

#### 大江研究分担者

今の電子処方箋の運用ではデータセンターに預けて、薬局はそこにデータを取りに行くことになっている。

#### 原研究分担者

そうすると先に見えないから待つ時間は増える。

#### 水野研究分担者

愛知県の大学では全部選んでいる。下手すると、お薬 com ではないが、その薬局がいくらで作るかもみられるようになっている。やっているところはやっている。

#### 原研究分担者

これから「かかりつけ薬局」で1カ所に集めようとしている。自分の家の調剤薬局等、そういうところに行くのと安くなるのか、何かやらないとどうしても駅前薬局に行く。

#### 田中研究統括者

PHR のようなことをやってくれるのならリピーターが増えるのではないか。

#### 原研究分担者

それが電子的に見られるというのはまた違う話。電子お薬手帳はまた違う話になる。違う薬局に行っても見られるにしないとイケない。

#### 水野研究分担者

当院は処方箋に QR コードがついている。読めればその情報で取れる形になっている。

#### 小阪研究分担者

2次元をつけているが FAX をするとつぶれて読めない。

#### 水野研究分担者

FAX はダメである。

精度をよくしていけば有用。

#### 原研究分担者

香川で取り組んだ電子処方箋プロジェクトでは、病名と検査情報をつけるのを絶対的な条件にした。今でも、新聞を見ても検査情報、病名をつける・つけないといった話がある

#### 田中研究統括

調剤薬局に送る際にか？

#### 原研究分担者

私はつけていいと思っている。全国的にはまだそんな議論をやっている。

#### 田中研究統括者

あじさいネットでは全部入れるのか？

#### 松本研究分担者

あじさいネットは45カ所ぐらいの薬局が入っている。そこでは患者に同意を取って拠点病院のカルテそのものを閲覧するので、入力しなくても検査情報や病名は見られるし医師記録そのものが見られる。処方理由や薬剤変更の理由が疑義紹介なしで理解できるので別途の入力は不要である。検査データを見て腎機能が悪化しておれば処方量を減量する必要があるのですが、我々はこういった情報が普通に見られるので対応できるが、やはり調剤上検査データは必要と岡山大学病院と千葉大学病院は処方箋に必要最低限（クレアチニン等）の検査結果情報を自動印字させる運用を始めたというのは聞いている。

#### 中野研究協力者

ご無沙汰をしています。昨年は一度も出られなかったが今年は極力出たいと思う。とねっとは非常にシンプルな二次医療圏ベースのEHRであり、現在26000人の住民と119の医療機関をつないでいる。特徴は行政が運営主体であること。まず糖尿病連携パス自体が2000件、その中で糖尿病の腎症のデータベースがほしい400件、糖尿病の透析予防の管理を行ってほしい8割ぐらいが改善もしくは維持しているという臨床データを昨年出している。腎症のステージレベルで改善もしくは維持。

#### 松本研究分担者

期間はどれぐらい見ているのか？

#### 中野研究分担者

平成24年～平成26年末。

#### 田中研究統括

それは地域医療連携に入ったためなのか？

#### 中野研究分担者

地域医療連携に入ったからではなく、疾病管理電子版の連携パスの上にある疾病管理マップにおける疾病管理。

#### 田中研究統括者

平井愛山先生がよく言われている疾病管理マップ。

### 中野研究協力者

そうである。埼玉県の実業なのだが、特定健診のデータベースで透析予防を入れるというのを昨年からやっている。今年は、平成 28 年度からそれを統合していこうという会議が立ち上がっており、もちろん一緒にはできないのだが、それぞれ別々に運用していたものを地域で統合して、専門医を上手に使う国保のほうの特定検診でひっかかった人たちを効率的に医療機関に流していこうということを行っている。また別に薬局を健康拠点にするということで HbA1c と尿たんぱくの検診が今年始まっている。もともと私がやっていた、歯周病が進行している方に関しては、完全に主観ではあるが、HbA1c を測っていただいて、そこで連携しながら医療機関に誘導する。さらに地域包括ケアのほうで暮らしの保健室ワンストップ相談窓口というのをやっており、これを利用しながら縦割りになっていたものを地域との接点を作りながら、4つの接点を使いながら効率的にとねっとにつないでいくということをやっている。それが糖尿病に関する取り組み。

また、埼玉県の救急情報システムと相互運用が始まり、当院ベースでは 2500~3000 件の救急を年間受けているのだが、13.1%がとねっとで活用されている。医療圏全体だと、細かいところはわからないのだが、400 人以上の方がとねっとのカードを持って搬送されて、そのうち 80%がとねっとの情報を活用して搬送に結びついている。

当院の診療圏内の医師、医長、診療圏外であれば約 3 分の救急搬送を短縮している。さらに在宅、認知症、災害医療等について住民がとねっとを使ってソーシャルリスクを改善するということをやっていて、どちらかというと住民に活かされている。とねっとは医療機関同士の情報を結ぶのではなく、そこに住まうすべての住民が入るソーシャルプラットフォームなので、生涯の情報を記録することが可能。したがって生まれたときから亡くなるまでの情報が蓄積できる。生まれたらすぐにとねっとに入っていて、診療情報を常に蓄積しながら、病気になったときは救急システム、脳卒中の連携パスワードを使いながら、つないでいくという基盤をいま作っている。実際の活動がないとつながっていかないので、産婦人科の先生のところでは全例とねっとに入っていていただいているし、慢性疾患に関してはなるべくとねっとに入っていていただいている。あらゆるところでとねっとに入っていていただくことを推進している。

### 田中研究統括者

その生涯の健康記録はどこかに溜めるところがあるのか？

### 中野研究協力者

NTTデータのデータセンターがあって、そこに蓄積している。

### 田中研究統括者

地域でひとつの番号があって、産婦人科等。

### 中野研究協力者

とねっとは地域ユニークの ID があり、これはもちろんマイナンバーと連動できるようにはなっているが、もちろんいまは地域でしか使えないが、その ID があってすべての医療機関の ID をリンクしていく。

田中研究統括者

それは問い合わせるとできるのではなく、ずっと物理的に入っているのか？

中野研究協力者

オプトインは二段階方式になっていて、とねっとに入る段階と、医療機関に情報を開示するという段階がある。この先生にデータを見せたくないという場合はつながらないのだが、とねっとのカードを持って、医療機関につなげるという同意を得ると、すべて自動的につながっていく。

田中研究統括者

順調に行っているということか。

中野研究協力者

予算の更新があるので、実績を積むのに頑張った。

田中研究統括者

予算は地域再生基金か？

中野研究協力者

はい。事実上はもう切れているのだが、長年のパッケージ契約をやったのと、事務所経費は市町村と医療機関等の助成。1：9 ぐらい。医療機関もちゃんと払おうということで、ただこれは二次医療圏の保健計画を実現するためのマネジメントツールであるという位置づけで、たとえば透析を 66 万人の地域で 1 年間 3 人ぐらい減少できれば事務局費用ぐらいはペイできる。

吉村室長補佐

3 人ですか？

中野研究協力者

3 人。

松本研究分担者

今の利用者は地域の何パーセントぐらいになるのか？

中野研究協力者

4% ぐらいだが、市町村によってすごい差がある。全然入っていないところもある。もともと連携のヒューマンネットワークがあるところが多い。一番高いところで 10% ぐらい。我々の地域ではだいたい 7% ぐらい。ひどいところだと 0.何パーセント。50 人ぐらいしか入っていない地域もある。

## 田中研究統括者

水野先生はお時間の関係があるので、先に最近の活動等をお話いただきたい。

## 水野研究分担者

医療連携に関しては清水先生と一緒に脳卒中のパスを作ってきた。脳外科学会の中には学術委員会の下に医療連携対応委員会というのがあり、ここでパス等を検討していて普及しようという活動をしている。学術委員会の委員長だった横浜市立大学川原先生が中心となって横浜で脳卒中の場合だと急性期、回復期、その後、介護のところまでを含めたデータベースを立ち上げるということで、これに対して横浜市が予算をつけたので、横浜の患者で行うということになる。聖マリアンナの長谷川先生、神経内科とも一緒にやっていて、そのシステムを我々が提供している。学会としてはそういう活動をしてきている。愛知県では古くから医療連携を、田中先生はじめご教示をいただきながらやってきた。最近のトピックでは厚生労働省予算で県境を越えた連携ということで、三重県と愛知県の狭間になっているところで、共有ストレージを作りこんで SS-MIX2 で対応しており、HPKI も装備して認証と署名を同時にやって災害対応システムが動いている。このベースになっているのが電子連絡帳。もともと介護用に作ったシステムだが、先ほどのとねっとと同じように生涯のデータを落とし込めるようになっている。電子連絡帳はかかりつけ医の先生が中心になって動くしくみなので、急性期、回復期、維持期でやってきたパスの中のさらに必要なものだけ、ミニマム中のミニマムをひっばって、それを最初のスタートとしてやっていくが、必要な画像も共有できる形になっているので、その一部は PHR で患者さん本人に了解を得られればふっている。電子連絡帳は愛知県の自治体の 7 割に導入されている。それぞれの自治体がドメインを立ち上げて行っている。運営は自治体が全部お金を出しているところもある、医師会が出しているところもあり、折半しているところもある。名古屋市もこれでスタートするので、愛知県内は知多半島の一部を除いて全域電子連絡帳のドメインでほぼつながることになった。

## 田中研究統括

それは共通なのか？

## 水野研究分担者

全部共通。介護記録みたいなものがずっとあり、検査データも入ってくる。在宅介護中に問題が起こったときに大学病院に送ると、そのデータをそのまま大学病院で見ると、カルテにも取るので、大学病院の先生はその電子連絡帳に書いてくれて次のかかりつけ医の診療が始まってくる。本当はこれが電子カルテと一緒に全部動くといいのだが、残念ながら今は慢性期と介護系の間はオンラインでつながっているところもあるし、オフラインもあるし、それぞれがバラバラで打っているところもある。いろいろなしくみが混在しているので、それを改良していくのは今後の課題。いま、実際にインターネットで医療情報システム、慢性管理に関するガイドライン等々の作成にも関わっているので、自分たちで 1500 項目ぐらいチェックして患者の同意も取ってきているのだが、その形でやっていくと在宅介護の方々はかなりカバーできる。少ない自治体でも介護対象者の 2 割、多い自治体では 8 割がその連絡帳に載って多職種連携が成立している。ネット上でそういう規約をいろいろ設けて、どんどん重くなってきた。昔作っ

ていた HL7 とかいろいろやった。ああいう標準化ベースと HL7 と CDA を経産省で初めてつくらせてもらったが、それをやるとものすごく重いので、通常はガイドラインで認められているぐらいの、所謂 ATM ぐらいの診療情報の生のデータでどんどん動いている。圏域を越えてデータを出したい場合は SS-MIX 等の標準系に持って行けるコンバーターがついていて、患者はほとんど地域内で完結しているので、その中ではセキュリティが担保されたローデータで動いていて、その人が東京に移りましたというときは、SS-MIX で運びだせるという形でやっている。私たちは結局脳卒中でも急性期 2 週間、回復期が 3 か月か半年、維持期が集中的に診るのは 3 か月ぐらいしかない。それに比べて介護の期間は何十年とある。患者から見れば、レセプトがどうのこうのというよりもこちらをちゃんと見てほしいという意見が多かったので、私たちは先にそちらを作ってしまったって自治体の中に広めている。先ほど地域ユニーク ID という話があったが、ドメイン間の XDS を最初に具現化したのは我々で、アメリカで使ってもらって、原先生たちも入ってもらって 10 年以上前に作った仕組み。共通 ID も持っているので、そこをマイナンバーに換えるなり、医療等ナンバーに換えるなり、全部それで各病院が紐づけできる。そのシステムをどんどん普及していくことで、おそらく生涯の状況が把握できるのかもしれない。それが横浜、長野の子供病院の障害児対応で、長野県全域で動く。長野県は子供に関しては長野県立こども病院がほとんど見ている。県立こども病院が動くと全県域が動く。信州大学が一部あるがそこも連携を始めようとしているところ。そういった意味では患者本位で考えてみると DPC やレセプトやナショナルデータベースもこれからの医療を作る上では非常に重要でそれも整備が必要だが、現在困っている人たちを救うには、頑張ってもやらないといけないところが別にあって、それを先に私たちは作った。いま愛知県内では自治体で独自で運営してしまっているのが、システムの運用、クラウドサーバー、これも会社を特定しているわけではなく、私たちと契約を結んだ会社にはソースを公開している。いろいろなところにやっただけだっている状況。

#### 田中研究統括者

それぞれの市の電子連絡帳は共有できるのか？

#### 水野研究分担者

愛知県内はひとつの会社のサービスプラグの中でドメインが独立しているので、連結はできる。

#### 田中研究統括者

隣の市を見ようと思ったら見られるのか？

#### 水野研究分担者

セキュリティの問題もあるので、在宅医療の場合には対象となっている自分の患者しか見られない。ボタンを押すと自分の診ている患者が出てくる。ケアマネ等も同様。アットランダムに全部見られるわけではなくて、これは主治医が中心になっていて、多職種連携のもとに集まるが「この人たちがあなたの情報を共有します」ということで同意を取って、その人たちは見られて、システム上はそのメンバーに登録されていない限り見られない。

#### 松本研究分担者

そのシステムは、愛知県内で移動したらどこでも利用できるようなシステムなのか？

#### 水野研究分担者

利用はできる。ただ、利用されているところとそうでないところがある。けっきょく在宅がしっかりしているところは、在宅の先生から中核病院へまわす、そことの連携が強いところはどんどん見てくれるのだが、名古屋であればいま医療の方針で日赤等は出したらもう見ない。そこから出るとよほどのことがないと見ないので、その場合地域で完結してしまうことになる。それが特殊な事情で、たとえば豊明市であれば大きな病院が保健衛生大学しかないので、皆がそこに行くと大学病院が動くというふうになる。そうでなければ一般の大きな民間病院、最終的に問題があったらそこに行くので、そことの連携はできつつあって、それは自由で大学病院の先生、かかりつけ医の先生、入りたいと言えぱぱっと入れる。

#### 松本研究分担者

ユーザー管理とかアクセス権とかは、どこがしているのか？

#### 水野研究分担者

基本的には各自治体のドメインを担っているところ。自治体がやっているところもあるし、医師会がやっているところもある。基本的には誰でも入れる。まず、登録はできる。ですが、患者が見つからないと何の仕事にもならないので、特定の患者がついて初めて自分が見ることになる。

#### 田中研究統括者

吉村先生は2時半に帰られるので、何かありましたら、発言してほしい。

#### 小阪研究分担者

まめネットは、共通基盤を使ったサービス提供という形で、共通基盤を使った別団体ということで県の医師会と県の薬事局がシステムを動かしている。とくにパッケージ化していないので、共通基盤のネットワーク上でどこのサービスを使ってもいいということで、定点報告等も逐次版、同時版、その日に診察が終わってインフルエンザの患者を何人診たか等ということで、その日のうちにインフルエンザの予防マップの注意報が全部出るとなっている。簡単にボタンを押すだけで何人診たかでいいので、定点になっていたところ以外の診療所も載せてくれということで、かなり精度の高い感染症注意報ができています。もうひとつは診療所からのデータがなかなか出ない。いまは診療所の電子カルテのアップロード機能をつけるという補助を出しているのだが、そこに日医のMI\_CANをかぶせて、ORCAの文書作成版のようなものだが、あれをかませて出させてくれという業者が出てきているので、それができると日医とまめねつの共同ができると考えている。介護連携についてはネットワークの中にもうひとつ無線ネットワークをひいてパイロット運用が始まっている。介護ネットワークはモバイルネットワーク。ミニマム共通項目の部分を両方で見られるようにした。介護ではケアの記録なので、逆に大きな病院で見ても細かすぎる。介護のほうにしても検査項目を全部みてもわからない、そこから必要な項目を探し出すのが大変。介護のほうは請求とくっつけたり、ケアプランの交換等、なるべく介護事業者にメリットのあ

るものということで作っているが、少しベンダーとの調整等が遅れている。主治医意見書のアップロード機能やダウンロード機能、介護事業者の郵送料の負担が減るなど、なんとか使ってもらえるインセンティブを作ろうとしている。

#### 松本研究分担者

長崎県のあじさいネットは今年で11年目。患者登録数は現在4万6000人で毎月800人ぐらいが新規で共有されている。全体の参加施設数は279。規模自体は毎年ふくらんできている。

#### 田中研究統括者

クリニックも含めて279？

#### 松本研究分担者

カルテ閲覧が可能な拠点病院の30病院も含めて279施設。1年ぐらい前から介護でも使おうということでパイロット的に在宅医療での運用をスタートした。現在74人が在宅医療の中で利用されており、病診連携の仕組みはID-LINKとヒューマンブリッジを利用しているが、この利用者に介護の関係者も入ってきて自分たちの訪問診療・介護記録を書き込んで在宅チーム内で共有している。こうするとすでに利用しているID-Linkとヒューマンブリッジの費用のみで利用でき、別途介護や在宅システムの利用費用が不要なため+αの費用がかからない。それまで利用職種は医師、看護師、薬剤師だったのだが、そこに在宅介護が利用できるようになったことでPTやケアマネージャーなどの職種からも入会希望者が出てきて利用してもらっている。このようにあじさいネットでは現場からの閲覧希望が出てきた時点で利用を許可して広げているのが特徴である。

#### 田中研究統括者

介護の人も医療の記録が見られるのか？

#### 松本研究分担者

医師、看護師、薬剤師は患者から同意を取れば医療の記録を含めたカルテそのものが見ることができるのだが、在宅医療で参加するそれ以外の職種は、在宅医療として患者単位のチームメンバーが本システムに直接入力した記録内容だけが閲覧できる。これによって職種毎に閲覧できる範囲を切り分けている。こうすれば先ほど話題になった医療と介護の情報が分断されているという状況が解決でき医療と介護間の切れ目ない情報共有が可能である。たとえばある患者の在宅医療に従事している医師、看護師、薬剤師のいずれかであれば在宅医療でのチーム内の入力内容もその患者が病院に入院した際のカルテ内容も閲覧できる。その他の職種は在宅チームの記録は見られてもカルテそのものは直接閲覧できないが、診療上必要があればチーム内で権限がある職種の方に教えてもらうことで共有可能である。最近、壱岐島の医療機関が皆で相談してあじさいネットに入会してきおり拠点病院、クリニック、薬局、訪問看護ステーション、老人ホーム系施設、保健所等様々な関連医療機関が参加し皆で医療、在宅、介護の情報を医療機関全体で共有しようという取り組みを始めようとしている。佐渡も同じような取り組みをやっていたと思う。また以前から原先生もやられていた周産期診療支援システムを昨年からはあじさいネット上



でも始めた。現在参加している産科クリニックは 12 施設であるが、全施設が妊婦を全例登録されているのでこのまま参加施設が順調に増えていけば最終的には長崎県内のすべての妊婦を登録して出産した新生児を全登録する方向で進めている。これができれば PHR のスタートとして扱えるため、成長とともに発生するあじさいネット上の様々なデータベースや診療情報とつなげていくことで PHR を広げていければと考えている。本システムは長崎県の婦人科の先生たちが協議会を作って進めているので、県内に広がっていくと思う。そのほかには県央の大村地区で小規模に運用していた糖尿病疾病管理これは 600 名ほど登録されているが、これを長崎県全体に広げようと準備している。疾病管理や地域連携パス、がんの地域連携パスなどこれまでは紙媒体でほとんどが実施されているが、これを地域ネットワーク上で電子化して運用するともっと価値ある効果を発揮すると思う。

#### 水野研究分担者

今お話しされたようなことを我々のところでもやっていくし、我々のところの産婦人科の先生も協力的である。愛知県はある医療法人が全出生の 1 万以上を担っていて、2 万例ぐらいになると、日本の出生率の 2% ぐらいはそこで全部行われることになり、そのデータベースを我々は持っており連絡帳で連携してきている。今は 1 万例ぐらいだが、2 万例ぐらいは頑張ろうということが今始まったところ。

#### 松本研究分担者

我々のシステムでは現在、自院の患者のみが閲覧できるようにしているが、簡単な設定変更により地域全体で閲覧できるよう設計している。このため将来的には専門家集団で匿名化したデータを共有できるようにして専門家がオンラインサポートできる仕組みを考えている。

#### 水野研究分担者

いろいろな考え方があってと思うので、ぜひまた教えていただきたい。ヘルパーの方もケアマネの方もこれからケアしていくことを考えると当然医療の情報や医療知識を持ってもらわないといけない人たちなので、それは教育という意味でやっている。その代りその人が A さんの介護の対象から外れてしまうと、当然その書類は見られなくなってしまう。外れた段階で終わって、新しい人が入ればその人も次の情報が見られますが、多職種なので人の入れ替わりが多いので、これを簡素化するためのしくみを作り上げてきたということで、私たちがいろいろ言わなくてもそれぞれが考案してきているので、私たちは逆に教えられているほう。そんなところも含めて皆さんと共有できればと思う。

#### 中野研究協力者

端末はパソコンなのか？

#### 水野研究分担者

パソコンである。もちろん ID、パスワードもそうだが、環境認証までは実際できるのだがやっていないが、僕らがセキュアネットワークと言っているのは ATM ぐらい。SSL をかましたもの。本当に重要なものは IPsec で結んでいるので、2 本のセキュリティネットワークを持っていて、介護の人たちは現場で打つので、現場で打ったのがそのままレセプト請求にまわるようになっている。現場でやった項目を

そのままチェックして後は事務所に帰って打つ必要がないので、それでできていて、それはもうネットで動かないといけなくて、そこはSSL ぐらいの仕組みしか使えない。

中野研究協力者

介護の方が使う端末は貸与なのか。

水野研究分担者

それは iPad でもいいし、携帯でもいいのだが、iPad は自治体が貸与しているところもあるし、大学がサポートしているところもあるし、自ら買っているところもある。

松本研究分担者

今の話だと基本的には手入力なのか。要するに検診データや病院の検査データが入ってくるような場合は？

水野研究分担者

それは、SS-MIX が出るので、電子連絡帳に入るときも標準化コードで表として出す。

松本研究分担者

連携する段階で送るということか？

水野研究分担者

そうである。病院と連絡帳がダイレクトにつながってリアルタイムにほしいという状況にはなっていない。

松本研究分担者

例えば逆紹介するときのタイミングでそこに送る？

水野研究分担者

そのデータを送ると、そこで診療されるとそこで内容が加えられる。オンラインできると本当はいいのだが、まだそこまでは行かない。

中野研究協力者

コミュニケーションツールと EHR 的なものを切り離して考えたほうがいいと思うことはけっこうある。

小阪研究分担者

まめねつとはネットワークは別になっている。コミュニケーションツールで見るときのデータはおそらく少ない。同じように通信していると重たくなる。

#### 水野研究分担者

各人に対しては iPad とか持っていなくても携帯登録されているので、そこに〇〇さんからメッセージが入っているというのはリアルに来る。それを見たら、相手側に見ましたよというメッセージはそのまま入るので、持っていなくても誰からきたかはわかる。

#### 松本研究分担者

地域の中でそこを最も熱心にやっているところはどこか？

#### 水野研究分担者

皆すごく熱心にやっていて、スタートしたのは豊明市だが、豊川など他も熱心である。豊明は6万人ぐらいの街だが、最初の頃は介護で登録されている人は1000人ぐらいいる。チームの中で対象となっている人は2000人ぐらいになってしまう。そこが一番多いので、介護対象者の8割はそこで見ている。こういうところもあれば、2割ぐらいしかやっていないところもある。ただし実際にやっている医師を医師会レベルで見ると、在宅に興味のある医師とそうでない医師がいる。やるところとやらないところの差が出てきているが、地域全体で機能ができていればそれでいいでしょうということで、やりたくない人もたくさんいるので、やれるところでやってくださいという形を取っている。

#### 松本研究分担者

それは病診連携でも使っているのか？

#### 水野研究分担者

使っている。特定のところ。よく行くところは使っている。

#### 松本研究分担者

例えば入院している患者さんが退院して、逆紹介する段階で、その電子データとして診療所の先生がアクセスするとそれが見られるのか。

#### 水野研究分担者

それをもらった先生がこの患者にはこういうチームがいるよねということで、10人で看ましようといったチームができる。チームができた段階で患者にこのチームで看たいのですが、いいですか？という同意を取る。いいですよと言われると始まる。そこでいろいろな職種の者がデータを管理する。コミュニケーションツールもあれば、これは同じ中でも分かっているのだが、医療系、コミュニケーション系、介護に必要な主治医意見書や訪問看護指示書等をぱっと渡せて行政も受け付ける。

#### 田中研究統括者

今日は先生方のご意見をいろいろお伺いできた。今日の議論を整理させていただき、今年議論することに関して課題を決めたいとは思っているのだが、基本的には疾患別のミニマムデータをいくつかやらないといけない。脳卒中と糖尿病も少し、糖尿病学会でもう出ているという意見もあるのだが、我々の班で少し

検討する。糖尿病学会はどうですか？

中野研究協力者

難しいところ。人選も偏っていたりする。皆気づいていないかと思う。少なくとも活用はされていない。学会としてそういうものを出しましたというところで終わっているように思う。

田中研究統括者

現場のニーズとは離れているのか？

中野研究協力者

眼科の項目とか、歯科の項目、認知症等そういったものが入っていない。

田中研究統括者

やはりここでもやる必要がある。

中野研究協力者

日頃、先生方が普通に汎用されるような検査項目を並べたという印象を持っている。

田中研究統括者

この頃、科研の批評が出てくるのだが、そこに糖尿病は糖尿病学会であるからもういいといったコメントがあった。今話を聞くと、今日の議論はまとめるが後で先生方からご意見をいただきたい。

小阪研究分担者

高齢期になってくると基本的に単一疾患のみという患者はほとんどない。そうすると共通項目を名寄せできたら、動くと思うが、3つの共通項目を別々に動かせと言われると、おそらく動かないのではないかと思う。基本的には糖尿病があれば腎臓が悪くなって、認知症は出ているし、老々介護となると、その人に名寄せしたような項目でやらないと、難しい。とくに大きな病院は疾患別で診ているが、介護になると一人を看ないといけない。

松本研究分担者

例えば脳卒中の運用でも予防医療として使いたいのか、急性期に使いたいのか、急性期後のリハビリの時に使いたいのか、どのようなフェーズで使いたいのかによって必要な診療情報項目が違う。どこをターゲットにするかがすごく難しい。その目標をしっかりと決めないと求めるものと得られるものが違ってくる。

清水研究分担者

この報告書の中にもステージと疾病の話は書いてあった。医療の中でも急性期、回復期、維持期で違ってくるが、その辺を串刺しにするようなものをひとつ作って、あとは目的別にするのか、その辺を考え

ないといけない。

#### 松本研究分担者

ある程度ターゲットとするフェーズを意識しておかないといけない。

#### 中野研究協力者

マクロでマネジメントに活用したいというときに、どのようなユースケースがあるのか。

とくにクリニックごとの診療のパフォーマンスを評価するとかいうことがあるとする。このクリニックはこの検査項目を出してくるとするならば、最低限の質を保証するようなセットを用意しておいて、それに対して評価をかけていく。想定がやはり大事。認知症で医療者同士で使うのか、もう少し小さいレベルのマネジメントなのか。先ほどの介護情報であれば、ある程度 DPC 的な解析をして 80%ぐらいに入るだろうという中でデータを使っていく等。そういうふうにするのか、臨床のデータとして使うのか。

#### 田中研究統括者

今日の話をもとめさせていただいて、何もかもやるというわけにはいかないの、脳卒中、糖尿病を中心に検討いただく。ある程度自由なものが出てくるかもしれないし、それぞれに共通のものが出てくるかもしれない。ミニマムセットの話はいろいろなところであると、皆さん興味をもたれる。どういうふうに展開すれば一番合理的な形になるかという質問がある。今後、このようにやるとより価値があるという提言、各学会に対するアプローチをやっていければと思う。

#### 小阪研究分担者

先ほど先生が言われたように、イギリスのようになると GP がいてこのミニマムセットだけは毎年ちゃんとやっておかないと GP としての役割を果たしていませんよ、ぐらいの使い方をされると非常によいと思う。それが医療の質の担保で、それでおかしいときは病院に送るといったようになればいいが、医療制度が違う。

#### 田中研究統括者

ブレア政権であれば始まったときは非常に期待したが、最近、イギリスの先生たちと話すと、結局失敗だったというような言い方をしていた。

#### 中野研究協力者

患者さんの判断をサポートするような情報として使えるといいのではないかと。フリーアクセスであれば、どこを自分のかかりつけ医とするのかというのがあるわけだが、ただ選んでくださいと言っても、フィードバックとなってしまうが、診療の質が大まかでもわかれば、ひとつの判断材料にはなる。

#### 田中研究統括者

そういう項目としてミニマムデータがあるということか。

#### 中野研究協力者

トータルで言うと、どのような想定とユースケースを前提としてやるのかということに収束する。

#### 松本研究分担者

最近、英国で診療している方に聞いたのだが英国では GP がほぼ共通の電子カルテを導入し全 GP 間で診療情報を共有しているとのことである。一方、病院はいろいろなメーカーの電子カルテが入っているが、国が決めた基本情報だけは共通でこれを共有している。それだとおそらく救急医療に関連した診療情報項目だと思う。具体的な項目内容は把握していないが、おそらくそういう運用だと思う。

#### 田中研究統括者

英国も少し調査したほうがいいのかもわからない。

#### 小阪研究分担者

日本の場合は病院をかかりつけ医と考えている人がけっこういる。

#### 田中研究統括者

今日はありがとうございました。たくさんいただいた貴重な意見をまとめて、メールで連絡する。脳卒中、糖尿病に対するミニマムセットは出したいと思うが、それ以外の貴重な内容についても検討していきたいと思う。

平成 27 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」

糖尿病連携班会議 議事要旨

日時：平成 27 年 12 月 7 日（月）18：00～19：30

場所：〒113-0034 東京都文京区湯島 3-11-19 湯島ファーストビル 4 階

出席者：

田中博研究統括者、林 道夫研究分担者（途中出席）、中野 智紀研究協力者（以上、地域医療基盤開発推進研究事業 班会）

事務局（株）シード・プランニング 大貫 尚子、山下あゆみ（文責）

中野研究協力者

とねっとにはコミュニケーションツールも入り、東大、カナミック、富士通も、Net4U、メディカルバンクアソシエーション、いくつか声をかけている。機能的にそれほど大きな違いはない。これは全県下でやると思う。

地域包括ケアと地域医療連携が一緒になるようなもの。改修を計画している。

田中博研究統括

地域医療連携と地域包括ケアシステムが統合しているところは他にあるのか？

中野研究協力者

EHR が立ち上がっているところ自体がそれほどないのではないかと。ちゃんと使えるように連携したい。救急基盤の稼働実績がある。そこに在宅が入ってくると相当使い勝手がよくなる。

ベースシステムはできあがっていて、これをいかにモディファイしていくのか？健康記録と言っている PHR 的なものも十分でないで、そういうところをアップデートした。7 市 2 町で運営している。現在、2 万 7,000 人加入。診療所は 116。行政が入っている。ランニングコストは市町村と医師会が 9：1 で折半している。医師会が 1。

行政が予算化して 9 を出している。病院は年間 5 万円、クリニックで年間 1 万円。リプレースが入ってくると全然違ってくるかもしれないが、そこを PHR 予算でまかないたい。予算は地域医療介護総合確保基金。

来年の診療報酬で IT 加算がつくという話があるが、どうなのか？ そろそろつかないと各ネットワークは体力的に限界なのではないか。

大貫

中野先生のところは視察に伺うことは可能か？

#### 中野研究協力者

視察は問題ない。在宅医療連携拠点をとった。先週クローズアップ現代で少しだけ放映された。IoTと遠隔に非常に興味を持ってやっている。どんなことができるのか？来週もそれを提案したいと思っていた。

#### 山下

本日用意した資料だが、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本動脈硬化学会、日本腎臓学会、日本医療情報学会が出した「4疾病の『ミニマム項目セット』および『どこでも MY 病院疾病記録セット』の策定」の資料、前回の班会議資料。

#### 田中研究統括者

全部の学会の共通項目だと9までになる。

#### 大貫

平井先生がよく尿中アルブミンの話をしていました。

#### 中野研究協力者

これは最大公約数的な話。腎臓を考えると、家族歴が非常に大事。平井先生に言わせると疾病管理には関係ないという話になると思うが、CKD単独で見ると大事。喫煙歴も同様。結局はユースケース。何のユースケースを考えるか？平井先生は完全に疾病管理。患者さんが自分で糖尿病や高血圧の病態を把握するという意味もある。

#### 山下

前回の議事録では眼下、歯科、認知症の項目といった話が出ている。

#### 中野研究協力者

患者さん個人を管理するにはそれも必要。肺炎球菌ワクチンを打っているか等。糖尿病の診療とは何だと考えたときに、いまや冠動脈疾患のコントロールだけでもない。この項目がないと、その患者の生涯をマネジメントしたことにはならないという視点が必要だが、各学会が出してきた項目でもあるので、挙げづらい。その兼ね合い。何かの考え方というよりは、まずはミニマムで出す。今年は何かの考え方に基づいて出す。とすれば、今年は平均値ではまずい。目的別に考えるのがいいのではないか。

現場レベルだと仕方ないが、タスクフォースのときにも話したが、試薬によって平均値が違う。相関を取って同じぐらいだろうということになっているが、安い検査会社を使うと全然違う。あと、貧血があってもHbA1Cの値が狂ってしまう。ビタミンCを大量にとると、また値が変わってしまう。

#### 田中研究統括者

目的別の項目を作って糖尿病学会とディスカッションする場を設けたい。



### 中野研究協力者

動脈硬化を予防したいときにはこれをプラスするといったふうにするのがいいのではないかと、平井先生の考えは意思がはっきりしている。

開業医の先生でも最低限これは取ってほしいという部分、糖尿病で管理しないといけない項目、動脈硬化、細小血管障害のような合併症をマネジメントするのはこの項目です。それぞれ測定頻度が違うと思う。あまり議論に出てこないのが目標値の話。標準値ではなく目標値を使わないといけない。たとえば LDL だとふつうの人は 140 未満、糖尿病を持っている人は 120 未満、動脈硬化、心筋梗塞の既往がある方等は 100 未満という目標。データセットの項目だけではなく、目標値が変わってくる。結構トラブルになるのは患者に検査結果を渡すと、あれに書いてあるのは正常値。それを見て高い・低いと言っていると目標値とずれている。本当はそこもドクターと話し合わないといけないが、IT を使うとそこもコントロールできる。各人の目標値が出る。HbA1C を 6.2 以下に下げないといけないのかと思うが、そんなことしたら低血糖で死んでしまいますとなる。

### 田中研究統括者

この研究班で用途別、疾患別を作るのがいいのではないかと。ところで平井先生は最近どうされているのか？

### 中野研究協力者

平井先生は全国飛び回っている。函館、秩父、四国、北陸等。糖尿病の地域連携。全国で種を植えている。

慢性疾患重症化予防学会を難波先生とやっている。その関係で若手の育成を直接指導でやっている。週何回か外来をやっていると思う。

自己管理用、どこ MY は自己管理、EHR は病診連携、地域医療連携、地域包括ケアとの接着…。糖尿病は地域包括ケアになるとインスリンを打っているかいないかといった話が出てくる。インスリンを打っている場合は管理が大変ですねとなる。検査項目はたぶん見ていない。学会の項目はすべて検査項目。

地域包括ケアでおそらくコントロール等をまったく主眼に置かないで、通常は薬をどんどん入れてしまっただけとなる。要するに倒れないようにする。インスリンを減らすとか、内服に切り替えましょうとか、そういうことを通常地域包括ケアでは考える。インスリンを打たないといけないのであれば、どうやって訪問看護の人員を確保するか。それを打っていることによって、どれだけ QOL の改善が見られるのか。自分でも打てる人は問題ないが、地域包括ケアは自分で打てない人をターゲットにしたほうがいいのではないかと。家族が打つのは問題ないが、独居や本人が認知症等、自分で打てない場合。糖尿病協会でも 1 型糖尿病の患者が認知症になって打てなくなったらどうするかが大問題になっている。それは結構大きなインパクト。ある程度の人数の患者がいる。2 型糖尿病は多少コントロールが悪くても大丈夫だが、1 型は打たないと死んでしまう。かと言って、地域にはインスリンに詳しいスタッフはそういない。最終的にはヘルパーさんに打ってもらうしかないかと思うが、ヘルパーさんもそう打ちたがらない。何か

あつたら困る。そうすると訪問看護になるわけだが、金額も高くなる。毎日は打てない。可能な範囲で、ロングアクティブなインスリンがあるので、2日に1回打ってますという人が多い。倒れないことを重視する。あとは施設に入って打ってもらうしかない。

#### 田中研究統括者

そういう地域ケアで、平井先生が言う循環型をやっているインスリンまで行ってしまうのか？

#### 中野研究協力者

通常はコントロールがいい人が開業医の先生のところに行く。むしろ専門医が診ている方が病院に来られなくなったときが一番難しい。普通の糖尿病の専門医は介護にあまり詳しくない。来られなくなったことにすら気づいていない場合もある。それはすごく大きい。あるいは救急で搬送されて、かかりつけ医がそれに気づいていない。

何も考えずにインスリンにすると、介護側からブーイングがある。介護の単位も足りなくなる。糖尿学会で作ったセットにはこうしたものは全く入っていない。4つの学会は検査値の連携。どこでもMY病院は視点が違う。地域包括ケア時代に必要なデータセット。これに必要な糖尿病、脳卒中のデータセット。認知症、肺炎、寝たきりにもなる。実態の課題をたくさん出す。事例は豊富にある。それで提案するのがいいのではないか。

#### 中野研究協力者

認知症が入っている場合、入っていない場合。あとは家庭環境。単身、3世帯同居は全然違う。経済状況も。

ここで脳卒中の標準化パスが在宅まで続いていないのが影響している。あとリハビリも本当は介護系のリハビリを続けたいといけない、医療系のリハビリ、PTさんは「これで終わりです」と言う。医療リハは終わりだが、介護リハが始まるということのでつなげていかないといけない。介護の視点も入れたほうがいい。脳卒中はリハも入れたほうがいい。口腔ケアも。歯科の研究系の先生を私は知っている。限りなく臨床に近い部分でITがからんでくると有効。歯科の定期受診の有り・無し。脳卒中になると延命の話が出てくるので、次に起こすのは肺炎。摂食嚥下。栄養状態が悪くなって寝たきりになる。介護度が上がる。そういうケースがごまんとある。脳神経外科の先生はオペのかたわらに脳卒中を診ているのでやりっぱなしになるケースがある。

#### 大貫

脳外科のクリニックの先生は結構熱心。

#### 中野研究協力者

脳卒中、糖尿病、地域包括ケア、これは非常に面白いと思う。糖尿病の人はアルツハイマーになりやすい。4.6倍。久山町研究。

大貫

口腔ケアに歯周病も入るか？

中野研究協力者

入ると思う。単なる歯周病ではなく NST。NST は決まった項目で評価するというのがないので、むしろ決まった ADL 等と言える気がする。

脳卒中、糖尿病、両方に係る認知症、口腔ケア。そこで尻切れトンボになるケースが非常に多い。そこで情報連携が役に立つ。

<林研究分担者 途中出席>

田中研究統括者

疾患別のミニマムセットは重要な課題、状況別に2～3案ほしいと考えている。  
定期的に観察したい項目等。

医療から介護に移るところがあまり意識されていないので、糖尿病の介護、脳卒中も医療リハから介護リハといったセットを作ったほうがいいのではないかと。

林研究分担者

私は糖尿病学会、糖尿病情報学会のメンバーである。この項目は文字通りミニマムで、いろいろ臨床研究等はあると思うが、これは入れておいてほしいという項目。開業医の先生でもこれだったら測れるだろうというもの。平井愛山先生から尿中アルブミンを入れたほうがよいという話があったが、開業医には難しい。専門医の先生はできるはずだと言うのだが、神奈川県は片っ端から切られる。保険査定上の問題。開業医の先生は目をつけられると死活問題である。だから本当にミニマムの項目。

ユースケースによっていろいろあっていいのだが、重なっているこの部分がミニマム項目セット。介護は非常に大事だが、介護に携わる人は医療職ではない。守秘義務の外にいる。情報共有をどこまでやるかという問題はある。実際にはヘルパーさんと一緒にやらないと進まないところもあるので、どうすべきか、というところ。どこでも MY 病院は民主党政権のころのネーミング。いまは言わない。

中野研究協力者

薬のほうは、どこでも MY 病院と言っていた。最初の1～2か月は自民党政権だった。どこでも MY 病院委員会はなくなった。IT 政策室がなくなって、別の名前になった。

林研究分担者

ミニマム項目は入れてほしい。どういう状況下で使う場合の項目リストになるのかということ。地域医

療連携なので、確定的でなくてもいい。旬のネタは介護。介護の必要な人が在宅でインスリン打てない人等。地域連携というややこしいのかもしれないのが、在宅に熱心な人が全国にたくさんいるが、医師会とは別行動をとられていることが多い。組織的に入っていくには医師会をカウンターパートにせざるを得ないのだが、医師会員でない。でも地域では熱心にやっているという医師も多い。在宅医療の先生は病院の連携室と組んでいる。

認知症ではなく、フレイルを課題として取り上げるのがいいのではないかな。自分の暮らしが自分で成り立たせられない。認知症ではないが、買い物に行ったり、日常生活にすることができない。

#### 中野研究協力者

クリニックにも来られなくなったりする。

急性期から慢性期に移るときにリハビリが切れていたり、口腔ケアとか提供すべきものが提供できない状態がある。適切な介護保険の導入等がない、脳卒中のパスは介護までできていないのが、きいている。

医療系のリハスタッフは自分の単位がつくときは一生けん命やる。介護のリハへつないでいない。これから体力を維持することが QOL につながるということが訴求されていない。

往診の方は糖尿病を重視していない。

#### 林研究分担者

家族の人はインスリンを打っているといろいろな介護施設が受け入れてくれないので、それが切実な問題でなんとかインスリンを止められないかとなる。これは学会のガイドラインとは関係ないところでの問題。現場の話。表に出しにくい問題である。

#### 中野研究協力者

そういうのが情報によって見られたら面白いのではないかな。IoT の考え方。

臨床、連携等といった角度とは別の問題。

#### 田中研究統括者

インスリンから服薬だけに戻るのは難しいのか？

#### 林研究分担者

死ななければいいというレベルならいいのかもしれないが、よいコントロールはやはりインスリンではないと、学会が求める血糖コントロールは達成できない。そうは言っても、というのはあるので、状況によっては HbA1C の目標値をゆるめにして、6~8 ぐらいにする。でも 8 でも難しいという

#### 中野研究協力者

そういう状況になってくると、10 いくつとなってくるので、倒れなければいいという…。