

が発表され、この報告書の指摘や提案に沿う形で制度改革が実施された。その意味で、地域包括ケアに向けての政策が、法改正という形で具体的に示されたはじめての改革ということができる。このときの改革では、介護保険の給付を、柔軟に拡大することで、包括的ケアに向けてサービスを拡大する途が志向された。これは、「2015年の高齢者介護」で述べられた「個々の高齢者に合わせて、多様なサービスが生活圏の中で完結できるように、切れ目のないサービスを、柔軟に、かつ、一体的に提供できるような多機能なサービス拠点を生活圏ごとにつくっていく」という考え方を具体化するものであった。介護保険の定型化された給付だけでは生活そのものを包括的に支援することは困難で、細切れ給付という限界を超えた新しいサービスが必要である。こうした観点から、新たに設けられたのが、地域支援事業や地域密着型サービスだった。

地域密着型サービスは、細切れのサービスの定義にこだわらない柔軟な形で、地域に密着したサービスを提供しようというもので、一つの事業を大規模に広域的に展開しようというのではなく、「地域」という言葉で想定されるような狭い範囲の住民を対象に、その地域の実情に合った小規模な事業を展開することを促進していこうというものであった。1カ所の拠点で複合的に事業を展開することも想定し、事業者指定の要件も緩和されている。また、地域に密着したという性格上、事業者の指定、指導に関しては、保険者である市町村に権限が与えられた。地域密着型サービスのなかでも目玉とされたのが小規模多機能型介護で、ホームヘルプ、デイサービス、宿泊ケア、グループホームなど、いくつかのサービスをその人のその時の状態に応じて提供していくものである。その人の状態が変われば、サービス内容も柔軟に対応していくことで、細切れのサービスではなく、継続的に多様なサービスを柔軟に提供し、「住み慣れた地域で暮らし続けていく」ことができるようにというのが売りであった。

一方、地域支援事業は、介護予防事業や介護保険を超えたサービスコーディネートやマネジメントといった介護保険の給付では困難なサービスを、介護保険の保険者である市町村の事業として実施しようというものである。介護保険という細切れのサービスの限界を超えるために、その間を埋める事業や保険外のサービスとの調整といった事業をも、保険事業として介護保険のなかに取り込んでいこうというわけである。介護保険以前の措置制度の時代は、高齢者のサービスコーディネートやマネジメントは市町村の役割であり、専門的に担当する機関として在宅介護支援センターが設けられていた。在宅介護支援センターは市町村行政の事業であり、これを他の組織に委託して実施することができるという位置づけであった。平成17年度の改革では、このような事業は、地域支援事業の中の包括的支援事業という形で介護保険の中に取り入れられ、これを実施する中核的な機関として、地域包括支援センターが設けられた。これによって、実質的に、在宅介護支援センターは地域包括支援センターに置き換わることとなった。

このように、平成17年の介護保険改革では、介護保険の各サービスを結びつける地域密着型サービスと、介護保険の給付では実現できないサービスや他の分野とのコーディネートの機能を保険者が実施していくという地域支援事業を両輪として、介護保険の枠内で、地域包括ケアを実現していこうという方向が志向された。同時にそれは、従来、行政としての市町村の役割であったものを、介護保険の保険者である市町村の事業に位置づけ直すことで、「地域包括ケア」という介護保険の枠を超える事業をも、介護保険に取り込んでいくことになった。こうして、介護保険は、介護サービスの利用に要した費用の一部を補填するという給付事業に加えて、保険者自らが事業主体となって行う保険給付の枠を超えた地域支援事業＝「保険者事業」という2つの柱を持つ制度となっていった。

(2) 住宅政策との連携

平成 24 年度からの第 5 期介護保険事業計画では、地域包括ケアの 5 つの柱（介護、医療、介護予防、住宅、日常生活支援）のうちの、住宅と日常生活支援に光が当てられ、この両者がドッキングした形態である、サービス付き高齢者住宅（以下「サ高住」という。）というものが打ち出された。ここでいう、サービスとは、介護や医療のサービスではなく、食事や掃除や見守り、緊急対応などの日常生活支援サービスをさす。都市部では、隣近所や日常生活圏域において、近隣の相互援助やボランティアなどの地域資源によって、そのような日常生活支援サービスを確保することは難しくなっている。日常生活圏内に、サービス付き住宅を供給し、自力で日常生活を維持することが困難になり、介護保険サービスだけでは生活が支えられなくなれば、そこに引っ越し、そこを新たな住居として、そこで日常生活の支援を受け、医療、介護サービスを訪問サービスとして受けながらターミナルまで生活する。そういうモデルが考えられた。このために、サ高住には、建設に際しての地方公共団体からの補助金をはじめ、様々なメリットが与えられた。

ところが、日常生活圏域でサ高住に引っ越しというモデルの実現はそう簡単にはいかなかった。いくら補助金がつくといいっても、土地の高いところでは、高齢者向けの家は建たない。高齢者にとっても、魅力があるものでなければ、今住んでいる家を売って引っ越しというわけにはいかない。そもそも、「住み慣れた家で最期まで」という高齢者の希望は変わってなくて、家を手放すなんてことはしない。家を手放さなければ、高い家賃は払えない。そうすると、レベルの高い住宅は供給されにくくなる。日常生活圏域で生活支援サービスのついた高齢者向け住宅へ引っ越しというようなことは、なかなか普及していかなかった。結局は、サ高住も老人ホームと同様、望まない引っ越しの対象としてしか機能しないという状況にとどまっている。

(3) 医療と介護の連携

第 5 期介護保険事業計画では、住宅対策とならんで、医療と介護の連携についても重点が置かれた。それは、医療の側からの要請といってもよい。本報告書第 1 章において述べられているように、医療の効率化の推進政策の中で、入院期間の短縮を図るための政策が進められてきた。近年は、いわゆる社会的入院を減らすだけでなく、急性期病院の役割を明確化するために、亜急性期の患者を急性期病院から早期に退院させるような誘導策が実施されている。

平成 26 年度の診療報酬改定では、200 床未満の中小規模病院に、その名も「地域包括ケア病棟入院科」が新設された。「地域包括ケア病棟」とは、急性期病院に入院治療後、病状が安定した患者を転院させて、リハビリや退院支援などを効率的に行う在宅復帰支援のための病棟で、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援 の 3 つの機能を持つ。「地域包括ケア病棟」は、急性期病棟の入金期間短縮のための「受け皿」という役割を持つと同時に、正確のはっきりしなかった「一般病棟」を急性期病棟と亜急性病棟に分けて、いずれにも在宅復帰の役割を持たせることで、病状の安定した患者が長期に入院することを防ごうというねらいがある。急性期病院に入院後、亜急性期に移行した患者は、「地域包括ケア病棟」に転院するか、在宅に戻ることになる。「地域包括ケア病棟」に転院する場合でも、一定期間内に在宅に復帰することが前提となる。逆に、長期にわたって病状が変化しないことが見込まれるとか、一定期間以上リハビリ等を続ける必要がある患者の場合は、急性期病院から直接在宅に移行することになる。

大都市部では、大型の急性期病院が林立し、療養型の病院が少ないという特徴がある。このような地域では、「地域包括ケア病棟」が普及する可能性は少なく、急性期病院から直接在宅に移行するケー

スが多くならざるをえない。本人、家族の認識としては病気が治りきっていない状態のまま在宅に戻るといことになる。このような患者が在宅で生活するためには、医療、介護をはじめ、様々な生活支援サービスが必要となる。病院としても、単に入院医療の必要がなくなったから退院ということではなく、退院後の医療、介護サービスが確保できるように、生活プログラムをたてて、かかりつけ医やケアマネージャーに引き継ぎことが求められる。平成26年度の診療報酬改定では、このような、在宅側の医療・介護専門職との調整など在宅療養へ円滑に移行するための支援についても診療報酬の加算が認められることとなり、医療側から医療・介護連携への手がさしのべられることとなった。介護側としても、入院時から在宅療養生活における介護サービスの内容について関わっていくことが多くなり、否応なく医療との連携を意識せざるを得なくなってきた。

(4) 平成26年介護保険制度改革における地域包括ケアの位置づけ

平成26年の介護保険制度改革(実施は平成27年度以降)では、地域包括ケアの観点から、地域支援事業がさらに拡充された。最も大きな変化は、それまでの介護予防給付(要支援認定者に対する介護給付に代わって平成18年度に創設された給付)のうち、訪問介護サービスと通所介護サービスに関しては、給付ではなく、地域支援事業の中の介護予防事業と一体化して、介護予防・日常生活支援総合事業として統合されたことである。これによって、介護予防サービスの大半は、保険給付の対象でなくなり、地域支援事業として保険者自らが実施する事業となった。保険者事業といっても、現実には、従来から介護予防サービス事業者として都道府県の指定を受けている事業者に委託して実施するということになると考えられるが、すでに保険者事業として実施している介護予防事業や日常生活支援サービスの提供と一体化した事業とされたことで、NPO、ボランティア、指定事業者以外の民間企業なども同じ土俵で参入することが可能となり、担い手が多様化することが予想される。しかも、この改革が、自己選択を前提した介護予防給付では要介護状態改善の効果が期待できないという課題の解決方策という意味合いを持っていることから、介護予防事業には効果の評価が求められることになる。

また、この改革では、この他に、地域支援事業の中の包括的支援事業のメニューが拡大された。それまで、包括的支援事業は、①介護予防ケアマネジメント、②総合相談支援、③権利擁護、④包括的・継続的マネジメント支援がその主な内容で、ほぼ地域包括支援センターの業務そのものといってもよい状況であったが、平成27年度以降は、これに加えて、「在宅医療・介護連携の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」「生活支援体制整備事業」の4つの事業が加わる。(図-3-2参照)これらの事業については、介護保険財政上使用できる費用の上限が決められることになるが、その内容、方法、程度等については、地域の実情に応じて、様々な形態が考えられる。そのため、これらの事業については、従来の包括的支援事業のように、地域包括支援センターに一括して委託するのではなく、それぞれ別な主体に委託して行うことも可能とされた。また、域包括支援センターも、センター間の役割分担・連携を強化する観点から、基幹的な役割のセンター(センター間の総合調整、他センターの後方支援、地域ケア推進会議の開催などを担う)や機能強化型のセンター(過去の実績や得意分野を踏まえて機能を強化し、他のセンターの後方支援も担う)を設けることも可能となった。このように、地域包括支援センターの機能を分けることで、新しい包括的支援事業を地域包括支援センターに委託する場合でも、すべてのセンターに均一に委託するのではなく、そのような事業に適したセンターに選択的に委託することも可能である。

特に、「在宅医療・介護連携の推進」に関しては、「医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨に鑑み、在宅医療・介護の連携推進に係る事業については、これらを適切に実施できる事

業体に、他の事業とは別に委託²することが可能であることが強調されている。「在宅医療・介護連携の推進」として想定される取組の例として、厚生労働省は、①地域の医療・福祉資源の把握及び活用（地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布）、②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介（関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討）、③在宅医療・介護連携に関する研修の実施（グループワーク等の多職種参加型の研修の実施）、④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築（主治医・副主治医制等のコーディネート）、⑤地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援（介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応）などを示している。³これらは、在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）の成果をふまえたものであるが、すでに、これらの事業の中で、医療・介護連携のための情報システムの構築を進めているところもある。これらの事業の実施主体は、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、医師会等医療関係団体が中心であることから、このような医療関係機関・組織に、「在宅医療・介護連携の推進」事業を委託することも考えられる。

3. 地域包括ケアの担い手

(1) 多様な担い手の参入と包括的ケアマネジメント

介護保険が介護サービスの給付にとどまっていた段階では、介護保険サービスの担い手は、都道府県が指定する介護サービス事業者とそこで働く介護専門職のみであり、ケアマネージャーがそれらの主体が提供するサービスをコーディネートし、適切にサービスが実施されるようマネジメントを行うことで足りた。しかし、「地域包括ケア」の考え方が導入され、保険者事業としての地域支援事業が拡充されてくると、介護保険サービスの担い手として、医療関係者、ボランティア、地域住民、サ高住の管理者、一般企業など、様々な主体が加わることになる。介護サービスであれ、医療サービスであれ、日常生活支援であれ、個々の人にとっては、それらが「包括」的に提供されることが必要で、サービス間のコーディネートやマネジメントは不可欠である。しかし、自己選択を建前とする介護保険給付とそれを援助する役割しかもっていないケアマネージャーという介護保険制度の構造では、「包括」的なケアマネジメントを行うべき主体は存在しない。

当初、地域支援事業は、保険者が広く一般の被保険者に対して提供するサービスとして位置づけられ、利用者はそれに任意で参加するという形態であった。個々の高齢者に対して継続してサービスを提供するという視点はなく、ケアマネジメントの必要性もなかった。包括的支援事業を担うために平成18年度に創設された地域包括支援センターも、介護予防マネジメントを除いて、個々の高齢者に対し継続的なケアマネジメントを行うことは想定されていない。しかし、平成26年の制度改革において、介護予防給付が地域支援事業に統合されたことによって、個々の高齢者に対し継続的にサービスを提供する形態の地域支援事業が生まれた。また、包括的支援事業が拡充されて、地域支援事業に、個々の高齢者に多様なサービスが包括的に提供されるための仕組みをつくることが加わった。年に何回か関係者が集まって、お互いの連携を確認し、懇親会を開けば、個々の高齢者に包括的なケアサービスが提供されるというわけにいかない。包括的なケアサービスを提供する仕組みにおいては、包括的ケアマネジメントを誰が担うのかについての決まりが定められる必要があり、そうした主体を新たにつくるのであれば、それもまた地域支援事業の中で対応することが求められることになる。

² 厚生労働省「第101回市町村職員を対象とするセミナー資料」3ページ

³ 同上 4ページ

(2) 地域包括支援センターの限界

このように、地域包括ケアシステム構築が介護保険の中で大きなウェイトを占め、多様な主体が包括的ケアの担い手として登場してくる中で、地域における包括ケアシステムの中核となり、個々の高齢者に最適なサービスが提供できるようにコーディネートを行う主体が必要になっている。このような主体として、まず候補に挙がるのが地域包括支援センターであろう。

平成 17 年の介護保険制度改正で創設された地域包括支援センターは、それまで市町村行政の一部として位置づけられていた在宅介護支援センターの業務を、介護保険の保険者としての市町村の事業に位置づけ、これを外部の組織に委託する（あるいは市町村直営で実施する）というものであった。これによって、市町村の一般財源による事業（国の一般財源の補助金が付いた）から、介護保険財源による事業となるため、財源の制約からいったん逃れて、体制の強化を図ることが可能となった。財源的には便法といえるものであるが、もともと市町村事業という位置づけであることから、介護保険の枠を超えた包括的なケアのマネジメントを行うには最もふさわしい存在であるといえる。しかし、介護保険事業となっても、地域包括支援センターに財源の制約がないわけではない。包括的支援事業に要する費用は、任意事業を含めて、介護保険給付費の 2% 以内とされており、その範囲では、日常生活圏域（中学校区程度）ごとに、最低限必要な 3 人の専門職（主任ケアマネージャー、社会福祉士、保健師）を常勤で配置した地域包括支援センターを整備することは困難で、各市町村は、もう少し広い地域を地域包括支援センターの管理区域に指定することで、財源の枠内でなんとか 3 人の専門職を確保するセンターを配置してきた。

平成 27 年度からは、包括的支援事業の内容は大きく拡大する。その財源として、従来の 2% の上限以上のものが認められるとしても、これらの事業をすべて地域包括支援センターに委託して実施するとすれば、どれだけの人員を配置しても足りるということはないだろう。新宿区では、一般財源を投入して地域包括支援センターの充実を図っており、各センターの人員は 10 名～12 名となっている。しかし、これでも、介護予防マネジメントに多くの人手を取られており、新しい事業を展開するだけの余裕はないのが現状である。改正によって、介護予防が一体的に市町村の事業となり、介護予防マネジメントも市町村からの委託事業となる。介護予防に結果が求められるようになれば、介護予防マネジメントも、単に自己選択の補助という役割ではすまなくなり、アセスメント→サービスコーディネート→モニタリング→結果の評価といった一連の行為をきちんとこなすことが求められるようになる。仕事量は格段に増えると予想される。

ただ、新宿区の地域包括支援センターは、現状の人員の中で、新しく拡充される包括的支援事業をすでに行っているといえ、そう言えないこともない。各センターは、年に何回か、医療関係者、介護事業関係者、警察、町内会、ボランティアなどを一堂に集めて連絡・協議の場を設けている。これを、「在宅医療・介護連携の推進」、「地域ケア会議の推進」、「生活支援体制整備事業」の事業と位置づけることは可能であり、また、認知症サポーターのための講習会を実施しており、これを「認知症施策の推進」の事業とみることもできる。拡充された包括的支援事業がこの程度の内容であるならば、事業全体を地域包括支援センターに委託することも可能である。しかし、これでは、個々の高齢者に対するサービスマネジメントを担うという仕組みはつukれない。包括的ケアマネジメントにはほど遠い姿といわざるを得ないだろう。他の市町村の地域包括支援センターにおいては、ほとんどのところが 3 人体制である。新しい包括的支援事業のために費用の増が認められ、人員の増員が可能となるとしても、新宿区以上の仕事ができることを期待するのは無理であろう。

人員・体制の問題に加えて、地域包括支援センターは、具体的なケースにおける医療・介護連携のなかで大きな役割を担っているわけではないという現状がある。平成25年度に本研究の一環として行った、新宿区の急性期病院の退院調整部門へのヒアリング調査によると、急性期病院から在宅療養に移行する高齢者に関しては、病棟医師→かかりつけ医、退院調整ナース→訪問看護ステーション、退院調整部門→ケアマネージャー というルートで、別々に連絡がなされており⁴、在宅に移行してからの医療・介護連携は、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネージャーのそれぞれの個人的な人間関係で成り立っている。ここに地域包括支援センターが介入するのは、相当困難なケースのみで、それも、ケアマネージャーに引き継ぐまでのつなぎという役割しかもたない。平成25年に新宿区が行った「新宿区高齢者保健と福祉に関する調査（要支援・要介護認定者調査）」においても、退院時に困った時に、地域包括支援センターに相談したというケースは、困ったことがある人の14.0%しかない。⁵悪くいうと、個別のケースでは、地域包括支援センターは、医療と介護の連携の役割をそれほど期待されていないともいえる。

（3）医療・介護の共同体の動き

包括的ケアが叫ばれながら包括的ケアマネジメントが不存在であるという状況の中で、早期退院の促進や病床削減といった医療側の事情から、在宅の医療・介護サービスの一体的提供を実現するために、医療主導のもとで包括的ケアマネジメントを実現しようという動きが広がっている。

中心となっているのは、主に200床未満の中小規模病院である。これまで、高齢者を長期に入院させていた病院は、診療報酬による誘導策によって、入院患者に早期の退院を求めなくてはならなくなってきた。しかし、簡単に在宅に移行できるようであれば長期に入院をしているはずはない。長期入院患者の多くは、家族の支援が期待できない人達である。長期入院患者を在宅に戻すためには、在宅生活を支えるサービスが提供されなければならない。訪問医療、訪問看護、訪問・通所の介護サービスをはじめ、日常生活上の様々な支援が地域では得られない。帰る家がない人というもいる。これらのサービスや退院後の住居を、病院を運営する医療法人、あるいは関連法人で提供することで、入院患者が在宅で療養ができるようにし、病院の入院期間の短縮を図ろうというわけである。病院内に、訪問医療、訪問看護、訪問介護サービスの拠点をつくる。帰る家が無い人のために、病院の近所の家を借り上げてケア付き住宅として提供する。早期退院で空いた病棟は、老人保健施設などの介護施設に転用する。病院の方は、急性期の患者は専門病院紹介し、亜急性期、慢性期の患者は在宅へということで、リハビリと終末期の専門病院に衣替えしていく。こうして、地域の医療・介護サービスを統合した「地域包括ケア事業体」ができあがっていく。（図-3-3参照）

かつて、病院と老人ホームを一緒に経営して、高齢者を病院から施設へ移していく事業体を、日本福祉大学の仁木立教授は「医療と福祉の複合体」と呼んだ。これに対し、新しい複合体の形態は、在宅における包括的ケアを実現しようというところに特徴がある。このような事業体を経営している人達は、この形態を「医療と福祉の共同体」といっている。病院を在宅医療・介護サービスの拠点とすることで、効率的な事業運営ができ、一体的なマネジメントも確保できる。病院の近くに住まいも提供することになれば、入院患者も安心して退院することができ、在宅医療・介護サービスも効率的に展開できる。患者にとっても、病院経営にとっても、両方にメリットがある。また、地域にとっても

⁴ 「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 平成26年度 総括・分担研究報告書 p90 参照

⁵ 「新宿区高齢者保健と福祉に関する調査報告書」平成26年3月 p82

医療と介護の連携が、一体的運営という形で実現できるのであるから、こちらの立場からも「歓迎」ということになる。

問題は、地域によっては、医療・介護サービスの提供が、こうした「医療と福祉の共同体」の独占状態となり、住民にとって選択肢がなくなってしまい、既存の介護事業者は、その傘下に入るか、閉め出されるかのいずれかになってしまう可能性があるということである。以前から、地域中核病院が住民の医療全般にわたって対応してきたところでは、病院を中核とした「医療と福祉の共同体」は自然な形であり、選択肢がないということは大きな問題とはならない。しかし、地域から孤立していた療養型の病院が、このような事業形態を取り入れ、既存の事業者と競合することとなると、新たな摩擦を産むこととなる。一方、大都市部では、大型の急性期病院が林立し、地域中核病院が存在しないところが多く、また、すでに地域の在宅医療を担う診療所が存在し、多様な介護サービス事業者が事業を展開している。このようなところでは、「医療と福祉の共同体」が成立する余地は少ない。このような事業体で、地域の包括的ケアサービスを担うというのは、都市部以外の地域のモデルということになろう。

（４）訪問看護ステーションを中心とした包括ケア体制への動き

「医療と福祉の共同体」型を地方型とすれば、都市型の地域包括ケアを担う事業体として注目されているのが、訪問看護ステーションを中核とする複合型サービス拠点である。これは、厚生労働省のモデルでは小規模多機能型介護に居宅介護事業所（ケアマネジャー）と訪問看護ステーションを加えたようなイメージである（図－３－４参照）。前述のように、小規模多機能型介護は、ホームヘルプ、デイサービス、宿泊ケア、グループホームなど、いくつかのサービスをその人のその時の状態に応じて提供していくというものであるが、これと同様の機能を持つ事業所に、訪問看護師とケアマネジャーを配置し、多様な介護サービスの提供に合わせて、かかりつけ医等との連絡調整を看護師が行い、全体のケアマネジメントをケアマネジャーが行うことで、一事業所で、包括的ケアサービスを提供しようというものである。こうした事業は、狭い地域に対象者が集中している都市部でないと事業として成り立たない。都市型のモデルということができる。

このような厚生労働省のモデルに対し、都心部では、小規模多機能型介護の事業所を設けるさえ難しい場合がある。一部では、小規模多機能型介護を設けず、訪問看護ステーションを中心として、ケアマネジャー機能と訪問介護サービスとの連携によって、在宅生活と訪問サービスで、ターミナルまで支えようという事業を展開しているところもある。少人数の看護師、介護士による事業体で、地域包括ケアに必要なサービス全部を担当し、個々の利用者に応じて、必要なサービスを切れ目無く提供する、訪問コンビニのような存在といってもよい。このような事業形態については、本報告書第５章に詳細に述べられているが、看護師のレベルアップと可能な業務範囲の拡大、医療保険と介護保険の給付の調整等、普及にはまだ多くの課題が存在している。

（５）地域の実情と地域包括ケアの担い手

地域包括ケアをどのような形で実現していくかについては、地域ごとに事情が異なり、あるモデルを全国に広げるといことは難しい。特定の事業体が利用者が必要とするサービスの全体を担当し、そのマネジメントも同じ事業体の中で行う方が効率的で効果的である。狭い地域を対象に多様なサービスを実施していくのであれば、個々の専門職が対応するよりも少人数がマルチタスクで対応した方がきめ細かな対応ができる。このように、地域包括ケアを一つの事業体で担うということはメリット

も多いが、地域の医療・介護サービスが独占され、利用者の選択ができなくなるというデメリットもある。そもそも、一事業体が地域包括ケアを担うという形態は、どのような地域でも可能というわけではない。中小病院を中心とした「医療と福祉の共同体」は、介護サービスが普及しにくい地域では有効であるが、いくつかの病院、診療所が競合するような地域では一つの事業体にまとまるのが難しい。逆に、地域中核病院が存在しない地域では事業展開する主体が存在しないので、このようなサービス展開を期待することはできない。訪問看護ステーションを中心とした複合型サービスは都会向けではあるが、地価の高い都心では小規模多機能型介護の拠点を設けることが困難であり、訪問サービス型の総合サービスも、どうしても在宅が困難になった場合に入院できる病院の存在や、質の高い訪問看護師の存在、訪問看護ステーション、在宅支援診療所間の密接な協力関係等が成り立つ事業形態であり、そうした条件が満たされないと事業が普及することは難しい。

このような点を考慮すると、地域包括ケア実現の方法として、国が一律にある形態を普及させる方策をとることは難しいといわざるを得ない。厚生労働省は、地域のことは地域で考えるべきこととして、政策的に一定の方向を示していない。モデル事業としていくつかの形態を示しているが、小規模多機能型介護の場合のように介護保険給付対象に全国一律に取り入れるということは考えていない。しかし、地域包括ケアを実現するためには、「地域のことは地域で」といっているだけでは足りないいくつかの課題が残っている。一つの事業体ですべてをカバーするというモデルが適用できず、多くの主体が関わらなければならない地域では、それぞれ担当すべきサービス内容が異なる多くの関係者が、一人の利用者に関わることになる。その場合、ケアの目標をどうやって共有するのか、役割分担をどのように調整するのか、充足できないサービスをどのように開発するのか、変化する利用者の状況をどうやって把握し共有するのか等々の課題があるが、現在の制度の枠組みでは、それを誰がどのような責任と権限でコントロールするのかは決められていない。ケアマネジャーは、家族介護の代替として、細切れのサービスをばらばらに提供していくという当初の介護保険の構造の下で、足らざるサービスの選択と日程の調整しかしていない。医師は、病気の治療と医学的管理の主体であるが、介護サービスには関心がない。それらをつなぐことが可能なのは訪問看護ステーションだが、訪問看護ステーション自体にはマネジメントの役割は与えられていない。地域包括支援センターは財政上の制約もあって、個別のケースのマネジメントにまで手が回らない。

このような中で、厚生労働省は、「地域のことは地域で」という姿勢で、統一的な包括的ケアマネジメントの必要性さえいっていない。「地域包括ケアシステム」の構築といいながら、介護保険の枠組みをこれ以上拡大するのは無理がある。かといって、医療保険と介護保険を統合するというのは現実的な選択肢とは思えない。「地域のことは地域で」という言葉の裏側にはこのような事情がある。全国統一で「地域包括ケアシステム」を構築していくとなると、本質的には、医療保険、介護保険というお金の出所を一本化して、診断、治療方針決定、サービス提供という全体のマネジメントを、介護・医療、また医療保険、介護保険に限定せず、生活全般の支援も含めて区別なく一体的に行うような制度の抜本的な改革がないと難しい。しかし、現実には、制度の建て方も、専門家の養成も、そもそもマネジメントという考え方も、全く別々に組み立てられてきたわけで、これを一体化することは困難といわざるを得ない。

こういう中で、一部の地域では、内閣府や経済産業省の補助金を使って、医療・介護情報を関係者で共有するネットワークシステムを構築する中で、関係者の連携を確保し、包括ケアの実現につなげようという動きが出ている。

4. 地域包括ケアシステムにおける情報ネットワークの役割

(1) 地域包括ケア情報ネットワークの管理主体と費用

これまで述べてきたように、地域包括ケアは、住まい・医療・介護・予防・生活支援 の5つの柱からなり、この考え方の下では、それぞれ分野の異なる主体や専門職が、同じ高齢者に対して、目標を共有しながら、互いの役割分担と連携によって関わっていくということが求められる。しかし、このような多様なサービスを統括し、適切なマネジメントを行う主体は、制度的には存在しない。これに代わって、多様な分野の関係者が、他のサービス提供の状況や利用者の症状、生活状況を把握し、それぞれの役割を確認する手段として、情報ネットワークの構築が注目されている。

包括ケアに含まれるサービスを一事業体で総合的に提供するのであれば、サービスの提供と利用者の状態をモニタリングし、必要なサービスを柔軟に提供していくために、個人情報に関係者が共有することは容易である。個人情報の保護やセキュリティの確保もそれほど困難ではない。利用者も、当該事業体に「おまかせします」という感覚であるので、個人情報の利用についても信頼することができる。しかし、多くの事業体、他職種が関わる場合には、個人情報の取扱には慎重さが求められる。関係者全員がネットワークで結ばれるとしても、すべての関係者が、すべての情報を共有するという訳にはいかない。つまり、地域包括ケアのためのネットワークシステムを構築する場合、ネットワーク全体を管理し、運営する主体が必要である。場合によっては、そのような主体が、ケアそのものを管理することにもつながる。

繰り返し述べているように、包括ケアといえながら包括ケアマネジメントの主体は制度的に決められてはいない。情報ネットワークシステムを構築するとしても、その管理運営に当たる主体があらかじめ決められている訳ではない。しかし、個人情報を管理するシステムにおいて、管理責任が明確にされていることは最低限の条件である。介護保険側からみれば、これは保険者である市町村の役割であるべきだが、医療機関と市町村との関係は制度によって担保されているわけではない。医療提供体制の整備は都道府県の役割であり、後期高齢者の医療制度の保険者は都道府県単位の広域連合である。介護サービス事業者も多くは市町村の圏域を超えて事業を展開しており、介護保険においても事業者の指導は基本的には都道府県の役割とされている。こうした複雑な関係とシステムを維持するための費用負担の問題から、市町村は情報ネットワークシステムの管理主体となることに積極的でない場合が多い。

前述のように、平成26年の制度改革で、包括的支援事業が拡充されたが、情報ネットワークの構築は、「在宅医療・介護連携の推進」の中に含めて考えることができる。このため、ネットワークの構築やシステムの運営管理も、この事業を委託することとなる医療関係機関・組織＝多くの場合地域医師会を中心に検討されているケースが多い。しかし、包括的支援事業の委託費の範囲でこのような事業を行うことは無理であり、保険者である市町村からの委託という形態ではなく、医師会等の独自事業として、内閣府や経済産業省の補助金を活用してシステム開発が行われており、都道府県の医師会が進めている場合は、地域医療再生基金からの補助が検討されている。

(2) 情報ネットワークシステム構築のメリット

本研究で行った、市町村行政、ケアマネージャー、訪問医療担当医師等へのヒアリングと、いくつかのシステム開発会社のパンフレット等から、医療・介護を結ぶ情報共有のためのネットワークシステム構築のメリットは、以下のようにまとめることができる。

ア、市町村のメリット

介護保険、高齢者介護担当課においては、住民からのサービス提供の状況、病院や介護事業者からの要介護認定状況などに対応することが容易になる。

保健センター等においては、個人情報をもとに保健指導に活用する可能性がある。

消防本部（救急対応）では、救急搬送の患者の基礎情報（病歴、かかりつけ医等）を照会でき、搬送先病院がネットワークシステムに加入していれば、基礎情報に加えて、救急時の画像・動画情報等も搬送先病院へ伝達できる。

イ、ケアマネージャーのメリット

業務の簡素化＝新たに担当することとなった利用者について、介護保険情報や認定情報、主治医の意見書などを閲覧、コピーし、台帳を作成する必要があるが、ネットワークを通じて情報を入手することができるので、手間が大幅に減少する。介護サービス計画書作成時、医師の意見を求める必要があるが、医師と連絡が取れない等の問題が少なくなる。必要な場合、迅速に医師の参加・判断を求めることができる。

また、介護サービスや利用者の状況がリアルタイムに把握できるので、モニタリングが容易になる。

ウ、訪問看護師、ホームヘルパー等のメリット

利用者の状態についての情報が即時に反映され、画像や動画で情報等も伝えられるので、連絡帳のような形で行っていた引き継ぎの手間がなくなり、状況を適切に伝達することができる。

投薬等の情報が共有されている場合には、いちいち医師に確認する必要がなくなる。

エ、在宅支援診療所・医師のメリット

訪問看護師やケアマネージャーから医師の指示や意見を求められた場合、利用者（患者）の詳細な情報が参照できるので、的確な指示が可能になる。

患者情報がリアルタイムで把握できるので、訪問の回数を減らすことができる。

オ、急性期病院のメリット

救急で入院する場合、在宅時の医療・介護の経過が把握でき、診断・治療方針の決定が容易になる。

退院の場合に、在宅側で利用できるサービスやかかりつけ医の状況が把握でき、退院計画の作成が容易になる。また、ケアマネージャーへの連絡の手間も省ける。

カ、調剤薬局・薬剤師のメリット

処方情報を提供し、ホームヘルパー等から薬の減り方等の情報を受けることで、投薬状況を把握することができる。（すべての薬が1薬局で処方されている場合）

キ、家族のメリット

別居家族も情報ネットワークに参加した場合、利用者の状況やサービス内容を知ることができるため、不安が解消される。

ク、その他のメリット

医療、介護を通じたサービス提供の状況が把握できるので、過誤請求が減少し、国保連の審査の手間が減少する。

これらのメリットは、システム開発事業者のパンフレット等で書かれていることも含まれているので、想定できる最大限のメリットと考えてよいであろう。

5. 地域包括ケアの観点からみた情報ネットワークの課題

(1) 専門職間の情報障壁

平成 25 年度の本研究において行った、新宿区の急性期病院の退院調整部門担当者へのヒアリングによれば、医療と介護の専門職間では、用いる言葉の意味や病状等の受け取り方も異なり、情報の共有が難しいという課題が関係者からも指摘されている。⁶職種や職域の文化の違いは、情報への関心の違いにつながり、情報の価値、報告の期待度、緊急性の判断などの違いが生じる。それは、お互いに情報がつながらないという感覚に結びつく。これでは、ネットワークで結ばれていても、同じ情報を共有していることにはならず、情報を有効に活用することができない。病院と診療所間の情報ネットワークのように、電子カルテ情報を共有すれば、患者の病状の判断を共有することができるというわけにはいかない。

この問題を解決するためには、情報の翻訳という作業が必要になる。1つの事業体で、医療・介護の総合的なサービスを提供する場合には、情報の共有のために、使用する用語や評価の段階などが統一されるように訓練を行う。しかし、複数の事業体が参加するネットワークでは、それぞれの事業体で用いている用語や評価基準が異なり、情報ネットワーク基準に統一することは難しい。このため、情報ネットワーク導入に当たっては、事前に関係者の打ち合わせを何度も行い、ネットワークで使用される用語、評価基準の統一化を図ることが必要となる。また、事業者によっては、事業者内での記録と情報ネットワークに載せる情報との間に齟齬が生じる場合がある。事業者の業務基準を部分的に情報ネットワーク基準に改める必要がでてくることも考えられる。こうした変化に、訪問するホームヘルパー等がついて行けるかどうかも課題である。

(2) ネットワークの中心となるべき主体の不存在

前述のように、「地域包括ケアシステム」といいながら、包括的ケア全体のマネジメントを行う主体がないことから、情報ネットワークシステムを構築するにも、その管理運営を行う主体も事前に決まっているわけではない。地域包括支援センターで新しい包括的支援事業全体を担うとすれば、医療・介護連携といっても、できることは、年に1~2度、連携のための会議を開いて、お互いに顔の知っている間柄になりましょうよという程度のことでしかない。そうした会合にも、多忙な医師は出席できない場合が多い。個々のケースの包括的ケアに関与するわけではない地域包括支援センターに、ネットワーク構築や運営管理の責任を負わせることには無理がある。

最もメリットがあるのはケアマネージャーで、台帳管理やサービスの状況・効果のモニタリングをネットワークを通じて実施することができ、業務の効率化にもつながる。しかし、一つの居宅介護支援事業所が担当しているケースはさほど多くなく、地域全体をカバーするようなネットワークを構築することは難しい。介護サービス事業者や医療関係者の協力も得にくい。特定の在宅支援診療所と結

⁶「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 平成 26 年度 総括・分担研究報告書 p97 参照

びついて、介護サービス事業者のネットワークをつくろうとすれば、事業者の系列化につながるとして、他のケアマネージャーの反発を招くことになりかねない。いくつかの地域では、ケアマネージャーの協議会などが設けられているが、ネットワークシステムの主体になるほどの組織が存在するわけではない。

新しく包括的支援事業に加えられた「在宅医療・介護連携の推進」については、地域の医師会等医療関係団体への委託が想定されていることから、包括的ケアのための情報ネットワークについても、医療関係団体が主体となるという考え方もある。実際に、医師会等が中心となって、情報ネットワークシステムの構築を進めているところもある。しかし、医療と介護の連携に限っても、病院・診療所間のネットワークのように、カルテ情報を直接介護事業者提供するというわけにはいかず、情報を加工して提供するとなるとその分の手間暇がかかるが、それだけのメリットが医療機関にあるわけではない。介護事業者からの問い合わせや訪問による病状管理が効率化されるというメリットがあるが、そのためには医療機関側で利用しやすい形態で情報が入力されていることが必要で、介護事業者側に負担を強いることになる。そうすると介護事業者側の抵抗がある。医療関係団体主導を進めると、結局は医療機関と関係が深い介護事業者だけが参加し、系列化が進むという結果になりかねない。

（３）継続的運営のための費用

情報ネットワークのメリットは前述の通りであるが、業務の効率化という面でも、個々の利用者へ最適なケアが提供できるかという面でも、飛躍的に状況がよくなるという訳にはいかない。これに対し、情報ネットワーク導入にはコストがかかり、その費用は加入する事業者が負担することになる。コストとメリットのバランスを考えると、系列化等の別な目的がある場合を除いて、ネットワークへの加入を躊躇する事業者が多くなってしまふのが現実である。

病診連携の医療情報ネットワークの多くは、内閣府や経済産業省などの補助金を受けて、イニシャルコストがほとんどかからない形で構築されている。しかし、これらの補助金はシステム開発の費用だけで、運営費や更新にかかる経費には助成はない。「金の切れ目が縁の切れ目」で、補助金が切れるとネットワーク自体の稼働も低調になり、更新時の費用が集まらず廃止になるというケースが多くみられる。地域包括ケアのための情報ネットワークにおいても、医療関係機関が中心となっているものについては、内閣府や経済産業省などの補助金、あるいは地域医療再生基金からの助成を受けてシステム開発を行おうという動きがあるが、同様の経過を辿ることが危惧される。

（４）市町村行政の役割

前述のように、市町村は、情報ネットワークシステムの構築にはあまり積極的でない場合が多い。この理由としては、①医療、介護のサービス事業者は市町村の範囲を超えて事業を展開しており、市町村の範囲だけのネットワークでは足りない ②市町村内部で、医療と介護の部署の連携ができていないため、どちらも積極的に対応しようとしにくい ③システムを維持するために費用を確保することが困難であるため、市町村の財政負担となる可能性が高い という点が挙げられる。また、一部の事業者が積極的にネットワーク構築に動くことに関しても、事業者の系列化につながるとして警戒の念を抱いているところもある。

このように、包括ケアのための情報ネットワークシステムの構築という点では、市町村は一步引いた位置にいるといわざるを得ない。この点については、内閣府や経済産業省が、システム開発企業支援という立場から積極的なのに対し、厚生労働省がそれほど積極的でないことも影響している。病診

連携のシステムの多くが華々しくスタートした割には尻すぼみとなっていることも理由の一つといえるだろう。また、情報ネットワークの構築には、前述のような様々な課題があり、行政としては、このような課題が解決されない限り、積極的に旗を振るわけにはいかないというのも理解できる。

しかし、様々な理由があっても、これまで述べてきたように、包括ケアシステム構築の主体は市町村であり、包括的ケアマネジメントが制度化されることが難しい現状では、包括ケアシステムを一歩進めるための有効な方法は、情報ネットワークシステムの構築しか考えられない。もし、各サービス提供主体が対等の形で参加する情報ネットワークシステムがつくられなければ、「地域包括ケアシステム」の名の下に、事業統合、系列化が進んでいくことになるだろう。行政がそれを望まないのであれば、様々な課題を乗り越えられるネットワークシステムを、行政主導で構築していく他はないだろう。

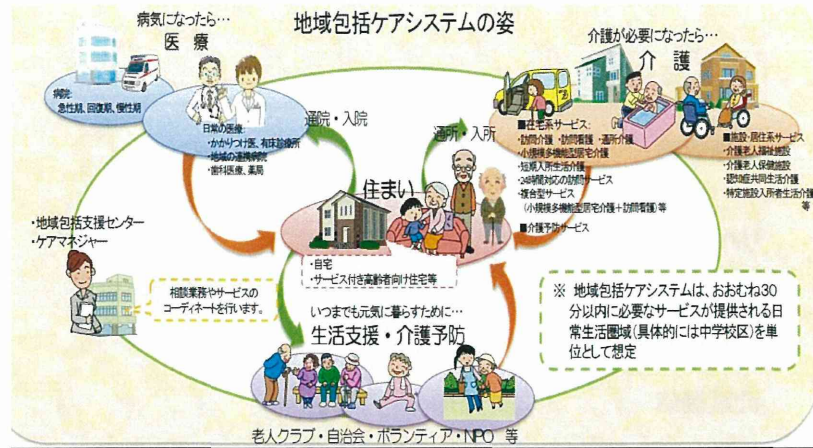
まとめ

「地域包括ケア」という観点から、医療・介護を包括した情報ネットワークシステムについて検討してきた。「地域包括ケアシステム」とは、地域住民が、住み慣れた地域でターミナルまで暮らし続けるという、当たり前のように今の社会ではきわめて難しい課題を実現することである。なぜそれが難しい課題かという、社会システムが包括的には組み立てられておらず、社会的な支援やサービスの提供がばらばらに、細切れで行われているからである。「地域包括ケアシステム」を実現するためには、単に地域の医療・介護サービスを充実させるだけでは不十分であり、その人その人の状況にあった、サービスの組み合わせを、切れ目なく、柔軟に提供していく仕組みが必要になる。そのためには、アセスメント、サービスコーディネート、モニタリング等のケアマネジメントを包括的に行う主体が必要である。しかし、ばらばらに構成されている制度の下では、そのような主体を創り上げていくことは難しい。当面、手を付けるべきことは、ケアが包括的になるように、ケアサービスに携わる組織や専門職が、目標を共有し、必要な情報を共有する仕組みをつくることである。医療・介護情報のネットワークシステムはそのような目的でつくられる必要がある。情報は一定の管理の下で共有され、提供されることが必要である。このためには情報ネットワークのマネジメントが必要であり、そこから、包括的ケアマネジメントへの途が開けることも期待できる。

地域支援事業を拡大することで「地域包括ケアシステム」を構築していこうというこれまでの政策の流れを考えるならば、介護保険の保険者である市町村が、包括ケアのための情報システムの中心となることが最も適している。場合によっては、いくつかの市町村が合同で、広域市町村圏を対象としたネットワークを構成するというのも考えてよいであろう。市町村がネットワーク構築にイニシアティブを取ることを逡巡する最大の理由は、費用負担の問題である。行政は、毎年の運営コストや更新費用など将来の債務負担となるような事業を嫌う傾向がある。会費等の収入で賄えるような財政計画と、システム運営の費用を極力抑えることによって、市町村サイドの費用負担が生じないようなシステムとしていく工夫が求められる。

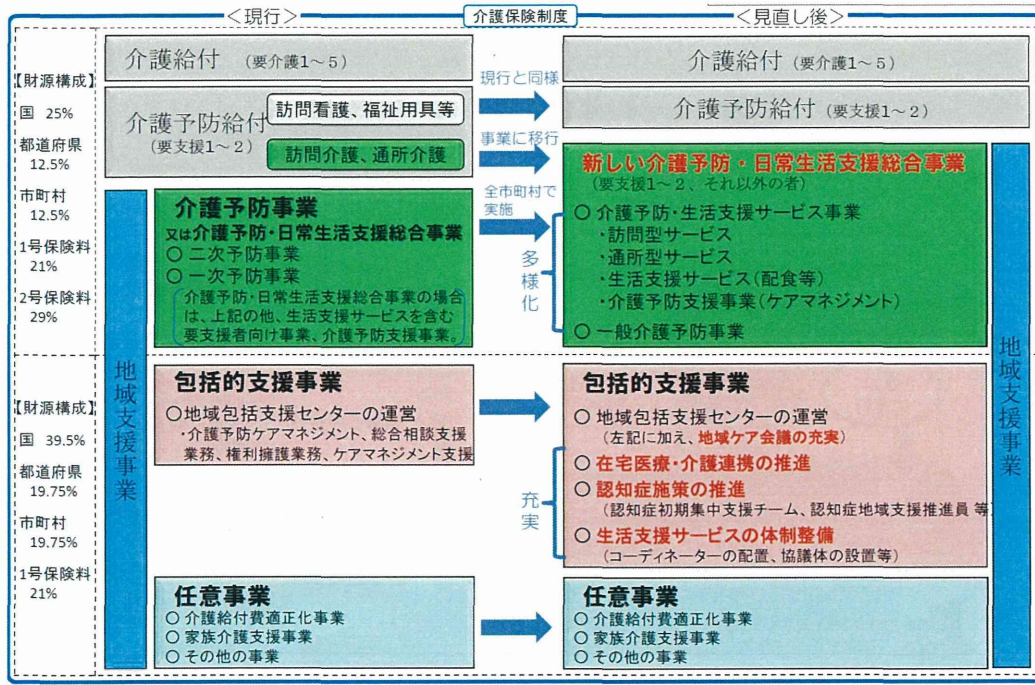
「地域包括ケア」という考え方は、医療と介護の統合という新しいステージへの扉を開くものである。現実には、すでに医療から介護への進出＝事業体の統合と系列化という道を進み始めている。情報共有化による連携と共存の途を地域包括ケアに向かう第2の途として位置づけ、そのためのネットワークシステムの構築を進めていくことが求められる。

(図-3-1)厚生労働省が示す地域包括ケアの概念図



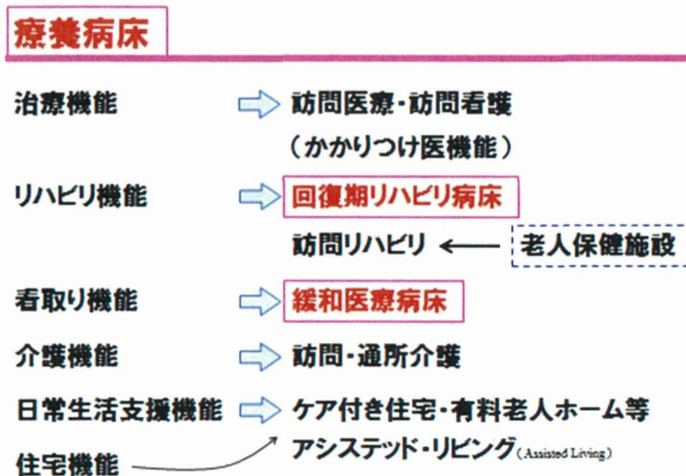
出典：厚生労働省ホームページ

(図-3-2)平成26年の介護保険制度改革による地域支援事業の変化



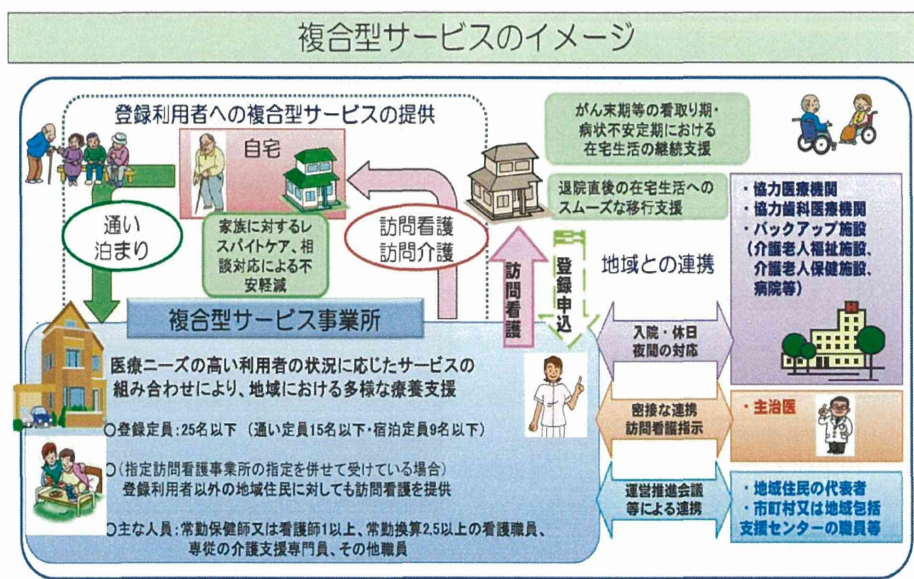
出典：全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料

(図-3-3)医療と介護の共同体の概念図

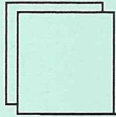


出典：関係者へのヒアリングをもとに著者において作成

(図-3-4)複合型サービスの概念図



出典：厚生労働省ホームページ



第Ⅱ部 医療・介護の事業体と情報ネットワークの位置づけ

第4章 地域中核病院を中心とした事業統合と情報ネットワークの役割

聖マリアンナ医科大学常任理事 小宮清

1. 経営主体内部の医療・介護複合型情報連携と地域の施設間情報共有について

(1) モデル・ケース（医療法人財団 天翁会 の「あいセーフティネット」）から見た情報化の状況
ア. 医療法人財団 天翁会の法人・組織概要

医療法人財団天翁会は1980年の天本病院（設立時80床）の開設以来事業の拡大を遂げながら広範囲なサービスを提供してきているが、東京都多摩地域において医療・介護・福祉のトータルケア・サービスを24時間365日、地域や住まいで提供していく「あいセーフティネット」の構築を目指し、以下の施設・サービス（2015年2月現在）を運営している。

- ① 直営事業：病院（1施設）、介護老人保健施設（1施設）、クリニック（3施設）、小規模多機能施設（2施設）、グループホーム（2施設、訪問看護ステーション（3箇所）、ケアプランセンター（2箇所）、ヘルパーステーション（1箇所）
- ② 多摩市よりの委託事業：地域包括ケアセンター（1箇所）デイサービスセンター（1施設）
各施設、事業所は基本的に多摩市中沢エリア、稲城市平尾エリア、多摩市貝取・桜ヶ丘エリア、多摩市聖ヶ丘エリアの4つのエリアに以下の様に配置されている。
 - ① 多摩市中沢エリア：新天本病院（179床）、クリニック、あい介護老人保健施設、あい小規模多機能施設ほたる、あいグループホーム天の川、あい訪問看護ステーション中沢サテライト
 - ② 稲城市平尾エリア：あいクリニック平尾、あい訪問看護ステーション平尾、あいケアプランセンターいなぎ
 - ③ 多摩市貝取・桜ヶ丘エリア：あいクリニック、ケアプランセンターあいクリニック、あい訪問看護ステーション、あいヘルパーステーション、多摩市中部地域包括支援センター（多摩市より委託）多摩市桜ヶ丘いきがいデイサービスセンター（多摩市より委託）
 - ④ 多摩市聖ヶ丘エリア：あい小規模多機能施設かりん、あいグループホームどんぐり

図4-1 医療法人財団 天翁会のあいセーフティネットの概念図



出典：医療法人財団 天翁会の公表資料より抜粋

図 4—2 医療法人財団 天翁会の施設・事業所の分布



出典：医療法人財団 天翁会の公表資料より抜粋（2015年2月現在）

イ. 主要施設の概要、稼働状況等

i. 新天本病院

- ①病床構成：全体 179 床、一般病棟 44 床、回復期リハビリテーション病棟 48 床、特殊疾患病棟 51 床、精神科病棟 36 床
- ②診療科：内科、消化器内科、精神科・老人精神科、デイケア科（定員 25 名）、通所リハビリテーション科
- ③稼働状況（平成 25 年度）：年間在院患者延べ数 59,155 人、同外来患者数 13,890 人、外来新患者数 920 人、通所リハビリテーション人数（要介護）579 人、通所リハビリテーション人数（要支援）2,076 人、デイケア人数 6,063 人

ii. あい介護老人保健施設

- ① 入所施設構成：全体 150 床、一般棟 100 床、認知症棟 50 床
- ② 稼働状況（平成 25 年度）：入所人数 48,879 人、短期入所人数 4,910 人、入所稼働率 99.0%、在宅復帰率 39.4%、デイケア人数 12,056 人、デイケア平日稼働率 92.7%

iii. 在宅事業の稼働状況（平成 25 年度）

- ① あいクリニック：外来患者数 23,447 人、健診人数 1,334 人、訪問診療患者数 14,452 人、デイケア人数 8,897 人
- ② あいクリニック平尾：施設診療患者数 982 人、在宅診療患者数 1,367 人

ウ. 法人の地域連携と施設間の連携

i. 連携のための組織・体制

法人の第三期中期事業計画の重点目標に「法人内の連携強化による相乗効果の発揮」が掲げられており、この方針の元に法人本部に連携室が設置された。その目的は、法人の運営する事業所が 17 か所と大規模になり、引き続き良質なサービスを提供していくためには、事業所間の相互理解、協力、補完を促す連携力をさらに強化することにあった。これとは別に新天本病院の中には以前から地域連携室が設置されていたが、これは法人内の連携ではなく法人以外の機関との地域連携の強化を主たる目的としている。新天本病院は、回復期リハビリテーションや特殊疾患、精神疾患に診療の重点が置かれているため入院経路を見ると多摩地域を始めとする急性期の医療機関からの転院が多く、開設当初から地域連携を強化してきた。法人内のもう一つの地域連携軸は地域包括ケア推進事業部が担っている。同部は、グループホーム（2 施設）、小規模多機能施設（2 施設）、多摩市より委託の地域包括支援センターといきがいデイサービスセンターの全ての事業所に担当員を配置し、「在宅医療・在宅ケア」、「認知症ケア」、「予防サービス」、「地域リハビリテーション」を通して関係機関との連携を積極的に行っている。その他、あいクリニック、あいクリニック平尾にはケアプランセンターを配置し利用者の生活環境や利便性に応じて法人以外の施設やサービスの紹介も積極的に行っている。

ii. 法人内の患者、利用者の動向

登録されている在宅患者は法人全体で 800 人程度であるが、あいクリニックから新天本病院への入院は毎月 2～3 名（登録患者数約 500 名中）、あいクリニック平尾から新天本病院への入院は毎月 1 名程度とのことである。また、新天本病院から介護老人保健施設への退院患者は毎月 4～5 名程度、同じく介

護老人保健施設から新天本病院への入院は2～3名程度、新天本病院から法人が行っている訪問診療に回る患者は3～4名程度であり、法人内の患者の移動はそれほど多くはない。

在宅関連では、訪問看護ステーションと訪問診療の重複患者数は70名～80名程度であり、法人内のケアマネージャが担当し法人内の訪問看護ステーションを利用している対象者が約80名程度、同じく訪問診療の利用者は40名程度である。その他にクリニックの外来診療とデイケアの共通利用者もいる。

エ. 法人のICT活用状況

i. 各事業所のICTの整備状況

① クリニック

各クリニックには数年前から電子カルテシステムが導入されており、あいクリニックとあいクリニック中沢には同一のシステム（テクノプロジェクト社のCIMA CHART PLUS）が導入されているが、あいクリニック平尾には異なるバージョン（CIMA CHART）が導入されている。現在、在宅患者の夜間診療についてはクリニック間での分担当直制を取っており、あいクリニックの医師があいクリニック平尾の担当患者を診ることもある。その際は電子カルテシステムのバージョンが異なるため、医師はあいクリニックでの登録番号ではなく、あいクリニック平尾に登録している番号でアクセスすることで対応している。クリニック相互の電子カルテの閲覧は可能であり、訪問診療時もノートPC、タブレット端末からWIFIでカルテを開き入力することも可能である。

② 新天本病院

現在は医事会計システムのみ導入されているが、次のステップではオーダーリング・システムに切り替える予定である。前述の通り、一般病床が1病棟のみでありその他は回復期リハビリテーション、精神、特殊疾患の病棟で構成されているため、処方、検査のオーダーは少なく手術のオーダーも無い。従って、急性期医療主体の病院と比べてICT化の必要性はそれほど高くはない。電子カルテについても同様で純粋に院内の診療上ではニーズは高くはなくオーダーリング・システムと比べて端末数も多くなるため費用対効果の観点からも導入理由は見出しにくいだが、今後地域の他機関とのやり取りを強化するためには、専用の閲覧端末を検討してもよい状況にはある。また、現在は法人のクリニックの電子カルテを病院から閲覧することはできないが、クリニックから新天本病院へ転院するケースを考慮して、今後閲覧用端末の設置について検討していく予定である。

地域医療情報連携の面では、このエリアでは八王子の永生会の永生病院、南多摩病院が中心になっているID-LINKによるMIOカルテという医療情報連携ネットワークがある。新天本病院も**閲覧会員**に登録されているが、中心となる医療機関とは診療圏が異なり実際の患者の行き来もそれほどないため、**システム上のやり取りは実質行われていない。**

ii. 法人全体の連携を促すICTの状況

法人内連携強化の目標の下、その達成手段としてICTの導入・活用の促進が掲げられ、グループ内の病院、老人保健施設、在宅事業の間の情報共有について法人内で議論してきた。その結果、**第1フェーズ**で法人内全事業所での利用者属性情報と施設利用履歴の共有、**第2フェーズ**で導入済みシステムの連動（医事会計・電子カルテ）と写真・地図情報の配信、**第3フェーズ**で電子カルテ情報の閲覧（画像情報はDICOM、検査結果はPDFで共有）に取り組む構想が策定された。一方、各事業所各職種で業務に必要な情報量、蓄積期間に60倍の差があったこと、共通に必要な項目は極めて少なかった