



2003年3月1日

発行

山梨大学
医学部附属病院

患者さんの立場に立った無駄のない医療を提供しよう

副病院長 (病院運営改善, 地域医療連携, 医療福祉, 治験, 対内広報担当)

放射線医学講座 教授 荒木 力

理系と文系という分け方がある。それぞれに様々な定義や特徴があるわけだが、例えば次のようにカテゴライズすることができる。

- 1) 理系：論理的に詰めてゆけば、客観的かつ絶対的な解答(通常は一つ)に到達する。
- 2) 文系：解答は多数存在して、その優劣は様々な条件により相対的に決まる。

医療従事者の多くは、理系の教育(医学、薬学、放射線技術、検査技術、看護学など)を受けてきた。1Hのスペクトロスコピーにおいて水と中性脂肪のメチレン基の化学シフト差は3.5ppmである；というように解答は客観的である。このような理系の教育を受けた人間が病院に就職すると、いきなり目眩を覚えることになる。医学は理系であっても医療は文系だからである。

日本のこれまでの医療は国民皆保険が基本になっており、診療報酬はいわゆる出来高払いである。つまり、患者さんに医療行為をすれば、その量と質に応じて報酬が得られる(といっても、病院が報酬を得るのであって、医療従事者の努力と報酬が釣り合っているとは限らない)。病院側から見れば、検査をたくさん施行するほうが良いわけだし、患者を長く入院させて空きベッドは少ない方が良い。一方、患者さんにとっては、結果が同じならば、検査は少なく入院期間も短い方が良い。しかし、老人医療費給付によってほとんど自腹が痛まない患者さんの中には、そんなことはどちらでも良いし、家族との折り合いが悪いから一日でも長く入院していた方が楽だ(食事も作らなくてすむし、昼から寝ていても誰も文句言わないし)という人もいるだろう。何が良いかという解答は、立場と環境によって変わる相対的なものである。出来高払いをいいことに、 unnecessaryな検査をして(あるいは施行したと称して)暴利をむさぼっている医療機関がないとは言えないが、このような

日本の医療制度は、医療機関側、患者側双方をそれぞれに満足させていたし、WHO(世界保健機構)の国別医療ランキングでは世界No.1と評価されてきた。

日本は今、理想的とは言えないまでも、(今では数少なくなってしまう)世界に誇れる医療制度を放棄しようとしている。理由は財政的に破綻し、将来的にこの制度を維持できる見込みがないからである(少子化で財政が逼迫することは何十年も前から周知のことで、手をこまねいていたのは政治の責任であり、また先進国で公共事業費が医療費より多い国は日本だけである)。その手始めとして、包括化医療が特定機能病院(大学病院とがんセンターなどの国立医療センター)の入院医療に今年4月1日から導入される。その詳細は未だに検討中であるが、基本はアメリカのDRG(Diagnosis Related Group)を模倣したDPC(Diagnosis Procedure Combination)である。要は、どんな検査をしようがどんな薬を投与しようが、どんな医療材料を使用しようが、病気の種類と程度(診断)が同じであれば、請求金額は同じということである。検査も薬も少ないほど儲かることになる。入院日数を少なくして、新しい患者をどんどん回転させる方が良い、ということになる。保険制度をいじくっただけで、これまでの医療ではベストであったことが、ワーストになってしまうほど医療は脆弱で相対的な「文系」である。

「若く美しい女性の隣にいれば1時間が1分を感じるが、暑い日にストーブの近くにいれば1分が1時間になる。相対論(relativity)とはこんなものである(Albert Einstein)。」

包括化医療によって、無駄を省くという意味でも医療機関の実力が試され、また医療が客観的になるという良い面がある一方、医療が画一化されて患者個人個人に適した医療(tailor-made medicine)からは離れてゆくことになる。念のために施行した胸部CT

で偶々早期肺癌が発見されるという幸運?はなくなってしまう。

多様な解答から適切な一つを選択することは容易ではない。そもそも全ての人を納得させる解答があるかは疑わしい。独立行政法人化(この詳細もまだ霧の中である)と医療保険制度の抜本的改革を前にしてどのように対処すべきか、難しい課題であるが次の2点が原則になると思う。

1) 患者さんの立場になって考える：何年も前に、下腿を捻挫して(寒い日にろくに準備運動もせずテニスに興じたため)、膝から足関節までキャストに入っていたことがあるが、そのとき、病院内のちょっとした段差がいかにか障壁になるかをいやというほど知らされた。同じような経験は誰にもあるはずである。自分が患者にならない場合には、自分の親、兄弟、子供と同じように患者さんに接

しているかを自問すると良い。

2) 無駄を省く：物品の無駄、時間の無駄(機器が稼動していない時間など)、空間の無駄(空きベッドなど)といった様々な無駄がある。これまで常識と考えられていることにも、無駄もあり間違いもあるはずである。本院の場合、1ベッドあたりの平均医療費は1日あたり4～4.5万円、年間1460～1642万円である。したがって、病床稼働率85%だと、満床に比べて $600(\text{床}) \times 0.15 \times 4$ [万円/(床・日)] = 360万円/日、年間にすれば13億1400万円～14億7825万円の収入減ということになる。

「常識とは18歳までの心に沈殿した偏見である(Albert Einstein)。」18歳を過ぎても沈殿は続く、無駄と偏見を捨て、患者さんの立場に立った医療と一緒に進めてゆきましょう。

「特定共同指導について」

医事課課長補佐 堀口 幸典

厚生労働省並びに山梨社会保険事務局及び山梨県との共同による社会保険医療担当者の特定共同指導が平成15年1月23日・24日の2日間に亘って行われました。

特定共同指導の目的は、社会保険医療において定められている「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等をさらに理解し保険診療の質的向上及び適正化を図ることです。

厚生労働省等から総勢19名の指導官が来院し、4班に分かれての院内視察に始まり、診療科ごとにレセプトと診療録等関係書類を閲覧・点検する個別指導と、臨床講義棟大講義室に保険医等を集めて講義方式で指導をする集団指導が行われました。

集団指導後には講評があり、まず集団指導への医師の出席が少ない事で「保険診療への認識が低い」と

強く指摘されました。その後、診療関係、看護・食事、請求事務ごとに数々の指摘を受けました。正式には、後日、病院長あての文書により指摘事項の通知があります。指摘のあった事項については、改善状況を報告するとともに、平成14年1月から12月分の外来・入院の全例を自主点検し、そのうえで不適切に請求されたものについては、保険者に自主的に返還しなければなりません。

個別指導の段階で、診療科ごと個々に指導を受けた事項につきまして、改善等対応可能なものについては、早急に改善をお願いいたします。

なお、正式文書が来た時点で改めて、各診療科に連絡するとともに指摘事項への対応及び改善策について検討していきたいと考えていますので、今後ともご協力方よろしくをお願いいたします。

平成15年度概算要求事項の内示等

経営企画課司計係長 山田 芳男

平成15年度概算要求事項等について、本院関係では以下の事項の内示がありました。

【大学附属病院】

病院経営管理部の新設：教授1，助教授2，事務官4 計7

医療福祉支援センターの新設：助教授1，事務官2，技官1 計4

病院特別医療機械整備費：歯科用治療装置(ユニット)2台，耳鼻咽喉科用治療装置(ユニット)4台

病院業務改善合理化推進費：増強

看護師等非常勤職員の整備：手術室の稼働増のため要員増

耳鼻咽喉科長就任に当たって

耳鼻咽喉科長 増山 敬祐



このたび、岡本美孝教授の後任として、本年1月1日付けで耳鼻咽喉科学講座の教授に就任いたしました。まずはじめに自己紹介をいたします。

私は、熊本生まれの熊本育ちで、熊本大学卒業後、熊本大学医学部耳鼻咽喉科に入局いたしました。2年間の英国留学以外はほとんど熊本を離れたことがありませんでした。今回縁あって山梨大学にお世話になることになりました。熊本大学在任中は多くの先生方、看護師やパラメディカルの方々の温かいご支援をいただき、楽しく仕事をするのができ心より感謝しています。今度は、私がこれまでに学んだものすべてを、この山梨の耳鼻咽喉科医療のためにお役に立てることができれば、本当に嬉しい限りです。

私自身はこれまで、臨床免疫学・アレルギー学という眼鏡を通して、耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域の疾患を眺めて参りました。入局以来の恩師、石川哮熊本大学名誉教授の影響大であることはもちろんであります。研修医時代にアレルギー学会などにも出席させていただき、いわゆる専門領域を越えてそれ以外の先生方とも知りあうことができたことはとても貴重な経験でした。おかげで、己の専門領域をもっと幅広い視野に立って考えてみるという癖が、特に研究面では少し身に付いたのではないかと考えています。

言うまでもなく、耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域の臨

床については日々研鑽を積んで参りました。特に耳鼻咽喉科領域の手術は繊細で解剖学的にも難しい部位ですので、己の技術向上のために弛まぬ努力が要求されますが、手術を執刀し患者さんが退院される時の笑顔をみるとその努力も報われるというものです。しかしながら、頭頸部癌の手術ではうまくいかない場合も多々あります。私も長年、頭頸部癌の再建を含めた手術療法に携わって参りましたが、癌が再発しベットに横たわる患者さんを見るたびに胸が痛んでおりました。

ところで、前出の石川名誉教授は、癌患者の予後およびQOLの向上を目指し、免疫療法を組み込んだ頭頸部癌の集学的治療法に日本で最初に取り組まれた先生であります。我々も熱い期待を胸に一緒に治療に当たって参りました。まだまだ道は険しいのですが、この山梨で癌免疫療法が花開く時を夢見て、若い医局員とともに治療に取り組んでいければ望外の幸せです。もちろん、国立大学も独立行政法人化を控え厳しい時期にさしかかっていることは重々承知しています。しかしながら、大学人である以上は夢を追い続けたいと思いますし、何よりも医学研究は患者さんの幸せのためであると認識しています。そのためには、基礎および臨床の先生方との共同研究を大に行なっていきたいと考えておりますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

最後に、私は「診療は常識に従え。研究は常識を越えよ。」という言葉が大好きです。この言葉を肝に銘じ、山梨の耳鼻咽喉科の地域医療の向上に微力ながらも貢献できればと思っています。

病院運営委員会から

※平成15年1月運営委員会審議事項等について

○ 卒後臨床研修プログラム案について

8名ずつ4グループ32名を想定し、1年目は内科6か月、外科3か月、救急部・麻酔科3か月とし、2年目は前半6か月を小児科、産科婦人科、精神神経科、保健所又は僻地医療に後半6か月を選択科とするプログラム案を承認した。

○ 医学部附属病院諸料金規程の一部改正について

外来患者の診療報酬上の紹介率が50%を超えたことから、社会保険事務局に届出を行い、紹介なし患者の初診時負担額について、1,575円から2,625円に改訂した。

※平成15年2月運営委員会審議事項等について

○ 特定機能病院の業務報告について

特定機能病院については、毎年1回厚生労働省に業務報告を行っており、13年度業務報告に関し「剖検率の向上に努められたい。」との意見がつけられております。剖検率の向上にご協力願います。

○ 紹介率の維持・向上について

初診患者紹介率が50%を超え1月1日から、250点を算定しておりますが、紹介率の維持・向上にご協力願います。

危機管理のための講演会を開催

ゼネラルリスクマネージャー 小野 さつき

安全対策委員会では、平成15年1月22日(水)、職員研修として「病院を危機から守る必須手法―危機予防と危機発生時の対応―」と題して講演会を開催した。講師は、田中危機管理・広報事務所長の田中正博氏で、大手広告企業のトップとしての豊富な実務経験と様々な事件・事故の分析及び企業等の危機管理のコンサルティングを通じた明解な講演であった。

田中所長はまず、病院を襲う新たな危機の特徴として、①内部告発が急増している。②"筋論クレーマー"の対応の失敗。③業界慣習や先例主義の落とし穴。などを挙げ、危機防止のための指針(※別掲)を列挙し、医師、看護師、薬剤師、検査技師等病院業務に携わる全職員の意識改革の徹底を求めた。

また、「現場の危機意識の欠落」が危機を招く大きな要因であり、「たいしたことはないだろう」「なんとかなるだろう」「よくあることさ」こういう考えは要注意であること、危機管理で大切なのは「知識」よりも「意識」であり、「ちょっとへんだな?」「本当に大丈夫かな?」と思う危機管理意識があれば危機は回避できる、さらに、クレームへの対応は、①相手の話を最後まで丁寧に聴く。②質問点を明確にし、関係部署への確認。③速やかに誠意を持った対応。といった初期対応が重要であることなどが話された。

最後に質問時間があり、筋論クレーマー対応の具体例が示されるなど有意義な研修となった。当日は418名という多数の参加を得、この問題に対する意識の高さを同させた。

本年4月から、本院(特定機能病院対象)にも患者相談窓口の開設が義務付けられ、診療・看護行為をはじめ、どんなことに対しても苦情や相談を受け付ける体制が必要となる。これらへの対応は、何に対してのクレームなのかを理解して、講演内容を活かした対応をしていきたい。また、病院全体で取り組む意識啓発活動を推進し、「違反行為」「不正行為」を抑止する行動規範である"いつも「誰かが見ている!」「誰かに見られている!」"という意識を全職員に浸透させ、職員一人一人が危機管理意識を持って職務にあたることにより本院の掲げる理念に近づいていくことができるのではないかと考える。

危機防止のための「7つの行動指針」を徹底させよう

―こんな意識で仕事をしているか―

1. 「誰かが見ている」「だれかに見られている」という意識で仕事をしているか
―「だれも見っていない…」という気持ちが手続の省略や不正を招く―
2. 「ちょっと変だな…?」「本当に大丈夫かな…?」という意識を持って仕事をしているか
―習慣、惰性、習い性でやる仕事の中から危機の芽が出る―
3. それを、大事な自分の親や子供や孫に対してできるか
―衛生面や、患者の気持ちを考えてやっているか―
4. 患者の立場や顔を思い浮かべて行動しているか
―背後でいつも患者が見ているという意識を持つ―
5. 病院内の"疑義事項"を「三猿主義」でウヤムヤにしていないか
―"おかしい"ことは"おかしい"と上司に問える職場か―
6. 「ヨソでもやっていること」という甘えの判断はないか
―業界慣習、先例主義に潜むリスクが危ない―
7. それを"敏腕な社会部記者"が知っても問題にならないか
―誰に対しても堂々と説明できるか―

消防訓練・附属病院トリアージ訓練を終えて

集中治療部 副部長 田 中 行 夫



本番さながらに真剣に取り組まれた訓練の様子

去る2月1日(土)消防訓練・附属病院トリアージ訓練が行われました。この訓練は東海地震等の大規模災害による院内火災に対する消火、避難誘導訓練と多数の傷病者に対する適切なトリアージ訓練を目的に行なわれたものであります。

消防訓練では、適切な消火と入院患者様の避難誘導が、短時間に的確にできるかという点を、トリアージ訓練では、本学附属病院に多数の傷病者が殺到した場合に、各診療科の枠を越えて傷病者を素早く収容し、適切に治療・看護できたかという点を評価しました。

今回は、東海地震により本学附属病院で火災が発生、地震により30名を越える傷病者が、いっきに病院外来に押し寄せるという設定で、各科の医師、看護部、各中央診療部門、事務局、消防本部、県警察本部、さらに傷病者役の本学学生、市民ボランティアを含め総勢約250名が参加、本学での訓練としては過去最大の規模で行われました。その内容は院内消防隊による消火、避難誘導、

傷病者の適切なトリアージと搬送、各トリアージゾーンでの診断・治療・看護でした。さらに患者家族やマスコミに対する社会的対応を的確に実施できるかを訓練に盛り込みました。

9時00分の地震発生の連絡から災害対策本部を設置、外来に前線本部を置きトリアージセンターを立ち上げました。消防訓練終了後、9時40分頃より重症から軽症までそれぞれの役目を割り当てられたボランティアが、救急車や自家用車で傷病者として順次正面玄関に搬送されトリアージが開始されました。玄関ホールでの一次、二次トリアージとも傷病者一人あたり、非常に短い時間でトリアージが完了し、各ゾーンに傷病者を素早く搬送できていました。実際に現場を混乱させるような言動をするよう傷病者役に指示していましたが、各ゾーンとも惑わされずに適切な対応がとれていました。前回は指摘されましたが、前線本部への各傷病者の連絡が一部錯綜し、短時間での情報の一元化に予想より時間を要しましたが、全体としては目的を達成できた訓練であったと思います。消防訓練での短時間の的確な消火と避難誘導は、消防本部ならびに玉穂消防隊より高い評価をいただきました。

本訓練が無事終了できましたのも各診療科、看護部、中央診療部門、事務局の多大なご協力があればこそと心より感謝いたしております。現在細部の検証を行っており検討会にて討論を重ね、本学防災マニュアルをさらに充実させて災害発生時に利用可能なものに改訂していく予定です。今後とも宜しく願い申し上げます。

山梨県綱引選手権大会出場

女子職員綱引部監督 医学部医事課専門員 功 刀 清 雄

「第21回N T T 東日本山梨C U P山梨県綱引選手権大会」は、平成14年12月1日(日)に緑が丘スポーツ公園大体育館で開催されました。この大会は、県内で開催されるものとしては最大規模のもので、県内各地から多数のチームが参加しております。今回、本学の女子職員綱引部では、医事課医事係の石井予枝巳主将以下、医学部総務課・医事課及び3内・整形・放射の各講座に所属する9名の事務職員によるチームを編成し、参加しました。チーム名は「かりんとうミックス」といい、今回で連続10回の出場となります。

チーム編成を簡単に説明しますと、選手登録は8～10名に限られており、試合ごとに8名が出場します。

出場者には体重制限があり、8名の合計が520kg以下でなければなりません。ちなみに、本学チームは、日頃の鍛錬(?)の成果もあり、9名の合計でも460kgで、楽々パスしております。

本学綱引部は、以前は男子部もあったのですが、今は女子部のみです。最近の戦績は、2年連続決勝トーナメントに進んでおり、前大会は見事第3位、今大会は第4位でしたが敢闘賞を獲得しました。強豪チームに比し、戦法と型にスマートさが欠けていますが、皆負けん気が強く、決勝トーナメントの決勝戦に臨みたいというのが当面の目標です。

特定機能病院の包括評価導入について

病院経営管理部長 佐藤 弥

本年4月1日から、全国の大学病院の一般病棟に入院している患者さんへの医療費算定制度が大きく変更になります。2月25日～27日にかけてこの包括評価について職員を対象に説明会を行いました。

この制度は、医療費のうち、入院基本料・検査・画像診断・投薬・注射・処置の大部分について、費用をまとめるもの(包括化)で、包括評価部分が約60%、出来高部分が約40%になります。包括部分の費用は、昨年7月～10月に行われた各大学の調査を基に、傷病名・手術・処置・重症度等により1860種類の診断群分類(DPC: Diagnosis Procedure Combination)毎に決められています。また診断群分類毎の在院日数により、この費用も減額され、平均在院日数を超えれば、基本的に減収となります。

医療機関別係数が定められており、他の医療機関と同額の請求はできません。しかし、この係数は、本院が在院日数も平均より短く、かつ費用も標準的な治療を行っていることの証明でもあります。

本院は4月からこの制度で医療費の請求を行うこととなります。このため、これまでのレセプトの点検に加えて、詳細な傷病名の記載と施行した手術・

処置の記載等を行う必要があります。手順については説明会で概略を説明いたしました、また、詳細な傷病名の記載については、同時に配布しました「病名記載上の注意」という資料を参考にしてください。DPC分類に必要な病名のICD-10へのコーディングと術式・処置のK・Jコードへの変換は、病歴室・医事課で15年度は行いますので、傷病名記載については、重ねて確実にお願いするものです。記載がない場合、自らの診療行為が適正に診療報酬に評価されないこととなります。

制度の変更に伴い、患者さんへの説明が必要となります。説明用パンフレットやQ&Aについては、早急に準備する予定です。医師においては、この制度の趣旨を理解した上で、説明をよろしく願いいたします。

現時点で、この制度が導入することで診療方法を変える必要性はありません。しかし、DPC毎の平均在院日数を超える入院や明らかに不必要な投薬や検査については決して行わないようお願いいたします。

包括評価についての問合せは、病院経営管理部または医事課入院係にお願いいたします。

統合から5ヶ月、法人化まで1年1ヶ月

病院経営管理部 石原 義久

平成14年10月に全国の単科医科大学の先頭を切って山梨大学と統合し、新生山梨大学医学部附属病院として発足して5ヶ月が経過しました。

統合による事務組織の再編により事務部門の混乱は未だ収まらないようですが、附属病院の業務が大きく変化することはありません。

1日1,000人を超す外来患者と500人以上の入院患者、その中で目まぐるしく働く医療スタッフ達。止まることのない医療の現実がそこにあります。1年1ヶ月後の国立大学の法人化とて患者に接する医療の現場、そこで働く医療スタッフには無関係かのように思えるはずです。

さらに、これまでの附属病院は大学の教育・研究のための附属施設としての位置付けから経営に関し厳しく指導を受けていても、どこかで教育と研究を盾に経営効率から回避してきました。

しかし、国立大学が法人化することは、これまで以上に経営面が重視され、外部の評価も厳しくなり、説明責任が付与され、大学独自で運営と経営を考えなければならないようになります。

それゆえ、附属病院は大きな事業体としてこれまで以上の経営感覚を求められることは確実です。

折しも厚生労働省所管の国立病院も同期に法人化され、比較されることは回避できないと思われます。

他人に任せた経営でなく、病院業務に従事する個々人が自ら経営に参画していると自覚して行かなければならないと思います。

大きな時代の流れが迫っています、流れに逆らうことはできません。されど、見失うことのないように立ち向かって行くことが、山梨大学医学部附属病院として、その存在を最後まで留めることになるのではないのでしょうか。