

# 大学病院が当面する基本問題と改革の方向<sup>\*1</sup>

佐 治 重 豊<sup>\*2</sup>

## はじめに

1998年から2001年12月までの大学病院は、横浜市立大学の患者取り違え事故に端を發した医療過誤が、その後国公立を問わず次々に明らかになったことによって、大学病院に対する国民の信頼が著しく低下した時代である。一方、少子高齢化と経済不況は、厳しい競争の中で特徴ある病院作りに多くの努力が払われ、各大学でそれなりの成果と改革の軌跡がみられているが、小泉内閣の行政改革の波は、改革実行の数倍の早さで襲いかかり、昨年暮れには特定機能病院を対象にした包括医療の導入問題が突如浮上した。

一方、文部科学省の指導で大学院大学、独立専攻科を有する大学、および従来の大学（メディカルスクール構想）に色分けされる傾向が進み、病院の役割分担、機能分担が明瞭化する気配がみられる。すなわち、大学病院は教育、研究、診療を三位一体として機能的、効率的に展開するところに使命があったが、すべてに精通することは困難で、優秀な医師を養成する教育中心の大学病院、高度先進医療を開発する研究中心の大学病院、および高度専門医療を提供する診療中心の大学病院に色分けされ、地域中核病院との間では、特定機能病院としての性格から、大学病院がすべての診療科を均等に保有する意味が問われる時代を迎えている。また、当面する諸問題として、平成16年から導入が予定されている独立行政法人化と卒後臨床研修制度の施行は、具体策の提示がないまま議論が先行し、大学間の競争意識の高揚と混乱が錯綜している。さらに、遠山プランのトップ

30（世界最高水準の大学を作るため、可能性のある大学に国の予算を重点配分して育成する考え）問題は、これに拍車を掛け、大学間の格差を一層助長する危険性があり、予期せぬ差別待遇の来襲に対して翻弄された激動の年でもあった。この変革と変動の早さゆえ、今回の白書は従来の形式では言及できない部分が多く、全く独自の形式で執筆したので、お許しをいただきたい。

## 1. 医療事故対策とリスクマネジメント

平成11年1月11日、横浜市立大学医学部附属病院で発生した患者取り違え事故から、大学病院を中心に信じ難い医療事故が多発し、大学病院に対する国民の信頼が著しく低下した。そこで、厚生労働省と文部科学省が中心となって病院長、看護部長、事務部長などを東京に何度も招集し、医療事故防止に対する講演会や対策が精力的に繰り広げられた。その結果、院内の組織体制として病院長を中心とした事故防止委員会と安全管理体制が確立され、文部科学省は国立大学病院に医療事故防止と安全管理を専任で担当するリスクマネージャーを1名（婦長）配置し、平成14年度で整備が完了する予定である。一方厚生労働省は、特定機能病院と国立病院を対象としてインシデントレポートを大規模に収集する事業を開始し、その統計的分析が近く公表される予定である。また、国立大学病院間では平成12年度から全国を5ブロックに分け、ブロック内の病院間で合同評価チームを編成し、各大学の事故防止・安全管理体制を相互に検証する「相互チェック」が開始され、昨年で2回目が終了し一応の成果がみられている。

ところで、国立大学医学部附属病院長会議の常置委員会は、平成13年6月にヒューマンエラーを前提とした安全なシステムの構築を目指した「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向

<sup>\*1</sup> The Current Situation and Future Innovation of University Hospital

キーワード：大学病院，医療事故，医療改革，電子カルテ，経営改善

<sup>\*2</sup> Shigetoyo SAJI 岐阜大学医学部附属病院

けて」の提言を公表し、その中で重大な過誤を伴う医療事故に対する警察署への報告義務について一応の基準を示した<sup>1)</sup>。一方、医療行為における萎縮医療防止の観点から、日本外科学会を中心に、異状死体に対する報告を第三者機関を設立して行うべしとの要望書が提出されている。また、昨年11月に厚生労働省医政局から「安全な医療を提供するための10の要点」<sup>2)</sup>が標語形式でまとめられ、これを医療現場で周知徹底し、独自に活用するよう要望されている。今後の問題として、講演会などに参加しない職員や非常勤職員を含めたコメディカルに対する周知徹底の方法と、インシデントレポートに対する法的免責処置、および研修医が行う医療の範囲の規定などを整備する必要がある。また、医療事故のいくつかはマンパワー不足によるとの懸念などから、文部科学省は非常勤看護婦を13年度に対前年度比800人規模で増員し、14年度にも同400人規模で増員する計画である。

## 2. 大学病院の運営と経営改善への取り組み

約3年程前から各大学病院では、副病院長あるいは病院長補佐制度を導入し、経営部門と医療事故部門で役割分担を含めた斬新な経営改善策が講じられてきた。すなわち、従来の形式的な病院長業務に代わり、病院長のリーダーシップが求められ、経営手腕に富んだ人選と病院長の専任制が問われ、独立行政法人化に向けた取り組みの一端がうかがわれる。この激動への前哨戦として、文部科学省は平成11年に各国立大学病院に対し、経営改善策と行動計画の提示を求め、その進捗状況を年次ごとに報告する義務を課した。すなわち、稼働率、管理指数、査定率などの従来の指標に、新しく在院日数、紹介率、院外処方箋発行率などが加わり、特に在院日数と稼働率、院外処方箋発行率と総収入という「相反する課題」を担うことになった。さらに、薬価差益の減少と技術料重視の医療政策を反映して、手術件数や検査件数などの増加による収入増の対策が要求されている。この緊急対策として、文部科学省は国家公務員の定員削減政策の中ではあるが、非常勤枠増による経営改善に着手し、新しい試みが多数取り入

れられている。すなわち、既存の政策や前例のない改善策に対しても、その内容により積極的に対応される姿勢を高く評価したい。

なお、病院長のリーダーシップに関しては、単科大学では専任制が採用され、それなりの効果がみられているが、多くの大学病院は併任制で期間も1期2年の2期以内が多い。もちろん、人事権も予算配分権もない立場の病院長が、強力なリーダーシップを発揮して改革を断行することは極めて困難な環境にあると考えるべきであろう。独立行政法人化を控え、病院長の専任制と任期制で本来あるべき姿に対し、文部科学省や厚生労働省を交え、超法規的な立場から病院経営を議論すべき時がきていると思われる。

## 3. 医療形態の変化と情報公開

過去3年間に医療の現場では、医療の質の問題、完結型医療の是非、救命救急医療の充実、情報公開に対する新しい取り組みが注目され、大きな変化がみられている。この変化に対応できない大学病院では、その存亡にまで影響を及ぼす気配が垣間みられる。

### 1) 医療の質の変化

従来医療は経験医学に基づくもので、治療の妥当性も経験に基づく医療（Narrative-Based Medicine, NBM）として理解されてきた。これが医療分野でのグローバリゼーションの考えから、根拠に基づく医療（Evidence-Based Medicine, EBM）が重視される時代に入り、大学病院発の臨床研究の下で、価値ある医療情報（論文発表）を展開することが急務となった。特に、高度先進医療を提供する大学病院では、その妥当性をEBMに基づき実証する必要がある、患者に信頼される安全な医療を提供する体制作りが当面の課題になる。トランスレーショナルリサーチもこの概念から積極的な導入が必要で、施行に当たっては厳格な倫理規定のもとで、十分なインフォームドコンセントが必要であることは論を待たない。

### 2) 完結型医療から分担型医療への転換

従来、日本の医療は1病院で完結させる治療形態が尊重され、東洋的感覚の強い日本の患者に心の安堵感を与えてきた。しかし、在院日数の短

縮と紹介率の向上は、役割分担・機能分担的医療の時代に入り、病診連携、病病連携が不可欠となった。この対策として各病院では、地域医療支援センターや関連病院の医師登録制などを採用しているが、医療政策の改革からこの傾向はますます拍車がかかると推察される。一方、医療工学と医療技術の向上により従来は入院を必要とした手術が日帰りでも可能となり、デイスার্ジャーリー概念が登場した。これは、患者中心医療を展開する上でも将来重要な分野に発展すると推察されるので、各大学病院でも積極的な導入が望まれる。

### 3) 救急救命医療の充実

一部の大学病院を除くと、救急部は開店休業に近く、卒前・卒後臨床実習での救命救急医療、特に全人的医療や蘇生医療の面で研修困難な状態に陥っている。研修医の大学病院離れの一端に、救急救命医療の不備が指摘され、昨年も救急医学講座が数大学に設置されている。救急救命医療は経営面では採算困難であるが、地域で発生した救命困難な重症患者に対し高度専門医療を提供し、確実に治療できる能力の育成と、初診患者の開発の面でも有用で、副産物的収入に期待したバランスシートを作成する必要がある。それゆえ、大学病院といえども、この救急救命医療の充実に心して取り組まないと、将来大きな禍根を残すことになるかもしれない。

### 4) 情報公開に対する取り組みとその意義

カルテ開示については、国立大学医学部附属病院長会議、歯学部附属病院長会議及び研究所附属病院長会議が、平成11年2月にガイドラインを策定し積極的な開示の方向性を打ち出していたが、この流れは、医療事故を契機にさらに促進されることとなった。本来カルテは患者のためにある情報で、医師のためではないとの観点に立てば、当然の結果と判断すべきである。ところで、医療情報の電子化はレセプトの電算処理システムの開発に始まったが、オーダーリングシステムを包括した各種医療情報の収集と整備により、医薬品総合情報ネットワークが構築され、医療事故防止対策の面からもその有用性が再認識され、誰にでも判読可能なカルテとして電子カルテが登場した。この場合、電子カルテは病院内の医療行為に

関わるすべての情報を共有することが前提条件になる。すなわち、医師は患者の身体情報を定性的、定量的に収集・分析して診断し、その結果に基づき治療計画を立て、その治療過程で各アウトカムを正確に評価しながら治療内容を微調整して治療を継続する。電子カルテはこのシステムを有機的に稼働できるところに特徴があるが、得られた情報を種々分析することで経営改善にも繋がり、学生教育の資料提供の面でも有用である<sup>3)</sup>。わが国でも電子政府の登場と法律面での規制が間もなく緩和される予定で、電子カルテは平成18年度までに400床以上の病院で6割以上に普及すると予測されている。問題はフィルムレスを含めた電子カルテのソフトであるが、共通言語のもとで互換性のあるシステムの開発が望まれる。すなわち、医療事故防止の観点からも全国共通ソフトの運用が不可欠と考えているので、関連各位のさらなる努力に期待したい。

さて、パソコンを含めた information technology (IT) の普及により、医師はもちろん、患者および患者家族でも医療情報の入手が可能な時代になった。特に、米国では癌関連で National Cancer Institute (NCI) を中心に約135の Web sites が開放され<sup>4)</sup>、いずれも EBM に基づく詳細なデータや治療ガイドラインが掲載されている。それゆえ、これらにアクセスした患者あるいは患者家族が主治医に勝る情報を入手して来院する場合があります。情報面で主客転倒の時代を迎えている。対応策として日本発の EBM に基づくデータベースと標準治療ガイドラインの作成が急務で、この面で大学病院が果たすべき役割は大きいと推察されるが、この事実を認識している病院が少ないのは残念である。なお、各病院の治療内容や治療成績に関しては、ホームページを開示して情報公開している病院が増加し、患者の病院選択に益している点は高く評価される。また、各大学でも自己評価、外部評価を行いランク付けが進んでいるが、現況の評価はほとんどが学術論文を中心とした研究分野である。幸い、教育分野の評価が最近加味されてきたが、診療に関する評価は未開発段階で、明確な基準はない。今後早急に解決すべき重要な課題である。

#### 4. 卒前臨床実習と卒後臨床研修制度

大学病院の使命の1つに教育があるが、臨床の現場では臨床実習がその中心になる。しかし、医療従事者の多くは教育に関しては素人で、教育方法について確固たる教育を受けた人材は皆無に近い。この現状が再確認され、Faculty Development (FD) が強調され、岐阜大学医学部に全国共同利用型の医学教育開発研究センターが開設された。すなわち、患者に対する侵襲的検査や処置法をバーチャルの世界で体験する実習方法の開発や、模擬患者を用いた臨床実習と OSCE の導入などの教育である。一方、各大学病院でも独自の考えで多彩なクリニカル・クラークシップが導入され、それなりの成果がみられている。また、学生が行い得る医療の範囲が、モデル・コア・カリキュラムでも明記されているので、詳細は別項を参照されたい。

一方、卒後臨床研修制度は、「卒後臨床研修の現状と改革の動向」に詳しく紹介されているので省略するが、ここでは大学病院における影響について概説する。現在医師の卒後臨床研修は、研修医の約80%が国公立大学病院で受けている。しかし、研修医の大都市・大病院志向とスーパーローテートの導入で、大学病院が敬遠される傾向が増加し、地方大学では研修医不足が深刻な問題を投げかけている。すなわち、医師定員の少ない地方大学では、研修医は重要なマンパワーとして認識されている。また、定員枠医師の高齢化に伴い、若い労働力となる研修医のストレート入局が囑望されている。一方、厚生労働省を中心とした研修プログラムからは、スーパーローテートを旨とする研修は、大学病院には馴染まないとの判断から計画されている帰来が垣間みられる。もちろん、大都市近傍の大学病院では、定員数からマンパワーとして研修医に期待する程度は遙かに小さく、それゆえ常置委員校を中心に作成された研修プログラムが、地方大学でも機能するかは疑問の残るところである。

#### 5. 包括医療の導入とクリニカルパス

昨年11月7日に特定機能病院を対象に、疾患

ごとに患者1人あたりの1日定額による包括医療を、病院別に導入してはどうかとの提案が厚生労働省から急浮上し、大学病院を中心に混乱を招いている。すなわち、包括医療の弊害である縮小医療は特定機能病院では馴染まないとの発想で、約500疾患に対し早くも本年11月、遅くも平成15年3月に導入予定と推察されている。今回の提案の特徴は、各病院別の前年度医療費から概算する方法で、通常のDRG/PPSとは異なるが、自助努力によりコスト減を図り、経営改善に努力している病院の医療費が低価格となる可能性がある。逆対応が助長されれば医療費節減には結びつかない可能性が危惧される。本来、重症患者を対象とし、高度先進医療を展開する大学病院では、クリニカルパスは馴染まないと考えられてきたが、包括医療の導入と平成16年度から施行される独立行政法人化を控え、今後この問題が大きくクローズアップされると推察している。

#### おわりに

医学博士、オスラーは「医学は科学（サイエンス）と芸術（アート）から成り立つ」と提言し、EBMと同時にNBM的感覚の必要性を強調した。医療の現場、とりわけ大学病院では科学のみが重視される傾向があるが、患者中心医療の展開からは、アート（単なる技術ではなく芸術）部分の教育が重要である。やはり病院長のリーダーシップの中にもHumanity with Warm Heartの精神を忘れない努力が、最終的には立派な病院形成に繋がると確信している。

#### 文 献

- 1) 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会・編：医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて（提言）。2001, 144-147
- 2) 厚生労働省医政局・編、医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会：安全な医療を提供するための10の要点。2001, p 15
- 3) 紀ノ定保臣：医療を取り巻く最近の情勢と今後の戦略。GE today 7: 53-57, 2001
- 4) DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA: Information systems in oncology, Cancer, Principles & Practice of Oncology. 6ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 3135-3146