

JBpress>日本再生>国民の健康を考える [国民の健康を考える]

健康データの一元管理で2兆円のコスト削減

重複検査・投薬のムダは総医療費の7.5%に

2013年08月09日 (Fri) 安達 美里

黒川清・日本医療政策機構代表理事 監修

「医療制度や医療費負担の平等性に6割超が不満」「約7割が将来の医療制度に不安」これは、今年7月初めに出された世論調査の結果である。

日本の国民皆保険制度は1961年以来、ほぼ創設当時のままの質・アクセス・費用を保証しながら医療サービスを提供してきた。制度は世界でも高く評価されてきたと言われているが、この調査では、そうした評価と国民の意識の間に大きな乖離が見られることが分かった。

過去50年間で日本社会は大きく変化した。医学と医療技術は発展し、社会インフラのIT化が進んで国民は国内外の情報にアクセスできるようになった。また、4人に1人が65歳以上の高齢社会となり、日本人の疾病構造は感染症から生活習慣病を中心とするものになった。

一方で、高度経済成長は終焉して久しく、日本は限られた財的・人的資源の中でいかにして医療と介護サービスを提供するかを真剣に考えていかなければいけない。

こうした社会と医療ニーズの変化にもかかわらず、制度が実情に合わせた対応に遅れたため、国民の不安は広がり、いま様々な弊害を見せている。このような局面を他の先進国も迎えている。

本シリーズでは、国民の不安、膨れ上がる医療費、財源の不足、医師の偏在化など多くの課題を抱える日本の医療について、いま何を、国民の目線で、どう議論していくべきなのかを軸に、持続可能な医療制度の再設計とその実行策を提言していきたい。

国民の健康データは誰のもの？

「複数の病院や診療科で何度も同じ検査を受けた。時間もお金も使うが、病院から言われたのだからしょうがない・・・」。こんな経験をお持ちではないだろうか。

現在、患者のデータは診療した医療機関のみが保有しており、そのデータが他の医療機関に共有されることは稀である。

例えば、具合が悪くて足を運んだ自宅近くの診療所でCT（コンピュータ断層診断装置）検査を受け、「専門的な検査がさらに必要です」ということで地域の中核病院を紹介され、そこで改めてCTを撮るなど、二重、三重の“無駄な”検査が行われているのが実態である。

総務省によると重複検査・投薬の割合は総医療費26.7兆円の7.5%、つまり年間およそ2兆円と推計されている。

こうした状況を改善するためには、医療機関の間で情報が共有されることが求められるが、医療分野には利害の異なる者もいて、医療基盤や情報のフローを大きく変えるような試みはなかなか実現に至らなかった。

しかし、この情報共有を目指して国際的には大きな動きが出始めており、国レベルの

EHR (Electronic Health Record) 政策が、国民皆保険を維持する英国やカナダを中心に本格的な展開をみせている。

EHR政策とは、複数の医療機関の診療記録を「生涯電子カルテ」として集積し、医療機関の間で情報共有を可能にさせようとする政策である。

全国から注目集める香川県

日本政府も、2010年3月に国民主体の健康管理を目指して「全国レベルの情報提供サービスを創出する」とする骨子案を発表し、日本版EHRの共通基盤の構築に向けた環境づくりが始まった。

こうした取り組みを先行し、全国から注目を浴びているのが香川県である。香川県では早くから地元の自治体と医師会の理解と支援があり、「**かがわ遠隔医療ネットワーク**」(K-MIX) を2003年から運用している。

もともと妊婦管理を地域で行おうと、電子カルテを他の医療機関でも参照できる周産期ネットワークを構築したのが始まりだが、いまは全診療科を対象に診療情報の共有化を進めており、120の医療機関が参加をしている。

香川県は24の有人島を抱える県であり、K-MIXは大病院へのアクセスが不便な離島における遠隔医療でも力を発揮している。

複数の医療機関や診療科が経時的に診察情報をチェックすることができるようになり、患者はこれまで二重、三重に行われていた無駄な検査を受けなくて済むようになった。また医療機関も、迅速で効率的な診察を行えるようになった。

K-MIXを構築した香川大学の原量宏教授は、病気の各段階で患者が最適の治療やケアを受けることができるようになったとも指摘する。

例えば、糖尿病の患者に対して専門医が診療計画を作成し、栄養士が日常生活での細やかな食事指導をするなど、医師だけではなく多くの職種のプロが関わることによって、患者は包括的な医療サービスを受けられることができる。

これは、複数の医療従事者の間で情報が共有されるようになったために実現したことだ。

さらに、こうして集積・共有された情報への患者自身によるアクセスを可能とする実験事業が現在進められている。

具体的には、患者が健診結果や薬局の処方データを参照できる。患者主体の健康管理が可能となるだけでなく、例えば出張先で病気になっても、初めてかかった病院で適切な医療をスムーズに受けられるようになる。ここでも無駄な検査や投薬が省かれるため患者は医療費を必要以上に払わなくて済む。

米国では30年前からEHRが始まっている

香川県の例は現在の技術で実現可能なモデルであり、既に広島県、岡山県、沖縄県などでも利用されている。

また、東日本大震災に際して、岩手県において稼働していた電子母子手帳が、震災で被害を受けた沿岸部地域の妊婦管理に威力を発揮し、データセンター型の医療ITネットワークの重要性が再認識された。

海外の例を見てみよう。バラク・オバマ大統領が徹底した医療IT化政策を推進している米国で

は、**カイザーパーマネンテ**などが既に30年余りにわたってEHRを導入している。

カイザーはカリフォルニア州やコロラド州などで個人、家族、65歳以上の高齢者、企業向けに、日本の公的医療制度に近い医療サービスを提供している。カイザーに保険料を支払っているおよそ890万人に上る会員は、カイザーが運営する600以上ある病院を低い自己負担額で利用できるのだ。

カイザーを特徴づけているのは、徹底した患者主体の姿勢とIT技術を活用したサービスである。カイザーの会員は24時間365日、スマートフォンなどのインターネット環境で薬の追加処方や診察の予約、検査結果の確認ができるようになってきているほか、患者の健康状態に応じたフィットネスや食事指導のプログラムを組んでもらえる。

また、専門、資格、学歴、言語といった医療従事者の情報も公開されていて、自分に合った医師を選択できるようなサービスが提供されている。患者主体の医療サービスが徹底されており、この例に学ぶところも多い。

ここまで、医療機関の間で情報共有が進むと（1）無駄な投薬・検査を受けなくて済む（2）多職種のプロが関わる包括的な治療を受けられる（3）健診データなどを患者が管理することができる、といった国民から見える利点を紹介してきた。

これはまた年々膨れ上がる日本の総医療費を抑えることをも意味する。総医療費の削減もまた国民の利益となって還ってくる。

患者の治療歴や処方薬などの診療情報を病院・診療所で共有するネットワークの構築に厚労省が着手することが報道されている。その詳細は明らかではないが、健康データは患者のものであり、それゆえ患者がいつでもアクセスでき、患者のために関係する医療機関の間でデータが共有されるネットワークであることが望まれる。

データ共有によって医療サービスの効率化とコストコントロールが可能となるが、いまある資源を最大限に活用し得る香川県やカイザーのようなモデルが、新たな医療制度のための基盤として各地域に拡大、発展することが期待される。



©2008-2014 Japan Business Press Co.,Ltd. All Rights Reserved.