

Feature

深化する 地域医療 ネットワーク

2018年7月9日発行 [ホープビジョン]

HOPE Vision

Vol. 30
2018 July

Foreword 東京都医師会 目々澤 肇 理事

ベンダーの枠を越えたデータセンター間接続で
東京都全域をカバーする東京総合医療ネットワーク

Feature

東京総合医療ネットワーク 平成立石病院 / 日本医科大学付属病院
ふくいメディカルネット「医療から介護への連携拡大」

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

HOPE Vision

Vol. **30** 2018 July
contents

Foreword

目々澤 肇 氏

ベンダーの枠を越えたデータセンター間接続で
東京都全域をカバーする東京総合医療ネットワーク ①

Feature

深化する 地域医療ネットワーク

東京総合医療ネットワーク

Link 1 平成立石病院

地域の救急医療を支えるため、グループの枠を
越えた医療情報連携を期待し参画を決定 ②

Link 2 日本医科大学付属病院

高度救命救急センターを有し、多くの紹介患者を受け
入れる大学病院として、広域でのICT連携に期待 ③

ふくいメディカルネット

地域包括ケアシステムの構築をめざして医療から
介護へと連携が広がるふくいメディカルネット

基幹病院が偏在する状況においても、全県下で同じレベルの
医療を切れ目なく提供し、在宅まで含めた情報連携を実現 ④

Case Study

HOPE EGMAIN-GX

他社電子カルテシステムからの更新事例

方針に沿った運用検討と仮想化技術活用で
別ベンダーからの更新を実現

岐阜市民病院 ⑥

HOPE VISION Report

医療法人公世会 野市中央病院

ケアミックス病棟のICT化で業務効率を大きく向上

手厚いサポートのもと HOPE EGMAIN-LX を
段階的に導入し、病院全体で安定稼働 ⑧

New Technology & Solution

組織ストレスアセスメント

e診断@心の健康 ⑩

中堅規模病院向け電子カルテシステム

FUJITSU ヘルスケアソリューション

HOPE LifeMark-MX ⑪

知っておきたい 病院経営のヒント 連載第3回

2018年度診療報酬改定

～【介護編】骨子と対策

小濱 道博氏 ⑫

表紙の写真：勝間橋 (東京都)

※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://www.fujitsu.com/jp/solutions/industry/healthcare/>) に、PDFデータで掲載いたします。

Foreword

ベンダーの枠を越えた データセンター間接続で 東京都全域をカバーする 東京総合医療ネットワーク

目々澤 肇 氏

公益社団法人 東京都医師会 理事

東京都医師会が中心になって進めてきた地域医療ネットワーク「東京総合医療ネットワーク」が、2018年7月に正式にスタートしました。これまで前例のなかった富士通の地域医療ネットワーク HumanBridge EHR ソリューション (以下、HumanBridge) と ID-Link (NEC/ エスイーシー) の2つのネットワークを直接接続することで、ベンダーの垣根を越えた患者情報の共有をめざす取り組みです。IHE 規格をベースとして標準規格によるマルチベンダーの地域医療ネットワークを構築し、患者の移動が激しい東京都の特性に対応しつつ、事業継続が可能なネットワークとしてより広域でオープンな地域医療連携システムをめざしています。

都心に集中する大病院と患者の受診動線の特異性に 対応した広域な連携システムを模索

東京総合医療ネットワークは、東京都医師会が中核となって東京都や東京都病院協会の協力の下、運営を行う地域医療ネットワークです。2015年から調査・検討を開始し、実証事業やモデル運用などを行ってきましたが、準備が整い2018年7月から正式に運用をスタートしました。東京総合医療ネットワークの大きな特徴は、東京都全域をカバーすることを指向して、地域医療ネットワークの大手2社のシステムをデータセンターレベルで直接接続したことです。

地域医療ネットワークは、地域医療再生基金などをきっかけとして全国で多くの構築が行われていますが、その多くは中核医療機関のデータを近隣の診療所などに公開する1対Nの構成です。東京都の場合、大学病院をはじめ多くの基幹病院が存在し、それぞれの病院による個別の地域医療ネットワークの構築はあっても、そこからさらに広域を意識した病院相互の連携は難しい状況でした。

また、東京都は患者さんの流動性が大きいという事情があります。急性期には都心の大病院を受診し、回復期や慢性期には自宅などがある周辺地域に戻るといった傾向があります。さらに大規模災害の発生に際しても、予測は不可能ではありますが東西に広がる東京都全域が被災しなければ、都内で連携して対応することも可能です。こういった状況を踏まえて、医療圏を越えた東京都全域の地域医療ネットワークの構築が必要だと考えました。



高いシェアを持つ2社の地域医療ネットワーク同士を 直接接続して情報共有

東京都医師会では、2015年に地域医療連携システム構築検討委員会（委員長：林 宏光日本医科大学教授）を立ち上げ、東京都における地域医療連携システム構築の検討をスタートしました。2014年に行った都内の全病院を対象にしたアンケートで、500床以上の病院で採用されている地域医療連携システムの8割近くが、HumanBridgeとID-Linkだということがわかりました。この2つのネットワークを接続すれば、ほとんどの病院がカバーできるのではと考えたことがスタートです。

ところが、2社のシステムはどちらもSS-MIX2で共有していますが、実際には規格に“方言”があって相互接続できないとのことでした。従来、両社のネットワークをつなげるには、ポータルサイトを設けて入り口を分ける方法がありました。しかし、これにはポータルサイト用のサーバが必要でコストがかかります。委員会で検討を重ね、両システムの館林と函館にあるデータセンター同士をIHE規格による“データセンター間接続”でつなぐことで相互参照が可能ではないかと考え、実証実験を行いました。この実験で、日本医科大学付属病院（HumanBridge）と等潤病院（ID-Link）間で相互にデータが参照可能なことが確認されました。

この結果を受け、実際の運用を開始するために必要な規約の策定や体制を整備し、2017年9月に正式に運営協議会が設立され、2018年3月に8病院で実施したモデル運用を経て正式に運用がスタートしました。まずは、モデル運用に参加した8病院の間で同じ地域医療連携システムのグループ内連携に限定した実運用を開始するとともに、システムを備えた開示施設の参加を募集します。異なるシステム間の連携を含めた本格運用は準備が整い次第、開始する予定です。

IHE規格をベースにデータセンター間接続によって オープンでリズナブルなシステム運用を実現

地域医療ネットワークのメリットには、紙や記録媒体で行っていたデータのやりとりが、オンラインによってより詳細な情報を時間差なく把握できることがあります。また、救急医療ではかかりつけの医療機関以外に搬送された場合でも、患者背景を把握した上で診療が行えることは、医療安全の面からも診療の質の向上という意味でも大きなアドバンテージで

す。ほかにも重複検査や投薬の防止（ポリファーマシー）などが考えられますが、それが東京総合医療ネットワークによって、より広域の医療機関がカバーできればメリットは大きいでしょう。今回、異なるベンダーの地域医療ネットワークを接続したことで、今後は東京都だけでなく、隣接する地域の医療連携システムとの接続も期待でき、どこでもデータに基づいた医療が受けられるという患者さんのメリットが大きく広がることが期待されます。

もう1点は導入や運用のコストを抑えられたことです。地域医療ネットワークには、導入コストは補助金や基金を活用できても、事業を永続的に運営するためのランニングコストをどうするかという課題があります。今回の事業では、補助金などの活用は導入支援の一部にとどめ、ランニングコストはデータセンター同士の接続でポータルや連携のためのサーバを必要としないため、維持費などコストを抑えた運用が可能で、月額費用も最低限の金額に設定することができました。

HumanBridgeをベースにより広域な医療連携の ネットワークへの拡大を期待

東京総合医療ネットワークでは、IHE規格やSS-MIX2など標準規格をベースにすることで、オープンかつ柔軟な構築が可能になりました。連携項目については、異なるベンダー間では処方内容、注射内容、検査結果などが基本ですが、今後、項目は順次追加していく予定です。

今回はまず、HumanBridgeとID-Linkそれぞれのグループに限定した連携で実運用を開始し、その後HumanBridgeとID-Linkとの間の連携を行うわけですが、基本的にはIHE規格に対応した地域医療ネットワークであれば接続は可能ですので、接続の検証を行った上で拡張していきたいと思います。また、クリニックについては、最近増えつつあるクラウド型電子カルテであれば連携が可能です。クラウド型では、データアップロードの仕組みや保存用のサーバを用意する必要がありませんので、コストの追加なく東京総合医療ネットワークとの相互参照が可能になると期待しています。

本来は、1患者1IDで国として1つのデータベースがあり、患者さんのデータはどこで受診をしても1か所に書き込まれ、それをどこからでも参照し共有できるのが理想だと、この事業にかかわる以前から考えていました。実際には、規格や制度、運用などの問題で難しいのだということはわかりますが、富士通は電子カルテシステムでは大きなシェアを持っていますし、HumanBridgeでも多くの導入事例があります。富士通の電子カルテやHumanBridge同士が接続されるだけでも、全国をカバーするような地域医療連携システムを構築することは不可能ではないと思います。今回の東京総合医療ネットワークの取り組みがきっかけとなって、日本のどこでも自分の過去のデータを見てもらいながら診療できるような仕組みまで発展することを願っています。■

目々澤 肇氏（めめざわ はじめ）

1981年獨協医科大学医学部卒業。医学博士。日本医科大学附属第一病院内科医局長、日本医科大学内科学第二講座講師、日本医科大学附属千葉北総病院脳神経センター副所長などを経て、1999年医療法人社団茜通会目々澤医院を継承。2011～2014年江戸川区医師会理事、2013年より東京都医師会理事を務める。

東京総合医療
ネットワーク

ついに都内全域をカバーする ICT による地域医療ネットワーク「東京総合医療ネットワーク」が稼働します。実証事業から参加している 2 病院に展望や期待をインタビューしました。

Link
01

平成立石病院

地域の救急医療を支えるため、グループの枠を越えた
医療情報連携を期待し参画を決定

2002 年に開院した平成立石病院は、東京・下町の葛飾区で、東京都指定の 2 次医療機関として地域に密着した救急医療・急性期医療を提供しています。2014 年に東京都災害拠点病院の認可を受け、2016 年には病院機能の強化を目的に、平成立石ペンギンクリニックに外来診療部門を移行しました。2013 年から富士通の地域医療ネットワーク HumanBridge EHR ソリューションを導入し、地域医療連携にも力を入れています。同院の地域医療連携の現状と東京総合医療ネットワークへの期待について、システム担当の大塚 修副主任に取材しました。

HumanBridge で関連施設・地域と連携

同院は開院当初から、積極的に ICT を採用することで業務の効率化をめざし、電子カルテは 2 度の更新を経て、現在は HOPE EGMAIN-GX が稼働しています。HumanBridge 導入後は、グループ 7 施設と地域の診療所との間で ICT によるシームレスな情報連携が行われています。大塚副主任は「グループ施設には病床機能が異なる病院もあるため、グループ内で患者さんを転送する際などに医療情報のやりとりを行うことが一つの目的でした。また、地域の診療所からは検査紹介も多いため、HumanBridge により検査画像を迅速に参照していただけるようにすることで病診連携を推進することもめざしました」と話します。さらに、災害対策のために HumanBridge BCP を導入しており、「診療データをデータセンターにバックアップできるため、災害拠点病院となった当院にとっては、BCP 対策としても大きなメリットを得ることができました」と述べています。

連携の拡大を見据え、実証実験に参加

2018 年 4 月、8 つのモデル病院を対象にした実証実験が行われ、同院はグループ病院である花と森の東京病院（北区）、南町田病院（町田市）とともに参加しました。同院の猪口正孝理事長が東京都医師会の副会長ということもありましたが、参加の決定にはネットワークに高い可能性が感じられたためだと大塚副主任は説明します。

「従来のネットワークでは、グループ内にとどまる規模での運用がメインでしたが、将来的には幅広く ICT で連携する必要があると感じていました。例えば、グループ病院では脳卒中の血管内治療において日本医科大学付属病院と連携し救急患者を転送していますが、情報連携はアナログで行っています。東京総合医療ネットワークにより、より多くの病院と医療情報連携ができるようになれば、メリットは非常に大きいと考え、いち早く参加を決定しました」

大塚 修氏
(システム担当)

患者さんが急性期、回復期、在宅（診療所）と、さまざまな医療機関を行き来する状況においては、ベンダーを越えた連携は大きな意味を持ちます。大塚副主任は、「他院を紹介する際にも、事前に情報共有ができていれば、患者さんが受診したときに医師は検査情報などを確認し、すぐに診療に入ることができます。情報の伝達ミスがなくなり、検査や投薬の重複がなくなれば、患者さんの安心・安全につながります」と期待を示します。

ベンダーを越えた相互連携に期待

国内では数多くの地域医療ネットワークシステムが運用されていますが、ベンダーを越えて相互に連携している事例はまだ多くありません。最後に、大塚副主任は東京総合医療ネットワークへの期待について、「地域医療ネットワークで大きなシェアを持つ 2 社のシステムが採用されて、まずそこで礎をつくることで、ほかのベンダーも参加しやすい状況になるでしょう。これまで、それぞれに運用されてきた地域医療ネットワークは“閉じたネットワーク”でしたが、東京総合医療ネットワークによって今までにない広がりを感じて期待できると思います」と語ってくれました。■

医療法人社団直和会 平成立石病院
〒124-0012 東京都葛飾区立石 5-1-9
URL : <http://www.heisei-tateishi.net>

日本医科大学付属病院

高度救命救急センターを有し、多くの紹介患者を受け入れる大学病院として、広域での ICT 連携に期待



日本医科大学付属病院は、1910 年に開設されて以来、地域の基幹病院としての役割を担うとともに、1993 年には高度救命救急センター（厚生省認可第一号）に指定、同年特定機能病院に承認されています。日本屈指の医療技術と高度先進医療を心の通い合うサービスで提供し続けるために、2018 年 1 月には「未来へつづく病院づくり」をコンセプトに新病院が完成しました。広域から患者さんが集まる同院の地域医療連携の現況と、東京総合医療ネットワーク本稼働に向けての展望を、日本医科大学 ICT 推進センター長も務める林 宏光放射線科教授・医療情報センター長に取材しました。

都内全域から患者さんが集まる大学病院

東京都は、都心部に高度医療や先進医療を提供する大学病院や特定機能病院が集中しています。特に日本医科大学付属病院が位置する文京区は、高度急性期機能を有する病院が集まる地域です。同院には日々多くの患者さんが救急搬送されてくるとともに、さまざまな医療機関から患者さんが紹介受診します。「紹介患者さんは 80% を超えています。また、急性期を乗り切って慢性期治療のために地域へ戻っていただく逆紹介率は約 60% です」と、林教授は状況を説明します。

同院では、2013 年に富士通の地域医療ネットワーク HumanBridge EHR ソリューションを導入しました。林教授はそのねらいについて、「当院を受診した患者さんが紹介元や地域へ戻る際に、できるだけ多くの情報をお伝えしたいというのが最大の理由です」と述べます。

すべての診療情報を開示し医療連携を促進

同院は現在、20 を超える複数の近隣医療機関と HumanBridge を使った医療連携を行っています。このうち連携サーバを有している病院とは、双方向の情報連携を行っています。同院の HumanBridge による医療連携の特徴を、林教授は次のように話します。

「当院では患者さんのメリットを最大限に考え、電子カルテの記載情報、検査画像、看護記録など、すべての情報を公開しています。そのため、昨今問題となっている重複検査やポリファーマシーなどにも対応できます」

また、近隣の医療機関に対しては定期的に説明会を開催しています。連携を希望する医療機関にはスタッフを

派遣して接続設定を行い、同院の診療情報を活用してもらうように積極的に働きかけていて、林教授は「診療報酬という後押しもあって参加したいという施設はどんどん増えており、ICT による連携が普及していることを実感しています」と言います。



林 宏光 氏
(放射線科教授・医療情報センター長 / 日本医科大学 ICT 推進センター長)

病院の機能分化で重要性が増す情報連携

林教授は、東京総合医療ネットワークの運営協議会理事 / 運営委員会委員長も務めていますが、システム構築にはベンダーの努力もあったと話します。

「地域医療ネットワークは 1 対 N が基本的な考え方ですが、今回は N 対 N の連携、かつベンダーを越えた連携ということで、ベンダーにとってもチャレンジだったと思います。しかし、実際に当院には ID-Link を使っている病院からも多くの患者さんが紹介されていますので、東京総合医療ネットワークのベンダーを越えた ICT 連携の実現には大いに期待しています」

高度救命救急センターを持つ同院には、他院から患者さんが転送されるケースも多くありますが、実証実験では、転送患者さんが到着する前に診療情報を確認できる可能性も見えており、林教授は高い期待を寄せています。また、林教授は、課題の一つに開示施設が十分でないことを挙げ、都の補助金を活用してサーバ導入施設が増え、ネットワークが広がることに期待を示し、次のように締めくくりました。

「今後、病院機能はより細分化され、当院は超急性期型の病院と位置づけられるなど役割が明確化します。患者さんは、機能の異なる医療機関を行き来するため、医療機関間の情報連携はますます重要になります。都内全域から患者さんが集まる当院としては、距離の離れた病院とも多くの情報を共有できる東京総合医療ネットワークが、医療の質を向上するための大切なツールになると考えています」 ■

日本医科大学付属病院
〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5
URL : <http://www.nms.ac.jp/hosp/>

ふくいメディカルネット

地域包括ケアシステムの構築をめざして
医療から介護へと連携が広がるふくいメディカルネット

基幹病院が偏在する状況においても、全県下で同じレベルの医療を切れ目なく提供し、在宅まで含めた情報連携を実現

「ふくいメディカルネット」は、福井県全県下の地域医療ネットワークとして2014年にスタートしました。当初より福井県全県を対象としてネットワークを構築、さらに地域包括ケアシステムへの流れを受けて、医療情報だけではなく、在宅や介護の情報も包括して連携できるのが特徴です。2018年5月時点で、参加施設は情報開示病院が19施設、閲覧施設が266施設（医療機関181、保険薬局30、老人保健施設4、訪問看護ステーション26、居宅介護支援事業所25）、登録患者数は約3万人に上ります。

地域医療連携ネットワークを成功させるカギと、今後の展開について、運営母体である「ふくい医療情報連携システム運営協議会運営委員会」の福井県医師会理事・末松哲男氏にお話をうかがいました。

福井県の医療の課題を解決するため、
システム構築の是非から十分に検討

福井県では、人口と基幹病院が福井市周辺に集中している傾向がありますが、基幹病院と回復期病院、診療所との医療連携は、必ずしも十分にとれているとは言えない状況でした。この課題を前に、福井県と福井県医師会では2010年に地域医療連携システム構築検討委員会を設立し、ICTネットワークによる医療連携システム構築の是非の検討を開始しました。検討委員会の座長を務めた末松氏は、システムを成功させるための要件として「使いやすさ」「有用性」「低ランニングコスト」を重視し、先行している地域医療連携ネットワークの見学などを通じて、多角的に検討を進めました。そして運営母体組織や基本構想の確立、ニーズとコストの裏付けなど、足場を固めた上で、システム導入することが良いとの決定に至りました。システムの選定では総合評価方式が用いられ、得点が最も高い富士通の地域医療ネットワークHumanBridge EHRソリューションが選ばれました。

ふくいメディカルネットの大きな特徴の一つは、全県を網羅するネットワークシステムである点です。これについて末松氏は、「比較的小さな県において小規模なネットワークを複数構築する場合、無駄が多いことはわかっ

ていました。本システムを使うことにより、県内のどこでもほぼ同じレベルの医療を切れ目なく受けることができるというのが、システム立ち上げ時の目標でもあります」と説明しています。当初よりSS-MIX2、DICOM、ICD10といった標準規格を採用し、異なる電子カルテの連携を可能に

した点もポイントで、将来的には他県との連携などに対応可能なシステムとなっています。



末松哲男 氏
(ふくい医療情報連携システム運営協議会運営委員会)

2025年までの地域包括ケアシステム構築に
向け、多職種連携システムへと拡大

ふくいメディカルネットは、当初は医療連携のみのネットワークとして、情報開示病院14、閲覧施設170で2014年4月にスタートし、2015年には保険薬局の参加も始まりました。しかし、2014年6月に医療介護総合確保推進法が公布され病院から在宅医療への移行が明確となり、福井県の地域医療構想では、2025年までに高度急性期と急性期の合計病床数を約4割削減する方針が示されました。末松氏は当時を振り返り、「このままではいわゆる医療難民、介護難民が出現しかねないとの危機感を覚えました。医療機関のみの連携だけではそれに到底対応できないと考え、ふくいメディカルネットに在宅医療連携のシステムを追加することを決めました」と述べます。

そこで、2015年から医療機関以外の在宅や訪問看護、介護の情報を連携すべく検討を進め、2016年4月に“在宅ケアオブション”を導入し、医療連携のみから在宅連携も包括するシステムへと拡大しました。この時に訪問看護ステーション19、居宅介護支援事業所24が新たに参加しました。

ふくいメディカルネットでは、1画面上に開示病院の診療記録、検査結果、処方、注射などの情報が集約され

時系列で表示されますが、ここに在宅主治医や訪問看護師、ケアマネジャーからの情報も表示できるようになり、多職種による情報共有が可能となりました。対象を在宅医療まで拡大したことに加え、2016年に検査・画像情報提供加算および電子的診療情報評価料が算定できるようになったことが後押しとなり、逆紹介が増加し登録数は一気に増えました。

ネットワークシステムの利用促進には、有用性を実感してもらうことが重要

協議会では、新規募集や利用促進のため年9回の利用促進検討部会を開催し、種々の項目について検討を重ね、さらに講習会・研修会などを精力的に開催しています。自身も講師を務める末松氏は、「操作教育をしっかりと行うことで、実際の診療でシステムを利用してもらえるようになります。利用すれば診療レベルの向上という美味しいご褒美があるということを実感してもらうことが一番大事です」と、システムの利用促進を図るポイントを説明します。カルテ2号用紙や血液検査、心電図、画像、各種検査レポート、処方、点滴などを共有し、多職種が有用性を実感することで、利用率が高まり、参加施設も増加し、ネットワークが拡大するという好循環が生まれています。

末松氏は、閲覧医療機関側の立場として、診療レベルの向上と、患者さんからの信頼度の獲得が実感されると述べています。

「例えば、患者さんが基幹病院で画像検査を受けても、従来は診療所ではレポートを受け取るだけでしたが、現在はふくいメディカルネットを利用し、レポートを読みながら実際の画像を見ることにより読影力が向上しました。また、カルテ2号用紙を閲覧することにより紹介患者に関する新しい医学知識を病院主治医から学ぶことが可能となりました。そのおかげで当院の診療レベルが格段に上がったことを実感しており、患者さんのQOL向上にもつながっています。またその結果、患者さんからのかかりつけ医に対する信頼度獲得にも役立っています。さらに、診療所の診療レベルの向上はダブルチェックの機構が働くことも意味し、地域全体としての医療の質は明らかに上昇していると言えます。医療連携においては、重複検査の回避や、ほかの医療機関での過去の検査画像との比較も可能になるなど、さまざまなメリットがもたらされています。また、当初は利用が少なかった急性期病院間での情報の閲覧が最近急速に増えており、豊富な情報が患者転送やコンサルティングに活用されるようになっていきます」

タブレット端末の活用で、在宅での即時対応を可能に

医療・在宅医療連携では、在宅ケアオプションでタブ

レット端末が導入され、医師や訪問看護師が患者さん宅に持参できるようになりました。テンプレートを利用することで入力の手間を軽減し、また各種資料を添付することにより共有できる情報量が圧倒的に増えています。末松氏は、「在宅医療の場合、患者さんが重症であるほど即時対応が求められますが、電話のみで正確な情報を即時に取得することは不可能です。訪問看護師がタブレット端末を使って写真や動画を撮影し、すぐに医師と連携できるようになったことで、より迅速で適切なケアが可能になりました。また、カルテ記載の二重手間の問題もカルテ内容をタブレット端末で撮影し貼付することで解消できています」とタブレット端末を活用した連携のメリットについて述べています。

地域医療構想と地域包括ケアに対応するため、情報連携強化をさらに推進

地域医療構想および地域包括ケアに適切に対応するためには、ふくいメディカルネットのハード面およびソフト面におけるさらなる充実が必須です。特にふくいメディカルネットの今後の展開について、末松氏は地域包括ケアへのさらなる対応が最大の課題であるとして、閲覧側の診療情報の開示を挙げます。

「病床の再編が進むと、重症の患者さんを診療所で診る例が大幅に増えてきます。その中で急性期病院、回復期病院、在宅医療を担うチームの三者がよりスムーズに連携できるよう、双方向性情報連携の強化を図る必要があります。夜間に急変して救急搬送されたとき、救急部で閲覧側情報を見られるのと見られないのでは大きな差があります。実際に救急対応の現場からは閲覧側の情報公開を求める切実な声が多く寄せられていることから、何とか実現したいと思っています。

また、これまでは入退院時に病院とかかりつけ医の情報連携が十分ではなかったことも課題でした。そこで、ふくいメディカルネット上で入退院カンファレンスを行える仕組みを構築し、かかりつけ医が積極的に介入して患者に最適な医療をシームレスに提供できるよう検討を重ねています」

最後に末松氏は、改めて地域医療連携ネットワーク成功のポイントについて、「第一に日々進化させること、すなわち使い勝手の悪い点を改良し、より便利な機能を追加することが大切です。全国のネットワークを見ると、順調に運用されているシステムは、日々進化し、同じところにとどまっていません。ベンダーにきちんと要望を伝え、改良してもらい使いやすくすれば、利用率は上がります。そのような好循環を生み出すことが最も大事だと思います」と語りました。■

Case Study

他社電子カルテシステムからの更新事例



〒500-8513
岐阜県岐阜市鹿島町 7-1
TEL : 058-251-1101
URL : <https://gmhosp.jp>
診療科目 : 29 科目
病床数 : 609 床

岐阜市民病院

方針に沿った運用検討と仮想化技術活用で別ベンダーからの更新を実現

部門の情報も含めたデータの一元管理により
業務効率が向上し、外部監査にも確実に対応

岐阜市民病院は、2010年にカルテを電子化しましたが、紙カルテ時代の運用から脱却できず、さまざまな課題を抱えていました。それを解決すべく実施したシステム更新では、富士通の電子カルテシステム HOPE EGMAIN-GX の導入が決定。ベンダー変更は大きな試練でしたが、目的を明確にした運用検討や、旧電子カルテ端末への仮想化技術による新システムの相乗り、チューターによる操作教育などの工夫で円滑な移行を実現しました。

村川 眞司 医療推進局長・医療情報部長、診療情報管理室長、
胸部・心血管外科部長
長屋 崇 医療情報部主査 加藤 晴光 医療情報部主任

病院の特徴と旧システムの課題

高度急性期医療の提供をめざす市民病院

目的を明確にせず進めた ICT 化で課題が山積

Q : 貴院の特徴をお聞かせください。

村川氏 : 6 市 3 町からなる岐阜医療圏には、500 床以上の急性期病院が 3 施設あります。その中の一つである当院は、特定病院群の指定を受けており、手術支援ロボットを導入するなど、高度急性期をめざして診療体制の強化を図っています。同時に「市民病院」として、地域密着型の医療も提供しています。

Q : ICT 化の沿革を教えてください。

村川氏 : 1975 年に医事会計システムを導入後、オーダーリングシステムを経て、2010 年にカルテを電子化しました。最初の医事会計からずっと同じベンダーの製品を採用してきましたが、2017 年のシステム更新で、富士通製品に変更することになりました。

最初の電子カルテ導入では、導入

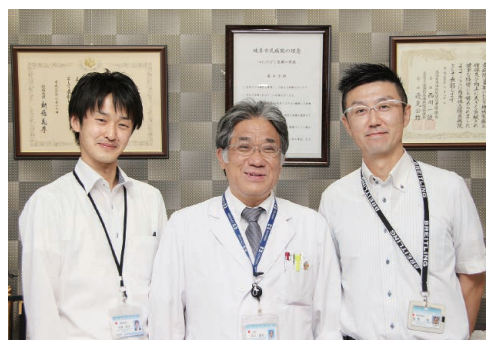
自体が目的になってしまい、カルテの電子化で業務をどう改善すると良いかが明確ではありませんでした。そのため、紙カルテ時代の運用の多くがそのまま残ってしまいました。

長屋氏 : オーダーリングシステムからの移行だったこともあり、ほとんどのスタッフは、「これまでのやり方に記事が追加されるだけでしょ」という認識だったと思います。

Q : システム更新前には、どのような課題があったのでしょうか。

村川氏 : 最大の問題は、部門の情報が電子カルテの中にデータとして残らず、分散していたことでした。特に、ドキュメントシステムが連携していないことは非常に不便で、記事をすぐに探すこともできませんでした。

また、電子カルテ導入後に部門システムの ICT 化も進みましたが、連携が十分でなく、大きな問題となっていました。ほかにも一元管理されていないマスタや、紙ベースのまま運用されているクリニカルパスなども課題でした。当院のような規模の病院では、外部監査をクリアしてい



左から加藤晴光主任、村川眞司局長、長屋崇主査

く必要がありますから、その意味でもこれらの課題の解消は必須でした。

長屋氏 : 旧電子カルテはカスタマイズが多く、バージョンアップが難しいシステムであったため、時流に応じて変化する医療現場に追いつかなくなりつつありました。

システム更新の経緯

目的に沿った運用決めと仮想化システムの活用

システム更新の目的を明確にするための方針を策定

Q : システム更新はどのように進められたのでしょうか。

長屋氏 : 導入ベンダー選定は外部委

員中心のプロポーザル方式で行われ、最終的に、富士通のHOPE EGMAIN-GXに決まりました。

村川氏：プロポーザル方式のためベンダー変更の可能性も考えられることから、ベンダーを変更した経験のある病院など、複数の施設を見学しました。また、院長の指示により、病院全体の基本コンセプトとして、1) 医療安全と業務の効率化、2) 情報の中央集約と連携の強化、3) システムの安定稼働と進化の両立、という「骨太の方針」を策定し、この方針に沿って運用決めなどを進めていきました。

Q：別ベンダーのシステムへの移行で、苦勞した点はありませんか。

村川氏：大変なのはわかっていましたが、これまでの課題を一気に解決するチャンスでもあると考えました。運用の決定では、これまでの習慣を引きずらないために、全体を俯瞰するコアメンバー（5人）が、部門からの意見の取捨選択を行うようにしました。

また操作教育では、各診療科の医師5人に1人くらいの割合でチューターを選び、集中的に教育を受けてもらいました。異なるベンダーのシステムでは操作性がかなり違うため、現行システムで行っていることを新しいシステムではどうやるのか、という細かい教育が必要です。チューターにはその役割を担ってもらいました。

旧システム端末上で動く 仮想化した新システム

Q：操作習熟にあたり、特に工夫されたことはありますか。

長屋氏：医師や看護師は多忙であるため、業務時間外に操作訓練会場に足を運び、自己研修することは難しいと考えていました。

加藤氏：そこで仮想化技術を用いて、旧電子カルテの端末上でHOPE EGMAIN-GXが動くようにし、移行後の患者データが新しい電子カルテでどう見えるのかを確認しながら、

操作練習をできるようにしました。また、アクセスログからHOPE EGMAIN-GXでの閲覧回数などを集計し、使用頻度の少ない医師に働きかけを行いました。仮想化システムへのニーズは高く、要望に応じて追加し、最終的には142台の端末に設定しました。これはスタッフの操作の習熟につながったと感じています。また、サーバ側で高速処理が可能なゼロクライアントに期待し、本導入した1252台の端末のうち247台をゼロクライアントにしました。

長屋氏：仮想化は旧電子カルテの端末上で動作するので、新システムへの事前入力にも有用でした。また、仮想化でゼロクライアントを導入したことでシステム設定の作業負担も軽く、ゼロクライアントの端末は小型のためスペースの有効活用が可能です。

更新後の効果

旧システムでの課題
が解消し、さらなる
機能強化をめざす

古い運用から脱却し 業務効率・確実性が向上

Q：HOPE EGMAIN-GXの導入後、課題は解消されたのでしょうか。

村川氏：最も重視していた記録の一元化は、かなり達成されました。監査対策など目的を明確にした運用の検討により、入院治療計画や退院サマリなどが書かれているかチェックする体制が構築できました。また、同意書のスキャン漏れを防ぐために、その場でスキャンすると同時に最寄りのプリンタから患者に渡す同意書の複写が印刷される仕組みづくりを行いました。これらの改善により、システム更新後の病院機能評価、特定共同指導でも満足のいく結果が得られました。



ゼロクライアント(1)を採用し、診察室の省スペース化を実現しています。

長屋氏：HOPE EGMAIN-GXの導入に合わせて部門システムも大幅に刷新したことで、シングルサインオンを実現し、セキュリティポリシーを統一することもできました。

目的と理由の共通認識が システム更新を成功に導く

Q：今後の展望をお聞かせください。

村川氏：DWHによりいろいろなデータが出るようになりましたが、活用はこれからです。活用している他施設に学びながら、BIツールを使って重症度や看護必要度など、さまざまな分析を行いたいと考えています。

Q：異なるベンダーの電子カルテへの移行を成功させるポイントをお聞かせください。

長屋氏：職種・部門ごとに、システムに対する要望はさまざまですが、複雑になると優先順位がつけにくくなります。そこで、病院としての方針を初めに明示することで、迷ったときに立ちかえることができ、各部門との合意を形成しやすくなります。

また、今回行った本稼働前の新システムの仮想化は、習熟の面でも、準備する際の作業負担においてもきわめて有用なので、大いに勧められます。

村川氏：ベンダーを変えてのシステム更新は、スタッフへの負担が大きいのので、目標を明確にしておくことは必要です。バージョンアップでは解決できない課題を解決するためのシステム更新であるという認識を共有することが大事だと思います。■

ケアミックス病棟のICT化で 業務効率を大きく向上

手厚いサポートのもとHOPE EGMAIN-LXを
段階的に導入し、病院全体で安定稼働



総合病院として地域を支える野市中央病院

高知龍馬空港から東に約4km、高知県香南市にある野市中央病院は、2017年に開院30周年を迎えました。現在は171床を有するケアミックス型の総合病院として、近隣診療所と連携を取り地域医療に貢献しています。同院は、外来のみで稼働していた電子カルテから病棟を含めた全病院での運用をめざして「HOPE EGMAIN-LX」に更新。2017年3月に外来が稼働、2017年7月から念願の病棟の電子カルテ化を実現しました。病棟でのスムーズな稼働を可能にした背景や、業務効率の向上など電子カルテ化が病棟業務にもたらした効果についてお話をうかがいました。

近隣施設との顔の見える連携で 地域包括ケアシステムを展開

高知県は、土佐清水や四万十から安芸・室戸岬までと東西に長い形をしています。野市中央病院は、高知市などを含む中央保健医療圏の東側に位置し、旧・香美郡（香南市、香美市）地域で唯一の総合病院として地域医療を支えてきました。13診療科を標榜し、一般46床、地域包括ケア45床、医療療養型50床、回復期リハビリテーション30床のケアミックスの病棟体制で医療を提供しています。2018年4月に就任した公文龍也院長は、地域における役割について、「地域の診療所の先生方が困ったときに患者さんを受け入れるサブアキュート機能と、急性期を乗り越えた患者さんに対してリハビリを行ったり、在宅復帰などに向けたケアを行ったりするポストアキュート機能が、当院に主に求められていると考えています。その役割を果たすため、地域との顔の見える関係づくりにも力を入れ、地域包括ケアシステム構築に取り組んでいます」と説明します。

手厚いサポートで念願だった 病棟の電子カルテ化を実現

野市中央病院は、2003年に最初の電子カルテを導入しました。当時、外来・病棟ともに検討されましたが、

紙カルテからすべてを一気に電子カルテにすることは現場の負担になると考えて外来のみにとどめ、富士通の「HOPE/Dr'note」が採用されました。その後、更新時期を迎え、病棟の電子カルテ化もめざして、富士通の中規模病院向けにパッケージ化された電子カルテシステム「HOPE EGMAIN-LX」が採用されました。公文院長は、「電子カルテ導入では医師の声が大きく反映されますが、医師の使いやすさを優先して構築していくとフローがうまくいかないということもあります。その点、パッケージ化されたシステムは、細かな融通は利かないとしても安定稼働する安心感があります」と話します。

外来が電子カルテ化して10年以上が経過していたものの、病棟のICT化が現場の負担となる心配がありました。そこで、HOPE EGMAIN-LXは2017年3月に外来で稼働をスタートした後、病棟での運用検討やリハール、練習を行う時間を取った上で、7月に全病院で稼働を開始しました。当時、副院長として先頭に立ち、運用検討や院内周知に尽力した公文院



左から井上雅貴主任、三浦由紀子看護部長、公文龍也院長、別役真記師長、茅めぐみ師長

長は、「HOPE EGMAIN-LXの導入では、富士通四国インフォテックが当院スタッフにICTスキルの差があることをくみ取ってサポートしてくれました。運用検討においても、医師の中で話し合うべきこと、看護部で検討すること、病院全体で決めることなどを明確に示してくれ、スムーズな導入に向けて一緒にスケジュールを検討するなど、手厚い支援により病棟の電子カルテ化も成功することができました」と当時を振り返ります。

先行して稼働を始めた外来は、キックオフから稼働までわずか4か月と準備期間は限られていましたが、事務の井上雅貴主任は、「期間が短いことで、かえってスタッフが一丸となって取り組むことができたと思います」と話します。また、看護部においては、茅めぐみ看護師長、別役真

記看護師長をはじめとする看護師長が中心となって、運用検討からスタッフ指導までを行いました。茅師長は、「『病棟が電子カルテ化したらやっていけません』という声もありましたが、予定を前倒しして練習用端末を病棟に設置してもらい、師長を中心に早く習得したスタッフが時間をかけて指導しました」と経緯を説明します。きめ細かい指導と、「無事に稼働できそうだ」との感触をつかむまでリハーサルを繰り返したことで、病棟の ICT 化で離職者を出すことなく現在に至っています。

業務の見直しや統一化で 業務効率が大きく向上

病棟の紙カルテから電子カルテへの移行は、業務の見直しや統一化の機会にもなりました。紙カルテ運用の時はあいまいな記載でも通っていましたが、電子カルテでは医師が行った処置は医師が入力するようにするなど、業務分担を明確にしました。

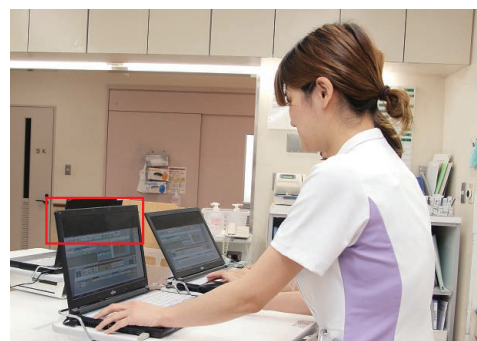
公文院長は以前勤務していた病院でも電子カルテを使用していました。公文院長は、「帰任後はカルテも指示簿もすべて手書きとなり大変なストレスでした。例えば、2週間に一度、抗がん剤治療で入院する患者さんに毎回同じ点滴を処方する場合でも、その都度、手書きでオーダーする必要がありました。HOPE EGMAIN-LX が稼働してからは、コピー＆ペーストが可能ですので効率は劇的に上がっています」と、電子カルテ化による業務効率の向上を実感していると話します。

病棟の電子カルテ化は、看護業務にも大きな変化をもたらしています。まず、看護部だけでも膨大な種類があった書類を洗い出し、部署内で書式の統一や、デジタル化による削減などを行い、書類のスリム化を図りました。また、紙カルテ運用ではオーダーリングの部分でメッセージ業務が必要でしたが、これがすべて不要になったことも看護業務

を大きく省力化することにつながりました。

2018 年 4 月に着任し、約 90 名の看護師をまとめている三浦由紀子看護部長は、「電子カルテの情報は、多職種のスタッフがタイムリーに共有できるという大きなメリットがあります」と話します。同院はケアミックス病院であるため、一般病棟に入院していた患者さんが、回復期リハビリテーション病棟や医療療養病棟、地域包括ケア病棟へ移動することがあります。茅師長は、「患者さんが病棟を移動する場合に、移動先の病棟の看護師が事前に情報を取るには、入院中の病棟に行ってカルテを見たり、実際に患者さんのもとに行ったりする必要がありました。電子カルテでは他病棟にいても患者さんの情報を取ることができ、業務を効率化できています」と説明します。また、別役師長は、「紙カルテと違い、どこからでも患者さんの最新情報を確認でき、医師へ指示を仰ぎやすいので、患者さんに迅速な処置や対応が可能になります」と述べています。

病棟ではノート PC の端末をカートに載せてベッドサイドで使用する場面も多いため、患者基本情報が記載されている画面上部にマスキングシートを貼り、PC 正面に立つ記載者以外からは見えないようにする工夫も施されています。病棟のスタッフは操作に慣れ業務効率が大きく向上していますが、効率性や安全性のさらなる向上に向け、より良い運用方法の検討は続いています。三浦看護部長は、「当院ではメールなどで業務連絡や報告をすましてしまうのではなく、きちんと目を見て報告するなど、スタッフ間のコミュニケーションを大切にしています。そのような関係性が構築されているため、電子カルテの運用についても、師長が中心となってスタッフみんなで考えていける環境だと感じています」と話します。



マスキングシート（ ）で患者基本情報を隠しプライバシーを守っています。

病院経営へのデータ活用や 地域医療連携への発展に期待

同院では、病棟の電子カルテ化から 1 年近くが経ち、さらなる活用を検討しています。公文院長は、「病棟の電子カルテ化にあたり、クリニカルパスを一時的に保留にしていたが、スタッフが電子カルテに慣れてきたので年内の再開を予定しています。再開すれば、よりいっそう業務の軽減を図ることができると思います」と期待を述べます。

同院にとって念願だった病棟の電子カルテ化が成功した要因を、井上主任は次のように述べます。

「電子カルテは面倒で難しそうだと不安に思うスタッフは多くいましたが、院長や師長ら各部門のトップが旗振り役となって引っ張ることで、病院全体に導入に向けた意欲が浸透し、スムーズな導入にこぎ着けられたと感じています」

最後に公文院長は、「今後の課題は、電子カルテから得られるさまざまなデータを経営に活用していくことと、ICT を使った地域医療連携を模索していくことです。電子カルテの活用で業務を効率化し、患者さんとしっかりと向き合う余裕をつくり、ひいては近隣の医療機関との信頼関係強化につながればと思います」と展望を語ってくれました。■

医療法人公社会 野市中央病院
〒781-5213
高知県香南市野市町東野 555-18
TEL : 0887-55-1101
URL : <http://kouiseikai-g.jp>

シェア No.1 電子カルテシステムの操作性を継承し、フレキシブルな製品体系で提供

中堅規模病院向け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 ライフマークエムエックス
HOPE LifeMark-MX

**【新製品】
2018年6月
リリース！**

お問い合わせ先

富士通株式会社
公共・地域営業グループ
ヘルスケアビジネス推進統括部
第三ヘルスケアビジネス推進部
TEL 03-6252-2502

はじめに

超高齢社会を迎え、国家戦略として「医療・介護・健康分野」における ICT 化や地域における一貫した医療体制の整備が求められています。現在、中堅規模病院における電子カルテシステムの導入は 28% (※) の導入率にとどまっています。

「HOPE LifeMark-MX」は、トップシェアを誇る電子カルテとして医療現場で鍛え上げられてきた機能や柔軟性を継承しながら、300 床程度までの中堅規模病院に導入しやすい形態で提供いたします。日々の診療から、蓄積した医療情報のリアルタイム活用、地域包括ケアシステムの実現までトータルにサポートします。

病院シェア No.1 電子カルテの操作性と柔軟性を継承し、フレキシブルな製品体系でご提供

中堅規模病院での電子カルテの導入を加速するためには、大病院に比べて病床数や診療内容、運営形態などでバラエティに富む診療体制に柔軟に対応できるシステムが必要です。そこで、病床数や予算に応じたハードウェア構成や業務要件に合わせた

段階的な導入、オプションを自由に組み合わせることができるよう製品体系の見直しを図りました。

さらにサーバ仮想化技術を採用することでサーバ台数を削減し、設置スペースや電力使用量削減はもちろんのこと、再起動負荷の軽減も図ります (図 1)。

また、機能面においては、「HOPE EGMAIN-LX」をベースに機能を拡充、中堅規模病院向けの豊富な機能を搭載しています。昨今、外来化学療法が増加していることから、機能拡充の一つとして、がん治療で投与する薬剤の計画書作成から運用までをトータルで行えるレジメン機能を新たにオプションとしてラインアップいたしました。

蓄積された情報の利活用

これまでの電子カルテでは、診療情報データは蓄積されているものの、情報を抽出するためにはデータ構造を理解する必要があったり、あるいはそもそも何のデータかわからないのでうまく活用できないという状況がありました。HOPE LifeMark-MX では、医療情報データをリアルタイ

ムで活用できる新しいデータ抽出基盤を提供します。専門的な知識がなくても、簡単に診療データを参照することができますので、研究、教育などを目的としたデータ集計や統計業務の効率化を支援します。

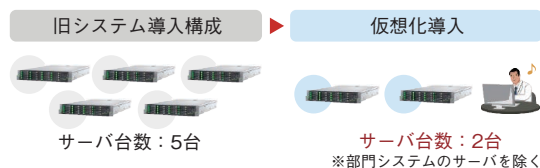
また、複雑な条件で医療情報データの抽出を行いたいというご要望にお応えして、ハードウェアの追加をすることなくオプションを追加するだけで高度な検索が可能な DWH オプション機能もご提案可能となっています (図 2)。

地域包括ケアシステムの実現に向けた施設間のスムーズな情報連携

地域医療ネットワーク「HumanBridge EHR ソリューション」との連携により、地域に点在する患者情報の集約・共有などを、複数の施設間で実現し、医療資源の最適化を図るとともに、地域における質の高い一貫した医療サービスの提供を支援します。■

※ 病床数 300 床未満の中堅規模病院における電子カルテシステムの導入率。厚生労働省「平成 28 年 (2016) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概要」、「JAHIS オーダリング電子カルテ導入調査報告 -2017 年調査 (平成 29 年)」より。

● サーバ仮想化技術の採用 (弊社システムでの比較)

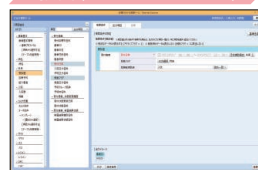


電子カルテ・医事会計サーバの仮想化を実現！

- サーバ設置スペースの削減
- サーバの購入をはじめとする初期コストに加え、消耗品購入の削減や電気代を抑制でき、トータルコストの削減が可能

図 1 サーバ仮想化技術の採用

抽出 (DWH オプション)



柔軟なデータ抽出ツール

- 病名が○○で薬剤 ×× が投与され、検査結果が△以上の患者様のデータなど、複雑なデータ抽出に対応
- わかりやすい UI からデータを抽出

報告・定型化



表現力の高いレポートを簡単に作成

- 複数の表やグラフを一枚に統合し、全体の状況を把握できる Excel によるレポートを作成可能

図 2 柔軟なデータ抽出ツールと表現力の高いレポート



2018年度診療報酬改定 ～【介護編】骨子と対策

連載第3回

小濱 道博 氏 小濱介護経営事務所代表

医療介護連携が進み、介護と医療のボーダーラインが消えつつある。それぞれのサービスの本来の役割が再確認された2018年度の医療・介護ダブル改定の介護報酬改定の骨子と対策を概説する。

医療・介護連携とケアマネジャーとの連携の促進

医療・介護連携が進む中、その介護側のキーマンであるケアマネジャーと医療との連携が多く盛り込まれた改定であった。

居宅介護支援の加算関連では、利用者の退院において、病院や施設の職員から利用者の必要な情報を受け取ることで算定可能な退院退所加算が細分化され、情報提供を受けた回数とカンファレンスでの情報収集の有無によって報酬単位が異なる仕組みが導入された。また、入院時情報連携加算においても、医療機関への情報提供が、従来の、利用者が病院や診療所に入院してから1週間以内であった医療機関の職員への利用者に関する必要な情報提供が、3日以内に短縮された。この2つの加算によって医療機関と居宅介護支援との速やかな情報のキャッチボールを促進する。

また、新設されたターミナルケアマネジメント加算は、在宅で亡くなった末期がん患者の情報を、亡くなる2週間以内に2回の家庭訪問で得た情報を主治医などに提供することで算定できる仕組みである。

さらに、訪問介護と居宅介護支援の連携で、主治医などに患者の居宅における生活情報のうち、口腔関連

と服薬関連の情報を提供しなければならない旨が、それぞれの運営基準に設けられた。居宅で生活する利用者に最も高い頻度で接しているのが訪問介護のホームヘルパーである。そのホームヘルパーから、居宅における服薬状況、すなわち薬が飲まれずに余っている、一度に複数回分を飲んで、服薬を拒否しているなどの状況や、口臭や口腔内出血、体重の急激な増減、食事量の変化などの情報を、訪問介護事業所のサービス提供責任者を通じて担当のケアマネジャーに報告することが訪問介護の規定に追加された。報告を受けたケアマネジャーは其中で重要と考える内容について、主治医や歯科医に報告することが居宅介護支援に義務化されたのである。これによって、主治医は、通院、訪問診療、往診以外に最新の居宅での情報を的確に受け取ることができる。それを有効に活用するためにも、医師からも地域のケアマネジャーに対して積極的に情報ネットワークを構築するアプローチが求められる。

医療系サービスの期間限定性と短時間化の強化

通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションには、前回の2015年度介護報酬改定において、いち早く成果型のインセンティブ加算である社会参加支援加算が新設された。これは、卒業加算と言われ、リハビリテーションの成果として目標が達成された場合に、デイサービスなどの社会参加型の福祉系サービスに利用者を引き継いだ割合によって算定で

きるものだ。しかし、結果として利用者の減少につながり、利用者の回転が速まるために敬遠される傾向が強かった。

今回の改定では、リハビリテーションの結果を出して早期に卒業させる方向がさらに明確になっている。多くの事業所が算定している加算に、リハビリテーションマネジメント加算がある。この加算は、今回の改定で4つの区分となったが、そのすべての区分の算定要件に次の要件が追加された。すなわち、事業所の医師がリハビリテーション計画の特記事項欄に、リハビリテーションの成果を出して事業所を卒業させてデイサービスなどに引き継ぐ時期のめどを記載することである。なぜ医療系サービスは期間限定なのか。例えば、風邪を引いて熱があるとする、病院に行って医師に診察いただいて薬を処方してもらうであろう。そして、数日休むことで熱も下がり、風邪は治る。風邪が治った後も、病院に通うであろうか。病院に行く目標は、風邪を治すことである。その目標が達成されたらもう病院には行かない。リハビリテーションも同じだということだ。目標を達成した時点で、リハビリテーションを卒業していただき、社会参加型のデイサービスなどに引き継ぐのが自然だ。では、一度卒業すると、もう病院に行かないかという違う。夏場に冷たいものを食べすぎてお腹を壊すと病院に行く。冬場にインフルエンザに罹るとまた病院に行く。すなわち、行ったり来たりが普通である。それはリハビリテーションも同

じという考え方である。

さらに、今回の介護報酬改定では、通所リハビリテーションの短時間への誘導が顕著である。4時間以上の基本報酬が大幅に引き下げられたとは対照的に、4時間未満の短時間報酬は現状維持であった。このことは、今回の社会保障審議会の論点の中で、通所リハビリテーションと通所介護の明確な役割分担が挙げられたことに起因する。この2つのサービス内容に差がなくなっていることが論点とされた。さらには、2つの許認可の一本化という意見まで出たのだ。ここで、介護保険法本法に立ち返ると、その第8条において、通所リハビリテーションは「その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる（中略）リハビリテーションをいう」。通所介護は、「入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行う」とされている。すなわち、通所リハビリテーションには、日常生活上の世話（レスパイト機能）は求められていない。このことから、通所リハビリテーションは短時間でのリハビリテーションが基本とされて、長時間が通所介護並みの報酬に近づいた。通所介護は、一定のお預かりを実施した上で機能訓練を行うことが確認されて5時間以上のサービス提供が求められ、短時間型である3時間程度の基本報酬が大幅なダウンとなったのだ。今後は、これらの意味を理解した上で、次期改定への対応が求められる。

訪問リハビリテーションの 医師の関与の強化

これまでは、主治医の診察に基づいた訪問リハビリテーション計画の作成が一般的に行われていた。今回の改定においては、主治医の診察に基づく計画作成は不可とされ、サービス提供ができないことが明確に

なった。訪問リハビリテーション計画は事業所の医師の診察に基づいて作成されなければならない。ただし、特例として、その利用者が主治医から計画的な医療的な管理が行われていて、事業所の医師がやむを得ない事情で診察できない場合に限り、主治医の診察による計画の作成を認めるとされた。その場合は1回について20単位が減算される。ただし、その主治医が日本医師会が実施する日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修の指定講座を受講していることが前提条件となり、それ以外の主治医は特例の対象とはならない。主治医から研修修了証などの控えを受け取って、確認することが求められる。この研修受講要件は2019年4月から適用されるので、今後の実地指導などで報酬返還にならないように注意が必要だ。

在宅復帰が求められる 介護老人保健施設

介護老人保健施設の基本報酬が5段階のポイント制となり、末端の「その他」型は多くの加算が算定できなくなった。すなわち、「その他」老健には将来がない。それに対して、従来の在宅強化型の上に位置づけられた超在宅強化型は大幅な収入アップとなり、末端の「その他」老健との格差が顕著となる。「その他」老健であることがいかに本体の医療法人に損失を与えているかを認識して、少なくとも2段階目の基本型への移行を進め、計画を持って上位の在宅強化型への移行を視野に入れるべきである。

また、身体拘束廃止未実施減算の要件が厳格化され、委員会の3月に1度以上の開催、指針の整備、年2回以上の職員研修の開催などが求められる。指針の整備などは、6月までの最初の委員会の開催までに終わっていない場合は、それ以降は減算となるので注意が必要だ。また、運

営委員会などの独立運営、委員会の内容の施設職員への周知徹底なども要件となるので、通知文をしっかりと把握していただきたい。

次期 2021 年改正への布石

財務省からは、すでに次期制度改正への論点が出された。居宅介護支援への自己負担の導入、介護施設の多床室の全額自己負担化、事業規模の拡大施策の導入と指定基準への財産要件の新設、利用者の自己負担2割の標準化などである。この論点は2019年に始まる次期改正審議で検討されていく。次回、2021年も介護保険法と介護報酬の同時改正となる。すでに時代は次に向かって進んでいる。

2018年中にも、8月から年収340万円以上の高所得者は自己負担3割となり、10月からは訪問介護の利用回数制限と、福祉用具貸与では上限価格制が始まる。今回の報酬改定でも、多くの加算が新設された。加算は、国が施設に求めることに報酬を付けていることを認識しなければならない。可能な限りの加算を算定することが、次回への対策と準備につながる。2018年度改定の意味をしっかりと理解して、次につなげる事業戦略を立てることが急務である。介護業界においては、同じことをやり続けることは衰退を意味する。制度の変化に合わせて自らも変わっていくことでのみ、事業の発展がある。■

小濱道博氏（こはま みちひろ）



小濱介護経営事務所代表。札幌市生まれ。北海学園大学卒業後、札幌市内の会計事務所に17年勤務。2000年に退職後、介護事業コンサルティング

を手がけ、全国での介護事業経営セミナーの開催実績は、北海道から九州まで250件以上。

もっともっと
ひろがる
電子カルテへ。

FUJITSU

シェアNo.1※の実力を導入しやすく。 病床数に合わせたハードウェア構成や段階的な導入を可能にした 電子カルテ「HOPE LifeMark-MX」新登場!

トップシェアを誇る電子カルテとして医療現場で磨き上げられてきた機能や柔軟性を継承しながら、
300床程度までの中堅病院に導入しやすい形態で提供する「HOPE LifeMark-MX」。
日々の診療から、蓄積した医療情報のリアルタイム活用、地域包括ケアシステムの実現までトータルにサポートします。

シェアNo.1電子カルテの機能を継承

検査結果や処方箋などの情報をひとつの画面に同時に表示。レジメン機能も備えています。

トータルコストも削減

サーバ仮想化技術により、サーバ設置スペースと電力量を削減。コストを抑えられます。

地域包括ケアシステムにも展開可能

地域の医療機関や施設と連携することで、患者情報の集約・共有が図れます。

※参考:「月刊新医療2017 No.514」(発行:株式会社エム・イー振興協会)

FUJITSUヘルスケアソリューション HOPE LifeMark-MX

shaping tomorrow with you

社会とお客様の豊かな未来のために

HOPE Vision vol 30 2018年7月9日発行

発行 富士通株式会社
編集・制作 富士通株式会社 ヘルスケアビジネス推進統括部
「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 03-6252-2701

アンケート



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。
アンケートへご協力いただいた方には、粗品をプレゼントいたします。
HOPE Vision サイトよりご回答いただくか、本誌同封のアンケート用紙へご記入の上、
FAXまたはE-mailにてお送りください。

← URL : [//www.fujitsu.com/jp/solutions/industry/healthcare/hopevision](http://www.fujitsu.com/jp/solutions/industry/healthcare/hopevision)

