

食事の大切さ～1～

生体支援センター栄養部門
田村 孝志



食事とは、「生存に必要な栄養分をとるために、毎日の食習慣として食べること(広辞苑:岩波書店)」と定義されています。そしてこの食事は、人間が生を受けて以来、欠かすことなく日々必要な栄養素、量を過不足のないよう適正に組み合わせることによって、健康を維持するとともに快適な生活を営むために続けられています。

食事の内容は一汁一菜といわれる日本の食文化や戦前、戦後の食糧不足も相まって、お米(主食)中心の内容で、肉や魚などの良質な蛋白質の摂取不足から、「お米は残してもおかずは全部食べなさい。」という教育政策によって改善されてきました。しかし、昭和30年以降、高度経済成長期から飽食の時代を迎え、モータリゼーションの発達による運動不足や高学歴社会がもたらすストレス

の増大などによって生活環境が大きく変化したことから食習慣も崩れ、糖尿病・高脂血症などの生活習慣病の増加等疾病構造の変化に繋がることとなりました。

現在の食事情を分析しますと多種多様な食料品が巷に溢れ、調理済み食品の利用による調理の簡素化や不足する栄養素はサプリメントで補うという健康志向など、それらの情報はテレビや雑誌等のメディアで氾濫し、また、その消費を煽っていることも事実です。このような社会環境の中で人々の食事に対する価値観も変化し、生きるために食べるということよりも、ひとつのブーム、ファッションとなっていることが懸念されています。特に食事の時間は家族との団らん、子供に対する社会常識を含めた躾の場、憩いの場としての位置づけも既に希薄となっているようです。

さて、皆さんに取っての食事はどのような位置づけでしょうか。

- ①空腹感を満たす ②簡便性・利便性 ③おいしさ
 - ④低価格 ⑤ファッション性 ⑥流行性 ⑦健康志向
- 次回からは、正しい食事の構成、食生活に影響を及ぼす因子について話を進めていくことにしましょう。

患者相談窓口設置のお知らせ

岐阜大学医学部附属病院では、患者様からの様々な相談に応じ患者様からの意見や要望に基づいて本院の運営改善を図るため、平成15年4月から医療福祉支援センター内に患者相談窓口を設置しました。

- 患者相談窓口では、次の相談等に応じております。
- ①診療科(部)や医師・看護師等に対する診療についての苦情に関すること。
 - ②院内の診療体制に対する相談、質問、疑問に関すること。
 - ③患者様やご家族に対する医療福祉相談などの医療サービスに関すること。
 - ④医療安全に対する相談、質問、疑問に関すること。

なお、相談窓口の開設時間は午前8時30分から午

後5時までで、患者様及び家族等が来院されての相談、あるいは電話等によるものについて医療福祉支援センター所属の専任職員等が対応いたします。

相談内容により、医療の安全にかかるものについては医療安全管理室長(副病院長)へ、その他のものは医療福祉支援センター長へ報告し、更に病院長へと報告されます。医療安全管理室長及びセンター長は、相談内容を解決するため、関連診療科等へ改善するよう要請し、より良い病院づくりに努力して参ります。

本院全職員の協力の元活動してまいりますので、お気軽にご相談ください。

☎(058)267-2939 又は 267-2970

移転推進室だより

新病院移転に伴い安全な医療の提供及び職員の教育訓練のため、外来診療及び入院患者様の受入れに際し、次のような診療体制となる予定です。

外来診療は、平成16年4月5日(月)から5月31日(月)まで完全休診とします。また、入院患者様は5月15日(土)から5月28日(金)まで他の医療機関への転院等をしていただくことになります。

入院患者様の帰院は5月29日(土)から、外来診療は6月1日(火)から再開します。

鵜

舟

禁煙について 1
-時代は禁煙へと動いている-

診療科紹介 第2外科 3

最先端医療の研究 脳神経外科 4

光学医療診療部の紹介 5

医療安全管理室の紹介 5

包括評価について 6

食事の大切さ～1～ 7

患者相談窓口設置のお知らせ 7

移転推進室だより 7

禁煙について

—時代は禁煙へと動いている—

岐阜大学医学部附属病院第二内科長
藤原 久義

説明するまでもなく、喫煙は狭心症、心筋梗塞、脳卒中、肺ガン、喉頭ガン、閉塞性肺疾患、異常胎児等の重要なリスクファクターである。我が国の喫煙の特徴は喫煙率が成人男性(46%)、若い女性(約20%)、未成年者(高校生男子:36%)で欧米よりも高いことであり、また病院、デパート等の多数の人が利用する施設での禁煙または分煙が先進

国としては考えられない程遅れていることである。昨年日本循環器学会禁煙推進委員会で私どもが調査したデータでは、我が国の病院の全館禁煙率はわずかに5%にすぎず、欧米のほぼ100%と比較し雲泥の差があった。最近ようやくこの風向きが明らかに変わり始めた。

岐阜大学医学部附属病院の全館禁煙のスタート

これまで岐阜大学医学部附属病院では私共7階の病棟のみ全面禁煙になっていたため、患者さんが上や下の階に行って喫煙するという苦情が出ていた。しかし昨年5月附属病院に全館禁煙を目指す禁煙推進ワーキンググループ(委員長:藤原久義)がスタートした。全館禁煙について検討をはじめた頃は反対する教授もいたが全館禁煙への方向性が昨年12月の科長会議で承認された。今年1月から院内内の至る所に4月からの全館禁煙実施のポスターを貼り、2月10日には禁煙推進の講演会を開催し、毎日4回全館放送を行った。複数あった喫煙室を徐々に減らしタバコの自動販売機を撤去し4月からの本番に備えた。本年4月1日より、いよいよ病院全体が全館禁煙になった。現在のところ苦情もなく予想以上にスムーズに全館禁煙は進行しており正直なところホッとすると共に患者様はじめ病院各位の方々のご協力に感謝している。今回はまず

附属病院のみでのスタートであるが、岐阜大学医学部と附属病院の来年移転時には医学部も含めた全館禁煙を実施したいと考えている。

ただし、全館禁煙のため附属病院の外まで歩いて出て隣接する管理棟や岐阜総合庁舎のあたりでタバコを吸っている入院患者様を何人も毎日みることになりタバコのニコチン依存性の強さを再認識し、同情を感じると共に複雑な気持ちになる。そういう患者様に会うたびに私は、「タバコがやめられないなら月曜日と金曜日に禁煙外来が第二内科であり、そこに行けば楽に禁煙できますよ。今は昔と違ってニコチンパッチ療法などがあり無理な努力をしなくてもタバコは吸いたくなくなりますよ。」と声をかけている。それに対し患者様のほとんどは初めて聞いたと言われる。このことはタバコ問題の深刻さと共に、我々医師の一般市民に対する啓蒙活動の不十分さを示している。

我が国の禁煙推進運動の現状

本年5月より第25条に受動喫煙の防止が明記された「健康増進法」が施行され病院、大学、商店等の多数の人が利用する施設において受動喫煙を拒否する権利が認められ、施設の管理者はその責任と義務を負うことになった。

この数年来日本循環器学会、日本呼吸器学会、日本肺ガン学会、日本小児科学会、日本公衆衛生学会等から禁煙宣言が次々と出されている。すなわち禁煙は各学会の公式見解となっている。また岐阜県ではすでに国保坂下病院、和良村国保病院等に加えて、岐阜赤十字病院が昨年11月より、松波総合病院が本年1月より全館禁煙となり、さらに本年4月より高山赤十字病院も全館禁煙となった。岐阜市民

病院ももうすぐ禁煙となる。禁煙外来も岐阜大学を含め8施設で施行されている。全国の大学病院では東北大学、京都府立医科大学、和歌山医科大学等で全館禁煙がスタートしたところである。また日本呼吸器学会では、この3月承認された禁煙宣言のなかで呼吸器学会専門医の資格のなかにタバコを吸わないことを必須条件にいった。

さらにタバコのコマーシャルや自動販売機によるタバコ販売の禁止等、禁煙について大変厳しい内容のWHOの国際タバコ枠組み条約が最近まとまり、我が国も批准する予定である。このように、この1年間に今や我が国の医療機関における禁煙推進運動は不可欠に成りつつある。

喫煙の医療経済的損失からみた禁煙推進の必要性について

Q and A

Q

リスクが2倍～3倍になるといっても、疾患になる発生頻度が非喫煙者で0.1%程度の低い疾患を対象としているため、わずか0.2または0.3%になるだけである。この程度の増大がそれほど重要か。

A

●タバコは経済的メリットより経済的デメリットの方がはるかに大きいことは、国内外の医療経済専門家の一致した見解である。専門家の分析では年間差し引き3兆2千億円の不経済である。

●喫煙関連疾患は頻度がきわめて高い一般的疾患である。1995年我が国において喫煙による死亡は、95,000人と推測されている。発生頻度0.1%とは10万人に100人、1億人に10万人である。そして10年で10倍になる。喫煙で問題となっている心筋梗塞、狭心症、脳卒中、ガンは死亡率の高い最重要疾患であることを考慮すれば0.1%と0.2%の差は決定的に重要となる。

例えば、私が班長で厚生労働省からの研究費で行った昨年度の研究では我が国で急性心筋梗塞は年間約7万例発生し、その約50%(35,000人)は喫煙者である。発症から2週間以内の急性期死亡者は約1万人である(喫煙者は50%で5,000人)。喫煙者の急性心筋梗塞に対するリスクは非喫煙者の2倍であり、喫煙者が禁煙するとリスクは1倍に低下する。すなわち1/2になる。もしタバコがなくなり日本人全員が非喫煙者になったとすれば急性心筋梗塞の発生は年間17,000人減少し、死亡者は2,500人減少する。

急性心筋梗塞25日間の入院費用は一人あたり260万円である。

260万円×70,000例/年=1,820億円

260万円×17,000例/年=442億円

禁煙により年間442億円の節約になる。

同じ研究費で行った調査において我が国の狭心症等に対する風船療法(PCI)は年間14万例行われている。バイパス術は25,000例である。

狭心症診断・風船療法10日間入院費用は一人あたり180万円×140,000例=2,520億円

冠動脈バイパス手術30日間入院費用は一人あたり300万円×25,000万例=750億円
急性心筋梗塞と同様の計算では、もしタバコがなくなり全員が非喫煙者になれば年間PCIは35,000例、冠動脈バイパス術は6,300例減少する。合計820億円の医療費が毎年節約される。急性心筋梗塞とあわせて年間1,262億円の節約になる。これはこれら疾患の1ヶ月間のみの費用の計算である。

肺ガンの死亡者は年約5万例である。4万例(80%)は喫煙者である。喫煙のリスクは4倍となる。タバコがなくなれば肺ガン死亡者は3万例減少し、2万例になると推測される。肺ガン手術25日の費用は80万円で年間240億円の医療費の節約となる。



診療科紹介

第2 外科

消化器外科・乳腺外科・一般外科が専門ですが、悪性腫瘍に対する手術が主な診療内容です。平成14年中の手術例数は、食道がん12件、胃がん52件、大腸がん61件、原発性肝がん25件、胆道がん1件、膵がん7件、乳がん21件でした。一方、良性疾患では胆石症13件、そけいヘルニア13件、急性虫垂炎11件でしたが、胆石症は11例が腹腔鏡を用いた低侵襲手術でした。対象となる臓器別にチームを組み、各領域の専門医が手術と周術期管理及び補助療法を個々の患者さんの病状に合わせて実施しています。

食道がんでは、根治的切除が可能と判断した場合には積極的に手術を行っていますが、がんを取り切ることができないと判断されても放射線治療医の協力のもとに放射線化学療法を行うことで腫瘍の縮小が認められ、手術が可能となった症例も経験しています。食道がん・胃がん・大腸がんの早期例では胸腔鏡や腹腔鏡補助下の手術を行い、からだへの負担を少なくする方法を導入しています。

下部直腸がんでは、最新鋭の手術機器を使ってできるだけ自然肛門を温存する手術を行っていますが、その一方でストーマ（人工肛門）外来を毎週月曜日の午後に開設し、ストーマ療法士がストーマに関連する相談に応じるとともに、専門知識を生かして褥創の予防・治療も行っています。

肝がんについては積極的に手術をしています。肝へ転移したがんでもできる限り切除し、遺残した場合でも凍結手術や肝動脈から抗がん剤を注入する治療法によってある程度の成果を得ています。

乳がんでは、乳房温存療法も含めて患者さんと十分に相談した上で手術方法を決定していますが、内視鏡を用いた手術も積極的に取り入れ、できるだけ小さな手術創となるように努めています。昨年は6人に内視鏡下手術を行いました。さらに、手術以外の治療方法、すなわち、化学療法・内分泌療法・放射線療法・分子標的治療・凍結療法等についても、経験豊富な専門医が“がんの顔つき”や進行程度に応じて実施しています。なお、乳腺外来では女性の乳腺専門外科医が女性特有の悩みについてゆっくりと話を伺う体制も整えており、好評を得ています（毎週月・水・金曜日、要予約）。いずれのがん治療においても外来通院、すなわち在宅による治療が行えるようにいろいろと方法を工夫しています。

高度先進的医療としては、進行がんに対する活性化リンパ球移入療法を行っています。当科の方法はリンパ球を活性化するために自己のがん組織がある程度の量必要であるという条件があり、全ての患者さんが適応とならない制約がありますが、中部地区でこの治療を行っている病院はないため問合わせが多数あります。

臨床的研究としては、遺伝子レベルでの胃がん・大腸がんのリンパ節転移診断、乳がんに対して術後の上肢の腫れや感覚障害を予防しつつ過不足のないリンパ節郭清を行うための見張りリンパ節（センチネルノード）の検出とその転移の有無を手術中にリアルタイムに判断する方法の開発、がん細胞の抗がん剤感受性に関する遺伝子レベルでの解析、がんに対する凍結手術の免疫学的メカニズムの解明などを行っています。いずれもがんの診断・治療に直結し、日常診療に貢献できる研究を行うことを基本理念としています。

最先端医療の研究

脳神経外科長 坂井 昇

脳神経外科では治療困難な脳血管疾患、虚血脳（脳梗塞の未然防止）、悪性脳腫瘍を主な対象疾患として先端的外科診療を行っています。MR、MRS、f-MRI、PETを融合させた最先端の診断、それらの情報を手術中に活用出来るneuronavigatorと各種術中モニタリングによる安全かつ的確な手術法の開発、低侵襲外科手術として脳動脈瘤や脳主幹動脈狭窄病変に対する血管内手術及び定位的放射線治療を臨床応用し、その効果を追跡中です。また、パーキンソン病などの不随運動に対する深部脳刺激療法をはじめとしています。

現在、当科で行われている最先端医療の基礎的研究の現況を紹介します。

1 遺伝子治療による脳血管狭窄病変の治療

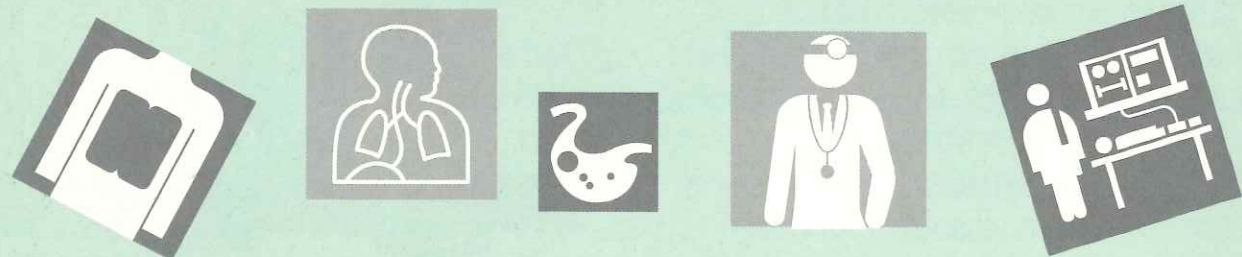
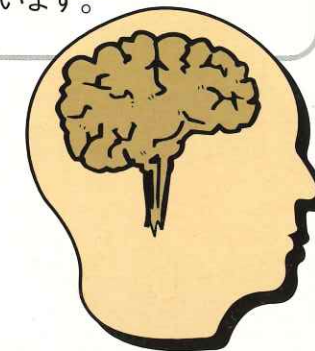
脳血管の狭窄病変に対してカテーテルによる脳血管拡張術、あるいはステントングを積極的に行ってきていますが、再狭窄をきたすことがあります。モヤモヤ病のような進行性の虚血性病変もあります。大阪大学臨床遺伝子治療学講座との共同研究で、遺伝子導入法による再狭窄予防法の開発、脳血管の新生に取り組んでいます。いずれも小動物では効果が認められ、今後は大動物での効果を検討する予定です。

2 遺伝子導入、免疫療法による悪性脳腫瘍の治療

セラミドや関連遺伝子が腫瘍のアポトーシス、薬剤耐性、放射線感受性、分化誘導に深く関わっていることを見出し、動物実験の段階ではこれらの遺伝子導入により著しい治療効果が得られています。同時に免疫特権部位である中枢神経系の腫瘍に対して、免疫補助シグナルの開発やサイトカイン療法の開発、脳腫瘍特異的抗原ペプチドを用いたワクチン療法への展開を進めており、臨床応用を目指しています。

3 失われた脳神経機能の治療

失われた神経機能を神経再生により回復させるものです。最近、ある種の増殖因子を作用させることにより神経幹細胞、ES細胞からより多くの神経細胞ができることを見いだしました。この神経細胞培養技術を利用し、人工的に増やした神経細胞を脳梗塞や脳外傷で損傷を受けた脳に移植することにより、失われた脳神経機能が回復する可能性があるため、精力的に研究を進めています。



新組織紹介

光学医療診療部の紹介

光学医療診療部が平成14年4月1日付で発足しました。構成は部長(兼任)1名、副部長(専任:加藤則廣 助教授)1名、助手(専任)加藤淳一郎医師、看護師長(中央放射線部師長が兼任)、臨床工学士(MEセンターに配属)の5名です。現在は中央診療棟2階の内視鏡室をベースキャンプとして活動していますが、移転後は1階に内視鏡用の3室等を有する光学医療診療部を構え、さらに放射線部内にも透視下内視鏡検査のために充実した設備が用意されています。また、かなり陳腐化したファイバースコープや光源装置などの更新も、事務部の尽力により目途が付いてきました。さらに、新情報システムとの接続もようやく構築仕様がまとまり、移転後の円滑な診療開始に向けて具体的な準備が動き始めました。

さて、内視鏡医療の今後についていくつか話題を提供します。一つ目は、何よりも治療内視鏡志向が強まっていくという点です。開発当初の診断機能は既にある程度まで充実し、今後は例えば外科手術と比べて低侵襲な内視鏡的治療がますます要望されるようになるでしょう。また、このような流れに即応できることが病院経営上も重要となります。二つ目はより新しい技術開発です。詳細は省略しますが、カプセル内視鏡(薬用のカプセル大で、ファイバーはなくただ飲み込むだけ)やバーチャル内視鏡です。後者は臨床教育の画期的な手段としても期待され、岐阜大学も開発の一翼を担おうとしています。

光学医療診療部長 森脇 久隆

医療安全管理室の紹介

医療安全管理室が本年4月1日付で新しい病院組織として発足しました。病院運営上、安全管理が最重要基盤の一つであることは言うまでもなく、医療安全管理室は岐阜大学医学部附属病院における安全管理を一層充実させる目的を持っています。また、昨年行われた「医療安全対策のための医療法施行規則一部改正」に対応したものでもあります。構成は専任のゼネラル・リスク・マネージャー(GRM)山中多美子師長の他、兼任の室長、内科系・外科系医師、中央診療施設(薬剤部)各1名、看護部3名、事務部1名からなっています。

当室の設置によって従来と変わった最大の成果は、各種インシデントに対する即応性の飛躍的な向上です。室員は緊急対応(救急診療を担当するというのではなく、安全管理上の対応です。お間違えなく)に加え、週1回必ず集まりその週の問題はそこで解決すると共に、GRMを中心としたラウンドを随時行っています。さらに緊急事態に対応する「エマジ先生コール」システムや中央放射線部を中心とした緊急事態警報灯の整備、各部署を対象とした緊急処置教育の充実など、大変速いスピードで体制の整備が進みました。

また、各種インシデントの分類やグレード付けを全国基準に即して行い、集計するという作業も緒につきました。来年の移転・電子カルテ化と呼応して、インシデント・アクシデントの分析や対策にシステム工学的な取り組みを導入できるように考えています。

医療安全管理室長 森脇 久隆

I N T R O D U C T I O N

～包括評価について～

健康保険法の改正により、特定機能病院における「入院医療」は、これまでの診療行為ごとに料金を計算する「出来高払い方式」から、入院される患者様の病気、病状をもとに、手術・処置などの内容に応じて定められた1日当たりの定額を計算する新しい方式(包括評価方式)になりました。

包括評価方式の対象となったのは岐阜大学医学部附属病院のような大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センターの計82病院です。岐阜大学医学部附属病院では5月から包括評価方式を実施いたしましたが、この方式の導入により今までと治療内容が変わるわけではありません。

大学病院としては、請求システムが変わってもこれまでどおり患者様に満足していただける医療を提供し、先端医療の研究・開発、地域の中核病院としての役割、医療人の育成など従来の機能を果たせるよう努力していきたいと考えております。

包括評価制度は、欧米で医療費を抑制する目的で導入されている制度の長所と出来高払い制度を組み合わせた日本独自の包括評価制度(診断と治療の組合せ)になっております。これは、病気ごとに入院目的、年齢、手術を行うかどうか、どのような処置をするか、合併症があるか、重症度はどの程度かにより診断群が決まり1日の医療費が決まります。その金額に入院日数を乗じた料金を支払っていただく方式です。また、この算定方式が適用されるのは、入院基本料や検査、投薬、注射、画像診断等であり、手術料・リハビリテーション料等については、従来どおり「出来高払い方式」で算定されるものです。ただし、高度先進医療や治験、臓器移植については、包括評価制度に含まれません。

医療費の請求は従来どおり、月ごとになりますが、退院時に医療費が最も多くかかった診断群で計算することになっていますので、医療費の差額が退院時に調整され、上乗せ

となることもあります。

新しい制度ですので、医療費の請求についてわからないことがありましたら、医事課の職員に遠慮なくお尋ねください。

出来高払い方式と包括評価方式

病気で治療を受けた場合、医療保険により保険者から病院に支払われる料金を診療報酬といいますが、その診療報酬の支払い方式に出来高方式と包括評価方式があります。

〔出来高払い方式〕

個々の診療行為について点数を定め、その点数の総和に1点単価(通常は1点10円)を乗じて診療報酬を算出します。個々の診療行為の点数は、診療報酬点数表で定められており、その点数は中央社会保険医療協議会(中医協)の審議を経て決められ、厚生労働大臣から告示されます。

〔包括評価方式〕

個々の診療行為の点数を定めるのではなく、個々の病気について手術の有無などを加味して分類(診断群分類)し、各診断群分類ごとに料金を定めて診療報酬を算定します。この診療報酬額(単価)はそれぞれの医療機関により異なります。これにより、患者様1日当たりの料金を定め、その単価に入院日数を乗じて診療報酬を算定する方式です。

この制度の導入により、治療内容が悪くなったりすることは全くありませんので、心配されることはありません。この制度が導入されることにより、各病院により医療費の違いがあることが明らかになりました。今後各病院間で情報を交換することにより、将来的に全国的な治療法の標準化ができ医療の質を確保しながら、無駄な医療費を抑制できることが考えられます。