

第8章 国内の医療・介護情報ネットワーク現地調査報告

(株) 日本経営取締役 銀屋創

(株) 日本経営 川端康正

はじめに

国内の医療・介護情報ネットワークを調査するにあたり、あじさいネット（NPO 法人長崎地域医療連携ネットワークシステム）、けいじゅヘルスケアシステム（社会医療法人董仙会および社会福祉法人徳充会）、メディカルケアネット 99（白十字会佐世保中央病院）の3つのシステムについて現地調査を実施した。

1. あじさいネット

<システム概要>

システム名称：NPO 法人長崎地域医療連携ネットワークシステム（通称：あじさいネット）

システム概要：WEB 経由で中核病院のカルテ情報を診療利用するネットワークシステム

運営開始年：平成 16 年

参加施設数：情報閲覧施設数 218 施設、情報提供病院数 22 施設（平成 26 年 3 月 7 日時点）¹

<インタビュー概要>

実施日：平成 25 年 12 月 3 日、平成 25 年 12 月 5 日

(1) システム概要

患者の同意のもと、インターネット経由で基幹病院のカルテ情報の閲覧を可能とし、診療利用するシステムである。平成 25 年 11 月 18 日現在では、長崎県の 231 施設の医療機関が連携し、患者の同意のもとで診療情報を相互利用することで、医療の質向上を目指しネットワークを構築、運営している。主に地域の基幹病院となる医療施設が情報提供病院（22 施設）となり、かかりつけ医となる診療所が情報閲覧施設（209 施設）として、情報の相互利用を行っており、長崎県の総病床数に対して 33.4% にあたる約 7,000 床があじさいネットに加盟している。

情報閲覧施設は、以前診療を受けた情報提供病院から時系列で情報を吸い出すことができ、入院中のデータや、検査や画像診断、処方内容など実際に行った診療内容を時系列で確認することができる。また、同時にメール機能を搭載しており、診療内容を確認した上で、不明な点が生じた際は以前受療した情報提供病院へ即時、相談することが可能となる。NPO 法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会理事 松本武浩氏は、日本の医療が評価を受けている要因は国民皆保険やフリーアクセスであるとした上で、フリーアクセスの弊害として個人が複数の医療機関にかかることで過去に受けてきた診療内容に関する情報が分散していると指摘している。これはあじさいネットを初めとして ICT の導入により、同様の検査を二重に実施するなど非効率的な事が現場で行われている可能性を排除す

¹ NPO 法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会ホームページ参照 <http://www.ajisai-net.org/ajisai/index.htm>（平成 26 年 3 月 10 日確認）

ることができ、結果として検査結果を初めとする診療内容の情報共有を図ることで本来不必要なプロセスを省略し診療の効率化や医療費の削減にも関わることが考えられる。

(2) あじさいネットのポイント

あじさいネットを普及させる上で重要となる考え方として、ア．地域医療連携を推進する目的、イ．継続したシステムを運営、ウ．運営主体者、エ．情報提供内容および個人情報保護、オ．使用目的、カ．広報活動、キ．ヒューマンネットワークにまとめることができる。これらの考えにはシステム導入をゴールとするのではなく、導入目的を明確にし、綿密な運営計画および管理体制を事前に調整することで継続的に利用される ICT を目指す必要があることを意味している。

ア．地域医療連携を推進する目的

あじさいネットの構想は、独立行政法人長崎医療センター（以下、長崎医療センター）が 1997 年の第 3 次医療法改正にて制度化された地域医療支援病院の認定を受けるため、紹介患者数の増加策として院内の電子カルテの内容を公開するという提案から考案された。当初の構想については、限られた病院と診療所間での情報開示は、患者の囲い込みへ進展する可能性があるとして医師会より反対を受けたため実現には至らなかった。そのため、長崎医療センター単独での展開は控え、大村市民病院（以下、大村市立病院）と共同で展開することで、患者の囲い込みでなく地域でシームレスな医療連携を行うためのツールとして導入に至った。

あじさいネットでは、地域医療連携システムの推進体制を長崎医療センター、大村市民病院および大村市医師会と決められた時点で、改めて当該システムの導入目的を「地域全体の診療の質の向上」と定義づけしている。地域住民の高齢化やがん患者の増加、生活習慣病の増加など疾患構成の変化が生じ医療ニーズは今後増加する一方で、地域の医療資源が減少している。そのような外部環境の変化が起こる中で、大村市の「地域全体の診療の質の向上」を目指すためには、情報連携による機能分化、特に外来機能の分化を促進することが重要であった。あじさいネットは進化し続け、機能の拡充や加盟医療機関の増加も見られるが、問題が生じた際は「地域全体の診療の質の向上」という原点に立ち返りながら協議を重ねている。急性期病院における在院日数の短縮化、外来機能の縮小が図られる中で、「地域全体の診療の質の向上」という目的を達成するためには、かかりつけ医の診療レベルの向上が不可欠であると松本氏は指摘する。急性期病院における在院日数の短縮化、外来機能の縮小が図られるということは、一方で、手術後の患者を初めとする急性期直後の患者や複雑な慢性疾患を持つ患者がかかりつけ医を受診することと同義である。あじさいネットでは、基幹病院の診療内容を公開し地域医療連携の促進を助けるとともに、新しい診療を学ぶ機会にも役立つことが可能となる。当初、「地域全体の診療の質の向上」という目的の中で、地域医療連携の促進に寄与してきたあじさいネットだが地域医療連携の枠を超え、かかりつけ医への教育研修という意味合いを持つ利用のされ方にも展開を始めている。

また、松本氏は地域医療連携システムを導入の上で「患者の囲い込み」を目的としてはならないと指摘している。あじさいネットが成功している 1 つの要因として、1 つの基幹病院が主導して、限定された医療および介護サービスとの連携を図るのではなく、複数の病院に対して、複数の事業所、事業体に関わることにより公のシステムとして展開してきていることがあげられる。1 つの基幹病院が、「患者の囲い込み」を目的とし展開した場合、利益相反などを引き起こし医師会等の反対を招く可能性が高い。幅広く地域に活用される地域医療連携システムを目指すのであれば、複数の基幹病院と医

師会を中心に地域全体のメリットを考えた ICT を目指すことが好ましいと考える。

イ. 継続したシステムを運営

継続したシステム運営を行うためには、運営者側は行政からの補助金等に依存するのではなく、自主運営が可能となる体制を整えることが重要な観点となる。2001 年の先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業をきっかけに、地域医療連携システムの導入を行った地域が多く現れた。しかし、イニシャルコストの確保を補助金等で賄ったシステムが継続的な運用にいたらなかったケースが多数みられ、先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業の際に導入した地域においても、現在まで継続して運用をしている地域は多くない。以上のことを踏まえると、地域医療連携システムを導入するにあたりイニシャルコストおよびランニングコストともに関係医療機関および医師会、患者に負担してもらおうことで、補助金に依存することなく自主的な運営を行うことが重要と考えられる。

あじさいネットでは、継続的な自主運営を可能とするためにクラウド型の地域医療連携システムを構築している。開発当初はサーバーを購入し管理をしていたが、定期的な入れ替えや更新、保守メンテナンス費用が変動的であり、長期に渡る資金の流れを見通すことが困難であった。自主運営を行うためには費用の変動が少なく、将来のコストをより明確に把握することが重要である。そのためにもクラウドセンターからサーバーをレンタルした。これにより、医療機関等へ請求する必要がある金額をより正確に把握することができ、無理のない価格設定を決めることが可能となる。これは、初期導入の際に必要なルーターについても同様で、購入ではなくリースで対応をしている。

地域医療連携システム導入にかかる費用については、セキュリティーレベルの引き下げ、システム内容の簡素化を行う事により圧縮可能となるが、あじさいネットではシステムにかかる費用圧縮は原則として行っていない。これは、診療内容という患者の個人情報に関わる機密情報の取り扱いとなるため、高レベルのセキュリティーをもって対応している。システムへの投下資金が増大する中で、継続的に負担が少なく自主的に運営を行うために、あじさいネットでは医療機関が全て負担をしている。情報閲覧病院は、導入にかかる院内の、ルーターやアンチウイルスソフト、Cloud に係る一部費用などは全て負担し、情報提供病院は、会費制としているが電子カルテ導入等、会費とは別に負担する必要がある費用が発生する。

会員制の医療施設の費用負担については、地域医療再生基金からの補助金があった当初より行われていた。その理由としては、①自費での負担がなければ、使用をしなくてもデメリットは生じない、②初期から自費負担が無かった場合、補助金が無くなった際に有料化への移行に理解を得られない可能性がある、という 2 点から医療機関の費用負担を実施していた。

上記のとおり、自主運営のために様々な取り組みをされているあじさいネットだが、コスト管理については、あじさいネットにおいても運営上課題とされている。あじさいネットにおいても費用負担は医療機関がしており、特に情報提供病院側の負担が多くなり、情報提供病院は、費用が生じる一方、情報閲覧病院からの情報提供を閲覧することができないため導入メリットを感じにくい状況となっている。地域医療連携システムの導入費用については、あじさいネットでは不足分を地域再生基金から一部使用して推進しているが、将来的にはシステム導入における費用負担について地域に一任するのではなく診療報酬などを活用し患者も負担するような行政の調整も必要となると考える。

ウ. 運営主体者

運営体制については、NPO 法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会を立ち上げて医師会や基幹病院の幹部を委員とし運営委員会とし、事務局に長崎県医師会の協力を仰ぐことで、情報提供病院と情報閲覧病院、医師会からの双方向の意見出しを可能とし、常に地域の開業医の要望をシステムに反映させてきた。委員会会議は、あじさいネット導入期は3日に1回、導入が安定した後も月1回の定期開催を行い、医療機関同士の顔の見える関係を構築している。当初は、運営委員会会議での検討が主体であったが、現在ではシステムが拡充し利用している医療機関が広範囲にわたる中で、運営委員会での画一的な調整が困難となった。そのため、地域ごとの部会を立ち上げ、地域性に柔軟に対応できるようにしている。これは、職種別にも展開しており現時点では薬剤部会として薬剤師、調剤薬局向けの部会を立ち上げている。

エ. 情報提供内容および個人情報保護

あじさいネットは、コスト利便性よりもセキュリティに重きを置いたシステムとしている。セキュリティについては、ハードウェアVPM、アンチウィルスソフトおよび文書による患者の同意書を取り3段階の防止策を採用している。また、連携している病院の全ての患者の情報を閲覧することが可能なのではなく、閲覧権限を付与することで、閲覧可能な範囲を限定している。

i. 個人情報保護の観点

医療機関間の情報連携については、まず医師が直接患者へシステムの内容を説明し、同意書に署名してもらう必要がある。この同意書は、病院同士の情報共有に対する同意ではなく、関わる医師1人につき1枚となり、医師同士の情報共有を認めた署名となる。そのため、関わる医師が複数名いた場合、署名を複数枚に渡り記載する必要があるため煩雑になる場合がある。同意書を記載された後、医師は同意書を事務局へ送付しあじさいネット上の共通の患者IDを発行し、15分程度で閲覧が可能となる。同意書を送付した医師のLogin-IDのみ閲覧可能となる。あじさいネットLogin-IDとPassについては、個人情報を取り扱う上で他者に知られた場合非常に危険なため、貸借など規約に反した場合は、厳しい罰則を課すこととしている。また、患者IDについては、講習会を受講した医師のみが発行可能としている。将来的には、栄養士や理学療法士などのコメディカルについても積極的に参画可能な体制へと進めていく方針としている。

あじさいネットの問題としては、上記の患者IDを同意書が得られた時点で事務局の2名が患者氏名、生年月日等で判断し、病院間の患者を突合せ割り振りを行っている。システム導入当初は、患者IDを申請する件数が少なかったため容易に対応できたが、関わる医療機関が増加するにつれて、マンパワーの問題が発生しつつある。

ii. 閲覧期限

患者IDを申請してから、患者の情報が閲覧可能となる期間は13ヶ月と設定されている。

当初は、1ヶ月と定められていたが、再診患者への対応等により13ヶ月に変更されている。

iii. 同意書の撤回

患者は、あじさいネットを利用した医療機関同士の情報共有については、拒否することが可能であり、同意書を記載した後でも、同意撤回書を記載すれば即刻、情報の共有は停止される。

iv. 同意確認カード

同意書に署名した患者に対しては、同意確認カードを渡している。例えば、救急搬送された患者が、同意確認カードを所持していた場合、既往歴などを素早く確認することができ早期医療的判断に繋げている。

v. 情報提供範囲・閲覧権限

カルテの内容を公開するという中で、院内での全ての内容を公開するという合意形成を得られないケースも生じてくる。そのようなケースに対応すべく医療機関ごとに情報提供範囲を規定することを可能としている。しかし、情報の公開範囲が広い医療機関程、地域の診療所からの信頼関係が深くなるため、公開範囲を限定していた情報提供病院も、公開範囲を広げる傾向にある。また、閲覧できる権限についても職種別に規定をすることが可能であり、医師は全ての情報を閲覧可能だが、薬剤師は病名、画像が閲覧不可といった形で閲覧範囲を限定している。一部の医療機関は実施しているが、将来的にはカルテに記載されている内容についても公開可能な体制を目指している。

vi. 情報公開範囲の拡大

あじさいネットでは、特に医師会員の要望が高いものから情報公開を着手し、当初は病名、治療内容、検査結果、退院サマリなどを公開していた。しかし、あじさいネットが普及し浸透するとともに医師会や情報閲覧病院からの更なる要望が多くなり、今日でも徐々に情報提供範囲は拡大している。今では、上記の内容だけでなく、患者のプロファイルや手術記録、インフォームドコンセントの内容等多岐に渡り情報提供の範囲が拡大している。

オ. 使用目的

上記のとおり、情報閲覧病院を初め様々な利用者の要望を受け入れてきたあじさいネットだが、実際に活用されているかを分析したデータがある。その分析結果では、導入後閲覧回数は徐々に増加しており登録されている患者数も増加している、更に実際に情報閲覧病院があじさいネットを使用している時間帯が 9:00～17:00 と実際に診療所が営業している時間帯に使用していることが分かった。以上のことから、あじさいネットは、診療の一部として地域に根付いており、あじさいネットの必要性について診療所からも理解を得られていると考えられる。以下では具体的に使用されているシーンについて事例を挙げる。

i. 紹介後の経過の確認

紹介の時点で、患者からあじさいネットへの登録同意を確認すると、紹介した病院での診療の経過を確認することが可能となり、紹介後も患者状態を把握することで、安心、安全、患者とかかりつけ医の信頼関係に繋がる。また、基幹病院の診断結果を閲覧することで医師の知識向上に繋げることができる。

ii. 逆紹介後の適切な医療

基幹病院から逆紹介をうけた際に、通常であれば診療情報提供書や退院サマリを中心とする紙媒体での限られた情報交換となるが、あじさいネットを活用することによりかかりつけ医が入院中の詳細

な診療内容を把握することが可能となる。機能分化が推進される中で、今まで以上に重篤な患者が基幹病院から在宅サービスやかかりつけ医へ逆紹介されるようになると考えられるが、診療内容が簡潔に記載されている診療情報提供書や退院サマリでは、かかりつけ医が対応することが難しくなることが予想される。あじさいネットによって、かかりつけ医はより詳細な入院中の診療内容や診断を把握することができ、患者が基幹病院と同様の診療を受ける体制を創ることが可能となる。

iii. 救急医療の現場等での過去の診療情報の活用

ドクターヘリ等を利用した場合、患者または患者家族の同意を得られれば救急救命センター等に所属している医師が受け入れ前から患者情報を確認することが可能となる。また、同時にかかりつけ医への同意書に署名をしていれば、家族はかかりつけ医から患者の状態、入院の経過、説明を受けることが可能となる。

iv. 高額医療機器の画像連携

診療所では、購入することが困難な高額医療機器の診断結果を病院の診断結果から閲覧することができる。同時に、検査紹介を行っている医療機関への紹介をあじさいネットで行う事ができるため、その場で病院への検査紹介を行い放射線科医の読影結果を付与した状態で、診療を実施することができる。これはCT、MRI以外にも乳腺のエコーなどが行われており、現在では紹介の3割程度が検査目的の紹介となる。

v. 調剤薬局との連携

調剤薬局の薬剤師が、医師の処方意図を明確に認識した上で服薬指導を行う事が可能となる。通常、調剤薬局の薬剤師は、病名や、検査結果などが分からないまま、処方された薬から推測し必要な服薬指導を行っている。そのため、明確な医師の処方意図が分からないケースが、あじさいネットにより情報の連携を行った上で効果的な服薬指導を行うことが可能となる。また不明な点や患者からの新たな情報を入手した場合は、医師への伝達方法としてメール機能を付けており、連絡可能となっている。

レセプトに記載されている病名と患者の状態が異なるケースが生じているため、病名の記載は誤った服薬指導を招く可能性があり病名は公開していなかった。今後はカルテの内容を公開することで患者の状態を正しく把握できる体制を整え、効果的な服薬指導に繋げていく方針としている。

vi. オープンアクセス

無床診療所の医師が、基幹病院のベッドを使用しながら主治医となることが可能となる。検査や画像診断は、事前に基幹病院が行い手術の執刀を無床診療所の医師が行うという取り組み。手術は基幹病院で行うが早期退院を目指し、術後の経過や病理診断の結果説明は診療所で実施する。

vii. 在宅医療

在宅に関わる情報連携については、基本的には未だアナログで対応しているが、6年前より連携ノートという患者情報を記載する記録用紙を作成している。患者に関わる事業所がそれぞれ記載をし、患者が持参する形で情報連携を行っていた。しかし、しばしば患者側での紛失等が発生しており、運用の一部問題が生じていた。タイムリーな情報連携と紛失等を防ぐために、患者メモとして既存の連携ノートをあじさいネットへ取り込み運用している。文書の他にも画像などを添付することができるた

め、主治医が訪問しなくても訪問看護などを通して、患者の状態を把握することが可能となる。

将来的には複数の在宅に関わる事業をチーム単位で編成し、あじさいネットで情報連携、管理することを目指している。チーム単位で編成した場合の事務局中心の管理体制ではなく、チーム編成の管理、運営の権限については、訪問診療を行う医師やケアマネまたは地域の医師会へ依頼をする形を考えている。

viii. 病病連携

現状のあじさいネットは、基幹病院から診療所への情報提供という形をとっているが、病院同士の連携への拡充を考えている。技術面では問題なく、すぐに運用できる準備ができているが、同意書の課題が生じている。現状の運用では医者に対して閲覧権限を付与しているが、病院間での連携に際しては複数の医師が関わる可能性が高く、患者側が複数の同意書に署名する必要が発生するため、現実的な運用に繋がっていない。病病連携への拡充のために同意書の取得方法について検討中である。

カ. 広報活動

松本氏は、地域医療連携ネットワークの明確なニーズはかかりつけ医には無いとしている。かかりつけ医にとっては、今まで使用していなかった ICT を導入するメリットに気付くことは難しく顕在化したニーズとしては表れにくい。そのため、より多くのかかりつけ医に地域医療連携ネットワークへ参画させるには、導入するメリットを感じさせ潜在ニーズを顕在化させる必要がある。つまり、広報活動を継続的に行い、かかりつけ医を初めとする医療機関に対して地域医療連携ネットワークの必要性について訴えかけることが重要となる。

キ. ヒューマンネットワーク

あじさいネットの普及においては、医師会をはじめとする地域のかかりつけ医と基幹病院との協議、検討が必要不可欠であった。「地域に根差した地域医療連携のためには IT を用いながらも、地域のかかりつけ医と基幹病院の医師の顔の見える『ヒューマン・ネットワーク』（地域医療のチーム）の構築が必要」とされている。実際にあじさいネットでも、かかりつけ医と基幹病院の懇親の場を設けるなどして、地域全体の診療の質向上に向け議論を重ねてきている。

(3) アウトカム評価

あじさいネットでは、活用しているかかりつけ医へアンケートを実施し、89%があじさいネットの有効性を評価している。また、導入後の紹介患者数および紹介率も向上しており、一定の効果もたらされていると考えられるが、実態としてあじさいネットを導入することによる診療および経営上のメリットについて定量的に図ることができていない。

これは、紹介患者数についても外部環境の変化による影響もあるため一概に判断ができないとも考えられる。診療報酬などで行政からの支援を受けるための説得材料としてもあじさいネットの導入効果は重要であるため、データ管理のあり方等を見直しながらより精緻な分析を行う方針としている。

(4) 今後の展望

ア. 在宅医療の展開、イ. 高度専門連携医療（W主治医性）、ウ. 疾病別管理システムの構築について

てお話いただいた。

ア．在宅医療の展開

医療機関、介護サービスでの ICT が普及しない理由の 1 つに、負担が大きくメリットが少ないと感じられることが多いことが挙げられる。すなわち、普及するための考え方としては、入力する負担に対してメリットが高くなることが重要となる。あじさいネットをより幅広く展開することで、患者宅へ訪問しなければ得ることが困難であった情報を、ケアマネや主治医、訪問看護師が患者宅訪問前に把握することを可能にし、サービス提供者の負担を減らすことが可能と考えられる。

イ．W主治医制のサポート

診療内容の共有を図ることで複数の疾病を持つ患者に対しては、高度な専門医療を必要とする疾患を病院外来で、高度な医療が必要の無い慢性期疾患は診療所で行う W 主治医制のサポートをあじさいネットが実現することが可能となる。

ウ．疾病管理システム

既存のあじさいネットをより高次化し、検査結果を活用した疾患管理システムの構築を検討している。疾病管理システムは、膨大な患者に対してハイリスクの患者に対しては専門医、軽度な場合は非専門医が診療できるよう患者の状態に合わせて層別に振り分け、適切な医療を患者が受けられる様機能分化を図る機能である。疾患管理データセンターを立ち上げ、そこに患者の検査結果を継続して蓄積し、複数の医療機関で受けた検査結果を時系列で閲覧することを可能にする。時系列で検査結果を表すことで、患者の状態変化を把握することができ、未然にハイリスク患者を抽出することが可能となる。合わせて医療機関内で情報を蓄積するだけでなく、i-Pad などを利用し患者への指導、説明等フィードバックを行える様に体制をつくることで予防にも繋げることが可能となる。また、地域全体の患者の検査結果を蓄積することで、地域での診療のアウトカム評価を実現することが可能となる。

今後は、疾病別に検査結果を中心としてデータ管理を行う中で、診療の質向上に向けた評価が可能となる。

2. けいじゅヘルスケアシステム

<法人・組織概要>

法人（組織）名称：

けいじゅヘルスケアシステム（社会医療法人董仙会および社会福祉法人徳充会）

施設：

【社会医療法人董仙会】

恵寿総合病院(451床)、介護老人保健施設恵寿鳩ヶ丘、介護老人保健施設和光苑(150床)、介護老人保健施設鶴友苑(50床)、田鶴浜診療所、鳥屋診療所、恵寿鳩ヶ丘クリニック、けいじゅファミリークリニック、恵寿健康管理センター、けいじゅデリカサプライセンター、在宅複合施設ほのぼの(30床)

<運営委託>、小規模多機能型居宅介護事業所楽らく、小規模多機能型居宅介護事業所けいじゅ一本杉、デイサービスセンター いこい<運営委託>、恵寿在宅総合サービスセンター、恵寿パートナーズ心臓血管センター、けいじゅ PET-CT・リニアックセンター、医療福祉ショップめぐみ

【社会福祉法人徳充会】

青山彩光苑、リハビリテーションセンター(40床)、ライフサポートセンター(85床)、セレーナ青山、ワークセンター田鶴浜、障害者生活支援センター、穴水ライフサポートセンター、デイサービスセンター もみの木苑、デイサービスセンターふれあいの里、特別養護老人ホームエレガントなぎの浦(60床)、ケアハウスアンジェリィなぎの浦(30床)、地域密着型介護老人福祉施設、エレガントたつるはま(25床)、健康増進センターアスロン、石川県精育園

代表者：理事長 神野 正博

設立年：昭和 9 年 9 月

地域の概要：

能登北部医療圏は人口約 7.5 万人、高齢化率は 39.3%、能登中部医療圏は人口約 13.6 万人、高齢化率は 30.5%の地域である。病院数は、能登北部医療圏に 5 病院（市立輪島病院、珠洲市総合病院、公立穴水総合病院、公立宇出津総合病院、柳田温泉病院）、能登中部医療圏には 13 病院(志雄病院、向病院、公立羽咋病院、七尾松原病院、町立富来病院、北村病院、公立能登総合病院、円山病院、七尾病院、恵寿総合病院、浜野西病院、佐原病院、加藤病院)となっている。²

けいじゅヘルスケアシステムの基幹病院である恵寿総合病院が所在する能登中部医療圏は病床数が約 2000 床だが、圏域内での入院患者数は 1,600 名となっており、残りの 600 人（26.1%）は石川中央医療圏に流出している。

職員数：702 名（平成 25 年 3 月時点）、けいじゅヘルスケアシステム全体では 1,500 名

患者（利用者）数：

1 日の平均外来数は 806.7 人（平成 24 年度）、1 日平均入院患者数は 382.9 人（平成 24 年度）

<システム概要>

システム名称：KISS（Keiju Information Spherical System）

² 参考:株式会社ウェルネス「2次医療圏データベース」(2014) 統計データについては、人口(平成 22 年国勢調査 人口等基本集計)、

システム概要：患者・利用者の情報が一元的に管理される「垂直統合型の電子カルテシステム」

運営開始年：平成 9 年～

参加施設数：法人施設以外に、15 施設が参加している。

<インタビュー概要>

実施日：平成 25 年 8 月 30 日 於 恵寿総合病院

対象者：理事長 神野 正博 氏

(1) けいじゅヘルスケアシステムの概要

ア. 法人の全体像

「けいじゅヘルスケアシステム」は、社会医療法人董仙会と社会福祉法人徳充会から成り、複合的なサービスを展開している。システムの中核となる恵寿総合病院（451 床）は、ICU・SCU30 床、回復期リハビリテーション病棟 47 床、障害者病棟 80 床、開放病床 10 床を有しており、地域の医療機関として中心的な役割を果たしている。また、介護老人保健施設 3 施設に加え、小規模多機能居宅介護事業所 2 施設、複合型 1 施設などの施設を有するほか、セントラルキッチンを有している。社会福祉法人徳充会では、特別養護老人ホーム 1 施設、身体障害者向け総合福祉施設、障害者支援施設、デイサービス 2 施設を有している。

グループ全体のベッド数を合わせると、1,171 床を有し、最先端の医療から福祉までを担う医療・介護・福祉の複合的なサービス展開をしている。

イ. 設置背景と今後の展望

i. 法人の理念

法人の理念として「人命尊重、心身の健康第一の立場に立ち、職員が一体となって地域住民の健康維持（予防、診療、リハビリテーション、介護）に努めると共に、地域の中核医療施設として、社会、経済、文化の発展向上に貢献します。」を掲げている。神野理事長は法人の目指すところとして「患者様から、地域社会から選んでいただける質の高いサービスを提供し続けること、そして様々な制度の間、施設の間、あるいは人の心の中にある垣根（バリア）を取り払った連続的なサービスを提供することにある」³とし、介護・福祉・保健の複合的なサービスを展開している。

ii. 設立の背景

医療・保健関連事業については、昭和 9 年に神野病院が創始され、昭和 42 年に恵寿病院に改称、医療法人財団 董仙会が設立されている。平成 9 年には全国の先駆けとなるオーダリングシステム、病院情報システムが運用開始となった。翌年には広域患者情報システムの運用が開始されている。また同法人の特徴の 1 つであるサービスセンター（コールセンター）も平成 12 年に設置されている。

介護・福祉事業については昭和 59 年に社会福祉法人 徳充会を設立している。徳充会では平成 11 年に特別養護老人ホームエレガントなぎの浦、軽費老人ホームアンジェリイなぎの浦を開設している。当初は特に身体障害者支援施設を中心に拡大展開してきているが、介護保険制度開始後の平成 12 年度以降はデイサービスや訪問入浴事業等を開始し、以降継続的に新規事業へ展開し、活動の範囲を拡大してきている。

³ <http://www.keiju.co.jp/annai/sougyou.html>

iii. 現在の取り組みと今後の展望

3つのビジョン

けいじゅヘルスケアシステムでは、3つのビジョンとして以下を掲げている。

- 1) 面倒見のいい病院を目指します
- 2) 選ばれる病院を目指します
- 3) とことん地域密着します

1)面倒見のいい病院とは、「医療・介護・福祉・保健のシームレスな連携を意味し、地域の利用者・患者を包括的に支援できる体制をもつこと」を意味している。この体制の持続、発展をする上で、神野理事長は「持続可能な医療・介護提供体制のためには、①地域で連携する医療・ケア、②障害を通じた医療ケア、③日常生活圏域を基点としたケア」がそれぞれ必要としており、この展開のためには「ボランティアがどのように関わっていくのか」また、「フィットネス（健康管理）がどのように関わっていくのか」も重要なポイントとなっていくと考えている。⁴

また 2)選ばれる病院とは、患者や住民からだけでなく、医療機関・行政・学校・企業、そして医療職からも選ばれることを意味している。

今後 2025 年に向かって、急性期医療の再構築や地域包括ケア体制の導入が急務とされ、医療・介護行政の中心的課題とされているが、この上では「医療機関同士の地域連携だけではなく、介護や福祉サービスを含めた面展開での地域連携が必要である」としており、地域連携を面展開で推進する上では、ケアマネージャーの活躍も重要であるが、「医師が中心となり、医師がガバナンスをして「データ蓄積と活用」、「ネットワーク作り」をしていくことが必要としている。

3)とことん地域密着とは、地域における連携の推進とともに雇用確保・地域振興までを含めた展開を意味し、商店街の活性化（まちづくり）事業として、商店街中に介護施設を設置する、あるいは圏外・県外・国外からの利用者誘致を視野に入れ「対中国向けのプロモーション（ヘルスケアツーリズム）」などを行うなどの取り組みを進めている。

(2)ICT システムについて

ア. システムの全体像

i. システムの概観

けいじゅヘルスケアシステムを支える重要な機能のひとつが、全国に先駆けて推進されている ICT システムの運用である。けいじゅヘルスケアシステムでは、平成 9 年にオーダリングシステム・病院情報システムの開発・運用が始まっている。これに他施設が参加できる広域患者情報システムや画像伝送システムが加わり現在の ICT システムが形作られている。

また後述するが、けいじゅヘルスケアシステムの ICT システムの推進にあたっては、けいじゅサービスセンター（コールセンター）が重要な役割を果たしている。情報の収集・入力・共有等をよりスムーズに正確に負担無く推進するうえで、ICT システムの運用とともにサービスセンター（コールセンター）事業の存在は大きい。

⁴ 平成 25 年 8 月 30 日インタビュー時記録

イ. ICT システムの概要

i. KISS (Keiju Information Spherical System)

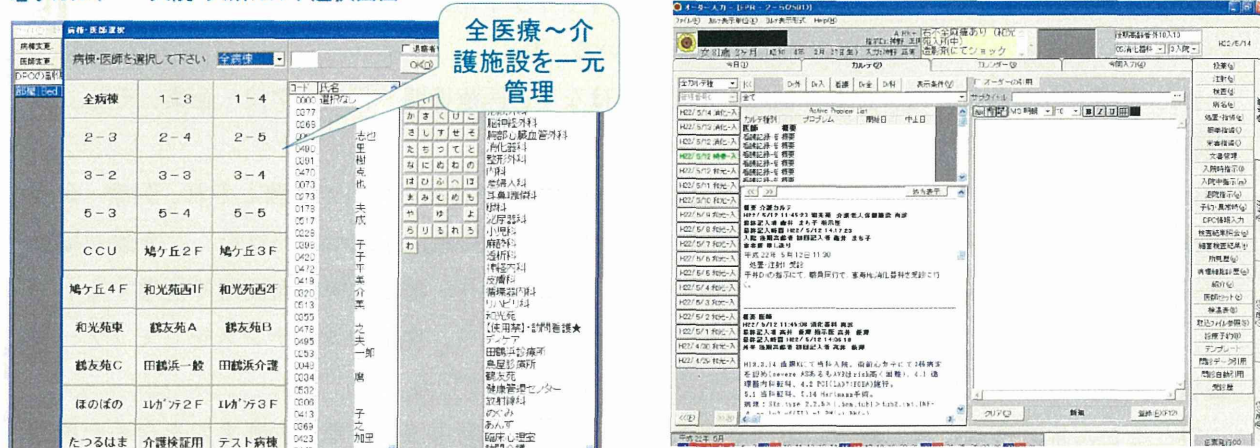
① 患者 1 カルテ 垂直統合された電子カルテシステム

KISS の一番の特徴として、患者・利用者の情報が一元的に管理される「垂直統合型の電子カルテシステム」である点が挙げられる。法人のビジョンとして掲げられている「面倒見のいい病院」であるため、「医療・介護・福祉・保健のシームレスな連携を意味し、地域の利用者・患者を包括的に支援できる体制をもつこと」が必要とされ、その上で垂直統合型＝医療・介護・福祉・保健の各施設に関係なく、患者（利用者）情報が一元的に管理されている。

図 8-1 にあるように、法人の有するベッドを医療・介護に関係なく並列的に扱っている。

<図 8-1>KISS の電子カルテの入力画面

電子カルテ ～入院・入所カルテ選択画面



出典：社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 神野正博「キヤノングローバル戦略研究所医療改革シンポジウム 医療改革と経済成長 地域医療と地域経済を考える」（2010年7月13日）講演資料より

各施設の職員は必要に応じて、過去の入退院の履歴、入退所の履歴等を参照することが可能であり、外来～入院～退院～介護施設への入所（あるいは在宅サービスの利用）といった一連の入退所・入退院の流れの中で患者（利用者）情報を一元的に把握することが可能となる。

法人全体で、14 施設が KISS に参加し、サーバーが 49 台、クライアント数は 757 台で運用が進められている。各施設の職員は相互の情報を確認することができる。

② 外部の医療機関との連携

KISS の情報については、法人組織だけではなく、ネットワークに参加した外部の医療機関も閲覧が可能である。現在 15 の医療機関が参加しており、(A) ASP による電子カルテシステム提供を受ける、(B) インターネットによる電子カルテ閲覧 のいずれかの手段によってカルテ情報の共有ができる。病診の連携システムとして活用されている。

ii. けいじゅサービスセンター（コールセンター）を活用した情報連携

① サービスの概要

システム運用の柱となっているのが、けいじゅサービスセンター（コールセンター）を利用した情

報の一元集約と、入力作業負担の軽減システムである。一般利用者からの問合せ対応も行うが、各施設から提出された文字情報（紙媒体）の記録を、データ化（デジタル化）する機能も担っており、サービスセンターで一元処理することで、現場スタッフの業務改善につながっている。

＜表 8-1＞ けいじゅサービスセンターのサービス内容

相談受付	1. 一般利用者からの問い合わせ相談受付	日次	コール
	2. クレーム受付対応	日次	コール
各種紹介業務	1. 関係部署への情報提供	日次	コール
介護保険業務支援	1. 医師への情報提供	日次	事務
	2. 加算状況確認	月次	コール
	3. 利用票・見積書の出力～準備	月次	事務
	4. 提供票・提供票別表の出力～発送	日次	事務
	5. 訪問前確認	日次	コール
	6. キャンセル、変更受付	日次	コール
	7. 実績入力	日次	事務
	8. 実施入力	日次	事務
	9. 医師意見書作成料請求	月次	事務
	10. 介護保険請求	月次	事務
	11. 介護請求書、領収書発行、発送	月次	事務
	12. 居宅介護利用者アンケート実施、集計	年次	事務
	13. 施設介護利用者アンケート実施、集計	年次	事務
診療支援	1. 地域連携の受付	日次	コール
	2. 紹介患者データ入力	日次	事務
	3. 紹介状スキャナー取り込み	日次	事務
	4. 高額医療機器共同利用の予約受付	日次	コール
	5. 他院処方の確認	日次	コール
物販支援	1. 注文受付	日次	事務
	2. 商品問合せ受付	日次	コール
そのほか支援	1. 問合せ受付	日次	コール
福祉用具対応窓口	1. 死亡診断書登録	日次	事務
	2. ベビーマッサージ等受付	日次	コール
	3. 能登脳卒中地域連携パスデータ入力	日次	事務

出典：病院提供資料より作成

② コールセンターでのデータ入力

現場に入力端末が無い場合、また職員が端末の利用に精通していない場合など、記録を電子上に残すこと自体が業務効率を低下させているケースがある。

そこで、けいじゅヘルスケアシステムでは、「各施設での文書等の即時入力をやめ」A：記録内容を形式化すること、B：形式化された内容を記号で紙媒体に記録する、C：記録された紙媒体をサービスセンターに FAX 等で一括送付、D：サービスセンターで内容を電子化（システムに入力する）という

流れに変更した。特に、実施内容がルーティン化されている現場においては業務効率化に寄与している。

また入力代行業務の導入により書類作成に要する時間が短縮された副次的効果として、利用者や患者のケア、またコミュニケーションをとる時間が増加しており、結果として利用者・患者の満足度向上の効果もみられた。

現在コールセンターは4~5人体制で土・日にも運用されており、運用にしたがって規模を拡大させる計画もある。

iii. 実証実験中の ICT システムと今後の導入展望

① これからの医療 ICT の展望

けいじゅヘルスケアシステムでは、今後の医療 IT の展望として「多岐に渡る IT 情報や、多岐に渡る機器、多岐に渡る入力者や外部からの情報収集」などの課題があるため、これに対応したシステム整備が必要と考えている。このためには、仮想化・クラウド化の必要性があり現在取り組みを推進している。また変化していく IT 環境、医療制度環境に対応し新規の IT システム（仕組み）の導入を図っている。

② 申し送り支援システム

利用者情報の申し送り支援システムとして、iPod や iPad で利用可能な申し送り支援システムを導入試験中である。カメラ機能や音声メモといった記録を効果的に活用できるツールとして期待している。実験では現時点で申し送り事項の作成については、69.2%の時間削減効果、申し送りの確認については50.0%の削減効果、業務全体では63.1%の削減効果が見られている。

③ どこでも MY 病院

現在、石川県では地域医療連携システムの構築が展開されており、「同意を得た患者の診療情報を、複数の医療機関で共有できる地域医療連携システム」が整備されている。32 病院が情報公開病院として登録され、情報閲覧側病院として 390 機関が参加する予定である。ただし、導入経費については県負担となるものの、運営費用は各病院単位での負担となる。運営面での負担に対する導入メリットについて検証が必要な段階である。

また、医療機関・介護・福祉の連携については依然として課題も多く、「使用する言語がそれぞれ異なり、必要とする情報についても相違があるため、情報連携について相互で価値を感じづらい」点が問題として挙げられるという。

イ. システム概要

メディカルケアネット 99 は、前述のとおり佐世保中央病院における①医師の負担軽減②逆紹介（外来縮小）③地域医療支援病院取得への手段として、平成 16 年 12 月より稼働を開始した。基本的には、佐世保中央病院のサーバーを事前に登録した医療機関が閲覧可能となる一方向の ICT となる。

閲覧可能な職種は、医師と看護師であり、職種ごとに閲覧範囲を定めている。医師は、カルテをベースとする患者医療情報の他に、検査予約システム、紹介状作成機能の他に、安全対策マニュアル、感染制御マニュアルや講演会のスライドなどが閲覧可能となり地域医療機関への情報提供なども行っている。看護師は、安全対策マニュアル、感染制御マニュアルのみ閲覧可能である。

ウ. 導入結果

参加医療機関は年々増加し平成 25 年 12 月時点では 52 の医療機関が参加し、登録された患者数はおよそ 15,000 人となる。主な利用目的としては、検査紹介、入院および外来患者の紹介が多く登録患者の内 80%程を占めている。本来の目的であった逆紹介については、登録患者の内 7%程度となるが、紹介率、逆紹介率の向上には、一定の影響を与えていると考えられる。

(2) 平成 24 年度厚生労働省在宅医療拠点事業

ア. 事業概要

平成 24 年度厚生労働省在宅医療拠点事業として佐世保中央病院では、佐世保市医師会や、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等と ICT による連携を図りながら在宅医療を提供した。平成 24 年度では、試験運用として患者 9 名（末期がん 2 名、脳血管障害後遺症 6 名、脊髄損傷 1 名）の患者に対して提供した。

当該事業では、SOREAL-U およびデジタルペンと呼ばれる 2 つのシステムを導入し運用を行った。SOREAL-U は、訪問サービスの提供時に ICF（国際生活機能分類）に基づいたアセスメントシートを用いて患者の状態を評価することで、患者の状態が時系列で確認することを可能にしている。またデジタルペンでは、患者のサマ리를ペンタブで入力することができる。ペンタブで入力されたサマリは、佐世保中央病院へ電話回線を通じ共有され、病院職員が SOREAL-U へ転記をする。以上により患者の状態を病院の緩和ケアチームおよび在宅支援診療所の医師など複数の事業が、一度に共有することが可能となった。

当該事業の効果を佐世保中央病院副院長平尾氏は、在宅復帰の推進、早期の処置・治療の実現、訪問サービスおよび居宅介護支援事業所間の情報連携強化としている。

在宅復帰については、入院または入所が必要な患者だが在宅を強く志望する患者や、自宅で療養したいが不安があり在宅へ移行できない患者に対して、安心して在宅復帰することができた。また、早期の処置・治療の実現については、SOREAL-U やデジタルペンを活用し、患者の状態を時系列で比較することにより、日常生活活動の低下を早期に発見し対象が可能となった。最後に訪問サービスおよび居宅介護支援事業所間の情報連携強化としては、複数の職種が関与している患者に対してタイムリーかつ同じ情報を共有できるようになり、ケアプランの作成・変更や在宅療養担当者会議の効率化に繋がっている。

イ. 在宅医療介護連携ネットワーク

平成 24 年度厚生労働省在宅医療拠点事業を通じて、以下の点を考慮することが好ましいと平尾氏は指摘している。

- i. 訪問サービス事業所、ケアマネージャーが、同一の ICT を用いて情報を共有すること。
- ii. ICT は、以下の 3 つすべてを満たす仕組みであること。
 - ①訪問サービススタッフが本来業務を入力できること。
 - ②医療、介護の点数を請求する仕組みがあること。
 - ③上記①、②を他職種で共有できること。

特に上記①、②のどちらか一方がかけた場合、訪問サービスを行う現場では 2 重に記録をする必要性が生じるため、非効率的になる。

また、今後は訪問サービスにおける ICT が徐々に構築された場合、訪問サービスにおけるネットワークと地域医療機関ネットワークが両立することになる。病院から在宅にシームレスな連携を繋ぐためには、訪問サービスと医療のネットワークを融合することが好ましいと考えられる。医療と介護における言語の壁がある中で融合の際にキーマンとなる事業所は、訪問、医療の両方に関わりのある在宅療養支援診療所または訪問看護ステーションと考えられる。

(3) 患者の状態に応じた情報共有の方法

病院が在宅医療に関わる際は、患者の状態に応じた介入の頻度や情報共有の仕方に変化が必要となる。平尾氏は、患者の状態を①末期がんの在宅療養患者②末期がん以外の在宅療養患者③在宅療養患者以外という 3 つの状態にカテゴライズし、状態別に情報共有の方法を分ける必要があると提言している。

ア. 末期がんの在宅療養患者

末期がんの在宅療養患者に対して訪問サービスに関わる関係者は、訪問サービスにおける ICT にて緊密に情報連携が必要となる。情報は、訪問サービス、在宅支援診療所だけでなく病院の緩和ケアチーム、家族と幅広く共有することが好ましい。共有する内容は、サマリ、延命治療に関する意思確認、アセスメントシート、疼痛スケール、レスキュー、バイタルとなる。特に疼痛スケール、レスキュー、バイタルについては、日々の管理が重要になるため患者家族も協力し、毎日提示に回る必要がある。

イ. 末期がん以外の在宅療養患者

末期がん以外の在宅療養患者については、日々の病態に対して積極的に病院に関わる必要は少ないと考えられる。そのため、情報共有者は訪問サービスおよび在宅支援診療所とし、病院への情報共有は月 1 回程度のサマリの共有で問題はないと考えられる。情報連携が必要となる項目は、サマリ、延命治療に関する意思確認、バイタル、アセスメントとなり、バイタル、アセスメントについては患者家族の協力を得ながら日々の管理をする必要がある。

ウ. 在宅療養患者以外

通院可能な患者など常時確認が必要な場合以外は在宅支援診療所に委任し、病院からの介入はほとんど必要がないと考えられる。そのため、定期的なサマリの共有程度で充足するため、モバイル等の ICT は必要ない。

(4) 白十字会ヘルスケアシステム（仮称）の構築

急性期病院の在院日数短縮に向けた受け皿および回復期リハビリテーション病棟、療養病床、老健の受け皿としてサービス付き高齢者住宅の展開を考案している。利用方法としては、急性期病院の退院先として、医療度の高い患者においても訪問看護など在宅医療を活用しながら運用する方法、老健からの退所先が考えられ、効果としては急性期病院の在院日数やその他介護施設事業の在宅復帰率向上および法人内の在宅サービスの効率的な活用を目指すことができる。

また訪問事業所間の情報共有ネットワークを構築することで、サービス付き高齢者住宅に入居した患者に対して訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ等、複数のサービス間の情報連携を推進することで円滑な在宅療養への移行が可能となる。

以上の取り組みを推進することにより、サービス付き高齢者住宅が回復期リハビリテーション病棟や老健と同様の急性期病院の受け皿としての機能を持つことができる。この構想に関わるシステムとしては、佐世保中央病院が自社開発した電子カルテ HOMES、メディカルケアネット 99、訪問サービスネットワークの 3 システムとなる。佐世保中央病院は、あじさいネットの導入も行っているが、あじさいネットにおいては、医師以外の職種の閲覧権限が厳しく在宅医療に展開するには時間が掛かることが想定されるため、前述した 3 システムの運用を検討している。

当該構想の課題としては、サービス付き高齢者住宅に入居した場合、所有権は利用者側が変わる。そのためサービス付き高齢者住宅からの退所先が確保できたとしても利用者が退居しない可能性が生じる。継続して病院の受け皿としての機能を発揮するには、退居ルールを確立する必要があると考えられる。

(5) ICT 導入前に行うべき在宅支援診療所のバックアップ体制

ICT を導入する以前に、在宅医療を推進する上で在宅支援診療所との相互の信頼関係が必要となる。急変時の病院側の対応など、積極的に受ける体制を構築するなど在宅支援診療所側が安心できる体制を整えることが重要である。

佐世保中央病院では、8 年前より GW や正月休みの長期休暇にあたる日に事前サマリを預かっている患者に限り急変時に病院が対応する仕組みを構築している。昨年度からは近い将来診療を要請する可能性が高い患者のサマリを事前に佐世保中央病院へ届け出ることによって、365 日患者の急変時に対応することが可能となった。事前サマリ提出件数及び実際に受診した患者も増加しており、在宅支援診療所のバックアップ体制が整いつつあると言える。また、在宅支援診療所や在宅支援病院に対して逆紹介した患者については、必ず断わず入院を引き受ける体制を作ることが重要となる。

(6) 在宅医療における課題

在宅医療における課題として挙げられることは自宅療養患者の延命治療における意思確認である。自宅療養患者や医療機関が経営するグループホーム、有料老人ホームについては事前の意思確認はなされている場合がほとんどであるが、民間事業者が経営するグループホーム、有料老人ホーム等の場合、延命に対する患者・家族の意思確認をしていないケースがみられる。患者が急変した場合に早期の判断が出来ないため在宅支援診療所の医師や救急部医師が困惑するケースがみられる。佐世保中央病院が関わる民間事業者への説明会や佐世保市医師会による民間事業者への説明会を実施することで啓蒙を図る。

第9章 フランス DMP 調査報告

コーチャーズオフィス代表 岸田伸幸

(株)日本経営取締役 銀屋創

(株)日本経営 川端康正

はじめに

日本における患者情報連携については、地域が主導となり電子カルテを中心とした医療情報のネットワーク化を図る EHR(Electric Health Record)をことに対して、フランスにおいては政府が中心となり検査結果や健康状態を個人ごとに管理する PHR(Personal Health Record)が採用されている。「どこでも MY 病院」や「マイナンバー制度」にみられるように、日本においても PHR に関する検討は進められているが、PHR の先進的な事例としてフランスにおける DMP を調査対象とし、日本における包括ケア情報システムの将来性における検討材料とする。

本章では、DMP を運営する ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé) を初めとする DMP に関わる機関に対してヒアリングを実施し、多角的にフランスにおける患者情報共有のあり方について調査を行った結果について記載をしている。

1. ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé) 調査結果

DMP を運営および管理を行っている ARS (l'Agence Régionale de Santé) に対してヒアリングを実施した。以下では、ヒアリングの内容をまとめ記載する。

(1) ASIP Santé の組織概要

ASIP Santé とは保健局直轄の組織であり、本調査の対象である DMP の運営および管理を委任されている医療、介護に関わる情報の共有を推進する組織である。理事会の構成員は、保健局および疾病金庫、CNSA (介護保険の支払基金) という支払基金から参画している。疾病金庫と CNSA は共に医療費の支払いだけでなく年金の支払いなども取り扱う公的な機関である。DMP を保健局が直接運営せず ASIP が運営および管理している理由としては、保健省は病院を管轄としている組織であり、疾病金庫は診療所を管轄している組織であるため、病院と診療所の調整を行った上で推進した方が良いと判断されたため独立した形を採用している。

ASIP のミッションは、医療保険のインフラの構築、Vital カードの開発推進、IT システムの近代化を推進している。

(2) DMP の概要

患者に関わる医療情報を医療従事者が記載する健康手帳の電子版が DMP に相当する。いわゆる PHR である。必要に応じて医療従事者が他の医療職の人に対して必要と考えられる情報を DMP に記載するシステムである。

DMP の様なシステムを構築するためには以下の4つが必要となる。

1つ目は、病院別に電子カルテシステムが導入されており、それらを連結させるシステムを構築が必要となる。2つ目は、患者固有の番号を割り振るなど患者の認証のルールが必要となる。DMP では認証について、患者個人に配布されている Vital カードを使用している。3つ目は、患者個人の繊細な情報を扱うために、高度なセキュリティーが必要である。このセキュリティーについては、患者データを蓄積するデータサーバーの場所、IT システムの技術的なセキュリティー、閲覧する医療従事者または患者個人の ID、PASS 管理が必要となる。

個人の健康データの構築および患者情報の共有において IT システムを推進する上で、患者の個人情報取り扱いおよび職業上の守秘義務に関する法律が大きく関わってくる。フランスでは、医師、看護師に対する法制度は整備されているが、メディカルソーシャル、心理療法士やソーシャルワーカーなど法令下に置かれていない職種に対する情報共有の法制度が整備されていない。そのため DMP にある情報については、基本的に医師、看護師のみに公開範囲を限定しているが、その他の医療者でも公開範囲を限定し閲覧可能にしている。将来的には介護関係の職種においても関わっていくようにしていきたい。

(3) DMP の機能

以下では、DMP の機能の詳細を紹介する。