

○在宅支援診療所医師に対するヒアリングシート

新宿区在宅療養支援を熱心に行っている診療所の医師に対する質問内容

1. 趣旨

この調査は、厚生労働科学研究費政策総合研究事業「都市部における医療・介護・福祉等連携のための情報共有システムのあり方」に関する研究の一環として、急性期病院から医療（リハビリ又は継続的な観察を含む）、介護が必要な状態で退院し、かかりつけ医のもとで在宅療養を行う患者さんについて、退院時から在宅療養に至る過程で、どのような職種がどのように関与し、患者情報がどのような形で引き継がれていくのかの実態を、かかりつけ医の側からお聞きするものです。

2. 対象となる患者

おおむね、以下のような患者さんを想定してお答えください。①～③の場合で対応が異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。

○急性期病院または回復期リハビリ病院から退院され、かかりつけ医のもとで在宅療養を行う、以下のような病状の方

(1) 脳卒中等で入院し症状は落ち着いたが、再発の可能性があり、身体の一部に不随があり、日常生活に介助が必要で、リハビリ等も必要な状態で退院され、在宅療養に移行された方（急性期病院から回復期リハビリ病院を経由して在宅療養に移られた方を含みます。）

(2) 糖尿病で訓練入院等をされて退院された患者さんで、引き続き、在宅で糖尿病治療を行うことが必要であり、合併症等で日常生活に介助が必要な方

(3) 他の病気で入院中に認知症がみつき、退院後、主に認知症のために治療・介護が必要な方

3. 想定されるクリティカル・パス

以下のような経路で入院、退院され、在宅療養に移行された方を想定してください。（一部の質問は、①の方のみを対象としています。）

①在宅→急性期病院→在宅

②在宅→急性期病院→回復期リハビリテーション病院又は老人保健施設→在宅

③在宅→急性期病院→療養型病院（長期入院）

④在宅→急性期病院→一般病院

⑤在宅→急性期病院→介護施設

（まず、急性期病院から直接在宅療養に移行される場合についてお答えください。）

○このような患者さんを担当される場合、どのようなところから連絡がくるのでしょうか。（様々なところから連絡、紹介がある場合は、おおむねの割合をお答えください。「大部分」とか「半分くらい」

とか「少ない」とかいう答え方でけっこうです。)

- ①急性期病院の退院調整部門の職員（医師、看護師、ソーシャルワーカー）
- ②急性期病院の病棟の医師、看護師
- ③患者本人又は家族
- ④地域包括支援センターの担当者
- ⑤ケアマネージャー
- ⑥訪問看護ステーション
- ⑦在宅介護事業所
- ⑧区役所の職員
- ⑨その他（具体的に)

○急性期病院の退院調整部門、あるいは、病棟から連絡があった場合で、患者さんの日常生活に介護サービスが必要と判断された場合は、介護の専門職とどのように連絡を取っているのでしょうか。

（様々なケースがある場合は、おおむねの割合をお答えください。「大部分」とか「半分くらい」とか「少ない」とかいう答え方でけっこうです。)

- ①急性期病院側からケアマネ等に連絡をとるように依頼し、ケアマネから連絡が来るのを待つ
- ②訪問看護ステーションと連絡を取り、そこからケアマネ等につないでもらう
- ③普段から懇意にしているケアマネに連絡する
- ④地域包括支援センターに連絡する
- ⑤介護については患者、家族にまかせる
- ⑥かかりつけ医が中心になって、介護の専門職も集めたケア会議を開く
- ⑦その他（具体的に)

○入院していた急性期病院からは、患者さんの病状に関する情報がどのように伝えられるのでしょうか。（様々なケースがある場合は、おおむねの割合をお答えください。「大部分」とか「半分くらい」とか「少ない」とかいう答え方でけっこうです。)

- ①入院時に病院に行き、患者さんの状況を見ながら詳しく説明される（口頭）
- ②退院時のカンファレンスに加わる
- ③診療情報に関する詳しい書面（診療情報提供書等）が渡される
- ④診断書（上記に比べて簡単なもの）、紹介状が渡される
- ⑤検査値のデータが渡される
- ⑥カルテを引き継ぐ
- ⑦その他（具体的に)

○在宅療養中の患者さんの様態が変化し、再入院が必要になることも考えられる場合、どのように病院と連絡をとっていますか

- ①懇意にしている病院の医師に紹介状を書き、患者にそこで診断を受けるようにいう
- ②患者が以前に入院していた病院に紹介状を書き、患者にそこで診断を受けるようにいう
- ③紹介状は書くが、どの病院に行くかは患者にまかせる。
- ④普段から、病院の専門医と2人かかりつけ医体制で対応しており、病院側の「かかりつけ医」

と相談する

(回復期リハビリテーション病院(病棟)を退院して在宅療養に移行される患者さんについてお答えください。)

○このような患者さんを担当される場合、どのようなところから連絡がくるのでしょうか。(様々なところから連絡、紹介がある場合は、おおむねの割合をお答えください。「大部分」とか「半分くらい」とか「少ない」とかいう答え方でけっこうです。)

- ①回復期リハビリテーション病院の退院調整部門の職員(医師、看護師、ソーシャルワーカー)
- ②回復期リハビリテーション病院の病棟の医師、看護師
- ③患者本人又は家族
- ④地域包括支援センターの担当者
- ⑤ケアマネージャー
- ⑥訪問看護ステーション
- ⑦在宅介護事業所
- ⑧区役所の職員
- ⑨その他(具体的に)

○回復期リハビリテーション病院の退院調整部門、あるいは、病棟から連絡があった場合で、患者さんの日常生活に介護サービスが必要と判断された場合は、介護の専門職とどのように連絡を取っているのでしょうか。

(様々なケースがある場合は、おおむねの割合をお答えください。「大部分」とか「半分くらい」とか「少ない」とかいう答え方でけっこうです。)

- ①病院側からケアマネ等に連絡をとるよう依頼し、ケアマネから連絡が来るのを待つ
- ②訪問看護ステーションと連絡を取り、そこからケアマネ等につないでもらう
- ③普段から懇意にしているケアマネに連絡する
- ④地域包括支援センターに連絡する
- ⑤介護については病院、あるいは、患者、家族にまかせる
- ⑥かかりつけ医が中心になって、介護の専門職も集めたケア会議を開く
- ⑦その他(具体的に)

(一般論としてお答えください)

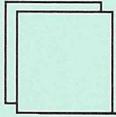
○病院のカルテ(電子カルテ)を、退院後、かかりつけ医や訪問看護師、介護士等が見たり、必要事項を書き込んだりすることができるシステムを導入している地域がありますが、そのようなシステムを導入することにメリットがあるとお考えですか。

(具体的なメリットについて)

○退院後、スムーズに在宅療養に移行するために何が重要とお考えですか。上位3点をお答えください。

(答えの例)

- ・患者、家族の理解（在宅療養の不安解消や大病院志向の是正などを含む）
- ・かかりつけ医と急性期病院、回復期リハビリ病院とのネットワークの強化
- ・在宅での医療と介護の包括的なケアができるチームの形成
- ・在宅医療（訪問看護を含む）、介護サービスの量的な充実
- ・相談体制の強化
- ・行政の支援の強化（費用面の支援を含む）
- ・制度的な制約の撤廃



第IV部 国内・海外調査報告

第7章 全国の医療・介護情報ネットワークの現状

(株) 日本経営取締役 銀屋創

(株) 日本経営 大日方光明

1. ICT を活用した地域医療連携

(1) 政策の展開と医療情報連携

医療 ICT の主要テーマは、1970～80 年代に始まる部門業務の効率化・院内業務の効率化に始まり、次第に 1990 年代後半より電子カルテ等の活用による院内全体の情報共有へと展開してきた。2000 年代前半はそれらの普及拡大が推進され、2008 年頃より地域での情報連携へと発展してきている。2010 年以降は、地域医療再生基金や、ネットワーク化推進事業、情報化タスクフォース等により地域での情報連携が進められるほか、日本版 EHR・PHR の実現に向けた「どこでも MY 病院」構想やビッグデータの利活用といったテーマが新たに加わっている。

<表 7-1> 年代別の主な医療 ICT の展開と主要政策¹

	主要動向・トレンド	主な医療 ICT 関連政策等
1970～ 1980 年代	<部門業務の効率化> ・医事会計システム ・部門システム ・オーダーリングシステム	—
1990 年代	<部門業務、院内業務の効率化> ・医事会計、部門システム ・オーダーリングシステムの普及 <院内全体の情報共有> ・電子カルテシステムの導入 ・遠隔地医療の利用 (情報連携) ・院内での医療情報の共有化、連携の円滑化を中心として発展	—
2000 年代	<院内全体の情報共有の拡大> ・電子カルテの普及拡大 ・レセプトオンライン化 ・診療録の外部保存化	・e-japan 戦略 (2000 年～) ・保険医療分野での情報化グランドデザイン (2001 年～) ・ネットワーク化推進事業 (2001 年～) ・e-japan 戦略Ⅱ (2003 年～) ・IT 新改革戦略 (2006 年～) ・総務省地域 ICT 利活用事業 (2007 年～) ・i-japan 戦略 2015 (2009 年～)

¹ 以下資料を参考に作成:

・内閣官房 IT 担当室 「新たな IT 戦略における医療分野の取り組みについて」(日本 PACS 研究会 2011 年 1 月 14 日講演資料)、
 ・株式会社シードプランニング「平成 24 年版地域医療・福祉ネットワーク化白書」(2012 年)

2010年代	<p><地域での情報共有～医療連携～></p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報形態の標準化 ・システムのクラウド化 ・地域医療連携システム <p><医療情報の活用></p> <ul style="list-style-type: none"> ・どこでもMY病院構想 ・PHR ・研究、創薬等への活用 ・ビッグデータの活用 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療再生基金（2010年～） ・新たな情報通信技術戦略（2010年～） ・医療情報化に関するタスクフォース（2010年～） ・世界最先端IT国家創造宣言（2013年）
--------	---	---

(2)現在の医療・介護分野のICT活用の全体像

ア. 新たな情報通信技術戦略

現在推進される「新たな情報通信技術戦略²」においては、医療分野の重点施策として4点が示された。

- ・「どこでもMY病院」構想の実現
- ・シームレスな地域連携医療の実現
- ・レセプト情報等の活用による医療の効率化
- ・医療情報データベースの活用による医薬品等安全対策の推進

それぞれが連関している項目ではあるが、このうち、地域医療の連携システムについては、「どこでもMY病院」構想の実現に関するEHR、PHRシステム、そしてシームレスな地域連携医療の実現の重要度が高い。

イ. 現在推進される医療ICTシステムの区分

これらを利用者と取り扱う情報の相違に応じて、現在取り組みが進められているシステムを総務省は以下のように分類している。

1)シームレスな地域連携医療システム、2)どこでもMY病院/PHRシステム、3)在宅医療・介護情報連携システムの3類型である。地域連携システムは現在、全国に160超が運用されているとされるが、そのそれぞれは必ずしも対象者・目的を同一にしてはいない。また、将来的な射程にEHRやPHRを見越した連携システムを構築しているケースと、医療者間の情報連携を重視しているケースなどもある。このため、地域包括ケアにおける情報システム、ICT連携を検討する上では、それぞれのシステムの対象者・目的を確認しながら、比較・検討を進めていく必要がある。

このうちシームレスな地域連携医療システムについては、その工程表の中で指針として示されているように、二次医療圏を単位とした疾患別のパスを前提としたネットワーク構築が検討されているが、現在既に構築されている地域連携システムは、パスを前提とした構成ではないケースも見られる。

²参考:高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部「新たな情報通信技術戦略 工程表」2012

<表 7-2> 地域連携システムの区分

	シームレスな地域連携 医	どこでも MY 病院 /PHR	在宅医療・介護情報連携
主なシステム利用者	医療従事者(DtoD)	個人(医療従事者が個人 を支援) (D/NtoP)	看護・介護情報(及び医 療情報) (DtoN)
主な利用場面	医療機関において患者 に医療サービスを提供 (または医療機関間で 相互に役割分担や調整、 助言)	個人による自身の健康 管理(または医療従事者 等による個人への保健 指導・健康相談)	訪問看護師等による在 宅患者や要介護者への 訪問看護・介護等
概要	病院情報システム等か ら医療情報を抽出し、安 全に格納し、医療従事者 による医療情報の閲覧 を可能とするデータベ ース連携システム	個人が自分の健康情報 等を入力し、安全に格納 し、個人及び医療従事者 等による健康情報等の 閲覧を可能とするシス テム	訪問看護・介護等の訪問 先において、医療・介護 従事者が医療・介護情報 を入力し、安全に格納 し、医療・介護従事者に よる医療・介護情報の閲 覧を行うとともに、TV 電話等による医療・介護 従事者間のコミュニケー ションを可能とする システム

出典：総務省情報流通行政局地域通信振興課「情報通信技術及び人材に係る仕様書」(平成 24 年 3 月)

<図 7-1>シームレスな地域医療連携の実現 工程表



出典：高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 「新たな情報通信技術戦略 工程表」2012 年

2. 地域医療連携システムの概観

(1) システムの市場規模

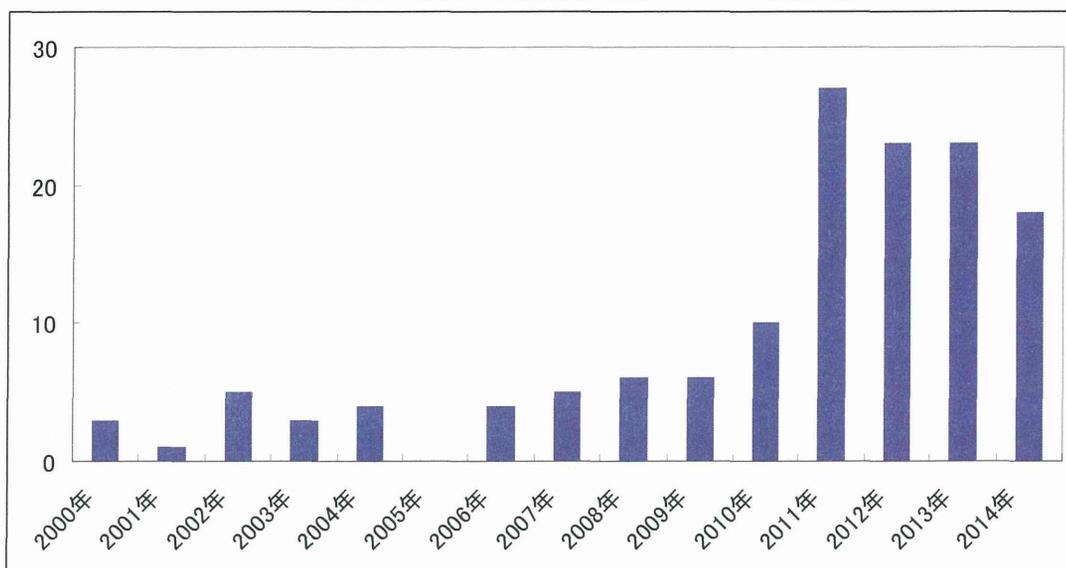
現時点で、地域医療連携に ICT を用いている事例は全国で約 160 以上のシステムが稼動しているとされる。³医療機関同士の情報連携、そこに薬局や介護施設等が加わったもの、また患者も対象としたシステムなど多岐に渡る。

医療情報連携のシステムについては、2000 年以前からも取り組みが成されてきているが、現在も継続して運用されている規模の大きいシステムは、2000 年以降に開始となったものが多い。またその多くは 2010 年以降に増加したものである。(図 7-2)

特に 2009 年に始まる地域医療再生基金の予算化や、情報化タスクフォースの設置と事業費用の予算化がなされて以降、導入件数は増加傾向にある。2011 年以降は全国で毎年 20 件以上の連携システムが導入・稼動が開始されており、この傾向は将来的にも継続されると見られている。(表 7-3)

一方で、システムの標準化は進んでおらず、各システムに独自性があり、今後はそれらの統一化・標準化が課題のひとつとして挙げられている。

<図 7-2> 開始年数別の医療情報連携システム増加件数⁴



<表 7-3> 地域医療連携システムの市場規模予測⁵

項目	2010 年	2015 年	2020 年
地域医療連携システム	18 億円	75 億円	240 億円
(診療情報共有システム)	9.7 億円	51 億円	190 億円
(連携室支援システム)	0.7 億円	2.7 億円	6 億円
(画像連携システム)	8 億	1.8 億円	44 億円

³ 日本医師会総合政策研究機構「IT を利用した地域医療連携の調査 結果報告」(2013)

⁴ 同上資料より作成

⁵ 株式会社シードプランニング「地域医療連携システムの市場動向」(2011)

(2) 代表的な医療情報連携システム

ア. 参加施設数が多い医療情報連携システム

参加施設数が多い医療情報連携システムは、岐阜県の「はやぶさネット」の670件であり。内訳は、病院23、診療所480、介護施設152、その他15施設とされている。名称が公開されている内で、次いで大きいのが岡山県の「晴れやかネット」の172件となっている。このうち、病院の施設数が最も多いのが香川県の「K-MIX」の52施設、次いで「周産期ネットひろしま」の40施設とされる。(表7-4)

<表7-4> 参加施設数が多い医療情報連携システム⁶

都道府県	地域医療連携	参加施設数 (概算)	開始年度
岐阜県	はやぶさネット	670件	2011年
-	名称非公開	598件	-
岡山県	晴れやかネット	172件	2013年
-	名称非公開	171件	-
東京都	サイボウズ Live	145件	2010年
広島県	周産期ネットひろしま	131件	2006年
長野県	慈泉会診療情報開示システム	130件	2002年
広島県	天かける(アマカケル)	130件	2011年
長崎県	長崎在宅 Dr. ネットメーリングリスト	123件	2003年
北海道	旭川クロスネット	123件	2008年

イ. 継続年数が長いシステム

継続年数が長いシステムは、山形県の鶴岡地区医師会を中心とした「Net4U」、石川県のけいじゅヘルスケアシステムを中心とした「KISS」であり2000年からの開始となっている。千葉県亀田総合病院を中心として始まった「PLANET」が2001年、北海道の北斗病院を中心として始まった「ジービーネット」が2002年の開始となっている。

設置主体は、医師会主導のものが「Net4U」、「ゆめ病院」、「EMInet」、「K-MIX」。病院・診療所主導のものが「KISS」、「PLANET」、「ジービーネット」、「慈泉会診療情報開示システム」、「エキサイネット」、「長崎在宅 Dr. ネットメーリングリスト」である。医師会主導、単一の病院・診療所主導のものが多くを占めた。(表7-5)

⁶ 日本医師会総合政策研究機構「ITを活用した地域医療連携」(2014年3月8日アクセス) <http://www.jmari.med.or.jp/rma/>

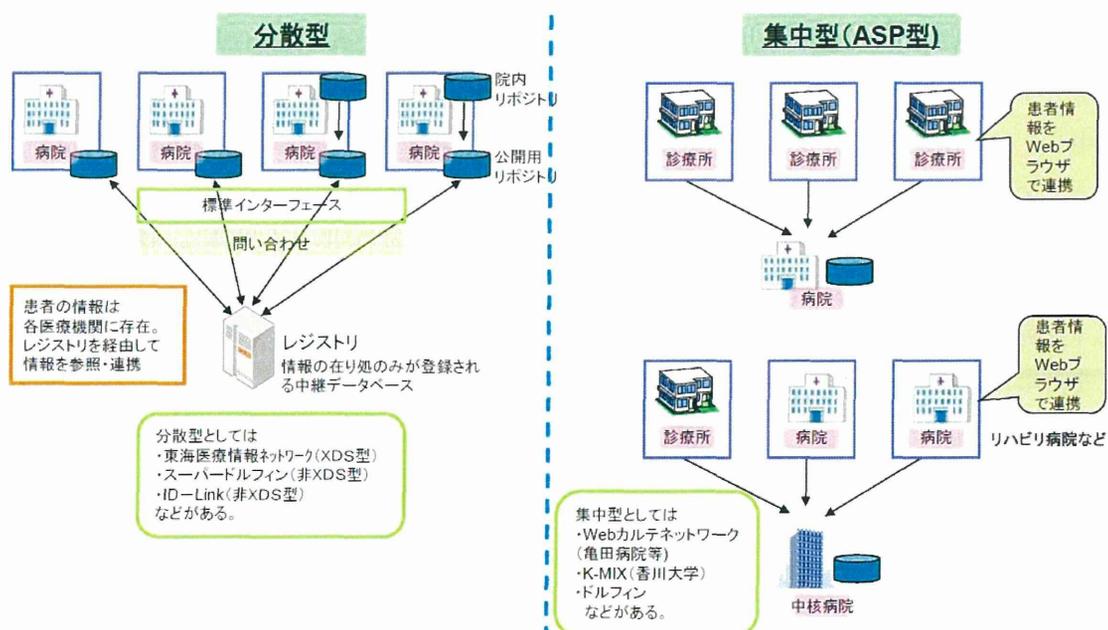
<表 7-5> 継続年数が長い医療情報連携システム⁷

都道府県	地域医療連携	参加施設数 (概算)	開始年度
山形県	Net4U	40 件	2000 年
石川県	KISS (Keiju Infomation Sphercal System)	-	2000 年
千葉県	患者カルテ (PLANET)、共有カルテ	-	2001 年
北海道	ジービーネット	-	2002 年
千葉県	EMInet	-	2002 年
長野県	慈泉会診療情報開示システム	130 件	2002 年
愛知県	エキサイネット	117 件	2002 年
和歌山県	ゆめ病院	-	2002 年
香川県	K-MIX	116 件	2003 年
長崎県	長崎在宅 Dr. ネットメーリングリスト	123 件	2003 年

(3) 連携システムの仕組み

現在地域連携システムの連携の仕組みについては、大きくは A：分散型、B：集中型に 2 区分されている。(図 7-3) A：分散型とは、各機関が保有する独立したシステムを標準インターフェイスで連携する方式を指し、「ID-LINK」「Human Bridge」等をベースとしたシステムが分類される。B：集中型とは、病院、中核病院の電子カルテシステムに他の病院が参画する方式を指し、亀田総合病院を中心とする「PLANET」や、香川大学を中心とした「K-MIX」などが分類される。

<図 7-3> 地域医療連携システム連携の連携の仕組みの類型



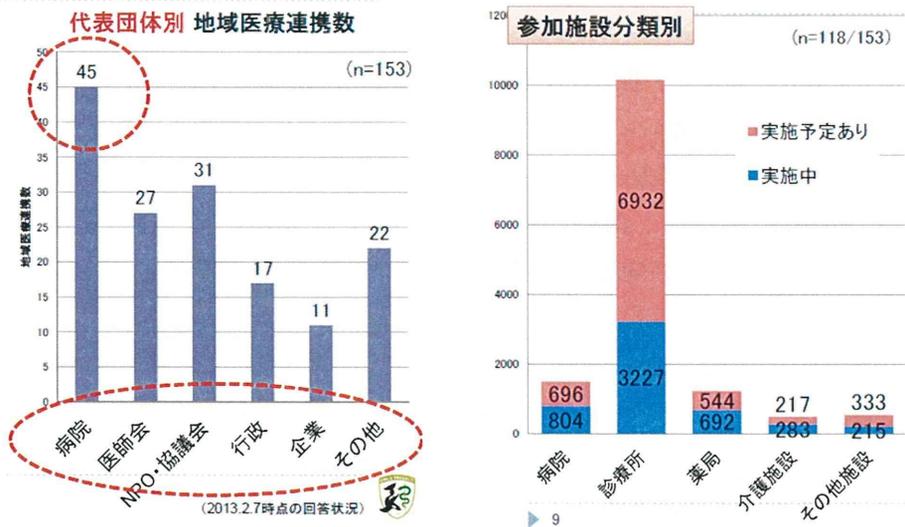
出典：医療評価委員会事務局「地域医療における情報連携のモデル的プランについて」2010年1月22日

⁷ 日本医師会総合政策研究機構「ITを活用した地域医療連携」(2014年3月8日アクセス) <http://www.jmari.med.or.jp/rma/>

(4) システムを代表する団体と、参加施設の分類

代表団体と、そこに参加する施設分類では病院、NPO・協議会、医師会が多く、参加施設では「診療所」「薬局」「病院」の順になっており、「介護施設」「その他施設」については相対的に参加数が少ないとされている。(図7-4)

<図7-4> システムを代表する団体



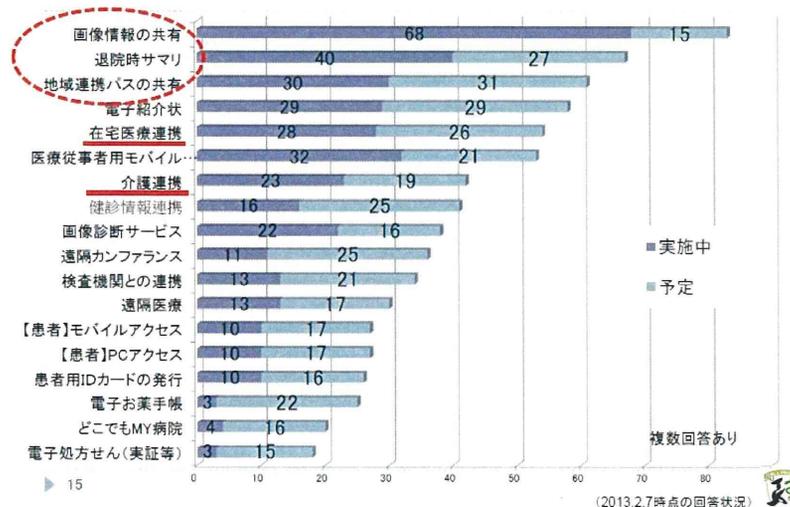
出典：日本医師会総合政策研究機構「ITを利用した地域医療連携の調査 結果報告」(2013)

(5) 実施内容

取り組んでいる地域連携の内容としては、画像情報の共有が最も多く、ついで退院時サマリ、地域連携パスの共有となっている。5番目に在宅医療連携、7番目に介護連携などのサービスが挙げられている。患者を対象としたサービスの実施予定はあるものの、現在実施しているケースはまだ少ない。

(図7-5)

<図7-5> 連携している内容



出典：日本医師会総合政策研究機構「ITを利用した地域医療連携の調査 結果報告」2013年

(6)費用負担

導入時コストについては、補助金等を元にスタートするケースが多く見られ、その際のコスト負担を情報の閲覧者側に求めるケースはあまり見られない。システム導入後の運用コストについてはシステムによって対応が異なる。⁸

連携システムの導入にあたっては、①システムの主催者、②システムの閲覧者・参加者、③システム提供者の3つのプレイヤーが存在しているが、運用コスト負担（参加費や利用料の徴収）の面で、次の3つのモデルに分類される。

A：主催者負担モデルは、閲覧者・参加者は無料でシステムを利用できる。コスト負担は主催者側が行う。前述した継続期間が長い連携システムのうち、1病院を除き主催者負担モデルをとっている。また、多くのシステムが主催者側負担であった。

（代表的なシステム抜粋：Net4U、KISS、エキサイネット、PLANET、ジービーネット、EMInet、慈泉会診療情報開示システム、ゆめ病院、長崎在宅 Dr. ネットメーリングリスト、旭川クロスネット他）

B：相互負担モデルは、閲覧者・参加者側も条件に応じてコスト負担をするモデルである。閲覧のみであれば無料、情報をアップロードしたり記録する等の場合は有料といった形式をとるシステムもある。参加費のみのパターン、参加費と月額利用料が必要なパターンなどがある。

（代表的なシステム抜粋：あじさいネット、晴れやかネット、周産期ネットひろしま、K-MIX、道南 MedI ka、ケーシーズ、信州メディカルネット（情報参照のみは無料）、まいこネット、天かける、はやぶさネット他）

C：フリーモデルは、システム提供を行っている企業側がコスト負担するモデルである。企業側は、広告収入や他企業からのアプリケーション利用収益等により事業を成立させている。元々は医療や介護向けのシステムとして開発された訳ではなく、一般的なコミュニケーションツール（アプリケーション）を医療連携に転用することから派生したケースも見られる。

（代表的なシステム抜粋：メディカルケアステーション、サイボウズ Live、Facebook 等）

⁸ 参考：日本医師会総合政策研究機構「ITを利用した地域医療連携の調査 結果報告」（2013）

3. ICT を活用した地域医療連携の課題と対応

(1) システム導入前の課題

多数整備が進み、今後の市場動向も拡大が見込まれているが、ICT を活用した地域医療連携については解決すべき課題も多い。課題の類別は以下のように整理される。導入前の課題としては、システム前にヒューマンネットワークが構築されていること、目的と合致したシステムを導入することが挙げられ、解決策としては、ヒューマンネットワークについては地域レベルでの協議会の設置、選任担当者の配置が挙げられている。

またシステム導入後の問題としては、運用コスト負担の問題やシステム利用の簡便性などが課題として挙げられている。容易に利用でき、コスト負担が少ない形でないことと継続が難しくなる可能性がある。また様式・用語・システム形式等についての標準化についても検討課題とされる。解決策としては、コスト負担についてはインセンティブ形式での運用料金の補助や費用負担の少ないサービス等への移行などが検討される。システムの利便性の向上、入力・閲覧の簡易化についてはタブレット等などのデバイスへの移行などが検討される。(表 7-6、表 7-7 参照)

<表 7-6> 地域連携 ICT システムの導入・運用にかかる課題⁹

	項目	内容
ICTシステム 導入前の課題	ヒューマンネットワークの構築に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・連携する医療機関の間での人的なネットワークが構築されていないことにより、連携すべき情報の精査、情報の交流・頻度、また患者・利用者の情報の一元管理に課題があり、ICT システムを導入しても活用が上手くできていないケースがある。 ・医療情報連携の専任担当者が不在であることなどが要因の一つとして上げられる。
	目的に合致したシステム導入計画の立案	<ul style="list-style-type: none"> ・利用する現場のニーズとシステムの機能がミスマッチを起こしているケースなどが該当する。 ・地域連携 ICT システムの導入によりどのような情報を共有し、どのようなシーンで活用するのか、連携する施設間での目的の共有が十分になされていないケース等が該当する。 ・また導入後のデータ活用、運用について指針や具体的手順が示されていないことにより、運用が十分になされないケースがある。
ICTシステム 導入後の課題	持続的に運用可能な情報連携ネットワークシステムの構築	<ul style="list-style-type: none"> ・導入コストは補助金等により確保されているが、運用コストは主催者およびネットワークの参加者の自己負担となり、運用目的が明確でない場合、費用対効果の面で持続が困難と判断されるケースがある。 ・また ICT システムの操作が複雑、困難であることから、システムの利用に消極的となり、ICT システムが活用されないケースがある。

⁹高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部「医療情報化に関するタスクフォース報告書付属資料 シームレスな地域連携医療の実現について」

(2012) を参考に筆者作成

		・各医療機関がどこまで責任を持って情報を管理するのかが不明確な場合、共有される情報の質が担保されないケースがある。
	インターネットでの接続	・クローズドなシステムのため、情報を閲覧・共有したい外部の医療機関・介護施設が参加を阻まれるケースがある。
	外部システムとの情報交換機能の整備・標準化された診療情報様式の採用	・異なったシステムを利用しているため、システムの様式や記録様式について共通の形式で情報が共有できない、あるいは共有できる情報が制限されるケースがある。 ・このため、共有できる情報の質・量が制限され、利便性が不十分なため、利用が制限されるケースがある。

<表 7-7> 地域連携 ICT システムの導入・運用にかかる課題解決に向けた取り組み¹⁰

	項目	条件
ICTシステム導入前の課題	ヒューマンネットワークの構築	・地域協議会の設置による、ヒューマンネットワークの構築 ・都道府県単位の医師会等の関与 ・各地域の協議会相互の連携
	目的に合致したシステム導入計画の立案	・疾患別のクリニカルパスのみに限定する ・医療情報の相互参照のみに限定する ・患者・利用者を含めた EHR、PHR を見越したシステムとする
ICTシステム導入後の課題	持続的に運用可能な情報連携ネットワークシステムの構築	・運用状況に応じたインセンティブ形式での補助（補助金） ・機能、用途、情報を絞った運用とし、主催病院と閲覧病院・施設の間で相互閲覧・記入できる情報を限定する ・デバイスの簡易化 ・費用負担の無いシステムへの移行
	インターネットでの接続	・システムの変更対応
	外部システムとの情報交換機能の整備・標準化された診療情報様式の採用	・院内情報を標準仕様に変更する取り組み。システムの基本要件としての標準様式への変換機能具備。 ・診療情報提供用のサマリ作成機能を具備させる。（院内様式と別に共有用のサマリだけ作成する機能）

4. ICT を活用した在宅領域における地域医療連携

¹⁰ 脚注 9 資料を参考に筆者作成

(1)在宅領域における ICT システム

地域包括ケア体制を構築していく上での ICT による連携の中で、今後重要性を増していくのが病院退院後の、在宅サービス（医療・介護）との連携の確立である。在宅領域における地域医療連携については、現在、院内業務の ICT 化と地域連携システムの導入が並行して展開されている状況にある。在宅でのサービス提供に伴い、記録業務システムについてもモビリティ（持ち運び可能であること）が重視されている。

(2)在宅領域における地域医療連携の ICT システム

病院を退院し、在宅復帰をする場合、病院と在宅サービスを提供する医療機関・介護事業者との情報連携が必要となる。現在、在宅領域における地域医療連携の ICT システムについては、A：医療機関基点のもの、B：介護施設基点のもの、C：その他基点のものに3分類できる。

A：医療機関基点のものについては、前述の地域連携システムの延長・拡張として在宅サービスまでを包括的にカバーするものであるが、B：介護施設基点のもの、C：その他基点のものについては、統一された様式・形式、コード等については今後の検討課題となっている。

特に C：その他基点のものについては、診療記録よりも経過記録や生活の記録を基としたコミュニケーションツールとして利用されており、この意味において SNS（ソーシャルネットワーキングサービス）やインターネットの掲示板等に類した活用と言える。（表 7-8）

<表 7-8> 在宅サービスを含んだ連携システムの類型¹¹

区分	主なシステム
A：医療機関（病院）基点のもの	ID-Link(NEC)、Human Bridge (Fujitsu) 等ベースのシステム あじさいネット、Net4U、新宿区医療介護支援等
B：介護施設基点のもの	ワイズマン、カナミックネットワーク、セキュア情報連携サービス (ヘルスメディア)、ほのぼの Next 等
C：その他基点のもの (在宅医療機関等)	Eir、往診先生 (Fujitsu)、サイボウズライブ、メディカルケアステーション、モバイル在宅診療支援システム (Sony)

(3)在宅領域の地域連携における ICT 化の課題

ア. 情報の標準化

在宅領域の連携については医療機関間での情報連携において必要とされる診療上の情報に加え、利用者の「生活情報」がより重要となってくる。診療記録・治療記録については、必要な情報の一部であるが、全体ではない。

例えば、生活情報としては「ADL 状態のアセスメント情報、生活能力（家事、書類の手続き、金銭管理等が行えるか）、要介護状態の区分、家族の介護力、居住地の間取り、本人の理解力・判断力（状況変化への対応可否）」などが必要情報となってくる。また、実際に在宅サービスが必要になった段階では食事、排泄、睡眠、移動、清潔等の ADL に関する情報、また介護サービス導入予定など複合的

¹¹ 参考: One 株式会社 小川敏治「地域包括ケアにおける ICT 利活用について」日本医業経営コンサルタント協会 大阪支部 2013.5.3 発表資料(2013)

な要素が必要となってくる。

システム構築上の課題のひとつに「必要な情報が異なること」また、その上で在宅移行時の「生活情報」に関する情報を病院側が作成する（アセスメントを行えること）体制が構築されていることが上げられる。

この点において、前述の在宅領域 ICT システムの類型における、A：医療機関基点のものについては必ずしも生活情報を統一した様式で記録できる形態にはなっていない。この点については、情報化に関するタスクフォースでも指摘されており、今後の重要課題とされている。（表 7-9）

＜表 7-9＞ 在宅サービスの医療情報サービスの情報連携に関する課題

情報の認識	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供者に有用な情報とケア提供者に有用な情報が違う。 ・医療提供者は要介護者がどんなケアを受けているか、ケア提供者は要介護者の病気の段階や予想される経過がわからない場合がある。 ・提供される情報の言葉の意味等がお互いにわからない場合がある。
ADL 情報のばらつき	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL情報が重要という認識が（医療側に）ない場合があり、生活不活発病に結び付くことがある。 ・ADL状態の時系列的把握等が難しい。 ・ADL 評価を行う人により評価のばらつきが存在。
生活記録情報のばらつき	<ul style="list-style-type: none"> ・生活記録の情報について、記録者により粒度が異なったり、必要とされる情報が異なっている。
関係者の ICT リテラシーのばらつき	<ul style="list-style-type: none"> ・個人によって情報機器等の取扱いの習熟度が違い、誰でも使えるような仕組みである必要がある。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者の多忙や、介護サービス従事者の気おくれ等により、介護側から医療情報を取りに行きづらい。多職種間でのヒューマンネットワークの構築が必須。 ・介護の性質、要介護者の状況に応じた情報共有を検討すべき。 ・医療者の免責や認知症患者の後見人制度等、関連した制度を同時に整備すべき。 ・責任範囲の明確化等の前提として、改ざんへの対応を考えるべき。

出典：高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部「医療情報化に関するタスクフォース報告書 報告書付属資料 シームレスな地域医療の連携について」2011 年

イ．費用負担の課題

また同時に、情報共有に有する費用負担についても、医療機関連携のシステムと同様の課題を有している。しかしながら、在宅サービスの領域においては SNS（ソーシャルネットワーキングサービス）系サービスの利用により、企業側負担によるサービス提供という新たな方法論も示されている。代表的な 2 例がサイボウズライブおよびメディカルケアステーションである。

メディカルケアステーションについては、ユーザには基本無料でサービスが提供される。運営コストについては、メディカルケアステーションにアプリケーションを接続するアプリパートナーからの収益および、その他の付加サービスからの収益をあてるものとされる。主催側や参加側といった区別

が無く、利用者の情報を共有したい個別ユーザ同士がつながることが出来る仕組みである。(表 7-10)

またサイボウズライブは、一般企業向けのグループウェア、サイボウズシリーズを提供しているが、より緊密な情報共有のため機能を絞った形で展開しているサービスである。こちらも基本利用料は無料となっている。(表 7-11)

ウ. 在宅サービスの連携における ICT の今後の展開

二次医療圏単位での医療機関連携を前提とした、地域医療連携システムの構築、また「どこでも MY 病院」構想との連動を見越したシームレスな医療情報連携システムの構築が推進されている。しかし一方で、費用負担の面で継続性や用途が限定的であることなどから、現場での運用がスムーズでないケースも散見されている。この点について、更に機能を簡便化した SNS 基点のコミュニケーションツールが、コスト面や運用面で機能している事例も見られた。今後の展開としては政策レベルでの地域医療連携推進にかかる ICT の展開と並行して、現場での利用実態を踏まえたコミュニケーションツールによる地域連携についても併せて確認していく必要があると考えられる。

<表 7-10> メディカルケアステーションの概要¹²

名称	メディカルケアステーション (MCS)
運営事業者	株式会社日本エンブレース (ソフトバンクテレコム、JRC エンジニアリング株式会社)
事業開始年度	2013 年
主なユーザ	豊島区医師会
費用負担	標準機能について参加ユーザは無料 運営コストについてはアプリパートナーからの収益や、その他のサービスから得られる収益
基本機能	①患者管理 ②情報共有 1) 患者タイムライン (医療者・患者) 2) 患者ノート 3) ファイル添付機能 4) 患者検索 5) お知らせ通知機能 6) パーソナルメッセージ機能 7) 連携グループタイムライン
特徴	医療・介護の情報連携に特化した完全非公開型の SNS (ソーシャルネットワーキングサービス) サービスであり、患者や利用者ごとに設けられたグループの「タイムライン (時系列)」上に情報をアップロードすることで、予め登録された (指定されたユーザ) は、時系列で情報を共有できる。 医療従事者だけでなく、介護従事者や患者、患者家族なども参加が可能にな

¹² 参考:メディカルケアステーション ホームページ <https://www.medical-care.net/html/> (2014 年 3 月 8 日確認)

総務省スマートプラチナ社会推進会議戦略部会資料 http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/kenkyu/smart_Platinum/02ryutsu02_03000143.html

	<p>っている。</p> <p>アクセス端末は PC、タブレット、スマートフォン等に対応しており、メッセージの投稿閲覧、写真の掲載等をモバイル端末経由で手軽に行えることが特徴となっている。</p> <p>また参加ユーザは無料でグループ単位 1GB まで利用することができる。運営コストについては、MCS に接続が可能なアプリパートナーからの収益、その他の付帯サービス収益により、ユーザ負担が無い点が特徴である。</p> <p>今後の展開として、共通 API を利用した医療・介護の業務システム（電子カルテ）や PACS 等との連携が計画されている。</p>
参考 URL	メディカルケアステーション https://www.medical-care.net/html/

<表 7-11> サイボウズ Live の概要¹³

名称	サイボウズ Live
運営事業者	サイボウズ株式会社
事業開始年度	2010 年（サイボウズ Live の一般公開年度）
主なユーザ	医療法人鴻告会、夕張希望の杜
費用負担	<p>無料</p> <p>グループごとに最大 300 ユーザが参加可能。1GB までの容量。ユーザ数の増加、容量の増加を希望する場合に向け、有料プランを準備中。</p>
基本機能	<p>①グループ作成</p> <p>1)共有フォルダ</p> <p>2)掲示板</p> <p>3)イベント</p> <p>4)TODO リスト</p> <p>5)リンク集</p> <p>6)グループ内検索</p> <p>②チャット</p> <p>③カレンダー</p>
特徴	<p>利用者数 75 万人以上のシステムであり、サイボウズガルーン、サイボウズ Office10 なども含めたグループウェア製品では国内最大級の規模である。情報共有を目的としたサービスであり、医療・介護のみに用途は限定されていない。サイボウズ Live を利用する医療法人鴻告会、夕張希望の杜等は、利用者ごとにグループを作成し、権限を付与したもののみが閲覧・書き込みが可能な掲示板を作成している。写真や PDF、ワードやエクセルなどのオフィスファイルのアップロードも閲覧が可能となっている。医師や看護師などの同一法人の医療職種だけではなく、地域の他医療機関や介護施設との情報共有にも利用されている。</p>

¹³ 参考:サイボウズライブ ホームページ <https://live.cybozu.co.jp/> (2014 年 3 月 8 日確認)

参考 URL	サイボウズ Live 事例紹介： https://live.cybozu.co.jp/casestudy.html?q=1065 「地域医療・介護における ICT ツールの活用」～夕張での多職種連携～ http://www.jaist.ac.jp/ks/mot/JSTservice/hatta.pdf
--------	---

参考文献等

- ・医療評価委員会事務局「地域医療における情報連携のモデル的プランについて」2010年
- ・株式会社シードプランニング「2011年版 地域医療連携システムの現状と今後の方向性」2011年
- ・株式会社シードプランニング「2012年版 ICTにより変化する在宅医療・介護の今後の方向性」2012年
- ・厚生労働省「医療・健康分野における ICT化の今後の方向性」2013年
- ・高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部「世界最先端 IT 国家創造宣言工程表」2013年
- ・在宅医療・介護の連携における情報通信技術（ICT）活用に関する研究班「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の ICT 活用」2012年
- ・産業競争力会議医療・介護等分科会（第 4 回）「厚生労働省提出資料」2013年
- ・総務省情報流通行政局地域通信振興課「情報通信技術及び人材に係る仕様書（平成 23 年度版）」2012年
- ・総務省／東北総合通信局「医療における地域 ICT の利活用 全国先進事業事例集」2009年
- ・独立行政法人国立長寿医療研究センター「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」2013年
- ・富士通総研経済研究所 中野直樹「日本の医療システムの現状と番号制度」（特別企画コンファレンス『医療とマイナンバーを考える - 医療制度の革新と医療産業の発展に向けて - 』発表資料 2014年 1月 20日