S8-2

病院と地域/在宅をつなぐＩＣＴの可能性

～かかりつけ医の立場からみた継続医療の課題と対応～

一般社団法人全国医療介護連携ネットワーク研究会会長

医療法人社団創成会土屋医院院長

土屋　淳郎

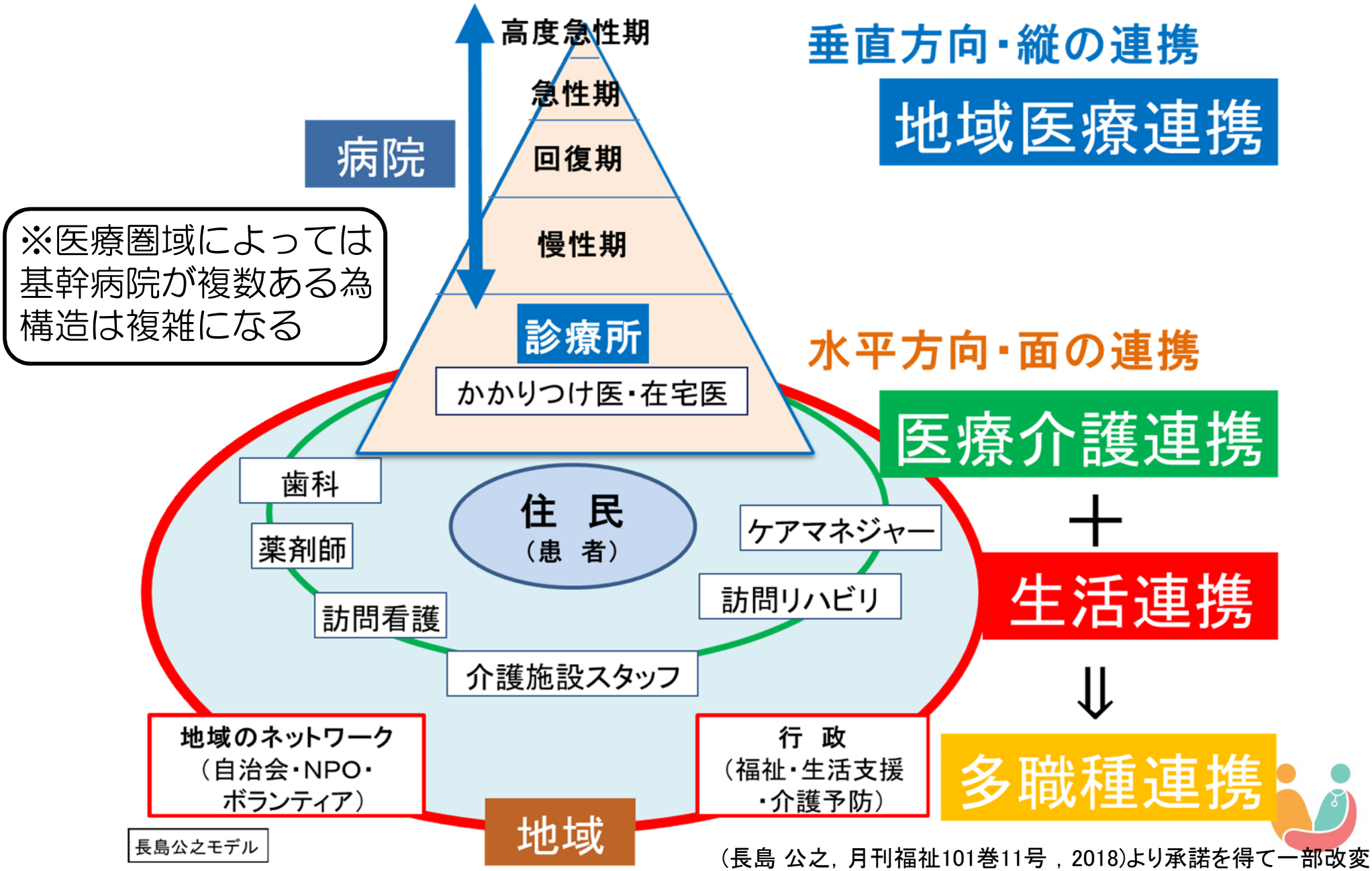
領域		タイトル		YouTube リンク	テキストPDF リンク	副読本PDF リンク
		はじめに		-		
領域1		在宅医療の原則				
領域2 コミュニケーション		総論				
		ロールプレイ				-
領域3	領域3-1	包括的評価				
	領域3-2	多職種協働・連携				
領域4	領域4-1	がん治療の基本的知識				
	領域4-2	抗がん剤治療の実際				
	領域4-3	抗がん剤治療の有害事象への対応				
	領域4-4	在宅医療における放射線治療の位置づけ				
	領域5-1-1	総論（全体像）				
	領域5-1-2	痛み	がん性疼痛治療の基本			
			がん性疼痛治療の実際			
			がん疼痛に対する非薬物治療			

スライドタイトル

※スライドタイトルが「淡いオレンジ色」のスライドは、日本在宅医療連合学会のHPから引用しています

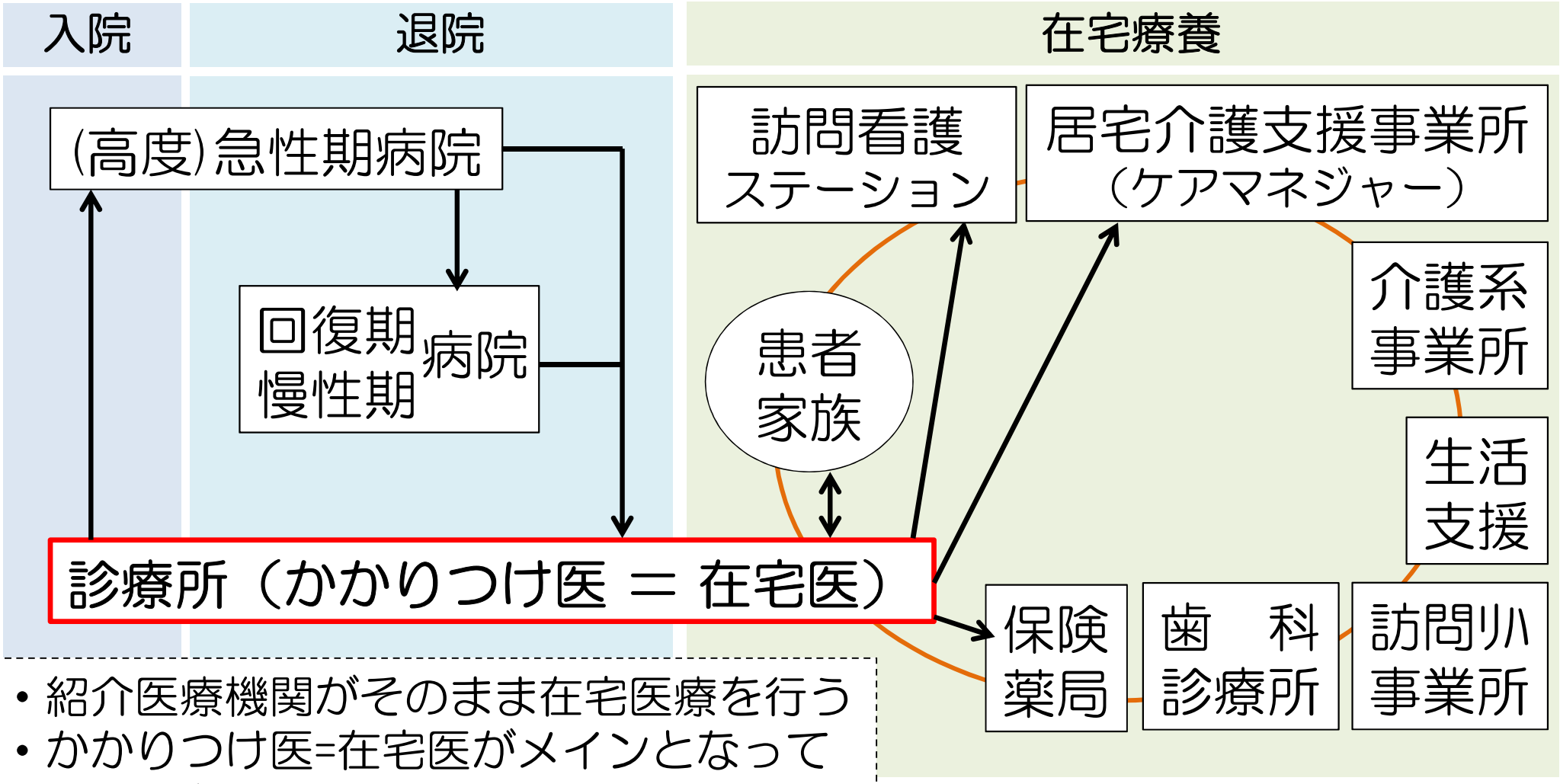
https://www.jahcm.org/project.html

地域医療連携と多職種連携



（長島 公之，月刊福祉101巻11号 ，2018)より承諾を得て一部改変

チームの成り立ち①



- 紹介医療機関がそのまま在宅医療を行う
- かかりつけ医=在宅医がメインとなって
  チームをつくっていく

※患者家族にとっては、以前から自分のことを知っている
かかりつけ医が在宅医療を担当する安心感がある

かかりつけ医と継続医療

地域医療連携(垂直方向・縦の連携)と
多職種連携　(水平方向・面の連携)を
かかりつけ医がつないでいく

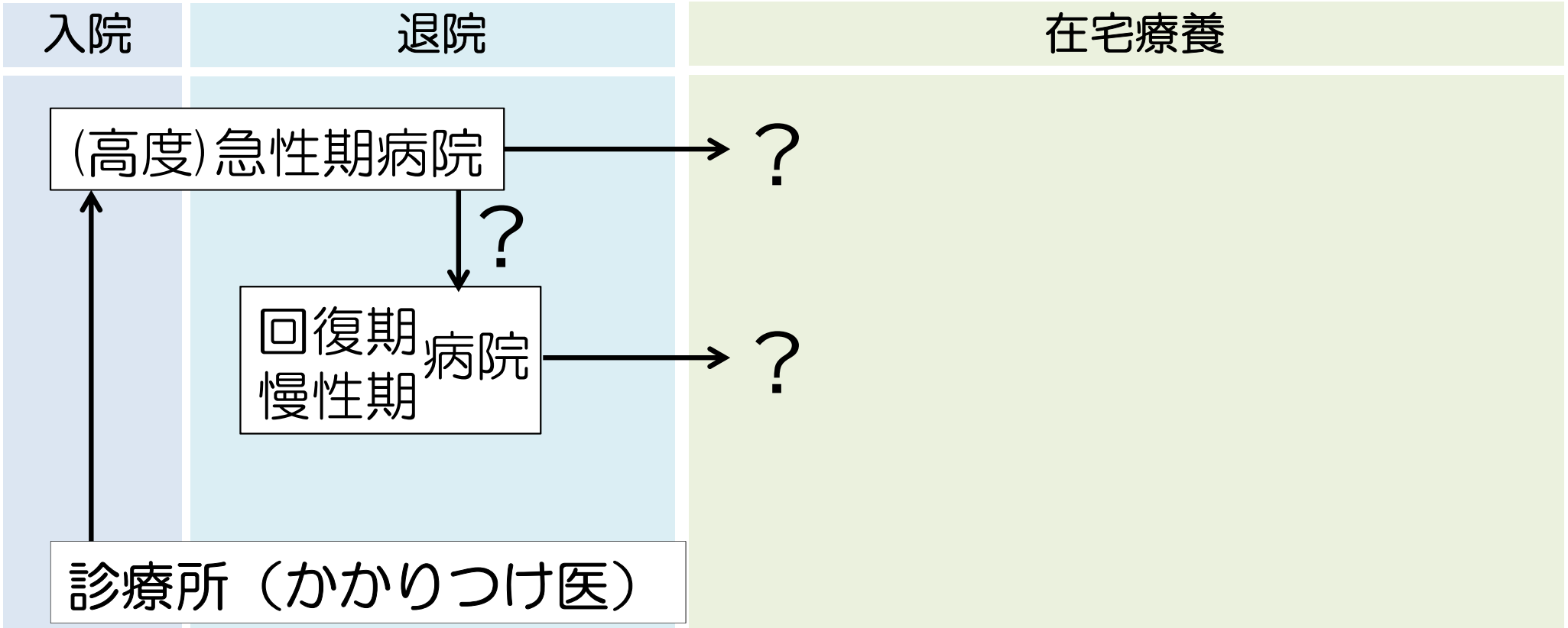
入院・退院～在宅療養の一連の流れを
患者の思いを理解したかかりつけ医が
作り上げていく

このような形で「継続医療」ができると
良いのだが・・・

© Atsuro TSUCHIYA 2021

紹介患者はどこに？

患者行方不明事件の真相に迫る！



病院に紹介した患者さん。そろそろ退院と思うけど、どうなったかな？
入院が長引いているのかな？リハビリ病院に転院したかな？…
紹介した患者さんが病院を受診した後の連絡がない。
病院に聞けば教えてくれるかもしれないが、忙しいのに悪いかな…
家族も最近来院しないので聞きにくい…

© Atsuro TSUCHIYA 2021

患者行方不明事件の事件簿

ケース１

医師会に入ったばかりの在宅専門医から連絡があり、
「土屋先生が外来で診ていた〇〇さん、退院後は私が
在宅で診ていくことになりました」と報告……！？

ケース２

隣の区のケアマネより電話があり、「退院後に在宅医療
する先生宛に紹介状を書いてください」と依頼……！？

ケース３

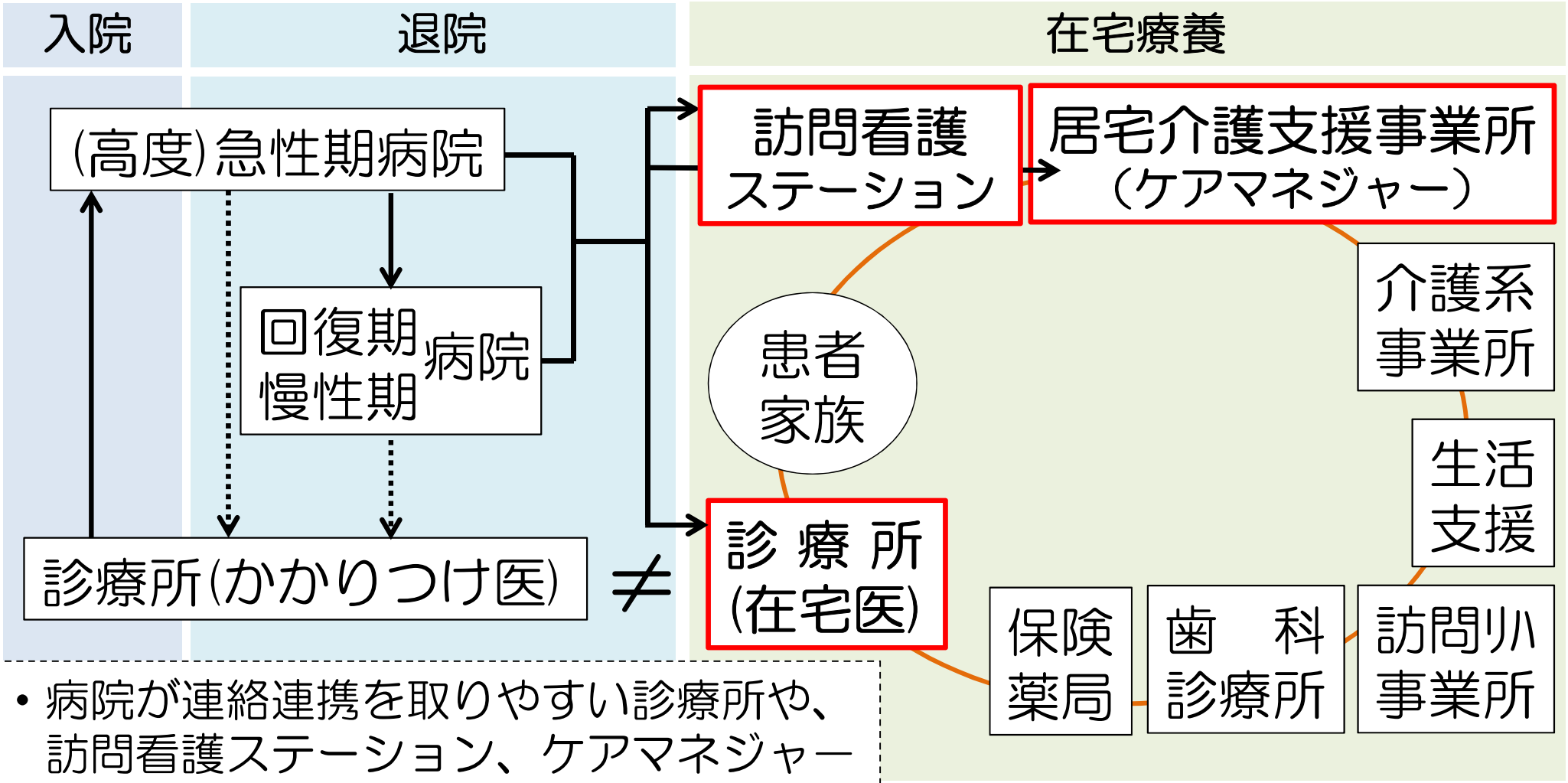
なじみの訪問看護師より「昨日、先生にお願いした在宅
看取りがん末期の患者さん、家でお薬手帳を確認したら
入院前は主治医が〇〇先生だったみたいです」……！！

ケース４

家族が来て「〇〇が長い間お世話になりました。先日、
本人の希望通り、自宅で息を引き取りました」……！！

© Atsuro TSUCHIYA 2021

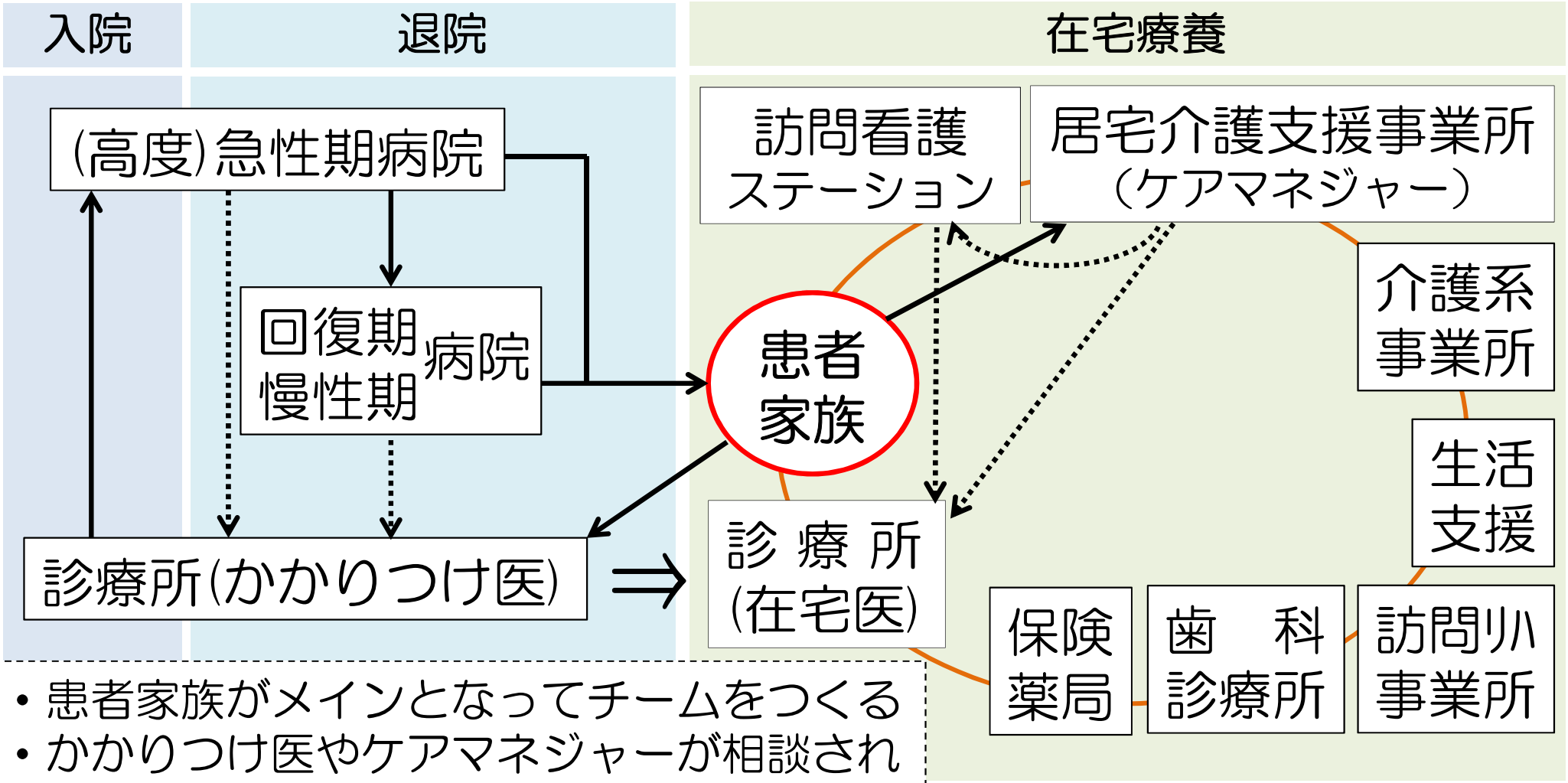
チームの成り立ち②



- 病院が連絡連携を取りやすい診療所や、訪問看護ステーション、ケアマネジャーがメインとなってチームをつくっていく

※病院主導で患者の意向が反映されにくいことも多く、患者にとっては入院前からの連続が絶たれ、新たな在宅チームとの関係構築が必要となる

チームの成り立ち③



- 患者家族がメインとなってチームをつくる
- かかりつけ医やケアマネジャーが相談され
  在宅医療相談窓口による支援も重要になる

※在宅医はかかりつけ医が行うこともあれば、ケアマネジャーもしくは
訪問看護ステーションと連携しやすい診療所が行うこともある

患者行方不明事件の背景を調査

◯紹介患者の追跡

- 病院へ紹介状を書く
- 患者に渡す（病院に送る）のと同時に在宅医療相談窓口にも送る
- 在宅医療相談窓口が、病院の連携室とのネットワークを生かして、入院後の経過をヒアリング
- 退院時期や転院先の把握、在宅医療情報の提供
- 病院内での課題の抽出

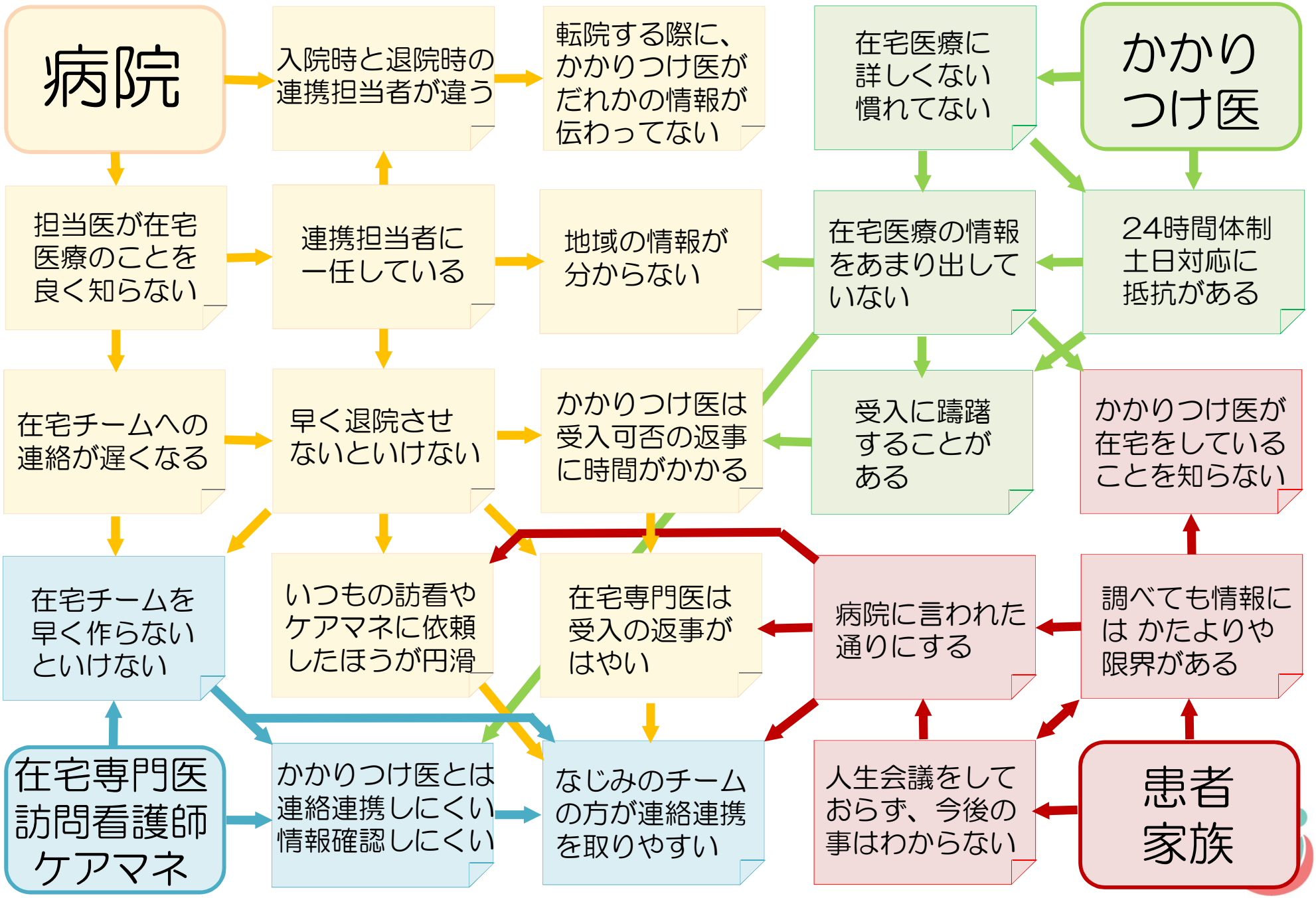
※患者の同意や医師会の協力を得て実施

◯在宅チームへのヒアリング

- としま医介連（全国医療介護連携ネットワーク研究会の下部組織）に参加するメンバーに“事件”についてヒアリング／意見交換
- 各職種の立場から見た課題の抽出

© Atsuro TSUCHIYA 2021

それぞれの立場から見た課題の関連図



© Atsuro TSUCHIYA 2021

「継続医療」を円滑にするには～課題と目標～

【課題】

1.知識

- 担当医が在宅医療のことを良く知らない
- 在宅医療に詳しくない慣れてない
- 24時間体制土日対応に抵抗がある
- 人生会議をしておらず、今後の事はわからない

2.情報

1)情報伝達

- 連携担当者に一任している
- 入院時と退院時の連携担当者が違う
- 転院する際に、かかりつけ医がだれかの情報が伝わってない

2)情報共有

- かかりつけ医とは連絡連携しにくい情報確認しにくい
- 在宅医療の情報をあまり出していない

3)情報検索

- 地域の情報が分からない
- 在宅医療の情報をあまり出していない
- 調べても情報には かたよりや限界がある
- かかりつけ医が在宅をしていることを知らない

【目標】

- なじみのチームの方が連絡連携を取りやすい
- 在宅チームを早く作らないといけない

→ 連絡・連携の取りやすい在宅チームを速やかに作ること

© Atsuro TSUCHIYA 2021

課題１.知識

担当医が在宅医療のことを良く知らない

→ 東京都在宅療養研修事業
- a. 病院内での理解促進研修
- b. 病診連携研修（相互研修）

在宅医療に詳しくない慣れてない

→ 東京都医師会「在宅医療塾」

24時間体制土日対応に抵抗がある

→ 豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業
- b. 在宅医等相互支援体制構築事業
  - ①ICT機器購入と通信費補助
  - ②24時間診療体制の検討と整備
  - ③医薬品・医療材料分割販売

人生会議をしておらず、今後の事はわからない

→ 在宅医療相談窓口
在宅医療区民公開講座
終活あんしんセンター
終活あんしんノート
ACPアプリ

© Atsuro TSUCHIYA 2021

課題2. 情報（伝達・共有・検索）

1）情報伝達

入院時と退院時の連携担当者が違う

転院する際に、かかりつけ医がだれかの情報が伝わってない

連携担当者に一任している

⇒ 病院内の情報伝達は病院にお任せします

2）情報共有

かかりつけ医とは連絡連携しにくい 情報確認しにくい

在宅医療の情報をあまり出していない

⇒ 豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業

a. 多職種ネットワーク構築事業
- ①多職種連携の会
- ②病診連携推進
  - ・大塚医療ネット
- ③としま在宅医療連携担当者連絡会

b. 在宅医等相互支援体制構築事業
- ①ICT機器購入と通信費補助

3）情報検索

地域の情報が分からない

在宅医療の情報をあまり出していない

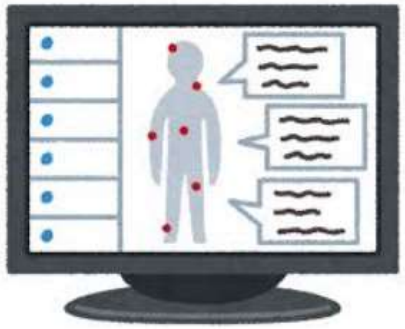
調べても情報には かたよりや限界がある

かかりつけ医が在宅をしていることを知らない

⇒
- 豊島区在宅医療地域資源マップ
- 在宅医療・介護事業者情報検索システム
- 在宅医療相談窓口
- 在宅診療可能な医療機関リスト

© Atsuro TSUCHIYA 2021

病院での多職種連携と情報共有



病院内には同じ建物の中に多職種がいるので
カルテ閲覧もしやすくカンファレンスもしやすいので
情報共有は比較的容易にできる

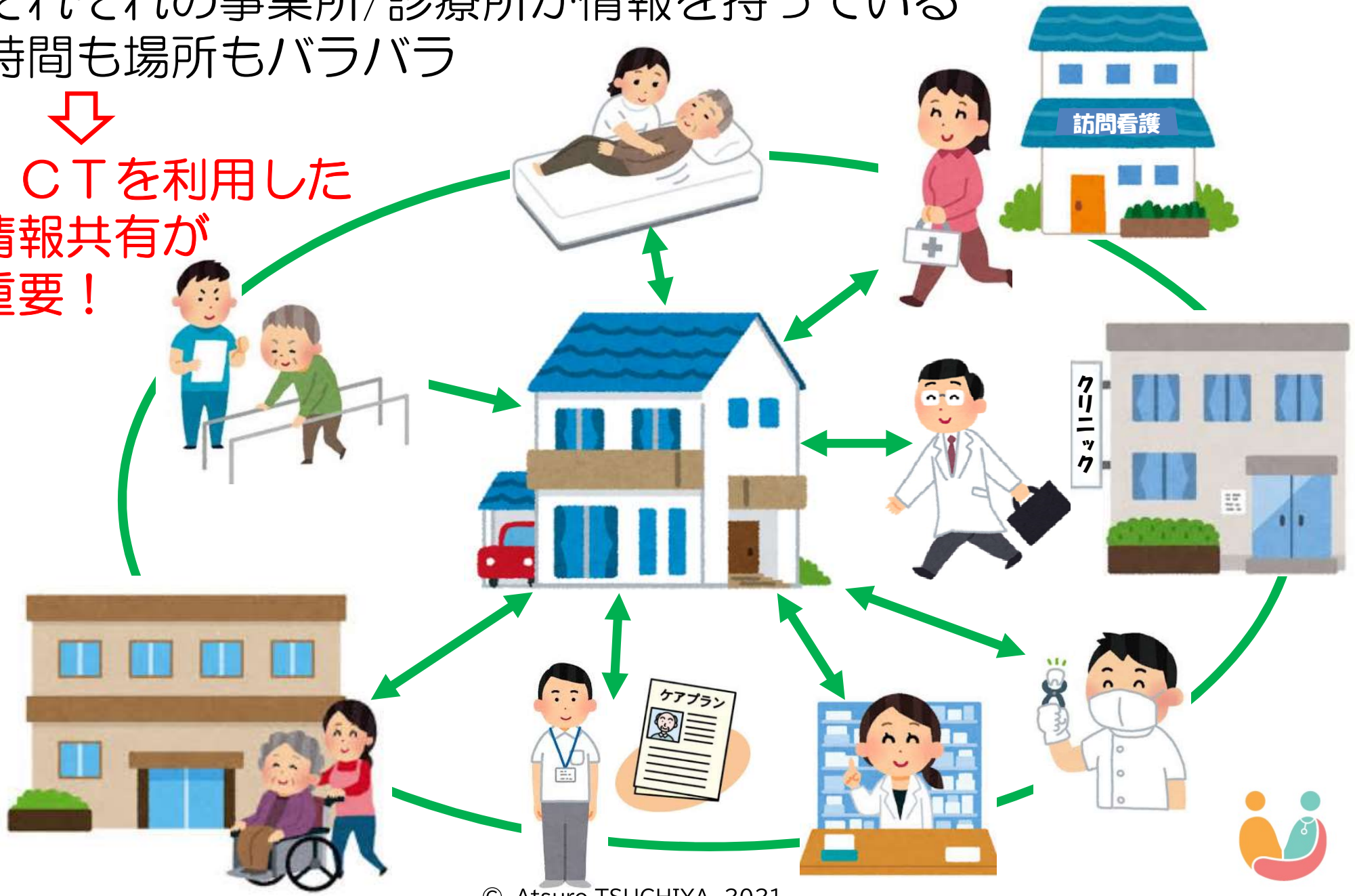
© Atsuro TSUCHIYA 2021

かかりつけ医の多職種連携と情報共有

それぞれの事業所/診療所が情報を持っている
時間も場所もバラバラ

⇩

ＩＣＴを利用した
情報共有が
重要！



© Atsuro TSUCHIYA 2021

連携・連絡ツールについて

従来の連携・連絡ツール

電話	○利用施設が多い ○携帯でいつでもどこでも ○リアルタイム性	×心理的負担、気遣い ×記録を残しにくい ×１：１の伝達
ＦＡＸ	○記録を残しやすい ○心理的ハードルが低い	×夜間休日外出時の確認不可 ×一方通行　　×１：１の伝達
連絡ノート	○記録を残しやすい ○多職種で共有可能	×行かないと分からない ×転記の二度手間
書類等	○記録を残しやすい ○フォーマットが決まっている	×リアルタイム性に乏しい ×微妙なニュアンスを伝えにくい
カンファ	○顔を合わせた連携	×集まりにくい
連携パス	○記録が残る　○算定可	×普及していない

土屋淳郎，「在宅医療におけるICTの利用」第3期東京在宅医療塾⑥〈医療関連携〉，東京都医師会、2019

連携・連絡ツールについて

ICTを用いた連携・連絡ツール

電子メール・パブリックＳＮＳ(Facebook、LINEなど)

- 広く浸透しているが情報漏洩リスクあり使用すべきでない！
- 速やかに多職種連携システム等へ変更

多職種連携システム（プライベートＳＮＳ）

- 主に医療介護連携に用いる
- 生活情報の共有やコミュニケーションを行う

患者・家族、行政など生活支援で利用されていることはまだ少ない

地域医療連携システム

- 主に病院と診療所間で検査データの共有などに用いる
- 医療情報を取り扱う

その他

- 在宅-診療所データ共有システム
- オンライン診療
- テレビ会議

土屋淳郎，「在宅医療におけるICTの利用」第3期東京在宅医療塾⑥〈医療関連携〉，東京都医師会、2019

ICTを利用した多職種連携協働　1/2

■(ICTは)在宅医療における多職種協働にとって使いやすい

(中略)在宅医療では不可欠なもの

■一般診療所が在宅医療を行うためには多法人、多職種とのストレスのない連携システムが必要であり、ICTツールの果たす役割は大きい

■あくまでもツールであり、顔と顔の見える環境づくりが重要

岡田晋吾，「今やICTがなければ在宅医療はつづけられません」：地域医療連携・多職種連携，中山書店，2015

ICTを利用した多職種連携協働　2/2

■今後は多職種連携にICTを用いるニーズが高まってくる

■ICTを利用した連携の質や安全性を高めることが重要

■しかし、まだ医療介護の現場ではさまざまな課題がある

- 医療介護のコミュニケーションギャップ
- (連携のベースなる)顔の見える関係の構築の仕方
- 患者同意方法、連携のためのセキュリティ対策

土屋淳郎，「ICTの利用した地域包括ケアシステムの構築に向けて」：患者を支える医療 全国事例33，2019

多職種連携システムの利用と検索システム

○豊島区内にある八カ所の地域包括支援センター圏域毎に多職種連携の会を開催し多職種連携システム(MCS)の利用促進を行っている

○介護事業者情報検索システムに医療機関も加わり多職種連携システム利用機関/事業所が検索できる

© Atsuro TSUCHIYA 2021

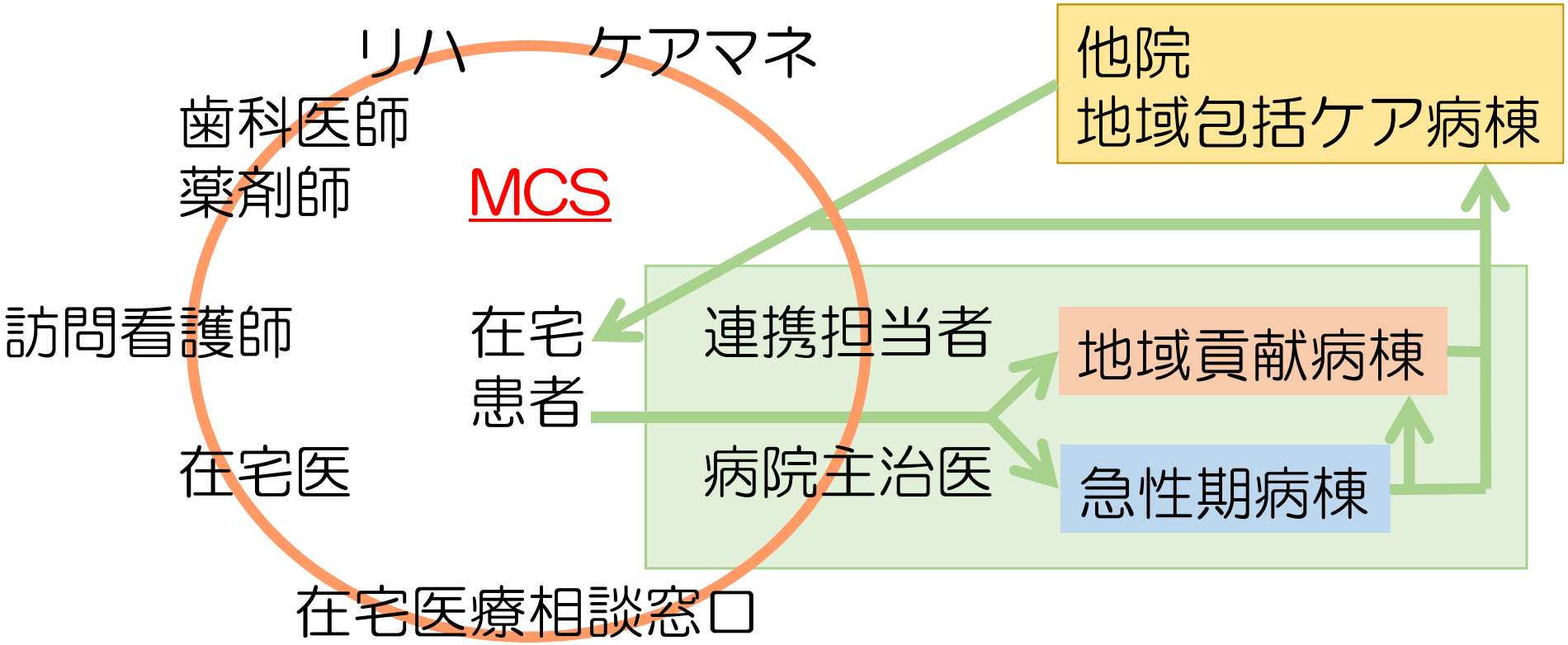
病診連携とそれに用いるシステム

病診連携の必要な状況	主な目的	利用するシステム	主な設置場所
①入退院前後の情報共有	空床病床の共有	病床検索システム	地域病院
	気軽な情報のやり取り	多職種連携システム	診療所
②疾患の管理を一緒に行う	病状や症状の把握		
		モニタリングシステム	患者宅
③診断や治療変更時	検査データの共有	共有可能な検査ビューワー	診療所
		医療情報連携システム	基幹病院

土屋淳郎,「多職種連携の浸透をはかる仕組みの再考」東京都医師会第31回 医療とITシンポジウム（https://www.tokyo.med.or.jp/11622）, 2019

退院時カンファ→WEB会議システム

多職種連携システムを用いた「大塚医療ネット」



○ICTを用いた多職種連携に病院の連携担当者が参加
○入院時には病院主治医も参加し、情報共有を行う
→入退院前後における在宅と病院の情報共有が良好に！

© Atsuro TSUCHIYA 2021

①あらかじめ「大塚医療ネットに登録」

②連携担当者をタイムラインに招待しておく

③入院時・受診時などは、連携担当者に連絡をする（MCS上で可能）

④連携担当者が、病院スタッフを招待する

⑤在宅側の多職種と、病院のスタッフが直接連絡し合えるようになる

© Atsuro TSUCHIYA 2021

大塚病院 看護師　2019/4/2 18:06

お世話になっています。現在ご本人は、下痢が止まり、易消化軟菜を5～8割摂取でき、お元気になられています。ＰＴでは持参の杖で見守り２０ｍ×２周できました。本日、主治医　　医師と話し合い、腎機能も回復しているため、退院可能と評価がありました。
つきましては、退院前カンファレンスの日程を調整していきたいと思います。本人より「弟が無理でなければ来てほしい」と希望があり、弟様に電話で都合を聞いていきます。
今週か来週初めで、参加者数が多い日に開催していきたいと思いますが、みなさまのご希望の日、あるいは、難しいお日にちはありますでしょうか？主治医が参加できない場合、看護師が経過を代弁していきます。
よろしくお願い致します。大塚病院　看護相談：　　より

13人　返信

大塚病院 看護師　2019/3/29 12:29

お世話になっています。大塚病院の看護相談　　です。
現在、下痢が減って楽になってきている様です。食事が本日昼から開始になりました。治療としてはミヤBMを内服し、腎機能の改善を図るため点滴を多めに投与しています。主治医　　医師から、食事の摂取状況、腎機能を見てからのカンファレンスがよいだろうと話がありました。PTは、座位、立位保持できているため、様子見て歩行練習していくとコメントがあります。
４月から別の医師が担当になりますが、ご本人の状況と合わせて確認し、MCSでの連絡連調整をさせていただきます。よろしくお願いします。

11人　返信

病院カンファレンス室

大塚病院 看護師　2019/4/3 09:51

返答ありがとうございます。
退院前カンファレンス【4/4（木）16：00　６２０病棟】で開催したいと思いますが、いかがでしょうか？主治医　　医師、PT　　の参加が可能です。
弟様は体調が優れず欠席、とお返事がありました。カンファレンスの内容を翌日にお電話でお伝えすることとしています。
また弟様の退院のお迎えは「今週末や週明けでも可能」とお話がありました。退院日も合わせて決めていきたいと思います。
大塚病院　看護相談：　　より

12人　返信

土屋 淳郎　2019/4/2 22:00
医師（医療法人社団創成会　土屋医院）

４日なら対応可能です。

12人　返信

村崎佳代子（池袋本町訪問看護ステーション）　2019/4/2 18:26
保健師（池袋本町訪問看護ステーション）

候補日です。
4日15：00以降、5日11：30まで。9日11：0014：30。

10人　返信

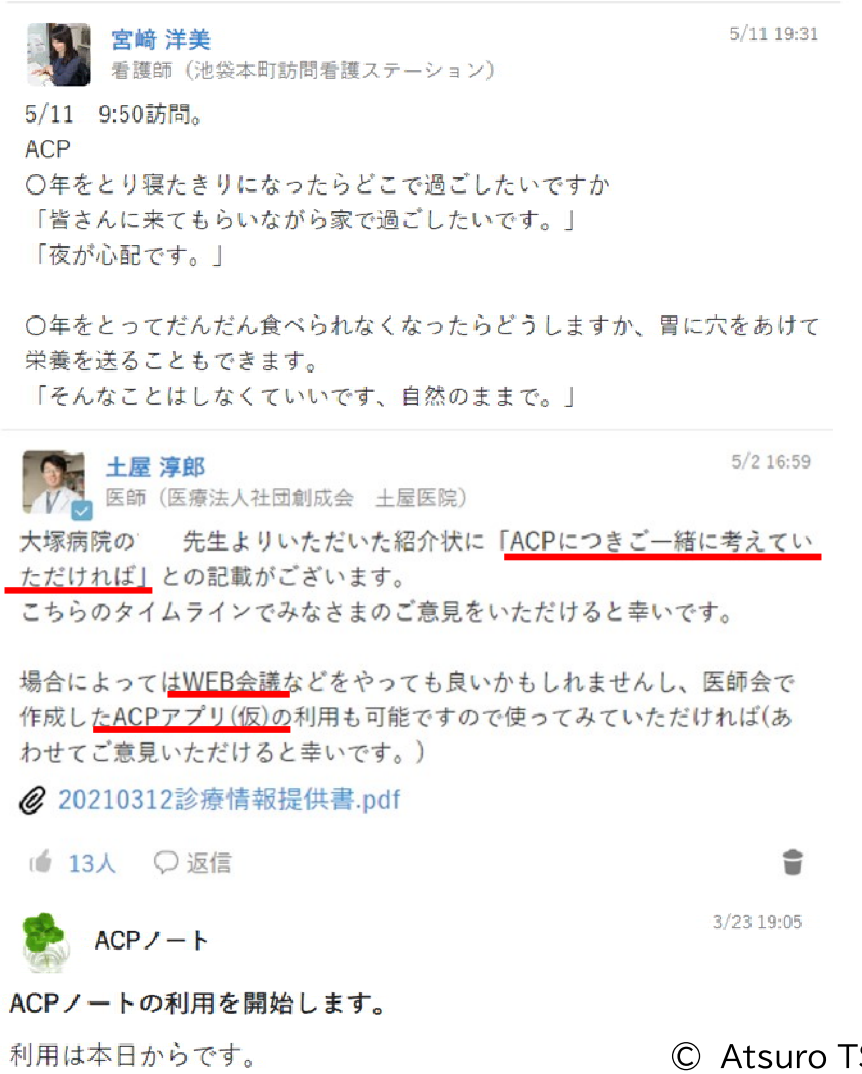
岡本 麻子　2019/4/2 18:20
介護支援専門員・ケアマネジャー 他（ケアプランセンターまんぞく）

ご連絡ありがとうございます。
私は今週であれば４日午後15時半から17時、5日は9時半から16時半まで。
来週は８日13時～15時、９日9時半～16時、11日と12日は9時半から12時頃まで可です。

11人　返信

自院外来

© Atsuro TSUCHIYA 2021



宮崎 洋美　5/11 19:31
看護師（池袋本町訪問看護ステーション）

5/11　9:50訪問。
ACP
〇年をとり寝たきりになったらどこで過ごしたいですか
「皆さんに来てもらいながら家で過ごしたいです。」
「夜が心配です。」

〇年をとってだんだん食べられなくなったらどうしますか、胃に穴をあけて栄養を送ることもできます。
「そんなことはしなくていいです、自然のままで。」

土屋 淳郎　5/2 16:59
医師（医療法人社団創成会　土屋医院）

大塚病院の　　先生よりいただいた紹介状に「ACPにつきご一緒に考えていただければ」との記載がございます。
こちらのタイムラインでみなさまのご意見をいただけると幸いです。

場合によってはWEB会議などをやっても良いかもしれませんし、医師会で作成したACPアプリ(仮)の利用も可能ですので使ってみていただければ(あわせてご意見いただけると幸いです。)

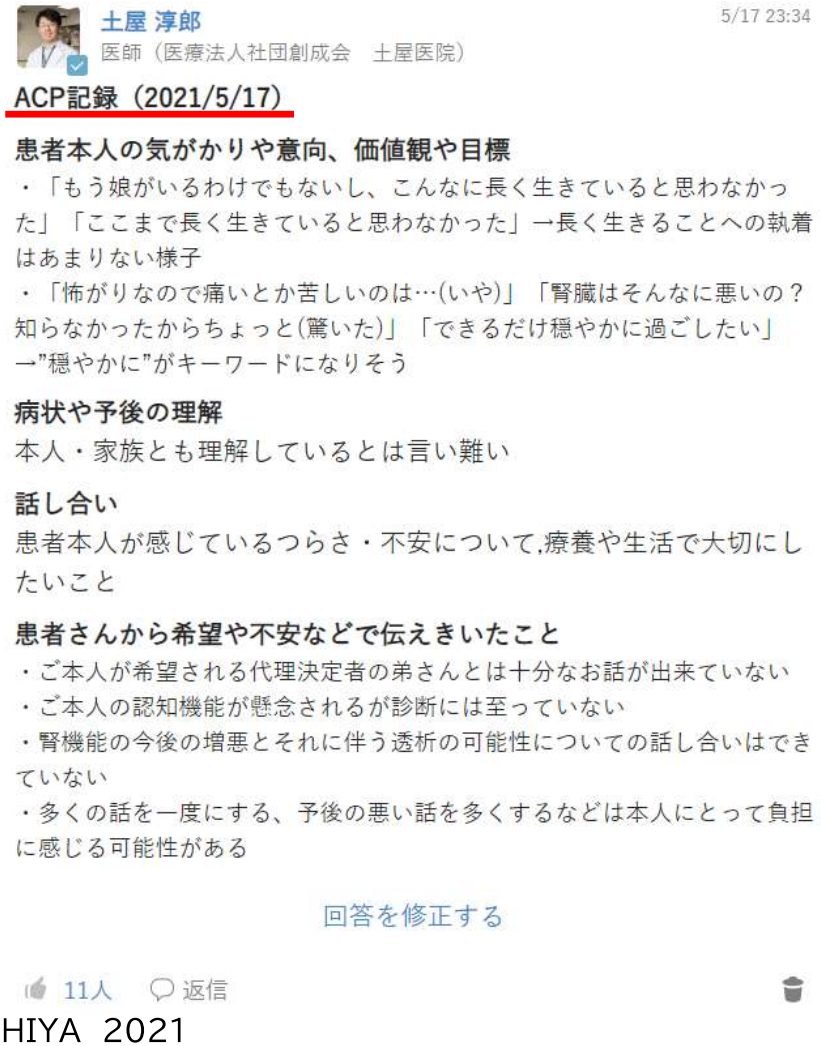
20210312診療情報提供書.pdf

13人　返信

ACPノート　3/23 19:05

ACPノートの利用を開始します。

利用は本日からです。



土屋 淳郎　5/17 23:34
医師（医療法人社団創成会　土屋医院）

ACP記録（2021/5/17）

患者本人の気がかりや意向、価値観や目標
・「もう娘がいるわけでもないし、こんなに長く生きていると思わなかった」「ここまで長く生きていると思わなかった」ー長く生きることへの執着はあまりない様子
・「怖がりなので痛いとか苦しいのは…(いや)」「腎臓はそんなに悪いの？知らなかったからちょっと(驚いた)」「できるだけ穏やかに過ごしたい」
ー"穏やかに"がキーワードになりそう

病状や予後の理解
本人・家族とも理解しているとは言い難い

話し合い
患者本人が感じているつらさ・不安について,療養や生活で大切にしたいこと

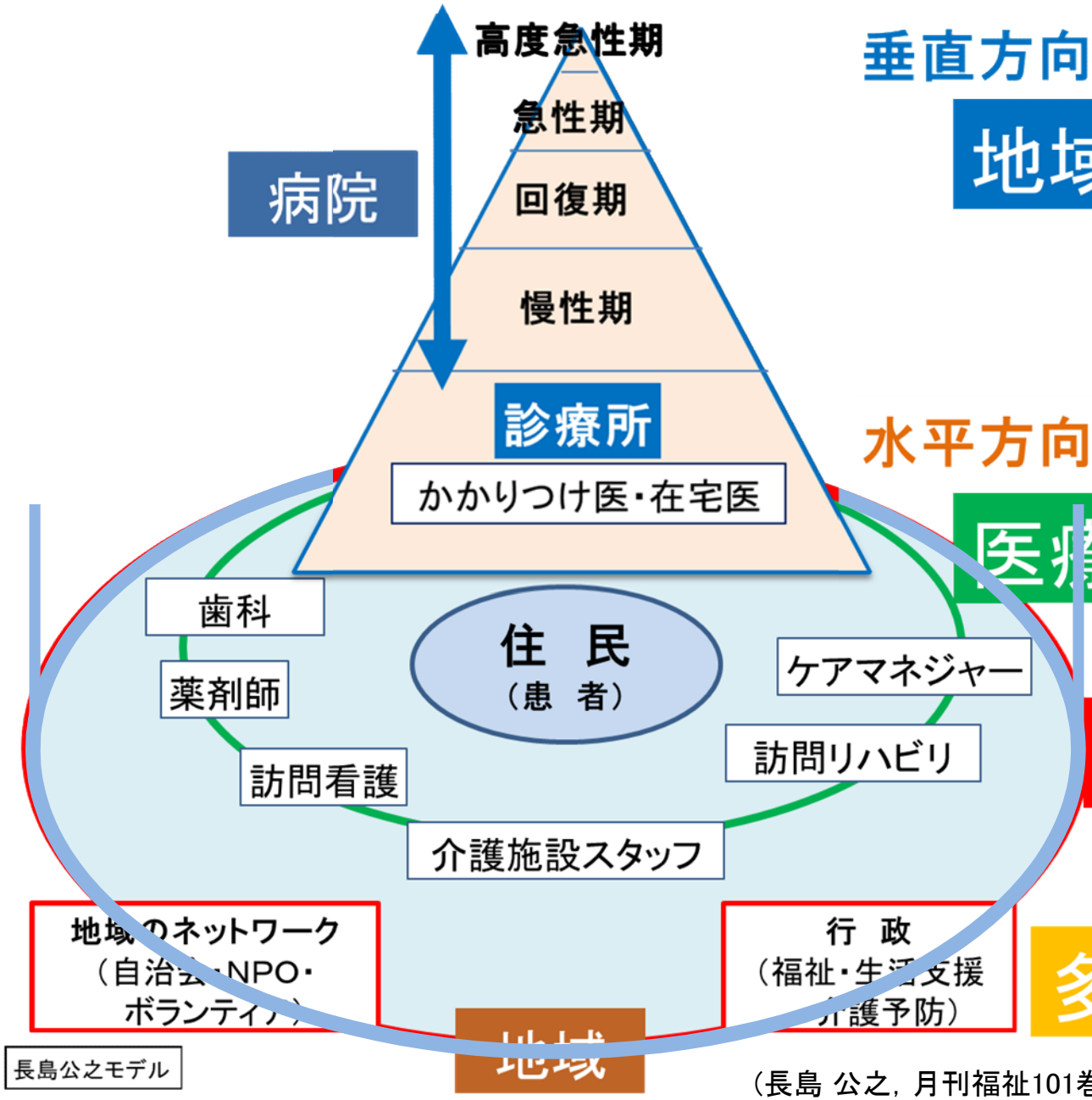
患者さんから希望や不安などで伝えきいたこと
・ご本人が希望される代理決定者の弟さんとは十分なお話が出来ていない
・ご本人の認知機能が懸念されるが診断には至っていない
・腎機能の今後の増悪とそれに伴う透析の可能性についての話し合いはできていない
・多くの話を一度にする、予後の悪い話を多くするなどは本人にとって負担に感じる可能性がある

回答を修正する

11人　返信

© Atsuro TSUCHIYA 2021

病院が加わると多職種連携に厚みが増す



垂直方向・縦の連携

地域医療連携

水平方向・面の連携

医療介護連携

＋

生活連携

⇓

多職種連携

（長島 公之，月刊福祉101巻11号 ，2018)より承諾を得て一部改変

病院間の連携にかかりつけ医が加わる

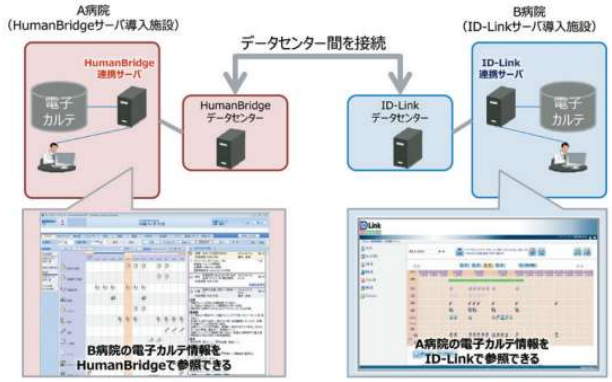
東京都の地域医療を支援する
東京総合医療ネットワーク

東京総合医療ネットワークは、東京都内の病院・診療所等の医療機関が電子カルテを利用して診療情報を相互参照することで医療の質と安全性の向上および医療資源の効率的な活用を推進し、都民がより良い医療サービスを享受できる豊かな社会の実現に寄与することを目指しています。また、医療連携に必要な地域医療連携システム、電子カルテ・ネットワーク等を備えていない医療機関に対して適切な支援を行うことで、都内医療機関のICT化を推進します。

公益社団法人 東京都医師会

東京総合医療ネットワークの仕組み

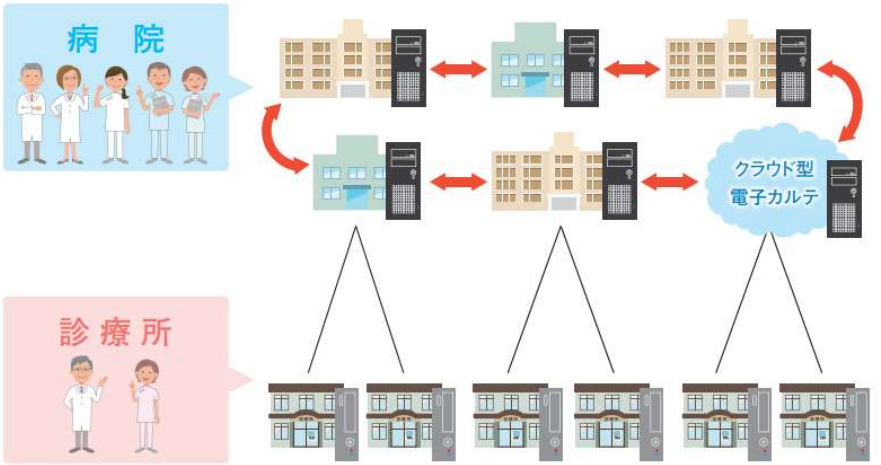
東京総合医療ネットワークでは異なる地域医療連携システムをIHE 規格によるデータセンター間接続を用いて接続することで1つの電子カルテ画面上で2つの医療機関の情報を確認できます。既にHumanBridge（富士通）とID-Link（NEC）については実証実験を行い相互参照ができることを確認しましたが、他の地域医療連携システムであっても、IHE規格によるデータセンター間接続が可能であれば、接続試験を行った上で東京総合医療ネットワークに参加できます。



HumanBridge　ID Link

まず病院同士を接続します

東京総合医療ネットワークの構築にあたっては、まず東京都内の病院間ネットワークを形成し、その後、診療所との連携を拡大していきます。診療所に大きな負担をかけずに連携を実現する方法の候補として、クラウド型電子カルテ企業が連携用のサーバーを構築することで診療所がネットワークに参加することも検討しています。



© Atsuro TSUCHIYA 2021

さいごに

◯地域医療連携と多職種連携をかかりつけ医がつなぐ

◯入院～退院～在宅療養の一連の流れを、患者の思いを理解したかかりつけ医が作り上げていく

→このような形で「継続医療」ができると良いが、病院、かかりつけ医、在宅チーム、患者家族、それぞれの立場での課題がある

⇒「継続医療」を円滑にするには「知識」と「情報」が重要
連絡・連携の取りやすい在宅チームを速やかに作ること

◯ICTを利用した多職種連携をすすめる

◯病院も参加する連携体制の構築

ICTの利用が重要になる！

© Atsuro TSUCHIYA 2021