

A2：疾病や病状に応じたミニマムデータセットを適切に標準化できれば、分散型でも差し支えないと考える。この標準化にはデータ項目などに加え、記録者コメントの標準化も含まれる。幾つかの国では、こうしたミニマムデータセット方式を先ず地域システムとして開発し、続いて全国システムへ拡張する計画を報告してきた。フランスはこれには該当しない。DMPは壁に突き当たり伸び悩んでいる。私はネットワーク構造には詳しくなく、実際に何をしたか詳しく知らないが、幾つかの国では構造問題を克服し国レベルでの医療情報交換を可能にしている。関係者間の合意を取り付け、データの二次利用も始めている。公表済の2011年調査報告でも、各国の二次的データ利用の程度を示した。

Q3：カナダのInfowayなど公的な半独立的専門機関が、国の医療情報活用の全体像を構想し管理している国ほど順調な様に見えるがどうか。

A3：全くその通りだが、余りに多くの仕事を委任すると上手くいかない。カナダのやり方には追随しない方が良い。Infowayの第一任務は標準化であり、情報技術規格とコンテンツの用語やコーディングの標準化の両方が含まれる。標準化の推進には、法的な義務化と財政的なインセンティブの両方が必要である。Infowayの場合、標準の採用は任意であって法的義務ではない。州レベルでは国家標準が更新された後も、使い慣れているとか、システム更新予算がないとか、何らかの理由で例えば2005年標準を使用し続けるような状況がある。掛り付け医レベルの電子カルテ普及が遅れているのも同じ理由と考えられる。

Infowayとは別組織のカナダ健康情報センター（CCHI）では、介護情報と在宅医療情報を含む別種のデータベースを持っており、州・準州と共同で仕事を進めており、それら地方政府と、全ての情報標準について合意を形成した。これにより、CCHIは大変素晴らしい国家レベルの介護情報および入院患者情報のデータベースを構築している。これら2つのDBは同じCCHI内に設置されており、連結して利用することができる。CCHIとInfowayの連携による保健・医療データの国家レベルでの統計利用も始まっている。EHRガバナンスを担当する国家機関については2011年調査報告の第7章に詳しい。

Q4：EHRデータの統計利用が困難な背景には一次データを入力する医療関係者が統計専門家ではない点がある。各種DBのリンクを充実させても、その克服は困難ではないか。

A4：現時点のテーマは、多少粒度や精度が粗くても個別患者のケアエピソード毎の（医用画像や検査結果データを含む）データを大量に集め、ビッグデータとして解析することであり、臨床ガイドラインの改善に寄与する結果が得られるのではないかと期待している。オンタリオの研究では、薬剤の組み合わせなど、幾つかの有望な成果が出ている。また、技術の進歩によってEHRから適切なデータを抽出する機能や、統計専門家でない医療者

のためのユーザーインターフェイスが急速に使い易く進歩することも期待される。特に米国では meaningful use を背景に活発な投資が行われており、自然言語処理技術を含む技術革新が進みつつある。なんらかの技術的克服手段の登場に期待している。

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業

都市部における医療・介護・福祉等連携のための情報共有システムのあり方  
に関する研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

平成 26 (2014) 年 3 月

編集：〒359-1192 埼玉県所沢市三ヶ島 2-579-15

早稲田大学人間科学学術院

教授 植村 尚史

TEL 04-2947-6849 FAX 04-2947-6801

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

都市部における医療・介護・福祉等連携のための  
情報共有システムのあり方に関する研究

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 植村 尚史

平成 27 年 (2015 年) 3 月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

都市部における医療・介護・福祉等連携のための  
情報共有システムのあり方に関する研究

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 植村 尚史

平成 27 年（2015 年）3 月

## 目 次

### 総括研究報告書

総括研究報告書概要	3
-----------	---

早稲田大学人間科学学術院教授 植村尚史

医療・介護等連携のための情報共有システムのあり方	11
--------------------------	----

早稲田大学人間科学学術院教授 植村尚史

### 分担研究報告書

#### 第 I 部 情報ネットワークの政策的位置づけ

第 1 章 医療の機能分化と連携の政策的位置づけ	23
--------------------------	----

東京大学政策ビジョン研究センター特任教授 尾形裕也

第 2 章 包括ケア情報ネットワークの国際動向	33
-------------------------	----

事業創造大学院大学准教授 岸田伸幸

第 3 章 地域包括ケアシステムと情報ネットワークの位置づけ	59
--------------------------------	----

早稲田大学人間科学学術院教授 植村尚史

#### 第 II 部 医療・介護の事業体と情報ネットワークの位置づけ

第 4 章 地域中核病院を中心とした事業統合と情報ネットワークの役割	79
------------------------------------	----

聖マリアンナ医科大学常任理事 小宮清

第 5 章 訪問看護を中心とした総合ケアシステムと情報ネットワークの役割	87
--------------------------------------	----

(株) 日本経営取締役 銀屋創

(株) 日本経営 大日方光明

第 6 章 大都市部における医療・介護連携のあり方と情報ネットワークの位置づけ	101
---	-----

早稲田大学人間科学学術院教授 植村尚史

#### 第 III 部 情報ネットワークシステムモデルの構築

第 7 章 大都市部に向けた医療と介護を結ぶ簡易な情報共有システムモデルの構築	121
---	-----

早稲田大学人間科学学術院教授 可部明克

第Ⅳ部 国内・海外調査報告

第8章 国内の医療・介護情報ネットワーク調査報告…………… 143

(株) 日本経営取締役 銀屋創

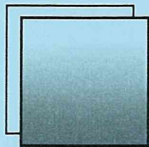
(株) 日本経営 大日方光明

第9章 オランダにおける医療情報ネットワーク調査報告…………… 163

(株) 日本経営取締役 銀屋創

(株) メディシステムソリューション代表取締役 豊永寿晴

(株) 日本経営 大日方光明



## 総括研究報告書

---



厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）  
総括研究報告書

「都市部における医療・介護・福祉等連携のための情報共有システムのあり方」  
に関する研究

研究代表者 植村 尚史 早稲田大学人間科学学術院教授

## 研究要旨

本研究は、地域において、病診連携、医療・介護連携を促進し、包括ケアを実現するために、患者情報を関係専門職間で共有し、紹介・逆紹介、薬剤管理、日常生活管理等に役立てることができる情報システムを構築するには、どのような政策が有効であるかを探るものである。特に、在宅医療・看護・介護体制が整っているものの、急性期病院との連携を構築することが難しいとされる大都市部において、現状に適した医療・介護を通じた情報システムのあり方について提言しようとするものである。

医療・介護の情報化は、政策の大きな課題となっているが、情報化技術を医療・介護分野に使うという流れで進められており、政策目的があつて、情報化がそれにどのように役に立つのかという観点での検討が十分ではないため、情報システムが、地域包括ケアの確立に十分に活かされているとはいえない現状にある。すなわち、情報化そのものが自己目的化しているため、各地で地域医療情報共有システム等の実証実験が行われているが、補助金がなくなると活用がされることが少なくなって、自然消滅状態になってしまうような状況が見られる。一方、医療政策においては、病院の機能分化が重要な政策課題となっており、病診連携と在宅医療が進められている。介護政策では、介護が必要な高齢者が在宅で生活するために、医療と介護の連携強化ということが重要なテーマとなっており、地域包括ケアシステムの確立が求められている。しかし、これらは、方向性は示されているものの、具体的な方策については地域に委ねられており、政策としては、診療報酬のような経済的なインセンティブを与えるか、地域ケア会議の開催のような形式的な内容を示すにとどまっている。

本研究では、病診連携や医療と介護の連携を具体的に進めていく手段として、情報システムを用いる、あるいは情報システムを構築することによって、具体的な連携を築いていくということが可能であるかどうかを検証していこうというものである。このため、国内、海外の有効に機能している情報システムが、どのように構築され、どのような専門職の間で、どのような情報が、どのようにして共有され、どのような成果を挙げているかを調査するとともに、大都市部の代表的な地域である新宿区をフィールドとして、病診連携、医療・介護連携がどのように行われ、どのような課題を有しているかを調査し、具体的な情報システムのあり方を示していくこととしている。

## 研究分担者氏名、所属研究機関名及び所属研究機関における職名

尾形裕也

東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

河手典彦

早稲田大学人間科学学術院 教授

可部明克

早稲田大学人間科学学術院 教授

## A、研究目的

退院を促進し、ターミナルまで在宅で生活できるようにするため、医療・介護が一体化した包括ケアの確立が求められている。在宅療養・介護サービスには、様々な専門職が関与しており、包括ケア体制確立のためには、適切なマネジメントのもとで、各専門職が同じ目標を持って情報を共有することが不可欠であり、そのための情報共有システムの確立が求められている。専門職間でリアルタイムに診断内容等の情報共有ができれば、患者の容態をすぐに把握することができ、適切な医療、ケアが可能となる。基幹病院に蓄積されている病歴情報、投薬情報、画像等の検査情報をかかりつけ医が共有することで、在宅においても適切な治療が可能となる。また、患者や家族が治療・サービス内容を理解しやすくなり、相談等がしやすくなるメリットもある。

急性期病院を退院して直接在宅療養に移行することが多い大都市部では、医療、介護のサービスを効率的、効果的に行うため、専門職間の連携が特に求められているが、在宅側に中核となる機関が存在しないことや、急性期病院へ通院する患者が多く、かかりつけ医が機能していないなど、情報共有システム構築が困難な事情も存在する。

本研究は、医療・介護政策に関する研究者、臨床医療に関する研究者、システム構築に関する研究者等多分野の研究者が協力し、行政担当者、医療関係者、介護サービス関係者などの協力を得て、情報共有システム普及のための政策課題を明らかにすることを目的としている。また、単に情報ツールとしてのシステムを構築するのではなく、各専門職が同じ目標を持って、効率的・効果的に活動できるモデルシステムの構築と、それを活用した包括的なマネジメントのあり方についても研究するものである。

## B、研究方法

研究代表者、分担研究者に研究協力者を加えた、「包括ケア情報システム研究会」を組織し、以下の4つの分野について調査研究を進めた。

### (1) 医療・介護政策及び病院経営等の立場から見た情報システムの意義についての調査

病診連携、医療介護連携政策の背景と目的について、文献調査を中心に調査を行った。また、医療経営の専門家の協力を得て、病院経営サイドからみて、病診連携、医療介護連携とそれを進めるための情報システムの導入についてのメリット・デメリットについての検討を行った。

### (2) 内外の医療・介護情報システムの状況に関する調査

地域の多くの医療機関が参加して、情報交換を行い、病診連携に役立っているシステム、小さな地域で地域の中核医療院が中心になってつくっている医療介護一体のシステム、医師会が中心となって地域の医療介護の連携を図っているシステム、また、大きく打ち出したもののほとんど利用されていないシステムなど、特徴的な地域連携システムについて、綿密な現地調査を行った。

また、国際的な状況について、昨年度のフランスのDMP (Dossier Medical Personnel) 調査に引き続き、医療情報ネットワークの普及が進んでいるオランダにおいて、関係者からのヒアリングを行った。オランダにおいては、看護師を中心とした、医療介護の小規模集団 Buurtzorgweb の現状と、その使用している情報システムについても調査した。

### (3) 医療・介護情報システムの構築に関する研究

情報システムの専門家の協力を得て、医療情報システムの構築の方法、情報の共有化の技術的な課題、訪問看護・訪問介護の際に情報の入力に用いるモバイル端末機器の開発等についての研究を行い、都市型に特化した医療介護の連携情報モデルシステムの設計を行った。

### (4) 新宿区における医療・介護連携の現状調査と情報ネットワークの可能性の研究

新宿区に置いて、昨年度の急性期病院退院調整部門へのヒアリング調査に続いて、行政担当者、在宅医療を担当している開業医、訪問看護ステーション、ケアマネージャー等から、退院して在宅療養に移行する場合に、どのような専門職の間で、どのような情報が、どのようにして伝えられているか、また、その際の問題点は何かについて、ヒアリングを行い、大都市部における情報ネットワークの課題について考察した。

## C、研究結果

調査結果から、情報ネットワークシステムが意義ある形で活用されている事例は、2つの形態に分類できることがわかった。1つは、病院側が積極的に機能分化と病診連携、病病連携を推進しようとしており、情報ネットワークシステムをこのために利用しようとしている地域型のネットワークである。ここでは、病院の電子カルテを診療所がみることができるという形で、情報は、病院→診療所という一方通行で流れる。病院は情報提供者、診療所は情報利用者という位置づけがはっきりしている所に特徴がある。地域の大規模病院がこのネットワークに参加することで、参加しないと患者の紹介が得られないという理由で、参加医療機関が増えていくという効果もある。しかし、このようにうまくいくのは希な例であり、地域の病院の多くが、機能分化と連携に積極的であるという前提があって初めて成り立つシステムであるということができよう。逆に、機能分化と連携の体制ができあがってしまうと、新たに情報システムの構築を必要としない(患者情報を電子情報で共有しなくても、紙の診療情報提供書で十分に連絡ができる)こともありうる。もう1つの形態は、地域の中核病院と診療所、さらには介護サービス機関が、情報ネットワークを通じて体系的につながっているという形態である。実質的なグループ化ができており、情報ネットワークはグループ内での情報共有に利用されることになる。これは見方を変えると、いわゆる患者の囲い込みのために情報ネットワークが利用されている形態というふうに言えない。しかし、中核病院が実質的に1つしかない地域では、それを中心とした事業体のグループ化が、機能分化と連携の形態でもあり、情報ネットワークシステムは、そこに貢献しているとみることできる。

医療と介護を結ぶ情報ネットワークシステムは、前述の後者の場合を除き、ほとんどのところで有効に機能していない。これは、医療と介護の制度の違い、専門職の養成の違い、評価や対応に関する考え方の違いなど、両分野の専門職の間に多くの障壁が存在することが原因と考えられた。しかし、それは、情報ネットワークに多くの期待をかけすぎることの一因であり、目標の共有を第一とし、共有する情報を最小限として、制度的な障壁を乗り越えられるような情報ネットワークシステムのモデルを考える必要がある。

#### D、考察

##### (1) 医療・介護政策及び病院経営等の立場から見た情報システムの意義について

病院については、機能区分の見直し等機能分化が進められており、入院期間の短縮化と在宅医療の推進も重要な課題となっている。医療と介護の連携についても、介護保険法改正で地域包括ケアシステム構築の重要な柱として位置づけられている。しかし、これらに関して、情報システムの活用が政策上の課題として取り上げられることは少なく、国でも、都道府県、市町村においても、政策的に明確な方向性を出すには至っていない。システムの維持経費の負担を避けたいという意向が働いていることも、行政サイドが積極的でない理由の一つになっている。

大都市部においては、病院サイドに、機能を特化してスリム化を図るとともに、他の医療機関との連携を強化し、紹介、逆紹介等を増やそうという強い姿勢は見られない。これは、大病院にとって、患者が「来てしまう」という状態にあり、病院に患者を集めるという経営から脱却できていないためである。

このような状況の下では、医療情報ネットワークの普及は困難であり、医師会主導でシステムを構築したところも、補助金等が切れると、維持、普及のための費用負担ができず、尻すぼみになってしまっている。これは、行政サイド、病院サイドともに、ネットワークシステムの意義が理解されておらず、そのために費用を負担するインセンティブがないためである。

##### (2) 内外の医療・介護情報システムの状況に関する調査結果と考察

国内の医療情報システムについては、地域の各医療機関が幅広く参加するシステム（N対Nシステム）と、1つの中核病院を中心としてネットワークを構成するシステム（1体Nシステム）の2つのパターンが存在する。N対Nシステムは、各医療機関の機能分化が進んでいる地域のモデルであり、1体Nシステムは、あるエリア内での事業統合につながるモデルである。いずれのモデルも、大病院が林立し、在宅支援診療所と患者を取り合うような大都市部では普及することが困難であると考えられる。

海外の調査結果では、全国統一の個人の医療情報を蓄積するシステム（フランスのDMP型）と、オランダのように日本のN対Nシステムと同様のシステムが存在する。DMPはほとんど普及しておらず、医療機関でも使われていないなど、医療関係者間では「失敗」と評価されていることが判明した。一方、オランダでは、医療介護をつなぐ情報ネットワークが普及しており、関係専門職の連携に大いに役立っている。この違いは、制度的に機能分化が進んでおり、連携のた

めに情報ネットワークを必要としているか、情報ネットワークありきで進めてしまったかの違いである。

### (3) 医療・介護情報システムの課題

医療情報ネットワーク構築に関するシステム上の課題に関しては、地域連携のためのデータを共通コードで抽出し保存するシステムであるSS-MIXが普及しており、これにアクセスすることで、新たなデータセットを構築することなく情報の共有が可能であり、個人情報の保護についても、個人情報をその都度読みに行く方式によって課題をクリアできるとの結論を得た。医療と介護をつなぐネットワークについては、専門職間でデータの読み方や専門用語が異なるなど、そもそも前提に乗り越えるべき課題があることが判明した。また、システムの運用経費や更新経費の負担についての合意なく進めていくと、途中で行き詰まることも判明した。行政も将来の費用負担が発生することを懸念して及び腰になる傾向が見られる。

こうした課題を克服するため、まずは、多職種が関与する在宅の医療と介護の連携システムを普及させることが重要であり、費用を抑え、入力が容易で、各職種が共有できる最小限の情報のみを対象とした、小規模なシステムをつくることが求められる。

## E、結論

病院間、病院・診療所間の機能分化と連携が進んでいる地域では、情報ネットワークの構築・普及が進んでおり、そのような地域の実践事例の中で、システム上の課題は乗り越えられてきている。システムとしては、新たなものを構築する必要は無く、うまくいっている地域のシステムを他の地域にも広げることで、情報ネットワークの普及は可能である。また、少数の地域中核病院がその地域の医療介護サービス全般を担っているような地域では、情報ネットワークを活用した事業の統合化が進んでおり、一事業体で地域包括ケアをカバーするための道具として情報ネットワーク構築が図られている。

これに対し、大都市部では、大病院が患者を囲い込む傾向が見られ、医療機関間の情報ネットワークは機能していない。在宅医療介護に関しては、大都市部の一部では、訪問看護を中心とした包括ケア体制がつくられており、事業統合化に近い状況が生まれている事例もある。これに対し、事業者の選択ができない、医師主導の在宅医療に支障が生じる場合があるなどの批判もある。こうした中で、事業統合化とは別な方向で、各専門職間の独立を前提とした連携体制確立のために、簡便な情報ネットワークシステムが求められている。本研究では、各専門職からの意見を踏まえ、大都市部における在宅医療・看護・介護の連携に特化した簡便なシステムのモデルを構築した。

情報ネットワークありきで補助金をだしてシステム構築を進める政策や、「どこでもMy病院のように、個人情報を全国一律で蓄積するシステムは、成功することが少ないことが判明した。医療機関間の情報ネットワークは、それぞれの機関の役割分担を明確にするところから始める必要がある。医療情報ネットワークの構築と医療供給体制の調整を一体的に進めていくことが必要

である。

また、医療介護連携のための情報ネットワーク構築に、特に介護行政の主体が積極的でないのは、システムを維持する経費を負担することへの不安ある。このような不安をなくすために、関係者が会費等でシステムを維持できる、「軽い」システムを構築することが必要で、都市部で利用できるモデルシステムでは、そのような点にも配慮した。これをもとに、地域の医療介護連携システムを構築していくのであれば、行政がイニシアティブをとることが可能であり、地域包括ケアの推進に寄与することができると考えられる。

## F、健康危険情報

特に該当なし

## G、研究発表

### ①論文発表

なし

### ②学会発表

「フランスDMPサービスの普及阻害要因」岸田伸幸(創造大学院大学、研究協力者)第34回医療情報学連合大会標準化セッション口頭発表 2014年11月6日

## H、知的財産権の出願・登録状況

特に該当なし

## 医療・介護等連携のための情報共有システムのあり方(研究のまとめ)

早稲田大学人間科学学術院教授 植村尚史

### はじめに(研究の概要)

本研究は、在宅医療・介護における利用者(患者)情報の各専門職間での共有という課題について、システムの側からではなく、ニーズの側から明らかにしようというものである。このため、まず、背景にある今日の医療・介護政策の方向性、現場の専門職の持っている利用者(患者)情報共有ネットワークに対するニーズを詳細に調査、分析した。その上で、情報ネットワークシステムの課題を明らかにし、それを克服し、政策の方向性に沿った情報ネットワークシステム構築のための方策を示した。特に大都市部の事情に合った医療・介護を結ぶ情報ネットワークについては、そのモデルシステムの開発を行うことを最終的な目標とした。

医療・介護政策においては、病院・施設から在宅での療養という流れがつけられており、慢性疾患を持ち、要介護状態であっても、住み慣れた地域で最期まで生活できるようにということで、「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。高齢者が、医療・看護・介護のサービスを利用しながら在宅で最期まで生活するということになると、多くの専門職が関わることになり、専門職間の目標の確認、利用者(患者)の状態やサービスの利用状況についての情報の共有などのために、情報ネットワークを構築することが求められる。このような背景から、多くの地域で、地域内の医療・看護・介護の専門職種をつなぐネットワークシステムの開発・運用が行われてきた。

しかし、現状を見ると、地域の多くの専門職が加わり、「地域包括ケアシステム」を支えるような運営がなされている情報ネットワークシステムはきわめて少ない。病院の電子カルテを診療所の医師が参照できるようにすることで、地域の病院と診療所の連携を進めようという試みは、まず連携ありきでないと進まない。まずシステムありきで始めたところは、ほとんど普及しないまま消滅するという結果になっている。医療と介護の連携では、制度の違い、専門職の資格の違い等から、情報の規格を統一する所から始めなくてはならず、システム構築のための調整から先に進めない状態のところが多い。

こうした中で、ある地域の医療・看護・介護事業を統合したり、系列化したりして、一つの事業体で包括的なケアサービスを提供する形態が現れている。このような事業体では、情報ネットワークは、グループ内の事業管理のツールとして機能している。包括的なケアサービスを提供する事業体の形態としては、地域中核病院を中心とした地方型モデルと、訪問看護ステーションを中核とした都市型モデルがある。現実に普及しているのは地方型モデルで、都市型モデルは、訪問看護ステーションを中心とした事業系列化に対する既存事業者の反発が強いこと、利用者(患者)の自己選択が阻害されることへの危惧などから、普及するには至っていない。

このような状況から、本研究では、都市型の連携モデルとしては、多職種が対等の立場で連携する形態を想定し、これを支える情報ネットワークシステムを検討することとした。このようなネットワークは、関係者の自然な連携を待っている構築することは困難である。情報ネットワークシステムの構築に際しても、介護保険の保険者としての市町村が、保険者事業として乗り出すことが求められる。しかし、多くの市町村は、情報ネットワークが、個人情報保護などの問



題を抱えていること、一部の事業者のグループ化につながる可能性があること、運営の費用負担が将来も続くことなどの理由で、乗り気ではない。こうした課題を解決し、市町村事業としやすい情報ネットワークシステムを考える必要がある。本研究では、このような観点から、最適なシステムのモデルの開発を行うこととした。

## 1. 病院・診療所間の情報ネットワークシステムの政策的位置づけ

日本の医療提供体制の特徴として、病院・診療所の機能分化が進んでいないことが挙げられ、その結果として、長期入院がもうひとつの特徴となっている。こうした現状に対し、医療の効率化の観点から、病院機能区分の見直しや病院・診療所の機能分化が進められており、入院期間の短縮化と在宅医療の推進が重要な課題となっている。医療と介護の連携についても、第6次介護保険事業計画では地域包括ケアシステム構築の重要な柱として位置づけられている。機能分化と連携のためには、患者情報の伝達、共有がスムーズに行われることが必要であり、このためには、患者情報を各医療機関で共有し、患者の紹介、逆紹介や退院後の治療継続に役立てるための情報ネットワークシステムが有効であると考えられている。

しかし、現実には、多くの地域で医療情報ネットワークシステムの構築が計画、着手され、機能分化と連携がその目的として挙げられているにもかかわらず、大半が普及、継続できていない状況にある。その要因は、関係者に、機能分化と連携を進めなければならないという差し迫った事情と強い合意がみられず、ただ、補助金を使ってシステムを構築すれば自然に機能分化と連携が進むだろうという安易な見通しでシステム構築に着手しているところにあるといえる。特に、地元医師会、あるいは、1病院と地元医師会が中心となって進めているところでは、医師会側には患者の病院集中を是正しようという思惑があり、病院側には自分の病院に紹介患者が集まるようにという思惑があり、両者の思惑が一致しないことがシステムが活用されず、維持困難となる理由であるといえる。つまり、病院と診療所が競合していて、両者の役割についての合意が形成されていないところで、情報ネットワークシステムを構築しようとしても機能しないということができる。

(詳細は、分担研究報告書 第1章 を参照されたい。)

## 2. 医療情報ネットワークの現状と課題

医療の効率化のために、在宅医療を促進し、医療機関の連携を進めるために、情報ネットワークを活用しようという動きは、日本以外の先進国でも同様である。海外の医療情報ネットワークシステムについては、全国統一の個人の医療情報を蓄積するシステム（フランスのDMP型）を昨年度調査し、本年度はオランダにおけるN対Nシステム（後述）を調査した。DMPはほとんど普及しておらず、医療機関でも使われていないなど、医療関係者間では「失敗」と評価されている。一方、オランダでは、医療介護をつなぐ情報ネットワークが普及しており、関係専門職の連携に大いに役立っている。この違いは、制度的に機能分化が進んでおり、連携のために情報ネットワークを必要としているか、情報ネットワークありきで進めてしまったかの違いである。この他、文献調査を含め、デンマーク、イギリス、フランス、ドイツ、オランダの5カ国を対象に

比較検討した。医療・介護情報連携ネットワークは、各国それぞれの事情に応じた様々な形態があるが、基本的には、IHE 標準を活用し開発・実装されている。コミュニティや運営モデルのあり方は、医療保障制度やケア上の職能分担、社会的価値観や、ケア情報資産や地域性に制約される。しかし、情報ネットワークシステムがイノベーションの水準を高め、公的ケアシステムの統合を進めていくことは共通であり、ケアシステムの新たなイノベーションに向けたニーズや開発プロセスのインフラとなる可能性を持っていることも共通している。

日本でも、各地域のケア情報資産を活かして社会的コストを抑えつつ、内外の好事例を基に、高度化、普及を可能にする情報システム、機器・器具、運営モデルの開発・装備が進み、地域の医療・介護情報ネットワークシステムの統合、拡大が図られることが期待される。しかし、システムのパターンとしては、地域の各医療機関が幅広く参加するシステム（N対Nシステム）と、1つの中核病院を中心としてネットワークを構成するシステム（1体Nシステム）の2つのパターンに分かれており、この状況は、事業体の形態と結びついており、大きくは変化しないと考えられる。N対Nシステムは、各医療機関の機能分化が進んでいる地域のモデルであり、1体Nシステムは、あるエリア内での事業統合につながるモデルである。いずれのモデルも、大病院が林立し、在宅支援診療所と患者を取り合うような大都市部では普及することが困難であると考えられる。

大都市部においては、機能を特化してスリム化を図るとともに他の医療機関との連携を強化して、紹介、逆紹介等を増やそうという強い姿勢は見られない。これは、大きな急性期病院が周りから患者を集められる環境にある上に、中小病院の供給が過小な地域であるため、患者が大病院に「来てしまう」という状態にあり、病院が患者を集める経営から脱却できていないためである。このような状況の下では、行政サイド、病院サイドともに、ネットワークシステムの意義が理解されておらず、そのために費用を負担するインセンティブがないため、システムを構築したところでも、普及せずに消滅してしまうというのが実情である。

（詳細は、分担研究報告書 第2章 第8章 第9章を参照されたい。）

### 3. 医療・介護連携情報ネットワークシステムの政策的位置づけと現状

医療、介護、すまい、日常生活支援、介護予防の5つのサービスが包括的に提供されることで、最期まで住み慣れた地域で暮らしていくことができるような地域の基盤を造っていこうという目的で、「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。その中で、特に、医療と介護の連携の必要性が強調されている。連携の具体的な方法の一つとして、利用者(患者)個人の情報をリアルタイムで共有しようという動きがうまれている。しかし、その動きは一部であり、医療情報ネットワークのように、広がっていない。その理由は、利用者(患者)側からみれば、医療と介護のニーズは不可分のものであるにもかかわらず、サービス提供者側からみれば、費用の出所である保険制度が別々で、専門職制も大きく異なっていることから、互いに相手方の分野に口を出すことを好まないという風潮があるためである。このため、医療と介護を包括するサービスコーディネーターやケアマネジメントの主体がなく、利用者(患者)個人の情報を集めてもこれをコントロールすることが難しい。つまり、誰が、どういう場面で、利用者(患者)のどのような情報を記録し、また、誰が、どういう場面で、それを利用するのかがはっきりしていない状態であり、情報ネットワーク

システム的前提が整っていない状況にある。

「地域包括ケアシステム」を実現するためには、単に地域の医療・介護サービスを充実させるだけでは不十分であり、その人その人の状況にあったサービスの組み合わせを、切れ目なく、柔軟に提供していく仕組みが必要になる。そのためには、アセスメント、サービスコーディネート、モニタリング等のケアマネジメントを包括的に行う主体が必要である。しかし、ばらばらに構成されている制度の下では、そのような主体を創り上げていくことは難しい。当面、システムをコントロールする主体がなくても、ケアサービスに携わる組織や専門職が、目標を共有し、必要な情報を共有することができる仕組みをつくることから始めていくという方法が考えられる。いずれ情報ネットワークのマネジメントが必要になり、そこから、包括的ケアマネジメントへの途が開けることも期待できる。

この場合でも、システムの運用責任者は必要である。地域支援事業を拡大することで「地域包括ケアシステム」を構築していこうというこれまでの政策の流れを考えると、介護保険の保険者である市町村が、包括ケアのための情報システムの中心となるのが最も適している。場合によっては、いくつかの市町村が合同で、広域市町村圏を対象としたネットワークを構成するというのも考えてよいであろう。市町村がネットワーク構築にイニシアティブを取ることを逡巡する最大の理由は、費用負担の問題である。行政は、毎年の運営コストや更新費用など将来の債務負担となるような事業を嫌う傾向がある。会費等の収入で賄えるような財政計画と、システム運営の費用を極力抑えることによって、市町村サイドの費用負担が生じないようなシステムとしていく工夫が求められる。

(詳細は、分担研究報告書 第3章 を参照されたい。)

#### 4. 医療・介護事業体のあり方と情報ネットワークの位置づけ

医療・介護を通じて包括的にサービスを提供する形態としては、2つの形態が考えられる。1つは、ある事業体を中心として、医療・介護サービスを一体的に提供するか、いくつかの事業者を系列化して包括的なサービスを提供する形態である。(以下、このような例を「事業統合型モデル」と呼ぶこととする。) もう一つは、いくつかの独立した異なる分野の事業者や専門職が対等の関係で連携し、同じ利用者(患者)に対して、同じ目的を持って、それぞれの立場で、お互いに連絡を取り合いながら医療、介護サービスを提供していく形態である。(以下、このようなモデルを「多職種連携型モデル」と呼ぶこととする。)

「事業統合型モデル」として、これまで展開しているのは地域中核病院を中心とした地方型のモデルであり、大都市部には適合しない。大都市部においては、訪問看護ステーションを中心とした事業統合モデルが考えられる。この事例は、オランダの **Buurtzorg** である。**Buurtzorg** は、小さなエリアを対象とし、訪問看護師を中心とする小規模の集団で、医療、看護、介護のサービスのほとんどをカバーしようというものである。対象エリアを絞ることで、一人一人の利用者(患者)にきめ細かく対応することができ、小規模の集団で行うので、連携がしやすく、日本のようなケアマネジャーの存在さえ不要となっている。これは、小規模のエリアに事業が成り立つ程度の利用者が存在することがポイントで、都市部に適したモデルであるといえる。しかし、日本で普及させるには、多くの障壁を乗り越える必要がある。

「事業統合型モデル」にしても、「多職種連携型モデル」にしても、多くの専門職が一人の利用

者(患者)に対し統一的な方針の下でサービスを提供しようというものである以上、利用者(患者)の状況や提供されたサービス内容等を関係者が共有するための情報システムが欠かせない。「事業統合型モデル」では、グループ内でサービス提供の統一方針が決まっており、それを効率的に進めるための情報伝達ツールとして情報ネットワークシステムが存在する。しかし、Buurtzorgのような小集団では、ICTを使わなくても、口頭やノートによる伝達でも足りる場合がある。一方、「他職種連携型モデル」では、対等の各専門職が常時相談してサービス提供方針を確認し合う必要があり、情報ネットワークシステムはそのための情報共有ツールとして位置づけられる。このため、単に利用者(患者)の状況を伝達するだけでなく、方針を決定するための協議の手段ともなり得るものであることが求められる。

(詳細は、分担研究報告書 第4章 及び 第5章 を参照されたい。)

## 5. 大都市部の事情と情報ネットワークシステムのあり方

前述のように、大都市部では、大病院が患者を集めてしまう傾向があり、病院側に、病病間、病診間の役割分担と連携を促すインセンティブが存在しない。また、一病院が中心となって情報ネットワークシステムを構築しようとしても、診療所側では系列化されるのではないかという危惧があり、他の病院は囲い込みの手段に使われるのではないかという疑念を抱き、広がって行かない。このような事情から、まずネットワークありきで進めてもうまくいかないと考えられる。住民の大病院志向を是正し、かかりつけ医を普及させ、訪問診療を行う医療機関を増やして、連携の土台を造っていくことが先決で、情報ネットワークシステムの構築はその後ということにならざるをえない。

当面は、急性期病院あるいは回復リハ病棟から在宅療養に移行する高齢者をターゲットに、最期まで在宅で生活し続けていくことができるように、「地域包括ケアシステム」の構築を図る観点から、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、介護サービス事業者等をつなぐ情報ネットワークシステムの開発、普及をはかることが重要である。大都市部では、オランダのBuurtzorgのような訪問看護ステーションを中心とした小規模な事業統合モデルが考えられるが、日本では、制度的に乗り越えなければならない障壁が多い。まずは、「多職種連携型モデル」を前提とした情報ネットワークシステムを検討することが適当であろう。

このような、医療・看護・介護を結ぶ情報ネットワークを考える場合、病院・診療所間の医療情報ネットワークシステムに介護専門職を参加させて、同じ情報を共有することという形態を想定することは適切ではない。病診連携のための情報ネットワークシステムでは、基本的に患者の電子カルテ情報を共有する。これに対し、医療・看護・介護連携では、異職種間で利用者(患者)の情報が共有されることになるため、カルテ情報のような生の医療情報をネットワークに載せてしまうことはできない。無理にこの両システムをつなごうとすると、データの読み取り方の知識や用語の統一化など、煩わしいハードルを越えなければならない。在宅での医療・看護・介護連携に特化するなら、共有すべき情報を必要最小限に絞ることで、関係者間の情報ギャップを抑えることが可能である。

このようなシステムの構築に当たっては、専門職種間でデータの読み方や専門用語が異なる、システムの運用経費や更新経費の負担についての合意なく進めていくと、途中で行き詰まる、行政