

り載っている。なかなか医師記載カルテ情報の開示ができずにいる。

松本武浩研究分担者：

あじさいネットは情報提供病院が 22、情報閲覧施設が 250 の長崎県全域で利用できるネットワークである。すでに 10 年運用しているが、昨年からは在宅医療での利用も始めた。これまでは情報提供病院の電子カルテ情報を情報閲覧施設が閲覧利用するだけであったが、在宅医療をやっている診療所や薬局、訪問看護ステーションからは、在宅診療記録をそれぞれが手入力することで、在宅医療チーム内でその情報を共有している。患者登録は約 35,000 人。毎月 700 人前後新規の患者が登録されている。運営は県医師会に事務局を置く NPO 法人で、医師会が支援している。参加団体等は資料参照。情報提供病院は今年も新たに 7 病院がスタートする。機能としては、病診連携、病薬連携、病病連携、診診連携の診療情報共有に加え、あじさいネットの VPN 基盤を利用した TV 会議や遠隔画像診断システムなどを新たに追加している。

あじさいネットの利用者は、あじさいネットがなければ診療上困ると言う人がたくさんいる。あじさいネット利用を前提に開業された先生すらいる。すべての会員がそうではないが、日常診療に組み込んで利用している先生方がたくさんいることは間違いない。そのような状況下で、情報共有におけるミニマム情報を決定する意味を考えると質の高い医療、看護・介護を提供する上で最低、この情報は知っておいてほしいということを決めることではないだろうか。機能はあっても実際は使っていない人もいるし、その人たちはそれでいいと思っているかもしれないが、もしかするとそのような情報を使っているところよりも質が低いかもしれない。質の高い医療、看護、福祉を提供するために多くの医療・介護従事者が最小限必要と考える情報がミニマムなのではないか。

富永悌二研究分担者：

宮城県で震災後、MMWIN というネットワークを立ち上げた。それ以前に脳卒中のネットワークもやっていた。仙台医療圏が今年動き始める。今年、県東と県南の予算がおりたので、宮城県のハードがそろそろ。それぞれがいろいろタスクフォースを作って、どういう情報を共有したらいいかを話し合っていた。今日は資料がないが、次回提出したいと思う。

先ほどから議論を聞いていて、ミニマムデータセットは時間と空間を超えて必要なものだと思う。たとえば、宮城県の人が他県に移動して介護を受けるときなどでも使えるデータ。あるいは病気が治った人が 10 年後に何かを発症するとき、そういう時間的・空間的なものを超えて本当に必要なデータだと考えてよいのか。

さきほど松本先生が言ったことと同じことを考えていた。介護をする人がその人の既往歴を知らずに介護していいのかということ、最低限抑えておいて欲しい情報というのはあると考える。

飯島研究分担者：

昨年度までは田中先生の研究室にいた。いまは国際医療福祉大学で、医師以外のスタッフは全部育てるような大学にいる。私が所属しているところも介護福祉士、診療情報管理士などを育てるところである。介護現場の調査等も行うのでそういう意味で立てるのではないかと思う。

長束一行研究分担者：

脳卒中の地域連携を 2000 年ぐらいから主に豊能地域の中で行っている。なかなか電子化はできない。資料は 3 枚。最後のページがわかりやすいと思う。パスを作ったときに、急性期から回復期に伝える情報。それまで個々に紹介状を書いていたが、必要なことはたくさん抜けているし、把握しにくいということで、回復期リハ病院が必要な情報を中心に共通紹介状を回復期病院に作成してもらった。とくに退院時の説明はここに入っているが、予後についてどのような説明をしているか、非常に不満の声があった。たとえばリハビリすれば歩けるようになるか等。急性期病院では退院時にリハビリのスタッフと一緒にあって、我々はこう考えているというのを記載する。

なるべくチェック項目だけですむようにしている。これが必要最小限と考えている。画像情報が必要な場合は、CD でもっていってもらったりする。実際に半分ぐらいの人は、回復期病院から急性期病院に患者を見にきてくれている。その時点で足りない情報があれば、見ていくといったことを付け加えている。回復期から自宅に帰る場合は、後ろから 4 枚目の資料。回復期はこの 1 ページの共通紹介状を付け加えてかかりつけ医に渡してもらおう。退院報告書として急性期病院にも戻してもらおう。今は紙ベースであるが、循環器病研究センターでは共通紹介状を Filemaker で作成し、データベースとして残るようにしている。

電子化したいと思っているが、電子カルテが入るなどで、できていない。維持期についてはずっと情報を伝えていけないか、介護も加わって一緒に共有できないかということで、患者にノートを渡して、それに情報を記載していくというコンセプトでスタートした。回復期の人たち、ケアマネやヘルパーなどが喜んでくれる。医療情報が介護職の人たちにも伝わり、助かるといつてくれている。反対にかかりつけ医はあまり喜ばない。見た途端に手がかかると考える。方法としては、介護の人たちに基本的な最低限の情報を 1 年に 1 回でもいいので書いてもらえないかということ、会議を開いて伝えている。食事、排せつ、運動、認知症、IADL で評価できるようなものは介護職にも記載してもらおうようお願いしている。そのフィードバックをかかりつけ医が受けることができると、かかりつけ医と介護の連携が深まるのではないかと考えている。急性期病院には年に 1 回来てもらい、治療の継続がうまくできているか、必要なら画像検査のフォローなどができるとよいと思う。

小阪真二研究分担者：

診療情報管理士をとって、内容をどうするかという話をやってきたことが島根まめネットにつながったと思う。外から見られることが医療の質を上げるという考えなので、電子カルテについても見られない職種はないというようになっている。まめネットは出すものを医療の職種によって変えていない。守秘義務を持つ職種には全部出す。

見る・見ないは自由。まめネット表示ポリシーという表があるが、出せるものを記している。できる限り放射検査のレポートだとか、標準で出したものに対する結果を、結果がついていないと医療者としては使えないので、結果を出すことを義務付けている。県立中央病院のものは最後のページにあるが、出せるものは出している。

地域包括ケアをやっていて、なぜ患者が地域に帰りたがらないのかを考えると、地域に帰ると情報が少ないということを患者自身が感じている。病院では検査がたくさんあるが、開業医に行ったら採血の結果も翌日になる。情報の共有が大事だと感じている。まめネットは期限をきっていないので、すべての病歴がみられるようになっている。たくさんの情報を共有することが地域で診ていくときに大事ではないか。介護については、こちら側の情報を介護に出すことも大事だが、救急をやっていて来た患者に対して、どこまで回復させるべきかわからず、過剰な医療になることがある。もとのADLがわからない。介護のところから今の生活がどうなのかを貰わないと、救急医療がオーバーな医療をすることになる。介護部会をやると、介護する人たちがほしいものがバラバラで困っている。

下山則彦研究分担者：

ID-LINK を作り、電子化された情報はすべてが通るプラットフォームだと言い続けてきた。情報が階層化されていないと使いにくいだろうと考えている。地域包括ケアにも適用するにはどうしたらいいか。欲しい情報は必要に応じてすべて取れるようなシステムであるべきだが、医者であれば多くの情報から自分で優先順位がつけられるが、医療系でない人にはそんなことは望めない。違うのであれば、違うように情報セットを作らないといけないと思う。

原量宏研究分担者：

これまでの K-MIX の機能は、ある医療機関から他の医療機関に送られてそれを見るというものだった。たとえば大学病院や県立病院で紹介された患者があった場合に、開業の先生にこういう結果だったと返事はできるのだが、日々の様子を見たいということがあって、地域医療再生基金で新機能を追加した。予算の関係もあり、15 の公的病院が参加している。我々が一番、力を入れたのはデータセンターを介して情報を参照すること。中核病院から得られた医療情報は、実データとして時系列で並べ替えして、まだ実現していないが最終的には個人個人が PHR 的な使い方をする、どこでも My 病院といった使い方への第一歩という考え方。

次のページを見ていただくと、15 病院の病院長や情報の先生に集まっていたいて、患

者基本情報やアレルギー、オーダー情報、検査結果、PACSに入っているものを必ず出すとか、これらは意見が一致した。あとは努力目標としては退院サマリー、病院がOKすれば出るようになっている。意見の調整が難しかったのが、処方情報だけでなく、病名と検査情報を必須の情報にすることだったが、幸いにして総務省による電子処方箋プロジェクトに取り組み、医薬連携のためには、電子お薬手帳が必要になるということ、香川大学医学部附病院運営委員会でも納得していただいた。他の病院も、大学病院ですでに了承されているのであれば、OKとの意見になった。苦労したのは、病院によって検査情報や処方情報の記載法が異なっていたことで、K-MIX+のシステムでは、病院からデータセンターに送る情報に関しては、共通の記載法（処方情報はHOTコード、検査情報はJLAC10コード）で送ることで解決している。県はすべての医療機関に入ってもらいたいということで、市民公開講座などを行っている。K-MIX+に入っている病院に行くと、非常によく診てもらえますよということで、知事以下非常に熱心である。PHRやマイナンバーと組み合わせれば、非常によくなると思う。

介護のところは出ていないが、介護のシステムを平衡して開発している。介護担当者に聞くと、安いほうがいいというアンケート結果。経営者に聞かないといけないと思う。

富永悌二研究分担者：

宮城県はICカードでやっている。震災のときに患者が自分の薬の情報がわからないということがあった。それも含めて救急と災害のときにどんなミニマムがあったらいいかを検討し、カードの中に入れるべき情報は何かをディスカッションした。岐阜の小倉先生が先にやられていること。通常の情報とは若干異なるかもしれない。薬、アレルギー情報、血液型、更新されていかないといけない情報もある。

原量宏研究分担者：

電子お薬手帳のときにやったのは過去3か月分ぐらいの薬の情報。

富永悌二研究分担者：

カードにマイナンバーがあると非常によい。

松本武浩研究分担者：

ミニマムデータの情報範囲を検討するにあたり、ミニマムの定義が重要と思われる。例えば、イギリスは全医療機関で患者属性や血液型、禁忌アレルギー情報など、極めて絞り込んだ最小限必要な情報を共有していると聞いている。これに対しスウェーデンやデンマークは、今の日本に似ていて情報提供病院の電子カルテのほとんどの情報を項目に分け共有している。つまり後者ではほとんどの診療情報がミニマムデータということになる。いずれも国家主導で進めているのであるが、これは国がどうしたいかによって違う。日本の

医療 ICT 連携の仕組みでは后者のパターンが可能だが、北欧と違ってすべての医療機関で利用できるわけでないので、その中間にある気がする。つまり今の医療 ICT 連携のパターンを全医療機関に展開する方針かどうかで情報範囲が違ってくるのではないか。

下山則彦研究分担者：

災害時はバックアップのものだから全く違う視点。レセプトの中の薬剤情報を使えるようにしようという話。平時の長期間の話は違う。IT 化された情報＝資産をいかに使うか。

田中博研究代表者：

階層的という考え方もある。2つの階層。医療のミニマムデータ、医療から介護に渡す。あるいは階層。災害のミニマムもあるというのものもあるが、地域医療連携での打倒なレベルのミニマム。

原量宏研究分担者：

紙に書くとミニマムという考え方が強くなるが、電子化されたら、10 コも 100 コ、1000 コも同じ。表示の仕方を変えるだけ。

<事務局 大貫から平井先生の資料説明>

平井先生は、千葉県循環器病センターの理事になった。ポイントを説明するが、データヘルスケア時代の予防という視点で疾病管理のミニマムデータを考えてきたが、国保のデータベースとの連携が大事ではないかと考えられている。国保や健保の予防という観点で、強化する。地域医療を守るためには医療機関と保険者の連携が大事。レセプト、検診情報との連携も必要だと考えている。秩父で実証実験を行っている。健康情報ということで、病院、保健師、栄養士との連携も視野に入れられている。

<田中博研究者代表>

議論すればするほど深いのだが、まずはミニマムの意味も含めて、課題があがってきた。次回は6月ぐらいに、先生方もお忙しいと思うが議論したいと思う。自分が考えるミニマムデータの概念と、今日の話を踏まえた上で2~3枚書いていただいてメールでまわした上で議論したいと思う。

今日の議事録をベースとして地域医療連携のミニマムデータセットをこのように考えるというのを事務局に、2週間ぐらいで寄せ集めて、検討する。

下山則彦研究分担者：

温度版程度のものでいかがだろうか？ 温度版の機能が ID-LINK にあって、非常によく

使われている。文句がでない。温度版のイメージの表示。バイタルの時系列。入院患者に関して出している。

松本武浩研究分担者：

病院から退院した直後は有用と思うが、しばらくたつと状態は変わってしまうので、1、2週間たつと情報が足りなくなるのではないか。

清水史郎研究分担者：

言葉の問題だが、ミニマムは最小限というイメージ。標準セットのほうがいい。

下山則彦研究分担者：

疾患によっても違うし、急性期か慢性期かによっても違う。

閉会

次回は、メールベースでの議論を行い、日程調整をした上で、班会議を6月または7月に開催することが確認された。

終了

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 2 回班会議 議事要旨

日時：2014 年 6 月 17 日（火）16：00～18：00

場所：〒113-8510 東京都文京区湯島 1 丁目 5 番 45 号

M&D タワー24 階 共用セミナー室 1

出席者：田中博研究代表者、大江和彦研究分担者（途中から出席）、下山則彦研究分担者、
小阪真二研究分担者、清水史郎研究分担者、小倉真治研究分担者、林道夫研究分担者
（以上、地域医療基盤開発推進研究事業 班会）

西堀 眞弘（以上、アドバイザー）

（議事次第）

- 1.開会
- 2.研究代表 田中先生挨拶
- 3.ミニマムデータセット（標準項目セット）案に関する意見交換
- 4.今後のスケジュール確認等
- 5.その他
- 6.閉会

（資料）

1. 資料 1：出席者名簿
2. 資料 2：第 1 回 班会議議事録
3. 資料 3：医療情報連携項目 ミニマムデータセット（標準項目セット）案
 - ① 事務局 案
 - ② 下山則彦研究分担者提出案
 - ③ 宮本正喜研究分担者提出案
 - ④ 小阪真二研究分担者提出案
 - ⑤ 清水史郎研究分担者提出案
 - ⑥ 長束一行研究分担者提出案
 - ⑦ 松本武浩研究分担者提出案
4. 参考資料：平井愛山研究分担者提出

1. 田中博研究代表 挨拶

7月中旬までに、われわれの考える標準セット（何通りあってもいいが）を厚労省に提案し、それをもとに地域医療ビジョンのガイドラインをつくる予定である。期限に間に合わせるように検討し、まとめていきたい。議事録は資料2、すでにメールで送っている。急な日程調整なので、欠席も多いが、国際医療福祉大学の西堀先生にアドバイザーとして来てもらっている。

皆さん方の案をベースにして議論したいと思う。メールでいただいたものに関して、ご説明いただく。欠席の方の案はこちらで説明する。基本項目、計測項目、検査項目、ADLとわかれている。

2. 意見交換

下山研究分担者：

この表に関しては事務局案のとおりだが、付帯意見がある。かいつまんで言うと、基幹病院から回復期に転院するときのことを想定しているが、ADL情報は必ず入れほしい。その他については、大学機関病院はすべての検査を公開しているという前提のもとで、最小限でよい。具体的には項目の加減ができないので、このままになっているが、健康診断ぐらいの健康情報でいいのではないか。バイタル、現在の情報がわかる。1日、1日変わるのとは意味がないといった意見はあったが、ある程度安定した状態でお渡しするので、それぐらいでいいだろう。基本情報は当然必要。

お渡しするときに非常に問題になるのはアレルギー。問題が起こったときにどちらの責任かという話になる。取扱いが難しい。細かいことはあるが、それよりも大事なものは、サマリー。医者判断があるということである。どういう履歴でどういう治療をして、いま、どういう状態にあるか。これがなければ検査データが何を語っているのかわからない。

小倉研究分担者：

サマリリーの量は指定したほうがいいのか。

下山研究分担者：

当院では退院時サマリーはA4フォーマットになっている。書ける量はそれほど多くなく、400～800字。ふつうはそれぐらいで納めてほしいが、先生によってはそれでは足りない。

小倉研究分担者：

これまで退院サマリーは他人に見せるつもりがなく作ってきた。それを連携に使うのであれば、他の人に見せるためのものという概念で作らなければならない。ある程度の文字

数内にまとめなさいという指導をしたほうがよい。

下山研究分担者：

次に渡す病院がどういう病院なのかを把握した上で、そこで必要な情報を書いてくださいと言うしかない。

科によっても重症度によっても違う、これは決められないと思った。それよりも医者がどういうふう to 患者を診ていたかという診方、もといいた医療機関の先生がどういうふう to 診て、どのように診断したか、次の病院ではどのようにしてほしいのかわかるようなものである。

小倉研究分担者：

連携用サマリーである。

下山研究分担者：

当院の場合は、自分が連携していなくても見られるということで5年前からやっている。ID-Link でサマリーが読める。電子カルテそのものは公開していないが、サマリーは公開。今年ついた診療情報加算の1を取るために2週間以内で90%、1か月以内で100%をほぼやっている。連携するための基本的なことはすでにできた。クローズする（書き上げて終了）すると見られる。

小阪研究分担者：

サマリーはそうあるべきだと思う。担当医が書いて、診療科部長が承認をして、最後は診療情報科部長が認証して、そこで終わり。常に何人かに見られないと終われない。今、診療録はピアレビューされないと、質は上がらない。メモとして書かれても困る。

小倉研究分担者：

大学病院には研修医もいる。上級医によるチェックが必要。

小阪研究分担者：

最終的には診療情報管理士によるコーディングが必要。コーディングしないとデータベースとして使えない。病名もサマリーからとる病名のほうが正しい傾向にある。ICD でつけなおす。

清水史郎研究分担者：

静岡は今、医師記載カルテ情報開示に問題があり、電子カルテは富士通もあれば、NECもあり、SBS、SSI もあり、紹介状、サマリ-の添付はできる場合とできない場合がある。

医師記載カルテ情報開示についての判断は各病院で異なっているので、各病院が医師記載カルテ情報に関しては開示／非開示を決定している。

田中研究代表者：

連携でみられるかどうかに関しては各病院で決定している。

清水史郎研究分担者：

そうである。多くは開示していない。病病連携がしっかりしているところで開示するか、開示診療所は1か所しかないがそこが開示しているという程度。まだ田中研究代表者の考えを十分に理解していないかもしれないが、基本情報の最小限のデータが何を意味しているかはまだ把握できていない。

診療情報提供書があり、退院サマリーがあり、看護サマリーがあり、お薬手帳があり、入退院の連携シートを看護師が作っていて、これらのものには点数がついている。病院としては書いてきちんと出す。これらはネット上で診る形にできる。それらをプラスこの項目なのか？ サマリーというか紹介状があればいいわけで、紹介状の項目を検討しているのか？

下山研究分担者：

紹介状の話となると、当院の場合はID-LINKで連携しているところにはID-LINKを見てくださいとしか書いていない。

清水史郎研究分担者：

基本的な情報が数行プラスこれなのか？

下山研究分担者：

当院の場合で言うと、すべての電子化情報は公開してしまっている。その中で本当に見なくてはいけない情報は患者さんの疾患等、みな違うのではないかと思う。脳卒中と骨折はまったく違う。それを一律にするのであれば、非常に簡単なバイタルセットぐらいでいいのではないか。あとはサマリーを見る。

小倉研究分担者：

田中研究代表者のご挨拶というのが、まさに目的で、ヒューマンブリッジやID-LINKがないところでとりあえず連携する際のミニマムデータセットが何かということだと思う。

田中研究代表者：

レセプトだけのコンピュータをつなげる場合もある。

清水史郎研究分担者：

レセコンだけだとこのデータはとれない

下山研究分担者：

医者判断が入らないと、客観的なデータではない。

小倉研究分担者：

もちろんレセコンデータだけではダメである。

林研究分担者：

サマリーに関しては先生がおっしゃるとおりで、もっときちんとやれと上級医が突き返せる病院であればいいのだが、恥ずかしながら、私にはその熱意はない。こんなにくどくどと書いてというサマリーは容易に800字を超えている。サマリーの話はいま話を聞いていて、上級医師がチェックできるところばかりではないと思うので、全国共通化する場合に難しいところもあるのではないかと思った。

カルテの開示は患者本人については、カルテは本人のものなので、問題ないと思うが、事実として弁護士からの開示要求がしばしばある。自分のところから他の病院に移った医者が、前の病院の医療ミスを訴えたいと思い、弁護士を通じてカルテ開示を求めてくる。単純に言えばそういうことだと思う。ですから善意の医療者の間でのみ使われるということが証明されていけば、病院どうしのカルテ開示は行われるべきだと思うが、例えばそれが善意でなく使われる可能性がある。言い方が難しいが、この先生あるいはこの相手になれば開示してもいいという中で地域連携の中でカルテ開示はありかもしれない。誰でも見られるというのは、さまざまな先生方の心理的な抵抗が強いのではないかと思う。とくに開業医は長くなればなるほど、裁判沙汰もしくはその直前といったケースを一度ぐらい経験されているのではないかと思う。

私は糖尿病専門医なので、その分野のことしかわからないが、糖尿病の地域連携の中でデータの項目は何を選択すべきかということは数年来議論されている。田嶋慈恵名誉教授、平井愛山先生などとともに、まだ民主党政権のときに内閣官房のどこでもMY病院で検討されていた。自民政権になり、どこでもMY病院という言い方はなくなり、動きとしては糖尿病学会、高血圧学会、動脈硬化学会、もう1つの学会で4学会の共通の項目セットということでいまでもその動きはあり、先月、大阪で糖尿病学会があったときに、大江研究分担者もそれに参加されていて、それはかなり絞った形のコアセットと糖尿病歴はそれに加えるというのが、各学会の理事会承認を得てすでにあると理解している。なので、この場で議論される項目セットがそれとは独立したものとして動き始めると、現場の先生方は混乱する。ただでさえ、現在、連携という行為自体には、連携そのものが保険診療の対象になるとはなっていないので、連携を進めるのは大事だと皆が思っているが、手間暇

かけてもただ働きかと思ってしまうと、実際にデータを投入しようとかいうところまではつながってこないというのが現状だと思う。すでに行われている項目セットとの整合性というか、さらに地域連携についてはこれを加えるとなるといいと思う。

下山研究分担者：

先生のお考えはよくわかるが、糖尿病はサブセットとしてあるのではないか。糖尿病という診断がついていない人までの、基本的なセットを考えて、診断がついたらサブセットがそこにつく。私自身は検査データセットという形だけであれば、健康診断程度のものでいいのではないかと考える。

林研究分担者：

それが先ほど言った学会で作ったセットだと思うので、それは既にある。それに加えて、この回では連携に必要なこの項目をプラスするという体裁をとっていただかないと、全く別物であるとなると、混乱する。

田中研究代表者：

脳卒中のセットはある。疾患別のセットと、全国の連携のミニマムセットは違うのではないか。

林研究分担者：

このテーブルにいる先生にとっては違うが、実際の開業医の先生にとっては「さて、これはどっちのセットか」と悩み始めたら、データ入力などがうまくいなくなる。まだWEBには載っていないが、連携項目がすでにある。

小阪研究分担者：

糖尿病と脳卒中だけが疾患というわけでもないので、 $+\alpha$ という考え方。

林研究分担者：

どんな病気の人であっても、この項目は使うだろうというものを決めた。あとは自分たちの臨床としては、こういうものを使うので、これを加えて…という内容である。

田中研究代表者：

1回目のときの山本隆一先生の資料があり、その中にそれぞれの病気のセットが書いてある。その共通を取ったのがこれ。糖尿病、高血圧、脂質異常、CKDのセットがそれぞれの学会から出ている。

小倉研究分担者：

学会では逆に包括的な意味でのコアデータ議論はされていない。学会の意見が最大公約数なのかという話である。ここには例えば日本救急医学会は入っていない。その状況ですべての疾患のコアミニマムデータと言いきるのは、おかしい話になるだろう。この会でコアミニマムデータを作れば、各学会のものとたぶんそれほど相反しないので、コアデータとして、それぞれの学会で上乘せしていくと整合性が取れると思う。

林研究分担者：

私はこの研究班の糖尿病分科会のメンバーとしてきているので、学会とずれてしまうのもおかしい話だと思う。

田中研究代表者：

今年は、疾患別でない共通項目。さらにミニマムである。

下山研究分担者：

ファーストタッチで見るデータという考え方。

小阪研究分担者：

私は肺がんが専門なので、ほとんど血液の情報は知らない。画像がこないとお手上げである。

下山研究分担者：

救急だと情報がほとんどない状態である。

小倉研究分担者：

私が提出した資料はMEDICAでやっているもので、これがあれば、救急が大きく変わる。実際の現場活動時間が10%短縮できるといったもの。

小阪研究分担者：

医者は打ち込んだりしない。検査データがあればよいが。

小倉研究分担者：

電子カルテからスクリーニングして入れる。

西堀先生：

検査項目に関していうと、おそらくサマリーを書くときに検査データで必要なことは書

き定めと言われる。

田中研究代表者

提案していただいた先生に一通りご意見いただきたい。

小阪研究分担者：

まめネットで必須としているものを提示した。介護はまだやっていない。救急は同意がなくても見られるものとして考えている。当院からはもっとたくさん出している。開示はあるから、何等かの形で出せるものは持っているはず。PDF など。いろいろなディスカッションをするが、とくに介護については、過疎地になると救急はうちにしか来ないなど、発熱とか夜に起こったことはすべて救急になる中でほとんどもものは出しておかないと地域包括ケアに使えないのではないか。安定しているときのデータは地域にあるのだと思うが、急変したり、何等かの形で夜に受診するのは救急病院。そこからのデータなしに、いいときだけのデータを見て、地域包括ケアができるのかと思う。

がんパスをやろうとすると、全然手術の内容もわからないのに「これだけやってくれ」となると、今の地域がんパスを考えた場合には、これを出しておかないと厳しいのかなと思う。

小倉研究分担者：

手術レポート等は適用する患者だけ。

小阪研究分担者：

当然そうである。

下山研究分担者：

ミニマムデータセットとなるとどうなのか。

小阪研究分担者：

それは難しい。

小倉研究分担者：

見る時間も関係する。

小阪研究分担者：

この間もあったが、レントゲンを撮影したら、胃のところに金属がいくつかあった。他の医院でポリープを取っている。何が起こったのか、わからない。診療情報はお互いに交

換しないと、当院は胸で相手は胃だと紹介状はくれないのだが、その中でわからないものが写ってしまうとこちらもどきっとする。患者に聞けてわかればいいが、わからないと不安になる。

下山研究分担者：

情報を使うシチュエーションに共通のものがない。送る際に、相手が1週間に1回カンファレンスを行っている。その際に最初に見るのがADL情報と体重等。それを見た上で必要な検査を見ていって、自分の病院で受け取れるかどうかをカンファレンスして決めるという使い方をしている。

小阪研究分担者：

うちはキャッチボールイメージ。在宅のほうに直接送る。

下山研究分担者：

そういう場合、開業医の先生は夜見る。そうすると、診るシチュエーションや見たい情報は異なる。リハビリ、在宅療養の必要な情報が同じなのかがわからない。

小阪研究分担者：

この表を見たときに、どういうシチュエーションかわからなかった。救急、在宅でもやれば上手くできそうなものはある。患者が自分の情報を握って、在宅の中でやっていくというシチュエーションではこんな感じかと考えた。

林研究分担者：

この裏にもあるが、情報が患者に属すると、電子カルテみたいなものとEHRだとなる。この情報の扱いはEHR的なイメージなのか？

田中研究代表者：

どちらかというともEHR的なイメージ。

林研究分担者：

患者に持たせるというよりは医療者間でのやりとり。

田中研究代表者：

厚生労働省の考え方としては、これから地域医療が全国展開していくので、少なくとも共通な部分だけは各地域連携が持っていれば、全国の横串を刺せるというような意味合い。そう簡単ではないと思うが。

林研究分担者：

横串は、PHR でも EHR でも刺せる。だから情報を誰が持つのかによって病院が自分のところの情報をどこまで出すか、さきほどの裁判の例のようにそれにも関わってくる。患者に持たせる話だと、すべての情報になると思うが、専門医同士だと専門分野の連携になる。私は糖尿病が専門なので、患者のレントゲンはチェックしない。疾患を離れてあまねくさまざまな情報となると、むしろ患者に持たせるほうがいいのではないかと思わなくはない。論点をはずれているかもしれないが、ずっとそれが気になっている。

下山研究分担者：

どこまでの範囲で連携するかという話もある。

林研究分担者：

こういうデータが一番効力を発揮するのは、島根の人が東京にきて医療にかかるといったような話。

下山研究分担者：

それ以前に地域で連携する際にどのような連携をするかといった場合に、大前提は患者の同意。患者が同意した施設間でお互いに閲覧できる。いきなり全国でやる場合は、それは医者同士が同意するのか患者が同意するのかという話になる。

林研究分担者：

今回、厚労省が全国というのであれば、それは避けて通れない問題。患者の同意の取り方などハードルは高いとは思いますが、やるのであれば、それぐらい頑張らないといけない。

下山研究分担者：

狭い地域でやるとしても標準セットは全然通用しない。開業医は電子カルテを持っていないし、そもそもデータは電子化されていないし、そのときに標準項目セットと言っても、「これがないと連携できないか」と聞かれて、「そんなことはないよ」と言わざるを得ない。あくまでも、これは電子化された施設が公開するときはファーストタッチでこれぐらいできるというぐらいに考えないと、全然成り立たない。

林研究分担者：

開業医の先生がご自身の患者の採血データが出たというのを、これに入れるのはあまり想定していないということか。

田中研究代表者：

検査センターから上にあげるのはできる。

林研究分担者：

病院にいながらにして、自分の送った患者のデータが見られないというのは不便。

下山研究分担者：

一番のキーになるデータはスキャンしたデータでもいいので、同意できた仲間内でないと地域医療連携はできない。共通の理解が必要。地域が離れたときは考えていない。地域が離れる場合は、だいたい相手は大学。

林研究分担者：

逆説的ではあるが、この先生になら開示してもいい。顔の見える関係の中でやりとりされるデジタルデータ。そういう仲の先生であれば、デジタルでなくても日頃の関係がありうるので、あえて項目セット、ICT利活用をしなくてもなんとかなるところがあるのではないか。

下山研究分担者：

なんとかはなるが、あったほうが圧倒的に、手間暇が省ける。

小倉研究分担者：

救急セットは大学病院の電子カルテからは独立している。プログラムでスクリーニングして落として、新たなサーバーを作っているというイメージ。大学が電子カルテをそのまま開業医まで公開するというのは、現状ではなかなか難しい。カルテはすでに公文書なので、開示要求をされたら出さざるを得ないというのが今の法理であり、そこはいいが、それをいちいち患者の同意を取るのが膨大な作業になるというのがひとつの現象である。だから、いまやっているミニマムデータセットというのはすべて同意書をもって、それを別のサーバーに抽出している形。そういった中で、そういう試みがいろいろなところで行われていて、ID-Linkなどで行われているのは確か。その中で多少データのずれは起こっているし、SS-MIX2を使用していると言ってもそれをやっているからと言って繋がるわけではないというのは皆さんご存じのとおりであり、どのデータベース同士をリレーションするかという、根本になる基本のデータというのは必要であろう。だから、そういう意味ではミニマムでいいと思う。事務局案でいいように思う。

小阪研究分担者：

地域なのか、離れたところでやるのかによって違う。地域は深くやらないといけない。

田中研究代表者：

厚労省は 2018 年までに全国でやると言っている。その前提。

小倉研究分担者：

ほとんどの人が文句を言わないミニマムがほしいということだと思う。

小阪研究分担者：

一番の問題はこれをどうやってリンクするかということ。

小倉研究分担者：

そこに手を出すと、厚労省は大変だと思う。

下山研究分担者：

厚労省が案を作り、いろいろな医療システム間でも最低これぐらいは通すぐらいの仕組みを作って欲しいということだと思う。

小倉研究分担者：

アーキテクチャまで提示するわけではない。

小阪研究分担者：

マイナンバーがないと進まない。共通 ID が必要。

小倉研究分担者：

マイナンバーでないほうがいい。なぜかという、マイナンバーは同意書を取っていないから。当然、医療情報を載せるのであれば、同意を取らないといけないので、マイナンバーに直接載せるのはなじまないように思う。

小阪研究分担者：

今のマイナンバーではなく、統一の ID という意味合い。

小倉研究分担者：

それがないと動かない。

清水史郎研究分担者：

ミニマムなのか、スタンダードなのかわからないでいるが、基本情報は問題ないと思う。

救急は小倉研究分担者がディスカッションされているので、搬送される時にこれぐらいのデータがほしいということか？

小倉研究分担者：

私たちがやっていることが事務局案に反映されている。これに 200 文字のサマリーをつけている。

清水史郎研究分担者：

診療情報提供書や退院サマリーのようなベースがあった上に、これなのか？

小倉研究分担者：

そうである。当然、患者さんはそれを持てるはず。

下山研究分担者：

それがなくて検査セットだけだったら意味がない。

清水史郎研究分担者：

3 番目の検査データを入れたのは、健康診断に使われているデータそのもの。通常健康診断に使われているデータは自治体にキープされている。だから、そのデータをネット上に引っ張り出せるようになるといいと思う。通常は、患者が受診したときに同意があれば見られる形にすればよい。

下山研究分担者：

患者の同意と言った時点で行政は絶句する。

清水史郎研究分担者：

それは厚生省に言ってもらわないといけない。住民基本台帳を使っているところもあるわけで、できるところはできる。自治体の判断だと思う。

小倉研究分担者：

僕の案は事務局案でいいと思っていたので、これにサマリーをつけるということを考えている。

田中研究代表者：

これは山本隆一先生の資料だが、大江研究分担者も糖尿病の標準連携セットに関係され

て、前回のときにも話したが、厚労省の情報室では2018年に地域連携を全国展開するということと、今年地域医療ビジョンで地域連携は必須項目で出すということで、全国の地域連携がつながれるように、標準項目を提案していただけないかということで、これは指定科研なので、7月ごろまでにこれを作らないといけない。先生のご意見はどうでしょうか？

大江研究分担者：

疾患別ではなく、一般的に、4疾患のどれかに○がついているのを、入れるとこうなるということか？

林研究分担者：

4疾患のものは画像が入っていないので、それはあったほうがいい。

大江研究分担者：

4疾患のどこかに○がついているものは入れて、さらに画像などあったほうがいいものを追加する。

田中研究代表者：

4疾患も病院同士か、在宅からか、どのコラムを採用するかによってもちょっと違ってくる。

小阪研究分担者：

胸部レントゲンであれば、過去のレントゲンが1枚あるだけで全然違ってくる。影が古いのか新しいのかによって、全然治療が変わってくる。いま、死亡の第4位が肺炎で、咳が出る患者さんが増えてくるが、これを完全に外してしまうと使える範囲が狭まってくる。糖尿病などで来る患者が急に咳が出てきた場合、データが使えないというのは…。呼吸器疾患は決して少なくない病気。

下山研究分担者：

呼吸器疾患はそうだが、サブセットで考えたほうがいいと思う。

小阪研究分担者：

先生が言うような紹介のある連携であればつけてこなくはない。ただ、うちのように救急もやっていると、咳が出て血痰が出てレントゲンを撮ると影があるのだが、古い影か新しい影かで対応が違う。