

## 日本・岡山編

### 日本・岡山編 目次

1	日本国民はどのように医療を受けているか？	3
	・事例：腹痛・嘔吐で夜間に受診した患者のケース	
	・説明：患者の受診、公的医療保険、患者が病院窓口で行う手続など	
2	医療機関ではどのように患者に対応しているか？	5
	・事例：腹痛・嘔吐患者が入院した場合を例にとって	
	・説明：医師の業務、看護師の業務、医療機関の扱う情報、診療報酬請求など	
3	日本の救急医療	9
	・説明：救急医療について	
	・事例：救急医療をになう急性期病院における夜間当直担当医の勤務状況	
4	医師	13
	・説明：医師臨床研修制度	
	・事例：ある研修医による自己紹介	
5	看護師	15
	・説明：看護師の養成、看護基準	
	・事例：急性期病院における病棟看護師の仕事	
6	コメディカルとチーム医療	20
	・説明：概説と代表的な各職種についての説明	
7	地域医療の確保	22
	・説明：岡山県内の医療体制	
	・事例：ある病院長の目から見た地域医療	
8	病院経営と病院機能	26
	・説明：概説	
	・事例1 岡山県精神科医療センターの概要	
	・事例2 岡山旭東病院の概要	
9	社会保障制度と医療制度	31
	・説明1：日本の社会保障制度、公的医療保険制度の概要	
	・説明2：「社会保障制度改革国民会議」報告書に示された今後の医療制度改革の方向性	
10	日本の精神科医療	36
	・説明：日本の精神保健制度、精神科におけるチーム医療	
11	日本の薬事制度と臨床研究	39
	・説明：日本の薬事制度と医薬品の開発	
	・事例：抗精神病薬クロザピンの場合	
12	日本における漢方医学	43
	・説明：概説	

1 3 日本に交流滞在する際の留意事項 .....	45
・説明：一般的な注意事項、臨床修練制度	
1 4 (資料) 元気玉 .....	46

#### 《「日本・岡山編」全般に関する注》

- 1 記述内容は、2013年12月31日現在のものです。
- 2 第1, 2, 5章では、診療報酬の具体的算定方法が例示されていますが、その算定におけるルールや算定の基礎となる単価（各項目の診療報酬点数、薬価等）についても、2013年12月31日現在のものを用いています。
- 3 この「便覧」の編集者である地方独立行政法人岡山県精神科医療センターの中国語訳として、法人を指すときは「岡山县精神科医療中心」、同法人が運営する病院を指すときは一般的な中国人読者への分かりやすさに配慮して「岡山县精神科医療中心医院」の訳語を用いています。
- 4 第12章「日本における漢方医学」の章は、内容の多くを渡辺賢治先生（慶應義塾大学環境情報学部教授医学部兼任教授）による以下の著作に依拠しています。  
「漢方医学」（講談社選書メチエ）2013年  
「日本人が知らない漢方の力」（祥伝社新書）2012年

## 1 日本国民はどのように医療を受けているか？

まず始めに、日常的な緊急受診の一例を提示し、その事例に即して、日本の患者がどのように医療機関を受診するのか、その費用負担はどのようにになっているのかを説明します。

なお、この冊子では、数多くの患者さんの事例を提示していますが、いずれも、特定の患者さんの個人情報保護に問題を生じることがないようにするため、症例の記述は、実際に受診された患者さんの事例を参考にしつつも、実際とは異なるものとしています。

### 【事例】

#### 腹痛・嘔吐で夜間に受診した患者のケース

岡山に隣接する県に住む35歳主婦。◎年△月×日、親族の葬儀出席のため実家のある岡山県に来ていた。夕方から腹痛と数回の嘔吐があり、しばらく安静にしていたが治まらない。市内のN病院なら夜間でも診てくれると親族から聞き、病院へ電話すると、受診受入可能だという。夕食は腹痛のため食べられない。

20:00に家人（実母）とともにタクシーでN病院到着。

まずは救急外来担当看護師が、本人に保険証の提出を求め、氏名、年齢、性別、住所等を確認のうえ、診察室へ招き入れる。当直担当医が救急外来診察室へ駆けつけ、診察が始まる。

まず、医師は、症状の起きた様子を問診する。患者は、痛そうにしながら「昼に炒飯とうどんを食べ、それを夕方に嘔吐し同じ頃から腹痛が起こってきました。」と話す。並行して、医師は、バイタルサイン（脈拍、血圧、呼吸状態、体温）をチェック。続けて、医師は腹部の診察を行い、痛みが強いため点滴を看護師に指示。鎮痛薬、制吐剤も点滴に入れて注射。

20:20 医師は、「診察の結果、重い病気の可能性は低く、急性胃腸炎が最も疑われます。症状をやわらげる処置をしました。血液検査や画像診断検査を緊急に行う必要はないと思います。しばらくここで休んで様子を見ましょう。」と患者に説明。胃を保護する薬も用意し、患者はその場で薬を内服し、そのまま休息。

21:50 外来静養室でしばらく休息するうちに、患者は「楽になりました。家に帰りたいです。」と言う。医師が再び診察室に来て、腹部を診察したうえで、帰宅を許可。「今晚は食事を取らないでください。2日分の胃薬と、また痛みが起こったときのために、痛み止めを頓服で処方しておきます。今は院外薬局の営業時間外なので、病院内で薬を用意してお渡します。」と伝える。

22:00 患者は、薬を受け取り、病院窓口で支払いを済ませ、家人とともに病院を出てタクシーで宿泊先の親族宅へ向かう。

### 【説明】

#### 患者の受診、公的医療保険、患者が病院窓口で行う手続など

日本ではすべての国民が公的医療保険に加入することになっています。このことを「国民皆保険」と言います。加入は強制的で、自らの選択で公的医療保険に入らないという選択をすることはできません。原則として、受診時には、かかった医療費の30%を患者自身が払い、70%は公的医療保険から支払われます。ただし、75歳以上の高齢者の場合は、「後期高齢者医療制度」という仕組みにより医療費が賄われています。この制度では、自己負担は原則として10%となっています。日本の公的医療保険制度については、第9章でまとめて詳しく述べていますので、そちらも参照してください。

日本では、ほとんどの医療機関は、公的医療保険が使える「保険医療機関」です。国民は、自分がどの公的保険に入っているかを証明する「保険証」を提示することにより、公的医療保険を使って、どの保険医療機関でも受診することができます。

ただし、病院を受診した場合、診察してもらう医師を指名するという制度はありません。また、かかる費用は、医師の経

験等にかかわらずどの医師が診察を行っても同じ額です。これらの点で、日本の制度は中国の制度とは異なります。なお、患者が、診察して欲しい医師について希望を述べることはありますし、他の医療機関から特定の医師に宛てた診療情報提供書（「紹介状」ともいう）を発行してもらって受診するときには、その宛先となった医師が診察することもよくありますが、最終的にどの医師が診察するかは、通常、病院側で決められます。

医療機関での診察が終わると、受診した患者はしばらく待合室で待つように言われます。その間に医療機関の事務担当が、その日にかかった医療費を計算し、そのうち自己負担分（若い世代では 30%、後期高齢者制度では 10%）を受診者本人に請求します。受診者は窓口でこの額を支払ってから病院を出て帰路につきます。

医療機関では、毎月、受診者全員の医療費の計算結果をまとめ、患者 1 人について 1 枚の診療報酬請求書（一般に「レセプト」と呼ばれます）を作成します。レセプトは、かかった医療費の額の計算過程を示すとともに、かかった医療費全体から受診者の自己負担分を除いた額の支払いを保険者に請求する請求書の役割を果たします。

各医療機関は、実際には、直接各保険者に請求するのではなく、「審査支払機関」にレセプトを送って医療費の支払いを請求します。

かかった医療費の計算方法は、行った医療行為や使用した薬剤などに応じて細かく定められた価格表に基づいています。医療行為別の価格表は、日本全国で一律に決められており「診療報酬点数表」と呼ばれています。使った薬剤ごとに公的医療保険で支払われる額も全国一律に決められており、「薬価基準」と呼ばれます。

診療報酬点数表の 1 点は 10 円に相当し、「点数×10 円」が実際の請求額となります。たとえば、例示した患者さんでは、まず、時間外に診察を受けたため、時間外加算を含む初診料として 355 点、薬剤に係わる費用として、点滴注射液、制吐剤、鎮痛剤、胃粘膜保護剤の合計費用と院内調剤費を合わせて 645 点、合計で 1000 点×10＝10000 円がかかりました。（この数値は架空の計算で、分かり易さのため「きり」の良い数値にしていますが、実際にかかる額も概ねこの程度です。）このうち病院が患者さんに請求する額は、10000 円×30%＝3000 円となります。残りの 70%に相当する 7000 円は、病院が審査支払機関に請求します。

受診を終えた患者に話を戻します。多くの場合、患者は医師から薬の処方を受けますが、薬の処方の仕方には 2 通りあります。1 つ目は、医師の処方内容を「処方箋」として患者が受け取り、それを携えて医療機関の外にある薬局へ行って薬を受け取る形で、これを「院外処方」といいます。2 つ目は、医師の処方内容に沿って、同じ医療機関内の薬剤師が薬を用意し、医療機関の窓口で患者に薬を渡す形で、これを「院内処方」といいます。いずれの場合でも、薬剤師が、必要な説明などとともに患者が服用する薬を用意しますが、これを「調剤」といいます。現在では、外来診療について多くの医療機関が院外処方を採用しています。ただし、通常診療時間外の救急受診の場合には、院内処方が一般的です。上記の患者さんの場合は、院内処方・院内調剤が行われた例です。

かかった医療費の総額やその内訳について、患者自身を知ることも重要です。このため、多くの医療機関では、患者が医療費自己負担分を支払うときに、診療報酬明細書を手渡しています。また、保険者から、一定の期間ごとに加入者個人に対し、その人の受けた医療にかかった医療費の額や内容について通知することも、広く行われています。

## 2 医療機関ではどのように患者に対応しているか？

第1章では、1人の患者さんの受診場面を、主に患者さんの立場から見ていきました。今度は、同じような症状を呈した患者さんが、1泊の入院をした場合を例にとって、医師や看護師がどのような対応をしたかをより詳しく記述してみます。これにより、日本の日常診療における医師、看護師等の基本的な役割を理解していただけたらと思います。

### 【事例】

#### 腹痛・嘔吐患者が入院した場合を例にとって

35歳主婦。◎年△月×日、夕方から腹痛と数回の嘔吐があり、しばらく安静にしていたが治まらない。夕食は腹痛のため食べられない。夜間でも緊急受診を受け入れている市内のN病院を受診しようと考え、病院へ電話連絡のうえ、家人同伴で受診となる。

20:00に家人(実母)とともにタクシーでN病院到着。まずは救急外来担当看護師が、本人に保険証の提出を求め、氏名、年齢等を確認のうえ、その基本情報を電子カルテに入力し、患者を救急外来診察室へ招き入れる。患者は、救急外来のストレッチャーベッドの上に横たわるよう指示され、控室から駆けつけた当直担当医の診察が始まる。医師は、痛みの起こった様子を尋ねていく。患者は、痛そうにしながら痛みが起こってきた様子を話す。医師は、飲酒の有無、喫煙の有無、妊娠している可能性の有無等を聴いていく。同時に看護師がバイタルサインを確認。(血圧測定。100/60mmHg。心拍数 60回/分。体温 36.3℃。血中酸素飽和度 (SpO2) 100%。) いずれも特段の異常なし。

医師は腹部の診察を開始。「腹部は平坦で軟、心窩部に軽度圧痛、腹部聴診で腹鳴減弱」などの診察所見に続けて「虫垂炎や穿孔を思わせる所見はない。」などと所見評価(アセスメント)を電子カルテに入力していく。

診察中、患者は「痛い。気持ち悪い。」と苦痛を訴える。医師の指示により、看護師が救急外来常備薬戸棚から点滴セット、鎮痙剤、制吐剤を取り出し、指示通りのものであることを医師からも目視で確認を受けたうえで、左腕の静脈から点滴を開始。続けて、点滴ルートからの鎮痙剤、制吐剤の静脈注射も看護師が行う。

救急外来で行った点滴：乳酸リンゲル液 500mL を点滴静注。点滴液に制吐剤プリンペラン Primperan (製品名) (メトクロプラミド metoclopramide) 注射液 1A(アンブル) (10mg/2mL) を添加。鎮痙剤ブスコパン Buscopan (製品名) (スコポラミン scopolamine) 注射液 1A(20mg/1mL) を 20mL の生理食塩液と混ぜて点滴側管(3方活栓の枝分かれした側面) から管注。

医師は、「診察の結果、重い病気の可能性は低く、急性胃腸炎が最も疑われます。症状をやわらげる処置をしました。血液検査や画像診断検査を緊急に行う必要はないと思います。今晚は絶食して様子を見ましょう。帰宅してもいいですが、心配なら一泊入院して様子を見るという選択肢もあり得ます。」と患者に説明。

患者は「痛みが続いていて心配なので入院させてください。」と言う。医師が入院決定の判断を下す。医師は、待合室で待っていた家人に状況を説明するとともに、当日と翌日の薬を処方。内容は、酸中和剤、胃潰瘍治療薬と胃痛時の鎮痙剤内服錠。

20:45 外来看護師が病棟看護師と連絡を取り、病室を決定。ストレッチャーで家人とともに一般病棟女性4人室へ移動。

入院中の内服薬処方：酸中和剤のマーロックス Maalox (製品名) (水酸化アルミニウムゲルと水酸化マグネシウムの懸濁内服液) を毎食後(絶食時は食事の時間に)、胃潰瘍治療薬のタケプロン Takepron OD錠 (製品名) (ランソプラゾール lansoprazole 口腔内崩壊錠(oral disintegrant)) 30mg を 1錠夕食後、胃痛時に頓服として鎮痙剤のブスコパン Buscopan (製品名) (スコポラミン scopolamine) 10mg 内服錠 1錠。

病棟では看護師が手短かに入院中の必要事項を患者と家族に説明。23:00 看護師が巡回して本人の様子を確認。患者は、ウトウトしているが「楽になりました」と話す。

日付が替わって翌日深夜 2:00。深夜勤の看護師が病棟巡回。患者は目をさます。腹痛も嘔吐もないことを確認。早朝 4:00

看護師巡回。入眠中で呼吸平静であることを確認。

6:30 看護師巡回。腹痛も嘔気もないこと、トイレで排尿あったことを確認。体温 36.5℃。脈拍 60。血圧 100/50。SpO2 97%。腹部聴診して腹鳴聴取可能。看護師より入院担当した当直医に状況報告。朝食は希望があれば食べてよいとの指示。7:30 朝食。朝食後服薬。

8:00 当直医回診。患者は「もう何ともないので帰りたい。」と話す。退院許可。

10:00 看護師による退院前指導。お粥などから少しずつ食べ始めてよいが刺激の少ないものを食べることなど指導。退院に際し、14日分の胃潰瘍治療薬と、5回分の鎮痙剤が院内で調剤され、患者に手渡される。

11:30 家人の迎えあり、独歩で退院。

## 【説明】

### 医師の業務、看護師の業務、医療機関の扱う情報、診療報酬請求など

この例に見られるように、日常の診療において、医師は、診察、処置、看護師への指示、技師への指示（検査のオーダー）、治療方針の決定、医薬品の処方、診察結果や治療方針など重要事項の患者本人や家族への説明、診療録への記載などを行います。

看護師の業務は、法律上、「診療の補助」と「療養上の世話」とされています。いずれも幅広い業務を含むもので、バイタルサインなど患者の状態確認、医師の指示を受けた投薬（静脈注射を含む）、一部の処置（静脈採血、導尿、気道吸引など）、医師が行う処置の介助、院内の連絡調整、患者本人や家族への説明、入院患者の見回り、患者の要望への対応、看護記録への記載などを行います。看護業務については、第5章でも改めてより詳しく説明します。

医療機関の業務におけるコンピュータの活用は、近年、幅広く普及してきています。ここで例示した病院では、診療録、看護記録もコンピュータで管理されており、このようなものを一般に「電子カルテ」と呼んでいます。

医療機関で活用される情報には、診療録、看護記録以外にも、検査オーダーや検査結果の情報、薬の処方情報、画像診断情報、他機関との間の診療情報提供書、診断書、退院時の要約、患者への説明書や同意書、診療報酬請求書など、多様なものがあります。医療機関によっては、診療録は紙媒体で運用し、たとえば検査オーダーや薬の処方のみを電子化されたシステムで行っているところも数多くあります。診療報酬請求書（レセプト）については、2011年以降、原則として電子化された情報で請求することになっています。

日本の公的医療保険における診療報酬の仕組みについては、第1章でも簡潔に説明しましたが、ここでは、例にあげた患者の入院について、実際に請求額を計算してみます。なお、日本の公的医療保険制度については、第9章でまとめて詳しく述べていますので、そちらも参照してください。

入院に関する診療報酬の支払いには、「出来高払い」と「包括払い」があります。制度の全体像は極めて複雑ですが、大まかに言うと、「出来高払い」は、個々の医療行為に対応する点数と、医薬品に対応した薬価などを一つずつ足し上げていくものです。

この患者さんの場合、出来高払いで計算すると、以下のように点数が足し上げられます。

- ・初診料：時間外に救急外来で診察を受けたため、時間外加算を含めて 355 点。
- ・投薬料：調剤という行為に対する点数と、内服薬の価格に相当する点数とを合計して 447 点。
- ・注射料：点滴注射という行為に対する点数と、注射薬の価格に相当する点数とを合計して 254 点。
- ・入院料：2日間の入院のため、入院基本料が1日 2321 点×2。これにいくつかの名目で加算がつき、合計で 4812 点。（この入院基本料は、入院中の医学管理、看護の提供、療養環境の提供などを評価するものです。看護師の数の多さに応じて設定されており、上記の 2321 点は「7対1」看護基準（注1）を満たす病棟への1日当たりの入院に対する点数です。）
- ・入院時食事療養費：1食当たり 640 円（この費用は、慣例上、1点=10 円の「点数」でなく、「円」で示されます。今回は、朝食を1食のみ食べたので 640 円）。

これらをすべて合算して、この2日間の入院費用の合計は、

$355+447+254+4812=5868$  点 (58680 円) プラス 640 円で、合計 59320 円。

となります。患者の自己負担は、第1章の説明のとおり原則 30%ですが、入院時食事療養費に対応する自己負担額は 260 円と決められています。

話はさらに複雑になりますが、病院の入院費用は、「包括払い」で支払われる場合が多くなってきています。特に、2003 年に導入された急性期入院医療を対象とする包括払い制度である「診断群分類包括評価」(DPC) (注2) という仕組みに基づいて診療報酬を請求する場合は、日本全国の一般病床への入院の半数を超えています。

例示した入院患者さんの場合、実際には「N病院」はDPCによる入院診療報酬算定を行っている病院であるため、DPCに基づく以下の方法により診療報酬請求額が計算されました。

まず、この患者さんの診断は「急性胃炎」であり、DPCでは、これに該当する「診断群」の名称は、「食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)」で、この患者さんでは、手術は行われず、併存する疾病(副傷病)はなく、その場合には、入院1日当たりの入院費の点数が、

- A 入院1～3日の間 2608 点
- B 入院4～7日の間 2014 点
- C 入院8～15日の間 1712 点

と決められています。入院期間がCの日数を超えると、算定は出来高になりますが、その算定根拠となる入院基本料の単価は極めて低い額に抑えられ、病院にとっては、Cの期間を超えての入院を避けようとするインセンティブが働きます。1日当たりの包括点数や、A、B、Cの期間は、診断群分類区分ごとに異なる数値が定められています。

さらに、詳細な説明は省略しますが、この「診断群分類ごとの1日当たり点数」に、医療機関ごとに定められる係数(基礎係数、機能評価係数I、IIなどさらに複雑な計算を経て算出されます)を掛け合わせ、さらに入院日数を掛け算して、1点=10円で入院診療報酬請求額が算定されます。

この患者さんの場合は、2日間の入院のため、

$2608$  (診断群分類に対応した1日当たり点数)  $\times 1.2400$  (医療機関ごとに定められる係数)  $\times 2$  (入院日数) =  $6468$  点となります。

実際の請求額は、包括範囲に含まれない、初診料(時間外加算を含む) 355 点、退院時に処方を受けた薬剤の費用など 391 点が加算され、

$6468+355+391=7214$  点 (72140 円) プラス 入院時食事療養費 640 円で、合計 72780 円 となります。

この患者さんの入院の場合、先に、出来高だったと仮定して算定した 59320 円より高くなっています。DPC制度が導入されてから、今日まで、このようにDPCで算定するほうが有利となるような点数設定がなされ、DPCへの移行が進む原動力となりました。

一方で、DPCによる診療報酬算定をする病院は、診療報酬請求書(レセプト)以外にも数多く、その病院が行っている医療の内容に関するデータを国に提出しなければなりません。このため、DPCによる診療報酬請求へ移行するには、病院内で、データを効率的かつ適正に扱えるよう、電子化された環境を整えるとともに、診療録管理士を配置するなど、人員面での体制整備も必要となります。

診療報酬請求に際しては、以上のように極めて複雑な計算がなされます。電子カルテを導入している病院では、費用を請求できる医療行為を行ったときや、薬剤や医療材料を使ったときに、電子カルテシステムにその旨を入力すると、レセプトの費用請求の計算が自動的になされます。しかし、入力漏れや誤入力も起こり得るので、毎月の診療報酬請求の時期には、病院事務部の職員が多く時間をかけて、レセプトの内容確認を行うのが通例です。

(注1)「7対1」看護基準

看護師の勤務体制は、日勤帯、準夜勤帯、深夜勤帯など、時間によって、病棟に配置される看護師の数が異なりますが、これら全体を平均して、7人の入院患者に1人以上の割合で看護師が配置される体制をとっているときに、「7対1」看護基準を満たすこととなります。(さらに詳しい説明を第5章で追加します。)

(注2) 診断群分類包括評価 (D P C : Diagnosis Procedure Combination)

急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度です。詳しくは、第9章で説明します。

### 3 日本の救急医療

#### 【説明】

##### 救急医療制度について

救急医療では、救急搬送（搬送中の応急処置を含む）を担う消防機関と、救急診療を受け持つ救急医療機関の役割が特に重要です。救急医療の体制は、「第一次救急」、「第二次救急」、「第三次救急」という機能類型と、それぞれをになう医療機関の役割分担を考慮しながら、地域ごとのネットワークとして構築されています。

夜間・休日に（救急車ではなく）自分で来院する比較的軽症の患者に対応することを「第1次救急」（又は「初期救急」）といい、地域の診療所が当番制でその機能を受け持つことなどにより行われています。

救急車による搬送を受け入れ、必要な場合には入院治療も行うなどして、重症患者に日中だけでなく、夜間・休日も含めて対応することを「第2次救急」といい、複数の病院が当番制を敷くなどして提供されています。

重篤な救急患者に対し、緊急に複雑な処置や手術を行うなど、高度に専門的な治療を24時間対応で提供することを「第3次救急」といい、都道府県が指定する「救命救急センター」などがその機能を担っています。

夜間・休日の救急診療は、病院で救急対応に携わる当直医を始め、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、薬剤師等の努力により支えられています。

以下に、第2次救急機能を受け持つ急性期病院における夜間当直担当医の仕事ぶりをご紹介します。

救急医療を受け持つ多くの病院では、医師は、夜間当直業務の翌日にも、外来診療など通常の日中業務を行うことが寧ろ一般的です。さらには、手術の執刀や複雑な処置の実施が予定されている場合もあります。体力が必要であるとともに、手際よく仕事をやりくりし、休養の時間も確保しなくてはならないという激務です。

#### 【事例】

##### 救急医療をになう急性期病院における夜間当直担当医の勤務状況

K病院の平日における夜間当直医は、夕刻18：00から翌朝8：00までの救急車による搬送や、それ以外でも緊急受診を希望して来院された患者さんへの対応を受け持ちます。

K病院では、入院患者さんに病状の急変などがあった場合の対応は、別の医師が行うという仕組みにしています。また、当直医が他の医師の援助を求めることが必要と判断した場合には、緊急の電話連絡を受けて、当直当番でない医師等が病院へ駆けつけることもあります。◎年△月×日には、夜間当直時間帯に来院した7名の患者さんへの診療をS当直医が行いました。

第1例 18：20来院（家族同伴） 5歳 女

（受診状況・主訴）

夕方、自転車のギアとチェーンの間に左足を挟まれ、踵骨後部のアキレス腱付着部位付近に3cmの切創ができた。両親に連れられて来院。

（対応）

丁寧に洗浄後、足の動きを診察し、アキレス腱の損傷がないことを確認。念のために足の単純X線撮影を行い、骨折がないことを確認。応急処置を行い、両親に説明し、翌日の外科外来に来院するよう伝える。

第2例 18：40来院（救急搬送） 受診時 氏名・年齢不明 女

（受診状況・主訴）

デパート内で意識もうろうとして涎を流しているのを店員が発見。救急搬送要請。

(対応)

搬入時、意識障害あり。痛み刺激に対し払いのけるような反応はする。呼吸は整。いびきあり。両側縮瞳あり、瞳孔不同なし。時折、自発運動あり。血圧、体温、血液検査、心電図にて特に異常所見なし。

身元不明者として診察していたが、本人の鞆にあった携帯電話が鳴り、看護師が応答すると家人（母親）からの電話。来院を依頼する。氏名、住所、年齢が判明。30歳で、睡眠薬を大量服薬した経歴があることが分かる。今回も、外出前に睡眠薬を大量服薬したらしいと分かる。当初、頭部MRI（核磁気共鳴画像診断）検査の実施を考えたが、この情報を得て、MRIは実施せずに経過を見守ることとする。家人が19:30に到着。そのまま23:00過ぎまで静養室で家人が見守り、意識がやや戻ったため、家人に連れられて帰宅。

### 第3例 19:30来院（家族同伴） 80歳 女

(受診状況・主訴)

家で夕食後、今までに経験したことのないような回転性のめまいが起こり、嘔吐もあった。家人（嫁）が同伴して来院。

(対応)

意識清明。回転式めまいと嘔気が続いていると訴える。診察上、他の異常所見なし。

乳酸リンゲル液による点滴開始し、7%炭酸水素ナトリウム注射液 20mL、制吐剤注射液を静注。引き続いて頭部MRI検査実施。年齢相応の加齢性変化は認めるが、めまいとの関係で問題となりそうな、出血、梗塞、腫瘍等の異常所見なし。その旨を、MRI画像を示しながら、本人および家人に伝える。本人は、症状が残っており、心配なので入院させてほしいと要望。家族も入院希望。病棟へ連絡し、入院となる。（この患者さんは、結局、翌日午前中に退院となる。）

20:30 一連の患者さんの対応を終え、続けて患者さんの来院がないことを確認し、職員食堂へ行き急いで夕食を取る。夕食中、救急外来担当看護師から連絡が入り、急に意識障害を起こした高齢者の救急搬送がある旨、伝達を受ける。受入可能と回答。

### 第4例 21:20来院（救急搬送） 85歳 男

(受診状況・主訴)

意識障害の状態で搬入。救急隊員によれば、夕食後、突然意識障害を起こして救急要請があったとのこと。少し遅れて到着した家人（同居の長男およびその妻）によれば、夕食を食べ終わった20:00までは、ふつうに会話をしていたが、その後、トイレへ行こうとして突然意識を失って倒れたという。

(対応)

意識レベルは、痛み刺激に対し少し手足を動かすのみで覚醒しない状態。瞳孔不同あり。両側対光反射なし。右共同偏視あり。呼吸はやや不整。血圧 140/80。脈拍 80。酸素吸入 5L/分で SpO<sub>2</sub> 100%。乳酸リンゲル液で点滴開始。血液検査では、動脈血採血による血液の酸素化、酸塩基平衡を含め、大きな問題なし。心電図で期外収縮あるが重篤なものではない。胸部X線にて心拡大を認める。頭蓋内出血の有無を確認するため頭部CT検査実施。頭蓋内出血を認めず。このため、すぐに頭部MRI/MRA（核磁気共鳴画像/核磁気共鳴血管画像）検査を実施。右内頸動脈基部が閉塞しており、末梢に血液が流れない状態。MRIの拡散強調像で右後頭葉に高信号あり。症状は脳梗塞の急性期の所見に合致。この時点で21:50。発症時刻が20:00以降であることが明確になっており、またMRIの拡散強調画像で、高信号域が広範囲に及んでいるという明らかな所見はなく、tissue-plasminogen activator (t-PA)による経静脈的血栓溶解療法の適応を念頭に置く。発症から4.5時間未満という条件に合致する一方で、85歳という年齢も考慮し、神経内科の担当医に電話で相談（注参照）。家人に対し、脳梗塞のため広範囲の脳組織が損傷を受けている深刻な病態であり、集中治療室（Intensive Care Unit, ICU）への入院が必要であることを説明。入院について、家族の同意を得る。脳保護剤（エダラボン（Edaravone）30mg）の静脈内投与を22:00～22:30の30分間かけて実施。

この間、神経内科医が病院に到着し、家族に対する説明を実施。t-PA治療を行った場合の効果として、閉塞した動脈が再開通する可能性があること、しかし副作用として、脳や他の部位に出血が起こる危険性もある「いちかばちか」の治療であること、他方で、この治療を行わなかった場合には、意識が戻らないままお亡くなりになることがほぼ確実であること、発症から時間が経過したら行うことができない治療であるため、今、決断していただかなくてはならないことなどを説明。家族より「できるだけのことをしてほしい」との希望があったため、t-PA治療を実施することとなり、家族から同意書への署名を得て、22:20、t-PA治療を開始。（その後、神経内科医とICU看護師、薬剤師のチームの努力により、患者さんは回復に向かう。）

(注) K病院では、t-PA治療は神経内科医が一定の手順に従って行うことを院内で申し合わせており、それ以外の科の医師が当直医を務めているときには、神経内科の担当医に連絡することになっている。神経内科医は、深夜であっても必ず駆けつける。病院によっては、t-PAの実施責任を脳外科医が担当しているところもある。

#### 第5例 22:30来院(友人同伴) 45歳 女

(受診状況・主訴)

夕方より頭痛があり、夜になっても頭痛が続き、嘔吐した。友人に伴われて来院。

(対応)

意識清明。血圧180/80と高いが、診察上、その他の異常所見なし。

続けて、頭部MRI/MRA検査実施。頭痛、嘔吐の原因となり得る異常所見なし。その旨、本人に説明し、帰宅できるかと尋ねると、頭痛が落ち着いてきたので帰宅できそうとのこと。消炎鎮痛剤と胃粘膜保護剤を頓服で院内処方し、症状が治まらないようなら、翌日、外来受診するよう伝えて帰宅となる。

#### 第6例 23:00来院(家族同伴) 70歳 女

(受診状況・主訴)

約1か月前に、かかりつけの他の病院で右頭部に慢性硬膜下血腫があると言われ、経過観察中だった。夜、右肩が痛くなり、さらには、右手の痛みとしびれが徐々にひどくなってきた。かかりつけの病院では、夜間救急受診を受け付けていないため、K病院受診を思い立ち、家人(娘夫婦)に伴われて来院。

(対応)

意識清明。血圧220/85。右第6～第8頸髄神経節(C6～C8)領域に知覚異常あり。上下肢腱反射の亢進や減弱はなし。頸椎4方向X線単純撮影および頭部CT検査を実施。特に異常所見は認められず。慢性硬膜下血腫を指摘されていた箇所も血腫が吸収され異常所見は認められなくなっていることを確認。本人および家族に、画像を示しながら説明し、血圧も高いので、翌日、かかりつけの病院を受診してくださいと伝えて帰宅となる。

0:00 以上の対応を終え、その後は受診の連絡がなかったので、当直医仮眠室で睡眠を取ることとし、その前にシャワーを浴びようと考えていると、救急外来担当看護師から連絡が入り、けいれんを起こした患者さんの救急搬送受入の打診があったという。受入可能と回答。

#### 第7例 1:30来院(救急搬送) 60歳 男

(受診状況・主訴)

0:00頃、自宅でけいれんを起こし、自分で救急車を要請。救急車到着時には自宅で倒れていた。ひとり暮らし。

(対応)

K病院から遠方のため、病院到着までかなりの時間を要した。けいれん発作が続き、意識障害が連続しており、てんかん重積状態と診断。ただちに乳酸リンゲル液で静脈路確保し、気道確保の用意をしつつ、ドルミカム Dormicum (製品名) (ミダゾラム midazolam) 注射液 1A(10mg/2mL)を4分の1(2.5mg)静注。発作消失せず、さらに2.5mgを追加して静注。動脈血血液ガス分析で酸素化98%。頻脈あり。けいれん発作は一時消失。アレビアチン Aleviatin (製品名) (フェニトイン Phenytoin) 注射液 250mg/5mLを生理食塩水100mLに溶解し、30分かけて点滴静注。対応中、再び左上下肢のけいれんが生じるが、その後、消失。本人と話ができるようになり、氏名など確認。脳卒中後遺症、てんかんのため、自宅に近い医療機関に通っていたことを聞き出す。画像検査室へ運び、胸部X線撮影。特に異常なし。頭部MRI/MRA検査実施。両側の中大脳動脈狭窄あり。右中大脳動脈領域の広範囲な脳梗塞痕あり。ICUへ入院。けいれん発作の再発なく、全身状態が落ち着いていることを確認し、翌朝からの入院主治医の受け持ちについて、電子カルテ上で、院内の神経内科医に宛てて依頼状を作成。

シャワーを浴びて眠りに就いたのは、午前4:00。

なお、当直医は、短時間の仮眠を取った後、午前7:30に起床。前夜の当直勤務中に入院させた患者を含め、受け持ち患者の回診を手短に行う。午前8:00より、画像診断の所見を確認するための「フィルムカンファレンス」。その後、午前8:45から病院全体の幹部会で、前夜の当直勤務時の受診者への対応状況を報告。

9:00～13:00の間は、外来診察を受け持つ。

その翌日には、主治医となっているくも膜下出血の患者さんに対し、開頭脳動脈瘤頸部クリッピング術を、主たる術者として執刀する予定となっている。4～5時間に及ぶ手術となることを見込まれるため、翌日に備え、できるだけ業務を迅速に片付けて、必要な休養をとる。

## 4 医師

### 【説明】

#### 医師臨床研修制度

日本では、大学医学部を卒業し医師国家試験に合格して医師免許を取得した者が、その後診療に携わるには、まず2年間の臨床研修を受けることが法律で義務づけられています。この法定の2年間の研修を「初期研修」と呼んで、それ以後に各病院、各診療科で受ける「後期研修」と区別することもあります。

研修医は1つの臨床研修病院に配属され、その病院の研修プログラムに沿って指導医の指導を受けながら診療に携わります。臨床研修の2年間は、研修に専念し医師としての心構えと基本的な診療能力を身につけていきます。

研修医も、医師であることに変わりはなく、患者の診察、検査のオーダー、薬の処方、診療録の記載など、医師として業務を行います。重要な判断に際しては指導医の助言指導を受けますが、日常の診療上の判断は自ら行います。不適切な対応をすれば医師として責任を問われることとなります。指導医には、研修医が適切に診療を行いながら能力向上していきけるよう、医療の質の確保と教育の両面からの配慮が求められます。

研修プログラムは、各臨床研修病院が作成します。1年目に内科（6か月以上）と救急（3か月以上）、2年目に地域医療（1か月以上）の科目が必修となっています。それ以外の期間には、本人の希望に応じて、外科、麻酔科、産婦人科、小児科、精神科の「選択必修」の科目からいくつかを選ぶほか、例えば内科の期間をもっと多く取ることもできるし、耳鼻科などの科目を選んで学ぶこともできるなど、柔軟な仕組みになっています。臨床研修病院は、自院以外の「臨床研修協力病院」で行う研修もプログラムに組み込むことができ、これにより、幅広い診療科の研修が可能となっています。

医学生時代から始まって、臨床研修病院の選択、医師資格の取得などを経て、研修医として業務に携わるまでの流れを、後ほど、ある研修医に自己紹介してもらった形で説明します。

2年間の臨床研修を修了した医師は、国（厚生労働省）にその旨を届け出ます。臨床研修を修了していないと、病院や診療所の管理者になることはできません。

このような医師臨床研修制度は2004年から実施されており、2003年以前に医師免許を取得した者には適用されません。それ以前は、総合的な臨床研修を受けることは義務ではなく努力目標でした。ほとんどの医師は卒業直ちに大学病院の1つの診療科に入り、研修医時代を含め専らその診療科の中で医師としての経験を積んでいくのが一般的でした。その後の社会情勢の中で、医師となった初期に幅広く基本的な診療能力を養うことの重要性がうたわれるようになり、制度が改正されました。

医師臨床研修を修了した医師は、医師を募集している医療機関に自由に応募し、採用されればその医療機関で働くことができます。通常は、内科、小児科、外科、産婦人科、精神科など、自らの専門分野を決め、教育研修機能をもつ病院に勤務して、その分野でさらに経験を積み、その分野の学会（たとえば日本内科学会など）が認定する専門医となることを目指します。医師が勤務先を変えることは基本的に自由であり、将来にわたって一貫した専門性を保ちながら働き続け、また、希望に応じて勤務先を変える場合にも、学会から専門医の認定を受けているほうが有利であるという認識が、医師一般に広まっているためと考えられます。

他方、これらの学会認定の有無により、医師が行うことのできる医療行為に差異が生じるわけではなく、また、学会認定の有無を給与面に反映させるかどうかは、各医療機関の裁量に委ねられています。

すなわち、中国の制度とは異なり、医師の職位に階層（主任医師、副主任医師、主治医師など）はありません。また、診療を行った場合の医療費は、研修医を含め、どの医師が行っても同額です。これも中国の制度とは大きく異なる点です。

## 【事例】

### ある研修医による自己紹介

日本では、医師になろうとする者は、高校卒業後、大学医学部に入学し、6年間、医学生として医学を学びます。1学年は4月に始まり翌年3月に終わります。毎年、1つ上の学年に進級するためには、その学年の履修課題を修得し、試験に合格しなくてはなりません。

私は子どもの命を救う仕事がしたくて、2006年に郷里の四国にある大学医学部に入学しました。医学部4年生のときに、臨床実習を受けるのに必要な能力を身につけているかどうかを判定する試験（客観的臨床能力試験（OSCE））で合格点を得ることができ、以後、順調に進級して充実した臨床実習を受けることができました。

6年生となった2011年の夏には、各臨床研修病院が公表した臨床研修プログラムをインターネットで見て、卒後にどの病院で臨床研修を受けるか考え始めました。先輩の意見も参考にしながら、希望先を3つの臨床研修病院に絞り、7～8月にかけて、これらの病院を見学しました。

9月には、これらの病院が行う試験を受けました。試験は病院により様々で、面接はどの病院でもありましたが、それに加えて小論文、筆記試験、グループ討議を行う病院もありました。

10月には、これらの病院に研修先として希望の順位を付け、そのリストを「医師臨床研修マッチング協議会」へ提出しました。並行して、病院の側でも、試験を受けた卒業見込者の採用選考が行われていました。マッチング協議会では、私の希望順位と病院側の選考結果を踏まえて、私の研修先を決め、12月にその結果を連絡してくれました。第一希望だった岡山県内のN病院になりました。

同じ時期、7月から9月にかけては卒業試験もあり、さらに翌年2月には医師国家試験が控えていたので、それらに向けて医学生時代の総仕上げの勉強をしました。2012年3月、無事大学を卒業するとともに、医師国家試験にも合格し、医師免許を取得することができました。日本国厚生労働省が維持管理している医師の登録簿である「医籍」に私も登録されました。

4月からはN病院での臨床研修が始まりました。N病院の臨床研修プログラムは、1年目はすべてN病院内で行われます。

15人の1年目研修医は、さまざまな部署に分かれて研修を開始しましたが、私は最初の2か月は消化器内科に配属され、多くの時間を2年目研修医と行動を共にしながら病棟と外来での日常診療に当たりました。1年目研修医は、一人で外来診療を任されることはなく、2年目研修医か上級医の指導を受けながら診療に当たりました。

このようにして、1年目には、内科を合計で6か月、救急と麻酔を合わせて3か月、外科、小児科、産婦人科をそれぞれ1か月、研修しました。それぞれの科で、研修指導医から指導を受けるとともに、到達目標の評価を受けるために指導医の前で基本手技を行ったり、口答試問を受けたり、症例レポートを提出したりしました。研修の進捗状況は、エポック（EPOC）というウェブサイト上に、パスワードで保護された私の個人ページが設けられており、そこに入力します。指導医も、このページにアクセスして、研修目標の達成状況を入力していきます。

2013年4月からは、2年目の研修が始まりました。最初の1か月は、「地域医療」を学ぶため、岡山県内のR病院で内科の指導医のもと、外来、病棟、救急当直を受け持っています。判断に迷った場合は、指導医や上級医に相談しますが、外来や病棟回診時の診察を私一人で行うこともあり、これが1年目研修医のときと違うところです。責任の重さを感じます。でも、指導医や上級医が、多忙な日常診療の中、臨機応変に快く指導してくださるので、安心感があるとともに、多くのことを学ばせていただいています。親元のN病院のプログラムでは、「地域医療」の研修先は、4つの協力病院の中から1つを選ぶことになっていたのですが、R病院を研修先に選んでよかったです。

臨床研修の必修科目は、この「地域医療」ですべて修了となります。2年目研修の5月以降は、N病院や他の協力病院で、救急医療、内科、小児科の研修をさらに深めるとともに、小児外科、精神科などについても研修することになっています。2年間の臨床研修を終えた後は、初心貫徹して、小児科医として力をつけていきたいと考えています。後期研修では、小児科に所属してさらに3年間以上研鑽を積み、日本小児科学会の小児科専門医の認定を受けたいと考えています。

これまでの臨床研修は、どの科においても、先輩医師たちが厳しいながらも暖かく指導してくださいました。充実した日々で、とても満足しています。

## 5 看護師

### 【説明】

#### 看護師の養成、看護基準、看護必要度

看護師となるには、看護師国家試験を受験して合格しなくてはなりません。看護師国家試験の受験資格を得るには、高校卒業後、看護師養成課程のある大学（4年制）または看護専門学校等（3年制）で必要な学科を履修する、などの方法があります。

また、日本には、都道府県知事による准看護師の資格があります。高校卒業後2年間の履修年限の准看護師養成校で学ぶ、あるいは、高校の衛生看護科（3年間）を卒業するなどの履修期間を経て、都道府県の行う准看護師試験に合格することにより、この資格を得ることができます。准看護師資格を得た上で、3年以上業務に従事するか、業務に従事しながらさらに2年間の養成校での履修期間を経て、看護師国家試験の受験資格を得るという方法もあります。

なお、日本以外の国籍を持ち、日本以外の国で看護師の養成課程を修了した者にも、一定の要件を満たした場合には、日本の看護師国家試験の受験資格が与えられます。国家試験は、日本語で受ける必要があります。

看護師が、特定の専門看護分野において、さらに熟練した看護技術と知識を得た場合に、それを評価する制度として、日本看護協会が認定する「専門看護師」や「認定看護師」があります。「専門看護師」は、看護系大学院修士課程修了者を対象とするもので、認定審査（試験）を受けるためには、一定の実務経験と所定の基準に沿った単位の履修が要件となっています。「認定看護師」は、一定の実務経験とともに、所定の認定看護師教育課程（6か月、615時間以上）を修了した後、認定審査（試験）に合格した者が認定されます。実務経験は、いずれも看護師として5年以上、うち3年以上は専門看護分野の実務に従事していることが要件です。

2013年4月現在、専門看護師は、「がん看護」、「精神看護」、「急性・重症患者看護」、「感染症看護」、「在宅看護」など11分野が、認定看護師は、「救急看護」、「集中ケア」、「がん化学療法看護」、「がん性疼痛看護」、「感染管理」、「認知症看護」、「脳卒中リハビリテーション看護」など21分野が定められています。

「看護師」の職名については、以前は、女性の場合「看護婦」、男性の場合「看護士」という名称を用いていましたが、2002年に関係法律が改正され、性別にかかわらず「看護師」の名称が用いられるようになりました。

看護師についても、医師と同様、中国の制度のような職位の階層（主任护師、副主任护師、主治护師など）はありません。

看護師の具体的な業務については、急性期の医療を担う岡山市内の病院の例に基づいて、後ほど具体的に説明していきます。

診療報酬において病院が受け取る入院基本料の額は、看護師の配置と密接に関係しています。病院の類型や病棟の種類などにより異なりますが、いずれの場合でも、基本的に、病棟への看護師の配置がどれだけ手厚いかに応じて診療報酬の額が設定されています。さらに、一定の条件を満たす場合に、いくつかの項目に沿って診療報酬の加算が認められています。

たとえば、2013年に用いられている診療報酬点数表において、一般病院の「7対1」の看護基準を満たす一般病棟に入院した場合、患者1人につき1日当たりの入院基本料（「7対1入院基本料」（注1））は、1,566点（15,660円）であるのに対し、「15対1」の場合は945点（9,450円）など、相当な差があります。（これは、DPCに基づかない診療報酬算定をしている病院における額です。）

2006年以降、診療報酬の算定に「看護必要度」（注2）を評価するという仕組みが導入され、2008年以降は、7対1入院基本料を算定するすべての病棟で、個々の患者の重症度や看護必要度の評価を毎日行うことが求められるようになりました。

以下、具体的な病院の例に則して看護業務、看護師の研修などについて説明していきます。

## 【事例】

### 急性期病院における病棟看護師の仕事

ここでは岡山市内のK病院における看護体制、看護業務、看護師の現任教育について、病棟看護課長の話をもとに説明していきます。(数値は、特に注記のない限り、2012年時点のものです。)

K病院は、病床数162床で、入院部門として、4つの一般病棟(各病棟の病床数の平均は38床)と1つの集中治療室(ICU)(8床)があります。看護師の勤務管理体制は、基本的に、病棟ごとに組まれています。看護師の配属先は、これに加えて、手術室、外来部門などがあります。各病院で看護師の勤務体制を組むときの単位(「各病棟」など)のことを「看護単位」と言うこともあります。

K病院は、脳・神経・運動器疾患の総合的専門病院として、急性期を中心とする医療を担っており、看護業務にも、そのことが反映されています。日本では、各看護単位の長は、「師長」と呼ばれることが多いですが、K病院では「課長」と呼んでいます。

以下に、それぞれの病棟などの特徴を簡潔に説明していきます。

- ・A病棟には、脳外科、神経内科、整形外科の患者さんが混在しています。このことを指して「混合病棟」と呼ばれることもあります。手術後を含む急性期患者を受け持ちます。
- ・B病棟も混合病棟ですが、この中の16床(4床/室×4室)は、亜急性期病床(注3)に指定されており、この亜急性期病床は急性期からの回復過程の患者さんが利用しています。
- ・C病棟は、院内における「脳卒中センター」としての機能を果たしている病棟で、ここに入院するのは、ほとんどが脳血管疾患患者です。
- ・D病棟は、混合病棟で、手術後を含む急性期を受け持ちます。看護師詰所に隣接して患者の状態を常時観察できる観察室を2室備えています。
- ・ICUの勤務体制は、手術室と一体的に運用されています。
- ・外来も一つの看護単位を構成し、外来看護師は、通常診療時間帯における外来対応に加え、夜間・休日の救急外来も担当します。

K病院の看護体制は、診療報酬制度上の「7対1」看護基準を満たしています。病棟での看護業務の中では、「看護必要度」の評価も重要な日課となっています。そのための評価項目リストに沿って、電子カルテに個々の患者の状態を入力すると、看護必要度も自動的に集計されていきます。看護必要度の各項目の評価の仕方はかなり複雑で、これを十分に理解し適切に入力していくには、研修受講などととも一定の経験が必要です。

K病院では、3交代制の勤務シフトを敷いており、日勤業務時間帯(8:30~17:00)、準夜業務時間帯(16:30~1:00)、深夜業務時間帯(0:30~9:00)に分かれます。それぞれの勤務時間帯の間には、引き継ぎのため30分ずつの重複時間を設けています。電子カルテには伝言板の機能も備わっており、これを活用することにより、引き継ぎ(「申し送り」)は短時間で効率的に行うことができるようになりました。

日勤時間帯の業務内容は、たとえば以下のように行われます。A病棟では、日によっても異なりますが、日勤時間帯には概ね12人の看護師が勤務しています。

8:30 深夜勤務スタッフより申し送り(病棟日誌、鍵の受け取り(チームリーダー));受け持ち患者についての情報交換

9:00 深夜スタッフと共に人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ等の状況確認;退院予定患者の確認;日勤帯の注射指示の確認(電子カルテより印刷);受け持ち患者へのあいさつ、内服確認、検温、状態観察

10:00 看護ケア、処置を開始

例:清拭、オシメ交換、体位変換、吸引、注射、ガーゼ交換等;療養環境の整備、リハビリの送迎、入浴介助;チームリーダーへ必要事項を報告、看護記録入力

11:00 病棟における転入・転出者への対応

11:30 口腔ケア、経管栄養(例えば鼻から胃へ挿入したチューブ(経鼻胃管)を通して流動食を与える)の準備と実施;血糖測定、昼食の準備、食前薬の与薬と内服確認

- 12:00  昼食の配膳、インスリン使用者には食前にインスリン注射の施行；食事介助、配薬、食後の口腔ケア
- 12:30  下膳、食後薬の内服確認  
（11:30～13:00 の間、交代で自分自身が食事を摂るための休憩）
- 13:00  カンファレンス（入院患者の状況を全員参加の会議で確認）
- 14:00  病棟における転入・転出者への対応、検温
- 15:00  チームリーダーへ必要事項を報告、看護記録入力
- 15:30  オシメ交換、体位変換
- 16:00  バルンカテーテル（ここでは、膀胱に留置して尿を採尿バッグに集めるためのカテーテルのこと）を留置した患者の集尿・廃棄、気道吸引の瓶などの交換；薬品・物品の確認、指示された注射が実施済であることの確認と入力；病棟日誌の入力、「災害時のための患者確認票」の更新
- 16:30  準夜勤務スタッフへの申し送り、準夜のチームリーダーに鍵を渡す
- 17:00  準夜スタッフと共に人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ等の状況確認；受け持ち患者へのあいさつ、業務終了

準夜時間帯、深夜時間帯は、日勤時間帯より少ない人数で、必要な看護ケア、看護業務に当たります。A病棟の場合、準夜帯、深夜帯には、3人が勤務しています。休憩は、適宜、交代で取ります。

準夜時間帯の業務には、たとえば、以下のようなものが含まれています。

- 17:00  重症患者・術後患者の観察
  - 18:00  夕食の配膳・食事介助、配薬、食後の口腔ケア、食後の内服薬の与薬
  - 19:00  病棟巡視、夕の点滴施注
  - 20:00  オシメ交換、体位変換
  - 21:00  眠前薬の配薬、重症患者・術後患者などのバイタルサイン測定
  - 22:00  病棟巡視、消灯、眠前薬の内服確認
  - 23:00  オシメ交換、体位変換、24時間ごとに更新する点滴の確認と準備
  - 24:00  病棟巡視、重症患者のバイタルサイン確認
- 1日の排尿・便の回数集計・入力、1日水分出納のチェック（水分の経口や点滴からの摂取量と、尿などからの排出量を集計して摂取（in）と排出（out）が均衡しているかどうかを確認すること）

深夜時間帯の業務には、たとえば、以下のようなものが含まれています。

- 1:00  重症患者・術後患者の観察
- 2:00  病棟巡視
- 3:00  オシメ交換、体位変換
- 4:00  病棟巡視
- 5:00  接続機器等が正常に稼動していることの指さし確認；経管栄養の準備・実施、採血
- 6:00  病棟巡視、点灯；看護ケア開始、検温、朝の点滴施注、看護記録入力
- 7:00  オシメ交換、体位変換、バルンカテーテル留置患者の集尿・廃棄；薬品・物品の確認、病棟日誌入力
- 8:00  朝食の配膳・食事介助、配薬、食後の口腔ケア、食後の内服薬の与薬

看護師には、このように専門的で多様な業務を迅速に行うことが求められます。その能力を維持・向上していくため、定期的な現任教育、研修の実施が不可欠です。

K病院では、看護部の年間研修計画を策定しており、経験年数に応じて「クリニカル・ラダー」（Clinical Ladder）（能力向上のための「梯子」の意味）の考えに基づき、新人1年目には「ラダー1」、2年目には「ラダー2」、以下同様で、8年目以上には「ラダー8」、それ以上は、「副主任」、「主任・課長」と、各看護師の経験年数と力量に見合った研修計画が用意され、実施されています。

それぞれの「ラダー」には、医療安全、全般、看護実践、教育（学習）、管理、研究の各項目に応じた到達目標が定められ、指導看護師（プリセプター（preceptor））の指導、評価を受けます。集合教育（集団で講義を受ける形）は年に数回のみ

とし、現場教育（看護の現場でプリセプターから指導を受けながら学んでいく形）が中心です。

看護実践において、全体を通して基本となるのはフィジカルアセスメント（呼吸・循環状態、意識、栄養、排泄、動作、表情、身だしなみなどの観察・確認を通じて患者の全身状態を評価すること）です。これを基に看護過程（個々の患者の状態に応じた一連の看護業務）を自ら展開するとともに、後輩への指導力も向上させていきます。

なお、K病院では、2013年現在、中国出身で、中国の看護師資格とともに日本での看護師資格も取得した看護師が1名、活躍しています。さらに、看護助手として働きながら、日本での看護師資格の取得を目指している方が2名います。

### (注1) 7対1入院基本料

7対1入院基本料の看護基準では、第2章でも説明したように、日勤、準夜、深夜という業務時間帯によって病棟に配置される看護師数は異なるものの、全体を平均して、7人の入院患者に1人以上の割合で看護師が配置されていることが求められます。

この基準を十分に満たす看護師数を維持することは、看護業務を円滑に行ううえで重要であるとともに、経営にも直結します。看護基準を満たすことができなくなると、1日当たり請求できる入院基本料の額が大幅に減少するからです。

1日の平均入院患者数が35人である病棟を例にとると、7対1の基準を満たすのに必要な看護師数の計算は複雑ですが、例えば、以下のように計算していきます。

- ・1日当たり必要な看護師数  $35 \div 7 = 5$  人
- ・看護師の1年間の総労働時間  $5 \text{人} \times 24 \text{時間} \times 365 \text{日} = 43800$
- ・仮に1か月の所定労働時間150時間、年間の有給休暇が80時間とすると、  
看護師1人当たりの年間実働時間  $150 \text{時間} \times 12 \text{か月} - 80 \text{時間} = 1720 \text{時間}$
- ・必要な看護師数  $43800 \div 1720 = 25.5$  人

実際には、病院全体として、病棟勤務看護師全体の必要数を計算しますが、例えばICUではさらに手厚く2対1とするなどの補正要因もあり、より複雑な計算が必要となります。

### (注2) 看護必要度

手厚い看護体制を採る病棟においては、入院患者の病状が重く、必要とされる看護業務の密度が高いものと考えられます。診療報酬制度上、そのことの確認が求められていますが、ここで採用されている評価尺度が「看護必要度」です。厚生労働省が示す「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の各項目に沿って点数評価していきます。評価項目は、大別して、「A モニタリング及び処置等」と「B 患者の状態等」の2つがあります。

A項目には、さらに、「創傷処置」、「血圧測定」、「時間尿測定」、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター」、「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」、「専門的な治療・処置」という9つの細目があり、それぞれについて「なし」か「あり」かを判定する詳細な基準があり、「なし」は0点、「あり」は1点とカウントしていきます。

B項目にもさらに、「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」、「移乗」、「口腔清潔」、「食事摂取」、「衣服の着脱」という7つの細目があり、「できる」、「条件付きでできる」、「できない」などの判定に、0点、1点、2点などの点数が呼応します。そのうえで、病棟全体として、「A項目が2点以上で、かつ、B項目が3点以上」の条件を満たす患者が、その病棟の入院患者全体の何%いるか、ということを集計していきます。

7対1入院基本料を算定する病棟では2008年以降、10対1では2012年以降、このような看護必要度の評価を毎日行うことが求められるようになりました。この看護必要度が一定程度以上の患者が一定割合以上入院している場合に限り算定できる診療報酬の加算項目があり、看護必要度は、病院の収入に直接影響するとともに、各病棟への看護職員の配置人数を決めるうえでも重要な事項となっています。

### (注3) 亜急性期病床

診療報酬上、2004年から導入された制度で、病棟に常時13対1以上（ただし夜勤帯は病棟全体で2名以上）の看護職員が配置された一般病棟の病室を単位として認められ、その病室での入院を開始した日から60日を限度として「亜急性期入院医療管理料」という点数（薬剤、注射、処置などの費用を含む包括点数）を算定できるものです。

たとえば、DPCで診療報酬を算定している病院では、診断群ごとに入院期間の決まりがあり、その期間を超過すると低額の出来高払いとなってしまいます。急性期は過ぎているが、症状が安定するまでさらに入院を必要とするような患者の場合、60日間一定の点数を算定できる病床をもつことは、病院経営上も利点があります。

この病床に入院できる患者の要件には2つの類型があり、「1 急性期治療を経過した患者（又は、在宅・介護施設等からの患者であって、症状の急性増悪した患者）(2,061点)」と「2 急性期治療を経過した患者」（さらに症状の安定化を図るため入院を継続する必要がある患者）(1,911点)となっています。いずれの場合でも、これらの患者に「在宅復帰支援」および「効率的かつ密度の高い医療」を提供した場合に、点数を算定できることとされています。

## 6 コメディカルとチーム医療

### 【説明】

#### 概説と代表的な各職種についての説明

医療に従事する者を総称して、「医療従事者」といいます。これまで、日本の医師と看護師について説明してきましたが、日本の医療においては、これらに加えて多くの職種が活躍しています。

英語には、“paramedic”という言葉があり、文脈により、狭い意味では医師以外で救急救命処置の訓練を受けた救急隊員を指したり、より広義に、医師とともに医療を支える技術職員全般を指したりしますが、日本では、この語から派生した和製英語である「コメディカル」（又は「コ・メディカル」、「co-medical」）という言葉がしばしば用いられます。国語辞典にも「コ・メディカルスタッフ」の項目が設けられているものがあり、「医師、看護師以外の医療従事者」などと説明されています。

医師、看護師を含む様々な職種が、それぞれの専門的な知識や技量を駆使しながら協力して個々の患者に対する治療、ケア、支援等を行うことを、日本では「チーム医療」と呼びます。チーム医療は、日本の医療のなかで今後いっそう重要性を増すと考えられます。コメディカルという言葉は、このチーム医療について説明するときに、しばしば用いられます。

「コメディカル」がどの範囲の職種を示すか、全国共通の厳密な定義はなく、各医療機関における慣例として、その医療機関で患者の治療や支援に当たる、医師、看護師以外の職種をコメディカルと呼んでいる実態があります。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士などを含む場合と含まない場合がありますが、その医療機関でコメディカルと呼ばれるかどうかは別として、チーム医療ではこれらの職種も重要な役割を果たします。

岡山県精神科医療センターでは、通常、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者（臨床心理士）を総称してコメディカルと呼んでいます。

岡山旭東病院では、（同院の職員に対しコメディカルという言葉を用いることはあまりありませんが、）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床工学技士、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー等、また、福祉系の資格保有者として介護福祉士等が協力して患者の治療、ケア、支援等に当たっています。

一つ一つの職種の資格制度、業務内容、歴史的経緯などは複雑多岐にわたりますが、この章では、いくつかの職種について、簡潔に説明します。

### 【薬剤師】

・「薬剤師法」に基づく国家資格で、同法で「調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどる」ことによってその任務を果たすこととされています。薬剤師の国家試験受験資格を得るための教育年限は、2006年度より、大学教育4年とされていた以前の制度が6年に改正されました（ただし、経過措置あり）。病院に勤務する薬剤師は、院内薬局での調剤業務に携わるとともに、病棟などで薬剤が安全確実に使われるよう医療安全上の役割を果たしたり、患者に対し薬剤に関する説明を行ったり、治験など臨床研究の実施に携わるなど、幅広く活躍しています。

### 【臨床検査技師】

・「臨床検査技師等に関する法律」に基づく国家資格を受けて、血液検査、心電図検査、脳波検査など様々な臨床検査を行います。画像診断の中でも、放射線を用いない超音波検査については、臨床検査技師が行うことが多くなっています。救急医療機関では、緊急に臨床検査を行うことが必要となるため、夜間当直または夜間緊急呼び出しに応じられるよう待機するなど、救急医療においても活躍しています。

### 【診療放射線技師】

・「診療放射線技師法」に基づく国家資格を受けて、放射線を人体に対して照射する検査や治療を行います。具体的には、画像診断のための検査として、単純X線撮影、X線CT、血管撮影、核医学検査などを行います。MRI検査は、放射線を用いませんが、通常は診療放射線技師が行います。救急医療機関では、緊急に単純X線撮影、X線CT、MRIなどの画像診断検査を行うことが必要となるため、夜間当直または夜間緊急呼び出しに応じられるよう待機するなど、救急医療においても活躍しています。

#### 【臨床工学技士】

・「臨床工学技士法」に基づく国家資格を受けて、生命維持管理装置の操作や保守点検を行います。具体的には、人工呼吸器、補助循環装置、血液透析装置などを扱います。ICUや手術室で活躍するとともに、これらの機器の不具合は直ちに生命に危険を及ぼすことになるため、夜間を含め常時待機する体制をとって活躍しています。

#### 【管理栄養士】

・「栄養士法」に基づく国家資格を受けて、患者の療養に必要な栄養指導、提供される食事の管理などを行います。近年、医療における栄養管理の重要性に鑑み「栄養サポートチーム」(Nutrition Support Team：NST)を設けてチーム医療を行う体制が多く、の病院で敷かれています。管理栄養士は、こうしたチーム医療においても中心的な役割を果たして活躍しています。

#### 【言語聴覚士】

・「言語聴覚士法」に基づく国家資格を受けて、音声機能、言語機能、聴覚に障害のある者に対し、言語訓練、必要な検査、指導、訓練などを行います。また、摂食・嚥下機能の障害に対する評価、指導、訓練の面でも活躍しています。

#### 【理学療法士】

・「理学療法士及び作業療法士法」に基づく国家資格を受けて、理学療法を行います。理学療法は、リハビリテーションの重要な要素で、身体障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、運動（運動療法）や物理的手段（物理療法）による治療を行うものです。対象となる疾患は、脳卒中、外傷、循環器疾患、呼吸器疾患など幅広く、対象者の年齢においても、高齢による身体機能の低下、小児の運動麻痺など幅広い領域で活躍しています。

#### 【作業療法士】

・「理学療法士及び作業療法士法」に基づく国家資格を受けて、作業療法を行います。作業療法は、リハビリテーションの重要な要素で、身体障害や精神障害のある者に対し、主としてその応用動作能力と社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を通じた治療を行うものです。作業療法として行われる活動は、日常生活に必要な食事、買い物、料理、掃除などの行為ができるようになるための訓練、援助などととも、芸術やスポーツなどの創作活動やレクリエーションをも含みます。対象となる疾患は、身体疾患とともに精神疾患をも含む幅広い領域にわたり、一般病院とともに精神科病院でも活躍しています。

#### 【精神保健福祉士】

・「精神保健福祉士法」に基づく国家資格を受けて、精神科病院などを利用する精神障害のある者に対し、相談、助言、指導、日常生活に適應するための訓練などの援助を行います。精神科病院に留まるのではなく、地域社会に復歸して、そこでの生活に適應できるよう、各種制度の活用面を含めた支援を行います。また、医療、介護、福祉の関係機関相互の連携・協力に際しても、中心的な役割を果たして活躍しています。精神科ソーシャルワーカー (Psychiatric Social Worker：PSW) と呼ばれることもあります。

#### 【臨床心理技術者】

・患者や相談者に対し、心理検査、心理判定、心理学的な援助、カウンセリングなどを行います。医療職種としての国家資格はありませんが、民間団体である財団法人日本臨床心理士資格認定協会が認定する臨床心理士という資格を取得している者も多く、その場合は、臨床心理士とも呼ばれます。医療の領域では、精神科病院や一般病院で活躍しています。それに加え、教育機関、保健・福祉の行政機関、司法機関、民間企業の健康管理部門、研究機関などでも幅広く活躍しています。

## 7 地域医療の確保

### 【説明】

#### 岡山県内の医療体制

日本の行政単位は、国、都道府県、市町村の3層構造になっています。中国に中央級（国）、省級、市級、県級、郷級の5層構造があるのと対比できると思います。日本全国は47の都道府県に分かれ、岡山県はその一つです。各都道府県はさらに市町村に分かれ、2013年12月現在では日本全国に1,742の市町村があります。

岡山県は、地理的には、東西、南北ともに100kmを少し上回り、面積は7,100平方キロ。この中に27の市町村があります。その一つである岡山市は、「指定都市」と呼ばれ、他の市町村と比べて幅広い行政権限をもっています。

各都道府県が作成している地域医療計画は、その地域の医療の状況を知るのに大変役立つ資料です。疾病予防面（保健施策）も含めて「保健医療計画」と呼んでいる都道府県がほとんどです。ここでは「岡山県保健医療計画」（2011年策定。2013年に追加・増補版が出て精神疾患医療体制、在宅医療体制、医療従事者確保の取組などが加筆されました。）をもとに、岡山県の状況を見ていきます。以下のデータは、特に注記がない限り、2009年のもの（一部は2008年のもの）です。

岡山県の人口は194万。このうち、0～14歳が約15%、15～64歳が約60%、65歳以上が約25%です。平均寿命は、男79歳、女86歳。毎年の出生数は約16,000、合計特殊出生率1.39、死亡数約19,000でした。主な死亡の原因は、がん、心疾患、肺炎、脳血管疾患の順で、この4つで全死因の約66%を占めています。

岡山県には病院が176（うち精神科病院が17）、病院の病床が30,248（うち精神病床が5,843）あります。人口1000当たりの病床数は約16（うち精神病床が約3）で、全国を上回っています。一般診療所は1,623施設、歯科診療所は1,005施設で、診療所の病床が2,913あります。

医師数は5,317、就業している看護師数は17,769、准看護師数は6,042（人口1000当たりでそれぞれ約3、約9、約3）で、全国を上回っています。

ある1日に医療機関を受診する患者についての大規模な抽出調査が3年に1度、厚生労働省により行われます。これを「患者調査」といいます。2008年の調査では、岡山県内の受診は、歯科を除き外来が約87,000人（うち病院が約30,000、診療所が約57,000）、入院が約25,000人（うち病院が約24,000、診療所が約1,000）と推計されています。疾患別では、多い順に、外来では消化器、循環器、筋骨格系、呼吸器の順、入院では、精神疾患、循環器、外傷、がん、神経系、呼吸器の順となっています。

日本では、入院のための病床数については、全国的におおむね必要量を満たしていると考えられるようになってからかなりの時間が経過しています。1985年の時点ですでに、病院病床数の増加抑制の効果をもつ政策が導入されました。具体的には、都道府県の策定する医療計画の中で各都道府県をいくつかの「医療圏」に分け、それぞれの圏域ごとに、一般病床について一定の手法で「基準病床数」を定め、その数値を超えて病床を新設することはできなくなりました。

岡山県には5つの「医療圏」が設けられており、人口が多い県南部の2つの圏域でも、人口が比較的少ない県北部の3つの圏域でも、基準病床数はすでに満たされています。なお、精神病床については5つの圏域ごとではなく、岡山県全体について基準病床数が定められています。精神病床についても、基準病床数はすでに満たされています。

病床数の面では充足しているとはいえ、医師の偏在（特に県北部で医師を新たに確保することは容易でない）など、医療資源の確保についてはいまだに大きな課題が残されています。

日本の医療提供体制の一つの特徴は、病院の運営の多くを民間がになっていることです。民間病院の中には個人経営のものもありますが、近年、多くの病院は非営利の「医療法人」という組織が運営主体となっています。医療法人の中にも、公益性、運営の継続性、税法上の扱い（課税か非課税か）などに応じていくつかの類型があります。

他方、国、都道府県、市町村や日本赤十字社などが運営する公的病院も一定の割合を占めています。行政的機能の一端をになう「独立行政法人」という組織が病院の運営主体となる場合も増えてきており、制度はかなり複雑なものとなっています。岡山県では、176 病院のうち 28 病院が公的病院として位置づけられています。

各病院には、それぞれの歴史的経緯があり、民間病院と公的病院の役割を明確に区別することはできません。たとえば、岡山県内には 2 つの大学医学部附属病院がありますが、その一つである岡山大学病院は国立大学（現在は独立行政法人が運営する公的病院）であり、もう一つの川崎医科大学附属病院は私立大学が運営し民間の運営主体ですが、高度の救命救急医療提供機能を持ち、ドクターヘリが常駐している県内唯一の施設となっています。

救急医療については、第 3 章でも説明しました。一部、説明が重複しますが、救急医療に関する事項も「保健医療計画」の重要な構成要素です。

重篤な救急患者に 24 時間対応できる、「第 3 次救急」の医療機能をもつ「救命救急センター」として県の指定を受けている施設は 5 施設あり、岡山市を含む県南東部では岡山大学病院と岡山赤十字病院、倉敷市を含む県南西部では上述の川崎医科大学附属病院、倉敷中央病院（民間病院）、県北部では津山中央病院（民間病院）がその役割を担っています。

救急車による搬送を受け入れ、入院治療（手術が必要な場合はその実施も含む）を必要とする重症患者に夜間・休日を含め対応する、「第 2 次救急」の医療機能を岡山県下で確保していく上で、民間病院の果たす役割は非常に大きなものがあります。

救急搬送を担う消防機関、夜間・休日に自分で来院する患者への外来診療を受け持つ「第 1 次救急」（「初期救急」ともいう）の医療機関と、第 2 次、第 3 次の医療機関が連携することによって、地域の救急医療システムが機能しています。各医療機関の医師、看護師等や、救急隊、行政関係者などの絶え間ない努力が、これを支えています。また、地域住民の理解と協力も不可欠です。

救急医療を例にとって岡山県の概況を説明してきましたが、各都道府県が保健医療計画に記載すべき分野として、国は「5 疾病 5 事業」を定めています。「5 疾病」とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、「5 事業」とは、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療です。以前は「4 疾病 5 事業」でしたが、2013 年には精神疾患が加わり、現在の形になりました。

なお、洛陽の医療関係者によく知られている岡山旭東病院は財団法人が運営する民間病院、岡山県精神科医療センターは、以前は岡山県が運営していましたが、現在は「地方独立行政法人」を運営主体とする公的病院です。

次に、岡山県北部で、救急医療を含む地域医療を支えている R 病院の K 院長に登場して頂きます。

## 【事例】

### ある病院長の目から見た地域医療

私が院長、理事長を務める R 病院は岡山県北部の真庭医療圏にある病床数 172 床の民間病院です。「私たちは、医療を通して社会に貢献します」という理念をかかげ、第 2 次救急医療を含む真庭地域の内科、外科、脳神経外科、整形外科等の診療ニーズに幅広くこたえていけるよう、12 名の常勤医師、103 名の常勤看護師を含む総勢 288 名の職員が一丸となって日夜努力しています。地域住民の健康管理を支援する人間ドックも行っています。

病院の現況は、概略、以下のとおりです（数値は、2012 年又は 2013 年のものです。）

病棟は、急性期医療を受け持つ一般病棟が 3 病棟 130 床、慢性期医療を受け持つ療養病棟が 42 床。一般病棟の平均在院日数（注参照）は 16.4 日、病床利用率は 86.4%。

外来では、平日の 1 日平均 268 人、年間を通すと約 77,000 人以上の診療を行いました。

(注) 平均在院日数

ある期間の平均在院日数は、

分子：その期間の在院延べ患者数

分母：{(その期間の新入院患者数) + (その期間の退院患者数)} ÷ 2

という計算により得られます。

たとえば、極めて単純に、1つの病床だけの「病棟」で、病床が30日間、ずっと利用されていて、その30日の間に1人の新入院と退院があったとすると、平均在院日数は、

分子 [在院延べ患者数 (30日 × 1床)] /

分母 [ (1+1) ÷ 2 ] = 30/1 = 30日

と計算されます。

診療報酬制度への対応としては、一般病床では「7対1」の看護基準を満たす手厚い看護体制を備えるとともに、

DPCという1日当たり定額払いを基本とする仕組みに基づき、診療報酬の支払いを受けています。

設備の面では、MRI (3テスラ)、64列マルチスライスCT、手術用顕微鏡装置、X線血管連続撮影装置(DSA)、マンモグラフィ、超音波診断装置、超音波骨評価装置、検査自動分析装置、ハイビジョン対応内視鏡システム、ハイビジョン対応内視鏡手術システムなどを備えています。

R病院は、1951年、私の父が個人経営の20床の病院として設立しました。数次にわたる増床を経て、病床規模が最大となった1967年には278床を備えていました。1981年には医療法人を設立し、この法人を病院の運営母体とすることにより、非営利の原則に基づく安定した経営を図ることとしました。1983年には、医療法人の中でも公益性の高い「特定医療法人」となりました。この制度は、病院設立時の出資者が病院に対する出資持ち分の財産権を放棄し、公益性の高い事業に取り組む一方、税制面では法人税の軽減を受けるといったものです。また、病院の経営者が交替するときに相続税や贈与税を課税されないため、地域にとって欠くことのできない病院運営の継続性が保たれるという政策効果もある制度です。1986年には、私が医療法人の理事長を引き継ぎ、当時206床の規模となっていた病院経営の陣頭指揮をとることになりました。

それ以後も、地域とともに歩む病院として、地域の人口、年齢構成、疾病の種類や頻度などの推移を分析するとともに、全国的な医療制度の動向、患者さんの要望などもしっかり把握しながら、ときには病床を減らすことも決断し、また、同じ地域の他病院と競合するのではなく、連携して役割分担していくという考えに基づき、病院を運営してきました。

急性期医療を基幹としつつも、地域住民にとっての必要性を考慮し、1995年には慢性期に入院医療を必要とする高齢患者さんのための療養病棟1棟を設け、1996年には在宅で医療を受ける患者さんの必要性にこたえて訪問看護ステーションを開設しました。2000年に介護保険制度が発足したときには、介護保険サービスへの取り組みも一部開始しましたが、以後も、基本的には、急性期医療を主軸とする運営を貫いてきました。

救急医療については、年間を通じ休日も含めて24時間、救急搬送の受入体制を敷き、実績として1日平均約3件の救急搬送を受け入れています。これを可能とするため、当直担当医師、救急外来担当看護師が病院内で終夜待機するとともに、臨床検査技師、診療放射線技師は、夜間に要請があればすぐに出勤できるよう当番制で自宅待機しています。これらの担当職員が過労に陥ることなく継続して職務を果たしていけるよう、適切な勤務シフトや応援体制を組んでいます。

対外的には、救急隊が所属する消防組織との日頃からの意思疎通が重要です。また、特に夜間には医師2名の当直(深夜帯には医師1名となるが、もう1名が応援に駆けつけられる体制を敷く形)であり、たとえば緊急手術や高度の専門性を要する治療には対応できないため、そのような重症者が搬送されて来た場合に再搬送を受け入れてくれる病院(「第3次救急」の病院など)との平素からの協力関係の維持にも努力を払っています。体制の整った病院へ再搬送する際には、当院の医師と看護師が救急車に同乗し、再搬送先の病院の医師、看護師へしっかりと患者さんを引き継ぎます。

2001年には、「日本医療機能評価機構」から質の高い医療を提供する体制を備えた病院として認定を受け、2003年には電子カルテシステムを導入しました。

2008年には、超急性期脳卒中の専門的な診療が24時間可能な施設に認定され、2012年には、地域住民に高水準のがん治療を提供できる病院として「がん診療連携推進病院」に認定されました。これらの専門的な医療を提供する機能は、高度な知識と豊富な経験を持つ医師をはじめとする当院の有能なスタッフが支えています。

診療報酬面では、2008年に「7対1看護基準」を満たし、2009年にDPC算定病院となりました。

病院の運営母体については、2009年に「社会医療法人」となることを県から認可されました。この制度は、病院事業の非営利性を徹底し、地域に必要な救急医療など公益性の高い事業を継続して行う一方で、法人税や固定資産税が非課税となるというもので、民間病院とはいえ、実質的には、地域に貢献する公益性の高い事業体として認められたものと考えています。

また、「協力型臨床研修病院」として、医師臨床研修において「地域医療」の研修機関となるとともに、医学生や看護学生の実習など、将来の地域医療を担う人材養成への協力にも力を注いでいます。

さらには、在宅で死亡された方の検死に際し警察に協力するなど、診療以外の面でも地域に貢献しています。

非課税措置を受けるとはいえ、病院経営は決して楽なものではありません。民間病院は、国や県からの補助金を受けることは例外的な場合に限られ、病院の収入（医業収入）のほとんどを診療報酬に依存しています。高い技術水準と志を備えた職員を適正な人数確保することは、病院運営の根幹であり、病院の支出（医業支出）に占める人件費の割合が高いこと（一般に病院では50%を超えます）は病院経営上避けることはできません。こうした収支構造の中で、職員の理解を得ながら、病院施設の改築や維持管理、新たな医療機器の購入などに充てる費用も医業収入の中から捻出しています。

当院のある真庭地域は、高速道路を利用すれば岡山市の中心部から車で約1時間程度の距離ですが、人口過疎の山間地でもあり、職員の中でも、特に医師に当院に就職して常勤で（又は非常勤であっても安定して）働き続けてもらうには、努力が必要です。

たとえば、医師、看護師、その他の医療関係職種の方々の積極的な提案に耳を傾け採用できるものは採用する、一部の職員に負担がかかりすぎているなど不具合が認められたら迅速に対応策を講じるなど、管理者として、職員がやりがいと安心感をもって働ける職場環境を維持するよう努めています。

## 8 病院経営と病院機能

### 【説明】

#### 概説

病院経営には、第7章で紹介したR病院のK院長のお話や、それ以前の各章で述べてきたような様々な要素が関係しています。順不同で列挙すれば、病院経営の理念、地域において果たす役割、組織構成、施設・設備、各部門や職種における業務の流れ・勤務体制・人事管理・教育研修、医療安全、感染症対策、薬剤・材料・物品の管理、医療廃棄物処理、救急患者の受け入れ、病床利用率、平均在院日数、電子カルテなどの情報システム、財務・会計、法令の遵守、患者満足度、患者からの苦情や訴訟への対応、災害への対応、医療以外の面での地域貢献など、多種多様な視点や要素があり、これらが相互に有機的関連をもって病院経営に反映されてきます。

ここでは、一般論を述べることは差し控え、洛陽の医療関係者から特によく知られている2つの病院を例にとって、概況を説明していくこととします。

### 【事例1】

#### 岡山県精神科医療センターの概要

##### 【理事長】

中島豊爾

##### 【院長】

浮田實

##### 【運営主体】

地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター。

法人は、本体の精神科病院以外に、東古松サント診療所（精神科の外来診療、デイケアを実施）を運営。

##### 【経営理念】

人としての尊厳を第一に、安心・安全の医療をめざします。

##### （基本方針）

- ・ 人権を尊重し、利用者の方々の視点に立った良質な医療を提供します。
- ・ 地域や関係機関との連携をすすめ、患者さんの社会参加を積極的に支援します。
- ・ 「光と風と緑」あふれる、明るく快適な治療環境を提供します。
- ・ 研修・研究をとおして自己研鑽に努め、精神科医療水準の向上を図ります。
- ・ 公的病院の責務を果たし、健全で透明性の高い病院運営に努めます。

##### 【診療科目】

精神科（単科）

##### 【病院機能（行政から指定を受けている主なもの）】

- ・ 臨床研修指定病院（協力型）
- ・ 精神科救急医療施設
- ・ 応急入院指定病院

##### 【設備、医療機器（主なもののみ）】

- ・ 永久磁石型0.4テスラ・オープンMR I装置
- ・ マルチスライスCT装置
- ・ 一般エックス線撮影検査装置（デジタル画像）
- ・ 臨床検査自動分析装置
- ・ 修正型電気痙攣療法装置

##### 【入院部門】

病床数：252床

(病棟構成)

病棟は、すべて閉鎖病棟。

- ・西2入院棟（総合治療）（55床）
- ・西3入院棟（救急・急性期）（53床）
- ・西4入院棟（依存症）（50床）
- ・中2入院棟（児童・思春期）（16床）
- ・中3入院棟（総合治療）（42床）
- ・東入院棟（医療観察法に基づく司法精神科）（36床）

(診療報酬上の施設基準等（主なもののみ）)

- ・精神科病棟入院基本料（13対1）および看護補助加算2（西2、西4、中3）
- ・精神科救急入院料（西3）
- ・児童・思春期精神科入院医療管理料（中2）
- ・医療観察法病棟の入院医学管理料（東）

【職員の数、構成】

- ・常勤職員 295名（2013年4月現在）

(医師 32（うち、精神保健指定医 14）、看護職員 181、作業療法士 17、精神保健福祉士 17、臨床心理技術者 15、児童福祉司・社会福祉士 1、薬剤師 6、管理栄養士 2、診療放射線技師 1、臨床検査技師 2、診療情報管理士 1、事務 20）

- ・このほか、非常勤として、医師 5、看護職員 6、コメディカル 5、事務 5 の合計 21 名。

これを合わせると 316 名。

- ・これに加えて、外部委託職員として 74 名（2012年4月現在）

(医療事務 16、看護補助 21、給食部門 19、庁舎管理 8、清掃 5、警備 4、総合案内 1)

【延べ患者数等】(2011年4月から2012年3月までの12か月間)

- ・延べ入院患者数 83,295人

病床利用率 90.3%

平均在院日数 60.6日

患者一人当たり入院収入 21,316円（医療観察法病棟は除く）

- ・延べ外来患者数 62,857人

患者一人当たり外来収入 6,149円

【救急患者への対応等、公的な役割の遂行】(2011年4月～2012年3月)

- ・休日・夜間に対応した精神科救急患者数 2,190

(参考) 入院形態別の入院患者数

岡山県精神科医療センター実績 岡山県全体の数

措置入院	24	48
応急入院	89	103
医療保護入院	324	2,835

【上記以外で、特記すべき取組など】

・地方独立行政法人の運営する公的病院として、5年ごとの中期計画および毎年の年次計画を作成し、その実績について、法人理事会で評価を受けるとともに、その評価結果は岡山県議会に報告される。第1期中期計画(2007～2011年の5年間)の評価は、概ね良好。現在は、第2期中期計画(2012～2016年の5年間)の計画期間。この期間の計画の中に、中国との医療交流の推進も位置づけられている。

- ・早期退院と社会復帰への取組

①精神科デイケアのよりきめ細やかな実施（定員縮減、急性期後の患者への対応）

②作業療法機能の強化（入院時から個別に退院訓練を実施、アパートを病院が借り上げて長期入院患者に対し生活訓練を実施）

③退院して在宅療養中の患者に対し24時間対応で電話相談に応じる

④訪問診療、訪問看護の充実強化（専属職員の配置）

・不採算医療への取組（現在の制度では収益が得られない取組であっても、公的病院として、公益に資すると考えられる事業には、採算を考慮せずに取り組む）

①児童・思春期の患者への対応（学校、児童相談所、児童養護施設と連携して、児童・思春期の患者を総合的に支援、保

護者の相談にきめ細かく対応、院内学級の設置)

②依存症医療（病院内での断酒会の開催、家族会の開催、無料家族相談の実施）

③精神科医療資源の乏しい過疎地域への医師派遣

④司法精神入院棟（医療観察法病棟）の運営

⑤児童相談所、大学、学校、保健所等で開催される委員会、各種相談会等への職員派遣

【経営状況】（2011年4月～2012年3月）

- ・ 医業収益 2,626,397 千円
- ・ 経常収益 3,341,465 千円
- ・ 医業費用 2,708,432 千円
- ・ 経常費用 3,165,095 千円
- ・ 医業収支比率 97.0%
- ・ 経常収支比率 105.6%
- ・ 人件費比率（医業収益に占める人件費の割合）74.2%

（参考：人件費関係の委託費も含めた場合）82.7%

- ・ 薬剤・材料費比率（医業収益に占める薬剤・医療材料の割合）9.1%

（参考：材料費関係の委託費（給食材料など）も含めた場合）11.3%

- ・ 減価償却費率（医業収益に占める減価償却費の割合）

8.4%

【沿革（主なもののみ）】

- ・ 1957年4月 岡山県立岡山病院（精神科単科病院）開設
- ・ 1998年4月 中島豊爾院長就任
- ・ 2002年10月 精神科救急医療施設に指定される
- ・ 同年同月 病院改築工事着工（以後、第Ⅰ～Ⅲ期に分けて改築工事進行）
- ・ 2004年3月 西2、西3、西4入院棟の運用開始
- ・ 2006年5月 中3入院棟の運用開始
- ・ 2007年4月 独立行政法人岡山県精神科医療センターとなる（県立病院から移行）
- ・ 同年同月 中2入院棟の運用開始
- ・ 2007年10月 司法精神入院棟（東病棟）運用開始
- ・ 2009年5月 日本医療機能評価機構より質の高い医療を提供する体制を備えた病院として認定を受ける
- ・ 2012年4月 電子カルテシステム運用開始
- ・ 同年同月 永久磁石型0.4テスラ・オープンMR I装置の導入
- ・ 2013年4月 東古松サント診療所の開所

【事例2】 岡山旭東病院の概要

【理事長】

土井章弘

【院長】

土井章弘

【運営主体】

財団法人 操風会（非営利組織である一般財団法人）

財団は、岡山旭東病院以外に、岡山西リハビリテーション病院（129床）、高島眼科病院、訪問看護ステーションたんぼぼ（旭東病院内に事務所設置）、ハッピーライフ操風（サービス付き高齢者向け住宅）（72戸）を運営。

【経営理念】

- ・ 安心して、生命をゆだねられる病院
- ・ 快適な、人間味のある温かい医療と療養環境を備えた病院
- ・ 他の医療機関・福祉施設と共に良い医療を支える病院
- ・ 職員ひとりひとりが幸せで、やりがいのある病院

**【診療科目】**

脳神経外科、整形外科、神経内科、リハビリテーション科、内科、循環器科、形成外科、リウマチ科、放射線科、麻酔科

**【病院機能（行政から指定を受けているもの）】**

- ・臨床研修指定病院（協力型）
- ・救急指定病院
- ・地域医療支援病院

**【専門医訓練機能（関係学会から指定を受けている主なもの）】**

- ・脳神経外科専門医訓練施設
- ・整形外科専門医訓練施設
- ・神経内科専門医訓練施設
- ・リハビリテーション科専門医訓練施設

**【設備、医療機器（主なもののみ）】**

- ・手術室 3室
- ・サイバーナイフ（定位放射線治療器）
- ・PET-CT装置2台、SPECT-CT装置1台
- ・MRI（3.0テスラ装置：1台、1.5テスラ装置：1台）
- ・64列マルチスライスCT装置
- ・血管造影検査装置
- ・一般エックス線撮影検査装置（デジタル画像）
- ・臨床検査自動分析装置
- ・骨密度定量検査機器
- ・レーザー椎間板減圧術（PLDD）装置

**【入院部門】**

病床数：162床

（病棟構成）

- ・本館3階病棟（脳卒中センター）
- ・本館2階病棟（混合病棟。観察室2室を含む。）
- ・西館2階病棟（混合病棟。）
- ・西館3階病棟（混合病棟。観察室2室を含む。亜急性病床16床を含む。）
- ・ICU（本館3階の手術室に隣接）（8床）

注記：現在、病院の増築工事中で、近い将来、他病院から40床を移床して202床の病院となる予定。

（診療報酬上の施設基準等（主なもののみ））

- ・診断群分類包括評価（DPC）による診療報酬算定を採用
- ・一般病棟入院基本料（7対1）
- ・急性期看護補助体制加算（50対1）
- ・特定集中治療室管理料1
- ・亜急性期入院医療管理料1
- ・地域医療支援病院入院加算
- ・臨床研修病院入院診療加算（協力型）
- ・救急医療管理加算
- ・超急性期脳卒中心加算
- ・急性期病棟等退院調整加算1
- ・救急搬送患者地域連携受入加算

など

**【職員の数、構成】**

- ・常勤職員437名（2013年4月現在）

（医師34、看護師186、介護福祉士10、看護アシスタント16、外来クラーク3、診療放射線技師19、放射線アシスタント5、薬剤師13、臨床検査技師13、臨床工学技士3、管理栄養士5、調理師14、理学療法士19、作業療法士16、言語聴覚士5、臨床心理士2、マッサージ師1、歯科衛生士1、音楽療法士1、リハビリアシスタント1、医療ソーシャルワーカー5、

企画営業担当 2、事務部 64（事務長、事務次長、維持、診療情報管理、地域連携、メディカルクラーク、経理・総務、施設管理、企画広報、学術管理、情報システム、健康管理（人間ドック）等）

・このほか、非常勤医師 25、派遣職員 6、パート職員（看護パート以外） 21。

【延べ患者数等】（2012 年 4 月から 2013 年 3 月までの 12 か月間）

・延べ入院患者数 53,331 人

病床利用率 90.2%

平均在院日数 15.0 日

患者一人当たり入院収入 64,576 円

・延べ外来患者数 79,953 人

患者一人当たり外来収入 26,001 円

【救急患者への対応等、公的な役割の遂行】（2012 年 4 月～2013 年 3 月）

・救急車受入台数 1,517 台

【上記以外で、特記すべき取組】

・病院経営は、毎年改定する「経営指針書」を全職員が参加して作成・共有し、これに基づき、全職員が力を合わせて病院を運営している。

・病院の管理運営のための情報共有と協議の場として、毎朝、幹部が集合して前日までの状況や当日の予定等を話し合う幹部会議（15 分間の時間を厳守）および月に 1 回、各部門の責任者が集合して経営状況などについて話し合う「業務連絡協議会」が開催されている。

・経営状況のモニタリングには、病院経営の様々な側面をもれなくチェックできるよう工夫された管理手法である「バランスト・スコア・カード」（B S C : Balanced Score Card）を旭東病院が独自に改定したものを用いている。

この中では 4 つの視点から経営状況を確認していくこととされている。

①財務の視点：得られた収入やかかった費用などを様々な角度から分析する。

②業務プロセス：平均在院日数、医療事故や事故になるおそれのあった事態（インシデント）の発生件数、治療の合併症などの発生率、他の医療機関から紹介を受けて受診した患者の率（紹介率）や、逆に、他の医療機関へ受診するよう紹介した患者の率（逆紹介率）などを分析する。

③顧客の視点：患者による病院でのサービスへの満足度の評点結果（患者満足度スコア）、診察待ち時間、患者意見、疾病教育などの教室への参加数、病院活動への参加者数などを分析する。

④学習と成長の視点：職員満足度調査、職員離職率、参加率（経営指針策定会議、院内での発表会）、学会での発表などを分析する。総収入に占める職員教育費の割合が 1%となるよう目指す。

【経営状況】（2012 年 4 月～2013 年 3 月）

・医業収益 5,754,950 千円

・医業収支比率 110.1%（減価償却を考慮しない場合）

・人件費比率（医業収益に占める人件費の割合）49.8%

・薬剤・材料費比率（医業収益に占める薬剤・医療材料・給食材料の割合）27.4%

【沿革（主なもののみ）】

・1983 年 11 月 開院（旭東整形外科医院として 19 床の診療所から開始）

・1984 年 12 月 旭東整形外科病院（40 床）として再出発

・1988 年 1 月 土井章弘院長就任、病床規模 102 床となる

・1991 年 8 月 MR I 運用開始

・1997 年 4 月 新病棟（西館）開設

・1998 年 11 月 日本医療機能評価機構より質の高い医療を提供する体制を備えた病院として認定を受ける

・1999 年 12 月 特定集中治療室（I C U）の運用開始

・2004 年 7 月 D P C による診療報酬請求開始

・2004 年 8 月 旭東病院リニューアル・オープン（新たな病院施設で操業）；電子カルテシステム導入

・2007 年 4 月 3.0 テスラ MR I、64 列マルチスライス C T 稼働開始

・2012 年 3 月 新電子カルテシステム導入

・2012 年 10 月 病院新築工事着工（駐車場施設から開始）

## 9 社会保障制度と医療制度

### 【説明1】

#### 日本の社会保障制度、公的医療保険制度の概要

現在の日本国憲法は、1946年に制定、公布され、その第25条でいわゆる社会権について、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」と規定しています。

日本の過去50年以上に及ぶ社会保障制度の制度設計の原点は、1950年に社会保障制度審議会が内閣総理大臣に対して行った「社会保障制度に関する勧告」に遡ることができます。この中では、社会保障制度について、社会保険（医療保険、年金保険、失業保険、労災保険）、公的扶助（生活保護）、公衆衛生および医療の提供、社会福祉（ここでは、援助を必要とする者への指導や援助のこと）を通じて、国民が健康で文化的な生活を営むことができるようにすることを指すとし、国家がこれを総合的に企画し推進することをうたっています。

その後1960年代には、国民皆保険・皆年金といった現在の社会保障制度の基本的枠組みが整いました。さらに1973年には、社会保障の実質的な強化・拡充がもたらされ、「福祉元年」とも呼ばれました。社会保障支出が初めてGDP比で10%を超え、70歳以上の高齢者を対象とする「老人医療費の無料化」が導入されました。この制度は財政的に持ちこたえることができず、1983年からは高齢者の医療費を支える仕組みとして、老人医療費に一部自己負担を導入するとともに、働く若い世代の医療費をになう健康保険組合などから拠出を求め、さらに公費も投入するという「老人保健制度」が導入されました。

2000年からは介護保険制度が新たに設立され、65歳以上の高齢者の介護ニーズに対応するとともに、それまで医療保険で賄われていた一部のサービスが介護保険により賄われることになりました。

障害者支援施策の面では、2005年に障害者自立支援法が制定され、2012年にはこれが障害者総合支援法へと発展し、2013年から施行されています。障害者支援施策については、第10章「日本の精神科医療」の項でさらに説明を加えます。

日本の医療保険制度については、すでに第1章、第2章などで、医療現場の実例をふまえて解説する形で紹介してきました。ここでは、それらも含めて、改めて詳しく説明します。

### 【日本の公的医療保険制度】

（公的医療保険制度のあらまし）

- ・日本ではすべての国民が公的医療保険に加入することになっており、このことを「国民皆保険」と言います。
- ・無職者や低所得者でも医療保険に加入するという「皆保険」の制度となっていることが特色です。（※ 国際的にみても、低所得者や無職者まで含めて制度に加入させる制度をもつ国は多くありません。）
- ・公的医療保険には、大別して2つがあります。  
1つ目は、「被用者保険」で、公務員、教員、会社などの組織の従業員とその家族を対象とする保険です。2つ目は、被用者保険の対象外の一般国民を対象とする保険で、「国民健康保険」と呼ばれます。これらの公的医療保険には、家族を単位として加入します。
- ・被用者保険の運営主体は、たとえば国家公務員では「国家公務員共済組合」、地方公務員では地方ごとの「地方公務員共済組合」、比較的大きな民間会社の会社員ではそれぞれの会社もつ「健康保険組合」、中小企業の会社員では全国を束ねた一つの団体である「全国健康保険協会」など、多様です。国民健康保険の運営主体は、市町村です。公的健康保険を運営するこれらの団体のことを総称して「保険者」と呼びます。
- ・ほとんどの公的医療保険では自己負担は30%となっています。
- ・被保険者が1年間に納める保険料は、たとえば岡山県の国民健康保険の場合、家計の所得等によっても異なりますが、平均して7～9万円の水準となっています（2011年度）。

- ・75歳以上の国民は、「後期高齢者医療制度」により医療費が賄われています。この制度の保険者は、同じ都道府県内のいくつかの市町村が集まってつくる「広域連合」と呼ばれる団体です。この制度への加入は、家族単位ではなく、個人単位です。自己負担は原則として10%となっています。
- ・また、2013年10月現在、70～74歳の国民においても、暫定的な措置として、自己負担は10%となっていますが、これをやめて20%の自己負担とすることが検討されています
- ・公的医療保険の加入者は毎月、保険者に保険料を支払わなくてはなりません。これを払うのを怠ると、保険が使えなくなることがあります。
- ・あらゆる努力を払ってもなお生活が困窮している者は、生活保護の申請をして認められれば、生活保護の一環として医療費が公費で支払われ、その間は、公的医療保険ではなく生活保護制度から医療費が支払われます。

#### （公的医療保険制度による受診）

- ・自分がどの公的医療保険に入っているか、保険を使える者であるかどうかを示すために、受診のときには、必ず保険証を医療機関の窓口で提示することになっています。これを怠ると、医療費の全額を請求されることがあります。現在、ほとんどの保険者において保険証はクレジットカードの大きさです。
- ・日本では、ほとんどの医療機関は、公的医療保険が使える「保険医療機関」です。国民は、自分がどの公的保険に入っているかを証明する「保険証」を提示することにより、公的医療保険を使って、どの保険医療機関でも受診することができます。
- ・日本の医療機関には、病院と診療所の区別があります。病院とは、20床以上の入院病床をもつもの、診療所とは、入院施設を持たないか又は19床以下の入院病床を持つものを指します。日本全国で、病院は8,670、診療所は99,824、歯科診療所は68,384あります。また、医療従事者の数としては、医師：295,049人、歯科医師101,576人、薬剤師276,517人、看護師：994,639人となっています（いずれも2010年時点）。
- ・病院と診療所では受診のための医療費に大きな差はありません。しかし、大学病院や200床以上の入院施設を持つ大規模な病院では、より小さな病院や診療所の医師からの紹介状を持たずにいきなり受診すると、病院により額は異なりますが、受診者に対し、たとえば5000円ほどの追加的な自己負担を求めることが認められています。この制度は、「選定療養」と呼ばれる、医療保険外の費用負担制度が適用される一つの例です。この制度は、最初の受診のときまずは診療所や中小病院を受診するという流れを費用負担の面から促すものです。
- ・病状によっては、高額な医薬品や医療機器の使用、高密度の医療を受けることが必要不可欠であるため、医療費が非常に高額となり、30%の自己負担額も高額になる場合があります。こうした場合のために、日本の公的医療保険には、「高額療養費制度」という制度が設けられています。その患者家族の所得によって異なりますが、例えば中位所得者の患者では、1か月の医療費自己負担額が80,100円を超えた場合には、その超過した部分の医療費について、30%ではなく、1%が自己負担となります。

たとえば、ある1か月の医療費が100万円かかったとすると、30%自己負担では30万円の自己負担となりますが、実際の自己負担額は、高額療養費制度が適用されるため、

$$80,100 + (1,000,000 - 267,000) \times 1\% = 87,430 \text{ 円}$$

となります。（※ 267,000円というのは、その30%が80,100円となる額です。）

元来の制度上は、まずは患者が通常の自己負担30万円を払ったうえで、あとから請求すると300,000円 - 87,430円 = 212,570円が返却されるという仕組みですが、一時的であるにせよ大きな金額を支払わなくてはならないという負担を軽減するために、事前に手続をしておけば、最初から87,430円だけを払えばよいという運用もできるようになっています。

#### （保険医療機関における診療報酬請求）

- ・医療機関では、毎月、受診者全員の医療費の計算結果をまとめ、患者1人について1枚の「診療報酬請求書」（レセプト）を作成します。レセプトは、かかった医療費の額の計算過程を示すとともに、かかった医療費全体から受診者の自己負担分を除いた額の支払いを保険者に請求する請求書の役割を果たします。
- ・各医療機関は、審査支払機関にレセプトを送って医療費の支払いを請求します。審査支払機関は、各医療機関からのレセプトの内容が適切なものかどうかを審査する機能と、各保険者から資金を集めて蓄えておき医療機関に医療費を支払う機能の両面を併せ持ちます。レセプトは、原則としてすべてが、コンピュータで処理できる電子ファイルの形で送受信されます。このようにして公的医療保険を通じて請求、支払いがなされる医療費用のことを「診療報酬」と言います。
- ・かかった医療費の計算方法は、行った医療行為や使用した薬剤などに応じて細かく定められた価格表に基づいています。

医療行為別の価格表は、日本全国で一律に決められており「診療報酬点数表」と呼ばれ、使った薬剤ごとに公的医療保険で支払われる額も全国一律に決められており「薬価基準」と呼ばれます。

・診療報酬点数表の1点は10円に相当し、「点数×10円」が実際の請求額となります。薬価規準は、円を単位として設定、表示されています。

・入院に関する診療報酬の支払いには、「出来高払い」と「包括払い」があります。外来は、出来高払いが基本です。

・「出来高払い」は、個々の医療行為に対応する点数と、医薬品に対応した薬価などを一つずつ足し上げていく方式です。診療報酬点数表項目の分類として、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔などがあります。

・入院基本料は、入院中の医学管理、看護の提供、療養環境の提供などを評価するものです。看護師の数の多さに応じて設定されており、一般病棟の入院でもっとも看護師数が多いのは「7対1」看護で、点数も入院基本料の中で最も高くなっています。

・第2章でも述べましたが、「7対1」看護とは、次のようなものです。看護師の勤務体制は、日勤帯、準夜勤帯、深夜勤帯など、時間によって、病棟に配置される看護師の数が異なりますが、これら全体を平均して、7人の入院患者に1人以上の割合で看護師が配置される体制をとっているときに、その病棟は「7対1」看護基準を満たすことになります。

・「包括払い」は、1日当たりの一定範囲の医療行為に対する点数をひとまとめにして設定した点数に応じて支払う方式で、通常の診療報酬点数表において設定されている包括払い点数と、「診断群分類包括評価」(DPC: Diagnosis Procedure Combination) とがあります。

・通常の診療報酬点数表において設定されている包括払い点数とは、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、処置などを含めた包括的な1日当たりの点数として設定されるものです。1990年頃より、従来の出来高払いに代わるものとして、まずは老人病棟で導入されました。検査、投薬などをいくら行っても1日当たりの支払いは、定められた一定の点数に固定されているため、過剰な検査や投薬が行われることを防ぐ効果があるとされました。他方で、必要な医療が十分に行われなくなる心配もあるのではないかと議論されましたが、診療報酬請求の方式として徐々に定着し、包括払いは様々な病棟の入院費用の算定に適用されています。

・例えば、現在では、慢性期の入院患者に対する「療養病棟入院基本料」などに包括払いの考え方が反映されています。また、急性期、亜急性期、精神科などにも包括払いの点数項目が設けられており、適用される病棟の種類により、例えば、「救命救急入院料」、「亜急性期入院医療管理料」、「精神科救急入院料」などがあります。

#### (診断群分類包括評価 (DPC))

・診断群分類包括評価 (DPC) は、2003年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度です。DPCを希望し、その要件を満たすものとして国(厚生労働省)から認められた病院は、急性期の入院医療について、通常の診療報酬点数表ではなく、DPCにより診療報酬を算定します。日本全国で1500あまりの病院がDPCの仕組みにより一般病床の入院費用の支払いを受けています。日本全体の一般病床の病床数で見ると、一般病床約90万床のうち約47万床がDPC算定病床となっています。なお、精神科病院には、DPCの制度は適用されていません。

・DPCでは、入院患者の状態について、まず500あまりの「基礎疾患」に分け、これにさらに重症度、年齢、手術の有無、処置、副傷病名を加味して2200あまりの「診断群」に分類し、それぞれの診断群分類区分ごとに、1日当たり定額で診療報酬が支払われます。1日当たり定額の中には、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、処置などが含まれますが、手術、麻酔、リハビリテーションなどの費用は含まれません。DPCにおける具体的な点数の計算方法については、第2章の例示を参照してください。

・なお、日本には、米国のメディケアに適用されているDRG/PPS (Diagnosis Related Group, Prospective Payment System) のような、入院期間全体の医療費を包括した包括払い制度(診断群が決まるとその入院期間全体を通じた支払額が決まるような制度)はありません。包括されるのは、あくまでも1日当たり医療費の範囲にとどまります。

## 【説明2】

### 「社会保障制度改革国民会議」報告書に示された今後の医療制度改革の方向性

#### (背景)

- ・日本の医療費は、36.6兆円(2010年)、37.8兆円(2011年)と増え続け、このままでは保険財政が危機的状況となることが心配されています。なお、2011年の医療費を、国民一人当たりの額として計算すると、 $37.8 \text{ 兆円} \div 1 \text{ 億} 3000 \text{ 万人} = \text{約} 29 \text{ 万円}$ となります。
- ・医療費が増加し続けているのは、人口構成中、医療費のかかる高齢者の割合が増えていることや、医療内容の高度化とともに、日本全体としての医療提供構造が現在の医療ニーズと合致しなくなってきたことも関係していると考えられます。
- ・他方で、就労していない人、低所得者には、医療保険の保険料が高すぎて払えないという状況も生じてきています。
- ・日本では、医療のみならず、介護、年金、子育て支援なども含めた、社会保障制度全体を新しい時代に適合したものへと転換していくことが近年の大きな政策課題となり、2008年以来、政府の高いレベルでの検討が、2回の政権交代(2009年9月、2012年12月)を経ても形を変えて引き継がれてきました。
- ・その一つの大きな節目として、2013年8月6日に政府(内閣)の「社会保障制度改革国民会議」が報告書をまとめました。これは、医療、介護を含む今後の社会保障改革の考え方と道筋を明らかにしたもので、医療政策を含む日本の社会保障政策全体の歴史の中で、一時代を画するほどの重要性をもつものと考えられます。

#### 【「社会保障制度改革国民会議」報告書の内容概略】

- ・以下、この報告書の内容の概略を、医療に重点をおいて紹介していきます。

#### (全般的事項)

- ・社会保障制度全般にわたる改革の方向性としては、高度経済成長期に確立した「1970年代モデル」の社会保障から、超高齢化の進行、家族・地域の変容、雇用環境の変化などに対応した「21世紀(2025年)日本モデル」の社会保障へと転換していくことが重要。
- ・そこでは、全世代がサービスの対象となり、全世代が負担能力に応じて負担し、すべての人びとが働き続けられる社会を目指し、子育て支援を充実させ、非正規雇用労働者の雇用の安定や処遇の改善を図り、格差・貧困問題の解決に取り組んで行く。
- ・医療、介護については、住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らせるよう、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築に、地域づくり政策の一環として取り組んで行く。
- ・必要なときに必要な医療を利用できるという「フリーアクセス」を今後も守っていくため、患者の病状に応じて適切な医療の利用を指南する役割を診療所の医師等に求め、国民の協力を促し、病院においては、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、早期に家庭や社会に復帰できるようにするとともに、急性期後の治療を受け持つ地域の病床や在宅医療・介護を充実させ、これらすべての医療提供者間の密接な連携によるケアのネットワークを地域で確保する。

#### (医療および介護サービスの提供体制の改革)

- ・各病院が自院の病床の医療機能について都道府県に報告する制度を導入。都道府県は、これらを分析し、各地域にふさわしい医療機能ごとの医療必要量を示す「地域医療ビジョン」を2018年以前に策定。このようにして、具体的なデータに基づき都道府県が主たる役割を担う制御機構を導入・運用することにより、医療ニーズと提供体制のマッチングを図っていく。
- ・国民健康保険の財政運営を担う主体(保険者)を、現在の市町村から都道府県へ移行するとともに、保険料収納などの業務については都道府県と市町村が適切に役割分担を行うような仕組みの確立を目指す。
- ・医療・介護サービスの提供主体が、競争よりも協調を図りながら地域のケア・ネットワークを構築していくため、医療法人等が容易に再編・統合できるような制度の見直しを行う。
- ・介護サービスに関しては、在宅医療との連携、生活支援サービスの充実、住民主体の取組の活用などを図っていく。
- ・医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源は、消費税増収分の活用を検討する。具体的には、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防(要介護状態となることの予防)の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用。

- ・診療報酬・介護報酬の面でも、地域生活を支える医療・介護サービスを伸ばしていくよう、体系的見直しを進める。
- ・医療の在り方として、総合診療医の養成、チーム医療の推進、医療機関の勤務環境の改善、人生の最終段階における医療の在り方について国民的な合意の形成、医療行為の効果を評価するデータの収集・分析などを図っていく。

(医療保険制度改革)

- ・市町村を保険者とする国民健康保険は、これまで財政赤字や運営上の様々な課題を抱えてきており、財政基盤の安定化を図り、保険者の都道府県への円滑な移行を目指す。また、低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るとともに、負担能力のある者からは現状より高い水準の負担を求めるなどして、保険料についての国民負担の公平化を目指す。
- ・入院時の食事給付の自己負担の見直し、70～74歳の医療費自己負担が特例として10%負担となっている現状を改め今後は20%負担へと移行していくこと、高額療養費の所得区分の見直しなど、負担の在り方の適正化を図るとともに、後発（ジェネリック）医薬品の使用促進など、保険給付内容の効率化を図る。
- ・難病対策等においても改革に取り組む。
- ・介護保険制度においても、負担の在り方を見直し、サービス内容の重点化、サービス提供の効率化などに取り組む。

## 10 日本の精神科医療

### 【説明】

#### 日本の精神保健制度、精神科におけるチーム医療

現在、日本における精神科医療は、基本的には、医療全般の中の一領域として位置づけられています。医療提供体制について規定した法律である医療法にも位置づけられ、公的医療保険の給付対象にもなっています。他方で、精神科医療に関する特例や、精神科医療固有の制度もあり、制度上、他科の医療とは異なる側面も持っています。

また、精神科医療について語る際には、精神障害者への差別・偏見がかつて存在しただけでなく、今なお存在していること、社会的に大きな衝撃を与えたいくつかの重大事件が精神医療制度の形成にも影響していることなどに留意が必要です。

用語の面では、かつて一般に用いられていた「精神病院」という用語は、「精神障害者を収容する施設というイメージを取り除き、専門的医療を提供する施設であることを明確にする」という考えに立ち、2006年に関連する法律が一括して改正され、法令上の用語は「精神科病院」に統一されました。

なお、精神科の医療については、「精神医療」と「精神科医療」のいずれもが用いられており、どちらかを使わなくてはならないという公の決まりはありません。病棟や病床については、法令上、「精神病棟」、「精神病床」の名称が用いられ、一般的にもこの用語が使われています。

また、「精神疾患」と「精神障害」の用語法の区別は必ずしも明確ではありません。医師が診断をつける際には、世界保健機関（WHO）がまとめた国際疾病分類（ICD：International Classification of Diseases）の第10版（ICD-10、1992年刊行）（注1参照）にできるだけ準拠する方向が目指されています。しかし、アメリカ精神医学会がまとめた「精神障害の診断と統計の手引き」（DSM：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）もよく参照されていますし、ICDともDSMとも異なる、旧来からの病名が用いられることもよくあります。

#### （注1）

ICD-10は、身体疾患も含めたあらゆる疾患を分類しており、そのうち精神科にかかわる章は、「精神および行動の障害」（The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders）という表題です。分類コードの頭文字に「F」が付くため「F分類」とも呼ばれています。

日本の精神科医療関係者は、一般に、「精神疾患」という用語を使うとき、このICD-10のF分類に記載されたそれぞれの分類項目や、旧来からの疾患名などを想起しています（注2参照）。精神疾患と精神障害の関係については、日本の精神保健・精神医療に関する施策の枠組みを定めた精神保健福祉法において、次のように規定されています。

「第5条 この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」

#### （注2）

てんかんについては、精神科だけでなく、神経内科、脳外科などで治療が行われることもあります。てんかんは、国際疾病分類上では神経疾患（病名コードの頭文字は「G」）に属しますが、日本の制度上は、精神疾患として扱われます。

日本全国の精神病床数は、2011年現在、約344,000床です。1960年に約10万床だったものが、10年間で2倍以上に大幅に増加しましたが、1980年代以降は、治療法の進歩、世界の精神科医療の趨勢などを背景として、日本でも精神障害者ができる限り地域で生活しながら治療を受けられるように、すなわち、「施設から地域へ」、「入院から在宅へ」という方向が施策として目指されてきました。このため、1990年代以降、わずかずつですが、精神病床数は減少傾向にあります。

一般に、精神科病院というと、診療科が主として精神科であり病床の全て又はほとんどが精神病床である病院が想起されます。他方、総合病院で精神病床を持つものも、日本全国ではかなりの数にのぼります。大学附属病院は、教育上の観点もあり、通常、精神病床を備えています。精神保健福祉法では、精神障害者の入院について規定していますが、この法律で「精神科病院」というときには、総合病院における精神病床をも含んでいます。

精神科病院への入院は、本人の同意が得られなくても入院が必要なことがあるという精神科医療の特性を反映して、人権尊重と適切な医療確保の両方をバランスよく満たす必要があることから、法律で入院形態が定められています。精神保健福祉法に基づく入院形態として、任意入院、措置入院、医療保護入院、応急入院の4形態があります。これに加えて、入院を受け入れることのできる医療機関は限られますが、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（通称：「医療観察法」）に基づき地方裁判所における手続を経て行われる鑑定入院（精神状態の鑑定を目的とする）や地方裁判所における決定に基づく処遇としての入院があります。

任意入院は、本人の同意に基づいて行われる入院です。入院に際し、症状の変化によっては行動制限や退院制限を行うことがあり得ることも含め、書面を渡して本人に説明し、同意を得ることが入院手続として必要になります。精神科病院では、精神障害者を入院させる場合には任意入院とするよう努めなければならないと法律で規定されています。

任意入院以外の入院形態は、患者本人の意思に反して行われる入院であり、その運用に当たっては、精神保健指定医（以下、「指定医」と略します）が重要な役割を果たします。指定医は、①5年以上の診療経験、②3年以上の精神科の診療経験、③精神科臨床経験を証明するための所定のケース・レポートの提出、④所定の研修の受講の4条件を満たす医師に対し、本人の申請に基づいて厚生労働大臣が指定を行うものです。

措置入院とは、入院させなければ、その精神障害の病状によって自殺企図等の自傷行為又は傷害等の他害行為を引き起こすおそれ（自傷他害のおそれ）がある患者に対し、都道府県知事等（注3参照）の行政権限で行われる入院です。通常、この形態の入院は、検察官、警察官などが法の規定に従って都道府県等に通報を行い、それを受けて都道府県等の職員（通常、保健所の職員）が連絡・調整を行い、2名の指定医が患者本人を診察する、という手続に従って行われます。診察の結果、2名の指定医が一致して自傷他害のおそれがあると判断した場合に、措置入院となります。措置入院を受け入れることができるのは、都道府県が設置する病院又は都道府県が指定した病院（指定病院）に限られます。措置入院は、行政権限による強制的な入院であり、入院時の患者本人への告知は都道府県等の職員が行い、入院中の医療費は原則として都道府県等が支弁します。

#### （注3）

都道府県知事等、としているのは、指定都市では市長がこの行政権限を行使することとなっているためです。岡山県の場合、岡山市で発生した案件に対しては、岡山市長の名のもとで、岡山市の職員が措置入院の手続を行います。

医療保護入院とは、指定医の診察と家族等の同意を要件として、本人の同意を得ることなく精神科病院に入院させる入院形態です。指定医は、診察の結果、「その患者が精神障害者であり、医療及び保護のため入院の必要があるが、任意入院によることはできない状態にある」ことを判断し、家族等の同意を得て、入院を決定します。なお、患者に家族等がない場合は、制度上、その患者の居住地の市町村長の同意を得て医療保護入院となります。

医療保護入院において本人に代わって入院の同意をする者は、従来は、法令上「保護者」と呼ばれ、入院時の同意だけではなく本人に治療を受けさせるなどの義務を負うこととされてきました。この保護者制度が家族等に過重な負担を与えているという批判を背景として、2013年の精神保健福祉法の改正では保護者制度が廃止されました。同時に、医療保護入院者の退院と地域生活への移行を促進するため、精神科病院に「退院後生活環境相談員」を置くことなども新たに定められました。

応急入院とは、指定医の診察の結果、「直ちにその者を入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障があると判断されるが、急速を要し家族等の同意を得ることができない場合」に72時間に限って本人の同意なしで精神科病院に入院させるという入院形態です。応急入院を受け入れることのできる精神科病院は、都道府県知事の指定を受けた病院に限られます。72時間を超えて入院を継続するためには、それまでの間に、医療保護入院などの他の入院形態への変更を行わなければならない。

精神保健福祉法では、これらの入院形態の規定に加え、入院中の患者に対する行動制限についても細かく規定しています。これも、人権尊重と適切な医療確保の両方をバランスよく満たすためのもので、行動制限の手続を取る際には、指定医の役割が重要となります。まず、手紙の発送や受領の制限、人権擁護に関する行政機関の職員や患者の代理人である弁護士との電話や面会の制限は、いかなる場合においても行うことができないこととされています。

また、指定医が必要と認めた場合でなければ行うことができない行動制限として、①患者の隔離（内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより、その患者を他の患者から遮断すること）、②身体的拘束（クッション入りの帯等を使用して、一時的にその患者の身体を拘束し、運動を抑制すること）を定めています。また、任意入院で入院した患者は、原則として、本人が退院を希望したときは退院させなければなりません。病状に鑑みて指定医が入院継続の必要を認めた場合には、72時間に限って退院を制限することができるとされています。

精神保健福祉法では、さらに、「精神障害者保健福祉手帳」についても規定しています。この手帳は、本人が市町村の窓口で申請を行い、都道府県知事等が交付するもので、申請のときには主治医の診断書を添える必要があります。手帳には、本人の識別ができるよう、本人の写真を貼付します。表紙には「障害者手帳」とだけ表記されますが、これは、手帳制度が創設された際に、「精神障害者」と表紙に大きく記されていたのでは携帯しづらいという当事者等の意見があったことを考慮したためです。精神障害者本人には、手帳を持つことにより、各種の障害者施策のサービスが円滑に受けられること、所得税、住民税などの障害者控除が受けられること、公共交通機関の運賃などの割引を受ける際の証明として使えることなどのメリットがあります。

ここまで紹介してきた精神保健福祉法の体系は、精神障害者が必要とする健康管理面や医療面の対策を主に扱っています。これに加えて、精神障害者がかかえる生活能力の障害や、社会的に不利な状況（ハンディキャップ）に着目して援助を行うという観点に立った諸施策もあります。

様々な施策分野に共通する基本方針を定めた「障害者基本法」では、障害者を、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。」と定義しています。日本の近年の障害者施策においては、このように精神障害者のみを対象とするのではなく、障害者全般を対象としたうえで、個々の障害の特性に応じた施策をきめ細かく展開していくという方向が、基本的な潮流となっているように思われます。

精神障害者の生活支援を図るための法律や施策体系の例としては、たとえば、各種の生活支援サービスを総合的に展開することを定めた「障害者総合支援法」（これは2013年4月以降の名称で、それ以前の法律の名称は「障害者自立支援法」でした）、障害者の職業生活における自立促進を図るための施策について定めた「障害者雇用促進法」などがあります。さらには、障害年金の制度や、生活保護の制度も、精神障害者の生活支援と密接にかかわっています。

「障害者総合支援法」は、複雑で頻回の改正を経て現在の名称と内容になっていますが、この法律では、精神障害者が病院から退院して地域で生活していくうえで有用な各種サービスについて規定しています。制度の実施主体は市町村が中心で、実際のサービス提供は民間事業者などが行います。サービスの種類は多数にわたりますが、サービスの類型としては「介護給付」、「訓練等給付」、「地域生活支援事業」、「自立支援医療」などがあります。

代表的なサービスとして、「介護給付」では、自宅での食事摂取などを援助するホームヘルパーを派遣する「居宅介護」、「訓練等給付」では、就労に必要な能力向上を図るために事業所（作業所）で能力に応じた生産活動などを行う「就労継続支援」（これには、事業所と雇用契約を結んで雇用法制上の最低賃金が保障される「A型」と、雇用契約は結ばず受け取る工賃は低額でも活動に参加する機会の提供を図ることが趣旨の「B型」とがあります）、「地域生活支援事業」では、各種制度の利用や住宅入居などに向けた相談や情報提供を行う「相談支援事業」などがあります。

「自立支援医療」は、都道府県及び指定都市が実施主体で、精神障害者を対象とする制度は「精神通院医療」とも呼ばれます。通院して医療を受けたときの自己負担を、通常の受診の場合ではかかった医療費の30%となることを、原則として10%に軽減し、その差額を行政が負担するものです。この制度を利用するためには、主治医の診断書を持参して、市町村の窓口で申請を行い、「支給認定受給者票」の交付を受けることが必要です。

精神障害者が病院から退院し、地域で日常生活を送っていくうえで、こうした制度やサービスを円滑に利用することが大変重要です。こうした面での相談に応じ、助言、指導、訓練などの各種援助を行う職種として、第6章でも述べた精神保健福祉士が重要な役割を果たしています。

同じく第6章で説明したチーム医療は、精神科では「精神科チーム医療」とも呼ばれ、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士などとともに、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者の果たす役割が重要視されています。今後の精神科医療においては、入院でも、外来でも、患者の居宅を訪問して行う訪問医療でも、チーム医療がいつそう推進されていくものと考えられます。

## 11 日本の薬事制度と臨床研究

### 【説明】

#### 日本の薬事制度と医薬品の開発

言うまでもなく医薬品は医療に不可欠なものです。患者が医薬品を利用できるようになるまでには、その背景として、製薬企業、卸売業者、医療機関、薬局、行政機関などによる広範多岐にわたる活動が営まれています。たとえば、開発、製造、販売、流通、在庫管理、処方、調剤、患者への情報提供、安全管理などです。医薬品は、高い治療効果をもたらす得る反面、副作用も起こし得る、いわば「諸刃の刃」であるため、世界のどの国でも政府の規制を受けています。医療機器も、同様に、規制の対象となっています。

日本では、医薬品や医療機器の品質、有効性、安全性を確保するための規制は、基本的に「薬事法」という法律に基づいて行われており、これらの制度は「薬事制度」と総称されます。薬事法が制定されたのは1960年ですが、その後、幾多の改正を経て今日に至っています。その中でもとりわけ、2002年には大きな改正が加えられ、現在の制度の根幹が形づくられました。以下、特に医薬品が開発されてから利用できるようになるまでの過程に焦点を絞って説明していきます。

いわゆる製薬企業は、医薬品の製造、品質管理、製造販売後の安全管理を責任をもって行えることを自ら示し、「製造販売業者」として国などの認可を受けなければなりません。また、医薬品を製造販売するためには、個々の薬の品目ごとに、品質、有効性、安全性に関するデータを集め、審査を受け、医薬品として国の承認を受ける必要があります。

個々の医薬品の開発から臨床場面での使用までの流れは、「研究開発」、「非臨床試験」、「臨床試験」、「承認申請」、「承認」、「市販」という過程を踏むことになります。

以下の記述は、主として、日本国厚生労働省が提供している情報に基づいています。

医薬品の候補さがしは、科学合成や、植物、土壌中の菌、海洋生物などから発見された物質の中から、医薬品となる可能性が期待できそうな物質に対し、試験管の中での実験や動物実験を行うことから始まります。この試験管内や動物による実験が「非臨床試験」で、薬としての効果、体内での動態（吸収、分布、代謝、排泄）、生体への毒性を調べます。この結果、病気に効果があり、人に使用しても安全と予測されるものに限って、人での効果をみる段階へと進むことができます。

次の段階は、人における試験、すなわち「臨床試験」です。医薬品の候補を用いて国の承認を得るための成績を集める臨床試験のことを、特に「治験」と呼びます。治験は、製薬企業の開発活動の核をなすものです。治験は、科学的方法で、参加される方の人権を最優先にして行われます。

治験は、段階をおって実施されます。第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相に分けて説明するのが一般的です。

第Ⅰ相は「臨床薬理試験」とも呼ばれ、治験薬を初めて人に投与する試験です。少人数の健康な成人ボランティアや特定のタイプの患者（たとえば軽度の高血圧症の患者）ボランティアを対象に、安全性と薬物の人体内での動態を調べます。薬物の1回ごと又は1日当たりの使用量のことを「用量」といいますが、安全性と効果のバランスが見込まれる用量の範囲で重大な毒性が認められないこと（これを「忍容性」(tolerance)といいますが)を確認していきます。

第Ⅱ相は、患者の協力を得て被験者（治験に参加する患者）となってもらい、治験薬の治療効果を「探索」という意味で、「探索的試験」とも呼ばれます。まずは、投与の前後の状態比較などを通じて、どのような対象疾患にどのような用量や用法（投与経路、投与回数、投与時間、投与速度など）で投与するのがよいかを確認していきますが、これを第Ⅱ相前期試験と呼ぶこともあります。

次いで、有効性と安全性の確認を深めるためにたとえば数十から数百人程度の患者を対象とする「無作為化同時対照比較試験」(RCT: Randomized Controlled Trial)などが通常、実施されます。これを第Ⅱ相後期試験と呼ぶこともあります。「対照比較」とは、治験参加患者のうち治験薬を投与する群（「投与群」）と投与しない群（「非投与群」又は「対照群」）

とに分けて両者を比較することを指します。「無作為化」(又は「ランダム化」ともいいます)とは、投与群と対照群に分けるときに乱数表を用いるなどして両群間に偏りが生じないようにする(たとえば片方に年齢の高い人が多くなるとか、血圧の高い人が多くなるなどの偏りをできるだけ避ける)という意味です。

第Ⅲ相は、医薬品の承認を得るための最終段階で、意図された対象疾患や状態(これを「適応症」といいます)の患者群においてその治験薬が安全で有効であるという仮説(第Ⅱ相で蓄積された予備的な証拠)を「検証」するという意味で、「検証的試験」とも呼ばれます。

第Ⅱ相で述べた、無作為化の対照比較に加え、通常、「盲検化」(blind method)という方法が取られます。これは治験薬と同じ外観のプラセボ(薬効成分をもたない「偽薬」や、治験薬と効果比較を行いたい薬効評価が定着した既存の薬物など)を用意し、被験者が「投与群」と「対照群」のどちらに割り付けられたかが分からないようにすることです。薬効成分がなくても薬の外観をしたものを服用すると症状が軽減するという現象(プラセボ効果)による影響を避けるためにこのような対応をします。被験者のみならず、治験に携わる医師も、その被験者がどちらの群に割り付けられたかを知らない形で行われることが望ましく、その場合は、「二重盲検試験」(double blind method)と呼ばれます。

複雑な専門用語のため、最初は分かりにくいかも知れませんが、第Ⅲ相がいかに複雑で精密な計画のもとに行われるかが理解できると思います。通常、百程度から場合によっては数万に及ぶ多数の患者を対象とする大規模な試験となり、期間も半年、1年、あるいはそれ以上かかることがあり、その実施に要する費用は莫大なものとなります。したがって、第Ⅲ相の段階で安全性や有効性の観点から問題が生じて開発中止となると、製薬企業は大きな損失を受けることとなり、その意味でも、第Ⅱ相までの予備的な試験をしっかりと行うことが重要となります。

治験を行う製薬企業は、薬事法に基づいて国が定めた規則(GCP: Good Clinical Practice)を守らなければなりません。この規則は欧米諸国をはじめ国際的に認められています。GCPには、たとえば、治験の内容を国に届け出ること、治験審査委員会で治験の内容をあらかじめ審査すること、同意が得られた患者さんのみを治験に参加させること、重大な副作用は国に報告すること、製薬企業は治験が適正に行われていることを確認することなどが示されています。

医薬品や医療機器の審査においては、2004年に独立行政法人として設立された「医薬品医療機器総合機構」(PMDA: Pharmaceutical and Medical Devices Agency)が重要な役割を果たしています。製薬企業は、一般的に、上記のような医薬品の開発過程を通じてPMDAに「治験相談」という形で相談し助言を受けます。前臨床試験から治験の第Ⅲ相までの過程を経て、ある医薬品の有効性と安全性を確認した製薬企業が国(厚生労働省)へその製造販売の承認申請を行うと、国はこれをPMDAに審査させます。PMDAでは、申請案件がGCPに適合しているか、提出されたデータは整合性が保たれているかなど、多角的な観点から厳密な審査を行います。

国は、その審査結果を受け、薬事・食品衛生審議会の意見を聴いたうえで、製造販売の承認をします。承認は、製造販売しようとする医薬品の品目ごとに、その成分、分量、効能効果、用法、用量、剤型、製造方法、製造所情報などを総合して行われます。

こうした過程を経て、医薬品はようやく市販されます。

医薬品の市販後にも、製薬企業は医薬品の有効性や安全性などを継続して調査していく義務を負っています。これを「市販後臨床試験」と呼びます。国の承認を得た後の臨床試験なので治験には該当しませんが、ときに第Ⅰ～Ⅲ相の治験に続く「第Ⅳ相」という言葉が用いられることもあります。

医薬品の製造販売に関する規制は国により異なるため、外国で承認されている新薬を日本で使えるようにするには、日本の制度に従って最初から承認のための手続をすることが必要です。しかし、たとえばアメリカやヨーロッパで承認されている医薬品が世界で標準的な治療法になっているのに、日本では未承認のため、その医薬品を用いることができず、申請をしても上記のような過程を経るため、承認までには長い時間がかかってしまうという問題が、とくにがんやその他の治療の難しい疾患などについて生じていました。この問題は、「ドラッグ・ラグ」(drug lag)とも呼ばれ、日本では社会的にも大きな問題となりました。

この問題に対する解決策模索の一つの方法が、国際的な協調の努力です。特に、日本、アメリカ、欧州（EU）の間では、医薬品の承認申請に必要な治験などの実施法やデータについての相互受入を可能とする方向性が模索されてきました。これは、1991年から開催されている日米欧三極医薬品規制調和国際会議（ICH：International Conference on Harmonization）という会議を通じて行われ、上記のGCPの内容を参加国の間で共通のものとするなどの成果をあげてきています。

なお、海外では使用されているが日本では未承認で、しかも臨床的には実用化が望まれているのに、採算性の面などから治験を行う製薬企業が現れないような場合にも、日本の患者が国際的に標準となっている治療法が受けられないという問題が生じました。この問題への一つの解決策として、医療機関などの医師が主導して治験を行うことも制度上認められ、「医師主導治験」と呼ばれています。

次に、精神科領域で治療抵抗性の統合失調症の治療薬として注目を集めているクロザピン（日本での製品名：クロザリル（製品名））の開発から承認、市販に至る過程を追ってみたいと思います。

## 【事例】

### 抗精神病薬クロザピンの場合

精神科領域における薬物療法は、1952年にクロルプロマジン chlorpromazine（抗精神病薬の一つ）が医薬品として臨床的に使用されるようになったのが最初と言われています。クロザピン clozapine はそれから間もない1950年代後半にスイスで合成され、1966年には抗精神病効果が報告され、1971年には最初の二重盲検試験が行われ抗精神病効果をもつとともに他の抗精神病薬で見られる錐体外路症状（身体が固くなって動きにくくなったり手が震えたりする症状）の副作用が見られないことが報告され、ヨーロッパで市販されるようになりました。1970年代半ばにはアメリカでも有効な抗精神病薬として評価されるようになってきました。

しかし1975年にフィンランドの研究者がクロザピンで治療中の患者に16例の無顆粒球症（白血球の一種である好中球が著しく減少し感染症にかかりやすくなるなど重い症状を呈する病気）が起り、うち8例が死亡したという報告がなされ、ほとんどの国で製薬企業はその製造販売から撤退しました。他方、ごく少数の国では、その後も、血液検査の定期的な実施を条件として市販が続けられていました。

1980年代になりアメリカで、他の抗精神病薬では治療効果があがらない患者（治療抵抗性の患者）に対してクロザピンの効果を認める研究成果が公表されました。これが原動力となって1989年にはアメリカ食品医薬品局（FDA：Food and Drug Administration、アメリカでの医薬品の規制を担当する行政庁）がクロザピンを、治療抵抗性の統合失調症患者を対象を限定し、かつ、血液検査を定期的に行うという厳格な条件のもとで承認しました。

やや詳しい話になりますが、クロザピンの効果を実証する臨床試験は、概略、次のように行われました。研究は複数の精神科医療機関の協力のもとで行われ、DSM-IIIというアメリカ全土で使われている診断マニュアルに従って精神科医が統合失調症と診断した患者のうち、3種類の抗精神病薬を用いても症状の改善が見られなかった者に対し、この臨床研究への参加を募りました。同意が得られた患者に対し、まずハロペリドール haloperidol（古典的な抗精神病薬）による盲検化試験で6週間経過を見て、それでもなお症状の改善が見られないことが確認できた患者を本試験の対象とすることで、「治療抵抗性」の患者を厳密に規定しました。

こうして被験者となった患者268名を、クロザピンによる治療群（投与群）とクロルプロマジンによる治療群（対照群）とに無作為割り付けし、二重盲検により、6週間にわたり症状の経過を観察して比較しました。症状の改善の有無は、精神科において広く定着している症状評価尺度であるBPRS（Brief Psychiatric Rating Scale）（合計18の項目からなる）を用いて熟練した精神科医が点数をつけ、予め設定された基準と照合して、改善の有無を判定しました。

その結果、クロザピンによる治療群では30%に改善が見られ、クロルプロマジンによる治療群の4%と比較して、統計学的に有意な差が認められました。

アメリカでのこうした動向が契機となってクロザピンは2008年までに世界の97か国で治療抵抗性統合失調症の治療薬として用いられるようになりました。

日本でも、ノバルティスファーマ株式会社という製薬企業がクロザピンの製造販売の承認申請をし、2009年4月に承認を受け、同年7月から製品名クロザリル（clozaril）として市販を開始しました。

日本で行われた治験には77例の被験者が参加し、第Ⅱ相後期試験では26週間までの経過観察で30例のうち17例（57%）に、また、第Ⅲ相試験では24週間までの経過観察で43例のうち29例（67%）に精神症状の改善が認められました。他方、安全性の面では、77例のうち2例（3%）に無顆粒球症が起りましたが、死亡には至りませんでした。また、高血糖などが8例（10%）に起こりました。

米国では日本での市販までに約25万例のクロザピン使用実績があり、そのうち無顆粒球症が起こったのは829例（0.3%）、高血糖などが起こったのは163例（0.07%）でした。これ以外に、諸外国において知られているクロザピン使用で起こり得る重大な副作用として、心臓に対する副作用（心筋炎、心膜炎）、てんかん発作やけいれん、肺塞栓症、肝炎、腸閉塞などがあります。また、起立性低血圧、眠気、流涎（よだれが多く出る）、振戦、悪心嘔吐、便秘などの副作用が起こり得ることも知られています。

クロザリルが承認された際に、国から厳格な条件が付されています。まず、無顆粒球症などの重い副作用の早期発見や早期対応ができるよう、製薬企業は市販後の企業責任として「クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS）」を提供、運営しています。また、CPMSが適切に運用されるよう、有識者からなる第三者委員会を設置しています。

クロザリルを使用する医師は、講習会を受けてこの薬についてのくわしい知識を習得したCPMS登録医師に限られます。治療を行うことができる医療機関にも、無顆粒球症に対応できる機関でしか使用できないなど、条件が課せられています。

また、患者の側にも条件が課せられます。まず、クロザリルによる治療開始時には、必ず入院しなくてはなりません。これは、治療について十分理解し、効果と副作用を確認し、適切な用量を決めて確実に服薬や検査を行うことができることを確認するため、原則として18週間は入院が必要になります。また、退院後も無顆粒球症への対応のために服薬開始後26週間までは1週間に1回、その後は2週間に1回の血液検査を必ず受けなくてはなりません。

血液検査の結果は、インターネット上にパスワード保護を受けて設けられているCPMS専用サイトに、その都度、担当医の責任で入力しなくてはなりません。

このCPMSは、クロザピンの適正使用を確保するため、アメリカ、イギリス、オーストラリアなどでも導入されています。

こうした厳しい条件のもと、日本でもクロザピンの使用は徐々に広がっており、2013年2月時点で登録医療機関は202、登録患者は1387例にのぼっています。しかし、日本全国で統合失調症で受診している患者数は約80万人と推計され、そのうち約30%が治療抵抗性統合失調症と仮定すると24万人がクロザピン治療の潜在的な対象者と考えられ、そのうちまだ1%未満にしか治療が届いていないという現状にあります。

中国では、クロザピンによる治療が統合失調症患者の約25%というデータもあり、日中間の比較は大変興味深い情報交換のテーマだと考えられます。

## 1 2 日本における漢方医学

(この章の内容の多くは、渡辺賢治先生の著作に依拠しています。P.2 の注参照)

### 【説明】

#### 概説

はじめに、ウィキペディア (Wikipedia) を参照しながら用語の説明をします。

漢方医学 (Kampo medicine) とは、古代より中国大陸から伝来した伝統中国医学が、日本で独自に体系化されたものです。簡略化して、「漢方」と呼ばれることが多く、本稿でも、そう表記します。漢方は、特に日本の江戸時代 (1603~1868 年) に大きく発展し、現在の姿の原形ができました。漢方では、伝統的方法による診断に基づき、生薬を選んで調合して処方します (生薬方 (しょうやくほう))。処方された薬を漢方薬と呼びます。また、一般に、「漢方医学」という言葉は、生薬方に加えて、鍼、灸、按摩、食養生などを含めて用いられることもあります。日本の漢方医学だけでなく、中国の中医学なども含めて「東洋医学」と呼ぶこともありますが、この語が「漢方医学」とほとんど同じ意味で使われることもあります。

日本には、東洋医学に関連して、「はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師」、「柔道整復師」という国家資格があります。これらの資格保持者が経営する施術所は、「鍼灸院」、「整体院」などとも呼ばれ、日本全国に数多くあります。一部、公的医療保険が適用になる場合もあります。その運用実態は複雑で、簡潔に説明することはできません。

医師が日常診療の中で、鍼、灸、按摩などを行うことは一般的ではありません。他方、漢方薬を日常的に処方している医師は多数にのびります。日本の医師の90%以上が日常的に漢方薬を処方しているとも言われます。その背景として、工業生産された漢方薬が広く市場に流通していることや、1976 年以来多くの種類の漢方薬が公的医療保険の適用を受け、医療用として使用できる環境が整ったことが挙げられます。

西洋医学の診断では「病名」が用いられますが、漢方の診断では「証」(しょう) という、人の生体反応を分類した概念が用いられます。病名が「病気を分類したもの」であるのに対し、証は「宿主である患者の抗病反応を分類したもの」とも言われます。日本漢方の治療の原則は、「方証相対 (ほうしょうそうたい)」と言われ、患者の証と治療法が一体となっています。

なお、江戸時代までは、現在の医学で使われている病名とは異なる伝統的な病名を用い、これに患者の反応である証を加えて治療方針を決定していました。しかし、日本の明治時代の 1883 年に発布された医師免許規則では、医師になろうとする者の試験には専ら西洋医学の考え方のみが採用されたため、漢方の考え方で勉強してきた者は医師になる道が閉ざされてしまいました。こうした経緯もあり、1900 年代以降に日本漢方を復興した医師たちは、西洋医学を学んだうえで漢方を行い、漢方の実践にも西洋医学の病名を用いることが不可欠となりました。漢方を実践しているすべての医師が、大学医学部で西洋医学を学び、西洋医学に基づく国家試験に合格し、西洋医学に基づく医師臨床研修を受けた後に、漢方を診療に取り入れています。この点が、日本における漢方医学実践の一つの大きな特徴です。

病名と証とは、全く異なる思考体系に立脚していますが、漢方治療には、その両方が必要とされます。たとえば、西洋医学の考え方では、インフルエンザの患者さんに特効薬としてタミフル (tamiflu (製品名) (オセルタミビル oseltamivir) のカプセル剤を処方することが一般的ですが、漢方治療ではインフルエンザという病名だけで治療方針を決定するのではなく、たとえば「その患者に体力があり、汗もかかずに高熱を出していて関節や腰が痛む」という反応を診て初めて「麻黄湯」という漢方の処方決定される、といった形で行われます。

漢方の処方の基本的な考え方は、中国で今から 1500~1600 年前に書かれたとされる「傷寒論」(しょうかんろん) と「金匱要略」(きんきょうりやく) に基づいています。「傷寒論」は、変化の激しい急性の病気を例にとり、疾病の変化とその変化に対する薬物療法について述べており、「金匱要略」は、急性熱病以外の慢性の病気の治療を論じたもので、もとは「傷寒論」とともに「傷寒雜病論」という一つの書物だったと言われています。「傷寒論」と「金匱要略」の両方を参照することにより、急性および慢性の様々な病気の薬物療法を知ることができます。

日本の漢方では、現在でもこれらの示すところに従った治療を基本としています。すなわち、日本の漢方は、西洋医学的な「進歩発展」という考え方とは異なる世界観に立脚していることが特徴の一つであるとも言われています。

現在の中医学が近代化の過程で複雑な理論を伴うものとなってきたことと比較すると、日本の漢方は、古代の「傷寒論」、「金匱要略」に立ち返って簡素な体系を目指してきた経緯があるとも言えます。結果として、証に関する用語数は中国の中医学と比較して少なくなっています。

患者の証を診断したうえで、それに合致するような調合された生薬方を選択する、というのが日本の漢方の基本的な姿勢です。処方末尾に「証」の字を付けて、たとえば「葛根湯証」などと言うことがありますが、これは、その患者に葛根湯を与えると治る徴候がそろっているという意味です。

たとえば、以下のように考えます。「葛根湯証では、脈が浮いて力がある。そして項部（うなじ）から背にかけて凝る、その時によく頭痛がする。また、熱のある場合には、同時に悪風（おふう）または悪寒（おかん）がある。しかし、汗が自然に出ることはない。以上の症状があれば、病名が何であろうとも、葛根湯の適応症である。感冒でも、神経痛でも、結膜炎でも、副鼻腔炎でも、中耳炎でも、病名のつかない場合でも、葛根湯を用いる。」（大塚敬節著「漢方医学」より引用）。

中国では、一つ一つの生薬や成分にまで考えを進めるのが一般的と言われています。これに対し、日本の漢方では、調合された生薬方（たとえば、葛根（カクコン）、麻黄（マオウ）、生姜（ショウキョウ）、大棗（タイソウ）、桂皮（ケイヒ）、芍薬（シャクヤク）、甘草（カンゾウ）を一定比率での調合した「葛根湯」という処方）を基本単位として考えるのが一般的です。日本でも、専門家が煎じ薬を調合する際には、一つ一つの生薬の性質まで考えて行いますが、多くの医師は、生薬方単位で考えて処方します。このことも、中医学と比較した、日本の漢方の特徴の一つとすることができるかも知れません。

日本の生薬研究の歴史のなかでは、1885年に長井長義が麻黄からエフェドリン（ephedrine）を抽出して以来、伝統的に、生薬の薬理作用などの基礎研究が数多く行われてきました。1970年頃から医療用漢方エキス製剤が製造されるようになり、以後、医師の間でもこうした基礎研究が行われるようになってきました。

たとえば、花粉症や気管支喘息の治療に用いられる小青竜湯は、調合に麻黄を含み、この麻黄の中にあるエフェドリンの気道拡張作用により小青竜湯の薬効が合理的に説明できる、といった分析的な研究成果があります。他方、漢方薬の作用機序として、生薬の相加・相乗作用など複合的効果により薬効がもたらされると考えられる研究成果も多く、このような場合には、一つの生薬や成分のみで薬効を説明することはできません。

第10章で説明した「無作為化同時対照比較試験」（RCT：Randomized Controlled Trial）などの方法を用いて漢方の治療効果を実証しようとする臨床研究も数多く行われています。2010年には、日本東洋医学会が345のRCT論文を集積し、構造化抄録を作成して「漢方治療エビデンスレポート」として公表しています。

他方、こうした漢方に関する臨床研究については、西洋医学の研究方法を用いることの是非について議論もあります。すなわち、日本の漢方の診断は、西洋医学的病名とともに「証」を基盤としており、個々の患者の生体反応の個別性や患者の主観を尊重する姿勢が漢方の特徴であるのに対し、そうした個別性を捨象する方向で発展してきたRCTのような方法論が適合するののか、といった議論です。

また、日本の漢方医学研究をめぐるのは、これまでの研究成果の蓄積が日本語でしか参照できない場合が未だに多く、臨床研究の成果を世界的に有名な英文医学雑誌に投稿する努力も未だ不十分であることなどが、今後に向けた課題と考えられます。

### 1 3 日本に交流滞在する際の留意事項

#### 【説明】

##### 一般的な注意事項、臨床修練制度

###### (一般的な注意事項)

一般的な注意事項として、以下のことが挙げられます。

- ・滞在条件等は、2010年に取り交わされた、中国洛陽市中心医院（洛陽の交流参加医療機関を代表）と日本岡山旭東病院（岡山の交流参加医療機関を代表）との協力協議書に示された内容のとおりです。
- ・法律上の制約があるため、中国の医師、看護師等の資格をもっている、原則として、日本で医療行為を行うことはできません。これは、日本の医師、看護師等が中国に行った場合に医療行為を行うことができないのと同様です。（例外として、日本の「臨床修練制度」の適用を受けた場合には、一定の条件のもとで医療行為を行うことができますが、これについては、後述します）。
- ・医療行為を行うことはできませんが、日本の医療機関に交流滞在している間、医療現場で、見学、院内・院外での活動への体験参加、意見交換などを行っていただくことは可能です。（・交流滞在先の医療機関の許可を得れば、一定の範囲で、検査データ、診療記録、各種の書類等の閲覧、あるいは、職員による会合へのオブザーバー参加等も可能となると考えられます。）
- ・担当医師と患者さんの許可が得られれば、患者さんとの面接（通訳者を介して）を行うことも可能です。ただし、患者さんの許可が得られないときは、一時的に、その場から席を外していただくこととなりますが、どうかご理解ください。
- ・患者さんのプライバシーに対する配慮は特に重要であるため、原則として患者さんが被写体となる写真の撮影はご遠慮ください。それ以外の場合でも、写真撮影を行う場合は、その場に居合わせた受入病院職員の許可を得てください。
- ・その他、詳細については、受入医療機関とよく相談のうえ決めてください。

###### (臨床修練制度)

- ・必要な要件を満たすものとして、国（厚生労働省）の許可を得た病院において、所定の要件を満たす指導医の指導のもと、病院の作成した臨床修練プログラムに基づいて、所定の要件を満たす外国人医師（臨床修練医）が診療に携わることができるという制度です。
- ・指導医と臨床修練医との間には、通訳者を介することなくコミュニケーションができることが1つの要件となっています。中国人医師との間では、双方が、日本語、中国語または英語等によりコミュニケーションが取れるということが、語学能力認定試験などで証明されていなくてはなりません。
- ・また、臨床修練プログラムは、特定の専門的な知識及び技能の修得を目的とするものでなければならないとされています。
- ・さらに、指導医には、その診療科における学会で専門員に認定されていることなど、臨床修練医には3年以上の診療経験があることなどの要件を満たすことが求められます。
- ・臨床修練制度の許可の有効期間は、最長2年とされています。
- ・以上のように、数多くの厳しい要件を満たしたうえで、比較的長期間にわたり日本で特定の技術習得等の目的で診療を行うことを想定した制度となっています。岡山と洛陽との医療交流では、当面は、この制度の適用を受けることは考えず、まずは見学、現場体験、意見交換などを中心とした交流を進めて行くことが現実的と考えられます。

岡山県精神科医療センター  
中島豊爾理事長研究発表

## 元気玉の研究

### 元気玉の研究 7つの成果

#### 1. 元気玉は

それを受け取った人以上に  
渡した人自身が元気になる  
という性質がある。



### 元気玉の研究 7つの成果

#### 2. 元気玉は

いくら人に渡しても  
すぐに生まれてくるので  
無くなることはない。



## 元気玉の研究 7つの成果

### 3. 反対に

渡すのに失敗すると  
すぐに腐ってしまい  
時に「うつ玉」に変化する。



## 元気玉の研究 7つの成果

### 4. 元気玉は

生ものである。  
賞味期限は室温で2～7日程度。  
(夏は2日)



## 元気玉の研究 7つの成果

### 5. 元気玉は

気づかれないでほっておかれると  
絶滅の恐れがある。  
(絶滅危惧種)



## 元気玉の研究 7つの成果

6. 元気玉の増殖には  
さりげなく渡し  
さりげなくもらうのが  
最良の方法である。



## 元気玉の研究 7つの成果

7. 元気玉の保存方法は  
まだ研究途中である。  
条件さえそろえば  
相当長期間の保存ができるらしい。

「光と風と緑」などの自然が  
関係している証拠がある。

