

多職種連携WG報告

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

2017.7.24

多職種連携WG

リーダー 光城 元博

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ver.1.0(平成27年3月公表)

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

生活機能や精神・認知等アセスメント類において、生活機能はFIM、R4、BI、iADL、InterRAI、CGA、認知機能はMMSE、HDS-Rなど地域内・地域間で異なる。さらに手書きの図を書かせる検査項目がある等の理由で、現在は紙ベースの交換が多い。そこで本書は、多様なアセスメントシートが存在し、それらはまだ紙で共有しているケースが多いため、スキーマなしでも判読できる外部ファイル(PDF等)で共有する事とした。

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

■ 本事業の目的

- (1)H26年度総務省事業で作成したJAHIS技術文書のレベルアップに向けた、現地調査を実施する。
- (2)有識者を招いた講演会、ディスカッションを実施。
- (3)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や調査を行い、その結果を整理、解析を行うことにより、ICT化および標準化の基本方針案を報告書としてまとめる。
- (4)調査先は、とがった事例ではなく、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行政・介護側にもヒアリング可能な地域を選定する。
- (5)JAHIS技術文書の132項目の必要性を1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、大分類でヒアリングを行う。

H28年度 厚労省 老人保健健康増進等事業(訪問順)

1. 京都市山科区 洛和会ヘルスケアシステム

中核病院のカルテ・紹介状などを診療所やケアマネへ公開。訪問看護支援システムを独自開発。

2. 横浜市 南区役所:グループウェアを利用。お知らせ(広報)を中心に情報連携。

3. 東京都世田谷区 桜新町アーバンクリニック:クリニック電子カルテを地域へ公開。

4. 青森県八戸市 はちのへファミリークリニック

県より在宅医療連携拠点事業を受託。地元企業が開発した医療用SNSを利用。

5. 岡山県 井笠保健所

医療連携(基幹病院電カル参照)とは別システムで医療介護連携は主に連携シート(Excel)を共有。

6. 北海道 砂川市立病院

在宅移行時など、基幹病院の電子カルテを訪看・ケアマネが参照。退院調整に役立てている。

7. 和歌山県 伊都医師会

ICT基盤「ゆめ病院」が稼働中。二重登録の回避策としてORCAから処方情報等を半自動で登録

8. 島根県 しまね医療情報ネットワーク協会

複数の医療・介護アプリを事業者は有償で利用。基盤部分は行政が維持(道路・水道と一緒に)

9. 茨城県笠間市 市役所

行政が保有する介護認定情報・主治医意見書・要援護者情報・健診結果を専門職へ公開

10. 福岡県 宗像医師会

がん末期や神経難病、介護力が弱い患者の多職種連携ツール「むーみんネットシステム」を運用

JAHIS 調査先を情報の発生源で5つに分類

- 認定情報モデル:自治体が介護保険認定情報を公開
- 介護情報モデル:居宅とサービス事業所がケアプランを交換
- 基幹病院モデル:基幹病院が電子カルテ等医療情報を公開
- 診療所モデル:診療所がレセコン等医療情報の公開
- 多職種モデル:多職種が日々のケア情報を入力・登録

情報源を定めることの重要性
 医師は訪看が入力するだろう
 訪看はケアマネが入力するだろう
 ケアマネは医師が入力するだろう
 結局だれも入力せず空っぽ...

二重入力の問題

	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
京都市山科区			○		○
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	○	○			○
福岡県宗像市・福津市					○

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。

メリット

1. 要支援状態など軽度の住民も対象にできる(⇔基幹病院モデルの場合は、手術歴・入院歴がない場合、得られる情報が限られる)
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。

デメリット

1. 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。
2. 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。

提供情報

介護情報(ケアプラン、提供票等)が主体。

メリット

1. 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。
2. 介護事業者のFAXの山が減り、転記作業の負担を軽減することができる。
3. 医療機関もケアプランを確認できると、訪問診療等が確実に行える(空振りが減る)

デメリット

1. 介護事業者施設のシステム間連携が行いにくい。(介護記録情報は標準化が進んでいないため)
2. 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。

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。

メリット

1. 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。
2. 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。
3. 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

1. 同意の問題。多忙な診療業務の中では取りにくい。
2. 医療依存度が軽度の場合は情報が少ない。
3. 診療圏が不明瞭なので、範囲が明確でない。

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。

メリット

1. 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。
2. 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比べ膨大ではないため、医療と介護の連携に適している。
3. 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

1. 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。
2. 限定された地域での連携となってしまう、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。

情報提供

多職種が登録した生活情報や本人情報などが主体となる。

メリット

1. 多様な情報を取り扱える。自由度が高い。
2. 電子カルテに無い、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。
3. 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

1. 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。
2. 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。
3. 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に留意が必要である。(2重登録が発生する可能性が高い)
4. 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。

ヒアリング結果を「情報項目とICT機能」、「推進要因と阻害要因(ひとのネットワーク+ICTネットワーク)」、「お金の問題」、「行政・保険者のかかわり」などに分類している。

(1) 情報項目とICT機能

- ・ 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。
- ・ 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)をコピーできるようにしている。事務作業の効率化につながる。
- ・ 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。
- ・ 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。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。

(1) 情報項目とICT機能 〈続き〉

- POS(Problem Oriented System)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A4×2枚でまとめて共有する取り組み。
- 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。
- 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。

(2) 推進要因(ひとのネットワーク+ICT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」との思いから身銭を切り、時間も割くリーダーが存在する。

(3) 阻害要因

- 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)。
- 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。
- 行政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。
- 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。
- 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。

(4) お金の問題

- 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。
- 厚労省基金の介護枠にICTメニューがあると良い。
- 行政の理解「住民の安全確保」「ICTインフラは道路・上下水道と」というシンプルな理由で金・人を出す自治体がある。
- 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、年間数万通もある。郵便代＋封かん作業がICTに置き換われれば、数百万円の経費をICT利用料に拠出できる。
- 専従職員3名＋ICT保守費で年間数千万かかっているが、自治体からの委託費は数百万。赤字分は病院・医師会が負担している。

(5)行政・保険者とのかかわり

- 住まい・医療・介護・生活支援・子育て・就労をワンストップで対応する課がない。住民は行政用語で相談しないと「制度は無い」と言われる。
- 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。
- 過度な公平性の遵守。「特定の民間事業者の取り組みは認めない。支援しない。良い取組でも広報しない」と言う。不作為。

※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。

1. コード化に関する課題

- ・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
例：性別コード：介護側「男:1、女:2」(保険者システム)、医療側「男:M、女:F」(HL7)
- ・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。

2. 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。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。

一方、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。

3. 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」と騒いだとき、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。

4. 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、B2、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。

5. 医療情報システム・介護情報システム間の差

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、介護システムベンダーにとっては実装のハードルは高い。

6. 今後の標準化作業について

ICT導入自体が目的化とならぬよう、国民や現場にとって最も効果的・効率的なシーン(例:退院時に初めて介護認定を受け在宅へ移行する等)を選び、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(働き方改革)」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。

Point!

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」が有ることが前提
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



図の出典:平成24年度厚生労働科学特別研究事業
「在宅医療介護連携を進めるための情報共有とICT活用」施策説明用資料

一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会