

## 第136回月例セミナー 【ダイジェスト】

### 「これからの医療サービス」

東京医療保健大学学長 NTT 東日本関東病院名誉院長 小林 寛伊

#### ●はじめに

私は当初心臓外科医を目指しました。1960年代、心臓外科の日本の状況は発展途上国でした。そのような中で長時間手術などを経まして、やっと手術が成功してもその後になんらかの合併症、特に感染症を起こして重症化し、場合によっては不幸な転帰をたどる患者さまがいました。さらに、その時代は、合成ペニシリンが日本でようやく役立つような時代で、すでに同じ時期にイギリスでは今のMRSAが問題になっていました。その時代に手術に関連した感染症に興味を持ってくださる方は日本にはおらず、その後も長い間おられませんでした。そのような意味では、何か新しいことをやりたいということで、外科を通して病院の中で起こってくる感染症に興味を持ち、その道をずっと歩いてきました。そして私の専門は感染制御学となったのです。

また6年間の関東病院の経験から、幅広い新しい時代の病院を作り上げるための病院管理についていろいろな問題点に直面して過ごしてきました。本日は、感染制御学の立場というより医療全般に関して、私の感じていることをお話ししたいと思っています。

従来と比べますと、現在の医療は患者さまに焦点を合わせたチーム医療が主流になってきています。

現在、アウトソーシングのスペシャリストが育成され、チーム医療の一員としてチームを形成している時代になっています。このレベルアップが医療の質の向上や患者サービスの向上につながり、医療チームの一員として活躍することが21世紀の医療の質をさらに向上させると確信しています。

#### ●サービスマーク認定制度について

サービスマーク認定制度は9業種が対象になっており、在宅酸素療法等に関連した業界は在宅医療が大きく見直される中、医療の1つのテーマになっています。感染の分野では、過去2年ほどの間に、病院内の感染ではなく医療関連感染症というようになり、市井にまで対象を広げていく考え方が世界的に広まりつつあります。

日本における在院日数は短くなりました。従来は長く病院にいたことが患者サービスのようには思われていましたが、現在の考え方はできるだけ外来ですませ、必要最小限の在院日数で手術し、術後もできるだけ早く社会復帰することがご本人の QOL を高めることでもあります。

#### ●クリティカルパスについて

アメリカではクリティカルパスによって医療の質の均一化を図っています。日本では 1990 年代から臨床に導入し始めましたが、関東病院では 1997 年から導入いたしました。その結果、考えていた以上に別のメリットが出てきました。患者さまにクリティカルパス（医療の工程表とでもいうべき治療の予定表）を示して、インフォームドコンセントを得たうえで医療を始めます。

知識のある方ほど非常に工程表にのってくれました。これは以外な発見でした。つまり、手術をする、2 日目に点滴が取れる、3 日目から食事が出るという工程表があれば、患者さまご自身がその工程表と競争をするという面白い事実が分かりました。意欲のある方は、早く良くなろう、早く自分で起き上がろうという意識を持たれて、ご自身が病気を治していくという大きなプラスの効果が出てきました。これにより病院の職員一同は大変勇気づけられ、病院内でのクリティカルパスの普及に努めてきました。これがこれからの目指すべき医療です。

チーム医療は、医師、看護師、薬剤師、技師、その他スペシャリストがチームを作り、患者さまを中心に取り囲みますが、病気を治していくのは患者さま自身であるという考え方は、患者さま自身が前向きに病気を治していくことが非常に重要になるわけです。そこにクリティカルパスがあるべきであり、それを基に医療が行われることとなります。それと同時に、患者さま自身の自己決定権や選択権がありますが、いろいろな知識を持っている方ほど選択に迷われる傾向があります。そこで私たち医療に従事するものが何らかの形で方向性を示さなければならないと思っています。

#### ●セカンドオピニオンについて

数年前、私は病院長としてセカンドオピニオンを求められる病院になることを年間目標のひとつに掲げましたが、当時は職員に十分に理解してもらえませんでした。しかし、今はセカンドオピニオンを求めるのは当然になっています。患者さまに自己決定権はありますが、いろいろなことを知っている方ほど迷われるので、これからの医療は第三者のスペシャリストに判断してもらうのです。第三者の意見を聞くことによって、患者さまが方向

性を選んでいくようになりました。セカンドオピニオンを求めて判断していくことで、患者さまとの信頼関係が深まるわけであり、このようなことが当たり前になったことは、開かれた医療や自己決定権とともに、新しい時代の医療であると思います。

## ●医療関連サービスのアウトソーシングについて

### 滅菌業務

最近、滅菌業務のアウトソーシングが非常に一般化してきました。従来多くの病院では、滅菌業務は患者さまに接することがない裏方の仕事でした。滅菌供給業務は縁の下の力持ち的な業務でしたが、非常に重要な役割を示しています。

2000年、日本医科器械学会が第2種滅菌技士認定制度をスタートさせました。まず、この第2種滅菌技士制度から始めましたが、認定を受けるには病院長の推薦が必要です。病院上層部、病院職員、大勢の方々が滅菌業務がいかに重要であるかを認識しなければなりません。その効果もあり、認定を受けた方は1559名になっています。更新手続きには学会の研究会で勉強してポイントを得ることになっていますので滅菌技士も現場で勉強しながら新しい知識を得て自信を持ち、自分の仕事ができるようになってきたことは何より大事なことだと考えています。

最近、病院内の施設で外注職員によって滅菌業務が行われる病院が増えていますが、全国的に見てレベルにむらがあります。契約に違反することがあれば改善してもらいますので、質の向上にもつながっています。

### 清掃業務

現在、外注業務の中で清掃業務の認定有効事業者数は1284事業者で、この9つの認定制度の中で一番多くを占めています。最近では清掃業務の質が高くなり、これから病院の中の重要なポジションを占めていくと思います。

### 寝具類洗濯業務

寝具類の洗濯業務はベッドメイキングも含め、アウトソーシングの優秀な方々に業務をお願いしていくという意味で、看護師が専門業務に専念できるので患者さまのアメニティ向上に役立っています。さらに、感染性疾患で扱われたものの問題も当初から検討されていますが、病院のリネン類は熱水洗浄することによって感染性はなくなります。滅菌供給

部門または寝具類洗濯業務（リネン類）に関しても、外注業務が非常に重要な役割を示しています。

#### 患者給食業務

患者給食の選択メニューも日本の病院で固定してきました。入院期間が非常に短くなりましたので、食事がきちんと食べられるころには退院してしまいますが、食事は非常に重要です。予防医学的な面での食事指導は重要なことであり、全体的な観点から検討しなければいけない時代になっています。

#### 医療機器の保守点検業務

医療機器の保守点検業務はこれからの大きな事業になってくると思います。特に中規模以上の大きな施設では医療機器は中央から供給するシステムが積極的にとられています。その核となる医療機器の保守点検業務のアウトソーシングは重要な役割を示していくと思いますが、医療機器の保守点検業務のアウトソーシングは、伸び悩んでいるような感じがします。アウトソーシングをすすめるには、病院の認識や業界の PR が必要です。アウトソーシングをすすめることによって病院経済の向上につながると考えますし、私の院長時代にはそのような方法をいち早く導入するように努めてきました。その他に患者搬送・衛生検査・医療用ガスの保守点検業務がサービスマーク認定業務としてあります。振興会の認定するサービスマークの業種は今後さらに増えていくかと予想しますし 21 世紀の医療にとって非常に重要な役割を果たすと思います。

#### ●医療の電子化

病院における大きな変化として電子化の問題があります。私たちの病院は 5 年前に全面的に電子化を日本で初めて行いましたが、大変な経費がかかります。厚労省が「電子化」と言っても一般の病院で全てができるわけではありません。電子化によりペーパーレス、フィルムレスによって、年間約 3 億円の経費節減ができます。システムのメンテナンスの更新をしなければなりませんので、一般的にはレディメイドのものでシステム化を行っていかなければ、なかなか進まないのではないかと思います。

システム化により診療所とも情報をつなげ、保険請求もそこにつながますが、システム化の経費をどこが出すかというのが問題です。個人の病院であれば、個人でシステムを構築しなければなりません。今は光ファイバーでつながりますが、情報が多いときにどのようにしていくのかという問題がありますし、保険請求システムをどのようにするかによって

変換プログラムが必要になってきます。この経費をどこが見るかが問題です。赤字の病院では電子化できないので、プリントしたものでやっていくより仕方ありません。電子化により保険業務を事務的に整理する基金側がかなりプラスになるはずですが、電子化の経費を予算化する必要があります。

電子化する際に経費の問題と共に個人情報があります。病院内システムの個人情報に関してはさまざまな認識方法があります。私の病院では指紋認証によって個人を認証します。

電子システムの利点は、複数の人が同時に情報を得ることができることですが、同時に同じことを書きこむことはできません。そのときに医療従事者が厳守しなければいけないことは、有名人等が入っている場合、その情報を興味本位で見るのは絶対に許されるべきことではないということで、部内的な倫理も非常に重要なことです。

電子システム導入について、コスト的に安くて現実性があるのは、CD やスティックメモリに個人情報を入れてホームドクターのところで開いてもらうことです。レントゲン写真について私の病院では PACS を開発しました。現在レントゲン診断の技術は非常に進んでおり、3次元で写真が見られます。呼吸器の肺の映像や脳神経外科の診断をする場合には非常に細かい画像が見られる特別なビューアが必要ですが、それ以外の診断をする場合は、普通のウェブサイトで十分足りることが分かりました。患者さまがセカンドオピニオンを求めるときも1枚のディスクを持っていけば十分な時代がもうじき来ると思います。

その場合メディアを患者さま自身がお持ちになるので、ご自身で情報を管理しなければいけません。患者さま自身の責任になりますので紛失などいろいろな問題を含んでいますが、現実性があり開業医はパソコン1つで情報を見られるので、ネットをつなぐよりはコストはかかりません。しかし、実現するにはまだまだ時間がかかると思います。

## ●病診連携

病診連携は非常に重要なことです。病気になった場合、以前は近所の医院にかかりましたが、今は大きな病院に行くのが当たり前の時代になっております。これは新しい保険制度のメリットでもあり、デメリットでもあると思います。

電子化した病院では、午前中に来診すれば、必要な検査はその日の午後には全部分かります。患者さまの検査結果情報は、患者さまがレントゲンを撮ってもう一度外来に戻る前にはすでに外来に届いています。私の病院では、多い時は1日に2400名近くの方が外来に

来られますが、東大病院は、1日の患者数が4000名近くのことがあります。入院治療を中心とすべき急性期の病院に外来患者が多いのは、医療体制として問題です。この問題解決のために、開業医の先生方にも勉強していただかなければなりません。

大病院でしかできない必要な検査は大きな病院でやればいいのですが、大病院に外来患者が集中するアンバランスをなくして患者サービスにつながるような体制にしなければならないと思います。

アメリカのようにホームドクターを通さなければ大きい病院に行けないというように、保険診療の場合（メディケアの場合）にはそのシステムにのらないといけないわけです。イギリスは開業医が入院患者の枠を持っていますので、枠を持っていない開業医は、患者さまを病院に入院させることはできません。そのために入院するまでに非常に時間がかかるのです。

一方で私費でかかる場合は、別のルートが確保されており非常に不平等であり、もし日本にそういうことがあったとしたら大変な社会問題になりそうです。幸い日本は戦後の保険制度が非常にうまくいっており平等な保険制度がなされているわけですが、日本の医療保険制度をホテルにたとえるなら「ビジネスホテル」も「5つ星のホテル」も同じ値段（診療報酬）でやるということです。この制度はいいことですが問題もあります。その問題とは、質のいい医療を提供すれば、それだけ病院が赤字になる現状と不平等な医療、どなたにも等しく良い医療を提供して差し上げたいという考え方との板挟みになることです。病診連携を保ちながら、ホームドクターとして若い世代の人たちがもっと進出して、熱心に家庭医としてのレベルを上げていただかないと患者さまが離れてしまい、大きな病院に患者さまが集まってしまうというのは、社会的な大きな問題として取り上げていかなければならない21世紀の大きな課題だと考えます。

## ●ME（医療機器）の発達

ME機器が非常に進んできました。これにより多くの命が救われておりますが、医療費の高騰にもつながっています。人工透析に使用するME機器について使い捨てにしているのは日本ぐらいで、アメリカでは再使用が許されており、中国でも再使用しています。

心臓ペースメーカーも最近では長年持つものが出てきましたが、アメリカでは死体からペースメーカーを取って移植することが認められています。アメリカではペースメーカーが使用できる場合には再使用することが許されているのですが、日本では国民性や潔癖性から考えられないことです。一方において移植は大きな問題です。心臓移植が世界で初め

て行なわれたのは 1967 年の 12 月ですが、日本では翌年 1968 年に札幌で和田教授が第 1 例目を行いました。この後、倫理問題が大きく取り上げられ、脳死判定の法的な問題に長い時間がかかり、問題解決して移植できるようになりましたが、その間の日本の技術の遅れは相当なものでした。

### ●SUD（シングルユースデバイス）について

心臓の人工弁、整形科の人関節・股関節・膝関節も総てシングルユースデバイス（器材）です。手術用の手袋や尿路のカテーテルもシングルユースです。SUD について 2005 年 3 月に厚生労働省の最終的な通知があり、リスクによってクラス 1~4 まで分けられています。シングルユースは単回使用で、その説明書にはシングルユースと書くようになっておりますが、現場では必ずしも守られているわけではありません。SUD を再使用しても法的には問題にはならないそうですが、経済的な理由と資源保護、環境汚染という問題から使えるものは再使用すべきではないのかという議論がなされています。多くのものが再使用されておりますが、ハイリスクなものは再使用すべきではありません。

アメリカでは、第 3 再処理業者が使用済の医療機器を集めて再処理・再滅菌し、製品と同じように包装し再使用しています。アメリカの医療経済は保険会社に牛耳られて大変厳しい状態にあると言えますが、業者自体が危険なものは選択して再処理はしないのでアメリカの医療は安全です。日本でも安全性を考えるならば、滅菌業者がサービスマーク認定制度にのっとり質を高め、医療機器の再使用をできるようにすることが一番ではないかと思えます。

### ●医療機器の再使用について

医療機器の再使用のもうひとつの問題は貸し出し器械（ローンインストゥルメント）です。内視鏡手術等の器械と整形外科の人工関節の手術器械の問題です。貸し出し器械は世界的に問題となっております。医療機器の再使用の問題は、アウトソーシングの滅菌供給会社が早くきちんと処理をして、次に回すようなシステムを構築すれば安全性は高まると思うのですが、今後継続的に検討しなければならない問題です。

### 日本の医療制度について

日本の医療保険制度は大変うまくやられてきたと思えます。医療費がパンクすることから、特殊機能を持った病院には丸めの制度（PPS）が導入されています。保険点数の歴史的な流れを見ると分かる通り、PPS は最初は甘い点数がつくけれども、だんだん厳しくなっ

て結局締めつけられてきます。アメリカはかなり締めつけられて、その結果入院期間が 3～4 日と極端に短くなり、かつては 1200 床あった病院が 500 床となっています。アメリカではこのようにして、やっと病院の経営を維持していますが、いずれ日本においても丸めの時代になってくると思います。

日本に丸めの制度が導入されて一番心配されるのは、医療の質が落ちることです。医療の質低下の問題は病院側や医師会が騒ぐのではなく、社会としてきちんと公正に見ていかなければなりません。日本の医療制度の問題は、一般の方々が参加して社会問題として取り上げ、どうあるべきかを検討していかなければいけません。

### ●看護のケアについて

看護もいろいろ変わってきております。従来の考え方より急性期をさらにいくつかの段階に分けて、それぞれをチームで医療していきます。手術をする医療を例にとると、ICU の時代、それからハイケア、一般的なケアになり、リハビリテーション的なことをして退院につながるというような段階的なケアを行い、さらに受け持ちの看護師をはっきりさせて何人かで責任を持ちます。

しかし、日本においてはプライマリーナーシング（受け持ち看護方式）をするための看護師数を確保するような状況にはなっておりません。管理栄養士にしても病院の定員は非常に少ないのが現状で、せっかく勉強して卒業した優秀な人たちが病院に就職できないのが現状です。一方で患者サービスの向上がさげばれています。国として、質を上げつつ医療費を節減していくためには、不必要な医療はやらないことだと思います。

### ●医療における倫理問題について

もうひとつ重要な課題として、倫理の問題があります。日本では倫理問題を表立って取り上げるのが多少遅れているかもしれません。新しい薬の治験や医療に伴う研究は患者さまの不利にならない形で行なわれているのか、また公正なクリニカルリサーチが行われているかを倫理委員会でしっかりと判断したうえで行うことです。

一方、生命倫理の問題はより大きく取り上げられています。脳死や移植、尊厳死という問題は日本は避けて通りがちですが、生きる権利と同時に死ぬ権利があるということです。日本においては消極的な安楽死という形で、積極的に治療をせずにそのまま生を全うすることはすでに行われています。

## ●緩和ケアについて

告知という問題を含めて緩和ケアの問題が起こり、日本では 1970 年代ぐらいに初めて緩和ケアの施設が作られました。患者さまが入院されてもできるだけ自宅に帰るチャンスを作り、病院での治療が必要な時はいつでも病院に戻ってくる事ができる。そうして人生を全うしていただくことが関東病院におきます緩和ケアの基本的な考えです。

日本における医療施設として、緩和ケア病棟は 21 世紀の 1 つの方向性としてあり、以前は考えられなかったのですが、緩和ケア病棟が十分活用する時代になりました。

## ●『国民衛生の動向』より

毎年出版される『国民衛生の動向』によりますと、急性期の病院の平均在院日数は今年の報告では 21.8 日、平均利用率が 83.2%です。もし、平均在院日数が 14.0 日、平均利用率が 90.0%になると、5 分の 2 のベッドがいらなくなります。5 分の 2 の医療費が人件費を含めて節減になるのではないかと思います。節約になった 5 分の 2 の医療費について国の医療費として 5 分の 1 をリファウンドし、5 分の 1 を病院に回せば、質につり合う医療ができるのではないかと、又こういう努力をしていかなければいけないと思います。病院がこれからは淘汰されていく時代です。

## ●日本における医療のその他の問題

医療費を高めている大きな問題は、輸入しているシングルユースデバイスの価格です。アメリカの 3 倍～5 倍の値段で日本は買っているわけです。これは行政が絡んでいる問題ですが、医療機関に対して医療費を削減するように指示するだけでなく、行政サイドも努力して医療費の節減を考えなければなりません。本年 2 月 1 日に出されました医療法施行規則の一部を改正する省令の通知では、手術の手洗いも、滅菌水ではなく水道水でよいという新しい省令も出ています。これで全国の経済効果は 50 億円程になります。省令改正にあたり、厚生労働省がパブリックコメントを求めましたが、関係業界がこぞって反対しましたので、感染制御に絡んでおられるドクターをはじめ関係者にオープンにしました。そうすると 700 ほどの賛成のパブリックコメントが厚生労働省に押し掛けたわけです。そのことによって省令改正ができました。清掃の外注業者は、院内清掃業務における消毒を行うための噴霧器を有していなければならないと医療法施行規則には規定されていますが、私は 10 年前から必要ないと言ってきました。近々改正になるかと思っています。

多くの方が認めてくださるエビデンスがいかに大事であるかということ、私は改めて

認識しました。医療経済の問題を含めて、今後とも多くの方の正しい方向性を持ったご判断とご助言が表に出てはじめて、行政も動いてくれるのだと思います。普段雑談として話が起きているだけでは行政は動きませんので、ぜひ皆様方が核になって、講習会で得られた諸知識を基にして、政治を動かして日本を変えていかないと、より質の良いこれからの医療サービスを得ることができないと思います。この席を借りましてご臨席の皆様方に心からお願いいたします。