

ことが明らかになり、また、前述の通り各事業所間の患者・利用者の移動も人数が限られていること、などから当面は下記に重点をおくことになった。

＜履歴共有システムの導入＞

法人の提供している事業・サービスの利用者を対象にし、各サービスを利用するごとに各担当者が実施履歴を登録する専用システムである。その第一段階としてまず外来、通所のサービス履歴の共有を開始したがその内容は以下の通りである。

・利用者 ID は法人 ID と各事業所での ID の 2 本立てとし（法人 ID は自動的に付番）、利用者の名寄、検索は氏名、生年月日で行っている。

・利用実績入力：利用施設の担当者が利用日時、担当者（全職種）、利用サービス、特記事項を入力する。

・利用者情報（登録・編集）：基本情報（氏名、生年月日、性別、血液型）、疾病名を入力する。

・利用実績確認（検索、表示）：施設別、サービス種別、利用期間別に検索し確認する。

＜情報共有システムとWEB会議システムの導入＞

法人本部がある多摩市貝取・桜ヶ丘エリアでは、ケアマネージャ、訪問看護ステーション、リハビリテーション、訪問診療部、ヘルパー事業が同一の施設にありスタッフがお互いの顔が見える距離にある。そのため、それぞれが持つ情報も必要な際に閲覧できるので、今のところ敢えて情報ネットワーク上でコミュニケーションする必要性が低い。担当患者に関する連絡、情報伝達を関係者間でLINE的な手段で行うことも考えられるが、まだ本格的には検討していない。現在は、法人内に導入されているグループウェア（サイボウズ）内の共有ホルダーで相互連絡すると共にV-CUBEによる電子会議、カンファレンスを行っている。

## (2) 今後の都市部の包括ケアにおけるICT化の課題

今回の天翁会のヒアリングにより今後都市部の包括的ケアをサポートするためのICT化についていくつかの示唆を得た。

### ア. リハビリテーション分野の情報共有

昨今の介護保険の改訂により医師がリハビリテーション計画にチームの一員として関わりデイケアの利用者に説明していくことが今後求められる。天翁会のデイケアはクリニック、病院、介護老人保健施設それぞれにあり、リハビリテーションの利用者の中には訪問看護によるリハビリテーション、デイケアなど複数のサービスを同時並行で利用している者もいるので、事業所間の情報の共有が必然的に求められている。さらに、他の事業者のリハビリ関連サービスとの相乗りのケースもあるが、患者のADLの情報共有が社会福祉士間で不足している場合もあるので今後の強化が望まれる分野である。今後リハビリテーションの電子カルテ化も考えられるが、その際は施設間のフォーマットを標準化する必要がある。

### イ. ケアの引き継ぎのための情報共有

施設から在宅にケアの移行する際に、患者の家屋の状況（写真）、家族の状況などが事前に把握できると訪問診療、訪問看護の計画が立てやすくなる。また、急性期医療から回復期、療養期の医療に引き継ぐ時には患者の看護必要度、がん患者の手術時の経年分類名など細かい情報が受け入れ側の機関が診療報酬請求する際に必要になってくるが診療情報提供書に書かれていないケースも多いとのことである。従って、必要な情報を網羅する診療報酬提供書の標準フォーマットが確立され、さらに電

子化されると送り出し側、受け入れ側の双方にとって有益である。さらに現場レベルの観点では、褥瘡の状況（写真）など患者の受け入れ準備に必要な情報を手軽にしかし安全にやり取りできる方法が求められている。

#### ウ. 都市部の包括ケアから見た電子カルテ

今まで語り尽されてきた感があるが、地域における電子カルテ情報の相互共有については、メリットはあるものの継続的な運営主体、費用負担方法など未だ解決すべき課題を有する状況にある。一方、都市部ではクリニックや一般病院以外の病院でも電子カルテが普及しつつあるが、今回の天翁会の状況から明らかなように急性期医療以降の患者の動きは緩やかであり他機関の電子カルテを閲覧する必要がある場面は引き継ぎ時などにある程度限定されるものと思われる。また、地方と異なり都市部では多種多様な事業主体があり、利用者はそれらの提供するサービスを複合的に利用することがある。以上から包括ケアにおいては、従来の地域医療情報化に見られるトップダウン的な仕掛けを用意するのではなく、異なるシステム間でも横断できるような柔軟で軽微な仕組みの方が受け入れやすい。情報共有のレベルもまず限定した端末から電子カルテが相互閲覧できるレベルで十分機能するものと思われる。また、天翁会の履歴共有システムの様に地域でサービスの実施履歴を共有するためのシステムを後述するグループウェアと共に整備するのも有効と思われる。

#### エ. グループウェア、WEB会議システムの活用

天翁会では、サイボウズやWEB会議ツールを導入し法人内の担当者間の連絡、サービス情報のファイル共有に有効活用しているが、グループウェアについてはクラウド化やマルチデバイス化が進み、Microsoft Office 365 の様にスタンダードに成り得るサービスも登場してきている。このような仕組みは事業主体を超えても地域で活用できる可能性があるため、検討に値する分野である。また、一人の患者、利用者に関する連絡、情報伝達をLINE的な手段で行っていくことも考えられるが、その際重要となるセキュリティ対応機能を備えたシステムもいくつか登場してきている。

#### オ. 今後の包括ケアの連携強化に有効なシステムの例

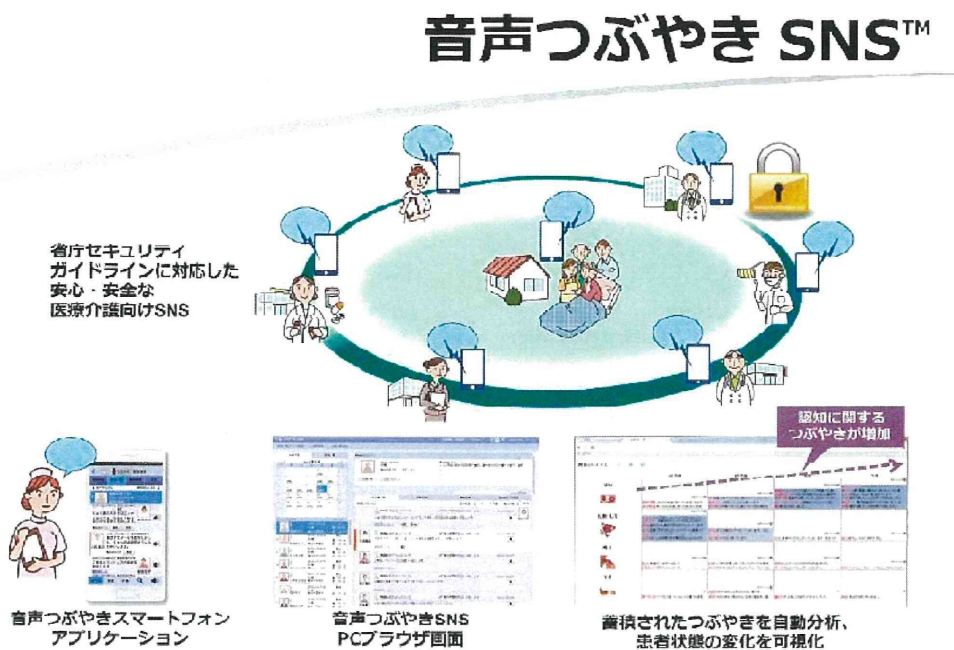
前述の様に一人の患者に対し事業主体を超えて複合的に管理していくための軽微なツールが登場してきており、ここでは東芝情報システムの音声つぶやき SNS について紹介する。

#### ●音声つぶやき SNS（東芝情報システム）：

東芝情報システムが開発した音声つぶやき SNS は、スマートフォンへの音声入力を軸に在宅医療・介護の多職種コミュニケーションを Twitter のタイムラインのように手軽にできるサービスである。在宅型のサービスでは、訪問先での入力の手軽さが重要視されるが、声を録音するだけで自動的にテキスト化されたデータが元の音声データと共に共有され、写真をデータに添付することも可能である。情報へのアクセス権限は、患者ごとその関係者のみに設定することができセキュリティ面の配慮がされている。端末については専用ではなく一般のスマートフォンが使用でき、訪問予定の登録・管理などスケジューラ機能も備えているので利便性が高い。また、各人のつぶやきからキーワードを自動抽出し、認知や褥瘡などの重要な項目を分類し、分類されたつぶやきの蓄積状況を可視化するなどインテリジェンス機能も備えているのが特徴である。元は 1 事業所内の看護師、介護士等職員間の情報伝達を目的に開発されてきたようであるが、複数の事業主体をつなぐ地域包括ケアからの活用にも取り組んでおり実証実験も行っている。在宅医療・介護の多職種間で患者情報をセキュアかつリアルタイムに共有できるため今後の支援ツールとして期待できる。利用形態としては、電子カルテベンダー等

との協力体制のもと、月額制のクラウドサービスとシステム販売の両方の形態を考えているとのことであり、クラウドサービスを選択すれば地域単位に契約することも可能と思われる。

図 4-3 東芝情報システム社の医療介護用ミドルウェア「音声つぶやき SNS」



出典：東芝情報システム者のパンフレットより

## 第5章 訪問看護を中心とした総合ケアシステムと情報ネットワークの役割

(株) 日本経営取締役 銀屋創

(株) 日本経営 大日方光明

### 1. はじめに

地域包括ケアモデルの構築に向け、在宅医療と介護の連携が推進される中、医療と介護の接合点にある存在としての訪問看護ステーションの役割に期待が寄せられている。これに呼応する形で近年訪問看護ステーションの件数は大幅に増加しており、基盤の整備が進行していると見ることが出来る。しかし一方で、訪問看護ステーションの運営上の課題も散見され、事務処理にかかる時間的コストの多さや、地域連携における居宅介護支援事業所や在宅医療機関との情報連携にあたっての情報共有の手法について定まった手法が整備されておらず、課題の解決が必要な段階にある。また ICT を活用した情報ネットワークの利活用についても、デバイスの選定時の問題、デバイス運用の問題、利用料負担の問題、共有情報内容の問題など複数解決すべき課題がある。

本章では、こうした訪問看護ステーションの運営の現状と、情報共有に向けた課題の整理にむけ、文献調査および都内の機能強化型訪問看護ステーションへのインタビュー調査を行った結果を報告する。

### 2. 地域包括ケアにおける訪問看護の位置づけ

#### (1) 訪問看護の概観

##### ア. 外的環境

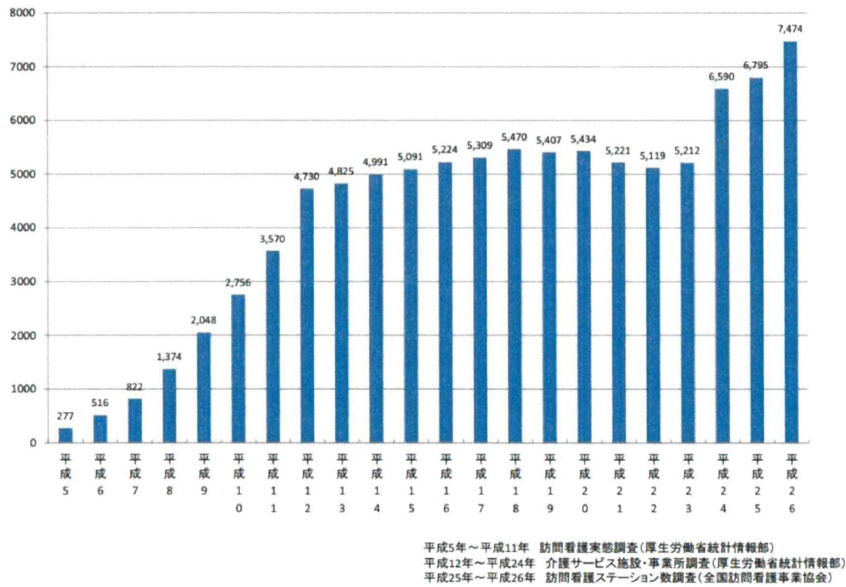
##### i) 制度上の評価

訪問看護が制度上の位置づけを得たのは、1983年の老人保健法の制定に遡ることが出来る。当時は医療機関が退院患者を対象として指導を行う「退院患者の継続指導」が中心の制度であった。これと並行して保健師（保健所）等が福祉事業として個別に訪問を実施するなどの取組みがなされていたが、主に寝たきり高齢者の福祉政策としての側面が強かったとされる。

この後、1992年に老人保健法が改正されると共に「老人訪問看護制度」が成立し、事実上「訪問看護ステーション」が制度的に位置づけられる。1994年に健康保険法が改正されると、対象者は高齢者から全年齢に拡大された。その後、暫くの運用を経て2000年に介護保険法が施行されると共に訪問看護ステーション数は大きく増加することとなった。

平成26年度の全国訪問看護事業協会の調査によれば、平成26年時点の訪問看護ステーション数は全国で7,474施設となっている。1992年（平成4年）の老人保健法改正直後の、1993年（平成5年）時点の訪問看護ステーション数は、277施設であったが、平成12年に介護保険法が施行された段階では、4,730施設と大きく件数が増加している。その後、5,200～5,500施設の間を推移する時期が続いているが、平成24年の診療報酬・介護報酬改定における地域包括ケアの方向性の明示、またそれに伴う制度上の評価の高まり等に応じ、平成27年までに大幅に件数が増加している。

図 5-1 訪問看護ステーション数の推移

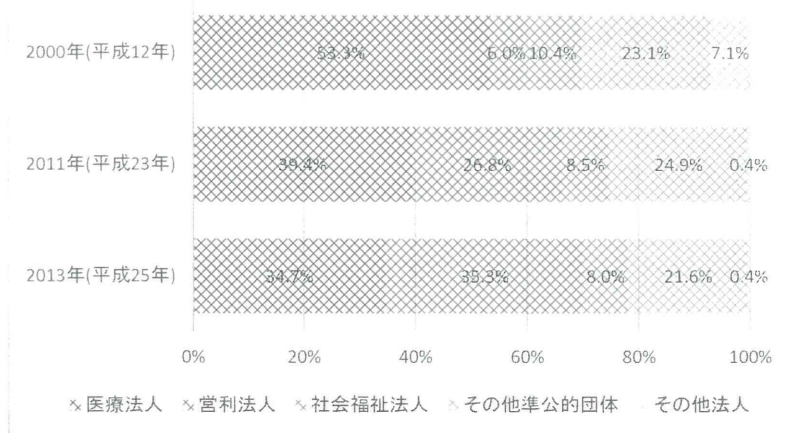


ii) 開設主体

訪問看護ステーションの設置については、介護保険上の届け出が必要であるが、設置にあたっては施設基準の要件に加え、設置主体の要件も設定されている。ただしその条件とは「法人」であることが前提であり、この意味においては介護保険の他の施設サービスや病院・診療所の設置と比べ市場参入にあたっては、自由度が高いということが出来る。つまり営利法人などの参入余地が高い事業であるということが出来る。こうした設置条件に伴う影響は、前述の訪問看護ステーション数の増加とも関係が深い。

介護保険制度発足当初の2000年(平成12年)時点では、設置主体の53.3%は医療法人であった。一方で営利法人立の訪問看護ステーション数は、6.0%と少数であったが、2011年(平成23年)時点では、医療法人は39.4%、営利法人が26.8%の割合となり、2013年(平成25年)時点では、医療法人34.7%に対して、営利法人が35.3%と若干ながら上回っている。制度発足後10年弱で開設主体別の構成割合が大きく変化した事業である。設置主体・運営主体の変化は、利用者側(患者側)にとって選択の幅が広がるという意味で付加価値もあるが、一方で他職種との連携や情報の交流という面でも提供されるサービス内容も含め影響を及ぼす。

図 5-2 訪問看護設置主体の変化<sup>1)</sup>

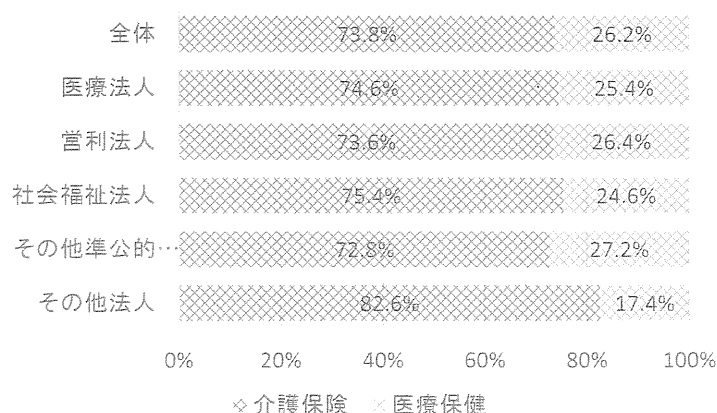


<sup>1)</sup>厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」平成12年、平成23年、平成25年

## イ. 保険制度上の位置づけ

訪問看護事業は、元来が健康保険法および老人保険法に位置付けられた医療サービスとして開始されているが、2000年の介護報酬改定により介護サービスとしての提供も可能となった。このため、現時点においては、訪問看護サービスは診療報酬および介護報酬双方の保険制度を活用して提供されるサービスとなっている。ただし利用にあたっては、保険制度は患者の選択の自由の基づく訳ではなく、原則としては介護保険制度の適用が前提となる。医療保健は、①介護保険認定を受けていない、②特別訪問看護指示書を受けている、③厚生労働大臣が定める状態に該当する（別表7）等の条件に該当する場合に適用される。利用状況については、介護保険利用者が73.8%に対して医療保健利用者が26.2%となっている。<sup>2</sup>設置主体別に大きな差はないが、その他準公的法人に含まれる「看護協会立」の訪問看護ステーションについては、介護保険67.7%に対して医療保険32.3%と医療保険の割合が高いのが特徴である。

図 5-3 設置主体別の利用者別適用保険の種別<sup>3</sup>



## ウ. 現状と今後の展望

急速に件数が増加傾向にある訪問看護ステーションであるが、一方で運営上の課題についても指摘され、診療報酬改定および介護報酬改定等によりそれらを補完する試みが検討されている。第一に、運営規模と経営の状態である。

訪問看護ステーションの開設は、常勤者を含む看護師 2.5 人が最低限の基準となっている。全国の平均では<sup>4</sup>、常勤換算平均 4.3 名で運営されていることが報告されており、職員数規模別にみた事業所数の構成割合は、5 人未満の事業所数が全体の 60%を占めている。訪問看護ステーションの運営上、この規模の問題は収支と一定程度の相関があるとされる。日本看護協会による調査では、規模の小さい事業所ほど、赤字事業所の割合が高くなることが報告されている。5 人未満の事業所で見ると、2.5～3 人未満の事業所の 40.5%、3～5 人未満の事業所については、33.5%が赤字となっていることが報告されている。

<sup>2</sup>厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査 平成 23 年度」

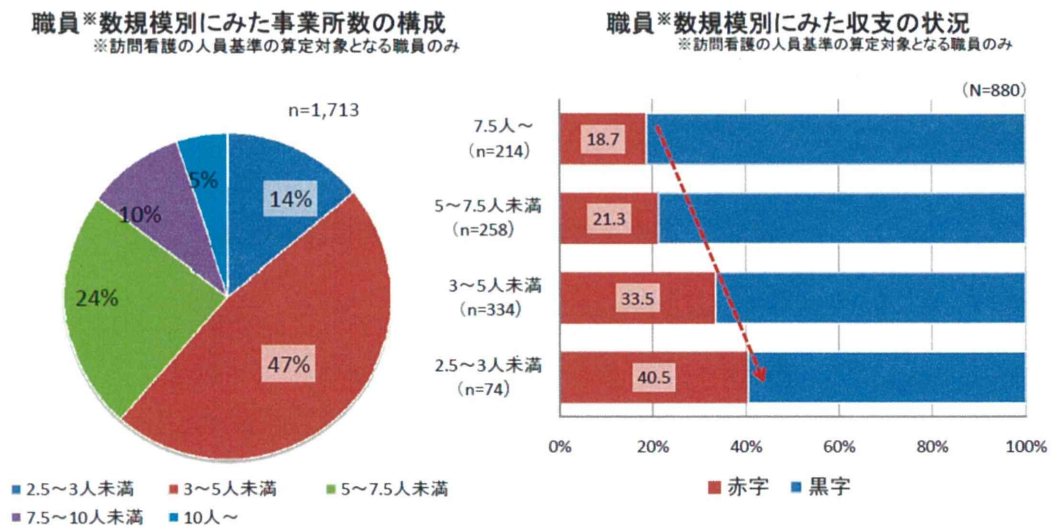
<sup>3</sup>厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」平成 12 年、平成 23 年、平成 25 年

<sup>4</sup> 日本看護協会：訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業（平成 21 年 3 月）



小規模の事業所の収支に赤字傾向が強い理由は幾つか想定されるが、①事業規模を維持するために一定数の訪問回数が必要とされるが、訪問に伴って発生する処理業務量が多いこと、②利用者と1対1のサービス提供を行う形式のため、職員1名が不足の事態により欠勤となった場合、人数が限られた職場では補完しにくいこと、③居宅介護支援事業所等からは24時間対応を期待されるが、人員数が少ない中では24時間対応体制を維持するのが難しいこと、④こうした諸条件が整わないことから、利用者数・利用回数を一定数で制限せざるを得なくなること、等といった諸条件が複合的に影響し収支状態が好転しないケースが発生するものと想定される。

図5-4 職員数規模別に見た事業所数の構成と、収支の状況<sup>5</sup>

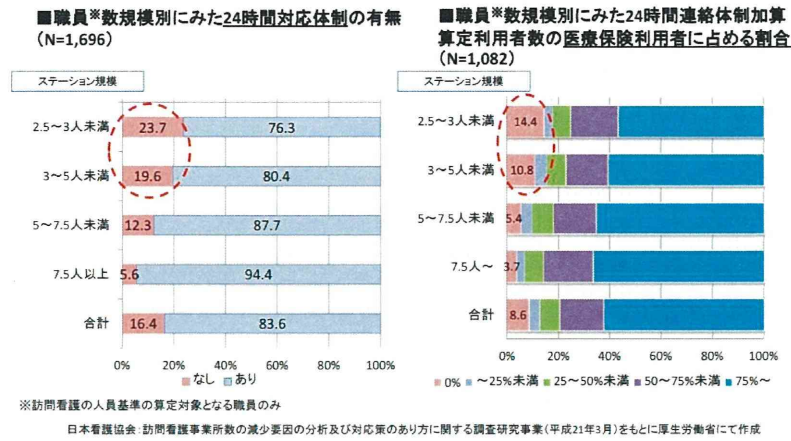


第二点目の課題として挙げられるのが、24時間対応に向けた体制の整備である。居宅での生活を継続していくことを医療的側面から支援するサービスが訪問看護であるが、その性質ゆえに24時間の体制が求められるケースが多い。居宅介護支援事業所における訪問看護ステーション選定の際の条件として、24時間対応の有無が検討される場合もある。これに対して、2.5~3人未満の事業所では23.7%が未対応、3~5人未満では19.6%が対応していない。

単純計算ではあるが、30日を2.5~3人でオンコール対応をする場合、1人平均10日前後のオンコール対応をする必要がある。3日に1回の対応となった場合、日中の訪問も合わせて実施する場合、身体的・精神的負担は大きく体制を維持できないケースもある。人員体制が確保されるほど、こうした負担が分散されることも経営安定の一要素であると考えられる。

<sup>5</sup>厚生労働省「中央社会保障医療協議会 第204回総会」(2013)

図 5-5 24 時間対応体制



エ. 地域包括ケアにおける訪問看護の役割

介護保険の訪問看護については利用者あたり月平均 5.1 回の訪問、医療保険利用者については月平均 7.1 回の訪問が実施されている。介護保険の訪問看護については、要介護 1 の利用者の平均が 4.5 回に対して要介護 5 の利用者の平均が 6.5 回と利用者の状態や区分支給限度額等に応じて利用頻度が異なる。52 週÷12 か月=月 4.3 週と想定すると、介護保険利用者数は週 1.18 回、医療保険利用者は平均 1.65 回の訪問がある。ただし利用者が安定した状態にある場合と退院直後や終末期など重点的な管理が必要な場合によって訪問頻度は異なる。日常生活の中での医療的管理という側面と、状態悪化時の医療的処置が継続的に求められるケースに応じて医療者との情報連携の密度・内容については相違する。

医療機能の分化と連携の促進、また病院から退院し在宅復帰（住宅型施設も含む）が促進されるに従い、居宅での生活を維持継続していく上では介護サービスの日常生活支援に加え、身体介護や、医療面での支援での必要性がいま以上に増加するものと考えられる。現時点において訪問看護の利用者は要介護認定者のうち 4.8% となっているが、地域によって差が大きい。

平成 12 年から平成 16 年を計画期間としたゴールドプラン 21 において、訪問看護ステーションの整備目標数は 9,900 箇所と設定されたが計画期間終了後の現在も整備目標数は達成されていない。また当時より指摘されてきた事項であるが、仮に 9,900 施設が整備された場合、平均看護師数は 2.6 人となり運営上の最低人員を僅かに満たすのみである。

こうした流れを受け、平成 26 年診療報酬改定では「機能強化型訪問看護ステーション」の基準が新設され、ステーションの大規模化・運営の安定化に向け評価がなされている。機能強化型訪問看護ステーションの要件は次の通りである。人員要件の他に機能要件として厚生労働大臣が定める疾病（別表 7）を有する患者数と、ターミナルケア療養費（ターミナルケア加算の算定数、そして居宅介護事業所の併設等と一定のケアプラン作成が求められている。このほか、地域の中核的ステーションとして看護学生の受入や勉強会の実施等地域に開かれた活動をしていること等が「望ましい要件」として求められており、地域の在宅医療の拠点としての機能を期待されている。

同様に在宅医療の拠点の一つとして、強化型在宅療養支援診療所があるが、人員基準については医師数 3 名（連携型）、24 時間の連絡体制と緊急往診の実績 5 件、年間の看取り件数は 2 件となっている。設定された基準を比較すると、在宅医療においては機能強化型訪問看護ステーションにより具体的で明確な役割が設定されていることが分かる。地域包括ケアの中核的な存在として、医療、



介護の接合点に立ち、機能連携を促進していくことが求められている。

また機能強化型の訪問看護ステーションの中には、通所機能や短期入所機能、また訪問介護機能を備えた「複合型サービス（平成 27 年 4 月からは、看護小規模多機能型居宅介護に名称変更）を併設して提供する事業所もある。居宅での生活を可能な限り維持・継続する上で医療と介護を切れ目なく提供できる仕組みが求められている。

## (2) 訪問看護と連携

地域包括ケアの構築において重要な連携拠点としての役割が期待される中でどのような連携が必要また中での課題について都内の機能強化型訪問看護事業者へのインタビュー調査を行った。

### ■インタビュー対象事業所のプロフィール

- ・場所：東京都板橋区
- ・指定：機能強化型訪問看護ステーション 2、24 時間対応体制加算、特別管理加算等
- ・職員数：常勤看護師 5 名、非常勤看護師 5 名、非常勤リハビリスタッフ 2 名、併設居宅介護支援事業所：居宅介護支援専門員 1 名 事務スタッフ：1 名 合計従業員数 14 名
- ・利用者数：100 名弱 月間の訪問件数約 600～630 訪問（医療：30%、介護 70%）
- ・年間の看取り件数：50 件（在宅がん医療総合診療料対象者も含む）
- ・ICT 導入：記録、請求等については ASP 型の請求ソフトと紙カルテを併用。  
院内の情報連携については、グループウェアを導入。  
院外との情報連携については SNS タイプの情報共有システムの運用を検討している。
- ・情報機器：常勤職員については、ipad mini を利用。非常勤スタッフは共有の携帯電話および Ipad mini を利用している。
- ・看護師の平均年齢：39 歳

### ア. 業務と組織運営

訪問看護の日常業務については、一般的に以下の流れの中で提供される。

- ・朝礼（ショートカンファレンス）、情報共有
- ・移動
- ・訪問し、看護サービスの提供
- ・次の訪問へ移動 ～1 日平均 4～5 件程度 合間に食事・休憩など訪問終了後、記録、日報作成、情報共有（所内、所外）の実施

この間に居宅介護支援専門員からの連絡・相談への対応、新規相談への対応（サービス担当者会議や退院前カンファレンス）、月末、月初については請求関連業務が発生する。1 日の業務の中で、発生頻度が大きいのは看護記録の記載である。記録用紙には、「訪問年月日、病状・バイタルサイン、実施した看護・リハ ビリテーションの内容等（精神訪問看護に係る記録書Ⅱには、訪問先、食生活・清潔・排泄・睡眠・生活リズム・部屋の整頓等、精神状態、服薬等の状況、作業・対人関係、実施した看護内容等）必要な事項を記入」することが求められている。<sup>6</sup>

<sup>6</sup>社会保険研究所「訪問看護業務の手引き」

インタビューを行った当該事業所については、請求システムについては ASP 型システムを利用し、看護記録については複写式の用紙を利用している。また、院内の状況共有ツールとして、携帯電話等でも利用可能なグループウェアを活用している。ステーション外の施設との連携については、特に ICT システムは用いておらず、電話、FAX 等を中心とした連携となっている。

## イ. 医療との連携

### i) 連携先医療機関数

当該事業所の連携医療機関は、月平均で 56 事業所（平成 27 年 2 月実績）であった。主治医が病院の担当医であるケースと、在宅医（訪問診療実施医療機関）であるケースでは共有する情報についても内容が異なっている。病院の担当医については 25 事業所、在宅の担当医については 31 事業所であった。医療機関 1 施設あたりの担当患者数は平均で 1.8 人であった。病院担当医のケースは 1 施設平均 1.6 人、在宅医のケースは 1 施設平均 2.0 人を担当していた。このうち最も担当患者数が多い事業所については 1 施設あたり 25 人であった。（※ただし特別な関係にある（同一法人等の場合）医療機関ではない。）

### ii) 連携する情報内容

主治医が病院の担当医の場合、主には退院時の情報共有（退院サマリーや看護記録等）の連携が中心となっており、医師との直接の連携ではなく病院の退院調整部門や病棟の退院調整看護師、あるいは文書係等との情報の共有が中心であった。これに対して主治医が在宅医である場合、日々の状態観察や訪問診療時の記録・指導内容（居宅療養管理指導）、処方内容（処方が変更になった場合の理由等も含む）、検査結果等の内容、ご家族へのインフォームドコンセントの状況（ターミナル期の場合等）、次回訪問時の注意事項等が主な共有事項として挙げられた。

### iii) 情報共有の方法

情報共有の方法については、訪問看護側では複写式用紙で訪問時の実施記録を記載し、利用者宅にあるファイルに綴じ、必要に応じて利用者はそれを確認することが出来る。利用者が直接情報を確認することに配慮が必要な情報（例えば、インフォームドコンセント等が終わっていない情報等）については、事務所側で保管するカルテ用紙のみに記載するものとしている。また、緊急性のある情報については、適宜担当者が医療関係者と連絡をとり（主に電話等）即時の対応ができるよう対処している。

ターミナル期の利用者の場合、情報共有の密度、内容、頻度等が増加するため主治医側からは診療記録の共有（インターネット FAX 等による書面での共有）があり、訪問看護側からも電話、FAX などで密接な情報連携をする。患者数が多い事業所については、共通の情報共有システムの利用も検討していたが、「相互の ICT システムが異なること」「利用者（患者）の入れ替わり頻度が多いこと」「カルテシステム・請求システム等からの「転記の手間」が発生すること」「全ての職員が情報端末（タブレット PC やスマートフォン）を有している訳ではないこと」「現在の情報連携の方法（電話、FAX 等）で不足を感じていないこと」等を理由に導入を見送っている。

### iv) 情報共有の課題

a) 法人間連携における課題

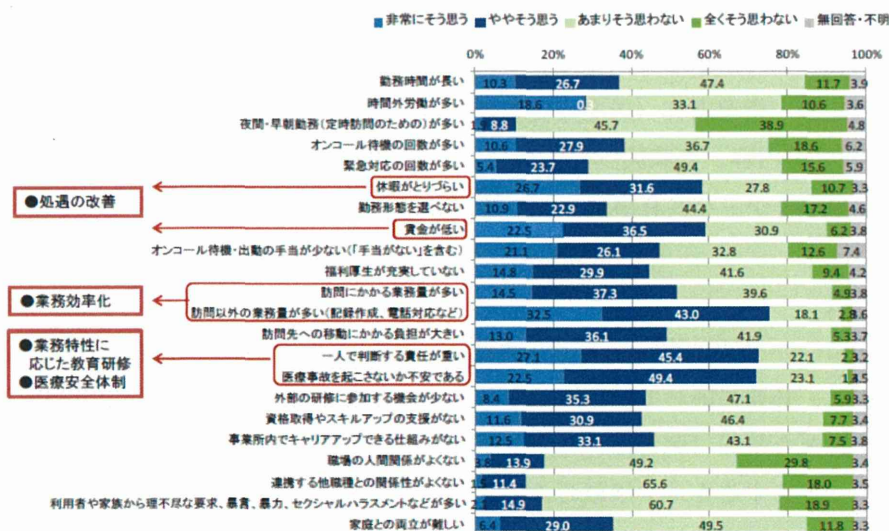
連携事業所数が56事業所(56法人)あり、その全てについて密接な情報連携が必要とされる訳ではないが、事業体が異なるため、それぞれ利用しているシステムのプラットフォームが異なる。これを共通した基盤に移し替えていくことは実質的に困難である。また、利用者の情報についても、i) で指摘した通り1事業所あたり平均1.8人程度しかない。一部事業所については、25人の患者情報の共有が必要となってくるが、それ以外の事業所については利用頻度が限られてくる。

b) 業務ソフトの課題

訪問看護事業は、介護保険・健康保険双方を利用できるサービスである。このため、一時情報を入力するプラットフォーム(看護記録等)についても介護保険、健康保険双方の仕組みに対応したシステムである必要がある。一方で、医療機関については健康保険に基づいたシステムプラットフォーム(データのプラットフォーム)が前提となる。つまり、介護情報、医療情報を共通データ交換規格が必要になるが、現時点でデータ交換規格は検討段階にあり<sup>7</sup>、環境が整備される間については、業務ソフトとは異なった別システムでの情報共有を進める必要がある。

ただし、この際に情報共有のための情報を作成する必要が発生するため、情報を転記する手間が医療機関と訪問看護ステーション双方(あるいは訪問看護ステーション側)に発生する可能性がある。

図5-6 訪問看護業務に関する負担感<sup>8</sup>



ウ. 介護との連携

i) 連携先介護施設数

居宅介護支援事業所の他に、利用者がそれぞれに利用する居宅系介護サービス(訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハ、短期入所生活介護等)の事業者との連携が必要となるケースがある。特に密接な連携が必要となるのは、居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員である。当該事業所では、介護保険の訪問看護利用者が78名(104名中)であり、居宅介護支援事業所は35事業所が関与していた。居宅介護支援事業所1施設あたり、2.2名の利用者を担当している。併設の居宅介護支援事業

<sup>7</sup> 東京大学高齢社会総合研究機構「宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究報告書」(2014)

<sup>8</sup> 日本看護協会「2014年訪問看護実態調査」(速報値)

所を除き、件数が最多の事業所は5名分を担当していた。また担当者ベースでの最多件数は、4名分であった。

#### ii) 連携する情報内容

居宅介護支援専門員との間で連携する情報内容については、生活支援の内容よりも健康管理上の課題として特別に変化があったときの情報、緊急訪問等を伴った場合の状況の報告、訪問の変更、医師を始めとした医療機関からの情報提供、薬剤師等との情報共有、他のサービス事業所でのサービス内容等について、家族との調整内容、その他訪問に伴って発生した情報等が挙げられる。

生活の情報や社会的支援（ソーシャルワーク）としての情報がより密度高く要求されると共に、医療機関と居宅介護支援事業所、またその他の介護サービス事業者との情報連携をする際の接合点となるケースが見られる。

#### iii) 情報共有の方法

主として居宅介護支援事業所とは電話連絡、FAXでの連絡が中心である。メール等を用いるケースはほぼ無い。情報共有ソフト等については導入している事業者は無く、現時点では事業所との連携を行う予定などは無い。また居宅サービス提供事業者（主に訪問介護員）等については、訪問看護ステーション発の情報としては、訪問記録の複写用紙を利用者宅に置くことによって、居宅サービス提供事業者発の情報については、利用者宅の連絡ノート等を用いて情報を共有することがある。ただし、全ての事業者ではない。

#### iv) 業務ソフトの課題

業務ソフトについては、介護保険サービスとして提供した先との情報共有となる。しかし、介護保険サービスシステムにはそもそも共通した情報規格が存在していない。このため情報連携についても、外部システムへの接続（情報連携システム）あるいは同一システムの利用（同一メーカーのシステム利用）といった形で検討を進めていく必要がある。

しかしながら、当施設については居宅介護支援事業所あたりの利用者数の最大値5名、平均2.2名であるため、システムの変更を関係する事業者を含め全面的に転換していくには規模の費用対効果に不安がある。

## 2. 訪問看護と情報連携の現状と今後の課題

### (1) 地域連携とICTシステムの展望

訪問看護ステーションが今後、地域包括ケアシステムの基盤的事業へと展開していく可能性が高いものの、ICTシステムによる補完は現時点では実証試験段階にある。その上での課題は、

- ア. 共有すべき情報の内容の規定
- イ. 基本情報の作成と管理
- ウ. 費用負担
- エ. ICTリテラシーの向上などが挙げられる。

### (2) 今後の課題

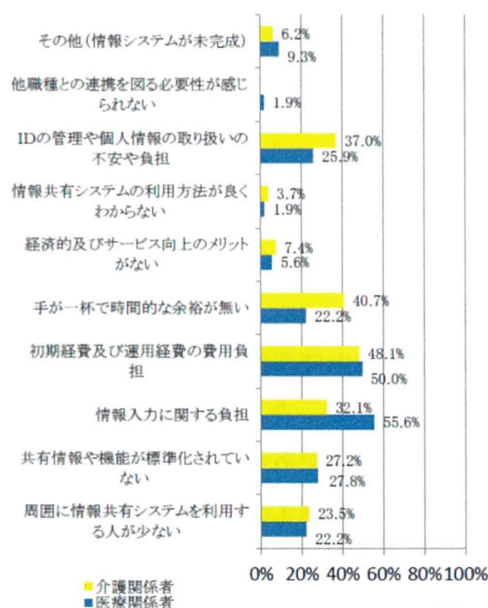
- ア. 情報内容の規定

東京大学高齢社会総合研究機構による調査「在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究報告書」(2014)においては、共有すべき情報のガイドライン案が示されている。(※共有すべき情報の詳細については後述) 患者基本情報 33 項目、医療に関する情報 59 項目、介護・生活に関する情報 71 項目、診療・ケアに関する情報 51 項目となっている。ガイドラインにおいて示された項目は合計で 214 項目に及ぶ。但しこのうち選択的項目と基本的項目があるので、全ての情報を満たす必要がある訳ではない。

ガイドラインに基づく情報共有基盤に則り、各事業者が運用するシステムから情報の共有を推進していくことが求められている。ただしこれらの情報について、定期的に更新すべき情報また基本項目等については、情報の初期取得者がそれぞれ異なる。また情報を「判断する際の客観的基準」についての共有がなされていなければ、情報の正確性を担保することが困難となる。

また、ガイドラインに沿った情報共有システムおよび、各事業所で用いられている業務システムの整備が求められるところであるが、現行のシステムからの切り替えを検討する必要があることを前提とすると切り替えに係るスイッチングコスト(経済的コスト、人的コスト)を各事業者が負うことについては議論の必要がある。

図 5-7 情報連携システム導入に関する課題<sup>9</sup>



#### イ. 基本情報の作成と管理

介護保険サービスの場合、居宅介護支援事業所ないしは施設・地域包括支援センターの居宅介護支援専門員等に情報は集まり易い。しかしながら医療に関連する情報については、主治医からの発信が多くあるものと考えられる。加えて、居宅サービスを導入している利用者でも、通所サービスのみの利用者と訪問サービスのみの利用者では集約できる情報の量・質が異なる可能性が高い。この意味において、基本情報の一次情報を誰が作成するのかについては、運用上複雑な問題が発生する。

複数の事業者が異なった形での関与の方法をする場面において、複数の事業者が同様の情報作成権限・更新権限を有している場合、情報の正確性・網羅性が担保されない可能性がある。この意味において基本情報の作成権限については情報連携システムを導入する事業者間での調整(方針決定)が必要であろう。

<sup>9</sup>東京大学高齢社会総合研究機構による調査「在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究報告書」(2014)



同様に、情報の更新についても「誰が」更新するののかについての設計は重要である。例えば「住所などの基本情報」についても、「引っ越しがあった」場合などに誰が「住所地」の更新責任者となる必要があるのか。更新権限が等しく事業者に割り当てられた場合、「情報が更新されていないこと」に伴う事業提供上の過失が発生した場合（例えば上記の住所誤りに伴い訪問先を誤った場合の責任の所在等）などの課題についても精査が必要である。基本情報以外の医療、介護等に関する情報についても同様の問題の発生が想定され、リスクがおよび範囲や影響内容は大きくなりやすい。この意味において、情報の作成権限者、更新権限者等についても整理が必要である。

#### ウ．費用負担

多くの情報連携システムと同様に費用負担の課題がある。訪問看護ステーションにおけるシステム関連投資については、「業務システム（請求・記録）」「情報通信機器（PC、携帯電話、場合におうじてタブレット PC 等）」などが挙げられるが、加えて「情報共有システム」の費用負担を想定することが難しい。訪問看護ステーションの事業所当たりの事業収入の平均は 2,395 千円／月に対して、事業費用が 2,275 千円／月、事業収支は 120 千円／月となっている。<sup>10</sup>この平均収入の中で、情報共有システムの利用料が新たに発生することは、仮に 10 千円／月であったとしても経営への影響は、▲0.4%と大きい。

小規模事業所の多い訪問看護ステーションにおいて、運営上積極的な必要性が少ない情報共有システムへの投資は、少額であったとしても「投資コスト」に位置付けられると評価することが出来る。この意味において、情報共有システムの利用料負担については十分な検討が必要となる。また情報共有のデバイスについて、PC（インターネット）、携帯電話（WEB 機能）、タブレット PC、FAX、連絡ノート等が挙げられるが、このうち携帯電話（WEB 機能）やタブレット PC の導入状況に応じ、情報連携の即時性についても影響が及ぶ。

#### エ．ICT リテラシーの向上

訪問看護ステーションの情報共有については、ICT リテラシーも一つの乗り越えるべき課題となる。訪問看護ステーション内での情報連携については、課題が少ないとする調査報告<sup>11</sup>もあるが、一方で情報連携先の介護事業所については、電子メールの利用等についても利用頻度が少なく、主に電話や FAX 等を通じた情報共有となっている。

連携事業所間でのデジタルデバインドが存在している中で、情報連携手法についても選択の幅が限られたものになるものと考えられる。この意味において、地域全体での ICT リテラシー向上にむけた検討が必要と考えられる。

また、厚生労働省アフターサービス推進室「活動報告書」（2014 年 3～6 月）の訪問看護ステーションの事業運営に関する調査では、訪問看護ステーションの ICT 化について次のような意見も見られた。「紙の書類は減るどころか、増える傾向にあるが、報酬請求を IT 化するメリットは感じられない（多くのステーション）。」「ISDN を嫌って、介護報酬の請求も紙媒体で提出する訪問看護ステーションがある。<sup>12</sup>中堅規模のステーションでも、報酬請求の紙が毎月、数千枚に上る」

<sup>10</sup> 厚生労働省「介護事業経営実態調査 平成 26 年度」

<sup>11</sup>株式会社シードプランニング「在宅看護・介護分野におけるIT活用研究会」（2014）

<sup>12</sup> 介護報酬のレセプト請求は伝送請求となっており、平成 26 年 10 月までは ISDN 回線経由で伝送を実施する必要があった。事業所単位で ISDN 回線を導入しているケースや、ソフトウェアベンダー側が自社の ISDN 回線を経由して伝送請求をできるシステムを構築しているケースがある。平成 26 年 11 月からはインターネット回線（光回線や ADSL 回線等）を経由しての請求も可能となった。

作成する書類・様式等について ICT 化の必要性を感じているが、それらの効果的な利用・運用方法について十分にメリットを感じられていないケースもあるようだ。メリットの享受（理解）についても、一定の ICT リテラシーが必要であると考えられることから、ハード面（デバイス等）の拡充と共に、ソフト面（利用する事業者側のリテラシー）の充実に向けた取組が並行して必要なものと考えられる。

### (3) 訪問看護ステーションにおける情報ネットワークの役割

地域包括ケアの基盤的施設として、訪問看護ステーションの果たすべき役割は重要性を増すが、一方で都市型の事業所間連携においては、情報ネットワークの構築に向けた課題も多い。すでに指摘した通り、情報共有の規格や ICT のリテラシー、また費用負担の問題などもあるが、加えて都市部において困難なのは、「法人間連携」の発生頻度が高い点である。特に介護事業者については、営利法人も含め多様な運営主体によりサービス提供がなされており、その規模（従業員数等）も多様である。

このため、都市部におけるサービス提供は事業者の組み合わせが、極めて多様性に富むこととなる。即ち情報ネットワークを構築する対象者、範囲の設定を小ロットで複数個設定しなければならない。個人情報の共有範囲については、都度設定する必要があるが、作業負担も高く条件の設計も容易ではない。特に利用者の入れ替わりが多い事業者（ターミナル期の利用者が多い訪問看護ステーション等）については、1月に新規利用者が複数人発生し、都度基礎的な情報の入力やプラットフォームの設計が必要となる。こうした情報共有の前段階における事務的成本（経済的コスト、人的コスト）についての負担軽減策が講じられていかなければ、現場で実務的に運用していくことは困難であるものと考えられる。

訪問看護ステーションについては、現時点においても、「事務作業負担が多いこと」が運営上の課題としてあげられている。これに加えて多事業者との情報連携を推進する新たな事務作業負担が発生することにつき、課題は多いものと推察される。情報連携のみに限らず、事務作業負担を軽減するための仕組みの構築が、ネットワーク構築にも必要とされるだろう。訪問看護のサービス提供体制や、事務作業負担に関する精査と、またその軽減対策として引き続き ICT の利活用上の課題解消にむけ、検証を行っていく必要がある。

<参考資料>

東京大学高齢社会総合研究機構による調査「在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究報告書」より

■ 患者属性に関する情報項目 (33項目)

No	中項目	小項目	区分
1	基本属性	氏名(よみがな)	基本
2		性別	基本
3		生年月日	基本
4	住所	郵便番号	基本
5		住所	基本
6	電話番号	自宅	基本
7		携帯	選択
8		FAX	選択
9	介護保険	保険者名	基本
10		保険者番号	基本
11		被保険者番号	基本
12	医療保険	保険者名	基本
13		保険の種類	基本
14		被保険者番号	基本
15		手帳の記号	選択
16		番号	選択
18	公費情報	種別	選択
19		受給者番号	選択
20		負担者番号	選択
21		認定年月日	選択

No	中項目	小項目	区分
22	障害認定	受給者証番号	選択
23		障害程度区分	選択
24		支給市町村名	選択
25		支給市町村番号	選択
26	要介護認定	要介護度	基本
27		認定有効期間	基本
28		認定状態	基本
29	現在の仕事/経済状況	選択	
30	性格/趣味	選択	
31	喫煙/飲酒	選択	
32	眼鏡/コンタクト	選択	
33	補聴器/歩行器/杖	選択	

No	中項目	小項目	区分
1	家族基本	氏名(よみがな)	基本
2		続柄	基本
3		生年月日	選択
4		同居区分	基本
5		病気の有無	選択
6		構成図	選択
7	家族住所	郵便番号	選択
8		住所	基本
9	家族連絡先	電話番号	基本
10		FAX	選択
11	家族介護力	健康状態	基本
12		介護可能時間	選択
13		経済状況	選択
14	役割	種別	基本
15		氏名(ふりがな)	基本
16		連絡先(電話番号)	基本
17	同居	種別	選択
18		駐車場有無	選択
19		段差の有無	選択
20		手摺の有無	選択
21		居室階数	選択
22		暖房の有無	選択
23		日当たり状況	選択

■ 医療に関する情報項目 (59項目)

No	中項目	小項目	区分
1	医科	種別	基本
2		医療機関名	基本
3		診療科目	基本
4		担当医師名	基本
5		連絡先	基本
6	歯科	種別	基本
7		医療機関名	基本
8		担当歯科医師名	基本
9		連絡先	基本
10	薬局	種別	基本
11		薬局名	基本
12		担当薬剤師名	基本
13	既往歴	診断日付	基本
14		診断名	基本
15	現在の疾患	診断日付	基本
16		疾患名	基本
17		特定疾患名	基本
18		不整脈の有無	基本
19	重要事項説明(医科・歯科)	病態変化時の対処	基本
20		留意すべきこと	基本
21		指示したこと	基本

No	中項目	小項目	区分
22	装着・使用医療機器	機器名	選択
23		使用頻度・回数	選択
24	閾値	状態変化の警報閾値	選択
25		種別	選択
26	感染症	伝達事項など	選択
27		種別	基本
28	アレルギー	伝達事項	基本
29		検査日	選択
30	検査記録	検査機関名	選択
31		身長	選択
32		体重	選択
33		生化学検査項目	選択
34		血清・血液学検査	選択
35		検査報告内容	選択
36	入院の記録	入院日	選択
37		退院日	選択
38		医療機関名	選択
39		診療科	選択
40		担当医師	選択
41	今後の方針(医科・歯科・薬)	治療・ケアの方針	基本
42		看取りの方針	基本
43		本人・家族の意向	基本
44		主訴・問題点	基本
45		予後・余命、理解	基本

No	中項目	小項目	区分
46	特別な医療処置	種類	選択
47		説明	選択
48	歯科	過去1年の歯科受診の有無	基本
49		歯科診療・処置(義歯・歯周病)の状況	基本
50		専門職による口腔ケアの状況	基本
51		摂食・嚥下や食形態等の指導に歯科医師が参加	基本
52		歯科専門職の連携状況	基本
53	薬	薬品名	基本
54		副作用	選択
55		調剤日・調剤方法	選択
56		処方者名	選択
57		処方医療機関	基本
58		剤形	選択
59		服用内容(回数、時期)	選択

■介護・生活に関する情報項目（71項目）

No	中項目	小項目	区分	No	中項目	小項目	区分	No	中項目	小項目	区分
1	ケアサービス計画	総合的な援助の方針	基本	18	生活機能 (認定調査)	移乗	選択	38	精神・行動障害 (認定調査)	物を取られたなど被害的になること	選択
2		生活全般の課題ニーズ	基本	19		移動	選択	39		作話をする事	選択
3		援助目標(長期)	基本	20		嚥下	選択	40		泣いたり笑ったりして感情が不安定なこと	選択
4		援助目標(短期)	基本	21		食事摂取	選択	41		昼夜の逆転があること	選択
5		麻痺等の有無	選択	22		排尿	選択	42		しつこく同じ話をする事	選択
6	身体機能 (認定調査)	関節の動く範囲の制限の有無	選択	23		排便	選択	43		大声を出す事	選択
7		寝返り	選択	24		口腔清潔	選択	44		介護に抵抗すること	選択
8		起き上がり	選択	25		洗顔	選択	45		家に帰るなどと言いつつ落ち着きがないこと	選択
9		座位保持	選択	26		洗髪	選択	46		一人で外に出たがり目が離せないこと	選択
10		両足の立体保持	選択	27		上着の着脱	選択	47		色々なものを集めたり無断で持ってくる事	選択
11		歩行	選択	28	ズボン等の着脱	選択	48	物を壊したり衣類を破いたりすること	選択		
12		立ち上がり	選択	29	外出頻度	選択	49	ひどい物忘れ	選択		
13		片足での立ち居保持	選択	30	意思の伝達	選択	50	意味もなく独り言や一人笑いをする事	選択		
14		洗身	選択	31	毎日の日課の理解すること	選択	51	自分勝手に行動すること	選択		
15		爪切り	選択	32	生年月日と年齢を言うこと	選択	52	話がまとまらず会話にならないこと	選択		
16		握力	選択	33	短期記憶	選択					
17		聴力	選択	34	自分の名前を言うこと	選択					
			35	場所の理解	選択						
			36	徘徊	選択						
			37	外出すると戻れないこと	選択						

■介護・生活に関する情報項目（71項目）

■診療・ケアに関する情報項目（51項目）

No	中項目	小項目	区分	No	中項目	小項目	区分	No	中項目	小項目	区分
53	社会生活に 適応に 関すること (認定調査)	薬の内服	選択	1	診療・処 置	実施日時	基本	29	排泄	実施日時	選択
54		金銭の管理	選択	2		診療状況	基本	30		排尿量	選択
55		日常の意思決定	選択	3		処置状況	選択	31		排便量	選択
56		集団への不適応	選択	4		症状・痛み	基本	32		便の硬さ	選択
57		買い物	選択	5		皮膚の状況・処置内容	基本	33		緩下剤の使用状況	選択
58	日常生活 自立度	簡単な調理	選択	6	バイタル	実施日時	選択	34	生活	失禁の有無	選択
59		電話の利用	選択	7		血圧	選択	35		睡眠状況	基本
60		障害高齢者日常生活自立度	選択	8		脈拍	選択	36		入浴状況	基本
61	認知症高齢者日常生活自立度	選択	9	呼吸	選択	37	栄養状況	基本			
62	FM	評価日	選択	10	残薬状 況・服薬 指示	体温	選択	38	ケア サービス	悩み・希望	基本
63		セルフケア	選択	11		SpO2(動脈血酸素飽和度)	選択	39		事業所名	基本
64		排泄	選択	12		実施日時	基本	40		担当者名	選択
65		移乗	選択	13		服薬管理指導内容	基本	41		職種	選択
66		移動	選択	14		残薬状況	選択	42		連絡先	基本
67	認知機能 検査	コミュニケーション	選択	15	口腔ケ ア	服薬の効果	基本	43		利用年月日	基本
68		社会認識	選択	16		実施日時	基本	44		利用開始時間	選択
69		評価日	選択	17		摂食・咀嚼状況	基本	45		利用終了時間	選択
70	HDS-R	選択	18	嚥下・構音・唾液分泌状況	基本	46	介護保険給付の有無	選択			
71		MMSE	選択	19	保清・保湿状況	基本	47	サービス種類	選択		
			20	義歯の有無	基本	48	サービス内容	基本			
			21	頻度	基本	49	サービス名称	選択			
			22	回数	基本	50	利用回数	選択			
	食事・水 分			23		実施日時	選択	51		利用者の状況	基本
				24		主食量/副食量	選択				
				25		水分・点滴量	選択				
				26		食形態	選択				
				27		状態	選択				
			28	食事制限	選択						

## 第6章 大都市部における医療・介護連携のあり方と情報ネットワークの位置づけ

早稲田大学人間科学学術院教授 植村尚史

### はじめに

第3章で述べたように、医療、介護の両面から、政策的な要請として、医療と介護の連携が求められるようになってきている。しかし、現実には、医療保険と介護保険という制度の違い、専門職間で必要とする情報の違い、アプローチの方法論の違い等の理由によって、有効な情報共有システムのモデルさえつくられていない状況にある。有効に機能している情報ネットワークシステムの数少ない例をみると、ほとんどが医療と介護の事業統合や系列化と密接な関係にある。地域の中核病院が、退院後地域に帰った患者に対し、医療、介護を通じた総合的なサービスを提供するため、事業を拡大、あるいは、事業者を系列化して、グループ内で利用者(患者)情報を共有して統合的なサービス提供につなげるための道具として情報ネットワークシステムを活用するという形態である。

しかし、大型の急性期病院が林立し、地域中核病院という存在がづくりにくく、かつ、多くの介護サービス事業者が競合する大都市部では、このようなグループ化、系列化は進みにくい。大都市部では、訪問看護ステーションが普及しており、これを中核とし、小規模地域を対象とした医療、介護連携の可能性はあるが、訪問看護ステーションがサービス全体の調整をすることについては、医師側からは、「医師の積極的な関与が必要である」という意見があり、ケアマネージャーからは「多様なサービスの選択が阻害される恐れがある」といった意見がある。すでに多くの事業者が、医療、介護サービスを独立して提供している現状が確立している大都市部においては、どこかの事業者が事業全体を調整する形でネットワークシステムを構築することには抵抗があり、当面は、多様な主体が協働して包括的ケアを提供している形態を目指し、それを支える情報ネットワークシステムを考えていくことが適切である。

本章では、このような観点から、大都市部における情報ネットワークシステムのあり方を検討することとしたい。

### 1、大都市部における医療・介護連携のあり方

#### (1) 医療・介護連携の政策的位置づけ

第3章で述べたように、医療・介護政策においては、「地域包括ケアシステム」の構築が重要な課題となっている。「地域包括ケアシステム」とは「医療、介護、介護予防、住まい、日常生活の支援」の5つのサービスが包括的に提供されることで、住み慣れた地域でターミナルまで暮らし続けることができるようにしていくことができる体制をいう。なかでも、医療と介護のサービスが一体的に提供されることは、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていくための基盤である。政策の動向については、第3章に述べたところであるが、医療政策側からは早期退院の促進のために、介護政策側からは施設から在宅への政策実現のために、医療と介護が連携して包括的なサービスを実施することは重要な要素となっている。大都市部においては、「地域包括ケア病棟」な



どの亜急性期の患者を受け入れる病棟の普及が見込めないことから、亜急性期から在宅で療養し、ターミナルケアを受ける状況になったり、病状が一時的に悪化しても、できるだけ在宅で治療を受けながら生活できる体制の必要性がより強く求められる。対象となる利用者(患者)は、多くの場合高齢者であり、医療と介護のニーズを併せ持っている。このような高齢者が、在宅で生活し続けるには、医療と介護のサービスが、切れ目なく、包括的に提供されることが必要であり、そのためのシステムづくりが求められている。

このように、高齢者の在宅療養の体制をつくって行くことが求められる中で、医療・介護連携体制の構築が求められていることから、より実践的な連携が意識されている。連携の第一段階は、関係者あるいは関係団体の代表者が一堂に集まって地域の医療、介護事情に関する認識を共有するといったものであるが、それだけでは、個々の現実のケースについて、これに関わる事業者、専門職が整合的で包括的なケアを提供できるようになるわけではない。新しく介護保険の包括的支援事業に「在宅医療・介護連携の推進」が加えられたが、ここで想定されているのは、第一段階の連携が中心である<sup>1</sup>。しかし、厚生労働省は、「在宅医療・介護連携の推進」の例として、「24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）」という事項も挙げている<sup>2</sup>。主治医・副主治医制は、複数の医師が協働して患者を受け持つことによって 24 時間 365 日の在宅医療を可能にしようというものであるが、介護保険の保険者事業としてこれが例示されていることで、介護サービスにおいても同じような体制をとることを進めていこうという厚生労働省の考え方を読み取ることができる。

## （2）医療・介護連携の課題

医療・介護連携といっても、医療と介護はそもそも制度の建て方が異なっている。医療は、医師が診断、治療方針の決定、治療行為のすべてを担うことが前提となっており、保険給付も、疾病の状態に適合したサービスが現物で給付されることになっている。現物給付であるため、給付対象かそうでないかという区別があるのみで、原則として、利用上限の設定とか保険と保険外の医療がミックスで行われるということは存在しないことになっている。これに対し、介護は、自己選択が前提で、ケアマネジャーは自己選択の支援をするという立場でしかない。このため、保険給付も、個々の利用者に最適な介護サービスのパッケージを提供するという考え方ではなく、利用したサービスの費用負担を軽減するという仕組みになっている。自己選択が前提であるため、過剰利用を規制する必要がある、利用の上限や条件が設定されている。

こうした制度の建て方の違いは、専門職の養成や行為の制限など専門性のあり方、事業主体や指導のあり方など、様々な面で両制度間に「壁」をつくってしまっている。しかし、在宅で長期にわたって医療・介護サービスを受けながら生活するという高齢者が増加し、「地域包括ケア」とか医療・介護連携が叫ばれるようになると、制度の「壁」を越えて、統一的なサービス提供が求められるようになる。介護サービスにも最適なサービスパッケージを提供するという考え方を導入せざるを得なくなり、医療サービスにも、病状の改善だけでなくQOLの向上という視点を取り入れて行くことが求められるようになる。ところが制度の構造は容易に変えることはできず、それぞれのサービスに従事する人達の意識や行動も永年しみついたものから脱皮できない。

このような中で、医療・介護連携が「地域包括ケアシステム」確立への基盤として位置づけら

<sup>1</sup>本報告書第3章参照

<sup>2</sup>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」4ページ

れ、政策的に進められている。しかし、制度は容易に変わらないため、制度の違いは、現場の工夫によって乗り越えることが求められる。これが「地域の実情に応じた形で」という厚生労働省の方針となっているわけである。しかし、現場で、医療・介護サービスに従事する専門職が、個々の利用者(患者)の事情に応じて、制度の壁を越えた連携関係を構築するということがかけ声だけでできるわけではない。上意下達のタテの関係で「連携」を確保しようとするれば、事業体の統合、系列化の方向に向かわざるを得ないし、対等の関係を維持しようとするれば、少なくとも、情報を共有し、頻繁な意見交換ができるプラットフォームが必要になる。

### (3) 医療・介護連携モデルとその実状

医療・介護を通じて包括的にサービスを提供する形態としては、2つの形態が考えられる。1つは、ある事業体を中心として、医療・介護サービスを一体的に提供するか、いくつかの事業者を系列化して包括的なサービスを提供する形態である。(以下、このような例を「事業統合型モデル」と呼ぶこととする。) もう一つは、いくつかの独立した異なる分野の事業者や専門職が対等の関係で連携し、同じ利用者(患者)に対して、同じ目的を持って、それぞれの立場で、お互いに連絡を取り合いながら医療、介護サービスを提供していく形態である。(以下、このようなモデルを「多職種連携型モデル」と呼ぶこととする。)

しかしこれらは、いずれもモデルであって、現実にこのような形態でのサービス提供システムが普及しているわけではない。「事業統合型モデル」は、これまで展開しているのは地域中核病院を中心とした地方型のモデルであり、大都市部には適合しない。大都市部においては、訪問看護ステーションを中心とした事業統合モデルが考えられている。これは、厚生労働省が想定している複合型サービスモデルの変形ともいえるものであるが、現実に稼働している例はわずかである。「多職種連携型モデル」は、多くの事業者、専門職が、個々の利用者(患者)に関わる形態であるが、統一的なマネジメントがなされなければ、包括的なケアは実現できない。しかし、第3章で述べたように、現状では、制度的な包括ケアマネジメントは定められておらず、医療、介護の一体的なマネジメントができる人材の養成もない。

「事業統合型モデル」にしても、「多職種連携型モデル」にしても、多くの専門職が一人の利用者(患者)に対し統一的な方針の下でサービスを提供しようというものである以上、利用者(患者)の状況や提供されたサービス内容等を関係者が共有するための情報システムが欠かせない。しかし、その位置づけは異なる。「事業統合型モデル」では、グループ内でサービス提供の統一方針が決まっており、それを効率的に進めるための情報伝達ツールとして情報ネットワークシステムが存在するのに対し、「多職種連携型モデル」では、対等の各専門職が常時相談してサービス提供方針を確認し合う必要があり、情報ネットワークシステムはそのための情報共有ツールとして位置づけられる。このため、単に利用者(患者)の状況を伝達するだけでなく、方針を決定するための協議の手段ともなり得るものであることが求められる。

厚生労働省がモデル事業として行っている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～)においては、一部で医療・介護連携を謳った情報共有のネットワーク事業が実施されていると報告されている。しかし、これらの多くは、1病院、1診療所が、自分の施設と介護サービス事業者をつなぐという形態のものであり、「事業統合型モデル」の変形であって、地域への広がりが見られない。「多職種連携型モデル」を想定した取り組みとして、医師会等が中心になって、地域の多くの事業者、専門職、関係機関をネットワークでつなごうという