

医療と介護を結ぶ「けいじゅヘルスケアシステム」 1患者1IDの情報システムが統合的ケアを実現



社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院
理事長

神野 正博 氏

石川県・能登半島の中央に位置する七尾市では、恵寿総合病院が中心となって、医療・介護などの統合的なサービスを地域の住民に提供する「けいじゅヘルスケアシステム」を運用中だ。将来は1患者1IDの情報システムを発展させて、地域住民の暮らしを支援するサービスに展開していく構想を抱いている。

● 病診連携を出発点に 暮らしまで支援する

——恵寿総合病院を中核とした「けいじゅヘルスケアシステム」は、「地域包括ケアシステム」の1つのモデルとして注目を集めています。このシステムは医療を出発点として、最終的には暮らし

までを“応援”していくという壮大な目標を目指していますね。

神野正博氏 七尾市がある石川県の能登半島は高齢化率が33%まで高まっています。医療の面から見ると恵寿総合病院に救急車で搬送されてくる患者さんの3分の2、入院してい

る患者さんの70%以上が65歳以上の高齢者です。

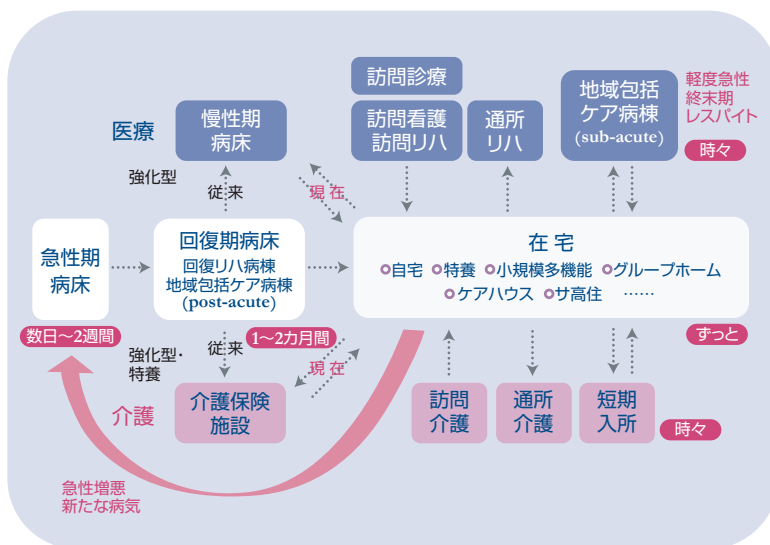
大都市なら、生活習慣病を持った高齢の患者さんでも、急性期治療後に転院する病院探しや、自宅に戻った後に介護サービスを受ける場合にも苦労することは少ないでしょう。しかし、人口も医療・介護施設も少ない地域ではそうはいきません。

急性期治療の入院期間はどんどん短くなってきています。回復期病床に転床した後、以前なら慢性期病床や介護保険施設に移れたのですが、今は診療報酬制度で在宅復帰率という“縛り”ができたので在宅への移行が重要になります。在宅を基点とした医療・介護サービスの提供が「地域包括ケア」のあるべき姿となっています(図1)。

そこで、急性期治療後のアフターケアだけでなく、介護や福祉も含めて、統合的なサービスを提供するために、「けいじゅヘルスケアシステム」を構築、整備してきました。このシステムは、次の4段階のステップを踏みながら進めています。

1段階目は、回復期病床を持つ病院やかかりつけ医を担う診療所との病診連携の充実です。2段階目は、地域包括ケアシステムで医療と密接に連携する必要がある介護とのネットワーク形成です。3段階目は、地域の住民の方々に対して「生涯を通じた」医療・介護サービスを提供するた

● 図1 「けいじゅヘルスケアシステム」が実践する地域包括ケアのあるべき姿



従来は急性期治療後に回復期病床から、慢性期病床、介護保険施設へ移行していたが、現在は回復期病床から在宅への移行も考えなければならなくなった。在宅を基点とした「地域包括ケア」をスムーズに行うためには、「患者さんや利用者さんの医療・介護・福祉情報を一元管理することが有効である」と神野氏は語る

めの、個人ごとの疾病管理を主とした「Life-log」のデータベース化です。4段階目は、まだ開発途上ですが、通院や介護施設利用などを含む日常生活を支援するケアシステムに発展させていきたいと考えています。

● まずはグループ内で連携し 医療・介護の統合を推進

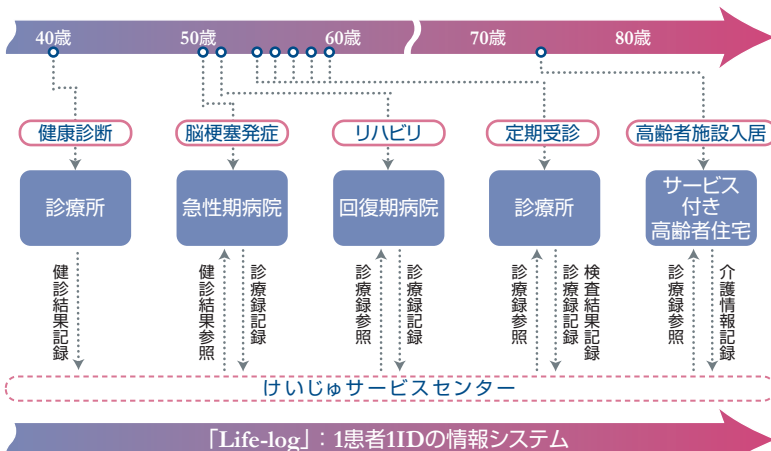
—— 病診連携はもとより、医療・介護連携でも、それぞれの施設が「地域包括ケアシステム」に対する考え方の違いなどから、連携がなかなか進まない地域が少なくありません。また、患者さん・利用者さんは必要に応じて医療や介護サービスを別々に受けるため、包括ケアを実感しにくいようです。

神野氏 地域連携は関係者全員が同じ思いでなければスムーズに機能しません。だから、「けいじゅヘルスケアシステム」は意思統一を図りやすいグループ内の施設から連携をスタートさせました。恵寿総合病院を含む社会医療法人財団董仙会と社会福祉法人徳充会の病院・診療所・介護施設・障害者施設・健康増進施設などで“情報共有”しながら切れ目のないサービスを提供しています。

病診連携、医療・介護連携は、日本中で進められています。しかし、患者さん・利用者さんが“包括”ケアを実感できるように統合的に機能させるためには、これだけでは何か足りないように思います。その1つは地域住民一人ひとりに対して時間軸で串刺ししたような医療・介護・福祉情報の記録だと考えました。

そこで、前述の「Life-log」を医療介護統合型電子カルテ「KISS(Keiju Information Spherical System)」に記録していくことにしたのです(図2)。この情報は「けいじゅヘルスケアシステム」に入っているすべての施設で共有しています。退院した患者さんを

図2 多施設で相互利用される「KISS」上の1患者1IDで記録された医療・介護情報



1患者1IDの情報システムに記録された医療・介護情報を「けいじゅヘルスケアシステム」の各施設で情報共有している。脳梗塞などの急性期治療後のリハビリ、退院後の定期受診などの医療連携のほか、介護サービスを受ける際も、医療情報を参考にした施設選びなどが可能になる

受け入れる介護施設や在宅サービスの担当者は適切なケアを行えますし、救急で医療機関に入院する際も従前の状態を把握したうえで受け入れられるのです。

石川県には医療情報を医療機関の間で共有する情報システムがありますが、医療機関ごとに閲覧可能な情報の範囲が異なります。閲覧できない情報で必要なものがあれば、直接問い合わせ、提供を受けながらこの電子カルテに追加していきます。

この業務を担っているのが恵寿総合病院内に開設した「けいじゅサービスセンター」です。ほかに医療機関の外来予約や介護施設などの利用記録も入力・管理している部署で、1患者1IDの記録内容を充実させ、利用しやすくするための要(かなめ)として機能しています。

ほかに、院内では「在宅総合サービスセンター」も運営しています。こちらは14人の多職種にわたるケアマネジャーを集中配置し、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護を統括しています。このセンターも患者情報を参照し、各種記録を患者情報に加えています。

● 暮らしの支援は 送迎システムから

—— 「けいじゅヘルスケアシステム」の次の段階、暮らしの支援は多岐にわたっていくと思われませんが、まず、どこから着手していきますか。

神野氏 今後の展開としてアイデアはさまざまありますが、医療・介護サービスの提供者としては、長距離を歩けなくなった利用者さんのための通院・通所を支援する送迎(交通)システムの整備です。さらに、治療やデイサービス利用の後に商業施設を回って買い物をするなど、日常生活を助けられるようなものにしていきたいと考えています。

また、電子カルテと統合する前提で、利用者さんには位置情報を記録できるデバイスを持ってもらい、外出しない日が続いたら安否確認の連絡をとるなどのサービスも必要でしょう。

厚生労働省の「地域包括ケアシステム」の英語訳は「integrated community care system」です。医療・介護にとどまらず、生活支援を含めた統合的(integrate)なケアシステムを提供することで“生きる”を応援していきたいと考えています。