

ヘルスリサーチを語る

第7回

新しい病院像を探る

平井 愛山 (ひらい あいざん)
千葉県立東金病院 院長

開原 成允 (かいばら しげこ)
当財団助成選考委員長、理事
(財)医療情報システム開発センター 理事長

最近の病院は、医者視点あるいは供給側の視点で、ただ座って患者さんが来るのを見ているのではなく、需要側の視点を持たなければいけないということが、盛んに言われています。

今回の対談のお相手の平井 愛山 先生は、まさにそうした視点から、千葉県立東金病院の院長として、全国に先駆けて「女性専門外来」を創り、あるいは平成12年度の経済産業省の「電子カルテを中心とした地域医療情報化」公募事業に応募して、地域の診療所・調剤薬局と電子カルテネットワーク「わかしお医療ネットワーク」を構築して、「病診」及び「医薬」連携のもとに、積極的に新しいタイプの地域医療を展開されています。

その活動と先生のお考えをお聞きすることにより、「病院」の新しい方向が見えてくるかもしれません。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：この対談シリーズの全体を通してのテーマは「パラダイムシフト」ということですが、今日は「病院」を取り上げて、「新しい病院像」を探ってみたいと思います。

私は、平井先生の病院長としてのお仕事を見ていて、普段から非常に感心させられるところが多く、「新しい病院」を求めて、絶えず考えてやっておられるという印象を受けておりましたので、本日の対談のお相手として最も適当な方ということで、お招きをした次第です。最初に自己紹介を兼ねて、先生が院長をしておられる病院のことなどをお話しいただけますでしょうか。

「地域に閉ざされた病院」だった

平井：私が千葉県立東金病院に着任したのは、平成10年4月です。それまでは千葉大学医学部内科の講師・医局長をしていましたが、医学部長からの指名があり、急速、地域の医療を支える県立病院の一つに着任したわけです。私の学位論文は「千葉県の農村と漁村の疫学調査」であり、その当時から地域に入っている仕事をしておりましたし、保健所の方々は健康作り運動で関わっていましたので、「地域医療の視点」ということに関しては、決して初めてではありませんでした。

この病院は、当時最悪の状態に陥っていて、ひょっとすると千葉県で真っ先に潰れる公立病院だとの噂もあった(笑)くらいで、その立て直しの意味で指名されたようでした。

まず目指したのは「地域に開かれた病院」
医療事故には、ご遺族への誠意を持った説明、警察への連絡、記者会見が求められる。
女性専門外来は「パーソナライズ・メディシン」の入り口。

行って驚いたのは、パソコンが1台も無い病院であると同時に、「地域に閉ざされた病院」になっていたことです。病院の前で事故があって救急患者が出て、断ったというような話を後で聞きました。しかも医師会との勉強会など一切無かったのです。

開原：ベット数はいくつなのですか。

平井：当時は213床。今は少し減って191床です。今年で開院50年です。千葉県で一番古い県立病院で、今の場所に移転してきたのは昭和43年です。

長い砂浜のある九十九里海岸と成田の間で、千葉市のちょうど東側です。「山武(さんぶ)医療圏」と言われる、1市7町1村の人口20万くらいが一つの固まりになったところです。東金市自体は人口5万~6万くらいで、JR外房線も通っており、都心から1時間くらいで来られるので、急速に人口が増えてきています。

開原：千葉市のベッドタウンのような感じのところですね。そこに先生が着任されて、まず何をなさいましたか。

平井：とにかく外に開かれた視点を作りたいと思いました。

すぐにできることでは、勉強会(カンファレンス、セミナー)をすること。最初は職員だけで始めましたが、すぐに外と連携をとって、医師会の先生方との勉強会を始めました。もう一つは、救急の患者さんの受入れを積極的にやることです。

多少時間がかかることでは、院外処方への全面切り替えです。院外処方率が5%くらいだったのですが、薬剤部長に頑張っていたたき、地元の薬剤師会の会長さんも非常に前向きな方でしたので、4月~7月の4ヶ月間で準備をして、8月1日から85~90%の院外処方としました。これは、私が、と言うよりは薬剤師会と薬剤部が作ったものです。

それがある意味で、その後の地域医療連携の下地になっていきました。

医療事故 - 隠蔽と改ざんだけはするまいと思っていた

開原：先生は赴任後早い頃に医療事故に遇われましたが、私はそのときの処理のなさり方を読む機会があり、大変感心しました。こんな話から始めていいのかわからないのですが、あれは大変だったでしょうね。

平井：誰も予想していないことで、私にも晴天の霹靂でした。

「急変した」と電話がかかってきて、とにかく現場に駆け付けたところ、あまりにも前後の経過がおかしい。ご家族からは「もともと心臓が悪くて何回も入退院しているの、また心臓の病気でしょうか」と聞かれましたが、「いやそうではないらしい。どうも事故のようで申し訳ない」と、この段階で申し上げました。残念ながら助けられませんでした。透析が終わった後の患者さんだったので、空気が大量に入った可能性があるということで、ご家族に謝罪をしつつ、警察に届けました。

実はその前に都立広尾病院の事故や横浜市立大病院の取り違え事故があり、それが私には反面教師になりました。特に隠蔽や改ざんがあった広尾病院の対処が私には非常に印象深く、あれだけは絶対にするまいと思っていました。

奥さんと長男の方からは「何があったのかを明らかにして欲しい、それを踏まえて二度と起こらないようにして欲しい」という言葉がありました。それに取り組むためには、全てのプロセスを明らかにしていくしかないと思い、その日のうちにご遺族に集まっていたいて、県庁と連絡を取りながら、次の日の午後から記者会見を行いました。その時に司法解剖の結果も発表され、私は全部情報を開示しました。その後2日間マスコミの取材がありました。それで取材攻勢はほとんど終わってしまいました。

その後は、本当に何があったのか、一つ一つのプロセスを全部ご遺族に説明にあげました。それは現在も続いており、月命日の25日前後には必ずお線香をあげにいくようにしていますし、例えば看護協会の勉強会で医療事故の話をするときには、話す内容を事前にご遺族にお話しするというのを続けてきました。

先ほどのご遺族の言葉が、私にとっては出発点であり、それがずっと今でも続いているのです。その後事故報告書をまとめる中で、「何があったか」「誰がやったか」ということだけでなく、原因はどこにあるかを精一杯解き明かして、対策も作っていきました。

何か手本があってやったわけではありませんが、ちょうど事故の少し前に出た国立大学附属病院長会議の中間報告が参考になりました。事故後の対処として、誠意を持ってご遺族に説明をする、それから警察への届出と記者会見、この3つの説明責任を果たすということが非常に参考になったのです。

新しいサービス - 女性専門外来

開原：先生は新しい診療形態や新しい診療科など、いろいろお作りになっていますね。最近では女性専門外来など、あれなどは非常に患者側のニーズに立ったものと感心しております。

平井：今までの医療サービスは、受療者側から見えない部分や不透明な部分が多すぎて、患者の知りたいことがわからない。先ほどの事故のときも含めて、一番心掛けているのは、医療の透明性

を確保していきたいということです。

女性専門外来の元々の出発点は、一つは、堂本千葉県知事が誕生して、性差に基づく医療を県の衛生行政の一環として取り上げるといった話があったことでした。具体的に何をどうやるかというのは全部任せられましたので、ニーズがどこにあるかを調べるために、私どもが始める少し前に女医外来を開設した鹿児島大学第一内科に見学に行かせていただきました。鹿児島大学でスタートしたとき、たくさんの患者さんが見えになり、それらのほとんどが、既に男性の医師にかかっているものの、説明が十分でなくて納得できないという理由で受診されるということでした。じっくりお話を聞いて、しかも話しやすい雰囲気求められますと、男性医師ではなかなか対応できないわけです。

もう一つは、千葉県の疫学調査をお手伝いして「健康ちば21」を取りまとめた中で、千葉県には女性の乳癌や骨粗しょう症の問題があるということがわかり、私自身が以前から女性の骨粗しょう症を何とか治療にのせたいという気持ちがあったことです。

そこで、病院全体での診療のチームを作り、それから女性専門外来、女医さんの確保というセットでスタートしたところ、いっぺんに予約が入りました。それも更年期前後の40代、50代の方が圧倒的に多いのです。他の病院では更年期は精神的なものだと言われて話を聞いてくれないとか、夫の親の介護でクタクタになって、つらいのだけれども、どこの科に受診したらいいかわからないという方がたくさんお見えになったのです。

そういう意味で、新しいサービスを提供できたと思います。一人ひとりの違いを見極めた「パーソナライズ・メディスン」の入り口かなと思っています。従来の臓器別診療では対応しきれないし、短い時間では十分対応できないケースもあるということです。

うちでスタートしてから急速に普及し、既に全国で5～60ぐらいできました。国立病院でも5、6ヶ所あります。

開原：私が成育医療センターを計画していたときの話ですが、例えば子供のアトピーなどは、患者さんには、皮膚科に行くか小児科に行くかわからない。だから私は「小児科と皮膚科と一緒に診たいんじゃないか」と言いました。それはある程度実現していますが、このように、患者さんの目から現在の診療科をもう一度見直す、また別の診療科の在り方が出てくるのではないかと思ったことがあります。女性専門外来はまさにその典型のような気がします。

1975年千葉大学医学部卒業。
千葉大学医学部付属病院内科医員、
国立柏病院、船橋済世会病院内科
医師を経て、1996年千葉大学医学
部内科学医局長に就く。
1998年現職千葉県立東金病院院長
に就任。
「健康ちば21」策定専門委員会委員
長、経済産業省「先進的情報技術活
用型医療機関等ネットワーク化推進
事業に係る事後評価有識者委員会」
委員などを歴任。医学博士。





ところで、これまでの病院は、地域に閉じた病院が多く、来る患者さんだけを診ていればいいという感じだったのですが、最近ずいぶん変わってきています。先生の病院は積極的にそこを展開されたのではないですか。

地域医療連携 - 薬局、そして診療所と

平井：ブレイクスルーしたのは、院外処方をはじめたことによります。

実は門前薬局が無かったのです。病院から2km以内に薬局が無く、これで本当にできるのかなと思っていたら、薬剤師会の会長さんが「いや、うちは面で受けます」ほとんどの患者さんは掛かり付け薬局を持っています」と言うのです。

東金市は、江戸時代には天領で、すごく栄えていて、昔から古い人達も住んでいる。薬局も、屋号のついた古い薬局が東金市内にはあるのです。そういった薬局に昔から掛かっているとか、家のそばの薬局に行くような体制に元々なっていたのです。薬剤師会でそういうお話があったから、「それならば掛かり付け薬局を中心にやっていきましょう」ということになったわけです。

医療圏全体が面であり、東金病院は単なる点に過ぎない。面の中には診療所という点もあれば調剤薬局という点もある。それぞれの点がお互いに面を支え合おうという発想が生まれ、実際に院外処方をして薬剤師会や診療所を回っているうちに、だんだんそこが見えてきたということで、理念先行というよりは、やってみたところ、地域から教えていただくことがあったわけです。

開原：そのような薬局との連携に加えて、診療所とも連携ができたわけですね。

平井：はい。その当時、私自身どんな理念でやっていったらいいか迷っていたところ、いろいろな方から「診療所の先生の研修支援を入れたら地域医療支援になりますよ」と言われました。救急の患者さんを積極的に受け入れるようになり、診療所から紹介されてきた患者さんを、私共が治療して助けるという局面がだんだん出てきましたので、そういったケースを中心に、4月の終わりから勉強会を開いたのです。そこには診療所の先生が結構来られました。すると「東金病院のお医者さんはこんな人がいて、こんなことをやっている」というのも見えて、診療所の先生も患者さんを紹介しやすくなってきます。最初は比較的病院の近くの先生が多

かったのですが、だんだん広まってきました。

薬剤師会は医薬分業がきっかけでしたが、診療所の方は赴任後1ヶ月後から始めた勉強会からです。最初は全然近寄らない先生もいたと思うのですが、前向きに評価をしてくださった方もいました。院内で勉強会を開いて医師会にFAXで送ると、結構来ていただけるようになりました。

開原：色々な種類の勉強会をなさったのですか。

平井：2本立てでした。「東金イブニングセミナー」と称した薬剤師会との医薬分業を前提にした薬中心の勉強会と、「東金イブニングカンファレンス」という症例検討や新しい治療診断についての勉強会の、2つを同時進行でやりました。

開原：病院の先生方が講師になられたのですか。

平井：最初はそうです。日常診療だけではなかなかスキルアップしないので、皆で集まってディスカッションをしながらやっていくのは、非常にいいと感じています。

何しろCPC(症例病理検討会)が無かった病院で、私が行った年に20年ぶりに感染症死亡例の病理解剖があったので、すぐにそのCPCをすると、院内のドクターが活性化するとともに、地元の先生方との連携が非常に良くなりました。

開原：診療圏の中には、病院は1つしかないのですか。

平井：一回り大きい国保病院が医療圏の北の方にあり、もう一つ、私共の半分ぐらいの規模の病院が医療圏の南のはずれにあります。

開原：そういうところとの連携はお考えなのですか。

平井：診療科がオーバーラップしないようにしています。外科・整形・内科はともかく、例えば脳外科が他の病院にあるとすると、うちは脳外科無しにする、その代わり透析は全部やるというような形で、役割分担ができています。

ただ、両方とも規模がそれほど大きくないものですから、救急車の域外搬送率がすごく高く、時間外にすると20%くらいあります。この3病院では、三次救急の重症は診られません。それで、今、7年後ぐらいを目指して、国保病院と県立病院を統合して、急性期の重症を診られる新しい医療センターを作ろうとしています。県の指導で地元と調整に入っています。そういう意味では、地域医療も再編の時代に入ってきました。

IT技術は院内活性化の手段の一つ

開原：そういう地域の連携を基礎にして、最近の先生の業績には、それを電子カルテ化したということがあります。それは恐らく日本で一番成功した「地域の電子カルテ」の例だと言われています。

平井：初めて千葉大医学部に各講座がインターネットに常時接続できる情報コンセントが2つ設置された平成7、8年頃、医局長になった私は、第二内科でサブネットを構築する提案をして、1年かけて立ち上げました。研究室のスタッフも教授も非常に喜び、これによって私は、インターネットの接続環境がインフラの基盤であるということを強く感じました。

ところがこの病院へ来たら、インターネットの接続が無いどころかパソコンが1台も無い状況で、全く話にならない。そこで、県と接続費用の交渉をして、インターネットに常時接続するとともにサ

医療圏全体が面であり、その面の中に病院、診療所、調剤薬局という点がある。それぞれの点がお互いに面を支え合おうという発想から始まった。診療所・薬局との地域ヒューマンネットワークを基礎として、電子カルテのデータを共有する「わかしお医療ネットワーク」が生まれた。それは「情報の共有」とともに、「技術移転」の基盤でもあった。

ブネットの小さいものをその年の秋頃に立ち上げました。

そのときちょうどCTの更新の時期になったので、皆で話して、12、3台のネットワークで、院内でCT画像をオンラインで見られるようにしたら、それがいろいろなところで好評だったのです。

開原：みんな喜んだでしょうね。

平井：ええ、特に若手のドクターは大喜びで、院内の活性化の一つの手段となりました。そのようにやっていると、次は、例えば検査結果を書いていた伝票をOCRに変える、バーコードで出ればそのまま機械にかければいい、検索も楽になる、検査データもwebで見ればいい、というようになっていくわけです。ステップがどんどん上がっていき、そのうちに、中でやっているだけではもったいないと思うようになったのが、平成12年頃です。

開原：非常に堅実なIT化ですね。何も無かったところに突如高度なシステムを入れると、苦労されるところが多いのですが、先生のところは一步一步積み重ねていったという感じですね。

平井：50年の歴史があるということは、非常にマンネリズムに陥っていて、自己改革のエネルギーが小さくなるのです。それを常にプロモートしていくような環境を作らないといけない。それは病院の中だけでは答が出ず、インターネットの最新情報、例えば診断や治療の情報を見ることで変わっていくということがあるのです。

電子カルテネットワークの構築

開原：そして、平成12年度の経済産業省の補正予算公募事業『先進的IT活用による医療を中心としたネットワーク化推進事業 - 電子カルテを中心とした地域医療情報化 - 』に応募され、採択されたということですね。あれは誰かに勧められたのですか。それとも先生のお考えでやったのですか。

平井：その一步前の段階で、診療所と繋ごうという話がありましたし、タイミングも合って、医師会長と話したその日のうちに是非やるということになりました。また、調剤薬局とは検査データを電子メールの添付文書で送ったりしていましたので、すんなりとやってみようという感じでした。それほどすごいことをやるよとは誰も思っておらず、少しは便利になるかなというくらいの意識でした。

開原：それで「わかしお医療ネットワーク」ができたのですね。

平井：元々は、先ほど申し上げたように、3年近いヒューマンネットワークの構築があり、「患者さんの紹介・逆紹介」、「調剤薬局との医薬分業」という通常の業務の他に、「勉強会」を定期的に行っているという共通の基盤があったわけです。

それともう一つ、この医療圏が千葉県の中で最も医療過疎の地域だということがあります。人口10万人当たりの医師の配置数が、全国が180人ぐらいに対して、ここは89人しかいないのです。

開原：それは何故ですか。

平井：千葉県の場合、昭和40年以降人口が300万人台から600万人に急速に増え、県西部では病院ができたものの、それ以外の地域では医療過疎になってしまったのです。

そういった状況があって、重症の患者さんが充分ケアできない。着任してすぐ、足が真っ黒になった血糖値が1,500くらいの糖尿病患者が担ぎ込まれてきて、聞いたら2年間どこにも掛かってい

ないとのことでした。それから3年経っても同じような患者さんが来る。つまり病院でいくら頑張っても、次から次へと重症が来るだけで、地域のヘルスプロモーションなど何も変わっていないことがわかりました。

ですから医療圏全体の医療を底上げしないと駄目で、例えば糖尿病ならば、インシュリンを打つような患者さんも、専門外来で診ると同時に、同レベルで複数の診療所が診られれば、足が真っ黒になって切断するような患者さんは出てこないわけです。

今までは専門外来でなければ治療ができないと皆が思っていた重症の糖尿病でも、診療所で診ることが大切です。今、糖尿病の患者さんが全国で700万人にも1,000万人にもなろうとしている状況ですから、これからは専門的ノウハウを公開して、糖尿病を診ることのできるお医者さんを増やしていくことが必要です。山武医療圏の糖尿病壊疽(えそ)による足の切断例は人口10万人当たり全国の平均の5倍です。

こうした問題の解決に電子カルテネットワークを活用しました。診療情報が双方向に見られることが絶対必要であり、電子カルテによる「情報の共有」が第一歩です。そしてそれに加えて重要なのが「技術移転」であり、これには「オフラインの勉強会」がすごくポイントになります。

糖尿病に関しては、オフラインの勉強会のときに、済生会中央病院の松岡先生が導入されたSDMというアメリカの診療ガイドラインを勉強しています。定期的な勉強会で勉強して、診療所の先生方へ、従来はうちの外来でしか診ていなかった患者さんを逆紹介して、皆で診ようということです。

だからこの「わかしお医療ネットワーク」は、まさに病院で持っていた専門外来の技術を診療所へ移転する基盤でもあるということです。

「わかしお医療ネットワーク」

開原：「わかしお医療ネットワーク」を整理すると、病院と周辺の21の診療所と21の調剤薬局との間で、オンラインでカルテを共有するシステムができあがっているということですね。そして、東金病院で診療した人を電子カルテに入れると、その患者さんが診療所に行ったときは、東金病院の診療の結果が全部見られる。

平井：画像も含めてです。

開原：診療所でデータを入れると、今度はその患者さんが東金病院に来たときには、それが見られる。薬局についても、東金病院や診療所で院外処方を出すと、薬局の人が処方せんを持ってきた患者さんのカルテを見ることができ、それに従って服薬指導をするということですね。

どうでしょう。そうした新しい情報システムができたから技術移転が可能になったのか、あるいは、無くて可能だったものが、





できたことによって、非常にスムーズになったということですか。

平井：そこが7月の厚生労働省の「平成14年度地域診療情報連携推進事業成果発表会」で発表した際のポイントなのですが、先ほどのオフラインの勉強会はその時点で7回開催しており、全部で

数十人出席しているのですが、ネットワークに参加している診療所は平均参加回数が4回、そうでない診療所は2回なのです。

連携を深めるプロモーション・ツールとして

技術移転という面では、1年ほど前に出た最新の超速効型のインシュリンの勉強会を2回にまとめて実施して、「こういうインシュリンを使ってみたいと思いませんか」と聞くと、ネットワークに参加しているところは「使ってみたい」という回答が過半数になる。

また、1月から6月までの紹介・逆紹介をデータベース化してみると、興味深いことに、紹介も逆紹介もネットワークに参加しているところの方からたくさん来て、こちらからもたくさん返しています。電子カルテネットワークを入れることで医療連携がより緊密になったということ、はっきり数字が示しています。特に逆紹介は半年間で200人以上ありますが、ネットワークに入っている診療所へは入っていない診療所の倍お返ししているのです。

要するに電子カルテネットワークは医療連携をプロモートするツールだということです。

開原：そういうことが実証されているのはすごいことですね。

今後の在宅医療は「病診看」連携で

平井：今回構築したネットワークは、「在宅」も想定しています。山武医療圏では在宅の患者さんに対してチーム医療ができあがっています。診療所の先生が在宅の患者を訪問診療すると共に、民間の訪問看護ステーションがあり、調剤薬局があつて、私共が「365日24時間急変したらいつでも引受けます」という後方支援病院となっています。こういうヒューマンネットワークでやっていました。

今までは診療情報は紙ベースの運用でしたが、今回モバイル端末での運用モデルで動かしてみたら、一番意識改革が見られたのは、病棟の看護師さんと訪問看護ステーションの看護師さんで、そのバリアが一気に無くなり、非常に親近感ができました。病棟のサマリーがいつでもどこでも見られるし、病棟のスタッフはス

「わかしお医療ネットワーク」により、病院の外来と診療所の役割分担が進んで、病院の外来のごった返しが減った反面、精密検査、画像検査により診療単価は上がった。

診療所サイドにとっては、患者が増えるというインセンティブと同時に、診る疾患のレベルが上がることで、臨床家としての向上心が満たされる。

テーションの看護師さんの日々の在宅看護レポートが見られますので。

開原：訪問看護ステーションにも電子カルテの端末があるということですか。また、ステーションは私立なのですか。

平井：私立です。今回初めて端末を3ヶ所に入れました。その他、住民検診をやった際の患者さんを見るということで、保健所にも入っています。

つまり、従来は「病診」連携、それから「医薬」連携だったのが、「病診看」というのでしょうか、看護師さんも入ってくるということで、今後の在宅では、情報基盤が大事だと非常に感じました。

開原：訪問看護ステーションの人達も電子カルテの中へ書き込むことは許されているのですか。

平井：看護師さん専用バージョンがあります。事前に病棟とステーションの看護師さんに集まっていたいて、どういうフォーマットで何を入れるかというのを、徹底的に詰めていただきました。

患者の立場からは

開原：今は医療の供給側のお話をうかがったのですが、これを、患者さんの立場から見ると、どのように見えているのでしょうか。

平井：身近な診療所で掛かれることに加えて、従来できなかったことがITでできるようになったのが重要だと思います。

その一つが、患者さんが調剤薬局でオンライン服薬指導を受けると、非常に満足度が高いということです。従来は処方箋が1枚あり、そこに薬剤名と飲み方が書いてあるだけでしたから、ある日薬が1種類増えても、薬剤師さんにはなぜ薬が増えたかわからない。これが今回から、ドクターが「こういう理由で、この数字がこうなったから、この薬を追加します」というコメントを電子カルテに書いておくと、薬剤師さんと患者さんが一緒に見て、「処方の変更の理由はこうで、検査データもこうだから「ちゃんとこらへんを指導しなければだめだな」となり、従来の服薬指導よりはかなり納得ずくでできるし、患者さんの満足度も高くなる。

例えば、糖尿病の患者さんでは、従来のような服薬指導をしたグループよりも、この電子カルテを使って医師の情報を基に服薬指導をしたグループの方が、結果的に血糖の改善が顕著です。

開原：それはもうデータとして出ているのですか。

平井：出ました。現在論文を投稿中です。やはり患者さんが納得して薬を飲むと、それなりに数字も改善するわけです。

開原：患者さんは、あの診療所に行くと東金病院と繋がった電子カルテがある、しかしこの診療所は無いということは、わかっているのですか。

平井：まだ出していません。一応実証実験は終わった段階なので、今後どのようにそれを出していくかが問題です。

但し、電子カルテだけで患者さんが動くとは思えません。最初の頃は、患者さんと診療所のドクターとの相性と言うか、どの程度親近感を患者が持てるかが重要でした。ただ、私共が「この先生に」という逆紹介をする際に、「電子カルテがあるのでちゃんと見られますから」ということで、安心感を担保するようになっているのは間違いのないと思います。

個人情報問題

開原：もう一つ、患者さんの個人情報のプライバシーの問題がありますね。先ほどの訪問看護ステーションや保健所で自分のデータが見られるようになっていくということは、患者さんは納得しているのですか。

平井：その点は、県立病院だということもあって、最初から県の個人情報審議会で全部議論をいたしました。全部の薬局で全部患者さんの電子カルテが見られるわけではなく、東金病院からある診療所、ある薬局に行く場合には、患者さんが同意した診療所、同意した薬局しか見られないようになっています。患者さんに説明して、「ではここでいいですね」と患者さんの目の前で参照権限を設定して、そのときに同時に書類で同意をいただいています。在宅の場合も同様です。

今回アンケートをとりましたが「いつでもすぐ対応していただけるので安心だ」という回答が多く、「個人情報が漏れるか不安である」という声は、診療所においても調剤薬局でも在宅の場合でも、だいたい2割でした。

開原：無いわけではないのですね。不安がある人は「やはり嫌だ」と拒否される例もありますか。

平井：今までそれで降りたケースはありません。漠然とした不安なんだろうと思います。幸いにして今まで2年近く、データの漏洩等のトラブルは一切ありません。

患者の分散化、しかし単価は上がる

開原：システムができ上がって、東金病院に集まっていた患者さんが分散したというデータは、もうあるのですか。

平井：中核病院の外来はどういうものかということを考えますと、やはり高度医療機器があること、それから、糖尿病であれば療養指導師のような専門の指導スタッフがいること、それらが中核病院の外来であるわけです。

電子カルテネットワーク導入後、精密検査や十分な療養指導をして、状態が落ち着いたら診療所に回すという形がだいぶできて、昨年の4月の月平均外来患者が9,500人だったのが、今年の4月には8,000人を若干切るくらいに減らしました。外来が、すごく返っていたのが相当少なくなり、一人の診察時間を少し十分にかけられるようになりました。逆に説明に時間がかかるケースが増えて、依然として待ち時間を完全には短縮できていないのですが、数的には絞り込みました。その代わり、ここは大変に重要なところなのですが、患者さんは診療所に5ヶ月間行って、6ヶ月目に当院に来ますから、そのときに診療所でできないような精密検査、画像検査を行いますので、診療単価は上がりました。

昨年の4月がレセプト単価が9,000円台の前半で、現在は1万円を少し超えるくらいになりました。トータルでは決して外来収益は増えていませんが、「患者が1,500人減ったから売上がガクンと減った」ということはなく、要するに外来で診る質が変わったわけです。

ただ、大病院志向の意識を多くの患者さんがまだお持ちで、「診療所には絶対に行きたくない」と病院から離れたがらない人もい

るのですが、併診制、つまり「普段かかっている診療所の主治医と、定期検査もしくは急変したときにいつでも診る病院の主治医の2人がいる」というスタイルが少しずつ定着してきました。これが、電子カルテネットワークの一番の成果ではないかと思っています。

開原：普通の病院は、外来患者が減ると経営が危くなるということで、必死になって外来患者を増やそうとする傾向がありますが、先生のところは、減っても単価が上がるから経営的にはマイナスではないということですね。

平井：極端に言うともうそういうことです。少しは減るかも知れませんが、大体ある程度の幅の中に入る。むしろそこに、診療所との役割分担ができています。診療所と同じ外来を中核病院がやる時代は終わりではないか、ということだと思います。

厚生労働省の「医療提供体制の改革のビジョン案（平成15年4月30日）」でも、中核病院の外来の役割と診療所の役割とをはっきり分けていくということが出されていますね。

開原：しかし患者さんは、実際には決して役割分担の通りには動いてくれません。過去のデータを見ても、大病院に外来患者がどんどん集まるということは、見事なカーブができています。それを少しでも逆行させられたというのは、すごいことですし、今までそうした例は無いのではないのでしょうか。

平井：電子カルテネットワークが無いと、「あの先生はいい先生だから」としか言いようがないのです。やはり「こういう仕掛けで、こうやっています」と言うことはかなり大事ですね。

開原：診療所の方も患者が増えて喜んでおられるのですか。

平井：特に専門外来の比較的単価の高かった患者さんが診療所にかかるようになり、喜んでいでしょう。もう一つは、従来単なる軽症のプライマリケアだけだったのが、もうちょっとレベルの高い患者が診られるということで、いわゆる臨床家としての向上心に訴えかけるようなところがあって、彼等のやる気がもう一つ出てくるという側面があるのではないかと思います。特に技術移転については、インセンティブの面とそれから学問的な満足感の2つが同時に無いとなかなかできません。

初期投資分には援助が必要

開原：「わかしお医療ネットワーク」のようなものを運営していくのは、かなりお金がかかると思うのですが、他の地域が真似をしてやろうと思ったとき、その費用はどう考えたらいいのでしょうか。

平井：初期投資とランニングコストの2つがありますが、初期投資の部分で、なかなか思い切れないところが大きいのではないかと思います。やはりこの部分に関しては何らかのサポートが今後とも必要なのではないかと思います。これは実感です。

ランニングコストの方は、今後提供するサービスにもよるでしょ



う。例えば女性専門外来では、30分に1人ですと1日に何人も診られないので、従来の診療報酬体系でいけるかどうか分かりません。電子カルテネットワークについて見れば、今後これらのシステムの評価が定まって、診療報酬上の対応がなされれば、ランニングコストもそれなりにいけるようになるかもしれませんが。

開原：開業医の先生方で、今から先生のところのシステムを入れたいという希望を持たれる方は出てきているのですか。

平井：先ほど申し上げたような具体的な逆紹介の数のデータが出ると、やはり出てきます。

だからこれが逆紹介の推進ツールだということが広く評価されるようになると、ブレイクアウトするのではないかと思います。

開原：そうすると自分でお金を払ってでもシステムを入れたいということになるわけですね。そうなってくれば本物ですね。

平井：今まで、電子カルテネットワークと言われてもピンとこなかった方がほとんどだと思うのですが、病診連携がより緊密になるといことは、診療所の側にとっては、患者が回ってくることであるということになれば、状況が変わるのではないかと思います。受療者側の視点も必要なのですが、あるシステムが広がるかどうかというのは、医療提供側にも何らかの魅力がそこにはないといけなわけです。その意味で一つの方向性を示せたのではないかと思います。

病院群による研修指定の取得

開原：先生は、これからの医師の教育や研修ということについても、大変ご関心をお持ちだと思うのですが、先生の病院は研修指定病院となっているのですか。

平井：うちはまだ研修指定は取っていません。しかし、先ほど申し上げたように、千葉県は大変医師が少なく、県全体で3,000人医師が足りないのです。人口600万人に対して医科大学が千葉大学1つしか無く、年間100人しか卒業生が出ない。ただ千葉大学には、全国からいろいろな研修医の人が集まってきて、私が医局長でいたときでも年間170人が千葉大の附属病院に研修で入っていました。国保旭中央病院(千葉県旭市)やいくつかの病院でも研修医を集めており、総合すると年間250人ぐらいは研修医を育てると思います。しかしそれでも足りない。そこで、2年前からワーキングチームを作り、特に昨年の夏からは、厚生労働省のワーキンググループの一員をされている梅田健康福祉部長をトップに

したプロジェクトチームを作って、8つの県立病院による病院群で申請しようということにしました。

私共地域病院とセンター病院がセットになった形でローテーションを組んで、単年度で32名の研修医を育てる。千葉大では、単年度でたすきがけ方式ですが100人ぐらいは育てる。あと県下の研修病院がお互いに手を携えて、最終的に年間300人ぐらいは研修医を育てたいと思っています。

地域に根付いた医師を育てたい

今後の自治体立病院の役目は、もし単独で管理型の研修病院になれなければ、医療圏をまたがっていいから、公立病院同士でチームを作って、病院群でやるということです。

そして、大事なのは、大学病院あるいは大病院の中だけで研修すると地域が見えないということです。厚生労働省は地域保健、地域医療の両方を1ヶ月でやりなさいと言ったのですが、私共はそうせずに、保健所での研修を中心とした地域保健に1ヶ月、地域病院と診療所での研修に1ヶ月時間をかけて、地域に根ざした医師を育てるということを前面に出しました。

開原：若い間にそういう視点を作らないと駄目ですね。

平井：山武医療圏の場合、研修協力施設には、診療所を含めて5つの医師会の医療機関に入っていました。その診療所の先生の往診に付いて回ってもらう。もちろん救急や中核病院のプライマリケアの徹底的なトレーニングもありますが、医療の原点をそういったところで学んでいただければと思うのです。

病院の勤務医よりも診療所の先生の中には医師として力量が優れている方もいらっしゃるわけで、それはそこで研修することで初めてわかる。それを早いうちから知れば、医療連携の基盤は自然にできるのではないかと、いうことを目指しているのです。

開原：確かに、どこで最初に医療を知るかは、その後の価値観に大きな影響を与えますね。その意味で、地域で若いお医者さんを育てるのは本当にいいことです。しかし、研修医が後で困るのは、せっかくそこで育てても、その後のフォローがなされない点で、結局就職のためにまた大学に戻ってしまう。だから、県の中で育てた研修医を、県立病院の中で地位を与えろとか、そうしたことをやらないと、本当の意味で育たないかもしれませんね。

平井：おっしゃるとおりです。だから医療改革は医師の育成システムの改革からしか生まれないのではないかと考えています。現在千葉県立病院群で2年の初期研修後のレジデント制度の導入にむけて準備をすすめています。

開原：大学だけの価値観で医療が行われるのは良くないと思います。もう一つ別の、地域に根ざした医療の価値観が、先生のようない病院から育っていけば、本当の意味での病院のパラダイムシフトになるのではないかと思います。

本日はどうもありがとうございました。

医療ネットワークの構築には、初期投資部分に今後とも何らかのサポートが求められよう。地域に根ざした医師を研修医から育てるべき。医療改革は医師の育成システムの中からしか生まれえない。

本対談に関するご質問、ご意見を付けております。ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)
FAX番号: 03-5309-9882

いただいたご質問・ご意見は、対談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)