

平成 25 年度厚生労働省  
老人保健健康増進事業  
(老人保健事業推進費等補助金)

# 在宅医療と介護の連携のための情報システムの 共通基盤のあり方に関する調査研究報告書

在宅医療と介護の連携における情報システムの  
適切な利用を促進するためのガイドライン (草案)

平成 26 年 3 月

国立大学法人 東京大学 高齢社会総合研究機構



## はじめに

現在、我が国の65歳以上の高齢者人口は2,963万人、高齢化率は23.1%の超高齢社会に達しています（国立社会保障・人口問題研究所2013年）。さらに、これから10年後の団塊世代が75歳を迎える2025年には、高齢者人口は現在よりも730万人増えて高齢化率は30.3%となり、超高齢社会はさらに進展することが確実です。我が国は、高齢者人口の増加を見据えた新たな社会システムづくりに取り組む必要があります。

健康状態が悪く医療や介護サービスを必要とする高齢者が安心して在宅療養できる生活環境を整備する。在宅医療と介護サービス関係事業者の負担が軽減され、高品質なサービス提供が実現できる在宅療養における環境整備が喫緊の課題です。

一人の高齢者（患者）に対して、在宅医療と介護サービス関係者は医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員、作業療法士、ホームヘルパーなど多くの専門職種との関わりを持ちます。また、事業者は病院、診療所、歯科診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、通所介護施設、地域包括支援センターなど多岐にわたる事業者と関係します。当然のことながら、これら関係者が連携して情報を共有し、コミュニケーションを充実させることで、協働体制によるサービスの提供が求められますが、職種も事業者も異なり、標準化もされていない現状では十分な連携ができない問題に直面しています。

医療や介護という垣根を越えて、患者の情報を関係者間で共有することが、今以上に必要となります。既に先進的な取り組みによって、関係者間の情報共有を可能にしている地域もありますが、標準化されていないのでその地域を離れてしまうとその恩恵を得ることはできなくなってしまいます。全国どこで暮らすことになっても、また、どのようなシステムを使っても継続して医療や介護サービスが受けられるようにするためには、標準化された情報連携が可能となる共通基盤を整えることが必要となります。

本報告書は、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を検討し、「在宅医療と介護の連携における情報システムの適切な利用を促進するためのガイドライン（草案）」としてまとめたものです。

平成26年3月

在宅医療と介護の連携における情報システム利用に関する

ガイドライン検討委員会 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)

事務局 東京大学 高齢社会総合研究機構



# 《目次》

<b>1 概要</b> .....	- 1 -
1-1 背景.....	- 1 -
1-2 目的.....	- 2 -
1-2-1 現状の課題.....	- 2 -
1-2-2 情報システムの適切な利用方策に関する標準化とは.....	- 2 -
1-2-3 あるべき姿.....	- 5 -
1-3 標準化の対象範囲.....	- 7 -
<b>2 全国共有情報の実態調査</b> .....	- 9 -
2-1 共有情報の抽出方針.....	- 9 -
2-1-1 ヒアリング調査（先進地域）.....	- 10 -
2-1-2 アンケート調査.....	- 14 -
2-1-3 業務書類.....	- 16 -
2-1-4 データ調査.....	- 17 -
2-2 全国共有情報の内容.....	- 18 -
2-2-1 情報項目抽出のプロセス.....	- 18 -
2-2-2 情報項目一覧.....	- 19 -
<b>3 標準的な共有情報のあり方</b> .....	- 20 -
3-1 共有情報における基本的な考え.....	- 20 -
3-1-1 情報共有の標準化に向けて.....	- 20 -
3-1-2 共有情報の種類.....	- 22 -
3-2 共有情報の標準化.....	- 24 -
3-2-1 患者属性に関する情報項目.....	- 24 -
3-2-2 住居・家族に関する情報.....	- 28 -
3-2-3 医療（医科／歯科／薬）に関する情報項目.....	- 32 -
3-2-4 介護・生活に関する情報項目.....	- 37 -
3-2-5 診療・ケアに関する情報.....	- 42 -
<b>4 標準的な共有情報の利用管理方法</b> .....	- 48 -
4-1 共有情報の利用管理に関する基本方針.....	- 48 -
4-2 責任体制について.....	- 49 -
4-3 基本的な運用プロセスについて.....	- 53 -
4-4 個人データの共同利用に関する同意取得について.....	- 54 -
4-5 利用制御について.....	- 60 -
4-5-1 情報システムの利用手続き.....	- 60 -

4-5-2 システム利用管理基準.....	- 61 -
4-5-3 システム利用の責任者及び担当者における誓約事項.....	- 62 -
4-5-4 アクセス権限の設定.....	- 64 -
<b>5 在宅医療と介護の連携における情報システムの適切な利用を促進するためのガイドライン（草案）.....</b>	<b>- 65 -</b>
5-1 本ガイドラインの趣旨、目的、基本的な考え方.....	- 65 -
1 ガイドラインの趣旨.....	- 65 -
2 ガイドラインの構成および基本的な考え方.....	- 65 -
3 ガイドラインの対象範囲.....	- 65 -
5-2 組織体制.....	- 66 -
1 共同利用する情報システムの責任体制.....	- 66 -
5-3 共有情報の標準化.....	- 67 -
1 共有情報の定義.....	- 67 -
2 共有情報の内容.....	- 67 -
5-4 個人データの共同利用に関する同意取得.....	- 68 -
5-5 情報システム利用手続き.....	- 70 -
5-6 アクセス権限の設定.....	- 71 -
5-7 共通基盤の活用.....	- 71 -
<b>6 共通基盤の概要と実証.....</b>	<b>82</b>
6-1 共通基盤の概要について.....	82
6-1-1 共通基盤の背景と目的.....	82
6-1-2 共通（情報連携）基盤の概要.....	83
6-2 共通基盤の実証概要について.....	85
6-2-1 全体概要.....	85
4-2-1-1 実証体制.....	85
4-2-1-2 実証シナリオ.....	86
4-2-1-3 実証の検証結果.....	88
<b>7 今後の展開.....</b>	<b>90</b>
7-1 共有情報の標準規格化について.....	90
7-2 共通基盤の活用について.....	90
<b>資料編.....</b>	<b>91</b>
資料1 調査研究委員会及びワーキング委員.....	92
資料2 自由意見.....	99
資料3 利用者アンケート調査票.....	105



# 1 概要

## 1-1 背景

超高齢社会が進展し医療及び介護サービスを必要とする後期高齢者の増加により医療・介護サービスのあり方は、施設に依存した医療・介護サービスから住みなれた我が家で医療と介護、予防、生活支援、住まいに関する取組みを包括的かつ継続的に対応できる地域包括ケアシステムの整備された社会環境に向けて、その取り組みが加速化している。

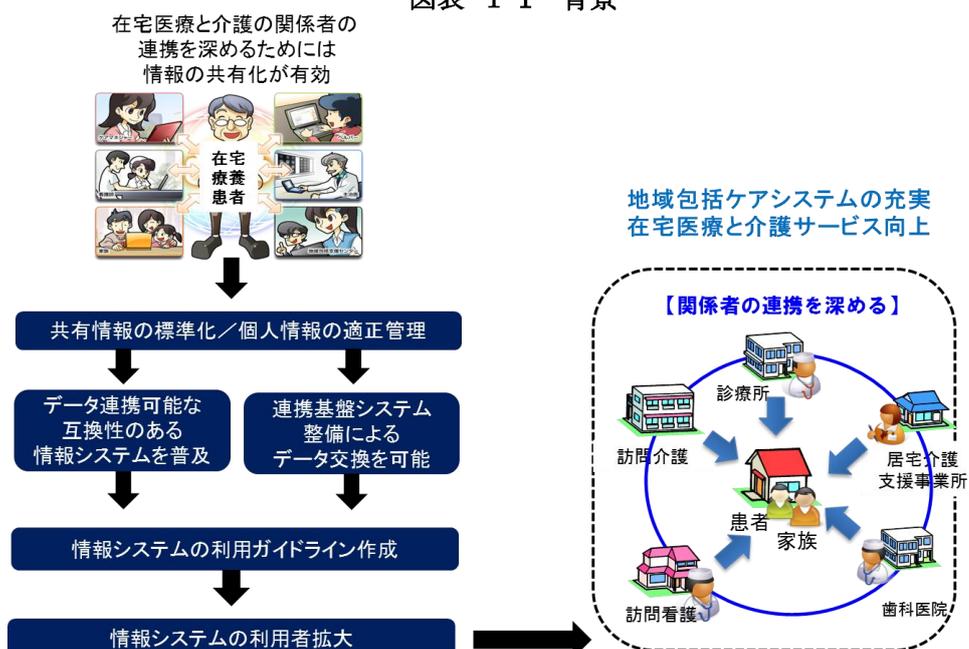
在宅医療と介護サービスを充実するには、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、理学療法士、介護支援専門員、介護士など地域の多事業者多職種の関係者が一体となって連携する組織を強化とともに、患者の在宅療養に必要な情報を共有する仕組みが整備され、関係者による充実したコミュニケーションによって専門性が高まりきめ細かな協力関係を深めることが大切となる。

その必要な情報を共有する仕組みとしては、情報システムを利用することが有効であり期待できるが、利用する情報システムによって共有する情報項目の取り扱う範囲が異なっていたり、共有情報の表示形式やデータ様式が規格化されずにバラバラで互換性がなければ関係者が必要な情報を共有できない問題が生じてしまう。

そのため在宅医療と介護の連携において有効な共有情報を標準化し、データの連携が可能となるよう互換性のある情報システムの利用環境を整備し普及させなければならない。

また、情報システムの利用に関しては、信頼性の高い連携を実現するため個人情報の適正な管理を確保すること、さらには適正な情報セキュリティレベルを確保することが重要な課題であるためその対応の強化が不可欠である。

図表 1-1 背景



## 1-2 目的

### 1-2-1 現状の課題

在宅医療と介護の連携を充実するのは不可欠であると言われてはいるが、医療と介護サービスを提供する多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、理学療法士、介護支援専門員、介護士など）間の情報は、その職種毎に個別管理されており、必ずしも円滑な連携がなされていないのが実情である。

そこには、共有する情報が明確になっていないことや情報共有に有効な情報システムが普及していないこと、各職種間における ICT リテラシーの格差や医療関係者と介護関係者間におけるメンタルバリア、個人情報の漏洩に関する不安などが課題となっている。

### 1-2-2 情報システムの適切な利用方策に関する標準化とは

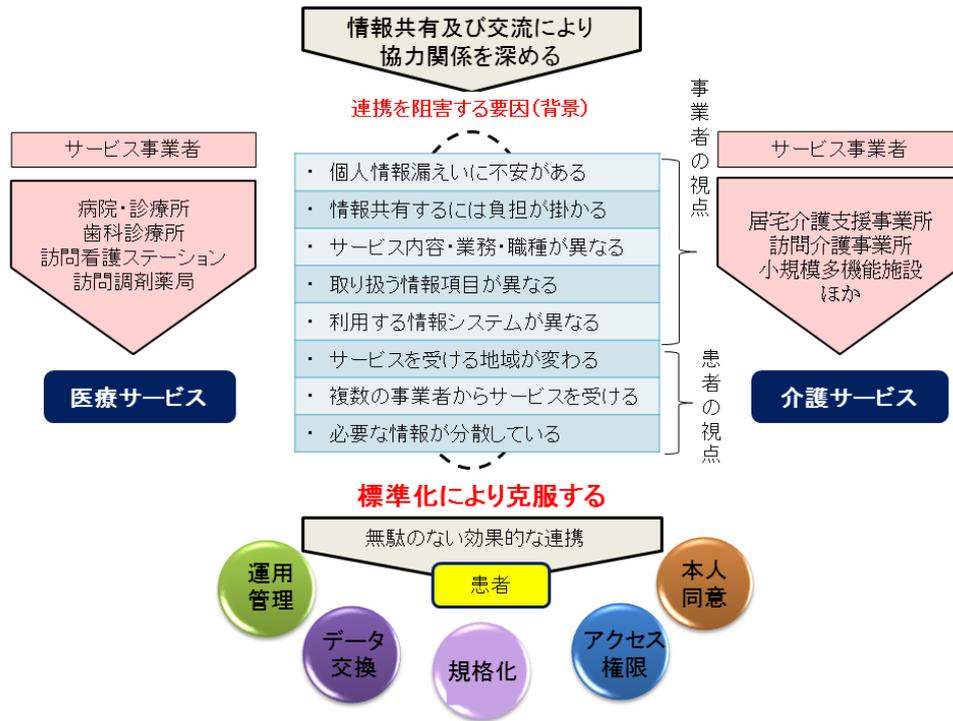
在宅医療と介護の連携を充実させるためには、シームレスな情報共有を実現するとともに関係者の交流を活発にして協力関係を深めることが重要である。

しかし、連携を阻害する要因を洗い出して、問題を払拭しなければ充実した在宅医療と介護の連携の進展は難しい。そのため情報共有や関係者のコミュニティの醸成に役立つ情報システムの適切な利用方策を整備して、その標準化を進める必要がある。

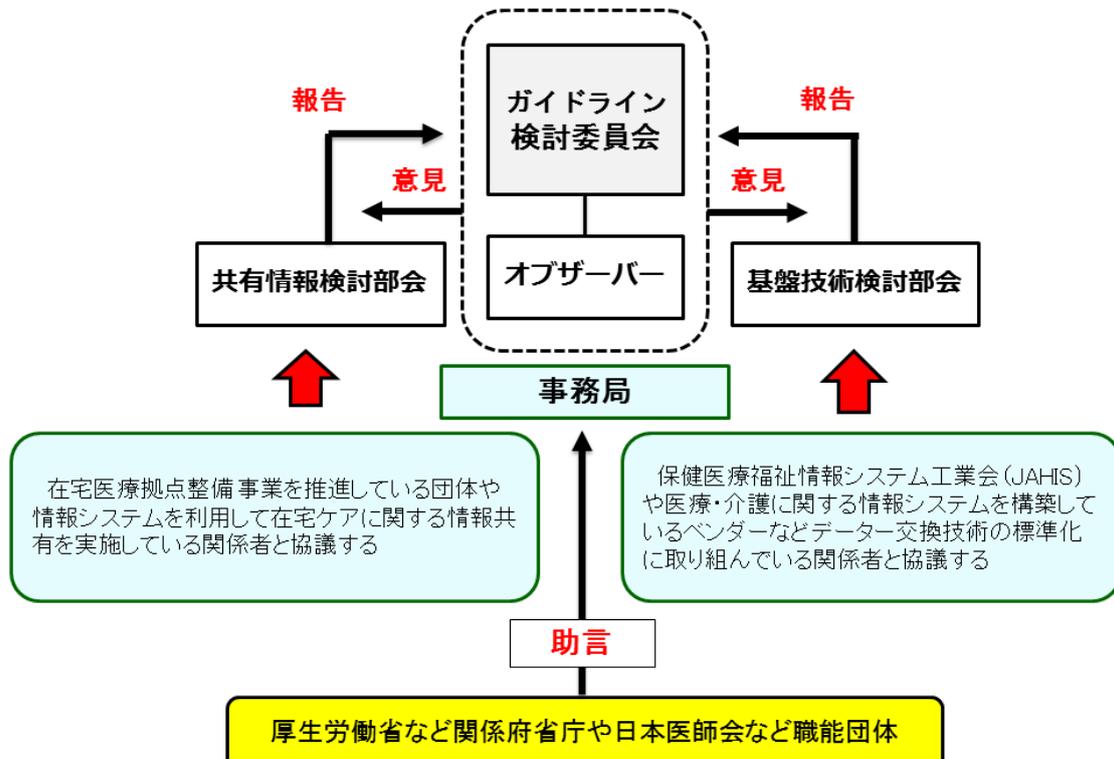
情報システムによる連携を阻害する要因としては、事業者の視点と患者の視点に区別することができる。前者としては、「サービス内容・業務・職種が異なる」「必要な情報項目が異なる」「情報システムの互換性がない」「個人情報の漏えいに不安がある」「情報共有するには負担が掛かる」の5点があげられる。後者としては、「サービスを受ける地域が変わる」「複数の事業者からサービスを受ける」「必要な情報が分散している」の3点があげられる。これらのことを考慮して、次の掲げる在宅医療と介護の連携において適正な情報システムの方策について早急に確立させ取り組む必要がある。

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| (1) 規格化    | 共有する情報項目、表示方法、データ形式、サイズを決める   |
| (2) 本人同意   | 個人データの第三者提供に関する本人同意の方法を定める    |
| (3) アクセス権限 | 情報システムの利用手続き及び閲覧・入力権限のあり方を定める |
| (4) データ交換  | 情報システム間で信頼性のあるデータ交換できる方法を定める  |
| (5) 運用管理   | 効果的で信頼性のある情報システムの運用管理の在り方を定める |

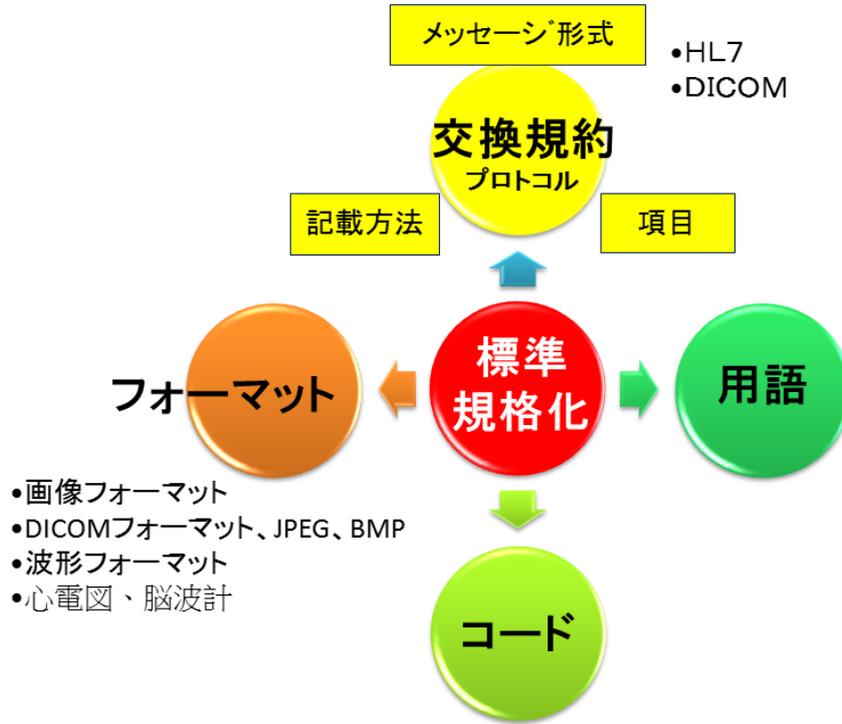
図表 1-2 情報システムの利用方策に関する標準化



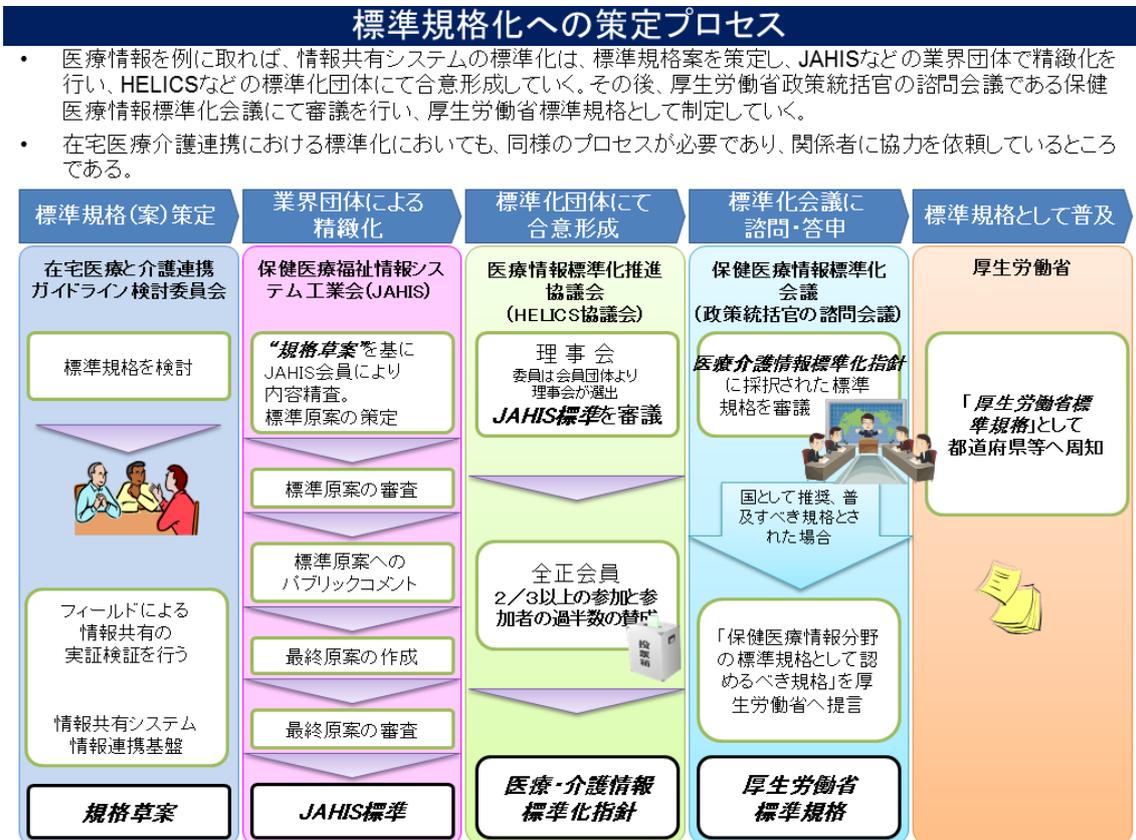
図表 1-3 標準化の検討体制



図表 1-4 共有情報の標準・規格化



図表 1-5 標準規格化への策定プロセス

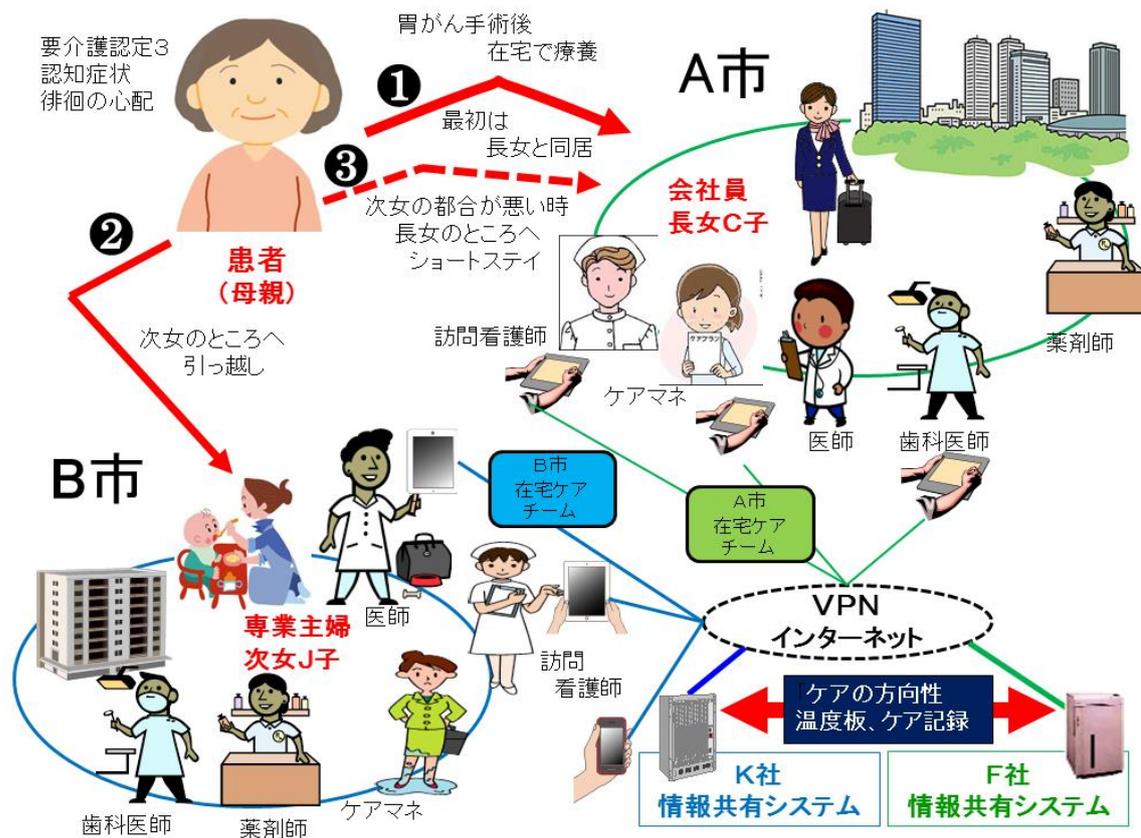


### 1-2-3 あるべき姿

在宅医療と介護の連携に関する情報システムの利用方策に関する標準化が進展することによりシームレスで効果的な連携が実現する。

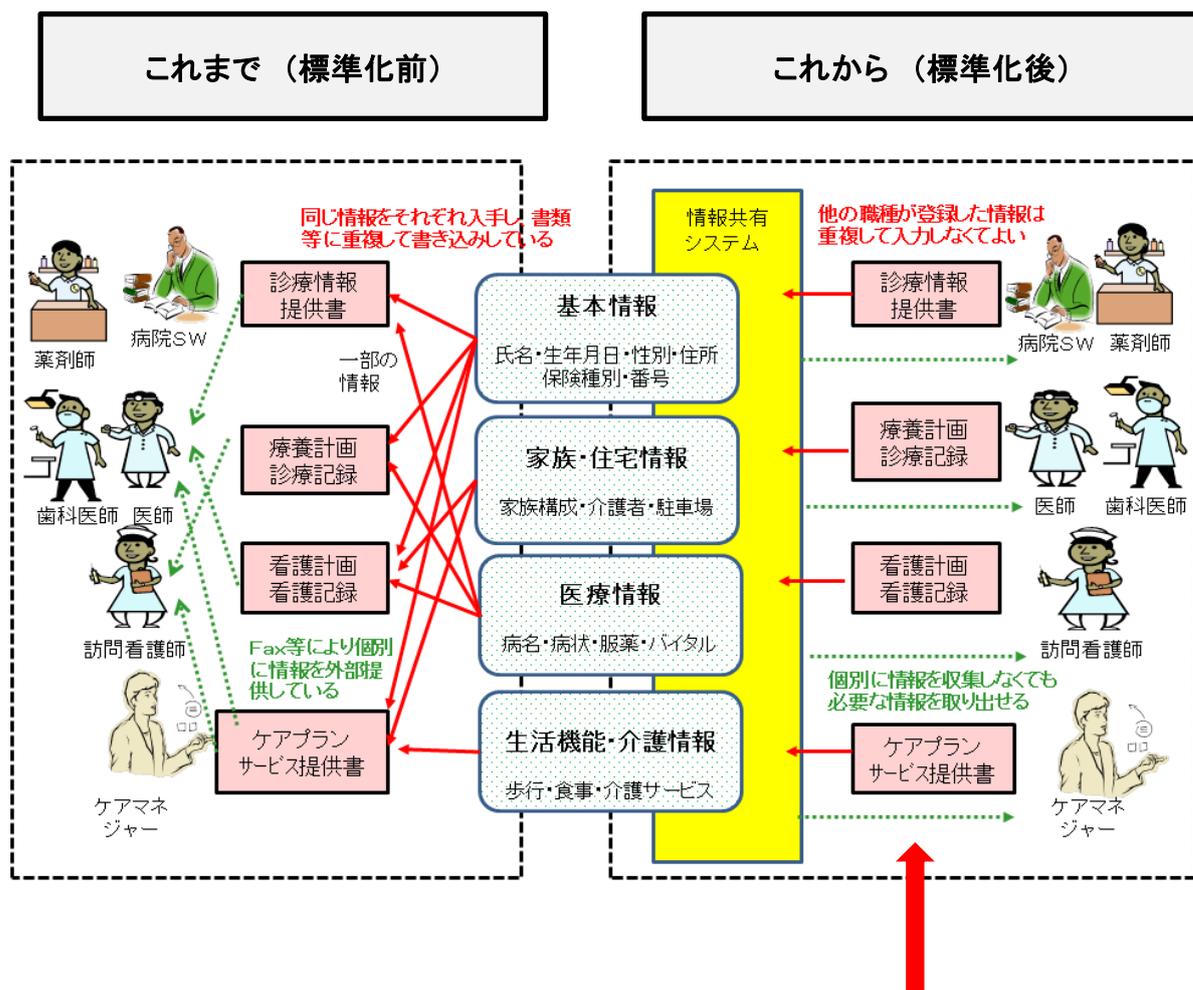
患者の視点では、どの医療機関や介護関係事業者から医療やケアサービスを利用していても本人のケアにとって大切な情報は本人が同意をしていれば、医師や看護師、ケアマネジャーなど関係者間で必要な情報を共有して役立ててくれる。それが例え、利用する医療機関や介護事業所のある場所が遠隔地にあっても、また、利用する医療機関や介護関係事業者、担当者が代わっても情報共有は可能となる。そのことは標準化された情報システムの利用による個人情報の保護や必要な情報セキュリティレベル及び専門職の協働によりサービスレベルの確保がどこで暮らしていても平準化されることであり安心である。

図表 1-6 患者の視点



事業者の視点では、必要な情報が定まって関係者で共有することが可能となり、これまでのような情報不足を解決したり、情報の重複入手、記録する手間が省いたりできる。特に、情報システム間においてデータ交換が可能になると各種専門職が把握する共有情報の精度や鮮度が高まり、重複の入力作業も解消し情報共有が進展する。

図表 1-7 事業者の視点



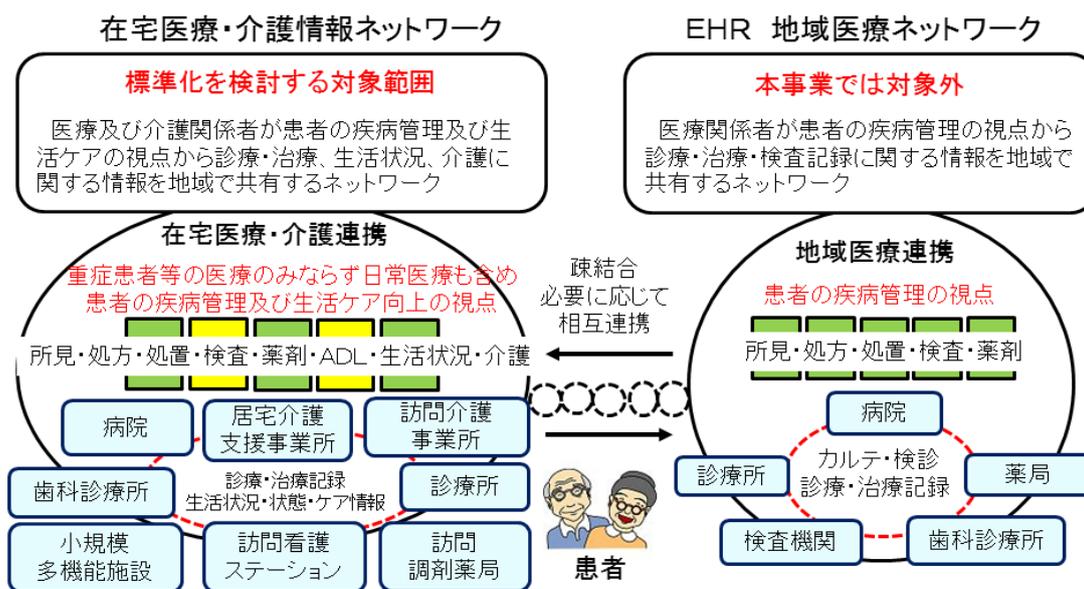
（注）診療記録や看護記録など業務システムと情報共有システムが連携するのは今後の課題

### 1-3 標準化の対象範囲

本事業において共有情報の標準化を検討する範囲は、在宅ケアに関わる医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、介護士、患者、家族などが患者の疾病管理に関する医療情報及び、患者の生活を支援する看護・介護に関する情報も対象範囲とするため、診療・治療、生活状況、介護サービスに関する情報を地域で共有する在宅医療・介護情報ネットワークである。

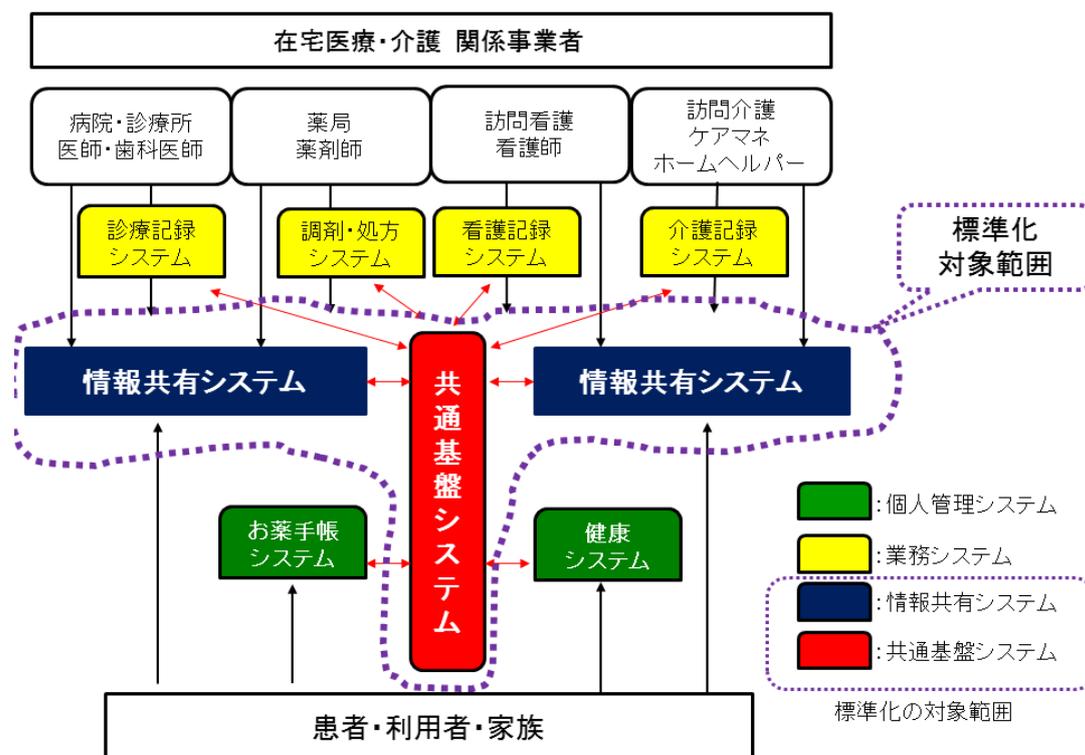
そのため、病院や診療所など地域の医療機関等によって患者の疾病管理の視点から診療・治療・検査記録など、介護情報を含まない医療情報を地域で共有する地域医療ネットワーク（EHR）については、本事業において共有情報の標準化を検討する対象範囲ではない。

図表 1-8 在宅医療における共有情報の標準化を検討する範囲



情報システムの標準化は情報共有システム及び共通基盤システムを対象範囲とする。

図表 1-9 情報システムの標準化する範囲



## 2 全国共有情報の実態調査

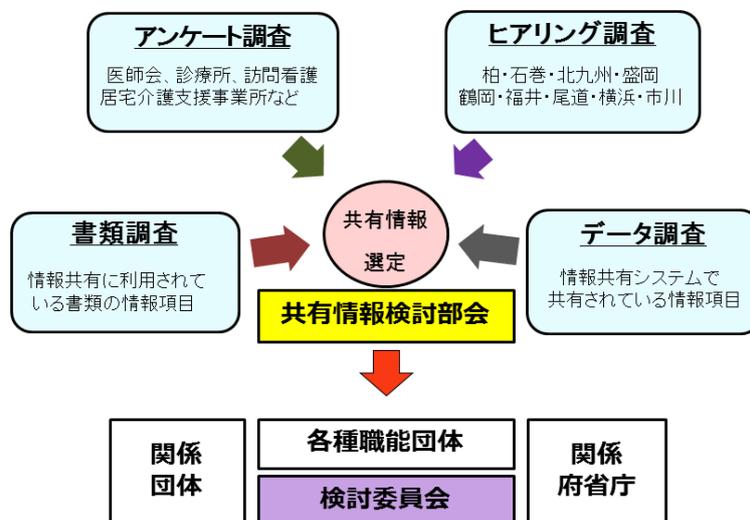
### 2-1 共有情報の抽出方針

在宅医療と介護の連携において共有されている情報項目は、地域、業種、書類等により様々であり、また膨大な項目数である。それらの情報項目全てを共有することは不可能であり現場の負担が大きい。そのため、全国各地の実績などのデータに基づく共有する情報項目を洗い出し、共有する情報の標準化を進める。共有情報項目の抽出は次のことを基本方針とする。

- ① 現場の入力負荷等を鑑みたミニмумセットの情報項目
- ② 利用実績があり効果のある情報項目
- ③ 決定された情報項目は、随時見直しを行っていくことが前提
- ④ 医療・介護の連携において活用されている情報項目

共有情報検討部会では、全国の地区医師会、自治体、在宅療養支援診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションなどに実施した「アンケート調査」、在宅医療と介護の連携に先進的に取り組んでいる地域へ訪問した「ヒアリング調査」、情報共有に利用されている業務の「書類調査」、情報システムで実際に共有されている「データ調査」などを基礎データとして集計し、在宅医療と介護の連携の実務に携わっている医療機関や介護関係事業者で構成する共有情報検討部会において共有情報の選定作業を行い、日本医師会など各種職能団体、厚生労働省など行政機関、医療及び介護の情報システムベンダーから共有情報について意見を聴取しガイドライン検討委員会において、有識者や各団体から選出された委員の意見をもとに標準化の検討を行った。

図表 2-1 共有情報の抽出



## 2-1-1 ヒアリング調査（先進地域）

在宅医療と介護の連携を先進的に行っている9地域（石巻情報連携推進協議会、尾道医療介護連携協議会、北九州市医師会、福井県坂井地区医師会、横浜市（在宅医ネットよこはま）、山形県鶴岡市医師会、盛岡市（在宅医療チームもりおか）、柏市地域医療拠点、市川市地域医療拠点）にヒアリング調査を実施し、連携する必要性が高い情報項目を抽出した。

図表 2-2 先進地域で情報連携している職種とその人数

訪問場所	連携状況(人数)											
	病院 医師	診療所 医師	訪問 調剤 薬局	リハ ビリ	歯科 診療 所	訪問 看護 師	ケア マネ	ヘル パー	訪問入 浴	ショール ト ステイ	行政 その他	家族
① 石巻情報連携協議会	0	3	2	0	0	11	3	3	0	0	0	11
② 尾道医療介護連携協議会	病院 2 診療所 13 薬局 30 介護施設 4 訪問看護等在宅支援施設 3											
③ 北九州市医師会	62	20	5	4	0	81	24	40	19	1	0	10
④ 福井県坂井地区医師会	19	16	12	4	8	36	29	7	0	0	9	0
⑤ 横浜市(在宅医ネットよこはま)	9	48	15	2	1	45	61	10	5	6	0	5
⑥ 山形県鶴岡市医師会	病院 5 診療所 24 薬局 10 訪問看護 2 居宅介護 9 介護施設 5											
⑦ 盛岡市(在宅医療チームもりおか)	228	28	24	18	0	54	205	10	5	5	3	12
⑧ 柏市地域医療拠点	22	25	13	11	8	52	25	36	3	5	7	0
⑨ 市川市地域医療拠点	3	10	1	0	0	6	19	3	0	0	1	0

ヒアリング結果概要を以下に示す。

### ■ 石巻情報連携協議会

- ・ 服薬指示、残薬状況等の薬に関する情報は、身体状況や生活状況に影響を与えやすく、医療事業者にとっても介護事業者にとっても重要な情報である。
- ・ ホームヘルパーは訪問頻度が高く、患者・利用者の日々の状態を把握できている。そのため、ホームヘルパーが把握している排泄や食事、睡眠等の生活状況を共有することに意義がある。
- ・ 褥瘡等の皮膚状況は言葉では伝わらない事が多いため、写真による共有が望ましい。
- ・ 患者毎に医師がバイタルの閾値を設定している。

■ 尾道医療介護連携協議会

- ・ 医師の処置・処方、注射情報、検査データ、画像等の医療情報を多職種間で共有することで、検査や処方の重複を防ぐことが可能となる。
- ・ 現在までは病院完結型の情報共有が多かったが、今後は在宅医療・介護において発生する情報共有の必要性を感じている。(連携システム事業運営協議会を設置しシステム化に着手)
- ・ 情報入力への負担がかかりすぎないように、各専門職は現場で知り得た情報のみをシステムに入力することが望ましい。

■ 北九州市医師会

- ・ ホームヘルパーは日々の生活に関する情報、例えば喫煙を禁止されているにも関わらず喫煙している、トイレが汚れている、といったような詳細な情報を把握しており、そのような日々の生活情報を共有することが望ましい。
- ・ 特に重症患者は薬への依存度が高く、薬に関する情報を把握しておくことが非常に重要である。服薬の用法・用量に関する情報を共有することが望ましいが、最低限、薬の名前だけでも共有できると良い。
- ・ 訪問頻度が低い医師にとって、日々のバイタル情報は非常に重要である。バイタルをシステムで共有していれば、訪問しなくとも状態を把握することができる。
- ・ システムで情報連携する意義が高いのは、状態が変化しやすいターミナル患者や難病患者と考えられる。

■ 福井県坂井地区医師会

- ・ 県及び坂井地区広域連合、坂井地区医師会が連携して、約70事業所が在宅情報共有システムを利用している。
- ・ 治療・ケアの方針や患者の生活状況、通所サービスの情報共有など7割以上の関係者からメリットがあると好評である。
- ・ 現在、介護事業所の参加者を増やすためタブレット端末の無償貸出し、システム利用研修を実施している。

■ 横浜市（在宅医ネットよこはま）

- ・ 診療所の医師、看護、介護事業所など約80箇所で連携して「在宅医ネットよこはま」を運用している。
- ・ 連絡ミスなどが起きないように関係者が情報共有を早く正確に効率的に対応するためにも情報システムの利用効果はあると判断して利用している。

■ 山形県鶴岡市医師会

- ・ 極力入力に要する負担がかからず利用してもらえるシステムづくりを心掛けている。そのため、特定の情報項目は設定しておらず、全てフリーコメントで入力する運用にしている。
- ・ 訪問した際に患者・利用者の容態が変化していなくてもその旨を入力してもらうことで、医師は対応の必要有無を判断できる。
- ・ ID-Link を介した Net4U では、所見や処置、検査等を入力する機能がある。患者・家族やホームヘルパー向け Web 連絡ノート機能の Note4U には、所見を除く情報を共有することが可能である。

■ 盛岡市（在宅医療チームもりおか）

- ・ 独自開発したシンプルな情報共有システムを地域の医療機関や介護関係事業者約 600 人が利用している。
- ・ 情報共有するためのメッセージは「1 日に約 160 件の書き込みがあり、どのような情報項目を書き込むかは、職種によりひな形があり、どのような情報内容を書き込むか分かりやすくしている。

■ 柏市地域医療拠点

- ・ 医師会と市役所など地域の医療機関や介護関係事業者が連携して、在宅医療連携拠点事業における在宅医療と介護の連携を進めている
- ・ これまで約 3 年におよび情報システムによる情報共有の試行を行ってきたが、来年 4 月より本格稼働を迎える
- ・ 情報共有については、これまでの試行結果を踏まえて、共有する情報項目や共有の仕方などについて検証し、ルール化をして本番運用を進める予定

■ 市川市地域医療拠点

- ・ 在宅医療連携拠点事業として市役所が医師会などの協力を得て推進体制を整備し推進している
- ・ 市は従来から地域包括支援センターに関わる介護業務システムをクラウドシステムとして利用しており、地域の介護事業所との連携が進められている

ヒアリングの結果、先進地域の中で半数以上の地域で共有の実績がある情報項目を抽出した。抽出された情報項目は以下のとおりである。

図表 2-3 ヒアリング調査（先進地域）による情報項目の抽出

		情報項目	
固定情報	基本属性	1 患者氏名	
		2 患者性別	
	患者基本	3 患者生年月日(年齢)	
		5 患者住所	
	住居・家族	6 患者電話番号	
		7 介護保険(保険者名・保険者番号・被保険者番号)	
	変化情報	医療基本	8 医療保険(保険者名・保険の種類・被保険者番号)
			9 医療保険(手帳の記号・番号・公費の有無)
		介護生活	19 家族氏名
			23 家族電話番号／携帯番号
診療・処置・ケア		31 役割(キーパーソン／主介護者／副介護者／緊急連絡者)	
		32 同居家族	
			36 かかりつけ医(主病名、医療機関名、診療科目、医師名)
			39 既往歴
			40 現在の疾患、特定疾患、感染症
			41 アレルギー(薬物・食物アレルギー／禁忌薬)
		42 病状説明、患者の健康状態(病態変化、対処、留意すべきこと、指示したこと、予後・余命、理解)	
		44 今後の方針(医療・ケアの方針／看取りの意向／本人・家族の意向、訴え／主訴)	
		45 装着機器(機器名)	
		46 医療処置(皮膚・カテーテル・人工呼吸器・酸素療法・血液浄化)	
		47 薬(薬品名、副作用、調剤日、処方者名、医療機関名、剤形、色、服用内容(回数、時期))	
		50 要介護認定(区分・認定有効期間)／自立度	
		55 身体機能評価(認定調査項目)	
		56 生活機能評価(認定調査項目)	
		57 認知機能評価(認定調査項目)	
		62 治療、痛み、症状	
		63 バイタルサイン(血圧・脈拍・呼吸・体温・SpO2)	
		65 残薬状況・服薬指示	
		66 皮膚の状況、処置内容	
		71 検査結果	
		67 食事・水分(主食量・副食量・水分点滴・状態)	
		68 排泄状況(排尿量、排便量、便の硬さ、緩下剤の使用状況、失禁)	
		72 口腔(嚥む、飲込む、食形態、食補助、口腔ケア、特記事項)	
		85 訪問スケジュール(日程、当日時間)	

※ 半数以上の地域で共有の実績がある情報項目を抽出

## 2-1-2 アンケート調査

既に先行して行われている二つのアンケート調査結果より、在宅医療と介護の連携実績及び必要性が高い情報項目を抽出した。一つは東京大学 高齢社会総合研究機構が行った調査、もう一つは慶應義塾大学 ICT活用に関する研究班が行った調査である。

東京大学の調査は、情報項目44項目のうち、医療関係者と介護関係者が共有する情報項目に分け、それぞれの実績あるいは必要性の割合を決定した。慶應義塾大学の調査は、情報項目31項目のうち実績あるいは必要性の割合を決定した。最終的には、実績あるいは必要性が60%以上の情報項目を抽出した。

図表 2-4 アンケート調査概要

東大調査	(1)調査者	東京大学 高齢社会総合研究機構
	(2)調査期間	平成24年12月20日～平成25年2月8日
	(3)調査対象	郡市医師会、診療所、居宅介護支援事業所、地方公共団体
	(4)有効回答数	1,123団体
	(5)調査方法	アンケート調査票の郵送
	(6)事業名	平成24年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
慶応大調査	(1)調査者	慶應義塾大学 ICT活用に関する研究班
	(2)調査期間	平成25年1月31日
	(3)調査対象	在宅医療連携拠点(診療所、医師会、病院)
	(4)有効回答数	53団体
	(5)調査方法	アンケート調査票の郵送
	(6)事業名	平成24年度厚生労働科学特別研究事業

図表 2-5 情報項目の実績及び必要性

		共有している情報項目(実績)	共有の必要性がある情報項目(必要性)
東京大学 調査	医療関係者	44項目 25%～49%	44項目 42%～72%
	介護関係者	44項目 34%～66%	44項目 37%～83%
慶應義塾大学 調査	医療関係者	31項目 17%～72%	31項目 とても必要は25項目



**実績あるいは必要性が60%以上の情報項目を抽出**

図表 2-6 及び図表 2-7 に掲げる情報項目は、どの地域の関係者も共通して在宅医療と介護の連携において共有する情報として必要であると高く評価されている情報項目である。

しかし、実際に共有している情報の実績は必要ではあるが共有されていない地域が多い

ため集計数値は低くなっている。これは現場において実際の情報共有する方法や医療・介護連携の成熟度などにおいて地域格差があるため情報共有がされていないと考えられる。今後は、標準化が進みガイドラインが整備されることによって実績と必要性の格差は解消されることが期待できる。

図表 2-6 情報項目の実績及び必要性（東京大学）

高 ↑ 実績と必要性	情報項目	東京大学IOG	東京大学IOG
		実態調査 (実績)	実態調査 (必要性)
	51 サービス内容(種別・事業所名・担当者・電話番号)	66%	83%
	55 身体機能評価(認定調査項目)	64%	81%
	61 日常生活自立度(障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度)	64%	81%
	56 生活機能評価(認定調査項目)	64%	81%
	57 認知機能評価(認定調査項目)	59%	81%
	19 家族氏名	58%	76%
	31 役割(キーパーソン/主介護者/副介護者/緊急連絡者)	58%	76%
	32 同居家族	58%	76%
	20 家族続柄	58%	76%
	21 家族(生年月日・年齢)	58%	76%
	22 家族住所	58%	76%
	35 駐車場の有無	58%	72%
	36 かかりつけ医(主病名、医療機関名、診療科目、医師名)	58%	74%
	39 既往歴	56%	74%
	26 家族(健康状態・介護力)	55%	76%
	46 医療処置(皮膚・カテーテル・人工呼吸器・酸素療法・血液浄化)	54%	71%
	45 装着機器(機器名)	54%	71%
	43 閾値(血圧/体温/SpO2/体重)	54%	71%
	42 病状説明、患者の健康状態(病態変化、対処、留意すべきこと、指示したこと、予後・余命、理	51%	51%
	44 今後の方針(医療・ケアの方針/看取りの意向/本人・家族の意向、訴え/主訴)	51%	51%
	40 現在の疾患、特定疾患、感染症	50%	74%
	65 残薬状況・服薬指示	50%	72%
	63 バイタルサイン(血圧・脈拍・呼吸・体温・SpO2)	50%	72%
	72 口腔(嚙む、飲み込む、食形態、食補助、口腔ケア、特記事項)	50%	72%
	71 検査結果	50%	72%
	33 住居(種別・写真・間取り)	49%	72%
低	34 居室状況(専用居室の有無/階数/エレベーター/日当たり/暖房/冷房)	49%	72%

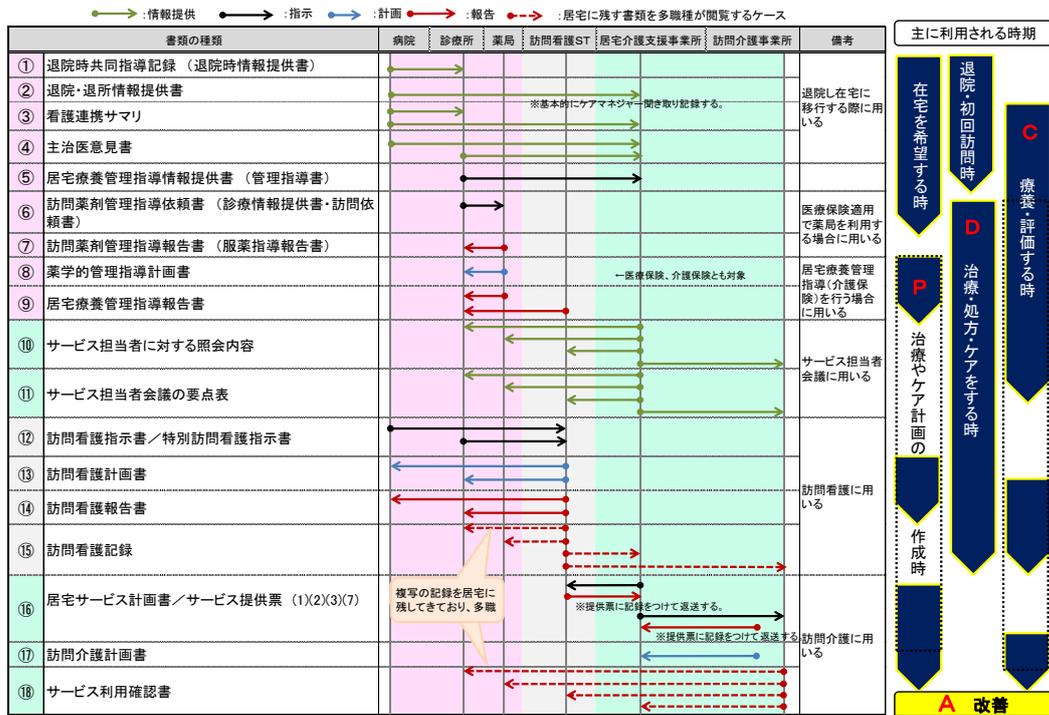
図表 2-7 情報項目の実績及び必要性（慶應義塾大学）

高 ↑ 実績と必要性	情報項目	実績	必要性	3:必要 4:とても必要
		42	病状説明、患者の健康状態(病態変化、対処、留意すべきこと、指示したこと、予後・余命、理解)	
	31 役割(キーパーソン/主介護者/副介護者/緊急連絡者)	70%	4	
	50 要介護認定(区分・認定有効期間)/自立度	70%	4	
	40 現在の疾患、特定疾患、感染症	70%	4	
	39 既往歴	70%	4	
	47 薬(薬品名、副作用、調剤日、処方者名、医療機関名、剤形、色、服用内容(回数、時期))	70%	4	
	57 認知機能評価(認定調査項目)	64%	4	
	74 現在の生活状況	62%	4	
	44 今後の方針(医療・ケアの方針/看取りの意向/本人・家族の意向、訴え/主訴)	57%	4	
	26 家族(健康状態・介護力)	55%	4	
	55 身体機能評価(認定調査項目)	55%	4	
	46 医療処置(皮膚・カテーテル・人工呼吸器・酸素療法・血液浄化)	55%	4	
	63 バイタルサイン(血圧・脈拍・呼吸・体温・SpO2)	55%	3	
	68 排泄状況(排尿量、排便量、便の硬さ、緩下剤の使用状況、失禁)	53%	4	
	67 食事・水分(主食量・副食量・水分点滴・状態)	53%	4	
	76 治療状況(カルテ要約)	53%	4	
	83 ケアプラン	53%	4	
	34 居室状況(専用居室の有無/階数/エレベーター/日当たり/暖房/冷房)	53%	3	
	41 アレルギー(薬物・食物アレルギー/禁忌薬)	49%	4	
	77 生活歴	49%	3	
	58 精神・行動障害機能評価(認定調査項目)	47%	4	
	59 社会生活適応機能評価(認定調査項目)	47%	3	
	69 睡眠状況	43%	4	
	17 経済状況	40%	3	
	79 緊急時の救命措置に対する希望	38%	4	
	82 看護計画	36%	3	
	81 主治医意見書	36%	3	
	71 検査結果	36%	3	
	65 残薬状況・服薬指示	34%	4	
	78 本人の価値、人生観	30%	4	
	75 治療状況(カルテそのもの)	26%	3	
低	80 地域連携パス	17%	3	

### 2-1-3 業務書類

現在、在宅医療と介護の連携において業務上で頻りに利用されている業務書類を調査し、情報項目の出現度を分析した。なお、退院してから在宅に移行するケースも多いため、退院時に発生する退院時共同指導記録や看護連携サマリも業務書類の中にも含めている。

図表 2-8 業務書類の概要



各業務書類にある情報項目をそれぞれ調査し出現率の高いものを抽出したところ、以下のとおりとなった。

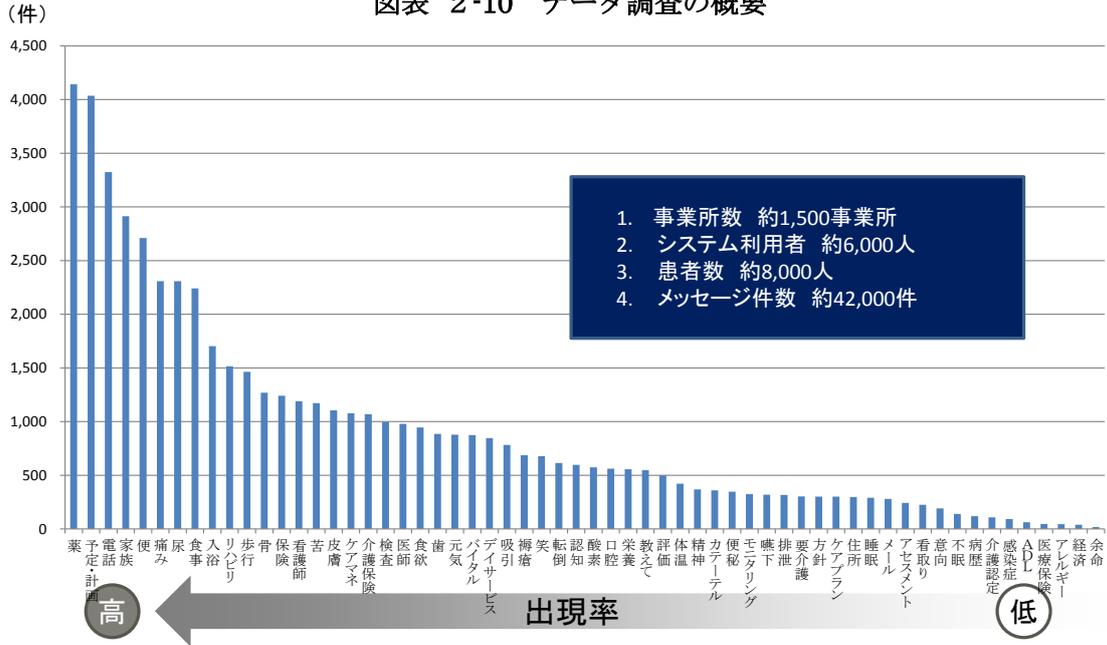
図表 2-9 業務書類の概要



## 2-1-4 データ調査

情報共有システムで実際に共有されている情報項目を、多職種間におけるメッセージ約4万2千件を分析して抽出した。多職種間におけるメッセージでよく使われている主な言葉（単語）は、「薬」「予定」「排泄」「食事」「痛み」「家族」に関する内容が多い。

図表 2-10 データ調査の概要



## 2-2 全国共有情報の内容

### 2-2-1 情報項目抽出のプロセス

9団体に対する先進地域調査、1,176団体に対する各種調査・報告資料の調査、18種類の業務書類調査、約4万2千件のシステム情報共有調査から得られた結果を基に情報項目を抽出した。先進地域調査からは34項目、各種調査・報告資料調査からは40項目、業務書類調査からは25項目、システム共有情報調査からは24項目の情報項目が抽出された。それらを精査し、最終的に53項目に絞り込まれた。

図表 2-11 情報項目抽出のプロセス



## 2-2-2 情報項目一覧

情報項目は「固定情報」、いわゆるあまり変化しない情報と「変化情報」に大きく分けられる。「固定情報」は基本属性情報、患者基本情報、住居・家族情報、医療情報、介護情報に分けられる。「変化情報」は診療・処置・処方情報、ケア・生活情報に分けられる。

図表 2-12 情報項目一覧

固定情報	基本属性	1 患者氏名 2 患者性別 3 患者生年月日(年齢)	
	患者基本	5 患者住所 6 患者電話番号 7 介護保険(保険者名・保険者番号・被保険者番号) 8 医療保険(保険者名・保険の種類・被保険者番号) 9 医療保険(手帳の記号・番号・公費の有無)	
	住居・家族	19 家族氏名 20 家族続柄 21 家族(生年月日・年齢) 22 家族住所 23 家族電話番号/携帯番号 26 家族(健康状態・介護力) 31 役割(キーパーソン/主介護者/副介護者/緊急連絡者) 32 同居家族 33 住居(種別・写真・間取り) 34 居室状況(専用居室の有無/階数/エレベーター/日当たり/暖房/冷房) 35 駐車場の有無	
	基本医療	36 かかりつけ医(主病名、医療機関名、診療科目、医師名) 38 医療機関(かかりつけ医以外) 39 既往歴 40 現在の疾患、特定疾患、感染症 41 アレルギー(薬物・食物アレルギー/禁忌薬) 42 病状説明、患者の健康状態(病態変化、対処、留意すべきこと、指示したこと、予後・余命、理解) 43 閾値(血圧/体温/SpO2/体重) 44 今後の方針(医療・ケアの方針/看取りの意向/本人・家族の意向、訴え/主訴) 45 装着機器(機器名) 46 医療処置(皮膚・カテーテル・人工呼吸器・酸素療法・血液浄化) 47 薬(薬品名、副作用、調剤日、処方者名、医療機関名、剤形、色、服用内容(回数、時期))	
	基本介護生活	49 障害認定(療育・身障・種別・等級)/自立度 50 要介護認定(区分・認定有効期間)/自立度 51 サービス内容(種別・事業所名・担当者・電話番号) 52 サービス期間(頻度・期間・利用する曜日・所要時間) 53 処置方法(排泄、吸引・吸入、点滴、注射、麻薬) 55 身体機能評価(認定調査項目) 56 生活機能評価(認定調査項目) 57 認知機能評価(認定調査項目) 61 日常生活自立度(障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度) 83 ケアプラン	
	変化情報	診療・処置・処方	62 治療、痛み、症状 63 バイタルサイン(血圧・脈拍・呼吸・体温・SpO2) 65 残薬状況・服薬指示 66 皮膚の状況、処置内容 71 検査結果 76 治療状況(カルテ要約)
		ケア・生活	54 リハビリ 67 食事・水分(主食量・副食量・水分点滴・状態) 68 排泄状況(排尿量、排便量、便の硬さ、緩下剤の使用状況、失禁) 69 睡眠状況 72 口腔(嚥む、飲込む、食形態、食補助、口腔ケア、特記事項) 74 現在の生活状況 85 訪問スケジュール(日程、当日時間)

合計：53項目

## 3 標準的な共有情報のあり方

### 3-1 共有情報における基本的な考え

#### 3-1-1 情報共有の標準化に向けて

在宅医療と介護の連携に有効な共有情報を標準項目として特定するのは非常に難しい。それはどのような情報を共有すると効果があるのかは患者の状態等によって異なることが多いため必要な共有情報は固定ではなく変動するからである。

しかし、いずれ他の関係者が保有している情報を必要になるかもしれないからといって、常に情報を共有できるようにしておくことは負担が大きくて非現実的である。一方で、必要な時に情報を共有したいと思ってもその情報を持っている関係者が共有できるように準備しておかないと共有できないことも考えられる。

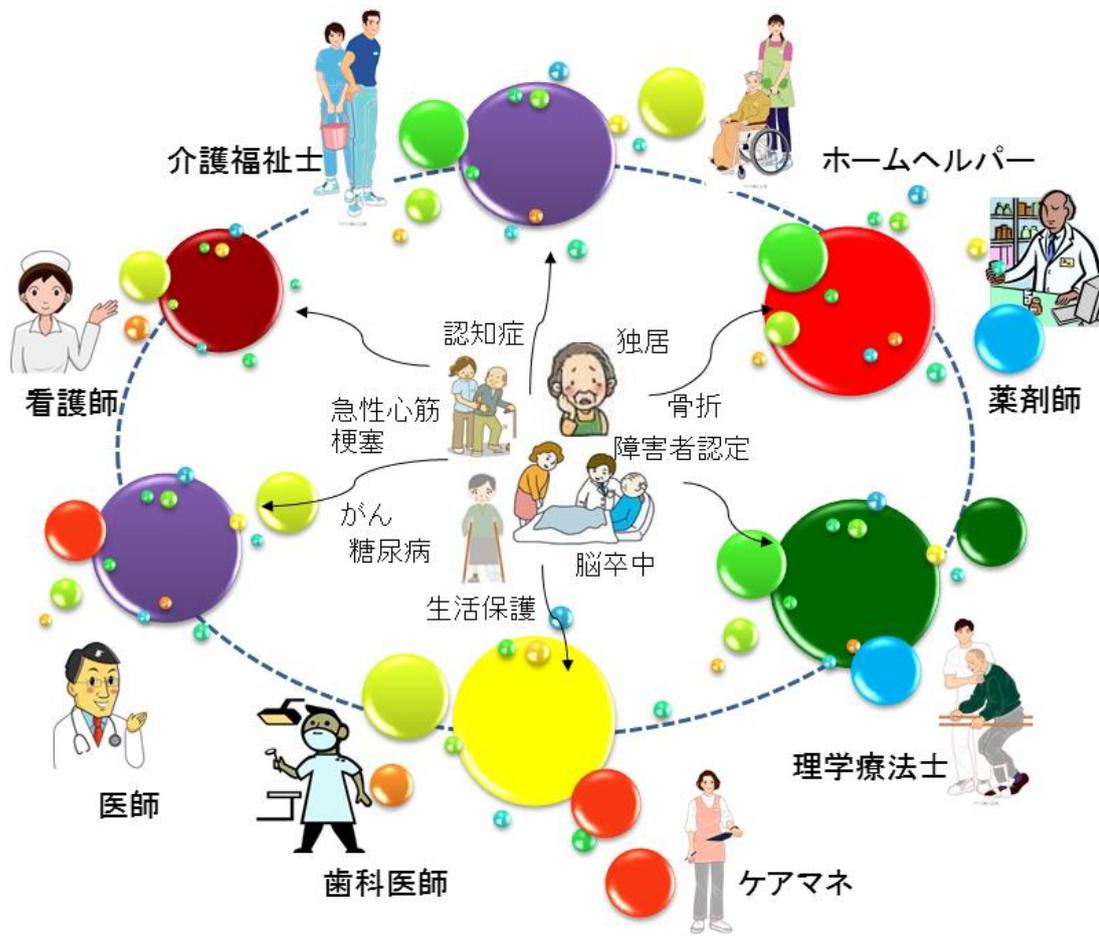
また、共有情報が標準化されたからといって、共有するために必ず対処しなければならないことで各現場の負担が増えて困らないようにしなければならない。そして情報システムを利用した情報共有の標準化をしても、実際の現場では紙（帳票等）による情報共有も行われていることも考慮して、情報システムを活用した運用と紙を活用した運用を整合性のある実用に配慮した共有情報の標準化を基本的な方針として進めていかなければならない。

このため共有情報の標準化は、共有する情報を一律的に決めることではなく状況に応じて柔軟に必要な共有情報を選択できるようにする必要がある。

また、今後は、情報システムによる情報共有がある程度成熟した段階では、患者の病状（がん、糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞）や生活環境（認知症、独居、生活保護）などの状況によって、どのような情報を共有するとよいのかを実績から抽出された標準モデルができるとうい。

さらに共有情報の標準化によって、様々な情報システムは標準仕様に準拠して共通基盤を活用することで、在宅医療と介護に関する共有情報の共有は実現できる。情報システムを提供するベンダー各社は情報システムの標準化に取り組みユーザーのニーズに応えるよう期待する。

図表 3-1 患者の状況に応じた共有情報と関係職種



### 3-1-2 共有情報の種類

在宅医療と介護の連携において、必要な共有情報は、数多く多岐に及び共有情報は標準化されたシームレスな対応が求められる。そのため、連携が必要な地域や在宅医療及び介護の関係者、利用する情報システムについては必要な共有情報を連携できる環境を整える必要がある。

共有情報は、その時々における患者の状態や関係者の業務手順、内容等によって必要な情報の内容や取り扱いが異なり、実際に必要となる情報は標準的で定型的な共有情報だけでは困ることが考えられます。そのため各地域の現場の実情に応じて共有情報を選択できるような柔軟な共有情報のあり方を考える必要がある。

共有情報は、バイタルサインのように患者の状態等によって頻繁に変化する情報もあるが、一方で氏名や住所などのようにあまり変化しない情報もある。また、既往歴などのように過去の情報やケアプランなどのように今後の計画に関する情報もある。

そのため共有情報を取り扱う場合には、その情報の性質を踏まえて対応する必要がある。頻繁に変化する情報を共有する場合には、最新の情報をいつも関係者が共有する必要があるのか、また、情報を更新する入力作業が負担にならないか等について、チェックしておく必要がある。

また、患者の状態等によって変化する情報については、その変化の頻度や入力作業の負担に関係なく情報を迅速に共有して必要な処置やケアをしなければならない場合もある。そのためどのような情報を共有するのかについては、患者を担当する関係者がよく話し合っ  
て決める必要がある。また、共有する情報だけでなく共有の方法や利用環境についても影響があるのでよく検討する。

## 標準的な共有情報（237種類）

標準的な共有情報の決定にあたっては、全国の先進事例や職能団体、有識者の意見などを参考にして237種類の情報項目が抽出された。

その共有情報は大別すると「患者属性」、「住居・家族」、「医療」、「介護・生活」、「診療・ケア」の5分類に分けることができる。

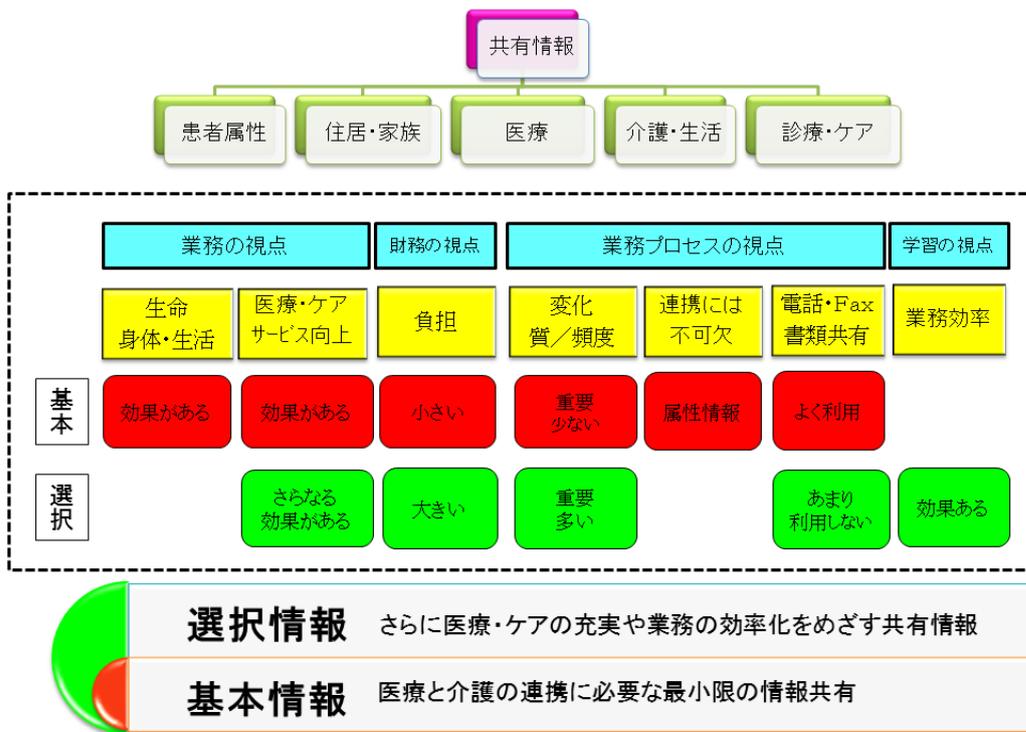
**基本情報** …… 86項目

- > 在宅医療と介護の連携に必要な最小限の情報共有
- > 在宅療養の開始時や患者の容態や生活等に重大な変化が生じた時に共有する
- > これまで帳票や電話、Fax等による情報の共有がされている

**選択情報** …… 151項目

- > 患者に対するきめ細かな在宅療養の見守り体制を強化する段階に共有する
- > さらなる医療・ケアの充実や業務効率の効果化をめざして共有する

図表 3-2 共有情報の種類



## 3-2 共有情報の標準化

### 3-2-1 患者属性に関する情報項目

#### (1) 説明

患者属性に関する情報項目としては33種類ある。このうち医療と介護の連携に必要な最小限の「基本情報」に分類される情報項目は15種類あり、情報共有する上で欠かせない氏名などの情報がある。また、「選択情報」に分類される情報項目としては18種類ある。

なお、これらの情報は、最初に登録されたあとはあまり変化しない情報が殆どである。

#### (2) 使う場面（例）

患者が医療や介護サービスを利用するときを使う

- 患者の住所を確認する
- 患者に連絡する
- 医療や介護保険の資格要件を確認する
- 障害や介護、生活保護の状況を確認する

#### (3) 情報の登録及び変更・削除

##### ① 情報源

- 医療保険証／介護保険証
- 障害手帳
- 看護サマリ／退院時情報提供書
- その他（患者や家族からの聞き取りなど）

##### ② 頻度・時期

- 新規登録：退院や通院困難で在宅療養を開始するときに登録する
- 変更・削除：変更時 訪問時等において確認したとき

(参考) 画面イメージ

図表 3-3 患者属性 画面イメージ

### 患者属性 基本情報の画面イメージ

**在宅療養を開始する時に情報を登録する**

**【利用される場面】**

- 主には患者(利用者)が医療・介護サービスを受けるときに利用する。
- 訪問する際に患者・利用者の住所を確認する
- 患者(利用者)に電話等で連絡する
- 医療・介護保険の資格要件に変更がないかを定期的に確認する
- 障害や要介護度、生活保護などの状況を確認する

登録にあたっての参考文書

- 退院時情報提供書
- 看護サマリ
- 医療保険証

在宅医療・介護連携におけるプロセス

退院

↓

計画

↓

訪問

↓

報告

主な情報の入力者 (例)

- 地区医師会
- 地域医療拠点
- 病院地域連携室
- 在宅医療の診療所
- 居宅介護支援事業所等々
- における関係者が入力

主な入力の方法 (例)

- ・パソコンから入力する
- 入力操作
- ・情報システム間でデータ交換
- 情報連携基盤
- 互換性のある情報システム



※ 共有情報が情報システムではどのように利用されるのかをイメージするため参考を示した。実際に存在する情報システムの画面や推奨する画面を示したものではない。

## (4) 共有する情報項目

図表 3-4 患者属性に関する情報項目

No	中項目	小項目	区分	変化 頻度	複数 データ	備考
1	基本属性	氏名（よみがな）	基本			
2		性別	基本			
3		生年月日	基本			
4	住所	郵便番号	基本	小		
5		住所	基本	小		
6	電話番号	自宅	基本	小		
7		携帯	選択	小		
8		FAX	選択	小		
9	介護保険	保険者名	基本	小		
10		保険者番号	基本	小		
11		被保険者番号	基本	小		
12	医療保険	保険者名	基本	小		
13		保険の種類	基本	小		
14		被保険者番号	基本	小		
15		手帳の記号	選択	小		
16		番号	選択	小		
18	公費情報	種別	選択	小	有	生活保護、結核、原爆、等
19		受給者番号	選択	小		
20		負担者番号	選択	小		
21		認定年月日	選択	小		
22	障害認定	受給者証番号	選択	小		
23		障害程度区分	選択	小		
24		支給市町村名	選択	小		
25		支給市町村番号	選択	小		
26	要介護認定	要介護度	基本	小		
27		認定有効期間	基本	小		
28		認定状態	基本	小		認定済／申請中
29	現在の仕事／経済状況		選択	小		
30	性格／趣味		選択	小		
31	喫煙／飲酒		選択	小		
32	眼鏡／コンタクト		選択	小		

No	中項目	小項目	区分	変化 頻度	複数 データ	備考
33	補聴器／歩行器／杖		選択	小		

(参考) 共有情報の表示方法及び構造化 一例

図表 3-5 No26 : 要介護認定/要介護度の共有情報の構造化 (例)

表示方法	データ保存
非該当	0
要支援1	1
要支援2	2
要介護1	3
要介護2	4
要介護3	5
要介護4	6
要介護5	7

### 3-2-2 住居・家族に関する情報

#### (1) 説明

住居・家族に関する情報項目としては23種類ある。このうち必要最小限の情報を共有する「基本」に分類される情報項目は9種類あるが、この中には情報共有する上で欠かせない同居する家族の氏名などの情報がある。また、「選択」に分類される情報項目として14種類ある。なお、これらの情報項目は最初に登録されたあとはあまり変化しない情報が多い。

#### (2) 使う場面（例）

医療や介護サービスを利用するときに使う

- 家族関係を調べる
- 家族の協力が必要な時使う
- 家族に連絡をしたい時に使う
- 居住環境を確認したい時に使う

#### (3) 情報の登録及び変更・削除

##### ① 情報源

- 看護サマリ／退院時情報提供書
- その他（患者や家族からの聞き取り）

##### ② 頻度・時期

- 新規登録：退院時など在宅療養を開始するときに登録される情報が多い
- 変更・削除：変更時 訪問時等において確認したとき

##### ③ 入力者

- 居宅介護支援事業所の介護支援専門員等がサービス担当者会議や定期的なケアプラン作成時に居宅に訪問した際に把握した内容を登録する
- ホームヘルパー等も居宅に訪問している際に家族・居住環境の変化に気がついた時は自ら入力するか、介護支援専門員に報告し介護支援専門員が登録する

(参考) 画面イメージ

図表 3-6 住居・家族 画面イメージ

### 住居・家族 基本情報の画面イメージ

在宅療養を開始直後の訪問時に情報を登録する

**【利用される場面】**  
主には患者(利用者)が医療・介護サービスを受けるときなどに利用する情報。  
 家族関係を調べる  
 家族等の協力を仰ぎたいかの判断する時、家族介護力を確認する  
 緊急時など家族に連絡を取りたい時に確認する  
 医療や介護サービスが適切に提供できる居住環境か確認する

登録にあたっての参考文書  
退院時情報提供書 訪問介護サービス計画書 聞き取り

在宅医療・介護連携におけるプロセス

退院

↓

計画

↓

訪問

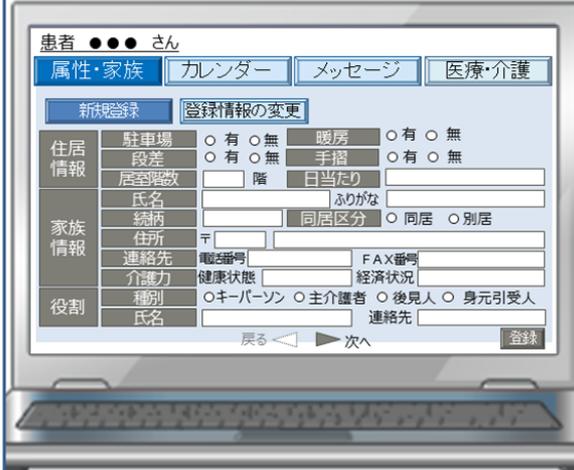
↓

報告

主な情報の入力者(例)  
主治医  
訪問看護師  
介護支援専門員  
ホームヘルパー  
などが入力する

主な入力の方法(例)  
・パソコンから入力する  
入力操作

・情報システム間でデータ交換  
情報連携基盤  
互換性のある情報システム



※ 共有情報が情報システムではどのように利用されるのかをイメージするため参考に示した。実際に存在する情報システムの画面や推奨する画面を示したものではない。

※ 家族情報及び役割に関する情報は複数件の表示が可能

## (4) 共有する情報項目

図表 3-7 住居・家族基本情報の情報項目

No	中項目	小項目	区分	変化 頻度	複数	備考
1	家族基本	氏名(よみがな)	基本		有	
2		続柄	基本			
3		生年月日	選択			
4		同居区分	基本	小		同居／別居(遠方・近隣)
5		病気の有無	選択	小		死因(病名)
6		構成図	選択	小		
7	家族住所	郵便番号	選択	小		
8		住所	基本	小		
9	家族連絡先	電話番号	基本	小		
10		FAX	選択	小		
11	家族介護力	健康状態	基本	小		
12		介護可能時間	選択	小		
13		経済状況	選択	小		
14	役割	種別	基本		有	キーパーソン、主介護者、 副介護者、後見人、緊急連 絡者、身元引受人
15		氏名(ふりがな)	基本			
16		連絡先(電話番号)	基本	小		
17	住居	種別	選択	小		戸建／集合住宅
18		駐車場有無	選択	小		
19		段差の有無	選択	小		
20		手摺の有無	選択	小		
21		居室階数	選択	小		
22		暖房の有無	選択	小		
23		日当たり状況	選択	小		

(参考) 共有情報の表示方法及び構造化 一例

図表 3-8 No14 : 役割/種別の共有情報の構造化 (例)

表示方法	データ保存
キーパーソン	0
主介護者	1
副介護者	2
後見人	3
緊急連絡先	4
身元引受人	5

### 3-2-3 医療（医科／歯科／薬）に関する情報項目

#### (1) 説明

医療に関する情報項目としては59種類ある。このうち必要最小限の情報を共有する「基本」に分類される情報項目は35種類あるが、この中には看取りのいこう方針や治療やケアの方針など重要な情報がある。また、「選択」に分類される情報項目として24種類ある。

なお、これらの情報項目については最初に登録されたあとはあまり変化しない情報（変化頻度が小）が30種類あるが、実施される検査結果や病態変化時の対応など状況によって変化する情報項目（変化頻度が中）として29種類の情報がある。

#### (2) 利用される場面（例）

医療従事者が医療サービスを提供する際に用いる。

- 処方箋を発行する際や調剤し訪問服薬指導等をする際に確認する
- 医師が診療・治療する際に確認する
- 訪問看護師が処置する際に確認する。

#### (3) 情報の登録及び変更・削除

##### ① 情報源

- 看護サマリ／退院時情報提供書
- 主治医意見書
- 居宅療養管理指導情報提供書
- 検査記録
- その他

##### ② 頻度・時期

- 新規登録：当初1回 退院時など在宅療養を開始するとき
- 変更・削除：変更時 訪問時等において確認したとき

##### ③ 入力者

- 主に医師や訪問看護師が入力する。

(参考) 画面イメージ

図表 3-9 医療 画面イメージ

### 医療 基本情報の画面イメージ

**在宅療養開始時や診療計画策定時に登録する**

**【利用される場面】**

- 患者の診療・看護計画を策定するときに利用する情報
- 病態の急変時における対処を伝える
- 留意すべきことを伝え、指示する
- 装着・使用する医療機器を準備する
- 医科及び歯科のかかりつけ医を把握する

登録にあたっての参考文書

退院時  
情報提  
供書

診療  
記録

看護  
記録

在宅医療・介護連携  
におけるプロセス

退院

↓

計画

↓

訪問

↓

報告

### 医療 基本情報の画面イメージ

**今後の方針などの情報を共有する**

**【利用される場面】**

- 患者の診療・看護計画を策定するときに利用する情報
- 治療・ケアの方針を共有する
- 本人・家族の意向を確認する

登録にあたっての参考文書

退院時  
情報提  
供書

診療  
記録

聞き取り

在宅医療・介護連携  
におけるプロセス

退院

↓

計画

↓

訪問

↓

報告

※ 共有情報が情報システムではどのように利用されるのかをイメージするため参考に表示した。実際に存在する情報システムの画面や推奨する画面を示したものではない。

## (4) 共有する情報項目

図表 3-10 医療に関する情報項目

No	中項目	小項目	区分	変化頻度	複数	備考
1	医科	種別	基本	小	有	かかりつけ
2		医療機関名	基本	小		
3		診療科目	基本	小		
4		担当医師名	基本	小		
5		連絡先	基本	小		
6	歯科	種別	基本	小	有	かかりつけ
7		医療機関名	基本	小		
8		担当歯科医師名	基本	小		
9		連絡先	基本	小		
10	薬局	種別	基本	小	有	
11		薬局名	基本	小		
12		担当薬剤師名	基本	小		
13	既往歴	診断日付	基本	小	有	年月
14		診断名	基本	小		要約された内容
15	現在の疾患	診断日付	基本	小	有	年月
16		疾患名	基本	小		
17		特定疾患名	基本	小		
18		不整脈の有無	基本	小		
19	重要事項説明 (医科・歯科)	病態変化時の対処	基本	中	有	
20		留意すべきこと	基本	中		
21		指示したこと	基本	中		含(家族への指示)
22	装着・使用 医療機器	機器名	選択	小	有	
23		使用頻度・回数	選択	小		
24	閾値	状態変化の警報閾値	選択	中		バイタルサイン上下限
25	感染症	種別	選択	小	有	梅毒、B型肝炎、C型肝炎、耐性黄色ブドウ球菌、肺結核、その他
26		伝達事項など	選択	小		
27	アレルギー	種別	基本	小	有	薬剤、食物、その他
28		伝達事項	基本	小		禁忌、相互作用

No	中項目	小項目	区分	変化頻度	複数	備考
29	検査記録	検査日	選択	中	有	
30		検査機関名	選択	中		
31		身長	選択	中		BMI は自動算定
32		体重	選択	中		BMI は自動算定
33		生化学検査項目	選択	中		
34		血清・血液学検査	選択	中		
35		検査報告内容	選択	中		
36	入院の記録	入院日	選択	小	有	
37		退院日	選択	小		
38		医療機関名	選択	小		
39		診療科	選択	小		
40		担当医師	選択	小		
41	今後の方針 (医科・歯科・薬)	治療・ケアの方針	基本	中	有	後方支援病院など 緊急時の対応場所
42		看取りの方針	基本	中		
43		本人・家族の意向	基本	中		気持ち／心の負担／ 胃瘻希望
44		主訴・問題点	基本	中		
45		予後・余命、理解	基本	中		
46	特別な医療処置	種類	選択	中	有	(要介護認定調査項目)
47		説明	選択	中		点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマ・人工肛門の処置、酸素療法レスピーター・人工呼吸器、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養モニター測定、褥瘡の処置、カテーテル
48	歯科	過去1年の歯科受診の有無	基本	中		
49		歯科診療・処置(義歯、歯周病)の状況	基本	中		
50		専門職による口腔ケアの状況	基本	中		
51		摂食・嚥下や食形態等の指導に歯科医師が参加	基本	中		
52		歯科専門職の連携状況	基本	中		

No	中項目	小項目	区分	変化頻度	複数	備考
53	薬	薬品名	基本	中	有	
54		副作用	選択	中		
55		調剤日・調剤方法	選択	中		
56		処方者名	選択	中		
57		処方医療機関	基本	小		
58		剤形	選択	中		粉碎の要否
59		服用内容(回数、時期)	選択	中		

(参考) 共有情報の表示方法及び構造化 一例—

図表 3-11 No46 : 今後の方針/治療・ケアの方針の共有情報の構造化 (例)

表示方法	データ保存
在宅	0
病院	1
未定	2
その他	テキスト情報

### 3-2-4 介護・生活に関する情報項目

#### (1) 説明

介護・生活に関する情報項目としては71種類ある。このうち必要最小限の情報を共有する「基本」に分類される情報項目は4種類でケアサービス計画に関する重要な情報がある。また、「選択」に分類される情報項目は67種類である。

なお、これらの情報項目については、全て身体等の状況によって変化する情報である。

#### (2) 利用される場面（例）

介護従事者が介護サービスを提供する際に用いる。

- 処方箋を発行する際や調剤し訪問服薬指導等をする際に確認する
- 介護支援専門員が訪問する際に確認する
- 訪問看護師が訪問する際に確認する
- ホームヘルパーが訪問する際に確認する。

#### (3) 情報の登録及び変更・削除

##### ① 情報源

- サービス提供票
- 看護サマリ／退院時情報提供書
- 居宅療養管理指導情報提供書
- その他

##### ② 頻度・時期

- 新規登録：当初1回 退院時など在宅療養を開始するとき
- 変更・削除：変更時 訪問時等において確認したとき

##### ③ 入力者

- 基本的には、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が情報入力することが考えられる。

(参考) 画面イメージ

図表 3-12 介護・生活 画面イメージ

### 介護・生活 基本情報の画面イメージ

**要介護認定調査などアセスメントの情報を共有**

**【利用される場面】**

- 要介護認定調査員による調査や介護支援専門員などによるアセスメントを実施する

入力にあたっての参考文書

認定調査票

主な情報の入力者 (例)

介護支援専門員  
認定調査員  
などが入力する

主な入力の方法 (例)

- パソコンから入力する  
入力操作
- 情報システム間でデータ交換  
情報連携基盤

在宅医療・介護連携におけるプロセス

**退院**

↓

**計画**

↓

**訪問**

↓

**報告**

生活機能評価	支援なし	支援なしが困難を感じる	支援あり
移動	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
移動	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
移動	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
食事摂取	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
排泄	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
口腔清潔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
洗濯	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
整容	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
上着の着脱	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ズボン等の着脱	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
外出頻度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

※ 共有情報が情報システムではどのように利用されるのかをイメージするため参考に示した。実際に存在する情報システムの画面や推奨する画面を示したものではない。

## (4) 共有する情報項目

図表 3-13 介護・生活に関する情報項目

No	中項目	小項目	区分	変化 頻度	複数	備考
1	ケアサービス 計画	総合的な援助の方針	基本	中	有	
2		生活全般の課題ニーズ	基本	中		本人・家族の生活の過ごし方
3		援助目標(長期)	基本	中		
4		援助目標(短期)	基本	中		
5	身体機能評価 (認定調査項目)	麻痺等の有無	選択	中	有	
6		関節の動く範囲の制限の有無	選択	中		
7		寝返り	選択	中		
8		起き上がり	選択	中		
9		座位保持	選択	中		
10		両足での立体保持	選択	中		
11		歩行	選択	中		
12		立ち上がり	選択	中		
13		片足での立ち居保持	選択	中		
14		洗身	選択	中		
15		爪切り	選択	中		
16		握力	選択	中		
17		聴力	選択	中		
18	生活機能評価 (認定調査項目)	移乗	選択	中	有	
19		移動	選択	中		
20		嚥下	選択	中		
21		食事摂取	選択	中		食事補助の必要性
22		排尿	選択	中		
23		排便	選択	中		
24		口腔清潔	選択	中		
25		洗顔	選択	中		
26		洗髪	選択	中		
27		上着の着脱	選択	中		
28		ズボン等の着脱	選択	中		
29		外出頻度	選択	中		

No	中項目	小項目	区分	変化 頻度	複数	備考
30	認知機能評価 (認定調査項目)	意思の伝達	選択	中	有	
31		毎日の日課の理解すること	選択	中		
32		生年月日と年齢を言うこと	選択	中		
33		短期記憶	選択	中		
34		自分の名前を言うこと	選択	中		
35		場所の理解	選択	中		
36		徘徊	選択	中		
37		外出すると戻れないこと	選択	中		
38	精神・行動障害 (認定調査項目)	物を取られたなど被害的になること	選択	中	有	
39		作話をする事	選択	中		
40		泣いたり笑ったりして感情が不安定なこと	選択	中		
41		昼夜の逆転があること	選択	中		
42		しつこく同じ話をする事	選択	中		
43		大声を出すこと	選択	中		
44		介護に抵抗すること	選択	中		
45		家に帰るなどと言い落ち着きがないこと	選択	中		
46		一人で外に出たがり目が離せないこと	選択	中		
47		色々なものを集めたり無断で持ってくること	選択	中		
48		物を壊したり衣類を破いたりすること	選択	中		
49		ひどい物忘れ	選択	中		
50		意味もなく独り言や一人笑いをすること	選択	中		
51		自分勝手に行動すること	選択	中		
52		話がまとまらず会話にならないこと	選択	中		
53	社会生活に適応 に関する事 (認定調査項目)	薬の内服	選択	中		
54		金銭の管理	選択	中		
55		日常の意思決定	選択	中		
56		集団への不適応	選択	中		
57		買い物	選択	中		
58		簡単な調理	選択	中		
59		電話の利用	選択	中		

No	中項目	小項目	区分	変化頻度	複数	備考
60	日常生活自立度	障害高齢者日常生活自立度	選択	中	有	
61		認知症高齢者日常生活自立度	選択	中		
62	FIM	評価日	選択	中	有	
63		セルフケア	選択	中		
64		排泄	選択	中		
65		移乗	選択	中		
66		移動	選択	中		
67		コミュニケーション	選択	中		
68		社会認識	選択	中		
69	認知機能検査	評価日	選択	中	有	
70		HDS-R	選択	中		長谷川式簡易知能評価
71		MMSE	選択	中		認知機能検査

(参考) 共有情報の表示方法及び構造化 —例—

図表 3-14 No63 : FIM/セルフケアの方針の共有情報の構造化 (例)

表示方法	データ保存
食事	1~7
整容	1~7
清拭	1~7
更衣(上半身)	1~7
更衣(下半身)	1~7
トイレ	1~7

### 3-2-5 診療・ケアに関する情報

#### (1) 説明

診療・ケアに関する情報項目としては51種類ある。このうち必要最小限の情報を共有する「基本」に分類される情報項目は23種類で診療・処置に関する重要な情報がある。また、「選択」に分類される情報項目は28種類ある。なお、これらの情報項目については、いずれも身体等の状況によってよく変化する。

#### (2) 利用される場面（例）

関係者が患者（利用者）の日々の身体状況を確認する。

- バイタルサインの変化を確認する
- 食事・水分、排泄の状況
- 日々の生活状況からの変化を確認する
- 処方箋を変更した際に副作用等も含め患者の生活に与える影響を確認する

#### (3) 情報の登録及び変更・削除

##### ① 情報源

- 診療記録
- 看護記録

##### ② 頻度・時期

- 診療及びケアをするとき

##### ③ 入力者

- 全ての関係者が担当する。

(参考) 画面イメージ

図表 3-15 診療・ケア 画面イメージ

### 診療・ケア 日常情報の画面イメージ

#### 診療・ケア サービスカレンダー

【利用される場面】

- 誰が、いつ、どのような訪問サービスを予定しているのか
- 訪問日時の変更があれば

入力にあたっての参考文書

- 居宅サービス計画書
- 診療記録
- 看護記録

主な情報の入力者 (例)

全関係者

医師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、介護士

などが入力する

主な入力の方法 (例)

- パソコンから入力する
- 入力操作
- 情報システム間でデータ交換
- 情報連携基盤

在宅医療・介護連携におけるプロセス

退院

↓

計画

↓

訪問

↓

報告

### 診療・ケア 日常情報の画面イメージ

#### 診療及びケアに関する日常の情報を記録する掲示板

【利用される場面】

入力にあたっての参考文書

- 診療記録
- 看護記録

主な情報の入力者 (例)

全関係者

医師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、介護士

などが入力する

主な入力の方法 (例)

- パソコンから入力する
- 入力操作
- 情報システム間でデータ交換
- 情報連携基盤

在宅医療・介護連携におけるプロセス

退院

↓

計画

↓

訪問

↓

報告

## 診療・ケア 日常情報の画面イメージ

### バイタルサインの記録

#### 【利用される場面】

- 医師は訪問診療の際に計測したバイタル情報や診療・治療の記録等を入力する。
- 医師自身が入力することが難しい場合は、診療所内の看護師等が入力することも考えられる。

入力者	2013/10/02 09:20	2013/10/04 13:00	訪問診療所 ●●●	訪問ST ▲▲▲	訪問診療所 ●●●
血圧	113mmHg - 88mmHg	113mmHg - 88mmHg	mmHg-	mmHg	
SpO2	92%	96%	%		
脈拍	162bpm	146bpm	bpm		
体温	37.8℃	37.7℃	℃		

入力にあたっての参考文書



主な情報入力者(例)

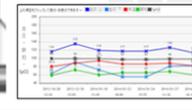
医師、訪問看護師  
などが入力する

主な入力の方法 (例)

・パソコンから入力する



・情報システム間でデータ交換



在宅医療・介護連携  
におけるプロセス



## 診療・ケア 日常情報の画面イメージ

### 食事・排泄状況の記録

#### 【利用される場面】

- 訪問看護師が居宅に訪問し、訪問看護記録に記録する

入力者	2013/10/03 10:00	2013/10/04 13:00	訪問介護 ●●●	訪問ST ▲▲▲	訪問ST ▲▲▲
排尿量	150ml	120ml	ml		
排便量	1本	3本	本		
硬さ	普通	やや、やわらかい	【硬さ】 ○普通 ○やや、やわらかい ○硬い ○液状		
緩下剤	使っていない	使っていない	【緩下剤の使用状況】 ○使っている ○使っていない		

入力にあたっての参考文書



情報入力項目

訪問看護師  
などが入力する

主な入力の方法 (例)

・パソコンから入力する

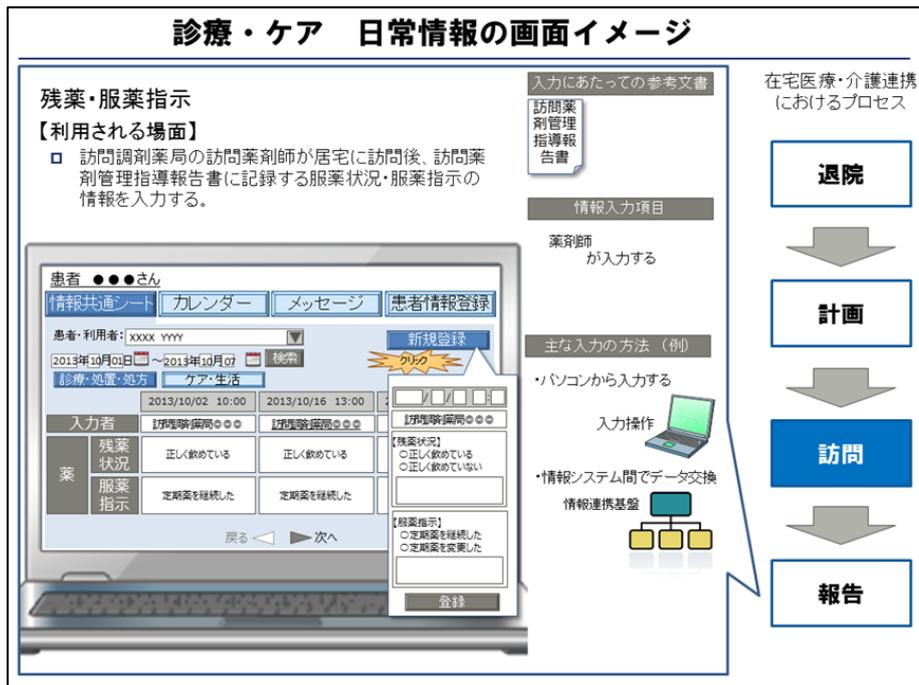


・情報システム間でデータ交換



在宅医療・介護連携  
におけるプロセス





入力にあたっての参考文書

訪問薬剤管理指導報告書

情報入力項目

薬剤師が入力する

主な入力の方法（例）

- パソコンから入力する
- 入力操作
- 情報システム間でデータ交換
- 情報連携基盤

※ 共有情報が情報システムではどのように利用されるのかをイメージするため参考に示した。実際に存在する情報システムの画面や推奨する画面を示したものではない。

(4) 共有する情報項目

図表 3-16 診療・ケアに関する情報項目

No	中項目	小項目	区分	変化 頻度	複数	備考
1	診療・処置	実施日時	基本	中	有	
2		診療状況	基本	中		
3		処置状況	選択	中		
4		症状・痛み	基本	中		
5		皮膚の状況・処置内容	基本	中		
6	バイタルサイン	実施日時	選択	大	有	
7		血圧	選択	大		
8		脈拍	選択	大		
9		呼吸	選択	大		
10		体温	選択	大		
11		SpO2	選択	大		
12	残薬状況・服薬指示	実施日時	基本	中		
13		服薬管理指導内容	基本	中		
14		残薬状況	選択	中		
15		服薬の効果	基本	中		
16	口腔ケア	実施日時	基本	中	有	
17		摂食・咀嚼状況	基本	中		
18		嚥下・構音・唾液分泌状況	基本	中		
19		保清・保湿状況	基本	中		
20		義歯の有無	基本	中		
21		頻度	基本	中		
22		回数	基本	中		
23	食事・水分	実施日時	選択	大	有	
24		主食量／副食量	選択	大		割合
25		水分・点滴量	選択	大		CC
26		食形態	選択	大		普通食、流動食、糖尿病食
27		状態	選択	大		食欲、栄養状態、嘔吐等
28		食事制限	選択	大		

No	中項目	小項目	区分	変化頻度	複数	備考
29	排泄	実施日時	選択	大	有	
30		排尿量	選択	大		CC
31		排便量	選択	大		多量／普通／少量／なし
32		便の硬さ	選択	大		普通、硬い、水様等
33		緩下剤の使用状況	選択	大		種類／量
34		失禁の有無	選択	大		
35	生活	睡眠状況	基本	大	有	
36		入浴状況	基本	大		
37		栄養状況	基本	大		
38		悩み・希望	基本	大		
39	ケアサービス	事業所名	基本	中	有	週間サービス計画表
40		担当者名	選択	中		責任者
41		職種	選択	中		
42		連絡先	基本	中		
43		利用年月日	基本	中		
44		利用開始時間	選択	中		
45		利用終了時間	選択	中		
46		介護保険給付の有無	選択	中		
47		サービス種類	選択	中		リハビリを含む
48		サービス内容	基本	中		
49		サービス名称	選択	中		
50		利用回数	選択	中		
51		利用者の状況	基本	中		

(参考) 共有情報の表示方法及び構造化 —例—

図表 3-17 No32 : 排泄/便の硬さの共有情報の構造化 (例)

表示方法	データ保存
コロコロ便	0
硬い便	1
やや硬い便	2
普通	3
やや軟らかい便	4
泥状便	5
水様便	6

## 4 標準的な共有情報の利用管理方法

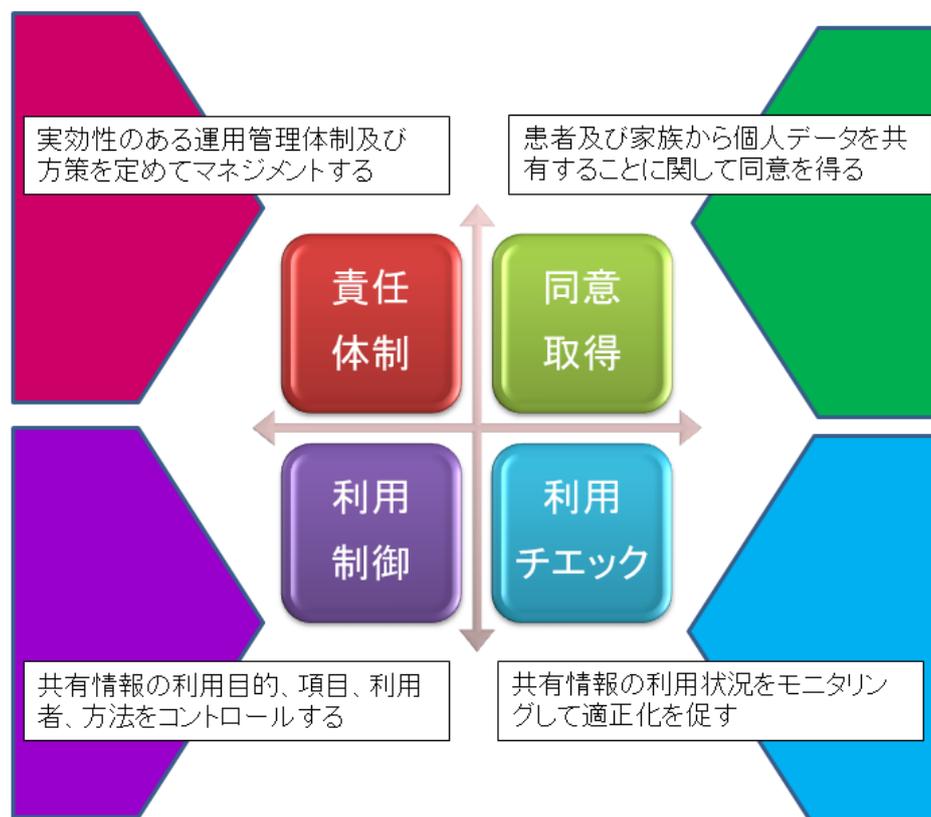
### 4-1 共有情報の利用管理に関する基本方針

医療機関と介護関係事業者が共有すべき情報を適正かつ効果的に共有するには、地域内の関係者がバラバラな考えで利用管理をしていたのでは情報を地域で共有することはできない。そのため厚生労働省通達による「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等に準拠した共有情報の適正な利用管理に関する基本方針を関係者が協議して決定し、その具体的な利用管理方策を定める必要がある。

#### 【基本方針】

- (1) 実効性のある責任体制及び管理方策を定めてマネジメントする
- (2) 患者及び家族から個人データを共有することに関して同意を得る
- (3) 共有情報の利用目的、項目、利用者、方法をコントロールする
- (4) 共有情報の利用状況をモニタリングして適正化を促す

図表 4-1 共有情報の利用管理の考え方



## 4-2 責任体制について

### 全体を統括する責任体制の組織化

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」の規定では、個人データを共有する医療機関と介護関係事業者は、個人データの適正な取り扱いに関し、専門性と指導性をもって全体を統括する組織・責任体制を構築しなければならない。また、患者等からの相談や苦情への対応等を行う窓口機能を整備する必要があることを定めている。

### 共同体における責任体制の確保

複数の在宅医療と介護関係事業者が共同で個人データを利用する場合は、各事業者単位だけでは個人情報の適切な管理はできない。共同体の責任者と各事業者及び事業所の責任体制をとる必要がある。また、共同体の場合は事務局の窓口担当を明確にしておく必要がある。

#### (1) 統括管理責任者

情報システムを共同利用する事業全体を統括する運営主体に設置される責任者。管理責任者と調整を行い情報システム利用効果の検証及び適正管理、問題解決、利用促進等の役割を担う

#### (2) システム提供責任者

情報システムを提供する情報関連事業者で事業全体の運用サポート及び技術面、セキュリティ対策等に対応する役割を担う

#### (3) 管理責任者

在宅医療と介護関係事業者（法人単位）に設置される責任者で事業者内における情報システムの適正な利用を統括管理する役割を担う

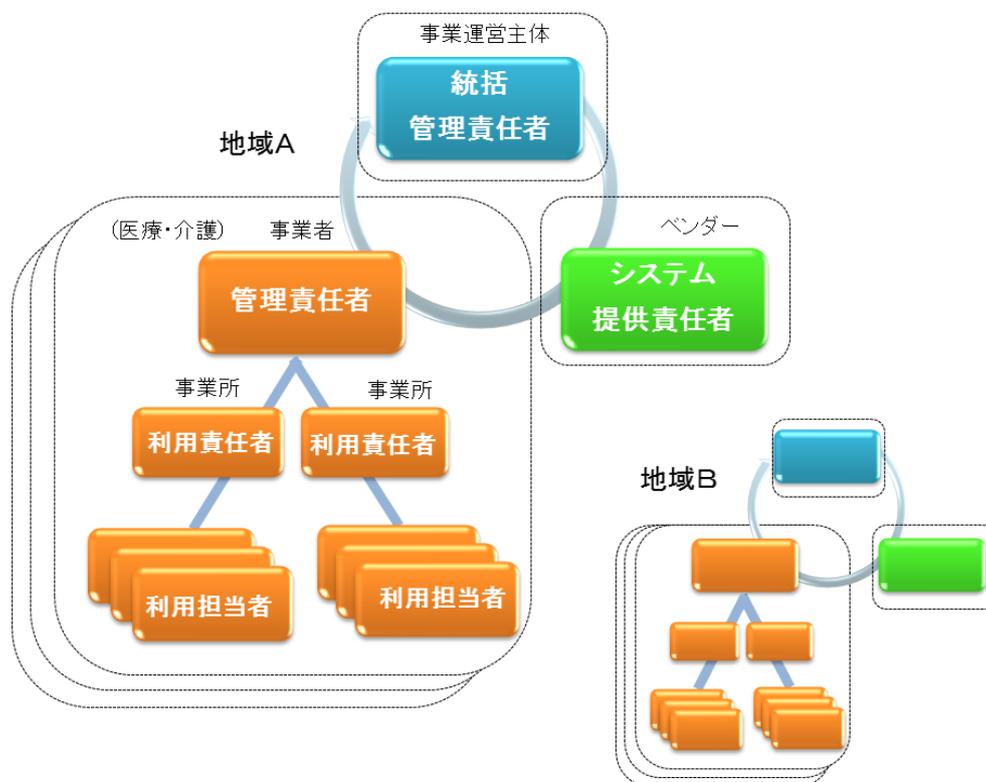
#### (4) 利用責任者

在宅医療と介護関係事業所ごとに設置される責任者。事業所内の情報システム利用に関する各種事項のとりまとめや相談受付等の窓口としての役割を担う。

#### (5) 利用担当者

在宅医療と介護関係事業所における情報システムを利用する者。

図表 4-2 責任体制の明確化



患者の個人データを共同で利用する情報システムの取り扱いについては、適切な情報セキュリティマネジメントの視点から実効性のある方策を定める必要がある。そのためには事業所単位に責任者を配置するとともに定期的な内部監査やセキュリティ研修、管理方策の実施及び脆弱性のチェックをする必要がある。

### 1. 機密性の確保

担当者以外の者が患者の個人データを閲覧することがないように管理する必要がある。情報漏えいは人的な管理ミスによる事例が最も多く、また紙媒体による情報漏えいの発生が大半を占めている。これらのことを踏まえて人的な管理方策の徹底を図らなければならない。

### 2. 完全性の確保

医療機関と介護関係事業者が共有する在宅療養に関する患者の情報は、正確であり必要な情報が揃っていることが求められる。特に変化する情報については、その変化内容（質）が重要な意味を持つ場合があり、情報を共同利用する事業者間で情報の捉え方が違っていると問題が生じる場合がある。そのため共有する情報については、その用途に応じて情報の提供者にデータの正確性を確認するなど注意することが必要である。

### 3. 可用性

医療機関と介護関係事業者が共有する在宅ケアに関する患者の情報は、必要な時にはいつでも利用できるような環境を整備する必要がある。そのため通常の運用が困難となった万一の場合を想定して事業継続の方策を講じる必要がある。

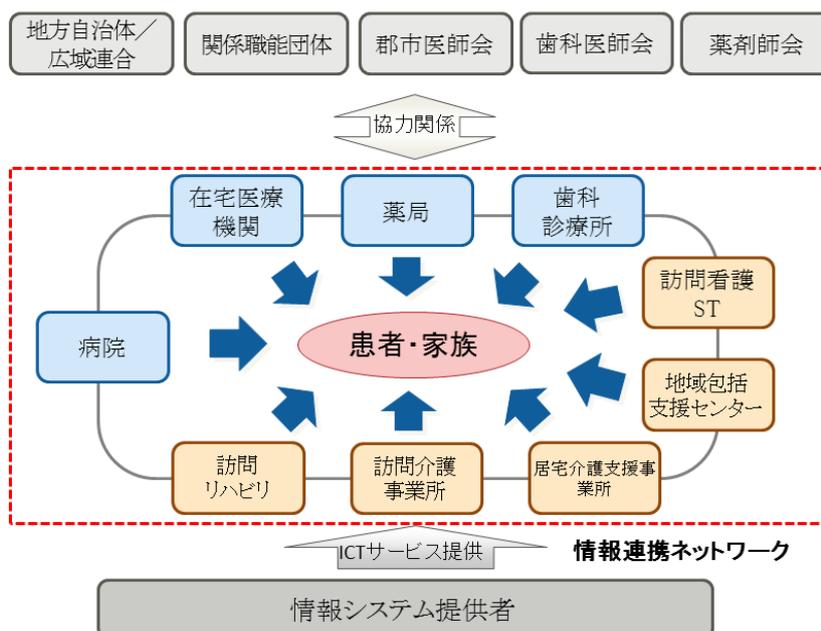
以上のことをふまえて、事業を統括する運営主体（管理組織）は、情報技術の専門的な知識や経験を持つ情報システムを提供する事業者等の運用サポートを受けて、実効性のある管理体制及び方策を定めてマネジメントする必要がある。

事業全体を統括する運営管理主体には次のような運営形態がある。

- 1 地方自治体または広域連合  
行政がコーディネートする地域包括ケアシステムの推進
- 2 郡市医師会  
医療機関と介護関係事業者との連携強化による在宅医療の推進
- 3 診療所または訪問看護ステーション  
訪問診療／訪問看護体制の確立
- 4 同一法人  
同一法人内における在宅医療の推進、業務効率化
- 5 協議会またはNPO法人  
住民の生活圏を重視した地域包括ケアシステムの充実
- 6 情報システム提供団体  
機能強化を重視した地域包括ケアシステムの充実

図表 4-3 運営管理主体

## 運営管理主体は地域によって異なる



### 4-3 基本的な運用プロセスについて

在宅医療と介護関係事業者が情報システムを利用して情報共有をする基本的な運用プロセスは、責任体制の明確化と合わせて運用手順を明確にして関係者に周知する必要がある。

「企画・構想」では、事業目標や個人情報の利用目的を明らかにして運用ルールを策定する必要がある。「準備」の段階では、患者から個人情報の共同利用について同意を得る必要があり、また、使用する情報機器やパスワードの登録など情報システムの利用環境を整備しなければならない。「導入」時にはシステム利用者の研修をを実施するとともに患者の基本情報の登録が必要となる。「多職種連携」の段階では、情報共有の効果測定を検証しながら共有情報の適正な管理に努めなければならない。「廃止」では、情報共有を停止する申し入れにより迅速な対応が求められる。

図表 4-4 基本的な運用プロセス



## 4-4 個人データの共同利用に関する同意取得について

医療機関と介護関係事業者が連携して医療・介護サービスを充実することは重要なことであって、関係事業者がその目的のために個人データを共同利用することに関して支障が生じないように各種関係法やガイドラインでは、第三者への個人データの提供にならないと定めており同意の取得は規定していない。

しかし、在宅医療と介護関係者が情報システムを利用して共同組織により個人データを共同利用することについては、新しく試行的な運用形態であるため同意を得ることとする。

なお、同意を得ることで医療・介護サービスに悪影響が生じないように努めることは当然のこと、同意を得ているからと言って個人データ保護に関する適切な取扱い基準の全てが守られるわけでもないので留意する必要がある。

- ・ 個人情報保護法

あらかじめ本人の同意を得なければ個人データを第三者に提供してはならない。  
(法 23 条 1 項柱書)

- ・ 介護保険法

指定基準において、介護関係事業者についてはサービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

- ・ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン

同意を得る必要のない事例として、本人の同意が得られていると考えられる場合や第三者への提供に該当しない場合を定めている

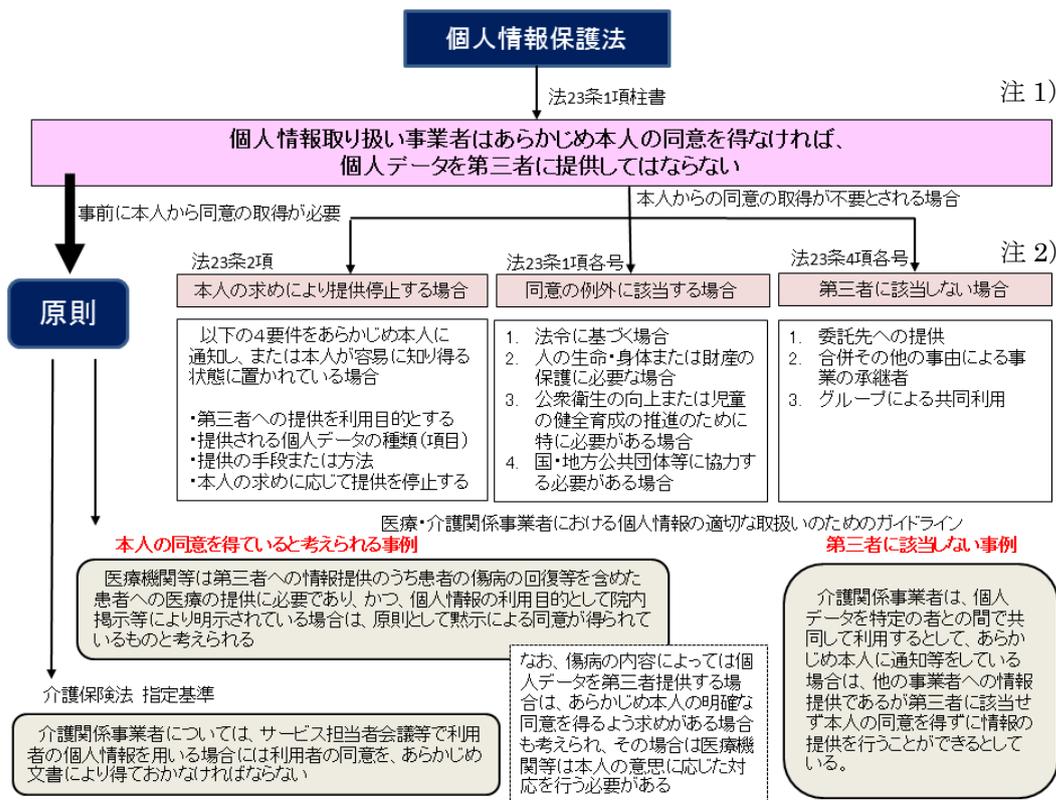
### >本人に同意が得られていると考えられる場合

医療機関等は院内掲示等により明示されている場合には、原則として黙示による同意が得られているものと考えられるとしているが、一方で傷病の内容によっては、あらかじめ本人の明確な同意が必要。

### >第三者への提供に該当しない場合

介護関係事業者は、個人データを特定の者との間で共同して利用するとして、あらかじめ本人に通知等をしている場合は、他の事業者への情報提供であるが第三者に該当せず本人の同意を得ずに情報の提供を行うことができる。

図表 4-5 個人情報保護法に係る関係図



注 1) 第三者への提供

提供する情報は目的を明確にして必要な範囲を超えてはならない。

法 23 条 1 項では「第三者への提供」とのみ規定されているが、経済産業省ガイドライン 2-2-4(1)では、事業の性質および個人情報の取扱い状況に応じ、本人が同意に係る判断を行うために必要と考えられる合理的かつ適切な範囲の内容を明確に示すこととされており、「いかなる目的で利用されても意義を問えない」といった事前に包括的な同意を得ることは認められないと解されている。

注 2) 委託先への提供

在宅医療と介護関係者において個人データを共同利用することについては、新しく試行的な運用形態であるため同意を得ることとする。

法 23 条 4 項 1 号では、「個人情報取扱事業者が利用目的の達成に必要な範囲内において個人データの取り扱いの全部または一部を委託する場合」には、本人の同意を得ることなく、個人データの情報処理作業を外部委託することができる。個人情報取扱事業者には、委託先に対する監督責任が課せられる。

(例) データの打ち込みなど、情報処理を委託するために個人情報を渡す場合

## 患者及び家族の個人データを共同利用することについて

### 1 本人から同意を取得

個人情報保護法では特定共同利用者にあたる場合は、第三者への提供に該当しないため本人に通知することとしているが、医療機関と介護関係事業者が個人データを共同利用することについて本人から文書で同意を得る。

### 2 家族から同意を取得

在宅療養において共有する情報には、家族に関する個人データが必要となるため家族からも文書で同意を得る。

### 3 本人への説明内容

医療機関と介護関係事業者が個人データの共同利用について、本人から同意を得る際には、個人データの利用目的、情報項目、管理責任を有する者の氏名または事業者名称、利用者の範囲について説明する必要がある。

なお、事業者追加や削除などが生じた場合は、同意を得るときに事前に承諾を得るようにして事業者の追加などによる同意の再取得は行わないで通知することを説明する。

### 4 同意取得の代表者

医療機関と介護関係事業者は、個人データの共同利用について同意を得る時に共同利用する事業者の代表を決定しておき、その代表者が個人データを共同利用の同意を得る。

また、代表者が対応できない場合は事業運営主体の統括管理責任者が同意を得る。

### 5 事業運営主体による同意取得

事業運営主体とは、患者の在宅ケアに携わる医療機関と介護関係事業者のチーム編成をするとともに、個人データを共有する情報システムの利用環境を整備し運用管理を統括する組織をいう。

### 6 同意取得の場所及びタイミング

在宅療養を希望する患者を担当する医療及び介護関係事業者が個人データを共同利用することについて同意を取得する場所及びタイミングは、入院患者が退院する時に病院で実施される退院時カンファレンス及び通院困難な場合は自宅で実施されるサービス担当者会議が同意を得る場所とタイミングとして想定される。

#### 7 個人情報の共同利用に関する同意の撤回を申し入れ

患者及び家族から個人情報の共同利用に関する撤回の申し入れがあった場合、同意書を受領した事業者の代表者または統括管理責任者が関係者との調整を行い、在宅医療及び介護サービスに影響をきたさないよう迅速に処理する。

#### 8 個人情報を共同利用している事業者の変更

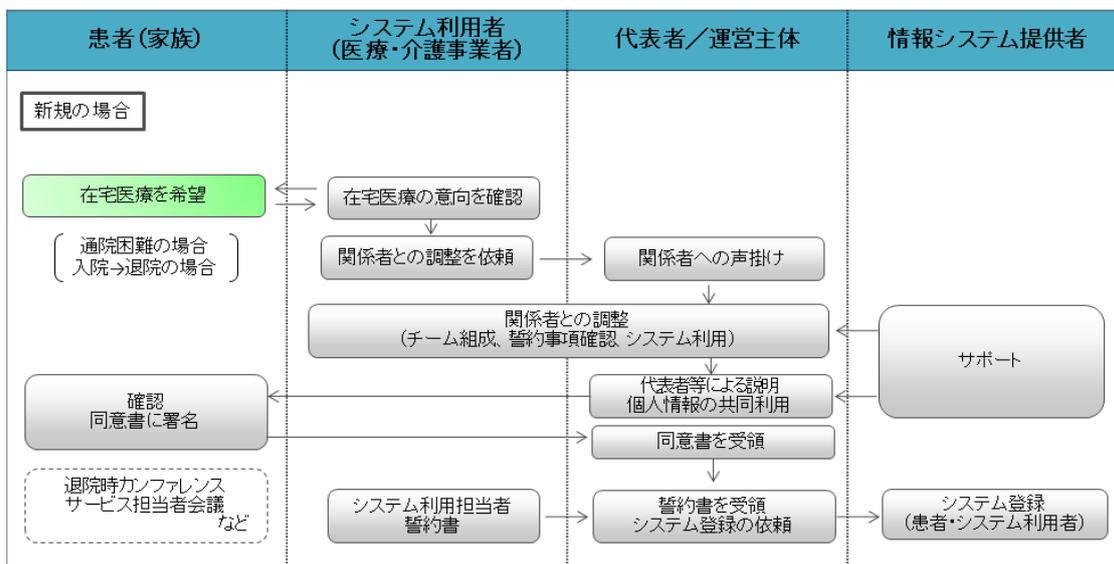
患者からの申し入れや関係事業者の事情等により、個人情報を共同で利用する事業者の追加や変更が生じて、既に同意を得ていることから同意を得る必要はない。なお、を口頭などにより通知はしなければならない。

#### 9 個人情報を共同利用している事業者における担当者の変更

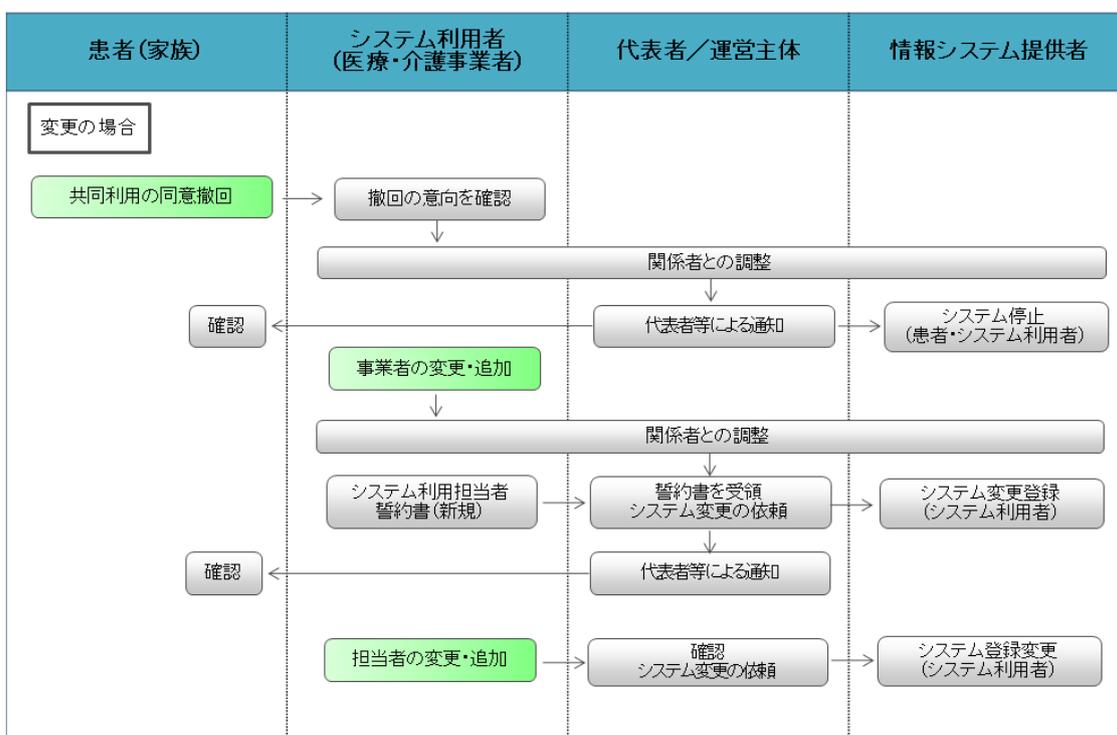
患者及び家族の個人データを共同利用している事業者内において、担当者が変更になった場合は、同意書を受領した事業者の代表または統括管理責任者を通じて、情報システム提供者に通知し、情報システムの利用停止または新規の利用者登録を行う。

なお、事業者内の担当者の担当者の変更については、既に事業者名で同意を得ていることから通知の必要はない。

図表 4-6 個人データの共同利用に関する本人同意（新規）  
**個人情報共同利用に関する同意取得手続き**



図表 4-7 個人データの共同利用に関する本人同意（変更）  
**個人情報共同利用に関する同意取得手続き**



## 個人情報共同利用に関する同意書

在宅医療・介護連携協議会

平成 26 年 4 月 1 日

〇〇診療所 院長 東京 太郎 様

私は、下記に掲げる個人情報の共同利用に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の個人データが共同利用されることに同意します。なお、利用事業者の追加や変更についても同意します。

### 記載欄

同意年月日	平成26年 4 月 1 日		
患者氏名	(フリガナ) ニホン ハナコ		
	(氏 名)	日 本 花 子	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	5 年 11 月 15 日	提示確認
医療保険番号	国民健康保険 99-9999 (介護保険 1234567890)		
代理人の場合	代理人氏名 (自署)		続柄

### 説明欄

目 的	患者の在宅療養生活を支える観点から地域の多職種協働による在宅医療の体制のもと利用する医療及び介護サービスに役立てる
利用者範囲	地域において在宅医療と介護の連携を推進する組織に所属する医療及び介護関係事業者、または患者が指定する事業者
情報内容	患者属性、住宅・家族、医療、介護・生活、診療・ケアに関する情報のうち患者の医療及び介護サービスに必要な個人データ
利用方法	在宅医療と介護の連携に必要と判断された個人データを安全なセキュリティ対策の講じられた場所に保管し、患者を担当する関係者のみが情報システムを使って共同利用する
利 用 事業者名	代 表： <u>〇〇診療所</u> 院長 東京 太郎 共同利用： <u>△△歯科診療所</u> 責任者 大阪 一郎 <u>□□調剤薬局</u> 責任者 山口 うめ <u>▽▽訪問看護ステーション</u> 責任者 福井 さくら <u>□▽居宅介護支援事業所</u> 責任者 千葉 三郎
説明者/日付	(署名) 平成 年 月 日

## 4-5 利用制御について

在宅医療と介護の連携のために情報を共有する情報システムは、多事業者及び多職種が共同利用するため、その利用に関しては適切な管理方策が求められる。

### 4-5-1 情報システムの利用手続き

医療機関及び介護関係事業者の管理責任者は、システムを利用する担当者を決定して、管理責任者の代表または統括管理責任者を通じてシステムの利用申請「様式2情報システムの利用登録申請書」を利用する。

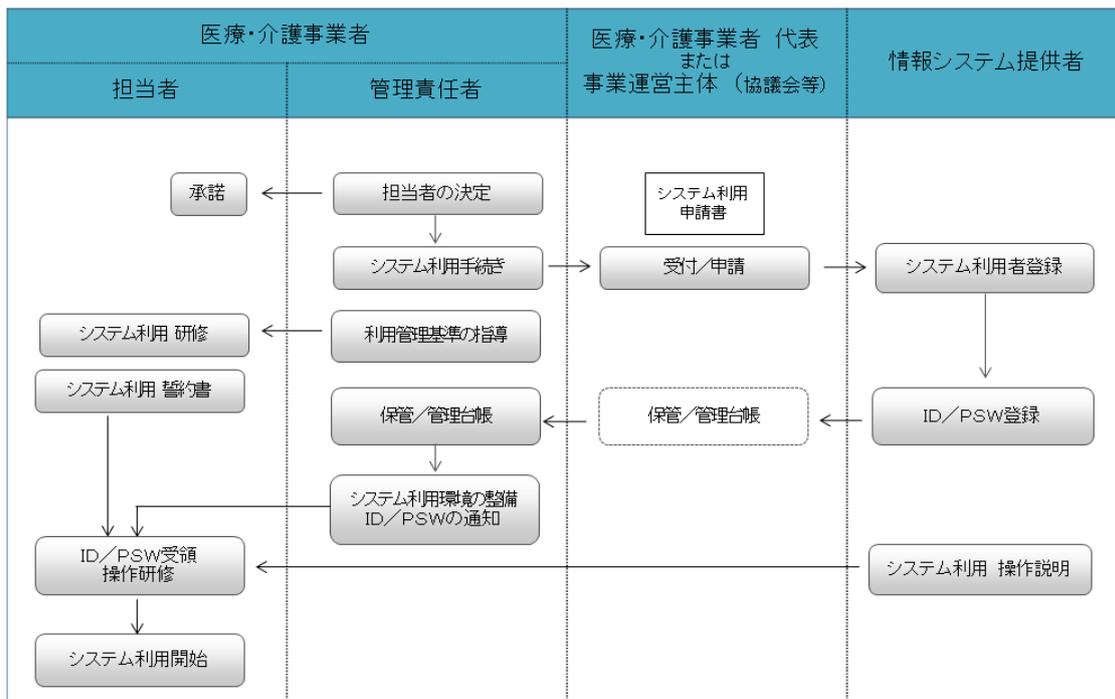
受理された申請書は利用資格要件を確認し、システム利用者の登録を行いID及びパスワードを交付する。

なお、医療機関及び介護関係事業者の管理責任者は、システム利用研修を実施して必要な遵守事項について指導を行い周知徹底する。

また、情報システム提供者は、システム利用操作に関する研修を行い担当者がシステムを有効に利用できるようサポートをする。

図表 4-8 利用者登録

### 情報システム 利用担当者の登録手続き



## 4-5-2 システム利用管理基準

### (管理責任者の責務)

- ① 事業所ごとにシステム利用責任者を設置して適切な運用管理体制を整える
- ② システムの利用登録手続きを行い担当者ごとにIDを取得する
- ③ 担当者の変更が生じた場合はすみやかに必要な手続きをする
- ④ 個人データの機密性及び正確性の確保に努める
- ⑤ システムを利用するため使用するネットワーク及び情報機器等については、システム提供者から事前に安全性の検査を受け承認されなければならない
- ⑥ システムは目的外の利用及び担当者以外の者に使用させない

### (統括管理責任者または管理責任者代表の責務)

- ① システム利用者の氏名及び職種、事業所、人数を把握して適切に管理する
- ② システム利用者登録(削除)手続きの窓口業務を所掌する

### (情報システム提供管理者の責務)

- ① システムの安定かつ効果的な利用が継続的に確保できるよう管理する
- ② ID及びパスワードを発行しシステムの適正な利用環境を確保する
- ③ システムの利用方法や運用など各種問い合わせに対応する
- ④ 個人データの機密性及び正確性の確保に努める

### 4-5-3 システム利用の責任者及び担当者における誓約事項

- ① 事故等により障害が発生し問題が生じた場合は、速やかに管理責任者に報告するとともに復旧解決方を講じる
- ② システムの利用に際して使用するID及びパスワードは、本人以外の者に利用されることのないよう適切に管理する
- ③ 使用する情報機器及びネットワークは、情報システム提供管理者が承認するセキュリティ要件を満たす環境のもとで利用する
- ④ 厚生労働省が定める「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守する
- ⑤ システムの利用を終えるときは、速やかに管理責任者に報告し、システム利用登録者の削除の手続きをする
- ⑥ 個人データは、あらかじめ認められた者以外に漏洩することのないよう適正に管理する
- ⑦ 個人データは、システムの利用が終了した後においても継続して部外者に漏えいしない
- ⑧ システムに登録する情報は正確な内容を入力することに努める

## 情報システム利用登録申請書

在宅医療・介護連携協議会

〇〇診療所 院長 東京 太郎 様

在宅医療・介護に関する多職種連携のための情報システム利用について、  
規定の誓約事項を遵守いたしますので利用登録を申請します。

申請日	平成 26 年 4 月 1 日		
事業者名	〇〇訪問看護ステーション	申請者 (管理責任者)	鳥取 三郎

登録事項	事業所	名称	〇〇訪問看護ステーション 鎌倉事業所				
		医療機関／事業所番号	0123456789				
		所在地	〒999-99 神奈川県鎌倉市□□-□□-□				
		責任者名	奈良 あやめ	電話	000-000-0000		
				FAX			
	E-mail						
	システム利用担当者	区分	氏名	利用責任者	職種	システム利用機器	
		登録 削除	(かな) シズオカ ハナコ 静岡 はなこ	○	看護師	パソコン	
		登録 削除	(かな) ヤマグチ マツコ 山口 まつこ		看護師	タブレット	
		登録 削除	(かな)				
登録 削除		(かな)					
登録 削除	(かな)						

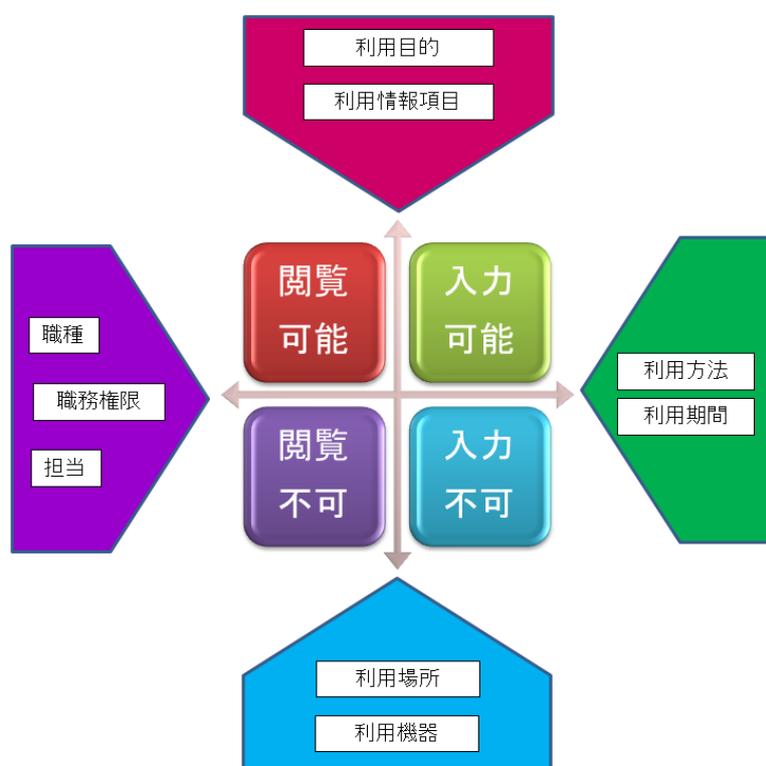
#### 4-5-4 アクセス権限の設定

医療機関と介護関係事業者が共同利用する個人データの利用は、適切なアクセス権限を設定して利用する。個人データのアクセス権限は、その利用の目的と利用する情報項目を明確にして、職種や担当など職務権限を踏まえた利用資格を設定して利用者を決める必要がある。

また、個人データをアクセスできる期間や場所、情報機器、利用方法についても考慮した利用管理が必要である。

なお、アクセス権限の設定については、具体事例を示した標準的な管理方策を示す必要があるが、現状調査が不十分であり今後の課題である。

図表 4-9 アクセス権限の設定



#### 事業者の管理責任者が定めるアクセス権限事項

- ＞ 職種 … その職種の業務を遂行する上で必要な情報であること
- ＞ 職務権限 … 職務権限のある者であること
- ＞ 担当 … 現在もその患者の担当であること
- ＞ 利用方法 … あらかじめ定めた利用方法であること
- ＞ 利用期間 … 事前に定めた期間内で利用すること
- ＞ 利用場所 … 事前に定めた場所で利用すること
- ＞ 利用機器 … 指定された機器及びネットワークで利用すること

## 5 在宅医療と介護の連携における情報システムの適切な利用を促進するためのガイドライン（草案）

本事業において設置された「在宅医療と介護の連携における情報システム利用に関するガイドライン検討委員会」による検討の結果、とりまとめたのが本ガイドライン（草案）で以下のとおりである。

なお、共有情報の標準規格化の検討については、業界団体及び標準化団体等へ委ねる。

### 5-1 本ガイドラインの趣旨、目的、基本的な考え方

#### 1 ガイドラインの趣旨

本ガイドラインは、多職種協働による患者や家族の生活を支える観点から在宅ケアの推進を支援するために関係事業者が共有する情報の標準化を促進し、互換性のある情報システムによるデータ交換が可能な利用環境の整備によって適正な情報共有を推進する情報システムの利用方策を促進するためのガイドラインとして定めるものである。

#### 2 ガイドラインの構成および基本的な考え方

個人情報の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」の規定を踏まえ、情報システムの利用における個人データの適切な取り扱いを示す。

特に、関係事業者が個人データを共同利用することによる情報システムの利用管理について、利用効果と情報保護の両面からあり方を示す。

共有情報の標準化については、在宅医療と介護の現場の課題の実情や将来展望を踏まえて実効性と計画性のある方策を示す。

互換性のない情報システムの乱立については、共有情報の標準規格化が実現しても情報共有を妨げる問題が生じないようにデータ交換等の環境を整備するため必要な方策を示す。

#### 3 ガイドラインの対象範囲

本ガイドラインが対象としている範囲は以下のとおりである。

① 事業者の対象範囲

医療機関	…	在宅ケアに関わる事業者
介護関係事業者	…	在宅ケアに関わる事業者
情報関係事業者	…	在宅ケアに関係するシステム提供者
在宅医療拠点運営事業者	…	関係団体

② 情報の対象範囲

別表 1 に定める情報

③ システムの対象範囲

別表 1 に掲げる共有情報を管理し関係事業者等に利用提供する情報共有システム及び共通基盤システム

## 5-2 組織体制

### 1 共同利用する情報システムの責任体制

多職種協働による在宅ケアの推進を支援するために関係事業者が情報を共有するには、情報システムを共同利用するため責任体制を明確にした組織体制の整備が必要である。複数の事業者が関係するため共同運営する上で遵守すべき事項を明確にして、各事業者内だけでなく全体を統括できる組織体制づくりが必要である。

また、情報システムを利用することから情報技術やセキュリティ対策などの専門性を有することも考慮した責任体制を整備する必要がある。

(1) 統括管理責任者

情報システムを共同利用する事業全体を統括する運営主体に設置される責任者。管理責任者と調整を行い情報システム利用効果の検証及び適正管理、問題解決、利用促進等の役割を担う

(2) システム提供責任者

情報システムを提供する情報関連事業者で事業全体の運用サポート及び技術面、セキュリティ対策等に対応する役割を担う

(3) 管理責任者

在宅医療と介護関係事業者（法人単位）に設置される責任者で事業者内における情報システムの適正な利用を統括管理する役割を担う

(4) 利用責任者

医療機関と介護関係事業所ごとに設置される責任者。事業所内の情報システム利用に関する各種事項のとりまとめや相談受付等の窓口としての役割を担う。

(5) 利用担当者

医療機関と介護関係事業所における情報システムを利用する者。

## 5-3 共有情報の標準化

### 1 共有情報の定義

共有情報は、在宅医療と介護サービスを充実するため医療機関と介護関係事業者が情報システムを利用して共有する医療及び介護等の情報である。

共有する情報の範囲は、患者ごとに担当している医師や歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、介護士等が、在宅療養を充実させるために関係者間で共有した方がよいと判断した情報のみを決めて登録し共同で利用する情報である。

そのため診療記録や看護記録など各専門職が業務で利用している情報をそのままを共有する訳ではない。

### 2 共有情報の内容

共有情報は、「患者属性」、「住居・家族」、「医療」、「介護・生活」、「診療・ケア」に分類する。具体的には「別表1」のとおり。

共有情報は、一律的に決めるのではなく状況に応じて柔軟に選択できるようにする必要はあるが、標準的な共有する情報が定まらないと情報共有は進展しない。

そのため標準的な共有する情報の範囲モデルを事例として示す。

#### (基本情報)

在宅医療と介護の連携に必要な最小限の情報共有

在宅療養の開始時や患者の容態や生活等に重大な変化が生じた時に共有する情報  
これまで帳票や電話、Fax等による情報の共有がされている情報

#### (選択情報)

患者に対するきめ細かな在宅療養の見守り体制を強化する段階に共有する  
さらなる医療・ケアの充実や業務効率の効果化をめざして共有する（選択情報）  
医療・ケアの充実や業務効率の効果が得られる情報を共有する

この範囲モデルを参考に、今後は情報システムによる情報共有がある程度成熟した段階では、患者の病状（がん、糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞）や生活環境（認知症、独居、生活保護）などの状況によって共有する情報の標準モデルの検討が必要である。

### 3 標準規格

情報を共有するためには情報の標準化をする必要がある。共有する情報「別表1」の中には医療情報など既に標準化されている情報もあるが介護情報など標準化されていない情報も中にはある。

標準規格が定められると情報システム間におけるデータ交換が容易になるので、今後「別表1」にある情報の標準規格化を進める。

## 5-4 個人データの共同利用に関する同意取得

### 1 本人から同意を取得

医療機関と介護関係事業者が個人データを共同利用することについて本人から文書で同意を得る。なお、個人情報保護法では特定共同利用者にあたる場合は、第三者への提供に該当しないため本人に通知することとしているが、ここでは同意を得る。

### 2 家族から同意を取得

在宅療養において共有する情報には、家族に関する個人データが必要となるため家族からも文書で同意を得る。

### 3 本人への説明内容

医療機関及び介護関係事業者が個人データの共同利用について、同意を得る際には、個人データの利用目的、情報項目、管理責任を有する者の氏名または事業者名称、利用者の範囲について説明する必要がある。

なお、事業者追加や削除などが生じた場合は、同意を得るときに事前に承諾を得るようにして事業者追加などによる同意の再取得は行わないで通知することを説明する。

### 4 同意取得の代表者

医療機関及び介護関係事業者は、個人データの共同利用について同意を得るとき共同利用する事業者の代表を決定し、その代表者が個人データを共同利用の同意を得る。

また、代表者が対応できない場合は事業運営主体の統括管理責任者が同意を得る。

## 5 事業運営主体による同意取得

事業運営主体とは、患者の在宅療養に携わる医療機関と介護関係事業者のチーム編成をするとともに、個人データを共有する情報システムの利用環境を整備し運用管理を統括する組織をいう。

## 6 同意取得の場所及びタイミング

在宅療養を希望する患者を担当する医療機関及び介護関係事業者が個人データを共同利用することについて同意を取得する場所及びタイミングは、入院患者が退院するときに病院で実施される退院時カンファレンス及び通院困難な場合は自宅で実施されるサービス担当者会議が同意を得る場所とタイミングとして想定される。

## 7 個人情報の共同利用に関する同意の撤回を申し入れ

患者及び家族から個人情報の共同利用に関する撤回の申し入れがあった場合、同意書を受領した事業者の代表者または統括管理責任者が関係者との調整を行い、在宅医療及び介護サービスに影響をきたさないよう迅速に処理する。

## 8 個人情報を共同利用している事業者の変更

患者からの申し入れや関係事業者の事情等により、個人情報を共同利用する事業者の追加や変更が生じる場合は、同意書を受領した事業者の代表者または統括管理責任者は、関係者との調整のうえ処理する。

## 9 個人情報を共同利用している事業者における担当者の変更

患者及び家族の個人データを共同利用している事業者内において、担当者に変更になった場合は、同意書を受領した事業者の代表または統括管理責任者を通じて、情報システム提供者に通知し、情報システムの利用停止または新規の利用者登録を行う。

なお、事業者の新規追加や削除については、既に同意を得ていることから改めて同意を得る必要はないが、変更のあったことを口頭などにより通知する。

また、事業者内の担当者の担当者の変更については、既に事業者名で同意を得ていることから通知の必要はない。

## 10 同意取得の文書様式

個人データの共同利用に関する同意取得時の書類及び記載例は「様式1 個人情報の共同利用に関する同意書」を参考にする。

## 5-5 情報システム利用手続き

1 医療機関及び介護関係事業者の管理責任者は、システムを利用する担当者を決定して、管理責任者の代表または統括管理責任者を通じてシステムの利用申請「申請書様式2」をする。

2 受理された申請書は利用資格要件を確認し、システム利用者の登録を行いID及びパスワードを交付する。

なお、医療機関及び介護関係事業者の管理責任者は、システム利用研修を実施して必要な遵守事項について指導を行い周知徹底する。

また、情報システム提供者は、システム利用操作に関する研修を行い担当者がシステムを有効に利用できるようサポートをする。

### 3 システム利用管理基準

(管理責任者の責務)

- ① 事業所ごとにシステム利用責任者を設置して適切な運用管理体制を整える
- ② システムの利用登録手続きを行い担当者ごとにIDを取得する
- ③ 担当者の変更が生じた場合はすみやかに必要な手続きをする
- ④ 個人データの機密性及び正確性の確保に努める
- ⑤ システムを利用するため使用するネットワーク及び情報機器等については、システム提供者から事前に安全性の検査を受け承認されなければならない
- ⑥ システムは目的外の利用及び担当者以外の者に使用させない

(統括管理責任者または管理責任者代表の責務)

- ① システム利用者の氏名及び職種、事業所、人数を把握して適切に管理する
- ② システム利用者登録(削除)手続きの窓口業務を所掌する

(情報システム提供管理者の責務)

- ① システムの安定かつ効果的な利用が継続的に確保できるよう管理する
- ② ID及びパスワードを発行しシステムの適正な利用環境を確保する
- ③ システムの利用方法や運用など各種問い合わせに対応する
- ④ 個人データの機密性や正確性の確保に努める

### 4 システム利用責任者及び担当者の誓約事項

- ① 事故等により障害が発生し問題が生じた場合は、速やかに管理責任者に報告するとともに復旧解決方を講じる

- ② システムの利用に際して使用するID及びパスワードは、本人以外の者に利用されることのないよう適切に管理する
- ③ 使用する情報機器及びネットワークは、情報システム提供管理者が承認するセキュリティ要件を満たす環境のもとで利用する
- ④ 厚生労働省が定める「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守する
- ⑤ システムの利用を終えるときは、速やかに管理責任者に報告し、システム利用登録者の削除の手続きをする
- ⑥ 個人データは、あらかじめ認められた者以外に漏洩することのないよう適正に管理する
- ⑦ 個人データは、システムの利用が終了した後においても継続して部外者に漏えいしない
- ⑧ システムに登録する情報は正確な内容を入力することに努める

## 5-6 アクセス権限の設定

- 1 医療・介護関係事業者の管理責任者は、共同利用する個人データを適切なアクセス権限を設定して利用できるよう管理方策を定める必要がある。個人データのアクセス権限は、その利用の目的と利用する情報項目を明確にして、職種や担当など職務権限を踏まえた利用資格を設定して利用者を決める必要がある。  
また、個人データをアクセスできる期間や場所、情報機器、利用方法に関する事項も管理方策に指定するとともに、従事者に対する定期的な研修の実施や管理方策の適合性について内部監査を行う必要がある。

## 5-7 共通基盤の活用

- 1 在宅医療と介護に関する共有情報は標準規格化されたことにより共通基盤を利用することでベンダーの異なる様々な情報システム間でデータ交換が可能であるため活用し、医療と介護サービスの向上等に役立つ。
- 2 地方公共団体は地域の医療機関と介護関係事業者に対して、共通基盤の有用性及び安全性について情報提供し推奨する。

「別表1 共有情報」

患者属性に関する情報項目

No	中項目	小項目	区分
1	基本属性	氏名（よみがな）	基本
2		性別	基本
3		生年月日	基本
4	住所	郵便番号	基本
5		住所	基本
6	電話番号	自宅	基本
7		携帯	選択
8		FAX	選択
9	介護保険	保険者名	基本
10		保険者番号	基本
11		被保険者番号	基本
12	医療保険	保険者名	基本
13		保険の種類	基本
14		被保険者番号	基本
15		手帳の記号	選択
16		番号	選択
18	公費情報	種別	選択
19		受給者番号	選択
20		負担者番号	選択
21		認定年月日	選択
22	障害認定	受給者証番号	選択
23		障害程度区分	選択
24		支給市町村名	選択
25		支給市町村番号	選択
26	要介護認定	要介護度	基本
27		認定有効期間	基本
28		認定状態	基本
29	現在の仕事／経済状況		選択
30	性格／趣味		選択
31	喫煙／飲酒		選択
32	眼鏡／コンタクト		選択
33	補聴器／歩行器／杖		選択

### 住居・家族基本情報の情報項目

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

### 医療に関する情報項目

No	中項目	小項目	区分
1	医科	種別	基本
2		医療機関名	基本
3		診療科目	基本
4		担当医師名	基本
5		連絡先	基本
6	歯科	種別	基本
7		医療機関名	基本

No	中項目	小項目	区分
8		担当歯科医師名	基本
9		連絡先	基本
10	薬局	種別	基本
11		薬局名	基本
12		担当薬剤師名	基本
13	既往歴	診断日付	基本
14		診断名	基本
15	現在の疾患	診断日付	基本
16		疾患名	基本
17		特定疾患名	基本
18		不整脈の有無	基本
19	重要事項説明 (医科・歯科)	病態変化時の対処	基本
20		留意すべきこと	基本
21		指示したこと	基本
22	装着・使用 医療機器	機器名	選択
23		使用頻度・回数	選択
24	閾値	状態変化の警報閾値	選択
25	感染症	種別	選択
26		伝達事項など	選択
27	アレルギー	種別	基本
28		伝達事項	基本
29	検査記録	検査日	選択
30		検査機関名	選択
31		身長	選択
32		体重	選択
33		生化学検査項目	選択
34		血清・血液学検査	選択
35		検査報告内容	選択
36	入院の記録	入院日	選択
37		退院日	選択
38		医療機関名	選択
39		診療科	選択
40		担当医師	選択
41	今後の方針	治療・ケアの方針	基本

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

#### 介護・生活に関する情報項目

No	中項目	小項目	区分
1	ケアサービス 計画	総合的な援助の方針	基本
2		生活全般の課題ニーズ	基本
3		援助目標(長期)	基本
4		援助目標(短期)	基本
5	身体機能評価 (認定調査項目)	麻痺等の有無	選択
6		関節の動く範囲の制限の有無	選択
7		寝返り	選択
8		起き上がり	選択
9		座位保持	選択
10		両足での立体保持	選択
11		歩行	選択
12		立ち上がり	選択

No	中項目	小項目	区分
13		片足での立ち居保持	選択
14		洗身	選択
15		爪切り	選択
16		握力	選択
17		聴力	選択
18	生活機能評価 (認定調査項目)	移乗	選択
19		移動	選択
20		嚥下	選択
21		食事摂取	選択
22		排尿	選択
23		排便	選択
24		口腔清潔	選択
25		洗顔	選択
26		洗髪	選択
27		上着の着脱	選択
28		ズボン等の着脱	選択
29		外出頻度	選択
30	認知機能評価 (認定調査項目)	意思の伝達	選択
31		毎日の日課の理解すること	選択
32		生年月日と年齢を言うこと	選択
33		短期記憶	選択
34		自分の名前を言うこと	選択
35		場所の理解	選択
36		徘徊	選択
37		外出すると戻れないこと	選択
38	精神・行動障害 (認定調査項目)	物を取られたなど被害的になること	選択
39		作話をすること	選択
40		泣いたり笑ったりして感情が不安定なこと	選択
41		昼夜の逆転があること	選択
42		しつこく同じ話をすること	選択
43		大声を出すこと	選択
44		介護に抵抗すること	選択
45		家に帰るなどと言い落ち着きがないこと	選択
46		一人で外に出たがり目が離せないこと	選択

No	中項目	小項目	区分
47		色々なものを集めたり無断で持ってくること	選択
48		物を壊したり衣類を破いたりすること	選択
49		ひどい物忘れ	選択
50		意味もなく独り言や一人笑いをすること	選択
51		自分勝手に行動すること	選択
52		話がまとまらず会話にならないこと	選択
53		社会生活に適応 に関すること (認定調査項目)	薬の内服
54	金銭の管理		選択
55	日常の意思決定		選択
56	集団への不適応		選択
57	買い物		選択
58	簡単な調理		選択
59	電話の利用		選択
60	日常生活自立度	障害高齢者日常生活自立度	選択
61		認知症高齢者日常生活自立度	選択
62	FIM	評価日	選択
63		セルフケア	選択
64		排泄	選択
65		移乗	選択
66		移動	選択
67		コミュニケーション	選択
68		社会認識	選択
69	認知機能検査	評価日	選択
70		HDS-R	選択
71		MMSE	選択

#### 診療・ケアに関する情報項目

No	中項目	小項目	区分
1	診療・処置	実施日時	基本
2		診療状況	基本
3		処置状況	選択
4		症状・痛み	基本
5		皮膚の状況・処置内容	基本
6	バイタルサイン	実施日時	選択

No	中項目	小項目	区分
7		血圧	選択
8		脈拍	選択
9		呼吸	選択
10		体温	選択
11		SpO2	選択
12	残薬状況・服薬	実施日時	基本
13	指示	服薬管理指導内容	基本
14		残薬状況	選択
15		服薬の効果	基本
16	口腔ケア	実施日時	基本
17		摂食・咀嚼状況	基本
18		嚥下・構音・唾液分泌状況	基本
19		保清・保湿状況	基本
20		義歯の有無	基本
21		頻度	基本
22		回数	基本
23	食事・水分	実施日時	選択
24		主食量／副食量	選択
25		水分・点滴量	選択
26		食形態	選択
27		状態	選択
28		食事制限	選択
29	排泄	実施日時	選択
30		排尿量	選択
31		排便量	選択
32		便の硬さ	選択
33		緩下剤の使用状況	選択
34		失禁の有無	選択
35	生活	睡眠状況	基本
36		入浴状況	基本
37		栄養状況	基本
38		悩み・希望	基本
39	ケアサービス	事業所名	基本
40		担当者名	選択

No	中項目	小項目	区分
41		職種	選択
42		連絡先	基本
43		利用年月日	基本
44		利用開始時間	選択
45		利用終了時間	選択
46		介護保険給付の有無	選択
47		サービス種類	選択
48		サービス内容	基本
49		サービス名称	選択
50		利用回数	選択
51		利用者の状況	基本

## 個人情報共同利用に関する同意書

在宅医療・介護連携協議会

平成 26 年 4 月 1 日

〇〇診療所 院長 東京 太郎 様

私は、下記に掲げる個人情報の共同利用に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の個人データが共同利用されることに同意します。なお、利用事業者の追加や変更についても同意します。

## 記載欄

同意年月日	平成26年 4 月 1 日		
患者氏名	(フリガナ) ニホン ハナコ		
	(氏 名)	日本花子	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	5 年 11 月 15 日	提示確認
医療保険番号	国民健康保険 99-9999 (介護保険 1234567890)		
代理人の場合	代理人氏名 (自署)		続柄

## 説明欄

目 的	患者の在宅療養生活を支える観点から地域の多職種協働による在宅医療の体制のもと利用する医療及び介護サービスに役立てる	
利用者範囲	地域において在宅医療と介護の連携を推進する組織に所属する医療及び介護関係事業者、または患者が指定する事業者	
情報内容	患者属性、住宅・家族、医療、介護・生活、診療・ケアに関する情報のうち患者の医療及び介護サービスに必要な個人データ	
利用方法	在宅医療と介護の連携に必要と判断された個人データを安全なセキュリティ対策の講じられた場所に保管し、患者を担当する関係者のみが情報システムを使って共同利用する	
利 用 事業者名	代 表: <u>〇〇診療所</u> 院長 東京 太郎 共同利用: <u>△△歯科診療所</u> 責任者 大阪 一郎 <u>□□調剤薬局</u> 責任者 山口 うめ <u>▽▽訪問看護ステーション</u> 責任者 福井 さくら <u>□▽居宅介護支援事業所</u> 責任者 千葉 三郎	
説明者/日付	(署名)	平成 年 月 日

様式 2

記入例

情報システム利用登録申請書

在宅医療・介護連携協議会

〇〇診療所 院長 東京 太郎 様

在宅医療・介護に関する多職種連携のための情報システム利用について、  
規定の誓約事項を遵守いたしますので利用登録を申請します。

申請日	平成 26 年 4 月 1 日		
事業者名	〇〇訪問看護ステーション	申請者 (管理責任者)	鳥取 三郎

登録事項	事業所	名称	〇〇訪問看護ステーション 鎌倉事業所			
		医療機関／事業所番号	0123456789			
		所在地	〒999-99	神奈川県鎌倉市□□-□□-□		
		責任者名	奈良 あやめ	電話	000-000-0000	
				FAX		
	E-mail					
	システム利用担当者	区分	氏名	利用責任者	職種	システム利用機器
		登録 削除	(かな) シズオカ ハナコ 静岡 はなこ	○	看護師	パソコン
		登録 削除	(かな) ヤマガチ マツコ 山口 まつこ		看護師	タブレット
		登録 削除	(かな)			
登録 削除		(かな)				
登録 削除	(かな)					

## 6 共通基盤の概要と実証

### 6-1 共通基盤の概要について

#### 6-1-1 共通基盤の背景と目的

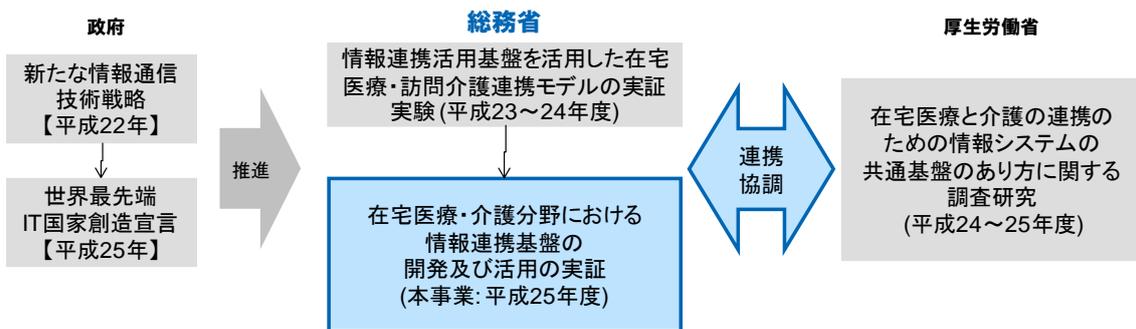
自宅等の住み慣れた場所で療養し、自分らしい生活を続けられるようにするためには、地域における在宅医療と介護の関係事業者が連携して、在宅医療・介護の提供を行っていくことが必要である。

共通基盤の目的は、在宅医療及び訪問看護・居宅介護支援・訪問介護等において、異なる情報システム間での情報連携を可能とし、関係者の情報共有を加速化させ在宅ケアの充実を図ることである。そのため在宅医療と介護の連携において有効な共有情報の標準化を図ってデータの連携が可能となるよう互換性のある情報システムの利用環境を整備し普及する必要がある。

しかし、情報連携の環境を個々のITベンダが独自仕様で推進すると、かつて電子カルテ間の連携に長期間を要したように、異なるITベンダ間での情報連携ができなくなるため、在宅医療・介護の情報連携においては、早期にマルチベンダを実現することが患者、医療・介護施設、及び行政にとって必須の要件となる。

そこで共有情報の標準化及び情報連携の推進に有効な共通基盤の実証に取り組んでいる。

図表 6-1 共通基盤の関連事業



事業推進者 情報連携基盤（共通基盤）実証協議会

座長 須藤 修（東京大学大学院 情報学環学際情報学府 学環長）

委員 武藤 真祐（祐ホームクリニック 理事長）

委員 島田 辰己（首都大学東京 名誉教授）

委員 辻 哲夫（東京大学高齢社会総合研究機構 教授）

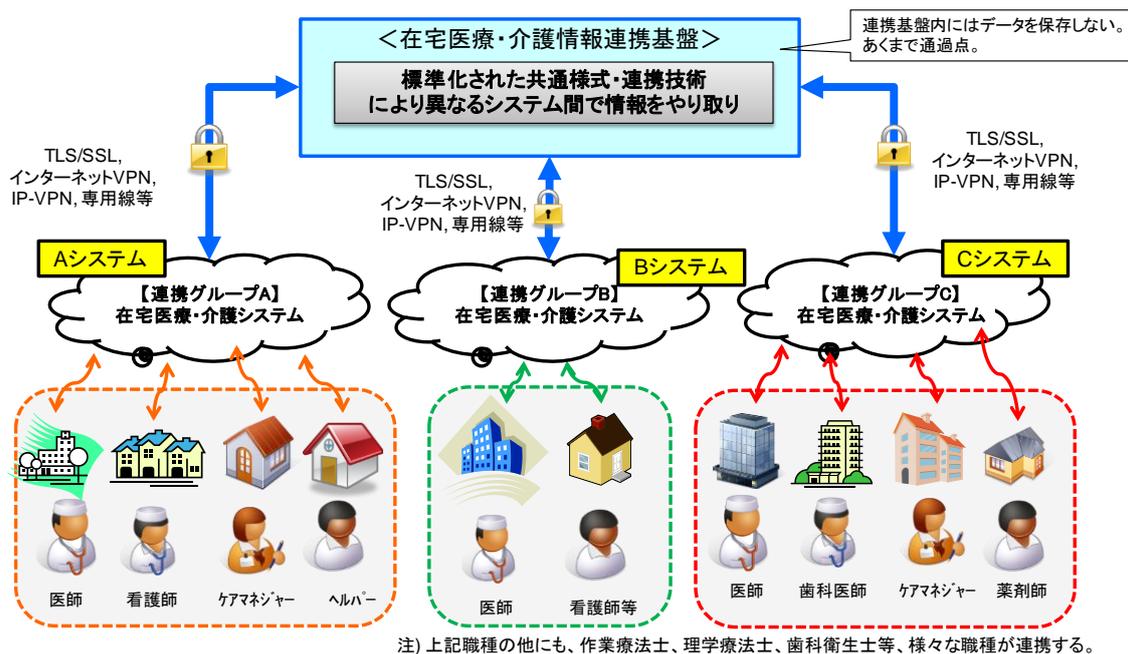
- ・ 野村総合研究所（工藤 憲一）
- ・ 東京大学高齢社会総合研究機構（井堀 幹夫／山本 拓真）

## 6-1-2 共通（情報連携）基盤の概要

共通基盤は複数の地域の異なるシステム間で在宅医療・介護情報を共有する。そのため一人の患者の共有情報が複数のシステムに保有されていても本人の承諾があれば必要な共有情報を閲覧することができる。

また、共通基盤は共有情報を閲覧する複数のシステムに負担が生じないよう簡易参照画面を提供する。

図表 6-2 在宅医療・介護情報連携基盤の概要



出所) 野村総合研究所 「在宅医療・介護分野における情報連携基盤の開発及び活用の実証に関する請負（平成 26 年度報告書）」より転載

共通基盤には 1)データ交換機能だけでなく、2) 電子署名、認証、3) 組織暗号処理、4) コミュニティ機能（資料共有、電子アンケート、eラーニング、SNS、ケアアセスメント）などの機能を備えている。

図表 6-3 共通（情報連携）基盤の概要



出所) 野村総合研究所 「在宅医療・介護分野における情報連携基盤の開発及び活用の実証に関する請負（平成 26 年度報告書）」より転載

No.	機能一覧	概要
1	情報連携基盤ポータル	NetCommons のオブジェクト群を利用し、以下の他機能を配備した。
2	電子調査機能	Web アンケートは事務局主導で外部サービスを利用するものと、NetCommons の簡易アンケートを利用したものを用意した。 外部サービスには limesurvey を利用した。
3	資料共有機能	NetCommons へ追加モジュールの WEKO（リポジトリモジュール）を導入に資料共有機能を構築した。
4	電子コミュニティ機能	NetCommons の Room モジュールで連携グループ毎の共有エリアを用意。 掲示板、FAQ、メッセージ等のモジュールを利用してコミュニティ機能を用意した。
5	学習機能	学習機能は外部サービスを適用する想定とし、e-Learning Navigware Light を利用した。
6	ケアアセスメント機能	ケアアセスメントは外部サービスを適用すると想定し、インターライ方式ケアアセスメント クラウドサービスを利用した。

## 6-2 共通基盤の実証概要について

### 6-2-1 全体概要

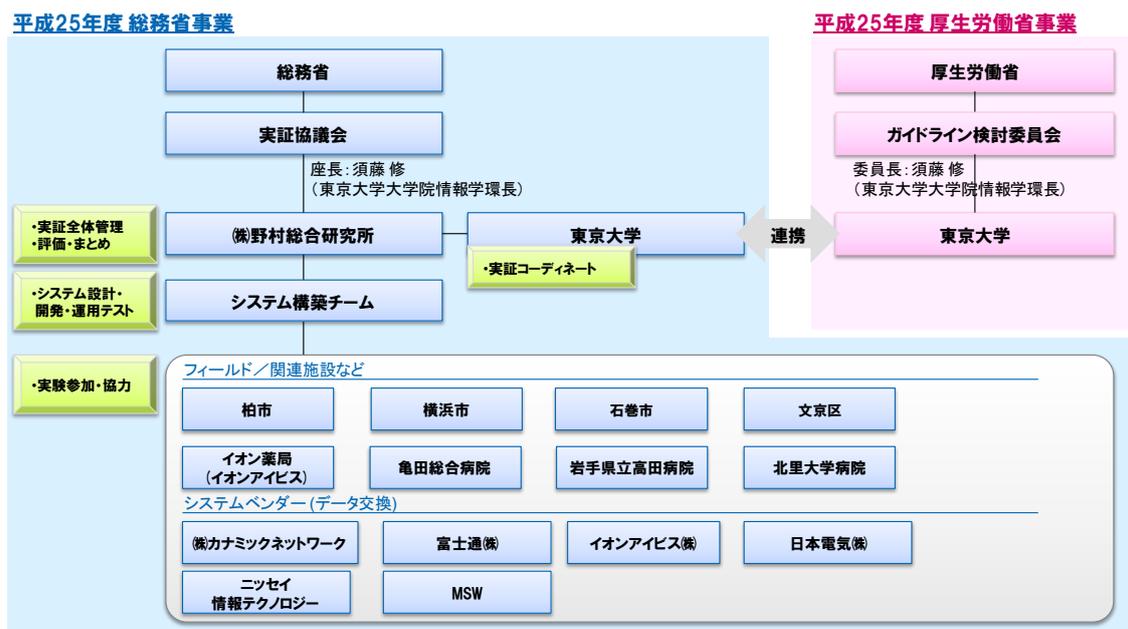
#### 4-2-1-1 実証体制

本実証は、厚生労働省事業のガイドライン検討委員会で協議された共有情報及び情報システムに関する標準化の仕様にもとづき共通基盤を構築し実証運用を行っている。

共通基盤の実証は8地域において実施し、6ベンダーのシステムを利用して在宅医療と介護に関する共有情報のデータ交換を行った。

また、実証には医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、作業療法士、理学療法士、訪問介護員の8職種が参加した。

図表 6-4 共通（情報連携）基盤の実証体制



出所) 野村総合研究所 「在宅医療・介護分野における情報連携基盤の開発及び活用の実証に関する請負 (平成 26 年度報告書)」より転載

#### 4-2-1-2 実証シナリオ

実証は「がん」、「脳卒中」、「大腿骨骨折」、「認知症」の4人の模擬患者に対して11種類のシナリオに沿って、ガイドライン検討委員会で抽出された共有情報のうち68項目についてデータ交換を行った。

Group	交換データ	送信者	受信者	活用目的
A がん 患者	✓ 基本情報	病院医師	在宅医 歯科医	症状・服薬状況等を踏まえて、在宅医療・介護の方針を立てる。 調剤情報と服薬状況に基づいて、在宅医が処方を変更し、薬剤師が調剤、服薬指導を行う。
	✓ 診療情報提供書			
	✓ 調剤・服薬情報	薬剤師/患者	薬剤師 訪問看護師 ケアマネ	
	✓ 居宅療法管理 指導書（歯科）	歯科医	在宅医 訪問看護師	
	✓ 基本情報	ケアマネ		在宅医と訪問看護師が参照し、緩和ケアを行う。
	✓ 実施報告書			
	✓ サービス提供票			
B 脳卒中 患者	✓ 基本情報	病院医師	在宅医、歯科医 ケアマネ	治療計画と介護サービス計画の立案に活用。 介護サービス計画の更新に活用。
	✓ 診療情報提供書			
	✓ 居宅療養管理 指導情報提供書	在宅医	ケアマネ ヘルパー	
	✓ 調剤・服薬情報	患者家族 薬剤師	在宅医、歯科医 薬剤師 訪問看護師 ケアマネ ヘルパー	多職種が協働で服薬支援（声かけ）に活用。
	✓ 血圧			
C 大腿骨 骨折患 者	✓ FIM・BI	作業療法士	訪問看護師 ケアマネ (患者家族)	ADLを参照し、訪問看護を行う。
	✓ 訪問看護報告書 ✓ 体温	訪問看護師	在宅医 薬剤師	在宅医が訪問看護報告書を参照し、患者の状況確認・看護師への指示方針等の検討を行う。
D 認知症 患者	✓ FIM・BI	作業療法士	在宅医 ケアマネ	ADLを参照し、治療計画、介護サービス計画の立案を行う。
	✓ 介護サービス 計画書	ケアマネ ヘルパー	在宅医、歯科医 訪問看護師	在宅医が介護サービス計画書を参照し、訪問診療を行う。

Group	No.	データ項目	連携基盤の機能	入力側			参照側			シナリオグループ概要		
				フィールド	入力者	システムベンダ	フィールド	参照者	システムベンダ		実証実施日	
A がん患者	1	診療情報提供書 検査データ	基本シート	亀田総合病院	病院医師	ニッセイIT MSW	2/21	柏市	在宅医 訪問歯科医 薬剤師 訪問看護師 ケアマネジャー	カナミック	2/25	亀田総合病院を退院したがん患者が柏市の自宅で在宅医療・ケアを始める。 その後、看取り場所の希望が判明したことを契機に、文京区の長女宅に転居した。
	2	調剤・服薬情報	メッセージ	イオン薬局 (イオンアイビスで代替)	患者 薬剤師	イオン	2/18					
	3	在宅療養管理 指導書(歯科)	基本シート	柏市	訪問歯科 医	カナミック	2/25	文京区	在宅医	富士通	3/6	
	4	基本情報 実施報告書 サービス 提供票	基本シート メッセージ スケジュール	柏市	ケアマネ ジャー	カナミック	2/25	文京区 (石巻市で代替)	訪問看護師	富士通	3/3	
B 脳卒中患者 (★実患者 データを加工)	5	診療情報提供書 FIM	基本シート	北里大学病院 (亀田総合病院で代替)	病院医師 理学療法士	ニッセイIT カナミック	2/21	横浜市	在宅医 訪問歯科医	カナミック	3/8	北里大学病院を退院した脳卒中患者が、横浜市の自宅で訪問診療、訪問看護、デイサービス、訪問介護を利用している。 脳血管性パーキンソン症候群の影響で薬の飲み忘れも多いため、服薬記録に基づいて多職種による服薬支援(声かけ)を続けている。
	6	在宅療養管理 指導情報提供書	メッセージ	横浜市	在宅医	カナミック	2/22	横浜市 (石巻市で代替)	ケアマネジャー ヘルパー	富士通	3/13	
	7	調剤・服薬情報 血圧	メッセージ	イオン薬局 (イオンアイビスで代替)	患者家族 薬剤師	イオン	2/18	横浜市	薬剤師 在宅医 訪問歯科医 訪問看護師	カナミック カナミック カナミック	3/6 3/8 3/11	
C 大腿骨骨折患者	8	FIM, BI	基本シート	岩手県立 高田病院 (NECで代替)	作業療法士	NEC	2/18	石巻市	訪問看護師 ケアマネジャー ヘルパー	富士通	3/3 3/13	大腿骨近位部骨折患者が、石巻市の自宅で訪問診療、訪問看護を利用している。
	9	訪問看護 報告書 休退	メッセージ	石巻市	訪問看護師	富士通	3/3	岩手県立 高田病院	在宅医	カナミック	3/11	
D 認知症患者	10	FIM, BI	基本シート	千葉県 (NECで代替)	作業療法士	NEC	2/18	亀田総合病院	ケアマネジャー ヘルパー	カナミック	2/28	認知症と診断された患者が、千葉県の自宅にて訪問看護を開始する。 ケアマネジャーが介護サービス計画を立案した。
	11	介護 サービス 計画書 InterRAI	メッセージ	亀田総合病院	ケアマネ ジャー ヘルパー	カナミック	2/28	千葉県 (文京区で代替) 千葉県 (石巻市で代替)	在宅医 (歯科医、薬剤師) 訪問看護師	富士通 富士通	3/6 3/3、13	

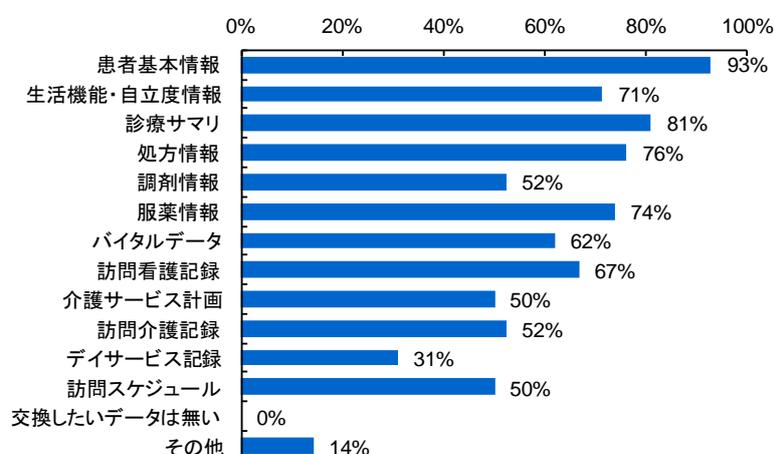
本実証においては、実証期間の制約から、実患者に対する実業務ではなく、仮想患者に対する仮想シナリオを描いてデータ交換の実証を行った。ただし、複数の医療・介護従事者から多くの助言を得て、極力現実感のあるシナリオを作成した。シナリオに現実感を持たせるため、想定する患者像を極力具体化するとともに、シナリオに沿って発生するイベントと交換されるデータ項目が一連の流れとして理解できるよう工夫した。また、仮想患者のうち1名に関しては、モデルとなる実患者をもとにデータを加工した。更に、直交表(交互作用が少ない多因子の実験を行う場合に、実験回数を最小化する実験計画手法)を参考に、限られたシナリオ数の中で複数職種、複数地域、複数ベンダがバランス良く配置されるよう、シナリオの組合せを調整した。

以上のような調整を経た結果として、がん、脳卒中、大腿骨骨折、認知症の4人の模擬患者(4つのシナリオグループ)に対して、合計11本のシナリオを描き、これらのシナリオに沿って実証を行った。データ交換実証シナリオ一覧を次の図表に示す。実証スケジュールの調整にあたり、シナリオを完全に上流から下流に順序立てて流すだけの時間的余裕はなかったものの、入力と参照の前後関係が逆転しないこと、1つの地域(フィールド)での実証回数が極力少なくなるよう調整した。ただし、同じ地域でも職種ごとに日程調整を行う必要があった場合は、1つの地域、1つのシナリオで複数の日程を設定した。

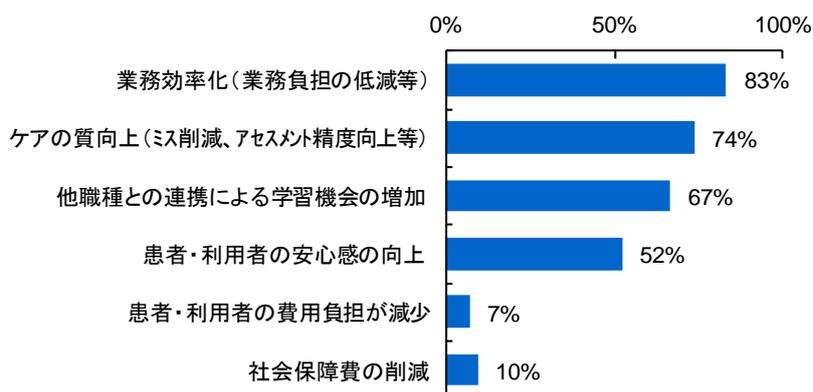
### 4-2-1-3 実証の検証結果

共通基盤を利用した情報システム間によるデータ交換について、希望データと期待効果については、必要とされるデータの共有については属人的に行われているケースも多く、家族の人間関係やADL、病名、各種検査データ、投薬・服薬情報、診療情報提供書、看護・介護記録それぞれにおいて、円滑な情報連携が行えているとは言い難い。患者・家族とのコミュニケーション円滑化や業務の効率化、薬の飲み合わせ状況の把握等の課題を解決する手段として、共通基盤にはさまざまな効果が期待されている。

図表 6-5 交換したいデータ



図表 6-6 データ交換で期待できる効果



**【業務効率化】**: 多職種が必要な情報を共同利用するため二重入力や複数個所への情報提供などの手間が省ける。ペーパーレス化への期待も大きい。

**【ケアの質向上】**: 医療・介護のそれぞれ専門分野の多職種が、連携して患者・利用者のケアに必要な個人個人の情報を共有することにより、また、協力しあうこともできるため適切できめ細かいサービスの提供が可能となる。

基本情報	家族の人間関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 家族の人間関係などの情報をケアマネが持っているケースがあるが、共有して貰えと患者・家族とのコミュニケーションを円滑化できる（看護師）</li> </ul>
生活状況・状態情報	ADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 事前に患者の様子をイメージして、準備を効率的に行うことができる（ケアマネ）</li> </ul>
診療・治療記録	疾患名	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 誤薬や処方忘れへの対応。在宅で処方忘れが起きると往復が発生するため、この点の業務効率化が可能（薬剤師）</li> <li>✓ 事前に患者の様子をイメージして、準備を効率的に行うことができる（ケアマネ）</li> </ul>
	検査データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 誤薬や処方忘れへの対応。在宅で処方忘れが起きると往復が発生しており、共有されればこの点の業務効率向上が可能（薬剤師）</li> <li>✓ 人間の評価を介さない CT や血液検査などの生のデータを見ることで、フラットに再評価できる（医師）</li> </ul>
	投薬情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 飲み合わせの確認が可能（薬剤師）</li> <li>✓ 二重入力を避け業務効率化が可能（紙で貰った場合、システムへの入力し直しで一人当たり 30 分程度の時間を要している）（薬剤師）</li> </ul>
	服薬情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 治療効果・副作用の確認が可能（薬剤師）</li> </ul>
	診療情報提供書	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 二重入力を避け業務効率化が可能。現状では看護師・一般職が診療情報提供書を入力している（医師）</li> <li>✓ 1日1時間程度の作業になることもある（看護師）</li> </ul>
	看護/介護記録	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 担当患者の緊急入院時に外出先から院に戻り、申し送り・看護サマリ（最後の排便日時・ご飯日時）を送付している（看護師）</li> <li>✓ ヘルパー、訪問看護、訪問入浴等の複数のサービス間での情報共有はケアマネを通して行っているが、床ずれの有無、排便情報、バイタル、水分摂取量、尿量等については、変化や異常があった場合に共有されていると対処しやすい。現在では紙のノート等で共有しているが、十全ではない。（看護師）</li> </ul>
サービス提供者 関連情報	サービス内容/ スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護の利用票をケアマネが共有してくるケースがあるが、往診日の日程調整ができるので便利である（看護師）</li> </ul>

## 7 今後の展開

### 7-1 共有情報の標準規格化について

共有情報の項目については本事業によってリストアップされたが、これを標準規格化するには、フォーマットやコード、メッセージ形式、用語などを決める検討を業界団体や標準化団体等によって検討を進める必要がある。

在宅医療及び介護関係の現場では、後期高齢者人口の増加、人手不足により仕事に忙殺されている中でケアの質の向上が求められており、迅速に検討を進めていただくことを期待する。

### 7-2 共通基盤の活用について

共通基盤は標準化された共有情報を在宅医療及び介護の現場で効率よく共有させることが期待される。その実現にはベンダー各社が標準仕様に準拠した情報システムを整備し共通基盤を活用することを期待する。

また、共通基盤の運用を行政機関等の公共性のある団体が運営を担うことでネットワークの安全性や低コストを確保することの実現性や費用の負担者、認証局（HPKI）など、全国どこでも誰でも安心して利用できる環境整備を早期に実現することを期待する。

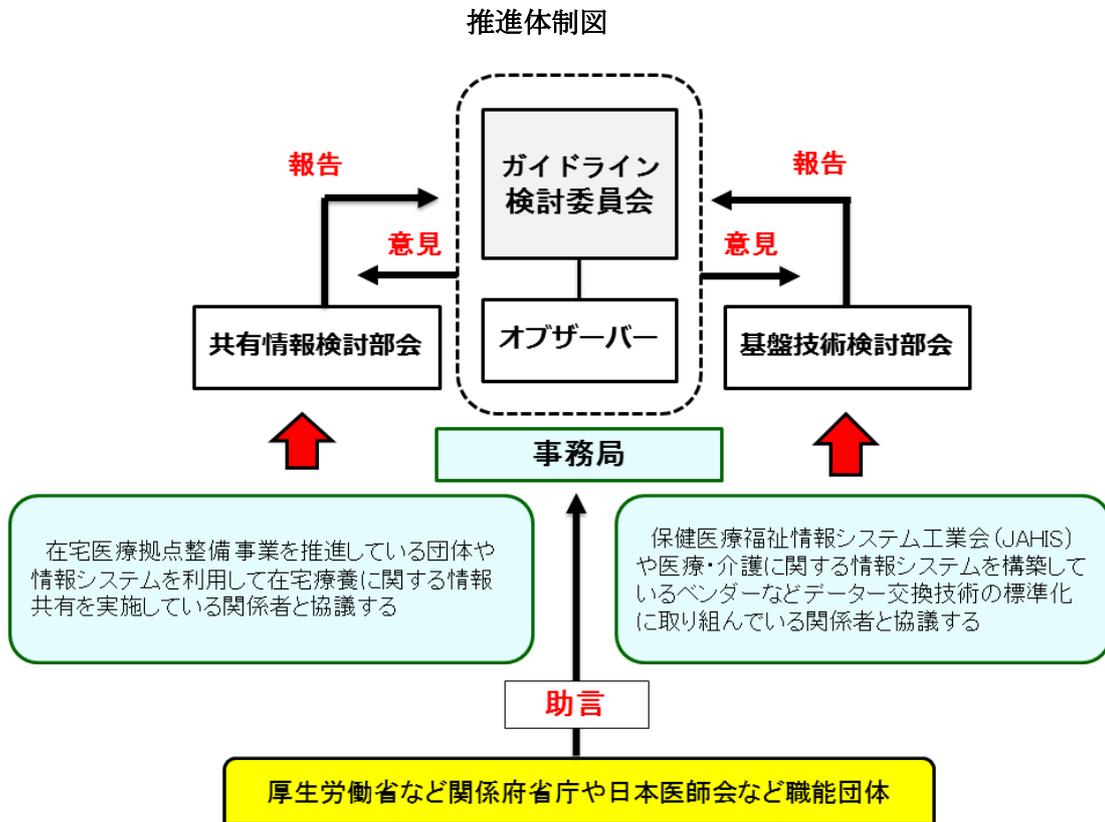
さらに、共通基盤が在宅医療の分野だけでなく、健康分野など社会保障の全般に活用できる基盤となることを期待する。

## 資料編

- 資料1 ガイドライン検討委員及びワーキング委員
- 資料2 自由意見
- 資料3 利用者アンケート調査票

## 資料 1 調査研究委員会及びワーキング委員

(1) 推進体制



## (2) ガイドライン検討委員会構成員名簿

### <構成員>

(敬称略、五十音順)

No.	氏名	所属
1	石川 広己	公益社団法人 日本医師会 常任理事
2	稲葉 雅之	民間介護事業推進委員会 一般社団法人 日本在宅介護協会 常任理事
3	大島 伸一	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 総長
4	田尻 泰典	公益社団法人 日本薬剤師会 理事
5	河村 文夫	東京都町村会 会長 西多摩郡町村会 会長 奥多摩町 町長
6	木村 晴恵	公益社団法人 日本介護福祉士会 副会長
7	齋藤 訓子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
8	助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
9	(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
10	田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授
11	辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授
12	富山 雅史	公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事
13	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
14	本永 史郎	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 総務組織委員会指導監査対応室 室長
15	横尾 俊彦	佐賀県多久市 市長

## ＜オブザーバー＞

### 【府省関係機関】

1. 内閣官房 情報通信技術（IT）総合戦略担当室
2. 総務省 自治行政局 地域情報政策室
3. 情報流通行政局 情報流通振興課高度化推進室
4. 経済産業省 商務情報政策局 情報処理振興課
5. 商務情報政策局 ヘルスケア産業課
6. 厚生労働省 政策統括官付情報政策担当参事官室
7. 医政局 指導課在宅医療推進室
8. 医政局 研究開発振興課医療技術情報推進室
9. 老健局 振興課
10. 老健局 老人保健課

### 【その他関係団体】

（敬称略、順不同）

1	日本医師会	広報・情報課係長 井川 智彦 保険医療部介護保険課主査 松本 亮 総合政策研究機構主任研究員 矢野 一博 総合政策研究機構 西川 好信
2	日本歯科医師会	地域保健課長 伊丹 晴彦 医療管理・情報管理課長 沼上 功一 医療管理・情報管理課係長 中西 隆 雄
3	日本薬剤師会	総務課 河野 行満
4	全国町村会	行政部参事 佐山 孝介
5	東京都町村会	事務局長 名倉 衡
6	柏市	保健福祉部福祉政策室 横山 和美
7	(財)地方自治情報センター	研究開発部長 伊駒 政弘
8	一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会	地域医療システム委員会委員長 田中 智康 地域医療システム委員会副委員長 南田幸太郎 地域医療システム委員会医療介護連携WG長 光城 元博 医療介護連携WGサブリーダー 廣田 史門

		戦略企画部長 真野 誠 戦略企画部保健福祉システム担当 運営幹事 八木春行 戦略企画部事業企画推進室長 吉村 仁
9	特定非営利活動法人 ASP・SaaS・ クラウドコンソーシアム	会長 河合 輝欣 主幹研究員 阿部 卓
10	医療法人社団鉄祐会 祐ホームク リニック	事務局長 園田 愛
11	(株)NTTデータ	ライフサポート事業本部ヘルスケア事業部戦略 企画室長 富田 茂
12	(株)NTTドコモ	法人事業部法人ビジネス戦略部 有田 浩之 法人事業部法人ビジネス戦略部 大島 巧 法人事業部第二法人営業部第五営業担当部長 メディカルイノベーション推進プロジェクト 遠藤 正道 松崎 充宏
13	日本電気(株)	第一官公ソリューション事業部社会政策推進グループ シ ニアエキスパート 田中 裕耕
14	(株)日立製作所	公共システム事業部 ソリューション企画部 前田 みゆき
15	(株)セイフマスター	代表取締役社長 三木 晴久 開発企画部長 中瀬 晶二
16	(株)野村総合研究所	コンサルティング事業本部 ICT・メディア産業コンサ ルティング部工藤 憲一
17	富士通(株)	政策渉外室 松原 真弓 ソーシャルクラウド事業開発室サービス開発統 括部(兼)新規ビジネス開発本部 シニアマネ ージャー 今林 徹 イノベーションビジネス推進本部ソーシャルクラウ ドビジネス統括部 生川 慎二 イノベーションビジネス推進本部ソーシャルクラウ ドビジネス統括部 住吉 誠 イノベーションビジネス推進本部ソーシャルクラウ ドビジネス統括部 丸山 厚
18	(株)カナミックネットワーク	会長 山本 奨 営業部 本村 晋太郎

<情報検討部会>

(敬称略、順不同)

	氏名	職種	所属
	<b>【石巻市】</b>		
1	武藤真祐	医師	祐ホームクリニック石巻（石巻市医師会）
2	丹野佳郎	薬剤師	石巻薬剤師会営医薬品センター薬局（石巻市薬剤師会）
3	阿部朋美	訪問看護師	石巻医師会石巻市医師会訪問看護ステーション 所長
	<b>【市川市】</b>		
4	吉岡雅之	医師	吉岡医院（市川市医師会）
5	上野田鶴子	ケアマネジャー	親愛の家 管理者
6	野口栄一	コーディネータ	市川市福祉部 地域福祉支援課 課長
	<b>【柏市】</b>		
7	平野清	医師	平野医院（柏市医師会）
8	金剛寺高宏	歯科医師	金剛寺歯科クリニック（柏市歯科医師会）
9	小田文子	薬剤師	みどり薬局（柏市薬剤師会）
10	藤田陽子	看護師	こすもす訪問看護ステーション
11	小林弘幸	ケアマネジャー	ケアプランときわ（柏市看護協会）
	<b>【千葉県】</b>		
12	土橋正彦	医師	土橋医院（千葉県医師会 副会長）
	<b>【福井】</b>		
13	汐見俊一	医師	汐見医院（坂井地区医師会）
14	渡辺和代	ケアマネジャー	あわら市金津雲雀ヶ丘寮居宅介護支援事業所
15	中村敬吾	コーディネータ	福井県健康福祉部長寿福祉課 主査

＜事務局＞

	氏名	所属
1	井堀 幹夫	東京大学高齢社会総合研究機構
2	吉江 悟	
3	山本 拓真	
4	木全 真理	
5	湯川 喬介	株式会社富士通総研 第一コンサルティング本部金融・地域事業部
6	小林 美貴	
7	吉田 善幸	株式会社ジーウェイブ
8	三浦 香代	

## 資料 2 自由意見

## (1) 標準的な共有情報のあり方(規格化)に関する意見

### 検討委員会 での意見

- ・在宅医療や介護に従事する者が、情報源となる本人及び家族に繰り返し同じことを聞いてしまうことがある。本人や家族に負担を与えてしまうことを避けるためにも、情報共有は極めて重要と思われる。
- ・医療情報において「主病名」「薬」「今後の方針における看取りの方向」「家族・本人の意向」は重要である。要約された病歴に関する情報があると良い。
- ・入力が多くなりすぎないように、チェック式+入力スペースを少なめに設定することが良いのではないか。
- ・治療状況は、電子カルテの仕様にはばらつきがあるため二重入力となる。医師の負担が大きいのではないか。
- ・訪問歯科ではなく、在宅歯科医療機関という表記にしてほしい。医療機関(かかりつけ医以外)の下にかかりつけ歯科医を追加してほしい。歯科医療機関名、担当者名が必要である。
- ・歯科の状況は、「過去1年の歯科受診の有無」「歯科的主訴・問題点」「歯科診療・口腔ケアの方針」「歯科診療・処置(義歯、歯周病)の状況」「専門的口腔ケアの状況」「留意事項」の項目に差し替えてほしい。
- ・特に介護事業者にとって、シンプルにした方が始めやすいのではないか。
- ・「住居・家族」に関する情報で記入項目が多すぎると、かえって混乱を招くことが危惧される。
- ・身体・生活機能の評価項目を入れるべきである。
- ・「ケア・生活」の情報項目は、直接介護事業者がアクセスして入力するのか、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに送られたものを居宅介護支援事業所等が入力するのか。いずれにしても、二重入力にならないように留意すべきである。
- ・摂食・嚥下や食形態等の指導には歯科医師が参加している。また、口腔ケアに歯科職種が連携している。「ケア・生活」の中に盛り込んでほしい。
- ・認知症患者のBPSDの早期発見、がんの終末期における本人・家族の気持ち、難病患者の本人や家族の心の負担を多職種間で共有することは有意義なことである。
- ・患者等のユーザーからのクレーム報告管理の項目が必要である。
- ・サービスの質と安全を担保するために、事業者間の情報共有は必要である。
- ・医療機関のみではなく歯科医療機関の情報項目も設定すべきである。
- ・情報共有する項目は、最低限必要な情報のみに絞ることが望ましいと考えられる。各事業者のICTリテラシーやマンパワーが異なるため、共有する情報項目が多岐にわたると、情報入力・更新が業務の負担となることが考えられる。これらの負担感が、連携参入及び継続の障壁になると考えられる。
- ・データの入力・掲載形態についてはPDFファイル形式や、JPGファイル形式などによる記録、蓄積も認めるといったルールにすることが望ましい。

<p>アンケート調査での意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険や医療保険を利用しているかの情報は必要だが、番号までは必要ないのではないか。</li> <li>・ 「家族の役割」は、主介護者とコミュニケーションをとるうえで必要である。</li> <li>・ 急変時に対応するため、「今後の入院先情報」は必要である。</li> <li>・ アレルギーや禁忌薬の情報は非常に重要であり、共有することが望ましい。</li> <li>・ 薬の内容は、患者・利用者の症状によっては頻繁に変化する。その際、入力作業が大変となり、万が一間違えた場合は事故の元となるため留意する必要がある。</li> <li>・ 薬の服用の変更や中止の情報も共有したい。</li> <li>・ 経済状況でサービスの利用種類や量が左右されるため、情報共有するべきである。</li> <li>・ 患者・利用者の性格は、援助するために把握を要すると考えられる。</li> <li>・ 身体機能評価や生活機能評価は必要だとは思うものの、入力負担が多い。</li> <li>・ 病状変化の著しい利用者には、変化する情報の共有は必須と思われる。</li> <li>・ フェイスペインスケールは、痛みの共通言語として有効だと思うため、必要である。</li> <li>・ 専門職の訪問スケジュールは、業務システムからの情報共有が望ましい。</li> <li>・ 各事業者がフェイスシートを保有しているため、全ての情報をシステムで確認する専門職は少ないと考えられる。</li> <li>・ 複数のモデル地域で実際に利用されている情報のみに絞り、それ以外の項目に関しては「地域限定項目」として各連携ネットワークの事情に応じて追加することが出来れば、地域の状況に応じた連携が可能になる。</li> <li>・ 頻繁に情報に変化する項目は修正作業が煩雑になるため、その解決策を考えておく必要がある。また情報の入力者を明確にしておく必要がある。</li> </ul>
<p>既存文献からの意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全ての情報を共有することが良いこととは思えず、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、共有する内容について吟味が必要と考える</li> <li>・ 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間の差をいかに乗り越えて使いやすいシステムを構築できるかが課題である。</li> <li>・ 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、入力時間的負担等を検討するべきである。使用するシステムが画一化出来れば、広がる可能性が高くなると思われるが、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である。</li> <li>・ 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っている。今後電子カルテの導入を検討しているが、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思われる。今後、自治体を中心に、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られる。</li> </ul>

## (2) 共有情報の保護及び管理方法（本人同意）に関する意見

<p>検討委員会 での意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>データの共有が進めば、研究等に利用しやすくなる。データの二次利用について、インフォームドコンセントの範囲等、言及をしておくべきである。</li> <li>医療・介護情報連携において本人同意取得の負荷が高い。医療・介護情報連携の制約緩和が求められる。</li> </ul>
<p>アンケート調査 での意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人情報取扱いの同意は、サービス提供の指揮を行う医師またはケアマネジャーを中心に行う等、地域の多職種によるルール作りが必要と考える。</li> </ul>
<p>既存文献 からの 意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人情報患者・利用者の同意のもと、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。</li> <li>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。</li> <li>患者・利用者一人ひとりに了解を得ていけるのか、外部に絶対漏洩しないのかが危惧される。</li> <li>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情報まで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である。</li> <li>患者・利用者または家族に対し、関係者間に情報提供することを許可する旨の書類（フォーマット）があればもらいたい。</li> <li>個人情報の取り扱い方について患者・利用者に説明したとしても、患者・利用者が理解できるか分からず同意してもらえない可能性がある。</li> <li>患者・利用者や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は行ってもらいたい。</li> </ul>

## (3) アクセス権限に関する意見

<p>検討委員会 での意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「医療従事者」「介護従事者」「家族」で、情報へのアクセス制限をつけることが必要と考える。</li> <li>生活全般に関わり個人情報の管理を主要に行っている居宅介護支援事業所や地域包括支援センターが、患者・利用者のケース毎にアクセス制限の設定等を責任もって行うことが望ましいのではないかと。</li> </ul>
<p>アンケート 調査での 意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・利用者の生活歴や快／不快等は、家族が入力できるような設定にすれば良いと考えられる。</li> <li>基本情報の中でも、コーディネータが入力する項目、医師が入力する項目、ケアマネジャーが入力する項目をある程度設定している。</li> </ul>
<p>既存文献 からの 意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>システム利用者の管理は必要だと思うが、患者・利用者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。</li> <li>現在かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護ステーションの間で多くの情報をシステムではなく紙で共有している。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、疑問を感じる。</li> </ul>

#### (4) 情報システムの利用（データ交換）に関する意見

<p>検討委員会 での意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者・利用者の情報を多職種間で共有することは、患者・利用者自身のために非常に有意義なことのみならず、医療・介護従事者の教育という観点からも重要なことである。</li> <li>・ 二重入力が発生しないようにするためにも、負担なくデータ交換できる仕組みが必要である。</li> <li>・ 情報共有システムについては、これから新たに導入し活用される地域と、既に何らかのシステムの運用導入が始まっている地域の両者が存在する。前者は新たに規定されるガイドラインに則ったシステムを利用すればよいが、後者については既存システムで回り始めている運用に、共通化のためだけに更なる負担が発生しないようにすることが重要である。</li> <li>・ 共通基盤及び情報共有システムについては、外部共有ストレージのような実体のあるシステムを具体的な標準モデルとして示しつつも、実運用の状況を鑑み、データの整形機能や認証機能など、全体として情報連携を満たすべき機能を示すフレームワークとして示すことも有効ではないか。</li> <li>・ 共通基盤が対象とする部分の規定は必要最小限にし、構築されるサービスやアプリケーションについては自由度を持った体系とするのが望ましい。</li> <li>・ 共有情報に医療情報が含まれる場合、そこにアクセスする介護事業者はVPN環境が必要となるのか。その維持費は、介護事業者が負担できるものなのか。保険請求に組み込まれないと、現場では利用されにくいと予測される。</li> </ul>
<p>アンケート 調査での 意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職種毎に具体的な利用事例を示すなど、利用イメージを持ってもらうことを主眼に置いた研修を実施する必要がある。</li> <li>・ 機能を増やしすぎると使われないものになってしまうことが懸念される。使い道を極力限定し、シンプルにした方が良いのではないか。</li> </ul>
<p>既存文献 からの 意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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る。システムを購入するために大きな投資をしても、他の機関と連携が取れなければ意味がない。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 全患者・利用者について、あらゆる情報を画一的にリアルタイムで共有する必然性があるのか。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なのではないか。</li> <li>・ データセンター等、一箇所で情報を管理していれば、普段の病院やサービス事務所に様子を聞いたり伝えたりしなくても良いため、便利だと思われる。また、情報が正確に伝わる。</li> </ul>

## (5) 運用手続き（運用管理）に関する意見

<p>検討委員会 での意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ インフラを維持するコスト負担（基盤、入力端末、通信費）の議論も必要である。特に、介護事業者はコスト負担が難しいと考えられる。セキュリティ・ネットワーク・運用に加えて、利便性とコスト負担も現実的なものを考える必要がある。</li> <li>・ 個人情報の利用同意を取得していない場合の利用、流出や悪用に関するチェック機能が必要である。</li> <li>・ 個人情報を得てまで情報連携する必要性の低い事業者に対し、情報が提供されることのないよう、チェック機能が必要である。必要最低限の共有者数であるべきである。</li> <li>・ 導入地域の負担が大きいため、財政支援や情報提供、規定等を国、地方自治体が関与することが望ましい。</li> <li>・ 必ず情報閲覧回数が低い項目が出てくるはずである。その都度、その項目において削除するようなフィードバックシステムを作ってほしい。</li> </ul>
<p>アンケート調査 での意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 運用管理のルールをあらかじめ決定しておくことが必要である。</li> <li>・ 費用は公的資金から捻出することが望ましいのではないかと。</li> </ul>
<p>既存文献 からの 意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ベンダー各社が顧客の囲い込みをやめることが必要ではないか。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ことが望まれる。現状では狭いエリア内での連携にとどまってしまい、全国規模のネットワーク構築をしないと意味がない。</li> <li>・ 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われる。</li> <li>・ システムのメンテナンスを誰が行うのか懸念している。費用の問題より、システムを管理する人材とその費用を誰が担うのかが問題である。</li> </ul>

### 資料3 利用者アンケート調査票

## (1) 全国標準にすべき情報項目

先進地域に対してヒアリング調査を行った際、同時にアンケート調査も行った。回答のあった8名（医師4名、訪問看護師1名、ケアマネジャー3名、行政職員1名）のうち、「全国標準にすべき情報項目」に回答した専門職は医師3名、訪問看護師1名、ケアマネジャー2名であった。それぞれが回答した内容について以下に示す。なお、全国標準にすべき情報項目と回答した箇所は「■」で示している。

情報種類	項目番号	情報共有項目	回答者					
			医師①	医師②	医師③	訪問看護師	ケアマネジャー①	ケアマネジャー②
基本情報	1	氏名、生年月日、性別	■	■	■	■	■	■
	2	郵便番号／住所	■	■	■	■	■	■
	3	電話番号	■	■	■	■	■	■
	4	介護保険（保険者名・保険者番号・被保険者番号）			■	■	■	■
	5	医療保険（保険者名・保険の種類・被保険者番号）			■	■	■	
	6	医療保険（手帳の記号・番号・公費の有無）			■	■	■	
	7	生活保護	■		■	■	■	
	8	身長					■	
	9	体重					■	
	10	血液型				■		
	11	性格					■	
	12	趣味						
	13	現在の仕事				■		
	14	経済状況				■		
	15	家族構成図				■		
	16	家族の氏名				■	■	■
	17	家族の続柄				■	■	■
	18	家族の生年月日				■	■	
	19	家族住所				■	■	
	20	家族の電話番号／携帯番号				■	■	■
	21	家族のメールアドレス						
	22	家族の就労状況／職業種別						
	23	家族の健康状態						
	24	家族の役割（キーパーソン／主介護者／服介護者／緊急連絡者）		■		■	■	■
	25	同居家族（有無）				■	■	■
	26	住居（種別・写真・間取り）						
	27	居室状況（専用居室の有無／階数／エレベーター／日当たり／暖房／冷房）						
	28	駐車場の有無						
	29	かかりつけ医（主病名、医療機関名、診療科目、医師名）		■		■		
	30	かかりつけ医（診療状況（受診方法、頻度など）、電話番号、情報源）		■		■		
	31	既往歴	■			■	■	
	32	現在の疾患、特定疾患、感染症	■			■	■	■
	33	薬物アレルギー／食物アレルギー／禁忌薬	■	■		■	■	■
	34	病状説明（病態変化、対処、指示したこと、予後・余命）				■	■	
	35	閾値（血圧／体温／SpO2／体重）、留意すべきこと				■	■	
	36	今後の方針（看取りの意向／家族の意向）				■	■	■
	37	装着機器（機器名）		■		■	■	■
	38	医療処置（カテーテル・人工呼吸器・酸素療法・血液浄化・その他）		■		■	■	■

情報種類	項目番号	情報共有項目	回答者					
			医師①	医師②	医師③	訪問看護師	ケアマネジャー①	ケアマネジャー②
基本情報	39	薬（薬品名、剤形、色、服用内容（回数、時期））副作用、調剤日、処方者名、医療機関名				■	■	■
	40	今後の入院先情報		■				■
	41	障害認定（療育・身障・種別・等級）／自立度			■	■	■	
	42	要介護認定（区分・認定有効期間）／自立度			■	■	■	
	43	サービス内容（種別・事業所名・担当者・電話番号）				■	■	
	44	サービス期間（頻度・期間・利用する曜日・所要時間など）				■	■	
	45	処置方法（皮膚、排泄、吸引・吸入、点滴、注射、麻薬）		■		■		
	46	身体（麻痺の有無、関節の動く範囲、寝返り、起き上がり、座位保持、両足での立体保持、歩行、立ち上がり、片足での立位保持、洗身、つめ切り、視力、聴力、特記事項）		■		■	■	■
	47	生活（移乗、移動、嚥下、食事摂取介助、排尿介助、排便介助、口腔清潔、洗顔、整髪、衣類の着脱（上・下）、外出頻度、特記事項）		■		■	■	■
	48	認知（意志の伝達（日課の理解・生年月日・短期記憶・氏名・場所・徘徊・外出先から戻れない、特記事項）		■		■	■	■
	49	精神・行動障害（被害妄想、作話、感情不安定、昼夜逆転、同じことを話す、大声、介護に抵抗、落ち着きがない、目が離せない、無断で持ち出す、物を壊す、もの忘れ、独り言、自分勝手な行動、話が止まらず会話できない、特記事項）				■	■	
	50	社会生活適応（薬の内服、金銭の管理、日常の意思決定、集団への不適応、買い物、調理、特記事項）				■	■	
変化情報	51	特別医療（点滴、中心静脈栄養、透析、ストーマ（人工肛門）の処置、酸素療法、人工呼吸器、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養、モニター測定、褥瘡の処置、カテーテル）		■		■	■	■
	52	日常生活自立度（障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度）				■	■	
	53	治療、痛み、症状		■		■	■	■
	54	バイタルサイン（血圧・脈拍・呼吸・体温・SpO2）		■		■	■	■
	55	フェイスペインスケール				■	■	
	56	残薬状況・服薬指示		■		■	■	■
	57	皮膚の処置内容		■		■	■	■
	58	食事・水分（主食量・副食量・水分点滴・状態）		■		■	■	■
	59	排泄状況（排尿量、排便量、便の硬さ、緩下剤の使用状況、失禁）		■		■	■	■
	60	睡眠状況					■	
	61	元気度					■	
	62	検査結果					■	
その他	63	口腔（嚥む、飲込む、食形態、食補助、口腔ケア、特記事項）		■		■	■	■
	64	メッセージ						
	65	訪問スケジュール				■	■	

## (2) 事業主体について

アンケート調査の中で、在宅医療と介護の連携を推進する事業主体の実態について質問した。そのうち回答を得られたのは、地方自治体や広域連合が主体となると、診療所／訪問看護ステーション等が主体となるの2パターンだった。その2パターンの事業主体における現状について記述する。また、共通基盤に含まれる機能への期待についても記述する。

### <事業主体例1>

現 状	
回答者	行政職員
事業主体	地方自治体／広域連合
組織体制	<p><b>【システム管理者】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>システム管理者は、システム開発事業者とする。</li> <li>システム管理者は、システムの保守およびID・パスワードの発行作業、診療情報等の保存など、個人情報を適切に管理できるシステム環境を整備する。</li> <li>システム管理者は、電話窓口にてシステム利用に係るサポートを行う。</li> </ul> <p><b>【ユーザー管理者】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ユーザー管理者は、坂井地区在宅ケアネットおよび坂井地区内の地域包括支援センターとする。</li> <li>ユーザー管理者は、システムを利用する事業所からの申請にもとづき、次の事項を行う。 <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者ごとのID・パスワード発行申請の取りまとめ</li> <li>治療・ケア情報を入力する患者（利用者）部屋の設定作業</li> <li>一部屋に参加する利用者の登録作業</li> <li>掲示板（ケアレポート）のタイトル設定</li> </ul> </li> </ul> <p>(以上、情報共有システム運用管理ルールより)</p>
管理手法	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報共有システムの利用を希望する場合は、「情報共有システム利用登録申請」および「個人情報の取扱いに関する誓約書」により、ユーザー管理者に申請する。</li> <li>システム利用事業所の代表者は、システム運用責任者を指定する。</li> <li>システム運用責任者は、システムの利用者を定める。</li> <li>システム利用事業所の代表者は、利用者が退職等に伴いシステムを利用しなくなった場合には、「情報共有システム利用変更申請」により、速やかにユーザー管理者に登録削除申請を行わなければならない。</li> <li>システム利用事業所の代表者は、利用者の変更（従業員の退職等に伴う登録削除等）があった場合には、「情報共有システム利用変更申請」により、速やかにユーザー管理者に報告しなければならない。</li> </ul> <p>(以上、情報共有システム運用管理ルールより)</p>
費用負担	地域医療再生基金

手続き	<table border="1"> <thead> <tr> <th>手続き</th> <th>実態</th> <th>課題</th> <th>対応策</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 企画・構想</td> <td>地域の医療・介護関係機関の代表者による検討部会を設け、個人情報の取扱い指針や運用・管理ルールを策定</td> <td>システムの内容によって、運用ルールは異なることになるが、新規でシステムを利用する団体・事業所が参照可能なモデルルールが必要</td> <td>システム開発事業者からの各システム内容に応じたモデルルールの提示</td> </tr> <tr> <td>② 準備</td> <td>公的機関を運営主体とし、地域全域の事業所が参加可能。対象患者・利用者は在宅主治医が決定</td> <td>介護事業所の参加が少ない状況。対象患者・利用者となる方の具体的な症例イメージが不明確</td> <td>システム利用研修、事業所への訪問説明によるシステム参加推進。一定期間のシステム運用後におけるルールづくりのためのワーキング実施</td> </tr> <tr> <td>③ 初期</td> <td>システム利用研修を実施</td> <td>参加事業所が限定的。利用イメージを持つことが出来る説明が必要</td> <td>事業種別ごとの小規模な研修の実施。利用体験談の導入</td> </tr> <tr> <td>④ 多職種連携</td> <td>医師・看護師・ケアマネジャーを中心に譲歩更新・閲覧</td> <td>左記以外の関係職種による情報更新・閲覧がない</td> <td>システム参加推進と利用研修の実施</td> </tr> <tr> <td>⑤ 廃止</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	手続き	実態	課題	対応策	① 企画・構想	地域の医療・介護関係機関の代表者による検討部会を設け、個人情報の取扱い指針や運用・管理ルールを策定	システムの内容によって、運用ルールは異なることになるが、新規でシステムを利用する団体・事業所が参照可能なモデルルールが必要	システム開発事業者からの各システム内容に応じたモデルルールの提示	② 準備	公的機関を運営主体とし、地域全域の事業所が参加可能。対象患者・利用者は在宅主治医が決定	介護事業所の参加が少ない状況。対象患者・利用者となる方の具体的な症例イメージが不明確	システム利用研修、事業所への訪問説明によるシステム参加推進。一定期間のシステム運用後におけるルールづくりのためのワーキング実施	③ 初期	システム利用研修を実施	参加事業所が限定的。利用イメージを持つことが出来る説明が必要	事業種別ごとの小規模な研修の実施。利用体験談の導入	④ 多職種連携	医師・看護師・ケアマネジャーを中心に譲歩更新・閲覧	左記以外の関係職種による情報更新・閲覧がない	システム参加推進と利用研修の実施	⑤ 廃止	—	—	—
	手続き	実態	課題	対応策																					
	① 企画・構想	地域の医療・介護関係機関の代表者による検討部会を設け、個人情報の取扱い指針や運用・管理ルールを策定	システムの内容によって、運用ルールは異なることになるが、新規でシステムを利用する団体・事業所が参照可能なモデルルールが必要	システム開発事業者からの各システム内容に応じたモデルルールの提示																					
	② 準備	公的機関を運営主体とし、地域全域の事業所が参加可能。対象患者・利用者は在宅主治医が決定	介護事業所の参加が少ない状況。対象患者・利用者となる方の具体的な症例イメージが不明確	システム利用研修、事業所への訪問説明によるシステム参加推進。一定期間のシステム運用後におけるルールづくりのためのワーキング実施																					
	③ 初期	システム利用研修を実施	参加事業所が限定的。利用イメージを持つことが出来る説明が必要	事業種別ごとの小規模な研修の実施。利用体験談の導入																					
	④ 多職種連携	医師・看護師・ケアマネジャーを中心に譲歩更新・閲覧	左記以外の関係職種による情報更新・閲覧がない	システム参加推進と利用研修の実施																					
⑤ 廃止	—	—	—																						
個人情報管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人情報を関係者で共有することについての患者・利用者からの同意は<u>診療所</u>が取得している。</li> <li>・ 個人情報の管理にあたり、以下のことを実施している。 <ul style="list-style-type: none"> <li>— 患者・利用者に関わらない関係者は情報閲覧できないよう制御している</li> <li>— アクセスできるサーバについては、推測困難なパスワードを設定している</li> <li>— 個々の利用者に対して発行されたログイン ID・パスワードを発行している</li> <li>— 守秘義務契約を締結した関係者以外には一切情報を公開しない</li> <li>— 回収した資料は、施錠可能なロッカーに保管している</li> <li>— システム利用者には事前に操作、セキュリティについての教育を行っている</li> </ul> </li> </ul>																								
<b>今 後 の 期 待</b>																									
基盤の機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電子認証や署名機能を活用して書類を電子的な業務手続きに切り替えることで、業務効率化や通信コストの軽減が期待できる。</li> <li>・ 職種間の情報発信回数の把握・解析や、情報登録した患者・利用者の情報収集・分析などを行うことで、システムの運用ルールの整備、事業所への定量的なデータを活用した参加提案、情報共有に適用しやすい患者・利用者像の割り出しが可能となる。</li> </ul>																								

＜事業主体 例2＞

現 状																									
回答者	在宅療養支援診療所 医師																								
事業主体	在宅療養支援診療所（パターン③）																								
組織体制	大がかりな組織体制はなく、院長が開発・運用している。																								
管理手法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報入力する項目が多ければ多いほど、入力や修正の負担が発生する。そのため、本当に基本的な情報のみ共有している。</li> <li>・ 最初に入力すれば、あとは修正されることはほとんどない。</li> </ul>																								
費用負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全て在宅療養支援診療所が費用負担しており、利用環境さえあれば各事業者は無料で利用できる。</li> <li>・ 将来的には、診療報酬に組み込まれることが理想である。</li> </ul>																								
手続き	<table border="1"> <thead> <tr> <th>手続き</th> <th>実 態</th> <th>課 題</th> <th>対 応 策</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 企画・構想</td> <td>情報共有することの大切さを感じ、10年前に構想をたてた</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>② 準備</td> <td>ICTリテラシーが低い利用者の事を考え、ID・パスワードは入力時の負担がないように簡単なものにしている</td> <td>ID・パスワードを難しくすると、セキュリティは向上するが覚えづらい</td> <td>指紋認証が最も良い</td> </tr> <tr> <td>③ 初期</td> <td>特に説明はしておらず、まずは利用してもらおう</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>④ 多職種連携</td> <td>システム上で患者と複数のシステム利用者を紐づける</td> <td>紐づけが漏れていることがある</td> <td>すぐに連絡がくるため、対応する</td> </tr> <tr> <td>⑤ 廃止</td> <td>ID・パスワードを削除</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	手続き	実 態	課 題	対 応 策	① 企画・構想	情報共有することの大切さを感じ、10年前に構想をたてた	—	—	② 準備	ICTリテラシーが低い利用者の事を考え、ID・パスワードは入力時の負担がないように簡単なものにしている	ID・パスワードを難しくすると、セキュリティは向上するが覚えづらい	指紋認証が最も良い	③ 初期	特に説明はしておらず、まずは利用してもらおう	—	—	④ 多職種連携	システム上で患者と複数のシステム利用者を紐づける	紐づけが漏れていることがある	すぐに連絡がくるため、対応する	⑤ 廃止	ID・パスワードを削除	—	—
手続き	実 態	課 題	対 応 策																						
① 企画・構想	情報共有することの大切さを感じ、10年前に構想をたてた	—	—																						
② 準備	ICTリテラシーが低い利用者の事を考え、ID・パスワードは入力時の負担がないように簡単なものにしている	ID・パスワードを難しくすると、セキュリティは向上するが覚えづらい	指紋認証が最も良い																						
③ 初期	特に説明はしておらず、まずは利用してもらおう	—	—																						
④ 多職種連携	システム上で患者と複数のシステム利用者を紐づける	紐づけが漏れていることがある	すぐに連絡がくるため、対応する																						
⑤ 廃止	ID・パスワードを削除	—	—																						
個人情報管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人情報に関係者で共有することについての患者・利用者からの同意は<u>情報共有システム提供者である診療所</u>が取得している。</li> <li>・ 個人情報の管理にあたり、以下のことを実施している。 <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 患者・利用者に関わらない関係者は情報閲覧できないよう制御している</li> <li>－ 個々の利用者に対して発行されたログイン ID・パスワードを発行している</li> <li>－ 守秘義務契約を締結した関係者以外には一切情報を公開しない</li> <li>－ 回収した資料は、施錠可能なロッカーに保管している</li> </ul> </li> </ul>																								
今 後 の 期 待																									
基盤の機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電子認証や署名機能等の機能を増やせば、利用できない専門職が出てきて普及しない可能性がある。</li> </ul>																								

