

ICT活用事例集 ～情報共有・遠隔医療～

本事例集の構成

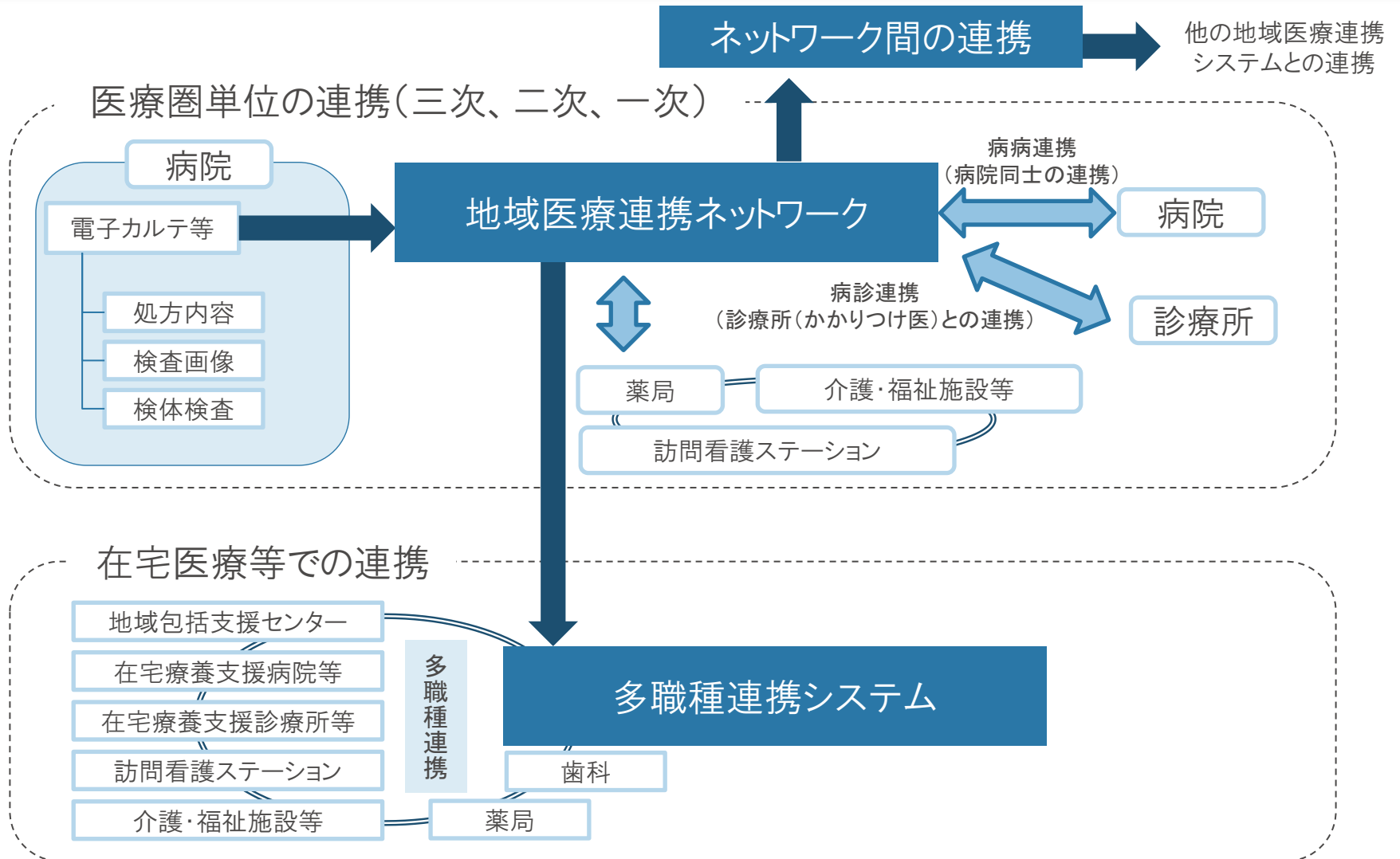
1 ICTによる情報共有（患者情報共有ネットワーク）

- ① 全体像 : p.3
- ② 地域医療連携ネットワーク : p.4～20
- ③ 多職種連携システム : p.21

2 遠隔医療

- ① 遠隔相談・遠隔診断【D to D】 : p.22～23
- ② 遠隔診療（オンライン診療）【D to (N to) P】 : p.24～28

ICTによる情報共有(全体像)



医療情報連携ネットワークの活用メリット

活用メリット

1	初診時	<ul style="list-style-type: none">地域全体で連携して診療することで、初診患者の安心感を醸成過去の処方や治療内容を踏まえた最適な治療選択が可能アレルギー歴、他院での処方との併用禁忌等について抜け漏れを回避病歴聴取が困難な患者であっても正確かつ迅速に病歴確認が可能
2	画像検査等の共有・外注	<ul style="list-style-type: none">画像を出力する必要がなく、簡便に情報共有が可能必要以上の検査を防ぐことが可能地域において検査機器の有効活用が可能
	病院/診療所との連携	<ul style="list-style-type: none">診療中や多忙な時間帯に電話をかけずに済むため、双方にとって快適にコミュニケーションがとれるようになる（緊急時は除く）連携がスムーズになることで、地域全体の診療の質が向上
3	紹介/逆紹介時	<ul style="list-style-type: none">紹介状/逆紹介状に記載しきれない情報も参照出来、診療内容の最適化に貢献（誤りや抜け漏れがあった場合でも、カルテで直接確認出来るため、安全性が向上）病院/診療所の説明内容の詳細が把握出来、患者との信頼構築・最適な治療に貢献病院/診療所が連携しながらのフォローが可能
	緊急時	<ul style="list-style-type: none">救急搬送されるまでの事前準備が可能となり、スムーズな処置が可能

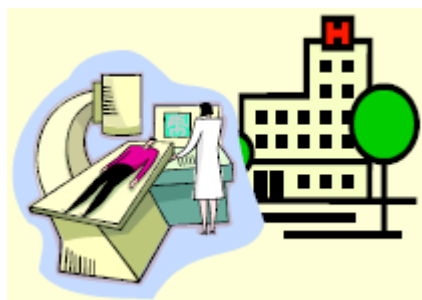
ICTによる情報共有に対する診療報酬上の評価

情報提供側

検査・画像情報提供加算

- ① 退院患者の場合 : 200点
- ② その他の患者の場合 : 30点

- 診療情報提供書+画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定
(診療情報提供料 I の加算として評価)



診療情報
提供書

+



情報受領側

電子的診療情報評価料 : 30点

- 診療情報提供書+画像情報・検査結果等を電子的方法により提供を受ける
- 上記かつ、診察に活用した場合に算定



主な施設基準

- 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること
- 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること
- 情報の電子的な送受に関する記録を残していること(ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること)
 - 情報提供側: 提供した情報の範囲及び日時を記録
 - 情報受領側: 閲覧情報及び閲覧者名を含むアクセスログを1年間記録

ICTネットワーク(地域医療連携)におけるボトルネックと成功の鍵

課題	ボトルネック	成功の鍵
参加施設数・登録患者数の連携拡大	そもそもニーズを感じておらず医療機関が加入しない	特徴的な啓発活動の実施
	参加者の主体性不足	成功モデルの横展開
	メリットがわからず住民が登録しない	インセンティブの活用
	医療・介護連携が不十分	強力なリーダーシップ
システム運用費・維持費・更新時の費用負担の確保	病院・診療所(参加施設)が費用を負担できない	住民向け啓発活動の積極化 同意取得方法の工夫
		医療・介護間は別途システムを併用
異なるシステムへの二重入力(工数負担増加)	負担増に対する反発	補助金や無料サービスの活用
		負担軽減制度導入
セキュリティの確保	個人情報の取り扱い	事務的工数負担の軽減制度導入
		組織内トップダウンのコミュニケーション
		運用ルールの厳格化

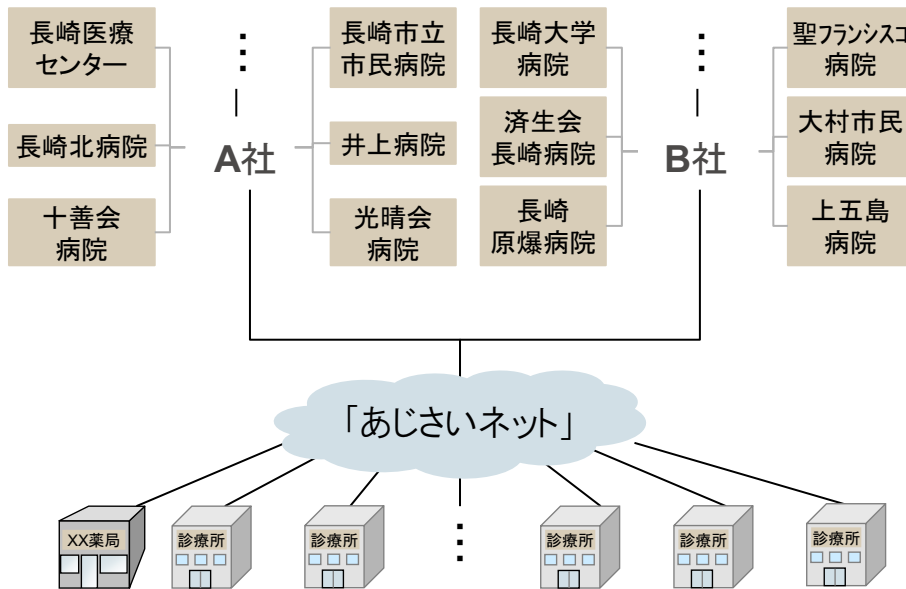
成功しているネットワークの成功の鍵には共通点が存在

ICTネットワークのボトルネックと成功事例における成功の鍵

ボトルネック	成功の鍵	あじさいネット (長崎県)	三次 医療圏	とちまるネット (栃木県)	とねっと (利根医療圏)	二次 医療圏	さどひまわりねっと (佐渡医療圏)
そもそもニーズを感じておらず医療機関が加入しない	特徴的な啓発活動の実施	✓ 実演を交えた説明会 広報誌でベストプラクティス共有	-	-	-	-	-
	成功モデルの横展開	✓ 大村市から 県全域に展開	✓ 壬生町から 県全域に展開	-	-	-	-
参加者の主体性不足	インセンティブの活用	✓ 医師会に費用負担を課し 主体性を担保	-	-	✓ 各ステークホルダーのトップ に推薦された若手が 中心に	-	-
	強力なリーダーシップ	✓ 熱意のある医師が主導	✓ 熱意のある医師が主導	-	-	✓ 熱意のある医師が主導	-
メリットがわからず住民が登録しない	住民向け啓発活動の積極化	-	-	-	✓ 自治体ごとに 住民向けシンポジウムや 広報誌配布	-	-
医療・介護連携が不十分	医療・介護間は別途システムを併用	-	✓ 医療・介護連携は 別システムを併用	-	-	-	-
病院・診療所が費用を負担できない	無料サービスの活用	-	✓ 無料SNS活用	-	-	-	-
	負担軽減制度導入	✓ 団体購入で入会金免除	-	-	-	-	✓ 参加機関からの負担を 基本としつつ、保守費用 抑制の取組も実施
負担増に対する反発	事務的工数負担の軽減制度導入	-	-	-	✓ 患者紐づけ代行 外部データ施設巻き込み	✓ レセプトデータからの自動 マッピングにより、各施設の カルテ番号からアクセス可能に	-
	組織内トップダウンのコミュニケーション	✓ 情報開示への現場の反発 を院長が解決	-	-	-	-	-

あじさいネットは、ICTネットワークの実用化への”壁”を克服し、 長崎県全域で活用されている

長崎県全域に広がる
国内最大規模のICTネットワーク「あじさいネット」



時期 • 2004年に運用開始

加入数

- 登録患者数: 75,280名 (住民の約5.5%)
- 参加施設数: 334施設
 病院・診療所 205、歯科 1、訪問看護 18、介護 5、
 薬局 104、行政 1 ※2018年2月時点
- 大村地区で運用開始し、長崎県全域に拡大
- 在宅医療の現場でもあじさいネットの利用が拡大

連携方法

- 基幹病院にある情報を診療所で閲覧するという一方向性

ICTネットワークによく見られる課題(="壁")を克服

課題

あじさいネットの取り組み

推進主体
がない

大村市医師会を中心に、国立長崎医療センター、市立大村市民病院の3者で運用を推進

- 特定の病院が運用する場合には患者を取られることに対する危惧が発生し得るが、3者で運用することでこれを回避

加入者数が
少なく、
活用が
伴わない

様々な手段で、診療情報共有のメリットを地道に訴求

- 前提として、既に密な地域連携がなされていた土壌が存在
- 様々な地域での説明会の開催や医師会報への投稿を行い、地域全体の啓蒙を図る

医療機関毎
にシステムが
異なり、
互換性がない

各システムベンダーを取りまとめて、ポータルサイトを設計

- 富士通のデータセンターをベースとし、他社ネットワークとの相互連携を実現

あじさいネットはICTネットワークのボトルネックを解消したことで成功

ICTネットワーク事例: あじさいネット(1/3)

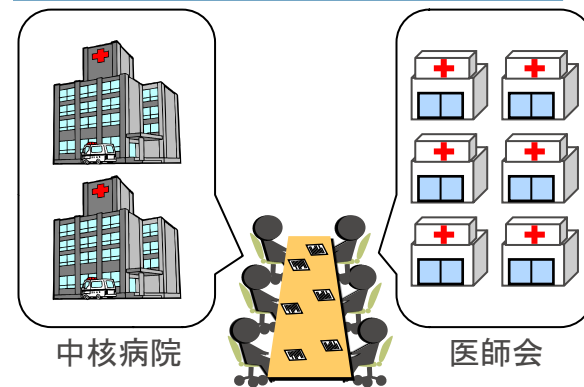
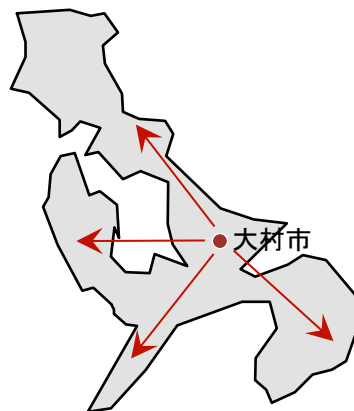
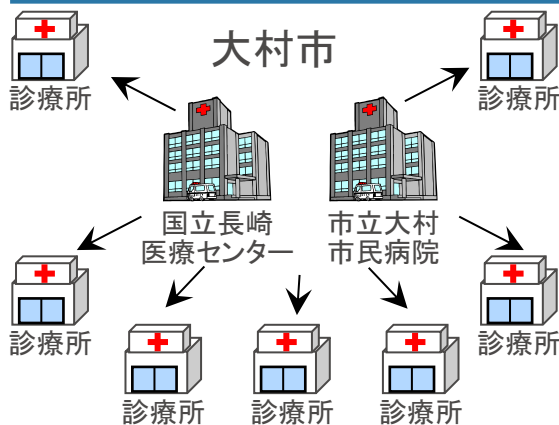
ICTネットワーク構築

ICTネットワーク運用

成功モデルの確立

ネットワークの拡大

運用・モニタリング



概要

大村市に完結した強固なネットワークを構築

大村市の成功モデルを県内全域へ展開

定期的に課題を抽出し、システムを改善

ボトルネック

- そもそもニーズを感じておらず加入によるメリットが不透明
- 参加者の主体性が不足
- 情報開示に対する現場の医師の反発
- 診療所が費用を負担できない
- 拡大の主体が不在

- 問題点が放置され活用度が低下

成功の鍵

- 説明会や広報誌を介したニーズの顕在化とメリットの共有に成功
- 加入率向上に対するマネジメント層の主体性を担保
- 情報開示に対する懸念をトップダウンでの説得により解消
- 診療所の費用負担を低減
- 地域医療連携に熱意のある医師の特定と巻き込みに成功
- 1ヶ所で成功モデルを構築した後、より広域に横展開
- モニタリング・改善のプロセスを具体的に構築し、改善点をタイムリーに反映することに成功

あじさいネットはICTネットワーク加入に関する懸念を

払拭し、成功モデルを構築

ICTネットワーク事例: あじさいネット(2/3)



ICTネットワークのボトルネック

- 診療の質に課題があることを医師が認識していない
- "大病院による患者困り込み"により、最適な医療を提供できないことを診療所医師が懸念
- 概念的な説明がなされやすく、加入に対する医師のモチベーションを高め切れない

そもそもニーズを感じておらず医療機関が加入しない

成功モデルの確立

あじさいネットにおける成功の鍵

ICT連携に対するニーズの顕在化とメリットの共有

- 現状、病歴情報、データが不十分で診療精度に課題がある旨を、医師会が、医師との議論を通じて共通認識を形成
- 『多対多』型のネットワークにより専門性に応じた最適な医療提供が可能な旨を、医師会が、医師に認識させることに注力
 - 専門性の異なる複数の病院と連携するため、専門性に応じた患者紹介が可能
 - 従来の『1対多』型は紹介先の病院が限定され、必ずしも専門性の高い医療提供が困難

説明会で具体的な活用メリットを共有

- 実演を交え具体的な使い方を説明しメリットを周知
- 大村市医師会を中心として、医師がプレゼンターを担当
 - "医者は医者の話しか聞かない"

広報誌でベストプラクティスを共有し、さらなる活用メリットを共有

- あじさいネットを上手に使っている医師、医療機関のインタビューをベストプラクティスとして掲載

説明会や広報誌を介したニーズの顕在化とメリットの共有に成功



あじさいネットはICTネットワーク加入に関する懸念を

払拭し、成功モデルを構築

ICTネットワーク事例: あじさいネット(2/3)



ICTネットワークのボトルネック

あじさいネットにおける成功の鍵

成功モデルの確立

利用者の
主体性不足

- 利用者が加入率の向上に対して主体性がない

医師会に
負担を課し
主体性を
担保

医師会に費用負担を課すことで、診療所のネットワーク加入に対する主体性を高める

- 自治体からの補助金に頼らず医師会が自腹で費用を負担
 - 大村地区での導入時には外部から800万を借り入れ、その返済も見据えて月額を設定(県への拡大時に値上げ)
 - 医師会長が500万提供(寄付)
- 診療所の負担を軽減するための団体加入制度を導入
 - 医師会が団体加入した場合、診療所は入会金5万円免除
 - 医師会は、規模に応じて50~200万の団体加入費を予め支払うため、"もとをとる"ために医療機関への勧誘活動に注力

情報開示に
おける
負担増に対する
反発

- 現場の医師による、カルテ開示に対する心理的反発

トップダウンでの
説得で
反発を解消

院長クラスからトップダウンで説得することで解消

- 院長クラスは比較的スムーズに合意
- 現場の医師に対しては組織内で院長から指示
- 一部の病院はあじさいネット加入前に、カルテ記載に関する医師向けの院内研修を実施

診療所が費用を
負担できない

- 特定の電子カルテベンダーへの乗り換えや新規導入を行うことによる初期投資を懸念

費用負担軽減
サービスの導入

初期費用は入会金5万+初期設定費3万の合計8万のみ

- 新規システム購入は不要で必要設備はネット環境のみ
- さらに団体加入なら、入会金5万が免除

月4,000円の低価格を実現

- セキュリティ保全費として活用
- iPad併用時は追加で月700円(本体は各自購入)
- 補助金を使わず自前で運用

あじさいネットはネットワーク拡大や運用におけるボトルネック解消にも成功

ICTネットワーク事例:あじさいネット(3/3)



ICTネットワークのボトルネック

ネットワークの拡大

拡大の主体が不在

- 最初から広域での構築を目指し、足並みがそろわない
- 横展開する際のとっかかりがない

1ヶ所で成功モデルを構築した後、より広域に横展開

地域医療連携に熱意のある医師の特定と巻き込み

あじさいネットにおける成功の鍵

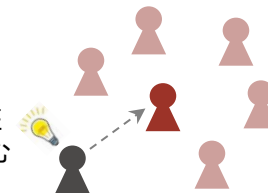
大村市で成功モデルを構築した後、長崎県全域に拡大

- 連携の素地がある地域で"顔が見える関係"のもと成功モデルを構築
- その後拡大することで、ネットワークのメリットをより説得力をもって提示可能



拡大する地域の中心人物の特定に成功

- あじさいネット立ち上げのキーパーソンが自ら長崎県内の医師にアプローチ
- 既存の地域ネットワーク(長崎県在宅医療ネットワーク)運営関係者を、巻き込むべき対象として特定



運用・モニタリング

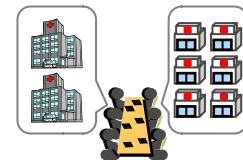
問題点が放置され活用度が低下

- 定期的なモニタリングが行われず、問題点が放置された結果、活用度が低下

モニタリング・改善のプロセスを具体的に構築

加入率向上などの課題について議論する場と、システム改善について議論する場を定期的に設定

- 月1回、運営委員会(中核病院および医師会メンバー)で加入率の向上などの課題を議論
- 月1回、ITベンダーと運営委員会で、システム上の課題や対策について議論
 - 本ネットワークの特徴として複数のITベンダーが関係しており、システム間の調整が必要
 - システム開発のトップクラスのメンバーが参集

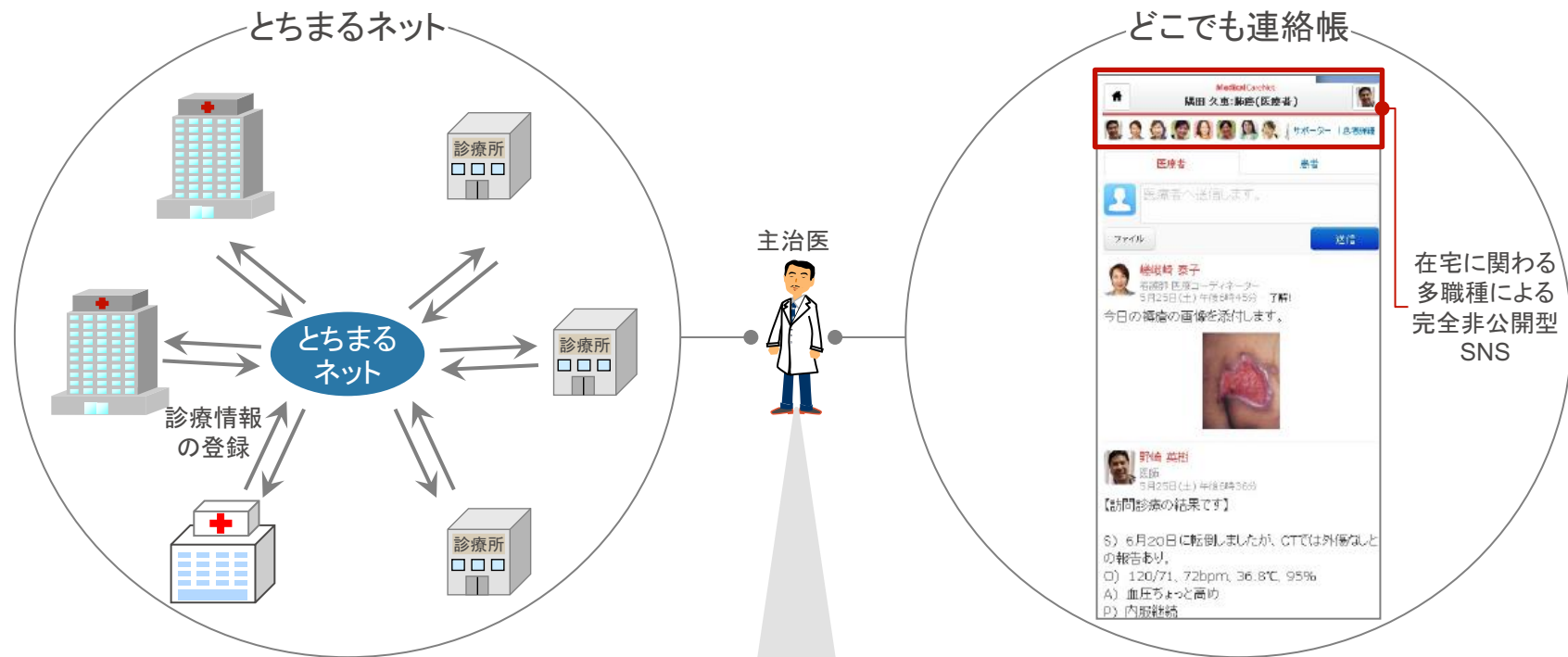


栃木県では、医療機関間の連携と医療介護連携を 独立して構築したうえで連動させる、とちぎモデルを構築 ICTネットワーク事例:とちまるネット(1/3)

医療機関の連携



医療・介護の連携



"橋渡し"、"ハブ"としての役割

- 在宅医療・在宅介護に必要な情報をピックアップ
- 医学的専門情報を多職種に理解しやすいよう変換し、どこでも連絡帳に書き込んで共有

医療機関間の連携を担う"とちまるネット"と、 医療介護連携を担う"どこでも連絡帳"を併用 ICTネットワーク事例:とちまるネット(2/3)

とちまるネット

どこでも連絡帳

サービス 内容

- 病病または病診間の患者情報参照機能

- 在宅医療・介護に関与する多職種間の完全非公開型SNS形式での情報共有

対象地域

- 栃木県全域

- 栃木県全域

主体

- 栃木県医師会

- 栃木県医師会
→利用者拡大などの整備を積極的に進めている

開始時期

- 2013年5月試験運用開始

- 2014年4月壬生町にて試験運用開始
- 2014年7月栃木県全域で本格運用開始

加入数

- 登録患者数:12,741名 (住民の約0.6%)
- 参加施設数:305施設
病院23、診療所279、介護施設3
※患者数は2017年2月、施設数は11月時点

- 多職種スタッフ:250名～

費用

- 初期導入費、ランニングコストともに無料(補助金活用)
 - ただし、情報提供施設となる際は、対応電子カルテの導入が必要
 - 初期構築時4.0億、運営費500万/年の補助金活用

- 初期導入費、ランニングコストともに無料

連携方法

- 機能強化により、全ての参加機関が開示施設となる
双方向連携実現

- 全ての参加機関が開示施設となる双方向連携

とちぎモデルではICTネットワーク加入に関する懸念を払拭し、成功モデルを構築

ICTネットワーク事例:とちまるネット(3/3)

ICTネットワークのボトルネック

そもそもニーズを感じておらず医療機関が加入しない

診療の質に課題があることを医師が認識していない

参加者の主体性不足

参加者が加入率の向上に対して主体的でない

診療所が費用を負担できない

特定の電子カルテベンダーへの乗り換えや新規導入を行うことによる初期投資を懸念

- 主に診療所医師が懸念

医療・介護連携が不十分

医療と介護関連施設との連携を推進するための仕組みが存在しない

仕組みは存在しても、医療間連携に比べて多職種が関与するため、医療介護間連携が進みにくい

とちぎモデルにおける成功の鍵

素地のある地域で実証実験し、成功モデルを構築

どこでも連絡帳では、連携の素地があった壬生町で成功モデルを構築した後、栃木県全域に拡大

- 壬生町では2007年から多職種連携"みぶの会"を開催し、"顔の見える関係"を構築済みだった
- 壬生地区での具体的なインパクトを他地域に伝播し、ネットワークのメリットをより説得力をもって提示

強力なリーダーシップの存在

栃木県医師会長がIT連携に強い熱意を持って、プロジェクトを主導

- 日本医師会の医療IT委員会メンバーの長島公之医師が推進力に
- 長島医師が自ら各郡医師会を行脚し、IT連携の必要性を認識させるのに関与

補助金や無料サービスの活用

初期費用、ランニングコスト共に不要

- とちまるネットでは、補助金(地域医療再生臨時特例交付金)を活用
- どこでも連絡帳では、無料のSNSサービスを活用

医療・介護間は別途システムを併用

医療連携システムと医療介護連携システムを独立して構築・運用

- 連携に必要な情報の量や質が異なるため、主治医が橋渡し機能を担ったうえで、両システムを独立して運用

多職種が活用すべきどこでも連絡帳は"LINE並みの使いやすさ"を担保

- 多職種間の気軽な情報共有を可能にし、"活用される"システムへ
- "顔の見える関係"を別途構築したうえで、SNSを活用

埼玉県利根医療圏のとねっとは、 登録者数の順調な増加を行政主導で実現した点で特徴的 ICTネットワーク事例:とねっと(1/2)

とねっとの概要

対象地域

- 埼玉利根保健医療圏

主体

- 行政(7市2町)が主導
 - 最高意思決定機関には市町長、医師会長、中核病院長、保健所長が加入
 - 埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会

経緯

- 2010年7月 地域医療再生計画として補助事業に採択
→「埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会」を設置
- 2012年4月 試験運用開始
- 2012年7月 本格運用開始
- 2014年7月 登録者数が2万人突破
 - "稼働から2年で2万人を超えており、他に比べて格段に加入者が多く、増加スピードが速い"⁽¹⁾

サービス内容

- 患者情報参照機能
- 検査予約機能
- 連携バス
- 救急隊との情報共有機能
- 住民による健康記録機能

加入数

- 参加患者数: 30,155名 (住民の約4.6%)
- 参加施設数: 110施設
中核病院・画像診断施設 9、県立病院 2、
臨床検査施設 5、診療所 94 ※2017年11月時点

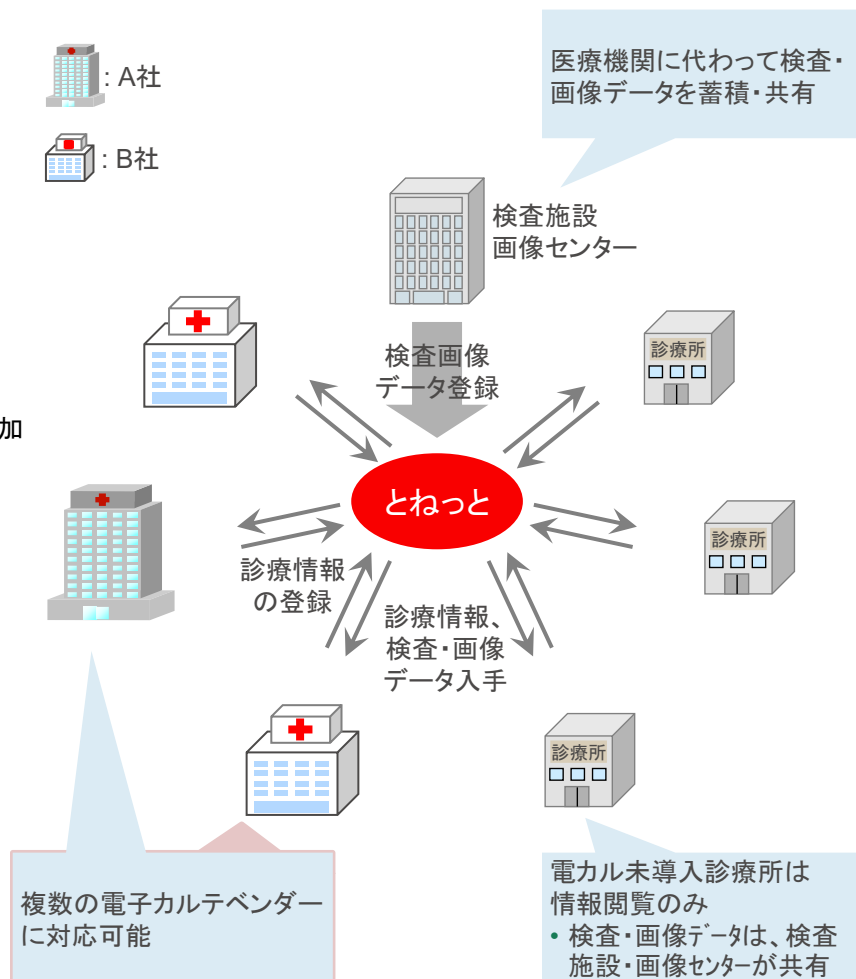
費用

- 初期費用無料
- ランニングコスト:
 - 中核病院: 年5万、病院: 年2万、診療所: 年1万

連携方法

- 全ての参加機関が開示施設となる双方向連携

運用イメージ



とねっとは、住民への啓蒙活動で登録者数を増やすとともに、医療機関の負担低減にも尽力

ICTネットワーク事例:とねっ (2/2)

ICTネットワークのボトルネック

<p>そもそもニーズを感じておらず医療機関が加入しない</p>	<p>診療の質に課題があることを医師が認識していない</p> <p>担当者の当事者意識が乏しく、加入推進のための取り組みが進まない</p>
<p>参加者の主体性不足</p>	<p>医療機関による連携の必要性の違いを認識せず、非効率なアプローチを展開</p>
<p>メリットがわからず住民が登録しない</p>	<p>参加者が加入率の向上に対して主体的でない</p>
<p>負担増に対する反発</p>	<p>患者紐づけを行うための、リソースが不足</p> <p>データ共有のためのシステム導入するのが負担</p>

とねっにおける成功の鍵

<p>有望な若手をモチベートし巻き込み</p>	<p>行政が主導し、医師会、中核病院の巻き込みに成功</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院などの中心的な医療機関がないため、医療リソース不足を課題としていた行政が主導¹⁾ 医師会長、中核病院長に個別にアプローチし、課題認識を共有 <p>若手医師の当事者認識を高め、プロジェクト推進力を確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師会長、中核病院長らの推薦メンバーで2つの作業部会を立ち上げ <ul style="list-style-type: none"> ITシステムネットワーク部会:ネットワークのあるべき姿を検討 ヒューマンネットワーク担当部会:加入数増加策など具体的な施策を検討
<p>有望な医療機関を特定したアプローチ</p>	<p>分析やアンケートで医療機関ごとのニーズを特定し、個別にアプローチ</p>
<p>住民に対する普及啓発活動の実施</p>	<p>自治体ごとにシンポジウムや広報誌配布などの普及啓発活動を展開</p> <ul style="list-style-type: none"> とねっの存在を周知し、医療連携ネットワークの必要性を認知させる <ul style="list-style-type: none"> 圏域内の救急たらいまわしなどのネガティブな事例を積極的に取り上げ、解決策としてのネットワークを提案
<p>各医療機関の事務作業やデータ共有の負担を軽減</p>	<p>協議会事務局が各医療機関患者の紐づけ作業を代行</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者に各施設の電子カルテを紐づけるための作業は各医療機関にとって負担となるため、協議会事務局が代行 医療機関向け説明会や医師会で紐づけ代行制度について周知 <p>検査施設・画像センターを巻き込むことで、医療機関の負担を軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> 検査施設・画像センターに蓄積されたデータを直接閲覧可能 <ul style="list-style-type: none"> 電カルを導入していない診療所の患者データも閲覧可能 各医療機関が登録すべき情報は診療記録のみ

新潟県佐渡市では、限られた医療資源の中、従来と同等の医療・介護サービスを維持するためにネットワークを構築(さどひまわりネット)

さどひまわりネットの概要

対象地域

- 新潟県佐渡市

主体

- NPO法人 佐渡地域医療連携推進協議会
 - 佐渡3師会、佐渡市

背景

- 高齢化率が約40%に達する超高齢化、急性期病院不足、診療所の偏在、医師不足、医療機関までの交通手段が乏しい地域の存在など多くの課題があった
- 限られた資源の中、従来と同等の医療・介護サービスを維持することを目的として、さどひまわりネットを構築し、2013年4月に稼働

事業内容

- 佐渡地域における医療、介護、及び福祉施設等に対して、各施設間の相互連携、患者情報の共有に関する事業を行い、佐渡島内の医療体制の充実に寄与することを目的とした事業

加入数

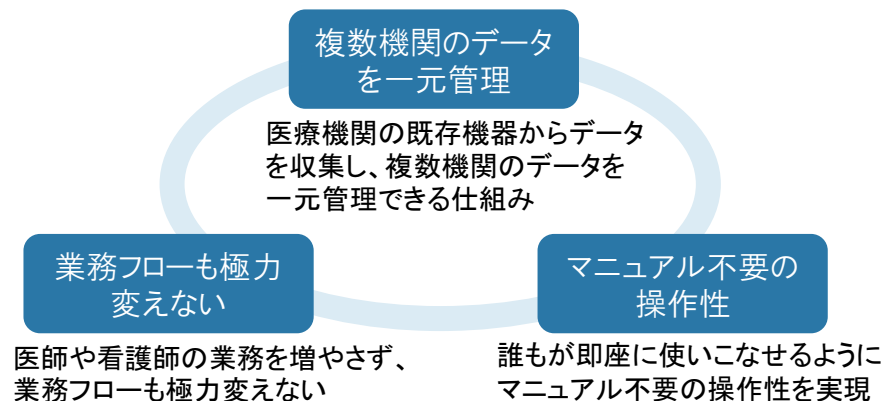
- 登録患者数: 14,880名 (住民の約25%)
- 参加施設数: 75施設 (全施設の59%)
 - 病院: 6施設
 - 医科診療所: 14
 - 歯科診療所: 6
 - 調剤薬局: 12
 - 介護・福祉施設: 37

※2018年4月時点

連携方法

- 全ての参加機関が開示施設となる双方向連携

ネットワーク構築の特徴／成功の鍵



導入メリット

- ✓ 電子カルテに依存しないデータ収集であるため、ICTネットワークによる負担増のストレスを軽減できる
- ✓ 「ユーザー会」を開催することで多職種間の交流が促進され、顔の見える連携にもつながる



岩手県宮古市では、患者情報を共有し効率的な医療提供をおこなうためのネットワーク基盤を構築(宮古サーモンケアネットワーク)

宮古サーモンケアネットワークの概要

対象地域

- 宮古2次医療圏

主体

- 医療情報連携ネットワーク協議会

背景

- 医療過疎の中、2011年の東日本大震災が起きる
- 2012年1月 総務省東北地域医療情報連携基盤構築の一環として国から提案
- 2012年10月 宮古医療情報ネットワーク協議会発足
- 2013年7月 宮古サーモンケアネットワーク開始

事業内容

- 宮古市内の医療機関・薬局・介護事業者の保有する患者情報を共有し、効率的な医療を提供

加入数

- 登録患者数: 2,839名 (住民の約3.3%)
- 参加施設数: 103施設
 - 病院 4
 - 医科診療所 16
 - 歯科診療所 14
 - 調剤薬局 23
 - 介護事業所 35
 - 訪問介護 6
 - 地域包括支援センター 5

※患者数は2017年9月時点、施設数は6月時点

連携方法

- 全ての参加機関が開示施設となる双方向連携

ネットワーク構築の特徴/成功の鍵

コストを抑える工夫

- ✓ 可能な限り既存のシステムを利用
- ✓ レセコンの情報を活用することで、全ての医療機関が安価に参加できるようにした
- ✓ トータルシステムコストと運用コストを最少に抑えたシステム

多職種連携の強化

- ✓ 保管されている医療・介護に関する情報を、患者の同意を得た上で多職種で相互に共有できる
- ✓ 退院前カンファレンスが充実化されたりと、システムを通じて患者情報共有が強化される

導入メリット

- ✓ 協議会の下部組織である「医療と介護の連携委員会」において、協議が活発に行われるようになった
- ✓ 協議によって、医療⇄介護の、お互いを異なって認識していた部分の修正が行われている
- ✓ 東日本大震災の教訓を活かし、災害時にも患者データが保存されており安心である



参加を証明するカード

山形県庄内エリアでは、ICTネットワークの診療録を全開示することにより、利用率向上に繋げている(ちょうかいネット)

ちょうかいネットの概要

対象地域

- 山形県酒田市を中心とした庄内2次医療圏

主体

- 酒田地区医療情報ネットワーク協議会
 - 酒田地区医師会が主導
 - 日本海総合病院に事務局を設置

背景

- 施設間の連携においては依然として紙ベースであり、情報共有が進んでいなかったため、転院時の再検査や処方重複等があった
- 地域連携パスについてはデータが入ったUSBメディアでの連携であり、メディアの管理、回収に労力がかかっていた
- 2011年4月 日本海総合病院、本間病院で運用開始
- 2012年6月 Net4U(鶴岡市医師会)が参加

事業内容

- 診療録の全開示(同意患者のみ)
- 検査予約機能
- 地域連携パス
- 救急隊との情報共有機能(EMS機能)

加入数

- 登録患者数: 28,150名(住民の10%)
- 参加施設数: 177施設 ※2017年時点
〈内訳の参考: 平成28年時点日医総研ワーキングデータより抜粋〉
全施設数: 156施設
病院: 19
医科診療所: 63
歯科診療所: 15
調剤薬局: 16
介護施設: 31
その他: 12

連携方法

- 全ての参加機関が開示施設となる双方向連携

ネットワーク構築の特徴/成功の鍵

診療録の全開示

- ✓ 診療録(医師記録)の全面開示が情報開示病院の必須条件
- 診療録を全開示することにより、病院から診療所へ戻った際も、患者説明を補完できることで治療向上に繋がる
- 地域のヒューマンネットワークが不可欠

EMS機能

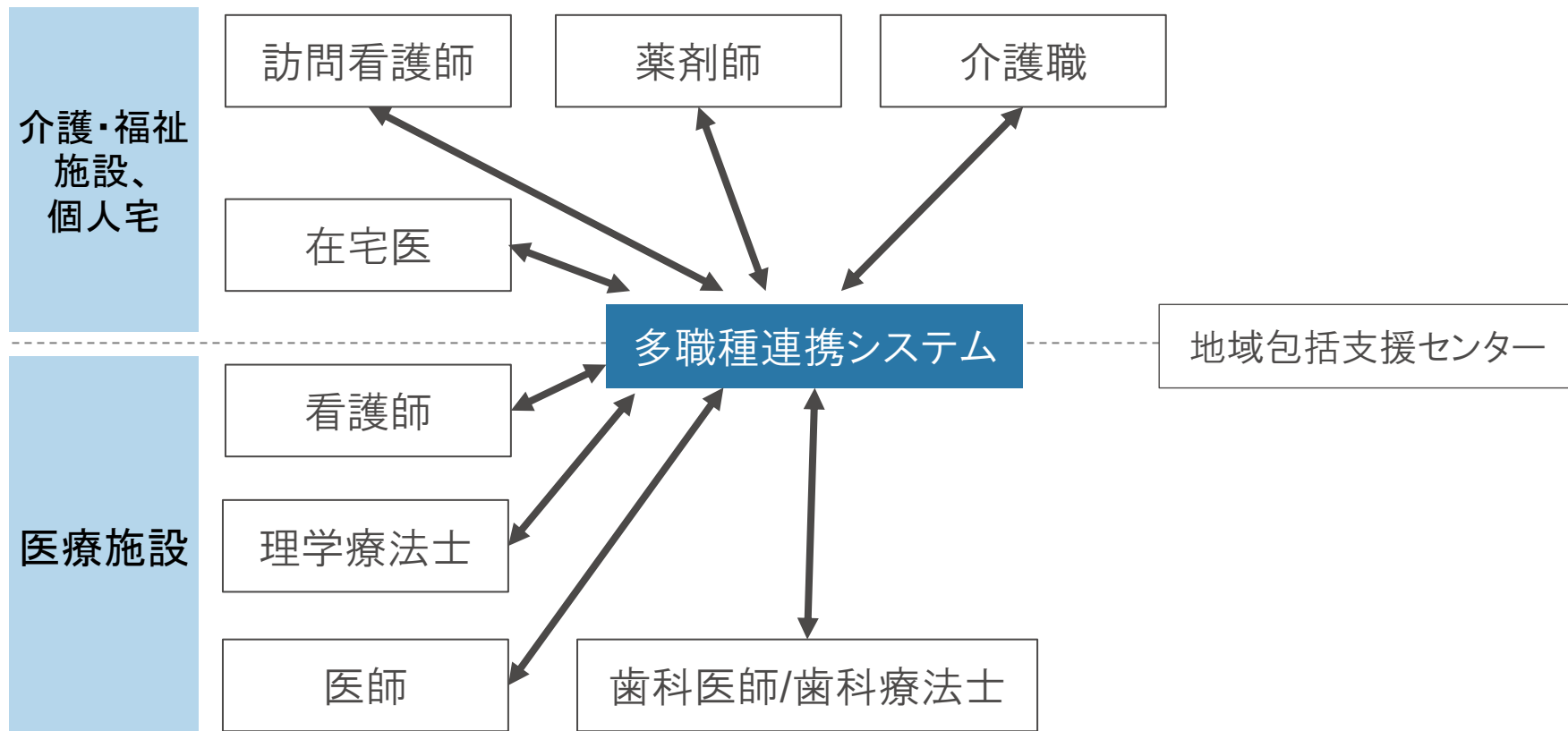
- ✓ 短時間で救急対応が可能
EMS(Emergency Medical Service)
- 救急搬送されている間に、救急対応での開示を許可している施設の診療情報・開示を自動的に行う機能
- 選択した連携施設の1か月分の最新データの取得と開示が自動的に行われる

導入メリット

- ✓ 離島にあり常勤医不在である飛鳥診療所における遠隔診療においても、ちょうかいネットを活用し、現場にいる看護師と日本海総合病院をつなぐことができた
- ✓ 定期船欠航も相次いでいたため、住民が安心して生活できる環境を整えられている



多職種連携システム



- ✓ 患者の医療・介護にかかわる地域内の多職種間でのコミュニケーション促進、情報の見える化を図るシステム。
- ✓ SNSをイメージしたものであり、リアルタイムに複数人で操作可能。

北海道旭川医大は、先駆けて取り組んでおり、現在では包括的に遠隔医療機能を保有

旭川医大の遠隔医療取組み

主体 旭川医大

開始時期 1994年

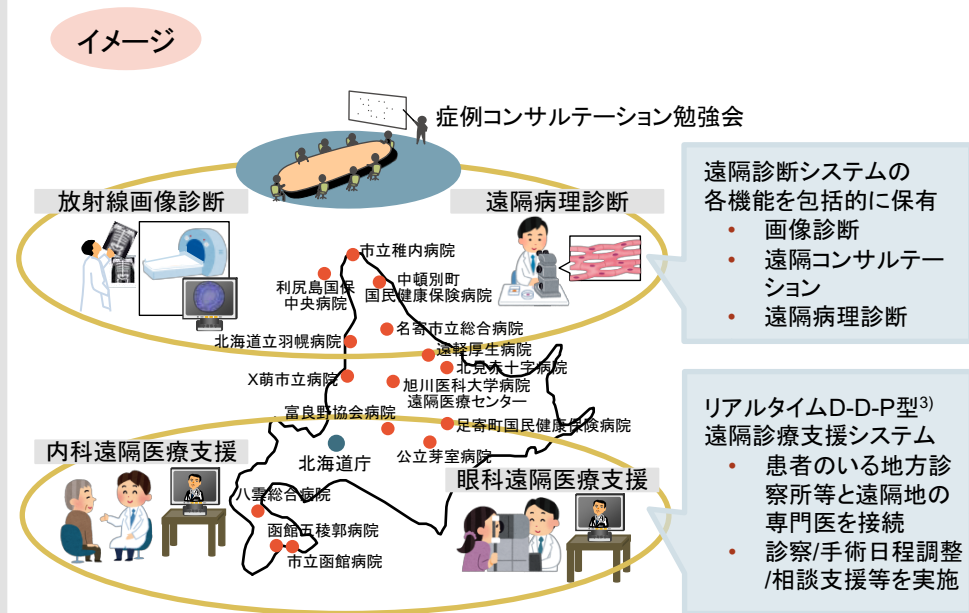
これまでの背景・課題

- 地方の医師をバックアップする体制が必要
- 地方医療機関医師の孤立、勤務体制の不備
- 地方患者/都市部医師の負担軽減体制が必要
- 地方の患者が、専門医療を受けられず、遠方までの通院負担が大
 - 都市部の専門医が、地域医療を支援するため、派遣・出張の負担が大

主な実績¹⁾

- 遠隔診療強化の結果、大病院ではなく地元での診療継続が可能となった患者の割合が81%に
- 参加医療機関: 34
 - TV会議機器設置数: 22
 - 画像診断機器設置数: 13拠点
 - 遠隔画像診察回数: 181回
 - 画像診断処理件数: 2059件

取組の概要



岩手県では、被災地病院とテレカンファレンスを実施し、遠隔での心電図等検査結果に対する診断を実現

岩手県における遠隔コンサルテーション

主体 岩手医大、岩手県自治体
 ・ 岩手医大が構想・運用

取組名称 いわて医療情報連携・遠隔医療システム

開始時期 2013年

これまでの背景・課題

- ・ 岩手県では、医師の不足と偏在が長年の課題
- ・ 東日本大震災後に、津波で設備が破損した被災地医療機関から寄せられた要望
 "大学病院の専門医と文字情報や動画像で診断のコンサルテーションをしたい"
 "専門的な医療を提供するため、患者紹介に必要な情報の共有を容易にしたい"

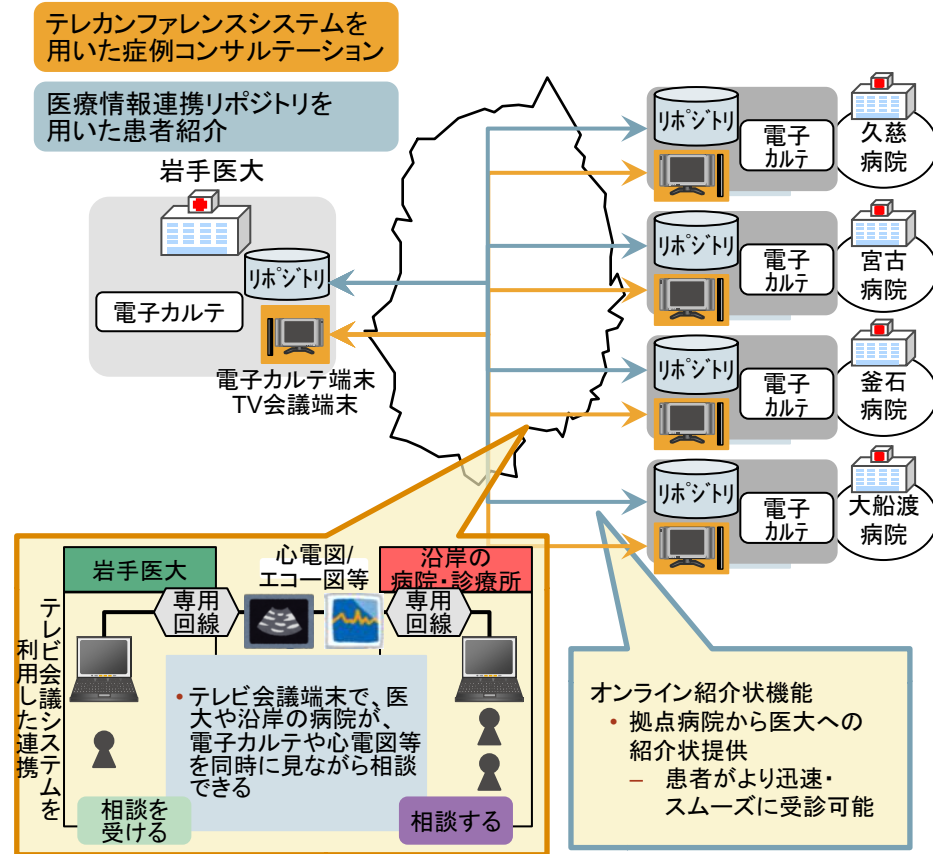
導入コスト

- ・ ICTを活用した診療連携に対して基金20億円が投じられた
 →本取組に対しては基金0.4億円、岩手医大と地域の中核病院等間における、遠隔地からの全県診療連携体制の強化に対しては基金13億円

主な成果

- ・ 電子カルテ画面・心電図・エコー等の映像共有を行い症例コンサルテーションを実施
 →2014~2016年で553件の利用
- ・ 患者の診療データ等を保存蓄積し情報共有を容易化
 →診療情報の保存蓄積55万件²⁾

取組の概要¹⁾



遠隔診療(オンライン診療)に関する考え方

オンライン診療とは、ICTを活用し、医師と患者が離れた場所でありながら、患者の状態を把握し、診療を行うものであり、患者の外来通院あるいは医師の訪問診療など、対面による診療行為を補完するものである。

外来診療

患者が病院へ来院して診療

訪問診療

医師が患者を訪問して診療

オンライン診療

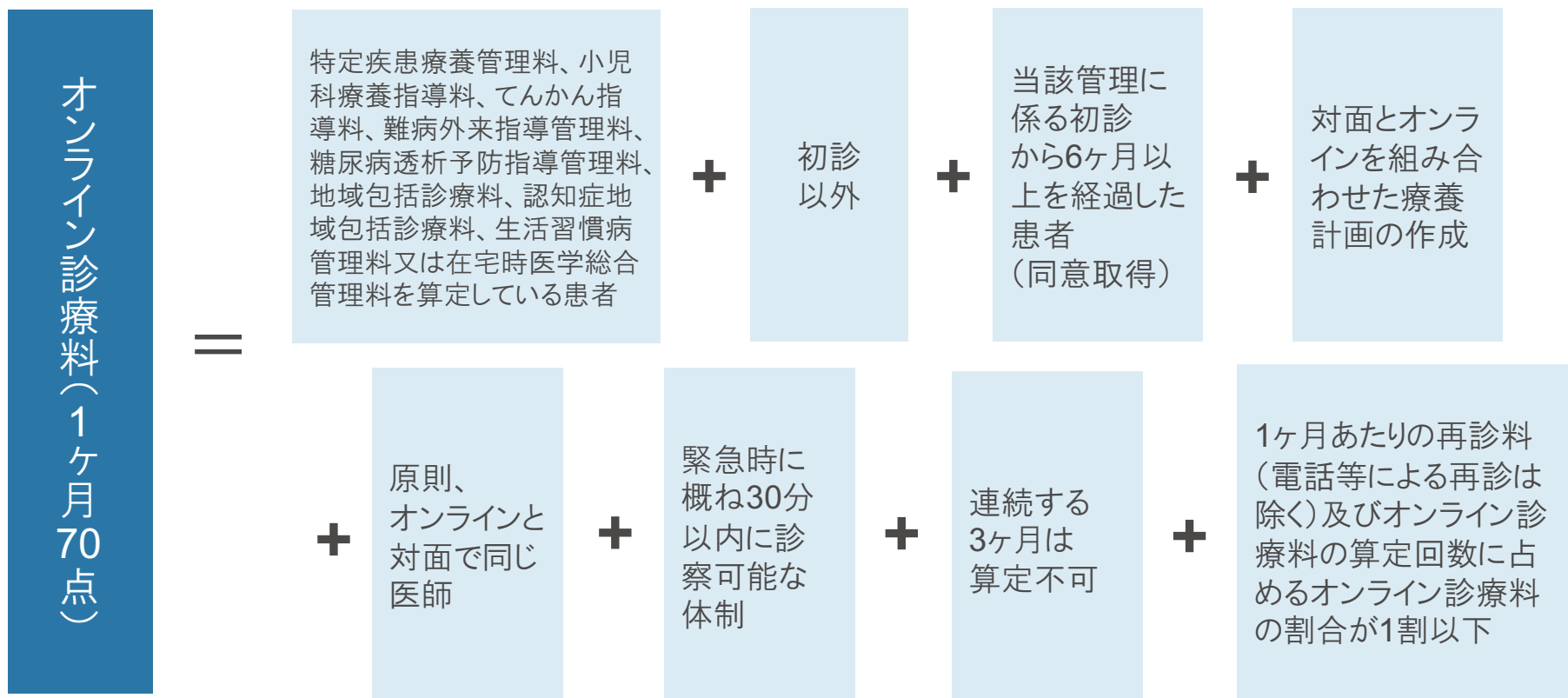
医師、患者がそれぞれの場所にしながら診療

平成30年度診療報酬改定における、オンライン診療料の新設

情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。

オンライン診療料算定のプロセス

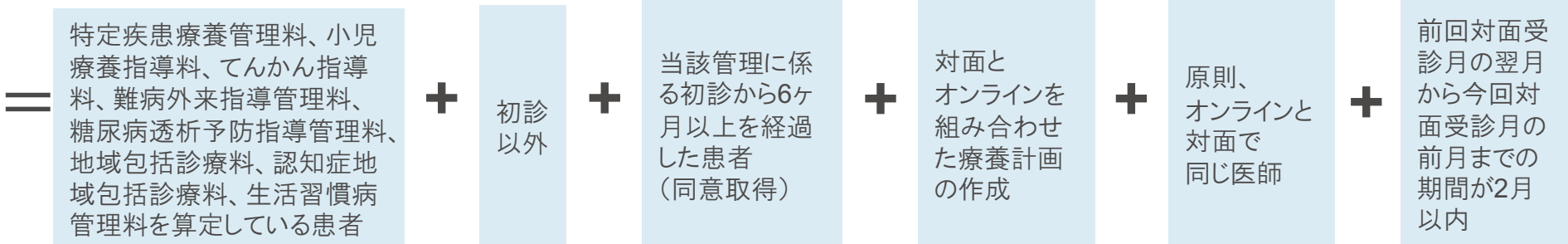
オンライン診療料については、下記の全ての条件を満たした時に適応



オンライン診療に関わるその他の診療報酬上の評価

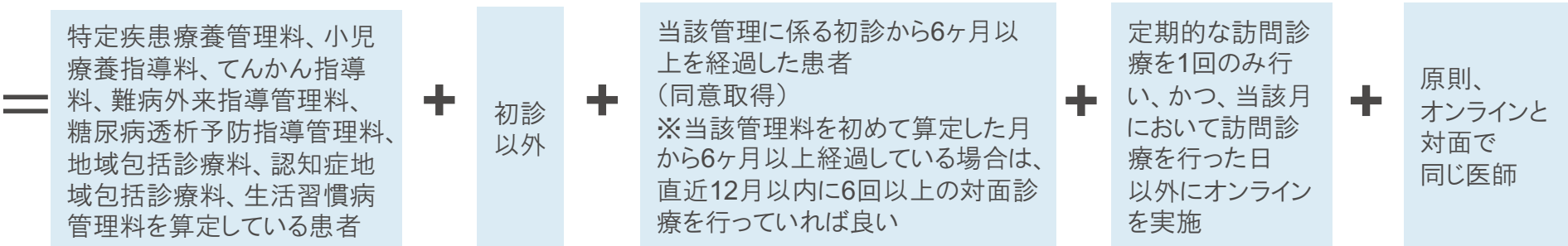
オンライン医学管理料(1ヶ月100点)

- ◆対面診療で管理料等を算定する月は、オンライン医学管理料は算定できない
- ◆オンライン医学管理料の請求は次回受診月



オンライン在宅管理料(1ヶ月100点)

- ◆在宅時医学総合管理料に重ねて算定することができる



精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料(1ヶ月100点)

- ◆精神科在宅患者支援管理料の所定点数に加えて算定する
- ◆算定要件はオンライン在宅管理料と同様

オンライン診療のユースケース

在宅 × 状態悪化

ケース

- 在宅での療養を長期継続している患者
- 従来、月1回の訪問診療を行っていたが、状態の悪化に伴い、頻回の状態確認が必要となった

イメージ報酬案

●: 訪問診療 / ●: オンライン診察

1 W	2 W	3 W	4 W	5 W	6 W	7 W	8 W	9 W	10 W	11 W	12 W
●				●				●			



状態悪化→オンライン併用

●				●		●		●			●
---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	--	---

在宅時医学
総合管理料
(月1回訪問)

在宅時医学
総合管理料
(月1回訪問)

在宅時医学
総合管理料
(月2回訪問)

訪問診療料

訪問
診療料

オンライン
在宅
管理料
100点

訪問診療料

訪問診療料

外来 × 状態安定

ケース

- 1年以上継続通院している慢性疾患患者
- 従来、月1回の対面受診を行っていたが、状態が安定しているため、来院間隔を2ヶ月毎に延長する

イメージ報酬案

●: 外来診療 / ●: オンライン診察

1 W	2 W	3 W	4 W	5 W	6 W	7 W	8 W	9 W	10 W	11 W	12 W
●				●				●			



状態安定→オンライン併用

●				●		●		●			
---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	--	--

医学管理料

オンライン
医学管理料
100点

医学管理料

再診料

オンライン診療料
70点

再診料

※オンラインの評価は月1回

遠隔診療を活用した在宅医療モデル(小高モデル)の試み

小高地域における遠隔診療

主体 南相馬市(福島県南相馬市小高地域)

開始時期 2017年

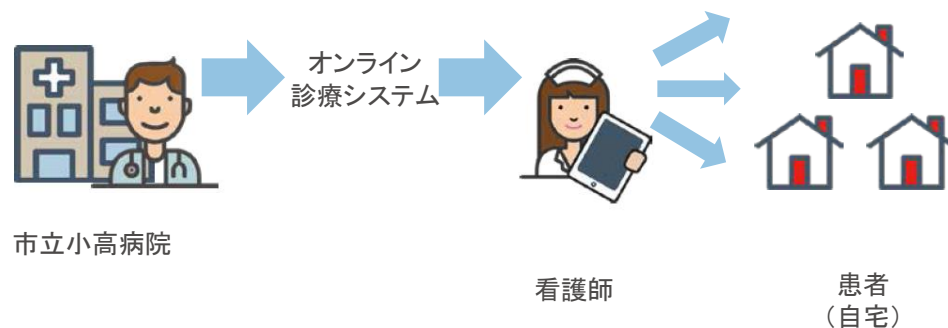
これまでの背景・課題 東日本大震災からの医療復興のため、遠隔診療を利用

期待される効果

- 医師が患者宅に出向く訪問診療よりも時間が効率的、より多くの患者を診察可能
- 限られた医療資源のなかで、定期的な医療的フォローの担保

取組の概要

イメージ



概要

- 病院職員(看護師)がタブレットを持って訪問、オンライン診療をサポート(初診は対面で診療)
- 住民を十分に理解している看護師が訪問することでスムーズな導入を図る