

2010 年 11 月 19 日発行 [ホープビジョン]

HOPE Vision

Vol. **13**
2010 Nov

Foreword

**「国民主導」の観点から「どこでも MY 病院」や
シームレスな地域連携医療のために IT の活用を** 野口 聡 氏

Feature

いまこそ取り組む医療機関の **エコ & コスト対策**

エコ活動と IT 省エネ活動への取り組みと電子カルテシステム導入時の効果

春日井市民病院

エコ活動に取り組む 目に見える“数字”でエコ活動を示し意識改革と経費節減による経営改善に大きな成果

医療法人ダイワ会 大和中央病院

コスト削減に取り組む 職員にコスト意識を持たせて 1 年間で 1 億円の医療材料費カットに成功

四日市社会保険病院

Special Report

eXChart (エクスチャート) によるカルテ情報の二次利用に取り組む

医療技術評価の基盤の構築を図る 山口大学医学部附属病院 井上 裕二 氏

Case Study

高知県立幡多けんみん病院

脳卒中の地域連携パスなど急性期から回復期、介護までスムーズに情報共有できる環境を構築

地方独立行政法人秋田県立療育機構 秋田県立医療療育センター

電子カルテを核としたシステム連携で乳幼児期から成人期までの長期間にわたる
子どもたちの成長をサポート

Vol. **13**
2010 Nov

[ホープビジョン]

HOPE Vision

contents



→ 2 page



→ 5 page



→ 9 page



→ 11 page



→ 13 page



→ 15 page



→ 18 page



→ 23 page



→ 26 page

- 1 Foreword
「国民主導」の観点から「どこでも MY 病院」や
シームレスな地域連携医療のために IT の活用を 野口 聡 氏

Case Study 病院編

- 2 高知県立幡多けんみん病院
脳卒中の地域連携パスなど急性期から回復期、介護までスムーズに情報共有できる環境を構築
- 5 地方独立行政法人秋田県立療育機構 秋田県立医療療育センター
電子カルテを核としたシステム連携で乳幼児期から成人期までの長期間にわたる子どもたちの成長をサポート

- 8 Feature
いまこそ取り組む医療機関の **エコ & コスト対策**

Part I — エコ活動と IT User's Voice 春日井市民病院

省エネ活動への取り組みと電子カルテシステム導入時の効果
渡邊 有三 氏・蔭山 幸枝 氏・宮澤 勝弘 氏

- 11 Part II — エコ活動に取り組む Model Case 医療法人ダイワ会 大和中央病院
目に見える“数字”でエコ活動を示し
意識改革と経費節減による経営改善に大きな成果

- 13 Part III — コスト削減に取り組む Interview 四日市社会保険病院
職員にコスト意識を持たせて
1 年間で 1 億円の医療材料費カットに成功 松本 好市 氏

Special Contribution

- 15 療養病床の最新動向と今後の対応 松原 喜代吉 氏
- 18 医療情報システム研究会の近況報告と
電子カルテユーザーの省エネ対策について 杉原 敬彦 氏

HOPE VISION Report

- 20 中堅病院向け電子カルテシステムと
シームレスな連携を実現した介護事業者支援システム 富士通株式会社
- 21 カラー電子ペーパーで、きめ細やかな案内を実現 富士通株式会社
- 22 電子カルテシステムとユニファイド コミュニケーションの連携で
安全・安心に貢献 富士通株式会社

- 23 Special Report
山口大学医学部附属病院 井上 裕二 氏

eXChart (エクチャート) によるカルテ情報の二次利用に取り組み医療技術評価の基盤の構築を図る

- 26 Topics
財団法人慈圭会 慈圭病院
精神科病院向けオーダリングシステム導入で職員の業務効率化を実現し患者サービスの質を向上

- 28 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 病院経営戦略フォーラム開催報告



「国民主導」の観点から「どこでも MY 病院」やシームレスな地域連携医療のために IT の活用を

高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT戦略本部）の「新たな情報通信技術戦略」では、「国民主導」の観点から、国民自らが医療・健康情報を管理・活用する「どこでも MY 病院」やシームレスな地域連携医療などの目標を掲げています。この実現に向けては医療機関の積極的な対応が必要となります。

IT 戦略本部では、2010 年 5 月 11 日に、「新たな情報通信技術戦略」（<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/100511honbun.pdf>）を公表しました。わが国の IT 戦略は、これまでも策定されてきましたが、今回は「国民主導」という観点から考えられている点が、従来と大きく異なります。

この観点から今回は、3 つの柱が掲げられています。それが「国民本位の電子行政の実現」と「地域の絆の再生」、「新市場の創出と国際展開」です。この中で医療分野は、「地域の絆の再生」の主要項目として取り上げられています。

具体的な取り組みは、『「どこでも MY 病院」構想の実現』、「シームレスな地域連携医療の実現」、「レセプト情報等の活用による医療の効率化」、「医療情報データベースの活用による医薬品等安全対策の推進」の 4 項目です。

『「どこでも MY 病院」構想の実現』では、国民が自分で医療・健康情報を蓄積し、自分の体の状態の管理をしていくためのツールや仕組みを提供することをめざします。これは、個人を介して医療情報を有効活用するものであり、これまで医療機関が持っていた情報を個人に提供する点で大きな意義があります。

「シームレスな地域連携医療の実現」は、生活習慣病など疾病の悪化を抑制するといった、具体的な成果の上がる地域連携システムを構築していきます。さらに地域連携を介護の分野まで拡大し、データを共有できる仕組みの構築をめざします。

この 2 つの取り組みは、個人を経由

した医療情報の活用と、医療・介護機関間での情報の活用という違いがあります。ただし、医療情報を有効に活用し、医療の質を向上させていく点では密接にかかわっていると言えます。

これらの目標を実現するためには、現時点ではいくつかの課題があるのも事実です。例えば、『「どこでも MY 病院」構想の実現』では、個人が医療情報を継続的に管理するためには、蓄積したデータの移動ができるポータビリティの確保が重要です。一方、「シームレスな地域連携医療の実現」に向けては、関係する医療機関などで情報連携ができるよう低コストなシステムの活用がポイントです。

IT 戦略本部では、これらの課題を解決し、目標を実現するために、より具体的な取り組みをまとめた「工程表」（<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/100622.pdf>）を 6 月 22 日に公表しました。この中では、タスクフォースを設けて施策を進めていくこととしており、9 月 8 日に第 1 回目の会合が行われました。以降、調査・検討を進め、2011 年 2 月ごろを目途に取りまとめを行う予定です。この内容を基に、来年度から関係省庁が連携して、各目標の実現に向けて具体的な検討やモデル事業などを行っていきます。

『「どこでも MY 病院」構想の実現』では、2011 年度以降、運営主体などサービス提供の枠組みについて経済産業省のモデル事業などを行いつつ、検討を進めます。また、「どこでも MY 病院」で取り扱う医療・健康情報として診療明細書・調剤情報の標準フォーマットや提供方法などの検討も行い、2013 年

度中に第 1 期サービス開始をめざします。特に標準フォーマットについては、業界団体との連携が必要と考えています。

「シームレスな地域連携医療の実現」では、2011 年度以降、生活習慣病などの疾病管理において、また、在宅医療と介護の連携において、どのような情報を共有することが望ましいか、厚生労働省、経済産業省、総務省が検討を行い、地域連携ネットワークのモデルプランを実施します。このプランを参考に、各地区の医療・介護機関では、地域の疾病構造を踏まえて連携に取り組んでいただきたいと思います。また、医療と介護との連携を進める上では、異なる業種を連携させていくことになるので、きちんとモデルを示すことが大切だと考えています。2012 年度には診療報酬と介護報酬の同時改定があるので、それと連動して、両者が共有して意義のある情報の内容について検討していきます。

IT 戦略は、計画の遂行が重要なのではなく、医療現場にとって有効な IT を普及させることが大事なので、医療現場からの建設的なご意見を期待しています。また、「どこでも MY 病院」の実現には、医療機関のご理解・ご協力が必要です。情報提供することが患者さんの信頼につながると積極的に考えていただきたいと思います。同様にシームレスな地域連携医療についても、ほかの医療機関や介護施設と、「オープンなワークシェアをする」というポジティブな考えで医療機関の皆様に取り組んでいただきたいと思います。■

野口 聡氏（のぐち さとし）

1989 年東京大学工学系研究科（修士課程）航空コース修了後、通商産業省（現・経済産業省）入省、機械情報産業局宇宙産業課に配属。その後、防衛庁（現・防衛省）や日本貿易振興機構（JETRO）ニューヨーク・センター出向などを経て、2007 年経済産業省商務情報政策局情報プロジェクト室長、2009 年 7 月から現職。

高知県立幡多けんみん病院

地域医療ネットワークシステム「HOPE/ 地域連携」

脳卒中の地域連携パスなど
急性期から回復期、介護まで
スムーズに情報共有できる環境を構築「しまんとネット」の運用開始により
住民が安心できる地域完結型医療へ

高知県立幡多けんみん病院

〒788-0785

高知県宿毛市山奈町芳奈 3-1

TEL 0880-66-2222

FAX 0880-66-2111

URL <http://www.pref.kochi.lg.jp/~hata/>

高知県西部の幡多地域に、新たな県民病院として1999年に開院した高知県立幡多けんみん病院。地域に唯一の基幹病院としてスタートを切った病床数355床の同院は、地域連携による地域完結型医療の提供を目標に、ほかの病院や診療所との機能分化を進めてきました。そして、電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-GXのデータを連携先の医療機関や介護施設と共有することを目的に、2010年3月にHOPE/地域連携を用いた「しまんとネット」の運用を開始。脳卒中の地域連携パスを電子化するなど、地域医療の充実を図っています。

interview

西村 裕之 脳神経外科部長

上熊須 英樹 経営企画課員

吉本 瞳 経営企画課員

松岡 真弓 診療情報管理室員

CaseStudy

IT化のねらいと導入の経緯

地域連携パスの電子化を主な目的に
「しまんとネット」を立ち上げ

前方・後方連携でパスを活用

Q：幡多けんみん病院の特色を教えてください。

西村氏：幡多地区は、医療圏の中で医療がほぼ完結している地域です。



前列左から、吉本瞳経営企画課員、西村裕之脳神経外科部長。後列左から、上熊須英樹経営企画課員、松岡真弓診療情報管理室員。

当院はの中で唯一の基幹病院として、高い医療水準を維持していく使命があると考えています。地域の救急医療の受け皿としての機能も重視しており、依頼はすべて引き受けています。高知県の地域保健医療計画で脳卒中センターと位置付けられており、地域の脳卒中の患者さんに24時間365日対応しています。

地域の医療資源を有効に活用するため、以前から地域医療室を設け、数年前からは脳卒中と大腿骨頸部骨折の地域連携パスの運用を始めました。地域連携パスは順調に運用されていて、後方連携の施設も協力的です。これにより、当院を中心に前方連携・後方連携の体制が築けています。

私自身、脳卒中の地域連携パスの作成、運用に携わっており、これを電子化したいという思いはずっと持っていました。そうした中で、県の補助金を受けて、地域連携ネットワークシステムを導入することが決まりました。

CaseStudy

導入準備とシステム稼働

既存の地域連携で生まれた「つながり」を
下地にスムーズにネットワークを構築

3か月の短期間でシステム構築

Q：導入の準備にあたって、苦労した点がありますか。

西村氏：院内にもともとあった地域連

携パスの組織がそのままシステム導入の委員会として機能しました。また、地域の医療機関も含めた地域連携パス委員会もすでにありましたので、特別苦労することはありませんでした。

上熊須氏：導入決定から稼働までの期間が短く、地域の病院や地区医師会との調整や説明会を始めたのが5か月前、システムの構築作業は3か月弱で進めたので、急に忙しくなった印象はありました。

ネットワーク接続にあたっては、例えば連携先の Excel のバージョンが低すぎて機能しなかったり、セキュリティの設定によって接続できない問題が起きたので、事前のシミュレーションが大事だと思いました。

報量も増えました。手書きの場合、1枚の紙の半分を急性期、半分を回復期としていているところが多いと思いますが、Excel データで、急性期を1シート、回復期を1シートとして使うようにしたので、実際に書き込めるスペースも増えています。

CaseStudy 導入メリットと今後の展望

システム導入をきっかけに生まれた人のつながりが大きな資産に

顔を合わせての話し合いが 以後の密な連携体制に

Q：動き出した「しまんとネット」の手ごたえはいかがでしたか。

西村氏：参加を呼びかけた時の反応は、思った以上でした。やはり連携先の医療機関にとっては、転院前から患者さんの情報が正確に把握できることは大きなメリットだと思います。介護施設では利用者が当院に入院していても、その情報を把握できていないケースがあり得たのですが、「しまんとネット」に参加してもらえば、そのようなこともなくなります。

Q：幡多けんみん病院にとって、どのようなメリットを得られましたか。

吉本氏：「しまんとネット」をきっかけに、実際に地域の医療機関や介護施設に足を運び、顔を合わせて話

をする機会を得たことは、当院にとってプラスになる経験でした。より密度の濃い地域連携ができるようになったと実感しています。

松岡氏：かつては最初の紹介状などの書面の情報だけしかなかったのですが、いまではカルテを見てくださというだけで、スムーズに最新の情報を共有できるようになりました。

見やすく情報量も多い パスシートを実現

Q：脳卒中の地域連携パスの電子化によるメリットはありましたか。

西村氏：「しまんとネット」上で運用するにあたり、地域連携パスのフォーマットを少し変更したこともあり、パスシートそのものが見やすくなったと思っています。

手書きと比べると、書き込める情

「しまんとネット」の機能を強化し さらにメリットが得られるシステムに

Q：「しまんとネット」のこれから
の展開を教えてください。

西村氏：連携先施設を増やして、ネットワークを広げていきたいと思っています。また、現在大腿骨頸部骨折の地域連携パスの電子化を進めており、ほかの疾患についても他科の医師から要望をもらっているの、さらにパスの種類を増やしていくつもりです。このほか、地域の介護施設を中心に取り組んでいる退院調整や、退院用の用紙のダウンロードなどを、「しまんとネット」上でできるようにすることも検討しているところです。

吉本氏：医師や看護師などにとって、実務的なメリットのあるシステムにしていきたいと思っています。例えばケアマネジャーからは、介護保険申請をする際の主治医意見書のやりとりを「しまんとネット」上でできるようにすれば、とても有用だという意見

が寄せられています。

このような要望を少しずつシステムに反映していきたいです。

西村氏：将来的には、当院の患者さんではなくても、「しまんとネット」に参加している施設同士で、双方向性のある情報共有ができるようになれば、利便性、有用性が高くなると考えています。■

「脳卒中地域連携クリニカルパス」は急性期から回復期へという診療の流れの中で運用されています。

「脳卒中地域連携パス」は、在宅の患者さんが普段はかかりつけの診療所で診療を受け、半年、あるいは1年に1回幡多けんみん病院を受診するような、慢性期医療における地域連携パスとして運用されています。

医療法人互生会 筒井病院

地域完結型医療のため 基幹病院との情報共有を図り 回復期医療やターミナルケアの 重責を担う

筒井病院では、自院の役割を明確化して地域で完結する医療に取り組んでいます。その中で、「しまんとネット」を活用して、地域医療の重責を果たしています。



〒788-0783
高知県宿毛市平田町戸内 1802
TEL 0880-66-0013
FAX 0880-66-0078
URL <http://goseikai.jp/tsutsui-h.html>

地域における役割を自ら決めて、 地域完結型医療に貢献

筒井病院は 1957 年の開院以来、幡多地域で当時のゴールドプラン（高齢者保健福祉推進 10ヵ年戦略）に沿った役割を果たしてきましたが、2000 年からは新しいゴールドプラン 21 に合わせ、プライマリケア、回復期リハビリテーションとともに、介護保険への対応を進めています。

「幡多けんみん病院では救急を断らないので、私たちは助けられています。その後の退院調整の連携を密にとりながら、回復期の治療、看取りまでを地域で完結できるように努力しています」と、筒井大八理事長は話します。

筒井章仁医師も、「療養病床で、1 週間程度で転院を受け入れるというのは、運営上なかなか大変ですが、基幹病院を守るとは地域を守ることであり、自分たちを守ることでもあると考え、その役割をまっとうすることを基本方針としています」と、地域医療への考えについて説明しています。

すぐに必要な情報が得られることは 医療者だけでなく患者さんにもメリット

幡多地域では、幡多けんみん病院の HOPE/ 地域連携導入に先立ち、すでに地区医師会主導で電子カル

テシステムのネットワークが稼働していました。そのため端末や回線は設置済みで、『しまんとネット』への参加にあたって、新たな設備投資は一切不要でした」と、浅井慎介診療情報管理士は述べています。

実際に動き出した「しまんとネット」の魅力について、筒井医師は「幡多けんみん病院の医師にしても私たちにしても、紹介した患者さんの予後は気になります。当院でも入院時はもちろん、退院時、亡くなったときなど、できるだけ連絡するようにはしていましたが、ネットワークシステムが構築されたことで、知りたいタイミングで情報を得られるようになり、お互いに大きなメリットになっています。患者さんにとっても、安心につながっています。また、放射線検査画像は DVD でやりとりしていましたが、見たいときにすぐ端末から参照できるようになりました」とメリットを挙げています。

高橋百合看護部長は、これからの課題として、「例えば幡多けんみん病院から事前に FAX で送られてくる紙 1 枚の退院調整票などでは、十分な情報を得られませんし、リアルタイムではないため、実際の患者さんの状態が変わっていることがあります。こうした情報をもっと『しまんとネット』を介してやりとりできるようになれば、必要な情報をすぐに得られる上に、FAX も不要になり個人情報保護の観点からも効果的だと思います」と、機能強化の要望を挙げています。

地域連携では、急性期医療の後の回復期、ターミナルケアも重要だという筒井理事長の考えの下に、グループで年間約 30 人の看取りを行う同院では、介護やターミナルケアの分野での「しまんとネット」のさらなる活用に大きな期待を寄せています。■



左から高橋百合看護部長、筒井大八理事長、筒井章仁医師、浅井慎介総務課・診療情報管理士。



病棟にある電子カルテシステム端末から「しまんとネット」にアクセスできます。

地方独立行政法人 秋田県立医療療育センター
秋田県立療育機構

電子カルテシステム「HOPE/EGMAIN-NX」

電子カルテを核としたシステム連携で 乳幼児期から成人期までの長期間にわたる 子どもたちの成長をサポート

医療者や保育士など多様な職種間で
情報共有を図り医療と療育の質を向上

2010年4月、秋田県太平療育園と秋田県小児療育センターの再編統合により、秋田県立医療療育センターが開設されました。乳幼児期から疾病、障がいのある子どもを対象に、リハビリテーションをはじめとする医療を提供するとともに、教育や生活を支援するための療育の機能も併せ持つ同センターでは、施設の新規開設を機に、HOPE/EGMAIN-NX と、障がい者施設向け介護・生活支援システム「クレヨン」を導入。その連携により医療側と療育側のスタッフ間の情報共有環境を充実させて、子どもたちの成長の総合的な支援に役立てています。



地方独立行政法人秋田県立療育機構
秋田県立医療療育センター

〒010-1407
秋田県秋田市上北手百崎字諏訪ノ沢 3-128
TEL 018-826-2401
FAX 018-826-2407
URL <http://www.airc.or.jp/>

interview

遠藤 博之 理事長
石原 芳人 センター長
時岡 義幸 事務部長
坂本 仁 副センター長
山岡 ちや子 看護部長
小玉 公生 放射線科科長補佐
渋谷 清美 事務部副主幹

CaseStudy IT 化のねらいと導入の経緯

情報共有とライフステージを通じた
データの蓄積を目的にシステムを導入

医療と療育に携わるスタッフ間の 情報共有を重要視

Q：秋田県立医療療育センターの特徴を教えてください。

遠藤氏：当センターは一般の病院と異なり、医療だけでなく、保育や教育も行うという大きな特徴があります。対象となる患者さんは身体的、知的、精神的な障がいを持つ子どもたちで、一般的な教育のほか、日常生活の指導が必要になる場合もあります。

内科的な治療のほか手術が必要な場合もあり、リハビリテーションにおいては理学療法、作業療法、言語聴覚療法など各分野の専門家が1人の子どもの多面的に向き合う必要があります。ですから、スタッフ間の情報共有はきわめて重要です。

Q：IT 化のねらいは何でしょうか。

遠藤氏：情報の共有が大きな目的です。また、子どものライフステージを通して、切れ目なく診療情報を見ることができるようにしたいという思いもありました。生まれてから成人期になるまで当センターで継続的

に支援していくという理念があり、そのためには長いスパンでのデータの保存、蓄積が必要です。その理念に、電子カルテシステムは応えてくれると考えました。

石原氏：当センターは、27年と51年という長い歴史を持つ2つの施設が合併してできました。保存されていた紙カルテやフィルムの量は膨大なもので、ペーパーレス化、フィルムレス化をしなければ、施設内に保管するのは不可能だったでしょう。

CaseStudy

システム選定と導入準備

医療面では厳密さ、療育面では柔軟さが
求められたシステム選定

連携稼働実績のある システム同士の組み合わせが 最適と判断

Q：導入準備はどのような手順で進めましたか。

坂本氏：建物の設計の段階で、サー

バ室も決める必要があり、2年半くらい前からシステムの選定を始めました。IT 化に関する案件は、システム構築委員会ですべて処理し、決定しました。

委員会を組織したのは開院のほぼ1年前です。2つの施設の全職種か

ら、約30名を集めて、2週間に1回の定期的な会合に加え、必要に応じて毎週集まり、各部署から吸い上げた意見を検討、方針を決めて、各部署に持ち帰ってもらう形で、準備しました。

Q：システム選定のポイント

を教えてください。

坂本氏：最も重要なのは、当センターは医療だけでなく、療育の事業を行わなければならない点です。その両方を実現するシステムでなければ、採用できません。医療では情報の正確性や厳格性が求められ、療育では柔軟なフレキシビリティが必要になります。



遠藤 博之 理事長



石原 芳人 センター長



時岡 義幸 事務部長

複数のベンダーから提案がありましたが、私たちの要望に最も応えていたのが、富士通のHOPE/EGMAIN-NXと、富士データシステムのクレヨンというシステムの組み合わせでした。この2つのシステムは、すでに連携をとって稼働している実績があったことも、選定理由の1つとなりました。

した。療育の側では、子どもがいつ手術を受けるのかなど、いままで知り得なかった医療側の情報が参照でき、保育にも反映させられるようになっています。

山岡氏：旧2施設にあった紙カルテはすべてPDF化し、販売会社のシグマソリューションズに、新しい電子カルテのIDへのひも付けを実施してもらいました。これにより、開院前の情報が画面上で参照できるようになっています。例えば、障害者自立支援法の施行により、療育では全員が措置入所としてIQを測定できなくなったのですが、小児療育センターでは行っていたので、そちらを参照するといった利用も可能です。

情報を継承して継続的に利用することには、大きな意味があると思っています。乳児期の通院から高等部を卒業するまでの紙カルテは、とじひもで結べないぐらい膨大な量になります。その保管スペースが不要になるだけでも、十分なメリットです。

導入メリットと今後の展望

HOPE/EGMAIN-NXの導入により 各部門のスタッフから高い評価

情報共有と過去カルテの データ化で医療、療育とも充実

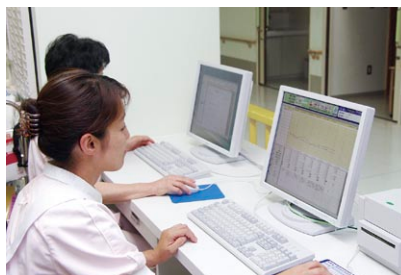
Q：稼働後は当初の目的を実現できているのでしょうか。

坂本氏：長期間にわたるカルテや画像など、膨大な資料を診療のたびに探して搬送する必要がなくなりました。

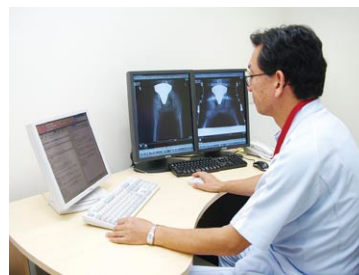
また、全職種が情報を参照し、共有できるようになったことで、例えば医師、保育士、臨床心理士が互いに、ある子どもについてどう考えているか、といったことを正確につかめるようになりました。家族の心理的な葛藤などは、直接医師には言いにくいことでも、看護師や保育士とは話し合える場合がありますし、その情報を医師が参照することができるようになります。



前列左から、坂本仁副センター長、山岡ちや子看護部長。後列左から、小玉公生放射線科科長補佐、渋谷清美事務部副主幹。



病棟のスタッフステーション。写真の手前がHOPE/EGMAIN-NX、奥がクレヨン。スムーズなシステム連携により、きめ細かなケアを実践しています。



外来診察室。高精細液晶モニタ2面に、放射線検査画像を表示し、拡大などしながら見せることで、インフォームド・コンセントにも効果を上げています。

当初の目的に加え

Q：各部門では、どのようなメリットが得られましたか。

石原氏：カルテはもちろん、リハビリテーション室の予定や、短期入所の状況など、センターの管理にかかわる情報も、すぐにわかるようになりました。見たい情報が、いつでも、どこからでも見られるのは非常に便利です。

時岡氏：診療報酬の体系がどんどん複雑化しており、特に当センターで多い乳幼児加算点数の計算はきわめて複雑です。しかし、電子カルテシステムと医療事務システムが連携できているので、正確かつ迅速に計算できるようになり、患者さんの待ち時間の短縮などにつながっています。

渋谷氏：事務の面では、例えば当センターでは、医療施設の入院日数と福祉施設の入所日数は原則的に等しくなります。これまでは別々にチェックしていたのですが、これがシステム連携により、業務が格段にスピードアップしました。

Q：フィルムレス化によるメリット
はありましたか。

小玉氏：各診療科に高精細モニタを導入していて、診察室でも病棟でも高画質の放射線検査画像をすぐに見られるようになっており、全スタッフが参照できます。また、古いフィルムや他院のデータなども必要に応じて取り込み、それをすぐ診察室で表示して、家族へのインフォームド・コンセントに利用するようなことも可能になっています。

Q：看護支援システムの使い勝手は
いかがでしょうか。

山岡氏：看護部門では、部長が一番恩恵を受けていると皆に言われています（笑）。日々の入退院数や空床の状態などの統計、集計データが、ワンクリックで見られるようになり

ました。また、4月と10月に全入院児のADL評価を行っているのですが、そのチェックなども簡単にでき、とても助かっています。

病棟では、例えば前回入院時のデータを知るためにカルテを探さなくても、日付を入力するだけで、すぐに参照が可能です。外来でも、観察した項目や家族の訴えなどを、看護記録として空き時間にいつでも入力できるようになったことが重宝がられています。このほか、標準看護計画を Excel ファイルにしてあり、それを使えばデータが取り込めるようになっているので、看護計画の立案もスムーズになりました。

地域の病院、福祉施設との連携に 発展することを期待

Q：IT化の今後の展望をお聞かせください。

時岡氏：当初、私が県の事業として立案、予算化したときの構想では、診療報酬の請求業務と療育部門の障害児福祉手当の給付のセット化による、業務やコストの削減を目的に掲げていまし

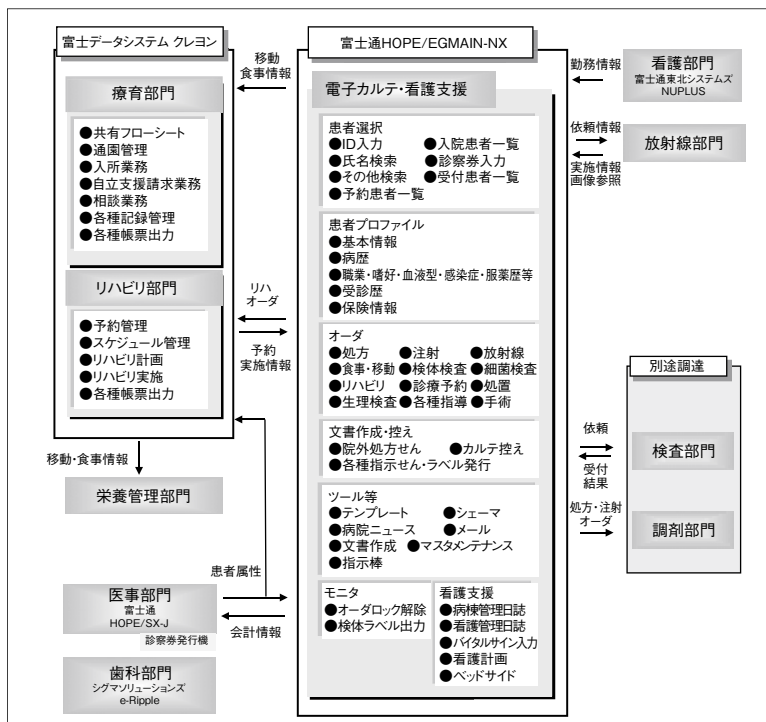
た。さらに、大局的には、すでに設立が決まっていた当センターを中心に地域療育支援システムを構築し、郡部やへき地などで日常生活を送る子どもたちの情報をネットワークで共有して、医療療育の効率化や機能強化、質の向上をめざしていました。ですから、それらの理念の実現に近づくことを期待しています。

Q：読者へのメッセージをお願いします。

遠藤氏：医療情報の IT 化は、単に時流というだけでなく、情報の共有と蓄積という大きなメリットを生みます。

特に当センターのような施設において、1人の子どもにかかわる専門職種間の理解の広がりが得られることは、きわめて有用です。システム化によるセンター内のネットワークが、今後、地域のほかの病院や、福祉施設などとの連携に発展していけばと期待しています。■

(秋田県立医療療育センターの HOPE/EGMAIN-NX 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)



秋田県立医療療育センターの HOPE/EGMAIN-NX システム構成図

エコ&コスト 対策

環境問題は社会全体の問題でもあり、改正省エネ法の施行などにより、医療機関にとっても無視できないテーマとなっています。また、医療を取り巻く状況が厳しさを増す中、環境対策などを通じ、コスト削減に取り組むことも重要です。そこで、Feature では、医療機関のエコへの取り組みとコスト削減に焦点を当てます。

改正省エネ法の概要

2010年4月1日施行の改正省エネ法の概要を説明します。「エネルギーの使用の合理化に関する法律（省エネ法）」は、石油危機を契機として1979年（昭和54年）に、“わが国のエネルギーをめぐる経済的社会的環境に応じた燃料資源の有効な利用の確保”と“工場、建築物、機械器具についてのエネルギーの使用の合理化を総合的に進めるための必要な措置を講ずる”ことを目的に制定されました。その後、内外のエネルギー情勢の変化などに合わせ法改正があり、2008年5月に大きく改正されました。

今回の法改正により、これまでの工場・事業場単位のエネルギー管理から、事業者単位（企業単位）でのエネルギー管理に規制体系が変わります。事業者全体（本社、工場、支店、営業所、店舗等）の1年度間のエネルギー使用量（原油換算値）が合計して1500kL以上であれば、そのエネルギー使用量を事業者単位で国へ届け出て、特定事業者の指定を受けなければなりません。

省エネ法が規制する分野と事業者としては、現在、工場・事業場、輸送、住宅・建築物、機械器具の4つがあり、医療機関の場合は「事業場（病院、ホテル、学校、オフィス、小売店等）を設置して事業を行う者」の分類に属します。

特定事業者は、「エネルギー管理統括者（新設）」、「エネルギー管理企画推進者（新設）」をそれぞれ1名選任し、届け出提出の義務があります。さらに、工場・事業場単位に「第一種エネルギー管理指定工場等」または「第二種エネルギー管理指定工場等」を有している場合には、当該工場・事業場ごとに従来どおり「エネルギー管理者」または「エネルギー管理員」を選任し、届け出が必要です。

特定事業者が行うべきことは、事業者全体での判断基準の順守（管理標準の設定、省エネ措置の実施等）を行うとともに、中長期的に見て年平均1%以上のエネルギー消費原単位の低減に努めることです。さらに、「中長期計画書」および「定期報告書」を毎年度7月末日まで（2010年度は、11月末日まで）に、本社の所在地を管轄する経済産業局と、工場・事業場が行う事業の所管省庁に提出することが必要です。

一方、改正された「地球温暖化対策の推進に関する法律（温対法）」に基づき、2008年4月1日から、温室効果ガスを多量に排出する者（特定排出者）に、自らの温室効果ガスの排出量を算定し、国に報告することが義務付けられました。エネルギー起源CO₂の排出量のみを報告する場合は、省エネ法の定期報告書を使用し報告することが許されています。■

地球環境のために～富士通グループの環境活動～

1935年の創業以来、「自然と共生するものづくり」を追求してきた富士通グループは、環境保全を経営の最重要事項の1つと位置付け、FUJITSU Wayの企業指針「社会に貢献し地球環境を守ります」に基づき、環境経営に取り組んでいます。

また、あらゆる事業領域で継続的に環境活動実践していくために、理念と行動指針を明文化した「環境方針」、すべての環境活動のベースとなるコンセプト「Green Policy21」、2020年をターゲットとする中期環境ビジョン「Green Policy2020」を定めるとともに、グリーンICTによる環境負荷低減プロジェクト「Green Policy Innovation」と「第6期富士通グループ環境行動計画」を推進しています（図1）。これらを通じて、自社グループのみならずお客様や社会の環境負荷低減に貢献するよう努力しています。■

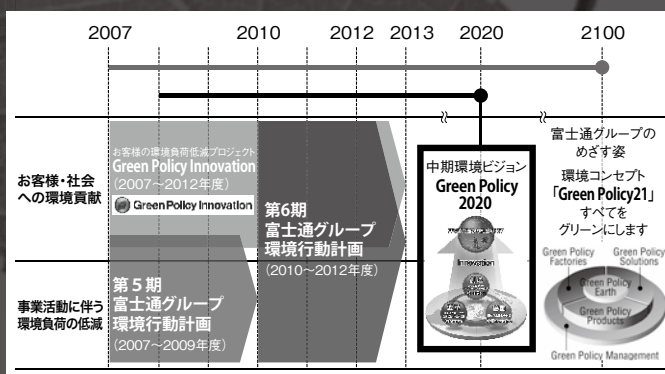


図1 富士通グループの環境活動体系（2007年以降）

Part I エコ活動とIT User's Voice

春日井市民病院

省エネ活動への取り組みと
電子カルテシステム導入時の効果

自治体病院の地球環境負荷軽減のチャレンジ

渡邊 有三 病院長
 蔭山 幸枝 看護部長
 宮澤 勝弘 管理課課長 に聞く

おののとうふう
 平安時代の三跡の1人、小野道風が生まれたという言い伝えがある「書のまち春日井市」は、名古屋市の北東に位置し、人口30万人を擁する中堅都市です。春日井市民病院は病床数556床、外来患者数約1500人/日の急性期病院であり、2009年度省エネ大賞「資源エネルギー庁長官賞」を受賞しました。自治体病院の省エネへの取り組みは珍しく、省エネ活動の苦労話、そして電子カルテシステムへの切り替えがエコ活動に貢献する可能性についてうかがいました。



〒486-8510
 愛知県春日井市鷹来町1-1-1
 TEL 0568-57-0057
 FAX 0568-57-0067
 URL <http://www.hospital.kasugai.aichi.jp/>

地域完結型医療のための機能分担・連携が
最重要取り組み事項

——病院の特徴と重点取り組み事項について教えてください。

渡邊氏：自治体立病院として地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくこと、ほかの地区に依頼しなくても当地で医療が完結するよう地域完結型医療を実行することが使命と考えています。経営上の課題は多く、昨年来のDPC切り替えなど事業改善計画を進めています。急性期病院として入院医療を充実させることはもちろんですが、同時に開業医との連携、機能分担を進めることが一番重要と考えています。そのため地域医療支援病院の資格獲得に向けて紹介・逆紹介の推進、病床の開放、検査装置の開放を行っています。もう1つは、急性期病院として生き残るためには病院との連携も必要であり、リハビリテーション病院など患者さんが自宅にお帰りになる前の段階の亜急性期・慢性期の医療を機能分担できる病院との連携構築に取り組み始めたところです。



渡邊 有三 病院長



宮澤 勝弘 管理課課長



蔭山 幸枝 看護部長

当初は病院が省エネすべきか？
大いに議論しました

——省エネ活動への取り組みのきっかけ、基本的な考え方、苦労話をお聞かせください。

渡邊氏：市役所本庁でISO14001認証取得の機運が盛り上がり、2006年9月に病院が第一種エネルギー管理指定工場に指定されたことをきっかけに、省エネルギー対策委員会を立ち上げました。施設はじめ医療職以外の職種のメンバーに恵まれ、皆がよく進めてくれたので、今日の成果に結び付いていると考えています。当初は、「病院が省エネすべきか？ 安全が先か？」と大いに議論したことを委員として記憶しています。それでもできるところから手をつけよう、「出るを制する」ことの重要性も認識して、少しずつ考えながらスタートしました。

——省エネ活動内容と成果について教えてください。

宮澤氏：省エネパトロールや省エネ啓発活動のほか、熱源機器の効率的な運用、ポンプ圧力の設定の見直しなど運用手法の改善を中心とした42項目の対策により、4年間で2005年度比14.8%削減（原油換算で621kL削減、CO2排出量で1150t削減）の省エネを達成し、約4000万円の光熱費を削減しました。

——職員の意識の変化はどのようでしたか。

渡邊氏：正直なところ電気、都市ガス、上水道のエネルギー関係のコスト削減が中心であり、エコおよ

び医療材料などのコスト削減の意識が全員に浸透するまでにはまだ至っていないと考えています。全員浸透にはもう少し時間が必要だと思えます。省エネ活動を牽引した各部署のリーダーは苦労の中で成長し、人材育成の面にも確かな手応えを感じています。

電子カルテシステムによる情報の共有 看護業務負荷軽減に期待

—— 2011年5月稼働予定の電子カルテシステムに期待するところをお教えてください。

渡邊氏：いつでもどこでも全患者のカルテの内容を必要な職員が参照し、情報の共有ができることは大きな効果です。カルテ庫・フィルム庫のスペース減少もあります。取りにいかなくて情報にアクセスできることはありがたいし、カルテの視認性も確保され、医療の継続性が担保されることに期待しています。次のステップとして、せっかく電子化された情報なので、医療機関内だけでなく、各ベンダー間の情報の互換性を取り、情報は患者さんのものなので、どこの医療機関でも活用できるようにしていくことが必要と考えています。

蔭山氏：看護関係では、従来同じ内容を複数箇所に書く重複記載が多かったのが、ITで少なくなることを期待します。また、従来はクリティカルパスの運用が十分ではなかったので、医療と看護双方でアウトカム達成を検討してパス利用を進めていきたいと考えています。入院期間の短縮の中で日常生活機能評価と退院時指導における看護師の役割を、もう一度原点に戻って取り組んでいきたいと思えます。その意味で看護プロファイルに科学的看護論のデータベース参照機能を取り込んでくれるので、安心しています。

紙はどうしても残る

—— 電子カルテシステム切り替えによるエコ効果について。

渡邊氏：省スペース、省人力のほかにフィルムレス、心電図などの生理検査報告、眼科耳鼻科画像検査報告など電子化によるペーパーレス効果が考えられます。しかし、患者さんへの説明文書、同意書については紙が残ります。

蔭山氏：切り替え当初、看護ワークシートは勤務の最初にまず紙で印刷せざるを得ないと考えています。画面でも確認できますが、移行期および紙でないと難しい看護師に無理はしないように進めます。紙の使用を削減するだけがエコではないと考えています。エコは意識の持ちようで職場のいたるところに工夫の余地があります。いかに「もったいない」の精神でよく考えるかにかかっています。ノートブックPCによるベッドサイドでの実施入力と実施後の観察まで入力して、ナースステーションと同じ状態で画面確認できるようにすることに意味があります。

電子カルテシステムのエコ効果

—— 病診連携の1つの形態ですが、患者さんの目の前で診療所から診察予約、検査予約をネットワーク経由で行うと地域全体のCO₂排出量削減に効果があると考えられますが。

渡邊氏：すでに当院では、2007年からインターネットを使用して、診療所から診察・検査の予約を可能にしています。約200診療所が接続可能であり、その中の約3割の先生方が熱心に活用しています。

—— まとめとして、電子カルテシステムへの切り替えにより、省資源・省作業の効果は。

宮澤氏：電子カルテシステムの導入により、電気代は増加しますが、それにも増してカルテ検索・搬送・保管の労力削減とフィルム削減、カルテのペーパーレス化により、全体としてCO₂排出量換算で、年間約10tの削減〈杉の木710本分（注1）〉をめざしています。

—— 院内提案制度の運用とこれまでの提案実績は。

渡邊氏：2007年度より、職員からの提案制度として事業計画書を提出することを始めました。来年何がしたいか、必要な人員・費用はということを計画書として提出してもらいます。幹部で提案の実現性を検討し優先順位をつけています。また、医師全員のフラットな会議も開催しています。院長室のドアはいつもオープンにして提案を聞くようにしています。

宮澤氏：毎年数十件の事業計画書が提出され、2008年度は中期経営計画（公立病院改革プラン）策定のために職員から募集した結果、171件の提案がありました。中期経営計画事業報告書にあるように、実施状況も一般に公開しています。

省エネ・環境配慮はコスト削減の効果もある

—— 富士通への要望、そして読者へのメッセージ。

渡邊氏：富士通には消費電力のより少ないクラウド型システムなどを開発してほしいと同時に、何と言ってもこれまでどおり365日安定稼働する安全な電子カルテシステムをお願いしたい。そして、当院の省エネ活動についてはコスト削減効果など今後も情報提供し、また全国の病院の事例を勉強させていただいて、病院機能評価の審査項目にもなっているように、より地球環境を守る活動につなげていきたいと考えています。■

注1：杉の木1本（杉の木は50年杉で高さが20～30m）当たり1年間に平均して約14kgの二酸化炭素を吸収するとして試算。



Part II エコ活動に取り組む Model Case

医療法人ダイワ会 大和中央病院

目に見える“数字”でエコ活動を示し
意識改革と経費節減による経営改善
に大きな成果

エコアクション21 認証・登録制度への取り組みを通して
ムダをなくすという病院文化が生まれる

大阪市西成区にある大和中央病院は、病院や介護施設を展開する医療法人ダイワ会の中核施設。一般病床 143 床、療養病床 84 を有し、救急医療に力を入れるなど、地域に密着した医療に取り組んでいます。同院では 2006 年 6 月、財団法人地球環境戦略研究機関持続性センター (IGES-CfS) のエコアクション 21 認証・登録制度の認証を医療機関として初めて受けました。この取り組みを通じ、職員の省エネルギーやエコロジーに対する意識が芽生え、経費節減にもつながり、病院経営に大きな成果を生んでいます。



〒 557-0025
大阪府大阪市西成区長橋 1-2-7
TEL 06-6632-6181
FAX 06-6632-6133
URL <http://www.daiwakai.or.jp>

医療機関で初めてのエコアクション 21 に登録

エコアクション 21 は、環境省が定めた事業者向けのエコ活動に関するガイドライン。このガイドラインを基に IGES-CfS が行っているのが、エコアクション 21 認証・登録制度です (<http://www.ea21.jp/>)。事業者は、自分たちの活動の審査を受けて、ガイドラインに基づいた活動だと認められた場合、認証・登録証が発行されます。ISO14001 の取得が難しい中小規模の事業者を主に対象としており、業務改善にも結び付けられる“取り組みやすい”環境経営システムだと言えます。

この認証を医療機関で初めて取得したのが、大和中央病院。同院は、2002 年に現在地に新築移転しており、その際経費節減などを目的に、コージェネレーションや厨房のオール電化、照明スイッチの細分化などの設備投資

をして、省エネルギー型の施設・設備となっていました。

同院がエコアクション 21 認証・登録制度に取り組むきっかけとなったのは、南克昌理事長が大阪市内の事業者のエコ活動を支援する大阪市環境経営推進協議会の役員を務めていたことから。2005 年に同協議会でエ

コアクション 21 への参加を呼びかける説明会があり、南理事長のリーダーシップにより、同院も手を挙げました。当初、こうした活動は、光熱費の削減などにより、患者サービスの低下につながると危惧する声も院内にありました。しかし、エコアクション 21 認証・登録の担当者になった同院理事の小橋俊昭事務長は、「経費節減ができるに加え、職員に省エネルギーやエコロジーに対する意識を持たせ、家庭などでの日常生活でも取り組んでほしいとの考えで実施を決めました」と、ねらいを述べています。

名札の裏や室内に「環境理念」と
「環境活動基本方針」を

大和中央病院では、認証・登録に向けて、IGES-CfS のエコアクション 21 中央事務局の指導を受けながら、約半年をかけて、目標設定と審査に必要な書類の作成を行いました。小橋事務長と総務課長が月に 1 回、事務局とともに、電気、水道、ガス、ガソリンなどの使用量、廃棄物排出量などについて 2003、2004 年度の実績を算出した上で、それぞれの項目ごとに、5 年間かけて削減していく目標数値を年度ごとに設定していきました。これについて、小橋事務長は、「事務局からの指導もあり、患者サービスの低下にならないよう注意しながら、徐々に数値が下がっていくよう設定していきました」と説明しています。



小橋 俊昭 事務長

(1) 数値目標を達成するための取り組み

- ①二酸化炭素排出量（省エネに関する取り組み）
 - ・適切な空調温度の設定（暖房 24℃・冷房 26℃）。自然換気をする
 - ・不要な照明の消灯、電球を故障のない程度に間引きをする
 - ・エレベータの使用制限（来客・荷物搬送時）
 - ・職員更衣室の冷暖房時間を制限する
 - ・パソコンの電源を使用時以外切る
 - ・空調フィルタのこまめな清掃
 - ・省エネパトロールの実施
- ②水資源投入量、排水量の削減
 - ・女子トイレの消音機（音姫）利用の励行
 - ・各病室の水道の出水の制限
 - ・厨房の水使用の効率を図る

③廃棄物等総排出量、廃棄物最終処分量の削減

- ・ゴミ箱を区分し、患者さんにゴミ分別の協力をお願い
- ・業者に再利用資材等の持ち帰りのお願い
- ・紙類のリサイクル化を図る

(2) その他の取り組み

- ①グリーン購入への取り組み
 - ・使用する紙に関しては極力エコマークの商品の再生品を使用する（トイレトペーパーなどを含む）
- ②地域・社会貢献活動の推進
 - ・地域の環境保全（毎朝周辺の掃除・四季の園芸・緑化の推奨）

表 1 2009 年度の主な環境活動計画

参考：医療法人ダイワ会大和中央病院「環境活動レポート」
(2010 年 4 月)

実際の取り組みでは、職員の意識改革を主眼に置いて、進めていくことになりました。小橋事務長は、「設備投資で CO₂ の削減などを行っても、職員に省エネルギーやエコロジーに対する意識を持たせるといふねらいには結び付かないと考えました」と説明します。そこで、同院では、まず、「環境理念」と「環境活動基本方針」を職員の名札の裏に印刷したほか、各部門の部屋に掲示して、意識の徹底を図ることにしました。

全職員への活動状況の周知とトップの院内巡視

実際の活動としては、毎月行われる各部門の管理者全員が参加する会議で、月次の各項目の目標数値の達成状況について、前年度の実績も含め報告することになりました。そして、管理者は、その結果をそれぞれの部門に持ち帰り、文書の閲覧や掲示、朝礼・ミーティングでの報告を行い、周知しています。各部門では、この報告を受けて、冷暖房の温度設定や照明のこまめな切り替えができていないかを確認します。また、自然光でも明るい場所や事務部門のフロアでは、患者サービスや業務に支障が出ない範囲で、日中は照明を落とすようにしました。さらに、目標設定の中にある、コピー用紙購入量の削減のために、院内の業務用の文書について、プリント・コピーは裏紙を用いたり、両面を使用することになっています。回覧文書については、極力プリントせず電子メールで閲覧、参照するようにしました（表 1）。

一方で、現場での取り組みについて、毎月の管理者会議の前に、南理事長、田中一穂院長、小橋事務長、総看護長、総務課長が院内の巡視を行い、確認しています。冷暖房使用時に窓や扉が開いていたり、不必要に照明が点灯されている場合は、すぐに指導し、会議でも報告す



全職員の名札の裏には「環境理念」と「環境活動基本方針」が記されています（写真左）。ナースステーションや事務部門などの各部屋にも掲示されています（写真右）。

ることで、職員のエコ活動への意識を高めています。

職員の意識が変わり、経費も節減

このような取り組みの結果、2006 年度以降、2 年ごとに更新を行い、2009 年度も 2010 年 6 月に認証を受けています。この取り組み以前の 2003 年度 CO₂ の排出量は 109 万 4946kg でしたが、2009 年度は目標値の 104 万 198kg を下回る 100 万 861kg を記録しました（医療法人ダイワ会大和中央病院「環境活動レポート」(<http://www.ea21.jp/list/pdfn/0000799.pdf>)）。これは 5 年間に及ぶ活動が、院内に浸透した結果であり、職員の意識にも大きな変化があった成果でもあります。小橋事務長は、「巡視の時に指導するようなことがあっても、以前は『業務効率が落ちる』などという職員もいましたが、いまでは自ら照明や冷暖房の管理ができるようになりました。また、コピー用紙も裏紙の再利用が定着してきました」と述べています。

また、同院ではオーダーリングシステムによる伝票類の削減や PACS によるフィルレス化にも取り組んでいます。このような IT の活用により、資源の保護、有効活用につながるようなメリットも出てきています。

職員の省エネルギー、エコロジーに対する意識の改革だけでなく、当初の目的であった経費節減も進んでおり、病院経営にも大きく貢献しています。

職員に“数字”で示すことが重要

エコアクション 21 認証・登録制度への取り組みによって、エコ活動の PDCA サイクルが機能した大和中央病院。それにより、経費節減と職員の意識改革というメリットを得ることができました。小橋事務長は、「職員に結果を“数字”で示すことが重要です。事務部門だけでなく、医療部門の職員も電気料金やガス料金を知っていることが成果につながりました」と成功のポイントを語っています。同院では今後も、照明の LED 化など設備投資なども見据えながら、継続してこの制度に取り組んでいくことにしています。■

Part III コスト削減に取り組む Interview

四日市社会保険病院

職員にコスト意識を持たせて
1年間で1億円の
医療材料費カットに成功

トップマネジメントと若手職員の取り組みでコスト削減
増収分を医療の質と患者サービスの向上に生かす

松本 好市 病院長に聞く

四日市社会保険病院では、2006年度に松本好市病院長のトップマネジメントの下、医療材料費の見直しを行い、1年間で1億500万円のコスト削減を成功させました。若手職員を中心とした活動により、多くの職員にコスト意識が芽生えていき、さらにはコスト削減による増収分を医療機器の導入など医療の質、患者サービスの向上につなげていきました。そこで同院のコスト削減のねらいと手法について、松本病院長にインタビューしました。



松本 好市氏（まつもと こういち）
1972年三重大学大学院修了、医学博士。
三重大学外科助教授などを経て、98年から現職。日本臨床外科学会、日本大腸肛門病学会、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会の各評議員、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本大腸肛門病学会、日本消化器内視鏡学会の各指導医。専門は消化器外科、大腸肛門外科、消化器内視鏡。

職員にコスト意識を持たせることがねらい

— コスト削減に取り組む動機をお聞かせください。

全国に52施設ある社会保険病院では、2002年12月25日の厚生労働省「医療保険制度の運営効率化について」を受け、また社会保険病院グループに対する逆風が吹き荒れ出した時期だったので、全病院が全力で経営改善に取り組むこととなり、2003年度から2005年度にかけて、経営改善計画に基づいた事業の見直しが進められました。こうした流れの中で、当院でも業務改善を推進することになりました。

当院では、以前から検査試薬や放射線検査のフィルムといったものの仕入れ価格の見直しに取り組んでいたのですが、なかなか成果が出ていませんでした。例えば、ある医師が医療材料の購入を決定するような場合、その価格をほかの誰かがチェックするような機能が働いていなかったのです。そこで、一度すべての医療材料について、まな板に載せて見直すことにして、コンサルティング会社にも協力してもらい、コスト削減に向けて本格的に取り組むことにしました。

— 当時の経営状況はいかがでしたか。

当院の経営は非常に良い状況でした。大きな赤字が出るといこともなく、順調だったと言えます。しかし、病院の経営環境が厳しい時代ですから、職員にもコスト意識を持ってもらうことが、業務改善を進めていく上で

も大切です。ですから、「職員1人ひとりがコスト意識を持つ」ということを大きな目標として、医療材料費の見直しを行うことにしました。

若い職員を中心として経営企画室を設置し
ボトムアップの手法で、医療材料費を見直し

— コスト意識を持たせるために何をしたのでしょうか。

経営企画室を設置しました。これは病院長直轄の組織であり、室長が専任でいる以外は、各部門の若手、中堅の職員で構成しています。彼らは部門の代表者という位置付けではありません。「病院経営について考えてい」という職員が自ら名乗り出たり、私が指名したりして、経営企画室のメンバーになってもらいました。

また、職員にコスト意識を持ってもらうためには、ボトムアップの手法の方が良いとも考えました。そこで、各部門ごとにコスト削減について考えてもらいました。そして、各部門から上がってきた内容を基にコンサルティング会社を交えて、検討を進めていくようにしました。

— 経営企画室のメンバーはどのような活動をされているのでしょうか。

当初メンバーは6、7名でしたが、分科会を設けて、より具体的に検討できるような体制としました。医療材料費の削減に当たっては、コンサルティング会社とともに、全国の社会保険病院やほかの病院のDPCデータによるベンチマーク分析を行いました。例えば、心臓カテー

テル検査のカテーテルならば、その費用が他施設でいくらかということ把握した上で検討しました。そして、企画室のメンバーと各部門、経理課の職員が定期的に議論して、納入企業と価格交渉しました。

価格交渉では、経営企画室の担当者に加え、経理部門の課長や部門長など、複数が同席するようにしました。こうした交渉では、決まった医療材料の価格交渉をする場合と、材料を変更して交渉をする場合の2通りの方法があります。この2種類の交渉の仕方を使い分けるといのが、医療材料の場合には最も難しいことです。

——メンバー以外の職員は状況を把握できていますか。

従来の材料費については、ほとんどの職員が知っており、さらにベンチマークの結果が示されるので、交渉の経緯も含め把握できています。常に交渉の内容はフィードバックされ、そこから各部門の意見も出されながら交渉が進められます。また、何回もアンケートを行い、材料の変更が可能かどうか確認をとりながら、職員のモチベーション、パフォーマンスを下げないように配慮しています。一方で、医師が他施設の医療材料の仕入れ価格などの情報を仕入れて、意見を出してくれるなど、コスト削減の経緯を可視化し職員に示したことで、コスト意識を育てていくことができ、良い流れが生まれました。そして、結果的に2006年度は1億500万円もの医療材料費の削減につながりました。このうち薬剤部では約2000万円を削減しています。

表彰式などコスト削減の成果を 職員にフィードバック

——成果を職員に還元するような施策も重要ですが、どのようなことをされたのでしょうか。

1億円を超える医療材料費の削減ができたことから、職員への感謝の気持ちを込めて2007年4月に発表会と表彰式を行いました。この表彰式では、最も削減額の大きかった薬剤部を最優秀賞として表彰しました。また、協力してくれた感謝の意を込めて納入企業の担当者も招待して懇親会を行いました。このような場に納入企業が参加することはめずらしいとは思いますが、誠意を持って交渉した結果だと考えています。そして、こうした場を設けることによって、職員のコスト意識がさらに高まっていき、モチベーションも上がっていききました。

——ほかにフィードバックしていることはありますか。

新たに目標管理制度を設けました。これは、個々の職員や部門ごとに目標を設定させて、その達成状況を評価するものです。現段階では、給与にフィードバックすることはしていませんが、将来的にはそれを見据えて、制度づくりを進めています。私が社会保険病院に着任した当時は、国設民営という形態のためか、医療機器や材料の購入に

対して、あまりコスト意識がなかったのですが、現在では大きく変化しています。実は私も、清掃コスト削減に少しでも役立とうと、病院長室の掃除を自分でしています。

コスト削減の効果を医療機器の購入など 医療の質、患者サービスの向上につなげる

——コスト削減のメリットはありましたか。

コスト削減のメリットは、職員だけでなく何よりも患者さんにフィードバックしなければいけないと考えています。そこで、コスト削減による増収分は、医療の質の向上につながるように、設備投資としてマルチスライスCTなどの医療機器の導入に充てるといったように、患者さんにとってメリットとなることに生かしています。それによって、患者満足度も向上しており、経営面での相乗効果が生まれています。

また、職員全員の意識が変わり、コスト意識が薄くなりがちな医師たちの姿勢も変わってきました。これは非常に大きなメリットだと感じています。私が何も言わなくても、自らコスト削減などの業務改善に取り組んでくれるようになり、良い影響が出ています。

——2006年度以降の取り組みはどうしていますか。

コストの見直しは、1回行くとその後大きな削減は難しくなりますが、継続して毎年チェックしています。最近では、増収に力を注ぎ、患者さんへのフィードバックは当然ですが、職員の満足度向上に向けても投資を行い、経営にも効果が上がるような施策を強化しています。

日ごろからのコミュニケーションで築く トップと職員との信頼関係が成功のカギ

——コスト削減に取り組む読者に向けてメッセージをお願いします。

トップと職員の信頼関係が何よりも大事だと思います。それがきちんと築けていれば成功するでしょう。そのためにも日ごろから職員とのコミュニケーションをとっていかなくてはなりません。私自身も日ごろから、職員たちとの信頼関係は築けているという自信があったからこそ、この取り組みを始めることができました。同時に、職員も信頼できるトップがいるからこそ、思い切ったことができたのではないかと感じています。■



四日市社会保険病院

〒510-0016
三重県四日市市羽津山町10-8
TEL 059-331-2000
FAX 059-331-0354
URL http://www.zensharen.or.jp/ykib/public_html/home.htm

療養病床の最新動向 と今後の対応

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

療養病床の再編問題をめぐり、2010年9月8日、長妻昭前厚生労働大臣は、2011年度末までに介護療養病床を廃止するのは困難との見方を示し、法改正を含めて検討する考えを明らかにしました。猶予期間を置いて廃止するのか、あるいは廃止せずにそのまま存続するのか、年末までに方針を固めるとしています。介護療養病床は、2006年6月に成立した医療制度改革によって、2011年度末で廃止することが決定され、介護療養型老人保健施設の創設や施設基準の緩和、助成措置を講じて転換支援が行われてきました。その後、2009年8月の民主党への政権交代により、様相は一変、先行きが不透明な状況となりました。民主党はマニフェストで「当面、療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する」とうたっていたものの、政権交代後の1年間、これまで介護療養病床の廃止について明確な方針を示していませんでした。今回の長妻前厚生労働大臣の発言は、療養病床再編問題について、政府としてようやく一定の方針を示したものだと言えます。一方、2010年度診療報酬改定では、医療療養病床を対象に、療養病床入院基本料の再編などが行われ、また、次回2012年度は、医療と介護の同時改定も予定されています。そこで、本稿では、介護と医療の両面から、療養病床についてその動向と今後の対応の方向性を考えてみたいと思います。

「療養病床の転換意向等調査」結果の概要

今回の「介護療養病床を2011年度には廃止しない」との方針決定の根拠となったのが、2010年4月に実施した「療養病床の転換意向等調査」結果です。

調査結果によると、介護療養病床を有する医療機関に転換の意向について質問したところ、1954施設のうち、1190施設が「未定」と回答し、61%に上っています。ほかの施設への転換では、医療療養病床への転換予定が22%で多く、介護老人保健施設の13%（うち療養型11%）を上回っています（表1）。

なお、「未定」としている理由（複

数回答）では、「2012年度の医療・介護報酬改定の方向性を見てから判断したいため」が58%で最も多く、次いで「懸念事項がある」（52%）、「近隣の医療機関や介護施設から、慢性期医療の受け入れ先としてのニーズが高い」（47%）となっています。

一方、2006年4月～2010年3月末の4年間で転換した介護療養病床の総数は2万906床で、介護老人保健施設への転換が1112床、5%にとどまり、医療療養病床への転換が1万7765床、85%を占めました。

「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」

また、「療養病床の転換意向等調

査」と合わせて、非常に興味深い調査結果も公表されています。

介護療養型医療施設（病院）840施設、医療療養病床を持つ医療機関1400施設を対象として実施した、「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」の速報結果です。

同調査は、2010年6月23日時点での入院患者および入所者の状態像を調査したものであり、その結果の主なポイントは以下のとおりです。

1. 医療区分について（図1）

介護療養病床の入院患者、介護老人保健施設の入所者は、「医療区分1」の占める割合が70%を超え、医療の必要性が低い患者の比率が高くなっています。これに対して、医療療養病床の入院患者では、「医療区分1」の比率が低く、「医療区分2及び3」の患者が増加しており、介護療養病床と医療療養病床の機能分化が進みつつあります。

また、介護療養病床と介護療養型老人保健施設では、医療区分の割合に大きな差がありません。

2. 医療区分とADL区分について

医療療養病床では、「医療区分2及び3」で「ADL区分3」の患者の割合が高くなっています。これに対して、介護療養病床では、「医療区分1」で「ADL区分3」の患者が多く、介護療養病床と医療療養病床では、患者の分布に差が認められる傾向にあります。

2010年度診療報酬改定後の各病床の比較

転換先として最も希望が多い医療療養病床ですが、2010年度診療報酬改定では、療養病床入院基本料の再編と点数の見直しが行われました。

具体的には、これまでの5段階の点数設定から、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。

さらに、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)」が新設されました。具体的には、急性期医療を担う病院(自院を含む)の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム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できます。

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、2008年時点での平均的な患者割合であるケース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/月の減収となり、これをカバーするには、医療・介護連携への取り組みを強化し、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の算定患者数を増やすか、医療区分2および3の患者割合をさらに高め、「療養病棟入院基本料1」の算定をめざすことが不可欠な対応となります。

図2に、改定後の各施設類型について、施設基準と報酬点数および単位の比較を示しています。

「利用者に関する横断調査」結果で入所者の状態像がほとんど同じであったとされた介護療養病床と介護療養型老人保健施設の比較では、要介護3以上の中重度者では介護療養病床の方が介護報酬上は有利ですが、「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」を

転換先	第1回(2010年1月)			第2回(2010年4月)			(参考)2006年度	
	施設数(件)	病床数(床)	割合	施設数(件)	病床数(床)	割合	病床数(床)	割合
一般病床	63	1066	1%	76	805	1%	4492	4%
その他の病床	5	123	0%	4	168	0%	245	0%
医療療養病床	389	13711	17%	506	18515	22%	27208	23%
介護療養病床	—	—	—	—	—	—	12607	11%
介護老人保健施設	210	9981	13%	214	11034	13%	23681	20%
(再掲)療養型	184	8911	11%	181	9571	11%	—	—
(再掲)従来型	28	1070	1%	34	1463	2%	23681	20%
介護老人福祉施設	8	324	0%	17	587	1%	867	1%
その他の施設	36	746	1%	31	437	1%	2241	2%
廃止	29	332	0%	37	467	1%	787	1%
未定	1287	52363	66%	1190	51736	61%	42756	37%
その他	44	450	1%	25	1038	1%	1147	1%
回答数	1954	79096	100%	1954	84787	100%	116031	100%

表1 介護療養病床からの転換意向

注1:2006年度「療養病床アンケート」(2006年10月1日時点、厚生労働省)より引用
出典:厚生労働省「療養病床の転換意向等調査」結果概要より

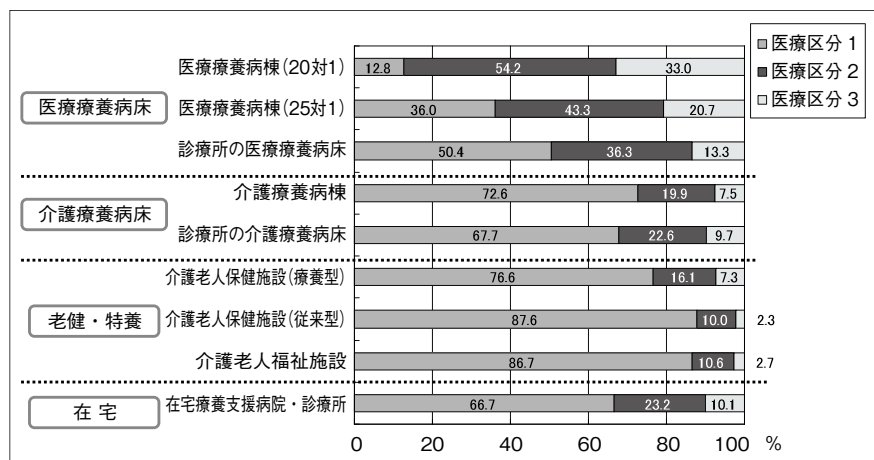


図1 施設類型別の医療区分

出典:厚生労働省「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値より

◆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

表2 療養病棟入院基本料見直しの影響

【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)「2008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

(施設基準)			
	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
1人当たり床面積	8.0㎡以上 (大規模改修までは6.4㎡以上)	6対1、4対1	5対1、5対1
医師配置数(人)	1 + α	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 *2012年度から4対1、4対1

◆介護保健施設サービス費 (1日当たり単位数)		◆療養病棟入院基本料 (1日当たり単位数)	
	介護療養型老人保健施設	介護療養型医療施設	療養病棟入院基本料1)
要介護1	841	782	
要介護2	924	892	
要介護3	1039	1130	
要介護4	1115	1231	
要介護5	1191	1322	

(療養病棟入院基本料1)			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934	1369	1758
ADL区分2	887	1342	1705
ADL区分1	785	1191	1424

(療養病棟入院基本料2)			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871	1306	1695
ADL区分2	824	1279	1642
ADL区分1	722	1128	1361

・看護6対1・介護4対1 多床室と比較
・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

図2 改定後の各施設類型ごとの施設基準と点数、単位の比較
出典：厚生労働省の資料を基に筆者が作成

勘案すると介護療養型老人保健施設の方がコスト面では有利となります。

一方、介護療養病床と医療療養病床の比較ですが、要介護3以上の中重度者であれば、療養病棟入院基本料1および2の医療区分1よりも報酬上は有利となっています。しかし、医療区分2以上になると療養病棟入院基本料の方が、ほぼ上回る設定となっています。

以上のように患者の状態像による報酬の高低、各病床の人員配置基準の違いがあり、これをどう見極めるかが、病床転換のポイントと言えます。

療養病床再編問題の行方と今後の対応について

今回の方針決定により、ひとまず、「2011年度末に介護療養病床廃止」は回避できましたが、将来的に介護療養病床が存続されるか否かはまだ宙に浮いたままです。

現時点で言えるのは、介護事業計画は3年単位ですので、少なくとも次期計画が終了する2014年度末までは存続するという事です。

ただ、あくまで筆者の予想ですが、医療療養病床と介護療養病床の機能分化が進みつつあり、また、介護療養病床と介護老人保健施設では利用者の状態像がほとんど同じであるという調査結果を考え合わせると、将

来的には介護療養病床の廃止の可能性は高いと思われます。

他方、転換先として選択される割合が高い医療療養病床は、前述のように求められる機能がやや高度化しており、また、2012年度からは看護・介護職員の配置基準が各々20対1以上に引き上げられる予定です。さらに、安定的な経営を行っていくためには、医療・介護連携の強化により、医療必要度の高い患者の割合を常に高く保っていく必要があり、今後、医療療養病床間での競争が激化していくことも予想されます。

もし転換先が「未定」であるなら、3年間の猶予期間が与えられたと考え、その間に自院を取り巻く内外の環境をしっかりと分析し、方針を明確化するとともに、先んじて手を打っていくという能動的な対応が望まれます。

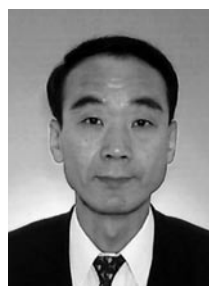
とりわけ、病床選択は、病院にとって経営戦略の根幹を成すものであり、その際には、3C (customer: 顧客・患

者、company: 自社・自院、competitor: 競合) の3つの観点から環境をしっかりと分析し、意思決定を行う必要があります。

具体的には、①顧客・患者ニーズ：自院の入院患者像や近隣の医療機関・介護施設のニーズを踏まえた病床選択を行う、②自院の経営資源：自院が保有している、あるいは採用可能な医師・看護職員数、資金、提供可能な医療内容、敷地面積などを勘案しふさわしい病床選択を行う、③競合：近隣の医療機関との競合状況を見極め、共倒れになる競合を避け、補完関係となる病床選択を行う——ことが重要です。

また、経営ですから、採算性が求められることは言うまでもありません。転換後の収益と費用を事前にシミュレーションし、吟味した上で意思決定を行う必要もあります。

そして、最後は、ベストミックス化という点です。介護療養病床が廃止か存続か、いずれであっても、経営へのダメージを極力最小化するため、複合化を図るという視点が大切です。医療必要度の高い患者については、看護師なども含め集約化し、医療療養病棟への一部転換、医療よりも介護必要度が高い患者については、介護療養型老人保健施設への一部転換、一部を居住系施設に転換し、在宅療養支援病院として在宅医療を提供、あるいは後方病床として緊急入院を受け入れるなど、入院患者の状態像や地域住民のニーズに合わせて、経営資源を柔軟に配分し、自院にとって最適な複合化をめざすという対応も重要なポイントです。■



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。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ィングを手がける。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/>

医療情報システム 研究会の近況報告と 電子カルテユーザーの 省エネ対策について

杉原 敬彦 氏
医療情報システム研究会会長

研究会最近の 活動状況について

1980年に『医療機関におけるコンピュータの有効適切な利用方法について研究討議し、会員相互の交流をはかる』ことを目的として設立された医療情報システム研究会（以下、研究会）は、2010年で31年目を迎え、例会も147回に至る（表1）。また、毎年2月に開催している「看護業務を支援する情報システム（以下、看護研究会）」も開催回数は23回となり、参加者数は延べ6000人を超える規模となった。この間、討議の中心としたテーマは、医事会計から部門、オーダリング、電子カルテ、地域連携支援システムと推移してきたが、研究会で取り上げるべきテーマはまだ多くあると考える。例えば、今後充実・発展が見込まれる医療安全対策や、技術的な面から電子化せずに、紙・人による現状の運用を継続する方が望ましいと考えられている業務・処理、そして現場の要求を吸収しきれず、いまだもって電子化の対象とされていない業務（特に看

護分野に多いと思われ、看護研究会でも取り上げたいテーマとして考えている）、などがテーマの候補である。

最近の研究会では、「RFID（ICタグ）の最新技術を利用して」というテーマで、医療機器安全対策や医療過誤防止に関する例会を行った（表1）。

研究者、医療機関、メーカーというそれぞれの立場の方から講演をいただいたが、流通業界などでは一般的であるRFIDが医療業界では全国的に見ても導入実績数がきわめて少ないことを認識した。これは一医療機関で使用できる数量が限られており、フォーマットが多様であることから大量生産が困難なため、生産メーカーの努力にもかかわらず、RFID価格が医療機関で導入可能な水準にまで下がっていないことが原因である。しかし、患者認証などの医療安全面で効果があることは広く知られている事実であり、導入を検討している医療機関は少なくない。安価かつ安全なツールとしてRFIDが普及するためには、複数の医療機関からなる標準的なフォーマットの統一をめざし、連携体制の構築が必要であ

り、フォーマットの統一化による、大量生産、低価格化が不可欠であると考えられる。

電子カルテユーザーの 省エネ対策

1. 電子カルテ下における紙情報

2010年は例年以上の猛暑となり、かつ4月に改正された「改正省エネ法」で報告書などの提出が義務付けられたことから、企業活動においても省エネを考える機会が増えたのではないだろうか？ 医療機関における省エネ対策を考えてみると、クールビズ、コージェネレーション、オール電化などがあり、電子カルテなどの導入により増加する使用電力以上の省エネ効果を捻出できているかが課題である。

電子カルテとは、カルテを紙ではなく電子化し、「生涯カルテ」を実現することが目的であるが、医療現場では『診療録のほかに医療法で規定されている診療に関する諸記録（以下、紙情報）』が依然として多数発生しており、完全な電子化にはまだまだ至らないというのが多くの医療機関の共通認識であり、研究会でもたびたび話し合われているテーマでもある。

紙情報の取り扱いに係る業務量は、電子カルテ運用下においても依然として多大なものであり、かつ省エネ・エコにも貢献できると考えるため、以下に紙情報の削減に関する意見を述べたい。

2. 紙情報の現状

地域連携に関する「診療情報提供



前列左から大和病院・西村氏、筆者。後列左から甲南病院・戸塚氏、関西医大付属病院・北口氏、神戸赤十字病院・岡田氏。

例会	開催日	テーマ	参加者数
146	2010年 2月13日	看護業務を支援するシステム（パート23）	220名
147	2010年 7月16日	RFID（ICタグ）の最新技術を利用して	38施設 59名
		演題	
		研究者の立場から「RFIDの医療安全への応用に関する研究」	
		Wi-Fi位置情報システム「ekahau」 「ekahauのご紹介」	
		「ekahau導入事例ご紹介」	
		医療過誤防止ソリューション 「秋田大学医学部附属病院様 ICタグを利用した医療過誤防止の 事例紹介」	
		電子ペーパーを利用した 外来患者案内ソリューション 「電子カードホルダー」	

表1 医療情報システム研究会の最近の活動

（書）」も、以前は紙によって情報伝達・保存を行っていたが、電子カルテベンダーがネットワーク連携を用いた電子化を実現しつつある。しかしながら、医療機関における紙情報の全体量から見ると、あまり大きな削減にはつながっていない。電子カルテ運用の医療機関における紙情報の多くは「処方せん」、「同意書等」に分類されるものであり、これらの削減が紙情報の削減に最も効果的であると思われる。一般的にペーパーレスでの運用を行うには、e-文書法対応システムの導入がある。このシステム上で「同意書等」の紙情報は、『電子署名』と『タイムスタンプ』に裏付けられた『原本』として、電子情報に変換し保存される。加えて電子カルテ運用規程により、紙原本を廃棄することも可能となるのだが、この場合でも、いったん紙として印刷し、自筆署名した『紙原本』をスキャナで取り込むという過程が残るため、本来の意味での医療機関がめざす紙情報の削減には至らない。では、紙情報の発生そのものを削減する方法があるのかを考えてみる。

3. 「電子院外処方せん」と「電子同意書」の実現

紙情報自体の削減を考えた場合、

『技術』、『法的根拠』という2つの問題を解決する必要がある。

まずは『技術』の解決策から考えてみる。「処方せん」に関しては多くの医療機関で処方オーダーが稼働し、電子データ出力の基盤が整っているため、残る課題は通信規約などの取り決めであるが、米国ではすでに電子処方せんシステムが稼働しており、また国内においても「医療情報ネットワーク基盤検討会」などで論議されていることから、『技術』は解決済みであり、「電子院外処方せん」は近い将来実現可能と期待する。また、同意書などに関しても、最近はやりのタブレットPCなどから署名を取り込む、あるいは「電子証明書」を利用するなど、最新の情報機器利用と運用により、電子情報での直接保存が実現可能なレベルに達していると思われる。

次に『法的根拠』の面から考えてみる。「院外処方せん」についての課題として、薬局のフリーアクセス性、

および患者本人の処方内容の閲覧性が残っているが、電子化の効果を考慮して、ぜひとも乗り越えてほしいと期待している。

一方、『自筆署名』が前提となっている「同意書等」についてはどうであろうか。確定申告などでは電子証明書が利用されているが、医療分野において知るかぎりでは『自筆署名』を代用した場合の法的な裏付けは得られていないようである。医療機関はその医療活動において常に法的規制を受けるため、法的根拠がない場合、新しい試みには踏み込めない。つまり、現時点では「同意書等」は紙での印刷となり、紙情報を電子情報へ変換するには、必ずや医療従事者の作業が必要になる。「電子同意書」が実現すれば、森林資源の保護、印刷時にかかる電力の削減、プリンタ出力にかかる消耗品の削減につながるとともに、医療従事者の負荷軽減につながると考えられる。完全なる電子カルテ化（紙情報削減による省エネ・エコを含む）の実現をめざして、なお一層の規制緩和を望みたい。

結 語

情報の電子化は、今後さらに推し進められていくであろう。しかしながら、現在の電子カルテで同意書のPDF化などによる運用を継続することは、医療従事者の負担を増大させることにほかならない。情報主体となる患者、その情報を利用し診療を行う医療従事者のいずれにおいても『やさしいシステム』をめざして、電子カルテとそれを取り巻く法的環境がさらなる発展を続けることを期待してやまない。■



杉原 敬彦氏（すぎはら たかひこ）

医療情報システム研究会第4代会長。財団法人甲南病院事務局電算部課長。医療情報技師。甲南病院は1934年に開設された兵庫県神戸市に本部を置くグループ病院（3病院2施設）。病床数は合計で957床。現在、来春稼働予定の電子カルテ（HOPE/EGMAIN-GX）の構築に取り組み中。

中堅病院向け電子カルテシステムと シームレスな連携を実現した 介護事業者支援システム HOPE/WINCARE-ES

富士通株式会社

はじめに

富士通は2000年4月より施行された介護保険制度に合わせ、介護サービス事業者向け業務支援パッケージHOPE/WINCAREの提供を開始し、確実な請求処理、事務効率化の実現、介護記録の充実など、時代のニーズに対応すべく新機能の提供と機能改善を継続的に行ってきました。2010年7月にはHOPE/WINCAREシリーズの新製品HOPE/WINCARE-ESを発表し、介護事業者のさらなる業務効率化、介護サービスの品質向上を実現しました。その概要を紹介します。

介護サービス利用者ごとの ケア記録を一覧で把握できる 「統合ビューア」の提供

介護サービス単位に分散していた利用者に対するさまざまなケア記録や介護スタッフの所見といった情報を、利用者ごとに統合して参照することができる「統合ビューア」を提供します。「統合ビューア」は、各サービスの記録を時系列で横断的に参照

でき、利用者の正確な状況把握や、それらを踏まえたきめ細やかなケアプランの作成などに役立ち、ケアの質向上を支援します。また、表示された記録をクリックすることでダイレクトに対象となる業務画面を呼び出すこともでき、ケア情報を参照しながら詳細内容の確認、補足記録を行うことも可能です。

病院と介護事業者との シームレスな連携を実現

介護の現場で分散している情報や記録の一元管理を行い、当社の中堅病院向け電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-NXと組み合わせることで、病院と介護事業者とのシームレスな連携を実現しました（図1）。HOPE/WINCARE-ESでは、医師が患者さんのケア情報を把握できるように、当社のHOPE/EGMAIN-NXの診療画面から「統合ビューア」によりケア記録を参照することが可能です。これにより、併設された病院の診察室において、介護施設側での利用者

の状態推移やケア記録の内容などを時系列で簡単に把握できるようになり、医療、介護が一体となった利用者への最適なケアの提供を実現します。

今後ますます医療介護連携の重要性が増してくる中で、複数の職種が協力し実施していく“チームケア”の実現において、この「統合ビューア」は重要な機能と考え、標準機能として提供します。

介護現場の声に応えた新機能の搭載

介護保険制度施行当初より多くの介護事業者を導入されている当社の豊富な経験を生かし、メニュー画面の仕組みをより運用に適したわかりやすい画面構成としました。画面の遷移を「業務を軸とした流れ」と「利用者を軸とした流れ」から選択でき、ワンクリックで切り替えることも可能です。

また、介護日誌などレイアウト変更の要望が多かった主要帳票を、介護事業者の運用に合わせた独自の形式で簡単に作成することができる「帳票カスタマイズ機能」など、介護現場の声に応える新機能を数多く搭載しています。

今後富士通では、介護事業者の業務効率化および介護サービス利用者が自立して「安心・快適」に暮らせるきめ細やかな介護サービスの質の向上を支援するとともに、“ヒューマンセントリックなシステムの実現”をめざします。■

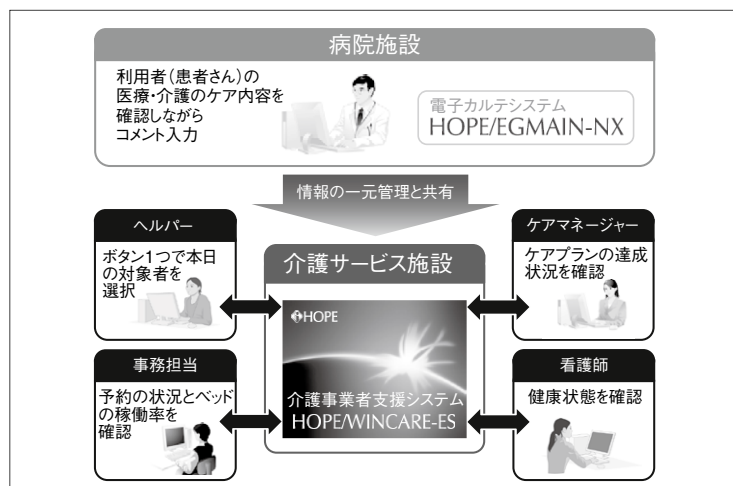


図1 病院と介護事業者との連携

〈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
TEL 03-6252-2502

カラー電子ペーパーで、 きめ細やかな案内を実現 外来患者案内ソリューション

富士通株式会社

富士通の先端技術と 電子カルテシステムが連携

富士通では、患者さんへのサービス向上、スタッフの業務軽減、環境への配慮、といった「人」と「環境」に対するお客様の課題を達成するため、独自の先端技術を活用した新しいソリューションの開発に取り組んでいます。

その中で、今回、カラー電子ペーパーを活用した外来患者案内ソリューションを紹介します。

本ソリューションでは、当社が開発したカラー電子ペーパーと電子カルテシステム HOPE/EGMAIN-GX を、独自の通信方式 FBStar™ (注1) を採用した無線技術 (IEEE 802.15.4 準拠) (注2) により、外来の患者さん1人ひとりに、予約スケジュール、待ち時間や人数、行き先、メッセージなどの案内情報をきめ細やかに配信することが可能となりました。

診察待ち時間の有効活用で 患者サービスを向上

外来患者さんは、来院時に、カラー電子ペーパーを搭載した無線携帯端末 NAVIT™ (ナビット) (図1) を受け取り、IC カードの診察券を挿入するだけで受付が完了し、当日の予約スケジュールを受信できます。

その後は、診察までの待ち時間や人



図1 無線携帯端末 NAVIT™ (画像はイメージ)

数が、きめ細やかに NAVIT™ に配信されますので、待合室や案内表示盤の前などで待つ必要がなく、院内のアメニティスペースなどで、待ち時間を安心して有効に活用いただけます。

なお、独自の無線技術で連携させることにより、多数の患者さんが NAVIT™ を携帯していても、診察の進行に合わせて遅延なく案内情報を配信可能です。また、電波の強さは、医療機関で使用されている PHS や無線 LAN の10分の1であり、安全性にも配慮しました。さらに、診察終了後に NAVIT™ から診察券を抜けば電源は OFF となり、案内情報が消去されますので、個人情報も保護されます。

きめ細やかな案内と スタッフ業務の軽減を両立

患者さんへの診察室の割り当て・待ち順番・行き先などは、Hospision® (注3) の患者誘導システムで管理します。操作も簡単ですので、外来業務の負荷を軽減することが可能です。

また、患者さん1人ひとりの NAVIT™ に対し、任意のメッセージを送信することが可能ですので、患者さんを探す手間が省けるだけでなく、名前を呼ぶ必要もなくなり、効率的かつ個人情報に配慮した患者さんとのコミュニケーションが実現できます。本ソリューションでは、これらの機能により、患者サービス向上とスタッフ業務軽減の両立を図りました。

環境に優しい 富士通の先端グリーン ICT を採用

NAVIT™ は、無電力で案内表示を

維持できるカラー電子ペーパーと、患者さんの安全性に配慮した弱い電波の無線技術を採用しています。これにより、消費電力は、大型の案内表示盤に比べて、1万分の1となりました。また、週に1度の充電で運用できますので、多数の NAVIT™ を導入いただく場合でも、大型で消費出力の大きな充電装置の設置は不要となり、小型の充電装置の使い回しで利用できます。さらに、NAVIT™ による受付機能により、再来受付機の台数を削減することも可能です。このように、本ソリューションは、お客様の環境への配慮を支援します。

外来から病棟へ活用範囲を拡大

本ソリューションの無線ネットワークは、外来だけでなく病棟へも拡張可能ですので、NAVIT™ を病室のベッドネーム、ネームプレートなどにも利用できます。また、今後の応用展開として、NAVIT™ が内蔵するさまざまなセンサーを利用し、患者さんの位置や様態を見守るソリューションの研究開発を進めています。外来患者案内ソリューションを起点とした、今後の応用展開にご期待ください。■

注1: アクセスポイントを中心として、スター型のネットワーク構成で、ビーコン信号に同期させ、多数の NAVIT™ と通信 (840 台/分の収容能力) する方式。

注2: PAN (Personal Area Network) 向けの近距離無線規格。空中線電力は PHS や無線 LAN の約10分の1で、1mW 以下。

注3: Hospision® は、株式会社富士通ゼネラルの外来情報ソリューションの登録商標です。

〈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 03-6252-2701

電子カルテシステムと ユニファイド コミュニケーションの連携で 安全・安心に貢献

Wi-Fi 内線端末への緊急メッセージ通知システム 富士通株式会社

はじめに

電子カルテシステムを利用するにはパソコンを使用しますが、医師や看護師は病院業務に忙しく、デスクに落ち着く時間がなかなかとれないため、緊急あるいは患者さんに関する最新の情報をリアルタイムに認識することができない、という課題があります。ここでは、電子カルテシステムからの緊急情報をモバイル端末へ通知する緊急メッセージ通知システムを紹介します。

ユニファイド コミュニケーションとの連携

今回で紹介するシステムは、ユニファイド コミュニケーションの技術を使用しています。ユニファイド コミュニケーションとは、音声通話やメール、グループウェア、テレビ会議、業務システムなど、さまざまなコミュニケーション手段をIPネットワーク上で統合し、業務の効率化と生産性向上を実現するものです。

これまでパソコン上でのみ利用で

きた電子カルテシステムのサービスが、ユニファイド コミュニケーションと連携することでさまざまな場所・場面で利用できるようになります。

緊急メッセージ通知システム

緊急メッセージ通知システムでは、院内で持ち歩くモバイル端末としてWi-Fi内線端末(注1)を使用します。Wi-Fi内線端末のディスプレイには、カタカナや漢字でのテキスト表示に加え、画像やホームページを表示することが可能です。

これまでは電子カルテシステムのパソコン上でのみ表示していた緊急通知ですが、ユニファイド コミュニケーションと連携することで、Wi-Fi内線端末にも緊急通知が可能になります。常に持ち歩くことができるWi-Fi内線端末でメッセージを受けることができるので、例えば、患者さんの検査結果が到着したことが通知され、迅速な対応が可能となり、ひいては病院業務の効率化に寄与できると

考えています(図1)。

通知の内容も、アイコンなどの画像を使うことで直感的に理解してもらうことが可能となります。富士通では、アプリケーション連携ソフト UnifiedLink(注2)により、自動的にWi-Fi内線端末に合わせた画像にメッセージを変換して表示させることが可能ですので、電子カルテシステムの設定を変更する必要はありません。

さまざまなシステムへの連携の拡大

ユニファイド コミュニケーションは、電子カルテシステムだけでなく、医療現場で使われるさまざまなシステムと連携させることが可能です。

ナースコールシステムとの連携においては、これまでPHSに表示していたテキストのメッセージをアイコンなどの画像でWi-Fi内線端末に通知することが可能です。また、患者さんに接続されたバイタル機器や患者さんのベッドのセンサー、病室カメラと連携すれば、緊急事態をより確実に、よりわかりやすく通知することも可能になります(図2)。

富士通は、医療現場のコミュニケーションを最適化する視点からも、医療の安全・安心に貢献していくことをめざします。■

注1：無線LANを利用して通話を実現する構内向け携帯端末。

注2：業務アプリケーションとHTTPベースの連携機能を提供するためのソフトウェア。

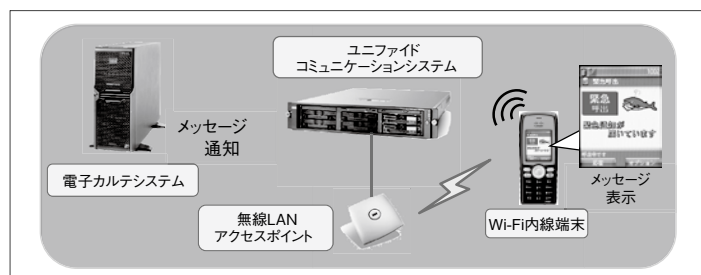


図1 病院と介護事業者との連携



図2 Wi-Fi内線端末表示画面

〈問い合わせ先〉
富士通株式会社
ネットワークサービス事業本部
ネットワークフロントセンター
第二ネットワークビジネス部
TEL 03-6424-6273

eXChart (エクスチャート) による カルテ情報の二次利用に取り組み 医療技術評価の基盤の構築を図る

データを有効活用するためのシステム整備を進める
山口大学医学部附属病院

山口大学医学部附属病院では、2009年に電子カルテシステム HOPE/EGMAIN-GX を導入しました。その背景には、同院医療情報部部長・教授の井上裕二氏が、HOPE/EGMAIN-GX で新たに開発された先進機能である eXChart によるデータの二次利用の有用性に着目したことがあります。同院では、カルテの電子化に伴い採用した eXChart の活用を進め、データの正確性を向上、医療安全、各医師の専門領域の研究などに役立てています。

山口大学医学部附属病院

〒755-8505

山口県宇部市南小串 1-1-1

TEL 0836-22-2111

FAX 0836-22-2113

URL <http://www.hosp.yamaguchi-u.ac.jp/>

再入力なしにデータの二次利用を 図るため eXChart を導入

山口大学医学部附属病院では、2004年に HOPE/EGMAIN-EX を導入しました。しかし、臨床所見など医師が本来カルテに記載すべき項目を入力しても、ほかの書式で同じ項目があれば再度入力し直さなければならぬなど、データの二次利用ができていなかったため、カルテの電子化は行わないで、オーダリングの運用としていました。

こうした中、2009年に HOPE/EGMAIN-GX において、先進機能の1つである eXChart が搭載されました。eXChart は、項目辞書で意味が正確に定義された項目を基にカルテの書式をテンプレートとして作成。サマリやレポートの記載時に、電子

カルテシステムのデータを自動収集でき、記載・報告などの省力化・効率化が図れます。この1回入力したデータを再度入力することなく使い、二次利用も可能になることへの期待から、同院では、カルテの電子化に踏み切りました。

井上氏は、「多くの病院では、院内がん登録において、改めてデータを入力し直していますが、この内容はカルテのデータそのものです。また、各診療科の医師は、それぞれ研究データを自分でつくっています。当院では、これらのデータを病院の業務系から抽出し集計できるようにするため、外科、内科、放射線科、病理科などで『癌取扱い規約』にある用語をがん診療の共通用語として統一し、データを正確に取り出す仕組みを構築していました。eXChart を稼働させれば、電子カルテシステムのデータに対し、これと同じことが可能になると考え、採用を決定しました」と述べています。

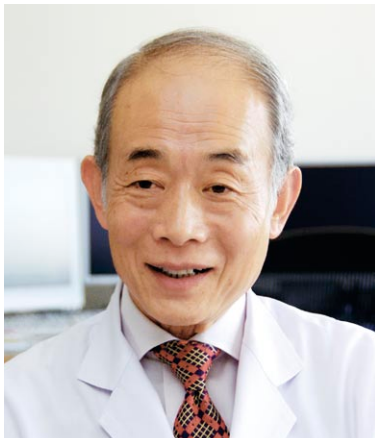
各診療科医師へのヒアリングに 基づきテンプレートを作成

導入からおよそ1年を経た現在、同院における eXChart によるデータの二次利用は、当初の期待に近づいてきています。ただし、導入当初からその期待どおりに使用できたわけ

ではありませんでした。

eXChart は、ユーザーがテンプレートを自由につくることができ、その支援ツールも付属します。導入時、同院では各診療科の医師が工夫してつくっていた手術記録などの書式を、そのままテンプレート化して使う予定でした。しかし、二次利用できる形でデータを蓄積するには、テンプレートに連動した項目辞書の登録が不可欠で、登録する用語の統一をはじめとする膨大な作業が必要になることが徐々にわかってきました。その全容が見えたのは稼働の1か月前で、非常に厳しい状況の中で設定作業を進めなければならませんでした。

作業は、医師にテンプレートのイメージを書いてもらうところから始まります。次に、そこに必要な氏名や ID、病名などの各項目について、医療情報部のスタッフが、その扱いの聞きとりを行います。テンプレートと項目辞書は切り離せないために、テンプレートの作成時には、項目辞書の登録も同時に意識しながら構築していく必要があります。「例えば、病名なら、当該患者の病名一覧から選択することもできますし、病院で取り決めた病名ではなく、研究を目的とした学術病名を使いたいと言われれば、自動入力是不要となる旨を説明して、細かな調整を行って



井上 裕二 教授

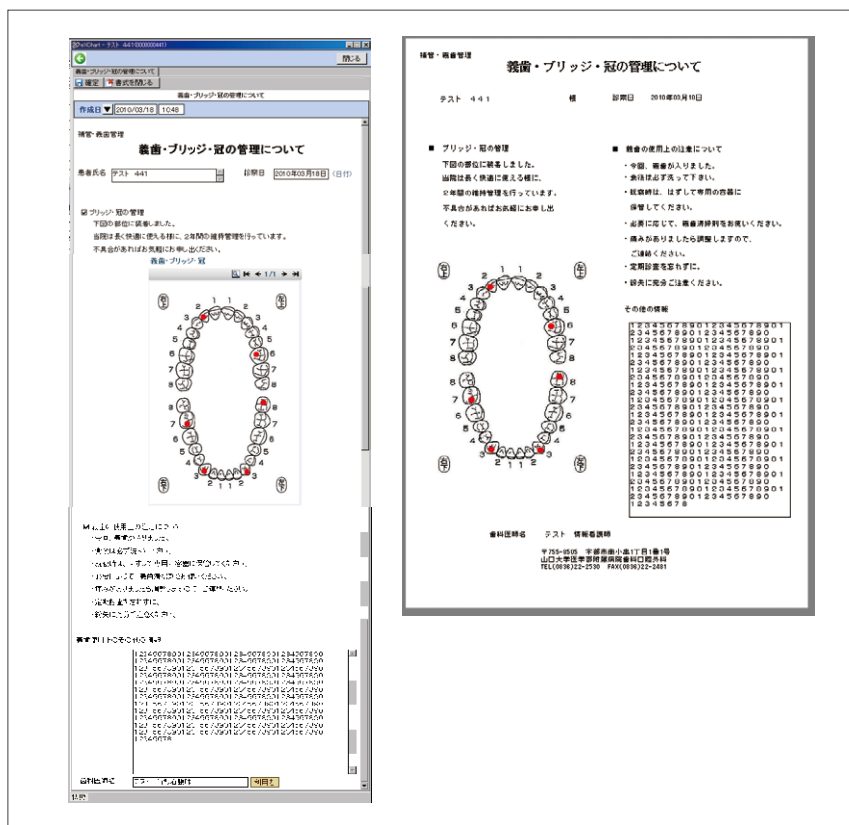


図1 eXChartによる患者説明用文書の画面構成(左)と印刷時の出力様式(右)

いきました」(井上氏)。

電子カルテシステムへ切り替えてからも、テンプレートの作成は続き、2010年10月の時点では、病院共通のテンプレートが10種類、診療科ごとに使うテンプレートが261種類まで増えています。テンプレートは、シェーマなどの図を入れ、そこにタブレットで赤くマークするような使い方も可能です(図1)。

項目辞書の集中管理が効果的な二次利用を可能に

項目辞書の構築も、多くの壁に突き当たりながらの作業となりました。井上氏は、「項目辞書の管理ツールが、用意されていませんでした。そのため、初期は記憶に頼って構築していったのですが、例えば患者IDという項目が、ある書式では別の番号が使われているという失敗もありました。このときは院内の基本項目にある方を用いるという方法で対処しましたが、このようにして少しずつ項目辞書を成長させました。いまは、市販のデータベースソフトウェ

アによる自前のツールを使用して、項目辞書を管理しています」と、項目辞書構築の労力を説明します。

その上で、井上氏は、「当院でeXChartが成功した最大の理由は、項目辞書を医療情報部で集中管理することをあきらめなかったからです。各科にオープンにして自由に使えるようにすることも考えたのですが、内科医と外科医の概念と表現が少しでも違うと、別の項目として登録されてしまいます。それではeXChartは本来の機能を発揮できず、単なるテンプレートビルダーになってしまうのです。副部長の石田准教授の臨床的センスとあきらめない気持ちで、それを可能にしました」と、項目辞書に使う用語統一の重要性を強調しています。

入力データをすぐに二次利用でき 確実なデータの反映で安全性も向上

eXChartを活用すれば、1回入力したデータを、別の書式で再度入力する必要がなくなります。例えば、いったん初診時に所見を書けば、紹

介状に同じことを書く必要はなくなります。また、特定の項目にデータを自動入力させることもできます。

「蓄積されたデータの活用を二次利用だとすれば、診療中に記載されたデータがそのまますべての同じ項目に反映され、自動入力されるのは、いわば1.5次利用とも言えます。これまでは、例えば患者プロファイルなどを電子カルテシステムのある書式で入力しても、その書式の項目にはデータが入るものの、違う書式の項目はブランクのままでした。しかし、項目辞書に連動したテンプレートを使えば、1回入れたデータは同じことを2回入力する必要がなくなります。さらに、1書式上で修正を加えれば、ほかの書式を新規に開いたときに、その修正が反映されています。同じデータを見ているので当たり前のことですが、その当たり前のことが、いままではできていなかったのです」(井上氏)

さらに、このようなデータの1.5次利用の有用性について、井上氏は、「効率化や時間短縮という面もありますが、それ以上に重視しているのは、正確性、安全性の向上です」と語ります。例えば、アレルギー情報が複数の書式で扱われているとき、ある書式で入力していても、次にアレルギー情報を確認するために開いた書式に情報が反映されていなければ、危険を回避することができません。しかし、どの項目がどの書式で扱われているかを把握し、すべての書式で同じ内容を入力するのは、現実的に不可能です。項目辞書とテンプレートの連動により、同じ項目に必ず同じデータが表示されることで、この危険性は回避されます。

研究目的の資料や手術記録、退院時サマリなどを効率的に作成

eXChartでは、情報はデータウェアハウスに格納され、項目辞書で統一された項目のデータをCSV形式で取り出して、二次利用することが

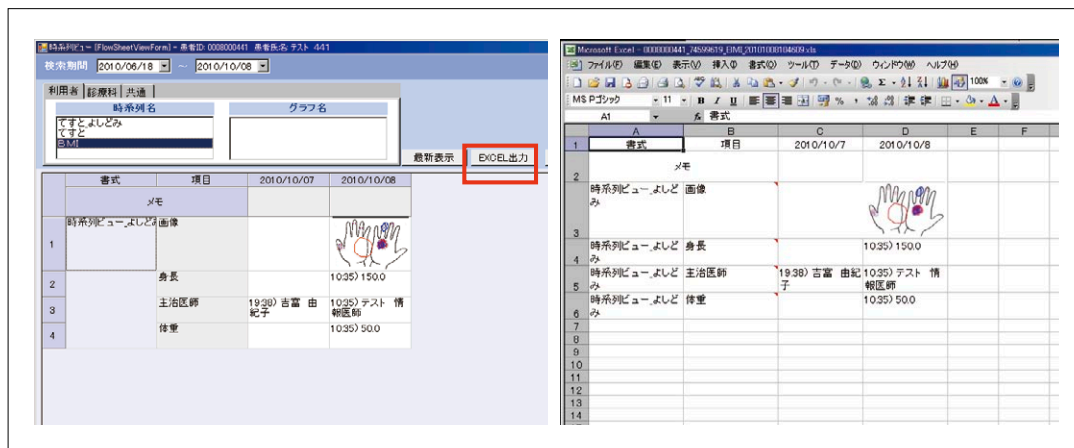


図2 時系列ビュー（左）のデータをCSV形式で出力して、Excelで表示可能（右）

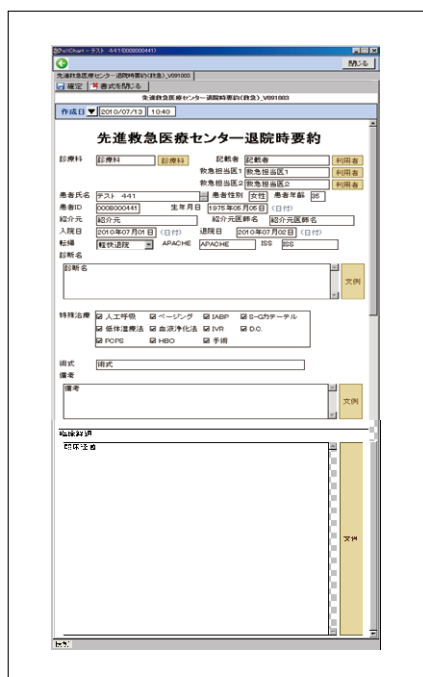


図3 eXChartによる退院時サマリ作成画面

できます（図2）。「先日も、学会の症例データ調査のため乳がん患者のデータを抽出し、指定された書式に落とし込んで使っていました。このように、診療が終わった後、医師が自分の専門領域について記録をまとめたり、データ集計することは日常的な要望です。従来の出力した資料を見ながら再入力するような作業は、eXChartによって解消することを期待しています」（井上氏）。

また、同院では、CSV形式で取り出したデータを、臨床の記録として適切な書式の形で出力できるような仕組みを、一般的なデータベースソフトウェア（FileMaker）を使って構築し、2010年の8月から院内で公開しています。井上氏は、「情報処理に詳しい

医師ならCSV形式で提供されたデータの解析を行ったり、いろいろと加工できるかもしれませんが、普通の医師にとっては容易ではありません。そこでeXChartのテンプレートと同じ形の書式を再現できる仕組みをつくりました」と述べています。

電子カルテシステム内のデータの管理責任者は病院長ですが、二次利用のために医師が取り出したデータは、診療科の科長が管理責任を負います。その切り分けを明確にするため、データの抽出と提供はゲートウェイサーバを経由する仕組みになっています。こうした環境を整え、現在では退院時サマリや手術記録などを書式付きで出せるようになりました（図3）。

改善点があるもののそれを上回る有用性と将来性

同院では、短い期間で、eXChartを使ったデータの二次利用が可能な環境を構築しました。しかし、それには病院側の担当スタッフの労力が不可欠でした。井上氏は言います。

「項目辞書を病院が一から構築するのは、きわめて困難です。ベンダー側には、いくつかの典型的なテンプレートと、それを動かす項目辞書をパッケージで提案してほしいのです。また、項目辞書を構築するための管理ツールも必要です。どの項目をどのテンプレートで使っているかが一目でわからないのは困ります。実際には、項目辞書の作成よりも、各診療科が必要とするテンプレート

の作成を優先せざるを得ませんので、後日、近似の項目を上位概念でまとめて定義できるような仕組みも不可欠です。さらに、二次利用のためのデータをCSV形式だけでなく、書式付きで取り出すことが選択できれば、情報処理に詳しいヘビーユーザーだけでなく、普通の医師がeXChartの有用性を実感できるでしょう。富士通には、早急に項目辞書のひな形を整備するなど、機能改善を実施してもらいたいです」

これらのことから、少なくとも現時点でeXChartを導入する場合は、一定の労力を要することを覚悟すべきだとの見方を示しています。しかしそれを踏まえた上で、eXChartの有用性、そして将来性について、井上氏は高く評価しています。

「手書きの方がよい書類もありますから、手書きをなくすつもりは毛頭ありません。しかし、手書き文書のスキャン画像は、データとして二次利用できないことを各部門には伝えてあります。最近では、手書き書類のスキャニングの依頼は、医師が記載するカルテに限定すると1日に5件程度にまで減ってきました」と井上氏。このことは、各医師にeXChartの有用性が認知されるようになった証左と言えるでしょう。

導入から約1年、同院では、eXChartの持つ可能性と将来性を探りつつ、今後さらに医療技術評価に活用可能な情報基盤の構築を進め、医療の質の向上に取り組んでいきます。■

財団法人慈主会 慈主病院

精神科病院向けオーダリングシステム導入で 職員の業務効率化を実現し患者サービスの質を向上

慈主病院は、600床の精神療養病床や急性期治療病床、認知症病床を有し、1日平均約200人の外来診療を展開。定員140人のデイケア・作業療法棟や福祉ホームなども併設する岡山県下で最大級の総合精神科専門病院です。精神科医療の中核病院である同院では、2009年11月に京セラ丸善システムインテグレーションのオーダリング・電子カルテシステムMEDIC EHR/P（メディック・イー・エイチ・アール・ピー）のオーダリングが全面稼働。診療スタッフの業務を大幅に効率化し、診療サービスの向上へとつなげています。



●病院データ●

〒702-8508
岡山県岡山市南区浦安本町100-2
TEL 086-262-1191
FAX 086-262-4448
URL <http://www.zikei.or.jp/>

患者さんや家族へ安心を与え 地域の信頼を得る医療を提供

慈主病院の歴史は古く、1952年に岡山大学精神科の専門医が創設した精神科専門病院として発展を遂げ、県内の精神科医療の中核的な役割を担っています。「創設以来、『わが子でも安心して任すことのできる精神病院』を理念に掲げ、職員1人ひとりが、患者さんとそのご家族の信頼に足る病院であることを追求し、慈愛の医療に徹してきました。また、患者さんの自由と自主性を重んじ、社会復帰まで継ぎ目のない医療の実現をめざしてきました」。堀井茂男院長は、病院の理念・精神を述べています。

そうしたポリシーの具現化として、24時間完全開放の病棟整備をはじめ、デイケアやリハビリテーション活動の中核施設である養浩館を開設。さらに

は病院と社会の中間施設である浦安荘を造るなど、患者さんのスムーズな社会復帰をめざすための施策を展開してきました。また、さまざまな行事を主催して地元住民との交流の場を設けるなど、家族支援と精神病に対する住民の啓発・偏見の排除にも努めています。堀井院長は、「われわれ自身がさまざまな施策を通して地域社会と密接に交流することで、精神科の正しい理解が広まるとともに、患者さんのためにもなると確信しているからです」とその思いを語っています。

一方で、精神医療審査会をはじめ、市の嘱託医、県内5か所の保健所の嘱託医としてスタッフの派遣を行うなど、公的な役割も担っています。これも信頼でき、仕事のできる医療スタッフが在籍していることの証左であり、患者さんや家族に“安心と信頼”を与えていると堀井院長は指摘しています。

長期の慎重な選定作業 導入計画の戦略性も重視

慈主病院が診療現場のIT化推進を検討し始めたのは、2005年末。「精神科医療に関しては県下のトップクラスにあると自負していますが、ITの整備が遅れているのはいかがなものか」という思いがありました。精神科の診療録の電子化はさまざまな課題がありますが、それ以外の部分のIT化を総合病院並みにしなければという考えでした。佐藤創一郎病棟医長は、オーダリングシステム導入の検討を始めた動機を述べています。

各社製品の情報収集に始まり、3社からのプレゼンテーション、導入病院の見学など、約1年半を費やして最終的に採用を決定したのが、京セラ丸善システムインテグレーションのMEDIC EHR/Pでした。



堀井 茂男 院長



佐藤 創一郎 病棟医長



永井 秀樹 医事課長



秋山 千広 看護副部長

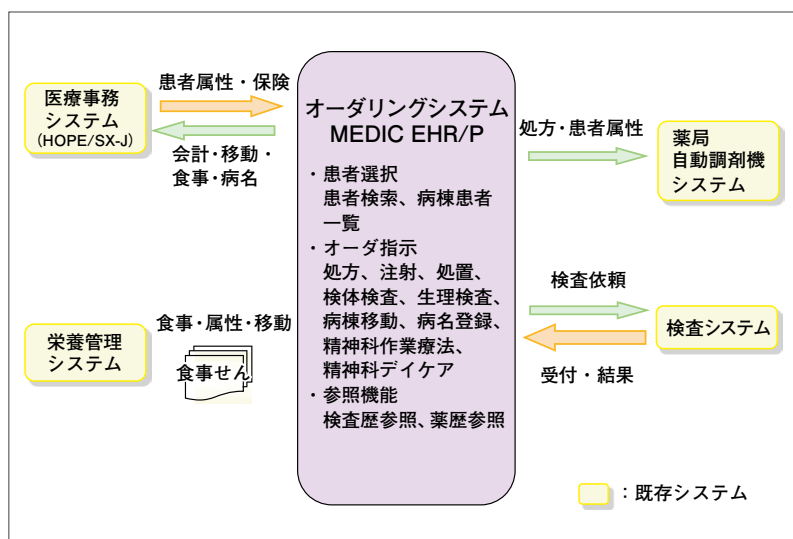
機種選定に際しての前提条件は、導入済みの富士通の医療事務システム（オーダーリングシステム導入時に更新）をはじめ、薬局システム、検査システムなどの部門システムを変更することなく接続できること。永井秀樹医事課長は、「最終的に精神科病院向けシステムの2社が候補になりましたが、MEDIC EHR/Pは新バージョンを開発中であり、当院の要望を取り込みながら共同で機能進化させていけるという期待から採用に至りました」と選定の背景を述べています。

また、同院では確実かつ混乱のない運用にこぎ着けられるよう部門による段階的導入を計画していましたが、テスト運用による検証と発生した課題の対処法、あるいは職員に対する教育方法などにおいて、段階的な導入に向けた戦略を持っているベンダーであることも重視しました。

段階的稼働で病棟スタッフの不安を払拭

オーダーリングシステム導入に先立ち、部門システムの更新、グループウェアの導入などを経て、2008年7月から本格的なプロジェクトが始動しました。導入を成功させるために同院では職員一丸となってプロジェクトを推進することが必要と考え、オーダーリング推進チームを立ち上げて現場スタッフによる業務の棚卸しやマスタ構築のための検討を実施。実に全職員の1割に当たる40名がプロジェクトを推進しました。実際にはオーダーリングシステムを業務で利用しない職員もオペレーション指導に参加するなど、病院全体の一大事業として取り組みました。

本稼働は、病棟に続いて外来の順となりましたが、病棟稼働は11病棟のうち3か所を先行病棟に選定。まず入退院・移動・食事・検査・医事の各オーダーを、次に同じ先行病棟で処方・注射・



慈圭病院のMEDIC EHR/Pシステム構成図

処置オーダーを稼働させ、そして全病棟での作業療法を含む入院系オーダーを運用開始。最後にデイケアを含む外来系オーダー稼働という4段階の稼働でスムーズな移行を実現しました。

特に病棟での段階的稼働で重要な役割を果たしたのが、秋山千広看護副部長でした。「看護部は約200名で、システム化による影響が大きく、マウスさえ使ったことのないスタッフたちから離職者を出さないようにすることが私の目標でした。導入前のトレーニングでの支援はもとより、病棟を分けてオーダー種ごとに稼働させた際も、先行病棟で発生した問題とその解決の窓口を一手に引き受け、後から稼働する病棟スタッフが不安なく運用できるよう、指導・アドバイスに徹しました」と、秋山看護副部長は当時を振り返ります。この秋山看護副部長を中心とした先行病棟スタッフの支援が、全病棟でのスムーズな稼働という成功へ導いたと言えます。

業務の効率化で患者さんと向き合う時間が増加

オーダーリングシステムが全面稼働したのは2009年11月。約1年が経過し、最も導入効果を享受したのが看護ス

タッフです。

秋山看護副部長は、「看護部には日直業務と呼ばれるオーダー伝票の起票・集配を一手に行う仕事がありました。他院と比べてもオーダー伝票が膨大で、かつ細かいルールがあるため、その作業に忙殺されていたのが実情。それが大幅に削減され、看護スタッフは患者さんと向き合う時間が多くなりました」と導入効果を強調します。もちろん、医事課スタッフも医事会計システムへの伝票入力作業が極少化したことによる負担軽減は大きいと言えます。

一方、ドクターのメリットとして佐藤病棟医長は、「システムによって業務の可視化が進み、患者さんの治療状況を含め病院全体の動きが見えるようになりました」と述べています。また、過去の薬歴参照が簡単になり、処方・治療計画の参考にしやすくなった点も導入効果として指摘します。

今後、慈圭病院ではシステム化されたオーダー手法をさらに洗練させるとともに、請求業務にかかわらないオーダー業務へのシステムの拡張を進めていく計画です。■

（慈圭病院の取材では、京セラ丸善システムインテグレーション株式会社様にご協力をいただきました）

富士通医療ソリューション・トピックス

富士通フォーラム 2010

医療特別セミナー「第12回 富士通病院経営戦略フォーラム」

「医療の新しい潮流、これからの医療改革を考える」がテーマ

富士通では、2010年5月13(木)、14日(金)の2日間、東京国際フォーラム(東京都千代田区)において、富士通フォーラム 2010を開催しました。この中で、13日午後には、医療特別セミナー「第12回 富士通病院経営戦略フォーラム」を開催しました。今回のテーマは、「医療の新しい潮流、これからの医療改革を考える」。政権交代などによって医療改革が転換期を迎え、病院経営の環境も大きく変わりつつあります。このような状況の中、医療機関は今後どのように病院経営に取り組むべきかを考える場として企画しました。

コーディネータは、ジャーナリストで国際医療福祉大学大学院教授の黒岩祐治氏。プログラムは、2題の特別講演とパネルディスカッションで構成しました。

診療報酬改定や EBM をテーマにした特別講演

先に行われた特別講演では、まず特別講演1として国際医療福祉大学大学院教授の武藤正樹氏が登壇。「診療報酬改定と医療の新たなトレンド——メディカルスタッフが支える病院医療」と題して講演しました。武藤氏は、2010年度の診療報酬改定において「医療事務作業補助体制加算」が大幅に拡充されたことを受けて、医療事務作業補助者の活用について期待を示しました。また、チーム医療に対する加算として新設された「栄養サポートチーム加算」と「呼吸ケアチーム加算」についてもその概要を説明。さらに武藤氏は、「これから

はスキルミクス(多職種協働)の時代」と述べ、注目されるナース・プラクティショナー(ND(診療看護師))の同大学における養成プログラムや職務内容について解説をしました。このほか、介護との連携も評価されるようになった地域連携パスなどの説明もしました。武藤氏は、講演のまとめとして、2012年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、医療と介護の連携を進めていくべきと訴えました。

特別講演2では、東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学教室主任教授の山口直人氏が、「病院の診療の質向上における EBM、診療ガイドラインの活用」をテーマに講演しました。山口氏は EBM(Evidence Based Medicine)に基づいた診療方針の決定には、医学文献の収集、文献の妥当性の評価、文献に示された科学的根拠の総合的な評価をしなければならないと述べました。その上で、現在の医療環境の中では、医師がそれを行うことは時間的、技術的に困難であるとの見方を示し、この問題を解決するためには、診療ガイドラインを活用するべきであると強調しました。さらに山口氏は、インターネット上で診療ガイドラインを参照できる医療情報サービス「Minds」を紹介。将来的には、電子カルテシステムからスムーズに Minds を参照できるような仕組みが望まれると期待を示しました。

パネリスト講演では 民主党の医療政策などが演題に

休憩を挟み、パネルディスカッションに先立って、コーディネータの黒岩氏によるイントロダクションがあり、そ



多くの参加があったフォーラム会場

の後パネリスト講演が行われました。

まず、「自治体病院に求められる医療改革」と題して、稲城市立病院院長の一條眞琴氏が講演しました。一條氏は、公立病院には、精神的改革、経営的改革、質的改革への取り組みが求められていると述べました。そして、精神的改革として公務員体質から脱却すること、経営的改革として自院の強みを持つこと、質的改革として新たなインフォームド・コンセントに取り組むことなどを挙げました。この新たなインフォームド・コンセントへの取り組みとして、一條氏は、開発にかかわったケアボイス(医療現場録音システム)について紹介しました。

続いて、医療法人財団河北総合病院理事長の河北博文氏が、「データの戦略的活用 民間病院の抱える経営課題～病院に求められる経営姿勢とこれからの制度改革への期待～」をテーマに講演しました。河北氏は、病院経営においては、データの活用が重要であるとし、それができてこそ戦略的な病院経営が可能になると述べました。また、河北氏は、医療の質とは必要な医療が適切に得られることであると言及。財団法人日本医療機能評価機構が新たに計画している質の評価についても触れたほか、診療のストラクチャー、プロセス、



コーディネータ：
黒岩 祐治氏



特別講演 1：
武藤 正樹氏



特別講演 2：
山口 直人氏



パネリスト：
一條 眞琴氏



パネリスト：
河北 博文氏



パネリスト：
伊藤 隼也氏



パネリスト：
梅村 聡氏



パネルディスカッションの様子

アウトカムという評価の考え方についても説明しました。

この後登壇した、医療情報研究所代表の伊藤隼也氏は、「患者の求める医療改革」をテーマに講演。まず日本の医療の基礎的情報として、医師・看護師数などの OECD データによる国際比較結果を示しました。その上で、患者中心の医療について、医師と患者さんの間に考え方の乖離^{かいり}があると述べました。そして、患者中心の医療を実現するためには、インフォームド・コンセント、セカンドオピニオン、情報公開が重要であるとまとめました。

次いで、「民主党が考える医療政策」をテーマに参議院議員の梅村聡氏が講演しました。梅村氏は、2010年

度予算における社会保障費が前年度比で+9.8%となり、診療報酬も10年ぶりにプラス改定になったことは評価できると述べました。また、梅村氏は安定した社会保障費を確保するために、デフレ脱却と景気回復、医療費を社会保険料方式とすること、税・社会保障共通番号制度とすることが求められるとの見方を示しました。そして、民主党のめざす医療政策として、地域医療コミュニティの再生、フリーアクセスのある程度の制限、シンプルでコストを反映した診療報酬体系などを挙げました。

自治体病院のあり方などを議論

この後、黒岩氏の司会進行によるパネルディスカッションが行われま

した。まず、自治体病院の必要性について、一條氏と河北氏が不採算医療への取り組みについて意見を交わした上で、梅村氏が診療報酬上で評価できるようにすることが重要だと述べました。また、地域主権の医療についても話し合われました。伊藤氏は病床規制などの規制をなくしていく時期に来ているのではないかと考えを示し、河北氏は競争原理を働かせながら、地域医療を管理できるように仕組みが必要だと意見を出しました。

このほか、グランドデザインの必要性や、混合診療、競争原理、レセプトデータなどをキーワードに活発な議論が繰り広げられ、盛況のうちにフォーラムは閉会しました。

今回の「第13回 富士通病院経営戦略フォーラム」は2011年5月19日（木）、東京国際フォーラムで開催する予定です。

●セミナー抄録掲載ページ

URL <http://jp.fujitsu.com/solutions/medical/events/jmeds/2010/0401/>

●編集後記

- ◆10月にNHKでもお馴染みの生物多様性条約第10回締約国会議「COP10」が名古屋で開催され行ってきました。毎年4万種の猛烈なスピードで種の絶滅が進んでいる現状は、生態系のバランス崩壊、人類も含めた食物連鎖の分断に至り生命そのものを危うくしています。WWFが進める野生生物を守る活動が印象的でした。(香)
- ◆秋田の電子カルテシステムの取材では、お子様をお誕生から成人として送り出すまで、長期にわたる健康状態を把握されており、そのためにもカルテ情報の電子化が必要だとお聞きました。まさに生涯カルテのさがりかけではないかと感じました。(松)
- ◆取材を通じて病院でのアメニティ向上と環境エコを両立させる難しさを実感しました。(平)
- ◆出版作業を進めると共に季節が移り変わり、一気に冷え込んできました。長く続いたあの猛暑が懐かしく感じてなりません。また、最近、世界各地で勃発する事象は少し行き過ぎるようなので、このVol.13が皆様のお手元に届く頃、大雪が積もっているかもしれません。(岩)
- ◆地域連携は改めて、双方の信頼と協力なくしては、成立が難しいという事を、幡多けんみん病院様、簡井病院様を取材させていただいて思いました。(池)
- ◆環境、eco……「それって環境、eco？」って最近疑問に思ったことがありました。壁面緑化で蔓植物を育てて、けど夜になればその蔓植物のライトアップをしているというのは、どうなのでしょう……。(津)

HOPE Vision Vol.13

2010年11月19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
URL <http://jp.fujitsu.com/solutions/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 URL <http://jp.fujitsu.com/>