

2009年5月14日発行 [ホープビジョン]

HOPE Vision

Vol. **10**
2009 May

Foreword

**医療界は、今こそ自らを見直して
質の高い医療を提供するために
進んで“Change”を** 山本 修三 氏

Healthcare IT Now

米国の医療 ITの動向とオバマのCHANGE 田中 博 氏

Feature

医療再生 病院経営の改善事例に学ぶ

**職員参加型の経営スタイルで自立再建！
急性期特化による収益構造の改善**
医療法人財団阪南医療福祉センター **阪南中央病院**

**専門特化を拡充し、強固な経営基盤と
住民に信頼される病院づくりを推進** 土井 章弘 氏

看護師が中心になって行う退院支援 福島 道子 氏

Case Study

医療法人 光晴会病院
フルオーダリングへの段階的な移行で導入作業の負担を軽減
たものき内科クリニック
電子カルテシステムと画像ファイリング機能の連携で効率的な診療を提供

Vol. **10**
2009 May

[ホープビジョン]

HOPE Vision

contents

- 1 Foreword
医療界は、今こそ自らを見直して
質の高い医療を提供するために進んで“Change”を 山本 修三氏
- 2 Healthcare IT Now
米国の医療ITの動向とオバマのCHANGE 田中 博氏
- 4 Feature
医療再生 病院経営の改善事例に学ぶ
～中小規模病院における取り組みを中心に～
 - 4 自立再建事例
職員参加型の経営スタイルで自立再建!
急性期特化による収益構造の改善
医療法人財団阪南医療福祉センター 阪南中央病院
 - 7 専門特化事例
専門特化を拡充し、強固な経営基盤と
住民に信頼される病院づくりを推進 土井 章弘氏
 - 11 退院支援事例
看護師が中心になって行う退院支援 福島 道子氏
- 15 Special Contribution 1
3年後に迫った療養病床再編 松原 喜代吉氏
- 20 Special Contribution 2
中小規模病院におけるDPC参加の考え方 須貝 和則氏
- 22 HOPE VISION Report
金融債権の回収ノウハウを未収金督促に生かす!
株式会社富士通九州システムズ
- 24 Information
富士通医療ソリューション・トピックス
- 25 Topics
独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター
カルテや画像などの診療情報を共有して地域医療の質を上げる百万石メディねっと
- 28 Case Study 病院編
医療法人 光晴会病院
フルオーダリングへの段階的な移行で導入作業の負担を軽減
- 31 Case Study クリニック編
たものき内科クリニック
電子カルテシステムと画像ファイリング機能の連携で効率的な診療を提供



→ 2 page



→ 4 page



→ 7 page



→ 11 page



→ 25 page



→ 26 page



→ 28 page



→ 31 page



医療界は、今こそ自らを見直して 質の高い医療を提供するために進んで“Change”を

国民の医療ニーズに基づいた医師の確保と、国民からの医療費の提供につながる変革が必要。そのためには、良い医師を育てる、地域医療を支える本質的な診療報酬と臨床研修制度の環境整備が求められます。そして、医療界は医療の質を管理してチェックする仕組みを築くことが重要です。

社団法人日本病院会の今年の賀詞交歓会で、私はオバマ大統領の選挙演説を引き合いに出し、2009年は医療界にとって“Change”の年であると述べました。日本国内の政治不信や、サブプライムローン問題に端を発した「リーマンショック」によって世界的な不況の中、医療界としても、自分たちを見つめ直して、変わっていかなければいけません。医療界が自主的に自分たちの組織を見直して、国民のために良い医療を提供するための強固な仕組みをつくるために、“Change”が必要なのです。

“Change”が必要な医療界ですが、医療崩壊と言われていることの実態は、病院医療の崩壊であり、それによる地域医療の崩壊です。その要因は何かと言うと、医師不足と医療費が不十分なことです。医師が少ない中で、診療報酬が2002年からマイナス改定となり、特に2006年に-3.16%と下がったことが致命的となりました。また、7対1入院基本料の新設のように、看護師の数で評価する施策や、臨床研修制度についても、うまく機能するための基盤を整備できていなかったため、逆効果となって一気に崩れてしまいました。

そこで、私が議長を務める日本病院団体協議会（日本病院会など11団体で構成）では、2008年12月に「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」をとりまとめ、厚生労働省に提出しました。この中では、病院機能の中心である入院における入院基本料のあり方を提言しています。急性期医療の入院基本料の問題点は、看護師の数で決まっていることです。病院には、看護師だけでなく多くの職種

のスタッフがいます。この人件費が入院基本料には加味されていません。同じように建物の減価償却費や医療機器の器械保守料など、設備関係費も評価されていません。提言では、このような急性期医療を維持するために必要な経費も、入院基本料に含めることを求めています。

また、入院医療のあり方として、機能分化にも触れています。機能分化は、高度機能病棟、急性期病棟、地域一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、慢性期病棟としました。この中にある地域一般病棟とは、地域医療を支える中小規模の病院などが急性期から慢性期まで患者さんを診ていかななくてはならない実状を勘案して、病期で区切らず、幅広く医療を提供する施設を評価するためのものとして設けました。さらに、提言では、実態に即した外来診療や精神科医療のあり方、医師や看護師不足の解決策として医療専門職の職掌についても言及しています。

しかし、医師不足は、もっと根本的な問題だと私は考えています。日本は国民皆保険ですから、国民に一定のレベルの医療を提供するためにも、地域に必要な医師を配分しなければいけません。そこで、専門医制度を整え、医師を配分するための仕組みをつくるのが重要です。例えば、がんや糖尿病などの地域ごとの医療ニーズを把握した上で専門医を配分すれば、効率的に地域医療をカバーできます。その仕組みの中で、専門医の数に基づいて研修医を配置すれば、医師不足の解決につながると思います。

2010年から臨床研修制度が変わりま

すが、地域の指導体制を考慮せずに都道府県ごとに定員を設けるのは問題です。専門医がおらず、研修の体制が整っていない地域に研修医を配置しても、質を維持できません。地域ごとに指導医がいて、その下で研修を受ける体制ができてこそ、地域医療は保持されます。私たちとしても、専門医制度の見直し、質の向上に取り組んでいきます。そして、医療不信になっている国民からの信頼を回復するために、先進国と比較してわが国に不足している医療の質を管理・チェックする仕組みを、必ずつくろうと考えています。それも私たちがめざす“Change”です。

このような状況の中、特に中小規模の病院は厳しい状況にあると思いますが、地域医療を支えるためにも、しっかりと経営に取り組んでいただきたいと思います。実際に、地方に行ってみると、専門病院として特化したり、多角化し老人保健施設や療養・慢性期病床を持つことで、地域に貢献している元気な病院が多くあります。今後中小規模の病院には、こうした専門性を高める、あるいは多角化するといった取り組みが重要になってくるのではないのでしょうか。

医療が問題を抱えていることは、多くの国民に理解していただいていると思います。厚生労働省医政局も医師確保や救急医療対策など、2009年度の予算を増額しました。これは大きな“Change”です。そして、私たちにとってはチャンスでもあります。私たちがこの予算を患者さんのためにうまく利用していくことが、これからの医療にとっても大事だと言えるでしょう。■

山本 修三氏（やまとも しゅうぞう）

1959年慶應義塾大学医学部卒業。64年同大学大学院医学研究科修了。芳賀赤十字病院、米国シンテックスリサーチセンターなどを経て、73年に済生会神奈川県病院外科医長。90年に院長となり、2002年に同院名誉院長となる。現在、慶應義塾大学医学部客員教授も兼任する。

オバマ大統領、 経済再生政策で 「電子カルテ推進」へ 2兆円の予算

サブプライムローン問題から勃発した世界的な金融危機は、実態経済へと浸透して、米国のみならず世界的な経済不況を引き起こしている。オバマ大統領（写真）は、この未曾有の経済不況に対して、就任間もない2月17日、米国経済を再生し雇用の増大を図る「米国再生・再投資法（ARRA：American Recovery and Reinvestment Act of 2009）」に署名した。この法案では、350万人の雇用創出などを目標に、7870億ドル（約77兆円）の資金が投じられ、医療IT推進施策が提唱されている。その中でも注目すべき点は、有名なクリーンエネルギーなどの環境エネルギー対策や、ITなどのインフラ整備と並んで、「医療のIT化、特に電子カルテの普及・推進」に192億ドル（約2兆円）を投じたところである。その内訳は以下である。

1. 医療IT化政策遂行に 20億ドル（約2000億円）

この部分は、国家医療IT調整官室（ONCHIT：Office of the National Coordinator for Health Information Technology）に予算措置された。ONCHITは、米国の医療IT政策を推

進する保健省（HHS：Department of Health and Human Service）所属の機関で、この予算は電子カルテの標準化、診療情報の地域共有のためのインフラ整備、EHR（Electronic Health Record）推進のために州への予算配分、遠隔医療の促進、地域医療ITセンターの創設などに使用される。

2. 医師などへ電子カルテ採用 インセンティブに172億ドル （1兆7000億円）

この部分が驚嘆に値する規模の予算である。米国では国民皆保険は実

間で4万4000ドル（約440万円）が支給される。その反面、2015年までに電子カルテを採用していないとMedicare、Medicaidの支払いが毎年1%ずつ減率される。

このようなきわめて大規模な予算措置によって、米国の医療のIT化は急速に進むと思われる。また、関連産業への波及も含めて、大規模な雇用創出が生じるとされている。

米国の医療ITの 推移と現状

このような大型の推進対策が講じ

HEALTHCARE IT NOW

米国の医療ITの 動向とオバマの CHANGE

田中 博氏

東京医科歯科大学大学院生命情報科学教育部教授（前・日本医療情報学会長）



バラク・オバマ大統領

現していないが、65歳以上の老人と障害者が加入するMedicare（メディケア）と、低所得者が加入するMedicaid（メディケイド）という公的な医療保険制度がある。これらの診療費の医師・病院への支払いにおいて、「品質が認定された（certificated）電子カルテを有意義に使用（meaningful use）している医療適格者や病院」に対し、2011年（あるいは2012年から）5年間にわたりボーナスが支給される。最初の1年は1万8000ドル（約180万円）で、次の年以降はボーナスの額は年々減少するが、5年

られる米国の医療ITであるが、ここでこれまでの米国の医療IT化の動向を少し簡単に説明しよう。

1. EMRとEHR

まず医療情報の電子化である電子カルテにもEMR（Electronic Medical Record）とEHRの2つの概念があることについて少し述べたい。EMRとは、病院や診療所など単独の医療施設内での診療の基盤である通常の電子カルテである。これに対して、EHRとは複数の医療機関の診療記録や健康記録も集積した一人ひとりの

国民の生涯健康医療記録の電子化である生涯電子カルテである。

医療のIT化と言うと、まず病院などの医療施設内での医療情報の電子化を指し、通常はEMRとしての電子カルテを指す。しかし、診療情報電子化の目的は、単独の医療施設内だけでなく、複数の医療施設の間の患者の情報共有や、生涯にわたる医療・健康情報の管理など、地域共有性、生涯継続性も大きな目標である。EHRはそのための医療情報の基盤である。EHRの場合、ある意味では診療情報の要約であり、薬歴や検査歴、診療画像が電

EHRの実現の必要性に至ったわけであるが、英国では計画当初には1.2兆円(後に3.6兆円)という大型予算をつけて、Connecting for Health政策を開始したし、カナダではInfowayという官立の投資会社が設立され、国から受けた資金を各州の医療IT化プロジェクトに投資し始めた。

米国もこれらの状況を鑑みて、2004年の年頭教書で当時のブッシュ前大統領は、EHRの政策を提唱し、2014年までに米国民のすべてにEHRを実現すると宣言している。そして、国の医療IT化政策を推進する

なって、2004年から2007年にかけては盛り上がった。

しかし、ボランティア活動ではなかなか継続化が難しく、マサチューセッツ州などを除き、往時は100以上あったRHIOも10程度に減少した。米国型のEHR戦略は失敗したと言われた。

3. PHRの興隆と患者中心型健康医療コミュニティ形成

RHIOの低調とは対照的に、米国では最近ではPHR(Personal Health Record)が進んでいる。これはRHIOのように地域や州ではなく、個人が自らの健康医療記録を蓄積・管理するもので、例えばマイクロソフト社が始めたHealth Vaultあるいはグーグル社が推進しているGoogle Healthなどが有名である。Health VaultはHMOの大手であるカリフォルニアのKaiser Permanenteと提携していて、これに参加している病院の診療情報が自動的に取り込める。そのほか調剤薬局の情報などを取り込んで、個人の電子健康医療記録を作成でき、これに基づいて個人の健康管理ができる。最近ではさらにPHRの概念を超えて、インターネット上で患者間での健康医療コミュニティをつくり、活発な活動を展開している。いずれにせよRHIOの失敗以降、多様な展開をしている米国に、オバマ大統領の医療IT化の大型のCHANGE政策が巻き起こす影響は大きい。



田中 博氏(たなか ひろし)

1981年に東京大学大学院修了。医学博士、工学博士。東京大学医学部講師、浜松医科大学医学部助教授、マサチューセッツ工科大学計算科学研究所客員研究員などを経て、91年に東京医科歯科大学難治疾患研究所情報医学研究部門教授となる。95年から同大学情報医学センターセンター長を兼任。2003年から同大学大学院生命情報科学教育部兼任となり、2006年から同大学大学院生命情報科学教育部長、大学評議員。前日本医療情報学会会長。2008年にはユビキタス健康医療技術の普及に貢献したことが評価され、総務省の情報通信月間推進協議会会長表彰(情報通信功績賞)を受賞した。

子化されていけば、後は不足した情報を入力すればその地域で完全なEMRが全病院に実現されていなくても、その地域のEHRは可能である。その意味でEMRとEHRはある程度、個別に進めることができる。

2. 国民的EHR政策の国際的な開始と米国のRHIO

2002年ぐらいから、英国やカナダなど欧米の各国が大型の国家的規模のEHR実現政策を開始した。各国それぞれの事情にしたがって、国民的

ため、先に述べたONCHITを設置した。ONCHITは電子カルテの認証を行うCCHIT(Certification Committee for Healthcare Information Technology)などを創設したりして一定の寄与を果たしたが、ブッシュ政権では大型の医療IT化予算を組めなかったため、医療IT化は、地域の保険会社と病院の連合体(HMO: Health Maintenance Organization)や、地域医療施設のボランティア的な活動によって支えられた地域医療情報組織(RHIO: Regional Health Information Organization)が中心と

おわりに

わが国の大型医療IT予算の展開へ

オバマ大統領の大胆な政策提唱は、わが国にも影響を与えつつある。これまでe-Japan政策やその後の2006年からのIT新改革戦略を遂行していたわが国も、「全治3年」の経済不況から脱するために、緊急に「デジタル新時代の新戦略」を開始した。医療ITも特に重点を置く予算投入課題となりつつある。期待できる展開である。■

Feature

病院の経営環境は厳しい状況が続いています。今後の病院経営は、診療報酬などの医療制度の動向を読み取りながら、地域医療連携など長期的な視点を持って取り組んでいくことが重要です。そこで、今回のFeatureでは、経営再建や専門特化などで具体的な成果を上げている、中小規模病院での取り組み事例を取り上げ、厳しい時代を生き抜いていくためのヒントを探ります。

医療再生

病院経営の改善事例に学ぶ
～中小規模病院における取り組みを中心に～

Contents

自立再建事例

医療法人財団阪南医療福祉センター 阪南中央病院

職員参加型の経営スタイルで自立再建！
急性期特化による収益構造の改善 4

専門特化事例

土井 章弘 氏 (財団法人操風会岡山旭東病院^{きよくどう}院長)
専門特化を拡充し、強固な経営基盤と住民に信頼される
病院づくりを推進 7

退院支援事例

福島 道子 氏 (国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所
看護学分野教授)
看護師が中心になって行う退院支援
大田原赤十字病院の実践 11

自立再建事例

医療法人財団 阪南医療福祉センター

阪南中央病院

職員参加型の経営スタイルで 急性期特化による収益構造の

職員満足度の高い職場づくりと 変化を読む経営感覚が成果を生み

大阪府の中南部に位置する松原市の阪南中央病院は、2001年度末、道を歩み始めました。累積赤字90億円という状況の中、患者中心職員も参加して経営方針を策定。急性期医療への特化と地域連携のDPC対象病院へと移行。収益構造を改革することで、翌年度に黒

累積赤字90億円を抱えて 自立再建の道を選択

阪南中央病院は、1973年10月に同和対策事業特別措置法に基づき、大阪府と松原市の共同出資によって設立されました。公的病院として、設立当初から地域医療に力を入れてきました。開院当初から患者中心の医療をめざしており、包括的なケアを行うために、1970年代に保健福祉部を設置。保健師による住民の訪問を行ってきました。また、同院では看護部門の充実にも努めてきました。2人夜勤が主流だったころから、ほかに先駆けて3人夜勤として、手厚い看護を行う体制をとりました。しかし、それは同時に人件費の増加につながり、収益を圧迫するようになってきました。1980年代以降、大阪府の指導を受けながら合理化計画を立てて経営改善を進めたものの、医業収入の10%程度の赤字が出ており、2001年度には累積赤字が90億円にも上っていました。

このような経営状況の中、さらに追い打ちをかけるように、2001年度に大阪府は同和対策事業特別措置法の法的期限と財政悪化を理由に補助金の交付を打ち切ることになりました。同院は存続の危機を迎え、民間の医療機関への売却か、民営化して自立再建するかの選択を迫られました。そして、三浦理事長と職員は、自立再建の道を選んだのです。1973年から同院で診療してきた三浦理事長は、「30年にもわたり地域医療に取り組み、住民と築



〒 580-0023
大阪府松原市南新町 3-3-28
TEL 072-333-2100
FAX 072-335-2005
URL <http://www.hannan-chuo-hsp.or.jp/>

自立再建！ 改善

出す

大阪府からの補助金打ち切りが決定したことに伴い、自立再建の医療を提供し続けるために、三浦洋理事長（病院長兼任）の下、強化によりダウンサイジング化を進めました。さらに2006年には字化を実現しました。

「いってきた信頼関係を失いたくありませんでした。そこで、職員たちと話し合いを重ね、自立再建することを決めました」と、当時を振り返って述べています。

患者中心の医療の提供という姿勢が 浸透した職場環境が自立再建を後押し

自立再建の道を選んだ阪南中央病院では、特定調停によって、大阪府と金融機関から70億円以上の債務免除を受け、病院の理事たちが必要な資金を差し出し、2002年4月から本格的な自立再建への歩みをスタートさせました。しかし、民営化にはいくつものハードルがありました。先行きの見えない中、数十名の職員が病院を去っていきました。また、2002年は、診療報酬改定が史上初の本体部分のマイナス改定となり、病院の収入にも影響を及ぼすことは必至でした。

このような状況の中でも、残った職員は、「医療を受けられない人たちにも平等に医療を提供する」という開院以来、同院が貫いてきた姿勢に賛同し、一丸となって再建に取り組みました。石川恵子看護部長は、「厳しい状況にあっても、病院の設立の趣旨を変えることなく、医療を続けていくために、みんなで頑張ろうという思いがありました。」と述べています。

再建へのスタートを切った同院で、三浦理事長がまず取り組んだことは、職員の賃金カットでした。従来、職員の給与は、公務員と同水準でしたが、幹部職員も含め、



三浦 洋 理事長
(病院長兼任)



石川 恵子 看護部長

ほとんどの職員が15～30%の減額となりました。にもかかわらず、多くの職員が同院にとどまりました。さらに、このような混乱の中でも、地域住民との信頼関係は揺らぐことはありませんでした。

職員と再建経営方針を策定し 全員参加型病院経営を進める

人件費の大幅削減などの厳しい条件で再建を進めていくことは、職員のモチベーションの低下につながりかねません。そこで、阪南中央病院が出した答えが、職員との対話による経営方針の策定でした。幹部や科長クラス、あるいは全職員の研修会、合宿を実施したほか、労働組合とも徹底的に議論を重ね、同院がめざすべき姿を探りました。このような話し合いの場を設け、議論をすることで、三浦理事長以下、全職員の意識の統一が図られたのです。そして、「急性期医療に特化し、地域医療に貢献する」というビジョンが決定しました。三浦理事長は、「従来は慢性期病床もあるケアミックス型の医療を提供していましたが、医療政策の動向を踏まえ、急性期医療に特化し、診療所との地域連携を強化することが再建のカギとなると判断しました」と述べています。

こうして同院は2002年から急性期加算の準備を進め、2003年に取得。2004年4月1日から、補助金を受けない完全自立経営の「医療法人財団阪南医療福祉センター 阪南中央病院」として再出発しました。以降、三浦理事長のリーダーシップの下、全員参加型の病院経営を進めています。特に盛んなのが委員会活動です。委員会は地域連携や医療安全、緩和ケアなど15ほどあり、病院幹部が打ち出す施策に対し、組織横断的に全職種の職員が参加して議論して、具体的な取り組みを決定しています。この仕組みがうまく機能したことで、同院は赤字体質脱却に向けた職員の意識改革を実現しました。

ダウンサイジング化とDPC導入で 収益の構造改革

阪南中央病院が黒字化を成功させたポイントは、急性期医療への特化と地域連携の強化、DPC対象病院への移

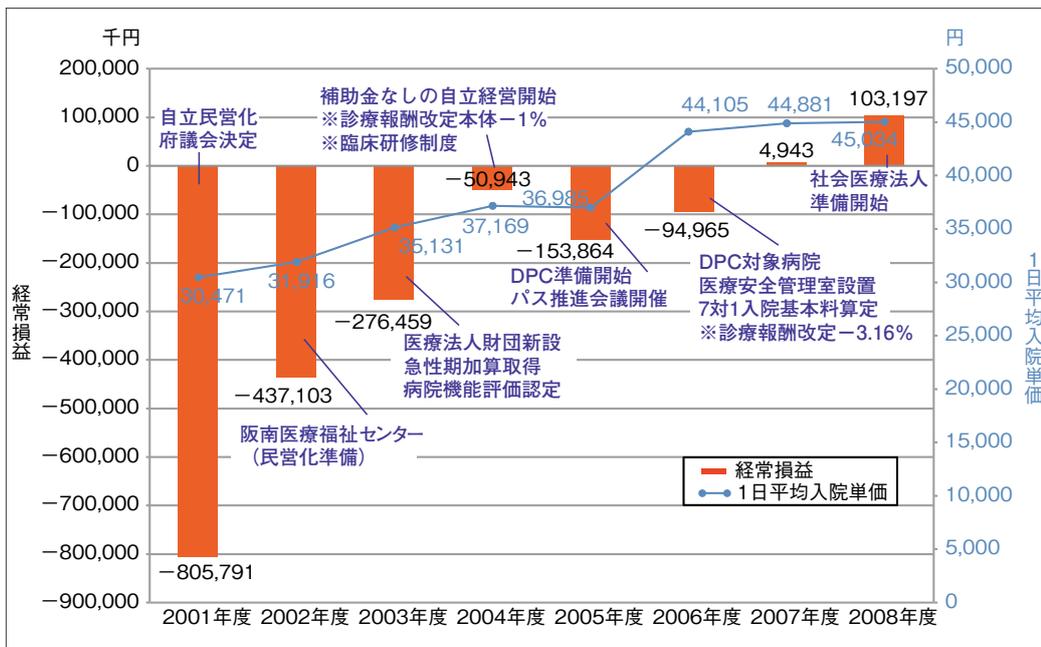


図1 阪南中央病院の経常損益と1日平均入院単価の推移（2008年度は予算）

行という、3つの取り組みです。これらの施策には、職員が積極的にかかわっています（図1）。

1. 急性期特化と地域連携強化でダウンサイジング化し7対1入院基本料も算定

急性期医療に特化するという、新病院の経営方針に基づいた取り組みの中で、同院では、地域連携を強化することにしました。2002年の7月に開放型病院の認可を受けており、地域連携室では、積極的に職員が診療所を訪問し、情報提供などを行っています。こうした活動により、近隣の診療所が地域住民のかかりつけ医として、外来機能を担うような形になりました。結果として、民営化前の2001年度に758人だった1日平均外来患者数は、2008年度が370人（予算）と、半分にまで減少させることができ、その分のマンパワーなどの医療資源を入院部門に投入することができるようになりました。

また、民営化以前は最も多い時期で312床あった病床も、自立再建決定に伴う退職などにより看護師数が減少したことを受けて、235床にまで削減し、病床稼働率80%前後を維持。2008年度の病床稼働率は78%（予算）となっています。これにより、2006年度の診療報酬改定で新設された7対1入院基本料も算定できています。

同院では、このようなダウンサイジング化を図り、収益を上げる体制を整えました。

2. DPC対象病院への早期移行と在院日数の短縮に取り組み高収益化

急性期病院となった同院では、2003年から始まったDPCにも、早期から参加をめざし、2006年度から対象

病院となりました。当初、中小規模病院であることから、難色を示す職員もいました。しかし、急性期病院となった以上、DPC導入は避けては通れないとの判断から、2005年から約半年間をかけて、クリティカルパスの委員会活動も行いながら、準備を進めていきました。

同院の平均在院日数は、2001年度の

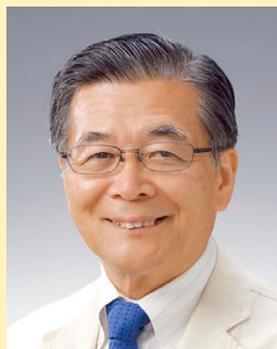
16.5日から2004年度には11.2日まで短縮できました。これに伴って、1日平均入院単価が飛躍的に上がり、2001年度3万471円だったのが、2006年度には4万4105円、2008年度には4万5034円（予算）となりました。外来部門の収入減を、病棟部門でカバーし、収益を上げる構造にしたことが、黒字化につながったのです。

高い職員満足度を生む職場づくりと変化を読む経営感覚の相乗効果で病院を再生

職員の退職や給与カットなど、「痛みの伴う」自立再建の道歩んだ阪南中央病院ですが、民間の調査会社が2007年度に行った職員満足度調査では、40病院中1位の結果となりました。1973年の開院から守り続けてきた平等な医療の提供という姿勢に、職員が自信と誇りを持っていたことに加え、民営化以降、積極的に経営に参加する環境が生まれたことが大きな要因と言えます。また、看護部門では、開院時からナイチンゲール思想に基づいた看護研修プログラムをつくり、その後さらに発展させたKOMI (Kanai Original Modern Instrument) 理論による教育を徹底しています。石川看護部長は、「看護師は自分たちの仕事の目的を明確にし、プライドを持って高いモチベーションを維持しながら、業務に取り組むことができている」と述べています。

このような職場環境を築き上げ、三浦理事長が「医療制度や社会の動向など、時代の流れを見て、いち早く変化に対応していくことが重要」と話すその経営感覚が噛み合い、職員が一丸となってダウンサイジング化に取り組んだことは特筆すべき点です。阪南中央病院が再生した理由は、そこにあると言えるでしょう。■

専門特化を拡充し、 強固な経営基盤と 住民に信頼される 病院づくりを推進



土井 章弘氏
(とい あきひろ)
1966年岡山大学医学部脳神経外科入局。72年米国ペンシルバニア大学ブロードストリート病院に留学。75年から香川県立中央病院脳神経外科主任部長。88年から現職。社団法人日本病院会中小病院委員会委員長、おかやまあかいはな道化教室代表を務める。主な論文、著書に『生命(いのち)のきずなフォーラム2008記録集』(岡山旭東病院・おかやまあかいはな道化教室)、『輝け看護部』(『看護マネジメント』産労総合研究所)、『経営理念の意味を考える』(『日本病院会雑誌』日本病院会)、『財団法人操風会岡山旭東病院の経営指針実践事例集—経営理念に基づく経営指針の作成から部門別計画の実践まで』(監修、経営書院)がある。

土井 章弘氏
財団法人操風会岡山旭東病院院長

はじめに (表1)

岡山旭東病院は、岡山市の郊外、市の中心部を流れている旭川と国道2号線との交差点に位置し、瀬戸大橋にも近い四国からのアクセスも良く、また山陰とも高速道路で結ばれ交通の利便性は良い。岡山県は人口約200万人で、県南に人口の過半数が集中している。岡山市の人口は約70万人で、2009年4月1日より全国18番目の政令指定都市となった。近隣には、岡山大学病院、川崎医科大学附属病院があり、ほかに9つの500～1000床規模の総合病院があり、医師数も人口10万人に対し246人(全国平均201人)で、比較的医療環境は恵まれている。

このような環境の中で、当院は財団法人操風会の事業として1983年に19床の旭東整形外科医院(土井基之・現副院長、整形外科医)からスタートし、1988年に脳神経外科医である私が加わって、102床に増床し、脳・神経・運動器疾患の総合的専門病院をめざすことになった。病院経営については、中小企業家同友会(全国4万社加盟)

に入学して、経営理念の大切なこと、経営理念・経営方針・経営計画を三位一体とした経営指針書の作成の重要性を学び、1990年より、毎年度経営指針書を作成し、人間尊重を基盤とした全員参加の経営をめざしてきた。岡山市の経営環境から、地域になくはならない専門特化と特色ある経営でなければ生き残れないと考えて今日に至る。

病院の紹介 (表2)

当院は脳・神経・運動器疾患を対象とした総合的専門病院であり、7対1入院基本料を取得している。脳神経外科8名、神経内科4名、整形外科5名、内科4名、循環器科2名、リハビリテーション科1名、放射線科4名、麻酔科2名の30名の常勤医師と非常勤医師25名で、全職員数は347名、非常勤職員27名で運営され、関連事業所として、訪問看護ステーションたんぼぼ(6名)とケアプランサービス旭東(3名)がある。特徴的な人員配置は、急性期リハビリテーションに特化し、リハビリテーションスタッフ〔作業療法士(OT)、理学療法士(PT)、

1953年(昭和28)	財団法人操風会 創立
1983年(昭和58)	旭東整形外科医院(19床) 開設
1988年(昭和63)	岡山旭東病院に名称変更(102床) 脳・神経・運動器の総合的専門病院 経営理念の基づく経営指針書成文化
1990年(平成2)	西館増築(162床)増床
1998年(平成10)	リハビリテーション総合承認施設 サイバーナイフセンター開設
2000年(平成12)	電子カルテシステム導入 ISO14001認証
2003年(平成15)	新館落成 PET・RIセンター
2004年(平成16)	DPC対象病院 財団創立50周年
2005年(平成17)	健康の駅開設(NPOまちの駅)
2006年(平成18)	日本医療機能評価機構(Ver.5)更新認定
2007年(平成19)	個人情報保護法に対応してPマーク受賞 3T MRI・64列CT 新規導入 レストラン(あかい鼻)を開設
2008年(平成20)	ISO141589取得(臨床検査部門) ※関連病院: 岡山リハビリテーション病院 (回復期リハビリテーション病院)129床・高畠眼科 岡山西病院40床

表1 岡山旭東病院の沿革

病床	162床	看護基準	7:1看護
職員数	347名	看護師	145名
常勤医師	30名	非常勤医師	25名
訪問看護ステーション	6名	ケアプランサービス	3名
脳・神経・運動器疾患の総合的専門病院 脳神経外科・整形外科・神経内科・リハビリテーション科・内科 循環器科・放射線科・麻酔科・形成外科・リウマチ科 日本医療機能評価機構認定(Ver.5)(2006.2) ISO14001取得(2003.10)更新(2006)Pマーク取得(2007)			
脳死による臓器提供施設			
ICU	8床	総合リハビリテーション施設	
脳卒中センター	42床	健康センター(PETドック・脳ドック)	
亜急性期病床	16床	PET・RIセンター(PET/CT2台)	
画像センター機能(PET/CT2台、1.5T MRI2台、3T MRI1台、64列CT1台、DSA)			
平均在院日数	15.1日(2008)	病床稼働率	89.9%(2008)
平均紹介率	48.0%(2008)	平均逆紹介率	51.0%
患者満足度調査(5段階表示4以上)			92.1%(2008)



建築延面積14609m²



サイバーナイフセンター

表2 岡山旭東病院の概況(2009年4月1日現在)

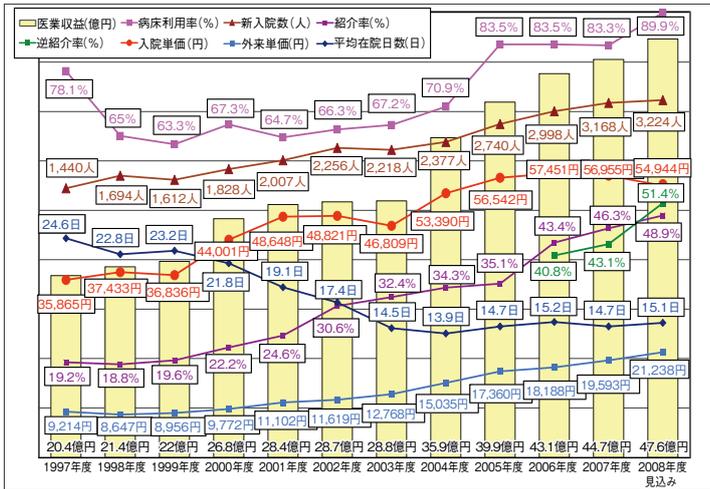


図1 主な経営指標の推移

2009年度		2010年度	
2008年		2009年	
11月	全職員へのアンケート調査 (経営戦略シート)	11月	全職員へのアンケート調査 (経営戦略シート)
12月20日	ブレインストーミング	12月19日	ブレインストーミング
2009年		2010年	
1月	経営方針の決定	1月	経営方針の決定
1月16日(金)	業務連絡会 経営方針発表	1月15日(金)	業務連絡会 経営方針発表
～原稿作成、資格の抽出～		～原稿作成、資格の抽出～	
2月9日(月)	各部署・委員会原稿提出期限 (各部長提出→学術管理室へ提出)	2月8日(月)	各部署・委員会原稿提出期限 (各部長提出→学術管理室へ提出)
2月10日(火)	経営会議 資格の検討	2月9日(火)	経営会議 資格の検討
2月12日(木)	各部長、TQM (Total Quality Management) 責任者と院長協議 (～19日(金))	2月10日(水)	各部長、TQM責任者と院長協議 (～19日(金))
2月20日(木)	最終原稿を学術管理室へ提出	2月22日(月)	最終原稿を学術管理室へ提出
3月2日(月)	印刷会社へ原稿提出	3月1日(月)	印刷会社へ原稿提出
～原稿校正、2回～		～原稿校正、2回～	
3月10日(火)	経営会議 最終原稿確認	3月9日(火)	経営会議 最終原稿確認
3月24日(火)	納品	3月23日(火)	納品
3月26日(木)	2009年度経営指針発表会	3月25日(木)	2010年度経営指針発表会

表3 経営指針書作成のスケジュール

言語聴覚士 (ST) が30名いる。また、ICU病棟は8床あり、医師が2名で当直し、救急対応に薬剤師、臨床検査技師、事務職が当直している。

年間手術件数 (2008年度) は、脳神経外科287件、脳腫瘍や脳動脈瘤などサイバーナイフ治療259件、整形外科682件、神経内科1157人 (入院) などである。医業収益47億6000万円、人件費率48.6%、経常利益率11.4%である。紹介率48.9%、逆紹介率51.4%で、DPC対象病院となっている (図1)。図1のとおり、入院1人1日単価は2006年の5万7451円がピークで、2008年度は5万4944円とやや低くなっている。平均在院日数は14、15日程度であるが、10日に近づきたい。

2003年に病棟オーダーリングシステム (電子カルテシステム富士通HOPE/Dr'note) を導入した。2名の臨床工学技士 (ME) が対応している。

岡山旭東病院のマネジメント 経営指針書の意義と作成手順

～経営指針書を基本にしたQMS (図2)～

当院は、1990年11月10日に第1回目となる1991年

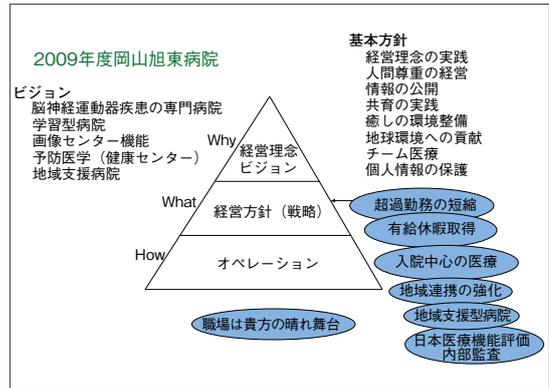


図2 2009年度の経営指針

度の経営指針の発表会を開催して以来、毎年度、経営指針書を作成して、2009年度で20年目を迎えた。経営指針は「経営理念」、「経営方針」、「経営計画」からなり、経営方針には「基本方針」と「単年度方針」があり、理念と方針に沿って経営計画を作成する。経営方針の策定に当たっては、2008年11月に全職員にアンケートを施行した。アンケートを集計して意見を吸い上げ、各部門長が集約し、12月20日に経営陣がブレインストーミングを行い、新年度の経営方針を討論した。そして、2009年1月に院長の責任で、単年度方針を発表した。増改築などの病院全体にかかわる計画は経営者によって基本計画を立案し、それに従って各部署、委員会でそれぞれ計画をする。3月に経営指針書を作成して発表。また、経理 (財務状況) の公開も同時に行い、情報の共有を図る。11月には、半期見直しの発表会を開催して、未達成の事案を確認し2010年3月までに完結する (表3)。

経営理念を目的とし、経営方針を目標に実行する手順が経営計画である。経営の羅針盤・経営のクリティカルパスと言ってもよい。職能資格人事制度は、経営指針とリンクし、職員活動を評価して、やりがいに結びつける制度である。病院の役割については小冊子『岡山旭東病院の役割——マニフェスト』で説明している。経営指針では前年度検証を記載し、計画項目は改善業務、新規業務、患者満足、教育 (共育) に分けて計画を立てる。また、新規計画の重点項目を策定して、PDCA (Plan → Do → Check → Action) によって計画を遂行する。経営指針によるQMS (Quality Management System) のめざす目的は何か? それは4つの経営理念である。

◎経営理念

- (1) 安心して、生命をゆだねられる病院
- (2) 快適な、人間味のある温かい医療と療養環境を備えた病院
- (3) 他の医療機関・福祉施設と共に良い医療を支える病院
- (4) 職員ひとりひとりが幸せで、やりがいのある病院

具体的な目標は、次のとおりである。

○ 8つの基本方針

- ①経営理念の実践
- ②人間尊重の経営
- ③情報の公開
- ④共育の実践
- ⑤癒やしの環境整備
- ⑥地球環境への貢献
- ⑦チーム医療
- ⑧個人情報保護

○ 5つのビジョン

- ①脳・神経・運動器疾患の総合的専門病院
- ②学習型病院
- ③総合画像センター
- ④予防医学
- ⑤地域支援病院

○ 5つの外部評価

- ①日本医療機能評価機構認定 (Ver.5) (2006年2月)
- ②ISO14001 (環境ISO) →地球環境への貢献 (2003年)
- ③個人情報保護プライバシーマーク (Pマーク) 審査→個人情報保護 (2007年9月5日)
- ④病院探検隊 [ささえあい医療人権センター (COML)] (2006年11月26日)
- ⑤ISO15189 (臨床検査部門) (2009年4月1日)

これらを実践するために、中長期計画、単年度経営計画がある。経営指針書は単年度計画を達成することが最も大切である。QMSではこれらの目標に向けて、改善業務、新規業務、患者満足、教育(共育)などの計画を実行し、特に重点項目をPDCAによって日々実践する。重点項目に関しては、年4回各部署から各部長に報告され、最終的に院長・副院長に報告、チェックを受ける。全体的な中間評価は、経営指針中間報告会(2009年11月29日)で全職員参加の下に行う。日常的には会議、委員会に経営指針書を持参して計画を確認する。また、**職能資格制度**に従い、年に2回は各部署でヒアリング(上司との面接)を行う。1年間の結果の総括は、新年度経営指針の「前年度検証」に記載する。

経営指針書の中の経営理念と数値目標は、BSC (Balanced ScoreCard) の視点、すなわち①顧客の視点、②業務プロセスの視点、③学習と成長の視点、④財務の視点で評価する。経営指針は経営の羅針盤で、そのめざす目的は経営理念の達成であり、「医療の質」、「働きの質」の追求にある。経営指針書を基本に置いたものが当院のQMSである。

経営者の心構え

「経営者である以上、いかに環境がきびしくとも、時代

の変化に対応して、経営を維持し発展させる責任がある」。これは、中小企業家同友会全国協議会が発行する『人を生かす経営—労使見解』に書かれた一文である。病院経営も同じであり、厳しい経営環境にあっても、医療サービスは国民の共有財産であるとの認識に立って理念経営を堅持することによって、道は開けると思う。私たちの医療関連業種は、ほかの職種に比して、国民皆保険制度の下に運営されるため、多くの規制や制限があるが、比較的不況に強く、守られている。病院経営は、利潤を追求するのではなく理念を追求することによって、社会からの褒美として利潤がついてくると信じている。したがって、理念経営を実践することによって、利潤がついてくるような医療制度と診療報酬体系になることを期待している。

こんな病院をめざしている

1. 医療と文化(アート)との融合

私たちの病院の理念の1つに、「快適で、人間味のある温かい医療と療養環境を備えた病院」がある。五感に快いものはすべて取り入れる。音楽・絵画・道化・生花・笑いとユーモア・演劇・アロマセラピー・料理などである。きっかけは、2002年9月1日。岡山市で道化医師パッチ・アダムス氏を招へいして、講演会を開いたことに始まる。

彼は「愛と笑いとユーモア」の大切さを、1500人を超える聴衆に訴えた。パッチ氏の講演を記念して150人を収容できる多目的ホール(パッチ・アダムスホール)を造った。2002年11月より、同ホールを会場に「赤い鼻道化教室」を塚原成幸氏(クリニクラウン)を案内人として、年に4、5回開いている。音楽会も月に2~4回開催している。ボランティアとして定期的な演奏会や職員のクラリネットやピアニストの演奏もある。絵画も地域のアーティストに協力いただいている。

2. 癒やしの環境整備

現在、当院にガーデナーが3名いる。10か所程度の庭園であるが、常に整備をしている。現在、第26回全国都市緑化おかやまフェアに病院でミニ庭園を提供して、これを病院に持ち帰る予定である。昨年は、岡山市のコンクールにおいて、屋上庭園の部で最優秀賞を獲得した。

3. 地球環境への貢献

ISO14001(環境ISO)を取得しているが、残食の肥料化も推進している。

省資源・省エネにも日常業務の中で取り組んでいる。

4. 共育の実践

職員教育(共育)には総収入の0.6%を支出した。学会

発表（国内外）、研修、病院見学、海外研修などを支援する。ひとりひとりが、エリック・カールの『はらぺこあおむし』のように、葉っぱをパクパク食べ、サナギになり、チョウチョウになって変身するように、職員がパクパク貪欲に学び変身していただきたい。それが共育だと思う。

職員第一主義で人が育てば、患者さまに快適な、人間味のある対応をしてくれると思っている。

スズメの学校よりメダカの学校をめざす。共育の場である。人財育成は社会のためである。

5. 職員ひとりひとりが、幸せでやりがいのある病院

見える化を図るために、経理の公開・全職員がかかわる経営指針書の作成を行っている。また、経営会議・業務連絡会議などのすべての議事録をグループウェアで管理し、院内LAN上で公開している。職員の誕生会は毎月、当院のカフェで開催している。また、大原美術館の会員、岡山県音楽文化協会の会員になって参加しやすいように配慮している。

6. 地域住民との連携

健康情報や医療・福祉・介護の情報が自由に得られる皆さまのオープンスペースとして、2005年に「まちの駅 情報コーナー健康の駅」を開設した。ギャラリーを併設して、定期的に絵画展や陶芸展などを開催している。

人とつながる健康の駅は人気スポットである。また、毎年秋に、病院フェスティバルも開催している。モニター制度を設けて、外部から定期的に意見をいただいている。

理念経営による好循環サイクル（図3）

経営理念の浸透、これが最も重要である。病院にも企業と同じで、3つの使命がある。1つはproduct missionで、適切な医療サービスを提供すること。2つ目はsocial missionで、雇用を確保するなど社会への貢献。それから3つ目はeconomic missionで、利潤を得て赤字を出さないこと。この3つがうまく回ることで、職員に給与を支払い、医療機器を購入し、医療サービスを提供し、さらに再投資も可能になる。理念経営による好循環サイクルができれば「オンリーワン病院」になれると思っている。

人間関係の特効薬「こそ丸」

当院の売店で売っている。名前の由来は“親がおればこそ、嫁がおればこそ、妻がおればこそ、同僚がおればこそ、職員がおればこそ”の「こそ」である。成分は愛情、謙虚、感謝、元気などである（配合については企業秘密）。この薬は、不平不満が高じて頭痛や高血圧、ねたみ、そねみなどで気分が良くなく、体調不良なときやストレスで心が病んでいるときに服用すると即効性がある。ただ

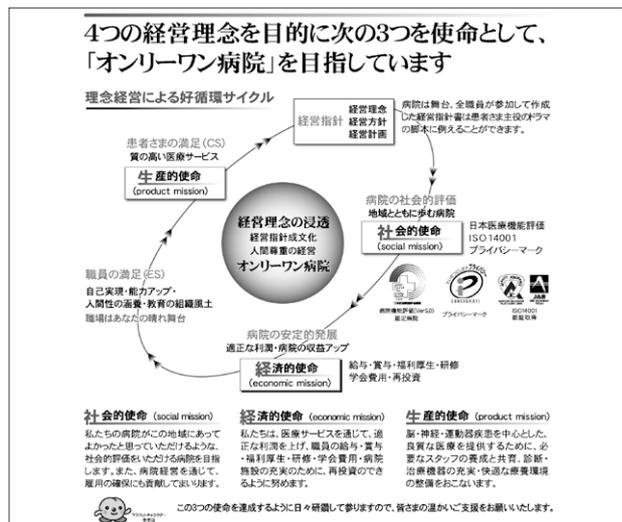


図3 理念経営による好循環サイクル

し、効果が持続しないのも特徴である。服用の仕方は、まず「こそ丸」を2、3粒、コップ1杯の水と一緒に飲んで、すぐに心のチャンネルを変えることが大切である。この薬は、経営者の常備薬でもあり、夫婦円満の特効薬でもある。「こそ丸」は99歳で亡くなった、広島県府中市上下のユースホステル、「自然の森M.G.ユースホステル」の創業者森岡まさ子さんの特許(?)である。また、この薬はややピンクがかかった丸いお薬だが、目に見える人と見えない人があることを申し添える（世の中で大切なものは目に見えない。心の目で見てください）。

終わりに当たって

当院は、これから、脳・神経・運動器の総合的専門病院として、医師、特に脳神経外科・神経内科・整形外科などの専門医師の確保がきわめて重要な課題となる。大学との密接な連携が必要である。しかし、現実には大学にも十分な医師がいない状況であり、職場環境を良くして、魅力ある病院にし、職員を引きつける magnet hospital にしていくことが、将来の医師の確保のみならず、看護師を含む多くの人財の確保への近道であると信じている。また、岡山市は四国・中国の交通のアクセスも良く、岡山空港を基点として海外ともつながっているの、岡山県以外からも患者さまに選ばれる病院に成長したい。地方であってもオンリーワン病院として一隅を照らし続けられれば、光明が見えてくるものと確信し歩み続けたい。■

◆参考文献◆

- 1) 大田 堯『はらぺこあおむし』と学習権——教育基本法の改定に思う』東京、一ツ橋書房、2007
- 2) 中小企業家同友会全国協議会編『21世紀型企業づくりの決め手——経営指針作成の手引き』東京、中小企業家同友会協議会、2002
- 3) 中小企業家同友会全国協議会編『中小企業における労使関係の見解』東京、中小企業家同友会全国協議会
- 4) 土井章弘監修、岡山旭東病院経営会議編『財団法人操風会岡山旭東病院の経営指針実践事例集——経営理念に基づく経営指針の作成から部門別計画の実践まで』東京、経営書院、2005
- 5) 岡山旭東病院『岡山旭東病院の役割——マニフェスト』岡山県、岡山旭東病院

看護師が中心に なっている退院支援 大田原赤十字病院の実践

福島 道子 氏

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所
看護学分野教授



福島 道子 氏
(ふくしま みちこ)
1972年岩手県立衛生学院保健婦養護教諭科卒業。日本赤十字社医療センターに勤務後、96年に東洋大学大学院社会学研究科博士後期課程(社会福祉学専攻)修了。99年から日本赤十字看護大学教授。2009年から現職。日本在宅ケア学会理事、日本赤十字看護学会理事、日本地域看護学会監事を務める。著書に『入院時から始める退院支援・調整』(共著・日総研出版)などがある。

大田原赤十字病院は、栃木県大田原市に位置している。1949年に設立され、現在の病床数は556床、標榜科は内科、外科、産婦人科、小児科、東洋医学、放射線科など26科である。2005年に病院機能評価認定更新施設となり、第三次救命救急センター、地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院などの指定を受け、栃木県北の基幹病院として地域医療に貢献している。

この病院において、1997年から看護部が中心になって本格的に退院支援に着手し、今や退院支援は同病院の「売り」になっている。筆者は当時から退院支援システムの構築や運営に参加させていただいてきた。本稿では、大田原赤十字病院が行ってきた退院支援の概要とその影響について紹介するものである。

退院支援の定義とシステム

大田原赤十字病院では、退院支援を「患者の早期退院とケアの質保証を目的として、入院中の患者とその家族を対象にし、退院後の療養を含む生活全体の問題を想定し、その解決を目指してケアプランを立て、実施し、評価する一連のケア過程であり、その一連のケア過程を展開可能とする病院のシステムである」と定義している。また、退院支援を行うときの必須要素として、以下を考えている。

- ① 患者が入院したらその日から退院支援に着手をすること
- ② 看護師が中心とは言え多職種によるチームで退院支援を行うこと
- ③ 退院する患者の受け皿となる地域との連携を促進すること
- ④ 患者を含む家族全体を援助すること
- ⑤ 退院支援に当たっては常に患者・家族の参加と同意を得ること

そして、これを動かすシステムとして図1¹⁾(12ページ)を考えている。大きくは3つの柱から成り立っており、これらが一体となって同時進行する。

第1の柱は、患者の入院から退院に至る流れである。患者が入院すると、病棟師長が資料1(12ページ)の「ハイリスク・スクリーニング基準²⁾」によって、その患者

が退院支援が必要な患者かどうかを振り分ける。退院支援が必要な患者であると特定されると、その患者のプライマリーナースが退院支援リーダーとなる。退院支援リーダーの調整によって病棟カンファレンス、拡大カンファレンスを開き、退院時期におけるニーズの特定とケアプランの立案を行う。表1³⁾(13ページ)は、この際のアセスメント内容である。病棟カンファレンスは、患者・家族と院内スタッフによるカンファレンスであり、主に想定される退院後の問題を明らかにすることを目的としている。拡大カンファレンスは、患者・家族と院内スタッフに加え、退院後の受け皿となる地域の援助者(ケアマネジャー、訪問看護師、保健師など)が一堂に会してケアプランとその担当者を決める。図1に示した基本情報提供票は、要介護認定の申請の際、患者の心身状況について病院から市町村窓口へ連絡する票である。参加者基準は、拡大カンファレンスを開催するに当たって、どのような地域援助者に参加してもらうかの基準を定めたものである。資料2⁴⁾(14ページ)は、退院先に送る「退院サマリー」である。

なお、大腿骨頸部骨折と脳卒中については、地域連携バスを用いている。現在、大腿骨頸部骨折についての連携は3施設、脳卒中についての連携は2施設となっている。

第2の柱は、院内教育である。現在の退院支援に関する院内教育プログラムは、卒後3～5年目の看護師を対

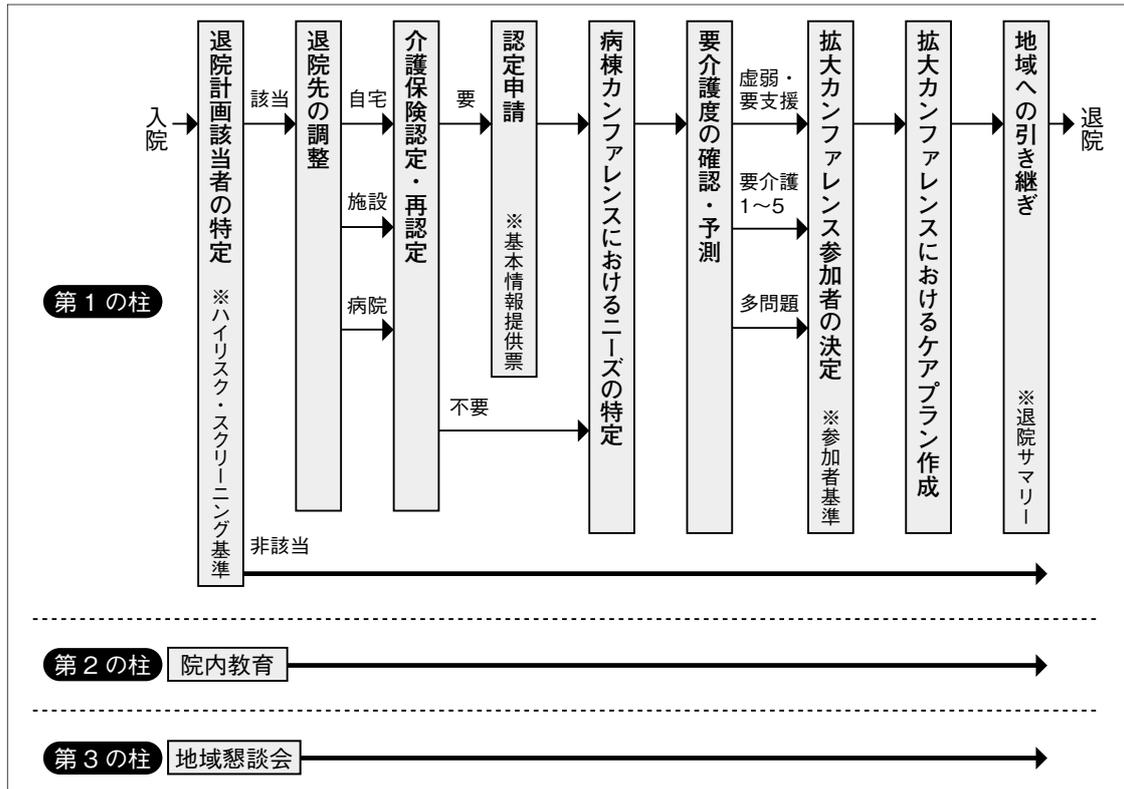


図1 退院支援・調整の流れ

※各項目1つのみ当てはまる□にチェック		
スクリーニング項目	ハイリスク群	
1. 年代	<input type="checkbox"/> 65歳以上	<input type="checkbox"/> 64歳以下
2. 入院時の主疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> その他の疾患 ()
3. 家族構成	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 同居人あり
4. 入院形態	<input type="checkbox"/> 緊急入院(初回・再入院)	<input type="checkbox"/> 予約入院(再入院) <input type="checkbox"/> 転院
5. 入院理由	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 社会的入院	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他()
6. 入院前の居所	<input type="checkbox"/> 自宅以外・施設	<input type="checkbox"/> 自宅
7. 退院希望先	<input type="checkbox"/> 自宅以外・施設	<input type="checkbox"/> 自宅
8. 治療の継続	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
9. 日常生活自立度 (厚生労働省分類)	<input type="checkbox"/> C:ほとんど寝たきり <input type="checkbox"/> B:かなりの介助が必要 <input type="checkbox"/> A:一部介助が必要	<input type="checkbox"/> J:ほぼ自立 <input type="checkbox"/> JJ:自立
10. 便尿失禁	<input type="checkbox"/> 終日要介護	<input type="checkbox"/> 夜間のみ
11. コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難(どんな方法を使用しても)	<input type="checkbox"/> 意思疎通できる (どんな方法でも可)
12. 役割遂行	<input type="checkbox"/> 年齢に応じた家庭・社会的役割ができない	<input type="checkbox"/> できる
13. 介護力の不足	<input type="checkbox"/> 専任・代行・協力者がいない	<input type="checkbox"/> 不足していない
ハイリスク群のチェックの個数 → <input type="checkbox"/> 3個以上 → 退院支援・調整開始 → <input type="checkbox"/> 2個以下 → 退院支援・調整非該当		
備考		

資料1 「ハイリスク・スクリーニング基準」

象とした研修、卒後10～20年といった熟練看護師を対象とした研修で構成されている。また、院内には退院支援委員会が設けられており、看護師のみならず全スタッフに学習の機会を提供している。この委員会の存在によって、院内の多くの職員が退院支援を病院全体で取り組む課題として意識することとなり、病棟カンファレンスや拡大カンファレンスを開催する際も、院内の関連職種の職員が速やかに集まるという効果を上げている。

第3の柱は、地域懇談会である。地域懇談会は、地域の関係者・機関（市町村、周辺病院、地域包括支援センター、介護老人保健施設、介護老人福祉施設など）に対して、大田原赤十字病院が行っている退院支援の取り組みを報告しながら、理解と協力を仰ぐことをねらいとしている。ここでは互いの意見交換も行われる。おおよそ年1回、5月に開催してきた。今まで述べてきた退院支援システムにあるように、退院支援は退院先が自宅であれ病院・施設であれ、それらと一体になって進められて

こそ成功する。この意味で地域と常に風通しを良くしておくことは重要である。

大田原赤十字病院における退院支援の特徴

今や退院支援は多くの病院でシステマティックに展開されている。しかしその方法は、それぞれの病院の方針や置かれている条件、地域環境によって異なるだろう。その中であって、大田原赤十字病院における退院支援は次のような特徴を持っていると思われる。

退院支援は、病院によってはMSW（Medical Social Worker：医療ソーシャルワーカー）が中心になって行われているところもある。また、システムづくりに当たっては、医師が中心となっている病院もあろう。大田原赤十字病院の場合は、1997年の開始時点から看護部・看護師が中心になって退院支援のシステム構成、さまざまなツール開発、運営、教育などに当たってきた。このためもあって、退院支援は入院期間の短縮、診療報酬の点数増加、病床コントロールの効率化といった経営的視点よりも、入院期間の短縮の時代であって、いかに良質なケアを提供するかに重きが置かれた。

また、2007年まで退院調整看護師を配置しなかった点も特徴と言える。すなわち、病棟単位で看護師全員が退院支援に携わってきた。これは、退院支援を始めることを機に看護師全体の力量形成を図る意図があったためであり、この意図はかなりの成功を収めたと感じている。

次の特徴は、拡大カンファレンスの開催を重視している点である。退院支援のルートに乗ったすべての患者に拡大カンファレンスが必要ではないが、医療依存の高い患者、さまざまな介護サービスを必要とする患者などについては必須であり、患者によっては複数回開いている。患者・家族がカンファレンスに同席することについて、当初は看護師から、必要なことが話せなくなるのではないかという抵抗や危惧する声が聞かれたが、むしろこのことによってより確かで現実的なケアプランをつくることのできることを実感している。また、大田原赤十字病院の入院患者は居住地が比較的県北に集中しており、地域の支援者に集まってもらいやすい利点がある。拡大カンファレンスを始めた初期は、カンファレンスへの参加を要請しても理解が得られない市町村もあったが、今はスムーズである。

退院支援の評価と波及効果

退院支援に関する評価研究は、国内外において多数行われてきた。その多くが、退院支援を行うことによって入院期間の短縮、病床回転率の上昇、患者満足度の上昇などにつながったことを報告している。大田原赤十字病院においても、退院支援を開始して3年目（1999年）に

領域	項目
1. ハイリスク・スクリーニング基準	
2. 患者の基礎情報	年齢・職業など 保険情報など 疾病・利用状況
3. 高次脳機能障害	精神的機能・認知症 コミュニケーション能力
4. 聴覚・視覚	聴力・視力など
5. 動作機能	寝たきり度 ADL IADL 機能回復訓練
6. 歯および口腔状態	嚥下・歯など
7. 皮膚・足の状態	褥瘡など
8. 退院後の医療と意向	退院後の医療 希望する退院先
9. 家族構成・退院後の主介護者	家族構成 主介護者の状況 介護力など
10. 社会的機能と日常生活	経済状態など 社会的人間関係 生活習慣など 疾病・退院の不安
11. 自宅居住環境	住居形態・段差など
12. 支援体制・社会資源利用状況	医療費・福祉制度など

表1 アセスメント内容の構成

退院支援事業の評価研究を行った⁵⁾。調査対象は、大田原赤十字病院に入院した65歳以上で前述した「ハイリスク・スクリーニング基準」において退院支援が必要となった患者であり、退院支援を行っていない者を行った者とで比較した。データはやや古くなったが、退院支援を実施したことによって患者の在院日数は有意に減少、患者の退院支援に対する満足度は、拡大カンファレンス

を行うことで上昇、などの結果を得た。

しかしながら、ここで筆者が強調したいことは、退院支援のいわば波及効果であり、看護師たちの意識変化とそれに伴う看護実践の変化である。

大田原赤十字病院で退院支援を始めたきっかけは、外部の研究機関から委託事業として依頼されたことであった。このため看護師にとっては、多忙な業務の中であってさらに苦勞を負うこととなり、必ずしも退院支援事業は歓迎されなかったように思われる。しかし、退院支援の趣旨である「患者・家族にとってよりスムーズで安心のできる退院」をめざすことにより、看護師はおそらく患者・家族の笑顔や感謝の言葉などによって、退院支援の効果を実感していったと思われる。また、退院支援の実践を積極的に学会で発表したり投稿することによって、自らを振り返る機会ともなり、看護師の自信や達成感にもつながっていったように思う。そして、退院支援の取り組みはさまざまな活動に波及している。例えば、退院支援は主に高齢患者を意識し、高齢患者が多い病棟の活動であったが、その後は小児科の退院支援、産科の退院支援というようにシステムを整える動きが起こった。また、退院支援の蓄積を生かして、救急、小児科、産科が共同して子ども虐待予防活動にも取り組んでいる。

一般的に、わが国の医療施策としての病院の機能分化・在院期間の短縮、医療現場の経済効率優先の傾向は、もしかすると第一線の看護師のモチベーションや達成感を低めていることはないだろうか。筆者はある会合で、ある看護師が「最近、患者さんが目の前を通り過ぎていく感じがする」と言ったことが印象深く残った。つまりその看護師は、看護ができないまま患者が退院していく無力感やむなしさを吐露したのである。こうした意味で、大田原赤十字病院の退院支援は、看護師が中心になっていること、ケアの質向上を主眼に置いたことにより、看護師の意識や実践の向上、ひいては病院再生につながっていると見えよう。■

退院サマリー	
平成 年 月 日	
宛	
医療機関名	所在地 〒
	名称 大田原赤十字病院
	病棟名
	担当者名
	電話
氏名	(性別) 男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所	電話番号() -
主治医氏名	
主傷病名	
病名の告知・病状の理解の程度等	
入院日	年 月 日 入院目的:
退院日	年 月 日 退院理由:
認知症	1 なし 2 あり (I・II・III・IV・M:2ありの場合いずれかに○)
日常生活自立度(いずれに○)	自立 J A B C
ADL 移動	自立・一部介助・全面介助
食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助
入浴	自立・一部介助・全面介助
着替え	自立・一部介助・全面介助
整容	自立・一部介助・全面介助
家族情報(介護の状況など)	
入院中の経過	
指導内容・継続事項	
その他特記すべき事項	
介護認定申請なし	障害者手帳 なし あり(級 種) 年 月受給
	公費
これから利用する 予定のサービス	
介護認定申請あり	障害者手帳 なし あり(級 種) 年 月受給
	公費
介護保険被保険者証有効期限	年 月 日
要介護状態区分	
認定年月日	年 月 日
認定の有効期間	年 月 日~ 年 月 日
居宅介護支援事業者	
これから利用する予定の サービス(介護保険)	
これから利用する予定の サービス(介護保険以外)	

資料2 「退院サマリー」

◆参考文献◆

- 1) 福島道子、河野順子『入院時から始める退院支援・調整』愛知、日総研出版、2009、p.57
- 2) 福島道子、河野順子『入院時から始める退院支援・調整』愛知、日総研出版、2009、p.58
- 3) 福島道子、河野順子『入院時から始める退院支援・調整』愛知、日総研出版、2009、p.60
- 4) 福島道子、河野順子『入院時から始める退院支援・調整』愛知、日総研出版、2009、pp.73-74
- 5) 家族ケア研究会『報告書』退院計画のプログラム化を図るための研究事業』2000

3年後に迫った 療養病床再編 どうする療養病床転換

松原 喜代吉 氏

有限会社オフィス・メディサーチ代表、中小企業診断士

2006年6月に医療制度改革関連法案が成立し、いわゆる「社会的入院」を解消し医療費の適正化を図ることを目的とする、「療養病床再編」の方針が打ち出されました。

あれからすでに3年が経過しましたが、再編に伴う転換の受け皿として介護療養型老人保健施設の創設や、当初の削減目標だった15万床から22万床への大幅修正などさまざまな変化がありました。しかし、介護保険の適用廃止のタイムリミットは確実に迫っており、残す期間はあと3年となりました。療養病床の転換は施設の増改築を伴うため、「もう少し様子を見てから決めればよい」という成り行き型の対応では、資金確保や競合との関係で大きく後手を踏むことも懸念されます。

そこで、本稿では、療養病床再編を取り巻く動向について概観するとともに、病床再編への具体的な対応について考えてみたいと思います。

療養病床再編の これまでの経緯

1. 医療制度改革と療養病床再編

療養病床はこれまで長期入院患者に対するサービスにおいて一定の役割を果たしてきましたが、2005年11月の中央社会保険医療協議会（中医協）に提出された資料により、療養病床の入院患者のうち、医師による直接の医療提供をほとんど必要としない患者が、医療療養病床で48.8%、介護療養病床で50.1%と、いずれもおおむね5割に上ることが明らかにな

りました。また、2005年の政府・与党医療協議会の「医療制度改革大綱」において、療養病床を含め長期入院の是正などの計画的な医療費適正化に取り組むこととされました。

これらを受け、厚生労働省では、療養病床を医療の必要性が高い患者を受け入れる病床に再編成する改革を進めることとし、2006年の一連の医療制度改革関連法案の中に、介護療養病床を2011年度末で廃止することなどを内容とする介護保険法改正が盛り込まれました。

図1（16ページ）に当時示された療養病床再編の基本的方向とイメー

ジを示していますが、①療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、②医療の必要性の低い患者については、病院でなく在宅、居住系サービス、老人保健施設などで対応するというものです。

2. 医療療養病床数の目標値 15万床から22万床へ

2006年の医療制度改革により、国は医療費適正化計画基本方針および全国医療費適正化計画を、都道府県は医療費適正化計画（第1期計画期間：2008～2012年度）を策定することとされ、2007年4月に厚生労働省は、都道府県が2012年度末までに達成すべき医療療養病床数に関する数値目標の設定方法を示しました。

そして、その後の各都道府県から提出された目標値の集計結果から、2008年度を初年度とした5か年計画の最終目標が改めて設定され、回復期リハビリテーション病床も含めて18万床という目標値が掲げられました。

しかし、医療機関の転換意向に関する調査結果、さらには「医療・介護難民が増加する」などの社会的な批判の高まりなどから、最近では22万床へと修正を余儀なくされることになりました。

3. 療養病床再編策の具体的内容

1) 2006年度診療報酬改定

療養病床再編の第一弾として、2006年度診療報酬改定で療養病棟入院基本料の見直しが行われました。患者を医療の必要度と日常生活動作能力（ADL）の程度によって9つに分類し、5段階の包括評価に改められました。医療必要度の高い患者については評価が引き上げられる一方、医療必要度の低い患者について著しく評価が引き下げられました。

2) 介護療養型医療施設などの廃止

2011年度末で介護療養型医療施設

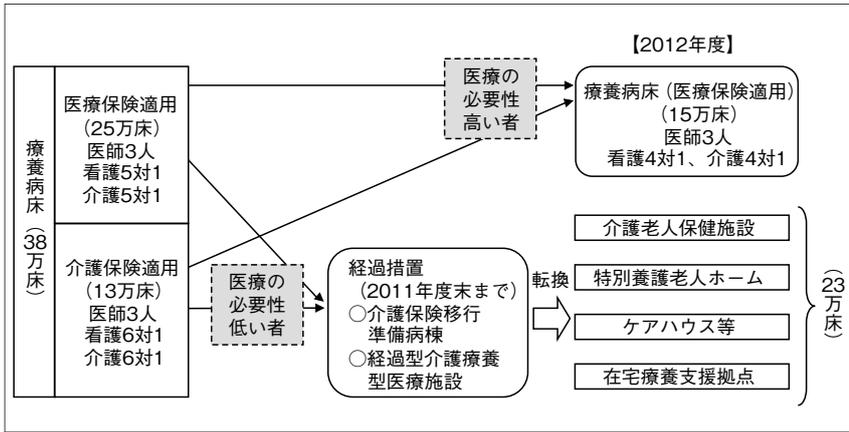


図1 療養病床再編の全体像
出典：厚生労働省の資料を基に筆者が作成

が廃止されます。また、療養病床は医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定するということから、2012年度から医療療養病床の看護職員・介護職員の配置基準が、現在の各々5対1から、4対1に引き上げられます。

3) 介護保険移行準備病棟・経過型介護療養型医療施設

2012年3月までの経過措置として、老人保健施設などへの転換を要件に、医師・看護職員などの配置基準を緩和した介護保険移行準備病棟、経過型介護療養型医療施設が創設されました。

療養病床転換のためのさまざまな支援措置

療養病床を再編するといっても、療養病床は医療機関の保有財産であり、国が無理やり転換または削減できるものではありません。あくまで、各医療機関の自主的な経営判断によるものです。

しかし、病床転換にはさまざまな課題があります。例えば、転換に伴う施設の改修費用やそのための資金確保、転換先である介護施設の地域の整備、転換先のさまざまな基準、収益性の確保といった問題です。このため、療養病床転換について、以下のように、さまざまな支援施策を講じています。

1. 介護老人保健施設などへの移行の際の施設・設備基準の緩和

療養病床を老人保健施設に転換する場合の施設基準の緩和が行われており、既存の建物をそのまま活用した転換を可能としています。具体的には、次の新築、または大規模な改修などを行うまでの間に限り、1床当たりの療養室の床面積について、転換前の病院・診療所の基準(6.4m²)でよいとする経過措置を設けています。そして、食堂・機能訓練室・廊下幅は、2012年4月以降も経過措置が適用されます。また、2007年5月から、転換により老人保健施設が医療機関に併設することとなる場合、診察室の共用を可能にするとともに、階段、エレベータ、出入口などの共用を可能にしています。

2. 助成措置

介護療養病床の老人保健施設などへの転換については、区市町村に交付する「地域介護・福祉空間整備等交付金」の「先進的事業支援特例交付金」により費用を助成しています。具体的には、転換する病床1床当たり、新築の場合：100万円、改築の場合：120万円、改修の場合：50万円が助成されます。

一方、医療療養病床の老人保健施設などへの転換についても、医療保

険財源を活用して都道府県に交付する「病床転換助成交付金」により、同様の助成が行われています。

さらに、各自治体では、別途上乘せの助成制度も設けています。

3. 融資条件の優遇

独立行政法人福祉医療機構が、転換に伴う改修などに要する資金について、①融資率を75%→90%へ引き上げ、②貸付金利を財投金利と同率に、③融資対象を有料老人ホームにも拡大—といった優遇措置を講じています。また、過去の療養病床整備に要した債務の円滑な償還に対応した「療養病床転換支援金」を創設しています。

4. 税制の優遇

療養病床を老人保健施設などに転換するための改修などを行った場合、その年度の法人税について特別償却(基準取得価額の15%)できる措置を創設し、税負担を軽減しています。

5. 介護保険事業計画による療養病床転換の円滑な受け入れ

老人保健施設などに転換しようとしても、地域の介護施設の整備に空きがなければできません。このため、第3期(2006～2008年度)の介護保険事業計画では定員枠の弾力化、また、第4期(2009～2011年度)の介護保険事業計画では、医療療養病床から老人保健施設などへの転換については、定員枠を設けずすべて受け入れることとしています。

6. 転換先の選択肢の拡大

医療法人の付帯業務規制を緩和し、「住まいの場」である有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅を設置し、生活相談などのサービスを提供する経営形態を認めています。また、2008年度診療報酬改定で、医療機関に併設された有料老人ホームや高齢保

者専用賃貸住宅の居住者への在宅医療の提供を推進するため、診療報酬上の新たな評価（在宅患者訪問診療料2）が設けられました。

7. 介護療養型老人保健施設の創設

2008年5月に、療養病床の転換先の有力な受け皿として、介護療養型老人保健施設が創設されました。同施設の位置づけは、介護老人保健施設（従来型老健）と、廃止される介護療養型医療施設（介護療養病床）の、ちょうど中間にあるイメージです。対象は療養病床から転換した老人保健施設のみであり、従来型老健と比べて、看護職員による医療処置、医師による医学的管理や看取り、急性増悪時の対応などの医療機能を強化した類型です。

具体的には、医学的管理や看取りがしっかりできるよう実質的な加算が設けられています。また、医師1人という老人保健施設の要件（介護療養型医療施設は3人）に加え、自分で対応できない処置などで外部から医師が対応した場合については、診療報酬で評価（出来高）します。さらには、24時間看護体制が介護療養と同様に6対1で確保でき、介護配置基準についても4対1配置を加算で評価することが趣旨となっています。施設基準についても、療養室面積6.4㎡を2012年度以降も認める、

耐火基準・エレベータ設置基準は転換前と同じで可、ユニット型の介護報酬上での評価なども特徴として挙げられます。

なお、施設要件として、①医療機関から入所した者の割合と家庭から入所した者の割合の差が35%以上を標準とする、②経管栄養、喀痰吸引を実施している者の割合が15%以上、または「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクM（最重度）の者が20%以上となっています。

2009年度介護報酬改定と療養病床再編

1. 介護療養型老人保健施設の報酬の引き上げ

“療養病床再編の受け皿”として新設された介護療養型老人保健施設ですが、設定された報酬があまり高くなく、「これでは経営ができない」という声が現場から上がっていました。このため、2009年度介護報酬改定では、報酬が大幅に引き上げられました（表1）。

また、施設要件についても、「医療機関」から入所した者の割合と「家庭」から入所した者の割合の差が35%以上という基準の特例を新設するなどの緩和を図りました。

ちなみに、改定後の報酬を、介護療養型医療施設（看護6対1・介護4対1、多床室）および医療保険の療養病棟入院基本料と比較すると図2のようになります。

要介護3以上の中重度者では、介護療養型医療施設の方が有利ですが、「医師1名」、「施設の医師では対応が困難な処置を外部の医師が行った場合は診療報酬で出来高評価」ということを考え合わせると、コスト面で十分見合うものになっていると考えられます。また、医療療養病床の医療区分1の点数と比較すると、かなり有利な報酬設定ともなっています。

2. 短時間の通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満）の新設など

リハビリテーションの利用者が、医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを継ぎ目なく一貫して受けることができるよう、短時間・個別のリハビリテーションについての評価が新設されました（18ページ図3）。

また、理学療法士（PT）などを手厚く配置している事業所に対する評価として「理学療法士等体制強化加算」が新設されました。

さらに、医療保険で、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器疾患リ

		旧	新	増減	
					(%)
従来型個室	要介護1	703	735	32	4.6
	要介護2	786	818	32	4.1
	要介護3	860	933	73	8.5
	要介護4	914	1,009	95	10.4
	要介護5	967	1,085	118	12.2
多床室	要介護1	782	814	32	4.1
	要介護2	865	897	32	3.7
	要介護3	939	1,012	73	7.8
	要介護4	993	1,088	95	9.6
	要介護5	1,046	1,164	118	11.3

表1 介護療養型老人保健施設の評価の引き上げ
〔介護保険施設サービス費（Ⅱ）、1日当たり単位数〕
出典：厚生労働省の資料を基に筆者が作成

・看護6対1・介護4対1 多床室で比較 ・介護療養型老人保健施設は、療養体制維持特別加算27単位を含む (人員配置基準)			
	介護療養型老人保健施設	介護療養型医療施設	医療療養病床
医師配置数(人)	1 + a	3	3
看護・介護配置	6対1、4対1	6対1、4対1	5対1、5対1
◆介護保健施設サービス費		◆療養病棟入院基本料	
	介護療養型老人保健施設	介護療養型医療施設	医療区分1 医療区分2 医療区分3
要介護1	841	782	ADL区分3 885 1,320 1,709
要介護2	924	892	ADL区分2 750 1,320 1,709
要介護3	1,039	1,130	ADL区分1 750 1,198 1,709
要介護4	1,115	1,231	
要介護5	1,191	1,322	

(1日当たり単位数) (1日当たり点数)

図2 改定後の施設体系別の報酬額の比較
出典：厚生労働省の資料を基に筆者が作成

ハビリテーションを算定している病院・診療所については、短時間に特化した通所リハビリテーション事業所に転換できるように「みなし指定」を行うこととされました。

そのほか、早期かつ集中的なリハビリテーションをさらに充実するため、短期集中リハビリテーション加算について、3か月以内の評価が引き上げられました。

これら一連の見直しのねらいは、現在、医療機関が外来で行っている「維持期のリハビリテーションの介護保険への移行」です。

2006年度診療報酬改定で、維持期リハビリテーションを介護保険へ移行させる方針を打ち出しましたが、介護保険側にリハビリテーションの受け皿が不足していたため、患者の移行は進みませんでした。

このため、「みなし指定」、「1単位当たりの診療報酬より、高い介護報酬の設定」、「理学療法士等体制強化加算」、「短期集中リハビリテーシ

ン実施加算の増額（特に1月以内）」という経済的なインセンティブを設定し、介護保険への移行を強力に促しています。

ちなみに、専従のPTと作業療法士(OT)を各1名ずつ配置している医療機関の場合、医療保険の脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)190点、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)170点ですが、介護保険の短時間の通所リハビリテーション(要介護3に相当すると仮定)では、330単位+「理学療法士等体制強化加算」30単位の計360単位となります。

療養病床再編への対応

1. 病床転換先の選択肢

療養病床の転換先として考えられる先をすべてリストアップすると、表2のようになります。

まず、転換に対する助成の対象先では、老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、ケアハウ

ス(軽費老人ホーム)、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、生活支援ハウス、適高齢者専用賃貸住宅があります。

これ以外の選択肢としては、医療保険が適用される回復期リハビリテーション病棟があります。一般病床・療養病床のいずれでも対応可能であり、①回復期リハビリテーションの必要性の高い患者が8割以上入院、②専任の医師1名以上、専従のPT2名・OT1名以上、③看護職員配置3対1以上(4割以上が看護師)などであり、1日につき1595または1690点を算定できます。2007年7月時点で、回復期リハビリテーション病棟は、一般病棟が366(病床数1万6137)、療養病棟が598(同2万7388)ありますが、高齢化の進展に伴う脳卒中や骨折などの増加などから、今後さらに需要増が見込まれます。加えて、回復期リハビリテーション病床は、療養病床再編の対象から除外されていることも重要なポイントです。

◆通所リハビリテーション (1時間以上2時間未満) (新規)	要介護1 270単位/回 要介護2 300単位/回 要介護3 330単位/回 要介護4 360単位/回 要介護5 390単位/回
※1 個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に限り算定 ※2 研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師または柔道整復師がサービスを提供した場合には、所定単位数に50/100を乗じた単位数で算定	
医療保険において、脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器疾患リハビリテーションを算定している病院・診療所については、介護保険の通所リハビリテーションを行えるよう「みなし指定」を行う	
◆理学療法士等体制強化加算 (新規)	30単位/日
※算定要件 常勤かつ専従の理学療法士などを2名以上配置していること(1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについてのみ加算)	
◆短期集中リハビリテーション実施加算	
退院・退所日または認定日から起算して1月以内	180単位/日
退院・退所日または認定日から起算して1月以内	280単位/日
退院・退所日または認定日から起算して1月超3月以内	130単位/日
退院・退所日または認定日から起算して1月超3月以内	140単位/日
退院・退所日または認定日から起算して3月超	80単位/日
注 退院・退所後または認定日から起算して3月超に個別リハビリテーションを行った場合には、個別リハビリテーション加算として80単位/日を算定(月13回を限度)	

名称	概要
施設系	
老人保健施設	病状が安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護、介護を必要とする要介護者に対し、医療、日常生活上の世話をする医療施設。新設された介護療養型老人保健施設と従来型の介護老人保健施設の2種類あり。
特別養護老人ホーム	身体上または精神上著しい障害があるために、常時の介護を必要とする要介護者に対し、日常生活や療養上の世話をする福祉施設。4人部屋が基本だが現在はユニット型の1人部屋が主流。開設主体は、地方自治体と社会福祉法人のみ。
有料老人ホーム	常時1人以上の老人を入居させ、食事の提供や日常生活に必要な便宜を提供することを目的とした施設。健康型、住宅型、介護付きの3種類ある。一定の基準を満たせば介護保険適用の特定施設となれる。特定施設の場合、対象者(入居時)は60歳以上の要介護認定者。原則個室で居室面積13㎡/人以上が必要。
ケアハウス(軽費老人ホーム)	軽費老人ホームとは高齢者向けの福祉施設で、A型、B型、介護保険適用のケアハウスの3種類がある。ケアハウスは軽費老人ホームの新タイプの福祉施設で、居住機能と福利機能を併せ持つ。対象者(入居時)は原則として65歳以上の要介護認定者。原則個室で居室面積21.6㎡/人以上が必要。
居住系サービス	
認知症高齢者グループホーム	痴呆症状のある高齢者が5~9人程度の少人数で、家庭的な雰囲気の中で痴呆の進行と穏やかにつきあいがら生活する施設。2ユニットまでの設置しかできない。介護保険(地域密着型居住系サービス)が適用される。対象者(入居時)は要介護1以上の痴呆高齢者が共同生活が可能。原則個室で居室面積7.43㎡/人以上必要。
小規模多機能型居宅介護事業所	2006年4月の介護保険制度改正により創設されたもので、地域密着型サービスの1つ。介護が必要となった高齢者(主に認知症高齢者)が、今までの人間関係や生活環境をできるだけ維持できるよう、「通い」を中心に「訪問」、「泊まり」の3つのサービス形態が一体となり、24時間切れ間なくサービスを提供するのが特徴。1事業所当たりの登録定員25名以下で、宿泊室は個室でなくても良いが、7.43㎡/人以上必要。
生活支援ハウス	おおむね60歳以上の1人暮らしや高齢者夫婦のみ世帯が対象となり、高齢のために独立して生活することができない人や家族による援助を受けることが困難な人のための施設。デイサービスセンターなどに併設されている。入居できるのは、市町村に入居の申請をし、市町村長が入居を必要と認めた場合で、定員は10~20人。原則自炊としながらも、併設施設で食事の提供がある施設が多い。
適合高齢者専用賃貸住宅	高齢者専用賃貸住宅の一定の基準を満たすもので介護保険が適用される。対象者(入居時)は、自立した高齢者単身・夫婦世帯。原則個室で25㎡/人以上、共用部分に十分な面積がある場合は18㎡/人以上必要。
回復期リハビリテーション病棟	脳血管疾患や大腿骨頭部骨折などの患者に対しリハビリテーションを集中的に行う病棟。一般・療養病床いずれでも対応可。
一般病床(障害者施設等入院基本料など)	医療法上の人員配置基準は、医師16対1、看護師・准看護師3対1、薬剤師70対1以上だが、平均入院日数の短縮、看護配置基準の厳格化、DPCの拡大など環境はさらに厳しくなる。一般病床も将来的に減少の方向に向かうと予想される。
診療所への転換(無床化など)	病床の廃止および減床により診療所へ転換し、在宅療養支援診療所として在宅医療を積極的に展開する道もあり。

図3 通所リハビリテーション関係の見直し
出典：厚生労働省の資料を基に筆者が作成

表2 療養病床の転換先の一覧とその概要
出典：厚生労働省の資料を基に筆者が作成

また、一般病床への転換という選択もありますが、これはかなり困難な道です。平均在院日数のさらなる短縮、看護配置基準の厳格化、DPCの拡大等、一般病床を取り巻く環境は今後さらに厳しさを増すことが確実に予想され、よほどの自院の診療機能の強みや看護職員などのマンパワーの確保力などがなければ、転換先としては不適切と考えられます。

そして最後の選択が、診療所への転換です。例えば、療養病床を高齢者賃貸住宅などに転換し、自院は無床・有床診療所として、在宅療養支援診療所として届け出て、入居者に対し在宅医療を提供するという方法が考えられます。

2. 病床転換の基本的な対応

1) 医療療養病床として存続

医療療養病床においては、患者分類による入院基本料の評価もあり、今後、介護療養病床からの転換組も含めて、医療区分2・3の患者を巡って、争奪戦が繰り広げられるのは必至です。

医療療養病床として存続していくという道を選択するならば、①急性期病院～亜急性期病院との連携を強化し、手術創のケアや創感染患者、がん末期患者などを積極的に受け入れる、②在宅療養支援診療所や介護施設との連携を強化し、肺炎、脱水、頻回嘔吐、せん妄、うつ状態などの急性増悪患者を積極的に受け入れる—といった対応が必須となります。いずれにしてもその成否は、自院の医療連携への取り組みいかんということになります。また、看護配置基準4対1の確保と、医療の質向上にも取り組む必要もあります。

2) 介護老人保健施設などへの転換

一方、医療区分1の入院患者割合が高い、あるいは今後もその比率の低下が見込まれない場合には、介護老人保健施設などへの早期の転換を行う必要があります。介護保険移行準備病棟や経過型介護療養型医療施設、老人保健施設へ転換する場合の施設基準の緩和、転換のための助成金や融資制度などを活用し、介護老人保健施設や居住系サービスに転換していく必要があります。中でも、今改定で報酬が引き上げられた「介護療養型老人保健施設」は、第一選択肢となります。

3) 回復期リハビリテーション病棟への転換

回復期リハビリテーション病棟への転換も有力な選択肢です。その市場性とメリットは前述のとおりですが、今後は、医療保険の回復期リハビリテーションだけでなく、介護保険の維持期リハビリテーション（新設された短時間通所リハビリテーション）を一体的・継続的に提供することで、経営資源（リハビリテーションスタッフや機能訓練室等）の有効活用と収益の向上を図るという視点が重要となります。

3) 回復期リハビリテーション病棟への転換

回復期リハビリテーション病棟への転換を選択するならば、PTとOTの確保や看護配置基準とともに、稼働率の保持（回復期リハビリテーション患者8割以上）が必須であり、急性期病院や在宅機能との連携強化に取り組む必要があります。また、維持期リハビリテーションに新たに取り組むには、居宅介護支援事業所などの連携が不可欠となります。

回復期リハビリテーション病棟への転換を選択するならば、PTとOTの確保や看護配置基準とともに、稼働率の保持（回復期リハビリテーション患者8割以上）が必須であり、急性期病院や在宅機能との連携強化に取り組む必要があります。また、維持期リハビリテーションに新たに取り組むには、居宅介護支援事業所などの連携が不可欠となります。

おわりに

2008年11月に厚生労働省が公表した「平成20年度転換意向調査結果（26道府県）」によれば、医療療養病床の78%、介護療養病床の30%が医療療養病床への存続・転換を希望

しています。つまり、現在の医療療養病床（回復期リハビリテーション病床除く）23万床のうち18万床が医療療養病床として存続し、残る5万床が老人保健施設などに転換されます。一方、介護療養病床13万床のうち4万床が医療療養病床に転換し、残りの9万床が老人保健施設などに転換していくということになります。病床数としては現在の23万床から22万床へと1万床のみの減少にとどまりますが、今後、医療・介護の双方でかなりドラスティックな転換が進んでいくことが予想されます。

これから病床転換の意思決定を行うという場合には、まずは自院の経営戦略から見て、どのような対応が最もふさわしいかという検討が出発点となります。その上で、①患者・顧客ニーズ：医療区分別の自院の入院患者の状況、地域の患者ニーズの動向、地域医療連携の状況、②自院の経営資源：自院の強みや特徴、スタッフや施設設備の充足度、収益対費用の見極め、転換のための資金、③競合：地域のほかの病院・施設の対応状況、④制度面：今後策定される地域ケア整備構想の内容、病床転換のための各種の助成金の実施状況—などを十分勘案し、自院にとって最適な病床選択を行っていく必要があります。

特に、100床以上など多くの療養病床を有している病院については、すべてを一度に同じ転換先に転換する必要はありません。病床を分割するなどさまざまな方法がありますので、あらゆる可能性を検討し、自院にとってのベストミックスを探っていくことが肝要です。■



松原 喜代吉氏（まつばら きよよし）

1977年日本大学法学部卒業。国内、外資系製薬企業のMR、営業所長、支店長、病院部長、戦略企画室長を経て、2004年から現職。医療制度、診療報酬、薬価制度などを専門分野として、医療機関経営に関するコンサルティングを手がける。地区医師会などでの講演も多数。最近の主な論文として、「医療制度改革と今後の医療経営コンサルティング」【『企業診断』2007年2月号（同友館）】がある。
E-mail：matsubara@ad.em-net.ne.jp

中小規模病院における DPC 参加の考え方

須貝 和則 氏

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
本部マネジメントグループ診療情報管理担当

2003年に導入されたDPCも6年目を迎え、当初の大規模病院を対象とした超急性期の風景も中小規模の病院へと移り変わりました。2009年度の新規対象病院の特徴を見ると、専門に特化した中小規模病院、これまで参加を見送ってきた自治体病院、そしてケアミックス型の病院の3区分に大別されるようです。それぞれの病院の特徴を押さえながら、DPC参加の考え方や対策を見ていきたいと思えます。

DPC 対象病院に向けて どんな対策が必要か

まず専門に特化した病院は、診療過程がクリティカルパスなどで標準化されており、入院期間も短く、資源的なコントロールも図られているため、DPC導入の効果が出やすい傾向にあります。新たな調整係数の行方が気にはなるところではありますが、現時点ではDPCに参加することの意味は大きいと考えます。対策として、主要な入院治療に対して、従来とDPC算定との比較をDPC10けた、14けた別に見ることで、改善点がわかります。検査入院や画像検査を経て手術を行ってきた入院は、マイナス傾向に出ます。検査を入院前に行うなどの対策がとられるかと思いますが、それに伴い、外来の検査体制の見直しや画像検査枠の増設などの対応が求められます。

一方、地方の自治体病院やケアミックス型の病院は、地域性や多様な特

徴を持つため、個々の病院ごとの現状分析が重要です。DPC対象病院は、DPC分類に基づいた診療報酬の算定データに加え、毎年7月から12月に行われている厚生労働省調査の貴重なDPCデータがあります。現状分析には、これらの情報を有効に活用し、一定の指標を用いて対策を検討することが望ましいでしょう。

本稿では、主にそうしたDPCの分析に基づいたマネジメントについていくつか取り上げ、加えて中小規模の急性期病院およびケアミックス型病院がDPCに参加する際の留意点などを説明していきたいと思えます。

求められる医師の DPC への理解

さて、一般的にはDPCの対応・対策として、次の4点が挙げられているようです。

- ①在院日数の短縮
- ②検査や投薬の見直し
- ③ジェネリックシフト

④持参薬の管理

在院日数の短縮に対しては、「DPCは在院期間を短くしなければならない」というように理解していることも少なくなく、「DPCは在院期間が長くなると算定できなくなる」とまで思う医師もいます。確かにDPCでは、入院期間の意識が重要です。しかし、最も重要なことは、医師に正しいDPCの知識を得てもらうことです。筆者は、いくつかのDPC対象病院を見てきましたが、DPC対策の基本は、DPC算定のルールを個々の医師に対して十分説明することです。そして、診療報酬とDPCの分類体系とを結びつけて理解してもらい、経営的な収入の面でも情報提供が必要です。その中で特に大切なことは、在院日数の短縮が必ずしも望ましいことばかりではないという考え方を理解してもらうことです。

この意味は、入院期間の延長を指しているのではなく、DPCは個々の診療をDPCの分類別に見ることができ、入院期間Ⅰ、期間Ⅱ、特定入院期間の3段階の評価が可能になる点を言っているのです。さらに期間Ⅱは、全国のDPC関連病院の期間平均を示しているため、DPC分類別の分析や期間別のベンチマークなど、在院日数の評価軸が広がる点に注目しなければなりません。DPCにかかわる事務の役割は重要です。

DPC データの読み方

ここでDPCと在院日数、診療報酬点数の関係を考えてみます。DPCの算定は入院期間ごとに日当点が定められており、所定点数に入院日数をかけて計算します。期間ごとに点数が3段階に減算していくため、入院期間を短くすることによって1日の単価が上昇します。確かに、在院日数の短縮が入院単価を上昇させ、増収に導く要因にはなりますが、ここで留意する点は、同じ患者を短期で治療した場合、おおむね支払い額は期間が短

くなった分、減収に転じることです。

DPC 分類ごとに点数・日数の設定は異なりますが、1日の点数差は、例えば白内障の手術で463点、狭心症のステント留置術で599点、大腸がんの内視鏡的結腸ポリープ切除術で718点ほどです。1日の平均単価を5万円とした場合、期間短縮で得た点数差だけでは、失った日数分(単価)を埋めることができません。逆に大きな減収となってしまいます。

そこで、短縮したことで空いた病床を有効に利用し、ほかの患者の治療に結びつけることができれば、増収につながります。しかし、往々にして在院日数の短縮のみで、効果的な病床利用や患者数の増加の視点がとられていないことが多いのです。大規模な病院は患者数も多く、病床管理体制も整っているため、在院日数の短縮の影響は意識しなくてもプラスに出ることになるわけですが、中小規模の病院は逆に病床利用率が下がり、マイナスを生む結果となります。

このような状況は、主に DPC データに基づいた出来高算定と DPC 算定との比較によって生まれることがあります。したがって、安易な分析には、注意しなければなりません。例えば、DPC によって従来よりもマイナスとなることを知った医師は、入院中の検体検査や投薬、注射、画像検査を DPC 点数設定内に収めようとします。この結果、在院日数に影響が出るのです。例えば、術前検査を外来に移行すると、在院期間は1日短くなります。このこと自体が問題となるわけではありませんが、前述のとおり、在院期間の短縮によって発生する空床を埋める対策も必要なのです。診療実績からその治療にかかわる患者数を導き出し、新たに病床を埋める入院を検討することがポイントです。在院期間の短縮と患者数の増加(確保)を一緒に取り組まなければ、DPC の増収の効果は生まれないことを十分に理解しましょう。

ケアミックス型病院が メリットを得るためには

さて、次にケアミックス型の病院を見てみます。まず重要なことは、DPC 対象の一般病棟入院基本料の病床から対象外の療養病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の病床への転棟のタイミングを押さえておかなければなりません。亜急性1であれば1日2050点、回復期リハビリテーション1であれば1日1690点を転棟のタイミングとしてとらえ、DPC の日当点数が下回るところで転棟させることが、収入面のベストポジションになります。入院時から意識しておくことが必要です。

続いて、DPC になると在院日数の指標が変わります。これまでのように、月の平均在院日数の推移を見るのではなく、疾病と医療行為、合併症で構成された DPC14 けた分類ごとの評価が可能となります。この評価は、いわゆる治療ごとの評価となるため、たいへん有効です。さらに DPC 分類には、期間区分ごとに患者構成を見ることができるようになります。

ここで重要な点は、月の入院収入の目標額から月の延べ患者数の目標値を設定し、延べ患者数を確保するための在院期間を決めると同時に、DPC 分類別に目標値を数値化させ、実績を可視化させていくことです。この点は、ケアミックス型の病院にかかわらず共通のことにはなりますが、中小規模の病院は、病床のコントロールが収益に敏感に影響するため、特に意識する必要があります。例えば、3段階

の期間ごとの区分ごとに見た場合、目標とする延べ患者数を確保するためには、期間区分のどの位置に置くことが望ましいのか。また、DPC14 けた分類別に見た場合の入院日数はどの程度なのかといったように、入院期間と収益との関係を具体化し、明確に医師に提供することです。

経営の観点から言えば、こうした分析に基づいて医師とコミュニケーションを図ることで、診療への事務的な介入が行いやすくなります。事務の資質向上が求められますが、若手を育成する良い機会ととらえ、さらに有能な診療情報管理士などを採用することも効果的と考えています。

データ精度の重要性と 事務職の改革

最後に、DPC のコーディングについて取り上げます。DPC の分類は14けたまで見ると1572種類にわかれます。入院から退院までの間で1つの分類を決定し、レセプトを作成し請求を行うことが DPC の原則です。しっかりと医事請求に結びついた DPC 体制が院内の運用に求められますが、特に中小規模の病院の事務は、医事に限定した人材しか確保されていません。つまり、DPC のデータ精度やデータ分析といった情報管理部門が整備されていない傾向にあります。

今後、DPC 対象病院の第一条件はデータ精度が問われるようになります。前述したように DPC はかなり事務の能力が問われます。DPC 成功のカギは、事務職の改革にあると言っても過言ではないでしょう。■



須貝 和則氏 (すがい かずのり)

財団法人癌研究会附属病院、昭和大学病院勤務を経て、2006年に特定医療法人ジャパンメディカルアライアンス本部マネジメントグループ、東埼玉総合病院医事課長、病歴管理室室長。91年に診療録管理士、97年に診療情報管理士となり、2005年には診療情報管理士指導者。日本診療情報管理士会理事、日本診療録管理学会理事、日本病院会診療情報管理士通信教育教育委員会委員、同分類法小委員会委員長、医療マネジメント学会評議員を務める。



金融債権の回収ノウハウを 未収金督促に生かす！

未収金督促システム LONGS/Medical

株式会社富士通九州システムズ

1. はじめに

2008年6月、厚生労働省「医療機関の未収金問題に関する検討会」（以下、厚労省検討会）が終了し、報告書がまとめられました。未収金にかかる現行制度とその解釈を整理し、未収金回収の実態調査、原因分析を行い、さらに予防策、事後対策について報告されています。

今回のレポートでは、報告書で示された未収金対策を推進し、督促業務を強力に支援するツールとして、未収金督促システム LONGS/Medical をご紹介します。

2. 未収金回収の実態と課題

未収金の原因は多様ですが、厚労省検討会報告書では主要原因を「生活困窮」と「悪質滞納」とし、それぞれ「十分な情報提供ときめ細やかな相談」、「滞納処分を含めた毅然たる態度」が必要としています（図1）。

厚労省検討会報告からは、医療機関がさまざまな回収努力を行っている

ものの、苦勞している実態が読み取れます（図2）。また、法的措置や回収業者利用が少ない点については、「労力の喪失」、「相手に文書が届かない」、「イメージダウンへの危惧」などが理由として挙がっています。「結論としては、電話督促や訪問でやさしく相談に乗り、状況に応じた回収措置を講ずることに効果があった」ともあり、回収の難しさがわかります。

反面、未収発生後2か月の時点では電話督促、文書督促とも50%を割っており、初動がかなり遅れていることも判明しました。多くの医療機関が手作業で督促業務を行っていることもあり、多忙な職員が兼務することには、やはり無理があるようです。

3. 今後の未収金督促業務

未収金督促は、金融債権の延滞督促と同じく「迅速に」、「正確に」、「効率的に（コスト削減）」、「交渉記録の管理」が重要であるとともに、「状況に応じて」がキーワードとなります。

① 迅速な電話督促、督促状発行を効果的に行うこと。そのためには、未収発生翌日に電話でき、少額の未収金にも対応できる柔軟が必要です。正確な督促のため、会計システムからのデータ連動も必要不可欠でしょう。

② 内容証明郵便の積極的な利用。いかに事務コストを抑えるかがカギとなります。

③ 保険者に報告する資料を簡単に、正確に作成できること。電話督促日時を確実に記録し、内容証明郵便、訪問も含め記録を一元管理できることが求められます。

④ 時にやさしく、時に厳しく督促すること。まずはコンプライアンス（法令遵守）です。さらに、膨大な情報や医療ソーシャルワーカーなどの専門ノウハウを、誰でも活用できること。これらを仕組みとしてつくり込むことです。

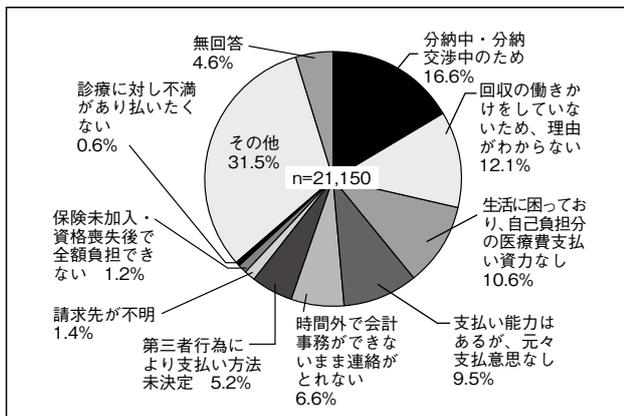


図1 未収の主な理由（最も近いものを1つ）（件数ベース）
出典：医療機関の未収金問題に関する検討会報告書より作成

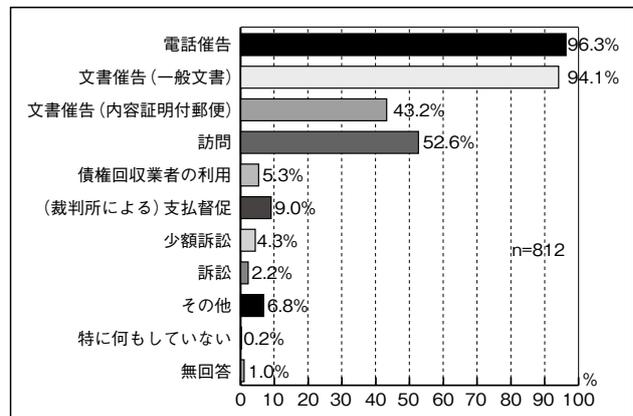


図2 未収金回収努力（複数回答）
出典：医療機関の未収金問題に関する検討会報告書より作成



図3 コール画面例



図5 コール画面で応酬話法画面と分納シミュレーション画面を開いた例

4. 「督促・相談するためのシステム」による解決

弊社ではこのような状況の中、未収金督促に特化したシステム LONGS/Medical を開発しました。LONGS/Medical には、富士通が金融機関向けとして20年以上にわたり開発、提供してきた延滞債権督促システム LONGS シリーズのノウハウをつぎ込んでいます。さらに医療未収金固有の課題については、金融・医療の両部隊で連携し取り組みました。その結果、応酬話法、分納など、従来にはない新機能が生まれました。以下に特長を紹介します。

① 迅速で効率的な督促を実現

債権回収における重要ポイントは、素早い督促です。人は時間が経つと、払わなくても大丈夫と考えるようになります。そうってからでは遅いのです。しかし、大量の債権を督促するには時間もコストもかかります。いかに効率良く督促を行う

また、LONGS/Medicalの最大の特長は、金融における督促ノウハウを全面的に採用したコール支援機能です(図3)。コールセンター並みの機能を搭載しています。未収額や患者状態によって対象患者を絞り、効率的な電話督促を行うことも可能です。自動ダイヤリング機能(注2)を組み合わせることで、多重督促や間違い電話などのミスを防ぎ、会話録音も可能となります。交渉履歴の記録、管理はもちろん、入金約束手日までは督促しない、約束手日に入金なしの場合は真っ先に電話するなど、自動スケジュール機能もついています。

② 内容証明発行の効率化(注2)

e 内容証明向けデータの作成、およびデータ貼り付けの自動化が可能です。郵便局に行かなくても、インターネットで送付できます。大量の内容証明を発行されるお客様では、事務コストを大幅に節約できます。

③ 全工程の一元記録

督促状作成、内容証明郵便作成は

図4 未収金対応フローとシステム支援機能

か? 手入力、紙による管理では到底実現できません。

そのため LONGS/Medical では、HOPE シリーズとデータ連携します(注1)。未収/入金データを手入力する必要はなく、未収翌日には督促できます。

自動で、電話督促、訪問記録は簡単な画面操作で記録できます。患者ごとに交渉履歴を一覧印刷することができ、報告時に便利です(図4)。

④ 応酬話法機能と分納機能

電話業務(督促・相談)を強力にバックアップする機能です(図5)。画面メニューに助成金や救済制度情報、行政機関情報、さらには医療ソーシャルワーカーなどの持つ専門ノウハウを整理、登録しておくことで、会話しながら参照することができ、状況に応じて相談、督促を進めることができます。相手ごとの督促手順、注意事項を登録することで、コンプライアンスにも役立ちます。また、一括支払いが困難な患者には、分納を勧めます。支払い金額や回数のシミュレーションができ、設定すれば分割入金ごとに督促を管理できます。■

注1: HOPE/X-W、SX-J、SX-P、未収金管理システムのインターフェースを標準提供予定。ただし、HOPE シリーズに固有機能が含まれている場合、インターフェースのカスタマイズが必要です。
注2: オプション機能となります。

◆参考文献◆

1) 厚生労働省『医療機関の未収金問題に関する検討会報告書』2008、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/s0710-10.html>

〈問い合わせ先〉
株式会社富士通九州システムズ
社会ソリューション本部
金融ソリューション部
TEL 092-852-3039

富士通医療ソリューション・トピックス

富士通総研が特別企画コンファレンスを開催

テーマは「日米における PHR と医療の近未来図～ PHR (Personal Health Record) が変える今後の医療～」

去る 2009 年 2 月 10 日に、株式会社富士通総研 (FRI) が、「日米における PHR と医療の近未来図～ PHR (Personal Health Record) が変える今後の医療～」をテーマに、経団連会館でコンファレンスを開催しました。

PHR は、わが国ではまだなじみが薄い概念ですが、米国では、グーグルやマイクロソフトなどの大手 IT 企業が PHR プラットフォームを実験的に提供しています。

PHR は、医療のあり方を根本的に変革する可能性を持ち、患者中心医療の基盤ツールとして注目を集めています。これまでの医療情報化は、医療提供側 (医療機関や保険者) の効率化を目的に進められてきており、医療情報は医療提供側が管理をしてきました。これに対し、PHR は、個人が医療情報を保有・管理するため、医療のあり方が大きく変革される可能性があります。

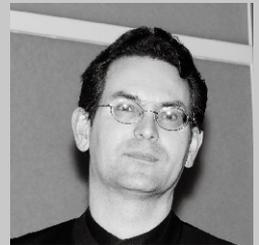
このような状況において、日米の医療情報の専門家として、Google Health アドバイザーでもあるハーバード大学 CIO のジョン・D・ハラムカ氏 (Dr. John D. Halamka) ならびに、東京医科歯科大学教授の田中

博氏、また医療現場からは、島根県立中央病院副院長の清水史郎氏、旭川赤十字病院副院長の牧野憲一氏をお迎えし、講演とパネルディスカッションを行いました。

基調講演者のハラムカ氏からは、自身が CIO を務めるベス・イスラエル病院の業務システムとしての病院情報システムの運営状況、マサチューセッツ州での EHR (Electronic Health Record) の取り組み、ダイレクトな患者向けの電子カルテ、昨年からは開始した Google Health と Microsoft Health Vault との連携状況について、ご講演いただきました。米国では、多くの患者さんが、PHR・個人診療情報の Web での閲覧・電子処方せん・医師との電子メール通信などを医療機関に求めており、有力な医療機関は生き残りのため、患者向けの医療情報サービスを積極的に展開しています。参加者からは、日本とは大きく事情は異なるものの、その仕組みや取り組みは参考にすべき点が多かったとの声が寄せられました。



参加者との質疑応答もあった
パネルディスカッション



基調講演を行った
ジョン・D・ハラムカ氏

パネルディスカッションでは、PHR の普及は医療の将来にとって非常に重要であり、好むと好まざるにかかわらず中長期的に患者中心の医療に移行していくという見方が示されました。ただし、足元に目を転じれば医療現場での情報化は道半ばといった段階であり、電子カルテの普及促進、地域レベルでの医療連携や診療情報の共有の推進を優先的に実施する必要があるということも共通認識となりました。

特に、清水副院長は、日本では、PHR や地域医療連携以前に、地域中核病院に電子カルテが十分に導入されていないことを問題として指摘されました。また、日々の診療に直接効果の出る形で医療情報化を考えるべきであること、医療機関同士での信頼関係が構築されなければ医療情報交換は進まないことを強調されました。■

●編集後記

- ◆自らを真摯にみつめて“CHANGE”していきます。10号から表紙デザインを変更しました。(香)
- ◆取材のなかで、経営改善の施策として職員のモチベーションをアップするといったことが一番共通していたように思えます。不況の今、病院に限らず一般企業にとっても、再生の鍵と感しました。(松)
- ◆アンケートで皆様のご意見をお聞かせください。(平)
- ◆今回の取材を通して、地域連携室を設けている病院様が多くなってきたように思います。紹介や逆紹介をとおして地域医療が活性化しているように感じました。(池)
- ◆お客様のお役に立つ情報誌として、企画・編集していきたいと思えます。情報誌としての HOPE VISION のご感想などもアンケートにてお寄せいただければ幸いです。(津)

HOPE Vision vol.10

2009年5月14日発行

発行 富士通株式会社
 編集・制作 富士通株式会社
 ヘルスケアソリューション事業本部
 「HOPE VISION」企画・編集グループ
 〒105-7123 東京都港区東新橋 1-5-2
 汐留シティセンター
 TEL 03-6252-2572 FAX 03-6252-2915
 URL <http://segroup.fujitsu.com/medical/>

©富士通株式会社 2009 禁無断転載

独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター

カルテや画像などの診療情報を共有して 地域医療の質を上げる百万石メディねっと

4 疾病 5 事業の医療連携体制を構築する新医療計画のスタートから、1 年が経過しました。地域医療連携は、医療機関の機能分化という観点からも、さらなる充実が望まれています。このような中、金沢医療センターでは電子カルテデータの参照や検査予約などが可能な地域医療連携システム“百万石メディねっと”を構築。情報を共有することで、周辺医療機関とともに地域完結型医療を展開しています。



●病院データ●
〒 920-8650
石川県金沢市下石引町 1-1
TEL 076-262-4161
FAX 076-222-2758
URL www.kanazawa-hosp.jp/

人的ネットワークを広げた上で 地域医療連携に IT を導入

金沢医療センターは、金沢市の中心近く、日本3大名園の1つである兼六園に隣接した、病床数650床（うち一般病床602床）の高度総合医療施設です。国立病院の時代から急性期の高度医療を提供し、地域の中核病院としての役割を担うとともに、患者さん中心のていねいな医療を実践しています。

独立行政法人国立病院機構金沢医療センターへと組織変更した2004年の10月には、電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-EXを導入、2009年4月からは64列CTを稼働させるなど、地域住民に最先端医療を提供するための体制を整えてきました。

また、地域の開業医を対象とした講演会や勉強会を開催し、2006年には

20床の開放病床を開設するなど、地域医療における人的ネットワークを広げる取り組みも続けています。このような施策が認められて2008年4月には、石川県で最初の地域医療支援病院に指定されました。そしてその翌月には、地域医療連携システムである百万石メディねっとの運用をスタートさせています。

真の情報共有のために カルテや画像データを公開

金沢医療センターでは、電子カルテシステムやPACSによる院内の情報共有が軌道に乗った後、次のステップとして地域での情報共有を検討していました。同センターのIT化を牽引する吉村光弘内科系診療部長兼情報システム室室長は、「地域完結型の医療において、

質の高い医療が急性期から慢性期まで保たれるためには、連携のためのツールが必要です。また、患者さんが別の施設に移るときに診療情報提供書1枚だけの情報しか伝わらないのは、連携先の医師にとっても、患者さんにとっても不十分です。紹介される患者さんにとって不利益にならないためにも、情報共有のための仕組みは必須だと思っていました」と、地域連携システム導入の動機を説明しています。

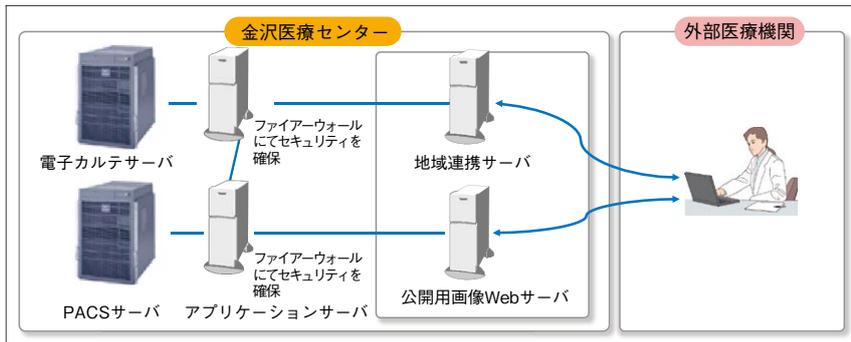
最大の目的が施設間の情報の共有であることから、百万石メディねっとでは、患者さんの同意があれば、6か月間は内容を限定せずに参照できるようにしています。診療所の端末からは、電子カルテシステムの診療データだけでなく、PACSの画像データも参照できます。百万石メディねっとに採用された富士通のHOPE/地域連携は、公開専用のサーバを用いており、外部から直接電子カルテシステムのデータに接続しておらず、また、サーバに置くコピー情報の範囲は患者さんの同意に基づき任意に選択することができるなどセキュリティやプライバシーへの配慮がされています。しかし、同センターで患者さんが訴えた内容をわかりつけ医とすべて共有することや、過去にさ



情報システム室 吉村 光弘 室長



地域医療連携室 伊勢 拓之 室長



百万石メディねっとの運用イメージ

かのぼって既往歴などもすべて見られることを重視した結果、百万石メディねっどでは、カルテ情報がほぼ制限なく見られるように設定されています。

伊勢拓之内科医長兼地域医療連携室室長は、「画像をはじめとする検査データを時系列で取り出せるのは、大きな強みかもしれません」と、このシステムの特長を述べています。実際に、CT検査では、3年前の画像データま

でさかのぼり、その後の検査結果の経過を見て、病変の早期発見につながった例もあります。

このような対応が患者さんから喜ばれているので、カルテ情報がほぼ完全に閲覧できることに対し、同センターのほかの医師から異論が出ることはありませんでした。ていねいな診療を心がけていれば隠す必要もなく、緊張感を持ってカルテを作成することにな

り、むしろプラスの効果があると受け止められています。

検査予約機能によってCTの検査件数が2倍以上に

地域全体での医療の質の向上を主眼とした百万石メディねっどにより連携先との信頼感の向上にもつながり、紹介率が60%以上、逆紹介率が約70%を維持できており、結果的に経営面においても効果が表れています。

特に顕著なのはCTの検査件数で、システム導入前と比較して2倍以上の状態が続いています。各診療所の端末から24時間いつでも容易かつスピーディに予約できることに加えて、結果も診療所にいながらすぐ参照でき、専門医による読影レポートも見られることが、かかりつけ医にとって大きなメ

Column 連携先施設レポート

医療法人社団十全会 介護老人保健施設 ピカソ

低コストで医療の質の向上や省力化などの効果を生む百万石メディねっどへの参加

介護老人保健施設ピカソは、百万石メディねっどに参加することで、業務の省力化を図るとともに、金沢医療センターとの連携で日常診療の質の向上に努めています。

百万石メディねっどへの参加により施設内省力化を実現

ピカソは、金沢医療センターの南西およそ5kmに位置し、田上地区を中心とした地域の住民を受け入れている介護老人保健施設です。隣接するグループの十全病院が精神科の単科病院であることから、百万石メディねっど稼働前から金沢医療センターと連携してきました。

定員は、入所100人、通所リハビリ

テーション27人で、40人弱の人が約1年間の入所待ちになっています。

百万石メディねっどへの参加前後の違いについて、同施設で診療に当たっている道場昭太郎施設長は、診療情報提供書などの書類による手続きの省力化を挙げています。百万石メディねっどでは、診察予約および検査予約を、各診療所の端末から行うことができるようになっています。道場施設長は、「診察中に新規患者紹介のボタンをクリックして必要な事項を入力してい

ば、それで予約ができます。電話でも予約の確認をしています。手書きで書類を作成する手間がなくなったことで、紹介の手続きも容易になりました」と効果を説明しています。

状態や治療内容の随時参照は家族への説明にも有用

金沢医療センターの開放病床に入院した場合、電話で確認したり、車で移動しなくても、家族の同意があれば同施設にしながら状態や治療内容が端末から確認できるようになったことも大きなメリットです。道場施設長は、「今でも週に1回はセンターに入院している入所者のところに行っています。以前は、担当医と話をしようと思っても、なかなか会えないことがあり、治療内容などを知りたいときにすぐ聞くことができませんでした。現在は端末からカルテ情報を参照でき、検査や処方の

リットとなっています。

伊勢室長は、「当センターの医療機器を利用することで、かかりつけ医に診療の幅を広げてもらうことも、地域医療への貢献につながると考えています」と、述べています。

患者さんにとっても、予約によって検査待ちが軽減されており、患者サービスの面でも効果が出ています。

目標は患者参加型の 地域医療連携システム

今後、わが国において、ITを活用した地域連携が広まっていくことが予想されます。しかし、吉村室長は、「地域医療連携システムの本質は、医療の質が高まることにあります。これを見誤り、開業医からの紹介数が増えて増収になると考えて導入すると、期待

外れに終わるかもしれません。当センターでも、検査件数は増えましたが、患者さんの数が急増したわけではありません」と述べています。伊勢室長も、「かかりつけ医の間で、メリットが口コミで広がれば、患者さんは増えていくでしょうが、ある程度の時間は必要だと思います」と付け加えます。

そうした運用の難しさを踏まえて、吉村室長は百万石メディねっとの今後の方向性について、「医療のもう1人の主役である患者さんがネットワークに参加できるようにすること」を目標の1つとして挙げています。吉村室長は、「もし患者さんがいつでも自分の診療データを参照できるようになれば、カルテを自由に見られる病院にかかりたい、カルテを患者自身に公開できるほど自信のある施設で医療を受けたい、という人が増えるのではないかと

と予測しています」と述べています。さらに、「患者さんの意見や、自宅で測った血圧や血糖値を患者さん自身が記入できる連携システムを構築できれば、医療機関側にとってのメリットも大きいのではないのでしょうか。データの信頼性や、かかりつけ医との役割分担の確立など、課題も多いでしょうが、それらがクリアできるならやってみよう」と、今後に向けての意気込みを語っています。

現在、吉村室長は、医師会の保持している検査データを組み入れることで、患者さんの生涯にわたるヘルスケアレコードを時系列で取り出せるような、1地域1患者1カルテの構想を持っています。患者さん中心の、質の高い医療を地域で提供するという目標をクリアした百万石メディねっこのこれから期待が集まります。■

内容から、担当医が何を考え、どのような治療方針を立てているのかがわかるようになりまし」と述べています。

また、家族が同センターで説明を受けた後、道場施設長にも話を聞きにすることがあります。「そのようなときにも、センターで作成されたカルテを見ながら、状態や担当医の考え方などを説明することができます。家族と話をすることは非常に大事ですから、そのための材料をここにいながら参照でき

るのは、非常に良いことです」と、道場施設長は付け加えます。

わずかな設備投資で 必要十分な機能入手

ITへの抵抗感はなく、むしろ施設内の電子カルテシステム導入を希望しているという道場施設長。百万石メディねっとの参加に当たっては、医師会との連絡に使用していたPCのモニタを百万石メディねっとの端末と共用する

などして、初期費用を低く抑えるといった工夫もしました。

百万石メディねっどが提供する機能は、日常の診療において必要十分であるという道場施設長は、今後、このネットワークが広がり、診療所間でも連携できるようになれば、さらなる質の向上と効率化が図れると手ごたえを感じています。■



道場昭太郎施設長。検査予約やカルテ参照などの操作も容易にできる点も高く評価しています。



〒920-1185
石川県金沢市田上本町カ 45-1
TEL 076-231-6225
FAX 076-231-6567
URL <http://www.jotoyasuragi.jp>

医療法人 光晴会病院

オーダーリングシステム「HOPE/EGMAIN-NX」

フルオーダーリングへの
段階的な移行で
導入作業の負担を軽減透析通信システムとの連携により
院内各所で透析記録の確認が可能に

医療法人 光晴会病院

〒 852-8053

長崎県長崎市葉山 1-3-12

TEL 095-857-3533

FAX 095-857-2572

URL <http://www.kouseikai.org/>

循環器センターや腎センターを有し、専門性の高い医療の提供に努める光晴会病院は、2008年1月、将来の電子カルテシステム導入を見据え、富士通のオーダーリングシステム HOPE/EGMAIN-NX を導入しました。既存の透析通信システムと連携させて、病棟での容易な透析記録の確認や患者さんに対する検査結果の説明に効果を発揮しています。また、2009年2月から長崎医療連携ネットワーク“あじさいネット”に参加し、地域医療連携でも HOPE/EGMAIN-NX を活用しています。

interview

大坪 俊夫 病院長
小川 良和 事務長
奥村 浩一 用度課課長
石本 達次 医事課課長
久松 友子 看護部部長
松尾 由紀子 看護部透析室師長
板森 知宏 臨床工学技士

CaseStudy

IT 化のねらいと導入準備

DPC 対象病院への移行に向けて
オーダーリングシステムを導入診療への影響を考慮し
段階的な IT 化に取り組む

Q：病院の特色をお聞かせください。

大坪氏：当院は、1973年に開設された人工腎臓センター高木病院が前身となり、1979年に医療法人光晴会病院として開設されました。長崎市北部の基幹病院として、専門性の高い医療の提供に取り組んでいます。な

かでも、長年の人工透析治療の実績を持つ腎センターは、当県における腎不全治療の草分け的存在です。また、循環器センターは、多数の心臓カテーテル検査と手術の実績を誇り、長崎県全域から患者さんを受け入れています。近年では、2007年4月に病院機能評価の認定を取得し、2009年4月からDPC対象病院へ移行しています。



大坪 俊夫 病院長



小川 良和 事務長

Q：HOPE/EGMAIN-NX 導入の経緯をお教えてください。

大坪氏：もともと当院では日機装株式会社の透析通信システム Future Net II と富士通の医療事務システム HOPE/SX-J が稼働していましたがオーダーリングシステムは未導入でした。その中で、2007年にDPC対象病院への移行が計画されたことにより、さらなるIT化を進めることになりました。

小川氏：当初は電子カルテシステムを含めて検討していましたが、職員の見解を聞いたところ、医師の大半が段階的にIT化を進めていきたいとオーダーリングシステムを希望しました。

大坪氏：いきなり紙カルテがなくなるという環境の変化は、医師や看護師にとっての負担が大きいと考えました。そのため、職員の見解を重視して、オーダーリングシステムの導入を決めました。

CaseStudy システム選定と導入準備

電子カルテシステム導入を見据え 拡張性の高さを評価

選定時に重視したのは 透析通信システムとの連携

Q：オーダーリングシステムの選定はどのように行われましたか。

大坪氏：2007年5月から選定を開始しました。選定で外せない条件だったのは、既存の透析通信システムとの連携が可能かどうかです。オーダーリングシステムは、電子カルテシステム導入を見据えた第一段階と位置づけているため、将来にわたって連携が可能である必要があります。数社にプレゼンテーションをしてもらい検討した結果、透析通信システムとの連携が可能であること、段階的なIT化を実現する拡張性の高いシステムであること、短期間での稼働が可能パッケージシステムであることを評価し、富士通のオーダーリングシステム HOPE/EGMAIN-NX の導入を決定しました。

無理のない稼働をめざし 紙によるオーダを併用

Q：稼働に向けた準備は何を行いましたか。

奥村氏：7月に各部門から代表者を選出して、医師、看護師、事務職員が参加するオーダーリング準備委員会を立ち上げ、業務の見直しを行いました。また、操作訓練は、富士通の担当者から指導を受けたほか、同社の操作訓練用CDを配布して個人での練習も行っています。

石本氏：模擬患者を作って11月と12月の2回、運用のシミュレーションを行いました。シミュレーションでは、考えていたとおりにはいかず、各部門で再度運用方法の見直しが必

要でした。その結果、無理なく稼働させるために一部紙運用を残して段階的にフルオーダーリングシステムへと移行していくことが決まりました。

久松氏：また、看護部の要請で稼働を当初の予定より1か月遅らせています。これは、稼働直前になり、病棟間で操作の習熟レベルに差がある

ことや、運用方法の周知が図れていないことがわかってきたためです。そこで急ぎよ、操作や運用のマニュアルを作成して各部署に配り、1か月の間に全体のレベルの底上げを図りました。

大坪氏：最終的に、2008年1月中旬にオーダーリングシステムが稼働し、7月から透析通信システムとの連携を開始しました。さらに、同じく7月にPACSを、9月には循環器画像システムを導入してフィルムレス運用を行っています。

CaseStudy 導入メリットと今後の展望

情報共有や業務の効率化にメリット HOPE/EGMAIN-NXを地域連携でも活用

運用方法の統一で 業務の標準化に成果

Q：IT化を図られたメリットをどのように感じられていますか。

大坪氏：私は人工透析が専門ですが、病棟のオーダーリングシステム端末でも透析記録が参照できるため、患者さんの状態を容易に把握できるようになりました。また、PACSや循環器画像システムと連携しているので、オーダーリングシステム端末からX線撮影、CT、内視鏡、超音波、心臓カテーテル検査などの検査画像が参照できます。画像を表示しながら患者さんへ説明を行うこともできるようになりました。

松尾氏：透析の定期検査を一括オーダできるよう

にしたことで、検査の管理が容易に行えます。また、検査結果をオーダーリングシステム端末からすぐに確認できるため、透析前後の値を比較しながら、透析効率をわかりやすく説明できます。

久松氏：看護部門全体としては、診療科ごとに異なっていた看護業務の手順などの統一を図ることができ、標準化が進みました。このほか、以前は手書きの指示せんどの文字が読みにくいことがありましたが、それも



前列左から、看護部・松尾由紀子透析室師長、久松友子部長。後列左から、用度課・奥村浩一課長、医事課・石本達次課長、板森知宏臨床工学技士。

なくなり、オーダを転記することもなくなったので指示漏れや転記ミスなどの起こる確率が低くなりました。医療安全にも貢献しています。また、実施入力することで処置伝票を作成する必要がなくなったため、業務の効率化につながっています。

石本氏：事務部門では、会計時の入力作業が軽減されました。

小川氏：院内に患者さんの要望を把握するための意見投書箱を設置していますが、オーダリングシステム導入前には多かった会計待ち時間に対する苦情がなくなりました。

長崎医療連携ネットワーク“あじさいネット”に参加

Q：あじさいネットの概要をお教えてください。

大坪氏：患者さんの同意の下、診療所の医師が基幹病院に紹介した患者さんの診療情報をネットワークを通じて参照できる病診連携システムです。2004年10月に開設され、大村市の国立病院機構長崎医療センター、市立大村市民病院が情報を提供しています。このあじさいネットに長崎市医師会が加入し、2009年

2月から当院、長崎大学病院、十善会病院が患者情報の提供を始めました。

Q：あじさいネットに参加された動機は何でしょうか。

大坪氏：地域連携に非常に有効なツールだからです。例えば、開業医が紹介先での患者さんの検査結果や治療内容をリアルタイムに把握できます。また、病院の持つ高性能な装置の検査画像を診療所にいながら見られるというメリットもあります。検査や投薬の重複も避けられ、医療の安全性と質の向上につながります。

Q：紹介元の診療所ではどのような環境でデータを参照できますか。

大坪氏：経過表、処方内容、検査結果、画像データなど、当院でHOPE/EGMAIN-NXから確認できる患者さんの情報すべてが、ほぼ同じ環境で参照できます。専用ソフトも必要ありません。加入して間もないですが、今後、連携の取り組みをもっとPRして、利用される患者さんを増やしていきたいと考えています。また将来は電子カルテの情報も提供できるようにしていきたいと思っています。



血液透析室スタッフルームでの運用の様子。オーダリングシステムと透析通信システムが連携しているため、病棟でも患者さんの情報を容易に確認できるようになりました。

ITを活用し医療の質と患者満足度の向上をめざす

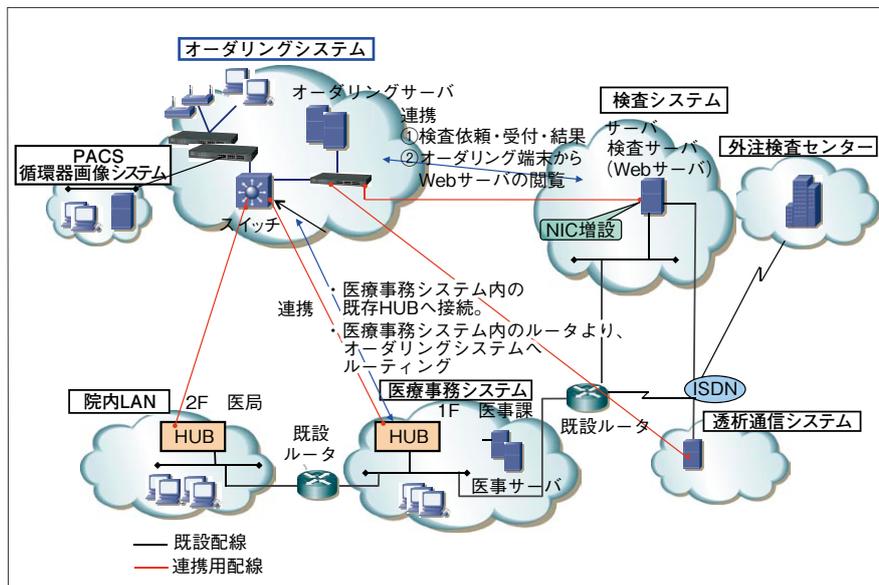
Q：オーダリングシステム運用について、現在の課題とその対応策をお教えてください。

奥村氏：一部に紙運用が残っているため、導入を手がけたオフィスメーション株式会社の担当者と一緒に、各部門に定期的にヒアリングを行いながら、少しずつフルオーダリングシステムに移行していくように進めています。

板森氏：透析通信システムとオーダリングシステムの連携も段階的に行っています。約1000件あるマスタの整備がまだ終わっていないので、すべてが連携できるように現在取り組んでいるところです。

Q：今後の展望をお聞かせください。

大坪氏：フルオーダリングシステムに続き、電子カルテシステムを導入して完全ペーパーレスになれば、より多くのメリットが得られると期待しています。また、当院の特徴である人工透析や心臓血管外科を中心とした専門性をさらに高めながら、患者さんに信頼される病院であり続けたいと思っています。そのために、われわれも勉強しながらITをうまく活用して、より質の高い医療の提供と患者さんの満足度向上に取り組んでいきます。■



光晴会病院のHOPE/EGMAIN-NXシステム構成図

(光晴会病院のHOPE/EGMAIN-NXの導入については、オフィスメーション株式会社様 (http://www.nagasaki-om.co.jp) のご協力をいただきました)

たものき内科クリニック

電子カルテシステム「HOPE/EGMAIN-CX」

電子カルテシステムと
画像ファイリング機能の
連携で効率的な診療を提供充実したサポート体制により
2か月間の短期間で稼働を実現

たものき内科クリニック

〒017-0846
秋田県大館市常盤木町 21-8
TEL 0186-59-5055
FAX 0186-59-5056

秋田県北東部に位置する大館市に 2008 年 6 月、内科と消化器内科を標榜する、たものき内科クリニックが開院しました。田面木友久院長は、内視鏡装置や X 線撮影装置をはじめとした各種検査機器をそろえるとともに、富士通の電子カルテシステム HOPE/EGMAIN-CX に画像ファイリングなどの機能が連携したシステム (Luneo-CX (注 1) : コニカミノルタヘルスケア株式会社) を導入。日常診療の中で活用しています。電子カルテシステムを使うのは初めてだった田面木院長に約 2 か月という短期間で稼働させた導入方法とその後の感想をうかがいました。

interview

田面木 友久 院長

CaseStudy

IT 化のねらいと導入準備

施設内のスペースを有効活用するため
オールインワンシステムを導入ペーパーレス・フィルムレス化
で保管スペースを不要にQ : 開院の経緯とクリニックの特徴
をお聞かせください。

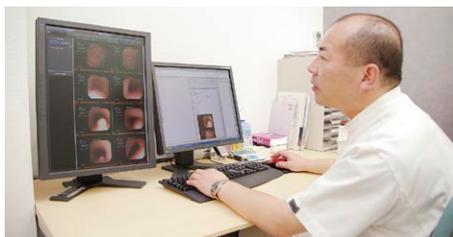
田面木氏 : 10 年以上北海道で勤務医をしていましたが、高齢の両親がいるので、2006 年 7 月から実家のある大館市の病院に勤務しました。自宅

のある北海道と大館市を行き来する生活の中で、もう少し腰を落ち着けて診療したいと考え、2008 年 3 月末に病院を退職し、同年 6 月にたものき内科クリニックを開院しました。

患者さんの役に立つ医療機関でありたいという思いから、開院当初から週 1 日午後在宅医療を行っています。また、私の専門が消化器領域である



田面木 友久 院長



田面木院長の診察の様子。電子カルテシステムや画像ファイリングなど、すべての機能が 1 台のマウスとキーボードで扱えるため、操作性が良く、診察室の机の上のスペースを確保できると評価しています。

ことから内視鏡検査に力を入れているほか超音波診断装置、X 線撮影装置などをそろえて、質の高い検査の提供を心がけています。

Q : クリニックの IT 化を検討されたきっかけは何かありましたか。

田面木氏 : 電子カルテシステムやオーダーリングシステムの使用経験がまったくなかったため、開業を決めた当初は導入を考えていませんでした。しかし、取引先の医療機器販売会社からの助言もあって、IT 化は時代の流れだと思ふようになりました。さらに、紙カルテで運用している開業医の友人から、カルテ保管庫の場所を確保することが大変だという話を聞き IT 化を本格的に検討し始めました。

カルテと画像を 1 台で扱える
オールインワンシステムを選定

Q : システムの選定はどのように行っていたのでしょうか。

田面木氏 : 電子カルテシステムなど



CR (手前) とコンソール (奥)。受診票を見ながらコンソールに患者さんのIDを入力し、情報を呼び出して撮影します。



内視鏡装置 (左) とID入力用の端末 (右)。患者さんの負担が少ない経鼻内視鏡を取り入れているほか、大腸の内視鏡検査でポリープが見つければ当日に切除まで行っています。



処置室でのHOPE/EGMAIN-CXの運用。一部紙運用を残し、指示内容を電子カルテシステム画面と合わせてチェックすることで、確実な処置・検査の実施につなげています。

の知識がほとんどなかったため、医療機器販売会社からアドバイスを受けながら、選定を進めていきました。その中で候補に挙がったのが、富士通の電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-CXにコニカミノルタヘルスケアのビューワ、画像ファイリング、CRコンソールの機能が連携し、1台の端末ですべてを使用できるLuneo-CXです。カルテとフィルムの保管スペースを削減したいと考えていた当クリニックの要望に合うシステムだと思い、最終的にデモンストラクションで操作性を確認し、Luneo-CXの採用を決めました。

Q：システムの導入準備で何か苦労されたことはありましたか。

田面木氏：本格的に開院準備を開始したのが、病院を退職してからだったので、約2か月という短期間で電

子カルテシステムを稼働させなければいけませんでしたが、しかし、電子カルテシステムを担当する株式会社シグマソリューションズの担当者や接続する装置メーカーの担当者が協調して準備を進めてくれたため、苦労することはありませんでした。ただしシミュレーションを行ったのが開院の数日前になってしまいました。そのため、開院後に診療を行いながら運用や設定を見直していきました。

稼働後もシグマソリューションズの担当者が常駐する期間を延長して対応してくれたため、操作などでわからないことがあってもすぐに解決することができました。サポート体制がしっかりしていたことが、短期間でスムーズに導入できた大きな要因だと思います。

モニタにも表示可能です。このほか、処置室にHOPE/EGMAIN-CX、受付に医療事務システムHOPE/SX-JとHOPE/EGMAIN-CX共通の端末を1台ずつ設置しています。

Q：診療の流れをシステム活用と合わせてご説明ください。

田面木氏：初診の患者さんが来院すると、問診票に記入します。また、受付スタッフはHOPE/SX-Jに患者情報を入力し、その内容はHOPE/EGMAIN-CXに送られます。一方、問診票はそのまま診察室に届けられます。これは、診察までの待ち時間が短いため、すぐに診察に移れるように問診票の内容は会計終了後に入力するようにしているためです。また、当クリニックは、カルテはペーパーレスですが、患者さんの所在や診療の流れを把握しやすくするために、一部紙運用を残し、オーダ内容などを記入する受診票をスタッフ間で受け渡しています。

患者さんは、まず処置室で血圧や体温を測った後、診察室に来ます。診察が終わると処置や検査に移りますが、状況によっては私が入力している間でも、受診票を看護師に渡して処置を開始することで、少しでも患者さんの待ち時間が軽減できるように努めています。

最終的に、処置室の電子カルテシステムで看護師がオーダ内容を確認

CaseStudy

システム構成と運用

HOPE/EGMAIN-CX から 検査画像すべての呼び出しが可能

内視鏡画像や心電図の データも高精細モニタで参照

Q：システム構成について教えてください。

田面木氏：診察室にカルテ表示用のモニタと検査画像表示用の高精細モ

ニタがセットになったLuneo-CXの端末を設置しています。Luneo-CXには、内視鏡、超音波、X線の画像や心電図の検査データをすべて保存して、カルテの画面から確認したい検査をクリックし、高精細モニタに表示しています。画像はカルテ用の

して、実施漏れがないかをチェックします。

また、電子カルテシステムと、内視鏡装置、超音波診断装置、CR、心電図装置はすべて同じIDで紐付けられているため、検査の際に、受診票を見て装置に接続された入力端末やCRコンソールにIDを入力します。撮影された画像はすぐに診察

室の高精細モニターで確認できるので、検査後に患者さんに画像を見せながら結果の説明をします。

すべての診療内容の入力が終わり、会計に受診票が届くと、受付スタッフが会計作業を始めます。このように、当クリニックでは紙運用を補助的に活用することで、よりスムーズな診療が行えています。



前列左から、富沢芳子看護師、高橋祐子看護師。後列左から、田面木美代子事務長、田面木友久院長、高橋裕美事務員。

在宅医療の日数を増やしていきたいと考えています。また、クリニックにとどまらず、介護や福祉の事業にも取り組み、さらに地域に貢献していきたいです。

IT化については、現在紙運用で行っている紹介先の病院や訪問介護ステーションとの患者さんの情報のやりとりを、ネットワークでできるようになることが理想です。そうすれば、さらに効率良く、質の高い医療を患者さんに提供できるはずです。■

注1：Luneo-CXは、富士通の電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-CXとコニカミノルタヘルスケアのビューワ、画像ファイリング、CRコンソールの機能が連携し、1台の端末に4つの機能が一体化したシステム。

(たものき内科クリニックのHOPE/EGMAIN-CXの導入については、株式会社シグマソリューションズ様 (<http://www.synap.co.jp>) のご協力をいただきました)

CaseStudy 導入メリットと今後の展望

省スペースと省力化によるコストダウン 今後は地域連携への応用にも期待

ワンクリックでの処方やカルテへの画像添付で業務の効率化を実現

Q：実際に運用してみて、IT化のメリットをどのように感じていますか。

田面木氏：開院前に期待していたとおり、カルテとフィルムの保管庫が不要なため、スペースを有効に活用できています。電子カルテシステムから過去のカルテや画像を容易に検索できるため、患者さんへの迅速な説明が行えます。検査結果を時系列やグラフで表示したり、高精細モニターに前回と今回の検査画像を並べて表示することで、視覚的にわかりやすい説明もできています。このほか、慢性疾患の患者さんで、前回と同じ処方の場合は、データをコピーできるので入力する必要がなく、非常に効率的です。紙カルテでは過去に自分で記載した文字が読みにくいこともありましたが、電子カルテシステムではそういった心配がありません。

また、画像ファイリングの機能とシームレスに連携していることで、高精細モニターに表示されている画像をドラッグ・アンド・ドロップで電子カルテシステムに張り付けること

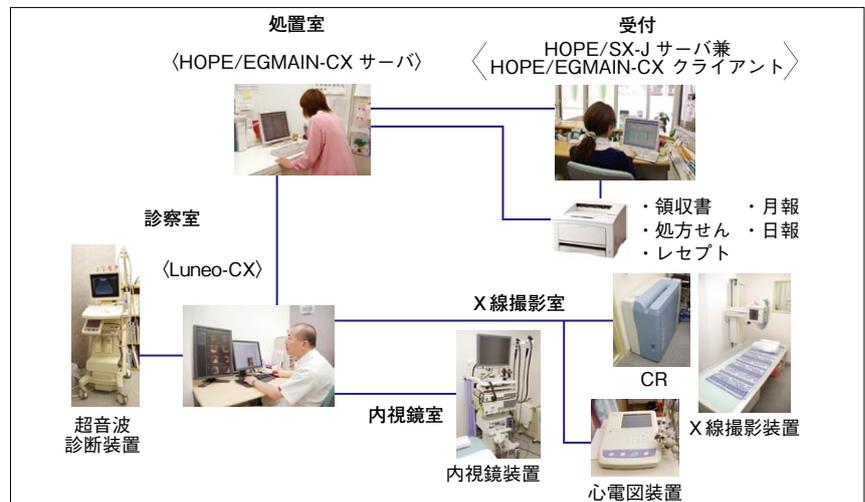
ができ、内容の充実したカルテが容易に作成できるというメリットもあります。

稼働から約1年を迎え、患者さんのデータもだいたい蓄積されてきました。保管庫の場所代、カルテとフィルムを探し回る人件費の抑制、業務の効率化のメリットを考えると、導入時のコストはかかりますが、ITの導入は満足できる効果がありますし、今では安い投資だったと思っています。

地域全体でのIT化 推進に期待

Q：今後の展望をお聞かせください。

田面木氏：患者さんの要望があれば、



たものき内科クリニックのHOPE/EGMAIN-CXシステム構成図



富士通株式会社

〒105-7123 東京都港区東新橋1-5-2 (汐留シティセンター)

TEL 03-6252-2572 FAX 03-6252-2915

URL <http://jp.fujitsu.com/>