

**シームレスな地域連携の実現**  
 —共有すべき情報の検討と医療・介護連携の将来像—

特定医療法人社団 高橋病院  
 理事長 高橋 肇

**北海道 道南圏**



**【人口】** 48.2万人  
 (函館市 28.5万人)  
 (渡島・檜山 19.7万人)

**【病院数】**  
 函館市 31  
 (うち300床以上の急性期病院 7)  
 渡島・檜山 20

2007年度医療施設調査における  
 函館市人口10万人当たりの一般病床数  
**1371.8床 (全国一)**  
 ⇒全国屈指の激戦区



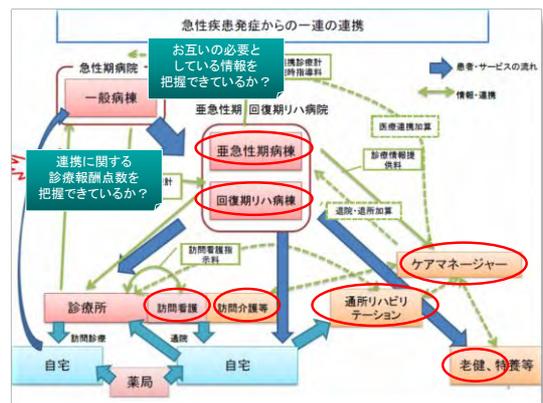
この西部地区(高齢化率35%)に  
 20年後の日本をみることができる

**当法人の方針**

◆ITを活用した地域連携ネットワークを構築し、  
 道南一のリハビリテーションシステムを確立する

キーワード“ITとリハビリテーション”

広大な地域の中で、どのように医療連携をとるか



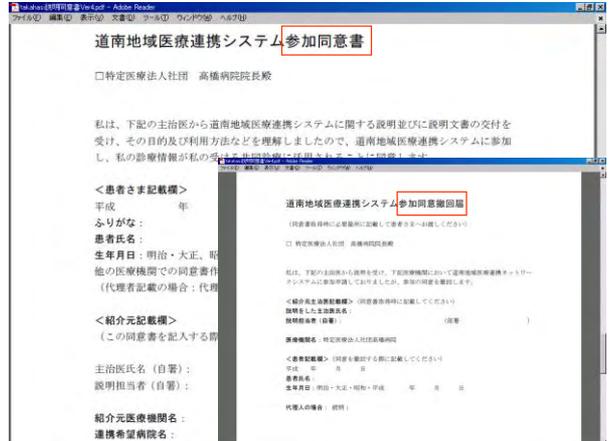
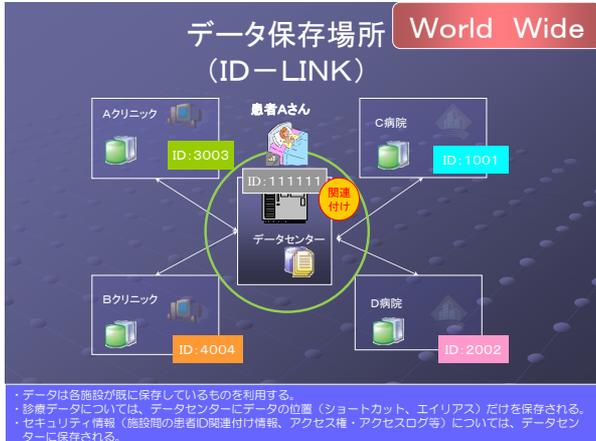
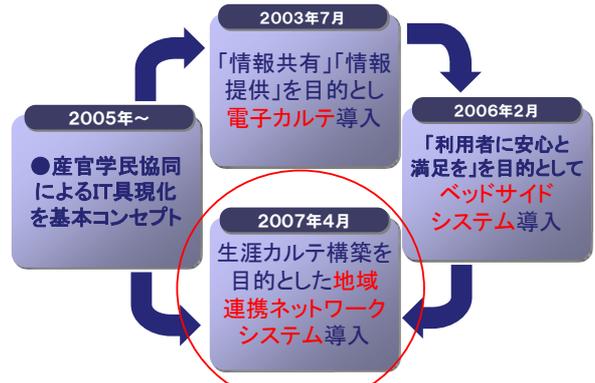
### 連携が上手く機能するには・・・

- **相手が知り、自分が知らない情報の中で**
  - 自分が知りたい情報は何かを、相手に伝え、
  - 確実に情報提供を受けること
- **自分が知り、相手が知らない情報の中で**
  - 相手が知ったら有用な情報を、
  - 相手に確実に提供すること

本来はIT化される前から構築されているべきもの

7

### IT化戦略の推移



### 高橋病院法人内連携延べ利用者数

平成22年9月10日現在

施設名	利用者数
高橋病院本院	996
介護老人保健施設「ゆとりろ」	234
居宅介護支援事業所「元町」	35
訪問看護ステーション「ほうらい」	28
居宅介護支援事業所「なでしこ」	14
グループホーム「なでしこ」	12
訪問介護ステーション「元町」	3
合計	1322



電子カルテ画面に地域連携が組み込まれており、個人画面から直接クリックして起動

患者の情報を1画面で共有しているので一覧性がよい

市立病院・高橋病院でアイコンの色が違う

急性期病院から当院へ転院したケースにおける転院前の処方・検査・画像・地域連携パスなどの参照

文書(退院時要約)

検査結果(時系列)

地域連携パス

処方内容

画像情報

道南MedIkaからの脳卒中パスダウンロード

脳卒中地域連携パス

急性期病院

連携施設1

連携施設2

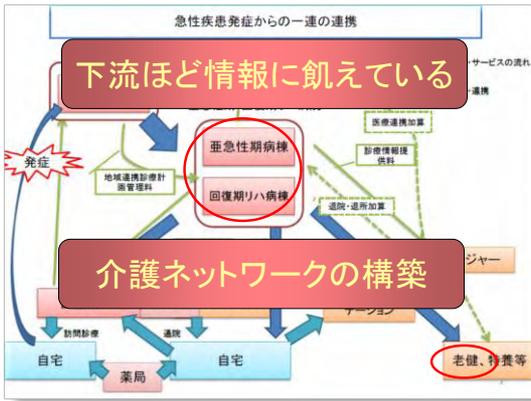
連携施設3

患者用パス表

脳卒中地域連携パス表

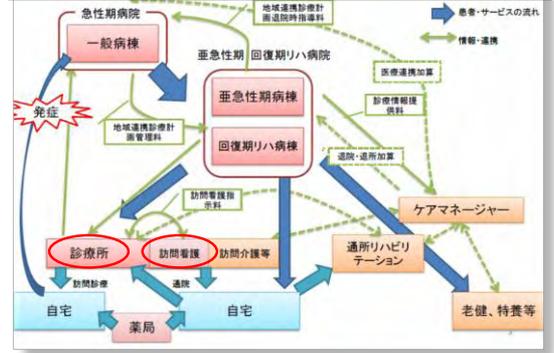
転送用パス作成





老人保健施設側で情報の把握・変更が可能

【クリニック⇔訪問看護ステーション】

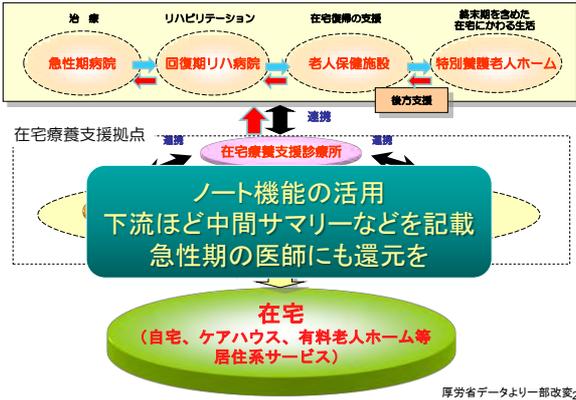


ノート記載内容の一括表示

きめ細かな生活状況などの情報が共有できる

一言でいうと「風通しがよかった」

地域で支える連携構築 (病病・病診・医介連携)

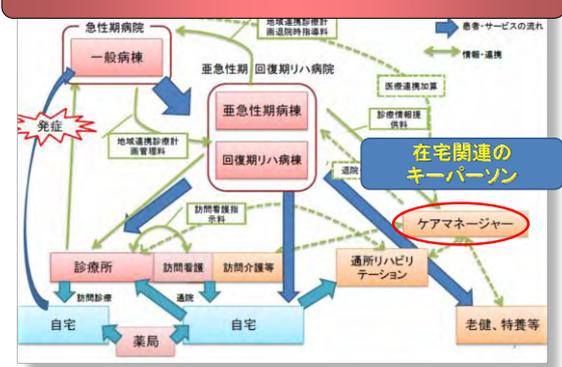


#1 脳梗塞後遺症 (平成20年)  
#2 心房細動、慢性心不全  
#3 腰部脊柱管狭窄症術後 (平成18年手術)

昭和63年: 糖尿病  
平成13年: 甲状腺機能亢進症、その頃より総合病院にて降圧剤とバイアスピリンを服用  
平成18年: 発作性心房細動にて同院入院  
平成20年4月: 脳塞栓にて脳外科入院

かかりつけ医が中間サマリーを記載すべき

[居宅介護支援事業所(ケアマネージャー)]



150~180日版

項目	初期	中期	後期	退院	経過	経過	経過	経過	経過	経過	経過	経過	経過	経過	経過	経過	経過	経過	経過
平野日	H27.7.4	H27.8.2	H27.8.26	H27.9.10	60日	74日	88日	102日	116日	130日	144日	158日	172日	186日	200日	214日	228日	242日	256日

ほぼ全職種でチームアプローチ

退院後の方向性を決めるIC内容などを早期にケアマネへ情報提供

訪問看護ステーション・訪問リハ・ケアマネージャーとの情報共有手段

訪問時にmobileパソコン(タブブック)を用い、インターネットを利用した道南Medlkaの利用を行っている

家屋評価報告書 移動時の注意

FOMA

**在宅サービス担当者会議**

訪問看護  
ステーション  
(看護師)

訪問介護ステーション  
(介護福祉士)

新しい情報を  
気がねすることなく  
みんなで即共有

老人保健施設デイケア

**主治医意見書(担当医)≠ADL把握**

BI(バーセルインデックス:100点満点)

2009	01/05	01/12	01/19	01/26	02/02	02/09	02/16	02/23	02/29	03/06	03/13	03/20	03/27	04/03
	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
急性期病院	50	65												50
リハビリ病院		65												
介護施設			90											
訪問看護			90		65			75						
介護					65			75						
訪問リハ								75		90			90	

地域全体で患者を把握することが重要  
⇒1患者・1地域・1カルテ  
⇒医療・ケアの質、安全の問題を地域全体で共有することが重要

### 「介護連携パス」の考え方

国立保健医療科学院 福祉サービス部福祉マネジメント室  
室長 筒井孝子

- 重要なことは、現在、急性期、回復期病棟で共有化している看護必要度(日常生活機能評価)のような患者情報を、介護の領域でも持たねばならないということである。
- そのためには、特に介護領域の専門職が患者(高齢者等)をアセスメントし、これを共通の情報システムにデータとして蓄積する技術を持つことは必須

医療と介護を結ぶ情報は  
何が考えられる？  
看護必要度・BI・FIM・・・

## 新老健版ケアマネジメント方式 「R4システム」について

全国老人保健施設協会監修: R4システム (ICF準拠ADL指標: 12項目60点満点)

正会員施設数: 3,379  
入所定員数: 310,804

## R4アセスメント(12項目)

1. 基本動作
2. 歩行・移動
3. 認知機能
  - a. オリエンテーション
  - b. コミュニケーション
  - c. 精神活動
4. 食事
  - a. 嚥下機能
  - b. 動作・介助

5. 排泄動作
6. 入浴動作
7. 整容
  - a. 口腔ケア
  - b. 整容
  - c. 衣服の着脱

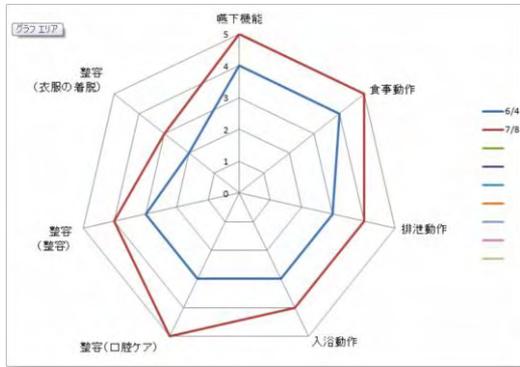
各々5段階評価

		レベル	状態	状態のイメージ
食事:嚥下機能		5	箸やフォークを使って食べこぼしせず、上手に食べることを行っている	
	提供する食べ物を、箸やフォーク等を使って、食べこぼしなく上手に食べることを行っている	行っている	↑ d550a	
食べるこぼし		4	箸やフォークを使って上手に食べることは行っていないが、食べこぼしが少ない。何とか自分で食べることを行っている。	
	提供する食べ物を、「食べこぼしはあるが」、何とか自分で食べることを行っている	行っている	↑ d550b	
食事の際の特別なセッティング		3	自分で食べることを行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている	
	姿勢や食べ物の位置の調整、摂食嚥下補助員の準備が必要である	行っている	↑ d550c	
			食事の際に特別なセッティングを必要とする	

整容:口腔ケア		レベル	状態	状態のイメージ
口腔ケア	口唇の乾燥を防いだり、歯磨きの手入れなどの口腔ケアを自分でやっている	5	歯磨きの手入れなどの口腔ケアを自分でやっている	
	口唇の乾燥を防いだり、歯磨きの手入れなど、口腔ケアについては自分でやっている	4	歯磨きの手入れなどの口腔ケアを自分でやっているが、歯みがきは自分でチェックして行っている	
歯みがき	歯磨きを普段から自分でチェックして行っている	3	自分でチェックして歯を磨くことだけ行っていないが、歯みがきをすれば、自分で歯みがきを行っている	
		2	自分でチェックして歯を磨くことだけ行っていないが、歯みがきをすれば、自分で歯みがきを行っている	

可視化・容易化・ADL共有化・ユビキタス化

スマートフォンを利用して情報共有化が容易に可能

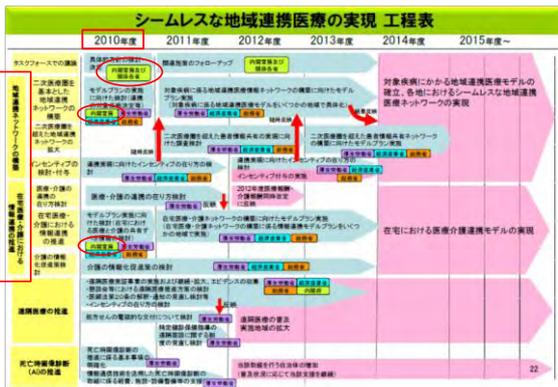


45

### 【新たな情報通信技術戦略 工程表】

平成22年 6月22日

- 1 「どこでもMY病院」構想の実現
- 2 シームレスな地域連携医療の実現
- 3 レセプト情報等の活用による医療の効率化
- 4 医療情報データベースの活用による医薬品安全対策の推進
- 5 高齢者等に対する在宅医療・介護、見守り支援等の推進
- 6 高齢者、障害者等に優しいハード・ソフトの開発・普及



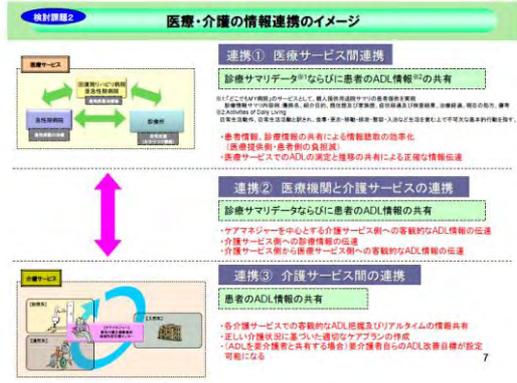
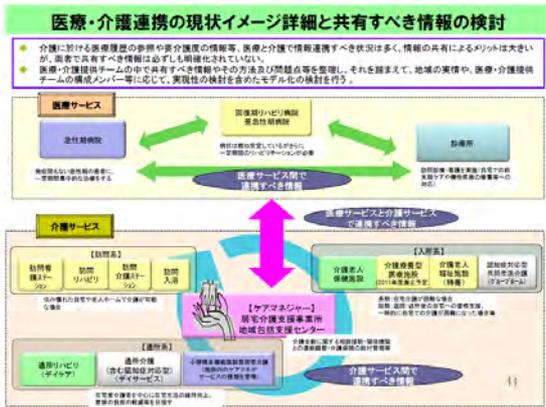
### 政策会議

高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 (IT戦略本部)

情報通信技術 (IT) の活用により世界的規模で生じている急激かつ大規模な社会経済構造の変化に対応することの緊要性にかんがみ、高度情報通信ネットワーク社会の形成に関する施策を迅速かつ重点的に推進するために、平成10年1月、内閣に「高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 (IT戦略本部)」が設置されました。

【お知らせ】

- 第1回医療情報化に関するタスクフォース (H22.9.8)
- 「オンライン平接」におけるリスク評価及び電子署名・認証がITプライムが決定されました (H22.8.31)
- 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 第4回企画委員会 (H22.8.8)
- 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 第54回議事次第 (H22.6.22)



### 検討課題② 医療・介護の情報連携の現状及び課題

#### 現状

- 患者・要介護者の活動状態の評価を行うための客観的な指標や、当該情報共有の仕組みが存在せず、介護、医療の担当者毎に患者の状態の聴取をするため、状態認識が異なり、適切な状態評価に基づいたサービスが提供されない場合がある。
- 医療機関から介護サービスへの情報提供が行われても、ファクシミリや紙をベースとした提供が多く、下流に行くほど診療情報が行き渡りにくく、介護サービス側から医療機関側への質問もづらい場合があり、正しい情報に基づいたサービスの提供が困難な状況。

#### 課題

- 患者・要介護者の日常生活の状態を客観的な指標で適切に把握し、その情報を共有する仕組みが必要。
- 医療機関から介護サービスへの確実な情報提供と、その情報へのアクセスを改善することが必要。

### 検討課題② (参考) 患者のADL情報の把握・共有方法について

これまでADL指標は各職種の専門的な指標のみが存在せず、患者または要介護者共通のもの存在しなかった(要介護認定は、スタッフ側の介護にかかる時間を指標としている)が、2001年5月にWHO総会で採択されたICF(International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類)を基にして、患者・要介護者のADL情報を把握するためのアセスメントシートが作成されている。

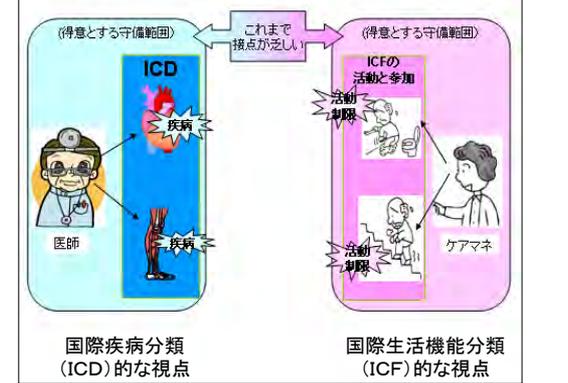
**ICFとは**  
ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類)とは、WHOが2001年に採択した、障害に関する国際的な分類を指す。ICFの目的は健康状態と健康関連状況を記述するための、統一的で標準的な言語と概念的枠組みを提供することである。

**アセスメントシートの効果**

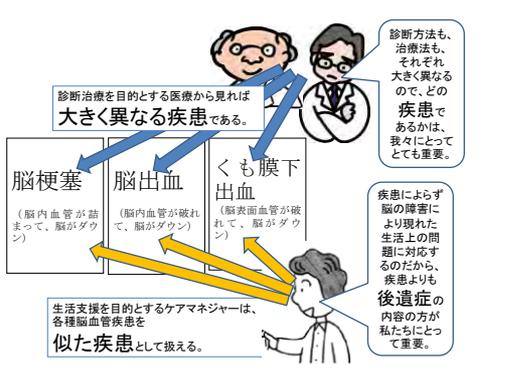
- 関わる全てのスタッフが、共通の指標によって要介護者の状態を正確に把握することが可能となる。  
→ 介護者と介護スタッフが共通の目標に向かうことができる結果として、正確な状態把握が可能になり、適切な介護サービスの提供や、要介護者の状態の改善が期待できる。
- (参考) ICFに基づき、社団法人全国老人保健施設協会では、ケアプラン策定のためのアセスメント方式として、本年3月に「**完全非認知ケアマネジメント方式〜R4システム〜**」としてとりまとめ、ICFベースのアセスメントマニュアルを発表している。そのイテームの1つに、ICFをベースとした生活状態のレベルが表現され、共通の物差しによる状態把握が可能。

参考例：生活状態のレベルのイラストベースの表現

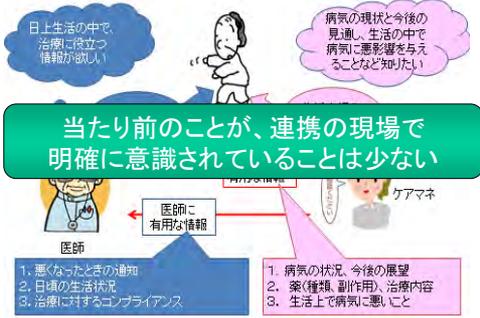
### 医療（医師）の視点、介護（ケアマネ）の視点



### 脳血管障害



# 情報交換して有用な情報とは



### 「シームレスな地域連携医療の実現」

#### 対象疾病の絞り込みにおける視点イメージ

##### 1. 国民の健康維持の観点で影響の大きいもの

**当該疾病の患者数が多く、増加傾向にある**

- 患者数が多く、高齢者の患者も多いことから、今後も患者が増加し続けることが予想される。

**当該疾病や合併症の治療費が多額**

- 平成19年度国民医療費において、糖尿病医療費は1兆円超。
- 合併症の一つである腎症での透析導入が増加しており、特に70歳以上の透析導入が増えている。透析療法は年間500万円～600万円程度の医療費が発生する。
- 慢性透析患者数の推移と年末患者の主要疾患患者の割合推移 ※ 日本透析医学会「透析 我が国の慢性透析療法の現状」より

	平成19年	平成20年	平成21年
糖尿病が原因と見られる人	約280万人	約340万人	約380万人
糖尿病の合併症と見られる人	約200万人	約260万人	約300万人
上記合計	約480万人	約600万人	約680万人

**当該疾病や合併症で長期治療が必要**

- 「糖理型」医療（慢性期医療）で、長期にわたり治療を実施する。
- 合併症により網膜症、腎症、神経障害、足壊疽に至る場合がある。

##### 2. 重症化の予防等に対して、情報通信技術の活用効果が期待できること

疾病の予防や管理に有効なデータが存在し、ITを活用してデータ管理が有効と見込まれている

取得が困難なデータではない、診療所における検査や在宅等で、当該データの取得が可能である

～ヘモグロビンA1c、総コレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪等、疾病の予防や管理に必要なデータが特定されている。56

### 「シームレスな地域連携医療の実現」

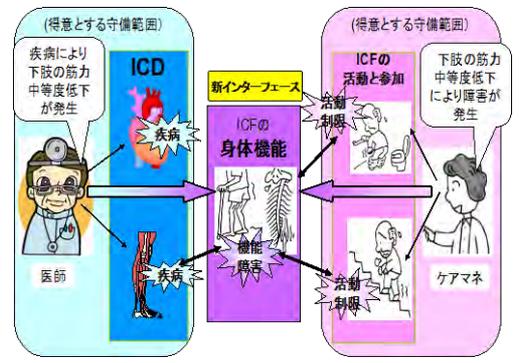
#### インセンティブ検討の視点

地域医療連携モデルの導入によって透析患者の増加等が抑制されることが期待される場合、その効果に応じてインセンティブを付与することが妥当性を持つ。インセンティブの値の決定のため、医療費削減効果、連携モデルの導入コストの具体的な評価試算を実施。当面は仮の数値として一次的なインセンティブを実現しつつ、モデルの実証結果を踏まえて数値の修正を行っていく。

①地域連携モデルによる透析患者数抑制効果の試算  
②地域で医療費削減化するための効果の試算  
③モデル導入による透析患者数抑制効果の試算  
④地域連携モデルによる透析患者数の抑制効果の試算  
⑤慢性疾患管理の実施  
⑥実証モデルの他地域への展開

①一時的なインセンティブの検討と実施  
②モデル導入による透析患者数の抑制効果の試算  
③モデル導入による透析患者数の抑制効果の試算  
④実証事例を踏まえて、インセンティブの程度を設定  
⑤慢性疾患管理の実施  
⑥実証モデルの他地域への展開

## 医師とケアマネを結ぶインターフェースとしての身体機能低下



### 第2章 2 糖尿病マップとステージ別ケアマネジメント

#### ケア側に道標が必要

##### 糖尿病マップ

1.3.1 治療の進め方とそのポイント

① 合併症予防  
② 合併症早期発見  
③ 合併症治療

④ 合併症中期  
⑤ 合併症末期

⑥ 合併症予防  
⑦ 合併症早期発見  
⑧ 合併症治療

### 第3章 2 がんマップとステージ別ケアマネジメント

#### ケアステージマップ

##### がんマップ

発見  
診断  
治療  
完治の見込み？  
経過観察

導入期  
安定期  
緩和期  
終末期

介入  
介入  
介入  
介入

うつ、痛み、便秘  
呼吸器疾患  
消化器疾患  
循環器疾患  
腎臓疾患  
骨格系疾患  
皮膚疾患  
その他

病気で死亡  
自宅で死亡



### ID-Link導入実績(H22.3末現在)

※ID-Linkは、株式会社エスイーシーが提供しており、各医療施設内の専用サーバーに格納された診療情報を、同社のサービスセンターを経由して閲覧する仕組みです。

9都道府県227施設で利用  
 (内訳)情報公開施設:45  
 情報閲覧施設:182

