

講座

IT機器・ICTと
リハビリテーション

第6回

情報管理と ICT

在宅医療の立場から



東郷清児

Seiji Togo

医療法人社団医輝会 東郷医院 院長

作業療法ジャーナル別刷

VOL.49 NO.12 2015

三輪書店発行

情報管理と ICT

在宅医療の立場から

東郷清児

Seiji Togo

医療法人社団医輝会 東郷医院 院長



はじめに

超高齢社会に入り、団塊の世代のほとんどが後期高齢者となる2025年に向けて、わが国では地域包括ケアシステムの構築が現在推進されている。病気や障害で介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で人生の最期まで豊かに暮らし続けるためには、医療と介護の多職種間における連携と協働が今後の要となる。

社会の現状

戦後の日本が起こした奇跡として、高度経済成長の達成と並んで医療の発達が挙げられる。医療の発達の裏には、医療機関の整備、医療従事者の養成、医療技術・医療機器・医薬品の開発等がその要因として存在し、救命・延命治療の進歩にもつながった。また、誰でも、いつでも、保険証1枚で自由に医療機関を受診できる、いわゆる国民皆保険とフリーアクセスといった世界的にもまれなシステムを導入したこともあり、わが国は世界一の長寿国も達成した。

しかしその裏では、病院中心の医療の展開の中で、患者の病院信仰、医療への過度の依存が生まれたことも事実である。制度上の問題、少子化・核家族化、地域コミュニティの崩壊に伴う近所の助け合いの減少等によって、家庭での家族介護力は低下の一途をたどる中で、「死ぬときくらいは病院で」といった国民の意識も相まって、戦後の

日本国民の死に場所は大きく変化した。1950年代前半まで80%を超えていた在宅死亡率はその後徐々に減少、逆に病院で死亡する人の数は増加の一途をたどり、今や病院での死亡率は世界一となった。最近の統計¹⁾では、病院が75.2%、自宅が12.8%との死亡率となっている。

健康長寿を達成したことは喜ばしいことであるには違いないが、複数の慢性疾患をもつことが多く、若年者の数倍の医療費がかかるといわれている高齢者の増加と、病院で施される高度な医療によって生じる医療費の高騰は、今やとどまるところを知らず、大きく日本の経済を圧迫することになっている。これは切実な問題であり、厚生労働省によると2014年度（平成26年度）の年間の公的医療費支出は40兆円²⁾で、団塊の世代が後期高齢者となる2025年には53兆円に上ると予測³⁾されている。

在宅医療の推進

在宅医療は、病院での医療と比較して一般的に医療費が安くつくため、医療費の抑制を目的として政府が強力にその普及の推進を行っており、診療報酬の面でも手厚い加算がなされる等、在宅医療の充実に向けた具体的な施策に取り組んでいる。前述のようにわが国では病院での死亡率が高いが、一方で老衰やがん、難病等で積極的な治療法がないとき等、病院ではなく、できるだけ住み慣



れた家で過ごしたいという考えが社会に浸透してきたことが在宅推進の要因となっている。

医療・介護の連携の実際と問題点



1. 在宅の現場に求められるもの

このように在宅医療推進の動きが活発化する中で、現在わが国では在宅療養の現場に携わる医療者や介護職の数は思うように増えず、また、自宅での家族の介護力も低下してきている。今後、超高齢化の波に流されて、介護の必要な高齢者のみならず、認知症、末期がん、神経難病等、医療・介護ニーズの高い人の在宅療養の場面もますます増えていくことが予想される。このままでは、多くの患者が好むと好まざるとにかかわらず、体制が整わないままに自宅療養を余儀なくされる人たちが在宅に溢れていくことになる。

したがって、人が幸せに、豊かに、人間らしく生活できる地域環境をつくるためには、限られた医療・介護資源を、無駄なく、効率よく利用できるシステムをつくることと、地域の中に、あるいは人々の意識の奥に埋もれて使われていない新たな資源を掘り起こしていくしか方法はない。

2. 多職種連携について

在宅で療養する患者を支えるのは普段顔を合わすことのない、それぞれ距離の離れた事業所に属するメンバーで構成されるチームである。地域包括ケアを推進していくためには、この多職種からなるチーム間の切れ目のない連携が鍵となる。そのメンバーには、訪問医師、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問リハ、訪問介護、訪問薬剤師、訪問マッサージ、福祉用具担当者、さらには病院職員、行政職員等、さまざまの職種が含まれることになる。

通院困難な患者が、在宅で医療や介護を受けながら自宅で療養するときに、その1人の患者のために在宅のチームが一つでき上がることになる。すなわち、病院のようにでき上がっているチームが新たな患者を受け入れるのではなく、患者を中心を集めたメンバーで新たなチームがつくられ

るのである。したがって、そのつど異なる、場合によっては初対面のメンバー同士で新チームが結成されることになる。まずここに連携構築の難しさがある。

現在、在宅医療や在宅ケアを担う各専門職間の情報共有の方法として義務づけられているのは、指示書や報告書等の書類やケアマネジャーが開催するサービス担当者会議等である。また普段の連携のツールとしては、電話やFAX、メール以外に、患者宅を訪れた者が訪問時の様子を記録するために置いてある連絡ノートや、本人の医療情報や経時的な診療記録をファイルしたもの（当院では在宅マイカルテと呼んでいる）等も存在する。

3. 現在の連携の限界

電話やFAX、メール等を使った連携では、やり取りを全員が共有することが困難（特に電話の内容は当人同士しかわからない）であったり、情報の経時的变化がわかりにくい。FAXの場合は個人情報保護の面で確実性に欠ける。

また、連絡ノートは患者宅でしか情報が得られないこと、詳しい記録であればあるほどポイントがわかりにくいくこと、そして何より限られた訪問時間内ではそのノートを開くことすら困難なものも多い等の問題点が挙げられる。

実際に在宅チームメンバーが顔を合わせるサービス担当者会議は「顔の見える連携」といわれるよう、必要かつ重要であることは間違いない。しかしながら、会議を開いても、日常業務で忙しいチームのメンバーが日時を合わせて全員揃うこととはきわめて困難であり、重要メンバー不在（特に医師の不参加が多い）で開催されることもめずらしくない。会議自体も、開催の必要性、話し合いの内容やかかる時間等に規定はなく、あえて集まる必要のないときを開かれたり、逆に開かれるべきタイミングで開かれないことがある等、課題も多い。

また、義務として作成される報告書・指示書等の書類は形式的になりやすく、タイムリーな報告ではなく過去の事象の確認にすぎなくなってしまいがちである。したがって作成の手間、煩雑さの

割には実践に役立つことは少ない（大変申しわけない話ではあるが、あちこちの事業所から山のように報告書等が送られてくるが、私自身は自分の書類をつくることに精いっぱいで、他からの書類に目を通す時間はまったくなく、そのままファイルの中に埋もれてしまうだけである）。

このように今後急増する在宅患者を、少ない在宅スタッフで支えていくことになる現状において、従来の連携ツールのみでは、在宅療養患者へ提供される医療やケアの質が必然的に低下していくであろうことは容易に予測することができる。

ICT の活用

1. ICT とは

ICT は、information and communication technology（インフォメーション・アンド・コミュニケーション・テクノロジー）の略で、“情報通信技術”と訳される。ほぼ同じ意味を表す言葉に IT（コンピュータやインターネット技術の総称）があるが、IT が経済の分野で使われることが多いのに比べ、ICT は主に医療、介護・福祉や教育等の公共事業の分野で使われることが多い。これは、IT とは経済産業省の用いる用語であるのに対し、ICT は総務省の用いる用語だからである。

昨今、直面するさまざまな問題や課題に対応すべく、わが国は ICT 分野を重要な存在の一つと位置づけ、政策を展開している。ICT がすべての産業の横断的な基盤として機能するとともに、農林水産業も、物流業も、交通も、電力も、まさにあらゆる産業が、ICT を全面的にあたり前に利用するような変革が生じている。

このような流れの中、医療業界でも、あらゆる場面で ICT の活用が注目されており、近年、医療クラウド（「クラウド」とは、データを自分のパソコンや携帯電話等ではなくインターネット上に保存し管理してもらうサービスのことで、個人のデータを複数で共有できる）への門戸が開くとともに、病診連携や福祉・介護との情報連携に向け、ICT 基盤の整備が急ピッチで進められている。在宅医療の現場においても、ICT が多職種連携シ

ステム構築の救世主になり得ると私は考えている。

2. SNSについて

ソーシャル・ネットワーキング・サービス（social networking service : SNS）とは、ICT サービスの中で、個人間のコミュニケーションを行うために提供されるサービスであり、人と人とのつながりを促進・サポートする「コミュニティ型の会員制のサービス」と定義される。Facebook、LINE、Twitter 等がこれにあたる。

3. MCS は SNS の一つ

メディカルケアステーション（MCS）は、SNS の中でも、医療・介護分野の連携構築に特化した「完全非公開型医療介護専用 SNS」である（図）。MCS は株式会社日本エンブレースが開発・運営し、ソフトバンク株式会社によるクラウド技術、普及促進支援のもとに提供されている。詳細は MCS のホームページ (<http://www.medical-care.net>) を参照されたい。

以下に MCS の特徴や利点等についてまとめてみた。当院では、はじめに院内での連絡のやりとりを MCS を用いて行った際、その有効性（簡単・便利に使って、業務の煩雑さや時間の無駄が省ける等）をスタッフが実感したことから、地域の他職種連携に用いるようになったことをまず述べておく。

これまでの連携の限界を超える MCS

1. セキュリティについて

医療・介護の分野においては、個人情報の保護は当然ながら特に重要となる。MCS は完全非公開型 SNS と呼ばれ、厚生労働省や総務省、経済産業省が定める「医療情報の取り扱いに関する各種ガイドライン」に準拠した ICT 環境のもと、厳格な運用体制を整え、強固なセキュリティ体制が構築されている。したがって、一般人が利用できるインターネット上に公開されることはない、患者や利用者の情報は、登録し許可されたメンバー間でのみ閲覧が可能である。



図 MCS [株式会社日本エンプレス提供 (<http://www.medical-care.net>)]

2. タイムラインでの表示（「見る」、「書き込む」）

参加メンバーの発言やアップされた資料等は、患者ごとにつくられたタイムライン上に、まとまった形で、時系列でわかりやすく表示される。まずこのタイムラインを見るだけでも患者情報の経過や流れを把握することができる。

もちろん自分が連絡したいことや共有したい資料等があるときには、タイムライン上に載せることで、他のメンバーはそれぞれの都合のよいときにその内容を確認できる。すなわち、一つの画面上において、自分が発言した内容はもちろん、医師や看護師、薬剤師等の医療スタッフや介護スタッフ等、自分以外の参加メンバー間で行われているやり取りもひと目で把握することができる。

MCSでは、口頭等でのやり取りで生じがちな連絡ミスやタイムラグを避けられて、正確かつリアルタイムな情報共有を簡単に行うことができるというメリットがある。

3. 資料の添付

1) 写真

患者の症状写真をMCSにアップして共有したり、アップされた写真についてコメントをつけることもできる（褥瘡、湿疹、外傷等、肉眼でわかる病変、ケアの方法、体位等）。

2) 連絡ノート

連絡ノートの共有したいページを写真に撮ってアップすれば、いちいち連絡ノートを見にいく手間が省ける。

3) 書類やデータ等の共有

報告書やFAXといった文書ファイル等の資料や、血液その他の医療データも、全員で共有したい場合は写真に撮ってMCSにアップするだけでよい。

4. その他の基本的な特徴

1) ほとんどの機器で使用可能

MCSは最新のモバイル端末に対応したクラウド型サービスなので、スマートフォンやiPad等のタブレットやパソコン使って、いつでもどこでも手軽にアクセスできる仕組みになっており、特

別なハードやソフトは一切必要ない。

2) いつでも、どこでも共有可能

職場はもちろん外出先等どこからでも簡単にアップできるため、患者宅で得た情報を離れた場所にいるメンバーが同時に共有することが可能となる。電話のように相手の都合を気にせず情報を送ることができる。

3) 業務の効率化

普段から必要な情報が共有できていれば、サービス担当者会議のときはポイントを確認するだけでよく、また在宅で緊急の場面等に遭遇したときも情報収集にかかる手間を省くことができる。

4) 書き込みのお知らせ機能

1人が書き込むと、他のメンバーに対して「○○さんのメッセージが届いています」というメールが届くようになっている。また、MCSのホーム画面を開くと、他のメンバーが新しく書き込んだものは、そのタイムラインの表示の帯の色が変わるために、未読がひと目で確認できる。

5) 既読のお知らせ機能

FAXの場合は相手が目を通したかどうかの確認は難しいが、MCSでは、相手のメッセージに対して「了解！」ボタンをワンクリックするだけで既読を知らせることができる。

6) 簡単に広げられるつながり

いったんMCSでつながったスタッフや連携先メンバーは、自分の「関係者」として表示されるので簡単に他のタイムラインにも招待できる。招待したり、されたりを繰り返すことで“つながり”が広がっていく。逆に担当を外れたスタッフや連携先メンバーはタイムラインから簡単に外すこともできる。

5. 患者・家族の参加

MCSには「医療者タイムライン」とは別に、患者やその家族が参加できる「患者タイムライン」が存在する。ここでは、管理者と患者側の両者の承認が必要である。

患者本人がタイムラインに参加することで専門職同士のやり取りを患者が確認できるし、いつでも患者が自分の状態を報告したり、提供者側に質

問を投げかけたりもできる。患者に寄り添った医療やケアの提供と、何より在宅療養における患者側の不安軽減を可能にする。また、看取りの後のグリーフケアにも使用することができる。

6. 監督機能

本来チームは、所属するメンバーが自分の役割を果たしつつ、お互いが助け合い支え合うことでその機能は最大限発揮される。しかしこまでの在宅のチームには監督が存在しなかったため、チームプレイにまったく協力しないメンバーを誰もとがめることができない場合も多かった。MCSはタイムライン上でメンバーの参加状況がわかることから、所属するメンバーは、それぞれがフラットな立場でチーム連携の状況を監督することができることにメリットがある。

7. 費用

基本的に無料で使用できる。

8. 効果的なリハを行うためのMCSの活用

たとえ病気や障害をもつことになったとしても、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるという希望を叶えたいとき、在宅でのリハの役割がきわめて重要になる。高齢者は、合併症や環境要因等が心身の状態に影響を及ぼしやすく、また、末期がん患者等は病状が日々変化するため、ただ漫然と同じリハメニューをこなしていくわけではない。PT、OT、ST等のリハ専門職が、その他の各職種、さらには家族や患者本人とも、その時々の病状についての情報共有を行うことで、その場面に応じた有効なリハを行うことができる。

また、実際のリハの方法についての共有は、文字よりも写真や動画等が有効な場合も多い。これらのことからも、MCSは在宅でリハを必要とする人にとって特に効果を発揮するものと考えられる。

おわりに

以前、「在宅医療ってゴミを扱う医療でしょ」と言わされたある大病院の内科部長の言葉が今でも私の耳にこびりついている。このまま現場での体制



づくりが遅れれば、病院から在宅に返される患者がゴミ扱いされるという言い方は決して大げさな表現ではなくなってしまう。在宅の現場をゴミ処理場にしてはならない。

もちろんICTはあくまでも連携ツールの一つに過ぎない。しかし、医療と介護の連携の質が、今後のわが国の地域包括ケアの発展や医療の行く末のみならず、超高齢社会の中で生きる日本人の幸・不幸にまで影響を及ぼすことを考えれば、ICT連携の果たす役割は小さくない。

連携とは、単に情報を共有するということではない。病気や障害のために社会的弱者になった人に対して、「人としての尊厳は皆同じである」という意識を共有する者が協働して医療やケアを提供することで、その人が地域での生活を安心して継続できることが多職種連携の真の目的である。その使命を与えられている専門職一人ひとりが、地域ネットワークの一員であるという視野をもちつつ、ICT連携の重要性を正確に認識することが必要である。

「老いること、死ぬこと」は人間にとっての宿命である。したがって、医療・介護は決して他人事ではない。“あきらめて生きて、苦しんで死ぬ”のか、“活き活きと生きて、満足して死ぬ”のか、日本人の“生き方・死に方”について、その命運が分かれる時代に突入したことを、世界の先陣を切って超高齢社会という大津波に立ち向かう私たちは、もっと自覚して行動しなくてはならない。

文献

- 1) 厚生労働省:平成26年 人口動態統計 (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat>List.do?lid=000001137965>) (2015年9月14日参照)
- 2) 厚生労働省:平成26年度 医療費の動向 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/14/index.html>) (2015年9月14日参照)
- 3) データで見るニッポンの医療費①少子高齢化による人口構成の歪みで国民皆保険は危機の状況。日経BP (<http://special.nikkeibp.co.jp/as/201401/kenpo/column/vol1/>) (2015年7月16日参照)

『作業療法ジャーナル』既刊案内

(△は品切れ)

第47巻 [特 集]

- 第1号 痛みと作業療法
- 第2号 作業療法における作品づくりの意味
- 第3号 通所リハ再考
- 第4号 世界に発信できる日本の作業療法教育のあり方
- 第5号 実践! 生活行為向上マネジメント
- 第6号 I. 作業療法と脳科学 Part 2—①身体障害領域
II. パーキンソン病 update
- 第7号 (増刊号) OTの臨床実践に役立つ理論と技術—概念から各種応用まで
- 第8号 I. 作業療法と脳科学 Part 2—②精神障害領域
II. ひきこもり
- 第9号 I. 作業療法と脳科学 Part 2—③発達障害領域
II. 自閉症スペクトラムの感覚・運動・行為の障害
- 第10号 理論と技術の生きる関係
- 第11号 若年性認知症
- 第12号 東日本大震災 2年半後の今を語る
- 第13号 OTによる復職支援

第48巻 [特 集]

- 第1号 OTのスタッフ育成
- 第2号 「参加」と作業療法
- 第3号 世界大会で大いに作業療法を語ろう—何を語る? 何を訊く? in WFOT2014
- 第4号 がんの痛みと作業療法
- 第5号 特別支援教育と作業療法

※在庫の最新情報は弊社ホームページでご確認下さい。

- | | |
|------|------------------------------------|
| 第6号 | 認知症の方への地域生活支援—これからのOTに求められること |
| 第7号 | (増刊号) 脳卒中の作業療法—支援技術から他職種連携・制度の利用まで |
| 第8号 | 「環境」と作業療法 |
| 第9号 | 高齢者の食べる喜びを支える作業療法 |
| 第10号 | スポーツと作業療法 |
| 第11号 | 触法障害者・触法高齢者への支援と作業療法 |
| 第12号 | おしゃれを楽しむことを支える作業療法 |
| 第13号 | 総合病院における精神科作業療法 |
-
- | | |
|------|----------------------------------|
| 第49巻 | [特 集] |
| 第1号 | 神経難病を支える作業療法 |
| 第2号 | 障害者と自動車運転 |
| 第3号 | 多職種アドリーチ |
| 第4号 | 最期までその方らしく生きることへの支援 |
| 第5号 | コミュニケーション能力と作業療法 |
| 第6号 | 病院における作業療法 |
| 第7号 | (増刊号) 認知症と作業療法 |
| 第8号 | 今こそ老健での作業療法—地域包括ケア時代にOTの可能性を広げよう |
| 第9号 | アイデンティティに迫る—社会的ニーズへの挑戦 |
| 第10号 | 地域包括ケアシステムの中でOTは何ができるのか |
| 第11号 | 発達障害のある人のライフステージを通したOTのかかわり |