するというような、こういう

薬は誰も見たら間違えないように名前から本当は変えておいて欲しいと思うのですが、やむを得ませんので、こういうふうに薬の名前の後ろに作用基準をくっつけたりというふうにしています。

サクシン盗難事件というのがございましたね。私もいまの病院に20何年おりまして、20年前ぐらいにやっぱり実際にサクシン、サクシゾンの緊急の場合に間違えた看護婦さんがいまして、それ以来病棟には置くなというにしておいたはずが、このことが起こってから検討しましたら、その当時の医者は常勤が20~30人でしたが、いまは80人以上いますので、そうしましたら各病棟や救急カートにいっぱいサクシンが入っているのですね。これでは必要ないものであろう。しかも過去8年間全く使われておりません。ですからICU、手術室、救急室以外は置かない、保管・使用方法は麻薬に準ずるような形にしました。

それから御覧のように福井県の某病院で起こりました抗ガン剤の医師の字が曖昧だったために十倍量を投与して患者さんが亡くなられたというのがございました。うちの病院でも検討しますと、看護婦さんからドクターによっては全く何が書いてあるのかわからないような字もあるということの苦情がありまして、抗癌剤は手書き指示を禁止しました。オーダーリングの画面でフォーマットを作成しまして、そこへ必ずワープロで書きまして、それをコピーして指示簿に貼る。それから投与量の表示が医師によって何ミリグラムで投与したり、五分の三バイアルとか、五分の四バイアルとか、四分の三とか、こういう医師による違いがあってはまずいということで、看護婦さんがどちらが一番間違いにくいかということで、いまは0.8バイアルとかというふうな形にさせていただきました。その上に指示をした医者以外の医者が内容を間違いのないかどうかを確認する印がなければ投与しないというふうにしております。

それからさらに薬剤師の方で最大限の通常量以上のオーダーをしてもロックがかかるようにしてあります。

要するにここで申し上げたいのは、自分のところでマニュアルができ上がっていても、他病院での起こったということは自分のところを改めて確認する意味で大変役に立つということでありま

す。

アクシデント、インシデント報告は、医局が少なくても一応脅かしを含めて99例というような状態でありまして、全体で年間1,300例ぐらいあります。要するに体制はできたけれども、その魂が入ってなければ意味がないということで、わたしどもも苦労をいたしています。

あえて違うところといいますと、代表的なアクシデントが起こった場合には、各職場でショートカンファレンスを行って、もう一度そこでみんなでマニュアルを確認しよう、そのマニュアルが不備ならすぐ問題にして改めてやろう、それから先生方もしておられるようにもう製本化したマニュアルは意味がないので、常にファイル化してやっていく。それからメディファックスの他病院の事例などを発表して注意を喚起する。以上です。

A 後藤先生、今日はありがとうございました。私も脳外科医でありますので、先生のようにこれからも見習って脳外科医としてしっかりと生きていきたいと思いますが、リスクマネージメントで一番大事なものは、こういうシステムを作っていて、ここに見える皆さんなどは特にそういうことで関心をたくさんもってみえると思うのですが、問題は職員全体にいかにもその意識を行き渡らせるかということで、ドクターからインシデントレポートが出ないということもやはり意識が薄いのではないかというような、全体的にそういう印象を持つのですが、先生はどういうふうこれからやっていかれるともうちょっと徹底できるのかというような、教育啓蒙といいますか、そういった点を含めてお話をいただければありがたいと思います。

後藤 本当は教育啓蒙に尽きると思うのですが、私の病院はいまだたとえば地域医療病院になろうとか、あるいは特定をとろうとか、あるいは建て直しをするためには病院全体で頑張らなければというようなことで、かなり意識としては上がってきておりますので、そういうことでやっぱりたとえば病院の上のものが努力して一生懸命説明したり話し合いをするということしかないのではないかと考えております。医者の意識が足りないのはやっぱり自分たちの幹部のせいだというふうにおもうと、いまのところはしております。

## 2. 院内感染対策におけるリスクマネジメント CDC (米国疾病管理センター) ガイドラインを参考として

県西部浜松医療センター 矢野 邦夫

本講演では「院内感染対策におけるリスクマネジメント」についてお話しますが、その情報源は CDC (米国疾病管理センター) のガイドラインであります。CDC はご存じの通り、大変多くのガイドラインを公開しており、現時点で既に400を越えております。そして、それらはエビデンス・ベースドであり、科学的なものであります。県西部浜松医療センターでは CDC ガイドラインを参考にして院内感染対策を実践しておりますので、ここに紹介致します。

### 院内感染対策と費用

実際「院内感染対策を押し進めていこうとすると、大変な費用を要するのではないか？」というイメージがあります。それ故、院内感染対策を改善しようとしてもなかなかできないのが実状です。しかし、私どもが常日頃から病院にておこなっている感染対策全てが絶対に必要なことはありません。かならず、意味のない無駄な対策がおこなわれていることと思います。この意味のない対策を見つけたして、それらを中止すれば関連費用が節約されることとなります。そして、この費用を用いて新しい感染対策を実践すればコストの増加なくして感染対策が向上すると思われま。しかも、節約された費用すべてを消耗する必要はありません。一部を用いて感染対策を実践するのであれば病院経営も相当助けられます。そうすれば、病院上層部も今後は感染対策を大きくバックアップしてくれることとなります。問題は「何が必要な対策であり、何が不必要かを判定すること」が難しいことにあります。しかし、数多くのエビデンスが「意味のない対策である」と示すならば、その対策を中止する決心ができます。すなわち、「EBM(Evidence based Medicine)にもとづいた感染対策」が極めて大切であると考えます。

このような対策はコストのみではなく、マンパワーについても同様と思います。無駄な対策を中止して、それに消費していたマンパワーを必要な

対策につぎ込んで行くといった方針がやはりベストではないかと思えます。多忙な状況では感染制御に必要な手洗いがどうしてもおそろかとなります。その結果、MRSA などの院内感染が発生してきます。そして、MRSA が増加すればまた、忙しさが加速されるといった悪循環が生じることとなります。それゆえ、無駄な対策をできるだけ廃止してスタッフに余裕をもたせることが院内感染を減少させる重要な手段であると思えます。

### ヘパリンロック

私は以前より、感染対策を「個々のスタッフを教育して感染を予防する」といった方針ではなく、「どのスタッフが仕事しても感染が予防される」といったシステムの向上にむけて努力しております。個々のスタッフへの教育は当然のことながら極めて重要ですが、スタッフが頻回に入れ替わるような病院においては高度な教育を頻回におこなってゆくことは殆ど不可能に近いと思えます。

先日、東京の病院でセラチアの集団感染が報告され、死亡された患者もおりました。この事件の記事を新聞で読んだとき、私は「このような感染は県西部浜松医療センターでは生じない」と思いました。この事件はカテーテルの閉塞を予防するために用いるヘパリン生食にセラチアが混入していたことが原因であった可能性が指摘されております。各施設においてはヘパリン生食の作成には細心の注意を払っていることと思いますが、全スタッフが多忙な業務の中で年365日油断なくヘパリン生食を無菌的に作り続けることは殆ど不可能ではないでしょうか？そして、たった一度の混入にて集団感染が生じてしまいます。やはり、ヘパリン生食によるセラチアの感染を防ぐ最もよい方法はヘパリン生食の作成を中止してしまえばよろしいかと思えます。

カテーテルが閉塞する理由は、カテーテルの先端に血液が少し逆流して凝固するからであります。従って、逆流しないようにすれば閉塞しないこととなります。CDC は1996年のガイドラインにて「生食は末梢カテーテルを開存させ、静脈炎を減少させるのにヘパリンと同様の効果があり、ヘパリンはむしろカテーテルのコアグラウゼ陰性ブドウ球菌の増殖を助ける」と明記しております。

私どもは昨年の7月に末梢カテーテルのロック時にヘパリン生食を用いることを中止しており、生食のみで対応しております。ヘパリン生食を使用していた頃は、205人の患者のうち18人(8.8%)の閉塞でしたが、生食のみにしてからは179人中11人(6.1%)に閉塞率が減少しました。半年経過して再度閉塞率を調査したところ、やはり199人中12人(6.0%)が閉塞したに過ぎません。このようなヘパリン生食によるロックから生食ロックへの変更によって、ヘパリン生食によるセラチア感染の危険性を回避できる、ヘパリンの副作用(血小板減少など)を回避できる、ヘパリン生食作成の手間を省くことができる、ヘパリンに要する費用を削減できる、といったメリットが生じました。

### 三方活栓

最近、三方活栓が不潔であることが知られてきました。CDCの1996年の「血管内器具に関連した感染症予防のためのガイドライン」でも三方活栓は45～50%の可能性で汚染していることが示されており、さらに、三方活栓に接続されたラインがはずれるといった事故が生ずる可能性もあります。これについてはテープで固定するといった方法を採用している施設もあります。しかし、三方活栓をいくつか用いている場合にはそれらすべてにテープを用いなければならず、それを病院全体にて実行する必要があります。そして、そのなかのたった1人の患者でも、三方活栓へのラインがはずれて血液が逆流し失血すれば医療事故になるのです。固定用テープを年365日正確に用いてラインを固定しつづけることは不可能であり、しかも三方活栓には汚染の危険性があるといった不安もあります。私共はこのような問題点に対して、全病棟および全外来にて点滴ラインから三方活栓を廃止して閉鎖式輸液回路を導入しました。実際には「インターリンクシステム」を用いているのですが、このシステムですと三方活栓を全く用いる必要はなく、テープで固定する手間も不要です。新人の看護婦さんが行ってもベテランの看護婦さんがおこなっても同程度の正確さで清潔に対応できることとなります。

### 中心静脈カテーテルの管理

中心静脈カテーテルの管理で最も重要なことは感染を早期にみつけだすことです。それ故、中心静脈カテーテルの刺入部の観察は極めて重要なこととなります。これをガーゼでおおってしまうと刺入部の発赤などの観察はガーゼ交換した看護師しかできないこととなります。それ故、挿入部には透明なフィルムを用いた対応がよろしいかと思えます。私どもはバイオクルーシブを用いておりますが、これを使用すれば患者を診療するスタッフ全員が刺入部の発赤を観察できることとなります。ガーゼを用いた場合にはガーゼ交換を隔日におこなう必要があるのですが、バイオクルーシブの場合は週に1回の交換で十分であることがCDCによって示されております。従って、スタッフの手間を相当省くことができるのです。ここでもう一つ強調したいことはCDCは「ポピドンヨードゲルや抗生物質軟膏をカテーテル挿入部に塗布してもしなくても感染率には差がない」ことを示しており、ルチーンに用いないように勧告しております。これらに要していた費用は保険請求できないので、使用中止によって病院全体で相当額のコストが削減されることとなります。

### 滅菌・消毒・洗浄

滅菌・消毒・洗浄を適切におこなうことは患者を感染から守る上で極めて重要なことであると同時に、無駄な対策を改めることによって莫大なコストを削減できます。ここでは滅菌・消毒・洗浄の定義から話をすすめたいと思います。「洗浄」は病原体を殺すのではなく、有機物や汚れを物理的に除去することを目的とします。通常の洗剤もしくは消毒薬を含んだ洗剤を用います。「滅菌」は病原体を完全に除去・破壊することを目的としております。「消毒」は滅菌と洗浄の中間に位置しており、高水準、中水準、低水準の3段階に分けられます。先生方が日常用いております医療器具もまた3つに分類されます。それは「クリティカル器材」「セミクリティカル器材」「ノンクリティカル器材」です。クリティカル器材は患者の体内に直接挿入されるメスやカテーテルなどであり、「滅菌」が必要となります。セミクリティカル器材は

内視鏡のような患者の正常な粘膜に直接接触する器材のことで、やはり滅菌が必要となります。しかし、内視鏡は滅菌できないので、グルタラルを用いた高水準消毒をおこないます。ノンクリティカル器材は患者の正常な皮膚に直接接触する器具であり、松葉杖や車椅子といったものです。これは洗浄で十分です。

このような分類は極めて重要です。滅菌が必要な器材を消毒で済ましてしまったならば、それは感染源になる危険性が生じます。逆に、洗浄で十分なのに滅菌したということがあるならば、意味のない対応をしたことになり、費用が無駄に消耗されたこととなります。例えば、HIV感染者が用いた松葉杖だから滅菌したということがあれば、意味がないこととなります。滅菌・消毒・洗浄は誰に用いた器材であるかを問いません。これから何の目的で用いるかということが決まれば、対応が決まるわけです。

#### 消毒薬

消毒についても以外と知られていないことがあります。消毒は患者を感染から守るために最も重要な対策であることはいまでもありませんが、医療従事者が知っていなければならない重要なことであるにもかかわらず、知らないスタッフが多くいることに疑問を感じます。

ポピドンヨードの作用機序は酸化作用・遊離ヨウ素による置換であり、作用速度は中等度です。アルコールは蛋白を変成するので即効性があります。クロルヘキシジンは細胞膜を破壊するという作用機序であり、作用速度は中等度です。そのため、ポピドンヨードを皮膚に用いた場合には乾燥するまで待たなければなりません。乾燥しきれない場合には2分間待つ必要があります。ポピドンヨードを塗布したあとにすぐにハイポアルコールで拭ってしまうと、ポピドンヨードが効果を示す前に取り除かれてしまうこととなります。

ポピドンヨードやクロルヘキシジンなどの生体消毒薬は皮膚や組織に使用されるようにデザインされています。従って、医療器具や環境表面に用いるべきではないとCDCは明記しております。三方活栓などをポピドンヨードにて消毒している施設をみかけますが、ポピドンヨードの効果が現れ

る前にはじかれてしまいますので、効果が不十分となります。従って、三方活栓などの消毒はアルコールによる対応でなければなりません。ポピドンヨードはアルコールよりも相当高価なので、適切な消毒の実践によって患者を感染から守ることができるばかりでなく、病院コストの削減にも貢献できることとなります。

#### アルコールの適正使用

消毒薬の適正使用を推し進めて行くとアルコールの重要性が認識されてきます。しかし、やはりアルコールについても適正な使用と正しい情報が不可欠であります。60～90%のエチルアルコールが小さな表面（薬剤バイアルのゴムの部分）の消毒に用いられます。しかし、アルコールはすぐに蒸発するので、機器を浸さない限り接触時間を延長することは困難です。そのため、大きな表面の消毒には不適切となります。すなわち、テーブルの上をアルコールで拭いても接触時間が不十分なので効果が期待できません。単なる水拭きになっているのです。それ故、テーブルなどの環境表面についてはアルコールではなく、洗剤による拭き取りが適切な対応となります。環境表面はノンクリティカルに分類されますので、環境についてはアルコールなどの消毒薬を用いることは不適切でありコスト高となります。

#### 消毒関連器具のパック化

従来より、私どもは酒精綿をタッパに入れて対応しておりました。しかし、蓋をあければアルコールは蒸発してしまうので、60%の濃度を保つことができません。また、汚染した指が入れば周囲の酒精綿は一度に汚染されてしまいます。そして、次の患者への感染源になってしまいます。そのようなことから、私共は1つ1つがパック化されたアルコール（ステリコット）を用いています。万能瓶についても同様です。この蓋を開閉することによって中のポピドンヨード綿球が汚染してしまいます。当院ではネオパールという使い捨ての器材を用いておりますが、大変好評です。

これらの導入によるコストについても検討しました。ネオパールの導入についてはコストは不変でしたが、ステリコットについては年間250万円の

コスト削減であることが明確となりました。実際、タッパに入った酒精綿においてはスタッフは必要量を取り出しません。多くの場合には一塊りを取り出します。また、一日の最後に残った酒精綿を捨ててしまっ翌日は新しく作り直すといったことがなされております。すなわち、タッパに入った酒精綿の殆どが無駄な使用によって消費されていると考えてよしいかと思えます。

セッシ立てやカストについても使用を中止し、セッシヤガーゼについてもすべてパック化しました。これについても一度使用したセッシを立てて戻すといった不潔操作を避けることや、開閉が多いカストでは中のガーゼの清潔が守れないといった問題点を改善するのが目的でした。このような対策を実践してみると予想していなかったメリットがありました。今まで、看護師たちは消毒などの業務をするときには回診車が空くまで待っていましたが、現在は消毒関連物品がパック化されているので必要なものを個々に持ち出すことができます。その結果、回診車を待つ必要がなく、同時に数カ所まで患者処置ができるのです。

#### 環境表面

MRSA 対策には手洗いが基本であることが知られていますが、十分な手洗いにも拘わらず、ICU などにて MRSA 感染が生じています。その理由について検討したいと思います。CDC は環境表面には多数の病原体が存在しますが、それらは直接的に患者に感染することはなく、環境表面に触れた医療スタッフや患者の手指を介して感染することを強調しています。これが環境からの病原体の感染経路です。すなわち、環境からの感染を防ぐためには手指消毒の他に手指を汚染させるかもしれない環境表面の洗浄が不可欠なのです。

CDC はハウスキーピング表面を2つに分類しました。Frequent hand-contact と Minimal hand-contact です。前者はドアノブや机の上などのような手指が頻回に触れる場所であり、後者は床や天井など一日の活動のなかで殆ど触れない場所を示します。CDC は Frequent hand-contact は手指を汚染する可能性が最も高い場所であるので、十分な対応が必要であると言っております。すなわち、環境からの感染を防ぐためには手指消

毒の他に手指を汚染させる可能性のある Frequent hand-contact への対応が不可欠なのです。MRSA 対策においてもこの考え方は重要です。一生懸命に手指消毒しても、そのあとで MRSA が付着している Frequent hand-contact に手指が触れば、ここで菌が手指に付着して、患者に到達してしまいます。Frequent hand-contact は感染制御において大変重要な考え方なのです。

最近では造血幹細胞移植に用いる無菌室においてもスリッパは廃止されつつあります。床は Minimal hand-contact であるので、手指を汚染させることは殆どありません。従って、スリッパのような床対策に要する時間と費用は Frequent hand-contact の拭き取りなどに向けるべきであると考えます。「スリッパを使用して Frequent hand-contact の拭き取りをしないこと」は見かけ上感染対策しているけれども実はなにもしていないのです。「スリッパを廃止して Frequent hand-contact の十分な拭き取りをすること」こそ真の感染対策なのです。

#### 透析室

院内感染対策を実践してゆくと、透析室ほど感染制御が困難な場所はないことに気づきます。透析室は病棟ではなく、血液飛散が頻回である特殊な環境であり、手術室に近いといえます。手術室では個室にて手術しているのですが、透析室では大部屋で十数人が同時に手術をしていることとなります。すなわち、透析室での感染対策に一般病棟の感染対策を持ち込むことは極めて危険なことであると言えます。特に、HBV 対策は重要です。一般病棟では HBV 感染者には標準予防策を用いて対処します。しかし、透析室においては HBV 感染者に対しては特殊な対応が必要となります。

ここで透析室における HBV の感染経路について整理したいと思います。透析室では HBV を含んだ血液が透析処置の時に飛び散って環境表面に付着します。そこで、手袋を交換したスタッフが環境表面に触れば、ウイルスを手指に付着させることとなります。その状態で次の患者の刺入部を触って針を挿入すれば患者は HBV に感染することとなります。それ故、透析室においては HBV 感染者に対して十分な対応が必要となるのです。CDC が推

奨している対策としては、HBV 感染者を透析室の片隅にベッド配置して、その周囲に抗原陰性で抗体陽性の患者ベッドを配置します。そして、感受性のある患者ベッドをその外側に配置するのです。HBs 抗体陽性患者を HBs 抗原陽性患者と感受性患者の間の「緩衝」に用いるというのです。もちろん、HBV ワクチンを全患者に接種して感受性のある透析患者を 1 人でも減らすといった努力も必要です。HCV や HIV については環境表面は感染経路とならないので、ベッド配置については特に指定はありません。

### 針刺し事故

針刺し事故は医療従事者にとって最も重大な事故の 1 つであり十分な対応が必要です。実際、針刺し事故サーベイランスをおこなってみますと、最も危険な器材は翼状針であり、「使用後廃棄まで」に事故は生じています。このような事態に対処するため、当院では翼状針および留置針をすべて安全器材に切り替えました。その結果、当院では翼状針の事故は激減しております。興味深いことに安全器材を用いない事故まで減少してしまいました。恐らく、安全器材を用いる度に針刺し事故に気をつけなければならないということがスタッフにインプットされるのでしょうか。但し、これら安全器具導入後にも「注射器を使用後廃棄まで」に事故がみられていますので、リキャップ禁止について徹底を計る必要があると思われます。

### CDC ガイドライン

本日は CDC ガイドラインを参考にした感染対策を紹介しましたが、CDC は当然のことながら米国の機関であります。従って、CDC がこのようにあのように勧告しても、我々がそれらをそのまま実行しなければならないということはありません。しかし、CDC ガイドラインはエビデンスが豊富であり、科学的なものなので、このような優れたガイドラインを全く用いないということもまた不適切ではないかと思えます。実際、CDC ガイドラインを参考にして院内感染対策を実践してゆくと彼らの合理的な考え方が理解できると同時に、無駄な対策を中止しようとする努力も伝わってきます。それ故、病院コストが相当額減少するので経

営上大変興味深いと思われます。これからも日本の医療機関においては CDC ガイドラインが一層取り入れられてゆくことを期待したいと思います。

A 素晴らしい講演をありがとうございました。私も以前院内感染対策委員長をやった手前、いろいろなことをやっていたわけですが、一つはヘパリンのロックですね、ヘパリンロックが 0.9% の生食で十分だということは驚いたわけですが、これは動注の場合、動注のいまりザーバーというのを入れてかなり治療していますが、動脈ラインでも十分なんでしょうか。

矢野 あのガイドラインは末梢静脈カテーテルに関してですので、それ以上に拡大することができるかどうかはわかりませんが、少なくとも中心静脈カテーテルまではいけると思います。動注までには何も勧告がないのでコメントできないんですが、多分できないと思っております。

A そうですか。どうもありがとうございました。

司会 では他にいかがでしょうか。

B 先生のご本は血液内科の方で感染防止対策について一冊読ませていただいて、非常にわかりやすくていい本だと思って患者さんに推奨しているのですが、たとえば IVH のルートの交換とか、それからあとは末梢脈のルートとか、針に関してのそういう指針はございますでしょうか。

矢野 ルート交換の頻度ですね。96年のガイドラインでは72時間ごとになっていたのですが、今度からは72～96時間に延長されました。72時間と96時間の変更で感染に差がないというデータが出たので、それをエビデンスにしておりました。少なくとも週に二回やれば十分であると思っております。

ただし、血液製剤とか脂肪乳剤、イントラリボス等を使ったあとはカテーテルが汚染しやすいので、早めに変えた方がいいと思います。

B ありがとうございました。

木田義久（小牧市民病院脳神経外科部長） 大変有益なお話をありがとうございました。非常に具体的でよくわかったと思うのですが、私たちが日常診療で一番困っていることは、感染対策を

やっているのですが、やっていることが本当に有益なのかどうかということがよくわからないというところがあるんですね。先生はいま言われましたが、無駄を徹底的に省けということと言われるのですが、何が無駄であったかということ、それをしっかり私たちは捕まえなければいかなと、そういう感じを受けました。

子どもの病院も、たとえばICUの床を徹底的に掃除したことがあるのですが、それは先生の言い分はかなり愚かしいことであったかもしれないということでもあります。

こういうアメリカ流のCDCというのは非常に私たちにとっても有益だと思うのですが、いわば日本版のこういうものがしっかり出て、無駄をうまく省くというようなことは非常にこれからの感染対策に有益ではないかと思えます。

私は愛知県ですが、最近愛知県でも感染に絡むいろんな問題がありまして、たとえばある病院では看護婦さんが注射を終わって洗浄したガラスの注射器なんです、洗って置いておいたものを、それをそのまま消毒せずに注射に使ってしまったというのがありました。それがあとで感染を起こして問題になったということとか、あるいはMRSAの感染で何人かの方が亡くなったというような事例がありまして、そういうのは結局最終的に警察沙汰になっているわけです。

中には訴訟だけではないに、警察に起訴されるというような、事例もあるわけで、我々自身の医療者といいますが、患者さんを守るのは私たちの一番大事なところだと思うのですが、医療に関連する人の身を守るという意味でもこういう感染対策は非常に重要だと思います。そういう点で感染対策の啓蒙といいますが、まだ日本はやはりそういう啓蒙が遅れていると思うのです。CDCなんかは非常にいいガイドラインであると思えますので、先生、ぜひとも啓蒙活動を続けていただければありがたいというふうに思います。

### 3. 診療情報開示とリスクマネジメント

札幌社会保険総合病院 秦 温信

「診療情報開示とリスクマネジメント」という、こういう切り口での話はあまりないようですが、私なりにまとめてみましたので、お話をしたいと思います。

#### 診療情報開示に向けての患者の権利

診療情報開示に向けての患者権利の確立の動きというのは1981年の世界医師会でのリスボン宣言というのから始まったというふうに考えられておりそれに伴いインフォームドコンセントが非常に重視されてきたということでもあります。また一方では、1997年のエイズの薬害以来情報公開というのが非常に問題視されたということから、1999年に日本医師会でも診療情報の提供に関する指針というのをを出しまして、それを進めてきたという経緯があります。リスボン宣言では様々な権利のうち情報を得る権利ということがあげられてきたわけです(表1)。

表1

#### 患者の権利の確立(診療情報開示)

- |      |  |
|------|--|
| 1981 | 世界医師会(WMA)「患者の権利に関するリスボン宣言」(1995改訂)  |
| 1990 | 日本医師会・生命倫理懇談会「説明と同意」についての報告  |
| 1994 | 世界保健機関(WHO)ヨーロッパ会議<br>「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」<br>日本病院会「インフォームド・コンセントについて<br>— 病院の基本姿勢」 |
| 1997 | 厚生省関係「薬害等再発防止システムに関する研究会」<br>中間報告—「患者の権利法」制定などを提言  |
| 1999 | 日本医師会「診療情報の提供に関する指針」   |

#### 診療情報報酬開示についての意識

平成10年に現在の厚生労働省が行った調査では、医師あるいは歯科医師側と国民側で記録を開示した方がよいかどうかということについても常に大きな開きがあったというふうに報告されています。つまり国民では半分以上の人が開示をした方がいいというふうに考えていまして、医師側の方はせいぜい2割ぐらいの方がそういうふうに思っているしか過ぎないというようなことでした。インフォームドコンセントと診療情報開示と

いう観点からみましても、診療情報開示というのはあくまでインフォームドコンセントの延長上でありまして、そのインフォームドコンセントの一つの手段であるというふうに考えられ、そういうふうに進められてきております。私どもの病院でもそういう診療情報開示というのはインフォームドコンセントの一つの手段ということで進めてまいりました。

### 診療情報開示までの経緯

私どもの病院での経過をお話をしますと、平成4年頃からインフォームドコンセントの充実ということを目指してきてまして、平成6年にはインフォームドコンセントに関する第1回目のアンケート調査を行っています。平成11年にまた第2回目の調査を行っており、そのような院内での啓発活動を行ってきたということです。また平成8年にはインフォームドコンセントとがん告知というような特別講演なども、東京の日赤医療センターの森岡先生に来ていただいてお話をいただいたりしております。平成9年にはその準備段階の一つとして、一患者一カルテの検討を開始しました。平成10年9月に一患者一カルテ制を導入しまして、またインフォームドコンセントに関するアンケート調査を行いながらカルテ開示に関する意識調査を職員全体を対象に行っております。そういうことから準備は整ったのではないかとということで平成11年11月に診療録等の開示を行っております(表2)。

表2

開示準備から開示までの経過	
平成4年4月 “患者・医療者間の信頼関係の構築” “医療情報の共有化の普及” を目的 (インフォームド・コンセントの充実)	
平成6年	インフォームド・コンセントに関するアンケート調査 (第1回目)
平成7年	
平成8年	
平成9年	特別講演「インフォームド・コンセントと癌告知」 診療委員会・診療録小委員会にて「一患者一カルテ」検討開始
平成10年	
平成11年	「一患者一カルテ」制導入 インフォームド・コンセントに関するアンケート調査 (第2回目) カルテ開示に関するアンケート
平成12年	診療録等開示開始 診療録開示3件 (問い合わせ7件)

### 診療録開示と一患者一診療録

一患者一カルテの利点ですが、時系列にいろいろな職種の人が書いていきますので、検査や投薬の重複が避けられるということ、またみんながわかるような記載にしなければなりませんので、そういうことでは非常に有効性が高いということです。またその中では我々は POMR システムで書くということになっておりまして、そういう意味でより科学的な診療が可能になる、あるいは効果的な患者ケアが可能になるというようなこと、また医療職種間のコミュニケーションといいましょうか、その中でいろんなディスカッションも可能であるというようなことです。そういうようなことで進めてきたわけです(表3)。

表3

### 一患者一診療録

医師の記載する診療録(カルテ)を各科ごと別のファイルに記載するのではなく、同一の診療録に時系列で記載する。また同様に看護記録、その他の診療に関わる記録も診療録の中に時系列で記載する。

(例)

外来の場合-

内科の診察のあとに外科、眼科などの診察があった場合は診察順に同じカルテに記載する。

入院の場合-

看護記録、その他診療に関わる記録も医師のカルテの中に時間順に記載する。

患者さんの全情報を一つの診療録(カルテ)に記載し、情報開示の準備を整えた。

### 診療情報開示の対象者

平成11年11月1日に診療情報の開示を行うことにしたわけですが、そのガイドラインは日本医師会で進めておりましたガイドラインと若干違うところがあります。日本医師会のガイドラインでは、15歳以上の未成年者の場合本人のみに請求を求められることができるということですが、当院のガイドラインでは、15歳以上の未成年者では親権者の請求にも応じるということにしています。また15歳未満のことについては親権者のみに開示を求め得るということとさせていただきます。

また判断能力に疑義がある場合には、世話をしている親族、あるいはそれに準ずる縁故者というふうに医師会のガイドラインではなっております。

たけれども、私どものガイドラインでは法定代理人というふうにさせていただいております（表4）。

表4

診療情報の開示対象者に関する日本医師会と  
札幌社会保険総合病院のガイドラインの比較

日本医師会	札幌社会保険総合病院
1) 患者が成人で判断能力がある場合は、患者本人	1) 患者が成人で判断能力がある場合は、患者本人
2) 患者に法定代理人がある場合は、法定代理人。ただし、満15歳以上の未成年者については、疾病の内容によっては本人のほかに親権者の請求にも応じることができる	2) 患者に法定代理人がある場合は、法定代理人。ただし、満15歳以上の未成年者には、疾病の内容によっては本人のほかに親権者の請求にも応じることとし、15歳未満の者については親権者のみが開示を求め得る
3) 患者本人から代理権を与えられた親族	3) 患者本人から代理権を与えられた親族
4) 患者が成人で判断能力に障害がある場合は、現実患者の世話をしている親族およびこれに準ずる縁故者	4) 患者が成人で判断能力に障害がある場合は、法定代理人（法定後見人および任意後見人）

診療情報の開示例

現在までに11件の開示事例がありました（表5）。

1例を示しますと、これは3例目の方ですが、32歳の占い師という特殊な職業の方なのですが、エリトマドーシスであちこちの病院にかかっておりましたけれども、ネフローゼ症候群を合併して当院にまいったわけです。そして透析療法あるいはステロイドパルス療法などで軽快して退院しました。退院近くになりまして開示を要求してまいりまして、診療録63枚とX線などのコピーを渡しております。この時は多分何が自分の経過そのものに疑問を感じたり、もう少しよく知りたいというようなことがあったのかもしれませんが、開示の結果、そういう高熱で苦しい時にも看護婦

表5

受付番号	受付年月日	年齢	請求者	診療科	開示請求内容	開示可否
1	1999年1月	50代	本人	内科	胸部X線写真のコピー	可
2	1999年2月	30代	本人	内科	画像を含めた入院診療記録の写し	可
3	2000年3月	60代	本人	外科	胸部X線写真のコピー	可
4	2000年4月	60代	本人	内科	MRI写真のコピー	可
5	2000年7月	50代	親族	内科	入院診療録の写し	可
6	2000年10月	20代	本人	産婦人科	入院診療録の閲覧、写し	可
7	2000年11月	60代	本人	内科	画像以外の入院診療記録の写し	可
8	2000年12月	60代	本人	外科	入院診療録の閲覧	可
9	2001年3月	60代	本人	内科	入院診療録の閲覧、写しと画像のコピー	可
10	2001年7月	20代	本人	耳鼻咽喉科	検査記録の写し	可
11	2001年10月	70代	本人	内科	入院診療録の閲覧、写し	可

さんや医者がずっと病人に合わせているんな行為をしてくれた、そういうことがわかって非常に感謝しているというようなコメントをいただきました。その時に内容が英語の記載だったりして理解できない部分もあったというようなご批判もいただきました。

当院のリスクマネジメント

一般的に安全管理と危険管理という両方を合わせて日本ではリスクマネジメントとっていますが、セーフティマネジメントというのは間違いを起こさないようにしようということでしょうし、またリスクマネジメントというのは本来は起こったものの損害を少なくする、あるいは損傷損害を少なくする、あるいは場合によっては訴訟が起こった場合には賠償額を少なくするとか、そういう意味も含むのかもかもしれません。こういうふうには本来は使い分けなければならぬと言われております（表6）。私どもは一般的にリスクマネジメントとされているものをセーフティマネジメントとしてメディカルセーフ

表6

安全管理 セーフティマネジメント

間違いはおこるもの

しかし問題は防げるもの

間違いはなくても副作用はおこりえ、間違いはあっても損傷が起こらぬことがあり、しかし不必要な損傷が間違いによって起こる

少なくとも人間による間違いはなくそう

危険管理 リスクマネジメント

起こった間違いによる損害をできる限りなくす

（長谷川健彦、2001）

ティマネジメント(MSM)委員会で取り扱っています。インシデントあるいはアクシデントリポートは、この委員会で検討するわけですが、私はこの委員会の顧問になっています。もう一方では医療安全対策会議というのがありまして、これはリピーターの指導とか、あるいは職員の教育や啓発を行っています（図1）。

診療情報開示とインシデント・アクシデント

調剤と与薬に関するインシデント・アクシデン



す。一般的に言われるように診療録は5年ですが、債務不履行の場合には民事で10年というものもあるということです(表10)。

表9

### 診療録に記載すべき事項

#### 医師法第24条

医師は、診療をした時は、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

#### 医師法施行規則第23条

1. 診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢
2. 病名および主要症状
3. 治療方法(処方および処置)
4. 診療の年月日

表10

### 診療録の保管期間と損害賠償請求の時効

	期間(年)
診療録(医師法第24条)	5
診療録以外の診療に関する諸記録 (医療法第21条 病院の施設基準として)	2
保険医療機関の診療録 (保険医療機関および保険医療費担当規則第22条)	5
保険医療機関のその他の療養の給付に関する諸記録 (同上第9条)	3
損害賠償請求の時効(不法行為)(民法第724条)	3
損害賠償請求の時効(債務不履行)(民法第167条)	10

### 診療録にみられる3大問題点

医事紛争で見られる診療録の三大問題点には、不十分な記載と意図しない不適切な記載、それから診療内容に関する問題点の三つがあると言われています。それぞれ不十分な記載においては、そういう正当性についてあまり書いてないとか、あとは電話のやりとりについては書いていなかったり、というようなことがあると言われています。また意図しない不適切な記載ではうっかり誤った記載や複写がなされていたり、また汚くて読めない字、これは非常に医者には多いわけですが、そういうことがあると言われています(表11)。

#### 診療録記載の不備

診療内容に関する問題では、医療従事者間で内容の異なる記載があったりするというようなこと

表11

### 医事紛争において見られる診療録の3大問題点

- ☆不十分な記載
  - ・検査、診断や治療の根拠や正当性
  - ・予期しない事態や医療事故に関する事実 ・電話でのやりとり
  - ・インフォームド・コンセントにおけるディスカッション
  - ・退院後のフォローアップに関する説明
  - ・治療や看護を行った者のサイン、日付や時間など
- ☆意図しない不適切な記載
  - ・うっかり誤った記載や複写(左右の書き間違いなど)
  - ・きたなくて読めない文字
  - ・記載忘れ ・記載遅れ ・不適切な訂正や追加
- ☆記録の内容に関する問題
  - ・医療従事者間で内容の異なる記載
  - ・インシデントレポートやリスクマネジメントに関する記述

中島和江、児玉安司：ヘルスケアマネジメント、医学書院、2000

があげられます。

診療録の不備が見られる、診療部門のトップ5というのがありまして、産科が最も多いというわけです。産科が医事紛争に占めるのは診療記録の不備ということである場合が多いということです。また診療場所では手術室が最も多くて、病室などがそれに続いております(表12)。

表12

### 診療録の不備がみられる診療部門トップ5

	全医事紛争に占める割合
◎専門科や職種	
産科	10%
内科	9
救急	6
一般外科	6
看護	4
◎診療場所	
手術室	19%
病室	14
ヘルスセンター(外来)	8
救急室	6
分娩室	5

中島和江、児玉安司：ヘルスケアマネジメント、医学書院、2000

### 診療情報開示における注意事項

日医常任理事の平山先生が毎年「研修医のための医事紛争防止テキスト」というのを作られております。それに書かれておりますが、診療情報開示における注意事項として、普段からカルテの記載をきちんとしておくこと、プライバシーの配慮を忘れないように、それからカルテをそのまま渡すことができないので要約書などを渡すのがいいのではないかというようなことを書いております。それから重要な情報は隠さないようにする。オリジナルなものは渡してはいけません。情報開示が必ずしもプラスの方向にいくとは限らないので

指導医とよく相談すること。法的には書いた言葉のみが有効である，書いてないことはやってないことと同じであるというようなことです。それから内部告発に注意するという，この8点が書かれております（表13）。

表13

#### 診療情報開示における注意事項

1. 普段からカルテの記載をキチンとして置くこと。
2. 患者のプライバシーの配慮を忘れないこと。
3. カルテをそのまま渡すことは親切ではない。まず、分かりやすい要約書を渡して、理解を求めることが大事。
4. 重要な情報を決して隠さないこと。
5. オリジナルの文書、Xp等は決して渡してはならない。
6. 情報開示が治療上いつでもプラスの方向に働くとは限らない。病院内では必ず指導医と相談すること。
7. 法的には書かれた言葉のみが有効。
8. 内部告発に注意。

平山牧彦：研修医のための医事紛争防止テキスト、2002

#### 診療録についての問題点

診療記録とリスクマネジメントを考える場合、やはり診療記録が情報開示に耐え得るような診療記録にしておかなければならないということが一番問題でして、特に問題なのはやったことをちゃんと記載しないということです。書いてないことはやってないことと同じということになりますので、そういうことが一番求められるのではないかとこのように思います。もうお亡くなりになられた木村先生はご存じの方が多いと思いますが、先生もおっしゃっているのは診療記録の書き方を大学教育であまりされてないということが一つ問題だということです。それから日本語による診療録の書き方のよいテキストがないということ

表14

#### 診療録の現状における問題点

1. 診療録の書き方が系統的に教育、指導されていない
2. 日本語による診療録の書き方にテキストがない
3. 診療録の必要要件（法の規定をみたくこと）と十分条件が充分認識されていない（診療録がメモであって何が悪い、メモだけでは不十分）
4. 第三者理解可能な記録になっていない  
①用語の問題 ②誤記・脱落 ③非科学的・非論理的な記載(POMR/SOAP) ④いわゆる保険病名
5. 病院・診療所責任者が管理すべき公式記録に準ずる取扱が必要な記録の認識欠如（医師は備忘録のようなものと言う、事務部門は場所塞ぎの無用な長物と見る）

木村 明：講演「診療録の開示について」平成10.11.29

や、診療録の必要条件と十分条件が充分認識されていないということ、それから誰でもわかるような記録にするということです。それから病院や責任者が管理すべき公的な文書という認識が欠如していることが問題であるということなどが書かれています（表14）。診療情報開示に対する最大のリスクマネジメントといいましたらこういうことに尽きるのではないかとこのように思います。

司会 どうもありがとうございました。それでは一つ二つご質問を受けたいと思いますが、どなたかご質問があればお願いします。実際情報公開ということで患者さんの問い合わせは11例ぐらいありましたが、我々のイメージというのは大体訴訟との関係でということイメージしちゃうのですが、そういったものというのは比較的少ないんですね。

秦 はい、はじめそういう訴訟と関係するものが多くなるのではないかとこのように考えられます。実際にはこの11例でそういうことはなかったというふうに考えております。どうもそういうふうにいそいなのも一つ二つなかったとは言えないのですが、もっていかれて、それで納得されたのか、それと説明を必ずしますので、その時にそれで納得されたのかわかりませんが、いままでは少なくともなかったというふうに思っています。

渥美哲至（聖隷浜松病院副院長） どうもありがとうございました。うちの病院でもいろいろ委員会の中で議論しながらやっているというのが現状です。先程ありましたが、うちの病院の診療録開示も、今回の医師会のガイドラインに従ったものはつくってやっております。当院の場合、私自身倫理委員会の委員長とIRBの委員長ももう10年ぐらいやっているわけですが、医師会のガイドラインができる前から診療情報に関しての「診療録は誰のものか」ということを討議したことがございます。

その時の結論は「診療録は基本的には患者さんのもので、病院はそれを管理する責任がある」という答申をした覚えがあります。その頃から診療情報は患者さんから請求がある時には見せるし、コピーして渡すということをしようということも

やっていたので、今回の医師会のガイドラインが出た段階では別にそれにしたがって今はやっていますが、かえって情報開示が少し狭まったかなというふうな感じを受けております。

先生の最初のスライドでも出ていましたし今日の基調講演でもありましたけれども、結局情報開示というのはインフォームドコンセントの一つの手段であるということがきちんと理解されてないといいますが、インフォームドコンセント自身が病院側がまだ十分にその患者さんのために必要なものであるという理解が必ずしも十分ではないのではないかということを反映しているのではないかという気がします。

インフォームドコンセントを日本の社会の中でどうやってきちっと位置づけていくかという時に、医療機関の努力はそれはそれで非常に大きいのだと思いますが、まだ相変わらず今回の情報開示に関しても医師会のガイドラインで止まって法的な開示にいかなかったということが大きなネックになっていて、その辺のところを乗り越えて、その先には多分法制化されていくのではないかということが予想されるわけです。そういう過渡的な中で我々の医療機関がやっていかなければならない部分、判断がどちらかという医療機関に任されているということがいまの現状かなという気がしております。

そういう意味で全国統一といってもなかなかそうはいってないし、法的にバックアップがきちんとされているわけではないということが現状です。病院自身での判断力が試される場面かなという気がしております。以上コメントさせていただきます。

#### 4. 病院経営からみたリスクマネジメント

日本医業経営コンサルタント協会 岸田 晴樹

岸田でございます。昨日今日とそれぞれに聞かせていただいております、私自身も大変勉強になりました。また今日こういう機会を与えていただきましたことを心から感謝申し上げたいと思います。

今回、「病院経営から見たリスクマネジメント」ということでもございまして、このタイトルを

私は大変ありがたいなと思いました。実はいろいろお話がございまして、ここ数年来リスクマネジメントが非常に必要になっているところで研究をされ、またこういう形で発表もされていますけれども、それは病院という内部から御覧になったという論点がかなり多いのではないかというように思います。

経営という面から見たらという、今回その切り口を変えていただきましたので、この辺につきましては私がずっと経営コンサルタントを長くやっております、実は病院ということも一つの企業体、一つの経営と見た場合にこの辺がどういう認識をされているだろうか、常々これを思っております。こういうタイトルをいただいたので、少し失礼になるところがあるかもしれませんが、あえてそういう切り口からいろいろお話をしたいと思います。

実はこの危機管理などという名前は皆様方ご存じかと思いますが、佐々淳行さんという、これは浅間山荘事件の時の現地指揮官でございまして、そしてあとは内閣の安全保障室長の初代をやられたりして、実は一番先にこの言葉を作られた方でございます。私は機会がございまして、実はもう20年ぐらい前にこの佐々さんから直接これからは危機管理だよというお話を伺っております、実は今月もまた10人ほどでございまして機会があるのですが、この時からずっと危機管理の方のお話が出ておりました。

しかし一般企業においてもこの危機管理ということが認識をされていたかという、全くといっていいくらい認識をされておりました。それが具体的にどういう形になったか、皆様方もまだご記憶をしてらっしゃると思いますが、三井物産の若王子さんというマニラ支店長が誘拐をされて、そして若王子さんは膨大な身代金を払ったのか払わないのか、その辺も明らかにはされておられませんけれども、生還をされて、その後札幌支店長をされ、それから本社の部長をされた後に亡くなりました。

この札幌支店長の時も私も直接お話しも伺いたけれども、海外進出企業においてこういう安全ということをどう考えるかということ、それからこれに基づいて各社がいくつかのリスクマネージ

メントマニュアルみたいなものを作っております。しかしこのリスクマネジメントマニュアルを見せていただこうと思うのですが、かなり手を尽くしてもこのリスクマネジメントマニュアルというのは各企業がそれぞれ秘密にしているものですから、なかなか外には出さないという、医業みたいにお互いに共通する問題でこうだよということならいいのですが、そうじゃないという形になっております。

またそれでは本当に一般企業ということの中で病院が組織体として本当に立派に成り立っているかどうかということをもまず考えてみたいと思います。一番目にまず「基本方針を作る」ということを掲げておきましたが、昨日の西村先生のお話もございましたように、うちの病院はこういうポリシーだよとおっしゃっておりまして、このポリシーというのは本当にトップから末端までこのポリシーで、どういう考え方でうちの病院は運営するのだ、それを常に教育をしつづけるということがその病院としての質の向上になる。これは特にたとえば聖路加さんであるうが他であるうが、そういうポリシーをしっかりと持ってらっしゃる病院と、そうでないところ、これは企業も同じですが、両者の差がいろいろなところに出て来ると思います。

そこで誰のために何のために必要なんだということですが、これは一番目には「患者様の安全を守る」と書いておきましたが、この考え方が逆にずれて、病院が損失を被るのを防ぐためにとか、病院の利益を失わないためにとかいうことが先行しますと、いろいろなところでそういうことはないでしょうけれども、狂ってまいります。

これは皆様方ご存じだと思いますが、「安全第一」という標語がございますが、これはアメリカでかなり前に作られた標語でございまして、これが生産工場で作られた時には一番最初はいろいろなことを考え、事故も多いし能率も上がらないということで、最初は能率第一、安全第二だったんですね。この標語で何年間かやりましたが能率も上がらず事故も減りませんでした。その後には実は安全第一ということだけの、セーフティファーストということだけの標語に変更したら、安全が向上し能率も上がったということになりました。

ここでもし方針を誤るとどんなことになるだろうかということで、まことに多くの事例があるのですが、たとえば雪印乳業では牛乳問題がございました。この時にいろいろと問題になりまして、記者からどうなっているんですかと聞かれた時に社長は、「俺は寝てないんだ」と、こう言われたんですね。そうしたら記者の方も「私も寝てません」という言い方になってしまいまして、そういうところだけが取り上げられた。たとえばオペラの「トゥーランドット」という中の曲で、「誰も寝てはならぬ」というすごく有名な曲がありますが、これならばいいんですが、このような対応をしますと、企業としていっぺんにイメージが崩れる。

それからさらに最近では雪印食品の例がございました。これはその生産地をごまかす、それからその買い上げ制度というものを悪用する、最近それについていろいろとボロボロと出てきておりますが、これは完全にトップがそういうことに対する、もしくはその部門のトップがどのように判断したかということによって、こういう事態が起きているわけでございます。

もう一つ逆にいい例といえますか、速やかにやった例を二つほど申し上げますと、一つは参天堂製薬の目薬にどうも何か混入されたいという件がございまして、この時は参天堂製薬はいち早く全量を回収をいたしまして、パッケージを変えて再出荷をした、これはいち早くやったということの非常にいい例でございます。その損失はその時で2億ぐらい出たと報道されておりましたが、別の言い方をすると2億で済んだということなんですね。

もう少し古い例でいきますと、大塚製薬で主力製品になっておりますリポビタンDというのがございますが、これも農薬混入事件がございました。かつてはスクリュウキャップでございました。それ以降はワンプールで一回抜いたら決して戻らないという形に直しまして、これでまた再び主力商品にまでのしあげたわけでございます。

このトップの判断ということとは、この例だけでお話ししようと思っておりましたら、ここ一兩日またそれが違うなという事例が出てまいりました。みずほ銀行の件です。みずほ銀行はこれだけ大きな銀行が三つ合併をしてこのような混乱を引

き起こしますと、それこそ大臣が言っているからではありませんが、金融というのは信用第一でやっているわけですから、その時にこんな事件を引き起こすと、これはトップが変わったばかりなのにまたトップ責任があるのではないかと考えており、これが非常によくなかった例でございます。

一方、逆に私がこれは直接伺っておりますから申し上げることができるのですが、北海道で北洋銀行と北海道拓殖銀行が合併をいたしました。合併をした時に私はすぐにトップに伺ったのですが、コンピュータの合併はどうされるんですかと申しましたら、これは来年の5月実施するよと、合併を決定した時にすぐそう言っておられました。これは実態はどういうことかといいますと、両方のコンピュータシステムがもちろん違うこと、具体的に申し上げると、たとえば北海道拓殖銀行というのは450万冊普通預金の通帳が出ているんですね。それから北洋が250万冊出ているんです。どこが違うかということ、後ろの通帳に貼ってある磁気テープが縦に貼ってあるのと横に貼ってあるとの差があります。それで普通は吸収した方の銀行のシステムに統合するのですが、ここはアツという間にどちらが有利かというのを考えまして、逆にこのコンピュータシステムは拓銀方式に統合したわけです。拓銀方式に統合する前に、ここを別会社にしまして、いまはIBM系列になっていますが、別会社に分けて、そこでコンピュータをやらせて実はこれについては最初のうちは各々でしか通帳は使えませんかというのがございましたが、無事に統合を済ませたわけでございます。

これは本当にその統合の時に私は直接聞いていますから、ああやっぱりトップというのはどの様に判断をすべきか、こういう混乱を引き起こした後ではどうしようもないことございまして、ここをどう考えるかということが最重要だなと思っております。

実はこれは毎日新聞で、私がちょうど東京から帰札時の便で、アレっと思ってこの記事を見たんですが、東京女子医大でここ1頁しか出ておりませんが、他にも2頁、これだけ大きく出ておまして、これも後段の方に書いてあるのは幹部が平然と、この書類をシュレッダーにかけておいてと

というのが次の見出しです。この様なことが出てまいりますと、これは要するにリスクに対する考え方、それぞれの部門長の問題かもしれませんが、この様なことが本当に判断の誤りのもとでございます。これも一つの例としてちょっと見ていただいたわけです。

そうしますとこの方針を誤るとどうなるかという、その企業はつぶれます。病院もつぶれます。たとえば仙台で筋弛緩剤を打っていま裁判になっておりますが、あそこの病院も売りに出されているというのはご存じの通りでございます。そのようなことをどの様に判断をするか、これは常態としての考え方をきちっと確立をしておかなければいけないということになります。ですからこれはリスクマネージャーを作ったからそちらの責任だよというようなことではありませんで、常にトップがその責任を負わざるを得ません。

もう一つの例で申し上げますと、北海道にもたくさんそのような事例がございまして、たとえば古平トンネルというところでトンネルが崩壊をし、それで死者も出ました。この時に開発局長やなんかはあれは担当の部長にやらせているからとテレビで答えていたのですが、まあそのうち左遷をされましたけれども、そういう形の責任の取り方いいのかどうか。

それからもう一つ、有珠山の噴火がございました時に、これも実例で申し上げますが、保険会社名を言ってもいいと思うんですが、東京海上の常務がここに常駐をしております、その時は有珠の噴火があった時直ちにどうしたかといいますと、室蘭に現地事務所を移しまして、そこで電話回線を引いて即刻いろんな対応をとったわけでございます。

実は9月11日のアメリカのテロの事件の時も私は2日後にちょうどお会いしまして、被害はいくらぐらいになりますかと聞きましたら、大体こんなものではないかという、こういうお話でした。その後最近もまたお会いした時にどういうふうにとまりましたかと聞きましたら、やっぱりこういう数字でしたというように、そういうところは明確に掴んでおられます。ですからトップというのは常にそういう情勢を掴んでないとダメなんですね。

そしてそのあとに参考としてここに書かせていただいたのは、実は先日東京慈恵医大の高木専務理事さん、病理学の先生ですが、お話を伺う機会がございまして、今度大学病院を全部改革しなければいかん、そのためにどうするかということを考えて、そうするといままでは病気をずっと見ていたけれども、これからは病気ではなくて病人を見なければいけないという原点に戻るということをおっしゃっていました。いままでは非常にいろんな分野で、医学でも他の経営でもそうなのですが、それぞれスペシャリストだけがどんどん育って、ゼネラリストが少なくなってきた傾向がございました。

これはなるほどなというふうに思いまして、そのためにどういうふうな仕掛けと仕組みを作るか。実は私はその経営者教育をやらせていただいております時に、いつも申し上げているのですが、トップというのはそういう物事をやるための「仕掛けと仕組みを作るのが仕事だ」、自分がそれはいろいろやるがありますけれども、それ以上にどの様に仕掛けて、どういう仕組みを作ったらいいかということを考えるのが仕事だと申し上げております。

少し具体的に病院だけではなくて、リスクマネジメントについての定義がどの様に言われているか述べますと、これは病院独自のものとちょっと違うニュアンスを書いております。この定義は充分ご存じでしょうからあまり申し上げませんが、ここにございますように組織体、個人の生命財産を意図的偶発的災害事故、攻撃等から守る（安全を確保する）ために経営諸資源、ヒト、モノ、カネ、時間、空間、技術、これらを能率的、効率的、経済的に活用することと経営の立場としては考えております。

それらのところにも我々は普通リスクだけをいわれておりますが、実は普通にこういう危険といわれているのには、もうご存じでしょうが、デンジャー、それからベリル、ハザード、クライシス、リスクと、他にまだインシデントとかいろいろありますが、こういう言葉だけで差を特に申し上げるつもりはありませんが、ただ普通に私どもはリスクでひとまとめにしてますけれども、あまりにも気付かれないいろんな実例があります。

かえってこういうことよりも皆様方には切り口を違うお話をした方がいいと思うものですからあえて申し上げますと、たとえば有機溶剤であろうがガスであろうが、ご存じのように空気よりも軽いものと重いものがございます。そして一番身近な例としては、たとえばプロパンガスというのは空気よりも重いんですね。この前、ちょうど1年以上前になりますが、札幌である老夫婦の方が暫くお家を空けて、うちに戻られて、そしてお2人でタバコを飲もうと思って火をつけた途端に爆発をいたしました。これはプロパンの集中配管でございまして、ガスが部屋の下にたまり、そこでタバコの火で爆発しました。これは病院でということが具体的にあるかということ、換気口というのは皆さん全部上について、これが当たり前だと思っているんですね。ところが換気口というのは、空気よりも重いガスを抜く時には下へつけなければいけないんですね。

換気口を上につけることはあたかも常識として行われている。だが本来プロパンガスが充満した時には、これでは自殺できないというのはご存じの通りですが、どうするか、窓を開けて簾ではけど、こう言われているんですね。これは私は別の企業でもいろんな体験をさせていただいたんですが、燃焼をした時軽いガスは上で抜いてもいいんですが、取扱うガスによってどうしたらいいか、それぞれの特性を考えながら、きちとした対策をとらなければいけない。

たとえば私はついこの前一つの診療所をできあがってチェックに行きました。設計はきれいにするのですが、どうしても換気が悪いんですね。これは換気が悪いだろう、換気計算はどうしたと言ってもう一回数値を示させたんです。そうしたら本当に笑い話ではなくて実際に私が受けた答ですが、お宅は一級建築士事務所でしょうといいましたら、「はい、うちの先生はデザインが専門で換気はあまり専門ではありません」と、言われたという実例でございまして。

それじゃあそういうことの中で、病院経営の立場で考えるべきことというのは、この危機管理システムというのをどう作っていくか、そして万一の非常事態にどう備えるか、危機の予測、管理、防止、これらのことも一つ一つ本当は詳しくござ

います。そしてその態度として、危機対処というのは「悲観的に準備し、楽観的に実施せよ」という言葉がキーワードです。こういう事態が起きるかもしれない、この様な事態も起きるかもしれない、それは多方面にことを考えなければいけないんですが、起きた場合にはトップが悲観的になってしまうと病院自体が全部おかしくなります。

ですからそういうことをどうするか、それでたとえば自分の病院ではどうするか、自院の危機というのは何なんだろうかということリストアップする、それから基本原則はということ、これはできればそのマニュアルをお作りいただくということをお勧めしたい。マニュアルはさっきもお話でしたが、製本したのではなくて、常にルーズリーフみたいなもので書き換え書き換えをする。

このマニュアルを作るといのは私もいろんな部門で作ったことがあるのですが、ものすごく時間と手数がかかります。作る人は嫌がります。しかしこのマニュアルを作らせておくと補充をしながら、次のスタッフに対しての教育では一番楽なんです。これをまず読みなさい、これからこうだよというようなことを次々やっていくということです。

そうすると危機の時のシミュレーションができるかどうかということなんですが、余談みたいですが、私は実はそのシミュレーションを否応なくやらされておりました、実はこちらにも書いてございますが、日本で一番大きくなりました旭山音楽祭、今年で15回目、多い時は700人の合唱団が歌いまして、全国にテレビで中継をさせていただいておりますが、これは屋外でやるものですから、晴れるか晴れないかということによって実施するかしないか、ギリギリで決断をいたします。

そしてその時に新聞社の花火大会も同時にやっております、新聞社の判断と私の判断とが違う時があります。去年も事実そうでした。去年は1時にその新聞社の花火は中止という判断をされました。私はいろんな他のガイドラインを見まして、実施するというので決断をいたしました。まさしく虹もかかり星も出まして、大成功でした。

もう危機管理で否応なくやらされたというの

は、よさこいソーラン祭りです。お蔭で大きく成長して、観客も200万人を越え、踊り手が43,000人ぐらいになっています。実は中村記念病院の中村理事長も自らそのチームを率いて踊ってらっしゃいまして、それを最初から作り上げて、実質の審査委員長をやっているんですが、昨年爆発事故がありました。その時に新聞報道にあまり書かれておりませんが、頭をとった4.5～5センチの釘が中に仕込まれておりました、それを分類していた大学生が心臓の下から入りまして、ちょっと順序が違うかもしれませんが、左心室と右心室を抜けて、それから心房を抜けて肺に達する重症、そういう状態でした。それで担ぎ込みました時に、手術室の前に入る前に一回心臓が止まりました。それから輸血は30lしました。手術室の中で一回また止まりました。これを死なせたら大変なことになると思って懸命にやりました。お陰様で助かり元気になっております。それらのことについては詳しくお話しする時間はございませんが、それから慌ててと申しますか、私どももそれに対する組織対策を作り直しました。ですから結果的に否応なしにシミュレーションをやらされておりますけれども、そういうことのいろんな事例がございます。

実はこのリスクという時に皆様方は医業関係だけでお考えでしょうけれども、そうじゃなくてざっとあげただけで、たとえば1番目は自然が起こすリスク、地震とか落雷とかずっと書いてあります。それから諸事変動が起こすリスクということ、それから情報通信、それから取引のこと、それから5番目は企業内というか、病院内ですが、わざと企業内と書いておきましたが、たとえば一番の問題はここにおいて5番の1というのは、経営者の死傷病に関するリスクというのがあります。

これは普通は我々人間というのはお医者様の前で言うのも変ですけども、自分は死なないと思っておりますが、これがもし亡くなった場合には特に個人病院の場合は大変な問題になります。これは私がある一つの企業なんです、その企業は札幌市内でも相当財産を持っておまして、社長が死んだから株その他に対する評価が大きいので、相続をどうしたらいいだろうかという相談

を受けておりました。そこは専務さんで弟さんがおられて、身内で専務さんの奥さんというような形で全部株を持っておりました。その社長から早くどの様に相続するかということを考えようということをやっていました。その矢先に、専務の奥さんがゴルフ場で急死をし奥さんの持株をご主人にいきまして。その1年後に、今度は専務が急死をいたしまして、逆に本来全部分けたいと思っていた分が全部社長の方に集まり、もう大変なことになりました。

その様に相続一つでもそうですし、それから医療法人の出資も持ち分のことで、裁判にもなっていますがそれについては細かく触れませんが、ざっと見ただけでもこのぐらいのことがあります。皆様方お目に止まるのは普通は医療関係だけですが、医療関係以外のこと、たとえばここで2番目の法制や行政の変動リスクと書いてありまして、ここに含まれるのは消費税、それから医療報酬制度などがありますが、今回の様に医療報酬一つ変わりましたが、これについては大きな影響がある。これはご自分の努力でどうこう解決できる問題でないことになりますので、その様なことのリスクがたくさんあるわけです。

5番目に事故、ニアミス等を防ぐということで、さっと御覧いただくしかないんですが、この危機管理、現場の智恵を活かしていく。それから実際にやれるかどうか、それからこの管理や教育研修その他ということもごさいます。たとえば上の方の6番目のイメージトレーニングなんてという、これなどもたとえばマラソンの金メダリストの高橋選手なんかもかなりイメージトレーニングをやられていますし、また腰にお守りをさげて、このお守りを持っていれば勝つんだ、これも一つのイメージトレーニングですね。その様なことがあると思います。

それから危機管理の時には通常で備えられるものと備えられないものとあります。たとえば緊急の時にはヘリを持っていた方がいいということになりますと、ヘリを常備しておくということは大変なことであります。一般ならできません。ただし自衛隊ならできます。というふうにその立場立場で条件はみんな変わって参ります。ですからそういう立場の中で是非いろいろお考えいただきたい

い。

それからあとでME機器のことで一つだけ申し上げますと、実は私は業界団体の専務理事というまとめ役をやったことがあります。そこで使う機械、ことに医療機械は全部と書いていいぐらいそうだと思うんですが、全部表示が英語が書いてあるんですね。それからオンオフに至ってもそうですね。私はその機械メーカーにと言ったんですが、on・off と書かないで入と切と書きなさい。オンの時はグリーンで、切るは赤でとかというふうにして、それこそカラーコントロールもやったらいいではないかと言ったんですが、でもなかなかそれをやらないんですね。あえて勝手なことを申し上げて、これは皆さん方でそんなことはできないよというお話があるかもしれませんが、あまりにもやらなくてもいいミスをやっているところもあります。

ですからこれは出来るかどうかぜひ御検討をいただきたいのですが、たとえば注射液の混合をやる、クリーンベンチでやるのではなくても、いま病棟でやっているのが一番多い。どこへ行ってもこれは大丈夫かなと思うんですが、そういう中でたとえば静脈に注射するものについては、青ですよ。そしてそれはプラグのところは四角くなっていますよ。動脈のは赤ですよ。それは ですよ。それから皮下のはたとえば ですよ。そういうふうな分け方というのとはできないものでしょうか。

ですからもう一回繰返しますが、管理職というのは、一番のトップというのは絶対に黙っていても部下が間違わないような方法をどの様に考えかということ、ただ危険と書いてあるだけではダメなんです。危険と書いてあるところにロープが張ってある、ロープが張ってあってロープに自分がぶつかる、ああ行ってはいけないんだということ認識してもらおうというような方法を常にとらなければそういう間違いというのが起きるという可能性がございます。

あとは医療紛争、それから医療事故、医療過誤、それからアクシデントのこと、それからインシデントのこと等も、もうこの辺はさんざん皆様方ご存じだと思いますから、これ以上申し上げませんが、たとえばこの2と3の医療事故と医療過誤というのは同意語ではありませんで、医療事故が

医療過誤になるためには医療によって患者が障害を起こしたり、それから医療行為に過失があって、その障害と過失の間に因果関係が存在しなければこれに成り立たないということになっているところでございます。ですからこの医事紛争についても、本来いろいろ調べて、これはアメリカのデータですが、本当に医療に過失も傷害もない、というのはトータルで86%ぐらいあるという一つの調査さえございます。

だからこのリスクマネジメントの視点というのは、実は病院だけが取り組んでないよという、決して悪口を言う気持はありませんで、これは日本経済新聞なんです、「無防備企業はリスクに沈む日」と書いてありまして、これ迄はいろんな企業、90%リスクマネジメントをやってないと書いてあります。ですから決して病院だけが悪いと申し上げるのではなくて、企業もそうになっていません。これは日本という国が太陽と水と安全はついて回るという考えが基本的にあるものですから、これもいろんな面で崩れておりますが、そういう考え方があることも事実です。

ですからこの予防の効果その他、これについては予防の効果と対処のコストと書いてありますが、一見は予防のコストの方が高く見えます。しかし絶対的に予防コストの方が安いです。今度の雪印食品だって会社をつぶすということは、それだけいろんなあとの問題があります。

7のリスクマネージャーの役割、これもリスクマネージャーが先程もお話に出てまいりましたが、トップの直轄下にするということと、その権限規定をどうするか、いままでの病院組織はそうですが、ドクターというのはご自分のお仕事にプライドをもってやっていますから、色々な事を他から言われるということについて嫌だという気持がある方もいらっしゃるわけです。そういうところから、そうではなくて全体的にどうするかということ、やっぱりお考えいただくかなければいけないと思います。

これは実はさっき申し上げた佐々淳行さんがあげている危機のリーダーの必要要件なんです、この10則だけ申し上げおきます。一つはまず根アカであること。これはトップが暗いと、これでどうしようかどうしようか、またこれで困ったとい

うことで落ち込んだら部下はじっと見てますから、それこそ100人いると200の目でじっと見られているんです。一挙一投足こんなところまで見られているというのは院長先生方よくご存じの通りでして、これはやっぱりそういうふうにあらゆることに対処して、そして行動はネアカにということが一番目です。

それから二番目にはボランティア精神があることというのは、普通のいうボランティアではありません。自分がやらなければ誰がやるんだ、ですから指揮官として自分がどういうふうによったらいいかということに身につける必要があります。これにはかなり自己管理が必要になってまいります。3番目に常に自我を持つこと、これは覚めた目でもう1人の自分を見る。狼狽をしないということで、これはいろんな時に見ておりますが、俗に言う著名人でも相当狼狽する方がありまして、じっと見ているとああこういうふうにできるかなという好例もあります。

4番目にやはり広い視野を持つこと、これは鳥のように鳥瞰図、上から見たらどうか、これはネスカフェで違いのわかる男というコマーシャルがありました、私はリーダー研修に必ずこの違いのわかる男、女になれと言っております。パッと見ていて、たとえばみんな泳いでいてもいい、そのリーダーだけはちょっと飛び上がってでもいいから見る、あああれは疲れているな、あれはもう岸に上げる、あれには浮き袋を投げてやろう、そういうことができなければリーダーとしては一つの組織はもっていけない。だから違いがわかるということはお自分の豊かな体験、経験の中からわかるわけですから、ぜひそうあって欲しいということをお話させていただきます。

それからもう一つはやはりゼネラリストでなければダメだということもあります。5番目に相手の立場でものごとを考えられるということです。それから六番目に決断力があること。これは決断をしないことよりも、間違った決断をした方がまだいいと言われてありまして、私もいろんな組織でいろんな上司に仕えましたが、そういうことを大いに経験させられております。

この決断をするということは本当に責任を伴うことですから大変なんです、間違った時は素直

にこの時の判断はこう思ったけど、変更するよ、もう一回これでやり直すということが言えるという素直さがあってもいいと思っております。

7番目に行動力があること、8番目は独断専行、トップダウンの指示が出来ることやっぱりリーダーというのは独断専行、あっちに聞いてからどうするか、こっちに聞いてからどうするか、いろいろ意見をきいて正しい方向に行ければいいんですが、間違った方向にいったら本当に為すべがないということになります。

9番目に情報感覚がある、これはいろんな分野の情報を正確にどうするか、10番目は持久力があり、声大きいこと、これは肉体的条件を常にいい条件にもっているということがあると思えます。

そういうことの中でリスクマネジメントという言葉だけで論じられておりますが、これはアメリカでいろいろ言われております中でもそうなんです、これは本来はリスクということの意味ではなくて、本来は安全のためのマネジメント、この安全のためのマネジメントというのは本来的にはやはり品質のマネジメントということに結びつくものでなければいけないというふうに思っております。

ですから私どもはまさしく今日の論題の病院の質をどうするかということでは、この質の問題はさかのぼるとリスクにも結びつくということになるわけでございます、この点に対してまたいろいろと私も学ばせていただき、先生方からも教えていただければありがたいと思っております。以上で終わらせていただきます。ありがとうございました。

船越 孝（総合大雄会病院副院長） ありがとうございます。トップの心構えということで貴重なご示唆をいただきました。私どもも含めて病院はいまリスクマネジメント、いろいろ患者様の安全ということでやっておるんですが、いろいろ皆さんの非常に素晴らしいご提示をいただきまして、非常に感銘している次第です。ただ皆さんのところも同じようにリスクマネジメント委員会とか感染委員会とかいろいろつくって活動はしてみるんですが、最終的な評価というところで、

本当にそれが有効に機能しているのかどうかというところ、それがいま一つまだわかっていないんじゃないかというような気が私はしております。

それは病院が機構上プロフェッショナルな集まりといえますか、先日も西村先生が言われましたが横糸が非常に弱い、そういうようなことでなかなかそれが有効に機能していかないんじゃないか。そうなりますといま私の頭の中で漠然とした考え方なんです、いわゆるリスクマネジメント委員会を置いたり、感染委員会をおいたり、それはそれで非常に重要だとは思いますが、それがバラバラの機能でなかなか統合した形でできない。それはやはり組織の問題があるんじゃないか。病院という長い年月かかってできてきた組織構造ですが、これをやはりもう一度考えてみる必要があるんじゃないか。

私もこの経営とリスクということで、ちょっと本も読んでみたんですが、一般企業のいわゆるリスクというものが非常に多岐にわたる、企業行動すること自体がリスクであるというような考え方というんですか、そうするとやはりリスクの管理というものをもっと大きな部分に、トップマネジメントの中に置いていかなくちゃいけないんじゃないか。

企業ですから当然経営戦略というものがございます。それとバランスをとるような形での管理部門というんですか、危機管理部門というものを一番上のところにおいて、そこが専門といえますか、経営戦略とある意味では対立するような形で病院の運営というものを進めていかなくちゃいけないんじゃないかなというふうに思っている次第です。これは私の考えということと同時に、先生のコメントをいただければということでお話をした次第です。どうも本日はありがとうございました。

岸田 ありがとうございます。実は私は企業でも他でも組織づくり、人づくりを一番と考えてやってきている人間でございます、その点については普通の企業などということから考えると、病院というのはそういう意味の組織では正直申し上げるとまだまだだという感じがいたします。

ずいぶん進んできたところもたくさんございます。しかし絶対的に最初から院長がトップにいて、その上意下達という形だけでやってきた、今日申

し上げることができませんでしたが、実はこのQC活動、これはこれは本来はクオリティコントロールだったんですが、そういうことの中からはCS、顧客満足度とか、ES、従業員満足度とか、そういうことも含めたというような活動もございまして、これらはどこが違うかという、いままで全てはトップダウンなんです、これはボトムアップなんです。

これもいろんなところで病院も実施をいたして見ましたが、本当に上の方が気づかない点がサッと出てまいります。ですから最初はよほど上の方がそれを決断をなさらないとできませんし、仕事が増えると思って嫌がる傾向がございまして、みんなの仕事が楽になるためにやるんだよ、仕事を増やすためにやるのではないよということを徹底して言いながらそれを実施するという、これは一般企業はもう徹底してやられていることで、そ

の点病院が有効に働く組織をもう一度考えて見る事は面白い分野ではないかと思っております。

しかし医業が本当にいま他の組織や企業と同じように、その存立が問われる状態になってきておりますから、それについてもリスク対応を含めて強い組織を作らなければ今後の大きな医療改革その他についても対応がなかなか大変なのではないかと思っております。今日触れることはできませんでしたが、たとえば大学病院疾病別の包括支払い制度が15年4月から導入されますし、それらのことがそのうちに必ず、次の大病院その他一般病院のどのランクに迄及ぶかわかりませんが、厚生省は段階的にそういう動きをするのではないかと私は思いますし、それらの変化に耐えるためにもぜひそれぞれの病院でいい組織をお作りになることを心から切望いたしております。

## 診療報酬改定について

厚生省保険局総務課老人医療企画室室長補佐 榎本 健太郎

平成14年4月・札幌市

榎本 ただいま御紹介をいただきました厚生労働省の保険局総務課老人医療企画室の補佐しております榎本と申します。今日は貴重なお時間をいただきまして私どもの改革のお話をさせていただく機会を与えていただきまして本当にありがとうございます。

先程 林様の方からも御紹介いただきましたが、ちょうど診療報酬改定で先生方には非常にきついことをいろいろと今回お願いをしたという状況でございますが、医療制度改革につきまして私の方からその背景とその具体的な中身、どのような改正が今回の制度改正の中で盛り込まれることになっているのかについてお話をさせていただきます。

今回の改革は、いままでの改革にはない若年者も高齢者も全てにわたって幅広く改革をするものでございますので、どれ一つとってもそれだけで大きな論点になるような話でございますが、かなり多様な論点になり得るものを内包したものでございますので、その具体的な中身を御紹介させていただくとともに、また医療制度改革というものが今後さらにどのような議論を呼ぶことになるのか、さらにどのような方向に今後議論は進められようとしているのか、そういったあたりを御紹介したいと思っております。

私は特段スライドなどを使う予定はございませんで、今回お配りしました医療制度改革についてという一連の資料に基づきまして御説明をさせていただきます。

ちなみに私は今回の改革の中では老人医療企画室において高齢者医療制度の関連の見直しを主に担当しております、その中でも老人保健法の改

正の関連を中心として担当しておりました。先生方のご関心には診療報酬が何でこうなったんだという、いろいろなお疑問なりご意見もおありだったろうと思いますが、今回は私の専門分野のあたりに力を入れさせていただきながら、この改革の概要をお話させていただきたいと思っております。よろしくお願ひいたします。それでは医療制度改革について御説明を申し上げたいと思ひます。

### 医療制度改革の必要性

#### 1 現在の我が国の医療保険制度

##### (1) 医療保険制度の構造

まず、現在の我が国の医療制度改革の概要を簡単に述べさせていただきたいと思ひます。我が国の医療保険制度ですが、ご承知のように国民皆保険ということで、日本国民であればいずれにせよどこかの保険制度に加入をする形になっております。その中でも主だった制度として三つの制度がございます。

一つが国民健康保険ということで、地域の自営業の方々、あるいはお年寄りの方々が主に加入されている制度です。いわば地域保険でございます。それから政府管掌健康保険ということで、中小企業の方を対象とした健康保険、それから大企業を中心とした健康保険組合という、この三つの制度が主にあるわけでございます。それぞれの加入者の状況ですが、いずれにしても大体3千万人から4千万人程度という加入状況でそういったようなことで我が国では国民皆保険が昭和36年以来達成されておるところでございます。

また一方で、我が国の医療保険制度のもう一つ

の特色といたしましては、フリーアクセスがご  
います。フリーアクセスということで、患者さん  
は基本的にどの病院に行くかをご自分の意思でお  
決めになることができる、選んだ病院どこでもい  
つでも自由に受診することができるという状況で  
ございます。一方欧米諸国においてはこういった  
フリーアクセスは実はそれほどメジャーな制度で  
はございません。我が国ほどフリーアクセスが達  
成されている国はないとも言えるのではないかと  
思います。

たとえばイギリスでは、国営の医療保険制度で  
すから、身近な家庭医を通じて、その方が本当に  
大きな病院に行くことが必要かどうか判断をす  
る、言ってみればゲートキーパーのような役割を  
果たしています。あるいはアメリカでも HMO では、  
その方が本当にどんな医療が必要なのか、民間保  
険の給付対象になり得るのかどうかといったあたり  
をしっかりと判断した上で必要な医療を提供す  
る。そういったことからすると我が国の特色であ  
るフリーアクセスは国民の立場からすれば非常に  
大きな財産であるということもできると思いま  
す。

## (2) 各保険者を巡る状況

そういった医療保険制度の体系の中で、今の各  
保険者の状況ですが、基本的に先程いいました三  
つの制度の中のバランスをどう図るかということが  
問題になってまいります。実は国民健康保険とい  
う制度、これがいま大きなネックになる制度で  
ございまして、たとえば平均年齢を見てまいりま  
すと国民健康保険ですと平均年齢は51歳、それか  
ら政管健保だと37歳、健保組合だと34歳とい  
うことで、圧倒的に国民健康保険の高齢化率が実  
は高い状況です。

また加入しておられる方の一世帯あたりの収入  
状況などを見ましても、明らかに国民健康保険は  
低い。たとえば組合健保だと380万円という平均額  
がございまして、国民健康保険だと158万円とい  
うような状況です。なぜそのような状況になるか  
といえますと、いまの健康保険の仕組みはライフ  
スタイルに応じてその加入する保険が変わって来  
るところに原因があるわけです。

どういうことかといえますと、たとえばサラ

リーマンの方、我が国では大多数の方がそう  
ですが、サラリーマンの方ですと若く働いている時期  
は被用者として健康保険組合なりあるいは政府管  
掌健康保険に加入される、そして退職をされると  
健保組合の加入資格を失って地域の市町村の国民  
健康保険に加入されるということになってまいり  
ます。そういったことで国民健康保険の方が高齢  
者を抱える確率が非常に高いという構造的な仕組  
みに実はなっているのです。

ところが実際にそれぞれの保険料の比較をし  
てみますと、大体15万円から16万円ということで、  
それほど遜色のない仕組みになっております。な  
ぜそのような仕組みが可能になっているのかとい  
いますと、結局公費を投入するという形でその格  
差を埋める仕組みをいま財政的にとっておるから  
ということになります。

このように根本にそういった問題を抱えている  
それぞれの保険制度の間でいかに給付と負担のバ  
ランスを図るか、そしてまた健康保険組合なり政  
府管掌健康保険なり国民健康保険といったそれぞ  
れの制度間の公平をいかに図っていくのかとい  
うことがこれまでの医療保険制度のたどってきた  
歴史であると思っております。

## (3) 老人保健制度の特色

一方で老人保健制度というものがござい  
ます。これは昭和58年に制度化されたものでは  
ありますが、当ても老人医療費の問題があり、先  
程いいましたように国民健康保険の方が老人の  
加入率が非常に高く、そのため国民健康保険に  
加入しておられる方の保険料の負担が非常に高  
くなってしまおうという問題があった中で、い  
かに高齢者にかかる費用負担の公平化を図るか  
という観点から58年に制度化されたものです。  
これにより、それぞれの現役の各医療保険制度  
の方から拠出金という形で必要な費用を賄う  
といういわば国民皆により老人医療を支える  
仕組みが導入されたところです。

老人保健制度では、具体的には、先生方の病  
院でお年寄りの方が市町村の発行する老人医  
療受給者証を提示して受診される、そしてそれ  
にかかる費用は一旦市町村が必要な費用を全額  
給付し、それに要する費用を本来加入してお  
られるそれぞれの国民健康保険なりあるいは  
健保組合といった保

険者に請求をする、大まかにいうとそういう仕組みになってきているわけです。

## 2 医療保険制度が直面する状況

### (1) 国民医療費の推移

ところが近年医療保険制度は財政的に非常に厳しい状況になっております。たとえば国民医療費ですが、いま国民医療費は大体30.9兆円と見積もられています。30兆円規模です。これはたとえば老人保険制度が創設された昭和60年頃ですと、国民医療費は16兆円でしたが、すでにその倍近い増加を示しております。実はその伸びは、最近の傾向を見ますと毎年約1兆円程度の伸びということになっております。

### (2) 老人医療費の伸び

何がその主な原因になるのかということを見てまいりますと、ほぼ9割方は老人医療費の伸びです。過去10年間の伸びを見てまいりますと7.8%ほどの伸びを示しております。一方で国民医療費自体の伸びは4.6%ということで、先程の老人医療費の7.8%と比べますと老人医療費の伸びがいかに高くなっているかということがわかりいただけるかと思えます。

一方で我が国の経済指標であるGDPの伸びを見てまいりますと、GDP自体はこの10年間で2.1%程度の伸びということで、経済の伸びをはるかに上回る伸びを示しておるわけです。これは一方では高齢者の数が増加してきておる、最近の趨勢として高齢者人口自体が非常に増加しておるということも当然背景にございます。

ちなみに高齢者数の伸びですが、過去10年間で4.2%程度です。老人医療費の伸びの7.8%に対して高齢者数の伸びが4.2%、残り3%程度のところはいろいろな技術革新なり、あるいは高度な医療技術の普及といったことなどによるのではないかと考えております。

### (3) 各保険者の財政状況

そういった中で老人医療費がこれだけ大きく伸びてまいりますと、その老人医療費をどのように支えていくかが問題になって来るわけです。いま保険財政自体は非常に悪くなってきております。

その背景にありますのがいま御覧いただいております図の二つの要因で、高齢化に伴う医療費の増加ということ、それから経済の低迷による掛け金の伸び悩みということです。

近年、賃金の伸び自体非常に悪うございます。たとえば平成13年の私どもの役所の賃金構造基本統計調査の結果を見ますと、労働者の賃金の平均的な伸びは平成11年以来3年連続でマイナスというような状況です。医療に必要な費用は基本的にその保険料で賄うということですが、その保険料はどうやって賄うのかといいますと、基本的に賃金の金額に応じて保険料率をかけるということになっております。ところがそもそも保険料率をかけるベースとなる賃金自体が伸びないということになりますと、その保険料収入そのものが当初予定したよりも伸びなくなってしまう。一方で出るお金の方は高齢者数の増加、あるいは高齢者医療費そのものの増加でどんどん増えて来るということで、実は各制度とも非常に大きな赤字をいま抱えておるわけです。

たとえば政管健保ですと、14年度には手持ちの資金が底をつくと昨年の概算要求の時期には見込まれておりました。手持ちの資金が底をつくとはどういうことかといいますと、要は資金繰りがつかなくなる。ですからその月の医療費の支払い自体にも事欠くことになりかねないということが当時非常に懸念されておったわけでございます。

それからまた国民健康保険につきましても、年間3千億円の赤字ということですし、あるいは組合健保につきましてもやはり赤字額が2千億円程度ということで、6~7割の保険者の方々はいま赤字の構造となってきておるわけです。

### (4) 国の財政状況

一方、それでは国の財政状況はどうなんだろうかということを見ますと、昨年の予算編成の際に小泉総理が30兆円枠ということで赤字国債30兆円だというお話をしておりましたけれども、非常に大きな借金を抱えておられて、たまたまですが、赤字額30兆円というのが国民医療費そのものと額的にも符合した同じような額になってきておるとい、う、それだけ非常に厳しい赤字の状態です。

国の財政は厳しいといいつつも、もちろんその

中で私ども役所の抱えております社会保障関係費は相当手当てをしていただいておりますが、実はその中でもその伸び自体は非常に小さくおさまっているような状況になってきておるわけでございます。

#### (5) 今回の医療制度改革の位置付け

今回の医療制度改革ですが、一つはそういった我が国の平成14年の予算をどうつくるのかという問題と、それから平成9年以来医療制度改革はいろいろと議論をされてきておりましたが、そういった流れの中でいかにいまある皆保険制度、そしてフリーアクセスの医療保険制度を将来にわたって安定的なものとしていくかということが問題としてあり、今回の改革をやらねばならないということになったわけです。

この医療制度改革につきましては、実は平成9年に当時の自民、社民、さきがけの三党政権の時代に与党の医療保険制度改革協議会で様々な議論が行われ、当時は平成12年を目途に新たな医療保険制度改革を行うということとしておったわけですが、いろいろな関係の方々のお意見が入り交じって、なかなかその合意が得られない、一定の方向性がなかなか見いだせないという状況でした。このため平成12年に、これは平成14年を目途として改革をするということで一旦仕切り直しまして、今回の改革に至ったということでございます。

ちなみに予算編成の関係で申し上げますと、私どもが昨年財務省といろいろとご相談した中で、14年度の当然増は5,500億円ほどあるだろうと私ども医療費の中では見込んでおったわけですが、一方で財務省としても国全体の赤字をいかに解消していくか、そもそも国庫財政を破綻をきたさないようにしていくためにどうすべきかということで、シーリング枠が2,800億円、そしてシーリングが2,700億円ということで、結局2,800億円の削減が私どもとしても14年度において求められたということでございます。

いろいろと長期的なビジョンを持って改革をしなければならぬのですが、一方で予算を編成するという問題もあるということで、そういったいろいろな問題背景がある中で今回の改革がなされたということがおわかりいただけたと思います。

### 3 医療制度改革の検討過程

今回の私どもの改革につきましては、折にふれて新聞などでも報道されてきておりますが、基本的に私どもとしては非常に新しい手法の中で議論がなされてきたのではないかなと思っております。

ちょうど昨年1月に中央省庁の再編もございまして、私の所属しておりました厚生省も労働省と一体となって厚生労働省ということになっておりますが、それと合わせて実は大きく政治的な政策決定のプロセスが全体的に大きく変わってきております。昔ですと審議会をベースとして、審議会においていろいろな関係団体の代表の方々から御意見をいただき、そこで一つの方向をまとめて、その上ではじめて成果を表に出していくというプロセスをたどっておりました。しかし今回は厚生労働省独自のオリジナルの叩治として昨年9月に厚生労働省試案を出ささせていただきまして、それをベースにいろいろな議論がオープンな場でなされていく。具体的には政府与党の社会保障改革協議会というものがございますが、そういった場でのいろいろな関係団体の方々の御意見などをいただきながら、そしてまた与党の先生方のいろいろな御議論をいただきながらこの政策決定が進められてきたということでございます。

そういった中で14年度予算編成が12月24日になされまして、その際に制度改正の基本的な姿が明らかになりますとともに、診療報酬改定ということで必要な費用の一定幅のご負担を、医療機関の先生方にもお願いせざるを得なかったというところではあります。そして3月1日に健康保険法の改正案を国会に提出いたしまして、実はいまその審議を待っておりますという状況です。

#### 医療制度改革の全体像

次に医療制度改革の全体像について、そのあらましを申し上げたいと思います。1頁をおめくりいただきますと、平成14年度医療制度改革ということで、資料をつけてございます。医療を取り巻く様々な環境の変化がある中で、医療制度を構成する全てのシステムを今回私どもとしては大きく展開していきたいと思っております。基本的に三

つの柱立てということで考えております。

先程来言いましたように、その財政的な側面ということでは、医療保険制度の改革は当然必要になってまいります。それから診療報酬体系のあり方も、これまた大きな議論がいま出てきておるところです。それから保険医療システムの改革ということで、医療保険の制度的な仕組みをどうするかということだけではなく、国民の目から見た時に医療というものが今後どのような方向をたどるべきだろうか、そして国民の健康づくりにいかに資するシステムを作っていくかといったあたりも実は大きな柱として国民の方から求められている部分であります。従って、単に財政的な辻褄合わせというだけではなく、医療の中身そのものをどのようによりよいものにしていくのかといった視点も合わせて行うことが今回の医療制度改革の中では必要ではないかということで、言ってみればこの三本柱、三本の矢でもって改革を進めていくという形にしております。

## 1 医療保険制度の改革

### (1) 負担の分かち合い

それでは医療保険制度の中身ですが、医療保険制度の骨格ということでお話をさせていただきたいと思います。医療保険制度の改革につきましては、大きく分けまして7点ほどの柱がございます。まず第一がここで書いております負担の分かち合いということです。高齢化に伴いまして医療費は今後さらに増加をすることが明らかです。一人あたり生涯医療費は大体2,300万円ほどありますが、その中でも70歳を超えて使う部分はその約半分、要はお年寄りになって利用する分が非常に多いということです。

一方でその財源はどこに見いだすのかということになりますと、結局保険料か患者負担、あるいは公費負担のどれかしかないわけです。そういった中でかかる医療費に占める保険料・患者負担の割合は、60歳を超えてまいりますと、どんどん低下してくる。

そういう中で高齢者の医療を成り立たせていかなければならないということになりますと、やはり高齢者に対する若年者からのいわば世代間扶養のような、所得移転がどうしても必要になってま

まいります。そういう意味で現在の医療保険制度では老人保健制度という仕組みを通じて拠出金という形で若年者が高齢者に対して支援をする形になっております。

ところが今後ともこの医療保険制度全体が安定的に機能していくためには、やはりそれぞれがなお応分の負担をしていかないことには将来の高齢化を見据えた時に制度そのものが成り立たなくなりかねないのではないかと見込まれてきております。そのため今回の改革の中では負担の分かち合いということで、一つは給付と負担の見直しを行ってまいりたいと思っております。

給付と負担の見直しという中には二つの切り口がありまして、一つは制度間の見直しということ、それからもう一つは世代間の見直しということです。制度間の見直しということですと、7割給付3割負担ということで、これもこの3月に法案を提出するにあたって与党の先生方の間でも非常に御議論がございましたが、平成15年度の4月からこれを実施をするということが一つです。また、患者の側から見ますと外来の薬剤一部負担の廃止などもございます。それから少し視点が変わりますが、少子化対策ということから、乳幼児の給付を8割ということで1割高上げを行うということなどもやっております。

一方で世代間の負担の見直しということでは、高齢者の方々に定率1割負担をお願いすることとしております。これは平成12年の改正により、13年1月からすでに実施しておりますが、現在は3,200円、5,300円といった月額上限がございますが、その上限を今回撤廃いたします。上限を撤廃することで1割定率負担を徹底するというものです。それとあわせて高齢者の中でもそれなりに所得の高い方に対しては2割の負担をお願いするという制度も今回世代間の負担の見直しの中で導入してまいりたいと思っております。

それから二番目の柱としましては、後期高齢者への施策の重点化ということで、老人医療の中でも特に公費を重点的に投入する対象を75歳以上の方に整理していきたいと思っております。それから三番目の柱としましては、老人医療費の抑制ということで、今回伸びを抑制するための指針を作っていきたいと思っております。この中身につ

きましてはまた後ほど御説明をさせていただきます。

こういった制度改革全体を行うことにより、将来の国民負担を圧縮することとしております。患者負担増についてはいろいろな御議論がございましたが、患者負担増によりある程度医療費の効率化・適正化を進めるということは、やはり今日直面している問題状況の中でどうしても必要であろうと考えております。一方で保険料の引き上げも、今後避けられないわけですが、その引き上げ幅をできるだけ抑えていくということが今回必要な部分ではないだろうかと思っております。

今回の改革の議論の中でも患者負担を求めめるのか、保険料負担を求めめるのかといったあたりも非常にいろいろな御議論がございました。与党の先生方の中でもその御議論が分かれておりましたが、一方で小泉総理には保険料負担はなるべく抑えていくべきという御意見などもございまして、そういった中で医療費の中の患者負担と保険料のバランスをこの改革案のような形で整理をしたらどうだろうかということになっているわけでございます。

次に制度改革の影響ということで、いま申し上げましたような将来の負担がいかに抑えられるのかということを中心に示しております。これは14年と19年との医療費を推計しております。現行の制度のまま推移いたしますと、14年度では医療費が30兆円弱ですが、19年度には35.4兆円となると見込まれます。ここで今回の医療保険制度改革を行うことにより医療費全体の縮減効果が0.7兆円あるとともに、患者負担自体は若干増えますが、一方で保険料負担は低下しており双方合計すると国民負担は0.6兆円ほどの削減が図られることになるだろうと見ております。そうすることによってトータルとしての国民負担の軽減が今回の制度改革を通じて実現されることになるのではないかと思っております。

## (2) 給付の見直し

では次に給付の見直しということですが、まず高齢者の給付を御覧いただきます。現行制度では70歳以上の方は9割給付ですが、今度の改正案では70歳以上9割給付としつつ、一定以上の所得者の

方は8割としております。先程いいましたように、1割負担には現在ある程度負担の上限を抑える措置がございましたが、今回それを撤廃して、基本的に1割定率負担を徹底するというようになっております。

なお、70歳以上の方の中では、実は制度的な取り扱いが分かれる形になっております。国民の側から見れば、70歳以上の方は従来通り9割給付であり、給付面自体は1割定率負担と言う意味では変わらない形になっております。ただ、高齢者医療制度の対象となる方が75歳以上の方になるということで、そこで一つ制度の区分けがなされる形になっております。言ってみれば給付の問題と財政調整の問題を今回は分けて整理をしたという形になっております。

それから若年者の制度では、今回の改革では7割給付への統一を図っております。このような制度改革を行いますのは、公平でわかりやすい給付体系を実現していきたいということ、そしてまた窮迫した被用者保険自体の財政状況を改善していきたいということです。

この点は昨年11月に医療制度改革大綱を政府与党の社会保障改革協議会で決定した時には「必要な時から実施をする」ということで、玉虫色の決着がなされておりましたが、今回法案を提出する際に与党の中での御議論の上、今回はやむをえないということで導入をさせていただいております。

ただし、この給付割合につきましては、これが負担増ではギリギリのところだということで、実は今回の法律の附則の中で7割給付をこれ以上下げない、将来にわたりこの給付を維持するということが明確に位置づけられております。そういう意味で今回の負担増は今回が言ってみれば最後のものであるということが政府与党の間の議論で決定されたということです。

次に乳幼児につきましては、被用者保険では外来の場合7割給付だったわけですが、少子化対策の観点から更に1割かさ上げを行い8割給付としております。そういった給付面での見直しが今回なされようということです。

### (3) 負担の見直し

次に給付と裏表の課題として負担面の見直しがどうなるかということですが、自己負担限度額の見直しを今回行うことにしております。ここでは一般医療対象者、現役の方々につきましてはその金額を若干スライドするような形で改定しております。

一方で70歳以上の高齢者の取り扱いが実は今回大きく変わってきております。一つは老人医療の中でいままでの上限額3,200円なり5,300円なりを撤廃しているということが一つございます。撤廃した一方で、いままでは医療機関における月額負担の限度額という設定だったものを、世帯全体の自己負担の限度額という形に位置付けし直し、償還に当たっての限度額という形に転換しております。

それと合わせて特に外来につきましては、平成12年の改正で負担を引き上げたばかりであるといった事情をふまえて、今回新たに外来の自己負担限度額を全体の限度額よりも相当低い金額に設定しております。一般の方ですと12,000円、低所得者の方ですと8,000円という限度額でございます。

それからもう一つは一定以上所得者という区分を新たに設けたということです。これはある程度所得のある方については現役一般並みのご負担をいただくということで、定率2割とするのととも、現役一般の方と同じ限度額を適用する区分として今回新たに設定しております。

また低所得者の区分を大きく見直しております。低所得、とございますが、従来老齢福祉年金受給者が特に負担軽減がなされる区分としてあるわけですが、老齢福祉年金の受給者自体、現在すでに最低でも86才のような方しかおられず対象者が減ってきているということから、その範囲をより拡大することによってこの1割定率負担を求めることに伴う負担増を緩和していきたいと思っております。今回負担面での見直しとしては以上のような限度額の見直しをしていくことにしております。

### (4) 保険料の見直し

次に改革の四番目としましては、保険料の見直しです。従来、政管健保、それから健康保険組合などでは保険料のご負担をいただいておりますが、具体的には給与に対して保険料率を乗ずるという形での保険料をお願いしておりました。従来は給与単位、私どもの言葉では標準報酬月額というものをベースにしておったわけですが、今回の改革ではボーナスも含めて全体としての年収の中での負担のバランスを考えたらどうだろうかと考えております。そういう意味で総報酬制と私どもは言っておりますが、標準報酬だけではなく、賞与、ボーナスも含めた収入全体に対して保険料率を乗じて算定していくという制度を導入しようとしております。これによりまして政府管掌健康保険と健康保険組合の負担のアンバランスを是正していきたいというのが一つの狙いとしてこの中にございます。

これにより政管健保の料率は、いまの現行のベースでいいますと85%ですが、総報酬ベースに変えますと75%でございます。それを82%にまで引き上げることで、この当面5年間の収支バランスを図ることが可能になるのではないかと考えております。

### (5) 後期高齢者の重点化

次に五番目の改革の柱としましては、後期高齢者への施策の重点化です。今回、給付の面と財政調整の面とを分けて整理すると申し上げましたが、その中でも特に財政調整の面をここでは申し上げたいと思います。従来から財政調整の仕組みとしては老人保健制度という仕組みで、70才以上の高齢者の方に要する費用を、国民健康保険や被用者保険に加入している若年者の方々から拠出金という形で支援していただいております。

今回、それぞれの現役の制度自体が高齢者医療費の負担増に耐えかねるという状況になってきており、その拠出金負担そのものの軽減を図る必要があるのではないかとということで、この改正をしております。

この中では老人保健制度の対象年齢を70才から75才に引き上げることとあわせて、従来の3

割という公費負担割合を5割まで拡大するという  
ことで、年齢引き上げと公費負担の重点的な投入  
の両面あわせて拠出金負担を軽減することにして  
おります。そうすることによって被用者保険なり、  
国保のそれぞれの現役の保険料負担、あるいはそ  
の財政的な負担軽減が図られるだろうということ  
で、この改革をしようということでございます。

そもそも昔と比べまして高齢者のとらえ方自体  
も今日的には大きく変わってきている中で、重点  
的に対応すべき年齢層は従来の70才が、いまでは  
75才に相当する部分ではないかということこの  
ような方向で見直しをしたいと思っております。

#### (6) 老人医療費の伸びの適正化

次は6番目の柱の老人医療費の伸びの適正化と  
いうことです。今回の法案の中では老人医療費の  
伸びを適正化するための指針を策定する根拠を条  
文の中に入れております。

このような背景には、老人医療費の伸びをいか  
に負担可能なものにしていくかという問題意識が  
ございます。先程申し上げましたように、医療費  
の伸び、1兆円のうちの老人医療費の占める割合  
は9割となってきました。ですからその伸び  
自体が高齢者の人口増をはるかに上回る状況の中  
で、いかに負担可能な範囲まで適正化を進めてい  
くかということも一つ大きな課題として私どもは  
考えております。そのために今回指針を策定をす  
るということでございます。

この指針の中身ですが、どのような中身にする  
かということは今後更に検討を進めることとして  
おり、中身として様々なものがあり得るのでは  
ないかと考えております。たとえば医療資源の効率  
的な配分ということで、できるだけ平均在院日数  
の短縮を図る方向も考えなければならないでしょ  
うし、あるいは医療提供体制の効率化ということ  
で、病診連携や各医療機関同士の機能分担を進め  
ていく、あるいは老健施設などにつきましてもい  
ま老健局の方で検討中の特例老健により療養病床  
からの転換を進めるといった、入院しておられる  
患者さんの状況に合わせたあり方の見直しという  
ことなども入ってくるかと思えます。介護保険と  
の機能分担の促進ということでございますと、いま  
なお社会的入院のような方々も、療養病床の中

に私どもの調査では4割程度の方が移行可能な  
方、本来病院にいる必要がない方がおられるの  
ではないかと受け止めております。

あるいは健康づくり、疾病予防をどのように進  
めていくか、あるいは患者の受診の適正化という  
ことで、重複多受診の是正の推進、あるいはそも  
そも医療保険制度を担う各保険者の運営の効率化  
も視野に入ってくるかと思えます。

そういったいろいろな中身があるのではないかと  
思いますが、今後様々な議論を進めまして、有  
識者、あるいは関係者の方々の御意見も聞きなが  
ら、この法律を施行いたします10月頃にはある程  
度の方向を定めていきたいと思っております。そ  
ういったことで医療費の伸びの適正化の指針を考  
えていきたいということでございます。

#### (7) 国保財政の基盤強化

次の頁では7番目の柱としましては、国民健康  
保険の財政の基盤強化をあげております。これは  
国民健康保険自体が冒頭申し上げましたように、  
高齢者の方が非常に多い、あるいは地域の中でも  
言ってみれば最後の受け皿ということで、被用者  
保険制度に加入できないような方が入っておられ  
る、無職者の方々も非常に多い。そういった国民  
健康保険の構造的な問題の中で、いかに財政の安  
定化を図っていくかということで今回見直しをし  
ていきたいということでございます。

一つは広域化を進めるということ、いま小さ  
な村一つでも国民健康保険の保険者になっており  
ますが、できるだけ大きな規模、規模のメリット  
が発揮できるような規模にまで拡大を図るとい  
うことも一つ必要になってくるのではないかとい  
うことです。

それから高額医療費共同事業ということ、多  
額の医療費のかかる患者さんが一人増えますと、  
それだけで市町村国保の財政にも大きな影響が出  
てくることから、それをできるだけ共同化しリス  
ク分散を図るということでございます。それから  
低所得者を抱える保険者に対する支援といったこ  
となども行っていきたいと思っております。この  
ような取組みで国民健康保険の制度の安定化を進  
めていきたいと思っております。

## 2 保健医療システムの改革

診療報酬の改定、薬価の改定などにつきましては先生方はもうすでにご承知のように全体改定率マイナス2.7%ということで、このような主要事項の改正をいたしております。この改正の関係につきましてはすでにお話を聞かれたと聞いておりますので、省略をさせていただきたいと思っております。

次に保健医療システムの改革です。この保健医療システムの改革という中でも二つ柱がございます。一つは健康づくりと疾病予防の推進ということ、そしてもう一つは医療提供体制の充実ということです。健康づくり、疾病予防ということでは、実は今回健康増進法案を国会に提出させていただくことにしております。

従来から健康づくりは非常に重要であるといいつつも、健康づくりの基本となる法律的な枠組み自体が実はあまりはっきりしていなかったことがございます。このため、今回、栄養改善法を改正いたしまして健康増進法という法律を新たに制定することといたしております。

厚生省の時代から健康日本21を進めておりましたが、その健康日本21の言ってみれば法的な根拠をこの中に設けることにしております。具体的には基本方針を定めまして、その中で国民の運動推進のための各種方策、また生涯を通じた保健事業の一体的推進、そして情報提供の推進、そのための基盤整備といったことなどを盛り込んだ方針を定めることといたしております。

従来、保健の分野は省庁の壁、あるいは厚生労働省の中でも局の間の壁もあり、なかなか一体的な取組がされてこなかったきらいがございますが、それを今回一体的な枠組みの下に取り扱うことによって、できるだけ生涯を通じた一体的取組ができるような仕組みを作っていきたいということでございます。あわせてまして都道府県、市町村にも充分な役割を担っていただくために、都道府県の健康増進計画、あるいは市町村の健康増進計画を策定していただくことによって、地方公共団体自身の積極的な取組自体もさらに進めていきたいと考えているところでございます。

次の医療提供体制の改革ということでは、ここは御覧いただくような形で改革を進めていくとい

うことになっております。

健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

### 1 高齢者医療制度の改革

次には具体的に私の担当しております健康保険法の一部改正の法律案のあらましを御説明申し上げたいと思っております。まず高齢者医療制度の改革ということでお話させていただきます。

#### (1) 1割負担の徹底

その中でも特に定率1割負担ですが、定率1割負担を今回さらに徹底することとしました背景には、高齢者の方々の所得状況が昔と比べて大きく変わってきているということがございます。

たとえば公的年金の状況を見てまいりますと、国民年金、昭和57年当時は平均額が26,000円だったのが、平成11年には44,000円、あるいは厚生年金ですと昭和57年で114,000円だったのが平成11年では175,000円ということで、公的年金自体成熟化が進む中で高齢者自身の平均的な収入自体も増えてきております。可処分所得も65歳以上の世帯主の世帯の世帯員1人当たり可処分所得は50歳以下の世帯を上回るか、あるいは同程度というような状況になってきております。

消費の動向を見ましても、この前の国民生活白書にも載っておりましたが、実は60歳以上の方々の消費というのはこの10年間非常に堅調な伸びを示しておるわけです。若い世代ですと伸びたり下がったりということで、ほとんど昔とあまり変わらないような消費水準なのですが、60歳以上の高齢者の方々の消費水準自体は非常に安定的な伸びを実は示しております。

そういう状況の中で、若年者の方々の負担が保険料の形で非常に増えてきていることから、高齢者の方々にも応分の負担をしていただく必要があるのではないかとということで、今回定率1割の負担をお願いすることとした次第です。

それでは1割負担の徹底により、高齢者の方々の実際の負担が相当重くなるのだろうかという点が気になるところですが、レセプトの一件あたり医療費の分布状況を見ますと、たとえば患者負担が3,000円を上回る患者さんは、全体の13.9%、いまの5,000円上限の5,000円を上回る患者さんは

5.3%程度ということで、実は殆どどの患者さんはこれまでの負担と変わらないのではないかなと考えられます。

入院はどうかといいますと、入院自体は平成12年改正ですでに現在1割定率負担となり、限度枠自体を上限とする形で提供していただいておりますので、今回は患者さんのご負担自体はそれほど大きく変わらないのではないかなと考えております。

## (2) 一定以上所得者の区分の創設

次に一定以上所得者の方については今後定率2割負担をお願いすることとしております。一定以上所得者の考え方ですが、現役並のご負担をお願いするという観点から一定以上所得者自体のとらえ方も現役の平均的な収入を水準として考えていったらどうだろうかと私も今回の設計では制度設定しております。

では現役並の収入をどうとらえるかということですが、現役の制度には三つ主な制度がある中で、政府管掌健康保険の平均的な収入を基礎として、それをふまえた税法上の課税所得、すなわち税率がかかる課税標準ともいいますが、平成11年の数値では124万円程度となることから、基本的にこれを超える方を対象としてとらえていきたいと思っております。

その際には基本的には高齢者の生活は世帯単位で営まれているということもふまえ、その世帯の中で一定以上の所得のある方、課税所得が124万円を越えるような方がおられる世帯に同居しておられるお年寄りの方、奥さんとかあるいは年老いた親御さんとか、そういった方々についても世帯単位で一定以上所得の区分を適用することとしております。対象となる方々は高齢者の中でも平成14年には12%弱程度の方が適用を受けると思っております。ただ、老人医療の対象年齢自体75歳に段階的に引き上げられますので、75歳になった段階ではおそらく8%程度が該当するのではないかなと考えております。

なお今回負担区分が1割、2割という二つの種類に分けられることから、実は老人医療受給者証のあり方を今回見直しをしていく予定です。今後調整いたしますが、受給者証上負担割合が1割か

2割かということがはっきりわかるような欄を一つ作るような形で、医療機関窓口でもその方がどちらの区分の適用を受けられるのかということがはっきりわかるような形にしていきたいと思っております。

今回、市町村の方では施行が、もし法律がこのまま通れば10月ということですが、9月中には新しい老人医療受給者証を高齢者全員に対して発行し、10月以降は新しい受給者証をもって受診していただくということになっております。

市町村では9月中には負担割合が1割なのか2割なのか具体的に判別作業を行い、一定以上所得者については2割ということが表示されたもの、それ以外の方については1割ということが表示された新しい受給者証を発行することになっております。そういう意味で受給者証自体が今回高齢者全員について切り替わるということになっております。

## (3) 低所得者の拡充

次に高齢者の関係では負担を求める一方、低所得者に対する配慮が次に必要であろうということから、低所得者施策の拡充を図ることとしております。先程も申し上げましたが、老齢福祉年金受給者、現在特段の負担軽減をしております老齢福祉年金受給者自体は高齢者の0.7%程度と減少し負担軽減の制度としての役割が低下してきておる。そういう中で一方では今回定率1割負担をお願いせざるを得ないということになりますと、やはり低所得者の方に対するそれなりの配慮も必要となります。そこで今回この低所得の特段の軽減を行います低所得 という区分を実は大幅に拡大することにいたしております。

基本的にどのような捉え方かといいますと、現在国民健康保険の方では低所得の方について軽減保険料を適用しておりますが、その際の計算のやり方をベースとして計算することとしております。基本的に各市町村で申請を受けて認定することになりますが、収入金額の目安では、たとえば年金収入しかないという方でしたら、年間65万円以下の年金収入の方が対象となります。今回の低所得の区分には全低所得者の半分、高齢者全体のおよそ15%程度の方が該当することになるのだら

うと考えております。そういう意味で非常に大きな対象の範囲の拡大ということでございます。

医療機関を受診される際には、現行制度でもそうですが、減額証を各市町村は申請によって発行いたしますので、健康手帳や被保険者証とあわせてその減額証を提示していただくことにより、それぞれの病院でいままでの取り扱いと同様に負担軽減を図っていただくこととなります。

#### (4) 高額医療費

次に高額医療費、自己負担限度額等の見直しということでございます。実はこれをどのように適用していくのかということも今回ルールが設定されたところです。まず自己負担限度額の基本ですが、自己負担の合計額について世帯単位で適用するというようにしております。

どういうことかといいますと、外来入院を問わず1月ごとに全ての自己負担を合算するということです。つまり合算基準は0円、1円でも自己負担を払っていればそれらを全て合算することで整理する方向で考えております。外来の自己負担の場合には外来の限度額を高年齢者個人単位で適用するというので、基本的に償還払いとしております。償還を受ける際には基本的には各市町村の窓口が高年齢者の方から申請書を出していただくこととなりますが、それを受けて市町村ではその月のレセプトの情報などをもとにして高額医療費を支給することになってまいります。

ただ、入院の場合につきましては、現在すでに自己負担上限額ということで、各医療機関毎に個人単位で限度額を超える場合には限度額までしかご負担をいただかない取り扱いをしていただいておりますが、そういった取り扱い自体は今後とも引き続き変えないでいきたいと思っております。

外来と入院との取り扱いを違えている理由ですが、現役世代の負担とのバランスを考慮し、1割定率負担を徹底することとしたのが今回の改正の趣旨であり、償還制は一般制度や介護保険と同様の原則であること、複数の医療機関で受診した患者の負担軽減は償還制で実現できることなどから、償還制を原則とすることとしております。ただし、入院の場合には従来の取り扱いが言わば定着していること、入院の場合にかかる医療費が高

額に及ぶケースが多いこと、などにかんがみ例外的に個人ごとに限度額までの徴収とする取扱いとすることとしております。

#### (5) その他

それから次の頁では老人医療費拠出金の見直しということで、先程申し上げましたような対象年齢の引き上げと、公費負担の重点化、調整範囲の見直しによる制度間の負担の公平化を図ることとしております。これらを行うことによって国民健康保険に偏っていた負担の軽減を図るという形になっております。

それからさらに先程いいました指針がございまして。こういった見直し、大きく分けて今回の高齢者医療制度の見直しとしては給付と負担の見直し一つ、それから拠出金の関係の調整のあり方の見直しということが一つ、そしてこの適正化の指針という、こういった三つの柱で老人医療制度の見直しを進めていくことになっております。いずれも法案が通れば今度の10月の施行を予定いたしております。

## 2 医療保険制度の改革

次に若年者の医療保険制度の改革ということでは、保険給付の見直しとして先程申し上げたような給付率の見直しを行うこととしております。70歳以上の高齢者の方はそれぞれ加入しておられる保険制度の中で9割への軽減が、現在の制度では給付率自体は同じですが、なされていくことになっております。

ちなみにこの点も実は実務的には取り扱いが変わる部分がございますが、患者さんの給付面からいいますと給付率自体は1割負担を維持することとなりますが、従来は老人医療制度の対象でありましたものが、今後はそれぞれ加入しておられる保険者から給付されることとなりますので、今年の10月以降新たに70歳以上となる方については、今年の10月以降は新たにそれぞれの保険者が前期高齢者証のようなものを発行いたしまして、それをもって医療機関に受診されるという形になってまいります。それを御覧いただき、給付率9割なり、あるいは8割を適用していただくことになってまいります。

次に保険料の見直しということですが、総報酬制度の導入ということで、ボーナスも含めた総報酬ベースで保険料を賦課することといたしております。それから今回の医療制度改革の中では政管健保が財政的に大きなネックになったところですが、これにつきましても保険料率を見直すことにいたしております。そして少なくとも総報酬制の中でこの5年間は82%という水準を制度的に維持できるようにしていきたいと思っております。

あわせて中期的にも保険財政の均衡が図られすように2年毎に収支のあり方を見直しをする、そして保険料引き上げの申し出、いまは社会保険庁長官が大臣に申し出るという制度的な仕組みになっておりますが、そこをより柔軟な運営ができるような形にしていくことにしております。

次の頁には国民健康保険の財政基盤の強化ということで見直しをすることとしております。特にこの中ではコンビニでの保険料の納付なども可能とすることにしております。特に都会地などで保険料を払いたくても夜間は窓口が開いていないとか、自分は働いているからなかなか納付ができないといったような話もございまして、このコンビニでの納付ということも大きな改善点でございます。

### 3 その他（附則関係）

その他ということですが実は今回法律を提出するにあたっていろいろな議論があった点がこの中に盛り込まれているわけでございます。今回法律を提出するにあたっては、与党の中で非常に大きな議論がございました。本当にこのような負担が必要なかどうか、医療制度改革はこれで本当に終わったと言えるのかどうかといったことなどが大きな議論になっております。中でも医療保険制度の体系のあり方が大きな課題として浮かび上がってきております。

このため、まず保険者の統合再編を含む医療保険制度の体系のあり方、それから新しい高齢者医療制度の創設、そして診療報酬の体系の見直しに関する基本方針を14年度中に策定するということになっております。それをふまえて概ね2年を目途に高齢者医療制度については新たな制度の創設をするということとなっております。いずれにし

ても大変大きな課題であり、非常に重い宿題を私どもとしては背負ったこととなっております。

高齢者医療制度のあり方については、これまで様々な議論がございました。いままでの議論はどうしても高齢者医療制度をどうするか、高齢者の医療費をどう支えていくのかといった観点での議論が中心になっておりましたけれども、むしろそれよりもやはりそもそも医療保険制度全体のグランドデザインをどうしていくのかというところを議論していかないことには、やはり現在の議論の膠着状態を打破できないのではないかと考えられるようになりました。そのため医療保険制度のあり方を議論するにあたっては、高齢者医療制度のあり方と、それから現役のそれぞれの保険制度のあり方というものを一体不可分な形で議論していこうということになっております。

なお、今回のこの議論の中でも一元化という方向性について大きな議論が出てきているところがございます。この見直しにあたりましては、これ自体答えがあるわけでは全然ありませんでして、これから論点の整理をしていくことになっております。その際にはおそらく様々な論点があるだろうと思っております。

例えば一元化を進めるにしても、保険者そのものを統合して一本化していくのかどうか、あるいは保険者間の財政調整という形での財政の一本化という形で進めていくのか、あるいは保険運営の単位をどうしていくのか、地域単位なのか、あるいは全国一本なのか、あるいは制度間での雇用形態の違いとか、あるいは自営業者と使用者の所得補捉の状況の違いをどうするのか、実は制度の見直しではここが大きなネックになって、いままでなかなかそういった方向が進まなかったということもあるわけですが、そういった非常に多くの論点をはらんでおるわけでございます。

高齢者の医療制度のあり方につきましても、高齢者自身の負担には限界があり、現役世代からの支援が不可欠ですが、そういう中で現役世代の支援はどこまでお願いすべきなのか、公費を充当するとしてどこまで注ぎ込むべきなのかといったあたりも様々な議論があるわけがございます。

あるいは介護保険制度との関係も一つ大きな論点になってきております。社会的入院の問題など

もいわれておりますが、それだけではなく介護の中の医療的な部分の整理の仕方というものももう一度考えなければならぬのではないかとというようなこともございます。

また保険者の統合、再編ということもございしますが、広域化はおそらく今後の大きな流れとして進めていかざるを得ないとしても、具体的にそれをどのように進めていくのか、どこまで整理をしていくのかといった問題もございます。そういった多岐にわたる問題を私どもとしては14年度中に整理していかなければならぬだろうと思っております。

それから診療報酬のあり方につきましても、やはりこれもあるべき医療の姿をどうしていくのかということで、今後の医療技術のあり方あるいは医療機関の運営コストが適切に反映されるような仕組みをえていかなければならない、あるいは新たな医療技術にも十分対応できるような仕組みにしていかなければならないのではないかと、といった論点がございます。そういったことでこの中には本当に多岐にわたる御議論をいただいております。

一方今回の改革の中では、官の痛み、公の立場の側の痛みといったものも必要ではないかということも言われてきております。その中でも特に大きく取り上げられましたのが、社会保険病院のあり方などです。社会保険病院自体すでに地域の一般民間医療機関とやっていること自体は変わらない、これを維持する意味がどこにあるのかというような議論が特に自民党の中でもあったわけでございます。

そういった中で一時期は社会保険庁の政府管掌健康保険の民営化ということなども議論の俎上にのぼりましたけれども、民営化ということが打ち出された背景としてはどこまでこれを公的なセクターとして進めるべきなのかということが問題意識としてあったということでございます。

そういった中で、実はいま特に与党の方で公的病院のあり方に関して一つプロジェクトを設けて今後のあり方の見直しをしていくという議論がされております。自治体病院のあり方も含めて幅広く議論をしていきたいということで、ちょうど議論が始まったばかりでございます。

そういったことでこの中ではそういう公的な私どもの方に対しても見直しを求める非常に厳しい意見なども附則として盛り込まれているところでございます。そういった法案が今回の改正法案ということでございます。

#### 4 今後の法案の動き

非常に多岐にわたる話で駆け足に申し上げましたが、今後の法案がどのような形で動いていくのだろうかということのを最後に簡単に申し上げますと、ご承知のようにこの法案につきましては与野党の対決法案ということになっております。対決法案といいつつも、野党の中でもまた御意見がわかれているところがございます。たとえば民主党ですと今後の高齢者医療制度について突き抜け方式で財政構造調整を行っていくという方式を提案されております。一方で高齢者につきましては当面1割負担とか、低所得者対策が必要ということで、私どもが提案申し上げている案にも半ば近いような考え方もございます。また自由党は税方式とっておりますし、共産党の方々は国庫負担をもっと増やせという主張をしております。

そういった中で今回のこの法案に対しては、野党はとにかくこの審議入りをできるだけ遅くしたい、その上でできれば廃案にしたいとしておりますが、私どもとしてはできるだけ早期の審議入りをお願いをしたい、と考えております。いわばいまの法案は国会の言葉でいいますとつるされている状態にあるわけです。国会へ法案は提出いたしましたけれども、なかなかその審議に入らせていただけないような状況になっており、なかなか予断を許さない状況でございます。

とは言え今国会で本法案はやはりあげていただく必要があるだろう、今後国会でも有事法制の議論などもございます。そういう中でできるだけ早めにこれをあげていただきたいと私どもとしては思っております。仮にこれが今国会で通らなかった場合、逆にそうなりますとそれはまた非常に大きな問題がございまして、当初予算で予定したのものよりも多額の国庫負担を必要とすることになる、そしてまた現役各制度の保険料負担も当然のことながら増加する、そういった問題がございしますが、この法案を私どもとしても国会の先生方

にできるだけ早くご審議いただきたいと願っています。おるところでございます。

今後、施行に向けて市町村にいろいろな準備をしていただくことになっております。先程言いましたような高齢者の老人医療受給者証の見直し、あるいは低所得者、一定以上所得者の判定ということ、それから高額医療費の償還事務の準備などもございます。そういったことが今後必要になってくるかと思っております。

一方でそれぞれの医療機関の方にもまた事務的にお願いせざるを得ない部分、特にご理解いただければならない部分もおそらくあるのではないかと思います。たとえば高齢者の負担区分の取り扱いの変更とか、あるいは高齢者医療制度の取り扱いが今後大きく変わってまいります。そういった点を今後私どもとしてもその取り扱いそのものを決めるということから入って調整していきたいと思っております。

今後の改革の議論につきましては、非常に多様な意見がおそらく出て来るだろうと思っております。今回の改革も決してこれだけで終わりというわけではなくて、一方では規制改革の動きなどもある中で非常に複雑な動きをおそらくしていくのではないかと思います。規制改革の中でも、たとえばこの前3月29日にも規制改革の3カ年計画などが出されておりますが、公私の役割分担をどうするんだというような議論が出されております。私ども厚生労働省としては基本的に株式会社というものは反対としつつ、また混合診療というものも慎重であるべきだという基本的なスタンスを持ちながら議論をしているところでございます。

とは言え、そういった中でなるべく消費者主権といえますか、患者さんにわかりやすい受診しやすい体制をつくっていく、情報公開あるいは開示を進めるとか、あるいは保険者機能を強化していくということ自体はやはり国民の立場から見ますと必要な部分でもあるのではないかと、そういったことをふまえながら規制改革に対しても取り組んでいきたいと思っております。

今回、医療制度改革推進本部を3月8日に設置をいたしまして、大臣が陣頭指揮をとって見直しを進めていくことにしております。そういう中で

今後の医療制度改革のあり方もより具体的に議論を進めながら進めていきたいと思っております。今回の改革は、どれ一つとっても大きな改革の議論を呼ぶものばかりでございますが、今回のこの改革をしないことにはいまの国民皆保険、そしてフリーアクセスという貴重な世界的にも非常に評価の高い我が国の医療保険そのものが将来にわたって私たちの孫子の代にまで続かないことになりかねないのではないかとということで、とにかくその危機意識をもって進めております。

私たちの財産、国民的な財産である保険制度を維持できるような仕組みを今後とも皆様方のご理解をいただきながら進めていきたいということで、今回の改革に至ったわけでございます。非常に駆け足で、申しわけございませんでしたが、概要を説明させていただきました。ご静聴ありがとうございました。今後ともよろしく願います。

(追加発言)

榎本 病院がどうすればいいかというのは、非常に難しい質問ですね。それぞれの医療機関自身のそれぞれのご努力というものが当然前提になるわけでございますが、そういう中でやはり患者さんに理解される運営がやはり必要になってくるのではないかと。すなわち、皆が同じことをやるのではなく、特色をもって役割分担を進めることが1つの方向なのではないでしょうか。今回の制度改革にしても、いかに国民の方々に理解できるような形にしていくか、どうしても負担増を求めざるを得ない部分も非常に多いわけですから、その中で将来にわたって維持できるような制度を作らなければならないということを訴える中で、安心して受診できる体制づくりなども盛り込んでおります。

そういう意味で医療機関の経営ということからいたしますと、患者さんが引き続き通院し、そしてまた安心して医療を受けていただくというためには、やはり患者さんが安心して受けられるような環境を作っていくということがおそらく必要ではないかと思っております。

もちろん制度的な担保というものが当然前提になるわけですが、そういったものをふまえた上で、

いかに患者さんが納得をして医療を受けられるような環境を作っていくのかということが、これは本当に先生方のそれぞれの特徴のあるところで進めていただくような話になってくるのではないか

なというふうに思っております。私はこの辺、偉そうに言うのも大変恐縮ですし、難しい質問ですが、そんなふうに思っております。

## 中村記念病院における診療情報データベース構築への取り組み

中村記念病院脳神経外科部長 中川原 謙 二

平成14年4月・札幌市

ただいまご紹介いただきました中村記念病院の中川原と申します。現在、脳神経外科の部長と診療情報管理室の室長、治験管理室室長を拝命しておりますが、本日は「当院における診療情報データベース構築への取り組み」と題しまして、病院としての質を考えた時に非常に重要な課題である診療情報、診療録の保管・管理・有効利用に関する過去5年間の取り組みについてお話をさせていただきます。

### 診療情報管理委員会活動の開始

私どもは5年前に初めて日本病院会の通信教育を修了した診療情報管理士を病院に採用しまして、診療録の改革を進めました。彼らとの議論の中で、医療の質の向上に不可欠な要因は、病院機能の客観的評価がきちんとできるような指標を提示できること、それから診療録を初めとした診療情報の適切な保存と有効利用がなされていることがキーポイントになるということ、この二つをいかに達成するかということを目指しました。

### 院内の主な会議、委員会の発足

1. 薬事委員会	(90.08.21)
2. 治験審査委員会	(90.08.21)
3. 院内感染対策委員会	(91.03.01)
4. 病院運営協議会	(92.01.20)
5. 診療委員会	(92.02.12)
6. 高度先進医療専門委員会	(92.06.06)
7. 事故予防対策委員会	(96.07.31)
8. 倫理委員会	(97.04.04)
9. 診療関連部門調整委員会	(97.04.08)
10. 診療情報管理委員会	(97.04.18)
11. 医療機材審査委員会	(97.11.14)

図1

1990年以降の院内の主な委員会の発足時期を見てもみますと(図1),1990年8月の薬事委員会から始まり、診療情報管理委員会は1997年に出来まして、現在5年経過しています。この5年間の間に様々な議論の中で改革を進めてきましたが、5年前にはどのような状況だったかということをはじめに少しお話しさせていただきます。

当時の問題点(図2,3)としては、病院全体では診療録を管理するという認識が非常に希薄

### 問題点(診療情報管理委員会発足前)

- 1) 病院全体
  - 診療録管理についての認識が希薄
  - 各部署で診療録に関する問題が発生
  - 診療録の貸出窓口がバラバラ、貸出期限なし
- 2) 医師
  - 診療録上の病名の付け方に統一性なし
  - 退院サマリーの完成が遅く、判読不可能の場合がある
- 3) 各詰所
  - 診療録の整理方法が統一されていない
  - チェック方法が甘く、責任体制なし
  - 新しい用紙を自由に作成
  - 用紙の大きさがバラバラ

図2

### 問題点(診療情報管理委員会発足前)

- 4) 資料室
  - 中村記念病院独自の疾患分類を付けている
  - 分類に付記する退院ナンバーが退院順でない
  - 分類の間違いがチェックされていない
  - 記入ミス、記入もれの記録がなく解決方法がまちまち
  - 未回収・未整理カルテが貯まりがち(回収期限なし)
  - 倉庫内のファイリングが1患者1ファイルになっていない
  - 業務や用紙の一つ一つに統一した名称がない
  - 診療録・退院サマリーの電算処理が不十分
  - 業務記録がない

図3

で、部署によって様々な問題が発生していました。それから貸し出し窓口がバラバラであったり、期限に一定の制限がなかったりしていました。医師側の問題としては病名のつけ方に統一性がない、あるいは退院サマリーの完成が遅い、判読が不能な場合もあるなどが指摘されました。各詰所においても整理の方法が統一されていない、チェック方法が甘い、責任体制がしっかりしていない、新しい用紙を勝手に作ってしまう、用紙の大きさもバラバラなものがあるといった状態でした。それからこれらをまとめる資料室というセクションでは、分類が当院独自のものであったり、ナンバーも退院順でなかったり、分類の間違いがチェックされていない、記入漏れがあっても解決法がバラバラ、未回収・未整理カルテがある。そして倉庫での管理も一患者一ファイルになっていないものがある、業務や用紙の一つひとつに統一した名称がないとか、診療録、退院サマリーの電算化が不十分であり、業務記録自体がないというような様々な問題があったわけです。

これらの問題点を一挙に解決するという方法はないわけですから、我々はまず最初に診療情報管理委員会というものをしっかりとした組織として立ち上げ、そこで様々なものを定義していくということから始めました。目的はもちろん良質な医療を提供するための様々な取り組みということになるわけですが、管理責任をはっきりさせなければならないということで委員会規定を設けました。それから委員の構成は医師ばかりではなく、院内すべての部門の人間を参加させました。現在約45名の職員（全職員の約6%）がこの委員会の委員に任命されています。委員会は毎月一回行うことにしており、診療情報の様式、特にカルテに関係する様式、管理の方法に関する事項あるいは開示、秘密保持に関する事項であるとか、情報の二次利用などに関して審議が行われています。そして用紙もその時々で変わっていきませんが、より質の高いものへ導く方向で議論を進めています。

### 診療情報の管理規定の策定

委員会審議の中身をとにかく院内の各部署に確実に通達して実行することが重要ですので、委員の数も非常に多くなるわけですが、診療情報の管

## 診療情報管理規定

平成9年6月27日制定、平成9年11月26日改訂

### 【目的】

診療録は以下の目的のために正確に記載し、情報としても管理・提供されなければならない。

- ① 患者のより効果的な診療のため
- ② 研究、教育のため
- ③ 病院管理の指針とする統計資料作成のため
- ④ 病院機能評価に対する資料作成のため
- ⑤ 法律上の訴訟資料のため
- ⑥ 精証明書や第三者的支払者への内容照会のため

図 4

### 【利用規定】

- 1) 利用資格
- 2) 利用目的および貸出期間
- 3) 利用受付時間
- 4) 貸出手続
- 5) 閲覧
- 6) 院外持出しおよび転貸の禁止
- 7) 返却
- 8) 事故発生報告
- 9) 検索および資料提供
- 10) 秘密保持

図 5

理規定が必要だということで、診療情報管理マニュアルも早期に作りました。このマニュアルでは診療録管理の主要目的をあらかじめ定義しまして（図4）、患者さんのより効果的な診療、研究・教育、病院管理の指針とする統計資料作成、病院機能評価に対する資料作成、法律上の訴訟資料、様々な文章類に対する二次利用、などを管理の目的としました。それからこの部門には診療情報管理士を配置して、医師をはじめとする全ての職員が積極的に協力することをうたっています。

それから利用規定（図5）では、利用の資格から様々な項目に関して定義しました。そのうちの2)と6)について少し紹介させていただきます。2)の利用目的と貸し出し期間（図6）については、外来診療の場合には2日、再入院では在院期間中、医学研究・医学教育に関しては1カ月、事務処理及び諸証明の発行は3日以内、法的対応は2日、病院管理・診療統計に必要な資料作成は7日以内として、それ以上の貸し出しについては督促してすぐ回収するということを徹底しています。

【利用規定】

2) 利用目的および貸出期間	
診療(録)情報の閲覧、貸出の目的と貸出期間は次に掲げる範囲に限る。	
① 外来診療	2日
② 再入院	在院期間中
③ 医学研究または医学教育	1ヶ月
④ 事務処理および諸証明の発行	3日
⑤ 法的対応	2日(但し裁判時は随時検討)
⑥ 病院管理・診療統計に必要な資料作成	7日

図 6

【利用規定】

6) 院外持出しおよび転貸の禁止	
診療(録)情報は原則として院外持出しおよび転貸を禁止する。	
① やむをえず院外へ持出す場合は、「院外持出願い」を診療情報管理部門へ提出し、院長の許可を得る。	
② 持出す場合は、コピーを充当させ、原本は原則として院外に持出せない。	
③ 医師が診療上、患者本人へ診療録のコピーを渡す場合は手続きを要しない。	
④ 患者の診療上で緊急の場合のみ、院長もしくは副院長へ「院外持出願い」を提出し、承認を得ることにより、特例として原本を持出すことができる。	

図 7

それから 6) 院外持出しおよび転貸の禁止(図 7)では、きちんとした対応をしようということで、持ち出し願いというような用紙を作って、現実にある様々なコピー 1 枚から診療録の 1 枚まで、全てどこにあるのか所在管理がはっきりさせることと、いつ誰がどういう目的で診療情報を外へ持ち出したかが分かるような仕組みを作っています。

診療録の管理と責任の明確化

診療録の綴り順(図 8)については 1 番から 18 番まであるわけですが、この中で私どもがずっと力を入れてきたことは、医師記録の中にインフォームドコンセントのレコード用紙を作る、あるいは厚生労働省などが主催する様々な班研究などではデータが外へ出て行きますので、その過程で生じる様々な説明書と同意書などをカルテの中にはっきりと残すということを心がけています。

検査に関しましても、脳神経外科あるいは神経系の検査というのは血管造影などのように非常に

入院診療録綴り順

1. 入院 1号用紙	9. 手術記録
2. 退院サマリー	説明書同意書、説明シート
3. 診断書類	10. 特殊治療記録
4. 剖検記録	説明書同意書、説明シート
5. 医師記録	11. 麻酔記録
IC records、院外情報提供	12. 医師指示
6. 検査所見記録	13. リハビリ記録
説明書同意書、説明シート	14. 処方箋類
7. 輸血関連記録	15. 食事箋
輸血に関する説明と同意書	16. 注射指示箋
8. 治験記録	17. 看護記録
開始記録、説明書同意書	18. データ類

図 8

リスクの高い検査がありますので、検査の同意書あるいは説明シートを必ず残す、輸血に関してもそれらの書類をきっちりさせるようにしています。それから治験も数多く手がけていますので、これも開始記録とか患者に対する説明と同意書とかはカルテの中にすべて保存しています。すなわち医師が自分の研究素材として、自分の研究のために一部のデータをどこかに保存するのはやめて、カルテの中にすべてのデータをとじ入れて、カルテの中ですべての診療情報が検索できるようにするという仕組みに変えたわけです。もちろん手術記録や特殊治療についても同様です。したがって説明シートや同意書がカルテの中にふんだんにあるのが正しいやり方だろうということで、現在診療録を管理しています。カルテは誰のものかということについては、私ども自身のものであると同時に患者さんのものでもあるわけです。あるいは公的書類であり多くの利用価値があるわけですから、全て一つに綴じられたものにして、多くの方がその中の情報を用いるという考え方に変えてきたということになります。

それから責任の明確化ということでは、入院診療録の表紙の右上に必ず病棟、診療科、主治医の名前を変更のあるごとに書くようにしています。これはドクターがたくさんいるということもありますが、患者さんに対して誰が現在責任を持っているかということを表紙で一目瞭然にしようということで、そのような書式に変えました。それから入院診療録の 2 ページ目には、血液型や、入院中の手術や輸血をいつしたのかということも記載し、最初のページを開くと直ちに分かるような形に変えました。

## 診療録の改善点

退院サマリーでは、医師の主病名のつけ方が問題となります。本来であれば ICD10による疾病の国際分類が日本全国ですですに使われていなければならないのですが、この分類については医師自身がしっかりと教育を受けていません。しかし将来において、現在の医療がどうなっていたのかということを検証するためには、現在の患者層をしっかりとコーディングする必要があります。主病名に対して ICD10コードをつけるという仕事は診療情報管理士の一番大切な仕事としてやってもらっています。それにより各医師によってつけられる統一性に欠けた病名をコーディング上で統一していくことにしています。

それから手術に関しては ICD9CM という分類がありますが、手術についても国際的に通じるような分類をコーディングという形で始めています。もちろん改革は1日にしてならずと言いますが、意識改革がなかなか大変なことでした。実際に退院サマリーがほぼ100%キーボード入力によりデータベース化されたのは2000年の1月1日からですから、最初の3年間というのは色々な書式を作り手書きすることでカルテ管理を厳重にしてきました。したがって当時はボールペンがものすごく早くなくなってしまうということで、何でこんなに書かせるのだというような不満が現場に充満していましたが、最近はキーボードを叩いて仕事を進めるということを全医師が受け入れてやるようになっていました。

手術や検査の同意書については、そのもの一枚だけでは合併症やいろいろな治療の方法を書くスペースが当然不十分なので、通常これに複写式の説明シートを加えて患者さんに渡します。説明シートには必ず手術計画であるとか、実際の手術の絵を書き入れて、それを患者さんに渡すというような約束事にして運用しています。

輸血の同意書は従来から使われているものと基本的には同じで、特に輸血のリスクについては十分説明するという原則としていますし、輸血をする可能性がある場合にもこれをいただくことにしています。それから輸血が続く場合にはその都度同意書いただくということも徹底してい

## 入院診療録の主な改善点

- 1) 1患者 1入院 1カルテとして作成
  - 入院 1号用紙の作成
- 2) 診療業務に対する責任の明確化
  - 主治医 (担当医) の責任の明確化
  - 手術や治療記録の保存の徹底
- 3) Informed consent の記載
  - 病状の説明の文書による保存
  - 検査・治療・手術の説明と同意文書は3枚複写として双方で保存 (控えは検査室、手術室で保管)
  - 説明シート (2枚複写) の利用
- 4) 退院サマリ-の改善と記載
  - 退院後 3日以内に作成
  - 病名のコーディング化 (ICD-10)

図 9

ます。

現在の診療録の改善点 (図 9) としては、一患者一入院一カルテとして作成し整合性のとれるようにしています。それからもちろん主治医名を表紙に載せて、責任関係を明らかにするというようにしていますし、記録を徹底的に保存するということが、インフォームドコンセントの記載についてはこれまで申し上げましたように、ここもしっかり記録として残すということが基本的には一番重要です。同意文書は3枚複写にしまして1枚はカルテ、もう1枚は患者さん、そして最近は控えを検査室あるいは手術室にも保管して紛失その他に備えることにしています。それから退院サマリーに関しては退院後原則3日以内に作成するということが、それから病名をコーディングするというような形で取り組んでいます。

## 診療情報の提供マニュアルの作成

診療情報の提供マニュアルもすでに作成しています。多くの医療事故の報道をめぐって病院が診療情報を開示するという流れの中で、私どもの病院も基本的には開示することに賛成ですし、患者さんとの信頼関係を築くという意味でもカルテを開示することに努めています。現在まで、6件の開示請求がありますが全て問題なく開示をして、説明させていただいています。

診療情報の開示する範囲というのは予め決めておりますが (図 10), 基本的にはすべての記録を開示対象にすることにしています。それから申込は当然本人の場合だけでなく亡くなった患者さんの場合もあります。亡くなった場合や昔でいう禁治産者 (要後見成年者) という方たちに対する開示

## 提供する診療情報の範囲

診療情報とは、医療の提供の必要性を判断し、又は医療の提供を行うために、診療等を通じて知り得た患者の健康状態やそれらに対する評価及び医療の提供の経過に関する情報である。提供する診療情報の範囲は、これらを紙等の媒体に患者ごとに記録した以下の範囲とする。

- ・診療記録(カルテ)・手術記録・麻酔記録・看護記録
- ・コメディカル記録・処方内容・各種検査記録・検査データ類
- ・エックス線写真フィルム類・温度板・要約書類

### 図10

についても委員会を開いてそこで OK が出れば基本的には開示請求に対応することにしています。

### 診療情報管理室の設置とその任務

以上のような取り組みを1997年から始めたわけですが、院内組織上の問題が出る前に、診療情報管理士の所在、所属をはっきりしておいた方がいいのではないかとということで、2000年の4月から診療情報管理室を新たに設置し診療部の一部に組み入れました。仕事の内容からいえば事務職、例えば病院の中にある医事課、総務部というようなところに組み込むという考えもありますが、仕事の性質から言って、この部門を組織上診療部に位置付けることで対応しました。

診療情報管理室の仕事については、診療録そのもののデータベース化や疾病のコード化に加えて、院外からの様々な問い合わせや診療情報の開示請求に関わる業務についても専門的に行います。それから疾病のサーベイランスあるいは多施設共同研究などにおける院外へのデータ提供という業務もありますので、これには高度に専門教育を受けたメンバーを配置して診療部門の一翼を担う部局として展開するというような形が重要です。

### 院内 LAN を利用した診療情報のデータベース化

次に、現在どのようなデータベースの作り方をしているかということをお話させていただきます。当院では院内 LAN を用いたデータ入力ということをやっているわけですが、入力・確定システムはファイルメーカープロというソフトを共通ソフトとして我々が独自に作ったものです。で

ずからこのデータベースそのものは院内のオーダーメイドで、一つひとつ組み上げていったものです。現在約170台の端末がつながっていて、その診療情報メニューの中には、予め決められた入力フォーム(書式)が設定されており、したがって、このシステムは電子カルテではなく、もちろん方向性としては電子カルテに向いているわけですが、決められた書式を設定してそこに必要なデータを入力してデータベース化していくというものです。

具体的には診療情報管理室の中にサーバー機を設置して、そこに入力ファイルと確定ファイルを設定しまして、それぞれにパスワードを持たせ、院内 LAN 上の全端末からキーボード入力されたデータを診療情報管理士が確定ファイルに移行してデータベース化していきます。確定ファイルの方は改ざんが一切できないようにしています。入力されたデータは即座に、例えば医事関係文書に対しても二次利用することができるわけですから、そのような応用も簡便になるべく手間がかからないように出来る工夫をしています。それから入力の不備については毎週医局で一覧表を張り出して、業務の督促を行っています。

### 診療情報メニュー

現在入力可能なメニュー(図11)はたくさんあるわけですが、上段にある本日の入院情報とか、本日の救急情報というのは入院後即座に患者の基本情報を入れるメニューです。次の段に退院サマリーや看護サマリーがありますし、治療では手術記録、ガンナイフ治療記録、脳血管内治療記録があります。事故報告に関してはインシデント報告、感染死亡例報告、副作用合併症報告があります。

それから疾病登録というのがありまして、急性期脳卒中台帳、全国脳腫瘍統計、未破裂脳動脈瘤悉皆調査(UCAS JAPAN)などに登録されます。UCAS JAPAN では、未破裂脳動脈瘤の患者さんの破裂率を出して、手術が適当なのかどうかを明らかにしようとする研究ですが、一例ももらさず悉皆性を保って登録するようにしています。それ以外にも厚生労働省関連で院内感染のサーベイランスにも協力させていただいています。

診療情報データの二次利用としては、医事文書への利用を行っています。診断書、診療情報提供書、それから保険会社への入院証明書、レセプトへの症例詳記、4月1日からは退院証明書などが入力可能です。その他、脳ドックや主治医の意見書というような介護関係の文書にもこのメニューから入れるようにしております。

図12はパソコン上に立ち上がった最初の画面ですが、最上段の入力のボタンを押しますと、先程説明したメニューの一覧(図11)が開きまして、必要なところを押して入力するというようなやり方をしています。確定ファイルには二段目のボタンから入ります。レイアウトは入力用のファイルと同様で、必要なところを開くと登録されている患者さんのデータにアクセスできます。

### 入力情報の概要

図13は患者が入院した時に入力する本日入院画

面ですが、医事課職員が基本情報を入力して、私どもが主治医の名前、入院時の病名を入れ、必要な登録ファイルをボタンにより指示し、指示に応じて診療情報管理士が各症例に対して入力用ファイルを作ります。

退院サマリー病名の ICD10コーディングは確定ファイル(図14)で行いますが、分類の根拠を分かりやすくするために主病名に対して大、中、小の分類解釈を入れて対応しています。

急性期脳卒中台帳(図15)は全国約40施設で共通の入力ファイルとして運用されていますが、患者の基本情報、診断・病歴、画像診断、治療、転帰のページからなり、各ページの必須項目には必ず入力することとしています。これも数年のうちには日本の脳卒中データバンクとしておそらく立ち上がってまいりまして、将来から見た現状の評価という様なことができるような仕組みを準備している段階です。



図11



図13

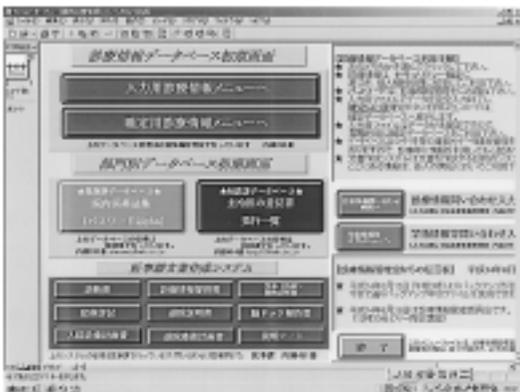


図12



図14

インシデントレポート（図16）では、事故の種類がありましてそこを押すと各入力ファイルが開いて、そこに入力します。院内で生じる感染症の死亡報告書（図17）については院内感染との関係で入力するという業務を行っています。それから合併症副作用報告書（図18）ですが、これも結構



図15

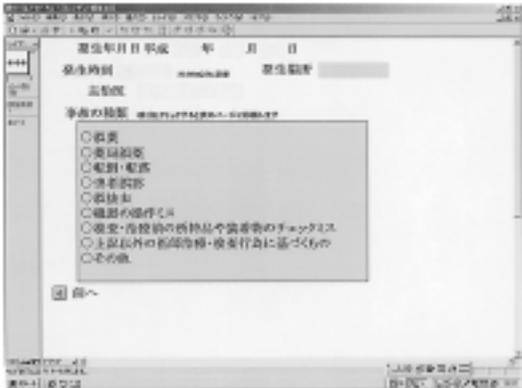


図16



図17

あるわけで、医師の医療行為が合併症か副作用かということを入力するのはなかなかおっくうなところがありますが、こういうことをしっかり報告することによって、私も自身の医療の質を自分自身で検証していくことが必要と考え、現在運用を始めたところです。

それから最近新たに作った書式として診療情報の問い合わせフォームがあります。特に脳神経系では人工硬膜の問題だとか、フィブリン糊の問題が最近マスコミなどで多く取り上げられますので、患者の問い合わせに対してどのように対応がしたのかということデータベース化していくことにしています。

#### 医事課文書への二次利用

これは診療情報提供書の入力画面（図19）ですが、退院した後のものであれば退院サマリーや脳



図18



図19

卒中台帳の一部をこちらに用いる，入院中であればここに書いた内容を退院のサマリーや脳卒中台帳の方に持っていくことができるようにしています。

それから診療報酬明細症状詳記（図20）については従来医事課職員が我々の口頭で言った内容をメモして書いていました。しかし，そういうことでは自分が言った内容がちゃんとした文章になっていないことがあり，愕然とした経験がありました。やはり医師自身が自分の治療に責任を持つということで，基本的に主治医が自分自身で入力し，医事課職員がチェックするということにしました。

それからこれが4月1日から運用された退院証明書（図21）ですが，入院患者に関しては全例退院証明書を出すようにしまして，基本情報は医事課が入力し，医師は自分の名前と主病名，転記，転院先などを入力するというところでスタートして

います。

それから生命保険の入院証明書の発行もなかなか大変な仕事で，何枚も持ってくる患者さんにも対応しなければなりません。これについては生命保険協会用と簡易保険用の二種類があるわけですが，生命保険協会用については病院側が共通な書式を設定（図22）し，入力後の書類に主治医が自筆で署名を入れれば特に問題ないということになっています。患者からの依頼に応じてあらかじめ医事課職員が院内 LAN 上で患者の名前や入院治療期間などを入力し，連絡を受けた医師がデータベースの二次利用により必要なところに入力していきます。また，主治医の意見書についても基本的にはデータベースの二次利用で対応できます。

以上のように，これまで診療情報データベースを整備してきたわけですが，今後は例えば退院サマリーのオーディットをどうするかといった課題が残っているわけです。主治医が全て責任を持つといっても，それを指導する側の医師が診療内容をチェックすることがまだ完璧には行われていない現状がありますので，これをいかに改善すべきかがこれから取り組むべき課題ということになります。

#### 院内統計報告

診療情報データベースは院内統計に利用されています。毎月の，あるいは年度ごとの退院患者さんの動向等をレポートにして出すようにしています。退院患者の ICD-10による分類と比率，転帰の比率，来院地域別の比率，診療科別の比率，救急



図20



図21



図22

患者・紹介患者の比率，再入院回数比率，などが報告されます。また，退院サマリーの入力に要した日数なども主治医毎に算出されます。患者の数が多くても早く出来る医師がいる一方で，患者の数が少なくても時間がかかる医師がおります。本来は退院後3日以内にやらなくてはいけないのですが，こういうデータを作りまして何とか早くやるように督促しています。もちろん退院サマリーは100%達成されているのですが，時間が遅いと精度が落ちるわけですから，やはり記憶が新しいうちに何とか入力業務をしっかりとやってもらうように努力しています。

### 診療情報管理室の役割と今後の展望

現段階における診療情報管理室の役割（図23）ということになりますと，繰り返しになりますが，一つは診療情報のデータベース化と疾病のコード化，それから2番目には確定診療情報データベースの二次利用を支援していく，3番目には診療情報の問い合わせや，開示請求に関する業務をしっかりとやるということ，4番目には院外への情報提供に関する業務もきっちりデータとして記録を残して行く，5番目には医療看護におけるリスクマネジメント支援ということで，先程のインシデントレポート等の解析もこれからやっていこうと考えています。

現在診療情報データベースは院内で様々な利用のされ方をしているわけですが，今後は社会からの様々な要請に対応できるようなものにしないでほしいと思われま

### 現段階における診療情報管理室の役割

1. 診療情報のデータベース化と疾病治療コード化
2. 確定診療情報データベースの二次利用支援
3. 診療情報の問い合わせや開示請求に関する業務
4. 院外への診療情報の提供に関する業務
5. 医療・看護におけるリスクマネジメント支援

図23

撤廃されますと，病院側からは手術数が何件ある，あるいは専門医が何人いるということデータをとして開示するわけですが，その一方で患者側からは治療の成績（アウトカム）を開示してほしいという圧力が強まってくると思います。そういう要請に対してはしっかりとデータベースを今から用意して，しかるべき時点で過去5年あるいは10年間のアウトカムに関するデータを開示するということが重要なのではないかと思います。病院医療の質が問われる今日，各病院に置ける診療情報データベースの構築は社会における病院の機能，役割を自ら明確にし，病院を社会における共有財産として発展させるために必要不可欠な取り組みであると考えております。今後カルテの電子化など，医療分野でのIT化というものが急速に進展すると思われま

すが，その際に後日解析可能なしっかりしたデータベースをもった上でのIT化が基本的に重要ではないかと考えています。

以上で私の話を終わらせていただきます。ご静聴ありがとうございました。

## 診療報酬改定による401床以上の病院の影響度

静岡済生会総合病院事務部長 岩崎 満 男  
同 医事課長 山田 隆 之

平成14年6月・東京

岩崎 ただいまご紹介いただきました静岡済生会総合病院事務部長の岩崎です。よろしくお願いします。今日は医事課長の山田隆之と一緒にお話しさせていただきます。よろしくお願いします。

今年度の改正についての影響度について発表します。最初に診療報酬にかかわる、病院の概要について報告させていただきます(図1)。当院の保健医療圏の状況は、掲載してありますように、2次保健医療圏としては静岡市が中心になります。静岡市の人口は47万人です。3次保健医療圏としては、静岡県全体で379万人です。当院の80%は2次保健医療圏の静岡市の患者さんであります。静岡市には県立総合病院が720床、市立病院が600床、日赤が537床、厚生が167床、当院が773床ということで、大きな特徴としては、公的旧総合病院が静岡市内には5つあるということです。このほかに県立の子ども病院、精神科の病院等があります。医師会の一般病院はありません。したがって後方病院という形でいわれる病院は、今のところ一般病院ではありません。救命救急センターは、静岡県は横に長いものですから東・中・西という形で、

中部には日赤と当院が救命救急センターを持っています。

平成13年度の診療実績(図2)ですが、当院は24科、病床数773床の許可病床、稼働病床は743床です。診療実日数ですが、当院は土曜日の診察をしております。これは市内の病院が各週および週休2日制で土曜日は休診ですが、当院としては土曜日に約1,000人の患者さんが来ますので、もし土曜日休診にした場合、どう対応するかという問題もあり、済生会の使命としても、土曜日診療をやらなければいけないのではないかと考えています。

外来の1日平均患者数は、単純に総外来数を292日で割ったものですが、1,914人です。入院患者さんは675.9人、ベッドの利用率でいきますと、許可病床で87.4%、稼働病床で91%です。救命救急センターの患者さんは1日87.5人、そのうち11.3人が入院しています。在院日数は、全体の在院日数は18.7日、届出数値は18.2日、紹介率は17.94%です。総合病院でこんなに低いとは何かといわれると思いますが、この救命救急センターの新患の患

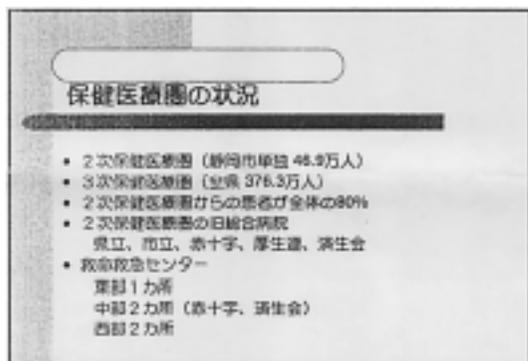


図1

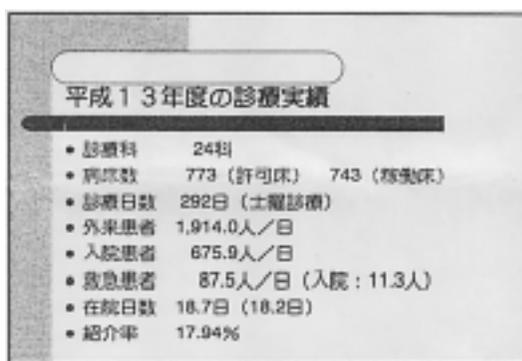


図2

者さんが多いということで、こういう数字になっています。

医療法上の届出(図3),病院として届け出ているかということですが、その他一般病床で届け出ている。医療法の改正により、来年の8月までにはどういう形の病院にするかということは今、院内で討議中です。在院日数が18.7日ですので、急性期もっていく場合には回復り八病棟や療養病棟を病院内につくるかどうか。

先ほどいいましたように公的旧総合病院が5つあり、そこで後方病院がないとなると、患者さんのためには急性期、慢性期、長期の患者さんの医療をどのようにやっていくかということが問題になっています。救命救急センターはA加算,救急告示病院,臨床研修指定病院,災害拠点病院,エイズ拠点病院,病院機能評価一般のB,そして済生会ですので無料・低額診療等を行っています。

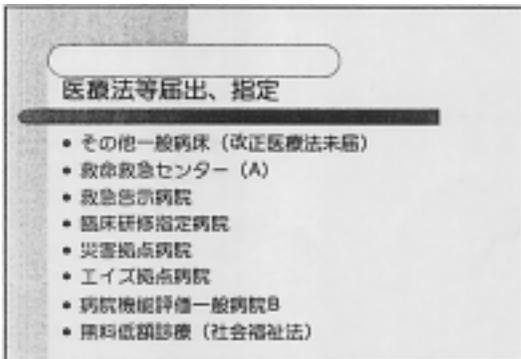


図3

入院基本料にかかわる施設基準の状況は(図4),一般病棟入院基本料2となりまますので,まだ2.5対1の看護です。看護助手の看護補助加算という形で10対1です。夜間勤務等看護加算は3と4,療養環境加算は1床当り8平米以上という加算を取っています。救命救急入院料,特定集中治療管理料,新生児特定集中管理料などを届け出ています。

特掲診療料(図5)という形で,今年度の点数改正によって即,外来化学療法加算は取りました。ここの黄色のところの言語聴覚療法,高エネルギー放射線治法については届け出し,点数を上げていただくようにしました。それ以外はここに書いてあるものを一応届け出をしました,これから

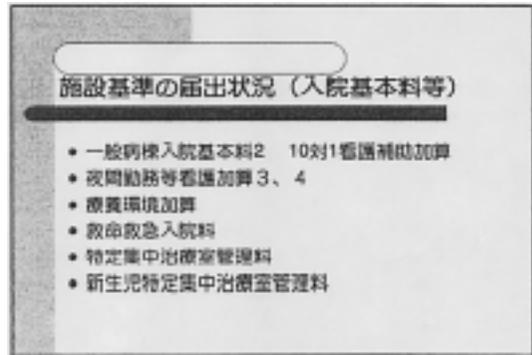


図4

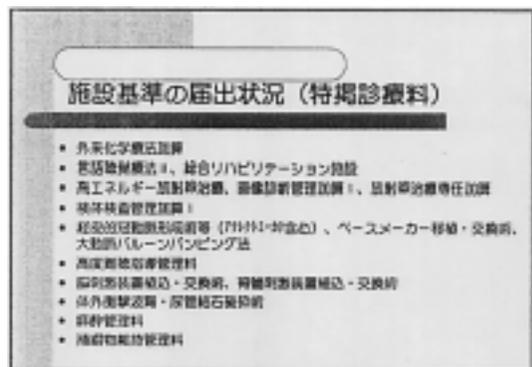


図5

各病院どういうものが取れるかということ, 医事課だけではなく先生方を交えて検討をする必要があるのではないかと私は考えています。

先ほどは平成13年度の実績でしたが,今年度の4月の実績(図6)はどうかといいますと,病床数は稼働病床のところ9床減らしてあります。それと土曜日外来診療したので25日,外来患者数は1,831.1人,去年の外来患者数よりも少し減っています。療養担当規則で処方日数制限が撤廃により薬が2週間から30日以上投与ができるようになりましたので,毎月1回で済む患者さんが出てきているのかと思います。

入院患者さんは4月は少し良くて682.3人ですので,病床利用率は稼働病床で93%です。救命救急患者さは82.6人,在院日数は少しずつ減ってきております,在院日数は18日,届出数値は17.7日です。前年度に比べて紹介率が21.4%とだいぶ上がってきたのは,救命救急の6歳未満の患者さんを除いて計算できたためです。今後30%クリアしていくかという課題になっています。

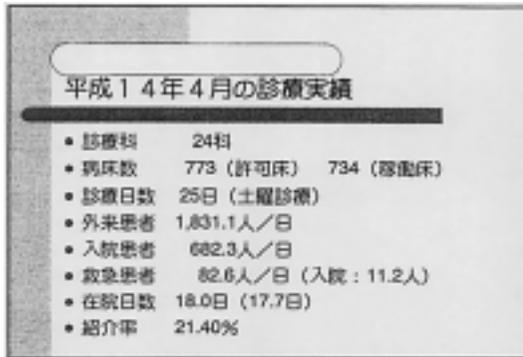


図6

2番目として、当院では診療報酬改正に直接影響(図7)があったものは外来診療の逡減性導入、リハビリ、CT、MRIの引き下げ、手術所定点数の100分の70、透析点数の組み替え、入院基本料で説明をさせていただきます。

外来診療の逡減性導入(図8)ということで、初回は700円が770円に上がったことは皆さん御承知だと思いますけれども、2回目以降は350円下が

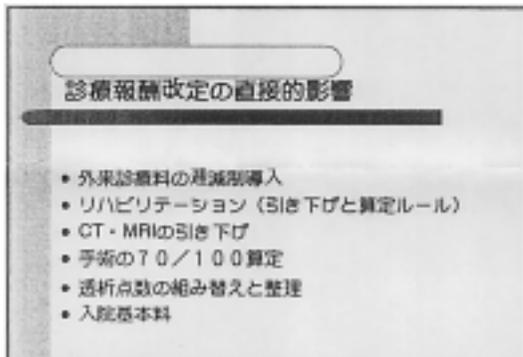


図7

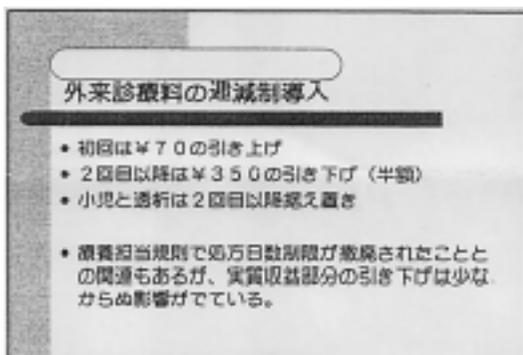


図8

ります。小児科と透析については従来の点数の700円がそのまま据え置きです。ここで少し問題なのは、それでは1回だけ病院に来てもらえばいいのではないかと、薬も14日から30日になりましたので、総合病院は1回来てもらえば点数が上がったのではないかと、という人もいます。しかし、診療科によっては1週間に1回、4回かかる患者さんも結構あります。

4月の数字(図9)をそのまま単純に計算いたしました。1回目の患者さんは17,884人、2回目以降の350円マイナスの患者さんが11,746人、2回目以降で小児科、透析の患者さんが3,218人で、合計しますと32,849人となりますが、総合病院ですので複科受診の患者さんがこのほかに8,000人ほどおります。その結果、約285万円と大きなマイナスが今回の点数改正で出ています。

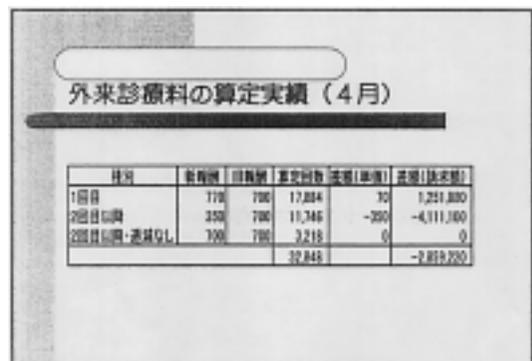


図9

その次に大きかったのがリハビリ(図10)です。これは算定ルールの変更で、皆さん承知だと思いますが、「複雑・簡単」が「個別・集団」に変わりました。点数の組み替えですけれども、複数の660点が個別という形になりますと250点、時間数にすると500点しか取れません。ここで1,600円のマイナスです。簡単が集団という形になりますので、ここでも大体20分を簡単でやっていた病院は、ただ集団という言葉に置き換えただけで850円のマイナスになります。

算定制限の強化という形で、1カ月の回数が10単位を超えると100分の70、集団では8単位まで、1日の算定可能人数は複雑が12人、簡単が36人であったものが、個別18単位の9人、集団が54単位の27という形になりますと、当院でこれを単純に

### リハビリテーション

- 算定単位の概要
  - 療養、療養 → 個別、集団
  - 1日の人数 → 20分以上を1単位
- 点数の組み替え
  - 療養 480点 → 264点：1単位/日（20分以上）
  - 療養 185点 → 169点：1単位/日（20分以上）
- 算定単位の強化
  - 個別の10単位の扱いは70100、集団は8単位の扱
- 1日に算定可能な単位数
  - 療養：12人 → 個別：18単位（9人）
  - 療養：36人 → 集団：54単位（27人）

図10  
計算しました。

年間ですけれども、点数の組み替え、6,600円を5,000円、2,500円を1,850円で計算した時には、約2,500万円のマイナスです。リハビリのセラピストは、今まで患者数によって1日10人から11人やっておりましたが、それを単純に9人までしかできないという形になりますと、約2千万のマイナスです。単純に計算してリハビリで年間4,500万円のマイナスになるのではないかという予測になります。4月の結果（図11）です。単純に去年の4月と今年の4月で計算してみました。入院で約300万円、外来で180万円のマイナスという結果が出ました。

### リハビリテーションの実績比較

- 大幅な診療報酬の減少
 

13年4月	入院	2,503件	8,740千円
	外来	1,599件	4,227千円
14年4月	入院	4,443件	5,855千円
	外来	1,841件	2,406千円
- 考えられる対応策
  - 早期リハへの取り組み
  - AOL医師の積極的算定
  - 総合実施計画評価の種々な実施

図11

先ほどいいましたように、今まで10人とか11人やっていた患者さんが9人までしかできないとなりますと、その患者さんをどこかでリハビリをやめていただかないと、高い点数が取れないのです。1人、2人、1日に、セラピストがやる行為を減らすということは、患者さんを減らさないといままでのような訓練はできないということです。した

がって病院の職員は、複数の訓練をやっても単純しか取れないということを抱えています。

ではこれからはどうしたらいいかということですが、患者さんの数もありますけれども、内容を中心として考えていかなければいけないということと、もう一つは、採算性を考えなければいけないということです。

今までのリハビリの考え方から少し変えまして、早期リハあるいはADL、歩く訓練をどのように取り入れていくか、総合実施計画評価書をつくるということです。短期リハは100点、ADLは30点加算、総合実施計画評価は480点、開始時及びその後3カ月1回という形で取れます。これを実行するには、医師、看護師、ワーカー、PT、OT、STが連携をいかに取るかによって、総合の計画書ができ、退院指導というものができると考えています。

今現在、リハビリの技師長、整形外科、脳神経外科、神経内科等の先生を交えて、どのようにしたらよいか検討をして、3カ月ぐらいの間に、半分ぐらいの減額で抑えることができるということで今、取り組んでいます。リハビリテーションだけの職員では、今回のこの点数改善はなかなか難しいかと考えています。

CT、MRIの引き下げ（図12）。当院の設置状況ですが、CTは要望が多かったため13年の3月に1台入れて全部で3台、MRIが1台です。MRIについては、待ち患者さんが多いため、今年中に1台入れる計画を立てておりますが、今回のこの点数改正の影響は非常に大きいです。去年の実績は、CTは16,646回、MRIは2,879回です。CTは1回350円～500円のマイナス、MRIは5,200円～5,600円のマイ

### CT・MRIの引き下げ

- 機器の設置状況
  - CT 3台（H14.3 マルチスライス新機導入）
  - MRI 1台
- 昨年度の撮影回数
  - CT 16,646回
  - MRI 2,879回
- 改定による引き下げ
 

CT	頭部	¥350	頸部	¥500	四肢	¥400
MRI	頭部	¥5,200	頸部	¥5,800	四肢	¥5,300

図12

### CTの算定実績(4月)

内 容	新機算	旧機算	件数	差額(機算)	差額(請求額)
全身CT	8,200	8,500	572	-200	-225,200
腹部CT	8,300	8,600	361	-300	-190,500
胸部CT	5,700	6,100	11	-400	-4,600
全身CT(造影)	11,200	11,500	23	-300	-7,700
腹部CT(造影)	13,300	13,800	299	-500	-130,000
胸部CT(造影)	8,800	9,000	4	0	0
全身CT(造影)	8,100	8,100	33	0	0
全身CT(造影)・2回目	11,000	11,000	4	0	0
腹部CT(造影)・2回目	13,100	13,100	21	0	0
			1,248		-617,500

図13  
ナスです。

当院の4月の実績(図13)です。医事課のレポート集計から出したものです。CTについては300円~500円のマイナスで余り大きな数字は出ておりませんが、月にして527,000円ほどのマイナスです。しかし、CTについては1台ふやしましたので、各科からの検査件数がふえているため、総トータル的にはマイナスになっておりません。

### MRIの算定実績(4月)

内 容	新機算	旧機算	件数	差額(機算)	差額(請求額)
全身MRI	11,400	16,600	33	-5,200	-468,000
腹部MRI	12,200	17,800	39	-5,600	-498,400
胸部MRI	11,800	16,800	11	-5,000	-58,300
全身MRI(造影)	13,300	19,100	19	-5,800	-69,000
腹部MRI(造影)	8,800	8,800	31	0	0
胸部MRI(造影)	8,100	8,100	5	0	0
全身MRI(造影)・2回目	8,500	8,500	5	0	0
腹部MRI(造影)・2回目	18,600	18,600	1	0	0
			144		-1,122,500

図14

MRIの実績(図14)です。MRIは1台でやっておりますが、1,112,300円の大きなマイナスになっています。今回、新しい機械を1台入れますので、先ほどと同じように、こういうマイナスがあったときに何でカバーするかとなると、待ち患者さんを減らすために1日の検査の件数をふやす形はないと考えています。

今回施設基準を取得できた手術(図15)です。症例数で、当院としてはここに挙げてあるような施設基準を取得してあります。

もう一つ、今回の改正では医師の経験年数(図16)が100分の70のものになり、残念ながら当院では泌尿器科、耳鼻科、形成外科、皮膚科は10年以上の先生がおりませんでしたので、手術の許可取得はできませんでした。しかし、8年、9年と実績と実力のある先生方が当院にはおりますので、10年以上だからどうということ判断はしていただきたくないというのが現状です。

これは100分の70で算定した手術の4月の実績

### 医師の経験年数で基準取得不可の手術

- 自家遊離複合組織移植術
- 顔面多発骨折裂頭の手術
- 経皮的尿管結石除去術
- 膀胱癌性腫瘍手術

※泌尿器科、耳鼻咽喉科、形成外科、皮膚科が経験年数10年を有する医師が不在。

図16

### 施設基準を取得できた手術

- 黄斑下手術、網膜片基盤剥離下手術、増殖性網膜片剥離症手術
- 肺癌性腫瘍手術(胸腔鏡下盲窓)
- 経皮的カテーテル心臓閉鎖術
- 水腫症手術(脳室穿破術、シャント手術盲窓)
- 肝切除術
- 奇形性腫瘍手術
- 食道癌性腫瘍手術(食道切除術重建術、腫瘍摘出盲窓)
- 人工関節置換術
- ペースメーカー移植術
- 経皮的冠動脈形成術(血栓切除、ステント留置盲窓)

図15

### 70/100で算定した手術(4月)

内 容	コード	手術名	請求点数	算定点数	差額
脳	1802	脳室内腫瘍摘出術(非腫瘍性)	84,310	84,310	-104,000
脳	1803	脳室内腫瘍摘出術(非腫瘍性)	84,310	84,310	-104,000
脳	1804	脳室内腫瘍摘出術(非腫瘍性)	84,310	84,310	-104,000
脳	1771	脳動脈瘤摘出術(クリッピング)	90,190	71,700	-18,490
脳	1772	脳動脈瘤摘出術(クリッピング)	90,190	71,700	-18,490
心	1802	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1803	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1804	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1805	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1806	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1807	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1808	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1809	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1810	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1811	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1812	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1813	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1814	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1815	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1816	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1817	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1818	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1819	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1820	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1821	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1822	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1823	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1824	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1825	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1826	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1827	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1828	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1829	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1830	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1831	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1832	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1833	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1834	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1835	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1836	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1837	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1838	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1839	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1840	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1841	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1842	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1843	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1844	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1845	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1846	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1847	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1848	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1849	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1850	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1851	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1852	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1853	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1854	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1855	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1856	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1857	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1858	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1859	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1860	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1861	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1862	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1863	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1864	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1865	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1866	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1867	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1868	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1869	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1870	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1871	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1872	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1873	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1874	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1875	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1876	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1877	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1878	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1879	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1880	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1881	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1882	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1883	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1884	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1885	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1886	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1887	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1888	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1889	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1890	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1891	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1892	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1893	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1894	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1895	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1896	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1897	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1898	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1899	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1900	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1901	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1902	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1903	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1904	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1905	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1906	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1907	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1908	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1909	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1910	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1911	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1912	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1913	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1914	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1915	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1916	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1917	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1918	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1919	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1920	心臓カテーテル心臓閉鎖術(2重)	88,470	84,100	-4,370
心	1921	心臓カテーテル心臓閉鎖術(			



と思いますが、これも先生との協力がなければできません。

13年度と14年度の比較計算（図21）はなかなかできませんが、ここで見ていただけますように、4時間～5時間の人が609回、4時間未満が237回という形になりました結果 単価で396円のマイナスになりました。しかし、困難加算を去年の途中から取り始めましたので、去年の4月と単純に比べますと、単価で46円のマイナスです。

入院（図22）も、ここで見ていただくと外来とまったく同じような結果が出ています。4時間～5時間の重傷の患者さんの件数が230件 短い時間が59件です。同じように14年度を計算いたしましたところ、入院については4時間未満と4時間～5時間までの割合が少し違いましたので、単価で582円のマイナスです。導入時加算、困難加算を入れてみたら単価で267円のマイナスです。

入院基本料（図23）の引き下げですが、これは皆さんの病院も同じように基本料が下がっている

と思いますが、当院は入院基本料2ですので、60円のマイナスです。それと減算項目が増加という形になります。医療安全管理対策の未整理減算で100円、褥瘡対策未実施減算で50点、これは10月からになりますので、当院では現在このチームをつくって活動を始めることを計画し、近々動くことになります。今までの減算項目が院内感染防止対策未実施減算、入院時計画未実施減算などがあります。

入院基本料の影響（図24）ということで単純に4月の計算をしますと、10円～110円までのマイナスという形が出ています。1カ月、約1,604,000円のマイナスという結果が出ています。

特定入院料の4月の影響（図25）です。一律100円のマイナスです。小児科の特定集中治療についてはマイナスがありませんでした。ここで先ほどのところと少し違うのは、許可をいただいている以上は、利用率を上げるかということが一つの課題になるのではないかと。

### 透析の実績・入院（4月の前年比）

区	内	診療料額	算定数	請求数	単価	前年比
13	4時間未満	16,300	59	641,700		
	4時間未満-褥瘡あり	21,300	0	0		
	4～5時間	21,100	230	4,823,000		
	4～5時間-褥瘡あり	28,100	0	0		
14	4時間未満	22,100	4	88,400		
	4～5時間	21,100	0	0		
	4～5時間-褥瘡あり	21,100	0	0		
	合計	102	230	5,800,100	25,147.1	
13	導入時加算	2,000	17	37,000		
	困難加算	1,200	0	0		
	合計	3,200	17	37,000		
	合計	105	247	5,837,100	23,621.2	
14	導入時加算	18,600	201	4,878,000		
	困難加算	24,600	1	24,600		
	合計	43,200	202	4,902,600	24,270.2	-582.0
	合計	107	248	5,859,700	23,621.2	

図22

### 入院基本料の影響（4月）

内訳	数	診療額	算定回数	差額(単価)	差額(請求額)
一般	11,870	17,120	10,787	-60	-641,820
一般外来	1,669	1,678	96	-10	-180
労災	14,290	14,408	44	-70	-3,080
老人一般	11,870	17,120	8,753	-110	-962,720
老人施設	9,283	9,278	313	-90	-28,080
老人外来	1,669	1,668	25	-70	-170
合計			20,028		-1,643,280

図24

### 入院基本料

- 基本点数の引き下げ
  - 入院基本料1 → ￥70/日
  - 入院基本料2 → ￥60/日
  - 入院基本料3 → ￥40/日
- 減算項目の増加
  - 医療安全管理体制未整備減算 ￥100/日
  - 褥瘡対策未実施減算 ￥50/日
- 既存の減算項目
  - 院内感染防止対策未実施減算 ￥50/日
  - 入院時計画未実施減算 ￥3,500(初日のみ)

図23

### 特定入院料の影響（4月）

内訳	数	診療額	算定回数	差額(単価)	差額(請求額)
救命救急特定7日	100,000	104,000	62	-100	-6,200
救命救急特定14日	82,900	84,000	1	-100	-100
救命救急7日	81,900	82,000	211	-100	-21,100
救命救急14日	78,900	80,000	32	-100	-3,200
指定集中7日	88,900	89,000	37	-100	-3,700
指定集中14日	78,900	77,000	4	-100	-400
指定集中集中	85,000	85,000	84	0	0
合計			421		-34,000

図25

ここまでは本当に点数による影響でしたが、ここからは診療報酬改正の間接的な影響ということになります。医療材料と在宅医療(図26)、薬価引き下げに(図27)について少し触れさせていただきたいと思います。

医療材料は医療費ベースで0.1%のマイナスという話になっています。簡単にいいますと、人工骨頭は100万円の点数で算定していたとしますと、ここには必ず差益があったはずで、10%で、100万円では10万円の差益があったということです。しかし、点数改正で材料が80万円に下がったとしますと、10万円の差益は8万円になります。

また、同じ手術をやっても、手技料等プラス材料費の差益が病院の収入になっていましたので、病院では材料費を無駄にしないように、点数の落ちのないようにということで、これから医事課の職員と用度課の職員及び手術室の看護師さんとの連携が、どうしても重要なこととなります。医事課は伝票が出てきたときに、この手術のときはこの材料は必ず使うというものを逆に、落ちていませんかというかたちでいかなければ、なかなか大変になってきます。

もう一つは在宅酸素の酸素濃縮装置加算の引き下げです。実際は8,800円の引き下げになっています。これも私たちの病院はレンタルという形である会社に委託して、届けていただいています。皆さん帰って調べていただくとわかると思いますが、そこには必ず差益をいただいているはずで、55,000円が46,200円になったときに、今までいただいていた差益はどうなったかということも大事なことです。

私たちの病院では差益は年間約800万円くらいあったでしょうか。今回、点数改正で医療業者が提示したのは約200万円ぐらしか差益がありません。同じような酸素の在宅医療を行っていても、差益が少なくなります。いかに差益を上げるかということになりますと、医事課の手を離れて、点数改正になったことを用度課にいて、その交渉にどう活用するかということが問題になります。

それと薬価の引き下げは全体で1.3%下がることになりました。医療費ベースですので、実際に薬局へ確かめましたところ、厚生労働省の試算で

は、薬価では6.3%の引き下げということでしたが、当院では6%下がっていました。薬価の6%といいますが、単純計算で約1億8千万の収入源となります。

実際の支払い額が1億8千万減ってれば何も心配することはありませんけれども、薬価切り下げで、今までと同率の薬価差をいただくことはなかなか困難です。平成12年の改正のときにも目に見えない差益のマイナスで病院の経営は厳しくなったということがありますので、当院では後発薬品の採用、今20%の院外処方をごとまで上げかとか考えていく必要がある。また、処方箋の制限が撤廃されて30日以上になりましたので、今まで1カ月に2回 処方箋料という形で420円ずついただいていたが、同じお薬を薬剤師が30日分調剤しても1カ月に1回ですと420円しかもらえませんが、ここでもマイナスが出てきます。

当院では全科の単価比較表を毎月つくっておりますが、これが一番ポイントになるかと思えます。

**医療材料と在宅医療**

- 材料価格改定は△0.1% (医療費ベース)
- 保険請求の可否にかかわらず、材料価格をごとまで下げられるか。人件費の合理化が構造的 (制度上の要件) に困難な病院にとっては、重要な課題。
- 在宅酸素の酸素濃縮装置加算の引き下げ  
5,500点 → 4,620点  
引き下げ価格 (¥8,800) に見合った、レンタル料の引き下げは困難か。

図26

**薬価引き下げの投げかけるもの**

- 薬価改定は△1.3% (医療費ベース)
- 薬剤価格の引き下げ交渉は、本年度も難航、長期化か。
- 処方せん料は、後発医薬品を含む方が高い。
- 院外処方ごとまで取り組むか。現在の、処方せん発行率は約20%。
- 後発医薬品の積極的採用も、今後の検討課題。

図27

今回、院長に許可をいただいて、この数字を外に出すことにしました。これの一番大事なところは、全体でどう下がったかということではなく、この手技料が技術料でいただく病院の収入だということです。その下の薬剤は薬を請求した分ですから、支払いにそのまま出ていきます。材料も差益がいくらあるかということですから、この手技料がどういう形で下がっているかということが、一番大事なことだと思います。

全診療料の平均（図28）の外来では、手技料22円下がっています。これは先ほど説明しました700円が350円になった影響か。それと投薬のところでは42円下がっています。これは1カ月に1回で済むので、薬は175円下がっています。これは先ほどいった6%という数字ではありません。今回、長期投与ができるようになりましたので、1カ月に持って帰る28日のお薬が30日分、患者さんの手元に渡っていますと、2日分の薬が余分に渡っていることとなります。そういうところも考えると、これはそのままのマイナスではない。

入院のほうは余り大きな影響はありませんが、一番大きなところは「その他」です。これは先ほどから話していますリハビリの点数、手技料です。リハビリはまったく材料費を使いませんので、まともにも収入減になります。全体的にこういう数字は出ていますが、こういうものを医事課だけのデータではなく、いかに病院全体のデータとして職員に分かっていただくかということが大事です。

病院全体ではなかなかインパクトありませんので、当院では全科このようにつくっています。

まとめになりますが、単純に結果だけしかお話しできません。点数改正によるマイナスをいかに少なくするかということは、どこの病院の医事課

図28

も毎月のデータを持っていると思いますので、それをいかに先生方にわかりやすくまとめて提供するかということが大きな問題だと思います。

医事課の人たちが点数をどのように取るか、実際の現場を見ることによって、こういうものが落ちているのではないかなど、問題点をつくり、いかに医事課と先生方との間で勉強会をやるか、ここにかかってくると思います。

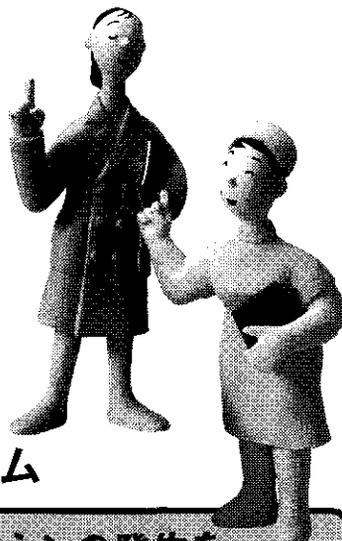
当院では、単価が平均1円下がった、10円下がったというデータをつくることによって、年間外来患者数59万人という数字を掛けていただければ、どれだけのマイナスになるのか、どれだけのプラスになるのかということをお話させていただく必要があるのですが、私たちはこのデータを全部オープンにして先生方にお渡ししています。

前年の比較、前月の比較、1年間の流れといったものと照らし合わせて、医事課の職員が経営に参加していただいて安定した病院をつくることによって、よい医療をやっていただきたいことをお願いして、報告を終わりにいたします。

ありがとうございました。

# 医療廃棄物の問題を、 処理するシステムです。

医療廃棄物の処理にまつわるさまざまな問題は、これ一台で解決。  
 <プラズマMシリーズ>は、使い捨てのチューブや注射針、  
 ビン類等の医療廃棄物を完全に無害化でき、さらに高温で熔融させることで、  
 廃棄物の容積を極限まで減らすことができる画期的なシステムです。  
 また、処理の過程でイヤな臭いを一切出さないため、  
 病院内で安心してお使いいただけます。  
 今後、医療廃棄物処理コストの増加が予想されますが、  
 当システムでは処理コストを従来の同等以下に削減します。



## 中部電力の医療廃棄物処理システム

医療廃棄物を完全に無害化し、  
極限まで容積を減らせます。

**1**  
**250**

約550℃での熱分解による減容とプラズマによる熔融で、廃棄物を完全に無害化。さらに、熔融後の体積を250分の1にまで減らします。

ダイオキシンの発生を  
大幅に抑制します。

**1**  
**50**

高精度の温度制御ができるため、排ガス処理が行いやすく、ダイオキシン値を高濃度の50分の1以下に大幅削減できます。

分別不要で、  
処理業務の  
負担を軽減します。

廃棄物の一括処理が可能のため、種類ごとに分別する必要もなく、処理にともなう負担が大幅に軽減されます。

病院内に  
設置可能で、  
操作も簡単です。

病院内の限定されたスペースにも対応できるように、さまざまなサイズをご用意。運転は自動で、運転状態の遠隔監視も可能です。



# Plasma

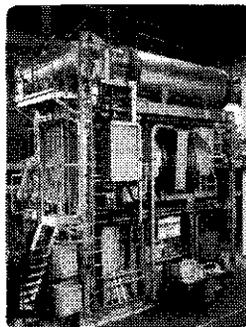
医療廃棄物処理システム

# M1000



TRY NEXT  
**中部電力**

お問い合わせ  
 事業開発部 医療廃棄物処理装置販売チーム  
 〒461-8211 名古屋市東区東新町1番地 TEL(052)973-3616(ダイヤル)  
 中部電力ホームページアドレス <http://www.chuden.co.jp>



# 診療報酬改定による200床以上の病院の影響度

新東京病院情報解析企画部長 帯谷 隆

平成14年6月・東京

帯谷 初めまして、帯谷と申します。よろしく  
お願いいたします。私は新東京病院という病院に  
勤めております。実は千葉県松戸市にありますの  
で、なぜ千葉にあるのに東京なのかということの  
細かい説明は抜きにして、資料に従って説明して  
いきたいと思っております。お手持ちの小冊子を御覧い  
ただければと思っております。

## 1. 病院概要

当院は先ほども申しましたが、千葉の松戸駅前、  
駅から見えるところがございます。ベット数は一  
般で234床、診療科目はたくさんありますが、ここ  
にあるとおりです。入院料の算定基準は、一般病  
院の入院基本料の1群の1、いわゆる2対1看護  
です。患者数は御覧のとおりで、平日で外来は720  
人入院は大体平均210人程度で推移しています。こ  
こには書くことを忘れましたが、救急患者数は月  
に300件程度です。今、1日平均約10人~11人くら  
いの患者数の搬送が行われております。平均在院  
日数も月によって1日ぐらいの差はありますが、  
大体11日~12日ということで、非常に入院、退院  
の件数の多い施設となっております。

今回の診療報酬の際に届出を行った手術は、こ  
れは後ほどまた資料にかかわりますが、以下のと  
おり脳外科でクリッピング、水頭症です。当院は  
又、循環器と心臓外科が非常に強い病院ですので、  
ペースメーカー、バイパス、PTCA、ステントといっ  
たような届出を行いました(表1)。

## 2. 診療報酬改定影響度関係資料

次ページ以降、細かい表があります。話すこと  
が余り得意でないという人は、苦手な部分を表で

補うということですので、私もこの表を見ながら  
影響度等を説明していきたいと思っております。

まず表2平成14年4月改定影響率(平成13年11  
月分換算)となっております。これは諮問案が出た  
際に、現在行われている点数を新しい点数に全部  
置き換えて換算してみるとどのような影響になる  
のだろうかという、いわば見込みの影響率です。

ひとつひとつ説明するだけの時間ありません  
し、私もレベルがありませんが、トータルいたし  
ますと、外来に関しては影響率と書いてある一番  
右の一番下、6.97%、約7%近くダウンとなっ  
ています。ほかの方の点数と違って、点数と日当点

表 1

### 1. 病院概要

病院名	医療法人三記東風 新東京病院
病床数	一般 234床
診療科目	内科、消化器科、循環器科、外科、整形外科、 脳神経外科、心臓血管外科、総合診療科、 皮膚科、泌尿器科、心療内科、放射線科、麻酔科
入院料算定基準	一般病院入院基本料 I 群 1
患者数	外来 約720人/日(平日) 入院 約210人/日(平成13年度実績)

### 今回の診療報酬の際に届出を行った手術

- ・ 脳動脈被包術
- ・ 脳動脈瘤流入クリッピング
- ・ 脳動脈瘤頸部クリッピング
- ・ 水頭症手術
- ・ ペースメーカー移植術
- ・ ペースメーカー交換術(電池交換を含む)
- ・ 冠動脈、大動脈バイパス移植術
- ・ 経皮的冠動脈形成術
- ・ 経皮的冠動脈血栓切除術
- ・ 経皮的冠動脈ステント留置術

### 2. 診療報酬改定影響度関係資料について

それぞれの実績を、全て旧点数(金額)または新点数(金額)に換算

換算方法は(6)の資料を参照

表2

## 平成14年4月改定影響率 平成13年11月分換算

(外来分)

行為別	11月分点数	換算後	増減点数	11月分日当点	換算後日当点	差	影響率
(技術料)							
初診	670,228	670,228	0	36.3	36.3	0.0	0.00%
再診	1,130,580	973,822	-156,758	61.2	52.7	-8.5	-13.87%
指導	117,000	108,910	-8,090	6.3	5.9	-0.4	-6.91%
在宅	788,930	731,510	-57,420	42.7	39.6	-3.1	-7.28%
投薬	33,975	33,975	0	1.8	1.8	0.0	0.00%
注射	117,533	116,873	-660	6.4	6.3	-0.0	-0.56%
処置	85,556	58,620	-26,936	4.6	3.2	-1.5	-31.48%
手術	328,130	325,452	-2,678	17.8	17.6	-0.1	-0.82%
検査	3,290,507	3,238,364	-52,143	178.2	175.4	-2.8	-1.58%
画像診断	2,106,544	1,979,609	-126,935	114.1	107.2	-6.9	-6.03%
リハ	240,891	105,280	-135,611	13.0	5.7	-7.3	-56.30%
その他	973,313	835,229	-138,084	52.7	45.2	-7.5	-14.19%
合計	9,883,187	9,177,872	-705,315	535.1	497.1	-38.2	-7.14%
(薬剤等)							
薬剤料	973,565	908,336	-65,229	52.7	49.2	-3.5	-6.70%
医療材料	47,817	46,473	-1,344	2.6	2.5	-0.1	-2.81%
フィルム	271,582	263,934	-7,648	14.7	14.3	-0.4	-2.82%
合計	11,176,151	10,396,615	-779,536	605.1	563.1	-42.2	-6.97%

(入院分)

行為別	11月分点数	換算後	増減点数	11月分日当点	換算後日当点	差	影響率
(技術料)							
初診	76,836	76,836	0	11.0	11.0	0.0	0.00%
投薬	39,322	39,322	0	5.7	5.7	0.0	0.00%
注射	358,970	354,490	-4,480	51.6	51.0	-0.6	-1.25%
処置	444,880	474,096	29,216	64.0	68.2	4.2	6.57%
手術	7,098,474	7,896,775	798,301	1,020.5	1,135.2	114.8	11.25%
検査	2,667,075	2,553,586	-113,489	383.4	367.1	-16.3	-4.26%
画像診断	1,114,875	1,091,040	-23,835	160.3	156.8	-3.4	-2.14%
リハ	307,755	202,630	-105,125	44.2	29.1	-15.1	-34.16%
その他	491,400	485,620	-5,780	70.6	69.8	-0.8	-1.18%
入院	13,727,841	13,666,827	-61,014	1,973.5	1,964.8	-8.8	-0.44%
合計	26,327,428	26,841,222	513,794	3,784.8	3,858.7	73.9	1.95%
(薬剤等)							
薬剤料	6,236,674	5,818,817	-417,857	896.6	836.5	-60.1	-6.70%
医療材料	9,585,855	9,031,389	-554,467	1,378.1	1,298.4	-79.7	-5.78%
フィルム	171,554	172,153	600	24.7	24.7	0.1	0.35%
合計	42,321,511	41,863,581	-457,930	6,084.2	6,018.3	-65.8	-1.08%
(入外計)	53,497,662	52,260,196	-1,237,466	2,104.3	2,055.6	-48.7	-2.31%

(入外計内訳)

行為別	11月分点数	換算後	増減点数	11月分日当点	換算後日当点	差	影響率
技術料	36,210,615	36,019,094	-191,521	1,424.3	1,416.8	-7.5	-0.53%
薬剤	7,210,239	6,727,153	-483,086	283.6	264.6	-19.0	-6.70%
医療材料	9,633,672	9,077,862	-555,810	378.9	357.1	-21.9	-5.77%
フィルム	443,136	436,087	-7,049	17.4	17.2	-0.3	-1.59%
合計	53,497,662	52,260,196	-1,237,466	2,104.3	2,055.6	-48.7	-2.31%

表3

## 平成14年4月改定影響率 平成14年4月分旧点数換算

(外来分)

行為別	4月分点数	換算後	増減点数	4月分日当点	換算後日当点	差	影響率
<b>(技術料)</b>							
初診	721,134	721,134	0	39.4	39.4	0.0	0.00%
再診	1,062,937	1,303,338	-240,401	58.1	71.3	-13.1	-18.45%
指導	189,100	197,070	-7,970	10.3	10.8	-0.4	-4.04%
在宅	641,700	701,790	-60,090	35.1	38.4	-3.3	-8.56%
投薬	32,100	32,100	0	1.8	1.8	0.0	0.00%
注射	138,732	139,172	-440	7.6	7.6	-0.0	-0.32%
処置	114,205	193,952	-79,747	6.2	10.6	-4.4	-41.12%
手術	236,919	225,521	11,398	13.0	12.3	0.6	5.05%
検査	3,770,349	3,855,087	-84,738	206.2	210.8	-4.6	-2.20%
画像診断	2,267,630	2,445,670	-178,040	124.0	133.7	-9.7	-7.28%
リハ	137,438	193,258	-55,820	7.5	10.6	-3.1	-28.88%
その他	819,727	958,351	-138,624	44.8	52.4	-7.6	-14.46%
合計	10,131,971	10,966,443	-834,472	554.0	599.7	-45.7	-7.61%
<b>(薬剤等)</b>							
薬剤	872,588	955,884	-83,295	47.7	52.3	100.0	-8.71%
医療材料	44,244	44,243	1	2.4	2.4	4.8	0.00%
フィルム	298,518	307,068	-8,550	16.3	16.8	33.1	-2.78%
合計	11,347,321	12,273,637	-926,316	620.4	671.2	-50.8	-7.55%

(入院分)

行為別	4月分点数	換算後	増減点数	4月分日当点	換算後日当点	差	影響率
<b>(技術料)</b>							
初診	75,687	75,687	0	11.3	11.3	0.0	0.00%
投薬	36,739	36,739	0	5.5	5.5	0.0	0.00%
注射	336,997	342,197	-5,200	50.3	51.0	-0.8	-1.52%
処置	404,092	378,512	25,580	60.3	56.4	3.8	6.76%
手術	9,534,728	8,460,178	1,074,550	1,421.8	1,261.6	160.2	12.70%
検査	2,865,038	2,939,652	-74,614	427.2	438.4	-11.1	-2.54%
画像診断	1,128,827	1,139,637	-10,810	168.3	169.9	-1.6	-0.95%
リハ	206,240	231,405	-25,165	30.8	34.5	-3.8	-10.87%
その他	491,180	495,540	-4,360	73.2	73.9	-0.7	-0.88%
入院	13,132,121	13,405,660	-273,539	1,958.3	1,999.1	-40.8	-2.04%
合計	28,211,649	27,505,207	706,442	4,207.0	4,101.6	105.3	2.57%
<b>(薬剤等)</b>							
薬剤	6,453,761	6,901,560	-447,800	962.4	1,029.2	-66.8	-6.49%
医療材料	10,651,200	11,311,598	-660,398	1,588.3	1,686.8	-98.5	-5.84%
フィルム	189,607	188,710	897	28.3	28.1	0.1	0.48%
合計	45,506,216	45,907,075	-400,859	6,786.0	6,845.7	-59.8	-0.87%

<b>(入外計)</b>	56,853,537	58,180,712	-1,327,175	2,274.9	2,328.0	-53.1	-2.28%
--------------	------------	------------	------------	---------	---------	-------	--------

(入外計内訳)

行為別	4月分点数	換算後	増減点数	4月分日当点	換算後日当点	差	影響率
技術料	38,343,620	38,471,650	-128,030	1,534.2	1,539.4	-5.1	-0.33%
薬剤	7,326,349	7,857,444	-531,095	293.1	314.4	-21.3	-6.76%
医療材料	10,695,444	11,355,841	-660,397	428.0	454.4	-26.4	-5.82%
フィルム	488,124	495,778	-7,653	19.5	19.8	-0.3	-1.54%
合計	56,853,537	58,180,712	-1,327,175	2,274.8	2,328.0	-53.1	-2.28%

も入れてありますが、この日当点の意味に関して後ほど少し述べさせていただきたいと思えます。

入院分は、-1.08%、トータルで-2.31%です。公称が-2.7%ですのでそれに比べると、少し数字が良くなっています。これは皆様方の病院と少し数字が違うと思いますが、一点だけとても目だつ点があります。よく見ていただくとわかりますが、入院分の行為別、技術料の手術です。影響率をみますと+11.25%のプラスとなっています。ところがこれを点数で見ますと、約800万のプラスになります。これが非常に点数引き下げの歯止めになっているということがいえると思えます。

ちなみに表1の手術、届出をしたといいましたが、実は4月に私が手術の届出をしました。ここで念のために件数を申し上げますと、脳動脈瘤被包術と脳動脈瘤クリッピング2つの分が届け出時点では1年間で46件です。水頭症手術が13件、ペースメーカーの移植術と交換術も46件です。冠動脈、大動脈バイパス移植術は届け出の時点では人工心肺を使った手術およびバイパスということだったと思えますが、これが1年間で363件です。そして最後、経皮的冠動脈形成術、いわゆるPTCA、ステント、この3つの手術ですが、これも昨年1年間で494件です。非常に手術部分が特化しているということで、この手術の点数が非常に寄与しています。バイパスでは皆さん御存じのとおりいわゆる人工心肺を使わない場合、オフポンプといいますけれども、その加算(1.3倍)が新たに設定されたということも、やはり影響があるのかなと思えます。少し横道にそれましてすいません。

次の表3も同じような資料ですが、これは平成14年4月分旧点数換算です。新しく点数が走り出して4月分が終わりますと、5月にはレセプトを行う。その点数を以前の点数に戻したらどうなのだろうか、いわゆる追認の影響率という言い方がいいと思えます。つまり、変わるだろうという影響率が先ほどの表です。では変わった、本当に変わったどのように影響があったのか、ある意味では、予想したとおりになったのかどうかということの結果でもあります。

これを見ますと、結構外れているところもあって心苦しいのです。例えば表2と表3を比べます

と、おおむねトータルではそれほど変わっていません。17ページの外来の影響率が-7.55%、入院が-0.87%、トータルで-2.28%です。外来の影響度は少し高かったですが、入院は少し収まったといいますが、ほぼ同様に推移しました。これもやはり手術です。

先ほど11.20%ふえたということを行いました。この表3では+12.70%です。当然のことながら、先ほどの資料は去年の11月、そして表3の資料は今年の4月ですから、診療内容の土台は違います。たぶん手術件数が多かっただろう。たぶんというのは、ここに明細を持ってきておりませんので何ともいえませんが、点数のなかで手術の占める割合が高いことが影響率の歯止めにつながったのかなという気がします。

私は情報解析企画という仕事から数字をいじくるのが好きな人ですが、表4で、今度はそれぞれの日当点を比較したらどうなのだろうかということをやってみました。どうということかといえますと、確かに影響度、先ほどは、以前の点数を新しい点数に直しました。そしてその次は、新しい点数を以前の点数に戻してみる。ただ、これに関していいますと、どちらもマイナスと出ます。ところが実際の病院の経営に寄与するのは収入です。そうしたときに、土台の収入ベースも違う、もちろん患者数も違う、しかしそれぞれをそれぞれで割るといいいいますが、いわゆる収入を患者数で割るといふ日当点はどう変化したのかということもやっておく必要があるのではないかと。

16ページ、17ページの影響率はマイナスとかプラスがごちゃ混ぜになっていますが、新東京病院としてどれだけ4月に向けて努力したのかということを表わしたものといえないでしょうか。この場合は11月から4月まで6か月間ありますので、ある部分では6か月間でどのように日当点が変わったのだろうかということ。日当点で見ますと、結構顕著なものが出てくるのではないかと思います。表4を見ていただきますと、特化しているとても数字がところどころあります。

例えば外来の技術料の指導が63.49%ふえています。これは実は3月初めでしたか2月の終わりでしたか忘れましたが、当院は234床なので、特定疾患療養指導料などいわゆる慢性疾患の指導料は

表4

## 平成13年11月分・14年4月分日当点比較

(外来分)

行為別	11月分日当点	4月分日当点	差(4月-11月)	影響率
(技術料)				
初診	36.3	39.4	3.1	8.54%
再診	61.2	58.1	-3.1	-5.07%
指導	6.3	10.3	4.0	63.49%
在宅	42.7	35.1	-7.6	-17.80%
投薬	1.8	1.8	0.0	0.00%
注射	6.4	7.6	1.2	18.75%
処置	4.6	6.2	1.6	34.78%
手術	17.8	13.0	-4.8	-26.97%
検査	178.2	206.2	28.0	15.71%
画像診断	114.1	124.0	9.9	8.68%
リハ	13.0	7.5	-5.5	-42.31%
その他	52.7	44.8	-7.9	-14.99%
合計	535.1	554.0	18.9	3.53%
(薬剤等)				
薬剤	52.7	47.7	-5.0	-9.49%
医療材料	2.6	2.4	-0.2	-7.69%
フィルム	14.7	16.3	1.6	10.88%
合計	605.1	620.4	15.3	2.53%

(入院分)

行為別	11月分日当点	4月分日当点	差(4月-11月)	影響率
(技術料)				
初診	11.0	11.3	0.3	2.65%
投薬	5.7	5.5	-0.2	-3.64%
注射	51.6	50.3	-1.3	-2.58%
処置	64.0	60.3	-3.7	-6.14%
手術	1,020.5	1,421.8	401.3	28.22%
検査	383.4	427.2	43.8	10.25%
画像診断	160.3	168.3	8.0	4.75%
リハ	44.2	30.8	-13.4	-43.51%
その他	70.6	73.2	2.6	3.55%
入院	1,973.5	1,958.3	-15.2	-0.78%
合計	3,784.8	4,207.0	422.2	10.04%
(薬剤等)				
薬剤	896.6	962.4	65.8	6.84%
医療材料	1,378.1	1,588.3	210.2	13.23%
フィルム	24.7	28.3	3.6	12.72%
合計	6,084.2	6,786.0	701.8	11.53%

(入外計)	2,104.3	2,274.9	170.6	8.11%
-------	---------	---------	-------	-------

(入外計)

行為別	11月分日当点	4月分日当点	差(4月-11月)	影響率
技術料	1,424.3	1,534.2	109.9	7.72%
薬剤	283.6	293.1	9.5	3.35%
医療材料	378.9	428.0	49.1	12.96%
フィルム	17.4	19.5	2.1	12.07%
合計	2,104.2	2,274.8	170.6	8.11%

算定できないのです。算定すると減点されます。しかし、特化した病名に対する指導料、例えばてんかんであるとか難病など、それが果たしてきちんと該当患者さんになされていたのだろうかということで、これは内幕を申しますと、脳神経外科を見るとてんかんはほとんどありませんでしたので、「先生、やっているのですか」と聞くと、「やっている」というのですが、カルテを見ても書いていないのです。

本当に行っているのかな？と思いましたが、そこで又、反論するとけんかになるので、「先生、一つよろしく願いますよ」といったところ、少し問題発言になりますけれども、まるで人が変わったように、本当に今までやっているのかと思うぐらい、どんどん指導を行ったのです。月に170～180回あったと思います。今までそれが0な訳はないと思うのですが、結果的にすごい算定回数になりました。

ということは、この4月だけを見ますと、指導料が10.3点。これは点数ですが、日当点が4点上がっています。外来の収入は当院では約月に1億円あります。その平均が4点上がるというのはすごいことです。後ほど述べますが、私はこの変化を「努力後影響度」と定義したいのです。今言った努力後影響度というのも、医事課のほうから積極的に出していくべきではないかと思っています。

入院を見ましても、同じように変わっています。手術も+28.22%です。これも恐らくというか、11月よりも4月が手術が多かったのだと思います。それに単価の引き上げです。ほとんどの手術というか、当院で届け出をした手術は大体点数が上がっています。件数がふえる、そして単価も上がる、相乗効果です。したがって平均点も上がっていくということで、先ほど11%上がったとか12%上がったといいましたが、これを見ますと28%上がっています。

ということは、当院は手術特化型の医療施設ですけれども、やはりそれが効き目といいますか、非常に寄与した、つまり影響度を逆に利用したという言い方はおかしいですが、下がるようなことはほとんどないと考えられます。

11月と4月を比べますと、外来では影響率は+2.53%です。そして入院では+11.53%、トータル

で+8.11%です。これは何も8%売り上げがふえて万々歳ということではなく、それぞれの行為を見たときに、本来マイナスである部分がプラスに寄与している部分もあるのではないかと思います。

言い忘れましたが、例えば外来の検査を見ますと、影響度は+15.71%になっています。検査というのは、生理検査は下がりましたが、検体検査はほとんど下がりましたが、判断料はほとんど上がりましたが、なにぶん「検体検査は行うごとに点数が発生するが判断料は月1回」ですから、当然のことながら下がります。表2、表3を見ても検査は下がっています。ところが表4を見ると上がっているのは何かというと、やはり検査の回数がふえたということですよ。

もちろん皆様方も努力されていると思います。先生方に「やってくださいね」と。当院も同じです。ただ、その方法に関しては、やはり今の段階でこういう比べ方をして、日当点が変わらない、あるいはマイナスになるのであれば、これをプラスにするにはどうしたらいいかということが、今度は必要になってくるのではないかと思います。

なぜ私がこういうふうに来外来にこだわるのかといいますと、先ほどの田村さんの話にもありましたが、病院の機能分化が進んでいます。基本的に200床以上の病院はかかりつけ機能を、何かの三原則のようですが、「持たない、持てない、持たさない」。しかし、外来を切り離せるのかということまで話が動いてしまうと、果たしてそこまでの腹をくくるといいますか、そういう病院が当院も含めてどれだけあるのか。

それができる可能性のあるところは、今の外来をほうっておくという訳ではありませんが、入院の機能を高める。先ほどもお話がありましたが、急性期特定入院加算を目指していくというのはセオリーだと思いますけれども、そのなかで外来が邪魔になってくる。では外来を切り離すのか。それは病院が一番いやがる、先生方はいやがります。なぜかという入院が減るからです。では外来に頼らない入院をどうして確保するのかということが、実は課題になってくると思います。

ところがそうではなく、どうしても切り離すことができないということは、200床以上の病院と

表5

## 各影響率の比較

(外来分)

行為別	11月分影響率	4月分影響率	4月→11月影響率	11月分との差	4月分との差
(技術料)					
初診	0.00%	0.00%	8.54%	8.54%	8.54%
再診	-13.87%	-18.45%	-5.07%	8.80%	13.38%
指導	-6.91%	-4.04%	63.49%	70.40%	67.53%
在宅	-7.28%	-8.56%	-17.80%	-10.52%	-9.24%
投薬	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
注射	-0.56%	-0.32%	18.75%	19.31%	19.07%
処置	-31.48%	-41.12%	34.78%	66.26%	75.90%
手術	-0.82%	5.05%	-26.78%	-25.96%	-31.83%
検査	-1.58%	-2.20%	15.71%	17.29%	17.91%
画像診断	-6.03%	-7.28%	8.68%	14.71%	15.96%
リハ	-56.30%	-28.88%	-42.31%	13.99%	-13.43%
その他	-14.19%	-14.46%	-14.99%	-0.80%	-0.53%
合計	-7.14%	-7.61%	3.53%	10.67%	11.14%
(薬剤等)					
薬剤	-6.70%	-8.71%	-9.49%	-2.79%	-0.78%
医療材料	-2.81%	0.00%	-7.69%	-4.88%	-7.69%
フィルム	-2.82%	-2.78%	10.88%	13.70%	13.66%
合計	-6.97%	-7.55%	2.53%	9.50%	10.08%

(入院分)

行為別	11月分影響率	4月分影響率	4月→11月影響率	11月分との差	4月分との差
(技術料)					
初診	0.00%	0.00%	2.65%	2.65%	2.65%
投薬	0.00%	0.00%	-3.64%	-3.64%	-3.64%
注射	-1.25%	-1.52%	-2.58%	-1.33%	-1.06%
処置	6.57%	6.76%	-6.14%	-12.71%	-12.90%
手術	11.25%	12.70%	28.22%	16.97%	15.52%
検査	-4.26%	-2.54%	10.25%	14.51%	12.79%
画像診断	-2.14%	-0.95%	4.75%	6.89%	5.70%
リハ	-34.16%	-10.87%	-43.51%	-9.35%	-32.64%
その他	-1.18%	-0.88%	3.55%	4.73%	4.43%
入院	-0.44%	-2.04%	-0.78%	-0.34%	1.26%
合計	1.95%	2.57%	10.04%	8.09%	7.47%
(薬剤等)					
薬剤	-6.70%	-6.49%	6.64%	13.54%	13.33%
医療材料	-5.78%	-5.84%	13.23%	19.01%	19.07%
フィルム	0.35%	0.48%	12.72%	12.37%	12.24%
合計	-1.08%	-0.87%	11.53%	12.61%	12.40%

(入外計)	-2.31%	-2.28%	8.11%	10.42%	10.39%
-------	--------	--------	-------	--------	--------

(入外計)

行為別	11月分影響率	4月分影響率	4月→11月影響率	11月分との差	4月分との差
技術料	-0.53%	-0.33%	7.72%	8.25%	8.05%
薬剤	-6.70%	-6.76%	3.35%	10.05%	10.11%
医療材料	-5.77%	-5.82%	12.96%	18.73%	18.78%
フィルム	-1.59%	6.10%	12.07%	13.66%	5.97%
合計	-2.31%	-2.22%	8.11%	10.42%	10.33%

いえども、やはり外来部門でどれだけかかりつけ機能なるものを盛り上げていくことができるのか、ということがいえると思います。

今まで何も200床以上の病院が外来の検査そのものをさぼってきたということはありません。しかし、では極端な話、診療所と比べてどれだけの患者さんのフォローができてきたのか。できていないことを責めるということではないのです。今まで以上にどうやって密度を濃くしていくのかということです。そのための知恵は医事課だけでは出てこないのです。極端に言えば病院全体で取り組むべき問題です。

そういいながら、私もそれだけのアプローチをしたかということ、はっきりいってあまりやっていません。ただ、これは医事課だけで考えてもどうしようもありません。現場でどれだけの賛同者というか味方といいますか、そういうのを増やしていくのかということによって、どうやって増やしていくのか。

その施設として外来をどういう取り扱いをしていくのか、どういう内容で進めていくのか、最終的に病院機能が固まったときに外来はどうなっているのか、なくなっているのか、そこそこのか、それとも思いっきり増えているのかということをおえて提示していくことができるようなデータの意味も含めて、私は「努力後影響度」を位置づけたいと思います。この18ページの結果は、私の力は微々たるものです。病院としてどれだけ努力したのか、という表なのです。

そして表5を見ていただきたいのですが、これは表4から単純に数字ばかりを並べました。そうなるこの影のついた部分は、実際は4月から昨年11月をみた表です。つまり、これは4月から11月を差し引きしているのですが、どの程度影響が実際に平均点ベースで推移したのかということです。これは各病院の方もたぶん3月と4月あたりでは比べていると思います。したがって目新しい資料ではないと思います。しかし、私もそうでしたけれども、今までの発想は、3月の時点でのこの影響度でした、4月はこういう影響度と。つまり4月は古い点数に換算しますのでいろいろ意見は出るとはありますが、よかった、よかったと。よかったではなく、むしろ病院としてどういう取

り組みをしたのかという、これは結果です。

極端に変化している部分もあります。もちろん外来であれば、例えば手術を見ると-26.78%とありますが、これは手術数が月によって変わるので仕方がないのです。しかし、ここで私がいいたいのは、では本来マイナスになるべきものがプラスになったということは、やはりそこで病院の何らかの取り組みがあるのではないかとということです。

例えば手術のようなイレギュラーを起こすものはともかくとして、繰り返しになりますが外来の検査を見ていただくと、外来では11月分では-1.58%、そして4月分では-2.20%となりながら、日当点を比べた影響度では15.71%プラスになっています。ですから影響度も単純に点数を換算するのではなく、こういう見方も一つあっていいのではないかと。

もちろんこれに医事課がかかわれば、私たちのお陰ですよ、と生意気なことをいうと怒られますけれども、そういう努力のあと、病院全体で今回の診療報酬改定にどのように取り組んだのかというものの傍証が点数に出てくるのではないかと。医事課のほうでも日当点は影響度での点数の部分は算出しますけれども、あまりきちっと意識はしていないと思います。やはり売上げが中心ですから、どうしても収入という数字、そして収入が動いたかどうかということの比較になるとは思います。実は患者数も変わっているのです。

となると、診療内容が、単純にボリュームがふえた、減ったということではなく、では患者数で割り返したらどうなのだ。構成比も一つの見方ではありますが、金額ということでやるのであればやはり平均点、件当点よりも日当点がいいですね。患者1日1人当りの売上げを行為別に照らして割り返してみるとどのような影響になったのかということも大事かと思えます。

マイナスになると思っていたのがプラスになるケースもあります。そうすると見込みよりも影響が少なかったといえますが、実際にはその裏にある各病院の努力のあとを医事課としてきちっと把握しておく必要があるのではないかと思えます。

次の表6も、私自身は自己満足の表と呼んでいるのですが、届出手術を届けなかったと仮定した

表6

## 届出手術を届けなかった場合の減少金額

平成14年4月分換算

手術名	所定点数×10	減少金額	回数	合計
脳動脈瘤頸部クリ1	717,000	-215,100	2	-430,200
脳動脈瘤頸部クリ1外	1,003,800	-301,140	1	-301,140
脳動脈瘤頸部クリ2	841,000	-252,300	1	-252,300
ペースメーカー移植1	138,000	-41,400	6	-248,400
A-Cバイパス2	854,000	-256,200	3	-768,600
A-Cバイパス1オフポンプ	664,300	-199,290	1	-199,290
A-Cバイパス2オフポンプ	1,110,200	-333,060	17	-5,662,020
A-Cバイパス2オフポンプ外	1,554,280	-466,284	5	-2,331,420
PTCA	239,000	-71,700	17	-1,218,900
PTCA休・深	430,200	-129,060	1	-129,060
DCA	239,000	-71,700	1	-71,700
ステント	239,000	-71,700	35	-2,509,500
ステント外	334,600	-100,380	1	-100,380
ステント休・深	430,200	-129,060	1	-129,060
				0
合計				-14,351,970

単位 円

場合の減少金額です。つまり100分の70になったと仮定した結果、どれだけ影響があったのかというデータです。

ところが今回の改定で減算という概念、12年の改定にもありましたけれども、実際に、仮にそれを行わなかった、さぼってしまった、つまり減算

を甘んじて100%受け入れたとしていくらの影響があるのか。つまり、本来これだけ減るはずが、いわゆる確保したといえますか、戻したということが、そういうデータを出すことも必要なのではないかと思います。

20ページは、4月の実績です。医事課の方は御

表7

# 平成14年4月改定影響率 平成14年4月分換算

入院分手術

項目	新点数	回数	合計	旧点数	回数	合計	差	影響率
術中自己血	5,000	35	175,000	5,000	35	175,000	0	0.00%
IABP2	3,680	8	29,440	3,200	8	25,600	3,840	15.00%
切開10未	470	1	470	470	1	470	0	0.00%
創傷処理1	470	5	2,350	420	5	2,100	250	11.90%
創傷処理深	846	1	846	756	1	756	90	11.90%
創傷処理深真	1,269	1	1,269	1,134	1	1,134	135	11.90%
創傷処理2休	2,595	1	2,595	2,595	1	2,595	0	0.00%
創傷処理筋	1,680	2	3,360	1,600	2	3,200	160	5.00%
創傷処理深真	4,536	1	4,536	4,320	1	4,320	216	5.00%
筋肉内異物摘出術	2,840	1	2,840	2,700	1	2,700	140	5.19%
創傷処理6	1,320	1	1,320	1,260	1	1,260	60	4.76%
PTCAローター	23,900	4	95,600	19,700	4	78,800	16,800	21.32%
骨移植	7,920	2	15,840	7,920	2	15,840	0	0.00%
脊椎固定(3)	69,600	1	69,600	55,600	1	55,600	14,000	25.18%
超音波凝固	2,000	11	22,000	2,000	11	22,000	0	0.00%
四肢切斷(大腿)	14,400	1	14,400	13,100	1	13,100	1,300	9.92%
断端形成(指)	6,100	1	6,100	5,810	1	5,810	290	4.99%
骨折観血下腿	8,760	2	17,520	9,840	2	19,680	-2,160	-10.98%
骨折観血大腿	12,800	2	25,600	15,400	2	30,800	-5,200	-16.88%
骨折観血前腕	13,140	2	26,280	9,840	2	19,680	6,600	33.54%
骨折観血上腕	12,800	1	12,800	15,400	1	15,400	-2,600	-16.88%
骨折観血足	5,610	2	11,220	4,880	2	9,760	1,460	14.96%
骨折観血指	5,610	1	5,610	4,880	1	4,880	730	14.96%
骨折観血手舟	8,760	1	8,760	9,840	1	9,840	-1,080	-10.98%
腱縫合	6,700	1	6,700	5,880	1	5,880	820	13.95%
腱縫合	13,400	1	13,400	11,760	1	11,760	1,640	13.95%
気管切開術	2,570	4	10,280	2,450	4	9,800	480	4.90%
ACバイパス1	66,430	1	66,430	48,700	1	48,700	17,730	36.41%
ACバイパス1深併	45,990	1	45,990	43,830	1	43,830	2,160	4.93%
ACバイパス2肺なし	85,400	3	256,200	76,900	3	230,700	25,500	11.05%
ACバイパス2	111,020	17	1,887,340	76,900	17	1,307,300	580,040	44.37%
ACバイパス2外	155,428	5	777,140	107,660	5	538,300	238,840	44.37%
弁置換術1	61,400	2	122,800	51,200	2	102,400	20,400	19.92%
大動脈瘤切除(下行)	63,100	1	63,100	63,100	1	63,100	0	0.00%
大動脈瘤切除(冠再)深	159,840	1	159,840	159,840	1	159,840	0	0.00%
大動脈瘤切除(腹部)	51,700	4	206,800	51,700	4	206,800	0	0.00%
四肢血管拡張	15,800	3	47,400	15,000	3	45,000	2,400	5.33%
経皮的冠動脈形成術	23,900	17	406,300	20,500	17	348,500	57,800	16.59%
経皮的冠動脈形成術深	43,020	1	43,020	36,900	1	36,900	6,120	16.59%
人工心臓	25,500	9	229,500	25,500	9	229,500	0	0.00%
人工心臓深	45,900	1	45,900	45,900	1	45,900	0	0.00%
IABP1	8,780	1	8,780	8,360	1	8,360	420	5.02%
経皮的冠動脈血栓切除	23,900	1	23,900	19,800	1	19,800	4,100	20.71%
経皮的心肺補助法外	15,400	1	15,400	15,400	1	15,400	0	0.00%
経皮的心肺補助法2	3,120	1	3,120	3,120	1	3,120	0	0.00%
下大静脈フィルター	8,000	1	8,000	8,000	1	8,000	0	0.00%
急性腹膜炎	9,640	1	9,640	9,540	1	9,540	100	1.05%
大腸ポリ	5,360	2	10,720	6,300	2	12,600	-1,880	-14.92%
弁形成1	45,400	1	45,400	43,200	1	43,200	2,200	5.09%
胃切除単純	20,700	1	20,700	20,700	1	20,700	0	0.00%
胃腸吻合術	13,600	1	13,600	13,600	1	13,600	0	0.00%
小腸切除術	11,700	1	11,700	11,700	1	11,700	0	0.00%
小腸切除術外	16,380	1	16,380	16,380	1	16,380	0	0.00%
結腸切除(半)	19,700	1	19,700	19,700	1	19,700	0	0.00%
腸吻合	9,040	1	9,040	11,300	1	11,300	-2,260	-20.00%
腸閉鎖(伴わない)	11,600	1	11,600	11,600	1	11,600	0	0.00%
ヘルニア腹壁	7,440	1	7,440	7,440	1	7,440	0	0.00%
ヘルニア鼠径	6,160	7	43,120	5,650	7	39,550	3,570	9.03%
虫垂切除術	6,420	6	38,520	7,470	6	44,820	-6,300	-14.06%

直腸悪性腫瘍(低位)	44,200	1	44,200	40,100	1	40,100	4,100	10.22%
痔核結	1,390	1	1,390	1,320	1	1,320	70	5.30%
痔核根治	5,360	1	5,360	5,410	1	5,410	-50	-0.92%
毛巣洞根本	3,680	1	3,680	3,680	1	3,680	0	0.00%
胆嚢摘出(開腹)	15,200	1	15,200	14,500	1	14,500	700	4.83%
内視鏡消化管止血	4,310	5	21,550	5,320	5	26,600	-5,050	-18.98%
内視鏡消化管止血深	7,748	1	7,748	9,576	1	9,576	-1,828	-19.09%
頭蓋内腫瘍摘出	58,310	1	58,310	70,000	1	70,000	-11,690	-16.70%
脳頸部クリ2	84,100	1	84,100	84,100	1	84,100	0	0.00%
慢性硬膜下血腫洗浄	10,900	1	10,900	13,500	1	13,500	-2,600	-19.26%
脳頸部クリ1	71,700	2	143,400	77,100	2	154,200	-10,800	-7.00%
脳頸部クリ1外	100,380	2	200,760	107,940	2	215,880	-15,120	-7.00%
テプリ深	180	1	180	180	1	180	0	0.00%
皮膚露6~	4,360	1	4,360	3,960	1	3,960	400	10.10%
ステント留置	23,900	35	836,500	19,900	35	696,500	140,000	20.10%
ステント留置時	33,460	1	33,460	27,860	1	27,860	5,600	20.10%
ステント留置深	43,020	1	43,020	35,820	1	35,820	7,200	20.10%
直達牽引	2,030	4	8,120	2,170	4	8,680	-560	-6.45%
直達牽引時	2,842	1	2,842	3,038	1	3,038	-196	-6.45%
皮弁~25	3,760	1	3,760	3,760	1	3,760	0	0.00%
癬痕拘縮顔	9,740	1	9,740	9,280	1	9,280	460	4.96%
骨内異物除去(大腿)	4,650	1	4,650	4,430	1	4,430	220	4.97%
骨内異物除去(下腿)	4,180	2	8,360	3,980	2	7,960	400	5.03%
骨内異物除去(鎖他)	2,900	1	2,900	2,760	1	2,760	140	5.07%
頬骨親血	8,930	1	8,930	8,500	1	8,500	430	5.06%
骨腫瘍切除指	3,340	1	3,340	3,040	1	3,040	300	9.87%
麻酔加算(M等)	100	3	300	100	3	300	0	0.00%
骨折親血(膝蓋)	5,610	2	11,220	4,880	2	9,760	1,460	14.96%
骨折刺入(上腕)	4,400	1	4,400	4,190	1	4,190	210	5.01%
関節内親血肘	10,100	1	10,100	9,600	1	9,600	500	5.21%
関節内親血足	10,100	2	20,200	9,600	2	19,200	1,000	5.21%
関節内異物除去股	7,570	1	7,570	7,210	1	7,210	360	4.99%
関節内異物除去膝	7,570	1	7,570	7,210	1	7,210	360	4.99%
関節内異物除去足	4,800	1	4,800	4,360	1	4,360	440	10.09%
人工骨頭挿入	15,600	2	31,200	19,200	2	38,400	-7,200	-18.75%
人工関節膝	16,520	1	16,520	26,500	1	26,500	-9,980	-37.66%
靱帯断裂形成	11,800	1	11,800	11,200	1	11,200	600	5.36%
縦隔悪性腫瘍	35,400	1	35,400	32,200	1	32,200	3,200	9.94%
乳腺悪性切除	26,600	2	53,200	23,100	2	46,200	7,000	15.15%
大動脈瘤切除(弓)	104,000	2	208,000	104,000	2	208,000	0	0.00%
大動脈切除(胸部)	49,500	1	49,500	49,500	1	49,500	0	0.00%
人工心肺灌流加算	7,000	2	14,000	7,000	2	14,000	0	0.00%
人工心肺灌流加算深	12,600	1	12,600	12,600	1	12,600	0	0.00%
ベース経	13,800	6	82,800	17,200	6	103,200	-20,400	-19.77%
血管塞栓(腹)	12,700	1	12,700	15,300	1	15,300	-2,600	-16.99%
人工心肺灌流加算	4,800	15	72,000	4,800	15	72,000	0	0.00%
人工心肺灌流加算深	8,640	1	8,640	8,640	1	8,640	0	0.00%
耳下腺混合深	18,400	1	18,400	18,400	1	18,400	0	0.00%
後腹膜悪性	32,000	1	32,000	29,100	1	29,100	2,900	9.97%
胃縫合術	11,300	1	11,300	11,300	1	11,300	0	0.00%
胃縫合術深	20,340	1	20,340	20,340	1	20,340	0	0.00%
胃悪性手術切除	42,600	2	85,200	42,600	2	85,200	0	0.00%
肝切除(区域)	16,380	2	32,760	21,300	2	42,600	-9,840	-23.10%
胆管外瘻	11,200	1	11,200	11,200	1	11,200	0	0.00%
内視鏡的胆道碎石術	9,830	1	9,830	9,360	1	9,360	470	5.02%
甲状腺切除片	6,320	1	6,320	6,020	1	6,020	300	4.98%
胆嚢摘除術(腹腔鏡)	22,400	10	224,000	22,400	10	224,000	0	0.00%
胆道ステント留置	6,830	2	13,660	6,500	2	13,000	660	5.08%
自動縫合器	5,900	12	70,800	5,900	12	70,800	0	0.00%
毛巣洞	3,680	1	3,680	3,680	1	3,680	0	0.00%
内視鏡的静脈瘤結紮	8,990	1	8,990	10,100	1	10,100	-1,110	-10.99%
合計			8,050,016			6,980,649	1,069,367	13.32%

覧になればおわかりだと思いますが、所定点数×10、これは手術の金額です。そして減少金額というのは、これに0.3を掛けています。届け出をしなかった場合、3割減るということです。ということは、減少金額分が、届け出を行わなかった場合にはこれだけ減るというデータです。

先ほど当院は PTCA やバイパスを思いっきりやっている。確かに見ていると思いきりやっています。合計するとなんと1,435万円ですから、仮に届け出を行わなかった場合はこれだけ確実に減る訳です。利益が出るか出ないかのレベルになってくると思います。

ましてやこれは技術料ですから、経費は1円もかかっていません。同じことをやって3割減るのですから、単純に収入が減るだけです。経費が減る訳がないので、これだけ利益がすっ飛ばという話です。ちなみに5月も大体1,300万円くらいですから、これを毎月足していくと大体1億5千万～6千万、すごい話です。

ただ、たまたまといいますか、当院は手術が特化している病院ですが、こういうスタンスの病院も少なからずあると思います。そうしたときに、これはやはり致命傷だと思いますから、届出要件に該当する場合は、これをきちっと届け出ることが非常に大事です。

皆様の病院でも届出手術はきちんと行っていると思いますが、先ほども少し話がありましたように基準にもう少し。例えば今回不幸にして届出数の9割程度しかなかったという病院さんにおかれては、こういうデータも出しておく……これは計算方法が逆になると思います。7割で請求していますから、これをもとの点数、いわゆる点数表に記載されている点数に換算するといくら増えるのかということも、あえて逆の数え方、逆換算もやっておかなければいけないのかということで、今回出させていただきました。

当院も届け出られなかった手術がいくつかあり、例えば脳外科であれば頭蓋内腫瘍の手術は年に30件もありません。あるいは肝臓の切除術も少ないです。ただ幸いにして、これは受理されるかどうかわかりませんが、肝臓手術は届け出を行いました。

4月から一部ルールの追加があり、届け出前6

カ月に届出数の半分をクリアしていれば届け出OK、いわゆる「2分の1ルール」が、できましたので数えておりましたら、6カ月間に5～6件出ましたので届出してきましたが、まだそれが大丈夫かどうかはわかりません。10件というのは意外とできそうでできないので、先生方に対しても、例えば肝臓切除であれば、月に2件くらいはなんとか紹介患者というかたちで確保してもらえないかということもお願いしています。

表7は先ほどの手術の一部です。こういう形で換算しましたという表ですから、特にコメントはありません。先ほどの20ページの資料と照らし合わせていただくと、当院では手術がどういう形で行われているかということが少し分かります。統計を出す関係で略したとか、訳の分からない言葉が入っていますが、御了解いただければと思います。

これを見ますとやはりバイパスなど、非常に数字が大きいところがあります。これは点数ですから、A-Cバイパスの2というのは2枝以上ですが、人工心肺なし、はありの誤りです。「AC バイパス2」は「AC バイパス心肺なし」に「AC バイパス2外」は「AC バイパス2外心肺なし」に訂正をお願いします。

この部分がたくさん増えているので本当にマイナスの影響が緩和されたということがいえるのではないかと思います。

### 3. 診療改定影響率調査についての私見

「努力後影響率」の提唱、2の(3)、(4)を参照して下さい。先ほど申し上げましたが、やはり影響度を出すことは非常に意義があって、皆さんも出されていますし、私も出しています。これは個人的な意見で申し訳ないのですが、新しい点数、つまり4月に点数が変わったときにどうするのかという手引きといいますか、戦略を立てるためのツールであるはずです。

今まででしたら、点数が下がった、上がった、換算していくらだった、若干プラスになる、薬価は下がる、材料は下がるけれども若干プラスかなという感覚で、昔は私もそうでした。そしてどうしたかということ、そこそこできることはやるけれども、まあ、いいかなと。これは私の感覚で自戒

の念も込めて言っています。

実際は換算するとういうふうにマイナスになります。ではもとの点数がマイナスになった場合にどうするのかという発想が、実は今回の改定で非常に医事課に求められています。聞かれたらのお話ですけれども、私は医事課の人をはじめ、病院の人には次のように説明するようにしています。

今回の改定というのは、点数だけの面で見ますと技術料が下がっています。もちろん手術など、上がっている部分もあります。でもほとんどの項目が下がっているつまり、わかりやすくいうと、同じことを同じ回数、同じ量だけ行くと基本的に収入が下がるのです。ではどうするのですか、人を削りますか、それはまだまだ先の話しです。診察行為の回数や平均点をどうやって上げていくのか。

いろいろな戦法があると思います。数多く算定しているものをさらにふやすことも必要でしょう。あるいは再診料で申し上げますと、当院は234床ですから外来診療料です。2回目は半分です。では2回目の来院が本当に必要なかどうか、投薬日数とのかかわりで考えてみるなど、診療内容ボリュームそのものに対する意識が非常に重要になってくるのではないかと思います。

表2は11月の点数を新しい点数に加算し、表3は4月の点数をもとの点数に換算しています。それはそれで意義のあることだと思います。しかし、それはあくまでも単なる結果であって、ではどういうふうなかたちで4月はこういう数字が出たのかということになったときに、見込みはこうだった、実際はこうだったと比較してみる必要があると思います。しかし、これを単純な影響度という、従来からあるやり方でやってしまうと、もとの点数が下がれば絶対にマイナスです。影響度をみていくときに、単純に収入で比較するのではなく、平均点で比較してみる。やっぱりマイナスということもあります。あるいはマイナスだったけれども、実際比べると差し引きでプラスということもあります。それが果たしてその施設の努力することによるものなのか、自然となったものなのか。

今回の改定では理論上、自然増となるものは手術以外はほとんどないと思います。そうしたときに、では一定の患者数のなかである一つの医療行

為がどれだけ行われたのかということで見ると、どこで密度を濃くできるのか。しかも、これは前提条件があり、費用をできるだけかけない、ということになると思います。

そういう部分は自分たちの病院ではどこに当たるのか、これは10も20も出しても先生方に協力はしてもらえないと思います。1つか2つかもありません。そういうと私がすごいことを医者に言ったように思いますが、実はほとんど言っていません。言っていないのに上がった、という訳ではありませんが、では手術はどうなるのだ、というシミュレーションをやったときに、ある一定の件数で出てきます。この件数はクリアしてくださいね、というぐらいい言いますが、そのほかではほとんど言っていません。

そういうデータの扱い方も今後は医事課として要るのではないかと考えたときに、やはり現場をやりながらはなかなかできないと思います。私も情報解析企画部長と名刺に8文字も並ぶと字が小さくて読んでいただけないのですが、医事課という概念もさることながら、例えば診療報酬管理という部署、今ですと経営企画であるとか企画情報などいろいろあるとは思いますが、現場に100%関わらないけれども診療報酬に関しては把握ができる部署、あるいは人というものの存在、設置が早急に必要になってくるような気がします。もちろん院内の位置づけなどはよくわかりませんが、それは必要ではないかと思っています。

当院の対策ですが、特にめぼしいものは余りありません。ただ一つ私も、チョンボというわけではないのですが、紹介率が30%を超えていましたので届出を行って今まで機嫌よく急性期病院加算を算定していましたが、4月時点で診療録の管理体制をやっておりませんでした。そのままにしてもよかったのですが、実際に届出辞退をしないといけないので、これを一旦取り下げました。

ただ、幸いなことに許可病床が200床以上でしたので、いわゆる紹介外来加算、つまり「200ベッド以上・紹介率30%以上」という点数に置き換えというか、当時同時に届出を出してしまっていたので、急性期病院加算を一つ取り下げるといった形になりました。点数が確か155点だったと思います。それが100点になったということで55点の引き下げ、こ

れが入院に関しては一番打撃が大きかったです。ただ、影響度で入れておりません。したがって155点はそのまま変わらないという前提ですが、実際はこれより数字にして約200万ほど落ちています。

今年度の目標は、やはり診療録の管理体制、そして入院診療計画、退院指導書という新しい様式を整備することによって、今度は急性期入院加算を取得していこうということでやっております。できれば上半期のうちに届け出ができればと思っています。

では実際にそれを行うことによってどれだけの収入がふえるのか、あるいは経費がかかる部分でいえば、どれだけ経費がかかるのかということも、医事課としては把握しておかなければいけないのではないかと思います。

#### 4. 診療報酬改定についての私見

私見というほど生意気なこともいえないのですが、昨今、私は座談会などに出たりしているので、見覚えのある方もいらっしゃると思いますが、そこでも述べておりますように、今回の診療報酬改定はやっぱり共産主義から資本主義への転換ではないかと思っています。

資本主義の大原則、私は経済学者でもなんでもありませんが、私なりに考えた資本主義の大原則があります。それは勝ち組と負け組に分かれるということです。倒産、あるいは民事再生法に陥らないために今、どうするのかということです。

資本主義の原則ということでもないのですが、病院を事業として捉えることも大事です。事業として捉える際に、大原則が一つあります。収入が支出を上回るという単純なこと当たり前のことです。いわゆる黒字状態です。

しかし、今までの診療報酬のなかでは、薬価が下がっても技術料はそこそこ上がってきました。つまり、差し引きで考えると、影響度、%ということという余りプレはなかったのです。トータルで、5%下がる、10%下がるということはありませんでした。しかし、今回は両方下がったのです。本来、上がるべきものが下がったということは、倍の影響があるのです。例えば1%上がる予定が1%下がったということは、見込みからという2%下がったことと一緒にです。それをどうい

うふうに考えていくのか。繰り返しになりますけれども、同じことをやっては収入が下がってしまうのです。そうなるボリュームを増やすしかないではないですか。実際には経費の面も見直す必要はあると思います。経費を見直せば、使うお金が減る訳ですから、それだけ利益確保につながることは当然です。

ただ、この改定も含めて、診療報酬というものを考えたときに、やはり医事課、あるいはそれに該当するといえますか、それを取り扱う方が一番診療報酬の性格を知っているのです。現場で行ったという事実をもとにレセプトをつくる訳ですが、その行われた行為が果たして経営上ではどうだったのかという発想が大事になってくるのかという気がします。

私も長年病院に勤めていますが、やはり病院というのは患者の命を助けるということが大原則です。だからなんでもかんでもやっていたい、ということではありませんが、やはりイレギュラーの部分が多いです。今まではイレギュラーの部分でトータルで見てもプラスに働いていましたが、今回の改定は、前回から兆しはありましたけれども、それが果たしてプラスとして評価できているのか、経費の面からはどうなのかとなると、やはりマイナスに働いている部分も少なからずあるのではないのでしょうか。

今回の改定で手術の施設基準、件数が出ました。これは非常に問題がありますが、一定のハードルつくったということでは、ある程度評価すべきだと私は思います。ここで一番抜けているのはドクターフィーの問題、基本的に医者腕は全然評価されておりません。多くやればうまいのか、私もわかりません。余りこういうことをいうと、当院も実は心臓外科が多いので何ともいえません。これをいうと自分で自分の首を絞めるような、批判者といわれるとつらいですが、大事なことは、今後どういうところで収益を確保していくのかという戦略、戦法、戦術、私は違いがよくわかりませんが、これを握っている重要な部署が医事課ではないかということです。

レセプトをつくるという行為は、単純に医療行為を翻訳するという行為から、今後は診療内容自体の管理、強いては自分たちの医療施設、病院が

どういう方向にいけばつづれないか、生き残ることができるかということが重要になってくるのではないかと思います。

今までのように、AがBという点数に変わりました。10点ふえた、20点ふえたということは、収入が動く訳ですから確かに大事です。しかし、ここでもっと大事なことは、なぜそう変わったのかということです。それは診療報酬そのものでしたら厚生労働省しか分かりません。しかし、当院、つまり自分たちの病院に照らし合わせてみたときに、どういう影響があったのかということは、やはり医事課で一番先にデータが出てきます。ではどうすればいいのかという対策もまた、医事課が把握できるはずで、100%の正しい提言はできないにしても、ある程度のシグナルは出せるのではないかと思います。

何か影響度という話とずれてしまいました。余り深刻な話をすると皆さんに怒られます。私自身、言えば言うほど自分の首を絞めています。ただ、今回の診療報酬改定は、時期的に見ますと今後の自分たちの医療施設の機能を決める最後のチャンスだと私は思っています。

御存じのように来年の8月31日までに例の医療法上の病床区分を届けないと、病院がなくなってしまう。その間に診療報酬改定はありません。10月には「外総診」の廃止等がありますが、翌年までありません。そうなると診療報酬の大規模な改革はないのです。ということは、今、動いている点数の内容をもとに自分たちの病院の行くべき道を決めないといけないのです。

全部が全部分かりませんが、例えば12月が終われば平成14年の1年間の手術の件数が出ます。件数によってはそれが点数改正になってしまいます。もちろん上がる病院もあるでしょう。下がるところもあるでしょう。又、4月というのは健康保険で本人が2割から3割になるとか、介護保険がまた改定になるなど、病院にとっては厳しいというよりも、本当に考えないといけない、頭を使わないといけないでき事が目白押しです。そういうことも含めて影響度を捉えていくべきではないでしょうか。

この影響度というのは単に病院の収入がふえる、減るではなく、今までやってきたこと、現在

やっていること、そしてこれからやらないといれないことを収入に置き換えたときにどういうものが見えてくるのか、ということも表わしているのではないかと思います。この2、3回前の改定から診療報酬というのは、病院にとっても診療所にとってもそうですが、やるべきことは何なのかという視点で変わってきたような気がします。

今まではほとんど出来高だったので、やるべきことではなく、やれば点数になりました。ということは、極端に言えばやりたいことをやって収入を確保してきました。しかし、ここへきてネジが逆に回ったといえますか、やらないといけないことに対する評価、しかもこれが間が悪いというか、ばつの悪いことにこの不況下で、評価というものの考え方が、点数の引き上げという考え方から据え置きに、又、行わなければ削りますよという減算の考え方もいくつか出てきました。つまり、やれて当たり前という発想になりました。ではこれをどうふうに考えるのか、ということだと思えます。

最後はなんだか訳の分からない話になりましたけれども、これは私自身に対する自分なりの励ましの意味もあります。このあとお話する方もいらっしゃると思いますので、深刻な話で脅かしてもいけないのですが、今回は富士山の火爆発が起こるような改定への不安があったと思います。対策ということで言うと来年、再来年となるにしたがって、医事課の方々の双肩にかかってくると思います。

今日の診療報酬改定に関していうと、国、厚生労働省は「あなたたちの病院は一体何で勝負するのですか、何で生きていくのですか、どうしようとしていくのですか」と投げかけていると思います。その答えが病院から返ってきたときに、国や厚生労働省はたった一言、みのさんではありませんけれども「ファイナルアンサー」と言うのです。このファイナルアンサーをどういうふうに決めていくのかがとても大事かと思えます。

最後は深刻な話になりましたが、以上です。どうもありがとうございました。



# やすらぎの医療環境づくりをお手伝いします。

**日本トップレベルを誇る  
建築分野のプロ集団**

一級建築士713名をはじめ、ファシリティーマネージャー318名、インテリアプランナー95名など多くの専門スタッフが、高い技術とノウハウで医療施設づくりにお応えします。

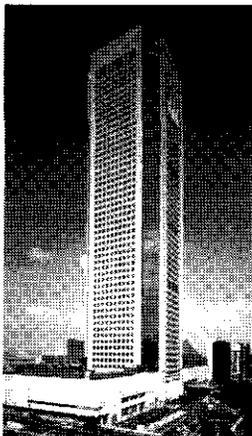
**全国均質の技術・ノウハウ  
を提供するサービス拠点**

医療施設の新築・増築はもちろん既存施設のリニューアルまで、いつでも、どこの地域でも、全国約120ヶ所のサービス拠点によりきめ細かく対応します。

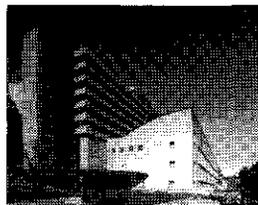
**万全の維持管理体制を  
支える多彩な技術とノウハウ**

NTTグループの資産全国約30,000棟、延床面積2,000万と4,400万の土地を一元的に管理してきた実績をもとに、医療施設の維持管理コストの低減、中長期の修繕計画立案などをお手伝いします。

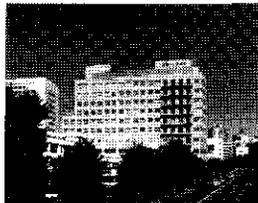
**NTTファシリティーズは、さまざまな用途や規模の建築を手がけています。**



東京オペラシティ



NTT日本関東病院



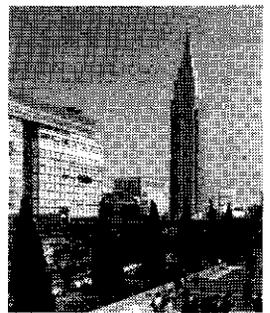
NTT日本札幌病院



小沢眼科内科病院



出田眼科



NTTコモデタワービル



琴海町立病院

**会社概要**

商 号 株式会社 エヌ・ティ・ティ ファシリティーズ  
 本 社 所 在 地 東京都港区芝浦3-4-1 グランパークタワー  
 創 業 平成4年12月  
 資 本 金 124億円(授權資本金400億円)  
 従 業 員 数 6,200名(NTTファシリティーズグループ合計)

**資格者数**

(NTTファシリティーズグループ合計)

一級建築士	713名	建築設備技術資格者	237名
二級建築士	363名	インテリアプランナー	95名
一級建築師監理技士	140名	岩地建物取引主任者	273名
建築設備士	114名	建築物環境衛生管理技術者	717名
一級管工事施工管理技士	164名	電気設備主任技術者	278名
一級電気工事施工管理技士	339名	一級電気工事士	2,633名
ファシリティーマネージャー	318名	特殊電気工事資格者	1,029名

建物の企画、設計、監理、リニューアルから維持管理まで総合的に施設づくりをお手伝いいたします。NTTファシリティーズは一級建築士事務所です。

詳しくお知りになりたい方は <http://archi.ntt-f.com/>



0120-72-73-74

E-mail: [info@ntt-f.co.jp](mailto:info@ntt-f.co.jp)

<http://www.ntt-f.co.jp>

午前9時～午後5時まで、土、日、祝日は除きます。

株式会社エヌ・ティ・ティ・ファシリティーズ 〒106-0023 東京都港区芝浦3-4-1 グランパークタワー TEL 03-5444-5000 FAX 03-5444-3800

## 診療報酬改定による200床未満の病院の影響度

横浜新緑総合病院事務次長 田村 一 浩

平成14年6月・東京

### 1. 病院概要

統計数字は平成13年度実績

《診療科目》 内科, 外科, 消化器科, 整形外科, 小児科, 脳神経外科, 循環器科, 呼吸器科, 皮膚科, 肛門科, 耳鼻咽喉科眼科, 婦人科, 泌尿器科, リハビリテーション科, 麻酔科, 放射線科

#### 《入院》

病床数 199床 (一般)

看護基準 一般病棟入院基本料1群1

平均在院日数 19.6日

病床利用率 95%

基準給食 入院食事療養(1)

#### 《外来》

受付時間 午前7時30分～午後12時30分

午後12時30分～午後4時30分

(但し, 土曜日は午後12時30分)

救急外来 年中無休(24時間救急)

内科, 外科, (小児科), (整形外科), (脳神経外科)

専門外来 糖尿病外来, 肝臓外来, 神経内科, 大腸疾患外来, 心療内科, 下肢静脈瘤外来, 乳児検診, 漢方専門外来, 看護外来

患者数 643名(1日平均)

救急車搬入人数 2,306人

紹介率 13.2%

まず最初に当院の病院概要について簡単にご説明させていただきます。当院は横浜市の北部に位置し, 東名高速の横浜町田インターから5分程度

の場所にあります。診療圏としては, 緑区はもちろんのこと青葉区, 旭区, 都筑区, 東京都町田市などとなっております。

診療科目は17科あり 現在のベッド数は199床です。ご承知のとおり200床以上と200床未満では点数算定のルールが異なります。実際にシミュレーションした結果, 平成13年10月から199床に移行しました。平成13年10月以降の影響は, 月で約500万円の収入増となり, 半年で約3千万円のプラスになりました。

入院については, 一般病棟入院基本料の群1, いわゆる2対1のA加算を算定しています。平均在院日数は 昨年実績で19.6日, 病床利用率は95%になっています。外来については, 1日平均患者数が643人, 救急車(年間)2,306人, 紹介率(13年度)は13.2%です。処方方は院内処方で行っております。

続いて法人運営施設です。当院を除いて18の法人運営施設があります。病院は当院を含めて2つ, 老人保健施設が2つ, あとは訪問看護ステーションや訪問専門のクリニックなどを運営しています。法人全体の職員数を合わせると約1,000人になります。

では具体的な影響に入らせていただきます。

#### 《法人運営施設》

病院 鶴巻温泉病院(596床)

介護老人保健施設 ライフプラザ新緑(120床)

ライフプラザ鶴巻(80床)

診療所 新緑ホームケアクリニック

訪問看護 新緑訪問看護ステーション

新緑訪問看護ステーション長津田

鶴巻訪問看護ステーション

鶴巻訪問看護ステーションあしがら  
 鶴巻訪問看護ステーションしづさわ  
 鶴巻訪問看護ステーションいせはら  
 訪問介護 鶴巻ホームヘルプセンター  
 グループホーム グループホーム青葉台  
 グループホーム中原  
 グループホーム渋沢  
 デイサービスセンター  
 デイサービスセンター青葉台  
 デイサービスセンター中原  
 デイサービスセンター渋沢  
 在宅介護支援センター  
 鶴巻在宅介護支援センター

別表1には、平成14年3月のデータを新点数に置き換えて影響度を比較した表が載っています。

別表1

### 平成14年3月 診療行為別新旧保険請求額の比較

#### 横浜新緑総合病院 (199床)

診療行為	入院	外来	合計
初診	0.0	0.0	0.0
再診	0.0	▲ 4.9	▲ 4.9
指導管理	0.0	▲ 1.1	▲ 1.1
在宅医療	0.0	▲ 7.4	▲ 7.4
投薬	▲ 4.8	▲ 4.8	▲ 4.8
注薬	▲ 5.4	▲ 8.3	▲ 6.3
検査	▲ 2.8	▲ 2.0	▲ 2.2
画像診断	▲ 3.0	▲ 6.9	▲ 5.5
理学療法	▲ 23.1	▲ 2.2	▲ 14.1
精神科専門療法	0.0	0.0	0.0
処置	▲ 16.7	▲ 2.2	▲ 14.3
手術	▲ 1.7	▲ 4.2	▲ 2.1
麻酔	▲ 1.4	0.0	▲ 1.3
入院基本料	▲ 0.6	0.0	▲ 0.6
"加算	0.0	0.0	0.0
特定入院料	0.0	0.0	0.0
処方箋・その他	▲ 1.6	▲ 0.4	▲ 1.5
合計	▲ 2.8	▲ 4.3	▲ 3.5

(%)

入院では - 2.8%、外来で - 4.3%、入・外トータルで - 3.5%ということで、当初厚生労働省から発表のあった2.7%よりも影響度が大きかったといえます。特に大きかったポイントは、入院では理学療法の部分や処置の部分。外来では5%以上の影響があったところが在宅医療の部分、注射の部分、画像診断の部分となっております。具体的に外来および入院双方に係わるポイントについて当院の影響および対策をふまえてお話しをしたいと思います。

#### 2. 外来における影響 (- 4.3%ダウン)

再診料、外来管理加算の受診回数による月内通減制

	3月まで	4月以降		増 減
再診料	59点	イ. 月の1回目	65点	( + 6点)
		ロ. 2回目～3回目	59点	( ± 0点)
		ハ. 4回目以降	30点	( - 29点)

	3月まで	4月以降		増 減
一般外来 管理加算	52点	イ. 月の3回目 まで	52点	( ± 0点)
		ハ. 4回目以降	26点	( - 26点)

	3月まで	4月以降		増 減
老人外来 管理加算	47点	イ. 月の3回目 まで	47点	( ± 0点)
		ハ. 4回目以降	24点	( - 23点)

今回の改定で、200床未満の病院については、再診料の受診回数による月内逓減制があります。これは200床以上も同じですが、若干異なるのは、1回目、2回目・3回目、4回目と3区分に分かれている点です。従来の再診料の点数が59点だったものが、1回目は65点で6点増えていますが、2回目、3回目は今までと変わらず、4回目以降は30点ということで29点減っているというのが今回の現状で、あわせて外来管理加算についても、4回目以降は約半分に一般・老人とも変更になっています。

4回目以降の逓減がない15歳未満および厚生労働省の定める特定患者、人工腎臓などについては、当院は透析をやっておりませんので、実際のところは小児科等の15歳未満のみが該当します。

実際に再診料の影響を調べたものが別表2です。Aが平成14年3月の実績です。Bはそれを新点数に置き換えた資料です。1回目、2回目・3回目、4回目以降ということで、それぞれ分けて計算しております。Cは参考程度ですが、実際に4月のデータが出ておりますので、これを載せております。

基本的にAとBを比較した数値を、予想されるであろう今回の影響ということで考えています。月間で約47万円ぐらいダウンするのではないかとこの時点ではされています。単価については、Cの4月をみると、再診の外来管理加算も含めた単価が925円から870円に55円減っている

ということでも、実際にマイナスの影響があったということがわかるかと思えます。

特に診療科ではリハビリテーションの関係で整形外科、強ミノあるいはその他注射の関係で、肝臓内科および一般内科の影響が特に大きかったという結果が出ています。逆に1人当りの受診回数が少ないであろう小児科などは1回目の算定例が多く、増となっています。

今回さらに200床未満で影響が大きいと思われるのが、ネプライザーで外来管理加算が算定できなくなったということです。小児科、耳鼻咽喉科などで影響があるのではないかと考えております。

4月以降、もう一つ変わった点は、長期投与が大幅に可能になったということで、受診回数に影響が出ると考えています。これは直近の5月のデータですが、当院の場合、前年は1.96回の受診がありましたが、今年度は1.86回と、0.1回受診回数が減っています。外来患者数については、今までより伸びていませんが、実際に単価がアップしておりますので、このへんはもしかすると長期投与で受診が減ることによって、診療密度が上がるということも、影響としては考えられるのではないかと考えています。

運動療法指導管理料から生活習慣病指導管理料へ

つづいて指導料について御説明します。指導料は、特に200床未満にポイントを当てて考えた場合、運動療法指導管理料から生活習慣病指導管理料に名称変更され200点の点数アップになっている点があげられます。高脂血症、高血圧症、糖尿病のマルメの点数ですが、当院では現状算定しておりません。

算定していない一つの理由ですが、ある糖尿病の専門外来の医師でシミュレーションをした結果、検査の内容などの関係もあり、特にメリットがありませんでした。患者さん単体で調べると当然メリットもあるかとは思いますが、いろいろな問題点も中には含まれています。

例えば当院も含め、いろいろな診療科がある病院では、併科受診をしたときにはデメリットになるケースが多いのではないかと。あるいは算定する月としない月がある場合、患者さんの同意がなか

別表2 再診料件数

## A. 平成14年3月分(旧点数)再診料算定件数

項目	点数	件数	金額(円)
再診料	59	12,100	7,139,000
小計		12,100	7,139,000
外来管理加算	52	5,668	2,947,360
老人外来管理加算	47	2,351	1,104,970
小計		8,019	4,052,330
合計			11,191,330
再診料1件当り(合計金額/件数)			925

## B. 平成14年3月分(新点数)再診料算定件数

項目	点数	件数	金額(円)
再診料1回目	65	5,952	3,868,800
再診料2~3回目	59	3,927	2,316,930
再診料4回目以降	30	2,136	640,800
再診料4回目以降(特定患者)	59	85	50,150
小計		12,100	6,876,680
外来管理加算3回まで	52	5,152	2,679,040
外来管理加算4回以降	26	514	133,640
老人外来管理加算3回まで	47	2,035	956,450
老人外来管理加算4回以降	24	316	75,840
外来管理加算4回以降(特定)	52	2	1,040
小計		8,019	3,846,010
合計			10,722,690
再診料1件当り(合計金額/件数)			886

A - B

▲468,640円

## C. 平成14年4月分再診料算定件数

項目	点数	件数	金額(円)
再診料1回目	65	5,525	3,591,250
再診料2~3回目	59	3,664	2,161,760
再診料4回目以降	30	2,260	678,000
再診料4回目以降(特定患者)	59	149	87,910
小計		11,598	6,518,920
外来管理加算3回まで	52	4,491	2,335,320
外来管理加算4回以降	26	704	183,040
老人外来管理加算3回まで	47	1,996	938,120
老人外来管理加算4回以降	24	450	108,000
外来管理加算4回以降(特定)	52	19	9,880
小計		7,660	3,574,360
合計			10,093,280
再診料1件当り(合計金額/件数)			870

なか得られにくいのではないかと。あるいは月の最初に算定したけれども、病状が悪化して出来高に変更する場合、会計処理が複雑になってしまうのではないかとというような問題もあり、現状では見合わせております。

ちなみに、ある医師会で「生活習慣病指導管理料のアンケート」行なったところ、診療所を中心に、30の医療機関から回答があり、実際に算定し

ている医療機関は5件、30分の5という結果だったそうです。ただ、算定しているところでも、患者さんの負担が多くなるケースについては算定していないということもあり、いろいろな問題点がそのなかに述べられています。

例えば「景気が悪いのに自己負担が増えることになり、患者は不安を感じ、受診しなくなることにつながる」、「算定する月としない月、また算定

別表3 平成13年度手術件数

分類	手術名	旧点数	新点数	逡減	手術総件数		
					外来計	入院計	合計
1 K843	前立腺精嚢悪性腫瘍手術	28,700	31,600	70/100	0	2	2
2 K079	靱帯断裂形成術(十字靱帯)	18,200	19,100	70/100	0	11	11
2 K079	靱帯断裂形成術(その他の靱帯)	8,710	9,850	70/100	0	6	6
2 K511	肺切除術(楔状部分切除)	17,100	18,000	70/100	0	1	1
2 K695	肝切除術(部分)	19,600	20,600	70/100	0	1	1
2 K695	肝切除術(区域切除)	21,300	23,400	70/100	0	1	1
2 K702	膝尾側切除術	19,200	20,200	70/100	0	3	3
2 K702	腓体尾部腫瘍摘出術(周辺臓器の合併切除を伴う)	35,000	35,000	70/100	0	1	1
2 K703	腓頭部腫瘍切除術(周辺臓器の合併伴う)	69,500	69,500	70/100	0	1	1
2 K703	腓頭部腫瘍切除術(リンパ節・神経)	66,000	66,000	70/100	0	2	2
3 K803	膀胱悪性腫瘍手術(全摘)回腸(結腸)導管	59,600	65,600	70/100	0	2	2
3 K020	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下)	42,000	46,200	70/100	0	1	1
3 K076	観血的関節授動術(膝)	25,200	26,500	70/100	0	2	2
3 K434	顔面多発骨折観血的手術	15,400	17,700	70/100	0	1	1
3 K529	食道悪性腫瘍手術(消化管再建)頭部・胸部・腹部の操作	68,100	71,500	70/100	0	1	1
3 K529	食道悪性腫瘍手術(消化管再建)胸部腹部の操作	51,900	54,500	70/100	0	2	2
4 K082	人工関節置換術(股)	26,500	23,600	70/100	0	6	6
4 K082	人工関節置換術(膝)	26,500	23,600	70/100	0	6	6

する人とし不在の患者負担の違いを説明するのが大変、検査内容などにより毎月の患者負担が変わると、今までと同内容の治療でも、導入すると患者負担が増加することなどから、患者との信頼関係が損なわれるおそれがあり、現状では算定していない」というような意見などが出されています。

実際には単科の開業医や検診などで異常値が出た患者さんの最初から定期的に生活習慣病指導管理料を算定するようなケースなどが、算定しやすいのではないかと考えています。

### 在宅医療のマイナスによる影響

在宅自己注射指導管理料(院内)

950点 820点

携帯用酸素ボンベ加算 1,200点 990点

酸素濃縮装置加算 5,500点 4,620点

	件数	旧点数	新点数	影響金額
在宅自己注射指導管理料(院内)	87	950	820	113,100
酸素濃縮装置加算	19	5,500	4,620	167,200
携帯用酸素ボンベ加算	17	1,200	990	35,700
合計				316,000

(円)

資料には在宅自己注と在宅酸素の減点分が載せてあります。在宅自己注については、当院は院内処方ですので950点から820点ということで130点減っています。しかし、160点と80点の注射針加算ができましたので、実際のところ在宅自己注については影響は少なかったと思います。ただ、在宅酸素については改定の影響が大きかったということがいえます。

指導料についてはまったくのマイナス改定というだけではなく、今回の改定で在宅療養指導管理料全体の算定付加条件としてあった「退院後1ヶ月以内」という文面が「退院の属する月」と変更されている点など若干算定要件が変わってきたこと、あるいは在宅自己注の血糖測定加算は退院時に算定できませんでしたが、今回から退院時にも算定できるようになったことなどで、プラスと考えられる影響もあるのではないかと考えています。

### 3. 入院における影響(-2.8%ダウン)

#### 酸素の価格設定に伴う処置の影響

	使用量(瓶)	旧金額	新金額	影響金額
酸素	3,653,432.3	0.41	0.20	730,686

当院では酸素の価格に伴う影響が非常に大きかったと思います。旧金額が41銭だったものが、

新金額が20銭となり、この影響で収入が約73万円ダウンしています。今後は価格交渉なども含めて、業者との折衝が再度必要ではないかと思っていますし、実際にその動きを現在行なっております。

処置の項目では、ギプスが手術から処置に移りましたが、点数的には実質マイナスになっています。ただ、時間外の加算が取れるようになりましたので、取り漏れがないようにしていきたいと思っています。採型ギプスも今回から4区分に分かれましたが、連絡不徹底による請求漏れが非常に多かったということで、点数的にはダウンしていますが、これを契機に漏れがないように再度見直しをしています。

#### 手術の施設基準の見直しに伴う影響

つづいて手術ですが、今回は大幅な施設基準の見直しということで、届け出要件がいろいろ出されています。別表3に今回届け出が必要になった件数だけでなく、その中で必要だった項目について、当院の実数をあげさせていただいております。

ご覧になって分かるのとおり、届け出要件のある手術の件数は少ないのですが、200床未満では同様のところが多いのではないのでしょうか。その中で靱帯形成術が、10件の届け出に対して17件と、食道悪性腫瘍等の届け出が、初年度は3件ということで、現状、この2つを届け出しております。

この届け出については医師の経験年数などは当院では特に問題がありませんでしたが、それほど多く実施されているわけではない為、影響はほとんどなかったと考えています。ただ、手術点数の中で内視鏡下の手術、腹腔鏡下の手術、あるいは白内障等の簡単な手術について点数が下がっております。例えば内視鏡下ではポリペクなどの点数が下がっているように届け出以外の手術の影響の方が大きかったのではないかと考えています。

今回の改定で200床未満の病院での手術の実施意義が問われています。これから届け出手術の範囲が拡大された場合に、やる意義があるのだろうかという話が出てきています。自分のところの病院の症例数などを再度検討し、得意分野、不得意分野などを整理しておく必要があるのではないかと思います。たまにしかやらないような診療科、たまにしかやらない術式などが、案外一番非経済的

なのではないかと考えます。

当院では、今回靱帯形成術の届け出ができました。整形の医師に聞きますと、大学等と比較しても多い症例数だということです。関節の手術後が、リハビリの早期加算の対象になっていることもありますし、秋から整形外科の常勤医が3人から4人に増える予定ですので、スポーツ外来を新設し、対象者を少しでも増やしていこうということ、当院では検討しております。

入院料について今回点数がダウンしています。当院は先程申しましたように群の1ですので2対1のA加算を取っているのですが、平均在院のしびりが25日から21日と厳しくなっています。年間の平均在院が19.6日ですので、かなり危なくなってきたというのが現状です。今回は急性期入院加算や急性期特定入院加算を届け出している医療機関も20日から17日に短縮されたということで、返上せざるを得ないところも出てきていると聞いております。当院は200床未満、いわゆる「かかりつけ医機能」といわれております。平成15年8月までには急性期か慢性期かという選択をしなければいけないのは200床以上と変わりません。急性期でやっていくのであれば、先々急性期入院加算、急性期特定入院加算の届け出ができるような院内整備が今後の大きな課題になると考えています。

今回、10月から180日超の入院が、特定療養費化されることがすでに出されております。現在のところ当院では6カ月超えが4人、3カ月超えが8人おります。180日超の特定療養費の日数計算では他院からの入院期間も通算となっておりますので、実際には現状の人数より増える可能性もあります。今後この対応も必要ではないかと考えています。

今回、他院からの入院期間も通算されるということで、4月から当院では、基本的には入院案内時に、当院での入院歴、もしくは他院での入院歴を確認することにしています。退院時には告知等の問題もありますが、原則死亡患者さん以外には退院証明書を発行しているという現状です。今後、複数の医療機関で入院歴がある患者さん、あるいは申し出がなかったような場合の対応が非常に難しいのではないかと思います。あわせて、事務処

理の煩雑さも、これからは出てくる問題と考えています。

#### 4. 入外両方に係る項目の影響

##### MRI・CTの点数ダウンによる影響

	件数	旧点数	新点数	影響金額
MRI(頭部)	124	1,660	1,140	644,800
MRI(躯幹)	70	1,780	1,220	392,000
MRI(四肢)	17	1,690	1,160	90,100
小計				1,126,900
CT(頭部)	129	655	620	45,150
CT(躯幹)	167	880	830	83,500
CT(四肢)	2	610	570	800
小計				129,450
合計				1,256,350

2回目,特殊撮影は除く (円)

続いて,入・外両方に係る項目では,MRIとCTの点数ダウンによる影響があります。実際に影響を調べたところ,月間で126万ダウンするという結果が出ています。MRIでは金額として大体1件につき5,000円近く減っているかと思えます。ただし,2回目とか特殊撮影については省かれています。

今後の対応については,医師などと相談しながら,過剰にならない程度に症例ごとに算定ルールを構築し,少しでも件数を増やしていくことも必要かと考えています。

当院には7月から放射線科の常勤医が入ります。画像診断管理加算の算定もプラスの影響であり,さらに少しでも紹介患者さんを増やせるようにということで用意しておりますが,これについて先生が実際に着任してから開業医等にイン

別表4 リハビリ算定件数

##### A. 平成14年3月分外来(旧点数)リハビリ算定件数

項目	点数	件数	金額(円)
理学療法(Ⅱ)複雑・6月以内	530	14	74,200
理学療法(Ⅱ)簡単・6月以内	170	706	1,200,200
理学療法(Ⅱ)簡単・6月以内(労)	255	56	142,800
理学療法(Ⅱ)複雑・6月超	480	9	43,200
理学療法(Ⅱ)簡単・6月超	155	275	426,250
理学療法(Ⅱ)簡単・6月超(労)	233	8	18,640
老人理学療法(Ⅱ)複雑・6月以内	580	27	156,600
老人理学療法(Ⅱ)簡単・6月以内	185	191	353,350
老人理学療法(Ⅱ)簡単・6月超	160	121	193,600
老人理学療法計画評価料	150	20	30,000
合計		1,427	2,638,840

##### B. 平成14年3月分外来(新点数)リハビリ算定件数

項目	点数	件数	金額(円)
理学療法(Ⅱ)個別療法(～10単位)	180	1,296	2,332,800
理学療法(Ⅱ)個別療法(11～単位)	126	47	59,220
理学療法(Ⅱ)個別療法(～10単位)(労)	270	64	172,800
早期加算31日～90日	30	4	1,200
合計		1,411	2,566,020

B - A	▲72,820円
-------	----------

※件数をベースにしている為、実際の金額とは若干異なる。

フォーメーションをしていく予定です。

リハビリ体系の見直しの影響

つづいてリハビリテーションの影響についてですが、今回ベット数にかかわらずどの医療機関にとっても最も大きな影響があった項目ではないかと思えます。別表4、4 は当院の状況ですが、少し早い時期に影響率を出した関係で、外来で約7万円のダウン、入院で約103万円のダウンと予想されておりました。

方式としては、外来については原則個別1単位でシミュレーションし、入院については個別2単位でシミュレーションした結果を出しています。主に複雑を算定していた入院では、複雑の点数を補うために3単位の個別療法が必要になってきます。単位数の上限と時間の関係でマイナスの影響が大きかったのではないかと思います。

今回、もう一つの問題点として、従事者1人当りの1日上限があります。複雑では40分実施で、12人まで1人のセラピストがやっていいというこ

別表4 リハビリ算定件数

C. 平成14年3月分入院(旧点数)リハビリ算定件数

項目	点数	件数	金額(円)
理学療法(Ⅱ)複雑・6月以内	530	92	487,600
理学療法(Ⅱ)複雑・6月以内(労)	795	26	206,700
理学療法(Ⅱ)簡単・6月以内	170	317	538,900
理学療法(Ⅱ)簡単・6月以内(労)	255	27	68,850
理学療法(Ⅱ)簡単・6月超	155	36	55,800
老人理学療法(Ⅱ)複雑・6月以内	580	205	1,189,000
老人理学療法(Ⅱ)簡単・6月以内	185	432	799,200
老人理学療法(Ⅱ)複雑・6月超	510	17	86,700
早期理学療法(Ⅱ)	590	4	23,600
早期理学療法(Ⅱ)(労)	885	12	106,200
脳血管等患者加算	60	15	9,000
老人早期理学療法料(Ⅱ)(7日～30日)	640	47	300,800
老人早期理学療法料(Ⅱ)(～7日)	840	7	58,800
老人理学療法計画評価料	150	57	85,500
合計		1,294	4,016,650

D. 平成14年3月分入院(新点数)リハビリ算定件数

項目	点数	件数	金額(円)
理学療法(Ⅱ)個別療法(～10単位)	180	1,240	2,232,000
理学療法(Ⅱ)個別療法(11～単位)	126	191	240,660
理学療法(Ⅱ)個別療法(～10単位)(労)	270	65	175,500
早期加算～14日	100	120	120,000
早期加算15日～30日	80	157	125,600
早期加算31日～90日	30	297	89,100
合計		2,070	2,982,860

D - C	▲1,033,790円
-------	-------------

※件数をベースにしている為、実際の金額とは若干異なる。

とになっていたものが、今回からは個別の20分は18単位が上限となりました。時間にすると480分(8時間)が360分(6時間)に減少しましたが、2時間分最大値の労働時間が減ったということが大きいかと思えます。対象患者さんはいるが、PT,OTの人数が限られているために、算定できないケースということも多く出てきているのではないかと思います。

シミュレーション上には集団というのは一切出てきておりませんが、4月以降、実際には組み合わせで集団療法もあわせてかたちで行っています。以上のような状況からも当院も含め他の医療機関もリハビリについての影響は非常に大きかったのではないかと思います。

対応策として考えられることは、月の単位数の制限のない早期加算について対象が拡大されているため、メインに考えていく必要があるのではないかと思います。関節と脊椎の手術後についても手術日を起算日として算定することになった為、若干対象が広がったのではないかと思います。

当院では4月に早期加算の算定対象患者さんが42人いましたが、おもに整形外科が中心でした。当院の場合、脳外科の患者でリハビリを受けている方が比較的少ないので、対象者を増やす必要があります。あるいは外科系の医師に、開胸・開腹術後も今回から早期加算の対象になることを再度インフォメーションし、少しでも早期の部分を増やしていきたいと考えています。

## 5. 今後の対応・対策

10月実施項目(医療安全対策未実施減算、褥瘡対策未実施減算、180日超の特定療養費)の再整備

急性期入院加算、急性期特定入院加算算定に向けての取り組み

- ・病歴室の設置(診療録管理体制)
- ・地域医療連携室の設置
- ・クリニカルパスの構築
- ・外来機能のサテライト化

病院機能評価取得

回復期リハビリテーション病棟の検討

以上を今後の対策と考えています。10月に医療安全対策未実施減算、褥創対策未実施減算、180

日超入院の特定療養費化が始まります。今後は、院内の再整備も必要ではないかということで実際に委員会を立ち上げたり、担当の医師および看護師を決めたりという形で今整備を進めています。

平均在院日数の届け出も、この6月・7月・8月、若しくは7月・8月・9月のいずれかの3カ月で行なわなければなりません。現状、4月以降では20日を切っているような状況ですから、今のところ問題はありますが、今回から平均在院日数のしぼりが非常に厳しくなっているということもあって、対応していかなければいけないと思います。

先程お話ししたように当院は去年の10月からベッドを1床返還して200床未満という形を選択しました。冒頭でお話ししたとおり、法人では唯一の一般病院ですので、オペのできる病院は当院だけです。したがって当院としては現状では急性期一般としての生き残りを考えています。急性期としてやっていく為には遅れている点も多々ありますが、病歴室、地域医療連携室の設置準備も進めています。ただ、人選、あるいは業務内容、設置場所、医師をはじめとする院内の協力体制等の問題で少し難航しているというのが現状です。

私個人としましては、いろいろな勉強会などに参加した際、他院がそういう取り組みを進めていることを聞くたびに非常に危機感を持ちます。早急に整備していかなければいけない課題だと考えています。外来部分の診療所化も、急性期特定入院加算の入・外比率1対1.5を達成するためには必須なので、検討項目として考えていかなければなりません。

さらにまったく別の選択ですが、急性期部分を特化するという目的で、一部の病棟を回復期リハビリテーション病棟にしたらかどうかというプランも出ています。

今回の診療報酬改定の影響は非常に大きく、皆さんも多くの問題を抱えているのではないかと思います。厳しい時代を生き抜く為の一つの策として、今後私たち事務の者がどれだけ病院の経営者に様々な情報提供をし、それを的確に判断してもらうかということが非常に大事ではないかと思えます。どうもありがとうございました。

## 肝硬変・肝癌の栄養管理

岐阜大学医学部第一内科教授 森 脇 久 隆

平成13年11月・岐阜市

森脇 皆さん、おはようございます。ご紹介どうもありがとうございました。岐阜大学第一内科からまいりました。地元代表の学術講演ということで、肝臓の話をしたと思います。

皆さんもうよくご存知のとおり、栄養、特に患者さんに対する栄養、臨床栄養を取り巻く環境が、ここ2～3年で大きく変わってきたというのをひしひしと感じていらっしゃると思います。

というのは、保険医療で支えられてきた、いわゆる医療制度というものがある程度限界が見えつつあるということが1つの理由です。一部が、まず離れていったのが介護という方向です。

もう一つ、さらにいろんなことを含めて、医療経済全体の効率を上げるという上で、限りある経済資本をうまく使っていく。逆にいうと、たとえば私は内科ですけれども、薬を使って病気を治す上で同じ量の薬を同じだけ使っても、治りやすい方と治りにくい方がいらっしゃる。

その治りにくい方を治りやすくするための1つのファクターとして患者さんの栄養状態を底上げしておくことと薬に対する反応性が良くなるということがアメリカ、ヨーロッパではずいぶん早く分かり、例えば栄養サポートサービスという格好で行われるようになってきています。

その方向に向けて日本も動かないと世界から置いていかれるというのは、新聞などでよく取上げられるグローバルスタンダードへの対応という問題です。

色々なシステム、医療、栄養に限らず様々なシステムがすべて今、グローバルスタンダード化され、日本がそれに追いつけるかどうかというのが、各種の分野でこれから日本が生き残っていけるか

否かの大きな境目になってくるわけです。その1つに、栄養、医療があります。

日本の行政もそのことによろしく気がついて、例えば、高齢者について栄養ケア・アンド・マネージメントというシステムが始まろうとしています。それを追いかける格好で次に始まろうとしているのが臨床栄養の分野、すなわち患者さんを対象とした栄養の分野での栄養ケア・アンド・マネージメントです。

私見ですが中心になっているのは、医療経済が非常に大きく絡みますので、実は行政です。これと連動しているのが、よくご存じの栄養士法の改正、昨年改正されて来年4月実行に移りますけれども、その中で管理栄養士のカリキュラムなども大きく変わろうとしています。これらの大きな流れを受けて、今これからお話しようとするように臨床栄養が大きく変わろうとしています。

その中で、今一番大事だといわれていますのは、これまで日本でやられていなかったこと、すなわち臨床栄養というのは患者さんの栄養ですから、栄養診断をまずきちんとつけるということです。それをやるためには根拠が不可欠で、いわゆる栄養アセスメントをきちんとやることから全てが始まります。

栄養パラメーターをきちんと読めて栄養診断を下せること、というのがこれから医師にも栄養士にも、あるいはその他栄養サポートに係わるような看護婦、それから薬剤師にも要求されてくるようになるかと思えます。

今日は最初に栄養アセスメントをめぐる最近の趨勢、機器の開発とか、あるいはいろいろな医薬品メーカー等が非常に大きく参入しようとしています

すけれども、そのあたりのことをご紹介します。続いて、本日の主題である肝硬変、肝臓がんの栄養は臨床的にいかにすべきか、どのくらいの効果が期待できるのかというお話をしたいと思います。

人間の身体というのは様々な合成成分が一定の比率で組み合わさって成り立っています。きちんとそのとおりに成り立っているかどうかによって、その人が健康かどうか、また日常生活活動を順調にできるかどうかが決まってきます。

このようにきちんとした比率で、例えば体脂肪だとか骨格筋とかが条件を満たしているのどうかを調べるのが栄養アセスメントです。また人間の身体がそれぞれの比率で条件を満たすようにもっていくのが 相手が健常人であれ病者であれ、栄養管理をきちんとするということになってきます。

例えば、後で出てくるように、血清アルブミンをきちんと測定し、内臓タンパクの状態を判定します。

そのためには、それぞれの栄養指標がどういう値を示したら、異常とみなすのかという基準を設定しておく必要があります。

栄養アセスメントの教科書をたくさん読みますと、いっぱい書いてあって何がなんだか分からないということになるかもしれません。けれども、大事なものはだいたい3項目ないし5項目です。

例えば4項目とするとどうなるかという、まず簡単に測定できるパーセント標準体重が挙げられます。ブローカの式、明治生命の生命表法も使いますが、今はボティーマスインデックス (BMI) 22あるいは24を基準にするという方法がいいのではないかと思います。

例えば、パーセント標準体重が80%以下であった場合、その方は低栄養状態にあると私どもは定義しています。その他パーセント上腕筋囲 (AMC)、基準値75%も良いパラメーターになります。

血液の検査ではリンパ球数 (基準値 $1000/\text{mm}^3$ ) と、血清アルブミン濃度 (基準値 $3.5\text{g}/\text{dl}$ ) が一番基本で、この4項目だけはきちんと覚えておくべき栄養アセスメントの指標ということになります。

それぞれについて低栄養の基準を決めて、一般

の病院に入院していらっしゃる内科系の患者さんがどのくらい低栄養状態にあるのかということ进行调查してみると、かなり高頻度であることが判ります。

すなわち、4項目のうち1項目が異常な方は3人に1人以上出てきます。大学病院から市中病院、高齢者を対象とした病院までふくめて千人以上を調べたところ、34%は軽い低栄養状態にあり、約10%は2項目以上を満たすかなりの低栄養状態にあるという結果でした。

この状態で治療を行っても反応性は良くならないわけですから、きちんと栄養の底上げをしていく必要があります。逆にいいますと、それを行うことによって薬の使用量は減るかもしれないし、在院日数が短くなるかもしれないという効果が期待できます。

一番顕著な例は、有名な尾鷲市民病院ですが、在院日数を平均して1割5分短縮、さらに300床規模の病院ですと、年間約1億5千万円ぐらいの医療費の削減が達成できるというデータが実際に出土つあります。

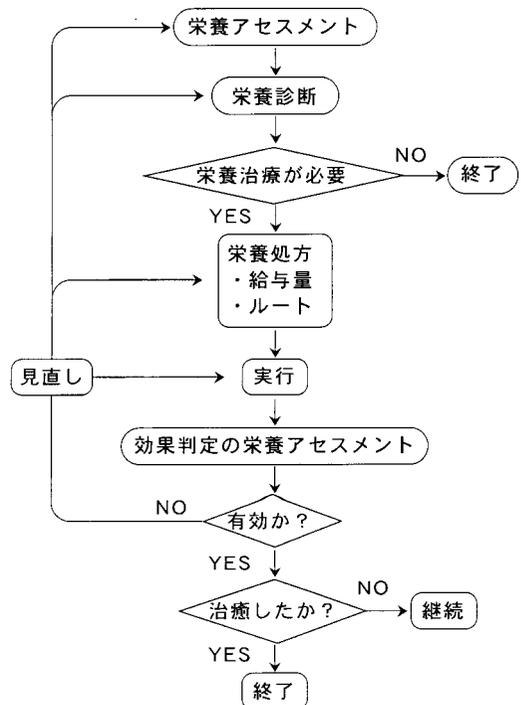


図1 栄養治療のフロー

この辺りのことを十分認識した上で、患者さんの栄養を適確にサポートしてあげるためにはどういう手順が必要なのかという操作が始まります。すなわち栄養治療のスタートです。

その流れ(フロー)は他の治療法と同じです(図1)。まず栄養アセスメントによって、情報を集め、その患者さんが栄養異常の状態にあるのかわかるのか、もし栄養異常があるとすれば、どういう栄養異常なのかという診断を下します。

それに対応して薬物治療などと同じく処方をする。この場合は栄養治療ですから、栄養処方を行います。栄養処方の場合には中身と量の処方と同時に、どういうルートからその栄養を差し上げるのか、補給するのかということも決めていくことが必要になります。

その後、その治療を実践し、一定期間後効果を判定します。効果判定でもしまだ治っていないということになりますと、診断や処方が間違っていたのではないかとということで、見直し変更を行なうという流れになります。

なお、この図は栄養を例にして書いてありますが、他の治療にもすべていえることです。内科の薬物治療、外科の手術療法、あるいは物理的な療法等についても共通したフローで、何も栄養に特殊なものではありません。

このようなフローに沿って栄養治療を行なっていく上で一番大事なものは、栄養アセスメントと栄養診断であり、最近では広い用語として栄養診断までふくめて栄養アセスメントと呼ぶようになってきています。

私どもの施設の実際をお示ししたいと思います。何よりも専門の職員が一番必要ですが、なかなかそういうふうにはまいませんから、何人が兼務することになります。

実際に行っていく上ではカルテの中に、医師のカルテ、看護婦のカルテ、検査データのページ等とともに、栄養専門のページを持つことがスタートではないかと思えます。図2に私どもが用いている栄養アセスメントのページを示します。記入するのは、例えば病棟の栄養士やその他の専門職

### 栄養アセスメント

		調査日	
フリガナ 氏名	生年月日	年齢	性別
ID	外来カルテNo	入院カルテNo	
入院日	退院日	主治医 Dr.	
診断名	病因	脳症	腹水
HCC		Varix	DM
その他合併症			
喫煙歴	飲酒歴		
常用薬 (BCAA製剤の有無)			

### I Anthropometric Examination

①身長	cm	②体重	kg	過去6ヶ月の体重	kg	減少率	%
③ IBW				%IBW _____			
④ BMI		⑤BSA	m <sup>2</sup>				
⑥ TSF	cm			%TSF _____			
⑦ AC	cm	⑧AMC	cm	%AMC _____			
⑨ BIA	/			%FAT _____			
⑩大腿周囲長	cm	⑪下腿周囲長	cm				
⑫握力(右)	kg	(左)	kg				

図2 栄養アセスメント・チャート

### II Blood Chemistry (m-Child 点)

Na	K	Cl	BUN	Cr
T.P	Alb	PT	HPT	AFP
T-Bil	GOT	GPT		
LDH	ALP	γ-GTP	NH3	
T-cho	TG	FBS	HbA1C	
s-Fe	UIBC	フェリチン		
RBC	Hb	PLT	WBC	Lymph
BCAA	TYR	BTR	Fischer比	
その他				

### III Urine Analysis

①尿糖	②尿蛋白
③総窒素	
④3-MH	⑤Cr
	⑥3-MH/Cr

### IV Indirect Calorimetry

VCO2	VO2	RQ	
BMR	REE	REE/BMR	npRQ
%CARBO	%FAT	%PRO	
代謝状態			
総カロリー供給量			

員です。

この際大事なものは、なかなか病棟へ出ていくのはおっくうだとおっしゃる方がいらっしゃるかもしれませんが、栄養管理室で待っているのではなく栄養士が自分で病院のベッドサイドへ出向き、そこで患者さんと直に対応することです。部屋で話をするのとベッドサイドで話をするのは多少ニュアンスが違ふことがあります。問診がやはり一番最初のスタートかと思えます。

次は身体計測です。身長、体重に加えて最近ではいくつかの身体計測が必須になっています。また血清アルブミン濃度が読めるということが、これから臨床栄養の仕事に従事していけるかどうかという点で、大きな分かれ目になってくるかと思えます。

身体計測用の器具も随分使い易いメジャー(巻尺)やキャリパーが入手できる様になりました。これらを用いて、上腕周囲(AC)や上腕三頭筋部皮下脂肪原(TSF)を実測でき、上腕筋囲を算出できることが、これからの栄養士に要求されます。

また、身体計測に関連して日本が欧米に比べて遅れていたのは、日本人の基準値として1980年代に大阪大学外科の金先生が出されたもの以降、なかった点です。

今回、私どもが全国的なチームをつくって検討したところ、最近のおよそ15年間で日本人の身体計測基準値が30%ぐらい違ってきていることが分かりました。

欧米ではほぼ5年に1回の割合で改訂されますけれども、ようやく日本でも栄養アセスメント研究会の下部組織で、現在の日本人の基準値を定め、データブックとして刊行できました(「日本人の新身体計測基準値 JARD2001」, 2002年, メディカルレビュー社)

全体として約6,000名のデータが入っていますので、相当信頼性の高いものになっています。おそらく5年間ぐらいこれから先使えるでしょうし、その後は、5年に1回ぐらいの割合で改訂できるだろうと考えています。

なお JARD2001は官民合同の事業で、国立病院管理研究所、国立健康栄養研究所、栄養アセスメント研究会と所属大学、さらにメーカーも参入した大がかりなシステムです。

もう一つの大きな動きは、エネルギー給与量の新しい設定方法です。栄養処方に際しては、まず熱量をどれだけにするかというのが一番基本的な計算根拠になります。

従来は日常活動指数に1点80キロカロリーをかけるという計算方法をとってきました。これもやはり欧米に比べると少し劣っていた点で、実際にはもし可能であれば、個人々々に合わせたオーダーメイドのエネルギー処方をしなければなりません。このような目的で、個人々々の安静時エネルギー消費量を測れるような簡単な機械の開発も進んできました。これでまず安静時エネルギー消費量を測る。次に、本当にきちんとやりたい場合には、まだ普及してはおりませんが、エネルギーカウンターで、運動によるエネルギー消費量を計測します。加速度計で、運動によるエネルギーをそのままジュールに換算して測れます。先に測った安静時エネルギー消費量と、このエネルギーカウンターで測った運動時のエネルギー消費量を足し、その和に安全計数(1.1)をうけてエネルギー処方とします。

これによって個人々々に合わせたエネルギー処方を将来行っていくという方向に今動きつつあります。一部の施設では既にスタートし、ほんとにそれが正しいかどうかという検討も始まりません。

さらにチーム医療が必須です。病院の状況によって異なりますが、医師、栄養士、看護婦、薬剤師等から成るチームとして栄養を考え、処方を行い、必要があれば病棟回診をします。例えば病院でしたら、その病院全体の栄養サポート、あるいは病棟単位でもそのサポートの底上げを図り、患者さんの治療に対する反応性をよくしていくというのがこれからの動きになっていくと思えます。

ここまでが臨床栄養を取り巻く最近の変化です。ここから肝臓の病気、特に今日は肝硬変と肝臓癌の栄養管理に入っていきたいと思えます。

日本人の国民病というのは、昔結核だといわれていました。今は日本人の第2の国民病はウイルス肝炎だといわれています。

どうしてかということ、日本人の肝臓の病気は、大部分がB型とC型で、その2つを合わせて、今

1億2千万人の日本人のうち 約350万人が肝炎ウイルスに罹っていると見積られています。すなわち、キャリア率からは日本人で最も罹患率の高い疾病であるため、第2の国民病といわれます。

困難な問題は、たいへん死亡率が高いということです。厚生省の人口動態統計によると、年間肝硬変で約1万5千人、肝臓癌で3万4千人、合わせて約5万人がお亡くなりになっています。

悪性腫瘍だけに限れば、1位が肺癌、2位が胃癌、3位が肝臓癌ですが、肝硬変を合わせると、日本人で一番多い単一の臓器死因ということになります。

癌にしろ肝硬変にしろ、もちろん非常にはっきりとした疾患単位ですので、様々な治療法が必要になります。しかし、栄養治療を考える場合には、肝臓癌と肝硬変は別の病気ではありません。すなわち、肝臓癌は肝硬変という母地から一定の割合で出てくる病気だということです。

加えて大切なことは、肝硬変も肝臓癌もその背景にある病態は肝不全であるということです。要するに肝臓の働き方がその患者さんの身体を支える上で力不足になってくるという状態です。

肝硬変と肝臓癌を分けるのではなく、そのバックに肝不全があるということを理解していただくと、これからの話は非常に分かりやすくなります。ここから先は、一応肝硬変を代表にして話を進めますけれども実際には肝不全に対する栄養管理の話になります。

栄養管理に当たって、こういう患者さんがどんな栄養異常の状態にあるかを、まず明らかにしておく必要があります。外来通院の患者さんについて評価するのはなかなか難しく、何らかの症状があって入院された患者さんについて評価してみました。

新規入院された109人の患者さんについて、エネルギー栄養状態とタンパク栄養状態を測定しました。その結果、エネルギー栄養もタンパク栄養も両方とも正常である方は、13%しかいらっしゃいませんでした。残り87%の方は何らかの栄養異常を持っていらっしゃるわけで、特に50%の方はタンパク・エネルギー低栄養状態(いわゆる PEM)の状態にあることが分かりました。

そういう栄養異常状態が患者さんにどういう悪

影響を及ぼすのかということが次に大事な点になってきます。

1つはタンパク栄養状態が悪い患者さんの方がいい患者さんよりも早く生存曲線が低下するということ、すなわちタンパク栄養状態がまさにその患者さんの生存期間を規定しているということになります(図3)。

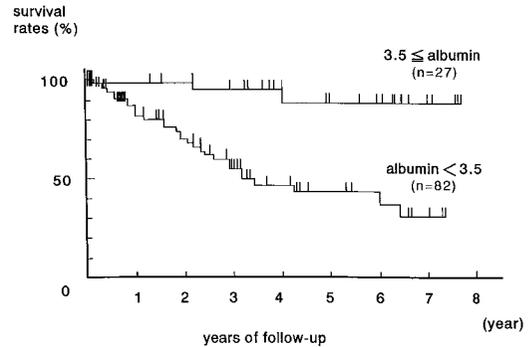


図3 肝硬変患者の生存率に及ぼす血清アルブミン濃度の影響

さて血清アルブミンはたいへんに大事なタンパク栄養のマーカーです。アルブミンの話をおことうと思います。今度行われる栄養士法の改正に伴う管理栄養士の新しいカリキュラムでも一番重要なことの1つにアルブミンについて分かつ

表1

## ヒト血清アルブミン

分子量	66,000
アミノ酸	585
Val	41
Leu	61
ILe	8
合成部位	肝
血中半減期	2~3週

表2

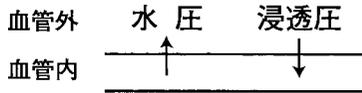
## 血清アルブミンの測定法と正常値

1. 蛋白電気泳動法 (蛋白分画)	4.3~6.0 g/dl (65~75%)
2. 免疫比色法	
・ BCG	3.5~5.0 g/dl
・ BCP	3.7~5.5 g/dl

表3

## 血清アルブミンの役割

### 1. 血漿膠質浸透圧の維持



### 2. 物質の運搬機能

- ・ ビタミン
- ・ ミネラル
- ・ その他

ていて、そのデータがきちんと読めるというのが大きな項目になっています。

アルブミンは585個のアミノ酸だけからできているタンパクで、分子量は66,000、血液中の正常濃度は3.5~5g/dlです(表2)。大事な点はアルブミンを合成できる臓器は人間の体の中で肝臓だけであるということです。それから血中半減期が2~3週間というのは、いったんつくられたアルブミンは2~3週間で半分ぐらいが壊れていくということを意味しています。

アルブミンの働きには2つあります(表3)。1つは、ビタミンとかミネラルとかいろいろな物質を体の中で運んでいくという働きです。

もう1つは血液浸透圧の制御です。表3に2本線が書いてありますが、これは水道管と同じような格好で血管が書いてあると考えていただいで結構です。血圧という言葉があるように、この中の血液は圧力を持っていて、血管の中から外へ常に水を押し出していこうとする水圧(外向きの矢印)が働いています。

もう1つの矢印は、血管の外にある水を血管の

中に常に引っ張り込もうとする内側向きの圧力です。この圧が浸透圧と呼ばれるものであり、これを規定しているのがアルブミンです。

アルブミンが低くなると外向きの矢印はそのまま中へ入ってくる内向きの矢印が弱くなります。その結果、外向きの矢印の方が強くなり、血管の中から外へ水が出ていく。この結果おこる症状が足のむくみ、浮腫です。さらに放置しておくと腹水、胸水につながってきます。

例えばネフローゼの患者さん、それから肝硬変でアルブミンが低くなるような患者さんの場合には浸透圧の低下がその患者さんの症状に一番関連しているということになります。

表4

## 血清アルブミン濃度の異常をきたす病態

### 1. 高アルブミン血症

- ・ 血液濃縮(脱水)

### 2. 低アルブミン血症

#### (1) 先天異常

- ・ 先天性無アルブミン血症

#### (2) 材料不足

- ・ 栄養摂取不足
- ・ 吸収不良症候群

#### (3) 肝実質障害

#### (4) 喪失の亢進

- ・ 火傷, 出血, 蛋白漏出性胃腸症  
ネフローゼ症候群
- ・ 消耗性疾患

アルブミンに異常を来す病気はどのようなものがあるのか(表4)。高くなるのはあまりないんですけども、例えば日射病で脱水がきたら、血液が濃くなって見かけ上高くなるのが起こります。

それから低くなる病気としては、いろいろありますけれども、大事なのは肝臓の病気です。アルブミンは肝臓でのみつくられますから、肝臓が悪

くなるとできなくなるわけです。

それからもう1つは、喪失の亢進で、一番有名なのはネフローゼ症候群で尿の中にアルブミンがどんどん出ていってしまう。またヤケド等で皮膚からどんどん失ってしまうというのも大事かと思えます。

さらに癌や長期にわたる結核など消耗性の疾患の場合にもアルブミンが低くなり、大事な栄養指標として使われます。

表5

## 低アルブミン血症の臨床症状

1. 一次症状
  - ・浮腫
  - ・腹水，胸水
2. 二次症状
  - ・心不全，腎不全
3. その他
  - ・ビタミン，ミネラル代謝異常？

低アルブミン血症の症状はさきに説明したとおり、1次症状としては足のむくみ、その後少しして腹水や胸水が貯まってきます(表5)。この段階までにきちんと治療できればいいんですけども、治療が追いつないと2次症状として心不全とか腎不全に進行してまいります。

それから、大事な機能はビタミンとかミネラルの物質運搬だと申しました。それが障害されるとビタミンやミネラルの代謝異常が来るはずですが、今の日本ではこれは現実にはあまり起こらない。そのぐらい微量栄養素については十分以上行き渡っているというふうに理解してよいかと思えます。

アルブミンが下がった場合に治療は何をするのか(表6)。いうまでもなく原因疾患の治療が第一で、一番有効なのは、慢性消耗性疾患とネフローゼ症候群です。ネフローゼの場合は薬をきちんと使うことによってアルブミンが逃げていなくなりますから、これが一番大事ということになります。

それから緊急避難的にはアルブミンを点滴できるボトルとか、あるいは凍結血漿があります。凍

表6

## 低アルブミン血症の治療

### 1. 原因疾患の治療

### 2. アルブミンの補給

- ・凍結血漿
- ・アルブミン製剤  
(・輸血)

### 3. アミノ酸療法

- ・経静脈
- ・経口：成分栄養  
半消化態栄養  
特殊アミノ酸製剤

結血漿は輸血製剤の一部なんですけれども、非常に貴重な生物資源で、日本でも世界的にも使用は保険制度によって非常に厳しく定められています。

ただ、それでも世界中で使われているアルブミン製剤のおよそ3分の1は日本で消費されているということはよく肝に銘じておくべき大事なことかと思えます。

さらに原料であるアミノ酸を上手に使うことも重要です。例えば腎不全用のアミノ酸製剤や肝不全用のアミノ酸製剤もいろいろ出ています。

さて、肝硬変あるいは肝臓癌の患者さんに戻りますが、アルブミンが低い場合にまず設定すべき目標値は3.5g/dlです。

そこへもっていくためにどういう治療をすればいいかというのが次の話になっていきます。その前に、最近いろんな医療行為を行ってそれが結果として良かったかどうかを評価する方法について述べます。国際的には評価基準(最終的なエンドポイント)は2つしかありません。

その1つは、患者さんの生存率そのものです。もう1つは、その患者さんの生活の質(quality of life; QOL)と呼ばれるものです。ですから、何らかの医療行為を行ない、例えば肝臓の場合は

GOT, GPT を下げるといのはあくまでも、中間バイオマーカー( intermediate biomarker )に過ぎず、最終的なバイオマーカーは生存率と患者さんのQOL だけであるということは覚えておく価値があると思います。

ちょっと横道にそれましたが、それではタンパク栄養状態が低いとその患者さんのQOL は損なわれているのかどうか。

アルブミンが低くなるほど、例えば疲れやすいとか、体がだるい、足がむくむ、腹が張る、それから体が痒いという非常におもしろい症状などすべて頻度が高くなります。

これらの症状があると、その患者さんの生活の質QOL は障害されて悪くなります。

例えば「あなたの健康状態は自分でどう思いますか」というふうにききますと、中・高年者でも「だるいな」とおっしゃる方がいらっしゃるんですが、肝臓の病気でタンパク栄養状態が悪くなっていくほど、あまり良くない、とてもよくないという返答がどんどん増えていきます。すなわち、肝臓が悪くなって、タンパク栄養状態が悪くなるほど、その方のQOL は損なわれているということになります。

さらに「家の庭の掃除とか散歩が難しいと感じますか」とききますと、慢性肝炎の方では「はい」と答える方はいないんですけども、肝硬変になって、アルブミンが低くなるほど「少し難しい」、あるいは「とても難しい」という方が増え、チャイルド分類Cグレードというふうな非常にアルブミンが低くなった状態ですと、全員が何らかの格好で「難しい」とおっしゃっています。

このように生存率を悪くするのも低タンパクだ、患者さんのQOL を損なうのも低タンパクということになると、そこに対してどう治療をしていったらいいかということが問題になってきます。

少し解析の手段を変えて、アルブミンはアミノ酸がずらっとつながったタンパク質ですから、アミノ酸のレベルまでもう一段掘り下げて、その方の栄養状態を評価してみました。

アミノ酸の読み方にはいろいろありますが、肝臓については分岐鎖アミノ酸( バリン、イソロイシン、ロイシン )と芳香族アミノ酸( チロシン、

フェニルアラニン )の比( ファッシャー比 )が下がるのが特徴的です。

心臓病、糖尿病、腎不全、熱性疾患( 膠原病 )、神経性食取不振症のいずれも進行しますとタンパク栄養状態が悪くなってきますけれども、この比が下がるのは肝硬変と一部の心臓悪液質と呼ばれる状態だけです。

さらに2つの病態について、アルブミンとアミノ酸との関係を見てみますと、肝臓の病気ではきれいに相関していますが、心臓の病気は相関しない。

すなわち、肝硬変の患者さん( 分岐鎖アミノ酸が低くてアルブミンが低い )には、分岐鎖アミノ酸を補給しアルブミンも上げてあげられるのではないかと仮説を導くことができます。

これが今広く行われております肝硬変患者さん、肝不全の患者さんに対する分岐鎖アミノ酸栄養療法の非常に基本的な理由です。

では分岐鎖アミノ酸が低く、アルブミンが低いという肝不全患者さんが目の前にいらっしゃるとして、どういうふうに栄養療法をやったらいいのか。手がかりは分岐鎖アミノ酸を補充してあげればよさそうだというのが分かります。

さて、分岐鎖アミノ酸はどうして下がるのか。肝硬変の患者さんでは、血液の中から分岐鎖アミノ酸が消えていくスピードが速いということが、実測されています。

では、どうして速く分岐鎖アミノ酸が消えていくのか、理由は2つ分かっています。1つは、分岐鎖アミノ酸は当然肝臓で材料としてタンパク質合成に使われますが、ごく一部は筋肉でもエネルギーをつくるために代謝( 酸化 )される。

ところが、肝不全になると、本来肝臓で解毒すべきアンモニアが解毒できなくなります。アンモニアというのは、神経毒ですので、体の中で増えてしまいますと意識障害を来します。

そうすると当然防衛的なメカニズムが動き出して、他のところでそのアンモニアを解毒しようということになります。それをやってくれるのが骨格筋と筋肉です。

健康成人の場合、骨格筋が約20kg、脳は1kgですから骨格筋が大事です。そこでアンモニアを解毒するのはグルタミン酸がアンモニアを取り込ん

でグルタミンにするという代謝系なんですけれども、その前の段階で、分岐鎖アミノ酸が必要になります。

ですから、肝不全になるとこの系をどんどん動かすために分岐鎖アミノ酸が必要になって、血液から筋肉の中に分岐鎖アミノ酸（バリン、イソロイシン、ロイシン）を汲み上げてしまう。だから、血液の側からみるとバリン、イソロイシン、ロイシンはどんどん消えてなくなっていくというのが消え去るスピードが速くなる理由の1番です。

実際、血液中のアンモニア濃度と血液の中からバリン、イソロイシン、ロイシンが消え去っていくスピードをプロットすると、アンモニアが高ければ高いほどバリン、イソロイシン、ロイシンが消え去っていくスピードが速いということが分かりました。

2番目の理由は、普段筋肉でエネルギー源として分岐鎖アミノ酸を燃やすと申し上げましたけれども、肝硬変になってくるとブドウ糖とか脂肪酸よりも非常に効率よく燃やしやすいエネルギー源になるということが分かっています。

昼間の場合に調べてみると、分岐鎖アミノ酸を点滴で入れた場合の96%までは筋肉で燃えてしまう。ほとんどが燃えてしまうわけです。

こういうふうにアンモニアの処理に使う、それからエネルギー産生に使う分がより増えてしまい、逆に肝臓に流れ合成に使われる部分が少なくなる。したがって、その合成に規定されるアルブミンも下がってしまうというのがこれまでのストーリーということになります。

さて分岐鎖アミノ酸を補充することになると、当然、食事からまず考えるべきです。しかし、食事には2つ大きな困難があります。1つはあまり気づかれてないんですけれども、肝硬変患者さんの食欲は相当落ちています。エネルギー、タンパク、脂肪、あるいは各種ビタミンについて急性肝炎と肝硬変の患者さんで調べてみますと、急性肝炎の非常に悪い時期には通常のだいたい8割5分ぐらいまで、摂取量が落ちています。

肝硬変もだいたい8割5分から9割程度まで落ちているという事実があります。

急性肝炎の患者さんは入院していらっしゃいますと、ほんとにご飯がおいしくない、食べられない

いというふうに訴えられます。ところが、肝硬変の患者さんはよく聞かないとそういうふうにはいわれないし、気づいていらっしゃらない患者さんも結構いらっしゃいます。

どうしてかという、急性肝炎というのは本当に2～3日から1週間の単位で状態が悪くなります。だから、それまでの自分に比べてほんとに食べられなくなった、ご飯がおいしくなくなったということが分かるわけです。

ところが、肝硬変というのは完成するまで10年から20年かかります。その間にだんだん食べられなくなってきているわけで、実際に測定してみますと前述のデータになりますけれども、自分が食べられなくなったということに自分で気がついていない。10年から20年の変化ですから、そういうことが起こるわけです。実際にはこのぐらいしか現実には食べられないというのは、栄養補給を行ううえで基礎的に大事なことかと思えます。

もう1つは、メニューをいろいろ工夫することによって、分岐鎖アミノ酸をたくさん差し上げることができるかどうかということになります。メニューの工夫は可能です。

例えば、大豆タンパクをたくさん使う、あるいは、青身の魚を非常にたくさん中心メニューに据えると、分岐鎖アミノ酸の比を4～5まで上げることも可能です。この食事は1日目はたいへん美味しいです。実際に私どもも患者さんのご協力をいただいてやってみたことがあるんですけれども、1週間目ぐらいにはもう飽きてしまいます。慢性肝炎とか肝硬変、肝臓癌というのは長い病気ですから、長期にわたってこのメニューを続けるということはなかなか難しいということになってまいります。

現実問題として、そもそも食べられない、それから分岐鎖アミノ酸の高いメニューは長期にわたって続けるのは難しいということになってくると、やはり基本的な食事を工夫しながら、その上に何らかの格好で分岐鎖アミノ酸だけを補充する必要が出てくるということになってまいります。

このような目的で、分岐鎖アミノ酸を補充するために非経腸栄養、すなわち点滴製剤や、経腸栄養製剤が市販されています。

何を用いるかは食事がどのくらい食べられるか

によります。例えばエネルギーは全部食事からとりながら、分岐鎖アミノ酸だけを補充するための製剤としてリーバクト顆粒があります。ラインアップが点滴用、経腸栄養、それからアミノ酸だけの顆粒というふうには3つ揃っているのは今、日本だけです。

ただし、食事を摂っていただきながら、分岐鎖アミノ酸だけを補充するというのは非常に気長な治療で、普通の薬とは違います。例えば、抗生物質ですと3日から1週間で効いてしまいますけれども、アミノ酸栄養は2カ月とか6カ月とか、そのぐらい長い目で見ることがあります。

しかし、きちんと栄養治療をするとアルブミンは上がってくる。その結果、患者さんに何がもたらされるかということ、疲労感だとか、体がだるい感じ、足のむくみ、お腹が張る感じ、それから皮膚が痒いといった症状もすべて頻度が低くなってきます。

すなわち、先に問題だと申し上げたエンドポイントの1つ、タンパク栄養状態を改善することによって患者さんのQOLを改善することができます。それからもっと長い目で見た場合、ほんとうにタンパク栄養状態を改善することによって、生存率が改善するの？

答は半分イエスなんです。パイロットスタディではおよそ2年間生存率が延びるという回答が出ています。

さらに、数百名規模でのこの解析は現在進行中で、おそらく来年から再来年に結果が出てくるだろうと思います。

ここでサイエンスの話を2つだけしておきたいと思います。特に興味のある方には面白い話だと思います。アルブミンは肝臓でだけつくられるといいました。遺伝子の情報を受けて、粗面小包体でアミノ酸をつないでアルブミンとし、ゴルジ装置を経て血液中に分泌するというのが肝細胞の中での合成経路です。

細かく分析しますと、アミノ酸をつないだり外したりするスピードは非常に微妙な制御を受けています。これまで単にアミノ酸は栄養素の1つである。例えば、アルブミンとかのタンパクをつくる1つのアミノ酸にすぎないというふうには考えられてきました。しかし、その微妙な制御を詳しく

解析していきますと、びっくりするような話なんですけれども、人間の細胞、例えば肝細胞にはアミノ酸に対するセンサーの様なものがあるということが分かってきました。細かいことは省略いたしますけれども、このセンサーを介して遺伝子を制御する転写因子と呼ばれる物質に直接働くことが分かってきました。

すべてのアミノ酸がそうかどうか分かりませんが、例えばロイシンなど一部のアミノ酸は栄養素であると同時に、遺伝子レベルまで作用を及ぼす重要な物質であるということが分かってきております。

ここまでする肝不全患者さんの低タンパク栄養状態はどういう意義をもっていて、それに対してどう介入をするのか。介入した場合には、どういう効果を期待してよいのかという話です。ここから先、エネルギー栄養の話になります。

エネルギー栄養というのはやや分かりにくいですが、要するに患者さんにどれだけの熱量を処方してあげたらいいのか。どういう差し上げ方をしたらいいのかという話です。

エネルギー栄養というのは最初にお示したように、熱量計で本来は患者さん個人々々に測定をして行なうべきものかと思えます。簡易式熱量計で十分ですが、本格的にやるとすれば患者さんにフードを被っていただいて、出てくる炭酸ガスと酸素を測る。もう1つは、この機械本体に部屋の空気の炭酸ガスと酸素を測る機械が入っていて、呼気中のガスと、部屋の中のガスとを引き算することによって、どれだけ酸素を使ってどれだけ炭酸ガスができたかということ計算し、患者さんがどれだけエネルギーを安静時に消費したか、安静時エネルギー消費量が測れることになります。

同時にそのエネルギーの産生源は炭水化物、脂肪、タンパク質がどのくらいの割合で燃やされたのかということ理論的に計算してデータを出すコンピューターが内蔵されています。

肝不全患者さんでそれを測ってみますと、非常に面白いことが2つ出てきます。1つは、健康な方に比べて肝不全患者さんは安静時エネルギー消費量が高いということです。逆に申しますと、普通のエネルギー処方をしていて、場合によってはエネルギー不足の状態になっているかもしれない

いということを示唆しています。

ただ、エネルギーを過剰に処方するというのは肝臓の場合はたいへん問題です(脂肪肝を誘発し肝機能を悪化させる可能性がある)。これがすぐ栄養管理と結びつくかどうかは、今のところまだ結論は出ていないし、これから答を出すべき問題かと思えます。

それよりももっと大切で、もっと早く対処できるのは、npRQ(非タンパク呼吸商)というパラメーターです。健康な方と比べてこのパラメーターは肝臓の悪い方では低くなっております。

この npRQ が下がると肝不全患者さんでどういう意義を持っているのか。

低タンパク栄養状態は生存率、QOL の両方とも悪くするというをお話ししましたが、こういうエネルギー代謝の異常は肝不全患者さんでどういう意義を持っているのか。

欧米で多いアルコール性肝臓疾患それからやはり欧米で圧倒的に多いですけども肝移植を受けた方の予後や QOL をエネルギー代謝が規定しているということが分かってまいりました。

しかも、非常に面白いことはエネルギー代謝が悪くなった患者さんに肝移植をし、そのエネルギー代謝が元に戻るの、1年かかるといふうにいわれています。どういうことかという、肝臓だけの問題ではなくて、もっと全身的な問題である、とくに骨格筋の問題でもあるということになります。

NpRQ は何かという、人間は体を動かすために体の中で常にエネルギーをつくる必要があります。燃焼源は、さっき申し上げたように、炭水

物と脂肪とタンパクなんですけれども、特に大きな燃焼源は炭水化物と脂肪です。

その燃焼比率の商(分子が炭水化物の燃焼比率、分母が脂肪の燃焼比率)が npRQ 日本語では非タンパク呼吸商 np というのはノンプロテインです。タンパク質を除く呼吸商ということになります。

さて0.85という npRQ が出ております(図4)。どういう数字かという、炭水化物優位に燃やしている方は0.85以上である。それが脂肪優位に切り替わると0.85以下になる。健康人の npRQ は0.9~1.0ぐらいで、炭水化物を優位に燃やしております。

肝臓が悪くなってくると、皆さんご存じのように、例えば糖尿病が合併しやすいというように糖を利用しにくくなります。それを代償するため、炭水化物の代わりに止むをえず脂肪を燃やすようになって、npRQ が0.85以下まで下がってくるということになります。

肝不全患者さんで、まだ0.85以上という npRQ を保っている方と、0.85以下になってしまった方を比べてみると、やはり脂肪を燃やさざるをえなくなった方は生存率が早く落ちていくということで(図5)、やはりエネルギー代謝も、低タンパク栄養状態と同じように肝不全患者さんの生命予後に直接関連しているということが分かってきています。

以上は肝硬変のデータなんですけれども、健康な方でもこういう状態になる場合がないことはない。どういう場合かといいますと、水以外エネルギーを摂らない絶食状態を36ないし48時間とるとエネルギー産生はこうなります。

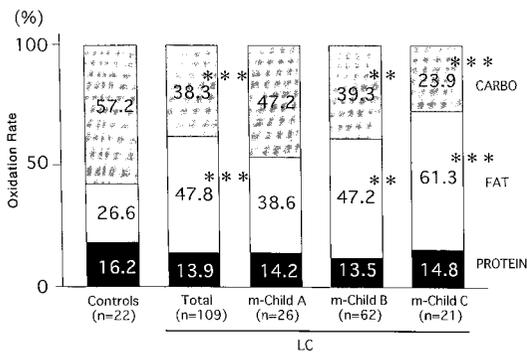


図4 肝硬変患者と健康人のエネルギー代謝の比較

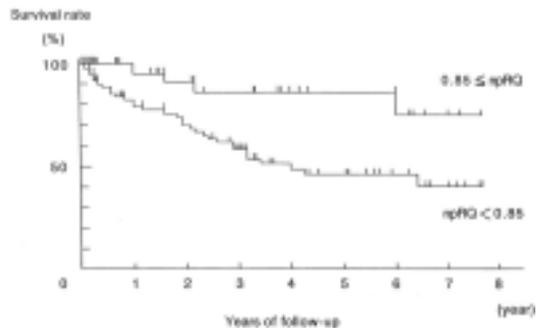


図5 肝硬変患者の生存率に及ぼすエネルギー代謝の影響

さて肝硬変の患者さんはいつ解析したかという  
と、入院で前夜6時に食事を摂っていただいて、  
翌朝6時のデータがこうだったのです。健常人の  
ことと併せて考えてみますと、肝硬変の患者さん  
にとっては夜中およそ10時間の絶食時間が健常人  
のおよそ36ないし48時間の絶食時間に相当する  
ということになります。短い時間で非常に飢餓状態  
になりやすいということになる。

逆にこうなったらどうしたらいいのかというの  
は仮説として導き出してくるかと思えます。最近話  
題になっておりますが、レイト・イーブニング・  
ミール(夜食)です。入院患者さんで6時の夕食  
から次の日の朝食までの絶食時間が長すぎるので  
あれば、寝る前に夜食を摂っていただければいい  
という、非常に簡単な仮説を導くことができます。

夜食といってしまうと多少差し障りがあります  
ので、もっと正確には分割食です。例えば、外来  
の患者さんでお年寄りになりますと夜は早くご飯  
を食べて早く寝、朝4時頃目を覚ますという方も  
決して少なくありません。

そういう方に夜食を摂っていただくのは、これ  
はナンセンスなんで、朝起きた時に少し摂って  
いただく。あるいは、すぐに朝早くご飯を食べられ  
るのであれば、朝と昼の間に1回、あるいは昼と  
夜の間に、3時頃におやつを1回ということ、現  
実的には4回できれば5回ぐらいの分割食を摂  
っていただく絶食時間を短くできて、エネルギー  
栄養状態も改善できるというふうなヒントが出て  
まいります。

レイト・イーブニング・ミールあるいはレイト  
(L)・イーブニング(E)・スナック(S)と呼  
ばれ、肝臓の栄養に関する教科書で最近よくLES  
(レス)といっておりますのはこのことです。

実際に入院患者さんで試してみますと、肝硬変  
の方で普通の状態ではnpRQが平均0.81でした。こ  
の方々に夜食を1週間か2週間とっていただきま  
すと、0.86と健常の方と差がないところまで戻す  
ことができました。

ですから、分割食ないし、その生活パターンに  
合わせた夜食というのは肝不全、肝硬変患者さん  
のエネルギー代謝異常を是正するうえでたいへん  
簡便で、しかもよく効く介入方法だということに  
なります。

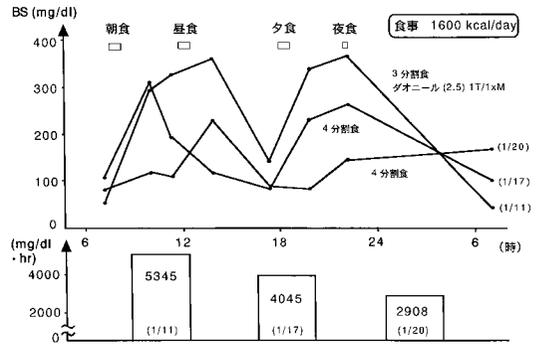


図6 肝硬変患者におけるエネルギー代謝異常の夜食による改善

ただしこういう介入をして、果たして生存率がよくなるかどうかという答はまだでておりません。というのは、こういうことが分かったのがほんの3年くらい前で、本当に長期的にいいかどうかというのはこれから答が出てくることかと思えます。

ただ、上手に行った場合、患者さん個人々々のエネルギーをきちんと実測して行った場合には、図6のような効果が期待できます。

この患者さんは肝硬変に糖尿病を合併し、経口糖尿病薬を内服していらっしゃいます。耐糖能異常というのはエネルギー代謝の異常そのものなんですけれども、それに対して分割食をやってみると、こういうふうによくいく症例があるという1例報告です。

分割食を行う前の、1/11の血糖日内変動の曲線は早朝空腹時には低血糖、食後には過血糖を来すという特徴を明らかに示していました。

この方に1日3食1,600キロカロリーなんですけれども、200キロカロリーを夕食からさし引いて、その分を22時の夜食としてとっていただくということを行いました。

そういたしますと、途中経過で(1/17)、朝の低血糖は少しよくなり、昼間の過血糖も低下してきています。1/20には早朝の低血糖はなくなり、過血糖も改善したということになります。

3本の血糖曲線の下を面積を積分して計算すると、1/11には5,345という血糖面積だったのが、1/17には4,045、1/20には2,908まで下げることができ、この段階でダオニールという薬は使わなくてよくなり、3食プラス夜食だけで耐糖尿異常を

コントロールできるようになったということになります。

すなわち、患者さんにとっては薬を飲むという面倒が1つ減った。それからお薬代を払わなくてもよくなったということで、かなりの還元をできているということになります。

ですから、エネルギー代謝をきちんと計測すること、それから分割投与という栄養処方をきちんと行うことによって、患者さんにこのような治療効果と経済効果ももたらすことができるという1例で、おそらくこれからこういう症例がかなり集積され、そのノウハウも積み重なってくるのではないかと思います。

まとめますと、今日お話ししたいことは、肝臓癌と、肝硬変、両方とも慢性肝不全として捉えることができますけれども、そういう患者さんで栄養状態が正常であるのはほんの13%程度に過ぎず、残りの87%の方は何らかの栄養異常の状態にある。特に、半分の方はタンパク、エネルギー両方の低栄養状態にあるということはたいへん大事なことです。

どうしてそれが大事かといいますと、いろいろな肝機能検査や臨床症状も含めた多変量解析の結果、最終的に肝硬変、肝不全患者さんの長期予後を決定するのはアルブミンと非タンパク呼吸商・安静時エネルギー消費量、すなわちタンパクエネルギー栄養状態であるということをよく覚えていただければと思います。

今日は肝硬変、肝臓癌の栄養管理ということでしたけれども、基本的にはどういう栄養異常状態にあるのかというのが一番大事だということ。介入はなかなか難しいというのは現実問題としてありますけれども、うまくいった場合には患者さんに、例えばQOLだとか、あるいは生存という点で、どういうお返しをできるのかということを中心に話をいたしました。

今日の講演はこれで終わりたいと思います。どうもご静聴ありがとうございました。

司会 先生、ありがとうございました。めったに私たちこんなに緻密に勉強することはないんですけれども、本日、肝硬変、肝臓癌の栄養管理について、何をどう考えたらいいか、その道筋を教え

ていただいたような気がします。

最後に先生、ちょっとお尋ねしたいんですが、今、医療法がどんどん変わる中で、ここに参加している栄養科のスタッフ、調理師、栄養士、管理栄養士にドクターとしてどういったことを望まれるか。さもなければ、アドバイスのようなものをいただければと思います。

森脇 やはりその方がどういう現場で働いていくことを希望されるのか。それから、その現場の中でどういうふうな役割を、自分でこれから果たしていきたいのかということ、まずよく考えていただくことが必要かと思います。

大きな方向としては、これから先は医者あるいは看護婦等が独立して働くのではなく、医療スタッフが全員チームとして働くということになってまいります。

チームとして働くうえでは、やはりそのチームの中である程度の発言力を持たないと自分のやりたいことはできません。その発言力を持つために、今日最初に示したように、カリキュラムの変更だとか、どういう役割が期待されているのかということ、これを認識することがこれから重要になってくるかと思います。

改めて少し勉強し直していただきたいのは、特に栄養アセスメントです。栄養アセスメントの教科書は分厚いですが、そんなの全部読む必要はないですから、例えばアルブミンだけでもきちんと分かって、それに対して何か意見がいえるというふうなことがまず最低限やっていただければ、これからさらに発言力が増えてくるのではないかと思います。

それから、病院で働いていらっしゃる栄養士さんは特にそうなんですけれども、おっくうがらずにぜひ、週に1回ぐらいは患者さんのところへ行って下さい。自分の栄養管理の部屋に呼ぶんじゃないで、ベッドサイドへ行ってどういうふうなところで寝ていらっしゃるのか、その辺りの環境も含めてお話を聞くようにされるといのは大事な事ではないかと思います。

A それでは先生、我々実際に明日からもし患者さんに分回食を提供するということになった場合に、200キロカロリー程度の夜食という問題が提

起されていると思うんですが、例えば糖質、タンパク質、そういうものの比率といますか、例えばエネルギーを中心とした糖質食品がいいのか、またはタンパク質が入った方がいいのか、その辺のところをひとつお教え願いたいと思うんですが、いかがでしょうか。

森脇 エネルギーを中心にして患者さんに差し上げるということを、まず夜食については考えていただくのが一番いいかと思います。というのは、ちょっとお示しましたように、夜中のエネルギーの飢餓状態が一番悪い原因ですので、他の3食とは違って夜食の目的はやはりエネルギーが一番基本ということになります。

もう一つは、肝臓の悪い患者さんというのは、脂肪が一見よく燃えているように見えますが、それは否応なく燃やしているのであって、やはり外から差し上げた場合には炭水化物の方が燃やしやすいです。そこでエネルギー補給をまず考える、そのエネルギー源としては炭水化物を中心に考える。例えばおにぎりでいいと思うんですけれども。そういうふうなことを考えていただくのがいいかと思います。

A もう一つ、よろしいですか。実は、タンパク質を食事からとるということ、アミノ酸顆粒とか製剤を実際に使って血液中のフィッシャー比の改善を行うという話があったと思うんですが、食事からやはり、フィッシャーとしては3ぐらいが最大、なかなかそれ以上はとれないという先生の方の資料もあったと思うんですが、実際に食事プラス、アミノ酸製剤を使った時にフィッシャー比はどのぐらいを目標にしたらいいいか。

先生方の、加藤先生や森脇先生の以前の研究発表を見ましたら4.9ぐらいまで食事とアミノ酸製剤を合わせたフィッシャー比ぐらいが改善の効果があるのではないかという資料があったと思うんですが、それ以降、何か変化があればお教え願いたいと思うんですが。

森脇 4.9というふうに私どもデータを出しましたけれども、それは非常に理想的にいった場合です。1つの目安としては、少なくとも3.5を超える、その次の目標は4.5を超えるということになってくるかと思うので、その辺りをクリアできているかどうかというのをまず1回確かめていた

だきたいと思います。

それから 絶対にまずいのは2あるいは1.8以下です。まず2~1.8以下だったら少し急いで対処しないとイケない。何とかして2.5を超えれば少し時間は稼げるかなというのが現実的なターゲットになるかと思います。

B 家族の者でちょっと肝臓、C型肝炎を患っている者があるので。BACC 顆粒状ですか、だと思っただけなんですけれども、それを自覚症状としては何も無いんですけれども、早めに飲んでいていいものかどうか。

それからスポーツが好きなんですけれども、運動はどのように考えたらいいかということなんですけれども。食事量としてはあまり多くないんです。それで、エネルギー消耗とか体も痩せているもので、そういうところはどうかと思っただけです。

森脇 基本的にはやっぱり、お医者様のところへ行ってデータを貰ってきて、アルブミンがどのくらいあるかというのがスタートするかどうかの目安になると思います。

アルブミンが3.5以上あればまだいいと思っただけなんですけれども、それよりも下がっているようでしたら、その次にアミノ酸解析をやってみて、それでフィッシャー比が下がっているということであれば、アミノ酸の顆粒の適用は出てくると思います。それがアミノ酸顆粒の適用があるかどうかということに対する答です。

それから、運動については、なかなか難しいです。まず間違い間違っていているというのは、これまで肝臓が悪い方は安静が第一で運動しちゃ駄目といわれていたんです。これはもう間違いだということが分かっています。肝硬変の患者さんにとって守るべき安静時間というのは、食後最低30分で十分です。その後はむしろ体を動かしていただいた方がいいということが最近分かってきつつあります。

何をやったらいいかということなんですけれども、非常に正確なスポーツ処方というものもできますけれども、それをやるためには測定機械のある所とか、血液を検査したりしながらスポーツをやらせらうので、なかなか現実には難しいと思うんです。

一般的な方で、足がむくんだり、それからお腹

に水が溜まったりという肝硬変の方はすぐその日にその状態で運動をするというのは避けた方がいいです。朝起きた時に足がむくんでいるとか、そういうことがない限りは30分程度の散歩、万歩計をつけているならだいたい3,500歩ぐらいになると思います。それを1日2回、30分を午前1回、午後1回とか、30分を午後1回、夕方1回とかそういうふうなのがたぶん、今一番いいだろうといわれています。

そこから先、もし何かスポーツをされるのであれば、本屋さんへ行くと『スポーツの運動量の換算表』という本を売っています。メッツという単位なんですけれども。だから、30分で3,500歩というのはちょっと早足の散歩になります。それは、例えばゴルフだったら何ホールに該当するだとか、そういう換算表を売っていますから、それでやっていただくのがいいと思います。

## いのちの母胎，森の文化

岐阜県立森林文化アカデミー教授 篠田 暢之

— 平成13年11月・岐阜市

司会 篠田先生は、岐阜県立森林文化アカデミーの教授、皆さんどうい学校だろうなど、こういうふうにもまずお思いになると思いますが、その他に京都の花園大学、朝日大学等の非常勤講師もされておられます。

先生の専攻は哲学、比較文化論、比較思想で、哲学を主に専攻されてきたわけですが、例えばフランス、マヌシー国立音楽大学、パリ国際音楽大学においても集中講義をされるなど、特に文化の面についても非常に造詣が深い先生であります。

さらに先生の著書を読みますと『様式の美学』魅力ある街づくり論』『逆転の発想』『森と緑の教育現場から( )～( )』『人間学入門』など、または『『正法眼蔵』との対話』というご著書もあります。大学の教授もされておられまして、人間らしく生きること、その中で特に自然や、緑が果たす役割などそういうことをテーマに幅広い活動をされている先生です。

我々が仕事だけを考えて日々を過ごしている立場からしますと、羨ましい限りということになるわけですが、楽しいお話が聞けるのではないかと思います。それでは篠田暢之先生、お願いいたします。

篠田 皆さん、こんにちは。ただ今ご紹介いただきました篠田です。私は岐阜の長良川の産湯に浸かりまして、学生時代東京や海外で勉強したのを別にしますと、概ね岐阜生まれで岐阜に居座っている。そういう、見てのとおりのお白髪混じりのおじさんになってしまいました。そんな私ですが、与えられた時間、2時半までどうぞよろしくおつきあいの程お願いいたします。

今日、私が皆さんにお話しさせていただくお話は、ご案内の「いのちの母胎，森の文化」ということでお話をさせていただきたいと思ひます。

岐阜県は県土の82%が森林です。これは岐阜の方だったらどなたもご存じですが昔から「岐阜は木の国、山の国」といわれ、ちょうどこの今日の会場のサンピアからもう少し北に行きますと、岐阜市の一番奥になります。したがってこのあたりは濃尾平野の最北端ということになります。古来より濃尾平野というのは豊かな穀倉地帯として、ここからもう10kmぐらい北の方に行きますと、あとは山に上がっていくしかない。

古くは岐阜は美濃と呼ばれていました。「美濃」という地域名は、日本が律令国家となった後さまざま、つけられた名前です。「美(み)」というのは「美しい」です、「濃(のう)」というのは「細やか」という意味を示すことばです。「美濃」地方であるこの岐阜は古来から美しさに非常に細やかな地域であるという訳です。

これはすてきな地域名ですが、お国自慢ばかりでもいけませんから、お隣の長野県のことをつけ加えておきますと、長野県はご存じのように「信濃」といいます。昔、信濃はどういう漢字が当てられたかといひますと、「シナ」というのは「だんだんに高価になる」とか「だんだんにサービスがよくなる」という意味で、『段』という字が当てられていました。階段の1段、2段の段だったんです。それから野原の野だったんですが、当時の天皇がこれはちょっと夢がなさ過ぎるということで、皆さんご存じの信ずることに濃、細やかな人たちがたくさん住んでおられる地域ということで「信濃」になったというわけです。

いわゆる山間僻地で、長野県は高い山と深い谷に挟まれている段々畑が造られる。この段々を信じることに細やかな人が住んでいる地域と言い換えた。ちょうどそれに対応するように、ここ岐阜は美しさに細やかな地域というように言い換えられたわけです。

私はここで生まれ命をいただいたわけです。そして私自身、ふるさと岐阜のここが大好きなんです。42万人口の岐阜市の中で、金華山という山があります。これは天下分け目の戦いの、いわゆる城取り合戦の1つになった山ですけれども、この山は、誰の持ち物かという宮内庁の持ち物なんです。

1300年間、現在風にいえば宮内庁の許しがないと1木1草切ってはいけない山。そんな山が目の前のランドマーク風に四六時中見られる岐阜の町は誠にユニークな地域ということになります。しかも、その麓の、山裾に流れている長良川というのは1級河川として、実はこれも鮎漁の御漁場があり宮家につながっている川なのです。

長良川河口堰問題が政治的な課題としてその建設の是非が衆目の的となったことなど、別な視線で考えてみると興味の尽きないこととなります。伏線としてもうひとつの歴史の重さから他の事情をひもとくと奥深い事実が見えかくれします。私は私のいのちを与えてくれたこうした歴史をもった岐阜が大好きです。

皆さんも、もちろんご自分のふるさとを本当に愛していらっしゃるだろうと思いますが、そういう視点から今日はお話をさせてもらいたいと思います。

織田信長は「美濃を征する者、天下を征する」と、いい切って京都に上がりましたが、まことにここ岐阜はいろんな意味で豊かな大地です。徳川幕府が学問所を創設した際に10人の教授のうちの8人がこの美濃から登用されたんです。明治に入りこの学校は東京帝国大学になりました。

とはいえ300年経って、あっという間に幕末には気がついたら、水戸藩の水戸学派の人達によってそのポストは占められてしまった。東京大学の前身の、いわゆる学問所は改革直前には水戸学派になってしまった。そこに政治のからくり、政治の力というものがあるわけです。

私がさきほどご紹介いただいた岐阜県立森林文化アカデミーは平成13年4月の1日に開学した日本で初めての大学院大学構想に基づくアカデミーです。ふたつのコースをもち、学生40名。先生の数は専任が21名で、非常勤をあわせると学生数をこえます。1年間に学生1人に投下される、いわゆる教育資本投下は県税560万円近く、これは日本一高額な教育投資額です。現在の梶原拓、岐阜県知事が想いを込めておつくりになったアカデミー構想の一翼をになう学校のひとつです。ご縁があり、そこで私は仕事をさせていただいています。

11年前に起草されて、この4月によく開学。建物も木造です。木造といいましても、皆さんが想像される木造とちょっと違っていて、今年の8月全国誌のひとつ『新建築』にその全容が出ておりますから、図書館等で『新建築』の八月号をご覧くださいたいと思いますけど、なかなかユニークな建物です。日本建築学会賞を受賞した建物で設計は北河原温さんです。

このアカデミーには森林文化という名前がついているんですが、これについてちょっとお話をしておかなければいけないと思います。「森林」という項目で図書検索すれば、見事にたくさんのが出てきます。「文化」というものでもたくさん出てきます。ところが、「森林文化」で引きますと全くといって良いほど出てきません。ということは、校名ともなったこのアカデミーはまったく新しい概念でつくられているという事になるわけです。つまるところ「森林文化」という考え方それ自体が非常に新しい概念だということになります。日本学術会議でやっと森林文化学会が認められるというような状況です。

では、海外ではそういうものがないのかというと、実はもうしっかりあるんです。ドイツにはもうしっかりあります。したがって、ある意味では日本が少し遅れているということなのかもしれません。どちらが遅れてどちらが進んでいるかという議論は今日のテーマではありませんので、この話はそれぐらいにしておきますが、実は森林文化といった問題の背景には大きな現実の問題があり、こうした諸課題の解決には従来の考え方ややり方では、どうにもならないという危機感があります。今や文化を文化だけで語っていても、森林

を森林・林業としてだけ語っていてももはや多様な問題や社会的ニーズの解決にならないという極めて厳しい現実があるのです。

おそらく皆様方のご専門の、いわゆる栄養をお考えになる場合も、栄養を栄養として取り上げるだけでは駄目だろうという実感を、きっとお持ちだろうと思うんです。もう1つの違う視点。問題をふたつ以上の視点からとらえ考える、複眼的な視点でものを考えないとまずいのではないだろうかといったせっぱつまった現実があるのです。これは学問の世界では既に学際領域研究と言われる考え方ややり方によって新しい成果が期待されていることからよくわかる事です。

領域の違う、お互いに違う分野が重なり合ってくることによって、やっと思えてくる新しい視点、可能性、やり方の新しい方法論、こういうものが見えてくるのではないか。これは古くは、20年ぐらい前からいわれはじめている「学際領域研究」だろうと思うんです。学際的な視点、自分とは違うフィールドからもう一度自分の専門を見直すということは、今こそとても大事なことはないか。これはインターディスプリナリーというカタカナで表現されています。別な言い方では最近、異分野交流などとも言われているものです。

私はそういう意味で、専門がどんどんその境界をこえていくボーダーレス、境界がなくなっていく時代が現代の特徴ではないかと考えています。境界を越えていく。そういう努力がどんな分野にも必要になっているのではないか。たまたま今、私は「森林」と「文化」をひとつの具体例として申し上げているにすぎませんが、皆様方のご専門のお仕事でも自分の境界をうち破っていくような努力が本当は今日ほど求められている時はないと言っても過言ではないかと思いますが、如何でしょうか。

そういう意味では、これからはまったく『過去の延長線上には未来はない』。過去の「成功事例」を見習ってやっていけば、うまくいけるような時代ではない。「過去の延長線上に未来はない」。私はこれを私のお話をきいていただく方々にお経のように唱えていただきたいといっているんです。そうすると、今やっていることが本当にこのままでいいのかということがちゃんと見えてく

る。そういう問題意識が今こそ大切なのです。

いわゆる過去の成功事例は次々と新しい成功をつくり出した。その結果日本の高度経済成長は日本を世界の経済大国にのし上げた。けれども皆さんご存じのように今では銀行倒産を現実のものとする経済状況になっています。そういう中で、新しい可能性と新しい発展を求めようとする、そういう過去の成功事例に見習ってばかりいられない。むしろ、大事なことは自分以外の他の分野のそういう視点から複眼的に考え直し、とらえ直すことだろうと、こんなふうに思います。

ところで、ゲーテをご存じですよ。日本ではなぜか文豪ゲーテなんです、ドイツへ行きますと彼はたいへんな政治家として、歴史的にもよく知られている偉人です。枢密顧問官という、今でいう副総理をやられた方です。政界を引退してから、彼は私たちが知っている文豪になったに過ぎないのであって、本当に脂ののりきった人生、絶頂期は教養豊かな押しもおされぬ大政治家だった。

その彼が「自然はいつも正しい」といっているんです。これはすごい言葉と思うんです。その次に続けてこんなことをいっているんです。「もし間違いがあれば、人間が間違っているか、人間の私利私欲によって間違えることになったのか、この2つに1つだ」ともつけ加えています。現代に生きている私たちには耳の痛い心に非常に重く響く、しかも深い言葉としてこの言葉は、私には響いてくるんですが、皆さんはいかがでしょう。

自然はいつも正しい。間違っているのは人間の私欲によって作りだされていることのほうが圧倒的である。こういうことを平気でいうゲーテであれば、ゲーテの本を何冊も読んでみたいと思われるにちがいないでしょう。皆さんご存じでしょうか。港でお魚が捕れない。近海漁業でお魚が捕れなくなった。よくよく調べたら、その近海に流れてくる川の上流の森林がたいへんに痩せこけて荒廃していたということが分かった。

これは最近の研究成果です。いわば、魚が住めないような港になるのは、そこに流れてくる川の水に栄養がなくなった。上流の山が荒れ果て、そして痩せこけた。川を通じてそれが故に港に栄養が行かなくなった。したがって港に魚も近づかな

なくなった。こんな事実が私たちのいたるところでじわじわと問題となっているわけです。これはどういふことを示しているか。当然と言えば当然ですが、森林が持っている多様な役割と機能がいくつかの理由によってそうした役割と機能がひどく低下してきているということに他ならないのです。私たちが目に見てすぐには分からないことであつても自然界ではそれがしっかりと支えられている。ところがそれが最近では様子が変わってきたと思うんです。

昭和35年といいますが1960年以降ですか、高度経済成長が日本の、いわゆる産業政策の基本になった時に、森林は株と同じような投機の対象となりました。これを専門家は林地狂乱というふうに言っています。

これは日本のバブル崩壊後の、いわゆる不良債権問題が土地の実体に即さない不当な高騰によってつくりだされた、たいへんな経済的なマイナスである、負債であるといわれているのとよく似ている現象です。いわば、森や緑の山が投機対象になって以来、約40年日本は森林の荒廃が続いた。目に見えない森林の荒廃は今私たちに大きな難問題を突きつけています。

ところで皆さん、木、林、森この違いが分かる人、どなたでも構いません、わかる方？木と林、木が3つで森。この違いは各々どこにあるのでしょうか。

もしお子さんのいらっしゃるお母さんはお家に帰って一度お子さんに聞いてみてください。

実のところ、辞書で引いていただくと「木」だけは別にして、林や森はほとんど説明は同じです。これぐらい私たちというのは漢字を使いながら曖昧です。曖昧なうえに愛を語るからややこしくなるというか、言葉が暴走するといえますか。誤解と不運・不幸がおきる。

これは意味からいいますと、木を除くとほとんど同じです。こんな初歩的なことを私たちはほんとに今の今まで気がつかないままにしています。実は、岐阜県は木曽谷というところをもっています。これは一部長野県にもかかっているんですが、島崎藤村をご存じですよ、明治時代の文豪ですが。

島崎藤村は自分のお父さんを主人公にして青山半蔵なる名前が登場させているんですね、この『夜

明け前』の中で。この小説は何を取り扱ったかといえますと、実際に起きた木曽谷事件をヒントに書かれているんです。明治新政府がそれまで私有林だった個人の山と、いわゆる「入会」的管理を基本とする共同の管理の森林を明治新政府が産業政策のために取り上げて、官林といいますが、要するに現在でいう国有林にして取り上げてしまうという悲劇を、木曽谷事件を素材に取り上げた。

島崎藤村はお父さんを主人公に仕立てながら、豊かな森の恵みを活用して生きてきた人たちが政府の政策1つで奪われ、取り上げられ、豊かな山民のくらしが奪われてゆくことに対する当時の抵抗運動を描いていたわけです。

青山半蔵なる人物は、この明治新政府の決定に対してどういうふうなことをいって死んでいくかといえますと、「誠の林政、林業政策、森林政策というのは山林と住民を切り離していくことではなくて、むしろそれを結びつけ豊かに育ててゆくことだ」と言いながら息絶えることが描かれている小説です。良材、木曾檜をめぐる歴史的悲劇を小説で訴えたのです。

この地域の良材の檜は伊勢神宮のご遷宮の際の材に使われる大事な山林なんです。藤村の『夜明け前』に描かれた出来事は、私には21世紀、今世紀の地球環境時代の世紀の問題にも重なっていると思えてなりません。

地球温暖化京都会議、とその議定書が問題になりましたけれども、まさにこれは山とか山林とか自然とかというのは、1人では守れない問題提起にもつながっています。多くの人たちの自覚が高まらないと森林は守れないんです。しかも、持ち主はいろいろあっても全体としてはみんなのものなんです。この島崎藤村が提起した問題は、現代的な意味で実は森林文化アカデミーが設立されていく問題提起の伏線の1つともなっているのです。

いわゆるヒートアイランド現象ですが、地球温暖化あるいは森林荒廃をもたらす砂漠化、こういう問題は一見何気なく耳から耳へと入ってきて消えていくように思いますが、これは次の世代のことを考えたらとても他人事ではない問題なのです。

ちょうど私の命が今ここにこうしてあるよう

に、それは父や母の、さらに祖父や祖母のたくさんの人たちのそういう営みが今ここに私を立たせてくれている。そして、社団法人日本病院会の役員の先生方をはじめ、関係各位の皆さん方のご尽力で、ここでお話しを聴いていただけている。初めてお会いする方にこうやって高い所からお話を聞いていただく。こういうことができなくなるとしたら、これはとても辛いことであり悲しいことです。話をさせていただき私とそれを聴いて下さる皆さんとの相互作用が新しいいのちをうむ。「いのち」は相互作用によって生まれ更新されていく。

ところで、ここで1つ質問をしたいと思います。「森」のシンボルは何でしょうか。今度は女性に聞きます。(緑)?(木)?

実は「森」の象徴はヘビです。これは忘れないでください。なぜ森の象徴がヘビなのか?手も足もないヘビのセックスは何時間ぐらいでしょう。

3分ぐらいですか?

それはちょっと悲しすぎますよ。ヘビのセックスは、平均だいたい12時間だそうです。1回、愛しているとくっついちゃったらもう12時間、ぜんぜん離れないそうです。これは生物学者が観察しての結果ですから、まちがいなさそうです。

科学者っていうのはたいへんですね、12時間以上観察してたっていうことですからね。あっさりしたのでも8時間、長いのだと20時間ぐらいだそうです。

森の象徴はヘビですが、これをもっとわかりやすく形象化したものがあるんです。ここに書きますね。ヘビを形象化したものが皆さんもよくご存知の「しめ縄」です。太い方が頭で、細い方がしっぽです。これが絡んでいる。要するに、抱合してるんです。これを神社に掲げ、私たちはお正月になるとこれを玄関先に掲げている。やっぱり日本人は森の民と呼んでもよさそうです。

ヘビを象徴としてそれを形象化して神聖なものとして掲げるという行為は、日本の習俗の中に既にすっかり定着しており、久しいことなのです。森の象徴、シンボルをお正月おめでたい時に掲げ拝する。お隣の三重県では「しめ縄」は1年間ずっと玄関先に掛けたままになっています。

「しめ縄」を拝するということは、まぎれもな

くそこにヘビ信仰があるということです。そうしますと、これをお正月必ず掛ける神社でも仏閣でも、私たちは森の信仰、森という共通点で神社も仏閣も1つになっているということになります。

京都の花園大学、この設立母体である花園妙心寺、法堂(はつとう)の中の天井には龍が描かれている。龍というのはヘビをもとにした空想上の生き物ですからね。

ともかく、ヘビは森の神様である。それはどうしてでしょうか。

「しめ縄」の間にあるその白い紙は何かというと、子たくさん、子宝、豊穰を示す象徴なんです。豊かな成果です。手も足もない生き物が、森の中でひっそりと息を潜めて生きていて人には自ら危害を加えない。にもかかわらずヘビは森の中でしっかりと生きている。こういうことに古代の人々は大きな畏敬の念を抱いた。これを象徴的に形象化したということが「しめ縄」の始まりでもあるわけです。

神社は“鎮守の森”といって森の入口でもあった。最近ではどこも形ばかりの木が、いわゆる神社を取り囲むように植えてあります。かつて、その神社がいわばそこから奥は深い森だったということを象徴しているわけです。これが“鎮守の森”と呼ばれるゆえんだったのです。以上は日本の話です。この後は海外のお話しです。

古代ギリシャのパルテノン神殿ってご存じですね。ギリシアのアテネにあるパルテノン神殿、アテネのパルテノン神殿のあるアクロポリスの丘に立たれた方も何人かお見えになるかもしれませんが、実は、西洋の人は西洋文明の源は古代ギリシアのアテネだ、それもパルテノン神殿から始まったというように考えられますが、これは正確ではない。

なぜかといいますと、太い梁(はり)のことをギリシア語でメトープというんですが、ここに掘られていたのはもうお分かりだと思いますが、私が両手で抱えても抱えきれないほど太いヘビが神殿をとり囲むようにずっと彫られていたんです。

古代ギリシア人もまたヘビ信仰だった。私たちと同じ森を信仰する、森を信仰の対象にしていた民族だったということなんです。そんな人が突然、西洋のキリスト教を中心にする民族の、この発祥

の地だなんていうのは、それはあまりにキリスト教徒の傲慢だということになります。

2400年当時以上前のは、パルテノン宮殿の下まで地中海の海岸線がせまっていたんですね。それが現在では30kmも沖合になった。神殿の裏側に広がる広大な森をどんどん切っていく。その結果、大雨が降ると洪水になる。洪水で土砂が流れる。そしてだんだん海岸線があの中地中海の南の方に行ってきたしまったというわけです。

こうして考えますと、ギリシア人と日本人の私たちは深い心根の中でヘビ信仰というところでつながっている。のみならず、それは象徴性であって、もっと深いものの考え方や感じ方の中でつながっているんです。森の民としてつながっている。

これまでは東大寺の木による太い柱などシルクロードを通じていわゆる古代ギリシアの柱の形状をエンタシスやドーリアとかいうような表現で区別していますが、奈良東大寺では、そういう柱の形状を木で表現したということになります。石で彫られた柱を、日本では木で彫ったというような説明がなされています。

ギリシア語でレストランのことを「タベルナ」というんです。食べちゃいかんというのではなくて、これも反対になった話です。

蒙古語で「ヘソ」のことを「ヘツソ」というんです。ウツソといわないでください。ほんとにヘツソというんです。蒙古の人が来たらヘツソといってください。

それから蒙古語で火を焚いて煙が天空高く立ち上がっていきます。あの煙を「カム」というんです。これは日本語の「神様」の「かみ」の語源だということが言語学者の研究で明らかにされています。天皇カム説。煙となって上に舞い上り、宇宙のすべてにゆきわたる。カムはすべてのものを見下ろせる、すべてのものが見通せるという意味ですが、これが蒙古語のカムから来てる。

森林文化という2つの視点をもつことによって見えてきた複眼的なものの見方から、今まで見えてこなかった事がどんどん見えてきた事でしょう。そういう意味で、皆さんのお仕事も、もうこれしかないというふうに決めこまないで、複眼的な考え方、いろんなものの見方を重ねて考えるという事が今以上に求められています。

ところで、日本文化の特徴は何でしょうか。実は、日本文化の特質はいくつかあるんですが、木の文化ということです。もう既に亡くなられましたけれども、「朝鮮半島と日本文化」という研究で、歴史学、考古学、比較文化学に非常に深い影響を与えられた金達寿さんという作家であって歴史研究者の方がおられました。

今からお話しする話は、その金達寿さんの研究です。

出雲大社がここだと思ってください。出雲大社の社殿の中心に座して鳥居の方に向けてまっすぐ見たらその視線の先はどこへ行くのでしょうか。どうでしょう。実は、朝鮮半島の百濟あるいは新羅、これの王宮の王座の位置に現在では線引きできることが分かっています。この出雲大社の社殿を観音開きに開けてまっすぐ地理学的にきちっと線を引いたら、かつての朝鮮半島の王侯、貴族の支配者の王座の位置に線が引ける。これはすごいことでしょう。

しかもここで奏上される祝詞(のりと)、皆さん神主さん禰宜さんが「かしこみ、かしこみ、まうす」といって、楔ぎ被いをする時のあの祝詞。神前で結婚式をやられた人は祝詞奏上があるでしょう。この出雲大社の中に一番古くからある古い祝詞は、音読みしますと古代朝鮮語として十分に聴きとれるといいます。朝鮮の教養ある方だったら涙を流して嗚咽するそうです。この祝詞には民族の悲しい出来事が記してあるのも多いといいます。これはすごいことですね。

次の話なんですけど同じ建築技術、木の文化を使って建設された神社でありながら、出雲大社にまったくお尻を向けるがごとく設計された神社、これが伊勢神宮です。

これだけでもすごいですよね。一体、あの当時GPSなんていうような衛星による位置観測ができる、そういう測量術を持たなかった時代に、今から1600年以上前に、こういうことが行われていた。

ところで伊勢神宮の祝詞はもはや音読みをしても古代朝鮮語としては何の意味もなさないという事が、現在ではちゃんと証明されているんです。漢字による日本語の日本人による祝詞だということになるわけです。

話は変わりますが、奈良県の王寺町に久土神社

というのがあります。奈良県の斑鳩の里の隣り町が王寺町なのですが、ここに久土神社というのがあります。この神社の扉を両方に開くと何が出てくるでしょう。お鍋が出てきます。鉄鍋。ご神体が鍋なんです。鍋というのは、これは本居宣長の研究でも明らかのように、これは朝鮮語です。ナンビという言葉が訛って日本語の鍋になった。

今はもう久土なんていっても久土を知る人も少なくなりました。

この久土も朝鮮語、ハングル語だったんです。

実はここから木の文化、森林文化に対するいくつかのヒントが垣間見えてきます。ちょうど岐阜県、それも今日のこの会場辺りから北に向かってずっと線を引きますと、いわゆる出雲大社系の神社と伊勢神宮系の神社とが拮抗する、ぶつかり合っている場所となります。

岐阜県本巣郡北方町は丁度その歴史的文化的境界線上に位置するところです。

皆さんの近所にある神社がコンクリート建てであったとしても、社殿から鳥井に向かってそれが北と西の間の方向に向かって立っているものは実は1600年以前の朝鮮半島系の文化をもった人が住んでいたということを教えてくれている地域です。身近なこういう素材から、かつてここに住んだ人がどういう人達だったのかということが見えてくる。

ところが、今申し上げた条件が東と南の間に入っている方向の神社はせいぜい1300年ぐらいだということになります。どうですか、皆さんがお住いの近所にも神社があるでしょう。ちょっとにわかにも思い出せなかったら、明日にでも行って社殿の方から鳥居を見て、どっちが北で西かなってやってみてください。そうすると、そこに住んでいた人達がどんな人たちだったかわかってきます。それが朝鮮半島系の古い時代の文化を持った、そういう人たちが住んでいたところかなどがわかってきます。しかも様々な生活習慣やあるいは習俗の中にそうした文化的伝統が隠れているということが分かります。

古事記、日本書紀、風土記、これは日本人の教養としてご存じだと思うんですけど、実は古事記に日本草創、日本という国家をつくるそのいきさつを書いた部分があるんです。

簡単にいいますと、九州があって、本州があって四国があって、北海道があって、朝鮮半島がある。分かりやすくいいますと、九州は古事記の中にこういう記述があるんです。北九州、筑紫野の野から神さまが東関東まで種を蒔いて、赤茶けた台地日本を緑なす大地にかえたというのです。この地域に木を植えて緑滴る豊かな国土にしてこの国を治める人たちに用意したと書いてあるんです。

これは、まともに考えたら眉唾じゃなくて、大眉唾です。そんな馬鹿なことあるわけないと。ところが、実はこの事が本当かどうか科学的に研究をされたグループがあるんです。

国際日本文化センター教授の、安田善憲先生を中心にこうした研究をすすめられました。神話中の記述が本当に現実かどうかということです。神話ならこれはつくり話しですね。楽しい話し、許されるつくり話し、これが現実かどうかの確認をしようということになったわけです。

この古事記が書かれた、特にこういうことについて書かれた場所や時代を類推し、その主だったところをボーリングしました。これは考古学の最近では当たり前的手法になった放射線同位元素炭素測定法と呼ばれている手法です。要するに物質の経年変化が示す炭化状態を調べる。時間経過を逆算して時代を正確に推定するという方法です。

記述の中でも特に大切な場所でボーリングをし、記述にある推定時代の土を採り出して、その中にある植物の花粉を洗い出して電子顕微鏡で精細なデータをとったんです。そうしましたら、古事記が書かれる以前は記述にあるようにほとんど縁のない裸の状態だったことが分かりました。古事記が書かれる頃から、この台地が緑なす台地になったということがこうした科学的手法により証明できたという訳けです。

日本の国家のいわゆる始まりが、古事記に書かれているとおりでとすれば、まさに私たちは森林大国、植林大国から始まったということが分かるわけです。

なぜ東関東以上は植物の種を蒔かなかったのかという話は、ここではおいておきたいと思います。日本の古事記の中に書かれた話が部分断片的であるにせよこのように過去の事実としてあったとい

うことは、驚くべきことです。これがまだ学会の最新の研究成果ではあって必ずしも、多くの人が知るところとなっていないのも事実ですが、日本を考える上で大きな手掛りを与えてくれる成果と言ってよいでしょう。

そこで、日本だけの話では偏りますから、ここでもう1つ別の話をしたいと思います。今、アメリカが報復戦争と称してアフガニスタンで、タリバンを中心に攻撃を続けています。あの地域の話だと思ってください。

日本で一番古いお話しについては今いった古事記でしたが、一方、世界で一番古い書物は何かというと「ギルガメッシュ神話」です。アニメ作家の宮崎さんの作品はこういうものから沢山のヒントを得てつくられているということもご存じですよね。「天空のラピュタ」なんていうのもそうですし、宮崎アニメは基本的には森林文化称揚をわかりやすく説いているアニメです。

宮崎アニメにも大きなヒントと影響を与えたと思われる「ギルガメッシュ神話」というのは人類最古の神話としてよく知られているところです。今からおよそ6千年前に書かれた物語です。6千年前に書かれたこの神話は、本当のところこの30年ぐらい前までは王侯貴族の勝手な作り話と思われてきました。

場所は、先ほどもいいましたように、いわゆる四大文明発祥地のひとつ、チグリス・ユーフラテス文明の栄えた所。この地域の6千年前の現状をギルガメッシュ神話という形で書き残されたものです。厚い厚い粘土板に楔形文字で書かれた物語です。木片の三角形を組み合せ文字にする楔形文字は人類最古の文字とさえ言われてきました。この解読は30年ぐらい前になってやっとイギリスでできるようになりました。こうした研究がひとつの手掛りを与えることとなったのです。

イギリスの考古学者はどうもこれは作り話にすぎないのではないかと。それにしても紙がなかった時代ですから何十万枚もの、粘土板が出てくるというのはどういうことだったのか、おそらくこれは相当思い入れが激しい。その背景には重大な何かがあったに違いないということで考古学者は手を緩めることなく研究したんです。

そうしましたら、以下のようなことが分かって

きました。この神話の中心人物は3人いるんです。ギルガメッシュは王様の名前です。この王様に命を捧げるべく誓った将軍がエンキムド。それから、森の神様、森を守る神様がフンババです。サイババじゃないフンババというんです。なんかよく似てますね。

王様になりたかったギルガメッシュは民衆にこう約束するんです。この豊かな緑を伐って、君たちには何不自由ない立派な家を建て、その中には立派な家具をしつらえる。暖炉には火を絶やすことのない十分な薪が使えるようにしてあげよう。そのためには私を王様にして欲しいというんです。分かりやすくいえば政治的公約ですね。

この王となる公約を遂行するためにエンキムド君を私は将軍にするというわけです。そこで何をやるかといえば、森の神フンババをエンキムドに殺してもらおう、というわけです。森を守る神様を殺してもらおうという前提から始まるこの物語はギルガメッシュの公約通りになるんです。

地図をアバウトに書きますと、ここがイスラエル、パレスチナだと思ってください。今戦争をやっているところはここだと思ってください。このあたりからどんどん、どんどん木を切っていくまして、政治公約を果たし続けた。ところがもはやどこにも樹木らしい樹木がなくなるほど木を切ってしまった。気がついたらもはやそこは人の住めない砂漠になってしまった。

そして、このギルガメッシュの王様はすべての国民と共に消え去ったと書いてあるんです。森を破壊する人間は最後はつまるどころ自分の命も、自分の愛する家族も総てを失う、と書いてあるんです。これがおよそ今から6千年前に何十万枚以上という膨大な分量の粘土板に書かれたお話なんです。

一体これは本当なんだろうかということから、その謎にせまる研究が始まりました。先ほどお名前をあげさせていただいた安田善憲先生たちのグループが、さらにイギリスのチームと共に、この物語で本当にメインのお話になっている場所を何カ所もボーリング調査をされました。ここでも6000年前の地層を中心にボーリングにより採土され、その中から花粉を分析し当時の状況を推測するというものです。

そうしましたら、実はこのギルガメッシュ神話が書かれる500年前はそこは豊かな緑なす台地であったということが花粉分析から分かりました。ところが、ギルガメッシュ神話が書かれた後の時代の土を調べたらもはや砂しか出てこない。木を伐り尽すとどうということになるかを警告として書きあげた書物であることがようやく科学の力によって証明されてきたのです。

これは日本以外の話です。先の1つは古事記に書かれた話、もう1つは、まさに今世界が注目している地域で戦争をやっている地域、砂漠となってしまった地域のギルガメッシュ神話のお話し。テレビによく映し出されるあの映像は、まったく荒涼とした砂漠です。

私もあの地域に行ったことがあります。たいへんに気候条件も厳しく、1日の気温差は真夏ですと40度くらいです。日昼の気温は致死体温をこえることも当り前の地域です。

イスラム教の聖典というのはコーランといいますが、あれはアラビア語では、「クルーワン」と発音します。

コーランの一説に酒を飲んではいかんということが書かれています。コーランの中では酒もタバコもいけないんです。でも、女性は例外なのです。こうした点については私たちからは想像もつかない砂漠の生活における掟が教えとなっていると考えることが出来るものばかりです。

コーランに酒を飲んではいけないという戒めがあるのは、酒を飲んで寝ると極度の乾燥地帯ですから急性肺炎を引きおこし朝にはもう死んでいるという経験則があるからです。飲酒をした人は多かれ少なかれ口を開いて寝ちゃいます。その結果、極度に乾燥した空気を吸い続け死に至るといふ訳です。それはもう皆さんの方がご存じだと思います。

ところで、なぜ1人の男性が女性を8人も妻として迎え入れているのかということ、男性の出生率と女性の出生率は同じなんですが、生存率で見るといわゆる統計的に男性1に対して女性8となるのです。男の子というのは二十歳くらいになるまでしょっちゅう病気になるんですね、育てにくい。だけど女性はお母さんになるだけの資質があって、たくましい。ということで、結果1対8なん

です。

結婚願望をもつ女性に対して、当時マホメットはそれはいかんというふうにはコーランでは書けなかったと考えた方がいいでしょう。この話もまたちょっと長くなりますから、このぐらいにしておきますが、砂漠と化した地域にはもはや緑の再生はなく、そこで暮らす人たちはこの厳しい自然条件を受け入れていく生活を余義なくされた。したがって、どんどん木を切っていくってしまって、今や砂漠になってしまったということが実は作り話でなく本当だったという訳です。作り話じゃなかったんだ、ということが歴史的教訓として書きとどめられていたというわけです。

神話といわれるものは本当は時に警告の書であったのではないかと。しかも、これは現代風にいえば自然環境破壊がいかに我々の未来に対して大きな手かせ足かせになるのかということを見せてくれているのではないかと。6千年前には、現代の科学を持ち得なかった当時の人びとは神話として語り継ぐ方法しかなかった。これを私たちはいつしか作り話しと読むようになったにすぎません。安田先生たちの研究はこうした私たちの思いあがりを誠実な研究を通して、戒めているのです。今日までこれを神話としか読まなかった私たちのごうまんを今こそ反省すべきなのです。古事記もそうでしょう。古事記のすべてが科学的真実だとはいいません。もちろん、これにはいくつかの誤りもあります。

それはともかくとして、私はそういう意味で日本の場合においても、このギルガメッシュ神話に扱われた場所においても、いわゆる国は違っても同じことを行くと同じ目に遭う。日本の場合にはまったくの赤土だった大地を種をまくという植林によって緑の国土にした。ギルガメッシュで扱われた大地は緑なす大地を自らの欲望のために木を伐り続けたために大地が砂漠になった、こういう話です。

ちょっと話を変えてみましょう。これは日本と中近東の話です。じゃあヨーロッパはどうだったのかということです。皆さん、この中にもイギリスに旅されて、イギリスのすばらしい田園風景を記憶にとどめておられる方もおいででしょう。イギリスの国民色というのは緑です。プリティッ

シュグリーンといいますが。ああいう風景の中に皆さん心の安らぎを感じられた方もいらっしゃるんじゃないかと思います。けれども、イギリスが今の緑なす大地になったのはおよそ200年前の反省からなんです。

イギリスは世界に先がけて産業革命をやりました。蒸気機関の発明がこの国を急速にかえました。機織りであれ、交通移動の手段であれ蒸気機関を応用した機械ばかりです。このために、燃料としてありとあらゆる緑を切って薪にしてしまったんです。そうして、気がついたら自然災害が多発する、そうして生き物が生きられなくなった。まさに砂漠化寸前の自然荒廃が一気に進んだのです。

ゴルフの発祥、ご存じでしょう。草原の中で穴ぼこだらけで、あれは野ネズミやモグラ退治に農夫がやることないから、棒きれで石をポンと叩いて、それでネズミが顔を出すような穴にポンと入って、穴を調べたらネズミやモグラが死んでいた。これをホール・イン・ワンというのでしょうか。一発でせしめたという訳けです。それがゴルフの原型だといわれています。

それが非常にいくつかのイギリス的なマナーが与えられて、襟のないシャツでゴルフ場に行っただけで、いろいろなことがいわれるようになっただけで、元はといえばそうだとされています。イギリスの現在の緑は200年経って今になったということです。

じゃあ、ドイツはどうか。ドイツは黒い森といって、シュバルツヴァルトという黒い森といわれています。実はドイツもまたイギリスの例にもれないんです。すなわち、ドイツもイギリスにおくれて産業革命をやった。機械化をして、それを国の政策の中核に据えた。けれどもこのためにドイツの森林は一気に乱伐のために荒廃した。ほとんど緑を切ってしまった。

そして、その反省からドイツは多くを学んだのです。緑の大切さ、森林の大切さ、森林が持っている豊かな文化性、人間に与える様々な深い影響。私たちは美しいその自然の姿をみて、人間の力をこえた自然への畏敬を感じます。例えばヨーロッパへ行ってアルプスを見た時に、そしてそれが真っ赤な夕日に映えて、厳しくそそり立つようなそういう山並みを見た時、私たちは思わず、これ

は人間の力を超えた、神の造り出したものだというふうに思うのは自然なことですね。美しい山並みを見て私たちは、大きな自然わけても森や緑のもつその存在に感動します。

私は岐阜に住んでいますから、夕日が伊吹山に沈む時のあの赤く染った伊吹山の山容を見て、わが身の至らなさというんですか、我が身の専小なる存在をその大きな自然の姿からふっと思い知らされることがあります。それは自然が私たちに生きることの本質を教えてくれてもいるんだろうと思うんです。ところが13世紀以降、ヨーロッパもまた森を切り拓き木を切って行ってしまった歴史があります。

今、私たちはヨーロッパへ行って広々とした草原の中に木が1本ある風景をみて、なんと美しいだろうと感心します。しかしあれは生態学的に、植生学的にいったらぜったいに専門家は異常な風景であるといえます。ほんとはそうした風景は人間が造り出した風景であって、決して自然が自然のままに造り出した風景ではないというふうにいわれているんです。

ドイツロマン派という音楽があります。ベートーヴェン、シューベルトだ、ブラームスだとかいうような人、あるいはウェーバーとかワーグナーだとかいうような人、後期ロマン派も含めて、そういう音楽があります。ウェーバーが作曲した「摩弾の射手」という有名な曲。

この音楽などは深い森を背景にお話が進んでいくんです。いわゆる狩師の鉄砲撃ちの話です、森における。じゃあ、ウェーバーが森の狩師を描くような音楽を作曲した時に、ドイツの森は本当にそのような深い森があったのかというと、森はほとんど失われていた。

ドイツロマン派の思想というのがあります。ロマンティックの言葉の語源です。このロマンティックであることの語源の必須条件は森なんです。海岸べりでもないんです。愛をささやく、愛を確かめるのは森の中なんです。

そうすると、今私たちの人間関係がぎくしゃくしているのは森があまりにも少なくなったから、ロマンが少なくなったのかといえなくもないですね。ワーグナーの「ローエングリン」もまったく森を舞台にしています。

ゲーテも哲学者のヘーゲルも「森の大切さ」を説き、「森は人間の営みの基本中の基本だ。これを馬鹿にする人は、この森のしっぺ返しを受けるだろう」というような事を言っていますが、私はそういう意味で、森林を中心とする自然秩序の破壊が、つまるところ社会秩序の破壊や人間秩序の破壊にリンクしていると考えています。森林の荒廃というのは一言でいえば、私たちの精神の荒廃につながっている。人間の内面的な破壊につながっていると思う1人です。

皆さん、いかがでしょうか。そんなこと考えたことないから、今日初めて聞いているからちょっと分からんとおっしゃるかも知れませんが、私はいろんな研究からこういいきれると思っている1人なんです。

先ほど少し、私の本のいくつかのご紹介をいただきましたけれども、その中に道元禅師がお書きになられた「正法眼蔵というご本があります。このご本をもとに『正法眼蔵』との対話」という書名で一冊書きました。道元さんは今から800年ほど前に福井県の、現在の永平寺をお造りになられた、その開祖である道元禅師、道元禅師が書かれた本は95巻に及ぶ非常に膨大な分量の本です。

この道元禅師が『正法眼蔵』という本の中で、こんなふうなことをおっしゃっているんです。「山の姿も谷に響き渡る滝の水音も、これらはすべて尊い仏の御姿であり御声である」、こんなことをおっしゃっているんです。分かりやすくいいますと、実はこういうことだと思います。それは自然＝仏の姿、真理だと、こういうふうになっているわけです。

今、私たちは日本に生きて生活しています。戦後の急速な高度産業化政策がもたらしたいくつかの歪みは皆さんもご存じのように、私たちの国の自然をほんとに惨めなほどにズタズタにしました。1987年のリゾート開発法はそれを決定的なものにしたと言ってよいでしょう。もし800年前の道元さんがここにお立ちになられたら、こんなふうにおっしゃるんじゃないか。それは自然破壊は人間破壊だよ。美しい自然がある所には人間らしい人が住んでいる、違うかねとおっしゃるに違いないと思っんです。

なぜなら、『正法眼蔵』という本の中にはしっか

りと自然について書かれてあるんですが、それを隈なく詮索すると、今申し上げたようにしか読みとれなくなります。

これを別ないい方で言ってみましょう。環境破壊は、心の破壊と同義的です。私たちの国はほんとにたくさんの方が不幸な死に急ぎをしています。とりわけ、91年5月のバブル崩壊後の「不毛の10年」は専門家によって経済敗戦とまで形容されています。この10年間に、戦後の日本の経済成長がかくしもっていた問題がバブルの崩壊によって一気に表にさらけ出されたかの勢いです。私たちは年間3万人をこえるたくさんの自殺者を生んでいます。これ以外にも引きこもりに悩む人などを含めて生々しい、聞きたくもない見たくもない犯罪事件をこれでもかとばかりに日夜マスコミが我々に伝えてきてくれています。

これは心の破壊を示す出来事の何者でもないのではないのでしょうか。もし道元禅師がお見えになれば、その原因はすなわち自然の破壊であるとおっしゃるに違いないと思っんです。美しい風景を見て人は人を殺そうと思うのでしょうか。すばらしい大自然の中にあつて、人は家族や愛する人のことを思うことはあつても、人に危害を加えることを考えるのでしょうか。いかがなものでしょうか。

もし道元禅師がおっしゃるように自然破壊が人間破壊であり、環境破壊が心の破壊であるとすれば、今こそ私たちはこの自然の大切さ、とりわけ森林がもつ様々な機能や役割を正当に評価せねばなりません。森林はいのちの母胎です。生命防衛機能あるいは生活防衛機能をもつ森林が様々な理由によって荒廃する。やがてこのことから自然災害が起きる。自然災害によつてもたらされる土砂災害はやがて河川の汚濁を招く。河川が汚濁すると魚介類が住めなくなる。そして、それがやがて港に流れこんでくる。そうして港の漁獲量が低下していく。自然は総て連鎖しているのです。

ところで皆さん、向井千秋さんの実験をご存じですか、スペースシャトルの中における。向井さんは何をやったんですか。

スペースシャトルに乗って愛知県弥富町の金魚の1つがいと、カエルの1つがいと、それからメダカの1つがいを連れていったんです。

彼女の実験は、最初から目論見どおりあつたと

思うんです。

向井さんの実験はガリレオ・ガリレイ同様、科学史に残る実験に匹敵する科学史上の快挙だといわれているんです。どれほどこの実験が本当に科学史に残るすばらしい実験であったかということは私たちがニュースの出来事として理解する以上に、この実験の中身を理解すればこのことの本当の意味が実感として理解できます。スペースシャトルの中で向井さんはカエルと金魚とメダカのいわゆるオス、メスのセックスを観察していた。結果はメダカもカエルも金魚も次世代を残す新しい命を残すことができなかつたのです。最近、神戸の六甲山近くの旅館で、そのスペースシャトルに乗っていったメダカが無事帰ってきて、子どもを生んだという話は聞いています。ところが、スペースシャトルの中では生まれなかつたんです。なぜでしょうか。

スペースシャトルの中では空気も水も人工的に造り出しているんです。ところが、1つだけ人工的に作り出せないものがあるんです。それは何か。重力の加速度。物理学でいうGです。いのちをつくり出すためにはこの三条件が必要なのです。

JR の名古屋のツインタワービルの頂上からパチンコ玉1コをパッと手から離すと、離れた時は速度0です。二百何十メートル下の行人に当たる時の速度は正確に計算しないとわかりませんが、確実に道路を歩いている人の頭蓋骨を貫通する凶器になる加速度をもっているのです。これが重力の加速度です。

宇宙空間では重力の加速度がなかつたために、交尾はあったけれども受精しなかつた。すなわち命の誕生はなかつたということなんです。これは彼女は気丈に、小学生でも分かるシステム、実験で、もちろんスペースシャトルというNASAが科学の粋を集めて運んでいったものではあるんですが、その中で、小学生でも聞けば分かる実験を彼女は見事にやってのけた。

空気と水と重力の加速度を自然なままに併せもっている星はただひとつ、私たちの住む地球である事を見事に実験を通して示してくれたわけです。受精には重力の加速度が大きなファクターだったということを彼女は証明したわけです。どんな宇宙時代がきても宇宙飛行士同志が愛を語り

合い、新しい「いのち」をまち望もうとしたらふるさと地球である実家地球に戻ってこざるを得ないという事実は感動的です。

これがガリレオ・ガリレイ以来の世界的な発見以外の何物でもない。証明以外の何物でもないといって、誰が笑うでしょう。私はこの事を知ってほんとうにすばらしいと思った。あらゆる「いのち」のふるさととは地球であるという認識はこうして不動のものとなったのです。だから、こういう分かりやすい話をしました。

私は、美しい自然、とりわけ美しい森林の回復というのは、とても大事なものだと思うんです。今、世の中世界中がIT、ITといっています。私は道具としての目的をはっきり定めたコンピューターの使用は大賛成ですが、目的のないITは大反対です。

なぜなら、精神医学で最近こういう例があります。「境界例化」という傾向を示す患者がいます。これは現実と非現実が分からなくなってしまふ。ひとつの精神障害です。これは精神医学でいう境界例化の症状を示す患者ということ。人が殺してみたくなくなったということで、コンピューターの中で、バーチャルにやっているだけでは面白くない。そこでほんとに人を殺してしまう。こういう犯罪は後を絶たないわけです。

閉じこもりになっている人は今、全国で3万人を超えました。そのうちのわずか6千人が家族や身近な人の勧めで病院に通っているに過ぎません。しかもです、これが圧倒的に男性で、働き盛りの30代、40代なんです。これほどまでに我々の国は病んでいるという1つの例にすぎません。

したがってここでもこういう言葉を、思い出します。それは最初に申しました「自然はいつも正しい」といったゲーテ、このゲーテが別なところでこんなことをいっているんです。

「人間が自然から遠ざかれば遠ざかるほど、人間は病気にますます近づいていく」と、既に何百年前にいっているんです。彼はそれを実験するためにヨーロッパアルプスに初めて助手を連れて登りました。失敗はしましたけれども、その志は偉大なものです。近代登山の父というのはゲーテなんです。そのゲーテは先程のようにいったわけです。これはまさに、地球環境時代、命の時代、命

の世紀を迎えた私たちが最も深く理解し自覚しなくてはならないところです。この地球でまさに空気と水とを造り出しているのは森林です。

こういうものに対する深い、広い文化性を私たちが無視したら、この3条件揃ったこの地球にあっても、私たちの未来はないということはもう明らかなことではないでしょうか。そういう意味で、今日のタイトル「いのちの母胎，森の文化」という私が本日お集りの皆様方にお伝えしたかったのは、そういうお話でもあったわけです。

十分な時間がありませんので、舌足らずなところはたくさんあったと思いますが、もし皆さんとお会いできるようなことがありましたら、別の機会にもうちょっと別なお話もさせていただけると思います。時間がきましたのでこれで失礼します。ご静聴ありがとうございました。

司会 篠田先生，ありがとうございました。約1時間半という短い時間の中で、多くの考えさせられるテーマや話題が出されたのではないかと思います。私が薄っぺらにまとめるよりは、皆さん方が先生の話聞いて感じたことを、これからの職場の中で、または自分の人生の中で生かしていただくということがやはり大切ではないかというふうに思います。

先生の書物は、多くありますので、読んでみたいという方はインターネット等で篠田暢之ということで検索していただければ、先生のプロフィール等も載っておりますので、ぜひ読んでいただきたいと思います。本日は、本当に先生，ありがとうございました。

## 薬草と調理

元岐阜薬科大学学長 薬学博士 水野瑞夫  
自然学総合研究所所長

平成13年11月・岐阜市

水野 ただいま御紹介を受けました水野です。私のほうで書いた講演要旨の名前と、編集されたほうとちょっと名前が違いまして、水野瑞夫というのが本当の名前で、書いてある水野端夫というのは違ってしますので、御訂正をお願いいたします。水野瑞夫ですから、語呂はガリレオ・ガリレイとか、マリリン・モンロー、などとよく似た語呂になっていますので、よろしくをお願いいたします。

今、坂先生から御紹介を受けましたが、ずっと薬科大学の現職にいる頃は、生薬学の教室にいました。ほとんど植物を主体とした薬用植物学、生薬学、漢方学という関係の仕事をしておりまして、特に、新しい医薬資源の開発研究をしておりました。

割合に関係するようなところだと、更年期障害ですとか、健忘症であるとか、こういった加齢化の高齢化社会におきまして、どうしても必要なものとして、御存知だとは思いますがイカリソウというのがあります。そういうイカリソウの成分の研究は、世界に分布する40数種類の材料の収集からはじめました。その中から、どれがよく効くかというような、研究を行ってきました。

きょうは平成13年度栄養調理研究会にこうしてお目にかかることができありがとうございます。このテーマにつきましては、本部のほうから薬草と料理についてお願いしたいということですが、なかなか、難しいテーマです。料理に関しては、皆さんの方が御存知であって、私のほうが教えていただかなければいけない点が多々あるかと思えます。

### 伊吹山の薬草利用の歴史

先ほどの司会の先生のお話で、岐阜県は海拔ゼロから3000メートルまでの高さに垂直分布をする、そういう地域で、植物も結構豊富であり、おそらく日本の大部分の植物が集中、集合するような、そんな形の植生をもっています。なかでも、伊吹山は織田信長が初めてヨーロッパの薬用植物を導入して薬草園を作らせたといういわれの山であって、もちろん、小野蘭山や飯沼慾斎のような多くの本草学者であるとか、そういう人が、伊吹山を訪れては薬草を求めて、勉強しそこで、初めて一人前になっていくという、そういう伊吹山でもございました。私の調査によりますと、伊吹山にはシダ植物以上は約1300種類くらいの自生種あって、そして、280種類くらいの薬草があるわけです。しかも、この薬草は記録的なものではなくて、伊吹山周辺部では、その薬草を今も使っているわけです。「薬草を用いていますか？」というよ



スライド1

うな質問をしますと、「薬草って何ですか?」というような話で、自分の家庭料理の中に常に薬草が入りこんでいて、そういう部落が大変多く、薬草が分布していることと、それを実際に使われているというような点では、岐阜の伊吹山がいわいが全国的にも一番残っていて、ユニークな存在ではないかと思えます。私も伊吹山の薬草、あるいは植物に関しては、研究をずいぶん行っておりますが、今日はその一端ぐらいはお話できるかと思えます。

このスライドの第一枚目の、ちょっと灯りを消していただくとわかるのですが、赤い色が出ている植物がございます。これは、イブキジャコウソウという植物で、少し崖地であるとか、ほかの植物が生えないような砂礫<sup>カシキ</sup>地域、そのようなところに生えてくる植物です。ハーブではタイムと呼んでいる種類の仲間です。日本産のタイムといえるわけですが、このイブキジャコウソウも大変多く分布しております。

それで、きょうの講演の骨子は、料理と関係する薬草類をいかに利用していくかということで、やはり、系統だって薬草の利用という点を少しお話しして、御参考になればと考えております。したがって、講演要旨の概要ですが、特に、五行説に配属される植物・薬草・食べ物・穀物というものをどういう形で配属しているか。いわゆる、ペンタゴンセオリーと(五行説)申しますか、五行説に沿った話をしながら、薬草と料理という基本の話をしていきたいと思えます。個々については、講演要旨にそれぞれ、薬草の名前、あるいは食品の名前を配置して明記してありますから、それをいかに利用していくかと、そういう点をあとからじっくりと研究していただければと思っています。それでは、講演はスライドに沿って行っていききたいと思います。

### 食事療法の歴史

まず最初に出てきましたのは、食餌療法の歴史です。薬草、あるいはいろんなものを用いた食療といえますか、そういうもので、東洋で一番古いのは、世界でも古くなるわけですが、それはこの伊尹像にありますように、インイと発音するこの医者、これは医師でもあります。しかし、はっき



### スライド2

りとした生存の年度がわかっておりません。おそらく、紀元前1600年ころの人物じゃないかといわれているのですが、この伊尹がまず、食療薬膳の元祖であると言われております。料理に非常に精通しており、しかも、この神農本草経の湯液、神農本草経といいますが漢方薬、漢方あるいは東洋医学というのは、薬物を煎じてそして湯液、湯の液ですね、湯液を用いていく。ヨーロッパ流というスープになるのですが、そういう形を考案して、創作もしているのが伊尹であるわけです。非常に古い時代から始まったと考えていいと思えます。

### 食の元祖・伊尹

そこで、この伊尹を食の元祖と考えておりますが、現在、料理に用いる薬草の種類は、どのくらいあるのかということになるわけです。大きく分けまして、薬膳料理というか、日本では、岐阜でも長良川一帯のホテル、旅館が薬膳料理、薬草料理、健康料理をやっておられます。すぐ行ってというわけにはいきませんが、ある程度人数を集めて注文しますと、立派な薬膳料理を用意してくれます。そういう基本になっているのはやはり、この、最初の「神農本草経」じゃないかと思えます。この部分はわかりにくいですが、例えば「神農本草経」であっても、あとから出てきますが、神農本草経自身は365種類の薬草、薬物が収載されています。朝鮮人参・黄耆(オウギ)・沙参(シャジン)・麦門冬(バクモントウ)・天門冬(テンモントウ)というような類が365種類ですが、そのうちで薬膳料理に用いられているような薬物は68種類ほど使われております。そのほか、料理にはハーブ類、



スライド3

スパイス,あるいは野菜・穀物というような類がございます。

それで,食療,あるいは料理にはなくて,薬草自身はどのくらい種類があるかと申しますと,ちょっとこのところを見ていただきます。一番上のほうから,中国が一番多くて,大体6000種類の薬草が中国にあります。まだまだ,新しい薬草が各民族から提案されて増えていきますが,大体6000種類です。その次に,インドの2500種類です。これはアイルペーターのグループが関係しています。そういう関係で2500種類の薬草があると考えられます。それから,アフリカにまいりまして,大体800種類ということになります。そして日本はと申しますと,大体700種類の薬草があります。700種類といいますが,ほとんどちょっとしたもので入ると思います。その辺を歩くとヘクソカズラがありますが,その小さな果実をもむと臭いにおいのする雑草みたいな蔓草がありますが,これから冬になってきて,凍傷様の炎症などに,それをつぶして塗ると治るといような,そういう民間薬なども全部入って700種類あるのですが,主なものは,だいたい300種類で,そのくらいのものが現在も使われていると思います。

このスライドの横にアガリクスをのせておきましたが,最近よく使われているキノコの仲間です。最もよく使われているグループです。これは,御存知だと思いますけれど,ブラジルで開発したもので誌面などに結構出てくるキノコです。それで日本ではマグソタケとかイチヤタケとかあるように菌糸体が成長するとすぐとけてしまうというようなグループですから,速やかに乾燥して日本

などに持ってきています。そういうキノコの部類も入っています。

### 神農と「神農本草経」

それで,伊尹が湯液を作ったという,一番元にあります「神農本草経」というのがありますが,これは神農さんというわけで,神農と申しますと薬の神様のように思われています。これは中国の湖北省で,もう少し上へ行きますと,三峡ダムができてるところですが,そこに神農架という深い山岳地帯があります。3000メートルぐらいの山がいくつも並んでいるところで,林業特別地域となっていて,なかなか,そこへは入れません。許可が,もう一つパスポートがいるのです。その神農架ですが,私も薬草とか,漢方薬のルーツ,つまりどんなところで昔の神農さんが嘗百毒(ショウヒャクシャベン)を行ったのか?これは毎日100種類の植物をなめながら,薬草か毒草かを決めていくのですが,その時赤いむちで,そこにいる毒蛇であるとか毒虫,そういうものを払いのけながら100種類の薬草・植物をなめて区別したという,いわれの言葉でございます。

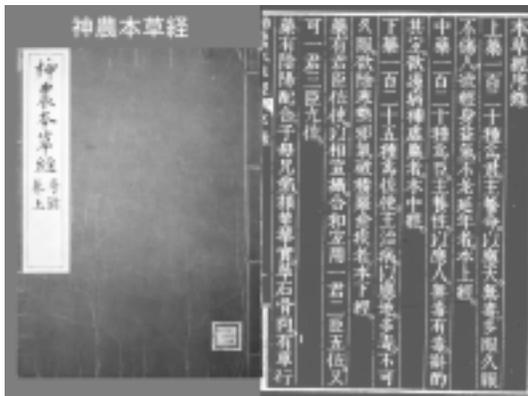


スライド4

この嘗百毒というの,皆さん御存知かと思いますが,日本に中国の医学などがはいつてきて,日本の本草学者,あるいは漢方医というような人々が,今でいう学会を作りました。そして薬草の研究・薬草の応用の方法を研究した学会なのですが,この岐阜・愛知・三重という中部圏は大変本草学者が多く住んでいた場所で,そこにできた学会というのが,ちょうど嘗百社(ショウヒャク

シャ)という,そういう学会でした。また, 楮鞭というの,江戸の方でできた,楮鞭会に用いられ,これは博物学のような形で,今では楮鞭会のほうは自然をモチーフにしたような絵画の会です。そんな学会の名称が江戸時代に,こういった神農のところから取られているわけです。私も2回,神農架へまいりましたが,大変厳しいところで,しかも中国で唯一,野人が住んでいる。野生の民族ですが,そういうのが住んでいるということで,楽しみにしていましたが,会うことはできませんでした。その横の図が神農さんの図であって,いろんな図がございますが,多くはこのところに角がある,植物が大変多いところで,毎日いろんな薬草,植物をなめながら,薬草であるかどうかを決めた,一番最初の方といえます。音楽でもそうですが,音楽の一番最初の方は,やはり神農さんが,あるいは農業も神農さんがというように,いろんな形で人類の知恵の集積といえますか,そういうようなものを一つの象徴として,神農に集めているようです。

それで,神農さんが作りました,最初の薬物書あるいは治療書というのが「神農本草経」でございます。この内容は,ここに書いてあります。これは序編になっていて,皆さんのところへも,これの要約したのを書いておきました。



スライド 5

「神農本草経」の上薬,中薬と下薬

いわゆる上薬が120種あって,これを例えるなら「君」といい,一番最高の位であるといえます。そして,主に命を養う性質のものであり,天に依

ずる,したがって,まったく無毒であって,多服,多く服しても,あるいは長く飲んでも人を損なわない,副作用がないと,そんな事が書いてあります。しかもそれを飲みますと,身が軽くなって,気を増して元気になります。そこで不老延年をのぞむ人たちはこの上薬の120種から選びなさい,ということなのです。

その次に,中薬というのがございます。この中薬自身は同じく120種あって,その次の「臣」という位にしています。主に性を養うようなもので,これには効くものもあるし,効かない毒のものもあるというような性格の薬物が120種あげられているわけです。

それから,下薬に125種があって,これは「佐使薬」と呼んでいるわけですが,主に,病気を治す,そういう意味合いで使われ,したがって,毒性が非常に強いわけですから,病気が治ったら,すぐやめるといふ,そういう薬物であるわけです。

したがって,上薬・中薬・下薬というものを合わせて365種類を「神農本草経」に載せています。この「神農本草経」自身はこの序録にもありますが,ここのところを見ても,「薬には君・臣・佐使がある」要するに上薬・中薬・下薬という三種の種類のものがある。「このものはよろしく取り合って,使うべきである。」そういう事が書いてあって,そして,しかも使い方は,例えば一君二臣五佐使ですから1・2・5という割合で上薬・中薬・下薬を配合し,あるいは,一君三臣九佐というように,上薬を1,中薬を3,佐使薬を9という,そういう割合で配合して用いなさいという指導が,ここからうかがう事ができるわけです。この上薬は先ほども言いましたように,いくら飲んでも無毒であるということですから,量を多く飲んでもまず大丈夫であり,それで多くの薬膳料理というのは,上薬に集中して,使われているということがいえると思います。このあとに,若干使い方がいろいろ出てくるのですが,相互の問題とか,薬草の料理,あるいは薬膳というような料理の問題と非常に大きな関係が出てくると思います。

薬食同源

その次にまいりますが,ここには医食同源ある

いは薬食同源とよばれる食餌療法と同じような形になります。

### 周礼に食医・疾医・傷医・獣医

まず、分類で、非常に古い時代に、御存知かもしれませんが「周礼」という一つの法律ができあがっているわけですが、その「周礼」に医師の分類がなされております。この医師の分類をみますと、食医・疾医・傷医・獣医という4段階に分かれています。それぞれ、食医というのは食餌療法を駆使用する医者です。それから、疾医というのは薬物を用いて病気を治すという薬物治療を行う。それから傷医というのは、皮膚科とか外科であるとかそういった形の医師である。最後に獣医は禽獣の治療をするという、4種類に医師を分類しています。したがって、その最初に食餌療法を駆使用するような医者を、特に食医と称して挙げているという点が、中国の薬食同源の出発点になっています。現在でもまず、食餌療法で回復できるような場合は、ほかの薬物を使わずに、まず食餌療法をするという、そういう建前で東洋医学が行われているのです。



スライド 6

この食餌療法に関して出てくる人物が、孫思邈という方で、581年から682年の人で、かなり神農からは新しい時代ですが、『千金要方』というような著書がございます。非常に重要な薬物を書いておりまして、医師でもあり、この『千金要方』に次のような事柄が出てきます。これを見ますと、「体を安らげるもとは、必ず食にある。疾を速やかに、つまり、病気になったものを速やかに救

うのは、必ず薬である。食のよろしくを知らぬものは生存、生きる事はできない。薬の非が明らかならぬものは病を除くことができない。すなわち、食は邪を廃し、臟腑を安らぎ、精神をよこばせ、氣分を健やかにする」というように、『千金要方』の最初の項に、治療をするにあたって食餌療法、食餌というのが一番重要であるというような記載をこの孫思邈がのべております。

### 薬草料理の食材には

ここに、薬草料理の食材にどんなのがあるか、というのを若干見ていきます。



スライド 7

この要旨にも、「神農本草経」に関しては若干、重複して載せてございますが、主に、この「神農本草経」の上品ですが、このスライドは、一番上の菊花 菊花にもいろんな種類があるわけですが 菊花というのは寒剤、性質としては、体を冷やするような、あるいは、代謝過程が過剰に進んでいるような場合にそれを止める、そんな作用を持っています。したがって、中国では、特に北の方ですが、夏は非常に代謝が激しく、気温が高いものですから、つい代謝が激しくなって、夏ばての原因となるのですが、そういう時に何のお茶を飲むのかということ、割合に菊花茶を飲みます。体を冷やして、代謝を少し調節する、そんな意味で、この菊花茶を飲むのです。特にこのスライドにありますが貢菊、貢ぎ物にする菊というのがございます。これは中国の安徽省で作られるものです。なかなか安徽省というのは変わったところで、日本にも時たま、へんてこな漬物とかはいってきてい

て「ヤマクラゲ」と呼ばれるものです。この食材についてはずいぶん苦労して、原植物は何かというような、そんな事を依頼されたことがございます。安徽省というのは珍しい植物が大変多く、しかも、よく使われていまして、この菊花も、そういう意味合いでお茶材の一番良いグループに入れられております。

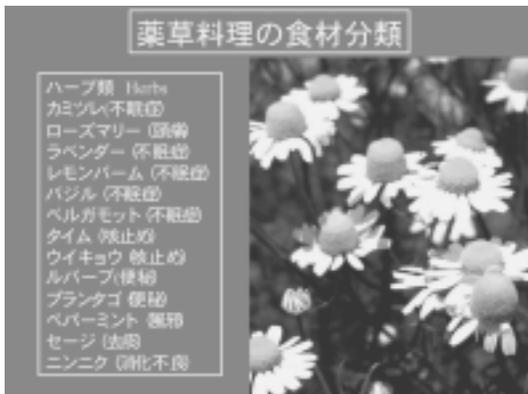
「神農本草経」上品の薬草

そんなことで、『神農本草経』を見ていきますと、御存知のものを挙げておきましたが、人参、これはもちろん朝鮮人参・天門冬・クサギ・スイカズラ・甘草・ジャノヒゲ・ハトムギ・黒芝・紫芝・マンネンダケ(万年草)の仲間ですが、これは「神農本草経」の上品に出ています。プリントには赤芝・黒芝・青芝・白芝・黄芝・紫芝、というようないろんな種類のいわゆる霊芝が載せてあります。これを見ますと、ほとんどの種類が、それぞれ、例えば黒芝は抗炎症に使うとか、あるいは紫芝は免疫を非常に高めるような作用がある、あるいは黄芝は胃腸に使うというとかで、全部用途が違っているわけですが、日本ではひっくるめて、いろんな種類はなくて、ほとんど黒いか紫色で、黒芝あるいは紫芝をまとめて霊芝といい、そんな形で用いています、実際は色々な種類があるというわけです。

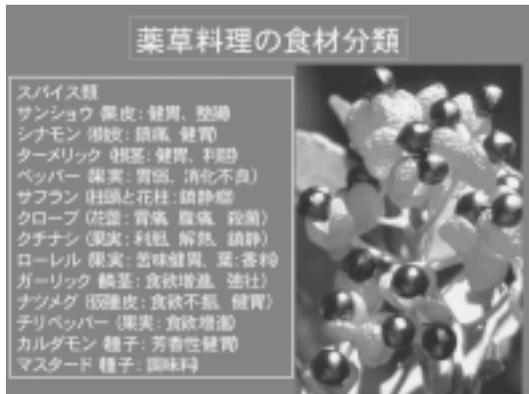
それから、ケイ・クコ・ナツメ・サネブトナツメ・ブドウ・ゴマ・セキミツ(トウヨウミツバチの作った蜂蜜ですが)そういうものが「神農本草経」の上品に挙げられていて、しかも、薬草料理の食材として出てくるという事がいえます。

その次に、ハーブ類を見てみます、ハーブ類の2, 3御存知のものを挙げておきましたが、カミツレのグループ、あるいはローズマリー、ラベンダー、レモンバーム、バジル、ベルガモット、タイム。タイムというのは日本製のものであればイブキジャコウソウということになるわけです。それからウイキョウ、ルバーブ、プランタゴ、ペパーミント、セイジ、ニンニクと、こうなっているわけですが、ハーブ類は残念ながらヨーロッパから入ってくる薬草のグループで、ほとんど学名のところを属名で呼ばれていて、異質のように思えるわけです。例えば、プランタゴというのは *Plantago asiatica* (オオバコ)の学名ですがプランタゴは属名の *Plantago* からとられたもので、要するにオオバコの仲間というように、そういう形でこのハーブ類が使われているのが大変多いのです。その用途を見てみますと、主なものを書いておきましたが、割合ににおいがいいというグループは、不眠症であるとか、そのようによく使われています。ハーブ類をどうして使うかというのと、普通のハーブ茶にしたり、あるいは、先日もある放送局が岐阜県の春日村へ来て取材してましたが、そこではハーブ枕というのを作っているわけです。それは、寝つきが悪いとかの場合にハーブを入れた枕を使うのです。それには伊吹百草が入っているのですが、そういう枕をしておきますと、寝ている時に、ほのかな香り、精油が漂って、それが鎮静作用になります。そういう用途があるので、割合にこのような精油関係が薬効というのか、このハーブ類では第一だと思っております。

それから、スパイス類。これは皆さんの方がよ



スライド 8



スライド 9

く御存知だと思えます。いろんなスパイスの仲間も、やはり薬草の類でありまして、山椒の類などがそうです。山椒の果皮は赤く、中に黒い種子が入っていますが、薬用のスパイスとしては、赤色の果皮だけを取って用いるということです。もちろん健胃剤、整腸剤と、書いておきましたが結構スパイス類は薬効と大変結びついています。シナモンは普通の桂皮のことですが、桂皮を鎮痛芳香健胃薬として用いますが、よく肉桂のアメであるとか、あるいはコーヒーなんかのスティックにセイロン桂皮のまるめたもので砂糖を入れた中を攪拌する棒になっていますが、あれなんかも桂皮にあたるわけです。そういうのは何にか効能があると思われるわけですが、鎮痛作用が非常に強いわけですね。それで、のどが痛いとか風邪の初期などに桂皮酸を入れたり、あるいは桂皮を入れるような格好にすれば痛みがとまるというようなそういう形で使っているのですが、随所にスパイスとして使われています。あと、ウコンと、ターメリック。ペッパーであるとか、サフランであるとか丁字のグローブ、くちなし、ローレル、月桂、月桂樹の葉、ガーリック、ニンニクの仲間であるとかナツメグ、色々な類を見てきましたが、スパイスの仲間というのは大変多く薬草料理には使われています。

薬の配合・食材の配合は五行説から

五行配当表						
五行	木	火	土	金	水	自然の基本的な属性
五臓	肝	心	脾	肺	腎	脾は経絡
五腑	胆	小腸	胃	大腸	膀胱	
五運	風	暑	湿	燥	寒	五臓を消化させる自然現象
五季	春	夏	土州	秋	冬	五行に制係する季節
五味	酸	苦	甘	辛	鹹	五臓を養う味
五禁	辛	鹹	酸	苦	甘	五臓が病む時、禁止の味性
五性	寒	平	熱	湿	涼	薬草の性質、薬性
五穀	日	汗	口	鼻	耳	五臓が支配する孔
五液	涙	汗	涎	涕	唾	五臓が病むときに出る液
五志	怒	喜	思	慮	恐	疾病の時の感情
五菜	韭	薤	藜	葱	大豆	食べると良い菜類
五穀	麦	粟	黍	稷	大豆	食べると良い穀物
五果	李	杏	蓮	桃	栗	食べると良い果物
五畜	鶏	羊	牛	馬	豚	食べると良い肉類

スライド10

中国では、五行配当といい、このプリントにも書いておきました。五行、要するに万物の世界というのは陽・陰、陰・陽とそういう形で、そこか

ら、五つの行、いわゆる「木・火・土・金・水」という属に分類をして、全て万物がこれに所属するという思想です。それで、この「木・火・土・金・水」が、まんべんなく平衡して存在する場合に健康的であり、平和であるというのが、この思想です。覚えていただくことは、「木・火・土・金・水」というものと、それに対して色々なもの、たとえば五臓ですと「肝・心・脾・肺・腎」というようなものがあります。要するに「木・火・土・金・水」に「肝・心・脾・肺・腎」というのを当てる、あるいは五腑のほうは「胆のう・小腸・胃・大腸・膀胱」を当てていくわけです。それで、特に黄色で書きましたところ「五味」であるとか「五性」であるとかということですが、この「五味・五性」というのが薬物、薬草を利用する際の一番重要な部分になるわけです。「五味」は「酸・苦・甘・辛・鹹」という、これはそれぞれ、五臓を養う味であります。肝臓を養うのは「酸」ということですから、「酸」に所属するような薬物食物そういうものは「肝」を養う。あるいは「苦」は「火」ですから「心」を養う。このように、ここで非常に関連していると覚えていただきたいのです。例えば、お茶は普通は苦いお茶と申しますと、胃を強くするような感じがしますが、実際は五行から申すと「苦」は「火」について、「火」には「心」が所属しますので苦味というのは心臓を強くしていく、というような理解ができてくるわけです。実際、苦いお茶を飲みますと心臓機能を良くする作用を持っているといえますから、うまくつながっていきます。

それから、「五性」です。先ほど少し言いましたが、それぞれの薬草、食物には「五性」があるといえます。菊花と申しますと「五性」のうちの「寒」という性質を持っていますから、冷やしてくれるわけです。体が熱くなる、病的に熱くなって機能が高進している、そういう場合に冷やしてやるという作用を、この「五性」のうちの「寒」の食物なり薬草で抑えることができる。そういう使い方をしていただくといいと思います。

それから、下の方の「五菜」 野菜の類、穀物、果物、それから畜肉の類というものもやはり、よく使われるものですから挙げておきました。これらは、それぞれのところでそれを食すると、五

臓五腑を養う性質を持っているということです。例えば、こういう使い方とここだけ見ますと肝臓とか胆のう、こういうところは要するに春先、風なんかによって「五悪」というのが書いてありますが、風が一番禁物で、それによって肝臓なんか痛められる場合があるわけです。あるいは、食べ物では辛いものが案外肝臓を傷める場合があるわけです。そのためには酸のもので補っていくのですが、そうして、悪くなると窮、窮というのは穴の意味がありますが、眼とか舌とか口で、眼がまず、悪くなります。そして、涙が非常に多くなります。あるいは性質としては怒りっぽくなります。そういう一連の見方をしていきますが、性格とかをみんな見ていきますと、「あ、この人はいろんな性格、あるいは表面的に見た体格や色々な面から、肺とかそういうのが悪いのではないかと、そういうような感覚をこのような五行配当表から知ることができるというわけです。

### 五行説の運用

それで、この五行「木・火・土・金・水」との組み合わせを若干覚えこんでしまうと、割合におもしろいということがいえると思うのです。これは、書いてはございませんが、参考に挙げておきました。この「木・火・土・金・水」でそれぞれの薬物が相互にどんな関係があるのか、そういう言葉が『神農本草経』の中に出ているのですが、それを挙げておきましたが、説明をするときに出てくるとしますので略しておきます。

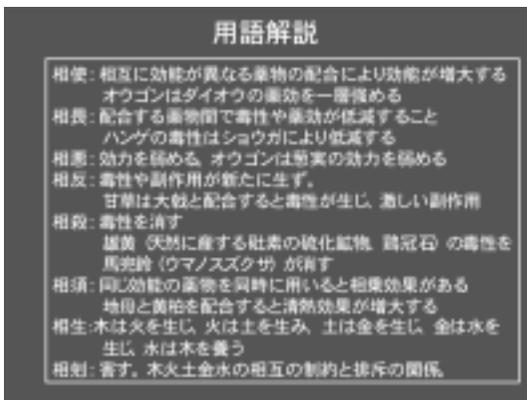
今度は「五行説」の運用ということで、このこ

とを少し、よく見ていきたいと思っております。

「木・火・土・金・水」というペンタゴンで書かれている「五行説」では医聖、張仲景は『傷寒論』、『金匱要略』に上工は未病を治すとありますが、これは先ほどの「孫思邈」ではないですが、食医が最高であるということです。要するに非常に優れた医者というのは、未病を治すという、まだこれから病気になる前の予測をするわけです。例えば「木・火・土・金・水」という関係を簡単に申しますと、この「木」の肝臓が悪い本人はどこにすぐ、影響するかというと、この「火」の心臓とか「火」に影響していく。また、そういう影響は、本人で、子供で、両親で、祖父母で、孫という、そういう感覚でもあるわけですが、この全部のペンタゴンがうまく合っていると、健康的なものになりますが、一つ狂ってきますと、その影響がいろんなところに行くわけです。人為的にそういう具合に書いたわけですが、例えば「木」が最初にどこに影響していくか、ということをおぼろしく見ていく矢印ということですね。また、赤い矢印がございしますが、相克で反対に害をするようなものということもあります。要するに「木・火・土・金・水」という配属、これをよく見ていただきたいと思えます。ここに「五味・五性」というのがありますが、そこを「木・火・土・金・水」のところに配属をしていただくというわけですね。張仲景、日本で漢方薬と申しますとほとんど、傷寒論、熱病の類、それから金匱要略、雑病そういうものが、日本の漢方薬の基本になっているわけですが、そういうところで、最初に食療を取り上げているわ



スライド11



スライド12

けです。この表自身は、なかなか利用できると思いますが、例えばこの補助の理論をもう少しわかりやすく、今のところを説明しますと、肝臓・胆のう・眼というのがありますが、これは「木」のところにあったわけです。そういう「木」のところにも所属しているものは、例えば、「酸」という薬物や食品をとれば、それを治すことができるというわけです。このところですが、同じようなところで治すことができます。

したがって、この「木・火・土・金・水」の「木」の子供にあたるのは「火」ということです。その「火」も補うことができるというわけです。そういう意味合いで、子供自身というのは、全然個人的には人間が違う子供という意味ではなくて、そういう関係で「木・火・土・金・水」をいうわけです。それで、ひとつの肝臓なら肝臓が弱いという場合に、ある種の薬物、酸というものを使えば、その本人はペンタゴンに相当する「火」の部分、いわゆる「心」の部分も補うことができるというわけです。そういう事を言っているのですが、さらに「木」の両親にあたる場所といえますと「水」ですが、その「水」も腎臓、膀胱、耳というようなところも肝臓、あるいは「木」に属するものを対応していくことによって、その膀胱、腎というものも助けていくことができます。さらに祖父母にあたるような遠くの「金」に対してもある程度効果を表すということで、こういうのを相須と呼んでいます。

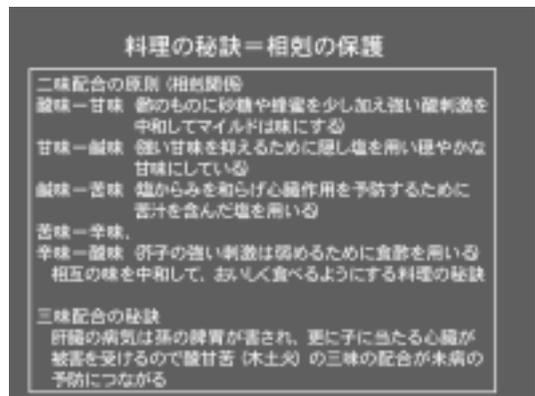
しかし、その次に「相克」というのは、「木・火・土・金・水」というペンタゴンがある、子供のところの孫にあたるわけですが、孫「土」のところまでは効果が及びません。したがって、「木」という肝臓を悪くしたら、その及ばないようなところの、例えば脾臓とか胃、そういうところも将来的に悪くなる可能性があるということです。「木」というものを処理して治そうと思って、治していくのですが、それに付随したいろんなものが治るのですが、治らないところは「相克」に相当するような「土」であるということですね。そういうことを言っているわけです。それで、肝臓が悪くなると、「孫」の脾とか胃が異常となる。そういうことを補助の理論として「五行説」を説明しているわけです。

その次に、「相克」「相生」の原理というものがございますが、「酸」のものは脾・胃を害する。いわゆる病となるというようなことで、お互いに助けるのではなくて、害をあらわす、そういう関係もあるということです。

もう一回、見てみますと、こういう関係はお互いに助けるわけで「木・火・土・金・水」ですから、「木」子供、「木」に対する親、「木」に対する祖父母という関係ですが、ひとつの「木」が病気になるるとそれぞれに影響して、あるいはそれを治そうとすると他のものも治すことができるが、この「孫」にあたる「土」に対しては全く力が及ばないから、何か病気が起こるならば、ここから起こってくるだろうと、脾・胃・口のあたりが次の病原になるだろうという予想がたつということですね。それで、赤色の矢印がしてありますが、これが「相克」という意味になるわけです。いわゆる「木」というのは、そこまで届かない。あるいは「火」というのは、ここまで届かない。そういうことをあらわしていますので、先ほどの「相生・相克」というのは非常に重要な要点を持っていると言えると思います。

#### 料理の秘訣

そういう「相克」をうまく利用してきたのが、料理だろうと思うのですが、これは皆さん、料理をなさっているから、よくおわかりになるのではないかと思います。要するに「木」という「酸」に対して「相克」に値するのは「甘」甘味なのです。随分違うわけです。それで、料理の秘訣というのは、「相克」の関係をいかに保護していくか、



料理の秘訣＝相剋の保護

二味配合の原則(相剋関係)  
酸味－甘味 酸のものに砂糖や蜂蜜を少し加え強い酸刺激を中和してマイルドは味にする  
甘味－鹹味 強い甘味を料るために隠し塩を用い程やかな甘味にしている  
鹹味－苦味 塩からみをおろげ心臓作用を予防するために苦汁を含んだ塩を用いる  
苦味－辛味、  
辛味－酸味 肝子の強い刺激は弱めるために食酢を用いる  
相互の味を中和して、おもしろく食べるようにする料理の秘訣

三味配合の秘訣  
肝臓の病気は孫の脾胃が害され、更に子に当たる心臓が被害を受けるので酸甘苦(木土火)の三味の配合が未病の予防につながる

スライド13

補っていくかということになってくるわけです。例えば「二味配合の原則」というのがありますが、これは、2つだけです。「酸」とそれから「甘」、「木」と「土」、要するに「酸」と「甘」は相克の関係にあるというわけですから、これで、酢の物に砂糖や蜂蜜を少し加え、強い酸刺激を中和して、マイルドな味にするということが行われるわけです。酸味と甘味というのは「相克」の状態ですが、そういう使い方をすることができる。あるいは甘味と辛味ですが、これも強い甘みを抑えるためにかくし塩を用いて穏やかな甘味にする。これも「相克」の「甘」と「鹹」ということであります。甘味、苦味というようなものとか、あるいは辛味というように、「相克」というのはお互いに相反する、害し合うのですが、反対にそれをうまく利用することによって、お互いの性質をより和らげていくという、そういうことが非常に重要な料理の秘訣になってきていると思います。

そこで、もうひとつはその下に「三味配合の秘訣」というのをを出しておきました。読みますと、肝臓の病気というのは「木」ですね。肝臓が悪くなると「孫」の脾・胃というのはもちろん侵されて、害されていくわけですが、さらに「子」にあたる心臓が被害を受けるので、そういう関係で「酸」「甘」「苦」、いわゆる「木」「土」「火」という三味をうまく配合すれば未病の予防につながるということがあります。料理の秘訣は、「相克」関係にある二味をうまく配合することと言えます。特に中国料理の秘訣だそうです。もうひとつ、その「相克」には含まれるものとして三味、これは未病につながるような薬草の利用、あるいは食物の利用になっていくのではないかと思います。

そんなことで、今のところをちょっと、見てみますと、肝臓がこうあり、相克関係で脾とかこういうものも悪くなる。しかし、悪くなると、そのものは心臓から助けを受けなければいけない。そういう関係が出てくるわけですから、この「木」と「土」、あるいは「酸」と「甘」だけで統制するのではなくて、もうひとつ「苦」をいれた、こういうトライアングルで、そういう関係をうまく配合して用いれば、もっとおいしいものができるし、あるいは未病に対してうまく対応できるような処方を得られるということになるのではないかと思います。



スライド14

います。

少し、時間が超過しましたが、これは岐阜県の春日村の料理で、御存知かもしれませんが、伊吹山を中心とした岐阜県と滋賀県の20市町村が集って、伊吹山薬草サミットというのが、毎年8月9日、薬（ヤク）の日にどこかで行われているのですが、それを契機に、そのいろんなところで使われていたものを薬草として出すわけですが、ここに、薬草弁当を挙げておりますが、これの主体は、ちょっと色が悪いですが、ここの古代米の黒米を用いて炊いてますが、それが少し入れているような弁当で、黒米自身はよく御存知の一番外側の果皮の部分が黒いわけです。そして、それを削っていきますと普通のお米になります。この黒い部分には成分的に二つあって、アントシアニン系ポリフェノールのアントシアニン系の色素をたくさん含んでるものと、カテキン・タンニンを含んでいるものと二種類あって、いずれも最近では常識になっておりますが、ポリフェノールには、抗酸



スライド15

化性を持っているということで、よく利用されるわけですが、その代表的なものとして、黒米などが使われているということです。

それから、その料理の中に出てくるのに、これはアザミの類ですが、サワアザミといいますが、谷筋にあるアザミで、京都付近から北の方へ日本海側を進み滋賀県、岐阜県、長野県とか、そういうところの、清流に沿った沢筋に生えているアザミです。その葉を色々と料理に使っています。食品分析をひもといてみますと、サワアザミは全然食品分析の表に出てないものですから、食品分析上見てないのですが、かなり栄養価の高い、あるいはミネラルも含まれているということが判明し、10年くらい前になりますが、薬草弁当に村の人たちが漬物や、あるいは料理にサワアザミをいっぱい使って青いものの補給をしていたという理由がわかったと思います。

もうひとつ、同じようにこれはイワタバコですが、タバコの葉っぱみたいに大きな葉をつけます。清流の岩肌につく葉で、これなんかもよく、薬草の料理に使われます。薬草としては、催乳剤でこれを食べると、よく乳が出るという、そういう作用をもっているということで、昔から使われているわけですが、こういうようなグループが先ほどの薬草の弁当に入れられております。



スライド16

せっかく岐阜へ来られましたので、岐阜にはギフチョウがたくさん飛んでおります。これはカタクリとギフチョウということです。これも、割合に岐阜に多いですが、マタタビのグループです。これはマタタビの花ですが、これはサルナシでマタタビの果実はもっと紡錘系で、これによく似て



スライド17

いるのです。虫が入るとこんな、こぶこぶになるのです。これは、木天蓼と呼んでいます、弘法大師が昔、旅行をしていると、そこに旅人が倒れているというわけで、この木天蓼を与えたのですが、そうすると元気がでて、その旅人もまた、旅ができたといって、マタタビ(又旅)という名前がついたそうです。

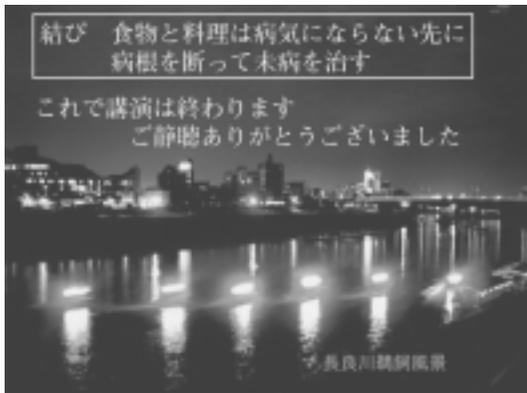
先ほどちょっと、岐阜県の紹介がありましたように、岐阜県というのは地域的にも非常に薬草の種類が多いのです。特に薬草が多いのが伊吹山で、まもなくこのように、真っ白になったのがちょうどこの辺からみた画像ですが、こんな伊吹山で一年を通して、いろんな薬草が見られるわけですが、特に鎮静剤でノイローゼになるような、そういう時代ですが、カノコソウという類も山頂付近にはいっぱい生えています。伊吹山の薬草は4月ごろから、順次、2週間に1回くらいずつ登っても、違う植物が見られるという、そのくらい植物の種類が多いところですから、是非、来てみてください



スライド18

い。ドライブウェイが関ヶ原から頂上へ、まっすぐ近づけるようになっていきますから、車でもぱつと行けますが、是非、伊吹山に登られてそして、薬草を見ていただければと思います。

織田信長がこのあたりに、宣教師に命じてヨーロッパの薬草を3,000種類も植えたという地域があります。そういう思い出の山でもあります。そんなことで、ちょっと遠くの方がおられると思い、伊吹山をお見せしたわけです。



スライド19

それで、最後になりましたが結びとして、食物と料理は病気になる前に、病根を絶って、未病を対するというのが食べる食物、これが料理の奥義じゃないかと思っております。そんなことで、ちょっと短い時間ではありましたが、薬草と健康的な料理をつくる場合にこんな考え方を持っているということをお話しできて大変幸せでございます。少し、質問の時間を残すようにということでしたので、これで終わらせていただきます。御清聴、ありがとうございました。

水野 どんな薬草でもいいですから、使い方もいいし、何かに効くような薬草がないかという質問でも、なんでも結構ですから、どうぞ、質問をしてください。

司会 では、私が一つ聞かせていただきたい。色々な薬草や野草が、民間療法として使われていると思いますが、私どもは病院で働いておりますが、病気によって、絶対に、この病気にはこの薬草は良くないという、本当に気をつけなければいけないというのがありましたら、教えていただけますでしょうか。

水野 それは、非常にたくさんあって、ほとん

どの薬草が実際には、こういう病気には用いてはいけないというのがあるのです。民間で用いている薬草というのは、まず、そういう根拠がまだ研究されていないことと、民間で公認されているというか、使われている薬草自身は、生理的に活性な成分が非常に少ない類が、とても多いのです。もし、多いような場合で、すごく効き目があるようなものは、ほとんど医薬品か普通の薬草になっているから民間薬として使われる分には、まず、そういうことは考えられなくてもいいと思います。医薬品として登録されているような、いわゆる日本薬局方に収載されているような「神農本草経」の下薬に収載されているようなグループはそれぞれ、今の司会の方が言われたように注意をしていかなければいけない療法がたくさんございますが、普通、一般にはいいのではないかと思います。例えば、オトギソウなんかでも先ほどの、ギフチョウとカンアオイのウスバサイシンというのがあるのですが、そのウスバサイシンはアレルギーとかあるいは咳止めとかによく使うのですが、葉っぱの方を使うと心臓毒のような、そういう作用も持っているわけです。そういうふうに、わかっているものもたくさんありますが、一般には、例えばウスバサイシンあるいはカンアオイの根を煎じて咳止めに使っているというのは、まず、民間にはないと思います。おっしゃったように、民間で使われる分には、まず心配はないと思います。

司会 そうですか。ありがとうございます。

Q しばらく前からだと思いますが、アガリクスがよく利用されているという話を聞きます。売っているものの値段のひらきがすごくあるように思いますが、あれは、意味があるのでしょうか？

水野 アガリクスの製剤ですか？製品ですか？

Q キノコそのものの形であったり、製品でもいろいろあるのじゃ...。どういう違いがあるのですか。

水野 アガリクス自身はですね、機能性の食物とかまだ、指定はされていません。特に、際立った副作用とかは認められないし、そんな関係から薬効なども目下、検討されているのですが、規制がないものですから、調製の方法によって値段が違おうと思うのです。違うところは、水溶性のグルカンのグループですが、それがいかに抽出されて

きて内容豊富かという点が、値段が高いのではないかと思います。そんな点で、規定をされてないグループというのは値段にいろんな違いがあるという、それがひとつの機能食品、あるいは医薬品

まがいの医薬品部外というふうになされてきますと、もう、一定の値段になります。そんなところで、よろしいですか？

司会 先生、どうもありがとうございました。

(講演要旨)



平成13年11月16日(金曜日)

講師: 岐阜薬科大学名誉教授 水野瑞夫

(元岐阜薬科大学学長、現在: 自然学総合研究所所長)

21世紀は健康の世紀であります。自然との共生が大きく叫ばれています。健康であることは普段の生活が円滑であることに繋がってきます。そして病気の治療から未病の対策が大きくクローズアップされてきました。この解決は勿論『食』であります。なかでも未病対策を『食』に取り入れる事が必要であり、なかでも活性酸素群の除去が課題となります。活性酸素群の出現は体組織障害の原因となり、発病の基となり、また老化を促進させる原因にもなります。天然の酸化防止剤を含む食材が必要となります。

### 神農本草経と薬膳料理

上薬(君薬) 120種類、主養命以応天無毒多服久服不傷人欲輕身益氣不老延年者本上経

菖蒲、菊花、人参、天門冬、甘草、乾地黄、麦門冬、独活、車前子、鳩麦、遠志、龍胆、白英、赤芝、黒芝、青芝、白芝、黄芝、紫芝、黄連、肉從容、防風、統断、決明子、五味子、蘭草、景天、因陳高、沙参、杜桂、枸杞、伏令、酸棗、辛夷、杜仲、寓突、大棗、葡萄、胡麻、麝香、熊胆、石靈、蜂子、蜜蠟等

中薬(臣薬) 120種類、主養性以応人無毒有毒斟酌其宜欲渴病補虚者本中経

乾姜、葛根、括楼根、苦参、柴胡、川芎、当归、麻黄、通草、芍薬、百合、知母、貝母、淫羊藿、黄芩、茅根、紫苑、紫草、茵根、敗醬、酸漿、王瓜、地榆、海藻、沢蘭、防己、牡丹、石葦、梔子、栝木、呉茱萸、猪令、龍眼、木蘭、五加皮、合歡、桃核仁、杏核仁、水芹、鹿茸、犀角、牛黄

下薬(佐使薬) 125種類 主治病以応地多毒不可久服欲除寒熱邪氣破積聚愈疾者本

半夏、桔梗、烏頭、附子、大戟、鬼臼、大黄、射干、常山、白及、商陸、白頭翁、連翹、夏枯草、雷丸、桐葉、石南

**五行説** は天地の法則であり、春秋戦国時代の古い時代に成立している。宋の時代には特に隆盛を極め、政治、宗教、哲学、医学と広く取り入れられました。後世派医学の思想的な挿入でもありました。中国古代の自然哲学でいう陰陽論であり、太極より陰陽がわかれて、先ず陰が變じて陽と合して「木・火・土・金・水」の五行が生まれたと云う。すべての事物、現象はこの五つの基本的な属性に分けられたのです。この五行のそれぞれの間には非常に深い関係『相生、相和、相克、相畏』があります。この五行の属性は漢方・

中医学などを理解するには大変重要な事であり、しかも五行の属性を用いて処方が構成されていると言えます。特に漢方、中医学では五行の属性のうち【五味・五性】がもっとも関連があります。食には「色・味・形」の三味一体が必要であり、特に健康食には五味・五性の属性が必要であるといえます。

実際に薬膳や中華料理では「酸と甘」「苦と辛」「甘と鹹」「辛と酸」「鹹と苦」などの組み合わせが秘訣とされています。酢のものに砂糖を少し加えるとか、強い甘みを抑えるために隠し塩を用いるなどがあります。

#### 【五味】

**酸**（木・肝・胆）すっぱい味で筋肉を引き締める作用があり、また収れん作用があるので下痢や寝汗に好い、又肝、胆、眼の機能を高める。

梅、烏梅、五味子、午藤、芍薬、花梨、キコク、サンザシ、山茱萸、梨、林檎、ミカン、小豆、酢等

**苦**（心・小腸）は消炎作用や固める作用があるので出血性疾患や下痢などによい、心・小腸の機能も高める。苦味の強いお茶は強心作用がある。

ウド、カブ、クワイ、フキ、ミョウガ、餅米、銀杏、蜜柑皮、杏、キコク、午藤、芍薬、ヒジキ、茶

**甘**（脾・胃）は緩和作用、鎮痛作用、滋養強壮作用があり、機能を昂進させる。

アスパラガス、カブ、カボチャ、キャベツ、キュウリ、ハッカ、スイカ、キンシサイ、キクラゲ、クワイ、サンザシ、林檎、梨、バナナ、ゴボウ、コンニャク、サツマイモ、シイタケ、ジャガイモ、シュンギク、セリ、セロリ、ダイコン、ハクサイ、トウガン、トマト、ナス、ニンジン、ブロッコリ、ホウレンソウ、ハトムギ、餅米、ミョウガ、ヤマノイモ、百合、杏、イチジク、柿、ギンナン、レンコン、小豆、アサリ、シジミ、アジ、鮎、アワビ、イカ、イワシ、鰻、ウニ、エビ、蟹、コイ、鯛、鮭、秋刀魚、ナマコ、海苔、フナ、牛肉、牛乳、羊、鶏、鶏卵、豆腐、納豆、白砂糖、黒砂糖、味噌、茶

**辛**（肺・大腸）は発散、発汗作用があり、肺、鼻、大腸の機能を昂進、特に発汗を促す作用があり、風邪などに良い。しかし過量は肝、胆に良くない。

アブラナ、ウド、カブ、ゴボウ、里芋、シソ、春菊、生姜、大根、タマネギ、ネギ、ニラ、ニンジン、ニンニク、杏、ウイキョウ、コショウ、ハッカ、山椒、丁香

**鹹**（腎・膀胱）は緩和作用があり、大小便を通じ、大・小腸や生殖器など下腹部内臓の痛みを治す、また腎・膀胱・耳・骨によいが、過量は腎によくない。

粟、胡桃、カリン、烏梅、ゴミシ、山茱萸、サンザシ、アサリ、シジミ、蛤、アワビ、イカ、ウニ、蟹、クラゲ、昆布、スッポン、ナマコ、海苔、ヒジキ、塩、醤油、味噌

#### 【五性】

**寒** 体を冷やす、鎮痛・消炎作用があり、のぼせ症で血圧の高い人にはよい。体を冷やすので、体が冷えて下痢などの症状がある人にはよくないことがある。

キュウリ、トマト、蜜柑、梨、キコク、バナナ、ホウレンソウ、白菜、レタス、蟹、昆布、アシタバ、アロエ、ウコン、コガネバナ、キハダ、黄連、スイカズラ、

クララ、ゴボウ、山梔子、オオバコ、ダイオウ、アケビ、百合、龍胆、アスパラガス、クワイ、大根、冬瓜、ナス、タケノコ、ミョウガ、ハトムギ、柿、蛤、アサリ、シジミ、鮭、ナマコ、海苔、ヒジキ、フナ、白砂糖、塩、茶

平 寒熱に関係が無いので、日常連続して用いる事ができる。一般に滋養強壯作用  
カブ、ダイコン、キャベツ、イチゴ、イチジク、ゴマ、ソバ、大豆、トウモロコシ、レモン、林檎、小豆、赤貝、秋刀魚、猪、鶏卵、紅茶、葛、午膝、マクリ、甘草、ハブソウ、ピワ、沢瀉、リュウガン、イチジク、ギンナン、キクラゲ、ゴボウ、サツマイモ、里芋、椎茸、ジャガイモ、春菊、チンゲンサイ、ブロッコリ、ヤマノイモ、百合、レンコン、小豆、梅、鮎、アワビ、イカ、鰻、クラゲ、コイ、鯛、牛乳、黒砂糖

熱 体を暖め、興奮作用があり、貧血、冷え症の人によい。  
シソ、ショウガ、タマネギ、トウガラシ、ニンニク、ネギ、フキ、ナツメ、栗、キンカン、桃、林檎、粥、鰻、牡蠣、馬、羊、鶏、ウイキョウ、コショウ、オウギ、桂皮、山椒、ホウノキ、ウスバサイシン、当帰、カラスビシャク、麻黄

温 熱とほぼ同じ、体を暖める作用があり、冷え症の人によい  
アブラナ、ウド、カブ、カボチャ、シソ、ゴミシ、生姜、タマネギ、ネギ、ニラ、ニンジン、ニンニク、フキ、餅米、蜜柑、烏梅、芍薬、カリン、サンザシ、山菜萁、杏、栗、胡桃、丁字、ハッカ、ウイキョウ、アジ、イワシ、エビ、ナマコ、牛肉、豆腐、酢、味噌

涼 清涼感を与え、寒性とややにているが、新陳代謝の昂進もあって、体力の無い人や、落ち込んだ人にもよい。鎮静・消炎作用が期待される。  
スイカ、緑茶、ウーロン茶、ハッカ、キンシンサイ、コンニャク、芹、セロリ、ウニ、スッポン、納豆、醤油

【五行配当】	五行	木	火	土	金	水	自然の基本的な属性
五臓	肝	心	脾	肺	腎	脾は脾臓	
五腑	胆	小腸	胃	大腸	膀胱		
五悪	風	暑	湿	燥	寒	五臓を悪化させる自然現象	
五季	春	夏	土用	秋	冬	五行に関係する季節	
五味	酸	苦	甘	辛	鹹	五臓を養う味、薬草には重要な薬味	
五禁	辛	鹹	酸	苦	甘	五臓を病むときの禁止の味性	
五性	寒	平	熱	温	涼	薬草の性質、薬性の意味	
五竅	目	舌	口	鼻	耳	五臓がそれぞれを支配する竅	
五色	青	赤	黄	白	黒	疾病時の色（白は皮膚全体）	
五液	涙	汗	涎	涕	唾	五臓が病むときに出る液	
五穀	麦	粟	黍	米	大豆	食べると良い穀物	
五果	李	杏	棗	桃	栗	食べると良い果物	
五畜	鶏	羊	牛	馬	豚	食べると好い肉類	
五志	怒	笑	思	慮	恐	感情を現す	

## 病院経営と会計情報

石尾公認会計士事務所 所長 石 尾 肇

平成14年6月26日に四病院団体協議会より「病院会計準則等の見直しに関して(中間報告)」が公表された。もちろん、この報告をもって病院が適用すべき会計基準が改正されるわけではないが、病院会計準則は昭和58年に最終改正されて以来20年にわたってその内容は変わっておらず、その間、医療施設機能の類型化や介護保険制度の創設等に代表されるように病院を取り巻く内外の環境は大きく変化しており、また、企業会計のみならず公会計、非営利会計の分野においても会計基準の変更が相次いでいる。このような時代を背景として病院会計においても改正論議が持ち上がるのは至極当然のことである。最近の傾向として会計が一般に議論されるときには、主に財務数値の利用者側に立ったディスクロージャー(開示)に焦点が当たる場合が多いが、むしろ、この財務数値を最も利用すべきは経営サイドにあるといえる。正しい経営実態を表した財務数値を基に経営をコントロールすることは、環境変化の激しい今の時代にあっては必須であるといえる。

では、病院経営においてはどうかであろうか。多くの公的及び民間の病院においては病院会計準則を前提としてそれぞれの必要に応じた会計処理を行っていると思われるが、果たして、20年もの間改正されずにいた会計基準を基にした財務数値が経営に役立つものであろうか。ここで改めて再検討する必要があるのではないか。

今の会計準則に不足している情報とは

現行の病院会計準則では財務諸表として作成すべきものとして、損益計算書、貸借対照表、利益処分計算書又は損失金処理計算書及び付属明細書

を掲げている。近年、企業会計はもとより非営利会計の分野においても第3の財務諸表としてキャッシュ・フロー計算書を導入している。キャッシュ・フロー計算書とはその名のとおりに会計期間における「資金の動き」を明らかにする資金計算書の一つであり、中間報告においてもその導入が提唱されている。では、同じくフローの状況を表す損益計算書との違いは何か。損益計算書は病院が獲得した利益(剰余金)を算定することを主な目的としたものであり、その収益構造を段階的に区分表示(医業損益計算、経常損益計算、純損益計算)することで病院の経営成績を表している。しかし、この損益計算書では期間利益の算定を主眼としているため、将来の支出に備えるための当期における費用的負担額の計上(引当金の計上等)や将来にその効果がわたる支出項目の繰延処理(減価償却費の計上等)が行われ、必ずしも一会計期間における資金の流れとは一致していないフロー情報となっている。さらに、引当金の計上等についてはどの会計処理基準を適用するかで、その数値が異なり、経営サイドの判断が介在する余地が多々あるため、会計処理の恣意性を完全に排除できないという欠点が指摘されている(これを悪意に利用すれば粉飾決算となる。)このため、恣意的影響を受けづらい資金の動きを捉えることにより一会計期間における財政状態の変動を表すキャッシュ・フロー計算書は、経営判断のための重要な情報を提供することになる。この2つのフロー情報を正確に把握し、分析することで各病院の経営実態がより鮮明に浮き出ることになると考える(資金繰りの悪化による黒字倒産等に対する予防的措置が講じられる)。

## 税法基準と会計処理

平成10年度の税制改正を皮切りに、ここ数年法人税法が大きく改正されている。改正の主眼は法人税の実行税率を欧米諸国並みの40%の水準に引き下げることにあるが、景気の後退がとまらない状況において税率の引き下げを行えば、当然に財源の不足が起こることになるため、併せて課税範囲の拡大が行われている。その代表的なものが各種引当金の段階的廃止である。完全に廃止となったのは賞与引当金と退職給与引当金であるが、いずれも将来の賞与の支給ないしは退職金の支給に備えるため、当期の負担に属する金額を引当計上しておくものである。

今まで多くの課税開設主体においては税法基準で会計処理が行われていると思われるが、このように税法が政策的に制度の見直しを行っている現在では、税法基準での会計処理に対して会計的な妥当性はなくなりつつあるといえる。むしろ、税法に従った会計処理では経営実態が正確に表されない状況にあるともいえる。前にも書いたが、引当金は期間損益計算をする上で重要な項目であり、適正な期間損益を算定するからには省略することはできないものである。したがって、今後は税法基準によらずに合理的な基準によって独自に引当処理することが必要となる。特に退職給与引

当金については、時代の流れは時価での計上である。つまり、今の時点で全従業員が退職した場合に必要な退職給付費用の現在価値を引当金として計上することが合理的といえる。これは、企業会計では既に採用されている方式であり、これによって退職金に係る隠れ債務が浮き彫りとなり、正しい病院の財政状態が表されることになると考える。

このように税法と会計の考え方の土俵が異なってしまった状況においては、財務情報を正しい経営判断のために利用しようとした場合、税法基準から離れて、より実態に即した会計処理方法の採用が今後必要となることは明らかである。

### 今後の展開について

今回公表された中間報告を契機として病院会計準則の見直しを始め、医療サービスの各分野における会計基準の見直しが進むことになると思われるが、それらにどのように対応していくかが各病院に課せられた課題となろう。これらへの対応は制度の改正による押し付けと考えるのではなく、目的はより適切な病院の財政状態、経営成績及び資金の状況の把握であり、それを基にした合理的かつ効率的な病院経営であることを忘れてはならない。

平成14年度 第4回定例常任理事会 議事抄録

日 時 平成14年7月27日(土)

午後1時～4時40分

場 所 日本病院会会議室

出席者

会 長 中山耕作  
副 会 長 大道 學, 奈良昌治, 山本修三  
常任理事 西村昭男, 林 雅人, 真田勝弘,  
川城丈夫, 小堀鷗一郎, 斉藤寿一,  
秋山 洋, 池澤康郎, 天川孝則,  
土屋 章, 福田浩三, 中後 勝,  
川合弘毅, 元原利武, 角田幸信,  
福井 順

監 事 星 和夫, 梶原 優

代議員会議長 加藤正弘

同副議長 赤沼克也

第28回日本診療録管理学会長 奥村秀弘

顧 問 登内 真, 依田忠雄

参 与 松田 朗, 鴨下重彦, 行天良雄,  
牧野永城, 岡崎 通, 内田卿子,  
岩崎 榮, 三宅浩之

委 員 長 里村洋一, 大井利夫

初めに中山会長から、本日の会は4時30分までで、奈良先生と中後先生の叙勲祝賀会があるので30分短縮して行いたい。第52回の日本病院学会は秋山先生の学会長のもとで「医療改革は現場からの提言で」というテーマで行われたが、医療改革はこれからも続くことであり、そうでなければ日本の医療は良くならないと思うので先生方もぜひ現場からの発言をどんどん出していただきたい。第29回の国際モダンホスピタルショウも里村先生を中心とした委員会では計画を立てられ、盛会で6万人もの入場者があり、講演、シンポジウムも充実していたと思う。

以上のような挨拶の後、会議定足数は定数24名に対し出席20名、委任状2通、計22名でこの会が成立していることを報告し、議事録署名人に川城、元原両常任理事を選出して、山本副会長の司会に

より議事に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

A. 正会員の入会 2件

1. 医療法人 池上総合病院(188床:一般188)  
会員名 町村貴郎(院長)  
〒146-0082 東京都大田区池上6-1-19  
03-3752-3151
2. 個人 真星病院(174床:一般174 一般50,療養型90,特例老人34)  
会員名 大石麻利子(院長)  
〒651-1242 神戸市北区山田町上谷上字古谷12-3  
078-582-0111

紹介者 大道學副会長

B. 正会員の退会 4件

(役員による慰留を実施済み)

1. 都道府県 宮城県拓桃医療療育センター  
(235床)  
会員名 諸根 彬  
仙台市太白区秋保町湯元字鹿乙20
2. 医療法人 もとぶ野毛病院(149床)  
会員名 上田裕一  
沖縄県国頭郡本部町大浜880-1
3. 個人 岩見沢整形外科内科病院(99床)  
会員名 一岡義章  
北海道岩見沢市10条西21-1-1
4. 国 国立横須賀病院(350床)  
会員名 清水禮壽  
神奈川県横須賀市上町2-36  
(14.7.1付で横須賀市へ経営移譲)

C. 国立病院・療養所の再編成による会員異動

1. 国 国立療養所宮崎東病院  
(290床:一般240,結核50)  
会員名 隈本健司(院長)  
〒880-0911 宮崎市田吉4374-1  
0985-56-2311(14.7.1付で  
国立療養所宮崎東病院 290床:一般240,結核50  
と国立療養所日南病院 200床:一般200 が統合)

一番町だより

D. 賛助会員の入会 6 件

- 1. B 会員 ヒキタ鳳健診クリニック(診療所)  
代表者 疋田米造(院長)  
〒593-8324 大阪府堺市鳳東町4-401-1  
072-260-5555
- 2. B 会員 関西医療技術専門学校(専門学校)  
代表者 藤野道夫(校長)  
〒582-0026 大阪府柏原市旭ヶ丘3-11-1  
0729-77-6061
- 3. B 会員 日本医療秘書専門学校(専門学校)  
代表者 高橋真也(理事長)  
〒543-0061 大阪市天王寺区伶人町2-15  
06-6772-5210
- 4. B 会員 藤田保健衛生大学短期大学  
(大学・短期大学)  
代表者 原 臣司(学長)  
〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪  
1-98  
0562-93-2564
- 5. B 会員 国際医療福祉大学(大学)  
代表者 谷修一(学長)  
〒324-8501 栃木県大田原市北金丸2600-1  
0287-24-3000
- 6. B 会員 国際医療管理専門学校浜松校  
(専門学校)  
代表者 若松昭(校長)  
〒430-0942 静岡県浜松市元浜町34-15  
053-476-5931

E. 賛助会員の退会 2 件

- 1. A 会員 千秋薬品(株)  
代表者 青山順吉  
秋田市卸町4-9-5
- 2. A 会員 日本化薬(株)  
代表者 山本純一郎  
東京都千代田区富士見1-11-2

以上について山本副会長から、正会員の入会が 2 件と退会 4 件及び役員慰留(西村常任理事)による退会届の撤回が 1 件、国立病院・療養所の統廃合が 1 件、賛助会員の入会が 6 件と退会 2 件について諮られ、承認。正会員数は2,769病院(公的

980,私的1,789,総病床数72万6800床),賛助会員数は507会員となった。

- 2. 厚生労働省及び各団体からの依頼について
  - (1) インターネットによる医療情報提供に関する検討会委員の就任(依頼元:厚労省医政局長)
  - (2) 第17回医療研究集会の後援(全国保険医団体連合会,実行委員長)
  - (3) 「健康強調月間」の後援(健康保険組合連合会)
  - (4) 「救急の日2002」の後援(日本救急医療財団)
  - (5) 第15回「子どもの周りの無煙環境づくり啓発事業」の後援(子どもに無煙環境を推進協議会)

上記について山本副会長から逐次説明がなされ,(1)は奈良副会長に対する就任依頼でありこれを承認,その他の後援依頼を承認した。

3. 診療情報管理通信教育専門課程への編入指定校について

山本副会長から,診療情報管理通信教育の専門課程編入指定校として申請のある専門学校3校(早稲田速記医療福祉専門学校病院管理科,京都保健衛生専門学校,新潟医療テクノロジー専門学校)について,調査報告書をもとに諮られ承認。

4. 第 1 四半期一般会計及び特別会計の収支・監査報告について

大道副会長から第一四半期の一般会計収支について説明がなされ,当期の収入合計は4億1532万円で収納率は66.5%と,昨年より2ポイントほどアップしている。収入の中身について,正会員会費は予算対比86.8%で昨年より4.2ポイントほど高くなっている。受講料収入の通信教育は今年度も引き続き診療情報管理通信教育の受講希望者が増加して,受講料収入は7ポイントほど増えている。人間ドック部会費には一泊ドック指定施設の再認定更新料として448施設分,896万円が含まれ

ている。その他の収入は昨年とほぼ同様である。

支出の部は、事業費、負担金、会議費、事務諸費とも昨年とほぼ同程度となっている。事業費の統計情報関係費では病院概況調査費用として131万円程度を支出し、ニュース発行等関係費にはインターネット管理運営費用として64万円ほどの支出が含まれている。需要費の公租公課では13年度消費税確定分の236万円と、公認会計士の指導を受けて収益事業該当分の収支を整理計算し、法人事業税35万円を支出している。以上により、当期支出合計は1億5087万円であり、これは昨年（第1四半期）とほぼ同程度である。

特別会計については、基本財産と退職手当積立金の両特別会計の収入は受取利息だけで、IHF 国際交流基金特別会計は一般会計より500万円の繰入収入である。支出については、IHF 国際交流基金特別会計のAHF 関係費で85万円、IHF 負担金で169万円を支出している。

以上の説明の後、星監事から会計処理、予算執行状況等は適正である旨の監査報告がなされ、第一四半期会計報告は承認された。

〔報告事項〕

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

(1) 統計情報委員会（6月20日、中後常任理事）

当委員会主催の第52回日本病院学会におけるシンポジウム「診療報酬改定の影響」について、開催の前日に委員、ワーキング委員の10名が出席して学会会場でその進行方につき打ち合わせを行った。

(2) 感染症対策委員会、ICS 養成小委員会（小委員会 = 6月25日・7月15日、本委員会 = 7月23日）

ICS（Infection Control Staff）養成講習会の大要を決めた。病院の感染対策チームの一員として看護師、薬剤師、臨床検査技師、臨床工学技士、滅菌技士などを対象とした講習会で、年3回、土・日の2日間をあて、本年12月14・15日から開始、各専門講師により合計20科目ほどを履修するとい

う内容である。

(3) 救急医療防災対策委員会（6月26日、土屋常任理事）

10月24日名古屋で開催予定の当委員会主催の救急医療防災セミナーについて検討した。今回は福田常任理事ほか愛知県の先生方の協力を得て東海大地震や救急救命士養成の問題点を取り上げる。この救急救命士の厚労省の検討会が現在行われていて、ワーキンググループの報告では、除細動と気管挿入については十分なメディカルコントロールのもとで限定的に実施を認めていくという方向が示された。薬剤投与については十分なエビデンスがないので一応見送り、時期を見て検討することとなった。その他のセミナープログラムでは東海集中豪雨災害の経験、救急医療の今日の課題、地震発生時における対応に関する調査報告などを予定している。

(4) マイカルテ（仮称）推進委員会（7月9日、大井委員長）

医療制度委員会の小委員会として設置されたもので、梶原委員長ほか既に地域でマイカルテを経験している先生方が委員として加わり初会合を開いた。患者との情報の共有化あるいは診療の透明性を確保し、患者教育のツールとして用いるという目的で、患者さんの診療に対する自立性の役に立てるようにマイカルテという健康手帳をつくらうという趣旨である。ところが、マイカルテというのは意匠登録されていて使えないことがわかったので名称は次回までに統一したい。いずれにしても、日本病院会として健康手帳のようなものを検討していこうということであり、既にあるマイカルテを中心に検討を開始したところである。

(5) 人間ドック判定のガイドライン作成小委員会（7月24日、奈良副会長）

人間ドックを受診した人がどこで受診しようが、みんな同じ枠で同じ指導を受けなければいけないという趣旨で始まった会である。もう一つ、人間ドックで特にご婦人が閉経後にコレステロールが跳ね上がっているという事実もあるので、これを病的と扱うか異常と扱うかという問題について清瀬先生が中心になって討議している。この判

## 一番町だより

定基準を統一した勧告案について今年3月に施設アンケートを行った結果、約6割の施設が勧告案を使用中または使用予定であった。また、生活習慣病の指導方法についての全社連の報告を人間ドック学会も共用で取り入れたらという話があった。本委員会は次の学会で報告したあと休止とする。

### (6) 学術委員会(6月24日,7月26日,星監事)

日本病院会雑誌8月号は本日お手元に配布した。グラビアは中の説明で少しわかりにくいところや写真も検討して今後少しスタイルを改め、新築のものは平面図なども加えるように見直していく。巻頭言は第43回日本人間ドック学会長の宮崎先生からいただき、第52回日本病院学会の秋山先生の学会長講演が大変評価されているので急ぎ原稿を出していただきここに載せた。その他、銷夏随筆特集でたくさんの投稿をいただいた。9月・10月号の企画、編集を行った。

### (7) 通信教育委員会・診療情報管理課程小委員会(7月25日,山本副会長)

以前から新しいカリキュラムで新しい教科書を作って、今年から開始したいと作業を進めてきたが、その教科書が完成した。大変ユニークなかたちで、診療情報管理士の業務がICD-10に基づいて病名のコードを付けることが大きな仕事になっており、その体系に沿って作ったので通常の医療の教科書とは全然違う。例えば、脳血管障害は血管のほうに入っていて分類上は脳神経に入っていない。そのような、情報管理士のための教科書として全く新しい考え方で作った。医学概論から歴史、医療制度から始まり、解剖、生理、病気の話も含めてこの1冊に前期1年分をまとめた。

ただ、全く新しいかたちで作ったので、教科書の精度とかレベルに少し心配があり、見直してみるとおかしいところも出てくると思うので今回は暫定版として使うが、講師の先生、診療情報管理士の人たちにもう一度チェックしていただいてこの半年の間に改訂版を出し、それを最終版として来年の1月から配りたい。

現在、通信教育の指定校を希望するところが増えて、これまで5大学と専門学校もずいぶん認定

してきたが、最近は無認可校からの希望も出ており、やはりきちんとした診療情報管理士であってほしいし、資格化の問題を考えると無認可校の認定は行わないこととした。

### (8) 広報委員会(7月26日,真田常任理事)

日病ニュースのニュースソースというか、原稿をお願いする寄稿者を病院管理者層のほかに拡大するという点で具体的に検討した。患者団体で3件の候補を挙げ、また日病の委員会とか研究会活動の紹介をしていただき、病院のコメディカルの方々にPT,OT,MSWとか検査技師、放射線技師の方々からも病院経営管理という観点からの寄稿を求めている。更に、病院幹部医会の活動とかホスピタルショーで出た話なども載せていこうという計画である。

### (9) 医療制度・社会保険老人保健合同委員会

(6月28日,7月26日,福井常任理事,西村常任理事)

厚労省、日医、日病、四病協等の関連委員会についての報告が行われた。医師臨床研修制度の議論に日病の意見を反映させるため、医療制度小委員会の答申書を厚労省に四病協の統一意見として提示するよう対応することとした。医師臨床研修は7月31日の厚労省の総合委員会で最終集約される予定になっているが、今までの流れでいくと集約できるのかという懸念が残っている。

健康保険法改正案について福井委員長から資料が提出され、法律案要綱の字句、文言について注意が喚起された。当会は医療を提供する立場から健康保険制度抜本改革の考え方を検討し見解をまとめる必要があるとして、これからの社会保障制度のあり方検討小委員会(仮称、竹田秀委員長)を設けることとした。公的病院と民間病院の機能分担のあり方ということで厚労省の資料が提出され、議論した。本年4月の診療報酬改定に関わる問題で手術の施設基準撤回に向けて改めて検討し、改定の影響と対応について医事研究会委員から現場の意見を聞いた。

### (10) 研究会・セミナーの開催報告

中小病院シンポジウム(6/21東京,272名,診療報酬改定の影響と対策,病床区分等)、医事研

究会（6/26・27東京，119名，診療報酬改定の影響度，グループ討議・発表），用度研究会（6/27・28千葉，104名，グループ討議・発表），医療安全対策セミナー（7/17・18東京，194名，医療事故（ヒューマンエラー）における事例分析），病院医療の質を考えるセミナー（7/17・18東京，108名，医療の質の改善と医療経営 質の改善は経営に影響を及ぼすか），ハウスキーピング研究会（7/18東京，75名，東京都の院内感染予防対策），薬事管理研究会（7/19東京，92名，新診療報酬に対応した薬剤業務の改善，他）

## 2. 四病協諸会議の開催報告について

### (1) 医療保険・診療報酬委員会（7月5日，梶原監事）

再編成した委員会の第1回会議を開き，診療報酬改定要望に関する過去の経過と委員会の今後の運営方針について協議した。委員会を診療報酬と介護報酬の小委員会に分けて議論し合同で運営していくことにした。介護報酬改定について情報交換した。

### (2) 医療制度改革検討委員会（7月5日，奈良副会長）

委員会報告「医療提供体制のあるべき姿」をまとめた。全日病の猪口委員長と東邦大学医学部の長谷川助教教授が中心となった。内容は「医療の質の向上」としてEBM，標準的診療ガイドライン，アウトカム評価，医療情報の開示などにふれ，「入院医療提供体制の整備」では特定機能，急性期，地域一般，回復期リハビリテーション，特定疾患療養，緩和ケア，結核・感染症，精神という病棟区分を提起した。報告書は総合部会に上げられ本委員会は解消した。かなり斬新な議論も盛り込まれており，総合部会ではこういう案が出たということで受け止めておこうという扱いとなった。

### (3) 8人委員会（7月11日，山本副会長）

当委員会として第1回の会を開いた。各委員が共通の認識を持たないと活動にならないということで委員会の運営について議論し，その役割を緊急案件の処理及び中医協の問題，佐々中医協委員の支援を基本事項として，その他総合部会の案件

の整理，委員会案件の調整とすることにした。第1回の仕事として，四病協の委員会から提出されている案件3件のうち180日超入院の特定療養費化の除外規定を要望する件については，今までの規定から漏れている5項目について早急に厚労省に提出することを決めた。その他の案件は総合部会に提出することとした。

### (4) 医業経営・税制委員会（7月17日，池澤常任理事）

平成15年度税制改正の四病協重点要望事項として消費税，事業税，固定資産税，相続税等で7項目をまとめ，7月2日に厚労省，4日に日医，また9日と12日には7人の自民党の関係代議士を訪ねて税制要望を行った。その中で消費税のゼロ税率について理解のない人も見られたが，ほとんどの人は反応を示していただいた。

### (5) 医療制度委員会（7月19日，奈良副会長）

当委員会が再編されたが，医療制度と医療安全対策の小委員会に分けて運営することとした。医師の研修制度の問題について，四病協は既に昨年5月に厚労省と日医に要望書を提出しており，その骨子は，臨床研修は現場でやるべきで中小民間病院も含めて研修病院・診療所群という概念でやるべきであるということと，司法修習生と同じように国費で面倒を見るべきであるということであり，関係先の評価をいただいた。しかし，この後いろんな意見が出て厚労省の新しい委員会のメンバーも大学の先生方がたくさん入り，我々は厳しい状況にある。

日病の医療制度小委員会委員長の堺先生が厚労省のワーキンググループの座長になって，皆さん方の意見をまとめているが，今度，日病の答申を改めて四病協意見として至急提示することとした。厚労省委員会は7月いっぱいにとめるという動きがあり，臨床研修が平成16年からスタートするので，もうかなりのものを決めておかないと動きが取れない。全く決まっていないのは誰がお金を払うかという問題である。そういう状況であり，四病協の意見をまとめながら堺先生を後押しして具体的な提案をしたい。

### (6) 総合部会（6月26日，7月24日，中山会長）

各委員会からの報告事項や平成15年度税制改正の重点要望事項について了承した。病院会計準則研究委員会の中間報告があり、開設者によって異なる会計準則を統一したいと研究してきたが最終的には一つになり切れないところもあるということで、中間報告で一応終了した。今度財務省から研究費が出るので更に研究が進んで行くと考えられる。

税制改正に関連して、出資額限度法人という医療法人協会が強力に要望している問題があり、株式会社と持分のある医療法人とどこかで区別しておかないと将来禍根を残すのではないかということで要望が出ている。既存の特定医療法人の承認基準について調査が始まっているという話もあり、注意が喚起された。総合規制改革会議における株式会社の医業経営参入論は衰えずエスカレートしているとして、これに断固反対する声明文を7月2日付で出した。

診療報酬改定で医療安全対策が義務付けられ、未実施の場合は10月から減算されるが、今度国庫で、国立病院にリスクマネージャーの助成措置がとられた。これは公私間の不正や、診療報酬の整合性からも問題であるとして厚労省に質問状を提出することにした。医師の臨床研修問題については、細かいところでは基準の300床を下げる、剖検率は下げる、義務規定となっている語句を修正すること、更に、1人の研修医がもつベッド数を増やすことなども要望したい。四病協の当番は来月から日精協から医法協に変わる。

### 3. 日医・医業税制検討委員会(6/6)の出席報告について

中山会長から、日医の平成15年度税制改正要望については従来と特に変わったところはなく、消費税の非課税制度をゼロ税率に改めること、事業税非課税特例を存続すること、いわゆる四段階税制の存続などという重点項目を決めた。その他項目も日病の出したものと差はなく了承した旨の報告。

### 4. 日本災害医療支援機構理事会(6/25)の出席報告について

中山会長から報告がなされ、NPO 法人の日本災害医療支援機構(略称 JVMAT)という、日本救急医学会の島崎会長を理事長とする会があり、その目的は災害士という免許を持ってもらう、つまり、ボランティアでいきなり来た人が実際は医学のことも何も知らない人がおり、かえって迷惑になるのでそのため ID カードを持ってもらう、ボランティアにも ID カードを持ってもらって災害現場に駆けつけるようなネットワークを医療団体の協力を得て作りたいという趣旨である。いわば救急医学会の出動部隊ということで当面は医師を対象に考えているようで、日本病院会の会員の病院でもこういう ID カードを取得してもらいたいという要望があると思うが、細部の検討は今後などと報告。

### 5. 厚労省・第7回これからの医業経営の在り方に関する検討会(7/17)の開催報告について

川合常任理事から報告があり、第7回の検討会は資金調達の話である。この会は医療法人の話題が中心であり、どう資金調達ができるかということで2人の委員と研究員から説明があった。この時点では、規制改革会議などではなお営利企業の参入を言っているが、ここではその話はもう飛んでしまっている。

医療法人の資金調達は、市場からの直接調達ができないので間接金融の調達手段をもっと発達させなければダメという話であり、その方式としてはアセットバック証券方式という金融資産をプールして証券化し、間に金融機関をかませて機関投資家を買ってもらうというこれも間接金融である。それに、医療機関の経営情報というのは資金調達のためには絶対必要であり、医療専門の格付け機関も、今は社会福祉・医療事業団が格付け機関の役割をしているが、将来的にはその育成も必要という話であった。

検討会の中間報告は既に、理事長要件の問題と営利企業は入れないこと、経営情報は補助金をも

らっているところは出すこと、という内容で終わっており、今後も資金調達から更に踏み込んで行くと思うという旨の説明。

6. 「介護報酬改定について(意見)」の提出報告について

川合常任理事から説明がなされ、前回ここで承認していただいた介護療養型医療施設に係る要望について7月5日、厚労省老健局長あて提出した。内容は、介護保険施設3類型間での制度上の整合性を図る、介護療養型医療施設は介護保険で運営される病院と明確に位置づける、看護・介護職員の6:1・3:1配置を継続する、在宅療養の促進、報酬請求事務における二重手間の解消、という5項目を提示して説明した旨の報告。

7. 国際モダンホスピタルショウ2002の開催結果について

里村委員長から報告がなされ、7月17~19日の3日間、東京ビッグサイトの西展示棟で開催した。出展が301社とやや増え展示面積も広がった。会期中の来場者は6万900人と昨年より5千人ほども増えた。出展者は大型より小型の出展者が増え、海外からはオーストラリアやオランダ、ドイツ、韓国、台湾等の参加があった。

企画展示コーナーでは、外来アメニティの向上を期した待合ブースを設定して好評を得、もう一つ、IT最前線という電子カルテと周辺の連携医療を展示した。また、年々歳々カンファレンスやセミナーの充実を期しており、今回もたくさんの企画を立てて延べ出席者が6,600人と来場者の1割以上が参加しており、今後も拡大したいと考えていると報告。

8. 第52回日本病院学会の開催結果報告について

秋山常任理事から報告がなされ、6月20~21日ホテル日航東京で開催し、テーマは中山会長のボトムアップが必要という考えに沿って「医療改革は現場からの提言で」として行い、医療問題はもとより臨床医学教育、研修、更に国際交流という

点も含めてプログラムを組んだ。一般演題300題、ポスターセッション158題ほか会長講演、シンポジウム等を合わせて計481題が発表され、参加者は延べ4,100人であった。多くの先生方のご援助をいただき、御礼申し上げたいと報告。

9. 第28回日本診療録管理学会の開催について

奥村秀弘学会長・天理よろづ相談所病院長から9月19,20日、なら100年会館で開催される第28回の学会について説明がなされた。今学会を初めて奈良で開催することとなり、近畿病歴管理セミナーを通してこの要請を受けた当初は心配もあったが、受けた以上は天理よろづ相談所病院の総力を挙げてご期待にそうよう努力したい。

今回のメインテーマは「良い診療録は良い医療の証し 医療の信頼性を目指せ」とした。医療諸情勢の厳しい中で我々医療関係者はわが国の優れた医療制度を維持し、医療事故の防止や医療の質の向上に向けて更に努力して国民の信頼を得なければならない。診療記録はそのための確かな証拠である。これは医師や医療従事者だけでなく社会全体が強い関心を寄せる記録であることを医療に携わる者すべてが銘記すべきである。そうした観点から今回のようなテーマとした。

特別講演は、長年医学教育に携わってこられた京大名誉教授で現在奈良県立医大学長の吉田修先生に「医の先達に学ぶ」と題して講演いただき、もうお一方は「アメリカの医療の光と影」などの著者として有名なハーバード大前医学部助教授の李啓充先生に「アメリカにおける医療過誤防止の努力」について講演いただく。教育講演は奈良春日大社宮司で医師でもある葉室頼昭博士にお願いし、シンポジウムは2題、「良い診療録作成のための各職種の役割とその教育」、「診療記録の未来像 米国に習うべきか新しい道を開くべきか」という2題。一般演題は予想を超える60題が集まり、時間を短縮し2会場に分散して全部採用することとした。指定演題についてはポスター展示の併設をお願いした。

本学会の参考とするため昨年、準備委員長をアメリカの健康情報管理学会に派遣し、会員自身の

## 一番町だより

発表よりも会員の教育を重視していることになり今回は講習会を組み入れた。学会2日目の初めの1時間、2会場に分かれて、統計学の講習とこれから病歴室を立ち上げる人のためのQ&A形式の解説を行う。また、企業の製品展示も重視したい。奈良は間もなく平城遷都から数えて1,300年を迎える。多くの国宝建造物があり日本美術の宝庫でもあるのでぜひ奈良大和路へお越しいただきたいとその見所について紹介した。

### 10. 日医・診療情報の提供に関する指針検討委員会(7/3)の出席報告

西村常任理事から、第1回検討会に日本診療録管理学会理事長として出席した内容の報告がなされた。診療情報の提供に関する指針が日医から出たが2年ごとに見直すという方針で作業が進められ、既に今春ワーキンググループで中間報告が出ている。指針は手直し程度とし根本的なことは変えないということで、外部の委員を加えて委員会が設立された旨の内容。

### 11. その他

#### (1) 日本医療機能評価機構理事会(6/27)の開催報告

中山会長が14年度第1回の理事会に出席し、病院機能評価事業の現況など報告事項とEBM医療情報サービス事業について審議した。現在まで認定された病院が711、サーベイヤーは579人。そろそろ5年目になるので認定更新の問題が起き、今度認定された結果を当該病院の許可を得て公開するという事も決まった。

EBMの医療情報サービス事業については岩崎参与から説明がなされ、これは機構に付設してサービスセンターを設立し、各学会で作っているガイドラインが本当にガイドラインとして値するものかどうかを評価する機関として存在させようということで、これから世の中に明らかにして行く事業である。医師だけでなく国民にわかるような形でサービスを提供する、だれでもホームページを開ければこのガイドラインが見える、医師向けまたは医療従事者向けと国民向けというのは少し文

言を変えて出す。そのような事業であり、この定款上の位置付けで論議があった旨の説明。

#### (2) eヘルスプライバシー・シール認証機構の発足会(7/23)

山口事務局長が会長の代理出席として報告。NPO法人で日本技術者連盟というのがあり、アメリカのウェブサイトの認証事業をしている団体と業務提携して既に産業関連の分野では事業化している。これは、ITを活用して医療や健康に関する情報やサービスを利用する(いわゆるeヘルス)うえで、情報の質や個人情報の扱いが安全、適切に利用できる環境づくりを目指すという狙いで、保健医療はプライバシーの保護とかセキュリティの確保の問題が他の分野とは違う、特にカルテの開示問題もあり、そのプライバシー・シール認証機構というものを技術者連盟の中に立ち上げるということでスタートした。

その発足会が、委員に予定されている方が集まって開かれ、委員長に東京医科歯科大の川淵先生が就き、ほか医療、保険関係の代表で構成されている。保健医療分野の認証事業を行うということでこの9月から分科会を作って問題点の整理を行い、守るべき基準を作って情報提供をする機関なり業者の審査をしてシールを使うことについて認証しようという計画である。ただ不明な部分はまだあり、9月から少し中身をフォローしながら各病院団体とも歩調を取りながら対応して行く必要があると思うという旨の報告。

(3) 兵庫県選出の代議員が石川稔晃先生(神戸市立西市民病院)から西村興亜先生(公立社総合病院)に交替した旨の報告。その他、厚労省医薬局長から「医薬品・医療用具等安全性情報報告制度への協力願い」、社会保険診療報酬支払基金理事長から「レセプト電算処理システム導入の協力願い」について資料紹介。更に、中山会長が日本医療保険事務協会理事会の出席(6/6)について報告。

#### 〔協議事項〕

#### 1. 医療制度改革について

中山会長から、先ほど委員会報告で西村常任理

事が提示した資料について問題提起がなされた。厚労省の全国厚生労働関係部局長会議に今年の1月16日付で提出された資料で「地域医療体制の確保について」という項の中の「公私の機能分担」として、公的病院は救急医療、へき地医療、共同利用、研修研究、政策的医療、不採算医療等とし、民間病院は一般的な入院医療の提供、確保等と区分されている図式で、昨日の合同委員会に会員からの資料提供として紹介されたものである。委員会では、民間病院の機能が限定されていることに懸念が示され、各地方行政においてこのような図式の刷り込みで指導が行われている気配があることと、公私の区分とかそのあり方なども討議された。

川合常任理事は昨日、自民党の公的病院のあり方に関する小委員会に医療法人理事長の立場として呼ばれた経緯を説明し、これと同じように公的病院と民間病院とはいったい何なのかと問われた問題について、病院の開設者が非常に多岐にわたっている中で官民とか公私とかいう言葉ではよくわからないところがあり、税あり病院、税なし病院、税立病院という3区分がわかりやすいのではないかと。前2者は民間で税立は官であると、ただし官という言葉は嫌われるようだがそのようなことを言ってきた。ここは本当に、日病が考えていかなければいけない問題であると述べた。

公私の機能分担として図式化された問題に対しては多くの理事から、救急医療をはじめ民間が主導していることが多い地域医療の実態から見ても全く論外であり、また政策的医療、不採算医療とは何かという問題の指摘もなされ、資料自体に対する不信感の表明が相次いだ。

西村常任理事は再度説明し、医政局重点事項説明資料ということで全国の厚生労働関係部局長を集めて、その会議で示された資料の中の一つである。だから、単にこういう図柄でけしからんというだけでなく、これが各都道府県の医療行政のトップの頭にすり込まれて、このかたちで既に行行政指導されているという問題である。現実には、ドクターヘリのシステムを導入しようと動いたら、これは民間病院がやるものではない、公立病院が

やるものだということがあったり、救命救急センターとか周産期医療センターというものもこの図柄にしたがって民間にさせないという事例が出てきているという。したがって、この問題は日病としてははっきり質問状として出すべきだと思うと補足説明をした。

奈良副会長は公私の区分について、日赤、済生会、厚生連は独立採算でやっており公ではないという趣旨を述べ、福井常任理事は昨日の委員会における星監事の公立の事情を聞いて、日病はお互い違う立場で切磋琢磨し共通の結論を引き出して行く素晴らしい団体であるという話を紹介した。

国立の立場から小堀常任理事は、この資料自体に不適切なところはたくさんあると思うが、公的と民間の図式の真ん中に書いてある医療の機能分化とか連携ということは非常に大事なことである。新宿区という狭いところに診療所が400と、いわゆる公的が都立と社会保険、厚生年金と私のところと、大学が3つ、更に、個人を含めて中規模病院が8つある。そういうカテゴリーの中で、公的私的を離れて患者さんの流れを作ろうと1年半くらい毎月病院部会を開いて、難しい問題もあるが徐々にできつつある。だから、この図の理念は必ずしも間違えてはいないが、その分類とか方向とかについてどこに意見を聞いたのか、そういう不備な点があると述べた。

松田参与からは、この図を見てまず、こういうことを今まで公的病院はほとんどやっていなかった、だから、やらなければいけないという意味にとれる。私のところでは厚生年金病院の7病院を所管しているが、公的資金を除外すると実質大赤字である。これを院長さん方に言って歩くのが役割で、最近は各病院がものすごく頑張ってきた。いま何が起きているかということ、一番の強敵は国際医療センター。今までとちがってあそこが頑張ってきた。莫大な投資を行っているが本気になったらすごいことになると思う。私のところも本気になっている。

何が言いたいかということ、西村先生の言われるような救急ヘリが公的優先という話があった。これは、医療法で二次医療圏ごとに医療計画を立て

## 一番町だより——////////////////////////////////////

るが、今までは病床規制だったけれど前回の改正で任意的記載事項である医療計画のプランが義務規定になった。厚生省は、救急医療であれば固有名詞を挙げて、どの病院とどの病院を連携するかとか、どこを救急の拠点にするかというのを具体的に明記するよう義務づけられた。そのときに、救急ヘリなら県立病院とかという発想になりかねないと思うので、西村先生の話は非常に重要な警告ではないかと思うと述べた。

梶原監事からは、今度の二次医療圏ごとの医療計画は全部必要的記載事項で仕上げなければいけない時期にきている。都道府県の医療審議会ではどこどこ病院は何をやれという箇所付けが本格的に始まってしまうとすると、既にできているところはいいが、二次医療圏が完成していない、必要的記載事項が完成していない所について公的優先という行政指導があるなら、これは早急に日病として確認して説明してもらふ必要があると述べた。西村常任理事は続けて、そのように説明を求めようになりたいし、もう一つ大事なことは、公がやって悪いわけではない。しかし、やることを

嫌がっているのに行政的に割り当てられてやるということもあり、その運用がうまく行っていない場合が多い。民間が望んで積極的にやりたいというのと、押し付けられて仕方がないからやるという違いのあることもあり、国民の医療に直接関わる非常に大事な問題であることも考えなければならぬと述べた。

次に山本副会長から、いま規制改革の中で経済特区をつくらうと、そこに医療特区も含めるといふ議論が始まっているが、それに対し四病協として8人委員会で意見をまとめる話があり、皆様の意見をいただきたいと述べた。これは、既に神戸の事例で反対意見が出ており、医療を試験的に行うべきではないという意見や、一般論として特区の条件付けにもよるといふ意見が出たが、時間の制限があつて一つの結論としてはまとまらなかった。

以上で議事を終了し、山本副会長が閉会の言葉を述べた。

(日本病院会事務局広報部)

## 近代医学のルーツを探る江戸の旅のご案内

日本病院会学術委員会

委員長 星 和 夫

昨年1月の「京都の旅」は、武田副会長のお世話で、京都情緒を満喫できた本当に楽しい旅でした。

今年は江戸の近代医学のルーツを探りたいと思います。「歴史は過去と未来の対話である」と申します。病院経営に疲れた頭をリフレッシュするためにも、ときには「古きをたずねて新しきを知ろう」ではありませんか。

日本医史学会評議員中西淳朗先生のご案内、ご解説で、秋のひと時を医学史の頁を紐解きながら、消え去り行く江戸の情緒を味わいましょう。奮ってご参加ください。

### 記

日 時：平成14年11月9日（土）・10日（日）（1泊2日）

集合 11月9日（土）午後1時 JR東京駅丸の内北口（改札の外）

解散 11月10日（日）午後5時頃 同上地

日 程：下記「日程表」による（移動はバス、階段はほとんどなし）

参加費：お一人 22,000円（バス代、夕・昼食代および資料代等を含む）

なお、上記の金額には宿泊費は含まれておりません

宿 泊：秋葉原ワシントンホテル

東京都千代田区神田佐久間町1-8-3

電話 03-3255-3311

宿泊費 シングルルーム 13,500円（税・サービス・朝食代込の料金）

ツインルーム（2名宿泊の場合） 22,500円（同上）

定 員：20名（定員になり次第申込を締切りますので、あらかじめご了承ください）

申込締切日：平成14年10月19日（土）

申込先及びお問合せ 日本病院会 学術委員会（担当：浜田）

電話 03 3265 0077（代）

### 日 程

第 1 日：杉田玄白、曲直瀬一族、岡本玄治、井上玄徹らの墓所、ねずみ塚、湯島聖堂、  
（11月9日） 神農像他

夕食：下町の洋食グルメレストラン香味屋（根岸柳通り）

第 2 日：築地あかつき公園シーボルト銅像、慶応義塾開学地跡、城宮寺の蘭学事始の碑、  
（11月10日） 江戸医学館開設の多紀一門の墓地、緒方洪庵墓

昼食：駒形どぜう屋（どぜう柳川定食または鳥柳川）

：新吉原総霊塔、回向院観臓記念碑、小塚原刑場地と延命地藏、北千住名倉  
医院、清亮寺の解剖人墓、森静男医院（橘井堂）跡、金蔵寺飯盛り女供養  
塔、安藤昌益潜伏地

## 見学地の見どころ

日程	見学場所	見どころの概要
第1日目	栄開院	芝の愛宕山下にあって、増上寺の塔頭の一。 猿寺のニックネームをもつ。本堂の右脇に杉田玄白の墓が立っている。別号を九幸と いったので、之を刻んである。家紋に注意。 本堂裏手に子孫の墓がある。
	祥雲寺	渋谷区の広尾四丁目名医家の墓がある。 ・曲直瀬玄朔一門墓 初代道三の姉の子。道三の養嗣子となり二代目道三となる。 子の玄鑑が宮家より今大路の姓を給い、江戸ではこれを名のる。玄朔は父の代から の医学塾「啓迪院」を継承し多くの弟子を育てた。隔年に京都に上り多数の貴族大 名らを診療し治験録「医学天正記」をあらわした。明正8年(1631)死す。83才。 ・岡本玄治墓 人形町に住む(今は堀留2丁目)玄朔の高弟で娘婿となる。徳川家 康,秀忠,家光の3代に仕え,法印となり著作多数。正保2年(1645)死す。59才。 ・井上玄徹墓 玄朔の高弟,家光の侍医となり法印となる。貞享3年(1686)死す。 85才。子孫は絶えた。矢数先生が整地。 ・ねずみ塚 明治33~34年にかけて東京でベストが流行したとき,拡大防止策とし て多数のねずみを殺した。これをあわれんで建てた。裏に「数知れぬ ねずみもさ ぞや うかぶらん この石塚の重きめぐみに」と刻んである。
	湯島聖堂	「神農廟略史」「昌平賞物語」を分けてくれる。
第2日目 午前	築地あかつき公園周辺	・シーボルト像 ライデン大学とオランダのエリオン財団から寄贈された。 ・「蘭学の泉の碑」が、中津藩中屋敷跡の近くに建てられ、その隣に慶応義塾誕生の 記念碑がある。
	城宮寺	・多紀家の本家と分家の墓地あり。江戸考証学派の中心であった多紀家は、丹波康頼 の子孫。京都国中家の金保氏の裔。多紀元孝が私立の躋寿館を建て、息子の元徳が 寛政2年(1790)に官立にし江戸医学館とし全国の医学学校のリーダーになる。本家 の向柳原多紀氏は元筒・元胤と続き、元胤の弟元堅が分家して日本橋矢の倉(両国 橋南)の多紀となる。 注)向柳原は江戸医学館の官舎のあったところ。ただいまの台東区浅草橋4~5丁目 辺り。
	高林寺	もと駿河台にあった名刹。この寺の名泉が“お茶の水”の地名を生んだ。江戸時代に 向丘に移転。緒方洪庵夫妻の墓がある。
第2日目	浄開寺	荒川区南千住2丁目だが、三の輪の交差点脇にある。投込寺といわれ江戸時代、吉原 で死亡した遊女が埋葬された。その数2万といわれ、平均年齢21.7才という。本堂裏 に新吉原総霊塔を立て供養している。昭和4年(1929)に改修されたものである。
	小塚原回向院	日比谷線南千住駅の南口を出た一帯が昔の小塚原刑場跡である。駅前の旧日光・奥州 街道(コツ道)を横切ると左側に小塚原回向院がある。明和8年,杉田玄白らが腑分 けをみて,内臓の位置と形が「ターヘル・アナトミア」の図と全く一致していたこと から,この本を翻訳し4年後に出版した(解体新書)。このことを記念して青銅版の “観臓記念碑”が壁に埋め込まれている。寺務所で写真を売っている。

午 後	延命地藏	回向院からみて、鉄道裏側に延命寺がある。境内に石の大地蔵があり一名首切地藏という。刑死者の菩提を弔うため寛保元年（1741）に立てられた。
	名倉医院	千住5丁目（北千住の北端）の荒川放水路の土手下に接骨で名高い名倉医院がある。現在の病院の奥にある。この医院は、明和年間（1764～72）に開業したという。遠方から来た患者は専用宿に滞在して治療を受けた。
	清亮寺	名倉医院脇からガードに入り、常磐線をくぐった左側に清亮寺がある。この寺の境内で明治3年8月に解剖があった。執刀は福井順道、大久保適齋・ヤンハンであった。慰霊のため明治5年2月に解剖人墓を立てた。壊れたので昭和42年、新墓を作った。
	森静男（橘井堂）医院跡	旧街道に戻って、南へ行きトポスの角を左折すると都税事務所がある。ここが静男の医院跡で、鷗外もドイツ留学生での4年間ここから三宅坂の陸軍省へ通ったという。
	金蔵寺	都税事務所の先を左折すると右側に金蔵寺があり、境内左手に供養塔が2基ある。左の「南無阿弥陀仏」の塔が飯盛女供養塔で、右の「無縁塔」が天保大飢饉の犠牲者の供養塔である。
	安藤昌益潜伏地（推定）	再び旧道に戻り南下し千代田線を越え右側の川魚屋の向側に「前田薬局」がある。（千住仲町82番地を川原衛門氏は潜伏地と推定している）

## 10月研究会のお知らせ

### 病院経営管理研究会

日 時 平成14年10月10日(木) 10:00~17:00  
10月11日(金) 9:30~12:00  
会 場 地方職員共済「三光荘」 2階アトリウムホール  
岡山市古京町1-7-36  
電話 086-272-2271(代)

### プログラム

#### 第1日目 10月10日(木) 10:00~17:00

講演「医療制度改革 21世紀の医療提供について」(仮題) (講師検討中)  
講演「診療報酬改定の評価と対策」(仮題) 近森病院常務理事・事務長 川添 昇  
講演「電子カルテについて」(仮題) 恵寿総合病院理事長・院長 神野 正博  
講演「介護保険制度の将来」(仮題) 国立保健医療科学院経営科学部長 小山 秀夫

#### 第2日目 10月11日(金) 9:30~12:00

シンポジウム「病院機能分化と生き残り戦略」  
「急性期病院から」 岡山済生会総合病院管理部長 岩木 一寿  
「療養型病院から」 中馬病院副院長・事務長 田中 英雄  
「回復期リハビリテーション病院から」 河北リハビリテーション病院院長 皆川 晃慶  
「外来機能分化の病院から」 音羽病院院長 中島 久宜

### 学術委員

(長)星 和夫 (副)小堀 鷗一郎 岡崎 通 佐野忠弘 波多野 誠 松峯敬夫 村岡 亮

### 研究会編集委員

上原みどり 倉辻明男 外池美和子 古瀬敬子 本田佳子 松元和敏 谷古宇 秀 渡辺元三  
(事務局 浜田一美)

**日本病院会英文誌**  
**Japan-Hospitals No. 22 (July 2003)**  
**原稿募集中**

当会では、日本の医学・医療の実情を海外の多くの人びとに知ってもらうことを目的として、標記の英文誌を毎年1回発刊しており、**Japan-Hospitals No.22** の原稿を下記の要領で募集中です。皆様奮ってご投稿くださるようお願いいたしております。

なお、海外への送付先は、国際病院連盟 (I. H. F) をはじめとして、各国の保健衛生関係官庁、主要病院・研究所、各種医療機関等の諸団体、諸施設および医師、研究者、医療従事者等と広範にわたっております。

**記**

**1. テーマ**

日本の医学、医療、病院の実情等を海外に紹介・PRすることを目的としておりますので、それと直接間接に関連する内容のもの、例えば日本の社会保険制度、病院医療、看護の実態などの紹介記事やオリジナルな研究報告など（国内既発表のものものの翻訳で、国外未発表のものも可、ただし臨床的研究論文は除く）。

**2. 原稿提出締切日**

平成15年3月31日（月）必着

**3. ご執筆の際の注意事項**

- ① A4判用紙に英文（ダブルスペース）をお願いいたします。
- ② 上半身ないし顔写真（掲載用）1葉を添付願います。
- ③ 枚数の制限は特にいたしておりませんが、A4判原稿（1ページ25～26行）2枚半が、ほぼ雑誌の1ページに当たりますので、これをめやすにご執筆ください。
- ④ 翻訳料など、ご提出時まで必要とした費用は、執筆者の負担とさせていただきます。
- ⑤ 初校の際1回、執筆者において校正をお願いいたします。

**4. 謝礼**

別刷50部をもって謝礼にかえさせていただきます。

原稿提出・問い合わせ先

〒102-0082 東京都千代田区一番町13-3

(社) 日本病院会 学術委員会

電話 03-3265-0077 (代表)

# HITACHI

## これからのCTはパソコンで診る。



CT画像をお手持ちのパソコンで手軽に見ることができる。日立の新しい発想のCTスキャナ「プロント」誕生。診察室のパソコンにつなげば、その場で患者さんに説明ができ、さらに院内・外での画像共有も簡単にできます。使いやすさ、速さはもちろん、すぐれたコストパフォーマンスも実現。IT時代の高度なニーズへの対応をめざした、新世代CTスキャナです。

PC対応、新基準CTスキャナ

# Pronto

株式会社 日立メディコ

本社 〒101-0047 東京都千代田区内神田1-14日立録倉橋別館 ☎(03)3292-8111(代表) URL <http://www.hitachi-medical.co.jp>

日本病院会雑誌

昭和三十年四月十二日第三種郵便物認可  
平成十四年十月一日 第四九巻第十号

発行所  
〒102-0082  
東京都千代田区一番町十三三  
電話(三二六五)〇〇七七(代)

編集発行人  
中山耕作

頒価一部一、二〇〇円  
(会員の購読料は会費の中に含まれる)

## 日本病院会の共済面を担当する (株)日本病院共済会

### 事業の内容

#### 1. 保険代理店業務

(損害保険)

- (1) 病院賠償責任保険
- (2) 勤務医師賠償責任保険
- (3) 看護職者賠償責任保険
- (4) 医療廃棄物排出者責任保険
- (5) 医療従事者賠償責任保険
- (6) 居宅介護賠償責任保険
- (7) 所得補償保険
- (8) 現金総合保険
- (9) 積立ファミリー保険
- (10) ボイラー保険等
- (11) 病院火災賠償責任保険
- (12) 保育所総合保険
- (13) 看護学校学生傷害保険
- (14) 旅行傷害保険
- (15) 火災保険
- (16) 就業中傷害保険
- (17) ファミリー交通傷害保険
- (18) 自動車保険 等

(生命保険)

- (1) 医師退職金積立制度
- (2) がん保険 等

#### 2. 病院関係図書・診療情報管理士通信教育教科書の発行販売

#### 3. 人間ドック手帳の発行販売

#### 4. ホームページの運営

#### 5. 他社発行図書の斡旋販売

#### 6. OA機器用紙の販売

#### 7. 各種斡旋業務

- (1) パソコン診療録管理システム
- (2) イベント・葬儀事業
- (3) 病院防災システム
- (4) 温・冷配膳車
- (5) 通信教育(ケアマネジャー)
- (6) 医療周辺機器
- (7) 院内情報サービス
- (8) 排便・排尿自動処理機

“日本病院会会員病院検索の  
ホームページ開設”

<http://www.byouinjoho.jp/>

# 株式会社 日本病院共済会

〒102-0082 東京都千代田区一番町13-2  
TEL. (03) 3264-9888  
FAX. (03) 3222-0016  
<http://www.nichibyco.jp/>