

Title	医療業界におけるボーダーレス：経費削減がもたらしたもの?!
Sub Title	
Author	村上, 博(Murakami, Hiroshi)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2004
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.81, No.4 (2004. 12) ,p.310- 311
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	話題
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20041200-0310

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

後の課題ともいえた鼻咽喉用スコープを用いた電子内視鏡システムの喉頭ビデオストロボスコープも臨床応用されるに至ったのはほんの数年前の出来事である。今は最低でも軟性鼻咽喉ファイバースコープがなくては耳鼻咽喉科の一般臨床は成り立たないといっても過言ではなく、3～4時間の外来診療で軟性鼻咽喉ファイバースコープの使用件数は数十件に及ぶことも稀ではない。耳鼻咽喉科医の象徴ともいえる額帯鏡を使用する頻度は著しく減少し、片手に軟性鼻咽喉ファイバースコープを持つことが多くなってきている。

確かに内視鏡の本体や技術は革新的な進歩がみられているが、決まった診療時間内で内視鏡検査件数が増えてくると、内視鏡の消毒・滅菌という問題が出てくる。SARSや鳥インフルエンザ、HIV、MRSAによる院内感染も話題となっけていっている現在、この問題は大変重要であるが、耳鼻咽喉科領域では、科学的にはあまり顧みられていないことは残念である。今は自動洗浄機の使用がなされているが、1分間の流水洗浄後、フタラールやグルタラールなどの消毒薬に約5～10分浸し、2分間程度の流水洗浄を行うのがよいとされる。ただし、消毒薬に浸した後の流水洗浄は消毒薬を洗い流すのが目的であり、スコープに消毒薬が残存してこれを使用すると粘膜障害を起こして問題となることもある。これでも多数の件数をこなすには時間がかかるといわざるを得ない。流水にまさる洗浄は今のところ考えつかないが、滅菌に関しては消毒薬に代わる何らかの画期的な方法の開発が望まれる。磁気やオゾン、静電気、活性炭、超音波、紫外線など意外に身近なものが強力な滅菌作用を持っているのではないかと考えられるが、なかなか研究の時間も予算もないのが現状の今日この頃である。

川井田政弘 (荻窪病院耳鼻咽喉科)

医療業界におけるボーダーレス —経費削減がもたらしたもの?!

昨今巷では日本の景気の状態を雇用の改善なき景気回復などと呼ぶ向きがあります。バブルがはじけ少子化がそれに追い討ちをかけ、構造的に需要の大幅な拡大が見込めない状況では、健全な企業経営のためには如何に上手に経費削減をするかが経営者の腕の見せどころです。ずっと以前より安い労働力を求めて日本の企業が海外に工場などを建設し国際的な競争力を維持しているのは周知の事実ですが、ある最大手の米国の製造会社の中には、ここ数年もてはやされているIT部門についても、それが企業にとって不可欠で有用性は十二分に認めるものの、非生産部門であり利益を生まず費用が掛かり過ぎるとの

経営的判断から、早や採算面での負担に耐えかねて、機密性の高いIT部門のいろいろなソフト面の仕事でさえもインドに外注する傾向が出てきました。これはいろいろな情報がどんどんデジタル化されていく中での必然の副産物とも言えます。デジタル化された情報が自動車の海外生産などとは異なり、税金などを払うことなしにタダ同然で容易に瞬時にインターネットで国境を超えるようになったという条件に加え、①米国の1/10程の安くて豊富なインドの労働力、②世界的なComputer Scienceの先進国であるインド人の能力、③英語が堪能なインド人の語学力などによるものです。

病院も相次ぐ診療報酬改定により経営が苦しくなり、このような世の中の動きに呼応するかのように、健全な病院経営のために如何に経費削減をするかが、良かれ悪しかれ必須のテーマであるように見えます。米国のある大きな病院では、患者さんにMRIやCTの検査をすると、すぐにデジタル化された画像をインドに転送します。インドでは時差の関係から午後から夜間に放射線科の医師が読影解析し米国へ結果を返送します。すると米国では翌日には悠々その結果を入手できます。それにより放射線技師のみを残し、放射線科医師の殆どを解雇して経費削減を計っています。患者の個人情報やネット上を飛び交うため、病院にとっては守秘義務のある患者情報が漏れる可能性があり、Securityの面で問題がありとして医師側の強い反対があるにも拘らず、採算面のメリットからこのような“海外アウトソーシング”は各病院に拡がりつつあるといえます。米国の患者の画像診断がインドで行なわれているわけです。日本の病院にとっても、行く行くはこれが単に文字通りの対岸の出来事では済みそうもない話です。

日本の病院でも経費削減は事務部門から始まり、患者さんに食事を提供する栄養科などの間接部門は病院外の人員(派遣)が目立つようになりました。このような傾向はパラメディカルとして臨床側には欠くことのできない検査部門にまで及んでいます。その形態は‘ランチ’や‘FMS’などいろいろですが、要は検査技師や検査機器が病院外の大手の検査会社の所有となる“国内アウトソーシング”に他なりません。データの信頼性、迅速性、守秘の問題、レセプトの査定の問題、検査当直の問題などのいろいろなデメリットがあるにも拘らず、検査室全体のコストを削減できるとして、主に200床以下の病院を中心に採用しているところがあります。検査会社は病院からの安定した検査受注が得られる上に、医師がオーダーするすべての検査についてレセプトの査定と無関係に病院側に請求書を出すことができます。その上病院の熟練した技師の代わりに、検査会社は未熟な

安い労働力を病院に派遣し経費を下げ、更に利益をあげることができます。このシステムですと重症患者がいて規定以上に検査をすると減額査定されますので、病院側は検査依頼について十分に医師を教育した上でないと、保険診療のレセプト額以上を検査会社から請求されることになり、病院としては検査で赤字が出る可能性が出てきます。特に入院患者を多く診ている若い医師は未だコストに対する意識が乏しく無駄な検査や頻回採血をするために、病院から検査会社への支払いが病院に入ってくるレセプトベースの検査収入を上回る事態になります。検査会社を太らせるために医師が検査オーダーしているようなもので何やら割り切れません。

米国にはNP（ナースプラクティショナー）と呼ばれるナースの上級専門職があることは良く知られています。一般には通常のナースの資格を得て病院で何年も仕事をしているうちに、より専門性の高い仕事をしたいというナースのために、一時職場を離れ数年間大学で特別なコースを修得すればその資格を得られます。（最近、ナースの資格をとってそのまま連続して臨床経験を经ずにNPの資格を得ることができるコースが新設されましたが、現場からは疑問の声が強いです。）NPはある条件下では医師と全く同様の仕事を任せられます。例えば血液疾患のNPであれば、血液病棟あるいは幹細胞移植ユニットで骨髄穿刺や生検、腰椎穿刺などの検査はもとより、抗がん剤を含むすべての処方（注射と経口薬）と処置、輸血やドナーからの幹細胞の導入などの治療に至るまで行ないます。治療計画については週1回の大きい臨床カンファレンスで、レジデントと同様に自分の受け持ち患者をプレゼンテーションし一週間のプランを立て、その上で毎朝7:30 AMにアテンダントの回診があり、そこで再び検査や治療内容などを患者の状態の変化にあわせて微調整します。多くのNPが既婚で子持ちのために週3回（多くて4回）勤務にしている場合が多く、その代わり夜の9:00ごろまで働くのが常です。一般にはレジデントよりもその病棟にいる年数が長いので、入院があるとその患者の性質は〇〇で、家族が〇〇で、前回の治療は〇〇だったなどとレジデントに教えています。このシステムは当然のことながらコスト面でも病院にはメリットがあり、ある意味で医師職の“病院内アウトソーシング”とも言えます。15年前と今とを比べるとNPの数が増え、その上仕事の質が比較にならないほど医師の仕事に近くなってきているのを見せられると、恐らく初めはすぐれたナースのモチベーションを維持するために考えられたこのNPという制度は、今では医師部門のマンパワーを補いつつ人件費削減に大きく貢献しているようです。日本の医師の給料は、大学病院や公立系の

大病院では一般に卒業年度のみで決まりますが、米国では医師の給料は主にその役割で差をつけています。外科と内科で給料が異なるどころか、内科の中でも心臓内科と消化器内科で異なります。日本ではもう何年も前から、より忙しくない場へより多くの医師が集まり、より忙しい場へより少なく医師が集まる傾向が見られ、医師の適正配置が崩れつつあります。その上今年から新研修医制度が導入されたために、益々マンパワーの不足に拍車がかかり、忙しい現場は悲鳴をあげています。NPは我々の国でこそ真剣に検討すべきかもしれません。

さて以上のように日本の病院においても今後経費削減とボーダーレスは密接に関連し着実に浸透していくと考えられます。医師の患者に対する基本的な役割は変わりませんが、医師と病院のスタンスは徐々に変化していくのではないのでしょうか？いわゆる“大きな病院”ではパラメディカルの仕事はどんどん広がり、それに呼応して医師の仕事はさらに特化して行くでしょう。病院側はその地域の需要に応じた専門医をいかにして集めるか、あるいは医師を必要な場所に適正配置できるのか（あるいはさらに崩れるのか？）それが医師一人一人の自発的な意思と自覚のみで達成されるのか、あるいは米国のように医師の待遇に差をつけてインセンティブを付加することにより成されるのか？何やら示唆に富む話題ではないのでしょうか。

村上 博（国家公務員共済組合連合会立川病院
内科/中央検査科）

日本の医療の先にあるもの

今年のアテネオリンピックでは日本選手の記録的なメダルラッシュに驚き、感動し、寝不足の日が続いてしまいました。日本選手の活躍の理由について色々と解析がなされましたが、一つ興味を引かれたのは日本もスポーツ選手をサポートするためにお金をかけるようになったという記事でした。トレーニング設備の充実や海外遠征の費用、選手の育成システムの構築などに積極的に投資するようになってきたようです。ほぼプロ化した選手の所属する企業が積極的に援助を行えるようになったのも一因と考えられます。海外でのトレーニング、遠征試合と日本国外へ出てゆく機会が増え、海外での生活に慣れ、世界のレベルと自分の力を知り、自信をつけてきたこともあるのでしょうか。

私は昨年7月に帰国するまで2年間という短い間でしたが米国で暮らし働く機会を得ることができました。サッカーコートが何面も取れる広大なグラウンド、屋内コートを多く備えたテニススクール、安い料金で利用できる