

iv. 介護との連携

一般的には、医師は医師に、退院調整ナースは訪問看護師に、ソーシャルワーカーはケアマネージャーにという形で別々に連絡をする。退院患者に介護が必要な場合は、病院の退院調整部門から、ケアマネージャーに別途相談している。医師へは、ケアマネージャーからカンファランス等の連絡が来る。しかし、ケアマネージャーは医療の実情を知らず、カンファランスに出られないことも多い。その場合は、ファックスで意見書を送る。在宅側では、医療関係者と介護関係者をつないでコーディネートする人がいない。このためチームケアが成り立ちにくい。

訪問看護ステーションは地域割りのような形になっており、それぞれで訪問診療を行う診療所の医師とつながっているため、訪問看護中心だとまとまりやすい。訪問看護とのつながりで、在宅の主治医が入院前と変わることもある(病院側が指定)。このため、もとのかかりつけ医からクレームが付くこともある。

ただし、訪問看護が突出すると、医師の診断、治療方針とぶつかることがある。一方で、看護を背景としたケアマネージャーだと、介護のメニューがよくわからないこともあり、看護師とソーシャルワーカーの両方がかかわる形態が望ましい。

v. 退院時の情報提供

病棟の医師から診療情報提供書が送られてくる。しかし、内容は病院によって精粗あり様々である。大病院は十分な内容のものが来るが、中小病院だと病名と薬しか書いていないようなものもある。内容が不明の場合は、病院の医師に電話で詳細を聞くこともある。

vi. 再入院の場合の紹介

懇意にしている病院の医師に紹介状を書き、患者にそこで診断を受けるようにいう。

新宿区では、バックアップ病院の仕組みがある(区がベッドを借り上げている)ので、緊急の場合はその病院に入院する。連携に協力的な病院だと、普段から連絡ができています。

病院に通院している患者も通院の間が長くなるとその間にかかりつけ医が診ている場合もある。その場合は通院している病院へ入院することになる。

vii. 回復期リハビリテーション病院(病棟)を退院して在宅療養に移行する場合

回復期リハビリテーション病院の場合は、退院後もその病院の医師が往診することになっているが、整形が中心なので、内科的疾患については診ない。脳卒中等の場合、もとの内科疾患を診る必要があり、かかりつけ医も関わらざるを得ないが、その間の連絡はうまくいっていない。

回復期リハビリテーション病院からの診療情報提供書は、回復期リハビリテーションに関するものだけなので、元の急性期病院での状態がわからない。こちらから、もとの病院に問い合わせることもあるが、プライバシー問題で断られることもある。

viii. 急性期病院と在宅支援の診療所との関係はどのようなものがよいか

在宅のかかりつけ医と病院の専門医の2人主治医体制が望ましい。それができれば、患者も病院にしがみつくと必要はなくなる。病院と診療所でカルテが共有できれば、2人主治医体制につながる。

病院では通院の間が長くなり、また他の疾患を見逃しがちである。普段は在宅医が診て、専門医に相談するときはカルテを一緒に見ながら、ということをしておけば、入院の紹介や検査の依頼なども

スムーズで信頼が高まる。病院は、もっと専門に特化すべきである。

病院勤務医としての経験からいえば、病院の外来が減ればもっといい仕事ができると思う。かかりつけ医にまかせることができれば、病院の機能強化も進む。

ただ、情報ネットワークができると、紹介・逆紹介が、ネットワーク参加者だけで行われるようになり、患者囲い込みにつながる。また、新宿区以外のリハビリ病院とのつながりをつくるのが難しい。

ix. 退院後、スムーズに在宅療養に移行するために必要なこと

在宅は、医師、訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパー等のチームを作ることが必要である。しかし、病院の退院調整部門は、チームの形成まで責任を持たない。一方、在宅側では、チームをコーディネートすべき人がいない。(人材というより費用がどこからも出ない。)

地域包括支援センターは、どこへも相談できないケースの受け皿として有効である。ただ、病院のソーシャルワーカーから地域包括支援センターへの相談はあるかもしれないが、医療のルートには入ってこない。(地域包括支援センターから具体的なケースについての医師への相談はない。)

3. 新宿区の課題と情報ネットワークの可能性

(1) 病診連携における課題

ヒアリング結果から新宿区における病診連携の課題を考察する。

調査対象とした3つのケース(①脳卒中等の後遺症があるケース ②慢性疾患のケース ③認知症があるケース)について、新宿区の急性期病院を退院した後の経路は、大きく2つに分けられる。脳卒中等の後遺症等で医学的なりハビリテーションを必要とする場合は、大部分が、区内又は近隣のリハビリテーション専門病棟を経て在宅に戻っている。在宅に戻ると、かかりつけ医が診ることになる。この場合のかかりつけ医は、急性期病院に入院する前からのかかりつけ医か、リハビリテーション病棟から退院するときにあらたに選任したかかりつけ医である。急性期病院からの退院時には、かかりつけ医の選任等を行われない。かかりつけ医は、おもに脳卒中等の原因となった内科疾患を中心に診療を行う。しかし、脳卒中等で入院した急性期病院との関係は切れてしまっており、リハビリテーション専門病院からは、整形外科中心の退院時情報しか伝えられていない。かかりつけ医は、急性期病院に対し診療情報の提供を求めることがあるが、個人情報の保護の観点から断られることもあるようである。このように、リハビリテーション病棟への転院を経ることで情報が分断され、急性期病院と在宅の医師との間の連携が困難になっている。

もう一つの経路は、慢性疾患や認知症等の場合で、急性期病院退院後は在宅に戻るケースが多い。しかし、慢性疾患の場合は、多くの患者が、退院後も入院していた病院に通院しており、病院の医師がかかりつけ医という状態になっている。このような患者でも、要介護度が高くなって、病院に通えなくなると、その段階で、近くの在宅支援診療所が担当することになるが、その間の事情が診療所ではよくわからないため治療継続が難しいケースが多い。そして、終末期とか病状が悪化すると、再入院ということで、在宅看取りなどは困難な状態にある。このように、大きな急性期病院は、通院も含めて患者を囲い込んでおり、かかりつけ医の下での在宅療養は進んでいない。診療所の医師と病院の

医師の「2人かかりつけ医」を勧めている病院もあり、診療所の医師側でもそれがよいという意見もあるが、現実には広がっていない。むしろ、複数の病院の医師を「かかりつけ」にしている患者も多いようである。

認知症の場合は、区内の特定病院（認知症疾患センターではない）の医師と新宿区医師会との協力関係があり、専門医の指導の下で、かかりつけ医が診ているケースが多い。こちらは、比較的うまくいっているという認識であった。

急性期病院から療養型の病院を経て在宅に移行するケースは少ないが、この場合は、かかりつけ医に対して療養病院からの連絡はほとんどないようであり、連携は全くといってよいほどない状態である。

(2)医療・介護連携における課題

ヒアリングから明らかになった新宿区の医療・介護連携に関する課題は、要約すると以下のようであることができる。在宅療養では、医師、訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパー等の専門職がチームをつくってケアを行うことが必要であるが、入院から在宅に移行する場合、病院の退院調整部門はチームの形成まで責任を持たない。一方、在宅側では、チームをコーディネートするべき人がいない。このために、医療を含むケアチームを形成することが困難であるということである。これは新宿に限らず、多くの地域でみられることであろう。

急性期病院から退院する場合、病院では、病棟の医師→かかりつけ医、看護師→訪問看護ステーション、退院調整部門（看護師又はソーシャルワーカー）→ケアマネージャーというように、別々のルートで在宅の専門職とのやりとりをしているケースが多い。急性期病院では、それぞれの専門職間で患者情報についての引き継ぎが行われればよいという考えかたで、在宅に移行してから、医療を含むケアを担当するチームを形成して患者のニーズに対応するということは想定に入っていない。仮に想定できたとしても、チームをコーディネートするのは自分たちではないという認識である。したがって、在宅移行後に、ケアに関わる専門職がどのように相互の連絡や意思統一を図っているのかについて、一定の認識を持っているわけではない。

ヒアリングの結果によれば、かかりつけ医が介護、医療を通じた総合的なマネジメントを行っているとの認識である病院もあれば、ケアマネージャーから医療職を含む各専門職に連絡してサービスの調整をしていると認識している病院もある。かかりつけ医の側では、急性期病院からはばらばらに情報がくるので困るという認識で、自らがコーディネーターになるという認識はない。要介護認定を受けている場合は、ケアマネージャーが医療との連携を図ることになっているが、医師はケアマネージャーから見ると敷居が高い存在であり、ケア会議の案内はするが参加しなければそれまでである。

このような状況の中で、病院側、かかりつけ医側の双方とも一致していたのは、訪問看護が入る場合には、訪問看護ステーションがケアチーム全体の調整をしているケースがあり、これが最もスムーズにチームの形成ができる途であるとの認識である。新宿区では、小地域（主に新宿区が定める日常生活圏域）ごとに訪問看護ステーションがあり、訪問看護ステーションを中心として、地域の在宅医を含めた小さな人的ネットワークがいくつか存在している。ケアマネージャーを抱えている訪問看護ステーションもあり、外部のケアマネージャーと連携を取っている場合でも、医療をバックにしたケアマネージャーがいる居宅介護支援事業所に依頼することが多い。

急性期病院やリハビリテーション病院を退院して在宅に移行する場合、うまく、訪問看護ステーシ

ョンのネットワークで受けとめられれば、その後は医療・介護連携のチームケアを受けることができ、ターミナルまで在宅でという「包括ケア」を実現できる可能性がある。一方、入院していた急性期病院に引き続き通院して医療を受け、介護はそれとは別個に医療のバックのないケアマネージャーにまかせるというケースだと、頻繁に入退院を繰り返し、最後は病院で延命治療を受けながら亡くなるという途を歩むことになる。単純化すると、新宿区の状況はそのようにいうことができるだろう。

(3) 情報ネットワークの有効性

このような新宿区の状況から、医療・介護情報ネットワークが果たすべき役割として、以下の2点が考えられる。

- ① かかりつけ医と急性期病院との役割分担を明確化し、両者の連携を密にすることで、慢性疾患の患者が急性期病院に通院するのではなく、かかりつけ医の下で在宅療養ができるようにする
- ② かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、介護専門職等が、最新の患者の状況、検査データ、画像等の情報を共有することで、同じ目標をもって、適切な判断の下に、チームとして患者のケアに当たれるようにする

この2つの課題に対して、情報ネットワークの構築がどのように有効に機能するかについて考察する。

①について

ヒアリングにおいて、急性期病院から在宅へのスムーズな移行が難しい理由の一つに、患者側に、病院の医療を離れると、最先端の医療が受けられないのではないかと、とか、再入院が難しいのではないかとといった不安があることが明らかになった。しかし、かかりつけ医と病院の専門医が情報ネットワークでつながっており、必要などときにはいつでも病院に検査を依頼し、専門医の意見を求めることができるということを説明することができれば、患者も安心して在宅療養に移行できる。再入院が必要になった場合でも、かかりつけ医からの紹介、病院の受け入れがスムーズになるだけでなく、入院時の検査データや処置がかかりつけ医側でリアルタイムにわかるので、退院後の治療が容易になる。救急などで、はじめての病院に搬送された場合でも、ネットワークがつながっていれば迅速な対応が可能になる。2人主治医体制を推奨している病院では、2人の医師が同じカルテを見ているため、どの医師に診察を受けても同じ診断が行われると説明している。カルテ情報が共有できれば、それと同じことが可能になる。安心のために急性期病院に通院することは必要なくなる。

現在行われている診療情報提供書等の紙ベースのやりとりでは情報伝達が不十分であり、ある時点の情報しか書き込まれていない。また情報が一方通行で、かかりつけ医から病院へ再度の問い合わせが必要になる。リアルタイムに双方向の情報伝達ができるネットワークシステムは、かかりつけ医、病院の専門医双方にとって有効だというのが、ヒアリングをした医療関係者の見解である。

②について

介護情報と医療情報をネットワークでつなぐことに関しては、2つの面からのメリットについてヒアリングで聞くことができた。1つは、入院前の介護サービスの状況や介護専門職の見解などを知ること

ができれば、病院の医師にとっても違う観点からの患者情報がえられて有効ではないかという点である。もう 1 点は、訪問看護や訪問介護の際に、患者の処置についてかかりつけ医の指示を仰ぐ必要がある場合に、診断に必要な情報を迅速にかかりつけ医に伝えることができ、的確な指示を受けることができるという点である。訪問看護や訪問介護の専門職は、頻繁に訪問し患者の状態をみており、その経過や状態の変化を知ることができる。この情報を医師に伝えることで、医療面でも迅速的確な対応が可能になる。特に画像情報をリアルタイムに伝達できることは重要であるという意見が医師サイドから聞かれた。

後者に関しては、訪問看護は医師の指示の下で行うことになっているが、状態の変化等の場合に、個々に医師の指示を仰ぐことが困難な場合が多い。訪問看護師サイドの事情では、医師の了解は事後的に受けるしかない場合があるが、医師の側からすると看護師の独断専行と写る場合もある。情報ネットワークがあると、リアルタイムに情報を伝えて医師の指示を受けることができるし、訪問看護の状況を事前に医師がみておくことで、事前に指示を出しておくことが可能になる。

前者については、入院時も介護が必要となる患者は少なくなく、介護情報は病院においても必要なものであるが、「介護→病院」という情報の流れは、従来は想定されていない。どのような場合にどのような情報の伝達が必要なのかについては、今後の調査が必要である。

(4) 情報ネットワーク導入に関する課題

急性期病院への通院から、かかりつけ医の下での在宅療養への移行にとって、情報ネットワークの構築が有効であるとしても、関係者がそれを活用する必要性を理解しなければネットワークは普及しない。ヒアリングでは、前述のように、情報ネットワークでつながることで、在宅療養へのスムーズな移行が可能になるという意見もあったが、それ以前に、患者の意識が追いつかないので、情報ネットワークでつながっていても、安心してかかりつけ医にまかせるかどうか疑問であるという意見もあり、患者の大病院志向と医師の患者抱え込み志向が是正されなければ、情報ネットワークも有効に機能しないことが想定される。鶏が先か卵が先かというような議論であるが、患者や医師の理解の促進は別途の方法で行うこともできる。急性期病院へ慢性期の患者が通院するということは、医療資源の無駄遣いであり、専門医が本来必要な医療に力を注げない状態を生み出していて、社会全体の損失であることを、行政が説明していく必要がある。また、病院側も、患者を自分の病院で囲い込もうという経営方針を改める必要がある。すでに、急性期病院では、通院患者が増えるほど赤字になるという状況が生まれつつあるが、政策としてもこれをさらに徹底させることが求められる。情報ネットワークの普及にはそのような条件が整うことが前提となる。

情報ネットワークの形態も重要な要素である。新宿区内のある病院では、新宿区医師会と共同で病院の電子カルテ等の情報を診療所の医師が見ることができるシステムを構築している。しかし、これは、病院から診療所への一方的な情報提供であり、病院側が役に立っているとしている一方で、診療所側ではあまり使われていないという認識をもっている。カルテを参照するだけでは、診療所側でも利用価値はそれほど高くない。具体的な診療の場で、どのような患者について、どのような情報をどのような関係者間で交換するのかを明確にした上で情報ネットワークを構築していかないと、使い勝手の悪いものになって、やがて使われなくなってしまう。このような内容は、地域によって大きな差はないため、すでに稼働普及している「あじさいネット」のような例を参考にすることが有効であろう。

医療と介護のネットワークに関しては、介護サービスのマネジメントを担当するケアマネージャーと医師との関係が対等にはならないことに留意する必要がある。特に情報量が対等ではなく、このために意思疎通がうまくいかないケースが多い。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のためには、単に情報ネットワークがつながっていればよいということでは足りず、情報の提供と利用に関しての目的とルールがきちんと定められている必要がある。医師側からすると、患者のすべての情報を介護関係者に提供することには抵抗があり、介護関係者側では、単に情報の提供者という立場だけでは情報ネットワークに加入する意味がないということになる。この点についても、すでに稼働している情報ネットワークの活用事例が参考となる。

新宿区では、地域包括支援センターを高齢者の総合的な相談センターと位置づけ、一般財源で特別な助成を行って、職員を1カ所10名~12名に増員して、あらゆる相談に対応できる体制をとっている。医療と介護の連携に関しても、専任の職員を配置することを求めている。しかし、ヒアリングでは、病院の退院調整部門にとって、地域包括支援センターは最後の相談先という位置づけであり、通常は、地域包括支援センターには相談しないで在宅移行が進んでいる。在宅サービス関係者からは、地域包括支援センターは職員がしょっちゅう変わるので当てにならないという意見も聞かれた。地域包括支援センターを情報ネットワークの中でどのように位置づけるかについても今後検討が必要であろう。

この他、情報ネットワークは、情報をどこがまとめてコントロールするかが重要で、下手をすると、患者の抱え込みになってしまうという危惧もきかれた。個人情報の保護についても、都会では特にセンシティブであるという意見もあった。このような点についても、検討が必要であろう。

医療情報と介護情報のつなぎ方に関しても、縦の幹で、病院とかかりつけ医を結ぶネットワークをつくり、かかりつけ医を起点として横の枝として医療と介護を結ぶネットワークを構成する方がよいのか、病院、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネージャー等を輪のように結ぶネットワークを構築する方がよいのかということに関しては意見が分かれた。これは情報をどのように活用するのかということと関係している。この点に関しても今後の課題と言えるだろう。

おわりに

ヒアリング結果をもとに、新宿区における医療機関間、医療と介護の間の役割分担と連携の現状と課題、それに対する情報ネットワークの有効性と課題について考察した。本年度のヒアリングは医療関係者が中心であり、訪問看護ステーション、ケアマネージャー等に関しては、既知の情報（平成23年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」で実施したヒアリング結果等）を活用した。平成26年度には、新宿区の高齢者の保健福祉に関する調査のデータもまとまることから、医療関係者に加えて、訪問看護、介護事業関係者からのヒアリングも行い、データとの突き合わせも行いながら、より詳細な分析を行い、前述の課題に対する答えを出すこととしたい。

【参考資料】

○調査対象病院の概要（ホームページで公開している情報に限って掲載している）

A 病院（大学病院）

病床数 一般 988 床 精神 27 床 合計 1,015 床

（一般病床の内訳）

救命救急センター(20) ICU：集中治療室(16) GCU：回復治療室(14)

NICU：新生児特定集中治療室(12) ハイケアユニット(4)

教職員数（2013年1月1日現在）

医師（研修医除く） 594 人

研修医 80 人

看護師（准看護師含） 1,001 人

看護助手 93 人

医療技術員 301 人

事務職員 355 人

その他 23 人

合計 2,447 人

特定機能病院入院基本料（一般病棟） 7 対 1

B 病院（公的病院）

病床数 418 床（許可病床数）

職員数

572 名（正規職員）

入院延患者数 111,244 人

1 日平均入院患者数 304.8 人

外来延患者数 277,627 人

1 日平均外来患者数 1,133.2 人

年間手術件数 4,974 件

一般病棟入院基本料(7 対 1)

C 病院（公的病院）

職員数 834 名（臨時職員含む）

医療職 138 名

医療技術職 161 名

看護職 423 名

事務職 73 名

専門職 39 名

平成 24 年度診療実績

一日平均外来患者数 1140.1人
一日平均入院患者数 445.6人
平均在院日数 12.4日
年間手術件数 4,557件
24年度救急車搬送受け入れ患者数 4,201人
一般病棟入院基本料 7対1

D病院（公立病院）

病床数 304
診療科目（14診療科）
延入院患者（人）94,360
1日当たり 257.8
延外来患者（人）110,689
1日当たり（人）375.2
病床利用率 85.9%
平均在院日数（亜急性期病床除く）16.1日
平均通院回数（1人あたり）1.4回
平均通院回数（初診患者あたり）8.7回
新患率 11.5%
患者紹介率 61.0%
患者逆紹介率 65.9%
高額検査機器共同利用実績 2,233件

E病院（公立病院）

病床数 801
一般病棟入院基本料 7対1

○急性期病院の退院調整部門担当者に対するヒアリングシート

急性期病院の退院調整部門担当者に対するヒアリング調査事項

1. 趣旨

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

2. 対象となる患者

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

○退院調整部門に相談があった患者さんで、以下のような病状の方

- ①脳卒中等で入院し症状は落ち着いたが、再発の可能性がある、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る方
- ②糖尿病で訓練入院をされて退院される患者さんで、引き続き糖尿病治療が必要であり、合併症等で日常生活に介助が必要な方
- ③他の病気で入院中に認知症がみつき、退院後、主に認知症のために治療・介護が必要となる方

3. 想定されるクリティカル・パス

以下のような経路で入院、退院される方を想定してください。（一部の質問は、①の方のみを対象としています。）

- ①在宅→急性期病院→在宅
- ②在宅→急性期病院→回復期リハビリテーション病院又は老人保健施設→在宅
- ③在宅→急性期病院→療養型病院（長期入院）
- ④在宅→急性期病院→一般病院
- ⑤在宅→急性期病院→介護施設

4. ヒアリング予定の病院

新宿区内の大規模な急性期病院を対象として調査を行っています。

（対象としてお願いしている病院は以下のとおりです。）

東京医科大学病院、東京女子医大病院、国立国際医療研究センター病院、東京厚生年金病院、社会保険中央総合病院、東京都保健医療公社大久保病院等

5. お聞きすること

○担当者の属性

職種 (医師、看護師、ソーシャルワーカー、事務職、その他)

経験年数

○前記2、のような患者さんは、退院された場合、どのようなところで療養されることが多いでしょうか。(病気によって異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。)

また、それぞれの割合もお答えください。(「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。)

- ・在宅に戻る
- ・療養型の病院へ転院
- ・回復期リハビリテーション病院へ転院 (同じ病院のリハビリ病棟へ移る場合を含む)
- ・他の一般病院へ転院
- ・老人保健施設へ入所
- ・特養等の介護施設へ入所
- ・有料老人ホームや高齢者向け住宅へ
- ・その他 (具体的に)

○退院後、在宅に戻る患者さんについて伺います。退院後の患者さんの医療を主に担当するのは誰でしょうか。(病気によって異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。)

また、それぞれの割合もお答えください。(「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。)

- ・退院後も当該病院に通院し、病院の担当医が引き続き治療・病状管理を担当する
- ・退院後は、入院前からの「かかりつけ医」が治療・病状管理を担当する
- ・退院後は、新たに近くの開業医を「かかりつけ医」にして、治療・病状管理を担当する
- ・退院後の医療については、承知してしない

○退院が決まってから、在宅療養に移行する場合、在宅で医療・介護を提供することになる専門職の方と、どのように連絡を取っていますか。(病気によって異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。)

誰が→誰に の組み合わせでお答えください。また、病気により、あるいは、医療と介護ではルートが異なる場合は、別々にお答えください。

(誰が) 退院調整部門の職員 (医師、看護師、ソーシャルワーカー)

病棟の医師、看護師

患者本人又は家族

(誰に) かかりつけ医

地域包括支援センターの担当者

ケアマネージャー

訪問看護ステーションの担当者

在宅介護事業所の担当者

区役所又は出張所の担当者

○退院が決まってから、在宅療養に移行する場合、在宅で医療・介護を提供することになる専門職の方との間で、患者さんの病状・ADL等に関する情報をどのように伝えておられるでしょうか。上記の、「誰が→誰へ」によって異なる場合は、別々にお答えください。複数の方法で情報を伝達する場合は重複回答をお願いします。

- ・入院時に病院に来てもらい、患者さんの状況を見ながら詳しく説明する（口頭）
- ・退院時のカンファレンスに加わってもらう
- ・診療情報提供書（診療情報に関する詳しい書面）を渡す
- ・診断書（上記に比べて簡単なもの）、紹介状等を渡す
- ・検査値のデータを渡す
- ・カルテを引き継ぐ
- ・その他（具体的に）

○退院され、在宅療養に移行された患者さんに対して、退院後も、当該病院の医師が関与することがおありですか。（病気によって異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。）

また、それぞれの割合もお答えください。（「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。）

- ・退院後は引き続き通院することを勧めている
- ・かかりつけ医と病院の医師の2人体制で患者の治療を行っているといつてよいくらい関与している
- ・複雑な検査等は当該病院で行い、かかりつけ医から相談があれば応じている
- ・ほとんど関与していない

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

（具体的なメリットについて）

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

（答えの例）

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

○在宅支援診療所医師に対するヒアリングシート

新宿区在宅療養支援を熱心に行っている診療所の医師に対する質問内容

1. 趣旨

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

2. 対象となる患者

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

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

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

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

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

3. 想定されるクリティカル・パス

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

①在宅→急性期病院→在宅

②在宅→急性期病院→回復期リハビリテーション病院又は老人保健施設→在宅

③在宅→急性期病院→療養型病院（長期入院）

④在宅→急性期病院→一般病院

⑤在宅→急性期病院→介護施設

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

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

とか「少ない」とかいう答え方でけっこうです。)

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

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

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

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

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

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

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

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

と相談する

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

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

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

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

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

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

(一般論としてお答えください)

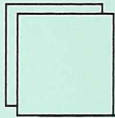
○病院のカルテ(電子カルテ)を、退院後、かかりつけ医や訪問看護師、介護士等が見たり、必要事項を書き込んだりすることができるシステムを導入している地域がありますが、そのようなシステムを導入することにメリットがあるとお考えですか。

(具体的なメリットについて)

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

(答えの例)

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



第IV部 国内・海外調査報告

第7章 全国の医療・介護情報ネットワークの現状

(株) 日本経営取締役 銀屋創

(株) 日本経営 大日方光明

1. ICT を活用した地域医療連携

(1) 政策の展開と医療情報連携

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

<表 7-1> 年代別の主な医療 ICT の展開と主要政策¹

	主要動向・トレンド	主な医療 ICT 関連政策等
1970～ 1980 年代	<ul style="list-style-type: none"> <部門業務の効率化> ・医事会計システム ・部門システム ・オーダーリングシステム 	—
1990 年代	<ul style="list-style-type: none"> <部門業務、院内業務の効率化> ・医事会計、部門システム ・オーダーリングシステムの普及 <院内全体の情報共有> ・電子カルテシステムの導入 ・遠隔地医療の利用（情報連携） ・院内での医療情報の共有化、連携の円滑化を中心として発展 	—
2000 年代	<ul style="list-style-type: none"> <院内全体の情報共有の拡大> ・電子カルテの普及拡大 ・レセプトオンライン化 ・診療録の外部保存化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ e-japan 戦略（2000 年～） ・保険医療分野での情報化グランドデザイン（2001 年～） ・ネットワーク化推進事業（2001 年～） ・ e-japan 戦略Ⅱ（2003 年～） ・ IT 新改革戦略（2006 年～） ・総務省地域 ICT 利活用事業（2007 年～） ・ i-japan 戦略 2015（2009 年～）

¹ 以下資料を参考に作成：

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

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

(2)現在の医療・介護分野のICT活用の全体像

ア. 新たな情報通信技術戦略

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

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

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

イ. 現在推進される医療ICTシステムの区分

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

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

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

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

<表 7-2> 地域連携システムの区分

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

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

<図 7-1>シームレスな地域医療連携の実現 工程表



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

2. 地域医療連携システムの概観

(1) システムの市場規模

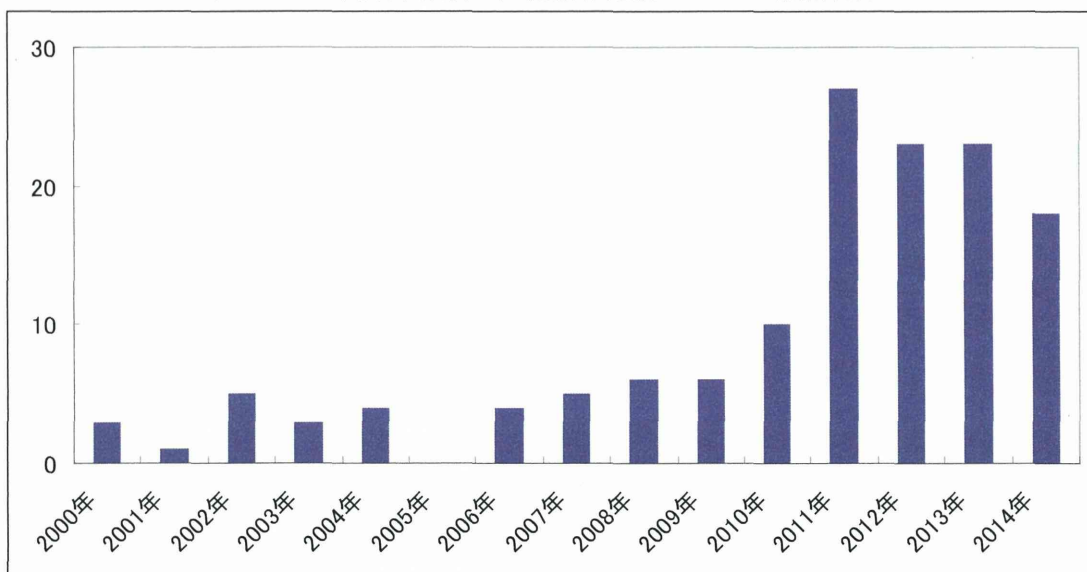
現時点で、地域医療連携に ICT を用いている事例は全国で約 160 以上のシステムが稼動しているとされる。³医療機関同士の情報連携、そこに薬局や介護施設等が加わったもの、また患者も対象としたシステムなど多岐に渡る。

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

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

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

<図 7-2> 開始年数別の医療情報連携システム増加件数⁴



<表 7-3> 地域医療連携システムの市場規模予測⁵

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

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

⁴ 同上資料より作成

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