

病院便り

病院の理念
患者さん中心の医療を推進する

基本方針

- 一、高度先進医療の開発と実践
- 一、次代を担う医療人の育成
- 一、地域医療への貢献

ご存知ですか？「いりょうじこちょう」

病院長 石川 治



日々の業務に忙殺されている私たちですが、決して看過することのできない制度が厚生労働省によって設けられようとしています。それが“医療事故調査委員会”です。まず、詳しく説明する紙幅がありませんので、その概略を参議院議員の西島英利氏の話引用します。

【異状死の届け出を定めた、医師法第21条は、殺人や児童虐待などの疑いがある場合に24時間以内に警察に届け出るという解釈ですとずっときており、診療中の医療事故で届け出ることはありませんでした。しかし、1994年に日本法医学会が「異状死」ガイドラインを出し、診療中の事故も届け出るといふことで、そこから話がおかしくなりました。要するに、医療側が自分たちの首を絞める拡大解釈を出したわけです。2000年に、それに追い討ちをかけるように、当時の厚生省の国立病院部が、医療事故も警察に届け出ると定めたガイドラインを作成したわけです。本来、94年以降も厚労省の解釈は変わっておらず、こうした解釈を変えるときは、医政局の担当課と検討すべきなのですが、国立病院の担当課が勝手にガイドラインを作った。そのときに起きたのが、東京都立広尾病院事件です。結局、広尾病院事件は最高裁まで行き、2004年の判決で医療事故も警察に届け出ざるを得なくなりました。さらに2006年には福島県立大野病院事件が起き、医師は医師法第21条で逮捕されました。大出血で死亡した事例ですが、大野病院では再発防止のために検討会を設置しました。だから厳しい報告書を出した。それを見た警察が、これは医療事故だとして、逮捕しました。】特に、大野病院の産婦人科医が逮捕というニュースは医療界に大きな衝撃を与えました。

そこで、厚生労働省は検討会を立ち上げ、「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案」(第二次試案)をこのほどまとめたわけです。試案は、“医療事故調査委員会”を新設し、診療関連死の死因調査、事故の再発防止などを目指していますが、問題視する声は少なくありません。

具体的には、厚労省は以下の仕組みを考えています。

- 1) 診療関連死の死因調査などを行う“医療事故調査委員会”を設置。委員会は「医療従事者、法律関係者、遺族の立場を代表する者等」で構成。
- 2) 「診療関連死の届出を義務化」し、「怠った場合には何らかのペナルティを科す」。
- 3) 「行政処分、民事紛争及び刑事手続における判断が適切に行われるよう、委員会の調査報告書を活用できることとする」。
- 4) 「行政処分は、委員会の調査報告書を活用し、医道審議会等の既存の仕組みに基づいて行う」。

これに対する虎ノ門病院泌尿器科部長 小松秀樹氏の意見を引用します。

【委員会は厚生労働省の管轄とすることが想定されています。「診療関連死」といっても、その定義は曖昧で、何を届け出ればいいのかは明確ではありません。現場の医師にとっては、それが調査し、刑事処分につながる可能性があるのなら、少しでも難しい治療なら「やめておこう」と、積極的な医療はやりにくくなります。診療関連死を網羅的に調査するのですから、刑事処分の件数は格段に増えると懸念されます。医師は、「処分になるのか」と常に恐れながら、診療することになるでしょう。しかも、全例届け出を義務化すれば、それを調査するのは膨大な作業であり、巨大な組織を新たに厚生労働省が作ることになります。厚生労働省が肥大化し、恐怖政治の始まりでしょう。

そもそも厚労省に診療関連死を調査・判断する能力があるのでしょうか。】

最大の問題点は、「死因究明と刑事手続を連動させる場合、黙秘権との関係はどう整理するのか」です。“医療事故調”の一番の目的は死因究明・再発防止にあるはずですが、この連動があると正確な情報が出ず、死因究明ができない恐れがあります。

全国医学部長病院長会議も2008年2月15日に記者会見を開き、厚生労働省の“医療事故調”案に対する反対声明を出しました。公の場で反対姿勢を打ち出した団体は少ないのです。全国医学部長病院長会議で「大学病院の医療事故対策に関する委員会」の委員長を務める嘉山孝正氏(山形大学医学部長)は以下のような問題点を指摘しています。

【第一は、事故の原因究明を行う調査委員会に遺族代表が入る点です。遺族と利害関係のある人が委員になったのでは、科学的な調査はできません。科学的調査ができなければ、事故の再発防止にもつながりません。これは欧米での共通認識であり、2005年の日本学術会議の提言でも打ち出されていることです。第二の理由は、調査委員会の報告書を刑事手続に使うことができるとしている点です。刑事手続と連動するのであれば、調査に必要な情報も出てなくなるのは分かりきっていることです。その上、行政処分ならいいですが、「患者さんを助けよう」と思って医療をやっているのに、結果が悪ければ刑事で訴えられ、「犯罪者」として扱われるのなら、若い人たちは、医師はもちろん、看護師なども含めて医療職を選ばなくなります。例えば、薬剤の取り違いなどは、やろうとしてやるわけではなく、病院のシステムに問題がある場合もあるわけですが、もちろん、すべてについて刑事免責を求めているわけではなく、犯罪行為などは刑事処分すべきですが、医療事故には人間工学的な問題が複雑に絡み合っているのですから、これを刑事処分することは問題です。その上、刑事処分との連動は、萎縮医療を招き、ひいては医療の質低下につながります。つまり、厚労省案では医療はよくなり、何より患者さんのためにならないのが最も問題です。今、一番に取り組むべきことは、患者さんと医療者の信頼関係を再構築することですが、患者側と医療者側の対立をかえって強めるだけです。

(中略)そもそも「重大な過失」とは、いったい誰が決めるのでしょうか。確かに厚労省は、「刑事手続になる事例はそんなにありません」「刑事手続を恐れる必要はありません」などと説明していますが、「刑事手続に使える」との文章があれば、「誠意に基づいた医療行為であっても、結果が悪ければいつでも刑事処分される可能性がある案」と言うことができます。仮に法律の99%は正しくても、1%に問題があれば、それは正しい法律とは言えません。「運用」に委ねてはいけません。また、法律は1回作ってしまえば、容易には変わりません。

(中略)事故原因を調査すること自体は賛成です。医療事故を隠蔽するのは問題外ですから、情報を集め、分析すべきです。さらにその結果は公表すべきであり、全国医学部長病院長会議では昨年、その指針をまとめています。また医療事故の情報収集自体は、日本医療機能評価機構で既に実施しており、原因分析・再発防止に取り組んでいるのですから、この仕組みも活用できるでしょう。また医師の中には技術が未熟で事故を起こすケースもありますが、これらは医師による自律的処分制度を作って対応したり、行政処分の対象にすべきだと思います。

皆が納得する条文になれば、われわれは反対しません。しかし、「1%」でも問題があれば、反対します。拙速を避けて、改めて議論すべきだと思います。「不作為」は罪です。われわれの世代はいいですが、若い世代のために、この“医療事故調”の問題に取り組んでいかないと、医療、そして日本はダメになります。今後、われわれは政治家などに正しい情報を伝え、働きかけていきます。】

現在、「医療崩壊」は医師の地理的および診療科における偏在による医師不足の面から注目されています。しかし、「医療事故調査委員会」制度を厚生労働省原案のまま認めることは、萎縮医療を加速させ、産婦人科医ばかりでなくリスクの高い外科系医師を激減させるでしょう。日本では外科手術を受けられなくなる日もそう遠い日ではなくなるでしょう。国民の医療不信を必要以上に煽ったマスコミにも問題はあると思いますが、従来の医療界における密室性、不透明性、隠蔽体質については私たちも反省すべき点があると思います。患者さんの立場を理解し、患者さんの目線を持つことが私達、医療人には不可欠です。患者さんと医療人(特に医師)との信頼関係を構築する基盤には医療における透明性と説明責任も不可欠です。

私あるいは家族が明日は患者となって病院にお世話になるかもしれません。その時、結果如何によらず、私自身や家族からスタッフへの感謝の気持ちが自然と湧き上がる、そのような病院であって欲しいと願って止みません。そのような病院は“医療事故調”とは無縁であるはずですが。

今回の引用文は下記サイトからのものです。最初に会員登録が必要ですが、役立つサイトです。
<http://www.m3.com/tools/lryolshin/index.html>

安全と安心の医療を目指して

医療安全管理室長 倉林 正彦



4月より医療安全管理室長を拝命することになりました。初代室長の堀内龍也教授が3年間、引き継がれた野島美久教授が4年間に涉り、陣頭指揮を執り、ジェネラルリスクマネージャーの方々が一致団結して、事故防止対策、インシデントの分析、処理そして解決にあたり多大な功績を残してこれらしました。群大病院がいかに安全と安心の医療を実践するかは病院マネジメントの中核をなす重要課題であり、医療安全管理室が大変に存在感のある活動を展開されてこられたことは、ここで私が申し上げるまでもありません。私自身とは言えば、インシデントの分析会議、リスクマネジメント会議、医療安全講習会、医療事故防止委員会、ヒヤリハットニュースなどから、医療安全管理室の活動の恩恵をもらって受ける側でありましたので、今年度、この部門の担当を仰せつかり、その責務の重さを痛切に感じているところです。

医療安全は医療の質に直結する問題であり、ある人の言葉を借りれば、「文化」であるといえます。環境のうちに人が作り上げた部分を文化と呼ぶということもできるそうで、そうすると安全はまさに人間の叡智を結集して築き上げられるものであって、自然に形成されるものではないことを意味しています。群大病院が、患者さん中心の医療を遂行し、高い満足感を与えられるものであるために安全医療の文化を作り上げていく、このことを基本的な使命として取り組んでいく所存です。

一方で、医療安全は医療環境と密接な関係があります。米国と比較して日本の医療は低コスト、フリーアクセス、そして質は劣るとい見方がありますが、日本の医療技術、たとえば冠動脈インターベンションやアブレーション技術の高さには定評があります。しかし、医療の質は技術だけでなく、医療施設、病床、医師数、医療従事者数が大きく関係しています。表に示すように、日本の医療従事者の数は欧米に比べて極端に少ないという現実があります。日本の医師数は絶対数でも欧米の3分の2程度で10万人以上も少なく、それにも関わらず人口1000人あたりの病床数や病院数では欧米の数倍です。つまり、病床あたりの医師数は3分の1から5分の1という状況です。看護師数につきましても同様です。

タイムスタディの結果を見るまでもなく、大学病院の勤勉な医療従事者は働きすぎであり、疲労しています。医療費抑制政策の下で、フリーアクセス、低コストで病院を受診する患者さんすべてに対して最良の医療を行なうという理念を忠実に実行しようとするほど疲労し、絶望します。また、教育病院、特定機能病院として、高度の医療、学生・研修医教育、新入職者教育、臨床研究、さらには、大学院での教育、研究もあり、労働基準の限界を超えています。まさに自己犠牲によって支えられている医療と言わざるを得ません。To err is human(人間はあやまちをおかすもの)とは言いますが、疲労は医療事故の最大の要因であり、医療事故防止策の根幹は、いかに業務を効率化して、自己犠牲を軽減し、労働時間を短縮し、同時に医療の質を向上させ、患者の満足度を上げるかということになります。荒廃した医療の建て直しのため、医療従事者の大幅な増員を実行したイギリスの政策や、大量の医師が米国に脱出したり、診療拒否したりという異常事態に対して多額の追加予算を投じたカナダの政策が前例としてあります。これらの政策がどれほど立て直しの有効な処方箋かはまだ不明ですが、特にイギリスの場合、患者権利が無制限に大きくなってきて「患者中心の医療」の概念の是非までが議論されているといえます。一度、崩壊しかかった医療体制の立て直しが如何に難しく、また、成果が表れるまでに多くの時間がかかることを明確に物語っています。

安全で安心な医療は、人的、金銭的な医療資源だけの問題ではないことも明らかです。特に、病院の医療従事者は、個人のQOLよりも患者さんのために貢献したいという意欲、仕事に対する誇りや責任感が強く、何より患者さんの喜びに生きがいを感じる人が多い集団です。しかし、現実と理想の隔たりに絶望し、勤務医をやめ、開業医になる中堅医師の数が加速度的に増えています。これまでの日本の高度医療を支えてきた優秀で高い気概をもつ医療のプロの士気を保つためにも良好な患者と医療者との信頼関係を構築する必要があります。

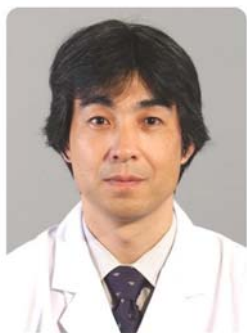
紙面の都合で詳細はご紹介できませんが、今年度には、野島室長時代からの取り組みであるe-ラーニングや次期インシデントレポートシステム「Safe Master」など新しいIT機器も導入されます。また、これまでのインシデントの解析から医療事故の背景や原因を精査し、医療事故の再発防止のシステムを強化する取り組みを行って行きます。益々、高度化し、多忙化する医療現場で、群大病院の全職員が誇りと勤労意欲を持ち続けられますよう、職場環境と安全文化を創ることに少しでも貢献できるよう全身全霊をかけたと思います。皆様のご支援とご協力を何卒宜しくお願い申し上げます。

表 医療提供体制の各国比較 (2001年 OECD データ)

| 国名 | 千人当たり病床数 | 平均在院日数 | 病床百床当たり医師数 | 病床百床当たり看護師数 |
|------|----------|--------|------------|-------------|
| 日本 | 12.8 | 28.3 | 15.6 | 42.8 |
| ドイツ | 9.1 | 11.6 | 39.6 | 102.2 |
| フランス | 8.2 | 13.5 | 35.2 | 69.7 |
| イギリス | 4.1 | 8.3 | 43.9 | 129.2 |
| アメリカ | 3.6 | 6.7 | 77.8 | 230.0 |

「安全安心な医療を目指して」

薬剤部 部長 山本 康次郎



薬に限らず、医療は本質的に危険なものであり、常に不安を伴うものです。薬を適正に使用することにより安全を確保し、起こり得る危険に備えることにより安心を得られるように、薬剤部では様々な努力をしています。

薬剤部では、必要な薬を常に使えるように、必要に応じて薬を購入し、適正な量を在庫し、適切な条件で保管し、必要とする部門に払い出し、使用状況を把握しています。また、品質が保証された医薬品を、直ぐに使用できる形に製剤・調剤します。購入した医薬品の箱に汚れや傷があれば、流通過程での不具合が疑われるので、その医薬品は受け取れません。以前に購入したものより使用

期限が短い場合も同様です。緊急に必要な薬や入手が困難な薬は、流通経路を考慮した在庫管理を行いません。医薬品は高額なものが多いので、過剰な在庫が病院経営を圧迫しない配慮も必要です。

品質が保証された薬を適正に調製しても、使用法を誤っては期待通りの効果は得られず、副作用の危険が増大します。薬剤部では、医薬品が使用される状況を把握し、単純な操作で使用できる形、不注意がミスにつながらない形で医薬品を供給することにより医療事故防止に努めています。注射剤は無菌的に混合し、消毒薬は適切な濃度に希釈して、すぐに使える形で薬を供給しています。外来患者さんには外来の窓口で、入院患者さんにはベッドサイドで、薬の名前や使用法、効果、副作用などが書かれた説明書をお渡しして、薬を安心して間違いなく使えるようにしています。目の不自由な方、指先の動きが不自由な方、薬の飲み方を覚えるのが難しい方などには、それぞれに合った形の薬を供給します。外来でがん化学療法を受ける患者さんの場合は、直前の検査の結果を確認してから治療が行なわれるので、実施が決まったら直ぐに開始できるよう、外来点滴センターで注射剤の調製を行いません。購入した医薬品を、個々の患者さんに合わせて調製し、正しく使用されるように、薬剤部ではさまざまな工夫を行なっています。

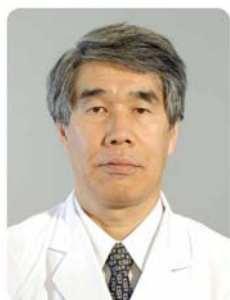
薬を投与すれば、治療効果が得られる。そんな当たり前のようなことも、実現するのは簡単ではありません。同じ様に薬を使用しても、効かない患者さんもいれば、副作用に苦しむ患者さんもいます。期待したとおりの効果が得られているか、副作用の症状は出ていないか、病棟で、あるいは外来のお薬カウンターで観察し、不具合が生じた場合は速やかな対処を行なうことも薬剤部の役割です。患者さんが自分自身で副作用に気づくことができるように、副作用の初期症状の具体的な説明も行なっています。

薬の効き目の個人差は薬物動態の個人差によることが多いので、血中薬物濃度測定を行なって、実際に不都合が生じる前に副作用などを回避できます。血中薬物濃度測定が健康保険で認められていない薬でも、臨床上の必要性があれば血中濃度を測定します。患者さんの病態の変化や薬物間相互作用による薬の効果の変化を予測することもできます。さらに、薬の効き目に影響することが知られている遺伝子を解析し、薬の効かない患者さんや副作用が出やすい患者さんを、実際に薬を使う前に見つけ出すこともできます。

患者さんは、病院にいけば、薬を飲めば、手術をすれば、病気が治るのが当たり前だと思っています。しかし、私たち医療従事者にとってそれは必ずしも当たり前のことではありません。むしろ不可能に近いと感じる場合さえあります。決して簡単なことではありませんが、患者さんにとっての当たり前に近いよう努力を続けていきたいと思えます。

「安全安心な医療を目指して」

検査部 臨床検査技師長 天谷 初夫



福村技師長の後任として臨床検査技師長を拝命いたしました。常に患者様の安全安心を念頭に職務に励む所存ですので、皆様のご指導ご鞭撻をよろしくお願いいたします。

検査部において主に直接患者様に接するのは、外来採液室と生理機能検査室です。3月14日に稼動をはじめた中央診療棟の外来採液室では、患者様が安全にそして安心してゆったりした気分で採血していただけるような配慮がなされています。受付を済ませると、外のゆったりした

待合いイスに腰をおろし、大型の液晶画面で採血待ち時間を確認します。隣の大型液晶画面のニュースを見ていて、採血順が近づくと内待合いに移動します。採血台はグリーンの植栽により程良く隔てられています。採血の順番がくると大型の番号表示と音声による案内によりグリーンの植栽の間を通り指定された採血台に行きます。左右はパーテーションにより仕切られていて患者様のプライバシーが守られ、安心して採血を受けることができます。

受付票に印字されたバーコードと準備された採血管のバーコードによるダブルチェックにより、違う患者様の採血管に採血してしまう事故を防止する機構を備えており、安全性の面にも配慮がなされています。

採血された血液は直ちに採液室から自動搬送により検査室に送られ検査されます。これまでに比べ外来の迅速検体の検査結果報告時間は短縮され、患者様の診療待ち時間は少なくなっていると思われます。検査結果の報告に際しては、前回値チェックや項目間チェックなどのチェックを実施し信頼性の高い結果報告を行っています。極端な異常値であるパニック値に対しては、直ちに電話連絡をして確実に主治医に伝える体制をとっています。

感染制御部と一体となって病院感染を未然に防止する感染対策活動は、安全安心のために最も重要な業務と位置づけています。針指し事故への対応や健診及びウイルス抗体価検査など職員や学生の安全についても万全を期したいと考えています。

秋に控えた病院機能評価の更新を着実に行うことは、患者様に目に見えた形で安心安全を提示するという点でも重要であり、更新に向け着実に準備を進めていきます。検査部ではISO15189の取得も安全安心の重要な要素であると考えています。

検査部では老朽化した機器の更新が関係各位のご協力により進み始めました。省力化を考慮した機器の選定により、医師、看護師の負担の軽減に資する業務を拡大することが、患者様の安全安心に繋がるものと考えております。今後とも関係各位のご指導をお願いいたします。

「安全安心な医療を目指して」

消化器外科（1） 医員 大野 哲郎



患者さんが安心して診療を受けられることは大変重要なことです。当院の基本理念にも謳われている「患者さん中心の医療」を私たちは常に意識しなくてはなりません。直接患者さんに接している医師の立場から、私が普段心がけている点について述べてみたいと思います。

1. 信頼関係を大切に

患者さんは不安を抱えて病院を訪れます。その不安を軽減できるように私が常に心がけているのは、患者さんを家族と思って接するということです。まず相手を敬い、一方的な説明ではなく、患者さんとの対話を心がけ、患者さんが質問や考えを伝えやすい雰囲気をつくるようにしています。温かい気持ちで接し、丁寧に説明する。この当たり前のことが当たり前にできることが大切だと思います。

入院中の患者さんに対しては、手術日であっても少なくとも朝、夕の2回は必ず顔を出すことを心がけています。また、私たちがルーチンに採っている術後の血液検査、X線写真であっても、必ず検査当日に患者さんに結果をお伝えするようにしています。検査を受けたら結果を聞きたいのは当然です。常に患者さんの立場に立って感じる事が大切だと思います。信頼関係は診療の基本です。これは決して患者さんのためだけでなく、私たち医療者のためでもあると思います。

2. 安全な医療

安全な、ミスの少ない医療は患者さんが安心な医療に繋がります。チーム医療を安全に展開するには、スタッフ全員が共通の理解を持つ事が大切だと思います。そのような意味で、クリニカルパスはスタッフ間で治療方針の確認ができ、術後経過を理解することにも役立っています。手術についても、現時点でのエビデンスのある標準術式をきちんと行い、術者間で手順や使用する器械のバラつきが少ない方が安全と言えると思います。また、化学療法においては必ずエビデンスに基づいたレジメを選択し、プロトコール委員会に登録を行い、薬剤部と連携して行うことが大切だと思います。都度入力避け、できる限り「科セット」を流用することで安全性が高まると思います。クリニカルパスや入力セットについてはまだ不十分ですのでこれから各部門と連携しながら整備していきたいと考えています。また、部門の壁を越えて意見を交わせるオープンな職場作りにも努めていきたいと思っています。

3. 最新の知識、確かな技術

医療人としてのプロ意識を持って、最新の知見は常に頭に入れておかなければならないと思います。雑誌の購読、学会への参加等を積極的に行い、常に知識を整理するようにしています。患者さんの疑問に自信を持って答えられ、その治療法を選択する科学的根拠をきちんと示せなくてはなりません。また、常に修練を積み、確かな技術を身につけることは非常に重要です。技術認定等も積極的に取得したいと思っています。さらに、単に診療を行うだけでなく、常に科学の目を持って研究を行い、学会発表や論文発表を積極的に行うことにより、情報を発信する側に立つことも私たちの大切な役割だと考えています。

4. 自分自身の健康管理

最後に、安全な医療を提供するためには、自らの健康や生活を管理することが必要であり、これは医療人としての基本です。患者のために夜遅くまで、また休日も休みなく働くことは立派なことですが、十分に休息を取ることとても大切なことだと思います。自らが心身ともに健康であることが患者さんに対する優しい気持ちを持つ余裕を作り、安全安心な医療に繋がるのだと思います。

東北大学「重症病棟部」見学と 群馬大学重症患者管理の将来像

集中治療部 副部長 国元 文生



平成 20 年 2 月 21 日-22 日と東北大学附属病院の病診連携システム視察に同行し、術後 ICU、一般 ICU、CCU の計 30 床を統合し、特定集中治療室管理料が請求可能なユニットとして運営する「重症病棟部」見学する機会に恵まれましたのでご報告いたします。

東北大学病院は総病床数 1272 床と、群馬大学病院 715 床の 1.8 倍の規模の病院です。また日本で最も早く「集中治療部」を開設した病院としても知られています。2000 年から ICU を 10 床として運営していましたが、独法化後 2008 年に、ICU を「重症病棟部」として改組し、一般 ICU (10 床)、外科系 ICU (10 床)、CCU (10 床) からなる部門として運営をしています。年間手術件数は、東北大学 6351、群馬大学 6217 とほぼ同数ですが、年間入室患者数は群馬大学 ICU の 5 倍の 2300 人であり、独法化後の病院増収にも大きく貢献しているようです。一方、715 床と病院の規模は小さいながら、相当数の手術を行う群馬大学の ICU 病床は現在 7 床と東北大学の 4 分の 1 で運営しており、総入室患者数は 5 分の 1 となっています。群馬大学は 2002 年には ICU に入室できない患者を治療する目的で ICU に隣接し 16 床の準 ICU (HCU) が設置されましたが、当初期待されていた「HCU 入院医療管理料」取得基準を満たすことができないまま 6 年が経過してしまいました。また HCU ではベッドコントロールなどユニット全体を管理運営する医師が配置されていないため、患者に標準的治療を施すことができないこともまた看護スタッフのストレスの一因となっています。

現在群馬大学 ICU/HCU がかかえる問題は、

- (1) ICU に手術数、緊急入室患者数にみあったベッド数がない。
 - (2) そのため新規入室患者が発生したときにはオンダシと称し、十分治療が終了していない患者を HCU や病棟に移送せざるを得ない。
 - (3) 最後まで ICU で治療せざるを得ない治療困難患者が増加している。
 - (4) ICU の満床状態が続く、術後患者の入室を断らざるを得ない場合がある。
 - (5) オンダシ患者の多くは HCU に移送され治療が継続されることになるが、HCU では、病院平均在院日数が 17 日以下とならないため、いまだに HCU 入院医療管理料を請求できない。
 - (6) HCU には施設管理を行う代表医師がいないため、病棟への退出にも支障をきたし、ひるがえって ICU から HCU への転棟も困難になっている。
- などです。

今回の東北大学見学を参考にしますと、将来の群馬大学 ICU/HCU の運営を改善する方策には以下の案が挙げられます。

(1) まず ICU 施設内の器材室などを移転し、内部に 2 床程度の増床を行うことですが、これは、年度末までには器材室が旧手術室に移転し、部門 LAN サーバーが中央化により撤去されることになっていますので、2 床程度の空間を作り出すことが可能です。

(2) 次案は、HCU 全体を、現 ICU のような特定入院料がとれる部門として運営することです。HCU 内部を、ストロークケアユニット、術後患者治療ユニット、救急患者治療ユニットなどに分けてもよいと思います。要は、重症患者管理料を請求できる病床として改組することだと思います。3 億円

以上の増収が期待できますので、十分に管理運営医師，看護師，検査技師などを雇用することができます。

次いで、臨床工学技士の勤務状況です。東北大学は独法化とともに、コメディカルを統合し、「診療技術部」としました。この中には、臨床工学部門，放射線部門，検査部門など6つの部門があり、部門長が統括しています。臨床工学部門には11人の技師がおり、集中治療部からの依頼にはオンコール体制をとっているとのことでした。しかし、臨床工学部門は、透析，人工呼吸器，体外循環など専門に分かれてしまっていることが時に問題となっているようでした。群馬大学としては、今後若い技士さんたちがすべての生命維持装置を操作できるような教育システムをつくり、将来的には過剰労働とならないように当直体制をとれる人員を整備したほうがよいのではないかと思います。群馬大学ICUではこのところ呼び出し回数も多く、少ない臨床工学技士さんに多大な苦勞をおかけしています。病院全体でも、今後生命維持管理装置の運用が多くなっていくことと思います。生命維持管理装置を専門に扱う臨床工学部門はスタッフを充実させ早々に材料部から独立させるべきではないでしょうか。医療事故防止にもつながると思います。

最後に、2009年当院の医療情報システム更新が予定されていますので、病院LANと部門LANが結合した救急部の情報システムについても見学してきました。現在当ICUでは「ケアビュー」という部門LANを運用し、これが診療記録にもなっています。しかし現在はHISからは検査結果などの情報を受け取るのみで、部門LANからのオーダーなどは不可能な状態になっています。東北大学救急部ではHISと部門LANが結合した理想的なシステム(PIMS:Patient Information Management System)が組みまれていました。また医師の強い希望でHISはインターネットにもつなぐことが可能とのことでした。ただし、ウィルスの進入や医療情報の流出を防ぐために、端末のUSBポートは使用不可能の状態になっていました。当集中治療部も次期HIS更新と電子カルテシステム採用に向けて、使いやすくかつセキュリティの高いシステムを構築してゆく必要があることを実感しました。

(*) 今回の東北大学病院見学は、長谷川副看護部長（元東北大学集中治療部看護師長）のご尽力とご案内により実現いたしました。また東北大学では星野看護部長（元群馬大学看護副部長）をはじめ事務の方々に丁寧なご案内をいただきました。お世話になったかたがたに紙面をお借りして感謝いたします。



東北大学視察