

病院

1

Vol.04 No.1
2025 January

地域連携と病院経営

● Interview

高橋 肇

社会医療法人高橋病院理事長・病院長

聞き手 松田 晋哉

産業医科大学医学部に産後ケア学教室教授

● アーキテクチャー・マネジメント

台湾の産後ケアセンター
(産後護理之家)

● 連載

医療機関で起きる法的トラブルへの対処法

事例と財務から読み解く
地域に根差した病院の経営

臨床医が病院長になった日

地域連携を進めるために 必要なこと

高橋 肇

社会医療法人高橋病院理事長・病院長



医療・介護の連携の必要性は、多くの関係者に認識されながらも、実際に進めることは難しい。その困難を乗り越え、道南地域では2007年より地域医療連携システムを導入し、全国的に注目されている。連携システムを推進した中心の人物である高橋肇氏に道南地域の医療介護連携において重視してきたことなどを聞く。

「ID-Link」を活用した医療情報のプラットフォーム

松田 ICTを使った医療介護施設間の連携の必要性は、全通保障制度発足当時から指摘されていて、当時はIT革命の名の下に電子カルテの普及なども急がれていました。多くの地域でその実現には至らなかったのに対して、道南地域では連携システム構築が成功した理由は何だと思われますか。

高橋 連携システムがうまくいっている地域で共通して言えることは、強力なリーダーシップの存在があって、適切なガバナンスが行われていることだと思います。道南地域では、2007年に全国で初めて地域医療連携ネットワーク道南Medikaを立ち上げ、地域医療連携ネットワークシステムID-Link（以下、ID-Link）という医療情報連携サービスを活用して、全ての電子化医療機関のプラットフォームを構築しました。急性期・回復期リハビリテーション・在宅医療のそれぞれのキーマンが参加することで、連携の実践を積み重ねることができま

聞き手

松田 晋哉

産業医科大学医学部臨床衛生学教室教授





高橋 肇(たかはし はじめ)氏
社会福祉法人高橋病院理事長・病院長
1964年北海道大学医学部卒業、
同医学部附属病院内科入局。1989
年札幌厚生病院附属病院内科部長な
どを歴任。医療機関で働き、
2001年高橋病院ならびに社会福
祉法人高橋元町会理事長。その後
職として北海道病院協会理事長、
全国老人保健施設協会副会長、
電子カルテCIS財団エグゼ
クティブ、厚生労働省健康・医療・
介護情報利用推進協議会構成員、
同省標準型電子カルテ検討ワーキ
ンググループ構成員、同省科学的
介護情報システム検討委員会委員
など。

した。行政が中心になると、担当者が定年を迎えたり異動したりして取り組みが途絶えてしまうこともありますから、リーダーシップを取る人が複数いる体制を基けたことは大きかったですね。それにより、連携ネットワークを構築するための理念や目的の共有も円滑に進めることができました。

また、急性期医療と回復期リハビリテーション(以下、回復期リハ)の「病前連携」や、医療と介護の連携の重要性が認識されるようになったことで、現場では効率的な情報共有のニーズが高まりました。それを受けて、函館市では「はこだて医療・介護連携サマリー」という共通様式によってプラットフォーム上で情報連携を図るようになったことも、医療と介護の垣根をなくす上で有効な取り組みだったと思います。

松田 他の地域では、急性期医療を起点として退院後の受け皿を探すという意識で連携を模索するケースも見られましたが、実際に連携の起点となることが多いのは慢性期医療なんですね。道南地域では、慢性期医療と在宅医療が中核となっていることが成功の大きな要因になっているのではないのでしょうか。

スムーズな患者の同意取得の方法

松田 患者情報の共有に関しては、患者からの同意の取得がポイントの1つですが、道南地域ではどのようにしてこの課題をクリアしたのでしょうか。

高橋 2007年にID-Linkを導入した際、市立函館病院と高橋病院で1年間の試験運用を実施しました。このときは、回復期リハを担う高橋病院が、急性期医療を担う市立函館病院から患者の情報を受け取る側になり、外来では医事課、入院ではMSW(医療ソーシャルワーカー)がID-Linkでの情報共有についての同意書を患者に渡して説明する役割を担いました。入院に際しては、入院保証書に道南MediKaでの情報共有は入院中も退院後も継続する旨を盛り込んでおき、そこで同意を取るようになりました。

松田 試験運用から道南地域全体へと広がっていく段階では、どのように同意取得を進めていったのですか。

高橋 患者さんの多くは複数の医療機関にかかっているので、当初は複数の施設同意書を作成して同意をもらっていました。さらに、新たに大きな病院がネットワークに入ってきた際は、入院も外来も全員の患者から同意を取るに当たって、院内にその旨を掲示して黙示による同意を取るようになりました。なお、同意を取得したという一文は、診療記録に必ず記載してもらうようにしています。この方法で、2007年の導入時から現在までトラブルは1件もありません。

松田 函館市とは、どのようなやり取りがあったのでしょうか。

高橋 市立函館病院は市立病院ですから、患者の個人情報取得に当たっては市議会の承認を得る必要がありました。市議会が開かれるタイミングを持って進めていく形となりましたが、開始時点で承認をいただいた後は特に問題なく進めることができました。

情報技術の活用により、現場の負担軽減を

松田 海外の同様のプロジェクトでは、ICD（国際疾病分類）やJLAC10コード（臨床検査項目分類コード）のような情報のフォーマットの標準化に加えて、SNOMED-CT（国際医療用語集）などで記述の仕方の標準化までしているようです。日本は前者については随分と進んできましたが、後者については日本語でいかに対応するかという問題もあり、なかなか難しい状況です。この問題には、どのように対応したらよいとお考えですか。

高橋 介護は一人一人に物語があるナラティブの世界ですが、記録データを連携・活用するには、情報を標準化して記録することが必要です。そして、それが現場に浸透するには時間がかかります。今でこそ、「病名」イコール「ICD」と捉えられていますが、ICDが採用されてから実際に使用する体制が整うまでにはそれなりの時間がかかりました。SNOMED-CTになると中身がさらに膨大になり、記述という一手間が必要になりますから、現場への教育や啓蒙をどう進めるかも課題になるでしょう。

ただ、現在の情報技術を活用することで、現場の負担の軽減は可能だと思います。例えば、「痛みがある」ことを記録する際に、SNOMED-CTにある「痺く痛み」「ピリピリする痛み」「継続した痛み」といった表現を選択肢として用意し、その選択肢の中から現場スタッフに選んでもらう形にすれば、入力する手間は省けるはずです。今後はそういう機能を作ったり、MicrosoftのInelliSense（自動補完システム）のようにAIが入力を補完できるようにしたりといった工夫も必要になるでしょう。

松田 よく見られる症状などに関する記述をテンプレートとして用意しておき、それを活用して入力できる仕組みもあった方が普及しやすいかもしれませんね。

高橋 そうですね。現場の負担が増えるのであれば、その分、減らすものも考えておく必要があります。

松田 介護の記録に関しては、動画を撮るだけで、何をやっているのかをAIが解析するといったことも可能になってきています。そういった技術も活用できるとよいですね。今後は介護情報をいかに標準化するかが課題になるかと思いますが、この点についてはどのようにお考えでしょうか。

高橋 2024年度の診療報酬と介護報酬の同時改定により、入院中の医療においても退院後の地域での生活を意識することの重要性が改めて認識されるようになりました。医療と介護の情報連携を進めるには、プラットフォームの確立と、標準化を意識したシステム構築の2つが必要です。標準化に関しては、医療において現時点で標準化されているのは3文書（診療情報提供書、退院時サマリー、健康診断結果報告書）6情報（傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報、処方情報）にとどまり、標準化されていない情報の方が圧倒的に多いですね。それが連携を難しくしている一因でもあるように思います。患者さんの暮らしにとっては医療よりも介護の方がより身近なものですから、



松田 晋雄（まつだ しんや）氏
東京医科大学医学部臨床衛生学教室教授

1969年生まれ。1995年東京医科大学卒。1992年フランス国立公衆衛生学学校長。1999年3月より東京医科大学公衆衛生学教授。専門領域は公衆衛生学（疫学・感染システム、医療経済、国際保健、産業保健）。フランス公衆衛生監督局（Diplôme de la Santé Publique）、英国王家医学協会公衆衛生医学フェロー、IAPC（国際疫学）の創設者。著書に『地域医療構築のデータを活用するか』（医学書院、2020）、「ネットワーク化が医療危機を救う一機軸：新型コロナウイルス感染症対応の国際比較」（医事書院、2022）など。

ら、介護のDXを優先的に進めるのであれば、LIFE（科学的介護情報システム）の活用を推進することが重要ではないでしょうか。そのためには介護情報の標準化に取り組む学術団体を立ち上げる必要があると感じています。

地域医療連携ネットワークシステムと オンライン資格確認ネットワークシステムの違い

松田 現在、わが国は医療情報共通基盤の構築を急いでいますが、この情報基盤と地域医療連携ネットワークシステムはどのように整合化していくのがよいと思われますか。

高橋 現時点で医療情報プラットフォームとしての役割を果たしているものには、ID-Linkのような地域医療連携ネットワークシステムと、国が推進するマイナ保険証を活用したオンライン資格確認ネットワークシステム（以下、オン資）の2種類があります。

この両者にはさまざまな違いがあり、即時性に関してはID-Linkはリアルタイムで電子カルテを共有できるのに対して、オン資ではリアルタイムで確認できるのは電子処方箋のみで、レセプト情報の共有は1〜2か月遅れになります。また、ID-Linkはネットワークに参加した医療機関内での情報共有となり、開業医の中には情報共有をすることで患者を奪われるのではないかと考える方も少なからずいらっしゃるため、全国的に見ると参加率は5.3%にとどまっています。一方のオン資は、マイナンバーカードが普及すれば全国医療機関を網羅することができます。扱う情報の種類にも違いがあり、ID-LinkはCTやMRI画像も含めてほぼ全ての情報を共有できるのに対し、オン資は薬歴や特定健診の結果に関するものと前述の3文書6情報の共有が中心となります。

さらに、両者ともに災害時にも対応していますが、オン資はマイナ保険証のカードリーダーの電源を確保する必要があります。2024年1月の能登半島地震の際には使用できない医療機関もあったと報告されています。その点に関しては、タブレット端末などからも見ることでID-Linkの方が使いやすかったのかもしれませんが、ただ、患者参加に関しては、ID-Linkはシステム的には可能ですが現時点では未着手であり、マイナポータルと連携しているオン資の方に分があると言えるでしょう。

松田 医療・介護のデータ解析については、いかがですか。

高橋 ID-Linkでは、今のところは未施行ですね。現状ではデータを入力するだけ、見るだけという連携にとどまっていて、今後に向けた検証や分析を行うには至っていません。オン資も現状では弱いのですが、将来的にはデジタル庁のPMH（Public Medical Hub）を通じて、医療・介護・自治体のデータ連携を進めていく方針を国は打ち出しています。オン資は標準化を進めていけば、健康寿命の延伸や幸福度の向上には何が影響しているのかというデータ解析を行うことも可能になるでしょう。プラットフォームは維持費などのコストの問題がありますから、国のバックアップがあるのは大きな利点だと言えます。

松田 回復期医療や在宅医療、介護は地域ごとの特色に合わせた対応が求めら

リーダーシップを取る人が複数いる体制を築けたことは大きかったですね。それにより、連携ネットワークを構築するための理念や目的の共有も円滑に進めることができました。

れるので、オン費の仕組みだけではなく、地域医療連携ネットワークシステムが果たす役割も大きいと思います。システムを持続可能なものにしていくには、ID-Linkの仕組みがケアプランの作成に役立つというような見方をして、ネットワークングに対して診療報酬なり介護報酬なりをつける必要があるのかもかもしれませんね。

高橋 日本医師会も両者のシステムをよく理解して臨機応変に対応することを推奨しているのですが、やはりコスト面の懸念は残りますね。国が進めようとしている標準型電子カルテは、全国医療情報プラットフォームを大きな軸としながら、民間が開発したオプション機能とはAPI (Application Programming Interface) というインターフェースでつないでいくことを構想しています。地域医療連携ネットワークシステムとの整合化・一本化という視点は弱いと言わざるを得ません。

松田 フランスではID-Linkと同じ構成のプル型の仕組みが成果を上げています。各事業者が必要な情報にアクセスできるプル型の仕組みは、利便性も高いですし、もっと普及してもよいのではないのでしょうか。地域によっては、地域医療の拠点となっている病院がアライアンスを組んでいる医療機関と連携する形でID-Linkを活用している事例もあります。今後、日本国内ではM&Aが進み、あちこちで保健・医療・福祉複合体が生まれると予想されますから、その複合体がID-Linkを採用すれば活路は見込めるように思います。

高橋 訪問診療と訪問介護ステーションでID-Linkがよく使われているのは、リアルタイムでスタッフがチャット機能などを活用してコミュニケーションが取れる点が高く評価されているからでしょう。こういう特色はオン費にはないものです。このようなID-Linkならではの強みを生かしていけるといいですね。

情報共有・連携には4つの観点でのメリットがある

松田 道南地域では医療・介護の情報共有とそれに基づく連携が進んでいます。そのメリットはどのようなことでしょうか。

高橋 情報共有・連携のメリットは、効率化、質、安全、経営という4つの観点で見えていくことができます。まず、効率化の観点からは、現場が最も嫌う、記録する際の二度手間をなくすることができるメリットがあります。ID-Linkは電子カルテの内容がそのまま共有されますから、診療記録などを再び記載する手間はかかりません。しかも、WordやExcel、PowerPointなども共有できるので、現病歴などもID-Linkから入手したものに加筆すればよく、大幅に時間を節約できます。

質の観点では、函館市で使用している連携サマリーのような共通様式は、ケアマネジメントも含めて質の向上に役立っているように思います。情報共有を行うことで、心不全や誤嚥性肺炎、尿路感染症などの早期入院による予防管理がしやすくなります。また、疾患ごとにケアゲットを絞り込んで経過を見ていくことができるのも、ネットワーク連携のメリットだと言えるでしょう。

医療安全の観点からは、患者さんの病歴などに関して正確なデータを入手し

やすくなります。急性期、回復期、在宅、介護施設のそれぞれで問診や聞き取りを実施しても、難聴や認知症の方、独居の方は自身の状態を正確に伝えられないことも少なくありません。その場合、ID-Linkで過去のデータを確認すれば、ダブルチェック、トリプルチェックを行うことができます。また、リアルタイムの情報共有ができるのも、安全面においては重要なことです。特にACP（アドバンス・ケア・プランニング）は刻々と変わりゆくものですから、時系列を追う形で常に最新のものを確認できるようにしておくことで、患者さんが望む医療やケアを提供しやすくなるように思います。

そして、経営的な観点から言うと、2024年度の同時改定で多く付与された連携に関係する報酬点数を取り漏らさない仕組みが重要になるでしょう。また、介護施設の経営に関しては、利用者が急性期医療を受けるために入院した際に、退院後の受け入れ枠を空けて待っていないなければならないという問題があります。施設側としては、経営面を考慮すれば、居室が空きになってしまう期間はあるだけ短くしたいので、ID-Linkで医師の診療記録を見て患者さんが戻ってくる時期を予測できるのは大きなメリットになります。

松田 医療側・介護側の異なる職種のスタッフが情報を共有することで視点がそろってくれば、共通理解ができる部分が多くなり、全体としてサービスの質の向上にもつながっていきますね。

PHRも医療・介護情報との連携を視野に入れるべき

松田 医療情報、介護情報は患者の所有物であるという考え方のもと、PHR（Personal Health Record）について盛んに議論されていましたが、最近はまだ聞かれなくなりました。その理由は何だとお考えでしょうか。

高橋 PHRのシステムを開発しているのは小規模なベンダーであることも多く、事業そのものを短期間で売却してしまうケースもあるため、継続的な運営を見込みにくいということが理由の1つだと思います。また、同様の機能を持つマイナポータルが出てきたことの影響も大きいのではないのでしょうか。

当院でも2004年からバイタル機能も含めたPHR事業に取り組んできたのですが、失敗の連続でした。高齢者が使いやすいものを、通信料がなるべくかからないサービスとして提供する。それだけでも難しいのに、トラブルが生じた場合のアフターフォローまで行おうとすると、専門スタッフを配置しないと対応できず、事業化は困難でした。また、ITベンダーはエンドユーザーである患者さんと直接話をするのできかないので、主なユーザーである高齢者の方々のニーズに応えるモノづくりがしにくいという構造的な難しさも感じました。今後、PHRに関しては、生きがいや満足感、幸福感を追求できるシステムにしないと、利用者のモチベーションにはつながらないように思います。

松田 米国のように、医療機関にかかることのハードルが高い国ではPHRの必要性は高いように思います。しかし、日本のようにすぐに医療機関にかかれる環境では、医師が医療記録の解釈までしてくれまますから、PHRがなくても困らないということも考えられますね。

高橋 FHIRに関しては、医療情報プラットフォームにおけるマイナポータルのように、APIで他のソフトウェアとつながることを考える必要があると思います。いわゆる標準化も含めて、連携を視野に入れていかなければなりません。

松田 標準化は重要ですね。過去には、特定健診などの情報共有の仕組みを構築する際、さまざまな仕様のフォーマットを認めてしまったがために、システム開発がなかなかうまくいかなかったこともありました。

高橋 医療情報・介護情報に関しては、従来の規格に比べると実装がしやすいとされているHL7 FHIR²を標準仕様として一元化していく方向性が示されています。

松田 これまで20年近くの紆余曲折を経て、ようやくまとまった感じですね。

医療側・介護側の異なる職種の人々のための連携を

松田 高齢社会における医療介護の連携はスポット的なものではなく、患者への継続的な関わりを前提とするものになると思います。この際、連携の枠組みの中でACPへの対応にも取り組む必要がありますが、高橋先生の施設では既にICF（国際生活機能分類）シートを使った情報共有を試行的に開始されています。このような取り組みを開始されたきっかけについてお聞かせください。

高橋 2000年に介護保険制度が始まり、その1年後にICFがスタートしたので、当初の介護保険の仕組みにはICFは含まれていなかったんですね。しかし、私はこれからの時代において医療と介護の連携は不可欠になると考え、ICFが登場してきたときから注目していました。疾患に着目するだけでなく、患者さんという「人」を知るには、環境因子や個人因子についても掘り下げていくことができるICFが最適だと思うんです。

私たちの病院では、かなり以前から回復期リハビリの患者さん全員についてICFシートを作成しています。医師・看護師・セラピスト・MSWの4人が1チームとなって患者さんそれぞれのICFシートを作成し、その運用がうまくいっているかチェック役のチームマネージャーが確認するという形を取っています。同時に、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士、検査技師・放射線技師が各専門職の立場で患者さん全員に栄養、多剤投与、口腔ケア、画像異常などフレイルリスクがないかチェックし、あった場合はICFシートに展開してもらっています。このICFシートはExcelベースなので誰でも使いこなせますし、利用料もかからないので、地域の医師会や他の医療機関にもお渡ししています。

松田 多職種でICFシートを作成するというのは素晴らしいですね。患者さんの生活の質に加えて幸福度を評価する上でも、ICFシートを使った情報共有は非常に重要だと思います。

高橋 ICFシートを作成すると、それを見るだけで患者さんの顔が浮かび、全体像が把握できるようになるんですね。また、ACPとICFは別々のものではなく、ICFシートを作り込んでいくうちにACPの原質が出来上がっていくことが望めます。ACPは患者さんのそれまでの生活がベースとなって、その人の価値観や人生観が反映されるものですから、ICFシートを掘り下げる作業をし



医療側・介護側の異なる職種のスタッフが
情報を共有することで視点がそろってくれば、
共通理解ができる部分が多くなり、
全体としてサービスの質の向上にもつながっていきま

ておくともACPを議論する際にも役立つように思います。

松田 今のお話を伺っていると、道南地域での情報連携が円滑に行われているのは、患者さんを中心にした情報共有の仕組みができていからだと感じます。

高橋 そうですね。いずれは電子カルテを患者さんにも開放して、患者さんが疑問に思ったことを書き込めるようなシステムを作れるとよいのではないかと考えているんですよ。医師や看護士には聞きづらいことでも、文字入力であれば、チャット感覚で聞きやすくなりますよね。

松田 高齢社会において医療機関や介護施設と患者さんが長期にわたって関わるようになると、やはりインタラクティブな関係性を築くことが重要ですね。そのためには、欧米で実践されているように、患者さんをいかに診療に参加させていくかという視点がないと連携はうまくいかないかもしれません。

高橋 それは医療安全においても同様で、患者参加ということをうたっているんですよ。患者さんが疑問に思ったことをその場で確認できる仕組みを作ること、医療事故の防止にもつながるように思います。

松田 情報連携により、医療や介護の現場の業務を円滑にしていくということも重要な側面ではありますが、本来の目的としては患者さんのために連携するのだという意識が現場のスタッフには求められますね。

高橋 医療の現場にいます。「自分が欲しいから、この情報をください」となりがちですが、連携においては「相手が欲しい情報を提供する」という視点も必要です。文字通り、「情けをかけると報われる」というのが「情報」なんですよ。

松田 連携においては、仕組みやハード面の整備と並行して、やはりコミュニケーションが重要ということですね。今日は貴重なお話をありがとうございました。

(2024年8月7日収録／撮影：安部俊太郎)



特集

地域連携と病院経営

0001



Interview

地域連携を進めるために 必要なこと

高橋 肇

社会医療法人高橋病院理事長・院長

聞き手

松田 晋哉

産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

0018 扉／本特集の論旨が分かる Point 一覧

0020 今後の病院経営に必要な連携の考え方 松田 晋哉

0030 地域連携 ICT と医療介護連携サマリーを用いた連携 岡田 晋吾

0036 済生会熊本病院における高齢者救急の適正化のための前方連携 松岡 佳孝

0044 医療福祉介護複合体の機能をいかす

済生会唐津病院における連携の実践 梶原 剛・園田 孝志

0050 地域包括ケアシステムの“実り” 岡山県医師会の熱き10年間 松山 正春