

機器、情報システム、設備 ― 明日の病院インフラを考える

月刊 **新医療**

2025 November

No.611

11

【総特集】

何故、今!? 電子カルテ新規導入の理由

施策の一方で進めぬ中小規模施設での電子カルテ普及—その中で新規導入した施設には、各々特有の理由があった。今、その具体的内容を聞く

【特集】

検証—最新トモシンセシス搭載マンモの実力

空閑第一病院(岡山・笠岡市)は、2021年より1.5テスラMRIを活用してきているが、2022年に新発想のメンテ・サポートサービスを導入したことにより、常に高度な画像診断を実施できる環境を整備している(詳細はグラビア頁)。
同MRIの前で、右から宮島厚子理事、放射線科 菅井信也部長、田中睦樹診療放射線技師。

【特別企画】

「ベッド」の現況とあるべき姿への考察

DATA

CT設置施設名簿 [Part2]

アンギオCT設置施設名簿/機種別台数表

MRI設置施設名簿 [Part4]

MRI仕様一覧

経験者が示す
有用性と課題

病院経営者からみた中小規模 病院における電子カルテ必携論 ～函館地区での医療介護情報連携のあり方を中心に～

高橋 肇 ◆ 社会医療法人高橋病院理事長



が大きく変化する可能性がある。

地域医療連携ネットワーク [ID-Link]

2007年、全国に先駆け高橋病院（以下、当院）と市立函館病院において試験導入を繰り返して、その後、全国稼働に至った「ID-Link」は、電子カルテを情報源として、インターネットVPNを利用して患者の診療情報を双方向で共有し、良質な医療を寄与することを目的として開発されたクラウド型サービスである。稼働数は2025年8月末現在、37都道府県・1万338施設で、うち公開用サーバ設置施設は401台となっている。

当院では、稼働当初より当法人内全ての在宅施設、介護サービス事業所が参加し、閲覧施設とした。2008年当時、介護系を加えることに地域連携協議会内で異論もあったが、筆者は地域包括ケアシステムを構築するには介護施設、介護サービス事業者が入ることは当たり前と思っており、この考えは今も変わらない。要は、起き得ることを予測して職員に正しい使い方をマスターしてもらうことである。

要旨…超高齢社会の予想以上の進展により、多種連携による医療・介護提供体制の構築がますます求められている。医療機関の役割と機能が多様化する中で、医療・介護情報を相互に共有、活用するための基盤となる地域医療情報連携ネットワークシステムの整備が、電子カルテとともに全国各地で進められてきた。導入から20年近く経過した現在、一定の成果が認められる一方で、さまざまな課題も顕在化している。

「経済財政運営と改革の基本方針2025」、いわゆる「骨太の方針」の記載にあるように、国策としての全国医療情報プラットフォームの位置づけがさらに明らかとなり、医療DX基盤である電子カルテ情報共有サービスや標準型電子カルテの仕組みが導入予定となっている。本稿では、今後どのようなDX活用が経営、質向上、患者満足などに資するのか、「電子カルテ」「情報・連携」という観点から述べてみたい。

はじめに

1894年、函館で開業した当法人は、在宅療養支援病院、訪問診療、地域リハビリテーションを3

本柱とし、情報共有手段として2002年に電子カルテ（CS-IT社「MIRAS」）を導入、2007年から地域医療・介護情報連携ネットワーク（以下、地連NW）の構築、PHRの開発に力を注いできた。図1に示すように、情報共有に関する医療モデルの変化が予想以上のスピードで進行している。20世紀の医療は、患者層の平均年齢が若いため、多くの健康を取り戻して社会復帰、職場復帰ができた。「治す医療（ICD）」は病院完結型のため、情報共有手段は電子カルテでまかなえ、情報の主役は各臓器・疾患であった。これに対し、超高齢社会となった21世紀の医療では、「治し支える医療（ICF）」が主体の地域完結型となり、情報共有手段として地連NWが活用されるようになってきた。今後、情報の主体は価値観・人生観や生きがい、ウェルビーイング、ACPなどとなり、本人の思いをどう地域で共有するかが大きなポイントとなってくる。

「働き方改革」「ワークライフバランス」などの言葉に代表されるように、効率化、生産性向上など、経営者には多くの課題が突きつけられているが、「生成AI」の登場により、電子カルテ自体の活用方法

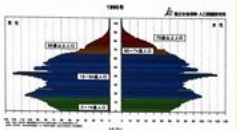
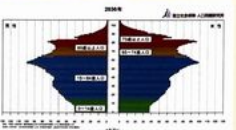
20世紀の医療	21世紀の医療
医療モデル 若い人は病気になっても健康を取り戻して「社会（職場）復帰」（単一・一過性） 「治す医療（ICD）」は病院完結型	高齢者は障がいを抱えながら「生活復帰」（複数・慢性・再発） 「治し支える医療（ICF）」は地域完結型
	
情報共有手段 (プラットフォーム) 「電子カルテ」	「地域医療情報連携ネットワーク」 「全国医療情報プラットフォーム」
情報の中心 「臓器」「疾患」が主役	「個人因子」「環境因子」が非常に重要 価値観・人生観、生きがい、Well-Being・幸福感、満足感、主観的健康観、ACPなど、本人の想いをどう共有し繋げていくか

図1 情報共有に関する医療モデルの変化

情報共有・連携のメリット

CPは刻々と変わりゆくもので、時系列管理ができる地連NWで常に最新のものを確認できることで、患者の意思決定に添いやすくなる。

「経営的な観点」では、2024年度の同時改定で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となる。また、介護施設側は、入所者が急性期医療を受けるために入院した場合、施設に戻ってくる時期を知りたいと地連NWにて医師やコメディカルの記録を見て患者が退院する時期を予測できる点は、経営的にも大きなメリットである。新興感染症などで病院との接触制限が出た場合、また災害発生時にもその実力を発揮する。

地連NWの今後の課題

「質の観点」では、後述する連携サマリーのような様式は、医療・ケアの質の向上に役立つため、心不全や肺炎、尿路感染症など高齢者に多く見られる疾患に対し、入院予防の管理がしやすくなる。

国が推し進める全国医療情報プラットフォームに関して、電子カルテ情報共有サービスや標準型電子カルテa版導入推進の動きが加速されていること、地連NWサバ入替えにに対する補助事業を始めとした財政的な援助がないことなどから、UCCはピーク時には42都道府県だった参加地域の減少傾向が認められている。

「医療安全の観点」からは、患者病歴などに関して正確なデータを手入れしやすくなる。問診や聞き取りの際、聴覚や認知症、独居などにより、自身の状態を正確に伝えられないことも少なくない。その際、地連NWで過去のデータを確認すればダブルチェックを行うことができる。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ある。特にA

閲覧のみであれば全国医療情報プラットフォームと地連NWの併用も考えられるが、情報提供側の現場には記載の二度手間が生じ、経営者側からは経費の負担となり得る。また、後者は記録に関する責任分界点も長年の課題となっていた。両者の比較を図2に示す。

当法人は、標準化電子カルテシステムのモデル地区を始めとして医療・介護DXに関するさまざまな取り組みに関わってきたが、情報の主体が臓器、疾患に加え、生きがい、ウェルビーイング、ACPな

ど、「本人の思い」をどう地域で共有するかが重要となるにつれ、新たに以下に示す地連NWの課題が浮かび上がってきている。

- ①全医療機関を網羅できていない
- ②患者自身が参加していない
- ③データ解析が未着手のため、地域の質（QOC・Quality of Community）に関するアウトカムを国に提示できていない

地連NWシステム「ID-Link」	全国医療情報プラットフォーム
即時性	リアルタイム
参加範囲	参加医療機関のみ
医療者のシステム利用認証	ID・パスワード・生体認証
情報種	ほぼ全て
災害時	EMSで閲覧可能
チャット機能（随時）	あり（保存の課題）
責任分界点	診療記録？ 補完記録？
患者共有	Pr-Pr
データ解析（データ連携）	未着手
構築費用	高い（初期費用は補助金頼み）
協議会事務局コスト	経費（維持費）・人員確保・担当部門
	1〜2か月遅れ（レポート） 電子処方箋で解決 全医療機関を網羅可能 HPKQカード（セカンド） 薬剤・特定健診 3文書6情報（標準化を急須） マイナポータル なし 診療記録 マイナポータル 可能（標準化が必須） 安い（初期費用が主） 必要なし（支払基金・国保中央会）

図2 各プラットフォームの比較（私見）

図3 はこだて医療介護連携サマリー 函館市医療・介護支援センター HPより

図4 開発中の生成AIツール

④コスト（人手不足、リブレースも含めたランニングコスト）がかかって継続に支障をきたしている

⑤介護施設や在宅サービス事業所への普及が遅れている

医療と介護の連携が、
何故、うまくいかないのか

連携という観点から眺めると、同一患者であるに

も関わらず医療従事者側と介護従事者側で必要とする情報の視点が異なる、相互の理解も不完全のため、情報の齟齬が生じている。一方、医療DXに比べ介護DX構築に関しては「ヒトがいない、モノがない、カネがない、ネットワークがない」、いわゆるないないづくしの状況となっている。

介護施設・事業所側が地連NWに参入しない理由として、以下のものが挙げられる。

- ① I-T担当者がない(セキュリティ対策も含め)
- ② 地連NWに記載されている内容が難しい
- ③ 介護職の記載内容を見ることがはばかれる
- ④ 記録が二度手間になる(特に電子カルテがない場合)
- ⑤ 医療側が望む情報がよく分からない
- ⑥ FAX、メール、電話など既存の手段・方法で間に合っている
- ⑦ 導入・維持費用がかかる

介護現場では、情報の質・量ともに「間に合っている」と感じると、I-T化はなかなか進まない。地域における情報マネジメント役として、介護支援専門員、訪問看護師などが重要な役割を担うと思われるが、そのいずれもが科学的介護情報システム「LIFE」の加算算定事業所として含まれていないため、システム構成上においても不具合が生じている。

地連NWが活用されるためのポイント

医療・介護連携を地域でうまく回すには、「地域に強力なリーダーシップが存在すること(事務方も含む)」、「現場にI-T/DXを担当する職員が存在すること」、「コストパフォーマンス管理、タイムパフォーマンス管理ができること」、このいずれもが必須である。加えて、以下の点も考慮する必要がある。

- ① 地域連携を可能とするための情報基盤(プラットフォーム)を何にするか決めること
- ② データ連携による地域の質向上を図るには、「標準化」を念頭にI-T構築を行うこと
- ③ 医療DXの代表である「電子カルテ情報共有システム」、介護DXの代表である「LIFE」双方

を医療・介護の関係者が理解する努力をすること

- ④ 情報共有ツールとして、「はこだて医療・介護連携サマリ」(以下、連携サマリ)が参考となること
- ⑤ 生成AIをどのように活用するか、発想力、企画力、危機管理能力が問われること

医療介護連携ツール

「はこだて医療・介護連携サマリ」

両館市では、平成29年より両館市医療・介護連携支援センターが中心となって、各医師会、病院団体、看護協会、介護関連団体などの協力のもと、市内全域で連携サマリが稼働しているが、稼働率は60%前後と乏しい。

作成のタイミングは「入退院時」「入退所時」「サービス利用開始時」であり、現在、基本ツール1・2枚(必須)と応用ツール19枚(必要時)の2部構成となっている。基本ツールで課題と認識される該当項目があれば、それに対応する応用ツールを立ち上げる仕組みとなっている。誰もが扱えるように、クイズベースとした連携サマリに、今後、「標準化(データ連携)必須」「効率化(生成AIの活用)」の視点を入れ、加えて科学的介護情報システム「LIFE」加算書式を盛り込んだ形をとり、医療・介護連携に関わる報酬点数取得にも役立つツールを構築中である。

図3に、現在、両館市で使われている「基本/応用ツール」を示す。

当法人での電子カルテに連動した生成AIツール

2002年電子カルテを導入した当初より20年

間、筆者がユーザ会長職に携わった電子カルテベンダーCSI社とともに、現在、生成AIツールの開発(一部市販化)に取りかかっているが、その一端を図4に提示する。連携サマリ、看護計画、ケアプランなど現場の質向上、効率化等に大きく貢献させるために、当院オリジナルソフトと一部融合し、現場に夢のあるソフトを提供したいと考えている。

おわりに

各データベースに格納された患者に関わる正確でリアルタイムな情報を、マイナポータルなどを通して国民が自ら私たちに提供する時代が近くやってくる。一方、地域包括ケアシステムを構築するには、個々の生活の質向上(QOL)、地域の質向上(QOC)に役立つアウトカムを確立した上で、その成果物を国に対し発信できるプラットフォームが今後求められるであろう。

既存の電子カルテではできなかったことを、「瞬時の要約」を得意とする生成AIを利用しつつ、今まで考えも及ばなかったような新たな情報連携体系の仕組みを構築していきたい。

※ ※

高橋 肇(たかはし はじめ) ● 84年北海道大学医学部卒業後、同大学附属病院循環器内科入局、89年より札幌厚生病院循環器内科医長など複数の公的医療機関を歴任、96年高橋病院院長、01年同病院理事長。現在の役職・北海道病院協会 副理事長、全国老人保健施設協会 副会長、全国デイケア協会 理事ほか。厚生労働省 健康、介護、介護情報活用検討会 構成員、同省電子カルテ情報共有システム運用に関する技術作業班員、同省標準型電子カルテ検討ワーキンググループ 構成員、同省介護情報活用ワーキンググループ 構成員ほか。