

## 日本病院会雑誌 病院学 2005年4月号

## 目次

巻頭言：良い医師の育成は国民のための偉大な事業である……………	川城 丈夫	3
グラフ：国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院……………		4

## 〔感染症対策委員会報告〕

インфекション・コントロール・スタッフ養成講習会修了者の日常活動……………	小林 寛伊	12
--	-------	----

## 〔第54回 日本病院学会〕

シンポジウム「インターネット時代の病院」……………(座長) 大井 利夫・中村 洋一		20
(1) 地域CATVイントラネットを活用した医療福祉連携……………	成田 徳雄	21
(2) 全身管理表を活用した診療……………	高木 由利	31
(3) 放射線科病診連携システムにおけるネットカンファレンス機能の有用性……………	藤田 安彦	43
(4) 地域医療連携における情報提供システム……………	田淵 正登	50
(5) 討論……………		57
《一般演題》		
平均在院日数100日以内に自宅退院を目指す「看護支援システム表」の作成……………	森木 美香ほか	67
病棟ADL加算について……………	小林 丈人ほか	71
病診連携推進体制構築の軌跡と今後の取り組み……………	上野 二郎ほか	76

## 〔国際モダンホスピタルショウ2004・カンファレンス〕

基調講演「地域医療の再構築と病院経営の新機軸」……………	濃沼 信夫	82
ITフォーラム「病院経営面から見た電子カルテの影響・効果」……………	井川 澄人	92

## 〔資料 保険教室〕

医師のための保険診療手引き（第18版）……………	総合病院国保旭中央病院	109
--------------------------	-------------	-----

## 〔ようこそ日病へ・新入会員の紹介〕

屋島総合病院（香川県）「地域の中核病院として地域に貢献していきたい」……………	安藤 陽夫	147
---	-------	-----

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報2月号」巻頭言……………	中村 栄	150
----------------------------------	------	-----

〔一番町だより〕平成16年度第10回常任理事会 議事抄録(平成17年1月22日)……………		151
---	--	-----

〔お知らせ〕『Japan Hospitals No24 (July2005)』の原稿募集!!……………		165
---	--	-----

平成17年度 日本病院会の関連学会等……………		166
-------------------------	--	-----



川城 丈夫

かわしろ たけお

- (社)日本病院会常任理事
- 独立行政法人国立病院機構  
東埼玉病院 院長



## 良い医師の育成は国民のための偉大な事業である

初期臨床研修制度が始まり約1年が経過した。初期臨床研修制度の施行によって、以前より底流にあった若い医師の意識の変化がはっきりと表面化してきている。昔は大学に残り医局に入り、医局生活を送りながら臨床と学位論文作成の生活を、無給でも、送る医師がほとんどであった。しかし最近は学位より学会認定の専門医資格を取得する気持ちが強い傾向にある。臨床志向がはっきりとしてきていると感じられる。初期臨床研修制度発足に伴いこの傾向に拍車がかかり、大学で初期研修する医師の割合が低下し、またさらに今後とも低下すると推測されている。

そして今、初期研修の1年目の終わりを過ごしている初期研修1期生の医師が、あと1年で次の後期研修のステップに入る。この後期研修の場としての病院の選択を今彼らは始めている。我々にとってはこの後期研修医をいかに取り込むかが命題である。大学で初期研修する医師の割合が低下してきている今がよい機会である。2年間の初期研修を終えた若い医師たちに選択される良いカリキュラムを持つことがどの病院においても危急の課題である。より魅力あるカリキュラムを作成し、それを実施する熱意ある指導医を有し、かつその指導医に後期研修医を指導するための余裕、特に時間の余裕を与えることが必要である。

これら、すなわち教育に熱意のある優秀な指導医を持つことと彼らに良い指導ができる環境を提供することはこれからの病院戦略のなかの重要な柱の1つである。この後期研修・医師育成の仕事には長い時間と多大のエネルギーを必要とするが、現時点ではこれに対する十分な経済的な補償が残念ながら与えられていない。この状況を改善し適切な経済的基盤を獲得するべく努力を傾注しなくてはならない。なぜなら、1つにはこの医師研修育成への努力は国民の目には直接には見えにくいものであるが、その病院の質を測る物差しの1つであり、2つには良い医師を育成することは、その医師自身のためおよびその病院のためであると同時に国民のための偉大な作業である、からである。その投資は国民に必ず還元される。その気概をもって後期臨床研修を病院での重要な仕事の1つであると位置づけたい。近い将来医師のキャリアは卒業大学ではなく研修した病院で語られる時代がくるとよく言われている。卒後の医師養成に対する経済基盤を確立するためには、医師育成の重要性が認識され、医師育成の仕事に対する評価を高めなくてはならない。それには医学界医療界の価値観の変革が必要である。この価値観の変革には時間を要するが、これによって国民にとっての良い医療が見えてくる。

# 国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院は1951年（昭和26年）に設立、建物の老朽化に伴い、1997年1月に現在地へ新築移転して9年目を迎えました。

病床数は361床であり、地域の診療所及び病院と相互に協力・連携し、「入院を中心とした急性期医療」を展開することで地域医療へ貢献することを理念としています。2003年度の主な統計指数は、紹介率64.6%、平均在院日数12.7日、入外患者比1:1.2などであり、2001年1月に急性期特定病院加算（現在の急性期特定入院加算）の届け出が承認されています。

医療連携の範囲は熊本県内はもとより南九州全域におよび、1カ月間に紹介いただく医療機関は320施設になります。また、2004年4月からは新医師臨床研修制度の実施に伴う管理型臨床研修病院として指定を受け、今後は協力医療機関とともに医師の育成にも努めたいと考えています。

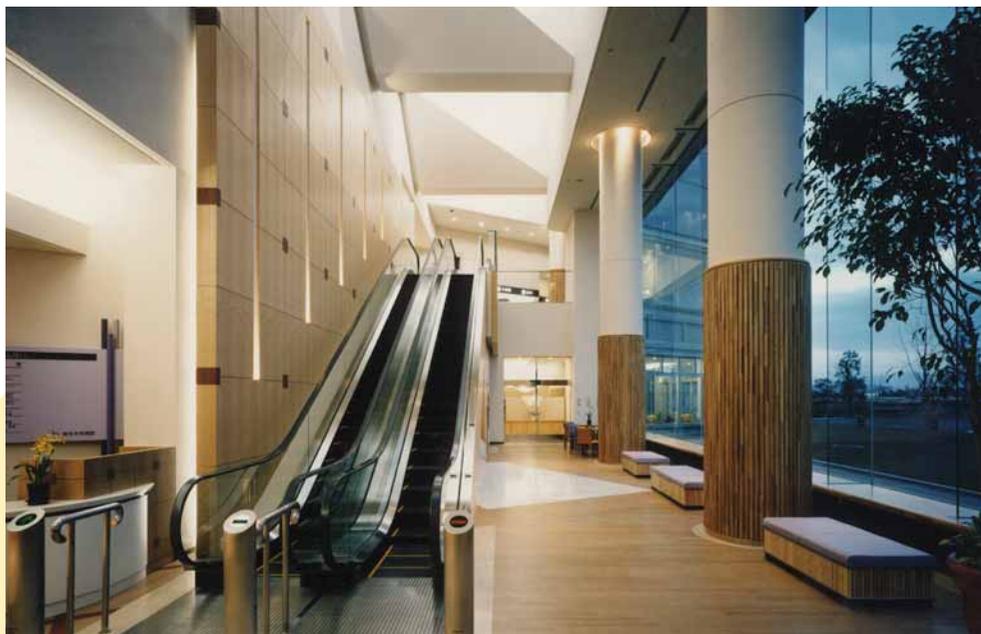
病院の全景



# 広々とした癒しの空間を実現しました

建物は三角形型の7階建の本館と、8階建の管理棟、エネルギー棟などで構成、淡い紫色を基調色として統一され、患者さまのアメニティの向上と看護サービスの効率化をテーマに設計されています。病棟は看護動線の合理性を追求した特徴あるV字形でプランニング。病室は凸形の構造でプライベート性の高い居住空間を目指し、癒しの環境としてヒーリングアート、ヒーリングカラーを導入しました。1999年には、第13回日本医療福祉建築協会賞を受賞しました。

正面玄関から総合受付へは、エスカレーターによるアプローチとなる



総合受付。入院を中心とした医療の提供を目指しているため、待合室が混雑することも少ない



ブロック受付制  
を採用した外来  
診療部門

## 落ち着いた色調で統一された院内



窓が大きく明るい  
食堂。患者さまや  
来訪された人々の  
くつろぎの場です

心臓血管外科手術シーン



診療部門は、79名の医師が勤務し、手術室6室、ICU 10床、RCU 6床、POST-ICU及びCCU 8床、CT 2台、MRI 1台、リニアック1台、RI装置1台、冠動脈造影装置2台などを有します。主な年間手術件数は心臓血管外科350例、整形外科850例、外科550例、眼科550例、呼吸器外科160例など。また、循環器科領域では、心臓カテーテル検査を毎年2,000例以上施行し、カテーテル治療も500例以上に及びます。



シネアンギオ撮影室

医療機器も充実、  
レベルの高い医療を提供しています

# 患者さまが、入院生活でくつろぎを得ることができるよう配慮されています



病棟では合理的な看護動線が追求されている

凸形の構造でつくられた、プライベート性の高い4床室

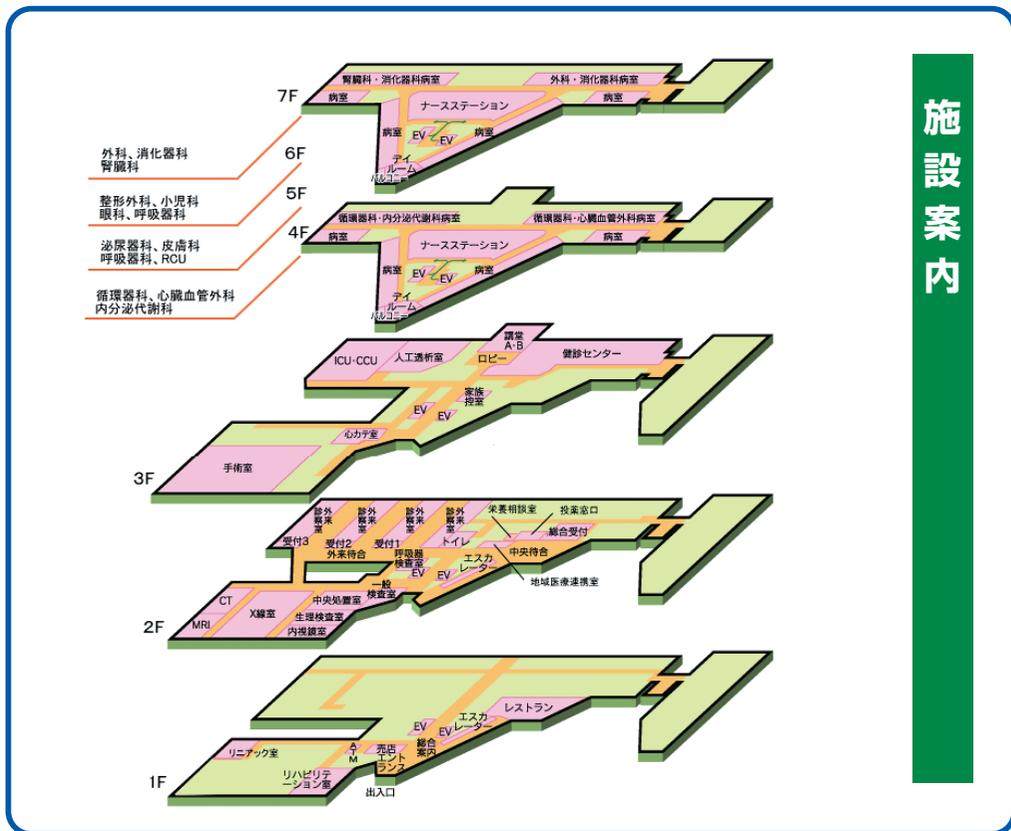


# 地域の皆さまからの信頼が、 スタッフ全員の誇りです

本館夜景



外来待合室より中庭を望む



## 病院の理念

当院は、地域の診療所及び病院と相互に協力・連携し、「入院を中心とした急性期医療」を展開することで地域の医療に貢献します。

## 病院の概要

- **名称** 国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院
- **所在地** 熊本市田井島一丁目5番1号
- **電話番号** 096-370-3111
- **診療科目** 15科  
内科（内分泌代謝科，腎臓科），精神科，神経内科，呼吸器科，消化器科，循環器科，小児科，外科，整形外科，心臓血管外科，皮膚科，泌尿器科，眼科，放射線科，麻酔科
- **病床数** 361床（一般病床）
- **開設** 昭和26年4月  
（平成9年1月 現在地へ新築移転）
- **敷地面積** 33,029㎡
- **延床面積** 26,629㎡
- **職員数** （平成16年8月1日現在）  
医師79名，看護師304名，その他129名，合計512名





# インфекション・コントロール・スタッフ 養成講習会修了者の日常活動

日本病院会感染症対策委員会 ICS 養成小委員会 委員長  
東京医療保健大学

小林 寛伊

## はじめに

日本病院会によるインフェクション・コントロール・スタッフ infection control staff (ICS) 養成プログラムが開始されて3年目に入っているが、そのプログラム開始に至る経緯を紹介するとともに、過去2年間の講習修了者が現在の日常業務において感染制御にいかに関わっているかについて調査をおこなったのでその結果について言及する。

## 1. インフェクション・コントロール・スタッフ infection control staff 養成プログラム

2002年5月、日本病院会感染症対策委員会が、日本病院会として病院感染対策に関する講習会を開いて、会員である病院の感染対策の向上を図ることが企画された。

そして、インフェクション・コントロール・チーム (ICT) の一員となって効果的に活動できるような人材、インフェクション・コントロール・スタッフ infection control staff (ICS) を養成することを目的として、日本病院会感染症対策委員会の下部組織として、ICS 養成小委員会が組織された。構成員には、親委員会の委員、19学術団体からなる ICD 制度協議会座長、日本看護協会理事を迎え、既存の認定制度との調整を図って、混乱を防止した。第1回の小委員会は、2002年5月16日に開催された。種々検討の結果、以下のような方針を検討し、親委員会に答申した。

- 1) 認定のための講習会ではないこと。単に修了証を発行するにとどめること。

日本病院会が新たに認定制度を発足させるとすれば、1999年



に発足したインフェクションコントロールドクター (ICD) 認定制度 (現在16学会/3研究会による ICD 制度協議会が認定。第1回認定2000年1月、823名。2005年1月現在合計4,339名が認定されている)、および、2000年に発足した看護協会の感染管理看護師制度 (第1回認定2001年7月、18名。2004年7月現在146名が認定されている) と重複する部分が生じ、混乱の原因ともなりかねない。

- 2) 親委員会とは独立した、講習会のための組織を作り、企画と実行はそこが中心となっておこなうこと。

柔軟な企画と運営が出来るよう、独立した組織を作ってもらい、効果的な講習会を実施する。

- 3) 専門家のいない場合が多い中小規模の病院の職員を主たる対象とすること。

認定 ICD (CICD) は大病院に偏っている傾向があり、感染管理看護師は、増えても年間50~100名程度しか養成されず、10年

かかっても300床以上の病院数にも満たない。そして、実務を担当するインフェクションコントロールナース(ICN)は、各施設独自に教育育成せざるを得ない状況にある。そこで、インフェクションコントロールチーム(ICT)の一員となって日常業務で活躍できるような人材を、広く医師、看護師、薬剤師、検査技師、臨床工学技士、滅菌技士/師などを対象として育成することを目指す。

- 4) 講習会講師は日本病院会会員に限定せず広く全国から専門家に依頼する。
- 5) 参加者の業務を出来るだけ乱さないように、土曜日の朝から、日曜日の正午までの講習会を1クールとし、年に3クールの講習会をおこなって、総てを修了した参加者に日本病院会名の修了証を発行する。

これらの方針は総て認められ、実際の活動に入った。

会場の関係もあり、2002年の第1回講習会は、339名で申し込みを締め切った。2003年の第2回講習会も366名で締め切らざるを得なかった。2004年の第3回講習会は定員を450名に増やしたが、応募者は701名あり、452名を受け入れた。しかし、2004年11月27日(土)、28日(日)におこなわれた第1クールには、436名の参加者であった。

これまで毎回のディスカッション(質疑応答)には、1時間20分で消化するには些か骨の折れるくらいたくさん質問を頂き、うれしい悲鳴をあげてきた。そこで2004年11月27日に間に合うように、『病院感染対策Q&A改訂版(小林寛伊編集、最新・病院感染対策Q&A、2004、東京：照林社)を編集刊行し、ここに何時も問題となるような質問とそれらの答えを可能な限り収録した。当日は、できればこのQ&Aに収録されていないような質問を求めたが、それでも新たな質問が多数提示され、やはり、1時間20分をぎりぎり必要とした。それだけ新たな問題が次から次へと生じてきていることを示しているものであり、これらの質問を整

理し、改訂版にさらに追加する作業を進めている。

## 2. ICS日常業務活動調査

### 2-1. 目的

以上のようにして、3年目を迎えたICS養成講習会は、多くの参加者を得て、全国的な感染制御の体制に貢献しているものと考えられる。しかし、その現状は不明で、実態を明らかにすることによって、今後の講習会をより効果的に企画していくことを目的として、ICS日常業務活動の調査をおこなった。

### 2-2. 対象および方法

ICSの日常業務活動を調査するため、2004年12月20日に第1回、第2回講習会修了者704名全員に、表1のような調査用紙を送付し、2005年1月14日までの回答を求めた。

### 2-3. 結果

441通の回答を得ており、退職者7名を除いた697名に対し、63.3%という高率な回収率を示した。回答の集計結果は、図1～図27に示すとおりである。回答者の63.5%が看護師であり、薬剤師、微生物担当以外の検査技師、微生物担当検査技師がこれに続いた(図1)。年齢分布は、41～45歳にピークがあり(図2)、臨床経験(実践経験)は、20年以上の人が50.8%であった(図4)。勤務先は、一般病院が77.6%を占め(図5)、病床数は300～399にピークを示すならかな分布であった(図6)。回答者全員において、300床未満の病院は、43.3%であった(図6)。

全回答者のうち、臨床現場で感染制御に関わっている人は81.9%であり、感染対策委員会(ICC)の一員である人は74.8%、感染対策チーム(ICT)の一員である人が73.0%と、いずれも高率を示した(図14, 15, 16)。ICTが病棟その他のラウンドを定期的におこなっているのは、56.9%であり(図18)、そのうち、1週間に1回以上ラウンドしているのは20.3%にすぎなかった(図19)。

回答者全員において、ICSとしてラウンドに参

加している人は32.9%と3分の1であったが(図20)、そのうち、ICSとしてラウンドに1カ月に1回以上参加している人は77.9%を占めていた(図21)。ICTが臨床細菌分離状況を定期的にチェックしている施設は68.0%を占め(図24)、そのうち、1週間に1回以上チェックしている施設は44.3%(図26)、ICSとして回答者自身がこのチェックに参加している人は36.1%であった(図27)。

記述式のコメントは、79通あったが、その主な

ものをまとめて紹介すると以下のようである。

- 1) ICT活動、ICC活動がまだまだ十分整備されていないが、必要性を感じている、あるいは、講習会后進行中である。
- 2) サーベイランスは実行企画中である。
- 3) 講習会、および、Q&Aが大変役立った。
- 4) リンクナースの方式を企画、実現に向けて努力中である。
- 5) 事務担当者として活躍している。

**表1 ICS日常業務活動調査用紙**

該当する  に✓印をつけてください

1. 専 門：1) 医師    2) 看護師    3) 薬剤師    4) 微生物担当検査技師    5) その他の検査技師    6) 臨床工学技士    7) 滅菌技師/士    8) 栄養士/管理栄養士    9) 事務官    10) その他
2. 年 齢：1) 20~25    2) 26~30    3) 31~35    4) 36~40    5) 41~45  
6) 46~50    7) 51~55    8) 56~60    9) 61~
3. 性 別：1) 男    2) 女
4. 臨床経験(実践経験)：1) 4年以下    2) 5~9年    3) 10~14年    4) 15~19年  
5) 20年以上
5. 勤務先：1) 一般病院(含大学附属病院)    2) 精神病院    3) その他の病院    4) 診療所    5) 大学等教育施設(除附属病院)    6) 研究施設    7) 会社等    8) その他
6. 勤務先が病院の場合：一般病床数(除感染症病床、療養病床等)  
1) 20~49    2) 50~99    3) 100~149    4) 150~199    5) 200~299    6) 300~399    7) 400~499    8) 500~599    9) 600~699    10) 700~799  
11) 800~899    12) 900~
7. 勤務先が病院の場合の特殊病床  
1) 感染症病床あり(\_\_\_\_床)    2) 結核病床あり(\_\_\_\_床)    3) ICUあり(\_\_\_\_床)  
4) CCUあり(\_\_\_\_床)    5) SCUあり(\_\_\_\_床)    6) NICUあり(\_\_\_\_床)
8. 病院での職位：1) 師長    2) 副師長(主任看護師)    3) 技師長(技士長, 主任)  
4) 一般職員    5) 非常勤職員    6) コンサルタント    7) その他
9. 1) 臨床現場で感染制御に関っている    2) 検査室, 薬剤部等の内部のみで感染制御に関っている    3) 研究教育分野で感染制御に関っている    4) 会社等業務として関っている
10. 感染対策委員会infection control committee (ICC) の一員である：1) はい    2) いいえ

- 6) 講習会のフォローがほしい。
- 7) 病院としての全体的意識が薄く上手くいっていない。
- 8) なぜ一般病床から療養病床を除外したか。
- 9) その他

師であったが、薬剤師、検査技師にも積極的な参加が見られ、臨床工学技士も少数ながら参加が認められた。滅菌技師／士の参加はこれまでは残念ながら皆無であった。医師にも14名の参加が見られたことは、特記すべき事柄であろう。薬剤師、臨床工学技士、滅菌技師／士へのより積極的な事前情報が必要と考える。受講者の年齢構成は、活動的な年齢を中心に分布しており、実践現場での効果的活動が期待できる。臨床経験（実践経験）20年以上の受講者が半数で、15年以上が72.8%

#### 2-4. 考 察

第1回、第2回ICS養成講習会修了者の現状における感染制御日常業務活動の実態は、予想以上に活発なものであった。回答者の半数以上は看護

11. 感染対策実践チームinfection control team (ICT) の一員である：1) はい 2) いいえ

★“はい”と答えた方：ICTの位置づけ：

- 3) 各診療科部長（科長）と同様に病院長直属 4) 感染対策委員会の下部組織 5) 感染対策委員会がICTを兼ねている 6) 危機管理委員会等の下部組織或いは一部

12. ICTが病棟その他のラウンドを定期的におこなっている：1) はい 2) いいえ

★“はい”と答えた方のラウンドの頻度：

- 3) 毎日 4) 1回／2～3日 5) 1回／1週間 6) 1回／2週間 7) 1回／1カ月 8) その他

★ あなたのICSとしての参加：

- 9) はい（頻度：1回／.....日） 10) いいえ

13. 対象限定サーベイランスtargeted surveillanceを継続的におこなっている：

- 1) はい（ICSとしてサーベイランスに参加 2) はい 3) いいえ） 4) おこなっていない

“1) はい”の場合の対象限定サーベイランスの種類：A..... B.....  
C..... D..... E..... F.....

14. ICTが臨床細菌分離状況を定期的にチェックしている：1) はい 2) いいえ

★“はい”と答えた方のチェック方法：

- 3) 全病院に報告するコンピューター画面でチェック 4) ICTが細菌検査室へ出向く 5) ICTが報告書を受け取る 6) ICTのみが見られるコンピューター画面でチェック

★チェックの頻度：

- 6) 毎日 7) 1回／2～3日 8) 1回／1週間 9) 1回／1月程度

★ICSとしてあなたが臨床細菌分離状況の定期的チェックに参加

- 10) はい 11) いいえ

15. その他特記すべきことがございましたらお書きください。

.....  
.....  
.....

ご協力どうも有難うございました。

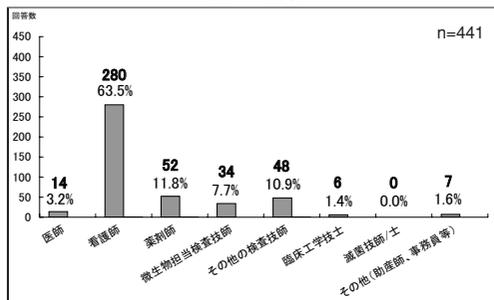
(321人)であったことは、感染制御活動にはある程度の経験が必要であることを物語っており、5～14年の経験者も23.6% (104人)であることも、層の厚い興味を示す歓迎すべき傾向である。回答施設の一般病床数は、300床未満が43.3%であったが、現在、専門家も少なく最も支援が必要な中小規模の病院における講習会参加者がさらに増加することを切望する。

臨床現場で感染制御に関わっているという回答が、81.9%であったことは、この講習会の成果を

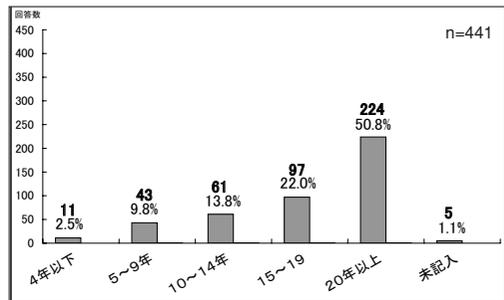
示す結果であり、さらに、ICCの一員であるのが74.8%、ICTの一員であるのが73.0%、全回答者の32.9%、3分の1が定期的ラウンドに参加していること、ICSとして臨床細菌分離状況のチェックに参加している人が36.1%と、これらは、ICS養成講習会が着実に効果を挙げつつあることを示す素晴らしい結果であると評価する。

今後の課題としては、記述式コメントにも見られたとおり、意欲ある発展途上の施設をいかに支援していくかの問題、講習会修了者への定期的、

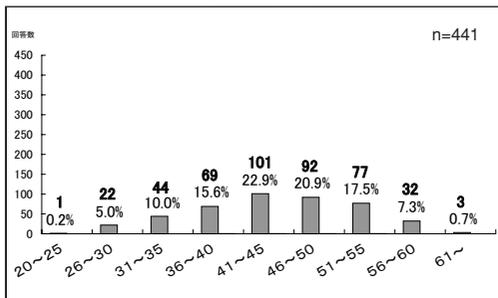
【図-1 専門】



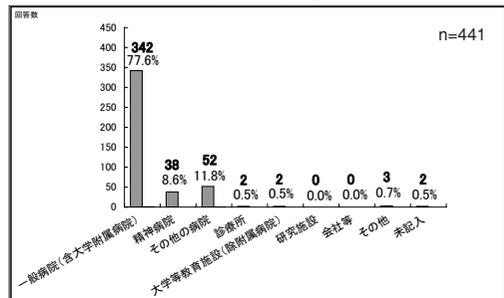
【図-4 臨床経験(実践経験)】



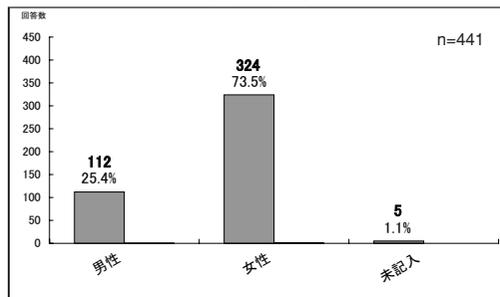
【図-2 年齢】



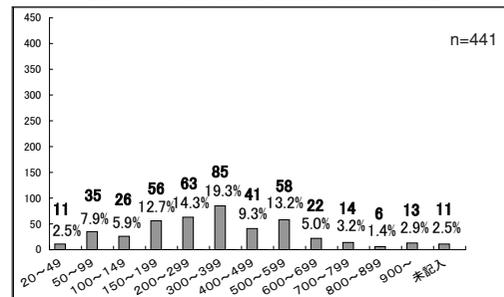
【図-5 勤務先】



【図-3 性別】



【図-6 一般病床数(除感染症病床、療養病床等)】



最新情報提供をどのような方法でおこなって援助していくかの問題、さらには、療養病床における感染制御を如何に効率的かつ経済的に追及していくかの問題、などを挙げる事ができる。中小病院における感染制御体制のさらなる整備も重要な課題と考える。

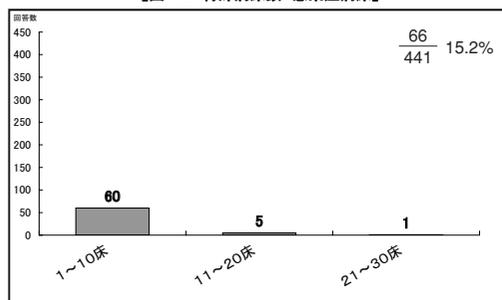
おわりに

日本における病院感染制御の体制は、急速に整備されつつあり、病院長初め病院の上層部の感染

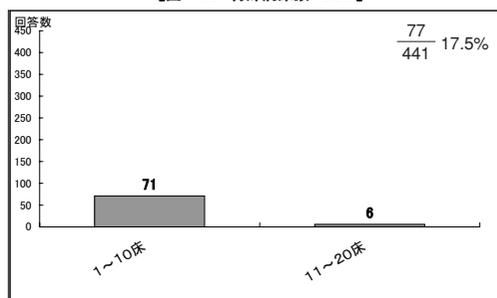
制御に基づく患者サービスの向上と経済効果についての理解も深まってきている。ひところは、先進諸国に比して些かの遅れを見せていた病院感染制御施策は、こんにちでは欧米諸国を追い抜く部分も出てきており、日本の医療環境を考慮したより効果的な対策の追求が望まれる。

本調査資料整理に当たってご尽力くださった、日本病院会 小松川典久、片岡克美の両氏に深謝します。

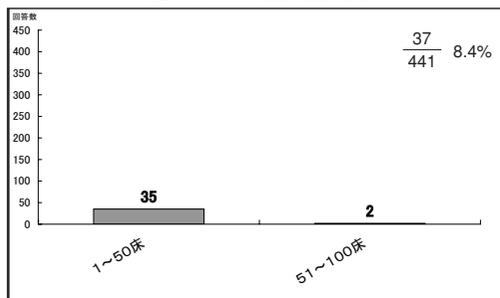
【図-7 特殊病床数 感染症病床】



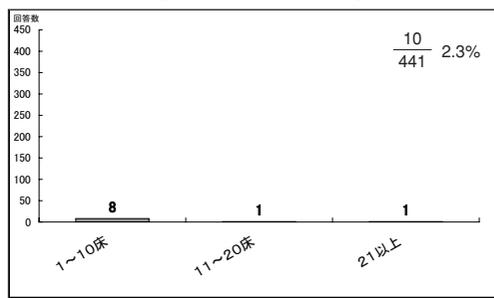
【図-10 特殊病床数 CCU】



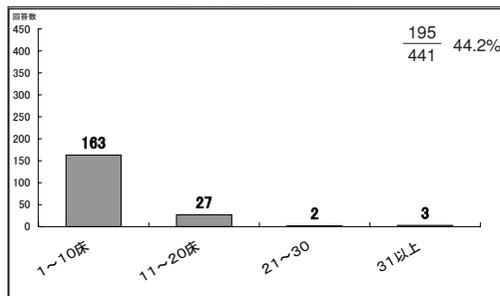
【図-8 特殊病床数 結核病床】



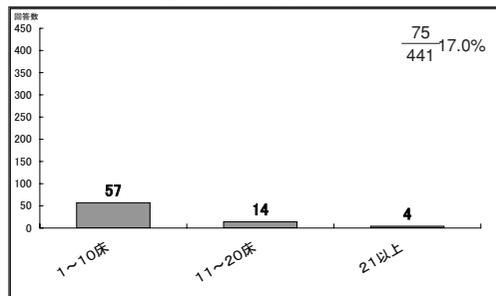
【図-11 特殊病床数 SCU】



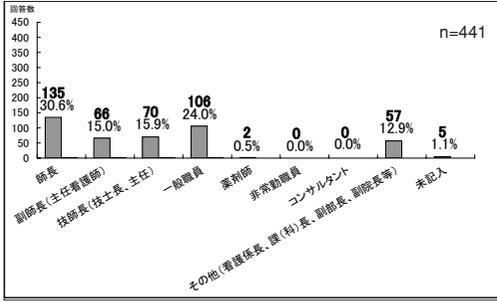
【図-9 特殊病床数 ICU】



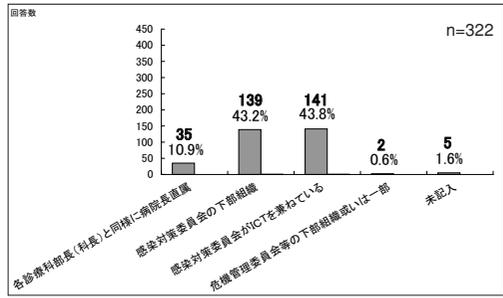
【図-12 特殊病床数 NICU】



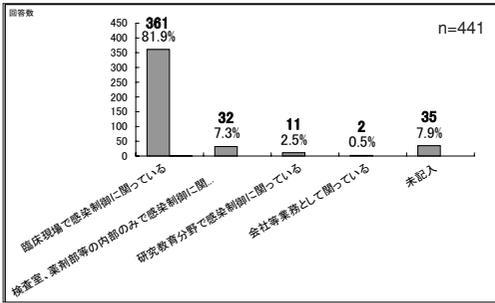
【図-13 病院での職位】



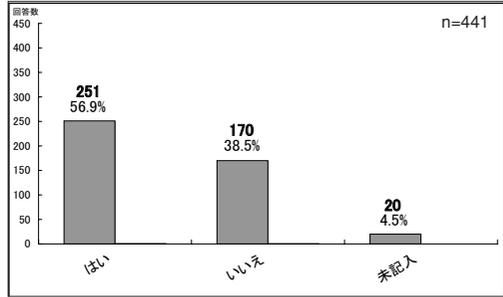
【図-17(はいと答えた322名のうち)ICTの位置づけ】



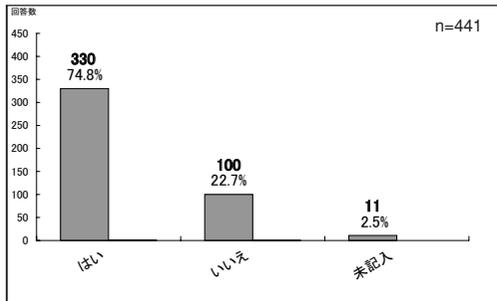
【図-14 院内での関りについて】



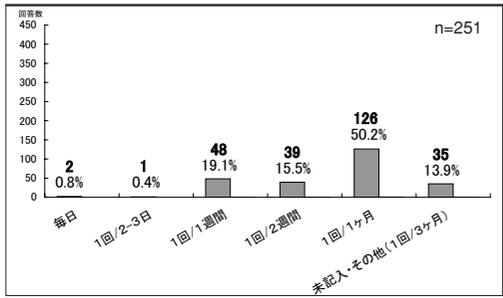
【図-18 ICTが病棟その他のラウンドを定期的におこなっている】



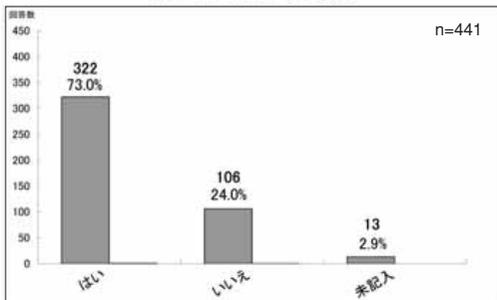
【図-15 ICCの一員である】



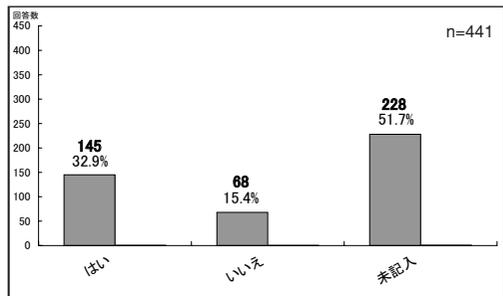
【図-19(はいと答えた251名のうち)ラウンドの頻度】



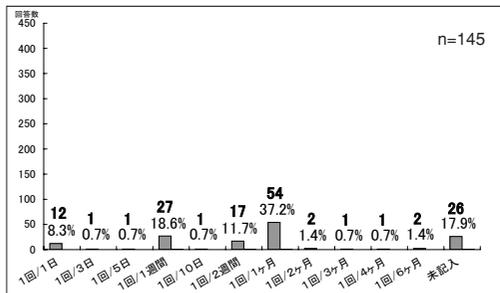
【図-16 ICTの一員である】



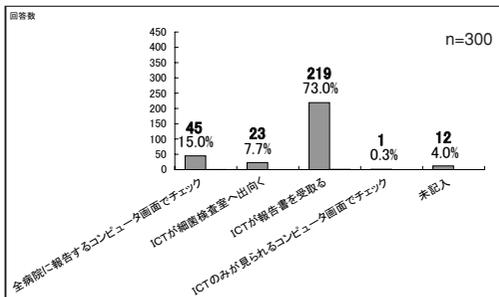
【図-20 ICSとしての参加】



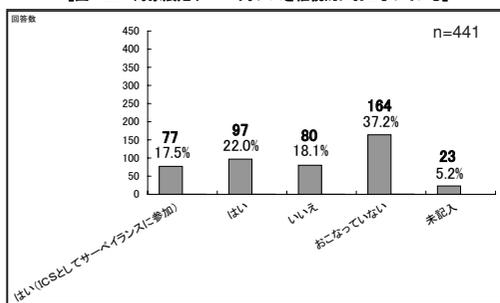
【図-21 (はいと答えた145名のうち)その頻度】



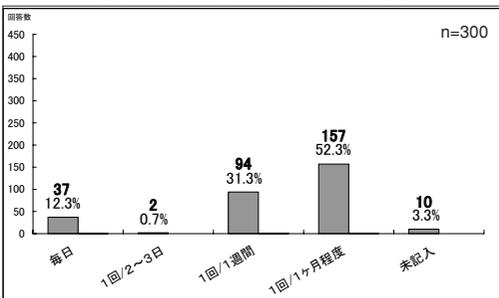
【図-25 (はいと答えた300名のうち)チェック方法】



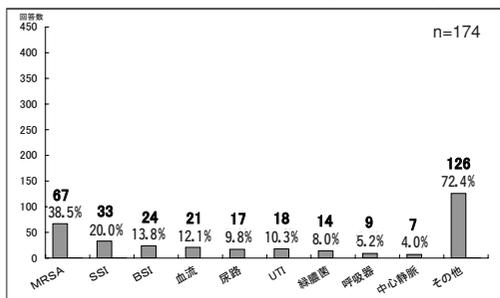
【図-22 対象限定サーベイランスを継続的に起こっている】



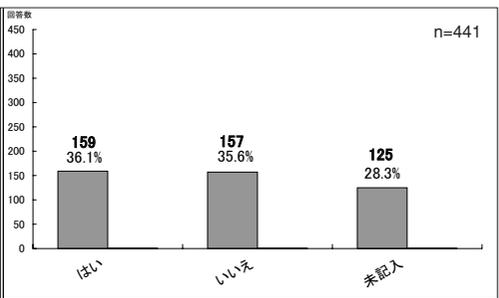
【図-26 (はいと答えた300名のうち)その頻度】



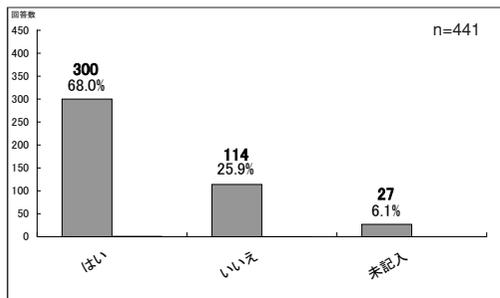
【図-23 対象限定サーベイランスの種類(複数回答:336)】



【図-27 ICSとして臨床細菌分離状況の定期的チェックに参加】



【図-24 ICTが臨床細菌分離状況を定期的にチェックしている】



シンポジウム

# インターネット時代の病院

## ～ITを活用した新たな挑戦～

米沢市立病院 脳神経外科長／地域連携室長

成田 徳雄

医療法人財団織本病院 副理事長

高木 由利

横須賀共済病院 放射線科 部長

藤田 安彦

岡山済生会総合病院 企画部長

田淵 正登

座長：上都賀総合病院 名誉院長

大井 利夫

座長：茨城県立医療大学保健医療学部 教授

中村 洋一

座長(大井) これより、シンポジウム4「インターネット時代の病院」を始めさせていただきます。本シンポジウムは、日本病院会のインターネット委員会で企画したもので、これから取り組むべき病院の大きな役割であるITを活用したさまざまな活動に光を当てていこうという趣旨で、学会長の土屋先生にお願いし、ここに上げていただくことになったものであります。

ITの活用については、皆さますでにご存じのとおり、厚生労働省も強力に推し進めておりますし、2004年4月23日にIT活用についての審議会の中間報告が出まして、さらに促進することが約束されております。新しい時代に向かってITを活用し、どのように医療を構築していくかということは、我々病院関係者にとっては非常に大きなテーマでございます。

座長を務めさせていただきます私は、昨年まで日本病院会のインターネット委員会の委員長を務めさせていただいておりました大井と申します。日本病院会副会長で、栃木県の上都賀総合病院名誉院長でございます。もうお1人座長を務めてい

たいただきますのは中村先生です。

座長(中村) 茨城県立医療大学の中村と申します。3年前からインターネット委員を務めておりました、今年度からまた3年、委員を務めさせていただきます。本日は大井先生と一緒に座長をさせていただきます。よろしく願いいたします。

座長(大井) それでは早速、進めさせていただきます。まず、インターネット委員会でいろいろな資料を参考にしたり、または現場を訪問して選ばせていただいた4病院の各演者の先生方にご講演いただきます。その後、残りの時間でディスカッションを行いたいと思います。

今日は新しい事柄、参考になる事柄が多く出てまいりますので、どうぞご熱心にご清聴いただき、ディスカッションにご参加くださいますようお願いいたします。

では第1席として、「地域CATVイントラネットを活用した医療福祉連携」ということで、米沢市立病院の成田先生、よろしく願いいたします。演者のご略歴はおのおの抄録の末尾にございますので、時間の都合上省略させていただきます。

## ①地域CATVイントラネットを活用した 医療福祉連携

成田 徳雄

ご紹介ありがとうございます。お話しさせていただくのは「地域CATVイントラネットを活用した医療福祉連携」というテーマです。山形県の米沢市は県南の玄関口にあります。人口は9万人くらいの中核都市ですけれども、平成元年よりケーブルテレビによる地域情報化に取り組んでおります。現在では世帯普及率が74%に達している地

域でございます。これらを活用した病院や医療福祉連携の活動についてご報告させていただきます。

### 米沢市におけるIT化推進のバックグラウンド

米沢市におけるIT化推進のバックグラウンドは、普及率の高いケーブルテレビを利用した6MBのインターネットを住民の方々が享受しているという状況です。これを活用しまして、医師会、市内の4病院、57の診療所が医師会イントラネットを形成して、情報の共有あるいは交換を行っております。さらに米沢市というのは小さい地域ですが、国立大学法人の山形大学工学部が近くにあり、ほかに医療・福祉サービス産業の存在がいくつかあります（スライド1）。

もう1つには産学連携ですが、地域コーディネーション機能の存在として、米沢ビジネスネットワークオフィス（米沢BNO）というものがございまして（スライド2）。米沢BNOの医療福祉ネットワークサービスは、生活者視点に立脚した地域連携型医療福祉サービスを産学連携で行うネットワークです。医師会、市立病院、山形県、米沢市、山形大学が含まれて約100名ほどが集まり、おのおのプロジェクトに分かれて横断的に、重層的に議論を進めています。

プロジェクトAというのは病院・診療所の情報発信で、予約システムの導入検討、プロジェクトBは病診連携・ホームヘルパーと医療の連携体制の構築、将来的にはICカードの利・活用を検討しています。プロジェクトCは在宅高齢者への遠隔医療、入院・施設入居者の家族との通信システムの導入を検討しており、さらにこれらを統合したところでプロジェクトDというのが、医療・介護・福祉のワンストップ・サービス・センターをつくれないうか、ということを議論しています。今まで

### 米沢市におけるIT化推進のバックグラウンド

- ・ 地域イントラネット（ブロードバンド）整備
  - ケーブルテレビ世帯普及率74%
  - 米沢市医師会イントラネット
    - 構成：市内全4病院、全57診療所及び医師会
- ・ 国立大学法人山形大学工学部
- ・ 地域医療・福祉サービス企業の存在

◆産学共同のための  
地域コーディネーション機能の存在：  
米沢BNO  
(<http://www.yonezawa-bno.com/>)

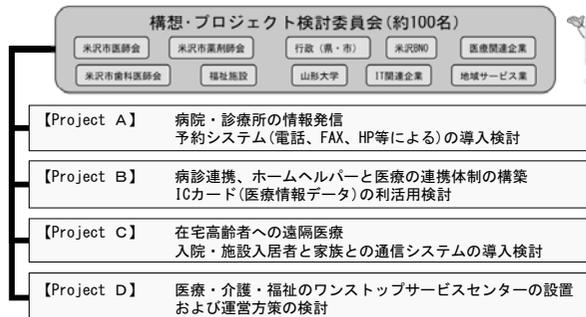


スライド1



### 医療福祉ネットワークサービス（米沢BNO）

生活者（患者）視点に立脚した地域連携型医療・福祉サービス



スライド2

行ってきたプロジェクトのなかで、実際に運用されて実績を上げているもの（スライド3）をこれからご紹介します。

### 米沢市医師会診療予約システム

最初に米沢市医師会の診療予約システムです（スライド4）。先ほどお示した、ケーブルテレ

ビのネットワークができていて、米沢市にある米沢市立病院、舟山病院、三友堂病院、国療米沢病院の4病院の地域医療連携室と各診療所がCATVネットワークでつながっています。VPNサーバーを立ち上げてセキュリティに配慮しています。このサーバーは、OSはLinuxを使っており、ソフトウェアは簡易予約システムのフリーソフトをカスタマイズして使用しています。基本的に無料のものでシステムを構築しています。

こちらで診察室の空き情報を検索しまして、診療予約を行います。このメリットは24時間365日いつでもオンライン予約が可能なこと。特に病院が休診となる土曜日、あるいは午後5時以降に予約ができるという点で、実際に診療所の先生方から評価を受けています。ごく普通のWebブラウザのソフトで利用できますので、きわめて簡単に、使いやすくなっています。

### 現在進行中プロジェクト

1. 米沢市医師会診療予約システム
2. インフルエンザ発症登録システム
  - 各医療機関及び学校・教育委員会との連携による情報共有システム
3. VoIPを用いたケア・コミュニケーション・システム
  - 病院にいても我が家
  - 我が家にいても病院
4. ホームページによる医療・介護・福祉の情報発信
  - 市内全医療施設の案内
  - 市内療養型病床及び介護事業所の空床報告
5. 在宅介護患者の情報共有システム導入
6. 米沢市立病院での院内情報管理システムとしてのグループウェアの導入

スライド3

## 米沢市医師会診療予約システム—1

- ◆ 各診療所より、CATV回線上のVPNを使用し、各病院の地域医療連携室に設置された予約サーバー(OS: Linux, Software: Skyboard)にアクセス。
- ◆ 診察室の空き情報を検索し、診察予約を行う。
- ◆ 24時間オンライン予約可能。



スライド4

(スライド5) これを使った当院の診療実績ですが、当院だけでなく4病院含めて、利用状況が右肩上がりが増えております。病院紹介率も向上していることがお分かりになると思います。診療科別の状況では、放射線科、いわゆるCT、RI、MRIの予約が48%に及びます。こういったことで、米沢市立病院ではMRIの地域共有率が11.5%に達しており、米沢市の地域医療への貢献度への評価にもかかわっているということになります。さらには患者さんの満足度調査を行った結果、実際に「予約・待ち時間が短縮できた」あるいは「対応に満足している」といった評価がされています。

米沢市立病院の紹介率の推移ですが、平成15年9月以降は30%を超え、現在では35%前後で推移しています。地域支援型病院の指標でいうところの紹介率は、現在60から80の水準を維持しているということになります。このように一定の実績を上げていることがお分かりになるかと思えます。

### インフルエンザ患者登録システム

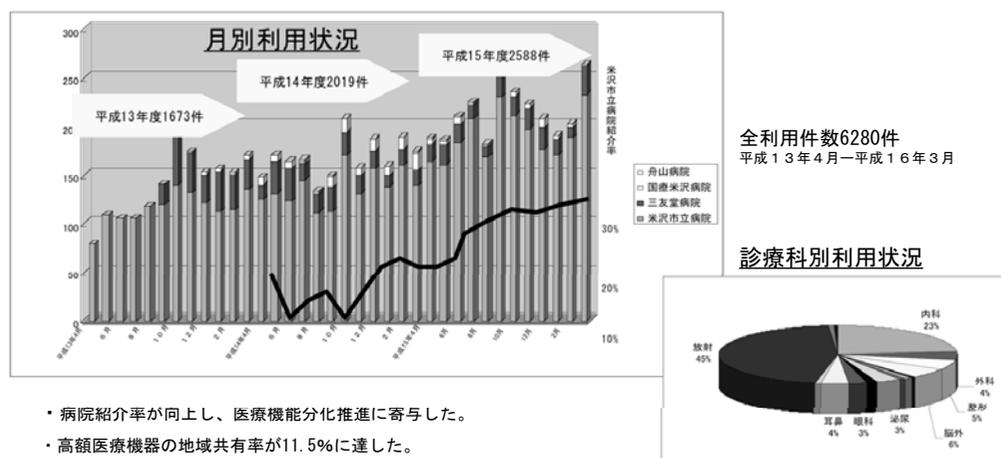
次に、インフルエンザの患者登録システムにつ

いてお話しします(スライド6)。こちらも同様に、病院と各診療所がネットワークにつながっており、医師会にサーバーを置いて患者データを登録するシステムです。やはり基本的にフリーソフトを利用しています。セキュリティ対策はSSLで暗号化してあるといった形式ですが、この特徴は学校、教育委員会のサーバーと連携を取っていることです。なぜならばインフルエンザは学童を対象としている疾患のため、このようなかたちをとっております。

患者登録画面と患者検索画面はご覧のとおりになっています。患者登録項目は、米沢市医師会の小児科医会で決めていただきました(スライド7)。あまり登録項目が多いと入力が大変ですから、なるべくシンプルになるようにオーダーをいたしました。

実際に登録されたシステムを、小児科医会だけでなく救急医あるいは一般内科医が、地域でどういったインフルエンザが流行しているかリアルタイムで状況を閲覧できるソフトも提供しております。学校別、施設別、タイプ別発生件数をリアルタイムに確認することができます(スライド

## 米沢市医師会診療予約システム—2



- ・病院紹介率が向上し、医療機能分化推進に寄与した。
- ・高額医療機器の地域共有率が11.5%に達した。
- ・診療待ち時間の短縮、患者満足度の上昇を認めた。

(患者満足度調査：待ち時間が短縮できた73.7%。対応に満足している65.3%)

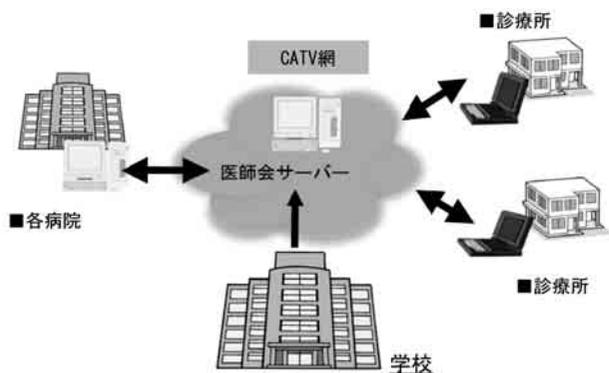
スライド5

# インフルエンザ 患者登録システム—1

## ■システム構成

各診療所より、医師会サーバーにアクセスし、症例登録及び情報検索を行う。

- ◆サーバーOS:FreeBSD
- ◆データベース:PostgreSQL
- ◆Webサーバ:Apache
- ◆セキュリティ対策:SSLで暗号化



## ・患者登録画面



## ・患者検索画面

患者検索結果  
[インフルエンザ]

患者ID	性別	生年月日	住所	学校	初発登録日	初発登録者
000001	男	平成15年05月20日	上野市	上野小学校	2003-02-10	米沢市立病院
000002	男	平成15年06月15日	上野市	上野小学校	2003-02-12	米沢市立病院
000003	男	平成15年07月20日	上野市	上野小学校	2003-01-18	米沢市立病院
000004	男	平成15年08月05日	上野市	上野小学校	2003-01-19	米沢市立病院
000005	男	平成15年09月10日	上野市	上野小学校	2003-01-20	米沢市立病院
000006	男	平成15年10月15日	上野市	上野小学校	2003-01-22	米沢市立病院
000007	男	平成15年11月20日	上野市	上野小学校	2003-01-23	米沢市立病院
000008	男	平成15年12月25日	上野市	上野小学校	2003-01-24	米沢市立病院
000009	男	平成16年01月30日	上野市	上野小学校	2003-01-25	米沢市立病院
000010	男	平成16年02月05日	上野市	上野小学校	2003-01-26	米沢市立病院
000011	男	平成16年03月10日	上野市	上野小学校	2003-01-27	米沢市立病院
000012	男	平成16年04月15日	上野市	上野小学校	2003-01-28	米沢市立病院
000013	男	平成16年05月20日	上野市	上野小学校	2003-01-29	米沢市立病院
000014	男	平成16年06月25日	上野市	上野小学校	2003-01-30	米沢市立病院
000015	男	平成16年07月30日	上野市	上野小学校	2003-01-31	米沢市立病院
000016	男	平成16年08月05日	上野市	上野小学校	2003-02-01	米沢市立病院
000017	男	平成16年09月10日	上野市	上野小学校	2003-02-02	米沢市立病院
000018	男	平成16年10月15日	上野市	上野小学校	2003-02-03	米沢市立病院
000019	男	平成16年11月20日	上野市	上野小学校	2003-02-04	米沢市立病院
000020	男	平成16年12月25日	上野市	上野小学校	2003-02-05	米沢市立病院
000021	男	平成17年01月30日	上野市	上野小学校	2003-02-06	米沢市立病院

スライド 6

8)。先ほどお話しした、学校とつながっていることのメリットは、インフルエンザによる欠席児童の状況を学校の養護教員が登録してくれるため、発生件数の精度が高いということです。

スライド9は平成15年（2003年）のインフルエンザ患者登録のデータで、1,697名を登録していただきました。病院が2病院、小児科の診療所が4病院の6病院でこれくらいのデータを入力したことになります。

（スライド10）0歳から16歳までの年齢で、診断の約70%が迅速診断キットを使ったものです。

（スライド11）次に、小学校別の流行情報ですが、米沢市にある全小学校を時期別に出しております。米沢市の東部地域から流行が始まって全市に及び、そして終息していったという経過を見ることができます。

（スライド12）さらにインフルエンザの症状の登録状況ですが、発熱・咳嗽だけの症状が意外に多く、関節痛・筋肉痛はさほど多くなかったというこ

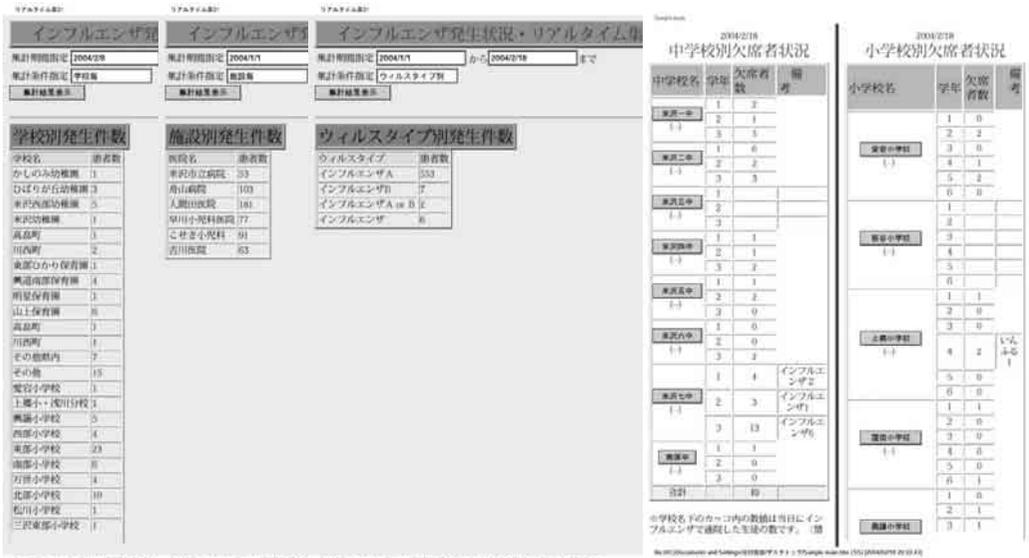
## インフルエンザ患者登録項目

患者情報 (1)	生年月日 性別	患者情報 (2)	住所 (地区名まで) 予防接種歴 通学・通園施設名
診断根拠	<input type="checkbox"/> 臨床診断 <input type="checkbox"/> 迅速診断キット		
診断名	<input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> インフルエンザAorB <input type="checkbox"/> インフルエンザ		
症状項目	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> その他		
治療内容	<input type="checkbox"/> 対症療法 <input type="checkbox"/> アマンタジン <input type="checkbox"/> タミフル <input type="checkbox"/> リレンザ <input type="checkbox"/> 解熱剤		
転帰	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明		

スライド 7

# インフルエンザ患者登録システム—状況閲覧システム

平成16年より移動開始



スライド 8

## インフルエンザ患者登録—結果

登録期間 2003年1月1日から3月31日

登録患者数 1697名

保育園児 196名 幼稚園児 290名  
小学生 512名 中学生 172名  
その他 527名

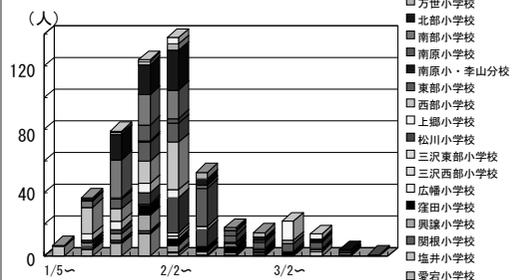
性別 男919名、女778名

年齢 1カ月から16歳（中央値4歳）

診断根拠 臨床診断 548名  
迅速診断キット 1149名

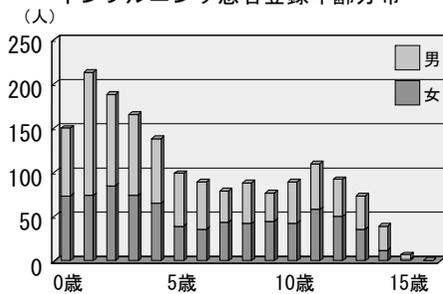
スライド 9

## 小学校での流行



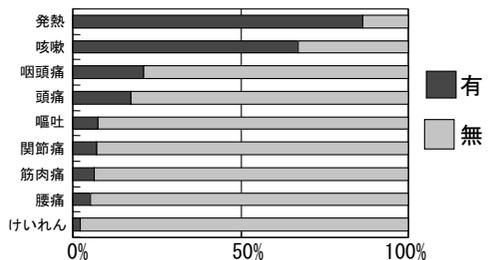
スライド11

## インフルエンザ患者登録年齢分布



スライド10

## インフルエンザの症状



スライド12

とが分かります。

(スライド13) インフルエンザはB型はほとんど流行せず、A型に関しては1月の第4週をピークに流行が見られたということです。

スライド14は厚労省に登録してある定点観測のデータを出してみました。米沢市のある置賜地域は、定点観測ではこの程度のデータの集積しかありません。リアルタイムに状況を確認できるという点で、我々の患者登録システムは効果があったと判断しております。

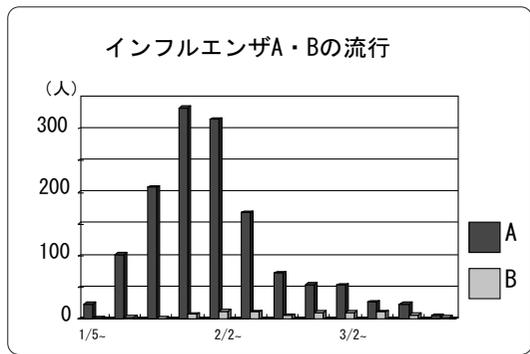
(スライド15) それぞれの薬効、入院患者のデータも確認できました。

**VoIPネットワークを用いた患者ケア・コミュニケーション・サービス**

続いて、ブロードバンドを使用していることのメリットということで、患者さんのケアコミュニケーション・サービスというかたちで、VoIPネットワークを使ってできないか、ということを検証してみました。

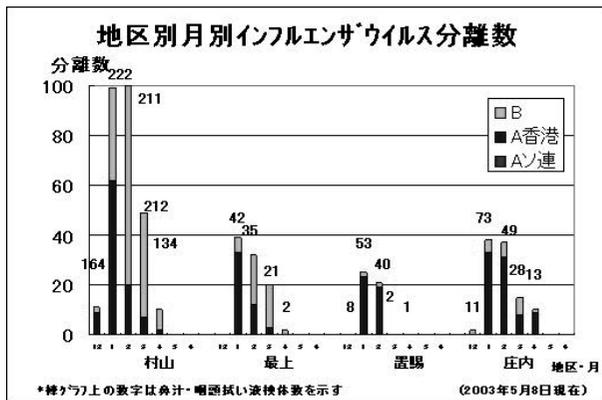
「病院にいても我が家」というシステムですが(スライド16)、病院内に無線LANホットスポットを置いて、病室と家族の自宅をLANでつなぎます。病室は狭いので、タッチパネル方式のパソコンでやり取りをします。患者さんと家族と医療スタッフで同時会話、チャットができますが、これが果たしてサービスとして成立するかという検討をしました。

(スライド17) 実際に使っていて、「コミュニケーションの機会が増えた」あるいは「画像によって家族が安心した」という回答がありましたが、技術的な問題でカメラによる監視状態の関係、あるいは目線の問題などが問われました。あと、医療技術者側からは、CT画像やカルテ情報も盛り込むことができないか、というオー



スライド13

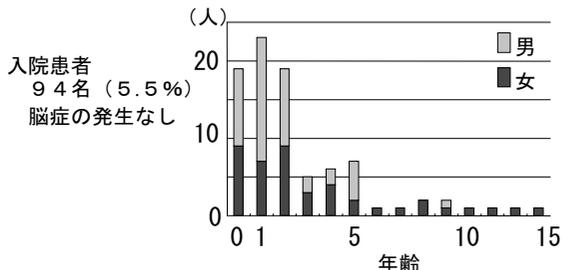
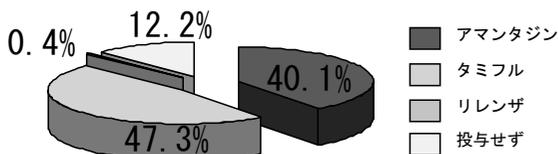
**2003/04シーズンの地区別・月別インフルエンザウイルス分離状況**



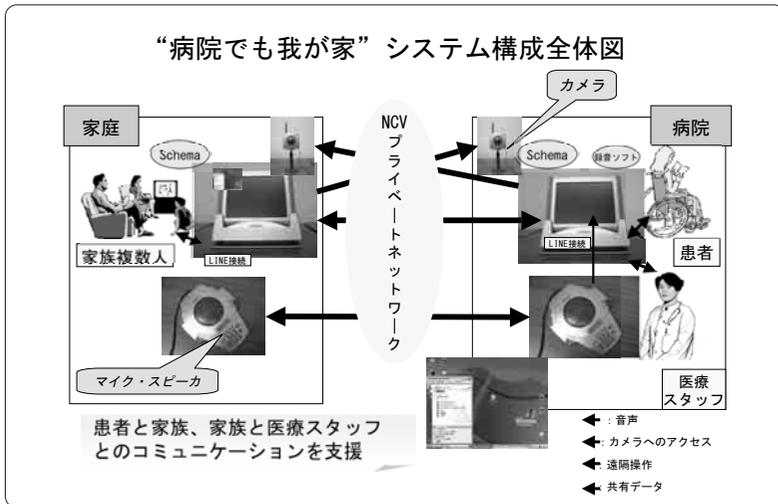
山形県衛生研究所2003.5.8

スライド14

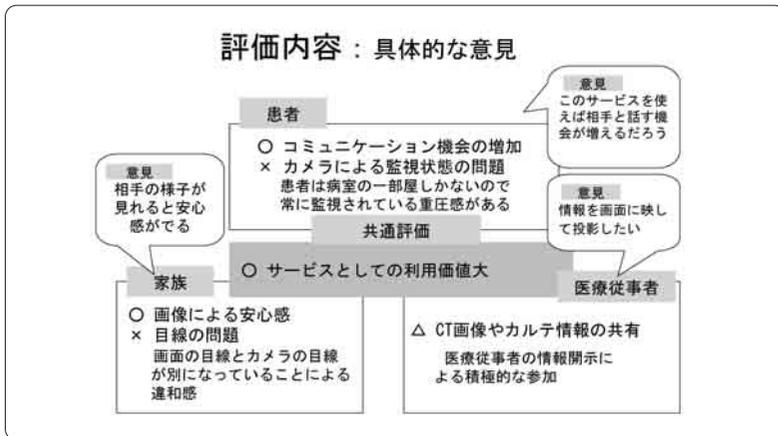
**治療および転帰**



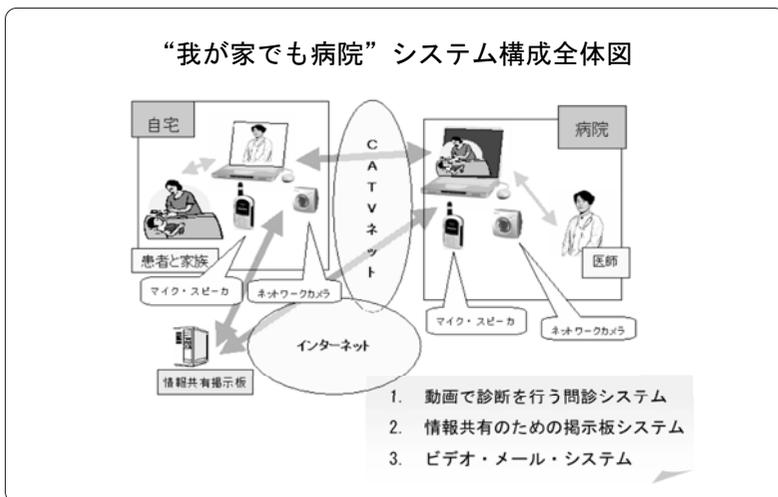
スライド15



スライド16



スライド17



スライド18

ダーがありました。まだまだ技術的なハードルはありますが、サービスとしての利用価値は大ではなからうかと思います。

次は、逆に「我が家でも病院」ということで自宅の在宅介護患者さんと病院をつないでみるというかたちでやっています（スライド18）。これもVoIPのネットワークを使うのですが、山形大学のサーバーを使用していますので、情報共有の掲示板などは山形大学サーバーにあります。実際に動画で診断を行う問診システム、情報共有のための掲示板システム、ビデオメールシステムなどを使って検証しております。スライド19はくも膜下出血の患者さんですが、介護しているのは旦那さんと息子さんです。IVHリザーバーによる在宅中心静脈栄養をしているものですから、ここのポートのところが挿しづらくなった、逆流が悪くなったということでビデオメールが届きました。その画像を貼りつけたのですが、「逆流も十分にあるので大丈夫ですよ」というコメントも容易にできるということです。各家庭の74%にケーブルテレビがあるために、こういったことができるということになっています。ただ、双方が同時に動

画を送るということについては、こちらの体制と向こうの時間を合わせなければならないという問題があるので、こうしたビデオメール形式が有効かと思えます。スライド19の右は掲示板ですが、

家族の方が書き込んだその日の体温や血圧に対して、医師がコメントを書けるようになっています。次は、ホームページによる医療・介護・福祉の情報連携です。今ではどの地域でも医師会と病院

どちらにもホームページがあると思いますが、米沢では山形大学の学生が、市内の開業医師のホームページを作成しております（スライド20）。

先ほど出ました米沢BNOは、この地域にある介護事業所や慢性期療養型病床の空床状況を、このページのなかで紹介しております。1週間ほどのタイムラグはありますが、空床状況をこのページ上で表しているということです。このような

### 症例68歳女性 くも膜下出血後遺症

介護者：夫（身障3級）、息子（介護休暇中）



自宅にいても病院システム

情報共有のための掲示板システム

IVHリザーバーによる在宅中心静脈栄養施行

スライド19

### ホームページによる医療・介護・福祉の情報発信



<http://www.omn.ne.jp/~isikai/>

地元大学生が担当し、全診療所のHP作成



<http://www.omn.ne.jp/~siritu/>



<http://www.net.sfsi.co.jp/ws-yonezawa/>

スライド20

かたちをさらにプラットフォームにして、ワンストップサービスという方向に発展できないかと検討しています。

さらに、健康ノートのICカード化を目指し、500人の患者さんで調査をしており、データを収集しています（スライド21）。

本年度に入ってから病院内の情報管理システムにグループウェア導入を検討しております。スライド22がトップ画面ですが、病院に特化したグループウェアで、北九州の安川情報システム製です。こちらが掲示板画面で、各病棟の空床状況がこのように出てきます。さらにクリックをすると、患者さんの情報を盛り込む

ようにできます。まだセキュリティが確立されていないために活用はされていませんが、将来的には簡易な電子カルテシステムに展開させることも可能なソフトです。

## 在宅介護患者の情報共有システム

- 【テーマ】
- ・病診連携、ホームヘルパーと医療の連携体制の構築
  - ・ICカード（医療情報データ）の活用検討

### 活動項目

- ・健康ノートを使った医師・ケアマネジャー・看護師・患者・家族間の情報共有
- 健康ノートをスキャニングして情報を共有



- 健康ノートの作成および運用
  - ・患者・家族・ヘルパー・医師による情報ファイリングノートの作成
  - 各種テンプレートを作成
  - 在宅介護者500名を対象として運用
  - アンケート・分析
- 病院地域情報連携室のあり方検討
  - ・病診連携推進のため、介護福祉との連携構築
- 地域電子カルテ導入のための情報交換
  - ・地域、福祉の連携を考慮したデータ共有



スライド21

## 病院内情報管理システムとしてのグループウェア導入

安川情報システム株式会社  
<http://www.ysknet.co.jp/index.html>

- 病院内、全病棟・外来・各部門にCATV-LANを配線
- 総務課にサーバー設置

スライド22

院内のグループウェア導入の意義は、効率的な病床管理、院内情報の管理及び伝達業務の効率化、職員のリテラシーの向上、職員の知識の創造的共有が大きな目的になります。

(スライド23)最後に経済論的な話をさせていただきますと、社会基盤整備が地域社会の豊かさを生み出してきたか、ということになるとそうではありません。社会関係資本というものが基本的に重要なことなのですが、逆に社会基盤を整備しても社会関係資本をなくしている状況があります。個人、家庭、地域が崩壊していつている。そうした基本的な、認知的社会関係資本と呼ぶそうですが、信頼と協力の絆をつくっていくシステムや資本を大切にしなければならない。豊かさというのはどちらかというと社会関係資本だ、と考えた場合、医療におけるIT導入も社会関係資本の豊かさの向上のためにならなければならない、と思います。現在、電子カルテを含めて医療情報のIT化といわれていますが、ハードウェアの整備だけにとらわれて、個々の関係をなくしてしまうことのないように注意しなければなりません。

#### まとめ

(スライド24)まとめになりますが、CATVイントラネットを活用した、地域連携による住民・患者さん本位のサービスを目指して検討中です。山形大学を含め、産学連携・異業種協働で、比較

#### 医療・福祉における社会関係資本の視座

- ・ 社会設備資本
  - 社会基盤=ハードウェア
- ・ 社会関係資本
  - 制度的社会関係資本：制度とシステム
  - 認知的社会関係資本：信頼と協力の絆

医療におけるIT導入・活用

社会関係資本の豊かさの向上のため

スライド23

的安価で効率的なシステムを構築することができます。それぞれのプロジェクトを立ち上げ、相乗的効果をねらってやっています。この活動を推進するときに情報をいちばん持っているのはやはり病院ですので、病院が積極的にかかわっていかなければならない、と考えております。

**座長(大井)** ありがとうございます。続いて第2席は、東京にあります織本病院の副理事長の高木由利先生です。ご略歴はレジюмеをご覧ください。織本病院は、理事長でいらっしゃる織本正慶先生が清瀬市に創設され、現在158床の病院です。織本先生は長い間、日本病院会の理事をお務めになっておりまして、大変ご活躍の先生でございます。では高木先生、よろしく申し上げます。

#### 結 語

- ・ CATVイントラネットを活用し、地域連携による住民・患者さん本位のサービスを目指して検討を行っている。
- ・ 地域において、産学連携・異業種協働により、安価でより効率的なシステム構築が可能であり、今後も更なる検討を重ねていきたい。
- ・ 現在進行している4つのProjectはそれぞれ相互に関連性を持ち、相乗的な効果によって、統合的に地域の医療福祉サービスの向上を目指していくものである。
- ・ この活動を推進していくためには地域中核病院が中心的役割を担うべきであり、積極的な病院側の関わりが必要と考えている。

スライド24

## ②全身管理表を活用した診療

高木 由利

織本病院の高木でございます。本日はこのようなテーマをいただきましたので、病院の概要説明とテーマ発表をさせていただきますと思います。

### 織本病院の概要

まず、ホームページをめくりながら病院の説明をさせていただきます。織本病院は、先ほど大井先生もおっしゃいましたが、ベッド数を減らしまして、現在158床まで落としました。救急指定病院で、東京都北西部の清瀬市にございます。

(スライド1) 本館は地上4階地下1階、新館は地上4階となっております。

しばらく、専門外来のお話をさせていただきます。スライド2は腎不全外来とって、私が行っている外来です。現在は120名ほどの保存期腎不全、つまり、まだ透析に入っていない方たちの外

来です。そして透析を少しでも先に延ばそうという目的で非常に厳しい外来指導をしております。

スライド3は乳腺外来です。院長が担当しております。早期発見が多く脚光を浴びている外来です。スライド4は副院長が担当している腫瘍外来です。早期がんから末期、緩和ケアまでを受け持っております。次にカウンセリング外来(スライド5)。ここは1人に30分をかけて、心の診療をやっております。この担当医は私の夫です。

さて、建物の中をのぞいていただきたいのです



スライド1



スライド2



スライド4



スライド3



スライド5

が、胸部疾患病棟（スライド6）、これは現在26床あります。新館の2階にあって新しく改装した場所です。結核の患者さんが多く入っています。この最大の特徴は透析です。3台の透析機械があって、結核合併透析者の専門の透析室になっております。結核病棟に透析室があるのは、日本ではおそらく織本病院だけだと思います。

スライド7は本館の2階と3階にある遷延性意識障害の専用病棟、ナーシングケアセンターといっています。いわゆる植物症で、ここに入る条件は「絶対に治らない」人が対象です。治る可能性のある人は入ることができません。

スライド8は新館の4階にある人工血液透析センターです。現在29床120名がおります。透析の機械は、いわゆる血液透析機が28台、血液透析濾過機が1台で、重症透析がかなり行われています。

スライド9が、新館の3階にある特別個室病棟、ローズルームです。ここは完全ホテル化された病棟で、ここをつくったときに「病院であることを忘れる空間」ということをテーマにしました。11床あります。

スライド10は4階にあるオリモトホールです。このホールは本当の劇場で、病院会の方々はご存じでしょうが、名誉院長の大好きな演劇がここで毎年行われています。このホールを利用して、演劇以外にさまざまなイベントがあります。スライド11は、私が毎月1回行っている腎疾患ゼミナールと、奇数月に行っている健康教室です。今月は骨粗鬆症講座をやるようです。あと、12月第3土曜日にクリスマスコンサートを行っております（スライド12）。織本病院の混声合唱団、小さな男性の合唱団、女性の合唱団、この3つの合唱団に

### 胸部疾患病棟



スライド6



### 人工透析センター



スライド8



### 遷延性意識障害者病棟 ～ナーシングケアセンター～



スライド7



### 特別個室病棟 ～ローズルーム～



スライド9

よる合同のコンサートで、昨年120名ほどのお客さまがいらっしゃいました。スライド12の左にいる指揮者は私の姉です。

スライド12の右は、5月24日にアンドリュー・コウジ・テイラーさんという、アメリカで活躍されているバイオリニストのコンサートです。私の患者さんの甥御さんが、「叔母がお世話になったお礼に」ということでボランティアコンサートのために、何とボストンから来てくださいました。オリモトホールはこのようなホールなのです。

スライド13はパンフレットです。私の考えのなかにいつもある病院のテーマは「緑、水、そして風」です。こういうものが癒しになるのではないかと意識して作りました。普通の病院のパンフレットとは少し違うと思っています。

**なぜ、全身管理表を作成したか**

さて、本論に入りたいと思います。「全身管理表を活用した診療」についてお話しいたします。全身管理とは、患者1人ひとりを総括的に診療するためにつくられたプログラムの総称です。なぜ全身管理表を作成したのかといいますと、日常診療を行っているなかで、医師ががんを見逃したり、検査を怠ることで病気の発見が遅れることがないように、と考えられたシステムです。医師やナースの見逃しを防ぐために、コンピュータ画面に全身チェックのメニューをつくりました。

これから、全身管理表を一緒にめくって見たいと思います。

スライド14は、基本画面です。画面の左側は部別に分かれています。最初はこの画面しかあり

**オリモトホール**



スライド10

**イベント**



スライド12

**イベント**



スライド11

**パンフレット**



スライド13

MDC517B 16. 6. 9

患者No. 2843801 ■■ 全身管理表 ■■

様 63 歳 前回来院日 16. 5. 27

頭 部	CT (脳梗塞・脳出血等)			
	MRI (脳梗塞・脳出血等)	16. 5. 13		入院
心 臓	心電図	16. 5. 15		入院
	ホルター型心電図検査	16. 5. 15		入院
	UCG (心機能)	16. 4. 16		外来
	運動負荷試験 (トレッドミル)	15. 8. 13		入院
胸部及び腹部	胸部X-P (結核・肺癌等)	16. 5. 17		入院
	CT (結核・肺癌・肝癌・大動脈瘤・腎等)	16. 5. 18	【腹部】	入院
	重複撮影 (横隔膜運動)	15. 8. 23	【胸部】	入院
	【胸部】超音波断層			
	フロークローボリューム (1回呼吸)	15. 8. 23		入院
	総合肺機能 (結核・喘息等)			
	超音波検査 (肝癌・大動脈瘤・腎等)	16. 5. 18	【腹部】	入院
	GF-胃・十二指腸 (胃癌・その他)	15. 8. 2		入院
	GF-大腸 (大腸癌・その他)	15. 8. 4		入院
そ の 他	末梢血液一般検査	16. 5. 24		入院
	F-ヘモグロビン	16. 5. 19		入院
	尿一般検査	16. 5. 17		入院
	血糖検査	16. 5. 25		入院

骨粗鬆症 患者基本情報

前立腺 病名参照

心臓 年間検査履歴

糖尿病 月別検査履歴

高血圧・脳疾患 月別検査履歴

肝疾患 病室状況参照

meta 病室状況参照

胸部疾患 動画再生

めまい 動画再生

外来問診票

検査グラフ表示

画像参照

検査数値 (透折) 検査数値 (一般) 血液ガス分析 処理終了

スライド14

MDC518A 16. 6. 9

患者No. 2843801 ■■ 疾病別詳細チェック ■■

様 63 歳 前回来院日 16. 5. 27

骨粗鬆症

骨塩定量検査				
手X-P				
BAP	16. 1. 5			外来
(血清) NTx精密測定	16. 1. 5			外来
尿中デオキシピリジノリン精密測定				
股関節 X-P	15. 8. 1	【両側】		入院
腰椎 X-P	15. 8. 1			入院
MRI (四肢)				
MRI (頭部)				
MRI (腎臓)				

検査数値 (透折) 検査数値 (一般) 処理終了

スライド15



す。さて、腎不全と糖尿病があるわけですから次に「心臓」をクリックします。冠状動脈CT, BNPなどが入っています(スライド16)。次に「糖尿病」をクリックしてみます(スライド17)。糖尿病性腎症の方はここまでやらなければ意味がないのです。次に「肝疾患」をクリックして、肝臓はどうかを見ます(スライド18)。C型肝炎などはありませんので、これで十分だと思います。

さて、「患者基本情報」というポケットがあります。保存期の腎不全の方はいずれ透析に入るだろうし、またいずれ亡くなる。つまり私は、生涯この方を診ることになります。そしてナースや技士や看護助手などいろいろな人がこの方にかかわり、看取るところまでいくのです。この方がどういう人生を歩んで、どんなことを考えてどういう仕事をしたのか、あるいは奥さんがいるのか、子ども

検査項目	実施日	入院
肝疾患		
P-T	15. 8. 14	入院
APTT	15. 8. 14	入院
HPT		
NH3		
HBsAg		
HBsAb		
HBcAb		
HBcAg		
HBsAb		
HCV-Ab (3rd)	15. 7. 31	【入院時、検査】入院
抗核抗体精密測定		
抗ミトコンドリア抗体精密測定		
免疫グロブリン (IgG)		
免疫グロブリン (IgA)		
免疫グロブリン (IgM)		
HCV-RNA		
HCV群別判定		
α-FP		
AFP-L3分画		
GF-腎・十二指腸(腎臓・その他)	15. 8. 2	入院
腹部CT	16. 5. 18	【腰部】入院
腹部エコー	16. 5. 18	【腰部】入院
腹部MRI		

スライド18

患者ID: 460100  
男性 78歳 大正 13年 10月 21日生れ

血液型: Rh +

疾病区分: 透析

身長: 162.0 cm  
適正体重: 57.0 kg  
標準体重: 57.7 kg  
タンパク質: 57.7 g  
エネルギー: 1730 ~ 2020 和加少  
塩分量: 7 g

スライド19

もがいるのか、変な話をすればお妻さんはいるのか、そこに子どもはいるのか、キーパーソンはだれか、そういうことを私たちがすべて知らなければ本当のターミナルケアはできないと考え、この患者基本情報をつくりました(スライド19)。今はまだ血液型くらいしか入っていませんが、これは完成すると数ページのものに広がるはずです。

次に「病名参照」。病名を詳しく知りたいと思

い、「病名参照」をつくりました(スライド20)。この方は7月8日が初診でこれだけの病名があります。1年間に起こったイベントが出ています。これでだれが見ても「この人は基礎疾患が何で、何年にどんな病気をして、どう治療したか」ということが分かります。また、保険会社の書類なども、これを見て書くことができるわけです。

次に「検査グラフ表示」がありますので、ク

病名	開始日	病名	開始日	終了日
慢性腎不全	15. 7. 8	肺動脈硬化症	16. 4. 16	16. 4. 30
慢性心不全	15. 7. 8	急性糸球体腎炎の疑	16. 4. 3	16. 4. 30
骨粗鬆症	15. 8. 2	慢性糸球体腎炎の疑	16. 3. 3	16. 3. 31
高尿酸血症	15. 8. 14	急性糸球体腎炎の疑	16. 1. 5	16. 1. 31
閉塞性動脈硬化症	15. 8. 20	上気道炎	15. 12. 19	15. 12. 31
高カリウム血症	15. 11. 19	急性糸球体腎炎の疑	15. 12. 4	15. 12. 31
甲状腺機能亢進症	16. 2. 2	肺炎腫	15. 8. 23	15. 8. 31
急性糸球体腎炎の疑	16. 5. 8	爪白癬症	15. 8. 22	15. 8. 31
上気道炎	16. 5. 8	心臓薬	15. 8. 21	15. 8. 31
慢性腎炎	16. 5. 8	胆嚢ポリープ	15. 8. 7	15. 8. 31
脳梗塞の疑	16. 5. 13	胆内腫	15. 8. 7	15. 8. 31
気管支炎	16. 5. 13	胆結塞	15. 8. 2	15. 8. 31
冠動脈石灰化	16. 5. 15	慢性心不全急性増悪	15. 8. 2	15. 8. 31
慢性心不全急性増悪	16. 5. 17	慢性腎不全	15. 8. 1	15. 8. 31
肝血管腫	16. 5. 18	出血性胃炎	15. 8. 1	15. 8. 31
悪麻痺	16. 5. 27	腰痛症	15. 8. 1	16. 4. 30
		肺動脈硬化症	15. 7. 24	15. 7. 31
		慢性腎不全	15. 7. 8	16. 4. 30
		嘔吐	15. 7. 8	15. 7. 31

スライド20

検査データグラフ表示

ID: 2843801

貧血  腎不全  P/Ca  
 Ht/Hb/Fa  BUN/K/CRE  PTH-INTEGRAL  
 Ht  CCR/1日塩分/1日蛋白  1-15OHヒタミンド3  
 Fe/フェリチン/トランスフェリン  TP/ALB/HCO3-  B=1.5-ADG

血液  肝機能  
 WBC/Hb/Plt  GOT/GPT/γ-GTP

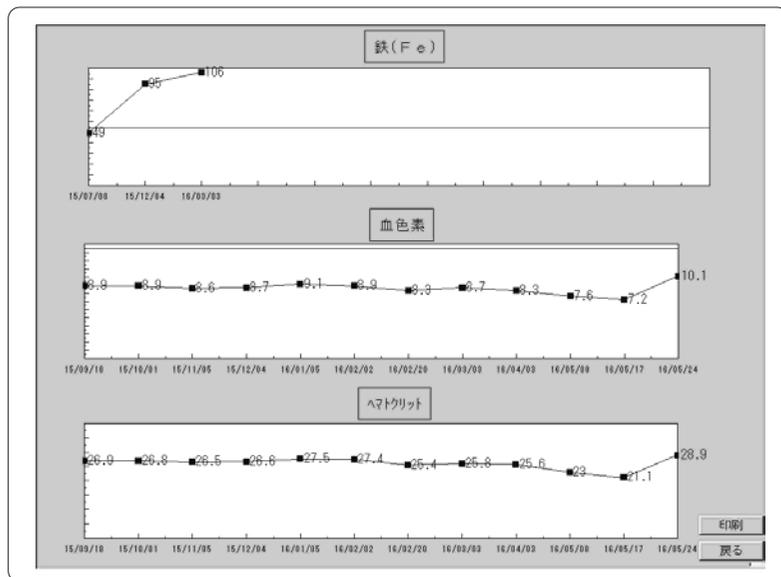
D.M  高脂血症  
 血糖/HbA1c  T/LDL/HDL-Cho  
 血糖/グリコアルブミン  Tg  
 血糖  HbA1c  
 蓄尿アルブミン

CCR/1日塩分/1日蛋白計算 ← CCR計算が可能です

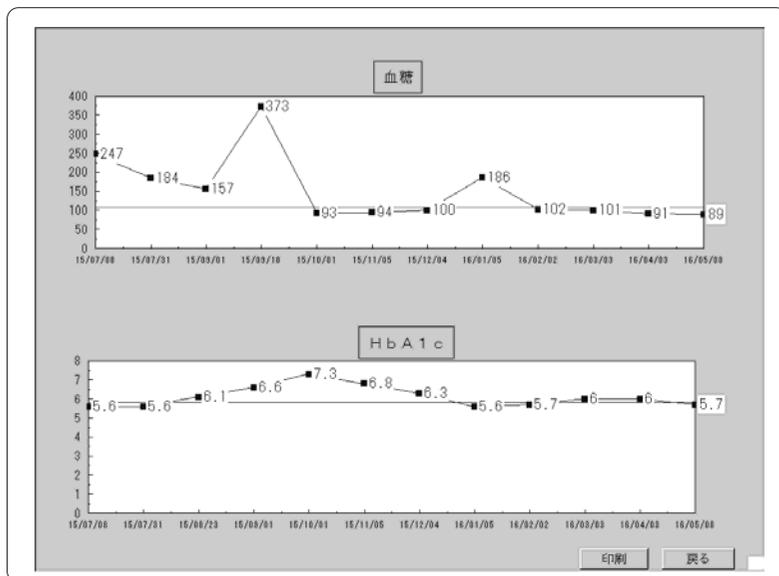
スライド21

リックします (スライド21)。先月のデータを憶えている方は非常に少ないため、推移を説明しやすくするために、グラフ表示をいたしました。「Ht/Hb/Fe」をクリックしますと、スライド22の画面が出ます。この方はずっと腎性貧血があり、輸血をしたときに一時的に貧血は改善する程度です。どうもこの人は基本的に1日のエネルギーが足りないのではないかと推理していきます。糖尿

病性腎症ですから、血糖値とヘモグロビンA1cが知りたいわけです (スライド23)。ここだけを見ると非常に管理が良さそうですが、先ほどの貧血と併せ考えると、やはりエネルギーが足りないのだと考えていくのです。次にCCR, 1日に摂った塩分量, 1日のタンパク量がどうしても必要です (スライド24)。コップルとミッチという2人の式を両方入れてタンパク摂取量の誤差を見ら



スライド22



スライド23

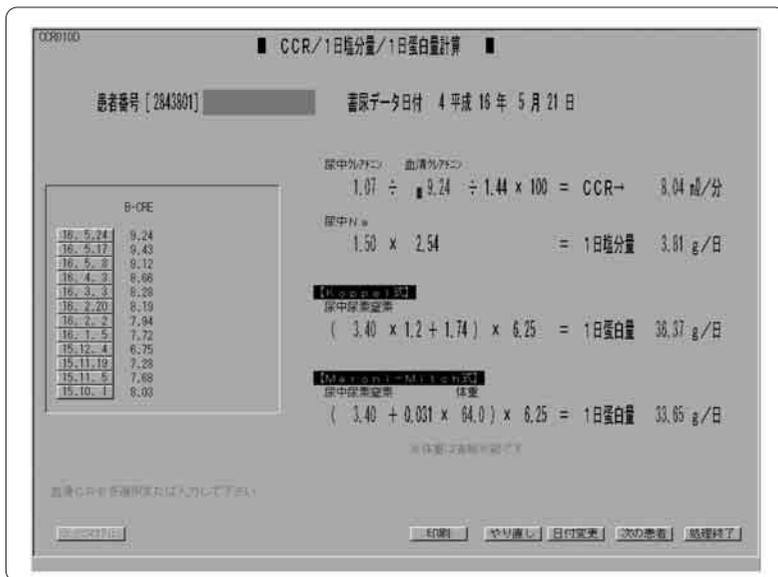
れるようにしました。体重を入力すればすべての情報をグラフ化してくれます(スライド25)。

基本画面に戻って、「画像参照」で画像を見てみましょう。コンピュータがあれば、どこでもこの画像を見ることができます(スライド26)。頭のMRIをクリックしてみますと、スライド27のように出てきて、ダブルクリックでさらにその詳細が見られます(スライド28)。ラクナ梗塞がありま

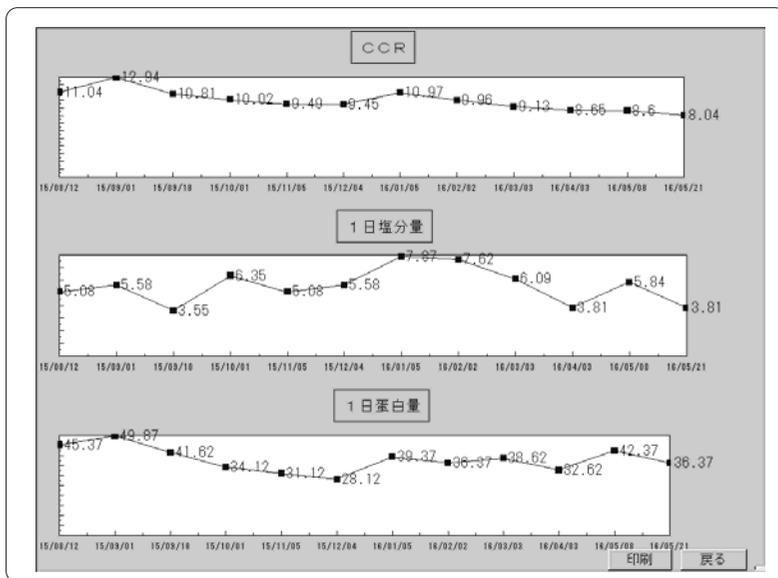
すね。

こちらはUCG, 心臓の超音波エコー画像です(スライド29)。1階で検査をしたUCGがタイムリーに診察室のコンピュータに送られてくるのです。たった今検査を終えて戻ってきた患者さんに「あなたの心臓はこれくらいちゃんと動いている」と動画を見て説明ができます。

基本画面の下にある「検査数値」から検査結果



スライド24



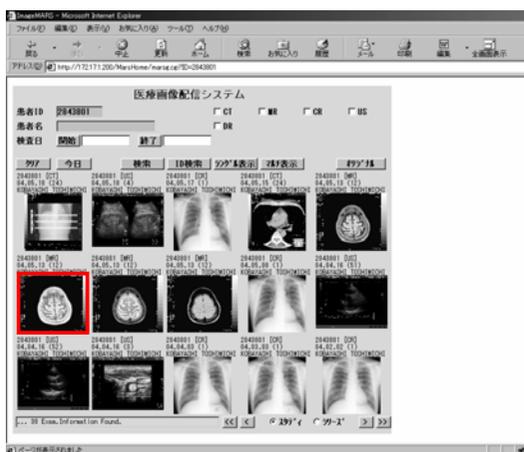
スライド25

を数値で見ることでもできます（スライド30）。過去3回までの推移が見れます。血液ガスも見ることができます（スライド31）。

さて、「動画再生」があります。これは私の趣味で入れたものですが、スライド32からネフロン動きを一緒にご覧いただきたいと思います。ネフロンといっても患者さんは分からない、糸球体を守ってほしいといっても分からない。ですから腎臓の動きやメカニズムを動画を使って外来で説明するのです。腎臓の勉強会などでも利用しております（スライド33）。

## 病室利用状況参照

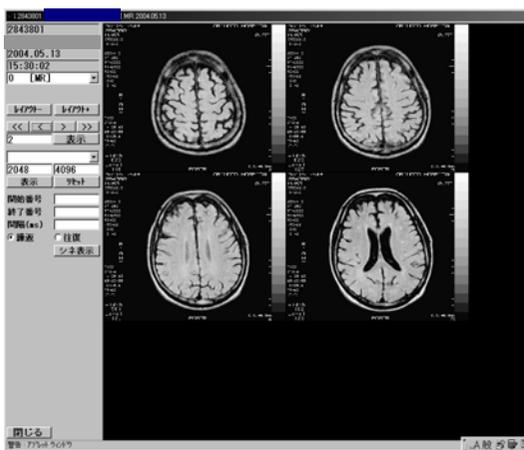
さて、基本画面に「病室状況参照」があります。今年の5月中旬から2階の内科病棟が工事に入りました。終わるのが9月の第2週。その間は30数床のベッドが閉鎖されて、収入が落ちることが目に見えています。この危機をどう救うか。私たちの頭を切り替える必要がありました。何とかして空きベッドをつくらない。いちいち病棟まで走ったり電話をかけてはととても間に合わないのです。そこで全身管理表のなかでベッド状況を把握できるようにしたいと考え、このメニューをつく



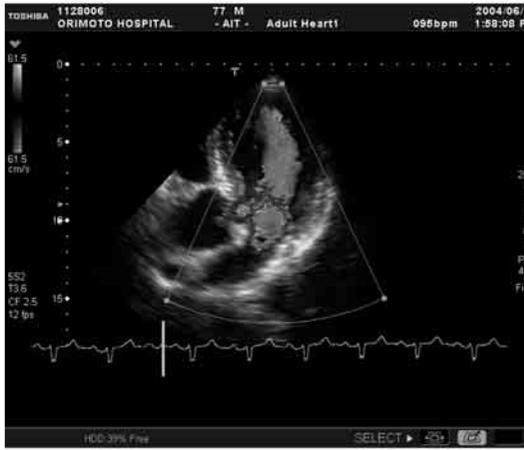
スライド26



スライド28



スライド27



スライド29

M00110 16. 6. 9

患者氏名 2843801 様 63 歳 前回来院日 16. 5. 27

■ ■ 全身管理表 ■ ■

検査部 C T (脳梗塞・脳出血等)

MR I TSK3200

検査名称	標準値	単位	16/ 5/ 24	前 回	前々回	
心電図						
心臓						
ホルマ	6.0-20.0	MG/DL	84.8	82.3 16/ 5/ 17	62.9 16/ 5/ 8	
CRE	0.61-1.04	MG/DL	H 9.24	9.43 16/ 5/ 17	9.12 16/ 5/ 8	
尿酸	198-147	MG/DL	L 134	138 16/ 5/ 17	135 16/ 5/ 8	
加糖 (C I)	98-109	MG/DL	103	107 16/ 5/ 17	103 16/ 5/ 8	
胸部及び腹部						
胸部						
加糖 (K)	3.6-5.0	MG/DL	H 5.2	5.3 16/ 5/ 17	4.8 16/ 5/ 8	
T-B I L	0.2-1.0	MG/DL	0.9	0.2 16/ 5/ 17	0.3 16/ 5/ 8	
TP	6.7-8.3	G/DL	6.9	6.4 16/ 5/ 17	6.7 16/ 5/ 8	
胆红素	4.0-5.0	G/DL	L 3.7	3.7 16/ 5/ 17	4.0 16/ 5/ 8	
【総蛋白	ALP	115-359	IU/L/37	175	177 16/ 5/ 17	164 16/ 5/ 8
LDH	115-245	IU/L/37	174	160 16/ 5/ 17	183 16/ 5/ 8	
GOT	10-40	IU/L/37	12	14 16/ 5/ 17	12 16/ 5/ 8	
GPT	5-40	IU/L/37	14	21 16/ 5/ 17	11 16/ 5/ 8	
尿蛋白	尿酸	3.7-7.0	MG/DL	6.0	6.6 16/ 5/ 17	6.7 16/ 5/ 8
G F-	A / G 比	1.2-2.0		1.42	1.37 16/ 5/ 17	1.48 16/ 5/ 8
C F-	白血球数	3500-9500	/ $\mu$ L	4200	4900 16/ 5/ 17	6200 16/ 5/ 8

その他 床褥血  
F-  
尿一葉  
血糖検査

印刷  
次ページ  
終了

スライド30

M00110 16. 6. 9

患者氏名 2843801 様 男性 63 歳

■ ■ 血液ガス分析結果 ■ ■

	16. 5. 17	16. 5. 18	16. 5. 8	16. 4. 3	
H b	12.5 ~ 15.0 g/dl	7.1	8.3	7.7	9.6
p H	7.35 ~ 7.45	7.237	7.311	7.305	7.298
P C O 2	33 ~ 45 mm/Hg	35.9	28.4	36.0	41.9
P O 2	80 ~ 100 mm/Hg	40.3	94.5	32.2	48.5
H C O 3 -	22 ~ 28 mmol / l	14.7	13.9	17.4	19.9
T C O 2	23 ~ 29 mmol / l	15.8	14.8	18.5	21.2
A B E	-2.2 ~ +1.2 mmol / l	-11.3	-10.9	-7.7	-5.7
S B E	-2.2 ~ +1.2 mmol / l	-11.2	-11.1	-7.7	-5.4
S B C	22 ~ 29 mmol / l	15.0	15.7	17.7	19.5
O 2 S A T	95 ~ 98 %	64.6	97.5	60.9	83.2
O 2 C T	15 ~ 23 Vol%	6.5	11.4	6.6	11.1

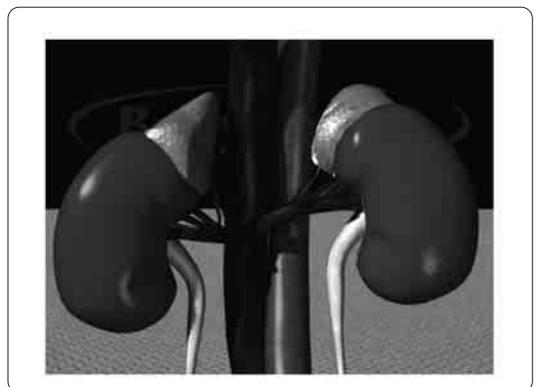
スライド31

M00110 MPEG動画再生

胃〜十二指腸	高血圧 (A R B)	糖尿病
心筋梗塞	動脈硬化	糖尿病2
血圧形成	腎硬化症	
脳梗塞	<b>ネフロン</b>	
腎と胆汁排泄	糸球体機能	
腎臓	閉塞性動脈硬化症	
冠動脈 (虚血性心疾患)	大腸 (排便)	
	胆汁排泄	
	肺動脈 (ガス交換)	

総続終了

スライド32



スライド33

りました(スライド34)。例えば、Bさんという方が午前中退院されますと、その日の午後からまた新しい方をこのベッドに入れることができます。大腸ファイバーでEMRを行うと2、3日の入院ですので、ここの空きの場所に入れられます。赤

は女性で黒は男性を示します。

このように、少しでもベッドを空けないようにして埋めていかないと、絶対に減収になりますので、非常に危機感を持ってこのシステムをつくりました。

病室利用状況一覧

病室	料金	自立	理解	重症	介護	9/9	10/10	11/11	12/12	1/13	2/14	3/15	4/16	5/17	6/18	7/19	8/20	9/21	10/22	11/23	12/24	1/25	2/26	
305-02	4,200					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
306-01	4,200					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
306-02	0																							
307-01	0																							
308-01	4,200					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
310-01	7,350					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
311-01	10,500					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
312-01	16,800					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
313-01	7,350					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
314-01	10,500					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

スライド34

全身管理表は患者の情報箱

最後にこの全身管理表には基本ベースとなった前身がありました。新しい全身管理表が1998年にできるまではスライド35のような緑の厚紙のチェックリストを使っていました。部位別に分かれていて、当院で当時できる検査が羅列されているのです。このチェックリストが前身になって、全身管理表へ発展しました。ですから、もしコンピュータシステムがない病院の先生でも、このようなチェック

リストをつくって念入りにチェックしていけば、漏れることなくさまざまな検査をし、医療を充実させることができます。

(スライド36) 全身管理表の特徴をまとめてみます。当院で行うことのできるすべての検査項目が部位・疾患別に分類されています。医師はこの

Check List

患者名 \_\_\_\_\_  
 入院年月日 \_\_\_\_\_  
 月頃退院予定 (在宅・転院) \_\_\_\_\_  
 担当医 \_\_\_\_\_

胸部	胸部単純写	
	CT	
	MRI	
	心電図	
	ホルター	
検査	骨塩量測定	
	肺機能検査	
検査	血ガス	
	血 糖	
検査	血 化学	
	血 算	
検査	尿 糖	
	血 沈	
	尿 尿	
理学療法		
呼吸器	胸部撮影	
	ディスタード	
呼吸器	気管支造影	
器	内視鏡	
消化器	腹X-P	
	透 視	
	胆膵造影	
	血管造影	
消化器	内視鏡	
	超音波	
器	病 理	
泌尿器	腹X-P	
	胸部撮影	
泌尿器	シスノグラフィ	
	骨髄造影	
外科	血管造影	
	脳波・ABR	
科	眼圧・眼底	
	平角視野検査	
循環器	血管造影	
	超音波	
循環器	眼圧・眼底	
器		
整形外科	胸部撮影	
	骨髄造影	
	骨 点 影	
	骨 点 影	
	骨 点 影	

スライド35

### 全身管理表の特徴

- 1) 当院で行うことのできるすべての検査項目が部位別、疾患別に分類されている。
- 2) この画面を見ながら医師は自分の知識にモレがないかをチェックできる。又、検査が重複しないよう、計画的に行うことができる。
- 3) コンピューターのある所などでも患者の過去の病名、検査履歴、個人情報などを見ることができる。
- 4) 画面上であらゆる画像、心エコーのビデオ、また動画を見ることができる。
- 5) 検査データがグラフ化されており、学会発表に役立つ。
- 6) 患者と画面を共有するために、患者の理解度が深まる。
- 7) 検査が充実した結果、患者の個人単価が上がり収入が伸びた。

スライド36

画面を見ながら、自分の知識に漏れがないかチェックできます。検査が重複しないように計画的に行うことができます。コンピュータのある場所などどこでも、画面上であらゆる患者の過去の病名、検査、履歴、個人情報を見ることができます。検査データはグラフ化されておりますので、私は学会発表が非常に楽になりました。患者と画面を共有して面接するので、理解度が深まりました。そして、皆さまいちばん興味のあることだと思いますが、個人単価が上がって収入が伸びました。以上です。

全身管理表とは、医師やスタッフのアイデアによって日々成長していく、患者の情報箱と考えております。

**座長(大井)** ありがとうございます。第3席は、横須賀共済病院の放射線科部長であります藤田先生に、「放射線科病診連携システムにおけるネットカンファレンス機能の有用性」と題しましてご講演をいただきます。藤田先生、よろしくお願いいたします。

### ③放射線科病診連携システムにおけるネットカンファレンス機能の有用性

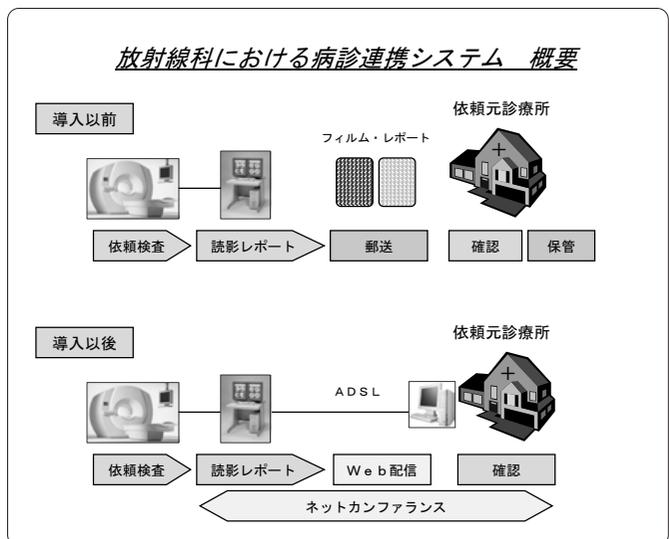
藤田 安彦

早速、演題に入らせていただきます。我々は放射線科でファックスを使っているわけですが、従来はフィルムとレポートを各病院や各医院にお返ししていました。そのためリアルタイムで患者情報を依頼先に返すことができません。そういったことで、(株)イメージワンと(株)リムパックのご協力を得て、今回ネットカンファレンス機能を持ったシステムを考えました。

#### 放射線科における病診連携システム

従来は、先ほど申しあげましたように依頼検査を受けまして、読影レポートを郵送あるいは取りに来ていただいていたのですけれども、導入以後はWeb配信してインターネットエクスプローラー上で、ADSLを使って画像とレポートを配信する、ということをご提案いたしました(スライド1)。

従来、我々の病院ではファックスでやり取りをしていましたが、CISCO社のルーターとADSL



スライド1

モデムを使い、こちらが病院ですけど、相手先にはこのADSLモデムだけで、画像のやり取りができるようになりました（スライド2）。これは最近ですけど、画像をウィンドウ上で、ポップレポーターというソフトで入力して印刷するわけですけども、ツールのなかにPDFというファイルがあり、サーバーに画像だけでなくレポート

も記録するようにしています。そうしますと、IDを入れると画像とレポートが同じ画面に出きます（スライド3）。

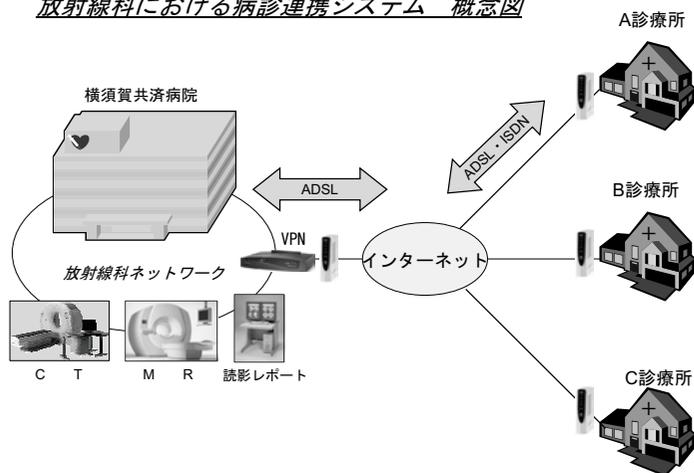
依頼先病院とユーザーの登録方法について述べますと（スライド4）、まずInternet Explorer 5.5以上を起動し、アドレス欄にIPアドレスとDICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine)

のドメイン名とファイル名を入力します。そして、ユーザー名に登録した名前とパスワードを入力します。管理者ページでログインボタンをクリックして、「Edit Group」をクリックします。そこで空いているグループ名に病院名を入力し、「適用」をクリックし、その後「Add User」をクリックして登録します。IDやパスワードは漢字名やひらがな等で入力できます。そして「グループの所属する病院」をチェックし、その他にチェックしている項目からチェックを外して、「適用」をクリックします。

スライド5が実際にグループ登録した画面です。ここにユーザー名とパスワードを入力します。こちらに、先ほど申しましたグループユーザーの登録をする項目があります。

バーチャルプライベートネットワーク (VPN) を使いますが、そういったプログラムは簡単に入手できますし、登録も非常に簡単です。コネクションボタンなどの項目にデータを入れ、

### 放射線科における病診連携システム 概念図



スライド2

### 画像とレポート



スライド3

横須賀共済病院のルーターに接続できるようなソフトで通信接続の設定を行います。認証はこちらと向こうの鍵暗号方式で行っているわけですが、データをやり取りするときには、VPNのデータ・エンクリプション・スタンダード (DES) を使います (スライド 6)。サーバーへの接続と参照方法は、スライド 7 にあるようにして設定しております。

画像を配信する場合はセキュリティが非常に問題になってきて、我々が使用しているものは、DICOM が推奨する 64 ビットのトリプル DES です。これはデータ長 64 ビットのものを分割し、56 ビットの鍵暗号方式で暗号化するわけですが、その際に画像のデータはインターネット 익스プローラー上で動かしますので、通常使っているセキュア・ソケット・レイヤー (SSL) を用いて暗号化し

ております (スライド 8)。

DICOM ファイルの暗号化を通常のものでやっているわけですが、これ自体が本当にセキュリティが保たれているかどうかは今後の問題になってくると思います。最近では AES (アドバンスド・エンクリプション・スタンダード) の 128 ビット長のものが出ておりますので、そういったも

## 依頼先病院とユーザーの登録方法

1. Internet Explorer (バージョン 5.5 以上) を起動する
  2. [アドレス:] の欄に、「http://XXX.OO.XX.XXX/DicomWeb/」を入力
  3. POP-Net Web Server ログイン画面上の [ユーザ名] に「uketuke」、[パスワード] に「uketuke」を入力し、[管理者ページ] ラジオボタンを選び、[ログイン] ボタンをクリック
  4. [Edit Group] ボタンをクリック
  5. 空いているグループ名に病院名を入力し、[適用] ボタンをクリック
  6. [Add User] ボタンをクリック
  7. [ログイン・ユーザー名:] と [パスワード:] と [パスワード (確認):] をローマ字で入力 [ユーザー・フルネーム:] に漢字やひらがな等で入力  
[グループ:] の所属する病院をチェックし、その他にチェックしている項目からチェックを外し [適用] ボタンをクリック
  8. [Logout] ボタンをクリックし、終了
- ※ 同じ病院でユーザーが複数人いる場合は、6 項目から行う

スライド 4

## グループ登録

システム情報		システム設定	
バージョン	2.3.353	タイムアウト時間 (分)	15
同時接続ライセンス数	10	Max. Result Lines	100
データベース接続数	4	表示サムネール数	40
Multi-Frame オプション	有効	Port	2323
受信した画像を自動的に以下のグループユーザーが閲覧できるようにします。			
グループ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Anonymous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

スライド 5

のを考慮すればセキュリティの精度が上がっていくのではないかと考えております。

実際に医療機関でファイルを開くときに特別なソフトは必要なく、通常のソフトもこういったツールを使うことができます。例えばレイアウトを変更したり、あるいは拡大、ウインドレベルの設定をいろいろ変えて、自分たちの見たい疾患、あるいは見たい腫瘍のサイズを測ったりすることができます。また、テキストや矢印を入れたり、さらには画像をJPEGで落とすこともできます。そういった機能がついていまして、自由に使えます(スライド9)。

依頼元の診療所から質問を受けた場合に、同一時間に双方のPCを立ち上げて、先ほど言いましたようなインターネットエクスプローラ上からIDとパスワードを入力して、画面に入ります。スライド10が実際に開いているところです。カンファレンスの操作手順には、スライド11に書いて

ありますように、カンファレンスボタンを押して、「カンファレンスに参加」を選択します。その後、参加しているメンバーが画面に表示されていますので、だれがカンファレンスに参加しているかが分かるようになっていきます。

一方で、操作した内容も他方のPC上で同一画面で同じような動作をしますので、タイムラグはほとんどないと考えていいと思います。

### 横須賀共済病院様VPNへの接続方法

- 1. [スタート]メニュー → [すべてのプログラム] → [Cisco System VPN Client] → [VPN Dialer]
- 2. [Connection Entry:]の項目を横須賀共済病院様[. 1]をプルダウンで選び、[Connect]ボタンをクリック その次に横須賀共済病院様のVPN装置に通信接続が開始される
- 3. 認証の[User Authentication for x x x]ウインドウが表示されるので、[Username:]に「rimpack1」、[Password:]に「rimpack1client」を入力し、[OK]ボタンをクリック
- 4. 認証が成功し接続されると、タスクバーに鍵マークのアイコンが追加 この状態が横須賀共済病院様のVPN装置と接続している状態

スライド 6

### 横須賀共済病院Web Server (画像サーバ) への接続と参照方法

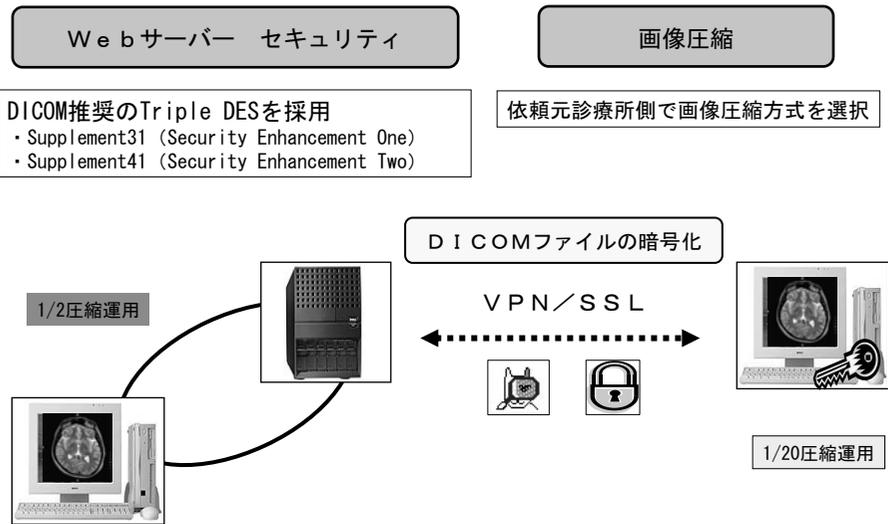
- 1. Internet Explorer (バージョン5.5以上) を起動
- 2. [アドレス:]の欄に、「http://x x x /DicomWeb/」を入力し、[Enter]キーを押す
- 3. POP-Net Web Serverログイン画面の[ユーザ名]に「bigtree」、[パスワード]に「bigtree」を入力し、[画像閲覧]ラジオボタンを選び、[ログイン]ボタンをクリック
- 4. 検索キーを入力する画面に切り替わる

注意) 横須賀共済病院様Web Server (画像サーバ) は検索キーを入力する画面での操作が15分以上使用しない場合は自動的にログアウトするようになっている

スライド 7

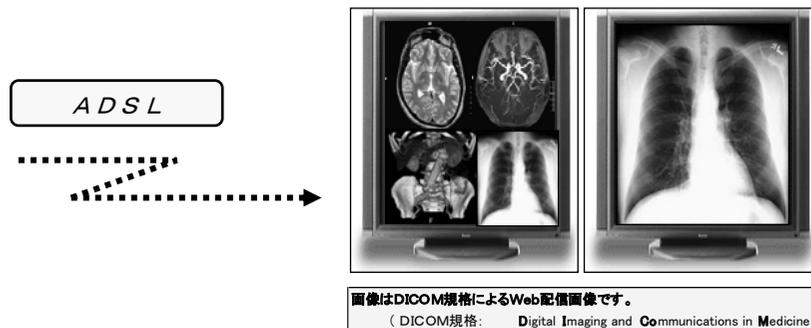
実際に、共済病院側と依頼元の診療所との同じような動きを表示したいと思います(スライド12)。このように共済病院と相手先で、開いている画面が同じ動作をすることがソフトの良さではないかと思えます。スライド13は実際に開業医の先生がPC上で画面を開いたところで、スライド14は放射線科の読影室にあるPCで画像を開いたところ。

## 画像配信とセキュリティ対策



スライド 8

## 依頼元診療所における依頼結果参照



ウインドレベル	指定ROIより自動最適化、白黒反転、シリーズの複数画像の同時コントロール
計測機能	距離計測・距離比計測・角度計測・面積(ボックス、楕円、ポリゴン)計測
アノテーション	テキスト、直線、矢印、ボックス、楕円、描画
ループ再生	通常ループ、反転ループ、往復再生、速度可変、一時停止、コマ送り
イクスポート	JPEG・BMPファイル出力、クリップボードへのコピー

スライド 9

## 放射線科病診連携システムの特長

病診連携においては、横須賀共済病院も平成16年4月から地域支援病院を取得しています。そういった地域支援病院として、当科としても検査画像をただ送るだけではなくリアルタイムに見ていただく、さらに依頼元の画像をフィルムなどで保管する場所も不要になりますし、過去に検査を行った患者さんのデータをPC上で参照することもできるという手軽な面、さらにDICOMビューア機能などがついておりますので特別なソフトが不要なこと、それからチャット機能を使い相互に共通画像を利用して質問や相談ができる、ということが特長として挙げられるのではないかと考えております(スライド15)。

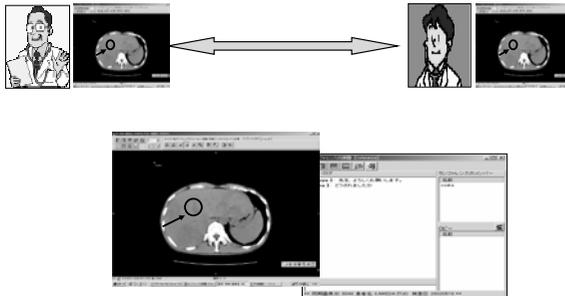
診療所側へ画像やレポートを配信するというだけでなく、さらにリアルタイムに病院から積極的にアプローチしていくことができることが良い点だと考えています。

座長(大井) ありがとうございました。最後の演者になりますが、岡山済生会総合病院の田淵先生をご紹介申し上げます。「地域医療連携における情報提供システム」と題してご講演いた

## 依頼元診療所との画像カンファランス

依頼元診療所から検査内容への質問を受けた場合

⇒ 相互のPCにて同一画像を共有し説明を行う事が可能

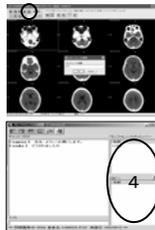


スライド10

## 画像カンファランスの操作手順について

検査画像・レポートに対し説明を求められた場合

1. 相互のPCで対象となる画像を表示します。
2. を相互で選択します。
3. 「カンファランスに参加」を選択します。
4. 参加しているメンバーを表示します。



\*対象患者のデータは、依頼元診療所及び関連部署のみ参照可能になる様セキュリティがかけられています。

5. 相互で同じ画像が表示されます。
6. 一方で操作した内容が他方のPC画面に表示されます。
  - ・マウス操作(矢印)
  - ・拡大/縮小
  - ・アノテーション
  - ・計測
  - ・ウィンドウレベル
7. 文字入力(チャット)及び電話で会話をを行います。



スライド11

## 画像カンファランス機能の利用

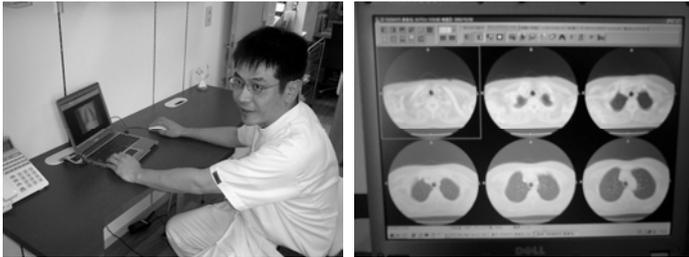
(横須賀共済病院側)

(依頼元診療所側)



スライド12

### 開業医



ですが、田淵先生は昭和41年から岡山済生会総合病院に勤務され、平成4年からシステム計画室長、その後、岡山済生会の電子カルテ化の企画に携わった経験から、ITを活用した新たな挑戦ということになりました。よろしくお願いいたします。

スライド13

### 実際のネットカンファレンス



スライド14

### 放射線科病診連携システムによる特長

#### 特長

依頼検査終了後、リアルタイムに検査画像・検査レポートを依頼元診療所で参照  
⇒郵送による返信時間が不要

依頼元診療所のPC端末にて、過去に依頼を行った検査画像・検査レポートを簡単に検索・参照  
⇒診療所における保管作業が不要

#### 付加価値

依頼元診療所のPC端末にて、オリジナル画像（DICOM画像）の参照とビューワ機能の利用が特別な専用ソフト無しで可能  
⇒診療所側での画像解析が可能

チャット（画像カンファレンス機能）により、相互で共通画像を参照しながらの質問・相談・説明が可能  
⇒診療所側への説明に対する質が向上  
⇒診療所側への安心感（サービスの向上）

スライド15

#### ④地域医療連携における情報提供システム

田淵 正登

大井先生、ご紹介ありがとうございます。私からは、平成13年に私どもが独自に開発した、地域医療情報システムについて、一定の成果が出ましたのでご報告させていただきます。

##### 岡山済生会総合病院について

当院の診療現況はスライド1のとおりで、568床が実動稼動数です。病床利用率は99%、ほぼ100%近い状態です。新入院が年間約1万2,000

人、外来患者数は1日平均1,152人、手術件数も年間5,400件ほどございます。スライド1の写真のバックは済生会が運営しております瀬戸内海巡回診療船「済生丸」です。

##### 地域連携システムの活用状況

さて、今、医療が機能分化してきました、医療連携が重要課題だと私どもは考えております。質の高い医療とサービスを、病院と診療所が一体となってそれぞれ提供することが1つの使命であろうと思っております。その意味から、この分野のIT化を平成13年に図ってきました(スライド2・3)。

当院の電子カルテは平成15年(2003年)11月に稼動しております(スライド4)。少々特長を申しますと、IT投資は低コストで行わないと合わないと思っております。当院では診療費の1.3%くらいの水準であれば、この時点での情報投資は、退院サマリーやがんの5年生存率データ、EBMの蓄積など早いほどよいと思います。それからシステム自体は電子カルテと看護支援を一体化する必要があります。医事の自動会計、医療費の見積システム、安全面では薬剤チェックシステム、最近メインでやっておりますパスの電子化(E-パス)を行っていくということをベースに開発を

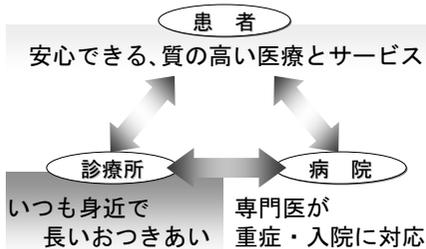
### 岡山済生会総合病院の診療現況

診療科目	18診療科
救急医療	救急告示病院、輪番制2次救急指定病院
教育指定	臨床研修病院、外国医師臨床修練指定病院
その他指定	地域がん拠点病院、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院 災害拠点病院、119治療拠点病院 ほか
病床数	588床 (一般: 543、緩和: 25、結核: 20(休止中))
入院患者数(日)	563人
外来患者数(日)	1152人
病床利用率	99.7%
新患率	12.6%
病床回転率(年)	22.7回
紹介率(救急車含む)	36.8%
平均在院日数	16.1日

(平成16年3月31日現在)

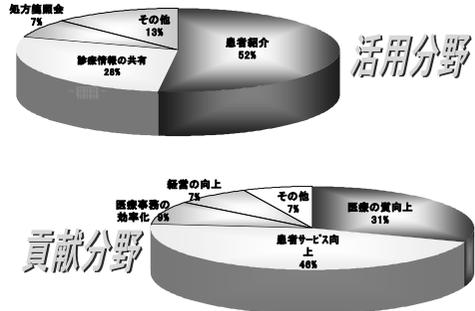
スライド1

今、まさに医療連携が重要!  
—進む、医療の機能分化—



スライド2

地域連携システムの活用状況 —MEDIS資料より—

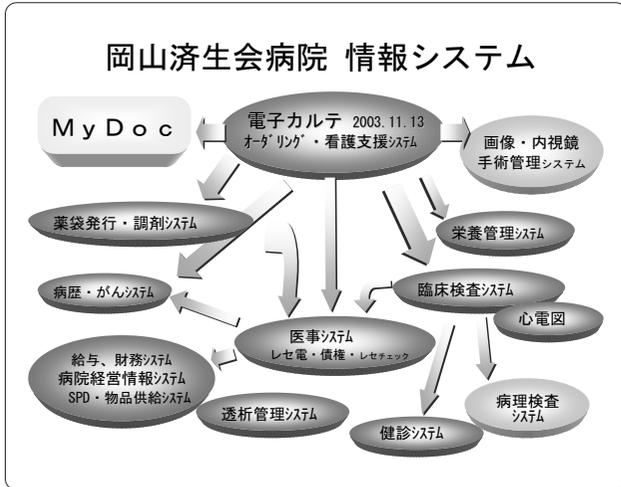


スライド3

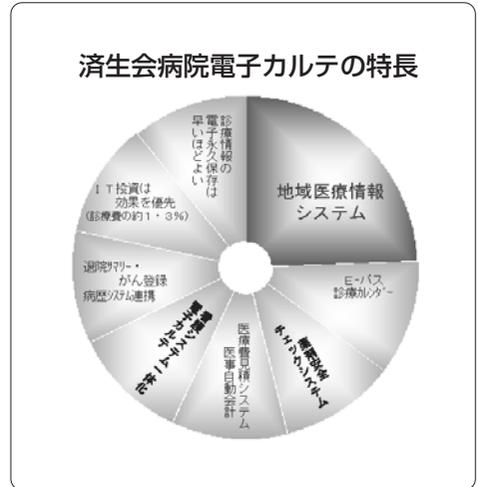
進めてきました（スライド5）。

地域医療情報システム（MyDoc）ですが、このシステムは平成13年に開発し、平成15年11月に電子カルテが稼動し、さらに退院サマリーなどもリンクされております。院内のどこのクライアント

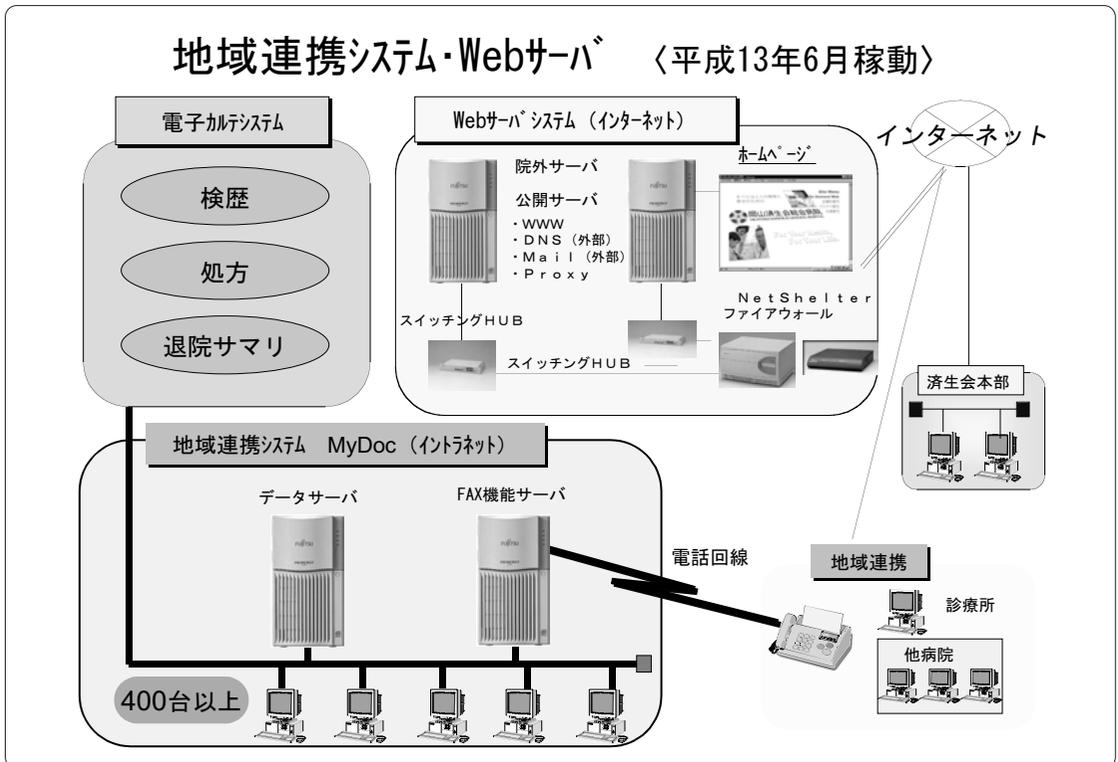
トからでも、データサーバーとファックス機能サーバーで、電話回線を通して地域の先生方、医療機関と連携を取っていくシステムです（スライド6）。



スライド 4



スライド 5



スライド 6

## システムの特徴

このシステムの特徴は(スライド7)、院内のどのコンピュータからでもリアルタイムにデータがファックス送信され、履歴管理されることです。そういう面では、返事の漏れが防止できる。逆紹介のIターンの管理もきちんとできる。そして、検査結果や処方データともリンクされ、きめこまかなデータが送れます。このシステムは電子カルテと連動しているため、ID、パスワードでセキュリティも保たれています。

簡単に言えば、病院と診療所をファックスで結んだイメージはこういったかたちになります(スライド8)。

住所や先生方のお名前を含めて、基本情報はすべてデータベース化されておりまして、データをカスタマイズしながら管理しています。すでに県内の医療機関はもとより、済生会グループを含めて1,850以上の医療機関の基本データがデータベース化されています(スライド9)。

次に、このデータサーバー及びファックス機能サーバーについては、こういうかたちで2つの機能を持っています(スライド10)。いわゆるデータベースの部分ファックススペースのTIFFファイルに切り替えて送信するというのがファックス機能サーバーです。ASPという言葉を使っています。これはインターネットエクスプローラーのベースですが、費用としては460万円ほど開発を行いました。費用の半分ほどは国庫補助をいただいております。

スライド11はMyDocのトップ画面ですが、現在は電子カルテとリンクしておりますので、ここからIDで入ることはほとんどなくなりました。

当院からほかの医療機関へ転院するケースであれば、例えば「お」を押しますと、「お」のつく医療機関名と所属医師名のリストが出て、そのなかから選ぶということになります。選ばれたリストの中身は送り先のところへ印字されます(スライド12)。もちろん患者さまはIDですすで選ばれておりますから、その名前などが印字されています。

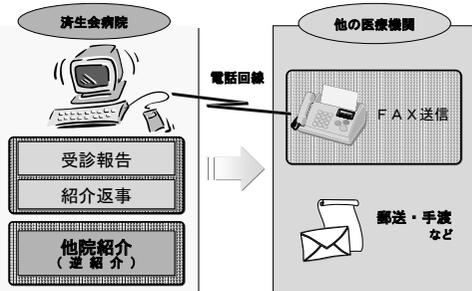
主治医は1名だけでなく3名いる場合もございますから、連名の枠となっています。文書の中身は、事前に科別とかドクター別に、病名や文章マスターなどを登録することで省力化を図っています。

## システムの特徴

- リアルタイムにデータ電送(FAX送信)
- 紹介状の返事管理  
外来、入院、手術、退院、死亡  
外来での繰り返し連携
- 返事もれの防止
- 逆紹介の管理
- 検査結果、処方データとリンク
- セキュリティは、ID・パスワードで管理
- 電子カルテの一部として運用

スライド7

## 院内400台以上のパソコンからでもアクセスが可能



スライド8

## 1850以上の医療機関の基本情報をデータ



医療機関名	住所	電話番号	備考
100 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
101 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
102 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
103 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
104 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
105 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
106 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
107 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
108 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
109 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
110 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
111 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
112 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
113 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
114 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
115 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
116 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
117 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
118 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
119 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県
120 済生会済生会済生会済生会	300-0001 岡山県岡山市下2-4-6	086-2566	岡山県

スライド9

最近では電子カルテの退院サマリーが最初に送られてくるかたちになります。

紹介状の記載完了後(スライド13)、プレビューで確認して、ファックス送信します。ファックスを送るのと併せて、患者さまにも封筒に入れて直接手渡す場合もあります。

次に、統計機能ですが(スライド14)、この機能は例えば返事が未返事であるとか、保留であるとかいった状態を、科別・医師別・紹介医別に見る

管理統計機能をつけ、一元管理的なかたちで、返事漏れの防止とか、場合によっては今年ほどだけ先生方の紹介が増えたかといった人事考課などの査定もしております。

それからファックス送信が確実に行われているかが確認できる画面も設けています。大体1カ月に1,800件ほど送信されております。その結果、先生方からは「作業や返事が早くなった」とか「読みやすくなった」とか「もれがなくなった」といった声があります。ただ時々、ボタンを連打することによりファックス送信が繰り返されるということがありましたが、現在は改善されております。また、受け取り側が感熱紙を使っているために保存が効かないことや、送付先が夜間は異なるというケースもあります。

## 地域医療情報システム (MyDoc)

	データサーバ	FAX機能サーバ
機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>●紹介状の受取/返信管理</li> <li>●紹介状書式の統一</li> <li>●電子カルテ情報の取込(検歴・処方・退院サリ)</li> <li>●各種統計</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●データサーバに保存された紹介状データをTIFFファイルに変換し、FAX送信</li> <li>●FAXリトライ機能</li> <li>●FAX送信履歴の管理</li> </ul>
開発言語	Active Server Pages, Visual Basic	
費用	460万円	
特長	<ul style="list-style-type: none"> <li>●クライアント環境に依存しないため、院内イントラネット上のどの端末からでも入力・参照可</li> <li>●紹介状データの一元管理</li> </ul>	

スライド10

## システム導入後

すべての結果ではありませんが、平成15年度で見ますと、年間1万5,000件くらいの紹介件数があります(スライド15)。総紹介件数の45%くらいで、健康保険上という紹介率でいいますと37%になります。急性期の条件である平均在院日数と紹介率(スライド16)については、紹介率は毎年上がっています。平均在院日数が昨年少し伸びたのは、ポリベクをデイサージェリーで行って、日帰りになったからという理由があります。

逆紹介(1ターンの紹介)も、年間1万件ほどになっております(スライド17)。1紹介に対する返事の回数は(スライド18)、平成15年度は延べ1カ月

## MyDocの画面構成

スライド11

## 紹介状入力画面

平成16年8月3日 (版数 0)

電算 てすと医師

氏名 **富士通 テスト患者 様**  
 昭和14年5月15日生 85歳 0か月 男 (ID 0500005)

連名選択2  
連名選択3

F A X 送信ボタン

入内区分: [?]  拝診させていただいた結果は下記のとおりでございます  
 上記の患者さんを紹介いたしますので、ご高診のほどお願い申し上げます  
 ご紹介いただいた患者様の経過報告をさせていただきます

既往歴・診断

慢性腎不全  
肝硬変  
肝細胞癌

治療経過・検査

文章マスタ

処方歴

検査歴

退院サマリ

検査結果

マイスリー錠 10  
レンドルミン錠 0.25  
ジルテック錠 10  
... 1×眠前

<検査歴>  
20040427 200

尿素窒素 37.1H  
尿酸 4.88H  
N a 139

### 診療情報提供書

平成16年8月3日 (版数 1)

岡山済生会国体町診療所 御中 (FAX:252-2281)

氏名 **富士通 テスト患者 様** 昭和14年5月15日生 85歳 0か月 男 (ID 0500005)  
 〒780-8511 岡山市伊福町 1-17-18 TEL:090-252-2211 FAX:090-252-4982  
 岡山済生会総合病院 電算

てすと医師 (記載者)

上記の患者さんを紹介いたします。ご高診のほどお願い申し上げます。

既往歴・診断  
慢性腎不全  
肝硬変  
肝細胞癌

いつも大変お世話になっております。  
 このたび、患者の紹介をさせていただきます。  
 上記にて外来加療中でしたが、腎機能悪化のため、10月7日に当科に入院されました。  
 腫水コントロールに難渋し、アルブミン、利尿剤などを用いて除水を試みていた  
 が、次第に腎機能が悪化。平成15年12月15日血液透析を導入致しました。退院後、当院  
 にて血液透析を行っていましたが体調不良となり、当院に緊急入院されました。

**【マスタ】病名、文章**  
**【患者情報】**  
**処方歴、検査歴**  
**退院サマリ**

スライド12

## 紹介状 (印刷イメージ)

岡山済生会国体町診療所 御中 (FAX:252-2281)

氏名 **富士通 テスト患者 様** 昭和14年5月15日生 85歳 0か月 男 (ID 0500005)  
 〒780-8511 岡山市伊福町 1-17-18 TEL:090-252-2211 FAX:090-252-4982  
 岡山済生会総合病院 電算

てすと医師 (記載者)

上記の患者さんを紹介いたします。ご高診のほどお願い申し上げます。

**【既往歴・病歴・診断】**  
 慢性腎不全  
肝硬変  
肝細胞癌

**【治療経過・検査・処方】**  
 いつも大変お世話になっております。  
 このたび、患者の紹介をさせていただきます。  
 上記にて外来加療中でしたが、腎機能悪化のため、10月7日に当科に入院されました。  
 腫水コントロールに難渋し、アルブミン、利尿剤などを用いて除水を試みていた  
 が、次第に腎機能が悪化。平成15年12月15日血液透析を導入致しました。退院後、当院  
 にて血液透析を行っていましたが体調不良となり、当院に緊急入院されました。  
 退院するに当たり、当院外来補院に4回診と和断し、貴院にお願いする経過となりました。  
 ご多忙中とは存じますが、何卒宜しくお願い申し上げます。

<検査歴>

	20040427	20040428	20040428	20040516	20040520	20040524	20040524
尿素窒素	37.1H	53.0H	19.3	42.2H	42.1H	58.0H	20.4H
尿酸	6.3	1.6L		4.9	7.9H		2.3L
クレアチニン	4.88H	5.65H	2.28H	5.19H	4.78H	6.12H	2.17H
N a	139	138	137	138	135	137	139
K	3.5	3.8	2.3L	3.8	4.0	3.5	3.0L
C l	106	106	104	103	102	104	105
C a	4.8	4.5	4.4	4.7	4.9	5.0	4.0L
P		4.0	1.6L		3.0	4.0	1.5L
白血球	5270	5320	4400L	5400	8300	4420L	4000L
赤血球	305L	282L	282L	312L	307L	284L	298L
ヘマトクツ	10.1L	9.3L	9.4L	10.6L	10.2L	9.4L	9.8L
血小板	14.7	16.1	16.6	14.1	15.0	13.2	16.4
ヘトカサト	30.8L	28.3L	28.6L	31.6L	30.8L	28.2L	28.7L
C R P	2.080H			0.720H		0.370H	
糖蛋白	7.7	7.4	7.6	8.2H	8.4H	7.4	8.7H

<処方歴>

ドブスカブセル100	2	C P
... 1×朝薬後	3	日分
... 透析日に服用	1	錠
メトリゾル錠	3	日分
... 1×朝薬後	1	錠
... 透析日に服用	1	錠
リスミック錠10	3	日分
... 1×朝薬後	1	C P
透析日に服用	7	日分
ロカトルールカブセル0.5	1.5	錠
... 1×朝薬後	7	日分
セルベックス錠100mg	7	日分
... 3×毎薬後	3	日分
リーバクト錠(4, 15g)	3	日分
... 3×毎薬後	7	日分
アスバラキ錠300	7	日分
... 3×毎薬後	2	錠
ウルガ錠00	2	錠
... 3×毎薬後	7	日分
マイスリー錠10	1	錠
レンドルミン錠0.25	1	錠
ジルテック錠10	1	錠
... 1×眠前	7	日分

処方内容

検査結果 (時系列)

スライド13

# 統計機能

### 返事・未返事数統計(診療科別)

[診療科] 全科 [検索開始] [検索条件取消] [統計選択画面へ戻る]

[返信区分]  1.返事未  2.保留  3.返事済 [入外区分]  1.外来  2.入院  3.?  4.開放

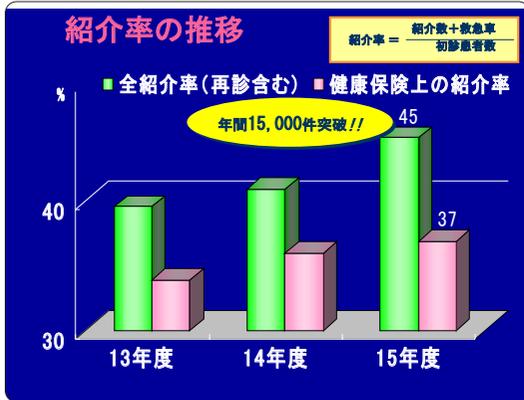
[登録日] 2004年 3月 1日 から 2004年 3月 31日

[文面区分]  すべて  報告  紹介

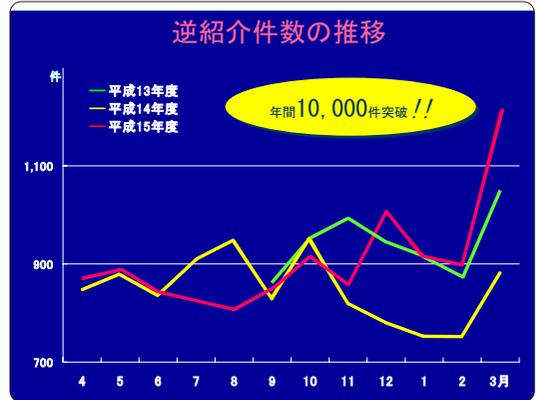
科コード	診療科	入外区分	返事未	保留	返事済	計
01	内科	外来	0	2	384	386
		入院	0	2	150	152
		?	0	0	16	16
		入院開放病室	0	0	0	0
計	-	-	0	4	70	74
05	小児科	外来	0	0	31	31
		入院	0	0	11	11
		?	0	0	31	31
		入院開放病室	0	0	0	0
計	-	-	0	0	173	173
10	外科	外来	0	1	68	69
		入院	0	0	88	88
		?	0	0	102	102
		入院開放病室	0	0	0	0
計	-	-	0	1	258	259

情報の一元管理  
↓  
返事漏れの防止

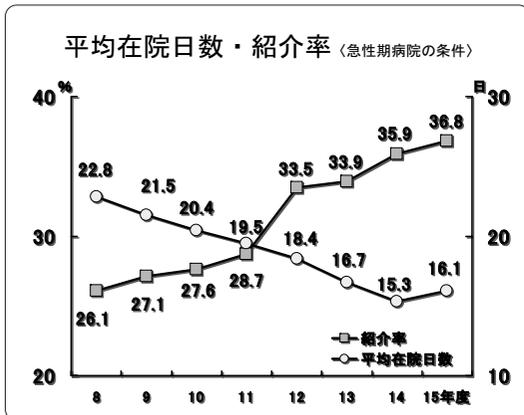
スライド14



スライド15



スライド17



スライド16



スライド18

**VISION ACTION 2**

## 患者紹介システム画面概要

選択した画像表示

- 12bit jpeg圧縮画像
- 階調処理有り
- シネ機能
- 計測機能

スライド19

## 医療連携も質の時代に

当院では、『安全で、質のよい、安く、早く』をモットーに、「医療の質」「患者サービス」の向上に努めます！

患者様のニーズに柔軟に対応

「1日で検査も診察も済ませたい」「近医の先生を紹介してほしい」など、多様化する患者様の要望に対応  
⇒電子カルテでの予約システムの利用

地域との連携を強化

- 紹介入院患者の受入れ体制の整備
- 「クリニカル・パス（治療計画）連携」を目指し、逆紹介の向上に努力  
⇒各診療科・各部署等で計画的に目標を立て、実現のため継続的に努力

スライド20

## 今後の課題

- 地域医療情報ネットワークの構築
  - 電子カルテ連携・・・電子認証
  - 質の高い医療連携
    - クリニカルパス連携・画像連携
    - 迅速な紹介受入れ
    - 紹介返事
- 逆紹介（Iターン）増加対策
- 紹介患者および紹介医への実態調査
- 地域連携に対する病院勤務医の意識調査

受診時・入院時・治療経過報告・退院報告  
手術記録・退院時サマリーの報告

スライド21

平均で約2,000件、実患者数1,300人で割りますと、1人当たり1.53回返事をしているということで、こまめに連携が取れるようになっていないかと思っております。

### 今後の課題

昨年から一部電子カルテが入りまして、画像もテレラジオロジーを一部始めました（スライド19）。連携も質の時代に入り、これから患者さまのニーズに柔軟に対応していくために、このシステムを使っていくという面では、ある程度1つの成果が出ているかと思えます。急性期の病院になりますと、転院というケースも多いですね。そういうケースでは、これからの問題点として、当初、電子認証ということも含めて考えてみましたけれども、なかなか地域のネットワーク同士の連携は難しい部分があり、当院独自のかたちで切り替えましたが、今後はネットワーク構成を考えなければならないと思います。

それから、先ほども申しましたように、質の高い連携を行うためには、パス連携を含めたかたちを考えていきたいと思えます。それから、さらに紹介を得るためには逆紹介をしていかなければならない、ということもあると思えます。本当に患者さんがこういうかたちで喜ばれているかどうか、紹介医の先生が本当はどう思われているのか、実態調査も今やっている最中です。同時に、私ども病院職員の意識調査も並行してやっています。

以上でございますが、このシステムがこれからより成長していきたいと願っております（スライド20・21）。ご清聴ありがとうございました。

## ⑤ 討 論

**座長(大井)** ありがとうございます。これで4人のシンポジストの方々のご講演が終わり、これから討議を進めさせていただこうと思います。4人の先生のご講演の内容は若干異なっておりますが、いずれも新しい時代をにらんでITを活用し医療の質の向上に貢献しようという取り組みだということにうかがうことができました。それではこれからのディスカッションの座長を、中村先生にお願いしたいと思います。どうぞ、よろしく願いいたします。

**座長(中村)** それでは、フロアの皆さまからご意見、ご質問をいただきたいと思いますが、その前にもういちど、各先生方から一言ずつ、ご自分の病院のITのポイントを強調していただきたいと思います。まず、成田先生から。

### 4 病院のIT活用のポイント

**成田** 米沢市立病院の場合は、一般家庭と同じく、基本的に地域のCATVの回線が院内に入っています。ただ、それを運用するにあたって、医局の先生方の同意を得ることが最大の問題になります。何とか紹介率を上げるためにネットを使って外来の各先生方の1日3個の枠を分けてくれ、と。MRIの枠、1日2個の枠を完全に医師会の先生方に分けてくれるように協力していただくことがうまくいったと思います。

**座長(中村)** ありがとうございます。高木先生はいかがですか。

**高木** 私が考えているのは、人間は立体的であるということです。1人の人を、血液検査データから見ればごく一面しか見ることができません。それを、立体的に3D画面のようにぐるぐる回して観察していき、最終的に心のケアにまで至る。そのために全身管理表というものがあって、それをのぞくことによって全身をチェックすることが非常に大事だと思います。

**座長(中村)** ありがとうございます。藤田先生お願いします。

**藤田** 私どもは、地域支援病院ということもありますし、また放射線科という立場で画像依頼なども受けるわけですが、MRIに関しては、高度医療機器の利用では、7月から2台とも数%以上を半年くらい続けておりまして、MRCPやMRAなど、そういったことで加算が取れるようになりました。それ以外にもCTも1カ月で60数件の依頼が来ます。2、3年前までは1カ月に数10件だったものが、今では140件くらいまで依頼が来るようになりました。そういったことで、どんどん紹介先も増えていっておりますので、これからも積極的に推し進めていきたいと思っています。

**座長(中村)** 最後に田淵先生、お願いします。

**田淵** 私どもの病院では、ドクターは130名ほどおりますが、平成13年にシステム運用がスタートしたときには、使いやすいシステムというものを念頭に置いて、先生方のご意見を十分反映してつくったわけですが、確かに全員が賛成ではなく、いろいろな抵抗がありました。現在では当然でしょうが、これがないとどうにもならない、ということになっております。使いやすさということと、きちとした履歴が管理できるという面では、私ども平成5年に地域医療連携室を設置しましたけれども、人数は少なくとも電子カルテを利用することにより、コピーを取ったりといったことがなくなってきました。そういうことで、一定の成果は上がったと思います。もちろん、これからも改良はしていきたいと思っております。

**座長(中村)** ありがとうございます。すでにご理解いただいていると思いますけれども、今日お話をいただきました4人の先生方のうち、田淵先生の岡山済生会総合病院だけが電子カルテを導入されています。そのほかのお三方は、特別、最先端の電子カルテシステムを入れているわけではありませんが、それぞれ病院や地域の特性に合ったITの利用をされておられます。それでは、フロアの皆さま、何かご質問はありますか。

**質問** 横須賀の衣笠病院の磯貝と申します。田

淵先生のお話をうかがって、非常に素晴らしい病診連携が行われて、逆紹介率も高いということですね。これはどちらかというとドクターの負担が大きくなることが多いと思いますが、先生の場合ファックスを使ってお返事を出しておられる。このときのファックスの内容のものは、電子カルテからコピーを取ったものでしょうか。

**田淵** 紹介状の返事に必要な情報は、電子カルテから取り込みができる仕組みになっています。電子カルテのデータをそのまま、相手に送信するわけで、あらかじめ登録した紹介医や紹介状の内容をプレビューで確認して、間違いなく送るシステムです。ただ、負担という点では若干、慣れの問題で、データを打ち込むのに、手書きより時間がかかります。ここで先ほども申しましたように、自分の専門領域であれば、マスターとなる文書がある程度つくっておくことは自由にできますし、それと検査データや処方データもリンクされていますので、ボタン1つで呼び出して、同時にすべてを送ることができる、というシステムです。

**質問** 画像は送れませんか？

**田淵** 現時点では、まだ画像は送れません。やろうと思えばできなくないかもしれませんが、まだまだこれからのことだろうと思います。

**質問** 電子メールの普及はどのようにですか？

**田淵** 院内のメール機能は、外部とは全くリンクしていません。というのは、セキュリティ上の問題がありまして、そういうかたちを取っていません。

**座長(中村)** よろしいでしょうか。先ほど、夜中にファックスを送ってしまうというお話がありましたが、結局MyDocのシステムでデータを登録した時点で、自動的に送信してしまう。例えば時間指定の機能はございませんか。

**田淵** 時間指定まではちょっとないですね。

**座長(中村)** ほかに何かご質問ありませんか。ただいまの岡山済生会総合病院では、病院情報システムはインターネットと接続していないということで、外部とはファックスでやり取りしているという1つの例だと思います。成田先生の米沢市



座長を務められた大井利夫氏と中村洋一氏

立病院では、そもそもCATVのネットワークがあって、それは山形に限らず全国各地でそれをもとに、初めはケーブルテレビだったのが、インターネットに使い、場合によっては電話に使いといった利用がされているようですが、そこできちんとVPN、プライベートのネットワークを組んだところが重要だと思いますが、それは初めから構想にあったのでしょうか。

#### セキュリティ対策について

**成田** それは当院の院長先生からセキュリティのことをどうしてもと言われましたから、サーバーが100万円くらい余計にかかったようですが、そこはVPNを入れるということでやっております。ただ、こういう言い方も何ですが、先ほどのセキュリティに関しては、少し甘くて、結局、インフルエンザの登録はSSLだけでしています。さらには、病院内グループウェアの導入にしても、これに若干、患者さんの情報も入れ込もうという試みを現在開始したばかりです。とりあえず使えるところを使ってみて、まあケーブルテレビはインターネットとの間に若干のバリアがありますので、そこにSSLを組み合わせて、使いやすい機能の模索、実験をさせていただいております。できあがった段階では、やはりセキュリティを考えなければならないと思いますけれども、今の段階ではまだ実験段階です。

**座長(中村)** ありがとうございます。たぶんかなり悩ましいところで、田淵先生からは、結局そのところで病診連携が中断しているようなご



シンポジストの皆さん

発表だったと思うんですね。藤田先生のところでインターネットは活用されて、検査依頼、それからその結果を返されているようですが、セキュリティに関してはご意見などおありですか。

**藤田** 絶対にVPNが安全かどうかは疑問があります。今までCISCOのルーターでファイアウォールになっていて、障害が起こったことはありませんので、今のところは安全かと考えています。

**座長(中村)** 高木先生、織本病院では院内がかなりコンピュータ化されているようですけれども、インターネットの接続はどのようにされているのでしょうか。

**高木** そのことは電算課副部長の村上が、お話しさせていただきます。

**村上** 織本病院の村上と申します。今ご質問のインターネット接続に関してですが、当院もセキュリティ上の問題がありますので、院内LAN上にはインターネットを直接つないでいる端末はございません。院内LANとは別に、インターネット用のパソコンがあるという運用にしております。

**座長(中村)** ありがとうございます。ITイコールインターネットではないと思いますが、やはりインターネットの技術やいろいろな利用法には、非常に可能性があると思います。ただ、いつもそこで問題になるのがセキュリティで、個別の技術はたくさんあるんでしょうけれども、今後ますますセキュリティが病院情報システムと合うのか、もしくは運用と合うのかということがあると思います。セキュリティを厳しくすれば使いにくくなるということもありまして、トレードオフ

だと思えます。ほかに何かございますか。はい、どうぞお願いいたします。

**質問** 山形市の総合病院の総務課事務の者です。成田先生におうかがいしたいのですが、当院では380床の病床があり、地域連携部門に関してはキャッチアップ型でどんどん進めていこうということで考えています。4人の先生方のお話にあった、診療所の先生方と病院との連携のなかで、例えばファ

ックス送信だと返事が固定されますね。何月何日にご紹介いただきました、ありがとうございますといういつも決まった文面を見て、診療所の先生がどう思うかということです。今後、逆紹介も含めて、病院側が診療所に働きかけていくという今までのやり方から、診療所の先生が病院にどうアプローチしていくかという面での展望をお聞きしたいと思います。

**成田** ファックスが行くことによって紙が増えてしまうということが第1点ですね。このことは私も連携室長として各科の先生に最初にお話いたしました。とにかく漏れをなくすために、こちらの院内の職員の意識を改革するために、とりあえず「来ました」ということだけを書いてもらう。そしてそれを出します。最初のうちは紙が増えます。開業医の先生方から、「いらぬ紙が増えてしまった」ということは確かに言われました。ただ、そうしないとどうしても漏れが出てしまいますので、余分も仕方ないにご容赦いただきました。

あと、開業医の先生から病院に入って来るアプローチですが、いわゆる登録医制度も含めて、やはり地域支援型の病院を目指すためには必要なことだと思います。こちらから情報を公開しなければならぬし、あるいは地域にオープンにした病床を持たなければならない使命もありますから。まだ考えが具体化していませんが、退院を決めるのはこちらのほうに任せてもらうにしても、入院を決めるのは開業医の先生ですので、医局の先生方にこういった協力について理解していただくことを検討しています。そうしないと、地域に開放



成田徳雄氏

した病床という運営はできない、本来の登録医の制度とはそういうものであろうと個人的には考えております。

**質問** もう1つ、病床管理

のところにありましたが、病床管理と連携室とはどういうふうにかかわっているのでしょうか。

**成田** あれはまだ動き始めたばかりですけど、ただ、実を言うとうちの病院はすごく遅れておりまして、以前は実際に事務職員が歩いていって、今病床は空いていますかと確認しなければいけないんですね。あと電算のシステムで、今ここの病床では何人くらいの患者さんを診ているのかというところは、1カ月待たないとデータが出ないという状況でした。とりあえず、看護師長が打ち込むかたちにしてはいるんですが、そこで入力することによって、今、何階の病棟には何床空いている、ということが分かるようになったことと、実を言うとそれまでは自分の病棟にほかの患者さんを入れたくないがために、ウソを登録したところもあったのですが、そういうことがなくなったというのが、具体的な成果です。

**質問者** ありがとうございます。

**座長(中村)** よろしいでしょうか。国の方針でも地域医療連携というものがありまして、そのために情報をどう連携するかということになれば、やはりコンピュータを使ったネットワークが現状では最適かと思うんですがいかがでしょうか。藤田先生のところでは、画像の検査依頼があったときにチャットでされているということですが、問題や長所など特徴はいかがでしょう。

**藤田** 問題点は、やはり両方が同じ時間に画面を開いていないといけないという煩雑さがあります。そういったところは今後問題になりますが、

それ以外のところでは、画像とレポートが同時期に出てきまして、何月何日のどのCTだといったところで日付けをクリックしますと、画像とレポートが同じように立ち上がります。あと、ダイコム(DICOM)画像というのがオリジナル画像ですから、我々が開業医さんに返しているフィルムというのはデータを間引いている、本来200スライスあるもののうち50、60スライスで、本当に見たいところが抜けていることもあります。そうした画像を開業医さんが自分の目で確かめることができますので、非常に喜ばれております。

**座長(中村)** ありがとうございます。画像を含めて、コンピュータで治験管理をすれば、それをトータルで編集・加工ができ、閲覧できるメリットが大きいと思います。ほかにご質問は。

**質問** 千葉大学を今年退職した里村でございます。お話を聞かせていただいて、地域連携がだんだん本格化したと思いますし、これからそのためのセキュリティや標準化をきちんとしなければならないと実感しております。そのようなことを、医療情報学会などでも相当検討しているわけですが、それが現場で使われるようになるには少し時間がかかるのではないかと考えています。ぜひ、そういった標準化の動きなどもご参考にさせていただいて、田淵先生のところでも、紹介状のフォーマットをどうするかといった問題は、標準案を先生のほうから提起していただいてもいいし、団体が提起したものをお使いいただいてもいいと思います。

少し話が外れますが、高木先生にご紹介いただいた患者の情報システムというのは、シンプルに患者さんのことを考えるとああいっただかちになるんだと、私は改めて目を見開かされた感じです。しかし、実際につくられている病院の情報システム、特に電子カルテ関係のものは、そういう発想が起こってこないのです。それは無理もないことで、日本の病院のシステムというのは、あらゆるところで医事会計、つまりレセプトを作成することに引きずられて、全部くびきがついております。部門システムにしろ、オーダーエント

リーシステムにしる、すべて最終的にはレセプトに情報が結びつくことを前提に設計されていますから、あのようにシンプルに患者さんのデータだけというのはなかなか出てこない。

普通の病院の情報システムでは、検査のオーダーシステム、処方箋のオーダーシステムから、いっぱい画面が重なるようにできてまして、その一部として電子カルテが動くような格好になっているわけです。中村先生はあのシステムは電子カルテではない、とおっしゃいましたが、私は立派な電子カルテだと思います。ただ、世の中にある電子カルテと違うというだけだと思います。そういう電子カルテが運営されるというのは1つの思い切りだと思うのですが。もう1つは、そういうシステムを運用できる環境というものが、どうも先生のところの病院は違うのではないのでしょうか。医事会計を離れてああいうシステムをおつくりになって運用するというのは、それなりの環境があると思います。特に、日本の保険診療のシステムでは、あのように全身をくまなく検査したりすることは許されていないわけでして、そういうことからしてもなかなか制約が出てきて実行しにくいと思います。そのあたり、先生のところの病院はかなり特徴ある運営をされているなと思います。そういったバックグラウンドを何かお教えいただけますでしょうか。

**高木** あのシステムをドクターが見て、オーダーダイアグノーシスになっていかないかという心配もあったようです。しかしこの基本発想は、あまりはっきり言いたくないのですが、医師がいろいろな見逃しをしてしまうことが実際に起きるため、それを何とかい止めることができなかと考え出したのです。保険診療の理不尽な縛りのなかでやっていくと、どうしてもその間に落ちこぼれていく患者さんがいるということが、私たちにとっては大変つらいことなのです。

私が診ている腎不全の患者さん、莫大な数がいらっしゃいますけれども、その人たちを診ているときにどうしてもあれだけのシステムが必要だと知りました。あとは病名をしっかりと書いて、ス

トリーもきちんとつけて総括を書いていきます。大変な作業です。当院では症状詳記といいますが、それをきっちり書いて、査定されないようにし

ます。これは正当なものであるということを正しく評価していただく必要があると思います。

当院は医事課とドクターの間の連携とか、あるいは薬剤師、検査科などと連携が非常に良いので、あのシステムが本当に活かしたもとして病院内で活用されていると思います。確かに先生がおっしゃいますように、うちの病院は非常に特殊な病院ではないか、と今日ここに来て強く感じました。

それと、先生に質問ですが、ものすごく生々しい話なのですが、電子カルテを導入して、先ほども討論にございましたように、それが確実に収益につながっていくということはありうのでしょうか。

**里村** それはいつも質問されることでして、私も皆さんにいろいろご説明することが多いのですが、はっきり申しあげて、経済的には見合わないものだと思います。少なくとも今の日本の医療環境のなかで、見合うのはオーダーエントリーまででしょう。それなのになぜ電子カルテを推進できるのかというと、今、医療に求められているアカウンタビリティというものを実現するために不可欠な要素であると思います。

つまり、従来の日本の医療は診療記録をものすごく軽視してきましたから、実際に診療録を見てもどんな理由でどう考えて何をやったか、ほとんど分からなかったのです。これは医者、医療側の怠慢だったわけで、それが問われている時代ですから、それを補正するのに手書きの診療録の改善ではとても及びがつかない。だから電子カルテ化



高木由利氏

が必要なのだ。ある程度のフォーマット化をし、ある程度システム側がガイドするような記録のつくり方が必要なわけです。それは医者、医療側の義務が生じてきていて、それに応えなければならないがために電子カルテが意味があるわけです。ですから経済的な意味ではマイナスであってしかるべきで、仕方のないことだと考えています。この考えが通用するかどうか分かりません。

### コストパフォーマンスをふまえたIT活用

**座長(中村)** 高木先生、よろしいでしょうか。実は午前中にシンポジストとの打ち合わせがあった際、高木先生は控え室に入るなり「電子カルテは経済的に見合うのか」という発言から始まりまして、何と答えていいやら私は分からなかったのですが、確かに里村先生のご指摘のとおり、織本病院の全身管理システムは実は電子カルテだと思います。それは午前中も内輪で話をしていたのですが、日本の病院情報システムは医事会計システムから始まってつくられているのと、つくるときに診療用とか看護部門とか検査部門とか、どうしても部門別に情報化が始まってつくられて、それがくっつけられていったようなきらいがあります。

織本病院のシステムの場合は、現場の先生が「どうしてもこれがほしい」ということを言い、また高木先生もおっしゃったように、「システムのことは分からないから、専任の人にシステムの枠組みを度外視して要求を出した」ということで全身管理システムが実現できていて、それは現在日本の病院にあるシステムとは全く別の発想だというのが1点と、もう1つ、織本病院の全身管理システムで私が良かったと思ったのは、そのシステムがきちんとした症例データベースになっていて、こういう検査が必要だというのが追加されているようなんですね。ある意味でのコンサルテーションシステムになっている。

自分の専門外の領域について患者さんを診るとき、その部門の専門の先生が書いた全身管理表を読めば、こういうことをやっているということがよく分かるらしいのです。そういう意味で非常に

今の日本の病院にある情報管理システムと全く別の電子カルテシステムではないかと感じました。それは今日の発表で強調されていないようでしたので、あえて私のほうからつけ加えさせていただきます。ほかに何かございますでしょうか。大井先生、いかがでしょう。

**座長(大井)** 今日の発表でほとんどの方がお気づきと申しますけれども、ITの活用というのは、電子カルテにしてもオーダーリングシステムにしても、主にいろいろなメーカーからの押しつけ品であった時代が続いていました。しかし、ようやくこのところ各病院で自分なりに工夫するオーダーメイドのIT活用に踏み込んできているように思います。

その背景にはさまざまなものがあると思います。里村先生がおっしゃいましたアカウントビリティかもしれませんし、効率化の問題もあるかもしれません。しかし、それに常について回るのは経済的な裏づけです。今の医療のなかで、里村先生は経済性を無視してでもこれからは進んでいくべきだとおっしゃるわけですが、なかなか病院会の結論としてそこまでいっていいのか、という難しい問題だと思います。

実は、大きな問題として経済性の問題とセキュリティの問題を、今日取り上げられるだろうと聞いていました。岡山済生会総合病院の田淵先生が「診療費の1.3%までを限度としてIT活用に」というご発表がありました。ここに皆さんの意見が集中するかと思いましたが、特にご質問がないようでした。なぜ1.5%ではいけないのだろうか、クリティカルゾーンがなぜ2%では多く、1%では少ないというように、大変微妙な問題だと思うんですが。そこはどうでしょうか。

**田淵** はい。私が1.3%という数字を出したのは、結果としてIT投資を1.3%に抑えたということでございます。何%がベストという問題ではなかったのです。私は、このIT投資については当然EBMデータとして考えなければならないと思っています。私は事務屋でございまして、この投資額は今の医療の枠内では保険点数化されてお

りませんし、少なくとも当初から診療費の1.3から1.5%に抑えるならば、という基本方針でIT化を進めて取りまとめてきたことです。

これならIT投資もそれなりに意味があると思います。経済効果があるのかなのかという問題も確かにありますが、先ほど私がMyDocという地域連携システムの話をしました。結果的には、逆紹介件数が約1万件、4,360万くらいの金額になっております。そのほかの紹介も含めれば、診療費の数字も上がってきておりますし、稼働率も上がってきているということですので、ITは1つの道具として、全体的に見れば十分効果があると思います。

**座長(中村)** ありがとうございます。ご質問どなたかいかがでしょうか。

#### 優秀なSEを確保する必要性について

**質問** 群馬県の美原病院の美原と申します。先ほど大井先生が「今までのITは業者からのお仕着せであった」とおっしゃいましたが、私どもの病院でもなかなか皆自分たちで使いこなせないんです。そうしたときに、よその病院を見学に行くと、そこにきちんとしたSE、システムエンジニアがいる。我々のところは200床足らずの小さな病院ですが、それでもSEが必要になるくらいそれを使いこなすのはとても大変なんですね。

確かにある病院ではコンピュータオタクがいて、非常に熱心に行っているところもあるのですが、実際に、僕自身はコストを度外視しても、電子カルテは医療の質の向上に絶対不可欠なツールだと思っています。そうしたときに、システムを使いこなすために、SEが必要なのか必要でないのか。もし必要であったら、どうやって人材を育てるのか、あるいは持ってくるのかということに関して、アドバイスをいただけたらと思います。というのは、現状で私どもの病院でSEが必要なのですが、いないのです。どなたか良いアイデアがあれば教えていただきたいと思います。

**座長(中村)** まずは、シンポジストの先生方それぞれの現状とご意見をお願いします。

**成田** 私も全く同意見です。1つの大きな問題は、韓国を始めとした外国には医療情報士という国家資格があるんですが、日本にはそういった資格がない。米沢においては、公立病院なのでシステムエンジニアはいないんですが、実際には山形大学工学部のスタッフや教室に入っていたら、先ほどのソフトのいじり方、カスタマイズを担当していただいています。これからの医療には明らかにSEが必要であると思いますし、さらに健康情報をサービスとしてやっていくためには、情報の外部保存にもなると思いますが、アウトソーシングが確実に近い将来必要になると思います。

ただいちばんの問題は、医療情報技術者という国家資格が日本にないということです。政治的なところも考えて、医療関係者はこれからそういうことを発言しなければならないのではないか、と思っております。

**高木** 私どもの病院は158床ですから、先生の病院より小さいかもしれません。当院には2人のシステムエンジニアがいます。12年前に、病院にコンピュータが必要だということがきっかけで、富士通から引っ張ってきました。

それからすでに病院の頭脳として彼らがいなければ立ち行かない、仕事にならないというところにまでなっています。どこからどういう人材を探るのがいいのかということは非常に難しいです。

私は電子カルテに随分興味があって、いろいろな病院やホスピタルショーも見に行きました。しかし、どれもこれも気に入らないんですね。要するにコンピュータがすぐできる人ならばいろいろなアイデアがあるでしょう。しかし、私のように何も分からない、ボタンを押すことしか分からない人間が、このシステムを使うことで、診療を充実させ、さらに自分の稼ぎ高を今よりもっとアップすることができるのです。

私は経営者ですから、医療行為がすべて換金されないと満足できないのです。うちで今つくっているものは、まさしく私の夢を実現するものです。幹があって桜の花が咲く、5分咲きだったものが7分咲きになるようにだんだん全身管理表ととも

に花が大きく開いていき、患者さんには十分な医療をし、またコミュニケーションを取れて、ターミナルケアもできて、しかも収入も十分に上がるシステムがいちばん欲しいのです。そのためにも病院には専属SEの存在はなくてはならないものだと思います。ただし、そのSEをどこから連れてくるかということは難しいことですので、後ほど当院SEの村上とお話をさせていただければと思います。

**藤田** うちの病院の場合はオーダリングをやっているわけですが、NECのSEと電算課の職員がいます。実際にSEを十分に活用しているかということ、できていないのが現状です。「明日これをやってくれ」と要望したものを2、3日でカスタマイズして応えられるようですが、そういったところまでタイムリーにできる企業はなかなかないと思います。

**田淵** 岡山の済生会の場合は、システム計画課にシステムエンジニアがおります。この部隊では、もちろんシステムエンジニアだけではなく、いろいろな作業をしています。特に運営企画にかかわることも含めてやっておりますので、機械化してシステムに載せていくということは非常に有効なカタチで機能していると言える状態です。1つのプロジェクトが立ち上がると必ずSEが入ってきます。病院内にいろいろな委員会がたくさんありまして、課題が前になかなか進まないのですが、そこへ機械化という要素がいくらか入りますと、それが1つのツールになって仕事がうまく進むというのが病院の多職種関係の仕事のベースになっているということです。そういう面ではうまくやっております。

**座長(中村)** ご質問の方、よろしいでしょうか。情報システムというのは横につながっていますので、それこそ経済性を見ても、先ほどの逆紹介率が上がっているということをどれだけ情報システムの投資に反映してくれるかというのは難しい問題です。それからもう1つ、システムエンジニアの問題で、国家資格がないということを成田先生がおっしゃいましたが、昨年から日本医療情報学

会では医療情報技師の資格認定を始めました。医療、情報、コンピュータの3分野を分かたなければならないということで、例えば以前に通産



藤田安彦氏

省で行っていた情報処理技術者の資格があればこの分野は免除、それから病院会で行っている診療情報管理士の資格を持っていればこの分野は免除しようということもあるようですが、そういう意味では非常に広い分野を網羅しなければならないので優秀な人材の育成が今後の課題になります。

**美原** ですから国家資格試験に加えていただきたいと思うわけです。実は、皆さん1つの病院しか電子カルテが入っていないという話になっていたのですが、これから導入される先生がいらっしゃったら、私の経験でぜひ憶えておいていただきたいことがあります。システムを請け負う業者には教育係担当者がいるのですが、彼らはコンピュータは詳しくても医療を全く知りません。ところが、その教育係の人たちが来ると病院のスタッフがその人たちを必要以上に偉いと感じてしまいます。その結果、何でもかんでも詰め込んでしまっ、そして用語も医学用語ではないものを登録してしまうのです。例えば「臨時処方」のことを彼らは「異常処方」といいます。「受付」は「登録」です。そういう言葉が全部混ざってしまいます。

つまり彼らは医療の知識が分かりません。看護の部門の電子カルテを作成するときに、若い女性が来ても全然分からなくて、ナースの実務経験がある教育者に替えたとなんにパッとすべて治まりました。そこで私は教育担当者に「今までの経歴をすべて出さない。いくつの病院でどの分野の経験があるのか」と訊きました。その当時は3名の担当者が来ましたが、1人は経験がありました



田淵正登氏

が2人は初めてでした。皆さん、これから導入の際には、必ず教育担当者の実績や経歴を全部出すように要求してください。なかなか彼らも出さな

いですが、経験の有無で全く仕事ぶりが違います。というのは、要するに電子カルテの業者から持ってきても使えないということです。

**座長(中村)** ありがとうございます。非常に貴重なご意見でした。私も病院でSEを入れるときも、一般の経歴以外に情報関係の経歴もきちんと見ますけれども、確かにメーカーのSEもいろいろですので、非常に重要なポイントだと思います。ほかにご質問がございませんようでしたら、最後に大井先生にとりまとめをお願いいたします。

#### お仕着せからオーダーメイドによるIT活用へ

**座長(大井)** 意外に思われるかもしれませんが、この日本病院学会でITの問題を正面から取り上げたのは、一般演題ではあったのですが、シンポジウムでは今回が初めてです。本日のディスカッションをとおして皆さんはお気づきになられたとは思いますが、お仕着せのIT活用から各自のオーダーメイドによるIT活用に、確実に時代は動きつつある。今のディスカッションでもそうですが、そのことに私たちは目覚めていかななくてはならない。というのは、SEの問題、先ほど医療情報士と言いましたが、我々が求めている医療情報士と企業のいうSEはイコールではなく、SEは医療の知識が全くない。そういう状態で押しつけてきます。今までそういう事例が少なくなかったと思います。それらを突破して、いろいろなできる範囲のところから少しずつ、見事にITを活用していく事例が広がってきている。

4つの日本を代表する病院が、それぞれの立場でそれぞれの機能に応じてIT活用に踏み込んでいることがお分かりいただけたと思います。しかもそのうえにさまざまな問題、例えばコストパフォーマンス、あるいはセキュリティの問題を踏まえながら着実に医療の質の向上のために活用してきている。そのスタンスはすべて同じで、少なくとも今より安全で確実な、質の高い医療を提供していきたいという思いからです。そのためのツールは実にさまざまなものがあるとお気づきいただけたと思います。私たちがこれから求めていかなければならないITの活用というのは、単に技術ツールの1つを活用するだけではなくて、その向こうに見える大きな医療の目的のために行っていくということが分かっていたかと思えます。

このテーマはこれからも追っていかねばならない内容ですが、日本病院会の副会長を務めております私としては、非常に大きな宿題を出されたようなショックを受けました。日本病院会では現在、診療情報管理士や医療安全管理士とか、感染管理士や臨床研修指導医の養成を行っていますが、もう1つそのうえに、本当に病院に役立つメディカルシステムエンジニアの育成も視野に入れるべきではないかという提言を受けたのかな、と私自身受け止めております。これは今回のシンポジウムにとって非常な成果だったと思います。どこまで行けるのかは分かりません。この学会がそういうことをどんどん積み上げていくにしたがって、やがて実を結ぶのかもしれませんが、本日は大きな宿題を投げかけられたといえますか、非常に勉強になりました。皆さま方も得ることが多かったと思います。シンポジストの先生方はお忙しいなかお越しいただいて、語り足りなかった点多くございますでしょうが、それはすべて座長の責任でございまして、今後ますます新しい試みにチャレンジして、ご発表いただけることを願っております。皆さま方のご熱心な討議とご清聴に感謝して、シンポジウムを閉会させていただきたいと思います。本当にどうもありがとうございました。

# 日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

## 1. 医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

## 2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

## 3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

## 4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

## 5. 地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会

## 病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることに努めるものとする。

社団法人 日本病院会

# 平均在院日数100日以内に自宅退院を目指す「看護支援システム表」の作成

特定医療法人 愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院

森木 美香  
福井希代子  
米井 亜矢  
台野 悦子

木村 幸子  
福山 幸子  
浅野ひろ子

村上 厘賀  
橋本 裕子  
森岡 理紗

## はじめに

当院はリハビリテーション専門病院であり、回復期病棟2単位(91床)、療養型病棟2単位(95床)を有する。入院患者は脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が6割(60.2%)を占める。平成14年度の平均在院日数は100.2日で、自宅退院率は回復期と療養型病床を合わせ54%であった。全国の回復期病棟自宅退院率平均70%よりも低い状況である。私達は、「再びその人らしい生活に」という当院の理念の下、平均在院日数100日以内に、自宅退院できる為のシステムが必要であると考え、看護支援システム表を作成した。そして、自宅退院を円滑にするための看護援助を見出す為に、看護支援システム表を試用したので報告する。

## 対象と方法

平成16年2月1日以降入院した脳出血・脳梗塞・クモ膜下出血の脳血管疾患患者12名を無作為に選び、看護支援システム表(表1)を試用し、100日以内に自宅退院できた群と自宅退院できなかった群に分け比較した。看護支援システム表の導入目的は、「自宅退院後の生活を念頭においた、計画的なリハビリテーション看護を実践する」である。看護支援システム表は横軸に期間(1週間区切りで3カ月まで)を記載し、縦軸は、入院か

ら退院までの必要な事項として、患者・看護・介護・住環境・福祉・カンファレンスの6項目とした。各項目に沿って入院から退院までの看護師の役割行動を明示した。特徴は患者評価や介護力評価のためのレーダーチャートを取り入れたことである(表2)。患者評価のレーダーチャートは①健康状態②判断力・理解力③意欲④実行力を評価し、それを踏まえて、個々にあった指導の選択に役立てる。これに加え、当院では機能的自立度評価法(以下FIMという)を用いて患者の「しているADL」を評価し、自立に向けてチームでアプローチを行っている。FIM評価とは、しているADLを1から7点で評価し、運動13項目・認知5項目、計126点満点で評価するADL評価法である。この評価の結果を看護支援システム表の中にも記入する事で患者の自立度の変化を一目でわかるようにした。また、介護力評価のためのレーダーチャートは介護者の①判断力・理解力②家族関係③健康状態④実行力⑤意欲⑥介護時間を評価し、介護者が障害をもつ患者を受け入れ、自宅退院へと向かえるよう家族支援を行う際に活用する。その他に、入院中から自宅退院後の生活を患者、家族がイメージできるために、2カ月目には外泊ができるよう入院時から説明や準備を整えていくようにしたのも特徴である。



## 結 果

12名のうち、100日以内に自宅退院した患者は6名で、100日以内に退院できなかった患者は6名であった。100日以内に自宅退院できた患者6名をA群(表3)とし、退院できなかった患者6名をB群(表4)とした。A群では不全麻痺が5名で完全麻痺が1名であった。痴呆は6名ともなかったが、高次脳機能障害は2名にあった。介護力評価点は24点満点中20点以上あれば自宅退院が可能であるとし、A群では6名とも20点以上で高得点であった。ADLのFIM 6項目は、入院時より36点以上のほぼ自立していた患者は3名で、退院時には5名となった。残りの1名は食事動作以外に介助を要する状態であった。2カ月目の外泊は5名が行っていた。患者・家族が希望するゴール目標の達成は6名ともが達成できていた。結果

75日から100日で自宅退院できた。

これに対しB群は不全麻痺が2名、完全麻痺が4名であった。痴呆があったのは3名で、高次脳機能障害は5名にみられた。介護力評価点は20点以上が2名のみで、他4名は14点から19点であった。ADLのFIM 6項目は、入院時より36点以上のほぼ自立していた患者は2名で、100日経った時点でも2名のままであった。2カ月目の外泊は2名が行えていたが、残りの4名は行えていなかった。患者・家族が希望するゴール目標の達成は2名しか達成できなかった。結果、2名は120日、127日で自宅退院できたが、4名は100日以内で自宅退院できなかった。

## 考 察

A群とB群を比較した結果、明らかに影響を与えていた要因は患者、家族の希望するゴール目標

表3

## A群：100日以内に自宅退院した患者

患者	年齢	性別	疾患名	麻痺	痴呆	高次脳機能障害	介護力評価点 (24点満点) 入院時→退院時	ADLの改善 (FIM6項目計42点) 入院時→退院時	2ヶ月目の 外泊	患者家族のゴール 目標の達成	結果
1	70代	女	脳血管疾患	右不全	なし	なし	15点→20点	25点→36点	×	○	100日で自宅退院
2	60代	男	脳血管疾患	左不全	なし	なし	15点→20点	36点→42点	○	○	75日で自宅退院
3	70代	男	脳血管疾患	右不全	なし	あり	23点→23点	42点→42点	○	○	75日で自宅退院
4	60代	男	脳血管疾患	左	なし	あり	24点→24点	17点→25点	○	○	99日で自宅退院
5	60代	男	脳血管疾患	左不全	なし	なし	24点→24点	29点→40点	○	○	100日で自宅退院
6	20代	男	脳血管疾患	左不全	なし	なし	17点→22点	39点→42点	○	○	92日で自宅退院

表4

## B群：100日以内に退院できなかった患者

患者	年齢	性別	疾患名	麻痺	痴呆	高次脳機能障害	介護力評価点 (24点満点) 入院時→退院時	ADLの改善 (FIM6項目計42点) 入院時→退院時	2ヶ月目の 外泊	患者家族のゴール 目標の達成	結果
7	80代	男	脳血管疾患	右	あり	あり	14点→14点	25点→28点	×	○	120日で自宅退院
8	70代	男	脳血管疾患	左不全	なし	なし	17点→17点	37点→40点	○	○	127日で自宅退院
9	80代	男	脳血管疾患	右	あり	あり	19点→19点	6点→6点	×	×	93日で転院
10	50代	男	脳血管疾患	左	なし	あり	19点→20点	15点→21点	×	×	入院中
11	90代	男	脳血管疾患	右不全	あり	あり	20点→20点	27点→29点	×	×	入院中
12	50代	男	脳血管疾患	右	なし	あり	19点→19点	36点→42点	○	×	入院中

が達成したか否かであった。B群では達成したのが2名おり、いずれも100日を超えてはいたが自宅退院できている。これに対し達成しなかった4名のうち3名は入院時のFIM 6項目の点数が低く、高次脳機能障害や痴呆があるにもかかわらず、ゴール目標の設定が高く、現実とゴール目標の差をうめることができなかつたのではないかと考える。また、入院時のFIM 6項目は高得点であるが、ゴール目標が達成できなかったケースでは、ゴール目標が復職と言語能力の改善であり、入院中から外出訓練や通勤訓練などを行わなければならないが、それらを視点においたアプローチが不足していたと考えられる。これらのことから、リハビリカンファレンスで検討した、チームが思うゴール目標と患者・家族が希望するゴール目標のギャップを埋める事が大切である。

家族関係ではA群、B群とも全員が良好と答えており、家族関係が良いだけでは自宅退院につながらないと考え。介護力評価点を見るとA群に比べB群は全体的に点数が低く、退院時にも改善していないのがほとんどであった。これにはチームからのアプローチ不足によるものと、アプローチはしているものの改善しないものがあった。介護力評価点を上げるためには、評価点が上がらない原因を探り、チームで関わる事が必要であると考え。

B群では2カ月目の外泊ができていなかったのが4名であった。この4名はFIM 6項目の点数

が低く、さらに介護力評価点も低かった。このことから外泊をすすめる時は福祉用具の貸し出しができることや介護者の負担を軽減できるような介護技術などの情報を提供し、家族が外泊に前向きになれるような働きかけが重要である。

#### まとめ

- 1 ゴール目標の達成が困難と思われるケースは、チームで連携し、目標設定の調整を行うことが必要である。
- 2 外泊や自宅退院をするには、家族関係の良し悪しだけでなく、介護力を総合的に評価し、関わる事が重要である。

#### 参考文献・引用文献

- 1) 村山志津子他：訪問看護における褥瘡予防と治療にむけての看護支援—多発の褥瘡が治癒した1事例の分析から、『第27回成人看護Ⅱ』, 161
- 2) 石鍋圭子他：『リハビリテーション専門看護』, 76-88, 2001, 医歯薬出版
- 3) 福島美智子他編集：『実践退院計画導入ガイド』, 2000, 日総研出版
- 4) 土橋和子：家族を支援する教育的かわりの方法, 宮腰由紀子・他編集：『リハビリテーション看護研究7 (リハビリテーション看護と家族支援)』, 26-32, 2003, 医歯薬出版

# 病棟 ADL 加算について

## ～病棟 ADL 加算の算定と看護師との連携～

JA長野厚生連 小諸厚生総合病院 リハビリテーション科

○ 小林 丈人      花岡 利安      花田 孝  
 西島 千恵      水上 弘史      唐沢 祥恵

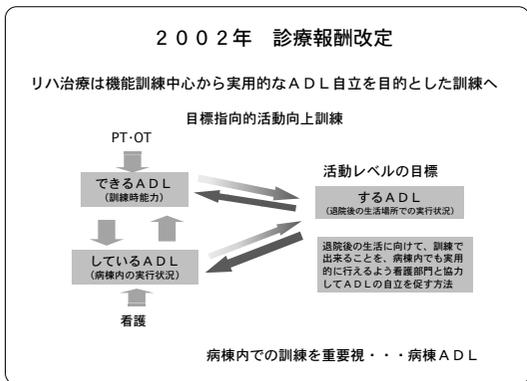
### はじめに

リハビリテーションを行う上で、日常生活動作（以下ADL略）の改善は大きな目標である。2002年の診療報酬改定により、リハ医療は機能訓練中心から実用的なADL自立を目的とした訓練への転換が図られた（スライド1）。すなわち、訓練室内で訓練時の能力「できるADL」、病棟内で「できるADL」を実行する「しているADL」、最終的には実際の生活場所で活動する「するADL」といった、日常生活の諸活動にアプローチすることが求められた。それにはチームアプローチが重要なカギとなり、「できるADL」が、病棟において「しているADL」へ習慣化させるために、看護部門との協力体制が必要となった。これにより、病棟での訓練が重要視されたことから病棟ADLが提言された。

リハ部門における診療報酬では、個別訓練や、グループ訓練、その他幾つもの加算が報酬点数とされ、その1つに病棟ADL加算がある（スライド2）。

この病棟ADL加算とは、早期リハビリテーション加算（急性発症した脳血管疾患や骨折等の患者に対して、リハ計画書を作成し、当該リハ計画書に基づき、入院の場合、入院の日から、それ以外は初診の日から起算して90日以内の期間に行った理学療法および作業療法）を算定する患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立を目的とした理学療法・作業療法を行った場合にのみ、1単位につき30点を所定点数に加算するものである。

算定については、早期リハ加算とあわせて患者1人につき最大PT・OTそれぞれ3単位の計6単位が加算でき、スタッフ1人あたりは1日18単



スライド1

**リハビリテーション診療報酬**

個別療法（1単位）	250点
早期リハ加算（1単位につき）	一般・老人
発症～14日	100点
15～30日	80点
31～90日	30点
病棟ADL加算	30点
集団療法（1単位）	100点

■病棟ADL加算とは  
 早期リハ加算算定患者に対し、病棟において早期歩行やADLの自立を目的としたリハ治療を行った場合、1単位30点を所定点数に加算ができる報酬である

1ケースあたり    理学療法士＋作業療法士＝6単位算定可能  
 スタッフ1人あたり    1日合計18単位が算定可能

スライド2

が算定可能である。

診療内容としては、改訂本によると、「病棟や屋外を含む訓練室以外の場所で、早期歩行の自立や実用的な日常生活における諸活動の自立を目的とした場合に算定し、向上させた能力が常に看護師等により日常生活に生かされるよう働きかけが行われること」とされている。しかし実際には具体的な練習方法や算定方法は明記されていなかった。また病棟ADL自体が看護部門にも十分な理解が得られていないのではと考えられた。

そこで今回どのような方法で算定が可能であるかを明確にし、算定件数および単位数の増大、また看護師の理解と協力を得ようと考えた。

## 方 法

リハ施行中の現入院患者について、6月と10月

### 現 状

- ・リハ処方中の現入院患者 1カ月間の病棟ADL算定数
- ・病棟看護師へのアンケート調査

#### 1 病棟ADL加算 算定状況についての調査

調査期間 6月1日から6月30日の1カ月間  
対象者 リハ施行中の全入院患者197名  
その中の病棟ADL算定者53名

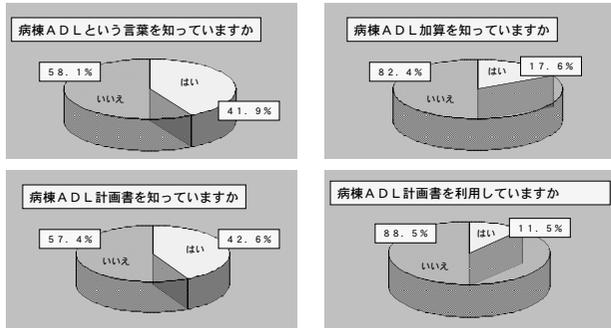
病棟ADL加算算定の延べ件数	397件
1日平均算定件数	8.7件
スタッフ一人あたりの算定件数	1.8件

病棟ADL加算算定単位数	664単位
1日平均算定単位数	14.5単位
スタッフ一人あたりの算定単位数	3.1単位

スライド3

#### 2 病棟看護師へのアンケート調査

対象 病棟看護師171名  
回答数 148名 (回収率86.5%)



スライド4

のそれぞれ1カ月間の病棟ADL算定数を調査し検討した。また病棟看護師へアンケート調査を行った。

## 現 状

### 1 病棟ADL加算算定について (スライド3)

6月1日から6月30日の1カ月間で、リハ施行中の全入院患者197名を対象とし、その中で病棟ADL算定者53名について調査・検討した。

病棟ADL加算算定の延べ人数は397件、1日平均は8.7件、スタッフ1人あたりは1.8件であった。

また算定単位数については、1カ月間で、664単位、1日平均は14.5単位、スタッフ1人あたりは3.1単位であった。

### 2 看護師へのアンケート (スライド4)

各病棟看護師へ病棟ADLの理解度を調査するため、病棟看護師171名についてアンケート調査を施行した。内容は、病棟ADLを知っているか・病棟ADL加算を知っているか・病棟ADL計画書を知っているか・病棟ADL計画書を使用しているかの4項目で、回答数は148名、回収率は86.5%であった。

結果は4項目とも知らないと答えた方が多く、中でも病棟ADL加算や計画書の使用については8割以上が分からないと答えていた。

## 対 策

- 1 病棟ADL加算について、どのようなADL活動で請求が可能であるのかを調査して、マニュアルを作成した。
- 2 マニュアル作成後リハスタッフの意思統一を図り、ADL加算算定向上を促した。
- 3 病棟看護師には病棟ADLマニュアル(資料1)および病棟ADL計画書についてのマニュアル(資料2)を作成し、看護師側の認識の向上と患者のADL自立に対して協力をお願いした。

**結 果**

**1 病棟ADL算定について (スライド 5)**

10月1日から10月31日の1カ月間で、リハ施行中の全入院患者223名を対象とし、その中で病棟ADL算定61名について調査・検討した。

病棟ADL加算算定件数は497件、1日平均は10.3件、スタッフ1人あたり2件であった。

また算定単位数は980単位、1日平均は20.4単位、スタッフ1人あたり4.5単位であった。

これらの結果から算定件数で100件、算定単位数では316単位の増加がみられた。

**2 看護師へのアンケート (スライド 6)**

再度各病棟看護師へ病棟ADLの理解度を調査した。病棟看護師171名に同内容のアンケート調査を施行、回答数は130名、回収率は76.0%であった。

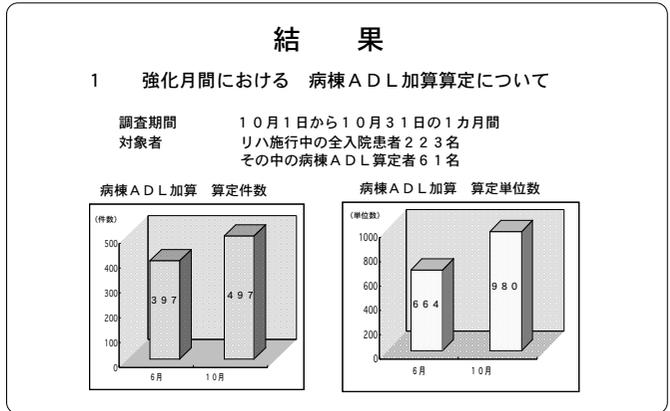
結果はいずれの項目とも理解できたと答えた方が半数以上を占め、すべての項目について有意な差が見られていた。これらの結果から看護師の理解度が向上していることが挙げられた。

**考察とまとめ**

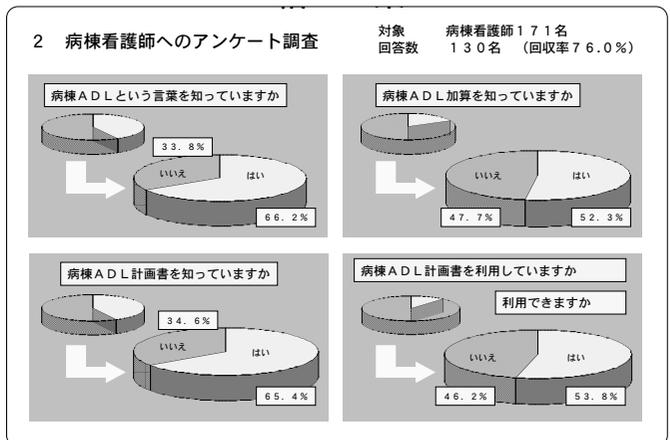
当院は急性期の一般病院である。スタッフも病棟専従でないため、看護部門との連携も不十分であり、病棟ADL訓練も十分に提供できているとは言い難い状態であった。

その中で、今回の病棟ADLについては、平成14年度診療報酬改訂で具体的な訓練方法が明記されず、どのような方法で訓練を進めると効果的か、スタッフにも戸惑いがみられていた。

そこで多様文献検索により1つのマニュアルを



スライド5



スライド6

完成させ、それに基づきリハスタッフの意識改革を行うことで、算定件数や単位数を大幅に増大することが可能であった。また同様に看護師へのマニュアル作成を行うことで、看護師の認識が向上し、リハスタッフと看護スタッフとの連携が強化でき、患者の日常生活の向上を促す要因となったと考えられた。しかしアンケート結果では40%前後の方が依然として不理解であるため、カンファレンスで確認することや年に数回強化月間を設けるなど、今後の課題としたい。

また今年度から亜急性期病床を導入し、チームアプローチが強化できる体制となっている。今後は更に検討を重ね、良い医療の提供と経営を考えていきたい。

## 病棟ADL加算 マニュアル

### 病棟ADL加算とは

早期リハビリテーション加算（急性発症した脳血管疾患等の患者に対してリハ計画書を作成し、当該リハ計画書に基づき、入院患者は入院の日から、それ以外の患者は初診の日から〈ただし急性発症した脳血管疾患等の患者では発症の日から〉起算して90日以内の期間に行った理学療法および作業療法）を算定する患者に対し、病棟等において、早期歩行、ADLの自立を目的とした理学療法・作業療法を行った場合にのみ、1単位につき30点を所定点数に加算するものである。

病棟や屋外を含む訓練室以外の場所で、早期歩行の自立や実用的な日常生活における諸活動の自立を目的とした場合に算定し、向上させた能力が常に看護師等により日常生活に生かされるよう働きかけが行われること。

なお、訓練のための基本動作練習や歩行練習は算定されない。

期 間 リハビリテーション早期加算中のみ  
算定可能

算定方法 個別療法+早期加算+ADL加算として算定

### 算定可能な各動作

移乗動作 車椅子（ベッド）からポータブルトイレ・病棟トイレへの移乗動作  
車椅子から浴槽への移乗動作

移動動作 病棟で移動のための（トイレ・風呂・洗面等）車椅子駆動練習  
病棟で移動のための（トイレ・風呂・洗面等）杖歩行・歩行器歩行練習  
病棟その他における段差移動練習  
スロープ（坂道）における移動練習  
移動時自立のための階段昇降練習

更衣動作 服の着脱等、動作練習として算定可能

食事動作 食べる用意をする、食べる、後片づけをする等移動動作も含めて算定可能

整容動作 いわゆる整容動作（爪切り、歯磨き、洗顔等）移動動作も含めて算定可能

入浴動作 実際の入浴動作及び風呂場での動作練習にて、移動動作も含めて算定可能

排泄動作 ポータブルトイレ、一般のトイレを使用し、移動動作も含めて算定可能

外 出 車椅子、歩行器、杖、シルバーカー、独歩などいかなる外出器具を利用してでも、外出の練習であれば算定は可能

坂道、悪路での歩行（車椅子）練習  
外出しての買い物

病棟ADL加算は常にADL自立の目的を持って行われていなければならない。

またADL計画書を作成し、病棟看護師との連携を図る。

### 算定不可能な場合

起居動作 寝返り、起き上がり、坐位等では基本的に算定不可能

移乗動作 ベッドから車椅子・車椅子からベッドの移乗動作のみでは算定不可能（但し、寝返りから坐位、移動動作を経て、トイレ等へ行く場合はADL訓練とみなされ、算定は可能である）

移動動作 単純なる歩行のための歩行練習

入浴動作 訓練室内での入浴動作では算定不可能  
会 話 算定不能

基本的に、病棟訓練室及び廊下等で行った平行棒歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、坐位保持訓練等、機能訓練の意味合いが強く実用的なADL訓練に直結しないものは加算対象としない。

## 資料2

### 病棟ADL計画書について

あるADLの動作が、リハビリテーションの訓練時や診察時にはできるが、病棟や自宅の実生活では実行していないことが多くみられる場合があります。

当科では、これらの差をなくすため、早期リハビリテーション施行患者に対し病棟ADL計画書を作成し、病棟でのADL向上を努めています。

当計画書は、患者一人一人に対して<sup>1)</sup>、「できるADL」として評価し、今後の生活に対しての計画を行っています。

この計画書に基づき、病棟で<sup>2)</sup>「しているADL」として、日常生活に生かされるよう働きかけをお願いします。

この計画書は、診療録への綴じ込みとして、管理をお願いします。

できるADL・しているADL

1) 「できるADL」即ち評価・訓練時の能力

2) 「しているADL」即ち実生活で実行している状況

項目	計画
起床	起床は一人でできるようにします。
着脱	服を着脱する練習をします。
移動	一人で行う練習をします。
歩行	歩行練習をします。
食事	食事を自分で食べられるように練習をします。
排泄	トイレに行く練習をします。
入浴	入浴の練習をします。
整容	顔を洗う練習をします。
歩行	歩行練習をします。
その他	その他必要な練習をします。

# 病診連携推進体制構築の軌跡と今後の取り組み

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院

上野 二郎

北村 佳久

当院は、約12万人が生活する横浜市南部にある「栄区」に位置しています。横浜市内には約140病院ほどありますが、栄区内には精神科専門病院を除くと一般病院は当院しかないという、少し特異な環境にあります。横浜市では市医師会の下部組織として各区ごとに医師会がありますが、当院は区内唯一の一般病院であるため、栄区医師会の先生方と非常に密接な関係にあり、一緒に地域医療の推進に取り組んでおります。また、栄区は、横浜市戸塚区、港南区、磯子区、金沢区と鎌倉市に囲まれており、当院は特に鎌倉市内の施設との連携も密接に行っております。

## 1. 地域医療連携推進体制

当院の「地域医療連携の推進体制」についてご紹介します。

地域医療を推進するにあたり、私たちが最も重要と考えている「地域医療連携に対する理念」についてご紹介いたします。

当院の院長である元田は、「医療において連携は基本である」ということを常々言っております。これは、患者さまの立場に立って考えれば当然のことであり、地域住民が安心して医療を受けられるように務めることは、我々の使命だと考えています。また、今でこそ「医療連携」という言葉も当たり前に使われるようになりましたが、当院が連携に取り組み始めた当初は、医療機関が積極的に取り組む課題という認識も薄かったように思い

ます。

しかしながら、当院では元田の言葉のとおり、「連携は医療の基本」との認識に立ち、「患者さまの立場」を中心に連携に取り組んでまいりました。

地域医療連携を推進するにあたり、まずは地域における当院の「役割」を明確にすることから始めました。後ほど、ご紹介いたしますが、当院では地域医療を推進するための委員会を設置しており、院長を含めた委員会において、「当院の担うべき役割」について検討されました。

患者さまの状況、周辺病院の機能、医師会からの要望はもちろん、当院が横浜市栄区に位置する唯一の一般病院という環境も考慮し、地域医療における当院の役割を「地域に密着した救急医療と病診連携を推進する病院」と決めました。

さらに、「救急医療」と「病診連携」を推進するため、より具体的な行動指針を決めました。それが、「救急患者を断らない」、「診療所からの紹介患者を断らない」、「外傷患者を断らない」という、「3つの断らない」というものです。当院のスタッフは、この3つの「断らない」を行動指針にしながら、地域医療連携に取り組んでおります。

次に、当院の組織体制をご紹介します。

平成10年に設置された地域医療連携室は、院長の直下組織に位置づけられており、地域医療連携室長は脳神経外科部長が務めています。

地域医療連携室の業務については、院長の強力な後方支援の下、院内外への活動を強力かつ円滑

に進めることができます。さらに、院内における地域医療連携推進組織として、各診療部門代表者で構成される「地域医療連携委員会」が隔月で開催されており、院内検討事項の意思決定機関の役割を果たすと同時に、決定事項に関する勤務医やスタッフへの周知、業務遂行に大きな力を発揮しています。

また、地域医療連携に関する新たな取り組みを行う場合、栄区医師会の協力を得るため、栄区医師会にも参加いただくかたちでの意思決定プロセスを構築しています。まず、地域医療連携室より、新たな取り組みについて起案します。起案した内容は、前述の「地域医療連携委員会」で決着されます。院内で完結する内容であれば、「地域医療連携委員会」での決着をもって、活動を開始します。栄区医師会の協力・理解を得たい案件の場合は、当院の院長および代表者3名も出席する「栄区医師会幹事会」に諮ります。医師会の立場からの意見も加わることで、より実現性が高まります。「幹事会」で承認いただいた案件は、医師会の病診連携委員会に諮り、医師会としての承認のうえ、実行に移します。

## 2. 地域医療連携の取り組みと成果

平成10年に地域医療連携室を設置してからこれまでに行ってまいりました具体的な取り組みについて、ご紹介いたします。

地域医療連携を推進するうえで、私たちがいつも念頭に置き、目標としていることが大きく2つあります。

1つは、「患者さまの安心と理解」です。医療連携というと、医療機関と医療機関の連携ということが中心になり、患者さまの存在を置き忘れてしまうことが多いように思われます。そもそも地域医療は患者さまのためにあり、医療連携が推進されることにより、患者さまが不安を感じてしまうようでは意味がありません。当然のことではありますが、私たちは、患者さまに地域医療連携の必要性を理解いただき、安心して地域医療を受けただけの環境を整備することを心掛けており

ます。

2つ目は、「診療所の先生方からの信頼」です。医療連携では、診療所の先生方との信頼関係が重要であると考えております。

そして、これらの目標を達成するためには、医療連携の当事者である「患者さま」「診療所」「病院」が、相互に理解しあえるような取り組みを進めること、そして、基幹病院として、地域医療を支援する体制を構築することが重要であると考えています。

では、具体的な地域医療推進の戦略についてご説明します。私たちの戦略は大きく3つに分けられます。1つは「診療所との連携強化」、2つ目に「患者さまの啓蒙・理解促進」、最後に「救急隊との連携強化」です。

この3つの戦略に沿って、具体的な取り組みをご紹介します。

まず、「診療所との連携強化」に関する取り組みからご紹介いたします。診療所の先生方に当院を理解いただくための取り組みとして、「病院ホームページ」を開設しました。病院の沿革・特徴、外来診療担当医表など、当院に関する様々な情報を掲載しています。また、診療所向けの季刊誌「栄共済 地域連携だより」を年4回、発行しています。当院診療スタッフの紹介や、症例検討会の内容を掲載しています。さらに、当院施設見学も含めた学術講演会も開催しています。

一方、私たちが連携診療所の先生方を理解する取り組みとして、診療所の先生方の専門分野や検査機器、往診・訪問診療の対応状況などを確認するアンケート調査を行っています。アンケートによって蓄積された情報は、逆紹介の際の情報として活用しています。

さらに、相互の診療レベルを理解するため、症例検討会を開催しています。現在では、消化器科、循環器科、呼吸器科、小児科、代謝内科、救急医療の6科において、隔月で開催しており、地域の医師だけでなく、救急隊員も参加していただいています。

また、地域診療所の支援の一環として、救急・

入院患者の受入体制を強化しました。救急受入スタッフの増員や救急隊員からの直接の電話を受け付けるホットライン設置、さらに診療所の先生方の診療時間外や休日にいつでも患者さまを受け入れることを制度化した「患者登録制度」の導入などの取り組みを行ってまいりました。「患者登録制度」については、後ほど詳しくご紹介いたします。

さらに、診療所の先生方からの検査依頼を受け入れるため、院内体制を整備するとともに、受け入れ可能な検査内容や、検査依頼方法等を示した「検査依頼の手引き」を作成し、連携診療所へ配布しました。「紹介率」という数値だけの話をさせていただけると、放射線科での検査受入れを強化したことが、最も効果があり約5%、紹介率が向上しました。

これは最も基本的なことですが、患者さまをご紹介いただいた際の診療報告を徹底しています。勤務医が報告書を書きやすくするために書式の修正も行い、今では100%近く報告されています。さらに、連携室独自でも経過報告を行っています。連携室設置当初から手書きの経過報告書を作成し、

FAXしていましたが、今では病診連携システムを活用することにより、FAXとインターネットを併用し、経過報告を行うようになりました。報告が数日遅れると問い合わせの電話がかかってくるようになり、連携診療所の先生方にも経過報告が定着してきているようです。

このように、「互いを理解する努力」「地域診療所のバックアップ体制の強化」を積極的に行うことで診療所との連携を強化してきました。

次に、患者さまへの啓蒙活動についてご紹介いたします。

患者さまに安心して受診していただくためには、まず患者さまに「地域医療」を理解いただくことが重要だと考えました。そこで、患者さま向けの月刊誌やホームページ、ポスター等を活用し、「地域医療」の考え方や診療所と病院の役割についてご理解いただけるよう努めています(図1)。しかし、やはり患者さまは診療所への紹介についてご説明すると、「診療所が開いていない時に具合が悪くなったらどうすればよいのか」「診療所では入院することができない」など、不安を訴えられる場合も少なくありません。

そこで、当院の脳神経外科部長の北村が発案したのが「緊急提示カード」および「患者登録制度」です。詳しくは後ほどご説明させていただきます。

続いて、消防署との連携強化策についてご紹介いたします。

診療所との連携と同様、消防署との連携においても、まずは当院を理解していただくことが重要であると考えています。そこで、当院医師が消防署に出向き、救急隊員の皆さんに当院の救急患者受け入れに対する心構えや、具体的な受入体制についてご説明しています。そして、院内の救急患者受入体制を強化することにより、「断らない」救急医療を実践しています。

それでは、これまでご紹介させていただいた取り組みの成果を簡単にご紹介させていただきます。

紹介患者数は、連携室設置時、月約500名でしたが、図2のグラフのとおり月800名程度まで増えております。これは、地域の診療所の先生方の信

図1



頼を少しずつ得られていることを示しているのではないかと考えております。ちなみに、紹介率は平成10年度で31.3%程度であったのに対し、平成14年度は44.4%まで向上しています。

次に、外来患者数の推移をお示しします。平成12年度を境に外来患者数が減少しています(図3)。医療制度改革、診療報酬改定の影響も少なくありませんが、患者さま、地域診療所の先生方との相互理解とともに進めてまいりました逆紹介の推進も大きく貢献しているものと思います。

次に、救急搬送患者数の推移をお示しします(図4)。救急体制を強化し始めた当初と比較すると、月100名程度増えております。平成11年からは一定数を維持しており、救急隊員の方々の信頼関係が維持できているものと認識しております。

### 3. 『患者登録制度』について

それでは、これまでご紹介させていただいた当院の取り組みの中でも、最も特徴的な『患者登録制度』について、もう少し詳しくご紹介いたします。

『患者登録制度』とは、簡単に申しあげると「地域の患者さまに関する診療情報を診療所と病院で共有することにより、患者さまの容態急変時に、病院にて適切に対応する環境を整備する制度」です。この『患者登録制度』を創設した目的は、「患者さまへのサービス強化」と「診療所医師の負担軽減」の2点です。「いつでもバックアップする病院がある」ということを患者さまや診療所の先生方に理解いただくことで、患者さまには、「急変時にはいつでも適切な対応をしてもらえる」という安心感をもってかかりつけ医を受診していただき、診療所の先生方にとっては、「時間外や休日に患者さまの容態が急変した場合、いつでも病院が支援する」ことで負担の軽減につながると考えています。

この『患者登録制度』が生まれた経緯ですが、もともとは当院を受診されている患者さまのうち、緊急対応が必要になる可能性のある患者さまに、

図2

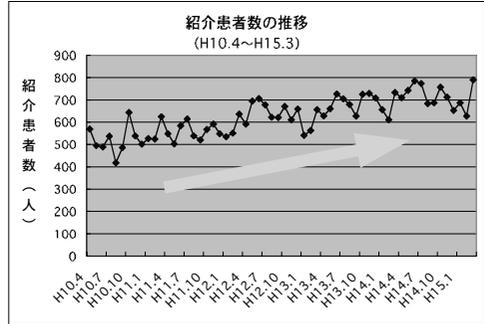


図3

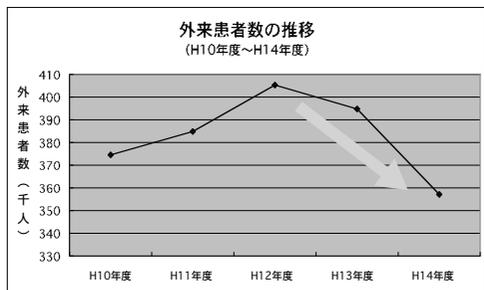
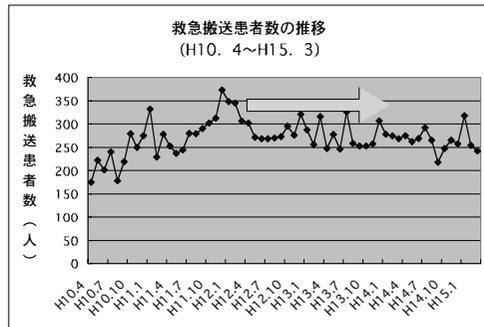


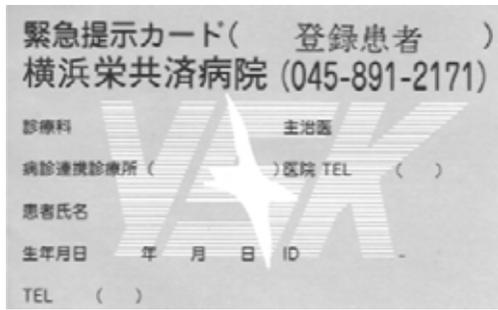
図4



あらかじめ疾患名や経過、投薬などを記載した「緊急提示カード」を発行することで、安心してかかりつけ医を受診していただくための取り組みとして始められました。対象は、脳疾患、心臓疾患、糖尿病の患者さまです。この取り組みを発展させ、対象者を地域診療所を受診される患者さままで拡大したのが『患者登録制度』です。

図5が、患者さまに発行する「緊急提示カード」です。表面には、当院の担当診療科、主治医名、連携診療所、連絡先および患者さまの情報を記載します。裏面には、診断名や経過、処方などの医療情報を記載します。

図5



この制度の運用の流れを簡単に説明しますと、まず患者さまがかりつけ医である診療所を受診します。かりつけ医の先生が、救急対応が必要となる可能性がある患者さまと判断した場合は、『患者登録制度』の説明を行い、患者さまの承諾の下、「登録患者個人記録用紙」に患者氏名、性別、生年月日、診断名、経過、投薬などを記入し、当院地域医療連携室宛てにFAXまたは郵送にてお送りいただきます。連携室では、受付後、「登録患者個人記録用紙」を連携室および救急室に保管し、緊急の場合はすぐに情報を確認できるようにしておきます。また、「緊急提示カード」を作成し、診療所の先生宛てに郵送または配達します。診療

所へ送られた「緊急提示カード」は、患者さまが次回診療所を受診された際に、説明書と一緒に手渡されます。

患者さまには、いつでも「緊急提示カード」を携帯いただくようお願いしています。もしも、急に容態が悪くなり、救急車を呼んだ場合も、救急隊員に「緊急提示カード」を提示することにより、救急隊員が患者さまの疾患名や経過を確認することができ、円滑な対応が可能になります。もちろん、当院の救急室に搬送された場合も、スタッフが患者さまの情報をあらかじめ確認することができますため、適切な対応を取ることができます。また、患者さまご自身で来院される場合も、連携室で登録されている情報を確認し、担当医師へ連絡することにより適切な対応を取ることが可能となります。

図6が「登録患者個人記録用紙」です。図7が、「緊急提示カード」を患者さまにお渡しする際に、一緒に渡す説明書です。

この制度の運用状況は、平成16年6月現在、利用施設が17施設、登録患者数が約1,600名となっており、平成12年の制度開始より登録患者数が増え続けております。

図6

登録患者個人記録用紙

区院TEL \_\_\_\_\_

(No.) 氏名 (姓・名) \_\_\_\_\_  
生年月日 (M・T・S・H) \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( )  
区院 TEL ( ) \_\_\_\_\_  
診断名 \_\_\_\_\_  
経過 \_\_\_\_\_  
投薬 \_\_\_\_\_

---

(No.) 氏名 (姓・名) \_\_\_\_\_  
生年月日 (M・T・S・H) \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( )  
区院 TEL ( ) \_\_\_\_\_  
診断名 \_\_\_\_\_  
経過 \_\_\_\_\_  
投薬 \_\_\_\_\_

図7

緊急提示カード説明 (登録患者さん用)

◎ 横浜栄共済病院では、診療所等との病診連携システムを推進しております。日常の通院・処方診療所を受診し、緊急時は病院にて診療(入院)ができるよう態勢を整えております。

① このカードは、外出する時は、いつも身に着けて下さい。

② 時間外に受診される時は、前以て電話をおかけ下さい。(カルテを出して準備が出来ます。)

③ 症状が急変し、救急車を呼んだ時は、救急隊の方に、このカードを提示して下さい。

※ この緊急提示カードだけでは受診するにおいて不十分です。保険証を必ず持参して下さい。診療券をお持ちの方は、それも一緒にお出し下さい。

この制度の運用成果をご紹介しますと、まず、患者さまからは、救急車を利用する際、主治医のいる当院へ搬送されるようになり、安心していただいているようです。今でも登録患者さま以外のの方が救急車を利用される場合、救急隊員の判断により、受診したことのない医療機関へ搬送されることもあるようですが、登録患者さまについては、救急隊員が「緊急提示カード」を確認していただき、当院へ搬送してくれるようになりました。

診療所の先生方からは、やはり時間外や休日など対応が困難な場合に、患者さまが当院を受診されるので、ご安心いただいております。

また、救急隊員の方からは、患者さまに関する確認業務が円滑化されたとの言葉を頂戴しております。

もちろん、当院にとりましても「緊急提示カード」を確認することにより、適切な受入を行うことができるようになりましたし、何よりも患者さま、診療所の先生方、救急隊員の方々との信頼関係を構築することができたのではないかと考えております。

ただし、この『患者登録制度』もまだまだ改善の余地があり、課題もあります。大きな課題の1つとして、「登録患者様の情報更新」があります。一度登録いただいた情報は、診療所の先生より更新のご連絡があるまでは、そのままの状態で保管されています。中には状況が変わられている患者さまもいらっしゃると思いますが、情報を更新することが非常に難しいのが現状です。こういった課題についても、今後、院内や医師会の先生方と解決策を検討していきたいと思っております。

#### 4. 今後の取り組み

これまでご紹介させていただきましたとおり、平成10年より様々な取り組みを行ってまいりましたが、まだまだ改善すべき点があると考えております。また、当院としては今後「地域医療支援病院」の承認を目指していきたいと考えており、い

くつかの課題に取り組んでいきたいと考えております。

1つは、「更なる機能特化」です。当院は救急医療や脳神経外科、心臓疾患外科のように非常に専門特化できている分野とそうでない分野があります。当然、診療科により違いはありますが、1つでも多くの診療科において、地域の先生方へアピールできる専門領域を増やしていきたいと考えておりますし、1人でも多くの先生方に専門分野を發揮いただきたいと考えております。

2つ目は、「検査受入体制の強化」です。現在は放射線科を中心とした検査を受け入れています。今後は内視鏡等、幅広い検査に対応できるよう体制を強化していきたいと考えております。また、検査の対応方法についても、ご依頼いただく診療所の先生方の要望に合わせ、「検査のみ」「読影と検査」など様々なかたちで対応できるよう整備していきたいと考えております。

3つ目が、「連携室のマーケティング機能の強化」です。ますます地域医療連携を推進していくためには、データに基づく現状把握と分析が必要であると考えております。そのためには、より徹底した紹介患者情報の管理を行い、連携の内容を、より具体的に把握していきたいと考えております。

#### 5. まとめ

当院の地域医療連携推進のポイントは、

1. 明確な理念を掲げ、地域医療における役割を明確にすること
2. 患者さまを中心にした医療連携推進の戦略を立案、実行すること
3. より具体的な目標を設定し、業務に取り組むこと

であると考えております。また、目には見えませんが、病院内外にかかわらず、「地域医療に貢献しようという熱意」を持った関係者が如何に多く集まるかといったことが非常に重要なことであると思っております。

基調講演

# 地域医療の再構築と 病院経営の新機軸

東北大学大学院医学系研究科 教授 **濃沼 信夫**

今や、好むと好まざるとによらず、選ばれる病院、選ばれない病院、良い病院、良くない病院という選別がなされる時代となりました。本日まで出席の方々の病院は、選ばれる良い病院であってほしいと願いつつ、「地域医療の再構築と病院経営の新機軸」と題するお話をいたします。

## なぜ地域医療の再構築が必要か

まず、なぜ地域医療の再構築が必要なのかです。課題は4つに整理できます(図1)。

第1は病床の供給過剰です。供給は需要に見合うものでなければなりません。病院は需給のミスマッチが生じています。一般の市場では、供給が需要を上回ると在庫余りや過当競争などさまざまな歪みが生じてきます。

第2は財源の不足です。経済の長期低迷と急速な人口高齢化の重みが身近に感じられるようになりました。財源は枯渇し、支出は増大するばかり

です。川にたとえれば、水源の水量は減り続け、潤すべき下流の田畑は日々拡大している状況です。水争いを避け、どの田畑にも干からびてしまわないだけの水を回すには、水をうまく按配することが重要です。21世紀は、財源論よりも配分論が重要となると思います。配分論では、1番目の課題である供給過剰が足かせになります。

第3は信頼の低下です。ここ数年、頻発する医療事故の報道などを通して医療を受ける側の医療に対する信頼が急速に低下しています。安全をないがしろにした企業は手痛いダメージを受けます。病院はなおさらであり、医療は安全を前提とするということを改めて思い知らされます。また、患者サービスに対する積年の不満が爆発寸前にあるようにも見えます。

第4は質と効率の課題です。世界最高レベルの医療を展開していくためには、医療を提供する側としては、今の質と効率ではいけないということ

### なぜ地域医療の再構築が必要なのか

- 1) 供給過多  
(需給ミスマッチ・過当競争)
- 2) 経済低迷・高齢者増加  
(財源不足・支出増加)
- 3) 信頼の低下  
(安全不安・サービス不満)
- 4) 質と効率の課題  
(世界標準の未達成)

図1

### 病床数の内外格差

(人口千人当り)  
**世界: 7.5床**  
(OECD 30ヵ国平均)  
**アメリカ: 4.2床**  
**日本: 16.2床**

図2

です。

これら4つのことを少し詳しく申しあげます。

### 病床の供給過剰から生じてくる問題の数々

まず供給過剰です。端的に言えば病床が多く、病院も多いということです。病床や病院の必要数は、病気の発生数に規定されます。先進諸国の生活水準、高齢化率は似たり寄ったりですので、人口当たりの病床数もかなり似ています。

先進諸国の病床数は、医療制度が異なっても人口当たりでほぼ一定であり、これが世界標準といわれるものです。人口1,000人当たり7.5床という普遍的な水準です。世界標準とかけ離れているのがアメリカと日本で、両国は両極端です。アメリカは4.2床と少なく、日本は16.2床と群を抜いて多い(図2)。アメリカは人口当たり日本の2割の病床で世界をリードする医療を展開し、日本は世界標準の数倍の病床をかかえ、その維持に四苦八苦という状況です。

病床の定義や機能を補正したとしても、日本の病床がだぶついている事実だけは消すことができません。21世紀はこの問題を避けて通れません。医療制度改革ではこの問題に正面向き合っていくことが大事だと思います。

では、なぜ病床や病院が多いと医療が歪んでくるのでしょうか。病床や病院が多ければ安心な社会と思われがちです。ただし、それはそれらが適正数であるということが前提です。

サービスの総量は従事者数によって決まります。日本の医療従事者数は、医師、看護師、薬剤師とも、欧米に遜色のないレベルにあります。病床数、病院数が多いということは患者が多いということになります。患者が世界の数倍多いと、従事者の養成数が世界標準にあっても、患者1人に投入できるサービスの量は世界の数分の1ということになります(図3)。これが患者不満につながらないはずがありません。

それから費用です。患者が多いので1人当たりの費用は世界の数分の1、アメリカの10分の1です(図4)。世界の数分の1の費用で世界と同じ結果を要求されるのが日本の医療です。医療従事者の夜に日をつぐ努力によって支えられているのですが、これも限度です。

少ない費用で優れた結果を得ているというのはすばらしいことではあります。しかし、この状態をいつまでも続けることはできません。必要な資金を投じなければ、安全で質の高い医療を展開することはできません。個人や個々の病院の努力では、これ以上の改善が困難な構造的課題です。

なお、国民医療費30兆円は、対GNP比では主要国より少な目で、ちょうどOECD30カ国の平均値です。わが国のGNPは生活実感よりも背伸びしていることを考えれば、分母のGNPが大きすぎるとも言えます。

さらに、症例や手術経験でも大きな問題があります。病気の発生は先進国間であまり変わらない

### 病床数(病院数): 世界の2~3倍

- サービス(1患者当たり)
  - 世界の1/2~1/3 → 患者不満
- 費用(1患者当たり)
  - 世界の1/2~1/3 → 質の課題
- 症例・手術経験\*(1医療者当たり)
  - 世界の1/2~1/3 → 安全の課題

\* 病気の発生(人口当たり)は先進国間で大差ないとして

図3

### 入院病床1床当たり支出

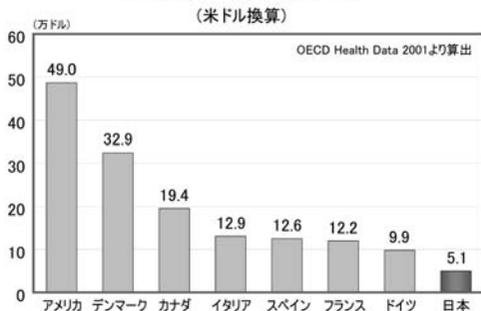


図4

はずです。わが国は病院が多いので、症例や手術が分散してしまいます。同じ患者が何回もやってくる、あるいは同じ患者が長く入院しているけれども、1つの病院で多様な症例を経験するということがなかなか出来ない。

例えば、研修医にとって、外国では1年間で習得できるものが、日本では数年かかることになります。知識、技能の経験不足が、時に安全を脅かすということになりかねません。病院や医療従事者は日夜努力をしているけれども、個人の努力では乗り越えられない壁があることが分かります。無理なことを精神力で乗り越えろといわれているのに等しい。

この構造的な課題は、20世紀の間に解決しておくべきでした。その忘れ物を21世紀に引き継いでいるわけです。21世紀の初頭までにこの問題を解決する、すなわち世界標準の医療を実現しないてはいけません。その次の目標は、世界をリードし、世界に範を垂れる医療を展開することです。

### 経済低迷・高齢者増加から生じてくる問題

第2は経済の低迷と高齢者の増加についてです。国民皆保険、国民皆年金という、わが国の社会保障の枠組みができた1960年初頭は、高齢者の割合

は5%でしたが、これが20%になり、2015年には25%と猛スピードで高齢化が進行します(図5)。高齢化率5%のときの制度設計が今も続いているのですから、その歪みも大きなものとなっています。高齢者はマイノリティからマジョリティになっているのに、高齢者優遇策がそのまま残っている弊害などです。

20世紀後半は、わが国の高齢化率は列国に比べて5~10ポイントも少ない、幸運な時代であり、この時期に他国に羨まれるような経済復興を遂げました。しかし、これは人口構成が追い風だったことを忘れてはなりません。21世紀前半は、今度は逆に、わが国の高齢化率は列国に比べて5~10ポイントも多い、世界一の高齢国家となります。この時期こそ、向かい風をはね除けて列国と伍していけるのか、日本人の真価がとわれているわけです。

2004年度の一般会計予算82兆円は、税収は半分、あと半分は借金です。90年代以降、公債の発行が大幅に増加し、不健全な財政運営が続いています。国の財政を頼みにする医療の財源が、いかに不安定な状況に立ち至っているかを再認識する必要があります。医療の財源は税金、保険料、自己負担金の3つだけで、保険料は医療目的税の性格を持ち、自己負担金以外の85%までは公金で賄われているからです。税収、保険料の増減は景気次第ですから、医療と経済はまさに運命共同体です。

医療保険から給付する医療費は、高齢者の増加や医学の進歩により、現在の30兆円が将来は60兆から80兆円くらいになると考えられています。2025年には75歳以上に半分、65歳以上の高齢者に3分の2の医療費が注ぎ込まれることとなります。病院の収入の3分の2

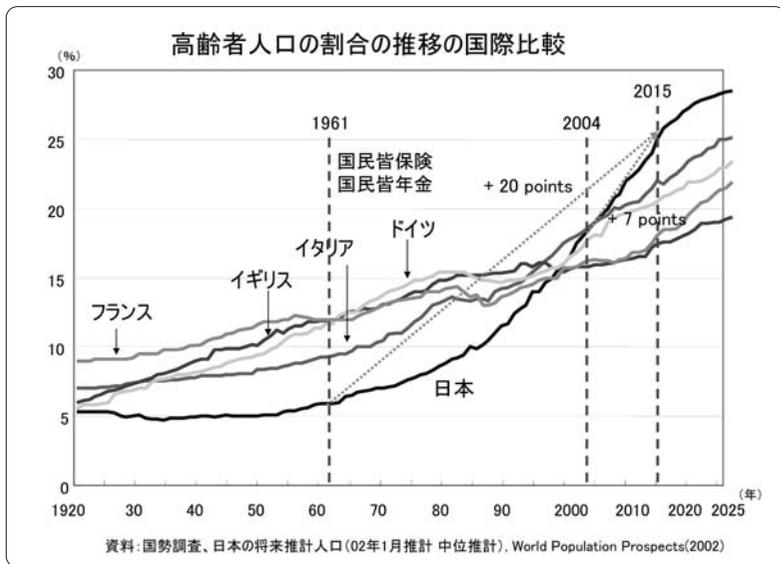


図5

は、高齢者の診療からということになるわけです。急性期疾患の診療は限られ、やがて慢性期疾患に対応する医療が主流になるということです。これは病院の将来戦略を考えるうえでとても重要なことです。

### 医療への信頼低下にまつわる問題

第3は信頼の低下です。最近の新聞の医療事故の記事は、5年ほど前に比べますと劇的に増えています。国民の医療安全に対する関心は高まり、行政もそのつど、対応を迫られます。21世紀に入って、患者が文字どおり医療制度を変える時代になったという実感を強くします(図6)。医療の質やサービスに対する不満が鬱積して爆発寸前ということもあろうかと思えます。

信頼の低下は、支払いの負担感とも関連します。これまで、医療を受ける側も提供する側もコスト意識は低いと言われてきました。しかし、今や少なくとも医療を受ける側はコストに敏感になっています。最近の受動行動調査を見ますと、外来で最大の不満は、「待ち時間」を超えて、「支払いの負担感」となっています。窓口でいくら請求されるか分からないという不安、病気の説明はあってもいづらかかるかの説明はないこと、会計の明細に不明な点があっても、その場で納得のゆく回答が得られないことなどです。インフォームド・コンセントには経済面の説明も含まれます。病院の相談窓口診療報酬に詳しい人を配置することは、今や重要な外来サービスといえます。

それから情報格差の減少という状況も、医療に対する信頼感に影響します。これまでは情報の非対称性が問題でしたが、今や情報格差は縮小して、場合によっては逆非対称となります。患者が持っている情報は、最先端で世界的なものということがあり、偏っているかもしれませんが、担当医よりも詳しい場合があります。情報格差の減少は大きな意義がありますが、時に誤解や不信につながることもあります。プライバシーや自己決定など権利意識の高揚も無視できないものです。

### 患者が制度を変える時代に

- ① 安全の不安
- ② 質・サービスの不満
- ③ 支払いの負担感  
(外来での最大不満:受療行動調査)
- ④ 情報格差の減少
- ⑤ 消費者意識の高揚

図6

### 世界(OECD30カ国)との格差

入院	■ 病床数(千人当り16床)	2~3倍
	■ 職員数(病床当たり)	1/2~1/3
	■ 在院日数	3~5倍
外来	■ 患者数	2~3倍
	■ 診療時間(患者当たり)	1/2~1/3
	■ 受診頻度(国民当り16回)	2~3倍

図7

### わが国の医療に求められる質と効率の改善

患者が制度を変える第4の理由は、わが国の医療が質と効率の課題をかかえていることです。端的に言えば、医療パフォーマンスについての世界標準が達成されていないということです(図7)。国内の病院を見る限り、あまり大きな差はないので、わが国の医療パフォーマンスの課題は見えにくいわけです。しかし、目を世界に投じますと、これが浮かび上がってきます。

例えば、日米の大学病院を比較しますと、ほぼ同じ病床規模でアメリカは日本の7~10倍の職員を擁しています。医師数は4~5倍です。そして年間の延べ入院患者数は6倍です。アメリカは同じ病床規模で6倍の生産性があることになります。日本の大学病院は待合室に患者があふれるほどおりますけれども、延べの外来患者数も2:3でアメリカのほうが多い。手術件数を見ますと、アメ

リカは7万件と日本の16倍です。一方、日本の放射線検査はアメリカの2.5倍、投薬は5倍です。日本の医療の質と効率に課題があることを物語るものです。

日本の検査の件数が多いというのは、検査機器台数の国際比較からも裏付けられます(図8)。代表的な診断機器CTとMRIの保有台数を見ますと、日本以外の主要国は、人口当たりでほとんど一定です。医療制度は異なっても、先進国の病気の発生に大差はありません。病気の発生が人口で決まり、医療のやり方も大差はありませんから、必要な検査機器も普遍的な台数になるわけです。EBMが強調されますが、医療のパフォーマンスも制度の違いを越えて普遍的なものであることが分かります。

日本の保有台数は世界に比べ突出して多い。歴然としています。CTスキャンもMRIも、人口当たりで主要国の10倍、1桁違う多さです。10倍の保有台数で10倍の診断能力があるなら分かります。しかし、そういうことはないわけです。すなわち、9倍までは、診断に結びつかない検査が行われている。そのためのエネルギーとお金を別のところ

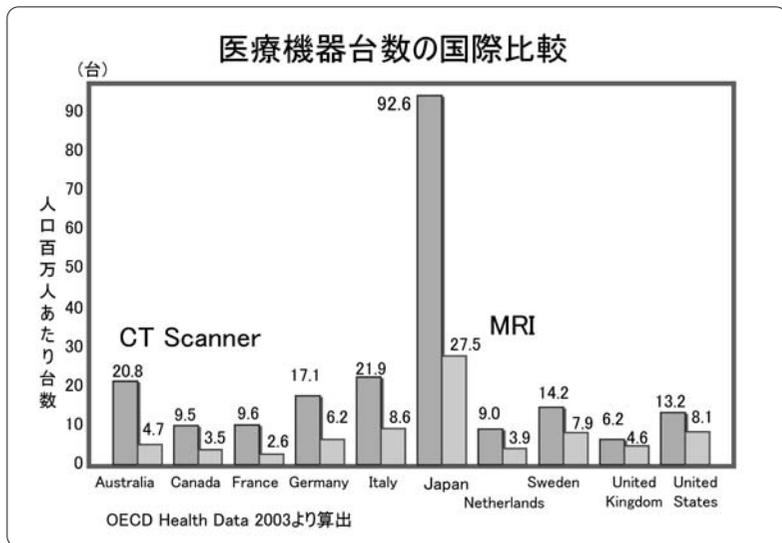


図8

に回したら、日本の医療はもっと良くなるはずですよ。

わが国で検査が多い最大の理由は、診療報酬が出来高払いを基調としていることですが、患者1人当たりの診療時間が短いことも無視できない理由と思われます。3分、5分の診療時間で対応するため、検査に頼らざるをえないという事情があるからです。短い診療時間の代償が、多い検査といえます。十分な診療時間が確保できれば、患者の訴えに耳を傾け、問診、視診、聴診で検査なしでも診断がつくことが少なくないはずですよ。アメリカのメディケアの病院外来は、APCと呼ばれる時間併用の定額制となっており、1人の患者に30

#### 受診回数の国際比較

\*65歳以上は43.5回(8日に1回)

国名(直近年)	国民1人当たり 受診回数
Japan ('96)	16.0*
Germany ('96)	6.5
France ('96)	6.5
Canada ('98)	6.4
Australia ('99)	6.3
Italy ('99)	6.0
Netherlands ('99)	5.8
United States ('96)	5.8
United Kingdom ('98)	5.4
Sweden ('97)	2.8
Average (28カ国)	6.56

OECD Health Data 2001

図9

#### 納得のゆく外来診療像

- 医師1人1日当たり患者数  
32.6人 (現在の1/2~1/3)
- 患者1人当たり診療時間  
14.6分 (現在の2~3倍)

(開業医調査・濃沼 n=724)

図10

分、1時間をかけることも珍しくなく、検査件数は年々減少しています。

わが国は、医師1人当たり受診数が極めて多いので、患者1人当たり診療時間は短くなり、その結果、受診頻度が多いという悪循環のなかにあります。1年間に国民1人当たり医療機関に受診する回数は、主要28カ国の平均が6回であるのに対し、わが国は16回と群を抜いて多い(図9)。日本以外の先進諸国は、それぞれ制度が異なっていますが、申し合わせたように6回です。

全国の開業医を対象に、現行の診療報酬制度を脇において、医師として納得のいく外来診療像はいかなるものかを調査しました。その結果は、医師1人当たり患者数は約30人、患者1人当たり診療時間は約15分でした(図10)。これらは世界標準に近いものですが、わが国では現行の数分の1の患者数、数倍の診療時間です。わが国は、医療を受ける側も、医療を提供する側も、ともに大きな欲求不満があることがうかがえます。

医療における憲法ともいえるべき「医療法」の第1条の5に、病院の定義が示されています。「病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な医療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない」ということです(図11)。「科学的で適正な医療」を本当にやっているか、日々点検する必要があります。世界標準に比べて大幅に多い検査や投薬を考えると、この病院の定義は、我流を戒めるべきことを唱っているように思えます。人も物も金も、医療資源は限られていますから、非科学的で不適切な医療がどこかでやられると、科学的で適切な医療の恩恵にあずかるべき人が迷惑するということです。

**“質、効率、安全”がキーワード**

医療提供体制の改革は、医療制度改革の中核をなすものです。2003年に提出された厚生労働省の「医療提供体制の改革のビジョン案」の骨子は3つあります(図12)。患者の視点の尊重、質が高く効率的な医療の提供、医療の基盤整備の3つ

**病院の定義**

病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。

医療法 第1条の5

図11

**医療提供体制の改革のビジョン案**

- 1) 患者の視点の尊重
  - ① 情報提供
  - ② 安全・安心
- 2) 質が高く効率的な医療の提供
  - ① 機能分化
  - ② 人材・資質
- 3) 医療の基盤整備
  - ① 情報化
  - ② 国際競争力

(2003年4月 厚生労働省資料より要約)

図12

**勝つ(選ばれる)ための病院マネジメント**

	目標	手段
質	治療成績	世界標準(EBM) 臨床指標(CI)
効率	至適医療	標準化(CP) 定額化(DPC)
安全	人材確保	量的充実(CS) 資質向上(PR)

CI: Clinical Indicator CP: Clinical Path  
CS: Customer Satisfaction PR: Peer Review

図13

です。このなかで、キーワードになるのが質、効率、安全の3つではないかと思います。質と効率と安全は相反する概念ではなく、相関するものです。質を高めようと思えば効率的でなければならないし、効率的であろうと思えば安全でなければならない。この3つの維持・向上を同時に図らないと、どの1つも成就できないということです。

医療の質は、ハムラビ法典の頃からの永遠の命

題のようにも思います。しかし、質とはやはり治療成績だと思えます。どういうアプローチであれ、良い治療成績を得るといことです。その手段として、EBMやクリニカル・インディケイターがあるわけです（図13）。

また、効率を言い換えますと、至適医療、最も適切な医療のことです。効率的な医療を実現する手段はクリニカルパスなどを通じた標準化であり、診療報酬では定額化ということになります。命は地球より重いのですが、現実には最も少ないお金で最も優れた成績を得るといことが医療者に課せられた使命と思えます。

それから安全は、突き詰めれば人と思えます。器具とか仕組みで安全を確保することも重要ですが、労働集約産業である医療では、優れた人材なしに安全を保つことはできません。わが国の場合、人手不足の解消が急務です。量的充実は患者満足指標に、資質向上はピアレビューで実現を図る必要があります。

EBM、クリニカルパス、DPCなど、臨床現場にさまざま要請される事柄は、脈絡がないわけではなく、それぞれのツールは、質、効率、安全を確保するというゴールに向けて収束するベクトルであるという認識に立つ必要があります。質と効率と安全に向けた手段を1つ1つ確実に講じていくことが重要です。

## 21世紀に予想される地殻変動とその方向

21世紀の病院は地殻変動を避けられません。大地震の予知ははまだ困難ですが、病院の地殻変動はいくつもの根拠に基づくものです（図14）。いわゆる団塊の世代が大量に退職する2010年、団塊の世代が全員高齢者となる2015年までに病院に大きな地殻変動が起こることは必至です。働き手が少なくなりますから、医療に投入し得る資源も自動的に減ります。そして、高齢者の仲間入りをした大量の人たちが医療の顧客になりますから、これまでの病院では立ちゆかなくなる。

その地殻変動の方向を考えますと、第1に病院の集約化・拠点化が避けられないということです（図15）。病院は適正な数が適正な場所に存在していることが重要です。その数と場所は、医学の進歩や社会の進歩で大きく変化するものです。医学の進歩で外来医療が入院医療の代替機能を果たしますし、交通・通信手段の進歩で住民の行動範囲は大幅に拡大します。病院の集約化・拠点化は、2015年までに加速度をもって進むと私は考えております。別の言い方でいいますと、機能の特化・連携が進むということです。

人口高齢化の進行や健康水準の向上で、急性期疾患は限られてきます。このため、急性期疾患に対応する病院は、そのハードルがますます高くなる。1つハードルを越えると、また次のハードルが待っている。地域がん診療拠点病院、臨床研修

### 不可避な病院の地殻変動(背景)

- ① 需給のミスマッチ
- ② 財政逼迫・定額化
- ③ 制度・組織疲労
- ④ 人手不足・職員疲弊
- ⑤ 患者パワー
- ⑥ 情報集積・逆非対称

図14

### 不可避な病院の地殻変動(方向)

- ① 病院の集約化・拠点化
- ② 機能の特化・連携
- ③ 急性期の高度化・センター化
- ④ 中小病院の多角化・クラスター化
- ⑤ 人材の囲い込み
- ⑥ サービス産業化

図15

指定病院，地域医療支援病院など，さまざまな肩書きを要請されるということです（図16）。中小病院は機能を特化し，地域で病院群や介護や福祉を含むコンプレックスを形成しないと生き残れなくなるおそれもあります。

また，人材の流動化の進行も必至で，いかに魅力的な病院をつくり優れた人材を確保するかが，これまでに以上に重要な病院戦略になると思われます。新しい臨

床研修制度では，医師としてのスタート時点から全国を見渡して優れた病院を選択するわけです。人材の流動化と診療圏の広域化を前提した病院戦略の練り直しが必要となっています。

なぜ病院の集約化・拠点化かといいますと，これは質，効率，安全の確保の観点から自然の勢いだからです。ある経済新聞によりますと，最高の利益をあげている企業の秘訣は3つある。それはスリム，セーフティ，スペシャリティです。生産性の低い工場や店舗を生産の高いところに集約するのがスリム，国民の生命・財産・安全をないがしろにすると酷いしっぺ返しを受けるというのがセーフティ，総合メーカーでも何が得意かを消



図16

費者に明確にアピールするのがスペシャリティです。これは優れた企業経営の秘訣ですが，そのまま優れた病院経営の秘訣ともなると思います。

病床の機能区分は，大半の先進国は90年代までに完了していますので，わが国の現行の病床区分の適否を考えると参考にになります。主要26カ国の平均をわが国の高齢化率，病床数に置き換えて試算しますと，急性期と慢性期，すなわち一般病床と療養病床の割合は，全国レベルではほぼ1：1となります（図17）。しかし，現状は7：3と一般病床偏重であり，機能区分の意義が十分発揮できない状況にあります。

例えば，山形県は高齢者が多く，世界標準から

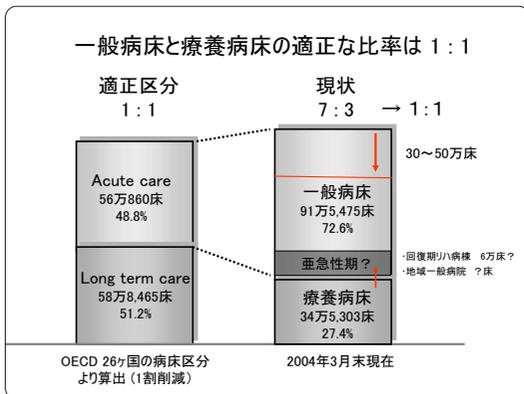


図17

二次医療圏の診療圏 (n = 363)

	合計	平均	中央値
半径 (km)	-	16.5	15.5
病院	施設数	9,239	25.5
	病床数	1,646,797	4,536.6
一般診療所	94,019	259.0	130
医師数	249,574	687.5	312
病理医数	1,829	5.0	3.6
麻酔科医数	6,087	16.8	6

図18

試算される一般病床と療養病床の割合は4:6なのですが、現状は8.5:1.5と、圧倒的に一般病床が多いアンバランスな状況にあります。これでは一般病床に大量の慢性疾患の患者が混在し、機能区分した意味がなくなるおそれがあります。これでは、経営上も苦戦を強いられるでしょう。地域ごとに、それぞれの需要に見合うかたちに供給体制が整えられる必要があります。積極的に病床を縮小し機能を高める。そして、それと引き換えに

診療単価の引き上げを成し遂げるということがとても大事です。

二次医療圏は、大半の医療が完結する圏域として指定されているもので、全国に現在363あります。大小ありますが、平均すると半径16kmです。車で30分以内の行動範囲です(図18)。この二次医療圏に約20の病院、約3,000~4,000の病床数があります。そこに500人ほどの医師が従事しています。診療所の医師を除きますと200~300人の

医師が20の病院に勤務していることとなります。二次医療圏の病理医は4~5名、麻酔医が10名程度ということですから、すべての病院が常勤の麻酔医、病理医を確保することは絶望的だということが分かります。

病院ごとに病理医や麻酔医を確保することは困難である以上、二次医療圏が1つの病院のように機能するように工夫することが重要です。医療の質、安全の観点から、麻酔医は外科手術に、病理医は確定診断に必須の存在です。二次医療圏内で、機能を手分けする病院群をつくっていく作業を、圏内の病院が一堂に会して協議する場をつくることが重要です。個々の病院が医師不足に対応しようとしても無理や無駄が多い。

医師の診療科のアンバランスも大きな課題です。対人口の医師数を補正して日米を比較すると、日本に比べアメリカは病理医で4~5倍、麻酔医で2倍も多い(図19)。診療科のアンバ

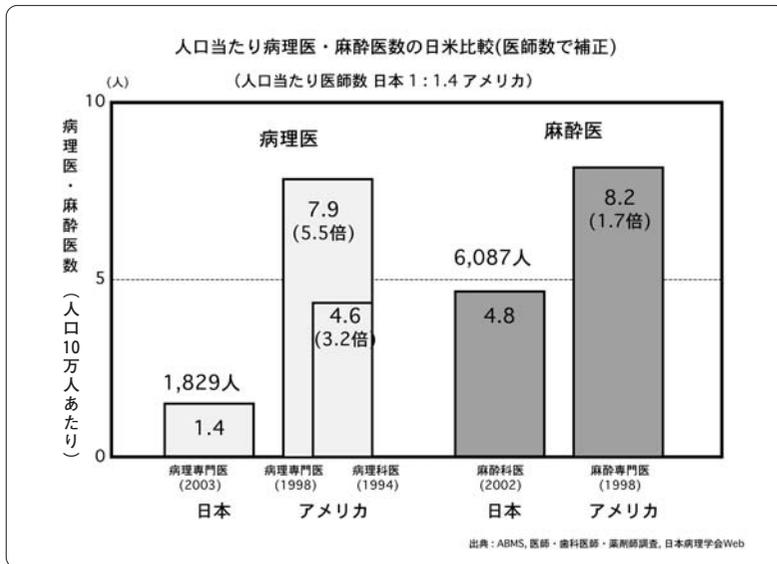


図19

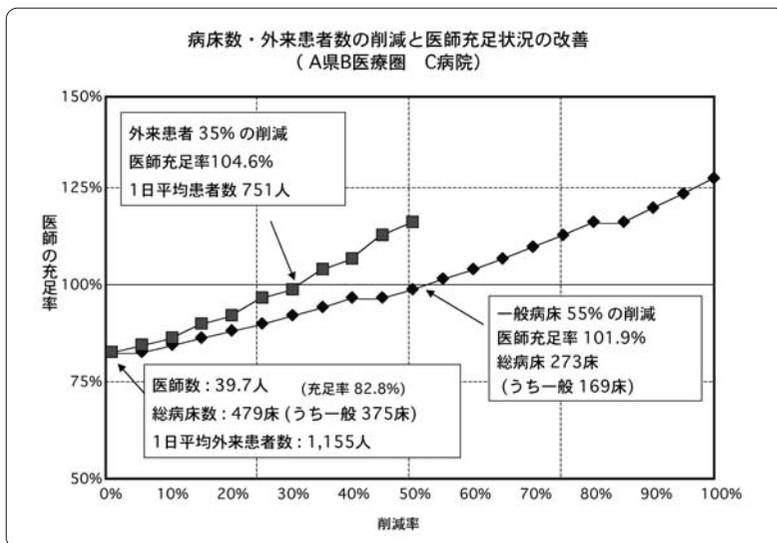


図20

ランスの是正に向けて抜本的な対策がとられなくてはならない。しかし、これは時間がかかると思われるので、当座は、現在いる病理医や麻酔医が、集約化された病院のなかで最大の機能を発揮できるような対策を立てないといけません。

社会問題化している医師不足を個々の病院で解決することは容易ではありません。何としても医師確保ができない場合、医療法を遵守するには病床を削減するか、外来患者を削減するしかありません。例えば、東北地方の500床弱の中核病院で、医師の確保がままならず、充足率を現行82%から100%に引き上げるには、病床を55%、つまり半減するか、外来患者を35%削減するしかありません(図20)。

どちらも身を切るような辛い事柄です。A県B圏域のなかにある複数の病院が協力し合って機能を特化し連携することが極めて重要なこととなります。近未来の見通しと計画性をもって、二次医療圏で病院群を形成し、重複する診療科を整理統合し、どの診療科にも複数の医師を確保する。そして過剰感のある病床をスリム化することで病院機能を強化することが重要です。

#### まとめ

まとめです(図21)。選ばれる病院になるための戦略として、特化と連携を進めることが最も重

### 「選ばれる」ための病院戦略 ＝ 質・効率・安全の確保

- ① 特化と連携 (経済の必定)
- ② 世界標準化 (時代の必然)
- ③ 生命線としての人的充実
- ④ サービス業に徹する (信頼・満足)
- ⑤ 情報化 (透明性・説明責任)

図21

要です。これを進めることは世界標準化を目指すことでもあります。医学も医療は国境のないサイエンスですから、病院の規模によらず、立地によらず、世界標準の医療がどの病院でもやられてなければならない。それが要請される時代が必ずやって来ると思います。

医療の生命線は人です。器よりも人を大切にしなければいけない。人は堀、人は石垣、人は城という時代を超えた哲学です。より手厚い医療であれば、こんなに良いことができる、それを実証するためにも、手厚い人員配置を評価する診療報酬上の誘導が不可欠です。これは本当の意味の患者中心の医療を実現する道だと思います。

ご清聴ありがとうございました。

ITフォーラム

# 病院経営面から見た 電子カルテの影響・効果

医誠会病院 院長 井川 澄人

医誠会病院の概要

(スライド1) ホロニクスグループは愛知県から岡山県までの範囲に急性期から療養型、精神科の8病院と透析クリニック、介護老人保健施設を所持しています。電子化を積極的に取り入れるとの方針で、4病院でオーダリングシステムが、2病院で電子カルテシステムが導入されています。ベッド数約2,500床、職員数約2,800名で運営され

ています。

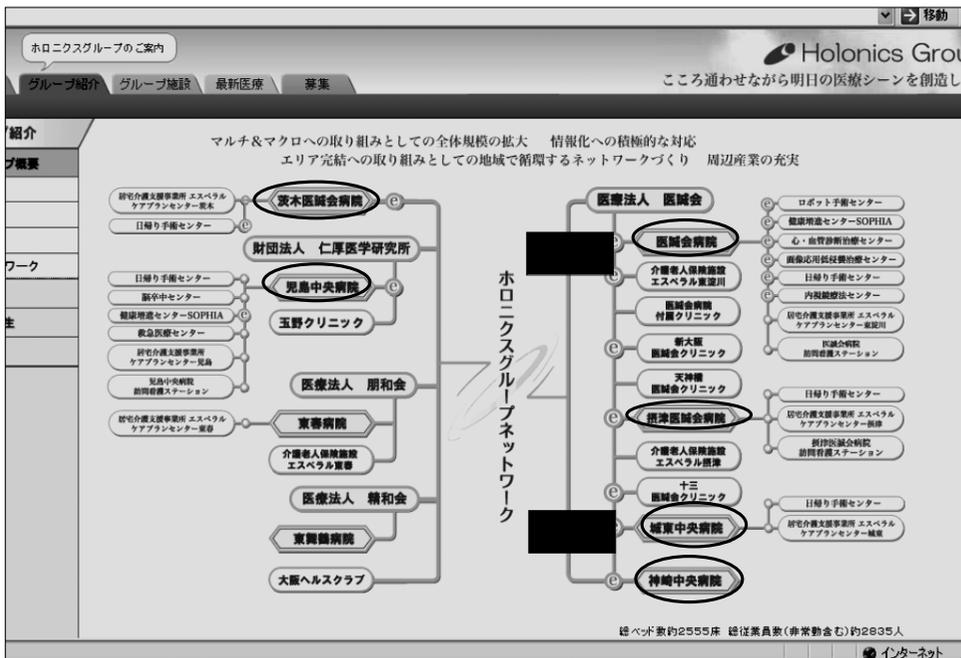
(スライド2) 医療法人医誠会の病院の基本理念はスライドに示すとおりです。

(スライド3) 電子カルテが導入されている2病院の概要を説明します。

城東中央病院は大阪市城東区にあり、233床のベッド数で職員250名です。2000年4月に電子カルテが導入されました。

(スライド4) 医誠会病院は大阪市東淀川区に

## ホロニクスグループの紹介



スライド1

あり、327床の病院です。常勤医師数も現在65名で職員数は450名です。2001年9月に電子カルテシステムが導入されました。

(スライド5) 医誠会病院では先端医療を担うべく2003年4月に子宮筋腫の治療目的でアジアで初めて集束超音波装置を入れました。あるいは現状の保険診療収入の制限のなかだけではなかなか新しい医療はできないだろうということで免疫化学療法センターを開設したり、2004年8月末にはリニアックを稼働させるなど、先端医療を担う方向性でIT化を進めています。

(スライド6) 病院内部のIT化に関しては城東中央病院が非常に早かったのですが、99年の2月にオーダーリングシステムを導入、同じ年に無線LANを導入して、ベッドサイドでもオーダーリングシステムが動くように、基礎的なところでソフトメーカーと共同で電子カルテを開発し、2000年の4月に電子カルテを稼働させています。当時はRISとかPACSもまだ私どもが満足するものがな

かったのですが、ようやく2002年の2月にRISとPACSを入れて、電子カルテと統合しました。2002年9月には、電子カルテと統合した電子化クリティカルパスも稼働させております。

一方、医誠会病院のほうは、遅れて99年の12月にオーダーリングシステムを導入しました。城東中央病院で電子カルテがうまくいったということで、

### 医誠会病院の概要

大阪市東淀川区人口	184,000人
病院開設	昭和42年
病院ベッド数	327床
一般病棟 入院基本料	2
外来患者数	850人/日
救急搬送患者数	350人/月
平均在院日数	15.4日
ベッド利用率	90%
医師	65人
職員数	450人

スライド4

### 医誠会病院の沿革

- 2002年3月 画像応用低侵襲治療センター開設
- 2002年7月 SIGNA TwinSpeed 1.5T (MRI) 導入
- 2002年7月 病診連携システム稼働 (画像転送システム完成)
- 2002年8月 病患連携システム稼働 (インターネット電子カルテ閲覧サービス)
- 2002年9月 超高速マルチスライス3DCT「SOMATOM16」導入 (日本初)
- 2003年4月 集束超音波装置 (FUS) 導入 (アジア初)
- 2003年5月 MAMMOMAT 3000 Nova (マンモグラフィ) 導入
- 2003年7月 呼吸器病センター開設
- 2003年8月 MRI 3号機稼働
- 2003年10月 免疫化学療法センター開設
- 2004年1月 開放型病室 (5床) 認可
- 2004年3月 ISO 9001本審査終了 (5月認証)
- 2004年8月 リニアック装置稼働

スライド5

### 病院の基本理念

“いつでも”  
 “誰にでも”  
 “心をこめて”  
 “Peace of Mind (安心)”  
 と  
 “Confidense (信頼)”  
 を提供  
 医療を通じて社会に奉仕する

私共は多くの人に良質の医療を提供すべく  
 ①双方向性 (医師・病院⇄患者・家族)  
 ②完結型 (患者・病気に対しグループで、病人を診る)  
 ③全人的 (器官を診るのではなくて、病人を診る)  
 医療を目指して日々の診療に取り組んでいます。私共の目指す医療が、地域社会の皆様にも少しでもお役に立てば本望であります。

スライド2

### 城東中央病院の概要

大阪市城東区人口	159,000人
病院開設	1962年 (昭和37年)
病院ベッド数	233床
一般病棟 入院基本料	2
外来患者数	650人/日
救急搬送患者数	250人/月
平均在院日数	20日
ベッド利用率	90%
医師	30人
職員数	250人

スライド3

### 両病院 内部のITの進化

- 城東中央病院IT化の歴史
- 1999年2月 オーダーリングシステム導入
  - 1999年9月 無線LAN導入
  - 2000年4月 電子カルテ稼働
  - 2002年2月 RIS、PACSシステム導入
  - 2002年9月 電子化バス稼働

- 医誠会病院IT化の歴史
- 1999年12月 オーダーリングシステム導入
  - 2001年9月 電子カルテ導入
  - 2001年10月 RIS、PACSシステム導入

- ITを利用した外部との接続
- 2002年2月 インターネット病・診連携システム稼働
  - 2002年7月 患者へのインターネット電子カルテ閲覧サービス開始

スライド6

約1年半遅れて2001年9月に電子カルテシステムを導入していますが、ここではRISとPACSをほとんど同じ時期に入れています。

病院内部だけではなく、外部との接続といいますが、診療所や患者さんに情報開示をどんどんしていくといったものも、経営的に、あるいは医療サービスとして提供しようということで、2002年の2月にインターネットで病診連携システムを稼働させましたし、7月に患者さんが自分のカルテを見ることができるように、インターネットの電子カルテ閲覧サービスを開始しています。

### 医療情報システムと病院経営戦略

さて本論に入りますが、今日は「医療情報システムと病院経営戦略」、「電子カルテの費用対効果」、「医療サービスや医療の質の向上と病院マネジメントにおける効果」というお話をさせていただきます

#### 1. 医療情報システムと病院経営戦略

医誠会独自のIT戦略（医療への情報システムの導入）

- 1) IT導入による強制的意識改革、構造改革を行う。  
積極的IT導入により第三者評価を受ける
  - ①患者、医療機関、行政、マスコミよりの評価
  - ②ISO 9001、プライバシーマーク、医療機能評価等  
マネジメントシステムの評価
  - ③金融機関の評価
- 2) 金融危機、財政危機の中で独自の戦略構築
- 3) ITを利用した経営分析システム構築

スライド7

#### 1. 医療情報システムと病院経営戦略

近代病院の要件

1. 設備投資産業
2. 知識集約産業



先端医療の追求

病院力の再構築

1. 設備投資力
2. 技術力
3. 営業力



顧客中心の医療システムの構築

スライド8

ます。

（スライド7）医誠会病院は独自のIT戦略、医療への情報システムを導入することによって、IT導入による意識改革、組織構造改革を行い、第三者評価を受けようということです。私も民間の病院で、厚労省からの補助金なしで独自でいろいろなシステムを開発してきました。患者さんやよその医療機関、行政とかマスコミからの評価が必要です。もう1つは、プライバシーマーク、医療機能評価などのいわゆるマネジメントシステムで外部の評価をいただくということです。さらに、大きいのは金融機関からの評価、その評価をいただかないと、なかなか設備投資ができないということです。

現在の財政危機下で、長期金利が1%上がると非常に大きいといいますが、そういった環境下で、独自の経営戦略を構築していく必要があるということでITを使っているわけです。今まで構築してきた電子カルテシステムのなかで、経営分析システムを構築していこうということでやっていて、その辺も徐々に実を結んでいます。

（スライド8）そういった病院経営戦略のなかで、近代病院に生まれ変わろうということで、いわゆる設備投資産業、それと優秀な医師に来てもらえるような知識集約産業というかたちに病院自身を位置づけました。そういうなかで先端医療を追求していこう、先端医療をするために病院の力をもう一度つくり直そうということで、ここ数年間かけていろいろやっているわけです。それには設備投資力、医師を含めた職員の技術力、それと患者さんを紹介してもらうとか、あるいは患者さんが来ていただけるような営業力といったものをつくって医療システムを構築していこうということをしています。

（スライド9）設備投資力ということでは、病院にMRIが3台あって、CTは16チャンネルを含めて2台、あるいはロボット手術機器（お腹の手術をするZEUS、関節の手術をするROBODOCなど）、集束超音波装置、血管撮影装置、リニアック、PET、こういった設備投資をかなりしていますが、

この辺をこれからどうしていくのかということが、現在は重要な課題になっています。

そういったIT設備投資をしたなかで、技術力というところで16チャンネルのCTがありますから、こういったCTを使ってバーチャル内視鏡検査や動画作成をすとか、あるいは、今、集束超音波装置で子宮筋腫の治療をやっていますが、それ以外に乳がんとか肝臓がん、こういったものに関しても集束超音波装置を使って挑戦していこうということです。

がんに関しても集学的治療をしようということで、免疫化学療法で活性化リンパ球だけでなく樹状細胞の培養などもしていますし、インターネットの医療連携システムでクリニックや患者、あるいは病院と連携していこうということで技術を磨いています。

次に、病院もこれからはやはり営業力が必要になると思います。病院内に診療科や職種をまたいでいろいろなセンターをつくっていますが、そこに営業のマネージャーを配置しながら、マネージャーがお互いに連携するような会議を仕組みとしてつくっております。顧客管理や開発など、こういったこともやっていかなければ、民間病院は、今後、生き残れないだろうと思います。

造影剤を使わないMRIで動脈瘤があるのが分かるような時代になってきております。やっと16チャンネルのCTが入ったりとか、あるいは1.5テスラのMRIが入ったりということで低侵襲診断が可能になっておりますが、胃のポリープも要するにバーチャルエンドスコープの時代です。小さいポリープに関しても分かりますし、あるいは胃炎状態についても発泡剤を飲んでもらってCTを撮るということで内視鏡検査と同等の診断ができるような時代になっております。自由自在に設定を変えれば、胃だけではなく、大腸を含めてこういったことが可能な状況です。

乳腺に関しても、MRIを撮ってすぐ、脈管系が集束しているといったことが分かる時代です。乳がんも16チャンネルでCTを撮ると、がん病巣が詳細に把握できる動画ができます。CTの切り方

## 病院力

1. 設備投資力
  1. MRI 3台、CT 2台 (含16 CH)
  2. ロボット手術機器 (ZEUS, ROBODOC)
  3. 集束超音波装置
  4. 血管撮影装置 2台
  4. リニアック装置
  5. PET装置 (予定)
2. 技術力
  1. バーチャル内視鏡検査; 3DCTによる動画作成
  2. 日帰り手術
  3. 集束超音波装置による子宮筋腫、乳癌、肝癌治療
  4. 子宮動脈塞栓術による子宮筋腫治療
  5. 免疫化学療法による癌治療
  6. インターネット医療連携 (クリニック、患者)
3. 営業力
  1. 病院各種センターに営業マネージャー配置し、マネージャー会議
  2. 業務推進課による顧客管理、開発

スライド9

## 先端医療の追求 (設備投資力、技術力必要)

1. 子宮筋腫に対する非手術的治療 (FUS, UAE)
2. 内視鏡手術におけるロボットの応用 (胆嚢、副腎、腎臓、前立腺): 今後消化器癌、心臓血管外科への応用
3. 癌に対する集学的治療: 血管内治療、免疫化学療法、放射線治療、集束超音波治療、手術治療を組み合わせる診療科、職種を超えた癌カンファレンスの成立

センター:  
画像応用低侵襲治療センター  
ロボット手術センター  
日帰り手術センター  
免疫化学療法センター  
ハートセンター  
消化器胃腸センター  
消化器肝臓センター

スライド10

で乳がんの状態が分かるという時代ですし、あるいは、心臓冠動脈にステントを入れたあと、造影剤を使わなくてCTだけ撮れる。CTを撮るだけで、ステントからずっと奥までいって、自分の коронаリーがどうなっているかが分かる時代になってきて、いわゆる侵襲的なカテーテルの検査といったものは診断に関しては不要になります。治療に関しては必要ですが、検査に関してはこれらの機器を駆使すればいけるのではないのかと。ただ問題は、医療保険制度のなかでは、1,000万円のCTを使っても2億5,000万円くらいのCTを使っても同じ点数です。

(スライド10) できるだけ非手術的な治療でいきましょう。内視鏡手術で、いわゆるロボットを使いましょう。今は泌尿器科が副腎、腎臓、前立

腺などに関してロボット手術で対応できる時代になっていますが、今後は消化器がんや心血管外科にも応用していきましょうということにしてい

ます。他の病院でもそうだと思いますが、いわゆるがんに対する集学的治療に関して、職種を超えてカンファレンスを成立させながら、いろいろ

な診療科、いわゆるセンターですね、よく内科系、外科系ということがありますが、そういった枠を超えたかたちでセンターを連携させていっています。

スライド11が、今言った集束超音波装置です。

このようにMRIで患者さんを治療しますが(スライド12)、大体3時間から4時間くらいで子宮筋腫の治療をします。スライド13が子宮筋腫のところですが、集束超音波で治療したあと、黒くなっているところが壊死部です。切りたくないという患者さんに関しては、やはりこういった装置を使って治療をしていかなければなかなか難しいし、子宮筋腫の人で出産したいという方には、今後、こういった治療を治験をしていく予定です。

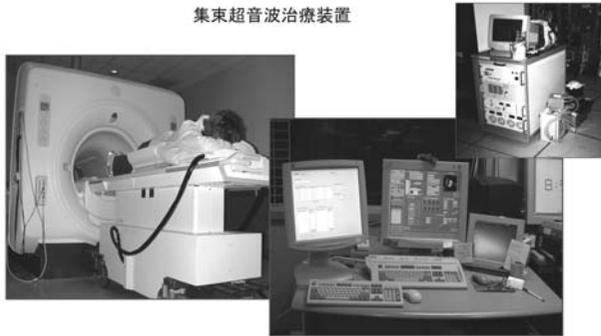
#### 医療情報システム導入に伴う課題

そういったなかで、実際、医療情報システムというところでは患者の満足度と顧客管理をどうするのか、診療データをどう解析するのか、そこから経営データとしてどう分析していくかということがあります。

(スライド14)顧客管理では、医誠会独自で、顧客の代理人、患者さんの代理人として外来コーディネーターを配置しています。医師は患者さんに関していわゆる慢性疾患、生活習慣病に関して、定期的にどう管理をするのかを言うことがおざなりになってしまうことがありますから、見逃しを防ぐ意味で、ITを使って年間治療計画をコーディネーターにこれでいいですかと確認して、医師のいわゆる患者さん

### ExAblate™ 2000 System

集束超音波治療装置



スライド11

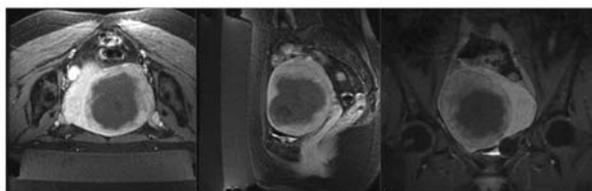
### 集束超音波治療



MRIの中でうつぶせで治療

スライド12

### FUS 治療症例 (症状改善率89%)



水平断

矢状断

冠状断

スライド13

への見落としを防ぐ、といったこともしています。

インターネット病診連携とか、患者さんへの電子カルテの閲覧サービスのほうからは、検査は診療所でないと予約できませんけれど、診察に関しては患者さんも予約ができるということで、病院に来なくても診療が予約できるシステムとしてやっています。今、病院に問われているのはカスタマー・リレーションシップ・マネージメント (CRM)、顧客管理ですね。そういったデータ管理ができないと、ただ診ていますよ、ただ入院して退院しましたよというだけではいけないので、そういったフィードバックをかけるようなマネジメントシステムを構築する必要があります。患者さんのために少しでも足を運びやすいかたちにしたいと思ひまして、人間ドックといった自費の診療部分に関しては365日受け入れていて、少しずつその辺が進んでいます。

(スライド15) 診療データということでは、電子カルテとパスは結合しましたし、現在、電子カルテとSPDシステム、物流管理システムとを接続しています。今、検証していますが、診療にかかわるデータや原価の抽出などに関して、医師別、診療科別、診療行為別にデータが出ますけれども、原価のところを含めて、おそらく来年の春くらいには出せる状況になるかと思ひます。

インターネットに関しても情報開示をしていますが、病診連携システムですと外部からの評価がありますし、病院自体としても紹介率ということでインターネット環境で紹介状を送れるということまでできています。紙に印刷したものを患者さんに持ってきていただければいいわけですから。社会保険診療上、紙を持ってこないとまだ紹介状にカウントできませんので、そういった紹介率を向上させています。

また、患者さんが電子カルテシステムを閲覧して診療予約ができますので、だれがどれだけ来たかというデータ管理ができます。

(スライド16) 今、国立大学を含めて、臨床評価指針といったものを電子カルテシステムから抽出しようとしております。国立では電子カルテシ

### 顧客満足度向上と顧客管理

- 1) 外来コーディネーター (顧客の代理人)  
外来におけるIT利用年間治療計画書の作成
- 2) インターネット病・診連携、患者電子カルテ閲覧サービス  
検査・診療予約、継続的受診
- 3) 過去の検査履歴より顧客管理
- 4) 365日人間ドック (自費診療部門)

スライド14

### 2. 診療データの解析

- 1) 電子カルテ診療データの後利用  
電子カルテとクリニカルパスの結合  
電子カルテとSPDとの接続  
↓  
診療に関わるデータ及び原価の抽出  
(医師別、診療科別、診療行為別)
- 2) インターネットを利用した情報開示  
病・診連携システム→病院に対する信頼度の向上  
外部よりの病院評価  
紹介率の向上  
患者への電子カルテ閲覧サービス→病院の医療の質の評価  
診療予約

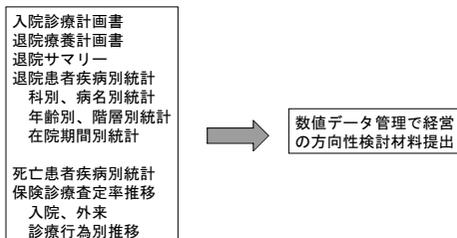
スライド15

### 3) 臨床評価指針の抽出

平均在院日数  
院内感染症発生率  
ジョク創発生率  
転倒・転落発生率  
予期しない再入院率  
抑制率  
代表的疾患の入院日数、診療単価、入院費用

スライド16

### 診療情報管理士の業務の変化



スライド17

テムではなくてクリティカル・インディケーターを出そうということでやっております。民間病院でも、電子カルテを導入しているところでは、平

均在院日数はすぐ出ると思いますが、院内感染症の発生率、褥瘡の発生率、転倒転落発生率、予期しない再入院率や抑制率、代表的疾患の入院日数とか、単価、入院費用などが電子カルテシステムから抽出できないのでは、何のために電子カルテを入れているのかということになると思いますので、これも電子カルテのほうから抽出できるように、現在、構築しております。

(スライド17) 診療情報士が病院で非常に大事にされていると思いますが、ある大学では1人し

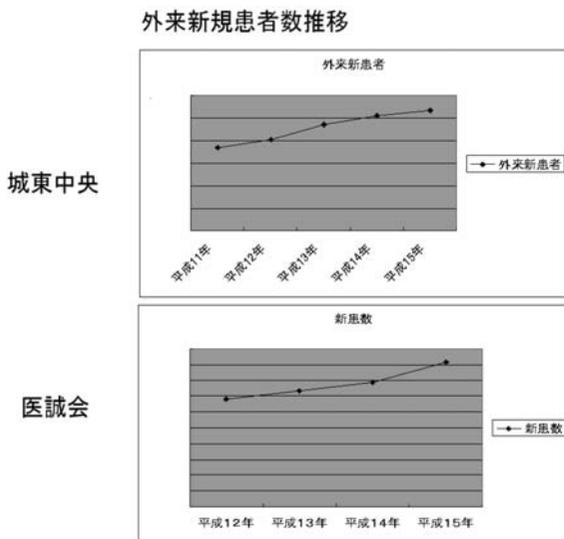
かなくて、どうやってデータ管理するのかというケースがあります。私もはいち早く導入をしております。そして、入院の計画書やサマリー、疾患別のデータ、死亡例に関してもどうであるとか、保険で査定されたデータについてはなぜなのか、こういったことに関して診療情報士が数値データを管理して、医局、経営者側にデータを出して、どうすればいいのかという指標を出してきます。

ですから診療情報士も診療録を見て監査するだけの時代ではなく、電子カルテが入っている病院では、こういったデータを集計する業務に変わるだろうと思います。

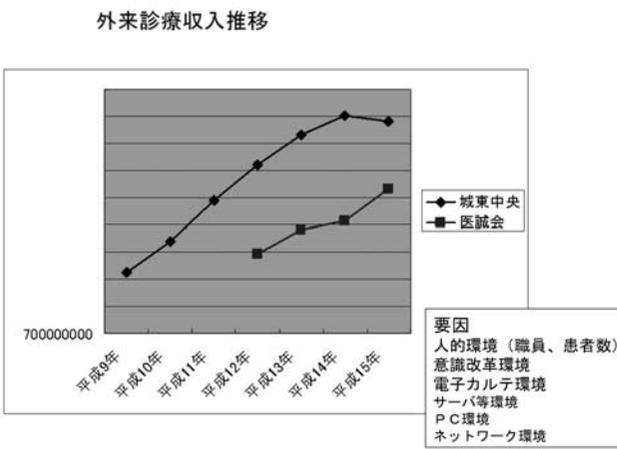
### 経営データの解析

(スライド18) 数値データを抜いてお見せします。上が城東中央病院で、下が医誠会病院です。外来の患者さんについては同じようで、電子カルテを入れても入れなくても少しずつ増えてきています。ところが平成14年に診療報酬改定があり、城東中央病院のほうは電子カルテを入れても外来の診療単価は上がり続けていますが、医誠会病院のほうは電子カルテを入れた途端に、あるいは社会保険診療報酬の改定の影響で少しダウンしています。外来の患者さんが増えても、運用面でいろいろ解決すれば対応できますが、電子カルテを入れても、システムや運用というところで先を見越して解決の方法を探さないと、収入は下がるかもしれないということです。

病院はクリニックの外来と同じようなことをやっていたらだめだから機能分化をしましょうということで、医誠会病院の外来は高度医療機器を利用した診療内容に変えて、診療所から、検査機器を利用するような患者さんを紹



スライド18



スライド19

要因  
 人的環境 (職員、患者数)  
 意識改革環境  
 電子カルテ環境  
 サーバ等環境  
 PC環境  
 ネットワーク環境

介してもらうというかたちに変更しています。

今までは、病院の外来も診療所の外来も一緒みたいなものだと一所懸命にやって、いわゆる実日数は伸びています。入院に関してはあまり変わっていませんが、延べ日数には限界がありますから、実日数を増やすことを目標にと、平成16年からそういう方向転換をしているところです。

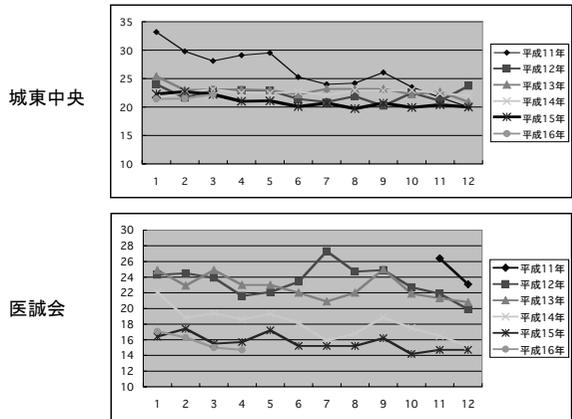
(スライド19) 外来診療収入は、医誠会病院も電子カルテを入れたときからドンと上がらなければいけないのですが、そうならないのは、単価が問題であるのと、職員や患者さんの意識改革といいますか、医師に負荷がかかるとか、あるいはシステムの電子カルテの環境、サーバー環境、PC環境、ネットワークの環境、これらをなかなか解決できなかったということで、要するに処理するのに時間がかかったためではないかと考えています。

診療単価に関しては少しずつ医誠会病院も上がっていますし、城東中央病院も上がっているのですが、医誠会病院は入院の診療単価を急性期に特化しようということをやっています。いわゆる単科の専門病院と同じ診療単価にしようということです。あとで済生会熊本の方がお話しされると思いますが、そういったかたちの構築を病院としてやっていかないと、今後は急性期の病院として生き残るのはなかなか厳しいと思います。

城東中央病院は、電子カルテを入れたあと、今のところは現状維持にとどまるのではないかなと思っています。

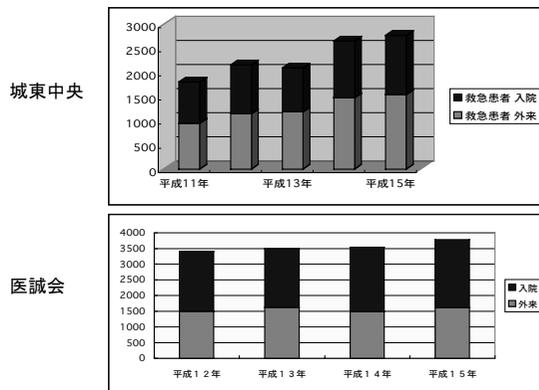
200床くらいの病院が5年後どうするのが、今、どこでも問われていると思います。急性期病院で展開しようということで少しずつ上がっていますが、外来に関しては診療所でやることは病院ではやらない、あるいは入院に関しては単科の専

平均在院日数の推移



スライド20

年度別救急件数推移



スライド21

門病院と競争するといったかたちに転換していく必要があります。

そういった方向性に関しては、いわゆるITを使って診療データを出してきて、それをどうするかということから、やっとうこういうことが考えられるわけです。

(スライド20) そういなかで平均在院日数を見ますが、城東中央病院で電子カルテを入れたのが平成10年、その前は非常に悪かった。そこから少しずつ良くなっていますが、経営戦略として城東中央病院の233床というところは、大体20日をちょっと超えながらと考えていますが、医誠会病院のほうでは平成15年度くらいから下って

きて平成16年は14日に近づいていますけれども、いわゆる病病連携とか病診連携をしながら平均在院日数を下げていこうという方向で変わっています。

(スライド21) 救急に関しても、城東中央病院のほうは2,500件くらいで、今のところ歩留まりかと思いますが、医誠会病院のほうは少しずつ増えていって、平成16年は大体5,000件をめどにして、いろいろなセンターをつくって、救急で患者さんを受け、脳卒中、心臓血管外科に関しても24時間受入れる体制で、力を入れています。

(スライド22) 先ほどの城東中央病院の在院日数は、大体一定しています。保険診療上、今いちばんメリットのあるところを優先するというので、今のところは城東中央病院では平均在院日数を今のまま維持し、ベッド利用率95%で考えています。平成13年くらいに、設備投資など経営的な問題を考えると、200床前後の病院では平均在院日数を減らしながらベッド利用率を維持するのは非常に難しいということで、少し方向を変えて、今の20日をやや超えるくらいでベッド利用率を95%くらいに維持するかたちにはしています。

一方、医誠会病院のほうは、平成12年は平均在院日数が20日くらいでしたが、今は15日くらいになっています。ベッド利用率に関しても去年やや

落ちていますが、できれば平均在院日数を10日くらい、ベッド利用率を90%にしながら、運営しようと考えています。

手術に関しても、医誠会病院の手術室は限界があり、今は手術室を増やそうかと思っていますし、紹介数がどんどん増えてきているといいますか、そういったいろいろなITを使いながら紹介を増やすということも1つだろうと思います。

### 電子カルテの費用対効果

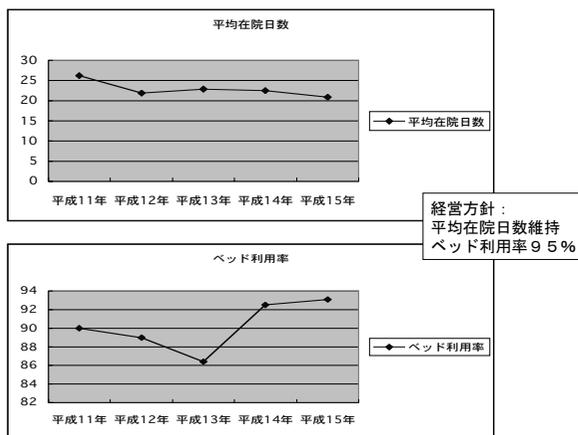
(スライド23) お金の話をしますと、オーダーリングシステムとか電子カルテシステムとかありますけれども、城東中央病院233床で画像系を入れたRISとPACS、インターネット環境を入れて大体5億円前後です。

医誠会病院327床でその倍くらいのお金をかけていますが、これには放射線の機器を入れていません。電子カルテメーカーに払っている保守費用は、それぞれ年間数百万円ですが、ハードに関しては、365日24時間いつでも4時間以内に復旧すると契約しており、それぞれ数千万円ずつ払っています。ちなみに、システムが止まったことは、両方の病院ともありませんから、保守でどういう契約をするかが大事だろうと思います。

(スライド24) 経営的な面の目標数値です。医誠会病院のほうは月に600人の入院で、退院も20人です。紹介を外科450人、初診の紹介350人で、救急搬送400件という目標を立てながら、毎日データ管理をしています。電子カルテを入れて、予約とか退院の予定などの管理ができるようになりました。また、やっと看護師さんも集まってきて、8月には看護師さんも基本基準1ですか、2:1を取得しますし、紹介率も30%を超えてきて、在院日数も17日を切っていますから、急性期の加算を9月に取得するという予定で今は動いております。

(スライド25) 経営データに関しては電子カルテだから当然だと思います

城東中央病院平均在院日数とベッド利用率



スライド22

## 2. 電子カルテの費用対効果

1. オーダリングシステム  
 摂津医誠会病院 : 1999年  
 茨木医誠会病院 : 2001年  
 児島中央病院 : 2002年
2. 電子カルテ  
 城東中央病院 : 2000年  
 医誠会病院 : 2001年
3. インターネット医療連携システム (クリニック・患者)  
 城東中央病院 : 2002年  
 医誠会病院 : 2002年

ITシステム構築費用 (画像系含む) : 城東中央病院 5億  
 医誠会病院 10億  
 電子カルテ保守費用 : 年間約1,000万円  
 ハードの保守費用 : 数千万円

スライド23

### 医誠会病院の目標数値

達成目標数値 (毎日データ管理)  
 入院 : 20人/日 (月間600人)  
 退院 : 20人/日 (月間600人)  
 紹介患者数 : 18人/日 (月間450人)  
 初診紹介患者数 : 14人 (月間350人)  
 救急搬送件数 : 13件 (月間400件)



急性期病院  
 (急性期加算 : 9月取得予定)

スライド24

が、診療科別行為別、医師別行為別の保険収入も出てきますし、月別、週別なども出てきます。診療科別、医師別といった入院数管理も時系列で追えますし、退院に関しても診療科別、医師別、入院日数別のデータ管理ができます。

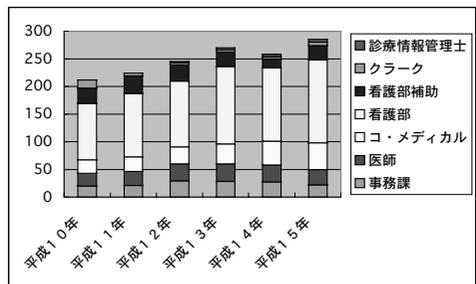
(スライド26) 職員数ですが、城東中央病院で電子カルテを入れたのが平成12年で、このときから事務課は少しずつ減らしています。なかでも入院・退院の管理をするいわゆるコーディネーター業務、あるいは診療情報士、医療相談室とか、そういったところも事務管理をしておりますが、職員数を減らしてしまして、233床の城東中央病院で入院事務は、入院のレセプトに3人、外来には4人です。事務は医事課がデータをすべて電子レセプトで管理していますが、病名のチェックのみしてくださいとお願いしています。それもシステムで病名が抜けているのいがないがわかりますので、

### 診療経営データ管理

- 1) 診療科別行為別診療収入
- 2) 医師別行為別診療収入  
月別、週別推移収入
- 3) 入院数管理 : 診療科別  
医師別
- 4) 退院患者管理 : 診療科別  
医師別  
入院日数別
- 5) 各種専門センターの診療データ管理

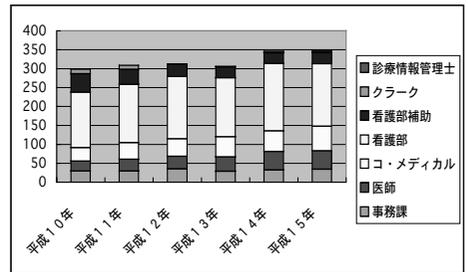
スライド25

### 城東中央病院職員数推移



スライド26

### 医誠会職員数推移



スライド27

入院、外来を合わせて7人だけです。

それ以外に、診療情報士が増えています。電子カルテを入れて診療情報士が最大5人いましたが、今は3人に減らして医誠会病院のほうに異動させました。そのようにして内部監査とといいますか、診療情報士がカルテの監査までできるようにしています。

(スライド27) 一方、医誠会病院では、事務課はなかなか変わっていませんが、やっと診療情報士

が平成14年から入っていますし、先端医療を追求しようということで、平成15年から医師と看護師を増員して、実数450人くらいになっています。

近頃、厚労省から全国の2002年度の経営収支状況が発表されましたが、これと城東中央病院及び医誠会病院を比較してみますと、医業収支率は両病院とも平均を超えています。しかし医誠会病院のほうが、いわゆる外来収益が少ない。これは8割が赤字といわれている公的病院と比較しても、ちょっと外来収益が少ないのかなど。そのかわり入院収益は良くなっています。全国と比較しても仕方ないとは思いますが、一応皆さんに分かっていただくためにこういった比較をしてみました。総収支率でいうと、城東中央病院が他に比べ圧倒的に良く、今のところは、単体であれば、黒字でいけるだろうということですが、5年後にはどうなるのかということ、今また考えているところです。

#### 電子カルテ運用に有用なマネジメントシステム

- ①品質（医療サービス）  
ISO9001：2000                   ：3年毎更新
- ②個人情報保護  
プライバシーマーク           ：2年毎更新
- ③セキュリティ                   ：2年毎更新  
BS7799：2002  
ISMS Ver.2.0

スライド28

#### 城東中央病院プライバシーマーク取得への動き

##### 取得のきっかけ

厚生労働省電子カルテ3原則 1999年4月厚生省通達  
電子カルテにおいては特に個人情報保護に留意する必要あり

2000年4月	城東中央病院電子カルテ稼働
2001年6月	日本病院学会（博多）：プライバシーマーク 情報収集（パンフレット）
2002年4月	ISO 9001キックオフ
2002年6月	プライバシーマークキックオフ
2003年2月	ISO 9001取得
2003年6月	プライバシーマーク取得
2003年7月	ISMS, BS 7799取得

スライド29

#### 医療サービスや医療の質向上と病院マネジメント

（スライド28）電子カルテシステムを入れても、やはりツールですから、それをどううまく使うのかといったところでは、職員、患者さんあるいは外に関してうまくやらないといけませんので、職員の意識レベルや医療の質を上げることが大事です。そういう意味で、ISO9001：2000、プライバシーマーク、BS7799：2002、ISMSというものを城東中央病院で取得しています。今年のISMSの維持審査がやっと7月に終わったところです。

（スライド29）JIPDEC（日本情報処理協会）が、やっと医療の世界でプライバシーマークに関するパンフレットを日本病院学会で置きましたが、そこでこんなものがあることを知って、個人情報保護のためにどうしたらいいかということで、電子カルテが城東中央病院で稼働した翌々年に、ISO 9001と同時期にプライバシーマークのキックオフをして、2003年6月に、病院で初めて取得しました。2003年7月には医療機関では初めてISMSとイギリスの情報セキュリティ規格であるBS 7799を取得しました。

これらは電子カルテとインターネットの病診連携や、患者さんへの電子カルテ閲覧サービスも含めて、すべてこういった情報セキュリティの規格を取って患者さん、医療機関に安心していただくということをやっています。

（スライド30）どんなリスクがあるか、脅威に対する対策をどうしようといったことをやらないといけません。

（スライド31）個人情報の保護については、職員が入職するときには非常勤であっても、個人情報を守りますという誓約を出していただかないとIDとパスワードを配布しません。退職されたときには返却していただいて、次には使えないようにしております。業務委託をしているところとも、すべて機密保持契約を交わしております。それ以外にやはり第三者認証ということでISMS、BS7799、JIS Q 15001のプライバシーマーク、こういったものがやはり自分たちの病院を守るため

### 電子カルテによる個人情報保護の問題点

対象（職員・患者の情報）

電子カルテ情報  
電子カルテシステム—電子カルテサーバ  
クライアントPC  
ネットワーク

セキュリティ対策

リスク

1. 電子カルテ情報の漏洩
2. 電子カルテ情報の改竄
3. 電子カルテサービスの停止

脅威—不正アクセス

- ① なりすまし
- ② 盗聴
- ③ 侵入
- ④ サービス不能攻撃

スライド30

### 個人情報保護の概念

同意に基づく適正な収集

- ① 収集制限の原則
- ② 正確性の確保
- ③ データ内容の原則
- ④ 利用目的の明確化
- ⑤ 目的明確化の原則
- ⑥ 利用目的による制限
- ⑦ 利用制限の原則
- ⑧ 安全性の確保
- ⑨ 安全保護の原則
- ⑩ 透明性の確保
- ⑪ 公開の原則
- ⑫ 情報主体の権利の確保
- ⑬ 個人参加の原則

個人情報の保護

スライド32

### 個人情報保護のための自主規制

法的規制（個人情報保護）

プライバシー保護誓約書（職員：正・非常勤）

機密保持契約書（業務委託会社）

公的機関の規約認証

ISMS  
BS7799  
JIS Q 15001 (Pマーク)

スライド31

### CP指針作成の方針

電子カルテ、レセ電算システムの普及による医療機関のコンピューターに蓄積されている患者情報の漏えいによるプライバシー侵害のリスク増大に対する措置

- ・病院は個人情報保護の姿勢を示し、この遵守を宣言。
- ・病院長は個人情報保護の方針を文書化し、職員に周知させる。

要求事項（適応範囲）

患者情報のみでなく雇用する職員の個人情報、採用情報も対象

スライド33

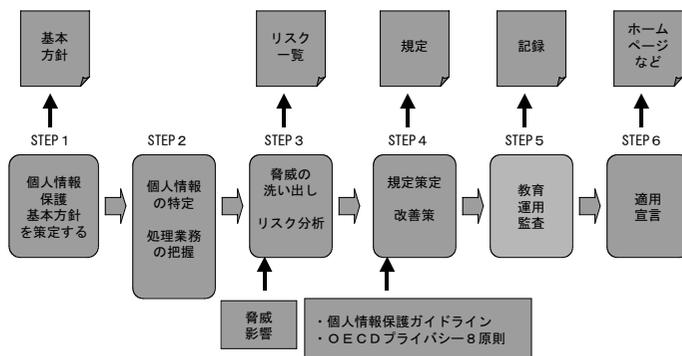
に、セキュリティに関して  
も考えていく必要があるの  
かなとも思います。

（スライド32）2005年の  
4月には個人情報保護法が  
適用になります。医療に関  
しても別枠ではなく同じよ  
うに適用されます。医療に  
関して何かしようかという  
ことで考えていらっしゃる  
ようですが、まだまだ  
こまかいところまでは煮詰  
まっています。おそらく  
医療に関してどうするか

というお話が出てくるかと思  
いますが、基本的には収集  
を制限するとか、データの  
内容が正確であるとか、  
利用目的を明確化するとか  
（目的の制限）、安全性・  
透明性を確保するとか、  
情報自体の権利を確保し  
ようということになると思  
います。

### ■ プライバシーマーク認証取得の進め方

コンプライアンス・プログラム構築のステップ



スライド34

（スライド33・34）認証を取  
得するためには個人情報  
とは何かということ特定  
する作業がいりますし、  
リスクの分析と病院内で  
個人情報を守るための  
規定をついたり、何か  
あれば改善することが  
必要でしょうし、その  
なかで教育してみ

## ■推進してきたこと

- ★ 質の高い医療サービスを提供することを大前提として患者の個人情報を守っていく！
- ★ 定めた規定（ルール）を守り、実際の業務を変える！

電子媒体の取扱いに注意する

- PCの日常の管理（パスワード管理、スクリーンOFFなど）の徹底
- メモ、ノート、FAX、OO護、食札の取扱い
- OO護、OOラベル、紹介状、レセプト等の適正な廃棄
- お名前でお呼びすることで理解を求める

紙などの取扱いに注意する

患者の呼出方法の理解を求める

個人名の掲示方法を変える

- 個人名の掲示方法を変更
- 病室のネームプレートは取り外す
- 外部の間合せにつき、対応内容を事前に患者と合意

外部からの問合せに注意する

- 電話の取次ぎ方法
- 委託業者との機密保持契約締結

外部との契約を確実に行う

- 法令、コンプライアンス・プログラムの遵守

自らの守秘義務を守る

運用してみて監査する。いわゆるPDCAのサイクルがやはり必要です。その辺をコンプライアンス・プログラムということで、プライバシーマークは特別な名前前でいっていますが、それに関して皆さんに知っていただくということでホームページにも玄関にもこのように、うちの病院はこうですよということを掲示しておくということです。

### スライド35

(スライド35) 電子カルテをやっている、いわゆる

プライバシーマークなどに関してであれば、電子媒体の取り扱いということに関しては、パスワードの管理など、それと紙でやっている看護師さんが使うメモやノートに関してはどうするかという規約ですね、廃棄の方法、患者の呼び出しに関する取り決めが要りますし、個人名の掲示に関しては病室のところにネームプレートがあったのを外しても、こちらのほうで分かるからということで外しました。患者さんから電話がかかってきたときにどうするかといったことまで、方法を事前に決めておく必要がありますし、あとは外部との契約とか、守秘義務とか、それらに関してきちんとした体制を整えることが必要でした。

## ■内部監査での指摘

- ★ 個人名が見えない工夫をする。

伝票、フィルムなどを整理する。  
名簿、診断書などを開きっ放しにしない。  
点滴運搬時に名前が見えないようにする。  
注射払い出しボックスが上から見えないようにする。  
リハビリカード、受付票の個人名が一般患者から見えないようにする。

ネーム・プレート、個人名が入った白板などは通路から見えないようにする。

- ★ 教育を行った場合は、漏れなく早々に記録を提出する
- ★ 機密保持契約書を、必要な業者ともれなく締結する。
- ★ 個人情報が入ったメディア、紙は旋錠して保管する。

### スライド36

## 個人情報保護方針（ホームページ）

医療法人 城東中央病院  
[ トップページ ] 個人情報保護 | 情報セキュリティ | 品質方針 |  
Jokoku Central Hospital

● ● ● ● 個人情報保護 ● ● ● ●

— 個人情報に関する基本方針 —

当病院は、個人情報や正確かつ安全に取り扱いを確保することを社会的責務と見做し、以下のとおり実践いたします。

- 1 当病院は、個人情報保護に関するコンプライアンス・プログラムを策定・運用を徹底し、全ての従業員および職員が遵守することにより、個人情報の適切な管理・取扱いをします。
- 2 当病院は、個人情報保護の重要性について、院内に対する教育普及活動を実施するほか、個人情報保護の管理・監査者を設置し、適切な管理・監査体制を確立し運用を行い、継続いたします。
- 3 当病院は、個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざんおよび漏洩などが発生しないよう安全対策を実施いたします。
- 4 当病院は、個人情報の収集・利用・提供については、個人情報に関する個人の権利を尊重し、収集目的・使用範囲の限定を明示し、適切な管理に努めます。
- 5 当病院は、個人情報に関する日本の法令その他の規範を遵守します。
- 6 当病院は、以上の活動について、内容を継続的に見直し、改善に努めます。

医療法人 医誠会 理事長 香 幸治  
医療法人 医誠会 城東中央病院 院長 井川啓人  
制定日 平成14年5月15日

### スライド37

(スライド36) 内部監査をやっていますが、やはり個人名が見えたりとか、ノートが置いてあったりということがありまして、こまかく言えば、名簿とか診断書が開きっ放しになっていたとか、点滴を運搬するときにオーダーシールと一緒にありますけれど、その名前が見えているとか、受付表の名前が見えているとか、そういったことを職員同士が監査して、是正、修正するという作業が必要です。いわゆる教育とかいったものも非常に大事だと思います。

(スライド37) それらのことをホームページで掲示する必要があります。何月何日に制定したの

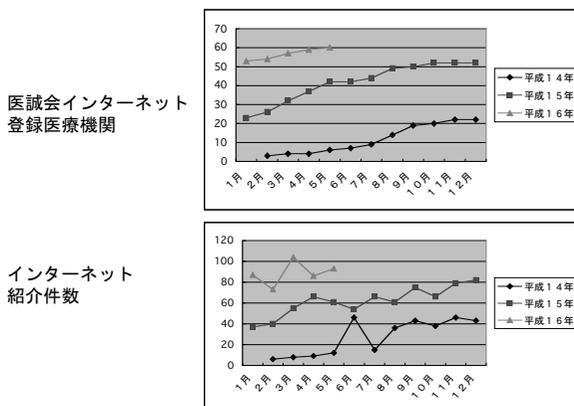
かということ、JIPDECのほうから指摘され、あとで追加しています。個人情報保護といったところでは、患者さんだけではなく、職員の個人情報に関しても守る必要があるというのが一般的に考えられているところと少し違う気がします。先ほどの厚労省の阿曾沼班のほうで、城東中央病院の患者さんにアンケートを取ったところ、「個人情報の漏洩に関して不安がありますか」という質問に、ほとんどの患者さんが「不安がない」と答えられていました。ほかの病院と違うのはなぜかというのは、こういった第三者認証でプライバシーマークを取得しているからではないかと考えています。

(スライド38) インターネット病診連携に関しては、これも情報セキュリティの対象ですが、今は登録医療機関が60を超えています。病診連携でインターネットを使っての紹介が100を超えるといったように、紹介率にも結びついてきますし、電子カルテをただ使うだけではなしに、インターネット環境まで開発したということで紹介率が増えてきたのではないかと思います。

(スライド39) ここでは医誠会病院だけを挙げていますが、患者さんへの医療サービスの一環として、現在130人くらいが電子カルテの閲覧サービスを利用されています。城東中央病院のほうでデータを見ますと、常時見ている人が大体350人くらいですが、月に8,000件から1万件のアクセス件数があり、毎日自分のカルテを見ているということがあがるようです。診療所の方は画像系の情報をよく見られますが、患者さんは医師の書いた診療録を何回も何回も見ているようです。

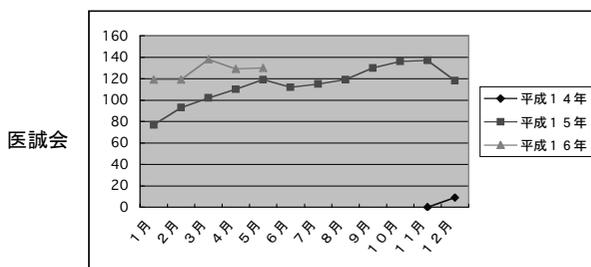
病院が電子カルテを入れて、ただそ

### インターネット病・診連携の推移



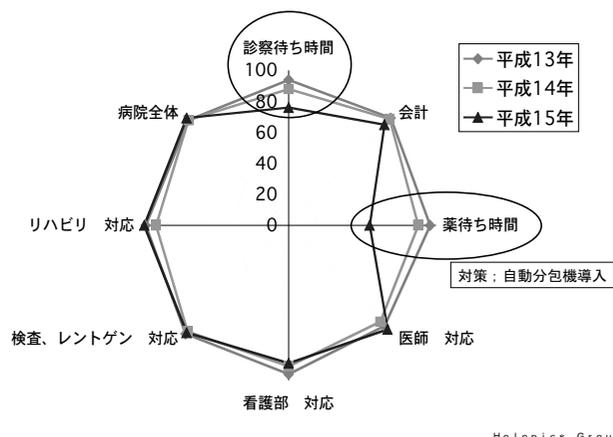
スライド38

### インターネット電子カルテ閲覧サービス登録件数



スライド39

### 患者満足度調査（城東中央病院）



スライド40

れでいいですよということではありません。中村清吾先生は職員の意識調査を出されましたが（3月号75ページ参照）、私は患者さんのデータを3年間比較してみました（スライド40）。こちら側の対応に関しては問題ないのですけれども、電子カルテを入れたことにより、待ち時間ももっと短くならないかという期待値があるようで、平成15年では満足度が8割くらいになっています。

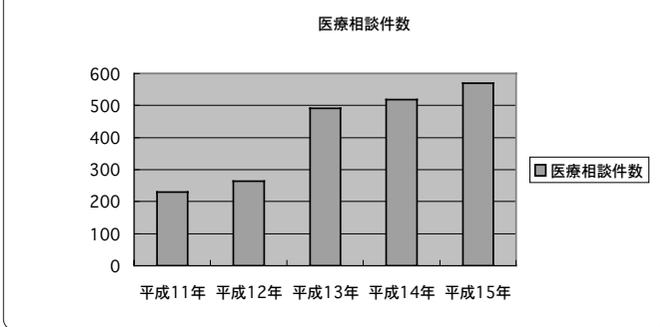
それ以外に、来院から診察を受けて帰るまでの会計は非常に早くなっていますので、会計に関しては全然不満がないのですが、まだ院内の処方していますので、薬の待ち時間の満足度は約6割でした。どうすれば解決するかということで、自動分包機がなかったので導入するか、アンケートからそういったマネジメントをして顧客満足度を取り戻すといったこともできると思います。

（スライド41）医療相談件数に関しても、電子カルテを入れて医療相談室を設け、いろいろなかたちで患者さんが病院に不平不満・相談を言える環境ができていないかと思っています。

診察室でも気軽に医師に相談できるし、専門外来だったら看護師さんがコーディネーターとして働いていて、そこでも相談ができるのですが、事務系でも専任の医療相談を置いたために、患者さんも病院に素直に言えるようになったのではないかと思います。

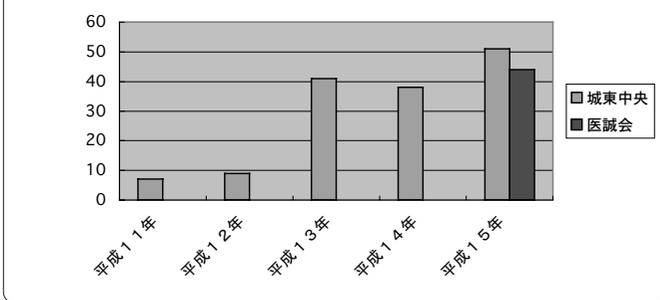
（スライド42）もともと民間病院で、さあ患者さんをたくさん診なさい、というところからスタートしていますが、電子カルテが入ったあと、医師、看護師、コメディカルを含めて発表のチャンスがあればいろいろなところに行くということで増えてきて、去

### 城東中央病院医療相談件数推移



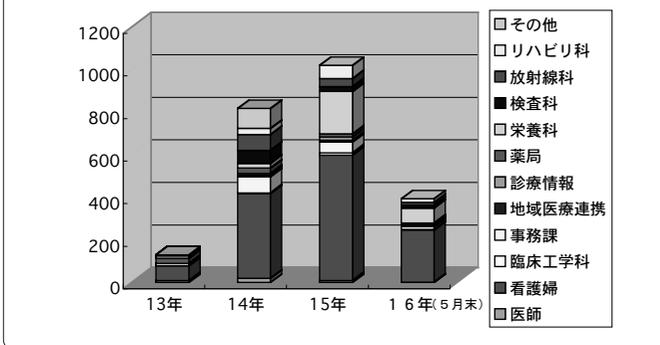
スライド41

### 学会等発表・論文発表件数推移



スライド42

### 電子化インシデントレポート報告システム（城東中央病院）



スライド43

年で50件を超えています。民間の医療機関の職員は、なかなか論文を書いてくれないのですが、電子カルテを入れたおかげで職員がいろいろなとこ

ろに出かけるようになってきました。

(スライド43) インシデントレポートも平成13年の途中から電子化しています。平成15年で大体1,000件くらいです。平成14年に非常に少なかった栄養科からも15年には出てきていますし、まだまだ医師の数が少ないのですけれども、インシデントレポートも、電子化のおかげで、自分からアクシデントになる前にいろいろ報告をして対策を取ることが、全員の意識に芽生えてきたと思います。

#### 今後の病院の方向性

そういうなかで、先ほど申しあげた専門分野のセンター化をしていますし、先端医療と低侵襲医療などでは、保険診療だけではなくなかなか難しいので自由診療を取り入れたい、救急の充実をしたいと考えています。

(スライド44) 城東中央病院にしても、私が病院長になったとき診療収入が少なかったのですが、電子化していろいろなマネジメントシステムを入れながらやっていると、170~180%の伸び率で診療が伸ばせました。電子カルテはうまくやれば経営も効率化できるのではないかと考えています。あくまでも電子カルテシステムというのは診療のツールですから、いろいろなマネジメントツールと組み合わせて効果的に機能させることが医療機関側では必要になります。やはり臨床評価指標や材料を含めた医療データを抽出して経営に貢献するシステムにしていかなければいけません。金持ちだけが入れられるような電子カルテシステムであってはいけないと考えています。

これからは電子カルテからいろいろな診療データが出され、対費用効果についての評価が出てくれば電子カルテシステム自体についても再評価されるでしょう。今、病院で電子カルテシステムが入っているところが2%ほどでしょうか。今年は少しは増えたかと思いますが、去年は全国でそのくらいでした。今後はバランススコアカードを取り入れながら、もう少し電子カルテを成長させていきたいと考えています。先ほど言った電子カ

#### 病院経営面から見た電子カルテの効果

1. 電子カルテシステムは診療のツールであり、マネジメントツールと組み合わせないと効果的に機能しない。
2. 電子カルテシステムより、臨床評価指標、材料を含めた診療データの抽出で経営指標の算出機能が求められる。
3. 今後、電子カルテシステムより診療データが抽出できれば、対費用効果についても再評価されるであろう。

スライド44



電子カルテの時代  
井川澄人著  
悠飛社 1600円

スライド45

ルテの苦労話は『電子カルテの時代』という本にまとめてありますので、興味がありましたらまたお読みください(スライド45)。以上です。ご清聴ありがとうございました。

**司会** 井川先生ありがとうございました。それではご質問はございますでしょうか。

**質問** 先ほどのデータのセキュリティに関してですが、すべてのデータのいろいろなセキュリティに対して誓約書などかなりのことをやっていらっしゃるようですが、医者はけっこう自分の特定分野のデータを個人のパソコンにためていて、それを学会発表なり研究なりに使っていたりします。そういうことに対しては、電子カルテのシステムとは別のシステムになっているのですか。患者さん個人のデータが一覧に入っているのです、それらに対してやはり先生の病院では何か制限や規約な

どを決めていらっしゃいますか。

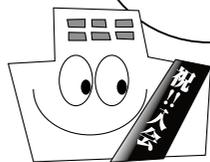
**井川** 運用でもそうですし、システムでもそうですが、外部にメディアでデータは持って出られないようにしています。学会報告などの理由でこういうデータが欲しいということは診療情報室にきちんと申し出をしていただいて、そこからデータを出します。ですから1カ所からしか出せないようにしております。やたらと個人情報を出されると、今後はもっと厳しくなると思います。シス

テムと運用の両方で勝手に持って出られない形式にしていますし、万が一秘密裡に持ち出すと処罰されるという運用管理規則も定めています。

**質問** そうすると、ドクター個人のパソコンにはそういうデータは載せないようにいらっしゃる……

**井川** そうですね。病院から医師1人に1台のパソコンを支給していますが、そこからデータを抜き出せないようにしてあります。

# ようこそ 日本病院会へ



## 新入会員の紹介

### 地域の中核病院として 地域に貢献していきたい

高松市東部（屋島のふもと）に位置する香川県厚生農業協同組合連合会屋島総合病院は、1948年に農村及び地域住民の健康と生命を守る医療機関として発足し、香川県東部地域の中核病院を目指して発展してきました。当初は5診療科、148床でスタートしましたが、その後増床と職員の増員を繰り返し、現在では23診療科、310床となり、1999年より訪問看護ステーションも併設しています。また、病診連携の一環として、開放型病床を10床設けて、地域の登録医との共同診療や高額医療機器の共同利用に努めています。また、地域の中核病院にふさわしいようにヘリカルCT、MRI、シンチ（SPECT）、血管連続撮影装置（心臓カテーテル検査など）、腎・尿管結石破碎装置（ESWL）などの医療機器の整備も行ってきましたが、最近では最新のMultislice CTや最新のESWLや乳房撮影装置を導入いたしております。さらに、臨床研修病院の指定を受け、大学病院の協力型病院として卒後臨床研修にも取り組んでいます。

また、医療のIT化にも取り組み、平成17年3月より電子カルテシステムを段階的に導入いたしました。すなわち、3月よりオーダーリングシステム部分の運用を開始し、5月より全面的に電子カルテシステムの運用を開始しました。当院の電子カルテシステムは画像システムや多くの検査システムとも連携させており、フィルムレスをほぼ実現しております。カルテを開けばほとんどの画像や検査結果を見ることができるようになっています。より安全な医療を

展開するためにリストバンドの装着とPDAを使用した患者認証や指示の確認による医療事故防止システムも採用しています。

当院は、病院理念として、①私達は患者さん本位の医療を実践します、②私達は患者さんおよびご家族の方と緊密な意思疎通を図ります、③私達は新しい医療技術、知識の修得に努め、地域医療に貢献します、を掲げており、地域の中核病院として地域に貢献し、顧客満足（地域の患者さん、地域医療機関、職員の満足）を追及していくことを目指しております。

会員の皆さまには、ご指導・ご支援のほど宜しくお願い申し上げます。



### 香川県厚生農業協同組合連合会 屋島総合病院

院長  
**安藤 陽夫**  
(あんどう あきお)

高松市  
屋島西町1857番地1  
TEL 087-841-9141

(同院は平成17年1月の本会入会)

# かいびやく 医療開闢の年に想う

永寿総合病院 事務次長兼医事課長  
「医事管理」講師

中村 栄

## S 銀河鉄道の旅

今年もまた9億4千万kmの宇宙の旅にでます。秒速29.7km, マッハ93の宇宙旅行。私たちの安全は、この小さな生命宇宙船「地球号」の安全と平和にかかっています。

これは、ごく親しい友人にしたための年賀状の一文である。

9億4千万kmとは、地球が太陽を1周する距離である。地球誕生から45億年、自転と公転を千遍一律に繰り返してきた。そればかりでなく、太陽系全体が銀河系のまわりを2億年かけて巡回運動もしている。この速さは秒速240km。

このように私たちは、地球号の乗組員のひとりとして、さらに太陽系という宇宙船団の一員として、およそ想像を絶する、とてつもない大旅行をしているのである。

## S 生命宇宙船「地球号」

宇宙船「地球号」の大旅行は、今後さらに50億年は続くと思われる。しかし、それ以上ではない。やがて、赤色巨星となって消滅する運命にある。

その宇宙船地球号は、生命宇宙船としての幕を閉じようとしている。地球史上きわめて最近出現した「人間」によってである。この驕り深い新興生物は、住み心地をよくするためにと称して、つぎつぎと宇宙船そのものを破壊してきた。奇跡的な地球号のエコ・システムは崩壊寸前にある。

人類の文明は、たかだか数千年も経っていない。1億8千万年におよぶ哺乳類の歴史。数百万年におよぶヒト科の歴史に比べ、人類の文明などは、瞬きほどの時間にすぎない。この一瞬に人類が大

繁栄を遂げた。突然ある種族が爆発的に増加することを“生態的大爆発”という。その結果、食料不足、過密によるストレス過剰・発狂、生殖能力の低下といった現象を引き起こす。

この種族は2万年前に生まれ、非常に繁栄したが、自ら作り出した廃棄物と有害物と人口のために、2030年に滅びた。

これは、ハワイにある博物館の“人間の墓”に墓碑銘として刻まれた一文である。

人類の文明の歴史は、一貫して“脱自然”であった。たとえば、文明の廃棄物は、人間の生存に不可欠な「水と大気と食物」を侵した。人口問題をみても、爆発的に増大しており、いままこの瞬間、世界のどこかで、8.6秒に1人の人間が餓死している。「少産・少子化、高齢化」が社会問題化されているどこかの国の“能天気な住人”には想像できないかもしれない。

## S かいびやく 医療開闢の年

ともあれ、新しい1年が始まった。

ガモスは「宇宙は大爆発 (big bang) によって誕生した」という宇宙開闢説を唱えた。医療界も、まさにビッグバンの真っ只中にある。医療開闢の年である。これからは、過去の価値観や意識はもはや通用しない。過去の経験から多くを学べない時代に遭遇してしまった。進路を誤ると病院そのものがビッグバンしてしまう。

私たちは今後、医療および介護保険制度の動向、個人情報保護法の施行、DPC導入などといったさまざまな医療情勢を見極めながら、克服すべき諸問題に総力を挙げて取り組み、将来に活路を見出さなければならない。

## 平成16年度 第10回常任理事会 議事抄録

**日 時** 平成17年1月22日(土) 午後1時～5時  
**場 所** 日本病院会 会議室  
**出席者** (会長)山本 (副会長)武田, 奈良, 村上 (常任理事) 館田, 林, 川城, 石井, 梶原, 秋山, 天川, 土屋, 渡部, 福田, 小川, 佐藤, 邊見, 元原, 土井, 角田, 福井 (監事)星 (代議員会議長)加藤 (同副議長)中藤 (顧問)中山, 大道, 登内 (参与)松田, 高久, 鴨下, 行天 (委員長)関口, 堺

定刻となって、山本会長から本日は役員会として平成17年初めての会であり、今年は18年度の医療制度改定に向けて大きく動き始める年で日病や病院団体の真価が問われる年と挨拶が行われた後、会議定足数として、定数26名に対し出席21名、委任状3通、計24名の出席でこの会が成立している旨を報告し、議事録署名人に角田、元原両常任理事を選出した。なお、池澤、大井両副会長は本日午後、読売ホールで開かれる「どうする日本の医療」のシンポジウムに日病参与の宇沢先生が基調講演を行うので、急遽参加することになったと欠席である旨が説明され、奈良副会長の司会により議事に入った。

### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

##### A. 正会員の入会1件

###### 1. 厚生連 屋島総合病院 (310床：一般310)

会員名 安藤陽夫 (院長)

〒761-0186 高松市屋島西町1857-1

tel. 087-841-9141

##### B. 正会員の退会4件

###### 1. 医療法人 松倉病院 (67床)

会員名 松倉晴夫 (理事長)

奈良市川之上突抜町15

###### 2. 医療法人 新田塚医療福祉センター福井病院

(212床)

会員名 三崎孝蔵 (理事長)

福井市江上町55-20-4

###### 3. 医療法人 浜病院 (115床)

会員名 濱正純 (院長)

和歌山市吹上2-4-7

###### 4. 医療法人 山口病院 (79床)

会員名 山口一紘 (理事長)

山口市駅通り2-10-7

#### C. 国立病院・療養所の再編成による会員異動

##### 1. 国病機構 国立病院機構奈良医療センター

(410床：一般190, 重心80, 筋ジス40, 結核100)

会員名 三井宜夫 (院長)

〒630-8053 奈良市七条2-789

tel. 0742-45-4591

(16.12.1付で国病機構西奈良病院 (370床：

一般270, 結核100)と国病機構奈良病院 (300床：一般300)が統合)

##### 2. 国病機構 国立病院機構大牟田病院

(480床：一般220, 重心80, 筋ジス80, 結核100)

会員名 古山正人 (院長)

〒837-0911 福岡県大牟田市橘1044-1

tel. 0944-58-1122

(16.12.1付で国病機構大牟田病院 (430床：

一般280, 結核150)と国病機構筑後病院 (210床：一般210)が統合)

#### D. 賛助会員の入会1件

##### 1. A会員 (有)エイチエムサービス (在宅介護)

代表者 鈴木正雄（代表取締役）  
〒141-0031 東京都品川区西五反田2-9-7  
ドルミ五反田アンメゾン613号  
tel. 03-5435-8844

奈良副会長から、上記の正会員の入会1件と退会4件及び国立病院機構の再編統合が2件、並びに賛助会員の入会1件について諮られ承認された。計、正会員数は2,702病院（公的955、私的1,747、総病床数71万900床）、賛助会員数は536会員となった。

## 2. 厚生労働省及び各団体からの依頼について

- (1) 第53回日本医療社会事業全国大会並びに第25回日本医療社会事業学会の後援（依頼元：日本医療社会事業協会）
- (2) 生活習慣病予防週間の後援（厚生労働省健康局長）
- (3) 第8回国際福祉健康産業展—ウェルフェア2005—の協賛（名古屋国際見本市委員会）
- (4) 日本医療機能評価機構・研究開発セミナーの後援（同機構）
- (5) 病院図書室研究会設立30周年記念大会の後援（同研究会）

奈良副会長から、上記5件の後援、協賛等の依頼事項について諮られ承認された。

## 3. 人間ドック・健診施設機能評価の認定について

- (1) つくば総合健診センター（訪問調査日：2004. 11/18）
- (2) 横浜総合健診センター（同11/2）
- (3) 東海記念病院健康管理センター（同11/12）
- (4) 人間ドックセンターウェルネス笹丘（同12/7）
- (5) 吉田病院（同12/1）
- (6) 山下病院健診センター（同12/14）
- (7) アクティ健診センター（同11/25）
- (8) 千里LC健診センター（同11/26）

- (9) 長崎病院成人病予防センター（同12/10）
- (10) ベルククリニック（同12/17）
- (11) 帝国ホテルクリニック（同11/24）

奈良副会長から、上記11件の機能評価認定について、評価判定報告書にもとづき説明され承認された。

## 4. 診療情報管理士認定試験・受験指定専門学校の指定について

- (1) 関西医療技術専門学校（大阪府柏原市、藤井光丸校長）

奈良副会長から、上記の受験指定校1件の指定について、調査報告書にもとづき諮られ承認された。

## 5. 第3四半期一般会計及び特別会計の収支・監査報告について

武田副会長から、10/1～12/31の第3四半期収支計算書について説明があり、一般会計の収入の部は、当期の収入合計が1,163万円で予算対比収納率は86.7%。正会員会費が予算対比97.3%で昨年とほぼ同程度である。繰入金は3月の決算月までに事業特別会計の収支差額を繰入れる予定。支出の部は、委員会以下ニュース、雑誌、インターネット運営費までは昨年とほぼ同程度の支出で、医療費対策・病院大会費では混合診療反対運動のためのポスター制作費及び署名実施の発送費等を支出した。四病院団体協議会、助成金、負担金は昨年と同程度で、公租公課では16年度消費税の中間納付分を支出している。事業特別会計及び退職手当積立金特別会計への繰入金については3月の決算月までに収支のバランスを考慮し、相当額の支出を予定している。以上により、一般会計の当期支出合計は1億1,496万円で、当期収支差額が▽1億332万円となる。支出は昨年同期とほぼ同程度である。

次に、事業特別会計の収入の部は、当期収入合計が2億2,367万円で収納率は131.5%と昨年とほ

ほぼ同程度である。本年度も引き続き診療情報管理通信教育の受講生が増加し受講料収入が増えている。支出の部で、研究研修会は本年度の会計は休止している。通信教育は受講生の増加に伴い教材費も会場費も増えている。セミナーは昨年とほぼ同程度で、海外視察研究会は計画がなく、統計情報関係費は昨年と同程度である。一般会計への繰入金支出は3月の決算月までに収支差額がほぼ確定する時点で、その金額を繰入れる予定である。以上により、事業特別会計の当期支出合計は1億142万円で、当期収支差額が1億2,224万円となる。基本財産、退職手当積立金、IHF国際交流基金、事業安定の4つの特別会計については、収入は基本財産特別会計の預金利息分だけで、支出はIHF国際交流基金特別会計でフィリピン病院協会総会に出張した費用だけである。以上の報告がなされ、星監事から監査報告があつて第3四半期一般及び特別会計の収支計算書は承認された。

## 〔報告事項〕

### 1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

- (1) 医療経済・税制委員会（関口理事，1／11）……「手術材料費の占有度に関する調査」結果について引き続き分析した。保険に包括されている医療材料の購入価格はほとんど変わっておらず、これは保険点数の引き下げが技術料の減額となっていることにはかならないので、手術料と材料費を別に評価する必要があると要望をしていきたい。このほか、手術技術料の増額と手術材料費の迅速・適正な加算という点についてもう少し肉付けした要望として、18年度改定に向けてまとめたい。「病院経営分析調査」については昨年より少し多い543病院を集計しており、これから報告書の作成にかかる。
- (2) 経営管理委員会（角田常任理事，1／13）……前回の委員会で急性期病院のイメージを形成したことを受けて、今回は医療の質との関連をふまえ在院日数とか患者の重症度に対する方策など経営面から取り得る選択肢について論議した。
- (3) 予防医学委員会、人間ドック・健診施設機能評価委員会合同会議（天川常任理事，1／13）……機能評価の受審申請は1／12現在77施設をかかえており、順次訪問調査を予定する。評価判定の報告のあった11施設についてこれを認定した。
- (4) 診療報酬小委員会（梶原常任理事，1／19）……第1回委員会を開催、メンバーは外保連や内保連の委員会に出ている先生方を中心に構成されており、平成18年度診療報酬改定に向けて重点的に取り組むべき課題を検討した。当委員会は、医療制度委員会及び医療経済・税制委員会両方の下部組織の委員会と位置付け、実際に医療経済・税制委員会でもまとめている手術料と材料費のデータは外保連では出せなくて、各学会から自分の分野のものは出てくるが、例えば手袋とか手術着などは全然コストに入っていない。

医療制度委員会からはDPCの問題が出てき

だが、これは厚労省の2つの委員会でコストなど既に二百数十病院からデータを集めているので次回検討する方向である。技術料については内保連、外保連が対応しており、両団体と連携を図る一方で、それが重ならない部分や日病の得意分野に特化していこうと棲み分けを図る考えである。平成18年度の診療報酬改定は実際には8月ごろにはほとんど点数が決まるとされ、内保連も外保連も6月にはデータを集めて出すという。日病としても、病院の運営管理の問題など診療報酬上あるべきものについてまとめていかないと手遅れになるのでそうしたい。

その他の議論では、紹介率が救急車で来なければ算定に入らないという問題で、これはもう時間外で救急で来たのは本来救急なのだから紹介率に入れるべきではないかという意見があり、院内感染防止対策や医療安全対策などについて減算項目ができたが、いろいろな意味で病院に求められているコストはかさんでいるので本来のホスピタルフィの積み上げはどうなのか、もう1回日病として検討しなければならない。また、診療所と病院の一物二価の問題など細かく議論された。次回以降集中的にやって、6月半ばまでに当委員会として1つの結論を出したい。

- (5) 対外情報委員会 (梶原常任理事, 1/20)  
……当委員会は平成16年度にスタートし、「広報はどうあるべきか」という勉強をしようとの1年は日本航空の広報部長を呼んだりして情報収集に努めてきた。昨年の12月末には山本会長と直に日病の対外広報について話をし、このメンバーはできれば委員会や研究会にオブザーバーとして参加して内部の情報を蓄積し、会長なり担当役員の先生方がタイムリーに情報を出せるようにしたいとお願いして了解をいただいた。最近のメディアにおける日病の露出度ということでは、1/5付朝日1面で「人間ドック採点・公表」、昨年の11/5付日経社会面で「病院の3分の2 耐震診断受けず」、そして読売の1/8付くらし面で「TV番組表中心の無料

誌創刊」の記事、これは昨年12/4付毎日でも載っており、これらについて日病の名前が出ているが、基本的にはメディア側からの取材等の個別対応で掲載されたものであった。

平成17年度の活動計画について、奈良、大井両副会長と討議しているなかで、当委員会の役割や位置付けを再検討する必要があると提案があり、広報は委員会ではなくタイムリーなトップ直結で動かないと実際の役割は果たせないということで、1つはニュースリリースをメディアにダイレクトに出し、また日病のオピニオンとして根拠に基づいたデータを出して訴えていく。それを組織の顔である会長がタイムリーに出せるように部制に改変し、その名称は「宣伝部」という、「国民のために医療を守る宣伝部」というような趣旨の思い切ったネーミングとすることが提案され、総務委員会にかけることとした。

以上の報告の後、山本会長から総務委員会での検討結果が説明され、今の提案のように広報については委員会ではなくトップ直結として、もっと動きのよいラインの中で即動けるようなかたちにしようと決めた。名称は、宣伝部はなかなか面白いとは思ったが、やはり広報部がいいのではないかという意見もあり、本日の役員会で決めてもらえばいいと説明があった。梶原委員長は、宣伝部という名前が出た経緯は言葉が下品だとかどうというのではなく、そういうセンセーショナルな名前を付けることがメディアに取りあげられ、宣伝部とはどういう意味かと取材に来れば、それによって「広く国民のために日本の医療のことを一所懸命やっている」ということを日病が伝えるという意味で、インパクトをつけたものであると補足説明した。

これについて意見を求められた行天参与は、どちらかにかけるしかないが、広報だとできなくても当然だと思うし、宣伝ということと確かに下品は下品で、こうなれば広報宣伝部という4文字に続ければ多少はという感じがすると意見があり、山本会長は以上の3つの案で決をとったところ宣伝部はゼロ、広報部10票、広

報宣伝部16票という結果となって、「広報宣伝部」という名前に決まった。山本会長は、役員の見意としてこれから広報宣伝部が会長直結で、梶原先生としっかり動いていくことになることと述べた。

- (6) 地域医療委員会（林常任理事，1/18）……12/27開かれた厚労省の第4回医療計画の見直し検討会では、一般病床と療養病床の区分はまだ定着していないとして、基準病床数の算定式を検討するまでに至ってないと報告があった。

当委員会として、「地域医療の実態に関する調査」の実施計画を立てた。「地域医療の実態」の項では、地域医療支援病院についてその目的とか機能、存在意義について質問し、指定要件についてはいろいろな意見が出たのもう少し手直ししたい。次に「病床規制」と「認定医療法人制度」の項を設け、「医療計画」については二次医療圏や病連連携、病病連携についてきき、後は「医師の偏在」「新医師臨床研修制度」について調査項目を設定した。医師の地域による偏在も明確で、都会地でも足りないところはたくさんあり、さらに大都市の外でものすごく少ないということもあるので、その点も工夫して質問項目をつくった。できれば2月中に発送し、回答を得て4月には集計を終えたい。

- (7) 医療制度委員会（邊見常任理事，1/22）……DPC導入の問題については、現在特定機能で82、試用適用病院が62、調査協力が80と計224病院あって、診断群別コストデータの収集調査を松田、今中両先生を中心に4年ほどやっている。分類の妥当性の評価とか診療内容に変化があったかどうか、患者別原価計算に関する調査であり、この2人と呼んで、先ほど報告のあった診療報酬小委員会のメンバーも入って検討していくこととした。FTAの問題については、看護協会が条件をいっぱい付けて賛成していると聞いているので、それを見守っていこうという意見であった。診療報酬改定は6月までに対応しなければいけないので、項目として抜けて

いるものや点数として低すぎるものを取りあげていきたい。

認定医療法人制度については、例えば自治体病院の民営化の受皿とか公的病院の受皿が考えられるが、今までの医療計画はどちらかという病院開設者主体で、地域住民にとってどのような医療が不足しているかという点で認定医療法人をその中に入れて、国公立を含めて私的病院の機能のあり方とともに日本全体の医療計画を考えるとという意味での認定医療法人計画であり、第5次医療法改正と結びつく大きな問題であるという意見があった。

## 2. 四病協諸会議の開催報告について

- (1) 総合部会（山本会長，12/22）……医業経営の非営利性に関する検討会について、厚労省谷口指導課長から説明を受けた。認定医療法人制度の構想が厚労省から出て、要件は非常に厳しいけれども、これをクリアすると日赤、済生会などと同じかたちの法人になり、税制上も優遇を受けるということで、特定医療法人と特別医療法人はこれに移行し、またできるところは移行してほしいという話であるが、この問題は日病として新しい委員会をつくって早急にこの営利、非営利の問題を整理してもらうことになっている。

その他、個人情報保護法セミナーを2月東京と大阪で開催し、四病協研修センターを四病協研修・認定センターと改称することにした。看護職員の需給アンケート報告書案が了解され、近々看護課に提出しプレス発表していく。

- (2) 医療従事者対策委員会（川城常任理事，1/21）……改正労働者派遣法の紹介予定派遣の状況について、日本看護協会の政策企画室の方から話をきき、協会としてはこれに断固反対ではないが慎重に対応していきたいという姿勢であり、懸念としてチームワークとか技能の問題、看護師の職場の確保という点があるという。また、昨年10月に派遣会社の大手2社をヒアリングしており、派遣会社の選択が問題になること

と今後とも情報を収集して提供していきたいということであった。「看護職員の需給調査報告書」の結論は、FTAの後押しになるけれども“不足”であるということで公開し、これを世の中に広く知ってもらうように広報する方向で整理することとした。

以上の報告の後、山本会長から、厚労省のFTA関連の委員会が昨年12/22に開かれ、日病から末永理事に出てもらったが、それによるとだいたい大枠の流れができて、実施協定をつくり来年の夏までに受け入れ組織として法人を作って日本語教育、養成教育に入り、国家試験を通るまで面倒をみるという。試験を通ると3年をめどに働け、延長もできるということである。この間の費用は、受け入れると手を挙げた病院がもつということである。日本の資格をとるまでは看護師ではないので、看護助手として使い、給料を払いながら勉強する時間も与えて国家試験も通るようにしてほしいが、それは全部受け入れの病院でやるということであると説明がなされた。

### 3. 臨床検査室認定プログラム開発委員会の開催報告について

奈良副会長から、12/21開かれた委員会報告として、試験所認定制度及び臨床検査室認定制度について説明があった。日本適合性認定協会という経済産業省所管の協会が、国際規格に則った検査室や検査業を認定していくということであり、平成18年か19年には実施される予定で、ISO15189という国際規格の臨床検査室認定制度を日本にも普及させる目的としている。平成18年度には6施設が1年かけて認定を取る計画である旨の報告。

### 4. 日医・病院委員会の開催報告について

福田常任理事から、平成16年度第1回(8/18)、第2回(10/29)、第3回(12/13)の委員会開催結果がまとめて報告された。16年度は植松会長が新任された年度で、担当役員は交代し、大道委員長ほかの委員はほぼ替わっていない。第1回のと

き植松会長の諮問として、「今後の医療提供体制の在り方について」という大きな命題が示された。

これまでの主な議論としては、低医療費が日本の医療を破滅に導くのではないかという問題があり、日本の病院の医師は本当に疲れ果てている。それから消費税の非課税問題。これは何かトーンダウンして前途は厳しいと思うので、一番の重大事件だということでは広報宣伝してほしいと思う。療養病床の今後のあり方では、すべて介護給付へ委ねる方向かという問題がある。株式会社の参入については、既に実質的に入っているのではないかという話も出ていた。医療病床の今後のあり方では、急性期の患者が回復期に送られてくるという不合理の問題がある。地域医療支援病院については、紹介率を上げるためのサテライト診療所や外来分離が問題視されていた。以上のような進行であると報告。

### 5. その他

- (1) 日本人間ドック学会・新規サーベイヤー研修会(1/14東京、事務系を対象に実施、26名参加)並びに機能評価受審説明会(1/15東京、「人間ドック・健診施設機能評価とは」「三井記念病院総合健診センターの取組み」「個人情報保護法について」等テーマ、550名参加)の開催結果について、奈良副会長から説明された。
- (2) 外保連・実務委員会報告(梶原常任理事、1/17)……外保連には手術、検査、処置の各委員会があり、実務委員会で取りまとめを行うが、平成18年度診療報酬改定に向けてスケジュールを設定した。5月下旬には各学会からの新設・改正・材料の各要望項目を締め切り、6月上旬に校正して下旬の総会で承認、6月末には厚労省へ製本しないで生のまま持ち込むというもの。その日程から加盟64学会に対し、要望項目アンケートとして最大新設8項目、改正5項目、材料3項目に絞り、3/10までに概要版と詳細版に分けて記入するよう求めた。なお、手術委員会から各学会に材料に関するデータを出すよう指令が出たが、実際には上がらず、各学

会の先生方は勤務医や中間管理職なのでオペ室全体の材料費の細かいものはトップの院長からでないと出てこないということで、これは日病のほうに期待しているという話であった。

- (3) 日本診療録管理学会「国際疾病分類委員会」(1/19)並びに社会保障審議会統計分科会「疾病、傷害及び死因分類部会」(1/13)の開催報告が山本会長からなされ、ICD-10ができて10年以上過ぎたが、世界各国から改正点や問題点が膨大に出されて、その英語版を2003年版で見直そうと診療録管理学会が日本版に翻訳し、厚労省に返した。それでみると、やはり臨床病名とICD-10の間のギャップが相当大きく出て、ICD-10そのものを改正しなくてはいけないということもあるが、とりあえず2003年対応ということで厚労省統計情報部が腰を上げ、この分科会の部会が立ち上がった。

ICDは、毎年マイナーと3年ごとにメジャーの改正を繰り返しながら10年ごとに大きく見直すということで、少し遅れたが2003年、たまりにたまったものを整理した。国際的にはその整理で済んだが、日本では10年前発行のICD-10の本が全く改正されてなくて、今の病名と合わない部分があるので、2003年の改正を機に平成17年中に整理して新しいものを出すという作業を始めるわけである。1/13の第1回部会では各学会の代表者が30人以上出て、2003年版のバージョンアップを行い、新しく日本語のICD-10の本を作るということで7月までに整理して発行に入る計画で、これに関しては診療録管理学会が一所懸命取り組んでいる状況であるという報告がなされた。

- (4) 病院経営管理通信教育の第26・27回生の前期試験及び後期スクーリングが、1/10~15と1/17~22の日程で東京で開催された旨、土井常任理事から報告された。
- (5) 日本病院共済会が本年度で設立30周年を迎えるので、記念式典と祝賀パーティを4/23、日病の役員会の開催日に都内で行う予定であり、皆さんに参加していただきたいと中山顧問から

説明された。

## 【協議事項】

### 1. 病院団体の団結について

山本会長から、本日の会議の冒頭で会員の数が2,702となって最近減少傾向にあり、今の医療状況の厳しさがあると思うが、やはり日病の存在と入会していることの意義を皆さんに理解してもらうことが重要と思う。そのことで、日病の支部や地域病院協会とどう付き合っていくかと昨年からは動き始め、最初に登内先生の地元の茨城県に呼んでもらって、日病の県支部を中心とした病院協会の先生方と話をしてきた。12月には武田先生の紹介で京都に行き、病院協会の幹部の先生方と会っていろいろな話をした。さらに、2/10には和歌山の病院協会に呼ばれて、日病の活動の方向とか日本の病院医療の話をするように言われている。3/13には福岡の病院協会から呼ばれており、同じような活動をしていきたいと考えている。

このような活動と、副会長の先生や地域の先生方にもアクティブに動いてもらって日病を理解していただき、その輪を広げて将来的には日本の病院団体がどうあるべきかということに持っていきたい。特に中医協の問題が今年の末までに有識者会議によって議論され、方向が出るが、そのなかに病院団体等の参加をどう考えるかという問題も入っているので、病院団体とは何か、その窓口はどこかというものが無いと、日病も四病協もある、全日病もあるし、それはどうなっているのだということになっても困るので、そこをふまえて少し動いてみたいと説明があり、了解された。

### 2. 平成17年度事業計画(案)について

山本会長から、「平成17年度事業計画」案について説明があり、昨年と大枠は変わらないが、5.の「公衆衛生と地域医療に関する事項」では(1)

「人間ドック・健診施設機能評価の推進」が加わり、これは既に昨年から開始されている。(2)の「地域医療に関する調査研究」も林先生の報告のように、17年度実施していくことになっている。7.の「社会保障制度及び医療保険制度等の調査研究に関する事項」では、(1)「医療保険制度に関する調査研究」と(2)「介護保険制度に関する調査研究」を追加した。15.の「組織強化に関する事項」の(1)「会員の増強」は先ほど申しあげたような内容であるが、(2)の「病院幹部医会の充実」は副院長クラスの人が会員になって勉強会をやっているもので、これが日病全体の動きからいうとちょっと外れた格好になっており、総務委員会で位置づけを明確にして次代の人を育成するような会に見直していく考えである。19.の「病院団体の大同団結に関する事項」は先ほど申しあげたように、具体的な動きが必要ということで検討している。

次に「委員会」について、構成は昨年と変わらないが、「救急医療防災委員会」がこれまでの防災中心から大事な現場の救急医療にシフトしており、一次、二次、三次をどう考え直すかということや、小児救急、精神救急の問題なども検討してもらいたい。「研究会」については昨年4月以来見直しをしてきたが、まだ完全にはできていないので未定とし、「セミナー」については「病院長・幹部職員セミナー」を会長及び総務委員会直結とする方向で、8/11~12、東京で開催予定。「事務長セミナー」と「看護管理者セミナー」は、人材育成委員会のもとで7/13~15、単独及び合同開催のかたちで実施する。「関連事業」の「医療安全管理者養成課程講習会」は、四病協として実施しているが、中身が非常に濃くて講師陣と参加者の調整が難しく、年間150人くらいしか養成できていない。全体として年間1,500人は養成できなくては全部の病院に行き渡するのに何年かかるかというので、この事業も見直していきたい。この安全管理のテキストを近々作る予定で、新しい講習のあり方も検討していこうと議論されている。その他の事業は基本的に変わらない。以上について意見をいた

だき、2月全理事会で案として提出したいとしました承された。

続けて山本会長は、懸案となっている「会員資格の定款改正」の件は現在進行中であり、厚労省で内意を得られたら2月の全理事会に諮りたい。また、「新年賀詞交換会」を日病はこれまで実施していないが、全日病と医療法人協会、精神科病院協会が毎年やっていて、各界からいろいろな人がきて話ができ交流できる。日病はこれまで習慣的にやっていなかったというが、この新年会は必要と思っており、総務委員会で来年からやろうということになったので賛同いただきたいと提案があった。日程についてはいろいろ意見が出て詰まらなかったが、来年1月のできるだけ早い時期で計画することとし、また、一般会員との交流も少ないということがあり、これは本年5/28の代議員会・総会の終了後に予定するというので了承された。

さらに、山本会長から、各学会で専門医制度が出てきて、これを取るためには学会が法人格を持っていなければいけないことになっている。各学会は一斉に中間法人を取ったが、今度はそれではダメで、きちんとした法人を取らなければいけないとされている。日病の専門学会のなかでは特に日本人間ドック学会が認定医制度を行っており、機能評価事業も開始したが、今のままでは専門医が取れない。日病という傘下のなかでしか活動できないとなると長い目で見たら先細りになっていく可能性もあるし、学会として学問の独立性とか発展性を考えたとき、法人化して独自の活躍をしながら日病と密接な関係でやっていくというかたちをとったほうがいいのではないかということで、総務委員会でも検討したが、皆さんの意見をききたいと諮った。

各理事からは、その方向で行くことに賛同の意が表され、また、法人化取得まで相当時間がかかることも考慮して早くに準備すべきなどと意見があった。奈良副会長は同学会の理事長として、この学会と日本病院会は双子の兄弟みたいなものであり、それ以上の関係であるが、そこがいろいろ

言われることにもなりかねない。しかし、せっかく日病のなかで生まれ育ってきた学会が、糸の切れた凧のようにどこかへ飛んでいってしまってもいけないので、そのあたりは遺伝子が同じということで双子の兄弟という感覚でずっとやっていかなくてはいけないと思う。この問題で先生方の理解をいただいたら早速動き出したいとして了解された。

### 3. 介護保険制度の見直しについて

山本会長から、介護保険制度の見直しに関して、「施設給付のうち居住費用を保険給付から外す考えは反対である」という要望書を昨年12/2付けで四病協として厚労省老健局長に提出したが、今度は居住費用に食費を加えて給付外に反対であると再度提出する考えである。12/22に厚労省が発表した介護保険改革の全体像によると、具体的な数字が出て居住費が月額1万円から6万円、食費は4万8,000円などとし、これを介護保険3施設に適用する法案を今国会に提出するという。老健と特養と指定介護療養型医療施設の3施設に対して適用し、介護保険では見ないということであるが、例えば、特養は住民票を移してそこで生活しながら年金ももらったりするので、その年金のなかから居住費を払い食費を払うのは当たり前だろうという理屈であるが、それを医療に関わる施設まで広げていいのかという話になると述べ、これについて意見を求めた。

石井常任理事は、居住コストは医療と介護を分けて考えなくてはいけないと思うとし、医療の場合はまた元の生活に戻るのが前提だからコスト問題は別で、分けておくというのはそのとおりだと思う。ただ介護保険適用施設に関して、過半数は社会的入院であるという調査結果もあり、社会的入院の場合はやはり同等に扱わないと論理的には難しいところがあると述べ、小川常任理事は、同じような話だが施設で言えば特養は居住費や食費を取られても仕様がなと思うが、老健と介護型の療養病床は性格が違うものである。たまたま社会的入院の人が入っているという議論はあるが、

本来は違う性質のものであり、そのところに居住費というのは当てはまらない。基本的に医療の世界に持ち込んではいけないと思うと述べた。

梶原常任理事は、介護保険の3施設でホテルコストを全部取るとなると、医療の療養型も中身はほとんど一緒だからということで確実に入ってくると思う。それを、住民票を移す、移さないという論点で争うとわけのわからない主張になるので、例えば、社会的入院があるとすれば、これはホテルコストを取らなくてはいけないという見解を出しておいて、老健はだいたい半年ぐらいで在宅に戻るか病院に行くかという中間施設で、療養型医療施設にしても180日の特定療養費という概念が入っている。だから、医療療養型に入ろうが介護療養型に入ろうが1年を超えるとか、半年や1年で同じところを回っているのは社会的入院とみなして、ホテルコストをある期間から取る。施設で最初から入ったら取るというのは医療の我々から言わせれば暴論だと思し、本当に医療が必要で入らなければいけない人もいるので、そのへんは期間を見て、どこかで切り替えるという考え方ができないのかと思うと述べた。

角田常任理事は、確かに特養は終の棲家で年金も持っている。老健や療養型の病床はいつかは出ていただくという条件で入っているの、居住費用などは取るべきでないと思う。一定の期間を過ぎた場合は、今でも療養型はお金を払ってもいたいという人がいるので、そういう方には一定の条件を付けてお金を取ることもあると思う。ただ、介護型の療養病床で取るということは、やがて医療型にも入ってくるだろうと思し、国が考えているのは慢性病棟というのはないわけで、いわゆる回復型からもう次は在宅、あとは療養だから、療養と名がつけばやがてお金を取ってくるのではないかという危惧感を持っていると述べ、渡部常任理事は、皆さんの意見に賛成であるが、考え方として、3施設をどうだという意見が出てきているのだから、この3施設の居住費用についてはダメだという言い方のほうがよいと思う。それではどうすべきかということは、慢性期病床のあるべ

き姿はまだ出ていないので、時間をかけてやればいい。いずれにしても、今回の見直し案に対して、もう少しはっきり反対意見を表明していいと思うと述べた。

梶原常任理事はさらに、この話はもともと在宅にいるよりは施設に入れたほうが安く済むということで、裏を返せば施設入所申込みがものすごくきており、次々建てたのでは介護保険の財政がもたないということが1点。それから、年金と介護保険、医療保険が全部たて割りで、1人の人をきちんと把握できていない。年金は年金でどこにしようが満額来て、片一方で、我々が払う保険料でお年寄りの医療費や介護保険が賄われて、ある意味で二重取りになっている。それが整合できないので、名目をつけて食事や住んでいる分の負担を重くして抑制を働かせるというまさに財政的な話である。本当を言えば、ソーシャルセキュリティー番号か何かをつけて、年金番号と医療番号と介護番号の統一番号があれば、この人は半年以上入所していたら自動的に年金が3割カットされるとかして、それが介護保険や医療保険に行くといえどこんな理由付けは1つもいらなくなるわけであると述べた。

渡部常任理事は関連して、厚労省に高齢者の一部負担や保険料、介護保険の一部負担あるいは介護にかかわる費用という生活費用調査があるのか、それが年金のなかにどれだけ占めるのかということを知りたいけれど出てこない。そういう点で厚労省は住民に向ける視点が欠けていると思うが、好んで介護療養病床に入っている人はいないし、居住費用はその人に家があればそれなりに家にかかってくる。トータルの家庭のなかでどれだけのパークセントが費用として出てくるかということを出さない限りは、満足という面や生活の保障という面からするとうまく行かないのではないかと思うと述べた。

最後に山本会長は、今までの意見をふまえて、四病協としてできれば来週中に意見を出したい。特養はいわゆる終の棲家で仕様がなくても、それを医療に及ぼすなどというところを第1段階と

して、その先はさらに議論していきたいとまとめた。

#### 4. 日病の提言について

山本会長から、これから日病の提言をまとめていくうえで考えを整理したいとして、日病がこれまで再三再四発言してきたことは、病院医療の一番重要な問題は「医療の質の向上」と「安全の確保」ということであり、さらに、医療改革のなかでどう「病院の経営」をしていくかということである。その際、医療の提供の場として地域という大きな柱があり、「地域医療」というスタンスを踏まえて、この3つの視点から「医療制度」という括りのなかの「医療提供体制」と「診療報酬制度」に対して提言をしていく。そのほかの視点として、例えば財源の問題などもあるが、そういう項目で整理して提言のかたちにとまとめていくというイメージである。

もう1つ、例えば「患者サービスについて」という項目があって、そのなかで「患者向けの情報提供サービス」とか「外来患者の待ち時間」などが「医療提供体制」としてあり、情報提供サービスに対しては「薬剤情報提供料」とか「診療録管理体制作加算」「急性期入院加算」などの点数が「診療報酬制度」のなかにあるが、外来待ち時間に対しては点数がないというように現状の話として整理できる。こういう考えを参考に、18年度改定に向けて3月ごろまでに大きな方向をまとめ、細かい点数の話は6月までにまとめたい。基本的なスタンスとしては、医療が高度化し良くなっていくというなかで、必要な医療費は確保していくということが重要だと思う。そういうイメージで各委員会に報告してもらい、個人的な意見もいただきたい。各論として少し問題を絞っていくと、まず、地域医療支援病院の問題は日医の病院担当の先生方もおかしいと言い出しているが、これは紹介率が中心になっており、救急などの高い医療機能を持っていながらその位置づけになっていないところがたくさんあるとして各理事の意見を求めた。

梶原常任理事はこの医療法改正に関わった経緯

を述べて、本来の地域医療支援病院は紹介率以外に多くのことが義務づけられているが、この認定を取るために紹介だけが飛び跳ねて起きたわけであり、紹介率はナンセンスでやめたらどうかと思う。二次医療圏ごとに1つつくれと言っているし、あるべき機能ということをさんざん議論して、あの当時は日病の各中核的な病院の先生方はわが病院が地域医療支援病院であるとみんな思っていた。ところが、ふたを開けてみたら医師会立病院救済のために、それは何かというと紹介率だということで、そこは本来のあるべき姿とは全然ちがうものであると述べ、村上副会長は、厚労省の考え方として特定機能病院と一般病院の間におそらく地域医療支援病院を入れたいという考えがある。そうすると、現実に地域で本当に中核的に医療をやっている病院が紹介率のために入ってこれないという矛盾がある。地域の機能として、その病院が周りの地域の医療をサポートしていて頼まれば患者さんを全部受け、医者が足りなければ派遣するなどいろいろやっているけれども紹介率は低い。というのは、周りに耳鼻科とか皮膚科とかがなくて、その紹介率は2%とか3%というオールインワンホスピタルということである。しかし、地域の医療は支えているという意味で本来の地域医療支援病院であり、これに紹介率は外すべきであると述べた。

角田常任理事は、経営管理委員会の報告でも申しあげたが、地域密着型の病院というのは本来の地域医療支援病院の1つと位置づけなければいけないと思う。紹介率の問題は、例えば救急車で来るというのは1割くらいで、あとはみんな救急でも自家用車で来るので紹介率に上がらない。がんばっても20数%という段階でほかに病院がなく、自分の病院は地域の中核と思っているけれども全然条件に当てはまらない。紹介率が病院の機能評価とか質の向上に役に立つかというのは疑問であると述べ、邊見常任理事は、これを決めるときの経緯は梶原先生と一緒に第3次医療法改正のときに関わったが、ものを東京の視点で見えており、全く地方の視点が入っていない。地方の自治体病院

や厚生連の病院などはその地域に紹介してもらって医療機関がない。各科の診療特性もあるが、それ以前に医療機関のないところがいっぱいある。そういうところで紹介しろという、根本的におかしいところがある。初めは二次医療圏に2つつくろうと、公1、私1という案があり、もう予算は健政局長が取ってきたのでどうにかして決めなければいけないということで、私は最初反対していて、諸橋先生も反対していたけれども最後はもういいからという感じになって、とにかく1歩でも、一里塚で日本の医療が良くなるのならという感じできた。そういう経緯で紹介率というのは全く意味がなくて、かえって地域医療にとっては支援している病院がとれないという話になっていると述べた。

小川常任理事は、今日日医の植松会長は地域医療支援病院についてどう考えているかという、大阪の会長のときに大阪には地域医療支援病院は必要ないと言われた。大阪の各病院は全部地域支援をしているのだから、特に区別する必要もない。救急をキチッとやったりしておれば全部地域支援病院であると。そういうこともあって大阪のほうでは手を挙げる病院がなかなかなかったが、その後外来分離などやられたところが基準はクリアできるのでなった。今、植松会長が日医の会長なので、その地域医療支援病院を考える1つのチャンスであるという気がする。もう1つ、紹介率の話は地域医療支援病院の問題だけでなく急性期加算の問題がある。これは救急を救急車だけにするのかということと、初診患者に限るという項目が紹介率をとりまくっており、基準の見直しは必要と思う。入院外来比率の1.5倍などというのも同じことで、見直すことに賛成したいとした。

林常任理事は、地域医療委員会でも今までのような話が出たが、救急の問題は非常に重要だし、病院の医師が非常に疲れている。夜の仕事が増えており、医療過誤とかいろいろあって、24時間張り付けられているような病院の環境のなかでハードな仕事をしているが、そういうことに対する評

価はされていない。地域医療支援病院に非常に高い紹介率で認めるといのは全くナンセンスで、紹介率を上げる努力はやってもいいが、厚生連などの周りにはなかなか診療所がない。特殊科はほとんどなくて、眼科、耳鼻科、小児科とか小さい科は紹介率が低く、全体としての紹介率を上げるのは無理である。こういうものはやめて、地域のなかでしっかりと、救急をはじめ夜の仕事を何かを診ているところを支援病院としたほうがいいというのが委員会の考え方であると説明した。

山本会長はさらに、いわゆる紹介率というのは一般の人から見てどうなのか。紹介率の高いところは良い病院だと見ているのかということで、例えば、国立がんセンターに紹介するということと地域で紹介率を上げるということは多少中身が違うという気がする。述べたのに対して、行天参与はこれは極めて簡単であって、お上の言うことはまだまだ日本では強い。したがって、お上が言ってそれに対して具体的な反論がない以上は紹介率が高いほうが良いと、地域医療支援病院もそういうお墨付きをもらってれば多分良い病院だろうというように思っているのが実態だと思う。だから、一般に訴えるのは、地域のなかの病院というものと病院の地域性の問題、ドクターが非常に苦労している実態などを個別にキチッと出して、集大成して出したほうが国民は分かってくれると思うと述べた。

山本会長は以上について、だいたい考えの方向は出たので、もう少し形になったら改めて議論するとして次の問題に移り、手術に関しては、診療報酬小委員会の報告や関口先生から物と技術の区別という話が出たが、実際に各病院で手術を行うときデイスポの材料がかなり大きいパーセントを占めているということである。混合診療との関係で言うと少し勘違いした先生もあって、いま新しい材料を使っても請求できないけれど混合診療になったらその材料費を請求できるから賛成だと。しかし、混合診療の今回の合意とは全く別の話であって、保険診療の点数のなかでの問題なので、このへんの考え方をどう提言としてまとめていく

かと提起した。

関口理事からは、我々の調査は関東地域の31病院、手術の36項目という範囲であるが、診療報酬に包括されている物の割合は非常に高く、特に鏡視下手術、腹腔鏡、局部鏡などが高い。そういう内視鏡的にやる手術で道具の加算が2年とか4年経つと認められるようになるが、これをもう少し迅速にやってもらいたいこととその額が適正でない。また、36項目のうち14項目が平成14年から16年の間で4.8%の減額になり、これはすべて施設基準にかかる手術である。基準に合致すると5%加算が認められるが、加算する分を最初から引いて4.8%減にしたという算数をやっている。施設基準にかからない病院の手術料が4.8%減額され、その上に材料費が25%も包括されているという大変な問題であり、この点を厚労省と討議するなかで物と技術料の分離という考えが出てきたわけであると説明した。

山本会長は、今の説明でよく分かったと思うが、手術に関しては、基本的に物と技術に分けて評価することがリーズナブルだと思うとして、その方向で提言していくということで賛同された。続けて山本会長は、今度は医療の質を上げていくというなかで内科的な技術というものをどう評価していくか。これは、厚労省も診療の時間で計算しろとかいろいろなタイムスタディが始まっているとして、特に内科の先生方の意見を求めた。

各理事からは、内科の医師の技術評価は難しく、外科のように結果を見ることがない。患者の側から見たら、むしろ外科の先生の側から評価してもらったほうがいい。内科の専門医というのも難しい。内保連でも長く議論されたが結局時間ということで、いま調査がきている。内科といっても範囲が広く客観的な評価ができてにくい。アメリカの専門医のように自分で値段を決めるとするのが妥当なのではないか、などと意見があった。また、邊見常任理事は、時間を診療報酬に入れるのはナンセンスで、先ほどの紹介率と同じようにこれに引っ張られていくとおかしな話になる。3分診療とかいろいろ出てそういう動きになりつつあるが、

精神科とか神経内科とか特殊なものは別として、一般の内科も外科と同様に早く診断して早く治すほうがいいわけで、研修医が診て1時間も2時間も話をきいて分からない、それが高い料金を取るという、こういうことはいけないとした。

行天参与は最後に、先生方の意見は全部筋が通っているし、重大な問題を提示していると思うが、これを一括して集約するのは難しい問題だと思う。というのは、医療は所詮1人の患者さんあるいは人間と、ドクターを中心とする医療グループとのある意味におけるやり取りだから、そこにかかってしまったら運命だと思う。お医者さんを選ぶことは寿命そのものだと思っている。結局いい方はそれぞれ人が選んでいくわけで、先ほど話が出ていたように皆保険で動いている以上矛盾は当然で、いやな方はこの保険構造から外れるしかない。実力に自信のある方は「保険構造から外れます」とそれくらいの発言があると、初めのころはニュースになって患者が殺到すると思う。

この評価というのはとても難しく、古い話だけれど阪大で教授特診料というのをつくって少しお手伝いした。皆さん、教授会でしぶしぶか賛成してやろうということになった。あのころで3,000円か5,000円を別に払ってもらおう。ところが、3か月しかもたなかった。その理由は、門前市をなす教授とだれも申し込まない教授とが歴然と出た。門前市をなしたほうは「冗談じゃない」と、「同じ公務員で研究もできなきゃ指導もできない。こんな忙しくてはたまらない」と、口では言っても内心は嬉しくてしょうがない。ところが、一方の方たちは「ああいう宣伝でやるような医者時代は情けない。阪大ともあろうものが何だ」と言うわけで。阪大で今の場所に移ったときも、一体どれくらいの患者が移動するかというのは阪大自身もずいぶん調査したけれども、まだまだ有名教授や患者さんの評判の良い方を引っ張っていることは間違いない。ただし、だんだんこれは薄れてきている。謝礼の件もフォローしていくと、謝礼に対する考え方が非常に変わってきている。私などは年齢のせいもあって、ある意味では

当たり前、これがドクターフィーだというふうにさえ考えているけれども、だんだん薄らいできて当然の権利、当然の医療行為という考えが強くなっている。このあたりがぎくしゃくする反面、これを取り切れば、本当の意味でお医者さんに「ありがとうございます」という心を込めたお礼の時代に転じていく可能性はあると思う。

また、ある方から命令されて、一体、日本の医療行動に関してどういう考えを持っているか調べろということで、実人員として20人以上の方に個別にあたり、集まっていたのは数名で、総じて日本のトップの医療界以外の方たちであるが、その方たちの医師並びに医療組織に対する考えというのはこの私が考えているところではないぐらいに、厳しいというよりひどい。医者がよく6年間勉強して、その後また2年研修するとか、その後研究がいっぱいあるとか、一人前になるのに10年はかかるなどと言うけれどもとんでもないと。我々は学生のころから、まさに爪に火を灯すかたちで勉強や研究に取り組んで、やっとなっていくのだと。医者だけが特に勉強しているというのは大間違いだと。それから、インカムという問題に対する反発がものすごい。大体海外とのいろいろな比較を取れる方たちなので、多少の反発するとドイツではこう、フランスではこうと資料を送ってくる。ハイソサエティ並びにハイインテリジェンスのグループが、これほどまでに日本の保険構造に支えられている医師の経済的なインカムであるとか、あるいは社会的な評価という問題に対して冷たいというのはいささか驚いた。ぜひ病院会が先頭に立って、そういう意味において中核をなす人たちから徐々に切り崩すことをやって、急にはできないけれどもオリックスの宮内さんに匹敵するようなプロジェクトというのはやがてできると思うし、今から準備しておかなければいけないと思うと述べた。

この後、松田参与からも病院の評価と紹介率の関係、地域医療支援病院の問題、介護保険3施設の本一化の問題などについて発言があり、登内顧問からは自分の病院の経験にてらして、内科の先

生の技術がなくて医療はないと、内科の先生は遠慮されて言われていると思うが、ダメな病院を内科を充実したら3年くらいで成績が上がったなどとした。

山本会長はここで時間が来たとして、今日の議論に入らなかった大きな問題として財源論がある。医療費の枠を拡大しようという意見があり、なかなか難しい話には違いないが、財源ということを考えてとき、保険組合の再編統合があり、それから消費税、たばこ税、酒税の問題がある。それと同時に、年金を含めた社会保障制度のなかで国民負担率をどう考えていくかという問題である。経済界の人は、国民負担率が上がれば経済活性力が落ちて国際競争に負けるという言い方をするが、慶応の田中先生などは国民負担率と経済の活力は

相関関係がないということをはっきり言っている。こういう問題に対して、我々はどういうスタンスで何を提言していくのかということを決回やりたいたとした。

最後に武田副会長から、厚労省で医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインというものが12月末にでき上がったが、個人情報保護法について2月に2回説明会を開き、日病としてのガイドラインをつくっていきたいと報告があった。この後、奈良副会長から閉会の挨拶が行われ、常任理事会を終えた。

(日本病院会事務局 広報部)

## 日本病院会発行の英文誌 『Japan Hospitals No. 24 (July 2005)』の原稿募集 !!

### ●募集内容

1. 本誌は日本の医療や病院の実情を海外に紹介しPRするもので、看護の実態や医療制度の問題なども含み、関連する論文や研究報告など他誌に発表されていないものとする。

ただし、国内ですでに発表しているが、国外未発表のものは可とする。



### ●読者対象

1. 国際病院連盟 (IHF) のA会員 (各国の代表する病院協会または政府機関) 及びアジア病院連盟 (AHF) の会員 (同) ほか関係先。国内では大学医学部 附属図書館等。

### ●原稿様式

1. A4用紙に英文でワープロを使用。CDまたは3.5インチフロッピーディスクでの原稿提出を原則とする。また、プリントアウトした原稿と日本語の要約も添付する。
2. 原稿のタイトル、執筆者の氏名、肩書き等を必ず記載する。
3. 図、表、写真 (モノクロのみ) は鮮明な原画を添付する。
4. 執筆者の顔写真1葉も添付する。

### ●採択等

1. 受理した原稿の採否は下記委員会で決定する。ネイティブの査読体制あり。
2. 原稿等は返却いたしません。返却希望の場合は、原稿提出時に「要返却」と朱書する。
3. 校正については、初校のみを著者校正とする。校正に際しては原則として文書の書き換え、図・表の移動などないようにする。
4. 謝礼については、別刷り (50部) を贈呈し、これに代える。別途、希望される場合は執筆者の実費負担で作成する。
5. 執筆者に掲載誌を1冊贈呈する。

### ●原稿締切 2005年4月30日

#### 【原稿提出・問合せ先】

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3  
日本病院会 雑誌・ニュース編集委員会  
TEL 03-3265-0077 FAX 03-3230-2898  
Email: nishikawa@hospital.or.jp

## 平成17年度 日本病院会の関連学会等

標記について、2月の全理事会で次のように発表されました。3月の代議員会・総会で確定します。

①会期, ②会場, ③学会長等, ④テーマ

1. **第55回日本病院学会**……①7月18日(月)～19日(火), ②名古屋市・名古屋国際会議場, ③福田浩三(上飯田第二病院 名誉院長), ④健康で輝く日本の創造
2. **第46回日本人間ドック学会学術大会**……①8月25日(木)～26日(金), ②秋田市・秋田ビューホテル他, ③宮下正弘(秋田赤十字病院 院長), ④健康願望時代とどう向き合うか～錯綜する健康情報と人間ドック～
3. **第31回日本診療録管理学会総会及び学術大会**……①9月15日(木)～16日(金), ②秋田市・秋田キャッスルホテル, ③林 雅人(平鹿総合病院 院長), ④21世紀の診療情報管理を考える～個人情報保護法施行を見据えて～
4. **国際モダンホスピタルショー2005** ……①7月13日(水)～15日(金), ②東京都・東京ビッグサイト
5. **病院長・幹部職員セミナー**……①8月11日(木)～12日(金), ②東京都・都市センターホテル

## 日本病院会雑誌

第52巻第4号 2005年4月1日発行(毎月1日発行)

頒価1,200円(会員の購読料は会費の中に含まれます)

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

電話: 03-3265-0077(代) FAX: 03-3230-2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 山本 修三

編集人 石井 暎禧

編集協力 (株)美和企画(東京都渋谷区南平台町12-6 電話: 03-3496-6751(代))

印刷・製本 日本平版印刷(株)(東京都文京区小石川4-3-6)

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。