2011年6月20日発行［ホープビジョン］

FUJITSU

HOPE Vision

Vol.14
2011 June

Foreword

患者主体の救急医療圏の構築により病院が活性化
地域住民からの信頼により「地域医療」が充実　高橋　正彦 氏

Feature 1

開かれた地域医療連携の取り組み

～長崎・あじさいネットワークはなぜ成功したか～

Ⅰ 座談会　あじさいネットワークのキーパーソンが語る「地域医療連携の成功のポイント」

医師会と基幹病院の“ヒューマンネットワーク”が持続可能でオープンな地域医療連携ネットワークを実現

小尾　重厚 氏　木村　博典 氏　松本　武浩 氏　柴田　真吾 氏

Ⅱ あじさいネットワーク参加施設の声

情報提供病院　社会福祉法人十善会 十善会病院
診療所（利用側）　藤井外科医院

Ⅲ 地域医療連携のための最新ソリューション

SaaS 型地域医療ネットワーク HumanBridge を販売開始

Feature 2

診療力＆経営力をアップさせる医師事務作業補助者の活用

Outline

医師事務作業補助者の育成・確保対策とその活用　瀬戸　僚馬 氏

Model Case

聖路加国際病院における診療力＆経営力を上げる医師事務作業補助者の活用　原茂　順一 氏

shaping tomorrow with you
社会とお客様の豊かな未来のために

Vol.14
2011 June

［ホープビジョン］

HOPE Vision

この度の東日本大震災により被災された皆様には
心よりお見舞いを申し上げます。
皆様の安全と一日も早い復興を心よりお祈り申し上げます。

contents

→ 2 page

1 Foreword
患者主体の救急医療圏の構築により病院が活性化
地域住民からの信頼により「地域医療」が充実　高橋　正彦 氏

2 Case Study　病院編 I
川崎医科大学附属病院
“ 医療は患者のためにある ” の創設理念に基づき、大学病院でノンカスタマイズ、成長型の電子カルテを稼働させる

→ 5 page

5 Feature 1
開かれた地域医療連携の取り組み
～ 長崎・あじさいネットワークはなぜ成功したか～

5 I 座談会
あじさいネットワークのキーパーソンが語る「地域医療連携の成功のポイント」
医師会と基幹病院の “ ヒューマンネットワーク ” が
持続可能でオープンな地域医療連携ネットワークを実現
小尾　重厚 氏　木村　博典 氏　松本　武浩 氏　柴田　真吾 氏

→ 9 page

9 II あじさいネットワーク参加施設の声
情報提供病院　社会福祉法人十善会 十善会病院
あじさいネットを導入して “ 救急から在宅まで ” の地域医療連携に活用

診療所（利用側）　藤井外科医院
あじさいネットは開業医の診療のレベルを向上する

→ 9 page

11 III 地域医療連携のための最新ソリューション
SaaS 型地域医療ネットワーク HumanBridge を販売開始

12 Feature 2
診療力&経営力をアップさせる医師事務作業補助者の活用

12 Outline
医師事務作業補助者の育成・確保対策とその活用　瀬戸　僚馬 氏

16 Model Case
聖路加国際病院における診療力&経営力を上げる
医師事務作業補助者の活用　原茂　順一 氏

→ 23 page

18 Special Contribution
クレーム対策　―ノウハウと実践　医療機関代理人弁護士の立場から―　棚瀬　慎治 氏

22 HOPE VISION Report
豊富なノウハウを集結した中堅規模病院向け電子カルテシステム　富士通株式会社

→ 26 page

23 Case Study　病院編 II
医療法人早石会 早石病院
部門システムと連携したオーダリングシステムの構築により、診療での情報共有と業務の効率化に成果

26 Topics
特定医療法人康和会 札幌しらかば台病院
電子ペーパーによる診察進行状況の可視化で、待ち時間の不安を軽減

29 Information
東日本大震災　FUJITSU　Report

※本誌の内容は、弊社ホームページ内の“ヘルスケアソリューション”
（URL http://jp.fujitsu.com/solutions/medical/）に、PDFデータで掲載いたします。

FOREWORD

高橋　正彦氏

社団法人日本病院会副会長、JA 茨城県厚生連茨城西南医療センター病院名誉院長

患者主体の救急医療圏の構築により病院が活性化
地域住民からの信頼により「地域医療」が充実

茨城西南医療センター病院では、周辺医療機関、消防機関、自治体などと連携し、二次医療圏を越えた救急医療圏を構築しています。救急医療に取り組んだことが医療の質の向上と経営改善に結びつくとともに、病病連携によって周辺の医療機関にも良い効果が表れ、地域住民から信頼を得ることにつながっています。

東日本大震災で被災された皆様には、衷心よりお見舞い申し上げます。多くの医療関係の方々が、被災地の救援に懸命に尽力されていることに、深く感銘を受けています。私たちとしても、災害医療を含め、今後のさらなる医療提供体制の最適化を進めていきたく考えています。

栃木県、埼玉県、千葉県の県境にある茨城西南医療センター病院は、救命救急センターを擁し、古河・板東保健医療圏に加え、隣県の救急医療の重責を担っています。当院の場合、長年救急医療に力を注いできたことに加えて、他県からの救急車を受け入れる体制を整備したことで、2000 年に救命救急センターの指定を受けました。

その体制を整備する上で設立されたのが、茨城西南医療センター病院救命救急センター連絡協議会です。現在、茨城県のほか、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県から、地区医師会や医療機関、消防機関などが参加しています。また、2002 年の消防庁次長・厚生労働省医政局長連名通知「メディカルコントロール協議会の設置促進について」を受けて、当連絡協議会では、BANDO メディカルコントロール協議会を発足させました。現在は 5 県、5 医師会、18 病院、18 消防本部、4 行政機関で構成しています。

この救急医療体制が、当地域の医療の姿を変えました。かつて私が群馬県の病院に勤務していた時に、東京都内の病院に患者を救急搬送したのですが、救急車は各医療圏内しか搬送しないため、県境ごとに乗り換えなければなりませんでした。しかし、当院では、地域間の医療、消防、行政の連携ができているため、迅速な対応ができています。当院の救命救急センターへの救急患者搬送数の割合を見ると、茨城県内が 75％で、それ以外は他県からとなっています。これは全国的にもめずらしいことです。元来、二次医療圏は消防の組織に準じた市町村で構成されていましたが、私たちの地域では救急患者主体の救急医療圏が構築できたのです。

当院が救急医療に力を入れたことは、病院経営の観点からも、プラスとなっています。前身の猿島協同病院に赴任した 1988 年当時、赤字額は 14 億円にも上っており、非常に厳しい経営状況でした。そこで、救急医療の強化を図ることとし、職員に救急医療の大切さを説いて意識の徹底を図りました。また、筑波大学の医学部生が、病院研修で当院での救急医療を経験することにより、卒業後に当院への勤務を希望するようになるなど、人材の育成も進めました。こうした取り組みにより、職員の意識が変わっていき、病院の経営改善にもつながるようになりました。私が院長に就任した 1992 年度には単年度の黒字となり、以降経営状態が好転して、現在では累積でも黒字化しています。

救急患者主体の医療圏を構築できたことは、周辺地域の住民にとっても、非常にメリットがあります。たとえ県境を越えても必ず救急患者を受け入れてくれる病院があるということは、安心感にもつながります。

そして、救急で来た患者さんやその家族が、再び当院で診療を受けるようになり、当院にとっては患者数の増加というメリットに結びついています。患者数が増えたことにより、当院は急性期病院に特化して、病病連携に積極的に取り組むことができるようになりました。毎年懇話会を開催し、病院のトップ同士が意見を交換しています。その成果として、現在では 4 県で 30 以上の病院間で、連携の実績を築きました。これにより DPC 病院である当院にとっては在院日数の短縮化にもつながるなど効果を上げています。一方で、連携先の病院も医療の質を上げようと努力するようになってきました。ある病院では、職員数を増やしたり、設備投資をするなどしています。当院を中心に地域全体で救急医療体制を整備したことが、地域医療の充実にも結びついているのです。

いま日本の救急医療は大きな問題を抱えていますが、積極的に取り組むことは大きな効果を生むことになります。職員の活力が上がって、院内の連携、チーム医療がうまくいくようになり、医療の質も上がります。さらには、患者さんからも高い評価を得ることにもなり、それが病院経営にもプラスになります。まず救急患者を受け入れる体制をつくり、患者さんや住民、医療機関との信頼関係を築きながら、患者主体の医療を地域ぐるみで取り組んでいくことが、これからの地域医療に求められているのだと思います。■

高橋　正彦 氏（たかはし　まさひこ）
1968 年慶應義塾大学医学部卒業。国立小児病院（現・国立成育医療研究センター）外科などを経て、77 年に筑波大学臨床医学系小児外科講師。84 年から 2 年間ハーバード大学医学部客員研究員となり、88 年に猿島協同病院（現・茨城西南医療センター病院）の副院長、92 年に同院院長。2001 年に筑波大学大学院講師、2007 年から同大学臨床教授兼任。2009 年から同院名誉院長。日本病院会副会長、全国公私病院連盟常務理事、全国厚生連病院長会名誉会長などを務める。

川崎医科大学附属病院

電子カルテシステム「HOPE/EGMAIN-GX」

“医療は患者のためにある”の創設理念に基づき、大学病院でノンカスタマイズ、成長型の電子カルテを稼働させる

操作性を含めたスタッフの高い評価で安定稼働と業務の効率化を実現

川崎医科大学附属病院
〒701-0192
岡山県倉敷市松島 577
TEL 086-462-1111
FAX 086-462-7897
URL http://www.kawasaki-m.ac.jp/hospital/

川崎医科大学附属病院は、倉敷市の北東部にて 1973 年に開院しました。2000 年からは全面的な増改修工事に着手し、1970 年の学園創立から 40 年の節目にあたる 2010 年に完了。外来・病棟の居住面積の拡充や、臓器・機能別のセンター制に最適化した構造として、患者さんのための医療の実現をめざしています。そして、そのインフラ整備の仕上げとして HOPE/EGMAIN-GX を 2010 年 1 月に導入し、医療の標準化と業務の効率化に効果を上げています。

interview

角 田　司 院長
種本　和雄 副院長
村 上　進 医療資料部課長
山本　大志 医療資料部副主任

CaseStudy 大学附属病院の役割とIT化のねらい

最先端医療の提供と教育病院の役割を果たすため創立 40 周年の節目に電子カルテ導入

「医療は患者のために」を実践し救急医療、教育に取り組む

Q：貴院の特徴を教えてください。

角田氏：当院では学園創立以来、医療は患者さんのためにあるという原則を掲げ、その理念を貫いてきました。患者さん中心の医療の提供が最も重要であり、そこに教育と研究がついてくるという考え方は、他の大学病院とは一線を画するところだと思います。

その原則に基づき、当院では開院以来、徒歩で来院される患者さんから三次救急まで、すべての患者さんを 24 時間 365 日受け入れてきました。2001 年にはドクターヘリ事業を開始して死亡率と後遺症の低下に実績を上げ、また小児救急にも注力しています。今回の東日本大震災では、翌日には最初の DMAT チームを現地に派遣し、その後も引き続き被災者の心のケアを含めた医療チームを派遣しています。

角 田　司 院長

種本　和雄 副院長

リハビリテーションにも力を入れており、2002 年にはわが国初の回復期リハビリテーション病棟を開設して、多職種による早期・365 日のリハビリにより、患者さんの職場復帰に貢献しています。また 2007 年にがんセンターを設立し、2008 年には地域がん診療連携拠点病院に指定されています。

ノンカスタマイズ型電子カルテの導入で医療の標準化をめざす

Q：地域における貴院の役割を教えてください。

角田氏：当院では、2004 年の臨床研修必修化以後、初めて卒業 3 年目以上のレジデントに週 1 回の院外研修を認め、現在百数十名が岡山県内および近県の医療施設に出向しています。さらに、岡山県内外の施設からの要請に応じ、2009 年からは学外診療支援として、医長以上の数十名が専門外来、手術指導、画像読影などを行うことで、地域医療の質の向上に貢献しています。

診察室での電子カルテ運用風景

医療資料部のコールセンター。操作方法や障害に４名のスタッフが画面を共有して対応します。

40 台の端末を備えた医療情報システム実習室。新任スタッフや川崎医療福祉大学の学生教育などに活用されています。

CaseStudy システム選定と導入体制

ベンダーを集めたコンペティションで現場スタッフが実際に操作した上で選定

Q：そのような役割の中で、IT 化をどう位置づけられていますか。

種本氏：地域の最先端医療を担う役割と、教育病院としての役割から、医療の標準化はきわめて重要です。また、最先端の医療を進める上では、スタッフ間の情報の共有が欠かせませんし、患者さんへの情報の公開が必要となることもあるでしょう。2001 年の時点では、まだ納得のいく電子カルテがなかったため、オーダリングシステムまでしか入れなかったのですが、医療の標準化と情報の共有を図るためには、やはりカルテの電子化が必須であると考えていました。

ノンカスタマイズの導入で安定したシステム運用を実現

Q：HOPE/EGMAIN-GX が選択された経緯をお聞かせください。

種本氏：まず 10 社近くのベンダーに説明会を開いてもらい、そこから 4 社に絞り込みました。そして院内の大会議室で“ミニホスピタルショウ”のような形でのコンペティションを行い、スタッフにシステムを自由に触ってもらって、意見を集めたのです。特に、電子カルテの導入によって大きく業務が変わる医師・看護師の意見を中心に、もともと入っていたオーダリングシステムのベンダーを替えることのデメリットも含めて総合的に判断し、最終的に富士通の HOPE/EGMAIN-GX を選択しました。

Q：ノンカスタマイズ型の電子カルテに対する不安はありましたか。

種本氏：私自身は、どのような製品であっても、設計者がいろいろと考えてつくっているのだから、その意図を汲みながら使うべきだと思っています。電子カルテも、例外ではありません。病院の意図はマスタ整備などのレベルで盛り込むことができるのですから、設計者の意図を無視した改造で負荷をかけ、全体のパフォーマンスを低下させるべきではありません。初めは職員になかなか納得してもらえませんでしたが、説明会で何度も話すうちに、いまでは全員がこのことを理解してくれていると思います。

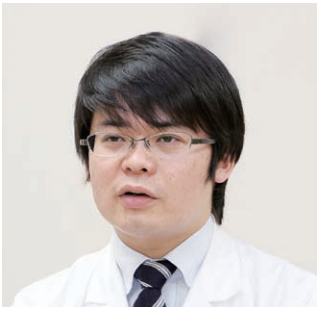
山本氏：カスタマイズを積み重ねていくと、現場の満足度は上がっても、システムとしてはどんどん不安定になってしまいます。HOPE/EGMAIN-GX では、いまのところ大規模なシステム障害は起こっていません。また、カスタマイズしないことにより、コストが抑えられるメリットもあると思います。

Q：医療資料部の役割についてご説明ください。

村上氏：医療資料部は 2010 年 4 月に、電子カルテをはじめとする病院情報システムや診療記録を統括管理する部門として発足しました。大きく 3 つの部署に分けられ、電子カルテシステムを担当する医療情報システム担当、診療記録を管理する病歴担当、外来診療録の管理と合わせて紙文書のスキャンを行うスキャンセンターに、総勢 30 名が在籍しています。

山本氏：医療情報システム担当は、病院情報システムの状況をオンラインでモニターし、障害やトラブルへの対応を行っています。現場からの問い合わせ窓口としてコールセンターを設置し、4 名のスタッフが遠隔で画面を共有しながら対応します。操作に関する問い合わせは、電子カルテ導入当初は 1 日 100 件程度ありましたが、いまは 20 ～ 30 件程度になりました。また、当院には 40 台の端末を備えた医療情報システム実習室があり、新任スタッフへの初期操作教育や、医療福祉大学の医療情報学科や医療秘書学科の学生向けに医療情報システムに関する教育を行っています。

村 上　進 医療資料部課長


山本　大志 医療資料部副主任

CaseStudy 導入メリットと今後の展望

情報共有の効果と安定稼働で電子カルテ導入の効果を実感

Q：HOPE/EGMAIN-GXの導入のメリットを教えてください。

角田氏：スタッフ全員が共通の認識を持つことで病院全体としての意思統一が可能になり、また、臨床の現場においても、多職種がお互いをカバーし合って患者さんに対応できるようになったと思います。

種本氏：手書きより明らかに早く入力することができ、紹介状や退院サマリなども楽につくれるようになりました。電子カルテと大型プロジェクターによって、カンファレンスの利便性も向上しました。

オプション機能では、医師ごとに自由に画面構成を組み替えられるマルチカルテビューアの機能が使いやすいですね。

看護師の評価も高く、全看護師へのアンケートをとったところ、97％が電子カルテ化して良かったと回答しています。理由としては、カルテに記載したいのに他のスタッフが使っていて書けないなど、紙カルテを取り合う状況の解消や、医師の記載内容をリアルタイムで見られることなどが挙げられていました。

稼働直前には泊まり込みで作業するなど大変な思いもしましたが、その労力に見合うだけのアウトカムは得られたと考えています。

山本氏：医療資料部として最重視していたシステムの安定稼働は、達成できています。また、紙カルテのときには外来や入院時のカルテ搬送のために20人近くのスタッフが必要でしたが、電子カルテ導入により省力化し、大幅なコスト削減（CO_2換算で約15トン／年の削減効果）につながっています。

クリティカルパスの適用拡大と成長型システムの今後に期待

Q：今後の展望をお聞かせください。

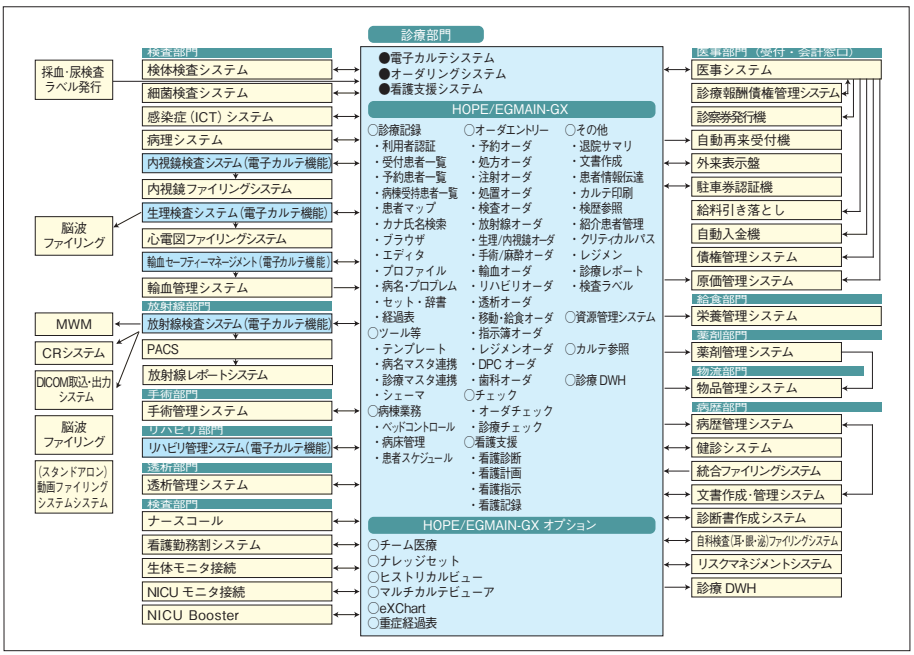
種本氏：いま課題となっているのが、クリティカルパスの利用率を上げることと、出力紙の削減です。手元の端末で簡単にプリントアウトできるため、読んですぐ捨てるような紙を安易に出力しているようです。電子カルテ化では、ペーパーレスということも当然考えていましたので、運用を含めて検討していきます。

山本氏：カスタマイズをしないことで安定稼働が実現できましたが、今後もこの安定性を持続させていくことと、HOPE/EGMAIN-GXの“成長型システム”という特長、すなわち全国のユーザーによってブラッシュアップされた機能がバージョンアップという形で、当院にもスムーズにフィードバックされることを期待しています。

村上氏：近々、1回目のバージョンアップを考えているのですが、そのために一時システムを止めなければなりません。当院は24時間、救急を受け入れなければならない病院ですから、バージョンアップにかかる時間をできるだけ短縮してもらいたいと思っています。

保守の面でも、システム障害による停止や診療への影響は最小限にしなければなりません。例えば、コンピュータウイルスを除去する対策ソフトを発展させるように、予知可能な障害やエラーは事前にとらえて、システムを止めることなく修復できるような安定稼働の仕組みを期待しています。

角田氏：電子カルテ化されてから、各科のサマリを見てチェックしているのですが、特に内科系の医師は非常に細かく記載しており、スムーズに導入できたことを実感しています。これからも、患者さん中心の医療のために情報を共有し、生かしていきたいと思っています。■



川崎医科大学附属病院の医療情報システム構成図

Feature 1

開かれた地域医療連携の取り組み

～長崎・あじさいネットワークはなぜ成功したか～

2004 年、大村市を中心にスタートした NPO 法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会（通称：あじさいネットワーク）は、現在、長崎県下に拡大し情報提供側施設 12 病院、参加医療機関 142、登録患者数 1 万 6000 人以上と順調に成長を続けています。あじさいネットワークでは、NPO 法人による第三者機関の運営、会費制による自律的で継続可能なサービス体制、組織やベンダーにとらわれないオープンなシステム運用など、地域医療連携ネットワークのモデルとなる先駆的な取り組みが行われています。今回の Feature1 では、あじさいネットワークの成功の要因を、キーパーソンによる座談会と参加施設の取材を通してお聞きしました。

Contents

Ⅰ 座談会
あじさいネットワークのキーパーソンが語る「地域医療連携の成功のポイント」 5

Ⅱ あじさいネットワーク参加施設の声
情報提供病院 / 十善会病院
診療所（利用側）/ 藤井外科医院 9

Ⅲ 地域医療連携のための最新ソリューション
SaaS 型地域医療ネットワーク HumanBridge を販売開始 11

Ⅰ 座談会

あじさいネットワークのキーパーソンが語る「地域医療連携の成功のポイント」

医師会と基幹病院の“ヒューマンネットワーク”が持続可能でオープンな地域医療連携ネットワークを実現

あじさいネットワーク（以下あじさいネット）は、大村市を中心とした医師会と基幹病院の密接な関係からスタートしました。地域医療連携のひとつのモデルとなりつつあるあじさいネットは、どのような経緯で誕生し、発展していったのでしょうか。あじさいネットの創生期から、立ち上げに携わり中心的な役割を果たしてきた 4 名のキーパーソンにお集まりいただき、地域医療連携を発展させるためのポイントとノウハウを語っていただきました。

出席者

小尾　重厚 氏（大村市医師会会長、長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会会長）
木村　博典 氏（独立行政法人国立病院機構長崎医療センター　情報管理運営部長）
松本　武浩 氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療情報学准教授）
柴田　真吾 氏（社団法人地域医療振興協会市立大村市民病院　医療情報企画部長）

オブザーバー

中川　昌彦（富士通株式会社ヘルスケアソリューション事業本部医療ソリューション事業部第五ソリューション部部長）
石黒　満久 氏（株式会社 NTT データ保険・医療ビジネス事業本部戦略企画室市場開発担当課長）
伊藤　龍史 氏（株式会社エスイーシー情報処理事業本部医療システム事業部長）

ファシリテータ

園田武治（富士通株式会社ヘルスケアソリューション事業本部医療ソリューション事業部長、あじさいネット創生時の富士通担当 SE）

小尾　重厚 氏

木村　博典 氏

松本　武浩 氏

柴田　真吾 氏

◎創生期
“囲い込み”ではない地域医療連携のためのオープンでフラットな組織を構築

園田：あじさいネットの発祥の地である大村医師会の小尾会長から、最初の経緯からお話いただけますか。

小尾氏：あじさいネットは2004年10月に稼働しましたが、大村市医師会ではコンピュータの2000年問題をきっかけにIT化に取り組み始め、理事会のメーリングリスト構築などを行いました。厚生労働省の「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」などで電子カルテ導入の機運が高まる中で、長崎医療センターの電子カルテ化の動きがあり、それに合わせて地域医療連携のITを使ったネットワーク化を進めたのが最初のきっかけです。

大村市は人口約9万人ではありますが、基幹病院として国立の長崎医療センター、自治体の大村市民病院、県立の長崎県精神医療センターがあり、IT化の以前から医師会と各医療機関の良好な関係があって、緊密な“ヒューマンネットワーク”を築いていました。医師会と大村市民病院には、“オレンジ封筒”という仕組みがあり、医師会の会員施設から、この封筒を使って市民病院に患者さんを紹介すると、外来で優先して診察してもらえました。すでに開業医が診ているから、“地域の再診患者”であり、市民病院では初診扱いはしないという考え方でした。

木村氏：長崎医療センターでは、2004年にオーダリングシステムから電子カルテへ移行しましたが、導入準備の段階で院内から電子カルテの情報を共有した“地域医療連携”への対応の要望があがり、また、2003年に地域医療支援病院の認定を受けたこともあって、医師会に当院の電子カルテの情報共有の話を持ちかけました。ところが、1つの医療機関とのネットワークでは、“囲い込み”になるという判断から、医師会から地域全体のネットワークを構築して、医療の質を上げることをコンセプトにしましょうという提案があり、2003年に大村市で「地域医療IT化検討委員会」が発足したのがスタートです。

柴田氏：大村市民病院は赤字の自治体病院だったこともあって、2000年当時には病院のIT化は手つかずの状態でした。それがかえって地域連携を前提とした話を進めやすくした側面もあり、大村市の自治体病院として長崎医療センターと医師会の連携に取り残されるのは大変なことになると考えて、“あじさいネットには参加するべきだ”と院内を説得して、私が自治体病院の担当者として参加することになりました。

● ITをスパイスにした病診連携の活性化がポイント

園田：2001年度の経済産業省の実証事業など、これまで全国でITを利用した地域医療連携ネットワーク構築の取り組みが展開されましたが、どこも苦労しています。その中で、あじさいネットが成功している理由は何ですか。

松本氏：あじさいネットの基本の考え方は、IT導入が目的ではなく病診連携をよりスムーズに進めることでした。地域での紹介、逆紹介をより活発化することが目的で、ITはあくまで調味料として使うというコンセプトでした。地域医療ネットワークがうまく機能しないのは、地域全体で連携するという発想よりも、医師会や1つの医療機関の都合による、“囲い込み”が前提になっていたことだと思います。われわれは、第三者機関の協議会を設立して医師会の情報担当理事と2つの病院が、同じテーブルについてオープンな議論を進めました。スタート時点からこの有料サービスに30もの施設が参加しているのですが、これは、事前に地域ネットワークの役割やメリットについて説明会や広報を行って啓蒙活動を地道に行ってきたからです。また、参加候補施設に対しては、運用開始の前後にニーズ調査（アンケート）を行いました。情報をオープンにして、こういう情報を提供できますが、参加しませんかという問いかけをして、多くの医療機関が参加しやすい状況をつくっていきました。

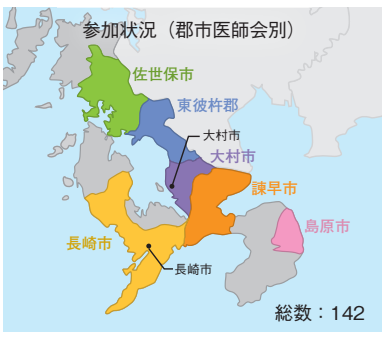
◎基盤づくり
第三者機関の設置、全例同意、会費制など事業の継続が可能な体制を採用

園田：具体的なコンセプトや制度づくりはどのように進められたのでしょうか？

● HIV診療支援ネット（A-net）を参考に

松本氏：われわれも初めての取り組みでしたので、手さぐりでしたが、その時に参考にしたのが厚生省（当時）のHIV診療支援ネットワークシステム（A-net）でした。A-netは、HIV患者の診療情報の共有により質の高い診療を提供しようと構築されたもので、全国のエイズ診療拠点病院をネットワークでつないでいました。実は、定款や協議会という名称、同意書の書式などもA-netを参考にしました。国が薬害補償の一環として、全国のエイ

■あじさいネットワーク運用状況（2011年6月現在）



基幹病院（情報提供施設）12施設

【大村地区】
長崎医療センター　市立大村市民病院

【長崎地区】
長崎大学病院　聖フランシスコ病院
長崎市立市民病院　光晴会病院
長崎原爆病院　井上病院
済生会長崎病院　長崎記念病院
十善会病院　他

ズ患者に対してセキュアで質の高い医療を提供する目的で構築された仕組みならば、間違いないだろうと考えたわけです。現在、あじさいネットで行っている、情報の共有、提供に関しては全例で同意書を取ること、ハードウェア VPN での構築、参加者に対する運用講習会受講の義務づけなどは、すべて A-net を参考に取り入れたものです。

柴田氏：具体的な情報のハンドリングでは、同意の形成の考え方、情報提供する側の見解、責任分界を含めた誰が同意書を取るのかなどで、すべて議論の中で決めていきました。あじさいネットは、誰かが決めたルールを使うのでなく、議論の中で医師会の先生方にも理解していただきながら進めたことが、運用がうまくいった根幹ではないでしょうか。

●情報、予算を扱う責任組織として NPO 化

園田：土台づくりとして、具体的に組織づくりはどのように進められたのですか？

柴田氏:連携ネットワークを、特定の医療機関による“囲い込み”ではなく、地域の医療機関による自律的な活動として行うために、第三者機関として“協議会”の設立を提案し最初は任意団体協議会を設立しました。NPO 化したのは、2005 年 10 月です。NPO 化のねらいは、法人格を持つことで資金的な借り入れの基盤となること、寄付や行政機関との協業などが可能になることです。やはり患者情報や、会費など運営費なども取り扱うことになりますので、NPO という法人格を持つことで、運用はあじさいネット NPO が責任を持っていますという説明責任を果たすことができます。

●補助金がなくても継続する仕組みをつくる

園田：もうひとつの課題は、コストです。システムの構築だけではなく、運用、保守を含めた費用の負担をクリアにしないと、事業の継続が難しくなります。そのあたりはどのような方法で解決していったのでしょうか。

柴田氏：最初に与えられた命題が、「補助金なしで継続する仕組みをつくれ」ということでした。徹底した議論の結果、補助金に代わる費用として、参加施設からの会費で運営する仕組みとしました。参加施設の料金設定は、初期費用（入会金）5 万円、月額使用料 4000 円、ウイルス対策ライセンス料を年間 3000 円としています。また、最初に 700 万円を借り入れて、設備投資などを行いました。借金までしてやったところはあじさいネットだけではないでしょうか。その設備や運用にしても、当初、少しだけサーバやルータを保有しましたが、協議会の内部には物を持たないように徹底して維持・保守がいらなくなるような方向で進めました。

松本氏：あじさいネットには医師会全体で協力することを前提にしようということで、医師会単位での入会という“団体料金”をつくったのも、ひとつのアイデアでしたね。個人では入会金 5 万円のところ、医師会単位で参加すれば一括 200 万円で、個々の会員の入会金は取らないようにしました。

◎拡大期
大村での成功事例をベースにして長崎市へ拡大、12 基幹病院、142 施設に発展

園田：2009 年 4 月から、長崎市での運用がスタートして大村、諫早から全県へと拡大していったわけですが、県下への展開をどのように進められましたか。

松本氏：あじさいネットは、設立当初からいずれは長崎県全体に広げることを意識していましたので、ネーミングも長崎県全体をイメージした「あじさい」としました。長崎市医師会は会員数が 500 と県下では最大の組織ですが、長崎市の先生方も大村など他地域の動向を見ながら地域 IT ネットワークに大きな興味を持っていたというバックグラウンドがありました。

長崎には、あじさいネットと同時期に活動を始めた“長崎在宅 Dr. ネット”という、開業医の連携による在宅医療の取り組みがあり、あじさいネットの長崎市への展開にはこのメンバーが中心となりました。この在宅 Dr. ネットの取り組みは大村市に波及して、あじさいネットと在宅 Dr. ネットが行き来したかたちになりました。長崎の在宅 Dr. ネットの中心メンバーが、ほどんど長崎市医師会の情報処理委員会の委員を務めており、モチベーションが高く積極的に情報を集めて、共通規格で、みんなが参加できるネットワークにしようということで、実績があり評価も高いあじさいネットの採用が決まりました。

園田：長崎市での導入は、実際にはどのように進められたのでしょうか。

松本氏：ポイントは、規模の大きい長崎市でどうやって多くの病院が同じテーブルにつくかでしたが、大村市でのスタート前とまったく同じ方法で進めました。ただ、やはり規模が大きいので、大村市では 1 年半でできたことが、長崎市では 3 年半かかりました。ただこの月日は必須かと言われれば、進め方次第だと思います。

●地域での統一 ID を発行して利便性を向上

柴田氏：もうひとつは、協議会という第三者機関が ID を付与する仕組みを提唱したことが、情報提供病院が増える長崎市への拡大の時に評価されました。各病院のシステムは独立した仕組みのままで、あじさいネットの中で ID を共通にしました。本来ならば 10 病院があれば ID とパスワードで 10 個ずつ、計 20 個必要なところを、統一 ID を発行してパスワードだけ変えてもらうことで、11 個で済ませることができる仕組みを提供しました。

園田氏：長崎市への拡大がスムーズに進んだ要因はどこ

でしょうか？

柴田氏：あじさいネットの取り組みが評価されてきたことが大きいですよね。大村市医師会の担当理事の先生方が、実際の取り組みやメリットを全国で発表されて注目されてきたというところもあったと思います。

小尾氏：臨床で利用している先生による、メリットを実感した現場からのメッセージが大きかったのでしょうね。実際に、私もあじさいネットを活用して診療の中で患者さんに説明したり、検査依頼したCT画像を診療所で参照したりとフルに活用しています。患者さんの評判もいいですし、診察の空いた時間に自由に使うことができて、これを体験すると、あじさいネットがなくては診療できないと感じるぐらい非常に便利です。

柴田氏：あじさいネットがなければ、通常の診療ができないと言ってくださる先生方もいますよね。

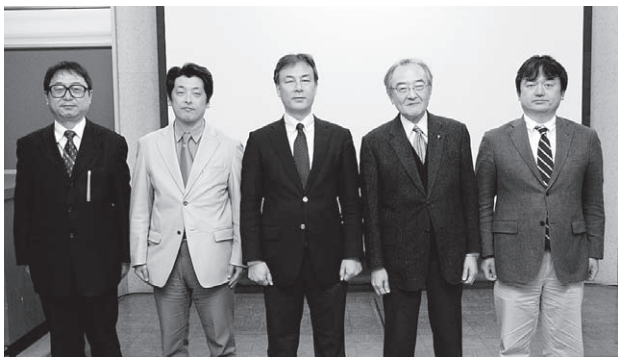
木村氏：最初は、メンテナンスなどでシステムを停止してもほとんどクレームがなかったのですが、今は若干調子が悪ければ、「診療ができない」とすぐに電話がかかってきます。やはり実際の診療の中で患者さんを前にして説明をしたり、診断に利用したり、かかりつけ医の実診療に使われているのですね。

松本氏：実際に、あじさいネットを利用されている診療所の先生方の中には、あじさいネットで情報提供していない基幹病院には紹介が少なくなりつつあると言われる方もおられます。反対に、基幹病院側にとってはネットワークに参加しないと乗り遅れるという状況になりつつあります。

◎マルチベンダー方式
施設や企業にとらわれない患者中心の医療連携システムをめざす

園田：あじさいネットのもうひとつの特徴は、マルチベンダー方式です。富士通だけでなく、ID-Linkのエスイーシー、認証システムのNTTデータなど、複数の企業が参画し、各病院のベンダーの異なるさまざまなシステムが接続されています。

松本氏：運用開始当初のシステムは、長崎医療センターの電子カルテをメタフレーム技術を使って、インターネットVPN上で他施設の端末から画面を共有する仕組みでしたので、ベンダーの違いは意識する必要がありませんでした。ところが、複数の病院で共有するためには、画像ならばDICOM規格などに規格を統一する必要があります。それを地域連携システムで最初に実現したのがID-Linkでした。また、2009年度の総務省の「ICT経済・地域活性化基盤確立事業（「ユビキタス特区」事業）」の中で、あじさいネットをフィールドとした「地域医療連携ASP・SaaSのための医療分野向けプラットフォーム事業化に係る実証実験」が採用され、NTTデータやASP・SaaS・クラウドコンソーシアム（ASPIC）などと実証事業でポータルやシングルサインオン（SSO）の構築を行いました。



座談会出席者。左よりファシリテータの園田、柴田氏、木村氏、小尾氏、松本氏

●富士通の“地域連携”は“HumanBridge”へ発展

園田：富士通では地域連携のソリューションについてはHOPEというブランド名をはずして、マルチベンダーを基本にしたソリューションをめざすということで「HumanBridge」に名称を変更しました。製品というよりもコンセプトを表すのに近い名称です。また、それぞれのベンダーも当然コストを下げる努力はすべきであり、富士通としてもHumanBridgeでは標準規格として、SS-MIX標準化ストレージのHL7などに対応して、他ベンダーとのシステム連携にも配慮しています。地域連携は、今後いろいろな地域で広がっていくと思いますので、そこは常に心がけて手がけていきたいと思います。

●地域の医療機関による自律的な活動と誰でもが簡単に使えるシステムの構築がポイント

園田：最後に、地域医療連携ネットワークを推進しようという方々にアドバイスをいただけますか。

柴田氏：地域連携を成功させるためには、何を“入れればいい”のでしょうかと聞かれることがあるのですが、何を“すればいいか”を考えてくださいということです。

小尾氏：ほとんどの診療データはすでにデジタル化されていますので、それを患者さんを中心に情報を共有して、開業医が無理なく利用でき、医師にも患者さんにも理解しやすいシステムが構築できれば自然と活用されていくのではないでしょうか。さらに、ネットワークを利用して最新の医療のエビデンスが提供される「どこでもMy医局」といったような環境が構築されれば、私のような還暦を越えた医師でも時代に遅れない最新の医療が提供できるのではないかと思います。年配の医師でも自由に使えるようなIT環境になっていくともっといいのかなと私は思います。

園田：貴重なご意見をいただきました。これを読んだ方々の参考になればと思います。ありがとうございました。■

II あじさいネットワーク参加施設の声

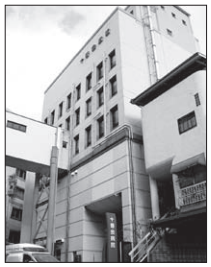
大村市医師会を中心としてスタートしたあじさいネットワーク（以下あじさいネット）は、2009年から長崎市に拡大し、全県的な規模に成長しつつあります。2011年5月現在で情報提供病院12、参加医療機関142に発展したあじさいネットの参加施設の中から、長崎市の十善会病院と藤井外科医院の活用の現況を紹介します。

情報提供病院

社会福祉法人十善会 十善会病院

あじさいネットを導入して“救急から在宅まで”の地域医療連携に活用

小川　繁晴　理事長・病院長
山﨑　哲也　情報管理室課長



〒850-0905
長崎市籠町7-18
TEL 095-821-1214
FAX 095-824-4315
URL http://www.juzenkai-hospital.or.jp/

地域脳卒中センターを中心に救急から在宅まで地域医療に貢献

十善会病院は、1875年に福岡柳川藩の御典医だった高木文章が開設した「十善寺病院」まで遡る歴史ある病院です。1958年に社会福祉法人に改組され、“救急から在宅まで”の理念のもと地域医療の中核的な役割を担うと同時に、生活困窮者など社会的弱者を対象とした医療を提供してきました。長崎の原爆投下後には、被爆者の医療活動に貢献したことで、地域からの信頼が厚い病院です。小川繁晴理事長は、診療の現況について次のように述べています。

「年間の救急車の搬入台数は2000台を超えて、長崎では大学病院に次ぐ件数で地域の救急医療を担っています。地域脳卒中センターの役割もあり脳神経外科の救急搬送が多いのですが、一般内科、整形外科など、すべての科で救急医療には献身的に取り組んでいます。当院の歴史的経緯や社会的使命があり、住民からの信頼が厚いこともあって職員も高い意識を持って診療にあたっています」

あじさいネットへの参加を視野に入れて電子カルテを導入

同院では、2008年12月に電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-NXを導入しました。その経緯を小川理事長は「当初はオーダリングシステムまでという流れもあったのですが、あじさいネットへの参加の話もあり、地域での情報共有のためには電子カルテ化が理想であると考えて導入を進めました」と述べています。

同院では、地域連携室を設置し開放型病床（5床）を設けるなど、地域医療連携には積極的に取り組んでいます。在宅医療や終末期医療などでは“長崎在宅Dr.ネット”と密接に連携してきました。長崎市医師会は2009年2月にあじさいネットに参加しましたが、同院は、長崎大学病院、長崎市民病院、長崎原爆病院などの情報提供病院のひとつとして参画しました。あじさいネット参画のねらいについて小川理事長は次のように述べています。

「医師不足などによる地域医療の崩壊を防ぐには、医療機関の機能分化や医療資源の再配分を進めることが重要です。その一方で分化した機能を結びつけるためには、ITを活用したネットワークの構築が必要不可欠です。ネットワークを利用した医療連携には、救急、一般診療、在宅といったフェーズが考えられますが、あじさいネットではまず一般診療の部分で連携を期待して参画しました。また、病院とかかりつけ医が患者様の医療情報を共有することで、重複診療の防止、医療の効率化、医療費の削減が図れるなど、一貫した医療を継続することができるようになり、患者サービスの向上や主治医との信頼関係の深化など、患者様にとってもメリットがあると考えています」

医療連携には、地域医療ネットワークシステムHOPE/地域連携（現：HumanBridge*）を導入して運用しています。山﨑課長は、「あじさいネットへのNXでの接続例がないということで、あじさいネットとの連携を前提に電子カルテのシステムも構築しました。運用にあたっては、スタートの1年前から準備委員会を立ち上げ、長崎市の関係施設が月1回定期的に協議を行いました。大村市でのノウハウがあることで、準備については問題なく進んだと思います」と述べています。

導入後の効果については、「情報提供側としては、電子カルテが常に見られているという緊張感が、診療

小川　繁晴 理事長・病院長

山﨑　哲也 情報管理室課長

診療所（利用側）

藤井外科医院

あじさいネットは開業医の診療のレベルを向上する

藤井外科医院
〒851-0241
長崎市茂木町2172-13
TEL/FAX 095-836-3233

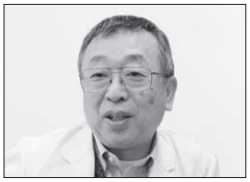
藤井　卓 院長

藤井外科医院は、長崎市街から長崎半島を東に越えた、天草灘に面した茂木町の中心に位置し、外科、整形外科を中心に外来診療を展開する無床診療所です。藤井院長は、認定NPO法人長崎在宅Dr.ネットの理事長を務めており、在宅・訪問診療にも力を入れています。藤井院長は、長崎市医師会の情報化推進の担当として、長崎市での医療連携ネットワークの構築に中心的に取り組んできました。藤井院長は、「長崎在宅Dr.ネットで培われたヒューマン・ネットワークが基本にあって、それを補完する形でIT利用の地域医療連携ネットワークがスムーズに構築されました」と長崎地区での導入の経緯を説明します。

あじさいネットの導入については、「大きな初期投資が必要なく、自由に参加でき、特定のベンダーやシステムにとらわれずにフレキシブルに利用できることが、大きなメリットです。導入時には、VPN導入の初期投資、月額会費（利用料とセキュリティソフトのコスト）だけで、ランニングコストを低く抑えることができます」と評価しています。

長崎市での運用が始まった当初から積極的に活用する藤井院長は、あじさいネットでは紹介した患者さんの情報を、その日のうちに確認でき有用性が高いと評価します。「これまでは、紹介しても次に患者さんが来院されるまで経過がわからず心配したり、1か月後に来院されて、そのまま入院して手術したことがわかったりというのが普通でした。画像の依頼検査でも、すぐに結果を確認できますし、薬の処方内容を確認することで、重複投与がなくなります。この環境を経験すると、紹介先には、自然とあじさいネットで情報を提供している病院を選ぶことになっていきますね」

これからの期待については、「あじさいネット上でのメール機能やコメント、紹介状の送信など、双方向性の向上を要望しています。あじさいネットの中では、1人の患者さんの病院をまたがった診療内容を1画面で一覧できるようになっており、地域で1カルテが実現しています。今後、これが全県下に広がっていけば、バーチャル病床と言われるときがくるでしょう」とのことです。■



藤井卓院長。あじさいネットを使って依頼した画像検査の結果も診察室ですぐに参照できる点を高く評価しています。

地域連携室を中心にあじさいネットを運用しています。

への良い刺激になっていると感じます。病院の診療情報を地域で共有し活用されることで、開業医において質の高い診療が提供できれば、それは最終的に患者さんの利益になります。医療機関として、あじさいネットのような地域連携の仕組みにコストをかけることは当然のことです」と社会的なインフラとしての地域医療連携ネットワーク構築の必要性について強調しています。

病病連携など地域での診療情報の共有で質の高い医療を展開

同院では、今年3月からHOPE/地域連携 V3*にバージョンアップを行い、これまでの病診連携から病病連携への期待が高まっていると小川理事長は言います。「専門性の違う医療機関同士が患者さんを紹介した時に、従来のような紹介状の情報だけでなく、紹介元の検査データや画像などの診療情報を活用した診療が可能になります。これは大きなメリットになると期待しています」

診療情報の活用については、「診療科ごとに症例検討会などを行って、医師だけでなく看護師などのコ・メディカルスタッフを含めて、他の医療機関との連携を強化して診療の質の向上に取り組んでほしいですね」（小川理事長）と期待しています。

実際に参画し運用されている施設として、あじさいネットが成功しているポイントをどのように評価しているのでしょうか。

「ひとつは、病院にとっても診療所にとってもネットワークに参加するための初期投資や導入コストの負担が軽かったことが、参加へのハードルを下げたのではないでしょうか。もうひとつは、開業医にとっては、特定の病院との1対1の運用ではなく、地域全体のネットワークとなっていて、いわゆる“しがらみ”や“囲い込み”といった煩わしさがないことが、気軽にシステムを利用することにつながり、それが利用率を上げ、拡大していったのではと感じています」（小川理事長）

同院では、NXでのHOPE/地域連携 V3*との連携によって今後、地域連携パスの運用なども行っていきたいと考えています。これからのシステムの発展の方向性について、山﨑課長は「HOPE/地域連携 V3*の導入で、病院間の情報連携が可能になり、当院としては今後さらに有用性が広がっていくことが期待されますので、インフラの部分、連携の部分を含めて、ユーザーに多くの情報が提供できるようにブラッシュアップしていきたいですね」と展望しています。■

＊HOPE/地域連携V3は、5月10日に「HumanBridge」とネーミング変更となりました。

（十善会病院様のEGMAIN-NXとHOPE/地域連携の導入については、オフィスメーション株式会社様〈http://www.nagasaki-om.co.jp/〉のご協力をいただきました）

III 地域医療連携のための最新ソリューション

SaaS型地域医療ネットワーク HumanBridge を販売開始

はじめに

富士通は、地域の医療機関向けに、地域医療連携システム HOPE/地域連携を 2007 年より提供しました。そして、このたび、地域医療連携システムが「人と人との架け橋」となり、地域住民の保健・医療・福祉を一体となって支え合う安心・安全な社会づくりに貢献していくという思いを込め、2011 年 5 月より SaaS 型地域医療ネットワーク HumanBridge（ヒューマンブリッジ）の販売を開始しました。

地域全体での患者診療情報の共有を実現

本サービスは、中核病院や診療所、介護施設など、地域の複数の医療機関が個別に保持する診療情報、検査結果、医用画像、レポート情報などの患者情報を、高信頼で安全な環境のもと、ネットワーク経由でどの医療機関からも確認できるようにするものです（図 1）。また、標準化技術の採用で、各医療機関が異なるベンダーの電子カルテを利用していても、地域全体で情報を共有することができます。

これにより、患者さんは地域のどの医療機関で受診しても、診療情報が常に安全に共有されているため、質の高い医療サービスを安心してスムーズに受けることができます。

シームレスな地域医療サービスの拡充に貢献

また、地域全体での患者診療情報の共有に加え、豊富なコンテンツにより、医療連携に必要な業務ワークフローをサポートします。オンライン予約機能や地域連携パス機能、高セキュアメール機能など、さまざまなシーンで活用いただけるツールにより、シームレスな地域医療サービスの拡充に貢献します。

地域特性に最適なネットワーク構成が選択可能

地域の医療機関においては、地域住民に対する医療サービスの拡充を図るため、低コストで安全に情報を管理する環境を容易に構築し、効果的・効率的な地域医療連携を実現する必要性が高まっています。

このような背景のもと、弊社のデータセンターを中継センターとして利用いただく SaaS 型のサービス提供を開始しました。このサービスを利用すると、診療情報を参照する施設は新たに ICT システムを構築することなく、インターネットに接続できるパソコン（周辺機器含む）があればよく、また診療情報を開示する施設は現在利用している電子カルテシステムを更新する必要なく、短期間で地域医療連携を運用することができます。中継センターとなる弊社のデータセンターは、万全な災害対策や厳重なセキュリティ対策を施しているため、それぞれの医療機関は安心してサービスを利用いただけます。

このような SaaS 型のサービス提供の形態のほかに、地域に中継センター機能を設置する拠点設置型もあります。これは中継センターとして、地域のデータセンターや医療施設の設備を利用する方法です。

地域ごとに ICT 資源の状況や運用方式の要請に応じて、柔軟に最適なネットワークを提供します。■

〈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
ヘルスケア営業支援統括部
第二営業支援部
TEL 03-6252-2701

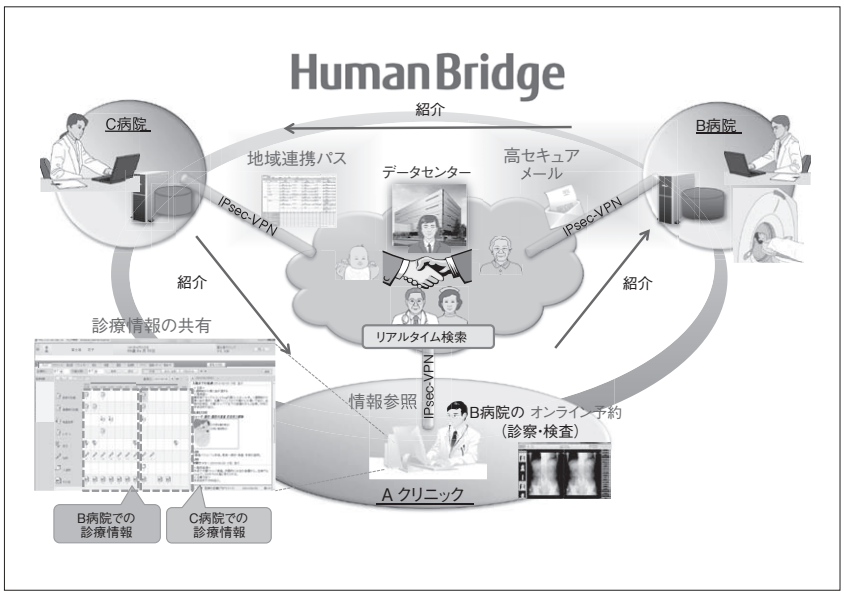


図 1　HumanBridge のサービスイメージ

診療力＆経営力をアップさせる

医師事務作業補助者の活用

2008 年度の診療報酬改定において、医師事務作業補助体制加算が新設され、2010 年度の改定においても、勤務医の負担軽減の観点から、加算の大幅な見直しが行われ、区分の新設や増点など、さらに高い評価がされました。このように医師事務作業補助者を採用し、体制を整えることは、医師の負担を軽減し、診療の生産性を高めるだけでなく、医療機関経営の点からもメリットが生まれる可能性があります。そこで、本特集では、医師事務作業補助者の育成・確保対策、診療・経営に生かすための活用方法について考えます。

OUTLINE

医師事務作業補助者の育成・確保対策とその活用

瀬戸　僚馬 氏　東京医療保健大学医療保健学部医療情報学科講師

瀬戸　僚馬 氏
（せと　りょうま）
国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科修了。博士（医療福祉経営学）。津久井赤十字病院、杏林大学医学部付属病院勤務を経て現職。「平成21 年度財団法人政策医療振興財団助成『医療事務作業補助体制の推進を目的とした病院情報システムの標準的運用マニュアル構築』」代表研究者。日本医療情報学会では、医療情報技師育成部会の医療情報基礎知識検定試験委員や看護部会幹事を務める。著書に『はじめてのメディカルセクレタリー』（共著、医療タイムス）などがある。

医師事務作業補助者の位置づけ

医師事務作業補助者は、2008 年の診療報酬改定によって新設された職種である。その名のとおり医師の事務的な業務を支援するスタッフであるが、厳密には職種というよりも職制と言った方がよいだろう。

これに似た存在に、「医療クラーク」や「医療秘書」という職種もある。昨今、これらの用語があまり整理されずに用いられて混乱の原因になっているようなので、まずは制度上の背景と、これらの職種の位置づけを整理しておきたい。

1．医師事務作業補助者

医師事務作業補助者は、診療報酬制度上の「医師事務作業補助体制加算」の対象となる業務を行う職員を言う。指揮命令系統が病院に置かれることが前提なので、業務委託は認められていないが、人材の派遣を受けることは可能である。

対象となる 4 業務が大まかに定められているほか、同加算の届け出対象者が行うことのできない業務も 6 種類ある（**表 1**）。

この中で「診療記録への代行入力」とは、単にプログレスノートの記載にとどまらないことは言うまでもない。筆者らの研究でも、すでに注射オーダなどの代行入

行える業務	行えない業務
1．診断書などの文書作成補助 2．診療記録への代行入力 3．医療の質の向上に資する事務作業 （診療に関するデータ整理、院内がん登録などの統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等） 4．行政上の業務 （救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等）	1．医師以外の職種の指示の下に行う業務 2．診療報酬の請求事務 （DPC のコーディングに係る業務を含む） 3．窓口・受付業務 4．医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務 5．看護業務の補助 6．物品運搬業務等

表 1　医師事務作業補助者の業務内容

力に着手している病院が見られる。

病院の機能によって 15 対 1（810点）～100 対 1（138点）までの配置基準が設けられている。これは入院初日の加算であるから、在院日数が短い病院ほど算定できる機会も増大する。仮に平均患者数 500 人で、平均在院日数が 15 日の病院では月に 1000 件になるので、15 対 1 の場合は約 810 万円の収入を確保できる。

2. 医療クラーク

医療クラークは、外来クラークや病棟クラークなどとも呼ばれ、2008 年以前から受付業務や診療録の整理などを行っていたことは周知のとおりである。従来、行政の文書において「医療クラーク」という言葉が用いられることはなかったが、2010 年のチーム医療通知〔「医療スタッフの協働･連携によるチーム医療の推進について」（医政発 0430 第 1 号）〕において「書類作成等の医療関係事務を処理する事務職員」という形で明記された。これは医師やコ・メディカルが本来の業務に専念できるよう事務職員などを積極的に活用すべきとの文脈の中で、その一環として看護補助者やポーター・メッセンジャーと併せてうたわれた職種である。よって、この通知の意図に沿って事務職員などの業務を広げていくと、医師事務作業補助者の業務範囲を超えてしまうことも考えられる。

ただ、医師やコ・メディカルが本来の業務に専念するためには、「医師事務作業補助体制加算」にこだわることが妥当解とは限らない。医療クラークの一部を同加算の対象外として配置することについても、病院の置かれた環境によっては検討すべきである。

3. 医療秘書

医療秘書は、秘書としてのスキルを基に、医師を支援するサービスを提供する職種である。欧米では 1920 年代ごろから活用例が見られる一方、わが国では医療制度上の位置づけがなかったこともあり、必ずしも普及していないようである。ただ、文部科学省の産学連携による実践型人材育成事業でも「病院勤務医が求める中堅医療秘書育成のためのレベル別教育プログラム開発」プロジェクトが行われ、その職種像も整理されつつある（**図 1**）。

医療秘書も、実務的には医療文書の作成などを行うことが多く、これらの職員は医師事務作業補助者として届け出する対象になる。しかし、その枠を超えた業務を行う職員を同加算の対象外で配置する可能性があることは、医療クラークと同様である。

ちなみに、医療秘書と医療クラークでは業務範囲がか

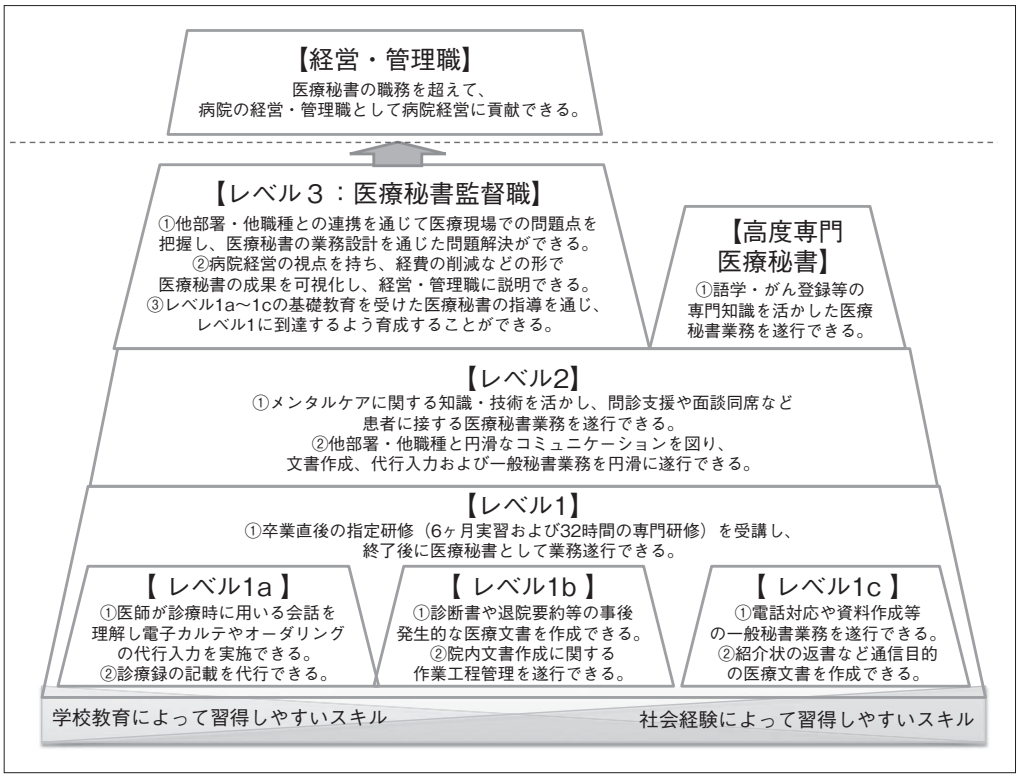


図 1　医療秘書の職種像
出典：文部科学省産学連携による実践型人材育成事業「病院勤務医が求める中堅医療秘書育成のためのレベル別教育プログラム開発」プロジェクト資料より抜粋

なり重なるので、これらを厳密に整理することは困難である。ただ、一般論として言えば、医療秘書はビジネス実務のスキルがあることが前提になっているのに対し、医療クラークは診療報酬制度に関する知識に比重が置かれているようである。基本的には院内呼称の問題であるから、実際の業務内容に即した職名で運用することになるだろう。

導入方法によるメリット・デメリット

医師事務作業補助者の導入方法については、①どの部署に所属させるか、②どの業務を担当させるか、という2つの論点がある。

まずは、所属部署に関する検討である。つまり、医師事務作業補助者の上司を医師にするか、事務職員にするか、という選択である。結論から言うと、同職種の育成に熱心な医師がいる病院では、医局に所属させる方向で検討した方が診療プロセスに密着しているだけに業務範囲も広がり、より全体最適にかなうと思われる。ただ、そのようなゆとりがない病院も多いと思われるので、この場合は事務部門に配置してサポートを行う必要がある。いずれの場合も、医師と事務職にはそれぞれのスタンスや仕事の進め方があることを踏まえ、医師事務作業補助者がどちらの職種にも相談できる体制をつくることが重要である。

担当業務に関しては、医療文書の作成だけに終始せず、できるだけ幅広い構想を持つことが重要である。医療文書の作成についても、保険会社様式の診断書作成はもちろん、退院サマリ、診療情報提供書やその返書まで幅広い選択肢がある。まだ数は少ないものの、手術記録や麻酔記録を作成している事例もある。いますぐに着手する文書と、将来的に手がけたい文書を整理し、段階的に増やしていくことが望ましい。なお、診療報酬制度に定められている「医療の質の向上に資する事務作業」は、あまりに幅の広い表現であるため具体的に判断しにくいという声もよく聞かれる。実際には電話応対に始まり資料作成まで多彩な業務を行っていることが政策医療振興財団助成研究班の調査でも明らかになっており、ますます多様になっていくものと期待される（**図2**）。

もちろん、業務範囲を広げればそれだけリスクも伴うので、一気に広げるのではなく、中長期計画を持って段階的に増やしていくことが重要である。

電子カルテと医師事務作業補助者

診療報酬制度では、医師事務作業補助者の業務の1つとして「診療記録への代行入力」が掲げられている。ただ、現状では、同職種による業務の多くは医療文書の作成に割かれているのが現状であり、代行入力を行っていない病院も多いようである。

代行入力の内容は、外来診察室に同席して医師と患者の会話を聞きながらプログレスノートをとることや、医師が口述した指示内容を基に注射・処方・検査・処置・食事などのオーダを発行することまで含まれる。このような業務は、すでに電子カルテを導入した病院であればコンピュータに向かって行う業務であるが、手書き運用しているものについては記載代行することも含まれる。ただ、手書き運用の病院よりは、やはり電子カルテを導入した病院ほど、このような業務を医師事務作業補助者がサポートする必要性が高まるようである（**図3**）。

このような業務を医師事務作業補助者に代行入力させる場合、施設基準により、医師が確定操作を行うことが義務づけられている。ただし、確定操作を行うタイミングについては特に定められていないが、効率性や安全性の兼ね合いもあるので、各病院で十分に議論して決める必要がある。

医師事務作業補助者が行う代行入力については、安全性などの理由からコ・メディカルや事務職からの慎重論も根強い。他方、医師の中には、いわゆる高度医療クラークのような高度専門人材に積極的に業務を委譲したいという意見も多く、ここは今後の大きな課題である。

つまり、電子カルテへの入力作業は大きな負荷であるため、医師としては任せたいものの、現時点では医師事務作業補助者のスキルが必ずしも追いついておらず、周囲の不安が強い状態と言えるだろう。ただ、諸外国では、電子カルテの入力を医療秘書が代行することは一般的であり、入力作業に対する負担感も医師やコ・メディカルより低いという報告まで存在する。医師やコ・メディカルの供給が大幅に増えることを期待しにくい以上、わが国でも、今後の数年間で医師事務作業補助者が電子カルテの代行入力を行う傾向は急激に強まっていくと思われる。

医師事務作業補助者の育成方法

医師事務作業補助者の業務範囲が拡大して電子カルテへの代行入力が視野に入ると、やはり課題になるのは人材育成である。これには、画一的な育成や配置を避け、医師事務作業補助者の背景を踏まえて多層的に設計することが重要である。

現状では、医療事務経験のある職員を医師事務作業補助者として配置するケースが多い。この場合は、やはり診断書作成などの文書作成業務が得意だろう。また、大学や専門学校で医療秘書としての教育を受けた人を雇用する場合もある。これらの人材は、すでに教育用電子カルテなどの操作経験が豊富で、代行入力を行う要員としても期待できる。さらに、昨今は、国の緊急雇用創出事業を受けた都道府県からの補助で医師事務作業補助者を

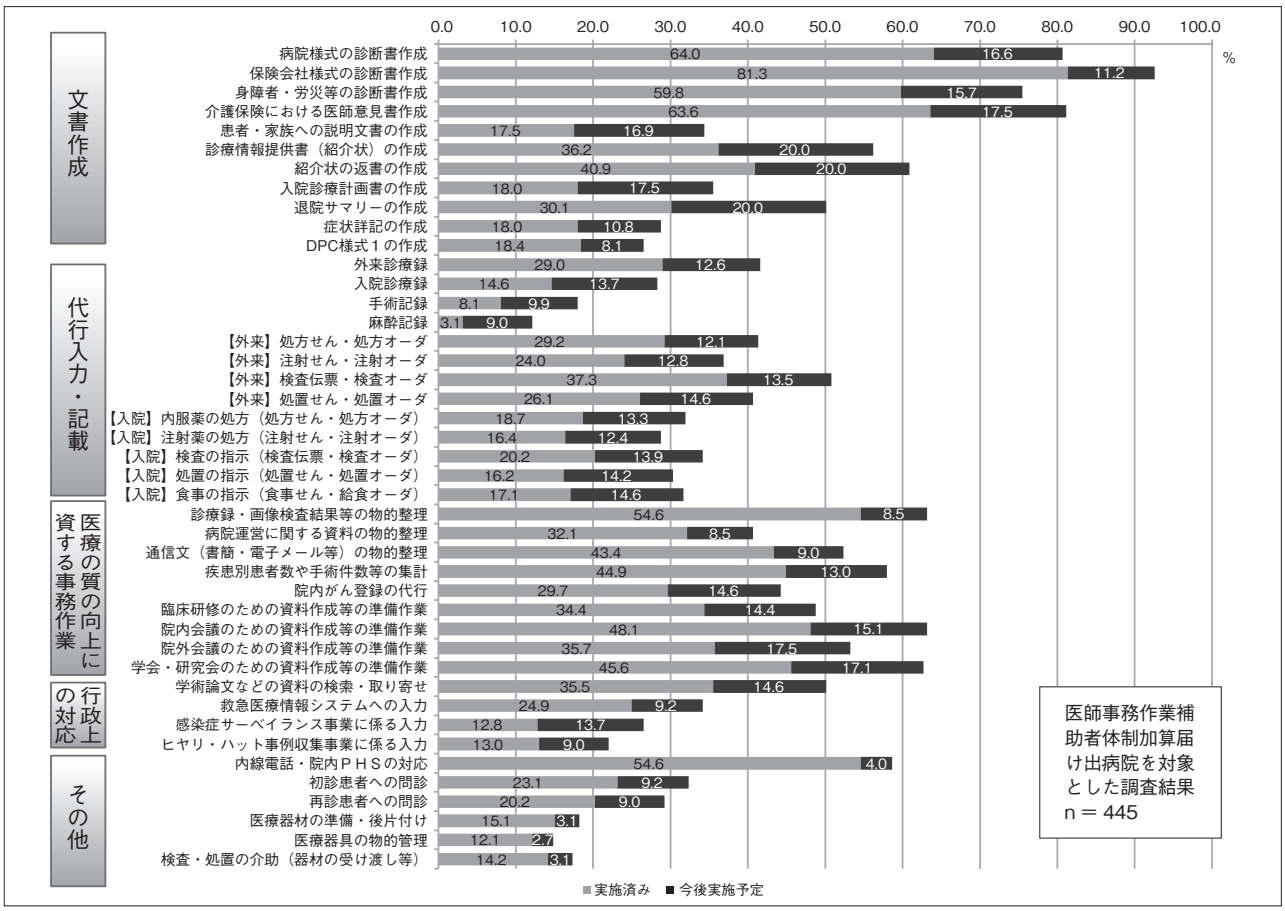


図２　多様化する医師事務作業補助者の業務
出典：瀬戸僚馬・他「医師事務作業補助者の業務と電子カルテ等への代行入力の現状」（『医療情報学』22・6、265～272、2010）

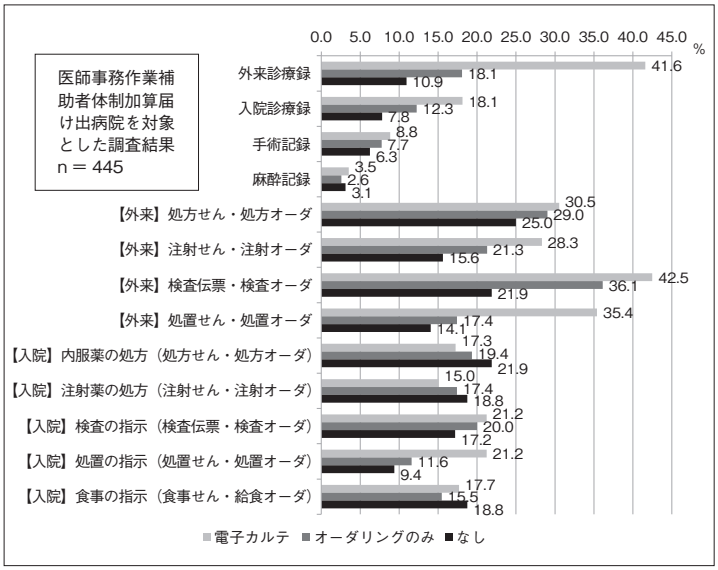


図３　医師事務作業補助者による代行入力の状況
出典：瀬戸僚馬・他「医師事務作業補助者の業務と電子カルテ等への代行入力の現状」（『医療情報学』22・6、265～272、2010）

導入する病院もある。これらの人材は、営業や経理などの経験はあっても、医療界の経験は乏しい。ただ、資料作成には長けており、前例のある文書から新たな文書を作成するスキルは持っているので、診断書作成などは十分に可能である。

このように多彩な背景の人材が集まるのが、医師事務作業補助者の特徴でもある。また、医師はもともと「背景や得意分野が異なるスタッフ」と接することにも慣れている。だから、一見手間がかかるようでも個々の能力を引き出せる業務を念頭に入れて育成を行い、徐々に担当業務を広げた方が結局は効率的である。

おわりに

病院情報システムの構築では、全体最適の観点からの業務設計が重要だが、実は医師事務作業補助者の導入でもこれもまったく同じことが当てはまる。この職種は既存の職種の「仕事の隙間」を埋めることが仕事であるから、業務分析を欠いたまま導入しても成果は望みにくい。医師事務作業補助者の導入を通じてBPR（Business Process Reengineering）を進めるという視点が重要である。

なお、筆者が政策医療振興財団研究班の代表として取りまとめた「医師事務作業補助体制の推進を目的とした病院情報システムの標準的運用マニュアル」はホームページ（http://plaza.umin.ac.jp/~seto/manual.pdf）で公開しているので、ぜひご活用いただきたい。■

MODEL CASE

聖路加国際病院における診療力&経営力を上げる医師事務作業補助者の活用

原茂　順一 氏
聖路加国際病院診療支援グループ医事課・医療連携相談室・クライアントサービス室マネージャー

原茂　順一 氏
（はらも　まさかず）
1994 年信州大学経済学部卒業。聖路加国際病院入職（医事課外来係）。同院医事課外来係チーフ、医事課入院係チーフ、医事課統括チーフ、医事課マネージャー補佐を経て 2007 年から医事課マネージャー。2010年からクライアントサービス室（法務部門）、医療連携相談室マネージャーを兼務。2011年から東京医科歯科大学大学院医歯科学専攻医療管理学コースに在籍。

医師事務作業補助者導入の背景

当院では、医師事務作業補助者の加算開始以前から、病院全体の業務効率化を目的として、診療情報管理、診断書などの文書作成支援、診療予約管理、教育研修、検査説明といった分野に相当数の事務職員を配置し、それぞれの分野で業務を行ってきた。その後 2008 年度の診療報酬改定によりそれらが評価されるようになったので、若干先行して導入したような結果となった次第である。

ただ、診療報酬上に規定される業務範囲と従来からの業務範囲が必ずしも一致するものではなかったため、業務範囲の見直しや部署の分割・統合など加算算定に向けての業務切り分けは必要だった。また、基本的には従来業務を踏襲した形であるから、加算算定のための人員増は必要としなかった。

医師事務作業補助者のコンセプト

医師事務作業補助者という名称から診察において医師の補助を行ういわゆる「医療クラーク」を第一に連想してしまうが、当院では後に述べる理由から個別の医師や診療科への配置は原則として行っていない。加算算定に際して、以下のコンセプトを再確認した。

1．医療安全の最優先

数十時間の教育を行っても、基本的には「非医療者」と位置付け、ワンアクションで患者に有害事象が発生するような業務は担当させないというコンセプトの下、カルテの代行記入、処方せんの発行、検査オーダなどの直接医師に対する補助的業務は行っていない。医師の確認が業務フローに組み込まれていたとしても形骸化する概然性は高く、例えば薬剤の禁忌投与、造影剤アレルギーの見落としなどの重大な医療事故を惹起する恐れがある。

2．極力、中央部門に集中配置し効率化の効果が病院全体にもたらされること

これは、病院の経営環境により、非常に差異のある方針であると思う。従来各セクションに分かれて行われてきた業務を、セクションの壁を越えて業務内容ごとに整理・再編し、ある医師事務作業だけである程度業務量をまとめ、その部署に複数名の補助者を配置することにより、業務の効率化、部門内教育の効率化を図っている。例えば消化器外科に 1 名であるとか、A 医師専属などの配置方法であると、業務の習熟は早いが、逆に配置転換や人員交代の際の引き継ぎ、教育が著しく困難となる可能性がある。こうした点を考慮してのことである。また、これには診療科・医師ごとの公平性の確保という観点もある。

病院によっては、尋常ではない医師不足により、本格的に医師事務作業補助者を養成し外来診療の主戦力として活用することを試みている病院や、診療科の売り上げに応じていわゆるインセンティブとして人員を配置する例、学会発表用資料の作成などを行わせる研究秘書のように活用する例などあるが、これらの活用法は病院の業務遂行上必要な「公的補助」と私的活用との区分が曖昧になりやすく、ともすれば診療報酬上の範囲を逸脱する可能性があるため、業務管理者としては注意が必要である。private secretary 化してしまうと、その業務効率は漸減すると思われる。

3．業務実績をできるだけ可視化できる業務を中心に

中央部門への配置と同様であるが、業務効率の測定を行いやすい業務と、そうでない業務が存在する。できるだけ測定しやすい業務に配属させることで、より有効に活用する努力をしている。費用対効果を測定することができればよいが、少なくとも行った業務量を数字で表現できる体制は必要であろう。これは、医師個人別に配置するようなケースにおいては必須である。例えば補助者の配置により外来の診療効率を上げることが目的であれば、時間当たりの外来診療人数をモニタリングし、その数値が上昇しているか、医師の超過労働時間が低減しているかなどの指標を基に、定期的な管理、是正が必要となってくる。

教育体系

教育体系は、診療報酬規定に定められた研修に関して

は医師事務作業補助員全員に対して、個人情報保護や電子カルテシステムといった規定科目を履修させ、規定外は主として医学・医療知識に重点を置いている。院内医師による聖路加看護大学での講義内容を基に、幅広い講義を行っている。また、講義は規定の時間数にかかわらず実施しており、当日参加できない対象者のためにビデオ収録を行っている。これも医療安全を重視する姿勢からである。また、この講義は、事務職員向けの研修プログラムとしても活用されている。

実際の運用

医療情報解析室診療情報データ管理担当：1 名。医師からの依頼によって、電子カルテ上から必要なデータの抽出を行う。学会発表、治療成績の測定など幅広い分野のデータを取り扱う。同様の業務は経営管理上の必要性などから医師以外の職種からも依頼されるが、それらに対しては別の担当者が行っている。

診療情報管理室がん登録・統計担当：4 名。経営管理目的以外の公的統計業務を行う。

医事課予約センター:8 名。診察予約の新規取得、変更、検査予約の変更などを院内の規定に基づき行う。膨大な変更件数を処理することにより、医師の負担軽減を図る。

医事課文書係：6 名。障がい認定など各種公的診断書、および保険会社用診断書など作成に必要なデータ収集、下書きを行うことにより、医師の業務を代行する。積極的活用により、導入前は申し込みから平均 8 日を要した作成期間が 6 日程度にまで短縮された。

放射線科トランスクリプション担当：2 名。放射線科医が口述した読影結果をレポート化する業務であり、この業務の当院での歴史は古く、戦前より導入されていたようである。

医療安全管理室：1 名。医療安全管理室は全職種に対して医療安全の普及活動を行っているが、その中で医師向けとそれ以外の職種向けの業務を分離して医師向けの作業補助のみを行う担当を配置している。

教育研修部研修医教育担当:1 名。医療安全管理室同様に、研修医教育とそれ以外の業務を分離して、担当者を配属している。

医事課医療連携相談室：2 名。開業医より紹介を受けて治療を行い、症状が安定した患者を依頼元の開業医に逆紹介している。逆紹介の対象となる患者の抽出や診療情報提供書の下書きを行い、円滑な逆紹介をサポートする業務を行う。

放射線腫瘍科問診担当：1 名。放射線治療前、患者へ問診票記入を依頼し、その内容を電子カルテシステムテンプレートに転記するとともに、診察する医師に伝達する。

オンコロジーセンター問診担当：1 名。化学療法前に、患者へ問診票記入を依頼し、その内容を電子カルテシステムテンプレートに転記するとともに、診察する医師に伝達する。

放射線腫瘍科とオンコロジーセンターは各診療科別に補助者を配置している特異な科である。これらは保険診療上、各治療の前に必ず医師の診察が必要とされ、その内容は比較的定型的であることから、事故の危険性は少ないと考え補助者を配置している。

検査説明所：2 名。外来診察の際に消化管内視鏡検査や CT、MRI などの検査オーダが医師より出されるが、それに際しては事前に同意書記入、注意事項説明や準備などが必要となる。従来これらの業務は、各診療科の看護師により行われていたが、これを 1 つの場所に集約したのが検査説明所である。看護師と看護助手がその任にあたっている。各診療科に配属されている看護師は、医師へのサポート業務以外にもさまざまな仕事を行い、とても医師事務作業補助者としての登録は難しかったが、日々行う業務の中から一部を切り出して集約すれば医師事務作業補助者としての業務になりうることが本事例からおわかりになると思う。

経営上の評価

業務実績の可視化をコンセプトで挙げておきながら、現在のところ経営に寄与したとする指標はない。ただ、病院機能が良い方向に進みつつあることの指標はいくつかある。例えば医事課文書係において各種診断書の申し込みから発送までの日数が、導入前の 8 日から 6 日程度に短縮された。電子カルテシステムが整備され、誰でもカルテの内容が理解できること、手術レポート、退院サマリ、病理報告などが迅速に記載されることがベースにあるが、それらを基に、単純な文書（生命保険会社診断書など）であれば、下書きを行い医師が捺印すればよい状態にまで仕上げたり、難易度の高い診断書（障害認定用診断書など）では医師の書類作成に必要と思われる各種データの抽出を行っていて、医師からも好評である。また、数値には表れないものの、特に医師の文書作成の遅れ（数週間を要しており、苦情が絶えなかった）が激減し、患者クレームも減少した。

このほか、医事課医療連携相談室においては、当院外来にて経過観察を行っているが症状が軽快し開業医にてフォローしてもらう状況にある患者を抽出し、その患者の診療情報提供書の下書きを行い、退院時逆紹介を支援している。その結果、退院時逆紹介率と紹介状発行数ともに導入前に比して大幅な上昇を示した。医師は逆紹介する必要があることや、開業医でのフォローアップで問題ないことをわかっていながら、診療情報提供書の作成に手間がかかっていたゆえに対応が後手になっていたが、その悪循環を断ち切れたと考えている。■

SPECIAL CONTRIBUTION

クレーム対策
―ノウハウと実践 医療機関代理人弁護士の立場から―

棚瀬　慎治 氏
弁護士（棚瀬法律事務所）

医療崩壊も招く クレームの実態

「医療崩壊」が叫ばれてから久しい。「医療崩壊」を招く原因としては、国の医療費抑制政策や医療訴訟の増加が指摘されることが多い。もっとも、国の医療費抑制政策については、不十分ながら一部の分野について改善の兆しも見え始めており、医療訴訟についても、2004年をピークに民事医療過誤事件の訴え提起件数には減少傾向が見られている。むしろ、現在の医療現場を疲弊させ、職員の士気低下を招いている大きな要因として、患者の理不尽な要求（不当要求）やハードクレームの存在が指摘できるであろう。「monster patient」などとして報道されている問題患者ないしその親族からのクレームである。

日本看護協会が2006年に行った全国調査の結果、回答のあったうち3割の病院が「過去1年間に患者から病院職員への暴力があった」とし、2割が「患者による病院施設の損壊があった」と回答している。女性看護師へのストーカー行為を訴えるものも多かったという。また、全日本病院協会が2007年12月から翌月1月にかけて行った調査でも、過去1年間に職員が患者から暴力を受けた病院が52.1％（1106病院中576病院）に上ったとされた。さらに、2007年6月、奈良市の病院長が診療中に患者の夫からナイフで刺され重傷を負ったことを受けて、奈良県医師会が医療関係者約1万7000人を対象に行ったアンケートでは、身体・精神共に被害を受けたことがあると回答した医師が61.3％、看護師が60.5％、事務職員36.7％であった。被害の内容としては、「認知症患者に叩かれる、引っかかれるが常態化している」といったものから、「患者の家族にストーカー行為をされた」といったものまでさまざまであった。

職員の士気低下を誘発

患者の暴言・暴力などの直接的被害のほか、医療現場の士気が低下するなどの間接的被害も深刻である。前記の奈良県医師会によるアンケート結果でも、32.4％の医師が「仕事のやりがいが低下した」と回答し、医師の9.4％、看護師の7.4％にPTSD（心的外傷後ストレス障害）と見られる症状があったとされている。

また、職員が医療現場から離れてしまうという被害も見られる。報道では、神奈川県の市立病院で、手術後に手足のしびれが残った入院患者の家族から抗議があり、その内容が次第に医師や看護師の外見に関する中傷へとエスカレートし、暴言で傷ついた看護師5人以上が退職してしまったということも見られた。同一の病棟から5人以上もの看護師が退職してしまったとすると、医療現場に与える影響は少なくないであろう。

深刻な具体例

1. 事例1

90歳の女性患者が整形外科に入院。入院直後から、患者の息子夫婦が、医師や看護師に対して、症状に関する説明を何度も要求。多いときには1日に5、6回にわたり同じ質問を繰り返す。質問内容は、「なぜ治らないのか」「なぜその薬を使うのか。いつからいつまで使うのか」「なぜ説明せずに薬を替えたのか」など。また、この息子夫婦は、帰宅した後も夜に再び病院に電話して説明を求めることがあった。これが2年間続き、診療の妨げとなっていた。病院側でていねいに説明しても家族の過剰な質問は一向に収まらず、かえって、オムツの使用枚数を聞かれて即座に答えられなかったことなどから、追及の口調は激しさを増すばかりとなり、ほかの患者にも「母がやけどを負わされた」などと誹謗中傷する行為も見られるようになった。

病院が話し合いの機会を設けるも理解を得られず、患者の転院先とし

て老人ホームを紹介するも退院を拒否された。病院は弁護士に相談の上、裁判所に診療関係調整調停の申し立てを行ったが、息子夫婦は調停に出頭せず。最終的に病院側から裁判所への申し立てを行い、2008年3月、裁判所から「医師、看護師その他の職員を誹謗中傷したり、他の患者に対する信頼を損なわせるなどして、診療行為その他の業務を妨害してはならない」との仮処分命令（注：正式裁判によらずに短期間で仮の命令を出す処分）が出された。

2. 事例2

内科系の病気で入院していた40歳代の男性患者が、深夜にナースコールをした際に、「女性看護師が来るのが遅い」「顔を見て笑った」などと言いがかりをつけ、病院から出ていこうとしたため、女性看護師がこれを引き止めたところ、「なぜ言うことを聞かなければならないんだ。謝れ」などと述べて、4人を約1時間にわたって廊下に土下座させた。さらに、仲裁に入った男性医師の顔を殴った。

クレームの増加・深刻化の背景

紹介したのは、報道に現れた多数の事例のうちのごく一部であるが、なぜこのように患者クレームが増加・深刻化するに至ったのであろうか。

1つには、1999年に立て続けに発生した患者取り違え手術事件、消毒液静脈注射事件を発端として、マスコミによる医療バッシング報道が過熱したことが指摘できるであろう。一連の報道によって、国民の医療機関に対するイメージは悪化し、クレームを受けやすい対象となってしまった。

次に、よく指摘されるのは、「患者の権利意識の向上」である。以前において、医師・患者関係ではパターナリズムが強かったため、患者は医師の勧める医療を一方的に受けるという受け身の立場であったのに対し、患者の自己決定権が強調されるとともに、医療業態のサービス化が進むことによって、患者は単なる受け身の立場を超えて、自ら欲する医療サービスを選択し、これを医療機関に求めていくという消費者的立場に立った。対価を支払って医療サービスを受ける以上、少しでも要求と異なった場合には、クレームをつけて当然という風潮が生じているのである。

もっとも、このような「マスコミ報道」「権利意識の向上」といった要因よりも、筆者としてより強く指摘しておきたいのが、「医療者の受容」ということである。患者が消費者的立場に立ったというだけであるなら、一般のサービス企業と同じ状況になっただけのはずであるが、実際の医療現場では、一般企業に対するクレームとは質的・量的に異なるクレームが発生しているように思われる。そこには、「患者」という社会的弱者として扱われがちな主体からのクレームであるがゆえに、医療者としても多少は大目に見ていこうという風潮がないだろうか。前記の各報道事例を見ると、病院以外の公共の場であれば決して許されないような暴言･暴力（場合によっては暴行罪、傷害罪、業務妨害罪などの犯罪が成立）が存在すると言わざるを得ないのであるが、その一因として、「患者の病態によるもの」ととらえることで済まそうとする、医療者の過度の受容が存在するのではないか。実際、前記の2007年における全日本病院協会の調査では、患者からの暴力事例発生件数6682件のうち、警察に届けたものは5.8％（397件）、弁護士に相談したものは2.1％（144件）とそれぞれ低く、ほとんどが院内で対応していたとのことである。

医療者、特に看護師などにおいては、患者のメンタル面をサポートすることも職責の範囲内であるとしても、犯罪に該当し得るような行為まで容認する必要性はない。1999年に国際看護師協会から出された職場における暴力対策ガイドラインにおいても、医療現場における暴力を「個人の尊厳と高潔、そして危害からの自由に対する看護師の権利を侵害する」ものとして位置付けているところである。翻って考えると、医療者が特定の患者の不当要求ないしハードクレームに対応することに時間と労力を費やし、その結果において精神的ストレスを抱えた状態で通常業務にあたったり、極端な例では離職してしまったりすれば、ほかの患者に提供できる医療の質と量が低下することは容易に想像できる。したがって、不当要求やハードクレームを受容することなく毅然として対応することは、すなわちほかの患者にとっての「適正な診療を受ける権利」を確保することにほかならない。

毅然とした対応が必要

患者からの暴力（言葉による威迫なども含む）について、その対策を論じた文献は、国内外を問わず多く存在する。医療機関にとって役に立つと思われる代表的なものとしては、前記日本看護協会の「保健医療福祉施設における暴力対策指針」や、2006年厚生労働科学特別研究事業「医療機関における安全管理体制のあり方に関する調査研究」などがある。これらにおいては、暴力の予防や事件発生時および事後の対応などについて論じられており、各医療機関ではこれらを参考にマニュアルの整備などを行うことが可能である。もっとも、すでに相当の割合の病院

で、患者の「暴力」についての対策マニュアルは一応備えられていると思われる。そして、現在医療現場で多く問題となっているのは、必ずしも「暴力」とまでは評価し得ない不当要求やクレームであると思われることから、「暴力」への対応策の検討・紹介はほかの機会に譲ることとし、本稿では患者クレームの最前線に立つ医療機関代理人弁護士の立場から、ほかで論じられることの少ないポイント、ノウハウに限定して指摘したい。

なお、市販されている書籍の中には、「患者のクレームは経営改善に役立つので歓迎すべき」とか、「患者のクレームはコミュニケーション不足から生じる」として医療者に積極的なコミュニケーションを推奨するものなども見られる。確かに、そのような指摘が妥当となるケースの存在は否定しないが、医療機関代理人弁護士としてクレーム対応の窓口となっている筆者の経験からすると、一般的な感覚では理解しがたい不当要求や、金銭取得目的のクレームなども多く見られるようになってきていることも事実であり、そのような場合にまで「コミュニケーション不足」が原因と判断すべきではない。毅然とした対応が必要な事案が増えてきているのである。

不当要求患者と応招義務

医師法第19条第1項は、「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」として、いわゆる医師の応招義務を定めている。そのため、各医療機関では、迷惑患者・不当要求患者であっても診療を拒否することはできないのではないかと考え、対応に苦慮することがある。しかし、条文からすれば、「正当な事由」があれば診療拒否は可能である。

この「正当な事由」の有無に関して、裁判例では古くから問題とされており、地震による重症患者の診療を内科医が専門外として断ったことや、満床を理由に重症気管支炎の患者の受け入れを断ったことについて「正当な事由」はなかったとしたものがある〔前者につき大審院1938(昭和13)年7月10日判決、後者につき千葉地裁1986(昭和61)年7月25日判決〕。また、裁判例に限らず、厚生省(現・厚生労働省)通知においても、医業報酬が不払いであっても直ちにこれを理由として診療を拒むことはできないとされるなど〔大審院1935(昭和10)年5月2日判決、1949(昭和24)年9月10日医発第752号各都道府県知事あて厚生省医務局通知等〕、医療側に厳しい解釈がなされてきた。このような状況もあってか、医療機関としては、迷惑患者であっても診療拒否はできないものと思い込みがちである。

しかしながら、各裁判例については、個別具体的事情に応じて「正当な事由」がないと判断されたにすぎないし、前記厚生省通知については国民皆保険導入以前の通知であって、現在の厳しい医療環境を前提とした解釈として一律にとらえることは妥当でない。

「医療崩壊」の一因として患者の不当要求が指摘されていることや、前記厚生労働科学特別研究事業の総括研究報告書においても、患者の暴力に対する対策が提言されていることなどに鑑(かんが)みれば、悪質な問題患者・不当要求患者に対しては、より積極的に診療拒否の方針を採ったとしても、「正当な事由」が認められて応招義務違反とはならないと考えられる。実際、某大学病院では、「病院の理念」を改正し、院内掲示や入院案内などで、職員に対するセクハラや暴力行為など迷惑行為があった場合には診療を断ると明示し、軽度の迷惑行為があった場合でも誓約書の提出を求めるなどとしている。筆者の自験例でも、悪質なクレーマーや問題患者に対しては、医療機関代理人弁護士として診療拒否の方針を通知することがめずらしくない。

もっとも、直ちに治療を行わなければ予後に影響を及ぼすような緊急性のある患者について、診療拒否に「正当な事由」が認められることはまれであるし、そうでなくとも段階も踏まずにいきなり診療拒否をすれば、「正当な事由」なしと評価されるリスクが高い。実際に診療拒否を検討する場合には、法律家などによく相談してから対処する必要がある。

強制退院

入院中の問題患者・不当要求患者が、診療の必要がなくなったにもかかわらず、種々の理由から退院勧告に応じないという相談は結構多い。問題患者に接しなければならないスタッフの精神的疲労も大きいし、特に急性期病院などでは、平均在院日数の関係で経営への影響も無視できないものがある。

このような場合、病院管理者から退院勧告書を手渡したり、顧問弁護士からの警告書交付などの手段のほか、入院時に身元保証人として署名した者があれば、その身元保証人に対して身元引受要求書を送付したりすることがある。そのほか、医療機関側で専門的に活動する弁護士に相談すれば、さまざまなノウハウで退院に向けて患者を誘導することが可能である。

そのような手段を講じても退院に応じない患者の場合、病室明け渡し断行仮処分の申し立てという手続きもある。この手続きは、正式裁判を経ずに暫定的な処分として、裁判所

執行官により強制的に患者を退院させるというものであり、その効果はきわめて大きい。

過去には、入院加療を必要としなくなった患者が退院勧告に応じない事案について、「医師が当該患者に対して入院治療を必要としない旨の診断をなし、右診断に基づき病院から患者に対し退院すべき旨の意思表示があったときは、特段の事由が認められない限り、占有使用に係る病床を病院に返還して病室を退去し退院すべき義務がある」と判示された例がある〔東京地裁 1969（昭和 44）年 2 月 22 日決定〕。近時においても、リハビリテーション病院を紹介するも転院を拒否し、治療費の支払いも行わない高齢患者に対して病室の明け渡しを命じる仮処分などが見られる〔さいたま地裁 2009（平成 21）年 1 月 16 日決定〕。さらに、病院職員に暴言を浴びせたり院内でビラ配りをするなどした患者に対し、業務妨害禁止命令仮処分が出され〔岐阜地裁 2004（平成 16）年 8 月 5 日決定〕、後に正式裁判で病室からの退去が命じられた例もある〔岐阜地裁 2008（平成 20）年 4 月 10 日判決、名古屋高裁 2008（平成 20）年 12 月 2 日判決〕。

もっとも、この仮処分手続きについては、裁判所に申し立てをして命令が発令されるまでには相応の準備が必要となるため、最終手段として位置付けられるものである。

弁護士対応

患者やその家族からの執拗（しつよう）なクレームが続く場合などには、診療にあたる医療スタッフのほか、苦情に対応する職員の疲弊も著しいものになることがある。このような場合、院内メディエーターなどによって対応する医療機関もあるが、多数の悪質なクレームに対応してきた経験からして、メディエーターが関与することによっては解決し得ないようなハードクレームの割合は決して低くないし、今後も増加が見込まれる。むしろ、速やかに医療を専門的に扱う弁護士に委任し、対応を一任することが効果的である。そうすれば、医療機関スタッフとしては、クレーム対応から解放されて本来業務に専念できるし、委任を受けた医療機関代理人弁護士は、さまざまな紛争解決手段に精通した交渉担当者として、事案に応じたスキームを検討した上でクレームを処理することが可能である。

なお、弁護士の場合、医師のように診療科を標榜する法律上の制度はないが、医師に診療科があるのと同様、弁護士にも得意分野がある。医療を専門的に扱う弁護士でなければ、応招義務や強制退院をはじめとした諸問題に精通しているとは限らないし、医療ミスを疑ってクレームがなされた場合に医学的知識を踏まえて対応することができない。また、往診を行う医師とそうでない医師がいるように、初動から患者クレームの交渉窓口を受任する弁護士と、訴訟などになった場合にのみ対応する弁護士とがいるので、弁護士に委任したり、弁護士との顧問契約を結ぶ場合にはよく検討するとよいであろう。

ちなみに、患者クレーム対応を弁護士に委任した場合、かなりの割合で、病院賠償責任保険などにより、弁護士費用が賄われ得る。同保険は、本来、医療行為によって患者に身体障害が発生した場合の損害を填補するものであるが、患者のクレーム内容が医療行為に関連するものである場合には、保険会社によって取り扱いに差異はあるものの、将来的に損害賠償請求がなされる可能性のあるものとしてとらえ、弁護士費用を保険会社が支出することも多いのである。

医療機関において、日ごろから相談できる医療専門弁護士と顧問契約を締結している場合は良いが、そのような弁護士を知らない場合には、適宜紹介を受ける必要がある。医師会の賠償責任保険（団体保険）に加入している場合には、医師会に連絡すれば、医師会の顧問弁護士が対応してくれることが多いし、医師会以外の保険に加入している場合には、通常は加入している賠償責任保険の保険会社（または代理店）に連絡すれば、医療を専門的に扱う弁護士を速やかに紹介してくれるので、覚えておくとよいであろう。■

棚瀬　慎治 氏（たなせ　しんじ）

第一東京弁護士会所属。1998 年司法試験合格。99 年に司法研修所入所し、2000 年に卒業後、都内法律事務所に勤務。医療機関を中心とした法律問題にかかわる。2005 年に棚瀬法律事務所を設立。近著、DVD に『医療機関のクレーム完全対応マニュアル』（DVD、出演、すばる社リンケージ、2010 年）、『医療訴訟判例データファイル』（編集、新日本法規出版、2010 年）、『病院未収金　回避・回収術の第一任者になる講座』（DVD、新社会システム総合研究所、2010 年）がある。

HOPE VISION Report

豊富なノウハウを集結した中堅規模病院向け電子カルテシステム HOPE/EGMAIN-LX

富士通株式会社

はじめに

中堅規模病院における電子カルテシステムの導入率は11.2％（注1）にとどまっており、普及には費用対効果の一層の改善が必要です。一方、実際に導入を検討する医療機関からのニーズは高く、求められる機能も高度かつ多様化しています。

HOPE/EGMAIN-LXは、業務要件・予算に合わせ基本となるオーダリングシステムから電子カルテシステム、看護支援システムまでを段階的に導入できるため、効率的なシステム投資が行える製品です。

大規模病院向けシステムで培われた高機能と操作性を継承

HOPE/EGMAIN-LXは、富士通が大規模病院向けに提供し業界トップシェアを誇る電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-GXの機能、考え方を基本に開発されており、これまで中堅規模病院向けには提供できていなかった大規模病院システム並みの先進機能と、使いやすさを重視したシンプルな操作性を、低コストで実現しています。

あらゆる医療シーンに対応できる機能を搭載

これまでに培ってきたノウハウを生かし、中堅規模病院向けの豊富な機能を搭載しています。例えば、各種ビューアを1画面にマルチウィンドウ形式で表示するマルチカルテビューア（図1）や、紙カルテの厚みを視覚的に表現することで検索しやすくしたヒストリカルビュー（図2）などの機能を新たに提供します。

簡単、スピーディに参照、入力が可能

日々の多忙な診療においては、簡単に入力・閲覧できることが重要となります。HOPE/EGMAIN-LXは、必要な情報へ素早くアクセスするためのインデックスや付せん、利用者ごとのお気に入りボタンなどで、医師をはじめとする医療スタッフの使い勝手を向上しています。■

注1：11.2％は病床数100～299床の医療機関における電子カルテ導入率〔「新医療」2010年7～9月号（エムイー振興協会）、「医療機器システム白書　2010-2011年版」（エムイー振興協会）、（当社調査内容含む）〕。

〈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
第三営業支援部
TEL 03-6252-2701

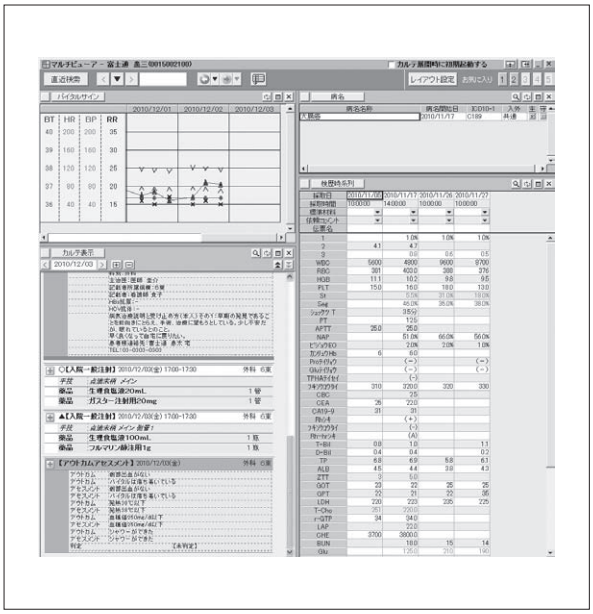


図1　マルチカルテビューア

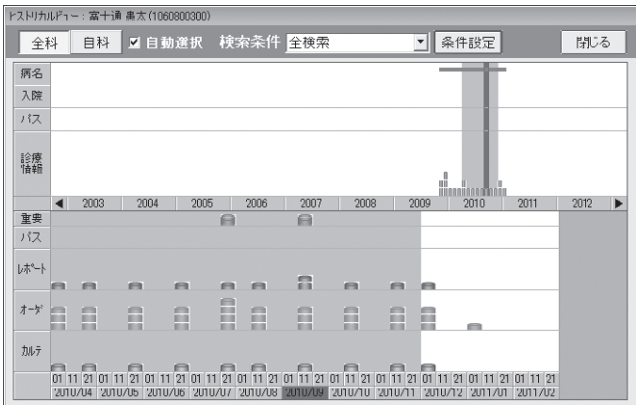


図2　ヒストリカルビュー

医療法人早石会 早石病院

電子カルテシステム「HOPE/EGMAIN-NX」オーダリング適用

部門システムと連携したオーダリングシステムの構築により、診療での情報共有と業務の効率化に成果

多くの稼働実績を持つパッケージシステムの選定で、堅実な導入と安定稼働を実現

医療法人早石会 早石病院
〒543-0027
大阪府大阪市天王寺区筆ヶ崎町2-75
TEL 06-6771-1227
FAX 06-6771-8866
URL http://www.hayaishi.or.jp/

早石病院は、1945年の空襲罹災後、現在地に再開業して以来、外科を中心に「地域に貢献する医療機関」として診療を行ってきました。大阪市天王寺区には、急性期医療を提供する大規模病院が数多くあり、回復期リハビリテーション病棟、特殊疾患療養病棟などを設けて病病連携にも力を入れています。2009年9月に155床の新病院を建築・移転。それと同時に院内IT化に着手し、HOPE/EGMAIN-NX（オーダリング適用）を導入して、各部門での業務の効率化を実現しています。

interview

早石　誠 院長
谷　嘉仁 事務部次長
大島　圭司 医事課課長
上間　謙一 診療放射線技師長
田中 なおみ 臨床検査室主任

CaseStudy IT化のねらいと導入の経緯

新病院への移転でスムーズで効率的な運用を優先し、オーダリングシステムを導入

ITによって業務を効率化し、その時間を患者さんのために使いたい

Q：地域における早石病院の役割を教えてください。

早石氏：天王寺区は、大阪赤十字病院、大阪警察病院、NTT西日本大阪病院などの急性期の基幹病院が多く、その中で当院は、一般外科、整形外科、内科を中心に急性期医療と、在宅を含めたリハビリテーションに重点を置きながら、地域の各医療施設との連携を密にした運営を心がけています。

Q：院内IT化のねらいを教えてください。

谷氏：当院は患者さんの療養環境や、耐震性の問題から、2009年に病院の新築を行いました。それに合わせて、カルテやフィルムの搬送などの人の動きを減らす効果を期待してIT化を実施しました。スタッフの無駄な動きを減らし、本来の患者さんのための業務にあてる時間を増やすことをめざしました。

早石氏：よりよい地域医療の実践のためには緊密な連携が不可欠であり、患者情報をトータルで管理し、院内および他の医療機関とも“共有”が容易になることを期待して、IT化を進めました。

Q：導入をオーダリングシステムとした理由をお聞かせください。

谷氏：新しい病院への移転ということで、それまでの運用や使い勝手がすべて変わり、スタッフはまずその環境に慣れることが必要でした。その状態で、カルテまで電子化するのは、スタッフが混乱すると考えて、まずオーダリングシステムまでの導入として、電子カルテはある程度ITに慣れてから、次の段階として検討することにしました。

早石　誠 院長

谷　嘉仁 事務部次長

大島　圭司 医事課課長

CaseStudy システム選定と導入準備

中小規模病院での安定稼働の実績から富士通製品を選択

オーダリングシステムの具体的運用の共通理解からスタート

Q：導入準備はどのような手順で進められましたか。

谷氏：まず、コ・メディカルと医事課のスタッフを中心としたプロジェクトチームを組織して、“オーダリングシステム”とはどういうものかを理解するところからスタートしました。実際に稼働している施設の見学を行うなど情報収集をしましたが、最初はなかなかイメージをつかめず苦労しました。このプロジェクトチームが、そのまま導入作業の中核となりました。毎月１回委員会を開いて、段階を踏んで進めていきました。

Q：HOPE/EGMAIN-NX を選ばれた理由は何でしょう。

谷氏：最大の理由は、中小規模の病院でのシェアが大きく、安定して稼働している点です。オーダリングシステムは病院業務の基幹であり、止まらずに確実に診療が行えることが第一です。当院で、1994 年に導入した医事会計システムが富士通製であったこともあり、最終的に HOPE/EGMAIN-NX に決定しました。

PC に触ったことのないスタッフでも、容易に操作可能

Q：導入段階で苦労したのはどんな点ですか。

大島氏：苦労したのは、やはりオーダリングシステムのイメージが、見学してもシミュレーションを行ってもなかなかつかめなかった点です。リハーサルは、外来と病棟で５回は行いましたが、最後でようやく手ごたえを得られました。特に、外来の運用がなかなか難しく、患者さんの流れや、情報入力と指示せんのプリントアウトのタイミングなどを何回か見直しました。稼働後も、例えば薬局の注射オーダの締めを１時間ずらすなど、細かい調整が必要でした。運用が確定して落ち着くまでには、稼働から１カ月くらいかかりましたね。

Q：操作面での困難はありましたか。

大島氏：PC に触ったこともないスタッフもいましたので、最初は不安だったようです。そこで、旧病院の談話室に PC を置いて、インターネットの利用や年賀状作成などができるようにして、まず PC に慣れてもらえる環境をつくりました。しかし、HOPE/EGMAIN-NX の操作自体が難しくないので、結果的にオペレーションで問題が出るようなことはありませんでした。当院には年配の医師もいますが、皆自分でてきぱきと入力できています。

上間　謙一
診療放射線技師長

田中 なおみ
臨床検査室主任

CaseStudy 導入メリットと今後の展望

さまざまな部門システムの同時導入で電子カルテに匹敵する情報共有を実現

検査、PACS、薬剤などの部門システムを同時に構築

Q：システム稼働後のメリットをどのように評価されていますか。

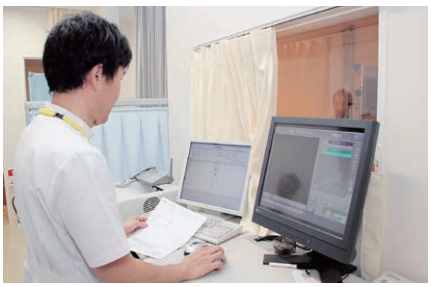
谷氏：カルテは電子化していませんが、オーダリングシステムと同時に検査、放射線画像、給食、薬剤などの部門システムを導入しました。すべての診察室には、オーダリング端末のほかに画像表示用の高精細モニタを設置しています。これによって、画像や検査情報がリアルタイムで確認、参照でき、医師やコ・メディカルスタッフの間で共有でき、導入の目的のひとつだった業務の効率化は実現されています。

早石氏：診療面では、IT 化によってスタッフ間での情報共有がスムーズになり、検査データや画像がどこでも参照でき、患者さんに見せながら診察が行えますので、患者さん中心の医療を行えることが最大のメリットではないでしょうか。

各部署で、入力作業の省力化と転記ミス解消のメリットを実感

Q：部署ごとには、どのような変化がありましたか。

上間氏：放射線科では、PACS を導入してオーダリングと連携して、フィルムレスでの運用を行っています。オーダ情報の PACS への転送によって患者基本情報の入力などの手間がなくなり、オーダの間違いや患者さんの取り違えのリスクが大きく減少しました。フィルムレス化と



院内でのシステム運用の様子。外来診察室（左）、検査部門（中）、放射線科（右）。診察室には PACS の画像表示用モニタを設置して、フィルムレスの運用を行うなど、部門システムがオーダリングシステムと連携して情報共有と運用の効率化を図っています。

合わせて、検査効率が向上したことで、サポートを含めて 2 名体制だった検査業務を、1 名で行えるようになりました。

田中氏：検査室でも、オーダリングと同時に構築した部門システムによって、オーダから検査結果の返送までオンラインで可能になりましたので、オーダの間違いや確認の手間などが格段に少なくなりました。検体検査は院内と外注検査がありますが、院内ではオーダ情報をもとに検査システムに情報を渡し、バーコード発行から結果の取得まで自動で行えます。外注検査の結果は、フロッピーディスクで戻るデータを取り込むことができるので、確実に迅速な登録が可能です。

大島氏：医事の面では、オーダリングシステムに入力したデータが会計情報となることで、カルテとの確認や計算などの作業が簡単になり、患者さんの会計待ち時間が短くなっています。

生涯電子カルテの実現も視野に、現状はオーダリングシステムで十分な満足を達成

Q：システム運用での今後の課題は何ですか。

谷氏：HOPE/EGMAIN-NX は、パッケージ製品として完成度の高いシステムですが、細かい部分で病院の運用に合わない部分を変更したい時に、融通のきかないところがあります。パッケージ製品なので仕方がないのですが、根幹部分は別として細かいところでもう少し柔軟性があると良いですね。

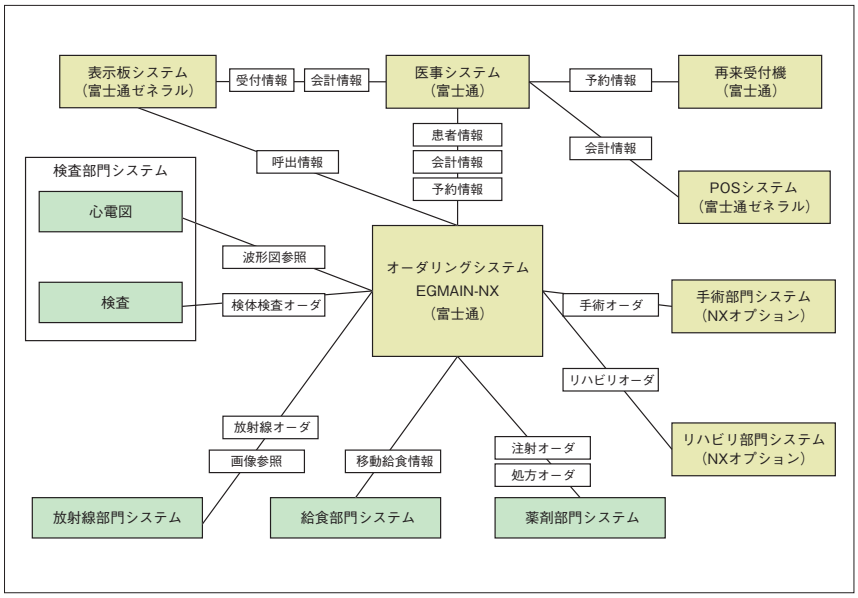
大島氏：病院の運用としての課題は、システム化で紙が増えてしまったことです。記録ではなく、予約票や基本伝票など、運用上で必要な紙の出力が増えています。新しい病院になってフロアが広くなり、患者さんの動線が複雑になったことも影響しているかもしれませんが、今後運用を含めて検討していきたいところです。

Q：電子カルテ化についてはどうお考えでしょうか。

早石氏：オーダリングシステムを導入し、院内を IT 化したことで、診療は便利になり、業務の効率化も図ることができました。部門システムとの連携によって、診療情報がリアルタイムに把握できるなど、現状で非常に高い満足が得られているので、電子カルテ化については、もうしばらく保留してもよいのではないかと感じているところです。

谷氏：地域に根ざした医療を行ううえで、患者さんを長期的に診療したデータを 20 年、30 年と蓄積していければ、既往がすべて把握できますし、患者さんの信頼度も高まると思います。電子カルテ化すれば長期にわたり、診療データの蓄積が可能になるので、そのような地域医療における IT 化のメリットを、将来的には実現できればよいと思っています。■

（早石病院の HOPE/EGMAIN-NX の導入については、株式会社医療情報システム様〈http://iryojoho.jp/〉のご協力をいただきました）



早石病院の HOPE/EGMAIN-NX システム構成図

特定医療法人康和会 札幌しらかば台病院

電子ペーパーによる診察進行状況の可視化で、待ち時間の不安を軽減

高齢化の進む札幌市豊平区において、地域住民に急性期から在宅を含めた慢性期までのトータルケアを提供すべく開院した札幌しらかば台病院。早くから院内IT化に取り組んできた同院では、2010年11月から電子ペーパーを搭載した電子カードホルダー「NAVIT™」（携帯無線型端末）を利用した外来患者案内ソリューションを導入し、患者サービスの向上と、業務の効率化をめざしています。

●病院データ●
〒062-0052
北海道札幌市豊平区月寒東二条18丁目7-26
TEL 011-852-8866
FAX 011-852-8194
URL http://www.kouwakai.or.jp

急性期から慢性期まで一貫したトータルケアを提供

一般病床112床、療養病床150床を有する札幌しらかば台病院は、高齢化率約20％の札幌市豊平区・月寒地域において、1988年に開院しました。地域における同院の役割について、遠藤院長は、「急性期における高度な最新医療から、多職種のチームによる慢性期のケアまで、一貫したトータルケアを提供しています」と述べています。

院内のIT化にも早くから着手し、2005年にはHOPE/EGMAIN-FXを導入、ペーパーレス、フィルムレスでの運用を始め、多職種での情報共有に活かしています。患者サービスにも力を入れており、外来待合室はゆったりと十分な広さが確保され、明るい色のソファを曲線的に配置するなど、アメニティの充実にも力を入れています。

今回、同院では、それらの患者サービス向上の一環として新しい外来患者案内ソリューションを導入、2010年11月から運用を開始しました。

電子ペーパーを搭載した電子カードホルダー「NAVIT™」（携帯型無線端末）を活用

札幌しらかば台病院では、患者さんの要望の多かった“待ち時間の可視化”を図り、患者アメニティの向上を目的として外来患者案内ソリューションを導入しました。同院に導入されたのは、電子ペーパーを搭載した電子カードホルダー「NAVIT™」（携帯型無線端末）によって、診察の進行状況を患者さんが携帯したNAVIT™に送信して知らせるシステムです。

これによって、従来、受診する診察室の近くで待機する必要があった患者さんが診察の順番を気にすることなく、自分の好きな場所で待ち時間を過ごすことができます。また、電子ペーパーを搭載したNAVIT™の消費電力は、従来の大型表示板に比べ1万分の1であり、節電対策にも有効です（地球環境負荷軽減として、CO_2換算で年間約1トンの削減効果を見込んでいます）。遠藤院長は「病院のIT化には、スタッフの情報共有、業務の効率化などを目的に積極的に取り組んできました。外来患者案内ソリューションでは、外来での患者サービスの一環として、電子ペーパーという新しい技術を使ったシステムを導入しました。いままでにない新しいシステムの運用でもあり職員も試行錯誤でしたが、患者

遠藤　高夫 院長

建嶋　優紀
診療情報管理課長

電子カードホルダー　「NAVIT™」
約10センチ×11センチ、厚さが8ミリのカード型の携帯無線端末で、表示部には富士通が開発したカラー電子ペーパーを搭載、無線通信には富士通独自のプロトコル（FBStar™）を採用し、多数の端末を低消費電力で運用が可能

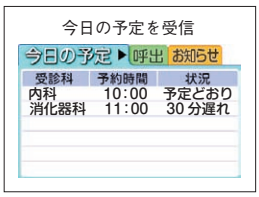
電子カードホルダー「NAVIT™」の運用

外来受付後、総合案内係がNAVIT™の使い方や診察までの流れをパンフレットを使って説明します。

診察の順番がくるまで、患者さんは院内の喫茶室など好きな場所で時間を過ごします。

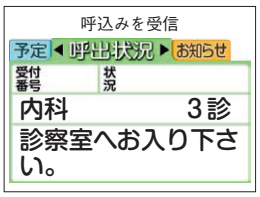
最後に、診察室で医師が“患者呼び出し”ボタンをクリックすることで順番がきたことをNAVIT™に知らせます。

NAVITの表示画面



Ⓐ NAVIT™には、今日の診察室の予約などの情報が配信されます。

Ⓑ NAVIT™には、診察の進行状況が無線で配信され順番を確認できます。



Ⓒ 情報を受けたNAVIT™は、アラーム音と振動で順番がきたことを伝えます。

サービスの向上に一定の成果を上げています」と述べています。

NAVIT™採用の理由について、診療情報管理課の建嶋優紀課長は次のように言います。

「以前から、患者さんから“どのぐらい待つのか知りたい”という要望が強くあり、それを実現するためのシステムを検討していました。当院では、高齢の患者さんが多いこともあって、患者さん自らが操作を行うなどの負担をかけてしまう再来受付機や精算機の導入を見送り、それにかわる人にやさしい、案内表示装置と連動する新しいソリューションを探していました。情報がリアルタイムに更新できる電子ペーパーを使ったNAVIT™によって、スタッフが患者さんをサポートしながら利便性を向上できるシステムの構築を期待して導入しました。運用にあたっては、新しいソリューションでもあり、患者さんに対しては“試験導入”として、システムへの評価のアンケートを行うなど、職員を含めて患者さんの反応を確かめながら運用を進めています」

診察室への呼び込み操作と連動して診察の進行状況を無線で配信

受付から診察までの流れは次のようになります。

外来で受付後、NAVIT™にICカードをセットし、滅菌したネックストラップつきの透明ケースに入れて患者さんに渡します。ここで、総合案内係が患者さん1人ひとりに対してNAVIT™の機能と呼び出しまでの流れを説明しますⓐ。

NAVIT™を受け取った患者さんは、診察の進行状況を手元で確認しながら無線通信が届く院内の好きな場所で診察までの時間を過ごしますⓑ。

病院側の操作では、画面上で患者さんをドラッグ・アンド・ドロップして、診察室を決定します。以後の診察待ち人数のカウントダウンは、医師が次の患者さんを診察室に呼び込む操作をすることで、自動的に行われますⓒ。そして最後のアラーム音と振動、電子ペーパーの表示によって、患者さんは自分の順番がきたことを知り、診察室に入ります。NAVIT™は、診察後の会計時に回収します。

同院では、近く診察券のICカード化を予定しており、それによってNAVIT™にICカード型診察券を挿入するだけで受付が完了し、一層スムーズな運用が可能になります。また、同院では、NAVIT™だけでなく大型LCDモニタをロビーに設置しており、ここにも診察室ごとの順番待ち表示をするようにしています。

ワーキンググループで検討しコミュニケーションを基本とした運用に

NAVIT™の導入にあたっては、診療情報管理課を中心に運用に関係する外来看護師、医事課、地域医療連携室の各部門からなる計10名のワーキン

グループが組織されました。メンバーは各部門内で意見を調整し、とりまとめてワーキンググループに提示します。当初は月に1回、導入直前には週に1回の頻度で会合が持たれ、2010年11月からの新システム導入に向けて、話し合いが行われました。

外来の患者案内業務について、関係するそれぞれの部署の役割分担を明確にしました。外来看護師は診察順番管理と診察室への呼び込み業務、医事課は受付とNAVIT™の発行、そして地域医療連携室はNAVIT™の説明などを分担しました。特に患者さんにNAVIT™の使い方を理解してもらうために、外来の流れとNAVIT™の実際の画面を印刷したパンフレットを用意して、スタッフによって説明が異ならないように統一しました。

電子カードホルダー導入ワーキンググループのメンバー
前列左から、外来看護師の増井佳織係長、若月由美看護師、齊藤奈穂子看護師
後列左から、医事課の宮島慶一郎係長、渕上可奈子外来係、地域医療連携室の坂田麻衣子係長、診療情報管理室の佐藤恵子情報システム係、建嶋優紀課長、地域医療連携室の和田美恵総合受付係

診察の進行状況を可視化することで患者、スタッフ双方のストレスを解消

遠藤院長は、NAVIT™による運用の効果を次のように評価します。

「これまでは、順番がくると看護師が患者さんを呼び入れていましたが、NAVIT™では進行状況がわかりますし、自分の番がきたことを音と振動で伝えてくれます。NAVIT™のサインだけで自分から診察室に入ってくる患者さんもいます。自ら入室しない患者さんは看護師が呼び入れますが、NAVIT™のアラーム音や振動で立ち上がっている場合もあり、患者さんを見つけやすくなったと外来看護師は評価しています。いつ呼ばれるかわからないという不安感は解消できたのではないかと考えています」

さらに、高齢者では名前で呼びかけても正確な本人確認ができない場合がありますが、NAVIT™に表示されている番号を確認することで、患者さんの誤認がなくなったとのことです。

同院では、無線アクセスポイントを1階のフロア全域と、2階リハビリ室、3階の食堂に設置していますが、実際には患者さんは診察室の近くで待機していることが多いようです。建嶋課長によれば、「高齢の患者さんや介助が必要な方が多いのであまり移動されないようですが、余裕があれば待ち時間に食堂や喫茶室を利用できるように環境を整備しています」とのことです。

患者さんからは、「自分の順番が表示されることで、待ち時間の見当がつくようになった」、「待っている間のイライラがなくなった」、「時間を有効に使えるようになった」、との肯定的な意見が聞かれます。特に高齢の患者さんにとっては、いまトイレに行ってもよいかどうかの判断ができることが有用なようです。また、要介護の患者さんを複数連れてこられる施設の介護者にとっては、非常に便利になったと評価されています。

検査や会計待ちの情報配信など、患者サービスのさらなる向上をめざす

現状では仮のICカードを用いているため、受付時に患者情報を登録していますが、予定されている診察券のIC化が行われれば、医事課での受付業務の軽減につながることが期待されます。遠藤院長は、「今後は、診察待ちだけでなく、検査やリハビリ、会計業務まで広げて運用していければ、院内IT化による患者アメニティの向上として一層利便性が高まります」とNAVIT™の可能性に期待しています。

さらに、無線アクセスポイントを利用した位置情報を把握できる機能が追加されれば、認知症の患者さんの見守りなどへの応用も期待でき高齢者の多い施設にとってもメリットがあるとのことです。

電子ペーパーと無線を使った新しい外来患者案内ソリューションは、これまでの案内業務のフローを大きく変える可能性を秘めています。また、電子カルテやICカード型診察券などと連動することで、運用に必要な用紙や表示モニタ、受付機などのハードウェアを削減して、省エネやCO_2削減の効果も期待されます。第1号導入病院である札幌しらかば台病院での成果が製品にフィードバックされることで、さらなる進化が期待されます。■

富士通医療ソリューション・トピックス　特別編

東日本大震災　FUJITSU　Report

富士通グループヘルスケア部門では今回の震災後、グループ全体で被災された病院、診療所のお客様のシステム復旧に取り組んでまいりました。震災の影響は東北地区だけでなく各地にいろいろな形で及びましたが、その中から東北地区での活動を報告いたします。これから述べる活動は業種を問わず、富士通グループ全体で実施されました。

震災の翌日、富士通グループのヘルスケア部門は被災された病院、診療所のお客様の状況把握とシステム復旧のため、東北支社（仙台）に震災対策本部を立ち上げました。震災への対応は現地だけでなく全社を挙げて行う必要から、翌週、ヘルスケアソリューション事業本部（東京）と毎日２回朝夕にテレビ会議を実施し、情報共有を図りました。しかし、震災から間もないころは、病院の職員の方や入院患者さんが、今を生きるために、一番必要としていた水、カップ麺、米、生活用品などを支社担当者が、差し入れするなど、生活物資のご支援が何よりも喜ばれました。

東北６県の 1100 施設を超えるお客様の状況把握は、富士通グループ、富士通パートナーが連携を取り、被災状況、システム稼働状況を中心に行いました。当初は通信インフラ、交通インフラが途絶える中で、確認作業ですら難航しました。震災発生から約２週間後の時点では、1100 施設のうち約 270 施設が病院で、そのうちシステムが起動できない病院が５施設、連絡がつかない病院は 19 施設ありました。また、診療所約 850 施設のうち約 50 施設は、サーバ、パソコンを含む機器の供給やシステム設定変更、確認など何らかの対処が必要であることがわかりました。その中には残念ながら廃業された診療所もありました。

システム復旧は、主に地震、浸水による機器損壊への対応でした。富士通が保有する機器を供給してシステム復旧を図りました。また、機器は損壊していないものの、現状保有する機器の台数では、被災によって急増する患者に対応が追いつかず、機器を追加するためパソコンを供給したケースもありました。

そのほかの震災による影響では、電子カルテシステムなどの新システムの稼働準備をしていた数病院で稼動延期を余儀なくされました。また、新システムご検討のお客様の中には、早くも今後の災害対策を考え、クラウド型集中データセンターでの情報保有を希望されるご意見もいただいております。

今後も富士通グループでは、今回の震災で経験したことを踏まえ、より一層「お客様起点」に基づいて、お客様とのパートナーシップを築いていきたいと考えています。■

― お知らせ ―

このたびの震災の影響と電力不足に配慮して、弊社としましては、節電に最大限協力する方針をとり、今夏（2011 年夏）までは、多くの電力を使用する製品紹介イベントの実施を控えることにいたしました。本誌で毎回紹介しております“富士通病院経営戦略フォーラム（５月東京開催）”、“国際モダンホスピタルショウ（７月東京開催）”も、今年は実施を見送っております。ご期待されていた読者の皆様には、大変恐縮でございますが、本事情をご理解、ご賢察いただきますようお願いいたします。

●編集後記

◆３月 11 日、その時、汐留の超高層ビルはゆっくりと大きく揺れました。緊急地震速報の警報音が職場のあちこちで何度も鳴り続け、電車はストップし、当日は事務所で泊まりました。被害の甚大さを詳しく知ったのは、翌日帰宅してからでした。（松）

◆東日本大震災被災地の一日も早い復興を祈念申し上げます。紙資源が厳しい状況ですが、どうにか発行に漕ぎ着けることができました。（香）

◆計画停電経験しました。電気と月の光のありがたみを実感しました。（平）

◆このたびの東日本大震災により被災された皆様には心よりお見舞い申し上げます。私自身、過度な自粛を止め、何かひとつでも経済浮揚に役立つ事が出来ればと思っています。そして、政治も国民目線で一刻も早い決断、行動をお願いするばかりです。被災地の皆様の一日も早い復興を心よりお祈り申し上げます。（岩）

◆未曾有の東日本大震災は、今までの私の考えが根本から覆され、当たり前に使用していた電気の大切さを改めて考えさせられました。（池）

◆震災の影響で、イベント関係はほとんど中止となり、HOPE VISION の発行も危ぶまれましたが、本当に発行できて良かったです。（津）

HOPE Vision Vol.14
2011 年６月 20 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　2011　禁無断転載

HOPE
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/