

HOPE VISION

Vol. 8

Feature

医療制度改革を乗り切る病院経営戦略

Interview 邊見 公雄 中央社会保険医療協議会委員、赤穂市民病院院長

Report 医療現場から考えるこれからの病院経営

富山赤十字病院

中津市立 中津市民病院

Special Contribution

2008年度診療報酬改定と病院経営の対応

松原 喜代吉

Focus

未収金問題 解決策を考える

カギを握るのは要因分析と手順の確立 秋元 聡

Case Study

特定医療法人一祐会 藤本病院 ただ整形外科クリニック

contents

1

Foreword

患者さんが割を食わない医療提供システム

その実現をめざしたのが新医療計画 信友 浩一



→ 2 page

2

Case Study HOPEユーザーに学ぶ導入から運用までの実際

各部門スタッフがー丸となり

短期間でスムーズなシステム導入を実現

特定医療法人一祐会 藤本病院



→ 5 page

5

電子カルテシステムとCRを導入し

X線画像をフィルムレスで運用

ただだ整形外科クリニック



→ 9 page

8

Feature 病院経営、医療のIT化の話題をPICK UP!

医療制度改革を乗り切る病院経営戦略

逆風を追い風に変えるためには何が必要か

9

Interview 邊見 公雄 中央社会保険医療協議会委員、赤穂市民病院院長

地域の中での役割を考え、存在感のある病院になること。その姿勢が大切です。



→ 12 page

12

Report 医療現場から考えるこれからの病院経営

富山赤十字病院

在籍経験者と協力関係を築き急性期から在宅まで地域の中できめ細かな医療を展開

中津市立 中津市民病院

医師の処遇改善や保育所設置など積極的な人材確保策で地域医療を支える体制を構築



→ 15 page

15

18

Special Contribution

2008年度診療報酬改定と病院経営の対応

松原 喜代吉

25

Focus 話題の医療ニュースの視点

未収金問題 解決策を考える

カギを握るのは要因分析と手順の確立

秋元 聡



→ 25 page

27

Column 未収金対策の第一歩は、未収を少しでも縮小する仕組みづくりから

28

Topics

財団法人慈愛会 谷山病院

精神科に特化した電子カルテシステムによる情報の共有化で充実したチーム医療を実践



→ 28 page

30

HOPE VISION Report

手のひら静脈認証 医療現場での活用はここまできた

富士通株式会社

33

Information 富士通の最新情報のご紹介

富士通医療ソリューション・トピックス



信友 浩一

九州大学大学院医学研究院医療システム学教授

患者さんが割を食わない医療提供システム その実現をめざしたのが新医療計画

医療計画の目的は、患者さんの視点に立った医療提供体制の構築です。医療機関には、パブリックマインドを持った経営が求められます。

2008年4月から新しい医療計画がスタートしました。この計画には、戦後のわが国の医療政策を見直すというねらいがあります。

医療の制度設計をするに当たっては、「良質」、「効率的」、「公平」という3つの言葉が指標となりますが、医療資源には限りがありますから、そのすべてを実現するのは難しいことです。わが国の場合、1961年に国民皆保険制度となったように、公平な医療を選択したことになります。国民すべてが公平に医療を受けられるようにするためには、病院や診療所の数も多くなければなりません。そのため、わが国では、ほとんど規制をせずに医療機関の開設を認めていました。結果として、わが国は、先進国でもずば抜けて施設数が多くなりましたが、一方で地域間格差という新たな問題が生まれました。そこで、1985年の第1次医療法改正では、地域間格差をなくすために「地域医療計画」を策定し、2次医療圏ごとに病床数を規制しました。しかし、これはうまくいかず、地域間の格差が解消しないで、医療機関数が先進国の中でも圧倒的に多いためにかえって医師が分散してしまっているという状況になっています。近年、医師不足が問題視されていますが、病院内の医師数が少ないだけであって、地域全体で見れば医師の数が充足しているのかの検証はされていません。

また、1997年の第3次医療法改正では、地域医療支援病院の創設に伴い総合病院

制度が廃止されました。これは、総合病院ですべての医療を賄うのではなく、地域の診療所や中小病院と連携することでバーチャルな総合病院をつくるという布石でした。つまり、従来の施設完結型から地域完結型医療へと転換を図ったのです。しかし、2006年に起きた奈良県の妊婦死亡事故のように、地域にいる医師が連携して応召義務を果たしておらず、パブリックマインドではないプライベートな医療（施設完結型）を行ってきたというのがこれまでの実情でした。

新医療計画では、患者さんが割を食わないよう、患者さんの視点で医療提供体制を築くことを主眼としています。従来の医療計画では病床を規制しましたが、地域間格差をなくすことはできませんでした。それを踏まえ、今回は、規制の対象を医師に方向転換するためにつくられたと言えます。2次医療圏は残すものの、新たに4疾病5事業の日常診療圏を設け、圏域（2次医療などの）を超えて医療を提供するようにして、明らかに病床規制を形骸化させました。新しい医療計画の特色は、例えば、脳卒中ならばどの病院が急性期医療を担うか、都道府県の知事が明示するという点です。これにより良質な医療を公平に提供できるようになり、さらにプライベートな医療を行っている施設の廃止や統合が進むことで、医療資源を指名を受けた施設に再配分できます。

医療機関にとってのメリットは、新医療計画によって、地域における自分たち

の役割がわかるようになることです。現状で何が不足しているのか、何が過剰であるのかを把握し、自分たちがどの役割を担えばよいかを明らかにすることができます。また、知事から指名を受けた医療機関は、公の医療を行うことになるので、金融機関の信用が得られ、低金利で融資を受けられるといったことも考えられます。一方で、指名を受けられなかった医療機関は、5年後に始まる医療計画の2期目に向けて、施設の機能を特化させ、ほかの医療機関との連携体制を明確にしていく必要があります。

この新しい計画は、国民にとっても大きなメリットがあると思います。4疾病5事業の医療をどの病院が担うかが示されたことで、やっと医療がパブリックなものになります。プライベートからパブリックな医療に移行していくことで、国民にとってわかりやすく、納得のできる医療が提供できるようになるでしょう。

読者の皆さんには、医療計画によって、自分たちの施設の実績が明らかになったことを理解していただきたいと思います。医療計画の基になったデータから、今後、自分たちがどの分野を選択し、医療資源を集中して施設を運営していくのか、強みと弱み、外部環境などを分析し、経営戦略を立てることが求められています。パブリックマインドを持ち、自分たちに見合った医療を行うことが、これからは必要になるでしょう。■

1971年九州大学医学部卒業。80年ハーバード大学大学院卒業。厚生省（現・厚生労働省）国立療養所課課長補佐、国立医療・病院管理研究所医療政策研究部部長、国立循環器病センター運営部部長などを経て、96年から現職。厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」委員を務めた。

① 特定医療法人一祐会 藤本病院

オーダーリングシステム「HOPE/EGMAIN-NX」

各部門スタッフが一丸となり 短期間でスムーズな システム導入を実現

マスタ整備と操作習得を重視し
外来待ち時間短縮などにも成果



特定医療法人一祐会 藤本病院

〒572-0838 大阪府寝屋川市八坂町 2-3

TEL 072-824-1212 (代)

FAX 072-821-9213

URL <http://www.ichiyukai.jp>

人口 24 万人を超える住宅都市、大阪府寝屋川市に位置する藤本病院は、1955 年の開設以来、地域住民の納得が得られるような医療の提供に努めてきました。“患者様に信頼され、愛される病院を目指す”という理念を掲げる同院は、2006 年 11 月からオーダーリング

システム導入について本格的な検討を開始。翌年 1 月に HOPE/EGMAIN-NX の採用が決定しました。以降、各部門のスタッフが一丸となり、マスタ整備や操作訓練を実施。2007 年 9 月稼働という短期間での導入を成功させました。

患者サービス向上を目的に オーダーリングシステムを導入

155 床の病床を持つ藤本病院の外来には、1 日平均約 400 人もの患者さんが訪れます。病床規模に対して、非常に多数の患者さんを診察するため、待ち時間が長くなり、患者さん一人ひとりに対するサービスがおろそかになるなどの問題が生じていました。石山憲雄院長は、このようなサービス低下への対処を目的に、院内の IT 化を考えました。そして石山院長の指示に基づき、数年前から山口久子医事課長が事前調査を開始しました。

具体的にオーダーリングシステム導入に向けて動き出したのは 2006 年 11 月。その後、基本方針として、フルオーダーリングシステムとすることと、パッケージ製品を導入することが決められました。また、電子カルテシステムについては、同時期の導入を見送り、今後の検討課題にすることにしました。

これらの方針に基づき、山口課長は、11 月に 5 社から見積りを取り、12 月にはオーダーリングシステムが稼働している 2 つの病院に石山院長やほかのスタッフとともに見学に向きました。2007 年 1 月に、見積りをとった 5 社の中から 2 社を選定

し、端末を持ち込んでデモンストレーションが行われました。そして同月下旬、スタッフに二者択一のアンケートを実施し、医師からの圧倒的な支持もあり、最終的には石山院長が、HOPE/EGMAIN-NX の採用を決定しました。具体的に IT 化の話が動き始めてから、わずか 3 か月というスピードでした。

各部門が WG で集結し マスタなどを入念に検討

契約後の、マスタの整備や運用の検討という多大な労力を要する作業に当たり、まず院内に各部門の所属長を中心としたオーダーリング委員会



高橋 秀樹 内科部長



荒木 浩 外科部長



田口 勝雄 検査課主任



大野 雅史 診療放射線技師

が組織されました。しかし、人数が多く、細かい打ち合わせを重ねることが難しかったため、結果的に同委員会はあまり機能せず、準備作業が進みませんでした。そこで、2007年7月に、各部門の代表を集め、7、8人程度のワーキンググループを設置し、そのWGで運用方法やマスタの整備を進行させて、結果をオーダーリング委員会にフィードバックしていく手法に切り替えられました。WGが動き出した当初は、週に2、3回、朝8時から集まって会合を持ちました。

同院では院内でいっせいにシステムを稼働させるのではなく、段階的に導入していく計画を立てていました。9月に稼働を予定していたのは、検査、処方、給食の3部門です。検査課の田口勝雄主任は、導入前に苦労した点として、マスタ作成を挙げています。コードが検査センターと共通であるため、そのまま流用することも考えられましたが、マスタの数が8000を超えていたため、まずは同院で行われることのない検査を削り、さらに、過去3年間にオーダーされた検査をすべてピックアップするなどの作業を行い、最終的に3000まで絞り込みました。

検査課など、先発のオーダーリングシステムの導入準備が順調であったために、その後のスケジュールは、1～2か月前倒しされました。例えば放射線課では、2か月という短い準備期間の中で900ほどもあるマスタの作成を精力的に行いました。入念に検討したため、稼働後の修正作業はまったくないと、大野雅史診療放射線技師は、「他部門と違い、放射線課では、システム導入前の作業手順ができるだけ変わらないようにマスタをつくっていきました」と説明しています。

その甲斐もあって、現在では使いやすいシステムになっていると院内



山口 久子 医事課長



四方 真紀 看護部長



戸口 文代 病棟師長



前列左から、看護部・山本深雪病棟主任、四方真紀部長、永田晴美病棟師長。後列左から、医事課・角直子副主任、梅村真路副主任、放射線課・大野雅史技師、医事課・山口久子課長。

でも高い評価を得ています。

導入前の訓練や自習によりスムーズに操作を習得

マスタ作成、運用の決定に続き、スタッフへの操作訓練も、導入前に必要な準備作業です。稼働直前の7月下旬から約1か月間、会議室に端末を置き、各スタッフがインストラクターから直接指導を受けました。「1回1回の中身が濃く、パソコン操作に慣れていない医師にもしっかりと教えていただきました」と高橋秀樹内科部長は述べています。

インストラクターのスキルもさることながら、教わるスタッフ側の熱意も非常に高かったようです。特に看護師は全員が熱心に操作訓練を受け、端末を自由に使える夕方の自習時間に、何度も足を運ぶ職員も多くいました。ほかの看護師を指導する立場にいるスタッフも操作訓練を積極的に行いました。看護部の山本深雪病棟主任は、「私自身、パソコンは苦手だったのですが、『また来たの?』と言われるくらい率先して自習に出て練習しました」と述べています。このようにスタッフのモチベーションがきわめて

高かったことも、スムーズに操作を習得でき、短期間でトラブルなく導入に至った理由の1つです。

その後、外来で3回、病棟で4回のリハーサルを経て、トラブルもなく9月に稼働し始めました。導入した当日から1週間程度はサポートの技術者が常駐しましたが、技術者が引き上げてからも、システムは順調に機能しています。また、医師が行う操作を習得している看護師を配置し、医師への的確なサポートが行える体制をとっていることも、円滑な診療が行われている要因です。

業務の標準化で安全性も向上

導入から半年以上が経過しましたが、荒木浩外科部長は、オーダーリングシステムのメリットとして、業務の効率化と、指示が明確に残ること、責任の所在や実施の確認作業がわかりやすくなった点を挙げています。また、システム自体がどれだけ患者さんのためになるかについては慎重に検討するべきだとしながら、サービス向上の指標の1つである患者さんの待ち時間は、大幅に短縮さ



外来での運用の様子。パソコンの操作に慣れていない医師もいましたが、操作訓練の体制が充実していたことで、短期間で使い方を習得することができ、稼働後もスムーズな診療が行えています。これにより、患者さんの待ち時間短縮につながっています。

れたと述べています。デメリットとして、出力ラベルの文字が小さいなどの指摘もありましたが、オーダーリングシステムの導入はプラスであったと評価しています。また、システムの導入は業務が標準化され、安全性が高まるというメリットにつながっており、「ルールに則った運用は、これからの時代に必ず要求されることだと思います」と、荒木外科部長は述べています。

看護業務が効率化し 患者ケアの時間が充実

看護部の戸口文代病棟師長と永田晴美病棟師長は、食事箋を書いたり、処方箋を運んだりする作業がなくなり、業務が整理されたため省力化が実現できたこと、そしてその分患者さんのケアに時間を使えるようになったことをメリットとして挙げています。戸口病棟師長は、「業務が明確に区分されたことで、医師に依頼しやすくなった面もあります」とも述べており、山本病棟主任は、「転記の必要がなくなったので、誤記入などのミスもなくなりました」と付け加えています。

四方真紀看護部長は、「コンピュータの苦手なスタッフも多かったのですが、一生懸命努力してくれました。リハーサル時にもさまざまな意見が出されるなど、問題に取り組む姿勢が非常に良かったと思います」と、スタッ



病棟のナースステーション。操作訓練に全員が熱心に参加していた看護部では、外来、病棟で医師の端末操作をサポートできるスタッフを配置しています。そのため、確実なシステム運用が行えており、医療安全の面からも効果が出ています。

フのモチベーションの高さが導入成功の要因であると評価しています。

スタッフの前向きな姿勢と 協力が IT 化成功のカギ

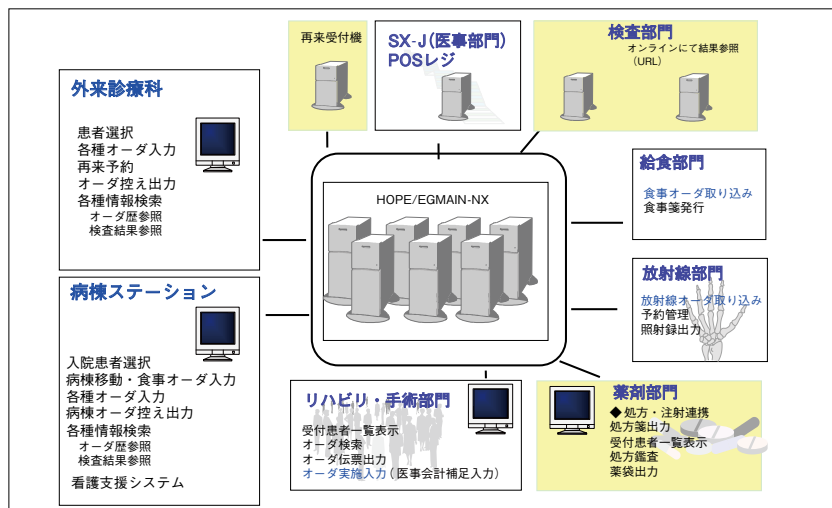
フルオーダーリングシステムの導入が、予定を前倒して短期間にスムーズに行われた背景には、オーダーリング委員会とワーキンググループの間、あるいは病院側と富士通の間の調整役の存在がありました。オーダーリング委員会の副委員長も務める山口課長や、医事課の角直子副主任と梅村真路副主任がその大きな役割を担いましたが、元来、情報処理の専門知識を持っていたわけではありませんでした。「情報システム課のような専任部署のない病院では、医事課が動くしかありません」と、山口課長は説明しています。

角副主任、梅村副主任とともに、今回の導入成功のカギは、ほとんどのスタッフが IT 化に前向きで、協力的だった点を挙げています。また高橋内科部長は、「病院のスタッフ全員が1つの目標に向かい、これを達成しようという丸となったこと自体が、非常に意義のあることだったと感じています」と当時を振り返ります。

さらに、山口課長は、「IT 化は割り算だと思います。余りを切り捨てて運用でカバーするのか、無理をしても切り上げてシステムに乗せるのか、その判断が重要です。当院では、HOPE/EGMAIN-NX がパッケージ製品であることを折りに触れ石山院長が説明してくれましたので、無理な主張もなく、お互いが周りの声をよく聞いたことが、判断を誤らずに導入できた理由ではないでしょうか」と述べています。

各部門のスタッフがが丸となって取り組み、スムーズなシステム導入を実現した藤本病院。将来的な電子カルテシステム導入も見据えており、IT 化を進めることでさらなる患者サービスの向上を実現していくことが期待されます。■

(藤本病院の 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://www.iryojoho.co.jp/>〉のご協力をいただきました)



藤本病院の HOPE/EGMAIN-NX システム構成図

② たけだ整形外科クリニック

電子カルテシステム「HOPE/EGMAIN-CX」

電子カルテシステムと CRを導入し X 線画像を フィルムレスで運用

容易な過去画像比較などにより
効率的な整形外科診療を实践



たけだ整形外科クリニック

〒067-0041

北海道江別市元江別本町 35-21

TEL 011-391-0030

FAX 011-391-0033

URL <http://www.takeda-seikei-clinic.com/>

石狩平野の中央部に位置する北海道江別市には、札幌市のベッドタウンとして 12 万人あまりが生活しています。この江別市の JR 高砂駅近くに、2007 年 4 月、たけだ整形外科クリニックが開院しました。これまで 10 か所以上の病院に勤務し、整形外科医として豊富な臨床経験を積

んできた武田泰院長は、地域の患者さんに最適な治療を提供するべく、開院と同時に富士通の電子カルテシステム HOPE/EGMAIN-CX を導入しました。また、合わせて CR を導入し、X 線画像のフィルムレス運用を開始。画像データの管理や患者説明などに導入効果が表れています。

スタッフの負担が少ない環境を めざして電子カルテを導入

武田泰院長は、「患者さんの生活を最優先に考え、保存的治療が可能であるか、手術が必要かを十分に見極めた上で最適な治療を提供する」という自身のめざす診療に取り組みたいという思いからクリニックの開院を決定しました。開院に向けて 2005 年から使用する医療機器やシステムについて検討を開始。当初システムは医事システムだけを導入することも考えていましたが、最終的に電子カルテシステムを使用すること

にしました。その理由を武田院長は、「IT 化は時代の流れだということが一番大きな理由です。また、電子カルテシステムは紙カルテの運用よりスタッフの業務が効率的になると考え、その分を患者さんに目を向ける時間として使ってもらおうと思いました」と説明しています。さらに、カルテとフィルムの保管場所をなくしたいと考えていた武田院長は、X 線画像をフィルムレス運用するために、CR の導入も決定しました。

カルテ入力作業軽減のため 診療に合わせたマスタを作成

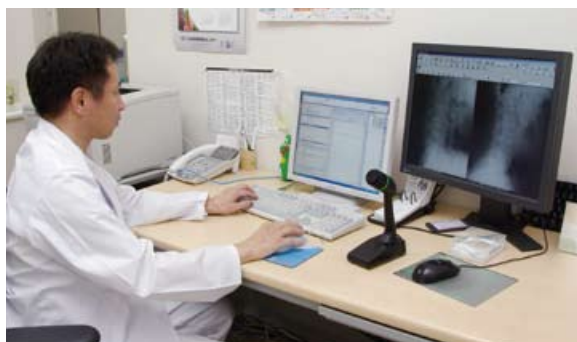
電子カルテシステムの選定に当たって、武田院長は、候補に挙がった富士通と他社の 2 つのシステムのデモ機を実際に操作し機能や操作性などを比較して検討しました。その結果、画面の見やすさと操作性で優れていた富士通の HOPE/EGMAIN-CX の導入が 2006 年 11 月に決定。併せて医事システム HOPE/SX-J の導入も決まりました。

電子カルテシステムの導入準備として、まず同クリニックの運用に合わせたテンプレートやマスタなどの作成を行いました。整形外科用のテンプレートはあらかじめ用意されていたものの、武田院長は、「より自分の診療スタイルに合うようにカスタマイズをしたいと思います」と述べています。3 月中旬まで病院に勤務していた武田院長は、販売代理店の株式会社メディソフトと協力して約 1 か月間という短い期間で準備作業を行いました。

その内容は、まずカルテ欄では腰椎、頸椎、膝、肩など診察用のテンプレートを自分なりに作成し、症状やサインを素早くチェックできるようにしたほか、よく使うシェーマもすぐに出せるようにしました。指示・処方欄については、X 線撮影や採血検査のセットなどを作り、迅速にオーダーができるようにしました。また、よく使う処方薬のセットをワンクリックで表示・選択できるようにカスタマイズしました。



武田 泰 院長



武田院長の診察の様子。ドラッグ・アンド・ドロップを中心としたマウス操作や、右クリックで入力エリア内で実行可能な機能を一覧表示するなどの機能を挙げ、使いやすさを評価しています。



CR（左）と一般X線撮影装置（右）。電子カルテシステムとCRは共通の患者IDで管理されているため、指示箋のIDをCRコンソールに入力し、患者情報を呼び出して撮影を行います。

リハーサルを行い 開院前に診療の流れを確認

運用方法の検討と並行して、開院1か月前から、武田院長ほか、各スタッフが集まって操作訓練を開始しました。武田院長は、初診の患者さんの診療時間や1時間に診察可能な患者数について確認しながらカルテ入力練習をしました。開院の1週間前までは各スタッフが基本的な操作に関してある程度習得できたため、診察、X線撮影、リハビリテーション、処置など実際の診療の流れに沿ってリハーサルを行い、開院に備えました。開院後に、操作がわからないこともあったということですが、メディソフットの担当者が1週間程度クリニックにサポートに来ていたため、疑問点がすぐに解消でき、稼働後に混乱が生じることはありませんでした。開院から2週間が経ったころには操作にも慣れることができた武田院長は述べています。

撮影後すぐに診察室での X線画像参照が可能

ただ整形外科クリニックでは、診察室1、2にそれぞれ、HOPE/EGMAIN-CXの端末を1台設置。HOPE/SX-Jの端末が、受付に2台設置されており、来院した患者さんのデータを受付スタッフがHOPE/SX-J

に入力すると、HOPE/EGMAIN-CXとCRに患者情報が送信されます。

診察室1には、電子カルテシステム以外にX線画像を参照するため、画像ビューワの高精細モニタを設置しています。電子カルテと連動して検査画像が表示されるようになっています。また、診察室2にはシャウカステンが備え付けられ、MRIやCTのフィルムを参照できるようにしました。

患者さんは受付後、看護師による問診を受けます。問診票は診察室に届けられ、武田院長が電子カルテシステムに入力します。続いて、診察室1で診察が行われます。その際、武田院長が検査やリハビリテーションのオーダーを電子カルテシステムに入力します。その内容は紙の指示箋で各担当者に伝わるようになっています。X線撮影室では、オーダーが発生すると、プリンタから指示箋が出力されます。CR側には、HOPE/SX-Jから電子カルテシステム側と共通のIDが割り振られており、その内容に基づいて撮影が行われ、X線画像はすぐに診察室1にある画像ビューワの高精細モニタに表示できます。検査後、患者さんは診察室1に戻り、撮影された画像を見ながら武田院長から結果説明を受けます。また、リハビリテーション室も同様に、プリンタから指示箋が出力されるようになっています。そのほか、処

置に関しては、診察室1の隣に処置室が位置しているため、武田院長が直接看護師に指示箋を渡しています。

また、同クリニックではA5判の受診票を作り、クリアファイルに挟んで院長・スタッフ間で回しています。受診票は、X線撮影、採血、リハビリテーション物理療法、処置、処方などの項目があり、『予定』と『実施』をチェックする簡単なものです。主に武田院長が予定欄にチェックを入れ、スタッフは受診票と指示箋とを見合わせながら実施します。その後実施欄にチェックを入れます。最後は受付スタッフが受診票と電子カルテシステムに入力すると自動的に算定されるHOPE/SX-Jの画面を比較することで、電子カルテの記入ミスや記入漏れを発見できるようにしました。

武田院長はシステムの連携について、「X線画像が撮影後すぐに診察室で参照できるなど、電子カルテシステムとCRの組み合わせは患者さんを待たせないスムーズな診療に結び付いています」と評価しています。なお、診察室2の電子カルテシステムの端末は、各スタッフが必要に応じて確認できる環境になっており、スタッフ間の情報共有にも活用されています。

過去画像の迅速な 検索・表示環境を実現

開院前には、シャウカステンとモ



リハビリテーション室。初診の患者さんに関してのオーダーが出されると、指示箋とともに診断記録もプリンタから出力されます。



受付でのHOPE/SX-Jの運用の様子。医事システムは導入前に操作訓練を行いました。サポートの担当者がついていたことで、システムの使用経験がなかった受付スタッフも問題なく操作を習得することができました。



前列左から、會田佳織受付員、緑川光受付員、武田幸恵看護師、佐々木磨寿美看護師。後列左から、丸山浩輝柔道整復師、門間圭一技師、武田泰院長、武藤耕太柔道整復師。

ニタでの読影環境の違いに心配もあったと武田院長は述べていますが、すぐに慣れることができ、画質にも満足とのこと。さらに、フィルムと比較して、モニタの画像は扱いやすく、メリットの方が大きいと次のように説明しています。

「画像の濃淡や骨、軟部などの条件変更、見たい部分の拡大などの処理が行えるため、フィルム読影よりも病変部を見つけやすいです」

また、電子カルテシステムから、画像の検索が迅速に行え、過去画像との比較が容易に行えるというメリットがあります。武田院長は、「モニタに瞬時に過去画像を表示できるので、患者さんにとってわかりやすい説明ができます」と高く評価しています。画像の保存に関しては、約5か月分のデータがビューワのハードディスクに保存され、それ以前のデータはDVDに保存されています。武田院長は、「骨折の治療期間は通常長くて4か月程度なので、過去画像と比較したいときでも、現在の運用で困ることはほとんどありません」と説明しています。

スタッフの業務軽減については、まず、フィルムを探す手間がないことが挙げられます。これは過去画像との比較や撮影件数の多い整形外科領域では大きなメリットと言えます。このほか、電子カルテシステムに入

力した内容がすぐにHOPE/SX-Jに送信されるため、受付スタッフが再入力や会計の計算を行う必要がないため、患者さんを待たせることがありません。また、再入力の必要がないことは請求漏れなどのミスを防ぐことにもつながっています。

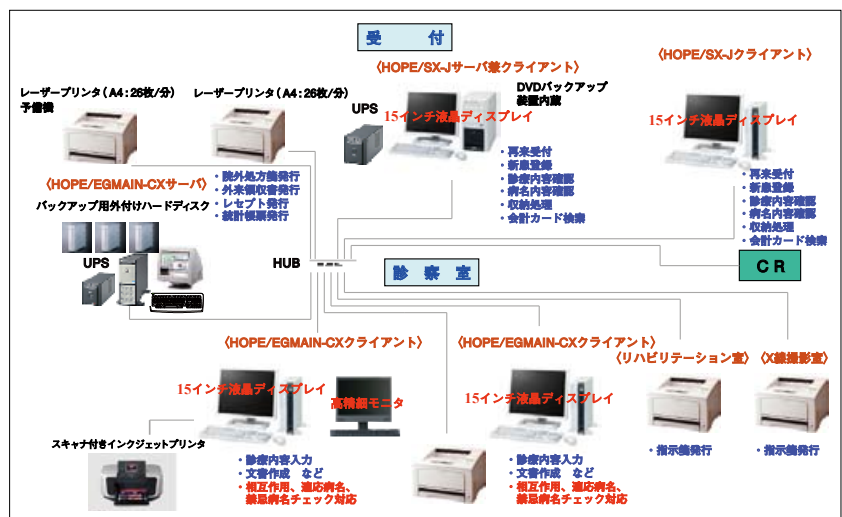
IT化で生じた時間を患者さんと向き合う時間に活用

武田院長は、電子カルテシステム選定のポイントについて、「使いやすさとサポート体制」を挙げています。操作が慣れてきたことで、すでに紙カルテに記入する感覚で入力できるようになっており、「紙カルテと同じ時間で、誰にでも見やすいカルテが作成できます」と武田院長は述べています。また、サポートについては、「今回の

診療報酬改定にもしっかりと対応してもらえました」と評価しています。

開院と同時に電子カルテシステム導入による紙カルテレス運用と、X線画像のフィルムレス運用を開始した武田整形外科クリニックでは、開院前の目的の1つであった、スタッフの無駄な作業をなくし、その分の時間を患者さんと向き合う時間に活用しています。武田院長は病診連携にも積極的であり、今後もシステムを有効に活用しながら地域の医療を支えるために取り組んでいきたいとしています。■

(ただだ整形外科クリニックのHOPE/EGMAIN-CXの導入については、株式会社メディソフト様 (<http://www.medisoft.co.jp/>) のご協力をいただきました)



ただだ整形外科クリニックのHOPE/EGMAIN-CXシステム構成図

医療制度改革を乗り切る 病院経営戦略

逆風を追い風に変えるためには何が必要か

2007年6月に医療制度改革関連法が成立したことにより、今年4月から医療制度改革の主だった施策が始まりました。また、2008年度の診療報酬改定では、この施策を後押しするような評価体系となっています。医療費の適正化を柱とした医療計画や後期高齢者医療制度などの取り組みに対し、医療機関はどのように対応すべきか、改革の風を追い風に変えるためのこれからの経営戦略を考えます。

Contents

Interview

邊見 公雄氏

(中央社会保険医療協議会委員、赤穂市民病院院長)

地域の中での役割を考え、存在感のある病院になること。その姿勢が大切です。…………… 9

Report — 医療の現場から考えるこれからの病院経営

富山赤十字病院

在籍経験者と協力関係を築き急性期から在宅まで地域の中できめ細かな医療を展開…………… 12

中津市立 中津市民病院

医師の処遇改善や保育所設置など積極的な人材確保策で地域医療を支える体制を構築…………… 15

長期入院の是正のために、医療計画の見直しや後期高齢者医療制度を創設

少子・高齢化社会が進展する中、医療費の伸びを抑えなければ国民皆保険制度を維持し続けるのは難しいとされています。厚生労働省では、今後の医療費が2015年度で47兆円、2025年度で65兆円に上ると予測しています。さらに、同省では、医療制度改革によって2025年度の医療費を56兆円までに抑えることが可能になるとしています。

このように、医療制度改革では、医療費の適正化が最も大きな柱となっており、生活習慣病対策と長期入院の是正にそれぞれ目標値を設定し、それをクリアするための各施策が2008年4月からスタートしました。生活習慣病対策としては、特定健診・保健指導を中心とした施策が打たれており、一方の長期入院の是正については、療養病床の再編、医療機関の機能分化と連携、在宅医療・地域ケア体制の構築などに取り組んでいきます。具体的には、がんなどの4疾病5事業の連携体制をつくる医療計画、療養病床から老人保健施設などへの転換を促す地域ケア体制整備構想、75歳以上の高齢者を対象とした後期高齢者医療制度などが、今春から始まりました。

診療報酬改定では小児・産科の勤務医対策を強化 200床未満の施設に亜急性期を担うための加算

2008年度の診療報酬改定も医療制度改革の各施策を強く後押しするものとなっています。今回の改定では、本体部分を0.38%引き上げていますが、その中でも最重要課題として、小児・産科などの勤務医の確保が挙げられており、1500億円が充てられることになりました。また、診療所に対して早朝・夜間診療に対する加算を設けられたほか、「医師事務作業補助体制加算」や「入院時医学管理加算」といった勤務医の負担を軽減するような加算が新設されました。また、急性期医療の次の段階の医療を担う200床未満の病院に対し、「亜急性期入院医療管理料2」が設けられるなど、中小規模の病院にとっては、新たな選択肢が用意されました。

医療制度改革の各施策がスタートし、併せて診療報酬改定が行われたことで、今後病院経営にも多くの影響が出てくることが予想されます。それにどのように立ち向かうのか、次ページからは、中央社会保険医療協議会委員を務めた邊見公雄氏のインタビューや医療現場の事例として富山赤十字病院、中津市民病院の取り組みを紹介します。

Interview

地域の中での役割を考え、存在感のある病院になること。その姿勢が大切です。

診療報酬改定が経営に与える影響とめざすべき病院像

邊見 公雄 氏（中央社会保険医療協議会委員、赤穂市民病院院長）



2008年度の診療報酬改定が行われ、産科・小児科医療の重点評価や勤務医の負担軽減など緊急課題への対応がとられたほか、後期高齢者医療制度の診療報酬の新設などの動きがありました。前回の改定に比べると動きが少なかったとはいえ、今後の病院経営にも大きな影響を及ぼすことが予想されます。そこで、中央社会保険医療協議会（中医協）において、診療側の委員として提言を行ってきた、赤穂市民病院院長の邊見公雄氏に、診療報酬改定が今後の病院経営に与える影響についてお話をうかがいました。

1968年京都大学医学部卒業。同附属病院、大和高田市立病院、京都通信病院勤務後、1978年に赤穂市民病院外科医長。その後同院外科部長、副院長を経て、1987年から現職。中央社会保険医療協議会委員のほか、全国公立病院連盟会長、全国公私病院連盟副会長、全国自治体病院協議会副会長を務める。

診療報酬改定の内容について 3つのポイントに絞って主張

——中医協の診療側委員として、2008年度の診療報酬改定にキャッチフレーズをつけるとしたら、どのような言葉になるでしょうか。

邊見氏：「やっと下げ止まった診療報酬」ですね。とはいえ、本体が＋0.38%であって、全体は－0.82%ですが。下げ止まったとはいえ、正直なところ「焼け石に水か」という感じもします。

——本体が0.38%引き上げられましたが、今回の診療報酬改定のポイントについて、お聞かせください。

邊見氏：前回の改定は、全体で－3.16%という今までで最も大きなマイナスの改定率でした。内容も多岐にわたっており、例えば紹介率によって入院基本料に加算される紹介外来加算、急性期入院加算が廃止されるなど急性期医療が見直されたり、入院時の食事が1日単位から1食単位になるといったことがありました。大変、ドラスティックな改定だったと言えます。2005年のいわゆる郵政選挙後で小泉内閣が最も強い時期の改定でしたから、私たちの意見は通りにくかったのです。

それに比べると、今回は前回の調整という位置づけもあり、激変できない状況にあったのではないのでしょうか。ただし、今後の方向づけをした内容も多くあります。再診料については、病院と診療所の格差を縮め、外来管理

加算の見直しも行われました。また、新設された後期高齢者の診療報酬についても、第一歩として、外来主治医と病院との連携、入院と退院時の加算など評価の方向性を示しています。そういう点で、今回の改正は次回の改正に向けての流れができています。ですから、今回と前回、あるいは今回と次回の2回で、1つの大きな改定と考えることができると思います。

また、前回の改定では、初めて日病協（日本病院団体協議会）から中医協の委員が選出されたということもあり、きちんと主張すべきことを主張できませんでした。私自身、力不足を感じた結果となり、その反省も踏まえ、今回は、あまりたくさんのことを主張せず、3つのポイントに絞って、医師の代表というよりは、病院で働くすべての職種の方々の代表として、意見を述べるようにしました。

その1つが、病院経営が危機的状況であるということです。昨今、医療崩壊とよく言われていますが、診療所が崩壊したという話はほとんど聞きません。医療崩壊というのは、病院医療崩壊なのです。そこで、病院医療が危機を迎えているので、その対策となるような評価にしてほしいと主張しました。

2つめの意見としては、公的医療費の拡大です。私は、国民の自己負担がもう限界を迎えていると考えています。医療費の3割負担や年金給付の問題など社会保障体制が変化し、地方自治体も財政状況が悪化していること

良い医療を、効率的に、
地域住民とともに
この視点で医療を行えば
間違ないと思います。



から、社会福祉サービスの見直しなどが行われており、医療を受けることができない方が増えています。こうした格差社会を是正するためにも、公的医療費の拡大が必要です。

また、3つめの主張は、診療報酬を「モノから技へ、技からシステムへ」と評価する対象を変える必要があるということです。「医療材料や医薬品を使ったからいくらもらえる」という「モノ」を評価するのでは、不必要な検査を増やすようなことになりかねません。それよりは、病気の予防や診断、治療したという「技」を評価すべきです。さらに、「システム」も重要です。救急車が来たらいつでも対応するという体制ならば、実際に救急車が来ても来なくても、算定できるような評価が必要だと思います。そうすれば、いわゆるたらい回しなどは起こらないはずです。「システム」というのは、一種の安全保障と考えることができます。自衛隊のイージス艦は大変高額ですが、実際に戦争が起こらなくても、国防システムとして必要とされています。それと同様に国民の命を守ろうとしている医療の「システム」を評価し、お金をかけるべきではないでしょうか。

これからの日本の医療を考えると 今回の改定の点数は 55 点

——「システム」への評価という点では、今回の診療報酬改定において意見が通ったと言えるのではないのでしょうか。

邊見氏：ある程度通りました。しかし、例えば、「小児入院管理料」が再編成されましたが、最も点数の高い「小児入院管理料1」の施設基準は、常勤の小児科医と小児外科医が20人以上、ただし複数の医師が協同で常勤と同等の時間に勤務しているならば10人まで常勤として扱うとなっています。そうすると、7対1入院基本料の新設で看護師不足が起きたように、小児科医が施設基準を満たす施設へ流れていくことが考えられます。トップランナーだけを評価して、セカンドランナーをないがしろにするようでは、格差の助長につながりかねません。

これは小児科医療の集約化を図っていると言えます。また、産科についても、新たに「妊産婦緊急搬送入院加算」が創設されたり、小児患者などを医師が救急車両に同乗して搬送した場合の「救急搬送診療料」が引き上げられるなど、集約化が進められています。学会や行政は、小児科や産科医療の集約化をする方向に舵を切りましたが、今回の改定はその流れに沿う形になっています。しかし、それでは今まで少数の小児科医や産科医で対応していた施設から、子ども病院や周産期センターへ人材が

移ってしまい、その施設が成り立たなくなる可能性があります。ですから、点数がつくことは非常に良いことですが、それが必ずしもうまくいくとは限らないのです。前回の改定で新設された7対1入院基本料は、医療現場に看護師がたくさんいるという点で良いことには違いないのですが、結果として歪みが生じてしまったのが現実です。それと同じようなことが起こらないか、私は危惧しています。

——今回の診療報酬改定に点数をつけるとしたら何点になるのでしょうか。

邊見氏：私個人としては65点をつけるのですが、今後の日本の医療界全体を考えると55点といったところでしょうか。60点以上が合格点とすると、今回の改定はそこまでいかなかったということです。人によっては、35点ぐらいと採点する方もいますが、前回の改定が点数のつけようがなかったことを考えると、今回は55点が妥当だと私は思います。

今回の改定内容については、どなたからもお叱りを受けていないのですが、良かったという意見も少ないです。ホッとしたという方が一番多いのではないのでしょうか。診療所の再診料が下がり、病院の評価は下げ止まり、努力次第で収益を上げられるかもしれないという期待感があるようです。

地域の中での自分たちの役割を見直し 生き残り策を考えることが大事

——今回の診療報酬改定は、病院経営にどのような影響を与えるのでしょうか。また、どのような対応が必要になってくるのでしょうか。

邊見氏：今後の病院を経営していくに当たっては、自分たちの施設の役割を見直すことが重要だと私は考えています。地域の中で自分たちはどのような医療を提供すれば生き残ることができるのか、あるいは地域の役に立つという存在理由を探り、生き残り策を考えて、経営していく必要があります。何もかもすべてというのは、特色のないデパートのようなもので、これからの時代、地域医療の中で成り立たせていくのは難しくなっていくのではないのでしょうか。

——200床未満の中小規模の施設が非常に多くありますが、こうした施設はどのような展開が考えられますか。

邊見氏：今回の改定で、200床未満の病院は、新たに「亜急性期入院医療管理料2」が算定できるようになりました。これは急性期の治療が終わった患者さんの受け皿となる施設のためのものと言えます。DPC参加病院が増える中、急性期医療の次の段階を担う施設を評価し、1日

2050点が算定できるようになりました。全病床数の3割以下までが亜急性期の病床にできるので、以前からあった「亜急性期入院医療管理料1」の全病床数の1割という条件よりも拡大されています。200床未満の病院ならば、これを見逃す手はありません。亜急性期病床というのが今後の方向性を考える上で、1つの選択肢、キーワードになると思います。

——地域の中での役割を持ち、特色を出すことが重要とのことですが、赤穂市民病院では、どのようなことに取り組んでいるのでしょうか。

邊見氏：当院は、地域がん診療連携拠点病院の指定を受けましたが、今回の改定では、「がん対策基本法」の施行を背景に、「がん診療連携拠点病院加算」が2倍に引き上げられるなど、がん医療は重点的に取り組む領域として評価されています。当院も、外来放射線治療や外来科学療法、さらには、緩和ケアに力を入れていきます。

また、2008年4月から新しい医療計画がスタートしましたが、診療報酬改定でも地域連携パスの対象疾患に脳卒中が加わりました。こうした方向性は今後も続くと思いますので、地域連携も重点を置いていくつもりです。

早乗り早降りの経営ではなく 腰を落沉着けて効率性を考えた医療を

——病院経営者あるいは管理者に求められるリーダーとしての視点について、ご意見をお聞かせください。

邊見氏：「早乗り早降り」という言葉があります。これは診療報酬で加算がつく新しい物事に何でも早い時期に取り組んで、ほかの病院が追随し始めハシゴが降ろされてしまう前に止めてしまうということですが、そうした経営は今後難しくなってくるでしょう。じっくりと腰を落沉着けて、効率性を考えた医療に取り組むという視点が求められています。

また、地域住民を巻き込んだ医療を行うことも大切です。当院では、「良い医療を、効率的に、地域住民とともに」という基本理念を掲げています。いつの時代であっても、たとえ診療報酬がどのようなものであっても、この視点で医療を行っていけば、間違えることはないと思います。

私自身、長年医療政策に悩まされており、「夜明け前が一番暗い」という言葉を思いながら、病院経営に取り組んできました。同じように苦勞されている方もたくさんいて、皆さん疲弊しているようですが、もう少し頑張っていて、困っている人、病んだ人を診てほしいと思います。今こそが踏ん張りどころだという思いで、病院の舵取りをしていってください。■

Report — 医療現場から考えるこれからの病院経営

富山赤十字病院

在籍経験者と協力関係を築き 急性期から在宅まで 地域の中できめ細かな医療を展開

患者満足度調査を行い、サービス向上にも取り組む



〒 930-0859
富山県富山市牛島本町 2-1-58
TEL 076-433-2222
FAX 076-433-2274
URL <http://www.toyama-med.jrc.or.jp/>

2007年に創立100周年を迎えた富山赤十字病院は、地域中核病院として、「人道・博愛の赤十字精神」にもとづく良質で安全な医療の提供」を理念に掲げ、患者中心の医療を行ってきました。しかし、2006年度の診療報酬改定の影響や患者数の伸び悩みなどのため、近年、経営状況が悪化。その対策として、コストマネジメント、地域医療連携、そして、患者満足度調査によるサービス向上などに取り組んでいます。また、在籍経験のある医師、看護師と協力し、周辺の診療所、同院の訪問看護ステーションを活用した在宅医療も展開するなど地域に欠かせない病院づくりを進めています。

地域住民の信頼を得つつ 病院経営改善を図る

富山赤十字病院の経営状況はここ数年、順調に推移してきました。しかし、医療制度改革の流れの中で、徐々にその状況にも変化が訪れています。特に全体で-3.16%、本体で-1.36%という大幅なマイナスとなった2006年度の診療報酬改定により、これまでの黒字から赤字へと転落し、外来・入院の患者数、手術件数が伸び悩むようになってきました。

こうした状況を改善すべく、富山県知事からの要請もあり、2007年4月1日に小西孝司院長が就任しました。それまで富山県立中央病院の院長だった小西院長は、



小西 孝司 院長

「2006年度の診療報酬改定以降、富山県の公的病院はほぼすべてが赤字化しており、非常に経営状態が悪いというのが現状です。当院も例外ではありません。地域住民からの信頼を得ながら、一步一步前進していくしかないと思いました」と、当時を振り返ります。

診療材料などの共同購入など スケールメリットを生かす

富山赤十字病院は、2006年にDPC準備病院となっており、2008年7月からの参加を予定しています。7対1入院基本料の届け出もしており、着々と準備作業を進めています。当初の計画では、今年4月からの参加となっていたが、診療報酬改定があったことで、クリティカルパスの見直しなどを行うため、導入時期を変更しました。

急性期医療を担う同院にとって、DPC参加は必然だと言えますが、小西院長は、DPCデータを経営分析に役立てることを検討しています。同院は富山県内でも早い時期の2004年に電子カルテシステムを導入しており、院内のIT化にも熱心に取り組んできました。そうしたIT化によって得られるデータを生かすことがこれからは重要になると小西院長は考えています。

また、ジェネリック医薬品についても、現時点では十数パーセントの採用率ですが、今後、積極的にとり入れていく予定です。これは、富山県の重要な産業である医薬品製造・販売業を振興するという県の方針とも一致しています。富山県の厚生部が主導し、県内の主だった病院と連携し推奨ジェネリック医薬品の基準を設け、信頼性の高い医薬品が使用できるようになっています。

一方、診療材料についても、DPCでは包括化されるた

め、医薬品同様にコストマネジメントが重要になります。そこで、同院では、金沢、福井の両赤十字病院と協力して診療材料の共同購入に向けて検討し始めました。小西院長は、「診療報酬のことを考えると、収入を上げるだけでなく、支出をいかに抑えるかを考えなければなりません」と述べています。すでに各病院の管財課長、事務部長レベルでの協議が進められており、スケールメリットを生かした物品購入について、今後具体的な話し合いを行っていくことにしています。

在籍経験者の協力などにより 地域医療連携体制を構築

2008年4月から都道府県ごとに、がん、脳卒中などの4疾病と救急、災害医療などの5事業を担う地域医療連携体制や在宅医療の連携体制を盛り込んだ医療計画が始まりました。今後、医療機関の機能分化や連携が今まで以上に進んでいくことが予想されます。また、後期高齢者医療制度が始まり、地域ぐるみの医療・介護サービスを連携して行っていくことが求められています。2008年度の診療報酬改定でも、これらの施策を進めるための評価がされています。こうした中、富山赤十字病院でも、地域連携の枠組みの中で、周辺の診療所や介護サービス事業者との協力関係を築いています。

1. 診療所との定期会合により連携強化

同院は、富山県内でも早い2003年に地域連携室を設置しました。ここでは専任のスタッフを配置し、通常、地域内の医療機関との間で、紹介患者の初診予約と情報提供、CT・MRIなどの検査予約と結果報告の管理などを行っています。また、同院は1996年から開放病床を14床設けており、地域の診療所の医師との共同診療が行える体制をとっています。地域連携室では、この開放病床の予約管理も業務としています。

地域連携室では、連携体制を強固なものにするための活動にも取り組んでいます。その1つが連携先施設との会合です。この会合は年に数回開催しており、治療法の検討などの意見交換や講演会を行っています。小西院長は、「地域医療連携をうまく行うには、お互いの顔が見えることが大切です。また、医療のレベルも同じでなければ、患者さんも心配になってしまいます」と、その目的について説明しています。これに加え、地域連携室では機関紙を発行しています。機関紙には、同院の連携先の診療所が紹介されており、医師や診療内容がわかるようになっています。

2. 在籍経験者の協力を受け後期高齢者医療に対応

さらに、同院在籍の経験を持つ開業医や看護師との結びつきを強くする取り組みも進めています。2007年に、同院に在籍したことのある開業医が中心になって、在宅医療協議会が設立されました。これは入院患者の看取りを在宅で行うというもので、診療所の医師2名1組とし、主治医と副主治医という位置づけで、手厚いケアができるような体制を築いています。同院もその体制に加わっており、付帯施設である愛宕・安野屋地域包括支援センターと訪問看護ステーションが診療所の医師と連携し、患者ケアや両者間のパイプ役などを担っています。また、同院勤務後に独立してケアセンターを運営する看護師もあり、協力関係の下に在宅医療を展開しています。

健診センターの事業を強化し 特定健診・特定保健指導に対応

地域医療連携は、これからの病院経営を考える上で、重要なキーワードになります。医療機関にとっては、連携の枠組みの中で、いかに自分の施設が担う役割を明確にし、特色ある病院づくりをしていくことが求められるようになってきます(9ページの遠見公雄氏インタビュー参照)。富山赤十字病院も前述のように在宅医療と地域医療連携への取り組みのほか、富山市内にある富山県立中央病院など4病院での輪番体制の一翼を担う救急病院として、地域の中でその存在感を示してきました。

それに加え、同院では、健診事業も重点的に展開しています。2007年9月には、人間ドック健診施設機能評価に合格しました。これは社団法人日本病院会と日本人間ドック学会などが中心となって設けられた評価制度で、185項目の評価項目の審査を受けるものです。受診者側から見れば、人間ドックを受ける際に施設を選ぶ参考と



訪問看護ステーション。1996年に設置された訪問看護ステーションでは、連携先の診療所の医師とともに在宅医療を行っています。

なります。同院は、最新の眼底カメラ導入などの医療機器の整備や健康情報の提供といった受診者サービスの向上に努め、富山県内の医療機関では初めて、北陸3県の中では3番目にこの評価制度に合格しました。

医療制度改革では、医療費の適正化が掲げられ、そのための施策として、2008年4月から保険者による特定健診・特定保健指導が義務化されました。今後、特定健診はもちろん、特定保健指導へのニーズが高まることが予想されま

す。同院としても健診センターの事業を強化し、保険者から特定保健指導の業務委託を受けるといったことに取り組んでいきます。また、疾病の早期発見のための検診事業を強化していくことにより、がんや心疾患などが見つかった場合に、そのまま同院で診療が受けられるよう、院内の体制の整備にも力を注ぎ、がん診療連携拠点病院の指定もめざします。

患者満足度調査を行い 素早い対応を実施

2006年以降、外来・入院患者数が伸び悩んでいた富山赤十字病院ですが、徐々にその数が増え始め、手術件数も増加しています。小西院長の下、同院では患者サービスの向上や信頼される病院づくりを推進しています。

患者さんと地域住民のニーズを把握するために、同院では、従来から外来・入院患者向けの満足度調査を行っており、小西院長就任後の2007年6月にも入院患者とその家族に対して満足度調査を行いました。これは、183名の入院患者とその家族25名の計208名に対して行ったもので、「人的サービス・情報提供」、「施設・機能・食事」など4項目53の設問について5段階評価で回答するというものです。同様に7月には「待ち時間」といった項目を加えた外来満足度調査を500名に対し実施しました。

この調査結果を基に、同院では外部から講師を招いての接遇の研修を実施し、サービスの向上を図っています。外来では、待ち時間に対する満足度が低いことから、患者さんの心のケアをするための看護師や事務員による「安全、安心パトロール」を昨年11月から行っています。また、待ち時間に対する不満の解消や入院患者とその家族が院内でゆっくり過ごせるよう、アメニティ向上策として、建物1階にコーヒESHOPを出店させました。



インターネットコーナー。外来に設置されており、患者さんは自分の症状などの情報を調べることが可能。待ち時間の不満解消に効果を発揮しています。



再来受付機にいるボランティア。ボランティアは200名おり、院内各所で診療をサポート。きめ細かな患者サービスができています。

そのほか、診察待ちの時間に医薬品情報、医療の専門用語などが調べられるよう、インターネットコーナーを設けました。受診前の患者さんは不安や緊張からストレスを感じやすいことから、それを取り除くようなサービスの充実を図っています。

院内に多くのボランティアを配置し、一人ひとりの患者さんやその家族にきめの細かいサービスを提供できるようにしているのも、患者満足度向上につながっています。現在、同院には、退職者など200人のボランティアがおり、玄関や再診受付機での案内のほか、病棟で入院患者のサポートなどを行っています。小西院長は、「皆さんが赤十字精神を持ってサービスを行っています。これは当院ならではのことだと思います」と、述べています。

急性期医療の担い手として バランスのとれた経営を

小西院長就任以降、患者数も上向きになり、数々の取り組みの成果が表れています。しかし、医療制度改革が進み、今後、病院経営の舵取りが今まで以上に難しくなってくると思われます。小西院長は、経営の健全化を図ることを第一に考えていきたいとして、次のように述べています。

「良い医療を提供するためには、高度な医療機器の導入など投資が必要です。その投資ができる体質にしていかなければなりません。また、次世代を担う医療人を育てることも当院の使命です。そのために学会にも積極的に参加させるといったことも行っています」

富山赤十字病院では、今後、スタッフの派遣など、ほかの赤十字病院との連携も強化しつつ、急性期医療の担い手としての使命を果たしつつ、バランスのとれた経営に取り組んでいきます。■

Report — 医療現場から考えるこれからの病院経営

中津市立 中津市民病院

医師の処遇改善や保育所設置など 積極的な人材確保策で 地域医療を支える体制を構築

地域完結型医療の次の戦略として診療機能を強化



〒 871-8511
大分県中津市大字下池永 173
TEL 0979-22-2480
FAX 0979-24-3839
URL <http://www.city-nakatsu.jp/hospital/index.html>

中津市民病院は、経営移譲により国立病院から市民病院として 2000 年に再スタートを切りました。脳神経外科、整形外科などの診療を地域の他施設が行うという機能分化により地域完結型医療を実現したことで、黒字経営を続けてきました。しかし、医師不足が深刻化し、地域医療連携体制の維持にも支障を来したことから、新病院の計画に合わせ、診療機能の強化のための施策を進めています。また、医師・看護師確保を最優先課題として手当の見直しなどの処遇改善や保育所の設置といった対策を講じ、地域中核病院としての使命を果たしつつ健全経営を行っています。

国立病院から経営移譲により 市立病院として再スタート

中津市民病院は、1954 年に国立中津療養所として開院しました。1962 年には国立中津病院に改称。その後、1969 年に、現在の住所へ新築移転し、国立病院として、地域住民へ医療を提供してきましたが、1998 年の厚生省（現・厚生労働省）の施策により、移譲先がない場合は 2000 年に廃止されることになりました。そこで、中津市が引き受け先として名乗りを上げました。

1998 年 10 月には、中津市医師会や議会、行政の代表者や有識者らをメンバーとした検討委員会が設けられ、運営形態などについて議論が行われました。その報告を受けて、1999 年 3 月には、市議会が経営の引き受けを採択。さらに、4 月からはより具体的な運営について検討するため、中津市民病院医療体制整備委員会を設置し、診療科目や職員数、設備について検討を行いました。

この結果を踏まえ、診療科は医療圏内の他施設で診療が可能な脳神経外科、整形外科、眼科を廃止し、11 科として、施設完結型ではなく地域完結型の医療を行うこととしました。また、職員数は臨時も含め 182 名、さらに国が病棟の改修などを行った上で、移譲後の 3 年間で国からの半額補助を受けて、6 億 2000 万円を医療機器の整備などに投じることになりました。こうして、2000 年 7 月に、同院は自治体病院として再スタートを切りました。

地域完結型医療の実践で 経営移譲後は黒字経営

地域完結型医療を展開していくことになった中津市民病院では、スタッフ 3 名が常勤する診療連携室を 2001 年 4 月に設置しました。診療連携室では、地域内の病院、診療所と協力し、患者さんの紹介などの業務を行っています。毎月 1 回は、連携先の医療機関とカンファレンスや情報交換の場として診療連携集談会を開催しています。これにより、情報の共有化を図り、さらには医療レベルの水準を保つようにしています。また、月刊で情報誌を発行し、中津市のほか、周辺の市町村の医療機関に配布しています。情報誌の内容は、集談会の報告や外来担当医の情報のほか、診療に関する文献や医師の論文などとなっており、連携先施設との情報共有と医療レベルの維持に役立っています。一方で、部長職以上の医師は、医師会に参加するようにしたり、新任の医師が周辺の医療機関を訪問し交流を図るなど、結びつきを強くするような取り組みも行っています。

地域住民に対しては、同院ホームページで「市民病院の上手な利用法」というコンテンツを設け、診療所のかかりつけ医を持ち、その紹介で市民病院を受診するように案内しています。同様に、市の広報誌でもかかりつけ医を持つよう PR を行っています。

脳神経外科、整形外科、眼科をほかの医療機関が受け



増田 英隆 院長

持ち、地域全体で総合病院の機能を果たす中で、同院では、小児医療の強化を図っています。医療圏内で入院が可能な小児医療を行っているのは、同院だけであり、国立病院時から時間外診療や救急に対応してきました。市立病院として再スタートを切った際には、4名の常勤医師がおり、その後2001年6月には、中津市が人件費を負担し、医師を7名に増員。2004年5月からは8名となっています。さらに、小児外科を新設し、2006年4月から2名増員しました。小児科医は1名以上が当直することになっており、時間外・救急での小児医療が滞ることはありません。これにより、小児科の受診件数が大幅に増加しました。

このような地域内で機能分化を行うことで、施設ごとに診療内容の選択と集中ができ、特色や強みを生かした専門性の高い医療が提供できるようになりました。これは地域住民にも安心をもたらすことにもつながります。また、機能分化により経営のスリム化が進んだことで、赤字に苦しみ自治体病院が多い中、同院は市立病院として再スタートしてから黒字経営を続けています。

地域中核病院として 診療機能の強化を図る

地域完結型医療の成功例として厚生労働省からも評価され、黒字経営の自治体病院としてマスコミからも取材を受けるなど、市立病院となって以降、順調な経営状態にあった中津市民病院ですが、問題も生じ始めています。2007年度には前年度から医師が7名減少。産婦人科医がいなくなり、診療を休止したほか（現在は婦人科のみ非常勤の医師で対応）、内科医も減員し、医師不足が深刻化しています。

また、地域医療連携も機能しないケースが出てきました。2007年4月に就任した増田英隆院長は、「平日の昼間であれば、連携がスムーズにいくのですが、休日、夜間は難しいことがあります。特に交通事故の多発外傷などは、腹部や頭頸部など、整形領域以外の診療も必要になってきます。こうしたケースでは、連携の難しさが表れています」と述べています。実際に、搬送患者のたらい回しも起きています。加えて、連携先の医療機関でも

休日、時間外診療が医師の負担になっており、これまでの体制を維持し続けることが厳しくなってきました。

そこで、医師会や外部の有識者を交えた中津市民病院経営・施設整備検討委員会を設け、施設の老朽化による病院の新築計画とともに今後の病院運営についての検討を行いました。その報告書が2008年1月に取りまとめられ、今後はそれを基に、診療機能の強化に向けた取り組みを推進していくことになっています。

1. 診療科目を増やし地域中核病院の使命を果たす

市立病院へ経営移譲した際、脳神経外科、整形外科、眼科を地域内の他施設がカバーするようにしましたが、多発外傷などへの対応が必要なことや他施設が24時間体制を維持することが難しいことから、眼科以外の2つの診療科を新病院では設置することにしました。

診療科目を増やすことで、現在の二次救急医療を充実させることができます。他施設の負担を減らしながらも、これまで築き上げてきた連携体制を崩すことなく、地域完結型医療を行っていくことが可能となります。また、診療機能の強化を図ることで、地域内の病院、診療所の後方支援をする地域医療支援病院の認可をめざしていくこととしています。

2. 積極的な医療機器などへの設備投資

医療費適正化策が進む中、医療機関では医師や看護師の人材確保などにコストをかけており、設備投資を控える傾向にあります。しかし、同院では診療機能強化のための方策の1つとして、MRIの新規導入など院内の医療機器や設備の充実を図っています。同院には国立病院時代からMRIが設置されておらず、市内の他施設に検査依頼を行っていました。しかし、脳梗塞が疑われる症例など緊急検査を行うケースでMRIが必要なことから導入を決め、今年の9月1日から稼働させる予定です。そのために検査室も増築します。この投資は決して少なくありませんが、今春の診療報酬改定では、1.5T以上のMRIの単純撮影加算が70点アップしており、導入による収益増が見込まれます。

このほか、放射線治療装置についても、がん治療のニーズが高まることから機器の更新を検討しています。

医師や看護師の確保のため 処遇改善や保育所を設置

医師・看護師不足は、多くの医療機関で起きており、わが国の医療全体が抱えている問題です。中津市民病院でも、前述のとおり医師数が減少しており、診療に支障

1. 中津市独自の奨学金制度創設 (2008 年 4 月) 医学生に対する奨学金と貸付金 奨学金は貸与期間相当分の勤務で償還 免除 2. 管理職手当と時間外手当の併給 (2008 年 1 月) 診療部長などにも時間外手当を支給 3. 住居手当の改善 (2008 年 4 月) 上限を月額 6 万円に引き上げ	4. 宿日直手当などの改善 (2008 年 4 月) 4 回以上の宿日直の場合の手当を引き上げ 5. 分娩手当の新設 (2008 年 4 月) 分娩 1 件につき 3 万円 6. 大分県の国内外研修経費助成制度活用 (2008 年 4 月) 2 年以上の勤務で 1 年間の研修費を支給 (上限あり) 7. 魅力ある病院建設 2012 年度に竣工予定
--	--

図 1 中津市の主な医師の処遇改善策

け：経営基盤の安定 い：医療知識、医療技術の向上 え：援助、支援 い：医師・看護師の確保 は：(わ) 和 だ：団結 い：意識改革 か：患者サービス ち：地域サービス あ：安全管理、危機管理 れ：連携 (診療連携) よ：養成 (医師・看護師の養成)
--

図 2 中津市民病院運営方針・理念
「経営は大価値あれよ」

を来しています。増田院長にとっても、就任以来、最大の課題となっているのが医師不足でした。増田院長は、「医師 1 名当たりの収益は約 1 億円です。医師数が増えれば、それだけ利益が出るのが、この地域の特性であり、それだけ当院へのニーズが高いということになります。2007 年度には、医師が 7 名減となったので、その分だけ収入が減りました。ですから、医師確保は当院にとって最優先で取り組むべき課題です」と説明しています。

1. 処遇見直しにより医師確保を図る

医師確保の取り組みとしては、これまで医学生を対象にしたサマースクールの実施や管理型・協力型臨床研修病院指定、市長や増田院長による大学への医師派遣依頼、学会参加の奨励や論文の別刷り作成費用補助といったことを行ってきました。

さらに 2008 年になってからは、医学生への中津市の奨学金制度創設、管理職手当と時間外手当併給、住宅・宿日直手当の改善、分娩手当の新設、大分県の国内外研修助成制度活用などの対策を講じています (図 1)。こうした人材確保対策は、人件費が増えることにもなりますが、かけたコストを上回る効果が得られると、増田院長は考えています。

2. 女性職員向けに保育所を設置

女性医師や看護師の確保にもつながる施策として、院内に保育所を開設しました。この保育所は、医師や看護師などの職員が利用でき、現在 10 名の乳幼児がいます。増田院長は「7 対 1 入院基本料が算定できれば、1 億円の収入増が見込めるので、それに向けて看護師の確保に精力的に取り組んでいます」と述べており、医師と同様に看護師確保を重要な課題と位置づけています。

保育所以外にも、そのための施策を講じており、その 1 つとして、嘱託の職員の給与の増額や採用年齢の引き上げ、勤務時間に幅を持たせるなど、処遇を改善し、働きやすい環境を整えました。ほかにも医師と同様に研究



病院敷地内に設けられた保育所

や知識・技術向上のための学会、研修会、講習会などに参加しやすいよう、費用の補助を行っています。こうした補助を行うことは職員の意欲や責任感の醸成にもなり、離職を防ぐことにもつながっています。

先手必勝の発想で人材確保に取り組み 健全な病院経営を実現

就任以来、増田院長は、医師・看護師確保や診療機能の強化など、地域中核病院としての責任を担うべく新たな戦略を打ち出してきました (図 2)。それについて、増田院長は、「『先手必勝、潰れる前に食い止める』という発想で、さらに病院が発展するような施策を立てていくことが重要です。大学の医局人事の動向や、幹部会議で職員から上がってきた要望などの情報を収集し、それを基に処遇改善や研究支援などの対策をすぐに打つようにしています」と述べています。

こうして人材を確保することは、病院の収益を上げることにとなり、さらにその収益を職員に還元することも可能になります。中津市民病院では、人材確保を最優先の課題として取り組むことで、地域中核病院としての機能を強化しつつ、健全経営を実現しています。■

2008 年度診療報酬改定と 病院経営の対応

2008 年度診療報酬改定は、実に 8 年ぶりに診療報酬本体が 0.38% 引き上げられ、医療現場で深刻な問題となっている産科・小児科をはじめとする医師不足や崩壊の危機に瀕している救急医療への対応を緊急課題として取り上げ、急性期病院を重点的に評価する改定となりました。

また、第 5 次医療法改正に伴う新しい都道府県の医療計画制度、がん対策や脳卒中对策、医療安全対策などの国の基本的な医療政策、医療制度改革に伴う療養病床再編などを推進するためのさまざまな見直しも行われました。

さらに、2008 年度からの 75 歳以上を対象とした後期高齢者医療制度の創設に合わせて、後期高齢者の診療報酬体系も大きく見直され、今後本格化する高齢化社会を見据えた医療提供体制の姿を提示するものともなりました。

そこで本稿では、2008 年度診療報酬改定の概要について解説するとともに、特に病院を中心に今後の対応の方向性について考えてみたいと思います。

松原 喜代吉

有限会社オフィス・メディサーチ代表・中小企業診断士

2008 年度診療報酬改定の全体像

2008 年度診療報酬改定の全体の改定率は - 0.82%、その内訳は薬価改定等 - 1.2%、診療報酬本体 + 0.38% (医科 + 0.42%、歯科 + 0.42%、調剤 + 0.17%) となりました。

今改定では、緊急課題への対応として、産科・小児科医療、病院勤務医の負担軽減、救急医療について手厚く評価するとともに、重点的評価項目として、明細書の交付、がん対策・脳卒中对策・自殺対策を取り上げています。

一方、外来管理加算、7 対 1 入院基本料、後発品の使用促進、処置などについては、適正化・見直しが行われました。

さらに、後期高齢者にふさわしい医療を提供するため、在宅療養生活の支援、外来における慢性疾患の継続的な医学管理などについて新たな評価が創設されました。

ちなみに、どの領域にどれだけ財

源が投入されたかを図 1 に示していますが、医科のプラス改定財源 1000 億円強 (0.42% 相当) に加え、追加的な財政支援として外来管理加算の見直しやデジタル映像化処理加算の廃止などにより得られた財源 400 億円強、合わせて 1500 億円を、すべて産科・小児科・病院勤務医対策などに

投入することとしました。

以上のように、今改定は、急性期入院医療を担う病院を評価するものとなり、厚生労働省の説明によれば、300 床急性期病院で年間 5000 万円の収入増となる一方、診療所では 1 施設当たり年間 50 万円の収入減となると試算しています。

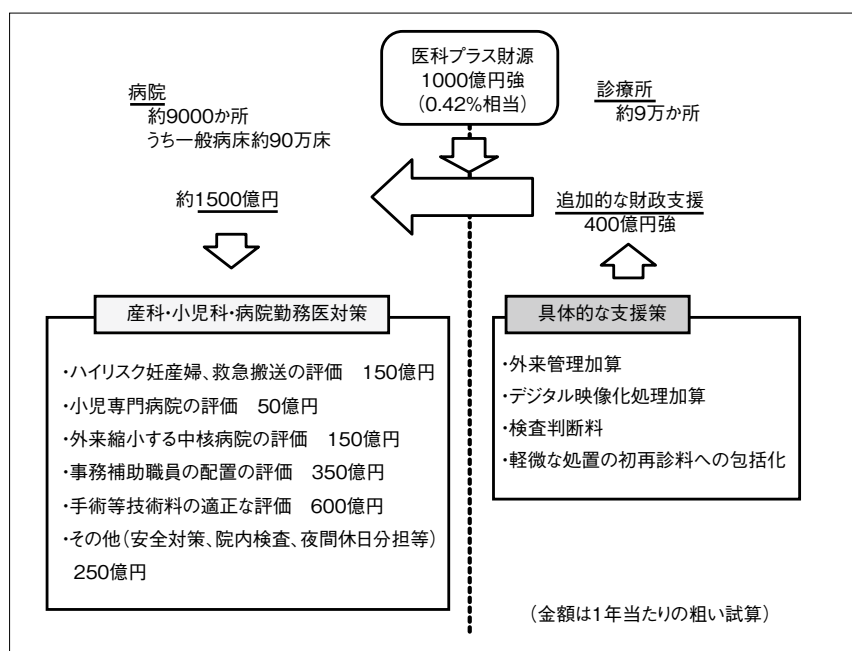


図 1 病院勤務医支援について (2008 年度診療報酬改定)
出典：厚生労働省の資料と説明を基に筆者が作成

緊急課題への対応

1. 産科・小児科への重点評価

産科医療では、「ハイリスク分娩管理加算」の対象を拡大し、評価を引き上げるとともに、リスクの高い妊婦を対象とする「ハイリスク妊娠管理加算」を新設しました。また、妊婦の緊急搬送を受け入れる病院に対する評価として「妊産婦緊急搬送入院加算」が創設されました。

一方、小児医療では、「小児入院医療管理料」を再編成し、小児科医を20人以上配置し高い水準の入院医療を提供している“こども病院”などの中核的な医療機関に対し、新たな区分を設け、高く評価することとしました。また、小児外来でも、病院・診療所の小児科医の連携による「地域連携小児夜間・休日診療料」や「小児科外来診療料」の評価の引き上げが行われました。

2. 病院勤務医の負担軽減

勤務医の負担軽減策として、まず病棟の夜間などの救急外来を受診す

る軽症救急患者の診療所での受け入れ促進を図るため、診療所の初・再診料の「夜間・早朝等加算」を新設しました。

一方、病院に対しては、外来を縮小する地域の中核病院を評価するため、「入院時医学管理加算」が新設されました。同加算は、従来からあったものですが、入院外来比率1.5以下の要件を廃止し新たな要件に変更するとともに、点数も120点へと倍増しました（図2）。要件を見てもわかるように、対象となるのは、産科・小児科もそろえた高度急性期総合病院であり、ほかの医療機関との連携に基づく外来縮小計画や当直明けの勤務の軽減など病院勤務医負担軽減策を具体的に計画し、それに取り組むことが求められています。なお、“精神科による24時間対応が可能な体制”という要件ですが、自院に精神科がない場合でも、「24時間、365日、当該算定病院と連携が確保できる精神病院があれば、要件を満たしたものと見なす」こととしています。

また、勤務医の事務作業負担を軽減するため、急性期病院において事務補助職員（メディカルクラーク）

を配置している場合を評価する「医師事務作業補助体制加算」を新設しました。

さらに、勤務医の負担が大きい急性期入院医療を評価するため、急性期病床の基本中の基本である「10対1入院基本料」についてすべて31点引き上げられました。

重点的評価項目

1. 明細書の発行の義務化と電子化加算の見直し

2008年度からレセプトのオンライン請求が義務化される400床以上の病院について、患者の求めがあった場合のレセプト並みの明細書の発行が義務化されました。また、その際、DPC対象病院においては、入院中に使用された医薬品や行われた検査の名称の記載を努力規定としました。

併せて、電子化加算の算定対象から400床以上の病院を除外するとともに、レセプト並みの明細書の発行を算定要件として電子化加算を算定する医療機関においては、明細書を交付する旨を院内掲示することを義務化しました。

2. がん医療の推進

がん医療の推進を目的として、まず放射線治療では、放射線治療の質向上を図るために、放射線治療機器の保守管理、精度管理、照射計画策定の体制を評価する「医療機器安全管理料2」、外来での放射線治療を評価する「外来放射線治療加算」の新設、強度変調放射線治療（IMRT）の保険導入が行われました。

新 入院時医学管理加算 120点(1日につき、14日を限度)

[算定要件]

- 1 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
 - 2 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
 - (1)産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること
 - (2)精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること
 - 3 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
 - (1)外来診療を縮小するための体制を確保していること
 - (2)病院勤務医の負担の軽減に資する計画(例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療機関との連携体制、外来縮小計画等)を策定し、職員等に対して周知していること
 - (3)特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること(例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等)
 - 4 急性期医療に係る実績を相当程度有していること
入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上であること 等
- ※ 既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する

図2 地域で中核となる病院に勤務する医師の負担軽減の評価（下線は筆者による）

出典：中央社会保険医療協議会「平成20年度診療報酬改定における主要改定項目について（案）」

がん化学療法では、外来化学療法の質の充実を図るため、外来化学療法加算を再編し、専門の医師、看護師、薬剤師の配置など、より高い外来化学療法を行う体制を整備している場合を評価する「外来化学療法加算 1」が新設されました。

緩和ケアでは、痛みのないがん治療をめざすため、がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者について、WHO 方式のがん性疼痛治療法に基づいて麻薬を処方した場合を評価する「がん性疼痛緩和・管理指導料」を新設するとともに、「緩和ケア診療加算」について、要件の見直しによる緩和ケアチームの充実と評価の引き上げが行われました。また、介護老健施設や療養病床においても、医師ががん患者の疼痛緩和のための医療用麻薬を処方する場合、出来高で算定できるよう見直されました(抗がん剤処方も同様)。

そのほか、がん治療の中核的な役割を担うことが期待されている「がん診療連携拠点病院」に対する「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げも行われました。

3. 脳卒中対策

脳卒中対策では、以下のような“機能分化と連携”をさらに促進するための注目すべき見直しが行われました。

1) 超急性期脳卒中加算の新設

t-PA(tissue plasminogen activator: 組織プラスミノゲン活性化因子)を使用して超急性期の脳卒中治療を行う医療機関を評価するため、「超急性期脳卒中加算」が新設されました。

脳卒中の中でも脳梗塞については、発症後 3 時間以内に血栓溶解剤 t-PA を投与することにより、後遺症の発症を有意に下げることができると報告されています。しかし、発症後 3 時間以内に t-PA を投与するた

めには、救急車で搬送時間を考慮すると、病院到着から 1 時間程度で投与する必要があります。そのためには、診察から検査、画像診断などを経て確定診断までを速やかに行う必要があります、24 時間体制で対応できる高い病院機能が必要となります。

このため、脳卒中の診断・治療に関する 10 年以上の経験を有する専任の医師の配置、薬剤師や診療放射線技師などの常時配置、CT や MRI などが常時実施可能な体制などの要件を満たし、t-PA を使用して脳卒中治療を行う場合、超急性期脳卒中加算として 1 万 2000 点が算定できます。現在、t-PA は全国 900 施設で年間約 4800 例に使用されていますが、当加算の新設が呼び水となり、今後、使用施設の増加が期待されます。

2) 亜急性期入院医療管理料 2 の新設

急性期後の入院医療への評価として、「亜急性期入院医療管理料 2」(2050 点)が新設されました。なお、従来から同様の病室を評価したものに亜急性期入院医療管理料(2050 点)がありますが、これを「亜急性期入院医療管理料 1」に改称しました。

現行区分との違いは、① 200 床未満の中小病院のみが対象(現行区分は病床数の要件なし)、② 60 日が限度(同 90 日)、③ 一般病床数の 3 割まで届け出ることが可能(同 1 割)という点です。

そのほかの看護配置基準 13 対 1 以上、在宅復帰率 6 割以上などの要件は同じです。

この「亜急性期入院基本料 2」は、これからの中小病院の入院機能の方向性を提示したものであり、中小規模病院を中心に届出施設の増加が予想されます。

3) 地域連携パスの評価の拡大と見直し

前回の改定で、地域連携パスを使った急性期病院と回復期病院などでの連携の取り組みを評価するため、地域連携診療計画管理料と同退院時指導料が新設されました。ただし、パイロット版の意味合いもあり、大腿骨頸部骨折の 1 疾患限定で導入されたという経緯があります。

今改定では、連携パスの評価対象に「脳卒中」が拡大されました。ただし、評価の対象となるのは、図 3 に示すような、2008 年度からスタートする都道府県の医療計画に具体的に名称が記載されている病院・有床診療所のみです。

また、算定病院の数の増加が確実に見込まれるため、点数を引き下げるとともに、転退院の基準、退院時の日常生活機能評価を連携パスに明記することが要件に追加されました。

4. 医療安全対策

第 5 次医療法改正ですべての医療機関に対し安全対策が義務付けられましたが、これに合わせて、今改定では、医療機器の安全確保や適正使用を推進するため、特に安全管理の必要性の高い生命の維持に直接関与する医療機器の専門知識を有する「臨床工学技師」を配置した場合を評価する、「医療機器安全管理料 1」を新設しました。

また、医薬品の安全使用を推進するため、病棟薬剤師の服薬指導・管理業務を評価する「薬剤管理指導料」の見直しも行われました。

適正化・見直しを行う項目

1. 再診料の病診格差の是正と外来管理加算の見直し

再診料の病院(200 床未満)と診

療所の一本化は、今改定では見送られることになりましたが、中小病院の厳しい経営状況に配慮し、病院の点数を3点引き上げ60点とし、若干の格差の是正が図られました。

また、外来管理加算は、再診患者について検査や処置をしないで医学管理を行った場合、再診料に加算するというものですが、そのサービスが患者にとってわかりにくいとの指摘がありました。このため、今改定では、患者に対する症状の再確認や療養上の注意などを説明し、そのための診察時間として5分の目安を設けることとしました。現状では、再診料の51%に同加算がついていますが、この見直しにより、いわゆる「お薬外来」では算定が不可能となります。

さらに、後期高齢者の診療報酬の見直しに合わせて、75歳以上の後期高齢者の外来管理加算について、病院と診療所の点数を52点に一本化しました。

2. 「7対1入院基本料」の基準の見直し（7月1日より実施）

7対1入院基本料は前回の改定で新設されたものですが、1555点という高い点数設定もあり、大学病院などを中心に算定する施設が急増しました。その後、中医協での建議なども取りまとめられ、7対1については、それにふさわしい急性期の入院医療を行う先に限定するため、今改定では新たな看護必要度の算定基準を導入することになりました。

当該病棟に入院している患者について、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」で測定し、一定以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合（ただし、産科・小児科患者、救命救急センターは対象から除外）にのみ、7対1入院基本料を算定できることとしました。

また、医師数が入院患者数の10分の1未満の場合は減額となり、準7対1入院基本料として1495点を算定します。

なお、看護必要度を満たせない場合は、10対1入院基本料を算定することになりますが、2010年度末までは、看護補助加算を算定できるようにしています。

3. 後発品の使用促進

前回の改定では、処方せん様式が変更され、「後発品への変更可」欄に処方医が署名などした場合は、患者の同意を得た上で、調剤薬局で後発品に変更することが可能となりました。

しかし、その後、後発品への変更があまり進んでいないという状況を受け、今改定では、処方せん様式の再変更が行われました。具体的には、処方医が後発品への変更に差し支えがあると判断した場合に、処方せんの「後発品への変更不可」欄に署名などを行う方式に改められました。

4. 特殊疾患療養病棟、療養病棟入院基本料の見直し

特殊疾患療養病棟入院料は、

前回の改定で、療養病床では療養病棟入院基本料への医療区分の廃止に伴って廃止され、一般および精神病床についても経過措置を設けた上で、2008年3月31日限りで廃止する予定となっていました。

しかし、その後の調査結果を踏まえて、今改定では、特殊疾患療養病棟入院料などについて、期待される役割があることから引き続き存続させる一方、本来設けられた趣旨・目的に照らして対象となる疾患を見直すことになりました。

具体的には、入院患者の8割以上を占めること

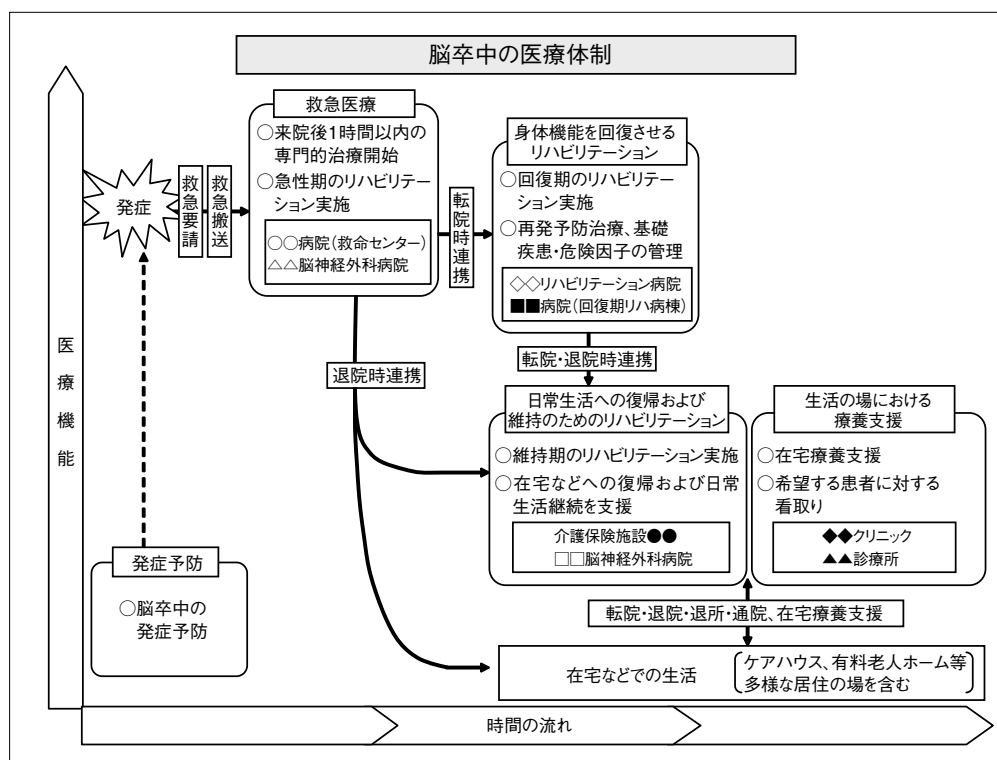


図3 都道府県医療計画のイメージ
出典：厚生労働省の資料より

が要件とされている「重度の肢体不自由児又は脊髄損傷等の重度の障害者」から、「医療必要度が低い」と考えられる、脳卒中の後遺症患者（意識障害のある重度の患者は除く）および認知症の患者を除外することとしました。

また、特殊疾患療養病棟だけではなく、障害者施設等入院基本料、後期高齢者特定入院基本料の算定対象から除外される状態についても同様の見直しが行われました。なお、この対象疾患の見直しは、10月1日からの実施としています。

療養病棟入院基本料では、医療経済実態調査の結果を踏まえて、医療区分1・ADL区分3を除いて、すべて点数を引き下げるとともに、将来的に“質による評価”を行うことを目的として、病棟単位で褥瘡の発生割合などについて継続的に測定することが義務づけられました。

一方、療養病床からの転換先として創設される「介護療養型老人保健施設」の介護報酬も決まり、図4に示すように、医療療養病床から老健施設への転換を促すものとなりました。

さらに、今後、特殊疾患療養病棟などからの脳卒中の後遺症患者や認知症患者、療養病床からの医療区分

1を中心とした“医療必要度の低い患者”の老健施設などへの転退院が進められていくこととなりますが、これを診療報酬面から促すため、退院支援計画を立て、その計画に基づき患者を退院させることができた場合を評価する「退院支援計画作成加算」と「退院加算」も新設されました。

後期高齢者の診療報酬の見直し

1. 後期高齢者診療料の新設

糖尿病や脂質異常症、高血圧性疾患、認知症などの慢性疾患に対する継続的な管理を評価するため、診療所を対象（半径4km以内に診療所がない場合は病院も対象）として、「後期高齢者診療料」が新設されました。算定できるのは、患者の主病の慢性疾患の診療を行う1医療機関のみであり、この医師が後期高齢者の担当医（主治医）となります。

後期高齢者の担当医は、患者の同意を得た上でほかの医療機関での診療スケジュールなどを含め、定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査などを通じて患者を把握し、継続的な診療を行います。

2. 病院と地域の主治医との連携による継続的な診療を評価

入院医療では、入院前後で継続的な診療が行われるような取り組みを評価する内容となりました。

病院に対しては、病状の安定後早期に患者の基本的な日常生活能力などを総合的に機能評価し、説明した場合を評価する「後期高齢者総合評価加算」や、退院困難な後期高齢者の退院支援のための計画を策定し、退院した場合を評価する「後期高齢者退院調整加算」が新設されました。

また、地域の主治医の求めに応じて連携病院が緊急入院を受け入れた場合の評価として「後期高齢者外来緊急入院加算」を新設するとともに、現行の「在宅患者応急入院診療加算」を「在宅患者緊急入院診療加算」に改め、連携医療機関の場合には1300点が算定できるように見直しました。

一方、後期高齢者の主治医に対しては、病院を退院後に、外来で引き続き診療を行った場合を評価する「後期高齢者外来継続指導料」を新設しました。

3. 退院時カンファレンスによる多職種による共同指導を評価

退院に際し情報共有を円滑に行うため、入院中の病院の医師や看護師などのスタッフと地域での在宅療養を担う医師などの医療関連職種が、病院で行われる“退院時カンファレンス”に参加し共同指導を行った場合を評価するため、「地域連携退院時共同指導料1および2」の見直しと評価の引き上げも行われました。

具体的には、名称を「退院時共同指導料」に改めるとともに、「退院時共同指導料1」（在宅療養支援診療所などが算定）について、医師以外に、看護師、歯科医師、薬剤師にも評価対象を拡大しました。一方、「退院時共同指導料2」（病院の方で算定）について、点数を一本化するとともに、

療養病棟入院基本料の見直し (改正前)			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点	1,344点	1,740点
ADL区分1	764点	1,220点	1,740点

療養病棟入院基本料の見直し (改正後)			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750点	1,320点	1,709点
ADL区分1	750点	1,198点	1,709点

介護療養型老人保健施設の施設サービス費(多床室)	
要介護1	782単位
要介護2	865単位
要介護3	939単位
要介護4	993単位
要介護5	1,046単位

転換

図4 療養病棟入院基本料の見直しと転換型老健施設の施設サービス費の新設
出典：厚生労働省の資料を基に筆者が作成

病院医師と退院後の在宅療養を担う主治医との共同指導の場合は300点を加算でき、在宅主治医、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャーなど3人以上が一堂に会して共同指導を行った場合は2000点の加算を算定できることにしました。

図5に、後期高齢者の診療報酬の算定の流れを示していますが、「通常の診療は地域の後期高齢者担当医が担い、病状急変時だけ病院で入院治療を行い、退院後の診療は再び地域の主治医が担う」という、“病院と地域の主治医の連携”を強く促す内容となっています。

2008年度改定と今後の対応

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

1. 共通内容

まずは、自院の機能の明確化と診療機能の強化が重要です。脳卒中やがんなどの疾患別医療連携体制の中で、救急医療・回復期・在宅療養支援といった機能のうち、どの機能を担っていくのかを明確にするとともに、都道府県の医療計画に名称が記載されるよう診療機能のさらなる整備・強化を図っていく必要があります。

また、後発品を希望する患者への処方せん対応や医療費の内容がわかる明細書の交付、患者の目線に立った診療と懇切でいねいな説明、医療安全対策など患者が信頼・納得できる医療を提供していくという姿勢が不可欠となります。

さらに、特定健診・特定保健指導が4月からスタートしますが、健診・予防事業への取り組みとともに、生活習慣病管理料などの取り組みも重要なポイントとなります。そのほか、レセプトオンライン化や診断画像の

電子的な保存・管理など医療のIT化への対応も急がれます。

2. 機能別の対応の方向性

1) 急性期病院

急性期病院の対応の第1のポイントは、地域連携パスによる疾患別医療連携体制の構築です。今改定で脳卒中が地域連携パスの評価対象となりましたが、次回改定では、心筋梗塞などにも対象が拡大される可能性もあります。また、がん診療連携拠点病院には、がんの連携パス確立が要請されています。

急性期病院には、計画管理病院として、連携医療機関のスタッフの認識の共有化や診療方針の統一、転退院の基準設定など、連携パス確立の中心的な役割が求められます。

第2のポイントは、急性期入院機能の強化です。急性期病院の本質的な機能は、急性期入院医療、とりわ

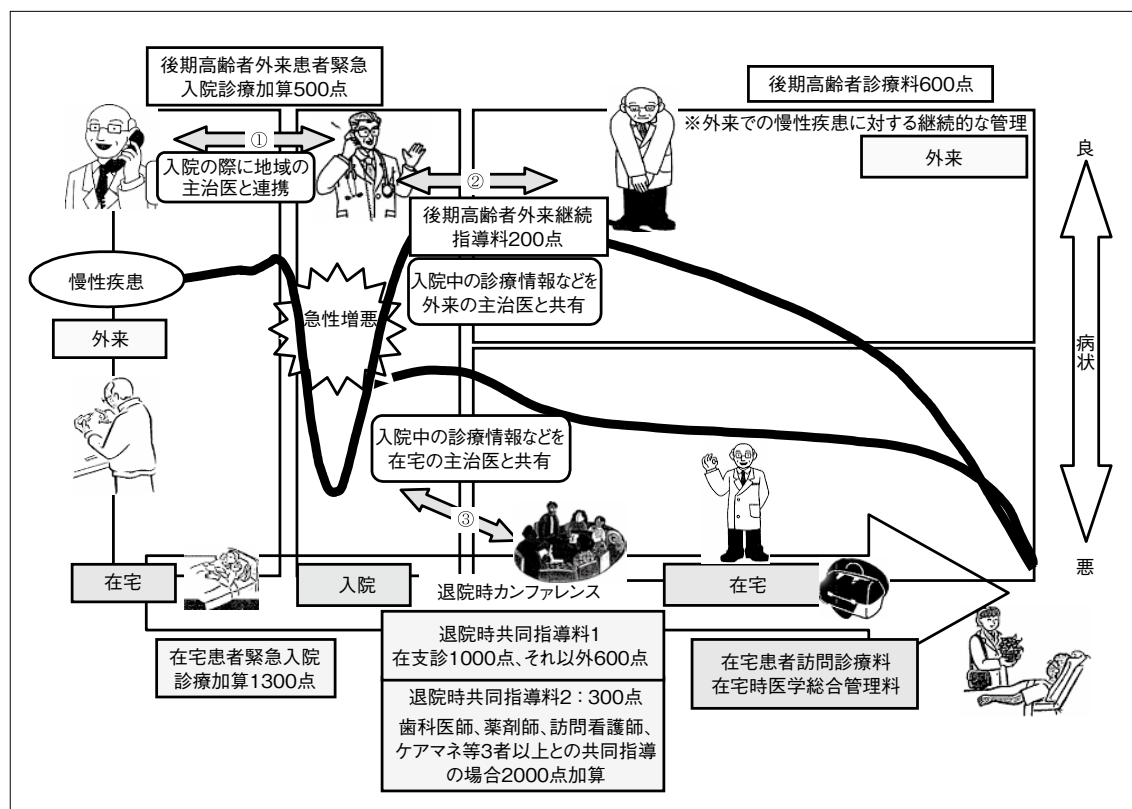


図5 後期高齢者の診療報酬と医療連携
出典：厚生労働省の資料を基に筆者が作成

け救急医療です。t-PA による超急性期脳卒中治療、緊急搬送受け入れなどの救急医療への取り組み強化により、急性期病院としての機能の高度化を図っていく必要があります。また、急性期病院として生き残るなら、最低でも「10 対 1」以上の看護配置体制の確保が不可欠となります。

第 3 のポイントは、勤務医の負担軽減への取り組みです。入院時医学管理加算の見直しやメディカルクラーク配置の評価などが行われましたが、もちろんそれだけで医師不足問題が解消できるはずがありません。しかし、その積極的な活用により勤務医の負担を少しでも軽減していくという姿勢が求められます。特に、急性期の総合型病院にとっては、入院時医学管理加算を算定できるか否かは、経営上、最重要ポイントです。地域医療連携への取り組みにより外来の適正化を図り、本来求められる急性期入院医療に特化していく必要があります。

2) 慢性期～ケアミックス病院

慢性期～ケアミックス病院にとっては、療養病床再編に伴う特殊疾患療養病床の見直しや療養病床入院基本料の評価引き下げへの対応が第 1 のポイントとなります。

特殊疾患療養病床や障害者施設等入院基本料の場合、脳卒中の後遺症患者や認知症患者の転退院を進めていく必要があります。なお、多くの医療法人では、重度の肢体不自由児や神経難病などの患者を積極的に受け入れることが困難な状況が想定されますが、その場合は、亜急性期病床や回復期リハなどへの病床転換を行う必要があります。

また、療養病床については、従来にも増して、医療の必要性の低い患者の転退院を進める一方、急性期病院との連携により、術後創傷やがん

末期患者などの医療区分 2～3 の患者を積極的に受け入れる必要があります。なお、将来的に療養病床の“質による選別”が行われることを考えると、医療区分 1 の入院患者割合が 5 割を超えるような場合には、介護療養型老健施設などへの転換を判断すべきと判断されます。

いずれにしても、MSW（医療ソーシャルワーカー）や看護師による退院支援計画の策定など退院支援機能を強化し、在宅への移行ならば在宅療養支援診療所との連携、介護療養施設や老健施設などへの移行ならば介護・福祉施設との連携を強化し、患者の受け入れ先を確保し、円滑な転退院を進める必要があります。

第 2 のポイントは、後期高齢者担当医や在宅療養支援診療所との連携です。後期高齢者の診療報酬の見直しのところで解説したように、後期高齢者担当医や在宅療養支援診療所の求めに応じて患者を入院させた場合、病院では各種の入院加算が算定できます。また、患者の退院時カンファレンスについて、在宅主治医と病院医師との共同指導や 3 者以上の医療関連職種による共同指導の場合、高い加算点数も設定されています。

したがって、後期高齢者担当医や在宅療養支援診療所との連携を強化し、自院がその後方支援病院になり、後期高齢者や在宅患者の急変時の入

院を積極的に受け入れることにより、病床利用率の向上を図るという視点が重要となります。

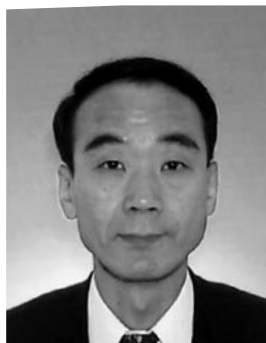
第 3 のポイントは、亜急性期入院医療への機能分化です。今改定で、200 床未満の病院を対象に「亜急性期入院医療管理料 2」が新設されました。一般病床数の 3 割まで、病室単位で算定可能など、非常に使い勝手の良いものとなっています。“一般病床はすべて急性期”だけが道ではありません。急性期病院との連携を強化し、急性期入院医療の受け皿として亜急性期入院医療に機能分化していくという選択肢も検討していく必要があります。

おわりに

今改定は、本体 + 0.38% という財源の制約のある中、勤務医の負担軽減、がん対策や脳卒中对策、後期高齢者の新たな診療報酬体系の創設など、かなり知恵を絞った密度の濃い改定内容になりました。

今後の対応のところでも述べたように、急性期病院であっても慢性期やケアミックス病院であっても、機能のいかに問わず、すべて「機能分化と連携」への取り組みが対応の鍵を握っていると言えます。

どうか、このキーワードをしっかり読み取った上で、これからの病院経営を考えていただきたいと思います。■



松原 喜代吉（まつばら きよよし）

1977 年日本大学法学部卒業。国内、外資系製薬企業の MR、営業所長、支店長、病院部長、戦略企画室長を経て、2004 年から現職。医療制度、診療報酬、薬価制度などを専門分野として、医療機関経営に関するコンサルテーションを手がける。地区医師会などでの講演も多数。最近の主な論文として、「医療制度改革と今後の医療経営コンサルティング」『企業診断』2007 年 2 月号（同友館）がある。

E-mail : matsubara@ad.em-net.ne.jp

未収金問題 解決策を考える

医療機関がとるべき対策を何か

治療費の未払いによって起きる医療機関の未収金が社会的な問題となっています。日本病院会など四病院団体協議会の調査では、回答施設の約94%で未収金が発生していることが明らかになりました。医療機関にとっては、経営に影響を与える状況にもなっており、どのような対策をとるかが重要な課題となっています。そこで今回は、秋元聡氏に、未収金問題への対応策を解説いただくほか、注目を集めている集金代行サービスについて紹介します。

カギを握るのは 要因分析と手順の確立

—未収金に医療機関はどう取り組むべきか



秋元 聡 株式会社Mediwise代表

病院勤務、株式会社日本医療事務センターでコンサルティング業務を担当後、株式会社 Mediwise を設立。講演活動、執筆活動など多方面で活躍。主な著書に『医療機関のためのマンガでわかる「個人情報保護」対策』、『マンガでわかる！「特定健診・特定保健指導」事業の理解と対策』（ともに日本医療企画）がある。

たまってしまった未収金

853 億円——四病院団体協議会が、加盟する 5570 病院の未収金を推計した金額である。未加盟の病院や診療所を加えれば、おそらくわが国の未収金は 1000 億円を超えるだろう。2008 年度診療報酬改定において、診療報酬本体の 0.38% プラス分・約 1000 億円とほぼ同額であり、昨年から「消えた年金」として問題になっていた年金額は約 950 億円である。それを考えると、未収金を何とため込んだことか。

図 1 からでもわかるように、未収金の発生原因はさまざまである。医療機関の体制上の理由や健康保険制度が国民（＝被保険者）に周知され

ていないこと、あるいは意識的な不払いなど、解決しなければならない問題は多い。これまでは医療機関の収入がある程度担保されていたため、未収金が経営を圧迫することは少なかった。しかし、もはやそのような時代ではない。厚生労働省は、2007 年 6 月 1 日を皮切りに「医療機関の未収金に関する検討会」を開催しており、その中で未収金問題解決の方向性を探ろうとしている。第 1 回の検討会において、四病院団体協議会は「診療における患者自己負担の未収問題について」という報告書（意見書）を提出した。重要なポイントは、「無銭飲食、無銭乗車と同様の犯罪にもかかわらず、なぜ医療機関はこのような患者の診療を拒否できないのか」という訴えである。この報告書を読

みにつなげてしまうことを、改めて認識しなければならないだろう。

未収金発生防止策を考える

医療機関における未収金は、経営的にも無視できない状態にある。それにもかかわらず、きちんとした防止対策を講じている施設は、そう多くないのが現状ではないだろうか。未収金は発生したものを回収するよりも、発生そのものを防止することの方が簡単である。まずは「発生要因の分析」が必要である。医療機関側に要因があるのか、それとも患者側の理由なのか。あるいは保険制度上の問題なのかを明らかにしなければ、最善の防止策を検討することは難しい。例えば「待ち時間が長いので支払いをせずに帰宅してしまった」というような場合、待ち時間の短縮に努めることは当然であるが、“会計を待つ環境”を整備することも一案である。つまり、“多面的な方策がとれるかどうか”で未収金の発生を防ぐことが可能なのである。

いくつかの方策の中でも、最も簡単な未収金発生防止策は“保険証確認”だと言えよう。少なくとも確認の事実さえあれば、保険者からの返戻にも抗弁できる。保険医療機関としての善管義務を果たしていること

1. 所持金不足
2. 治療内容の不満などによる支払い拒否
3. 意図的な不払い
4. 診療報酬の算定変更や追加修正
5. 第三者行為などによる支払方法の未決定
6. 夜間や休日など時間外における会計体制の未整備
7. 待ち時間が長いことによる、支払い前の帰宅
8. 保険資格喪失後の受診
9. 老人・公費などの保険証未提出による差額負担金の発生
10. 生活保護患者の一部負担金の連絡遅延
11. 死亡患者における債権者不明（身寄りなし）
12. 会計窓口などでの誤計算
13. 住所・氏名など 患者の虚偽申告
14. その他（外国人の受診など）

図 1 未収金発生原因の分類

出典：2007 年 8 月 3 日「医療機関の未収金に関する検討会資料」に筆者加筆修正

むと、医療機関における未収金の扱いは単なる運用上の解決ではなく、医師法第 19 条に定められている“応召義務”について再考すべき時期に来ているようにも思われる。いずれにせよ多くの点で見直しが必要であり、医療機関とともに行政や保険者も適切な対応を行わなければ、患者にとって余計な“医療不信”

が証明できるからである。この点があいまいになってしまうと、泥沼にはまってしまう。すべての医療機関では、「毎月最初の受診日には保険証を提示してください」という院内掲示が貼られている。大切なことは、それを“ルール”として重要視することだ。保険証を確認できない場合、保険診療扱いにするか、自由診療として医療費を全額徴収した後、保険証の提示を受けた時点で差額分を返金するかは、医療機関の判断による。いずれにしても、いったんルールを決めたならば、そのルールを翻してはならない。特に長年受診している“顔見知り患者”に対して馴れ合いが生じてしまえば、医療機関も患者も、お互いに“何とかなる”という気持ちになってしまうだろう。保険診療は一種の契約行為であり、やはりルールによって成り立っているのである。

これは保険証確認ばかりではなく、“要因別対応策”全体に当てはまることである。「時間外に発生した未収金に対して、翌診療日に会計計算を行って電話で連絡する」などの運用についても、“今日は忙しかったから”といった理由でルールをないがしろにしてはならない。こういった“意識付け”が、実は未収金発生防止のカギを握っているのである。

発生した未収金の対応

未収金の多くは、次回受診時などに窓口で回収が可能である。各種調査においても、未収金の定義を「発生後、1年以上回収できない医療費」としているケースが目立っている。しかし、実際には、初診1回のみや救急外来の受診などで現金や保険証を持たずに来院した場合に発生する未収金など、電話や督促状の送付・訪問など、回収コストも発生している。診療所などでは未収金額の多寡によって、“あえて回収しない”という方法を選択している施設も少なく

ない。発生した未収金への対応も、またさまざまなのである。

未収金発生後の対応は、いくつかの手順を想定した準備が必要とされる(図2)。第1のステップが電話での情報提供。どのような理由でいくら未収金が発生したのか、回収(支払い)方法はどのようにするのかを患者と相談することになる。次の段階が督促状の発送である。いつまでにどのような手続きで支払ってほしいのか、また互いに協議の上で別の手段を講じるのかを、書面上で確認するための方法だ。数回の督促状発送後、訪問集金となるか、あるいは法的手続き(＝訴訟)となる。大切なのは金額の多寡があっても、これらの順序を遵守することである。高額だからといって、突然訪問するなどの“手続き無視”はあってはならない。段階を経ているからこそ、最後には法的手段に持ち込むことが合理的な行為と見なされるのである。

このような場合、医療機関内で「未収金対応の手順が確立しているか」がポイントとなる。どのようなタイミングで何を使って連絡・督促するかが決定しており、なおかつ記録が保存されていることが望ましい。電話での連絡や(書留などではない)普通郵便では、記録が残らないこと

に留意しておきたい。もう1つのポイントが「無理のない支払い方法の提案」である。医療機関の目的は“未収金を回収すること”であり、“支払い方法を決定すること”ではない。多くの医療機関から話を聞くと、支払い方法に合意できれば満足している例が少なくない。現実的でない回収方法を提案しても、行動に移されとは限らないのだ。対応に困った患者は、一時しのぎのために提案を了承することもありうる。それを回避するためには、患者と医療機関との間で、いわゆる“すり合わせ”をしていくことが、未収金回収の円満な解決につながるのである。相手の状況を理解した上で、必要に応じて福祉に関する情報提供を行うなど、“プロ”としての対応が求められるのである。



小額であっても未収金は“資産”である。入金されていない収入に対しても、医療法人であれば所得税・法人税が発生するという事実を、医療経営者は忘れてはならない。何よりも未収金という“負い目”は、医療機関にも患者にもプラスに作用することはないのである。要因分析と手順確立によって適切に対応することを望みたい。■

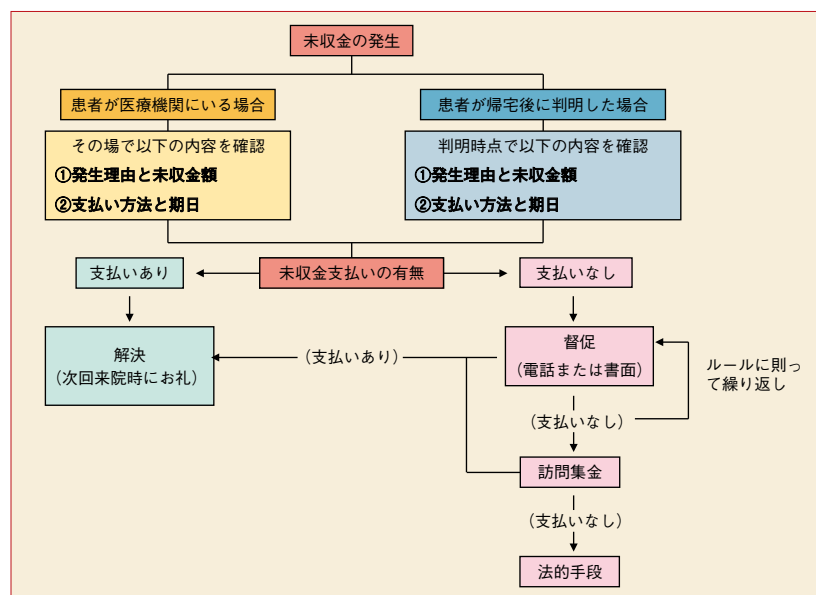


図2 未収金発生後の対応フロー

未収金対策の第一歩は、 未収を少しでも縮小する仕組みづくりから

支払う人の心理を考慮して、早く催促、便利な支払いがポイント

病院の未収金対策を支援する集金代行サービスが注目されつつあります。サービス（債権回収会社）が未収金へのコンサルティング、アウトソーシングを提供する取り組みも始まっています。

そこで今回、未収金回収のコンサルティングをされ、集金代行サービスも行っているリコーリース株式会社医療コンサルティング室・医業経営コンサルタントの豊田忍室長にお話をお聞きました。

病院における未収金の個々の案件を分析すると、ちょっとした工夫で早期に回収できたと思われるものが多くを占めています。しかし回収が遅れると、これらの案件も本格的な不良債権になってしまいます。一方、多くの病院では、院内でどれがどのように回収業務を担うのかといったルールがはっきりしていない実情が散見され、これが回収をもたつかせている要因と考えられます。

当初、集金代行のサービスを始めるまでは、お金がない人が払えないから未収金が発生するのだと思っていました。しかし現実には、「たまたまお金の持ち合わせがなかった」、「窓口まで支払いにいくのが面倒くさ

い」、「病院は払わなくて医療を提供しないということはない」など、本当にお金に困っていて支払えないという理由でないケースが多いとわかってきました。

未収債権というのは、時間が経ってしまうと回収がしづらくなってきます。そこで、間隔を空けずに請求書を発行して支払いの案内をするのが重要です。また、案内する中で、収納する場所は病院の窓口だけではなく、コンビニエンスストア、郵便局、銀行などでも払えるという仕組みを使うことが、未収金を増やさないポイントです。早め早めに対応し、医事課の業務の中で、未収金を追うという習慣をつけていくことを、医療機関にはよく説明しています。このような対応から、未収患者に『自分は〇〇病院に管理されている』というプレッシャーを与えることが大きな効果につながります。リコーリース株式会社では、コンビニ収納サービス（図1）、請求書発行代行サービスを案内しています。初期段階で未収がたまる前に、そぎ落としていきましょうとコンサルティングをして

います。

コンビニ収納サービス採用の効果は、地域性や請求書フォーマットでコンビニ専用型なのか、コンビニ＋金融機関併用型なのかにより回収率にバラツキがありますが、効果は明らかにあると言えます（図2）。コンビニ収納回収率は30～35%程度、銀行併用型回収率は35～58%程度になっています。

また、統計をとった結果、請求書発送後10日以内に入金されるケースが多く、10日以降に督促を慣行することにより督促業務の効率化にもつながります。

従来の弁護士訴訟による回収、サービスへの回収委託、クレジットカードでの回収といった手段があるのは承知しています。しかし、メリットばかりではないのが実情のようです。未収金の発生を限りなくゼロに近づけるためには、想定しうるあらゆる回収手段を用意し、必要な段階で使い分けことが重要です。

回収率が進んでいる病院では、入院費が分割払いになるケースや、訪問診療の診察代を請求書発行して支払う方法で、回収率を上げている例もあります。■



図1 コンビニ収納サービスの回収の流れ

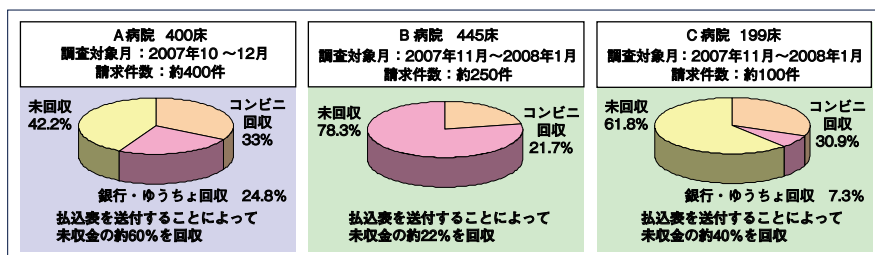


図2 未収金回収実績調査結果

問い合わせ先

リコーリース株式会社
医療コンサルティング室
〒104-8134
東京都中央区銀座7-16-3(日鐵木挽ビル)
TEL 03-5550-1727
E-mail medical@rle.ricoh.co.jp

財団法人慈愛会 谷山病院

精神科に特化した電子カルテシステムによる情報の共有化で充実したチーム医療を实践

わが国の精神科医療に関する医療制度改革は、ここ数年急激なスピードで進められてきました。地域で患者ケアを行うという改革の1つの方向性を先取りしてきた鹿児島市の谷山病院では、そうした動きの中、精神科病院に特化した電子カルテシステムを導入。多職種にわたるスタッフが参加するチーム医療に重要な情報の共有や、医師の業務の省力化を実現し、成果を上げています。



●病院データ●

〒 891-0111
鹿児島県鹿児島市小原町 8-1
TEL 099-269-4111
FAX 099-269-4169
URL <http://www1.ocn.ne.jp/~jjaitani/>

精神科の制度改革を踏まえた地域医療を展開

病院の療養病床削減の施策が進む中、精神病床においても、2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により、10年間で7万床の削減を促す基本方針が示されました。また、2006年には障害者自立支援法が施行され、それに伴い、精神疾患患者が地域の中で社会生活を送るようになり、精神科医療を取り巻く環境は、大きく変わりつつあります。

人口10万人に対する精神病床数が全国でも多いとされる鹿児島県において、谷山病院では、1990年に精神科訪問看護を開始し、精神科作業療法を導入したりリハビリテーション部を設置するなど、地域他施設に先がけた取り組みを続けてきました。さらに1999年には精神科デイケア、通所授産施設、地域生活支援センターを開設するなど、地域や社会への患者さんの復帰を推進し、病棟全体に占める入院期間1年未満の患者さんの割合は、約5割となっています。また、1日約50人という精神科デイケアへの通所者は、同院の退院患者が多いものの、デイケア施設を持たない他施設

などに通院中の患者さんも利用しており、さらに通所授産施設や地域活動支援センターは他施設などに通院中の患者さんが4割を占めており、地域の精神科医療を支えています。

多職種による精神科医療に情報共有は不可欠

こうした谷山病院の診療をサポートしているのが、富士通製品をはじめとした、医療情報システムです。医事会計システムHOPE/SX-Jを導入していた谷山病院では、2007年9月に精神科に特化した電子カルテシステムMOM ACE（モム・エース）を導入しました。

精神科の診療では、1人の患者さんに対し、精神科医をはじめ、看護師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士、精神医療ソーシャルワーカー、ケースワーカーなど、数多くの職種のスタッフがかわります。もちろん同院でも、急性期治療病棟や認知症疾患治療病棟、リハビリテーション部での診療など、多くのケースで、複数の職種のスタッフが連携をとりながら集中的に治療に当たり、患者さんが早期に地域や家庭での生

活に戻れるよう尽力しています。

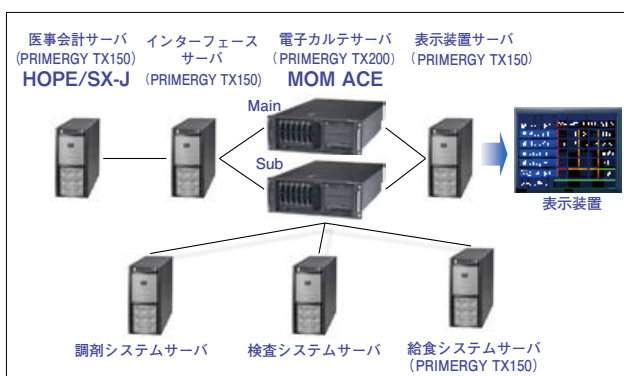
その際にきわめて重要となるのが異なる職種のスタッフ間での情報の共有ですが、「当院が電子カルテシステムを導入する最大の動機となったのが、円滑かつ確実な情報共有化を図ることであり、実際に大きな効果を発揮しています」と、福迫剛院長は述べています。運用について、基本的な指示を担当医が入力し、その内容をスタッフがいつでもどこでも閲覧することができるようにしています。これにより、常にスタッフが自分の担当する患者さんの状態を把握している状況でチーム医療が行えます。

書類の作成が省力化され診療に専念できる環境に

作成する書類が多いのも、精神科医療の特徴の1つです。「ほかの疾患の場合、患者さんは治療のため自発的に入院されますが、精神科では、必ずしもそうではないケースが出てきます。それでもどうしても入院が必要な場合があり、本人の意思に反したところを担保する意味でも、書類の量は増えてしまいます」と、本山和秀事務長は言います。寿幸治副



前列左から福迫剛院長、寿幸治副院長。後列左から恵イツ子看護部長、内徳弘明氏、本山和秀事務長。



谷山病院のシステム構成図

の日付、アレルギー情報、感染症などですが、精神科ではそれに加えて生育歴をはじめとした付帯情報が必要となることから、画面上にタブを多用し入力エリアを切り替えられるようなユーザーインターフェースが有効です。

院長も、「医療保護入院者の入退院届のほかにも、いくつもの同意書が必要ですし、障害者自立支援法に関する診断書や障害年金関連の書類など、多岐にわたり、非常に多くの種類があります」と述べています。

それに加え、医療連携のための診療情報提供書など、ほかの診療科と同様の書類も作成しなければならず、医師の負担は非常に大きなものでした。この作成業務を省力化することも、電子カルテシステムに期待する効果の1つでした。同院のシステムでは、精神病入院要否意見書などの文書の半自動作成機能があり、書類の作成・管理を容易に行えます。福迫院長は、「電子カルテシステムは、導入時は大変な労力を伴いますが、いったん導入すれば、日ごろの業務

が非常に効率的になります」と述べています。

医療観察法病棟での実績がシステムの信頼性を担保

用語や付帯情報にも、精神科特有のものは少なくありません。隔離拘束や行動制限など、指定医が出す指示項目も、一般的な電子カルテシステムにはその機能がないことが多くあります。精神保健福祉士でもある本山事務長は、「もともとが一般科向けのシステムを化粧直ししただけでは、まったく使いものになりません。やはり初めから精神科に特化したシステムが望ましいと思います」と、使う側の立場を説明します。付帯情報も、ほかの診療科では初診や再診

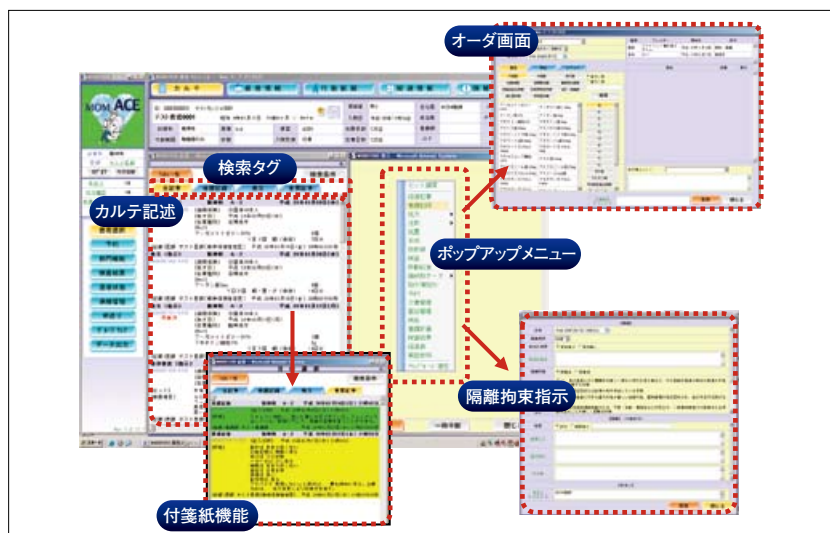
さらに、今後、精神科では、2005年に施行された心神喪失者等医療観察法に準拠した医療を実践していかなければなりません。「新しい概念でもあることから、実際に医療観察法病棟での使用実績のある MOM ACE の信頼性は、導入に当たって大きな動機となる条件の1つでした」と、寿副院長は説明しています。

目標はオンライン連携とクリティカルパスの作成

谷山病院では、将来的には、グループ内の総合病院である今村病院や、離島の精神科病院である奄美病院、徳之島病院などとオンラインで連携するという目標があります。システムエンジニアの内徳弘明氏は、「専用線を用い、外部から接続できないネットワークにすることで、セキュリティの問題はクリアされると思います」と述べています。また、恵イツ子看護部長は、「クリティカルパスのように、入院の流れの指標となるものをつくらしていきたいです」と、次のステップについて話しています。

精神科病院での医療情報化は、その特殊性から難しい面もありましたが、同院のような事例が今後増えていくことが期待されます。■

(谷山病院の取材については、日本システム株式会社様、株式会社エム・オー・エム・テクノロジー様にご協力をいただきました)



MOM ACE の画面展開例

手のひら静脈認証 医療現場での活用はここまでのきた

非接触型 手のひら静脈認証「PalmSecure™ (パームセキュア)」
(注1)

富士通株式会社

医療の情報化が進む中、さまざまな場面におけるセキュリティの強化の必要性が高まっています。

ここでは、生体認証技術の中で、富士通が提供するバイオメトリクス技術「非接触型 手のひら静脈認証」を取り上げ、医療分野でどのように応用され始めているのかをご紹介します。

注1：PalmSecure™ は、富士通の手のひら静脈認証装置の世界統一ブランドです。

富士通独自のバイオメトリクス技術「非接触型 手のひら静脈認証」を紹介します(図1)。

手のひらの静脈は、指や手の甲に比べ識別情報が豊富なため本人確認の手段として最適です。体内情報でするので偽造によるなりすましはきわめて困難です。また、非接触なので衛生面でも、不特定多数の方が利用

するシーンでも最適です(図2)。

装置の小型化〔世界最小(外形35mm(W)×35mm(D)×27mm(H))、軽量化(50g)、認証速度の高速化(1.2秒)をはじめ、さらなる性能向上を実現した新世代のセンサーにより、さまざまな分野において最高水準のセキュリティを提供していきます。



図1 非接触型 手のひら静脈認証「PalmSecure™」

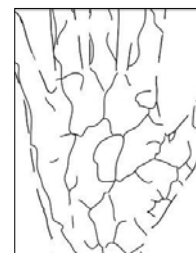
静脈を流れる血液中の還元ヘモグロビンには、近赤外線を吸収する性質があります。この性質を利用し、近赤外線の照射によって静脈パターンを撮像。あらかじめ登録された静脈パターンと照合し、本人認証が行われます。



①近赤外線照射



②静脈パターン撮像



③登録済みデータとのマッチング

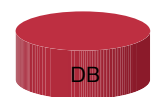


図2 手のひら静脈認証の仕組み



図3 サーバ室の入退室管理システム



図4 診療情報管理室の入退室管理システム

読み取り装置の脇に操作法が掲示されています。カルテ開示を希望する患者様のために、インターホンも設置しました。

Case 1

手のひら静脈認証技術を採用した入退室管理システム

～セキュリティ確保のため、職員の認証に活用～

市立四日市病院

市立四日市病院（568床）は、2008年4月の電子カルテシステムHOPE/EGMAIN-FXの稼働を前に、一足先にサーバ室と診療情報管理室の入退室のセキュリティを強化させるため、手のひら静脈認証を利用した入退室管理システムを導入しました。

入室するときに、壁に据え付けられた手のひら静脈認証の読み取り装置のテンキーにユーザーIDを入力し、静脈読み取り部分へ手のひらをかざします（図3）。すると、「カチッ」と音がしてドアが開きます。

サーバ室へは、システムやデータの安全を確保する目的で導入しましたが、普段の入退室の管理のほかに、電子カルテシステムを構築する際、大勢の開発エンジニアの入退室を管理するのにも非常に役立ちました。

診療情報管理室へは、過去の紙カルテを保管している関係から、個人情報の管理を厳格に行う目的で導入しました（図4）。

現在、該当部署の担当者をはじめ、院内の医師や看護師など、200名以上の職員が出入りできるように登録されています。手のひら静脈の情報を事前に登録することが必要ですが、登録作業は思いのほか簡単にできます。診療情報管理室の場合には、多職種で大勢の登録が必要でしたので、事前に対象者を洗い出してスケジュールを立て、登録を行いました。

今回の入退室管理システムの導入に当たり、事務局総務課長補佐の山本正美氏は、「診療情報管理室に関しては、紙カルテを抱えての入退室が多いことから、認証作業が面倒ではありますが、患者様の個人情報を守るという使命感も手伝い、院内の理解と協力を得ることができました」と述べています。また、ほかにもさまざまな認証システムがある中で、手のひら静脈認証導入の決め手についてうかがうと、「ICカードに

よる認証システムは、カードを紛失したり、破損したりと、今までデメリットばかりを感じていました。また、指紋認証は、指紋がデータとして登録されることから、どこかで指紋照合などに使われる不安がありました。認識率も良くないと聞いていました。さらに、瞳認証は、健康上の影響が心配でした。現状では、手のひら静脈認証の識別性能が最も優れており、センサーコストも低く抑えられると聞いていたので、手のひら静脈認証を採用した入退室管理システムとして導入することに決めました」と付け加えました。

最後に、山本氏は「実際に使用して慣れてくると、ちょっと認証までの時間が長く感じます。また、手が冷たかったり、手の位置や角度が違うとなかなか認証してくれないこともあります。そういった点が改善されれば、非常に良いシステムになると確信しています」と、今後の手のひら静脈認証システムの普及に、大きな期待を寄せていました。

手のひら静脈認証 医療現場での活用はここまできた



図5 患者認証の様子

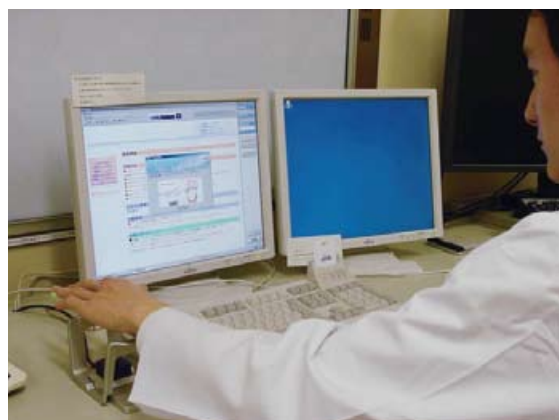


図6 電子カルテシステムへのログイン操作

Case 2

手のひら静脈認証装置 「PalmSecure™」と 電子カルテシステムとの連携 により医療事故防止に貢献

～入院患者様の認証に活用～

医療法人 恵佑会札幌病院

手のひら静脈認証技術を患者認証に採用した事例があります。恵佑会札幌病院では、2004年より電子カルテシステム HOPE/EGMAIN-EX が稼働しており、患者様の診療記録や投薬、検査、手術などの指示を電子化し、医療・経営の効率化、インフォームド・コンセントの充実へと活用を進めていました。その後、電子カルテシステムと、非接触で衛生的かつ認証精度や認証スピードに優れた手のひら静脈認証装置とが連携した患者認証システムを構築し、2007年10月より入院患者様の手術実施時の認証を開始しています。

患者認証システムにより、医師が電子カルテシステムに入力した患者様に関する手術指示のオーダと、実際に手術を受ける患者様本人との適合を、手のひら静脈認証装置を用いて照合することが可能になりました。

この患者認証システムは、手術予定のある患者様の手のひら静脈の情報をあらかじめ電子カルテシステム内に登録し、手術当日、手術室に入室する患者様の手のひら静脈の情報と登録されている静脈情報を照合するものです(図5)。本人であることが確認されて初めて手術を実施することにより、同姓同名をはじめとした患者様の取り違えを防止するなど、医療事故の防止に貢献しています。

恵佑会札幌病院では、認証の対象を手術患者様から、放射線、内視鏡、生理機能などの各検査や、輸血、注射投与など患者リスクの高い医療行為を受ける患者様への拡大を計画しているところです。

Case 3

電子カルテシステムのログインに 手のひら静脈認証装置 「PalmSecure™」を採用

～電子カルテシステム利用者の認証に活用～

独立行政法人 放射線医学総合研究所
重粒子医科学センター病院

放射線医学総合研究所(放医研)重粒子医科学センター病院では、非接触型手のひら静脈認証装置を搭載した電子カルテシステムを採用して

います。

高度なセキュリティの下、簡単なログイン操作で電子カルテシステムが利用でき、院内情報の漏洩防止にもつながります。同院では、さらなる診療業務および研究の充実・効率化や、患者様への診療情報提供やEBM(注2)推進など患者満足度向上を図るとともに、近年の個人情報保護の高まりを受け、なりすましなどによる情報漏洩を防ぐ強固なセキュリティを施した電子カルテシステムを検討していました。

静脈パターン情報を登録したICカードを差し込み、装置に手のひらをかざします(図6)。ICカードに登録した静脈パターンと装置で読み取った静脈パターンを照合し、双方が一致した場合のみ電子カルテシステムにログインすることが出来ます。これにより、従来のID・パスワード入力に比べなりすましが困難となり、簡単なログイン操作で院内情報のさらなるセキュリティ強化に貢献しています。■

注2: Evidence Based Medicine の略。科学的な根拠に基づいた治療。個々の患者様のケアに関する意思決定の場で、科学的な根拠(Evidence)を明確にしなが、患者様にとって最良の治療方法を選択していく医療のことです。

富士通医療ソリューション・トピックス

第10回富士通病院経営戦略フォーラム

<http://segrou.fujitsu.com/medical/>

第10回富士通病院経営戦略フォーラムは、2008年5月15日（木）に、「富士通フォーラム2008」の中の医療特別セミナーとして開催します。今回は、「～地域医療計画の進む中

で～ 医療機関に求められる経営姿勢」というテーマで、改革の流れを俯瞰しつつ病院経営のあり方を考えます。地域医療連携の実践、病院再生への模索、医師不足時代の経営姿

勢といった喫緊の課題について、第一線でご活躍の先生方にご講演いただき、改革を乗り切る経営戦略を考えていきます。■

開催概要

・期 日：2008年5月15日（木）15：45～19：30

・会 場：東京国際フォーラム・ホールB7

(<http://www.t-i-forum.co.jp/general/index.php>)

・定 員：600名

・主なプログラム内容

基調講演「新たな医療提供体制のあり方と医療機関経営」

講師：尾形 裕也 先生（九州大学大学院医学研究院 教授）

特別講演1「地域医療連携と病院経営 ―民間病院の事例から―」

講師：竹田 秀 先生（財団法人竹田総合病院 理事長）

特別講演2「病院再生への道」

講師：明石 光伸 先生（大分県厚生連 鶴見病院 病院長）

特別講演3「医師不足時代にどう向き合うか」

講師：近藤 俊之 先生（千葉県病院局長）

（総合司会：蟹瀬 誠一 先生（国際ジャーナリスト、明治大学国際日本学部長（08年度））

※ご講演資料は後日、富士通ホームページ（医療ソリューション）上に公開いたします。

講師のご意向により、掲載できないものもございますので、ご了承ください。



昨年の会場の様子

国際モダンホスピタルショー2008

<http://www.noma.or.jp/hs/>

2008年7月16日（水）～18日（金）東京ビッグサイト（東京国際展示場）東展示棟にて、国際モダンホスピタルショー2008が開催されます。今年も富士通は、電子カルテシステムをはじめとする、医療情報関連のシステムを多数展示出展する予定です。

ぜひご来場ください。お待ちしております。■



前回の富士通ブース

●編集後記

◆少子高齢化の進展に伴い種々の制度改正が必要になりますが、今回の特集では、忘れてはならないのは「サービスの質的向上」と「医療機関の健全経営」と改めて痛感いたしました。（香）

◆特集として制度改定への対応、経営の建て直しといった病院の直面する課題を取材させていただきました。読者の皆様とともに、私どもも一緒に病院経営の課題を深掘りして考える良い機会となりました。弊社の製品やサービスを、お客様からみてより価値の高いものにするためにも、今後もより良い誌面作りをめざしてまいります。（松）

◆花粉が去って新緑が訪れました。最もうれしい季節です。（平）

◆最近問題になっている未収金問題。常識的に治療費は払うものだと思っておりましたが、実際こんなにも未収金額があるのかと正直、驚きました。今後も病院様のお役に立つ情報を取り上げていきたいと思います。（津）

HOPE VISION Vol.8

2008年5月15日発行

発行 富士通株式会社

編集・制作 富士通株式会社

ヘルスケアソリューション事業本部

「HOPE VISION」企画・編集グループ

〒105-7123 東京都港区東新橋1-5-2

汐留シティセンター

TEL 03-6252-2572 FAX 03-6252-2915

URL <http://segrou.fujitsu.com/medical/>

©富士通株式会社 2008 禁無断転載



HOPE Vision

Vol. 8

富士通株式会社

〒105-7123 東京都港区東新橋1-5-2
(汐留シティセンター)

TEL 03-6252-2572 FAX 03-6252-2915
URL <http://www.fujitsu.com>