

## 戦略なき日本の電子カルテ事情

2004年12月26日、スマトラ沖地震とそれに伴うインド洋大津波でインド洋沿岸地域は甚大な被害を被った。私は、前職の勤務医時代に救援隊長として、タイ・インドネシアの被災地に入ったが、この時、現地のカウンターパートとしてバンコク総合病院グループの支援を受けた。被災地での救援活動が一段落した後、バンコク総合病院に挨拶に伺った時、病院のシステムの紹介を受け、私は衝撃を受けずにはおれなかったのを思い出す。バンコク総合病院グループは、タイ国内に十数病院を展開するタイ最大の病院グループであるが、全ての病院の全ての診療情報は電子化され、ネットワークを通じてリアルタイムに本部に集約されていた。この集約される情報の中身であるが、診療報酬はもちろん、人件費、材料費までが含まれ、日毎損益が毎深夜0時には集計されるというのである。このシステム構築に使われていたのは、新医療

2008年5月号で近藤泰三先生から紹介されていたMed-Trackであり、人事管理はPeopleSoftであった。国際会計基準にのっとり四半期決算を行っているこのグループでは、決算時に全てのグループ病院の幹部が集まる会議が招集されるものの、そこで交わされる議題は決算報告ではない。決算情報は本部で日毎に集計されており、報告などする必要はなく次の四半期に向けた対策が議論されるのである。バンコク総合病院では、診療情報の電子化は、迅速な現況把握と次期の意思決定のために導入されていたのである。

一方、私の前職は、日本の最大の私的病院グループであったが、電子カルテの導入

意欲は旺盛なものの各病院で選択される電子カルテは統一されておらず、もちろん各病院間のネットワークは存在しないために手作業で各病院から月毎の損益情報が本部に報告され、その情報を本部職員が不眠不休で集計し、毎月の会議に間に合わせるというものであった。（2005年10月当時）

電子化された診療情報をどう活かすかという点で、遅れているのは私の前職の病院グループだけではない。済生会や労災病院といった、あるいは国立病院という日本の公的・半公的な病院グループが、グループ全体の診療の質の担保に、あるいは損益管理に電子化された診療情報を集約して活用しているということを私は寡聞にして知らない。こうした戦略なき電子化がe-JAPANを宣言している日本の医療の姿というのは辛口すぎであろうか。

## 電子カルテを何ゆえ導入するのか

電子化加算や画像管理加算など診療報酬上のわずかな収入はあっても診療情報の電子化は、基本的には増収のツールではなく、人件費を含めたコストカットのためのツールであることに異論はないものと思われる。しかしながら私が身近に見聞きした電子カルテ導入事例は笑えない例が多数であった。数年前に電子カルテを導入した近隣の大病院から「電子カルテ導入に伴い、単位時間当たりの診療患者数が制限されるために大量の逆紹介の必要がありこの受け入れをお願いしたい」という申し出があった。増収が図れないどころか電子カルテを導入することで減収になってしまうのである。また、電子化に伴って事務作業が効率化され、事務作業に関わる人件費が削減された例も耳

にしない。かつて私が勤務した大病院では、オーダーリングシステム導入に伴ってサーバーの保守要員を新たに雇用し、人件費は増大した。また、他の病院では、システムの習熟のためと称して莫大な時間外手当が発生した。増収にならないばかりか減収にもなりかねないツール、莫大な初期投資に加え保守等のランニングコストも発生し、それに見合う人件費削減に繋がらないツールを何ゆえ導入しようというのであろうか。**厚労省が描いた電子カルテ像は実現されていない**

平成 13 年、厚労省は「保険医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」を発表し、その中で電子カルテの導入によりカルテ保管スペースが縮小され、医薬品や医療材料の低コスト化が図られ経営改善に貢献することが期待されると述べた。平成

18 年までに電子カルテを 400 床以上の病院の 6 割以上、全診療所の 6 割以上に導入することを目標とするとグランドデザインで述べられ、これを実現するために平成

14 年度には 188 億円もの電子カルテ導入に対する補助金が交付された。この補助金に群がる形で日本の電子カルテ普及に弾みがついたものの、普及とともに皮肉にも電子カルテを導入しても人件費や材料費等のコストカットには電子カルテが寄与しないことが明らかになってしまったのである。では、何ゆえ、厚労省の目論見どおりに電子カルテは機能しなかったのであろうか。グランドデザインの中で、電子カルテ導入は単に診療録の電子化や診療の効率化を図るものではなく、医療機関同士の情報の共有化、患者への情報提供の容易化や容易な情報の集積を通じて、日本の医療の質の向

上に寄与するためのものであると述べられている。情報の集積によって日本におけるエビデンスの構築を目指すと言われているのである。しかしながら、現行の電子カルテシステムは、医療機関同士の情報のやり取りや電子カルテを利用した診療情報データベースの構築を実現できる設計となっていない。188 億円もの巨費は個別病院の電子カルテ導入は補助したものの、総体としての日本の医療の質を高めるためには寄与しなかったのである。

### **鹿屋ハートセンターが目指した診療の電子化**

鹿屋ハートセンターは、平成 18 年に開設された有床診療所である。新設医療機関であるため電子化を念頭においた施設設計を行った。

わずか 3 平米のサーバー室に画像サーバー（GE 社製 XI<sub>2</sub>）を置き、インターネット利用型（ASP型）のレセコン一体型電子カルテ（セコム医療システム）をこの画像サーバーと接続することで、ほぼ完全なペーパーレス、フィルムレス環境を実現させた。このためカルテ倉庫、フィルム倉庫は設置されておらず、グランドデザインに述べられているような省スペース化が実現可能であった。また、開設よりの電子化を前提とした事務スタッフの人数設計を行うことで、既設医療機関とは異なり電子化後の人員整理の必要性は生じなかった。こうした省スペース、最小の人員構成の構築のみならず、やはりASP型の物流システムを接続することにより一つのネットワーク内で画像ネットワーク、電子カルテ、オーダーリング、医事会計、医療材料や医薬品の物流に到るまでのマルチベンダーの総合ネットワークを

構築した。

しかしながらこうした効率化は、鹿屋ハートセンターが目指した本質的なものではない。鹿屋ハートセンターがASP型の電子カルテを導入したのは、グランドデザインに示された、患者への情報提供の容易化、医療機関同士の情報交換の容易化、グランドデザインに描かれたガイドラインや

EBMのためのデータベースへの診療情報の提供を実現するにはインターネットに接続された電子カルテ以外の形態はありえないと考えたからである。インターネットに接続された鹿屋ハートセンターの電子カルテから参照される情報の全てはインターネットを介して院外に提供可能である。しかしながら、現行の多くの他医療機関の電子カルテはインターネットに接続されていないため、また、院外への情報提供のための法整備がなされていないために全く活用できていない。グランドデザインに描かれた情報の共有化が実現され、それが個別医療機関の利益に資するとともに国内の医療総体の質の向上に資するのであれば医療機関の電子化が飛躍的に進むと考えるのは私だけであろうか。

#### 鹿屋ハートセンターの電子カルテ導入コストの妥当性から考えた、今後電子カルテを導入する施設への考え方

冠動脈のカテーテル治療を主業務とする鹿屋ハートセンターでは、冠動脈造影といった動画情報も画像サーバーに残すためにこの部分だけで初期投資は巨額となり一千数百万を要した。このため電子カルテの初期費用と併せ初期投資は約一千五百万であった。この五分の一を仮に年間のコストとすると、これにASP型のシステムの利用

料金を加えると年間の経費は約五百万円であり、鹿屋ハートセンターの年間収入に占める比率は約1%であった。この1%は、新設医療機関である鹿屋ハートセンターにとっては省スペース化や低コスト化で相殺される範囲内であり、導入コストは妥当であったと考えている。また、効率化を実現できたのは全てのシステムが一つのネットワークで完結するマルチベンダーシステムであったことが主因である。

医療機関の電子化にあたっては、電子カルテ導入で得られる効率化（それはさほど大きくない）と自院の収益構造のバランスで投資額を決定するのが肝要と思われる。また、マルチベンダーシステムとしての設計がなされていないならば効率化は図れず、電子カルテの導入は逆にコスト増にもなりかねないように思われる。グランドデザインに示された診療情報の共有化が国の求める電子カルテの本質的な目的であるとするれば、電子カルテメーカーの開発の方向性も共有化を目指したものであるべきと思われる。また医療機関にとっても電子カルテ選定にあたっては、この方向性を考慮すべきと考える。

平成20年現在、グランドデザインで示された工程表の多くは未達である。これは、厚労省の法整備の遅れ、電子カルテメーカーの開発の方向性の問題、医療機関の電子化の方向性への無理解が原因のように思われる。日本の総体としての医療の質の向上というキーワード抜きの電子化は、電子カルテを高価な玩具の域に留まらせかねない。電子カルテの普及には改めてグランドデザインに示された方向性の下に三者が結束して努力してゆくことが望まれる。