

- 微量アルブミン尿の検査の回数が月 1 回から年 3 回に減ったのは、検査の回数を減らしても予後が変わらないというエビデンスがあるからである。同様に HbA1c の検査も 3 ヶ月に 1 回でも半年に 1 回でも予後が変わらないというデータもある。現在、マネージドケアは検査の数を減らすという方向性にあり、検査の回数はコントロールされているかどうかの指標にならないという議論に変わりつつある。日本で検査の数についての研究を行なうことは、アメリカでは行なわなくなっているのより大事であり、拙速に結果を求めることは良くない。
- 透析機器の性能が良くなり透析の技術が上がったため、透析患者の死亡率が下がったということが透析患者の増加原因でもある。海外では機器のメンテナンスが悪いため、日本ほど透析の技術は向上していない。

連携パスについて平井愛山分担研究者より以下の意見が述べられた。

- SDM 研究会で糖尿病の連携パスが完成し、北海道から九州まで 6 箇所までこれを導入する研究が始まっている。中核病院が複数ある大都市型のモデルや、中核施設が 1 つで残りは非専門医のクリニックである東金や香川のようなモデルなど、様々なタイプの地域で研究を行なう。連携パスは二次医療圏の医療提供体制に応じて複数のモデル(2 つないしは 3 つ)ができてくるかもしれない。このモデルができれば、連携パスを医療圏単位でどう作るかということが見えてくるだろう。囲い込みではなく、地域の限られた医療資源をどう上手く使って最大のパフォーマンスを上げるかということが重要である。SDM 研究会での研究はこちらの研究班でもフィードバックして、次年度の展開の指針にもなると思われるが、おそらく連携パスのモデルは 1 つのパターンにはならないと思う。

(標準化・セキュリティ分科会)

木村通男分担研究者より標準化・セキュリティ分科会の研究として、日本版 EHR に関するアンケートの提案が「日本版 EHR アンケート」を参照しながら行なわれた。

- 標準化については目処がついてきた。前年度の報告書では情報が動くことを国民がどう感じているのかを調べる必要があるということを書いたが、今年度はそのアンケートを行なおうと考えている。日本版 EHR アンケートの素案を作成したので、参照していただきたい。このアンケートは医療とは必ずしも関係ない一般の人に対して、街頭あるいは訪問という形式で行ないたい。
- アンケートについて順に説明したい。アンケート結果を誘導したと思われないう、特に説明はせず年齢、性別を聞くところから始める。設問 2 と設問 3 で健常であるか、少し病院・

診療所にかかっているのか、慢性的に病院・診療所にかかっているのかを聞く。秋山昌範分担研究者が述べておられた都市型、田園型の違いは大事なので、この部分に地域の病院の数や通院の時間等を聞く設問を追加したい。設問4は誘導する質問になる可能性があるので後ろの方に持って行く。設問4の項目は福岡市医師会の連携のプロジェクトでアンケート調査を行なったときの質問項目である。設問5は病人であるかそうでないかで、相当意見は違ってくるだろう。設問8～10では「あなたの診療情報があなたを特定できない」場合という条件で、設問5～7と同じ内容のことを聞く。設問11以降は個人的な興味の質問である。何か聞きたいことがあれば、言っていただければこちらに入れることができる。このアンケートの粗い集計は11月に出したいと思う。

- 面白い結果が出ればマスコミで発表したい。何百から千何百くらいの回答を集めたい。アンケートは静岡県で行なう。静岡県は地方と都市が混ざった平均的な場所で、マーケティング調査で使われることも多い。

出席の各分担研究者・研究協力者より、アンケートの素案について次のような提案があった。

- 通院手段は自家用車か公共の交通機関かを聞いた方が良い。
- 設問5～7は「あなたの診療のためならば、あなたに断らずに」という文言を付け加えた方が良い。
- 「オンラインで自分のデータを見たいですか」という質問項目を追加したらどうだろうか。
- 設問5以降では機関別で質問をしているが、医師、看護師といった職種別での意識の差も尋ねるのはどうだろうか。
- 特定健診は同意を得ずにデータが保険者に集められるが、それに対してどう思うかの世論調査が現状ではない。そのことについて聞くことはできないだろうか。
- 設問7と設問10は特定健診に限った質問に変更した方が良い。
- 「特定健診のデータが自治体・保健組合に行くことを知っていましたか？」「特定健診のデータが匿名で国に行くことを知っていましたか？」という設問を追加する。
- 加入している保険の種類(国保、社保、その他)を聞いたほうが良い。ただし分からない人も多いと思われるので、あまり細かくは聞かないほうが良い。
- 「今年1年以内に検診(特定検診、人間ドック、職場の健康診断)を受けましたか？」という設問を追加した方が良い。
- 設問6と設問9の選択肢の中に「医療安全、医療事故、薬害を防止するための組織」を追加する。
- 「病院の治療成績を出すために、あなたのカルテ情報を使うのは賛成ですか？」という設問を追加する。
- 「生涯カルテを病院で見せたら割引します、ということであれば見せるか」という質問を追加してはどうだろうか。

- 設問 13 は現実的にありえないのではないだろうか。アイスランドでは試行されているが、日本で実現することはありえないのではないだろうか。
- 平成 13 年度に HIV 患者に対して似たアンケート調査を行なった。使用されるカルテ情報(病名～ゲノム情報)とカルテを閲覧する人(主治医～関係が浅い人)のマトリクスを作り質問をした。このようなマトリクスを使った詳しい調査を来年やってみてはどうだろうか。
- 設問 15 に対して「15 で「別々」と答えた人に伺います。もし 1 箇所にとどめた人は診療費が 2 割安くなると言われたら、あなたは考えを変えますか？」という設問を追加したい。設問 15 に対してどの程度意識して回答しているかを確認するためにも有効な設問である。

(評価・シミュレーション分科会)

秋山昌範分担研究者より評価・シミュレーション分科会の研究として、TRUST とアドボカシーの研究についての提案が行なわれた。

- 他の 3 つの分科会はどちらかと言えば提供側の概念からの研究だが、評価・シミュレーション分科会では受容者側、患者目線での研究を行いたい。可視化、見える化という言葉がよく使われるが、見える化だけで問題が解決しないということが、福島県立大野病院の産科医逮捕事件でも公判記録がすべて公開されているのにも関わらず医療者側と遺族側に溝があることから明らかである。アメリカでは情報公開をする目的は信頼関係の向上だけではなく、医療を提供する側の責任回避とはっきり定義付けられており、情報公開が信頼関係の向上に効果的ではないという議論もある。ハーバードリスクマネジメント財団では、情報をすべて公開しない方が信頼関係は向上するという方向性で研究を行なっている。TRUST のためには、コントロールされた情報公開の方がいいのではないかというアメリカの今の考え方が、日本人にも適用することができるのかどうかを調査してみたい。情報公開の目的は患者側と医療者側の信頼関係の向上が目的であるのにも関わらず、どれだけ情報を公開するかが目的化してしまっている風潮があるので、評価・シミュレーション分科会では医療者と患者がどうやれば近づくことができるのかをターゲットに研究をしたい。
- 我々の研究室ではアドボカシーと TRUST をキーワードとして研究を行なっている。スルガ銀行とアドボカシーマーケティングの共同研究を行なったが、この手法を医療の分野に導入してみたい。コミュニケーション論の考え方では「誰が言っているか」によって「信頼をする／しない」が変わるものであり、対面して得られる属人的情報が最もファクターとして強い。ところがバーチャルな空間では人となりを見ることができないため、信頼が下がる。バーチャルな空間でも人となりを見ることができるシステムを作ることができれば、ネット空間での信頼が増すのではないだろうかというのが、研究のテーマである。高いアウトカム、つまり

素晴らしい治療成績があれば、トラストレベルが低くとも問題はないが、医療では悪い結果が出る可能性があり、悪い結果が出たときに「信頼」が崩れ、それが医療崩壊のバックグラウンドになっている。医療に IT 技術を導入することによって「信頼」を獲得できるのかということは今まであまり言及されておらず、医療のトラスト構築のための IT システムをバーチャル空間でどう考えていくかを研究することは非常に重要である。

- eBay が成功した理由はコメントをユーザーに付けてもらう手法を取り入れたことによる。ユーザーのコメントによってトラストを構築することに成功したのだ。スルガ銀行ではアドボカシーマーケティングに基づいたシステムを構築を設計し、その結果口座を増やすことに成功した。この手法を医療に使うことができないか、研究を行ないたい。分かりやすく説明すると、患者に責任を分担してもらう仕組みを IT によって作れないかということである。eBay をはじめとした IT の成功モデルでは、良い情報だけではなく悪い情報も流すということで信頼関係を構築している。しかし医療は悪い情報を使用することが難しい分野であり、この手法が医療に使うことができるかどうかは未知数であり、この研究はまだ世界のどこでも行なわれていない。
- 医療が他の産業と異なる複雑な構造である 1 つの理由として、「固定資源(建物、設備)」「人的資源(医師、看護師)」「医療材料」とある中、「医療材料」は同じ点数、つまり同じ金額で動いており、費用対効果に反映しづらくなっていることがある。例えば腹膜透析と血液透析、どちら費用対効果があるかということは、計算式によって結果が変わってしまう。このような部分を情報公開することで、患者にもリスクを分担してもらえる仕組みを考えたい。責任分解点をはっきりさせて信頼関係の回復に使いたいという目的が背後にはある。
- スルガ銀行の顧客に対してアンケートを行なう予定である。ネットアンケートだけでは不十分なので、可能であればインタビューを行いたい。
- 昨年の別の研究で、病院や医師は不当に儲けているという意識が大前提にあり、このことが TRUST に影響を与えているという結果が出た。ボストン在住の日本人が母集団なのでそれなりのバイアスがかかっている可能性が高いが、それにしてもほとんどの人が、医療崩壊と言っても医者や医療機関が持ち出しすればいいのではないかという意見を持っているという、驚くべき結果であった。しかし実情を説明すると、それらの人々が理解を示してくれるようになった。このようなことがバーチャル空間でも可能であるのか検証してみたい。
- 実際にはこれくらいのコストがかかっているということを見せる前と見せた後で、信頼関係が変わるのではないかということを検証してみたい。
- プッシュ型のマーケティングが 20 世紀型のマーケティングだが、インターネットの登場で様変わりした。アドボカシー・マーケティングは 21 世紀型のマーケティングである。日本には間違った形でアドボカシーの概念が入ってきてしまっている。あらゆる情報を公開するのがアドボカシーであると誤解されているが、本当の意味で相手に役立つ情報を与えることがアドボカシーである。

秋山美紀分担研究者より TRUST とアドボカシーについて意見が述べられた。

- 患者視点で考えると、医療連携における囲い込みについては、いい病院であったら囲い込まれたいという心情や、病院から見放されたくないという心情がある。その一方で、近隣の診療所や在宅で往診してくれる医師の存在はありがたいという気持ちもある。これらの心情があるため、患者を病院から移す場合、医学的に理想のタイミングと患者が納得して望ましく思うタイミングは異なってくる。これは両者の見方が違うために生じるコンフリクトであり、信頼やアドボカシーが関わってくる。信頼研究は今まで多くの蓄積があるが、期待を裏切らないという意味での「信頼」と医師の技術という意味での「信頼」が異なるように様々な「信頼」が存在するため、「信頼」の定義することが必要である。アドボカシーに関しても、「患者アドボカシー室」と称して単なる患者相談室の場合もあれば、権利擁護という視点で使われる場合もあり、定義が必要だ。

出席の各分担研究者・研究協力者より、TRUST とアドボカシーの研究について次のような意見があった。

- TRUST は「信頼」ではなく「信託」と翻訳した方がいいのではないだろうか。例えば尾道市医師会において、コミュニティアケアになったときは病院主治医と在宅主治医が利用者に対して「信頼」関係から「信託」関係にバージョンアップする、というように「信頼」と「信託」という言葉を使っていた。「信頼」は「ビリーフ」である。
- 吉田純分担研究者と組み、アクティビティ・ベア・コストで脳卒中の地域医療連携におけるコストを算出し、それに納得感があるかどうかを調査するというのはどうか。

長谷川英重研究協力者より、世界の医療 IT の動向についての説明があった。

- アメリカでは EHR はほぼ頓挫し、EMR が復活し、今は PHR である。
- EHR 開発や標準化の世界では「コネクテッド」がターゲットである。例えば患者と医療関係者がつながっていないため、モンスター・ペイシエントをはじめとした問題が発生している。アメリカに患者と医師をつなぐ大きなファンデーションがあるが、そこが常に訴えているのが、医師がしっかり対応したことについてはインセンティブを与えるべきだということである。
- アメリカにはクオリティをコストで割ったバリューという価値判断があるが、医療価値判断はバリューで行なうべきでありコストで比較すべきではないという考えがある。アメリカでは 2

年前から、大統領命令ですべての医療のコストを公開することになっており明らかにされているため、クオリティの評価の分析が最大のテーマになっている。

- ISO は現在 17,000 あるが、そのうちの IT 関連 2,500 をつなごうという動きがある。医療関係は 800 あってこの融合化も議論されている。
- ISODIS10001(顧客満足行動規範ガイドライン)は消費者にも責任を持ってもらいながらコンセンサスをとるというガイドラインであるが、この事例に医療は入っている。
- 急激に連携が進む中、概念と用語の定義の調整が非常に重要になってきている。

3. 閉会

- 第2回班会議を11月22日(土)に開催することが確認され、閉会とされた。

以上

日本版 EHR(生涯健康医療電子記録)の実現に向けた研究

第2回 班会議議事要旨

テーマ: 平成20年度厚生労働科研費「日本版 EHR の実現に向けた研究」における研究の中間報告

日 時: 2008年11月22日(土)11:00~12:30

場 所: パシフィコ横浜 311・312 会議室

出席者: 厚生労働省医政局研究開発振興課医療機器・情報室 秋山祐治室長補佐
厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室 中安一幸主査
田中博研究代表者

大江和彦研究協力者、岡田美保子分担研究者、岡本悦司分担研究者、
近藤克幸研究協力者、辰巳治之分担研究者、永田宏分担研究者、
中谷純分担研究者、信友浩一分担研究者、長谷川英重研究協力者、
平井愛山分担研究者、水野正明研究協力者、宮本正喜分担研究者、
山肩大祐研究協力者、山本隆一分担研究者、吉田純分担研究者、
小塩篤史研究協力者(秋山昌範分担研究者の代理出席)

事務局: シード・プランニング(大貫、奥山、久保)

(議事次第)

1. 開会
2. 医療情報関連の学会および研究会などの動向
3. 「EHR」の定義について
4. 各分科会発表
 - (1) 標準化・セキュリティ分科会
 - (2) 地域医療連携分科会
 - (3) 医療経済分科会
 - (4) 評価・シミュレーション分科会
5. その他
6. 閉会

(資料)

- 資料1 浦添市健康情報活用基盤実証事業～電子私書箱～社会保障カード(山本隆一分担研究者)
- 資料2 EHRの定義について(長谷川英重研究協力者)
- 資料3 一般生活者における医療情報に関する意識調査(標準化・セキュリティ分科会)
- 資料4 地域医療連携分科会中間報告(地域医療連携分科会)
- 資料5 糖尿病患者に対する保健指導の医療費への効果を評価する介入研究(医療経済分科会)
- 資料6 評価・シミュレーション分科会中間報告(評価・シミュレーション分科会)
- 資料7 日本版 EHRの実現に向けた研究 第1回班会議概要
- 資料8 日本版 EHRの実現に向けた研究 第1回班会議議事要旨

(会議概要)

1. 開会

(開会挨拶)

田中博主任研究者より、開会の挨拶が行われた。

- 本日は第1回の班会議で決まった本年度の研究について、その中間報告を行う。また、今年は医療 IT 関係の動きが盛んであるが、国内全体の動きについて様々な活動に関わっておられる山本隆一分担研究者に発表していただく。その後、EHR の定義について長谷川英重研究協力者に提案していただく。

2. 日本版 EHR の関連するプロジェクトの紹介

標準化・セキュリティ分科会の山本隆一分担研究者より、「日本版 EHR の実現に向けた研究」に関連するいくつかの国内のプロジェクトが紹介された。

- 三省連携プロジェクトである浦添市健康情報活用基盤実証事業は「日本版 EHR の実現に向けた研究」と密接に関連するプロジェクトである。経済産業省、総務省、厚生労働省はこれまでも連携を取りながら基盤の整備と医療機関内の情報の電子化を進めてきた。重点計画 2006 で「生涯利用可能な健康情報データベース」「医療・健康情報の全国規模での分析・活用」という目標が掲げられ、新しい基盤が必要であるということになり、一昨年前からその検討が始まった。これは一種の医療の IT 化政策のパラダイムシフトであり、2つの可能性がある。その1つである健康情報バンクは、健康情報、医療情報を、個人あるいはデータが発生する機関(医療機関等)が個人の意志に従い預け、生涯にわたって自らの健康情報、医療情報を縦断的に見ることができ、問題があったときはそれを医療機関等に自分の意志に従って見せることでよりスムーズな健康管理、診療ができるという構想だ。もう1つは個人が特定できない形での全数調査であり、行政や研究者がデータベースを利用することができるという将来像である。
- 浦添市健康情報活用基盤実証事業では利用シーンを詳細に検討した。利用シーンは、地方自治体の住民への健康増進施策における活用、健康増進施策における民間サービスの活用、地域医療サービスの質の向上、救急医療時における健康情報の活用(交通事故等、本人の救急および災害時の活用の2通り)、匿名化したデータを使ったエビデンス・ペイスト・ポリシーと研究利用、地方自治体の介護事業における医療との連携、介護予防での活用、以上6つのシーンが挙げられる。この検討をベースに今年度から3年間の

実証事業を始めている。今年度は要件定義と設計が中心である。個人の生涯健康記録バンクの Public である部分は自治体が行い Private である部分は民間企業が行うが、これらは利用者からはシームレスに見える。平成 22 年度までの 3 年間の構築のスケジュールがすでに作られており、電子処方箋の運用性に関する実証や ASP 型の電子カルテのガイドライン策定なども行う予定である。三省連携プロジェクトが 3 年で終了した後、自治体が行う業務に関しては APPLIC(財団法人全国地域情報化推進協会)に引き継がれ、3 年後にはこのシステムが地域情報プラットフォームで動いていることとなるように進めることが合意されている。

- 電子私書箱のような社会保障と行政サービスのワンストップサービスはすでに様々な国で始まっている。日本における電子私書箱の検討は、昨年度は技術的なインターフェースの検討が中心だったが、今年度から社会保障に使うことを前提とした検討が始まり、「電子私書箱インターフェース(仮称)」の名称は「電子私書箱プラットフォーム」に変更された。電子私書箱自体は社会保障だけでなく、行政のワンストップサービスにも利用され、仕組みは民間に開放されて銀行業務等に用いることも将来は可能になるだろう。ただし現時点では社会保障サービスと行政のワンストップサービスでの利用を目標にしている。
- 社会保障カードは厚生労働省社会保障カード担当室を中心に検討されており、全国民への配布、医療保険・介護保険・年金手帳の機能、社会保障ポータルを中継データベースとしたアクセス等が前提となっているが、年金の分野においては有効であるものの医療介護の分野においては手間が増えるだけであるという批判もあり、医療介護の分野においてさらに有効活用できるようにしなくてはならないという議論になっている。
- NGN の検討も始まっている。医療健康分野でのアセスメント・ワーキングでは、ポスト・インターネットのネットワークとして、15 年後くらいを目処に要件定義をしていこうとしている。
- 最近では電子私書箱と社会保障カードは双方が歩み寄ってきている。電子私書箱の検討会に社会保障カード担当室室長が参加しており、社会保障カードの検討会には電子私書箱を担当している IT 担当室の代表が参加している。現在は省庁と官邸の連携はスムーズに行われている。

3. 厚生労働省あいさつ

厚生労働省医政局研究開発振興課医療機器・情報室、秋山祐治室長より挨拶が行われた。

- 日本版 EHR というのは、個人が自らの健康情報を利活用するという厚生労働省の大きな政策の柱の 1 つである。厚生労働科学研究の成果は今後の政策に直結するものと考えており、有意義な成果が上がることを期待している。医療情報の関係者の中でも情報が錯綜することがあると思うが、その際はきちんと説明したいと思う。厚生労働省としては、経済産業省、総務省、内閣官房の IT 担当室と関係良くそれぞれの検討会を進めており、この点

についてはご安心いただきたい。

4. 「EHR」の定義について

EHR の定義について、長谷川英重研究協力者より発表が行われた。

- 2005 年、EHR は ISOTR20514 で「①コンピュータ処理可能な形式で、蓄積され安全に転送され、許可された複数のユーザがアクセスできる、患者の健康状態に関する情報の保管所」「②EHR システムとは独立で、標準化や一般的同意されている論理モデル」「③その主要な目的は、継続的で、効率的で、そして良質な統合医療を支援し、過去/現在/未来にわたる情報を含む」と定義された。これは最初日本がイニシアティブをとり、最終的にはオーストラリア・カナダがまとめた定義である。TR(Technical Report、技術報告書)であるが、非常に画期的であるということで完成時には ISO Focus にも紹介された。近年、新しい EHR の定義は出てきてはおらず、今年この定義を 3 年間継続することが決められている。ISOTS18308 が TS から IS に格上げになる予定であり、ISOTR20514 もいずれ TR から格上げされるだろう。

5. 各分科会発表 (標準化・セキュリティ分科会)

中谷純分担研究者より標準化・セキュリティ分科会のアンケート調査の報告が行われた。

- 標準化・セキュリティ分科会では「一般生活者における医療情報に関する意識調査」というアンケート調査を行った。このアンケートは静岡県在住の一般生活者を対象にした郵送による意識調査である。非常に興味深い結果が出ており、世界的に見ても特筆すべきアンケート調査であると思う。

木村通男分担研究者によるアンケート調査の結果についての以下のコメントが紹介された。

- メタボ健診ですすでに行われている、個人を特定できる形での保健組合への検診情報の開示について、44%が問題を感じており、27%が大いに問題であると感じている。また、メタボ健診が会社の人事に影響することがあると 24%が思っている。若年層はメタボ健診によって生まれる新たな差別におびえている。
- 自分のカルテ情報が特定できる形で見ることができる範囲はせいぜい掛かっている医療機関とその後任程度であり、それ以外のところへ情報が行くことを問題であるとする意見が 3 割を超えている。自分を特定できないカルテ情報の医療費削減のための利用は 49%が

擁護している。ただし特定の会社、施設が利益を得ることは5割以上が問題であると考えている。

- 1患者1カルテにまとめることについて、検査や投薬が重複することを避けられるメリットと隠したい病歴を隠せないデメリットを説明した後の判断では、74%が受け入れると答えている。
- 生涯カルテを見せて保険料を5%安くするというオファーを受け取ったとしても、「見せたくない」が27%で、健康状態の問いに「健康ではない」と答えて人に限ると42%が「見せたくない」と回答している。保険会社が利用することは許さないという意見が多いのではないだろうか。
- 医療IT化によって期待されることという質問には、医療費の適正化や医療レベルの底上げといった回答が多く、医療連携や地域ネットワーク化といった回答は少ない。

大江和彦研究協力者より、アンケート調査について以下の意見が述べられた。

- 回答率が25%ということなので、回答しなかった人を意識してアンケートを解釈しなければならない。また、「どちらともいえない」という回答が多く、情報がもう少しあれば状況次第でどちらかに振れるかもしれない人がかなりいるということである。このことも読み取らなければならないが、非常に興味深い調査であると思う。

(地域医療連携分科会)

宮本正喜分担研究者より地域医療連携分科会の研究の進捗状況について報告が行われた。

- 地域医療連携分科会は今年度、水野正明研究協力者が新たに加わり研究を進めている。平成19年度は地域連携をタイプ毎にまとめてみた。平成20年度、地域医療連携分科会ではワーキングも含めて3回の分科会を開いている。それら分科会と第1回の班会議を受け、糖尿病と脳卒中のアンケートを行うことになった。アンケートでは連携医療、医療連携の基本的な考え方を病院関係者がどこまで知っているかを聞く基本のアンケートも行う。糖尿病は脳卒中と異なり状況に地域差があるので、青森・和歌山・岡山の3県に限ってアンケートを行う。このアンケートの調査結果によっては、地域連携バスについて何らかの提言を行いたいと考えている。また都道府県の保健医療計画の比較研究を行い、各都道府県の考え方の違いを検証する。予算的に可能であれば静岡県版電子カルテを使い、今まではCDベースで動いているものをオンラインで動かす実証実験を行いたいと考えている。

平井愛山分担研究者より地域医療連携分科会の研究についての報告が行われた。

- 保健医療計画を具体的に実践していく上で切り口をどう作るかということで、都道府県における保健医療計画の比較検討、糖尿病の医療連携に関する実態調査、医療連携の評価に関する検討と3つの研究を行う。
- 脳卒中と糖尿病を比較したとき、脳卒中はすごろく上がり型であるのに対して糖尿病は循環型である。この本質的な違いは、糖尿病は治療内容がシームレスに継続し、同レベルまたは平準化した治療を継続して行うため、技術移転が不可欠である点だ。病院で治療を行ってインスリン導入した後、その治療を継続しなくてはならず、通常、かかりつけ医は非専門医であり、このインスリン導入後の外来管理ができて初めて循環型のパスが可能になる。糖尿病患者は20年で3倍も増加しており、専門医だけで対応することは難しく、非専門医への技術移転が必要だ。わかしお医療ネットワークではそのため糖尿病診療マニュアルを採用している(このマニュアルはアメリカの家庭医がI型例の強化療法を管理できるように開発されたものが元になっている)。地域連携の前提条件として、このような方法で治療技術を移転しなくてはならない。
- 厚生労働省医政局通達では糖尿病分野での各医療機能の連携において、初期・安定期や慢性期をかかりつけ医あるいは非専門医が診るとされている。今回の糖尿病のアンケートは、糖尿病の専門医が少ない青森県、糖尿病の専門医が多い和歌山県、平均的である岡山県で実施する。専門医の数の違いにより地域の連携の運用がどう変わるかを検証する。
- 技術移転の評価については、糖尿病診療の技術移転に関する基礎検討を千葉県二次医療圏を比較して行った。定期的な研修会が7年間30回行われた地域と5年間で10回行われた地域では、ビッグアライド薬や超速効型のインスリン製剤の普及率に大きな差がでている。今回の糖尿病のアンケートでも、どういう治療法が行われているかを聞いている。
- 医療連携の評価に関する検討については、12月を目途に千葉県で4疾病の全県共用型のパスができるが、パスが地域に導入されたときに診療内容がどう変わるかを評価する仕組みが必要であると考え、実施したいと考えている。今年はレセプトデータからインスリン療法の患者を抽出して、糖尿病性腎症の早期発見・早期介入がパスの導入前後でどう変わるかを検証したい。
- 医療連携がどういう形で運用されているかを検証できる仕組みをこの研究班で作りたい。これが最終的に医療費の適正化につながるものと考えており、その先にEHRが見えてくるだろう。

吉田純分担研究者より脳卒中アンケートについて説明が行われた。

- 脳卒中に関しては保険点数が付いたため、すでに全国的に連携パスが始まりつつある。

ただし紙ベースで良いということもあり、全県共通というものはほとんどなく、かなり小さなグループで始まっている。これを将来的にどう統一していくかということであるが、今回は紙ベースでの連携パスの実態調査をすることで、今後、連携、IT化と持っていくことができる仕組みができるかと思う。

辰巳治之分担研究者より以下の報告が行われた。

- ホームヘルスケアにおいて、電子化したものがどこまで使えるかを検証してきたが、ホームヘルスケアの実証実験を行いたいと考えている。
- 電子カルテの標準化について、完璧な標準化ではなく、IDリンクを使ったほどほどの標準化でどれだけできるかということの検討を函館地域で行っている。

(医療経済分科会)

岡本悦司分担研究者より医療経済分科会の研究の進捗について以下の報告があった。

- 医療経済分科会ではまず、中部地方のある健保組合から電子レセプトと特定健診のデータの提供を受け、特定健診の医療経済の評価を行う。11月1日に約5か月分のレセプトデータを入手した。特定健診のデータも年度内に入手できるという目途はついている。組合としてはデータの使い方に制約を設けていないので、自由にレセプトを分析することができる。この分析については、今年度の報告書に掲載できるだろう。厳格な意味での経済評価にはならないかもしれないが、少なくとも電子レセプトと健診データの突合をナショナルデータベースより先行してこの研究班で行うことができる。
- 特定保健指導は1次予防であるが、糖尿病で受療している人の3次予防の方が医療費抑制の効果も大きいだろうと考え、千葉県いすみ市と国保国吉病院の協力で無作為割付の比較研究を行う。岡本悦司分担研究者、国保国吉病院の伴俊明副委員長、平井愛山分担研究者の3人で国立保健医療科学院の倫理委員会に介入研究の申請をした。国吉病院で受療している糖尿病の患者で、コントロールの悪い患者の中から参加者を募り、無作為で2つに分けて片方には保健指導を行い、片方には自己測定だけをさせて通常通り治療を受けてもらう。参加者1人1人の同意を得て参加者のレセプトを突合し、1年半をかけて介入前後の医療費の変化を見る。現時点では国吉病院院長の協力の同意と、いすみ市の個人情報の担当者より個人情報保護法的に問題はないという解釈を取り付け、後は倫理委員会の申請が通るか通らないかだけである。11月28日に開かれる委員会で認められれば、年内に研究をスタートできる。今年度の報告書には研究の中間報告を掲載できるだろう。

(評価・シミュレーション分科会)

秋山昌範分担研究者の代理として、評価・シミュレーション分科会の小塩篤史研究協力者より発表が行われた。

- 評価・シミュレーション分科会では評価・シミュレーションという観点から、医療者側と患者側でどのように信頼関係を構築していくか、電子カルテから出てくるデータを分析することによって、医師と患者の間にある溝を埋めて信頼を構築していくことをターゲットとして研究をしている。
- 患者側の視点から見た評価軸の開発と、疾患別の医療連携パスの支える EHR の評価軸の開発を研究の目標にしている。具体的には評価・シミュレーションの手法を使い、一般国民、行政、議会等に対してどのように電子データを提示していくかということであり、医療のプロセスやアウトカムの情報を可視化して評価してもらうための方法論を開発していくことを考えている。
- 医療の質や安全を確保しようとする動きは、日米ともに活発化している。その中で特徴的な動きとしては、ジョンスホプキンス大学やパートナーズ・ヘルスケア・グループなどが、電子カルテのデータを自動的に収集・集計して行う安全評価がある。電子カルテでのデータ収集はデータを集めるコストもかからず、時間的誤差も少なく、医療行為すべてに電子カルテを使っている場合は全医療行為のデータを分析できるため、サンプリングよりも信頼性が高い分析ができる。
- 例として、混注を含めた注射の質・安全管理の電子カルテのデータを使った評価を行った。混注といったプロセスは患者からまったく見えない部分であり、この部分を可視化することによって患者からの医療行為に対する信頼感を獲得することが可能になる。

厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室 中安一幸主査より各分科会の研究について以下の発言があった。

- 長谷川英重研究協力者の発言にあった枠組みフレームを決めようとする動きと、山本隆一分担研究者の発表にあったユースケースの話は、対極にありながら表裏一体である。分科会毎の研究が具体化してきた。手続きに落としていくにはユースケースは無視できないが、日本全体に展開しようと思えば平井愛山分担研究者の発表にあった評価の指標を無視することはできず、そのときの約束事が長谷川英重研究協力者発表の基盤である。この研究班には、政策として EHR を進めていくときのディシジョンメイキングの役割をお願いしたいと考えている。

6. 閉会

田中博主任研究者より、閉会の挨拶が行われた。

- 今年度は様々な形の EHR のユースケース、ISO で話されているような EHR の情報モデル、レセプトデータ等からあがってくる現実の様々な課題を研究し、来年度は EHR に対するディジションメイキングに起用できるようなレポートを作りたい。

第 3 回班会議を、当研究班と密接に関わるテーマで実証事業を行っている地域医療情報連携システム連絡協議会の報告会と合同で、2 月 21 日(土)に名古屋大学豊田講堂の会議室において行うことを決め、閉会となった。

以上

平成 20 年度厚生労働科研費「日本版 EHR(生涯健康医療電子記録)の実現に向けた研究」
経済産業省「地域医療情報連携システム連絡協議会」
合同委員会議事要旨

テーマ: 平成 20 年度厚生労働科研費「日本版 EHR の実現に向けた研究」における
研究の成果報告および経済産業省「地域医療情報連携システム連絡協議会」との
合同協議

日 時: 2009 年 2 月 21 日(土)13:00~14:30

場 所: 名古屋大学 野依記念学術交流館

出席者: 厚生労働省医政局研究開発振興課医療機器・情報室 秋山祐治室長補佐
田中博研究代表者

秋山昌範分担研究者、岡田美保子分担研究者、岡本悦司分担研究者、
永田宏分担研究者、長谷川英重研究協力者、原量宏分担研究者、
平井愛山分担研究者、水野正明研究協力者、宮本正喜分担研究者、
山肩大祐研究協力者、吉田純分担研究者、
小塩篤史研究協力者、野村雅子研究協力者
事務局:シード・プランニング(大貫、奥山、久保)

地域医療情報連携システム連絡協議会

(議事次第)

1. 開会
2. 地域医療情報連携システム連絡協議会の報告
3. 「日本版 EHR(生涯健康医療電子記録)の実現に向けた研究」報告
4. 合同委員会
5. 閉会

(資料)

資料1 医療経済部会報告

資料2 地域医療連携に関するアンケート調査報告

資料3 地域医療連携分科会調査研究報告 - 脳卒中医療を中心に -

資料4 医療連携分科会中間報告 4 大疾病、とくに糖尿病の医療連携に関する研究

資料5 評価・シミュレーション分科会

(会議概要)

1. 開会

(開会挨拶)

吉田純分担研究者(地域医療情報連携システム連絡協議会委員長)より、開会の挨拶が行われた。

- 経済産業省委託事業「地域医療情報連携システムの標準化および実証事業」がこの3月で終了する。田中博主任研究者に呼びかけ「日本版 EHR の実現に向けた研究」との合同委員会を開催できることとなった。まず「地域医療情報連携システムの標準化および実証事業」の第9回の連絡協議会を行い、続いて「日本版 EHR の実現に向けた研究」の報告を行い、その後「日本の保健医療 IT 戦略の現状と将来展望」というテーマでディスカッションを行いたい。

経済産業省医療・福祉機器産業室の井上課長補佐より、挨拶が行われた。

- 経済産業省委託事業「地域医療情報連携システムの標準化および実証事業」が最終年度を迎えた。当事業は当初聞いていたものより拡大した形で実証を行っていた。今後これを各地域に広げていくことが重要であり、それは病院内の IT 化、病院間の IT 化、個人を対象とした IT 化を目指す経済産業省の事業とうまく結びついていこう。経済産業省は総務省、厚生労働省と連携をとりつつ医療分野の情報化を推進していきたいと、皆様のご尽力賜りたいと思う。

2. 地域医療情報連携システム連絡協議会の報告

水野正明研究協力者(地域医療情報連携システム連絡協議会委員)より、脳卒中連携パス実証ワーキングについて報告が行われた。

- 脳卒中医療情報連携システム開発のコンセプトは「HEALTHCARE First, NO SYSTEM First!」(実医療最優先)、「DISEASE-oriented」、「PATIENT-oriented」の3つである。このコンセプトを裏付けるバックグラウンドとなる地域連携クリティカルパスでは、患者が救急車・急性期・回復期・維持期を決まったストーリーで流れる形をすることにより、地域における医療全体の底上げの実現を考えてきた。急性期、回復期リハ、かかりつけ医、自宅といったところにおいて、どのような時系

列で情報がやり取りされるかというフローをまとめ、フローに従ってシステムを構築した。このフローは多くの医療関係者にとって受け入れやすいものになっていると伺っている。

- 脳卒中医療情報連携システムの構築におけるテーマの 1 つである標準化については、CDA (Clinical Document Architecture) でデータの構築を目指した。CDA のインポート、エクスポートのプロセスを開発したが、その際、既に標準として用いられているコードである JAHIS 標準コード、ICD10、HOT9、J-MIX、IHE、HL7 を使用している。このコード体系を背景にしながら、脳卒中に求められるワークフローを 6 通り(急性期第一報、急性期転院退院情報、回復期活動度評価、回復期転院退院情報、維持期 3 ヶ月後報告、救急情報)作りこみ、それぞれの情報を個別化した。この 6 つの情報を Map/Template にまとめ、コンピュータ上で Instance Value に変換し、さらに CDA に変換するシステムを開発した。作成のプロセスでは脳卒中学会、JAHIS に協力していただき、東海脳卒中連携医療協議会の中でレビューし実用化していった。標準化(CDA)のための主な改良点としては、脳卒中連携パスに応じたコードの追加、脳卒中連携パス項目のコード化、Mappable 作成による CDA 変換のテンプレート化がある。
- 共有化事業については、IHE の XDS (Cross-enterprise document sharing) というシステムを活用し、統合プロファイルの作成から始まり、Acta (アクタ) と Transaction (トランザクション) を決定していった。今回つくった XDS は欧州的の中央集約型のものではなく Web 的な分散型のものである。XDS は概念的なものでしかなかったが、実装するための詳細事項を開発し 31 医療機関で実証実験を行った。実証実験では将来性、持続性、コストの抑制、高いセキュリティといった利便性が確認されたが、システムが非常に複雑であるという問題点もあり、改善の余地がある。
- 医療情報連携システムの標準化における今後の課題としては、標準仕様策定までに時間がかかりすぎる、標準仕様策定までのステップが曖昧、他疾患へ拡張する場合に項目策定の労力が大きすぎる等があげられる。共有化における課題としては、ネットワークの参加者たちが同じポリシーを持つこと等、挙げられる。
- 今回構築したものを他地域に展開していく際、データを集計して分析し、それを医療計画に加えることが重要だが、その際に CDA、HL7 にコンバータを介して変換することで、データの集積から解析、評価にいたるまでのルートが一元化され簡素化できる。ここまでの事業は今年度で完成させる。また、地域によって医療資源の電子化レベルが異なり、地域連携パスは紙、エクセル、電子カルテと分かれるが、今回の事業ではエクセルで扱えるレベルであればコンバータで対応できるようになっている。エクセルをコンバータで CDA に変換したものを送信し、受け手は CDA をコンバータでエクセルに戻す、という形が急速の普及を可能にする電子化のレベルであると考えている。電子カルテを持っている施設と、エクセルを使う施設、2 種類の施設に対応できる体制を整えている。

地域医療情報連携システム連絡協議会の篠田英範委員より、標準化推進委員会についての