FUJITSU

2010年5月13日発行［ホープビジョン］

HOPE Vision

Vol.12
2010 May

Foreword
情報化と規制緩和を積極的に進めることで サプライヤーからコンシューマー優先の医療へ 開原 成允 氏

Case Study
八戸市立市民病院
他ベンダー電子カルテからの更新でパッケージシステムを選定し
業務効率と医療安全に大きなメリット
医療法人社団一条会 一条会病院
IT の初心者が多い環境で半年間という短期間で導入準備を進め
電子カルテシステム稼働に成功

Feature
明日の日本の医療を考える
地域医療再構築
滋賀県湖東・湖北医療圏
休日急病診療所など救急医療体制の整備と 病院間の連携を強化して医師不足に対応 赤松 信 氏・濱上 洋 氏
社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 東埼玉総合病院
住民を含めた『ヒューマンネットワーク』の構築が地域医療を再生する
医療と分離したマネジメントの導入が 限られた医療資源を生かす 竹川 節男 氏

Topics
独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター
IT を活用してチーム医療の充実とともに診療所への情報提供と地域連携を強化

Vol.12
2010 May

［ホープビジョン］

HOPE Vision

contents

→2 page

1 Foreword
情報化と規制緩和を積極的に進めることで
サプライヤーからコンシューマー優先の医療へ　開原　成允 氏

→5 page

2 Case Study　病院編 I
八戸市立市民病院
他ベンダー電子カルテからの更新でパッケージシステムを選定し
業務効率と医療安全に大きなメリット

5 Case Study　病院編 II
医療法人社団一条会 一条会病院
IT の初心者が多い環境で半年間という短期間で導入準備を進め
電子カルテシステム稼働に成功

→8 page

8 Feature
明日の日本の医療を考える 地域医療再構築
8 Interview ──地域医療再生計画を語る
滋賀県湖東・湖北医療圏
休日急病診療所など救急医療体制の整備と
病院間の連携を強化して医師不足に対応　赤松　信 氏・濱上　洋 氏

→11 page

11 Model Case ──地域医療最前線レポート
社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 東埼玉総合病院
住民を含めた『ヒューマンネットワーク』の構築が地域医療を再生する

→13 page

13 Opinion ──地域医療にかける思い
医療と分離したマネジメントの導入が限られた医療資源を生かす
竹川　節男 氏

15 HOPE VISION Report 1
複数の中核病院と連携先医療機関を結ぶ
広域医療連携ネットワークを実現
富士通株式会社

→17page

16 HOPE VISION Report 2
機能性と使いやすさを兼ね備え、健診業務を手厚くサポート
富士通株式会社

→22 page

17 Special Contribution 1
2010 年度診療報酬改定と病院経営の対応　松原 喜代吉 氏

22 Special Contribution 2
DPC データによる医療の標準化の評価　伏見　清秀 氏

→26 page

26 Topics
独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター
IT を活用してチーム医療の充実とともに診療所への情報提供と地域連携を強化

29 Information　富士通の最新情報のご紹介
富士通医療ソリューション・トピックス
お客様の声

※本誌の内容は、弊社ホームページ内の"医療ソリューション"（URL http://segroup.fujitsu.com/medical/）に、PDFデータで掲載いたします。

FOREWORD

開原　成允 氏
国際医療福祉大学大学院長

情報化と規制緩和を積極的に進めることで サプライヤーからコンシューマー優先の医療へ

日本の医療は、これまでの医療関係者優先から患者優先の医療に転換する必要があります。これは情報化社会では自然にその方向に向かうでしょう。また、別な視点ですが、いまの医療は規制にしばられて成長できなくなっています。従来の規制にとらわれない新たな展開が生まれるような環境をつくることが求められています。

私が日本社会について感じてきたことは、サプライヤー優先社会であったということです。医療の世界では、医療提供者がサプライヤーで、患者さんはコンシューマーですが、これまでは医師が「私の治療方針のとおりにすればいいのだ」と言えば、患者さんが反対できないような状態でした。しかし、私は、サプライヤーではなく、コンシューマーが優先される社会にならないといけないと思います。では、なぜ日本社会がサプライヤー優先だったのかというと、サプライヤーが多くの情報を持ち、その情報が「パワー」となっていたからです。一方で、コンシューマー側には情報がなく、反論ができない状況でした。ところが、最近になって、状況が変わりつつあります。コンシューマーが持つ情報量が増えてきたことで、少しずつ対等な関係へと向かい始めました。例えば、患者さん自身がアメリカで売られている薬がなぜ日本では売られていないのかと疑問を持つようになってきました。これはインターネットの普及など、情報化が大いに影響しています。また、医療機関の情報を得ることができるようになってきて、自分がかかる医療機関を自ら選択するようになってきました。このようなことは以前では考えられないことであり、インターネットの普及によるものです。つまり、情報化社会というものがサプライヤー優先の価値観をコンシューマー優先のほうに変えつつあるというのが、いまの社会の姿だと言えます。

しかし、一方で情報化が進むことによって、情報の質が問題となってきます。情報の質については誰も保証してくれません。だからといって、情報を規制すべきではありません。大事なのは、コンシューマーが情報を選択する目を持つことです。さらに、情報化社会が進めば、質の良くない情報が淘汰されていくと私は考えています。以前、少数の専門家と多数の非専門家というテーマで講演をしましたが、例えばAmazonのカスタマレビューでは、そこに書かれた記述をさらに一般の非専門家が参考になったかを投票して、悪い情報が淘汰されていく仕組みができています。

このような情報化社会の中で、医療機関はもっと情報を公開すべきだと思います。ただし、都合の良い情報だけ出されても困るので、なんらかの意味で第三者的評価を経て標準化された正しい情報が開示される仕組みが必要となります。規制という意味ではなく、医療機関の開示した情報をまた評価するような二重、三重の自然淘汰の仕組みも必要です。医療の質を上げていくためには、医療機関が競争して、コンシューマーである患者さんが、良い方を選択できるようにしていくことが大切です。

もちろん競争だけではなく、連携を進めていくことも非常に大切です。例えば、医療機関の地域連携です。しかし、現在の地域連携は、医師不足という緊急課題を優先してサプライヤー主導型で進められており、考え方の異なる大学病院や公立病院と診療所を結びつけようとしても、うまく機能しない可能性があります。私は情報を開示して、コンシューマーである患者さんが望むような連携が自然とつくられていく進め方が、最終的にはうまくいくのではないかと思います。また、このような連携を進める上では情報化が重要ですが、行政には補助金やモデル事業に予算を配分するよりも、情報化が進む環境をつくることが求められています。

情報化を進める上で必要なこととして、2つの要素があります。その1つは標準化です。日本では標準化ができないままに電子カルテの普及が進んでしまいましたが、海外に目を向ければ、医療機関内だけでなく、国全体、地域全体で医療情報を活用するためのEHR（Electronic Health Record）のプロジェクトが進んでいます。日本の医療の情報化は、過去にはこの視点が弱かったのです。現在、政府は社会保障番号の導入を進めようとしていますが、これができなければ、本当の意味での医療の情報化はできないと思います。また、もう1つの要素は、良い意味でビジネスとして医療が成立する環境をつくることです。日本の場合、医療は社会保障という考えがあり、限られた医療費の中で、医療機関は新しいイノベーションも起こせず、受け身になってしまっています。しかし、医療はある意味では産業でもあり、利益をある程度内部留保し、それをイノベーションに使えるようにしなければ、新しい発展はできません。それができていないから地域連携のようなイノベーションを含む情報化が進まないと考えています。例えば、すばらしい医療情報システムが経済的にも評価されて、さらにより良いシステムへ投資するというビジネスモデル、内部留保と投資のサイクルを示すことが必要です。

さらに、医療のビジネスモデルとして、最近、私は、メディカルツーリズムに関心を持っています。観光とセットにした高級ホテルに宿泊しての健康診断も否定はしませんが、メディカルツーリズムとは、外国の患者さんが良い治療を求めて日本の病院に来ることです。しかし、日本の医療では、例えば病床数や医師数が規制されていて自由に外国人のために医療資源を割くことができません。なぜ規制されているのかと言えば、医療費に税金が使われているためです。外国からの患者さんを診療することは、税金を使わずに医療費を増やす1つの手段として考えられます。海外からの患者さんに医療を提供することで、質の高い医療サービスを現行の保険制度外の料金で提供できるようなビジネスモデルが生まれると思います。もちろん、すべての医療機関がそのような医療を行うというわけではありません。メディカルツーリズムのような環境をつくることで、保険体制の中だけでなく保険外でも医療をできるようにすることが、日本には必要なことだと考えています。

現在の日本の医療は、過剰なまでに規制されていると思います。その規制を打ち破るためにも医療関係者が声を上げなければいけません。医療機関経営においても、いまの環境が当たり前ではなく、別の展開がありうるはずです。それを自らつくり出していくよう、ぜひ努力していただきたいと思います。■

開原　成允 氏（かいはら　しげこと）
1961年東京大学医学部卒業。同大学医学系大学院第一臨床医学博士課程修了。東京大学医学部助教授、教授を経て、国立大蔵病院長、医療情報システム開発センター理事長などを歴任し、現職。主な著書に『患者の声を医療に生かす』（共著、医学書院）などがある。

八戸市立市民病院

電子カルテシステム「HOPE/EGMAIN-GX」

他ベンダー電子カルテからの更新でパッケージシステムを選定し業務効率と医療安全に大きなメリット

旧システムからのデータ移行に苦労したものの標準化が図れたことによる業務改善にも効果

八戸市立市民病院
〒031-8555
青森県八戸市大字田向字毘沙門平 1
TEL 0178-72-5111
FAX 0178-72-5115
URL http://www.hospital.hachinohe.aomori.jp/

八戸市立市民病院は、「患者さん中心の恕(おも)いやりのある医療」を理念に、青森県南の中核病院として高度な先進的医療を提供する、病床数584床の基幹病院です。2003年に電子カルテシステムを導入したものの、処理速度やサポート体制に対する改善の要望が高かったことから、ベンダーを切り替えて新システムに移行することを決定。2009年9月からHOPE/EGMAIN-GXを稼働させました。稼働から半年が過ぎた現在、処理速度が改善し安定したシステムにより、業務負担の軽減や医療安全の向上などのメリットが生まれています。

interview

三浦　一章 管理者兼院長
方山(かたやま)　揚誠(ようせい) 診療局次長・臨床検査科部長
川野 恵智子 看護局看護師長
藤丸(ふじまる)　崇(たかし) 医事課主幹

CaseStudy IT化のねらいと導入の経緯

診療に支障が出るほど遅い処理速度の改善を目的にリプレースを検討

医師会との役割分担を明確化し患者中心の地域医療を実践

Q：八戸市立市民病院の特色や地域医療における役割についてお聞かせください。

三浦氏：当院は青森県南における中核病院であり、救急医療と重症患者に対する高度専門治療の2つを主な役割として担っています。この地域は地区医師会も非常に熱心に医療連携に取り組んでおり、当院のような基幹病院との明確な機能分担ができています。外来診療は診療所が担うという連携が図られ、一時は1日約1800人だった当院の外来患者数も、現在では800人ほどになっています。また、地域医療支援病院としての紹介率は80～90%であり、逆紹介率も40%を超えています。

Q：医療のIT化について、どのようにお考えでしょうか。

三浦氏：IT化のメリットは、患者さんの情報を医療者が共有できることです。全職員が医療情報を共有することができ、リスクマネジメントにも結びつくなど、メリットは大きいです。

処理速度の向上を主眼として電子カルテシステムの更新を検討

Q：電子カルテシステムの切り替えを考えた理由についてお教えください。

方山氏：最大の理由は、2003年に導入した電子カルテシステムのレス

三浦　一章 管理者兼院長

方山(かたやま)　揚誠(ようせい) 診療局次長・臨床検査科部長

川野 恵智子 看護局看護師長

藤丸(ふじまる)　崇(たかし) 医事課主幹

外来診察室のデスクトップレイアウト。モニタは左がPACS、中央がHOPE/EGMAIN-GX。右が参照用に残している旧システムのモニタ。処理速度が向上したため、外来の診療時間は無駄が省けています。

病棟での運用の様子。右の写真のようにバーコードでの認証機能により、医療安全でも効果が出ています。

ケージシステムならば、カスタマイズシステムよりもランニングコストも低く抑えられる上に、安定した運用もできます。このような考えに基づいて選定を行い、パッケージシステムで、他院で安定した稼働をしている富士通の実績を評価して、HOPE/EGMAIN-GXの採用を決定しました。

ポンスが悪く、外来の診療業務などに支障が出ることもありました。加えて、このシステムのハードウェアの更新時期を迎えたのですが、その費用が高額だったことも、他ベンダーのシステムからの切り替えの動機となりました。前システムは、フルカスタマイズのシステムであったため、医事システムの更新費用が高いという問題もありました。

三浦氏：さらに、前システムでは、診療データの統計機能が不十分であり、運用に支障があったことも、切り替えの理由になっています。

Case Study システム選定と導入準備

コスト削減と業務の標準化のため パッケージシステムを条件に選定

パッケージシステムで安定稼働の実績のある富士通製品を選択

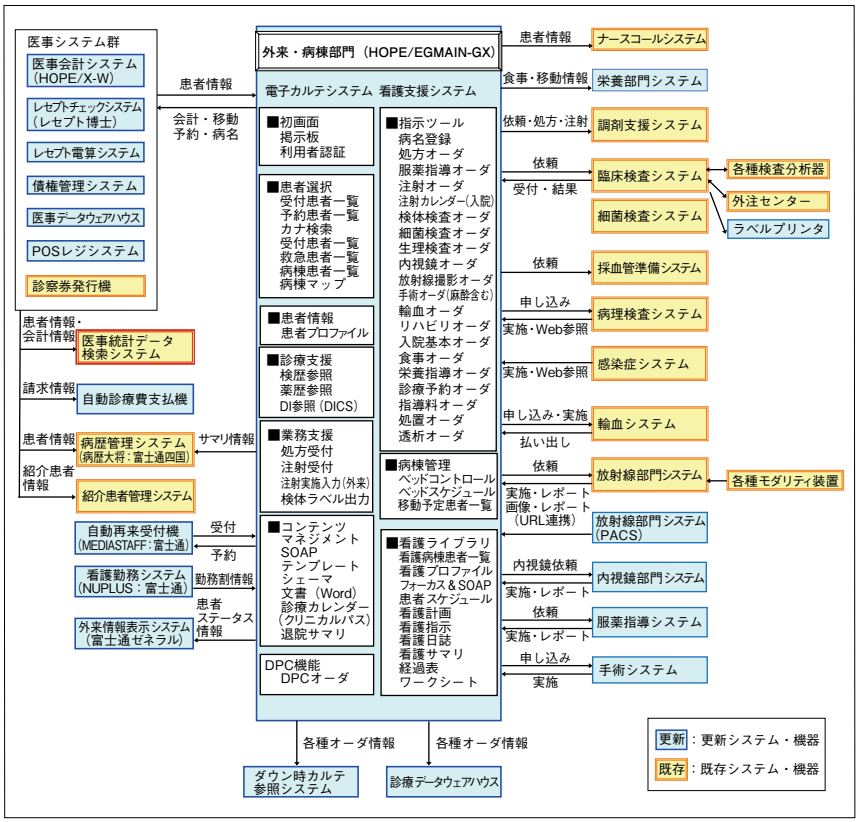
Q：切り替えが決まってから、どのように準備を進めましたか。

方山氏：2007年の秋ごろから次期システムへの更新に向け、電子カルテシステムについての勉強会を行い、その後、検討会を発足して、本格的な準備をスタートさせました。まずは、5社程度のベンダーから各社の電子カルテシステムの特徴について調査し、採用するシステムの選定を行いました。この過程では、他院の電子カルテシステムの見学や、国際モダンホスピタルショウで情報を収集するなどして多角的に検討しました。過去の経験から、カスタマイズが不要なシステムが最も望ましいと考えていました。カスタマイズされたシステムの場合、診療報酬改定のたびに医事や電子カルテシステムの対応にコストがかかる上に、システム自体の管理を行っていくことも難しくなってしまいます。パッケージシステムならば、カスタマイズシステムよりもランニングコストも低く抑えられる上に、安定した運用もできます。このような考えに基づいて選定を行い、パッケージシステムで、他院で安定した稼働をしている富士通の実績を評価して、HOPE/EGMAIN-GXの採用を決定しました。

病傷名やコードの不一致でデータ移行の作業が難航

Q：準備に当たって、どのような点に苦労しましたか。

方山氏：特に問題となったのは、旧システムからのデータの移行でした。旧システムからはCSV形式でデータを出力できるのですが、サーバに負荷がかかってしまうために、日常診療の中でシステムが稼働している状況では、その作業ができませんでした。そこで、病名については



八戸市立市民病院のHOPE/EGMAIN-GXシステム構成図

医事、処方は薬局、検査は検査の各システムから移行しました。また、病名について独自コードをつけたものが多くあるなど、すべてのデータを移行するには制限がありました。このほか、外来や検査の予約のうち、新システム稼働前に受けたデータについては、新システムで入力をし直すなどの作業も発生しました。

Q：各部門での対応はどうしたのですか。

川野氏：看護部門では、運用の見直しに最も苦労しました。しかし、病棟ごとに異なる業務の仕方を標準化する機会にしようと考えました。以前のカスタマイズシステムは、導入当時の運用に基づいて設計されていました。このため、医療を取り巻く外部環境の変化や院内の業務環境が変化する中、以前の運用に合わせたシステムでは変化に対応しにくい状況にありました。パッケージシステムは、システムに運用を合わせるという点でマイナスイメージを持つと思いますが、それによって業務を見直し標準化を図ることができました。

藤丸氏：医事部門においても、旧システムとの仕様の違いにより、そのままデータ移行できないなど、戸惑ったりする点が多々あり、稼働前後はかなり残業が多くなりました。

CaseStudy 導入メリットと今後の展望

処理速度の大幅改善と業務の効率化に加え医療安全にも導入効果が波及

HOPE/EGMAIN-GX の導入によりレスポンスが大幅に向上

Q：システム更新の最大の目的であった処理速度は改善しましたか。

三浦氏：大幅に改善しました。以前はカルテデータを呼び出すだけでもしばらく待たなければなりませんでしたが、いまはすぐに画面を展開できます。

川野氏：年 1 回実施している看護局のタイムスタディを今年 2 月に実施しました。その結果、時間外業務の多くを占めていた看護記録の入力業務が、一部午前中にシフトしていました。システムのレスポンスが向上したことで、ベッドサイドで記録しながら業務を行えるようになったためであり、従来に比べ業務効率が向上しています。

方山氏：旧システムでは、午前 11 時ごろの外来のピークになるとサーバに負荷がかかって処理速度が遅くなり、場合によってはいったんすべての業務を止めて、再起動を行うこともありました。HOPE/EGMAIN-GX に切り替えてからは、まだ一度もシステムが止まったことはなく、安定稼働しています。

Q：医療安全面での効果は表れているのでしょうか。

川野氏：注射は患者認証システムで、処方薬は指示受けから実施までの確認業務をサポートする機能をフル活用しています。月平均の与薬に関するインシデント件数の単純比較では、約 25％減少していました。この点についてもシステム更新の成果が得られていると思います。

Q：パッケージシステムのメリットを感じていますか。

川野氏：導入準備については、パッケージシステムの方が、準備期間が短くて済むというメリットがあります。当院の場合、他ベンダーからの更新だったため、新規導入施設よりも長い、9 か月の準備期間を要しましたが、それでも旧システムの導入時に比べ、大幅に短縮されました。また、業務の標準化を図れたことは大きなメリットの 1 つです。標準化することは変化への対応をスムーズにすることにつながります。これは組織にとって、とても重要なことだと考えます。

藤丸氏：データの統計に関しては、これまでは不必要なデータを習慣的に出していた部分もあったと思うので、これを機に整理してみたいと考えています。9 月に稼働し始めたばかりなので、経営へのデータの活用はまだ十分にできていませんが、この点については、これからの課題だと考えています。

パッケージシステムは長期的な視点からも大きなメリット

Q：富士通への要望点があれば教えてください。

方山氏：どのベンダーも同じだと思いますが、導入まではいろいろと支援してくれるものの、その後のサポートが不足しがちです。せっかくのシステムをもっと高度に使いこなすために、中級、上級の講習を実施してもらいたいと思います。

川野氏：パッケージシステムでもたくさんの機能がありますので、それを効果的に使っていけるようなサポートがあるとよいと思います。

Q：電子カルテシステムの導入や更新を検討している読者にメッセージをお願いします。

方山氏：パッケージシステムは、システムに合わせて運用を見直さなければなりませんが、長期的に見ればメリットの方が大きいと思います。カスタマイズシステムは自由度は高いのですが、その分マイナスの要素もあるのではないでしょうか。医療機関にとっては、IT に詳しい人材を確保するのは難しいだけに、その観点からもパッケージシステムの方が有利だと言えます。■

医療法人社団一条会 一条会病院

電子カルテシステム「HOPE/EGMAIN-NX」

ITの初心者が多い環境で半年間という短期間で導入準備を進め電子カルテシステム稼働に成功

情報の共有や参照が容易になり業務の合理化や医療安全向上に成果

医療法人社団一条会 一条会病院
〒272-0836
千葉県市川市北国分 4-26-1
TEL 047-372-5111
FAX 047-372-5116
URL http://www001.upp.so-net.ne.jp/ichijyou/

一条会病院は、千葉県市川市にある、一般病床150床、療養病床49床規模の病院です。救急指定病院として、また一方では老人保健施設や特別養護老人ホームなどの協力病院として、救急から療養まで幅広い医療を提供しています。地域医療に大きく貢献する同院は、2008年11月、情報共有や医療安全の向上への効果を期待して富士通の電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-NXを導入。カルテや画像情報はもちろん、アレルギー情報やリハビリカルテなど、患者さんのさまざまな情報を共有するために活用しています。

interview

松本 義明 病院長
多並 正晃 庶務課長
寄本 洋子 看護部長
柏尾 順子 薬局長
平野 俊介 理学療法士

CaseStudy

IT化のねらいと導入の経緯

オーダリングシステム導入の予定を変更し電子カルテシステム稼働を選択

業務の合理化と医療安全向上を目的にIT化を推進

Q：IT化の目的をお教えください。

多並氏：富士通の医療事務システムは導入していたものの、オーダリングシステムや電子カルテシステムは未導入でした。そのため、2008年1月ごろから、同年11月に迫った医療事務システムのリプレースに合わせてIT化を進めることで、情報を一元管理し、業務の合理化を図りたいと考えました。例えば紙カルテでは、患者さんのカルテを準備して、それを診察室に持っていかなければ診察を始められませんが、電子カルテシステムなら受付後すぐに患者さんを診察室へお呼びすることができます。また、電子カルテシステムでは、紙運用で起こりうる転記ミスや、書かれた文字が判別しにくいといったこともなくなるので、医療安全向上への期待もありました。

前列左から、柏尾順子薬局長、松本義明病院長、寄本洋子看護部長。後列左から、平野俊介理学療法士、多並正晃庶務課長。

IT化遅滞のリスクを避け電子カルテシステムを選択

Q：電子カルテシステム導入に至る経緯をお聞かせください。

多並氏：実は、当初オーダリングシステムを導入する予定でした。しかし、オーダリングシステムの後に電子カルテシステムを導入するという、2段階の導入プランを立てた施設の中には、電子カルテシステムへの展開になかなか踏み出せないままIT化が頓挫してしまった例もあるという話を聞いていました。そんな中、候補に挙がっていたベンダーか

外来診察室。右のモニタが電子カルテシステムのモニタで、左は PACS 用の高精細モニタ。高精細モニタは、病棟と診察室に計 17 台設置している。

ナースステーション（写真左）、薬局（写真右）での運用の様子。

ら見積りをとったところ、電子カルテシステムでも当院にとって無理のない金額だったことと、稼働準備についても、期間を区切り集中して作業を進めれば可能だという意見があったことから、思い切って電子カルテシステムを導入することにしました。

CaseStudy 導入準備とシステム稼働

IT に不慣れな職員が多い中 半年という短期間で稼働を実現

PC 初心者も短期間で 問題なく操作を習得

Q：電子カルテシステム導入の準備は各部門でどのように進めましたか。

多並氏：選定の結果、2008 年 4 月に HOPE/EGMAIN-NX の導入が決まると、同年 11 月の稼働に向け、約半年前となる 5 月から準備を開始しました。

寄本氏：当初の予定が変更になり電子カルテシステムの導入へと切り替わったので、準備期間は不足していました。当院は看護師の平均年齢が高めで、そのため、「電子カルテの時代は自分たちが退く時代だ」と思う職員もいたようですが、退職を考える間もなく電子カルテシステムの導入作業がスタートしたので、「やってみて無理だったら辞めよう」という考えに切り替えられたことが良かったようです。

看護部としては、ワーキンググループを立ち上げ、看護支援、処置係などの担当を決めて、準備を進めました。職員の中には、マウスを持つことも初めての人もいましたが、富士通エフ・アイ・ピーの担当者が初歩的なことからていねいに教えてくれたので、結果として全員が電子カルテシステムを扱えるようになりました。

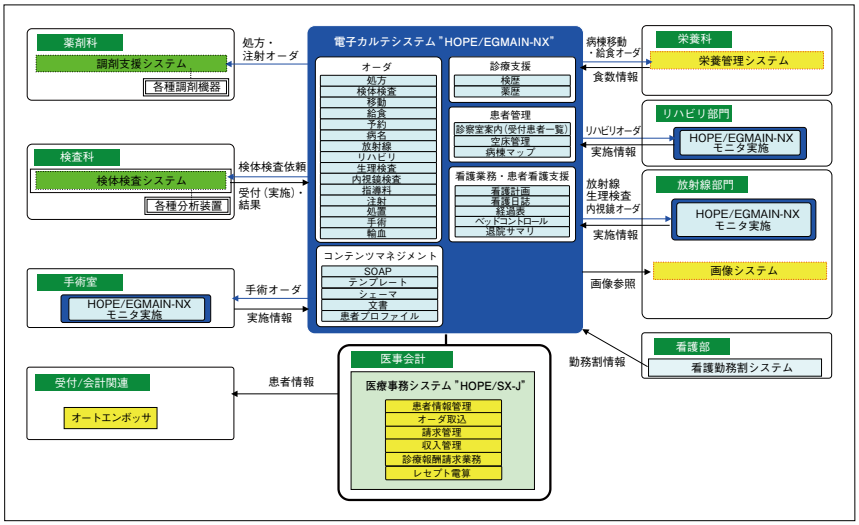
柏尾氏：富士通エフ・アイ・ピーの担当者に、できることと、できないことを明示してもらえたことで、やらなければいけないことを明確にすることができました。また、薬局では医薬品のマスタ整備という大きな使命がありますが、他院の先生から、特に調剤支援システムのマスタと電子カルテシステムのマスタのすり合わせが大変だという話を聞いていました。しかし、当院では、電子カルテシステムの導入に合わせて全自動錠剤分包機などを含めた調剤支援システムをリニューアルすることができたので、マスタのすり合わせ作業の負担を軽減できました。

平野氏：リハビリテーション科では、リハビリカルテをカルテとは別に持っていたので、電子カルテシステムに情報を一元化するために、それらをすべて入力しなければなりませんでした。作業が開始できたのが、10 月半ば過ぎだったので、2 週間程度でデータ入力をしなければならなかったことが大変でした。

Q：短期間の準備でしたが、スムーズに稼働を開始できましたか。

多並氏：リハーサルでは受付がボトルネックとなり、本稼働が心配されました。しかし、実際には想像していた以上にスムーズにスタートさせることができました。

寄本氏：その要因の 1 つには、患者さんが次にどの検査に向かうのかなどを記載した基本伝票の運用があると思います。フォルダに入れて患者さんに渡しているものですが、検査漏れの防止にもなります。



一条会病院の HOPE/EGMAIN-NX システム構成図

Case Study

導入のメリットと課題への対応

診療や事務など各部門業務の合理化と医療安全向上に成果

情報の一元化により他部門との情報共有が可能に

Q：電子カルテシステムの導入により、診療面ではどのようなメリットがありましたか。

松本氏：入院している患者さんの情報を見るためには、以前は病棟まで行かなければなりませんでしたが、今は端末さえあればどこでも情報が参照できます。電子カルテシステム導入の翌年にはPACSを導入しましたが、その画像も電子カルテ端末で参照することができます。不必要な移動がなくなり、業務効率が向上しました。

オーダについても、前回と同じ処方をするときにはコピーするだけですむため効率的です。

平野氏：これまでリハビリカルテはリハビリスタッフでしか共有できていませんでしたが、情報が一元化され、医師や看護師にも正確にわれわれの持つ情報が伝わるようになりました。

また、例えば整形外科に救急の患者さんがいるという情報を見られるようになったため、いつごろリハビリテーションのオーダが出るのか、予測することもできるようになりました。

Q：診療以外の面でのメリットはいかがでしょうか。

多並氏：事務では、一部の診療科を除いてカルテを出す手間がなくなりましたし、会計時もデータを取り込むだけなので、大きな省力化につながっています。それに伴い、患者さんの会計待ち時間もかなり短くなっていると思います。

また、当院は2010年1月より、看護配置を15対1から13対1に基準を引き上げていますので、患者さんの平均在院日数の短縮が重要課題になっています。HOPE/EGMAIN-NXでは、病棟マップ上から入院患者数や在院日数が出るので、各スタッフが患者さんの在院日数を意識しやすくなりました。平均在院日数のデータも出しやすくなり、有効に活用しています。また、HOPE/EGMAIN-NXの標準機能である掲示板に、例えばインフルエンザの情報など、院内で共有したい情報を入れたフォルダを作成することで、診療内容以外のデータも共有できるようになりました。これもIT化のメリットの1つだと思います。

平野氏：リハビリテーション科では、診療報酬のデータも、他部門のスタッフから確認できるようにフォルダを作成して入れてあるので、自分たちの部門がどれだけの点数がとれているかを知ってもらえるため、評価も得られやすくなったと思います。

アレルギー情報は薬局が一元管理し情報の正確性を確保

Q：医療安全の向上には成果はありましたか。

柏尾氏：当院ではアレルギー情報はすべて薬局が管理しており、薬の副作用や食物アレルギーなどの情報を薬局に集めて入力しています。その理由は、例えば薬に含まれるある1つの成分にアレルギーが出た患者さんに対しては、その成分を含んだすべての医薬品にブロックがかかるようにしなければならないので、これは薬剤師がやるべき仕事だと考えて薬局でアレルギー情報を一元管理しています。

寄本氏：一方で、従来の紙の受け渡しの機会が大幅に減ったことで、医師とのコミュニケーションが減るといった新たな課題も見つかりました。例えば病棟の患者さんに対して、医師が外来の端末からオーダを変更したとき、看護師は常に端末を見ているわけではないので、その変更が伝わらないこともあり得ます。場合によってはインシデントにつながりかねないため、変更があるときには電話などで連絡をくださいとお願いしています。

パッケージ製品の採用が容易なシステム導入のカギ

Q：電子カルテシステムの導入を検討している読者へのメッセージをお願いします。

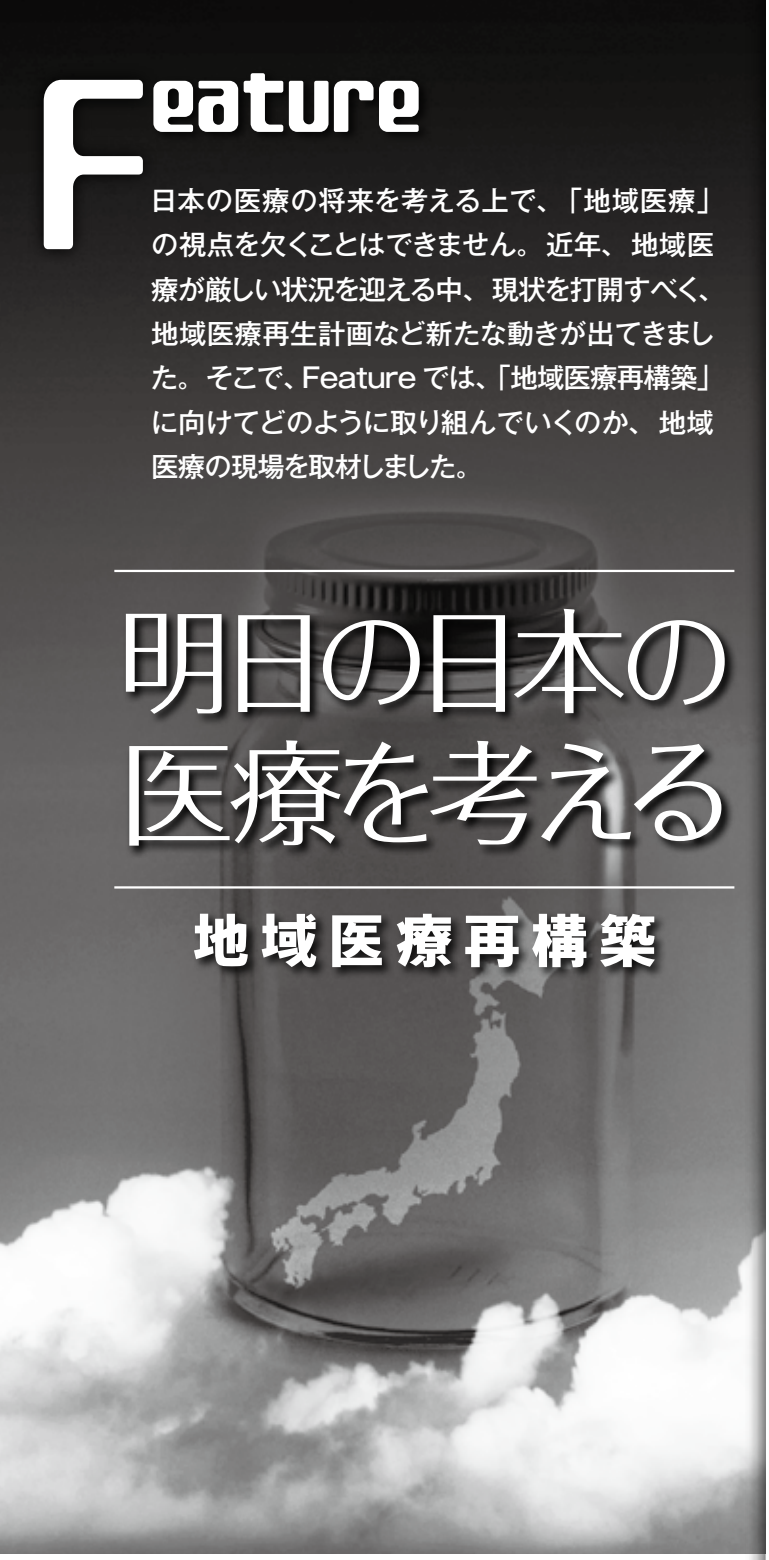
寄本氏：看護師の平均年齢が高い当院でも短期間で電子カルテシステムを取り入れることができたので導入にあたって、年齢や経験を心配する必要はないと思います。ただし当院がそうであったように、ベンダーのていねいなサポートを受けられることが前提となります。

多並氏：HOPE/EGMAIN-NXはパッケージ製品ですので、ノンカスタマイズが基本となっています。そのため、不便に感じることがあるかもしれませんが、当院のようにITに精通したスタッフがいないような病院では、ある程度制約があった方が導入しやすいと思います。また、たとえフルカスタマイズでつくったとしても、すべてのスタッフが満足するシステムは絶対にできないと思いますので、システムに足りないところは運用でカバーすると考えるべきでしょう。■

（一条会病院のHOPE/EGMAIN-NXの導入については、富士通エフ・アイ・ピー株式会社様〈http://jp.fujitsu.com/fip/〉のご協力をいただきました）

Feature

日本の医療の将来を考える上で、「地域医療」の視点を欠くことはできません。近年、地域医療が厳しい状況を迎える中、現状を打開すべく、地域医療再生計画など新たな動きが出てきました。そこで、Featureでは、「地域医療再構築」に向けてどのように取り組んでいくのか、地域医療の現場を取材しました。



明日の日本の医療を考える

地域医療再構築

Contents

Interview ―地域医療再生計画を語る

赤松　信 氏（彦根市立病院病院長）
濱上　洋 氏（長浜赤十字病院病院長）
休日急病診療所など救急医療体制の整備と病院間の連携を強化して医師不足に対応 …… 8

Model Case ―地域医療最前線レポート

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス **東埼玉総合病院**
住民を含めた『ヒューマンネットワーク』の構築が地域医療を再生する …… 11

Opinion ―地域医療にかける思い

竹川　節男 氏（医療法人社団健育会理事長）
医療と分離したマネジメントの導入が限られた医療資源を生かす… 13

Interview ―地域医療再生計画を語る

滋賀県湖東・湖北医療圏

休日急病診療所など救病院間の連携を強化し

地域医療支援センターを中心とした在宅医療

彦根市立病院病院長 **赤松　信** 氏 × 長浜赤十字病院病院長 **濱上　洋** 氏

2009年度の第一次補正予算として設けられた地域医療再生基金を医師不足などの地域医療崩壊が叫ばれる中、どのように地域医療提供して、２つの二次医療圏を連携させ、救急医療体制の充実などを図っ病院の赤松信病院長と長浜赤十字病院の濱上洋病院長に、お話をう

湖東・湖北医療圏の急性期医療を担う両院

――湖東・湖北医療圏の概要についてご説明ください。

赤松氏：湖東医療圏は、彦根市とその周辺4町で構成されています。彦根市の人口が約11万人で、医療圏全体では15万人程度となっており、小さな二次医療圏だと言えます。現在、医療圏内には病院が4施設あり、その中で公的病院は彦根市立病院だけで、ほかは民間病院です。

当院は1891年に創立し、2002年には現在地に新築移転。現在、病床数470床の急性期医療を提供する総合病院としての役割を担っています。一方で、民間病院3施設は、彦根中央病院が350床のうち急性期100床、維持期250床、友仁山崎病院が157床のうち急性期病床は一部、豊郷病院が338床のうち急性期150床で残りは精神科と維持期の病床となっています。このように民間病院は、急性期の機能を一部持っていますが、当院が救急医療も含め急性期医療の中心となっています。

濱上氏：長浜赤十字病院のある湖北医療圏は、滋賀県の7つの医療圏のうち最も広い面積を持っており、湖東医療圏の約2倍になります。圏域内の医療施設は、当院のほか、

赤松　信氏
（あかまつ　しん）

1972年京都大学医学部卒業。同大学医学部附属病院第1外科、麻酔科で研修。癌研究会付属病院外科を経て、80年に彦根市立病院外科医長となる。外科部長、副院長を経て、2002年から現職。滋賀県外科医会会長も務める。

急医療体制の整備と
て医師不足に対応

や訪問看護の充実を図る

用いた地域医療再生計画が、各都道府県で本格的に開始されました。体制を再構築していくのかが注目されます。そこで、滋賀県の計画とていくことになった湖東・湖北医療圏の取り組みについて、彦根市立かがいました。

濱上　洋氏
（はまがみ　ひろし）

1973年京都大学医学部卒業。同大学医学部附属病院、兵庫県立尼崎病院勤務などを経て、84年同大学大学院卒業。86年に長浜赤十字病院第一整形外科部長となり、理学診療科部長（兼任）、副院長を経て、2003年から現職。

急性期と維持期の病床を持つ市立長浜病院が676床、同じく急性期と維持期の病床を持つ長浜市立湖北病院が198床、精神科の単科病院である長浜青樹会病院が179床となっています。この中で、当院と規模の最も大きな市立長浜病院が救急を含めた急性期医療を積極的に行っているのが実態です。また、当院には、湖東・湖北医療圏で唯一となる救命救急センターが設置されています。

分娩休止など深刻化する医師不足の現状

――地域医療再生計画では湖東・湖北医療圏を連携させることになっていますが、その理由をお聞かせください。

赤松氏：両医療圏に共通する一番大きな問題は、医師不足です。湖東医療圏の人口が約15万人、湖北医療圏が16万人で、両方とも二次医療圏としては規模が小さいので、隣接する2つの医療圏を包括する形で連携をしていこうという考えがありました。

濱上氏：私自身は、地域医療計画で2つの医療圏を合併すると思ったほど、滋賀県の場合は面積に対し二次医療圏が多いのが実態です。湖北医療圏は面積が広いので、広域の連携には難しい面もあるのですが、「できることは一緒にやっていこう」という考えで、両方の医療圏が連携していくことになりました。

――医師不足が深刻だとのことですが、具体的にはどのような状況になっているのでしょうか。

赤松氏：湖東医療圏では、2003年から2009年の比較で勤務医が130人から116人というように、11％減っています。当院では実は約20％減っています。同じく湖東の産科医は6人から1人になって、小児科医が13人から7人に減っています。彦根市立病院の場合、2007年4月から、それまで4名いた産婦人科医が1名になってしまい、分娩を全面的に停止せざるを得ない状況になりました。そのほかの湖東医療圏の3病院は分娩を行っておらず、医療圏内で分娩ができるのは診療所1施設だけとなり、マスコミにも取り上げられるほど大きな問題となってしまいました。そういう中でハイリスクの分娩については、長浜赤十字病院や市立長浜病院などにお願いする形で行っています。また、精神科医療も、当院には精神科がなく豊郷病院にしか精神科病床がない状況に加え、医師不足が深刻化してきたことで、厳しい状況になっています。このほか、心療内科、小児科、救急医療についても医師不足が進んでおり、問題になっています。

濱上氏：長浜赤十字病院の場合、呼吸器内科がなくなり、第二種感染症指定医療機関でありながら、インフルエンザやSARSなどの呼吸器系の感染症の診療に課題を残しています。また、2009年には眼科もなくなりました。当院の場合、救命救急センターがあり、顔面の外傷や骨折などの症例で、眼科医の迅速な対応ができず、問題となっています。さらに、当院には地域周産期母子医療センターが設置されていますが、未熟児網膜症に対しては、医療圏内の眼科診療所の開業医に協力してもらっているような状況です。このほか、湖東医療圏でも問題となっている神経内科も、医師が不足しています。このまま医師不足が進み、近隣の病院で診療科が休止するようなことになると、当院の患者数が急増し、それによって診療機能がダウンしてしまうのでないかと心配しています。

休日急病診療所を活用し、一次、二次、三次救急医療の体制を整備

――地域医療再生計画で、救急医療体制の確保を課題に挙げていますが、どのように取り組んでいくのでしょうか。

濱上氏：湖北医療圏では、2か所に休日急患診療所がありましたが、2007年度に患者数の減少などを理由に閉鎖されました。ところが、この閉鎖によって長浜赤十字病院と市立長浜病院の救急患者が増加し、医師不足の状況の中で、医師の疲弊が進んでいました。このまま救急を続けていくのは難しいとの判断から地域医療再生計画に基づいて、今年の4月から地域医療支援センターとして

休日急患診療所が再開されました。ここで日曜日や祝日の内科と小児科の診療を行います。これにより、3施設で日曜日と祝日の一次救急を輪番で担うことになったので、地域住民にも積極的に輪番制の周知を行っています。今後は、休日急患診療所が一次救急の役割を担い、平日の夜間診療にも対応して患者さんの振り分けを行い、将来的に可能であれば当院が二次、三次救急を受け入れるようにしていきたいと考えています。

赤松氏：湖東医療圏にも休日急病診療所があり、数年前までは年間1500～2000人、1日20～30人程度の患者数となっていましたが、湖北医療圏と同様、患者数の減少に伴い、廃止が決まりかけていました。しかし、当院の医師不足が深刻化してきたことから、むしろ休日急病診療所の機能を強化することになりました。2006年12月からは、休日急病診療所の診療受付時間を17時から19時へと延長していただきました。昨年の新型インフルエンザ流行時には、休日急病診療所が深夜まで対応してくれたため、当院の負担も軽減されました。今後は地域医療再生計画の下、さらに一次救急の体制を充実させて、地域住民にそのことを周知して、病院は二次、三次救急を担うように進めていきます。また、当院では内科系、外科系など5、6名の医師が当直で、救急医療を行っていますが、マンパワーが不足しているので非常勤医師を増やすなどして、救急医療を充実させるつもりです。

――湖東医療圏の周産期医療の充実も地域医療再生計画に盛り込まれましたがその施策についてお聞かせください。

赤松氏：これは、地域医療再生基金を用いて滋賀医科大学に寄付講座を開設し、そこで養成した医師を派遣してもらうものです。早ければ2012年度中、遅くても2013年度には、彦根市立病院での分娩を再開できると期待しています。

地域連携のハブとして機能する地域医療支援センター

――湖東・湖北医療圏の連携を強化していくために、どのようなことに取り組んでいきますか。

赤松氏：2年ほど前から彦根市立病院と長浜赤十字病院、市立長浜病院の間で、耳鼻咽喉科の医師が同じ大学出身ということから、協力して当番制での診療を行っています。これは、重症患者の場合に、当番病院に送るというものです。このように、かつては個々の病院が「フル装備」で何でも対応してきましたが、現状では難しいので、当番制にするなどの連携体制を整えています。これは医師の負担を軽減するだけでなく、専門的な診療を提供する上でも重要なので、ほかの診療科でも進めていくことを検討しています。

――民間病院や診療所との連携については、どのように取り組みますか。

赤松氏：病院と診療所の連携は従来から行われており基盤もできているので、今後は病院間の連携を充実させていくことが重要です。以前は競い合うこともありましたが、個々の病院が特色を打ち出し、急性期、維持期のように各病院が担う役割を明確にしており、連携する環境が整ってきました。ただし、病院間で情報を共有して、スムーズに連携できる体制にはなっていないので、地域医療再生計画の中で、地域医療支援センターの機能を活用しながら進めていきたいと思います。

――湖東・湖北医療圏それぞれにつくられる地域医療支援センターはどのような役割をするのでしょうか。

赤松氏：休日急病診療所のほかに訪問看護ステーションや在宅医療の拠点となります。現在の医療連携では、個々の病院の地域医療連携室やソーシャルワーカーが、それぞれ別々に活動しています。今後は、地域医療支援センターが中心となって、そこに情報を集中させて患者紹介を行ったり、救急搬送の調整をするといった機能を果たすことを期待しています。

濱上氏：湖北医療圏の場合、医師会館内にセンターを設け、休日急患診療所として機能するほか、在宅医療や病病連携、病診連携の調整を行う予定です。

情報共有を充実させるITの役割に期待

――連携を充実させるには、ITの活用などが考えられますが、どのようにお考えでしょうか。

赤松氏：病院間の連携を進めるためには、連携先の病院のベッドの空き状況などを一括して把握できるシステムがあれば、非常に良いと思います。ITを活用してこのような情報を管理できるようになれば、地域連携がさらにうまく機能するようになるのではないでしょうか。

濱上氏：長浜赤十字病院では、放射線部門の検査画像のフィルムレス運用を行っており、連携先の施設に画像を提供する際もCDで渡しています。今後は、画像にとどまらず多くの診療情報を病院間、あるいは診療所との間で共有できるようになればよいと考えています。■

彦根市立病院
〒522-8539
滋賀県彦根市八坂町1882
TEL 0749-22-6050
FAX 0749-26-0754
URL http://www.municipal-hp.hikone.shiga.jp/

長浜赤十字病院
〒526-8585
滋賀県長浜市宮前町14-7
TEL 0749-63-2111
FAX 0749-63-2119
URL http://www.nagahama.jrc.or.jp/

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
東埼玉総合病院

〒345-0025
埼玉県北葛飾郡杉戸町清地 2-2-11
TEL 0480-33-1311
FAX 0480-32-5210
URL http://www.jinai.jp/www-saitama/index.php

住民を含めた『ヒューマンネットワーク』の構築が地域医療を再生する

「二人主治医制」、「地域連携糖尿病プログラム」などの運用で地域が一体となった糖尿病診療を展開

東埼玉総合病院は、埼玉県の東北部に位置する利根保健医療圏（久喜市、幸手市、行田市、加須市、白岡町など 14 市町）の中核医療機関として、脳神経外科や糖尿病内科など専門医療を中心に展開しています。
利根保健医療圏では、2008 年に糖尿病領域で医療崩壊の危機に直面しました。そういった状況の中で、同院では「地域糖尿病センター」を中心に「二人主治医制」、「地域連携糖尿病プログラム」などを立ち上げて、医療連携による地域医療の再生に取り組んでいます。

地域の糖尿病医療崩壊の危機を医療連携で救う

東埼玉総合病院の外来ロビーには、同院の地域連携糖尿病プログラムに参加している地域の開業医が顔写真や地図などとともに掲示され、パンフレットが置かれています。病院が進めている「二人主治医制」に参加している連携先の医療機関を紹介するもので、同じく外来には地域ネットワーク・医療相談室の窓口があり、患者さんからの連携相談にあたっています。同院では、地域糖尿病センターを中心に「住民を主体とした対話と支え合いによる地域医療と社会の再生」をめざし、糖尿病患者を地域全体で診る取り組みが具体的に動き始めて、成果を上げつつあります。

そのきっかけは、まさに地域医療の崩壊が背景にあったと同院代謝内分泌科・地域糖尿病センターの中野智紀医師は言います。埼玉県は人口 10 万人に対する医師数が全国で一番少なく、利根保健医療圏は県内に 9 つある二次医療圏で 2 番目に少ない状況です。糖尿病医療に関しても、埼玉県は糖尿病専門医数が全国最下位、利根保健医療圏は県内で 3 番目の少なさというのが実情です。

中野　智紀 医師

「利根保健医療圏は、県東北部で東京にも近く、実はこの地域が医療過疎の状態にあることが把握されていません。卒後臨床研修制度が始まった 5 年ほど前からこの病院でも常勤医が減少する一方で、専門医指向の高まりから患者さんが病院に集中する現象が出てきました。それでも何とか努力して対応してきたのですが、2 年前に地域の基幹病院の糖尿病外来が医師の引き揚げによって閉鎖し 1000 人以上の“医療難民”が発生しました。この状況に対応するためには、1 つの医療機関だけでなく地域全体の協力が必要になったことが連携に取り組むきっかけでした」

それまで、同院の地域連携への取り組みはほとんどなく、紹介・逆紹介率も 1 けたでした。中野医師が、最初に参加した地元の医師会の会合では「患者をとられる」、「病院は入院だけやっていればいい」という厳しい意見が相次ぎました。

「私は、前任の大学病院で、行政と医師会と協力した医療連携に取り組んでいて、地域医療連携を進めるためには行政への働きかけと地域とのネットワークづくりが不可欠であることを実感していました。地域全体で患者さんを支える仕組みづくりのためには、まずわれわれが持っている医療資源を地域の開業医に開放して、活用していただくことが重要だと考えて、最初に取り組んだのが『地域連携糖尿病プログラム』で、その成果を受けてスタートしたのが『二人主治医制』です」

開業医との循環型連携で地域で患者を診る体制を構築

2008 年 10 月にスタートした「地域連携糖尿病プログラム」は、東埼玉総合病院の糖尿病診療に関する医療資

源を地域に開放して共同利用する仕組みです。具体的には、「糖尿病合併症予防プログラム３泊４日」などの教育入院プログラムやフットケア、栄養指導、インスリン導入外来などが利用できます。なかでも「糖尿病合併症予防プログラム３泊４日」では、院内の糖尿病療養指導士（CDE）の資格を持つコ・メディカルスタッフが参加し、教育心理学や行動医学に基づいた教育プログラムを提供しており、地域の開業医は外来を通さず直接利用でき，かかりつけ医と専門医が１人の患者さんに対して協力して診療を提供するきっかけになりました。

「二人主治医制」は、東埼玉総合病院の専門医と地域の開業医が循環型の地域連携パスを基にして、１人の患者さんを地域全体で診療していく仕組みです。連携パスを“網”にして患者さんを振り分けて、安定したローリスクの患者さんは開業医が、合併症などがあるハイリスクの患者さんは専門医が担当し、地域で役割を分担して患者さんの病状にあった最適な治療を提供する体制を構築しました。

二人主治医制では、まずメディカルチェックを行い患者さんの状態を確認し、安定した状態であれば開業医に回ります。開業医では月に１度バリアンスをチェックし、半年に１回専門医のチェックを受けます。この間、開業医でバリアンスが発生すればすぐに専門医に回り、合併症など緊急の変化があればいつでも受診できます。また、地域ネットワーク室では患者さんの登録・管理を行って状況を常に把握するほか、二人主治医制に参加している患者さんには優先予約システムを設けるなど、地域で患者さんを診るための体制を整えています。

地域での技術・知識の共有と住民との対話で信頼を築く

地域医療連携の取り組みでは、従来のように単に逆紹介するだけではなく、地域を１つの医療機関と考えて、専門医が持つ技術や知識をオープンにして、情報を共有できる環境を構築し，同時に地域の開業医など非専門医をはじめ糖尿病診療にかかわるスタッフのレベルアップを図ることが重要です。同院では、地域糖尿病センターが中心となって、開業医への教育や治療環境の整備を行い、糖尿病医療を支える人材の育成を行っています。2009 年 12 月には、「埼玉利根医療圏糖尿病ネットワーク研究会」を立ち上げました。同研究会には、医師、看護師、薬剤師、保健師などが参加して職種や組織の壁を越えて、地域の糖尿病医療のために顔と顔が見える関係づくりや専門的な知識の共有を行っています。

もう1つは、地域の住民との対話です。二人主治医制は、一方で患者さんにとって「病院から見放される」という不安・不信につながります。患者さんに対しては十分な説明と納得の上で連携を進めることに加えて，地域に対してもあらゆる情報をオープンにして対話をしていくことが重要だと中野医師は述べています。同院では、2 か月に１回、市民公開講座を開催し、「白内障」や「腰痛」といった医療情報の提供と、併せて地域医療の現状や医療の問題について住民と話し合うタウンミーティングを行っています。

連携先の情報コーナー

地域ネットワーク医療相談室

「医療は、一般的なサービスとは異なり、本来は支え合いの上に成り立つものです。医療資源が限られている以上、これからは患者さん（住民）が単に“医療の消費者”、“お客さん”ではなく、住民こそが地域の主（あるじ）として医療と向き合うことが求められています。そのためには、地域の住民の方々も医療従事者と同様に地域医療に対して共通認識を持ってもらうことが必要です。地道で根気のいる方法ではありますが、対話を重ねることで理解は確実に広がっていると実感しています」

顔の見えるヒューマンネットワークの構築が成功のカギ

糖尿病診療における地域連携の取り組みには、千葉県立東金病院のわかしおネットワークの IT を活用した先駆的な事例があり、また、SDM（Staged Diabetes Management）研究会が作成した糖尿病医療の標準化されたマニュアルである「SDM2008」の中には“地域医療ネットワークの作り方”というパスウェイがあります。こういった“先人の知恵”を活用しながら、最終的にはその地域の人を知り、現場に入って現状を把握することが必要だと中野医師は語っています。

「連携パスや二人主治医制といった仕組みだけを入れてもうまく回りません。病院から地域に出て行って、顔の見えるヒューマンネットワークを構築することが地域医療再生における最大のポイントです。われわれの取り組みでは、地域の保健師の役割が重要でした。地域の健康を陰で支えている保健師の経験や知識、人脈は大きな力になりました。地域医療の再生は、医療のリ・モデリングであり、さらには“地域社会”を再生させることでもあります。東埼玉総合病院での取り組みが、地域医療再生を具体化するひとつのモデルとなればいいですね」■

医療と分離したマネジメントの導入が限られた医療資源を生かす

過疎地域の救急医療を可能にした西伊豆病院での取り組みから地域医療再構築のヒントを聞く

竹川　節男 氏　医療法人社団健育会理事長

竹川　節男 氏（たけかわ　せつお）
1981 年獨協医科大学医学部卒業。89 年慶應義塾大学医学部にて医学博士号取得。同年医療法人社団健育会副理事長、西伊豆病院院長就任。95 年同理事長に就任。2001 年社団法人経済同友会幹事。

健育会グループは、東京、静岡などで病院、介護老人保健施設、グループホームなど 17 の施設を運営しています。竹川節男理事長は、1989 年に救急病院のなかった静岡県・伊豆半島の西伊豆地区に西伊豆病院を開設し、60 床という規模で過疎地域の救急医療を担い、医療崩壊と闘ってきました。
今、課題となっている医師不足による地域医療の崩壊や、救急医療の問題に 20 年前に取り組み、成果を上げてきた竹川理事長に、西伊豆病院での救急医療への取り組みやグループとしての地域医療再生の方策についてインタビューしました。

――西伊豆病院開設までの健育会の歩みからおうかがいします。

竹川氏：健育会グループは、1953 年に先代理事長である父（竹川不二男氏）が開設した竹川病院（東京都板橋区）がルーツです。高度成長期の日本で交通事故をはじめとする救急医療に対応しながら地域医療を支えてきた民間病院です。1965 年に、先代理事長は「これからは急性期医療は公的病院が担い、民間病院の役割としてリハビリテーション医療が必要になる」という理念から熱川温泉病院（静岡県賀茂郡）を開設しました。

当時も医師、看護師とも少なく、父は 2 つの病院を掛け持ちして、診療も経営もすべて行っていました。それでも何とか病院を運営していたのですが、病棟のスタッフ不足をカバーするのに付添婦が入っていた時代で、トップである理事長の存在以外に院内を管理・統括する体制がなく、結果的にそのしわ寄せが患者さんに向かっている状況を見てきました。当時大学病院にいた私は、トップの目が届かなくても 1 つの理念の下に運営されるような経営管理が必要だとの思いを強くし、自分が経営するのであれば、経営管理に焦点を当てた病院運営をしたいと考えていました。

「救急を断らない」という姿勢で過疎地での救急医療というハードルを越える

――西伊豆病院設立の経緯をおうかがいします。

竹川氏：1989 年に大学病院から健育会に入社しましたが、父が運営する病院にマネジメントの考え方を持ち込めばぶつかることは目に見えていましたから、新しい病院をつくりその経営に専念することになりました。私は大学では消化器内科が専門でしたので、その経験を生かしてグループ内にはない救急主体の病院を埼玉県につくる計画を進めていました。

そのころに、西伊豆地区で救急病院がなく長距離の救急搬送中に出血多量で亡くなるという事故が起き、マスコミでも取り上げられて、県を挙げて病院誘致を進めているという話がありました。「どうせやるなら望まれているところがいいだろう」という父親の勧めもあって、計画を変更して西伊豆に開設することにしました。

開設にあたっては、行政も医師会も待ち望んでいるわけですから計画は滞りなく進み、病床規制の下では考えられないことですが「西伊豆地区に救急病院をつくるのなら 100 床でも 200 床でも許可します」という条件でした。そうはいっても、医師をはじめスタッフが集まるかどうかわかりませんでしたので、最低、診察から当直まで自分 1 人でやる覚悟で 60 床にしました。結局、特例で自治医科大学の卒業生を派遣いただいたり、大学からの派遣を受け、内科、外科の医師 5 名の体制でスタートし、開設初日から救急車を受け入れることができました。

「過疎・救急・60 床」という“赤字の三重苦”を克服できたのは、経営管理という理念とは裏腹に単純にがむしゃらに働いたからです。とにかく必要とされたところに救急病院を開設したわけですから、その期待に応える

ためには中途半端ではなく徹底的にやろうと決意しました。ですから、最大の方針は「救急は断らない」ことで、これを徹底しました。当時、私を含めて医師は全員30代前半で専門以外の患者さんは診たことがなかったのですが、専門外であろうが救急車からの要請があれば断らずにすべて診るという姿勢を貫きました。最初は不安もあったのですが、医師は基本的に患者さんを診るのが好きですから、慣れてしまえば問題ありませんでした。その代わり、病院の方針として「医療事故は病院として責任を持つ」ことを明確にしました。今は二代目の仲田和正院長が当初の文化や理念を引き継いで運営を続けていて、救急や診療に対するコンセプトが評価されて全国から若い医師が集まるようになるまで成長しています。

この時の経験は経営者としての発想の原点にもなっています。院長として外来や当直を担当し、さらに経営まで考えることを続けていたのですが、それには限界があることを感じました。経営と医療を分離して、経営はスペシャリストが行う「マネージングディレクター」制度などその後の取り組みにつながっています。

医療以外の専門家が参加して限られた医療資源を生かすことが必要

――地域医療崩壊の問題はどこにありますか。

竹川氏：地域の医療崩壊の原因は、医療費抑制のために医師を削減し看護師不足を放置したことによる医療現場の人手不足です。確かに日本の財政状況を考えれば医療費削減は必要ですが、われわれには限られた医療資源の中でマネジメントを駆使して日本の医療を支えるノウハウがあります。しかし、医療の質を担保し患者さんが納得する医療を提供するには、一定数のマンパワーは絶対に必要です。その危機感から、2004年に経済同友会の医療改革委員会の委員長として、「医療の人的基盤の拡大のためのメディカルスクールや海外からの医療従事者の受け入れ」、「医師免許更新制」などを含めた提言（「医療先進国ニッポン」を目指して―医療改革のビジョンと医療サービス提供体制の改革―）をまとめました。

私の提案から5年経過して、ようやく医学部の定員増など医師不足解消への対策が打たれましたが、政府として将来的な医療福祉分野についての明確なビジョンを示すことが必要です。

――その中でこれからの医療の方向性をどうお考えですか。

竹川氏：日本の医療資源が限られている中で、病院の運営を今までのように医師や看護師など医療者だけに任せるのではなく、他領域の人材が積極的に参加して、それぞれが持つ技術や知識を医療のフィールドで生かせるような体制をつくることが重要です。その1つとして、提言の中でも取り上げたのが、「株式会社による病院経営への参入」です。医療資源を有効に活用して質の高い医療を提供できるように、株式会社が持つ金融、資本、経営、マネジメントのノウハウをつぎ込むことです。セイフティネットの体制を構築しつつ、民間病院には株式会社など営利法人による医療機関の設置、運営を認めて、経営のプロによるノウハウで少ない資源を活用できる環境にしたらどうかということです。

現在の日本の医療は、フリーアクセスで保険証1枚でいつでも受診できます。このような体制を維持するには、相応の負担が必要です。今のままでは、医療資源に限界があり、これを税金でまかなうのか、アメリカのような自己責任に任せるのか、そろそろ国民が選択しなければ成り立たない時期にきています。これからの医療をどうするかについての国民的なコンセンサスが必要です。

医療法人社団健育会
- 竹川病院（東京都）
- 熱川温泉病院（静岡県）
- 西伊豆病院（静岡県）
- 石巻港湾病院（宮城県）
- 介護老人保健施設しおさい（静岡県）
- 土肥クリニック（静岡県）
- ココタウンクリニック（神奈川県）
- ケアセンターけやき（東京都）

医療法人社団常磐会
- いわき湯本病院（福島県）

医療法人社団喬成会
- 花川病院（北海道）
- 介護老人保健施設オアシス21（北海道）
- ふれあいクリニック（北海道）
- グループホーム延齢草（北海道）

社会福祉法人不二健育会
- ケアポート板橋（東京都）
- グループホームかもめの家（東京都）

図南科学企業株式会社
- ライフケアガーデン熱川（静岡県）

株式会社ヘルスケアシステムズ
- ライフケアガーデン湘南（神奈川県）

健育会グループ（URL http://www.kmcb.or.jp/）

地域で必要とされる医療を徹底して提供することが病院を再生する

――地域医療再構築のためにこれから必要なことは何でしょうか。

竹川氏：西伊豆病院のように地域で望まれている医療を提供することが、病院が受け入れられる重要な要因です。健育会グループには、17の医療・福祉・介護施設があります。新たに病院譲渡の提案などもありますが、その際の判断はその施設が地域で必要とされているかどうか、です。地域で求められてさえいれば、どんな施設でも再生は可能です。

その上でこれから地域医療に必要なことは、住民の参画です。西伊豆病院でもそうですが、医療機関の地域での役割を住民に理解していただき、その地域になくてはならない「自分たちの病院」という意識を共有することが求められます。そのためには、病院の医師がもっと積極的に地域に出てあらゆる情報をオープンにして、地域との連携を進めることが重要になってくるでしょう。■

HOPE VISION Report 1

複数の中核病院と連携先医療機関を結ぶ広域医療連携ネットワークを実現

地域医療連携システム HOPE/地域連携 V3

GOOD DESIGN 2009 グッドデザイン賞受賞

富士通株式会社

複数の病院の情報を統合

HOPE/ 地域連携 V3 では、複数の医療機関の診療情報を統合する機能を拡張することで、中核病院間での双方向の連携を実現しました。また、連携可能な電子カルテも従来の EGMAIN-FX・GX だけでなく中堅病院向けの EGMAIN-NX、診療所向けの EGMAIN-CX へと拡張し、他社製の電子カルテをご使用中の病院についても SS-MIX（厚生労働省電子的診療情報交換推進事業）標準化ストレージにデータ出力していただくことで連携が可能となっています。

導入の容易性と運用メリットの追求

多くの医療機関に参加いただくことが地域医療ネットワークにとって重要と考え、診療情報の参照や紹介状、予約のサービスを利用するだけの医療機関については、インターネットへ接続できる環境があれば、簡単なセットアップのみでシステムが利用できる構成となっています。

また、紹介状連携や診療予約、地域連携パスといった、中核病院・連携先医療機関の双方に運用面でメリットのあるさまざまな機能を提供しているほか、画像連携についても、DICOM Q/R をサポートしている PACS とは標準で連携し、連携先では読影環境に配慮した DICOM ビューワを使って画像を確認することが可能となります（図 1）。

電子カルテとの高い親和性

富士通の病院向け電子カルテが導入されている場合、連携先の医療機関に、医師の記載、オーダ、検査結果、画像、レポート、プロファイルなどほぼすべての診療情報を提供することが可能です。これは後方連携などで患者様の引き継ぎを行う上で重要なポイントとなります。また電子カルテの一機能として動作するため連携医療機関のカルテ情報を参照しながら自院のカルテを記載したり、オーダ入力を行う運用も可能となります。■

〈問い合わせ先〉
富士通株式会社
ヘルスケアソリューション事業本部
ヘルスケア営業支援統括部第一営業支援部
TEL 03-6252-2572

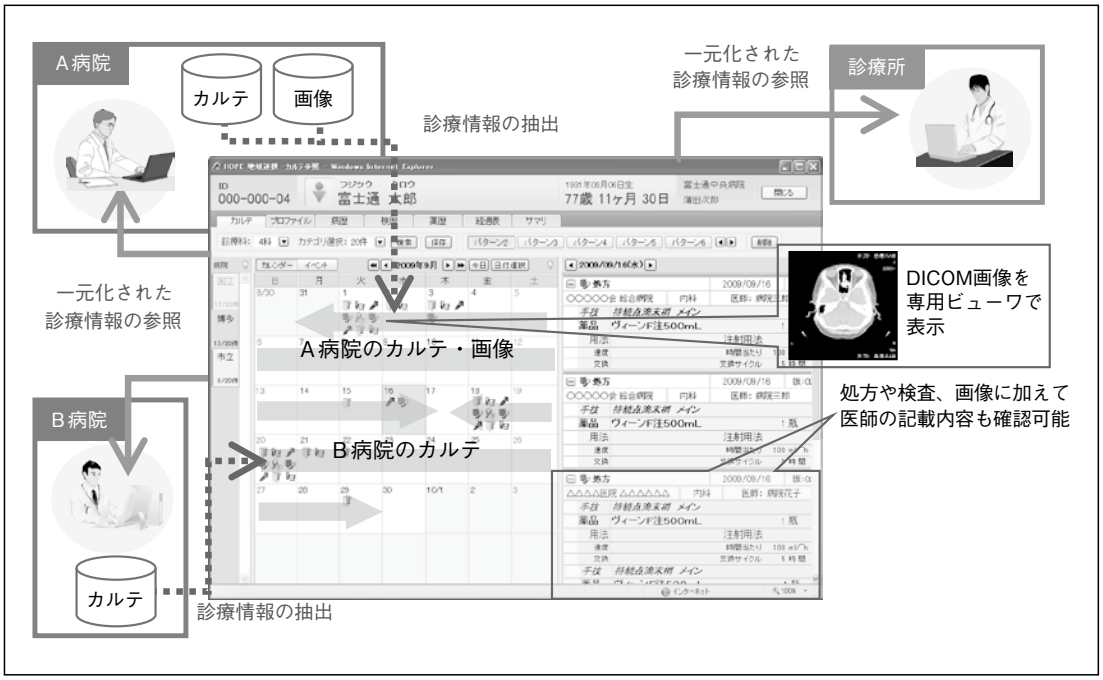


図 1　HOPE/地域連携 V3 の機能

HOPE VISION Report 2

機能性と使いやすさを兼ね備え、健診業務を手厚くサポート

HOPE/webH@ins-GX

富士通株式会社

はじめに

これまで富士通が提供してきた健康診断支援システムのノウハウを集結し、利便性の向上など、機能を強化した健康診断支援システム HOPE/webH@ins-GX(ホープ/ウェブハインズジーエックス)を開発しましたので紹介します。

本製品は病院内の電子カルテシステムと連携した健康診断や、巡回健診を行うような健診専門機関での大規模な健康診断の実施管理など、健診を実施しているさまざまなお客様に使用していただけます。また、健康診断の実施管理だけではなく、アフターフォローまで考慮した機能を提供することにより、充実した健診サービスを実施していただくことが可能です。

運用形態に合わせて柔軟に製品選択が可能

本システムでは、業務の基本部分とそれに付随するオプションを多数用意し、そのオプションを組み合わせることで、お客様に最適な製品の選択が可能です。

具体的には、①契約・予約・受付・結果・判定・請求・統計といった、ほとんどの健診実施機関で必要な各機能を標準機能として用意し、②各医療システム連携、協会けんぽ、特定保健指導実施管理、巡回健診、渉外(営業)管理などの各健診実施機関が実施しているさまざまな業務については、オプションとして必要な機能を選択していただくことが可能です。お客様のニーズに合う効率的なシステムの提供を可能としました。

①を導入後、②の機能を追加することもでき、将来の規模拡張にも柔軟に対応可能です。

富士通製の医療システムと親和性の高い連携

富士通製の医療システムとの連携により利便性を高めています。

例えば電子カルテシステムと連携することで、本システムから検査オーダを発行することができ、電子カルテシステム側で再度オーダを入力する手間を省くことが可能です。また、電子カルテシステム端末から健診結果を参照することにより、診療中に患者の健康状態を把握することもできます。

さまざまなツールを提供

お客様自身が直接操作するツールを標準で提供します。

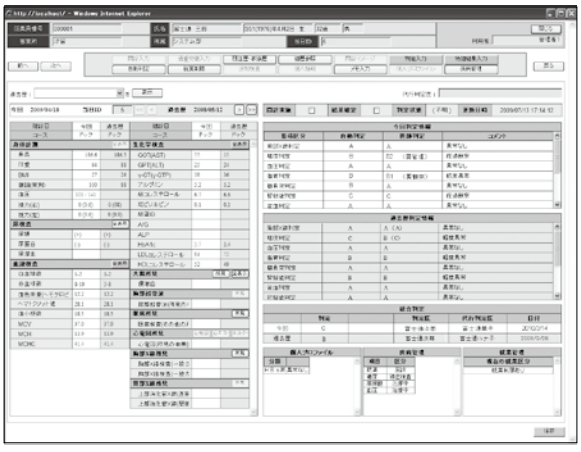


図1　健康状況をひと目で把握可能なサマリ画面

例えば帳票のちょっとした表記を直したい場合などに、従来ではプログラム変更による対応が必要でしたが、今回提供する帳票ツールにより、お客様自身で簡単な修正が行えるようになりました。

また、汎用データ抽出ツールを利用することで、任意の項目・抽出条件でデータを出力し、統計や提出データの作成などに活用していただけます。データの取り込みについても、画面上で簡単に取り込みデータレイアウトの変更を行うことにより、迅速にデータの取り込みが可能になりました。

さらに充実した健診実施のために

健康診断のアフターフォローとして保健指導を行う際に、指導対象者の前回を含む健診結果・判定・その他情報を、1つの画面で把握できるサマリ画面（**図1**）を用意しました。これにより、効率的・効果的な保健指導の実施が可能となります。

また、受診者個人が健診結果をわかりやすく見ることのできる機能も提供しており、将来的に受診者が家庭でインターネットを使って自分の健診結果を参照することも可能です。このように、HOPE/webH@ins-GXは健診業務をより強力にサポートします。■

〈問い合わせ先〉
富士通株式会社
ヘルスケアソリューション事業本部
ヘルスケアビジネス統括部
ヘルスケアビジネス推進部
TEL 03-6252-2576

SPECIAL CONTRIBUTION 1

2010年度診療報酬改定と病院経営の対応

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

2010年度診療報酬改定は、昨年9月の民主党への政権交代後、初の改定となるとともに、実に10年ぶりにネットでプラスの点数改定となりました。
今改定では、社会保障審議会が取りまとめた「平成22年度診療報酬改定の基本方針」に基づき、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」と「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」を重点課題として改定を行うとともに、75歳以上を対象とした後期高齢者医療の診療報酬については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとされました。
特に、救急医療、周産期医療、外科の手術料などについては、例年の改定では考えられない大幅な増点が行われ、急性期入院医療を重点的に評価する改定内容となりました。
また、病院・診療所の連携による救急医療への対応やがん連携パスの評価、療養病床の後方病床機能の評価など、“機能分化と連携”をさらに促進するものとなりました。
そこで本稿では、2010年度診療報酬改定の概要について解説するとともに、特に病院を中心に今後の対応の方向性について考えてみたいと思います。

2010年度診療報酬改定の全体像

2010年度診療報酬改定の全体の改定率は＋0.19％で、その内訳は診療報酬本体＋1.55％、薬価改定等は－1.36％となりました。

医科は、＋1.74％で、入院＋3.03％、外来＋0.31％となっています。入院と外来の配分まで踏み込んだのは初めてで、急性期入院医療を手厚くすることをうたう民主党の姿勢が強くうかがえるものとなりました。ちなみに、厚生労働省の説明では、入院の＋3.03％（額にして約4400億円）改定は、急性期入院医療に限ってみれば約1割アップに相当するとしています。

また、歯科は＋2.09％、調剤は＋0.52％で、歯科が医科を上回りました。

一方、薬価･材料価格改定の内訳は、薬価改定－1.23％、材料価格改定－0.13％となりました。

2010年度改定の概要と注目すべき改定内容

それでは、まず、重点課題に関連した項目を中心に、今改定の概要について解説します。

1. 重点課題1「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」（図1）

救急医療では、二次救急医療機関における入院医療を評価する「救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算」の引き上げと、手厚い急性期入院医療を評価する「ハイケアユニット入院医療管理料」の評価の引き上げと要件の緩和などが行われました。特に後者は、急性期入院医療に積極的に取り組む中小規模の病院にも、算定の扉を開く改定内容となりました。

また、救急医療機関と地域の病院などの間で救急搬送患者の紹介・受け入れを行う体制を評価する「救急搬送患者地域連携紹介加算・同受入加算」、病院・診療所の医師の連携による救急外来を評価する「地域連携夜間･休日診療料」を新設しました。

周産期医療では、「ハイリスク分娩管理加算」や、緊急搬送された妊産婦の受け入れを評価する「妊産婦緊急搬送入院加算」の引き上げと対象拡大などが行われました。また、ハイリスクの新生児の割合が増加している現状を踏まえ、「新生児特定集中治療室管理料（NICU）」の評価の引き上げなども行われました。

小児医療では、「小児入院医療管理料」について、常勤小児科医9人以上の病院を評価する区分を新設するとともに、従来は算定対象外であった特定機能病院での算定を認めるという見直しを行いました。

手術料については、主に病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行の30～50％増を目安に見直し、約1800の手術項目のうち、約半数が増点されました。なお、手術料の引き上げには、約1500億円の改定財源を投入したとされており、今改定の中で、急性期病院にとって最もプラス影響の大きいものとなりました。

2. 重点課題２「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」（図２）

一般病棟入院基本料の評価について、急性期病院における早期の入院医療を評価するため、「入院早期（14日以内）の加算」の引き上げが行われました。また、地方などで夜勤可能な看護師確保に悩む急性期病院への救済策として、7対1および10対1入院基本料で月平均夜勤72時間以内とする要件のみを満たせない場合の評価として「7対1、10対1特別入院基本料」を新設しました。一方、15対1入院基本料については、医療経済実態調査での収支状況や、提供されている医療の内容が療養病床とほとんど変らないという調査結果から、954点→934点へと引き下げられました。

入院基本料等加算では、10対1入院基本料について、7対1入院基本料の算定要件となっている患者の重症度・看護必要度の測定・評価を行った場合を加算として評価する「一般病棟看護必要度評価加算」を新設しました。

また、手厚い人員体制によって多職種が連携したより質の高い医療の提供や、勤務医の負担軽減にも寄与する取り組みを評価することを目的に、7対1および10対1病棟での看護補助者の配置を評価する「急性期看護補助体制加算」の新設や、「栄養サポートチーム加算」、「呼吸ケアチーム加算」の新設などが行われました。

そのほか、急性期病院での勤務医の事務負担を軽減することを目的として、前回（2008年度）改定で導入された「医師事務作業補助体制加算」は、その後の改定結果の検証からも効果が確認されているため、点数を引き上げるとともに、より多くのメディカルクラークを配置した場合の評価として、「15対1および20対1」を新設しました。

・二次救急医療機関における入院医療の評価
　救急医療管理加算　600点 → 800点
　乳幼児救急医療管理加算　150点 → 200点
・手厚い急性期入院医療の評価
　ハイケアユニット入院医療管理料　3700点 → 4500点
　[施設基準] ①救命救急入院料または特定集中治療室管理料に係る届け出を行った医療機関 →（削除）
　②平均在院日数　17日以内 → 19日以内
・救急搬送患者の受け入れの評価
　救急搬送患者地域連携紹介加算　500点
　救急搬送患者地域連携受入加算　1000点
・病院・診療所の医師の連携による救急外来の評価
　地域連携夜間・休日診療料　100点
・ハイリスク分娩管理の評価
　ハイリスク分娩管理加算　2000点 → 3000点（1日につき）＋対象拡大
・緊急搬送された妊産婦の受け入れの評価
　妊産婦緊急搬送入院加算　5000点 → 7000点（入院初日）＋対象拡大
・ハイリスク新生児に係る集中治療の評価
　新生児特定集中治療室管理料　8500点 → 10000点
・地域の小児救急入院医療を担う医療機関の評価
　小児入院医療管理料　2（区分新設）　4000点
　（特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を認める）
・主として病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行点数を30%から50%増とすることを目安とし、脳動脈瘤クリッピング、大動脈瘤切除術など約1800項目のうちの半数程度を増点

図１　重点課題１「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」に関する主な改定項目

・一般病棟入院基本料において入院早期の加算を引き上げる
　14日以内の期間の加算　428点 → 450点（1日につき）
・7対1および10対1特別入院基本料の新設（入院基本料の80%の点数設定）
　一般病棟入院基本料7対1特別入院基本料　1244点
　一般病棟入院基本料10対1特別入院基本料　1040点
・10対1入院基本料の届出医療機関において、患者の重症度・看護必要度を測定し、評価を行っていることを評価
　一般病棟看護必要度評価加算　5点（1日につき）
・7対1病棟、10対1病棟における看護補助者の配置の評価
　急性期看護補助体制加算1（50対1配置）　120点（14日まで）
　急性期看護補助体制加算2（75対1配置）　80点（14日まで）
・栄養サポートチームによる栄養改善の取り組みの評価
　栄養サポートチーム加算　200点（週1回）
・呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた取り組みの評価
　呼吸ケアチーム加算　150点（週1回）
・医師事務作業補助体制加算の評価の充実
　25対1（355点）、50対1（185点）、75対1（130点）、100対1（105点）
　⇩
　15対1（810点）、20対1（610点）、25対1（490点）、50対1（255点）、75対1（180点）、100対1（138点）

図２　重点課題２「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」に関する主な改定項目

ちなみに、7対1、10対1の入院基本料について、改定前と改定後の比較を**表１**に示していますが、10対1の算定病床が100床の場合（病床稼働率85%）、14日以内で回せば、入院基本料関係の見直しだけで年間約3300万円の増収となり、手術料の引き上げなども合わせると「急性期入院医療費は約1割アップ」という厚生労働省の説明が頷ける内容となっています。

3. 重点課題以外の領域で注目すべき改定内容

それでは次に、重点課題以外の領域で、注目すべき改定内容について概説します。

1）医療安全対策の充実

従来の医療安全対策加算を「医療安全対策加算１　85点」とし、評価を引き上げるとともに、医療安全管理者の配置を“専従”から“専任”へと要件緩和した「医療安全対策加算２　35点」を新設しました。また、同加算１の届け出を行っている医療機関において、感染対策チームによる病棟回診や抗生剤の適正使用の指導・管理などの感染防止対策の取り組みを行っている場合を評価する「感染防止対策加算100点」を新設しました。

表1　7対1、10対1一般病棟入院基本料の改定前後での比較

	7対1入院基本料	初期加算（14日以内）	急性期看護補助体制加算2（75対1）	計	増減点数	増減率
改定前	1555点	428点	—	1983点		
改定後	1555点	450点	80点	2085点	＋102点	（＋5.1%）

	10対1入院基本料	初期加算（14日以内）	急性期看護補助体制加算2（75対1）	一般病棟看護必要度評価加算	計	増減点数（日）	増減率
改定前	1300点	428点	—	—	1728点		
改定後	1300点	450点	80点	5点	1835点	＋107点	（＋6.2%）

注1：看護補助者をすでに配置しており、急性期看護補助体制加算2が算定できると仮定

さらに、病院薬剤部門について、薬剤管理指導料の加算として、DI（Drug Information）室においてさらに質の高い医薬品安全性情報などの管理を行うことを評価する「医薬品安全性情報等管理体制加算50点」を新設しました。

2）がん医療の推進

がん診療連携拠点病院加算を引き上げるとともに、がん診療連携拠点病院等（都道府県が独自に指定する拠点病院も含む）を中心とした、がん連携パスによる地域医療連携を評価する「がん治療連携計画策定料（計画策定病院）750点・がん治療連携指導料（連携医療機関）300点」を創設しました。

また、がん患者に対し診断や治療方針について文書によりていねいな説明を行った場合を評価する「がん患者カウンセリング料500点」の新設、外来化学療法加算の引き上げ、200床以上の病院での抗がん剤処方に対する「抗悪性腫瘍剤処方管理加算70点」の新設なども行われました。

3）地域連携パスの評価範囲の拡大と疾患別医療連携の促進

大腿骨頸部骨折、脳卒中を対象とした地域連携パスを活用した医療連携の取り組みを評価するものとして「地域連携診療計画管理料・同退院時指導料」がありますが、今改定では、回復期などの病院を退院した後の通院医療・在宅医療を担う200床未満の病院・診療所との連携にまで評価の対象を拡大しました。

また、認知症や肝炎インターフェロン治療を対象とした専門医療機関とかかりつけ医の連携を評価する「認知症専門診断管理料500点・認知症専門医療機関連携加算50点」「肝炎インターフェロン治療計画料700点・肝炎インターフェロン治療連携加算50点」の創設などが行われました。

4）回復期リハビリテーションなどの推進

充実したリハビリを行う回復期リハビリテーション病棟を評価する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、評価を引き上げるとともに、提供すべきリハビリの単位数の基準の設定と、重症患者の受け入れ割合の基準の引き上げが行われました。

また、土日を含め、いつでもリハビリを提供できる体制をとる病棟を評価する「休日リハビリテーション提供体制加算60点」と、集中的にリハビリを行う病棟に対する評価として「リハビリテーション充実加算40点」を新設しました。

5）DPC関連の見直し

前年度並みの収入保障のために設定されている調整係数を段階的に廃止し、新たな機能評価係数を導入することとしました。新たに導入される機能評価係数は、①データ提出指数、②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数、⑤地域医療指数、⑥救急医療係数の6項目であり、今改定では、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25％を新たな機能評価係数に置き換えることになりました。

6）療養病棟入院基本料の見直し

改定前では、ADL区分と医療区分による5段階の包括点数が設定されていましたが、これを9段階の包括点数に細分化するとともに、看護配置20対1（医療区分2・3の患者割合が8割以上）の場合の「療養病棟入院基本料1」と、看護配置25対1の場合の「療養病棟入院基本料2」に再編成しました。おおむね前者については点数を引き上げる一方、後者は引き下げとなりました。

また、慢性期包括医療の質を向上させる取り組みを推進するため、日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出が、算定要件化されました。

さらに、これまでの療養病床のイメージを大きく変えるような見直しも行われました。療養病床の“後方病床機能”を評価する「救急・在宅等支援療養病床初期加算150点（14日まで）」の新設です。具体的には、急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養および自宅などからの転入院患者を受け入れた場合に算定します。

参考までに、簡単な改定シミュレーション結果（60床、病床稼働率95％）を**表2**に示していますが、ケース1（医療区分1：20％、医療区分2：60％、医療区分3：20％）では、「療養病棟入院基本料1」の算定により、約60万円/月の増収となります。一方、現状の平均的な患者割合と考えられるケース2（医療区分1：30％、医療区分2：50％、医療区分3：20％）では、「療養病棟入院基本料2」の算定により、約40万円/月の減収となってしまいます。

7）明細書の発行の推進

2011年度より、レセプトの電子請求が原則義務化（レセコンのある病院・診療所は2010年7月から実施）されますが、今改定では、電子請求が義務づけられている保険医療機関については、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することを義務化しました。なお、これに合わせて、「電子化加算」は廃止さ

れました。

8）後発品の使用促進

薬局の調剤基本料の「後発医薬品調剤体制加算」の要件を処方せんベースから数量ベースに変更するとともに、後発品の数量ベースで調剤率20％（6点）、25％（13点）、30％（17点）と段階的な加算としました。

また、変更後の薬剤料が増えないことと患者の同意を得ることを条件に、薬局において、含量違いや別剤形（外用剤は除く）の後発品への変更調剤を認めることとしました。

一方、病院に対しては、薬剤部門が後発品の品質、安全性、安定供給体制などの情報を収集・評価した上で、使用を進める体制を評価する「後発医薬品使用体制加算30点」（後発品の採用品目数の割合が20％以上であること）を新設しました。なお、算定対象は、一般病棟入院基本料など薬剤料を出来高で算定する病棟の入院患者であり、DPC算定病棟の入院患者は対象外とされました。

さらに、後発品の使用促進のためには、後発品使用の意向確認など医師の患者への働きかけが重要であるとの観点から、療養担当規則を見直し、「患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない」旨を追加しました。

9）再診料の統一と外来管理加算の算定要件の見直し

これまで診療所71点、病院（200床未満）60点と“一物二価”となっていた再診料について、診療所の2点引き下げ、病院の9点引き上げにより、69点に統一しました。また、前回改定で5分という時間の要件が設定された外来管理加算52点について、5分要件を廃止しました。

10）その他

前回の改定で新設された「在宅療養支援病院」について、施設基準を、これまでの「半径4km以内に診療所がないこと」に加えて「200床未満の病院」へと大幅に要件を緩和しました。また、次回（2012年度）の医療・介護同時改定を見据え、医療と介護の連携を促進することを目的として、「急性期病棟等退院調整加算」や「介護支援連携指導料」などが新設されました。

表2　療養病棟入院基本料の改定シミュレーション

【条件設定】療養病床60床（病床稼働率95％）

注1：各医療区分に占める各ADL区分の割合は、中央社会保険医療協議会（中医協）「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」の患者分類の状況の数値を使用

◆ケース1（医療区分1：20％、医療区分2：60％、医療区分3：20％）

		推計該当患者数	改定前		改定後20対1		差②－①	差（1か月）
			点数／日	①収入／日	点数／日	②収入／日		
医療区分1 20％	ADL区分1	4.3	750	3189	785	3338	149	4465
	ADL区分2	3.4	750	2548	887	3013	465	13962
	ADL区分3	3.7	885	3289	934	3471	182	5463
医療区分2 60％	ADL区分1	6.3	1198	7539	1191	7495	－44	－1321
	ADL区分2	9.2	1320	12144	1342	12346	202	6072
	ADL区分3	18.7	1320	24694	1369	25610	917	27500
医療区分3 20％	ADL区分1	0.9	1709	1559	1424	1299	－260	－7798
	ADL区分2	1.9	1709	3254	1705	3246	－8	－228
	ADL区分3	8.6	1709	14768	1758	15191	423	12703
計		57.0		72982		75010	2027	60817

◆ケース2（医療区分1：30％、医療区分2：50％、医療区分3：20％）

		推計該当患者数	改定前		改定後25対1		差②－①	差（1か月）
			点数	①収入（点）	点数	②収入（点）		
医療区分1 30％	ADL区分1	6.4	750	4784	722	4605	－179	－5358
	ADL区分2	5.1	750	3822	824	4199	377	11313
	ADL区分3	5.6	885	4934	871	4855	－78	－2341
医療区分2 50％	ADL区分1	5.2	1198	6282	1128	5915	－367	－11012
	ADL区分2	7.7	1320	10120	1279	9805	－314	－9430
	ADL区分3	15.6	1320	20578	1306	20360	－218	－6548
医療区分3 20％	ADL区分1	0.9	1709	1559	1361	1241	－317	－9521
	ADL区分2	1.9	1709	3254	1642	3126	－128	－3827
	ADL区分3	8.6	1709	14768	1695	14647	－121	－3629
計		57.0		70099		68754	－1345	－40353

2010年度改定と今後の病院経営の対応

これまで今改定の主な内容について概説してきましたが、最後に、病院としての今後の対応の方向性について考えてみたいと思います。

1. 共通内容

まずは、自院の診療機能の明確化と地域への情報発信です。地域医療計画で定める4疾病5事業の連携体制の中で、救急医療・回復期・在宅療養支援といった機能のうち、自院はどの機能を担っていくのかを明確化するとともに、提供可能な医療内容を地域に対し積極的に情報発信していく必要があります。

また、これからは医療・介護連携への取り組みも重要となります。病院・診療所はもとより、地域のケアマネージャーや介護・福祉施設とも連携し、患者さんに必要な医療・介護サービスを適切に提供していくという視点が必要となります。これに伴い、病院においても、介護保険や介護報酬に関する知識は必須のものとなります。

次いで、医療安全の充実です。今改定では、医療安全対策加算2の新設により、ほぼすべての病院で算定可能になったと考えられます。また、感染防止対策加算など、より踏み込んだ医療安全対策の取り組みを評価する項目も新設されました。医療安全は医療サービスの質の根幹を成すものであり、病院全体で医療安全の充実に取り組むことで、安心・安全な医療の提供に努めていく必要があります。

さらに、後発品を希望する患者への対応や明細書の交付、がんや肝炎の治療計画などについての文書によるていねいな説明など、患者の視点に立った医療サービスを提供していくという対応も不可欠となります。

2. 機能別の対応の方向性

1）急性期病院

急性期病院の対応の第1のポイントは、勤務医の負担軽減への取り組みと人員確保です。今改定で新設された急性期看護補助体制加算や栄養サポートチーム加算など5つの評価項目は、「勤務医の負担軽減と処遇改善に資する体制をとっていること」が、その算定要件とされています。勤務状況の把握はもとより、業務分担の見直しや交代勤務制の活用など労務管理の強化・改善を図っていく必要があります。

また、激変緩和のために創設された7対1および10対1の特別入院料ですが、算定期間は3か月（算定後1年以内は算定できない）となっており、看護職員の確保に継続的に取り組んでいく必要があります。先に紹介したように、急性期看護補助体制加算や一般病棟看護必要度評価加算の新設により、10対1でもかなりの点数が算定可能となりました。したがって、看護職員の安定的な確保が難しい場合は、ぎりぎりの人員配置で7対1を算定するよりも、ある程度余裕を持って10対1を算定・運営していくという発想も求められます。

第2のポイントは、医療連携体制の構築です。

今改定では、救急医療機関と地域の病院等の間で救急搬送患者の紹介・受け入れを行う体制の評価や、がん診療連携拠点病院等を中心とした“がん連携パス”の評価、肝炎や認知症の専門医療機関とかかりつけ医の連携の評価などが行われました。

救急医療においては地域の亜急性期病院などとの連携体制の構築、がん連携パスや肝炎治療では、計画管理病院として、連携する病院・診療所との認識の共有化や診療方針の統一など、急性期病院がその中心的な役割を果たしていくことが求められます。

第3のポイントは、急性期入院機能の強化です。今改定以降、DPC対象病院においては、調整係数が段階的に廃止され、平均在院日数の短縮化や重症患者の受け入れ割合、地域医療への貢献、救急医療への取り組みなどに基づく新たな機能評価係数に置き換わっていくことになります。したがって、さらなる診療機能の強化を図り、急性期病院として求められる機能評価係数を積み上げていくという対応が経営上不可欠となります。

2）亜急性期・回復期病院

今改定では、13対1の亜急性期病棟の機能が、「急性期後の患者や急性増悪した在宅患者への密度の高い入院医療の提供」および「急性期後のリハビリテーション提供」とかなり明確化されました。また、亜急性期入院医療管理料の病床数の緩和も行われました。

亜急性期病院においては、急性期病院との連携を強化し、救急搬送患者の転送や急性期後の合併症を有するリハビリが必要な患者を積極的に受け入れるとともに、療養病床や在宅療養支援診療所などとの連携も図り、急性増悪患者に対し密度の高い入院医療を提供していくという対応が求められます。

一方、回復期病院では、365日体制や集中的なリハビリ提供などリハビリの充実と質の向上に取り組むとともに、介護保険の「短時間通所リハビリ」の算定取り組みにより回復期リハビリと維持期リハビリとを一体的に提供していくという視点も求められます。

なお、15対1の病棟を有する病院については、今後、ダウンサイジングした上で、亜急性期～回復期などへの転換を検討する必要があります。

3）慢性期～ケアミックス病院

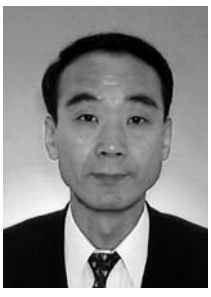
療養病床を有する慢性期～ケアミックス病院にとっては、療養病棟入院基本料の再編成への対応が最大のポイントとなります。

先のシミュレーション結果からも、療養病床として生き残っていくには、看護配置20対1以上、医療区分2・3の患者割合80％以上が経営上必須となります。また、これに伴い、医療区分2・3の患者を巡る療養病床間での争奪戦がさらに熾烈（しれつ）になるものと予想されます。

したがって、急性期病院からの創感染患者やがん末期患者などの受け入れ、在宅療養支援診療所や介護施設からの肺炎や脱水などの急性増悪患者の受け入れなど、これまで以上に医療連携への取り組みを強化する必要があります。

また、どのような状態の患者が受け入れ可能なのか、自院が有する“後方病床機能”について、急性期病院はもとより老健や特養など、地域に対し幅広く情報発信していく必要もあります。

一方、医療区分1の患者割合が5割を占めるような場合は、老健施設などへの転換を早急に検討する必要があります。■



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。2009年から城西国際大学非常勤講師も兼任。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ーションを手がける。地区医師会などでの講演も多数。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。
URL http://office-medisearch.business-hp.com/

SPECIAL CONTRIBUTION 2

DPCデータによる医療の標準化の評価

伏見　清秀 氏
東京医科歯科大学大学院医療政策学講座医療情報・システム学分野、
同医学部医療情報部教授

医療の質の確保と効率性の改善や医療安全の向上には、医療の標準化が寄与することが期待されているが、残念なことに日本の医療の標準化は遅れているといわれている。従来の大学医学部と医局を中心とする卒前教育、卒後臨床研修では、専門的な医療技術を学ぶ機会は多くても、EBM や診療ガイドラインに沿った診療を学ぶ機会があまりなかったとされている。医師あるいは病院ごとに旧来からの慣習的診療プロセスにとらわれる傾向があり、また大学医局学閥間の交流がほとんどなかったこともあり、○○先生流、○○医局流などの根拠の乏しい診療プロセスのバリエーションが多くあるようである。わが国の医療の標準化、透明化を進める手法として、パスの導入が積極的に進められているが、これと同様に診療内容の経過を可視化する診療プロセス分析も注目されている。

DPC データを用いた診療プロセス分析

従来の医療現場で診療プロセスを評価するためには、診療録を繰って診療内容を調査するしか方法がなかった。ところが、DPC 調査で集めている E、F ファイルデータを活用すると、比較的簡単に診療プロセスを可視化することができる。DPC 調査に参加している病院は、厚生労働省に診断名などが記録された様式 1 ファイルと電子診療明細情報である E、F ファイルを提出する義務を課せられている。この E、F ファイルをうまく使うと、従来難しかった診療プロセス分析を簡単に行えるようになる。

E、F ファイルとは電子化された診療報酬請求明細書（レセプト）の一種であるが、2 つの点で本来のレセプトよりも情報量が多くなっている。1 つは、定められたフォーマットに従って正確に作られているためコンピュータを使った解析に適していることである。もう 1 つは、日付情報を持っているため、いつどのような診療行為が提供されたか明確にわかる構造になっていることである。せっかくこのように有益で貴重な情報が詰まっている E、F ファイルデータなので、厚生労働省に提出してそれで終わりではなくて、ぜひ院内での分析に活用したいものである。

様式 1 ファイルは、退院患者数の数だけのレコード数（Microsoft Excel データでの行数に相当）があるので、ファイルの大きさはあまり大きくなく、Excel などでも簡単に読み込むことができて分析をすることができる。ところが、E、F ファイルは、患者 1 人あたり、1 日あたり 10 ～ 20 レコードぐらいのデータ量があるため、例えば 600 床の病院では 1 か月あたり 20 万レコードを超えるような膨大な量のデータになる。このような大きなデータは、Excel で処理するのは難しく、データベース専用ソフトである Microsoft Access などを使って分析する必要がある。

このため、E、F ファイルの取り扱いを難しく感じる人が多く、実際には、厚生労働省に提出した後は特に院内で分析もされずに放置されているところも多いのではないだろうか。最近になり、E、F ファイルを用いたデータ分析の詳細な解説書も出版されているので[1]、ぜひそれぞれの医療機関で E、F ファイルのデータ分析に挑戦していただきたい。

病院の中で日々どのような診療が行われているのか、それは医師ごとにどのぐらい違っているのか、あるいはほかの同規模の病院とどのように違っているのかなどは、いままでのレセプト集計ではほとんどわからなかった。ところが、DPC データには、コード化された日々の診療行為明細のデータが電子的に記録されているので、これらのデータを活用することにより、いままではとても難しかった詳細な診療プロセス分析ができるようになる。

DPC データからは、何の疾患の患者が入院何日目にどのような診療を受けたかを見ることができる。狭心症の患者 A さんは入院初日に心エコーと負荷心電図、翌日心臓カテーテル検査を受け、3 日目に退院した、というように、診療録を見なくても入院経過を見ることができる。このようなデータをうまく集約し、わかりやすく可視化することで、診療プ

ロセスを比較評価することができるようになる。

診療プロセスの効率性の分析

医療の標準化という観点からは、同じ疾患の患者さんを比較したときに、術前検査の内容、手術までの経過、術後の経過などの相違を見ることができる。もし、これらがそろっていれば、標準化が進んでいることを示すが、バラツキが大きいときは、なぜ違っているのか、患者の病態が違ったのか、病院の診療体制の問題であったのかなどを調べた方がよいかもしれない。

医療の効率性を改善するために、どのような診療プロセスをとれば、最も早く患者を退院させて、ベッドの回転効率を高められるかというような分析もできる。

例えば、狭心症ステント留置手術のプロセス分析を行うには、個々の患者の入院経過日数ごとに、手術の点数、検査の点数、画像診断の点数などを並べてプロットしてみれば、診療プロセスがどの程度標準化されているか、標準と異なった治療をしている患者はいないか、その原因は何かなどを探ることができる。それらのうち、解決可能なものを解決していくことで、診療プロセスを効率化して入院ベッドの回転を速くできる可能性が出てくる。

さらに、ほかの病院のデータと併せて比較できれば、自院の診療が標準的なプロセスに沿っているのか、もしほかの多くの病院と異なっているところが見つかれば、何が原因なのかを探るきっかけとすることができる。

今後も急性期医療機関は診療の効率化を求められるであろう。また、DPC の調査結果などを見ても、多くの手術を効率的に実施することが、医療機関の経営改善に著しい効果があることがわかる。診療プロセス分析によって、入院してから手術までの効率性や手術後の経過の最適化などを分析し、医療経営の改善に役立てることができる。

診療ガイドラインの分析

診療ガイドラインが設定されているような疾患では、ガイドライン通りの治療が行われているか、抗生物質や血液製剤の使用は適切であったかなどの評価に結びつけることもできる。パスが設定されている疾患では、バリアンスの発生とその要因を調べたり、パスの改善を検討したりする情報を得ることができる。

日本では抗生物質の使用に関する知識の不足から、不必要な抗生物質の乱用により耐性菌の誘発が生じやすいなどの問題が以前から指摘されている。診療プロセス分析を用いて、それぞれの医師あるいは診療科の診療の特徴を見ることができる。一例として合併症のない虫垂炎手術後にどのような抗生剤がどれくらい使用されたかを病院ごとに集計した分析を示す(**図 1**)。このように、DPC データからは、特定の病態の患者の特定の時期の特定の薬剤を抽出して集計し、グラフにすることが簡単にできる。このグラフの縦軸はそれぞれの病院、横軸は術後 6 日間の抗生剤の薬価の患者 1 人あたり平均値を示す。さらに、棒グラフを抗生剤の種類ごとに示してある。

まず、同じような病態の患者であるのに使用された抗生剤のコストが数倍以上違うことがわかる。ここに示す病院はすべて DPC 対象病院なので、このコストは包括範囲になる。つまり一部の病院では、ほかの病院より余計に抗生剤コストを負担していることになる。

さらに、医療の質にかかわる大きな分析を行うこともできる。合併症のない虫垂炎切除術後の抗生剤は、一般的なペニシリン系、あるいはセフェム系第 2 世代までのものを短期間で十分とされているが、一部の医療機関では、セフェム系第 3 世代以降、あるいはフルマリン、チエナムなどの広スペクトラムの薬剤が大量に使われていることがわかる。

抗生剤コストの安い効率的な医療機関では安価なものが短期間使用されているが、余分なコストをかけている医療機関では高額な抗生物質が大量に投与されていることが見えてくる。これはコストの問題ばかりではなく、過剰な抗生物質の使用による耐性菌の誘導など医療の質にかかわる問題を示している可能性もある。

同じような方法を使って、病院内で医師ごとの抗生物質の選択の特徴を分析して、必要以上に過剰な抗生剤使用に注意を払うことで、コストの効率化とともに、耐性菌誘導の予防にも大きな効果が期待できるのではないだろうか。

さらに、抗生物質だけではなく、わが国での過剰使用が問題となっているアルブミンなどの血液製剤、そのほかの高額医薬品、材料なども同じ方法で可視化することができる。

医療コストの視点からも、いろいろな分析ができる。特に DPC 包括評価の対象となっている医療機関では、包括評価点数と出来高換算点数の比較を試みているところが多いが、具体的に何がコスト負荷の要因となっているかを分析するためには、プロセス分析は有用である。

検査、画像診断の実施時期と回数、薬剤・材料の使用状況などを個別症例ごとに定量的に分析することができれば、過剰な診療行為、必要以上の高額な薬剤、材料などを客観的に示し、医師に対応を検討してもらうこともできる。データを具体的に示すことができなければ医師はなかなか診療慣習を変えないので、客観的なデータを示す必要がある。ほかの医療機関との比較データなどもそろえれば、より説得力は強くなる。

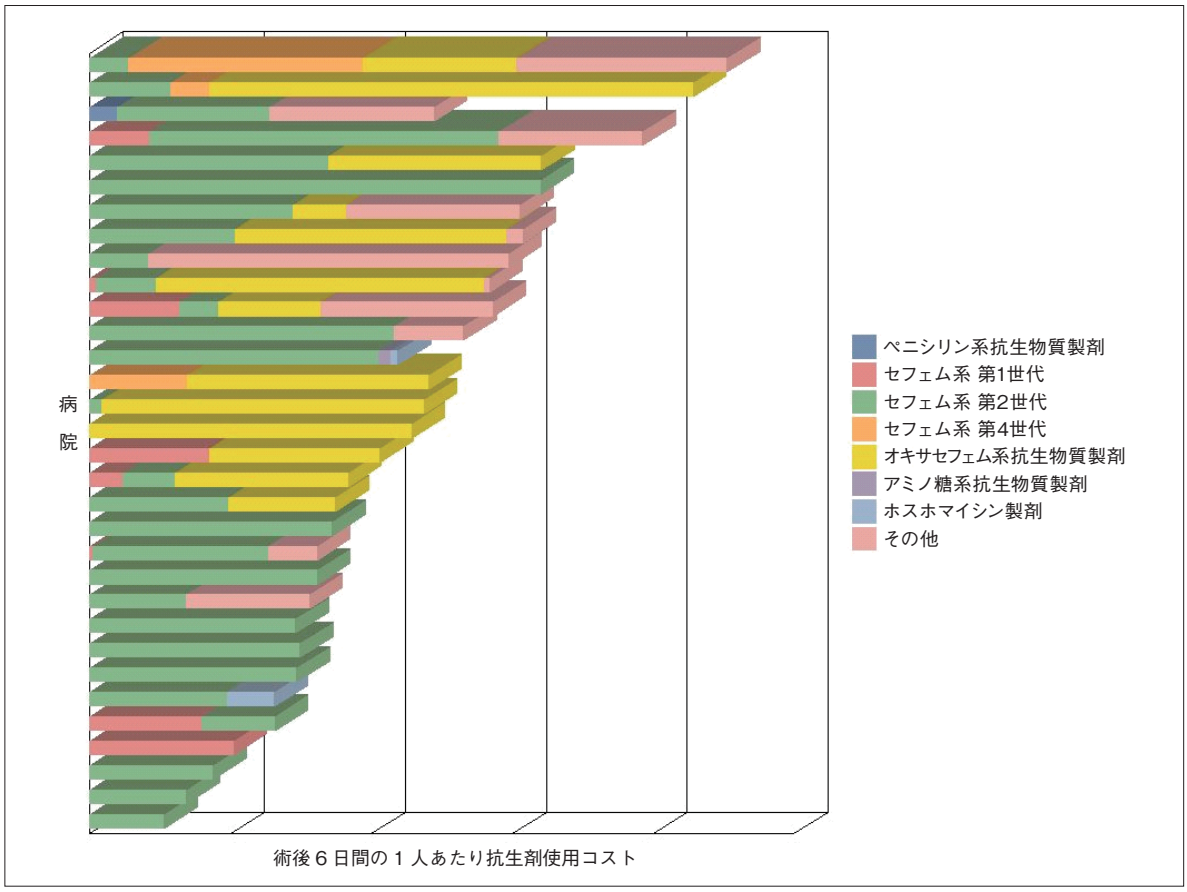


図1　虫垂炎周術期の抗生物質使用状況

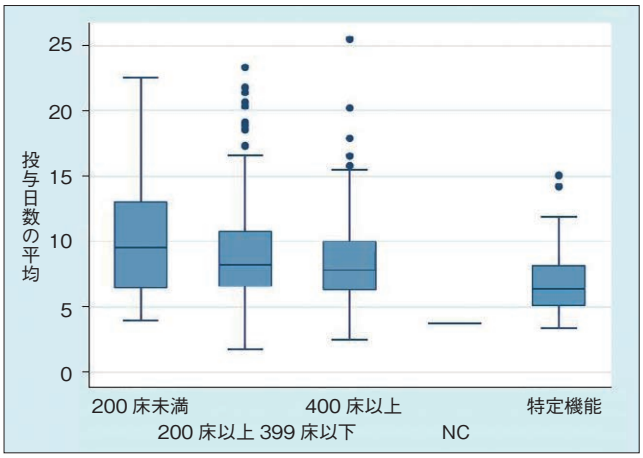


図2　DPC040040 肺炎における抗菌剤平均使用日数
病院ごとの平均使用日数
65歳以上、患者数N≧5の医療機関
静注抗菌剤に限定
NC：National Center
出典：2009年6月19日中医協DPC評価分科会資料

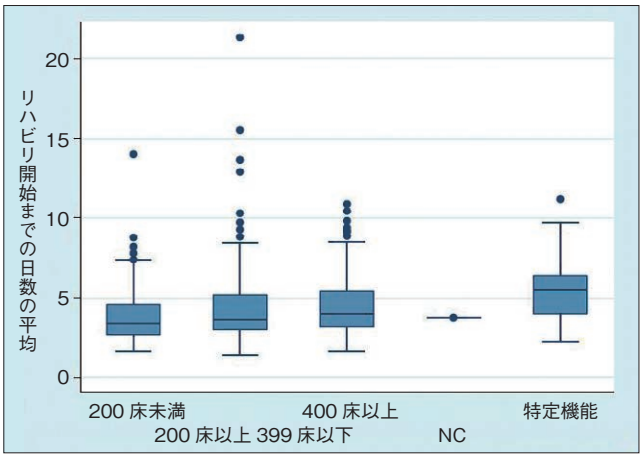


図3　脳梗塞の平均リハビリ開始時期
脳梗塞でJCS＜30、手術・処置2が3、4に限定
脳血管疾患等リハビリの平均開始日（入院初日を1とする）
対象患者数N≧5の医療機関
NC：National Center
出典：2009年6月19日中医協DPC評価分科会資料

医療の標準化の比較

診療プロセス分析の結果は中央社会保険医療協議会（中医協）のDPC評価分科会などで公開されているので、それらと自院のデータを比較することができる。**図2**は肺炎の抗菌剤投与日数を病院の属性ごとに比較した分析結果である。わが国での投与日数の中央値は7日から10日ぐらいであることがわかる。自院のデータを分析し、比較することで抗生剤の投与期間が標準的であるかどうかを簡単に調べることができる。

図3は脳梗塞のリハビリ開始時期の比較である。早期にリハビリを開始した方が予後が良いとの研究結果が多い。わが国では、3日から5日程度が中央値であるので、その値と比較することで自院の早期リハビリ治療の実施状況を比較することができる。

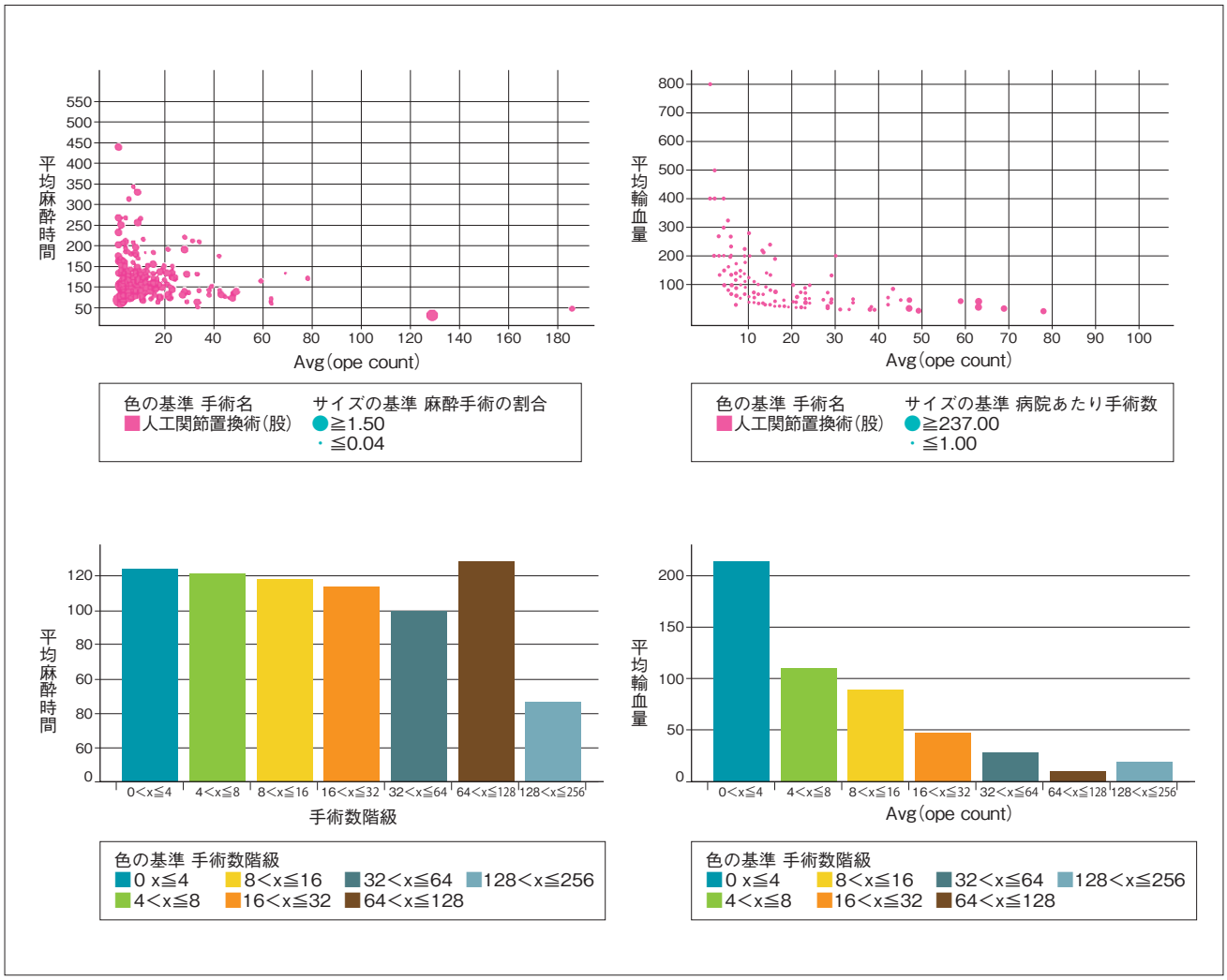


図 4　手術実施数と麻酔時間、輸血量の関係〔人工股関節置換術、Spotfire® (TIBCO) による分析〕

医療の質とコストの評価へ

診療プロセス分析は、医療の質やコストの分析につなげていくことができる。**図 4** は病院ごとの手術実施数と麻酔時間、手術日の輸血量の関係を調べた結果である[2]。麻酔時間と手術実施数との関係はあまりないようであるが、輸血量は手術実施数と関連している。手術実施数が多い病院ほど輸血量が少ない。ほかの多くの疾患で同様の傾向が認められた。この結果だけからは医療の質の評価はできないが、手術実績の多い病院ほど手術の技術が高い可能性はある。自院の手術実績と輸血量、麻酔時間をこのプロットに重ね合わせて評価できる。

結　語

DPC データを用いた診療分析の手法と、医療の標準化や質の評価の可能性を示した。まだ研究が始まったばかりの分野で、いろいろな試行錯誤が続けられているが、非常に大きな可能性を持つ医療の分析手法であることは間違いないであろう。医療の現場に近い各病院で、多くの人が自分たちのデータを使ってさまざまな分析に挑戦されることを期待している。■

◆参考文献◆
1) 藤森研司、中島稔博編著『DPC データ分析〈アクセス・SQL 活用編〉』東京、じほう、2009
2) 伏見清秀『DPC 調査データを用いた診療プロセス分析による医療の評価手法に関する検討』〔平成 21 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）分担研究報告書〕

伏見　清秀 氏（ふしみ　きよひで）

1985 年東京医科歯科大学医学部卒業。同大学医学部第二内科、医療情報部助手を経て、98 年に厚生省保険局医療課医療指導監査室特別医療指導監査官。2000 年に東京医科歯科大学大学院医療政策学講座医療情報・システム学分野、同医学部医療情報部助教授（准教授）となり、2010 年から現職。2010 年から厚生労働科学研究「診断群分類の精緻化とそれを用いた医療評価の方法論開発に関する研究」主任研究者。主な著書に『DPC データ活用ブック第二版』（編著、じほう）、『民間病院の DPC 導入事例』（共編著、じほう）などがある。

独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター

ITを活用してチーム医療の充実とともに診療所への情報提供と地域連携を強化

救急医療やがん診療をはじめとした高度な医療に取り組み、地域医療を支え続ける名古屋医療センターは、2009年9月に、電子カルテシステムを導入し、チーム医療の充実を図りました。また同年11月には、地域連携診療情報システム“金鯱(きんしゃち)メディネット”を構築し、診療所にネットワークを介してカルテデータなどを開示。かかりつけ医との協力体制を強化し、地域完結型医療を進めています。

●病院データ●
〒460-0001
愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1
TEL 052-951-1111
FAX 052-951-0664
URL http://www.nnh.go.jp/

130年以上にわたり地域医療に貢献

名古屋医療センターは、1878（明治11）年に、名古屋衛戍(えいじゅ)病院として創設されて以来、130年以上の長きにわたり、政策医療、地域医療に尽力してきました。「“地域で最後の砦になる”が当センターの合い言葉です」と堀田知光院長が話すように、三次救急指定病院として救急外来や救命救急センター、心臓疾患に24時間対応可能な心臓血管センターを備え、心肺停止の重症患者を年間約400人受け入れるなど、地域の救急医療を根底から支えています。さらに、地域がん診療連携拠点病院として、また愛知県地域災害医療センターとして、がん診療や災害医療に取り組むほか、周産期医療などにも力を入れています。

2007年には地域医療支援病院の承認を取得。地域と連携を図りながら地域完結型医療に取り組んでいます。

情報共有などを目的に電子カルテシステムを導入

1. 看護師が使いやすい製品を選択

時代の流れがIT化へと進む中で、名古屋医療センターは段階的に病院情報システムの整備に取り組んできました。同センターのIT化の計画が始まったのは1999年で、2003年にはオーダリングシステムを導入。2007年11月より次期システムの更新について検討を行い、情報の一元管理や共有、経営データの可視化などを目的に、電子カルテシステムを導入する方針が決まりました。

電子カルテシステムは、看護師にとって使いやすい製品であることを最も重視して選定されました。その理由を、佐藤智太郎整形外科医長兼ITシステム部長は次のように説明しています。

「患者さんと最も密に接する看護師にストレスがかかるようなシステムは、結果として患者さんにも良い影響を及ぼしません。特に、がん患者さんと接する看護師は、精神的に負担が大きいので、余分なストレスをかけたくないという思いがありました」

看護師の要望を取り入れるため、導入のワーキンググループのメンバーは看護師の比率を高くしたほか、仕様書の作成を看護師が主体となって行いました。最終的に、数回のデモンストレーションで実際の操作などを確認した結果、富士通の電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-GXの採用が決定。2009年9月にオーダリングシステムから他のベンダーのデータを移行して電子カルテシステムを稼働させました。

2. 電子カルテシステムをチーム医療に活用

栄養サポート、褥瘡(じょくそう)、緩和ケア、感染管理などのチーム医療を行う名古屋医療センターでは、電子カルテシステムをチーム医療の中でも活用していま

堀田　知光 院長

佐藤 智太郎 整形外科医長
兼ITシステム部長

梶田　真子
地域医療連携室・看護師長

す。佐藤部長は、「例えば、感染管理では、血液培養検査の結果や抗生物質の使用状況、耐性菌などの情報を簡単に得られます。針刺し事故も感知しやすく、非常に重宝しています」と評価しています。

一方、梶田真子看護師長は、「褥瘡の重傷度を分類するDESIGN分類を図で記入できるような機能があるとさらに便利ですね。今後、呼吸ケアやリンパ浮腫ケアなどチーム医療も活発になりますので、新しいテンプレートを作成することも考えた方がよいかもしれません」と、さらに使いやすいシステムにしたいと考えています。

専門外来において、医師、看護師、臨床心理士が電子カルテシステムの画面を参照しながら情報を共有してカンファレンスを行うなど、電子カルテシステムをチーム医療に活用しています。

地域医療連携室にHOPE/地域連携の端末を設置。HOPE/地域連携はセキュリティへの配慮から、公開専用のサーバを用いています。患者さんの情報を公開するための作業を地域医療連携室が行っています。

診療所との連携強化のため金鯱メディネットを構築

1. 診療所からセンターのカルテや画像などを参照可能

地域医療支援病院である名古屋医療センターは、院内のチーム医療にとどまらず、近隣の診療所や病院と連携し、地域全体でのチーム医療をめざしています。ただ、地域医療支援病院の承認を取得した当初は、「地域の医療機関との連携体制は必ずしも十分に整っていたとは言えませんでした」と堀田院長は振り返ります。しかし、地域医療連携室が周辺診療所などへの周知活動を行った結果、2010年3月の時点で1700もの医療機関が登録医となっています。さらに、地域連携の充実を図るため、同センターは、2009年11月に地域連携診療情報システム“金鯱メディネット”を構築。ネットワークを介して連携先の診療所へ診療情報の提供を開始し、地域との連携体制を強化しました。

金鯱メディネットは、富士通のHOPE/地域連携を採用したシステムで、紹介された患者さんの診療情報を、患者さんの同意の上でかかりつけ医に提供するものです。同センターでは、カルテ、画像、処方、臨床検査、紹介状などのデータを開示しており、かかりつけ医は、患者さんを紹介した時点から原則60日間参照できます。開示期間は、同センターが在院日数の長い患者さんに合わせて設定しました。

金鯱メディネットに参加する診療所は、ネットワークに接続したPCを用意するだけで利用することができ、名古屋医療センターから発行されたIDとパスワードを入力すれば、いつでも紹介した患者さんの診療情報を参照することができます。また、事前にセンターの職員が、診療所のPCにウィルス対策用ソフトがインストールされているかなどの環境を確認するようにしており、セキュリティにも配慮しています。

一方、同センターの医師は、電子カルテシステムの患者一覧から金鯱メディネットに同意した患者さんを知ることが可能（印の有無により認識可）なほか、金鯱メディネットに情報が公開されるときには、地域医療連携室の職員が主治医と病棟師長に電話で連絡をするようにしています。

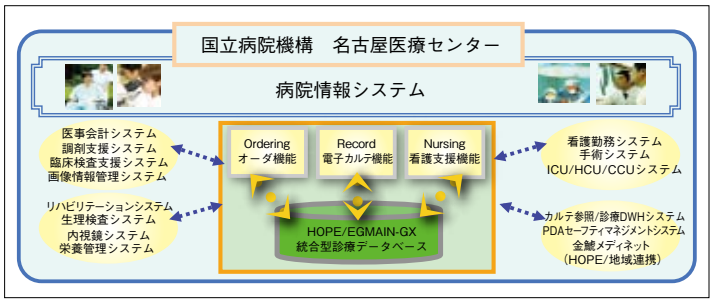
同センターは、地域で開かれる研修会や広報誌などを通じて診療所の医師に金鯱メディネットへの参加を呼びかけており、現在、同センターの登録医となっている1700の診療所のうち、34施設が金鯱メディネットを活用しています。

2. かかりつけ医との協力がより良い医療の提供につながる

金鯱メディネットにより、かかりつけ医が、紹介した患者さんの情報を参照できるようになったメリットを佐藤部長はある経験を例に次のように説明します。

「股関節の骨折で当院に紹介された患者さんがいたのですが、手術が無事に終わってもリハビリがなかなか進まなくて苦労していたことがありました。そんな時、金鯱メディネットで診療内容を確認した患者さんのかかりつけ医から電話で、『この患者さんは肺の状態が良くないので、あまりリハビリで無理をしないでください』と連絡をいただき、患者さんに苦しい思いをさせずにすんだことがありました。かかりつけ医しか知らない情報もあるので、当センターで行われている診療をかかりつけ医が把握していることは、われわれにとっても心強いですし、最適な医療の提供につながります」

堀田院長は、「急性期病院は、基本的に治療のある短い期間を担当しているだけですが、とても重要な期間です。通常は、かかりつけ医は診療情報提供書程度でしか、その間の患者さんの情報を受け取れませんが、金鯱メディネットに参加することで、一連の情報を詳細に知ることができます。これは、後方連携の受け皿として、その後の診療を担うかかりつけ医にとって非常に大きなメリットだと思います」と話しています。また同センターは、開放型



名古屋医療センターのシステム構成図

病床を設置しており、かかりつけ医が主治医の1人としてセンターの医師と共同診療を行っています。堀田院長は、こうした場合でも、かかりつけ医と容易に情報を共有できるため、きわめて有用だとしています。

また、カルテを開示していることが同センターの医師にとって、良い緊張感をもたらし、カルテの記載内容の充実にもつながっているようです。

このほか、医師同士の連携だけでなく、意外なところでも金鯱メディネットの導入効果が表れています。

「金鯱メディネットの扱いに不慣れなかかりつけ医の先生には、当センターの職員が、診療所にうかがって説明しています。そうすると、その場でセンターに対する要望や患者さんからの声をお話しいただけます。face to faceでかかりつけ医の先生と密にコミュニケーションをとれる良い機会になっています」と梶田看護師長は説明しています。

近隣医療機関と地域連携パスを運用

こうした取り組みのほかに、名古屋医療センターは、地域連携のツールとして地域連携パスを運用しています。

同センターが地域連携パスの取り組みを開始したのは2006年3月であり、2006年度診療報酬改定で大腿骨頸部骨折の地域連携パスの加算が新設されたことがきっかけでした。同センターでは、近隣の病院に、地域連携パスへの参加の可否を確認し、参加を承諾した病院との間で、大腿骨頸部骨折地域連携パスの運用を開始しました。

さらに、2008年度の診療報酬改定で脳卒中の地域連携パスが加算されたことに伴い、同センターを含む名古屋市内の複数の病院で、共通化された脳卒中の地域連携パスの運用を開始しました。一方、この時点で、大腿骨頸部骨折の地域連携パスは、病院ごとでバラバラの運用をしていたため、これについても2009年3月に共通化しています。

現在名古屋医療センターでは、近隣の医療機関と、大腿骨頸部骨折、脳卒中のほかに慢性疾患の関節リウマチ生物学的製剤については循環型と呼ばれる地域連携パスを運用しています。

都市部の状況を踏まえ病病連携にもITを活用

診療所との連携には金鯱メディネットを構築した名古屋医療センターですが、堀田院長は、名古屋のような都市部においては、病院とのIT連携が必要だと次のように述べています。

「近隣に病院がいくつもあるような都市部においては、病院同士が機能を分担し、協力することで、面として地域医療を支えるべきです。そのためには、連携する病院間をネットワークでつなぎ、情報の共有を容易にすることが必要です」

こうした環境を実現するために、同センターは、2010年2月から、近隣病院と脳卒中などで連携するために地域医療情報連携システムNewMeLC（東海ネット医療フォーラム・NPOが開発した連携パスに特化したシステム）に参加しました。これは、光ファイバー閉域網により、地域連携パスや検査画像などを双方向で交換できるシステムで、同センターでは主に、急性期病院やリハビリテーション病院との連携に利用しています。地域連携パスについては、すでに大腿骨頸部骨折を電子化してやり取りしています。

在宅や介護と連携した地域完結型医療をめざす

2010年度診療報酬改定では、大腿骨頸部骨折と脳卒中の地域連携パスを用いた医療連携の評価が、回復期などの病院を退院した後の療養を担う医療機関や介護施設との連携にまで拡大しました。佐藤部長はこれを受けて、「訪問介護ステーションや介護施設ともITを活用して地域連携パスを運用できれば連携の効率化が図れます」と話しています。また、梶田看護師長も、「今後ますます在宅医療の必要性が高まっていきますので、金鯱メディネットで訪問介護ステーションとも診療情報が共有できるようになることでシームレスな医療看護の提供ができ、在院日数の短縮にも役立ちます」と述べており、ITを活用して地域とのさらなる連携に取り組んでいきたいとしています。

診療所への情報開示と近隣病院との情報共有に取り組み、地域全体でのチーム医療を進める名古屋医療センター。最後に堀田院長は、今後への期待と決意を次のように語りました。

「病診連携システムは、ともすれば診療所の囲い込みだと言われかねませんが、決してそうではありません。むしろ、多くの病院が同じようなシステムを構築して、協力して地域医療を支えていくべきだと考えています。そして、そういった中でも地域から頼りにされる病院であり続けていくためにわれわれも力を尽くしていかなければなりません」■

富士通医療ソリューション・トピックス

国際モダンホスピタルショウ 2010　出展案内

「いのちに輝きを！明日にかける健康・医療・福祉」
http://www.noma.or.jp/hs/

2010年7月13日(水)～15日(金)、東京ビッグサイト（東京国際展示場 東展示場４・５・６ホール）にて、国際モダンホスピタルショウが開催されます。富士通ブースでは、最新の医療情報関連システム（電子カルテシステム、HOPE/ 地域連携システム等）を多数出展する予定です。■

昨年の富士通ブースの様子
（当ブース来場者　3日間延べ1200名）

お客様の声

毎回アンケートにお答えいただき、お礼申し上げます。

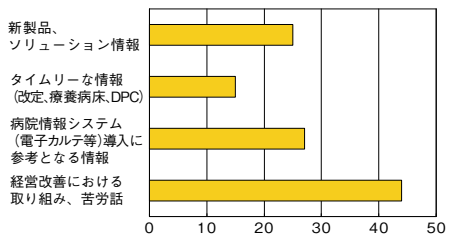
お寄せいただいたお客様の声の中で、企画編集に役立ったコメントを一部挙げさせていただきます（一部編集しています）。■

病院経営に関すること

- 外部からの情報というのはなかなか入ってこないので、非常に参考になるし、他県の医療機関の取り組みや成功例などもわかることがとてもありがたい。
- 経営改善テーマが多面的であり、考えるキッカケになることがあります。
- ITに特化せず、病院経営者等非ITの話題が多く、病院長や事務長への報告説明資料に活用している。
- 療養病床再編を細部にわたり記事としてほしい。「特に療養として残した場合について」が、詳しく知りたい。
- 当院は精神科を主体とした医療機関です。今後はもっと精神科病院の特集を組んでいただきたい。
- 未収金問題は死活問題なので色々な事例とその対応の方法を知りたい。
- 厚生労働省の室長、課長等行政の現場の声をもう少し多く知りたい。富士通総研などのシンクタンクの考えを聞きたい(医療現場の声よりも、大局的な話が聞きたいです)。

IT に関すること

- 富士通の情報誌ですから「IT関係」が主でいいと思います。全国の病院で自治体などがさまざまな取り組みをしていると思いますので、ユニークな事例があれば見たい。今回掲載記事のように、地方の病院の取り組みをこれからも取り上げてください。
- 病診連携がうまくいっている事例、紹介された患者に対し、受診時、入院時、退院時、診療終了時などにいかに漏れなく紹介元へ報告できるか、その対策ができる具体例を知りたい。当院では、ドクターからの返書報告がどの程度できているか把握することから始めたい。
- マネジメントに経営データをどうリンクさせていくか、職員のメンタルケアとマネジメントをどう結びつけるか、不採算部門への投資をどうすれば成功に結びつけられるか、そういった記事を読みたい。
- 電子カルテシステムを導入することにより患者様にとってのメリットには何があるか。患者様にとっての付加価値について知りたい。
- 電子カルテシステム導入後の動向、システム導入後の保守、リース契約期間後の運用状況などについての記事が読みたい。



HOPE VISION はお客様にとってどのようにお役に立っていますか？
（アンケート総数 141 件、Vol.10・11）

1	DPC関連
2	診療報酬改定
3	大規模病院における電子カルテシステム導入事例
4	レセプトオンライン
5	未収金管理
6	療養病床再編
7	医療安全
8	中規模病院における電子カルテシステム導入事例
9	精神科病院向けシステム導入事例
10	地域連携パス
11	医療制度改革
12	特定健診・特定保健
13	介護制度

読みたい記事、扱ってほしいテーマ
（上位回答、Vol.1 ～ 11）

●編集後記

◆“救急を断らない姿勢を20年貫き通した”（竹川先生）、“初めて医師会の先生の集まりに飛び込み、医療資源を惜しみなく開放した”（中野先生）、……医療再生の立役者は、強力な信念と良識を持ち合わせていると感じました。（松）
◆今年度は、いよいよ「医療機関の機能分化と連携」について成果を求められる時期ではないでしょうか。（香）
◆今年3月に政府IT戦略本部で「国民が自らの健康・医療情報を電子的に活用可能な全国レベルの情報サービスを創出」を目指すことが確認されました。大きな転換期になるかもしれません。（平）
◆東京の隣である埼玉利根医療圏の取材をさせていただきました。こんなに近いのに高齢化のスピードが速いことに驚きました。中野先生の「住民は消費者ではない。住民は地域の主である」という言葉はとてもいい響きでした。（津）
◆2009年度の電子カルテ導入病院数が前年比118%と確実に裾野が広がっており、地域医療再生基金による地域連携推進の効果もあり、更なる増加が見込まれています。（岩）
◆今回取材いたしました、健育会の理事長竹川先生から西伊豆病院のお話を伺いましたが、救急を断らないという姿勢に感銘を受けました。（池）

HOPE Vision Vol.12
2010年5月13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 03-6252-2916
URL http://segroup.fujitsu.com/medical/

© 富士通株式会社　2010　禁無断転載

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 03-6252-2916
URL http:// jp.fujitsu.com/