

## 第1節 背景

わが国における高齢者は3千万人を超え、高齢化率は平成24年9月の推計において24.1%と過去最高を記録している。65歳以上の高齢者において、自立した生活を送る高齢者は多い。しかしながら、これから団塊の世代の高齢化が進むことで、75歳以上高齢者の占める割合が増大していき、同時に医療や介護を必要とする高齢者も増加していくと見込まれる。

一人で生活を送ることのできない高齢者が生活する場として、これまで医療機関や介護保険施設が中心であったが、在宅へとシフトチェンジが始まっている。在宅での生活を可能にするため、医療、介護、予防、生活支援、住まいに関する取組みが、包括的かつ継続的に行われる地域包括ケアシステムの整備が始められつつある。

とりわけ在宅医療と介護の関係者の連携による高齢者へのサービスを強化することは高齢者の暮らしを支えるために欠かせない課題である。そのため現在、各地で書類交換、連携のための会議などにより関係者がネットワークを広げ、情報の共有や協力関係を深める取り組みが増えてきている。しかしながら、多用な関係者が関われば関わるほど、そのための労力は多大なものとなる。

ICT(情報通信技術)化の進展により、医療・介護関係事業者における保険者への請求はオンライン化が進み、患者の診療情報や利用者の介護サービス給付情報などは原則的に専用の業務システムに入力されるようになってきた。請求のために入力されているデータを、関係者との情報共有のために活用している先進事例はあるものの、全国的にどのような現状にあるかは明らかにされていない。

もともと医療機関や介護事業者は、それぞれが独自の業務システムを導入しているため、ICTを活用して連携を強化するには、共有する情報の内容や方法などについて、事前に検討する必要がある。共通した考え方を定めないと進めると互換性のない情報システムが乱立してしまい、かえって関係者の情報共有のための手間が増えてしまう事態を招いて連携を阻害する可能性が生じる。そのため、ICTを活用した在宅医療と介護の連携方法について、既存のシステムを連携に活用することが可能であるのか、あるいは新たなシステムを構築する必要があるのか、既存のシステムにおける連携を試みる必要がある。

### 課題

1. 医療や介護を必要とする高齢者の増加
2. 在宅での生活を支える地域包括ケアシステムの整備
3. 医療・介護関係事業者における連携の強化
4. ICTの活用による医療・介護関係事業者における連携実態の把握
5. 既存の業務システムを活用した連携可能性の検証

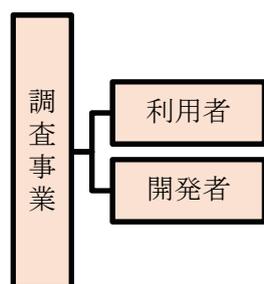
## 第2節 目的

本報告書では、調査事業および実証事業を通じて、ICTを活用した効果的な在宅における医療と介護の連携のあり方を提言することを目的とした。調査事業では、医療・介護関係事業者、地方公共団体、システム開発ベンダを対象としたアンケートおよびインタビューを通じて、情報共有システムの利用実態を明らかにすることを目的とした。さらに、実証事業では、情報共有システムを導入・利用する上での課題を解決する有効な方策を検討する上で参考となる情報を収集することを目的とした。

### 第3節 実施体制

#### 第1項 調査事業

「調査事業」は、ICTを活用した在宅医療と介護の効果的な連携を実現するために現状のニーズや課題、利用の効果などを把握して、効果的な連携を実現する上で参考となる基礎資料を収集した。調査は情報システム利用者及び情報システム開発者を対象にアンケート及びヒアリング、有識者及び実務者との会議などにより主に次のことを論点にして調査を実施した。



【論点】

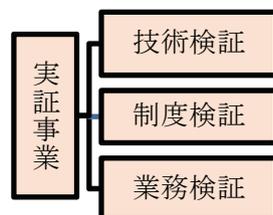
情報システムを効果的に利用する方策について  
標準化された情報システムの普及方策について

【論点】

連携可能な情報システムの開発状況について  
標準化された情報システム開発の意向について

#### 第2項 実証事業

「実証事業」では、異なる情報システムがデータの交換を共通したフォーマットを使って可能となる共通基盤を実際に構築して、試験的に利用する。その結果を踏まえて技術面、制度面、業務面における検証として効果及び課題について整理することで、在宅医療と介護の連携のために利用する情報システムがたとえ異なっても必要な情報を交換できるしくみのあり方を検討する。



【論点】

安全性と経済性、利便性に対応した実用性のある  
情報システムの利用環境を構築することについて

【論点】

異なる情報システムが連携するために必要な共通  
基盤の運用体制や運用方法などについて

【論点】

在宅医療と介護の現場で役立つ情報共有や関係  
者の連携のあり方について

## 第4節 事業対象とする情報システムの定義

本事業においては、在宅医療や介護に関連する用途において、次の要件の全てを満たす情報システムを対象の情報システムとして定義する。

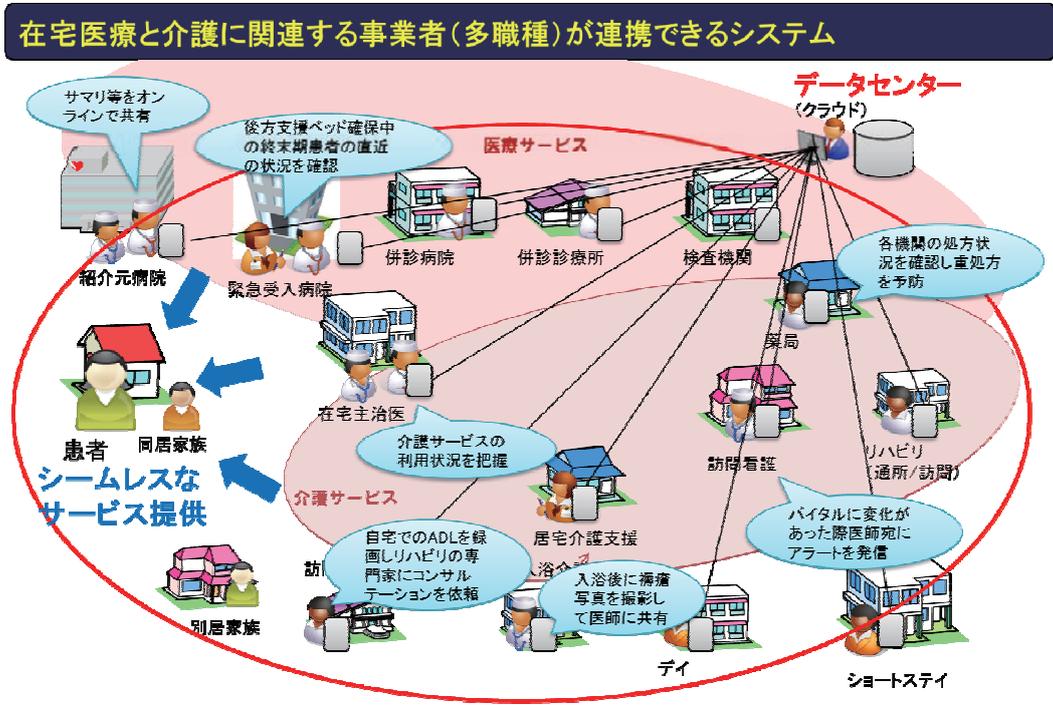
- ① 医療及び介護の専門職種(医師や介護支援専門員など)が利用している
- ② 複数法人、或いは、複数事業所において利用している
- ③ 複数の利用者が必要情報をいつでも参照・更新できるよう一元管理している

(注意) 但し、Faxや電子メール(メーリングリスト)などのICTの活用のみで情報を共有している場合は対象外とする。

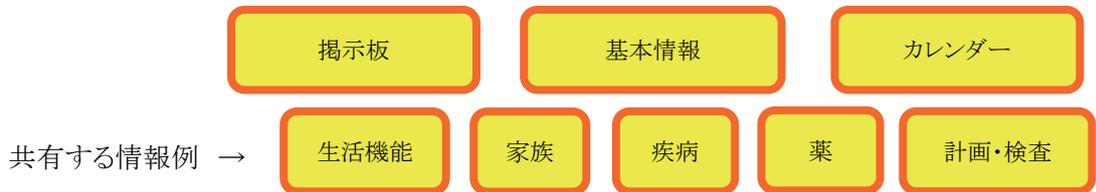
### <情報システムの利用目的>

在宅で療養する高齢者等に対して、医療及び介護に関するシームレスなサービス提供ができるよう関係者(医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員、ヘルパーなど)が、氏名や年齢などの基本情報や変化する健康状態や日常生活行動、医療介護に関するサービス計画などを共有する。(図1)

図1 情報システムのイメージ図



(利用者の範囲や取り扱う情報の内容は情報システムにより異なる)



## 第2章 調査事業

## 第1節 情報システムの利用実態に関する調査

### 1.1 利用者調査の全体概要

#### 1.1.1 目的

利用者調査は、在宅医療・介護サービスを提供する関係者における情報システムの利用実態を明らかにすることで、理想的な地域包括ケアの実現に資することを目的とした。具体的には、多職種での情報連携のための情報システムの利用状況、利用によって得られる効果、利用している機能、利用意向、利用の妨げとなる課題について明らかにすることで、今後の情報システムのあるべき方向性を導出していった。

#### 1.1.2 方法

在宅医療と介護に関わる関係者へのアンケート調査、さらに訪問調査を実施した。これらの結果について、委員会および作業ワーキングにおいて検討し考察した。

なお、本調査において、「情報システム利用者」という言葉は、「情報システムを利用する立場の者」という意味で使用し、現在情報システムを利用している者に加え、現在情報システムを利用していない者であっても将来的に利用する可能性がある潜在的利用者を含めて使用している。

### 1.1.3 アンケート調査

#### ① 調査対象

利用者調査の対象は、在宅医療と介護に関わる関係者であり、情報システムを利用する立場の者および利用を指導する立場の者(情報システム利用者)である。情報システムを利用する立場の者として、在宅療養支援診療所、居宅介護支援事業所を対象とし、情報システムの利用を指導する立場の者として、地方公共団体、郡市医師会を対象とした。

地方公共団体のうち市及び区の全件 812 団体を抽出し、その行政区域内から他の対象団体をそれぞれ抽出した合計 3,248 団体を調査対象とした。なお、地方公共団体へのアンケート送付先は介護支援に関する管理部門とした。

#### 調査対象に対するアンケート票の配布および回収

	配布数	回収数(%)
情報システム利用者全体	3,248 団体	1,123 団体 (34.6%)
1. 情報システムを利用する立場の者		
在宅療養支援診療所	812 団体	210 団体 (25.9%)
居宅介護支援事業所	812 団体	304 団体 (37.4%)
2. 情報システムの利用を指導する立場の者		
地方公共団体(789 市、23 区)	812 団体	404 団体 (49.8%)
郡市医師会	812 団体	205 団体 (25.2%)

#### ② 手続き

調査対象団体にアンケート用紙を郵送し、回答用紙を返送、あるいは、Web サイトへの入力により回収した。依頼にあたり、回答は各団体の自発的意思に委ねられること、不回答によって不利益を受けないことを記載した。

#### ③ 調査期間

調査期間は、平成 24 年 12 月 20 日～平成 25 年 2 月 8 日であった。

#### ④ 調査内容

情報システムの利用状況、情報システムに対するニーズ、導入への条件、情報共有システムの効果(あるいは期待効果)、利用機能、課題、情報共有の状況(あるいは共有すべき情報)、情報システムの利用環境やセキュリティ対策などであった。

資料 3 「利用者アンケート調査票」

#### 1.1.4 訪問調査

##### ① 調査対象

訪問調査については、下記に掲げる団体に訪問し調査した。

- ・ 一般社団法人 東成区医師会（大阪府大阪市）
- ・ 一般社団法人 長崎市医師会（長崎県長崎市）
- ・ 公益社団法人 四日市医師会（三重県四日市市）
- ・ 一般社団法人 坂井地区医師会（福井県あわら市）
- ・ 岩手県陸前高田市
- ・ 大阪府豊中市
- ・ 千葉県市川市
- ・ 社会福祉法人 清水福社会（佐賀県小城市）

##### ② 手続き

訪問し、担当者に対してヒアリングを行った。ヒアリングは、調査者2名に対し、3名～10名にて実施した。依頼にあたり、回答は各団体の自発的意思に委ねられること、不回答によって不利益を受けないことを説明した。ヒアリング時間は1件あたり120分～180分であった。

##### ③ 調査期間

調査期間は、平成24年12月から平成25年3月であった。

##### ④ 訪問調査の結果

訪問調査でヒアリングした内容の主要な知見について取り上げる。

#### ○ 情報の共有、情報システムについて

- ・ 地域として、従来よりアナログベースで多職種連携をしており、多職種による情報共有のニーズは強い。
- ・ 電子カルテと連動する情報共有の仕組みもあるが、医療機関しか導入できず、多職種による情報共有ができないという難点がある。
- ・ 医師会では、病院(9割)・かかりつけ医(1割)という現状を逆転したいと考えているが、情報共有システムはこのような目的でも有効である。
- ・ 医師・看護師・ケアマネ等十数名以上が、ケアレポートを中心に情報共有しているが、行政とは情報共有していない。また、歯科医師との連携は、必要性は感じているものの難しい。
- ・ 入力した看護記録がそのまま情報システムに反映されるようなシステム（二重入力しないシステム）が望ましい。

- **利用者アンケート：「評価時」における情報共有の必要性が低い理由**
  - ・ 「評価時」の意味するところがよく伝わっていないという点がある。
  - ・ 福祉出身のケアマネは、ケアプランのレベルも低く、アセスメントの意識も低い。情報の使い方をよく理解していないからではないかと思われる。看護師出身のケアマネであれば意識も高いため、異なる回答となると思う。
  
- **情報共有と個人情報・医療 ID との関係について**
  - ・ 現在導入予定の情報共有システムについて、個人情報の接続については、同意書を入手したうえでつなげる。医療 ID はことさらマイナンバーと異なる ID にする必要はなく、少なくとも医療と介護は同一の ID にしてもらいたい。
  - ・ 住民に対して在宅医療の啓発を行っており、在宅医療について気軽に相談できる雰囲気を作っている。住民の反応は良好であり、患者の個人情報を共有することに対する住民の不安や抵抗などはまったく無い。
  - ・ 医療と介護で患者の情報を連携するには、統一的な ID を使うことが望ましい。
  
- **地方公共団体の役割について**
  - ・ 地域の医療介護連携については、自治体にコーディネートのリーダーシップが求められるが、現実的にはほとんど機能していない。介護保険制度が始まって、自治体も保健師も地域のことはケアマネに頼るようになってしまった。
  - ・ 自治体や地域包括支援センターは、個人情報保護を理由に情報共有をしない。個人情報は言い訳であって、地域をコーディネートしようとする意欲に欠ける。

## 1.2 情報システムの利用実態

情報システムの利用実態では次の項目について調査を実施した。

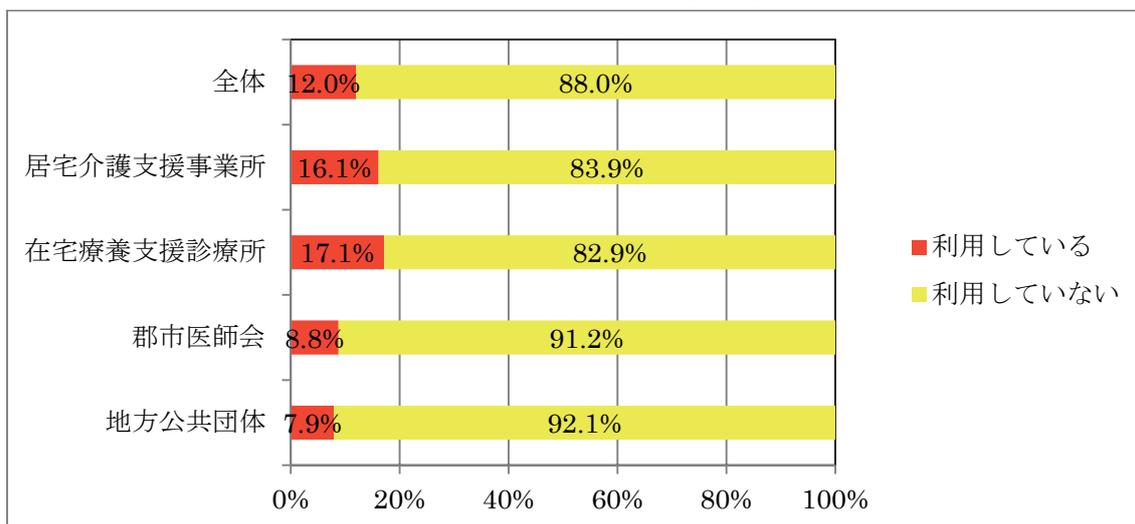
(調査項目)

- 1.2.1 情報システムの利用状況
- 1.2.2 情報システムに対する利用の意向
- 1.2.3 情報システム利用の条件
- 1.2.4 情報システム利用の効果
- 1.2.5 情報システム利用に対する期待
- 1.2.6 情報システムで利用されている機能
- 1.2.7 情報システム利用における課題
- 1.2.8 情報システム導入における課題
- 1.2.9 情報共有の必要性とその実際
- 1.2.10 情報が必要な場面
- 1.2.11 情報システムの利用環境
- 1.2.12 自由意見

## 1.2.1 情報システムの利用状況

貴法人（団体）では、「情報システム」を利用されていますか。

図 2.1 情報システムの利用状況



**全体** 情報システムを利用している団体が 12%(135 団体)、利用していない団体が 88%(988 団体)と、情報システムの普及はまだ少ない状況にある。

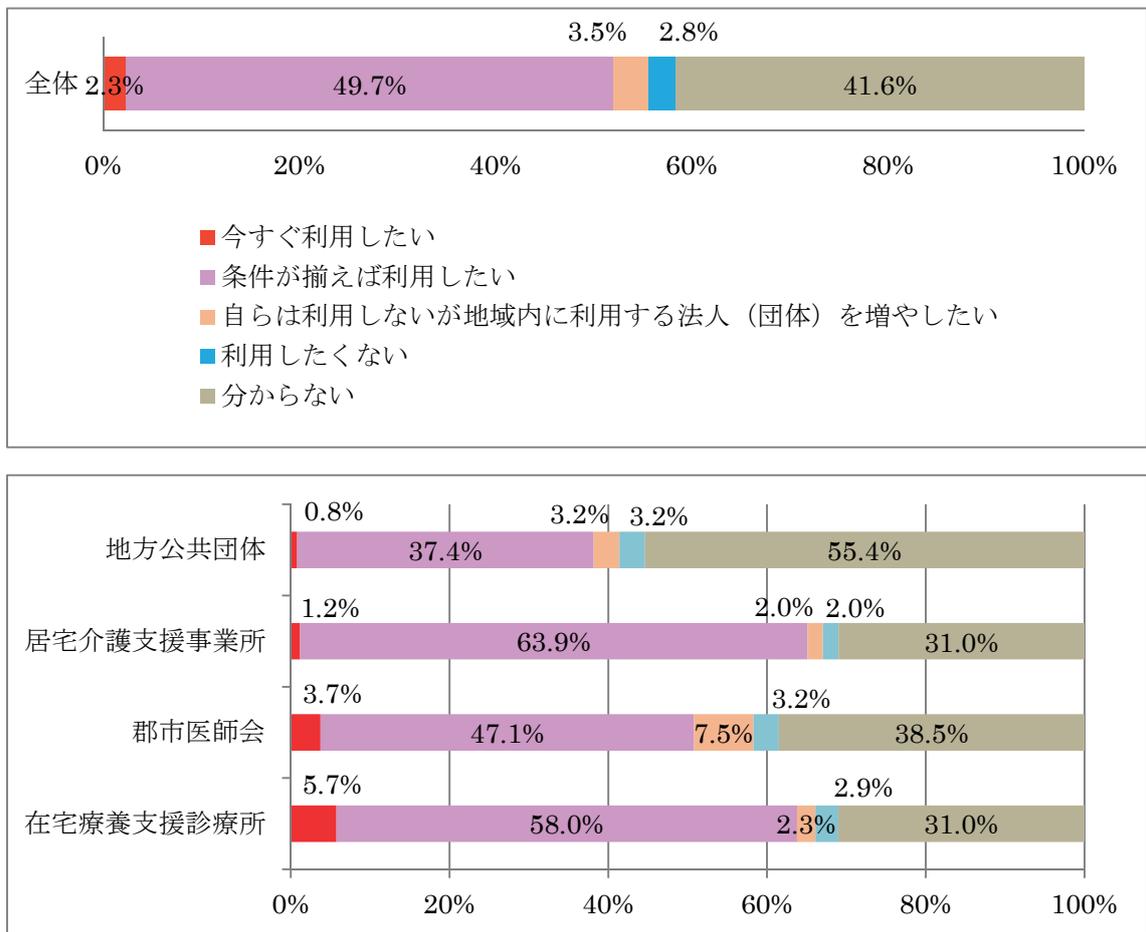
**比較** 団体別にみると、居宅介護支援事業所と在宅療養支援診療所の利用している割合に対し、郡市医師会と地方公共団体はその半分程度の利用にとどまっている。

**ポイント** 地域包括支援センターを所管し、地域における多職種連携をコーディネートする役割として期待されている地方公共団体や郡市医師会において、現時点では、情報システムを利用して指導を行う環境は整っていないことが明らかとなった。なお、アンケート票の送付先について、地方公共団体では介護支援に関する管理部門を想定したものの、実際はサービス提供に関わる地域包括支援センターが回答しているケースが少なくなかった。そのため、地方公共団体における「利用している」という回答は、地域包括支援センターにおける利用を反映しており、実際の割合はより小さいと推測される。

## 1.2.2 情報システムに対する利用の意向

今後、情報システムを利用する意向はありますか。(利用していない団体のみ回答)

図 2.2 情報システムに対する利用の意向 (母数は現在情報システムを利用していない団体)



**全体** 利用していない 988 団体のうち半数以上の 549 団体 (55.6%) が、利用したいという意向を示している。利用したくないという回答はわずか 2.8% である。

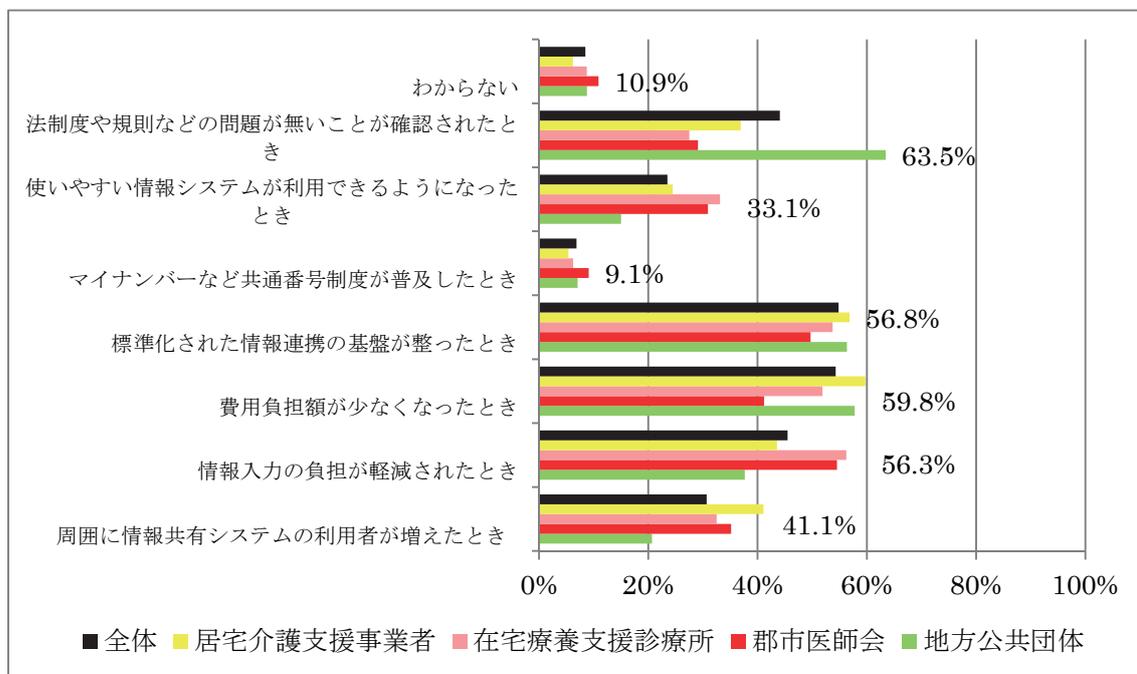
**比較** 団体別にみると、居宅介護支援事業所と在宅療養支援診療所の利用意向が高く、70%に迫っている。郡市医師会もまた 60%近い利用意向を示している。しかし、地方公共団体は半数以上の 55.4%が「分からない」と回答しており、他団体に比べて利用意向を明示しない傾向にあった。

**ポイント** 地方公共団体において「分からない」という回答が多いということは、地域における多職種連携のコーディネートのために情報システムを利用することで得られる効果が、周知されていない可能性があるという指摘できる。

### 1.2.3 情報システム利用の条件

利用するにはどのような条件が揃えば利用したいと思いますか。(3つまで選択可)

図 2.3 情報システム利用の条件 (母数は、図 2.2 で情報システム利用意向を示した団体)



**全体** 全体として、「標準化された情報連携基盤の整備」と「費用負担が少ないこと」という条件が、過半数を超えて最も多かった。このことから、情報連携基盤が標準化されていないことや費用負担に対する不安によって、情報システムの導入が躊躇される理由となっているといえる。

また、三番目に「情報入力の手軽さが軽減されたとき」という項目があがっており、情報システムにおける効率的な入力方法や二重入力しない仕組みなどが求められているといえる。

**比較** 団体別にみると、地方公共団体における「法制度などの問題がないことの確認」の回答が 63.5%と突出して大きく、地方公共団体が情報システムを導入するためには、システムを使っての情報共有に法制度や規則などの問題のないことをあらかじめ示す必要があるといえる。

**ポイント** 情報システムの導入にあたって、「標準化された情報連携基盤の整備」「費用負担が少ないこと」「法制度などの問題がないことの確認」の課題を解決していくことと同時に、「周囲に情報システムの利用者が増えたとき」を解決するよう、在宅医療・介護に関わるすべての関係者が利用する方策を探る必要がある。

## 1.2.4 情報システムの利用効果

情報システムの利用による効果について、どのように評価していますか。

図 2.4.1 情報システムの利用効果 全体

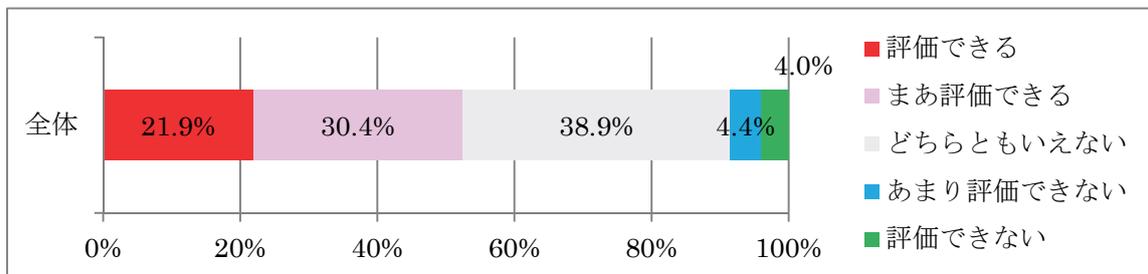
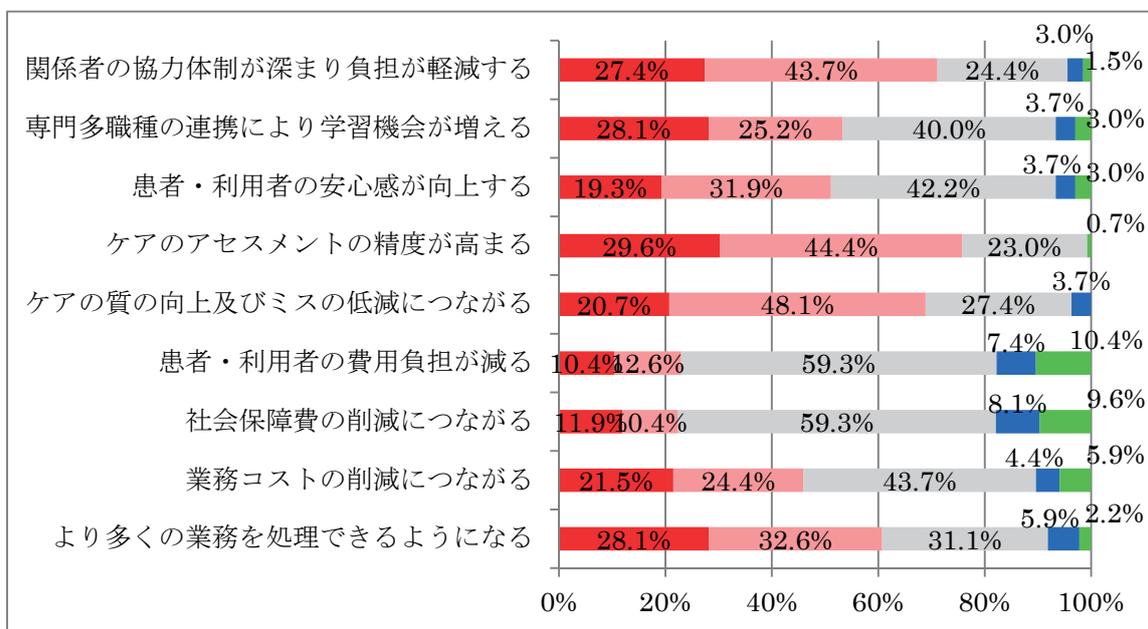


図 2.4.2 情報システム利用効果（事由別）全体



**全体** 情報システムを利用している 135 団体 (12%) の 52.3% が利用して効果があると評価しているが、38.9% の団体は「どちらともいえない」と回答している。事由別では「ケアのアセスメントの精度」、「関係者の協力による負担軽減」、「ミスの低減」などの事由で約 7 割が高く評価しているが、「患者の負担軽減」、「社会保障費の削減」、「業務コストの削減」に関しては約 2 割の団体が評価していない。

**ポイント** 「どちらともいえない」と回答している団体が 38.9% と多いのは、費用負担の軽減やコスト削減などの点において情報システムの利用による効果が期待されているのも関わらず、その効果が得られていないことが主な要因になっているといえる。現在、業務を処理するために利用している情報システムの費用と多職種間で情報を共有するために要する費用について効率化を図らなければならない。

① 郡市医師会

図 2.4.3 情報システムに関する評価（全体） 郡市医師会

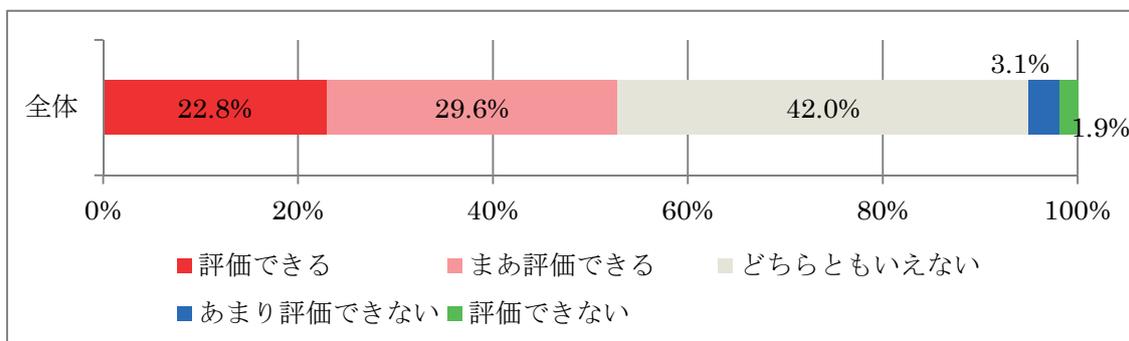
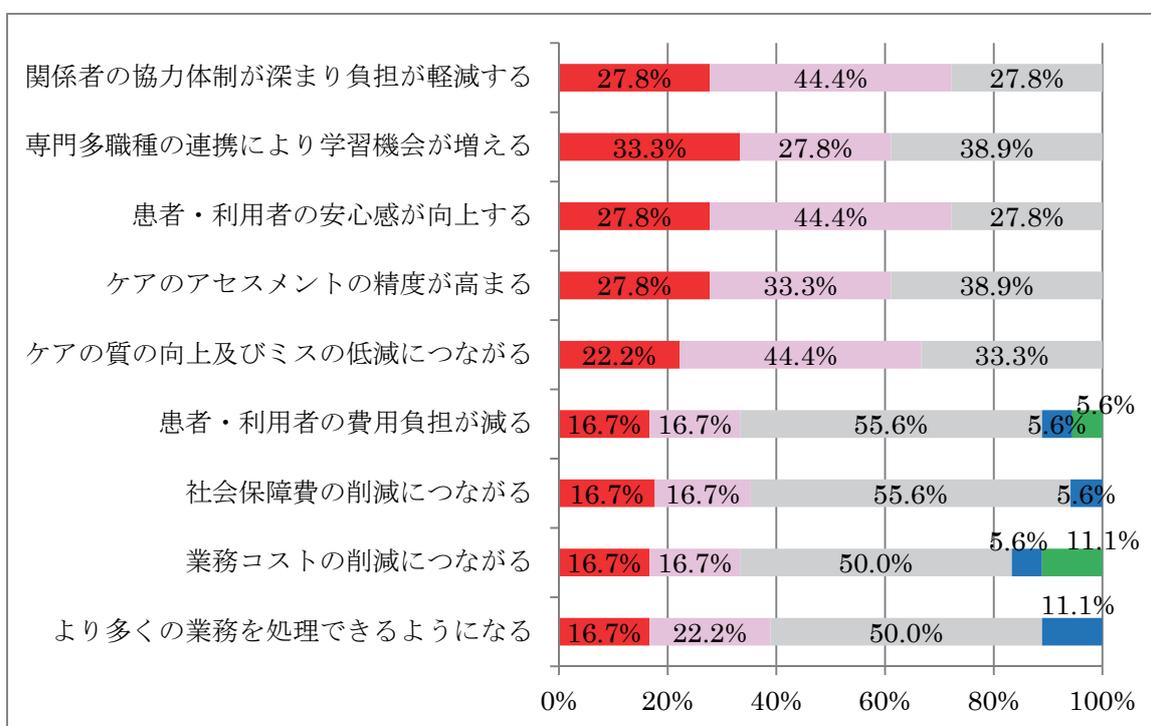


図 2.4.4 情報システムに対する評価（事由別） 郡市医師会



**全体** 情報システムを利用している郡市医師会 18 団体のうち 52.4%は評価できると回答しており、5%は評価できないという回答であった。事由別では「関係者の協力による負担軽減」、「専門多職種との学習機会の増加」、「患者・利用者の安心感」、「ケアのアセスメント精度」、「ケアの質の向上」であり、逆に評価が低い項目としては「業務コストの削減」、「患者・利用者の費用負担軽減」である。

**ポイント** 「関係者の協力による負担軽減」や「専門多職種との学習機会の増加」などの事由を高く評価していることから、連携に対する関心が高いといえる。

② 在宅療養支援診療所

図 2.4.5 情報システムに関する評価（全体）在宅療養支援診療所

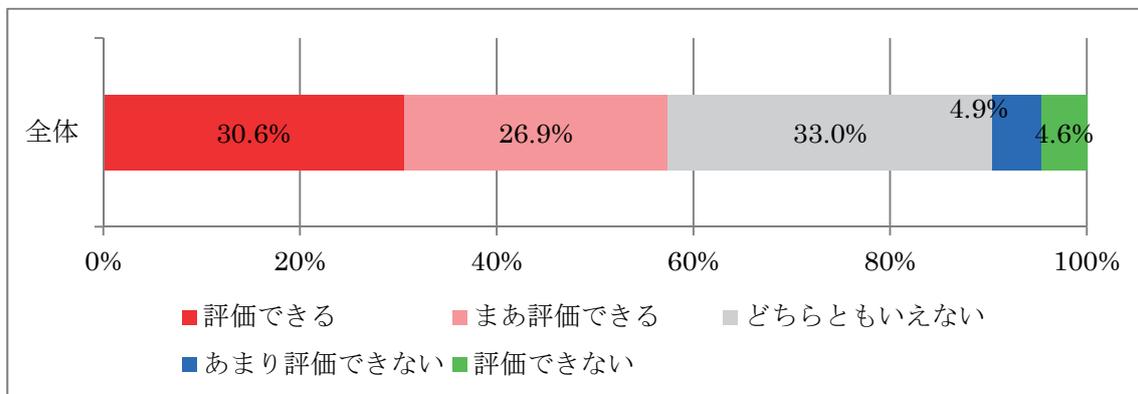
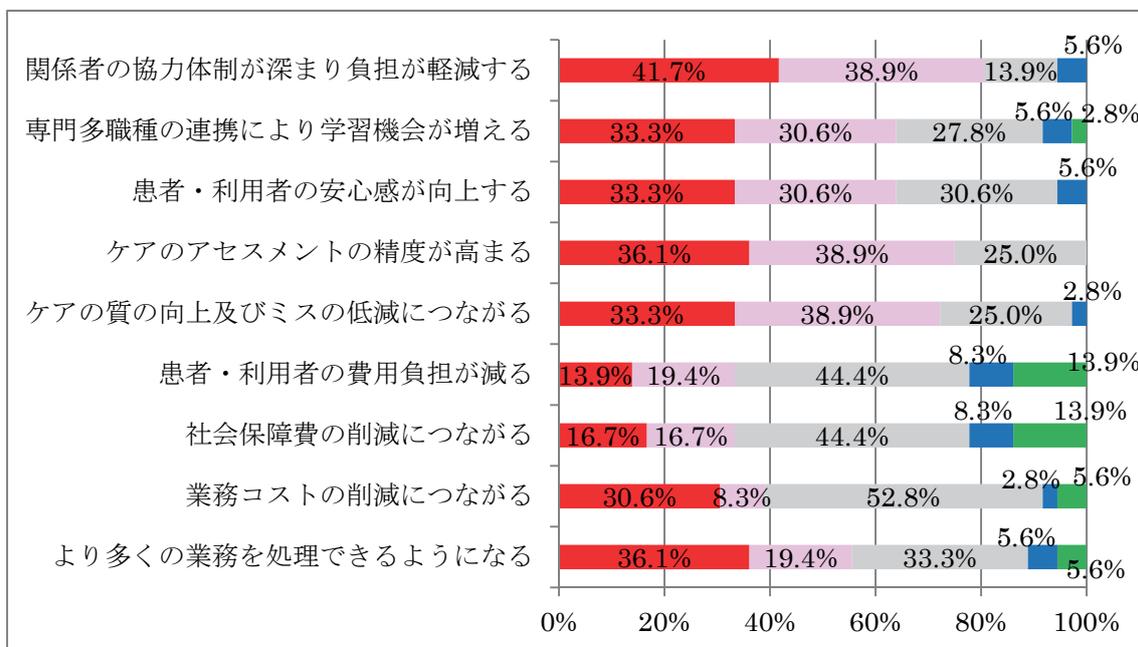


図 2.4.6 情報システムに対する評価（事由別）在宅療養支援診療所



**全体** 情報システムを利用している在宅療養支援診療所 36 団体のうち 57.5%は評価できると回答しており、9.5%は評価できないという回答であった。事由別では「関係者の協力による負担軽減」、「専門多職種との学習機会の増加」、「患者・利用者の安心感」、「ケアのアセスメント精度」、「ケアの質の向上」であり、逆に評価が低い項目としては「業務コストの削減」、「社会保障の削減につながる」、「患者・利用者の費用負担の軽減」である。

**ポイント** 「関係者の協力による負担軽減」に対する評価は 80.6%、「ケアのアセスメントの精度が高まる」に対する評価は 85%で高く評価されている。

③ 居宅介護支援事業所

図 2.4.7 情報システムに対する評価（全体）居宅介護支援事業所

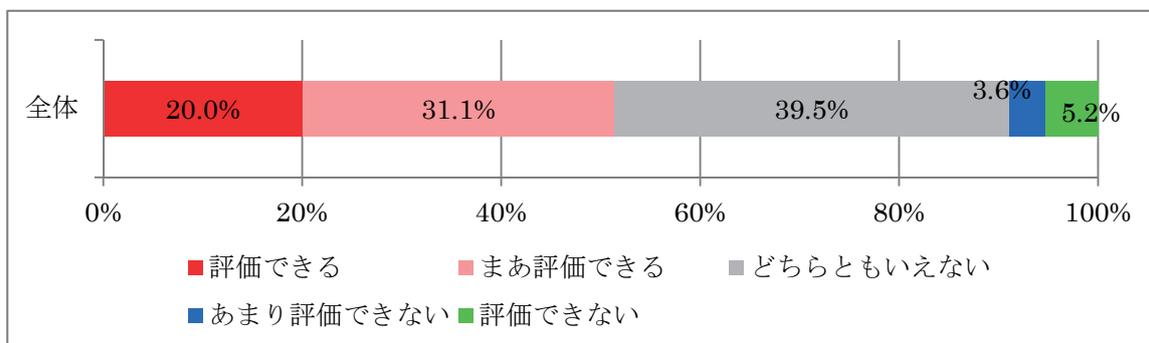
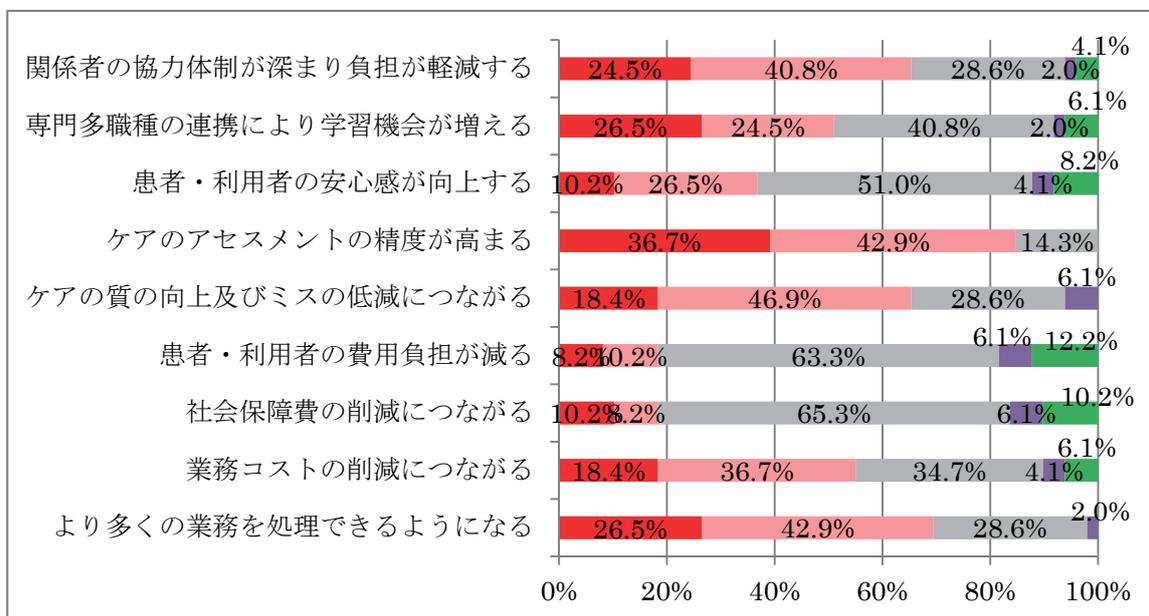


図 2.4.8 情報システムに対する評価（事由別）居宅介護支援事業所



**全体** 情報システムを利用している居宅介護支援事業所 49 団体のうち 51.1%は評価できると回答しており、8.8%は評価できないという回答であった。事由別では「ケアのアセスメント精度」、「ケアの質の向上」、「より多くの業務を処理できる」が高く評価されている。逆に評価が低い項目としては「業務コストの削減」、「社会保障の削減につながる」、「患者・利用者の費用負担の軽減」である。

**ポイント** 「関係者の協力による負担軽減」に対する評価は 65.3%で在宅療養支援診療所の評価に比べて低い評価である。

④ 地方公共団体

図 2.4.9 情報システムに対する評価（全体） 地方公共団体

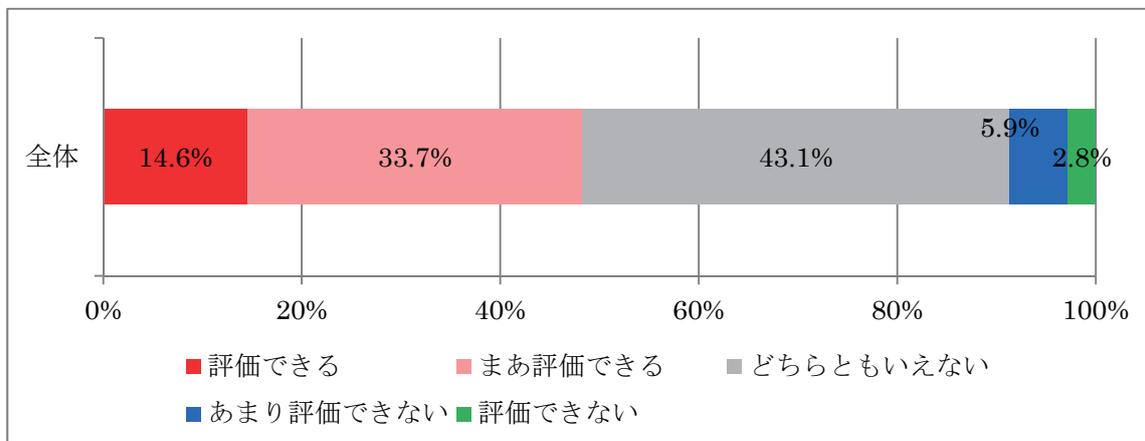
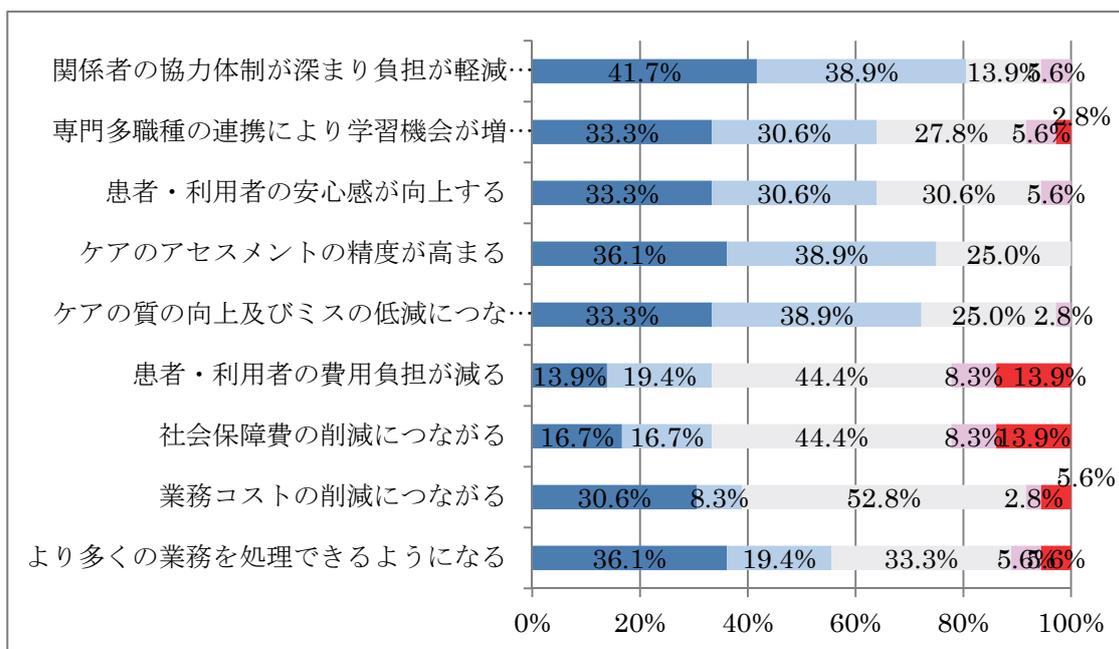


図 2.4.10 情報システムに対する評価（事由別） 地方公共団体



**全体** 情報システムを利用している地方公共団体 32 団体のうち 48.3%は評価できると回答しており、8.7%は評価できないという回答であった。事由別では「ケアのアセスメント精度」、「ケアの質の向上」が高く評価されている。逆に評価が低い項目としては「社会保障の削減につながる」、「患者・利用者の費用負担の軽減」である。

**ポイント** 郡市医師会や在宅療養支援診療所、居宅介護事業所に比べて、やや評価する団体が少ないが、全体としては、ほぼ同じ評価をしている。

## 1.2.5 情報システムの利用に対する期待

情報システムを利用する場合、どのような効果を期待しますか。

現在情報システムを利用していない団体を対象とし回答を得た。医療関係者(郡市医師会・在宅療養支援診療所)と介護関係者(地方公共団体・居宅介護支援事業所)に分けて集計した。

### ① 医療関係者の期待

図 2.5.1 情報システムに対する期待 全体 (医療関係者)

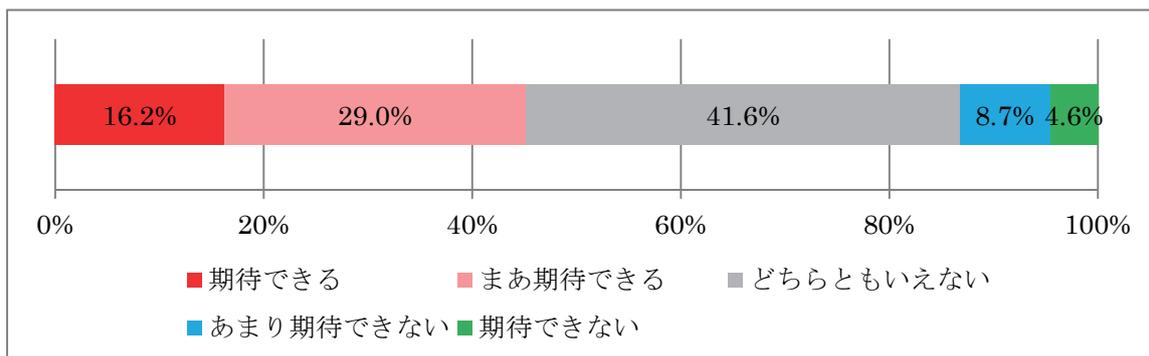
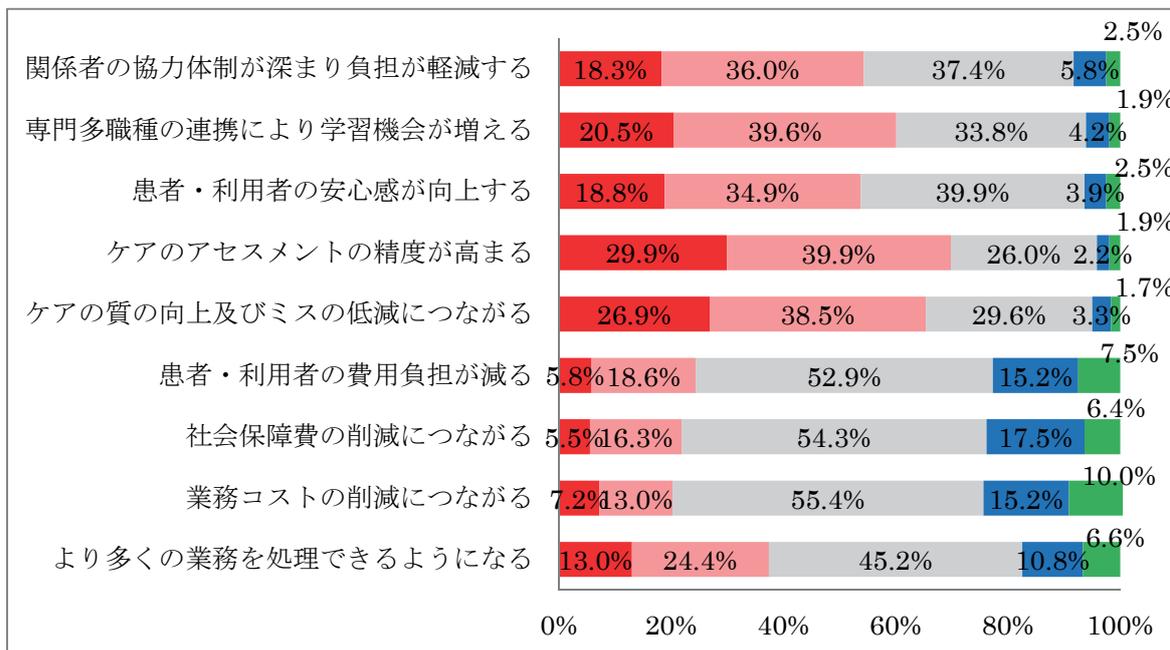


図 2.5.2 情報システムに対する期待 事由別 (医療関係者)



**全体** 情報システムを利用していない医療関係団体 361 団体のうち 45.2%は期待できると回答しているが 13.3%は期待できないという回答であった。事由別では「ケアのアセスメント精度」、「ケアの質の向上」への期待が高い。逆に期待していない内容としては「業務コストの削減」、「社会保障の削減につながる」、「患者・利用者の費用負担の軽減」である。

**ポイント** 情報システムを利用している団体が評価した内容と情報システムを利用していない団体が期待している内容はほぼ同じ傾向である。

② 介護関係者の期待

図 2.5.3 情報システムに対する期待 全体 (介護関係者)

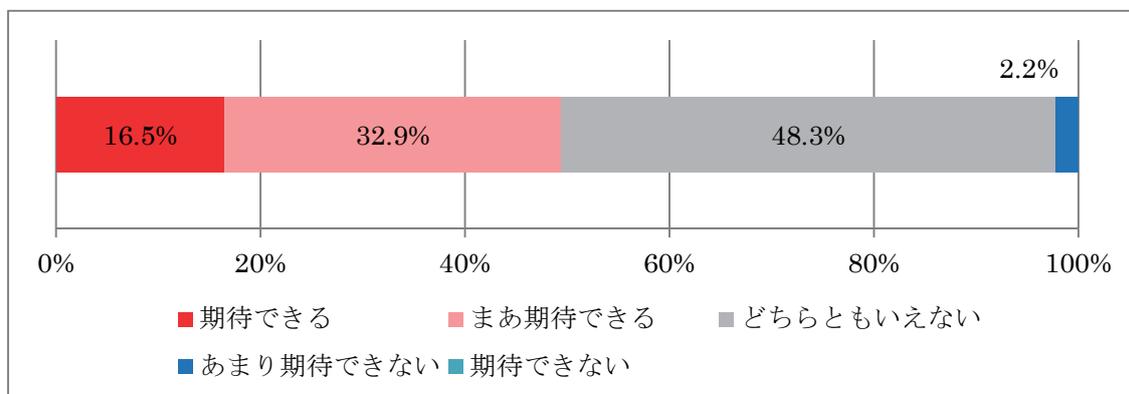
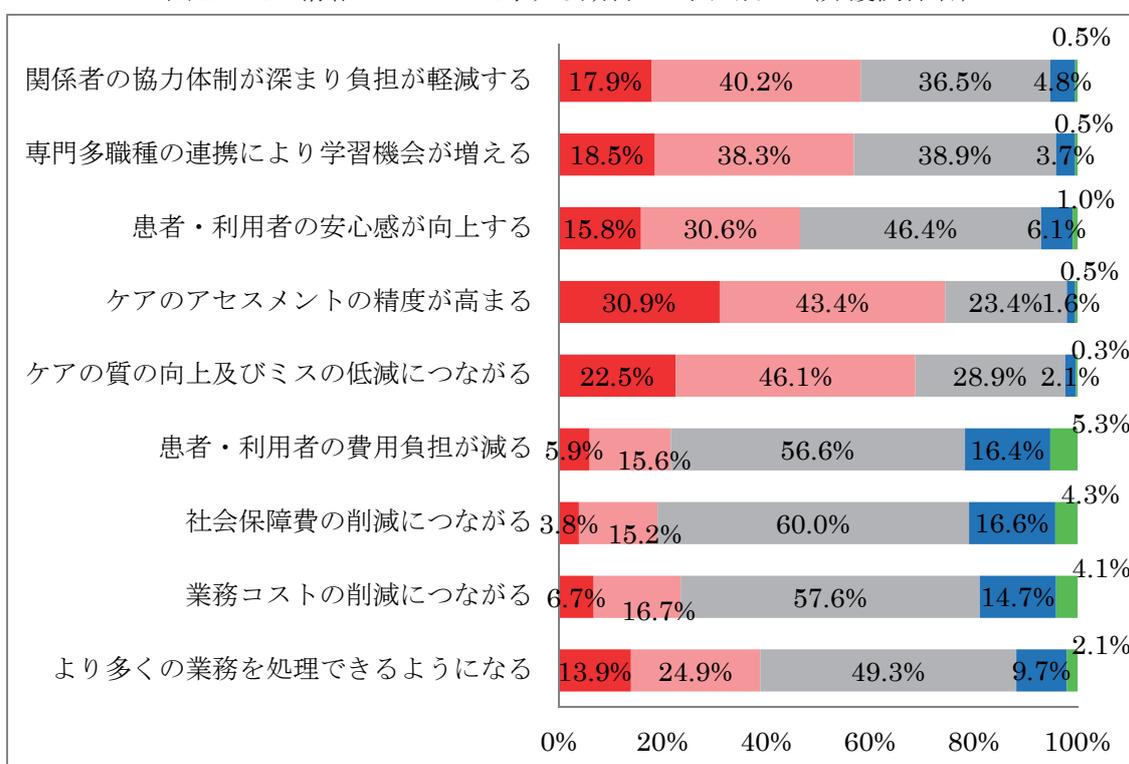


図 2.5.4 情報システムに対する期待 事由別 (介護関係者)



**全体** 情報システムを利用していない介護関係団体 627 団体のうち 49.4%は期待できると回答しているが 2.2%は期待できないという回答であった。事由別では「ケアのアセスメント精度」、「ケアの質の向上」への期待が高い。逆に期待していない内容としては「業務コストの削減」、「社会保障の削減につながる」、「患者・利用者の費用負担の軽減」である。

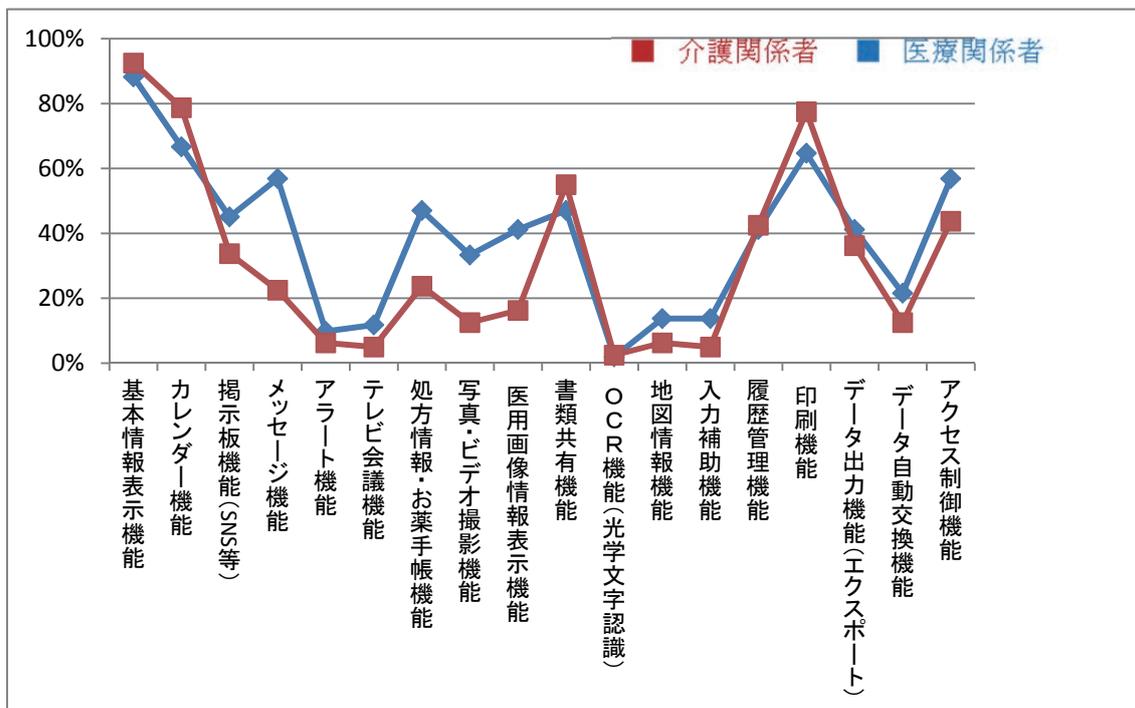
**ポイント** 「どちらともいえない」と回答した団体が 48.3%と多いことから、情報システムの内容があまり周知されていないといえる。

## 1.2.6 情報システムで利用されている機能

情報システムで、貴法人（団体）が実際に利用している機能は何ですか。

この質問は情報システムの利用している 135 団体から回答を得た。

図 2.6.1 情報システムで利用されている機能



**全体** 基本情報表示機能、カレンダー機能、印刷機能が総じて利用されており、アラート機能、テレビ会議機能、OCR機能、地図情報機能、入力補助機能についてはほとんど利用されていない。

医療関係者と介護関係者ではほぼ同じような傾向を示しているが、メッセージ機能、処方情報・お薬手帳機能、写真・ビデオ撮影機能、医用画像情報表示機能については、介護関係者より医療関係者のほうがより多く利用しているという状況がある。

**ポイント** アクセス制御機能や履歴管理機能など情報セキュリティ管理面で必須であると思われる機能についても利用率はさほど高くない。

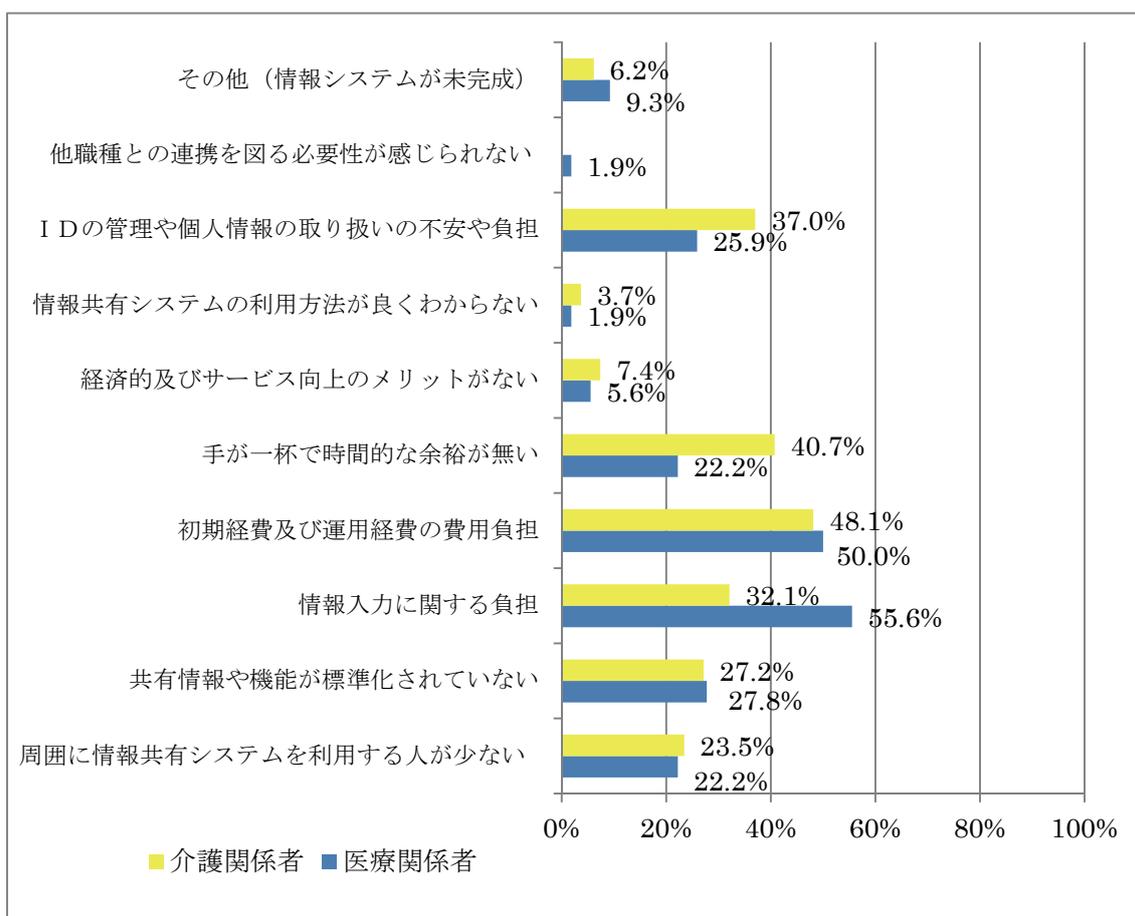
また、テレビ会議機能などについては利用ニーズは高いが情報システムに機能が装備されていないことから利用率は低くなっている。

## 1.2.7 情報システムの利用における課題

情報システムを利用する上で課題だと感じることは何ですか。（3つまで選択）

この質問は情報システムを利用している 135 団体から回答を得た。

図 2.7.1 情報システム利用における課題



**全体** 情報システムの利用における課題としては、「初期経費および運用経費の費用負担」に関する回答が最も多く、次いで、「情報入力に関する負担」や「IDの管理や個人情報の取り扱いに関する不安や負担」が課題として多くあげられている。

**比較** 医療関係者と介護関係者には、さほどの違いはないが「情報入力に関する負担」では医療関係者の方が課題として捉える傾向が大きい。また、介護関係者は医療関係者よりも「IDの管理や個人情報の取り扱い」や「時間的な余裕が無い」ことを課題として捉える傾向が大きい。

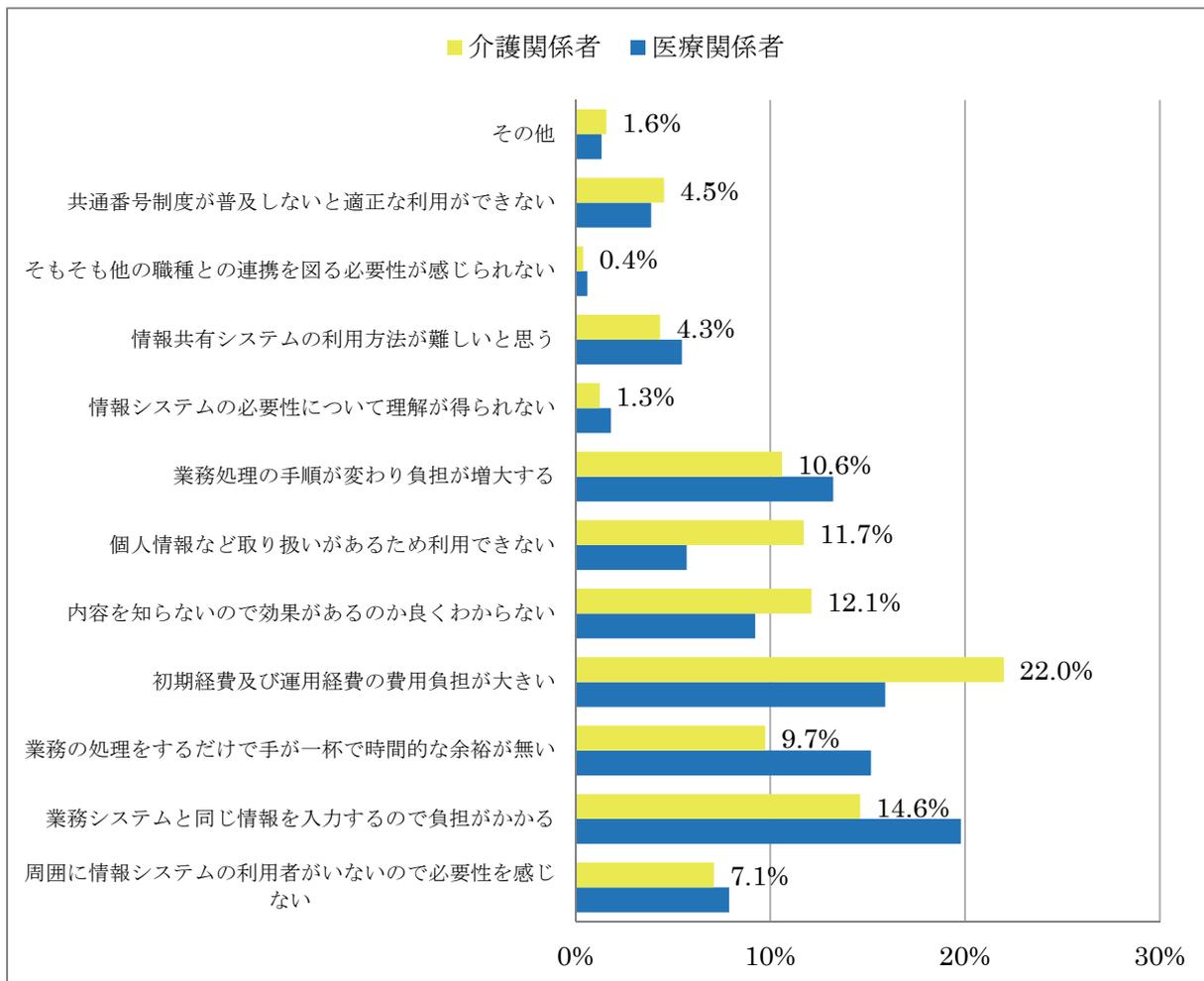
**ポイント** 「情報入力に関する負担」は業務システムで入力された情報が共有する情報システムに連動していないため同じ情報を二度入力することになることが課題として捉えられており、情報システムが異なっても情報を共有する機能が求められているといえる。

## 1.2.8 情報システムの導入における課題

情報システムの導入・利用にあたって課題だと感じることは何ですか。（3つまで選択）

この質問は情報システムを利用していない988団体から回答を得た。

図 2.8.1 情報システム導入における課題



**全体** 情報システムを利用していない団体が導入する上で課題としている内容としては、「初期経費および運用経費の費用負担」が最も多く介護関係者の回答が22%である。

特に、介護関係者は医療関係者よりも「費用負担」を課題として捉える傾向が強く、逆に医療関係者は介護関係者よりも「時間的な余裕」と「二重入力の負担」を課題として捉えるという傾向がうかがえる。

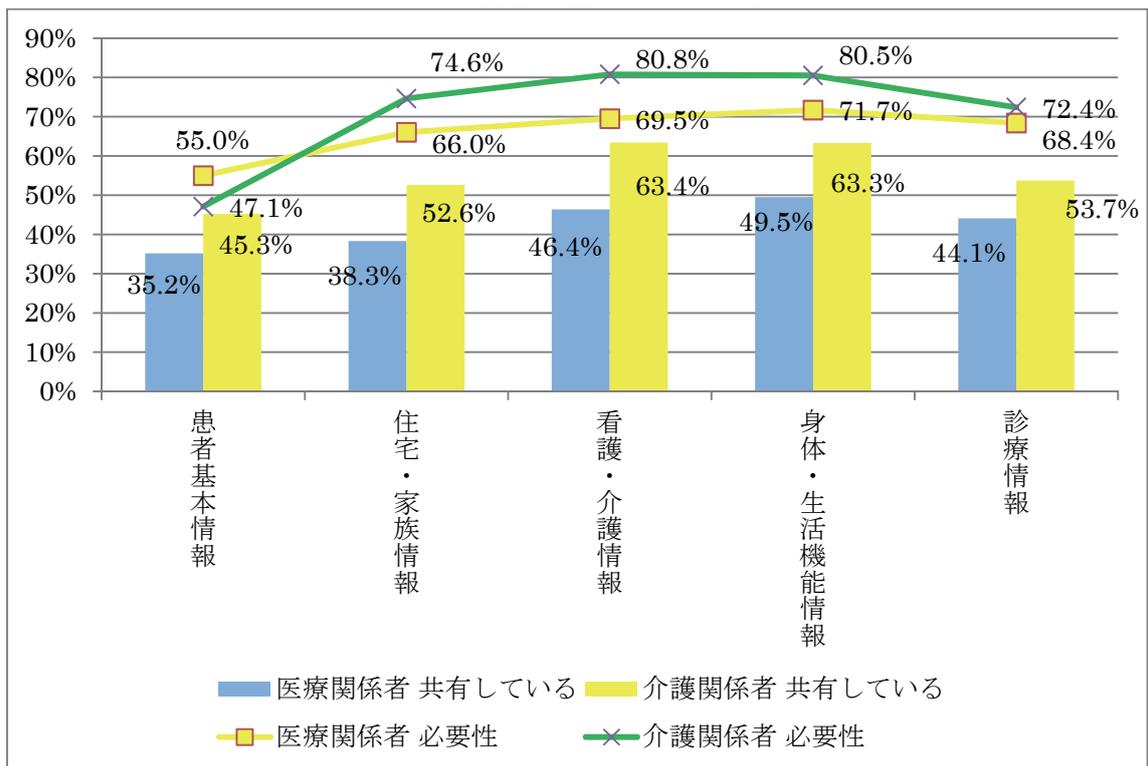
**ポイント** 情報システムの導入における課題は、前記の1.2.3 情報システム利用の条件と関連性があるため、ここでの質問に課題として挙げられている割合は全体を通して少ないが対応する必要がある。

## 1.2.9 情報共有の必要性とその実際

医療及び介護関係者が業務上、共有している情報にはどのようなものがありますか。共有の必要性は感じていますか。

この質問は情報システム利用の有無に関わらず、全ての団体から回答を得た。

図 2.9.1 情報共有の実態と必要性



**全体** 各情報について、本来、必要な情報を全て実際に共有するまでには至っていない。「介護・看護情報」や「身体・生活機能情報」については、他の情報に比べて共有している割合が高い。また、介護関係者は医療関係者よりも情報を多く共有している。

表 2.1 は図 2.9.1 の情報共有の大項目を小項目に分類したデータである。大項目と小項目でそれほどの乖離はない。ただし、患者・利用者情報の「身長・体重・血液型」については、患者・利用者情報としてあまり必要性を感じられていないようである。

表 2.1 情報共有の必要性とその実際（詳細）

		医療	介護	医療	介護
		現在、共有している		必要性	
患者・利用者情報	氏名、フリガナ、生年月日、性別、住所、連絡先、医療保険(種別・番号)、介護保険、要支援・要介護(区分)、介護認定期間	45.3%	50.3%	64.1%	50.4%
	生活保護受給(有無)、障害・精神認定(有無)	38.6%	47.9%	58.1%	49.4%
	身長・体重、血液型	24.6%	33.6%	41.9%	37.3%
	性格・趣味、現在の仕事、経済状況	28.9%	43.6%	48.0%	47.6%
	本人主訴・要望、看取りの意向、本人に対する説明(病態変化・対処)	38.6%	50.8%	62.9%	50.7%
合計		35.2%	45.3%	55.0%	47.1%

		医療	介護	医療	介護
		現在、共有している		必要性	
住宅・家族情報	生活環境(部屋・階段)、トイレ・ベッド・浴室、衛生状態、駐車場の有無	31.1%	48.9%	60.0%	71.9%
	同居家族、家族の氏名・続柄、家族就労状況、家族連絡先、家族の役割・変化	39.5%	58.1%	65.3%	76.4%
	主介護者・介護力、家族の健康状態	39.3%	54.8%	67.0%	75.6%
	家族主訴・要望、キーパーソンの意向、看取りの意向	41.7%	54.9%	69.2%	75.8%
	家族に対する説明(病態変化・対処)	40.0%	46.3%	68.7%	73.4%
合計		38.3%	52.6%	66.0%	74.6%

看護・介護サービス		医療	介護	医療	介護
		現在、共有している		必要性	
	担当(介護支援専門員、訪問看護師、ホームヘルパー等)、サービス提供事業者(連絡先・所在地)	48.4%	66.0%	72.3%	83.2%
利用サービス(内容・実績・予定)、インフォーマルサービス	44.3%	60.9%	66.7%	78.4%	
合計		46.4%	63.4%	69.5%	80.8%

身体・生活機能		医療	介護	医療	介護
		現在、共有している		必要性	
	身体状況(麻痺・褥瘡・疼痛)	51.1%	65.8%	72.3%	81.1%
ADL(日常生活動作)、日常生活の自立度、変化の記録、方法、補助具	48.9%	63.6%	72.0%	81.4%	
認知症状 有無、内容	50.6%	65.4%	72.3%	81.4%	
栄養状況・留意点	47.5%	58.5%	70.1%	78.2%	
合計		49.5%	63.3%	71.7%	80.5%

診療情報		医療	介護	医療	介護
		現在、共有している		必要性	
	かかりつけ医・診療科目、受診状況(他医療機関)	44.8%	57.5%	68.7%	73.7%
同既往歴、現病歴、現在の疾患名・経過、感染症、特定疾患(公費負担)、予後・余命	44.1%	55.9%	69.4%	74.0%	
服薬状況、バイタルサイン(経過・最終)、検査結果、口腔環境・ケア・義歯	43.1%	50.4%	68.0%	72.2%	
医療管理(酸素・IVH)、必要な医療材料・機器	46.7%	54.2%	68.0%	71.0%	
状態変化の警報閾値、留意すべきこと、指示したこと	41.7%	50.6%	68.0%	70.9%	
合計		44.1%	53.7%	68.4%	72.4%

## 1.2.10 情報が必要な場面

情報の共有が必要と感じるのはどのような場面ですか。(複数回答)

この質問は情報システム利用の有無に関わらず、全ての団体から回答を得た。

図 2.10.1 情報が必要な場面（氏名、フリガナ、生年月日、性別、住所、連絡先、医療保険（種別・番号）、介護保険、要支援・要介護（区分）、介護認定期間）

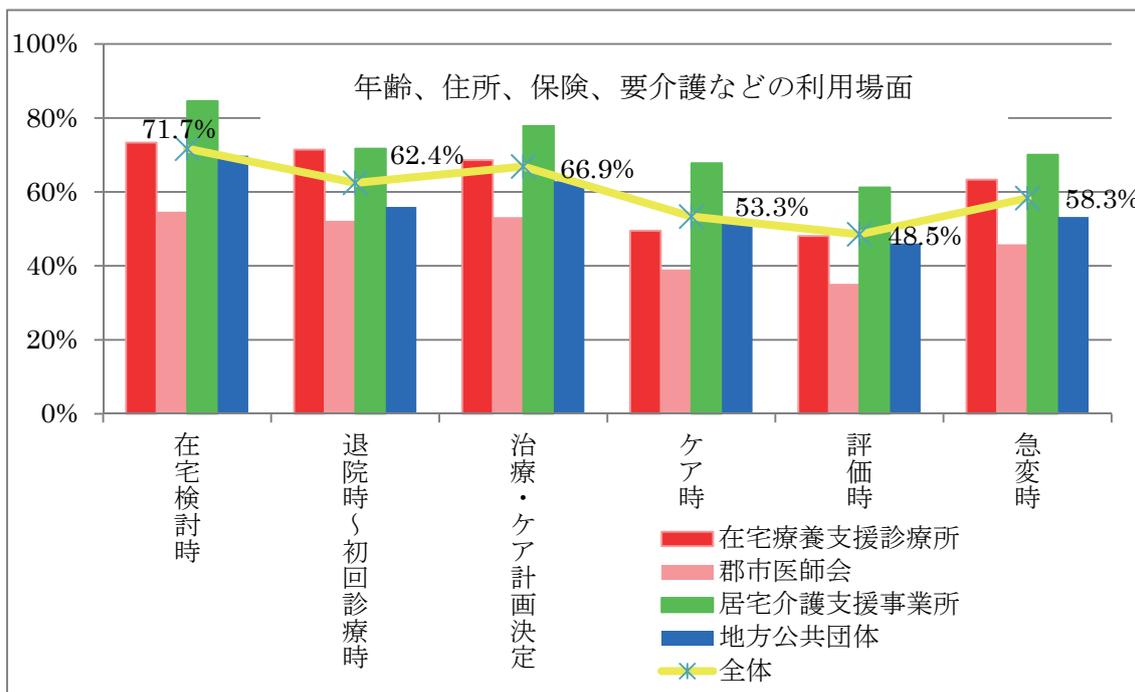


図 2.10.2 情報が必要な場面（生活保護の情報）

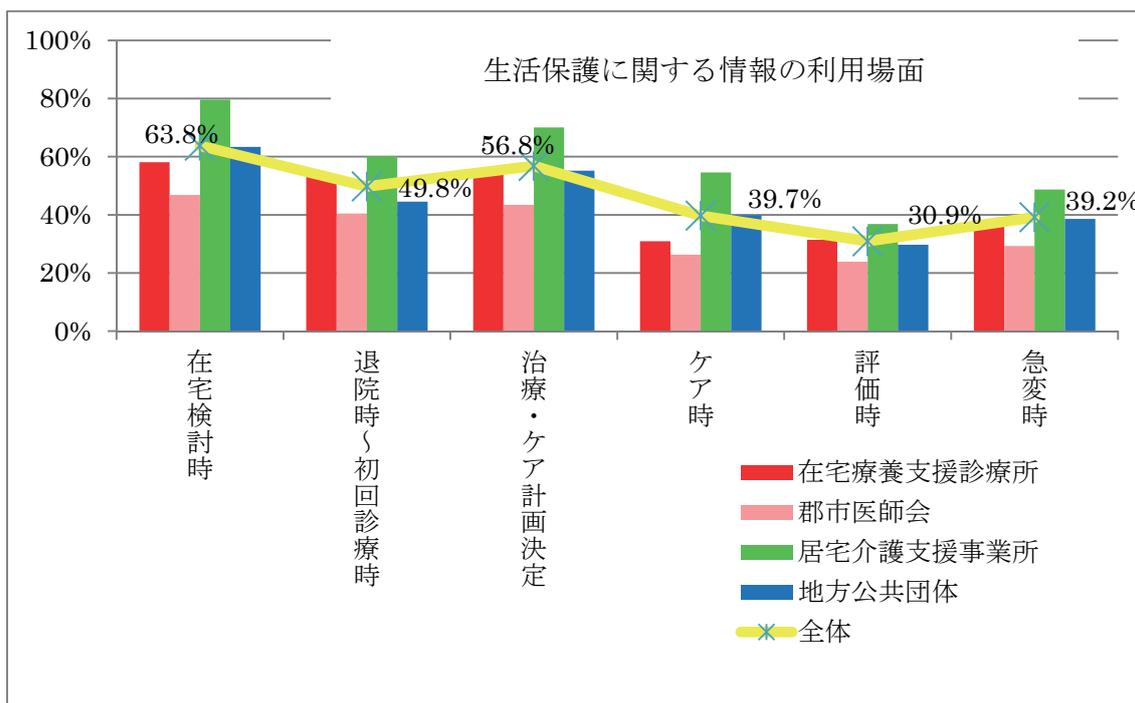


図 2.10.3 情報が必要な場面（身長・体重、血液型の情報）

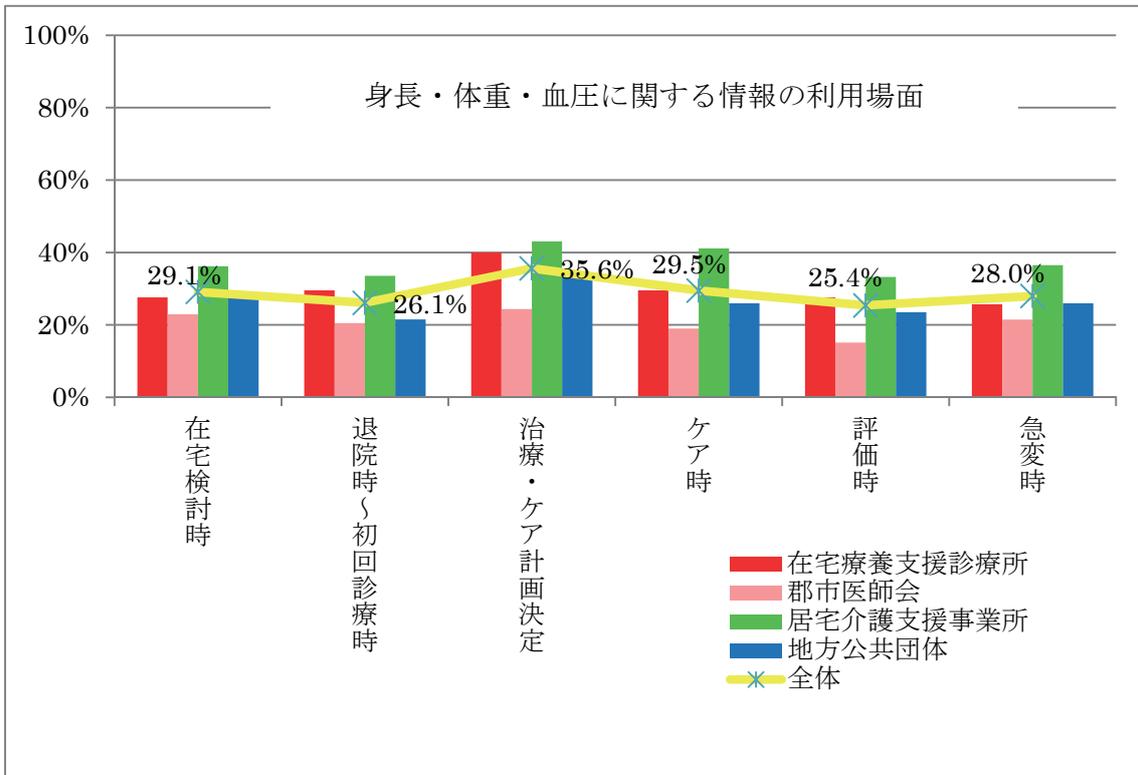


図 2.10.4 情報が必要な場面（性格・趣味、現在の仕事、経済状況の情報）

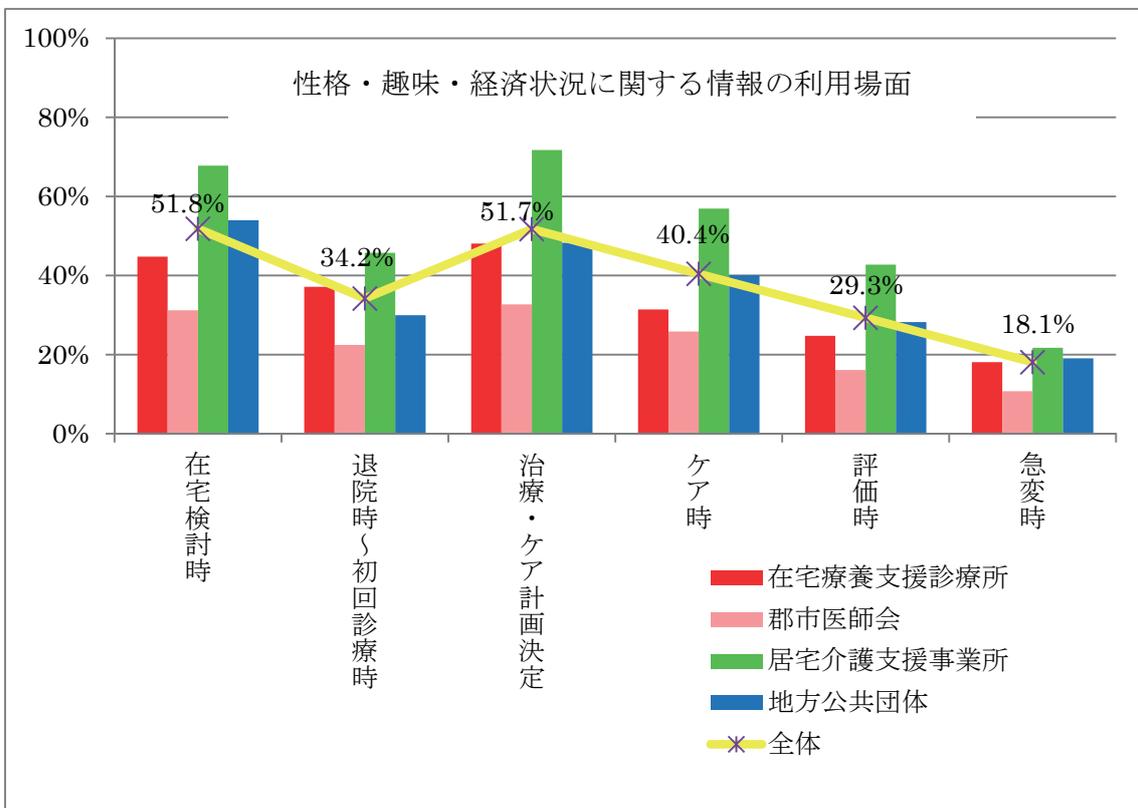


図 2.10.5 情報が必要な場面（本人主訴・要望、看取りの意向、本人に対する説明  
（病態変化・対処）の情報）

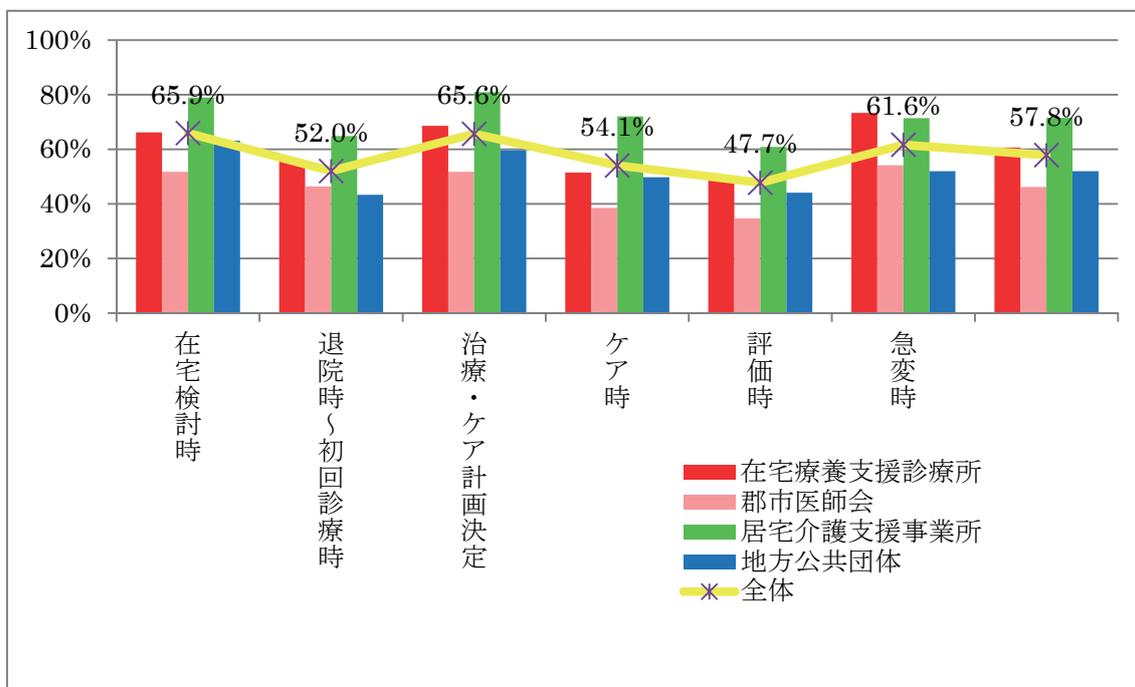


図 2.10.6 情報が必要な場面（生活環境（部屋・階段）、トイレ・ベッド・浴室、衛生状態、  
駐車場の有無）

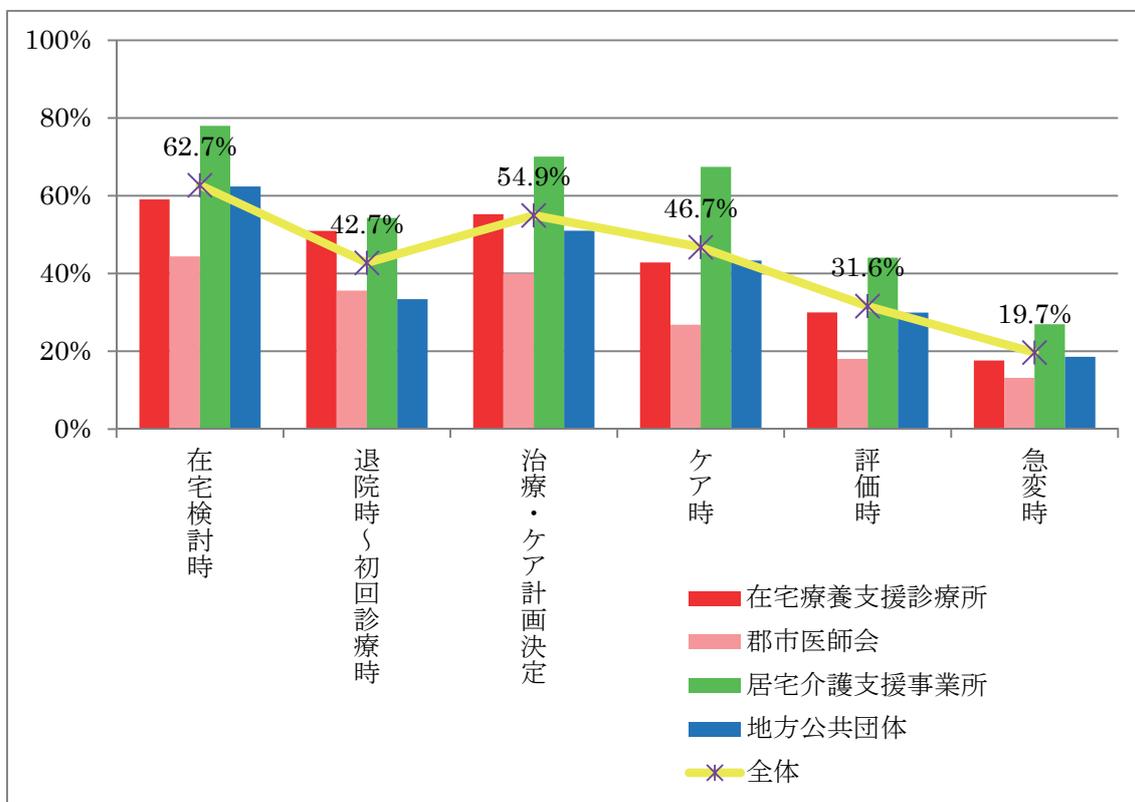


図 2.10.7 情報が必要な場面（同居家族、家族の氏名・続柄、家族就労状況、家族連絡先、家族の役割・変化）

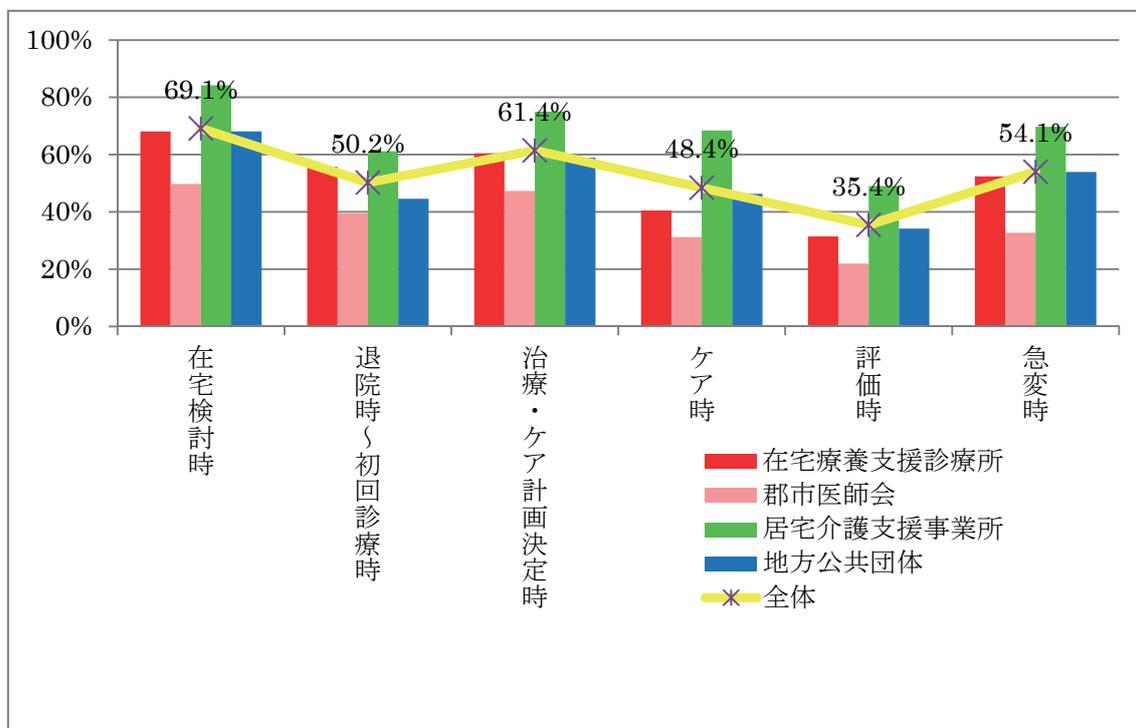


図 2.10.8 情報が必要な場面（主介護者・介護力、家族の健康状態）

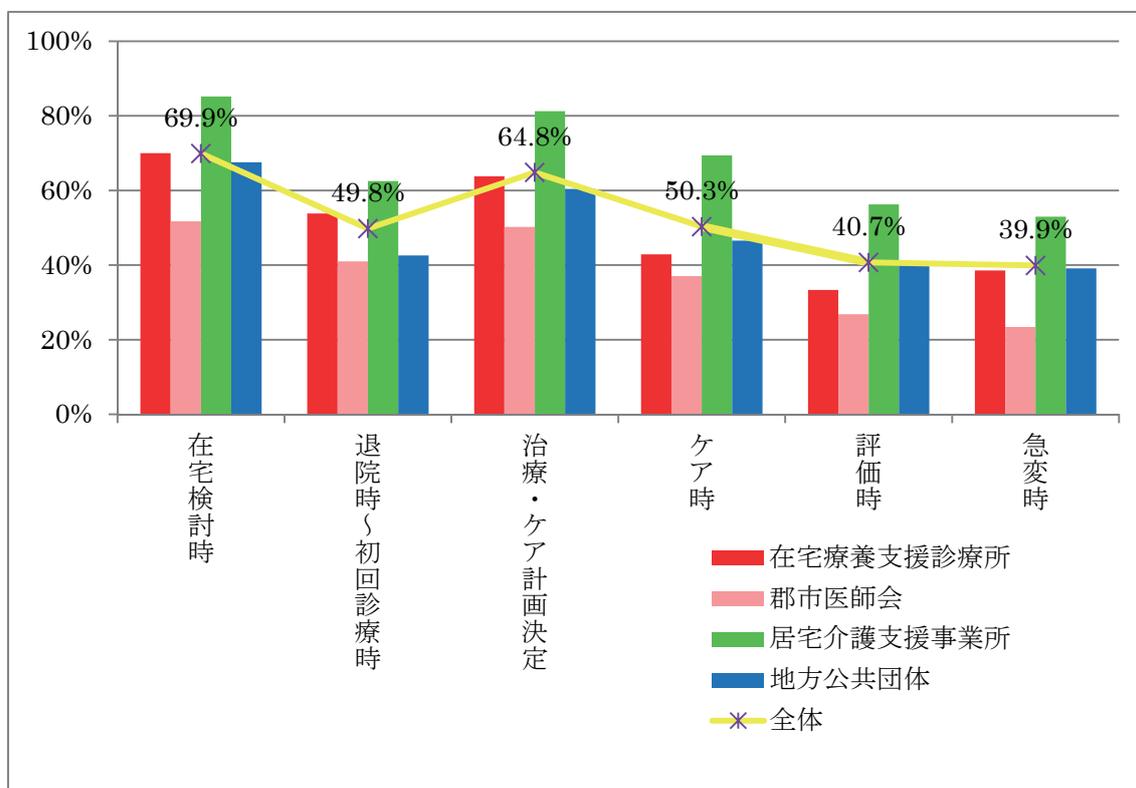


図 2.10.9 情報が必要な場面（家族主訴・要望、キーパーソン意向、看取りの意向）

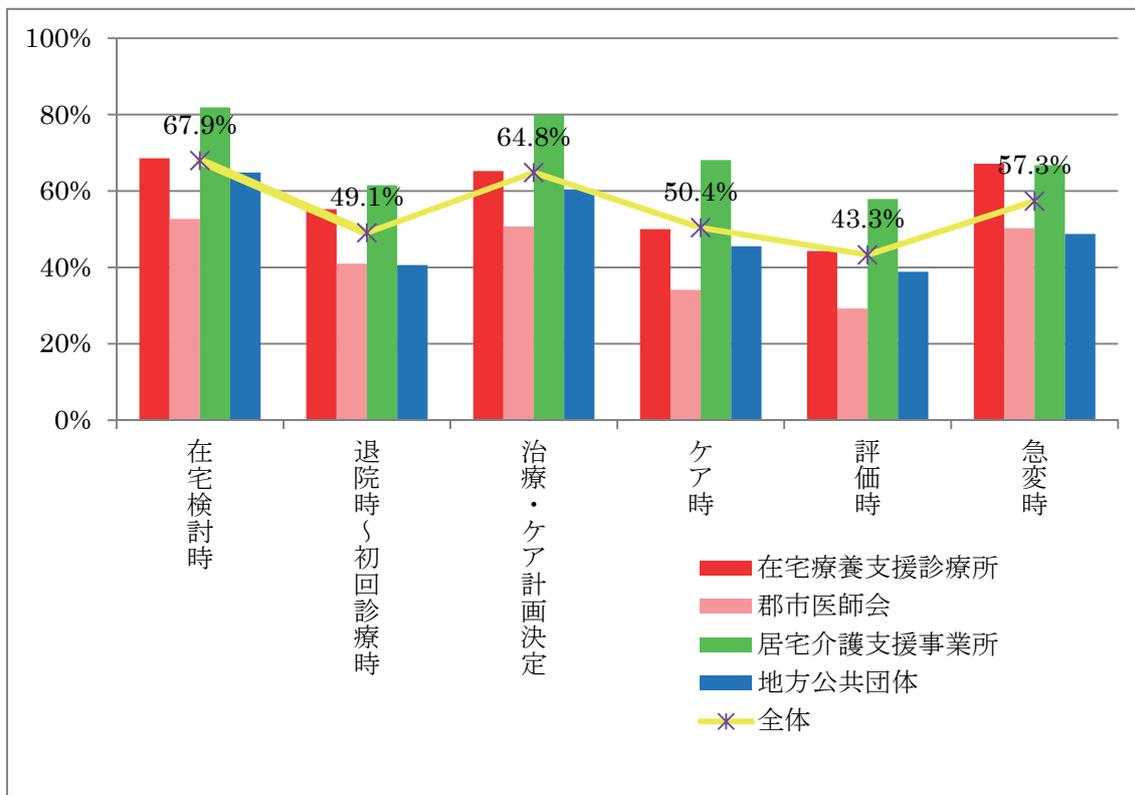


図 2.10.10 情報が必要な場面（家族に対する説明（病態変化・対処））

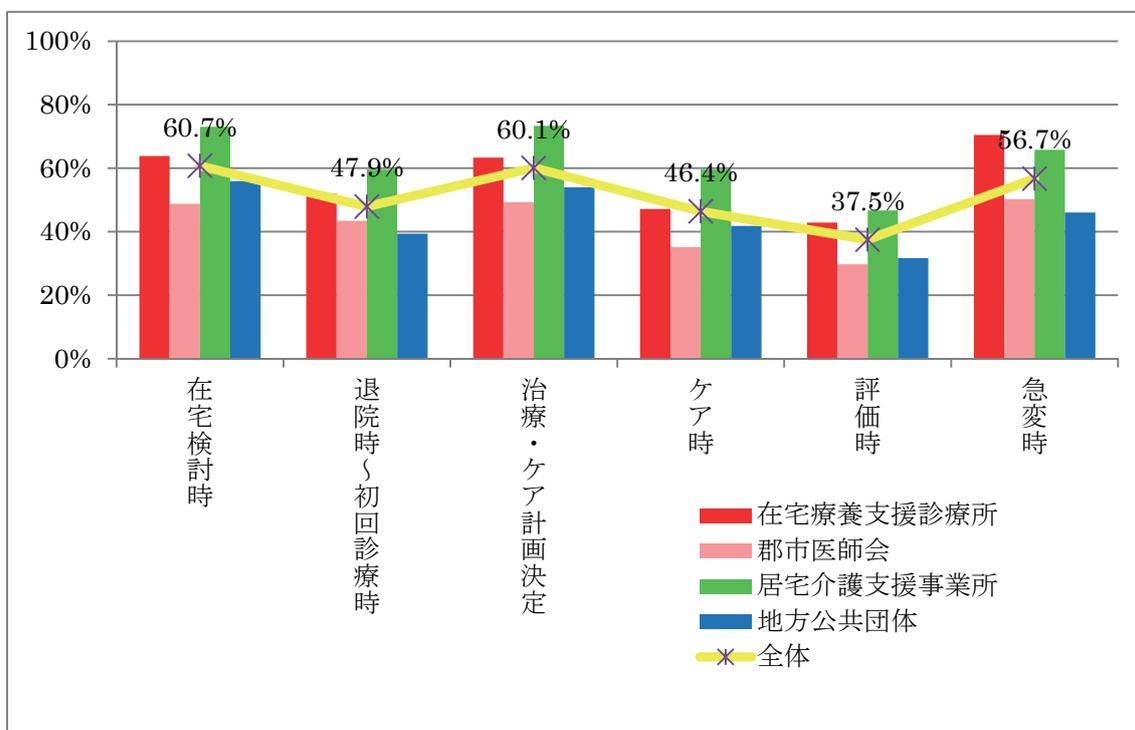


図 2.10.11 情報が必要な場面（担当（介護支援専門員、訪問看護師、ホームヘルパー等）、サービス提供事業者（連絡先・所在地））

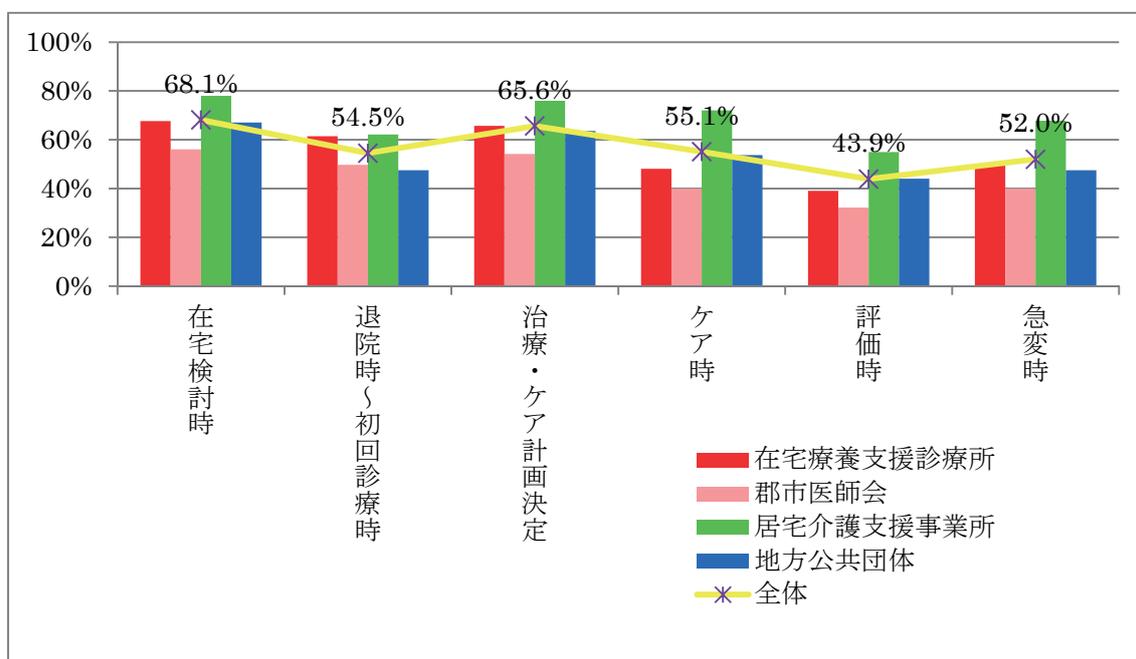


図 2.10.12 情報が必要な場面（利用しているサービス（内容・実績・予定）、インフォーマルサービス）

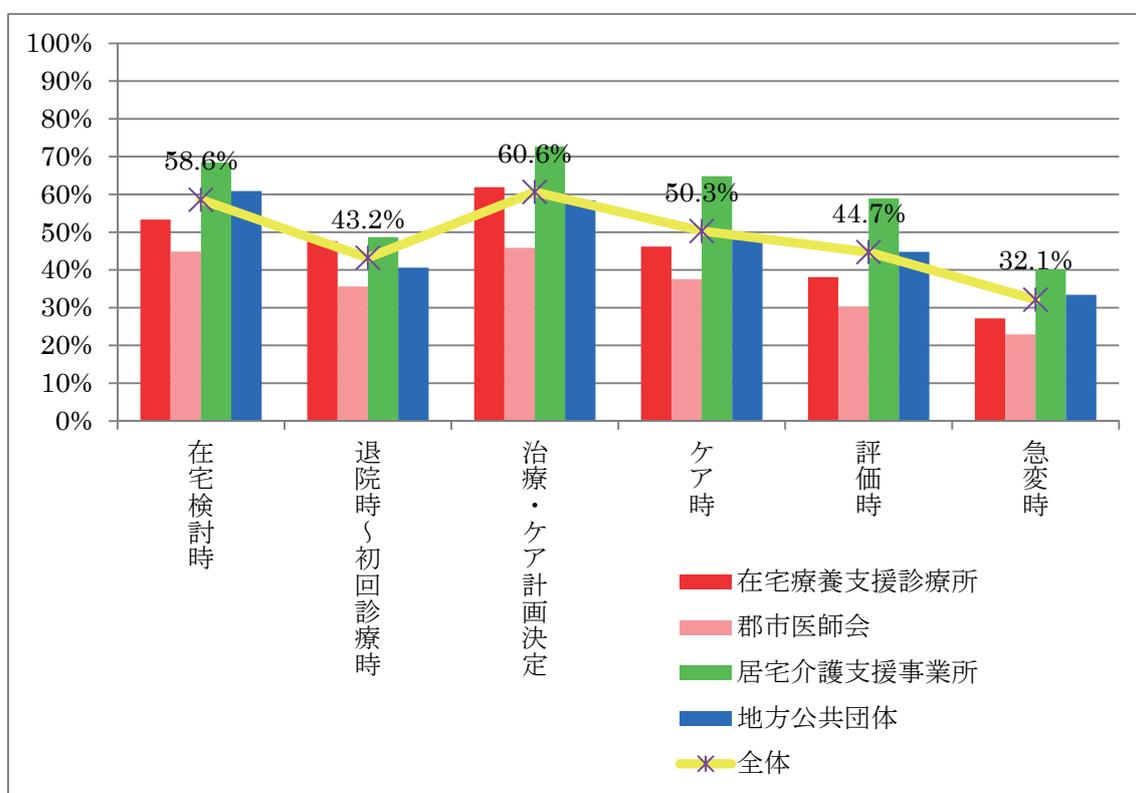


図 2.10.13 情報が必要な場面（身体状況（麻痺・褥瘡・疼痛））

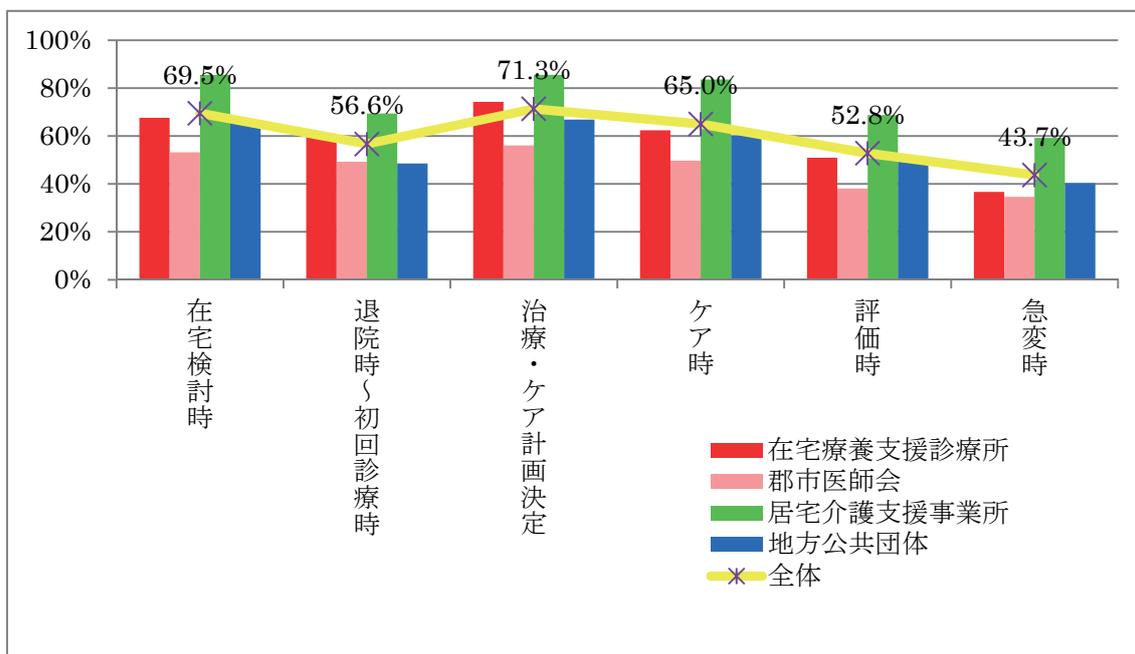


図 2.10.14 情報が必要な場面（ADL（日常生活動作）、日常生活の自立度、変化の記録、方法、補助具（移動、見る、聞く、話す、食べる、排せつ、着服・起居動作、睡眠、入浴））

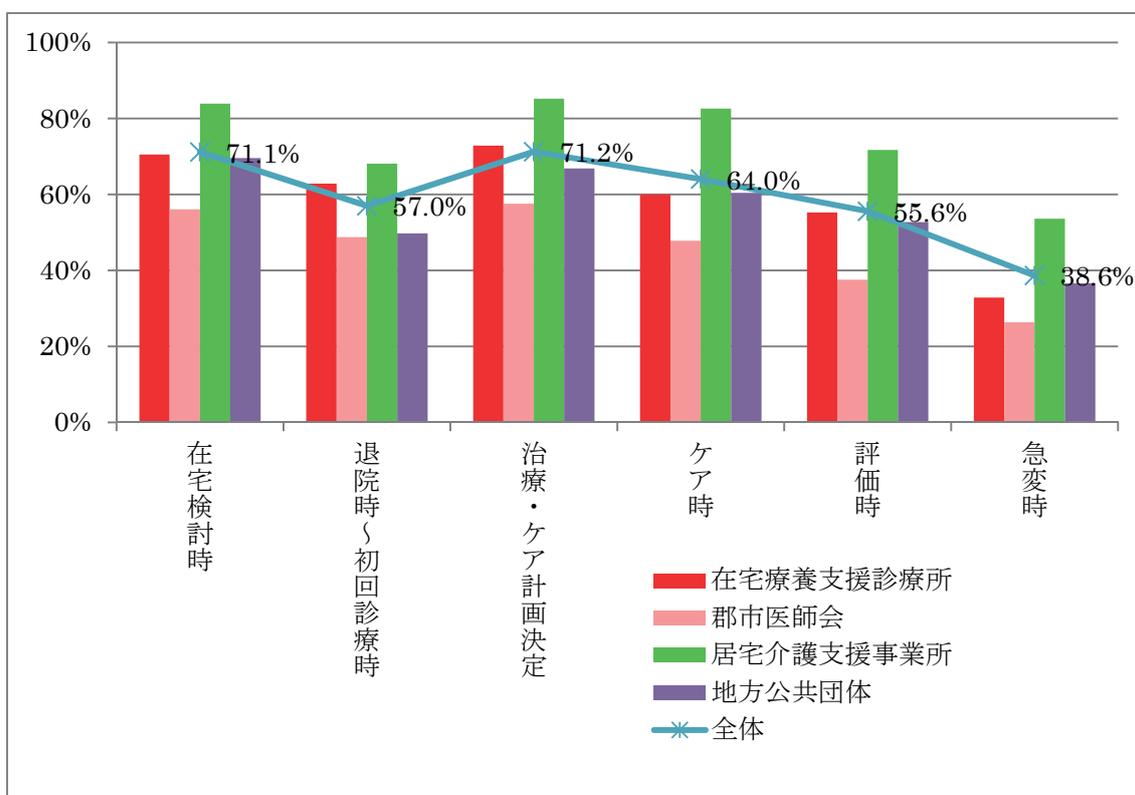


図 2.10.15 情報が必要な場面（認知症状有無、内容）

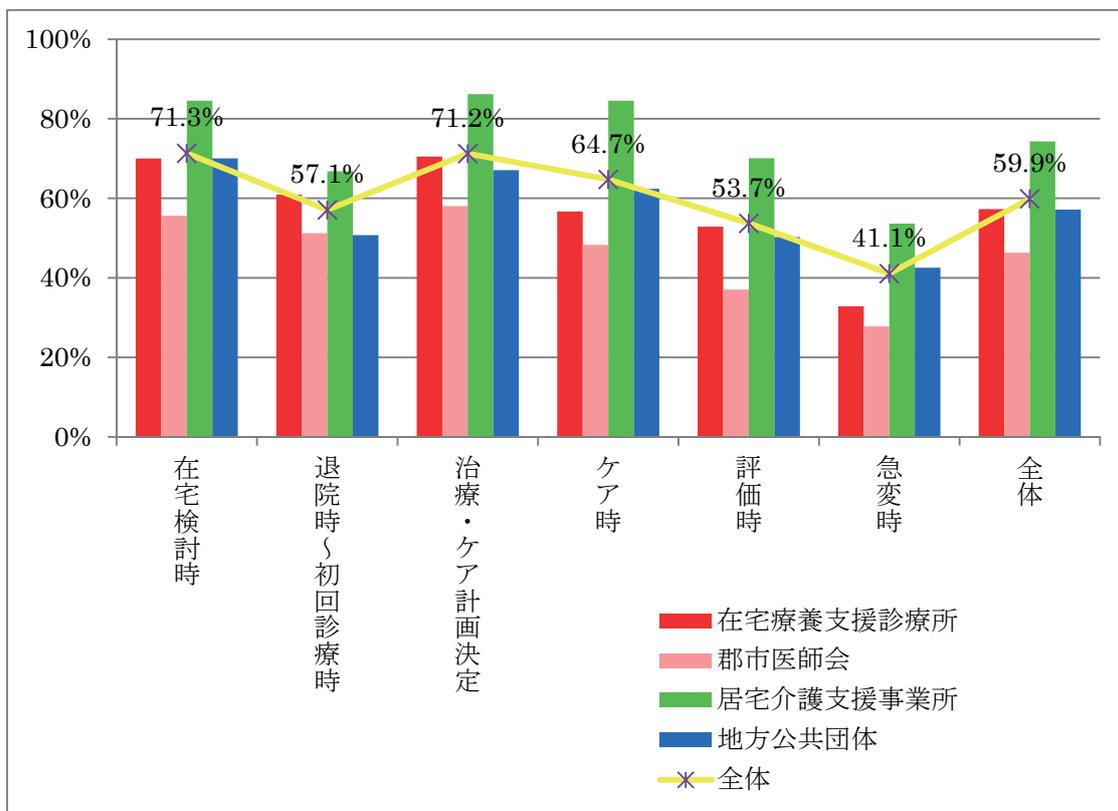


図 2.10.16 情報が必要な場面（栄養状況・留意点）

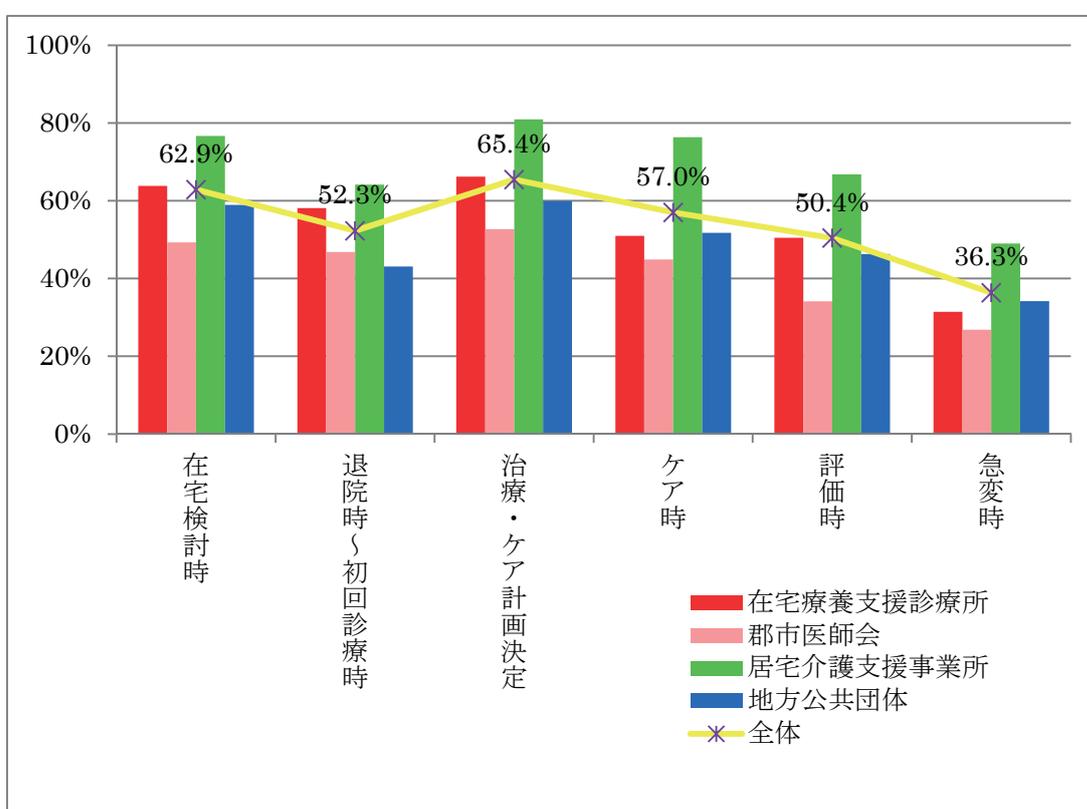


図 2.10.17 情報が必要な場面（かかりつけ医・診療科目、受診状況（他医療機関））

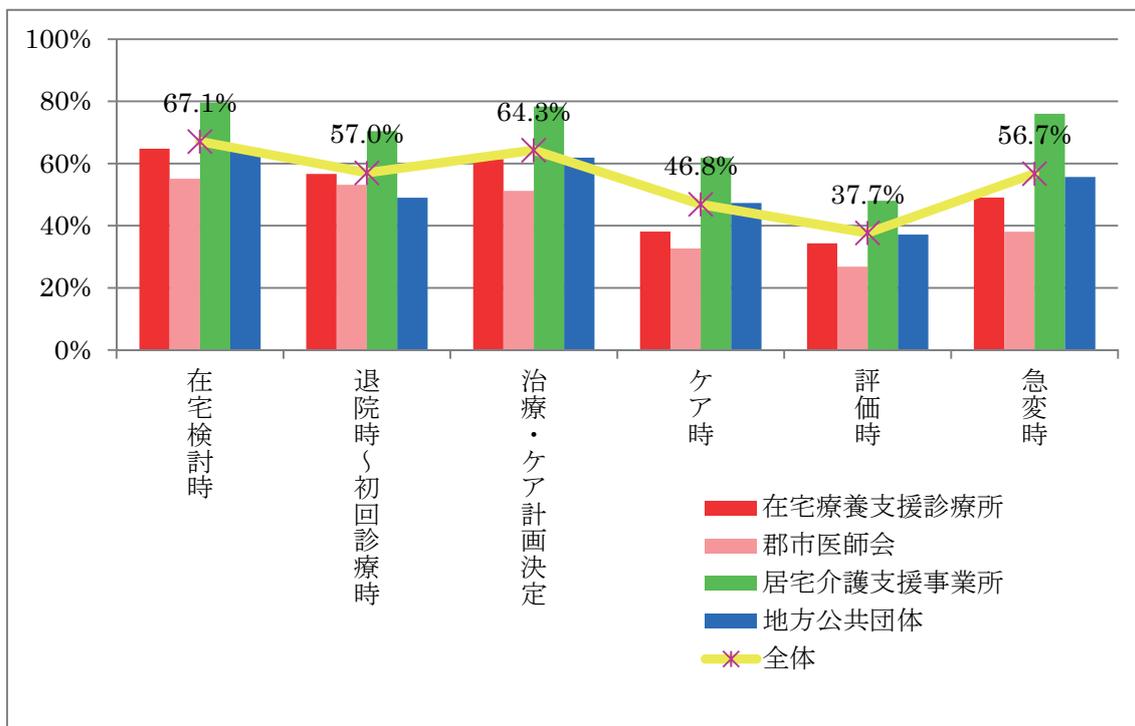


図 2.10.18 情報が必要な場面（同既往歴、現病歴、現在の疾患名・経過、感染症、特定疾患（公費負担）、予後・余命）

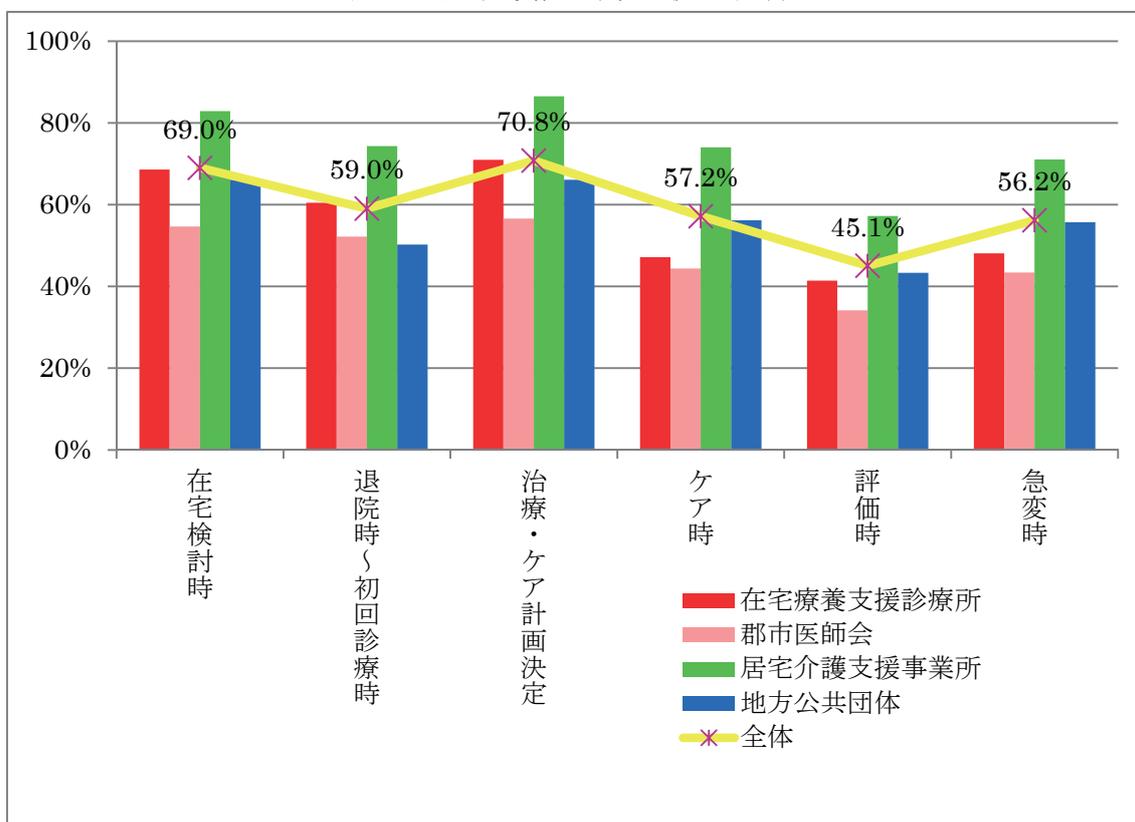


図 2.10.19 情報が必要な場面（服薬状況、バイタルサイン（経過・最終）、検査結果、口腔環境・ケア・義歯）

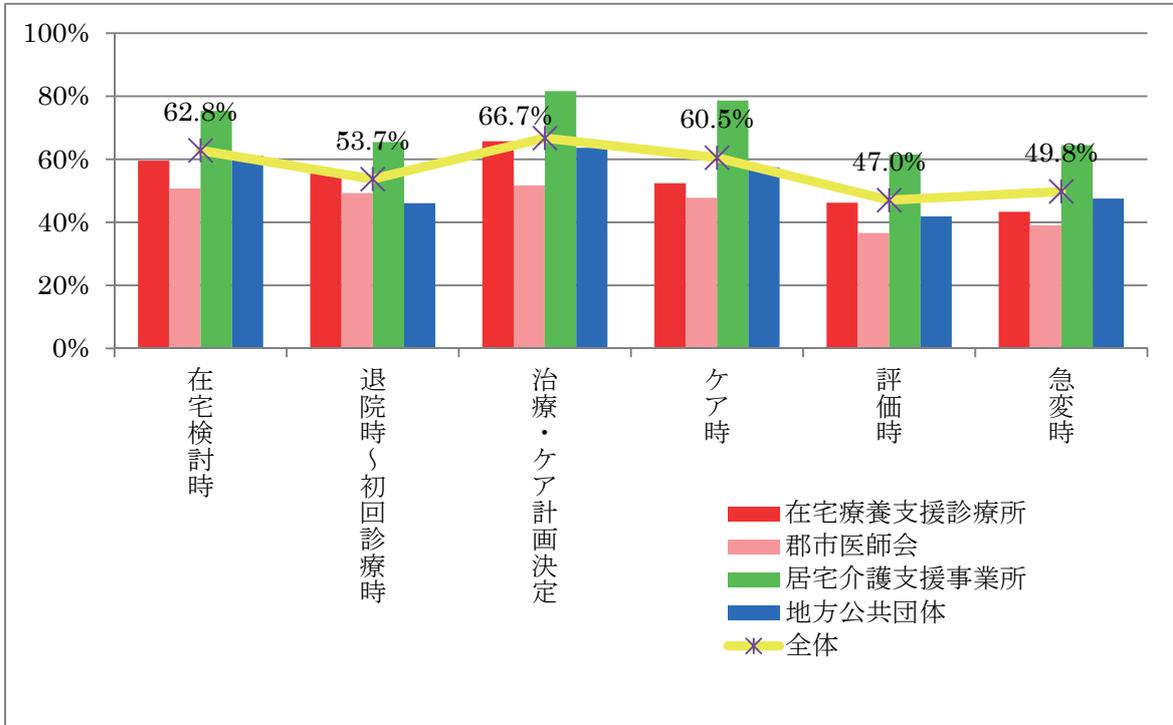


図 2.10.20 情報が必要な場面（医療管理（酸素・I V H）、必要な医療材料・機器）

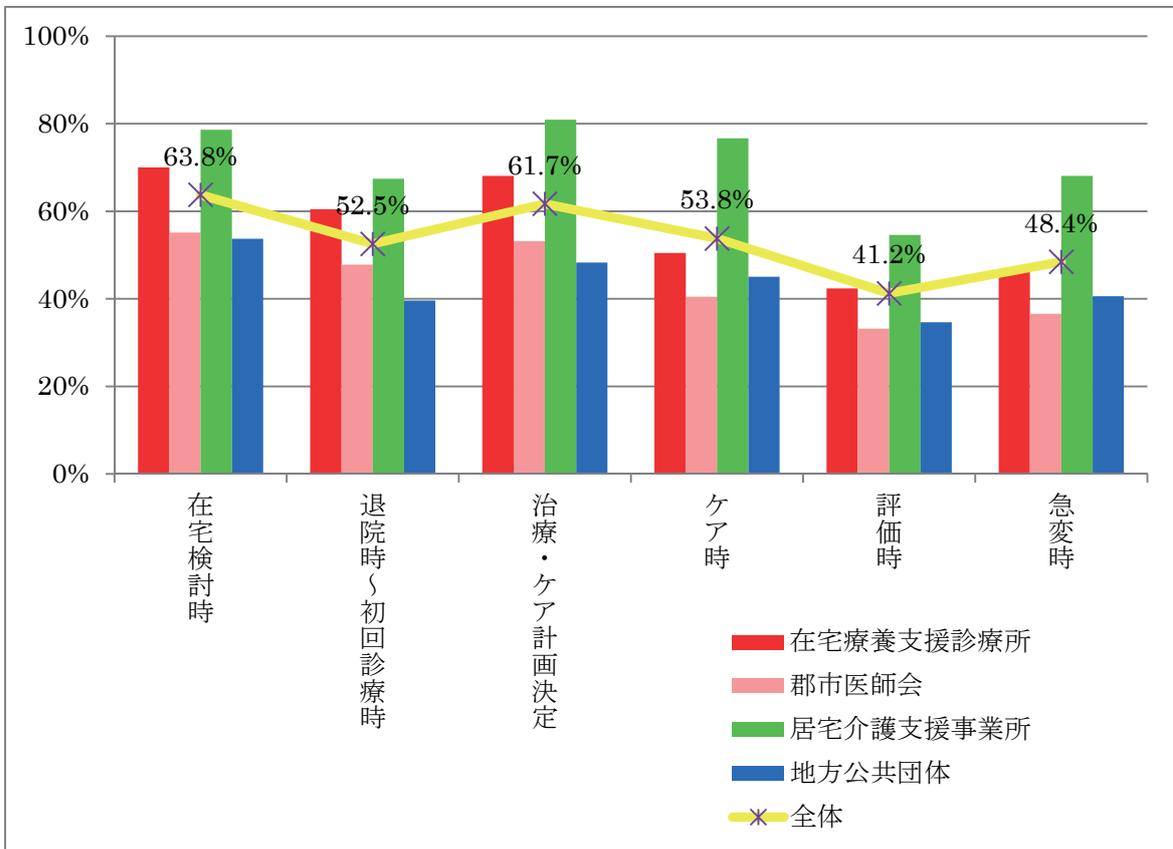
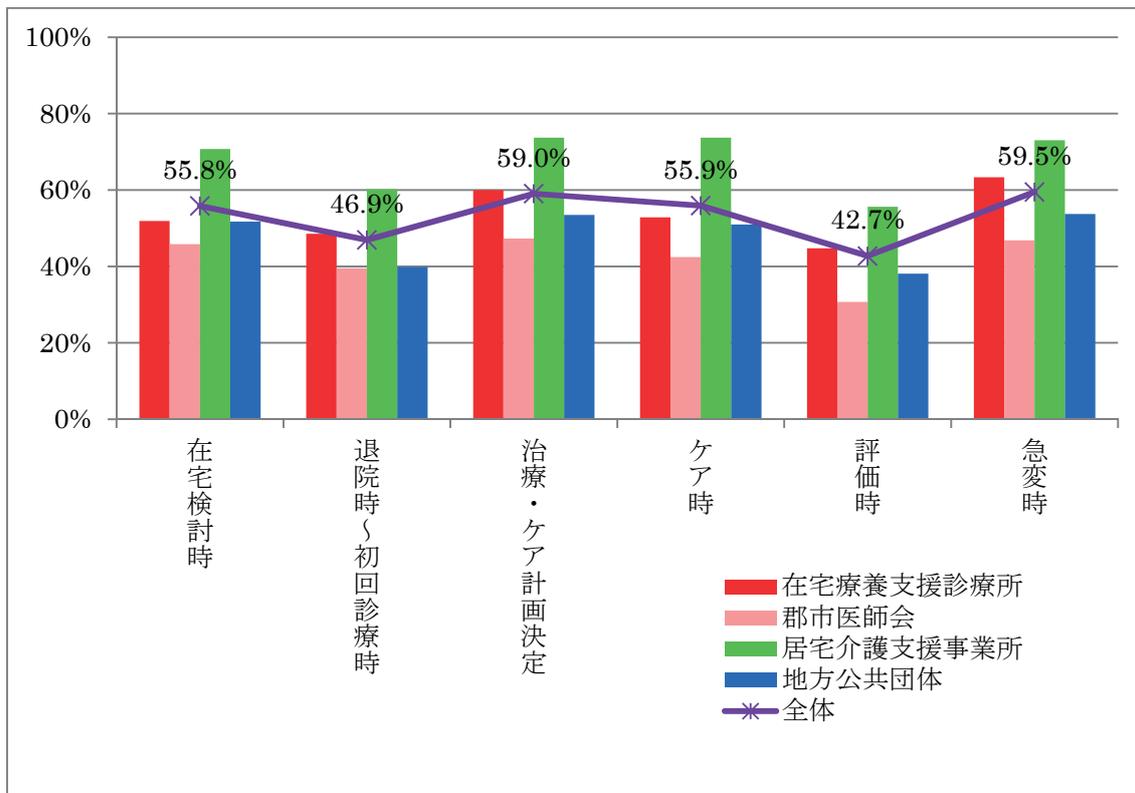


図 2.10.21 情報が必要な場面（状態変化の警報閾値、留意すべきこと、指示したこと）



**全体** 情報共有が必要な場面としては、全体的には「在宅検討時」及び「治療・ケア計画決定時」において多くの情報が必要とされる傾向にある。団体別では居宅介護支援事業所が全ての場面、全ての情報内容において、他団体より情報を必要としており、情報共有に対するニーズが高いといえる。

情報内容としては、「年齢・保険など基本情報」、「麻痺、褥瘡など身体状況」、「ADL、自立度」、「認知症状」、「既往歴、疾患名、予後・余命」などの情報については全体平均でも 70%を超えて必要な情報である判断された。

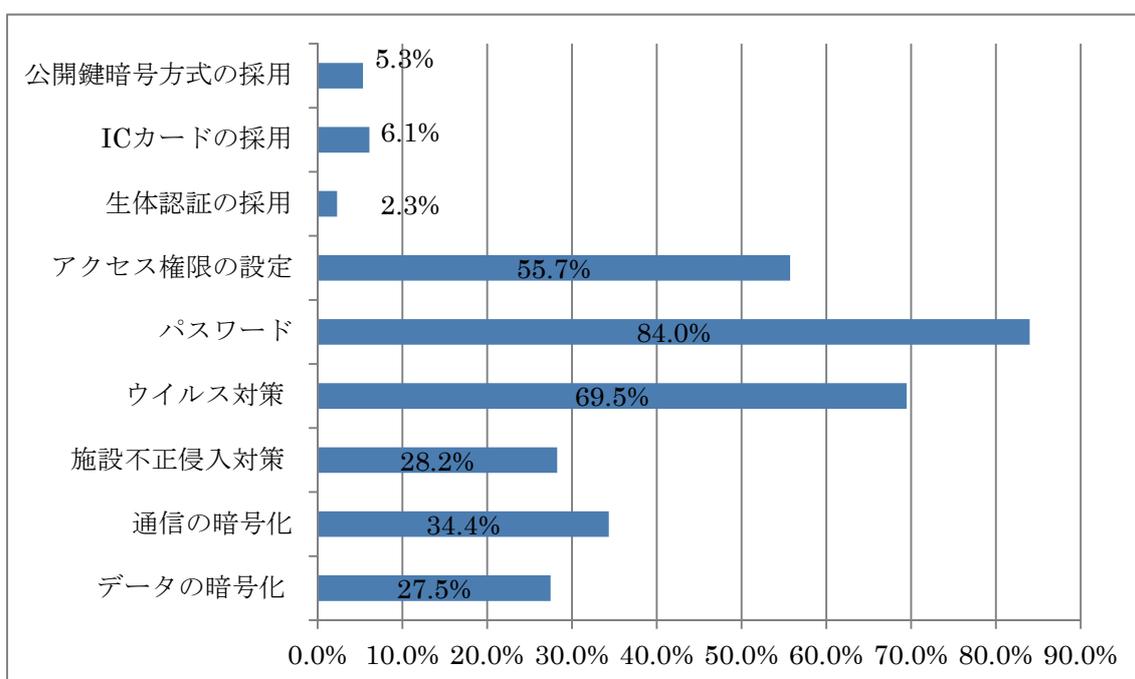
## 1.2.11 情報システムの利用環境

現在、利用されている情報システムの情報セキュリティに関する対策は何がありますか。  
(複数回答)

### ① 情報セキュリティ要件 (機密性/可用性/完全性)

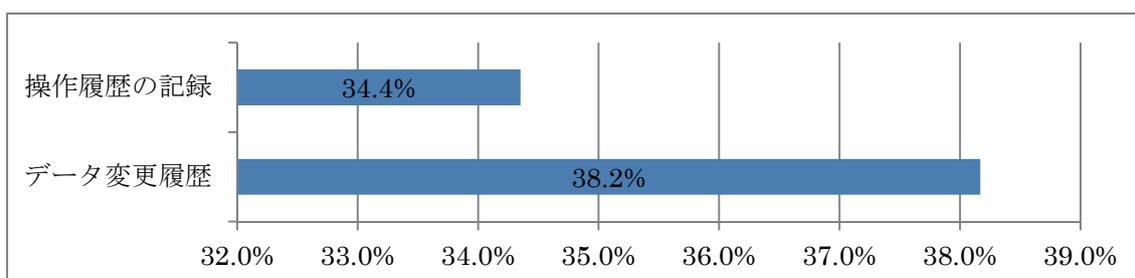
情報システムの利用時に機密性を確保するための対策としては、パスワードを設定している団体は84%、ウイルス対策は69.5%、アクセス権限の設定は55.7%といずれも過半数を超えているが、施設への不正侵入対策や通信及びデータの暗号化の対策を講じている団体はいずれも約30%で不十分な対応では是正する必要がある。

図 2.11.1 機密性に関する対策



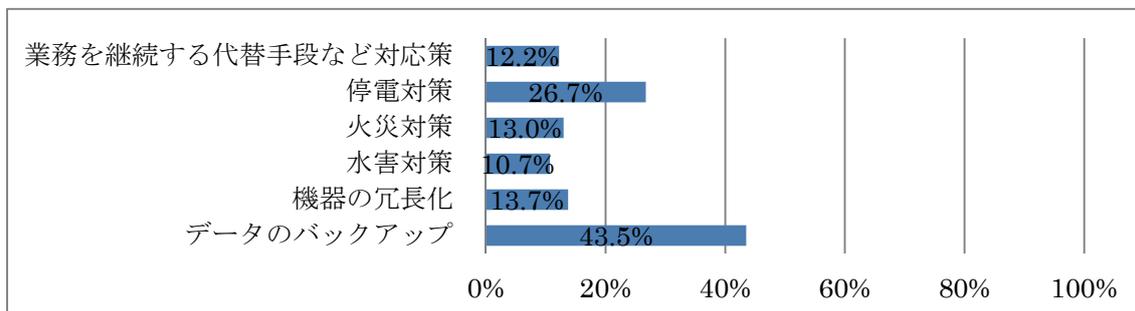
また、操作履歴(34.4%)やデータ変更履歴(38.2%)に関しても対応している団体は非常に少ないため是正が必要である。

図 2.11.2 履歴情報



万一、情報システムに障害が発生した場合に業務(サービス)が継続できるように可用性の対策を講じている情報システムを利用している団体についてもほとんどの団体が20%に達していない。

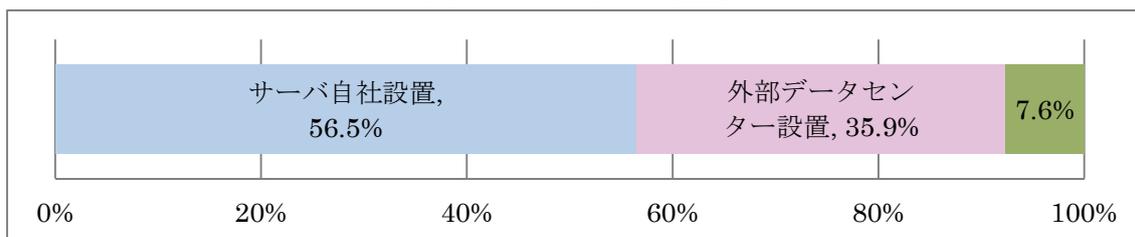
図 2.11.3 施設対策・業務継続対策



② 情報システムの形態・機器種別・運用体制

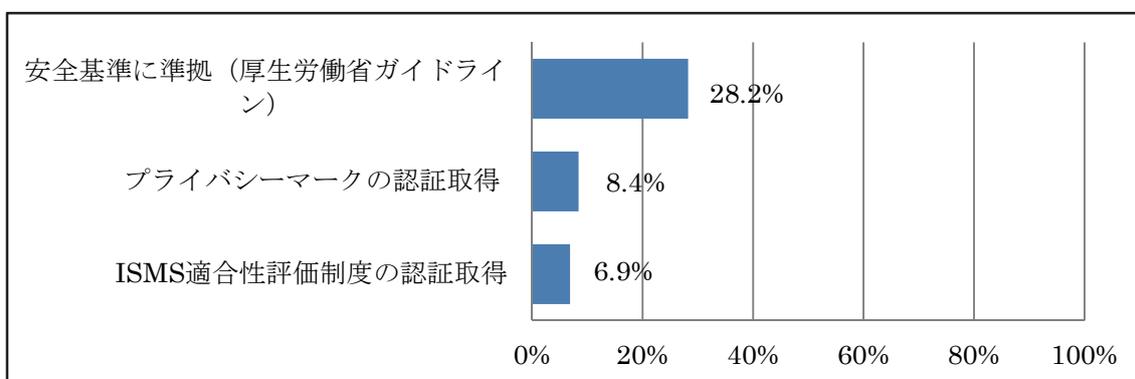
利用されている情報システムの 56.5%はサーバーを自社に設置していることから、外部システムとは連携しづらい、維持費が高額である、設備及び運用のセキュリティ面において外部データセンターを利用している情報システムに比べて十分な環境でないと想定される。

図 2.11.4 サーバ環境



以上のとおり、情報セキュリティ対策に関しては、厚生労働省による安全基準に関するガイドラインに準拠しない情報システムを利用している団体が多く、今後、外部情報システムとの連携を進めていくためにも早急に是正する必要がある。

図 2.11.5 情報セキュリティ認証の取得



## 1.2.12 自由意見

自由意見に対する回答状況は、下記の通りである。このなかで、医師会にアンケートを送ったものの、回答者は医師会が経営する居宅介護支援事業所であるような場合、その実態に合わせて「居宅介護支援事業所」として取り扱った。

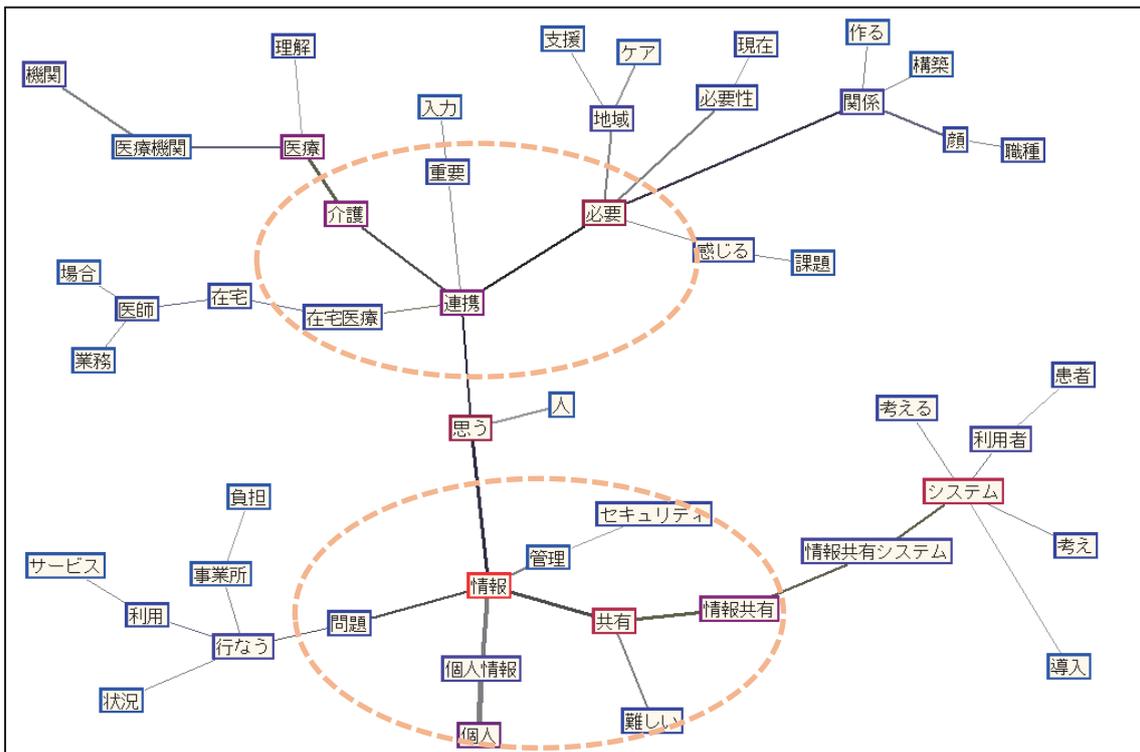
自由意見の内容は「資料2 自由意見」に掲載した。

- ・ 情報システム利用者全体 312 団体
- ・ その内訳（団体種別）
  - ・ 地方公共団体（市及び区） 70 団体
  - ・ 郡市医師会 46 団体
  - ・ 在宅療養支援診療所 76 団体
  - ・ 居宅介護支援事業所 120 団体

自由意見については、それぞれの特徴を見出すため、テキストマイニングの手法を使って重要キーワードを関連づけ、樹状図として表現した。

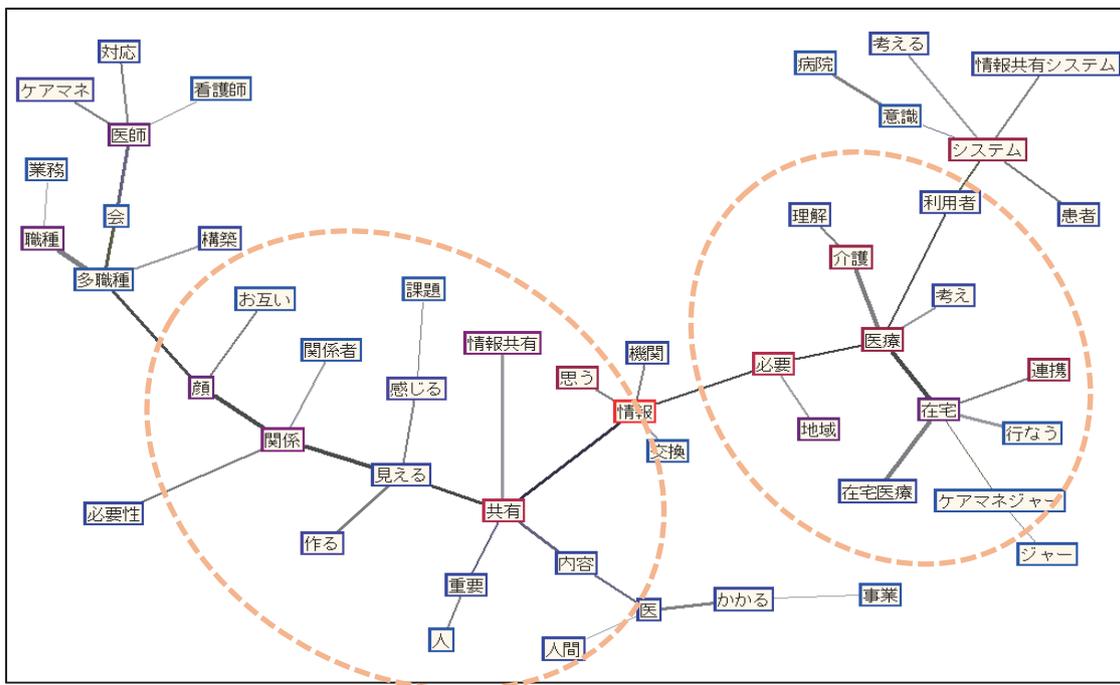
### ① 回答者全体の傾向

全体の傾向としては、在宅医療と介護の連携の必要性を訴える意見がある一方で、情報を共有することに対するセキュリティや個人情報管理の課題や負担の問題が指摘されている。



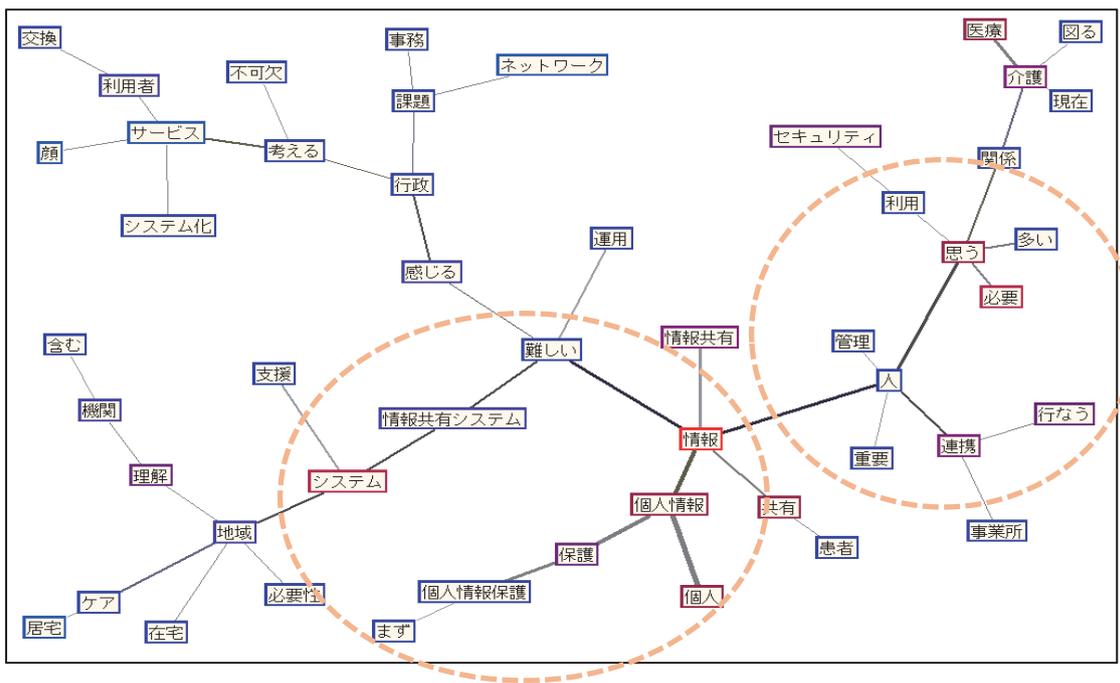
## ② 地方公共団体

地方公共団体の場合は、在宅医療と介護において情報の連携が必要だという認識を示しつつも、情報共有については「顔の見える関係」や「人と人との関係」が重要だという方向に意見が集約されており、情報システムに対する関心が低いことが感じられる。



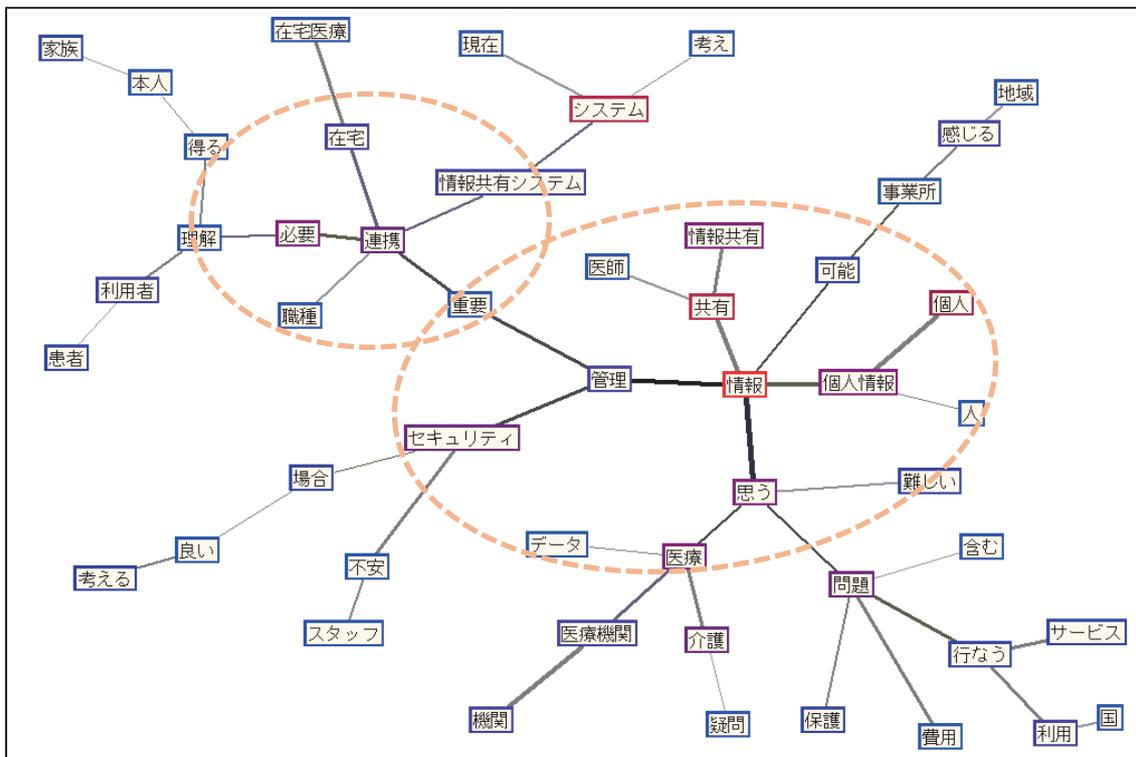
## ③ 郡市医師会

個人情報の保護という観点から、情報の共有や情報システムは難しいのではないかという意見が多く、人を中心とした関係を築くことを重視する傾向が見られる。



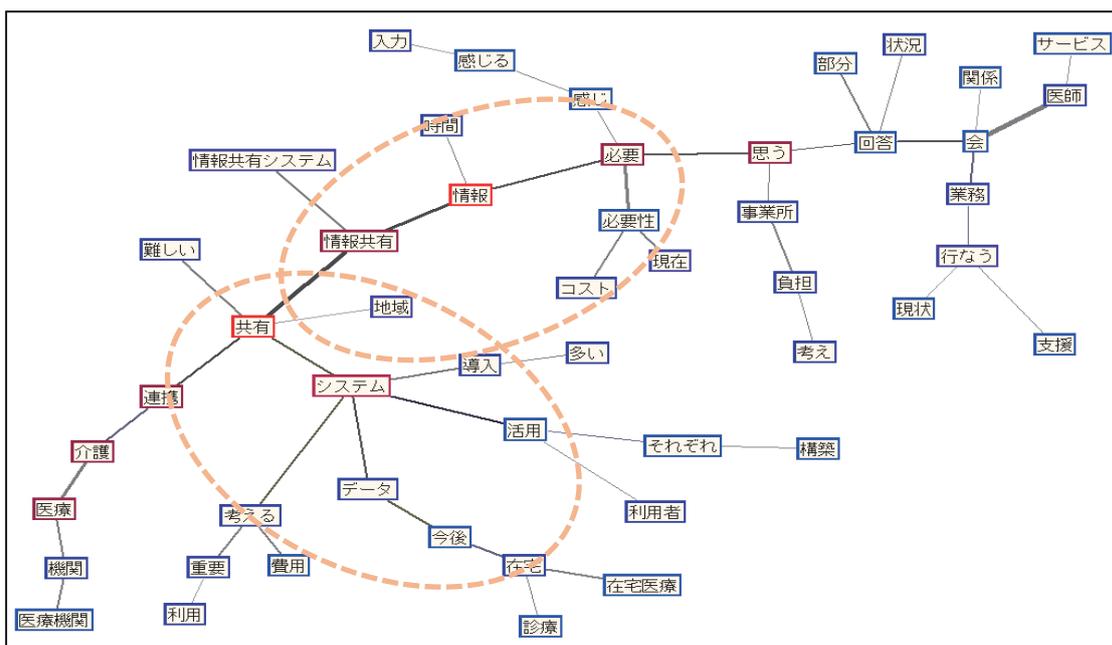
④ 在宅療養支援診療所

在宅医療における多職種連携や情報システムの必要性を指摘する一方、個人情報保護やセキュリティなどの面で不安や困難さを感じていることがわかる。



⑤ 居宅介護支援事業所

情報共有の必要性を感じているとともに、情報システムの導入についても意識が高いという傾向がある。課題として感じているのは、費用などの負担が主なものとなっている。



## 1.2.13 情報システムの利用実態に関する調査のまとめ

### ① 情報システム利用実態とニーズについて

ここまでのアンケート結果から見えてくることは、居宅介護支援事業所、在宅療養支援診療所、郡市医師会といった在宅医療と介護の現場に携わる団体では、情報システムの利用に対するニーズが大きく、下記の課題をクリアすれば情報システムが普及していくと予想される。

- ・ 情報連携基盤の標準化
- ・ 費用負担の低廉化
- ・ 情報入力負担軽減

しかし、地域における情報連携を推進すべき地方公共団体の消極的な姿勢が目立ち、「法制度などの問題がないことの確認」が取れないから、情報システムの利用に積極的になれないという姿が見えてくる。患者に対して地域で包括的な支援を推進するという意欲よりも、個人情報保護法および個人情報保護条例への抵触を恐れる傾向が強く、地域のために法律や条例を前向きに解釈していこうという地方公共団体の積極的な姿勢が見られない。今後、より一層情報連携を進めていくために地方公共団体が自ら積極的な姿勢を示すこととするような施策が求められる。

### ② 情報システムの効果、期待、課題について

情報システムの効果については、実際の利用者の方から、ケアの質の向上について高く評価されている。その反面、コスト削減の効果はあまりない。情報システムの導入の際には、コスト効果を期待するのではなく、ケアの質の向上を目指した導入が望まれる。

また、導入の際の課題としては次のような項目があげられており、各項目に対する対策が必要である。

- ・ 個人情報の取り扱いに対する不安の解消
- ・ 業務処理との重複作業による負担軽減
- ・ 利用者の費用負担軽減

### ③ 情報共有の必要性と実際について

実際にはある程度の情報共有がなされているものの、必要性と実際については乖離がある。患者基本情報、住宅・家族情報、看護・介護情報、身体・生活機能情報では、20ポイントから30ポイントの乖離があり、情報システムの導入による解消が望まれる。

また、診療情報については、介護関係者にとってあまり必要性は感じられていない。診療情報はセンシティブな情報であるため、情報共有によるプライバシー問題等が懸念されているが、診療情報についてはすべてを共有する必要はなく、かなり限定的な共有で十分ではないかと考えられる。

#### ④ 情報セキュリティ、情報システム環境について

現状の在宅医療及び介護に関する情報システムの利用は、情報セキュリティ対策について厚生労働省の安全基準に関するガイドラインに準拠していない団体が多く、今後、外部システムとの連携により情報共有をするためにも早急に是正する必要がある。また、自社内にサーバーを設置して情報システムを利用している団体が多いことについても外部システムとの連携を阻む要因となり、情報システムの維持費が割高になることから今後は、クラウド型(ASP, SaaS)の情報システムへの転換が求められる。

#### ⑤ 全体について(自由意見から)

在宅医療と介護の現場に関わっている在宅療養支援診療所と居宅介護サービス事業者からは、情報共有システムの導入に対する強い意欲が感じられ、導入の障害となっている個人情報保護法やセキュリティ、費用負担などの問題を解消していくことで、情報共有システムは十分活用されたいと期待できる。

しかし、地域をコーディネートすべき地方公共団体は、情報共有の必要性を認識しつつも、顔の見える関係を重要と考え、理念的な捉え方しかしていない。実務を行う現場部門と管理部門の意識の乖離がかなり大きいのではないだろうか。医師会も同様な傾向があり、情報システムの導入で個人情報問題視されるよりも、人と人の関係に頼っていたほうが良いという姿勢が見られる。

このように現場部門と管理部門の意識の乖離が大きいと、地域における患者のケアの質にも大きな影響を及ぼすだろう。情報システムの導入をきっかけに、相互理解を推進していくべきではないだろうか。

## 第2節 情報システムの開発実態に関する調査

### 2.1 開発調査の全体概要

#### 2.1.1 目的

開発調査は、患者および関係者にとってより理想的な地域包括ケアを実現するために、利用している情報システムの開発の実態を把握することで情報システムの適切な利用環境を整備することを目的とした。具体的には、現状の情報システムの開発状況や利用できる機能、システム環境、これからの開発予定などについて把握し、今後、情報システム利用者のニーズに応じてシステム間で患者のデータの交換をする場合に利用が想定される共通基盤はどのような要件が必要となるかを判断する材料を収集して、共通基盤のあるべき方向性を導出していった。

#### 2.1.2 方法

方法としては、情報システム開発者へのアンケート調査及び電話・訪問によるインタビュー調査を実施し、そこから得られた情報を作業ワーキングで、データの整理および討議を重ねて実態を探っていった。

#### 2.1.3 アンケート調査

##### ① 調査対象

調査の対象者は、医療及び介護に関連する情報システムを開発している企業を「全国ITベンダ情報データベース」から全件 220 社を抽出し、調査対象の企業としてアンケートを実施した。

##### ② 回収数および回収率

回収数 54 社    回収率 24.5%

##### ③ 手続き

調査対象団体にアンケート用紙を郵送し、回答用紙を返送、あるいは、Web サイトへの入力により回収した。

##### ④ 調査期間

調査期間は、平成 24 年 12 月 20 日～平成 25 年 2 月 8 日であった。

##### ⑤ 調査内容

情報システムの利用状況、情報共有システムに対するニーズ、導入への条件、情報システムの効果(あるいは期待効果)、利用機能、課題、情報共有の状況(あるいは共有すべき情報)、情報システムの利用環境やセキュリティ対策などであった。

資料4 「開発者アンケート調査票」

## 2.1.4 インタビュー調査

### ① 調査対象

インタビュー調査は、アンケート集計結果や「地域医療連携システム」、「在宅医療システム」、「在宅介護システム」、「検査画像共有システム」を開発していると判明した 34 団体を抽出し、訪問・電話にて担当者にヒアリングを行った。なお、インタビュー調査にはアンケート調査に回答した 7 団体を再調査した。

### ② 調査目的・期間

開発者アンケートでは把握しきれない部分を補足するとともにアンケート結果の解釈について現場からの意見や考え方を聞くことを主眼に実施した。

実施期間は、平成 25 年 2 月から 3 月の間である。

### ③ インタビュー調査企業(34 団体)のうち 7 団体はアンケート調査を実施した団体)

- |                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| ・富士通株式会社                 | 株式会社エフワン            |
| ・株式会社エイル                 | 株式会社ビーシステム          |
| ・日本電気株式会社                | 株式会社インフォテック         |
| ・NTT東日本株式会社              | 株式会社日本ケアコミュニケーション   |
| ・株式会社カナミックネットワーク         | 株式会社日本コンピュータコンサルタント |
| ・株式会社MRCジャパン             | 株式会社ジャニス            |
| ・株式会社ワイズマン               | 株式会社インタートラスト        |
| ・株式会社ソフトサービス             | 株式会社スリー・テン          |
| ・ヘルスメディア株式会社             | セントワークス株式会社         |
| ・株式会社ファーストプレス            |                     |
| ・株式会社HDC(北海道電子計算センター)    |                     |
| ・日本化薬メディカルケア株式会社         |                     |
| ・株式会社グローバルメディック          |                     |
| ・フジフィルム株式会社              |                     |
| ・アドバンスエージェントコンサルティング株式会社 |                     |
| ・岐阜防災株式会社                |                     |
| ・社団法人地域救急医療推進ネットワーク      |                     |
| ・SECOM医療システム株式会社         |                     |
| ・株式会社ユニコン                |                     |
| ・株式会社ディーネットジャパン          |                     |
| ・ソフトブレイン株式会社             |                     |
| ・医療法人葵会チームもりおか           |                     |
| ・株式会社日立システムズ             |                     |
| ・株式会社富士通システムズ・ウエスト       |                     |

## 2.2 回答者の属性

アンケート調査で回答し企業 54 団体は、中小企業の割合が多いが、大企業も 1 割ほどの割合を占めている。

【資本金】最も多いのが 1,000～5,000 万円未満(49%)で、その次が 5,000 万円～1 億円未満(21%)となっており、1 億円未満の企業が全体の 8 割を超えている。

【売上高】最も多いのが 10 億円未満(53%)で、その次が 10～100 億円未満(32%)となっており、10 億円未満の企業が全体の 8 割を超えている。

【従業員数】最も多いのが 300 人未満の中小企業(81%)で、その次が 1,000 人以上の大企業(13%)となっている。

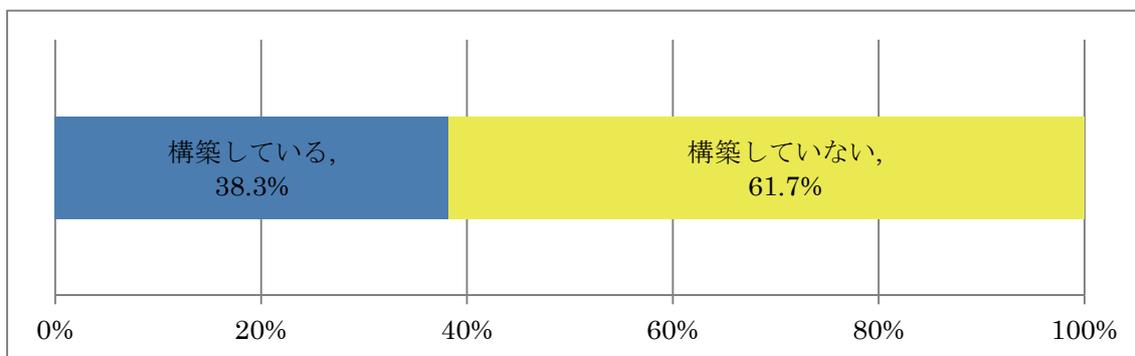
## 2.3 情報システムの開発実態

### 2.3.1 開発（構築）の状況：該当する情報システムの有無

#### ① 該当する情報システムの有無

調査した 81 団体における在宅医療と介護が連携する情報システムの構築状況について回答で得られた結果としては、構築している団体が 38.3%(31 団体)、構築していない団体が 61.7%(50 団体)であった。

図 2.3.1 情報システムの構築状況

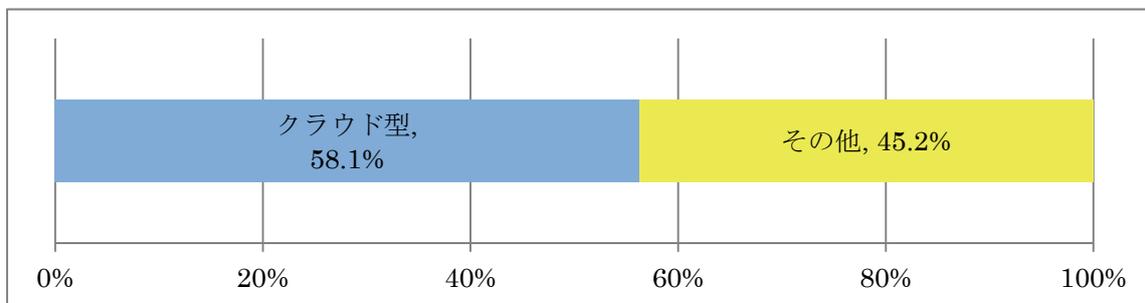


**ポイント** 構築していると回答のあった情報システムには、「地域医療連携」、「検査画像の共有」、「在宅医療」、「在宅介護」などの情報システムが含まれている。

### 2.3.2 開発（構築）の状況：情報システムの形態

対象となる情報システムを構築している 31 団体における情報システムの形態は、クラウド型が 58.1% (18 団体)、その他が 45.2% (14 団体)であった。

図 2.3.2 情報システム形態

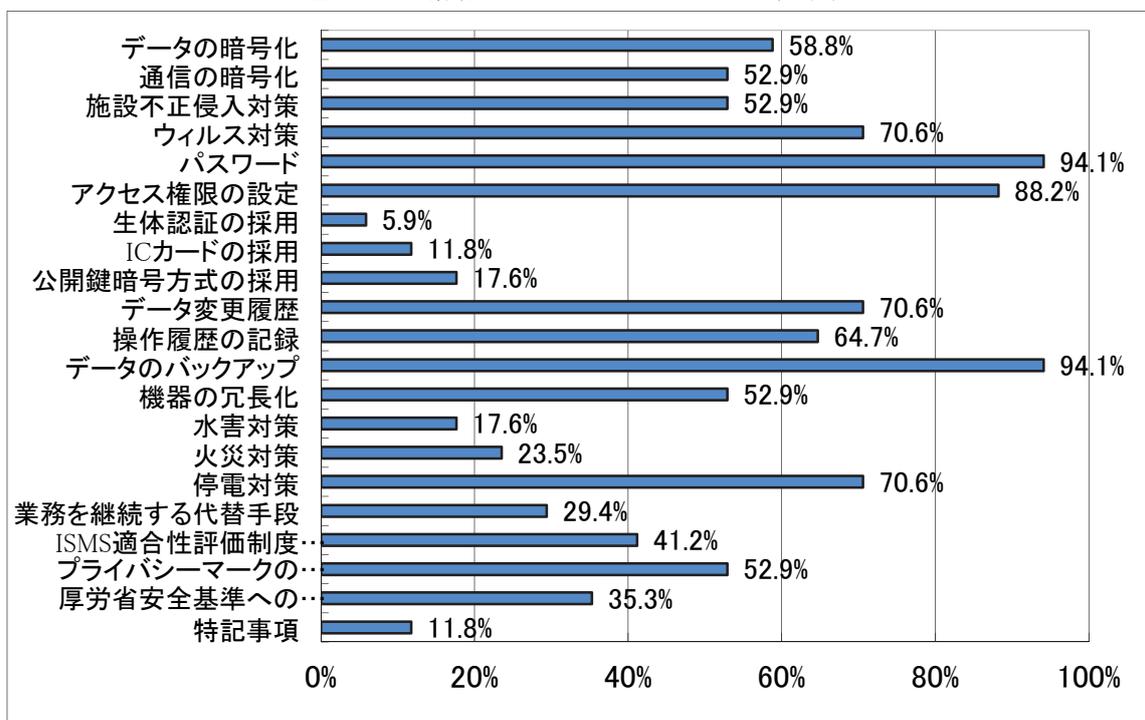


**ポイント** 異なる複数法人が地域全体で情報を共有するにはクラウド型の情報システムを共同で利用して連携する方法が適している。その他(クライアントサーバーやスタンドアロン)のように外部システムと結合できない情報システムについては、今後連携方法について検討する必要がある。

### 2.3.3 開発（構築）の状況：情報システムのセキュリティ対策

「ウイルス対策」や「データのバックアップ」、「アクセス権限の設定」などの対策は講じられているが、暗号化や施設不正侵入対策、災害対策などはあまり対策をしていない。

図 2.3.3 情報システムのセキュリティ対策

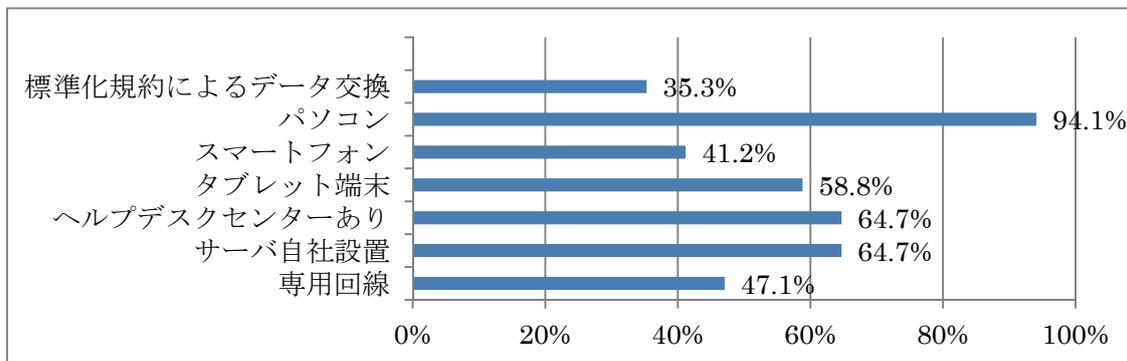


**ポイント** 外部の情報システムと結合して情報交換をするには、一定の情報セキュリティレベルが確保できていないと結合することは難しい。

### 2.3.4 開発（構築）の状況：情報システムの利用環境

情報システムの利用環境としては、ネットワークは専用回線を使い、サーバーは自社に設置しているところが多くある。デバイスはパソコンが中心であるがタブレット端末の利用も 58.8%と多く利用されている。

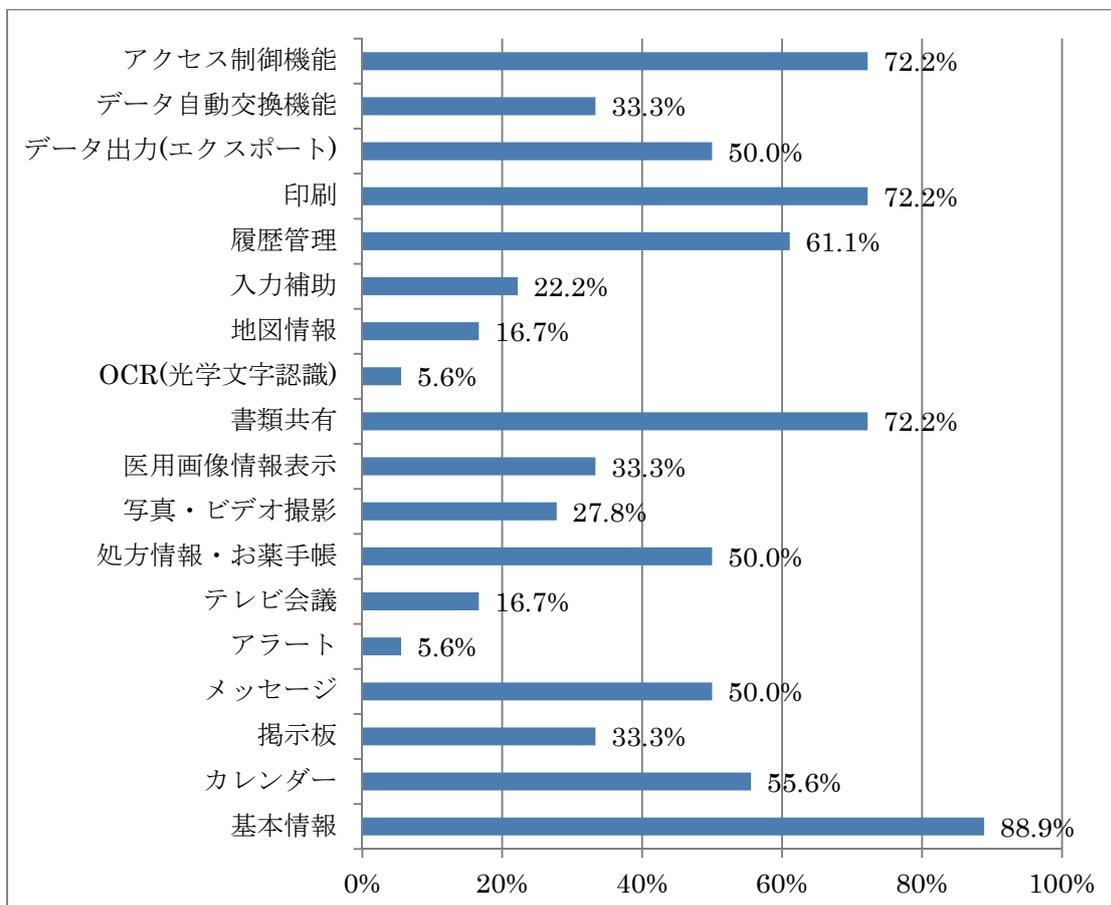
図 2.3.4 情報システムの利用環境



### 2.3.5 開発（構築）の状況：情報システムの機能

情報システムの機能としては、アクセス制御機能や履歴管理機能などを利用して基本情報を管理する機能が主要な機能として装備されている。

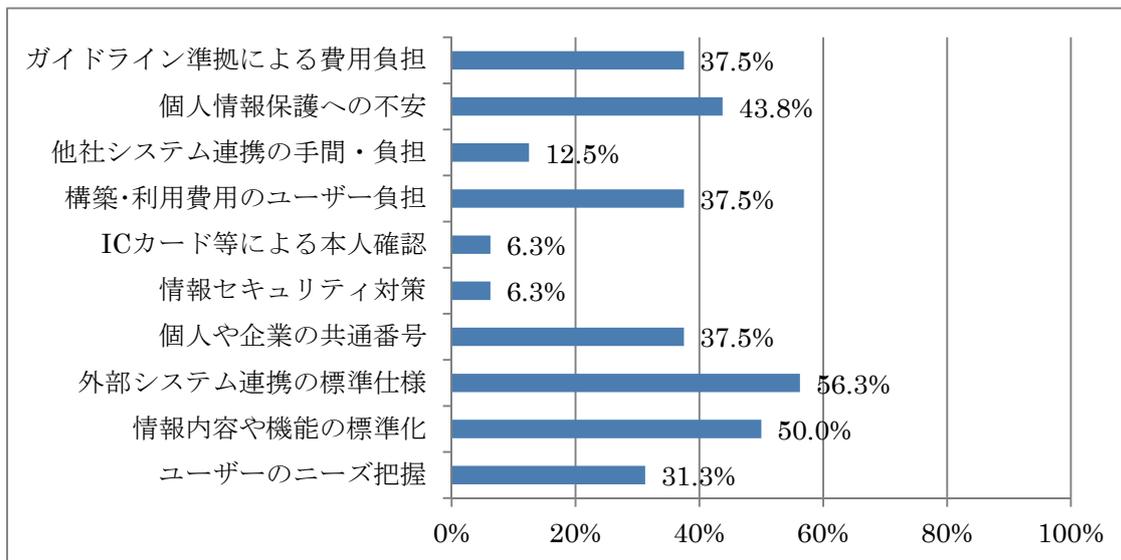
図 2.3.5 情報システムの機能



### 2.3.6 情報システムに関する課題

最大3つまでの複数回答として質問した。情報システムの課題として、最も多く取りあげられているのは「外部システム連携の標準化」で56.3%、次いで「情報内容や機能の標準化」が50%、「個人情報保護への不安」が43.8%である。

図 2.3.6 情報システムに関する課題

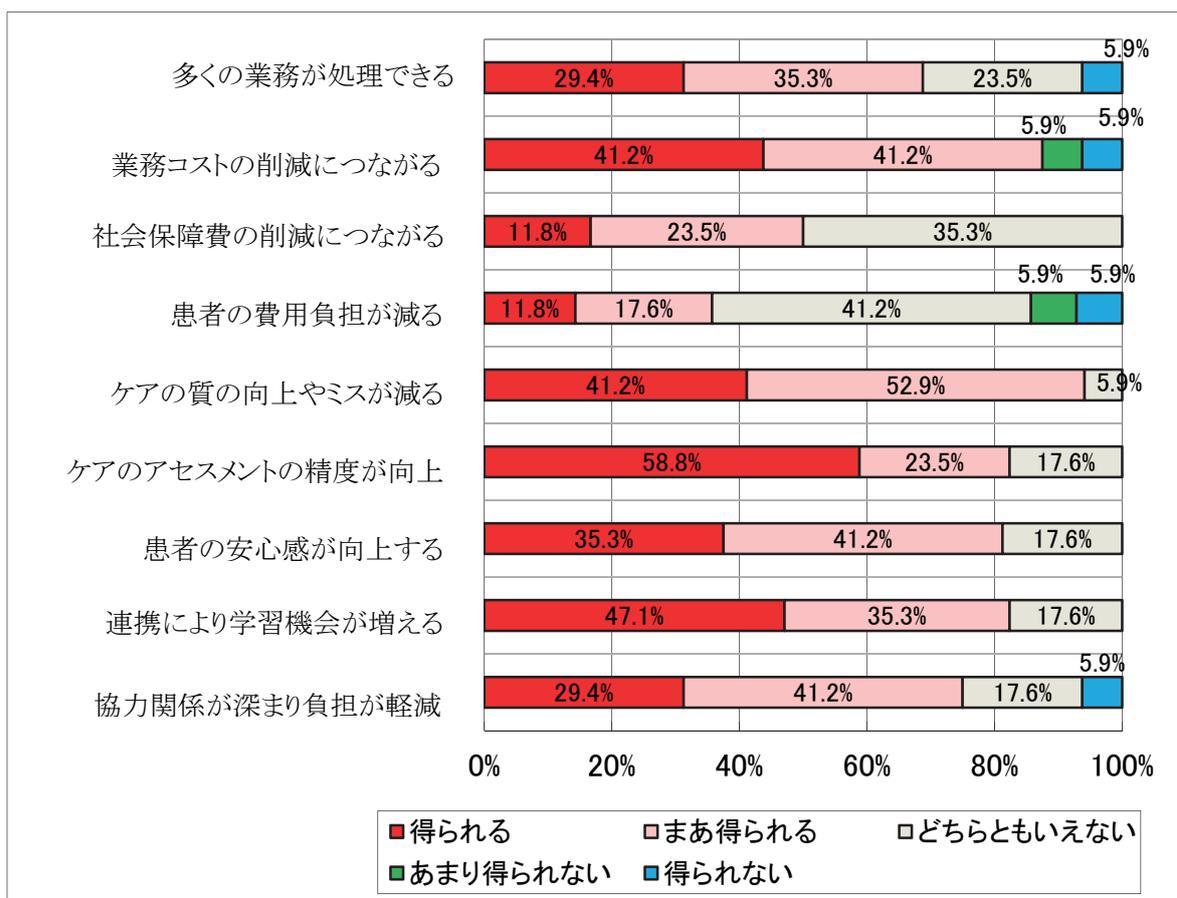


## 2.3.7 情報システム利用によるユーザーの効果

### 設問文

情報システムの利用による効果については、前記の利用者アンケートで利用者から回答のあった内容とほぼ同じ結果であった。

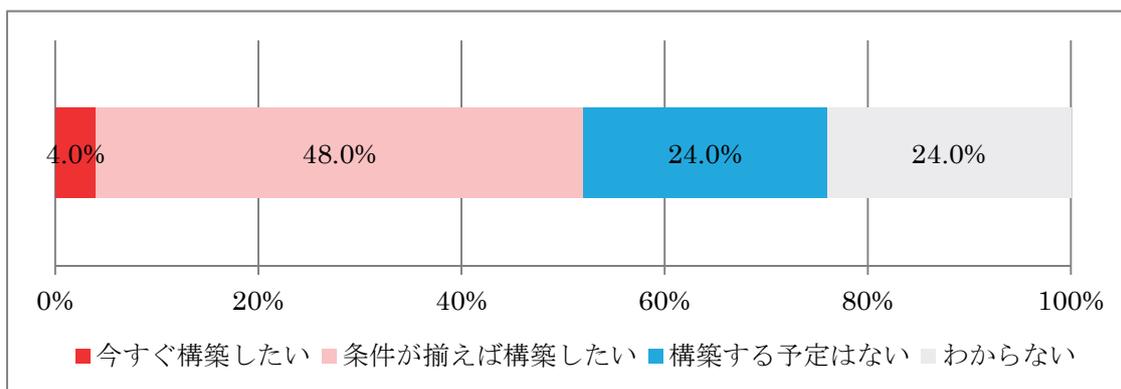
図 2.2.7 情報システムに関する効果



### 2.3.8 情報システムに対する構築の意向

情報システムを構築していない 50 社のうち 2 社（4%）は「今すぐ構築したい」としており、「条件が揃えば構築したい」24 社（48%）を含めると半数以上の企業が構築の意向を持っている。

図 2.2.8 情報システム構築の意向

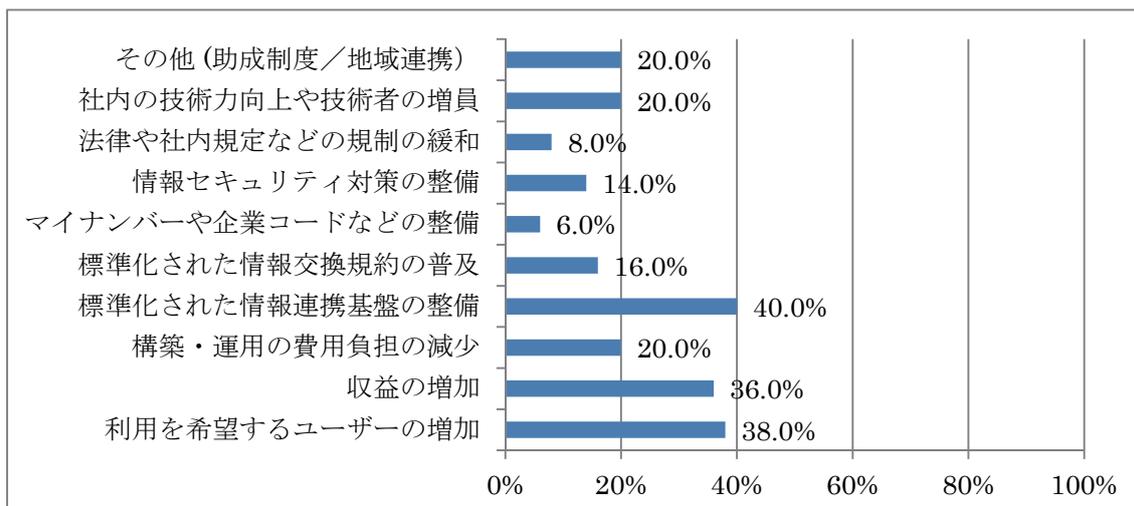


### 2.3.9 情報システム構築の条件

情報システムを構築していない企業が、どのような条件が整えば情報システムを構築したいと考えているのかを示したものである。

「標準化された情報連携基盤の整備」（40%）を求める意見が最も多く、次いで、「ユーザーの増加」38%や収益性 36%を重視している。

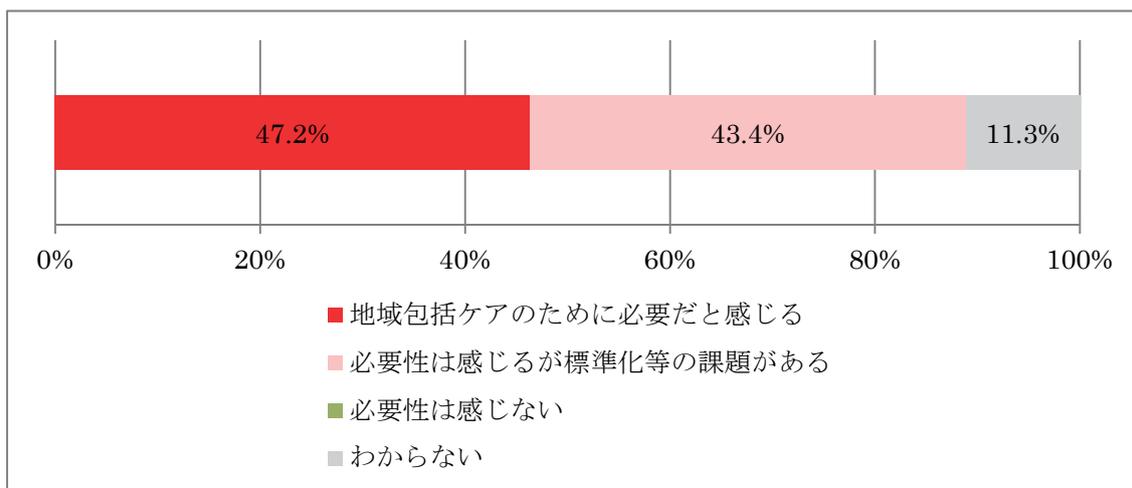
図 2.2.9 情報システム構築の条件（最大3つまで回答）



### 2.3.10 情報システムの必要性

情報システムと業務システム（レセプト、業務記録の管理システム等）が連携することの必要性を示したものである。全体 54 社のうち、48 社（90.6%）が情報システムと業務システムとの連携が必要としている。そのうちの約半数が「必要性は感じるが、複数の開発者が参入するためには標準化などの課題がある」と回答している。

図 2.2.10 情報システムの必要性



## 2.4 情報システムの開発実態に関する調査のまとめ

### ① 情報システムの開発実態と今後の開発意向について

全体としては情報システムを構築している企業よりも、構築していない企業が多いが、構築していない企業のうち、「条件が揃えば構築したい」としている企業が多く半数以上の企業が将来構築したいと考えている。情報システムを構築するための条件としては、「標準化された情報連携基盤の整備」への期待が最も多い。

### ② 情報システムの機能および利用情報について

情報システムが提供する機能については、基本情報機能、書類共有、印刷、アクセス制御など、多くの情報システムで共通して備わっている。これらの基本的な機能については、ユーザーインターフェースや用語などを共通化・統一化することで、利用者の利便性が向上するのではないかと考えられる。

その他の機能についても、ベンダーや利用者間で情報を共有することで、機能の改善や追加が適切に行われるような環境づくりが有効なのではないか。現場における使いやすさを重視する自由意見もあり、いたずらに機能が増加し複雑化することは、利用者にとってあまり好ましい状況ではない

情報システムで利用される情報内容についても、機能と同様に、多くの情報システムで共通して利用される情報内容がある。これらの基本的な情報内容については、共通化・統一化を進めることで、利用者の利便性やベンダーの開発環境の向上を目指すことが望ましい。

### ③ 情報システムの効果、期待、課題について

情報システムの利用によってユーザーが得られる効果については、「ケアの質の向上及びミスの低減」「ケアのアセスメント精度の向上」「専門多職種連携による学習機会の増加」医療・介護サービスの質の向上につながるものが多い。その一方で、「社会保障費の削減」や「医療・介護に関する患者の費用負担軽減」の効果はあまり得られると考えていない。

また、開発企業側では「業務コストの削減」への期待が多いが、利用者側では、「業務コストの削減」については、あまり高く評価していないことに注意する必要がある。改めて、情報システム導入の目的を明確にした上で、開発企業と利用者の双方が共通認識を持つ必要があるのではないかと考えられる。

情報システムに関して、開発企業が重要と考える課題については、「外部システムと連携するための標準仕様が定まっていない」や「共有する情報内容や機能の標準化が定まっていない」など、標準化に関するものが多い。今後、より多くの企業が参入して、適切な競争環境の下で情報システムが構築・運用されていく必要があると考えた場合、各種規約や方式等の標準化・共通化は避けることができない課題である。

また、「個人情報保護の観点から情報システムの利用に不安を感じているユーザーが多い」ことも重要な課題であるため、個人情報保護に関する共通ルールの再整理や、関係者の理解を深めるための啓蒙などが必要なのではないかと。

④ 情報システムと業務システムとの連携の必要性

在宅医療及び福祉に関する情報システムと業務システム（レセプト、業務記録の管理システム等）が連携することについては、ほとんどの企業がその必要性を感じているので、国や自治体の支援を受けながら、関係者の参加・協力の下で、早急に対応していく必要があるのではないかと。その際には、連携の阻害要因と考えられている標準化などの重要課題の見極めと、有効な解決策の実施が求められる。

⑤ 情報セキュリティ、情報システム環境について

情報システムの利用環境については、利用者の利便性向上、費用等の負担軽減、業務継続性（不測な事態への対応）、セキュリティ等の安全性、情報連携・共有によるサービス品質の向上などの視点から、最適な環境を整備していくことが望ましい。

情報セキュリティ対策については、情報システムと業務システム（自社・他社）との連携が実現して利用者が増えることで、情報漏えい等のリスクも高くなると考えられるので、適切な対策を実施する必要がある。同時に、外部からの評価・監査を受けることで、セキュリティ水準が確保されていることを示して、利用者に安心を提供することが重要である。

## 第3章 実証事業

## 第1節 実証システムの概要について

### 1.1 実証の背景と目的

現在、医療及び介護の各事業者では、業務を処理する電子カルテやレセコン、介護管理、介護保険請求など多数の情報システムを利用されているが、これらの業務で利用する情報システムは同一法人内だけで使われていることが多く、他法人との連携が必要な在宅医療と在宅介護の現場において情報システムは活用されていない。

そのため、現状では、外部の関係者と連携するための情報共有に特化した情報システムを新たに導入して利用している。また、その情報システムは、関係者が連携を強化するために共有する情報の内容や方法などについて、共通した考え方を定めずに構築されているため、このままでは互換性のない情報システムが乱立してしまい、かえって関係者が必要な情報を共有できない事態を招いて連携を阻害してしまう懸念がある。

医療情報の電子化や標準化、規約化による交換・共有への取り組みについては、SS-MIX (Standardized Structured Medical record Information eXchange)やHL7 (Health Level Seven) による取り組みが進められている。しかし、これらは医療情報に限定された取り組みであり、在宅医療や介護における日常生活全般をケアする情報を含めた標準化・規格化についてはまだ進んでいない。

そこで本実証事業においては、異なる情報システムがデータの交換を共通したフォーマットを使って可能となる共通基盤を実際に構築して、試験的に利用する。その結果を踏まえて技術面、制度面、業務面における検証として効果及び課題について整理することで、在宅医療と介護の連携のために利用する情報システムがたとえ異なっても必要な情報を交換できるしくみのあり方を検討する。

#### ① 技術面の検証

安全性と経済性、利便性に対応した実用性のある情報システムの利用環境を構築に関する技術的な問題を検討して実証システムを構築し、試験運用する

#### ② 制度面の検証

異なる情報システムが連携するために必要な共通基盤を公正かつ安定して運用する体制や運用方法のあり方などについて検討し整理する

#### ③ 業務面の検証

在宅医療と介護の現場で役立つ共有する情報の内容や関係者の負担軽減の方策、協力関係の強化に結びつく連携のあり方について検討し整理する

## 1.2 実証の概要

実証は、実証事業で構築した共通基盤システムに事前に利用登録をしている複数の情報システムが相互にデータを交換できる。今回の実証においては、富士通株式会社及び株式会社カナミックネットワークが所有する各情報システムにおいて、インターネットを利用して実際にデータの交換を行う。

異なる情報システムにおいては、登録されている患者の個人番号が異なるため共通基盤システムにおいて個人番号を突合し、各情報システムが管理する個人番号に変換する（紐付け処理）をして、要求者からのリクエストに応じた情報を保有者が返信する。この処理をする際には、認証局において各情報システムのサーバの正当性を確認する。

## 1.3 実証環境と方法

### 1.3.1 実証の要件

#### ① 情報の内容

交換可能な情報は、在宅医療に関わる患者のケアのサービス強化に結びつき良く変化する継続的に必要とする情報とする。また、交換する情報には氏名、生年月日、性別、住所など、その情報だけで個人を特定できる情報は除外する。なお、今回の実証ではその他の情報についても模擬データを交換する。

#### ② 情報の事前定義

交換可能な情報は、作業（業務処理）単位にまとめられた項目名や表示形式、期限などを事前に定義した情報のみ交換できることとする。リアルタイムに交換する情報をオンラインで新規に定義することはできない。

#### ③ 権限の管理

情報に対する操作者の閲覧権限の設定は、情報を要求するシステムが管理しているので、情報を提供するシステムでは要求に対して無条件に情報を提供する。

#### ④ 認証機能

情報を交換する情報システムの真贋を見極めるためにネットワーク上にサーバの認証局を設置する。なお、今回の実証では富士通(株)と(株)カナミックネットワークの情報システムで情報交換する要件で認証をする。

### 1.3.2 実証システム環境

#### ① ネットワーク環境

実証事業では、現在、現場の関係者が利用しているインターネット回線網を利用する。セキュリティレベルを高めるため VPN (SSL-VPN、IPsec-VPN) を利用する。

(図 3-1)

#### ② サーバ環境

実証事業では、2 箇所の情報システムに設置された各連携サーバが共通基盤の連携管理サーバを経由してデータ交換を行う。

#### ③ クライアント環境

実証事業では、パソコン及びタブレット端末のブラウザを使用する。

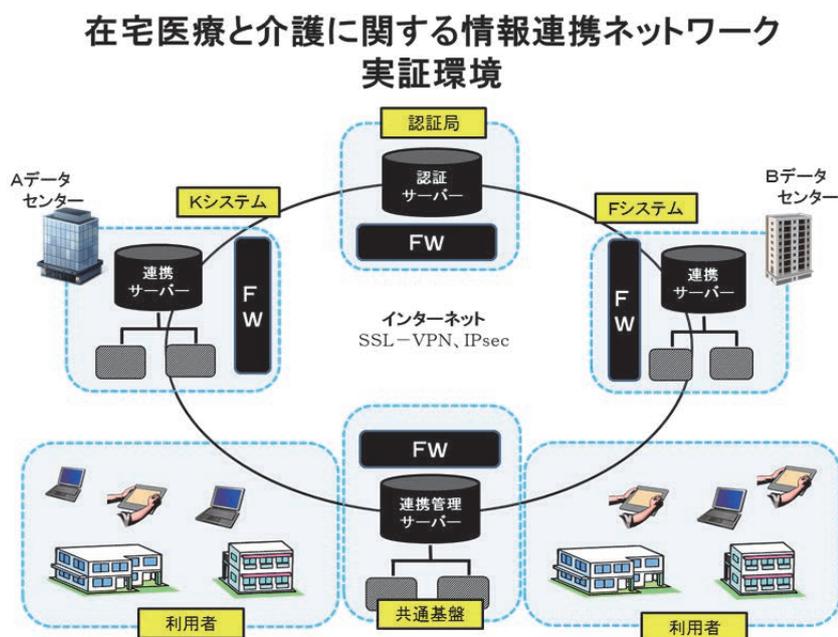


図 3-1

#### ④ サーバ認証

認証システムは、公開鍵及び秘密鍵を用いて、サーバ認証方式 (SSH)、ファイル交換方式 (SCP) により認証を行う。認証局サーバでは証明書発行 (OpenSSL) と証明書失効リスト (CSL) を発行する。(図 3-2)

電子認証の流れは図 3-3 に示す通り、受信者が認証局に公開鍵の登録を依頼し、認証局が公開鍵及び公開鍵証明書 (x. 509) を送信者に発行して、送信者が認証局に対して、公開鍵証明書の有効性を確認する。有効であることが確認された場合に送信者は公開鍵で暗号化し受信者にデータを送信する。受信者は秘密鍵で複合化し認証局に公開鍵証明書の有効性を確認して、受信したデータの正当性を確認する。

## サーバ認証の仕組み

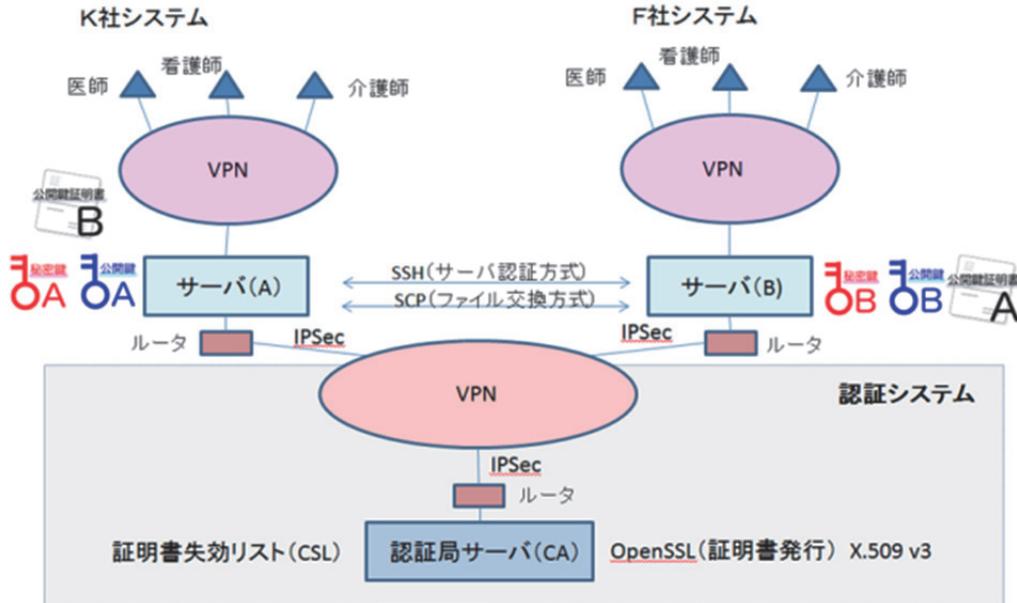


図 3-2

## 電子認証の流れ

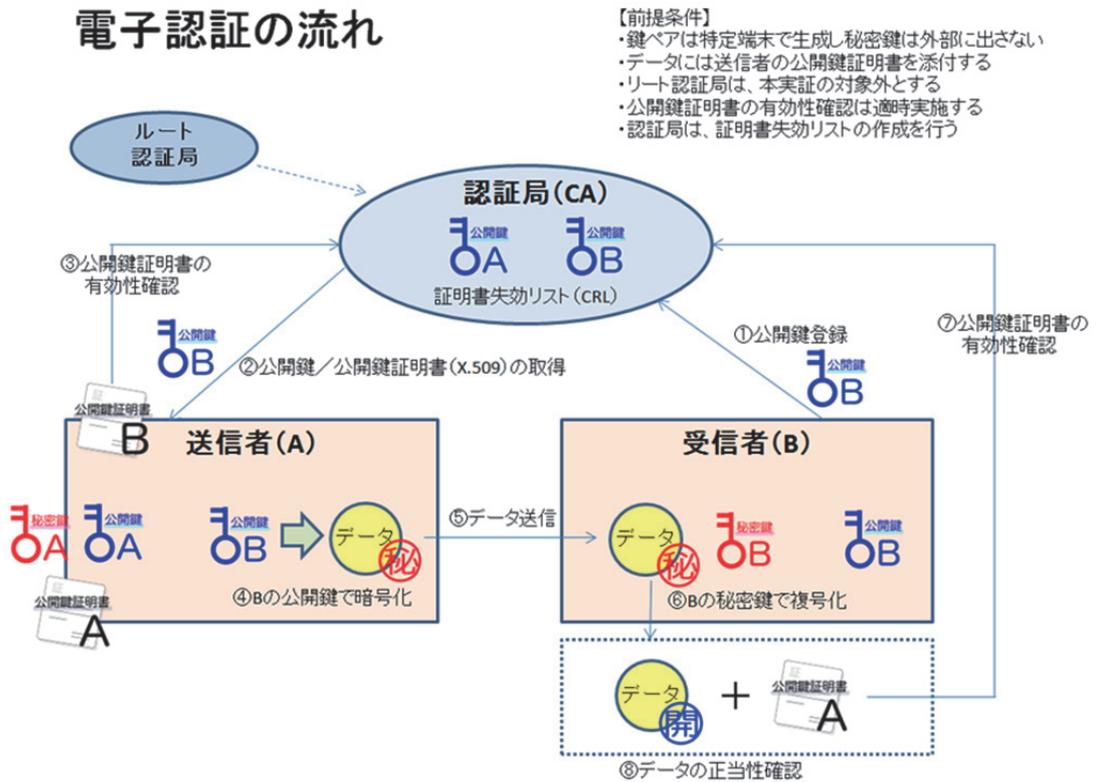


図 3-3

## 1.4 実証の方法

実証では図 4-1 に示す 4 種類の情報システムがネットワーク上でそれぞれの役割を担って要求された情報を提供する。

(主な役割)

- ① Kシステム (㈱カナミックネットワーク)  
Fシステムが保有する情報の提供を求める
- ② Fシステム (富士通株)  
Kシステムから要求された情報を提供する
- ③ 基盤システム  
連携可能な情報システムであることを確認  
するため認証システムに依頼する  
各情報システムが使用する個人番号を紐付けする  
閲覧権限や情報が無い場合など情報システムにメッセージを通知する
- ④ 認証システム  
公開鍵の登録、証明書の発行、有効性の確認に応じる、失効リストを発行する

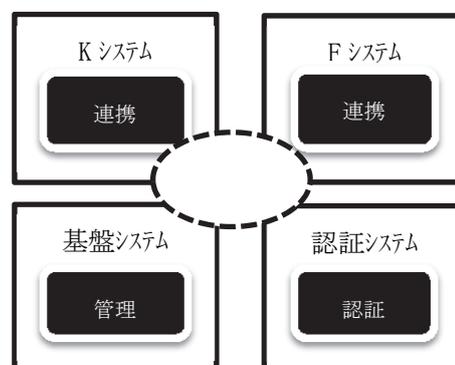


図 4-1

## 1.5 実証システムの機能要件

### 1.5.1 共通基盤システム

共通基盤システムは、情報要求システムと情報提供システムを突合せ、情報の閲覧要求に応じるかどうかを審査したうえ、適正であれば要求された情報を保有している情報システムへ閲覧要求のメッセージを転送する。その際、共通基盤システムでは情報システムによって異なるため、あらかじめ登録した個人番号を突合し、各情報システムが管理する個人番号に変換する処理（紐付け処理）を行う。

なお、個人番号とは、それぞれの情報システムが固有に設定した任意の番号であり共通番号ではない。また、情報システム間で交換する情報には、氏名、生年月日、住所など個人を特定できる個人情報対象外とする。

#### ① 情報システムと認証局の取次ぎ

共通基盤システムでは、情報システムと認証局の間で「公開鍵の登録」、「公開鍵証明書の取得」、「公開鍵証明書の有効性確認」、「証明書失効の通知」を送受信するときに取次ぎをする。

② 個人番号の変換

それぞれの情報システムでは、任意の個人番号を付番しているため、異なる情報システムが個人単位に情報を一元化するには、任意の番号を突合せ番号の変換をする必要がある。

③ メッセージ伝達

共通基盤システムでは、情報要求システムから閲覧の要求があった際に「個人番号の不一致などで相手先が見つからない」、「指定された情報がない」、「要求先の情報システムが見つからない」などのメッセージを伝達する。

④ 閲覧権限

共通基盤システムでは、閲覧を要求する操作者IDがどの個人番号（被閲覧者）の情報を閲覧することができるかの権限管理は行わない。

⑤ 閲覧使用記録

共通基盤システムでは、閲覧使用記録（ログ情報）は取得しない。必要な場合は情報システム側で取得する。（但し、将来、課金処理する場合などには、閲覧の使用記録を取得する機能を持つ必要が生じる）

### 1.5.2 情報要求システム

情報要求システムは、操作者が患者の閲覧権限を保有していることを確認した上で正当であると確認したうえで情報提供システムに情報の閲覧を認めることができるよう管理する。また、閲覧の使用記録（IN/OUT）に関する情報を記録する。

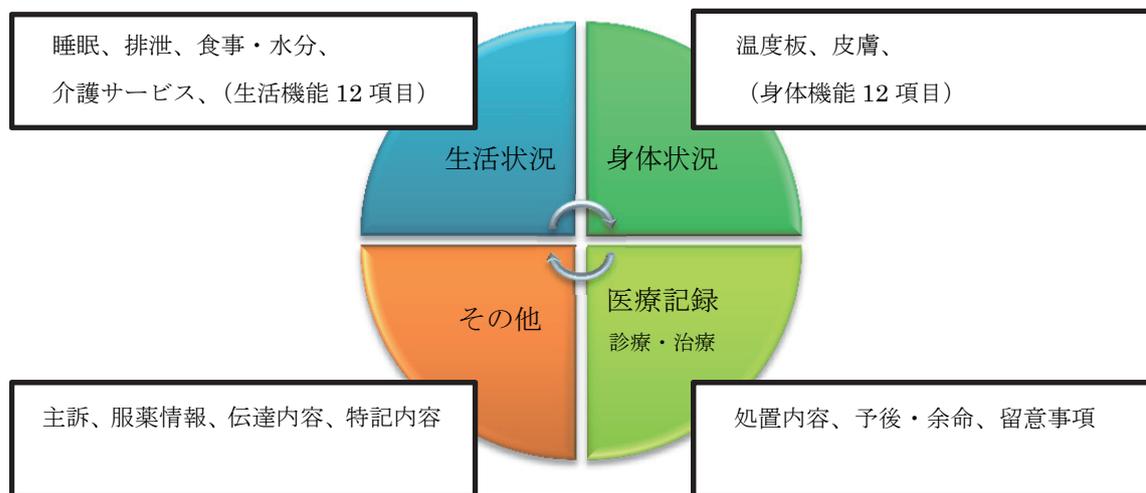
### 1.5.3 情報提供システム

情報提供システムは、あらかじめ定義された情報要求システムのみ情報を提供する。また、提供する情報の内容は情報提供システムが定める。

## 1.6 実証で取り扱う情報

### 1.6.1 情報の種類と内容

【共有情報として標準指定する情報】



基本方針

- ・氏名や生年月日など個人を特定できる情報は共有しない
- ・変化することのない基本情報は共有しない
- ・変化する項目でアセスメントに役立つ情報を共有する
- ・介護認定調査情報などを共有する（生活機能 12 項目・身体機能 12 項目）

実証事業において ○：共有する情報    ×：共有しない情報    △：一部共有する情報

赤字：実証において標準的な共有する情報項目として想定した

	項目	富士通	カミク
基本	氏名、フリガナ、生年月日、性別、住所、連絡先	×	×
	生活保護受給（有無）、障害・精神認定（有無）、医療保険（種別・番号）、介護保険、要支援・要介護（区分）、介護認定期間	×	×
	身長・体重、血液型	×	×
	性格・趣味、現在の仕事、経済状況	×	×
	本人主訴・要望、看取りの意向、本人に対する説明（病態変化・対処）	×	×
住宅	生活環境（部屋・階段）、トイレ・ベッド・浴室、衛生状態、駐車場の有無	×	×
家族	同居家族、家族の氏名・続柄、家族就労状況、家族連絡先、家族の役割・変化	×	×
	主介護者・介護力、家族の健康状態	×	×
	家族主訴・要望、キーパーソンの意向、看取りの意向	×	×

	項目	富士通	カミック
医療	かかりつけ医・診療科目、受診状況（他医療機関）	×	×
	既往歴、現病歴、現在の疾患名・経過、感染症、特定疾患（公費負担）、 <b>予後・余命</b>	△	△
	医療管理（酸素・I V H）、必要な医療材料・機器、人工呼吸器（NPPV）	×	×
	<b>バイタルサイン（経過・最終）</b>	○	○
	<b>処方箋、服薬状況</b>	○	○
	家族に対する説明（病態変化・対処）	○	○
	<b>現在の治療、症状、痛み、検査結果、点滴量、尿量、血中酸素飽和度（SP02）</b>	○	○
	状態変化の警報閾値、留意すべきこと、指示したこと	○	×
介護	担当（介護支援専門員、訪問看護師、ホームヘルパー等）、サービス提供事業者（連絡先・所在地）	×	○
	利用しているサービス（内容・実績・予定）、インフォーマルサービス	×	○
身体生活機能	<b>A D L（日常生活動作）、IADL(日常生活の自立度)、筋力検査（MMT）、変化の記録、方法、補助具（移動、見る、聞く、話す、食べる、排せつ、着服・起居動作、睡眠、入浴）、口腔環境・ケア・義歯</b>	△	○
	<b>認知症状（有無、内容）、コミュニケーション力、社会との関わり、問題行動、虐待</b>	△	○
	<b>栄養状況・留意点、食事摂取量</b>	○	○
	<b>身体状況（麻痺・褥瘡・疼痛）、写真</b>	○	○

【実証において共有する情報項目として選択した理由】

1. 本調査研究の利用者アンケート調査からよく連携されている情報項目である
2. 各情報システムにおける利用実績から連携が有効と判断した情報項目である

### 1.6.2 情報の形式

情報形式はXML+XSLTとする。

種類	情報形式	概要
XML+XSLT	データ＋表示形式	データとその意味付けおよびレイアウト形式を受け取る。受取側でそのレイアウトに従い、HTML や PDF 等の表示形式に変換し表示する。

## 1.7 情報の取得手順

### ① 情報を取得手順

情報保有システム：外部情報システムから情報の提供依頼されたシステム

情報要求システム：外部情報システムへ情報提供を依頼するシステム

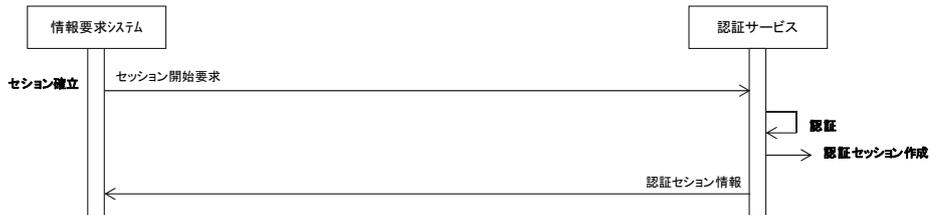
手順		概要
1	認証セッションの確立	<p>認証サーバに情報取得を行うためのセッション情報を要求する。</p> <p>認証セッションの確立には証明書を利用し、認証サーバで証明書が有効かどうかをチェックする。</p>
2	情報保有システム一覧取得	<p>認証サーバに該当利用者の情報を持っている情報保有システムがあるかどうかを問い合わせその一覧を情報要求システムに返す。</p> <p>以下、情報要求システムは情報保有システム毎に情報取得を行う。</p>
3	1 情報保有システムとのセッション確立	<p>情報保有システムに対し、認証セッション情報を引渡し、情報のやり取りを行うためのセッションを確立する。</p> <p>情報保有システムは認証サーバに認証セッションが有効か問い合わせを行い、有効な場合に情報セッションを確立する。</p>
	2 保有情報一覧取得	<p>情報保有システムが持つ、該当利用者の情報一覧とその情報形式を返す。</p> <p>情報保有システム内の何の情報も返すかの制御は情報保有システム側で行う。</p>
	3 保有情報取得	<p>保有情報一覧を元に情報要求システムは、必要な情報とその形式を情報保有システムに要求する。</p> <p>情報保有システムは必要な情報を生成し、情報要求システムに返す。</p> <p>複数の情報を取得する場合は保有情報の取得を繰り返す。</p>

手順		概要
3	4	情報保有システムとのセッション解放
		情報要求システム側で情報を取得し終わったのち、情報保有システム側にその終了を告げ、情報セッションを解放する。 解放された情報セッションでは以降、情報取得はできなくなるため、再度情報が必要な場合、情報セッションの確立から行う。
4		認証セッション解放
		各情報保有システムから情報を取得し終わった後、認証サーバにその終了を告げる。 以降、その認証セッションで情報取得はできなくなるため、再度情報が必要な場合、認証セッションの確立から行う。

## ② 処理シーケンス

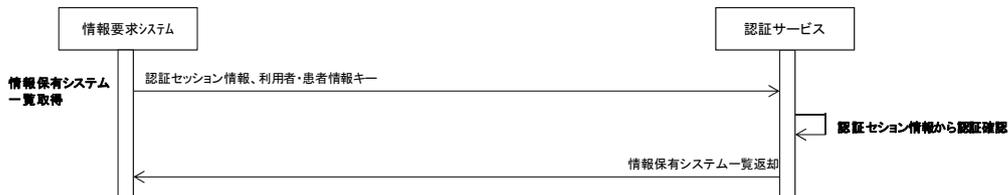
### 1) 認証セッションの確立

#### 認証セッション確立



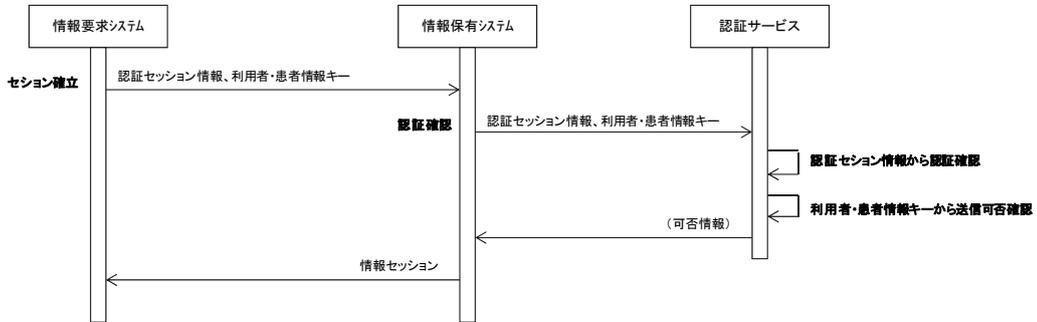
### 2) 情報保有システム取得

#### 情報保有システム一覧取得



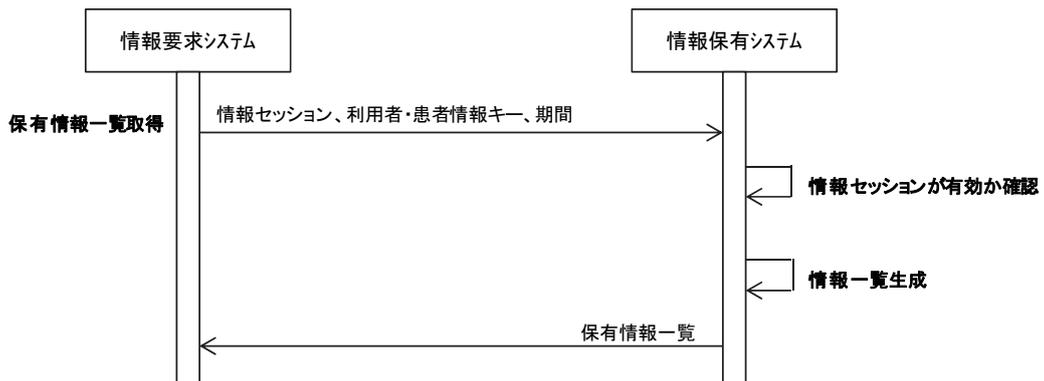
### 3-1) 情報保有システムとのセッション確立

情報保有システムとの情報セッション確立

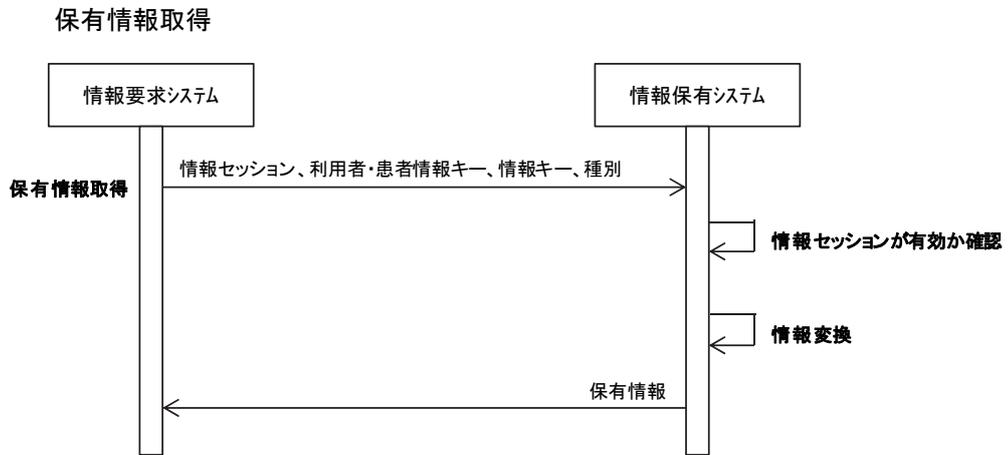


### 3-2) 保有情報一覧取得

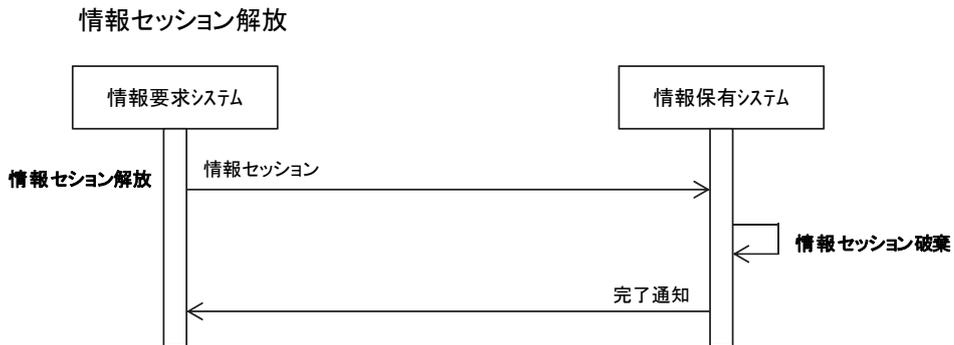
保有情報一覧取得



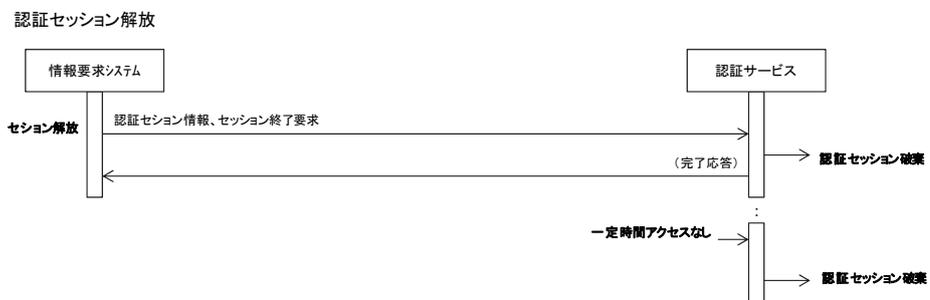
### 3-3) 保有情報取得



### 3-4) 情報保有システムとのセッション解放



### 4) 認証セッション解放



## 第2節 実証結果の概要について

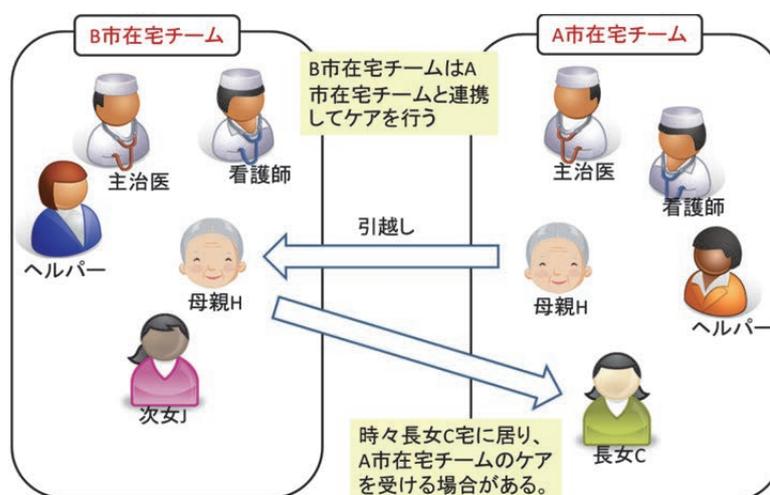
### 2.1 全体概要

#### 2.1.1 実証条件

対象患者・利用者の母親Hは、A市に住んでいたが次女の暮らすB市に引っ越した。

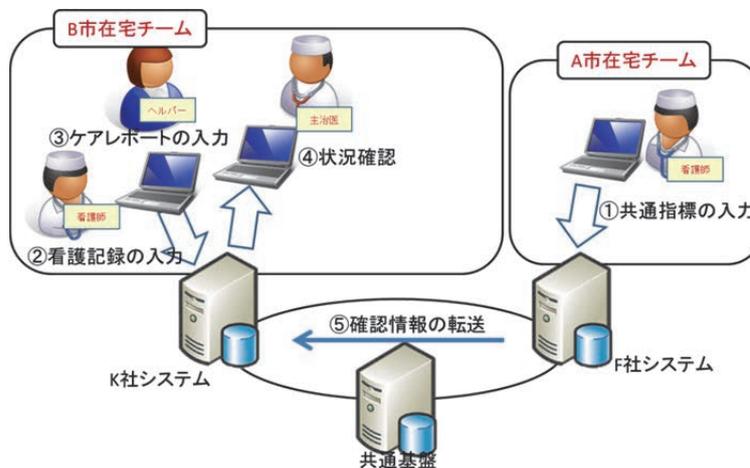
A市では在宅ケアチームはF社のシステムを使い情報共有を行っていたが、B市の在宅ケアチームではK社のシステムを使い情報共有を行なっている。

B市への引越し時にA市在宅ケアチームからB市への引き継ぎを行ったが、母親Hさんは、長女の住むA市に一時的に戻りケアを受ける場合があるため、A市B市両方の在宅ケアチームで、互いに情報共有が必要となった。



#### 2.1.2 検証構成

母親HさんはB市に在住しているため、検証においてはB市在宅ケアチームを中心とした構成とし、A市在宅ケアチーム側の情報をB市在宅ケアチーム側が参照するものとする。



## 2.1.3 検証システム

### (1) 情報保有システム（F社システム）

A市で母親Hさんのケアを行った際に用いた共通指標を保有する。



### 共通指標の項目候補

①基本情報	氏名、性別、年齢、住所、電話番号(患者、家族、キーパーソン)、家族構成、同居の有無、キーパーソン、連携先事業所の連絡先、体重、禁忌薬および薬物アレルギー、注意事項、今後の入院先情報、要介護度、現病歴、認知症の有無
②生活状況	睡眠状況、排尿状況、排便状況、食事状況、飲水状況、服薬状況、薬に関する指示(服薬を止めるタイミング・再開するタイミング)
③身体状況	脈拍、血圧、体温、SPO2、痛みの程度、皮膚の状況
④診療・治療記録	本人・キーパーソンへの病状説明(ムンテラ)、今後の治療方針、主訴、入院中の情報
⑤その他	各事業者の訪問スケジュール

(2) 情報要求システム (K社システム)

K社内での情報共有システム上に、F社の共通指標を表示する。

様々な共有情報を確認するにあたり、K社情報共有システムのサービスカレンダーで情報を確認する。

サービスカレンダー

K社情報共有システム内で共有している情報

F社情報共有システムが提供する情報

K社業務システムの情報



(3) 業務システム (K社システム)

HAM SYSTEM

総合メニュー | 入力ガイド | 国民運請求操作説明書

訪問看護記録書 II

事業所番号: 009888885  
事業所名: カナミック訪問看護  
利用者氏名: 母親 H

タイムアウトまであと 45

トップへ | ログアウト

上書き保存 | 終了 | PDF表示 | 利用者スケジュールへ | スタッフ履行表へ

### 訪 問 看 護 記 録 書 II

患者氏名	母親 H		
看護師等氏名	スタッフ 1	同行スタッフ (2名まで)	
訪問年月日	平成 25 年 03 月 19 日 09 時 00 分 ~ 09 時 59 分		
スケジュール	平成25年3月19日(火) 09:00~09:59 サービス種類: 訪看 I G		
体温	36.7 °C	脈拍	60 /分
呼吸	18 /分	血圧	130 / 70
SPO2(酸素飽和度)	%		
患者の状態(2000文字まで)			
やや体温が高く、様子見が必要。			
実施した看護・リハビリテーションの内容 <span>編集</span>			
病状の観察	バイタルサインの測定		
清潔のケア・指導	全身清拭		
疾病や服薬の管理・指導	経口与薬		
検査 検査	採尿	静脈血採血 静脈血採血	
その他 実施した内容(140文字まで)			
備考(140文字まで)			
写真添付欄			
写真添付欄1 <span>追加</span>			写真添付欄2 <span>追加</span>
次回の訪問年月日	平成	年	月 日 時 分

## 第3節 実証事業に関するまとめ

### 3.1 技術面について

#### 3.1.1 情報システムへの影響

##### <開発作業に関して>

##### ① 情報保有側

情報要求側に提供する情報を情報保有側がが表示している内容と同じにすることで、データマッピングや変換を必要としないで開発負担が減る。

情報要求側と情報保有側において、操作者の手順に合わせた処理に対応したシステムにすると開発工数が大きくなる。

##### ② 情報要求側

実証で用いた XML+XSLT の場合、共有情報の表示形式は、情報保有側が提供するため、情報ファイルの取得のみに開発を集中することができる。

データのみを連携する場合は情報要求側で表示形式を決め、表示させるための仕組みを作る必要がある。

##### <データ形式に関して>

① 実証においては XML+XSLT から HTML を生成する方式を採用した。

② 情報保有側は、事前に XSLT を用意する必要があるが表示させるデータを XML 形式に変換するだけで済むため開発言語の持つライブラリで変換できる可能性が高く比較的容易に開発ができる。

③ 情報要求側は、XML と XSLT をレンダリングして HTML に変換する必要があるが、開発言語の持つライブラリで変換できる可能性が高く比較的容易に開発ができる。

④ XML+XSLT での連携において共通画像等は各社システム内のサーバが持つ画像をそのまま表示させることにしたことにより、転送データ量を少なくすることができる。

⑤ HL7 等のデータのみでの連携の場合、どのように表示するかは情報要求側システム側が行うことになり、拡張項目等の表示をうまく制御できないよう可能性がある。

⑥ PDF 等の表示内容をすべて一つに纏めた方法の場合、画像等の比較的データサイズの大きい情報がファイルに含まれるため、転送データ量が XML+XSLT より大きくなる。

⑦ 医療情報を交換するための標準規格である HL 7 (Health Level Seven) は、現時点では生活情報に関する情報が不足しているため介護情報の交換には適合できないが、いずれは医療・介護情報を交換する HL 7 の規格化をめざして対応する必要がある。

## ＜システム形態に関して＞

- ① 各システムの情報を蓄積する方法に比べタイムリーな情報の連携が可能。情報保有システム内の情報を、情報要求システムは情報の表示のみとすることで原本を情報保有システム内のみに留めることができる。

### 3.1.2 情報セキュリティ対策

システム間の情報連携はVPN網内で行われるため情報の盗聴においては問題ない。

情報取得のサーバのなりすましに関してはVPN網内のサーバからの要求となることで情報連携対象が絞り込まれることに加え、情報の連携に認証サーバが発行した証明書を利用することでなりすましを防ぐことができる。

### 3.1.3 処理速度及び表示

情報一覧の取得については、ひとつのドキュメント毎の情報表示としたため、情報要求システム内の情報を表示する場合と同レベルの速いレスポンスで情報を得ることができた。複数のドキュメントをまとめて表示したり、情報保有システム側のスペックや負荷状況によってはレスポンスの低下が懸念される。

### 3.1.4 成果について

本実証において、「認証機能」と「基盤（ID紐付け）機能」を保有する『共通基盤』を構築すること、及びやり取りするデータ形式を『データ形式（XML）＋表示形式（XSLT）』に指定してシステム間のデータ規格を合わせなくても連携できる技術を活用したことによって、異なるベンダー間でのデータ連携が可能であることを実証できた。

## 3.2 課題について

### 3.2.1 共通基盤について

共通基盤は誰が準備して運用すべきかの今後の取り決めが課題である。

### 3.2.2 認証局について

認証局は誰が準備して運用すべきかの今後の取り決めが課題である。

### 3.2.3 基盤（ID紐付け）機能について

IDの紐付けを誰がどのように行って運用すべきかが今後の課題である。

#### 3.2.4 データ形式について

今回はXML+XSLTで簡易にデータ連携を実現したが、もしこの形式を標準としても各メーカーがこの形式で出力できるように開発が必要である。

また、他にも共通化ができる別の形式も存在しないか、今後検討が必要である。

#### 3.2.5 ログ管理について

共通基盤側でログを取得しない構成のままでよいか、また各システム側でどの程度のレベルのログ管理をするかのルール化が必要である。

#### 3.2.6 回線について

今回は、IPsecVPN技術を活用したが、今後、共通基盤のネットワークはLGWANやIPsecVPNなど、どのセキュリティレベルで運用するかのルール化が必要である。

### 3.3 制度面について

#### 3.3.1 事前登録手続きの実用性

システム間で利用者・患者紐付けるキーがないことから、事前登録手続きは必須。

基本的には利用者・患者本人からの申請により、登録を行う専門の機関が登録を行う必要があるが、利用者・患者本人のみの申請だけで良いのか、登録を行う機関はどこが行うか等の検討をする必要がある。

#### 3.3.2 課金対応におけるシステムの影響度

システム間の連携において共通基盤を利用することから、課金用の情報管理は共通基盤で行い、各システムでは管理しないような方が良い。

但し共通基盤で管理する課金情報を元に各システム利用者に請求する場合、システム毎に自システム利用分の課金管理システムを構築する必要がある。

#### 3.3.3 番号制度への対応

今後、マイナンバーや医療関係で検討されている共通番号など番号制度が法制化され運用が開始されることにより、共通基盤に適応すべきか否か、仮に適応することとした場合仕様を変更する必要性や影響、効果について検討が必要である。

### 3.4 業務面について

#### 3.4.1 取得した情報の表示

様々な情報を参照できるように1ドキュメント毎の表示となっているため、多くの情報を見なければならない場合、手間がかかることが懸念される。

#### 3.4.2 取得した情報の保管

情報要求システム側で取得した情報の保管は想定しない。原本は情報保有システム側にあるため規約等で保持に関しては制限する必要がある。

#### 3.4.3 閲覧権限の管理（要求者・提供者）

閲覧権限の設定は以下の3箇所管理する。

- (1) 共通基盤による各システム間連携許可
- (2) 情報保有システム側による提供先への提供情報範囲の制御
- (3) 情報要求システム側による連携情報を参照できるアカウントの制御

※(2)(3)については、各ケアを行なっている主担当者が行うことができるが、(1)のシステム間の連携許可は共通基盤への申請となるため、手続きが煩雑になる可能性がある。

#### 3.4.4 連携する情報項目の特定及び出力様式

共有する情報項目については、さらなる試行運用を通じて業務上の効果を検証して何を標準項目として位置付ける必要がある。

また、共通基盤を通じて交換する情報項目の表示形式を統一することについて検討する必要がある。

## 第4章 調査研究のまとめ

在宅医療と介護の関係者が高齢者の生活や疾病などに関する情報を共有して、協力関係を深めてサービスを強化することは高齢者の暮らしを支えるために欠かせない課題である。

そのため現場の関係者の中では、様々な場面で多様な情報を収集し活用しているが、本来、必要とする情報を十分には得られてはいないことが本調査研究の実態調査の結果において確認された。

また、在宅医療と介護の関係者の情報システムの利用ニーズは高く、実際に利用した効果についても評価されてはいるが十分に活用はされていないことも確認された。

関係者が必要な情報を効率よく収集し活用するためには、共有する情報項目や連携方法を標準化して、その情報の受け渡しをする共通基盤と互換性のある情報システムを普及させる必要がある。

そこで、本調査研究では実証用の共通基盤を構築して、異なる情報システム間において情報項目の交換処理を実証して共通基盤の有効性及び課題を確認した。今後、共通基盤の整備や標準化を進めていくために検討すべき事項と方向性を以下に提言する。

## 第1節 提言

### 1.1 共有する情報項目の標準化について

在宅医療と介護の連携に最低限必要な基本情報を定めて、関係者における情報の収集・利用を活性化させる必要がある。

### 2.1 共通基盤の整備と運用について

共通基盤については、誰が構築し、誰が運営するかという問題があり、今後さらに検討していく必要がある。

- ① 共通基盤をできるだけ多くの企業の情報システムが共通基盤を利用できるようにするため、現在、情報システムを構築している企業や今後構築を計画している企業に呼びかけ推進協議会などの組織化を検討する必要がある。
- ② 共通基盤の整備(構築)と運営主体について検討する。費用対効果を見極めて公平性を確保する方法を検討する必要がある。
- ③ 共通基盤の運用ルールを決める手続き方法と利用範囲を検討する。

### 3.1 国及び地方公共団体の役割について

地域の多くの関係者が連携するには地方公共団体が窓口となって調整役を担ってほしいと期待する意見が多いため国及び地方公共団体においては、次の点について検討する必要がある。

- ① 情報システムを利用することを通じて、関係者の連携を促進させることについて働き掛ける。
- ② 民間主導で対応できることについて指導助言する。
- ③ 在宅医療と介護の連携を促進する情報システムの利用に関するガイドラインを策定する。

### 4.1 個人情報の取り扱いについて

在宅医療と介護の情報は、個人情報の取り扱いに不安や管理上の負担を感じて情報の共有化に対して後ろ向きな意見が多い。

適正な情報セキュリティ対策を講じた情報システムを利用することや必要な手続きを適切に処理し情報管理が徹底されるようガイドラインを示すなどして関係者への働きかけが必要である。

資料 1 調査研究委員会  
及びワーキング委員

**1. 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委員会委員**

氏名	所属
委員長 須藤 修	東京大学 大学院情報学環学際情報学府 情報学環長 教授
岩野 和生	三菱商事株式会社 ビジネスサービス部門 CEOオフィスIT事業ユニット 顧問
榎並 利博	株式会社富士通総研 経済研究所 主席研究員
小野沢 滋	北里大学病院 患者支援センター部 副部長
亀田 信介	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 院長
島田 達巳	東京都立科学技術大学 名誉教授
白木 裕子	株式会社 フジケア 副社長
高林克日己	千葉大学 医学部附属病院企画情報部 部長(副病院長)
辻 哲夫	東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授
泊 奈津美	医療法人ナカノ会 ナカノ訪問看護ステーション 所長
馬袋 秀男	株式会社ジャパンケアサービスグループ 代表取締役社長
武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック 理事長
村上 文洋	株式会社三菱総合研究所 社会公共マネジメント研究本部 情報社会推進担当部長

(敬称略・順不同)

## 2. 評価・実証ワーキング委員

氏名	所属
主査 島田 達巳	東京都立科学技術大学 名誉教授
石山 麗子	東京海上日動ベターライフサービス株式会社
小林 唯浩	柏市役所 保健福祉部福祉政策室
後藤 玲子	茨城大学 人文学部社会科学科 准教授
平野 清	医療法人社団清風会平野医院 院長

(敬称略・順不同)

## 3. 調査ワーキング委員

氏名	所属
主査 榎並 利博	株式会社富士通総研 経済研究所 主席研究員
田中 雅人	早稲田大学 客員研究員
村上 文洋	株式会社三菱総合研究所 社会公共マネジメント研究本部 情報社会推進担当部長

(敬称略・順不同)

## 4. オブザーバー

氏名	所属
西藤 公司	厚生労働省 審議官
朝川 知昭	厚生労働省 老健局 振興課 課長
江原 潤	厚生労働省 老健局 振興課 主査
柳 史生	厚生労働省 老健局 振興課
早坂 嘉久	厚生労働省 老健局 介護保険計画課 課長補佐
伊原 正浩	厚生労働省 老健局 介護保険計画課システム管理指導官
大野 豊	厚生労働省 医政局 研究開発振興課医療技術情報推進室 管理係長
新津 久雄	厚生労働省 医政局 指導課 係長

氏名	所属
有倉 陽司	内閣官房 IT 担当室 参事官
宇野 優一	内閣官房 IT 担当室 主幹
鈴木 恵三	内閣官房 IT 担当室 主幹
有吉 豊徳	内閣官房 IT 担当室 主幹
村田 正道	内閣官房 IT 担当室 主査
西原 栄太郎	内閣官房 IT 担当室 参与
濱島 秀夫	総務省 自治行政局 地域情報政策室 室長
井戸佳予子	総務省 自治行政局 地域情報政策室 補佐
吉田 恭子	総務省 情報流通行政局 情報流通高度化推進室 室長
本田 知之	総務省 情報流通行政局 情報流通高度化推進室 総務事務官
井上 美樹代	経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 課長補佐
那須 良	経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 課長補佐
山本 奨	株式会社カナミックネットワーク 取締役会長
青木 孝裕	日本アイ・ビー・エム株式会社 スマーター・シティ事業 シニアコンサルタント
福田 明美	日本電気株式会社 ITサービス市場開発本部 マネージャー
田中 祐耕	日本電気株式会社 第一官公ソリューション事業部 シニアエキスパート
青木 英司	日本電気株式会社 公共ソリューション事業部 自治体クラウド推進部 部長
吉本 明平	日本電気株式会社 公共ソリューション事業部 マネージャー
中山 良幸	株式会社日立製作所 公共ソリューション第一本部 主任技師

氏名	所属
須藤 毅	富士通株式会社 ソーシャルクラウド事業開発室 事業開発統括部統括部 部長
生川 慎二	富士通株式会社 ソーシャルクラウド事業開発室 事業開発統括部 シニアマネージャー
今林 徹	富士通株式会社 ソーシャルクラウド事業開発室 サービス開発統括部 シニアマネージャー
田城 孝雄	放送大学学園 教授
大石 佳能子	株式会社メディヴァ 代表取締役

(敬称略・順不同)

## 5. 事務局

氏名	所属
井堀 幹夫	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
吉江 悟	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
山本 拓真	東京大学高齢社会総合研究機構 共同研究研究員
石川 竜太	株式会社カナミックネットワーク 執行役員 開発部 統括部長
荒木 希	株式会社カナミックネットワーク
本村 晋太郎	株式会社カナミックネットワーク
吉田 善幸	株式会社ジーウェイブ 代表取締役
三浦 香代	株式会社ジーウェイブ
牟田 学	電子政府コンサルタント
茶谷 達雄	都市情報システム研究所 所長
池山 佳智	富士通株式会社 ソーシャルクラウド事業開発室 サービス開発統括部
丸山 厚	富士通株式会社 ソーシャルクラウド事業開発室 サービス開発統括部

(敬称略・順不同)

## 1. 自由回答数

在宅医療と介護の連携および情報共有を進めていくための提案などの意見について、45頁で挙げた重要キーワード別の件数は以下の通りである。

### <重要キーワード別回答数>

周知・顔の見える関係	104 (33.2%)	ケアの充実・業務効率化	31 (9.9%)
人材・国支援	104 (33.2%)	コスト	31 (9.9%)
肯定意見	83 (26.5%)	リテラシー	20 (6.4%)
個人情報	75 (24.0%)	その他	19 (6.1%)

## 2. 主な自由回答

### (1) 居宅介護支援事業所

現在、医師会内に在宅医療研究会を立ち上げ、メーリングリスト上で情報交換できるようにしておりますが、医師の参加が少なく、医師の意識改革を痛感しています。
情報の共有は非常に大切だと思っています。更にその上でコミュニケーションを行えないと良質な連携には到達できないと思っています。情報の共有+コミュニケーションの機能を満たしたシステムを求めています。しかし一方で、やりとりする情報が多すぎると、処理しきれないのではないかとも思います。例えば主治医へのケアマネへの問合せの場合、日々の業務の中で、全ての問合せに回答しきれない等。
在宅の介護保険利用者は、サービス担当者会議により、情報を収集し共有しています。システムにより皆が集合しなくてもそれぞれ意見交換できると、業務負担が減らせる可能性があります。
情報共有システムと医療及び介護関係の顔を合わせた話し合いの両方のバランスが重要だと考えている。
電子カルテとレセプト請求システムは業者間の囲い込みのために、標準化と互換性が失われ、医療機関同士での情報共有の障害になっている。情報共有システムに関しては、介護がしっかり乗ってこられるように機能をしぼり、すべての事業所間で共通のプラットフォームを整備する必要がある。各医療機関や介護事業所、または特定の地域で必要とされる情報やサービスは、そのプラットフォームの上に構築される、二階建て、三階建て構造が望ましい。そうでなければ、情報共有システムを導入する数多のメリットが失われてしまう。
電子カルテの情報の一環が共通できる事、電子カルテに介護と看護の情報と、情報の一環がいられる事
医療人として情報の共有を行う。当地域ではDKInet をシステムとして病院、病所、その他の連携に取り組んでいます。ただし、医療関連その他の業務ソフトを利用。
介護関連システムと医療関連システムの情報の共有化がもっと必要である
強化型支援診(連携型)の協力医療機関が9以下と制限されるのはおかしいと思います。その根拠は何なのでしょう？
ベンダー各社が顧客の囲い込みをやめること。もしくは公的機関が優秀なプラットフォームを用意し、運用できるようにすることで市場を再構築する。現状では狭いエリア内での連携にとどまってしまう。全国規模のネットワーク構築をしないと意味がない。
情報の共有が不十分だと、患者は同じことを何度も聞かれたりして無駄な時間を費やすことになります。せっかく複数のサービスや訪問看護などが入っていても、即時に情報が共有できていなければ、次の訪問時に患者に迷惑をかけることにつながります。(訪問看護や訪問リハビリ、訪問薬剤指導の報告書はしばらく経ってから郵送されることが多いのです。) 即時に情報を共有できるシステムは今後の訪問診療に必要と思われます。

使いやすい共有システムが構築されれば様々な無駄が省かれそれぞれの職種の連携が強まると考えます。
地域での情報共有の必要な部分あり、医師会が中心となって進めていくべきである
現在のシステムでは、業務(カルテ記載)とシステムへの入力と二度手間になります。今後当院でも電子カルテの導入を検討していますが、標準規格が存在しないため、電子カルテ導入後も二度手間になる上、さらにシステム導入の経費が掛かると考えられます。今後、自治体を中心になり、標準的な規格策定と導入費用の助成がなければ、先に進まないと考えます。
本人の生活がより良くなるために、医学原理が必要で、介護現場で出来る事は何かを見通した訪問するツールが必要(簡単に、気軽に)
ICT 利用するならば多職種が共有言語で理解できる簡潔なシステム(伝言板イメージがよい)
現行の日本では医療システム・介護システムともにデータの標準化がされておらず、各社毎の仕様となっているため、データ連携が困難な状況である(DICOMのみ若干の標準化はされているが)。データ連携を進めるためにも「データの標準化の推進」と「既存のデータ標準化した形にコンバートする仕組みの提供」が重要かと思われる。
在宅医療は個人差がありすべてのニーズへの対応は難しいものがある。育てられるシステムが良いと思う(近いうちに使う予定のクラウドシステムは一度作成したら変更できないと聞いているため)。
現在はVPNを利用してサーバに送った定型ワークシートを、サーバより各提携先に送っているため、相互・双方向連携にはなっていない。
これからの在宅医療には、IT化は必須だと考えています。情報共有システムを全国的に普及させることができれば、より医療と介護の連携は促進されると期待しています。
当地域では未だ在宅医療と介護の連携を行う地盤が整っていない状態にあり、在宅療養支援診療所としての機能も十分に果たせていないのが現状である。今後、診療所医師が増えれば情報共有が必ず必要となると思われる。
クラウドサービスやスマートフォン、タブレット端末の普及により情報連携は、今後大きく広がっていくと思う。そのためには、国や県・市からの助成が必要なのではないかと思う。
医療、介護それぞれの動きが不十分だと、優れたシステムがあっても利活用には至りません。地域性があると思いますが、加算など含め仕事上の効果があるものだと行政が認めるとかなり事業所が利用すると思います。
訪問看護と居宅介護支援の連動可能なシステムを要望します。
現在、データセンターの役割を居宅のケアマネが行っている状況です。障害や保護など行政が行うべき事も、介入している状況となっています。たて割の行政をつないでいる現状です。この連携の中に行政も必要と考えます。
利用者の状況、体調は1日で著しく変化してしまう場合が多いです。新しい情報を医療、介護の両方のスタッフがいち早く入手できれば早期の対応ができていくと思えます。独居や介護者不在の利用者さんが増えています。周囲の見守りが確かにできていくことを期待します。
中間施設である老健が在宅医療と介護の連携する拠点となり活動をする。
現在在宅において、それぞれの事業所での記録があり、その記録を他の事業所が共有できていないのが現状です。一人の利用者様にかかわる際、情報を共有し早く目的が達成できるよう質の高いケアを行うために必要と思えます
医療保険と介護保険の被保険者番号を統合し無駄な給付をなくすことと急変時には円滑な治療などのサービスを受けられるような状況が実現できたらと考えます。
在宅医療に関わる Dr.が増加しており、助かっています。(不満な Dr.もいますが)しかし、それに比較し、地区の訪問看護ステーションが少なく、連携がとりにくく感ずる事もあります。千葉県でも入退院時に地域連携パスを利用しておりますが、医療と在宅ケアが、個人にとって継続されるシステムがある事で安心して在宅で過ごせる事と思えますが、人手がいります。1人で関わるには限りがあります。

<p>介護に対して理解の低い医療関係者が多い。また、介護従事者も医療の知識が少ないので、情報のやり取りが難しいときが多々ある。作成する資料や書類が多すぎ、本人のことを考える時間が少ない。介護時業界の地位向上や報酬を上げないと有能な人材が確保できないと考える。システムができてでも使いこなせる人材がいない。</p>
<p>情報共有システムが、その地域の医療、介護関係法人等で共有するのは、時間的、費用的にも難しい。法人が違う中で情報共有を図るのには、色々と問題があると思います。連携シートの活用や、共有すべき情報</p>
<p>いずれは情報共有システムは必要と思われる(10年後くらい)。しかし現在はこのようなことはできないと思う。</p>
<p>タブレット端末やスマートフォン等の情報管理ツールにより初回アセスメント→利用状況→請求処理までの一連の流れがリアルタイムにできるようなシステム環境整備を行い、その環境整備を指定申請時の必要条件にしていく。</p>
<p>情報共有の必要性は感じますが病院同志でも情報交換をデータで行うことは難しいと思われ、更に数多い介護の事業所との共有化はかなりハードルが高いと思われ。特に法人化してない小さな事業所は経済的にも負担になると思います。</p>
<p>予算をつけてある特定の地域でまずグループウェアを作る。全国的に連携できるシステムに当初からしていく必要がある。すでにいくつかのシステムに分かれていると聞くと、最初からそれがつながられるように国が指導していくべき。昔はビデオがVHSとβがあって、弱い方式が淘汰されたのと同じ。</p>
<p>情報共有システムについては、必要性を感じるが一部の医療と介護のみではなかなか普及しないかと思われる(費用負担、運用面、技術面など社内での理解は得にくい)。ある程度、国の方針として強制的にシステム導入(ある程度の規模、又は加算等)を制度化してくれたら入りやすい。</p>
<p>同一法人内の意志疎通は容易であるが、他法人との情報交換は、書式が異なるなどのためしばしば困難となる。これが情報共有システムで統一化されれば情報交換は容易になると思われる。</p>
<p>連携・情報共有をコーディネートできる人材の育成。</p>
<p>業務システムができて、それらを運用・活用していくのは“人”です。医療と介護の連携、同じ土俵でそれぞれの役割が発揮されて初めてスタートできるのではないのでしょうか。</p>
<p>在宅医療と介護の連携では、まず介護側に医療の視点が必要です。ケアマネでは基礎資格に介護福祉士が半数以上を締めています。医療の知識が貧しいことで連携に消極的になっている人もいます。また介護度の軽い利用者をたくさん担当しているケアマネでは医療と介護の連携に必要性を感じない人もいます。医療の知識があればそんなことはないのですが。</p>
<p>情報共有することで効率化が図れるが、初期は本人さまの基本情報の共有で進め、段階を踏んで進めていきたい。またシステム導入には課題な費用が発生するため法人側の負担が大きく何らかの費用の負担補助をしていただきたいと思う。</p>
<p>現在、地域でも共有シートなど連携に関する取り組みをしているが、医療機関の場合を例にすると、大学や学会、病院や診療所など、それぞれの団体、系列で意向がバラバラなのでなかなか難しい。しかしながら、それらを統一するシステムができるのであればありがたい。期待しています。</p>
<p>医療保険と介護保険が別れているので情報を一元化して欲しい。</p>
<p>自治体による導入コストの援助等がないと、導入は困難な状況の医療機関が多いと思います。また24時間対応できるシステム管理者の存在も必要だと思います。</p>
<p>家族の形態が変化してきていることや、高齢者、特に認知症者の増加を考えると、手間をかけずに安全に情報収集ができ、適切な支援につながられることは大変重要な取り組みであると考えます。医療と介護の連携については、行政がどのように関わっていくかが不明瞭と感じます。</p>
<p>医療と介護、福祉の現場の連携はとれており、情報も入手しやすい状況となっているが、その為の労力的な負担は大きい。超少子高齢化社会に対応するためにも、労力的な軽減を図りながら、きちんと情報共有していく必要性を感じます。</p>

<p>情報の記録形式を標準化することにより、入力等の作業の簡素化、また認識誤りを防ぎ、現場の負担を軽減する。また、共有情報については、支援経過等については記録者の主観が含まれるとともに、本人以外の情報も多く含むため共有せず、報酬請求等数値によるもの等に限定する</p>
<p>情報共有した上でカンファであれば、時間短縮して、会議が行え、効率的である。</p>
<p>必要最小限の情報共有にしなければ入力作業で自分の首を絞める様な効率の悪いシステムを作ることにはかならないと思われる。使いたいと思わない。何が必要か不必要か？選択することが重要。データ入力作業センターがあるならば例外である。</p>
<p>コストより利便性を求める。→業務ソフトとの連携が重要。</p>
<p>情報共有のメリットとして以下があげられる。身体状況、状態の情報や生活状況を把握することで適切な処置、ケア、状態悪化の防止に役立てる事ができる。重複する情報の入力に対して、二度手間を省く事ができ、業務の効率が上がる。医療、介護の人員不足である現代において、スタッフの負担軽減、業務の効率化を図るために、連携及び情報の共有を進めていく事は必須である。</p>
<p>現在、利用している情報共有システムと、当法人を含め各事業所が利用しているシステムの連携が困難なため、①入力の二度手間②端末数増による設置場所の問題等がある。特に①の問題を解決できたら、情報共有の連携がかなり進めやすくなると思われる。その他、情報端末がパソコンの為、入力のしやすさはあるが携帯時は不便である。いつでも、どこでも情報共有できる為には、タブレットやスマートフォン等と一緒に導入が望ましい。</p>
<p>電子カルテも導入されていないのに、IT化は進められない。FAXのやりとり、電話で不足を感じたことはない。メーカーだけが喜ぶのを手助けしたくない。入力する時間があつたら、往診しています。</p>
<p>在宅を担う医療者と介護職との連携は欠かせないが、医療の専門職としての記述とそれを見たときの介護職側の汲み取り方が違うことがある。また、入力を単純化しようとチェックボックス形式等を採用した場合、そこにつながる大切な諸事情等が抜け落ちやすい。直接電話等で連絡を取り合うことで身にカンファレンスのようなものに行え、より良い介入につながるが多いと思う。</p>
<p>電子システムを活用して、個々の仕事量が減っていくのであれば、情報共有のシステムは導入していただきたいと考えます。</p>
<p>ネットワーク化が図れば、事務効率化も図れる</p>
<p>システムが指導監査に合った物であれば監査する必要もなくなり、きちんと仕事をオープンにする事ができる様になると思います。</p>
<p>書類の重要性を特に言われる中で書類作成に追われ、本来の利用者支援が「良い書類作り」となっております。現在行っている通常業務が自然に共有される事で連携を図り室の高い支援を行う事ができ、負担が軽減できると考えます。</p>
<p>在宅で命を支えていくために出来るだけ情報を取り合いより良い方向に向かうよう関わりのある職種はともに努力している状況です。将来、情報共有システムが利用できるようなになれば直迅速に業務につながるのではないかと思います。</p>
<p>すべての情報を共有する必要はないためどこまで共有するのかの範囲決めが大変では。個別に必要な情報がちがってくるし 時間の経過により変化する。むしろ、地域ケア会議、退院時共同指導に関係者が参加しやすくするように各サービス、医療関係者の作業方法を見直すべきでは。</p>
<p>必要な書類作業にかかる時間が減り、情報共有出来れば家族の負担も減る。家族承認も画面タッチででき、そのまま各事業所に転送できれば、時間短縮、コピー代等の経費節約できる。主治医、訪問看護、ケアマネがメールで情報交換できるようになると時間短縮できサービスに直結する</p>
<p>現状の事務量が減り、情報の共有ができれば最高だと思います。利用者の為にも、係わる者への負担が減るようなシステムを考えて頂ければと。経費の部分でも介護報酬少ない中での負担の軽減も考えて頂ければと思います。</p>

サービス利用時に必要な診断書がペーパーでなくシステムで確認できるケアマネが情報をこまかく提供しているが、必要な事業所が必要な情報を得ることができる。以上のメリットがあると感じます。
何か一つ新しいこと、新しい法律改正のたびに申請処理、大幅に増える。
利用者が医療系サービスを利用する場合、予め医師に必要性の有無及び指示が必要であるため医師の記載部分に具体的に組み入れて欲しい。・施設サービス(デイ、デイケア、ショートステイ)を利用するにあたり、医師へ診療情報提供書が必要な場合がある。現在1つの病院で作成してもらわないといけないが、他の病院のデータと組み合わせればよりスムーズにサービス導入が可能となると思う。(手間も省ける)・介護認定の際に主治医が作成する「主治医意見書」が連動できれば医師の手間も少し省け、ケアマネージャーも開示請求の手間が省けるのではと思う。
必要性は感じるが、最終情報を入力した事業がどこかをチェックできるようなシステム構築と、書き換え修正してほしい部分を指定できるようにしないと不当に修正されて給付管理に過誤が出ると困る。
医師に確認したい事や伝えたい事等を簡単に伝える手段になればよいと思う。
面積も狭く人口も少ない。今のところ紙ベースでうまくいっている。他事業所とも共有することに抵抗を感じることは少ない。すべてが標準化されていない限り、入力が二度手間となり普及は難しい
医療機関からの情報を集める際に一番手間取るのは、医療機関側に時間がないことでの面談等による情報収集に時間設定等で苦慮することです。欲しいときに欲しい情報(利用者の方の状態、必要な医療サービスや医療的な指示など)を確認できれば、話が早いと思います。
低コスト。既存のシステムと連動ができる(データの共有等)システムの開発
人員や費用など財政状態が厳しい現実がある。
金額的な負担軽減と、共有のための法整備が不可欠と考えます。
介護事業所のシステム投資負担は困難ではないでしょうか。
市医師会が手動の情報共有システムは考えにくいですが、それぞれの医療機関方職種との情報共有システムを取り入れることは必要であると思う。例えば、日本医師会が行っているORCAの様なシステムで安価で提供できるととても助かります。たとえば厚労省が経済産業省とタイアップして開発できないものでしょうか？
一般状態の把握や報告は、利用の負担や運用面が解決できれば、価値が出るかもしれない。現在利用されている指示書や報告書の類は、活用されているとは思えない。これ以上事務的な負担が増加すると在宅医療自体が成り立たなくなる可能性が大きいと感じる。連携で一番大切なのは緊急時対応と思われ、携帯電話やメールなどで一旦連絡を取り、患者さんの所に行かないと話にならない。
SNSの様な簡便で費用のかからないシステムが必要だと考えています。
当面はセキュリティのかかったメーリングリストでよいと思います。画像、ドキュメントファイル、できれば動画が共有できるクラウドサービスしかないと思います。様々な管理コンピューターとの連動はコストがかかるため現状では難しいと思います。
紹介状は印刷物でないといけないと保険の個別指導がありました。FAXはダメ、原本が届かないと情報提供料はとれないとのこと。情報の共有はコストがとれなければ、あるいはコストがとれても単独の診療所レベルで共有システムに参加するのは医療費別途のなかでペイしないように思う。
小規模の診療所では導入時の経費、維持管理費がかかることが課題です。
地方都市になると、情報共有システムを誰かがリーダーシップをとって企画していくのか、自治体関係者になるのか、基幹病院になるのか、そういった部分もあって、診療所レベルでは、イメージがわからないのが現状
情報共有は必要だとは思われるが、それを利用する多職種がそれをどのように利用していても如何にうまく連携していくかが重要である。

<p>地域における医療介護施設が持つ情報共有システムでは、運用コストの継続や情報の広がりに限界がある。より広義の位一市町村単位で行政機関が中心となったシステム構築が必要である。また、同じく、一市町村単位での病院や介護施設の機能分化など、地域医療介護体制をどのように構築していくかの方向性を土台とした情報共有システム構築が必要である。ipad やスマート端末を住民が使い、ヘルスケアに興味を持ってもらうような、住民への意識付け的な IT も必要である。</p>
<p>必要性について、コストをかけながら、情報の共有の必要性があるのか現在のところ不明。</p>
<p>情報共有システムを使いこなすことが難しく、便利ではなるが、共有できない部分が多い。業者さんも説明してくださるが、一度に覚えることができないので、まずは使いこなせるように自己研鑽に努めていくところから始めていく必要があるように感じます。</p>
<p>情報共有システムの構築については、課題が多々あると思われる。コスト面、使用する人の技術、情報の共有が容易にできすぎるようになることによる、関係者間の連携スタイルの変化など... 顔の見える関係作りのツールとなれるかは、疑問が残ります。</p>
<p>情報共有のために IT を用いることは必要不可欠だと思われるが、在宅医療にかかわるスタッフは、高齢の方も多く、IT 機器を使いこなせない方が多い印象がある。実際に、メーリングリストを情報共有のために導入したが、メールも利用できない方々も多い。世代を超えた、直感的に利用できる GUI を用いた共有システムの開発が必要だと思います。</p>
<p>当院のシステムでほぼスタッフのニーズはうめている。(更に共有を求めるための手間と費用を考えると不要かもしれない。また、共有の情報が多すぎる場合、不要の混乱を生ずるかもしれない。)</p>
<p>全く使用したことがないため、運用方法やしぐみについてもっと詳しく勉強したい。</p>
<p>進歩して行くのは素晴らしいが能力不足、理解不足により同姓同名等でまちがった入力の為、情報が混乱してしまう恐れがある為、不要。</p>
<p>情報共有のIT化は業務が簡略化し効率の良い仕事が図れると思われるが、IT化の普及はまだできておらず、また、ITの苦手意識をされる方も多いのが現状であり、研修会等を積極的に行い普遍化していくことが必要ではないかと思ひます。</p>
<p>現在は、医療と介護の境界線が不明瞭なため現場は混乱しているが、今後このような情報の共有によりそれぞれの専門性がより明確になり効率的にその方の生活を支えられると思ひます。</p>
<p>患者、利用者チームをサポートしていくためには、情報共有のシステムは必須だと思います。システムを活用すればチームケア(サポート)の意識が持てるのではないのでしょうか。</p>
<p>市内部の福祉、介護、保健、消防、包括での情報共有にとどまっておらず、医療と介護の連携を進めていきたい。</p>
<p>高齢者福祉総合計画・第5期介護保険事業計画において、地域包括ケアシステムの構築を進めるうえ、医療と介護の連携を進める上で情報の共有化は不可欠で、重要な課題と考えている。現在、国保連中央会が進めている国保データベース(KDB)システムの開発もあり、本区においてどのような情報共有システムが有効であるか検討していく必要があると考える。</p>
<p>在宅は、データ情報は今後ますます増加します。</p>
<p>医療と介護の連携の必要は十分に感じていますが、整理しなければならない課題もあり、難しさも感じます。</p>
<p>情報共有において特に IT 化の必要性を感じない</p>
<p>夢のある計画です。応援します。</p>
<p>当院は FAX、メール、電話のみで情報交換を行っていますので情報共有システムについてはよくわかりません。</p>
<p>情報共有は現在、当医療法人内でしかできていないため他の医療、介護機関と情報共有する事のメリット、デメリットが想像しにくい。</p>
<p>サイボウズ Live を用いた情報共有をすすめてみてはいかがでしょうか？</p>

## (2) 郡市医師会

<p>病状等は、介護と医療では認識が異なるため情報提供しても、伝わらないと感じる事が多い。保険番号等事務的な情報共有は可能と思うが、病状や生活に関わることを情報共有しても認識や解釈の違いから混乱が生じやすいのではないかと思う。特に生活面や経済状況等は、主観が入りやすいため情報の表現方法が難しいのではないだろうか。しかし、他法人との情報不足は現実的にあり、さらには利用者としては何度も同じことを聞かれる、または聞かれないので不安、といったこともある。情報システムのようなハード面とともに情報を利用する側のソフト面の充実を望む。</p>
<p>医療側も支援システムの必要性、理解を十分できていないので難しい。※大学のカリキュラムに組み込み医療現場に立ってもらいたい(医者の数を増やす)</p>
<p>現在、介護サービスを提供する事業者間の連携(主治医も含め)のツールとして、紙媒体を使った「介護連絡帳」をすべての利用者に行っています。医療と介護シンポジウムで、先進的な取り組みとして情報システムを使用して、瞬時に情報交換し効率的に実践されている事例を聞き、今後の方向性だと感じました。まだ、費用や運営、使いこなす技術などクリアしなければならない事項も多いと思われます。地域の土壌作りも必要です。居宅支援事業所の立場でさらに病院連携室や在宅医との顔の見える連携を今後も積み重ねていきたいと思えます。</p>
<p>包括支援システムでは高齢者実態把握・相談や予防給付のプランを主に共有している。実際に居宅支援の担当ケースについては別システムで管理しているため共有システムにまで情報が情報を入力していない。必要な方のみで二重に入力する事務量が増えているのが実態です。ツールを使いこなせない患者支援のために必要なことは高価なシステムではなく、家族を含め、支援チームが額を合わせて共通理解して支援することだと思います。</p>
<p>地域の医療との連携がスムーズにできていないのに、システム導入はできないと思えます。特に総合病院の医師の理解がえられにくい。また法人の上層部の理解も得られにくい。</p>
<p>まず「連携」とは何か、「医療と介護の連携」をすることで何をしようとするのか(目的)を、医療の場と介護の場とが等しく理解すること(共有)が不可欠である。それを確立しない中で「医療と介護の連携」をいくら叫んだところで、各々の考えていること・理解していることが異なっているので実際には「連携」ではなく、どちらかの(はっきり言えば力の強い医療の)言いなりになっているだけでしかない。そもそも医療と介護とは目指しているものが異なる中で「連携」を図っていくということは、どちらにも今までの役割や機能や目的とは異なる「新たな役割・機能・目的」を作り出していき、そこに役割分担と協働体制を作り出すことが「連携」の形である。まずそれを行ってから、それをどのように行うべきかの方法論が論じられていく必要がある。</p>
<p>医療では、利用者の生活暦、金銭面等時間がないため収集出来ず病気のみを対象となる場合が多いと思われる。介護でのアセスメントを利用して、その人の生活全体から対応が出来るようになれば良いと思われる。介護がもっと医療の勉強を行っていくためにも、両方からの歩み寄りが必要。</p>
<p>医療関係と介護関係間の信頼関係が最も必要と思えます。</p>
<p>情報共有のためのシステム化は、サービスの効率を考えると必要不可欠であると考えているが、他機関との連携は、システム化された文字のみで判断されるものでなく、他サービスや利用者との顔を合わせた情報交換も必要不可欠であると思われる。効率性を上げながら、利用者又は他サービスとの信頼関係を維持できる制度が必要だと考えている。</p>
<p>システムの導入にはメリットが多いと思うが、その前提となる信頼関係はまだまだ築けていないと思う。</p>
<p>今後地域包括ケアシステムを推進していくためにも在宅医療と介護支援は不可欠だと思います。そのための方法として情報共有システムについては必要性を強く感じています。ただ、まだまだ地域包括ケアシステムや情報共有システムについても理解が遅れ地域差も大きいことが現状です。まずは必要性の理解のためにも地域ごとで啓発活動への取り組みが求められると思います。</p>
<p>地域ケア会議等を積極的に進める必要がある。</p>
<p>事務負担、運用に対する共通理解等で課題が大きいと思われる。特に医療機関での理解や認識の所で温度差を感じる。</p>

<p>情報共有システムができるなら利用者1人に対して医療と介護の隔たりやわざわざ面会しなくても合理的な事務が出来ると思う。しかし、病状の説明など文面のみで説明がしにくいニアンスなどがあり、最低限の情報は交換できても実際の相談などは難しいと思われる。できれば閲覧する時間なども同時に行うネットTELを利用し、コストダウンもできればと思う。</p>
<p>情報は単なるコンテンツでありそれ自体が重要であるが、対人援助としてのNBMの側面からの支援にとっては限界のあるコンテンツである。face to faceの連携も同時に重要であり、連携促進には両者を携える必要がある。</p>
<p>情報のやりとりのみとなり人とのつながりが希薄になりやすいので注意をする。</p>
<p>確かに各関係機関がシームレスな情報共有を行う事ができれば結果、患者や介護サービス利用者にとって有効な継続的支援ができると思います。しかし、現在の介護保険制度では、ケアマネージャーがまず主たる情報発信者となっていて、これがシステム化となり、通常化すればケアマネージャーの存在その物の必要性が薄くなっていくのではないかという気がします。また、情報システム化の社会には、本当に必要なニーズとは思いますが、システムで得た情報は確かに正確で大量入手できる反面、関係者同士の直接的な対面、利用者、患者も含めた面談、その時の生の声などが少なくなるのではと、人とのコミュニケーションが少なくなっていく様な気がして少しさびしい気がします。</p>
<p>医療側の理解が必要。介護側は医療側に対して、遠慮や苦手意識もあるので、お互い連携を深めるための交流会等、定期的に行うなど、意見交換の場が大切。システム等も大切であるが最終的にはヒト。</p>
<p>利用者の方の情報を身体上と生活の中で交換が出来ればと思います。</p>
<p>連携は大切と思いますが、現状ではそれぞれが独立して業務を行っていることが多いようです。連携の必要性の理解ができるような研修等が必要だと思います。</p>
<p>在宅医療と介護の連携について、地域ケアの具体的、実現のために相互理解の必要。患者様一人ひとりの背景について医療からの側面と介護の状況を照らし合わせる機会は現在少ない。医療と介護の連携を進め、深めていくためにはこの情報共有システム構築ではないかと思います。</p>
<p>現在はそれぞれの組織がそれぞれにシステムを導入し、使用している。業務システムについては、仕方ない部分もあるが、情報共有システムについては地域で共通のシステムを使用し、可能な限り組織や職種を越えて使えるものである必要がある。</p>
<p>データを扱うためのデータ構造やファイル形式、暗号化方式など、地域ではなく、国としての統一が必要と考えます。システムを購入するために大きな投資をしても、隣の機関と連携が取れなければ意味がないと思います。</p>
<p>1.他の医療機関と連携するためにも、カルテ情報の共有化が必要と考える(サーバに情報提供・電子カルテの情報のCSV化し手間を省く作業も必要)。2.電子カルテの医療情報、例えば投薬内容、処方日、処方日数、点滴、注意事項などを関係する訪問看護ステーション、ケアマネなどが閲覧できるようにする。3.訪問看護ステーションの看護記録情報や介護情報(アセスメント情報、患者の家族情報、介護サービスの提供内容とスケジュール、現況の写真や報告など)の共有化。4.1~3の情報に関係者が閲覧できるようにする。5.閲覧台帳と閲覧した時の記録明細が出来ること。</p>
<p>情報共有システムをすすめることは他職種の連携や専門性を共有するためにも必要だと思います。今の介護現場では一部にとどまっている。特定のスタッフの善意です。介護職がゆとりをもって働ける環境が必要だと思います。</p>
<p>行政が中心にならないと連携や共有は難しい。</p>
<p>医療と介護における情報共有の必要性は感じますが、個人情報の取扱を電子化することで、情報管理がより厳しいものとなり、連携自体どうなのか疑問があります。医療サイドで情報共有化をしない一面があると思います。</p>
<p>個人情報の問題があり、情報共有システムの運用は難しいと思われる。</p>

<p>システムの導入を円滑に行うためには、国による支援(国庫補助)が不可欠である。医療機関、事業所ごとに、個人情報保護に関する解釈や取扱に違いがある。当システムの運用に関する個人情報保護規程(全国的な指針)の整備も併せて必要となるのではないかと考える。</p>
<p>セキュリティ面や利用する者の守秘義務等の資質が求められると思う。</p>
<p>個人情報を利用者・患者の同意のもと、必要な期間の間で適正に管理され、使用される環境にあるのであれば、情報共有を進めることは、賛成である</p>
<p>行政側の個人情報は保護の観点から民間との情報共有は難しいと感じている。</p>
<p>システムでの連携・情報共有より、人と、人との連携が重要と思う。情報を活用するのは、人であるはず。情報を管理する人のモラルや、技量を向上する必要もあると思う。連携に、必要のない情報の共有はどうかと思う。個人情報保護の観点からの配慮について疑問に思う。</p>
<p>情報共有する際に、個人情報保護とセキュリティの問題がまず解決されないと進まない。</p>
<p>個人情報の管理が重要。ネットワークセキュリティ及び守秘義務の徹底が図れるのか心配。利用者の中には敏感になっている方もいる。また、入力することにより事務作業の増加も課題ではないか。</p>
<p>行政、特に保険者の立場では、必要性を感じていない。また、行政の保有情報を共有することはセキュリティ上の課題が多く要望があったとしても困難と考える。</p>
<p>医療と介護に必要な情報は、個別ケースについて、必要なとき、必要な機関やスタッフ間で、できる範囲で共有できればよい。個別の機関が保有している情報をシステムネットワークでつなぐことは個人情報保護上も財政上も不可能と思われるので現実的ではない。</p>
<p>どうしても個人情報の壁が立ちだかるのはいぬめない。医療連携はそう簡単にはいかない部分も多い(特に介護事業所は医師との連携を最も苦手としている)</p>
<p>現在、介護と医療の連携体制の推進を図ることを目的に介護と医療の情報共有シート及び介護と医療の従事者双方にとって必要な情報を掲載したガイドブックの作成を検討しています。</p>
<p>システム化は良いと思うが、セキュリティ面が心配。医療の専門用語が介護従事者に理解できるよう配慮してほしい。</p>
<p>情報共有システムに市町村を含めるとなると、連携する他の機関のセキュリティ問題(システム及び機関の建物等)と万が一情報が流失した場合の責任の所在がとても重要になる。他機関からの情報を閲覧できるならよいが、一定の情報を提供するとなると一定の理解を得る必要がある。</p>
<p>関係機関との連携、情報共有は重要であり、現行では口頭や紙ベースで行っているが、特段の不都合は感じていない。システム化により基本情報の一元化を図ることはできない。設置コストの財源確保、個人情報セキュリティ担保などの大きな課題をクリアしないと、利便性だけではシステム化はむずかしいと思う。</p>
<p><b>厳格な個人情報の保護</b></p>
<p>事業所毎に個人情報の管理の方法が異なるため、セキュリティを厳しくしておかないと情報漏洩のリスクが高くなるのが非常に心配です。(ウイルスチェック含む)各専門職種で同じ情報でも受け取り方や視点はかなり違うなど日々感じています。システムばかりに頼らず、在宅では特に人間らしく「顔の見える暖かいつき合い」も並行して構築していくべきと考えます。</p>
<p>退院前ケアカンファレンスに関して、テレビ電話による参加でも、診療報酬(退院時共同指導料)を算定可能にできないか。居宅ケアカンファレンスに関して、居宅外(診療所等)におけるケアカンファレンス(ex. 地域ケア会議含む)においても、診療報酬(緊急時等居宅カンファレンス加算)などを算定可能にできないか。・情報共有システムを行政が運用する場合、個人情報の保持者を行政と切り分けて捉えられるようガイドラインを示してもらえないか。</p>
<p>公共の個人情報の共有についての法的クリアとセキュリティの安全確保が困難と推定するので、これについての国家的な取り組みが必要。</p>
<p>公的情報が民間へ流出することになるため連携は難しい。</p>

<p>所期の目的を否定するものではありませんが、行政(地方公共団体)であることから、情報の共有については細心の注意を払うことが大切であると考えます。つまり、個人情報の保護及び開示という矛盾を常に感じるものがあります。行政としては、その境目の判断に苦心するものですし、一方では「地域包括ケアシステム」構築のためには、最低限の共有化も必要であると思慮するものです。</p>
<p>個人情報保護の関係で確実に遵守されるか、気になる。</p>
<p>当医師会が介護や医療の情報を把握してネットワークをつくってはいない。したがって情報共有システムなどは全く利用していない。地域の中核病院と患者情報の共有を個々のクリニックではじめつつある程度である。私個人の意見として、電子カルテの共有化(同一規格のシステムの普及)、患者の共通番号制度、個人情報の保護法の改定が必要であるだろう。もしそのように変化がおこれば少ない医療費で最大の効果をもたらすだろう。</p>
<p>そもそも医療情報をどこまでシステム加入者に広げてよいのか。個人の守秘義務とのかねあいはどうなるのか。本人および家族の同意理解が不可決であり、また納得を得る説明をだれがするのか。介護情報、アセスメント、本人、家族の意向などは今すでにかかわるスタッフ、サービス間では一部の人は共有化している(文章で)。しかし医療関係とは難しく、一方的でもあり相方向になっていない。医師の中にこのシステムの必要を広めていかないとむずかしい</p>
<p>セキュリティ面、業務量など現状に応じた理解と運用が必要、誰がみてもわかるように記す必要がある</p>
<p>利用者様の受信時のカルテや服薬情報がシステム上で見ることができたらよいと感じることはありますが、個人情報の点で実現はむずかしいと考えます。逆に自分の情報が簡単に共有されたらと考えると不安です。担当者どうしが顔を合わせて書面でやりとりする方がよいことがあると思います。</p>
<p>個人情報の取扱がきびしく言われる中で、医療等については、絶対にもらしてはいけないところを、情報共有システムというかなり広い範囲で活用できることに対して不安を感じます。利用されるスタッフ等がきちんと守り、利用する人達ばかりだと良いのですが、世の中には守れる人ばかりではないので、現実にはかなりきびしいチェック体制が必要と思います。</p>
<p>医療と介護の連携を紙ベースで行っているので、システム化するとタイムリーで視覚でも確認できることは魅力だ。しかし普段から「ITに慣れていない」「入力できない」などの個人的な差があって、多くの事業所で共通してシステムを利用するまでには時間がかかるのではないだろうか。</p>

### (3) 在宅療養支援診療所

<p>医療系のケアマネが減少傾向の中、容易に情報を得ることのできるシステム作りは有効のようにも思われる。しかし、その情報をアセスメントする力がなければ、無駄であり、やはり積極的に会議などで顔を合わせ、話し合いを持つ、システム作りも平行しておこなわなければいけない課題と考えている。</p>
<p>システムも大事だとは思いますが、市内に在宅医療を実施する医療機関がなく連携についてはこれから議論していくもの、と思っています。</p>
<p>どこまでの範囲(地域)で連携されるのか。システムを活用する場合は、必要な情報が全て得られる状況にならないと、十分な活用が進まないと思われます。</p>
<p>相談員などのいる、大きな医療機関はいいが、個人病院などが、介護側の情報を有効に利用できるか疑問がある。また、主治医意見書(医療)と訪問調査(介護)の内容に大きな違いがある場合があり、意見書・調査とも精度の向上が求められる。</p>
<p>医療、介護双方に連携の重要性を周知、徹底することが重要</p>
<p>上記、自動連携すると・・・と回答したが、実際的に可能かどうか。システムの全体がわかっていないのでどこまでIT化できるのか疑問に思っている。医療と介護の連携として在宅療養手帳を使っているが、それをデータベース化するといったイメージかと思うが。</p>
<p>全国市町村で利用できるシステムの開発を国が行い、各市町村が利用する。</p>

<p>情報共有は必要だと感じるが扱うものの質の向上が優先だと思う。適切に情報を扱えなければ問題である。また、情報を扱うのが人であるから人間の信頼関係が成立した上で情報を扱わなければ、情報だけが一人歩きする危険性がある。地域包括ケアは単にシステム化することではない。顔の見えない関係で仕事がすすんでいくことほど恐ろしいものはない。もっと考えるべき事がある。人を育てていくべきである。</p>
<p>在宅ケアを進めるためには、従事者が必要であり、介護報酬の保障が一番必要なことと思われる。(ヒトとカネ) ・その次には、医療機関、特に、公的な医療機関が熱意を持って、地域へ出向いていく力をつけて欲しいと思います。(ヒトとモノ)</p>
<p>圏域の範囲をどのように設定するか。たとえば24時間定期巡回範囲をイメージするか、市単位あるいは三次医療機関も含めての広域的なものか、で設定がかわってくる。行政の役割を国、県、市で統一した考えを持ち、情報共有についてシステムを考えていかなければいけないと思う。</p>
<p>まず、人材を育成することが必要だと感じます。</p>
<p>一部の医療機関や事業所だけでなく情報共有しても効率的ではないように感じている。地域毎や全県下などでの取り組みの必要性を感じる。</p>
<p>個々の医療機関ごとに事情が異なる。</p>
<p>街の中に医療スタッフや介護スタッフがいつでも好きな時間に利用できる交流のたまり場をつくるのが連携を推進する近道である。</p>
<p>IT化による情報共有を安全にかつ安価でできるようなシステムを国で支援して作っていただきたい。また維持していくためにも情報共有していることに関して何らかの報酬をつけて頂きたいと思います。</p>
<p>専門職間の連携、事務処理の職域につながるかにシステムのメンテナンスを誰が行うのか？費用の問題よりシステムを管理する人材と人材への費用投入を誰が行うのかが問題。</p>
<p>当地域では県内でも最も医療機関の少ない地区であり、病院と各開業医に病院の電子カルテ端末を設置し、光回線で結ぶことにより情報伝達をしており、他の医療機関とは書類(FAX)等による情報伝達を行っています。各開業医間でも電子カルテを使用したメール等の情報伝達も可能となっています。現時点では在宅介護に関わる事業者も含めた情報共有システムは予定がありません。</p>
<p>医師会と介護支援専門員連絡会の間で、医療と福祉の連携の為に情報共有の必要性は認識されている。情報共有については各診療所や介護事業所間で行われるべきであり、医師会という団体が共有する情報は無い。現在は、紙媒体による情報共有ツールの利用を検討している状態である。</p>
<p>小さな郡市医師会で会員数も少なく今の所取り組むマンパワーもない。</p>
<p>医師会では、医師会主催の在宅医療ネットワークシステムに参加予定である。</p>
<p>多職種連携のために情報共有システムの必要性を認めており現在独自開発中、来年3月導入予定。在宅医療の推進にはH24年度厚労省モデル事業の「在宅医療連携拠点」に取り組み。多職種連携等に努めています。情報共有システムも必要ですが多職種間のコミュニケーションを高めることが最も重要と感じています。</p>
<p>使いやすい連携パスが必要。</p>
<p>在宅医療と介護の連携だけではなく、急性期、回復期、在宅、介護とトータルの情報共有システムが必要と思います。</p>
<p>医療機関と介護施設を併設のため、実現はむずかしい。FAXが思いのほか役に立つ。</p>
<p>現今の社会情勢に鑑みて、今後医師会としての最重要課題と思考されますので行政等とも一体となり具体的に取組んでいく考えであります。</p>
<p>介護保険での一連の流れの情報共有から始めると実行しやすいのではないのでしょうか(全国統一だから)。</p>
<p>小さい病院でもソーシャルワーカーを置いてほしい</p>
<p>個人情報の取り扱いに対して法的な整備が必要と思われる。</p>
<p>個人情報保護法をクリア出来るセキュリティの信頼性の評価が難しくシステム作りの壁になっています。</p>

<p>民間主体で、システムの構築を図ろうとすると、複数のシステムが乱立することが、予想され、情報共有を名目とする患者の囲い込みの状態となる危険性があります。患者、利用者の利便性を考えれば、当然公共インフラとして整備することが望ましく、国、地方公共団体、保険者などが主体となって、システム構築を図って頂きたいと考えます。</p>
<p>全ての(利用者)について、あらゆる情報を画一的にオンライン・リアルタイムで共有すべき必然性があるだろうか？特にセキュリティ対策費や人的負担の増加など費用対効果の面で妥当といえるか？急変時などを除き、基本情報は勿論、変動しやすい項目も含め、大部分はハードコピーなどによる対応で十分でしょう。患者(利用者)の全ての個人情報共有する以前に、適切な紹介先、逆紹介先の選択が重要と考えているが、アンケートではその手順については、あえて無視・省略しているように思える。患者(利用者)のためと云うより、システム化自体が目的とされている様に思えてならない。集積されたデータが他の目的に窃用される可能性を危惧している。</p>
<p>シンプルで安価でセキュリティの高いシステムでないと普及しづらいのではないのでしょうか。</p>
<p>目的とシステムの内容との関連性に疑問がある。連携において必要な情報は別のことが多い。情報に対するセキュリティ(個人情報)を全職種が共有するのは問題があると考えます。</p>
<p>セキュリティの強化されたクラウドによる情報共有やスマートフォンやタブレット端末を利用したどこにいても情報を編集できるようなシステムなどが必要と思われます。在宅と介護分野では、インターネットを使用しての情報共有が望まれるが、情報保護等のリスクマネジメントがとても難しい問題だと思われます。</p>
<p>多職種間の連携には、データセンターを利用する情報共有システムが最も良い方法と思われるが、設備に関する費用の問題と、個人情報保護の問題があり、なかなかこの理想の形態には入れないと思われる。</p>
<p>システム化で作業の時間短縮は得られるかもしれないが、情報がどのように利用されるか、セキュリティ上の不安を感じる。また、多職種が顔が見える中で信頼性を高めている事が、システム化でスタッフ間の関係性の希薄になる事が懸念される</p>
<p>個人情報ですよね。患者様ひとりひとりに了解を得ていただけますか？外部に絶対もれないですか？</p>
<p>個人情報の共有化としての問題点は、1) 情報保護が安全に護れるか。2) 情報の更新時期が問題で、急変するたびに行うのはとても粗雑で、最大の弱点になると思われる。3) 患者側にも同じ情報を伝達する場合、家族は含まれるのかどうか難しい問題になる。</p>
<p>ここで問われているようなシステムは、もちあわせていません。当院で行っているシステムを説明します。患者様一人について、一つのメーリングリストを作成しています。(たとえば山田太郎さんなら、yamadataro@△△)、ここに当院、主治医、主治医の携帯、St、ヘルパー、介護事業所、ケアマネ、薬局、用具など、かかれる全ての方に参加していただいて、情報共有しています。退院時のHpの主治医にもお願いするのですが、しばしば断られます。(面倒なのでしょう)。日常業務の効率のよさと、私たちが燃えつきないため(特に独居の方をみる)に有効で、ここに患者さんもしくは家族の方にも入っていただいているので、家族も含めリアルタイムに病状把握をしています。これが家族への支援にもかなり有効です。セキュリティには問題がありますが、家族が入っていることで私もきちんとしています。</p>
<p>情報セキュリティのしっかりした、メール変換システムの構築が良いのではないのでしょうか。(電話ですと即時対応できない場合がある)。メールが届いた場合気がつくようにすること。</p>
<p>個人情報(プライバシー)の壁の突破「人の命はプライバシーより重い」事を啓発する</p>
<p>個人のプライバシーは極めて尊いものである。また、医療は患者によって介護は利用者によって千差万別である。マイナンバーなどのシステムに組み込むべきではないと思います。</p>
<p>個人情報保護の観点から、患者や利用者の治療やサービス利用に必要なでない情報までが閲覧されてしまう可能性があり、それぞれの事業者が必要とする情報のみを共有するシステムの構築が不可欠。</p>
<p>電子カルテや医療データを医療職以外の方々が閲覧できるようになることに抵抗があります。</p>
<p>情報を共有することで、個人情報の管理が重要になってくると思います。</p>

紙ベースや対面での連携が主になっています。今後、情報共有システムが構築されれば格段に動きやすくなると思います。しかし、一番の気掛かりは個人情報管理です。
各職種とも多忙な日常の業務の中で、いわゆる勤務時間内に集まってカンファレンスをするのは難しく、特に医師一人の開業医では診療時間中にカンファレンスに参加することは難しい。その結果、不参加になるか、診療時間終了後の時間外や休診日に参加するか、あるいは診療を中断して参加せざるを得ない。不参加になることは望ましくないが、時間外や休診日に参加することは過重労働であり、自己の健康や家族の犠牲のもとに成り立つ。診療を中断しての参加は、患者減、収入減につながる。在宅医療は携わる者のボランティアで成り立っているのが現状であり、診療報酬等で正当に評価されなければ各職種ともモチベーションは保てないと思われる。時間的に、集合してのカンファレンス、情報共有は難しく、オンライン上での情報共有は安全性やコスト、操作性などの問題がなければ有用と考える。
現在、在宅医療介護連携拠点事業などで連携を模索しておりますが、個人情報・他法人との垣根(利用者様が他の法人へ行くと自法人の不利益となる)、システムの費用負担(高額)・・・国として電子カルテ化・情報共有システム化をより勧めてもらいたい。
政府が主導で行い、費用もある程度政府が負担する事が重要であると言える。民間のサービス機関が利用する場合は、セキュリティの問題も心配である。
かなりの量の情報を共有する場合、個人情報の詳細な部分まで全ての関係者に周知されることになりませんが、利用者の理解は可能でしょうか。今もサービス内容によってお渡ししている情報に違いがあります。
地域医療介護ネットワークシステムがあります。ソフトの開発過程において、介護分野等で少しわかりました。医師会が中心にすすめたもので、歯科医師会、薬剤師会、介護サービス事業者連絡協議会が参加団体となり、情報共有システムができています。しかし、課題が(個人情報セキュリティの問題等)あり、行政のGOサインがなく、普及していないのが現状です。
介護の現場ではシステムを共有化することでペーパーレスが進みコストを抑えることが可能になると考えますが、個人情報の問題や各々が使っているシステムが異なる点から現実には困難かと考えます。
医療情報提供の必要はあるが、同席時、個人情報の問題もあり、医療施設により情報入手困難な場合もある。ご本人又は家族の情報提供することの許可する書類があれば、また、いただけるような書式があるとよいと感じる。
在宅医療と介護の連携は、機器上の情報共有によるものでは図れないものだと思う。やはり、顔と顔、言葉がかかわる中で生まれるものである。情報共有システム化は、個人情報を沢山扱う。「医療と介護」の分野では「情報漏洩」の危険から不向きである。基本的な仕事量の軽減や必要書類の簡素化を行い。本来一番大切な患者または利用者に向き合う時間を作り出す事が重要である。
情報管理をお互いに決めセキュリティをしっかりしなければならない。誰がいつ、見たのか、誰が見て良いか等。倫理的問題をきちんと決めることが大切。本人・家族に説明し同意を得ること。
今は、電話、FAX、郵送でのやりとりが多く、不便を感じることもある。個人情報ということもあり、どの程度の内容を共有していかれるのか難しい面もあるが、正確な伝達やタイムラグを少なくするためにも必要になってくると思う。
情報共有の必要性を強く感じる。しかし、利用者や家族が、情報共有されることによるマイナスイメージ(悪用されそう、情報がもれたらたいへん etc.)を持っている人が増えているので、導入を進めていくことが難しくなりそうなのが残念である。利用者・家族に対し、繰り返しメリットを訴えていくことで、少しでも早く情報共有ができる社会になって欲しい。
個人情報の取り扱い方について利用者に説明し同意してもらおう事が高齢者に理解できるか分からない。
情報共有システムは、利便性はあるが個人情報を適正に管理できるのか疑問である。些細なミスで漏れてはいけぬ情報が流出したり、外部からの不正なアクセスも考えられると思われる。セキュリティ面での問題があると感じる。また、システム上の情報だけでは正確な情報は把握できず、鵜呑みにして確認を怠ると、大きな事故やトラブルにつながりかねず、注意が必要だと思う。

個人情報の管理の問題はあるが、サービス利用時の情報が主治医等と共有出来ればタイムリーな治療が行うことができ、適切なサービスの提供を行うことにもつながると思う。
セキュリティ面の不安。災害時の対策。地方での高齢スタッフがシステムを使いこなせるのか
データセンター等、一箇所で情報を管理していれば、いつもの病院やサービス事務所に様子を聞いたり、伝えなくても良いので、便利だと思います。情報が正確に伝わります。しかし、逆に個人情報を保護していく事や、また、情報を入力する事に不安や負担を感じると思います。なお、私達は医療機関とは入院等のその都度書面にて情報の共有をしています。
社会保障番号を一つ決めて頂くこととデータ漏洩のリスク管理など責任の所在を明らかにする必要がある。
医療と介護(福祉)、それぞれの専門性が尊重され、生かされるシステムであってほしいと願います。個人情報がしっかり守られることを望みます。
基本情報などは共有が可能で、有効だと思うが、細かい情報は個人情報の取り扱いの課題により、システム上の共有は難しいと思う。
医療、介護の連携は必要不可欠であると考えているが、それと情報共有システムとは分けて考えたい。情報共有システムが発達することによって、医療、介護の中心であるはずの「患者・利用者の意向」というものが置き去りになってしまわないのか。また、介護事業者には零細、中小企業も多く、そのような事業者現任スタッフによるシステム上での個人情報管理を行えるだけのコンピュータリテラシーを持ち合わせているのかが甚だ疑問である。
情報管理セキュリティ 同一法人内では可能であるが、他の事業所との連携は不可能。
情報の管理をどのようにしていくか、セキュリティは守られるのか、不安が大きいです。
情報共有の一番の課題は、個人情報保護の問題だと思われる。利用者・家族の理解が不可欠なので、システムの理解を得られる様な取り組みをまず行ってもらいたい。又、医院・診療所等の事業所間の協力体制については、在宅ケアマネジメントをしている立場としては、困難ではないかと感じる部分大きい。
現在、利用者本人、家族の同意を得、医療機関や在宅サービス提供事業所との連携を深めるために、紙レベルでの情報の共有化はおこなっている。ただし、システムの活用については、住民全員(最低でも要援護者、障害者等)のナンバーが必要となる。住民の理解や同意を得ることが先決であると思う。
利用者管理は大変助かりますが、ご本人の情報へのアクセス制限等がないと必要以上にプライバシーの問題が出てくると思います。
テーマに関する国民的な議論と教育
電子手帳を共有してネットワークを強化できれば良いと考える。

#### (4) 地方公共団体

共有システムを活用するうえで重要なのは、共有者間の相互理解を深めること。それぞれの立場を理解し、利用者への支援を優先に考えることが前提にあって連携が成り立つものであり、システムを有効に活用できると考える。
行政機関が他の団体とシステムで情報共有を進めていくのは難しいと考えます。
医療や介護において情報共有する範囲が広く大きいので一元管理する部門の機能をどのように捉えたらよいかわからない。
お互いが必要とする情報をあらかじめ確認し統一しておくこと。
患者、家族の立場に立つと、関係者間でよかれと思って組まれているシステムネットワークでも、本当にすべてが”了解”されるものだろうか？疑問を感じる。仮に間違った情報が伝えられた時の当事者になると、どこまでの関係者にどの情報が伝えられているか、当事者も見ることのできるネットワークであって欲しい。

すべての情報を共有することが良いこととは思えない。お互いに伝えられない、または伝えないことで関係性が保たれる内容もある。目的や共有する内容について吟味が必要と考える
病院医療と在宅医療の連携は必要と考えます。入院時には、在宅での利用者の医療や生活情報を円滑に提供していく必要があり、さらに退院時には患者の入院中の医療情報を、地域包括ケアを担う在宅医療や居宅介護事業者提供できる仕組みが必要と考えます。医療保険と介護保険を連動することで情報共有を進め、より連携した地域包括ケアができると考えます。
在宅医療と介護は顔の見える関係で、対象者にとって有益な状態・関係が望ましい。
病院による意識の差が大きい。
システム導入前に職員同士の意思交換がもっと必要であると感じている。
連携の基盤は信頼関係であるので、情報共有の必要性が高い程、顔の見える関係づくりが欠かせない。
必要な時に、必要な方について、地域ケア会議等を通し、地域包括支援センターや他機関との多職種連携を図っていきたい。
システム共有の前に、多職種での顔が見える関係づくりを構築することが必要と感じています。
医師会のメーリングリストのレベルでも使用する医師としない医師の隔たりを強く感じています。使用しない(使用できない?)場合の対応も必要と考えます。
退院時のカンファレンスの内容をかかりつけ医も周知する(できれば参加が望ましい)かかりつけ医を複数にし、時間外対応をスムーズにする。定期的に多職種間でミーティング(検討又は勉強)の機会をもうけ、人間関係を構築する。
退院時カンファレンスの内容をかかりつけ医も周知する(できれば参加が望ましい。)・かかりつけ医を複数にし、時間外対応をスムーズにする、・定期的に多職種間でミーティング(検討又は勉強)の機会を設け、人間関係を構築する。
多職種が顔を合わせる会の開催。
医療は基本的には人と人との対話が必要であり、文面だけではとらえきれない問題があり、システムをどのように精密につなげたとしても不足する面が出てくるように思います。100文字よりも一言二言の会話で理解が進むことも多いのです！
一患者あたりの関係者はせいぜい一医療機関が1~2、訪看が1~2プラスのくらいでしょう。現時点で、それなりにできており、全体を統一したシステムでやる(やり直す)意義ははっきりしない。
現在、ケアマネ、訪問介護ステーション、かかりつけ医の間で多くの情報をシステムとしてではなく共有しています。他の不特定多数の人がアクセス出来る方法として管理できるのか、また、リアルタイムで利用者の状況変化を文字にして対応できるのかに疑問を感じます。これまでの様なアナログでいい気もします。
関連団体の個々の従業員に対する理解周知が必要。
本年度、在宅医療連携拠点事業の委託をうけ、在宅医療の支援体制を構築し、多職種協働による地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すことを目標として参りました。多職種連携会議を開催し質の高い在宅医療を維持するためには、「多職種連携」と、「情報共有」が二つのキーワードとなることが抽出されました。医療と介護の連携がスムーズに行えるためには、在宅キーパーソンとなる在宅医師・訪問看護師・ケアマネージャーがそれぞれの役割について理解や知識を深め、スキルアップに努めること、ケアマネタイムの設定、情報共有ツールの整備が必要であると考え、現在取り組んでいます。
情報共有するためにはまず関係者(必要と思っている人)が集まる必要があり、顔が見えないとシステムが動きません。医療だけでもまだ不十分でようやく地域の大病院との間でID-Linkでつながりはじめた所で在宅医療、介護との連携はまったく手作業、個別に煩雑な作業をくり返しています。
患者・利用者ー医療介護従事者の「縦情報」に加え、医療介護従事者間の「横情報」の充実が必要(情報の状況別の優先度)

<p>デジタルが人と人をよりよくつなげるツールとなるかはやはり人と人がどれほどの質のコミュニケーションをとっているかにかかると思う。現時点で、壁を乗り越えられていないような状況があれば、人や他職種をつなぐためであるはずの情報共有システムは逆にコミュニケーションを減らす可能性がある。文字よりも会話には情報が含まれ、非言語的な情報には文字以上の意味があると思うからです。</p>
<p>スタッフ同士の話し合い、顔見せが大切で情報を共有しても一人歩きするだけです。情報の共有が先ではなく、スタッフの信頼関係、絆を築くことが重要と思います。</p>
<p>共有システムの運用も重要だと思うが、関係機関の顔の見えない情報のやり取りだけになってしまうことが多い。実際の入力情報も、入力するという行為・事実のみが重要になって、入力された内容をきちんと把握して、患者の対応に結びつけるのは現状では一般的ではない。むしろ、地域で問題のある事例についての定期的な勉強会・検討会を開き、スタッフ同士の顔の見える関係を構築することの方が实际的。スムーズな人間関係の構築の方が安上がりで、スピーディな対応につながりやすい。</p>
<p>情報共有をシステム化する有用性について全関係者の意識共有がなされていない。カルテ入力したものを別のシステムに入力し直す必要がある点は改善したい。電話で話すべきこと、システムに書きこめばよいこと、FAXで済むこと等の情報の鮮度、重要性について各事業者用(職種間)で差がある点をいかにのりこえて使いやすいシステムを構築できるかが課題。</p>
<p>情報共有システムは重要なことと思います。在宅の現場ではもっとアナログ的に人と人が直に接する方が重要かと感じます。システムばかりが先行するとデータばかり見て人を見ない状況が生じませんか。現場に従事する人間の育成の方が重要と考えています。個人的には在宅見取りを行っていますがこの先、何年続けられるか自分もわからないのが現状です。</p>
<p>医師は介護サービスについては何を利用しているか詳細がわからない。ケアマネより計画書が送付されるがわかりづらく医師もケアマネも利用できるシート(パス)が必要。</p>
<p>当院では現在実証実験として多職種連携を実施しています。多職種連携を実施する為には様々な問題をどう解決できるかが鍵のように思います。用語の標準化、共有する項目、職種ごとの共有する情報内容、リアルタイムの入力、入力時間的負担、導入への経済的負担などがあります。使用するシステムも画一化出来れば広がる可能性が高くなるかとおもいますが、複数のシステムを使い分けるのは現場の負担が大きく困難とされます。</p>
<p>役所との係わり合いをより多くもつ。</p>
<p>情報機器による連携強化は有効と思われるが、基本的には各職種との会合や、直接の情報交換が重要と思われる。</p>
<p>システムは出来ても肝心の利用者のニーズや認識の低さに対応する手だてが考えられていないのでは…。</p>
<p>ケアノートの記載</p>
<p>必要性は感じるが、複数の職種、業種間で温度差があり、なかなか難しいと思う。古い開業医や総合病院の医師などは在宅医療そのものに全く興味がない場合もあり、そういった人種にどう対応していくのが課題となっていくのではないだろうか。</p>
<p>情報提供に関して職種特有の認識の異なりが有、双方向より十分な、均等な交換を維持するのが困難です。連携の必要性を認めない業務が増えるのを好まない職種に対しては(介護保健が多い)医療寄りの一方的な情報提供となることも多い。</p>
<p>在宅療養で最も不安に感じておられるのが急変時だと思いますので、その際の連携、特に診診連携、病診連携が求められますが情報の共有が課題。</p>
<p>現在当院では、介護および家族で利用する連携ノート(広島市域居宅介護支援事業者協議会販売)を使用しています。アナログノートですが、本人家族もともに記載できるために大変チームケアに貢献でき、本人の意向を反映しやすいものであると感じています。一方でデジタルデータの共有は、即時性並びに正確、確実な情報共有が可能のために今後より必要となってくると思っております。このたびの調査研究がチームケアの充実に寄与されることを強く望みます。</p>

<p>情報を共有する前に、実際に動く体制が構築出来ていなければなりません。すぐに駆けつける看護師(例えばバイタルや採血等の基礎データ)、や医師(診察)が必要で、また医師の指示の元、迅速に動くことが出来る体制、すなわち在宅における病院化(地域が病院、在宅が病室)の構築がなければ、いくら情報があっても機能しないと思います。現状ではこの構築がまだまだ不十分なので、情報センターが実際の連携も行わないと(緊急時患者情報収集→医師や看護師の派遣の手配→必要に応じ専門医師や入院の手配)意味がないと思います。でなければ事務処理に負担がかかるだけで、各々の在宅支援施設で完結すればよいだけの事と思います。</p>
<p>医療サイドの人間と介護サイドの人間のコミュニケーション、顔合わせなど実際に話をする事が大事。</p>
<p>紙ベースでの情報共有が全てで、ケア会議などで顔を合わせることも多いです。ネットワーク作りもいいと思いますが、人間関係の構築も大切だと思っています。(古いアナログ人間ですから...)工学系からの視点と、現場の視点はやや異なるような気がします。医学業界は遅れていますから。</p>
<p>紙ベースで目で見ただけが、全体として把握がしやすいということがある。また「顔の見える」連携が重要。</p>
<p>結局は顔と顔を向き合わせて、お互いの状況が把握出来る関係をどれだけ築いていけるかが、鍵になると考えている。</p>
<p>地域拠点づくりが必要。医師会と自治体の連携の強化</p>
<p>医療機関どうし介護施設間においても、情報共有が図れないケースもあります。統一的なプラットフォームで情報交換共有化が図れないと意味をなさないと思います。実務上、市町村をまたぐケースがあるので、都道府県規模以上での運用が望ましいと思います。</p>
<p>地域の中で、必要性は公開することを標準化した考え方にすることが重要。「ほしいものだけでいい」「出したくない」等を事業者が言っているうちはシステムをいれてもダメであると考え。</p>
<p>医療機関の職員確保を含む体制の確立と福祉又は在宅生活(介護)への意識改革が必要な段階。医療関係者の患者(利用者)一人ひとりと向き合う姿勢、福祉関係者との連携の必要性を学習する機会が必要。</p>
<p>各医療、介護の期間に「情報共有システム」が周知され、連携が密にとられることにより、利用者のサービス提供の向上へつながることと思われる。</p>
<p>定期的に情報交換のできる場を開催する。</p>
<p>顔の見える関係(情報の共有)が重要。情報共有の内容や機関について、精査が必要。</p>
<p>在宅医療と介護の連携は今後の在宅福祉にとって必要である。情報の共有は介護事業所より足を運んで行う事が多く、システムの共有は必要かと思われるが、在宅での医療を積極的に行う医師も少ない地域性もあり、医院(かかりつけ医)の在宅医療の意識が変わらないと連携は難しいのではないかと考える。</p>
<p>連携を進め根付かせるためには、まず、個々の機関や職能者ができることには限界があり、だからこそ患者の生活を支えるためには連携が必要になるのだという認識を関係者が共有するところからスタートする必要があるように思われる。また、連携が個々の医師やケアマネージャーといったパーソナルな関係(いわば「線の連携」)ではなく地域全体の展開(いわば「面の連携」・ネットワーク形成)を図るためには、地域における各機関や職能団体の組織的な取り組みも求められると考える。</p>
<p>地域性もあり情報共有システムの不活性が当県では目立ちます。普段在宅のケアマネージャーをしています。正直このシステムの必要性やイメージが浮かばず。(おそらくそのように思っている現場職員もいると感じています。)聞き飽きるほどの”医療と介護の連携”については自治体の研究業でやりましたが、たいして代わり映えもせず。私は看護師からケアマネになったのですが、介護職出身のケアマネの苦悩(医療職は敷居が高い、とっつきにくい。専門用語が多い等)はよくわかります。お互いにお互いの専門性を尊重してシームレスな関係が築けることを期待します。</p>
<p>なかなか医療から情報は教えていただくことが少ないのです。これからもっと医療と介護が連携し1人の利用者を見ていくためにも必要であると思います。</p>
<p>介護事業者から情報提供しても入院先病院やかかりつけ医からの情報が得られない場合もあるのでシステムを通し改善できればいいと思います</p>

<p>高齢者のみの世帯や一人暮らし、認知症の高齢者が増加する中で、自宅で介護を受けたいと希望する人は74%におよぶとの事で、在宅支援の重要を感じています。当地域では在宅医療に取り組む医師は限られており、中核的な病院においても重度患者については施設を進めるなど医師の考えも各々で医療との情報共有は難しい問題です。3年前から県保健所、地域医療専門員 退院支援看護師 ケアマネが集い医療連携について意見交換を行いフローチャート作成に至っています。保健・医療・福祉の連携を充実して利用者が在宅で安心して療養できる体制作りが重要です。</p>
<p>介護保険についても情報共有システムについても国民全てが理解できるような説明が必要だと思います。</p>
<p>基本的には医療も介護も関わる人間にゆっくり話し合う時間がなかなか取れないため、書面やメールなどでの連携が多くなってしまふ。しかし、それでは真意が伝わりにくかったり情報の共有が不十分なため、顔を見ながらの相談や話し合いがどうしても適度な回数が必要になるかと思われます。顔が見えない関係では信頼関係も生まれませんし、本音で話したり、いろいろとお願いしたりする関係にはなりえないでしょうから。業務の内容も効率化しなければそういった時間も作れないので、医師やケアマネの書類を作る時間の簡略化が可能なシステムができればありがたいです。どうしても感じてしまうのが「医療側の介護への無理解」を改善しなければ連携は難しいです。医学生や看護学生の時代に介護の講義などカリキュラムを導入し、介護に関する一定の知識を持っていただけると連携がしやすいかと思われます。</p>
<p>地域包括ケアの中で医療と介護の連携は不可欠ですが、情報共有の必要性について認識を一つにする為に顔の見える関係作りがあって、成し得るものと思います。また、個人情報の取り扱いの点においても十分対策がなされている必要があると考えます</p>
<p>在宅チーム医療を担う人材育成。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネージャー当の在宅医療従事者に対し「多職種協働による在宅医療チームについて」の研修を行い、地域のリーダーを育成する。</p>
<p>医療関連システムの中や、介護関連システムの中で、情報共有システムを考えるのではなく医療と介護の相互情報をどのように共有していけるかを検討してほしい。生活上の課題や医療上の留意点などを速やかに共有し、対応できることが望ましいと考える。</p>
<p>共通の言語(医療は介護の、介護は医療の)ができあがっていないとお互いの理解ができない。医療と介護間の相互信頼を作っていくことが、一方で必要。</p>
<p>情報を共有する場合、その情報によって、ケアプランの作成・変更等を行うため、記入された情報の精度、責任を明確にしてほしい。見直しの時期、見直しのルールを作り、情報の更新が行われることが必要。日々の情報と変更があまりない基本の情報と混在しないようにしてほしい。少ない情報でも共有することで、業務の時間は短縮できている。ただ、最初に情報を収集・入力する職種に負担がかかっている。関係機関が多くなった場合に、専門知識を持った情報管理の担当者を置く必要を感じている。</p>
<p>将来の社会問題、多死時代へ向けての問題を、現場で議論していく事が必要。医療サイドは、介護との連携についてピンときていないというか、余計な手間。介護職は何者？という感じがします。介護職は勉強不足、情緒に片寄りすぎて医療職と対等にかかわれない。踏み込んでいけない課題があると思います。漠然とした連携でなく、必要性の理解ができる事で情報共有も進んでいくのではないのでしょうか。又、情報共有に対する評価、事業として成立しないと難しいという所もあるのでしょうか。</p>
<p>医療側へ、在宅生活における介護との連携、明確な役割分担、情報の共有を行う必要性があることへの理解を浸透させてもらいたいと思います。介護側が、医師と十分な連携をとっていくためには、外来や、在宅診療にも、医師と他職種の連携を取るための専門職を配置するべきだと考えます。</p>
<p>「システム」はとても大切だと思いますが、利用者、患者を置いてきぼりにしない人々は「システム」などなくても連携できています。最終的には個人のプロ意識だと思います。「システム」と良い連携は決してイコールではない。利用者、患者を中心に置き、「システム」の意味を考えるべき。</p>
<p>1. 薬剤師とのより密な連携により適正な服薬と残薬チェックをすること。2. 介護予防の段階で医師、薬剤師、地域包括支援センターが定期的に薬の効果、副作用等薬のしくみを学ぶ教室を開く。3. 在宅医(医・歯)とケアマネージャーが連携討議を重ね、顔の見える関係を持ちつつお互いの業務内容を知っていく。</p>
<p>オンラインによらず、地域でのネットワーク会議を中心に顔の見える関係を深めていくことが最優先課題でもありと考えております。理想的なシステムの開発を期待しております。</p>

## 医療及び介護に関する情報共有システムの 調査アンケートについてご協力のお願い

平成25年1月

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委員会  
委員長 須藤 修（東京大学 大学院情報学環学際情報学府 情報学環長 教授）  
事務局 東京大学 高齢社会総合研究機構

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、在宅医療と介護の連携などによる地域包括ケアへの取り組みにつきましては、超高齢社会が進展する我が国にとって喫緊の課題であります。

このため、東京大学高齢社会総合研究機構では、在宅医療と介護の関係者が必要な情報をリアルタイムに共有できる互換性のある情報共有システム(P3. 図1)の普及促進に努めています。全国各地で仕様が異なり、他システムと連携できないものが乱立したのでは、関係者が必要な情報を共有化することができなくなってしまうため、共有する情報の内容や方法について、標準化へ向けた方策を検討する必要があります。

そこで、東京大学総合研究機構が事務局となり、医療及び介護、情報技術に精通する有識者 13 名の委員、厚生労働省、総務省、経済産業省、内閣官房、情報システム関連企業など 24 名のオブザーバー計 37 名で構成する厚生労働省老人保健健康増進事業による調査研究委員会を設置し、情報システムの利用者（医療・介護）及び情報システムの開発者（企業・団体）を対象に本アンケート調査を実施させていただいております。

本調査は、在宅医療と介護の関係者の円滑な業務とサービスの向上に資することを目的としております。より多くの皆様にご回答いただくことで、迅速な課題解決を目指す所存でございます。分量の多いアンケートにて大変恐縮でございますが、事情をご賢察の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、調査結果は統計的に処理した上で公開されます。本アンケート調査を実施する上で、収集された個別の情報（個票データ）については、一切、外部に公表は致しません。また、目的外に利用することや外部への情報漏えいなどにより、貴法人（団体）に問題が起きないよう厳正に管理いたします。

つきましては、ご多忙の折、大変恐縮ではございますが、本調査票へのご記入、あるいは、Web アンケートサイトへの入力のいずれかを選択していただき、平成25年2月1日（金）までにご回答下さいますようお願い申し上げます。

末筆ながら、皆様のご健康とご多幸をお祈り申し上げます。

敬具

<問合せ先> 東京大学 高齢社会総合研究機構  
東京都文京区本郷 7 丁目 3 番地 1 号 工学部 8 号館 701

電話 03-5841-1662

井堀 [ihori@iog.u-tokyo.ac.jp](mailto:ihori@iog.u-tokyo.ac.jp)

宮原 [miyahara@iog.u-tokyo.ac.jp](mailto:miyahara@iog.u-tokyo.ac.jp)

## 【情報共有システム利用者 アンケート調査票（表紙）】

整理番号： us0000

### （貴法人(団体)に関する情報）

法人（団体）名： _____
事業種別： <input type="checkbox"/> 1. 地方公共団体 <input type="checkbox"/> 2. 郡市医師会 <input type="checkbox"/> 3. （在宅療養支援）診療所 <input type="checkbox"/> 4. 居宅介護支援事業所
職員： _____ 人
担当者所属： _____ 役職： _____
担当者名（ふりがな）： _____
所在地： 〒 _____
連絡先： 電話 _____ メール _____

### 個人情報の取り扱い

- ☆ 上記のうち個人情報に関する担当者の「氏名」、「所属」、「役職」、「メール」につきましては、個人情報の保護管理を厳正に対処いたしますが、調査票へのご記入は省略していただいても結構です。
- ☆ 担当者の連絡先につきましては、調査票の記入内容について、問合せをする場合に使用させていただきますが、支障がなければなるべくご連絡先をご記入くださいますようお願いいたします。
- ☆ なお、調査票は個人情報の保護管理を厳正に行うため、個人情報を記載した「表紙」と質問内容を記載した「質問票」を分離させて集計作業を行います。

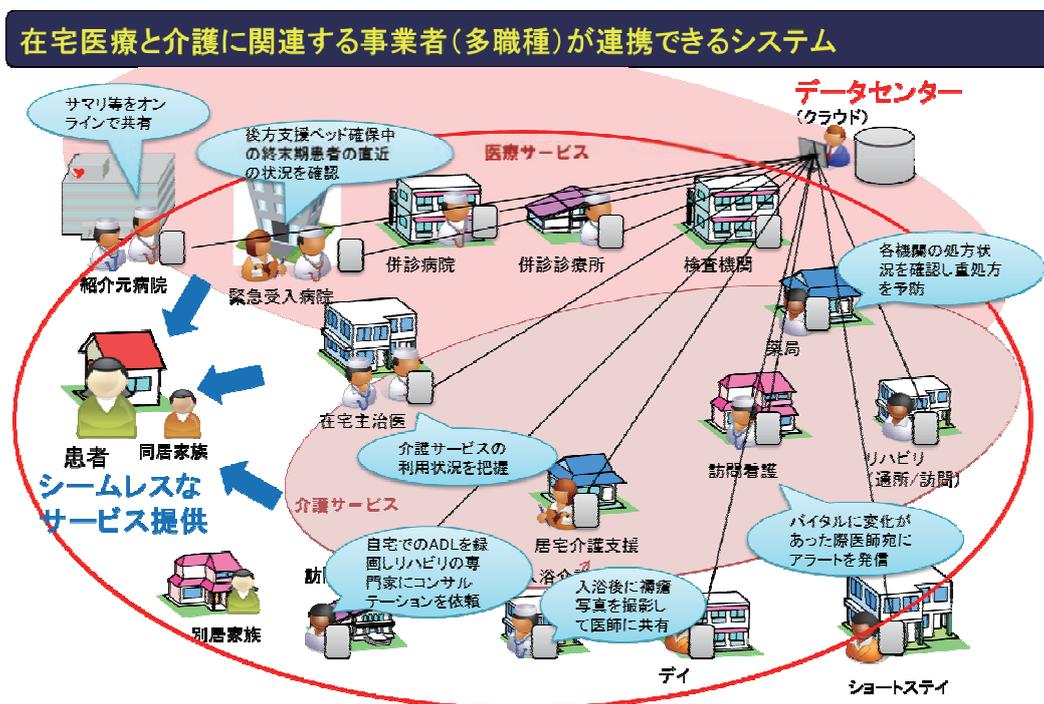
本調査における「情報共有システム」とは、次の要件のすべてを満たす情報システムと定義しています。

- ① 医療及び介護の専門職種(医師や介護支援専門員など)が利用している情報システム
- ② 複数法人、或いは、複数事業所において利用している情報システム
- ③ 複数の利用者が必要な情報をいつでも参照・更新できるよう一元管理している情報システム

(下記のシステムは本調査における「情報共有システム」の対象外となります)

× Faxや電子メール(メーリングリスト)のみで情報を共有している情報システム

図1 情報共有システムのイメージ(参考例)



(利用者の範囲や取り扱う情報の内容は情報共有システムにより異なります)



<情報システムの目的>

在宅で療養する高齢者等に対して、医療及び介護に関するシームレスなサービス提供ができるよう関係者(医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員、ヘルパーなど)が必要な情報として日々の高齢者等の健康状態や生活機能、サービス計画、家族に関する情報などを共有すること





問2-4 情報共有システムの機能について、

- 1) 貴法人（団体）が実際に利用している機能
- 2) 現在のシステムには備わっていないがあれば利用したい機能

のそれぞれ該当する機能すべての□箇所に「印」をご記入ください。（複数回答）

機能内容	1) 実際に利用している	2) 機能があれば利用したい
1. 基本情報機能 患者・利用者のプロフィールなどの基本情報を管理（入力・閲覧）する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. カレンダー機能 患者・利用者に提供するサービスの予定、内容、結果などの情報を表示する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 掲示板機能（SNS等） 患者・利用者の健康状態の変化などをリアルタイムで書き込む掲示板	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. メッセージ機能 医師や看護師、薬剤師、ケアマネなどがメッセージ交換する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. アラート機能 血圧や体温など閾値を超えると緊急通知する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. テレビ会議機能 遠隔地にいる相手の様子や資料を見ながら会話する（TV電話）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 処方情報・お薬手帳機能 薬の処方や服薬に関する情報を管理する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 写真・ビデオ撮影機能 写真やビデオに関する情報を入力及び閲覧する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 医用画像情報表示機能 レントゲンやCT・MRI画像などを表示する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 書類共有機能 業務書類などの帳票を共有する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. OCR機能（光学文字認識） 書類の印刷文字を電子化し、全文検索などができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 地図情報機能 GIS（地図情報システム）による位置情報などを表示する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 入力補助機能 音声や手書き、タッチパネルなどによる入力作業を補助する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 履歴管理機能 データ変更履歴（項目、変更日時、変更者）を表示する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 印刷機能 印刷用に帳票出力する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. データ出力機能（エクスポート） 他のアプリケーションで使用するためデータを外部に取り出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. データ自動交換機能 外部の情報システムとデータ交換をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. アクセス制御機能 システム利用者を個人単位に識別してアクセスできる情報を制限する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. その他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問2-5 現在、利用されている情報共有システムの利用環境についてお尋ねします。

該当する全ての□箇所に☑印をご記入ください。(複数回答)

<システム形態>

1. クラウド型システム (SaaS, Asp 含む)       2. パッケージ型システム

<通信回線>

3. 専用回線 (閉域網)       4. インターネット回線 (公衆回線)

<サーバー環境>

5. サーバー自社設置       6. 外部の専門データセンターに設置

<運用支援体制>

7. ヘルプデスクセンターあり       8. ヘルプデスクセンターなし

<情報端末>

9. タブレット       10. スマートフォン       11. パソコン       12. 専用端末

<クライアント環境>

13. ブラウザ型       14. アプリケーションインストール型

<データ交換>

15. 標準化された情報交換規約 (SS-MIX、HL7 など) によるデータ交換をしている

16. 他システム(自社・他社)とのオンラインによるデータ交換をしている

<その他>

17. 特記事項 ( )

問2-6 現在、利用されている情報共有システムの情報セキュリティに関する対策について、

該当する全ての□箇所に☑印をご記入ください。(複数回答)

<機密性>

1. データの暗号化       2. 通信の暗号化       3. 施設不正侵入対策

4. ウイルス対策

5. パスワード       6. アクセス権限の設定       7. 生体認証の採用

8. IC カードの採用       9. 公開鍵暗号方式の採用

<完全性>

10. データ変更履歴       11. 操作履歴の記録

<可用性>

12. データのバックアップ       13. 機器の冗長化

14. 水害対策       15. 火災対策

16. 停電対策       17. 業務を継続する代替手段など対応策

<組織体制>

18. ISMS 適合性評価制度の認証取得 (組織内における情報セキュリティ管理に関する国際標準規格)

19. プライバシーマークの認証取得

20. 安全基準に準拠 (厚生労働省医療情報システムの安全管理に関するガイドライン)

<その他>

21. 特記事項 ( )

**全ての法人(団体)の方に対して、日頃の業務上の情報についてのご質問です  
情報共有システムの利用の有無に関わらず、全員にお尋ねします**

問3 「情報共有システム」以外の通常の業務についての質問です。

1) 医療及び介護関係者が業務上、共有している情報にはどのようなものがありますか。

2) 共有の必要性は感じていますか。また、必要と感じるのはどのような場面ですか。

< >のそれぞれの分野の情報について、該当する□箇所にレ印をご記入ください。

\*なお、①～21の内容については、共有している(必要がある)情報が1つ以上あれば該当するものとしてお答えください。

**<患者・利用者情報>**

① 氏名、フリガナ、生年月日、性別、住所、連絡先、医療保険(種別・番号)、介護保険、要支援・要介護(区分)、介護認定期間

1) 情報共有の現状 (回答はひとつ)	2) 情報共有の必要性 (回答はひとつ)	必要と感じる場面 (あてはまるものすべて)
<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時

「1. 必要」と回答した方のみ

上記の他に情報共有しているまたは必要と感じる<患者情報>がありましたら、下記にご記入ください。

<住宅・家族情報>

⑥ 生活環境（部屋・階段）、トイレ・ベッド・浴室、衛生状態、駐車場の有無

1) 情報共有の現状 (回答はひとつ)	2) 情報共有の必要性 (回答はひとつ)	必要と感じる場面 (あてはまるものすべて)
<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時

「1. 必要」と回答した方のみ

⑦ 同居家族、家族の氏名・続柄、家族就労状況、家族連絡先、家族の役割・変化

<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
---	--	--

⑧ 主介護者・介護力、家族の健康状態

<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
---	--	--

⑨ 家族主訴・要望、キーパーソンの意向、看取りの意向

<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
---	--	--

⑩ 家族に対する説明（病態変化・対処）

<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
---	--	--

上記の他に情報共有しているまたは必要と感じる<住宅・家族情報>がありましたら、下記にご記入ください。

<看護・介護サービス情報>

⑪ 担当（介護支援専門員、訪問看護師、ホームヘルパー等）、サービス提供事業者（連絡先・所在地）

1) 情報共有の現状 (回答はひとつ)	2) 情報共有の必要性 (回答はひとつ)	必要と感ずる場面 (あてはまるものすべて)
<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
⑫ 利用しているサービス（内容・実績・予定）、インフォーマルサービス <input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時

上記の他に情報共有しているまたは必要と感ずる<看護・介護サービス情報>がありましたら、下記にご記入ください。

<身体・生活機能情報>

⑬ 身体状況（麻痺・褥瘡・疼痛）

<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
---	--	--

⑭ ADL（日常生活動作）、日常生活の自立度、変化の記録、方法、補助具（移動、見る、聞く、話す、食べる、排せつ、着服・起居動作、睡眠、入浴）

<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
---	--	--

⑮ 認知症状 有無、内容

<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
---	--	--

⑯ 栄養状況・留意点

<input type="checkbox"/> 1. 共有している <input type="checkbox"/> 2. 共有していない	<input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. あまり必要ない <input type="checkbox"/> 3. わからない	<input type="checkbox"/> 在宅検討時 <input type="checkbox"/> 退院時～初回診療時 <input type="checkbox"/> 治療・ケア計画決定 <input type="checkbox"/> ケア時 <input type="checkbox"/> 評価時 <input type="checkbox"/> 急変時
---	--	--

上記の他に情報共有しているまたは必要と感じる<身体・生活機能情報>がありましたら、下記にご記入ください。

<診療情報>

⑰ かかりつけ医・診療科目、受診状況（他医療機関）

1) 情報共有の現状  
(回答はひとつ)

- 1. 共有している
- 2. 共有していない

2) 情報共有の必要性  
(回答はひとつ)

- 1. 必要
- 2. あまり必要ない
- 3. わからない

「1. 必要」と  
回答した方のみ

必要と感じる場面  
(あてはまるものすべて)

- 在宅検討時
- 退院時～初回診療時
- 治療・ケア計画決定
- ケア時
- 評価時
- 急変時

⑱ 同既往歴、現病歴、現在の疾患名・経過、感染症、特定疾患（公費負担）、予後・余命

- 1. 共有している
- 2. 共有していない

- 1. 必要
- 2. あまり必要ない
- 3. わからない

- 在宅検討時
- 退院時～初回診療時
- 治療・ケア計画決定
- ケア時
- 評価時
- 急変時

⑲ 服薬状況、バイタルサイン（経過・最終）、検査結果、口腔環境・ケア・義歯

- 1. 共有している
- 2. 共有していない

- 1. 必要
- 2. あまり必要ない
- 3. わからない

- 在宅検討時
- 退院時～初回診療時
- 治療・ケア計画決定
- ケア時
- 評価時
- 急変時

⑳ 医療管理（酸素・IVH）、必要な医療材料・機器

- 1. 共有している
- 2. 共有していない

- 1. 必要
- 2. あまり必要ない
- 3. わからない

- 在宅検討時
- 退院時～初回診療時
- 治療・ケア計画決定
- ケア時
- 評価時
- 急変時

㉑ 状態変化の警報閾値、留意すべきこと、指示したこと

- 1. 共有している
- 2. 共有していない

- 1. 必要
- 2. あまり必要ない
- 3. わからない

- 在宅検討時
- 退院時～初回診療時
- 治療・ケア計画決定
- ケア時
- 評価時
- 急変時

上記の他に情報共有しているまたは必要と感じる<診療情報>がありましたら、下記にご記入ください。

**情報共有システムを利用している法人(団体)の方のみ、  
現在お使いの情報共有システムに対する評価・課題についてお尋ねします**

情報共有システムを利用していない法人(団体)は 13 頁 問5-1へお進みください

問4-1 問1で「1. 利用している」と回答した方にお尋ねします。

「情報共有システム」の利用による効果について、どのように評価していますか。

下記表の1～10のそれぞれについて、該当する□箇所に「」印をご記入ください。

	情報共有システムを 利用することによる効果	評価 できる	まあ 評価 できる	どちらとも いえない	あまり 評価 できない	評価 できない
1	より多くの業務を処理できるようになる	<input type="checkbox"/>				
2	業務コストの削減につながる	<input type="checkbox"/>				
3	社会保障費の削減につながる	<input type="checkbox"/>				
4	患者・利用者の費用負担が減る	<input type="checkbox"/>				
5	ケアの質の向上及びミスの低減につながる	<input type="checkbox"/>				
6	ケアのアセスメントの精度が高まる	<input type="checkbox"/>				
7	患者・利用者の安心感が向上する	<input type="checkbox"/>				
8	専門多職種連携により学習機会が増える	<input type="checkbox"/>				
9	関係者の協力体制が深まり負担が軽減する	<input type="checkbox"/>				
10	その他 ( )	<input type="checkbox"/>				

問4-2 情報共有システムを利用する上で課題だと感じることは何ですか。

下の選択肢から該当する番号を最大3つまで選んで、回答欄に番号を記入してください。

(3つまで選択回答)

--	--	--

下記より番号を記入

1. 周囲に情報共有システムを利用する人が少ないのであまり効果が無い
2. 情報共有システムで共有する情報内容や機能が標準化されていないので利用しづらい
3. 業務システムと情報共有システムに同じ情報を入力しなければならないので負担がかかる
4. 情報共有システムを利用するにあたって初期経費及び運用経費の費用負担が大きい
5. 業務の処理をするだけで手が一杯で情報共有システムを利用する時間的な余裕が無い
6. 情報共有システムの利用による経済的及びサービス向上のメリットがあまり感じられない
7. 情報共有システムの利用方法が良くわからない
8. IDの管理や個人情報の取り扱いなど運用面における不安や負担がある
9. そもそも他の職種との連携を図る必要性が感じられない
10. その他 ( )

**情報共有システムを利用していない法人(団体)の方にのみお尋ねします  
今後の利用意向や期待・課題などについてお答えください**

情報共有システムを利用している法人(団体)は 15 頁問6-1へお進みください

問5-1 問1で「2. 利用していない」と回答した方に、今後の計画についてお尋ねします。  
今後、「情報共有システム」の利用する意向はありますか。  
該当する□箇所に「」印をご記入ください。(回答はひとつ)

1. 今すぐ利用したい     2. 条件が揃えば利用したい  
 3. 自らは利用しないが地域内に利用する法人(団体)を増やしたい  
 4. 利用したくない     5. わからない

問5-2 利用するにはどのような条件が揃えば利用したいと思いますか。  
下の選択肢から該当する番号を最大3つまで選んで、回答欄に番号を記入してください。  
(3つまで選択回答)

--	--	--

下記より番号を記入

1. 情報共有システムを利用する周囲の関係者がもっと増えた場合
2. 情報共有システムに情報を入力する事務処理上の負担が軽減された場合
3. 情報共有システムを利用する費用の負担額が少なくなった場合
4. 標準化された情報連携の基盤が整った場合
5. マイナンバーなど共通番号制度が普及した場合
6. もっと使いやすい情報共有システムが利用できるようになった場合
7. 法制度や規則、社内規定などの問題が無いことが確認された場合
8. わからない

問5-3 「情報共有システム」を利用する場合、どのように効果を期待しますか。

下記表の1～10のそれぞれについて、該当する□箇所に「印」をご記入ください。

情報共有システムを利用することによる効果		期待できる	まあ期待できる	どちらともいえない	あまり期待できない	期待できない
1	より多くの業務を処理できるようになる	<input type="checkbox"/>				
2	業務コストの削減につながる	<input type="checkbox"/>				
3	社会保障費の削減につながる	<input type="checkbox"/>				
4	医療・介護に関する利用者の費用負担が減る	<input type="checkbox"/>				
5	ケアの質の向上及びミスの低減につながる	<input type="checkbox"/>				
6	ケアのアセスメントの精度が高まる	<input type="checkbox"/>				
7	利用者の安心感が向上する	<input type="checkbox"/>				
8	専門多職種連携により学習機会が増える	<input type="checkbox"/>				
9	関係者の協力体制が深まり負担が軽減する	<input type="checkbox"/>				
10	その他 ( )	<input type="checkbox"/>				

問5-4 情報共有システムの導入・利用にあたって課題だと感じることは何ですか。

下の選択枝から該当する番号を最大3つまで選んで、回答欄に番号を記入してください。

(3つまで選択回答)

下記より番号を記入

1. 周囲に情報共有システムを利用する人が少ないのであまり必要性を感じない
2. 業務システムと情報共有システムに同じ情報を入力しなければならないので負担がかかる
3. 業務の処理をするだけで手が一杯で情報共有システムを利用する時間的な余裕が無い
4. 情報共有システムを利用するにあたって初期経費及び運用経費の費用負担が大きい
5. 情報共有システムの内容を知らないので効果があるのか良くわからない
6. IDの管理や個人情報の取り扱いなど情報セキュリティ上の社内規定等があるため利用できない
7. 既存の業務処理の手順が変わることや作業量が増えることで負担が増大する
8. 情報共有システムの必要性について社内での理解が得られない
9. 情報共有システムの利用方法が難しいと思う
10. そもそも他の職種との連携を図る必要性が感じられない
11. マイナンバーなど共通番号制度が普及しないと適正な利用ができない
12. その他 ( )



問6-2 問6-1で回答した業務システムのうち、「情報共有システム」としてデータ交換することが有効だと思う業務システムにはどんなものがありますか。

業務システムの種類について、問6-1の選択肢から、先度の高い順に最大5つまで選んで、下記に番号または業務システムの種類を記入してください。また、それぞれの理由も記入してください。

なお、現在「情報共有システム」でデータ交換している業務システムがある場合は、そこに含まれる業務システムも含めてお答えください。(5つまで複数回答：該当する内容を記入)

- 1位 システムの種類：  (番号) 理由： \_\_\_\_\_
- 2位 システムの種類：  (番号) 理由： \_\_\_\_\_
- 3位 システムの種類：  (番号) 理由： \_\_\_\_\_
- 4位 システムの種類：  (番号) 理由： \_\_\_\_\_
- 5位 システムの種類：  (番号) 理由： \_\_\_\_\_

↑ 下記の選択肢の番号を回答欄にご記入ください

<介護関連システム> 1. 報酬請求 2. スタッフ管理 3. 患者・利用者管理 4. アセスメント情報 5. サービス計画情報 6. サービス提供スケジュール情報 7. サービス記録・支援経過情報 8. サービス報告・モニタリング情報 9. その他の介護関連システム ( )
<医療関連システム> 10. 報酬請求 11. スタッフ管理 12. 患者・利用者管理 13. オーダリング 14. 電子カルテ 15. 画像・検査記録 16. 薬局・調剤 17. 看護支援 18. リハビリ支援 19. 在庫管理・物流 20. その他の医療関連システム ( )
<その他の業務システム> 21. 預り金管理 22. 勤怠管理 23. 給与管理 24. 債権管理 25. 財務会計 26. 食事管理 27. データ出力 28. 教育研修管理 29. その他の業務システム ( )

問6-3 情報共有システムと上記のような業務システムが連携をすることについてどのようにお考えですか。該当する□箇所に「」印をご記入ください(回答はひとつ)

1. 自動連携すると入力の手間がなくなるので必要性を感じる
2. 必要性は感じるが、費用負担や運用面、技術面などの課題がある
3. 必要性は感じない
4. わからない

問7 在宅医療と介護の連携および情報共有を進めていくための提案など、ご意見をご記入ください

ご協力ありがとうございました

## 医療及び介護に関する情報共有システムの 調査アンケートについてご協力のお願い

平成 24 年 12 月

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委員会  
委員長 須藤 修（東京大学 大学院情報学環学際情報学府 学環長 教授）  
事務局 東京大学 高齢社会総合研究機構

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、在宅医療と介護の連携などによる地域包括ケアへの取り組みにつきましては、超高齢社会が進展する我が国にとって喫緊の課題であります。

このため、東京大学高齢社会総合研究機構では、在宅医療と介護の関係者が必要な情報をリアルタイムに共有できる互換性のある情報共有システム(P3. 図1)の普及促進に努めています。全国各地で仕様が異なり、他システムと連携できないものが乱立したのでは、関係者が必要な情報を共有化することができなくなってしまうため共有する情報の内容や方法について、標準化へ向けた方策を検討する必要があります。

そこで、東京大学総合研究機構が事務局となり、医療及び介護、情報技術に精通する有識者 13 名の委員、厚生労働省、総務省、経済産業省、内閣官房、情報システム関連企業など 24 名のオブザーバー計 37 名で構成する厚生労働省老人保健健康増進事業による調査研究委員会を設置し、情報システムの開発者（企業・団体）及び情報システムの利用者（医療・介護）を対象に本アンケート調査を実施させていただいております。

本調査は、在宅医療と介護の関係者の円滑な業務とサービスの向上に資することを目的としております。より多くの皆様にご回答いただくことで、迅速な課題解決を目指す所存でございます。分量の多いアンケートにて大変恐縮でございますが、事情をご賢察の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、調査結果は統計的に処理した上で公開されます。本アンケート調査を実施する上で、収集された個別の情報（個票データ）については、一切、外部に公表は致しません。また、目的外に利用することや外部への情報漏えいなどにより、貴社（団体）に問題が起きないよう厳正に管理いたします。

つきましては、ご多忙の折、大変恐縮ではございますが、本調査票へのご記入、或いは、Web アンケートサイトへの入力のいずれかを選択していただき、**平成24年12月27日（木）まで**にご回答下さいますようお願い申し上げます。

末筆ながら、皆様のご健康とご多幸をお祈り申し上げます。

敬具

<問合せ先> 東京大学 高齢社会総合研究機構  
東京都文京区本郷 7 丁目 3 番地 1 号 工学部 8 号館 701

電話 03-5841-1662

井堀 ihori@iog.u-tokyo.ac.jp

宮原 miyahara@iog.u-tokyo.ac.jp

## 【情報共有システム開発者 アンケート調査票（表紙）】

整理番号： ve0000

### （貴社（団体）に関する情報）

貴社（団体）名： _____			
資本金：	<input type="checkbox"/> 1,000万円未満	<input type="checkbox"/> 1,000～5,000万円未満	<input type="checkbox"/> 5,000～1億円未満
	<input type="checkbox"/> 1～5億円未満	<input type="checkbox"/> 5～10億円未満	<input type="checkbox"/> 10億円以上
売上高：	<input type="checkbox"/> 10億円未満	<input type="checkbox"/> 10～100億円未満	<input type="checkbox"/> 100～1,000億円未満
	<input type="checkbox"/> 1,000億円～1兆円未満	<input type="checkbox"/> 1兆円以上	
従業員：	<input type="checkbox"/> 中小企業（300人未満）	<input type="checkbox"/> 中堅企業（300～1000人未満）	<input type="checkbox"/> 大企業（1000人以上）
担当者所属：	_____		役職： _____
担当者名（ふりがな）：	_____		
所在地：	〒 _____		
連絡先：	電話 _____	メール _____	

### 個人情報の取り扱い

- ☆ 上記のうち個人情報及び経営情報につきましては、記載された情報の取り扱いに厳正に対処いたしますが、支障がある場合は調査票へのご記入は省略していただいても結構です。
- ☆ 担当者の連絡先につきましては、調査票の記入内容について、問合せをする場合に使用させていただきますが、支障がなければなるべくご連絡先をご記入くださいますようお願いいたします。
- ☆ なお、調査票は個人情報の保護管理を厳正に行うため、個人情報を記載した「表紙」と質問内容を記載した「質問票」を分離させて集計作業を行います。

はじめにお読みください

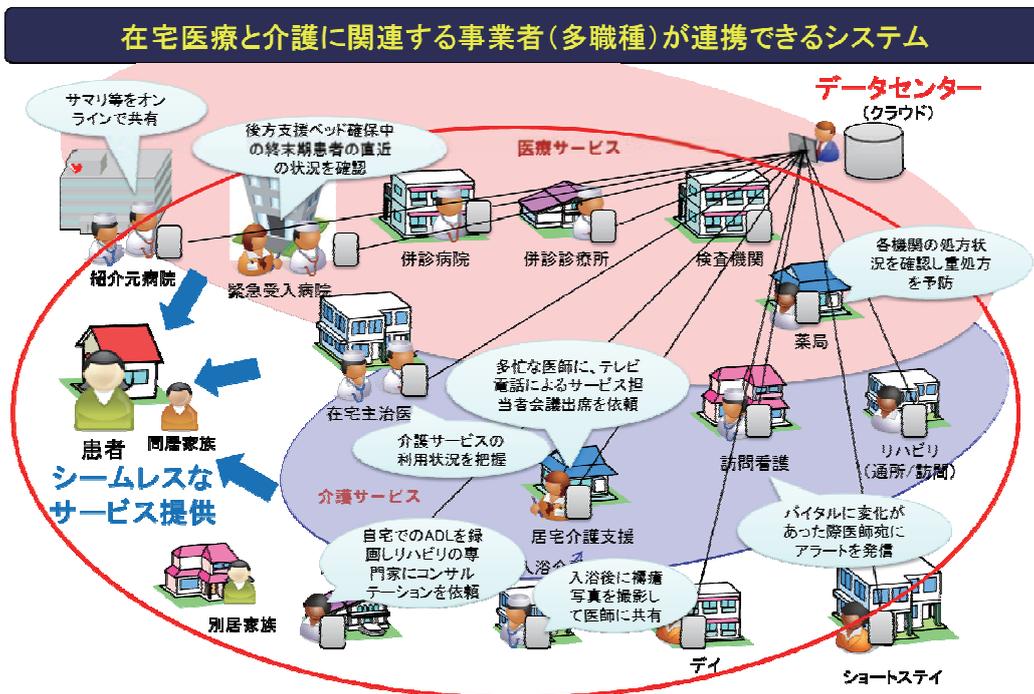
本調査における「情報共有システム」とは、次の要件のすべてを満たす情報システムと定義しています。

- ① 医療及び介護の専門職種(医師や介護支援専門員など)が利用している情報システム
- ② 複数法人、或いは、複数事業所において利用している情報システム
- ③ 複数の利用者が必要な情報をいつでも参照・更新できるよう一元管理している情報システム

(下記のシステムは本調査における「情報共有システム」の対象外となります)

× Faxや電子メール(メーリングリスト)のみで情報を共有している情報システム

図1 情報共有システムのイメージ(参考例)



(利用者の範囲や取り扱う情報の内容は情報共有システムにより異なります)



<情報システムの目的>

在宅で療養する患者に対して、医療及び介護に関するシームレスなサービス提供ができるよう関係者(医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員、ヘルパーなど)が必要な情報として日々の患者の健康状態や生活機能、サービス計画、家族に関する情報などを共有すること



問2-2 貴社（団体）の情報共有システムの利用実績についてお尋ねします。

1) もっとも長く利用している法人の利用期間をお尋ねします。（数字を記入）

利用期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

2) 現在、貴社（団体）の情報共有システムを利用している法人数及び事業所数を施設種類別にご記入ください。（数字を記入）

No.	種 別	法人（団体）数	事業所数
1	病院		
2	診療所		
3	歯科診療所		
4	調剤薬局		
5	訪問看護ステーション		
6	居宅介護支援事業者		
7	介護サービス事業者 (5,6以外)	居宅サービス事業者	
8		施設サービス事業者	
9		地域密着型サービス事業者	
10	地域包括支援センター		
11	保健所・保健センター		
12	地方公共団体		
13	その他（ _____ ）		

3) 現在の利用者数を職種ごとにご記入ください。（数字を記入）

No.	職種	利用人数
1	医師	人
2	歯科医師	人
3	歯科衛生士	人
4	薬剤師	人
5	看護師	人
6	保健師	人
7	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	人
8	医療ソーシャルワーカー、相談員	人
9	介護支援専門員	人
10	ホームヘルパー	人
11	栄養士	人
12	行政一般職	人
13	患者（家族）	人
14	その他（ _____ ）	人

問2-3 貴社（団体）の情報共有システムの機能についてお尋ねします。

1) 下記のうち、貴社（団体）のシステムで提供している機能の□箇所に「印」をご記入ください。（複数回答）

機能内容	提供している
1. 基本情報機能 患者のプロフィールなどの基本情報を管理（入力・閲覧）する	<input type="checkbox"/>
2. カレンダー機能 患者に提供するサービスの予定、内容、結果などの情報を表示する	<input type="checkbox"/>
3. 掲示板機能（SNS等） 患者の健康状態の変化などをリアルタイムで書き込む掲示板	<input type="checkbox"/>
4. メッセージ機能 医師や看護師、薬剤師、ケアマネなどがメッセージ交換する	<input type="checkbox"/>
5. アラート機能 血圧や体温など閾値を超えると緊急通知する	<input type="checkbox"/>
6. テレビ会議機能 遠隔地にいる相手の様子や資料を見ながら会話する（TV電話）	<input type="checkbox"/>
7. 処方情報・お薬手帳機能 薬の処方や服薬に関する情報を管理する	<input type="checkbox"/>
8. 写真・ビデオ撮影機能 写真やビデオに関する情報を入力及び閲覧する	<input type="checkbox"/>
9. 医用画像情報表示機能 レントゲンやCT・MRI画像などを表示する	<input type="checkbox"/>
10. 書類共有機能 業務書類などの帳票を共有する	<input type="checkbox"/>
11. OCR機能（光学文字認識） 書類の印刷文字を電子化し、全文検索などができる	<input type="checkbox"/>
12. 地図情報機能 GIS（地図情報システム）による位置情報などを表示する	<input type="checkbox"/>
13. 入力補助機能 音声や手書き、タッチパネルなどによる入力作業を補助する	<input type="checkbox"/>
14. 履歴管理機能 データ変更履歴（項目、変更日時、変更者）を表示する	<input type="checkbox"/>
15. 印刷機能 印刷用に帳票出力する	<input type="checkbox"/>
16. データ出力機能（エクスポート） 他のアプリケーションで使用するためデータを外部に取り出す	<input type="checkbox"/>
17. データ自動交換機能 外部の情報システムとデータ交換をする	<input type="checkbox"/>
18. アクセス制御機能 システム利用者を個人単位に識別してアクセスできる情報を制限する	<input type="checkbox"/>
19. その他の機能（ ）	<input type="checkbox"/>

2) 1) で回答した機能以外で、今後追加を予定している機能があればご記入ください。

問2-4 貴社（団体）の情報共有システムで実際に利用されている情報内容について、該当する全ての□箇所には「」印をご記入ください。（複数回答）

各番号の中で一つでも該当する項目がある場合は「利用している」とお答えください

情報内容		実際に利用している
患者情報	1 氏名、フリガナ、生年月日、性別、住所、連絡先、医療保険（種別・番号）、介護保険、要支援・要介護（区分）、介護認定期間	<input type="checkbox"/>
	2 生活保護受給（有無）、障害・精神認定（有無）	<input type="checkbox"/>
	3 身長・体重、血液型	<input type="checkbox"/>
	4 性格・趣味、現在の仕事、経済状況	<input type="checkbox"/>
	5 本人主訴・要望、看取りの意向、本人に対する説明（病態変化・対処）	<input type="checkbox"/>
住宅・家族情報	6 生活環境（部屋・階段）、トイレ・ベッド・浴室、衛生状態、駐車場の有無	<input type="checkbox"/>
	7 同居家族、家族の氏名・続柄、家族就労状況、家族連絡先、家族の役割・変化	<input type="checkbox"/>
	8 主介護者・介護力、家族の健康状態	<input type="checkbox"/>
	9 家族主訴・要望、キーパーソンの意向、看取りの意向	<input type="checkbox"/>
	10 家族に対する説明（病態変化・対処）	<input type="checkbox"/>
看護・介護サービス情報	11 担当（介護支援専門員、訪問看護師）、サービス提供事業者（連絡先・所在地）	<input type="checkbox"/>
	12 利用しているサービス（内容・実績・予定）、インフォーマルサービス	<input type="checkbox"/>
身体・生活機能情報	13 身体状況（麻痺・褥瘡・疼痛）	<input type="checkbox"/>
	14 ADL（日常生活動作）、日常生活の自立度、変化の記録、方法、補助具（移動、見る、聞く、話す、食べる、排せつ、着服・起居動作、睡眠、入浴）	<input type="checkbox"/>
	15 認知症状 有無、内容	<input type="checkbox"/>
	16 栄養状況・留意点	<input type="checkbox"/>
診療情報	17 かかりつけ医・診療科目、受診状況（他医療機関）	<input type="checkbox"/>
	18 同既往歴、現病歴、現在の疾患名・経過、感染症、特定疾患（公費負担）、予後・余命	<input type="checkbox"/>
	19 服薬状況、バイタルサイン（経過・最終）、検査結果、口腔環境・ケア・義歯	<input type="checkbox"/>
	20 医療管理（酸素・IVH）、必要な医療材料・機器	<input type="checkbox"/>
	21 状態変化の警報閾値、留意すべきこと、指示したこと	<input type="checkbox"/>

問2-5 貴社(団体)の情報共有システムの利用環境についてお尋ねします。

該当する全ての□箇所に☑印をご記入ください。(複数回答)

<システム形態>

1. クラウド型システム (SaaS, Asp 含む)       2. パッケージ型システム

<通信回線>

3. 専用回線 (閉域網)       4. インターネット回線 (公衆回線)

<サーバー環境>

5. サーバー自社設置       6. 外部の専門データセンターに設置

<運用支援体制>

7. ヘルプデスクセンターあり       8. ヘルプデスクセンターなし

<情報端末>

9. タブレット       10. スマートフォン       11. パソコン       12. 専用端末

<クライアント環境>

13. ブラウザ型       14. アプリケーションインストール型

<データ交換>

15. 標準化された情報交換規約 (SS-MIX、HL7 など) によるデータ交換をしている

16. 他システム(自社・他社)とのオンラインによるデータ交換をしている

<その他>

17. 特記事項 ( )

問2-6 貴社(団体)の情報共有システムに備えている情報セキュリティに関する対策について、

該当する全ての□箇所に☑印をご記入ください。(複数回答)

<機密性>

1. データの暗号化       2. 通信の暗号化       3. 施設不正侵入対策  
 4. ウイルス対策       5. パスワード       6. アクセス権限の設定  
 7. 生体認証の採用       8. ICカードの採用       9. 公開鍵暗号方式の採用

<完全性>

10. データ変更履歴       11. 操作履歴の記録

<可用性>

12. データのバックアップ       13. 機器の冗長化  
 14. 水害対策       15. 火災対策  
 16. 停電対策       17. 業務を継続する代替手段など対応策

<組織体制>

18. ISMS 適合性評価制度の認証取得 (組織内における情報セキュリティ管理に関する国際標準規格)

19. プライバシーマークの認証取得

20. 安全基準に準拠 (厚生労働省医療情報システムの安全管理に関するガイドライン)

<その他>

21. 特記事項 ( )





全ての企業(団体)の方にお尋ねします

問6 貴社(団体)では、情報共有システム以外の在宅医療介護関連システムを構築していますか。  
構築している場合は、下記にその商品名(システム名)をご記入ください。  
また、各商品のシステム形態について、該当する方の□箇所にご記入ください。

商品名：( _____ )	→ システム形態：	<input type="checkbox"/> クラウド型システム <input type="checkbox"/> パッケージ型システム
商品名：( _____ )	→ システム形態：	<input type="checkbox"/> クラウド型システム <input type="checkbox"/> パッケージ型システム
商品名：( _____ )	→ システム形態：	<input type="checkbox"/> クラウド型システム <input type="checkbox"/> パッケージ型システム
商品名：( _____ )	→ システム形態：	<input type="checkbox"/> クラウド型システム <input type="checkbox"/> パッケージ型システム
商品名：( _____ )	→ システム形態：	<input type="checkbox"/> クラウド型システム <input type="checkbox"/> パッケージ型システム

問7 在宅医療及び福祉に関する情報共有システムと業務システム(レセプト、業務記録の管理システム等)が連携をすることについてどのようにお考えですか。  
該当する□箇所にご記入ください。(回答はひとつ)

- 1. 在宅医療と介護の連携による地域包括ケアのためには、必要だと感じる
- 2. 必要性は感じるが、複数の開発者が参入するためには標準化などの課題がある
- 3. 必要性は感じない
- 4. わからない

問8 在宅医療と介護の連携および情報共有を進めていくための提案など、ご意見をご記入ください

ご協力ありがとうございました