

Feature

# 加速する 高齢化社会

これからの  
地域包括ケアの方向性



2014年11月7日発行 [ホープビジョン]

# HOPE Vision

Vol. **21**  
2014 Nov

プレゼント付き

アンケート  
実施中！

詳しくは裏表紙へ

shaping tomorrow with you

社会とお客様の豊かな未来のために

**FUJITSU**

2014年11月7日発行 [ホープビジョン]

# HOPE Vision

Vol. **21** 2014 Nov  
contents

## Foreword [特別編]

松田峻一良氏 上野 道雄氏

かかりつけ医と二次医療機関が地域の患者情報を共有し、  
安心で安全な連携医療を提供するネットワークを構築  
～福岡県医師会のとびうめネットの取り組み ①

## Feature

### 加速する高齢化社会

これからの地域包括ケアの方向性

Interview 柳澤美津代氏に聞く

看護部主導の「PFM」導入で「つながる看護」へ ②

Point of view 木村 憲洋氏

PDCA サイクルで築く地域包括ケアシステム ⑤

## Case Study

HOPE EGMAIN-GX

他社オーダーリングシステムからのリプレースの実例

WGの活発な取り組みにより

スムーズなリプレース作業を実施

鹿児島市立病院 ⑧

HOPE Cloud Chart

クラウド型システムの導入から運用までの実例

クラウド型システムの採用により

低コスト、短期間で導入

医療法人 北野病院 ⑪

## Special Report 鹿児島県薩摩川内市 甕島

離島の5つの診療所にサーバ集約型の

HOPE EGMAIN-RXを導入し診療をサポート ⑭

## Topics

NAVITの導入により外来患者の不安を解消し

自由な待ち時間を提供 愛知医科大学病院 ⑯

HOPE Cloud WINCAREで

複数拠点の介護業務支援システムを

クラウドにより低コストで構築 社会福祉法人 春風会 ⑱

## 知っておきたい 病院経営のヒント

病院の未収金回収のコツ 外山 弘氏 ⑳

## New Technology & Solution

多職種間のタイムリーな情報共有を実現し

在宅医療連携を推進

地域医療ネットワーク HumanBridge 在宅ケア ㉓

導入・運用負担を大幅に軽減する

中堅規模病院向けクラウド型電子カルテシステム

FUJITSUヘルスケアソリューション

HOPE Cloud Chart ㉔

## Information (裏表紙)

シームレスな地域連携のための議論・情報共有の場

地域医療ネットワーク研究会

※本誌の内容は、富士通ホームページ内の“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

[特別編]

## かかりつけ医と 二次医療機関が地域の 患者情報を共有し、 安心で安全な連携医療を 提供するネットワークを 構築

～福岡県医師会のとびうめネットの取り組み

松田峻一良氏 福岡県医師会会長

上野 道雄氏 福岡県医師会副会長 /  
福岡東医療センター院長

超高齢社会の到来に向けて、地域包括ケアシステムの取り組みなど、在宅を中心とした医療・介護の提供体制の構築が進められています。福岡県医師会では、県内の粕屋地区で粕屋医師会と福岡東医療センターを中心に構築されていた、在宅医療を行っている患者さんや独居高齢者の情報をかかりつけ医と二次医療機関で共有する“粕屋北部在宅医療ネットワーク”を発展させ、全県下における診療情報ネットワーク“とびうめネット”を新たに立ち上げ、2014年4月から運用を開始しました。今後の高齢者医療モデルの取り組みについて、同医師会の松田峻一良会長と、粕屋地区でネットワーク立ち上げに携わった同医師会の上野道雄副会長（福岡東医療センター院長）に対談していただきました。

## 2025年における地方の人口構成と医療提供体制

松田氏：福岡県医師会では、地域医療ビジョンの策定に向けて県内の各地域における今後の人口動態の把握や医療状況の推計などを行っています。団塊の世代が75歳以上となる2025年が問題となっていますが、実際には人口構成や医療資源の多寡などの条件で、課題となる時期は地域によって異なります。福岡県では医療提供体制に係る問題を、福岡市や北九州市などの都市型、そのベッドタウンである郊外型、それ以外の地域の過疎型の大きく3つに分類し、高齢者増加のピーク時に、地域を支える若年者がいるかどうか、各地域の“元気度”を把握して、今後の超高齢社会に向けた対策を検討しています。その1つが粕屋医師会を中心に運用されていた粕屋北部在宅医療ネットワークを県内に展開する“とびうめネット”の構築です。

在宅患者や独居高齢者の情報を事前登録して  
かかりつけ医、二次病院で共有

上野氏：2004年に、粕屋医師会と福岡東医療センター、



松田峻一良氏



上野 道雄氏

行政、消防署が連携して“地域医療を考える会”を立ち上げました。当時としても先駆的だったのは、病院の医師や開業医だけでなく、看護師、地域のケアマネジャーや訪問看護師、保健師、救急救命士など多職種が参加した協議会だったことです。定期的な協議の中で、在宅医療など地域連携を進めるための課題について共通認識が出来上がりました。その課題をクリアする仕組みとして構築されたのが“粕屋北部在宅医療ネットワーク”です。粕屋北部地域（古賀市、新宮町）では、在宅医療へのニーズは以前からあったのですが、かかりつけ医には時間外や急変時の対応への不安があり、患者さん側にも救急や終末期での受け入れ先が不明だったり、見つからないという不満がありました。また、二次医療機関側には、在宅医療の患者さんを救急で受け入れても転院先がなく社会的入院が増えるのではという懸念がありました。

そこで、粕屋北部在宅医療ネットワークでは、在宅医療の患者さん、独居高齢者などを対象に、病歴や薬歴、緊急時の希望紹介先、リビングウィルなどをあらかじめ登録し、かかりつけ医や二次医療機関で情報共有をするシステムを構築しました。希望のあった患者さんには、登録用紙にかかりつけ医が記入し医師会と二次医療機関にFAXで送信して登録します。これによって、いざという時の搬送先が明確になり、かかりつけ医や患者さんの家族にとっても安心でき、二次医療機関は事前情報を基に安全な救急医療が提供できるようになりました。治療後についても、かかりつけ医と連携することで在宅への復帰や後方病院への転院がスムーズに行えるようになりました。実際に、救急で入院した患者さんの平均入院日数は一般の入院とほぼ同じ日数で推移しています。

当初、当院だけだった二次医療機関も近隣の福岡和白病院、福岡徳洲会病院、宗像水光会総合病院などが加わり、登録患者数も約2500人まで拡大しています。

### 粕屋地区から全県下の診療情報ネットワーク “とびうめネット”への展開

**上野氏：**粕屋北部在宅医療ネットワークは、最初はなかなか登録者数が増えずに、新聞広告を打ったり、当院の医師、医師会、行政が三位一体となって、地域での説明会を年間40回以上開いたり、地道な活動を行いました。結果的にはその活動が地域との信頼関係を生み、その後の発展につながりました。発展したもう1つの理由は、トップダウンではなく、地域の医療・介護・福祉関係者からの草の根運動だったからです。各職種がそれぞれの立場で地域医療に対する思いを共有し、強い倫理観と責任感を持って対応してくれたからだと思います。

す。また、粕屋北部在宅医療ネットワークの運用では、来院時に事前登録のある患者さんかどうかを判断するための患者認証がポイントになりました。当初は患者さんに登録カードを配布していましたが、実際には緊急時に必ず身につけているとは限りません。そこで、登録済みの患者については紙カルテの表紙をオレンジ色にして認識できるようにしました。電子カルテシステムになってからは、名前と電話番号を入力すればフラグが立つように工夫しました。

福岡県医師会では、この粕屋北部在宅医療ネットワークのノウハウを基に、より広域の診療情報ネットワークとして、とびうめネットを2014年4月からスタートしました。とびうめネットは、HumanBridgeを採用して、かかりつけ医と二次医療機関、救急隊などで患者情報を共有するシステムです。診療情報だけでなく、粕屋在宅医療ネットワークで採用されていた救急搬送時に必要な患者情報を“フェイスシート”として登録・共有できるようにしたほか、病院の退院サマリや看護サマリを在宅での多職種が理解しやすい形に用語変換する機能を搭載しています。まず、粕屋地区と北九州市若松区の住民を対象にスタートしましたが、住民への広報はもちろんですが、地域連携ネットワークの意義や利用方法について医師や看護師、介護関係者に対して理解していただきながら、エリアの拡大を進めているところです。

### 老老世帯、単独高齢者が増加する2025年の 高齢社会を支えるための仕組み作り

**松田氏：**医療政策としては、地域包括ケアなど在宅医療・介護の方向性が示されていますが、今後、特に都市部においては核家族化が進み、老老世帯や単独高齢世帯が増えてきます。現行の医療・介護制度では、在宅医療・介護には限界があると考えています。われわれとしては、老老世帯や家族のいない単独高齢者に対しても、しっかりと医療サービスを提供できる方法を検討し、孤独死を防ぎ、生き生きとした生活を送るためのサポートとして、とびうめネットが一助になればと考えています。

**上野氏：**超高齢社会を支えるための体制を作っていくためには、やはり患者さんの実態に即したシステムを開発するしかありません。そのためには、患者さんのケアにかかわる医師、看護師などの医療スタッフ、介護職、そしてもちろん患者さん自身の言葉に耳を傾けて、そこから浮かび上がってくるものをシステムに反映させていくことが本物に近づく方法だと思います。それを繰り返してシステムを熟成させていくことが、システムを継続して発展させていくために重要なポイントになると思います。■

#### 松田峻一良氏（まつだ しゅんいちろう）

1977年聖マリアンナ医科大学卒業。84年福岡大学大学院卒業。85年松田耳鼻咽喉科病院副院長、97年同院長を経て、2004年医療法人永聖会松田病院理事長。2000年から福岡県医師会理事、2006年同専務理事、2010年より会長を務める。

#### 上野 道雄氏（うえの みちお）

1974年九州大学医学部卒業。91年国立福岡中央病院、94年国立病院九州医療センター内科医長、2005年から現職。2007年から福岡県病院協会専務理事。2008年から福岡県医師会理事を務め、2012年同常任理事、2014年より副会長に就任。

## 加速する 高齢化社会

これからの  
地域包括ケア  
の方向性

### Contents

わが国では、団塊の世代が75歳以上の高齢者となる2025年に向けて、新たな医療・介護の提供体制の整備が進められています。特に、病院や診療所、訪問看護ステーション、介護施設などが連携し、地域全体で高齢者を支えていく地域包括ケアは、今後全国各地で取り組まれていくこととなります。そこで、Featureでは、地域包括ケアのあり方を探ります。

#### Interview 柳澤美津代氏

看護部主導の「PFM」導入で「つながる看護」へ  
“入り口”となる外来から患者さんの情報を把握することが  
地域包括ケアにつながる

2

#### Point of view

PDCA サイクルで築く地域包括ケアシステム  
概要と構築のポイント  
木村 憲洋氏

5

## Interview

柳澤美津代氏（東京慈恵会医科大学附属柏病院看護部長）に聞く

# 看護部主導の「PFM」導入で「つながる看護」へ

“入り口”となる外来から患者さんの情報を把握することが  
地域包括ケアにつながる

東京慈恵会医科大学葛飾医療センターは、2012年のリニューアルオープンに伴い、患者の入退院を管理するシステムとして「Patient Flow Management (PFM)」を取り入れ、地域包括ケアにも効果を生んでいます。PFMの一番のポイントは、外来からケアプランを始めること。看護部主導がポイントであるこのシステムの導入にあたってリーダーシップを発揮した看護部長の柳澤美津代氏（現・同大学附属柏病院看護部長）に、PFM導入の経緯や導入後の変化についてインタビューしました。

## 看護記録 1号用紙は宝の山 ——基本情報を基に事前に対策を立てる

——葛飾医療センターでPFMの導入を決めた経緯について教えてください。

**旧**・東京慈恵会医科大学附属青戸病院が建て替えられ、2012年に葛飾医療センターとしてリニューアルされることに伴い、2008年に新病院に向けたプロジェクトが立ち上がりました。その一環で導入したのが、PFMです。新病院の稼働に向けて、他院の見学を行う中で参考となったのが、PFMの生みの親である田中豊先生が経営改善に取り組んだ東海大学医学部付属病院の事例でした。田中先生は高額な未収金と長期入院患者の問題を検索、分析し、その原因となる情報が看護記録1号用紙に書かれていることに着目。この情報を組織的に活用するための業務設計を考案されました。その一つ

に、入院前にリスクファクターをすべて洗い出して先手を打つという「発想の転換」でPFMを生み出されたそうです。

当時、ディスチャージプラン（退院調整）が診療報酬で評価されていることもあって、どの病院も退院調整に取り組んでいました。しかし、入院前“入り口”に関してのプランは構築されていませんでした。私たちは東海大学のPFMに大いに共感し、葛飾医療センターでの導入に向けた検討を始めました。新病院のコンセプトの1つは断らない救急です。地域の急性期病院としての役割を担っていくには、効率的な病床管理運営と患者さんが安心して治療に臨め、入院中はもちろん、退院後も含め一貫した支援が重要と考え、PFMの導入を決定しました。

——PFMとはどのような仕組みなのでしょう。

PFMは、入退院管理システムであり、中央で病床管理を行い、病床の効率的な運用を図り患者さんの流れを向上させるものです。また、入院前から患者さんが安心して医



柳澤美津代 氏  
(やなぎさわ みつよ)

1981年に東京慈恵会医科大学附属病院に入職。2003年から同大学附属青戸病院(現・葛飾医療センター)に異動となり、2006年に同院看護部長に就任。2012年からは同大学附属柏病院看護部長となる。

療を受けられるよう、一人ひとりの状況を身体的、精神的、社会的背景も含めしっかりと把握し、入院中はもちろん退院後も含め一貫した支援を実現することでもあります。つまり、病院内のつながりはもちろん、地域とのつながりで、切れ目のない医療を提供するものです。

## 看護部主導のベッドコントロールで無駄な空床を解消

— 葛飾医療センターでは、どのように導入をしていったのでしょうか。

**ま**ず取り組んだのが、事務部門が担当していたベッドコントロールを看護部主導で行うことでした。それまでは、医師の退院伝票を基に病床の空き情報から予約入院を振り分けていましたが、退院情報が遅いため先が読めず、2日先の予約までベッドを押さえていました。しかし、病床稼働を調べてみると2割ほど無駄があるとわかりました。

そこで、入院病棟の決定・転棟・ベッド移動・空床管理を看護部が管理することとし、「ベッドコントロール統括師長」を設置し、各部署の師長と毎朝集まって調整するようにしました。その際に大切なことは、予約入院の場合、外来の段階で担当医に退院予定日を記入してもらうように徹底し、入院予約時点で入院期間を把握できるようにすることでした。また、各診療科のコア病棟を残しつつ、一部を混合病棟にシフトしました。

— スムーズに移行しましたか？

混合病棟に関しては、当初は反対意見もありましたね。しかし、実績を積み重ね、リアルタイムに情報を把握することで救急入院がスムーズになり、効率的な病床運用ができるメリットを実感してもらえるようになりました。また、混合病棟にすることによって、セクショナルリズムが薄れ、例えば看護部の夜勤にしても自部署だけでなくフロア(3病棟)全体で協力し合うという意識に変わりました。さらに、看護師がベッドコントロールを任されたことで、医師とのコミュニケーションが活性化し、患者情報をリアルタイムに入手できるようになりました。

## 外来・入院予約時からのリスク対策と看護計画立案が患者さんの回復過程にも良い影響

— 入院前から退院後までの一貫した支援は、どのように取り組んだのでしょうか。

**人**院予約時に患者さんの情報を把握するために、「PFM看護師」を専従で配置しました。PFM看護師はアナムネを聴取し、入院に伴うさまざまなリスク要因を探り、その対策と看護計画を立てます。また、入院までの期間を利用して、例えば骨折の手術のケースでは、事前にリハビリテーション科に依頼して松葉杖の練習を調整したり、あるいは持参薬の調整を薬剤部に依頼したり、入院前から調整を進めるコーディネーターとして活躍してもらいます。

これにより、患者さん本人や家族も、入院生活、退院後の生活状況を想定でき、「運動をして体力をつけておこう」「食事に気をつけよう」「介護保険の準備をしておこう」など、事前に備えることができます。こうした入り口の調整が、その後の患者さんの回復過程にも良い影響を与えます。また、PFM看護師は、自分が行った初期対応からその後の経過について、病棟をラウンドしながら把握します。病棟からも経過がフィードバックされ、患者さんの順調な回復過程を確認することで、看護師としてのモチベーションも高まっていきます。

— PFM看護師は幅広い視野を必要とすると思いますが、どのような人が適しているとお考えですか。

病気のことだけではなく、人間丸ごととらえる知識を必要とするので、ある程度の経験のある看護師が適していると思います。当院では、リーダー・主任クラスが担当しました。とは言っても、PFM看護師は、すべての病気の知識を持っていなければいけないわけではありません。より専門性を求められる部分は、そのことに特化した人を使えばよいわけです。また、病気ごとの標準計画も用意してあります。ですから、ゼロからプランを立てるわけではなく、むしろそれぞれの専門性を生かすべくコーディネートする力が重要だと言えます。

— そうしたスキルを身につけるための教育は、どのように行ったのでしょうか。

看護師の能力の差により、患者さんのアセスメント、指導内容などケアの質に差が生じないように、看護師として共有の“看護の物差し”を身につける基本的教育を行います。東京慈恵会医科大学の4つの附属病院看護部における卒後教育では、全研修を通し、対象の事実から全人的に対象特性を描く力、その人のその時々感情を察し、相手の位置から考える力を高める学習と事例検討を重ねています。また、看護部はあらゆる職種とつながっており、

豊かな対人関係能力、調整力、リーダーシップを発揮できる研修を重ねています。

## ケースマネジメント力が看護の質を向上

— PFM 導入後、どのような変化がありましたか。

**導**入にあたっては、患者参画型の医療を実現したいという考えがありました。そこで、ケアプロセスの視点から患者さんの情報を把握し、看護計画を立案し、多職種との調整なども行うようにしました。患者さんと1対1（オンリーワン）の関係性の下、患者さんも自ら回復のためにどうしたらよいかを考える力を発揮していきます。PFMは、自立するという思いを患者さんから引き出すことが、非常に大事だと感じています。

看護部内の変化は、まず師長たちの意識が変わりました。ケースマネジメント力が高まり、先を読んで毎朝のベッドコントロール会議に参加し、患者さんの状況からベッド調整をしています。患者さんをより全人的に把握するようになり、その変化が看護の質を向上させた実感しています。そして、師長や主任たちが変わると、若い看護師たちの意識も変わり、看護部全体に浸透していきます。一人ひとりの患者さんのゴールを描き、そのために必要な情報のやりとりや調整を進めていくように全体の流れが変わったのが、PFMを導入した一番のメリットです。

— 医師などの反応はいかがでしたか。

医師には、「病院を出て本来の生活環境に戻った時に患者さんが自立できるように、私たちに何ができるのかという視点を持つ」ことを説明し、すぐに理解していただきました。看護部が退院調整や転院先の調整を主導することで、医師の業務の軽減にもつながったと思います。

退院調整に関しては、ケースを積み重ねていくことが大切です。以前は、「すべてのことを医師を経由しなければ」という意識がありましたが、必要に応じて看護師が判断し、患者さんや家族へのインフォームド・コンセントを行うようにしました。このようにチーム医療のコーディネーターとして、看護師の専門性を発揮し、実践力も向上します。それによって、より良い治療・療養環境を患者さんに提供でき、結果、在院日数を適正化することが可能となります。

## 医療者側の勝手な解釈が在宅医療や自立の妨げに

— 地域との関係づくりはどのように進めましたか。

**始**めに近隣の病院、診療所、訪問看護ステーションをすべてリサーチして、こちらから挨拶にうかがいました。地域の医療機関、訪問看護ステーションが大学病院に求めているニーズを聞き、定期的なケースカンファレンスや地域オープン講座を行うことにしました。このような

機会を設けて顔を合わせるうちに、それぞれの特色がわかってきました。まさに顔の見える連携になったのです。

— 他施設との連携は変わりましたか。

訪問医や訪問看護師が、患者さんの退院後の情報をどんどんフィードバックしてくれます。その情報から学ぶことが多く、宝物だと言えます。以前は、「こんな状態では家に帰せない」「この人は疼痛がひどいから在宅は無理」など、病気にばかり目を向けて勝手な解釈をして、私たち医療者側が諦めていました。しかし、一人ひとりのケースのフィードバックを得るうちにだんだんと意識が変わり、在宅での看取りも右肩上がりに増えてきました。PFM導入以前は、退院時サマリで情報をつなげていたつもりでした。しかし、その内容はその方の家庭環境、住環境に合っていないことも多く、訪問看護師から「これでは役に立たない」と指摘されることもありました。退院後の引き継ぎが十分できておらず、以前の連携は希薄だったと言えます。それが今では、連絡をすると訪問看護師がその日のうちに来院し、患者さんやご家族と一緒にカンファレンスを行うようになりました。特に、在宅での看取りの場合は、早い段階から連絡を取るようになっています。

— その変化は、PFM導入によるものでしょうか。

かつて私たちは、患者さん一人ひとりに合った最善の看護をしているつもりでいました。しかし、結果的に病院完結型の医療になっていました。「患者の本来の姿、本当は何を望んでいるか」という視点が抜け落ちていたのだと思います。PFMを導入して、病気に関する知識だけでなく、ゴールを設定することで先読みする力、そして患者さんの生命力、生活する力を早い段階から調整することが大事であり、それが看護そのものだと思います。また、患者さんが家に帰ってからの情報が見えるようになったことも大きな成果だと言えます。訪問看護師の話聞く中で、医療処置が多くても任せられるとわかってきましたし、それぞれの人柄も見えてきました。

## PFMが地域包括ケアにつながるという意識改革で連携先との結びつきを強固に

— これからは地域包括ケアの時代と言われます。

**私**は、PFMそのものが地域包括ケアにつながると思っています。「リレーのバトン渡しのように」つなぐ医療を実現していきたいと考えます。まずは、急性期病院の私たちの意識改革が重要です。患者さんの「帰りたい」を実現するためにケースマネジメント力を鍛え、病院から在宅（生活の場）への移行支援をどのように進めていくかが大切です。病病・病診・看看連携でお互いをよく知り、わかり合うことによって、結びつきを強くし、患者さんの望む暮らしにつなげていきたいと考えます。■

## Point of view

# PDCA サイクルで築く 地域包括ケアシステム

## 概要と構築のポイント

**木村 憲洋氏** 高崎健康福祉大学健康福祉学部医療情報学科准教授



(きむら のりひろ)

1994年武蔵工業大学工学部卒業。2006年東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科博士課程（満期退学）。神尾記念病院、医療法人杏林会今井病院勤務を経て、2007年に高崎健康福祉大学健康福祉学部医療福祉情報学科講師となる。2009年から現職。主な著書に「病院のしくみ」（日本実業出版社）や「病院経営のしくみ」「病院経営のしくみ2」（ともに日本医療企画）などがある。

### はじめに

2010年の国勢調査によると、日本は、人口1億2806万人、65歳以上人口が2925万人、高齢化率23%と、世界の中でも高齢化率がトップになっています。このまま高齢化していくと社会保障の観点から間違いなく支えきれないため、社会保障を継続していくための方法を考えなければならない時期に来ています。

### 社会保障・税一体改革と地域の支え合い

社会保障・税一体改革は、3つの理念と5つの原則、3本の柱により、改革がなされることとなります。

3つの理念は、①国民の社会参加を保障し、雇用を中心とした能力の形成と発揮という参加保障、②所得や身体の状態によらず社会保障を受けられるようにする普遍主義、③参加を通して道は切り開けるという安心に基づく活力となっています。

5つの原則は、①全世代を対象とした切れ目のない社会保障、②子どもや子育て支援、若年層の就労・能力開発支援という未来への投資としての社会保障、③社会保障提供の担い手として、NPOや協同組合などが活躍しやすい場の整備として地方自治体が担う支援型のサービス給付とその分権的・多元的な供給体制を現物で支援、④国民個々への対応と共生型の支援という縦割りの制度を越えた、国民一人ひとりの事情に即しての包括的な支援、⑤財源確保と次世代へ負債を残さないための安定財源に基づく社会保障です。

3本の柱は、①子育て支援、非正規労働者への社会保障の適用拡大、制度の縦割りを越えた自己負担「合算上限制度」の導入という安心、②世代内・世代間で公平な支え合い、重点的な支え合い、超高齢時代に合った支え合い、③技術革新の重視、事業主体の多様化、新たなサービス分野の創出であり、「安心」「支え合い」「成長」の3本柱となっています。

高齢社会において地域の高齢者を支えるシステムを構築していくためには、地域の実情に合ったものにする必要があります。安心して生活していくためには、経済的な支援だけでなく、医療や介護といったサービスを提供できる環境を自治体が整備していかなければなりません。このことが、ゆくゆくは地域に雇用を創出し、地域経済を活性化していくこととなるでしょう。

### 地域包括ケアシステムに関する考え方

地域包括ケアシステムは、わかりづらいと言われていています。厚生労働省の地域包括ケアシステムのホームページにある「地域包括ケアシステム構築モデル例」を見ると、さまざまな地域包括ケアモデルがあるためだと思えます。地域包括ケアシステムとは、どうあるべきなのでしょうか。

地域包括ケアシステムとは、**図1**のように高齢者が、生活支援・予防介護、医療、介護により安心して住まうことができるように支えていくシステムと定義することができます。ここでのポイントが、医療、介護、地域による支援となります。重要なポイントは、地域により医療・介護の事情が変わるため、地域包括ケアシステムは、地域の実情により多種多様になることです。都市型と地方型でも違い、地方型でも関東と北海道、沖縄では違うということなのです。地域によって医療や介護の提供体制が違い、公共交通網の発達により日常生活圏も違います。

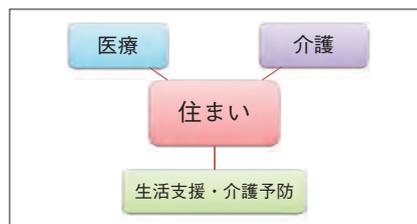


図1 地域包括ケアシステム  
出典：厚生労働省「地域包括ケアシステム」のホームページから引用改変

このようなことを考えると、同じ地域包括ケアシステムを展開できる地域はないのかもしれませんが。地域包括ケアシステムを構築する上で重要な日常生活圏域とは、面積、人口、地理的・歴史的な条件、住民の生活形態、地域づくり活動単位などにより設定されます。

## 地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムは、地域で図2のようにマネジメントサイクル（PDCAサイクル）が継続されるように行われます。

まず、地域の分析として、日常生活圏域のニーズ調査により、地域の実態を把握することとなります。地域ケア会議の実施により、地域のニーズや社会資源を把握することとなります。また、医療・介護情報の「見える化」により、自治体間が比較することで、ベンチマークができるようになります。これらにより、量的・質的分析を行います。

この量的・質的分析により、高齢者のニーズや住民・地域の課題、社会資源の課題、支援者の課題が明らかとなり、地域資源の発掘、地域リーダーの発掘、住民互助の発掘といった社会資源を掘り起こしていくことが可能となります。量的・質的分析により、課題と掘り起こせる社会資源が明らかになったら、事業化・施策化協議が可能となります。これは、PDCAサイクルにおけるPlan（計画）の段階となります。

次に、介護保険事業計画の策定を、地域ケア会議と連携しながら行っていきます。計画の策定は、都道府県の医療計画などの関連計画との連携、住民が参画し、障がい・児童・難病施策などとの調整が行われます。この策定に関しては、地域で課題を共有し、年間計画へ反映させるように地域ケア会議などを通して行われます。地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護サービス、医療・介護連携、住まい、生活支援・介護予防、人材育成の施策に取り組んでいくこととなります。

このような地域を中心とした課題や社会資源を把握し、介護保険事業計画を策定することで地域包括ケアシステムを運用していくこととなります。また、実行した後も再度地域を中心とした課題や社会資源の把握という継続的なマネジメントシステムが回ることで、地域包括ケアシステムが向上していきます。

## 2014年度診療報酬改定と地域包括ケアシステム

2014年度の診療報酬改定は、急性期入院医療の改革のための診療報酬改定とされていますが、その中でも地

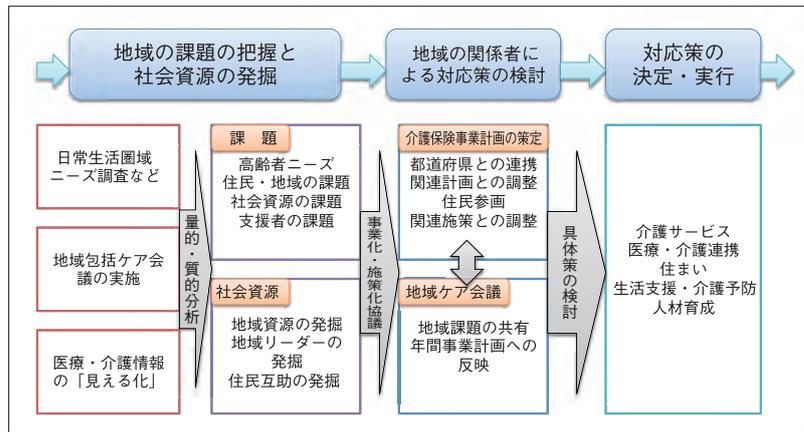


図2 地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

出典：厚生労働省「地域包括ケアシステム」のホームページから引用改変

域包括ケアシステムを支援するため、外来に対して「地域包括診療料」（1503点）、入院に対して「地域包括ケア病棟入院料」（2558点、2058点）が診療報酬点数として創設されました。

「地域包括診療料」は、許可病床が200床未満の病院または診療所において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、認知症のうち2つ以上の疾患を有する外来患者を対象としています。この診療報酬点数のポイントは、ほかの医療機関と連携の上、対象となる患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品すべてを管理しカルテに記載することや、診療所が院外処方を行う場合は、24時間対応している薬局と連携すること、健康診断の受診勧奨を行い、その結果などをカルテに記載すること、健康診断の評価結果を基に患者の健康状態を管理することが求められています。「地域包括診療料」は、算定要件などから総合すると地域の高齢者などのかかりつけ医としての機能をまっとうすることで毎月管理料を算定できるようになります。

「地域包括ケア病棟入院料」は、これまでの「亜急性期入院医療管理料」を廃止することで創設されました。この入院料は、名称のとおり、地域包括ケアシステムを支えるための入院施設として期待されています。「亜急性期入院医療管理料」との違いは、1日あたりの入院料が「地域包括ケア病棟入院料」の方が大幅に点数が高いことです。しかし、一方でリハビリテーションが必要な患者については、包括となるように設定されています。これまで「亜急性期入院医療管理料」がリハビリテーションを算定できたことを考えると残念ですが、これで回復期リハビリテーション病棟との差別化がはっきりするのではないのでしょうか。「地域包括ケア病棟入院料」は、回復期リハビリテーション病棟のように疾患を選ぶ必要がありません。病院経営の観点からすると、入院が必要であるが医療行為はあまり必要でない患者が最適です。この入院料は、医療行為のほとんどが包括であり、手術

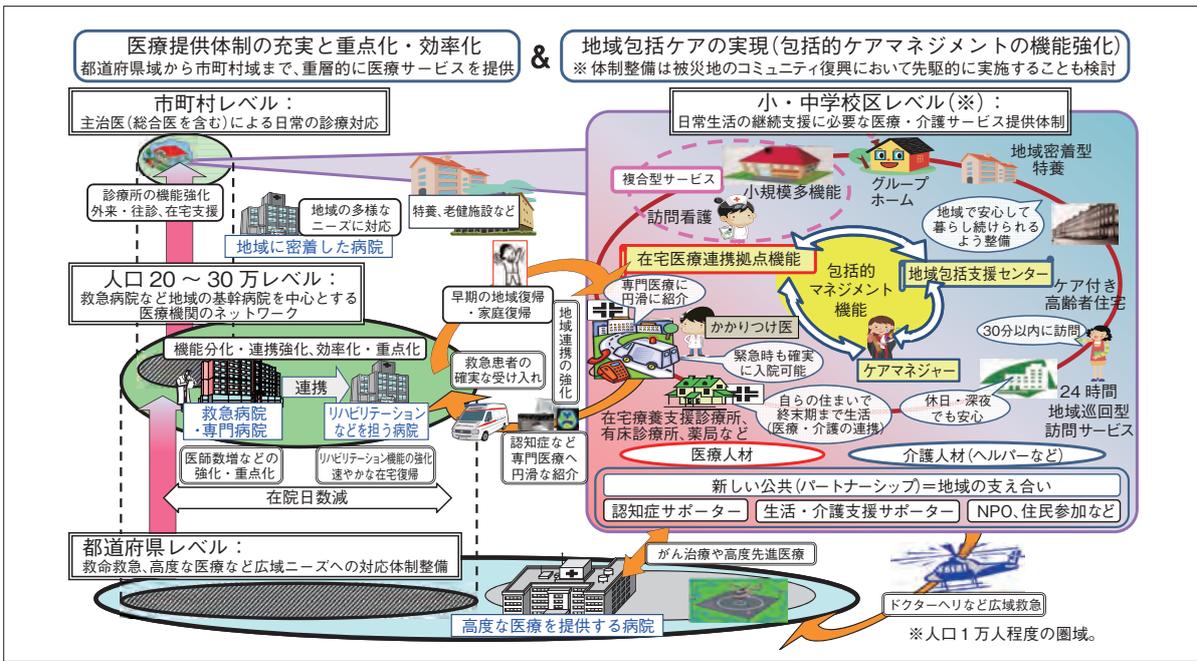


図3 医療・介護の提供体制の将来像の例  
出典：厚生労働省「第10回社会保障改革に関する集中検討会議」資料を引用改変

料も包括となっています。このようなことから病棟の運営を考えると、在宅療養している患者のレスパイト入院や肺炎、熱発、脱水による一時的な受け入れ、急性期医療後の在宅療養へ向けた後方病院機能の強化により受け入れが期待できます。

「地域包括診療料」と「地域包括ケア病棟入院料」のそれぞれが、地域包括ケアシステムを支えるために役立つことは間違いありません。

### 地域包括ケアシステムを支える体制

地域包括ケアシステムを支える医療体制は、医療計画に定められている体制に準拠します。図3のように市町村レベルでは、外来・往診、在宅支援を診療所や中小規模の病院が行います。そして、二次医療圏単位である人口20万〜30万人レベルでは、救急病院や専門病院、リハビリテーションなどを行う病院が連携を行います。高度な医療を提供する病院は、都道府県レベルで整備することとなります。このような体制は、都道府県単位で医療計画により定められています。医療計画は、各都道府県の県庁のホームページで参照できます。

第186回国会提出法律案として2014年2月12日に提出された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」において、医療・介護の連携強化、病床機能報告制度、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化などが盛り込まれました。その中で地域包括ケアシステムにかかわることは、病床機能報告制度とその運用です。病院と有床診療所は、病床の機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期に区分して都道府県に届け出ることとなりまし

た。この病床機能が将来の都道府県の医療計画へと反映されることとなります。将来の医療計画は、地域医療構想という構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量などに基づいて、構想区域の将来の医療提供体制に関する構想から練ることとなります。この地域医療構想に関する構想区域は、これまでの二次医療圏に縛られないことが想定されますので、地域包括ケアシステムに合わせて柔軟に運用することができることとなりそうです。各都道府県は、地域医療構想のために都道府県医療審議会を設置し、審議した内容に沿って、各医療機関に病床の削減措置をとるよう要請することができるとしています。

### 地域包括ケアシステムのために

これから市町村は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護に関するニーズの把握とサービス提供の可能性を模索しなければなりません。さらに、医療機関との連携については、都道府県を通じて地域包括ケアシステムとの連携システムが完成していくものと考えられます。これから、医療と介護の双方を理解して融合したところから良いサービスが提供できることは間違いありません。

◆参考文献◆

- 1) 総務省「平成22年国勢調査」  
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/>
- 2) 厚生労働省「社会保障・税一体改革」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku.html>
- 3) 厚生労働省「地域包括ケアシステム」  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

## Case Study

他社オーダーリングシステムからのリプレースの実例



〒 892-8580  
 鹿児島県鹿児島市加治屋町 20-17  
 TEL : 099-224-2101  
 URL : <http://www.kch.kagoshima.jp>  
 診療科目 : 20 科目  
 病床数 : 687 床

## 鹿児島市立病院

WGの活発な取り組みにより  
スムーズなリプレース作業を実施

## 診療記録が充実し業務の標準化とチーム医療を促進

鹿児島市立病院は、病床数 687 床の大規模公立病院。ドクターヘリを擁し、三次救急の受け入れにも対応するなど、地域住民の健康保持に重要な役割を担っています。同院では、オーダーリングシステムから電子カルテシステムへのリプレースにあたりベンダーを変更。富士通の成長型電子カルテシステムである FUJITSU ヘルスケアソリューション HOPE EGMAIN-GX(ホープ イージー メイン-ジーエックス)を採用しました。ワーキンググループ (WG) の積極的な取り組みで、円滑な導入を実現。2013 年 12 月から稼働し始め、チーム医療が促進されるなど、大きな成果を生んでいます。

坪内 博仁 院長 平原 一穂 副院長  
 札元 和江 看護科主査 片野田康之 医事課医事情報係主査

## 地域での役割と導入のねらい

地域基幹病院の使命を  
果たすため  
ICTで診療の質を向上地域基幹病院として  
ハード・ソフトの充実を

**Q : 地域における位置付け・役割を教えてください。**

**坪内氏 :** 鹿児島市の人口はおよそ 60 万人ですが、500 床以上の規模の病院は、鹿児島大学病院と当院の 2 施設だけです。それだけに、公的医療機関としての役割は重要だと認識しています。中でも当院は、周産期母子医療、救急医療、がん診療の 3 領域に力を入れています。

今後の課題としては、医師や看護師など医療者の人材の育成に貢献することです。そのためにも、大学病院を支え、鹿児島県の地域医療の中核としての使命を果たせる病院になるべく、ハード・ソフトの両面をさらに充実させていきたいと考えています。

**Q : 建設中の新病院についてお話しください。**

**坪内氏 :** 現在の施設は老朽化が進み、そこに専門性の高い周産期医療センターや救命救急センターを次々に建て増している

ので、利便性があまり良くありません。そのため、地域により良い医療を提供していくことを目的に、最新の医療機器を整備し、災害に強く、環境へも配慮をした新病院の建設を進めています。2015 年度の新築移転に向けて現在、工事が行われています。

カルテの内容を充実させ  
診療の質の向上を図る

**Q : 電子カルテ導入の目的をお聞かせください。**

**坪内氏 :** 当院では 1990 年からオーダーリングシステムを一部導入し、2005 年から全面運用していました。しかし、これからの医療を考えると、電子カルテシステムを導入し、医療



坪内 博仁 院長



写真左から札元和江看護科主査、平原一穂副院長、片野田康之主査

情報を診療や病院経営に活用していくことが大事であり、また地域連携の面からも ICT 化が必須だと考え、導入を決めました。

**平原氏 :** カルテは診療の基本であり、記載の内容を充実させることは、診療の質を上げることにつながります。電子カルテシステムは、そのための有用なツールです。診療だけでなく、病院としての質の向上や、研究のためのデータベースとしての機能といった面からも、いまや電子カルテシステムは必要不可欠だと考えました。

**Q : 新病院開院と同時の導入は検討されましたか。**

**平原氏 :** もちろん、新病院への移転

時をタイミングとして考えました。しかし、当院のような地域基幹病院は、もっと早く電子カルテシステムが稼働している当然という思いがありました。また、移転作業の負担などを考慮すると、電子カルテシステムの稼働を早めて、移転作業や新病院での診療をスムーズにした方が良くと考え、決定しました。

## 選定方法と更新作業

### 詳細な評価でシステムを選定 WGの活発な活動により スムーズに更新

#### プロポーザル方式で システムの比較検討を行い 最も優れたベンダーを選定

**Q：システム選定はどのように行いましたか。**

**片野田氏：**鹿児島市内にある主だった病院の中で電子カルテシステムの導入は最後だったので、最良のシステムを採用したいと考えました。選定は、プロポーザル方式で行うこととし、まずベンダー各社の提案書を審査し、必須の機能などの仕様を明確にしました。次に、院長先生以下15人からなる委員会を組織して、導入・運用コストなども含めた評価を行い、客観的に点数化しました。委員の評点は所属や役職に関係なく、すべての委員の意見が反映されやすいようにしました。

また、デモンストレーションを2回実施しましたが、多くのスタッフにも参加してもらい、アンケートで意見の吸い上げを行ったほか、各部門で話し合いの場を持ってもらい、検討を進めました。これらの経緯を経て、最終的な集計の結果、富士通のHOPE EGMAIN-GXが最も高い評価を得たため、採用することにしました。

**Q：評価にあたり、どのような点を重視されましたか。**

**平原氏：**私は使いやすさを最も重視しました。これまで使用してきた

オーダーリングシステムから変更することについて、私も含め皆少し不安を持っていましたが、実際に電子カルテシステムを導入している他院での評価を聞いたほか、雑誌などから情報を収集しました。

**片野田氏：**更新作業の負担や慣れ親しんだ操作性だけを考慮すると、オーダーリングシステムのベンダーが提案する電子カルテシステムを選定していたと思います。しかし、私たちは、電子カルテシステムの導入を、診療などの業務内容を見直す大きなチャンスだととらえていました。そして、パッケージシステムで定期的バージョンアップされ、陳腐化しないものを導入するという考えを最優先して、選定しました。

#### 検討内容を精査して 意見交換を十分にを行い 円滑な導入を実現

**Q：導入作業はどのように進めましたか。**

**片野田氏：**2013年1月1日に契約し、その月のうちに導入部会を立ち上げ、各部門から数人の代表を選び、大小合わせて48のWGを組織して、延べ80人以上のメンバーで導入作業を進めていきました。WGは、共通WG、外来WG、病棟WGのほか、継続して利用する20以上の既存の部門システムについても、それぞれWGを設けました。

本格的に活動したのは2月からで、最も多いときには1日に5回以上、



2015年度に開院する新病院の完成予想図

合計で170回以上のWGを開催しました。運用が多部門にわたるような案件については、WG同士で話し合いました。すべてのWGには、導入部会のキーパーソンが必ず出席し、整合性を図るようにしました。

**札元氏：**私は、導入部会のメンバーとしてWGでの話し合いに参加し、電子カルテシステムでできるようになることを助言しました。また、導入後にスタッフがスムーズに使用できるように、WGの場で各スタッフの意見や細かい業務内容をシステムに反映できるようにしました。

**平原氏：**導入部会のトップとしては、各部署からの要望と、予算とのバランスをとるのが大変でした。予算の範囲でシステムの設定を変更し、ストレスなく使うためにどのくらいの費用がかかるのか考えながら、導入作業を統括していました。

#### 他ベンダーシステムからの データ移行もスムーズ

**Q：他ベンダーのオーダーリングシステムからのデータ移行はスムーズでしたか。**

**片野田氏：**富士通の提案書は、デー



血管造影室では、医師らがノートPCでHOPE EGMAIN-GXのカルテ情報を参照しています。手技中にも速やかに診療情報を確認でき、精度の高いカテーテル治療を支援します。



病棟でのHOPE EGMAIN-GXの運用。バーコード認証による実施入力、インシデントを防止します。電子カルテシステムにより、看護業務が標準化され、質の向上に結びついています。



## Case Study

クラウド型システムの導入から運用までの実例



〒380-0803  
長野県長野市三輪 3-6-10  
TEL : 026-241-0631  
URL : <http://www.kitanohospital.com>  
診療科目 : 8 科目  
病床数 : 35 床

## 医療法人 北野病院

クラウド型システムの採用により  
低コスト、短期間で導入

診療業務の効率化を図り、情報提供にもメリット

1960年に長野市内で開院した医療法人北野病院は、住民により良い医療を提供するため、2010年に建屋を新築。病床数35床の新病院として診療を行っています。さらに、2014年4月からは、クラウド型電子カルテシステムであるFUJITSUヘルスケアソリューションHOPE Cloud Chart（ホープクラウドチャート）が稼働しました。これまで、同院では、コストやサーバ管理などの面で電子カルテシステムの導入を見送ってきましたが、クラウド型システムを採用することでこれらの課題をクリア。業務の効率化を図るとともに、患者さんへの情報提供に利用しています。

北野 敬造 理事長 宮澤ますみ 事務長 玉川 清利 病棟看護主任

## 病院の特色とICT化の目的

電子カルテシステムで  
インシデントを防止し  
業務効率の向上をめざす

患者サービス向上のために  
新病院を竣工

**Q：貴院の特徴をお聞かせください。**  
**北野氏：**当院は、子供から高齢者まで各世代が住む住宅街に位置する病床数35床の病院です。内科、外科を中心に、長野市三輪地区の住民のかかりつけ医として診療しています。また、当院では人工透析を行っており、外来での地域住民の維持透析を中心に、一般病床を持つ透析施設として、基幹病院から紹介された合併症のある比較的重度の患者さんなども受け入れています。

旧病院は1960年の開院当初からの建物で、老朽化が進んでいました。病室も通路も狭く、安全・感染対策面でも支障が出ており、新しい医療機器を設置するスペースもありませんでした。このような事情から患者

さんにより良い医療を提供する目的で、開院50周年にあたる2010年に、新病院を竣工しました。

ICT化の目的は  
インシデントの防止  
業務の効率化  
情報提供の充実

**Q：電子カルテシステム導入の目的を教えてください。**

**北野氏：**ICT化を進める目的の1つは、各種オーダーや入院・透析に関する指示の伝達を、ミスなくスムーズに行えるようにするためです。例えば、透析は採血が多いのですが、これまでは患者名を看護師が手書きでスピッツに記入していました。また、検査項目も患者により異なるため検査室との間で伝達ミスが起こる可能性があり、看護師にとっても本来の看護やケアの仕事に割く時間が削られてしまうという問題がありました。

一方、医師としては、病院新築に伴って刷新した医療機器から発生する画像などの検査データを集約して、診療に役立てるとともに、患者さんにもわかりやすい情報提供をし



写真左から玉川清利看護主任、北野敬造理事長、宮澤ますみ事務長、総務の滝澤大之氏

たいと考えました。オーダーの伝達に関するインシデントを防ぐこと、看護師などの職員の業務を効率化すること、患者さんに総合的な情報提供を行うこと、これらを実現するためには、電子カルテシステムの導入が必要だと考えました。

## システム選定と導入作業

クラウド型システムにより  
初期費用を抑えて  
3か月での稼働を実現

初期費用の低さと  
維持管理の容易さが決め手

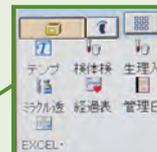
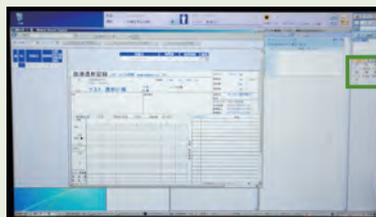
**Q：HOPE Cloud Chartを採用した理由をお聞かせください。**



外来診察室。院内にある PACS と連携し、カルテ画面から検査画像を高精細モニタに表示させて、患者さんへの情報提供に威力を発揮しています。



病棟のナースステーションでは、HOPE Cloud Chart 導入によって職員間の情報共有が進み、コミュニケーションツールとしての効果も出ています。



HOPE Cloud Chart から透析システムを展開した画面。シームレスな連携により、透析や血液検査のデータなど多岐にわたる情報を一元管理できています。写真右は HOPE Cloud Chart の画面に設けられた透析システム画面を展開するためのショートカットツール。

**北野氏：**電子カルテシステムの導入は、新病院計画時も含め検討を続けてきましたが、予算も限られ、当院に見合ったシステムもなく、2010年の導入は見送りました。

HOPE Cloud Chart は、クラウド型電子カルテシステムのため、コストを抑えられることは、採用を決めた要因の1つです。特に初期費用は、従来の電子カルテシステムに比べて大幅に低く、導入しやすいと考えました。

当院の規模では、院内にサーバを設置し、それを管理するような人的、技術的な資源を確保することは困難です。しかし、HOPE Cloud Chart では、データセンター側ですべてを管理するため、安心して導入できると思われました。

また、クラウド型電子カルテシステムは、端末の増設が容易であることも、採用する上での重要な理由になりました。これまで使っていた医事会計システムは、端末にアプリケーションをインストールしていたため、1台増設するだけでも、高額であり、負担となっていました。端末を増やしたいのに増やすことができず苦労したのですが、クラウド型の場合、アプリケーションをインストールすることなく運用できるので、費用も低く抑えることができ、増設に有利です。

**Q：**クラウド型という新しい技術に不安はありませんでしたか。

**北野氏：**インターネット回線がつながらなくなれば使えなくなってしまう

点やレスポンスに対する心配などの不安はありました。しかし、前述のようなメリットがあることに加え、データの保存や移行なども含めた富士通が提供する製品・サービスの信頼性の高さから、導入を決定しました。

### わずか3か月という短期間で稼働を達成

**Q：**導入作業はどのように進めましたか。

**北野氏：**導入の準備を始めたのは、2014年に入ってからです。各部署から2人くらいずつ担当者を選び、部署ごとに、運用やマスタなどを決めていきました。

2つの部署にかかわる問題の場合は、それぞれの担当者が集まって、話し合うようにしました。全員で集まれる日が限られることなどを考慮して、全体的なミーティングは3回だけ実施しました。

**玉川氏：**職員の操作教育は、例えば病棟の看護師の場合、担当者を中心に2、3人の職員が指導係となり、操作を習熟した上で、その指導係がほかの職員に教えていく方法をとりました。若い職員は、興味を持ってどんどん先に進み、ベテランも影響される形で、うまく浸透していきました。

**宮澤氏：**医事課の場合は、医事会計システムを使用していたので、操作に関しては問題ありませんでした。外来の看護師も、中心となる数人の若い職員が、PCに慣れていない職員

に指導してくれていました。初めはマウスの操作もおぼつかない感じでしたが、いまは皆、使いこなしています。  
**Q：**稼働までの期間はどのくらいでしたか。

**北野氏：**3か月で稼働することができました。これは、サーバを院内に置く従来型の電子カルテシステムよりも非常に短期間だと思います。2014年度は診療報酬改定がありましたが、問題なく4月1日から運用を開始し、これまで順調に稼働しています。

**宮澤氏：**直前の3月に、外来、病棟、透析に分けてリハーサルを実施しましたが、職員が慣れていないこともあり、スムーズにはできませんでした。しかし、富士通の担当者からも、アドバイスがあり、その言葉で自信がついたのか、すぐに使いこなせるようになりました。

### 導入のメリットと将来展望

記載内容が充実して  
診療の質が向上  
地域連携での活用を

カルテの記載が詳細になり  
業務の効率化にも成果

**Q：**HOPE Cloud Chart の導入でどのような効果がありましたか。

**北野氏：**看護記録が見やすく、内容も充実しました。従来は7日分のチャートが書かれた紙の裏に、看護記録や経過を手書きしていたのです

が、今ではさまざまな患者情報を把握しやすくなっています。電子カルテシステムへの入力のしやすさに加えて、ほかのスタッフがその情報を見るという意識が働くことで、記載内容が充実しているのだと思います。

また、外来の診察室からでも、入院している患者さんの診療情報をすぐに見ることができるのは非常に便利です。サマリの記載も詳細になり、退院時や急な紹介のような場面での情報提供も、容易になりました。

維持透析では、定期的な受診や検査がありますが、そのオーダも速やかにできるようになりました。データを選択して評価しやすくなり、検査データの整理も手間をかけずに行えます。さらに、診療情報もスピーディに参照することができるので、患者さんの管理もしやすくなりました。

**玉川氏：**看護記録が手書きからキーボード入力になったことで、記載の負担が軽減されました。その影響もあり、職員の文章作成力が向上し、それに伴って記録する内容も詳細になり、充実しています。このことによって、カルテの情報量も増え、日常診療に役立てられています。

また、病棟の看護業務においては、毎朝行われる申し送りの時間が大幅に短縮されたことが、メリットとして挙げられます。HOPE Cloud Chart 上で情報を共有できるようになったこ

とで、申し送りの時間が30～40分短縮でき、その分患者さんのケアなど、ほかの業務に時間を充てられるようになったことは、とても良いことだと思います。

**Q：患者さんからの評価はいかがでしょうか。**

**北野氏：**電子カルテ画面上に、検査データや画像を示しながら説明できるので、インフォームド・コンセントにも有効で、電子カルテシステムを活用して患者さんに情報提供するという目的を果たせています。患者さんにも理解しやすいと思います。

### クラウドを感じさせないスピーディなレスポンス

**Q：クラウド型システムをどのように評価していますか。**

**北野氏：**レスポンスに関しては、特に問題ないレベルです。院内サーバにデータを蓄積すると、少しずつパフォーマンスが低下することがあるかもしれませんが、クラウド型電子カルテシステムは、そのような心配もありません。

また、院内サーバを設置しているPACSなどの部門システムとの連携も、ほぼ問題なくとれています。ただし、さまざまな情報を引き出したり、それを閉じる時に操作の手順が多く、多少タイムラグがあること、また情報が多いゆえに表示が細かくなりす

ぎる面などもあり、適宜富士通に申し入れて、対応してもらっています。

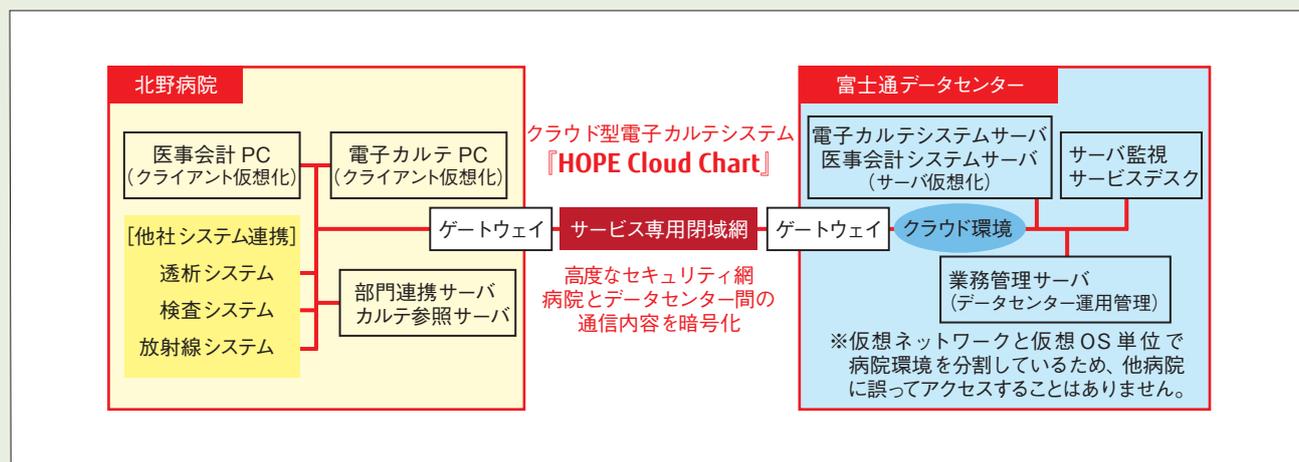
### 地域医療連携を強化しさらなる医療の質の向上を

**Q：今後の展望をお聞かせください。**

**北野氏：**長野県では、信州大学医学部附属病院が中心となって信州メディカルネットという、ICTを活用した地域医療連携ネットワークが構築されています。将来的には当院もこれに参加し、ほかの医療機関との間で診療情報の相互参照などをできるようにしたいと考えています。そのためにも、さらに診療録の充実化を図っていくことが重要です。

当院では、電子カルテシステムの導入により業務が効率化され、より良い医療を提供できると考えていました。しかし、実際に電子カルテシステムを使用してみると、それだけではなく、スタッフの意識が向上し、個々がレベルアップしていくという予想外の効果がありました。地域医療連携を強化し、他施設でも当院の記録が見られるようになれば、よりいっそう記録が充実するようになり、さらなる医療の質の向上につながっていくのではないかと思います。■

[北野病院のHOPE Cloud Chart 導入については、富士通エフ・アイ・ピー株式会社 (<http://jp.fujitsu.com/fip>) にご協力をいただきました]



北野病院のHOPE Cloud Chart を中心としたシステム構成図

鹿児島県薩摩川内市 **甑島**

## 離島の5つの診療所に サーバ集約型のHOPE EGMAIN-RX を導入し診療をサポート

鹿児島県薩摩川内市の甑島は、薩摩半島の西方に位置する離島で、上甑島、中甑島、下甑島の3島と多数の無人島で構成されています。同市では、島内の5つの診療所に、本土にある市役所内のサーバと海底ケーブルの専用線で接続した、無床診療所向け医事・電子カルテシステム FUJITSU ヘルスケアソリューション HOPE EGMAIN-RX (ホープイージーメイン-アールエックス) を導入しました。仮想化技術によって1つのサーバに複数の環境を集約し、メンテナンス性の向上や将来的な地域連携の展開が容易なシステム運用を実現しています。



【甑島列島概要図】

### サーバ集約型の電子カルテシステムを5診療所に導入

甑島は、南北38km、幅約11km、大きく上甑島と中甑島（以下上甑島と総称）、下甑島に分かれ、人口は島全体で5231人、高齢化率44.7%となっています（2013年10月現在）。医療機関としては、上甑島に里診療所と上甑診療所（16床）、浦内、平良の出張診療所があり、下甑島には下甑長浜診療所、19床の入院施設を持つ下甑手打診療所、鹿島診療所と、出張診療所として瀬々野浦、内川内、片野浦、青瀬があります（地図参照）。このうち、里、上甑、長浜、手打、鹿島の5つの拠点診療所に薩摩川内市役所に設置されたサーバとネットワークで結んで、医療事務一体型電子カルテシステムのHOPE EGMAIN-RXが導入され、2014年2月から順次稼働がスタートしました。その中から、上甑島の里、下甑島の長浜、手打の各診療所でお話をうかがいました。

### 医事一体型の電子カルテ運用で業務の効率化を支援

#### 【上甑島・里診療所】

上甑島の里診療所は、里港からすぐ近く、人口1300人の里町の中心にあります。外来は午前中を中心に行い、1日40～50人。自治医科大学出身の鈴木済所長は、鹿児島県立北薩病院などの勤務を経て2002年からここで診療されています。電子カルテシステムの導入を市に対して積極的に働きかけた鈴木所

長は、「診療録の電子化は当然の流れでした。スペースの限られた診療所での紙カルテの管理、請求業務を含めた事務スタッフの負担軽減、将来的な診療情報の共有などの活用を考えて電子カルテ化をお願いしてきました」と話します。里診療所では、2014年2月から電子カルテの運用が始まりました。鈴木所長はHOPE EGMAIN-RXの使い勝手について、「端末での入力には少し慣れが必要でしたが、定型文や過去の記録を参照した所見の入力やDo処方などで診察はスムーズになっています。電子カルテ一体型の医事システムによって、診療情報の入力から、チェックと会計が1つのシステムで行えるため、不慣れな事務スタッフでも容易に扱うことが可能です。また、院内処方も処方箋が手書きから印字になり、ミスなく進めることができます」と評価します。

また、同診療所では、週2回、20人程度の訪問診療や介護施設への往診を行っています。訪問時にノートPCに患者情報をダウンロードして携帯し、

訪問先でのカルテの確認、入力を行っています。鈴木所長は、「厚い紙カルテを持参せずにノートPCだけで済むようになり便利になりました」と話します。

現在は検査データについてはUSBで取り込んでいますが、鈴木所長は検査システムを含めて、「電子カルテと連携する部門システムを増やすなど拡張していきたいですね」と述べています。また、里診療所は無床で、入院施設がある上甑診療所に患者を送ることもあり、今後は電子化によって患者情報の共有が進むことを鈴木所長は期待しています。

#### 【下甑島・下甑長浜診療所】

下甑長浜診療所は、1日30～40人の外来があります。航空自衛隊の分屯基地が近いため、その家族など比較的若い世代も多く、小児から高齢者までを対象に、ワクチン接種から生活習慣病の管理まで幅広い診療を行っています。国際協力機構（JICA）でアフガニスタンなど海外での医療活動に携わってきた早川忠男所長は、2010年に同診療所に赴任されました。「離島では、限られ



里診療所でHOPE EGMAIN-RXで診療する鈴木所長



下甑長浜診療所にてHOPE EGMAIN-RXで入力する早川所長

## 上甌島 里診療所



鈴木 済 所長 ▶



た設備の中で、できる限りの医療を提供することが求められます。下甌島では、交通の手段がなく診療所まで通えない地区には、こちらから出向いて診療を行っています。そこには海外での医療の経験が活かしています」と早川所長は離島での医療について説明しています。

同診療所では、4月から紙カルテと並行してHOPE EGMAIN-RXの運用をはじめ、7月から電子カルテのみでの診療を行っています。早川所長は、「手書きでなく電子化されたことで、入力が早くなりました。検査結果などを含めて診療記録がデジタルで残せることは、データの検索が容易になるなどメリットは大きいですね。今後、データが蓄積されてくれば、患者さんの血糖値などのデータを時系列で簡単に把握できるなど、より一層効果が発揮されるのではと期待しています」と話しています。

## 下甌島 下甌長浜診療所



早川 忠男 所長 ▶



## 【下甌島・下甌手打診療所】

下甌手打診療所は、“Dr. コトー”として知られる瀬戸上健二郎所長が1978年の赴任以来36年間にわたって、下甌島の“最後の砦”として診療を提供しています。かつては、瀬戸上所長自ら胃がん、肺がんなどほとんどの外科手術に対応し、多い時は年間40例以上を手掛け、また、離島の診療所としてはいち早く人工透析（1990年）、CTの導入（1996年）など高度な医療技術を取り入れてきました。

瀬戸上所長は下甌島の現状について「島力（しまりき）＝地域力」の源泉となる人口減少が顕著となっており、必要とされる医療の“量”が減ってきています。しかし、住民の医療への要望は右肩上がりが高くなっており、手術だけでなく患者さんに向き合う本物の“総合診療”が求められています。その中ではICTも重要なツールの1つ

## 下甌島 下甌手打診療所



瀬戸上健二郎 所長 ▶



です」と説明します。瀬戸上所長の下には、離島における医療を通じて本物の“総合診療”を学ぶべく、多くの研修医が訪れています。

瀬戸上所長は、以前から離島のハンデを埋めるべくインターネットによるメーリングリストの活用や遠隔画像診断システムの運用などICTを積極的に導入してきました。現在、同診療所では医事システムが稼働し、電子カルテについては運用準備中ですが、瀬戸上所長は、「次のチャレンジとして電子カルテにも取り組んでいくつもりです。離島の診療を支えるには、シンプルで使いやすいインターフェースが必要ですね」と述べています。



富士通は、ICTの技術で離島の医療と住民の健康を支える診療所の運営をサポートしていきます。■

## Interview 薩摩川内市役所

## ICTを活用して離島の地域格差の解消を図り、効率的な電子カルテシステムの運用を実現

離島の医療提供体制構築とサーバ集約型による診療所への電子カルテシステム導入の経緯とねらいについて薩摩川内市役所の担当者に聞きました。

市民福祉部市民健康課課長 宍野 克己氏 / 財産活用推進課  
(前市民健康課) 花木 隆氏 / 情報政策課 上田 雄介氏

## — 離島の医療とICTの活用について

◎離島は、2004年に1市4町4村による市町村合併で誕生した薩摩川内市に編入されました。2008年に地域格差の是正の一環として、海底ケーブルを敷設して情報インフラが整備されました。それが今回の市役所（本庁）にサーバを集約した電子カルテシステムの導入につながっています。

## — 電子カルテシステムHOPE EGMAIN-RXの導入について

◎各施設の医事システムが更新の時期だったことと、以前から診療所の医師から電子カルテシステム導入の要望があったことで、将来的な診療所間の情報連携を踏まえて導入に至りました。2012年度から市の

業務システムは仮想環境で構築されていることから、電子カルテシステムについてもサーバを本庁に置いたサーバ集約型として、これまでの稼働実績を評価して富士通（代理店・日本システム）を選定しました。

## — サーバ集約型の運用のメリットについて

◎サーバ集約型の最大のメリットは、メンテナンスなど管理が省力化され、ランニングコストが削減できることです。離島の診療所を回って保守作業をする必要がなくなり、改定の対応やバージョンアップなどについても、本庁のサーバ上の作業ですべて対応できます。施設ごとの導入と比べて、3～4割のコスト削減になっています。



【後列】左より薩摩川内市役所の上田雄介氏、宍野克己氏、花木隆氏

【前列】左より日本システムの前田正巳氏、藤ヶ崎和樹氏、桜井良一氏

## — 今後の医療提供体制と方向性について

◎今後の離島の医療提供体制は、人口動態の推移や住民の意向を十分に考慮して検討する必要がありますが、いずれは診療所の見直しが必要になると考えられます。その際にも各診療所が1つのサーバとシステムで運用されているメリットは大きいと思います。2017年を境に上甌と下甌をつなぐ架橋が完成の予定です。その後の人の流れなどを把握しながら将来的な構想を検討していきます。

# NAVITの導入により 外来患者の不安を解消し 自由な待ち時間を提供

## 愛知医科大学病院

愛知医科大学病院（病床数900床）は、創立40周年の記念事業として、“Plus Ultra（プルスウルトラ）創造する未来へ”をスローガンに新病院を建設し、2014年5月から診療をスタートしました。新病院では、コンセプトの1つである「生活時間の最大活用」を実現するため、FUJITSUヘルスケアソリューション外来患者案内システム 無線携帯端末NAVIT（ナビット）を導入し、患者さん、スタッフ双方の利便性を大幅に高めることに成功しました。

### 「生活時間の最大活用」の コンセプトに基づき設計

愛知医科大学病院は、1974年の開院以来、三次救急を担う特定機能病院として高度先進医療を提供すると同時に、総合病院の少ない尾張東部の中核病院として、外来機能も重視し、地域に密着した医療を実践しています。

2006年からスタートした新病院の基本構想の検討の中で、キーコンセプトとなったのが、「生活時間の最大活用」です。患者さんはもちろん、病院に関わるすべての人にとって、それぞれの時間を最大限有効に使えることをめざして設計されました。中でも多くの患者さんが来院する外来の効率化と利便性の向上が課題の1つでした。同院では、春日井邦夫副院長と

して外来診療ワーキンググループ（WG）を構成し、ハードとソフトの両面から新しい外来環境の構築についてさまざまな検討を行いました。春日井副院長は、「患者さんにとって効率的で使いやすい外来機能の提供と同時に、患者さんのプライバシーを尊重し、安心感のある“静かな外来”をめざしました。そのためのキーデバイスとなったのが、無線携帯端末NAVITです」と話します。

新病院では、外来について関連する科・部門を集約した機能別外来方式を採用。1～3階の外来フロアに立体駐車場から直接アクセスできるようにして、各階に再診受付機、自動精算機を設置し、機能別にブロック受付を設けました。患者さんが最短の動線で効率的に受診できるように工夫されていま

す。その中で、診察の待ち時間や行き先などの情報を、無線を通じて患者さんに提供する携帯端末NAVITを用いた外来患者案内システムが採用されました。

NAVITは、表示領域5インチの電子ペーパーを

特製ホルダーに入れたNAVITを携帯しリアルタイムに診察の進捗状況を確認

採用した、重さ139gの携帯端末です。電子カルテシステムHOPE EGMAIN-GXと外来患者誘導システムHospisionを介して、個々の患者さんの診察の進捗状況や検査項目などがリアルタイムで配信されます。同院では、2500枚のNAVITを導入。再診受付機と一体化したNAVITの自動発行機を外来1～3階に2台ずつ（1台には300枚を収納）設置して、1日2400人の外来患者に対応しています。

### NAVITにより診察の 待ち時間活用が可能に

外来を受診する患者さんは、まず、初診は総合受付窓口で、予約再診は再診受付機を兼ねたNAVIT自動発行機で受付を行い、NAVITを受け取ります。NAVITは、落下や紛失を防ぐためにストラップ付きのホルダーに入れて携帯し、その後は受診順番の案内がNAVITに配信されるまで、院内の外来エリアで自由に過ごすことができます。無線アクセスポイントは84か所に設置され、ホテルのようなゆったりとした待合ロビーや健康情報室、カフェ、レストラン、コンビニエンスストア、簡易郵便局など充実したアメニティが整備された外来エリアを広くカバーしています。

NAVITには患者識別バーコードと当日受付番号が表示され、画面は「ご案内・お知らせ」と「本日の受診予定」の2画面をボタンで切り替えることができます。「ご案内・お知らせ」画面には、診察待ち状況、行き先、呼び込みなどの案内や会計終了のお知らせなどに加え、医師や看護師から患者さん個人に宛てたショートメッセージを表示できます。新しい情報が端末に配信されると、アラームや振動とともに患者さんに知らせます。

秋田高典医事管理部長は、「従来は診察室前でいつ呼ばれるのかわからず、トイレにも安心して行くことができませんでした。しかし、NAVITの案内によって診察までしばらく時間があることがわかれば、好きな場所で思い思



春日井邦夫 副院長



秋田 高典 医事管理部長

いに過ごしてもらえます」と話します。これは患者さんにとって、「生活時間の最大活用」というコンセプトそのものであり、また診察室前で待つ患者さんが少なくなることで、静かで落ち着ける外来という目標も実現されました。

さらに、診察後にはブロック

受付でNAVITを使って会計受付を行うことができ、NAVITに会計終了の案内が出れば、最寄りの自動精算機での支払いが可能です。会計の入力作業など、実際の処理は中央会計で行われますが、患者さんにとっては会計受付が1か所に集中することなくブロックごとに分散され、スムーズに外来を受診できる環境が整えられています。

## 全職種が意見をすり合わせながら外来運用を決定

外来診療WGでは、サブグループを作るなどして、各診療科、看護部、コ・メディカル、事務などすべての職種が参画して意見を出し合いながら、外来運用とその中心であるNAVITに必要な機能について詰めていきました。春日井副院長は、「サブグループ会議を



診察券を差し込み口(①)に挿入すると、払い出し口(②)からNAVITが発行されます。



採血・採尿検査を含む各種検査の受付は、受付機でNAVITのバーコードを読み取るだけで完了します。



NAVITの表示は、「ご案内・お知らせ」と「本日の受診予定」をボタン1つで切り替えられます。



外来運用・移行統括WGに参加した丹羽淳一准教授(前列右から2人目)と外来、医事のスタッフ

頻繁に行い、最終的には月に1回、120～130人規模の全体会議を開催しました。大変な作業でしたが、風通し良くさまざまな意見を聞くことができ、皆で決めることができたと思います」と、外来運用決定の過程を振り返ります。

新病院の開院前には、大規模なリハーサルが5回行われました。毎回、個々にシナリオを設定した50～100人以上の模擬患者を用意し、さまざまなパターンをテストしました。周到なリハーサルを繰り返したのが功を奏したと、秋田部長は言います。

「開院直前には2日間休診して実施しましたが、おかげで外来初日は拍子抜けするほどスムーズに流れました」

## すべての人が安心できる外来環境を実現

NAVITにより、患者さんは診察の進捗状況をリアルタイムに把握でき、外来エリアであればどこでも自由に過ごせるようになりました。診察の案内は2段階で行われ、診察の順番が近づいたという案内で診察室前へ移動し、入室の案内もNAVITで行われます。

従来であれば、呼び込みや伝達事項

がある際にはスタッフが患者さんを探す必要がありましたが、NAVITにより、その時間が大幅に短縮されたと秋田部長は話します。

「旧病院と比較したところ、呼び込みや探索の時間は半分以下に短縮していました。また、診察が予定よりも遅れる場合にはメッセージを配信することができ、患者さんからの問い合わせや苦情が激減しています」

春日井副院長はNAVITの導入効果について、「スタッフ側が楽になったこともあります。何よりも患者さんとわれわれが“つながっている”と感じられることで得られる安心感が一番だと思います」と、目標であった患者さんの待ち時間の不安解消を達成できたことを大きく評価しています。

現場では、患者さんの処置やりハビリ中に付き添いの方にNAVITを携帯してもらおうといった運用も考案するなど可能性を広げており、NAVITが今後も「生活時間の最大活用」の追求に貢献するものと期待されます。■



愛知医科大学病院

〒480-1195  
愛知県長久手市岩作雁又1-1  
TEL 0561-62-3311  
FAX 0561-63-3208  
URL <http://www.aichi-med-u.ac.jp/hospital/>



クラウド運用でサーバ管理やバックアップなどの業務負荷を軽減

## HOPE Cloud WINCAREで 複数拠点の介護業務支援システムを クラウドにより低コストで構築

### 社会福祉法人 春風会

社会福祉法人春風会（石川三義理事長）は、静岡県東部の沼津市、伊豆市、伊豆の国市で、地域の高齢者、障害者などへの幅広い福祉サービスを提供しています。春風会では、2014年4月からクラウドサービスを利用した介護事業者向けサービスであるFUJITSUヘルスケアソリューションHOPE Cloud WINCARE（ホープクラウド ウィンケア）を導入しました。クラウドの利用によって、複数施設での利用が可能になり、業務の効率化とコストダウンを実現しました。

### 静岡県東部地域の 福祉サービスを幅広く提供

春風会は、1976年に初代理事長である石川春男氏が沼津市に特別養護老人ホーム「あしたかホーム」を開設したことに始まります。「地域社会の高齢者を看取る」という創業者の志の下、現在は沼津市内にあしたかホームのほか、特別養護老人ホームの「プレーグあしたか」「みはるの丘浮島」、デイサービスや訪問介護を提供する「原高齢者福祉センター」などを、伊豆市・伊豆の国市では特別養護老人ホーム「伊豆中央ケアセンター」「ぬくもりの里」など多くの高齢者福祉施設を運営しています。また、障害者の生活介護事業所や就労支援施設、児童クラブなども運営し、地域における福祉サービスの提供に幅広く取り組んできました（施設一覧参照）。春風会では、設立当初か



伊豆ケア中央センターの大島健司課長（左）とケアマネジャーの保里真奈美さん

ら在宅福祉サービスに積極的に取り組み、施設介護が中心の時代にショートステイやデイサービスなどを手掛け、現在でも在宅サービスの比重が高いのが特徴です。

春風会ではシステム化にもいち早く取り組み、介護保険制度が始まった2000年にはHOPE WINCAREを導入して業務の効率化を図ってきました。このHOPE WINCAREを、2014年4月からクラウドサービスを利用したHOPE Cloud WINCAREに更新して、新たな運用がスタートしました。

### クラウド化によって同一 データベースで運用管理

HOPE Cloud WINCAREは、豊富な実績を持つ介護事業者向けの支援システムを、富士通の堅牢性の高いデータセンターを利用してクラウド型で提供するサービスです。春風会では、沼



あしたかホームの事務職員の加藤めぐみさん（左）とケアマネジャーの菊地富美代さん

津地区であしたかホームと原高齢者福祉センター、プレーグあしたかに、伊豆地区において伊豆中央ケアセンターとぬくもりの里に導入されました。大島健司課長は、伊豆地区でクラウドサービスの導入を検討した経緯について、「直接的なきっかけは、この地域に光回線が整備されたことです。以前から法人として介護支援システムのクラウド化は検討していたのですが、当センターがある地域だけが通信環境の整備が遅れていて断念していました。光回線が整備されて、クラウドサービスの利用が現実的となったタイミングで、製品化前だったHOPE WINCARE-ESのクラウド版を紹介されました」と説明します。

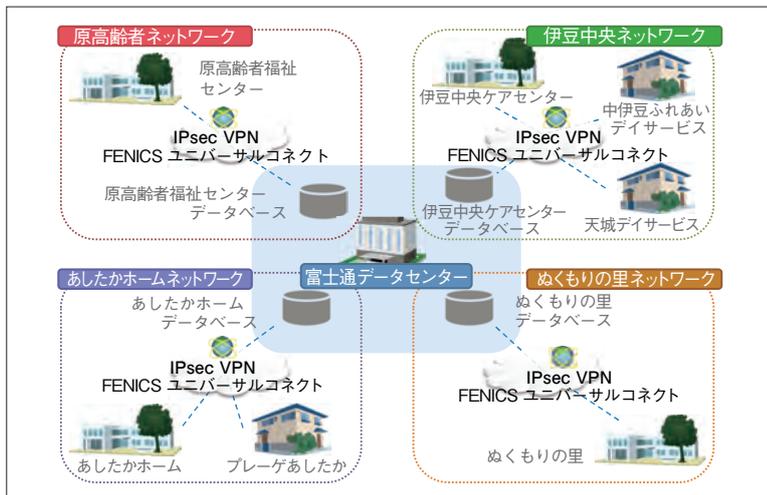
他社のサービスも含めてさまざまな検討を行う中で、クラウドサービス導入の決め手の1つがコストダウンが可能になったことだと大島課長は言います。「サーバクライアントで導入するケースと、クラウド化した場合の月額利用料、端末のリース代をそれぞれ5年間でシミュレーションしたところ、クラウド化した場合1000万円程度のコスト削減が可能という結果でした。さらにクラウドサービスでは、利用施設が増えた場合でも端末ライセンスとユーザーライセンスを増やすだけでよく、沼津地区でプレーグあしたかの新規開設を控えていたこともあり、クラウド化の決め手となりました」。

セキュリティについては、インターネット回線を使用したVPN接続によって、セキュアな環境で安全に利用することができます。「使用時には専用回線に切り替えることで、ほかのシステムとは切り分けていますので心配ありません」と大島課長は評価します。

### 伊豆 / 沼津地区での HOPE Cloud WINCARE の運用

#### 【伊豆中央ケアセンター】

伊豆中央ケアセンターでケアプランの作成や支援経過記録を入力するケアマネジャーの保里真奈美さんは、



社会福祉法人 春風会 HOPE Cloud WINCARE システム概要図



クリックの少ない操作性で請求業務などを支援

HOPE Cloud WINCAREの使い勝手について、「クライアントサーバ型と比べても操作のスピード感は変わりません。HOPE Cloud WINCAREでは、サービス利用者の基本情報や要介護度の入力の際にいちいち画面を終了せず、ワンクリックで連続して入力画面が立ち上がるようになって登録業務がスムーズに行えるようになりました」と評価しています。また、サテライト施設である中伊豆ふれあいデイサービスと天城デイサービスでは、クラウド化で新たに端末が導入されたことで、実績入力のために月に1回、伊豆中央ケアセンターまで出向いてシステムに入力する必要がなくなりました。大島課長は、「サテライト施設には端末がなかったので、請求業務の時には時間と手間がかかっていました。クラウド化で同一データベースで運用管理できるようになり、職員の負担の軽減と業務の効率化になっています」とメリットを説明しています。

#### 【あしたかホーム】

沼津地域では、あしたかホームと原高齢者福祉センター、そして2014年

4月に新たにオープンしたプレーゲあしたかにHOPE Cloud WINCAREが導入されました。クラウド型のシステムを選択したことで、新規にオープンしたプレーゲあしたかではシステム関連の投資を抑えることができました。プレーゲあしたかは、地域密着型特別養護老人ホームと小規模多機能型居宅介護支援事業所などを併設していますが、レセプトなどの入力にあしたかホームで一括して行っています。あしたかホームの事務職員の加藤めぐみさんは、そのほかのメリットとして、それまで手作業で定期的に行っていたバックアップ作業が必要なくなったことを挙げています。「時間的にはそれほどではありませんが、日々のバックアップ作業は結構手間でした。クラウドでは、その必要がなくなったほか、報酬改定時のバージョンアップについてもクラウドのサーバ側で行われるため、こちらで対応する必要がないのもメリットです」。

また、ケアマネジメント業務や請求業務の際の操作性についても、使い勝手が向上しており、地域包括ケアセンターのケアマネジャーの菊地富美代さんは、「相談を含めると500件近いサービス利用者を扱いますが、ケアプランや支援経過記録などスムーズに入力できています」と話します。

#### 事業の規模拡大に合わせて柔軟なシステム導入が可能

春風会では、地域のニーズや自治体

#### 社会福祉法人 春風会施設一覧

【沼津市】	中伊豆ふれあいデイサービス
高齢者支援福祉施設	サービ
あしたかホーム	水晶苑
プレーゲあしたか	北狩野ケアセンター
みはらの丘浮島	障害者支援福祉施設
原高齢者福祉センター	あおばの家
ケアハウスはるかぜ	中豆授産所
はら駅南デイサービス	もくせい苑
障害者支援福祉施設	なぎの家
沼津市立 高尾園	サポートセンター絆
沼津虹の家	児童福祉教育施設
【伊豆市・伊豆の国市】	中伊豆放課後児童クラブ
高齢者支援福祉施設	天城放課後児童クラブ
伊豆中央ケアセンター	ぬくもりの里
ぬくもりの里	クラブ
天城デイサービス	企業内保育所ぽっぽ

の要望に応えるべく、提供するサービスを拡充し、常に次に向けて取り組みを行っています。大島課長は今後について、「地域包括ケアの中でより地域に密着した、小規模多機能型の施設が主流になってきますので、日常生活圏の単位で多くの施設が必要になってきます。その場合には、施設ごとのスタンドアロンタイプよりもクラウド利用のほうが、管理が容易で導入コストも抑えた形で運用が可能になります。今後の事業の展開を考えてもクラウドに期待するところは大きいですね」と語っています。■



#### 社会福祉法人 春風会

〒410-0302  
静岡県沼津市東椎路 1742-1  
TEL 055-967-1166  
FAX 055-967-3566  
URL <http://shunpuukai.com/>  
※写真上=あしたかホーム（静岡県沼津市）、写真下=伊豆中央ケアセンター（静岡県伊豆市）



# 病院の未収金回収のコツ

外山 弘氏 弁護士 (外山法律事務所)

## はじめに

未収金回収には、「コツ」があります。未収金回収には、さまざまなテクニックがたくさんありますが、まず、この「コツ」を理解することが重要です。逆に、これを理解していなければ、これらのテクニックの効果は半減します。そこで、今回は、この「コツ」とその具体的なテクニックを伝授することだけに絞り、ほかのことは別の機会にさせていただきます。

## コツは「追い込み」

コツは、一言で「追い込み」です。言葉のイメージは悪いですが、これこそが回収の成功を決する分水嶺なのです。未収者の多くが生活に余裕のない方です。生活に追われると、できれば支払わないで済ませたいと思うのが人情です。また、たとえお

金に少し余裕があっても、支払い優先順位からすれば、病院の未収金は最下位に属すると言っても過言ではありません。そのような未収者から回収を図るには、どうしても「追い込み」なければならないのです。

子供のころの「夏休みの宿題」を思い出してください。もし、夏休みの宿題に期限がなかったらどうでしょう。親や学校の先生が、やかましく言わなかったらどうでしょう。宿題を提出する生徒は著しく減るはずですが、このように、悪意のない人でも「追い込み」であげないと、やってもらえないという現実を直視しなければなりません。

## 追い込むノウハウ

### 1. 心理的追い込み

回収のコツが追い込みだからと

いって、映画やドラマの取り立てシーンのように暴力的な行為をするわけではありません。使う道具は「文書」「電話」「訪問」「裁判」の4つで、心理的に追い込んでいくことが肝です。しかも、そのうち「訪問」と「裁判」は時間やコストがかかることから、最後の手段にします。ポイントの第1は、「訪問」と「裁判」を伝家の宝刀にし、「文書」と「電話」だけで心理的に追い込んでいくことです。

### 2. 追い込まれるレベルの認識

追い込みの第2のポイントは、追い込まれるレベルが人によって異なるので、それを意識するということです(図1)。その人の支払い能力や、ストレス耐性、性格などによって、支払ってもらえるようになるまでのレベルというものがあるのです。追い込みの強さがその人固有のレベルを超えなければ、回収努力を重ねても意味がありません。この基準レベルをできるだけ早く察知しなければならないケースがあります。債務者を「悪質型」「トラブル型」「貧困型」に3分類した場合の「悪質型」がそれで、基準レベルが高いため追い込みを無視されますので、最初から「裁判」による回収をめざすべき相手なのです。

### 3. 督促に連続性を持たせること

追い込みの第3のポイントは、時間です。未収金を回収するためには、何回か督促を繰り返さないとはいけませんが、督促と督促の間が間延びす

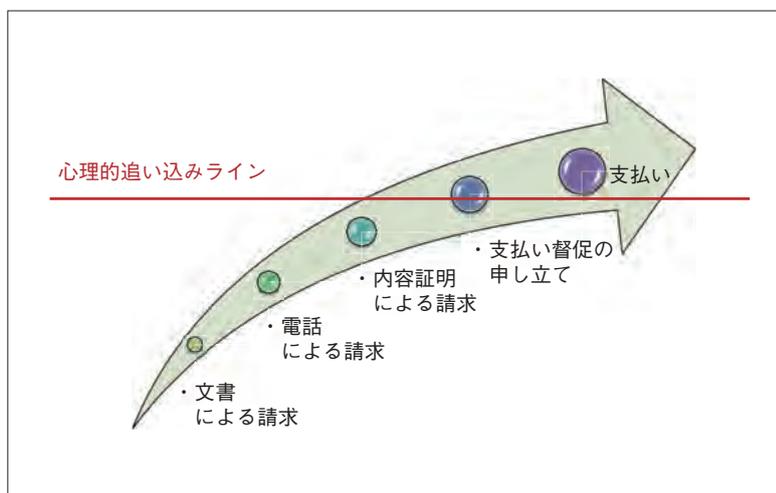


図1 追い込まれるレベル

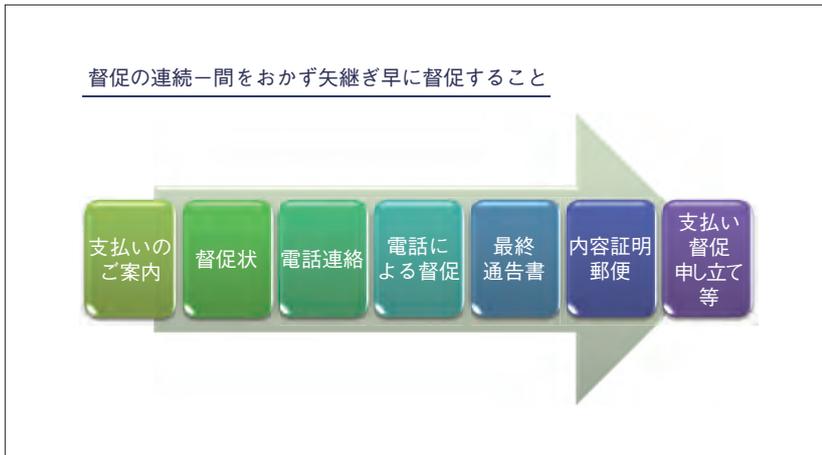


図2 督促の連続性

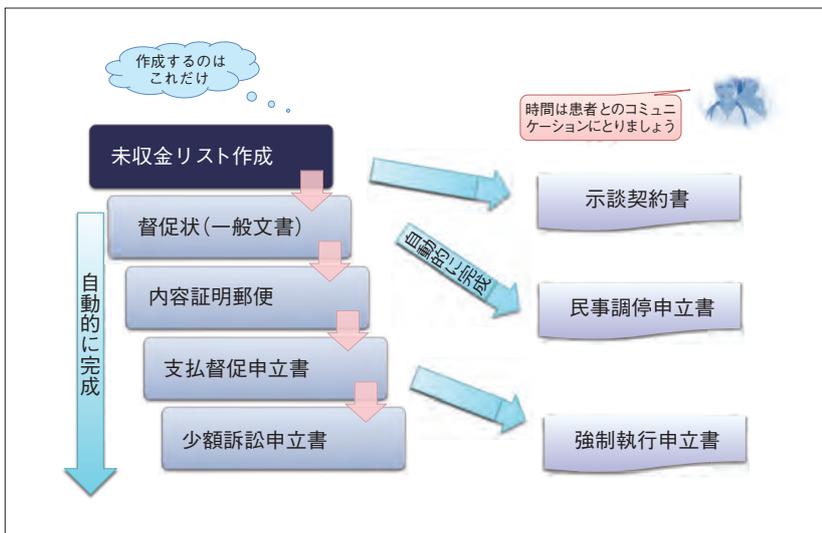


図3 文書の書式化

ると追い込みとしての効果がなくなるのです。未収者に対する連絡に間を置かず、「文書」と「電話」を交互に交えながら連続性を持たせ、一気に基準レベル超えることが肝要です(図2)。



次に、「文書」と「電話」だけでどうやって心理的に追い込んでいくかを具体的に見ていきましょう。

## 文書による追い込み

### 1. ICTを使った書式化

心理的に追い込むために、督促の矢を次から次へと射なければならず、しかも未収者が追い込まれるレベルま

で手を休めてはいけません。そのために、督促の文書はレベル1からレベル5まで、あらかじめ書式を作っておくことが絶対必要です(図3)。しかも、名前や住所、金額をその都度入力しなくてもよいように、これらのデータをExcelの表に1回入力するだけで、後は「差し込み印刷機能」を用いるべきです。できれば、ICTを駆使し、これら督促文書だけでなく、「示談契約書」や「支払督促申立書」などのすべての書式類が1回の入力だけで全部でき上がるようにしておくべきです。書式の金額と振り込み先はできれば赤字にし、標題には、例えば「督促状(2回目)」などと括弧書きで督促の回数を明記します。こう

して、督促が1回や2回でないことを誰に対しても文面から一目瞭然にさせます。

### 2. 最初は優しく、徐々に強く

「文書」で心理的に追い込んでいくためには、徐々に内容を厳しくし、これ以上放置すると面倒だと思わせなければなりません。1回目の督促状は、ホテルのお客様が忘れ物でもしているかのような表現を用い、2回目では「お客様」から「債務者」としての扱いに変え、3回目にはこれまでに返済がないことを非難し、「万一、お支払いが確認できない場合は、法的手続きをとらざるを得ません」などと記載します。4,5回目は、「貴殿に対し断固たる法的手続きをとります」と強い回収姿勢を示し、内容証明郵便で送るようにします。文書のタイトルも「お知らせ」→「督促状(2回目)」→「催告書(3回目)」→「特別催告書(4回目)」→「最終通知書(5回目)」などとしします。

なお、内容証明郵便は電子内容証明郵便が便利です。郵便局に行かずにインターネットで24時間いつでも送付でき、従来のように封筒書きや捺印、3部作成などが一切不要です。しかも、先述の差し込み印刷機能と同じことまで対応してくれますので、何十人もの内容証明郵便も短時間で処理してもらえます。

### 3. コミュニケーションツールの同封

以上が文書による追い込みのテクニックですが、もう1つ、回収額を大きく左右する非常に重要なことがあります。それは、督促状に「回答書」を同封しておくことです。この回答書には、①金額が合っているか、②支払い意思があるか、③分割希望か、④なぜ支払えないか、などをアンケート形式で記載するようになっており、書くことができない方は電話や来所による相談を受け付けるこ

とにします。未収者の多くが多重債務者ですので、請求書の類は封も開けず無視されています。このような未収者から回収するために文書を何度送りつけても、電話でやかましく督促しても回収に結びつきません。イソップの「北風と太陽」の寓話のように、太陽方式で回収を図るべく、未収者とコミュニケーションをとって支払い可能額に分割してあげることが肝要です。

回答書は、多重債務者とのコミュニケーションを図る第一歩なのです。電話で督促する前に、まず回答書を送ってもらうようにすることが重要です。私の経験では、回答書を送ってくれるような患者さんであれば、ほぼ回収できると言っても過言ではありません。なお、回答書は、できるだけ送ってもらえるようにするために、着払い封筒を同封し、FAXでも携帯電話の電子メールでも送れるようにすべきです。また、病院の未収金担当専用のアドレスを設定し、QRコードを作成すれば、回答書を携帯電話のカメラで撮らせ、病院のアドレスに簡単に転送させることもできます。

## 電話による追い込み

### 1. 双方性の特色を利用

文書が一方的であるのに対し、電話は双方性という特色を有します。それゆえに、電話による追い込みは、文書にはないこの特色を生かしコミュニケーションを図ることがポイントなのです。病院からの電話があれば、未収者としては何のために電話してきたかおおよその察しはついてはいるはずですが、そんな時に、いきなり「払ってください」と言うのは追い込みとしての一定の効果はありますが、文書と何ら変わらず、次からは居留守を使われる恐れがあります。まず、病院からの文書が届いているか尋ねるようにし、封を開けて

もらい、金額が間違っていないことを確認して、病院の会計が困っていることを訴えるようにすれば、相手の方から支払えない理由と支払い時期を言ってくるはずですが、万一、相手から支払う旨の話がない場合は、病院としても手続きを進めざるを得ず、少し厄介なことになることを告げ、心理的に追い込んでいかなければなりません。

### 2. 期限の設定と約束の書面化で心理的拘束力を高める

電話でコミュニケーションが成立し、相手が支払ってくれることになった場合に、クロージングとして支払い原資を確認の上、支払い期限を設定しなければなりません。夏休みの宿題と同じで、この期限を設定することが肝要です。さらに、これを文書化し署名・押印させることで、心理的拘束力を高めます。分割払いの場合に注意すべき点が1点あります。必ず「期限の利益喪失条項」を入れることです。これは、分割払いの途中で支払いを一度でも怠った場合は、残金を一括して支払わなければならないという条項です。

### 3. モニタリング

分割払いの合意をした後に、非常に重要なポイントがあります。これが分割払いの回収額の多寡を決すると言っても過言ではありません。金融用語で「モニタリング」と言います。モニターという語から連想されるように、未収者の支払い状況を監視することを意味します。最初に遅れた時が肝心です。この時に、できれば24時間以内、遅くとも72時間以内に間髪を入れずに連絡をとって、入金を確認できないことを告げ、少し驚いて、「どうされたのですか?」と尋ねるのです。遅れた方はまったくといってよいほど、深刻に考えていません。もともとルーズな人が多いのです。しかし、病院側が

未収者の履行状況を常に監視していることを示すことによって、うるさいと思わせれば、支払うようになっていくのです。

中には、適当な支払い約束をしてまた遅れる人がいます。そんな時は、なぜ約束を守らないのか非難しなければなりません。病院の未収金回収は、ほかの債権回収と異なり、支払い能力が厳しい方が非常に多く、分割払いにしてあげなければならないケースが多いのです。だからこそ、このモニタリングが重要なのです。この手法の応用として、支払い期日の前に確認の連絡を入れることもお勧めします。支払いが危ぶまれる相手には、3日前、前日、当日に電話を入れます。こうして支払い期日を忘れさせず、お金の準備ができたかを確認し、期日当日に確実に支払ってもらうように誘導していくのです。

## 最後に

以上、未収金回収のコツとして、心理的に追い込んでいくということを申し上げましたが、実はこのテクニックは、なすべきことをやってくれない人を動かすコツでもあるのです。皆さんのまわりの上司や部下、お子様にも活用できますので、工夫してみてください。■



外山 弘氏 (とやま ひろし)

1989年大阪大学法学部卒業。最高裁判所研修を経て、95年に弁護士登録。2005年から株式会社整理回収機構大阪特別回収部協力弁護士を務める。2008年に弁理士登録。医療・介護に関する法律問題を専門としており、病院未収金回収、病院クレーム処理をテーマにした講演・講義を行う。主な著書に『わかりやすい会社法の手引き』（共著、新日本法規）がある。

# 多職種間のタイムリーな情報共有を実現し 在宅医療連携を推進

地域医療ネットワーク

ヒューマンブリッジ

## HumanBridge 在宅ケア

### はじめに

昨今、高齢化、医師不足、病床数削減などの医療機関を取り巻く環境の変化により、さらなる病床の機能分化の推進と、高齢者や患者さんを病院ではなく地域の中で見守る在宅医療連携が求められています。富士通はこれまで、地域の医療機関の情報共有の促進と連携を活性化する地域連携システム HumanBridge EHR ソリューションを積極的に推進し、全国 300 以上の医療機関と、30 以上の広域連携ネットワークで展開してきました。

このたび、在宅医療連携を推進するために、これまで HumanBridge にて構築されたネットワーク上に、医療関係者と在宅関連多職種間のタイムリーな情報共有を実現するコミュニケーションツールとして、HumanBridge 在宅ケアの提供を開始します。時間と空間の異なる多職種間で確実な情報共有を実現するために、従来から文字入力・ファイル登録により双方向の情報共有をサポートしてきた

HumanBridge の「患者メモ」機能を拡張し、在宅現場においてケアマネジャーや訪問看護師がスマートデバイスを用いて、かかりつけ医と正確・迅速・効率的な双方向型のコミュニケーションを可能にするツールです。

### コンセプト

HumanBridge 在宅ケアのコンセプトは、以下のとおりです。

- ・直感的操作性：誰でもすぐに使用できます。
- ・現場情報のスムーズな共有：テン

### お問い合わせ先

富士通株式会社  
文教・ヘルスケアビジネス推進統括部  
次世代医療ビジネス推進部  
TEL 03-6252-2701

プレート、写真、動画による簡易情報登録が可能です (図1~3)。

- ・地域連携システムとの連携：病院~診療所~在宅の情報を集約します。

### 患者・住民・地域を支える ネットワーク基盤へ

医療連携から在宅・介護連携、そして地域包括ケアシステムへ。HumanBridge は、患者・住民・地域を支えるネットワーク基盤を提供していきます。■

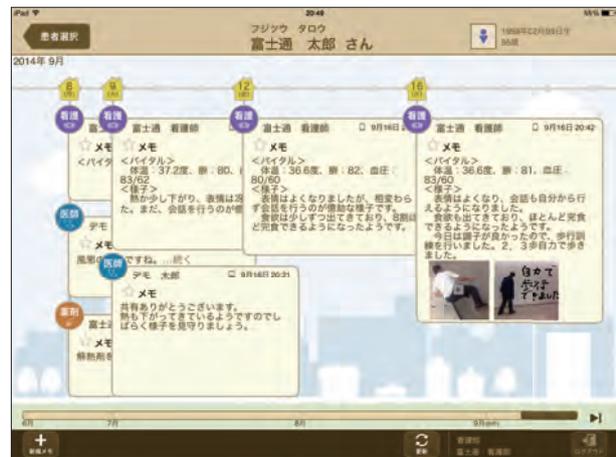


図1 時系列ビュー



図2 メモ登録画面

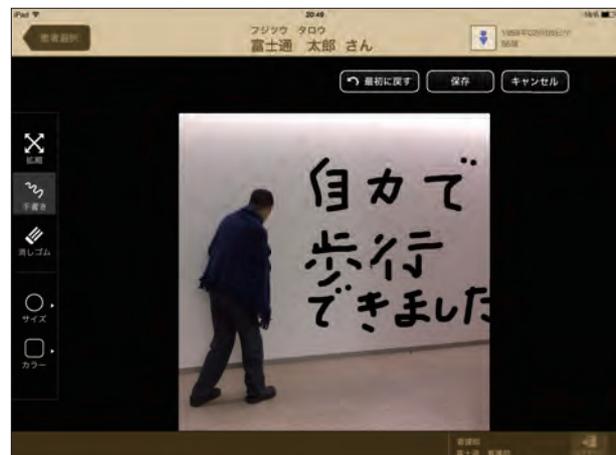


図3 画像登録画面 (手書きコメント)

# 導入・運用負担を大幅に軽減する 中堅規模病院向けクラウド型電子カルテシステム

FUJITSUヘルスケアソリューション

ホープ クラウド チャート

## HOPE Cloud Chart

### お問い合わせ先

富士通株式会社  
ヘルスケア・文教システム事業本部  
ソリューション推進統括部  
第二推進部  
TEL 03-6252-2502

### はじめに

現在、医療機関における200床未満の中堅規模病院の電子カルテシステム導入率は11%（注1）にとどまっています。業務の効率化や安全性の向上などを目的としたシステム導入を検討する施設が増えている一方で、予算や管理者、サーバ設置場所の確保など、さまざまな課題からICT化の敷居はいまだ高く、普及が進んでいない現状がうかがえます。

HOPE Cloud Chartは、病床数が20～200床ほどの中堅規模病院のシステム導入における多くの課題を解決し、ICT化を推進すべく開発されたクラウド型電子カルテシステムです。

### サービスの特徴と効果

富士通は1975年から医療機関向けのシステム開発と運用支援を行っています。多くの医療機関でのシステム導入や運用支援での経験により、医療機関における標準的な診療業務

プロセスを確立し、医療情報交換の標準規約を採用することで、電子カルテシステムのパッケージ化を実現してきました。

本サービスは、電子カルテシステムと医事会計システムのサーバやアプリケーションを富士通のデータセンター（注2）で管理し、FENICSネットワークサービス（IP-VPN）を用いて病院とデータセンター間の通信内容を暗号化した高セキュリティなネットワークを経由することにより、院内に設置された全クライアント端末にて利用可能です（図1）。

また、導入から保守までデータセンターにてトータルにサポートするため、運用保守やサーバ管理に専門要員を必要とせず、医療機関の負担を大幅に軽減します。

### 電子カルテシステムの初期投資と運用コストを削減

HOPE Cloud Chartは、連携・資

源管理サーバを1台用意するだけで、既存の院内システムと連携し、電子カルテシステムと医事会計システムを利用できるため、初期投資、ハード保守費用を抑えられます。また、電子カルテシステムと医事会計システムのサーバに関する消耗品の購入費用、ICT設備や空調設備の電気使用料金などの運用コストも抑えられます。特に保守に関しては、データセンターにて24時間365日監視を行っており、人件費も削減できます。

### 安心・安全なデータ保管と業務継続性を実現

本サービスを提供するシステムは、最先端のセキュリティと堅牢な設備を備え、災害対策サイトも完備されたデータセンターで運用・管理されるため、万が一の災害時にも病院のデータを安全に保管します。

また、データセンターと病院間のデータ通信は、厚生労働省がネット

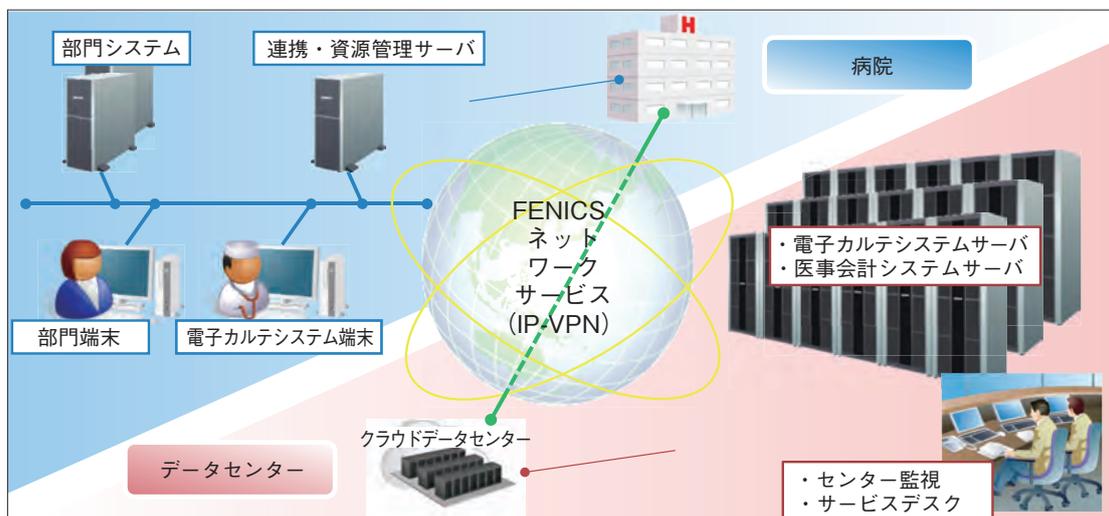


図1 HOPE Cloud Chartのサービスイメージ

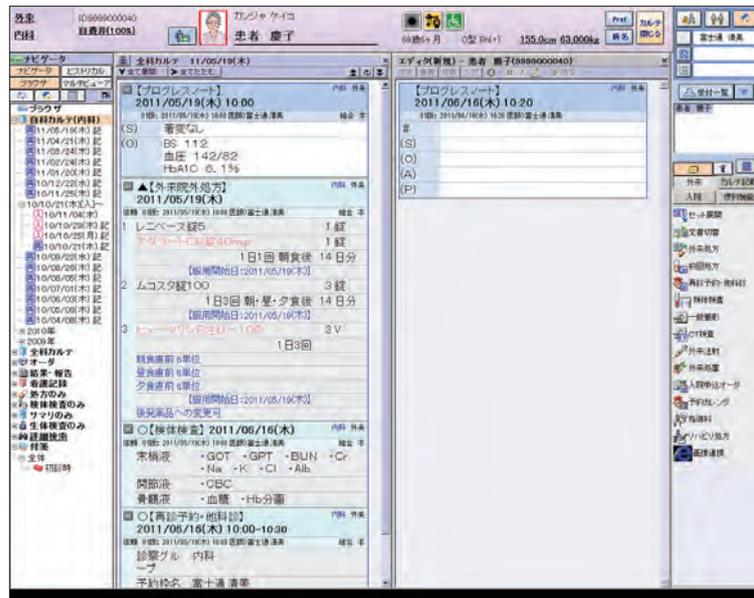


図2 シンプルでわかりやすい電子カルテシステム画面

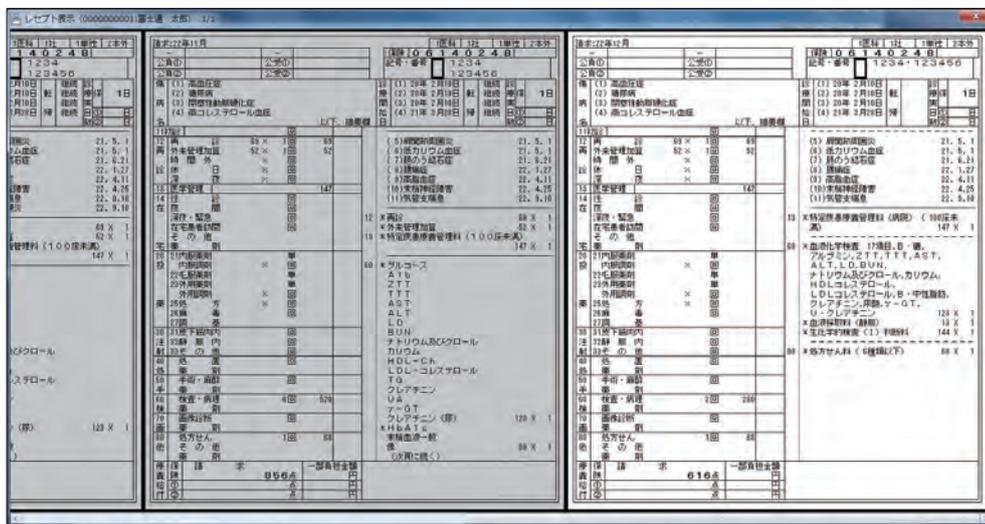


図3 使いやすさを重視した医事会計システム画面

ワークを介して医療情報をやり取りするために定めたガイドラインに対応した、富士通のクラウドデータセンター向けネットワークサービスのFENICS ビジネスマルチレイヤーコネクトを利用し、ネットワーク経路上の盗聴、なりすましを防止します。

さらに、病院業務を熟知した担当者がサービスの導入支援、システム運用監視、保守などを一貫して行い、利用者をサポートするため、安心して業務に専念していただけます。

**多様なニーズに応える高機能、拡張性**

200 以上の中堅病院様向け電子カ

ルテシステム HOPE EGMAIN-LX の導入における経験や運用支援により当社が確立した、中堅規模病院の標準的な診療録の記載方法、診療プロセス、ニーズを反映した電子カルテシステムと医事会計システムの機能を提供します。

**1. 電子カルテシステム**

数多くの病院で培ってきたノウハウをベースに豊富な機能を搭載したシステムです。誰にでもわかりやすく、シンプルな画面デザインを徹底追求しました (図2)。

**2. 医事会計システム**

使いやすさを第一に考え、多彩な機能でレセプト業務を軽減します。

診療報酬改定時には、富士通が速やかにプログラムを変更してご提供いたしますので、安心してお使いいただけます (図3)。

◆ ◆ ◆  
富士通は今後も、社会制度やニーズの変化に迅速に対応した機能を継続的に提供していきます。■

注1：厚生労働省「平成24年(2012)医療施設(動態)調査・病院報告の概況」、保健医療福祉情報システム工業会「JAHIS オーダリング電子カルテ導入調査報告-2012年版(平成24年)」より。  
注2：株式会社アイ・エス・レーティングによる情報セキュリティ格付けで、2011年1月に最高評価「AAAis」を取得。

## シームレスな地域連携のための議論・情報共有の場 地域医療ネットワーク研究会

地域医療ネットワーク研究会

検索



「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換、「地域医療再生」実現のため、地域医療連携ネットワークの構築が各地区で進められてきました。今後は、加速的に進行する高齢化社会を支えるために、医療・介護・生活支援をつなぎ、地域の中で住民を見守る「地域包括ケアシステム」の実現に向け、保健・医療・福祉のシームレスな連携が必要となります。

地域医療ネットワーク研究会では、多くの医療機関や医師会、自治体、ICT 関連企業などが活発に議論・情報共有できる場〔研究会総会・各ワーキンググループ (WG) など〕を提供し、地域医療ネットワーク構築に向け

た情報共有や課題解決に加えて、今後のあるべき姿やビジョンを共有し、積



参加施設:175、会員数:505名 (2014年9月時点)

極的に提言していく活動を行っています。■



地域医療ネットワーク研究会ホームページ  
<http://www.humanbridge.net/healthcarenet/>

### ● 研究会の主な活動

- ・ 総会 年2回 (シンポジウム・事例紹介・活動報告など)
- ・ 運用ノウハウビジネスモデルWG (始める、広げるためのノウハウ共有)
- ・ グローイングアップWG (ユーザーの声を製品に反映)

### ● 入会方法

地域医療ネットワーク研究会ホームページにアクセスいただき、「入会のご案内」より、エントリーシート (Excel ファイル) にご記入の上、事務局までお送りください。詳しくは、ホームページをご確認ください。

## 第9回 地域医療ネットワーク研究会 総会を開催

開催日: 2014年11月29日 (土)、30日 (日)  
開催地: 大分県別府市

地域医療ネットワーク研究会の第9回総会が2014年11月29日 (土)、30日 (日) の2日間、大分県別府市で開催されます。総会では、別府市医師会などが取り組む地域医療ネットワーク「ゆけむり医療ネット」の概要についての講演の後、各グループに分かれて事例見学を行います。

### ● 見学コンテンツ

- ・ 病診連携
- ・ 在宅機能オプション
- ・ 処方せんの電子化実証事業
- ・ 健診連携

## アンケート

### 【粗品プレゼント!】

HOPE Vision をご覧いただきありがとうございました。読者の皆様のご意見・ご要望・ご感想をお聞かせください。アンケートにご協力いただいた方には、粗品をプレゼントいたします! 下記URLよりアンケートにご回答ください。

URL : <http://jp.fujitsu.com/solutions/medical/hopevision/>

FAX・e-mail にも受け付けておりますので、本誌に同封してあるアンケート用紙、または同ページよりアンケート用紙をダウンロードいただき、ご送付ください。

## PRESENT!



※粗品は、予告なく変更となる場合がございます