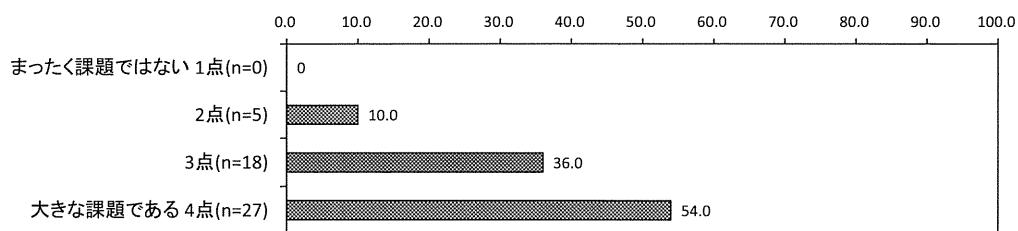
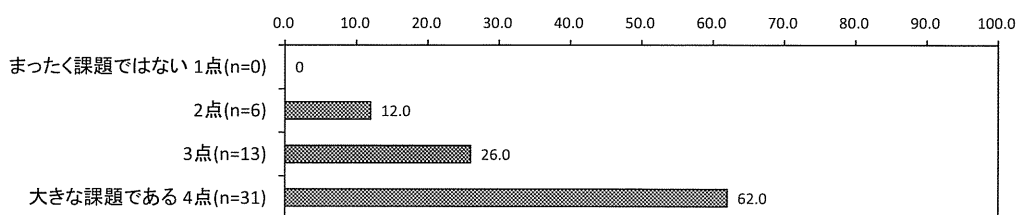


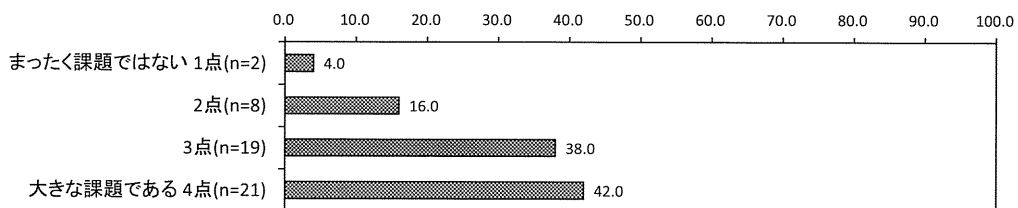
地域内の連携・ヒューマンネットワーク (N=50)



停電や災害など非常時への対応 (N=50)



ネットワーク接続状態(速度や繋がりやすさ) (N=50)



A6-1.地域のシステムとして ICT を用いた医療・介護連携システムを導入するにあたっては、何が課題になると考えますか？それぞれ、もっともあてはまるものひとつを選んでください。（内訳の比較）

（まったく課題でない1点～大きな課題である4点）

回答施設の内訳をみると、未導入施設では、とくにユーザーをサポートする体制の構築、次いで初期導入費用が課題として認識されていた。一方、導入施設では、地域内の連携・ヒューマンネットワークが課題との認識が未導入施設よりも高かった。

導入費や運営費などの経費の問題において、「課題である」と回答した割合は、行政が高かった（平均4.0）。

ICT 導入施設と未導入施設の比較

	ICT導入			ICT未導入		
	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
初期導入費用	23	3.5	0.73	26	3.9	0.33
運用費用	23	3.6	0.58	27	3.9	0.32
ユーザのITリテラシー	23	3.3	0.78	26	3.7	0.55
ガイドライン準拠の難しさ	23	3.3	0.86	27	3.5	0.64
個人情報保護への不安	23	3.3	0.88	27	3.7	0.73
職種間の守秘義務や意識の違い	23	3.3	0.83	26	3.6	0.70
ITの有用性・必要性に関する意識の違い	23	3.3	0.65	27	3.6	0.50
ユーザーをサポートする体制の構築	23	3.2	0.67	27	3.7	0.55
地域内の連携・ヒューマンネットワーク	23	3.5	0.59	27	3.4	0.74
停電や災害時への対応	23	3.3	0.78	27	3.6	0.63
ネットワーク接続状態	23	3.0	0.98	27	3.3	0.72

行政・行政立病院、医師会・医師会立病院、その他での比較

	行政・行政立病院			医師会・医師会立病院			その他		
	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
初期導入費用	9	4.0	0.00	13	3.8	0.44	27	3.6	0.70
運用費用	10	4.0	0.00	13	3.8	0.38	27	3.6	0.56
ユーザのITリテラシー	10	3.6	0.70	13	3.6	0.51	26	3.5	0.76
ガイドライン準拠の難しさ	10	3.5	0.71	13	3.6	0.51	27	3.2	0.85
個人情報保護への不安	10	3.5	0.85	13	3.6	0.77	27	3.5	0.85
職種間の守秘義務や意識の違い	9	3.4	0.88	13	3.7	0.63	27	3.4	0.80
ITの有用性・必要性に関する意識の違い	10	3.6	0.52	13	3.5	0.66	27	3.4	0.57
ユーザーをサポートする体制の構築	10	3.4	0.70	13	3.6	0.51	27	3.4	0.69
地域内の連携・ヒューマンネットワーク	10	3.4	0.70	13	3.6	0.51	27	3.4	0.74
停電や災害時への対応	10	3.6	0.70	13	3.2	0.73	27	3.6	0.69
ネットワーク接続状態	10	3.1	0.88	13	3.3	0.63	27	3.1	0.95

A6-2.地域のシステムとしてICTを用いた医療・介護連携システムを導入する

にあたって、課題と思われるところを、以下の欄にご自由にお書きください。

地域のシステムとしてICTを用いた医療・介護連携システムを導入するに際の課題として最も多く挙げられたのは、ITに不慣れな医療従事者や高齢世帯が多いことと、運用コストの負担であり、各7施設(23.3%)であった。次いで、複数のシステムがあることで管理が煩雑になることと、セキュリティの確保と回答した施設が各5施設(16.6%)であった。

ICTを用いた在宅医療・介護連携の実施の有無で比較すると、未実施と回答した施設では、ITに不慣れな医療従事者や高齢世帯が多いことと回答した施設が6施設(42.9%)と最も多かったのに対し、ICTを用いた在宅医療・介護連携を未実施と回答した施設では運用コストの負担と回答した施設が7施設(41.2%)と最も多かった。

また運営主体別にみると、行政では個人情報の取り扱いに関するシステム構築の手間と回答した施設が2施設(50.0%)と最も多かったのに対し、医師会とその他(民間施設等)では運用コストと回答した施設が各2施設(40.0%、9.0%)で最も多かった。

ICT導入の実施・未実施ごとの比較

ID	A6_2
1012	導入への地元医師会の協力・理解セキュリティに関する不安利用者から文書で同意を求めると 当拠点事業は、多職種の連携ツールとして、独自のツール(生き活きノート)を持ち、この圏域での普及を図っている。
1032	そのため、既存のICTシステムを用いるのではなく、このツールを基本とし、IT化することを目標としたため、 拠点事業の予算の範囲内で、なかなかマッチングする業者を探すのが大変であった。
1065	誰でも利用できるものであることが重要と考える
1080	従来の連携方法からITを活用したタイムリーな情報連携へとシフトしていくには、その利便性や効率化について十分理解を得ながら進めなければ、 ITリテラシーが一番の課題となると考える。また、個人情報保護に対する考え方も十分検討していく必要がある。
1100	事業所ごとのシステムに対するコスト意識が課題。
1055	開業医によって、ICTの導入に賛否が分かれる。比較的高齢の開業医はとくに、導入を希望されていない。 PCの操作が苦手な方も多く存在している。また、個人情報の管理を適切に心配される方も多い。
1061	運用費用とその主体、利用者の費用負担、医療保険・介護保険上の評価
1106	右へ進む国民性の為、特区等による地域一斉導入の施策が必要
1082	医療機関ではICTを利用した電子カルテのネットワーク作りが少しずつ進んでいますが、医療・介護連携システムの導入となると、医療、介護、福祉の 情報をどこまで盛り込んでいくのが課題になると思います。分野が進えればほしい情報が異なるため、どんな情報をICTを用いて共有するのかを検討する 必要があります。更に当該地域では病院や施設によってインターネット等のパソコンがすぐに使用できる環境ではないことや、医師の高齢化が進んでおり、 IT化を進めていくことに対する不安も課題の一つになると思います。介護施設も同じでパソコンが自由に使用できる人が決まっている、自由に使用できる パソコンがない等施設内でパソコンを使用する環境が整っていないことも課題になります。また、入力処理に時間を有し、業務が増えるということも心配されます。
1007	医療介護連携のためのICT導入は不可欠と考えるが、地域のヒューマンネットワークの構築なくして効果的な運用はできないと思う。 システムより人づきりが先と考える。独自開発した予算がおりない制度をなんとかしてほしい。
1093	医療、介護現場における入力負担をいかに軽減できるかが重要。二重入力や転記作業が発生すると、徐々に利用されなくなる。 また、起動時間やネットワークの速度などでストレスをかけない事が重要。
1035	ユーザーリテラシー向上とセキュリティ向上が相反すること
1103	ICTシステムを構築するに、IT(機器システム)については、操作教育などの問題を除けば、全く問題はないと思う。大きな問題は、One noの部分で、 多職種連携でかかわる多くの人が、ICTツールを使いコミュニケーションする、スキル(スキルは教育すれば良い)があるか、 それとどのように連携づけるかが、大きな問題だと考える。
1017	1.業務の記録と連携の記録(情報)を別々に入力する場合、二度手間になり負担が増える2.患者情報を登録する場合、どの事業所から入力するか、 どの程度手間がかかるか、その時の費用をだれが負担するかなど、運用のルールが確立していない3.職種間でICTの必要性について、認識の差がある
1002	複数の業者によるシステムの乱立
1031	区は医療、介護など社会資源が潤沢な地域です。よって大都市モデルと捉えてよいでしょう。各患者別に情報を共有することは理想ですが、 社会資源(在宅医、訪問看護ST、病院、事業所)が患者別にたくさんのチームを形成しているため困難でしょう。 地方型のように基幹施設が取りまとめて推し進めるのが現状です。まずは連携拠点事業所にITにて情報を一元化し、 更新を継続しながらのワンストップサービスを目指しています。
1021	県では病診連携システムを現在構築中。医介連携についてはその後となる予定。医療介護連携のためにも使えるネットワークの道を構築する。 医介連携のための理想的なシステム像がまだ出ていない。
1101	当院は初期費用と維持費用を極力抑えて、ICTに関しては素人である自分たちが運営できるICTシステムを開発中です。
1051	誰もが使える簡便なもの
1067	情報の制限について(医師の情報をすべて介護職が閲覧できるシステムが必要であるのか?)システム管理に要する時間で、本当に業務短縮になるのか
1074	施設・事業所・個人の温度差
1018	今年度の取り組んだ在宅医療連携拠点事業においてもニーズがあることが明らかとなった。それゆえ、ICTの必要性は感じているが、 費用(初期およびランニングコスト)や導入の前として顔の見える関係の構築すること、ITに慣れない医療介護関係者を考慮した利用が容易なシステムの導入等が課題と感じている。
1073	高齢化社会で、ICT(総務省はICT、厚労省ではIT?)に適応出来ない世帯、又、医療・介護スキルがあっても敬遠する者が多い。
1023	電子カルテを導入している医療機関も備わっていない状況で、医療・介護連携システムを導入推進には、エネルギー(資金?)が必要
1022	個人情報に関する安心・安全の確保
1102	継続的な費用がどの程度かかるのか不安な面がある
1025	具体的にどのようICTシステムを想定しておられるのか、イメージがつかめません。想定される課題としては、誰が責任を持ってICTシステムを管理するか、 誰がICTシステムの運営の費用を負担するか、誰が情報を更新するか、が最も大きな課題かと思えます。
1045	各施設におけるシステムや帳票に対して二重記載になる場合、作業の複雑さによる記入漏れや、タイムラグによる内容不一致が発生する可能性がある。 またシステムの仕様によっては、伝えたいつもりになって重要な連絡が滞る可能性もある。
1083	医師参加者の確保
1016	インセンティブからセキュリティが大きな課題であると思えます。
1028	個人情報の本人同意・本人からの開示請求対策・システム導入、維持管理に関する経費・既存システムとの連携
1004	個人情報の取り扱いと、医療・介護連携従事者間の患者情報共有の自由度が相反している・業者に依頼すればコストが掛かり、専門知識を有する者がいなければ構築が難しい

行政・医師会・その他（民間施設等）の施設ごとの比較

ID	A6 2
行政	1012 導入への地元医師会の協力・理解セキュリティに関する不安利用者から文書で同意を求める手間
	1056 開業医によって、ICTの導入に賛否が分かれる。比較的高齢の開業医はとくに、導入を希望されていない。PCの操作が苦手な方も多く存在している。また、個人情報の管理を過剰に心配される方も多い。
	1028 ・個人情報の本人同意・本人からの開示請求対策・システム導入、維持管理に関する経費・既存システムとの運動
	1004 ・個人情報の取り扱いと、医療・介護連携従事者間の患者情報共有の自由度が相反している。業者に依頼すればコストが掛かり、
医師会	1021 県では病診連携システムを現在構築中。医介連携についてはその後となる予定。医療介護連携のために使えるネットワークの道を構築する。
	1022 医介連携の為の物理的なシステム後がまだ出来ていない。
	1080 従来の連携方法からITを活用したタイムリーな情報連携へとシフトしていくには、その利便性や効率化について十分理解を得ながら進めなければ、ITリテラシーが一つの課題となると考える。また、個人情報保護に対する考え方も十分検討していく必要がある。
	1102 継続的な費用がどの程度かかるのか不安な面がある
	1061 運用費用とその主体、利用者の費用負担、医療保険・介護保険上の評価
	1099 医療、介護現場における入力負担をいかに軽減できるかが重要。二重入力や転記作業が発生すると、徐々に利用されなくなる。また、起動時間やネットワークの速度などでストレスをかけたことが重要。
その他	1002 複数の業者によるシステムの乱立
	1031 国は医療・介護など社会資源が潤沢な地域です。よって大都市モデルと捉えてよいでしょう。各患者別に情報を共有することは理想ですが、社会資源（在宅、訪問看護ST、病院、事業所）が患者別にたくさんのチームを形成しているため困難でしょう。地方型のように基幹施設が取りまとめて推し進めることが難しいのが現状です。まずは連携拠点事業所にITにて情報を一元化し、更新を継続しながらのワンストップサービスを目指しています。
	1032 そのため、既存のICTシステムを用いるのではなく、このツール（生き活きノート）を持ち、この圏域での普及を図っている。拠点事業の予算の範囲内で、なかなかマッチングする業者を探すのが大変であった。
	1101 当院は初期費用と維持費用を極力抑えて、ICTに関しては素人である自分たちが運営できるICTシステムを開発中です。
	1051 誰が使えらる簡便なもの
	1065 誰にでも利用できるとあることが重要と考える
	1067 情報の制限について（医師の情報をすべて介護職が閲覧できるシステムが必要であるのか？）システム管理に要する時間で、本当に業務短縮になるのか
	1100 事業所ごとのシステムに対するコスト意識が課題。
	1074 施設・事業所・個人の温度差
	1018 今年度の取り組みで在宅医療連携拠点事業においてもニーズがあることが明らかとなった。それゆえ、ICTの必要性は感じているが、費用（初期およびランニングコスト）や導入の前提として顔の見える関係の構築すること、ITに慣れない医療介護関係者を考慮した利用が容易なシステムの導入等が課題と感じている。
	1073 高齢化社会で、ICT（総務省はICT、厚労省ではIT?）に適應出来ない世帯、又、医療・介護スタッフにあっても敬遠する者が多い。電子カルテを導入している医療機関も僅かしか無い状況で、医療・介護連携システムを導入推進には、エネルギー（資金?）が必要
	1022 個人情報に関する安心・安全の確保
	1025 具体的にどのようなICTシステムを想定しておられるのか、イメージがつかめません。想定される課題としては、誰が責任を持ってICTシステムを管理するか、誰がICTシステムの運営の費用を負担するか、誰が情報を更新するか、が最も大きな課題かと思えます。
	1045 各施設におけるシステムや職業に対して二重記載になる場合、作業の複雑さによる記入漏れや、タイムラグによる内容不一致が発生する可能性がある。またシステムの仕様によっては、伝えたつもりになって重要な連絡が滞る可能性もある。
	1106 否→微々同程度の、特長部による地域一斉導入の施策が必要
	1082 医療機関ではICTを利用した電子カルテのネットワーク作りが少しずつ進んでいますが、医療・介護連携システムの導入となると、医療、介護、福祉の情報をどこまで盛り込んでいくのが課題になると思います。分野が違えばほしい情報が異なるため、どんな情報をICTを用いて共有するのかを検討する必要があります。更に当該地域では病院や施設によってインターネット等のパソコンがすぐに使用できる環境ではないことや、医師の高齢化が進んでおり、IT化を進めていくことに対する不安な課題の一つになります。介護施設も同じでパソコンが自由に使用できる人が決まっている、自由に使用できるパソコンがない等施設内でパソコンを使用する環境が整っていないことも課題になります。また、入力処理に時間を要し、業務が増えるということも心配されます。
	1009 医療介護連携のためのICT導入は不可欠と考えるが、地域のヒューマンネットワークの構築なくして効果的な運用はできないと思う。システムより人づくりが先と考えます。独自開発したら予算が足りない制度をなんとかしてほしい。
	1083 医師参加者の確保
	1035 ユーザビリティ向上とセキュリティ向上が相反すること
	1016 イニシャルコストからセキュリティが大きな課題であると思えます。
	1103 ICTシステムを構築するに、IT（機器システム）については、操作教育などの問題を除けば、全く問題はないと思う。大きな問題は、One人の部分で、多職種連携をいかかると多くの人がICTツールを使いこなさず、ワイルドスキルは教育すれば良いがあるか、それとどのように連携づけるか、大きな問題だと考える。
	1017 1. 業務の記録と連携の記録（情報）を別々に入力する場合、二度手間になり負担が増える。2. 患者情報を登録する場合、どの事業所から入力するか、どの程度手間がかかるか、その時の費用をだれが負担するかなど、運用のルールが確立していない。3. 職種間でICTの必要性について、認識の差がある

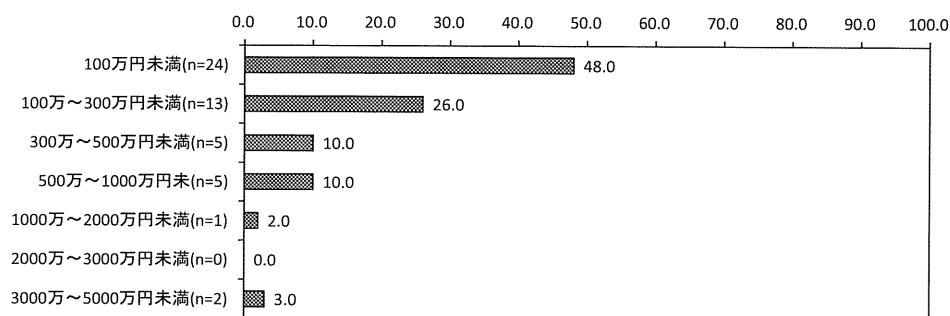
A7. ICT を用いた医療・介護連携システムを導入する場合についてお尋ねします。

A7-1 初期費用はどの程度なら実施可能と考えられますか？ICT を現在導入していない場合もご回答ください。

初期費用は 100 万円未満であれば実施可能と回答した施設が 24 施設（48.0%）で最も多かった。
 ICT 導入施設と未導入施設とではほぼ同様の傾向がみられた。
 行政では、100 万～300 万円未満と答えた割合が、他の運営主体よりおおかった（30.0%）。

回答者全体

(N=50)



導入施設と未導入施設との比較

初期費用	ICT導入		ICT未導入	
	n	%	n	%
100万円未満	11	47.8	13	48.1
100万～300万円未満	6	26.1	7	25.9
300万～500万円未満	1	4.3	4	14.8
500万～1000万円未	3	13.0	2	7.4
3000万～5000万円未満	2	8.7	1	3.7

行政・医師会・その他（民間施設等）の施設ごとの比較

初期費用	行政・行政立病院		医師会・医師会立病院		その他	
	n	%	n	%	n	%
100万円未満	5	50.0	5	38.5	14	51.9
100万～300万円未満	3	30.0	4	30.8	6	22.2
300万～500万円未満	1	10.0	1	7.7	3	11.1
500万～1000万円未	1	10.0	3	23.1	2	7.4
3000万～5000万円未満	0	0.0	0	0.0	2	7.4

A7-2 運用費用（年間にかかる費用）はどの程度なら実施可能と考えられますか？ICT を現在導入していない場合もご回答ください。

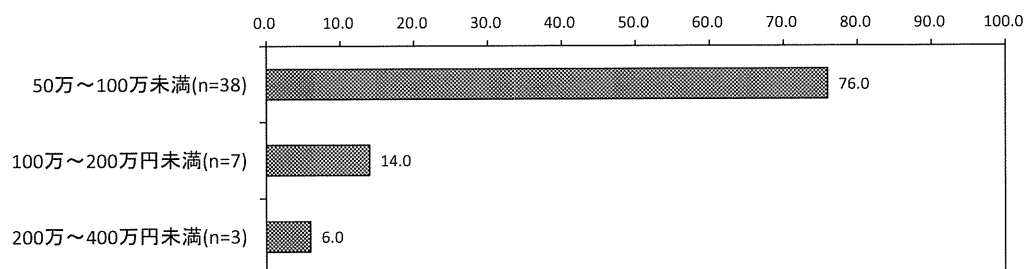
運用費用（年間にかかる費用）は 50～100 万未満であれば実現可能と回答した施設が 38 施設（76.0%）で最も多かった。

ICT 導入施設と未導入施設とでは同様の傾向がみられた。

行政では、50 万円未満と回答した施設が 9 施設（90.0%）で最も多かった。

回答者全体

(N=48)



導入施設と未導入施設との比較

導入費用	ICT導入		ICT未導入	
	n	%	n	%
50万円未満	18	78.3	20	74.1
50万～100万未満	3	13.0	4	14.8
100万～200万円未満	2	8.7	1	3.7
200万～400万円未満	0	0.0	2	7.4

行政・医師会・その他（民間施設等）の施設ごとの比較

導入費用	行政・行政立病院		医師会・医師会立病院		その他	
	n	%	n	%	n	%
50万円未満	9	90.0	9	69.2	20	74.1
50万～100万未満	1	10.0	2	15.4	5	18.5
100万～200万円未満	0	0.0	2	15.4	1	3.7
200万～400万円未満	0	0.0	0	0.0	1	3.7

A8-1. ICT を用いた情報連携の地域に与える成果や効果の測定を行いたいと思いますか？

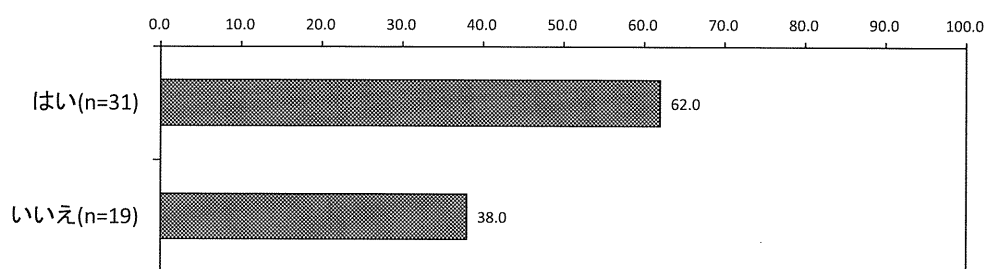
ICT を用いた情報連携の地域に与える成果や効果の測定を行いたいと回答した施設は 31 施設（62.0%）であった。

ICT 導入施設と未導入施設との比較では、導入施設があると答えた方が、成果や効果の測定を行いたいと答えた割合が高かった（65.2%）。

行政においては、行いたいと回答した施設は 4 施設（40%）であり、多施設に比べ低い傾向であった。

回答者全体

(N=50)



導入施設と未導入施設との比較

	ICT導入		ICT未導入	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
はい	15	65.2	16	59.3
いいえ	8	34.8	11	40.7

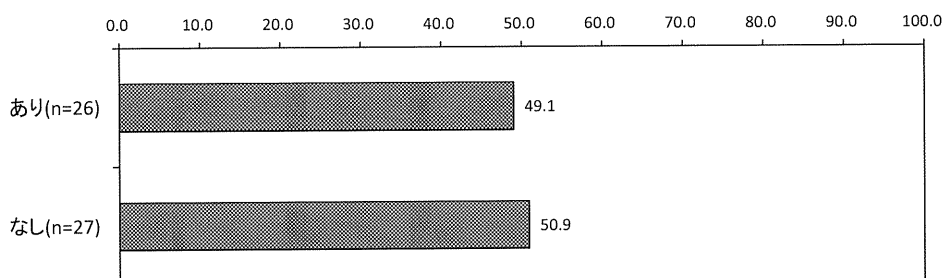
行政・医師会・その他（民間施設等）の施設ごとの比較

	行政・行政立病院		医師会・医師会立病院		その他	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
はい	4	40.0	9	69.2	18	66.7
いいえ	6	60.0	4	30.8	9	33.3

A9 在宅医療・介護連携についてお尋ねします。

在宅医療・介護連携に ICT を用いている施設があると回答した施設は 26 施設、なしと回答した施設は 27 施設であり、ほぼ同じ割合であった。行政においては、用いていない施設が 11 施設中 8 施設であった。また、なしと回答した施設は、90.0%以上が電話、FAX、eメールで情報共有・交換を行っていた。

A9-1. 現在、貴拠点の所属する地域に、在宅医療・介護連携に ICT を用いている施設はありますか？（一部の組織、限定された事例も含みます） (N=53)



A9-2.A9-1 で「なし」と回答した方にお訊ねします。現在の貴拠点が所属する地域で、患者や利用者の診療や介護の情報を日常的に共有・交換しながら治療やケアにあっている施設においては、どのような方法で情報共有・交換を行っていますか？ 以下の欄に具体的に記入してください。（例・ファクス、電子メールなど、いくつでもお書きください）

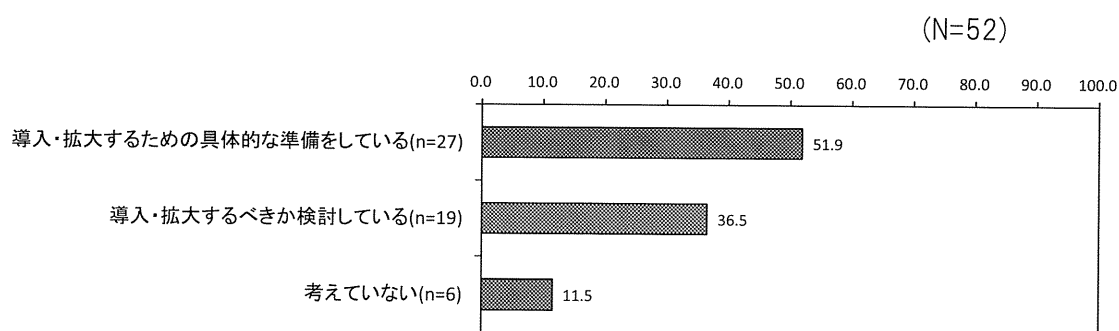
電話・ファクス・電子メールを含む回答	95.7%
電子メール等を含まない（電話・ファクス・郵送など）回答	47.8%

A9-3.A9-1 で「なし」と回答した方にお訊ねします。在宅医療・介護に関連した教育や研修、カンファレンス等に関する情報は、どのような手段で共有していますか？ 以下の欄に具体的に記入してください。（例・ファクス、電子メールなど、いくつでもお書きください）

電話・ファクス・電子メールを含む回答	91.3%
電子メール等を含まない（電話・ファクス・郵送など）回答	34.8%

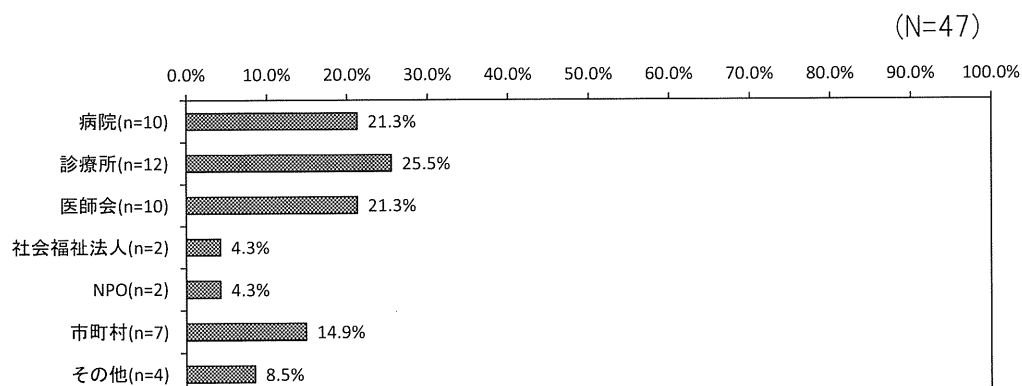
A9-4. 今後、貴拠点が所属する地域において、新たに地域連携や在宅医療・介護連携のための ICT システムを導入・拡大する予定はありますか？

新たに地域連携や在宅医療・介護連携のための ICT システムを導入・拡大するために、具体的な準備をしていると回答した施設は 27 施設（51.9%）で最も多く、行政は 8 施設中 6 施設が該当し、最も割合が高かった。
次いで、検討していると回答した施設が 19 施設であった



A10-3 運営主体の属性について、教えてください

運営主体は、診療所が最も多く、全体の25.5%であった。次いで、医師会、病院がそれぞれ全体の21.3%であった。また、日常的に関わっている職員は、看護師・保健師が最も多く、平均6.13人(標準偏差16.9)であった。



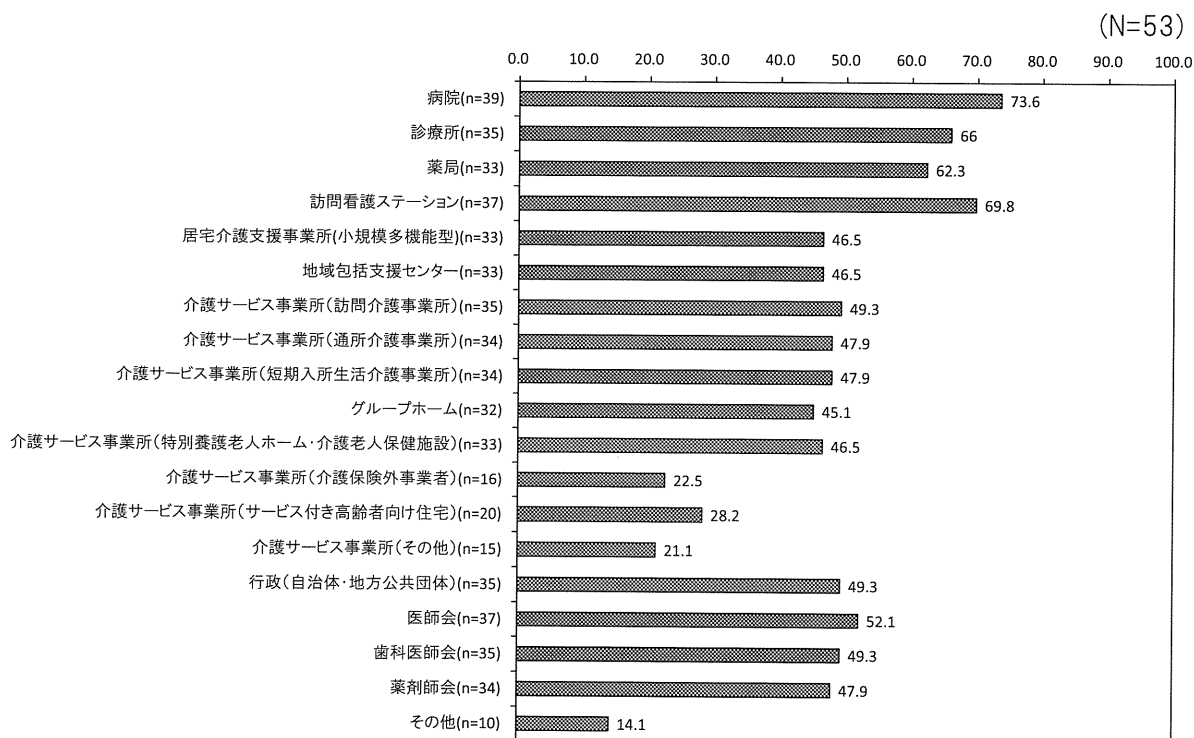
A10-4 在宅医療連携拠点の運営に日常的に関わっている職員数を職員毎に常勤換算数で教えてください

	平均値(人)	標準偏差
医師・歯科医師	2.77	7.07
看護師・保健師	6.13	16.9
薬剤師	0.42	0.88
社会福祉士・精神保健福祉士	1.81	6.48
介護福祉士、介護支援専門員(ケアマネージャー)	2.72	7.35
理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)	1.38	5.05
管理栄養士・栄養士	0.16	0.24
事務職	3.78	12.9
その他	1.10	3.21

※常勤換算数は、従事者の1週間の勤務のべ時間÷当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。複数資格を有する場合は、主たる業務・役割で換算。

A10-5 連携拠点が活動している地域における以下の組織の種類と数を教えてください

連携拠点が活動している地域における以下の組織は、病院が最も多く 73.6%であった。次いで、診療所が 66.0%、薬局が 62.3%であった。



A10-6 連携拠点が目指す連携の姿や、将来の展開等について、自由に記載してください

連携拠点が目指す連携の姿や将来の展開は、多職種との協働・連携、地域密着医療の必要性が多く述べられた。具体的施策として、情報共有ツールの確立や研修会などで、地域スタッフ間のツール面での連携強化と、顔の見える関係を築くことによる連携強化が挙げられた。

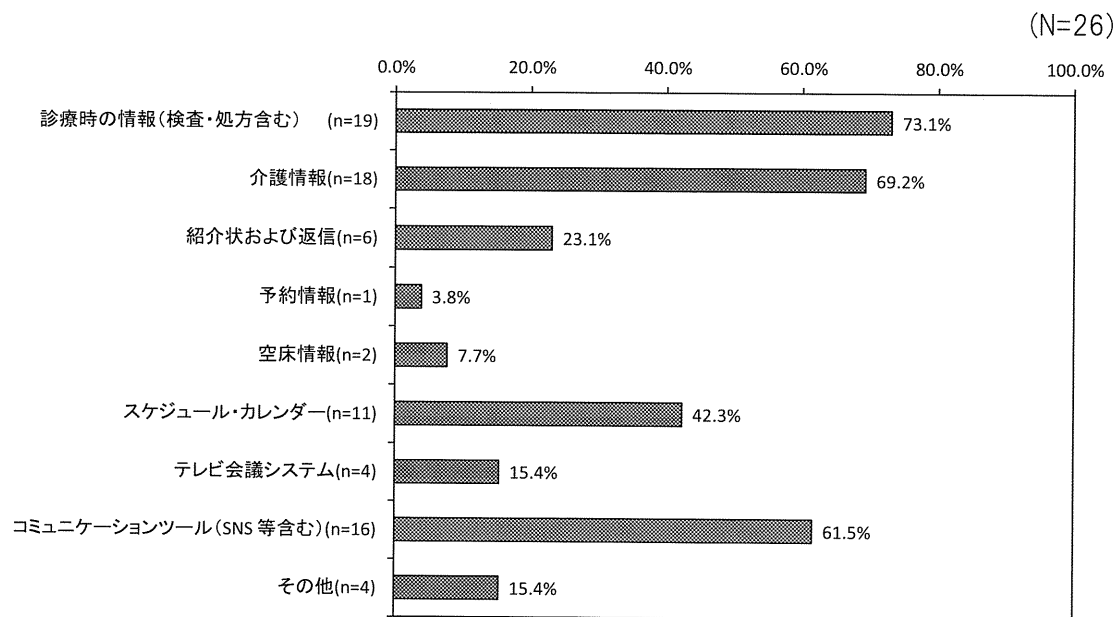
ID	A10.6
1077	当事業所は地域包括も受託しているので市町村との連携や主任ケアマネによるケアマネ支援等を含めて包括支援センターに中心的に業務をお願いしたいと考えています。
1082	当事業所が考える、医療、介護、福祉の連携とは、地域住民の事を一番考え、住民を守るための連携だと考えます。例えば災害時に災害弱者と呼ばれる人たち(幼児、障害者、高齢者等)がどの地域に多いのか、また物資や避難経路等も地域全体で把握しておく必要があります。そのためには住民の個人情報を扱う市町村、救助にあたる消防や警察との連携が重要視されてきます。また、IT化だけでは補う事のできない人と人とのつながりを忘れてはいけません。実際に地域の各機関に足を運び、話をする事で得る情報はたくさんあります。その情報を正しく地域住民に伝え、住民に還元していくことが連携を行う私たちの役目だと思います。何かあった時に考えるのではなく、何かあった時のことを考えた連携を常日頃から意識して行う事で、住民をあらゆる面でサポートする体制ができます。
1012	地域包括ケア体制の構築、心豊かに健康で過ごせるまちづくりに活かす、希望する場所で看取りができる
1045	地域の連携において、モチベーションを高める意識やシステムを作るエンジンのような機関であるべきで、ケアに関して実働する事業所や、依頼に基づいてルーチンワークをこなすような組織を増やしてはならない。公的なポジションではなく、あくまで地域のニーズに対して能動的に働きかける姿勢が重要。
1066	地域の方々に住み慣れた場所で、病気や障害を持ちながらも生活できることが、当たり前に行ける環境の整備を行っていきたく考えています。
1016	地域の状況に合わせた、きめ細かな連携を進め少しずつの動きであれ常に必要性を表に出し進めていきたく思っています。
1018	地域の将来を見据えた地域づくりを担う旗振り役を目指したい。地域住民を中心に据え、組織的につながる先導役を果たせればと思います。
1073	多職種のスタッフが、顔なじみになり、互いの意見等を素直に聞ける関係づくりを目指し、効率の良い連携が行える様にしたい。
1025	サービス事業所が0でエラーとなるのはおかしい。
1093	県全域において、小児の重症管理ができる病院20と、小児を診てくれる診療所、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、保健センターと連携を取っていききたい。ただ、小児を診てくれる病院や診療所、事業所は極めて少なく、開拓が難しい。
1093	市および市医師会が目指す将来の姿としては、在宅のバックアップ(急変時の受け入れ)体制を二次輪番病院を中心に整備し、市内を概ね4つ位のエリアに分け、その中で機能強化型を支援(連携型)が各エリアで機能する体制整備を行い、地域包括支援センターや介護事業所等々関係機関と緩やかに連携する体制を目指したい。その中で情報共有システムの活用を行っていきたく考える。
1051	困難事例の相談に乗り、マッチングした診療所に紹介する。地域住民に向けての在宅医療の啓蒙を地域包括支援センターと行う。在宅医療、介護、福祉にまたがるコーディネーターを教育する。
1103	今回の在宅医療連携拠点事業で目指す「多職種連携で機能する地域連携在宅医療システム」の構築は、医療法人が、開業以来13年間追求し、実践してきた理念でもあります。今回、これらの活動を一冊の本にまとめたので、ご参考になれば幸いです。
1004	現在は地域内で、在宅を担う医師、看護師の24時間体制の構築と介護施設及び在宅における終末期について連携拠点が中心となり、会議、研修会を行っている。将来的には、地域住民と当地域の医療、介護、福祉について幅広く意見交換を行い、地域内のサービス体制構築に反映できる仕組み作りを行いたいと考えている。
1101	拠点を中心とした地域において、ICTツールを利用し情報共有を図り質の高い多職種によるケアを実践する。がんを中心とした疾病構造の変化に対応すべく質の高い医療・介護従事者の育成に努める。この地域の住民に対して、在宅での看取りまでを念頭に置いた在宅医療の意義を理解してもらうための活動を続ける。
1041	顔の見える関係が促進し、医療職・介護職それぞれの立場で意見が言え、地域の在宅療養を支えるチームとして療養者に関わることができるよう、各職種間や病院・在宅の情報共有ツールや、各職種のスキルアップ、医師との連絡方法のツール等の確立を目指す。
1009	顔の見えるシームレスな連携
1080	医師会と市町村が協働し、地域に対して面的な在宅医療の整備を進めていく。
1021	医介連携のみならず、病院勤務医との連携を構築する必要がある。当地区は医科大学病院があるがこの勤務医と診療所(かかりつけ医)、在宅医の連携を取っていき。さらに訪問看護、介護についての理解を病院側特に現場で働いている勤務医に求める。病院勤務医、かかりつけ医(在宅医)、訪問看護、介護・福祉職との連携が取れて初めて地域連携が出来る。
1061	地域NSTの実現
1022	在宅を希望する方なら、1人暮らしでも、在宅医療を受けることが出来、多職種のスムーズなかかわりの中で安心して在宅で最期を迎えることが出来るような地域になる事
1006	在宅医療の普及啓蒙を行う他、退院カンファレンスやサービス担当者会議等、すでにできている連携はそのまま活かし、あるいはよりよい連携となるよう働きかけを行い、地域包括ケアの視点で不足する連携を企画しコーディネートしていく
1106	行政単位における医療と介護の全施設が利用できる基本インフラとなり、バスを介した連携が構築されることを願う
1083	ICTシステム、情報システムが安全に稼働し、参加事業所が増えることで医療・介護の提供が出来ると思います。現在、システムの充実拡大に向けて事業を展開しています。
1013	24時間体制の在宅医療を実現するために、地域における医療機関および介護施設が地域のツールであることを認識し、役割分担やシフト体制を確立する。また、地域の医療や介護の水準も統一、医療機関による技術格差をなくし、緊急時にどの医療機関や介護施設にあたって同じサービスを提供できるようにする。
1032	1人の患者に対して関わっているすべての職種が、お互いの情報を共有し、医療・介護の両方を理解することにより、患者を多面的に捉え、患者に対するサービスの質を高めていくことを目標としている。また当拠点事業がIT化しようとしている「生き生きノート」には、From To という誰もが記載できる自由記載・連絡表があり、医師・ケアマネをはじめ、多職種、家族に至るまで、風通しの良いコミュニケーションツールとしても注目をしている。

調査票 B：情報共有 ICT システムについて

調査票 A の問 9（1）現在、貴組織の所属する地域に、在宅医療・介護連携に ICT を用いている施設はありますか？で「あり」または、問 9（4）今後、貴組織が所属する地域において、新たに地域連携や在宅医療・介護連携のための ICT システムを導入・拡大する予定はありますか？で「導入拡大の具体的準備をしている」、と回答した方のみ回答（有効回答数 26）

B1. 現在、連携のために使っているシステムで共有している情報や機能についてお伺いします。あてはまるものすべて選んでください。（複数選択可）

現在、連携のために使っているシステムで共有している情報や機能は、診療時の情報が最も多く、19 施設（73.1%）であった。ついで、介護情報が 18 施設（69.2%）であった。



B2.診療情報・介護情報を共有するためのシステムについてお尋ねします。

B2-1.上記の情報共有システムの運営が始まったのはいつですか？

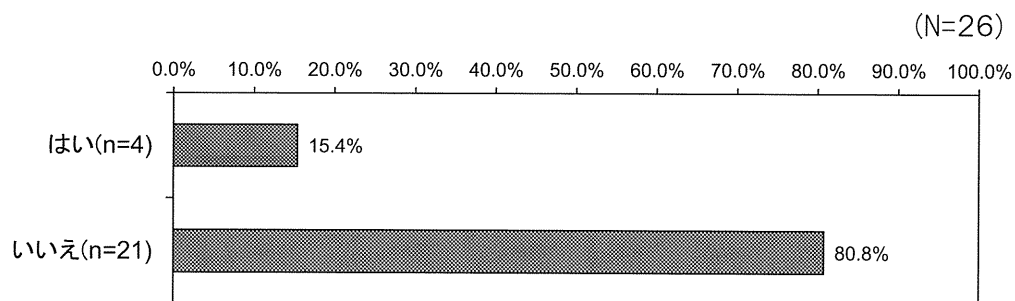
診療情報・介護情報を共有するためのシステムの運営開始時期について、20 施設（80.0%）が東日本大震災後の 2011 年以降と回答した。10 年以上前に運営を開始していたと回答した施設は 2 施設（8.0%）であった。

ID	□年	□月
1009	1999	11
1014	2000	4
1007	2003	10
1097	2007	4
1107	2008	1
1099	2011	3
1004	2011	6
1006	2012	10
1028	2012	1
1090	2012	3
1093	2012	12
1074	2012	10
1080	2012	9
1013	2012	11
1032	2012	12
1051	2012	10
1073	2012	12
1076	2012	10
1078	2012	8
1082	2012	7
1083	2012	5
1101	2012	9
1103	2012	9
1106	2012	8
1002	2013	1

B2 医療・介護情報共有システムについてお尋ねします。

情報共有システムが、地域内の施設の情報システムと情報のやりとりを行うことが出来ると回答した施設は4施設(16.0%)であり、やり取りができないと回答した施設が行政関連施設を含め多かった。

B2_2.この情報共有システムは、地域内の施設の情報システム（医療機関の電子カルテ等）と情報のやりとりを行うことが可能ですか？

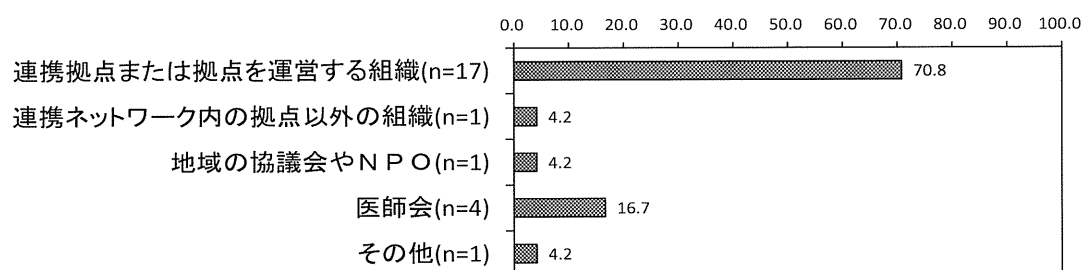


運営のガバナンスについてお尋ねします

情報共有システムの運営管理者は、運営する組織と回答した施設が最も多く 17 施設 (70.8%) であり、システム運営管理の実務をシステムベンダーや受託業者に委託している施設が 13 施設 (54.2%) であり、行政は 3 施設中 2 施設が委託していた。

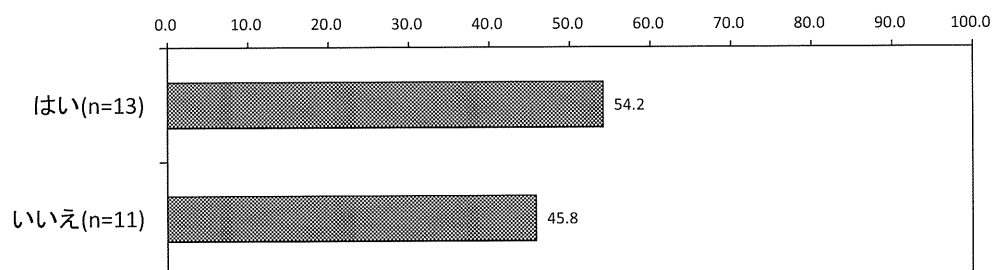
B2-3 情報共有システム (診療情報・介護情報を共有するためのシステム) 管理者は以下のどれですか? 当てはまるものを 1 つ選択して下さい。

(N=24)



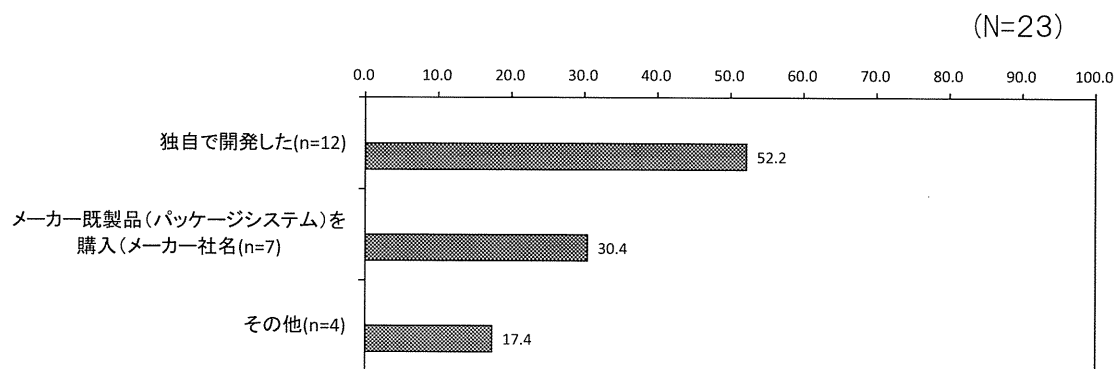
B2-4 運営管理者は、システム運営管理の実務をシステムベンダーまたは、医療介護事務等の受託業者に委託していますか? あてはまるものを 1 つ選んでください

(N=24)



B2_5.医療・介護情報共有システムは、以下のどれにあてはまりますか？あてはまるものをひとつ選んでください。

情報共有システムは独自で開発した回答した施設が最も多く 12 施設 (52.2%) であった。行政施設においては独自で開発した施設、メーカー既製品を使用している施設それぞれ 1 施設であった。



B2_5.医療・介護情報共有システムがメーカー既製品 (パッケージシステム) の場合、メーカー名を記入して下さい。

ID	B2_5.2メーカー社名
1103	株式会社カナミックネットワーク
1080	株式会社 カナミックネットワーク
1106	メディカル・アイ
1083	マイクロソフト
1099	富士通ファイルメーカー
1074	EIR
1076	(株)エイル

B2_5.その他の場合の自由記述

ID	B2_5 その他
1093	他地域で開発されたシステム
1101	カスタマイズ
1107	SECが開発、当地区での試験運用を経て全国へ展開された

B2 医療・介護情報共有システムの規約についてお尋ねします。

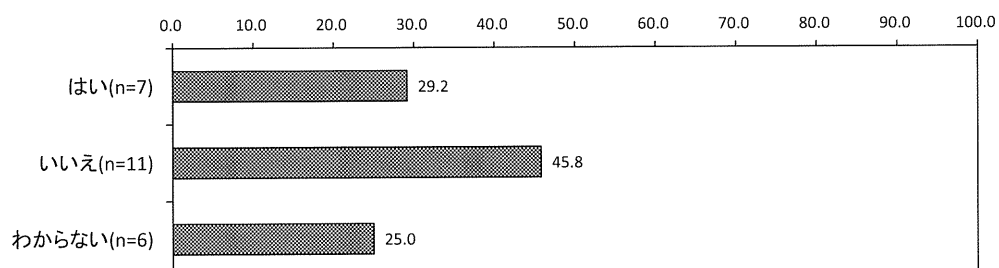
医療・介護情報共有システムに、厚生労働省等が提供するコード、マスターおよび標準化された情報交換規約を採用していないと回答した施設が 11 施設(45.2%)で最も多かった。

また、医療・介護情報共有システムは、以下のガイドラインに準拠していると回答した施設が 15 施設 (62.5%) で最も多かった。

B2_6.医療・介護情報共有システムは、厚生労働省等が提供するコード、マスターおよび標準化された情報交換規約を採用していますか？あてはまるものをひとつ選んでください。(1つ選択)

(例：SS-MIX (患者診療情報提供書及び電子診療データ提供書)、HL7、ICD 病名マスタ等) 参考：医療情報標準化推進協議会 「医療情報標準化指針」 一覧。

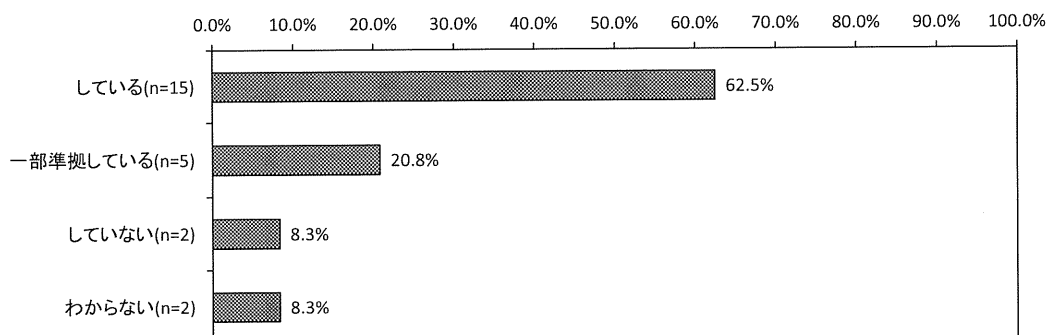
(N=24)



B2_7.医療・介護情報共有システムは、以下のガイドラインに準拠していますか？あてはまるものをひとつ選んでください。(1つ選択)

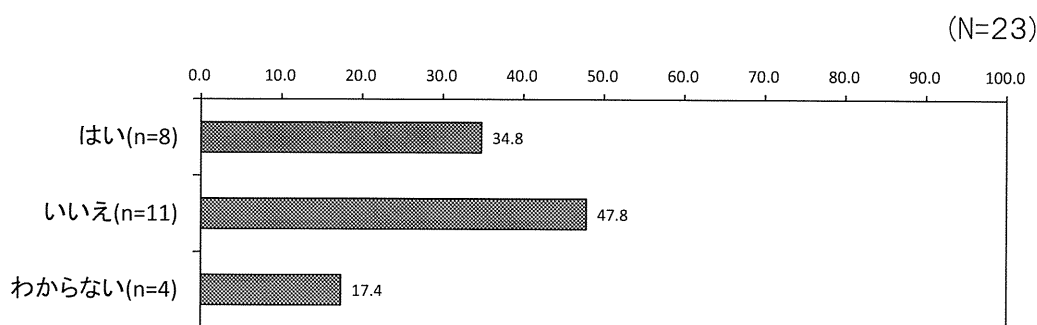
厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン

(N=22)



B2-8 医療・介護情報共有システムの運用ルール（災害時・非常時対応を含む）を定めていますか？あてはまるものを1つ選んでください。

災害時・非常時における情報共有システムの運用判断について、医師会長が行うと回答した施設と、システム管理者が行うと回答した施設は各2施設、委託先のデータセンター事業者と回答した施設が1施設あった。災害時・非常時の使用を想定していないと回答した施設も2施設あった。



B2_9.B2_8で「はい」と答えた方に質問します。災害時・非常時における情報共有システムの運用は誰の判断で行われますか？（自由記述）

ID	B2_9
1009	法人内(委員会を設置)で取り決め。実際に発生した場合は、拠点毎に責任者を選出しており状況に適した判断を行う。
1076	災害時・非常時には使用不能と考えています。あくまで平時システム。
1093	災害時、非常時のルールは定めていない。
1073	医師会長
1032	委託先データセンター事業者
1014	システム管理者
1106	医師会長の判断
1107	Medika(ID-Link)を利用する施設の長: 運営管理者

B3_1.共有する情報の置き場所は、以下のどれですか？あてはまるものをひとつ選んでください。

共有する情報の置き場所は、外部のデータセンターと回答した施設が最も多く 13 施設（61.9%）であった。行政においては、連携拠点内のサーバー・外部のデータセンター書く 1 施設ずつであった。

