

平成18年度マスターセンター補助事業

医療機関の情報管理に関する調査研究 報 告 書

平成19年1月

社団法人 中小企業診断協会 京都支部

目 次

はじめに

第1章 最近の医療機関の情報管理に関して	1
第2章 本調査研究の概要	3
第3章 調査の結果	6
第4章 調査結果からの考察	26
1. 基本情報編	26
2. 基本情報システム編	32
3. ホームページ編	40
4. 個人情報保護編	44
5. プライバシーマーク編	47
6. 電子カルテ編	49
第5章 医療機関の情報管理と中小企業診断士の関わり方	53
第6章 調査担当者による座談会	55
第7章 医療に関連する用語解説	60

おわりに

< 附表1 > ヒアリング調査票

< 附表2 > 調査結果データ

はじめに

ここ数年、京都支部の調査研究事業のテーマは、以下の通りです。

平成14年度：中小小売業のIT化に関する調査研究

平成15年度：NPO法人の調査と研究

平成16年度：京都の大学発ベンチャーに関する調査研究

平成17年度：日本農業の活性化へ～農業法人の取り組みとその課題～

時節に応じて、タイムリーに時代のテーマを追いかけていることが分かります。

本年度は、その意味で、現在社会的に大きな課題になっている「医療」をテーマに取り上げ、その情報管理の実態に迫ってみることとしました。

その背景には、

- (1) 急速な高齢化に伴う医療費の高騰が大きな社会問題になり、今後の医療費の伸びを抑えるべく診療報酬の見直しや改訂が実施され、今後も大きく変化があること。
- (2) 個人情報保護や情報管理のあり方に対し、個人情報保護法の施行以降、社会的に大きな動きが出てきたこと。
- (3) インターネットのさらなる普及やIT技術の格段の進歩により、今後一層医療機関における情報化の進展が予想されること。
- (4) Web2.0の流れが加速し、医療機関でも双方向の情報流通が始まること。
- (5) 患者本位の価値観が浸透し、患者中心の医療体制に変化していくこと。
- (6) メタボリック症候群対策を始めとする予防医学重視の医療に変化していくこと。

などが挙げられます。

これら一連の動きは、さらに医療機関の情報管理の高度化を促すことになります。しかしながら、みなさんご存知のように、医療機関はその業務の専門性、特殊性から一般企業のようになかなか情報の共有化やIT化が進みません。

また、ドクターや介護師などの各技能集団がそれぞれ一定の人数を保ち、かつ、その規範に従って医療行為をするという枠の中での仕事なので、非常に制限が多いのが実情です。さらに、個人情報保護や患者のプライバシーを守るという基本的な枠組みもあります。

こういった制約条件があるとはいえ、確実に規制緩和の流れは増していくことが予想されます。

医療機関への調査研究は、過去にいくつかの支部で実績はあるものの、業務の特殊性からなかなか簡単にアンケートに応じていただいたり、快く調査に応じてくれることは稀だと思います。

従って、今回は、メンバーを4つのグループに分け、地域特性、交通アクセス、病床数、診療科目などによって、アプローチの方法を検討しました。

今回の調査研究事業のテーマとしては、

- (1) 基本的な情報管理の仕組み
- (2) 個人情報保護に対する取り組み
- (3) 電子カルテに対する取り組み
- (4) ホームページの利用活用の実態

などであり、原則として施設を訪問し、担当者に面談してヒアリングを中心に行ないました。

内容的には母数も多くないため、不十分な箇所もあるかと思いますが、この調査研究事業のレポートが、少しでも関係各位の今後にお役に立てれば幸いです。

また、本調査にご協力いただいた各医療機関にはこの場を借りて、厚くお礼を申し上げます。

平成19年1月

社団法人中小企業診断協会京都支部

支 部 長 玉垣 勲

平成18年度調査研究事業プロジェクトチーム

リ ー ダ ー 成岡 秀夫(副支部長)

サブリーダー 大石孝太郎(滋賀県支部)

プロジェクトメンバー(50音順)

上原裕紀子(京都支部)

恩村 政雄(京都支部)

倉橋由美子(協同組合京都府中小企業診断士会賛助会員)

島田 尊(中小企業診断士)

西河 豊(京都支部)

松田 茂(京都支部)

第1章 最近の医療機関の情報管理に関して

「医療機関の情報管理」というテーマを考えるには、将来の医療の姿を思い描く必要がある。今後の医療の目指すべき姿と当面進めるべき方向性は、「保健医療情報システム研究会」が提言した「21世の医療提供の姿」という報告書に明記されている。

ここでは、医療の将来像として、

(1) 患者の選択の尊重と情報提供

- ・患者の視点の尊重と自己責任
- ・情報提供のための環境整備

(2) 質の高い効率的な医療提供体制

- ・質の高い効率的な医療の提供
- ・医療の質の向上

(3) 国民の安心のための基盤づくり

- ・地域医療の確保
- ・医療の情報化

などが主要なテーマとして取り上げられている。

ここでの考え方は、「適切な医療情報の提供」のもと、患者が自ら医療機関や治療方針を選択するなど、医療に自覚と責任をもって参画することを医療の目指すべき姿としている。すなわち、患者の選択を通じて医療の質の向上と、効率化・重点化が図られるという考え方を基本としている。

このような理想的な医療の姿が実現するためには、公正で客観的な医療情報が管理され、提供されることが大前提となる。また、そのためには、医療の情報化、さらにその基盤としての情報化基盤、すなわち情報化に向けてのインフラ整備が必要となる。

上記にある医療の将来像としての重要な3つの柱、「患者への情報提供」「医療の質の向上」「医療安全の確保」に関しても、情報化は大きな影響を持っている。

さらに、具体的な課題に言及すると、

- 情報の提供に関しては「電子カルテシステム」や「レセプト電算処理システム」
- 医療の質の向上に関しては「EBM（根拠に基づく医療）」「電子カルテシステム」「遠隔診療支援」
- 医療の効率化に関しては「オーダリングシステム」「個人認証システム」「EDI（電子取引）」

などが課題として挙げられている。

さて、これらの情報化で5年後に医療がどのように変化するかを想定すると、次のような状況が考えられる。

1. 患者が医療機関を選択する環境が整う
2. 分かりやすい医療の情報が容易に入手できる
3. 診察時の待時間が短くなる
4. ドクターから分かりやすい説明を受けることができる
5. 最新かつ最良の医療情報に基づいた最適な治療が受けられる
6. 専門医への紹介が円滑に行われる
7. より客観的なセカンドオピニオンが得られる
8. 遠隔地の専門医の診療が受けられる
9. 医療事故の防止が進む
10. 医療従事者が患者と接する時間が長くなる
11. 医療資材の購入価格が安くなる
12. 通院の負担が軽くなる
13. より早く適切な救急医療が受けられる
14. 容態が急変しても救急医療機関とかかりつけ医との連携がとれる

この課題の達成のために次の4つの段階での情報化の進展が想定できる。

第1段階：医療施設の情報化

医療施設における情報化は、医療用語やコード等の標準化を図るとともに、施設内の各部門が連携し、ひとつの組織体として一体となって情報化を推進する。

第2段階：医療施設のネットワーク化

細心の注意を払うべき個人の医療情報をネットワークを介して扱うには、厳重なセキュリティ対策が必要である。また、地域での役割を自覚し、他の施設との地域連携体制を確立しないといけない。

第3段階：医療情報の有効活用

情報化によって収集整備された医療情報を、さらに高度な臨床研究に活用することは、医学の進歩に寄与するものである。その際には、個人情報保護への十分な配慮が必要である。

第4段階：根拠に基づく医療の支援

根拠に基づく医療を臨床の現場で実践するには、最新の医療知見を収集整理した診療ガイドラインの整備や、医療従事者や患者がインターネット等で自由に使える環境や体制の整備が必要である。

医療機関の情報管理が適正に運営されることは、これら将来の医療のあるべき姿の基礎となるものであり、開業医中心の地域医療との連携などにも、不可欠な条件である。その意味でも、実情を少しでも理解することは、今後の課題を考える参考になる。

第2章 本調査研究の概要

今年度のテーマ「医療機関の情報管理」に関しては、下記の内容で調査を実施した。

1. 調査内容の討議
2. 調査項目の抽出と調査票の作成
3. 調査対象医療機関の抽出
4. 関連諸団体への協力要請
5. 対象医療機関へのアプローチ
6. 対象医療機関からの調査票の回収
7. 回収された調査票の分析
8. 報告書の原稿起案

まず、調査内容の討議に関しては、支部においてこの分野に詳しい数名の有志によりブレインストーミングを行い、基本的な方向性を確認した。

その結果、

- (1) 医療機関の基本的な情報システムの実態
- (2) ホームページの利用活用状況
- (3) 個人情報保護への対応とプライバシーマークへの取り組み
- (4) 電子カルテの導入への取り組み

に関して、調査を行うことを決定した。どの項目も、今後の医療機関の情報管理に関し、非常に重要な内容を含んでいる。

次に基本的な方向性に沿って、調査票の作成を行った。具体的には、

- (1) 基本情報編：大石担当
- (2) 基本情報システム編：大石担当
- (3) ホームページ編：大石担当
- (4) 個人情報保護編：成岡担当
- (5) プライバシーマーク編：成岡担当
- (6) 電子カルテ編：島田担当

の3名が中心になり、調査票の叩き台の作成を行い、相互に意見交換し調査票のテンプレートを作成した。記入していただく内容に関しては、定性的な内容を記載していただくのが好ましいのは理解できるものの、定性的な記述には時間もかかるため、極力平易に回答可能な形式を採用することとした。そのため、回答の分析が平面的な内容となった箇所もあることは、止むを得なかったと考えている。今後、医療機関を対象に各種調査を行う際のポイントである。

対象とする医療機関の選定に関しては、京都府保健福祉部発行の平成17年度京都府下病院一覧

を参考に、地域、診療科目、病床数、設立主体などから恣意的に選択した。なるべく偏りのないようにしたつもりである。ただし、調査票の回収の点を考慮し、比較的京都市街に所在する医療機関が中心になったことは致し方ない事情である。

関連する諸団体として、京都府私立病院協会、京都府医師会、京都府保健福祉部、京都市保健福祉局へ出向き、調査の主旨を伝え協力をお願いした。

対象として選定した医療機関へは、社団法人中小企業診断協会京都支部名の「調査研究への協力要請文」と調査票を持参し、担当者に面談し、調査の主旨を説明し、調査票の回収を依頼した。この段階で、主旨は理解できるが諸般の事情から協力が難しいとの回答をいただいた医療機関もあった。

概ね、ご協力をいただける医療機関には調査票を委託し、一定期間後に担当者が回収に出向くか、先方から郵送で支部宛に送付いただくよう依頼した。また、その場で回答を記述いただいた医療機関も数件あった。回収には、各医療機関のそれぞれの事情があり、相当な日数を要した。しかしながら、医療機関という特殊性から、長期の時間がかかっても、回収の件数を増やそうと考え、極力回収に協力いただける医療機関は、時間をかけて回収した。その結果、20件を上回る回収が実現した。

回収された調査票は、リーダーの成岡が中心にデータの入力を行い、客観的な分析を数名のメンバーを中心に分析を行った。さらに、数回のミーティングを経る中で意見交換を行い、各章ごとに担当者を決定し、原稿を起草した。

原稿の分担は下記の通りである。

はじめに：成岡

第1章：最近の医療機関の情報管理に関して：成岡

第2章：本調査研究の概要：成岡

第3章：調査の結果：大石

第4章：調査結果からの考察

（1）基本情報編：西河／大石

（2）基本情報システム編：西河／大石

（3）ホームページ編：上原

（4）個人情報保護編：恩村

（5）プライバシーマーク編：恩村

（6）電子カルテ編：松田／島田

第5章：医療機関の情報管理と中小企業診断士の関わり方：松田／大石

第6章：調査担当者による座談会：成岡

第7章：医療に関連する用語解説：西河／大石

おわりに：成岡

＜附表1＞ヒアリング調査票：成岡

＜附表2＞統計データ処理：上原

第3章 調査結果

第3章では、アンケートに協力を得られた22病院の調査結果を示す。各調査項目の考察や分析については、第4章で記述した。

1. アンケート協力病院の基本情報

(1) 病床区分

記号は、各病院を識別するためにランダムに割り当てたものである。

表1. アンケート協力病院の概要－基本情報(1)

注：○印は保有を表す

一般病床数 病 床 区 分	記号	一 般 病 床	療養(医療) 病 床	療養(介護) 病 床	その他病床
20～99	U	○			
	O	○	○		
	Q	○	○	○	
	F	○			
	V	○			
100～149	A	○	○		
	G	○			
	M	○	○	○	
	S	○	○		
150～199	P	○	○		
	H	○			
	W	○			
200～399	N	○			
	E	○			
	B	○	○		
	K	○	○	○	
	C	○			
	L	○			
	R	○			
400以上	J	○			○
療養型病院	T	○	○ (150～199)		
	I	○	○ (150～199)		

今回、アンケートにご協力いただいた22病院のうち、一般病床を主とする病院は20病院であり、療養型病床を主とする病院は2病院であった。

一般病床を主とする病院でも、療養型病床を有するケアミックス型病院は、9病院あり、その他の病床を有する病院も1病院であった。

療養病床を主とする2病院は、療養病床を150～199床の間で保有している。

(2) 主な施設基準、人的資源、クリニカルパス、病院機能評価、医療連携

主な施設基準として、DPC、看護基準、平均在院日数を取り上げた。

病院における情報管理の人的資源の指標として、診療情報管理士とソーシャルワーカー（以下SW）を取り上げた。

医療の標準化の指標として、クリニカルパス（以下CP）を取り上げた。

地域連携の取り組み指標として、医療連携室の有無を取り上げた。

病院全体の評価指標として、病院機能評価の認定状況を取り上げた。

なお、指標としては他にも有用な指標が考えられるが、調査協力者の負担、情報管理の範囲の広さなどを考慮し、限定的な指標となっている点は否めない。

表2. アンケート協力病院の概要－基本情報（2）

一般病床 区 分	記号	DPC	看護 基準	平均在院 日 数	医 療 連携室	SW	診療情報 管理士	CP運用数	病院機能 評 価
20～99	U	なし	7	～10	なし	0	0	0	なし
	O	なし	10	15～19	なし	0	0	0	なし
	Q	なし	10	15～19	あり	3	3	1-5	認定 ver.5
	F	なし	10	20～21	あり	1	2	0	なし
	V	なし	10	15～19	なし	3	0	6-10	なし
100～149	A	なし	15	25～60	あり	0	0	－	なし
	G	なし	13	22～24	なし	0	0	－	なし
	M	試行	10	15～19	あり	0	3	26-30	認定 ver.4
	S	あり	10	20～21	あり	2	1	21-25	認定 ver.5
150～199	P	なし	10	11～14	あり	4	3	－	なし
	H	試行	10	15～19	あり	0	3	11-15	なし
	W	なし	7	11～14	あり	2	1	21-25	なし
200～399	N	なし	10	15～19	あり	3	4	1-5	認定 ver.3.1
	E	なし	10	15～19	あり	0	0	46-50	なし
	B	なし	13	20～21	あり	0	2	16-20	認定 ver.4
	K	なし	10	15～19	あり	4	2	11-15	認定 ver.4
	C	なし	7	11～14	あり	15	2	1-5	なし
	L	試行	10	15～19	あり	3	2	61-65	認定 ver.4
	R	試行	10	11～14	あり	1	15	71-75	認定 ver.5
400以上	J	あり	10	20～21	あり	3	0	165-170	認定 ver.5
療養型	T	なし	10	22～24	あり	5	0	8	なし
	I	なし	10	15～19	あり	4	0	10	なし

① 看護基準

一般病床を主とする20病院のうち、看護基準10対1に対応している病院が14病院、70％であった。7対1を取得している病院は3病院あり、13対1は、2病院、15対1が1病院であった。

病床区分別には、100～149床の区分で、13対1、15対1病院が各1病院みられたが、200床以上の8病院では7病院が10対1を取得し、13対1は1病院であった。

療養型主体の病院は、回答のあった2病院ともにケアミックスであり、一般病床50床以下を有している。一般病床としてはいずれも10対1をクリアしていた。

② 平均在院日数

一般病床主体の20病院中、19日以内がもっとも頻度が高く14病院、70%であった。19日以内のなかで、さらに短い14日以内とする病院は4病院、10日以内とする病院は1病院であった。

20日～21日とする病院は4病院あり、22日～24日が1病院、60日以内とする病院が1病院であった。

③ ソーシャルワーカー (SW)

SWを擁する病院は、一般病床中心の20病院中12病院であり、保有人数は、1人から最大15人までと開きがあった。SWの人数として3人を擁する病院が5病院と多かった。200～399床の病院で、15人のSWを擁する病院があった。

療養病床主体の2病院は、4～5人のSWを有していた。

④ 診療情報管理士

一般病床主体の20病院のうち、診療情報管理士を擁する病院は13病院であり、7病院は保有していなかった。療養病床主体の2病院では、いずれも保有していなかった。

200～399床の病院で、診療情報管理士を15人擁する病院があった。

⑤ クリニカルパス

一般病床主体の20病院中、未回答3病院を除いて、CPのない病院は3病院であった。CP運用病院でも、運用数が1という施設から、170近い運用を行う病院まで、格差が大きかった。200床以上の8病院は、すべてCPを運用していた。

⑥ DPC の状況

DPC実施病院は2病院、試行病院は4病院であった。100床未満は、DPCはなかった。

⑦ 病院機能評価

20病院中、9病院が、認定を受けている。バージョンの内訳は、Ver 5が4病院、Ver 4が4病院、Ver 3が1病院であった。200床以上の8病院中6病院が認定を受けていた。

(3) 病院情報システムの導入状況（基本情報システム）

病院における基本的な情報システムとして、医事会計システム、財務会計システム、オーダリングシステム（以下OSとする）、PACS、電子カルテを取り上げた。オーダリングシステムは、その機能により、薬剤、医療材料、放射線、検査の4つを分類して調査した。

表3. 基本情報システムの導入状況

一般病床 区分	医事会計	財務会計	OS薬剤	OS医療 材 料	OS 放射線	OS検査	PACS	電 子 カルテ
20～99	導入	導入	導入	なし	導入	導入	導入	導入
	導入	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	導入	導入	なし	なし	なし	なし	導入	なし
	導入	導入	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	導入	導入	導入	なし	導入	導入	導入	なし
100～149	導入	導入	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	導入	導入	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	導入	なし	導入	導入	導入	導入	導入	導入
	導入	導入	導入	導入	なし	なし	なし	なし
150～199	導入	なし	導入	なし	なし	導入	なし	導入
	導入	なし	なし	なし	なし	なし	導入	なし
	導入	導入	導入	なし	導入	導入	導入	なし
200～399	導入	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	導入	なし	導入	なし	導入	導入	なし	なし
	導入	導入	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	導入	導入	導入	なし	導入	導入	導入	なし
	導入	導入	導入	導入	導入	導入	導入	なし
	導入	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	導入	導入	導入	導入	導入	導入	導入	なし
400以上	導入	導入	導入	導入	導入	導入	導入	なし
療養型病院	導入	導入	導入	なし	なし	なし	なし	なし
	導入	導入	なし	なし	なし	なし	なし	なし

① 医事会計システム

全病院に導入されていた。

② 財務会計システム

22病院中、13病院、59.1%で導入されていた。

③ オーダリングシステム

薬剤が11病院、検査が10病院、放射線科が9病院と一般病床主体の20病院中、約半数の病院

で導入されていた。しかし、医療材料のオーダリングシステムは5病院に留まっていた。

④ PACS

一般病床主体の20病院中10病院と半数に導入されていた。

⑤ 電子カルテ

今回の調査では、100床未満病院、100～149床の病院、150～199床の病院で各1病院に導入され、合計3病院であった。

(4) その他の情報システムの導入状況（介護支援システム、患者バーコード(BC)システム）

その他の情報システムとして、介護連携や、安全管理情報システムとしての患者バーコードシステムの導入状況を調査した。

表4. 介護支援システム、患者バーコードシステムの導入状況

一般病床区分	介護支援システム	患者BCシステム
20～99	なし	なし
	なし	なし
	なし	なし
	なし	なし
	なし	なし
100～149	なし	なし
	なし	なし
	導入	なし
	導入	なし
150～199	導入	なし
	なし	なし
	なし	なし
200～399	なし	なし
	導入	なし
	なし	なし
	なし	なし
	なし	なし
	なし	なし
	導入	なし
400以上	導入	なし
療養型病院	導入	なし
	なし	なし

① 介護支援システム

今回、介護支援システムの内容を問わなかったため、具体的な機能は不明である。主治医意見書支援ソフトや居宅介護支援事業所となっている施設では、ケアプラン作成支援ソフトを指す場合もあると考えられる。

100～149床の病院で2病院、150～199床で1病院、200床以上で1病院に導入されていた。

② 患者バーコード（BC）システム

導入している病院は、なかった。

(5) SPD の導入状況

院内物流システムの情報化を調査する指標として、SPDを取り上げた。

薬剤、医療材料、事務用品の在庫管理の実施状況（入庫・出庫管理）を調査した。

表 5. SPD の導入と委託状況

一般病床数	S P D
～99	なし
	なし
	なし
	全部委託
	自院で実施
100～149	自院で実施
	なし
	自院で実施
	全部委託
150～199	一部委託
	全部委託
	なし
200～399	自院で実施
	一部委託
	全部委託
	なし
	全部委託
	なし
	自院で実施
400以上	全部委託
療養型病院	なし
	全部委託

22病院中、14病院で、なんらかのSPDシステムが実施されていた。全部委託は、7病院と最も多く、一部委託3病院、自院での実施が4病院となっていた。

(6) 在庫管理の状況

物品の管理状況を把握するため、医療材料、薬剤、事務用品の3つの物品の入在庫情報を管理しているかどうかを調査した。

表6. 物品の在庫管理状況

一般病床数	医療材料	薬 剤	事務備品
20～99	あ り	あ り	あ り
	な し	あ り	な し
	な し	な し	な し
	あ り	あ り	な し
	あ り	あ り	あ り
100～149	な し	な し	な し
	あ り	あ り	あ り
	あ り	あ り	あ り
	あ り	あ り	あ り
150～199	あ り	な し	あ り
	あ り	あ り	あ り
	な し	な し	な し
200～399	あ り	あ り	あ り
	あ り	あ り	あ り
	な し	な し	な し
	あ り	あ り	あ り
	あ り	あ り	あ り
	あ り	あ り	な し
	あ り	あ り	あ り
400以上	あ り	あ り	な し
療養型病院	あ り	あ り	な し
	な し	な し	な し

22病院中、なんらかの物品在庫管理を行っている病院は、17病院、77.3%であった。5病院については、在庫管理を行っていないという結果であった。

物品管理を行っている17病院のうち、対象別には、薬剤管理16病院、医療材料16病院、事務用品12病院、すべての物品管理ができている病院は、11病院、50%であった。

(7) 月次決算情報の活用状況

月次決算資料を出しているかどうか、出している場合はどのような情報システムを利用しているか、また、B／S（貸借対照表）、P／L（損益計算書）、CF（キャッシュフロー計算書）のうち、どれを使用しているか、について調査した。

表 7. 月次決算情報の活用状況

一般病床数	月次決算資料	月次決算資料内容
20～99	システム	BS・PL
	なし	回答なし
	システム	BS・PL・CF
	エクセル	回答なし
	システム	回答なし
100～149	システム	BS・PL
	システム	BS・PL・CF
	システム	回答なし
	エクセル	BS・PL
150～199	システム	回答なし
	システム	回答なし
	エクセル	回答なし
200～399	システム	回答なし
	エクセル	回答なし
	システム	BS・PL
	エクセル	BS・PL・CF
	システム	BS・PL・CF
	エクセル	回答なし
	エクセル	BS・PL
400以上	なし	回答なし
療養型病院	エクセル	BS・PL
	エクセル	回答なし

月次決算資料を作成している病院は、22病院中20病院と90.9%の病院が活用していた。決算資料は、システムからの出力資料を利用している病院が11病院、エクセルで加工した資料を活用している病院が9病院となった。

資料の内容は、「回答なし」とした12病院を除いた10病院のうち、BSとPLはすべて活用していたが、CFを活用している病院は、4病院であった。

(8) 原価管理の取組状況

原価管理の取り組み状況を把握するため、診療科別原価計算、疾病別原価計算、患者別原価計算の3種類について実施状況を調査した。

表8. 各種原価管理の取組状況

一般病床数	診療科別原価管理	疾病別原価管理	患者別原価管理
20～99	なし	なし	なし
	なし	なし	なし
	なし	なし	なし
	なし	なし	なし
	あり	なし	なし
100～149	なし	なし	なし
	なし	なし	なし
	あり	あり	あり
	なし	なし	なし
150～199	あり	なし	あり
	あり	なし	なし
	なし	なし	なし
200～399	あり	あり	あり
	なし	なし	なし
	なし	なし	なし
	なし	なし	なし
	なし	なし	なし
	なし	なし	なし
	なし	なし	なし
400以上	なし	なし	なし
療養型病院	なし	なし	なし
	なし	なし	なし

原価管理システムに取り組んでいる病院は、22病院中、5病院であった。このうち、2病院は、3種類すべての原価管理を行っている。他の1病院は、診療科別と患者別管理を行い、2病院は、診療科別原価管理のみを行っている。

(9) リスクマネジメントシステムの取組状況

医療事故の予防、対策に活用する医療リスクマネジメント（医療RM）情報システムの有無と、資金調達や自然災害、犯罪予防など多様な経営リスクを管理する病院リスクマネジメントシステム（病院RM）の有無について調査した。

表9. リスクマネジメントシステムの取り組み状況

一般病床数	医療RM	病院RM
～99	なし	なし
	なし	なし
	あり	あり
	あり	あり
	あり	あり
100～149	なし	なし
	あり	あり
	あり	あり
	なし	なし
150～199	なし	なし
	なし	なし
	あり	なし
200～399	あり	あり
	なし	なし
	なし	なし
	なし	なし
	あり	なし
	なし	なし
	なし	なし
400以上	あり	あり
療養型病院	なし	なし
	あり	あり

医療RMシステムと病院RMシステムの両方のシステムがありとした病院は8病院、36.4%であった。まったく情報システム化されていない病院は12病院、医療RMシステムのみあるとした病院が2病院であった。

(10) 地域連携情報システムの活用状況

地域連携に関係する情報システムとして、患者情報共有システム、患者紹介・逆紹介データベースの活用状況を調査した。

単独医療機関を越えた、地域医療連携パスの活用についても調査を行った。

表10. 地域連携情報システムの活用状況

一般病床数	紹介元D B	照会先D B	患 者 情 報 共有システム	地域連携パス
～99	あ り	あ り	あ り	な し
	な し	な し	な し	な し
	あ り	な し	な し	な し
	な し	な し	な し	な し
	あ り	あ り	あ り	あ り
100～149	な し	な し	な し	な し
	な し	な し	な し	な し
	あ り	あ り	な し	な し
	あ り	な し	な し	な し
150～199	あ り	あ り	な し	な し
	あ り	あ り	な し	あ り
	な し	な し	な し	な し
200～399	あ り	あ り	あ り	な し
	な し	な し	な し	な し
	な し	な し	な し	な し
	な し	な し	な し	な し
	あ り	あ り	あ り	な し
	な し	な し	な し	な し
	あ り	あ り	な し	な し
400以上	あ り	あ り	な し	な し
療養型病院	な し	な し	な し	な し
	あ り	あ り	あ り	あ り

① 紹介元、照会先データベースの活用状況

紹介元、照会先を両方ともデータベース化し活用している病院は、10病院であり、データベース化していない病院は10病院であった。

② 患者情報共有システム

患者情報共有システムを有する病院は、5病院であった。

③ 地域連携パス

地域連携パスを有する病院は、3病院であり、一般病床主体の病院だけでなく療養病床主体の病院でも活用されていた。

(11) 情報管理者の配置状況と情報部門の委託状況

近年の情報システムは、セキュリティやメンテナンス、カスタマイズニーズへの対応などで高度化、専門化している。そこで、情報管理者が情報部門の専任職員なのか、あるいは医師、放射線技師など現業職員や事務職員との兼任なのか調査した。

情報システムが多様化しており、一般企業においても、情報システムの外部化が進んでいる。そこで、各病院における情報部門の外部委託の状況と、委託している場合の機能について調査した。

表11. 情報管理者の状況と情報部門の委託状況

一般病床数	情報管理者	情報管理者 担当者数	情報部門 外部委託
20～99	兼任	2	回答なし
	兼任	5	回答なし
	兼任	2	回答なし
	兼任	2	SPD
	兼任	1	HP・運用
100～149	兼任	—	回答なし
	兼任	1	医事・HP
	専任	1	回答なし
	兼任	2	回答なし
150～199	専任	3	SPD
	専任	5	医事・HP・SPD
	専任	1	HP運用
200～399	専任	2	回答なし
	専任	5	HP・SPD・検査
	兼任	1	回答なし
	兼任	4	回答なし
	兼任	2	HP・SPD
	兼任	1	回答なし
	兼任	3	回答なし
400以上	専任	5	SPD
療養型病院	兼任	1	回答なし
	兼任	1	SPD

① 情報管理者の専任職の配置について

専任の職員を配置している病院は、22病院中、6病院であり、16病院は兼任であった。100床未満の病院では、すべて兼任であった。

② 情報管理担当者数

未回答の1病院を除いて、1～5人までの範囲であり、病床規模が大きい病院ではやや多い傾向があった。

③ 外部委託の状況

12病院が未回答であった。回答のあった10病院では、SPDの委託7病院、HPの委託6病院、医事システムの委託、検査の委託1病院であった。

(12) 人事情報システム、治療成績管理システムの導入状況

人的資源管理における情報システムの活用状況として、人事情報システムをデータベース化しているか、紙ベースで運用しているか調査を行った。

自院の治療成績を管理する情報システムがあるかどうかを調査した。

表12. 人事情報システム、治療成績管理システムの導入状況

一般病床数	人事情報システム	治療成績管理システム
20～99	紙ベース	なし
	DB	なし
	紙ベース	なし
	DB	なし
	紙ベース	なし
100～149	紙ベース	なし
	紙ベース	なし
	回答なし	あり
	紙ベース	なし
150～199	紙ベース	回答なし
	DB	なし
	回答なし	なし
200～399	DB	あり
	DB	なし
	紙ベース	なし
	紙ベース	なし
	DB	あり
	紙ベース	なし
	DB	あり
400以上	DB	なし
療養型病院	紙ベース	なし
	DB	なし

① 人事情報システムの運用について

DBシステムを導入している病院は9病院であり、200床以上の病院では4病院であった。紙ベースでの運用は11病院であり、過半数を超えていた。

② 治療成績管理システム

導入している病院は、回答のあった21病院のうち、4病院であった。そのうち3病院は、

200～399床の病院であり、1病院は100～149床の病院であった。

(13) ホームページ(HP)の管理状況

各病院のHPの保有状況、サーバーの管理状況、病院内ネットワーク（NW）を調査した。また、HPの活用状況として、HP管理者の配置、更新頻度、アクセスログ分析、効果、SEO（Search Engine Optimization：検索ヒット率対策）の有無を調査した。

表13. ホームページ(HP)の管理状況(1)

一般病床数	記号	HP	独自ドメイン	院内サーバ	レンタルサーバ	院内NW共有
～99	U	あり	あり	なし	なし	なし
	O	あり	なし	なし	あり	なし
	Q	あり	あり	なし	なし	なし
	F	あり	なし	なし	あり	あり
	V	あり	あり	あり	あり	あり
100～149	A	あり	あり	回答なし	回答なし	なし
	G	あり	なし	なし	あり	なし
	M	あり	あり	あり	なし	なし
	S	あり	あり	なし	なし	なし
150～199	P	あり	あり	あり	なし	あり
	H	あり	あり	あり	あり	なし
	W	あり	あり	なし	あり	なし
200～399	N	あり	あり	あり	あり	なし
	E	あり	なし	あり	なし	なし
	B	あり	あり	あり	あり	あり
	K	あり	あり	なし	あり	なし
	C	あり	あり	あり	なし	なし
	L	あり	あり	なし	なし	なし
	R	あり	あり	あり	なし	あり
400以上	J	あり	あり	なし	あり	なし
療養型病院	T	あり	あり	なし	なし	なし
	I	あり	あり	なし	あり	あり

HPは、すべての病院が保有していた。独自ドメインを取得している病院は、22病院中18病院81.8%であった。

院内サーバーを保有している病院は、9病院であり、レンタルサーバーを利用している病院は11病院と、ややレンタルサーバーを利用する割合が高かった。院内サーバーとレンタルサーバーの両方を使用している病院が4病院あった。

院内ネットワーク共有をしている病院は、6病院であった。

表14. ホームページ（HP）の管理状況（2）

一般病床数	記号	HP 管理者	HP 更新頻度	HPアクセス ログ分析	HP維持 コスト	HP 効果	HPSEO 対策
20～99	U	兼任	月に1回	なし	25,000	まあ有効	なし
	O	兼任	月に1回	なし	0	あまり有効でない	なし
	Q	兼任	月に1回	なし	5,000	まあ有効	あり
	F	兼任	月に1回	なし	10,000	大変有効	なし
	V	兼任	月に1回	なし	5,000	あまり有効でない	なし
100～149	A	兼任	適宜	なし	4,500	まあ有効	なし
	G	兼任	ほとんどなし	なし	5,000	あまり有効でない	なし
	M	専任	適宜	なし	回答なし	まあ有効	なし
	S	兼任	月に1回	なし	5,000	まあ有効	あり
150～199	P	専任	月に1回	あり	0	まあ有効	あり
	H	委託	毎日	なし	27,000	まあ有効	あり
	W	兼任	月に1回	なし	10,000	まあ有効	なし
200～399	N	兼任	月に1回	あり	回答なし	大変有効	なし
	E	兼任	週に1回	なし	0	まあ有効	なし
	B	兼任	週に2回	あり	200,000	あまり有効でない	なし
	K	兼任	週に2回	あり	50,000	大変有効	なし
	C	兼任	週に1回	あり	100,000	大変有効	なし
	L	兼任	週に2回	なし	2,090	まあ有効	あり
	R	兼任	月に1回	なし	5,000	あまり有効でない	あり
400以上	J	兼任	週に1回	なし	5,000	まあ有効	なし
療養型病院	T	兼任	月に2回	なし	5,000	まあ有効	あり
	I	兼任	月に1回	なし	回答なし	まあ有効	なし

HP管理者に専任担当者を配置している病院は、2病院であった。外部委託している病院は1病院であった。

更新頻度は、月に1～2回とする病院が、22病院中12病院であった。100床未満の病院では、すべての病院が月に1～2回の更新頻度であったが、100床以上の病院では、更新回数が増加している。

アクセスログを分析している病院は、5病院であった。

HPの維持コストは、月額0円とする病院から、20万円まで開きがあった。5000円以内とする回答が最も多かった。

有効性については、「大変有効」が4病院、「まあ有効」が13病院、「あまり有効でない」は5病院であった。

SEO（Search Engine Optimization：サーチエンジン最適化）を行っている病院は、7病院であった。SEOを実施している7病院のうち、6病院はHPの有効性を、「まあ有効」と評価しているが、1病院は「あまり有効でない」と回答した。

(14) ホームページの掲載情報

経営理念、診療表、担当者変更情報などの様々な情報提供をどの程度実施しているかについて調査した。

表15. HPの掲載情報 (注1：CM部門情報とは、看護部や検査部などコメディカル部門のこと。注2：「なし」をグレー表示にしている)

一般 病床数	経営 理念	診療表 掲 示	外来担当 医師名	担当変更 掲 示	診療科別 情報提供	医療機器 掲 示	CM部門 情報提供	疾病情報 提 供	予約 システム	メール 相談	外部連携 システム	お見舞い メール	診療成績 公 開	院内 広報誌	イベント 情 報
20～99	あり	あり	あり	なし	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり
	あり	あり	あり	なし	なし	あり	なし	なし	なし	なし	あり	なし	なし	なし	なし
	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	あり	あり	あり	なし
	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	あり	なし	なし	なし	あり	あり
100～149	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	あり	あり	あり	なし	なし	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	なし	あり	あり
	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり	なし
	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり	なし
150～199	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり	なし
	あり	あり	あり	なし	なし	あり	なし	なし	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり
	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	あり	なし	あり	なし	なし	あり
	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり	なし	あり	あり
	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり	なし	あり	あり
200～399	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	あり	なし	あり	なし	なし	あり
	あり	あり	あり	あり	なし	あり	あり	なし	なし	あり	あり	なし	なし	あり	あり
	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり	あり
	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
400以上	あり	あり	あり	あり	あり	なし	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	あり	あり
療養型	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり	なし
	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり	なし

- ① 経営理念、診療表はすべての病院が掲載していた。
- ② 担当医師名などは、22病院中20病院が情報を提供している。
- ③ 担当医師の変更情報を掲載しているのは、全22病院中、11病院と50％であった。
- ④ 診療科別の独自の情報提供を行っている病院は、16病院68％であった。
- ⑤ 医療機器について情報提供している病院は、16病院であった。
- ⑥ 看護部や検査部などコメディカル部門からの情報提供を行っている病院は、12病院であった。
- ⑦ 糖尿病や肥満など、自院の強みとなる疾病に関する情報提供や一般的な医学、医療情報を提供しているのは、7病院であった。
- ⑧ インターネットや携帯などからの予約システムを導入している病院は1病院であった。
- ⑨ メール相談を行っている病院は、9病院であった。
- ⑩ 外部の医療機関との連携システムがある病院は、3病院であった。
- ⑪ お見舞いメールを導入している病院は、7病院であり、約1／3で利用されていた。
- ⑫ 診療成績を公開している病院は、1病院であった。
- ⑬ 院内広報誌をHP上に公開している病院は、14病院と半数を超えていた。
- ⑭ 病院で行われる各種の勉強会やイベント情報を公開している病院は、12病院と約半数であった。

(15) 個人情報保護法への対応状況

個人情報保護の対応状況を表16、表17の項目に従って調査した。基本方針はすべての病院が決定していた。

表16. 個人情報保護への対応状況（1）

一般 病床数	基本方針 決定	基本方針 の揭示	職員への 教育	管理者の 設置	基本規定 の制定	利用目的 の明確化	問合窓口 設置	委託先 との契約
～99	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	未完	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
100～149	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	未完	一部のみ
	決定	揭示	実施	設置	未完	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	未完	設置	未完	記載揭示	公示	すべて
150～199	決定	揭示	実施	設置	作成	未完	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
200～399	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	未完	設置	作成	記載揭示	公示	一部のみ
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	未完	設置	未完	記載揭示	公示	すべて
400以上	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて
療養型 病院	決定	揭示	未完	設置	未完	記載揭示	公示	すべて
	決定	揭示	実施	設置	作成	記載揭示	公示	すべて

表17. 個人情報保護への対応状況（2）

一 般 病床数	就業規則 の見直し	職員と機密 保持契約	設備の改善	業務手順 の変更	個人情報の 洗い出し	緊急時 手 順	内部規定 の制定	カルテ開示 規 定	サーバ 安全管理	病歴管理 基 準	事故発生時 手 順
20 ～99	改訂	締結	一部実施	改訂	未完	未完	制定	未完	未完	未完	通知
	従来のまま	締結	特になし	改訂	リスク算定	未完	未完	制定	未完	未完	通知
	改訂	未完	特になし	改訂	リスク算定	通知	制定	制定	未完	未完	未完
	改訂	締結	特になし	特になし	未完	未完	制定	制定	未完	通知	通知
	従来のまま	締結	一部実施	改訂	リスク算定	通知	制定	制定	通知	通知	通知
100 ～149	従来のまま	締結	特になし	特になし	未完	未完	未完	制定	未完	未完	未完
	改訂	締結	特になし	特になし	未完	未完	制定	制定	未完	未完	未完
	従来のまま	未完	特になし	特になし	未完	未完	制定	制定	通知	未完	未完
	従来のまま	締結	一部実施	改訂	リスク算定	未完	未完	制定	未完	未完	未完
	従来のまま	締結	特になし	改訂	未完	未完	制定	制定	通知	未完	未完
150 ～199	従来のまま	締結	特になし	改訂	未完	未完	制定	制定	通知	未完	未完
	改訂	締結	特になし	特になし	リスク算定	通知	未完	制定	未完	通知	通知
	改訂	締結	特になし	改訂	未完	通知	未完	制定	未完	未完	通知
	改訂	締結	一部実施	改訂	リスク算定	通知	制定	制定	通知	通知	通知
	改訂	未完	特になし	特になし	未完	未完	未完	制定	未完	未完	未完
200 ～399	改訂	締結	一部実施	改訂	リスク算定	通知	制定	制定	通知	通知	通知
	改訂	締結	一部実施	改訂	リスク算定	通知	制定	制定	通知	通知	通知
	改訂	締結	一部実施	改訂	リスク算定	通知	制定	制定	通知	通知	通知
	改訂	締結	一部実施	改訂	リスク算定	通知	制定	制定	通知	通知	通知
	従来のまま	締結	一部実施	改訂	リスク算定	未完	未完	制定	未完	未完	未完
400 以上	改訂	締結	一部実施	改訂	リスク算定	通知	制定	制定	未完	未完	未完
療養型 病 院	従来のまま	締結	一部実施	改訂	リスク算定	未完	未完	制定	未完	未完	未完
	従来のまま	未完	特になし	特になし	未完	未完	制定	制定	未完	未完	未完

(16) プライバシーマークへの取組状況

プライバシーマークの取得状況とその課題を調査した。回答をいただいた病院で、プライバシーマーク認定を受けた病院はなかった。

表18. プライバシーマークへの取組状況

一般病床数	取得方針	取得施設	取 得 で き な い 要 因
20～99	予定なし	回答なし	・職員に負担がかかる
	予定なし	回答なし	・回答なし
	予定なし	回答なし	・効果が分からない・費用がかかる
	予定なし	回答なし	・職員に負担がかかる
	予定なし	回答なし	・費用がかかる
100～149	予定なし	回答なし	・トップに関心がない
	予定なし	回答なし	・効果がわからない
	予定なし	回答なし	・効果が分からない・職員に負担がかかる ・個人情報が多くありリスク評価や対策が取れない
	予定なし	回答なし	・効果が分からない ・職員に負担がかかる ・情報管理のレベルが低い
150～199	予定なし	回答なし	・効果が分からない
	予定なし	回答なし	・費用がかかる ・職員に負担がかかる ・効果が分からない ・情報管理レベルが低い
	予定なし	回答なし	・効果が分からない
200～399	予定なし	回答なし	・取得を検討中
	予定なし	回答なし	・効果が分からない ・職員に負担がかかる ・情報管理のレベルが低い
	予定なし	回答なし	・効果が分からない
	予定なし	回答なし	・効果が分からない
	予定なし	回答なし	・費用がかかる ・職員に負担がかかる
	予定なし	回答なし	・効果が分からない
	予定なし	回答なし	・個人情報が多くありリスクの評価や対策が取れない
400以上	予定なし	回答なし	回答なし
療養型病院	予定なし	回答なし	回答なし
	予定なし	回答なし	・効果が分からない

第4章 調査結果の考察

第3章に示した調査結果のなかから、病院の経営動向、見出される課題、情報管理における考え方等について考察する。調査データが少ないため、統計的処理は一部のみに行った。

考察には、一定の推論、私見も加わっていることをお断りしておきたい。

1. 基本情報編

(1) 経営理念、経営方針

この質問は、自由回答によるものである。経営理念と方針は境界が曖昧であるため、まとめて解説する。

その多くは医療を通じた社会貢献であり、そのための「技術、知識の向上」をあげている病院が多かった。「チームワーク」をあげている病院もあった。そのベースとして「生の尊厳」をベースとしてあげている病院があった。「安全」を協調している病院も多くあった。

また、地域の人の診療を地域医療として捉える「地域医療」の考えを主な柱として上げている病院も見られた。

個人情報保護に関するスタンスを「プライバシーポリシー」として明示している病院もあった。

自由記入欄につき、無回答病院もあった。

(2) 地域の医療ニーズ

地域との情報の相互共有による地域医療ニーズへの対応を理念としてあげている病院が多く見られた。しかし、その具体的施策においては後述する「照会先データベース」「地域医療連携パス」への取り組みなどは病院により差があった。

(3) 将来ビジョン

将来ビジョンについては、「高度な医療」「高齢化への対応」「地域医療への取り組み」「医療・看護・介護の一体化」などをあげている病院が多かった。

また「チームワーク向上」や「患者中心」「思いやりのある医療」「心に響く病院」等ソフト面での向上をあげている病院が多かった。

戦略的にある「診療科の強化・充実」をあげている病院もあった。

(4) 看護基準

一般病床を主とする20病院について考察する。

10対1看護を取得する病院は、14病院と70%であった。7対1看護を取得している病院は、3

病院あり、100床未満の病院で1院、150床～399床の病院で2院あった。(図1)

現在の10対1看護基準は、従来の看護配置では、2対1に相当する。平成18年の診療報酬改訂以前に2対1看護配置を取っていた病院は小数であり、多くが2.5対1以上であったと思われる。今回、10対1に対応した病院が70%もあったことは、平成18年の診療報酬改訂に多くの病院が迅速に対応していることが推察できる。(表19参照)

表19. 平成18年診療報酬改訂前後の看護基準と、平成18年度対応平均在院日数

	平成18年対応 看護職員の配置基準	改訂前の看護職員 配置基準	平成18年診療報酬対応 平均在院日数
入院基本料A	7：1以上	1.4対1に相当	19日以内
入院基本料B	10：1以上	2対1に相当	21日以内
入院基本料C	13：1以上	2.6対1に相当	24日以内
入院基本料D	15：1以上	3対1に相当	24日以内

図1. 看護基準と一般病床数の関係

7対1	○		○	○		3
10対1	○ ○ ○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○	14
13対1		○		○		2
15対1		○				1
回答数	5	4	3	7	1	20
	～99	100～149	150～199	200～399	400以上	

今後の医療費抑制の傾向を考えれば、一般病床として生き残るには、病床規模に関わらず、より上位の施設基準を取っていく必要がある。一方、近年の医療制度改革の方向は、施設基準から、患者基準や疾病分類へとパラダイムの転換が行われつつある。より急性期、医療度の高い患者さんの医療提供に適した病院へと変革するための取り組みが求められている。

(5) 平均在院日数

図2. 平均在院日数と病床数

10日以内	○					1
11～14日			○ ○	○ ○		4
15～19日	○ ○ ○ ○	○	○	○ ○ ○		9
20～21日	○	○		○	○	4
22～24日		○				1
25～60日		○				1
回答数	5	4	3	7	1	20
	20～99	100～149	150～199	200～399	400床以上	

平均在院日数は、20病院中14病院は19日以内であった。うち、4病院は14日以内、1病院は10日以内である。10日以内の病院は、100床未満の小規模病院であるが、特定の急性期疾患に特化した経営戦略のもと、7対1看護と併せて最も高い入院基本料区分となっている。中小病院の経

営戦略として参考にしたい事例である。

入院基本料区分Bを取るためには、10対1看護基準と21日以内という両方の条件が必要であるが、回答のあった10対1病院はすべてこの基準を満足していた。

ソーシャルワーカーの人数との関係では、興味深い結果となった。一般病床主体の病院で、ソーシャルワーカーのいる病院は、平均在院日数がすべて21日以内となっていた。また、SWの人数が多くなると、在院日数も短縮される可能性があることが示唆された。

ソーシャルワーカーを15人擁する病院では、平均在院日数が13日であった。

図3. 平均在院日数とソーシャルワーカーの人数

10日以内	○				1
14日以内		○ ○	○	○	4
19日以内	○ ○ ○ ○		○ ○ ○ ○ ○		9
21日以内	○	○ ○	○		4
24日以内	○				1
60日以内	○				1
回答数	8	4	7	1	20
	0	1～2	3～5	5人以上(SW)	

(6) C P 運用数

C P 運用数と病床数には相関が見られた。(相関係数0.734：附表 3 参照)

病床数が増えると C P 数も増加する傾向があるが、取り組みには較差がみられた。

C P は、常にレベルアップをすることで本来の価値を発揮するが、当初作成した C P のままでは徐々に使用されなくなり、保有数と実際の運用実績とに乖離を生ずることがある。

日々の改善活動と C P の見直しを連動させるなどの業務改善活動が医療の質向上の面でも有効である。

図 4．C P 運用数と病床数

170～				○	1
71-75			○		1
66-70					
61-65			○		1
56-60					
51-55					
46-50			○		1
41-45					
36-40					
31-35					
26-30	○				1
21-25	○	○			2
16-20			○		1
11-15		○	○		2
6 -10	○				1
1 - 5	○		○ ○		3
0	○ ○ ○				3
未回答		× ×	×		3
回答数	5	4	3	7	1
	20～99	100～149	150～199	200～399	400以上

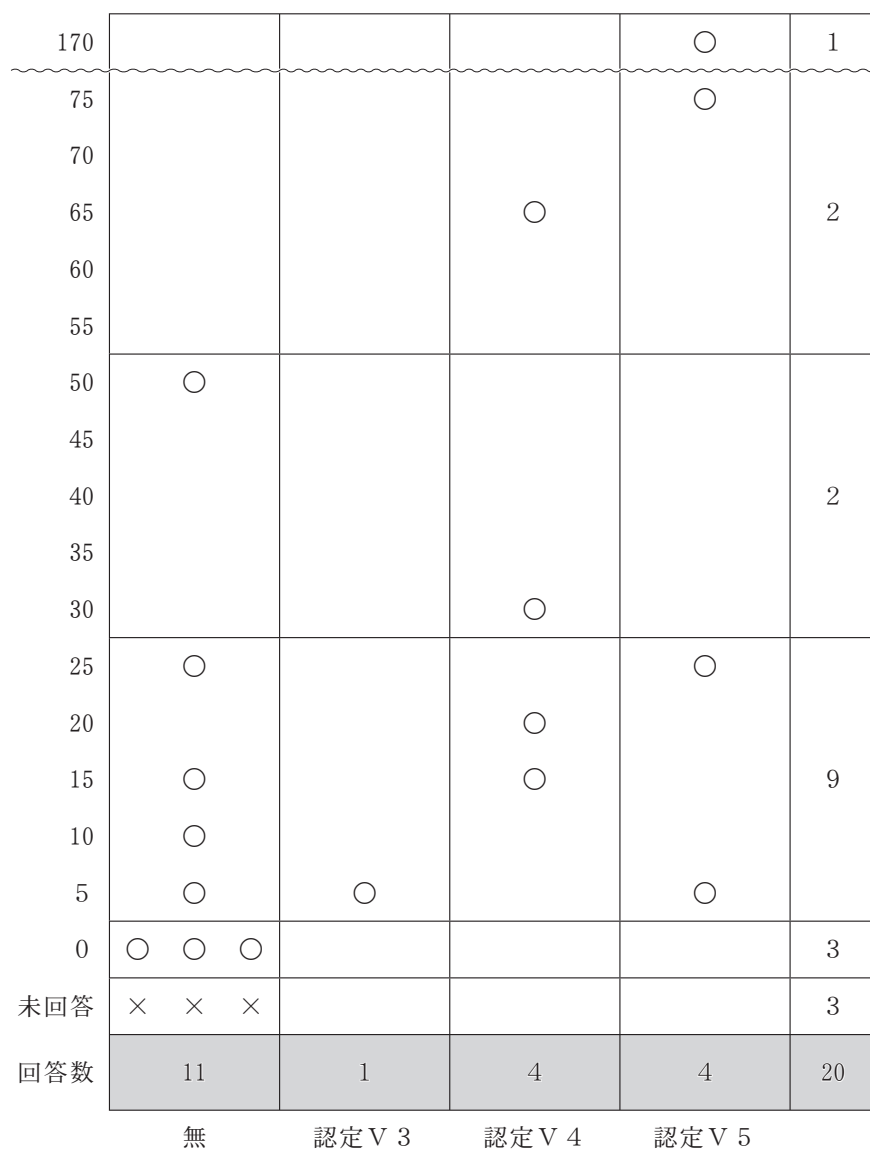
(7) 病院機能評価

病院機能評価認定病院と病床規模との間には一定の関係はみられなかった。しかし、C P 運用数との関係で興味深いデータが得られた。

図 5 に示すように、認定病院はすべて C P を運用しており、バージョンが高くなると C P 運用数も増加している傾向がある。

認定基準と C P は直接の関係はないが、認定を取るための組織活動や標準化への意識付けなどの面で、組織力の強化、活動性の向上があり、C P などの組織的活動にも効果が生じていると推察できる。

図 5．病院機能評価の認定状況と C P 運用数



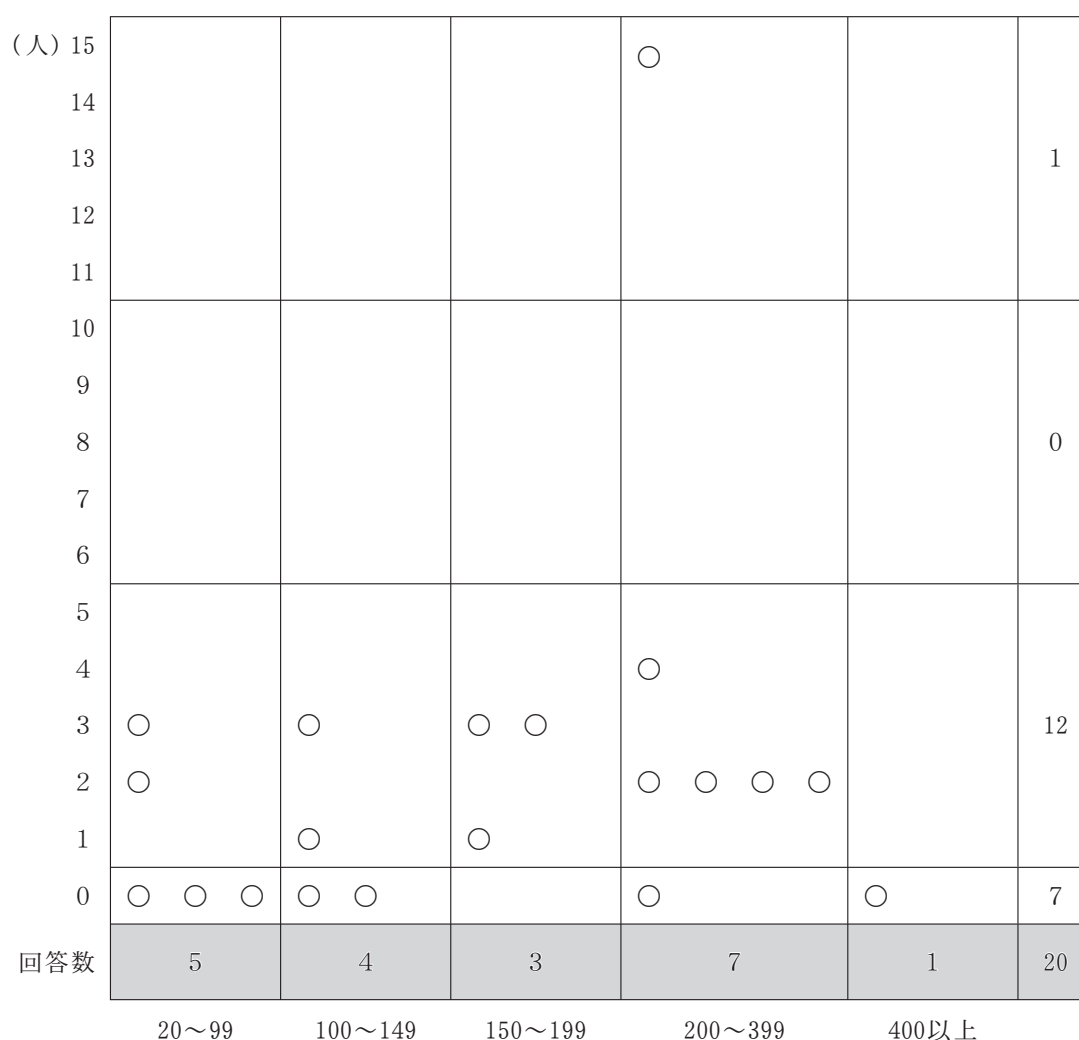
(8) 診療情報管理士

診療情報管理士も、病床規模が大きくなると保有する病院も増加する傾向が示唆された。

150床以上の11病院のうち、9病院は診療情報管理士を有していた。200～399床の病院で、15人もの診療情報管理士を有する病院があった。この病院は、D P C 試行病院であるが、D P C 病院が必ずしも多くの診療情報管理士を有している結果は得られなかった。

診療情報管理は、診療は元より、医学研究、医学教育、病院経営・管理などに用いる情報として活用され、最近では医療安全、医療の質をはかる指標として期待されているところである。今後は患者や医療連携先への情報提供、情報活用の面でもっと活用が検討されるべきである。

図 6．診療情報管理士の人数と一般病床数の関係



2. 基本情報システム編

(1) 情報システムの導入状況

病院ごとの導入状況は、第3章に記載した。ここでは、各情報システムと病床数の関係を検討

したが、一定の傾向はみられなかった。

患者バーコードシステムは、オーダーリングシステムと電子カルテとの連携で、ヒューマンエラーによる医療事故の防止に有効とされるが、今回は導入された病院はなかった。

図 7. 基本情報システム導入状況

患者 B C						0
介護支援		○ ○	○	○ ○	○	6
電子カルテ	○	○	○			3
P A C S	○ ○ ○	○	○ ○	○ ○ ○	○	10
○ S 検査	○ ○	○	○ ○	○ ○ ○ ○	○	10
○ S 放射線	○ ○	○	○	○ ○ ○ ○	○	9
○ S 医療材料		○ ○	○	○	○	5
○ S 薬剤	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○	○	11
財務会計	○ ○ ○	○ ○ ○	○	○ ○ ○	○	13
回答数	5	4	3	7	1	20
	20～99	100～149	150～199	200～399	400以上	計

(2) S P D導入と在庫管理

主な物品管理の対象である3種類の在庫管理状況と、S P Dの導入状況の関係について検討した。

S P Dを導入していない8病院のうち、5病院では、医療材料、薬剤を中心に在庫管理を行っている。S P Dを導入している病院でも、在庫管理の状況は同じ傾向であり、S P D導入病院の特徴は見出せない。(図8)

図8. 委託種別入出庫管理状況

事務備品				○	12
	○ ○ ○	○ ○	○ ○ ○	○ ○ ○	
医療材料	○ ○		○ ○	○	16
	○ ○ ○	○ ○	○ ○ ○	○ ○ ○	
薬剤	○ ○ ○		○ ○	○	16
	○ ○ ○	○	○ ○ ○	○ ○ ○	
回答数	8	2	7	5	22
	なし	一部委託	全部委託	自院実施	

(3) 月次決算の作成システムと診療情報の作成システム

月次決算の作成は、22病院中20病院が行っていた。そのうち、システムから作成される病院は11病院であり、エクセルで作成する病院は9病院と、ややシステムで作成する病院が多かった。システムから作成できる資料として、今回は、B／S、P／L、C Fしか調査していないが、財務会計システムからは、収入・費用面、S P D・在庫管理システムからは、使用先管理情報が出力できるはずである。エクセルで資料を作成しているということはシステム化されていない資料を作成しなければならない状況といえる。

これに対し、診療情報作成システムは、システムから利用できる病院は、5病院に留まり、エクセルで作成する病院は16病院となった。この要因は、紹介率、病床稼働率、診療科別稼働率、病棟稼働率、平均在院日数、疾病別患者動向などの診療情報は、通常の医事会計システムでは出力できず、様々な資料から経営にとって重要な情報を取らなければならないことを表している。しかし、病棟稼働率や患者別の消費管理などはオーダーリングシステムや電子カルテなどから相当

程度は出力可能となっている。現在あるシステムをできるだけ有効に活用することが重要である。

(3) 原価管理システム

① 原価管理システムの利用状況

なんらかの原価管理を行っている病院は、22病院中5病院しかない(図9)。

病院の収入は、大部分が保険収入であり、一般企業以上にコスト意識が必要と考えられるが、病院経営者の意識は低いといわざるを得ない。

その要因には、患者によい医療をする上でコストを意識することが、萎縮医療や制限医療になりやすいのではないかとの意識や、常に収入や収益のことを考えて医療を行うことに心理的な抵抗感が強いと推察される。

多くの病院経営者や事務長が、原価管理をしても対応策がない。原価管理をしてどう活用するのかわからない、との言葉をよく聞く。

しかし、コスト削減をどうするか、という問題と、コストを把握するということは別次元の問題である。まず、何にどのようにコストがかかっているか、把握することが重要である。

図9. 原価管理システムの実施状況

患者別			○	○	○		3
疾病別			○	○			2
診療科別		○	○	○ ○	○		5
回答数	2	5	4	3	7	1	22
	療養型	20～99	100～149	150～199	200～399	400以上	

② 原価管理実施病院の特徴

原価管理が出来ている病院の各情報システムの状況を図10に示す。

S P Dや決算資料の各調査項目ごとに考察しても明確にならなかった重要なポイントが見

える。

重要な成功要因として、１）月次決算資料および診療状況報告資料がシステムから取れること、２）ＳＰＤを実施していること、３）医療材料、薬剤、事務用品の在庫管理、消費管理ができていること、の３点が抽出できた。

疾病別、患者別の原価管理を行うか診療科別原価管理までを行うかは、コストをどのように配賦するかの問題であり、基本的な実施要素としては、上記の３点が必要であろう。

注意することは、ＳＰＤを委託導入している場合のコストデータの入手である。

図10. 原価管理実施病院の特徴

病床数	病院名	診療科別 原価管理	疾病別 原価管理	患者別 原価管理	月次決算資料	診療状況報告
20～99	V	あり	なし	なし	システム	システム
100～149	M	あり	あり	あり	システム	システム
150～199	P	あり	なし	あり	システム	システム
	H	あり	なし	なし	システム	なし
200～399	N	あり	あり	あり	システム	システム

	病院名	ＳＰＤ	医療材料	薬剤	事務備品
20～99	V	自院で実施	あり	あり	あり
100～149	M	自院で実施	あり	あり	あり
150～199	P	一部委託	あり	なし	あり
	H	全部委託	あり	あり	あり
200～399	N	自院で実施	あり	あり	あり

③ 原価管理を実施していない病院の特徴

原価管理を実施していない病院の事情は、システム的な問題でない場合も多いが、ここでは、情報システムの視点から考察する。

原価管理の成功要因にほぼ当てはまる病院には、図11のF、S、E、C、K、Jが有望である。C病院は、決算資料、診療情報もシステムで運用されており、ＳＰＤ、在庫情報も利用可能であり、すぐにでも対応可能と考えられる。それ以外のF、S、E、K、J病院はシステムからデータが取れるような改良を行うことで原価管理システムが整備できる可能性が高い。

図11. 原価管理を実施していない病院のシステム

病床数	病院名	診療科別 原価管理	疾病別 原価管理	患者別 原価管理	月次決算資料	診療状況報告
20～99	U	なし	なし	なし	システム	エクセル
100～149	F	なし	なし	なし	エクセル	エクセル
150～199	A	なし	なし	なし	システム	エクセル
	G	なし	なし	なし	システム	エクセル
	S	なし	なし	なし	エクセル	エクセル
200～399	E	なし	なし	なし	エクセル	エクセル
	B	なし	なし	なし	システム	エクセル
	K	なし	なし	なし	エクセル	エクセル
	C	なし	なし	なし	システム	システム
	L	なし	なし	なし	エクセル	エクセル
	R	なし	なし	なし	エクセル	エクセル
400床以上	J	なし	なし	なし	なし	エクセル
療養型病院	T	なし	なし	なし	エクセル	エクセル
	I	なし	なし	なし	エクセル	エクセル

病床数	病院名	S P D	医療材料	薬剤	事務備品
20～99	U	なし	あり	あり	あり
100～149	F	全部委託	あり	あり	なし
150～199	A	自院で実施	なし	なし	なし
	G	なし	あり	あり	あり
	S	全部委託	あり	あり	あり
200～399	E	一部委託	あり	あり	あり
	B	全部委託	なし	なし	なし
	K	なし	あり	あり	あり
	C	全部委託	あり	あり	あり
	L	なし	あり	あり	なし
	R	自院で実施	あり	あり	あり
400以上	J	全部委託	あり	あり	なし
療養型病院	T	なし	あり	あり	なし
	I	全部委託	なし	なし	なし

S P Dを全部委託しながら在庫管理情報がないB病院は、まず在庫や消費管理と診療行為を連動させる情報システムを構築する必要がある。

S P Dの委託の際、注意すべき点として、全面的に物品管理を委託したため、業務委託費用としてしか経営管理指標に反映しない場合である。こうした委託では、医療行為に対するコスト意識が働きにくく、自分でコストを管理する意識や工夫が乏しくなることがある。

(4) リスクマネジメントシステム(R M)の稼動状況

ヒヤリハットやインシデントレポートに代表される医療リスクマネジメントは、すべての病院で取り組まれているものとする。いくつかの事例病院では、紙ベースのレポートの束をどんどん蓄積するだけとなっていた。過去のデータの抽出や病棟や行為別のリスク評価などに活用できるようにデータ化を図ることが勧められる。

病院全体のリスクマネジメントは医療リスクマネジメントとは本質的に異なる。災害リスクなど病院経営に影響を与えるリスクの洗い出し、評価と対策を整備する必要がある。

医療R Mと病院R Mの両方を実施している病院は、22病院中8病院であり、両方ともシステム化されていない病院は12病院となり、2極化している。

図12. 医療R Mと病院R Mの実施状況

両方実施	○	○ ○ ○	○ ○		○	○	8
病院R Mのみ							0
医療R Mのみ				○	○		2
なし	○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○		12
回答数	2	5	4	3	7	1	22
	療養型	20～99	100～149	150～199	200～399	400以上	

(5) 地域情報連携システム

患者の紹介元、照会先の情報管理を行うことは重要なことである。22病院中、10病院は両方のDBを構築していたが、両方ともなしとする病院も10病院あり、2極化の傾向がある。DBは活用方法が重要であり、連携先の医療機関の外形的な情報だけでなく、医療機器や治療内容などもDBとして蓄積し活用することが求められる。

地域で電子カルテのデータを共有化し、患者さんと医療者の負担の軽減や医療の無駄の削減をしようとするモデル事業も全国で行われている。

多くの電子カルテは、個々の医療機関内の電子化を目的としているが、今後は地域で活用することが活発になると思われる。

図13. 地域連携システム

	療養型	～99	100～149	150～199	200～399	400以上	
地域連携バス	○	○		○			3
患者情報共有	○	○ ○			○ ○		5
紹介元、 照会先の両方	○	○ ○	○	○ ○	○ ○ ○	○	10
照会先DBのみ							0
紹介元DBのみ		○	○				2
両方なし	○	○ ○	○ ○	○	○ ○ ○ ○		10
回答数	2	5	4	3	7	1	22

(6) 情報管理者の配置状況

情報管理者の配置は、専任とする病院は6病院であった。100床以上の病院から専任担当者の配置が増えていた。

小規模病院では、専任担当者を置くには業務量、人件費負担が大きく困難である。兼任者が行う場合には、高度化する情報化に対応するため、適切なアドバイザーを活用することが有効である。

情報担当者の適切な人数は、いちがいにいえない。原価管理を実践的に行うには、100床当たり最低1人は情報システムの専門的人材が必要と考えている。

図14. 情報管理者の専任者の配置状況

専任			○	○ ○	○ ○	○	6
兼任	○ ○	○ ○ ○	○ ○ ○	○	○ ○ ○		16
回答数	2	5	4	3	7	1	22
	療養型	20～99	100～149	150～199	200～399	400以上	

(7) 治療成績管理システム

これまで病院がどのような治療を行い、どのような成果を上げているのかを一般人に明確にしたことはほとんどない。医療法、医師法など関連する法律で、広告できない情報も多く、客観的な成績を示すことが困難なためである。しかし、平成18年度の診療報酬改訂では、「患者の視点」が強調され、患者が必要な情報を入手しやすい環境作りが求められている。今後、徐々に、医療機関ごとの治療実績などが公開されていくことになるであろう。

診療情報管理士など、医療従事者以外の活用を積極的に図ることが求められる。

3. ホームページ編

第3章の調査結果にも示したが、調査したすべての病院がHPを保有していた。ここでは、一般病床を主とする20病院を対象として、「HPの効果」と「HPの活用状況（管理者・更新頻度・アクセスログ分析・費用・SEO）」の関連について考察する（調査データが少ないため病院の規模については考慮していない）。効果についての選択肢は4段階（有効でない、あまり有効でない、まあ有効、大変有効）であり、「有効でない」との回答はなかった。

(1) HP管理者とHPの効果

HP管理者が専任（外部委託含む）または兼任かによるHPの効果の違いは以下の表の通りである。専任としている3病院はすべて「まあ有効」と評価している。また、「あまり有効ではない」と評価した5病院はすべて兼任であった。ただし、「大変有効」と評価した4病院もすべて兼任であり、兼任の場合の評価はばらついている。

HP管理者とHP効果

		HP効果			合 計
		あまり有効でない	まあ有効	大変有効	
HP管理者	兼任	5	8	4	17
	専任	0	3	0	3
合 計		5	11	4	20

(2) HP更新頻度とHPの効果

更新頻度の選択肢は5段階であったが週に1回以上・未満で比較した。選択肢以外の回答（適宜更新）であった2病院は週1回未満に含めたが、ともにHP効果は「まあ有効」との回答だった。更新が週1回未満で「あまり有効でない」との回答が多い。週1回以上またはタイムリーな更新がHPの効果の実感につながっていると推察できる。

HP更新頻度とHP効果

		HP効果			合 計
		あまり有効でない	まあ有効	大変有効	
HP更新頻度	週に1回以上	1	4	2	7
	週に1回未満	4	7	2	13
合 計		5	11	4	20

(3) アクセスログ分析とHPの効果

20病院のうちアクセスログ解析を行っているのは5病院であるがそのうち3病院が「大変有効」としている。おもしろいことにアクセスログ解析を行っているが「あまり有効でない」とする病院はHP維持コストが最も高い20万円との回答であった。その理由として考えられることは、「維持コスト」の定義が明確に理解されていなかった、あるいは、病院内で費用対効果についての意識に甘さがあるのかもしれない。

アクセスログ分析とHP効果

		H P 効 果			合 計
		あまり有効でない	まあ有効	大変有効	
アクセスログ分析	あり	1	1	3	5
	なし	4	10	1	15
20医療機関合計		5	11	4	20

(4) HP維持費用とHPの効果

回答のあった18病院のHP維持費用（月額）は以下の表のとおりであり、5000円以下が11病院と6割を超えている。

HP維持コスト（円/月）

	病 院 数	パーセント	累積パーセント
0	3	16.7	16.7
2,090	1	5.6	22.2
4,500	1	5.6	27.8
5,000	6	33.3	61.1
10,000	2	11.1	72.2
25,000	1	5.6	77.8
27,000	1	5.6	83.3
50,000	1	5.6	88.9
100,000	1	5.6	94.4
200,000	1	5.6	100.0
合 計	18	100.0	

そこで、10000円未満（本調査では5000円以下）と10000円以上に分けてHPの効果を見ると、以下の表になる。「大変有効」としている3病院は、10000円・50000円・100000円であった。しかし「まあ有効」としている10病院のうち7病院は10000円以下であり、2000円台の病院も1件あった。HPの維持コストとHPの効果に関連があるとはいえないと考えられる。

HP維持コスト（月）とHP効果

		HP効果			合計
		あまり有効でない	まあ有効	大変有効	
HP維持コスト	10000円未満	4	7	0	11
	10000円以上	1	3	3	7
合計		5	10	3	18

(5) 検索エンジン対策（SEO）とHPの効果

ホームページの効果をSEOの有無にわけて集計すると以下の表の通りである。

「大変有効」としている4病院はすべてSEO対策は行っていないことが特長といえる。

検索エンジン対策（SEO）とHP効果

		HP効果			合計
		あまり有効でない	まあ有効	大変有効	
SEO	あり	1	5	0	6
	なし	4	6	4	14
合計		5	11	4	20

(6) まとめ

以上、今回の調査からは、HPの効果に関連する要素として「更新頻度」、「アクセスログ分析」があげられ、「管理者（専任か兼任か）」、「維持費用」、「SEO」は直接には関連はしていないと考えられる。では、「大変有効」と評価している4病院の特長は何であろうか？

そこで、HPで提供している情報に着目してみた（経営理念・診療科などすべての病院が提供している情報を除く）。4病院すべてが提供している情報として、「医療機器」「コメディカル部門についての情報」があげられる。4病院中3病院が提供している情報は「お見舞いメール」「院内広報誌」、4病院中2病院の提供情報として「メール相談」「外部連携システムの有無」があった。

また、今回の調査で、HPで「診療成績」を公開している病院は一箇所だけであったが、この病院は「HPの効果」は「大変有効」と評価している。「診療成績」の公開は診療科の特長等により客観的な開示が困難なケースも想定されようが、患者（経営の視点では「顧客」）が最も知りたい情報ではないだろうか。

「アクセスログ分析」を行い、患者の求める情報や気遣い（お見舞いメールなど）をタイミングよく「提供・更新」してゆくホームページを継続することがホームページの効果につながるのではないかと考えられる。

4. 個人情報保護編

「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）が平成15年5月30日に公布、平成17年4月1日より施行された。

この法律が制定された背景には、近年、IT化が急激に進み、コンピュータやネットワークを利用した個人情報の処理が可能となり、情報がデジタル化されたことで、企業の活動が効率的に行なえるようになってきたが、その一方で、個人情報のコピーや外部への持ち出しが簡単にできる、その流出が犯罪や個人のプライバシー侵害に結びつくという社会問題となり、「個人情報の保護に関する法律」が施行され、業種を問わず同法の適用対象となる全企業は、その遵守に向けた活動を、企業経営の中に取り組むことを義務づけられている。

特に、医療機関においては、「個人の生命・健康」という最高度に位置するプライバシー情報が多々あるだけに、同法の遵守への取り組みが強く求められている。

以上の同法の目的を鑑み、今回の「4. 個人情報保護」アンケート19項目については、次の観点で考察を行う。

- ・個人情報保護の取り組みを病院経営活動の一環としてとらえ、アンケート19項目を、経営サイクルである「計画(Plan)―実行(Do)―検証(Check)―反映(Action)」に分類し、経営サイクル段階別に取り組み状況を考察。
- ・アンケートにご協力いただいた20病院を、99病床まで（5病院）、100から199病床まで（7病院）、200から399病床まで（7病院）、400病床以上（1病院）と一般病床規模別に分類し、規模別の取り組み状況を考察。

（1）計画(Plan)段階における取り組みについて

（個人情報保護法の取り組みの方向づけ（方針）および効果的な推進体制の構築状況）

計画(Plan)段階における取り組み (アンケート項目)	対応している割合(%) (規模(一般病床)別)				
	合計	～99	～199	～399	400～
1. 計画(Plan) (方針・体制)	95.0	96.0	91.4	97.1	100.0
①個人情報保護基本方針の決定	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
②個人情報保護基本方針の掲示	95.0	80.0	100.0	100.0	100.0
③個人情報保護基本規定の作成	85.0	100.0	71.4	85.7	100.0
④個人情報保護管理者の設置	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
⑤問い合わせ窓口の設置	95.0	100.0	85.7	100.0	100.0

個人情報保護基本方針の決定、掲示、取り組み推進の基本規定、さらに管理者及び問い合わせ窓口の設置等、同法の取り組みに当たっての方針および推進体制は、各病院とも整っており、また規模間の格差もみられない。

しかし、個人情報保護基本方針の掲示方法については、病院出入り口に掲示されているが、一部の病院においてはホームページ上の掲載場所の検索が容易でないだけに、「個人情報保護の単独ページ」を追加作成し、自病院の個人情報の取り組みを幅広く公知・PRすべきである。

(2) 実行(Do)段階における取り組みについて

(個人情報の利用目的の明示、手持ち個人情報の整理、日常活動での管理方法)

実行(Do)段階における取り組み (アンケート項目)	対応している割合(%) (規模(一般病床)別)				
	合計	～99	～199	～399	400～
2. 実行(Do) (個人情報の収集・利活用)	67.5	70.0	46.5	82.1	100.0
①個人情報保護収集利用目的の明確化	95.0	100.0	85.7	100.0	100.0
②保有する個人情報の洗い出し	60.0	60.0	28.6	85.7	100.0
③個人情報保護のための業務手順の変更、新規策定	70.0	80.0	42.9	85.7	100.0
④個人情報漏洩などの緊急時の手順の策定	45.0	40.0	28.6	57.1	100.0

「個人情報の収集利用目的の明確化」については、1病院を除いて来院者の目にふれるところに掲示、または、関係書類に印刷されている。

しかし、保有している個人情報の洗い出しについては、規模別に取り組み格差がみられ、特に100病床から199病床規模クラスにおいては、緒についた段階と見られる。

診療科目が多く、医療関係者との書類のやりとりの煩雑さ、書類保管方法等、一般企業とは異質な点が多々あり、複雑化しているとは理解できるが、来院者の立場からは、自分の健康状態を記したカルテや過去の通院状態がわかる診療カード等、重要な個人情報であるだけに、計画的な対応が求められる。

更に来院者、入院者の個人情報は徒に第三者に漏洩してはならない情報だけに、万全の対策が行われていると推察する。しかし、万が一にも漏洩の事態が発生した時を想定した対応手順を作成、関係者への周知と平素の訓練は必須の課題である。

(3) 検証 (Check) 段階における取り組みについて

(個人情報理解浸透の教育・啓蒙の実施と、日常活動の規範・規定の指針制定状況)

検証 (Check) 段階における取り組み (アンケート項目)	対応している割合 (%) (規模 (一般病床) 別)				
	合計	～99	～199	～399	400～
3. 検証 (Check) (安全管理措置)	70.0	80.0	60.0	71.4	60.0
①全職員への教育	85.0	100.0	85.7	71.4	100.0
②病歴管理室における安全管理基準がある	35.0	40.0	14.3	42.9	0.0
③事故発生時の対応手順が決まっている	55.0	80.0	28.6	71.4	0.0
④業務委託先との機密保持契約の締結	90.0	100.0	85.7	85.7	100.0
⑤職員との機密保持契約の締結	85.0	80.0	85.7	85.7	100.0

全職員対象の教育、委託先および職員との機密保持契約の締結は大半の病院が完了しているが、延べ6病院については未対応となっている。

個人情報の漏洩、紛失、消失等の事故のほとんどは内部関係者に起因しており、外部者によるトラブル原因は少ない、ことが過去の漏洩問題の分析で明らかになっている。

未対応の病院は、早急に教育の実施、委託先および職員との機密保持契約を手交すべきである。更に「全職員対象の教育」においては、対応済病院、未対応病院を問わず、定期的な教育の実施が待たれる。

例えば、採用時の教育、退職時の機密保持の再契約、始業前ミーティングでの個人情報保護の要点を再確認、啓蒙印刷物の配布やビデオの作成・映写、個人情報取扱の簡単な理解確認テスト等々、計画的、定期的に実施し、関係者全員の理解の継続的浸透を図ることが肝要である。

(4) 反映 (Action) 段階における取り組みについて

(個人情報法の遵法推進を行う上で、関連する院内管理規定類の見直し状況)

反映 (Action) 段階における取り組み (アンケート項目)	対応している割合 (%) (規模 (一般病床) 別)				
	合計	～99	～199	～399	400～
4. 反映 (Action) (院内管理規定との整合)	64.1	56.0	45.7	74.3	80.0
①就業規則の見直し	65.0	60.0	42.9	85.7	100.0
②個人情報保護のための設備の改善改良の実施	45.0	40.0	14.3	71.4	100.0
③情報システムの取り扱いに関する内部規定の制定	85.5	80.0	42.9	71.4	100.0
④カルテ開示に関する規定の制定	95.0	80.0	100.0	100.0	100.0
⑤サーバ室における安全管理基準の制定	30.0	20.0	28.6	42.9	0.0

「カルテ開示に関する規定の制定」以外については、これから対応予定となっている。

申すまでもなく、個人情報保護法は個人データの機密保持が目的とはいえ、個人情報保護法の遵守（コンプライアンス）を推進するには、院内管理規定類との整合が求められている。

関係部門との十分な協議のもとで、具体的な対応を図ることが重要となる。

(5) 全体の取り組みについて

全病院とも、個人情報保護法の意図するところ、自病院での取り組みステップおよび優先順位づけによる対応推進がなされていることが、今回のアンケート結果で読み取れる。

これからの第2段階ともいべき取り組み推進にあたっては、

- ・病院における個人情報保護法の対応に対する来院者や入院患者の不安感、疑念を払拭し、安心と信頼感を醸成するにはどうしたらよいか、
- ・個人情報の漏洩原因は、内部関係者による個人情報の不注意な取り扱いが原因の大半、ということ念頭において、職員への継続した教育と、個人情報の取扱ルールの遵守をいかに守らせればよいか、

ということを主眼においた取り組みが待たれる。

5. プライバシーマーク編

(1) プライバシーマーク取得認証の意義

病院経営姿勢の中に個人情報保護を明確に位置づけ、その目的達成のための管理体制および管理規定を整備し、周知徹底するとともに継続的改善を図るというコンプライアンス・プログラムの構築の手法としてプライバシーマーク制度がある。

プライバシーマーク制度とは、個人情報保護に関して JISQ15001「個人情報保護に関するコンプライアンス・プログラムの要求事項」に適合したコンプライアンス・プログラムを整備し、個人情報の取扱を適切に行っている事業者を第三者機関が評価・認定し、その証としてプライバシーマークと称するロゴの使用を許諾する制度のことである。

プライバシーマーク取得は、個人情報保護の徹底、医療情報公開への対応、および社会的信頼の獲得につながるだけに、地区医療を掌る全国の中核病院は熱い視線を向けている。

(2) プライバシーマーク取得への取り組み

プライバシーマーク項目のアンケート内容を集計・分析し、取り組み状況を考察した。

① プライバシーマーク取得の方針について

アンケート項目	“ある”と答えた割合 (%) (規模(一般病床) 別)				
	合計	～99	～199	～399	400～
1. プライバシーマーク取得の方針決定	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2. プライバシーマーク取得予定施設について	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

② プライバシーマーク取得をしない一番の理由 (複数回答あり)

アンケート項目	“一番”の理由の件数・割合 (%) (規模(一般病床) 別)				
	合 計	～99	～199	～399	400～
1. 費用がかかる	4 件(13.8%)	2 件	1 件	1 件	0
2. 効果がわからない	11件(37.9%)	1 件	6 件	4 件	0
3. 職員に負担がかかる	7 件(24.1%)	2 件	3 件	2 件	0
4. 個人情報が多くありリスクの評価や対策がとれない	2 件(6.9%)	0	1 件	1 件	0
5. トップに関心がない	1 件(3.4%)	0	1 件	0	0
6. 情報管理のレベルが低いので取得に大きなエネルギーがかかる	3 件(10.3%)	0	2 件	1 件	0
7. 取得を検討中	1 件(3.4%)	0	0	1 件	0

今回アンケートにご協力いただいた20病院は、プライバシーマークを取得するという方針は決定していない。ただし、200病床から399病床までのクラスにおいて1病院が検討中である。

プライバシーマーク取得にまで踏み込めない原因の上位3項目をみると、

1 番目が、効果がわからない(37.9%)

2 番目が、職員に負担がかかる(24.1%)

3 番目が、費用がかかる(13.8%)

4 番目以降に、情報管理力のレベルが低い、リスクの評価・対策がとれない、トップに関心がない、と続いている。

「効果がわからない、費用がかかる、リスクの評価・対策がとれない」については別々の原因とみるのではなく関連した要因と捉えて個人情報リスクも含めて、病院経営が抱えている顕在リスクおよび潜在リスクの洗い出しを行い、それぞれのリスクの発生頻度と影響範囲、発生した時の損失額等を数値化したリスク管理を行い、どのリスク対策が病院経営にとって重要なのか、という優先順位(クォルティ)を把握または推測した上で、コンプライアンス(法令順守)はいかにあるべきか、その遂行手法としてプライバシーマークの取り組み方法は、というプロセスでの検討が肝要となる。

「職員に負担がかかる」ということについては病院経営の構成者が医師、技師、看護師、療法士等々、多くの専門家集団に負うところが大であるだけに、コンプライアンス（法令順守）への毅然たる取り組み姿勢が問われてくる。

トップの対応姿勢をみると「トップに関心がない」が1件のみであり、地域中核医療機関としてコンプライアンス（法令順守）は病院経営にとって重要な経営課題、その手法としてプライバシーマーク取得は検討課題、と大半のトップが認識していると推察できる。

医療分野は個人情報の成立や利用方法等から特に適正な取り扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つであるだけに、トップが経営課題として捉えているプライバシーマーク取得へのロードマップを企画・立案し、積極的な取り組みが求められている。

6. 電子カルテ編

(1) 電子カルテの回答結果分析

①今回のアンケート調査における電子カルテの意義

電子カルテシステムという場合、オーダーリングシステムも含んだ広義のシステムを意味する場合と、5年保存が義務付けられた医師の診療録自体の電子化の狭義を意味する場合がある。本アンケートにおいての電子カルテとは、狭義の「医師の診療録の電子化」を意味する。アンケート回答があった、医療機関の中で4医療機関が電子カルテの項目について記入されていたが、1医療機関がオーダーリングシステムに限定されていたため、その医療機関は除き3医療機関が導入済と取り扱うこととした。

②電子カルテ導入医療機関数

アンケート対象20病院中3病院が導入済みとの回答であった。（オーダーリングシステムと明記された病院は含まない。）病床数別に整理した結果は次の通りである。

電子カルテ導入医療機関数

病床数	①導入病院数	②全病院数	導入率①／②
100床未満	1	5	20.0%
200床未満	2	7	28.6%
400床未満	0	7	0.0%
400床以上	0	1	0.0%
全数	3	20	15.0%

全体の導入率は15%であるが、病床数が多いところで電子カルテを導入が進んでいるという傾向は見られない。200床以上の医療機関でも予想に反し導入が進んでいない。

②電子カルテ導入済み医療機関の分析

導入済み医療機関へのアンケート項目のうち特徴的な項目は次通りである。

1) 導入にあたって苦労した点

導入にあたって苦労した点（複数回答可 多い回答を抜粋）

回答数	苦労した点
3 医療機関	○導入に対する医師の理解 ○導入に対するスタッフの理解 ○導入時の教育訓練
2 医療機関	○過去の情報を移行 ○患者への納得 ○主担当者の負担増 ○データの連携

やはりというべきか、すべての医療機関で「導入に対する医師の理解」・「導入に対するスタッフの理解」を得ることが一番苦労したと回答している。単に新しいシステムに対する「医師・スタッフの理解」が足りないというより、次に回答が多かった中の項目のひとつの「主担当者の負担増」が影響して、「理解が得られない」と推測される。つまり電子カルテ導入による「医師・スタッフの負担増」について「理解が得られない」と思われる。

また、「過去の情報の移行」・「データの連携」については、2 医療機関で苦労したとするなか、特に問題としていない医療機関が1 医療機関あり、その違いが注目される。過去のカルテ情報についての取扱やデータの連携については、導入方法次第では導入時の負担を減らせることが示唆されていると思われる。例えば、過去のデータの移行にしても、新年度からは電子カルテ、前年度までは紙カルテとして導入すれば「過去の情報の移行」は不必要となる。5 年でカルテを廃棄している場合は、5 年を目処に完全に電子カルテに移行することになる。導入時の工夫で、導入時の負担を減少することが可能であろう。

2) 導入効果

導入効果は、1 医療機関が効果大と回答している。残り2 医療機関は効果小としている。

導入効果

回答数	導入効果
1 医療機関	○効果大
2 医療機関	○効果小
0 医療機関	○効果なし
0 医療機関	○デメリットの方が大きい

電子カルテ導入数がわずか3医療機関であり、その回答で導入効果を評価するのはムリがあることは承知であえて分析すると、1医療機関で効果大と回答があった点に注目したい。電子カルテについては、まだ様子見の医療機関が多い中で、効果大と回答している医療機関があることは注目に値する。新規システム導入の場合、担当者に負担増がある場合は多くの場合導入時に現場は対する。しかし導入後は負担増以上の便利さを実感して、システムがあって当たり前の状態になることも多い。電子カルテについては、いまだその実効性を疑う論評が多いが、実際の導入医療機関の回答において、「効果なし」や「デメリットの方がほうが大きい」の回答がなく、「効果あり」となっていることが今後の参考になると考える。

(2) 分析のまとめ

①電子カルテの導入状況

日本政府の提言したe-Japan重点計画－2004の医療の項目に電子カルテの普及促進が掲げられている。具体的な目標としては、平成18年度までに「全国の400床以上の病院、全診療所の6割以上に普及する」という数値が示されている。この達成は現時点でかなりの困難が予測されている。

②導入が進まない理由

アンケートとは別にヒアリング等で収集した情報では、導入できない原因として一番多いのは、現場の医師の意識である。単にキーボード操作が苦手という単純な意識ギャップではなく、「患者と接する時間が減少したらどうするのか」、「機械が動かないと診察できないというのは本末転倒ではないか」等の医師の使命としてのギャップが存在する。また、医師の意識問題以外にも、電カルテが標準化問題も含め発達・改善途上にあり、後になるほどいいものが安く導入できるのではないかと買い控えの意識が存在する。

また、病床数規模で見た場合、当初はスケールメリットから、大手病院において電子カルテの導入が進んでいると予想していたが、その傾向は読み取れず、むしろ逆の印象すら受ける結果となった。回答数が少ない中での分析なので断言は難しいものの、導入3医療機関の「導入にあたって苦労した点」が「理解」・「教育」等人にかかわる問題や、「過去のデータ・データの連携」等、病院の規模が大きくなれば、導入時の負担が増加する項目が多いことが原因ではないだろうか。

③今後の導入の見込

電子カルテは、アンケート結果からも、導入後の効果はある。また導入費用の毎年の減少・データの標準化の進展等で導入の機が熟していると考ええる。特に新規開業の医療機関において

は導入時の問題点である「過去のデータの移行作業」が発生せず、また比較的キーボードに慣れた若い医師が多いため、導入に踏み切るケースが多いようである。これに加えて、診療報酬等の優遇等の促進策が導入されると今後は速いペースでの導入が進むことも考えられる。大手の病院においては、様々な導入を阻害する要因があるものの、e-Japanの目標もあり、全体の導入ペースに遅れないようにする努力をされると思われる。

第5章 医療機関の情報管理と中小企業診断士の関わり方

1. 医療機関における情報管理の課題

これまで、医療機関の情報をテーマとする場合、電子カルテやレセコンなどハードウェアや情報システムの視点で課題を捉えることがほとんどであった。そこでは、情報システムで出来る夢のようなこと、扱いやすさ、機能に焦点が当たっていた。

今回の調査では、個別のシステムごとに考えるのではなく、

(1) 情報システムに入力される手前のデータや情報は

- ① どのように扱われているのか
- ② 誰が扱っているのか

(2) 京都府下の標準的な病院の情報管理レベルを知る

ことが一つの目的であった。

(1)－①「情報システムに入力される手前のデータや情報」

今回調査では、治療情報、人事管理、地域連携を対象に調査を行った。人事情報、治療成績の情報、連携情報を情報システムで管理している病院は、まだまだ少ないという結果となった。一般の事業会社では、入社当初より計画的な教育研修や人材育成システムが用意されており、働きやすい職場作りや成長の場を提供しているが、病院では資格による職業の制約が大きく、誰がどのような教育を受けてきたか、これからどのように能力を開発するかといったことはほとんど把握されていない。病院の本来の商品である治療成績も、患者には「ロコミ」でしかわからない状況である。医師でさえ、自分で治療した患者のデータは管理できるが、隣の医師が治療している同じ疾患の患者のデータを集計しようとするのとたんに不都合が生じる。

(1)－②「誰が扱っているのか」

この点については、「人」の配置に焦点をあてて調査した。「人」には、情報管理者、診療情報管理士、SWを取り上げた。単に情報の処理をするのではなく、情報の集め方と使い方を計画し、マネジメントする人材が必要である。今回はデータが少なく明確な答えは出なかったが、地域連携を担い情報の要となるSWの人数と平均在院日数の関係が示唆されたり、積極的に診療情報管理士を育成し事務職員のレベルアップを図る病院の姿が垣間見れた。

(2)「京都府下の標準的な病院の情報管理レベルを知る」

この点に関しては、一定の成果が得られた。今回の調査からは、病院における情報管理の問題は、日常に溢れている情報の宝物を収集し、加工し、活用するという情報マネジメントの不足であることがわかった。その要因は、情報管理を担う人材の問題と情報の活用不足にあると

考えている。

もう一つの目的は、経営戦略と情報管理の関係性を把握することであった。病院も個性に応じた経営戦略が必要であり、どこも似たような経営戦略で将来が開いてゆける時代ではない。チャンドラーの「組織は戦略に従う」とのテーゼが示すように、明確な経営戦略があれば、どこかに組織上の違いが出てくるはずである。今回は、情報システムやSPDの外部委託、原価管理、SWの雇用などに特徴が現れた病院があったことは、少数データながら、示唆に富んでいる。

2. 中小企業診断士の役割と関わり方

今回、医療に知識の深い中小企業診断士と、専門ではない中小企業診断士が一体となって調査し、議論し報告書をまとめた。

医療機関には、診療報酬、看護基準、平均在院日数など医療界特有の知識を必要とする領域があり、医療機関に経営支援や助言を行っていくには、この分野の知識は必要である。しかし、個人情報保護、HPの活用、経営理念の役割といったことは、一般企業で通用する知識や技能は医療機関に対してもまったく有効である。むしろ、特別扱いせず、一般企業に対するコンサルティングと同様な助言、支援を行うことが重要である。

今回の会議中でも、病院の待ち時間の長さや、情報の少なさ、近づきにくさなど様々な意見が出ていた。経営理念についても、経営者の思いがにじみ出るような言葉はほとんどみかけないのが現実ではないだろうか。

そうした視点を持って、医療機関に具体的なソリューションを提案できれば、医療機関にとっても有効な支援ができる。

今回の調査を元にすれば、情報管理者に対する教育研修や人材育成、情報戦略の策定支援、情報管理のノウハウ、原価管理の仕組みの構築と活用は、私達経営の専門家の役割として、医療機関に提供すれば、確実に経営は向上すると考えられる。

医療機関の扱う情報は非常に深く、かつ広い。また経営課題も、サービス業としての特性も持ちながら生産管理の業務も多く、多様で複雑である。こうした対象に有効な支援を行うためには、グループでの支援も必要となる。

中小企業診断士だけでなく、税理士や弁護士、社労士、などとのネットワークの活用も有効と考えられる。

第6章 調査担当者による座談会

＜全体を通して＞

A：全部で20以上の医療機関から資料を集められたのは、予想以上に各医療機関が協力してくれた結果でした。この数字には非常に感謝しています。ところで、協力して資料を出してくれたところと断られたところでは何か違いがあったのでしょうか？

B：結局、協力してくれた施設は、何らかの今までの人的な関係のあったところではないでしょうか？ 全然縁のないところに初めて行って、簡単に回答してくれた施設はないと思います。

D：医療機関には、この種のアンケートや調査票が毎日いっぱい送られてきますから、担当部署はうんざりしています。公的機関の調査でないと、回答を集めるのは難しいです。今回は非常によく回収できたと思います。

E：内容的に多岐にわたっていたので、ある施設では回答するのに多くの部署の協力をいただいて大変だったと聞きました。

F：ただ、技術的に細かい内容を聞いているわけではないので、管理部門の責任者の人が全体を把握していたら一人で記入できる内容ですが。まあ、その人の在籍期間の長さにも関連しますから、一概には言えないですね。

B：その施設が情報管理を先端的にやっているところは書きやすいですが、そうでもない施設は記入しにくい内容かもしれません。特に、電子カルテや個人情報保護などはそうです。それと、やはり規模の大小には関係すると思います。

D：いや、そうでもないですよ。規模の小さい医療機関からも回収できていますし、規模の大小には関係ないと思います。小さな規模の医療機関でも、特徴的な医療や専門性を重視した医療をやっている施設はアピールするものがあります。

＜電子カルテに関して＞

C：意外と電子カルテに積極的に取り組んでいる医療機関が少ない印象を受けました。もっと多く

の医療機関が取り組んでいると思っていました。取り組みの途中という施設も多かったと思いますが。

F：そうですね、もっと入っていると思っていたけれど、予想外に導入が遅れているように感じましたね。もっとも、オーダリングシステムの回答の中に含まれている施設もいくつかありました。ただ、それにしても少なかったですね。

B：厚生労働省のガイドラインに400床以上の医療機関の導入率の目標が定められていますね。実際はそう簡単には導入が進んでいるとは思えませんが。

E：意外と小規模の医療機関でも、医療法人の大きな系列の医療機関なら、他の施設とのデータ共有が必要なので、電子カルテの導入が進んでいる施設もありました。

A：まだ、これからという感じですかね。検診関係に力を入れている医療機関は、急性期の患者さんが少ない分、データの電子化が進んでいますね。また、検診中心なら、来年もリピートしてくれる患者さんが多く、そういう医療機関は電子カルテの導入に積極的です。

<ホームページに関して>

D：今回回収できた医療機関のすべてにホームページがあったのは、意外でした。もう、ここまで進んでいるのか、というのが実感です。まだまだ小規模の医療機関にはホームページはないかと思っていました。認識を新たにしました。

E：ただ、更新の頻度が低いです。内容的に頻繁に更新するコンテンツがないのだろうと思いますが、それにしても更新頻度が低いのには驚きました。たいてい、1ヶ月に1回程度というのが多かったように感じました。何を目的に開設したのが明確でないと、更新が続きません。単に、チラシが電子化されたくらいのホームページなら、ほとんど意味がないですから。

A：あまり効果があるとは思えないという回答も多かった。やはり、医療機関の広報活動というのは、まだまだ考え方が旧態依然としています。そこに、われわれがコンサルティングできる分野があるように思います。今後、医療機関の情報開示の緩和がどんどん進むと思います。

C：まだ、あまり活用されていないという実感です。コンテンツもどこも似たような内容で、

診療科目やドクターの紹介など、一般の企業からすればほんとうに面白くない内容です。会社案内の電子版だけです。もっとも、表現にはいろいろな制限や制約があるから、難しいのですが。

<個人情報保護とプライバシーマーク>

D：個人情報保護法の施行に対応して、何とかやりくりして対応しているというのが現状でしょうか。とてもプライバシーマークの取得などまでは、手が回らないというのが本当のところですか。むしろ、第三者評価を取得するほうにエネルギーをかけている施設が多いと思います。

F：プライバシーマークの取得を目指さない理由が面白い。職員の負担が増えるというのが多かったのに、現場の実感が表れています。確かに医療機関では、検査の依頼も含めて、膨大な数の個人情報が飛び交っていますから、単に個人情報保護というだけでも、とてつもなく大変なことです。確か、京都地区でプライバシーマークの取得をした医療機関は数えるほどしかないと聞いています。

D：要は患者さんのためにどれくらい意味があるかという視点で考えると、もっと違う方向に力を注いだほうが、患者本位になるという判断だと思います。やはり、効果というものが非常に見えない分野ですから、もっと即物的なものに投資が振り向けられるのだと思います。

E：それと少々神経過敏になり過ぎて、待合室で名前を呼んではいけないとか、必要でないところにまで、無用なエネルギーを使っている施設があります。個人情報保護とは、保護をきちんとやればいいので、何も扱ってはいけないということではないのですが。

<その他>

A：非常に特徴的な医療機関からのデータの回収ができたので、差別化した内容がよく分かります。地域医療に革新的に取り組んでいる医療機関、医療機関ではあるが老人施設と大差ない医療機関、病床数は少ないけど特徴的な医療を行っている医療機関など、バラエティーに富んだ医療機関からのご協力をいただいています。

C：普通医療機関への調査というと、たいがい大きな施設からしか回答がないという傾向が強いものです。やはり、自分の施設の内容を、たとえ無記名でも開示するというのは抵抗のあるもの

です。それが、今回、施設名は公表しないものの、これだけ小規模の施設からも回答があったのは、やはり、意識の高さでしょうか。

D：これからは医療機関も構造改革の中で大きな変革が求められる時代になりました。今までは、医療機関といえば、多くの保護がありました。それが、少子高齢化社会に突入し、医療費が高騰してきて、このままではとても医療保険の運営が立ち行かないというところまで来てしまいました。そこで、診療報酬の改訂が行われたり、療養病床への転換が促進されたり、介護保険が始まったりしています。これからは、医療機関にも、企業と同じ感覚の経営センスが要求されるようになりました。コストの管理、原価管理、管理会計、組織の活性化、評価制度など、普通の企業のマネジメントと変わりません。

E：医療機関も淘汰の時代になったということです。医療法人や学校法人はいままで「経営」という観点が希薄でした。ところが、それで運営できた時代は、とっくに昔話になってしまいました。これからは、少子高齢化、人口減少のなかで、さらに強烈な生き残り大作戦が始まります。

B：生き残るためには何が必要なのでしょう？

A：やはり顧客視点、患者視点だと思います。患者の視点に立って考えたとき、初めて価値観の大転換があると思います。医療機関は、基本的にサービス業ですから。国鉄がJRになってから、大きくマインドが変わったのと同じだと思います。セカンドオピニオンもそういう意味では、患者視点の考え方です。

C：そうですね、医療はやはり究極のサービス業です。すべて、原点はそこから出発しないといけません。「患者を診る」という視点ではなく、「患者と共に生きる」「患者と共に考える」ではないかと思います。そういう視点がないと、これからは生き残れないと思います。

E：今後は「治療より予防」に重点が移ります。プライマリーケアですね。介護保険も「介護予防」にシフトしています。病気になってからお金と時間を使うなら、予防にもっと時間とお金を投資すべき、という考えが主流になります。病気になってからは多くの費用が要りますが、予防が効果を発揮すれば医療費の抑制になります。メタボリック症候群対策というのも、実は原点は同じです。

C：そういう意味で医療機関の経営課題には、今回の情報管理も含めて、非常に多くの要素があ

ります。また、専門性の高い職業集団での組織体を運営し、効率的な経営を目指すためには、相当な経験や方向性を間違わない理念が要ります。まさに、企業の経営と同じです。

D：過去には全国に10,000箇所以上の医療機関が存在した時代がありました。現在では9,000箇所を少々上回るレベルかと思います。この20年でかなりの施設が、廃業、統合などで、姿を消しました。新設もあってこの数字ですから、病院の廃業や倒産も珍しくありません。

A：そもそも医療機関に経営はあるのか？という根本的な命題に行き着くかもしれません。そういう意味では、医療機関はある意味「守られてきた」業界です。それが、これからは「淘汰の時代」と言っても、なかなか理解してもらえません。厚生労働省の施策に対する不信感も根強くあります。それと意外と他の施設の情報を知りません。

B：だから、他の医療機関の状態を大変知りたがっています。横の情報の連絡や共有がないので、比較していいのか、どうか、というのに神経質です。今回、やってみて分かったことは、医療機関といえども、決して例外ではなく、現在の一般の企業と同じ環境におかれているということです。これから、本当に必要なのは、医療施設、医療機関における「本当の経営」です。「本当の経営」が出来たところは地域と共生して生き残ることができるでしょう。経営とは「環境に適応する」ことですから。

第7章 医療に関連する用語解説

【D P C】(Diagnosis Procedure Combinat)

D P Cとは、診療行為ごとの出来高で計算する従来の方式とは異なり、入院患者の病名とその症状・治療行為より厚生労働省が1日当たりの金額からなる包括評価部分（D P C部分）と出来高評価部分を組み合わせ計算する方式である。

【ソーシャルワーカー】

ソーシャルワーカーとは、患者の症状を聞き、適切な医療情報を提供するものであり、顧客情報と診療行為を結びつけるものである。

社会福祉士は国家資格であるがソーシャルワーカーは自称である。ある意味、医療と福祉の接点を担うものでもある。

【クリニカルパス】

クリニカルパスとは、製造業で言うところ製造工程—ガントチャートのようなものであり、患者が診療行為を受けてからの治療・診療内容を、時間軸にして、表にまとめられたものである。

【医療機能評価】

医療機能評価とは、第3者の目から医療の質の評価を図り、患者に参考に示そうという試みであり、財団法人 日本医療評価機構が評価するものである。

【オーダリングシステム】

オーダリングシステムとは、医師が処方をオーダーしたり、検査や、手術の予約をオーダーする際に情報をコンピューター化することにより、患者基本情報の入力ミスや、2重入力の手間を省くものであり、医院内の大きな省力化につながるものである。その内容は、薬剤、医療材料、放射線科、検査科に主に分かれる。

【電子カルテ】

電子カルテとは、その名の通りであるがオーダリングシステムの診療支援機能を発展しながらカルテ機能を持った系統と、全ての診療行為を原点としてカルテそのものの機能を情報化することである。

【PACS】(Picture Archiving and Communication System)

PACSとは、ホストコンピューターを置き、CT、MR等の画像を病院の各セクションで、パソコンで見られるようにつなぎ、画像サーバーにデータが蓄積されるシステムである。

【看護支援システム】

看護情報システムについては、主に患者の看護環境、具体的には看護師の動きをシステム化するため導入するものであり内容的には「看護管理」「職員管理」「看護計画管理」「看護師勤務計画管理」等を業務効率化と合わせシステム化するものである。

【患者バーコードシステム】

患者バーコードシステムとは、その名の通り患者情報を患者毎のバーコードで読み取るものである。顧客への迅速なサービスを提供できる。反面、医療の安全の観点から情報の取り扱い精度及び、個人情報保護によりその取り扱い守秘においての厳正化が求められている。

【SPD】(Supply Proccesing & Distribution)

SPDとは、主に薬剤などの病院内の物流管理を、主にバーコードでコンピューター化により行い省力化を図るものである。物流管理になるので、購買管理、消費管理、在庫管理を行うものである。

【患者情報共有システム】

患者情報共有システムとは、24時間ケアを図るため診療行為が複数医にもまたがる場合、複数の医者が患者の個人情報を共通する必要がある。そのシステムをネットワーク化したものである。

【地域連携パス】

地域連携パスとは、一病院で診療行為を完結することなく、地域医療として、複数の病院が連携して、その診療分野を生かしながら完結するよう設計されたものである。この根底には地域医療の考えがある。

おわりに

今回この調査研究事業を行うにあたり、京都支部としては初めて支部会員以外からの参加も呼びかけた。

参加要請の広報は、支部で作成しているメーリングリストで広報した。さらに、リーダーの成岡がこの分野に興味や関心の高いメンバーに任意によびかけた。

結果的に、7名の方にエントリーしていただき、各々得意な分野や行動可能な地域で活動していただいた。

当初、医療機関からアンケート的な資料を得ることは、メンバーからも不安の声が多く聞かれた。すなわち、医療機関にはこの手の調査票が多く送付され、そうでなくても多忙な医療機関スタッフの手を煩わすことになるからだ。

確かに現実はそののだが、そこを何とか突破しないとこの調査の意味をなさない。よって、我々は回答可能な調査票を作成すると同時に、郵送して回収ではなく、現地に出来る限り足を運んで依頼し、さらに回収にも現地へ出向く作戦を取った。

メンバーのOさんなどは、同じ医療機関に数度に足を運んでいただいた。

かくて、予想以上の回収ができたのは、ひとえに各メンバーの汗の賜物と感謝している。

結果的に非常に興味あるデータが取れたと思っている。確かに母数は少ないかもしれないが、それはそれで特徴のある傾向が見られ、今後の医療機関の情報管理の方向を示唆している。

これからの医療機関は、基本的な情報管理に加え、病歴管理、個人情報管理、第三者評価など、従来にない患者中心の情報管理が重点課題となる。

どの医療機関も患者中心のコンセプトを打ち出してはいるものの、それを具体的に実践するのは容易ではない。しかし、患者側に立って見れば、具体的に患者自身にフィードバックされて初めて感じられるものである。

診療報酬の改訂や介護保険の今後の動向によっては、さらに厳しい医療機関経営が求められる時代になると思われる。

そういう時代に向けて、この調査研究レポートが、診断士や医療機関関係者に少しでもお役に立てれば幸いである。

平成19年1月

平成18年度調査研究事業プロジェクトチーム

リーダー（副支部長） 成岡 秀夫

サブリーダー（滋賀県支部） 大石孝太郎

〈附表－１〉ヒアリング調査票

様

平成 18 年 月 日

社団法人 中小企業診断協会京都支部

支部長 玉地

調査研究事業プロジェクトチームリーダー 副支部長 成岡



中小企業診断協会京都支部の平成 18 年度調査研究事業へのご協力をお願い

謹啓 貴施設ますますご清栄のことと存じ上げます。

さて、社団法人中小企業診断協会では、研究機関である経営戦略工学研究センターにおいて、経営に資する種々の調査研究を行っております。

われわれ京都支部においても、毎年、経営戦略工学研究センター（マスターセンター）補助事業として、中小企業診断士を中心とするメンバーにより、地域経済社会の発展に貢献する調査研究活動を行い、各年度とも高い評価を関係機関からいただいております。

過去 2 年間の調査研究事業のテーマは、以下の通りです。

- 平成 16 年度：京都の大学発ベンチャーに関する調査研究
- 平成 17 年度：日本農業の活性化へ調査と研究 ～ 農業法人の取組とその課題 ～

本年平成 18 年度においては、「医療機関における情報管理の実態と今後の展望」というテーマを設定し、医療分野に精通した診断士を中心とする調査研究プロジェクトチームを発足させております。

今回のテーマは、いま、注目されている医療機関における様々な情報管理の課題、主として、電子カルテ、ホームページの活用、個人情報保護、などのテーマに対し、それぞれの医療機関がどのように対応し、また、今後対応しようとしているのかを調査し、課題の抽出と対策、今後の方向性を検討するものです。

すでに、京都府医師会、私立病院協会、京都府、京都市などの関係機関に事前に説明にうかがい、内容を説明し、調査に対するご理解とご協力をいただいております。

調査の方法は、主として、ご面談いただける医療機関にプロジェクトメンバーが直接訪問し、ヒアリングさせていただき、できるだけ実態を把握できるよう計画しております。

調査結果は集計、分析するとともに、今後の医療機関に求められる情報管理のあり方について仮説を設定し、医療機関に関わるさまざまな方々に提言をしようとするものです。

なお、調査研究内容がまとまり、印刷製本が完了した時点で、貴会及びご協力いただいた医療機関には、資料を送付させていただきます。

貴施設におかれましては、この調査研究事業の意義を認めていただき、ご協力をいただければ幸いです。なにとぞ、ご協力、ご支援のほど、お願いいたします。

謹 白

1. 病院基本情報

医療機関名			設立主体			総病床数	
住 所						一般病床数	
診療科 (○で囲む)	内、循内、呼吸器内、消化器科、小児科、産婦人科、眼科、泌尿器科					療養(医療)	
	外科、消化器外科、心外、呼外、整外、形成、皮膚科、透析、()					療養(介護)	
入院機能	DPCの実施状況	有、試行、無	看護基準	(対)	平均在院日数	日	
医療連携室	有、無	ソーシャルワーカー人数	人		診療情報管理士	人	
クリニカルパス	パス運用数	個	医療機能評価	認定済みVer. (), 無			
経 営 基 本	経営理念						
	経営方針						
	地域の医療 ニーズ						
	将来ビジョン						

2. 情報システムの基本調査

医事会計システム		無	導入済み（メーカー名： ）		導入予定（ 年後）	
財務会計システム		無	導入済み（メーカー名： ）		導入予定（ 年後）	
オーダリングシステム		薬剤	無	導入済み	導入予定（ 年後）	
		医療材料	無	導入済み	導入予定（ 年後）	
		放射線科	無	導入済み	導入予定（ 年後）	
		検査課	無	導入済み	導入予定（ 年後）	
画像管理システム(PACS)		無	導入済み		導入予定（ 年後）	
電子カルテ		無	導入済み		導入予定（ 年後）	
看護支援システム		無	導入済み		導入予定（ 年後）	
患者バーコードシステム		無	導入済み		導入予定（ 年後）	
在庫情報管理	SPD	無	自院で実施	一部委託	全部委託	
	医療材料	入庫管理：有 無		出庫管理：有 無	消費管理：有 無	
	薬剤	入庫管理：有 無		出庫管理：有 無	消費管理：有 無	
	事務備品	入庫管理：有 無		出庫管理：有 無	消費管理：有 無	
経営情報システム	月次決算資料		無	システム化：有、エクセル手作り		資料の内容：P/L,B/S,CF
	診療状況報告資料		無	システム化：有、エクセル手作り		平均在院日数、病床稼働率、紹介率等
	原価管理資料	診療科別原価管理	無	有		
		疾病別原価計算	無	有		
		患者別原価計算	無	有		
	リスクマネジメント	医療リスクマネジメント	システム化：無 有			ex; ヒアリハットデータベース、情報共有
病院リスクマネジメント		システム化：無 有			ex; 災害時対応システム、侵入者監視	
医療連携	紹介元データベース		無	有		
	照会先データベース		無	有		
	患者情報共有システム		無	有		
	地域連携パス		無	有		
人員体制	情報管理者は専任ですか		専任	兼任		
	情報管理担当者の人数		人	（兼任も含む）		
	情報部門外部委託の有無		医事システム、ホームページ運用、SPDシステム、その他（ ）			
人事情報のシステム化			紙ベース運用	人事情報データベース(研修履歴、資格、目標管理など)		
治療成績管理システム			無	有：（医師別、疾病別、診療科別）		

3. ホームページの管理状況

ホームページの有無	無	有			
ホームページの運用状況					
独自ドメインの有無	無	有			
院内サーバーの運用	無	有	(病院内ネットワーク、院内掲示板、グループウェア)		
レンタルサーバーの利用	無	有			
ホームページの管理者について	専任	兼任			
ホームページの更新頻度	毎日	週に2,3回	週に1回程度	月に1回程度	無
ホームページのアクセスログ分析	無	有			
院内ネットワークとホームページサーバーの共有	無	有			
ホームページの維持費用	月 () 円程度				
ホームページの効果について	大変有効	まあ有効	あまり有効でない	有効でない	
ホームページの検索エンジン対策	無	有	(外部業者委託、職員が対応)		
ホームページの内容について					
経営理念の掲示	無	有			
診察表掲示	無	有			
外来担当医師名の掲示	無	有			
担当変更の掲示	無	有			
診療科別情報提供の有無	無	有			
医療機器の掲示	無	有			
コメディカル部門の情報提供	無	有			
疾病など医療情報の提供	無	有			
予約システムの有無	無	有			
メール相談の有無	無	有			
外部連携システムの有無	無	有			
お見舞いメールの有無	無	有			
診療成績の公開	無	有			
院内広報誌、情報誌の公開	無	有			
イベント情報の提供	無	有			

4. 個人情報保護

○個人情報保護基本方針の決定	→ ☐ 決定した
	☐ 決定していない(理由:)
○個人情報保護基本方針の掲示	→ ☐ 院内に掲示した(場所:)
	☐ ホームページに掲示した
	☐ 掲示していない
○全職員への教育	→ ☐ 実施した(回数:)
	☐ 実施していない(理由:)
○個人情報保護管理者の設置	→ ☐ 設置した
	☐ 設置していない(理由:)
○個人情報保護基本規定の作成	→ ☐ 作成し制定した
	☐ 作成していない(理由:)
○個人情報保護収集利用目的の 明確化	→ ☐ 各種印刷物に明確に記載し、掲示した
	☐ 記載していない、掲示していない
○問い合わせ窓口の設置	→ ☐ 問合せ窓口を明確化し、公示した
	☐ 問合せ窓口を明確化していない
○業務委託先との機密保持契約の 締結	→ ☐ すべての業務委託先と業務委託契約を見直し機密保持契約を結んだ
	☐ まだ一部の業務委託先とは機密保持契約を結んでいない
○就業規則の見直し	→ ☐ 個人情報保護法の施行に合わせて就業規則の改訂を行った
	☐ 従来の就業規則のままになっている
○職員との機密保持契約の締結	→ ☐ この機会に全ての職員と機密保持契約を締結した
	☐ まだ機密保持契約を結んでいない
○個人情報保護のための設備の改 善改良の実施	→ ☐ 個人情報保護法の施行を機会に設備面の改良を実施した
	(具体的な設備の改良箇所:)
	☐ 特に個人情報保護法の対応として設備の改良は実施していない
○個人情報保護のための業務手順 の変更新規策定	→ ☐ 業務手順の変更や改訂を行った
	(例:)
	☐ 個人情報保護を目的とした業務手順の変更や新規作成はない
○保有する個人情報の洗い出し	→ ☐ 施設内におけるすべての個人情報を抽出し、それぞれの個人情報のリス クを算定した
	☐ まだすべての個人情報を抽出できていない
○個人情報漏洩などの緊急時 の手順の策定	→ ☐ 緊急時の手順を策定し、関係者に通知した
	☐ まだ、緊急時の手順を策定していない
○情報システムの取り扱いに関する 内部規定の制定	→ ☐ 内部規定を制定し、関係者に通知、内容の徹底を図った
	☐ まだ、内部規定の制定をしていない
○カルテ開示に関する規定の制定	→ ☐ カルテの開示に関する規定を制定し、関係者に通知、内容の徹底を図った
	☐ まだ、規定の制定をしていない
○サーバ室における安全管理 基準の制定	→ ☐ 安全管理基準を制定し、関係者に通知し、内容の徹底を図った
	☐ まだ、安全管理基準を制定していない
○病歴管理室における安全管理 基準がある	→ ☐ 安全管理基準を制定し、関係者に通知し、内容の徹底を図った
	☐ まだ、安全管理基準を制定していない
○事故発生時の対応手順が 決まっている	→ ☐ 対応の基準を制定し、関係者に通知し、内容の徹底を図った
	☐ まだ、対応の基準を制定していない

5. プライバシーマーク

○プライバシーマーク 取得の方針決定	→ ☐ プライバシーマークの取得を決定し、その準備を開始した
	☐ プライバシーマーク取得の予定はない
○プライバシーマーク 取得予定の施設について	→ ☐ 現在ほどの段階ですか？
	☐ 外部コンサルタントとの契約
	☐ 個人情報保護対応プロジェクトチームの発足
	☐ 個人情報保護基本方針の作成
	☐ 個人情報保護管理体制の構築
	☐ 各種個人情報保護の特定とリスク評価
	☐ 職員教育
	☐ 内部監査
	☐ コンプライアンスプログラムの運用
	☐ 申請書類の作成
	☐ 審査機関に申請済み
	→ ☐ プライバシーマーク取得の過程で一番苦労したのは どういうところでしたか？
	()
○プライバシーマーク 取得予定のない施設 について	→ ☐ プライバシーマーク取得をしない一番の理由は何ですか？
	☐ 費用がかかる
	☐ 効果がわからない
	☐ 職員に負担がかかる
	☐ 個人情報が多くありリスクの評価や対策が取れない
	☐ トップに関心がない
	☐ 情報管理のレベルが低いので取得に大きなエネルギーがかかる

6. 電子カルテ

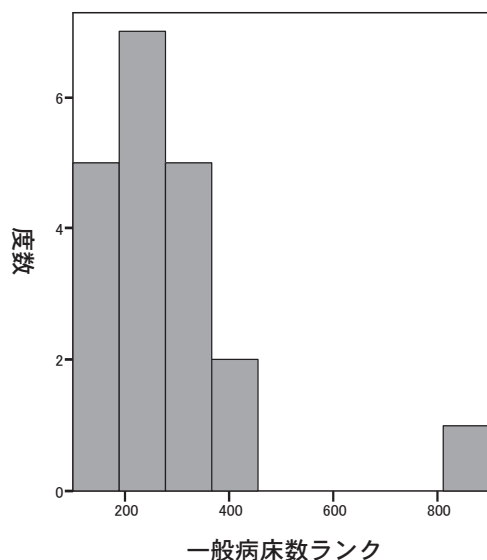
(1) 電子カルテ導入理由 (複数回答可)	☐ 情報管理の一元化
	☐ 診療・業務運営の効率化
	☐ 医療ミスの防止
	☐ 院内情報共有の推進
	☐ 院外情報交換(検査会社、医療機関等)の推進
	☐ データの二次活用(統計分析等)
	☐ 診療情報の開示への対応
	☐ 紙カルテ保管スペースの効率化
	☐ セキュリティの確保
	☐ 患者サービスの向上
	☐ 物流管理の推進
	☐ その他()
(2) 電子カルテ導入費用	① 初期費用 _____ 百万円
	(内 補助金／助成金 _____ 百万円)
	② 保守費用 _____ 百万円／年
(3) 導入にあたって 苦労した点 (複数回答可)	☐ 過去の情報の移行
	☐ 導入に対する医師の理解
	☐ 導入に対するスタッフの理解
	☐ 患者への納得
	☐ 主担当者の負担増
	☐ 導入時の教育訓練
	☐ データの連携
	☐ その他()
(4) 導入効果	☐ 効果大
	☐ 効果小
	☐ 効果なし
	☐ デメリットの方が大きい
	上記の判断理由[]
(5) 電子カルテに期待すること (複数回答可)	☐ 機能の充実
	☐ サポートの充実
	☐ 使いやすさ
	☐ 費用の低廉化
	☐ 関連データ(医用画像等)との連携の充実
	☐ システムの安定的な稼働
	☐ セキュリティの確保
	☐ ネットワーク化
	☐ その他()

7. 電子カルテシステム運用編(導入済医療機関用)

(1) アクセス制限 (複数回答可)	☐ ID・パスワード
	☐ USB
	☐ ICカード
	☐ 生体認証
	☐ アクセス制限なし
	☐ その他()
(2) アクセスログ監視	☐ 週に1回以上監視
	☐ 月に1回以上監視
	☐ 必要の都度監視
	☐ 監視なし
	☐ その他()
(3) 情報漏えい防止対策 (複数回答可)	☐ 権限による制限
	☐ 物理的アクセスの制限
	☐ データ抽出機能の制限
	☐ 磁気媒体持出しチェックの運用
	☐ 対策なし
	☐ その他()
(4) リモートアクセス対策 (複数回答可)	☐ インターネットとの隔離
	☐ アクセスログの管理
	☐ 侵入検知システム
	☐ ファイアウォール
	☐ VPN等専用回線
	☐ 対策なし
	☐ その他()
(5) ウィルス対策	☐ ウィルス対策ソフト
	☐ 対策なし
	☐ その他()
(6) 障害対策	☐ バックアップの取得
	☐ システムの二重化
	☐ 無停電装置(UPS)の使用
	☐ コンピュータ室の隔離
	☐ 対策なし
	☐ その他()

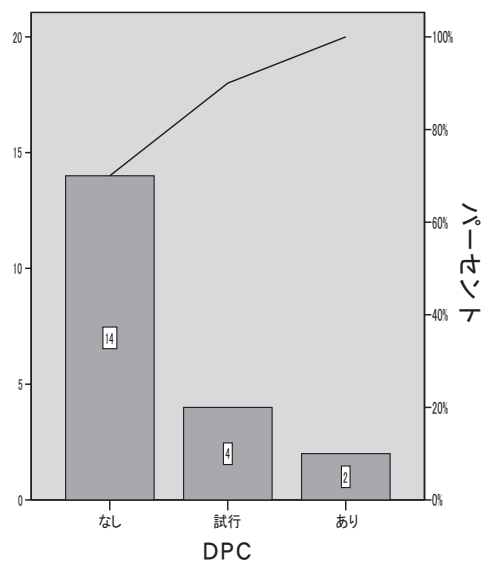
〈附表－２〉統計データ処理

一般病床数の分布



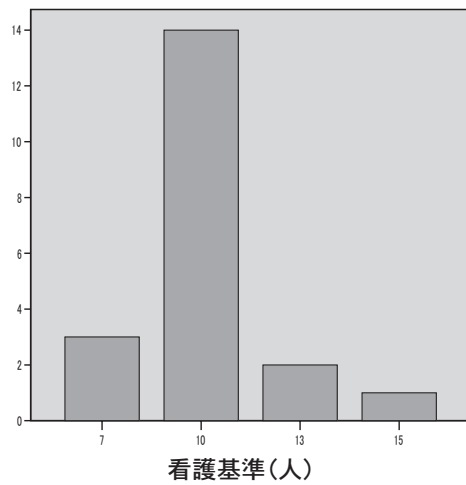
一般病床数	病院数	パーセント	累積パーセント
100 未満	5	25.0	25.0
100 以上 200 未満	7	35.0	60.0
200 以上 300 未満	5	25.0	85.0
300 以上 400 未満	2	10.0	95.0
800 以上 900 未満	1	5.0	100.0
合計	20	100.0	

DPC(包括支払い制度)の実施状況



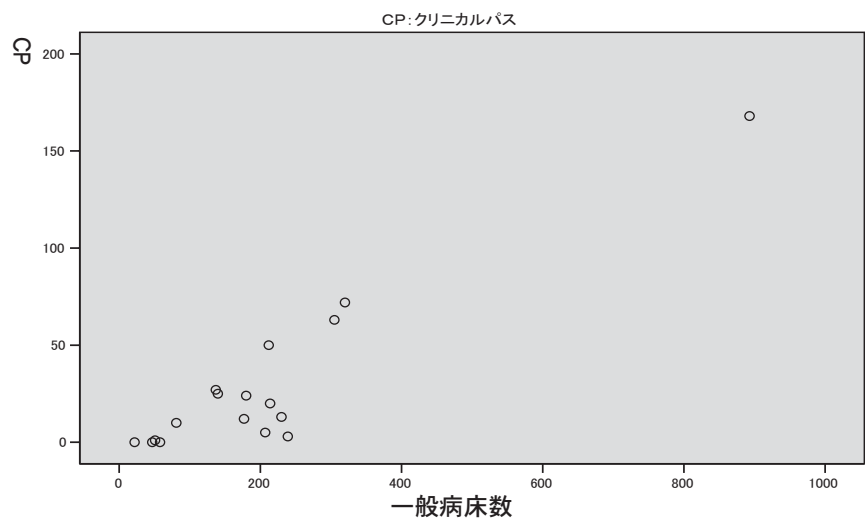
DPC	度数	パーセント	累積パーセント
なし	14	70	70
試行	4	20	90
あり	2	10	100
合計	20	100	

看護基準



看護基準	病院数	パーセント	累積パーセント
7 人	3	15.0	15.0
10 人	14	70.0	85.0
13 人	2	10.0	95.0
15 人	1	5.0	100.0
合計	20	100.0	

「一般病床数」と「CP 運用数」の関係

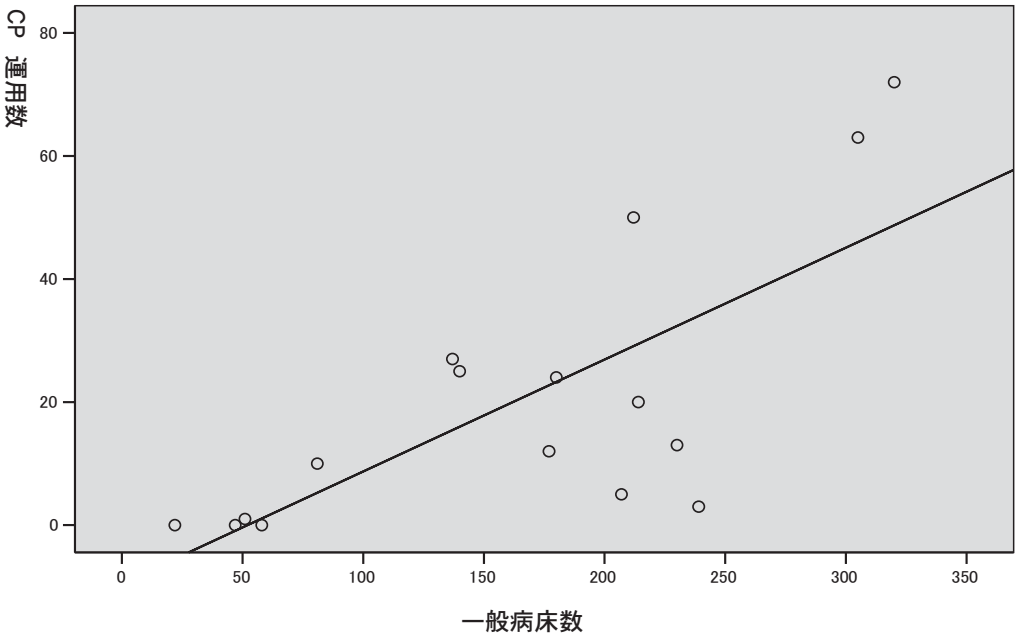


相関係数			
		一般病床数	CP 運用数
一般病床数	Pearson の相関係数	1	.933(**)
	有意確率 (両側)		0.000
	N	17	17
CP 運用数	Pearson の相関係数	.933(**)	1
	有意確率 (両側)	0.000	
	N	17	17

**．相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

C P運用数について回答のあった17病院について、一般病床とC P運用数の関係を見ると。相関係数0.933となり、両者間には強い相関があるといえる。ただ、このうち1病院が800床超であり他病院との差が大きいため、この病院を除いた16病院について同様の分析を行うと以下の通りとなった。

「一般病床数」と「C P運用数」の関係(400床未満)

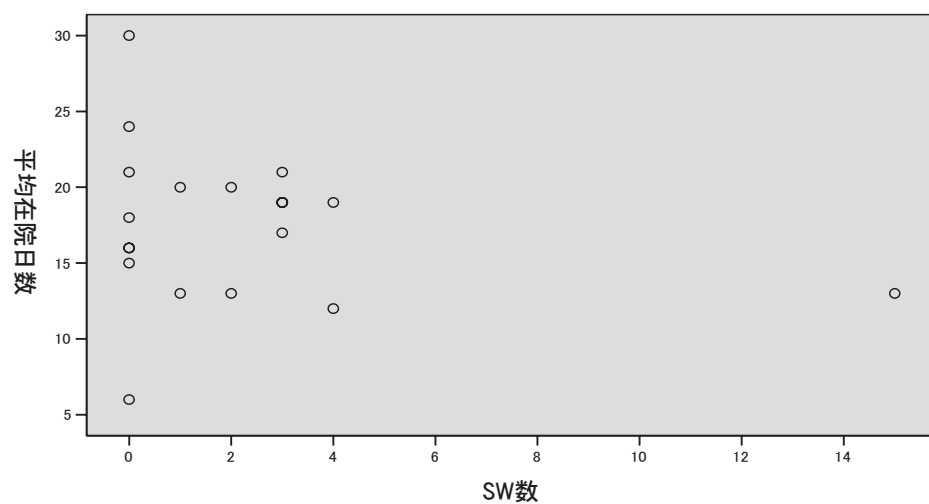


相関係数			
		一般病床数	CP 運用数
一般病床数	Pearson の相関係数	1	.734(**)
	有意確率 (両側)		0.001
	N	16	16
CP 運用数	Pearson の相関係数	.734(**)	1
	有意確率 (両側)	0.001	
	N	16	16

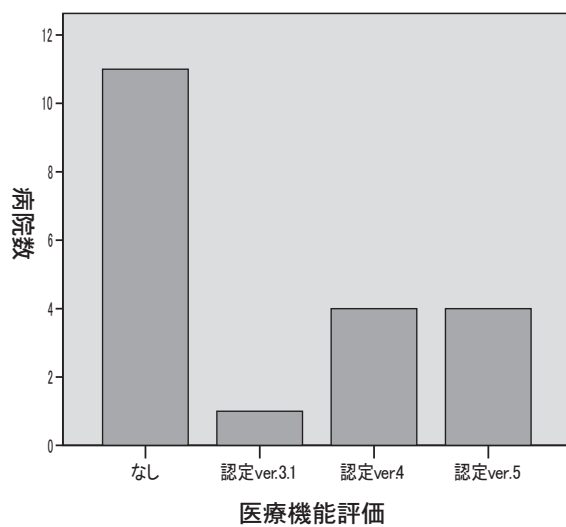
**：相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

C P運用数について回答のあった16病院（400床未満）について、一般病床とC P運用数の関係を見ると、相関係数0.734となり、両者間には強い関連があるといえる。また、散布図には回帰直線をあてはめてみた。

「平均在院日数」と「SW人数」の関係

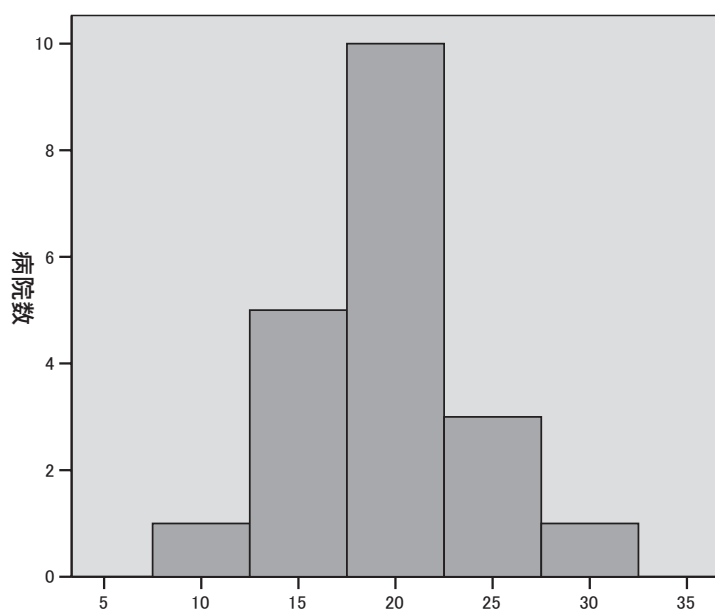


「医療機能評価」設定状況



医療機能評価	病院数	パーセント	累積パーセント
なし	11	55	55
認定 ver.3.1	1	5	60
認定 ver.4	4	20	80
認定 ver.5	4	20	100
合計	20	100	

平均在院日数の分布



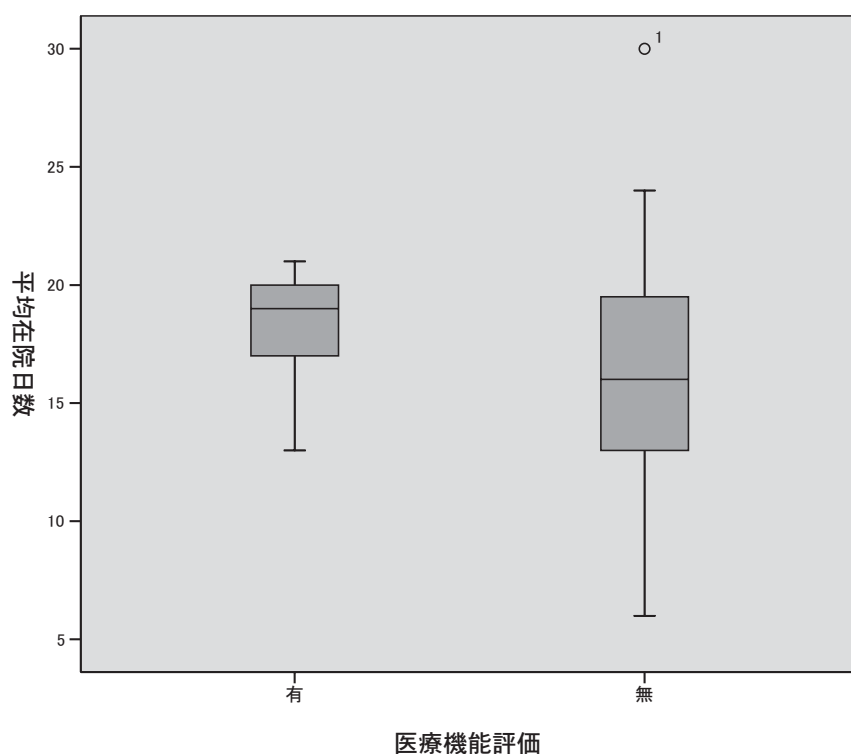
平均値 =19.5
 標準偏差 =4.56
 N =20

平均在院日数ランク

平均在院日数	度数	パーセント	累積パーセント
10 日以下	1	5.0	5.0
11 日～15 日	5	25.0	30.0
16 日～20 日	10	50.0	80.0
21 日～25 日	3	15.0	95.0
26 日～30 日	1	5.0	100.0
合計	20	100.0	

医療機能評価		N	平均値	標準偏差	平均値の 標準誤差
平均在院日数	有	9	18.33	2.598	.866
	無	11	16.91	6.441	1.942

「医療機能評価の有無」と「平均在院日数」の関係



医療機能評価の有無と平均在院日数について t 検定で分析した。t(18)=0.621、 $p > 0.5$ となり、医療機能評価の有無により平均在院日数に有意な差はみられなかった。しかし、上記箱ひげ図に示されるように 医療機能評価有のグループは無のグループに較べて平均在院日数のばらつきが少なくなっている。（診療科による特長が不明だが、在院日数の管理が行き届いていることがひとつの要因かもしれない。）

（参考）箱ひげ図：長方形の箱の中に半分の病院が含まれる。箱の中の横線が中央値。ひげのように上下に伸びた棒の先が最大値と最小値を示す。○は 例外的な値とみなされている。

医療機関の情報管理に関する調査研究

報 告 書

平成 19 年 1 月 25 日 発行

発 行 社団法人 中小企業診断協会 京都支部

印 刷 株式会社 大 気 堂
京都市下京区七条通西洞院西入
〒600-8320 TEL (075)361-2321
