

201424050A

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

地域医療連携の連携診療情報項目の全国的な共通化確立に向けた研究

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 田中 博
東京医科歯科大学 難治疾患研究所 教授

平成 27 (2015) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

- 「地域医療連携の連携診療情報項目の全国的な共通化確立に向けた研究」 4
田中 博

II. 分担研究報告

1. 救急医療情報連携について 66
小倉 真治
2. MedIka における医療・介護・福祉施設間情報共有化への試み 67
下山 則彦
3. オンライン脳卒中データベース/地域連携パスについて 69
富永 悌二・清水 宏明
4. 大阪府豊能2次医療圏における医療情報連携 73
長束一行
5. 電子@連絡帳を基盤にした在宅医療・福祉（介護）統合ネットワークの構築 75
水野 正明
6. かがわ遠隔医療ネットワークの機能強化、 77
原 量宏
7. しまね医療情報ネットワーク（まめネット）における医療情報連携 82
小阪 真二
8. 地域包括ケアシステムにおけるICTネットワークの有効活用に関する研究 84
松本 武浩
9. 地域医療連携の連携情報項目の全国的な共通化確立に向けた研究 108
宮本 正喜
10. 『ふじのくにねっと』における遠隔診療支援（川根本町診療所） 144
清水 史郎
11. 診療情報のHL7CDAに基づく電子的標準化とSS-MIX活用の検討 146
大江 和彦

- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 153

I. 総括研究報告

研究要旨

本研究では、我が国の地域医療連携が、今後全国的に展開していくために、連携すべき診療情報について、全国に共通する最小限(標準)の項目セット(「ミニマム(標準)連携診療情報項目セット」)を提案した。ミニマム(標準)連携診療情報項目セットは利用ケースを考慮し、「医療施設間連携(病院⇄病院/病院⇄診療所)」、「医療介護連携(医療施設⇄介護施設・在宅療養)」「救急医療」に関する項目セットとして提案した。今後、各種医療団体、各種疾患を専門に扱う学会と協議を重ねて改善する予定である。

1. 本研究の趣旨

本研究は、我が国の地域医療連携が、今後全国的に展開していくために、連携すべき診療情報について、全国に共通する最小限(標準)の項目セット(「ミニマム(標準)連携診療情報項目セット」)を提案するものである。本項目セット提案の目的は、地域医療連携の連携診療情報の全国共通化によって、(多くが2次医療圏で構築されている)現在の地域医療連携の地理的境界を超え、さらに広域な圏域、すなわち県域、地方ブロック、さらには全国において医療連携を拡張していく過程で、その基盤となる共通連携診療情報を構築することである。また、このような共通連携診療情報を確立することによって、国民一人ひとりが「どこでも」また「いつでも」自らの診療記録を診療に利用できる環境、すなわち、生涯型保健医療電子記録(日本版 EHR)実現の基盤の形成も目的としている。

この「ミニマム(標準)連携診療情報項目セット」は全国共通の連携診療情報項目として、本研究班、すなわち厚生労働科学研究費補助金「地域医療連携の連携診療情報項目の全国的な共通化確立に向けた研究」研究班が推奨する最小限の項目セットである。

報告書は、この課題に関する第1次的な提案であり、今後、本提案を関連する諸団体・学会に諮問し意見招集してさらに改善する予定である。また、この報告書案は、現在の地域医療連携の大半を占める、疾患を区別せず診療情報を医療施設間で互いに参照するタイプ(「診療情報相互参照型地域医療連携」)の地域医療連携を対象として作成した、「ミニマム(標準)連携診療情報項目セット」に関する提案であるが、本年度(平成27年度)は、国民が罹患する主要疾患について、疾患別の地域連携クリティカルパス型の地域医療連携にも対応して、疾患別に必要なミニマム(標準)連携診療情報項目を本報告書案に選択(“オプション”)的に追加する計画である。

本報告書は、「医療情報連携ネットワークの全国展開」という行政的課題遂行の支援のために推奨案として、「ミニマム(標準)連携診療情報項目セット」の提示を行った。

本提言は、あくまでも最初の草案であり、研究班で作成した項目案をまとめたものである。今後、連携診療情報項目の利用ケース等も検討しながら、広く医療諸団体、学会、行政に受け入れられる提言としていきたいと考えている。

2. 「ミニマム（標準）連携診療情報項目セット」に関する提言

ミニマム標準連携診療情報項目セット（提言）

1. ミニマム（標準）連携診療情報項目セットを提案する。
2. ミニマム（標準）連携診療情報項目セットは利用ケースを考慮し、「医療施設間連携（病院⇄病院／病院⇄診療所）」、「医療介護連携（医療施設⇄介護施設・在宅療養）」「救急医療」に関する項目セットを提案する。
3. このミニマム（標準）連携診療情報項目セットは、糖尿病や高血圧症など各学会が主要な疾患に対して公表しているいくつかのガイドライン等を考慮し、ほぼ上記疾患に共通なミニマム連携診療項目を中心に本研究班で協議して策定した。
4. 今後、国民が罹患する主要疾患について、疾患別の地域連携クリティカルパス型の地域医療連携にも対応して、疾患別に必要なミニマム（標準）連携診療情報項目を本報告書案に選択（“オプション”）的に追加する計画である。

5. 本中間報告書で提案する「ミニマム（標準）連携診療情報項目セット」は以下である。

①医療施設間連携（病院⇄病院／病院⇄診療所連携）の連携項目は、下記のとおりである。

【基本情報】名前／生年月日／ID／性別／血液型／住所／電話番号／疾患名／既往歴／処方履歴（常用薬）／アレルギー／感染症／通院施設（複数記入可）／サマリー（800字以内推奨） 以上14項目

【基本計測データ】

身長／体重／体温／脈拍／血圧（収縮期、拡張期）以上5項目

【検査データ】

血算(赤血球、白血球、血小板, Ht, Hb)／血清脂質（総コレステロール、HDL, LDL, TG）／肝機能（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ GPT）／腎機能（BUN, Cr, eGFR）／尿（尿タンパク、尿潜血）／耐糖能（FBS、HbA1c）／心電図 以上7項目

【ADL】

介護度／食事／排せつ／入浴／運動機能（自立度） 以上5項目

②医療介護連携（医療施設⇄介護施設・在宅療養連携）の連携項目は、下記のとおりである。

【基本情報】

名前／生年月日／ID／性別／血液型／住所／電話番号／疾患名／既往歴／処方履歴（常用薬）／アレルギー／感染症／通院施設（複数記入可）／サマリー（800字以内推奨） 以上14項目

【基本計測データ】

身長／体重／血圧（収縮期、拡張期）以上3項目

【ADL】

介護度／食事／排せつ／入浴／運動機能（自立度） 以上5項目

③ 救急医療の連携項目は、下記のとおりである。

【基本情報】

名前／生年月日／ID／性別／血液型／住所／電話番号／疾患名／既往歴／処方履歴（常備薬）／アレルギー／感染症／通院施設（複数記入可）／サマリー（800字以内推奨） 以上14項目

2. 地域医療連携の連携診療情報項目 ——全国的な共通化確立に向けて

(1) 研究の概要および目的

近年、地域医療連携の再生を目指して、医療情報ネットワークが全国各地で構築され、現在全国で100以上の地域医療連携が立ち上がっている。平成25年に公表されたIT総合戦略本部の「世界最先端IT国家創造宣言」では2018年度までに「医療情報連携ネットワーク」を全国展開することが宣言され、地域医療情報連携の全国的な普及は政府IT戦略としても推進されている。このように普及しつつある地域医療連携であるが、個々に構築されてきたため、地域で共有される患者の連携診療情報の種類、範囲に関しては、現在のところ共通の指針もなく、各地域連携で異なっている。

本報告書では我が国の地域医療連携が、今後全国的に展開していくために、連携すべき診療情報について、全国に共通する最小限の項目セット

(「ミニマム(標準)連携診療情報項目セット」)を提案する。これは全国共通の連携診療情報項目において、その最小限の項目セットとして本研究班が推奨するものでもある。今後、研究班で作成した項目案を、関連する諸団体・学会に意見招集して検討する計画である。

研究は、まず1年目の平成26年度は、(1)「医療情報連携ネットワークの全国展開」および、「地域医療構想のガイドライン」施策の行政的課題の遂行を目指して「ミニマム連携(標準)診療情報項目セット」の策定を行った。これにあたり、レセプトコンピュータ(レセコン)レベルの電子化においても連携可能な項目を考慮した。

研究2年目の平成27年度は、オプションとして追加される連携診療情報項目の重要度・優先度に対する認識の全国共通化を図り、地域医療連携の2つのタイプ、すなわち(1)疾患を問わず地域の医療施設が診療情報を共有する相互参照型と(2)疾患別に病期や役割分担に応じて医療施設が連携す

る疾患別連携クリティカルパス型の連携において、後者に関して、代表的な疾患である脳卒中と糖尿病を対象として分科会を設けて詳しく議論する。期待される効果としては、前述の行政課題解決支援のほかに、国民一人ひとりが「どこでも」また「いつでも」自らの診療記録を診療に利用できる環境、すなわち、生涯型保健医療電子記録(日本版EHR)実現の基盤となることが挙げられる。

(2) 現状の政策課題

平成25年、政府のIT総合戦略本部は、「世界最先端IT国家創造宣言」において医療情報連携ネットワークの全国展開を2018年度までに実現するとした。また、本研究の開始当時は平成27年3月に厚生労働省が公表した「地域医療構想ガイドライン」に寄与すべく「ミニマム(標準)連携診療情報項目」を作成した。結果としてガイドラインでは地域医療情報連携に関する記載はなかったが、今後とも全国の地域医療連携に最小限共通する「ミニマム(標準)連携診療情報項目」>の概念の普及と浸透に努力する所存である。

(3) 診療・情報共有化の課題

地域医療の再生に向けて、近年、多くの地域医療連携が立ち上がっているが、それらの標準的な構築に関しては、政府行政が助成する場合、「厚生労働省電子的診療情報交換推進事業(SS-MIX)」の標準ストレージ形式の利用が義務付けられ、形式面においては共有診療情報の標準化は普及しつつある。ただ、地域医療連携で共有される内容面の患者の連携診療情報の種類および範囲に関しては、地域医療連携ごとに構築されたため、個々に相異なったものになっている。また、病院や診療所の規模等によって院内のIT化のレベルが異なり、連携できる医療情報データも異なっている。

(4) 連携診療情報項目

地域医療情報連携のケースについて検討し、①医療施設間連携(病院⇔病院/病院⇔診療所)、②医療介護連携(医療施設⇔介護施設・在宅療養)、③救急医療を想定し、それぞれについて異なるミ

ニマム（標準）連携項目セットを設定した。

今後、地域包括ケアシステムが構築され、在宅療養の患者が増加することから、地域医療情報連携は必ずしも医療者間だけとは限らず、医療と介護との連携（医療施設⇄介護施設・在宅療養）が必要であると考えた。また、救急医療に関しては、震災時や救急搬送の際に、最低限、情報として入手できると医療の質（処置のスピードを含む）が向上するものとして設定した。

「ミニマム」という表現は「最小限」という意味合いであるが、どのような意味で最小限であるか、立場によって異なると考えられる。本提言では、今後全国展開する地域医療連携において共有できる標準的な診療項目の最低ラインという意味であり、その意味では「標準連携項目セット」という名称のほうが適切であり、普及しやすいのではないかと考える。そこで、「標準」という語をカッコにて「ミニマム連携診療情報項目」に付記した。

すでに糖尿病・高血圧症・脂質異常症・慢性腎臓病（CKD）などに関して専門学会で、ミニマム診療項目が議論され、いくつかの結果が報告されている。本研究班はこれらを十分参照しつつ、共通の連携項目を選び、以下に報告する「標準的」連携診療情報項目を提言する。

① 医療施設間連携（病院⇔病院／病院⇔診療所連携）

大項目	中項目	医療施設間連携（病院⇔病院／病院⇔診療）
【基本情報】		
	名前	○
	生年月日	○
	ID（注1）	○
	性別	○
	血液型	○
	住所	○
	電話番号	○
	疾患名	○
	既往歴（注2）	○
	処方履歴（常用薬）	○
	アレルギー（注3）	○
	感染症	○
	通院施設（複数記入可）	○
	サマリー（800字以内推奨 注4）	○
	その他特記事項（注5）	
【基本計測データ】		
	身長	○
	体重	○
	体温	○
	脈拍	○
	血圧（収縮期、拡張期）	○
【検査データ】		
	血算（赤血球、白血球、血小	○
	血清脂質（総コレステロール、	○
	肝機能（AST（GOT）、ALT（GPT）、	○
	腎機能（BUN, Cr, eGFR（注6））	○
	尿（尿タンパク、尿潜血）	○
	耐糖能（FBS、HbA1c）	○
	心電図	○
【ADL】		
（日常生活動作）	要介護度	○
	食事	○
	排せつ	○
	入浴	○
	運動機能（自立度：歩行など）	○

(前頁表注釈)

医療施設間連携項目に関する留意点

1. これらの記録は、必ず計測された年月日を明記することが確認された。

2. このミニマム（標準）連携診療情報項目に掲載されておらず、かならずしも研究班の研究分担者の間で一致を見なかった項目として以下の項目がある。

①胸部 X 線画像を始めとする CT、MRI などの画像情報：最低限の画像として胸部 X 線画像が必要とする意見（とくに呼吸器疾患）もあったが、ミニマム連携診療項目としてはどうかという意見も多く、今回はリストには含めなかった。

②認知症指標：介護との連携において、認知症の指標は必要とする意見もあった。ミニメンタルステート検査（Mini Mental State Examination、MMSE）や長谷川式簡易知能評価スケール

（HDS-R）などの指標を含める提案もあった。認知症指標の重要性は高いが（特に後期高齢者）、ミニマム連携診療情報項目としては含める意見が少なかった。疾患別ミニマム連携項目として次年度の検討事項とした。

3.（注1）患者 ID に関しては本中間報告書では、限定を付けなかった。実際には（大半が2次医療圏であるが）地域医療連携の圏域内で連携した ID が、陰に陽に使用されている。本来はもっと広域にわたって共通 ID を用いるべきであるが、現在、県規模で共通 ID を用いている地域医療連携は数例である。地域医療連携の全国化を目指すならば、目標として全国共通の医療 ID が望まれる。本中間報告書では、現状を考慮して患者 ID については、限定せず、推奨を明示しなかった。なお、この点に関しては、地域医療福祉情報連携協議会が、現状で共通 ID 化を行っている先行事例に矛盾しない共通 ID を提案している。

4.（注2、注3）既往歴、アレルギーは患者から聞いたものではなく、病院で正確に診断されたも

のを記載すること。

5.（注4）サマリーについては、様々な議論があった。400字から800字に制限すべきという意見もあれば、これでは負担が大きく入力されなくなるという意見の研究分担者も存在した。計測値だけでなく医師の判断の伝達が連携には必要であり、サマリーを連携項目に含める高い重要性については研究班で一致した。ここでは800字以内を推奨するが、制限しない方式を採用した。また医師サマリーだけでなく看護サマリーも必要との意見もあった。

6.（注5）キーパーソン（意思決定代行人）などを記名してはどうかという意見もあった。

7.（注6）約1000万人とも言える糖尿病に関連する糖尿病学会のミニマム診療項目を今回のミニマム連携診療情報項目セットにおいて包摂すべきであるという意見もあった。その意味で、尿中アルブミン定量(mg/gCr)および尿蛋白定量(g/gCr)を加える意見もあったが、今回はミニマム連携診療情報項目の趣旨から、腎不全に関しては、尿素窒素(BUN)、クレアチニン(Cr)、eGFR、尿タンパク(定性)にとどめた。耐糖能に関しては空腹時血糖値(FBS)、グリコヘモグロビン(HbA1c)を含めて、これらの項目でミニマム連携診療項目における糖尿病、CKD(慢性腎臓病)関連項目とした。

8. ADL(日常生活動作)に関しては、その評価法を明示的に指定する提案もあったが、ここでは、表の5項目に定めた。

②医療介護連携（医療施設⇔介護施設・在宅療養連携）

大項目	中項目	病院⇔介護施設（在宅）連携
【基本情報】	名前	○
	生年月日	○
	ID（注1）	○
	性別	○
	血液型	○
	住所	○
	電話番号	○
	疾患名	○
	既往歴（注2）	○
	処方履歴（常用薬）	○
	アレルギー（注3）	○
	感染症	○
	通院施設（複数記入可）	○
	サマリー（800字以内推奨、注4）	○
	その他特記事項（注5）	
【基本計測データ】	身長	○
	体重	○
	体温	
	脈拍	
	血圧（収縮期、拡張期）	○
【検査データ】	血算（赤血球、白血球、血小板、Ht、 血清脂質（総コレステロール、 肝機能（AST（GOT）、ALT（GPT）、 腎機能（BUN、Cr、eGFR） 尿（尿タンパク、尿潜血） 耐糖能（FBS、HbA1c） 心電図	
【ADL】 （日常生活動作）	要介護度	○
	食事	○
	排せつ	○
	入浴	○
	運動機能（自立度、歩行など）	○

各項目の注釈については、医療施設間連携と同様であり、①の注釈参照。

③救急医療

大項目	中項目	救急
【基本情報】	名前	○
	生年月日	○
	I D	○
	性別	○
	血液型	○
	住所	○
	電話番号	○
	疾患名	○
	既往歴	○
	処方履歴（常備薬）	○
	アレルギー	○
	感染症	○
	通院施設（複数記入可）	○
	サマリー（800字以内推奨）	○
	その他特記事項	
【基本計測値】	身長	
	体重	
	体温	
	脈拍	
	血圧（収縮期、拡張期）	
【検査データ】	血算（赤血球、白血球、血小板、Ht、 血清脂質（総コレステロール、 肝機能（AST（GOT）、ALT（GPT）、 腎機能（BUN、Cr、eGFR） 尿（尿タンパク、尿潜血） 耐糖能（グルコース、HbA1c） 心電図	
【ADL】 （日常生活動作）	介護度	
	食事	
	排せつ	
	入浴	
	運動機能（自立度）	

各項目の注釈については、医療施設間連携と同様であり、①の注釈参照。

3. 今後の検討における課題

本報告書では我が国の地域医療連携が、今後全国的に展開していくために、連携すべき診療情報について、全国に共通する最小限の項目セット（「ミニマム(標準)連携診療情報項目セット」）を提案した。これは、最初にも述べたように、研究開始当初は平成 27 年 3 月に厚生労働省が公表した「地域医療構想ガイドライン」に反映することを目標として、地域医療情報連携の最小限の項目セットとして提案したものである。結果としてガイドラインに地域医療情報連携に関する記載はなかったが、今後、研究班で作成した項目案を、関連する諸団体・学会に意見招集して検討し、「ミニマム(標準)連携診療情報項目セット」の概念の普及と浸透に勤めていく所存である。

本項目表では、「医療情報連携ネットワークの全国展開」という行政的課題の遂行を目指して「ミニマム(標準)連携診療情報項目セット」の策定を行ったが、最初に述べたレセプトコンピュータ(レセコン)レベルの電子化においても連携可能な項目だけではなかった。その意味で、レセプトコンピュータによる地域医療連携を最低レベルとしないで、やはり連携医療に必要な意味でのミニマムなレベルを定めた。サマリーをミニマム(標準)診療連携項目としたのはこの観点からである。計測データだけではなく医師の患者病態に対する認識が連携医療においては重要な役割を果たすと考えられる。この点は、電子カルテが稼働していない医療施設では困難な項目とみなされるかもしれない。

今回はすでに何度も断ったように、第一

次的なミニマム(標準)連携診療情報項目セットである。平成 27 年度は、オプションとして追加される項目も含めて、連携診療情報項目の重要度・優先度に対する認識の全国共通化を図り、地域医療連携の 2 つのタイプ、すなわち(1)疾患を問わず地域の医療施設が診療情報を共有する相互参照型と(2)疾患別に病期や役割分担に応じて医療施設が連携する疾患別連携クリティカルパス型の連携の后者においても、国民が高い有病率で罹患する糖尿病や脳卒中を取り上げ、追加すべき疾患別に必要なミニマム連携診療情報項目を提案して、前述の行政課題、すなわち 2018 年の地域医療連携ネットワークの全国展開へ本研究班も寄与したいと思う。

我が国においては、トップダウンに、国民一人ひとりが「どこでも」また「いつでも」自らの診療記録を診療に利用できる環境、すなわち、生涯型保健医療電子記録(日本版 EHR) 実現することは困難であるが、地域医療連携の広域の普及によって、ボトムアップに実現されることが期待される。本報告書がその一助になれば、研究班全員にとって何よりの喜びである。

研究発表

1. 田中 博：地域包括ケアシステムの構築推進は病院医療をいかに変えるか；新医療：2015(1):24-28, 2015.
2. 田中 博：ICT を活用した地域連携型医療・包括型ケア 医療再生の鍵；Hospital Today：34:1-2, 2015.
3. 田中 博：地域医療情報連携による医療の再生；日本臨床：72(増刊号 7)：697-705, 2014.
4. 田中 博：バイオデータベースの近年の動向ーバイオバンクの国際的普及と生命・

- 利用情報の融合 ; 計測と制御 :
53(5):395-400, 2014.
5. 田中 博 : 災害に強い内科診療 : ICT の
利用 ; 日本内科学会雑誌 : 103
(3):605-609, 2014.
6. Alistair R.R, et al. (Tanaka, H.): A
promoter-level mammalian expression
atlas. ; *Nature*: 507 : 455-461, 2014.
7. Andersson R, et al. (Tanaka, H) : An
atlas of active enhancers across human
cell type and tissues. ; *Nature* : 507 :
462-470, 2014.
8. Eslami A., Miyaguchi K., Mogushi K.,
Watanabe H., Okada N., Shibuya H.,
Mizushima H., Miura M., Tanaka H. : PARVB
overexpression increases cell migration
capability and defines high risk for
endophytic growth and metastasis in
tongue squamous cell carcinoma. ; *British
Journal of Cancer*:
590:Doi:10.1038, 2014.
9. Katsuta E., Tanaka S., Mogushi K.,
Matsumura S., Ban D., Ochiai T., Irie T.,
Kudo A., Nakamura N., Tanaka H., Tanabe
M., Arie S. : Age-related
clinicopathologic and molecular
features of patients receiving curative
hepatectomy for hepatocellular
carcinoma ; *The American Journal of
Surgery* : 208(3):450-456, 2014.
10. Watanabe K, Kurihara Y, Watanabe K,
Azami T, Nukaya S, Tanaka H. : Bio-Signals
Sensing by Novel Use of Bi-directional
Microphones in a Mobile Phone for
Ubiquitous Healthcare Monitoring ; *IEEE
Transactions on Human-Machine Systems* :
44(4):545-550, 2014.
11. Tsubota A, Mogushi K, Aizaki H,
Miyaguchi K, Nagatsuma K, Matsudaira H,
Kushida T, Furihata T, Tanaka H, Matsuura
T. : Involvement of MAP3K8 and miR-17-5p
in Poor Virologic Response to
Interferon-Based Combination Therapy
for Chronic Hepatitis C. ; *PLoS One* :
95:e97078, 2014.
12. Kudo A, Mogushi k, Takayama T,
Matsumura S, Ban D, Irie T, Ochiai T,
Nakamura N, Tanaka H, Anzai N, Sakamoto
M, Tanaka S, Arie S. : Mitochondrial
metabolism in the noncancerous liver
determine the occurrence of
hepatocellular carcinoma: a prospective
study ; *J Gastroenterol* : 49(3):502-10,
2014.

平成 26 年度

「地域医療連携の連携診療情報項目の全国的な共通化確立に向けた研究」

第 1 回班会議 議事

日時：平成 26 年 5 月 19 日（月）15：00～17：00

場所：〒113-8510 東京都文京区湯島 1 丁目 5 番 45 号

M&D タワー18 階 第 1 会議室

出席者：田中博研究代表者、宮本正喜研究分担者、下山則彦研究分担者、松本武浩研究分担者、小阪真二研究分担者、清水史郎研究分担者、飯島久美子研究分担者、富永悌二研究分担者、水野正明研究分担者、長束一行研究分担者、原量宏研究分担者、（以上、地域医療基盤開発推進研究事業 班会）須賀様、大平様（以上、厚生労働省）

（議事次第）

1. 開会挨拶 研究代表 田中博先生
2. 厚生労働省 挨拶
厚生労働省医政局研究開発振興課 医療情報技術推進室
渡辺顕一郎 室長 代理 須賀ひとみ氏
3. 研究事業の趣旨および活動計画について
4. 自己紹介・意見交換
5. その他
6. 閉会

（資料）

1. 資料 1：出席者名簿
2. 資料 2：厚生労働省科学研究費補助金交付金申請書
3. 資料 3：医療情報連携項目 参考資料
 - ① K-MIX（原量宏 研究分担者提出）
 - ② 脳卒中連携項目（清水宏明 研究分担者提出）
 - ③ 糖尿病連携項目（林道夫 研究分担者提出）
 - ④ 豊能圏域脳卒中地域連携クリティカルパス（長束一行研究分担者提出）

1. 田中博研究代表 挨拶

今年から2年間、厚生労働科研事業で、このタイトルにあるとおり研究を行う。皆さんもご存じのように、ICT成長戦略では2018年に地域医療連携ネットワークの全国化が記されており、今年末から地域医療ビジョンのガイドラインが示され、各自治体は病床機能の計画を含めて提出することになっている。医師会の調査によれば、医療再生基金等の財源により、160ぐらいの地域医療ネットワークが立ち上がっている。2010年からの3年間の間に一挙に増えている。今年も900億円ということで、地域医療再生基金が予算化されている。これは、恒常的な政策だと言われている。

あちらこちらに地域医療ネットワークが立ち上がるのはよいが、医療ネットワーク間の連携、いわゆる標準モデルを考えないといけない。画一的な標準モデルというよりは、まずはミニマムな形で診療情報を連携する。疾患ごとに上乘せしたいミニマムデータがあるので、階層的になると思う。今日は、これからどういう方向でやっていけばいいかを議論して、連携診療情報項目の全国的な共通化に向けてどういう研究をしていけばいいかを話し合いたい。

2. 厚生労働省より、須賀医療技術情報推進室長補佐と大平氏が挨拶を行った。

須賀室長補佐：

本日は室長が所用で来られないため、私と大平で参加する。研究主旨については、今、田中先生からご説明があったとおりだが、すでにICTを用いた医療ネットワークが全国にできており、各地域の実情に応じてできたものと理解している。日常の診療において、必ず使われる情報があるのではないか。これから作られるネットワークにおいては、そのような情報が漏れることのないよう、今後、厚労省として方向性を示していく必要があると考え、現場を知る先生方からご意見をいただき、ご検討いただければと考えている。

2年計画で田中先生にお願いしている。まず1年目のミニマムデータだが、疾患別ではない診療において必要な情報、こちらの結果を夏前までに方向性をいただければと考えている。タイトなスケジュールではあるが、先生方のご意見をいただければと思う。

大平氏：

医療ネットワークの施策を考える上で、先生方のご協力をお願いしたい。

3. 今年度の研究班全体の取り組みについて (田中博 研究統括)

<事務局より資料の確認を行った>

田中博研究代表者より、交付申請書のサマリーをもとに研究内容について説明があった。

今後、全国的に展開していくために、連携すべき診療情報について、全国に共通する最小限の項目セット（ミニマム連携診療情報項目セット）を研究し、提案する。厚生労働省が26年度末までに提示予定の「地域医療ビジョン」のガイドラインにその必須項目として提案し、行政課題解決支援の一環を担う。選択（“オプション”）的に追加する連携診療情報項目の優先度をレーティングし、その全国的な共通理解の確立を目指す。調査としては稼働中の地域連携の連携項目の検討と関係団体からの意見をいただくことである。2年目については話を割愛する。日本医療情報学会等の関連団体が決めているものを土台にしながら検討するということもある。研究体制は図のとおりだが、初年度は全員で検討し、次年度は分科会にわかれて行う。

4.研究分担者挨拶および資料発表

<研究分担者の自己紹介と資料の説明を行った>

宮本正喜研究分担者：

私たちは阪神地区でムコネットを動かしたばかりで、資料にはMK ネットと書かれているが、まだ一般的に名前を出せないという経緯があり、このようにしている。開示設定の確認書を資料として提出した。開業医・病院、病院同士もあるが、どのような情報を交換するか、項目として、どのような条件で行うか、基本的には、血液や尿、画像データ等で行う。放射線レポートは病院によって意見が異なり、今のところは検討中となっている。患者の同意に基づき、項目を選ぶ。開始したばかりなので、事例は多くはない。病院の情報提供というイメージで設定されている。概念的な説明であるが、このように行っている。清水先生、静岡の総合病院、あじさいネットにご協力いただいて、スタートした。

清水史郎研究分担者：

全体的な話だが、ミニマムデータセットといわれるときには病院からの開示と診療側からの開示がある。病院側の開示のミニマムということを考えているのか、病院側から開示するときはだいたい電子カルテである。

田中博研究代表者：

最低、この項目は含んでおいたほうが良いという意味でのミニマム、レセプトをつなげて地域連携をやっているようなところもある。最低ラインにそろえる必要はないのだが、基本的にはこういうセットを含んでもらいたいというもの。全国で共通してやるときに、どこまで連携しあうのか。

清水史郎研究分担者：

レセコンベースで考えると非常に限られるし、レセコンで出せるデータが何かということをお話したほうがはっきりする。

松本武浩研究分担者：

長崎の「あじさいネット」では、情報提供病院が自院の電子カルテデータそのものを、中継サーバーを経由し共有する方法を採用している。このため電子化されている診療情報はすべて共有可能であり、そのすべてを対象としている病院がほとんどであるが、院内の都合で一部の情報を対象としていない病院も混在している。利用側の施設では、あらゆる診療情報を利用し、閲覧情報を制限している病院には制限解除の要求が出されて、その結果対象にされることもよくある。この点から考えると、すべての診療情報が必要なデータとも言える。逆に診療所等の情報閲覧施設からの情報提供は手入力となり負担になるので、現実的にはミニマムデータを決めても出しようがない。つまり情報提供病院は全ての診療情報が出せるし情報閲覧施設は何も出せない現状で、後者はどうすれば良いのか？

下山則彦研究分担者：

私が出した資料だが、ID-Link が函館から始まって、3月31日現在 3300。実際に使われているのは1~2割。ほとんど動いていないのが実情。函館の場合は、99施設でやっているが、アクティブなところでも医療データの閲覧をするのはあまり多くない。当院だけのことを考えると、8割は転院に使われている。その際に一番使われているのは、2ページ目にある看護連絡帳。ADL情報を主体としていて、看護師があちらこちらに書いてあるものをまとめただけである。この情報を見て、次の機関（施設）が自分たちのところで引き受けられるかどうかを判断している。市内の回復期病院との間でだいたい月に100例近く行われている。これを地域ケアに利用できないかということで、去年1年間議論した。何が良く、何が悪かったかを議論して、最終的に医療介護福祉施設間の情報連携で、受け取る側としては「自分たちがお世話できるかどうか」それが一目でわかるかが一番大切。食事、排せつ、運動の評価が根本。急性期・回復期の連携では絶大な効果があった。

これからは余計なものが入っていないか、足りないものがないかを点検していく。認知症の部分があればいいということを受け取る側が言うが、認知症に関する評価は、出す側としては出たくない情報。認知症があるとわかると、引きとってくれないのではないかと考える。急性期・回復期でディスカッションできるのはここまでで、これが訪看、介護施設など福祉の現場に行くとも医療データよりも私たちがわからないサムシングエルスがあるようだ。26年度の活動整備ということで、福祉の世界の方を集めてワーキンググループやシンポジウムを行いたい。本当は何がほしいのかを具体的にしていく。膨大な量を見せることはITではできるが、情報の絞り込みが必要。最大公約数の集約。こういう簡単なものを共通言語として整理するのも意外と大変である。

松本武浩研究分担者：

下山先生のお話は、地域包括ケアを、地域医療 ICT 連携を使って支援するためには、電子カルテ情報を共有するだけでは足りず、別途、看護・介護に特化した別のサマリーが必要だったという話だと思う。

下山則彦研究分担者：

検査データよりも先に必要なデータがある。

松本武浩研究分担者：

下山先生が話された介護福祉に関する情報が重要という話は「あじさいネット」でも、特に在宅医療にかかわっている先生方から指摘されている。これから在宅医療がより重要になる時代であるのに、現在の電子カルテを共有する方法では、生活や介護に関する情報が足りないので困ると言われている。これまでの医療 ICT 連携は病院から医療機関と連携することを前提で設計されている。これからの連携すべき項目には看護・介護・福祉に関する新たな項目が必要になっている。

宮本正喜研究分担者：

我々のところは、まだ介護や福祉のところは入っていない。目標としては入れている。段階がいくつかあると思う。病院間のデータセット、もっと広げた場合のセット。レベルをわけて考えていくとよいと思う。

小阪真二研究分担者：

まめネットは利用者であれば全員見られるようにした。12の訪問看護ステーションのうち10件まで入った。今まで全然データをもらえずに看護していたのだが、データが入ることによって、訪問看護師も喜んだ。訪問看護だからデータが要らないということには絶対にならない。医療者であればある程度見られる。まめネットで「在宅医療ワーキング」を数回やっており、介護をやっている人を集めた。訪問歯科、訪問リハビリ、訪問介護、やっていることがそれぞれ違うので、何が共通しているのかを議論しているが、暗礁に乗り上げていく。介護まで行くと業種も多い、医療以上にバラバラのことをやっている。介護まで入れてミニマムといわれると、よくわからなくなるのではないかと。

退院時に診療所と患者の家族と訪問看護なども全部同じデータを持っていく。そうすると非常に効率がいい。

冨永悌二研究分担者：

急性期から次のところに行くときの情報、看護も違う。誰が見ていいのかを患者に同意をもらう。医者が見ているものを看護師が全部見るのかという話もあるし、全部共通でミ

ニマムとなると本当にミニマムになるだろう。

松本武浩研究分担者：

急性期病院から直接在宅医療に移行するケースもあり、増えていく。在宅医療で最も重要なのが看護・介護・福祉情報であるのだから、それらの情報を対象とすることも考慮しないといけないと思う。我々は厚労科研の基盤研究の中で、医療機関間あるいは在宅医療間の看護連携についても検討したが、医療機関どうしの医療連携が紙ベースから ICT 連携に移行しつつあるのに対し、看護連携は、ICT はおろか紙ベースでの連携でも継続的な看護支援や介護に向け情報が足りないことがわかってきた。情報共有の手段は看護サマリーと退院調整連絡票であるが、地域の医療機関間で比較すると記載されている情報は標準化されておらずバラバラで、しかも介護福祉連携に必要な情報が不足していた。これまでの医療 ICT 連携は医療しか目が向いていなかったが、今後は看護・介護連携部分を入れないと患者が納得、満足するサービスに繋がらないと思う。

小阪真二先生：

介護は、患者のところに連絡帳があって、こういうケアをしたということを紙で置いてある。患者のところに行ってから訪問診療の先生がその情報がわかるので、もう一度必要なものを取りに行くということが起こっている。

水野正明研究分担者：

私たちは脳卒中の地域連携パスを 10 年前に策定したが、今日、清水宏明先生から出された資料はそのときに作ったものをベースにしてある。ミニマムが 115、スタンダードが 223、フルが 662 で、その中から選択した。患者を中心に考えると、名古屋の場合、急性期は 14 日以内、回復期は 3 か月となるが、その後が続く維持期は数年から数十年と極めて長い。そういう意味で維持期を中心に地域包括ケアの観点からこれをまとめましょうということになった。そういった観点で医療の情報+介護の情報を取り入れたミニマムを策定し、現在、愛知県では活用している。そしてそれ以外の情報については必要なときに聞けるようになっていて、欲しいと言われたら渡す。これで十分ではないかと考える。今回のテーマは医療連携だが、医療連携だけだと急性期・回復期・維持期のごく初期で終わり、実際には十分活用できない。

今、電子連絡帳は、自治体ごとに運営され、医師、歯科医師会、薬剤師会、行政、社協などのすべてのスタッフが登録されている。しかしながら患者と支援チームが決まったら、その支援チームのスタッフのみしか閲覧できない。患者の同意書の取得状況も見ることができる。これから先の時代を考えた提言は、医療だけではなく、介護を含む福祉の部分も含まれているものが必要であって、本事業においても在宅医療や介護も含めて考えないと議論がかみあわなくなると思う。

診療情報提供書の内容は必要最小限でよく、画像が見たかったら見ることのできる体制を持てばよいのでは、と私たちは結論付けている。

診療情報提供書を出す、これは1枚紙で最低限。画像が見たかったら見てください、となる。運用方法はチームで考える。足りないのはADLと家族情報。キーパーソンは誰なのか。これらはA4にすると、せいぜい3枚。これで十分だというふうに私たちは結論付けた。

原量宏研究分担者：

標準化すべきだという概念が介護の人にはない。書くのが好き。書かないとお金がもらえないから書く。

水野正明研究分担者：

話し合いによって介護の人の質も上がっていく。

下山則彦研究分担者：

個人的な生活能力のほかに社会的な情報まで載っている。

水野正明研究分担者：

だがその情報の閲覧は、たとえばこの患者に関わっている5人などの限られた人。介護事業者は保険請求とデータの整合性が取れていないといけないので、そのまま請求できるようなところまではきている。

田中博研究代表者：

医療連携、最後までを考えた連携という2つのカテゴリーがある。両方を考えた形で考える。

清水史郎研究分担者：

島根に十数年いて電子カルテと連携のことをやって、5年前から静岡にいる。5年前から静岡は「ふじのくにネット」というネットワークを作って、動き出して3年数か月。医療系の情報交換なので、ヒューマンブリッジやID-LINKが持っているような機能が動いている。8,000人を超える患者の情報が連携されている。通常のカルテ項目は見られる。下のほうが診療所と、病院とのデータ交換。こういう形で行き来しているというイメージ。カルテが開示されているのは、今は診療所は1箇所だけ。病院側は県立総合病院が中心となり13病院が開示を始めている。検体検査情報、画像情報、レポート等が入っているが、レポートは島田市民病院のみがレポートを出せる形になっている。

その他は紹介状。患者メモがあるが、医師がメモを書いたり、看護師、薬剤師、看護、管理栄養士が書いたりする。看護サマリーを入れている。通常医療連携のデータは一通