試みも一部にはあるが、まだ、関係者による協議が行われている段階で、ネットワークが本格的に稼働している例は見つけられなかった。

（４）新宿区の特徴と課題

平成 26 年度における本研究で実施した新宿区における急性期病院の退院調整部門に対するヒアリング及び本年度に実施したケアマネジャーに対するヒアリングから判明した新宿区の在宅療養体制に関する特徴としては、以下のような点が挙げられる[3]。

○急性期病院から在宅への復帰、リハビリ病院等への転院は、比較的スムーズに行われている。
○退院後も同じ急性期病院に通院し続ける患者が多い。
○区内の急性期病院からかかりつけ医への連絡は比較的うまくいっている。
○急性期病院から、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネージャーへの連絡、情報伝達経路が別々で、相互の連携は退院後に行われる場合が多い。

また、平成26年度における本研究で実施した新宿区における在宅支援診療所の医師へのヒアリング及び本年度に実施したケアマネジャーに対するヒアリングから、医療・介護連携の現状と課題は、以下のようにまとめることができる[4]。

○介護サービスに関しては、ケアマネージャーにすべての情報が集まるようになっており、ケアマネージャーを窓口にすれば他職種との連携は可能。
○ケアマネージャー側の認識としては、在宅支援診療所や訪問看護ステーションにケアマネージャーを置かなくても、医師や訪問看護師とケアマネージャーとの連携はうまくいっている。
○ただ、医師側に介護との連携についての認識に差があり、全く関心を示さない医師もいる。
○ケアマネージャーからケア会議の連絡があっても、かかりつけ医の参加できない時間帯で設定されており、会議に参加できないことが多いとの声が医師側にはある。
○ケアマネージャーがかかりつけ医に連絡を取りたくても、医師が業務多忙で、タイムリーに連絡がとれないため、対応が遅れる場合があるという問題がケアマネージャー側からは指摘されている。
○しかし、利用者(患者)の状態が頻繁に大きく変化するということは少なく、最初に注意事項を医師から指示しておいてもらえれば、ケアマネージャーによるマネジメントで十分に対応できる。緊急時の連絡と適切に情報を伝えることが難しいことだけが問題というのがケアマネージャー側の認識である。

平成26年に実施した新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査(要支援・要介護認定者調査)では、過去 1 年間に入院した経験がある高齢者のうち、退院にあたって困ったことがあったと答えた人は 19.6％で、介護サービスを必要とする高齢者の大部分がスムーズに退院していることが明らか

---

[3] 「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　p　93　及び、本章末の(参考)医療と介護の連携・利用者情報の共有に関するヒアリング調査(ケアマネージャー調査)を参照されたい。
[4] 同上

となった[5]。困った人の相談先としては、36.8％はケアマネージャー、14.0％が地域包括支援センター(新宿区では高齢者総合相談センター)と答えており、かかりつけ医(3.5％)や訪問看護ステーション（回答なし）を大きく上回っている。このことは、退院時においても、医療の継続よりも介護サービスの利用の方が困ったこととして認識されていることを示している。入院していた病院に引き続き通院することになれば医療の継続は心配がないし、病院からかかりつけ医に連絡する場合でもスムーズな引き継ぎが行われれば問題がない。しかし、退院後、自宅で生活するために最適な介護サービスを医療サイドから紹介されることは少ない。このため、介護サービスのコーディネートを、ケアマネージャーや地域包括支援センターに相談することになる。医療と介護の連携は、医療サイドから介護サービスを紹介されることで始まるのではなく、利用者が介護サイドの相談機関等に相談して、介護サイドから医療サイドに連絡を取るという形にならざるを得ない。

新宿区では、訪問看護サービスの普及が進んでいる。第 5 期介護保険事業計画では、平成 26 年度の年間訪問回数を 63,671 回と見込んでいたが、実績は 91,980 回に登っており、これを受けて、第 6 期介護保険事業計画では、平成 29 年度には 151,476 回になると見込んでいる。このように、訪問看護サービスが大きく伸びると見込まれているのは、区内に訪問看護ステーションが数多くあり、さらに新設が予定されているためである。また、新宿区内には、急性期病院を退院した場合とか、ターミナルケアの対象者のように医療依存度の高い利用者に対して、訪問看護ステーションを中心として、相談事業やケアマネージャー機能を含めた総合的なサービスを提供するモデル的な事業体があり、厚生労働省の在宅医療推進事業にも指定されている。これは、訪問看護ステーションを中心とする「事業統合型モデル」の一形態といってよいであろう。訪問看護は、医師の指示の下で行われること、介護保険だけでなく疾病によっては医療保険によるサービスも行われることから、ケアマネージャーのサービスコーディネートだけではコントロールできないところがある。このため、訪問看護ステーションが居宅介護支援事業所の指定も受けて、訪問看護ステーションサイドから、他の介護サービスのコーディメートを行っていく形態が、包括ケアにより近いものとなるという考えもある。しかし、現実には、区全体としては、訪問看護ステーションにケアマネージャーを置く形態は減少しており[6]、モデル的な事業体を除いて、このような形態が普及しているとは言いがたい。

なお、新宿区の一部では、認知症対策の一環として、専門医、かかりつけ医、ケアマネジャーの連携のためのシステムをモデル的に運用しているところがある。フリーソフトを使った共有掲示板の様なシステムで、①患者に何かあったときにすぐに対応できるように、関係者が情報を共有する　②専門の病院に通う間の時期のつなぎとしてかかりつけ医が対応できるようにする　ということが目的である。少人数間の小規模なシステムであるが、「多職種連携型モデル」を目指した情報ネットワークの活用の一形態ともいえる。

2、大都市部における医療・介護連携モデルの実現可能性

（1）訪問看護ステーションを中心とする「事業統合型モデル」と大都市部における実現可能性

[5]新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査報告書P82
[6]本章末の(参考)医療と介護の連携・利用者情報の共有に関するヒアリング調査(ケアマネージャー調査)を参照されたい。

1、（3）で整理した2つのモデルと（4）で整理した新宿区の状況から、これらのモデルの大都市部での実現可能性と課題について整理してみたい。

「事業統合型モデル」は、地域中核病院を中心とした形態と訪問看護ステーションを中心とする形態が考えられるが、前者は地方型、後者は都市型と位置づけることができる。前述の新宿区の状況のように、大都市部では、利用者(患者)が密集して住んでいるために、訪問看護が効率的に行えることから、訪問看護ステーションの開設が進んでいる。また、訪問診療など、在宅医療を積極的に行っている診療所が存在し、医療機関と訪問看護ステーションとの連携も進んでいる。新宿区では、実質的に、各訪問看護ステーションが「地域割り」を行い、訪問対象エリアが重なり競合が生じないように自主的な調整が行われている地域もある。このような地域で生活する、医療、介護両面でのニーズを有する高齢者は、その地域をカバーしている特定の訪問看護ステーションから訪問看護サービスを受けることになる。つまり、利用者(患者)と訪問看護ステーションが1体1の関係で固定されることになる。このため、訪問看護ステーションを中核として、訪問医療や訪問介護をつなぐことが実現しやすいと考えられる。例えば、訪問看護ステーションと連携している在宅支援診療所の医師をかかりつけ医とし、訪問看護ステーションに所属するケアマネージャーのケアプランで介護サービスを受けるようになれば、包括的なケアサービスが実現することになる。

これに近い形態で発展したのが、第5章において述べられているオランダのBuurtzorgである。Buurtzorgは、小さなエリアを対象とし、訪問看護師を中心とする小規模の集団で、医療、看護、介護のサービスのほとんどをカバーしようというものである。対象エリアを絞ることで、一人一人の利用者(患者)にきめ細かく対応することができ、小規模の集団で行うので、連携がしやすく、日本のようなケアマネジャーの存在さえ不要となっている。これは、小規模のエリアに事業が成り立つ程度の利用者が存在することがポイントで、都市部に適したモデルであるといえる。

Buurtzorg は、フランチャイズ制をとり、日本のコンビニのような形で広がっていき、短期間のうちにオランダ全土に普及した。人口密度が高く、平地が多いオランダと異なり、日本では全国に広がるというわけにはいかないと考えられるが、都市部に限ってみれば十分に普及する可能性があるモデルであるといえよう。前述の、在宅医療推進事業に指定されている訪問看護ステーションを中心としたモデル事業は、Buurtzorg を意識したものと考えられる。現状は、ケアマネージャーなどをかかえるBuurtzorgより大きな事業体であるが、訪問看護ステーションの参入が今後も続き、区域割りの調整が進んでいけば、対象地域が小さくなり、訪問看護ステーションもBuurtzorgのような小さな事業体に分かれていくことが考えられる。

しかし、Buurtzorg のような形態が日本で普及するためには、他にも多くの課題がある。オランダでは、医療保険と介護保険という区別はなく、長期のケアは同じ保険制度で提供されている。また、医師と看護師の垣根が低く、看護師が単独でできる業務の範囲が広い。日本の現状では、Buurtzorg のように、看護師集団が多様な業務をこなすという形態は、制度的に難しい。医療保険と介護保険という2つの制度に分かれているため、場合によっては非効率な過剰なサービス提供が発生する可能性もある。オランダでは、Buurtzorg が普及していく過程で、既存の介護サービス事業者が駆逐されるという事態が発生した。それは、既存の事業者が、利用者（患者）のニーズに合ったサービスを提供してこなかったという事情がある。日本の場合、特に大都市部では、既存の介護サービス事業者が多様なサービスを提供し、ケアマネージャーによるサービスコーディネートについての利用者満足度も高い。Buurtzorg のように1事業体にパッケージで医療・看

護・介護サービスをまかせるのではなく、介護は、ケアマネージャーのサポートの下で、自分に合ったサービスを提供する事業者を選択し、医療は大病院に通院するというように、サービスごとに個別に事業者を選択することを希望する高齢者も多い。「自己選択」を建前とする介護保険制度においては、こうした多様な選択を重んじるサービス提供形態を崩すことは難しい。

しかし、第3章で述べたように、地域包括ケアという考え方が導入されたことで、多様な専門職が同一目標の下に利用者（患者）に関わるという形態をもたらし、現実的に「自己選択」が妥当しなくなってきている。「自己選択」が前提なので、別々に選択された専門職が関わることになり、サービスコーディネートや専門職間の情報共有ということが必要になる。そうではなく、「自己選択」よりもＡＤＬの改善など「成果」をだすことが重要であれば、それが最も達成しやすいような仕組みをつくっていけばよい。多くの専門職が連携するという面倒な仕組みよりも、包括ケアをカバーできる小集団にまかせてしまう方が効率的で効果的なケアができるということで、それが社会の要請であれば、制度や専門職の養成はそれに合うように変えればよいということになる。高齢者ケアを巡るこれまでの流れをみていくと、少なくとも都市部においては、訪問看護ステーションを中核とした「事業統合型モデル」＝Buurtzorg モデルは将来の方向性にぴったり合った形のようにみえる。しかし、現実は、そのように合理的に動くわけではない。専門職は既存権益を侵害されることには強く反発するし、リハビリによる介護予防よりも家事援助を望む高齢者の「自己選択」を無視することもできない。現実が緩やかに動くことを考慮に入れると、Buurtzorg モデルは、当面はモデルであって、普及した姿となるには時間がかかると考えざるを得ない。

（２）「多職種連携型モデル」の実現可能性

急性期病院では、患者の治療は医師をリーダーとするチームで対応する。しかし、在宅療養の場合は、医師は多様なサービス提供主体の一つでしかない。介護サービスの提供については、医師の指示を受けるわけではないし、訪問看護は医師の包括的な指示の下に行われるとしても、訪問看護師が医師の指揮命令下にあるわけではない。各専門職は、建前上は、独立してサービスを提供するのであり、その場その場で、利用者、家族の意向を踏まえ、専門性に立脚した判断で最適なサービスを提供することになっている。しかし、現実には、医師の治療方針と介護サービスの方針が異なる場合があり、介護職が、病気の理解が十分でないために病状の回復とは反対の方向のサービスを提供することもあり得る。また、病状が急変した場合の対応に苦慮するということもある。このように、リーダーの下でチームケアを行うのではなく、各専門職が独立してサービスを提供するという仕組みでは、専門職間の意識、知識、情報などの差によって、有効なケアが確保されない場合がでてくる。

完全な形でチームケアを確保しようとすれば、「事業統合型モデル」の方向に向かうしかない。「多職種連携型モデル」は、各専門職の独立と利用者の自由な選択を確保しつつ、統一的で包括的なケアを実現しようとするものである。これを実現するためには、少なくとも、各専門職の意識、知識、情報などのギャップを埋める必要がある。事前に関係者が集まって、ケアの方針や注意事項を確認しておくことで、ある程度は統一的なケアを確保できるが、利用者(患者)の変化に柔軟に対することは難しい。やはり、リアルタイムに利用者(患者)の状況を確認でき、お互いの意思疎通ができるツールが必要である。このように、「多職種連携型モデル」では、情報ネットワークシステムが重要な意味を持つ。

しかし、病診連携の場合と同様に、情報ネットワークシステムができたからといって連携や協働ができるというわけではない。統一目標の設定と役割分担がはっきりしていて、それをモニタリングする、あるいは急な状況の変化に対応するために情報ネットワークシステムが機能するのであって、情報ネットワークシステムで連携ができるというのは順序が逆である。「多職種連携型モデル」が成り立つためには、各専門職が連携して包括的ケアを担当するという共通した意識が先にできあがっている必要があり、情報ネットワークシステムはそれを支えるという役割しかないということを、認識しておく必要がある。

このような視点で、「多職種連携型モデル」が成立する可能性を考えると、現状では、人に依存する度合いが大きいといわざるを得ない。つまり、「あの人がいたから連携の仕組みができた」とか、「あの人となら連携してやっていける」というような要素が大きく、直ちに一般化するには無理があるということである。しかし、ケアマネージャー・アンケートによれば、新宿区では、訪問看護師やケアマネージャーの資質が高く、「あの人」の数も増えてきていることが窺われる。訪問看護ステーションも、Buurtzorg モデルではなく、「多職種連携型モデル」のネットワークの一員として機能する方向を望んでいるところもある。医療と介護の敷居を乗り越えて医師と良好な意思疎通の関係を持っているケアマネージャーもいる。まだ、個人の力に依存するレベルであるが、そこで培われた方法を「モデル」として普及させていくことも可能であろう。

「多職種連携型モデル」が成り立つための条件である、医療・看護・介護の情報の垣根を乗り越えるということについては、大都市部では、利用者（患者）の求めるケアのレベルが高いこともあり、看護、介護サイドのレベルが高くなり、垣根は低くなってきている。残された課題は、医療サイドの理解と、住民の大病院志向の是正であろう。病院と介護専門職との間では「他職種連携」が難しい。「かかりつけ医」の普及と在宅支援医の拡大が、「多職種連携型モデル」が成り立つためのもう一つの要件となる。この点に関しては、住民の意識改革に対する行政サイドの呼びかけや情報提供も重要であろう。

（3）大都市部における最適な医療・介護連携のモデルとは？

前述のように、訪問看護ステーションを中核とした「事業統合型モデル」＝Buurtzorg モデルは、都市部における将来の姿と言う位置づけができるが、制度的な面で障壁が高く、当面は、医療と介護の連携モデルとして普及することは期待しにくい。一方、「多職種連携型モデル」も、人に依存するところが大きく、直ちに一般化させることは難しい。当面は、2 つのモデルを併存して普及させるという方向を志向するのが現実的である。「事業統合型モデル」と「多職種連携型モデル」は、相反するモデルのように感じられるが、大都市部のように利用者が集積している地域では、両モデルが併存して機能するということもありうる。

しかし、Buurtzorg モデルが経営モデルであるのに対し、「他職種連携型モデル」はシステムモデルであり、行政サイドとしては、後者の方が旗振りをしやすいという面がある。特に、ケアマネージャー等介護事業者側では、訪問看護ステーションがネットワークの中心となることは「抱え込み」につながるのではないかという警戒心があり、「自己選択」を建前とする介護保険制度の仕組みを前提とするなら、「多職種連携型モデル」の方が抵抗が少ない。課題は、介護専門職の医療知識の習得等資質の向上、かかりつけ医の普及、医師サイドの理解等であり、行政が取り組むべき内容も多い。このような観点から、当面は、「多職種連携型モデル」を前提とした医療・介護連携システムの構築を考えることが適当であり、利用者（患者）の情報を共有するネットワーク

システムも、「多職種連携型モデル」の普及を後押しするという目的で開発することが適切であろう。

3、大都市部における情報ネットワークモデルの考え方

（1）基本的考え方

本研究では、これまで各章で述べられているように、医療機能の分化、病診連携、医療・介護連携といった政策目的に合った情報ネットワークシステムのあり方を検討してきた。病診連携のための情報ネットワークシステムでは、基本的に患者の電子カルテ情報を共有することで、スムーズな地域連携クリティカルパスを実現しようということが内容となる。これに対し、医療・介護連携では、異なる職種間で利用者（患者）の情報が共有されることになるため、カルテ情報のような生の医療情報をネットワークに載せてしまうことはできない。無理にこの両システムをつなごうとすると、データの読み取り方の知識や用語の統一化など、煩わしいハードルを越えなければならない。在宅での医療・介護連携に特化するなら、共有すべき情報を必要最小限に絞ることで、関係者間の情報ギャップを小さくすることが可能である。情報ネットワークモデルの提案に当たっては、こうした点から、病診連携の情報ネットワークシステムとは独立した、小型のシステムを考えることとする。

情報ネットワークシステムを構築するに際しては、多くのメリットを期待するのではなく、目的を絞って、それに特化したシステムをつくり、他の目的で利用する必要があれば外付けで機能を追加するという形態を考えることとしたい。前述のように、地域の医療・介護連携システムのモデルとして、当面、「多職種連携型モデル」を想定することから、情報ネットワークシステムも、その普及を後押しするという目的で開発することが適切である。「多職種連携型モデル」の普及には課題が多く、情報ネットワークシステムによってすべての課題が克服されることにはならないが、情報ネットワークシステムを活用することで連携の効果が発揮できるということは十分に考えられる。したがって、情報ネットワークシステムも、市区町村の圏域全体をカバーするような大がかりなものを考える必要はなく、少人数を対象として、多職種連携がうまくいっているグループから導入していき、同じシステムを複数のグループで導入するようになれば、必要に応じてシステム間をつなぐというような構成を考えていくことが適当であろう。

（2）共有すべき情報

簡素で小規模の情報ネットワークシステムを想定した場合、そこで共有される情報も必要最小限のものに限定する必要がある。医療・介護連携のために情報ネットワークを活用するメリットは、各専門職の持っている利用者（患者）に関する情報が、早く、正確に伝わることと、目標やそこへの到達度に関する認識が共有されるという点にある。一堂に会して情報を確認し合うとか、医師の判断を求める時間がないとか、利用者（患者）の症状の変化が早く正確に伝えられないため急変への臨機応変な対応ができないといった問題を解決するためにネットワークを活用するということに目的を絞れば、高度に専門的な情報をやりとりする必要はなく、利用者（患者）の最新の状況が把握できることと専門職間の意思疎通を図ることを優先して、共有すべき情報を絞ることができる。

具体的には、①各専門職の目標を全員が共有するとともに、②日常の患者データ等（食事、排尿などの状況を含む）　③投薬管理　④画像などを登録、共有し、⑤一定期間ごとに、目標への

達成度合いの評価を書き込む　というようなことができるようにし、医療を含めたケアプランの拡大版のようなものをネット上で共有するシステムを想定すればよいだろう。

（3）ネットワークの運営主体

ネットワークの運営主体に関しては第3章でも述べたところであるが、管理主体がなく、自由に書き込みをするようなシステムでは有効に機能しない。しかし、多くの専門職が参加するネットワークを特定の事業者や専門職が管理することになると、抱え込みや系列化につながるという批判を受けやすい。市町村全域をカバーするネットワークではなく、当面、モデル的に小さな範囲で始めようということになると、各専門職団体を管理主体とすることも難しい。管理をシステム運用事業者にまかせてしまうと、期待通りの機能が発揮できないだけでなく、費用がかかりすぎるという問題もある。地域包括支援センターにはそれだけの余力がない。ということで、やはり、市町村が表に出てくる以外にないのではないかと考えられる。平成27年度から、地域支援事業が拡大し、「在宅医療・介護連携の推進」が保険者事業として位置づけたことから、介護保険の保険者としての市町村の事業として位置づけることも可能である。市町村が運営主体となって、全体の管理責任を担い、実際は、その委託を受けて、連携グループの話し合いで、グループ内の特定の事業者、専門職が業務を担うということにすれば、利益誘導的な批判を受けることはないだろう。

（4）考慮すべき条件

ア、費用

できるだけ小さな範囲で、軽いシステムをつくるということは、費用面からの要請でもある。情報ネットワークシステムを導入するには、初期導入費用、維持管理費用、機器の更新費用などの費用がかかる。医療や介護分野での情報ネットワークシステムの多くは、初期導入費用を補助金等で賄ってスタートするが、維持管理費用が十分集まらず、機器の更新費用が賄えなくなって、稼働を停止するという途を歩んでいる。これらの費用を極力抑えるとともに、適切な参加費用を負担することで、将来にわたってシステムが継続的に稼働できるようにする必要がある。

このためには、

①全面的にベンダーを利用するのではなく、フリーソフトなどを土台にして、インタフェイス等を作り込むことで、既存の機器で動くシステムを構築する。

②掲示板的な機能を中心とし、情報を限定することで、大規模な情報格納スペースを必要としないシステムとする。

③各専門職が業務の省力化等に活用するときには、外付けあるいは作り込みで対応し、それぞれの専門職の自己負担とする。

などの工夫が求められる。

イ、業務の簡素化

業務の簡素化のメリットがないと関係者の参加が難しく、日常業務とは別に情報ネットワークの運用を行うのではなく、業務の流れの中に組み込まれている形態が望ましいが、その場合は、業務のやり方が変わってしまうとシステム全体を作り直す必要が生じる。このため、基本システムは、情報の共有化と意思疎通の円滑化に目的を絞り、業務省力化は情報共有のネットワークか

ら、必要に応じて業務ソフトに読み込まれるような形で、各専門職ごとに外付けシステムとして対応するようなシステム構成を検討する必要がある。

ウ、デジタルディバイドの克服

情報入力に不慣れな介護職等に配慮し、情報入力はできるだけ簡素化する必要がある。バイタルの測定など、利用者（患者）に日常的に接する機会の多い介護職が入力することが望ましいが、それが苦手な介護職も多い。また、医療職からみると、必ずしも正確な情報となっていないというようなこともありうる。このような、日常的に管理する必要がある利用者（患者）情報の入力は、自動入力が可能な機器があれば、それを導入することも検討する必要がある。もちろん、そのような機器の導入は、ア、の費用とのバランスを考慮する必要があり、オプションとして検討することが適当であろう。

エ、個人情報の管理

情報ネットワークシステムの構築において、個人情報の管理はきわめて重要である。個人情報が外部に漏れることを防止するのは当然であるが、専門職間でも守秘義務に関する程度が異なっており、全員がすべての情報にアクセスすることを可能にしてよいかについても検討する必要がある。また、専門職間だけでやりとりされる情報は、利用者（患者）本人に関する情報であっても、本人がそのまま閲覧できてしまうことには問題がある場合も考えられる。このように、情報の種類・内容によって、アクセスできる範囲をあらかじめ限定しておくことが必要である。こうした情報の限定については、後で問題にならないように、あらかじめ各専門職間で話し合い、システムとして組み込んだ上で、それを理解して参加するようにしておくことが望ましい。利用者（患者）本人の同意についても、ネットワークで利用される情報の内容、アクセスする専門職の範囲、本人の情報アクセス権等について、事前に理解した上で同意できるような説明文書を作成しておくことが必要である。

まとめ

大都市部における医療・介護連携のモデルとそれを支える情報ネットワークシステムのあり方について検討した。今後、我が国でも、オランダのようにBuurtzorgモデルが普及する可能性はあるが、当面は、現在の政策の方向でもある「多職種連携型モデル」の普及を図るという流れが続くものと考えられる。したがって、大都市部における情報ネットワークシステムのモデルも、その流れに沿って考えていくことが適切である。本稿では、このような立場から、情報ネットワークシステム構築の大まかな考え方を整理した。次章において、具体的なシステムの姿を示すこととしたい。

（参考）

医療と介護の連携・利用者情報の共有に関するケアマネージャーに対するヒアリング調査の内容
（ヒアリング調査と主な回答）

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、主に、急性期病院、回復期リハビリ病院から医療（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、在宅介護、在宅医療を受ける利用者さんについて、退院時から在宅生活に至る過程で、どのような職種がどのように関与し、利用者の状態に関する情報がどのような形で引き継がれていくのかの実情を、ケアマネージャーの側からお聞ききするものです。新宿区の状況について、新宿区のケアマネージャー連絡協議会の方々からのお話しも含めてお答えください。

２、対象となる利用者

おおむね、以下のような利用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、在宅で介護、医療を受ける、以下のような状態の方

（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、在宅生活に移行された方（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かり、退院後、主に認知症のために治療・介護が必要な方

３、想定されるケースと質問事項

（ケース１）

入院以前から介護保険を利用していて、ケアマネージャーとして関わっていた高齢者が、急性期病院、回復期リハビリテーション病院から退院して在宅に移行する場合についてお答えください。

○このような利用者さんがある場合、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急性期病院等の退院調整部門の職員（看護師、ソーシャルワーカー）
②急性期病院等の病棟の医師、看護師
③利用者本人又は家族
④地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）
⑤かかりつけ医

⑥訪問看護ステーション

⑦自分から利用者に頻繁に連絡をとって状況を把握する

⑧その他（具体的に　　　　　　　　　　　　）

(回答)

①の場合が多い。

急性期の大病院との連携は昔は難しかったが、今はだいぶよくなった。ただ、病院によっては、何の連絡もくれないところもある。区外のリハビリ病院、療養型病院は連携がよくない。いつの間にか退院していて、自宅で倒れているという連絡があったこともある。

○急性期病院等の退院調整部門、あるいは、病棟から連絡があった場合で、引き続き医療が必要な場合、かかりつけ医はどのように決めて、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かかりつけ医の選択は急性期病院等の側にまかせて、かかりつけ医が決まったら連絡先を聞いて、ケア会議等の連絡をする（入院前のかかりつけ医が退院後も引き続きかかりつけ医となる場合を含む。）

②利用者の居住地で訪問医療を行っている医師（日頃から関係がある医師）を紹介する

③地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）に連絡して調整をしてもらう

④患者、家族にまかせ、かかりつけ医が決まったら連絡先を聞いて、ケア会議等の連絡をする

⑤その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　）

(回答)

かかりつけ医の決定や連絡は、病棟から行くようで、ケアマネとは別なラインであることが多い。

かかりつけ医は家族から聞いて，連絡することが多い。

訪問看護は、2 パターンある。①病院がかかりつけ医経由で訪問看護ステーションを決めるケース　②ケアマネが訪問看護ステーションを決めるケース　訪問看護ステーションにも得意不得意があり、②のケースでは、患者に会った訪問看護ステーションを選ぶ。

○入院していた急性期病院等からは、利用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入院しているうちに病院に行き、病状や注意事項を詳しく説明される（口頭）

②退院時のカンファランスに加わる

③本人又は家族から聞く

④かかりつけ医から聞く

⑤病状に関してはかかりつけ医にまかせて、詳しくは聞かない
⑥その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(回答)
②のケースが多い。ただ、病院から連絡が無く、漏れるケースもある。退院後も同じ病院に通院するようなケースでは、通院に同行し、在宅での注意事項などを、そこで聞くこともある。

（ケース２）
入院以前はケアマネージャーとして関わっていなかったケースで、急性期病院、回復期リハビリテーション病院から退院して在宅に移行するに際して、ケアマネージャーとして担当することとなった場合についてお答えください。

○このような利用者さんがある場合、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急性期病院等の退院調整部門の職員（看護師、ソーシャルワーカー）
②急性期病院等の病棟の医師、看護師
③利用者本人又は家族
④地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）
⑤かかりつけ医
⑥訪問看護ステーション
⑦他の在宅介護支援事業所
⑧その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(回答)
④の地域包括が紹介するケースが多い。

○急性期病院等の退院調整部門、あるいは、病棟から連絡があった場合で、引き続き医療が必要な場合、かかりつけ医はどのように決めて、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かりつけ医は急性期病院等の側にまかせて、かかりつけ医が決まったら連絡先を聞いて、ケア会議等の連絡をする(入院前のかかりつけ医が退院後も引き続きかかりつけ医となる場合を含む。)
②利用者の居住地で訪問医療を行っている医師（日頃から関係がある医師）を紹介する
③地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）に連絡して調整をしてもらう
④患者、家族にまかせ、かかりつけ医が決まったら連絡先を聞いて、ケア会議等の連絡をする
⑤その他（具体的に　　　　　　　　）

(回答)
②のケースが多い。

○入院していた急性期病院等からは、利用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入院しているうちに病院に行き、病状や注意事項を詳しく説明される（口頭）
②退院時のカンファランスに加わる
③本人又は家族から聞く
④かかりつけ医から聞く
⑤病状に関してはかかりつけ医にまかせて、詳しくは聞かない
⑥その他（具体的に）

(回答)
ケース1と同様

（在宅での医療との連携）
ケース1，ケース2共通でお答えください。

○在宅生活に移行した利用者さんの病気の状態について、日常的にかかりつけ医とはどのようにして連絡を取っていますか。

①定期的にケア会議を開き、その際に利用者の状況を説明し、指示を受けている
②定期的に利用者の状況を報告することになっている
③必要なときに電話などで連絡する
④かかりつけ医とはあまり連絡を取らない
⑤その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　）

(回答)
カンファランスの連絡はするが、でられない先生が多い。訪問中心の医師の場合は、カンファランスに出られなかったときは、その結果やケアプランをほしいと頼まれることが多いが、連絡の必要が無いという医師もいる。ギャップが大きい。

○在宅生活に移行した利用者さんの病気の状態について、かかりつけ医から指示が来ることがありますか。

①定期的にケア会議を開き、その際に利用者の状況を説明し、指示を受けている
②定期的に利用者の状況を報告することになっており、その際に指示を受けている

③必要なときに電話などで連絡がある
④利用者宅に医師からの連絡が置いてある
⑤かかりつけ医から連絡があることはほとんどない
⑥その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(回答)

かかりつけ医が指示を出すケースは、以前は多かったが最近では少なくなった。情報を欲しいという医師はいる。訪問看護師からの指示も少なくなった。(訪問看護ステーションでケアマネジャーを持っているところも減った。)

○在宅生活に移行した利用者さんの病気の状態について、ヘルパーさんなどから、状態の変化について連絡があった場合、かかりつけ医等とどのように連絡を取っていますか
①かかりつけ医とは定期的にメール等で連絡をし合っている
②ケア会議を頻繁に開いており、そこで相談する
③必要性を判断し、必要があればかかりつけ医に直接連絡する
④事前に、かかりつけ医から連絡すべき情報について指示を受けている
⑤訪問看護ステーションに連絡し、必要があれば訪問看護ステーションから連絡してもらう
⑥ヘルパーさんから病状について連絡が来ることはない
⑦その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(回答)

ヘルパー→ケアマネ→医師　というラインが原則。ケアマネタイムを設けてもらって、その時間帯に連絡をするようになっている医師もいる。ファックスで送る場合もある。連携ノートを置いている所も多いが、タイムリーでないこともある。また、患者さんに知られたくない情報もある。急ぐ場合は電話で行う。できるだけリアルタイムで連絡したいと考えている。画像を送る手段があるとよい。

（一般論としてお答えください）
○日常的に、かかりつけ医の指示を必要とするケース、かかりつけ医と連絡を取り合う必要があるケースとしては、どのようなケースがありますか。

(回答)

利用者の病気について、どんな病状かとか、病態が変化したりしたときの見つけ方を事前に聞いておくことで対応できるケースが多い。

○かかりつけ医とケアマネージャー、訪問看護師、介護士等が医療情報を共有したり、カルテ（電子カルテ）の一部を、介護関係者が閲覧したり、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、新宿区で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。

(回答)

認知症に関し、専門医、かかりつけ医、ケアマネの連携モデル事業をやっている。大病院の医師もはいっている。サイボウズをつかった、共有掲示板の様なシステムである。目的は、①患者に何かあったときにすぐに対応できるように、②大病院に通う間の時期のつなぎ　の2つ。

理想的には、各専門職が、①目標を明らかにして、②日常の患者データ等（食事、排尿などの状況を含む）　③投薬管理　④画像などを登録、共有し、⑤一定期間ごとに、目標への達成度合いの評価を書き込む　ことができるようなシステムをつくることができるとよいのではないか。(ケアプランの拡大版のようなものをネット上で共有する)

課題としては、①日常的な記録記入と情報システムへの記録記入の2重手間にならないようにする。②本人が見ることができるかどうかで情報の内容を分ける必要がある。

○退院後、医療と介護のニーズを持つ高齢者が、スムーズに在宅生活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（在宅生活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
・医療と介護を統合したケアマネジメント体制の確立
・医療機関と連携したケア付き住宅の整備
・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（例えば介護職の可能な行為の拡大等）

(回答)

専門職間の連携としては、医師とのハードルを低くすることが必要。現状は、かなり低くなってきたと感じている。急性期病院はだいぶ理解がある。在宅に目を向けてきたため、介護との連携も大切になってきた。しかし、区外の病院との連携は難しい。療養型の病院も連携はよくない。

○医療と介護の連携に関する、地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）の役割、訪問看護ステーションの役割などについて、ご意見があればお聞かせください。

(回答)

新宿では、1事業者の囲い込みは難しい。多事業者の連携を中心に考えるべき。
情報ネットを結べば連携できる訳ではない。人間関係が第一。
医師を含む勉強会で情報の統一を図ることが必要。

第Ⅲ部　情報ネットワークシステムモデルの構築

第Ⅲ部　情報ネットワークシステムモデルの構築

第７章　大都市部に向けた医療と介護を結ぶ簡易な情報共有システムモデルの構築

早稲田大学人間科学学術院教授　可部明克

はじめに

第６章まで述べたように、医療、介護の両面から現場での情報共有という観点で、医療と介護の連携およびそのための情報共有システムが求められている。
しかし、異なる保険制度、それぞれの専門職が求める情報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が作られていない。ただ、医療と介護の事業統合や系列化と密接な関係にある事業グループでのケースに限って、情報ネットワークシステムが有効に機能している。
例えば、地域の中核病院を中心に、退院後の患者に、医療、介護を通じた総合的なサービスを提供する事業を強化するため、グループ内で患者情報を共有してサービス提供する情報ネットワークシステムを構築しているケースがある。
つまり、医療および介護事業を持つ特定の大規模な事業体が、関連事業者を系列化してグループ全体の情報ネットワークシステムを構築しない限り、医療の業務プロセス、介護の業務プロセスに適したシステム構築を個別に行うことは避けられず、医療と介護の情報共有システムは進んで行く状況にない。

また大都市部では、大型の急性期病院が林立し、多くの介護サービス事業者が競合しており、特定の大規模事業体による「グループ化→情報共有システムの構築」が実現する環境には無い。
訪問看護ステーションがサービスを主体的に柔軟に調整していくシステムは、オランダなどでも普及し始めているが、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大都市部では、個々に確立された事業の全体を調整するネットワークシステムを今から構築することは、構築の規模やコストの分担、メリットの面からも困難であると思われる。
このため、訪問看護ステーションを含む、多様な医療・介護の事業主体が包括的なケアを提供するために、「既に個別に確立され、個別にオプティマイズされた情報ネットワークシステム」（上位の情報ネットワーク）ではなく、既存の情報ネットワークシステムに、現場のデータを収集して送信する「センサーや検査機器、各種デバイス」などのデバイス系に着目し、末端のデバイスレベルで統一的なリアルタイムネットワークを、どの上位の情報ネットワークシステムに対しても共通で導入する。
これにより、統一された同じデバイスレベルのネットワークにより、多様な上位の情報ネットワークを支えることができるようになり、情報共有の基盤を構築できる。
本章では、こうした視点で、大都市部に向けた医療と介護を結ぶ簡易な情報共有システムモデルの構築を行う。

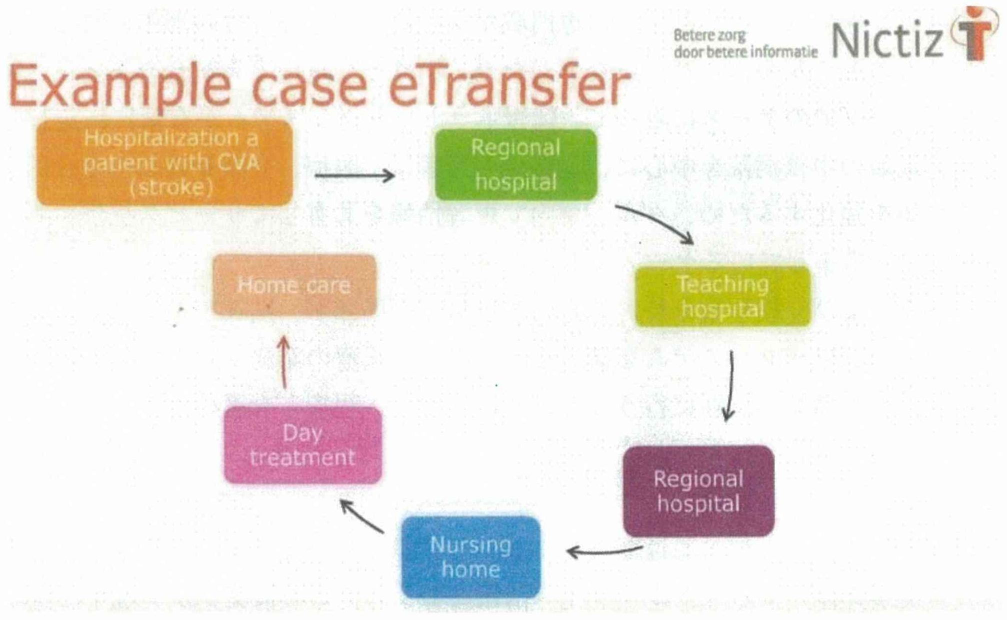
1、　医療の現場、介護の現場から見た要求仕様の検討

（1）看護を中心とした医療情報ネットワークによる情報共有の推進事例（オランダ）

① Standardization of Nursing Information for Patients' Transfer

既存の医療情報ネットワークを介護事業体も含めた範囲で"患者本位"で捉えなおし、患者情報を標準化されたデータパッケージで共有できるよう、オランダの国立医療情報学研究所が全体の情報システムの基本設計を行っている。これにより、"患者の移動に伴ってデータも移動"して、患者の情報を共有しようとの取り組みを具体的に進めている。

図7-1　病院・介護施設の患者移動に合わせたデータ移動：eTransfer



（出典：Standardization of Nursing Information for Patients' Transfer,
Nictiz プレゼン資料,P13 より抜粋, 2014.9）

図7．1に示す通り、Nictiz では患者が5段階で移動をしながら、医療および介護サービスを受けていくと定義している。[1]

Step1:　Regional Hospital で受診して、しばしば Academic Medical Center for Treatment (Teaching Hospital)に送られる。

Step2:　Teaching Hospital での治療がうまく行き、患者が急性期から回復すると Regional Hospital に送り返される。

Step3:　患者が十分回復すると Nursing Home for Rehabilitation に移る。

Step4:　つぎに患者は自宅に移りつつ、Care Home for day care (Day Treatment) にも行ってケアを受ける。これにも、移動に伴うドキュメントが必要である。

Step5:　患者は自宅で Home Care を受ける。

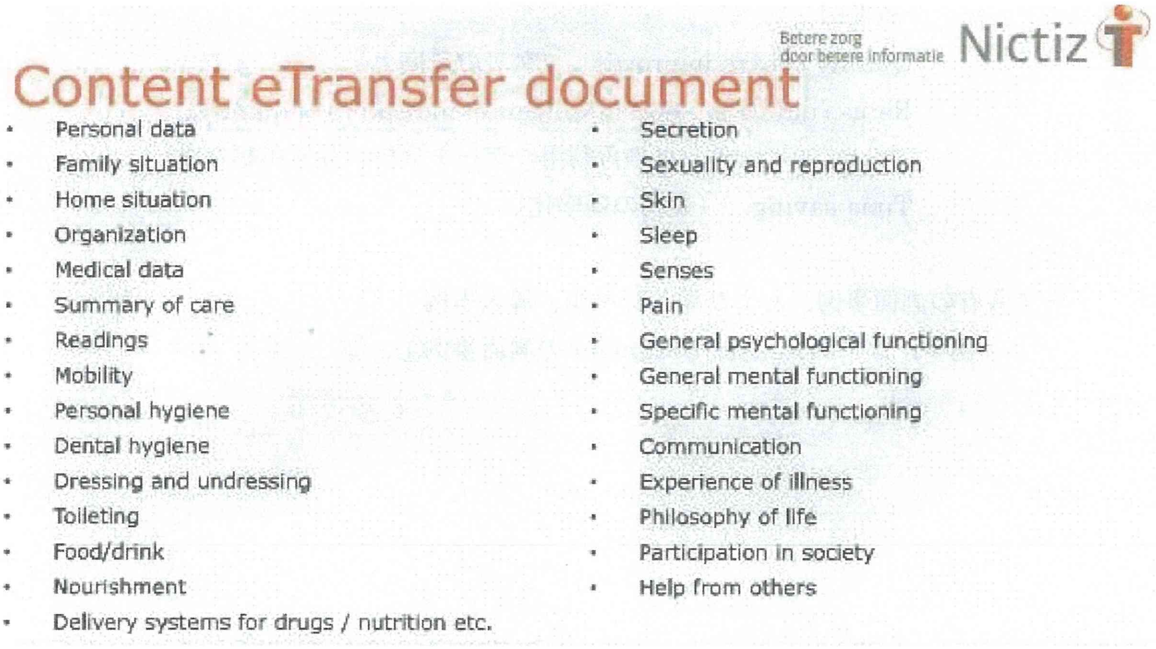
1　Step1～Step5 の定義は、Tips for the efficient transfer of nursing information for patients, Nictiz White Paper, October 4, 2012, ID 12014, p.2 より抜粋

これらの患者の移動段階では、患者データが“最新でない(not up-to-date)”、“完全には揃っていない(not complete)”、“いつも適切な情報を含んでいるわけではない(do not always contain the relevant information)”などの問題が発生していた。まず、第一に標準が存在せず、どの情報を患者データとして送れば良いか不明確であり、ケア事業者が普段から独自の情報伝達フォームを使用しており、そのため矛盾して不完全な情報をケア事業者間で送っていた。また、第二に情報の伝達が、電子的な手段ではなく紙や電話で行われていた。これが管理業務を増やし、不完全で判読しにくい情報伝達フォームによって、ミスが発生していた。これらは、the Dutch association for residential and home care organization (ActiZ), the Dutch Association of Healthcare Providers for people Disabilities(VGN), Dutch Nurses' Association(V&VN) and Nictiz(Duijvendijk ea, 2010)の調査結果によって確認されたものである。

そして、これらの問題を解決するために、the Dutch association for residential and home care organization (ActiZ), Dutch Nurses' Association(V&VN) together with mental health and addiction care (GGZ), hospitals, rehabilitation centres, academic medical centre and nursing, residential and home care institutions らが協力して、国家標準の制定と運用に向けた取り組みが始まった。[2]

② 情報共有標準フォーマットの項目（eTransfer Document）の事例

図７―２　患者移動に合わせて移動するデータ事例：eTransfer Document



（出典：Standardization of Nursing Information for Patients' Transfer, Nictiz プレゼン資料,P12 より抜粋, 2014.9）

図７．２に示す通り、オランダの国家標準として２９の大項目が挙げられ、これに従って製

---

[2] Step1～Step5 に関する問題点は、Tips for the efficient transfer of nursing information for patients, Nictiz White Paper, October 4, 2012, ID 12014, pp.2-3 より抜粋

品の実装、相互運用性の確保、導入・評価、実際の運用が進められている。

Nictiz によれば、eTransfer のメリットとして次のものが挙げられる。[3]

1) 医療・介護従事者
   - Fewer errors （ミスが減る）
   - Time-saving （時間削減）
   - Less administrative burden （管理業務の負荷減少）
   - Unambiguous language （あいまいではない表現）

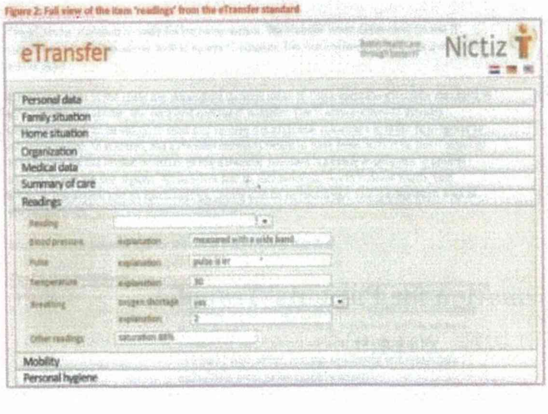
2) 患者
   - Fewer questions to answer （質問されることが減る）
   - No need to repeat the story several times
     （同じ説明を何度も繰り返さなくて済む）
   - Patient deserves the right care（的確なケアが受けられる）

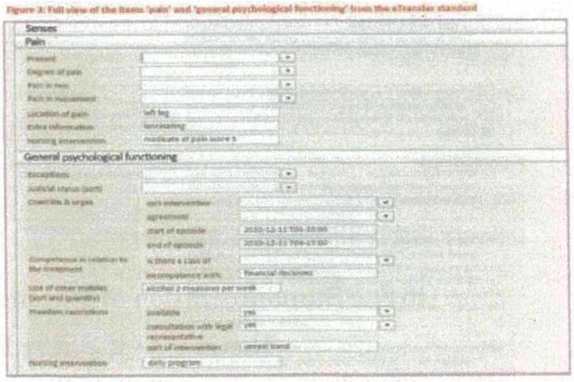
3) ソフトウェアメーカ
   - Program once for all the customers （一度データを入力すれば、他の医療・介護機関で使用できるソフトウェアを提供）
   - No (or less) interoperability problems
     （データフォーマット自体は標準化されており、各ソフトウェア間の相互運用性の問題がなくなる、または減る）

4) 医療・介護機関
   - Quality of care improves （ケアの質向上）
   - Re-use data(e.g.. data intelligence, indicators of quality)
     （データの再利用：データ分析、品質指標など）
   - Time-saving （業務の効率化）

③ データ共有の画面事例、および導入レベル、導入事例

図７．３　eTransfer Document の画面事例①、②





（出典：Tips for the efficient transfer of nursing information for patients, Nictiz White Paper, October 4, 2012, ID 12014, p.7 より抜粋）

---

[3] Standardization of Nursing Information for Patients' Transfer,Nictiz プレゼン資料,P14-15 より抜粋, 2014.9

こうしたeTransferのデータ共有フォーマットを、現実的なレベルで使用しつつ、実際にオランダ国内の医療・介護事業体で、導入・評価・運用を行っている。
現実的なレベルとして、次の4レベルを挙げている。

レベルA）Electronic Form, transfer on paper （印刷して、ＦＡＸまたは患者が手渡し）
レベルB）Electronic Form, digital transfer （Secure e-mail またはVPNで送信）
レベルC）HL7 CDA document, digital transfer （ネットワーク接続し、EPRにImport）
レベルD）HL7 CDA document, transfer by a regional transfer system
(Regional transfer system により、患者の移動に伴って並行してデータもTransfer)

*HL7 CDA: Health Level 7 Clinical Document Architecture
*EPR: Electronic Patient Record

現在、オランダ国内で下記の医療・介護事業体で導入・運用されている。
＜導入事例　（２０１２年　実装開始）＞

① Vlietland hospital, Schiedam
② Groene Hart hospital, Gouda
③ 6 Hospitals in Amsterdam (A few Home-care organizations, nursing homes)
④ Hospitals in Leiden (Home care, nursing homes)
⑤ Hospitals in Enschede and surroundings (Home care, nursing homes)
⑥ 3 hospitals in Hague (Home care, nursing homes)

導入準備中　⑦Noord Holland Noord,　⑧Delft,　⑨Zwolle,
⑩Rotterdam,　⑪Amersfoort,　⑫Eindhoven

（２）介護事業者から見た情報共有システムへの要望事項と実現方式（日本）

日本における介護事業者から見た情報共有システムへの要望事項は、第6章にて現場の要望事項をヒアリングしているため、そのまとめ部分を“代表的な二ーズ”として捉えて、具体的にどのように実現していくか検討する。

まず（1）で示したオランダでの取り組みは、第6章で示された「事業統合型モデル」に相当し、地域中核病院を中心とした形態で、情報共有フォーマットの標準化を基盤として普及に向けて進められている。この取り組みは、日本では地方においては実現できる可能性が高いと考えられる。

一方、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大都市部では、個々に確立された事業の全体を調整するネットワークシステムを今から構築することは、構築の規模やコストの分担、メリットの面からも困難であると思われる。
このため、訪問看護ステーションを含む、多様な医療・介護の事業主体が包括的なケアを提供するために、「既に個別に確立され、個別にオプティマイズされた情報ネットワークシステム」（上位の情報ネットワーク）ではなく、既存の情報ネットワークシステムに、現場のデータを収集して送信する「センサーや検査機器、各種デバイス」などのデバイス系に着目し、末端のデバイスレベルで統一的なリアルタイムネットワークを、どの上位の情報ネットワークシステムに対しても共通で導入する方式を検討する。