

アを提供できるようになった。たとえば、午前と午後に訪問介護があった場合でも、ICTシステムがあれば、午前の気づきを午後のケアに反映できる。救急搬送先でも、職員が正確な情報を迅速に伝えることができるようになった。

さらに、介護請求を訪問先で行えるので、事業所に戻ってからの業務時間が短縮された。空いた時間をミニケースカンファレンス開催に充てられることが、介護の質の向上につながっている。

利用者の安心感が得られ業務省力化も進んだことから、職員の強い希望で、経産省事業終了後もシステムを改良し運用を継続、今回の医療職との連携につながった。

(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

～医療情報にのみ厳しいガイドラインが障壁に～

「厚労省ガイドラインは考えすぎだろう。今は、名簿業者から流出した個人情報を元にダイレクトメールが届く時代だ。いくら医療・介護業者が個人情報保護に努めても、他の業種が漏らしては意味がない。ネットバンキングの利用やクレジットカード決済がID＋パスワードで行えるのに、医療情報がお金より厳しいのはおかしい」

「現在、介護請求と連動させるのに必要な選択肢が200もあり、それを現場でICTシステムに入力するのは負担が大きい。保険制度はシンプルにすべきだろう」

ナカノ在宅医療クリニック（鹿児島県鹿児島市）

“ケア志向の医療”を目指す院長が開設したナカノ在宅医療クリニックでは、訪問看護師によるケアマネジメントが行われている。日常的には法人内メーリングリストを活用、医師の負担軽減と事務職員の雇用創出を同時に実現した。

A. 基本情報

ナカノ在宅医療クリニック（在宅療養支援診療所、訪問診療専門の無床クリニック）が拠点となった地域。併設するナカノ訪問看護ステーションの看護師が、医師の訪問診療に同行するとともに、関連職種の調整を行うケアマネの役割を担っている。医師 2 名、訪問看護師 12 名、事務職員 5 名、運転手 3 名の体制で、約 170 名の患者を担当。

患者宅を病室、鹿児島市を病院ととらえ、多数の医療機関・介護施設と連携して、24 時間 365 日の医療体制を保障している。

B. 地域連携のための仕組みについて

以前から行ってきた多職種連携や在宅医療の啓発活動・教育活動を継続している。拠点事業採択後は、「かごしま多職種連携勉強会」として、一般住民、行政からの参加者も含む勉強会を、これまでに 3 回開催。訪問服薬指導を行う保険薬局との服薬カンファレンスも毎月行っている。また、地域住民への在宅医療に関する啓発活動として、地域の民生委員へ周知を協力依頼し、在宅医療懇話会も実施した。

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

～事務職員が支えるスピード感のある患者対応～

クリニック開設当初から、法人内メーリングリストによるスタッフ間での情報共有を行っている。医療職と事務職とのワークシェアリングで、連携のコストを下げることが、ICT システム導入の目的である。

具体的には、医師または看護師が、訪問先や車での移動中、前回の訪問記録を元に、テキストファイルで共有情報を作成、メーリングリストに送信する。それを受け、クリニック内の事務職員が電子カルテを作成していく。電子カルテを導入しているが、訪問先で参照することは少ない。各スタッフには、パソコン 1 台とデジカメ 1 台が支給されていて、看護師は褥創の撮影などにデジカメを活用している。

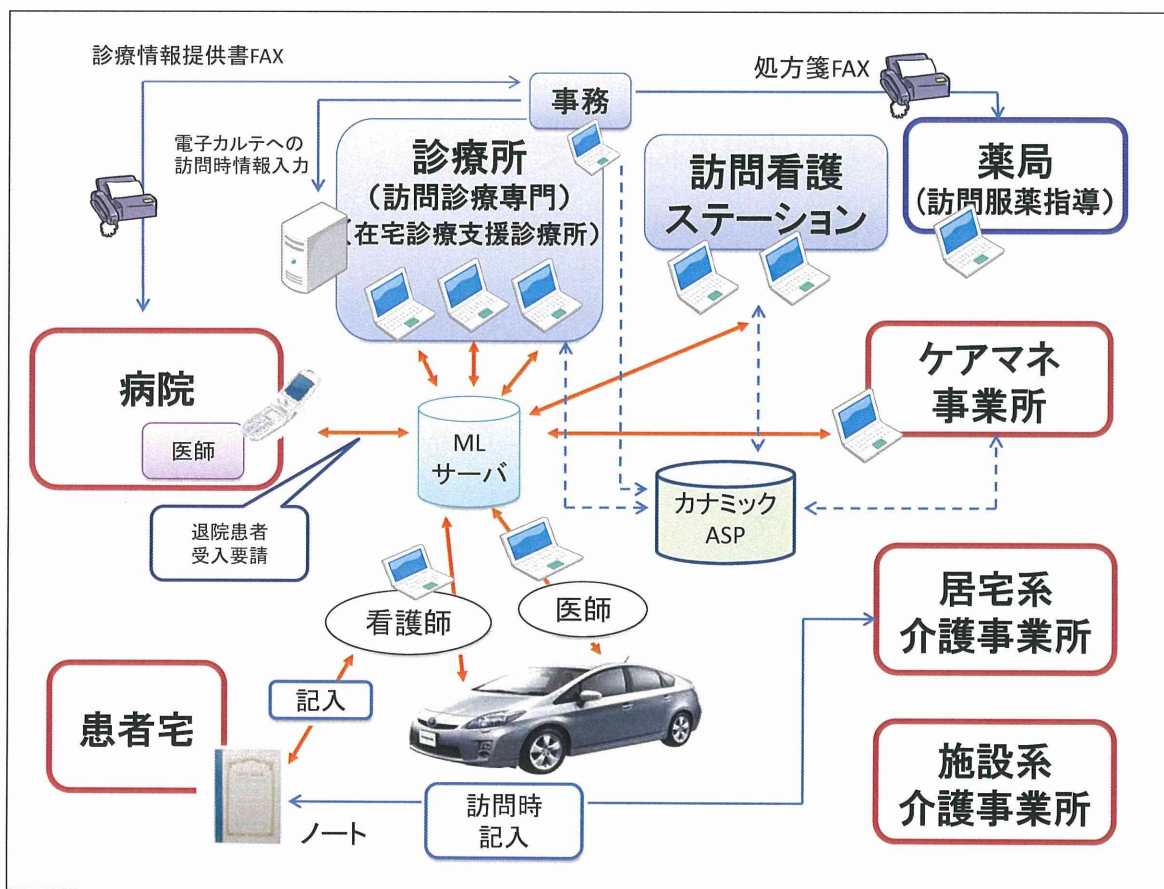
紹介状も同様に、医師からメーリングリストに送付されたテキストデータを元に、事務職員が作成。さらに、事務職員が、紹介状、検査結果、時系列薬歴、処方箋の 4 枚を印刷し、連携先に FAX している。逆に、他の医療機関からクリニックに FAX で紹介状が届い

た場合、事務職員が訪問診療中の医師のパソコンにデータにして送るため、迅速に対応することができる。

処方箋の運用には、次の二通りがある。一つ目は、カーボンコピーを取り原本に押印、その場で渡し、その後家族が最寄りの保険薬局に薬を受け取りに行く方法。二つ目は、メーリングリストに処方情報を送信、クリニックの事務職員が処方箋と訪問指示を作成し、薬局に FAX。薬剤師が薬を患者宅に届ける際、医師が置いていった処方箋を受け取る、という方法だ。2つ目の方法の場合、家族が受け取りに行く必要がなくなる。

拠点採択後はパッケージ製品を導入。試験的に、多職種がかかわる2例を共有している。連携システムとしてだけでなく、保険請求や訪問看護報告書作成などの業務システムとしても使用できる点が、選定のポイントとなった。今後は、ケアマネ、デイケアなどとの連携を目指している。

(2) ICTシステムの概要図



(3) 連携を実現するための工夫

～ICTシステムを用いた連携、無理強いはず～

- ・現在の拠点事業体制：クリニックを主体とする。ICTシステムの利用を他施設に強制はせず、賛同を得られた先との連携を進めている。
- ・市との連携：拠点に採択されたことで、行政との連携は以前より強くなった。

(4) ICTシステムを用いた連携の効果

～適切な仕事の分担で、法人の生産性も向上～

ICTシステムを導入することで、情報が双方向へ流れるようになり、法人内での仕事のあり方がトップダウンからフラットな関係へと変化した。

訪問診療に関連する日常の作業量は増えているが、メーリングリストから書類を起こす作業が事務職員の雇用創設となっており、法人全体の生産性は上がっている。人件費が事務職員の5倍近い医師が、書類作成に追われることがなくなった。

(5) 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

～セキュリティより、情報に対するリテラシーを重視～

「在宅医療（ケア志向）のICTシステムで、スタッフ間で共有する患者情報は、食事はしっかりとれているか、排便や移動はできているかなどの生活情報が中心となる。従って、ケア志向の病院医療ほど、高いセキュリティは必要ない。メールで十分だと考える。非常に高いセキュリティより重要なのは、スタッフ全員で患者情報を共有することを、患者さんやご家族にしっかり説明して了解を得ることだろう」

「物理的なセキュリティより、“リテラシー”をチームスタッフで共有することの方がはるかに重要だと考えている。何のために情報を使い、どこを守っていくのか、ということをしっかり確認しないと、やたらにセキュリティ、セキュリティと原理主義に陥り、一歩も進まない。むしろ、ケア志向のICTシステム構築においては、セキュリティを可能な限り下げることによって利便性を創出でき、結果的に患者利益につながる（社会貢献できる）というスタンスだ」

内村川上内科（鹿児島県鹿児島市）

医師が訪問先から送信した患者情報を、電子カルテを経由して共有システムに登録している。以前の多職種連携は法人内にとどまっていたため、拠点事業採択を機に、ICTシステムを用いた連携を地域へと広げる取り組みを進めている。

A. 基本情報

開院以来在宅医療に取り組んできた有床診療所が拠点となった地域。同院を中心に施設系・居宅系介護施設を複数運営し、法人内の医療介護連携が進む。車で30分以内、人口9万6千人、高齢化率25%の地域で在宅医療を展開している。

近隣には14の病院と37の診療所があるが、大規模急性期病院はなく、中小規模の療養型・精神科病院が多い。一般病床は同院のものくらいしかないため、赤字ではあるが病床を維持している。介護資源としては、30の訪問介護事業所、6の訪問看護ステーションなどがある。同院の在宅患者は約230人。

B. 地域連携のための仕組みについて

地域の他法人からは、在宅医療介護連携への協力が得にくいため、患者の訪問診療申し込み時に、担当ケアマネや訪問看護ステーションを法人内の事業所に変更してもらい、多職種連携を実現している。将来的には他法人にも連携を広げたい意向で、説明会を実施、連携を地域へと広げる取り組みを行っている。

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

～自作の簡易なICTシステムで、法人内の情報を共有～

拠点事業以前から、「法人内の連絡にメールリストを使用」「院長自作のExcelマクロシートで毎月の診療予定を管理」「タブレットPCを用いて医師が訪問先からカルテの下書きをメール送信、院内クランクが電子カルテに代行入力（下書き）後、医師が承認」といった場面で、ICTシステムを利用していた。

拠点採択後には、情報共有システム「キュアケアネット（CCN）」を診療所が自作。医師、訪問看護師、ケアマネが登録した情報を、多職種が共有する。機能は、患者基本情報共有、チャット機能、患者カレンダー共有、音声記録の4つ。医患者基本情報としては、顔写真、生年月日、患者属性、要介護度、主治医、担当ケアマネ、最近の処方、病名、患者家族の理解度、現在の問題点、キーパーソンなどを共有している。患者カレンダーは、ケアプランとして法人内のケアマネが入力する。

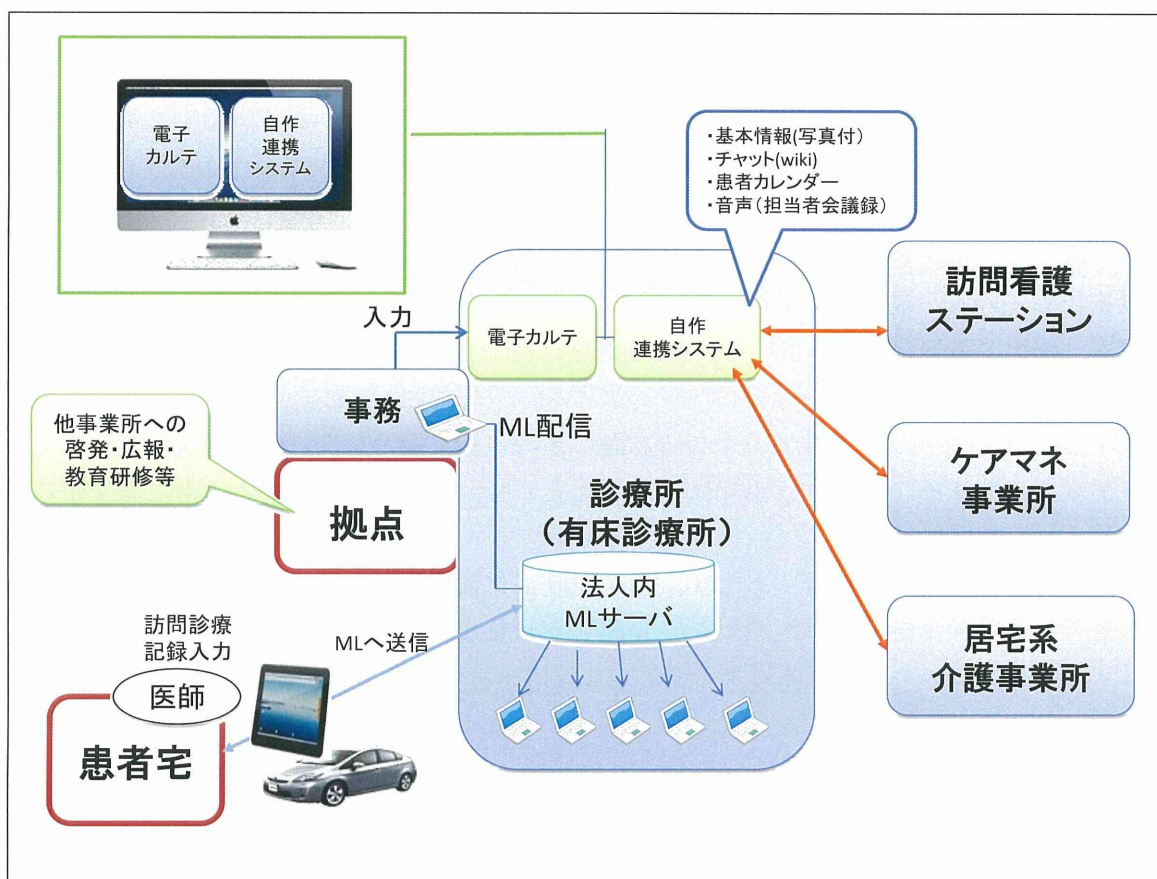
Mac用の電子カルテを導入しており、このカルテから、マウスのドラッグで情報をコピー

一することができる。音声記録も容易で、サービス担当者会議などの音声も共有している。

情報共有している患者数は約 250 名で、既存の患者をほぼ網羅しているが、連携先の訪問看護師やケアマネはすべて法人内の職員である。

今後は、主治医意見書、紹介状、尊厳死宣言書などの重要書類も、セキュリティを強化したうえで ICT システムに乗せたい意向だ。その際には、救急搬送先の医療機関が臨時に参照できるよう、期限付きの ID 発行を検討している。

(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

～法人内連携を外へと広げる試みを展開～

- ・現在の拠点事業体制：診療所を主体として、法人内のみで展開。CCN の使い方講習会を院内で実施している。タブレット端末を用いた医療介護連携には各事業所も興味を持っているため、ICT の利便性を知ってもらうための勉強会も実施。
- ・行政との連携：拠点事業の勉強会として行政向けの会を実施、60 名が参加した。

(4) ICTシステムを用いた連携の効果

～他職種が得た貴重な患者情報をいつでも共有～

訪問診療時、医師が患者宅に滞在できるのは5～10分ほどなので、他職種からの情報が重要となる。ICTシステムにより、他職種が得た患者情報を医師がいつでも閲覧できるようになった。

また、これまでは往診するたびに、その理由についてヘルパーやケアマネなどの他職種から電話で問い合わせがあったが、ICTを用いるようになってそれがなくなった。

(5) 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

～患者に対する説明と同意取得への支援が必要～

「ICTシステムのセキュリティ対策はID+パスワードとしている。あくまでも、電子カルテではなく、情報共有システムとしての位置づけだ。IPsec-IKEは費用がかかりすぎ、連携推進を阻害する」

「処方箋の電子化を認めてほしい。紙の処方箋しか認められていないことが、在宅医療を非効率にしている。電子処方箋をはじめとして、ICTシステムを用いた連携の仕組みはあっても、法律が後追いになっている。「在宅医療は在宅」という認識に立った法整備が必要ではないか」

「ICTシステム利用を拡大するうえでの課題は地域包括支援センターだ。地域包括がセキュリティを心配する。現場レベルでは導入したくても、地域包括を管轄する市に話をするを受け入れられない」

「ICTシステムを用いた連携にあたり、患者300名に説明を行い、同意を得た。拠点事業の経費で、看護師資格を持つケアマネとMSWが専従で対応したが、当院の持ち出しであれば実施は無理だった。拠点に対する恒常的な支援を希望する」

高橋病院（北海道函館市）

回復期リハビリテーションを担う高橋病院が起点となり、市内急性期病院や訪問診療を行う診療所等との医療情報連携を開始した。その基盤のもと、同一法人内の介護施設との情報連携を実現し、現在他地区においても医療と介護（生活）の地域包括ケア連携を実施している。

A. 基本情報

北海道道南地域は、人口 47 万人、2 次医療圏 3、3 次医療圏 1 から構成されている。その中で函館市は、人口 28 万人、10 km圏内で 500 床以上の急性期基幹病院が 3 つある地域である。また、回復リハ病棟の病床数は、10 万人に対して 120 床である。

平成 19 年より ICT システムを活用した地域医療連携事業を開始し、平成 23 年からは ICT システムを活用した地域見守り事業を開始した。

B. 地域連携のための仕組みについて

医療情報連携システムの運用は、NPO 法人道南地域医療連携協議会が担っており、2013 年 2 月末現在 9 箇所の情報提供施設と 72 箇所の閲覧施設が参加している。当法人では当初から導入当初から介護施設との情報共有をより推進するために、一法人内の介護施設との連携を開始した。医療職と介護職との連携においては、正確で新しい情報を介護職側は求めており、多職種への情報開示も行っている。そこで、ケアマネをはじめとする介護職にも事前に情報を開示することで、円滑な情報共有に努めている。また、患者宅で在宅サービス担当者会議を行う際は医師の参加が難しい場合もあるが、その際は医療情報をモバイル端末より入手しており、医師への情報提供にも役立てられている。

C. ICT システムについて

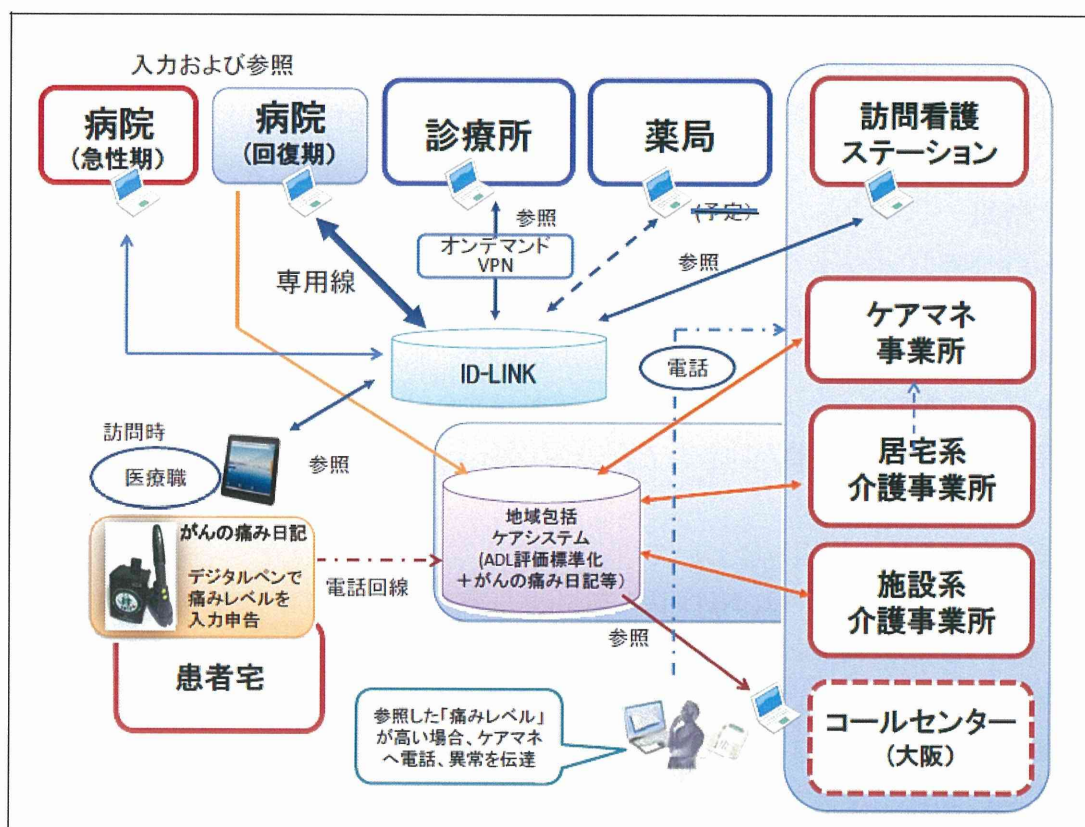
(1) ICT システムの概要と、具体的な利活用方法

～共通の視点で見る ADL 評価と地域包括ケアへの流れ～

地域包括ケアの課題は自立支援および生活不活発の予防であるため、ADL 評価が重要になる。現状の ADL 評価は担当者（職種）によってばらつきがあり、推移を計ることは難しい。そこで、全国老人保健施設協会版ケアマネジメント方式 R4 システムの中の A3 アセスメント（ICF 準拠 ADL 指標：12 項目）を用いた評価を行い、ICT システムへ登録することで可視化を試みた。これにより、在宅サービス担当者会議で、多職種が同じ視点で話し合いを行うことが可能となった。また、患者・利用者家族も ICT システムに登録することで、家族も話し合いに参加することが可能となり、利用者視点でのサービスが提供しやすくなった。このように、地域で ADL 評価を見守ることで、自立支援および生活不活発の予防にかかわる職種全員で情報を共有することができ、より実情に即した地域包括ケアが可能となっている。

また、利用者の自己測定管理の一環として、本人がアセスメント評価をし、多職種が状況を見守る機能も備えている。がん患者が痛みの程度を登録し、その結果を心理的支援に役立てる仕組みも構築した。これらの情報は、「見守りセンター」が常に把握している。患者が登録に使用するデバイスは、スマートフォンもしくは専用のデジタルペンなど、扱いやすいものになっている。

(2) ICT システムの概要図



(3) 連携を実現するための工夫

～利用者（患者）と地場産業とを紐づける連携を目指す～

・現在の体制：医療情報連携システムは、市立函館病院医療連携課内に事務局を置く NPO 法人道南地域医療連携協議会が運用しており、地域包括ケアは高橋病院が主体的に行っている。また、市立函館病院の院長・副院長が NPO の理事・副理事長を、市立函館保健所が監事を務めている。

・毎日の体調アンケートや痛み日記で使用しているデジタルペンは、インターネット環境が普及していない高齢者宅でも利用できるよう、アナログ回線によるデータ送信を可能とした小型サーバを地場の企業に作成を依頼し、地域活性化の一環として支援している。また、飲食品と生活支援を紐づける事業の企画を、共同で行っており、次年度の函館市市民協働モデル事業として採択されている。

(4) ICT システムを用いた連携の効果

～リアルタイムで情報共有し、多職種の視点をフル活用する～

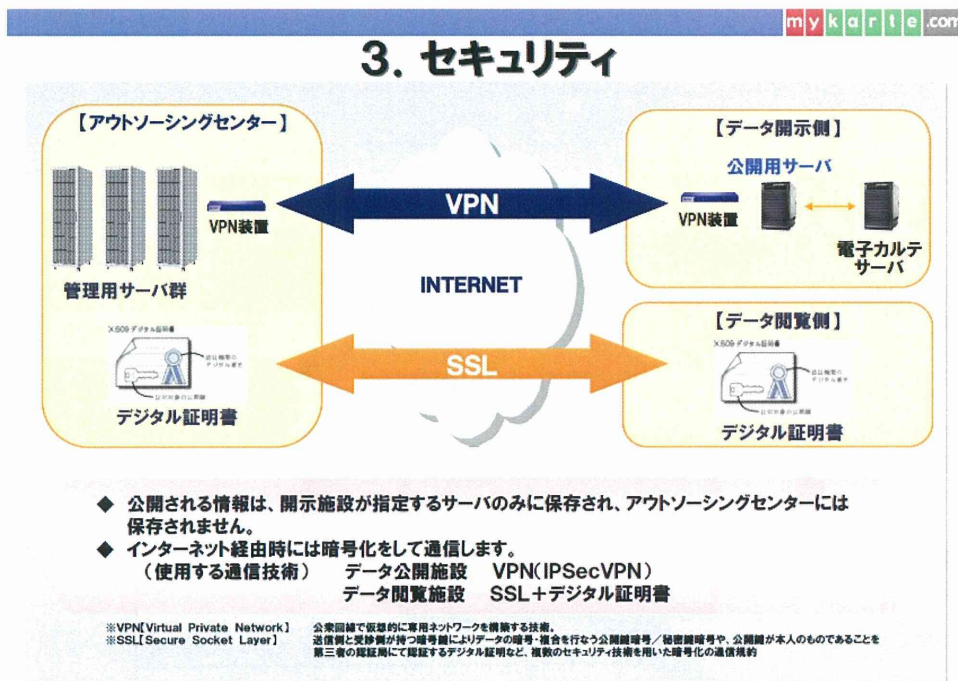
地域包括ケアは医療情報と生活支援情報との連携で成り立つが、この違う世界の情報を翻訳する手助けを担うのが ICT システムである。ADL（日常生活動作）と共に IADL（手段的日常生活動作）が重要であり、利用者のすべてを介助することではなく、自助と互助、共助の区切りを明確化し、生活自立度の低下を防ぐことを目的とする。それには、多職種の視点が必要であり、リアルタ

イムに利用者（患者）の状態を把握することが重要といえる。たとえば、訪問リハ介入のタイミングには、医療職の視点ではなく介護職の視点が必要だ。そのタイミングを図る指標が ADL 評価であり、それを瞬時に把握するのが ICT システムだといえる。集約されたデータの解析やモニタリングにより、アラートを関係各所へ送り、切れ目のない情報共有・連携を実現している。

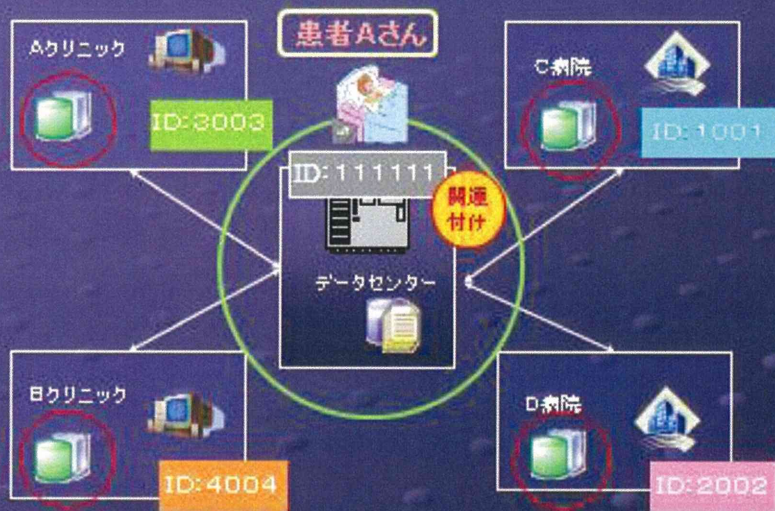
(5) ICT システム運営における課題

～情報公開によるリスクを懸念～

ICT システムを用いた連携において、現在、情報の登録施設はセキュリティ重視（IPSec-VPN 等）、参照施設はコスト重視（SSL+デジタル証明書）としている。閲覧情報は All or Nothing であるため、患者・利用者のプライバシー保護には、今後、職種や診療科等での権限管理も必要となるのではと考えている。また、情報公開施設と閲覧施設による信頼関係が構築されていなければ、情報を公開することによる訴訟の可能性もあるため、システム活用の際には十分な注意が必要となるであろう。



ID-Link



- ・データは各施設が既に保存しているものを利用する。
- ・診療データについては、データセンターにデータの位置（ショートカット、エイリアス）だけを保存される。
- ・セキュリティ情報（施設間の患者ID関連付け情報、アクセス権・アクセスログ等）については、データセンターに保存される。

ID-LINK表示項目

The screenshot shows the ID-LINK interface with several callout boxes highlighting specific features:

- 文書(退院時要約)**: Document (Discharge Summary)
- 検査データ(時系列)**: Examination Data (Time Series)
- 温度板機能搭載**: Temperature Plate Function Equipped
- 地域連携/バ**: Regional Collaboration / Bar
- 処方内容**: Prescription Content
- 画像情報**: Image Information

The interface also displays a table with columns for patient information and a grid of data points, with a callout for **ほげ金ペンを振替** (Transfer of Hoge Gold Pen).

洛和会ヘルスケアシステム（京都府京都市）

洛和会ヘルスケアシステムの中核・音羽病院と地区医師会とは、医師会のニーズに応じて構築した ICT システムの活用で良好な関係を築いている。平均年齢が 70 歳を超える医師会会員を、音羽病院の情報システム要員が手厚くサポートしているのが特徴だ。

A. 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。同法人が運営するものだけでも、4つの病院、13の訪問看護ステーション、18の介護支援事業所などがあり、3つの地域包括支援センターも設置されている。これに対し、地域の山科医師会の診療所は106である。

B. 地域連携のための仕組みについて

平成16年、それまではあまり連携がとれていなかった音羽病院と山科医師会の有志が集まり、状況を改善するための話し合いを持つ。当時の医師会からの最も多いクレームは、「紹介した患者についての返信がない」というものだった。そこで、医師会の、「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「コメット」誕生のきっかけとなった。

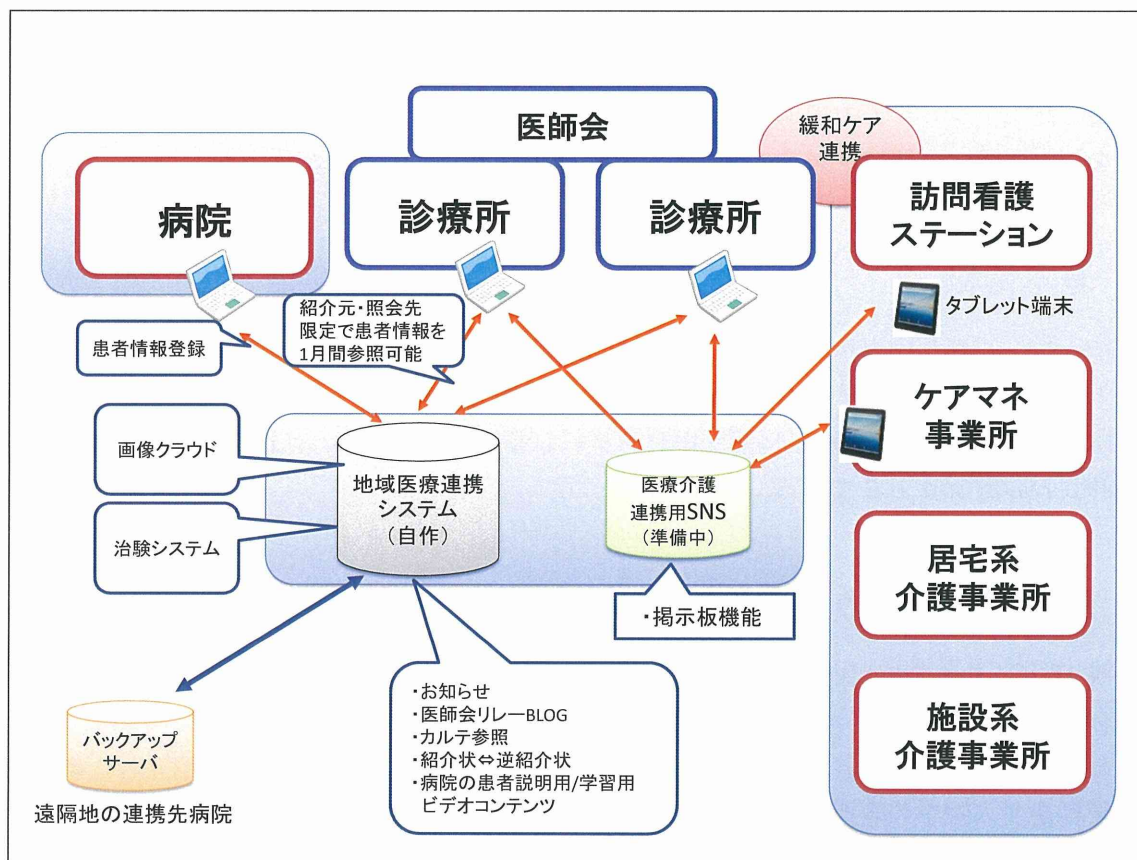
C. ICT システムについて

(1) ICT システムの概要と、具体的な利活用方法

～病院と医師会が診療録も共有～

音羽病院と山科医師会の医師が情報を共有する地域医療連携システム「コメット」を整備、活用している。「医師会からのお知らせ」をはじめ、病院の教育コンテンツなども掲載。診療録も参照できる。本年中に「コメット3」への改定を計画しており、新たに画像クラウドや治験システムが盛り込まれる。また、これとは別に、医療介護連携用の SNS 立ち上げの準備中である。診療所、訪問看護師、ケアマネが、掲示板機能を用いて連携する。訪問看護師・ケアマネはタブレットを使用する予定。

(2) ICT システムの概要図



(3) 連携を実現するための工夫

～法人として、積極的に在宅医療にかかわる～

・現在の体制：音羽病院では、地域の開業医 106 名全員の顔写真入りパンフレットを院内パンフレットスタンドに設置、退院時に患者がかかりつけ医を選べるようにしている。また、救急搬送受け入れ年間 6 千台の急性期病院として、在宅医療のバックアップベッドを担う。

在宅医療介護連携のキーパーソンは、在宅のがん患者が増えた現在、「麻薬を使える開業医」と「麻薬を使う患者をケアできる訪問看護ステーション」であり、その連携が重要となる。洛和会はそのどちらをも有するため、医療介護連携の重要な担い手となっている。

(4) ICT を用いた連携のための工夫

～医師会員の IT リテラシーを向上～

「コメント」設立当時、開業医の利用者は 2 名のみだった。医師会員の平均年齢が 72 歳であることから、まずは IT リテラシーの向上が課題と考え、法人内の看護学校 IT ルームで全 5 回の教育を実施。パソコンに触ったこともなかった医師会員の抵抗感を和らげた。同時に、医師会の要望を聞き、「医師会からのお知らせ」ページ、「今日の治療」の電子版、音羽病院の研修医向け教育資料の公開、医師会員の当番制によるブログなど、コンテンツ

を追加していった。これらの取り組みで、「コメント」を毎日見る開業医は 63%にもなった。

「コメント」では、音羽病院の勤務医約 150 名全員の同意により、診療録も共有されている。さらに病院では、検査画像の共有も試みたが、医師会のニーズは「患者説明用の読影レポートのみ」であった。病院の押し付けではなく、医師会の求める情報を共有している。医師会の ICT 推進リーダーの存在も、医師会との連携のカギとなった。

もうひとつ特徴的なのが、情報システム要員 11 名を養成し、全医師会員とホットラインでつないでいることだ。医療現場での研修も受けた情報システム要員が、システム上のトラブルからプリンタの紙詰まりにまで、広く対応している。

(3) 情報共有の課題と解決の工夫

11 の訪問地域におけるヒアリング調査から得られた発言を集約し、医療と介護の情報共有を行ううえでのさまざまな課題と解決の工夫や方向性を整理した。

● ICT 利用者を拡大する上での課題

一組織の情報システムと異なり、地域連携における ICT の利用はあくまで自発的なものであるため、各地域とも利用者をどう拡大していくかが大きな課題であった。そのために全地域に共通して聞かれたのは「シンプルな ICT にすべき」という意見であった。それ以外にも、利用するインセンティブ、医師や事業所トップの理解が必要との発言が聞かれた。主な発言は以下である。

- 連携における ICT 利用は「まずは使ってみて」という声かけから始める。利用を必須にするとそのこと自体が参加障壁になる。
- たとえば保険請求には ICT 利用が必須とするなど、使ってもらう仕掛けやインセンティブが必要だ。
- ICT は医師主体で導入すべき。チーム医療のリーダーである医師が情報を入力しなければ、誰も見ないし使わない。
- 主治医が「必要なし」というため、がん患者に対する訪問服薬指導は少ない。そのため、電子お薬手帳が利用されていない。
- 介護事業者の ICT 推進には、事業所トップの理解が不可欠。主治医からケアマネに ICT 利用の依頼をしても、利用するかどうかが判断するのは事業所トップである。
- 利用料は無料としている。アンケートを採ると、「有料でも使いたい」という意見も多いのだが、代金を回収する手間等を考えると、無料のままが良いと考える。
- 連携用の ICT で共有する情報は、カルテ情報ではなく、最低限共有すべき情報のみを共有するのがよい。

● ICT を用いた日々の情報共有の課題

実際に ICT システムを用いて情報共有をしてみると課題も見えてくる。それらの多くは、ICT システム自体の機能や接続環境、運用方法とリンクしている。また法規制に対する不安の声も聞かれた。主な発言を以下に記載する。

- 患者宅では Wifi ルーター+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、最近ではオフラインで、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。

- 持ち運び可能なタブレット端末を用いてもタイムリーな入力はできないため、訪問看護ステーションに戻った後の入力の負担は大きい。
- 緊急時には電話連絡となるため、ICT システムがリアルタイムでの共有ツールにはなっていない。
- ICT システムに新着情報があると、夜中でもメールの着信音が鳴ってしまう。
- 受け持ち患者が 300 名もいるので名前だけではぴんと来ない。患者の顔写真登録機能は必須。

● 顔の見える関係の重要性に関する発言

医療介護連携に ICT を使ううえで、顔の見える関係構築が重要だという声が多く聞かれた。

- 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。
- 顔を知らない医師が ICT ネットワークに新規参加すると気を遣う。担当者会議などで顔を合わせ、その医師の人となりを知ってから ICT でやりとりをする必要がある。
- 連携には、顔の見える関係がまずあるべき。ICT 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。
- 現在の ICT システムでは閲覧は All or Nothing であるため、患者・利用者のプライバシーのために、今後、職種や診療科等での権限管理が必要。情報を公開することによる訴訟の可能性もある。

● 運用費用に関する課題

運用費用の捻出や分担方法、補助金に頼らない持続可能な運用モデルの検討が課題であることが示された。具体的な発言を以下に記す。

- ICT を用いた連携にあたり、患者 300 名に説明を行い、同意を得た。拠点事業の経費で、看護師資格を持つケアマネと MSW が専従で対応したが、当院の持ち出しであれば無理だった。拠点に対する恒常的な支援を希望する。
- 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。
- 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苦しい。しかし、導入初期から利用料を徴収すると、参加者が増えない。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。

- 現在、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。

● 行政や医師会の関わりに関する課題

地域における医療介護連携において、行政や医師会が果たす役割が大きいが、中には十分な理解や協力を得られていないという拠点もあった。

- 病院から退院調整依頼がきたとき、現在は医師会理事が医療チーム編成のコーディネートをやっている。今後は市がその役割を担えるよう、ノウハウを身につけていく必要がある。
- 行政は在宅医療介護連携の新しい提案を理解しない。「医師会の了解を得るように」と責任転嫁されてしまう。医師会でも、在宅医療に賛成するところのごくわずかで、了解は取れない。
- 行政の縦割りが連携の阻害要因となっている。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、市役所の介護側が消極的。また、予算と人員の面で柔軟な動きをしない。複数部署が話し合い、予算を連携して使うこともできるはずだが、うまくいかない。
- 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）。
- 公共性のある施設（自治体や社協等）は、セキュリティ担保によるネットワークの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共存が難しい場面があるので、接続しやすい環境を整えたい。
- 「一法人の取り組みである」と、医師会は当院の在宅医療介護連携に非協力的。
- ICT利用を拡大するうえでの課題は地域包括。地域包括がセキュリティを心配する。現場レベルではやりたくても、包括を管轄する市に上げるとダメということになってしまう。
- 連携の情報は業務記録ではなく、あくまで共有ツールとしての位置づけであるが、市が管理運営した場合、市民からの開示請求への対応が課題となっている。

● 連携に関する地域の人的資源不足の課題と工夫

地域によっては、医療や介護の資源の不足が、在宅医療や在宅介護の実施そのものを困難にしているという発言が聞かれた。人材の掘り起こし等の工夫をしている地域もあった。具体的な発言を記す。

- 主治医・副主治医制をとる際、現行の制度では、副主治医としての退院時カンフ

ァレンスへの出席や初回在宅訪問診療への同行には診療報酬がつかず、ボランティアになってしまう。副主治医の担い手が不足し、現在は一人のみ。

- 当地域は、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。
- 地域に訪問看護ステーションが不足している。市は、休職中の看護師の掘り起こしや、常勤看護師の雇用に対して補助金を出すなどの対策に取り組んでいる。大手企業が訪問看護ステーションを開設するなど、効果が出始めている。

(4) 情報システムのセキュリティや規制等に関するコメント

在宅医療介護連携における ICT 活用を進めるうえでの懸案事項として、多くの地域がセキュリティの確保を挙げていた。医療情報システムを構築・運営するにあたり、個人情報保護法を前提として、医療機関と医療機関より医療情報を受託する事業者に対して順守すべきガイドラインが設定されている。そうした国の指針やその他の規制に対して聞かれた意見を集約した。

<セキュリティに関する取り組み>

適切なセキュリティを確保しながらそのコストをいかに下げるかが課題である。情報セキュリティおよび個人情報保護のための具体的な取り組みについて、以下の発言があった。

- ▶ ID+パスワードとリテラシー強化による対策が現実的だと考えているが、リテラシー強化の具体策を模索中。たとえば、パスワード変更頻度や情報漏えい防止の教育コンテンツなど。
- ▶ 基幹病院の医療情報共有システムと医師会内の連絡用グループウェアは IP-VPN サービス (NTT 西日本のフレッツ VPN ワイド) 上に構築、在宅医療介護連携システムはインターネット VPN (IPSec-IKE) 上に構築している。2 つのネットワークは各々認証が必要。厚生労働省ガイドラインを参照、および長崎県の「あじさいネット」を手本にして構築した。
- ▶ 職員に一人一台のパソコンを法人から支給することで、セキュリティを確保している。私物のパソコンを使うことで、データを移動するときの USB 使用やWi-Fiからの情報漏洩が起こるのを防ぐ。法人サーバにアクセスすればウイルスパターンチェックが行える。
- ▶ ICT システムを用いた連携について、情報の登録施設はセキュリティ重視、参照施設はコスト重視としている。
- ▶ 通信経路上には詳細な個人情報を流さない設計としている。患者宅にある QR コードでログインし画面上で患者を選択。サーバ上に保管する患者識別情報は、ID とカナ氏名のみ。
- ▶ 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 を必須としない。

<情報セキュリティガイドラインや規制に関するコメント>

厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」や経済産業省の「医療情報を受託管理する情報処理事業者における安全管理ガイドライン」「医療情報を受託管理する情報処理事業者向けガイドライン第2版」等への発言をまとめる。なお、各ガイドラインの関係と問題点については、別に実施した事業者（株式会社メディエイド）のヒアリングで提供を受けた参考資料 4-2～4-4 を添付する。

- 介護側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を準拠している「セキュア (IPsec-IKE)」な環境を維持したままの導入は費用が合わず拡大できない。
- IPsec-IKE は厳しすぎる。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、パスワードなのだから医療情報もこれで十分と考える。
- 多くの患者を診る機関にとって実名メールの禁止は患者間違いの原因となる。
- 厚労省ガイドラインはやや考えすぎの感がある。名簿業者から流出した個人情報でダイレクトメールが来る。いくら医療・介護業者が個人情報保護に努めても他の業種が漏らしては意味がない。ネットバンキングやクレジットカード決済が ID+パスワードで済むのに、医療情報がお金より厳しいのはおかしいのではないか。
- 在宅医療 (ケア志向) の ICT システムで、スタッフ間で共有する患者情報は、食事はしっかりとれているか、排便や移動、睡眠などの生活情報が中心。だからケア志向の病院医療ほど高いセキュリティは必要ない。メールで十分。非常に高いセキュリティより重要なのは、スタッフ全員で患者情報を共有することをしっかり患者さんやご家族に説明して了解を得ること。
- 物理的なセキュリティより、「リテラシー」をチームスタッフで共有することの方がはるかに重要。何のために情報を使い、どこを守っていくのか、ということをしっかり確認しないと、やたらにセキュリティ、セキュリティと原理主義に陥り、一步も進まないことになる。むしろケア志向の ICT 構築においては、セキュリティを可能な限り下げることによって利便性を創出でき、結果的に患者利益につながる (社会貢献できる) というスタンス。
- ICT システムのセキュリティ対策は ID+パスワードとしている。あくまでも電子カルテではなく情報共有システムとしての位置づけ。IPsec-IKE は費用がかかりすぎ連携推進を阻害。
- 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。

<その他の規制・制度に関するコメント>

- 処方箋の電子化を認めてほしい。紙の処方箋しか認められていないことが、在宅医療を非効率にしている。在宅医療の現場にあった法整備が必要。
- 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。
- IT 連携の仕組みはあっても、法律が後追いになっている。在宅医療は「在宅」という