

図3はBritish Columbia州における分娩前記録用紙に対応した画面を示したものである。記録内容は紙に印刷可能であり、妊婦はこの書類を当局に提出することで州の母子保健サービスを受けることが可能になる。

図3 British Columbia州における分娩前記録用紙に対応した画面(1)

The image shows a digital representation of the 'British Columbia Antenatal Record Part 1' form. The form is organized into several numbered sections:

- Section 1: General Information** - Includes fields for patient name, address, telephone, and date of birth.
- Section 2: Pregnancy History** - A table with columns for 'Gestational Week', 'Outcome', and 'Date of Birth'.
- Section 3: Current Pregnancy** - Includes 'Gestational Week', 'Date of Last Menstrual Period', and 'Date of Delivery'.
- Section 4: Social History** - Includes checkboxes for 'Smoking', 'Alcohol', and 'Drugs'.
- Section 5: Blood Test Results** - Includes 'Hemoglobin', 'Hematocrit', and 'Iron Studies'.
- Section 6: Ultrasound Results** - Includes 'Fetal Growth' and 'Anatomy'.
- Section 7: Genetic Test Results** - Includes 'Carrier Status' and 'Screening Results'.
- Section 8: Other Information** - Includes 'Insurance' and 'Consent'.

図4は出産サマリの記録画面である。このフォームには計算機能が内蔵されており、記録されたデータから分娩予想日を推定したり、また新生児の記録(図5)にも連動させることができる。これによって周産期の母児の健康管理を継続的かつ総合的に行うことを可能にしている。

図4 出産サマリの記録画面。

図5 新生児の記録画面

これらの記録についても紙に印刷する機能がデフォルトでついている (図6)

図6 British Columbia 州の新生児の記録用紙 (Oscar から印刷されるフォーム) (1)

British Columbia Labour and Birth Summary Record

1. IDENTIFICATION

NAME (PRINT IN CAPITALS) _____ Sex: Male Female

DATE OF BIRTH: _____ TIME OF BIRTH: _____

PLACE OF BIRTH: _____

2. LABOUR

TYPE OF LABOUR: Spontaneous Induced Episiotomy Other _____

3. DELIVERY

POSITION AT DELIVERY: _____

4. BIRTH AND NEWBORN

TIME SUMMARY					DURATION		DELIVERED BY	
STAGE	HOURS	MIN	SEC	MIN	SEC	BY	ASSISTED	
1st STAGE								
2nd STAGE								
3rd STAGE								
4th STAGE								

WEIGHT (kg) _____ HEIGHT (cm) _____

APGAR 1 score _____ APGAR 5 score _____

5. NEWBORN

APGAR 1 score _____ APGAR 5 score _____

6. SIGNATURES

Signature of Midwife _____ Signature of Doctor _____

7. PRINTED INFORMATION

NAME: _____ SEX: _____

DATE OF BIRTH: _____ TIME OF BIRTH: _____

PLACE OF BIRTH: _____

8. FOOTNOTES

9. CONTACT INFORMATION

10. LEGAL INFORMATION

11. OTHER INFORMATION

図6 British Columbia州の新生児の記録用紙 (Oscar から印刷されるフォーム) (2)

British Columbia Newborn Record Part 1

1. **IDENTIFYING DATA**

SEX TEST
 SURNAME OF MOTHER: _____ BIRTHDATE: _____ AGE: _____
 G T P A L SEX P * * * * * BLOOD GROUP: Rh - POS / NEG HbA_{1c} _____
Use Part 2 of this form for Part 2 of a Newborn Record (Part 2)

HOSPITAL: _____ DATE: _____ (YYMM-DD)
 DISTRICT: _____ DISTRICT CODE: _____
 ADDRESS: _____ PHONE NUMBER: _____
 CITY: _____ PIN: _____ (00N-XXX-XXXX 004-XXX-XXXX)
 PROVINCE: BC VSN: 2.0
 POSTCODE: XXXXX-XXXX

2. APGAR SCORES

	1	2	3	4	5	6	7
HEART RATE							
RESPIRATION							
REFLEX							
GRASP							
SCISSOR TEST							
COLOUR							
APGAR TOTAL SCORE							

3. RESUSCITATION SUMMARY (Use Hospital Progress Notes if insufficient space for narrative)

Mechanical Ventilation: GULAH BIPAP/CPAP/PEEP
 Suction: AT PRAXIS GROSSMAN/DEWEE TRACHEA
 END TRACHEAL SUCTION
 END TRACHEAL SUCTION WITH HIGH FLOW O₂ END TRACHEAL SUCTION WITH HIGH FLOW O₂ + PEEP
 PPV START: _____ STOP: _____ TIME TO SPONTANEOUS BREATHING: _____
 END TRACHEAL SUCTION WITH HIGH FLOW O₂ + PEEP (document resuscitation requiring PPV on separate neonatal resuscitation record)
 CPAP: YES NO CPAP: _____ PEEP: _____ FiO₂: _____
 YES NO CPAP: _____ PEEP: _____ FiO₂: _____

Comments: _____

Signature: _____ Date: _____

4. DELIVERY ROOM

Signature: _____ Date: _____
 Signature: _____ Date: _____
 Signature: _____ Date: _____

WOUND: No Yes No Yes No Yes

FEEDING PLAN: Breast Formula Other: _____

5. ROUTINE PROCEDURES

CORD BLOOD: No Other: _____
 No Yes No Yes No Yes

Signature: _____ Date: _____
 No Yes

6. EVALUATION OF DEVELOPMENT (growth chart available on request)

Weight	Length	Head Circumference
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

50th 75th 90th 95th

7. STILL BORN

Signature: _____ Date: _____

8. PHYSICAL EXAMINATION AT BIRTH (INCLUDING STILLBORN)

HEENT: Normal Abnormal

1. HEENT: Normal Abnormal

2. HEENT: Normal Abnormal

3. HEENT: Normal Abnormal

4. HEENT: Normal Abnormal

5. HEENT: Normal Abnormal

6. HEENT: Normal Abnormal

7. HEENT: Normal Abnormal

8. HEENT: Normal Abnormal

9. HEENT: Normal Abnormal

10. HEENT: Normal Abnormal

11. HEENT: Normal Abnormal

12. HEENT: Normal Abnormal

Signature: _____ Date: _____

図7は電子カルテ本体の画面を示したものである。電子カルテの画面の左側には電子化された種々の記録が示されている。例えば、予防に関する事項、Tickler - reminder moduleに関する事項、傷病登録、各種の用紙（紙ベース）、電子化用紙、スキャンされた過去の記録（図8）、診察時に撮影された写真（図9）や画像診断（図10）、臨床検査の結果（図11）、臨床検査サマリ（図12）などが随時閲覧できるようになっている。

図7 電子カルテの画面

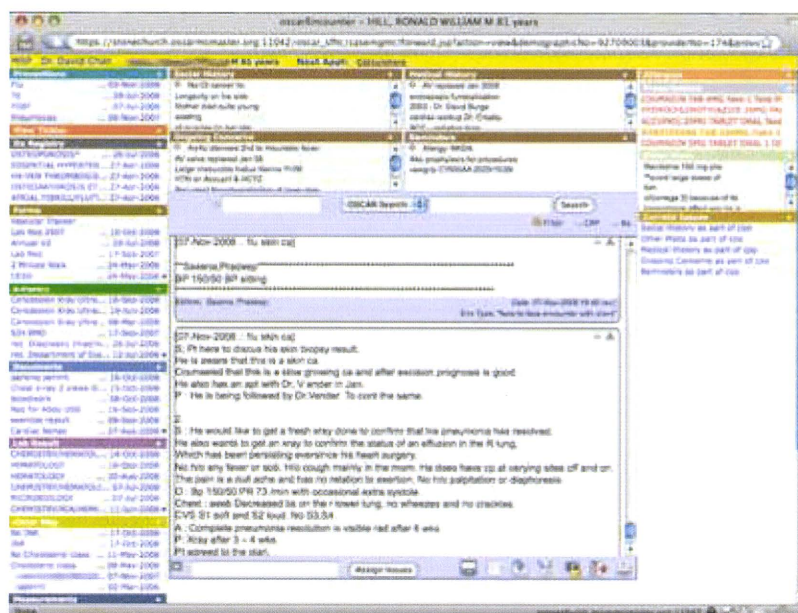


図8 スキャンされた文書の画像データ

Visit Date	Subjective, Objective, Assessment	Plan
APR 10 2009	Fever last night secondary of asthma: of well. Coughed: ENT - post nasal drip + chest - absence of wheals R) VENTZ + Postnasal secretions P) T balanced + use Ventolin - Followed plan	
JUN 18 2009	Cancelled. June 29/09 by request. 9/10/09 (phall)	
JULY 30/09	BY RENEWAL VENTOLIN ASTHMA - GOOD CONTROL - POST N W/ VENTOLIN EXCEPT WITH EXERCISE OTHERWISE W/	

図9 診察時に撮影された皮膚所見の写真

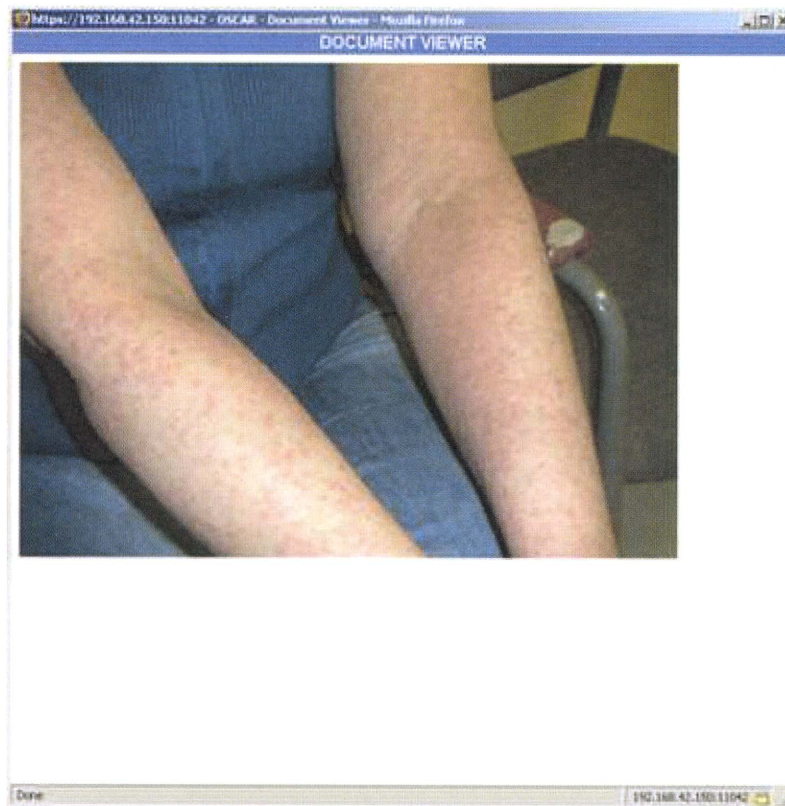


図10 画像診断データ

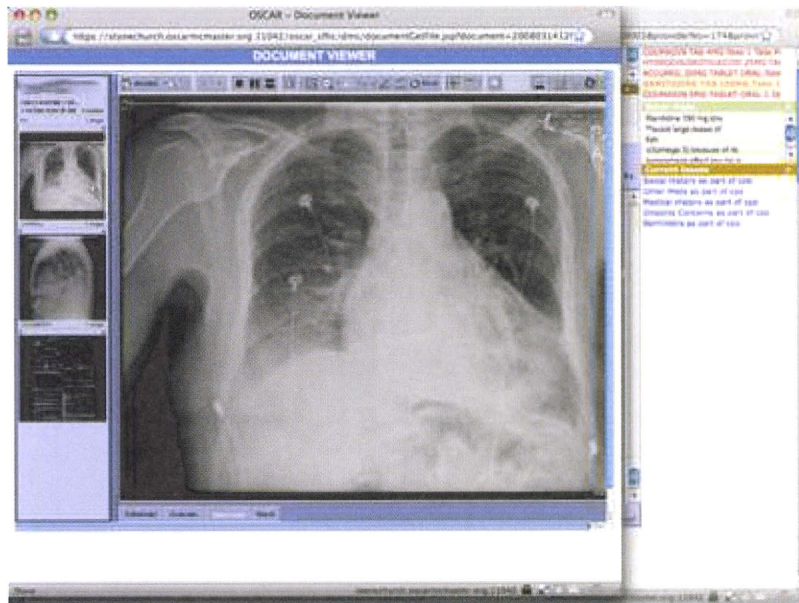


図 11 臨床検査データ

RONALD HILL Lab Results

Forward | Close | Print | Mail | Refresh | Next Appointment

Current Patient Info: Patient Name: [redacted], Home Phone: [redacted], Date of Service: 2008-10-14, Report Status: Final, Date of Birth: [redacted], Work Phone: [redacted], Client Ref. #: 058081, Health #: [redacted], Sex: M, Patient Location: ORL, Admission #: 125119

Requesting Clinic: DR. Z. CHEN

David Chen | Admitted/Discharged 20-08-09 13:21, no comment
Henry Su | Admitted/Discharged 13-03-08 13:38, no comment

Test	Result	Unit	Reference Range	Unit	Result	Reference Range	Status
CHEMISTRY							
GLUCOSE	5.58	A	100-140	MG/DL	2008-10-14	2008-10-14	Final
POTASSIUM	4.3	M	3.3-5.2	MMOL/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
CHLORIDE	97	M	95-108	MMOL/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
HEMATOLOGY							
COMPLETE BLOOD COUNT							
HEMOGLOBIN	17	M	139-189	G/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
HEMATOCRIT	5.278	A	6.29-9.24	L/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
WBC COUNT	6.1	M	4.8-11.2	K10 9/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
RBC COUNT	0.24	A	4.39-5.20	K10 1/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
PLT	24.7	M	80-47	PL	2008-10-14	2008-10-14	Final
RDW	20.5	M	11.8-14.8	%	2008-10-14	2008-10-14	Final
RDW	17.3	A	11.8-14.8	%	2008-10-14	2008-10-14	Final
PLATELET COUNT	245	M	130-400	K10 9/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
NEUTROPHILS	4.9	M	2.9-7.2	K10 9/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
LYMPHOCYTES	3.8	M	1.5-3.9	K10 9/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
MONOCYTES	0.4	M	0.0-0.8	K10 9/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
EOSINOPHILS	0.1	M	0.0-0.5	K10 9/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
PLASMA CELLS	0.0	M	0.0-0.2	K10 9/L	2008-10-14	2008-10-14	Final
PLASMA CELLS	0.0	M	0.0-0.2	K10 9/L	2008-10-14	2008-10-14	Final

図 12 臨床検査サマリ(タイトルバーの "+" をクリックすると表示される)

OSCAR システムのもう一つの重要な仕組みは慢性疾患管理のための地域連携パスがフローシートとして実装されていることである（図 13 は糖尿病患者のフローチャート）。これにより当該患者のグループ診療にあたる医師、看護師、薬剤師、その他の医療職が、診療がガイドラインにそって適切に行われているかを相互に確認することが可能となり、患者の長期的な管理が可能となっている。このフローチャート（CP）は患者も閲覧可能であり、患者にもチーム医療の一員としての自覚を持たせることに役立っている。

図 13 慢性疾患管理のための地域連携パス

Diabetes Flowsheet Recommendations		Reviewed: Yes	Reviewed: Yes	Reviewed: Yes	Reviewed: Yes	Reviewed: Yes
Review Blood Glucose Records	Reviewed: Yes 2007-12-17 09:00	Reviewed: Yes 2007-06-17 09:00	Reviewed: Yes 2007-04-28 09:00	Reviewed: Yes 2007-02-28 09:00	Reviewed: Yes 2006-04-21 09:00	
A1C	A1C: 6.00% 2006-01-17 09:00	A1C: 5.8% 2007-02-01 12:00	A1C: 5.9% 2006-02-28 09:00	A1C: 5.9% 2006-02-28 09:00	A1C: 5.9% 2006-04-21 09:00	A1C: 5.9% 2006-04-21 09:00
Diabetes Med Changes	Changed: No 2007-12-17 09:00	Changed: No 2007-06-29 09:00	Changed: Yes 2007-04-28 09:00	Changed: No 2006-12-08 09:00	Changed: Yes 2006-04-21 09:00	
BP	BP: 120/70 2006-01-17 09:00	BP: 140/90 2007-02-01 12:00	BP: 125/72 2007-02-28 09:00	BP: 126/78 2007-02-28 09:00	BP: 126/78 2006-04-21 09:00	BP: 126/78 2006-04-21 09:00
BP Med Changes	Changed: No 2007-12-17 09:00	Changed: No 2007-06-29 09:00	Changed: Yes 2007-04-28 09:00	Changed: No 2006-12-08 09:00	Changed: No 2006-04-21 09:00	
RAI	RAI: 25.9 2007-12-17 09:00	RAI: 25.3 2007-06-29 09:00	RAI: 24.7 2007-02-28 09:00	RAI: 22.7 2007-02-28 09:00	RAI: 24 2006-12-08 09:00	RAI: 24 2006-12-08 09:00
Cholesterol	Reviewed: Yes 2007-12-17 09:00	Reviewed: Yes 2007-06-29 09:00	Reviewed: Yes 2007-04-28 09:00	Reviewed: Yes 2006-12-08 09:00	Reviewed: Yes 2006-04-21 09:00	
Smoking	Smoking: 0 2006-04-21 09:00					
LDL	LDL: 120 2007-12-17 09:00	LDL: 120 2007-06-29 09:00	LDL: 130 2007-04-28 09:00	LDL: 130 2006-12-08 09:00	LDL: 130 2006-04-21 09:00	LDL: 130 2006-04-21 09:00
Hemoglobin	Hemoglobin: 13.0 2007-12-17 09:00	Hemoglobin: 13.0 2007-06-29 09:00	Hemoglobin: 13.0 2007-04-28 09:00			
Triglycerides	TG: 80 2007-12-17 09:00	TG: 74 2007-06-29 09:00	TG: 8.0 2007-04-28 09:00			
Lipid Lowering Meds	Changed: No 2007-12-17 09:00	Changed: No 2007-06-29 09:00				
Fasting glucose metabolic compensation	Reviewed: Yes 2006-01-17 09:00	Reviewed: Yes 2007-12-17 09:00	Reviewed: Yes 2006-02-28 09:00			
Ophthalmologist Consultation	Exam Date: Yes 2007-12-17 09:00	Exam Date: Yes 2006-12-18 09:00	Exam Date: Yes 2006-04-21 09:00			
Alcohol intake	ACR: 0.9 2006-01-17 09:00	ACR: 0.9 2007-12-17 09:00	ACR: 1.0 2006-02-28 09:00	ACR: 1.1 2006-02-28 09:00		

【メリット】 OSCAR の導入は医療職間の情報共有を可能にし、これによりカナダ国内で 1990 年代からモデル的に行われてきたプライマリケアの枠組みの中での慢性疾患管理が可能となっている。OSCAR によって医療職がつながることで、各医療職が患者に総合的に対応できるようになり、結果的に診察、診療、処方などの重複が回避されるようになった。また、患者もかかりつけ医の診療所が閉まっている時でもネットワークを共有しているハブ診療所で診察を受けることが可能となり、患者の安心感の向上と病院の救急部門の不適切な利用が減少している。さらに患者が OSCAR における自分の情報を医療者と共有することで患者の自己管理能力が高まっていることも重要である。

このように OSCAR が急速に活用されるようになった理由としては、その機能の優秀性に加えて、それが Free のソフトウェアであり、参加者が自ら改善提案と改修を行える仕組みであるということが重要である（ただし、個々の医療機関への導入に際しては、民間事業者による有料サービスを受けることもある）。各施設が準備すべきものはインターネットに接続可能な PC のみであり、それを用いてクローズドなネットワークが大きなコストなしで構築できるということが重要である。

【課題】 OSCAR の課題としては利用者のアクセス管理を誰がどのように行うのかという、運営上の問題が大きい。著者が調査を行ったケベックのネットワークはマクギル大学家庭医部門がサポートしているものであったが、そこに十分な技術力があることで、個々のユーザーがストレスを感じることなく OSCAR が動いている。この管理手法はネットワークによって必ずしも同じではなく、当該患者が糖尿病と骨粗しょう症の別々の枠組みにエントリ一されてしまうと、記録の重複が生じてしまう。また、以前から OSCAR 以外の電子カルテを採用している施設においては記録を二重に行う必要がある。今後機器の更新時を活用して、徐々に OSCAR ですべてのシステムを置き換えていくことも予定されているが、古いシステムに記録されている情報をどのように新システムで管理するのかが課題である。

【日本への示唆】

OSCAR で実装されている画面は、我が国における電子カルテとほぼ同じであり、むしろ我が国の電子カルテの方が機能面で優れているといえる。しかしながら、我が国の場合は記録仕様の標準化を行われていない状況で、各組織が電子カルテ化を進めてしまったため、OSCAR のような形式で直接的な情報共有を行うことが難しい状況となっている。改めて情報フォーマット標準化の必要性を認識した上で、今後機器更新のタイミングで国レベルで標準化された仕組みに変えていくことが必要であろう。また、それが可能になるためには、前提として関係者間で意識の共通化が不可欠である。カナダの OSCAR の成功要因としてプライマリケアレベルで慢性疾患管理を行うためのモデル事業が数多く行われ、情報共有の重要性が関係者によって理解されていた点が重要である。ソロプラクティスの多い我が国でこのような意識改革をいかに行うかが地域共通電子カルテの推進のための最も重要な課題であろう。さらに地域単位で誰が情報システムのメンテナンスをするかも重要である。国レベルで管理者を設けることは現実的ではなく、また 1 組織が膨大な個人情報を持つことに対しては個人情報の保護上問題も生じうる（詳細はフランス DMP）。おそらく医療圏単位、あるいは都道府県単位でそのような情報管理組織を作ることが望ましい。具体的には都道府県医師会が窓口となり、大学などの研究組織が中立性を持ってそのような組織を持つことが望ましいと思われる。

4. Trajectoire

まず、地域共通カルテ導入の前提となるフランスの医療制度について説明する。

フランスにおける医療保障制度の第一の特徴は、わが国と類似の国民皆保険の原則のもと、患者には医師及び医療機関選択の自由、そして医師には出来高払いによる診療報酬と自由開業制による医療活動の自由が認められていることである。第二の特徴としては疾病保険制度が複数の金庫から構成されている点があげられる。

戦後、フランスの社会保障制度は社会保障の一般化、単一制度、自主運営の原則の3つの理念と社会連帯の理想のもと、国の干渉をできるだけ排除する制度の構築を目標とした。しかし、戦前から職域単位で発展していた共済制度を基礎とする医療保険制度を有する国営企業の労働組合等が既得権を失うことに激しく抵抗したため、フランスの医療保険制度は、職域を基盤としたさまざまな制度から構成されるモザイクのように複雑な制度体系として発展することとなった。

そして、現在のフランスの疾病保険制度を4つに大別すると国民の80%がカバーされる被用者保険制度（CNAMTS: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, わが国の政管制度に類似）、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度となる。

被保険者の医療機関の受診にあたっては、医療機関選択の自由が認められている（ただし、2006年からは登録医制度が導入されている）。外来医療の場合、被保険者は受診した医療機関において診療費の全額を支払い、医師の領収証（処方薬がある場合は薬局での費用を含めた領収証）を所属する疾病金庫に送ることで償還を受ける（現在は医療機関から電子レセプトが当該患者の所属する疾病金庫に電子的に送付される仕組みに移行している）。償還率は疾病、薬剤の種類により異なっている。例えば開業医の一般的医療行為は70%、一般の薬剤（白ラベル）は65%、胃薬などの「気休めの薬（青ラベル）」は35%となっており、またビタミン剤や強壮剤などは償還対象からはずされている。また、2004年からはフランス版の償還価格制（TFR: tarif forfaitaire de responsabilité）が導入されている。外来医療の償還率は約60%で諸外国より低い。入院医療の場合は、患者は自己負担分のみを施設に支払い、残りは疾病金庫から給付される（いわゆる第三者支払い方式）。ただし、民間病院の場合、医師費用は、入院治療であっても外来医療の枠組みで規定されており、償還払いが適用される。

フランスにおいては完全医薬分業が行われている。すなわち、医師が医薬品を処方した場合、患者は市中の調剤薬局に処方箋を提出することで購入する。

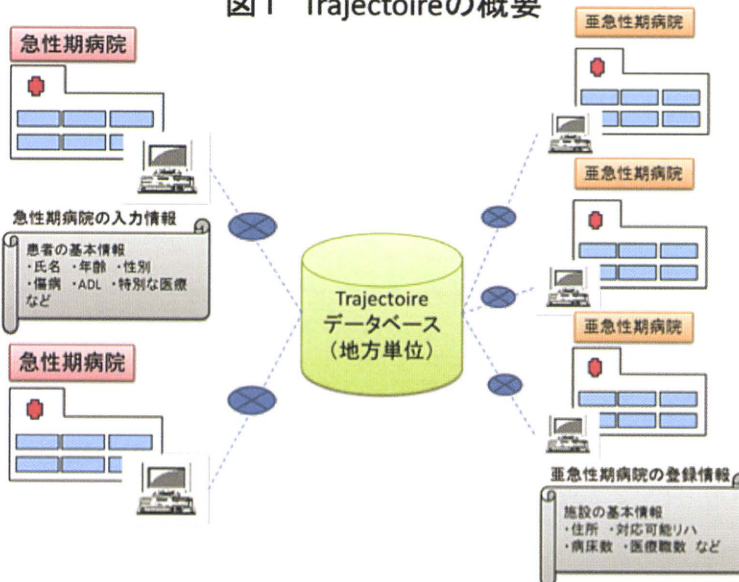
フランスの医療制度が抱える最も重要な問題はフリーアクセスと皆保険制度という寛容な制度のために、過剰受診や過剰処方といった医療サービスの不適切な利用が行われ、これが医療費の増大と医療の質の問題をもたらしているとうものである。

このような問題への対処として「適切な医療を適切な時期に適切な場所で」提供することをスローガンとして、現在急性期医療機関と亜急性期医療機関間の連携を図るためにフ

ランスで社会実験として取り組まれているのが Trajectoire (追跡) というシステムである。

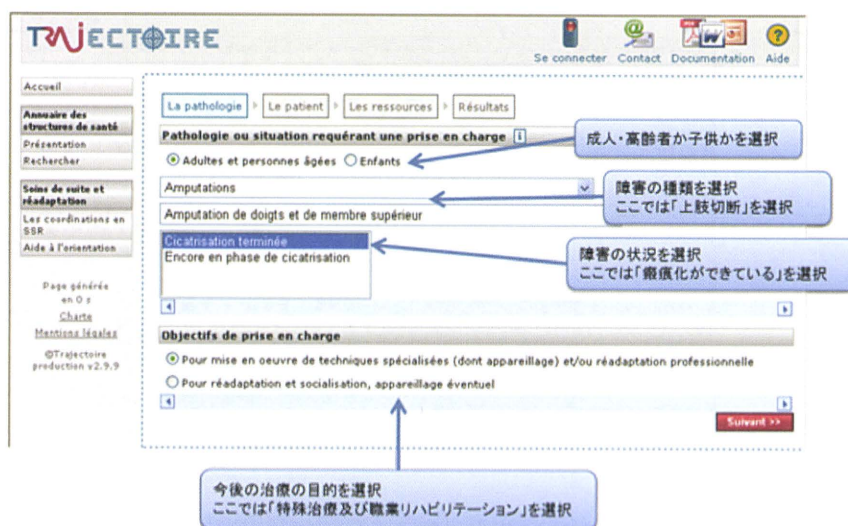
図1は Trajectoire システムの概要を図式化したものである。このシステムはあくまで急性期から亜急性期への退院促進の仕組みである。急性期病院側の医師が退院予定の患者の基本情報を入力して、検索を行うとその病態と居住地域にあった亜急性期施設の一覧がリストアップされる。急性期病院側の医師がその候補のいくつかに患者情報を送り、その受け入れの可否を確認し、受け入れ先を決定するというのがシステムの全体像である。

図1 Trajectoireの概要



以下、その具体的な流れを Trajectoire の画面で説明する。

図2 Trajectoireの入力画面(1)



急性期病院側の主治医がリハビリテーションなどの亜急性期の医療を必要とする患者の
 姓名、年齢などの基本情報を登録した後、その患者の病態に関する詳細情報を入力する（図
 2）。この画面では障害の種類と亜急性期入院における療養の目的が入力される。

次いで、患者の医療必要度をを入力する（図 3）。この例では「社会医療部門との連携の下
 で、医学的管理、教育、及び看護ケアが外来あるいはデイケアで可能」が選択されている。

図3 Trajectoireの入力画面(2)

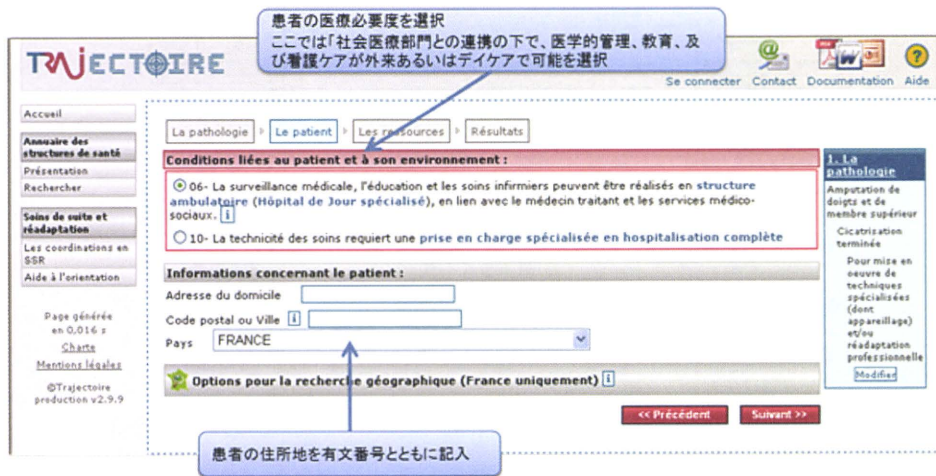


図4 Trajectoireの入力画面(3)

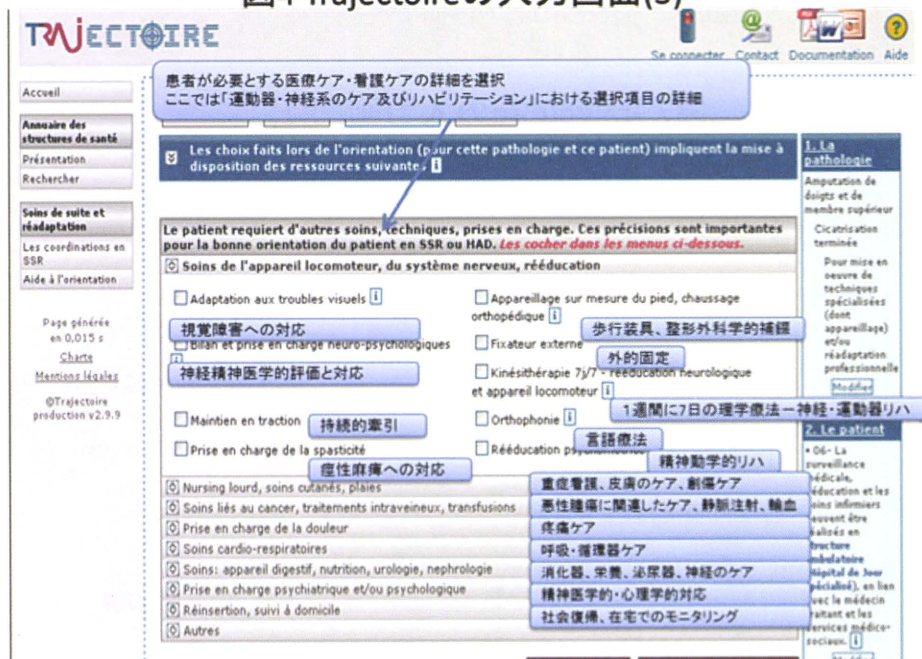


図 4 の画面では患者が必要とする医療ケア・看護ケアの詳細が入力される。具体的には、

「運動器・神経系のケア及びリハビリテーション」、「重症看護、皮膚のケア、創傷ケア」、「悪性腫瘍に関連したケア、静脈注射、輸血」、「疼痛ケア」、「呼吸・循環器ケア」、「消化器、栄養、泌尿器、神経のケア」、「精神医学的・心理学的対応」、「社会復帰、在宅でのモニタリング」、「その他」のそれぞれについて必要項目を選択する。この画面では「運動器・神経系のケア及びリハビリテーション」について「視覚障害への対応」、「神経精神医学的評価と対応」、「持続的牽引」、「痙性麻痺への対応」、「歩行装具、整形外科的補綴」、「外的固定」、「1週間に7日の理学療法－神経・運動器リハ」、「言語療法」、「精神動学的リハ」のそれぞれについてその必要性を入力する。

図5 Trajectoireの入力画面(4)



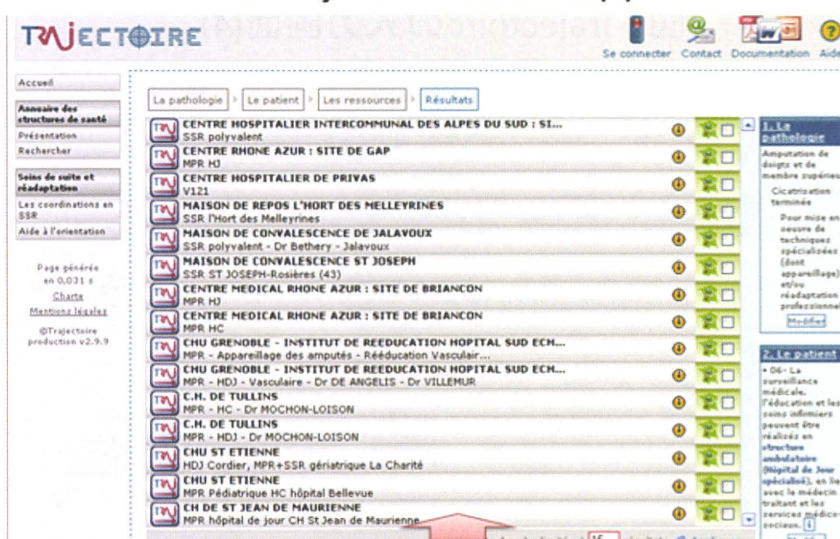
必要な医療ケア・看護ケアの情報を入力したのち、画面右下の検索ボタンをクリックすることで当該患者にあう施設のリストを得ることができる（図5）。

図6は検索結果を示したものである。施設がリストアップされている。施設名をクリックすると、その施設が持つ機能の詳細を確認することができる。まず図7の画面では当該施設が「保有しない機能及び情報のない機能」について情報が表示されている。この施設は「理学療法」、「作業療法」、「社会的支援」、「教育」、「リハビリテーション専門医」、「大きな装具の作成及び調整」、「自助具及び装具の作成及び調整」、「エコーによるモニタリング」については対応ができていないことがわかる。

図8では当該施設の技術水準に関する情報が示されている。この施設には一般医、内分

泌・代謝専門医、神経内科専門医、上級医療職が管理するユニットがあり、それぞれの責任者の氏名が示されている。そして、保有する技術水準（医療看護技術及びプロトコール化された対応）としては「超音波療法（ユニット内）」、「経腸栄養（ユニット内）」、「経管栄養（ユニット内）」、「薬剤耐性菌保有患者の隔離（ユニット内）」、「酸素療法（ユニット内）」、「単純な創傷処置（ユニット内）」、「ストーマ処置（ユニット内）」、「気管切開、1日に3回以内の吸引（ユニット内）」、「輸血（ユニット内）」が可能であることが示されている。

図6 Trajectoireの出力画面(1)



条件にあう施設の一覧

図7 Trajectoireの出力画面(2)

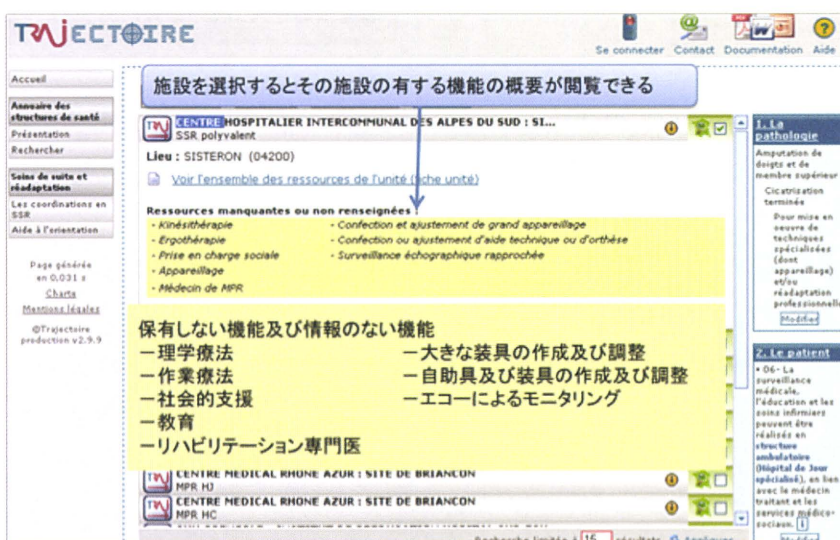


図 9 は各ユニットの概要について示した画面である。責任者の氏名と連絡先、病床数、受け入れ条件などが示されている。

急性期病院側の医師はこのような情報をもとに、患者を紹介する施設を選択し、そこに図 10 のような要約をインターネットを用いて送付する。受け入れ側の施設から受け入れ可能な連絡があれば、当該施設に患者を紹介することになる。

図8 Trajectoireの出力画面(3)

病院的技術水準の詳細

Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud : site de Sisteron | SSR polyvalent | Guichet d'admission

Infos générales | Pathologies prises en charge | Personnel et ressources | Couverture Géographique | Filière

Personnel médical et d'encadrement

Nom	Fonction dans l'unité	Spécialité	
Chalvet Gilles	Médecin du service	Médecine polyvalente	一般医
Guilhou Anais	Médecin du service	Endocrinologie et métabolismes	内分泌・代謝専門医
Lavernhe Gilles	Médecin du service	Neurologie	神経内科専門医
Rivière Marie-france	Cadre de santé		上級医療職(注)

Ressources et soins techniques pratiqués dans l'unité

Soins techniques médico-infirmiers, prises en charge protocolisées

- Aérosolthérapie (ultrasonique) (dans l'unité)
- Alimentation entérale (dans l'unité)
- Alimentation parentérale (dans l'unité)
- Isolement des patients porteurs de BMR (dans l'unité)
- Oxygénothérapie (dans l'unité)
- Pansements simples (dans l'unité)
- Soins de stomie d'élimination digestive (dans l'unité)
- Trachéotomie, aspirations < 3/ (dans l'unité)
- Transfusions (dans l'unité)

医療看護技術及びプロトコル化された対応

- 超音波療法(ユニット内)
- 経腸栄養(ユニット内)
- 経管栄養(ユニット内)
- 薬剤耐性菌保有患者の隔離(ユニット内)
- 酸素療法(ユニット内)
- 単純な創傷処置(ユニット内)
- ストーマ処置(ユニット内)
- 気管切開、1日に3回以内の吸引(ユニット内)
- 輸血(ユニット内)

Les informations contenues dans cette page ont été transmises par l'établissement, sous sa responsabilité. Date de dernière mise à jour : 2010/07/09 15:10

図9 Trajectoireの出力画面(4)

当該病院の各ユニットの概要に関する情報

Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud : site de Sisteron | SSR polyvalent | Guichet d'admission

Infos générales | Pathologies prises en charge | Personnel et ressources | Couverture Géographique | Filière

Caractéristiques générales

Discipline SSR polyvalent

Spécialité Médecine polyvalente

Responsable de l'unité Mr Gilles CHALVET
Tel : 04 92 33 70 73
Fax : 04 92 33 71 86
E-mail : g.chalvets@chcas-gas.fr

Lits / places * 17

Mode d'hospitalisation HC

Public admis Adultes et personnes âgées
Age min : 40 ans

Descriptif / Conditions d'admission

診療科：一般医療部門
専門診療科：一般内科
ユニットの責任者： Gilles CHALVET
電話番号、FAX番号、e-mail

病床数： 17
入院形態： 完全入院
受け入れ条件： 成人及び高齢者 40歳以上

* : nombre déclaré de lits ou places installés dans l'unité

Les informations contenues dans cette page ont été transmises par l'établissement, sous sa responsabilité. Date de dernière mise à jour : 2010 15 10

このボタンをクリックして希望施設に入院申し込みを行う

図10 Trajectoireにおける患者要約票(情報提供用)

The screenshot shows a web-based form for patient information. At the top, there's a header with the patient's name 'LABELLE Mireille - DA n°4268' and several action buttons like 'Enregistrer', 'Annuler', 'Imprimer', and 'Exporter'. Below this is a navigation bar with tabs: 'Prescription médicale', 'Informations administratives et sociales', 'Suivi des échanges', and 'Historiques'. The main content area is divided into sections. A table with four columns is visible: 'LA PATHOLOGIE', 'PATIENT', 'OBJECTIFS', and 'RESSOURCES'. The 'PATIENT' column contains text about the patient's environment and care needs. A red asterisk is placed next to the text in the 'PATIENT' column, with a yellow callout box stating 'この印があるところは必須入力' (This mark indicates mandatory input). Other callouts include '患者氏名' pointing to the name, '選択のためのタブ' pointing to the tabs, and '複製可能な記載部分' pointing to the table. Below the table, there are sections for '退院サマリの記述' (Discharge summary description) and '内科的・外科的・精神科的既往歴の記述' (Description of medical, surgical, and psychiatric history).

【メリット】

現在、この仕組みはフランスの 11 の州で試験的に運用されている。このようなシステムができる前は、各病院の主治医やソーシャルワーカーが電話や e-mail で個別に受け入れ施設を探し、交渉するという手間のかかる調整作業を行っていた。Trajectoire はこのような作業の負荷を大幅に軽減し、急性期病院での必要度の低い入院を短縮する効果もあったとされている。

【課題】

このシステムは医師間の情報共有を前提としているため、実際の情報入力は医師によって行われており、それが医師の負担になっている。さらにわが国と同様、多くの病院はすでに電子カルテシステムを導入しているが、そのフォーマットが統一されていないこともあり、Trajectoire システムとつなげることができない。そのため、医師は電子カルテへの記録とは別に、Trajectoire システムに情報入力を行う必要があり、これが医師の負担感を高めている。

後述のようにフランスでは 2004 年の医療制度改革により DMP (Dossier Medical Personalis : 個人化医療記録) という IT システムの導入実験が始まっている。この仕組みは、国レベルでサーバーを立ち上げ、そこに各患者の診療記録を保存するというもので、そのアクセスのための電子鍵として後述の Vital カードが使われている。このようなシステムを持つことで医療機関間の連携を促進し、重複受診や重複検査、重複処方などを予防することで医療費の適正化と医療の質の向上を達成しようというのがその目的である。

ここで重要な点は本稿で紹介している Trajectoire は DMP との連結を前提には構築されていないことである。情報システムの構築には全体像の明確化と中核となる情報フォーマ

ットの標準化が不可欠である。この点において Trajectoire は今後その展開において大きな問題を抱えうる。

【日本への示唆】

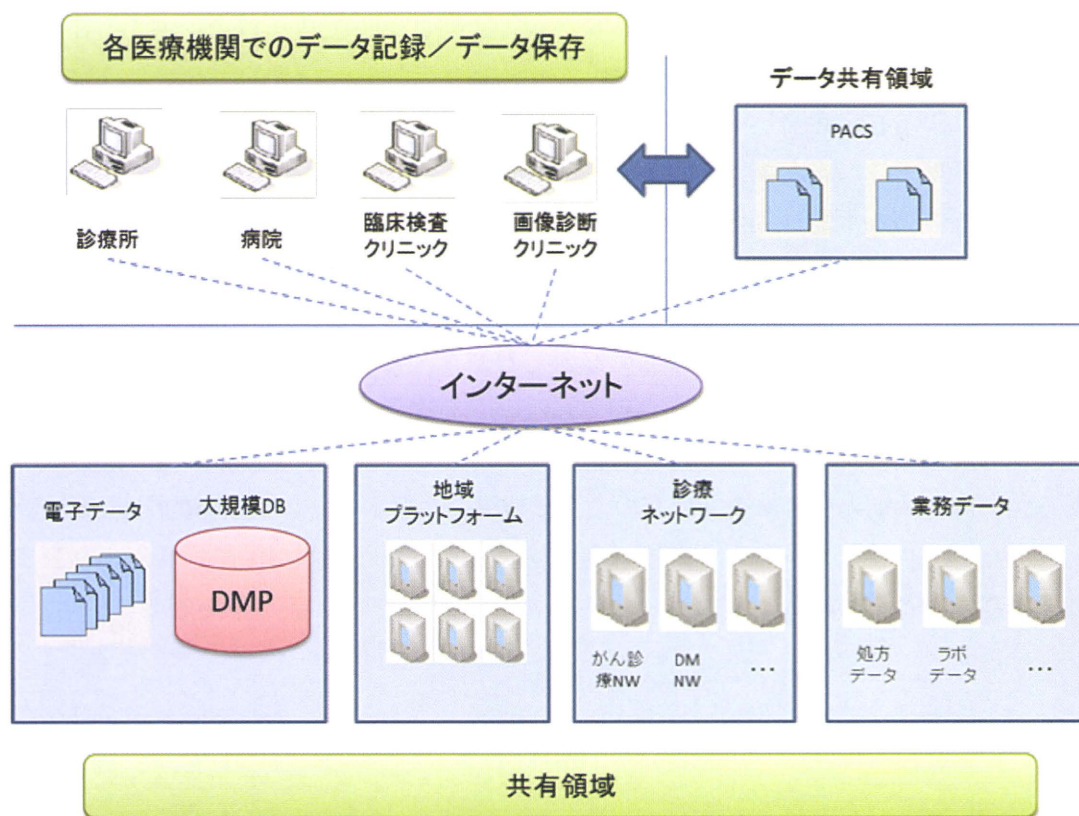
医療技術の進歩により、かつては致命的であった傷病の救命率が飛躍的に向上している。しかしながら、それは何らかのハンディキャップを持ちながら高齢期を生きなければならぬ患者の増加をもたらしている。このような傷病をめぐる環境変化の中で亜急性期を担う医療機関の重要性が高まっている。他の先進国と比較すると、フランスは急性期以後あるいは亜急性期を担う医療機関・医療サービスが発達している。具体的には亜急性期入院施設、患者の自宅のベッドを病院のベッドとみなし post-acute の医療を提供する在宅入院制度 (Hospitalisation á Domicile: HAD)、リハビリテーション目的の日帰り入院、開業理学療法士による在宅患者へのリハビリ提供体制など、今後のわが国の医療制度の在り方を考える上で参考になる点が少なくない。

このような豊富な亜急性期医療提供体制があるという条件下で急性期入院と亜急性期医療とのさらなる円滑な連携を図ろうというのがフランスにおける Trajectoire プロジェクトの目的である。わが国でも地域連携パスを導入することで急性期入院と亜急性期医療との連携を促進する試みが進行している。しかしながら、受け入れ施設の不足に加えて、地域連携パスのフォーマットが標準化されていないために、複数の急性期院から患者を受け入れる亜急性期病院側が、その対応に苦慮しているという現状がある。診療報酬上の評価であるために、個別の患者の連携にどのように報酬をつけるかという技術的問題はあるが、Trajectoire プロジェクトのような枠組みで連携を図ることがわが国の場合もより望ましいのではないかと思われる。

5. DMP(Dossier Medical Personalise; 個人医療記録)

DMP(Dossier Medical Personalise; 個人医療記録)は現在、フランス政府が導入実験を行っている国レベルでの web ベースの電子カルテシステムである。実施主体は公益法人である GIP-DMP (Groupement d'Intérêt Public Dossier Médical Personnel) で、2004 年の法改正によりその社会実験が 6 つの地方で行われている。図 1 はその概要を示したものである。

図 1 DMP の概要



DMP は患者の同意のもと、各種医療情報を患者も含めた関係者で共有するシステムである。国レベル（現在は地方レベル）で構築されている DMP の大規模データベースには診察した医師から入力された基本情報（患者氏名、性、生年月日、社会保障番号、アレルギー有無とその内容、既往歴など；その多くは被保険者用 IC カードである Vital カードから記録可能；図 2）と連携のキーとなる個人 ID（INS: Identifiant National de Santé 社会保障番号）が記録されている。この個人 ID をもとに各医療者は患者の情報を共有する。共有される情報は各医療機関の診療記録だけではなく、薬局における処方情報、臨床検査クリニックなどでの検査処方情報、診療ネットワーク（後述）の対象となっている場合は、その診療経過などである。