

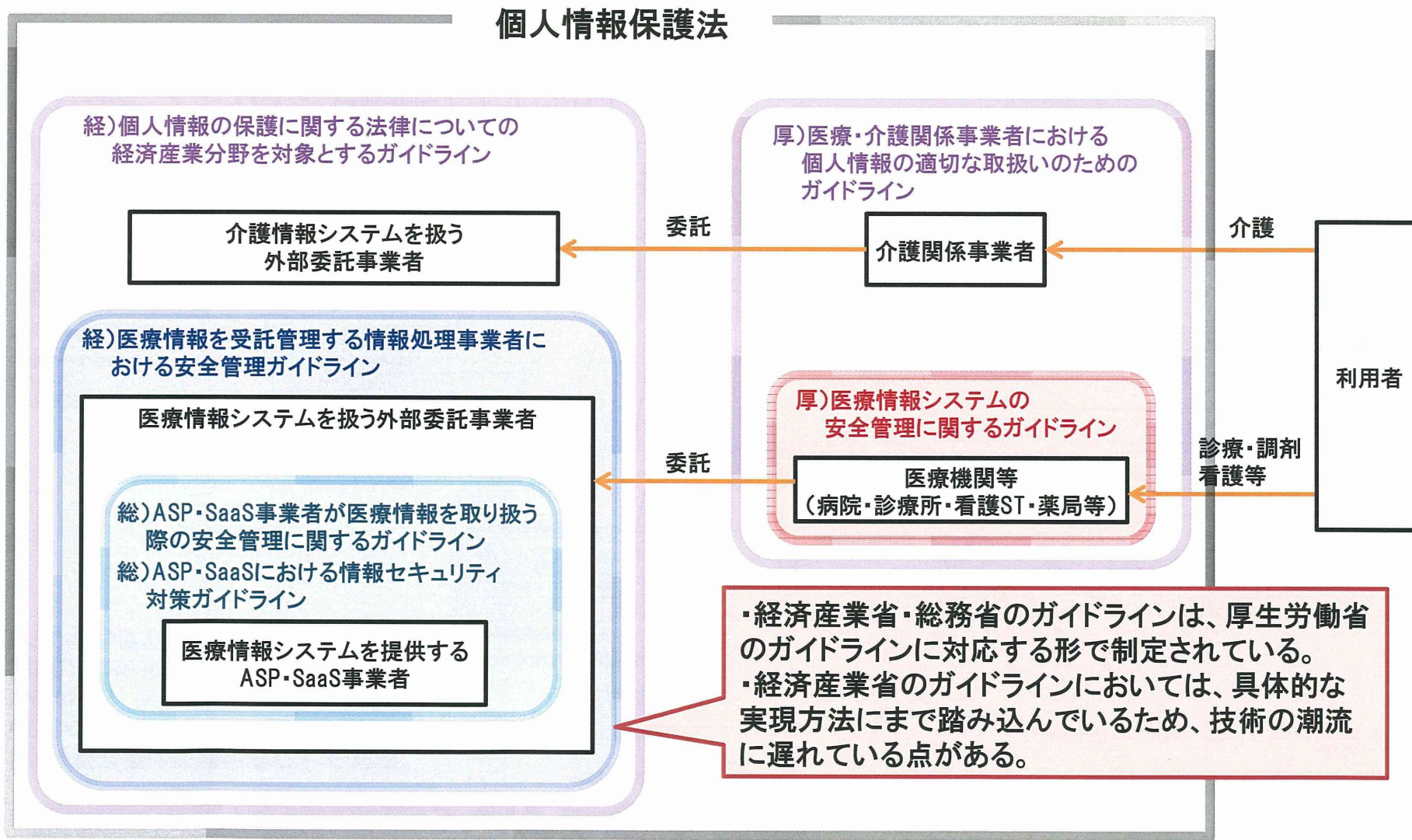
認識に立った法整備が必要ではないか。

- 請求と連動させるのに必要な選択肢が多くあり、それを現場で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。また出来高のために現場で「訪問介護サービス提供記録書兼連絡書」を印字するプリンタを買う必要がある。包括払いならば、プリンタ購入・消耗品コストを削減できるのだが。



## 医療情報システムへ適用される個人情報関連ガイドラインの関係

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。ガイドラインの関係を示す。



## 経済産業省ガイドラインに関するディスカッションポイント

※経済産業省「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」は、2012年10月にこれに加え、参考資料となる「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」の2本立てとなった。

分類	経済産業省ガイドラインにおける必須項目の問題点	問題点による影響	望ましい方向性
構築	医療情報システムにはネットワーク上に <b>侵入検知システム(IDS)</b> を設置することが必須となっている。 (告示 2.6.6)	IDSは一般的に <b>機器の価格が高価</b> (50万円～1000万円)となり、クラウドサービスなどで利用する場合も <b>運用費が高額</b> となる。(数十万円/月) 持続可能な医療情報システムの構築に置いて大きな障壁となっている。	医療情報に対するセキュリティの向上策には様々な観点があることから、必須事項とするのではなく、医療機関と受託事業者間でサービスレベルを向上するための推奨事項に変更をすべきである。
	医療機関と医療情報システム間は <b>専用線・もしくは仮想閉域網(VPN)</b> で接続することが必須となっている。 (ガイドライン第2版 3.5.2)	専用線の設置は非常に高価であり、またVPN利用の場合も、各医療機関に機器設置が必要で <b>高価</b> となる(各拠点:1万円/月～、集中管理サーバー側:数百万/年)。診療所などがクラウドサービスを經由して情報連携をする場合や、在宅医療においてスマートフォンで医療情報にアクセスする場合の問題となっている。	VPNを設けずともSSL等の安価な暗号化・署名技術を用いることで、通信の盗聴・改ざん・なりすましを防ぐことは可能である。VPNは医療機関の内部ネットワーク同士を接続する際には有効であるが、通信方式が特定できる場合などには他の暗号化技術に比べて優位ではなく、各医療情報システムの特性によって検討すべき推奨事項にするべきである。
	利用可能なVPN技術として「 <b>IPSec+IKE</b> 」という <b>特定技術が必須として明記</b> されている。 (ガイドライン第2版 3.2)	IPSec+IKEはメーカー間での機器(ルーター)の相互接続性に問題があり(メーカーが異なると接続不可のケースあり)、特定の機器に依存するケースが多く、 <b>導入コストが高額</b> になるケースが多い。	送信先に正しくデータが送信できることが求める要求事項であることから、個別技術を必須とするべきではない。要求を満たす技術の一例としての記載に留めるべきである。
	2012年10月のガイドライン改訂で1台の物理サーバに複数の仮想サーバを導入することは認められたが、医療情報システムの動作環境として、 <b>物理的な構成を動的に変更するサーバ環境(Amazon EC2等)</b> が認められていない。(告示 2.5.2)	一般的なクラウド環境を利用することができず、低コストで処理負荷の変動を吸収できるシステム運用が実現できず、結果として <b>運用費が高額</b> となる。	クラウド環境では、サーバの物理的な環境と仮想的な環境を分離し、処理負荷に応じて物理環境を動的に変更することで、低コストなシステム運用を可能とする。物理的な制限としての最小限度の要求を設け、その他は事業者の裁量とするべきである。
運用	医療情報が格納されていた <b>ハードディスクの廃棄にあたって、医療機関の求めに応じて記録を提出</b> することが要求されている。 (告示 2.5.4)	クラウド環境を利用できない理由の1つとなる。 <b>クラウドサービスでは、物理的なサーバ機器の構成を意識しないため、通常廃棄が発生することを知らず</b> が <b>困難</b> である。	

## 厚生労働省ガイドラインに関するディスカッションポイント

※経済産業省ガイドラインが参照している厚生労働省ガイドラインにおいては、潮流に合わせたアップデートが行われているとは考えにくく、以下の問題点があると考えている。

分類	厚生労働省ガイドラインの問題点	問題点による影響	望ましい方向性
構築	VPN技術の「IPSec+IKE」と「SSL-VPN」についての危険度の比較が更新されていない。危険度の論拠は2007年のHEASNET報告書であり、最近の技術の変化に対応していない。(6.11 B-2,II)	経済産業省は「 <b>厚生労働省ガイドラインに記述があるため、SSL-VPNを許可しない</b> 」と回答をしている(2008年7月の経済産業省ガイドライン案に対する意見公募の結果より)。IPSec+IKEのみを許可する根拠となり、医療情報連携のコスト増加要因となっている。	該当のガイドライン項目は、送信先に正しくデータが送信できることが求める要求事項であることから、個別技術を必須とするべきではない。要求を満たす技術の一例としての記載に留めるべきである。
	外部と医療情報を交換する場合に想定されるネットワークのケースとして、1つのクラウド環境に各医療機関などが医療情報を蓄積するケースが存在しない。(6.11 B-2)	外部と医療情報を交換する場合に想定されるネットワークのケースがすべて、外部(医師および患者)と医療機関内部のネットワークとの接続の記載となっており、 <b>在宅医療や地域連携等における他職種連携のケースなどで基準が不明確</b> である。	病診連携や医療介護連携を円滑に進めるための基準の策定が望ましい。
運用	厚生労働省ガイドラインでは医療機関等についてのみ対象とし、介護分野に対して同様のガイドラインが存在しない。	<b>医療・介護連携を実現する際に、情報システムとして満たすべき基準がなく、セキュリティの基準を恣意的に設定される可能性がある。</b>	介護分野に関する基準の策定が望ましい。

5. 地域における在宅医療・介護連携を  
進めるために

## 5. 地域における在宅医療・介護連携を進めるために

前掲の全国の在宅医療・介護連携拠点を対象にした質問紙調査および訪問インタビュー調査の結果を踏まえて、本章では、地域で在宅医療・介護連携を進めるための情報共有の考え方や進め方の方向性、さらに ICT システムを整備するための具体的手順について提示することとする。

### (1) 在宅医療・介護連携を地域で進めるための情報共有の考え方と進め方

在宅医療・介護連携における情報共有を進めるためには、それぞれ、地域の実状に合わせた在り方を作り上げていく必要がある。その際、以下の5つの視点が参考になる。

1. 情報共有の目的や意義の理解
2. 地域の情報共有のモデルパターンの参照
3. 共有する情報の内容の整理
4. 現状の地域の情報共有の把握
5. 地域の情報共有に対する ICT 導入の意義、手順、問題点の理解

### (2) 地域の情報共有に ICT システムを整備するための具体的手順

今後の在宅医療推進の方向性を鑑みると、地域の医療者、介護者、市民の間の信頼感を醸成し、あわせて情報共有基盤の整備を進めることが不可欠であり、市区町村がその推進役を担う必要がある。そこで、地域の情報共有に ICT システムを整備するための具体的な手順を理解しやすくするため、一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）の地域医療システム委員会医療介護連携 WG での議論を叩き台に、市区町村が主体的に関わる場合の具体的手順のイメージを「市区町村主体で在宅医療介護連携 ICT システムを整備するための考え方と進め方」としてまとめた。

また最後に、医療介護連携を推進する地域協議会の運営事例として、「道南地域医療連携協議会（MedIKA）」の運営規約を参考資料 5-1 として掲載した。

市区町村主体で在宅医療介護連携ICTシステムを整備するための  
考え方と進め方



## 目次

1. 「在宅医療介護連携ネットワーク」と「在宅医療介護連携ICTシステム」の定義
2. 在宅医療介護連携ネットワークの主体について
3. 在宅医療介護連携ネットワーク・在宅医療介護連携ICTシステム構築の留意点
  - (1) ICTシステム導入を踏まえた在宅医療介護連携ネットワーク構築の留意点
    - 1) 運営主体の決定
    - 2) 運営主体が検討すべき事柄
    - 3) 協議会等などの設置と法人化
    - 4) 住民への普及啓発活動
  - (2) 在宅医療介護連携ICTシステム導入の留意点
    - 1) 在宅医療介護連携ICTシステム導入に対する重要事項の検討
    - 2) 在宅医療介護連携ICTシステムの機能
    - 3) 採用する機能を検討する際の注意点
    - 4) 共有する情報の範囲の決定
    - 5) 通信回線（無線・有線）の選定
    - 6) モバイル端末の選定
    - 7) 導入前の現状把握
    - 8) 導入スケジュール
    - 9) ICTシステム稼働後の拡張
  - (3) イニシャルおよび維持・運用費などの確保
    - 1) 地域連携のメリット、デメリットの整理
    - 2) 受益者負担について
    - 3) 維持・運用費についての必要性
    - 4) 連携医療機関が参加するための導入コストの明確化
  - (4) 標準化・個人情報保護・セキュリティ対策・ガイドライン対応
  - (5) SLA (Service Level Agreement)
  - (6) BCP (事業継続計画)
  - (7) 技術動向、社会情勢の変化等への対応

## 1. 「在宅医療介護連携ネットワーク」と「在宅医療介護連携ICTシステム」の定義

在宅医療・介護連携ICTネットワークを構築するにあたり、「在宅医療介護連携ネットワーク」と「在宅医療介護連携ICTシステム」を分けて定義する。

「在宅医療介護連携ネットワーク」とは在宅医療を受ける患者を地域の多職種連携で支える仕組みである。それは人と人のネットワークで構成されるものであり、電話やFAXなど歴史のあるコミュニケーションツールで十分な場合もある。コンピュータを用いたICTが必ずしも前提ではない。人と人とのつながりがある前提で、パソコンやタブレット端末等のコンピュータを活用した「在宅医療介護連携ICTシステム」が存在する。

## 2. 在宅医療介護連携ネットワークの主体について

表5-1に示す在宅医療介護を担う多職種が抱える問題意識から、在宅医療介護連携ネットワークが立ち上がっていく。地域ごとに医療・介護資源は異なり、連携をリードする主体もまちまちである。

住民が「在宅医療介護を受けたい」と願う時に、誰でも在宅医療介護を受けられる体制の構築には、住民サービスを担う市区町村が主体となり、公益を担う医師会や地域の基幹病院・医療機関、社会福祉法人等と連携する体制で地域をリードする姿が望ましい。

表5-1 在宅医療連携に関わる事業者の一例

事業者区分	主な事業者
職能団体	医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会 作業療法士会、言語聴覚士会、社会福祉士会、精神保健福祉士協会 介護支援専門員協会、介護福祉士会、臨床検査技師会、 診療放射線技師会、栄養士会、医療情報技師会など
医療系 事業所	地域中核病院、地域一般病院（在宅療養支援病院を含む）、 回復期リハビリ病院、精神病院（認知症病棟など）、療養病院、 医科診療所（在宅療養支援診療所を含む）、歯科診療所、 訪問看護ステーション、薬局など
介護系 事業所	地域包括支援センター、居宅介護支援事務所 介護施設（老健、特養）、ショートステイ 通所介護、通所リハ、グループホーム、小規模多機能施設 訪問介護、訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリなど
住民団体	社会福祉協議会、民生委員、自治会、 患者団体、ボランティア団体、NPOなど
関連団体	都道府県、大学、学会、配食サービス事業者、消防署（救急） 警察、ICTベンダーなど

ここでは市区町村が主体となり、医師会と連携して在宅医療介護連携ネットワークおよび在宅医療介護連携ICTシステムを整備するケースについて、その推進の一助となる取組み事例等について述べる。

各市区町村は、在宅医療に対する住民ニーズの高まりを認識しているが、景気後退と税収の落ち込みによる緊縮財政や人員削減で職員が多忙となっており、予算不足と人的リソース不足のため新たな取組みへ踏み出せないという声がある。

在宅医療介護連携ICT班の調査から、市区町村は、あるきっかけにより在宅医療介護連携ネットワークの構築に向けて一歩前へ踏み出していることがわかった。その例を以下に示す。

- ・ 大学等の有識者から市区町村首長と郡市医師会長に対して、働きかけがあった。
- ・ 「安心・安全なまちづくり」を公約に掲げた市区町村首長の強いリーダーシップによって、医師会などの職能団体から参加の同意を得た。
- ・ 地区医師会において「公益性の追求」の機運が高まり、市区町村の医療福祉サービスをサポートする体制が整った。
- ・ 首長および局長クラス幹部の旗振りで、在宅医療介護連携を推進する専門部署を設置、専従者を複数名置いたうえで、予算と庁内連携部署のひとを動かす権限を付与、高齢福祉課、健康づくり課、保健所、地域包括支援センターなどの庁内連携を強化して地域の多職種連携推進につなげた。

### 3. 在宅医療介護連携ネットワーク・在宅医療介護連携ICTシステム構築の留意点

#### (1) ICTシステム導入を踏まえた在宅医療介護連携ネットワーク構築の留意点

JAHISはICTシステムの構築・運用を受託した経験を踏まえて、在宅医療介護連携ネットワーク構築には、持続的な運営主体の存在が必要不可欠であると考えます。また、在宅医療介護連携ICTシステムに必要な機能として何を備えていくべきかを決定していく際の主体的な組織としても、運営主体は不可欠である。

さらに、各種ガイドラインに則りシステムを導入する際に、明確な運営主体とその代表者を定めておくことが各種契約の際に必須となる。

こうした観点から、参加事業所の新規加入や脱退、維持、運用、永続的な運営を見据え、迅速かつ柔軟な検討および意思決定を担う運営主体は絶対に必要である。

#### 1) 運営主体の決定

市区町村自身が運営主体となり、在宅医療介護連携ICTシステムを整備、運用する体制が第一選択となるが、その場合、以下の制約が考えられる。また市区町村が予算を確保したうえで、医師会等に管理・運営を委託するケースもある。加えて、市区町村や医師会などの職能団体が参加する協議会等を立ち上げて地域を担う体制についても検討する。協議会等が必要な理由として、「市区町村区分と医師会区分が一致しない」「市区町村内の医療介護資源が不足しているため隣接市区町村との連携が必要」「市区町村境の住民が両方の在宅医療介護サービスを利用している」などが挙げられる。

協議会等は運営資金の出所が不明瞭なことによる資金不足、事業縮小、事業中断となる危険性があるため、設立当初から「予算は市区町村が負担する」等を決めておく必要がある。

#### <市区町村が運営主体となった場合の制約事項例>

- ・契約印が首長となる場合がある。
- ・増員や事業拡大は予算編成と議会承認を待つ必要がある。
- ・多職種連携のキーパーソンとなる担当者が定期的な人事異動で交代となる場合がある。その際は、人的な信頼関係を再構築しなくてはならない。
- ・情報公開条例により、連携先の医療情報も住民の求めによって公開を迫られる可能性がある。
- ・市区町村のセキュリティポリシーが厚労省ガイドライン以上に厳格であるため、「導入・維持費用が高くなる」「参加者事業者に対して高度なセキュリティ要件を求める」などが参加障壁となる。

<仕様等の検討以外に法人格をもった運営主体が必要となる事例>

- ・保守、システム教育などの委託契約
- ・維持、運営費用の計画立案、資金確保、参加費用回収、業者への支払い
- ・追加参加する事業所または脱退する事業所に対する交渉窓口
- ・参加事業所が事前に準備すべき条件を提示する窓口（想定外の人的支援、値引き交渉等）
- ・想定された範囲以上の拡大に対しての判断  
（隣接市区町村の事業所を利用する患者の多くが当市区町村の住民である場合）
- ・定時会合の事務局として、案内ならびに関係者間の調整、開催時議事録作成など
- ・システム以外の各種照会や質問回答、トラブル対応など
- ・システムメンテナンス等でデータベースにアクセスする業務を遂行する際の承認行為
- ・各種登録情報（臨時休診日登録など）の登録およびメンテ業務または登録依頼の受理
- ・情報漏えい等についての責任主体の明確化
- ・軽微なシステム改修業務を行った際の報告先と承認組織
- ・広報・案内業務の対応主体（住民、患者、関係施設等）
- ・社協、NPOなどと連携した住民向けの普及・啓発促進業務など
- ・住民を識別する共通ID等の導入と利活用
- ・データに基づく住民サービスの質向上
- ・エビデンスに基づく施策立案、説明責任を果たすための根拠データ収集と分析

## 2) 運営主体が検討すべき事柄

### ①現状の在宅医療介護連携の調査

#### ・現状の把握

該当地域の連携状況を把握する。連携する職種や医療・介護資源等の把握もこの時点で行う。

#### ・課題、問題点の整理

上記把握を行った結果、連携に対しての課題や問題点を整理する。これにより、該当地域における連携に関するニーズ、ICTに対するニーズを把握する。

### ②在宅医療介護連携の構想策定

#### ・範囲や規模の考え方

在宅医療介護連携ネットワークの検討を開始した段階では、まだどの地域までを対象にするか決められないことがある。しかし、在宅医療介護連携ネットワークの範囲などを特定することは、参加率などの網羅性の把握と推進状況の評価には重要である。また、在宅医療介護連携ICTシステムの予算規模を算定するためにも重要である。

#### ・範囲や規模の決め方

一挙に市区町村全域での立ち上げは困難なため、スタート時の地域を区切る方法がある。その例を以下に示す。このとき「地域特性」の考慮が重要である。

- ・人口で区切る（おおむね7万人～10万人）
- ・地域包括支援センターの設置単位で区切る
- ・患者動線で区切る（線路・幹線道路の西と東、川の手前と川むこう）
- ・街の歴史で区切る（中心市街地、団地、ニュータウン、へき地、合併前行政区分）

在宅医療介護連携ネットワークに参加する在宅療養支援診療所、診療所、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、病院、薬局、介護施設などの事業所数を把握する。あわせて各事業所の受け入れ可能な医療レベルについても把握する。

- ・人工呼吸器など、医療依存度の高い患者の受け入れが可能なショートステイ先の把握
- ・がん患者へのオピオイド配達・服薬指導が可能なクリーンベンチ

を持つ薬局

- ・ALS患者のケアが可能な訪問看護ステーション
- ・後方支援ベッドの役割を担う有床診療所など

### 3) 協議会等などの設置と法人化

市区町村より医師会、診療所、病院、地域包括支援センター、薬剤師会、歯科医師会、看護協会、居宅介護支援事業所、居宅介護事業所、介護施設、NPOなどの代表者に協議会等の設置と参加を呼びかける。まずは医師会の在宅医療介護担当理事の賛同を得たうえで、市区町村と医師会の連名で呼びかけると良い。協議会等を開催の後、在宅医療介護連携ICTシステムの仕様検討などを協議できるICTシステムワーキングを設置する。

運営主体の設立は、持続的な在宅医療介護連携ネットワークを支えるうえで非常に重要な組織である。将来の姿としては、一般社団法人、公益社団法人、有限責任中間法人、NPO法人などの各種の契約を履行するうえで権利を持つ法人格をもつべきである。市区町村担当部署に法人化の経験がない場合、法人化の経験をもつ庁内他部署と連携して推進する。

### 4) 住民への普及啓発

「がんになったら、最期は病院しかない。」「自宅で療養したいが家族に迷惑をかけたくないから在宅医療を選択できない。」という患者の誤解を解き、在宅医療に対する知識や認識を変えるために、地域住民への普及啓発活動は重要である。

在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるためのフォーラムや講演会等の開催やパンフレットの発行を通して、在宅医療の普及を図る。あわせて在宅医療介護連携ICTシステムの利便性や住民参加の重要性なども訴求する。具体的には市区町村職員がコーディネータとなり、社会福祉協議会、民生委員、自治会、NPOなどの協力で住民への参加を働きかけ、医師会から講師を招聘して健康・医療・介護に関する講演とともに在宅医療介護の選択を促す情報を提供することが挙げられる。一方で医療法人等の民間がコーディネータとなり普及啓発活動を行う場合、「医師会から『特定の医療機関の事業のために集客に協力できない』と言われてしまった」との事例も報告されているが、住民に対する普及啓発は、在宅医療介護連携ICTシステムの成功に向けた最も大切な取組みの一つであり、地域を挙げた協力体制の構築による活動の推進が欠かせない。

## (2) 在宅医療介護連携ICTシステム導入の留意点

### 1) 在宅医療介護連携ICTシステム導入に対する重要事項の検討

ICTシステムを導入するにあたり、事前に検討が必要な項目を挙げ、項目ごとに参考すべきガイドライン・資料を示す。

#### ① 在宅医療介護連携についての個人情報について

ICTシステムでの連携をするにあたり、患者（利用者）本人やその家族のどの情報を保護していくのかを検討することが必要である。地域特性や疾病ごとの特性も考慮する。

〈参考すべきガイドライン・資料〉

- ・厚生労働省 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

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/dl/h1227-6a.pdf>

- ・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 第 4.1 版

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/s0202-4.html>

#### ② 同意取得方法について

ICTシステムでの連携による情報共有を行うにあたっては、患者（利用者）本人やその家族の情報開示に対する同意が前提となっており、その取得方法を検討する必要がある。

医療法人等からは、多忙な診療業務の際に、患者に対する説明と同意を取るとは多大な労力がかかるため在宅医療介護連携ICTシステム参加者を増やす事が困難という声がある。在宅医療介護連携ICTシステムを市区町村の社会インフラとして定着させるためには、市区町村が主体となって患者・家族から同意を得やすい環境を整備することは重要である。具体的には、市区町村の高齢福祉課の窓口などに在宅医療介護連携ICTシステムの広報パンフレットと参加申込書を配置して、各種手続きと一緒に参加申し込みをできる体制を作るなどの取組みが有効である。

〈参考すべきガイドライン・資料〉

- ・経済産業省の実証事業医療情報促進化実証事業「医療情報化促進事業」  
(どこでも MY 病院構想及びシームレスな地域連携医療の実現に向けた実証事業)

<http://www.meti.go.jp/information/data/c110126aj.html>

[http://www.keieiken.co.jp/medICT/pdf/report\\_20111026.pdf](http://www.keieiken.co.jp/medICT/pdf/report_20111026.pdf)



※個人情報の取り扱いに係る「共同診療」「第三者提供」の考え方を記載

③ 在宅介護情報連携システムについて

ICTシステムでの連携するにあたり、ネットワークやセキュリティ、情報の管理体制や保存方法等を検討する。

〈参考すべきガイドライン・資料〉

- ・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 第4.1版  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/s0202-4.html>
- ・総務省 ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン  
[http://www.soumu.go.jp/menu\\_news/s-news/02ryutsu02\\_000010.html](http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/02ryutsu02_000010.html)
- ・経済産業省 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  
[http://www.meti.go.jp/policy/it\\_policy/privacy/index.html#12](http://www.meti.go.jp/policy/it_policy/privacy/index.html#12)

④ 用語・コード・データ送受信の標準化について

将来的に複数の地域と広域にわたり連携することや、地域中核病院の電子カルテシステム等との接続等に対応するため、標準化を検討する。

〈参考すべきガイドライン・資料〉

- ・厚生労働省関係者宛に、地域医療再生基金におけるIT活用による地域医療連携について、平成22年1月22日、IT戦略本部評価専門調査会、医療評価委員会座長より文書が発行されている。  
<http://www.h17.jp/docs/1.kimura2.pdf#search=':地域医療再生基金におけるIT活用による地域医療連携について'>

当該文章の中で③として以下が示されている。

外部のシステムとの情報交換機能の整備及び診療情報の標準の採用

- ・既存の連携システムへの機能追加として、また、新システムの機能の一部として将来的にオンラインで情報連携を行うことも考慮し、標準的なフォーマット・用語コードに沿った形での診療情報（紹介状には記載されない診療サマリを含む）を、可搬媒体で読み書きができる形で連携ができる機能を整備する。
- ・標準的な出力フォーマット・用語コードとして、以下を採用すること。

### 【出力フォーマット】

- ・患者診療情報提供書及び電子診療データ提供書 第一版

(Patient ReferralDocument & Clinical Data Document V1.00) :SS-MIX

#### 【標準マスター・コード】

- ・ICD10対応電子カルテ用標準病名マスター
- ・標準臨床検査マスター (JLAC10)
- ・標準医薬品マスター

・医政発0331第1号として平成22年3月31日、都道府県知事宛に厚生労働省医政局長より通知が発せられた。また、「保健医療情報標準化会議」では「厚生労働省において保健医療情報分野の標準規格として認めるべき規格について」（平成22年1月25日保健医療情報標準化会議）が提言された。これらを受け、「厚生労働省における保健医療情報分野の標準規格」が通知された。

厚生労働省標準規格 厚生労働省標準規格は以下の規格等とする。

- HS001 医薬品HOT コードマスター
- HS005 ICD10 対応標準病名マスター
- HS007 患者診療情報提供書及び電子診療データ提供書
- HS008 診療情報提供書（電子紹介状）
- HS009 IHE 統合プロファイル「可搬型医用画像」およびその運用指針
- HS010 保健医療情報-医療波形フォーマット-第92001部：符号化規則
- HS011 医療におけるデジタル画像と通信 (DICOM)
- HS012 JAHIS 臨床検査データ交換規約

#### 厚生労働省標準規格について

医療機関等における医療情報システムの構築・更新に際して、厚生労働省標準規格の実装は、情報が必要時に利用可能であることを確保する観点から有用であり、地域医療連携や医療安全に資するものである。また医療機関等において医療情報システムの標準化や相互運用性を確保していくうえで必須である。このため、今後厚生労働省において実施する医療情報システムに関する各種施策や補助事業等においては、厚生労働省標準規格の実装を踏まえたものとする。なお、厚生労働省標準規格については、医療機関等に対し、その実装を何ら強制するものではないが、実装によるメリットを十分考慮することを求めるものである。医療機関等に求められている標準化、相互運用性確保については「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.1版」第5章を参照すること。

- ・日本遠隔医療学会「在宅等への遠隔診療を実施するにあたっての指針  
(2011年度版)」

日本遠隔医療学会は、遠隔診療を実施しようとする医療機関および医師・  
歯科医師が、その利点と限界のもとで自らの診療を一定の質以上に保つに  
必要な事項について整理し、これを実施しやすいものとして理解を促し、  
在宅医療の問題解決と発展に寄与するために、遠隔医療ガイドライン策定  
ワーキンググループを設け、検討してきた。その結果を以下のとおり公表  
している。

【日本遠隔医療学会Webサイト】

[http://jtta.umin.jp/frame/j\\_14.html](http://jtta.umin.jp/frame/j_14.html)

【遠隔診療指針第1版(2011. 3. 30)】

<http://jtta.umin.jp/pdf/14/indicator01.pdf>

【遠隔診療指針QA集第1版(2011. 3. 30)】

<http://jtta.umin.jp/pdf/14/qa01.pdf>

- ・JAHIS標準

[http://www.jahis.jp/jahis\\_hyojyun/seiteizumi\\_hyojyun/](http://www.jahis.jp/jahis_hyojyun/seiteizumi_hyojyun/)

【制定済み技術文書の例】

- ・電子版お薬手帳データフォーマット仕様書 Ver1.0
- ・院外処方せん2次元シンボル記録条件規約 Ver1.1
- ・地域医療情報連携システム簡易なXML形式の診療データからのHL7CDA文  
書生成方式
- ・地域医療情報連携システムHL7CDA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）
- ・地域医療情報連携システム 運用管理システムのサービス機能
- ・地域医療情報連携システム 患者情報管理のためのIHE PIX/PDQ 適用ガ  
イド
- ・地域医療情報連携システム 診療情報共有化のためのIHE XDS 適用ガイ  
ド

## 2) 在宅医療介護連携ICTシステムの機能

在宅医療介護連携ICTシステムと言っても、各々が持つイメージはまちまちである。またICTに対して馴染みが薄い者は「コンピュータは万能である」と誤解を持っていることがある。これらの誤解を防ぐためには、ICTシステムの各機能を正しく理解し、在宅医療介護連携ネットワークが抱える課題の解決につながる機能を予算や難易度を考慮したうえで優先順位をつける。

また優先順位を付ける際、「退院調整・在宅移行時」「在宅移行後の安定期」「急変時の対策」といった利用シーンを分けて議論する。これによってお互いの思い違いを防ぐ。たとえば、市区町村立病院をもつ市区町村は、「まずは退院調整・在宅移行時からICT化を始めよう」と決めると議論がスムーズになる。

具体的な機能を以下表5-2に示す。在宅医療介護連携ICT班の調査やJAHISが関わった先進事例などを元に、比較的低予算、短期間で導入できるなど、取り組みやすい機能から順に並べた。※この順番は地域特性やICTベンダーによって異なる。

表5-2在宅医療介護連携ICTシステム 機能一覧

項	機能名称	概要
1	ホームページ	医療・介護資源を公開
2	メーリングリスト	教育などのイベントをお知らせ
3	電子掲示板	患者のケア情報を情報共有
4	電子温度板・生活記録	患者の日々のバイタル変化を把握 ADL（日常活動動作）を評価、適切なケアにつなげる
5	電子スケジュール帳	空き時間をリアルタイムに共有
6	患者紹介・逆紹介システム	診療情報提供書や返書を管理
7	教育・研修システム	医療手技、看護・介護技術の向上を目指す 教材や医療機器マニュアルを電子的に共有
8	センサ見守り 緊急通報システム	街のナースコール
9	遠隔医療システム テレビ電話	遠隔地の患者、専門医などをリアルタイムにつなぐ
10	遠隔モニタリングシステム	重症心身障害児（者）の在宅医療を支える
11	テレ・カンファレンスシステム	専門医とかかりつけ医、多職種をつなぐ
12	地域医療連携システム	基幹病院の診療情報を参照
13	電子地域連携パス	がん・糖尿病などの疾病別に情報共有
14	電子お薬手帳	適切な服薬指導と服薬管理、災害時に活用
15	PHR (Personal health records)	個人が自分の健康・医療情報を管理または参照する