

地域の医療・介護・福祉提供体制から見た EHR/PHR実装と広域連携

新潟県厚生連佐渡総合病院病院長
佐渡地域医療連携推進協議会理事
佐藤賢治

地域医療・介護・福祉におけるICT実装の論点

現状の問題点と実装の必要性の認識

地域連携システム(EHR)に求められる要件

広域連携の意義と有用性

EHR実装推進の要件・体制: 指針の策定、支援策の提示

個人情報参照(PHR)の意義と可能性

医療・介護の問題

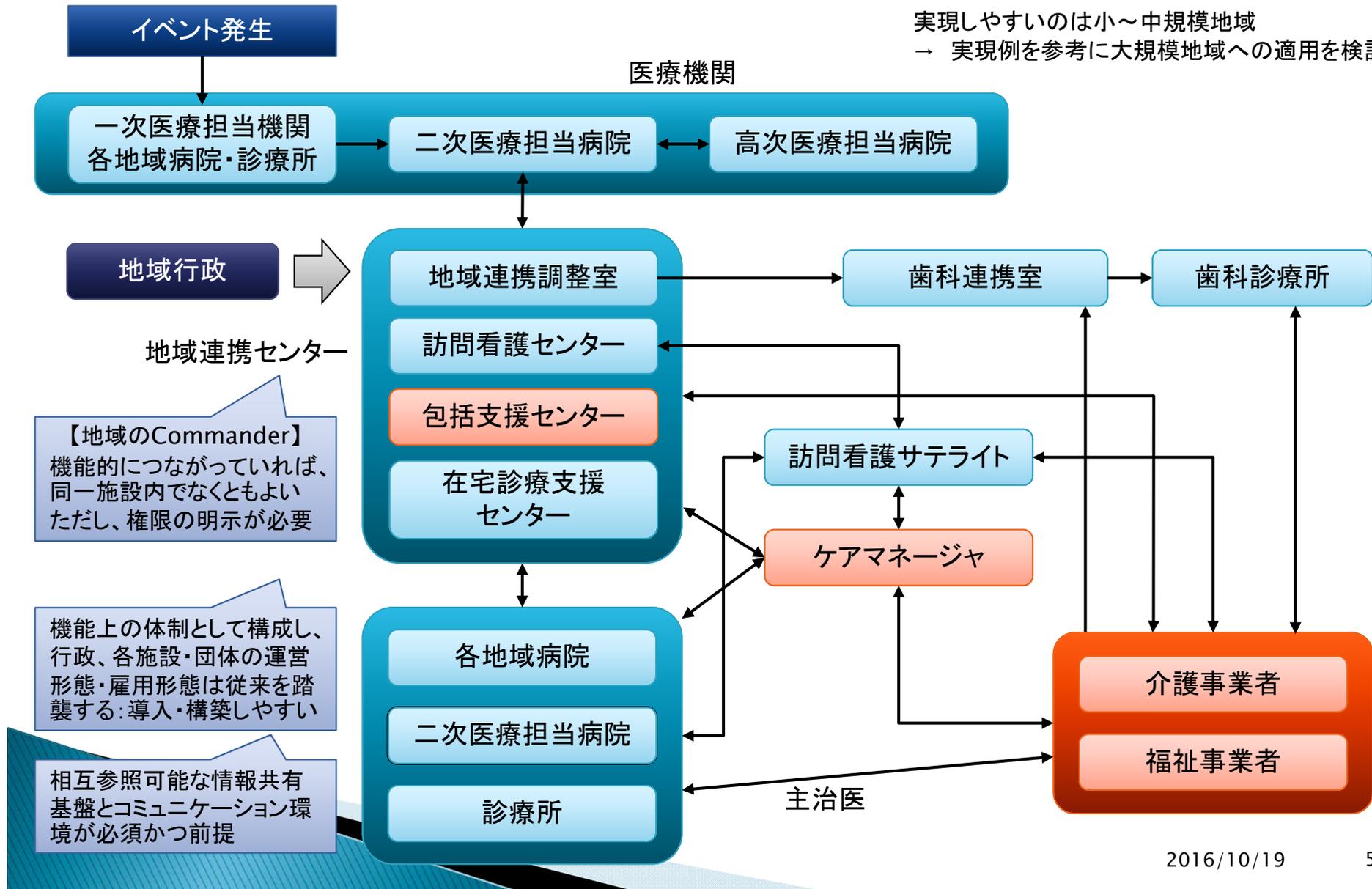
- ▶ “事後”への対応に終始：予防的・早期介入を実践しにくい現実
 - 具合が悪くなってからのサービス提供
 - ・ 診療報酬・介護報酬体系
 - ・ 予防・早期介入への理解と資源確保がまったく不十分
 - 健康診断：要精査と判定された者の受診率が低い、把握されていない
 - 入院中の指導・リハビリが退院後に継続されない：要介護度の悪化、再入院を抑止できない
- ▶ 業務過剰による離職と都市部集中、増える情報を共有する暇がない
 - 医療の高度化と高度医療への要求、過剰な安全管理対策、高齢者の急増、事務業務の持続的増加、組織内外会議の増加、研修要求 ……
 - 業務量に見合う資源を確保できない組織は存続できない；とくに地方
 - ・ 多くの業務を兼任→責任負担の増加→離職・人材確保困難→悪循環→運営継続困難→破綻
- ▶ 機能分担による分断：協働から遠ざかる現状
 - 専門特化の先鋭化：ヒトの心理（危機・負担の回避）と相乗
 - ・ 「内科医」がいなくなった：専門医を集めないと機能できない、集まらない病院では専門医は働けない
 - ・ 随所に専任・資格が求められる：各種診療報酬加算、安全管理など：体制が揃わない病院には人は来ない
 - 都市部大病院の施設完結型指向：ムダな競争原理、都市部の職員需要の増大、むしろ機能の重複
 - 地方では分担するための提供体制が減少：診療所・病院がなくなる→残った病院も破綻する
- ▶ 旧態依然とした組織運営
 - 収益一辺倒、組織完結の経営モデル
 - 多施設・他職種連携の重要性を謳うものの、行政など第3者に依存・転嫁する

医療・介護・福祉統合提供体制の必然

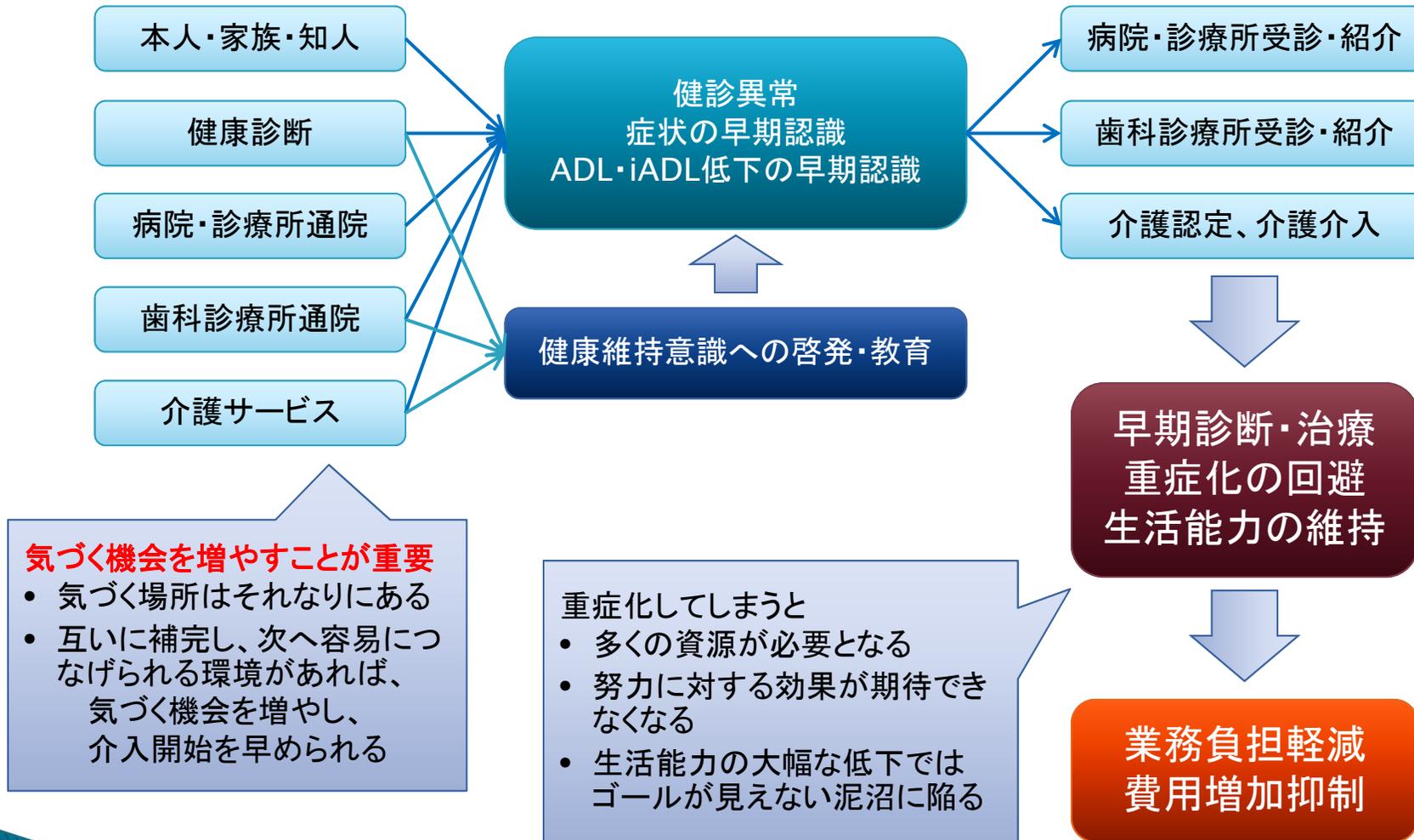
- ▶ 介護サービスを受けているほとんどが医療を受けている患者
- ▶ 行政・医療・介護・福祉すべては**住民の生活の維持が目的**
- ▶ 住民の時間軸に行政・医療・介護・福祉が関わっているのであり、提供側の時間軸ではないはず
- ▶ 住民情報の容易な共有を前提に、都度必要なサービスを他のサービスと**協働**しながら提供すべき
- ▶ **協働には“交わった”機能分担が必要**、分断された機能分担では「後は任せた」にしかならず、協働機能から遠ざかる
- ▶ 分断されない機能分担は競争力・収益の確保にも有効
- ▶ 予防的・早期介入は、効率・効果に十分期待でき、総業務量削減、費用圧縮、従事者の達成感向上をもたらし得るが、**介入機会を増やす**必要がある
- ▶ **協働をコントロールするのは誰か？**が最大の課題
 - 住民自体が各サービスを理解し、自分に関わる提供者をコントロールしていくのが理想だが・・・
 - 行政？ 中核病院？ 医師会？ ケアマネ？ 主治医？
地域医療支援センター？ 中央包括支援センター？ 在宅診療支援センター？

医療・介護・福祉統合提供体制モデル

実現しやすいのは小～中規模地域
 → 実現例を参考に大規模地域への適用を検討



予防的・早期介入

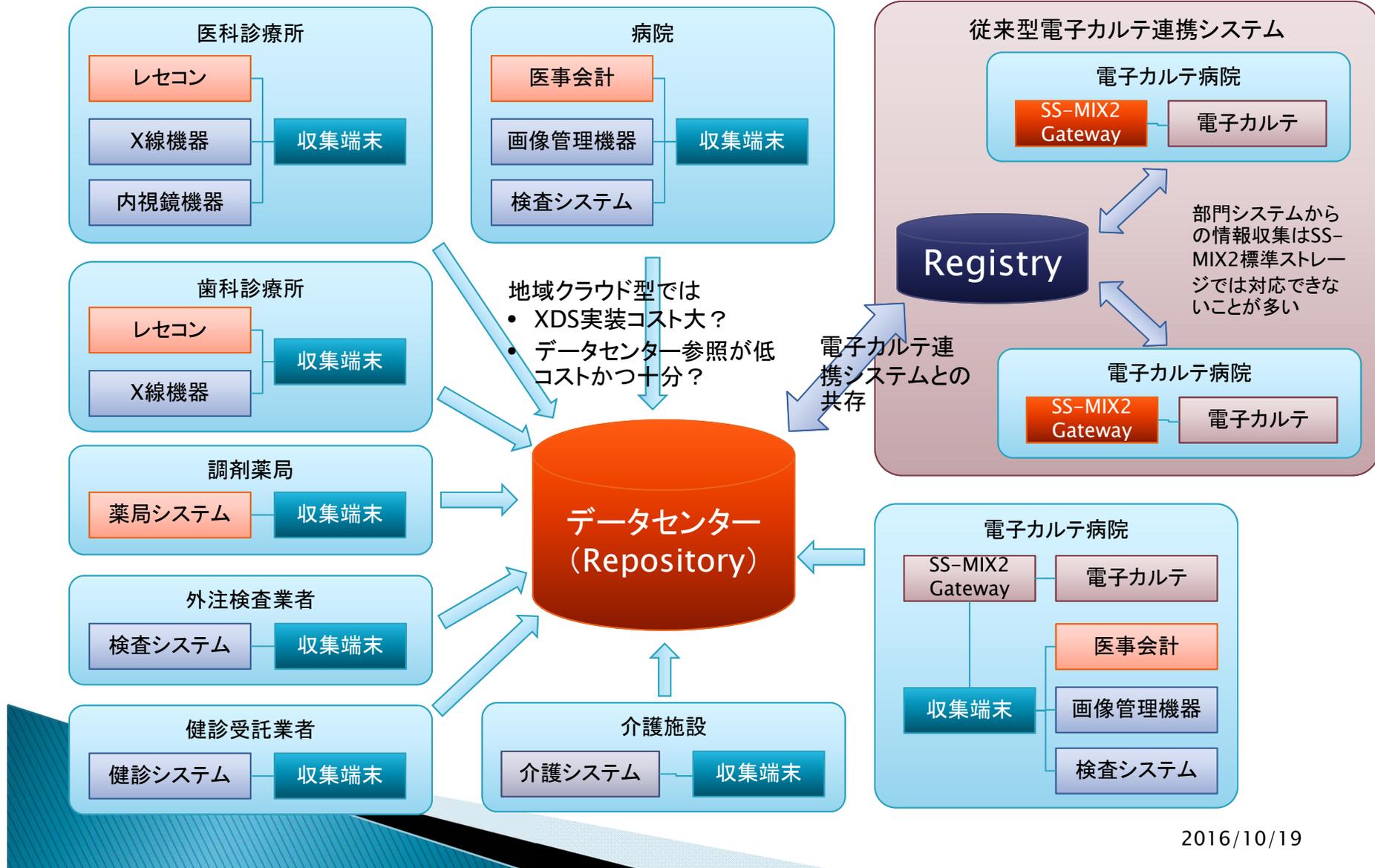


地域連携システム(EHR)に求められる要件

- ▶ 地域網羅性
 - 対象地域の住民全員が情報共有同意対象
 - 地域のすべての医療・介護・福祉施設が情報を提供・参照
- ▶ 継続性
 - 運用体制の確立
 - 継続性は機能に優先する:必要な機能を協議できる体制
 - 人手がかからない仕組み:自動化
 - 財源の確保
- ▶ 協働ツールとの位置づけ
 - 関係者間で十分なコミュニケーションがとれる:ただし、機能<機会
 - 必要な人が必要な情報を取得できる権限設定
- ▶ データの二次利用対応:EHRの重要な価値
 - 集計・解析環境がある、または第3者に委託できる条件が整っている
 - 第3者へデータまたは解析結果を提供できる条件が整っている
- ▶ 広域連携対応
 - 地域連携システム間接続により、相互参照が可能

電子カルテに頼らない情報収集例

施設側にリポジトリを置くと24時間稼働が必要→クラウド型が実装しやすい



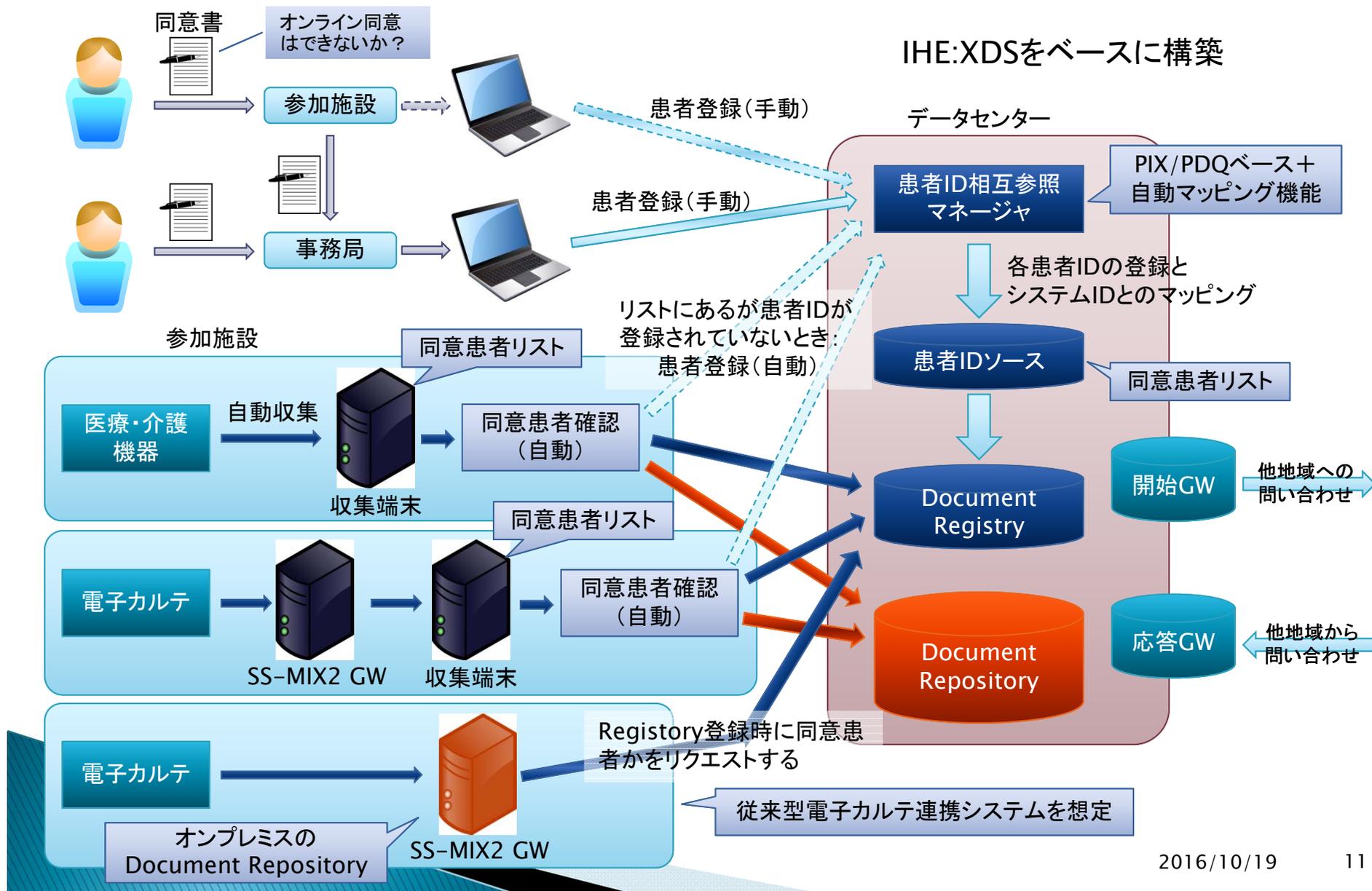
広域連携の必要性・有用性

- ▶ 地域内では完結できない医療・介護・福祉提供
 - 他地域への紹介、他地域からの逆紹介
 - 引越など居住地の変更、業務・旅行など居住地以外でのイベント発生
 - 他地域との境界領域に居住する住民への対応；中核病院は地域の中央に位置するとは限らない
- ▶ 蓄積されるデータの二次利用：民間の参加が重要
 - 医療・介護・福祉行政計画のエビデンスと実践後評価
 - 医薬品・医療機器の効果・副作用情報の高精度な収集
 - 医薬品・医療機器・介護機器等の開発・改良の根拠
 - 資源を割くべき疾病・病態・要支援状態の実態把握
 - 難病、支援困難な生活状態の実態把握と対応策検討
 - 地域格差：不足・過剰の実態把握と対応策検討
 - 資源（ヒト、薬剤、機材）の動的配置の検討
 - 公費を投入・投資すべき領域の抽出：連携システム導入の根拠へ
- ▶ EHRの意義・価値の拡大
 - 広域であるほど提供体制と国民への利便性は向上するが、これに対する費用対効果の評価は困難
 - データの二次利用からは広域ほど価値は高くなり、導入費用を上回る効果を得られる可能性が高い

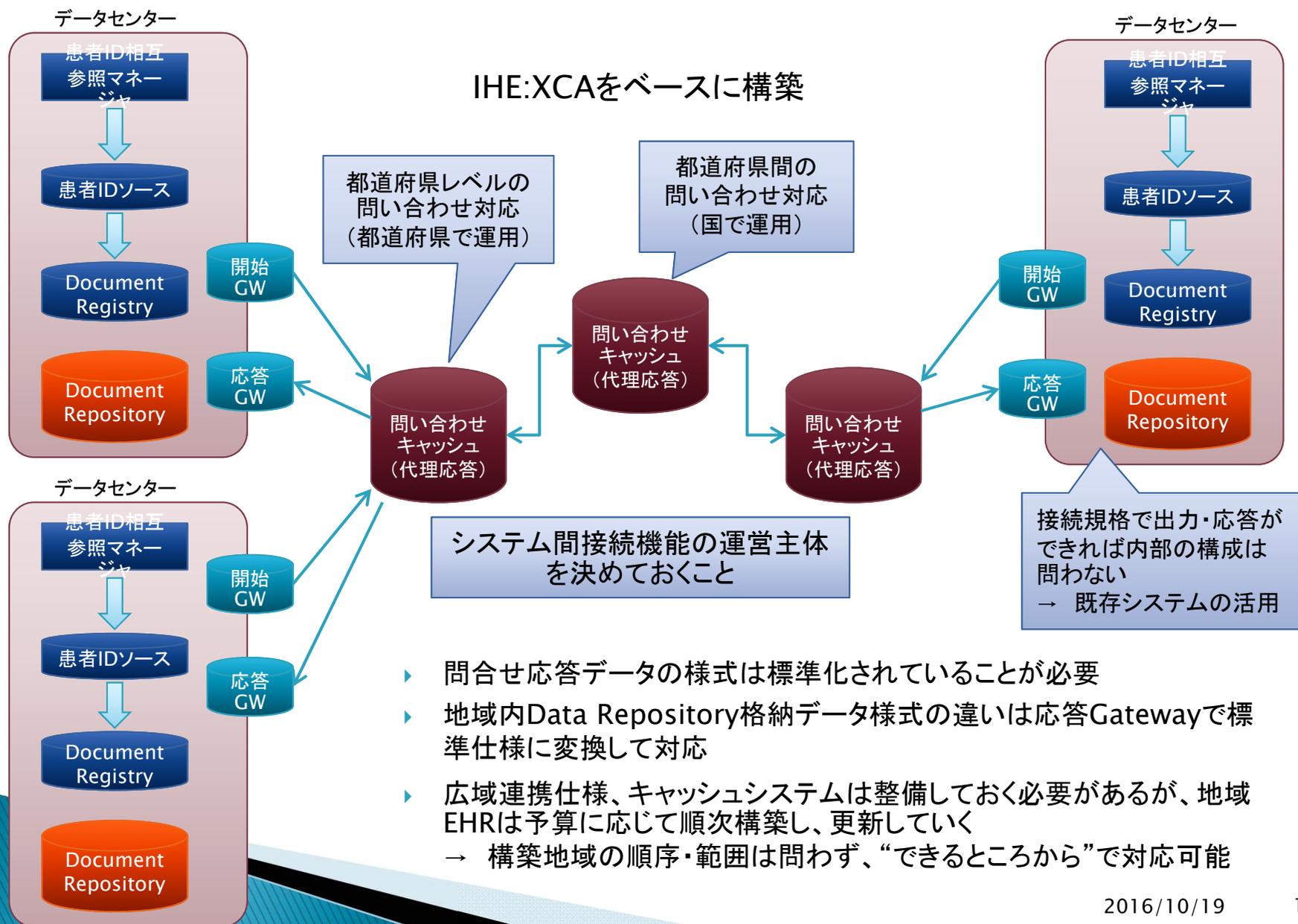
EHRシステム普及に向けた整備

- ▶ 機能する協議体を確立するための指針:有効な協議体は導入・運用の必須条件
 - 他職種による構成、意志決定プロセスと権限が明確
 - 現場と構築ベンダー・保守業者との調整機能
- ▶ 標準規格の策定:コスト軽減、短期間での導入、広域展開
 - EHR標準システム仕様
 - 電子カルテを前提としない情報収集方法:情報源機器からのデータ出力様式、データ格納方法
 - 名寄せ方法、格納データ参照方法
 - 機能拡張性を持つ構成
 - 開発費・保守費用の軽減
 - 資源を機能付加による製品差別化に向けられる余裕
 - システム間接続規格(既存システムとの接続方法含む):広域連携への発展
 - 個人同意基準
 - 個人情報取扱い規約ひな型、個人同意取得指針(個人デバイスによるオンライン申込含む)
- ▶ データ二次利用指針:EHR導入の根幹的意義の一つ
 - データ解析環境の組み込み標準化、または第3者への委託を可能とする条件整備
 - データまたは解析結果を第3者に提供できる範囲・条件の整備
- ▶ 財源確保
 - 公費による導入支援を行いやすくする:工期・コストの軽減
 - 地域自治体(社会インフラとして)+参加施設の利用料(当事者として)+住民負担(受益者として)
 - 住民負担はEHRシステム参加を施設基準とした診療報酬・介護報酬への転嫁が現実的

EHR標準システムの構成案：患者登録と情報格納



広域連携としてのEHRシステム間接続構成案



EHRシステム導入支援

- ▶ 必要情報・研修機会の提供：地域の中心となる担当者・団体向け
 - 標準規格・指針の説明
 - 導入・運用の実績例、ノウハウ、アドバイザー・コンサルタント利用
 - 運営主体設立のアイデア、法人化手続き
 - 財源確保手段の提示
- ▶ アドバイザー・コンサルタント養成
 - 上記研修内容に対応できることを条件とした養成制度策定
 - 制度に基づき、民間に養成環境を委ねる
 - 養成修了者・団体に「認定」を発行して登録、公開
- ▶ 開発技術の蓄積と利用
 - パッケージ・ソフトウェアモジュール・プラットフォームの登録と公開（一覧、機能概要）
 - 導入事例（体制、機能、運用など）を登録、公開
- ▶ 講演会・説明会の開催
 - 標準規格、各種指針の説明
 - 導入事例、構築ベンダーの紹介
- ▶ これまでの内容を実践する公的組織の設立を；法人化組織が現実的

PHRシステムの意義と可能性

- ▶ PHR: 国民が自身の医療・健康情報を参照できるシステム
 - お薬手帳、検査結果ファイル、健康診断結果ファイル、利用介護サービス、母子手帳、血圧手帳などが一つにまとめられているイメージ
 - 医療・介護サービスの早期介入機会を国民自身が作る: 本来の目的
- ▶ 自身による参照以外の効果
 - 自身の情報を医療機関・介護サービス提供事業者に提示する
 - EHRシステムがない地域、EHR間接続がなされていない地域でとくに有用
 - 自身の情報を別居している家族が参照する
- ▶ 実装方法: EHRシステムへのアドオン機能
 - 構築・運用費用を抑えられる
 - EHRデータの参照が容易
 - EHRシステムの広域接続により、PHR情報も広域から取得可能
 - EHR以外の情報を参照する仕組みが別途必要: 民間サービスもあり
- ▶ 本来機能以外の効果
 - iOS・Android 向けクライアントアプリケーション: 付加機能による差別化など、民間ビジネスへの展開
 - EHR同意への動機付け: EHRへのオンライン同意機能が望ましい
 - 同意住民の増加によるEHRシステムの意義・価値が向上

PHRシステムの構成案

