

### (3) 連携を実現するための工夫

#### ～拠点が地域の情報を集約し発信する～

・現在の拠点事業体制：拠点の主な役割は、鮮度の良い情報を集約し発信すること。具体的な取り組みには、a)地域資源のマップ化、b)ショートステイ空き情報の提供（⇔医師会で23の施設についてとりまとめ。毎週水曜に更新するので、情報の鮮度が保てる）、c)さまざまな研究会や学習会等の開催内容や開催日を集約し、わかりやすく分類して発信、がある。このほか、ケアマネと医師との話し合いの場を広げるための「連携シート」の作成、「施設における医療依存度の高い方の受け入れ情報」の更新等を行っている。

拠点「ほたる」自体にはNet4Uの閲覧権はないが、それを介護施設へ普及させる広報を行っている。

### (4) 行政や医師会の関わり

#### ～行政との連携のもと進められた拠点事業～

本拠点事業は、鶴岡市の機関型地域包括支援センター（鶴岡市長寿介護課直営）と常に共同体制を取って進められてきた。この機関型地域包括支援センターでは、平成24年6月にNet4Uの利用を開始し、介護予防に関わっている高齢者のケースで内科主治医との連携に用いている。市内には、その他に6カ所の委託型の地域包括支援センターがあり、平成25年4月からは、羽黒地区の地域包括支援センターもNet4Uを利用開始することになっている。

鶴岡地区医師会と鶴岡市（主に長寿介護課や健康課等）は、長期にわたり連携しながら、時に一体となって地域の保健・医療・介護事業に取り組んできた。鶴岡地区医師会は、鶴岡市立湯田川リハビリテーション病院の運営、鶴岡市や三川町の国保の検診事業、地域の学校保健事業等も担っている。

また、医療（大腿骨頸部、脳卒中、糖尿病）の地域連携パス協議会には、山形県庄内保健所長が委員として参加するなど、県保健行政との連携体制もできている。

第五次対がん事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」の推進においては、鶴岡市立荘内病院や地区医師会のみならず、鶴岡市や保健所の職員もワーキンググループのメンバーとして参加した。

このように、常日頃から多方面にわたり地区医師会と行政との連携体制が強固であったことも、今回の在宅医療介護連携事業の進展につながっている。

### (5) ICTシステムを用いた連携の効果

#### ～多職種の安心感につながる情報の共有～

時間的な制約がない（後で記録できる、時間が空いた時に確認できる）ことや、ディスカッションの記録が残ることがメリットである。

在宅緩和ケア等の場面では、病院医師や在宅医師と情報共有や相談ができることで、訪問看護師や訪問リハビリのOT/PTの安心感につながっている。

病院緩和ケアチームの医師たちも、在宅での患者の様子をNet4U上で把握することがで

き、緩和ケアの質の維持において大きなメリットになっていると感じている。

ケアマネからの情報発信が増加し、主治医が患者から聞けなかった情報（患者の経済的負担等、医師に言いにくかったこと）を拾えるようになり、医師も新しいパートナーを得られたと実感している。

顔の見える関係があったうえで、ICTシステムを使うことで、効率的な医療・介護の提供を行いやすくなったり、提供者同士の結びつきが強くなったりしていることを感じている。拠点事業は、顔の見える場づくりに貢献している。

## （6）ICTシステム運営における課題——ヒアリング時に聞かれた現場の声

### ～ICTシステム連携普及へのハードル～

「自治体や社協等とネットワークをつなぐ際には、セキュリティを担保するために物理的な分離が必要となり、各施設の既存ネットワークとの共存が難しい場面がある。接続しやすい環境を整えたい」

「介護事業者への普及は非常にメリットが大きいので、早期に利用範囲を広げたいが、厚生労働省のガイドライン準拠の「セキュア（IPsec-IKE）」な環境を維持したままの導入は、介護事業者にとって費用が合わず、拡大しにくい」

# 在宅医療連携拠点室「ほたる」におけるICT活用

## 情報発信ステーション

ホームページによる医療・介護者及び市民に向けた情報の発信

平成23年10月よりホームページ開設し、医療・介護者、及び市民に向けた情報発信を行っています。

### 学習会集約カレンダー



主催するイベントだけでなく、地域内で行われる**医療介護関連の学習会、研修会等を集約**したカレンダーです。

### 在宅医療地域資源マップ



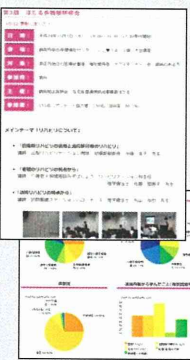
**地域の在宅医療資源を地域や施設の機能で検索**することができ、地図へのマッピングや詳細情報の表示が可能なツールです。

### ショートステイ空き情報

施設名	電話番号	11/20	11/21	11/22	11/23	11/24	11/25	11/26	11/27	11/28	11/29	11/30	12/1
北野南 (6床)	25-2881												
北野南 (個室)	25-2881												
北野南 (4床)	25-2881												
北野南 (個室)	25-2881												
北野南 (4床)	25-2881												
北野南 (個室)	25-2881												
北野南 (4床)	25-2881												
北野南 (個室)	25-2881												
北野南 (4床)	25-2881												
北野南 (個室)	25-2881												
北野南 (4床)	25-2881												
北野南 (個室)	25-2881												
北野南 (4床)	25-2881												
北野南 (個室)	25-2881												

地域内のショートステイの空き情報が確認できます。ほたるにて毎週情報を更新しますので、**情報の鮮度が保たれています**。閲覧にはログインが必要です。

### 活動報告



主催する多職種研修会や意見交換会、及び共催イベントについての開催情報、開催内容、写真、アンケート結果を、**網羅的にまとめた活動報告**です。

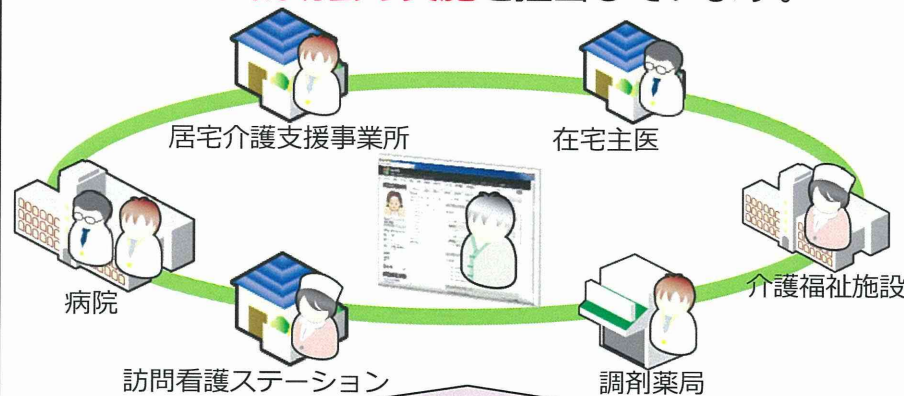
### その他の情報発信

ほたるの基本情報、事業についての説明、相談窓口の案内、スタッフ紹介、報道・メディア紹介、広報誌等の情報を発信しています。

## 情報共有ツール運営支援

地域患者情報共有ツール「Net4U」の事務局支援、普及促進活動

当地区で運用されている医療・介護者のための患者情報共有ツール「Net4U」の具体的な運用を行う**事務局機能の支援**、医療者・介護者への普及促進、啓発のための**説明会の実施**を担当しています。



事務局機能の支援

利用説明会の開催

ほたるでは**具体的な運営業務の支援**を担当

本年度、在宅高齢者見守り機能「Note4U」を導入し家族やヘルパーといった**介護者**も参加した、患者情報の共有を開始します。



患者の状態に変化があると、在宅主治医やケアマネジャーに連絡が届く仕組みです。

在宅医療の連携を推進するため「情報発信」と「情報共有」の両面でICTを活用しています！

## 別府市医師会訪問看護ステーション（大分県別府市）

医師会員と医師会立訪問看護ステーションの地道な信頼関係の構築と、ICTシステム構築が、同時に進められてきた地域。平成 23 年から、ICT システムを用いた病診連携が始まった。拠点の訪問看護ステーションは、クリニックやケアマネと患者情報を共有。

### A. 基本情報

別府市医師会内に設立された訪問看護ステーションが拠点となった地域。

別府市は、人口約 12 万人、高齢化率 28.4%で、25 の病院（うち基幹病院 5）、106 の診療所、12 の訪問看護ステーションを擁する。介護資源としては、47 の居宅介護支援事業所、53 の訪問看護事業所、12 の短期入所・療養介護施設等があり、7 つの地域包括支援センターが設置されている。医師会の会員数は 316 名で、うち 120 名が開業医だ。

### B. 地域連携のための仕組みについて

平成 18 年、介護予防事業開始時に、地域包括支援センターの職員と診療所の主治医との情報交換会を設定したことが、地域の医療介護連携の発端となった。

拠点事業担当者でもある訪問看護ステーション管理者が、ステーション開設時から訪問看護師と医師との信頼関係構築に尽力している。医師からのクレームの根拠を追求して関係改善につなげ、医師からの信頼を得てきた。居宅介護事業所や居宅介護支援事業所とも連携。平成 24 年には、地域の在宅医療介護資源を一覧にした『在宅医療連携ガイド』を作成、地域の多職種が活用する。

### C. ICT システムについて

#### (1) ICT システムの概要と、具体的な利活用方法

～基幹病院の情報を、診療所医師が参照～

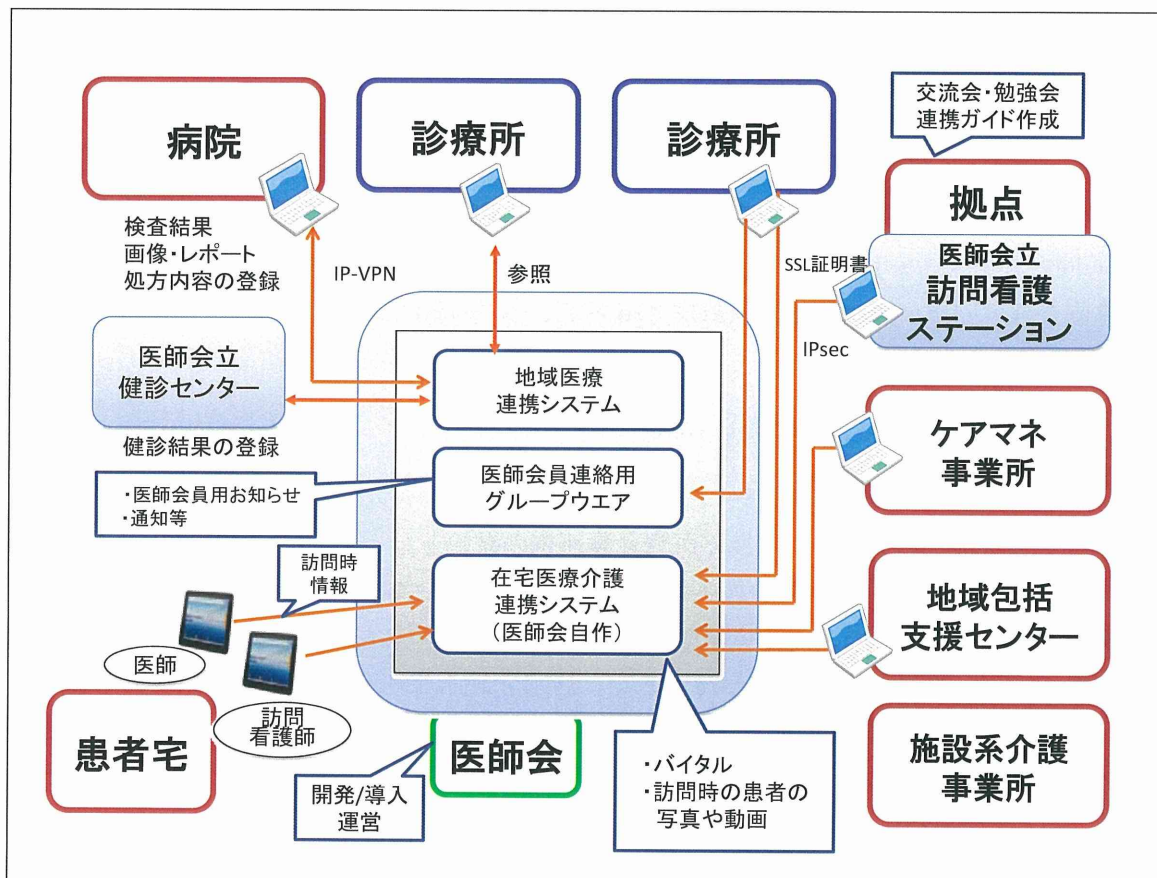
平成 22 年、医師会業務の効率化を目的に、グループウェア（サイボウズ）を整備した。掲示板、インフルエンザ感染マップ、インフルエンザ患者数の日々の変化、メールに添付された動画・静止画などを確認できる。

翌年には、地域の 3 基幹病院の電子カルテ導入をきっかけに、「ゆけむり医療ネットワーク」として、基幹病院の医療情報共有システムの運用を開始。3 病院とも富士通の電子カルテであったため、同社の地域医療連携システム Human Bridge を選択した。3 病院が、検査結果、画像、レポート、処方内容などを、医師会地域保健センターが心電図、検査結果、健診結果を公開する。情報を参照する診療所は現在 48 だが、アンケートによれば、地域の約 8 割の診療所が参加を希望している。

また、同年、医師会自作の在宅医療介護連携システムを導入。医師または訪問看護師が、

訪問先でタブレット端末を用いて入力したバイタル情報や撮影した静止画・動画を連携システムへ登録する。登録された情報は、かかわるチームの主治医（診療所）、副主治医（病院専門医）、訪問看護師、地域包括支援センターなどが患者ごとにアクセス権限を登録して情報を共有している。

## (2) ICTシステムの概要図



## (3) 連携を実現・推進するための工夫

～医師会全体で在宅医療介護連携を推進～

- ・現在の拠点事業体制：医師会の公益性の下、訪問看護ステーション管理者が顔の見える関係づくりを、医師会事務次長が ICT ネットワーク構築を担い、それを医師会執行部が全面的にサポートする体制が、地域全体の在宅医療介護連携を促進。
- ・行政・市民との連携：災害マップの作成を計画中で、自治体から津波と火山噴火時のハザードマップを入手し、災害時の取り決めに策定しようとしている。

## (4) 行政や医師会のかかわり

～医師会のサポートの下、採択後は行政とも連携～

現在の拠点管理者に拠点申請を勧めたのが医師会長自身でもあり、採択時から訪問看護ステーションの在宅推進事業を後押ししている。医師会長が拠点管理者の方針を代弁して

くれる機会が増え、地域の多職種も、拠点事業をいち訪問看護ステーションの活動ではなく、医師会の取り組みとして認識。地域全体の在宅医療に対する意識が変わった。

拠点事業をきっかけに、県医師会、県医療政策課、市高齢者福祉課などとも連携。特定健診結果を高齢者福祉課に見てもらおうようにしたことで、介護予防へと結びつけている。

#### (5) ICT システムを用いた連携の効果

～患者の自宅での様子を、診療所主治医が把握～

患者が検査紹介で基幹病院の CT 検査を受けた場合、検査画像を診療所でも見られるため、患者はかかりつけ医から、画像・読影レポートについて平易な言葉で説明を受けることができる。

また、診療所の医師は、入院中の患者の在宅移行のタイミングを図る際、多忙な病院主治医に連絡を取らずとも、情報を ICT で直接確認できるようになった。さらに、診療所的主治医が、患者の自宅での生活の様子を把握できるようになった。「パーキンソン病患者の自宅での歩き方を動画で報告、適切に処方を変更」「家具の配置や整理整頓の状態から、転倒リスクを予測」「皮膚病変やじょく創を撮影して報告、数日後の医師の訪問診療につなげる」など、多くの場面で効果が出ている。

#### (6) ICT システム運用における課題——ヒアリング時に聞かれた現場の声

～へき地での通信環境に左右されるアクセス～

「患者宅では Wifi ルータ+タブレット端末で ICT システムにアクセスしているが、電波の届かないへき地では通信できない。通信環境の改善を望みたい。対応として、最近はおフラインで、タブレット端末のカメラ機能を用いて患者の様子を顔が入らないように撮影、通信できる地域や事業所に戻ってから、データをインポートしている。タブレット端末に残ったデータは、インポート後に削除。個人情報漏えい防止のため、撮影時に顔を写さないことを徹底している」

「現在、医師会員の ICT 利用料は、VPN ルータ利用料の実費徴収のみであり、5年ごとの更新費用の捻出が課題となっている」

「処方箋の電子化に限らず、地域医療連携するうえでは特に“個人情報保護法の第三者提供”の解釈に温度差があり、シームレスな地域医療連携の足枷となっている。この点については、医療個別法の中で議論を重ね、改善されることを望む」

# 「ゆけむり医療ネット」医師会を中心とした地域医療・保健・福祉を連携する医療情報ネットワーク



## 新見医師会（岡山県新見市）

岡山県北部に位置し、鳥取県、広島県と県境を接する新見市は、山間部過疎地域のため医療資源が少ない。訪問看護ステーションなどを有する市医師会が、市役所の市民課地域医療係と共に、テレビ電話やタブレット端末を活用した在宅医療介護連携を推進している。

### A. 基本情報

新見市は、面積 793 平方kmで、東西 50km（車で 1 時間）、南北 50km（車で 1 時間）に広がる。人口は 3 万 4 千人、人口密度は全市区町村 1720 中 1422 位という過疎地域だ。

新見医師会の医師会員数は 34 名で、地域には 4 つの病院と 20 の診療所がある。平成 10 年に医師会立の老人保健施設を新築、これを機に、休日夜間診療所、医師会事務所、訪問看護ステーション、居宅介護支援所が同居した。

平成 20 年、市の情報基盤事業（ラストワンマイル事業）により、新見市全家庭（約 1 万 2 千世帯）の軒下まで光ファイバー網が整備されている。

### B. 地域連携のための仕組みについて

医師会立老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の集約を機に、医師会が医療介護連携の拠点となる。市に市民課地域医療係があり、ここが医師会のパートナーとなって、毎月、多職種による在宅医療会議を開催。市民課地域医療係主催で、医師会会議室が会場となっている。医師会長自らが、市の介護事業をとりまとめる高齢者事業のトップとなり、医療介護連携を推進している。

### C. ICT システムについて

#### (1) ICT システムの概要と、具体的な利活用方法

##### ～テレビ会議からタブレット端末を活用した情報共有へ～

新見市のラストワンマイル事業を医療介護連携へ応用して、平成 20 年 4 月、総務省事業として、在宅患者と医療機関間の遠隔医療の実証実験を開始した。テレビ電話端末“医心伝心”を診療所、介護施設、患者宅等に設置。医師⇄看護師間での、じょく創や発疹などの患部画像共有、たん吸引や創傷処置の手技確認、多職種間の担当者会議の効率化などの効果を挙げている。

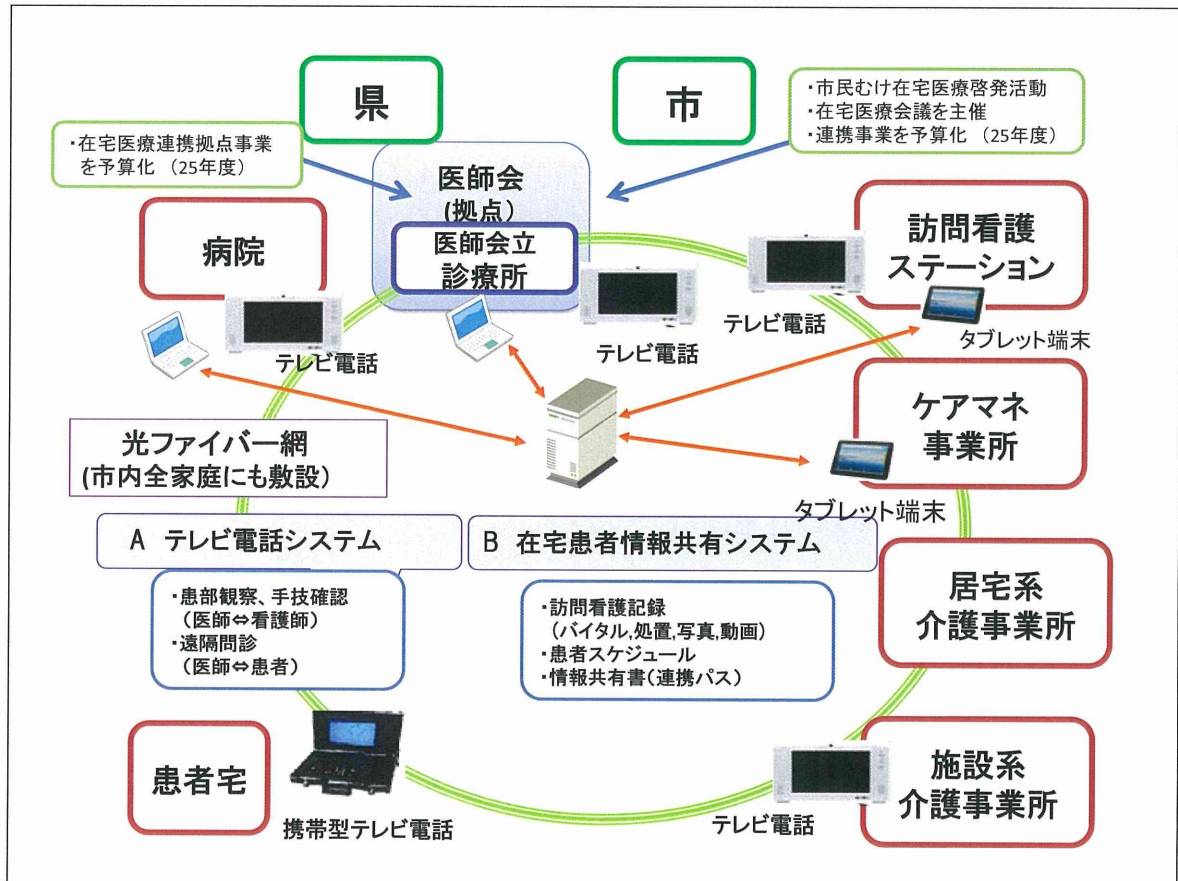
平成 22 年の総務省事業で、タブレット端末による在宅患者情報共有システムを開発した。訪問看護師が訪問先で、バイタル、処置内容、それらの静止画・動画を携帯端末に入力。データベースサーバに登録したうえで、医師、ケアマネと共有している。また、テレビ会議を効率的に運用するため、患者スケジュールを共有している。

拠点事業にて、現在は Excel で作成し紙で運用している「新見版情報共有書（連携パス）」



を、タブレット端末でリアルタイムに共有する“Z連携システム”を開発中。利用シーンは在宅移行時と入院時。病棟看護師⇔在宅看護師の情報連携が主だが、ケアマネ、医師も閲覧する。共有項目は、患者基本情報、病名、既往歴、処方、検査結果、日常生活の制限、家族の状況、認知の状況(長谷川式簡易スケール)、ADL、介護保険の利用や要介護度など。

## (2) ICTシステムの概要図



## (3) 連携を実現するための工夫

～市担当課と医師会が連携して、県・市事業へ拡大～

- ・現在の拠点事業体制：拠点となる医師会が、看護師資格をもつケアマネとMSWの専従者を新たに雇用して、平成10年から取り組んでいる在宅医療介護連携体制を強化している。
- ・行政・市民間の連携：厚労省地域医療再生基金の事業として、市民ミーティングを開催。あわせて医師会を中心に、看護学校の看護フェア、市民団体との連携、高校生に向けた教育などを開催。市民に対する在宅医療の啓発活動を行っている。なお岡山県は、平成25年度の県事業として在宅医療連携拠点を9箇所整備する計画がある。

## (4) 行政や医師会の関わり

～拠点事業採択以前から、医師会と行政が連携～

新見市は市民課地域医療係を設置していて、医師会の拠点事業採択以前から、市民課地

域医療係が医師会と連携して多職種による在宅医療会議を主催してきた。この会議には、市民課のほか、健康づくり課など 4 課が参加している。医師会長自らが、市の介護事業をとりまとめる高齢者事業のトップを務めており、医師会長を通じた医療介護連携の素地もある。また、新見医師会の事務長は元自治体職員であり、その人脈を生かして医師会と行政とのパイプ役を務める。市民課地域医療係と医師会とが連携して、岡山県と新見市に拠点事業の継続を働きかけ、双方で平成 25 年度の活動予算を確保した。

#### (5) ICT システムを用いた連携の効果

##### ～埋もれた情報の顕在化と共有～

紙記録の場合、訪問看護師は記録を完成させるまで外に出さないため、埋もれたままの情報があった。多忙のため完成させられず記入途中の状態でも、ICT システムを用いることで、訪問看護師同士がリアルタイムに情報共有できようになった。

医療資源が限られた同地域には、在宅専門医は不在である。外来もこなしながら 40 名の在宅患者を受け持ち、山間部の訪問診療にも尽力する医師からは、「スケジュールを上手く調整してテレビ電話で話す時間をつくれれば、患者の様子がよくわかる。ICT システムの活用は医師の負担軽減につながる」という声が聞かれている。

#### (6) ICT システム運営における課題——ヒアリング時に聞かれた現場の声

##### ～行政の縦割りで、ICT システム整備費用捻出が困難に～

「現在、VPN 通信を行っているが、高額となる。資金面の問題で介護側が参加しにくくなるため、VPN を必須とはしたくないと考えている」

「医師会員からの限られた会費収入から ICT システム導入の費用を捻出するのは難しい。しかし、導入初期から利用料を徴収してしまうと、参加者が増えなくなる。初めは医師会負担で参加費無料とし、利用者が増えて利便性が認知されてから少額を徴収したい。利用者が増えるほど、1 事業所が支払う金額は低くても、多くのお金が集まる」

「ICT システムは総務省や厚労省の交付金で整備しているが、縦割りかつ年度割りがあがあるため、利用しにくい。ICT システム整備には、複数年度の開発の積み重ねが必要であることを強調したい。また、行政の縦割りは、連携の阻害要因ともなっている。市民課地域医療係が積極的に医師会、看護協会、薬剤師会と連携しているが、市の介護側が消極的である」

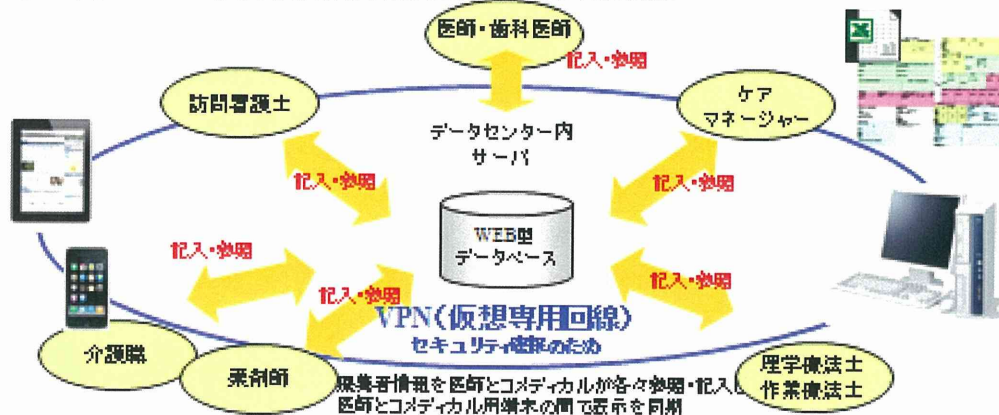
「新見は在宅医療資源だけではなく、医療資源そのものが少ない。また、面積が広く、人口密度が低いため、市内全域に均一な在宅医療介護連携体制を構築することが困難。さらに、医師、看護師とも高齢化が進み、24 時間体制の定期巡回随時対応型訪問診療・看護・介護が困難となっている」

地域の環を目指して！

## 多職種連携ツール「Z連携」(仮称)の機能

新見医療連携情報共有書(在宅バス)の作成～共有ができます。

- 簡単タッチ記録** (モバイル端末向け。画像も撮影するだけのワンタッチ操作で記録～共有)
- Excelシート連携** (慣れたExcelシートを使ってパソコンから情報登録～情報出力)
- リアルタイム共有** (共有相手による編集をリアルタイムで同期)



※職種は例示で連携に関わる全ての職種が情報共有できるツールです。ただし、個人情報保護のため療養者の同意を受けた上でシステム管理者がパスワードを発行した者のみが情報を参照・記入できます。(与えられたパスワードによっては参照のみとなります。)

## 天童市東村山郡医師会（山形県天童市）

東村山郡医師会では、モバイル端末を用いた ICT システムを構築し、多職種連携推進に取り組んでいる。誰でも利用できることを目指す一方で、医療情報の取り扱いに関する各種ガイドラインへの準拠を強く意識したセキュリティレベルの確保を指向している。

### A. 基本情報

平成 23 年度における天童市の人口は 6 万 2 千人、高齢化率は 24.1% で、医療資源としては、病院 3、診療所 44（うち在宅療養支援診療所は市内 0、山形市に 9）、在宅療養支援歯科診療所 1、訪問看護ステーション 3、訪問リハビリ事業所 0、在宅患者訪問薬剤管理指導薬局 22 である。天童市で利用可能な介護資源は、居宅介護支援事業所 19、施設サービス 8、居宅サービス 34、地域包括支援センター 1 で、資源不足は主に隣接する山形市に頼って補うこととなる。

### B. 地域連携のための仕組みについて

厚生労働省が進める平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業として、山形県では鶴岡地区医師会が同事業受託事業者としての活動を行っている。それ以外の同県の取組みとしては、平成 12 年に「山形県在宅医療研究会（YZK）」を立ち上げ、平成 13 年から年 2 回の定例会を開催している。県庁所在地である山形市内の在宅連携においては、山形在宅ケア研究会が平成 21 年に立ち上げられ、村山保健所主催で年 1 回の講演会のほか、月次のスキルアップ勉強会を行っている。山形市に隣接する天童市に本拠を置く天童市東村山郡医師会では、平成 22 年に医師会会員向けに在宅医療に関するアンケートを実施。その結果から、「医療&介護者間連携に工夫が必要である」「独居老人に関わる連携不備の改善が急務」「在宅移行を望む患者は、この地域に案外多い」「ICT の取入れ方に議論を深める必要がある」といった課題を導出したことが、課題の認識および解決にむけた取り組みへの契機につながった。

### C. ICT システムについて

#### (1) ICT システムの概要と、具体的な利活用方法

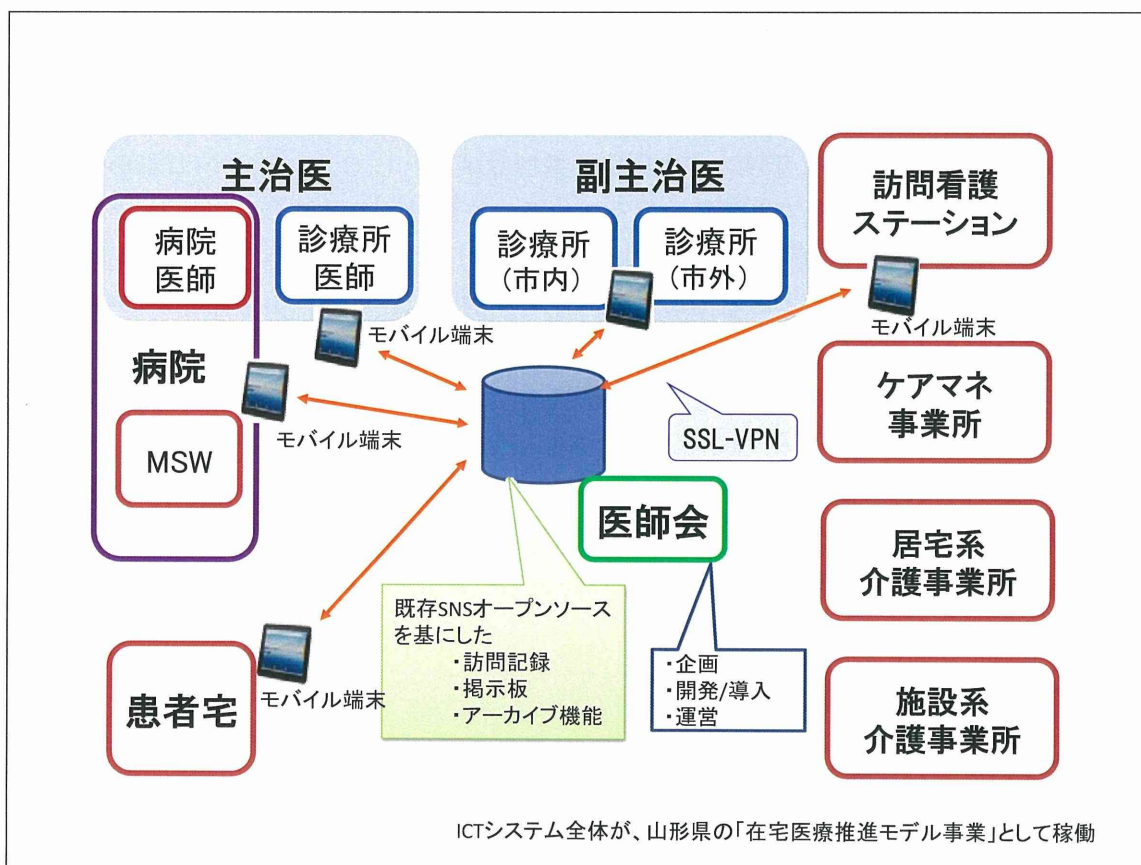
##### ～モバイル端末で SNS を活用しての情報共有と連携～

ICT システムは、東日本大震災の被災地で医療支援に従事した医師の現地での経験を基に考案され、のちに県の「在宅医療推進モデル事業」として、承諾を得られた一部の患者に対する実運用が開始された。被災時の可用性を考慮して医療用クラウドとモバイル端末を前提とし、世代や IT スキルの差異に関わらず、誰でも気軽にコミュニケーションをとりやすくするため、大手 SNS で採用されたオープンソースをカスタマイズしたインタフェースによる訪問記録、掲示板機能、アーカイブ機能を共有している。使いやすい一方で、セ

セキュリティレベルは電子カルテと同等に近づけるべく、電子カルテベンダーにカスタマイズと管理を依頼し、セキュリティ関連の各種ガイドラインに準拠している。

入院患者の退院カンファレンス時から利用開始が可能で、患者が自宅に戻った後も、病院や地域の関係者間での情報共有が可能である。病院の医師やMSW、在宅での担当医（主治医、副主治医）、訪問看護師、事例によっては患者家族も参加して情報を共有している。どのような専門職がどのような役割を担うことが最適かは、患者状況に応じて異なるため、多様な状況に対応できるよう考案されている。ターミナルのがん患者の帰宅事例では、緩和ケアの専門医が主治医、24時間対応可能な山形市の在宅診療支援診療所の医師が副主治医となって薬の変更後の注意点等をすべての関係者に共有した。認知症のある難病患者の事例では、患者が体力低下で入院したことを契機として、退院しても主治医は病院の精神科医が継続する方針とし、診療所の医師は副主治医として位置づけ、それ以外の専門職とも情報共有を行っている。

## (2) ICTシステムの概要図



## (3) 連携を実現するための工夫

～各種関連機関の協力を得ることで、連携促進～

・現在の体制：天童市東村山郡医師会の在宅医療強化に資する事業として位置づけられていること、また隣接市内に同エリアをカバーする在宅関連の研究会という多職種連携基盤

があることで、市内外の各種関連機関の協力を比較的得やすい体制になっている。

・行政との連携：県の「在宅医療推進モデル事業」と位置付けられたことで、資金面の補助に加え、行政に帰属する介護関連業種との連携促進効果が期待されるが、現時点での連携実績は天童市民病院の医療関係者の事業参加以外にはない。

#### (4) 行政や医師会の関わり

～医師会や県の事業として運営、小さく構築、大きく成長を目指す～

医師会の地域医療連携委員会活動の調査から、在宅医療連携における ICT システム利活用の必要性が認識されたため、ICT システム連携事業が医師会事業として立案、予算化された。東日本大震災の発生により計画は一時頓挫したものの、被災地支援においても多職種連携の重要性が改めて認識されたこともあり、平成 24 年度の山形県のモデル事業採択を機に実運用を開始した。運用しながらさらなる改良や利用拡大を図っており、将来的には自治体インフラ事業への発展を目指している。

#### (5) ICT システムを用いた連携の効果

～自宅に帰りたい患者の願いを叶え、支える～

入院患者の退院が決まると、自宅での薬や健康面の管理や医師交代といったさまざまな引き継ぎが生じるが、短期間ですべてを十分伝えきことは難しい面があった。ICT システム利用により、自宅で用いる薬に対する患者の不安を軽減するための継続的な説明や、処方に対する注意点の指導等を実現できた。また、訪問看護師が考案した退院後のリハビリの内容とその経過を、診療所・病院双方の医師も把握できるようになった。副主治医は夜間の急変時や主治医不在時のように、突発的に患者を引き受けることとなるため、患者を直接診察していない時の情報を共有できたことで患者状況をよく把握できるようになった。また、患者とのコミュニケーションがより円滑になったため、患者が言葉に出せず心に抱えている不安や不満を汲み取り、その解決に向けた対応をしやすくなった。

#### (6) ICT システム運営における課題——ヒアリング時に聞かれた現場の声

～行政の区割りが、ICT システムを用いた連携に影響か？～

「医療情報のセキュリティに関しては、TPP に纏わる医療の標準化も取り沙汰される昨今、日本国内のみを対象とした法律のままでは、今後少なからず問題が生じる懸念が拭えない。個人情報に関する取り扱いがより厳しい諸外国との法的バランスを考慮する際、個人情報保護のための制限を今後むやみに緩和するのは得策ではないと考える」

「本来、ICT システムを用いた連携には地域包括支援センターの参加も必須だが、残念ながら不参加となっている。ケアマネも同様の傾向がみられたが、隣接他市町村のケアマネからは積極参加の姿勢も見られ、行政の区割りによる対応の違いが反映されている印象を強く受けている」

## チームもりおか（岩手県盛岡市）

拠点の母体であるクリニックが開設された平成 14 年以來、ICT の活用で医療職・介護職間の垣根を取り除き、連携を進めている。医学的根拠に基づくケアプランの作成など、連携の効果は高く、職員のやりがいにもつながっている。

### A. 基本情報

もりおか往診クリニック（在宅療養支援診療所、訪問診療専門の無床クリニック）を母体とする、チームもりおかが拠点となった地域。

同クリニックのある岩手県盛岡市は、人口 29 万 9 千人、高齢化率 21.4%で、医療資源として、29 の病院、内科・外科を標榜する 133 の診療所（うち在宅療養支援診療所 41）、22 の訪問看護ステーション、16 の訪問リハビリ事業所、2 つの保険薬局（訪問薬剤管理指導）を擁する。介護資源は、86 の居宅介護支援事業所、30 の施設サービス、821 の居宅サービス、7 の地域包括支援センターで、医療資源・介護資源のいずれも全国平均と比べて充足しているものの、市内中心部に偏在している。

### B. 地域連携のための仕組みについて

拠点事業採択後、地域の多職種から成る「在宅ケアワーキング会議」を立ち上げた。会議では、市民フォーラムの開催や在宅医療啓発パンフレットの作成などのほか、研修会を企画。連携に関心のある参加者を広く集めて顔の見える関係を構築することで、いずれ ICT システムのユーザになってもらえるための基礎づくりに取り組んでいる。

### C. ICT システムについて

#### (1) ICT システムの概要と、具体的な利活用方法

～掲示板機能を用いて多職種が情報共有～

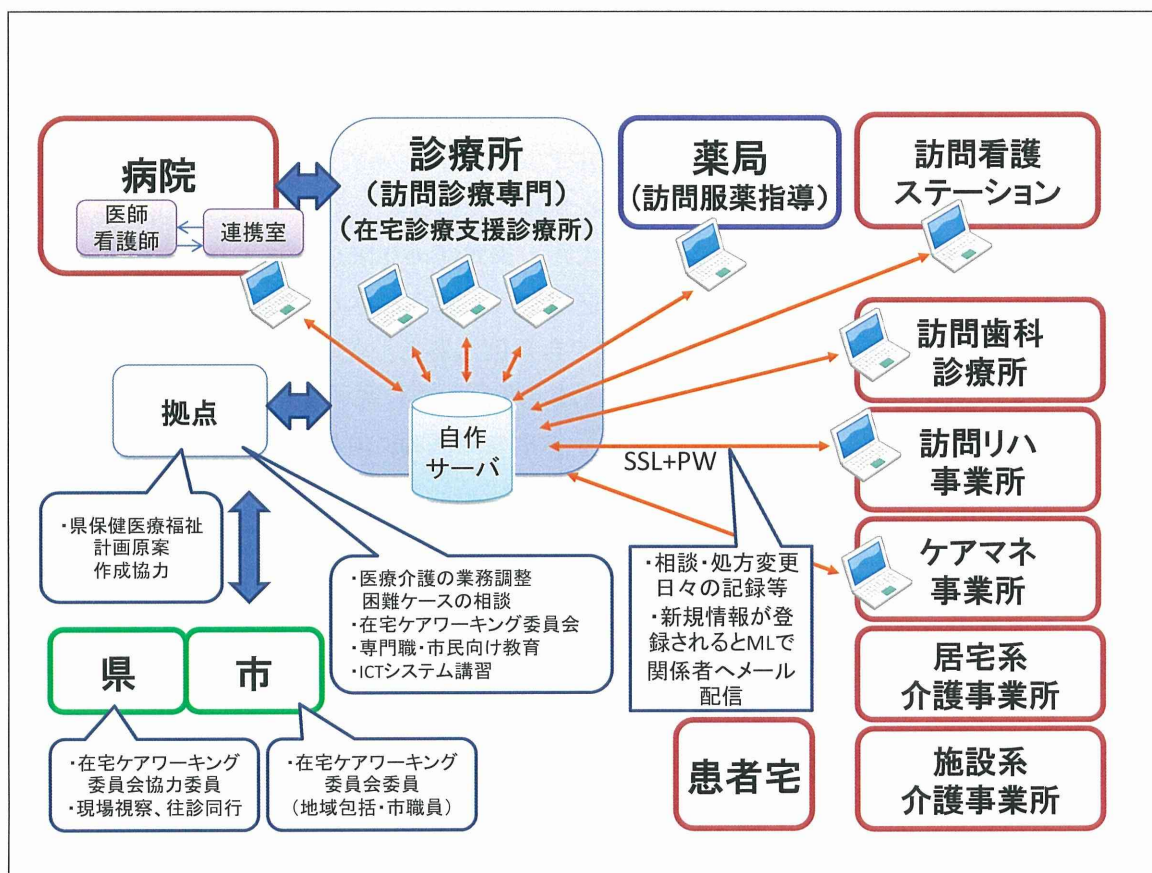
院長自作のシステムを、クリニック開設時から導入。チームもりおかの拠点担当者をはじめ、患者紹介元の病院、保険薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、ALS 患者担当のヘルパーまでが情報を共有している。職種ごとの権限は設けず、希望があれば、遠隔地に住む患者家族による閲覧・書き込みも可能だ。ICT 初心者にとっても抵抗感の少ない、直感的に使えるシンプルなつくりになっている。

まず、病院からクリニックに紹介状が届いた時点で、院内の MSW が患者の基本情報を入力。初回訪問時に患者同意を取り、連携を開始する。訪問した人が事業所へ戻るたびに患者記録を書き込む。看護師、薬剤師、PT 向けのひな形が用意されている。

最も多く利用されているのは、患者ごとに連携する人のみ見ることができる連携掲示板「日々の記録」で、一日約 160 件の書き込みがある。多忙な医師が短時間に内容を把握で

きるよう、1回の書き込みは10行以内に限定。量が多いものについては、クリニックの看護師が連携先にそれとなく伝え、記録の質向上に努めている。新たな書き込みがあると、連携する多職種にメールが送信される仕組み。現在、登録患者数は2033名、登録事業所数は569施設で、がん患者の看取りが多い。

## (2) ICTシステムの概要図



## (3) 連携を実現するための工夫

～拠点が地域の相談窓口～

・現在の拠点事業体制：クリニックを母体とするチームもりおかが拠点。クリニックの看護師が拠点管理者となり、総合相談の窓口機能を果たしている。

## (4) 行政や医師会のかかわり

～担当課のない県へ、拠点が主体となり積極的に働きかけ～

岩手県には在宅医療の担当課がないため、行政との壁を低くしようと、行政担当者に現場に出てきてもらうような働きかけを拠点がやっている。

在宅ケアワーキング会議の委員会には、地域包括支援センターや行政からの委員を含む。さらに、保健所・県の拠点事業担当者を協力委員としている。

岩手県保健福祉医療計画策定にあたっての意見交換会には、チームもりおかからも2名



が出席し、原案づくりに携わった。また、県担当職員の現場視察を開催。平成 24 年 11 月には、3 日間で計 9 名が、保健福祉企画室、長寿社会課、障がい保健福祉課、健康国保課、医療推進課から参加。訪問診療に同行した。

#### (5) ICT システムを用いた連携の効果

～患者情報を追えることが仕事のやりがいに～

クリニック内では、掲示板機能により職員の訪問予定が把握しやすくなった。患者から体調不良の電話連絡が入ったとき、近くへ訪問予定の職員に確認を依頼しやすくなり、効率が上がっている。

連携先の基幹病院では、退院患者の様子を ICT システムで知ることができるようになった。地域医療連携室の看護師が気になった点を病棟主治医に相談し、掲示板に書き込むこともあり、医療の質向上につながっている。また、退院後の患者の状態を見守っているため、急変時の受け入れも迅速に行えている。病棟では一言も話さなかった患者の、自宅でのよい笑顔を、退院後に ICT システムで確認できた例もあり、在院日数短縮で患者との触れ合いが少ない急性期病院では職員のケア実施満足度向上にも寄与している。

居宅介護支援事業所では、ケアマネが ICT システムで医師に直接相談できるため、自信を持ってケアプランを作成できている。

#### (6) ICT システム運営における課題——ヒアリング時に聞かれた現場の声

～連携のハードルは厳しいガイドライン～

「連携には、顔の見える関係がまずあるべきだ。ICT システムの利用はその後にくるもので、はじめに関係者が顔の見える関係づくりをすることが重要となる」

「現在、各病院などからの在宅受け入れ依頼は、院内掲示板に書き込まれる。基本的にはクリニック看護師が受け入れ調整を行うが、場合によっては、拠点管理者でもある看護師が、困難ケースへの介入や、新規事業所の力量判断、ケアマネへの医療的助言を行っている。この部分を ICT 化することは難しく、顔の見える連携が判断材料となる」

「連携先の介護事業者の ICT 推進には、事業所トップの理解が不可欠となる。主治医からケアマネに ICT 利用の依頼があっても、利用するかどうかを判断するのは、事業所トップである」

「IPsec-IKE は厳しすぎ、参加ハードルを上げて連携拡大を阻害している。ネットバンキングですら SSL+ID、PW なのだから、医療情報もこれで十分だと考える。また、実名メールの禁止は 200 人以上を診る当院にとっては患者間違いの原因となる」

## もりおか往診クリニックの医療体制

- 医師の訪問診療のみ提供  
→訪問看護や訪問リハビリ、薬剤指導、ケアマネジメントなどは全て他の組織に委ねている
- 同じ組織ではない医療・福祉関係者による

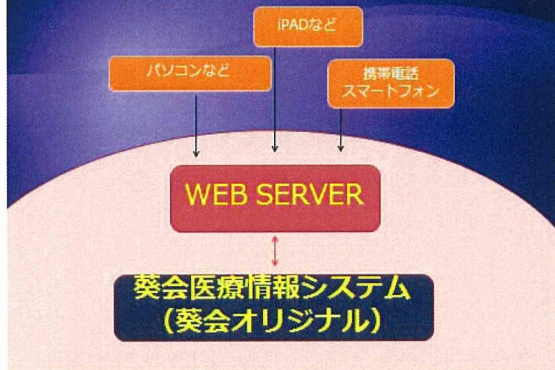
## 在宅チーム医療

困ったことは 在宅チームでは  
それぞれの所属機関が別の組織

患者一人毎に  
チーム編成が変わる。

- 一人の患者
- 患者さん一人毎に連携者が違う。
- 訪問歯科医師
- 訪問医師、病院医師
- 訪問看護師 20ヶ所
- 訪問薬剤師 2ヶ所
- ケアマネージャー76ヶ所
- 訪問リハビリ (OT, PT) 7ヶ所
- ヘルパー事業所 多数
- 入浴車 5カ所

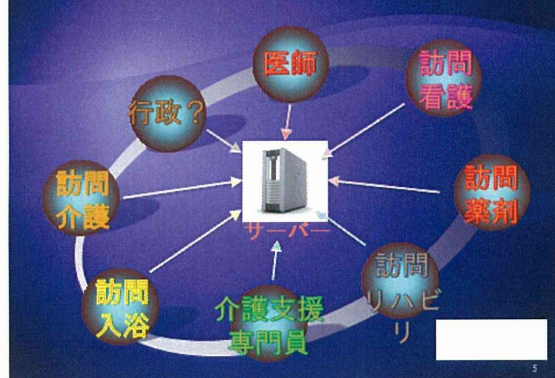
## 情報連携システム構図



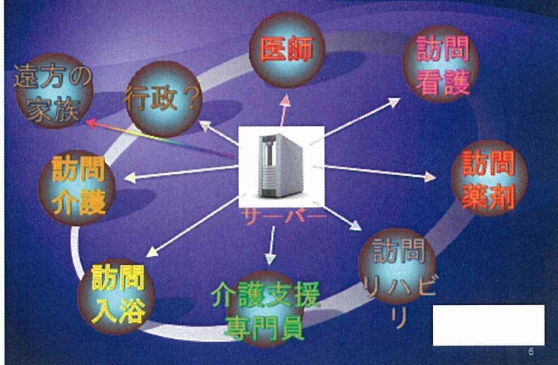
## もりおか往診クリニックと情報共有システム ②

- 1日あたりの書き込み件数 … 約120件  
(当院医師の書き込み … 約40件)  
(他事業所からの書き込み … 約80件)
- 1か月あたりの書き込み件数 … 約3,000件  
(当院医師の書き込み … 約1,000件)  
(他事業所からの書き込み … 約2,000件)

## 情報の共有 (情報をサーバーへ集める)



## 情報の共有 (情報を再配分する)



## 情報共有システムを使用するメリット

- チームの一員として仕事をしているという自覚が持てる
- 秘密になりがちな在宅医療の情報公開になる
- お互いに何をやっているかが見えてくる
- お互いに次に何をすべきかが解ってくる
- 病院主治医を連携者に設定することで、再度入院が必要な時にスムーズに入院させることができる
- 元主治医や遠くに住む家族にも訪問時の様子を知らせることができる

デメリットもある。

急ぎの場合の連絡には使えない。

しかし 電子的なネットワークがすべてではなく、  
電話やFAXも大事な連携手段

## 効果 連携システムを使って チーム医療を行うことにより

- 肺炎や脳卒中など以前は入院させていた急性期疾患も家で治療出来るようになってきた。
- 医師の負担が軽減される
- 再入院率低下
- 家や施設での看取りができるようになった。

## こぶし訪問看護ステーション（新潟県長岡市）

拠点となっているのは、長年地域包括ケアに取り組んできた大規模社会福祉法人を母体とする、訪問看護ステーション。従来、介護職の業務負担軽減のために構築してきた ICT システムを医療側にも広げ、今後は多職種連携を推進するツールとして利活用していく。

### A. 基本情報

社会福祉法人・高齢者総合ケアセンターこぶし園は、介護老親福祉施設をはじめとする数多くの施設を有し、24 時間 365 日、地域にケアを提供してきた。

同園が位置する新潟県長岡市の川西地区（旧長岡市）は、人口約 6 万人で、うち 1 万 2 千人ほどが高齢者だ。地域には 4 つの病院と 14 の内科診療所、3 つの訪問看護ステーションがあり、このうちのひとつが今回拠点となっている。介護資源は、こぶし園が運営するものを中心に、16 の居宅介護支援事業所、184 の施設サービス、24 の居宅サービスがあり、2 つの地域包括支援センターが設置されている。

### B. 地域連携のための仕組みについて

拠点事業採択以前、利用者単位での多職種連携は行われてきたが、代表者間で包括的に連携を検討する会は存在しなかった。採択後、毎月 1 回、多職種連携のための協議会を開催するようになり、もともと良好だった医師会との関係が、さらに意見交換しやすい関係となった。

### C. ICT システムについて

#### (1) ICT システムの概要と、具体的な利活用方法

～共有項目を精査し、医療・介護職がタブレットで情報共有～

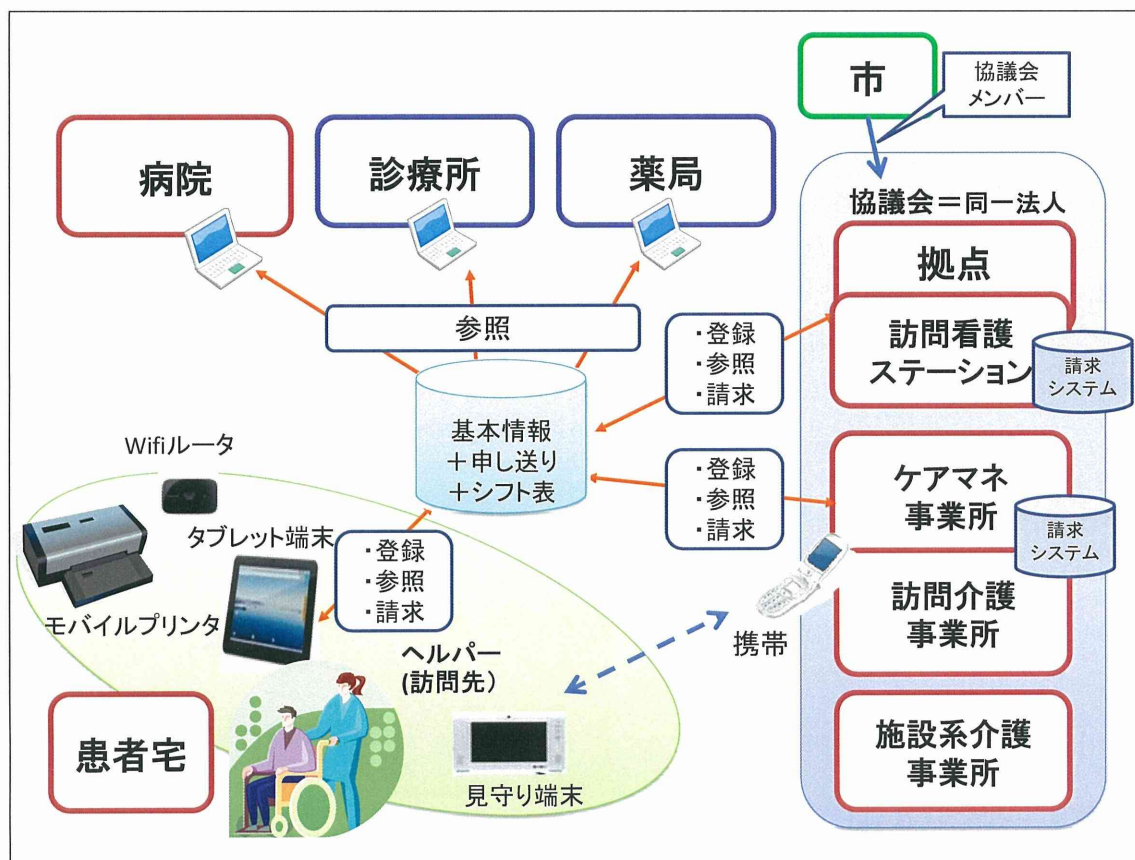
IT 化への取り組みは非常に早く、約 20 年前に、ショートステイの空き状況把握のためのデータ管理を開始している。約 10 年前からは、認知症利用者の徘徊搜索対応として、利用者の服装などの情報を、グループ職員の携帯電話へ一斉メール配信するようになった。この仕組みは現在、災害時の情報配信にも活用されている。また、テレビ電話による利用者の見守りは、第 3 世代まで改良が進んだ。

訪問介護事業所へのタブレット情報共有システム導入は、平成 23 年経済産業省事業として開始。一番の目的は訪問優先度の証明で、急患対応で訪問が遅れることや訪問の順番が変わることなどを、「家族に見せて納得してもらおう」ためだった。ほかに、介護請求の現地登録、情報共有（申し送り）も可能となった。共有される情報は、担当ケアマネや保険情報を含む利用者の基礎情報、申し送り事項（体温、脈拍数、血圧）、シフト表の 3 つである。これらを、訪問介護事業所の 20 代から 60 代までの職員 31 名が、タブレット 20 台を用い、

利用者 230 名について共有している。

拠点事業採択後は、訪問看護ステーションでも利用を開始した。平成 25 年 1 月からは連携を地域へと広げ、プロトタイプでの実運用を始めている。当初は、主にヘルパーと訪問看護師の記録を、医師などが確認。連携のための協議会では、医師、歯科医師、薬剤師などが、共有項目の精査を行った。

## (2) ICT システムの概要図



## (3) 連携を実現するための工夫

～市役所職員も連携のための協議会に参加～

- ・現在の拠点事業体制：社会福祉法人を母体とする訪問看護ステーションが拠点だが、法人本部が中心となり、地域との連携を進めている。
- ・市との連携：連携のための協議会には、市役所職員も参加している。拠点事業をきっかけに、行政とのつながりが強くなった。

## (4) ICT システム導入の効果 (タブレット情報共有システム)

～業務省力化でケアの質も向上～

訪問優先度の証明についての利用者や家族の納得感は大きく、信頼を得ることができている。また、リアルタイムでの情報共有が可能になったことで、連続して過不足のないケ