平成 28 年度　老人保健健康増進等補助金

老人保健健康増進等事業

在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤の構築に向けた規格の策定に関する調査研究事業

JAHIS 一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会

平成 29(2017)年 3 月

はじめに

わが国は、諸外国に例を見ない速さで高齢化が進行している。65 歳以上の人口は、現在 3,000 万人を超えており（国民の約 4 人に 1 人）、2042 年の約 3,900 万人でピークを迎え、その後も、75 歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。このような状況の中、団塊の世代（約 800 万人）が 75 歳以上となる 2025 年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。

要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの推進には、在宅医療と介護の連携が必要である。

在宅医療・介護連携推進は、平成26年度の介護保険法の改正により、新しい地域支援事業の「包括的支援事業」として位置づけられ、平成29年度まで以下８つの事業すべて実施することが市町村に義務付けられた。

（ア）地域の医療・介護の資源の把握
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
（カ）医療・介護関係者の研修
（キ）地域住民への普及啓発
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

このなかの（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援は、市町村が主体となり医師会や歯科医師会、薬剤師会、介護支援専門員協会など連携して、人的なネットワークを成立させたうえで、ICTを導入することとなる。平成29年1月12日に開かれた厚生労働省「第一回全国在宅医療会議ワーキンググループ」で、「市町村と地域医師会との連携体制の構築が、在宅医療推進の第一歩になる」ことが示されたとおり、多くの地域では連携体制の構築や共有すべき情報項目を検討中である。また共有項目が決まっていても、紙での流通やICTを導入しても普及途上にあり、十分なICT利活用まで至っていない。

本事業では、在宅医療・介護連携が活発に行われている地域のキーパーソンにヒアリング調査を行い、その結果の整理、解析を行うことにより、ICT化および標準化の基本方針を報告書としてまとめた。

平成 29 年 3 月

一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会

目次

１．調査概要
　１－１　背景
　１－２　目的
　１－３　実施体制とスケジュール
２．調査方法
　２－１　調査方針
　２－２　調査先の選定方針
　２－３　調査項目
　２－４　調査項目の検討経緯
３．調査結果
　３－１　調査先の概要
　　３－１－１　横浜市南区
　　３－１－２　東京都世田谷区
　　３－１－３　青森県八戸市
　　３－１－４　島根県出雲市
　　３－１－５　岡山県井笠地区
　　３－１－６　北海道砂川市
　　３－１－７　和歌山県伊都地区
　　３－１－８　茨城県笠間市
　　３－１－９　福岡県宗像市・福津市
　　３－１－１０　京都市山科区
　３－２　調査結果の検討
　　３－２－１　情報項目と ICT 機能
　　３－２－２　推進要因（ひとのネットワーク・ICT ネットワーク）
　　３－２－３　阻害要因（ひとのネットワーク・ICT ネットワーク）
　　３－２－４　職種毎・本人家族のメリット・デメリット
　　３－２－５　お金の問題（補助金、報酬上の評価、利用料）
　　３－２－６　行政・保険者のかかわり
　　３－２－７　検討結果
　　３－２－８　まとめ
　３－３　標準化に向けた課題と今後の進め方

１．調査概要

１－１背景

在宅医療・介護の情報連携においては、医師や訪問看護師、ケアマネジャーなど多職種間での情報共有が中心となる。病院から在宅療養への移行、介護認定と介護サービスの開始、日々のケアなどのシーンにおいて、患者・利用者の情報を円滑に共有することが重要である。効果的で効率的な在宅医療・介護等サービスを提供するために、情報共有を支援する ICT の重要性が注目されている。

こうした状況のなか、厚生労働省「保健医療 2035」策定懇談会が平成 27 年 6 月に公表した「保健医療 2035 提言書」は、「電子健康記録に介護サービス情報を含めた個人レベルでのポータブルな情報基盤の普及・活用を支援」などを示している。

また厚生労働省の保健医療分野における ICT 活用推進懇談会が平成 28 年 10 月に公表した提言書では、ICT 利活用の具体策として、健康な時から病気や介護が必要な状態になるまでの国民の基本的な保健医療データを統合した情報基盤「PeOPLe（仮称)」を整備することを目標に掲げている。PeOPLe（仮称）は、平成 32 年度を目標に段階的に運用を開始し、平成 37 年度までに本格運用を開始するとされている。

一般社団法人　保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS)では、医療介護の連携に関してこれまでも様々な取り組みを行ってきた。JAHIS 医療介護連携 WG では 2010 年、政府が発表した「新たな情報技術戦略」の「シームレスな地域連携医療の実現工程表」に示された「在宅医療・介護における情報連携の推進」に対応するため、同年より医療と介護の共有すべき情報について検討を進めている。具体的には退院調整に用いる帳票や地域連携パスの収集・整理や行政との意見交換、高齢者医療を研究する識者の招聘、在宅医療を推進する地域の視察などを行なってきた。

また、平成 24 年度厚生労働特別研究「在宅医療介護連携を進めるための情報共有と ICT 活用」に参画して、在宅医療連携拠点を中心に全国 11 箇所のインタビュー調査および 108 施設を対象としたアンケート調査を実施した。また全国各地で医療介護連携に取り組んでいる地域がどのように ICT を活用しているのか、その実態を把握するとともに、ICT が連携にもたらす効果や運用上の課題等も明らかにしたうえで、各職種が共有すべき情報項目や、医療と介護の連携を進めるための具体的な方策を提示した。

平成 26 年度総務省スマートプラチナ社会構築事業「在宅医療・介護分野における情報連携基盤の標準化検討調査」を受託して、平成 24 年／平成 25 年度厚生労働省調査事業で厚生労働省「在宅医療と介護の連携における情報システムの適切な利用を促進するためのガイドライン」（草案）に記載された 237 の標準的な共有項目などの成果と課題を踏まえ、標準データ形式の詳細定義を技術文書「JAHIS 在宅医療と介護間の情報連携におけるデータ項目仕様書 Ver1.0(制定 2015 年 3 月)」として取りまとめた。

１－２目的

在宅医療介護連携 ICT システムの整備は、「ひとのネットワーク」があることが前提であり、ひとのつながりをサポートするために、コンピュータを活用した「ICT システム」が存在するという考え方が重要である。

本事業は、在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤の構築を行うために必要な情報連携の ICT 化と標準化の方向性を明確にするために、在宅医療と介護との間の情報連携の現状を調査し、ICT 化すべき業務を洗い出し、業務の高度化・効率化に必要な連携すべき情報項目をとりまとめることを目的とする。

１－３　実施体制とスケジュール

実施体制を図 1-3-1 に示す。事業企画推進室が事業のとりまとめを行い、具体的な検討を行うために、戦略企画部の下に介護情報システム、医療・介護連携システムに関連する部会から WG メンバーを選出のうえ、多職種連携 WG を組成した。検討スケジュールを図 1-3-2 に示す。調査・検討期間は平成 28 年 6 月～平成 29 年 3 月である。

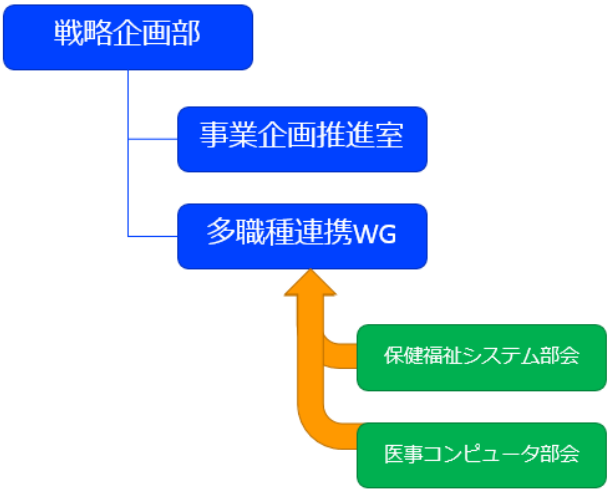

図 1-3-1 実施体制

表 1-3-2　委員名簿（JAHIS 戦略企画部　多職種連携 WG）

	氏　名	JAHIS 本務	所属
リーダ	光城　元博	保健福祉システム部会 医療介護連携 WG リーダ	株式会社日立製作所
委　員	金本　昭彦	保健福祉システム部会 福祉システム委員会委員長	日本コンピューター株式会社
委　員	畠山　仁	医事コンピュータ部会 介護システム委員会委員長	富士通株式会社
委　員	田中　秀和	保健福祉システム部会 福祉システム委員会副委員長	日本電気株式会社
委　員	丸山　隆司	保健福祉システム部会 福祉システム委員会副委員長	富士通株式会社
委　員	鴻谷　則和	保健福祉システム部会 介護事業者連携 WG リーダ	株式会社日立システムズ

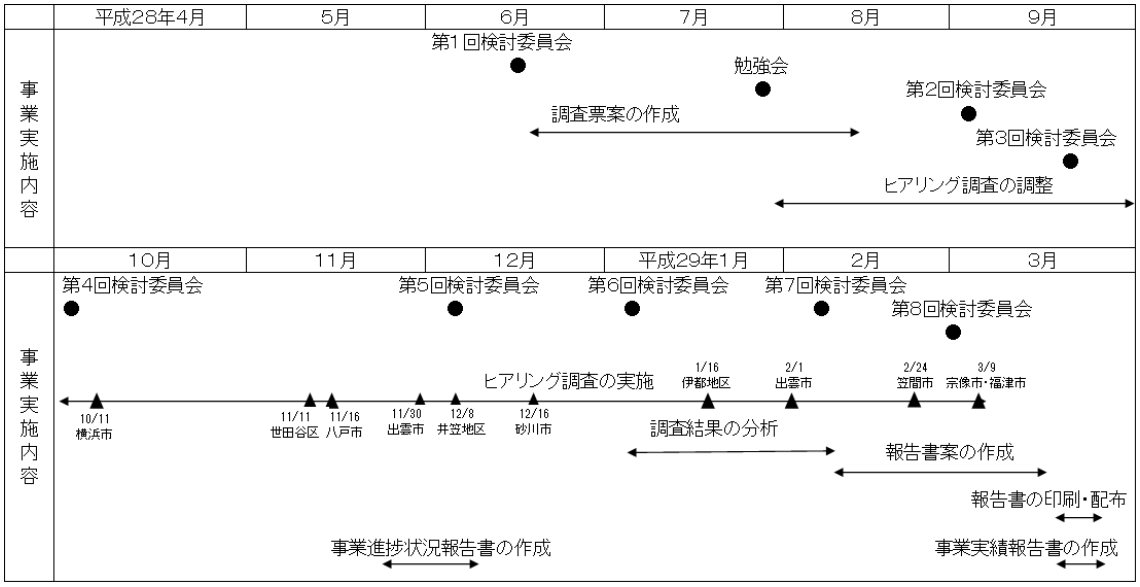

図 1-3-3 検討スケジュール

２．調査方法

２－１　調査方針

在宅医療・介護連携関連業務に関する当会会員の在宅医療・介護関連システムのベンダーの持つ情報について、専門家による勉強会や検討委員会での討議を通じて整理を行い、在宅医療・介護連携の現場での確認事項、ヒアリング項目をとりまとめる。

在宅医療・介護連携を積極的に行っている地域を 8 箇所程度選定し、ヒアリング等による調査を申し入れ、検討委員会メンバー等 3 名程度で訪問し、関連する職種の担当者に対してヒアリングを行う。

ヒアリング項目を整理解析するとともに、在宅医療・介護連携のあるべきすがたの検討を通して、在宅医療・介護連携において ICT 化すべき業務、標準化すべき連携情報の明確化を行い、報告書にとりまとめる。

本事業により、これまで明確になっていなかった在宅医療・介護連携においての ICT 化、標準化すべき情報項目が整理され、標準規格策定の方針が明確になることより、在宅医療・介護連携の標準化の推進が可能となる。

２－２　調査先の選定

調査先は、先進的な事例ではなく、平素でどこの地域でも参考になるような地域を選定する。具体的には、医師と介護がフラットで医療側だけではなく、行政・介護側にもヒアリング可能な地域を選定する。有識者を招いた講演会、ディスカッションも実施する。

２－３　調査項目

在宅医療・介護連携に欠かせない多職種連携（ひとのネットワーク）の開始から連携の輪が広がっていく経過を調査する。とくに情報共有の観点で明らかにすること。多職種連携において、どのように ICT を活用しているのか（または、今後どのように活用しようとしているのか)、IT(情報通信技術)と運用フローの両面から明らかにすること。

ひとくちに在宅医療・介護連携、多職種連携と言っても、職種や立場により想定する場面は様々であるため、本事業では対象とするシーンを「退院時における情報共有」、連携する職種を「入院側＝MSW(地域連携室の社会福祉士等」、「在宅側＝ケアマネジャー(介護支援専門員)」とする。地域によっては、市役所からの住民基本情報・介護認定情報などの提供の有無および市役所との連携強化が、医療職・介護職の業務負荷軽減につながる可能性について調査する。具体的な調査項目は次のとおり。

表 2-3　ヒアリング調査項目

１．基本情報（地域特性）

（１）人口・家族構成、都市計画・市町村合併、産業・交通、就労・子育て環境

（２）予防・医療・介護・生活資源の整備状況・特徴・過不足、住民ニーズ

２．在宅医療・介護連携（入退院調整などを含む）推進について

（１）開始のきっかけ（過去の課題、厚労省事業の受託など）

（２）拡大プロセス（キーパーソンの存在、地域・市民活動など）

３．ＩＣＴシステムの利活用について

（１）ＩＣＴシステムの概要と、具体的な利活用方法

システム毎の機能と特徴、導入順序、入力・連携項目、参照・利用シーン

（２）連携を実現するための工夫

組織の歴史・広がり・運営方針、医師会をはじめとした関連団体の役割など

（３）行政・介護との連携

行政、介護との連携強化の方策、市役所が持つ住民・介護情報の活用、

市役所内に複数ある健康福祉部門・地域包括支援センターの役割分担など

（４）ＩＣＴシステムを用いた連携の効果

ひとのつながりの変化、住民・家族・患者・利用者の反応、移動時間の削減

在宅移行・２４時間体制・急変時対応・カンファレンスなどの変化、

職種毎、住民（患者・利用者本人、家族の視点）メリット・デメリット

（５）ＩＣＴシステム運営における課題

病名の取扱、同意、個人情報保護、セキュリティ、運営費確保など

住民への啓発、ＩＴリテラシ教育、介護職への医学教育など

４．後進へのアドバイス、全国普及に向けた課題について

普及と阻害要因（ひとのネットワーク、ＩＣＴネットワーク別に）

当地域では実現できなかったが、他地域では頑張って欲しいこと

アセスメントの取り方など、ＩＣＴ以外の医療介護技術の標準化（訓練・教育）

JAHIS 技術文書が示した医療と介護の連携 132 項目の必要性をひとつずつ調査先に問うても、適切な返答を貰う事は困難なため、以下大分類でヒアリングを行う。質問内容は「重要度」「ＩＣＴ導入前後の変化」「情報の発生源」「主な利用者(参照者)とメリット」「あるべき姿」「今後の発展」とした。

表 2-3　医療介護連携 132 項目の大分類

項目	記載内容
本人属性	氏名、生年月日、性別、住所、電話番号など
保険・認定	要介護認定、障害認定、医療保険、公費など
こころ	本人・家族の希望、受け止め、痛みなど
見守り	医師、看護師等から各職種に伝えたい観察ポイントなど
キーパーソン	主介護者、緊急連絡先など
住居	家屋の状況、独居／家族ありなど
治療・ケア	生活機能、精神・認知、アレルギー、感染症、既往歴、現病、医療処置、処方、検査結果、バイタルサイン、口腔ケア、診療情報提供書、各種指示書・計画書など

２－４　医療と介護の情報連携にかかわる検討の経緯

JAHIS における医療・介護間の情報連携における ICT 利活用の調査研究は、2010 年までさかのぼる。2010 年は、診療報酬改定で在宅療養支援病院が新たに制度化された年でもある。遠隔医療の検討が中心であったテレケア WG を医療介護連携 WG に改名し、在宅移行時、すなわち病院の在宅移行支援担当者(退院調整看護師，不在の場合は病棟看護師)から地域サービス計画立案担当者(ケアマネジャー)へ伝える場面を想定し、次の手順で調査を進めた。なお医療介護連携 WG 発足当時は約 30 社 60 名の体制であったが、現在 71 社 177 名の体制にて多職種連携 WG 等と連携して活動をしている。

図 2-4-1 JAHIS における検討シーン

（１） 医療経済研究機構「リエゾンシステムのあり方に関する研究」の分析

聖隷浜松、筑波メディカルセンタ、名古屋市立東病院、長崎大学病院で使用している退院支援スクリーニング、退院調整など地域医療連携に関するすべての帳票から共通項目を抽出した。

（２）厚労省等から提供のあった情報の分析

①厚労省から情報提供のあった退院調整・連携パスの中から以下３事例

- 緩和ケア普及の為の地域 PJ「退院支援・調整スクリーニングシート」「アセスメントシート」
- 札幌市脳卒中地域連携パスネット協議会「脳卒中地域連携パス」
- 長崎県緩和ケア推進連絡協議会「医療連携シート」「在宅支援サマリ」

②経産省「地域医療情報連携システムの標準化及び実証事業」より脳卒中地域連携パス。

（３）JAHIS 医療介護連携 WG による検討

医療介護間の情報連携 254 項目について、WG メンバー企業 27 社に対して項目ごとの重要度をつけるアンケート依頼を行った(共通項目にすべきだ＝5～共通項目として不要＝1)。集約した項目は主に退院調整スクリーニングシートや連携パス等を元にしているため医療側から見た連携に必要な情報項目といえる。

（４）HL7-CDA との対比

2011 年 3 月公表、JAHIS 技術文書 10－103「地域医療情報 連携システム HL7 CDA による地域連携パスの情報項目及び書式」脳卒中編（「他疾患への展開ガイド」付き）より項目と記載方法（自由記述,J-MIX コードなど）を抽出。脳卒中特有の項目（例 t-pA など） を除外した。

日本 HL7 協会 2009 年 3 月公表「診療情報提供書規格（医療機関への紹介状）ver1.00」より項目を抽出。脳卒中連携パスには記載がないが、在宅医療に必要な医学管理項目として「在宅酸素」「透析」「吸引」「人工呼吸器」を必須項目として設定した。

（５）施設特性の考慮

急性期～回復期連携は前項２文書（「地域医療情報 連携システム HL7 CDA による地域連携パスの情報項目及び書式」、脳卒中編（「他疾患への展開ガイド」付き)」、「診療情報提供書規格（医療機関への紹介状）ver1.00」）にて対応した。

急性期または回復期～在宅は､医療介護連携 WG と介護事業者連携 WG 検討項目を参照し、HL7-CDA ボディで任意項目とされている項目（主に ADL 関連）を必須項目とすることで対応した。

（６）自治体や厚労省老健局が利用できる項目

HL7-CDA では任意項目の「ケアプラン」「訪問看護指示書」「介護保険の主治医意見書」「社会資源・在宅サービスの利用状況」を必須項目とした。

（７）平成 24 年度 厚生労働科学特別研究 「在宅医療・介護の連携における情報通信技術（ＩＣＴ）活用に関する研究班」

在宅医療・在宅介護には、多組織に所属する多職種が関わる。しかしながら、在宅ケアに関わっている全職種の各業務で派生するすべての情報を共有するのは非現実的であり、時間的制約がある中で非効率である。職種によって必要とする情報や知りたい情報の優先順位は異なる。利用者の生活上の細やかな変化をより重視する職種もあれば、バイタルサイン等の生体情報や身体的な兆候をより重視する職種もある。各職種が記録する情報の中には、他の職種があまり必要としない情報もある一方で、他の職種に知らせるべき情報もある。各職種が限られた時間で必要とする情報を参照できるためには、相互の視点を理解

するとともに、必要な情報を効率的に共有できる仕組みづくりが重要になる。また専門職によって受けてきた教育の範囲が異なるため、他職種に提供された情報の理解が大きく異なることも、連携を難しくしている要因として指摘されている。記録に用いる用語の意味やその使い方等を共有しておくことも課題である。

本研究班では、上記のような課題を踏まえて、在宅医療・介護に関わる全ての職種にとって必須と考えられる情報を議論した。ＪＡＨＩＳからはこれまでの検討結果を参考データとして提示した。

表 2-4-2 が、在宅医療・介護において共有すべき情報項目を整理したものである。下線を引いた項目は、より動的に変化しやすい情報であり、これらの情報をタイムリーに共有できることが、在宅の場において質の高い医療やケアを提供する鍵になると考えられる。

表 2-4-2 在宅医療・介護で共有が必要な情報

- クライアントの変化
- 現病歴、既往歴
- 治療状況
- 服薬（処方薬、量、用法、副作用、飲み忘れ）
- 処置（いつ、誰が、何を）
- ADL、認知レベル
- 本人にとっての QOL、価値観、生活歴
- 在宅環境（物理的、経済的）
- キーパーソン、家族の考え、介護力
- 家族の健康状態

下線はより変化しやすい動的情報

（８）平成 26 年度総務省　スマートプラチナ社会構築事業「在宅医療・介護分野における情報連携基盤の標準化検討調査」

平成 24 年／平成 25 年度厚生労働省調査事業「在宅医療と介護の連携における情報システムの適切な利用を促進するためのガイドライン」（草案）を基に、他の先行研究を参照した上で、これまでの JAHIS 調査結果を踏まえて作成した。また以下を重点的に検討した。

- 多くのベンダーが実装可能となるよう、共有項目を整理・統合
- 共有項目に対する法的・公的な標準類、ガイドライン等が存在する場合は、記載内容例と参照を例示
- 生活機能や精神・認知等アセスメント類において、現状、地域内・地域間で複数の方式が用いられている事に対する配慮
- 自施設内の「業務情報」と多職種間「共有情報」を区分して検討

医療介護連携といっても、立場によって想定するシーンは様々であり議論が噛み合わないことを避けるため、本書では、厚生労働省、総務省、JAHIS で検討の上、図２－４に示す、医療介護連携における４つのユースケースを具体的に想定し、医療と介護間におけるデータ共有項目を検討した。検討においては、地域における在宅から急性憎悪による入院、治療、そして在宅へ戻るというサイクルをイメージした。

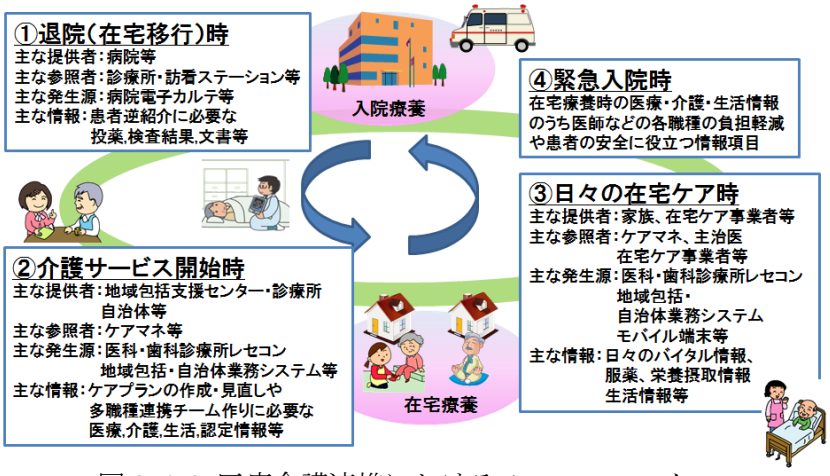

図 2-4-3 医療介護連携における４つのユースケース

検討範囲と、今回検討範囲の位置づけを図２－４－４に示す。例えば、「500204 治療・ケア アセスメント 生活介護（介護保険制度以外）」で表現される生活機能評価や精神障害・認知機能には、現状で、それぞれ FIM（Functional Independence Measure：機能的自立度評価表）、R4（公益社団法人全国老人保健施設協会版ケアマネジメント方式）、BI(Barthel index:機能的評価)、iADL（Instrumental Activities of Daily Living:手段的日常生活動作)、interRAI（特定非営利活動法人インターライ日本版アセスメント方式）等や、MMSE（ミニメンタルステート検査)、HDS-R（改定長谷川式簡易知能評価スケール）等と方式が複数あり、今回検討範囲では連携項目としての標準化は困難であると考え、連

携項目に PDF ファイル等を添付する方針とした。

図 2-4-4 検討範囲の位置付け

前述の検討プロセスを経て策定した共有項目の全体構成は、表 2-4-5、表 2-4-6 の通りである。

表 2-4-5　共有項目概要：行（縦方向）

項(行番号)	大項目	中項目、小項目例
1～4	文書定義	文書送信日時、連携目的、補足文書有無
5～14	本人属性	ID、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号など
15～29	情報元	情報を送信する施設名、送信者名、職種など
30～60	保険・認定	要介護認定、障害認定、医療保険、公費など
61～66	こころ	本人・家族の希望、受け止め、痛みなど
67～69	見守り	医師、看護師等から各職種に伝えたい観察ポイントなど
70～78	キーパーソン	主介護者、緊急連絡先など
79～81	住居	家屋の状況、独居／家族ありなど
82～132	治療・ケア	生活機能、精神・認知、アレルギー、感染症、既往歴、現病、医療処置、処方、検査結果、バイタルサイン、口腔ケア、診療情報提供書、各種指示書・計画書など

表 2-5-6 共有項目概要：列（横方向）

項目名	定義
ユースケース①	退院（在宅移行）時における項目の重要度を示す
ユースケース②	介護サービス開始時における項目の重要度を示す
ユースケース③	日々の在宅ケア時における項目の重要度を示す
ユースケース④	緊急入院時における項目の重要度を示す
項目コード	項目を識別する 6 桁の番号
大項目	文書定義、本人属性、情報元、保険・認定、こころ、見守り、キーパーソン、住居、治療・ケア
中項目	大項目に関連のある中項目
小項目	中項目に関連のある小項目
データ種別	数値／文字列／日付／日時／コード／外部ファイル等
サイズ(Byte 数)	法的・公的に決められているものを含め、参考例として記載する
記録内容例	あくまでも例示であり、項内容やコードを限定するものではない
内容例の参照元	記録内容例の参照元となった規格書や仕様書類
備考	その他補足事項

３．調査結果

３－１　調査先の概要

３－１－１　横浜市南区

(1)調査先：南区役所福祉保健センター高齢・障害支援課　地域包括ケア推進担当

(2)地域の基本情報：

人口	194,827 人(平成 27 年国勢調査)
世帯数	95,528 世帯(　同上　)
一世帯当たり人員	2.04 人(　同上　)
65 歳以上人口割合	25.9%(　同上　)
75 歳以上人口割合	12.2%(　同上　)
地域包括支援センター数	8
日常生活圏域の数	11

その他特徴

- 横浜市のなかでは、独居が多い。交通の便が良いため、区外に働きに出る人が多い。
- 生活保護受給は 4%と横浜市平均の倍。簡易宿泊所に隣接している地域は生活保護を受けている単身者が多い。
- 健康寿命の延伸が課題であり、アルコール依存症や生活習慣病をもっている区民も多い。
- 区民は、大規模病院や小規模病院より、近隣の開業医にかかる傾向がある。

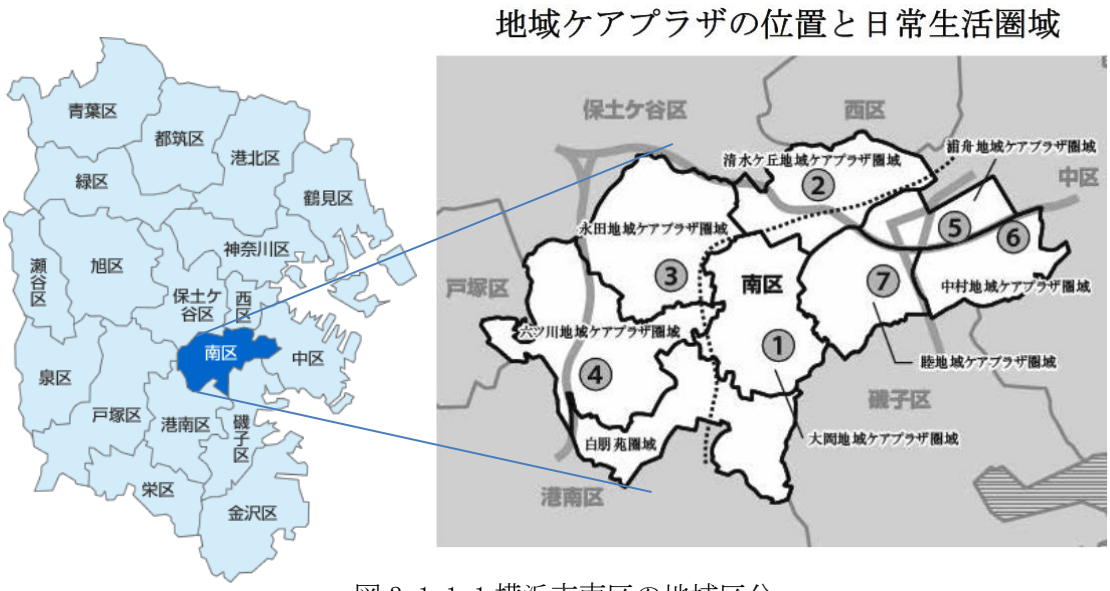

図 3-1-1-1 横浜市南区の地域区分

（出典：横浜市）

(3) 在宅医療・介護連携の推進状況

- 横浜市は平成 3 年から、独自施設である地域ケアプラザを整備。市内に 136 か所（平成 28 年 12 月時点）。①地域活動・交流、②福祉保健の相談支援（包括支援センター）、③福祉保健サービスの3つの機能に加え、平成 28 年度から生活支援コーディネーターを配置した。
- 南区医師会では、在宅事業部が訪問看護ステーションと居宅介護支援センターを設置。平成 27 年 1 月より横浜市の在宅医療連携拠点事業を受託し、在宅医療相談室を運営している。
- また区内を8地域に分け、4人の医師が2地域ずつ担当し、訪問診療を行う医師のバックアップ体制を敷いている。
- 南区内の医療・介護の関係者が集まり、多職種間の連携を考える機会や地域で安心した暮らしが継続できるよう関係職種が問題解決していけるような環境づくりを目的に、平成 27 年 1 月に南区在宅療養支援ネットワーク会を設立。在宅医療相談室と連携し、事例検討会や多職種連携会議を実施している。

(4) ICT 利活用の状況

- 在宅医療相談室が事業所検索サイトを運用している。
- 南区在宅療養支援ネットワーク会は、「サイボウズ LIVE」の「情報共有のための掲示板」を利用し、南区在宅療養支援ネットワーク会や参加団体からのお知らせを共有している。

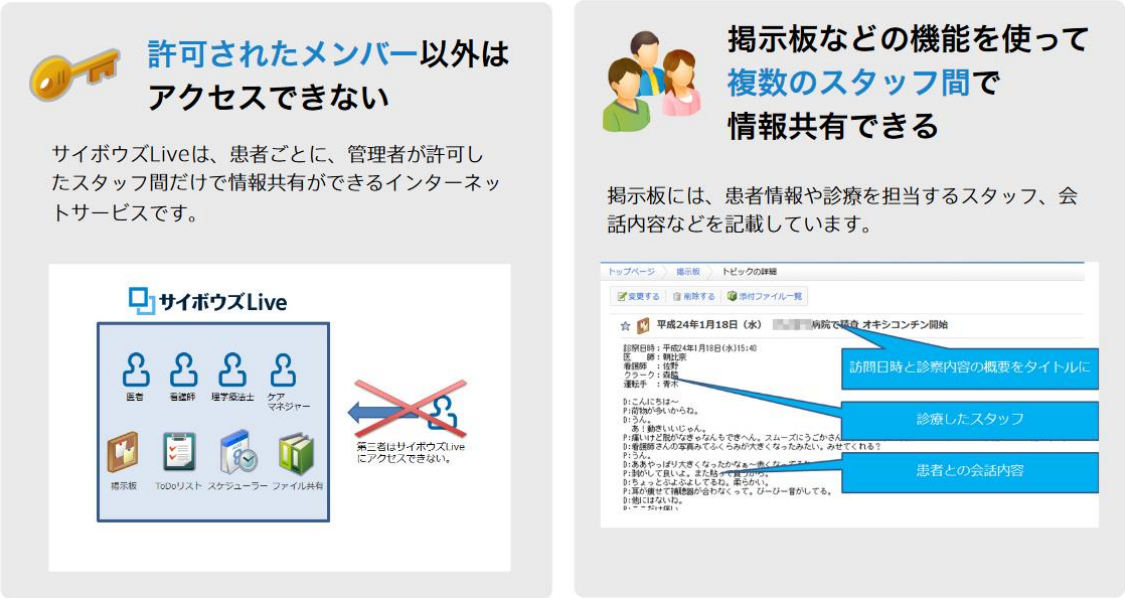

図 3-1-1-2　サイボウズ LIVE の特徴

（出典：サイボウズ株式会社 Web サイト サイボウズ Live 導入事例）

３－１－２　東京都世田谷区

(1)調査先：桜新町アーバンクリニック

(2)地域の基本情報：

人口	892,853 人(平成 29 年 2 月)
世帯数	467,644 世帯(　同上　)
65 歳以上人口割合	20.17%(　同上　)
75 歳以上人口割合	10.24%(　同上　)
地域包括支援センター数	27

その他特徴

- 世田谷区の高齢化率は、約20%で高齢者は多く、在宅医療と介護サービスのニーズは高い。
- 介護施設が都内でも多い地域であり、大手介護関連企業の実証の場となる地域である。
- 富裕層も多いが生活保護受給者も多い地域である。
- 家族が介護を行う形態はあまりない。
- 介護保険ではない「家政婦」サービスを有料で行っている事業者があり、介護保険で賄うことができない生活支援を行っている。

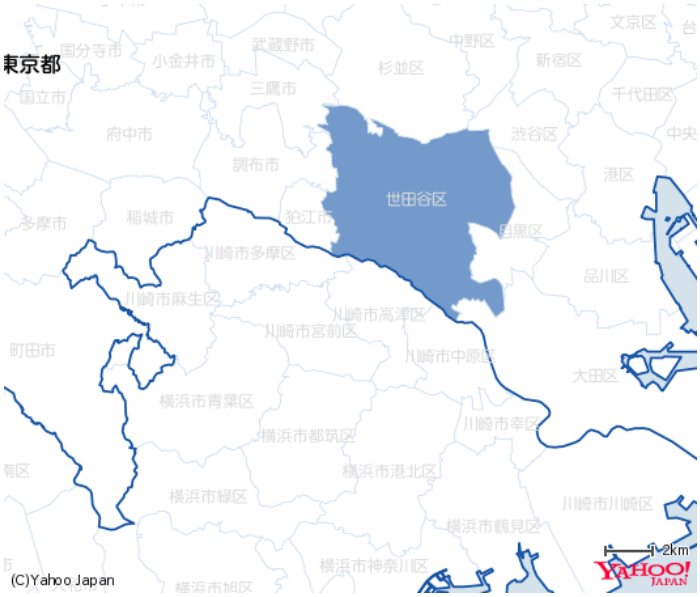

図 3-1-2-1　当地域区分

（出典：日本医師会　地域医療情報システム）

(3)在宅医療・介護連携の推進状況

- 2009年　桜新町アーバンクリニックにて在宅医療を開始した。(最初は、Dr1 名、Ns1 名で開始)

- 現在の体制
  - 常勤の専門医　5名
  - 非常勤医師　　5名
  - 看護師　　13名
  - 薬剤師、作業療養士、MSW、ケアマネ、訪問看護ステーションも併設している。
  - 上記体制で、380名（300名は居宅、80名は施設）の患者を対応している。
- 在宅患者の紹介
  - がん患者の8割は、近隣の病院からの紹介。
- 1つ1つのケースをしっかり診療を行い、結果として地域の連携先からの信頼をえることが大事である。在宅医療の場合、9割が連携先からの紹介になるので、信頼感が大事になる。
- 在宅医療は地域（近隣の訪看 St やケアマネ）で支えているので、自院内ではなく、地域としてのチーム力をあげることが大事である。

(4) ICT 利活用の状況

- EIR を情報の提供するツールとして活用している。
- 電子カルテに入力した情報をそのまま EIR で開示している。電子カルテ入力時に、できるだけわかりやすく（日本語で）登録することを意識している。
- IT 化が進んでいない施設や地域との連携は、関連する施設の IT 状況により、電子カルテ側で EIR、FAX、紙のどれから送信することを可能にしている設定をしている。

図 3-1-2-2　EIR システムの概要

（出典：株式会社インナービジョン　在宅医療における iPhone の活用とクラウド型地域医療支援システムについて）

３－１－３　青森県八戸市

(1)調査先：はちのへファミリークリニック

(2)地域の基本情報：

八戸医療圏の人口：約３３万人

八戸市人口：約２３万４０００人

八戸市高齢化率：２３．３％

医療資源

- 病院:21施設(中核病院:3施設　八戸市民病院/八戸赤十字病院/青森労災病院)
- 在宅療養支援病院:1施設
- 診療所:143施設
- 在宅療養支援診療所:12施設
- 介護施設:100施設以上(ほぼ居宅)
- 小規模多機能型居宅介護施設:約10施設(県下のほとんどが八戸)
- 訪問看護ステーション:約30施設(ほとんどが小規模、24時間に対応していない)

その他特徴

- ケアマネジャーの協議会等も、早い時期に設立した。
- 訪問リハ施設が少ない。

図 3-1-3-1　当地域区分

(出典：青森県 Web サイト)

(3) 在宅医療・介護連携の推進状況

- もともと在宅医療を行える資源のある地域（訪問看護ステーションや介護施設等の数が多い）である。
- 県下において、八戸地域は介護分野に先進的に取り組んできた経緯があり、自前で様々なことが行えている。在宅医療との連携も先進的に取り組んでおり、体制は構築できている。

(4) ICT 利活用の状況

- 在宅医療の ICT 連携は、1訪問看護ステーション＋かかりつけ医（はちのへファミリークリニック）からスタートした。
  - ➢ 訪問看護ステーションでの申し送りツールとしてICTシステムの運用がスタートし、現場の要望で医療機関（かかりつけ医）との連携がスタートした。
- 運用が開始されたのち、訪問看護ステーションが増え、口コミでネットワークに参加する施設が増えだした。
- 青森県多職種連携協働在宅医療モデル事業に採択され、任意団体にて八戸地域での多職種連携ネットワーク「connect8」を発足した。その後 NPO 法人を立ち上げた。
- 機能のブラッシュアップ項目は、現場からの声を参考にしている。
- 医療機関（病院、診療所、歯科）、訪問看護ステーションや調剤薬局、介護施設等での多職種連携ネットワークとして運用をし、約 750 人の患者さんを対応している。

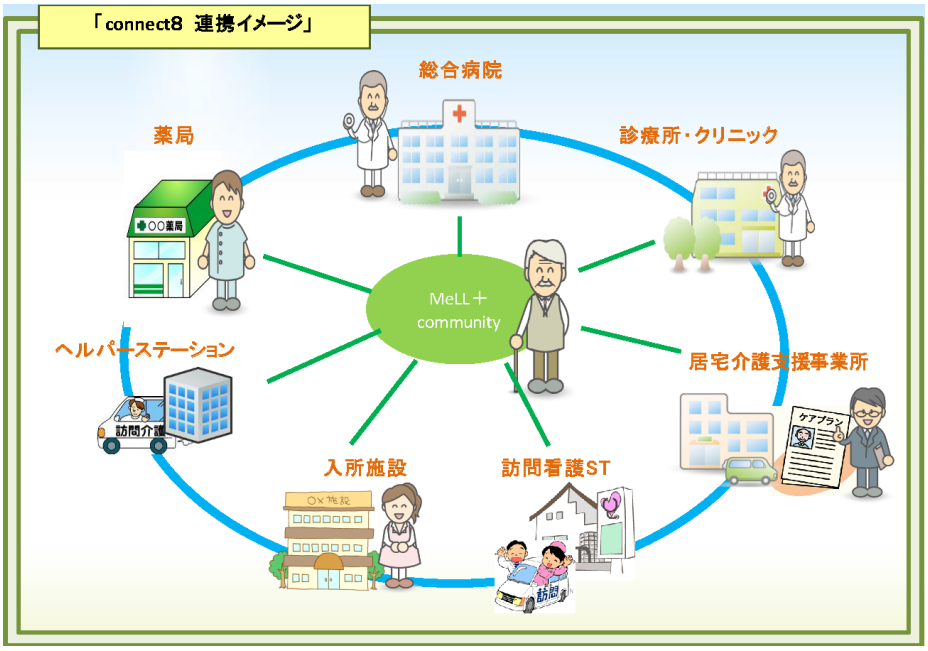

図 3-1-3-2　connect8 システム概念
（出典：はちのへファミリークリニック）

３－１－４　島根県出雲市

(1) 調査先：NPO 法人　しまね医療情報ネットワーク協会

(2) 地域の基本情報：

- 島根県は離島、中山間地を持つ過疎・高齢化社会である。
- 医師不足・僻地が地域課題。行政のかかわりは強くなっている。
- 行政がかかわっている主な理由としては、「患者(住民)の安全・安心確保」「地域包括ケア構築の推進」であり、医療費の削減効果や介護の重症化予防という効果を求めるほかの自治体とは異なる。
- 限られた医療資源の活用するため、ICT＋ドクターヘリなどで解決を目指している。

図 3-1-4-1　当地域区分

（出典：島根県 Web サイト）

(3) 在宅医療・介護連携の推進状況

- 2002年から医療情報ネットワーク「医療ネットしまね」が稼働し、現在は医療情報ネットワーク「まめネット」として再構築を行った。そのまめネットを連携基盤として様々なサービスを展開している。
- 島根は医療資源が少ない。それを補うため、介護の役割を引き上げている。まめネットの目的を「医療」ではなく「ヘルスケア」に置いている理由である。
- まめネット運営の基本方針
  - 基本サービス:行政(県)が負担
  - 連携アプリケーション:利用者負担している。(利用者が選択により価格が変動する)

- 医療介護連携では、在宅ケア支援（介護連携）アプリケーションを利用している。
  - 在宅情報共有サービス
    - 多職種間のSNSサービス
  - 認定情報共有サービス
    - 認定審査会後に結果を、保険者（自治体）から担当のケアマネジャーへ電子送付する。
    - 電子化連携の契約は保険者、居宅支援間で交換している。
  - ケアプラン交換
    - サービス提供票、計画書1、2を交換できる。
    - 介護システムから出力される予定、実績CSVの取り込みが可能であり、2重登録を回避している。

図 3-1-4-2　まめネットのサービスと機能
（出典：NPO 法人　しまね医療情報ネットワーク協会）

(4) ICT 利活用の状況

- まめネットの利用率
  - 登録患者数　3．3万人（全県人口：70万人）
  - 施設参加率
    - 病院　83％
    - 診療所　40数％（274施設）
  - 在宅ケア支援（介護連携）アプリケーションの利用実績
    - 認定情報共有サービス
      - 利用自治体：出雲市、雲南広域連合、浜田地区広域行政組合、安来市

以下、出雲市における運用例

- 本人からの情報開示同意は、市役所窓口での介護保険認定申請書の記入時または訪問調査時の申請書記入時に行っている。
- 主治医意見書に情報提供の同意欄があり、医師会から意見書提供の同意を得ている。
- この同意取得の運用は、約10年前から行っている。
- 73居宅介護支援事業所のうち、64事業所が利用している。
- 居宅介護支援事業所から情報提供料は取っていない。

✧ ケアプラン交換

- 島根県内に導入している介護システムベンダー（6社）は個別で対応している。
- 法改正等では、各ベンダーが改修対応を行う数カ月間、運用が行えずに紙運用となるため、現場から早期の対応を多く求められる。島根県内の介護事業所にとって不可欠なシステムとなっている。

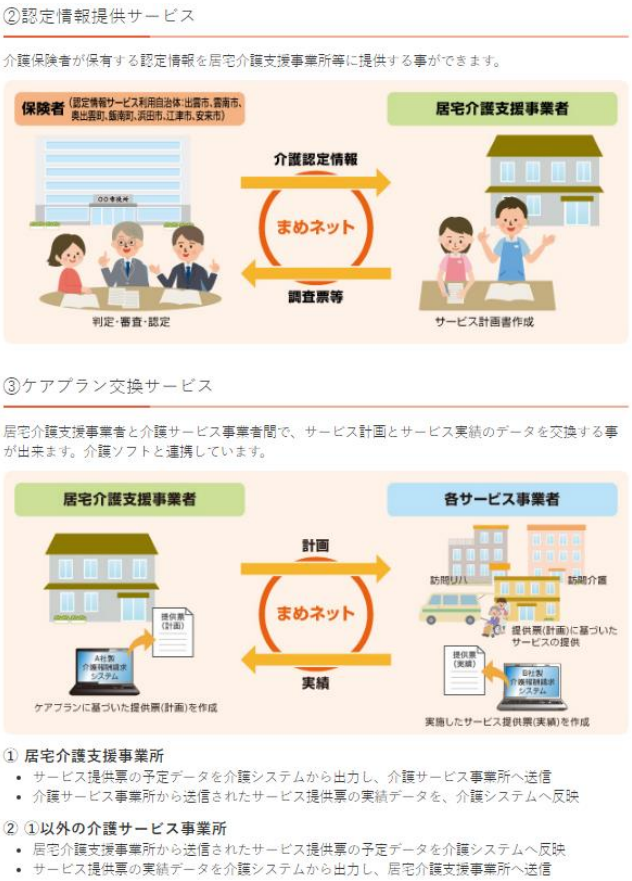

図 3-1-4-3　在宅ケア支援サービス概念図
（出典：NPO 法人　しまね医療情報ネットワーク協会）

３－１－５　岡山県井笠地区

(1) 調査先：　備中保健所　井笠支所

(2) 地域の基本情報：

- 人口　151,279 人（平成 27 年 10 月現在、5 市町（笠岡市、井原市、浅口市、里庄町、矢掛町）
- 人口構成比　（平成 27 年 10 月現在）
  - 年少人口(0~14 歳)：11.4%
  - 生産年齢人口(15~64 歳)：53.8%
  - 老年人口（65 歳以上)：34.8%
- 世帯数（平成 22 年厚生調査）
  - 世帯総数：52,011 世帯、内 65 歳以上の高齢単身者世帯数の割合：12.0%、高齢者夫婦世帯：16.2%
- 医療機関数
  - 13 病院、病床数：1,696 床
- 介護施設数
  - 居宅サービス：148 施設
  - 指定居宅介護支援：55 施設
  - 施設：29 施設

図 3-1-5-1　当地域区分

（引用：備中保健所　井笠支所　資料）

(3) 在宅医療・介護連携の推進状況

- 平成 22 年度から井笠圏域の医療の課題を、医療に関係する様々な機関や行政、住民の方と「みんなで考える井笠の医療」として協議の場を設け、課題解決に向けて取り組んできた。この時の課題（テーマ）は、平成 22 年度は、救急医療で特に県境との救急医療体制の連携について、平成 23 年度は小児救急の普及啓発に重点をおいて協議や取組を行ってきた。
- 平成 24 年度は、在宅医療を中心に連携窓口の共有と連携シート「むすびの和（井笠版）」の作成を行った。
- 岡山県、県医師会、県病院協会が中心となって構築し、医療機関の連携ネットワークとして、「医療ネットワーク岡山（通称：晴れやかネット）」が平成 25 年 1 月から運用を開始した。
- 平成 25 年度以降は、医療と介護の連携シート「むすびの和」の普及に努め、退院時調整会議等での活用の推進を図っている。また、併せて晴れやかネット拡張機能モデル事業（ケアキャビネット）を井笠地域の在宅医療連携拠点事業所で実施することとなった。
-

(4) ICT 利活用の状況

- ケアキャビネットは、晴れやかネットを連携基盤とし、拡張機能として構築した。
- 晴れやかネットワーク上に配置した「地域医療連携サーバ」を用いて、ポータルから接続して提供するサービスを「拡張機能」と呼び、「ケアキャビネット」を活用している。

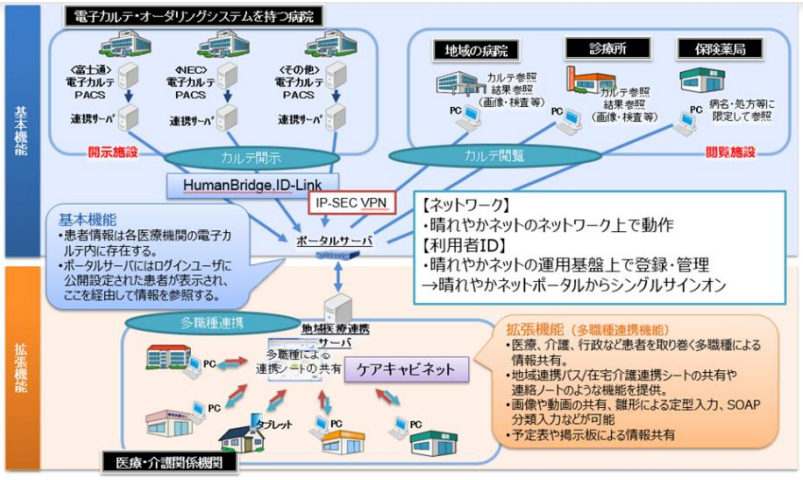

図 3-1-5-1　晴れやかネットとケアキャビネットの連携

（引用：備中保健所　井笠支所　資料）

・　ケアキャビネットシステムの主な機能は、多施設、多職種によって情報共有したい患者ごとに各種の情報（画像・動画、記事(コメント)、バイタルサイン等の数値データ）を登録、参照できる。また、地域の中の小コミュニティごとにグループ登録できる。掲示板機能、チャット機能、予定表機能により、グループスタッフ間での情報共有ができる。

・　タブレット（iPad)、スマートフォン（iPhone）により、患者宅等の出先でも情報参照が可能である。

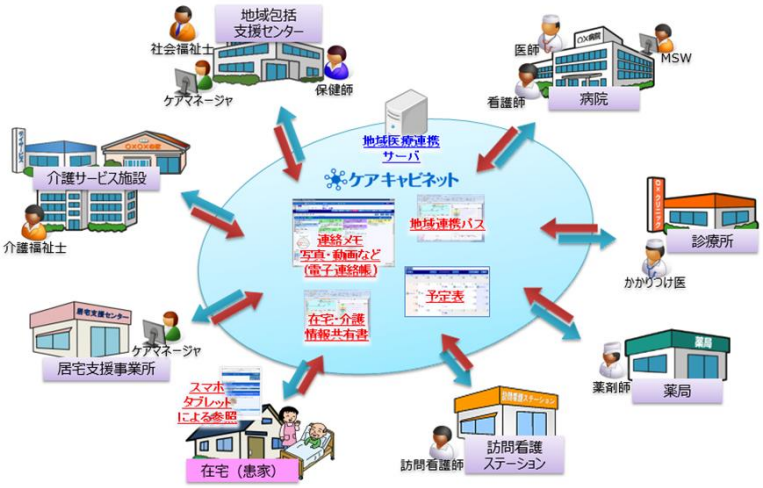

図 3-1-5-3　ケアキャビネット概念図
（引用：備中保健所　井笠支所　資料）

３－１－６　北海道砂川市

(1)調査先：　砂川市立病院

(2)地域の基本情報：

【砂川市】

- 人口:17,601 人(平成28年7月末現在)
- 高齢化率:36.0%
- 札幌と旭川の中間地点(札幌方面への移動が多い)
- 在宅療養支援診療所がない。
- 条例として、基本4情報を地域高齢者の見守りのため、社会福祉協議会等に開示できるように制定した。
  (氏名、住所、年齢、性別の4項目と本人同意事項を共有している)

【中空知医療圏】

- 芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町 (総人口　109,022 人)
- 滝川市が一番人口規模は大きいが、砂川市立病院が地域医療の中心になっている。
- 中空知医療圏　上砂川町の高齢化率　47.7%
- 在宅療養環境(2016 年 4 月現在)
  - 麻薬施用可能な療養型病院　7施設
  - 24時間対応訪問看護 ST　4施設
  - 在宅療養支援診療所　5施設
- 介護施設
  - 老健　6施設
  - 特養　12施設
  - グループホーム　16施設
  - 介護療養型医療施設　4施設

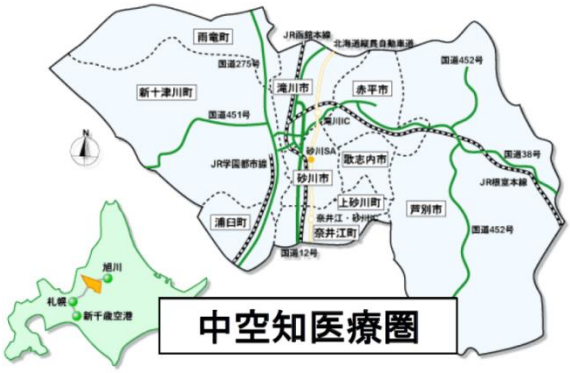

図 3-1-6-1　当地域区分
(引用：砂川市立病院　資料)

(3) 在宅医療・介護連携の推進状況

- 市立病院の役割を急性期オンリーからケアミックス化へ移行した。
- 認知症疾患医療センターとNPO 法人中空知・地域で認知症を支える会にて連携協議会を設立し、認知症の人と家族を地域で育てるネットワーク活動）を実施している。
- 地域で在宅・介護ケアを考える会の発足し、ICT システム「砂川みまもりんく」を構築した。
- 訪問看護をやりたい看護師が多く、研修会を実施し、在宅医療への意識を高める普及活動を実施した上で、退院時も市立病院が協力する体制をとっている。

(4) ICT 利活用の状況

- 砂川みまもりんくのシステム概要は、砂川市立病院の電子カルテの情報をすべて連携先閲覧施設へ開示している。当地域の医療、調剤薬局、介護系の施設で、ほぼ連携が完了している状態である。閲覧側の訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所等は、メモ機能を利用して情報共有を行っており、訪問看護ステーションは、IC（インフォームドコンセント）と医師の記載（外来の時の説明内容）を閲覧している。
- 砂川市立病院としても、院外連携活動をかなり前から取り組んでおり、ネットワーク構築の際、すでに訪問看護ステーションとの関係性ができていたので、苦労はしなかった。
- 近隣の医療機関・介護事業所等へ拡張すべく、普及活動を行っている。

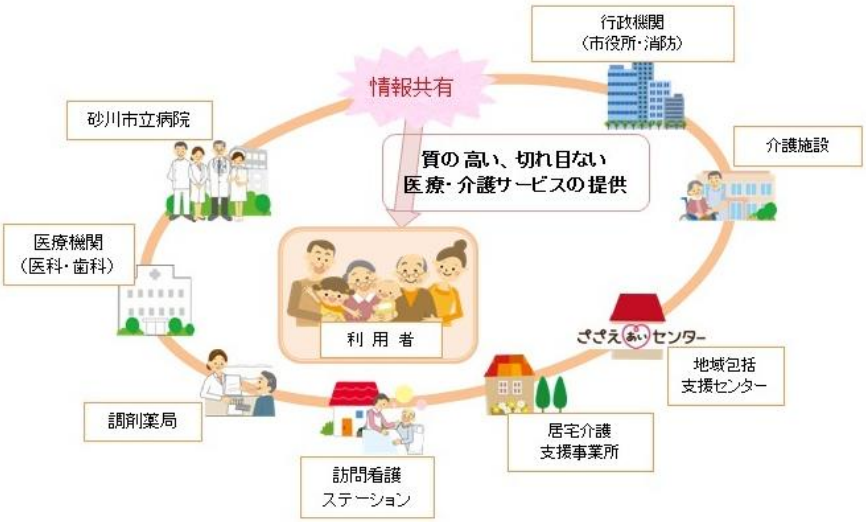

図 3-1-6-2　砂川みまもりんく概念図
（出典：北海道砂川市）

３－１－７　和歌山県伊都地区

(1)調査先：一般社団法人　伊都医師会

(2)地域の基本情報：

人口	92,052 人(平成 27 年 4 月、1 市 3 町合計)
高齢化率	橋本市：29.7%
	かつらぎ町：36.0%
	九度山町：41.8%
	高野町：42.3%
医療機関数	診療所：79
	病院：5（内精神科１）
	歯科診療所：46
	調剤薬局：48
介護関係施設	訪問看護ステーション：8
	介護老人保健施設：4
	特別養護老人ホーム：10
	養護老人ホーム：1
	軽費老人ホーム：1
	有料老人ホーム：6
	通所リハ提供：5
	ケアマネジャー：142

その他特徴

- 大阪、和歌山市のベットタウンとなっていたが、近年過疎化が進んでいる。
- 伊都郡３町の高齢化率が全国平均を上回っている。（全国平均：26.0% H26.10.1　内閣府高齢社会白書）
- 当地域の約４割の住民が他医療圏にて入院しているが、逆に近隣の医療圏からの入院患者も多い。

図 3-1-7-1　当地域区分
（出典：日本医師会　地域医療情報システム）

(3)在宅医療・介護連携の推進状況

- 医療と介護の連携代表者会議を立ち上げ、医師会、訪問看護、ケアマネ、歯科医師会、薬剤師会、福祉施設、自治体と連携しながら検討を行っている。（２カ月に１回の会議、年２回の講演と懇親会を実施）
- 医師会では、平成２３年より、「i-ゆめ在宅医療ネットワーク（在宅医療希望患者サポートシステム）」を立ち上げ、主治医と複数の副主治医が連携し、在宅患者をケアするサポート体制を構築している。
- 平成２８年度から、医師会が中心となり、「医療介護間情報連携検討 WG」を開催し、医療と介護間で必要な情報共有体制を構築し、検討を開始している。
- 平成２８年度に、医師会から介護・福祉施設向けに在宅医療における医療と介護の連携実態を調査するため、アンケートを実施した。集計結果は、今後の検討資料とする活用する。

(4)ICT 利活用の状況

- 医師会では、平成１４年から地域医療連携システム「ゆめ病院」を立ち上げ、診診・病診連携から、特定健診結果連携、i-ゆめ在宅医療ネットワーク（在宅医療連携）などの医療情報連携基盤は構築できている。
- 平成２８年から、これまで医師会、橋本市民病院が中心となって進めていたゆめ病院を運営する「ゆめ病院協議会」へ伊都薬剤師会、歯科医師会が評議員として参加し、当地域での在宅医療多職種間による情報連携の検討を開始した。

・　ゆめ病院を基盤とし、医療・介護間での情報共有の在り方等を「医療介護間情報連携検討 WG」にて検討を開始し、より簡便に連携できるヒューマンネットワークを軸としたシステム構築を目指す。

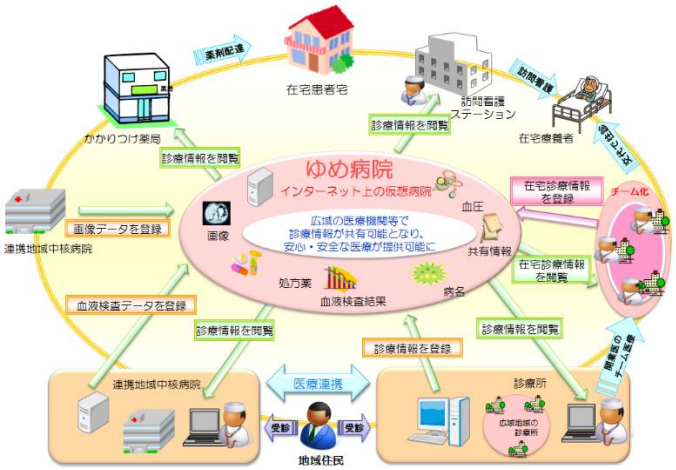

図 3-1-7-2　ゆめ病院の概念

（出典：一般社団法人　伊都医師会）

３－１－８　茨城県笠間市

(1)調査先：　茨城県笠間市役所

(2)地域の基本情報：

人口	78,637 人(平成 26 年 10 月)
世帯数	27,946(　同上　)
65 歳以上人口割合	26.8%(　同上　)
75 歳以上人口割合	14.7%(　同上　)

介護サービス事業者：訪問介護（15 ヶ所)、通所介護（23 ヶ所)、居宅介護支援（14 ヶ所)、介護老人福祉（4 ヶ所）介護老人保健（4 ヶ所)、訪問リハビリ（2 ヶ所）など

医療機関：病院（5 ヶ所)、一般診療所（40 ヶ所）　歯科診療所（30 ヶ所）

- 茨城県の中央部に位置し、首都圏から約 100Km の距離にある。県都水戸市に隣接しており、ＪＲ常磐線および水戸線、常磐高速道路および北関東自動車道の結節点となっており、県交通の要衝として発展してきた都市である。
- 市内には、日本三大稲荷の一つである笠間稲荷神社をはじめとし、由緒ある歴史を持つ神社・仏閣や、１３０軒以上の窯元からなる笠間焼、茨城県陶芸美術館、日動美術館、筑波海軍航空隊記念館などを目当てに、年間 300 万人を超える観光客が訪れる県内有数の観光都市となっている。
- 県立中央病院、県立こころの医療センターが立地しており、市立病院や民間委員のネットワーク体制が構築され、社会福祉ボランティアも活発な地域であり「福祉のまち」としても認知されている。
- 近年は、人口減少、高齢化が進んでおり、かつ、東日本大震災からの復興といった課題に直面しており、２０１２年２月「健康都市かさま宣言」により地域資源を最大限に活用した総合的な街づくりを進めている。

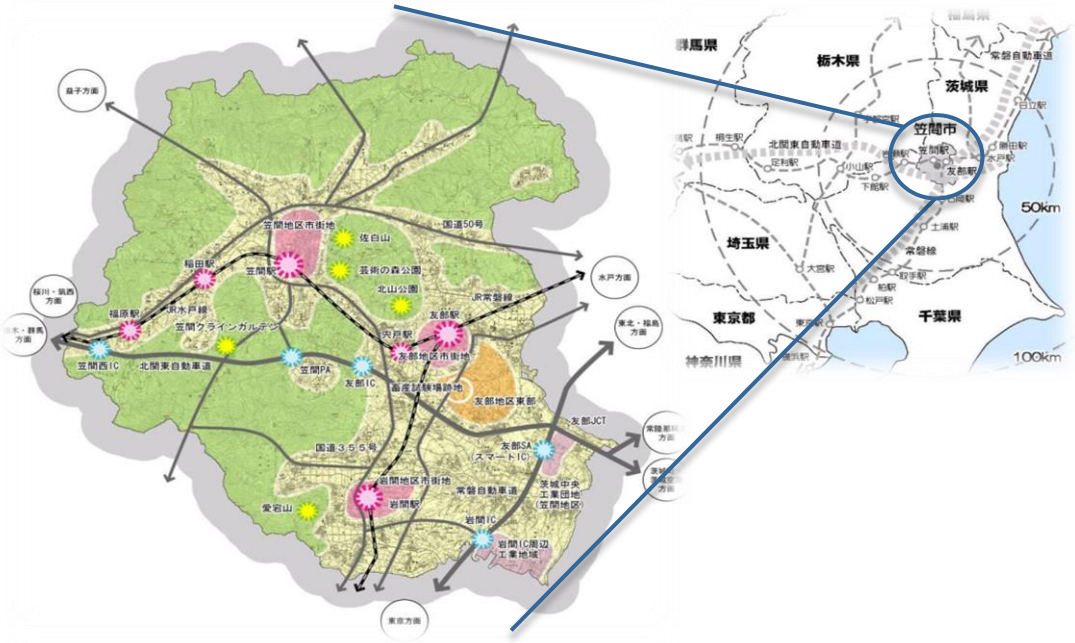

図 3-1-8-1　当地域区分
（引用：茨城県笠間市役所　資料）

(3)在宅医療・介護連携の推進状況：

- 平成 25 年度より「笠間市地域包括ケアシステムネットワーク体制」（ひとのネットワーク）を構築した。
- 当ネットワーク体制は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、社会福祉協議会、関係福祉サービス事業所、民生委員・児童委員協議会、警察署、消防署、要保護児童対策地域協議会、障害者自立支援協議会、地域ケアコーディネーター、見守り協力機関、見守り協力員、市役所、地域包括支援センターで構成されている。当ネットワークの目的は次の通り

  ▽要援護者の早期に発見　　▽迅速な支援の開始
  ▽関係機関との情報共有　　▽情報の共有化を通じての役割分担
  ▽役割に基づく総合的な支援体制の整備
  ▽関係機関が協力することによる社会資源の有効活用

(4) ICT 利活用の状況：

- 「笠間市介護健診ネットワーク」は、平成 26 年 10 月より運用を開始した。 平成 28 年 3 月末時点で、要介護認定者 3,591 名のうち同意を得た約 1,200 名の介護情報を共有している。さらに約 6,000 名の見守り支援情報が登録されている。
- 笠間市が保有する要介護認定情報などを各事業所へ公開し、業務の効率化を支援している。ケアマネジャーからは「要介護認定の情報をわざわざ高齢者宅や役所に出向かずに、事業所でいつでも確認できるようになった。常に最新の情報を入手できるため事務効率が向上した。自己負担額も正確に算出できる」などの声があがっている。

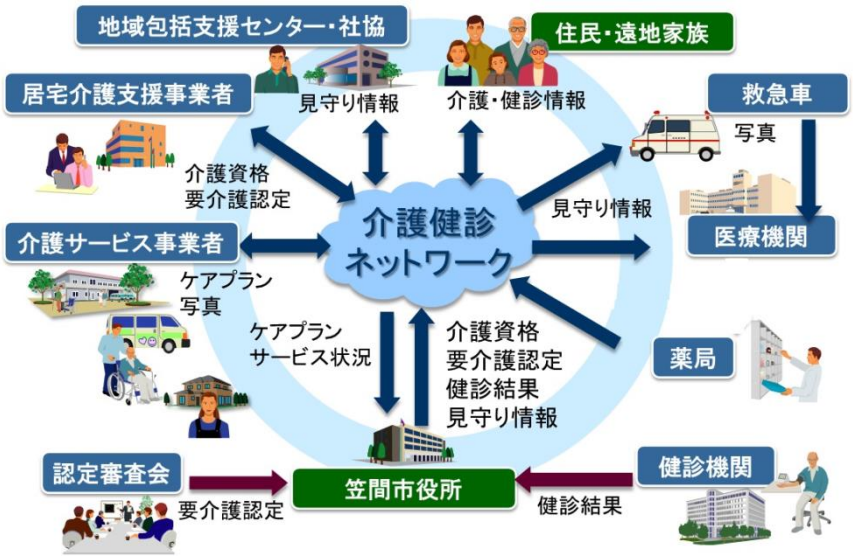

図 3-1-8-2　笠間市介護健診ネットワーク
（引用：茨城県笠間市役所　資料）

３－１－９　福岡県宗像市・福津市

(1)調査先：　宗像医師会在宅医療連携拠点事業室

(2)地域の基本情報：

【むなかた地区(宗像市、福津市)】

- 人口:約 15 万 5 千人
- 総面積:約 172 平方km
- 高齢化率:約 27.5%
- 医療資源
  - 宗像医師会
    - 病院
    - 在宅支援室
    - よつづか（老人保健施設）
    - むーみんネット（在宅医療連携拠点事業室）
    - 医師会事務局
  - 在宅医療
    - 診療所：　101 施設（宗像市：63、福津市:38）
    - 在宅療養支援診療所:　21 施設（宗像市：11、福津市:10）
    - 在宅療養支援病院:　2 施設（宗像市：2、福津市:0）
    - 訪問看護事業所：　7 施設（宗像市：5、福津市:2）
    - 在宅療養支援歯科診療所:　6 施設（宗像市：4、福津市:2）
  - 入院施設
    - 病院：　14 施設（宗像市：8、福津市:6）
  - 在宅介護
    - 居宅介護支援事業所：　46 施設（宗像市：29、福津市:17）
    - 地域包括支援センター：　3 施設（宗像市：2、福津市:1）

【その他特徴】

- 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、訪問薬剤指導を行う薬局の数は福岡県の平均以下であるが、在宅医療は進んでいる。24 時間対応の訪看、薬局が多いことが数の少なさを補っている。
- 宗像薬剤師会が、宗像センター薬局を運営し、訪問薬剤師が不在の場合は、センター薬局がバックアップしている。
- 行政区分と医師会の範囲が一致しており、活動しやすい。

図 3-1-9-1　当地域区分
（引用：宗像医師会在宅医療連携拠点事業室　資料）

(3) 在宅医療・介護連携の推進状況

- 平成24年度　厚生労働省　在宅医療連携拠点事業に採択された。
  - IT による情報共有システム　むーみんネットシステムを構築し、現在も継続運用をしている。
- 平成25年度から26年　地域在宅医療推進事業に基づいて計画・実施
- 平成27年度　地域在宅医療推進事業
  福岡県在宅医療連携拠点整備事業に基づいて計画・実施
- 平成28年度　宗像市・福津市在宅医療・介護連携推進事業（業務委託）
  福岡県在宅医療連携拠点整備事業　に基づいて計画・実施
  現在の組織は「宗像医師会在宅医療連携拠点事業運営委員会」を核としてその下に、「地域リーダー」「プロジェクト委員会」「多職種連携会議」を置く。

(4) ICT 利活用の状況

- がん末期、神経難病、家族の介護力が弱い患者の多職種間の情報共有のために ICT ツール「むーみんネットシステム」を活用している。主な機能は次のとおり。
  - 患者一覧：患者を検索。目的に会ったアイコンをタップ
  - 患者基本情報：情報量が多いため、基本１～基本５に分割されている
  - 訪問カレンダー：訪問データありは青色、訪問当時は紫色で表示
  - バイタル・訪問メモ：該当日をタップすると詳細の確認ができる
  - 処方薬：訪問薬剤師が処方薬等の情報を入力

- 医療処置：訪問した医師や看護師が処置内容を入力
- むーみんトーク：医療版の対話アプリ、未読メンバーリスト
- ファイル集：画像を選択、共有することができる
- バイタル・熱形：バイタルサイン表示、体温・血圧のグラフ変化

・ 登録患者数は 176 人。うちアクティブ患者数は 26 人（平成 28 年 10 月現在）

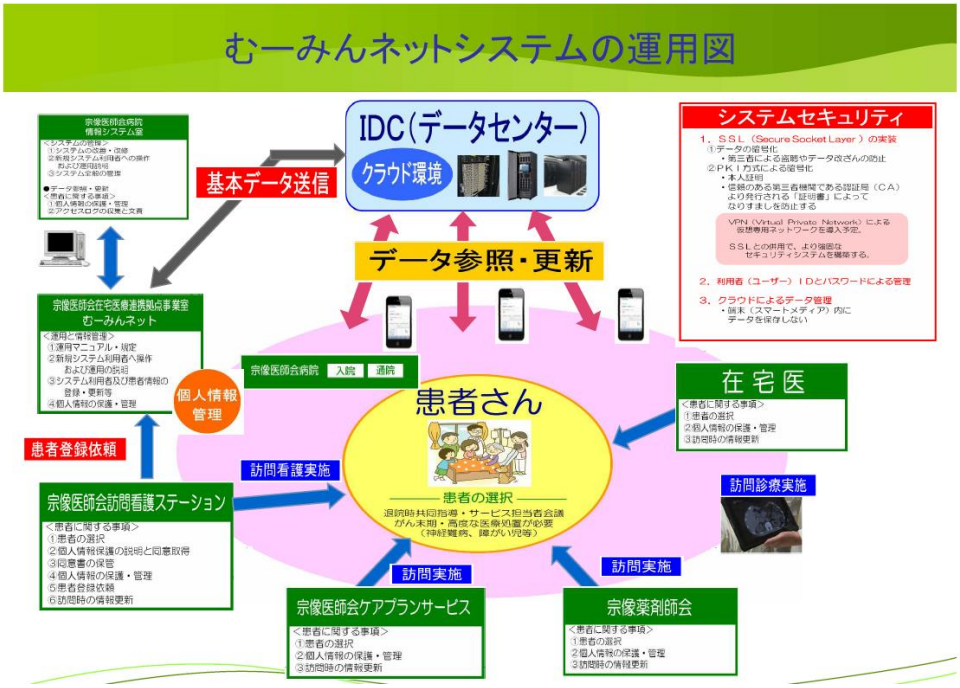

図 3-1-9-2　むーみんネット概念図
（引用：宗像医師会在宅医療連携拠点事業室　資料）

３－１－１０　京都市山科区

(1)調査先：　洛和会ヘルスケアシステム

(2)地域の基本情報：

- 同法人は、京都市内とは地理的に隔てられた山科区で、多くの医療介護資源を有する。
- 音羽病院（京都市山科区，５４８床）をはじめ「医療」「介護」「健康・保育」「教育・研究」の分野で約１６０カ所の施設を有している。

(3)在宅医療・介護連携の推進状況

- 医師会からの「紹介した患者の術後経過や入院中の容態などをリアルタイムで知りたい」という要望に応えるべく、紹介状と返書の ICT 化に着手したことが、地域医療連携システム「CoMet(Cooperating Medical network)」誕生のきっかけとなった。
- 「CoMet」とは別に、EHR+CHR（医療介護情報連携基盤）を目指し、医療介護間での情報共有システムを構築した。
- 医療・介護両方の情報を理解出来＆対応できるのは訪問看護師。訪問看護師を多忙にさせてはいけない。訪看を楽にする ICT を目指した。
- 自動ログイン、起動時間。ゼロ在宅でも、救急室でも自動ログインが可能となる仕組みを構築。欲しい情報に３秒で到達できる。
- ピクトグラムにて情報を簡易表示。医療情報、認知、家族の状況をひとめで把握。情報が多いと簡易表示は無理。無理項目は絞るべき。

図 3-1-10-1　洛和会施設エリア
（出典：洛和会ヘルスケアシステム）

(4) ICT 利活用の状況

- 職種別に共有したい項目調査を実施し、閲覧したい情報の整理をおこない、IT 化すべき項目を整理した。
- システムの簡便化と安全性の担保の両立を目指した。
- 「見たい！」と「見れない・・」の差が大きい項目が役立つ IT には必要である。
- 訪問看護師が電子カルテの検査結果、入院時処方・処置を見たい。ケアマネはサマリを見たいという。
- ICT 導入により、アクセスログを取れるようになり、業務分析が可能となった
- 緊急電話対応時の IT 使用は導入直後から行われた。在宅側だけではなく、病棟看護師も緊急連絡先（家族の情報）は見たいという。
- 一方「情報を入力」は操作に慣れてから徐々に利用度が上がった。在宅現場で入力が行われるようになった。
- 記録作業は夕方～夜間に集中していたが、ICT により平準化された。平準化により。訪問看護師の残業時間が減少傾向になった。
- 訪問看護師の満足度は ICT システムを使いこなすつれて向上してきている。

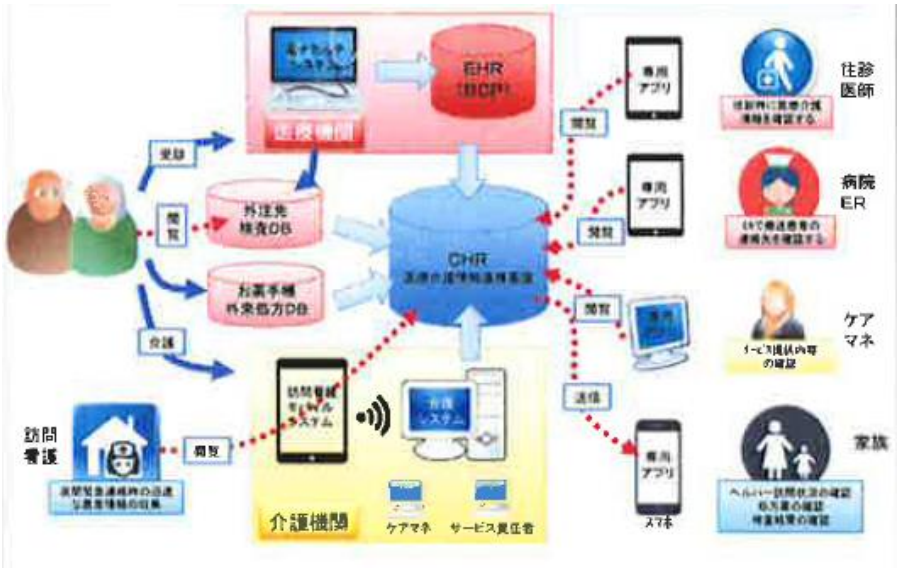

図 3-1-10-2　CHR の概念
（引用：洛和会ヘルスケアシステム資料）

３－２　調査結果の分類と検討

各地域にてヒアリングを行った結果を項目ごとにまとめ、以下の様に整理を行った。

３－２－１　情報項目と ICT 機能

医療と介護間で情報共有を行っている項目と利活用している ICT 機能を以下に示す。

【効果】

- 法定書類の作成に必要な項目を地域で共有。訪看指示書や訪問薬剤管理指導指示書とその報告書の共通項目（患者基本、主な傷病名等）をコピペできるようにしている。事務作業の効率化につながる。
- 電子カルテ登録に関しては、ディクテーションの活用（移動中に音声入力し、在宅勤務の看護師が文字に変換する）し、医師へフィードバックする。医師は、チェックをし、カルテへ登録する方法をとっている。これにより、移動中に登録ができるので、患者さんを診察できる時間を増やすことができ、かつ、医院へ戻ってきてからの一からの電子カルテ登録の手間がなくなった。また、記録としての電子カルテの内容（質）が向上した。
- 一般的な在宅医療対応電子カルテでは、ナラティブな情報を残すことができず、実施する場合には、医院へ戻ってきてから手入力するしか方法がなかったが、言葉で録音できることができるようになり、質の高い情報を移動中に残せるようになった。
- 丸ごとの電子カルテを全多職種と共有をし、かつ患者・家族にも開示している。その時、患者・家族に知られたくない情報は、伝えない項目エリアへ記載するようにしている。患者・家族には、翌週に渡している。⇒家族宅に、電子カルテがある状態にしている。
- 「認知症」や「小児医療」「お薬」等のテーマに関して、現場の医療介護スタッフがネットワークに所属する専門職の方に、現場で困っていることを相談し、アドバイスをもらえる。また、弁護士に対しての法律関係の相談も行える体制を開始した。Yahoo 知恵袋のような相互研鑽となる教育ツールを目指す。
- 病院が診療所の情報を見るケースもあり、手術前に「抗凝固剤の服用の有無」の確認など、患者が「診療所の先生からこう言われた」と言うことの事実確認ができる。
- 検査データだけ見せても患者にはわからないので解説が別途必要であり、説明用としても活用している。
- 介護認定審査結果報告等の郵送代や手間が削減できている。
- 送付する書類が統一され、作業の効率が向上した。
- 認定情報は、以前は1日遅れで配信していたが、現在は審査会当日の夕方に介護認定情報連携システムを活用し配信している。
- 特に、終末期、看取り期において、担当看護師や緊急電話当番が、患者さんの状況の予測や適切な対応に役立つ。
- PC 経由で情報をラベルでの印刷が可能であり、そのまま紙カルテに張り付けられる。転記の手間を削減する工夫をしている。

【構築・運用のポイント】

- システム機能は、「ちょっと足りないくらいが丁度いい」ちょっと足りないけど、使われることが大事なので、さわってもらえるシンプルさが大事。
- 空欄があってもOKとしている。介護職は「すべてを埋めないと医師に怒られる」と思っているため、空欄OKの運用が周知できない。
- 情報項目を増やすべきという要望がよく挙がるが「これまでの情報がスクロール（または画面を切り替え）しないと見えなくなる」「表示・ボタンが小さくなる」旨を説明して、理解してもらっている。
- 地域内でケアマネ毎に決めていたフェイスシートを医師会長の旗振りで統合を進めた。通常ならば医師から医学的観点の重点化を求めるが、ケアマネたちに任せた。
- 医療の内容より、ICF（特に背景因子＝環境因子(家族、地域サービス、高齢者の役割等)＋個人因子(学歴、職業歴、価値観等)）のほうが共有すべき情報だ。
- POS(Problem Oriented System:問題点に注目した解決手法と記録)のなかでも社会的プロブレムを重視する動き。
- サマリの共通化も重要。POS学会と日本医療情報学会が進めている。医療内容をA4×1～2枚でまとめて共有する取り組み。
- 介護職は守秘義務がないので、アプリ×職種のマトリックスで制限をかけている。すべてをワンシステムで運用するのは難しい。アプリで分けるのが良い。アプリ間のすべての情報は連動できないが、ログインを一本化するメリットはある。
- 自院の全電子カルテ情報を地域連携システムへ自動的に共有することにより、二重入力を削減している。(登録を簡便にすることにより、継続可能なシステム構築をしている)
- 電子カルテの情報は、介護士や薬剤師、本人や家族にまで、原則として開示している。
- 最初は、訪問看護ステーションでの申し送り支援ツールとしてスタートした。
- 介護職が「気軽」に閲覧でき、入力できる仕組みにこだわった（シンプルなUI)。
- 試験的に、時計型 IoT 機器等を活用し、システムにメッセージが書き込まれた時点で通知がくるようにし、「確認済」や「定型文での返信」を行えるようにした。
- アプリケーションは、利用者により選択できるようになっており、必要な機能だけを使えるシンプルな料金になっており、受益者の負担を軽減できる体系にしている。
- 活用方法の拡大として、健診結果の提供・共有も計画している。
- PDF（紙をスキャン）ファイルなども共有することができる。
- 訪問看護ステーションは、ＩＣ（インフォームドコンセント）と医師の記載（外来の時の説明内容）を閲覧している。
- 在宅診療対応では、主治医・副主治医（グループ）間での緊急時申し送り情報やバイタル情報共有や SNS 機能を使用して訪問看護師テーション、歯科医師、薬剤師との連

携をはかっている。

- 手作り感を大事にしている。(既製品ではなく、医師会とベンダーが協力して構築をしている)
- 現場の声を大事にし、機能の追加・削除を行っている。
- 患者ノートを電子化している。新しい書き込みがあるとメールで通知する。
- スマートフォンを使用端末とし、WEB ブラウザでのシステムを構築している為、端末内に情報が残らないようにしている。
- 全患者が共有対象ではなく、対象患者はがん末期、神経難病、家族の介護力が弱いの 3 つに限る。在宅移行のカンファレンス時に患者登録の可否を主治医が決めている。

【他地域へのアドバイス】

- 理念(ICF)の共有→紙の共有→Excel シートの電子共有と段階を踏んだ。8 年かかった。一足飛びの ICT 化は難しい。
- 緩和ケアメーリングリストは、自由形式だから、連携の輪が広がった。項目そのものは無いほうが良い。
- 介護職へ医療情報を積極的に見せている。見ると「勉強しなきゃ」と福祉系ケアマネが医学知識を自主的に学ぼうとする。「医学知識がないからケアマネに見せない」という地域に対する逆の発想。
- 共有する情報、登録する情報は、必要最低限にしないと、使われない。
- 現場の効率化を図らなければ、使われない。
- システムや環境が先行してしまうと、うまくいかない。
- ICT システムでの連携は、顔の見えるネットワークがなければ成立しない。

【要望・課題】

- 患者 利用者毎の掲示板と情報共有掲示板があるが前者はあまり使われていない。介護職は情報を見るが、書き込みをしない。書き込むことを恐れている。
- 介護・福祉側で使われているフェイスシートなどの統一化を国が先導をして進めてほしい。
- 介護事業者間での情報共有の標準化を進めてほしい。
- 個人端末が利用できなくなった場合、費用負担が発生してしまい、参加者の広がりが進まないと思われる。

３－２－２　推進要因（ひとのネットワーク・ICT ネットワーク）

ヒアリングを行った地域にてネットワーク構築が推進したと考える要因を以下に示す。

【ひとのネットワーク】

- 医師、看護師確保に見切りをつけて、短期間で養成できる可能性のある介護職の活躍に活路を見出している。そのために介護もフラットに参加できるネットワークづくりを行政が主導している。
- 行政、多職種、住民が超高齢社会・人口減の危機感を共有している。一方、進まない地域は、人口減・市立病院の経営難など不都合な事実を隠す。自身の失策として認めてしまうと、次の選挙で勝てない。問題の先送り。
- 行政の予算で、医師会館内に「普及推進員」を配置。
- 家庭医として「家族と地域を護りたい」との想いから身銭を切り、時間も割くリーダが存在する。
- 勉強会・グループワークを開催（主催）し、地域としてのチーム力向上につとめている。特に介護側の医療情報に対する勉強を促している。
- ICT システムでの共有の前提にあるのは、知り合い（顔を知っている）ことであり、定期的に顔合わせを行うことが必要である。
- 患者（住民）の安全・安心の確保を目的に行政（県）が積極的に関与している。
- 医療側の理念・見解を押し付けるのではなく、在宅医療に係る多職種で検討をしていく体制をつくっている。ただ ICT ネットワークを導入するのではなく、理念を大事にした。
- 自治体が持つ基本４情報を地域連携のために関係機関に開示できるよう条例を制定している。
- 地域で高齢者を見守る仕組みとして、行政、医療機関、介護施設、NPO 法人がうまく連携をとっている。
- 訪問看護をやりたい看護師が多く、研修会を実施し、在宅医療への意識を高めている。
- 訪問看護ステーションや薬局が 24 時間 365 日対応してくれているので、在宅医療が円滑に進む。

【ICT ネットワーク】

- 他の職種の方は、情報があることにより、医師へたずねなくても、状況・状態を把握することができるので、自発的に動くことができるようになる。
- システム構築はトップダウンで行うのではなく、現場の声を尊重して設計をしている。
- もともと医師会が主体となって運用している医療情報共有ネットワークを介護との連携にも活用している。
- ２重登録等の作業増加を軽減することにより、参加施設を増やしている。
- 地域性等を重要視し、その地域のニーズに即した情報連携の形を検討し実現している。

３－２－３　阻害要因（ひとのネットワーク・ICT ネットワーク）

ヒアリングを行った地域においてもネットワーク構築が阻害されていると考える要因を以下に示す。

【ひとのネットワーク】

- 地域活動が職場の不理解が得られず、非公認で行っている関係で、有休を取っての参加（ボランティア）。夜間は残業代も出ない。
- 職能団体の封建的な思想、若い専門職の活動を認めず、重鎮が若者の対抗案を出して、潰しにかかる（シルバーデモクラシー）。
- 職能団体内で在宅医療に興味をもつ者が少なく、限られた医療資源で支えるしかない状態である。
- 地域包括ケア推進の課題は、医療の問題より救急や見守りなど行政問題が大きいが、包括的支援事業（ア）～（ク）を地区医師会に丸投げして済ませようとしている市町村がある。
- 死亡診断書目的の不要な施設入居者や身元不明の救急搬送で医療現場は疲弊している。
- DNR（Do Not Resuscitate：蘇生措置拒否）、エンディングノートの住民教育・普及啓発、独居高齢者の連絡先の把握は診療報酬を糧とする医師会の仕事ではない。
- 各自治体による個人情報保護条例や自治体における情報の管理体制（管轄外の情報の閲覧負荷等）の相違により、広域の情報共有・提供が困難になっている。
- 自治体で、医療部門と介護部門での意見・見解に違いがあり、戸惑うことも多々ある。
- 近隣の自治体との連携は、自治体毎に異なる個人情報保護条例があり、圏域を越えた場合、情報共有・提供が行えない。
- 医療・介護において、双方の知識・技術を理解することが、今後の連携促進において必要である。
- 介護事業者間での情報共有も同時に進める必要がある。

【ICT ネットワーク】

- 行政の過剰な個人情報保護意識。市町村からの委託事業は、既存 ICT ツールを使うのは NG。端末を分けるか、紙で運用するよう指導された。
- 診療所での電子カルテの普及率と医師の情報開示における個人的なバリア感の問題がある。
- 介護職能団体の加入率が低い＝組織力の弱さ。周知が難しい（制度も ICT も）。
  - 介護の方は ICT が苦手な方がいて大変。
  - 現場は使いたいのだが、経営側との温度差があり、なかなか進まない。
  - 介護側は、画面に対して全項目をいれることが面倒になり、負担感がある。
  - 介護では、入力が簡単ではなくてはならない。
  - サービス事業所むけの説明会や、普及を行っているが、ランニングコストが不安であり、あまり参加が進まない。

- 参加している医療施設が限定されてしまうため、かかりつけ医によって情報共有ツールが違っている。（ＩＣＴシステムやＦＡＸなど）連携は効果的であるので、地域全体で普及し、情報共有の手法を統一する必要がある。
- フェイスシート（訪問看護や、ケアマネ・介護施設で使っている情報シート）が施設によって違うため、患者（家族）へ繰り返し聞くことになってしまい、怒らせてしまうケースがある。基本情報がシステムで共有できればいいのだが、だれが入力するのか？が問題である。
- ２重登録を解消しなければ、患者が増えていくにつれ作業負担が増え、利用率が下がる可能性がある。

３－２－４　職種毎・本人家族のメリット・デメリット

ネットワークを活用することによる職種毎・本人家族のメリット・デメリットを以下に示す。

【全体】

- 在宅医療の移行、介護保険の導入時など、急に情報共有が必要な時ほど使える。
- 在宅患者や認知症患者以外でも、独居でケアが必要な患者に対しても共有を行っている。（もう少し、包括支援センターが使ってくれると有効である）
- 時間外のときには、情報を待たなくてはならないのだが、２４時間知りたい情報をタイムリーに取得できる。
- 主治医の説明と患者の受け止め方のすれ違いに対して、ICT を活用することで正確な情報が確認できる。
- 患者への説明用として活用している。
- 先生（医師）が見てくれると「既読」が付くのがありがたい。
- 入退院時もシートにそれぞれの職種がデータで上書きできて便利である。

【医師（診療所）】

- 小児在宅医療ケースの場合、ケアマネジャーがいないことから、情報の共有が難しかったが、ICT 活用によりスムーズに行えるようになった。
- 在宅診療をやっている医師にとっては、連携システムは便利だとの意見がある。
- 中核病院などで入院しているときの結果を、すぐに確認できる。
- 患部の状況等が画像で把握でき、その後の処置が迅速に行える。
- これまでは、在宅患者の情報共有であったが、認知症（外来）の患者の情報も共有するようになった。

【医師（病院）・看護師（病院）】

- 終末期の退院支援では、要介護段階と担当ケアマネが分かれば短期間で在宅へ移行できる。逆にこの２つの情報が無ければ時間がかかり、在宅に戻れず本人の望まない病院死となってしまうケースにも対応できる場合もある。
- 診療所での情報も閲覧できるので、患者の状態を正確に把握できる。
- PC 経由で情報をラベルでの印刷が可能であり、そのまま電子カルテに張り付けられる。

【看護師（訪問看護ステーション）、歯科医師、薬剤師】

- 複数の訪問看護ステーションにて対応（訪問看護ステーション＋精神訪問看護ステーション）する場合でも、情報・状況が把握できスムーズに対応できている。
- 情報提供の同意を断る住民（患者）は、現段階ではいない。
- ネットワークに参加していない施設へ、住民（患者）から「参加していないのか？」と聞かれるケースもあり、住民（患者）の理解は得られていると考える。
- 口頭連絡による伝達ミスもなく、報告が確実に行える。
- 次回の訪問診療が予測してできる。

３－２－５　お金の問題（補助金、報酬上の評価、運営費）

ヒアリングを行った地域での資金に関する課題・要望・留意点を以下に示す。

【補助金】

- 医政局在宅医療連携拠点事業費の頃は、ICT の導入は OK だった。しかし介護保険の地域支援事業に移行してから、市に聞くと「事業費から ICT の金は出せない」という。
- 県医療政策部は基金があるが、多職種連携は管轄外。県高齢福祉部は多職種を管轄するが「金はない紙でやれ」と言う。また県医療政策部へ行くと、「医療枠の ICT メニューは医療機能分化が使い道だ。多職種連携は目的外」と言われる。基金の介護枠に ICT メニューがあると良い。
- 基金等で導入費の確保が見込めても、保守費は医師会等が負担する必要がある。医師会員の利用率は３～４割程度。すべての医師会員が使っていないのに医師会の会計から出すことの理解を得ることは難しい。

【運営費】

- PC は、貸出用を準備しているが、介護事業所の経営状況では実際に難しいのが現状である。
- すでに BYOD（Bring Your Own Device : 個人所有端末利用）の運用が定着しており、ガイドライン改定で原則禁止と言われても困る。このガイドライン改定は、医療介護連携を阻害する。
- 業務端末だからといって安全性が高いとは限らない。端末の更新費用が無いため、サポート期間が終了した、セキュリティリスクの高い OS を使い続けているケースがある。
- 接続初期費用は、助成金があれば賄うことができるが、ランニング費用や更新費用をクリニックが負担することは難しい。
- 医療圏をまたぐ場合のシステム費用負担を明確にする必要がある。
- 基金や補助金がある現段階では運用できているが、将来的には自営する必要があり、広報活動などを行っているが、参加施設の増加を促進する材料が不足している。
- サーバ機器の更新費用や、システムの改修費用が必要になるので、初期導入時に安く抑えているが、受益者負担で対応できるのかが不安である。
- 市町村から在宅医療介護連携推進事業を受託しているが、人件費・システム運営費を賄えず赤字であり、当法人の資金から補てんしている。市町村は委託範囲に見合う委託費を支払うべきだ。
- 介護保険の地域支援事業は、地域包括支援センターの数に応じて事業費が増える。市町村は、地域包括支援センターを増やして委託費を増やすべき。住民からの相談もきめ細かく対応できる。

【報酬上の評価】

- 退院時多職種カンファレンスが ICT で済むようになり、利便性が向上した一方、診療報酬は対面が原則のため加算が取れなくなり、病院は減収となってしまった。ICT カン

ファレンスを診療報酬上で評価すべき。

- 遠方の病院から退院時カンファレンスと呼び出されて、片道１時間かけて参加するが、１０分で終了する場合があり、割に合わない。テレビ電話などでの参加で請求できるようにしてもらえると助かる。

３－２－６　行政・保険者のかかわり

ヒアリングを行った地域での行政・保険者のかかわりを以下に示す。

- 市町村に医療をみる課がない。健康づくり課と介護保険課の間をたらい回しに遭う。
- 市町村には介護保険法等で適切なケアを提供する義務(※)があるにもかかわらず、個人情報保護を優先して、非効率なケアを多職種に強いて、適切なケアを受ける権利を住民から奪っている。
- 行政の過度な公平性の確保。域内で数百の住民・多職種が利用中のネットワークでも市町村は「特定の民間事業者の取り組みは認めない。支援しない」と言う。
- 行政の理解「住民の安全確保」というシンプルな理由で金・人を出す。一方、進まない地域は「医療費が下がるのなら金を出す」「高齢者に金をかけても意味ない」と言い対応しない。
- 行政からケアマネへの認定情報通知やお知らせの郵送は、年間数万通にも及ぶ。郵便代＋封かん作業が ICT に置き換われば、数百万円の経費を ICT 利用料に拠出できる。
- システムの基盤を道路と例えると、県が道路(基盤)を準備・整備し、利用者が走る車(連携アプリケーションサービス)を用意する。また利用者が利用料として車の税金(使用料)を負担している。
- 保険者（自治体）としての事業で連携システムの運営を行っており、在宅医療介護連携は、１つのアプリケーションとして機能している。
- ケアマネジャーは、業務が膨大であり多忙であることはわかっているので、現場での業務を効率化するために、保険者も認定結果等のネットワーク配信等で協力している。
- 情報提供の同意は、介護申請時に取得している。
- 保険者(自治体)と医師会が協力体制を構築できないと、事業推進は難しい。

※関連法規

- 「介護保険法」第 5 条第 3 項：国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防・・・・のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。
- 「日本国憲法」第 25 条：生存権と国の使命
- 「地方自治法」第 1 条の 2：地方公共団体が自主的・総合的に福祉を推進
- 「医師法」第 1 条：医師は国民の健康な生活を確保する
- 「医療法」第 1 条の 2 第 1 項：医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病予防、リハビリを含む。

３－２－７　検討結果

調査結果を「運営主体＝主な情報の出し手］として５つに分けて検討した。それぞれを「JAHIS 在宅医療と介護間の情報連携におけるデータ項目仕様書」との関係性を踏まえて、次の５モデルとして示した。

1. 認定情報モデル
   保険者（自治体）から介護保険認定情報（調査票、主治医意見書等）を公開するモデル
2. 介護情報モデル
   居宅介護支援事業所と介護サービス事業所が介護情報（ケアプラン、提供票等）の交換を行っているモデル
3. 基幹病院モデル
   基幹病院から医療情報を公開するモデル
4. 診療所モデル
   診療所（かかりつけ医）が持つ医療情報を公開するモデル
5. 多職種モデル
   多職種がそれぞれ手入力等で日々のケア情報を交換しているモデル

表 3-2-7 各地域と 5 モデルのマトリックス図

	認定情報モデル	介護情報モデル	基幹病院モデル	診療所モデル	多職種モデル
横浜市南区					○
東京都世田谷区				○	○
青森県八戸市				○	○
岡山県井笠地区			○	○	○
島根県出雲市	○	○	○	○	○
北海道砂川市			○		○
和歌山県伊都地区			○	○	○
茨城県笠間市		○			○
福岡県宗像福津地区					○
京都市山科区		○	○	○	○

１．認定情報モデル

- 提供情報
  - ➢ 介護認定審査結果が主体。可能であれば保険者からオンラインで要介護認定結果情報等を提供する。
- 提供範囲
  - ➢ サービス提供範囲が明確。市町村単位で整備する。よくある「地域をどこで

区切る？」に対する回答となる。

- メリット
  - 要支援状態など軽度の住民も対象にできる。
  - 要介護認定結果情報等を電子的に配信することにより、自治体の作業負担を軽減することができる。
  - 生活の問題、認知症の問題がある住民・患者の解決手段となりえる。
  - 行政との協力体制（情報・資金等）が構築できれば、医療介護連携が進む。
- デメリット
  - 広域でシステム基盤を共有し、低廉化をすすめる際には、市町村毎に異なる個人情報保護条例が阻害要因となる。
  - 自治体内での情報提供に関する体制により、調整に時間がかかり、連携体制構築に時間がかかる。
- JAHIS 技術文書の適用範囲
  - 大項目 30～60(保険・認定情報)の共有に向いている。

２．介護情報モデル

- 提供情報
  - 介護情報（ケアプラン、提供票等）が主体。
- 提供範囲
  - サービス提供範囲が明確。市町村単位で整備する。
- メリット
  - 介護事業者間や医療機関からのケアプランの確認が行える。
  - 介護事業者の作業負担を軽減することができる。
  - 医療機関もケアプランを確認できると、往診等が確実に行え、ケアマネジャーのスケジュール管理が行いやすくなる。
- デメリット
  - 介護事業者施設のシステム間連携が行いにくい。(交換情報の標準化が進んでいない為)
  - 介護事業者施設のシステム間連携を行う場合、ベンダーの個別対応となり、費用がかかる可能性がある。
- JAHIS 技術文書の適用範囲
  - 大項目 82～132(治療・ケア)の共有に向いている。

３．基幹病院モデル

- 提供情報
  - 中核病院の持つ、診療情報、処方・検査情報などが主体となる。

- 提供範囲
  - 診療圏が不明瞭なので、範囲が明確でない。
- メリット
  - がん末期など、医療依存度が高い、重度の退院支援に向いている。
  - 行政・介護と密に連携することで、普及推進・同意数を増やすことができる。
  - 認知症は同意が不明瞭なため、除外しているケースはあるが、行政の認知症初期集中支援チームを受託しているケースは可能となりえる。
- デメリット
  - 同意の問題。多忙な病院業務の中では取りにくい。
  - 医療依存度が軽度の場合は情報が少ない。
- JAHIS 技術文書の適用範囲
  - 大項目 82～132(治療・ケア)の共有に向いている。

４．診療所モデル

- 情報提供
  - かかりつけ医の持つ、診療情報、処方・検査情報などが主体となる。
- 提供範囲
  - 診療圏が不明瞭なので、範囲が明確でない。
- メリット
  - 診療所がもつ電子カルテ情報や日本医師会のレセプトソフト ORCA で作成したレセプトデータやレセプト電算ファイルから基本情報や処方情報を提供するなどの２重登録回避を実現している。
  - かかりつけ医が提供する情報であるため、基幹病院の医療情報にくらべ膨大ではないため、医療と介護の連携に適している。
  - 最小単位での連携開始が可能であり、比較的迅速に連携を開始できる。
- デメリット
  - かかりつけ医が所属する医師会や、地域の自治体の協力が得られなければ、システムの継続運営は難しい。
  - 限定された地域での連携となってしまい、訪問看護ステーションやケアマネにおいては、複数の医師と連携をするが、システムの利用有無により、情報共有の方法が変わってしまい、業務が増える可能性がある。
- JAHIS 技術文書の適用範囲
  - 大項目 82～132(治療・ケアの一部、介護関連書類)の共有に向いている。

５．多職種モデル

- 情報提供

- 多職種による生活情報や本人情報などが主体となる。

・ 提供範囲
  - 診療圏が不明瞭なので、範囲が明確でない。

・ メリット
  - 多様な情報を取り扱える。自由度が高い。
  - 電子カルテにもない、自治体にも無い、本人・家族の気持ち・願いを入力することで、リアルタイムに共有できる。
  - 最小単位での連携開始が可能であり、比較的迅速に連携を開始できる。

・ デメリット
  - 多職種の理念を一致させたうえで、共有目的と共有項目を議論しないと、入力者の技量によって情報のレベルがばらつく。
  - 患者の初期登録や基本情報を誰が入力するか？運用上の取り決めが重要である。
  - 項目毎の入力者を決める場合、特定の職種や利用者に負担がかかり続けることがないよう留意が必要である。（２重登録が発生する可能性が高い）
  - 医療機関や医師会が運営主体になっているケースが多いが、介護や見守りの問題を取り扱うとき、医療側が管理し続けて良いか？負担すべきではない？との壁にぶつかる。

・ JAHIS 技術文書の適用範囲
  - 大項目 61～69(こころ、見守り)の共有に向いている。

表 3-2-6　JAHIS 在宅医療と介護間の情報連携におけるデータ項目仕様書 概要

項	大項目	中項目、小項目例
1～4	文書定義	文書送信日時、連携目的、補足文書有無
5～14	本人属性	ID、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号など
15～29	情報元	情報を送信する施設名、送信者名、職種など
30～60	保険・認定	要介護認定、障害認定、医療保険、公費など
61～66	こころ	本人・家族の希望、受け止め、痛みなど
67～69	見守り	医師、看護師等から各職種に伝えたい観察ポイントなど
70～78	キーパーソン	主介護者、緊急連絡先など
79～81	住居	家屋の状況、独居／家族ありなど
82～132	治療・ケア	生活機能、精神・認知、アレルギー、感染症、既往歴、現病、医療処置、処方、検査結果、バイタルサイン、口腔ケア、診療情報提供書、各種指示書・計画書など

３－２－８　まとめ

10 箇所の地域へヒアリングを行い、５つのモデルごとに検討を行った。その結果、現時点で運用を行えている地域での成功要因と、各地域で共有して抱えている課題の抽出を行い、他地域での展開が可能と思われる在宅医療・介護連携においての ICT 化に向けた標準化、ガイドライン策定等をモデルごとに整理した。

■成功要因

- ICT 連携ありきではなく、顔の見える人のつながりを大事にしている。
- 現時点で、運用資金の調達が行えている。
- 全体の旗振り役（人・組織）が存在し、連携を促進している。
- 参加者のメリットを意識しながらの構築を行っている。
- 一方的な理念を押し付けるのではなく、多職種の声を聞きながら運用体制を整理し構築している。
- ICT システムを構築する医療ベンダーとの信頼関係を構築できている。
- 情報項目は必要最小限として、シンプルな ICT システムを目指している。追加要望（項目・機能）が発生した場合は操作性・閲覧性をよく検討したうえで採否を決めている。
- 講演会や事例検討会（グループワーク）を定期的に開催し、情報・知識の共有をはかっている。

■課題

- 各自治体における個人情報保護条例が広域における情報提供の阻害要因となっている。
- 今後の事業を維持・拡張するための運営費用の確保が課題である。また、参加者をより拡大させるためには、情報提供・連携に関する具体的なインセンティブや具体的なメリット（作業の軽減化）提示が必要であり、その加算分を ICT の費用にまわすような事業を継続していくスキーム（モデル）の構築が望まれる。
- 現場のすべての施設が参加しているわけではなく、地域全体で連携の輪を広げる普及活動が必要である。
- 介護施設の参加率が低い。多職種における事例検討会（グループワーク）や講習会（ICT に関する教育等）などを開催し知識の共有する活動を継続して行っていく必要がある。（負担費用に関しても検討が必要である）
- 住民の基礎情報をもっており、かつ職種に関係なく、全体をとりまとめることが可能であると考える自治体の協力が必要である。

■検討が必要と思われる標準化・統一化・手引き等

【各モデル共通】

- 自治体の積極的参加・主体的な役割を促す法整備が必要。現在の介護保険法は地域支援事業のなかで、市町村に対して在宅医療介護間の情報連携整備を義務付けているが、ICT は必須ではなく、罰則もない。

【認定情報モデル】

- 認定情報提供における運用手順の手引き（自治体向け）
- 行政情報を公開する際の市町村毎に異なる個人情報保護条例の対応
- 主治医意見書連携を地域の基礎情報とする事の利便性に対する理解

【介護情報モデル】

- 介護事業者間連携 IF の標準化
- 保険者（自治体）毎に異なる介護予防計画書や減免措置に関する書類の標準化

【基幹病院モデル】

- 退院時カンファレス等に ICT を活用することに対する診療報酬上の評価

【診療所モデル】

- 自身の経営情報でもある患者基本・処方情報などを地域のために提供する必要性の啓発活動とインセンティブ評価。
- 診療所の電子カルテ普及推進ならびに接続費を確保するための診療報酬上の評価

【多職種モデル】

- 連携シート・フェイスシートなどの様式の統一化
- 共有記録を書くことに対する教育。とくに介護職はピア・レビュー(peer review:相互評価、査読)が必要
- 患者基本情報の入力の手間が特定職種の多忙や普及阻害要因となっているため、それを回避するための運用上の工夫
- 個人所有機器の業務利用、いわゆる BYOD（Bring Your Own Device）の運用が一部地域で始まっているなかで、BYOD が望ましくないという指針に対する技術面・運用面での対策。

３－３　標準化に向けた課題と今後の進め方

在宅医療と介護を連携するための情報システム間において、共有情報の相互運用性を確保するためには、共有する情報のコンテンツおよびコンテナの双方の標準が必要となる。今回の事業では、コンテンツの観点で情報項目の標準化に必要な現地調査を行った。今後、在宅医療で用いられる情報システムと介護の分野で用いられる情報システムが、今回まとめた情報項目を交換し、相互に活用するためには、コンテナに関する標準化の作業が必要である。

今回調査で得た現場の声に基づく、今後の基本方針

【認定情報モデル】

介護保険認定情報に含む主治医意見書や調査票は、ケアマネだけではなく、医師からも参照したいという声があり多職種連携の基礎情報として共有すべきである。現状、全国各地で紙の「連携シート」や「フェイスシート」などがバラバラに作成されているが、記載項目をみると、介護保険認定時の書類である、主治医意見書と多くの項目が重複している。主治医意見書は全国統一のフォーマットであり、日本医師会 ORCA 管理機構の主治医意見書作成ソフト「医見書」は数万人の医師に活用されているので、これを元に標準を検討する。

【介護情報モデル】

ケアプラン交換の標準化は、ケアマネと介護サービス事業者の業務負担軽減メリットだけではなく、医師にとってもメリットがある。具体的には、デイサービス利用などの予定を把握することで、訪問診療の空振りを減らすことができる。

【基幹病院モデル】

JAHIS IHE-ITI を用いた医療情報連携基盤実装ガイド本編 Ver2.0 など標準類が既に存在している。

【診療所モデル】

JAHIS IHE-ITI を用いた医療情報連携基盤実装ガイドレセコン編 Ver.1.0 など標準類が既に存在している。

【多職種モデル】

日々の変化を自由形式で記録していることが多く、標準化が難しい。なお JAHIS 保健福祉システム部会 地域医療システム委員会 診療文書標準化 WG において、経過記録構造化記述規約を検討中であり、医療職が記載する医学管理上の記述に関しては、この標準の適用を検討する。

コード化に関する課題

参考となるコードの調査は行ったが、以下の課題がある。

・医療側、介護側に対応するコードがそれぞれ存在し、どれを選択するか

・既存のコードが存在せず、新たに策定する必要がある

これについて、ユーザ側、標準に関する学識経験者の意見をまとめる必要がある。

例：性別コード

介護側「男:1、女:2」(保険者－地域包括支援センター間インタフェース仕様書)

医療側「男:M、女:F」(HL7)

用語に関する課題

例えば、高齢者が「財布が見つからない、誰かが盗んだ」と騒いたとき、医師は「被害妄想」または単に「妄想」、精神科専門医は「妄想性障害」「持続性妄想性障害」、看護師は「物盗られ妄想」、介護は「物を盗られたなどと被害的になることがある(介護保険の認定調査票)」などと表現する。職種別に項目名称が異なってしまう。これらを JAHIS で一本化はできない。ユーザ側、標準に関する学識経験者の意見をまとめる必要がある。

入力のために訓練、教育が必要な項目

生活機能評価には、現状 FIM、R4、BI、iADL、interRAI など複数の方式が存在する。これらを JAHIS では一本化できない。ユーザ側、標準に関する学識経験者に基づき国が方針を示すべきである。評価結果値の信頼性は、評価者の持つ技術に大きく依存するため、全国一律のアセスメント技術の訓練および教育体制の整備も必須である。しかし定着まで時間が要するため、その間のつなぎの共有方法の検討が必要である。

記録に関する職種の差

医師は養成課程で、記録の教育を受ける。臨床研修病院では日常診療における研修において、研修医の記録や診療における指導医によるチェックが義務づけられておりその内容は必ず診療録に記録されていなければならない。また POS(Problem Oriented System:問題志向システム)に基づく POMR (Problem Oriented Medical Record：問題志向型診療録) や保険医としての診療記録教育などを受ける。看護師は養成課程で、PDCA サイクル(Plan 計画、Do 実行、Check 評価、Action 改善)に相当する看護過程(アセスメント、問題抽出、計画、実行、評価) や POS、フォーカス・チャーチィングによる看護記録、看護要約 (サマリ) などの記録に関する教育を受ける。医療職は、記録に基づくカンファレンスや記録や執筆した論文のピア・レビュー(peer review: 相互評価、査読)を行っている。

介護職の養成は、介護技術 (直接的ケア) が中心で、記録の質向上を目的とした指導やピア・レビューを通じた教育は少ない。介護事業者に対する記録と情報共有の動機づけ、報酬による誘導が必要である。

コンテナとしての規格策定の課題

医療情報の分野では、HL7 や DICOM が国際規格としても制定され、実際の医療情報システ

ムでも広く使われている。しかしながら、高い相互運用性を確保するために厳密な規格となっており、実装のハードルは高い。

在宅医療・介護連携における規格として HL7 を採用することの可否について、検討する必要がある。米国等での情報連携の動きをみると、HL7 などの厳密な規格は採用せず、XML や JSON などの Web の世界で多く使われている技術を流用する動きが出てきている。このような規格を採用することの可否についても検討を行う必要がある。

今後の標準化作業について

以上の課題を踏まえ、在宅医療・介護連携システムの実装に対応できる標準化の作業を進めるために、医療情報の標準化に関する学識経験者やシステムの実装に詳しい専門技術者などを交えた体制を構築し、検討を行う必要がある。

ICT に関する用語の標準化に際して、医学的観点で評価を受けるには、日本医療情報学会がふさわしく、日本医療情報学会を通じて各医系学会と連携を取ることが可能であるが、介護の場合は、学会や大学、研究者が多様であるため、日本医療情報学会に相当するワンストップの相談先に絞ることが難しい。

先に示した５つのモデルのうち、最も効果的・効率的な医療・介護連携に資するモデルを選び、詳細な標準化をすすめる。効果的・効率的の基準としては「自立支援指向の介護に資するか」、「事務処理の負担軽減につながる」などが考えられる。

医療と介護の連携は、国の制度・現場の状況ともに年々変化をしており、地域毎の差も大きい。人的なネットワーク構築を追い越して、先にICTの標準を決めても、手戻りが発生してしまうため、在宅医療と介護との間の情報連携の現場を十分に把握したうえで、ICT 化・標準化をすすめるべきである。モデル事業の実施と並行して行うことで、医療介護連携の現場に即した標準規格を策定できる。

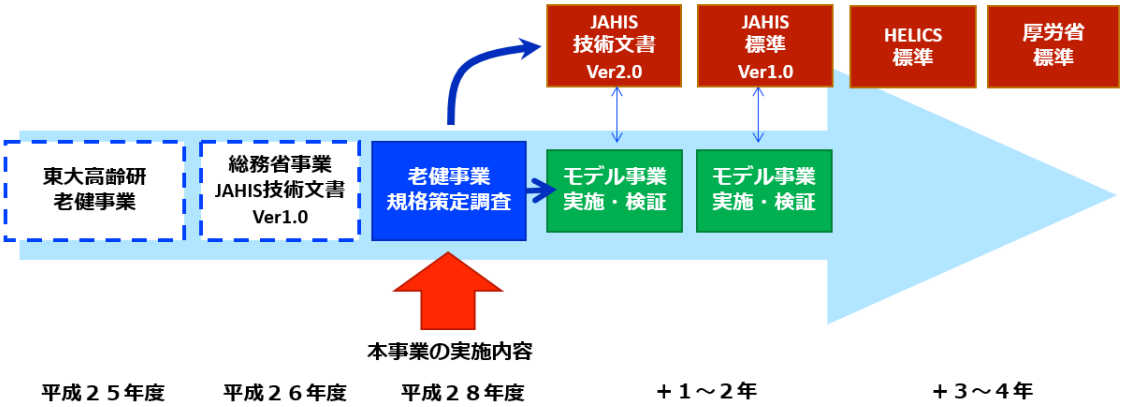

図 3-3 在宅医療・介護連携のための情報システム共通基盤構築に向けた今後の進め方(案)