

報告が行われた。

- 広く使えることと既存の標準を使うことを標準化の方針とした。情報コンテンツ WG と情報共有機構&セキュリティWG の2つの組織をつくり検討を行っている。CDA については日本脳卒中学会よりデータをいただき、タグや構造化の方法を検討し、XDS や IHE PIX/PDQ (患者情報管理+受診歴管理)といった技術をどう使うかについても検討を行った。現在、地域連携パスに関わる診療情報項目及び書式、病院情報システムとのインタフェース仕様、医療情報の共有化(XDS 関連)、患者情報管理+受診歴管理、レジストリセンターに関する運用管理システム、セキュリティ機能の6つの分野について標準化を行っている。診療情報項目及び書式の標準化については、多疾患多地域への展開を目指している。

地域医療情報連携システム連絡協議会の山田恒夫委員より、周産期医療地域連携推進委員会について報告が行われた。

- この事業は周産期の電子カルテネットワークの構築とモバイル胎児心拍転送システムを組み合わせ、地域にあった仕組みづくりをして実証をすることが目的である。東京、香川、岩手、千葉という4地域をフィールドとして開発を始めた。岩手では胎児心拍を妊婦宅から遠隔地にいる産婦人科医に転送するシステムや、助産師が周産期電子カルテにデータを入れて遠隔地にいる産婦人科医が確認し情報共有できるシステムの実験を行った。この事業が終了後は、岩手県全体で周産期電子カルテネットワーク「イーハートブ」を2009年4月から運用する予定である。このネットワークでは母子健康手帳の番号を使って、地域の助産院、周産期医療センター、総合周産期母子医療センターで情報を共有できるようにしていく。遠野市では総務省の事業で「すこやか親子電子手帳」というオープンコンテンツに加え、電子化された母子手帳を閲覧できる。岩手県遠野市では、モバイル健康システム、周産期電子カルテ、すこやか親子電子手帳、すこやか健康増進電子手帳と、生涯一貫して同じデータを使うことが可能になりつつある。
- ハイリスクの妊婦の8つの疾患のクリティカルパスを作成して、周産期電子カルテに組み込んだ。
- この事業は2009年3月で終了するが、北海道の道立羽幌病院(産婦人科医がいない)、留萌市立病院(常駐の産婦人科医がいない)と札幌医科大学の連携など、周産期電子カルテネットワークは全国各地へ広まっている。

### 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

田中博主任研究者より「日本版 EHR(生涯健康医療電子記録)の実現に向けた研究」の概要

の説明が行われた。

- この研究班には、日本版 EHR を実現するために必要な戦略的基盤として、EHR 実現をめぐる制度的・社会的・非 IT 的改革課題、地域医療連携システムの実現、国民医療経済への効果判定、医療プロセスの透明化による効率化の評価、という 4 つの目的がある。標準化・セキュリティ、地域医療連携、医療経済、評価・シミュレーションの 4 つの分科会で研究活動をしている。標準化・セキュリティ分科会については、標準はかたまりつつあり、日本版 EHR の国民の受容性やポリシーについて研究をするという方向に変わってきている。地域医療連携分科会では、IT を利用した地域医療連携のモデル、医療連携の実態等を検討している。医療経済分科会では、日本版 EHR 実現による経済効果、医療制度との関連、生涯にわたる健康情報との結合等を検討している。評価・シミュレーション分科会では医療におけるマーケティングやシミュレーションの応用、生涯保存すべき個人の記録のあり方について検討している。本日は 4 名の分担研究者に発表していただく。

宮本正喜分担研究者より地域医療連携分科会の活動内容について報告が行われた。

- 地域医療連携分科会には地域医療情報連携システム連絡協議会の委員が 3 名入っている。オブザーバーとして田中博主任研究者、岡本悦司分担研究者、秋山美紀分担研究者にも参加してもらい、議論を進めている。
- 今年度は日本版 EHR を実現していく中、医療現場の電子化、地域医療連携の現状を把握するためにアンケートを行った。4 疾病 5 事業のうち糖尿病と脳卒中に焦点をあて、それぞれの地域医療連携の実態を調査した。アンケートは 3 種類行っているが、そのうち基本アンケートは宮本正喜分担研究者を中心にまとめている。これは医療者の地域医療に対する考え方を調査するアンケートである。
- 回収は 546 でほぼ 1 割くらいだが、それでも相当数集まったと考えている。
- アンケートの具体的な結果を見てみると、「400 床以上の病院は 90% 近くが医療情報に関する部門を持っている」「電子カルテの普及が 28%、施設間連携が 12% 程度」「医療連携室の設置は 400 床以上の病院で 100%、100 床以下では 50% 以下」「地域連携クリティカルパスの運用にあたって行政のサポートはほとんどない」「地域連携クリティカルパスは紙ベースが 87%」「連携医療には IT が必要だという認識は高い」「地域医療連携が進んでいない理由としては、理解にばらつきがある、標準化が整っていない、システム導入が進んでいない等が挙げられている」「連携医療によって医療の質が向上するという回答が 65.2%」「連携医療への期待としては、一貫した医療、地域医療の質の向上、最適かつ迅速な診断治療等が挙げられている」等がポイントとして挙げられる。

平井愛山分担研究者より都道府県の保健医療計画の比較検討について報告が行われた。

- 全都道府県の保健医療計画の比較検討を行った。2006年第5次医療法改正により都道府県の医療計画を各都道府県が策定することとなり、都道府県間競争が始まった。その中で取り上げられたのが、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病の4疾病である。医療連携のクリティカルパスには、基本的に技術移転を必要としない「すごろく上がり型」(脳卒中・急性心筋梗塞)、病院・診療所間の技術移転が行なわれ治療内容がシームレスに継続する「循環型」(糖尿病)がある。今回はすごろく上がり方の脳卒中と、循環型の糖尿病についての保健医療計画の比較を行なった。比較を行なう際の指標は第5次医療法改正にあたって平成19年7月20日に厚生労働省医政局指導課長通達として出されており、これを踏まえ、医療機関の医療機能の分担と連携がどのように記載されているか、二次医療圏ごとに計画を策定しているか、住民・患者への見える化を行なっているか、医療資源の実態把握に基づいているか、ストラクチャー・プロセス・アウトカムの各指標により目標が明確に示されているか、医療連携体制を推進する具体的な方策があるか、という点を比較して点数化した。すべての点数を合算したランキング作ると、糖尿病では500点に近い県が3つあるのに対して、100点ほどの県もあり都道府県間の格差が非常に大きい。脳卒中の場合も同様であり、都道府県計画の策定の段階で大きなばらつきがある。レーダーチャートにすると、千葉県などはバランスがとれているが、三重県等、バランスがとれていない県もある。ほとんどの県で透析患者新規導入の減少が計画に示されているが、どれほど達成されるのかが非常に重要な点である。
- 各都道府県の保健医療計画は、重症化を防止する疾病管理的な手法による医療費の適正化の実現を目指しており、これを支えるIT基盤は医療連携基盤型のEHRである。

水野正明研究協力者より脳卒中のアンケートについて報告が行われた。

- 1960年には脳卒中の中で脳出血が7割を越えていたが、現在は脳梗塞がほとんどである。
- 連携において必要な情報はまず病名、次は合併症とADLである。今回のアンケート調査ではこれらが連携医療の上位を占めるべき情報であるということが裏付けられた。
- EHRを組んでいくためにどの程度の規模の地域が対象となるかということについて、連携医療機関数が重要であるが、今回の調査で医療機関数は20～26施設で完結しているという結果がでた。EHRの1つの単位はその地域に存在する20病院前後で十分カバーできる可能性がある。
- 連携医療を実施する際の問題点としては、維持期病床が足りないという回答が圧倒的に多かった。また、地域連携パスの運用についての問題点としてはシステムの導入が遅れているという回答が多かった。維持期病床の増加とシステムの導入は、EHRを構築していくために必要な最初のステップであると言える。

- 脳卒中では t-PA という血栓溶解剤を使った 3 時間以内の超急性期医療行なわれるが、この治療を行なっているのは 300 床以上の病院がほとんどであり、300 床未満では 50% をきる。超急性期治療は 300 床以上の病院を対象に考えることができる。
- 救急体制を構築するために必要な情報の開示が貧弱であるという結果がでた。その病院がどのような機能を持つかという具体的な情報公開がないことが、救急医療を展開するための最大の障害であるという結果が出た。
- 脳卒中医療において連携体制を構築するためにもっとも必要なものは人的ネットワークであり、次が電子化ネットワークであるという結果がアンケートでも出ており、このことは多くの人に認識されている。
- 在宅医療においては、かかりつけ医と訪問看護師が足りないという結果が出た。
- 日本版の EHR、PHR については、医療情報の施設間での共有を行い、さらに地域共有を行い、健康情報も同じようなプロセスで共有され、これらが合わさって完成していくのではないだろうか。アンケートはこのことを裏付ける結果となったと思う。

岡本悦司分担研究者より医療経済分科会の成果について報告が行なわれた。

- 昨年度の分科会では、メタボ健診の医療費への効果を見るという大まかな方向付けを行なった。今年度、中部地方のある健保組合の協力のもと、データ分析会社を通じて、電子化されたレセプトと健診データを個人単位でリンクして評価するという方向で研究を行った。
- 特定保健指導は現在治療を受けている人は対象にしていらないが、治療を受けているが合併症を起こしていない人の予防(保健指導ではなく疾病管理)も重要である。そこで糖尿病患者に対する疾病管理の医療費への影響評価を今年度から開始した。本日はこちらの研究の報告を行う。
- 腎不全も網膜症も 1 年くらいで発症するものではないため、短期間では評価は難しいかもしれないが、評価のモデルを提示するというだけでも意味は大きい。
- 治療中の患者への介入は、医療機関の協力が必要である。千葉県いすみ市のいすみ医療センターに協力していただき、コントロールが良好ではない糖尿病患者を選び介入を行うことにした。市の協力のもと本人の同意を取り、市に対してレセプトの請求を行なって介入前後の医療費を検証する。
- 国立保健医療科学院の倫理審査の承認を得た。
- 対象者は国保の被保険者で HbA1c が 7% 以上の患者と考えたが、いすみ医療センターの患者はコントロールが良く、該当する患者が少なかったため 6.5% に設定した。参加の呼びかけは主治医にも協力していただいた。
- 保健指導を行う専門家として全国訪問健康指導協会と業務委託契約を結んだ。また参加者に配る血糖自己測定器はジョンソン・エンド・ジョンソンから提供してもらった。

- 1月17日に最初の指導を開始した。対象者は56人であるが、現時点では15人ほどに介入を行っており、目標としては3月までに50人ほどにしたい。4月にいすみ市長あてにレセプトの提供請求を出す予定である。
- 来年度、介入前の1年間と介入後の1年間の比較を行なう。

厚生労働省の秋山祐治室長補佐より挨拶が行なわれた。

- 標準化について、国として行政化をしていくのが良いのか、事業の中から自主的に立ち上がってきたものを指針として取り上げていくのが良いのかを検討している。
- 日本版 EHR の研究は随分進んできていると感じている。地域連携から生まれてくる EHR が基本であると考えているが、大きな金銭的負担をして電子化することに疑問を持つ医療機関はまだ多く、これらの医療機関に対して IT 化の必要性を説明するためにはこの研究班の成果は重要である。

経済産業省の増永明室長より挨拶が行なわれた。

- これらの研究成果の普及と標準化が課題であると考えている。引き続き先生方に協力いただきたい。

#### 4. 合同委員会

田中博主任研究者より以下の提案が行われた。

- 地域医療情報連携システム連絡協議会の委員の方には日本版 EHR の研究について、日本版 EHR の研究班の研究者の方には地域医療情報連携システム連絡協議会の成果について何かコメントをいただきたいと思う。まず、両方に所属する原量宏分担研究者の意見をいただきたいと思う。

原量宏分担研究者より以下の意見が述べられた。

- 今回のアンケート結果を見ると、我々が予想した以上に、地域医療連携に関心があることが分かる。ただし回答者の職種によって回答の傾向が異なることもあり、医師の回答者では電子カルテや EHR に対する関心が少なく、より啓蒙が必要であると感じる。

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宮本正喜分担研究者へ以下の

質問があった。

- システムの導入が進まないことについて、医師の理解にばらつきがあるという理由がアンケート結果で出ていたが、理解とは具体的にどういうことの理解なのだろうか。

宮本正喜分担研究者より以下の回答があった。

- 医療連携ということに対して、どこまでやるのかということについて理解の深さに差がある。同じように捉えているようであっても、概念が異なっていることもある。情報公開をしようと言っても、紙ベースで発想する人もいれば IT 化された形を望んでいる人もいる。今後は、同じような思考が持てるかどうかのポイントになるだろう。
- 今回のアンケートの回答者は 60%が医療従事者で、40%は事務職員等だった。医療従事者の半数が医師であった。

吉田純分担研究者より以下の意見が述べられた。

- システムに関して、日本は諸外国に劣ることはない段階に来ているにも係らず、次の段階に進めない理由としては、行政側の問題、医療提供者側の問題(セクショナリズム等)、患者側の問題と様々である。これらをどうクリアしていくかということについて、このような合同会議の中でディスカッションが進むと良いと思う。

田中博主任研究者より以下の意見が述べられた。

- 日本ではオーダリングシステムは普及しているが、電子カルテについては普及していない。しかし電子カルテが普及していなくても地域医療連携は可能なはずである。千葉県保健医療計画の評価が高かったが、平井愛山分担研究者にどのように地域医療連携を進めていくべきであるかを伺いたい。

平井愛山分担研究者より以下の回答があった。

- 医療連携の背景にあるものを時代の流れで捕らえなければ本質を見誤る。IT の普及のために医療連携を行なうのではないことを強調したい。医療崩壊から医療再生に向かって、我々はどうやっていくべきであるのかを考えなければならない。医療崩壊をしているのは病院勤務医である。今回、厚生労働省の医師臨床研修制度の見直しが行なわれ、大学病院に医師を戻すような流れを作ったが、戻らないのではないかと考えている。若手の医師が将来の選択を自由にできる流れが既に出来てしまった以上、地域の基幹病院

へ医師を確保することが困難である状態は今後も続く。地域で医師を育てることをしなければ、地域に医師は戻ってこない。その一方で診療所の数は増えており、地域医療を確保する視点で考えるとワークシェアリングをやっていくしかない。病院と診療所の連携を捉えるとき、5年前の病診連携と現在の医療連携とはまったく背景が異なる。

- 千葉県は医療崩壊が熾烈な状況にあった。東金病院でも2年半前、内科医が2名まで減り崩壊の危機にあった。銚子市民病院は昨年9月に実質上閉院となった。このような環境下で地域医療を再生させる方法を模索したとき、その答えが医療連携であった。これは千葉県だけではなく、全国同時に進行している問題である。日本版EHRとは、欧米のテクノロジーを日本に導入するということではなく、医療崩壊を再生させるための1つの手法である。千葉県の保健医療計画の評価が高かったことや、千葉県が全県共用型の地域連携クリティカルパスを完成させたことは、千葉大学、医師会、基幹病院の人々が集まって何とかしなければならぬと対応した結果である。危機感がないところには解決策は出ない。一度完璧に崩壊しない限りは、再生しようとする知恵は出てこないのかもしれない。幸い、日本には技術的な基盤は整ってきている。あとは制度と当事者の危機感があれば、地域医療連携を進めることができるのではないだろうか。

秋山昌範分担研究者より以下の意見が述べられた。

- 10年前に行なった実証実験のときから、HL7もDICOMも使っており、技術的には10年前とほとんど変わっていない。
- 考えなければいけないのは、本当に地域連携はニーズがあるのか、ということである。行政に問題があるという議論は10年前からあった。10年前と比べると、地域連携のインセンティブははるかに付加されている(保険点数、医療制度、特定保健指導)。10年前から議論がほとんど変わっていないのではないだろうか。
- 本日の会議に患者視点があるようには感じなかった。この席に、患者代表や困難な環境にある勤務医の代表が出席していない。精力的な研究や実証実験に関しては敬意を表すが、出席者の顔ぶれも10年前と変わっておらず、自分自身への自戒も含め、枠組みを見直してもいいのかもしれないと思った。

## 5. 閉会

田中博主任研究者より、今後も地域医療に関する討論会を開きたいという意見が述べられ、閉会となった。

以上

厚生労働科学研究費補助金  
日本版 EHR(生涯健康医療電子記録)の実現に向けた研究  
公開成果報告会

日時：平成 21 年 3 月 26 日 (木) 13:00 - 17:00

会場：T's 秋葉原

開催模様

開会挨拶

東京医科歯科大学 情報医科学センター センター長 田中 博 主任研究者



来賓挨拶

厚生労働省医政局 研究開発振興課 医療機器・情報室 室長 富澤 一郎 氏





総括報告



田中 博 主任研究者

標準化・セキュリティ分科会



中谷 純 分担研究者

地域医療連携分科会



宮本 正喜 分担研究者



辰巳 治之 分担研究者



原 量宏 分担研究者



平井 愛山 分担研究者



水野 正明 分担研究者

医療経済分科会



岡本 悦司 分担研究者

評価・シミュレーション分科会



秋山 昌範 分担研究者

海外動向



長谷川 英重 研究協力者

特別講演 「医療・社会保障分野の IT 戦略」  
内閣官房 IT(情報通信技術)担当室内閣 参事官 山内 徹 氏



質疑応答



厚生労働科学研究  
「日本版EHRの実現に向けた研究」  
総括報告

東京医科歯科大学情報医科学センター  
田中 博

## 本研究の概要

- 研究課題名  
「日本版EHR（生涯健康医療電子記録）の実現に向けた研究」  
（平成19年～21年厚生労働省科学研究費補助金）
- 目的  
日本版EHRを実現するために必要な戦略的基盤として以下の3つを  
主項目とする研究活動を行う。
  - （1）地域医療連携システムの実現を基礎にした日本版EHRを目指した、地域間情報共有や、健診・医療・介護の分野横断的な医療情報利活用を支える情報技術および実現のための社会エンジニアリング
  - （2）EHR実現を巡る制度的・社会的な非IT的改革課題や国民医療経済への効果判定
  - （3）医療プロセスの透明化による効率化の評価
- 研究期間  
平成19年4月1日から平成22年3月31日まで（3年計画）

# 各分科会における主な検討事項

## ■ 標準化・セキュリティ分科会

- ◆ 多様な組織間における分野横断的な健康・医療・介護情報の統合・共有方式の標準、セキュリティ
- ◆ 日本版EHRの国民の受容性およびポリシー等について

## ■ 地域医療連携分科会

- ◆ ITを利用した地域医療連携のモデル
- ◆ 地域医療への医療従事者の実態調査
- ◆ 日本版EHRの実現を見据えた地域医療情報圏における情報共有のあり方

## ■ 医療経済分科会

- ◆ 日本版EHR実現による経済効果、保険制度との関連
- ◆ 生涯にわたる健康情報の保管による被保険者のメリット

## ■ 評価・シミュレーション分科会

- ◆ 医療におけるマーケティングやシミュレーション手法の応用
- ◆ 生涯にわたって保存されるべき個人の薬歴のあり方

# 実施体制（平成20年度）

主任研究者  
東京医科歯科大学  
田中博(教授)

### 標準化・セキュリティ分科会

#### <分科会長>

- ・ 浜松医科大学  
木村通男(教授)

#### <分担研究者>

- ・ 東京医科歯科大学  
中谷純(准教授)
- ・ 東京大学  
山本隆一(准教授)
- ・ 川崎医療福祉大学  
岡田美保子(教授)
- ・ 東京医科歯科大学  
野川裕樹(客員教授)

#### <研究協力者>

- ・ 東京大学  
大江和彦(教授)
- ・ 労働者健康福祉機構  
清谷哲朗  
(医療企画調査役)
- ・ 保健医療福祉情報システム  
工業会  
長谷川英重(特別委員)

### 地域医療連携分科会

#### <分科会長>

- ・ 兵庫医科大学  
宮本正壽(教授)

#### <分担研究者>

- ・ 香川大学  
原量宏(教授)
- ・ 名古屋大学  
吉田純(教授)
- ・ 千葉県立東金病院  
平井愛山(院長)
- ・ 札幌医科大学  
辰日治之(教授)

### 医療経済分科会

#### <分科会長>

- ・ 国立保健医療科学院  
岡本悦司(経営管理室  
長)

#### <分担研究者>

- ・ 九州大学  
信友浩一(教授)
- ・ 鈴鹿医療科学大学  
永田宏(教授)

#### <研究協力者>

- ・ 東京医科歯科大学  
山原大輔

### 評価シミュレーション分科会

#### <分科会長>

- ・ 東京医科大学  
秋山昌範(客員教授)

#### <分担研究者>

- ・ 慶応義塾大学  
秋山美紀(専任講師)
- <研究協力者>
- ・ 東京医科歯科大学  
歯学部付属病院  
土屋文人(薬剤部長)
- ・ NTT東日本関東病院  
折井孝男(薬剤部長)
- ・ 秋田大学  
近藤克幸(教授)
- ・ 慶応義塾大学  
稲葉達也(助教)
- ・ 東京医科歯科大学  
大橋久美子

# わが国の医療を取り巻く状況

## 総括報告

# わが国の医療に対する国際評価

平均寿命世界第1位、乳幼児死亡率2位  
health attainment (WHO)連続1位

- ・乳児死亡率、平均寿命は世界最高レベル、WHOの国民の健康達成度に関する総合評価1位
- ・日本の1人あたり総医療費は18位と、5カ国の中で医療費は最も少なく、日本は少ない医療費で世界最高水準の医療を賄っていると言える。

乳児死亡率、平均寿命、WHOの評価と1人あたり総医療費

| 国名   | 乳児死亡率(48カ国)* |     | 平均寿命(40カ国)*2 |     |      |     | 健康達成度(WHO191カ国)*3   |      | 1人あたり<br>総医療費*4<br>(OECD30カ国) |
|------|--------------|-----|--------------|-----|------|-----|---------------------|------|-------------------------------|
|      | 千人あたり        | 順位  | 男            | 順位  | 女    | 順位  | 国民の健康水準<br>健康寿命 平等性 | 総合評価 |                               |
| 日本   | 3.1人         | 2位  | 78.1         | 1位  | 84.9 | 1位  | 1位 2位               | 1位   | 18位                           |
| フランス | 4.4人         | 9位  | 75.6         | 13位 | 82.9 | 2位  | 3位 12位              | 6位   | 8位                            |
| ドイツ  | 4.5人         | 11位 | 75.1         | 16位 | 81.1 | 13位 | 22位 20位             | 14位  | 6位                            |
| イギリス | 5.6人         | 21位 | 75.1         | 17位 | 79.9 | 17位 | 14位 2位              | 9位   | 17位                           |
| アメリカ | 6.9人         | 25位 | 74.3         | 21位 | 79.5 | 21位 | 24位 32位             | 15位  | 1位                            |

出典：\*1)国立社会保障・人口問題研究所(UN, Statistical Papers)

\*2)国立社会保障・人口問題研究所(WHO, The World Health Report 2002)

\*3)WHO「The World Health Report 2000」

\*4)OECD Health Data 2004、購買力平価ベース

## 医師不足—医療崩壊 医療提供体制の各国比較

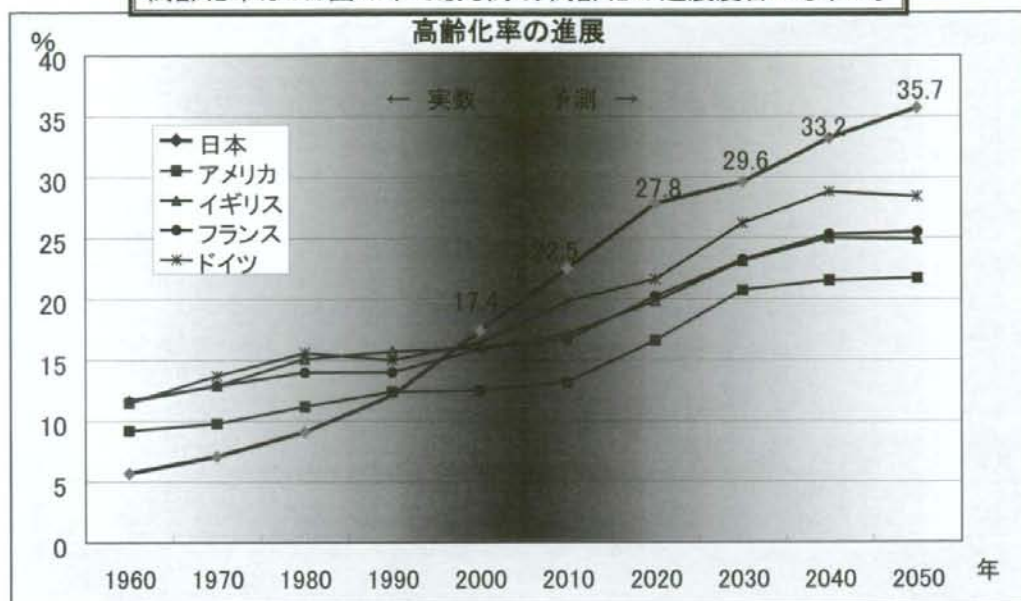
| 国名   | 平均在院日数         | 人口千人<br>当たり病床<br>数 | 病床百床<br>当たり医師数 | 人口千人<br>当たり医師<br>数 | 病床百床<br>当たり看護職員<br>数 | 人口千人<br>当たり看護職員<br>数 |
|------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| 日本   | 36.4           | 16.5               | 15.6<br>(2002) | 2.0<br>(2002)      | 42.8<br>(2002)       | 7.8<br>(2002)        |
| ドイツ  | 10.9<br>(2002) | 8.9<br>(2002)      | 39.6<br>(2000) | 3.4                | 102.2<br>(2000)      | 9.7                  |
| フランス | 13.4           | 7.7                | 35.2<br>(1998) | 3.4                | 69.7<br>(1997)       | 7.3                  |
| イギリス | 7.6            | 4.2                | 43.9<br>(2000) | 2.2                | 129.2<br>(2000)      | 9.7                  |
| アメリカ | 6.5            | 3.3                | 77.8<br>(2000) | 2.3<br>(2002)      | 230.0<br>(1999)      | 7.9<br>(2002)        |

(出典)病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数：「OECD Health Date 2002」

平均在院日数、人口千人当たり病床数、人口千人当たり医師数、人口千人当たり看護職員数：「OECD Health Date 2005」

# 超高齢化社会の到来－総人口に占める65歳以上人口の割合

高齢化率は5カ国の中で最も高く、高齢化の進展度合いも早い。

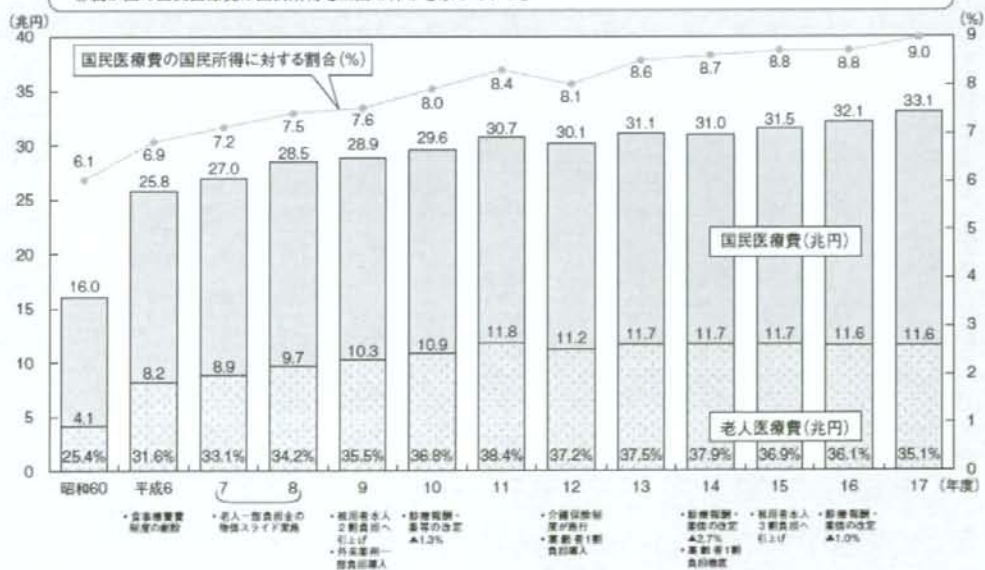


平成18年度65歳以上20.8%

出典：国立社会保障・人口問題研究所

# 高齢者医療費の比率

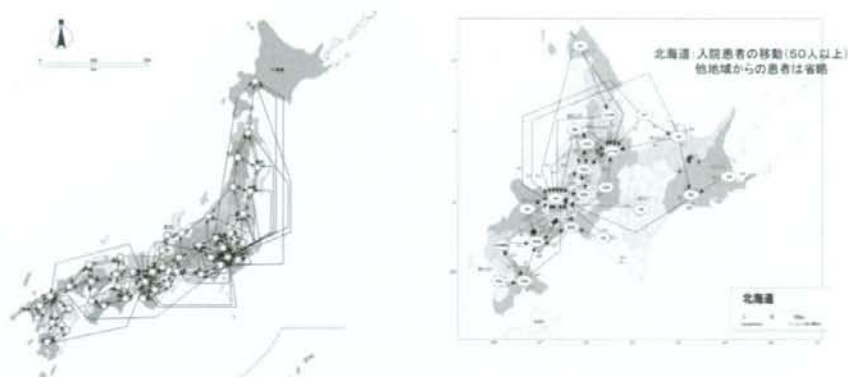
○我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している。





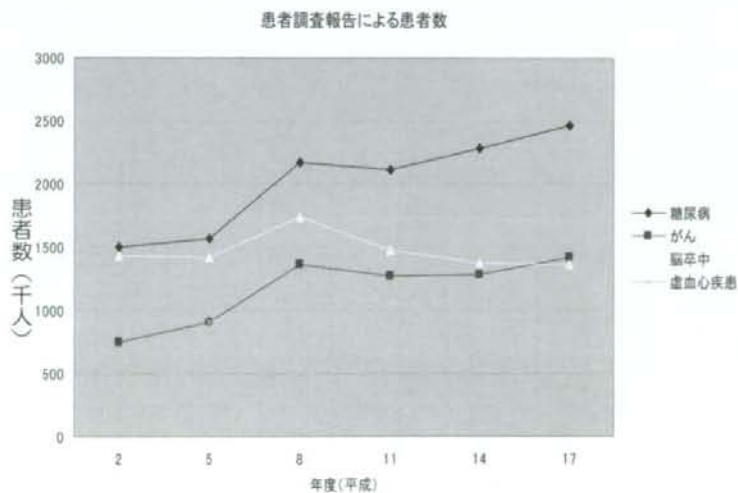
# 医療の非統合性 integrityの欠如

医療施設へのフリーアクセスの長所と欠点



入院患者の移動(50人以上)

## 生活習慣病の患者数の増大



平成17年 患者調査報告

## 医療政策が緊急に解決すべき 現在の課題

- 医師不足による「医療崩壊」
- 超高齢化社会への対応
  - ◆ 65歳以上20.8%、医療比率35%以上
- 国民所得増加を上回る医療費の増大
- 医療供給の非計画性, integrityの欠如
- 生活習慣病（慢性疾患）の増大

現在の医療の混迷を解決するために

### ITによる医療の再生？

どんな基本軸で

2つの基本概念

## 「生涯を通じた」健康/疾病管理

- 「生涯継続性」 lifelong-continuity
  - ◆ 生涯的健康/疾病管理への転換
    - ☞ 医療費は慢性疾患に掛かる費用が大半
    - ☞ カルテの保存期間（米國小児科21年など）
    - ☞ 超高齢化社会・citizen-centeredな医療へ
  - ◆ 重症化予防と医療費の適正化
    - ☞ 糖尿病重症化の予防→医療費の適正化
    - ☞ 「治す」から「予防する」「管理する」へ



longitudinal disease/healthcare management

## 「統合性を持つ」医療の実現

- 「統合的構造」 Integrity
  - ◆ 統合的構造Integrityをもった医療の実現
    - ☞ 地域完結型（self-contained）包括ケアをビルディングブロックにした医療
    - ☞ 医療資源の分布と適正化・医療崩壊と再生への視座 地域医療連携体制
  - ◆ 国民的規模の健康医療情報に基づいた医療政策(evidence-based healthcare policy)へ



integrated regional disease/healthcare management

# 両者の実現には 「情報」が必要である

- 情報のもつ「統合力」
  - ◆ 単なる効率化の手段としてではない
  - ◆ 生涯継続性を支える「情報の継続性」
  - ◆ 統合的構造を支える「情報の連結性」
- 2つの医療構造改革のために  
健康・疾患情報の電子化

ITによる医療構造改革の基盤としての  
EHR (生涯電子カルテ)

国民一人ひとりが自らの健康/医療情報を  
「生涯を通じて」把握/管理でき、健康  
管理/疾病予防に活用できる『仕組み』

## EHRは包括的な 医療IT政策のフレームワークである

地域/国レベルの健康医療基本情報集合の共有



国民各人の「生涯に亙った」健康医療管理  
Longitudinal continuity of healthcare

加齢による疾患発症リスク管理・疾病の連携的ケア

複数医療施設による継続・連携的医療の実現  
Continual and Linked healthcare

診療情報共有化による組織的ケアの実現、重複診療の削減

国民の診療/疾病情報に基づいた医療  
Evidence-based healthcare policy

電子化診療情報を基礎にした医療政策

EHRの多面的機能性