

令和 7 年度 老人保健健康増進等事業
介護情報基盤を活用した医療介護連携に関する
調査研究事業
報告書

令和 8 年 3 月



株式会社NTTデータ経営研究所

目次

第1章 本事業の概要.....	1
1. 事業の背景と目的.....	1
2. 実施内容.....	3
3. 実施体制と実施スケジュール.....	3
第2章 全国の医療介護連携様式の机上調査.....	6
1. 実施概要.....	6
2. 調査結果.....	7
3. まとめ.....	18
第3章 医療介護連携のインタビュー調査.....	19
1. 実施概要.....	19
2. 実施結果.....	21
3. まとめ.....	27
第4章 調査全体のまとめ.....	29
1. 医療介護連携において必要となる情報のあり方.....	29
2. 全国医療情報プラットフォームと既存の地域連携 NW 等とのあり方.....	33
第5章 総括.....	35
1. 本事業の成果のまとめ.....	35
2. 今後の検討・検証事項.....	35
第6章 参考資料（ヒアリング結果）.....	36
1. 函館市.....	36
2. 伊勢地域.....	43
3. 豊島区.....	51
4. 庄内地域.....	59
5. 常総市.....	66

第1章 本事業の概要

1. 事業の背景と目的

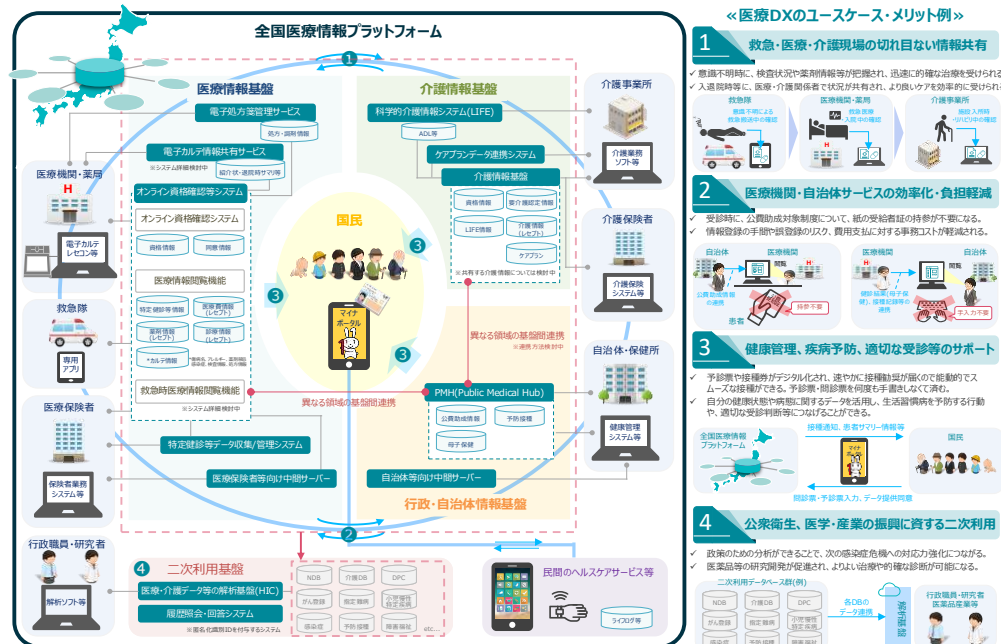
介護情報基盤は、令和8年度からの運用開始に向け開発が進められている。介護情報基盤により、介護保険証等情報や要介護認定情報等が電子的に自治体、医療機関、介護事業所の間でやり取りされることとなる（図表 1-1）。

図表 1-1 介護情報基盤の概要



また、介護情報基盤を含む、全国医療情報プラットフォームにおいても、オンライン資格確認を始めとした基盤が整備され、医療情報等が電子的にやり取りされる仕組みの構築が進められている（図表 1-2）。

図表 1-2 全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）



全国医療情報プラットフォームにおいて医療機関間および介護事業所間での情報共有の検討が進められているが、各地域では、医療機関と介護事業所の間で、医療介護連携サマリー等の文書がやり取りされており、各地域において構築された医療情報連携ネットワーク等にて電子的な共有や、郵送やFAXによる情報連携が行われている。

今後の全国医療情報プラットフォームの展開においては、医療機関と介護事業所の連携を電子的に行うことが重要であり、これが地域包括ケアの現場の効率化や利便性向上に資するかの検討が望まれる。

本事業では、医療介護連携における情報連携の実態を調査し、今後の介護情報基盤の機能拡張のあり方について検討することを目的として実施する。

2. 実施内容

(1) 全国の医療介護連携様式の机上調査

全国で利用されている医療介護連携の様式について、厚生労働省で定められた様式（以下、厚生労働省様式という）の名称（「入院時情報提供書」、「居宅介護支援事業所向け診療情報提供書」、「退院・退所情報記録書」、「看護及び栄養管理等に関する情報」）をもとに、インターネットを活用して網羅的に調査を行い、全国の自治体で公開されている様式を収集した。収集した事例から AI を用いて記載項目等を分析し、医療・介護間で連携頻度が高い情報を整理した。

(2) 医療介護連携のインタビュー調査

机上調査を踏まえ、具体的な医療介護連携の状況（どのような情報が、どのような方法で連携されているか）を把握するため、地域医療情報ネットワーク等の ICT を活用した取り組みを行っている 5 地域（北海道函館市、三重県伊勢地域、東京都豊島区、山形県庄内地域、茨城県常総市）を選定し、医療機関や介護事業者等を対象にインタビュー調査を実施した。現場での文書作成における困難さや、連携において特に重要視されている項目等について実態を確認した。

(3) 連携される情報の整理

机上調査およびインタビュー調査の結果を踏まえ、医療介護連携でやり取りされる情報を整理した。また、介護情報基盤を含む、全国医療情報プラットフォームで連携されることが予定されている情報と、今後、全国的に電子化・共有化することが有用な可能性のある情報を検討した。

(4) 情報を連携する仕組みの整理

調査結果を踏まえ、既存の医療情報連携ネットワークと介護情報基盤間の接続のあり方や、介護情報基盤を医療機関において活用するためのネットワーク構成等、情報連携の方法について整理を行った

3. 実施体制と実施スケジュール

(1) 実施体制

本事業の実施にあたり、学識経験者、関係団体等の有識者で構成される検討委員会を設置し、事業全体の助言を仰ぎ実施した（図表 1-3）。

① 委員

図表 1-3 検討委員会 構成員一覧（50 音順）

カテゴリ	氏名(敬称略) ※○は座長	所 属
委 員	○田中 志子	医療法人大誠会 理事長
	小林 広美	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
	佐原 博之	公益社団法人日本医師会 常任理事
	高橋 肇	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長

※委員長以降五十音順 所属は 2026 年 3 月時点

② オブザーバー

一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会

大阪府豊中市

北海道札幌市

三重県伊勢市

厚生労働省（老健局老人保健課、医政局医療情報担当参事官室）

検討委員会は本事業期間中に2回開催した。各検討委員会の開催概要と主な議題を以下に示す（図表 1-4）。

図表 1-4 検討委員会の開催概要

第1回検討委員会	
開催日時	2025年9月11日（木） 13：00～15：00
開催場所	オンライン開催
主な議題	・ （1）本調査研究の背景と目的 ・ （2）全国で利用されている医療介護連携様式の調査 ・ （3）全国の自治体等で実施されている情報共有項目のヒアリング調査および医療情報連携ネットワークの調査
第2回検討委員会	
開催日時	2026年2月4日（木） 16：00～18：00
開催場所	オンライン開催
主な議題	・ （1）第1回委員会の振り返り ・ （2）インタビュー調査結果の整理 ・ （3）介護情報基盤における医療介護の連携に必要な項目の整理 ・ （4）全国医療情報プラットフォームと既存の地域医療介護連携ネットワーク等とのあり方の整理 ・ （5）取りまとめ

（2）事業全体実施スケジュール

本事業は2025年7月から2026年3月の期間に、以下のスケジュールで実施した（図表 1-5）。

図表 1-5 実施スケジュール



第2章 全国の医療介護連携様式の机上調査

1. 実施概要

(1) 目的

医療介護連携において共有されている情報について、全国の自治体等で使用されている医療介護連携様式をもとに実態調査を行うことを目的とする。

(2) 調査概要

医療機関と介護事業所間での情報連携において、加算に紐づいて活用されている以下の4様式を調査対象として設定した。

1. 入院時情報提供書
2. 居宅介護支援事業所向け診療情報提供書
3. 退院・退所情報記録書
4. 看護及び栄養管理等に関する情報

これらの様式について、全国の自治体等で利用されている事例を網羅的に抽出し、医療介護間で頻度高く共有されている情報を整理した。

(3) 実施方法

インターネット上で「様式名称」および「都道府県名」等のキーワードを用いて、全国の自治体を対象に様式を検索・収集した。

収集した様式に対し、生成 AI を活用して「①厚生労働省様式と同等の項目が地域で指定する様式に備わっているか」「②厚生労働省様式と同等の項目以外にはどのような入力が存在するか」を分析し、地域で運用される帳票にどのような情報項目が流通しているかを調査・整理した。

2. 調査結果

(1) 机上調査結果概要

インターネット調査の結果、以下の様式を収集した。

調査対象の様式名称でやり取りされている書類数を集計した結果、最も多く収集できたのは「入院時情報提供書」で185様式、次いで「退院・退所情報記録書」が142様式となった（図表 2-1）。

この結果から、介護事業所側が作成する様式（入院時情報提供書、退院・退所情報記録書）の方が、地域で独自に作成・運用されている事例が多く、情報連携に頻繁に用いられている可能性が高いことが示唆された。一方、医療機関側が作成する様式は、厚生労働省様式がそのまま用いられる可能性があることが示唆された。

図表 2-1 机上調査結果

項目	対象数	作成者	主な参照者	連携タイミング
入院時情報提供書※1	185	介護支援専門員	Medical Social Worker（以下 MSW）	入院
退院・退所情報記録書	142	介護支援専門員	介護職員 かかりつけ医 等	退院
居宅介護支援事業所向け 診療情報提供書（退院時）	3	医師(MSW)	介護支援専門員 介護職員	退院
看護及び栄養管理等に関 する情報	8	看護師 栄養士 MSW 等	介護支援専門員 介護職員	退院

※1 在宅・施設向け問わず収集

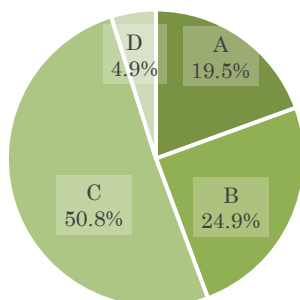
(2) AI による情報の整理結果

収集した様式に対し、AI を用いて記載項目を分析した。結果は以下の通りである。

① 厚生労働省様式と同等の項目が地域で指定する様式に備わっているか(入院時情報提供書)

厚生労働省様式にある項目ベース^{※1}に様式を探索^{※2}した結果、入院時情報提供書(n=185)について約2割(19.5%)の地域が厚生労働省様式とほぼ同等の項目を備えている。一方、約半数(50.8%)の地域では厚生労働省様式をA4一枚程度に収まるように項目を絞り込み、記載負担を軽減している実態が確認された(図表2-2、図表2-3)。

図表 2-2 厚生労働省様式と同等の項目が地域で指定する様式に備わっているか(入院時情報提供書 (n=185))



図表 2-3 厚生労働省様式と同等の項目が地域で指定する様式に備わっているか(入院時情報提供書 (n=185))

分類	割合	厚労省様式の項目の出現頻度 ^{※3}	傾向
A	19.5%	高	厚労省様式とほぼ同等
B	24.9%	中	厚労省様式から一部項目を削除し記載負担を軽減している or 地域独自色の強い様式を運用している
C	50.8%	低	厚労省様式をA4一枚程度に収まるように圧縮(項目削除)し、記載の負担を大幅に軽減している
D	4.9%	例外	例外データ

※1 厚労省様式の入院時情報提供書＝令和6年度に改定される前の入院時情報提供書として情報項目の洗い出しを行った。理由としては改定からまだ期間が経過しておらず、改定後の様式を活用している地域が少ない(11様式＝約5.9%)ことがわかった。

※2 ChatGPT (GPT5) による探索で判定。

※3 厚生労働省様式の項目の出現頻度の判定基準は以下：高/60%より上,中/30%より上 60%以下,低/10%より上 30%以下,例外/10%より下

② 各地域の様式の記載項目(入院時情報提供書)

各地域の様式でよく記載される項目としては、利用者基本情報（氏名 94.1%、生年月日 94.6%など）に加え、食事（94.1%）、移動（88.6%）、入浴（87.0%）といった院内生活に関わる「身体・生活機能の状況（Activities of Daily Living（以下、ADL）」が非常に高い頻度で共有されていた。また、厚生労働省様式にはない独自の項目として「アレルギー（14 様式）」や「感染症（9 様式）」を追加している地域もみられた（図表 2-4～図表 2-6）。

図表 2-4 収集した様式の項目ごとの出現率(入院時情報提供書 (n=185))

【収集した様式の項目ごとの出現率】(n=185)				出現率凡例：赤字：50%以上			
項目	出現率	分類	項目	出現率	分類	項目	出現率
医療機関名	93.5%	a	世帯構成	33.0%	c	入院歴	26.5%
事業所名	93.0%	a	主介護者氏名	30.3%	c	喫煙	25.9%
入院日	57.8%	a	主介護者氏名電話番号	18.9%	c	飲酒	25.9%
医療機関担当者名	56.8%	a	キーパーソン	5.4%	c	服薬の使用	24.9%
情報提供日	46.5%	a	キーパーソン電話番号	0.5%	c	移動(室内)	23.8%
記入日	44.3%	a	本人の生活歴	20.0%	d	起居動作	23.8%
ケアマネジャー氏名	29.7%	a	入院前の本人の生活に対する意向	15.7%	d	精神面における療養上の問題	23.8%
ケアマネジャーTEL	22.2%	a	入院前の家族の生活に対する意向	15.1%	d	移動(屋外)	22.7%
ケアマネジャーFAX	22.2%	a	本人の趣味・興味・関心領域等	13.0%	d	睡眠の状態	22.2%
利用者生年月日	94.6%	b	入院前の介護サービスの利用状況	21.1%	e	疾患歴	22.2%
利用者氏名	94.1%	b	介護力	54.1%	f	口瘡	21.6%
利用者電話番号	88.6%	b	在宅生活に必要な要件	27.0%	f	入院前に実施している医療処置	21.6%
利用者住所	87.0%	b	世帯に対する配慮	24.9%	f	食事回数	20.5%
性別	73.5%	b	退院後の主介護者	24.9%	f	オムツ/パッド	17.8%
入院時の要介護度	68.1%	b	家族や同居者等による虐待の疑い	23.8%	f	UDF等の食形態区分	15.1%
年齢	61.1%	b	ケアマネジャー等について(ケアマネジャーからの希望)	21.6%	f	服薬状況	47.6%
認知症高齢者の日常生活自立度	54.6%	b	「退院前カンファレンス」への参加	22.2%	f	店宅療養管理指導	35.1%
障害高齢者の日常生活自立度	41.6%	b	「退院前カンファレンス」への参加	21.6%	f	薬剤管理	34.1%
障害など認定	30.8%	b	「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	21.6%	f	内服薬	33.0%
年金などの種類	29.2%	b	退院後の世帯状況	20.0%	f	お薬に関する、特記事項	14.1%
介護保険の自己負担割合	25.9%	b	「院内の多職種カンファレンス」への参加	17.3%	f	かかりつけ医機関名	35.1%
利用者住環境	0.0%	b			f	かかりつけ医電話番号	26.5%
					f	診療方法・頻度	18.4%
					f	かかりつけ医氏名	14.6%

分類凡例：

a：ヘッダー情報 b：利用者(患者)基本情報について c：家族構成／連絡先について d：本人／家族の意向について e：入院前の介護サービスの利用状況について
f：今後の在宅生活の展望について g：身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について h：お薬について i：かかりつけ医について

図表 2-5 厚生労働省が示した入院時情報提供書

【厚生労働省が示した入院時情報提供書（令和6年度改定前）】

a：ヘッダー情報

b：利用者(患者)基本情報について

c：家族構成／連絡先について

d：本人／家族の意向について

e：入院前の介護サービスの利用状況について

f：今後の在宅生活の展望について

h：お薬について

i：かかりつけ医について

図表 2-6 厚生労働省様式にはない独自の項目 (n=185)

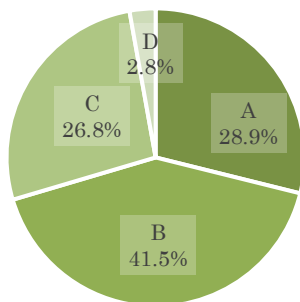
(n=185)

項目	項目があると抽出された様式の数	具体的に記載される項目 (選択項目・小項目名)
アレルギー	14	• 食物アレルギー • 薬物アレルギー • その他具体的な内容 等
感染症	9	• HBV • HCV • MRSA • 梅毒 • その他具体的な感染症の内容 等

③ 厚生労働省様式と同等の項目が地域で指定する様式に備わっているか(退院・退所情報記録書)

退院・退所情報記録書について、(n=142) 厚労省様式にある項目ベースに様式を探索^{※1}した結果、約 3 割 (28.9%) が厚生労働省様式とほぼ同等であったが、約 4 割 (41.5%) が一部項目を削除、約 3 割 (26.8%) が地域独自色の強い様式を運用していた (図表 2-7、図表 2-8)。

図表 2-7 厚生労働省様式と同等の項目が地域で指定する様式に備わっているか (退院・退所情報記録書 (n=142))



図表 2-8 厚生労働省様式と同等の項目が地域で指定する様式に備わっているか (退院・退所情報記録書 (n=142))

分類	割合	厚労省様式の項目の出現頻度 ^{※2}	傾向
A	28.9%	高	厚労省様式とほぼ同等
B	41.5%	中	厚労省様式から一部項目を削除し記載負担を軽減している
C	26.8%	低	地域独自色の強い様式を運用している
D	2.8%	例外	例外データ

※1 判定は ChatGPT (GPT-5) で実施。

※2 厚生労働省様式の項目の出現頻度の判定基準は以下：高/60%より上,中/30%より上 60%以下,低/10%より上 30%以下,例外/10%より下

退所

各地域の様式でよく記載される項目としては、食事形態（95.1%）、入浴方法（90.1%）、排泄方法（89.4%）などの「身体・生活機能の状況」や「リハビリの視点（93.0%）」であった。厚生労働省様式以外の追加項目としては、「家族の介護力・介護指導（12 様式）」「障害などの認定（10 様式）」「経済状況（生活保護・年金など）（10 様式）」などが確認された（図表 2-9～図表 2-11）。

図表 2-9 収集した様式の項目ごとの出現率(退院・退所情報記録書 (n=142))

【収集した様式の項目ごとの出現率】(n=142)

項目	出現率	分類	項目	出現率	分類	項目	出現率	分類	項目	出現率	分類
記入日	46.8%	a	食事形態	95.1%	d	＜家族＞病気、障害、後遺症等の受け止め方	25.4%	e	症状・病状の予後・予測	43.7%	g
氏名	97.2%	b	入浴方法	90.1%	d	＜家族＞退院後の生活に関する意向	15.5%	e	聞き取り日	28.9%	g
年齢	89.4%	b	排泄方法	89.4%	d	＜本人＞退院後の生活に関する意向	9.2%	e	退院に際しての日常生活の阻害要因（心身状況・環境等）	27.5%	g
性別	88.7%	b	義歯	76.8%	d	＜本人＞病気、障害、後遺症等の受け止め方	2.8%	e	情報提供を受けた職種	23.2%	g
ブリガナ	71.8%	b	嚥下機能（むせ）	69.7%	d	リハビリの視点	93.0%	f	在宅復帰のために整えなければならない要件	0.0%	g
退院(所)時の要介護度	55.6%	b	疾患の状況	69.7%	d	医療処置の内容	71.8%	f			
入院(所)日	71.1%	c	口腔清潔	60.6%	d	禁忌事項	40.1%	f			
退院(所)予定日	43.0%	c	移動手段	56.3%	d	看護の視点	32.4%	f			
入院原因疾患	35.9%	c	口腔ケア	52.8%	d						
入院・入所先	29.6%	c	睡眠	52.1%	d						
今後の医学管理	27.5%	c	認知・精神	48.6%	d						
			現在治療中の疾患	28.2%	d						
			UDF等の食形態区分	26.8%	d						

分類凡例：

a: ヘッダー情報 b: 属性 c: 入院(所)概要 d: 疾患と入院(所)中の状況 e: 受け止め/意向 f: 退院後に必要な事柄 g: その他

※ 同等の意味合いの項目については生成AIが拾い切れていない可能性があることに留意する必要がある。

図表 2-10 厚生労働省が示した退院・退所情報記録書

a: ヘッダー情報

退院・退所情報記録書		記日		年		月		日	
1. 基本情報 退院(退所)番号	フリガナ	性別	年齢	退院(退所)理由					
入院	氏名	男 女	歳	退院文書 ()・要介護 ()	b: 属性				
入院理由	入院(所)日	年	月	日	退院(退所)予定日				
入院(退所)理由	入院(退所)場所								
入院(退所)理由	入院(退所)場所								
入院(退所)理由	入院(退所)場所								

c: 入院(所)概要

入院(退所)理由	入院(退所)場所	退院(退所)理由	退院(退所)場所
入院(退所)理由	入院(退所)場所	退院(退所)理由	退院(退所)場所
入院(退所)理由	入院(退所)場所	退院(退所)理由	退院(退所)場所

d: 疾患と入院(所)中の状況

入院(退所)理由	入院(退所)場所	退院(退所)理由	退院(退所)場所
入院(退所)理由	入院(退所)場所	退院(退所)理由	退院(退所)場所
入院(退所)理由	入院(退所)場所	退院(退所)理由	退院(退所)場所

f: 退院後に必要な事柄

退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活
退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活
退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活

g: その他

退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活
退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活
退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活	退院後の生活

e: 受け止め/意向

受け止め/意向	受け止め/意向	受け止め/意向	受け止め/意向
受け止め/意向	受け止め/意向	受け止め/意向	受け止め/意向
受け止め/意向	受け止め/意向	受け止め/意向	受け止め/意向

図表 2-11 厚生労働省様式にはない独自の項目 (n=185)

(n=142)

項目	項目があると抽出された様式の数	具体的に記載される項目 (選択項目・小項目名)
家族の介護力・介護指導	12	・ 介護力 ・ 介護指導 ・ 主介護者 等
障害などの認定	10	・ 手帳の有無
経済状況（生活保護・年金など）	10	・ 介護保険の状況 ・ 生活保護の状況 等
医療機関詳細（医師名など）	8	・ 主治医 ・ 担当部署名 等
感染症	4	・ HBV ・ HCV ・ MRSA 等

⑤ 生成 AI を活用した帳票に記載される項目の正答率

AI による項目探索の特性を把握するために、実際には同等の項目があるにもかかわらず、AI で同等の項目があると検出できなかった項目とその理由について整理を実施した。ランダムに 1 帳票を抽出し、91 項目ある中の AI の正解率が 94.5%であった。不正解となった 5.5%のうち、「地域の様式に同等の項目がないが、AI が同等の項目があると判定した項目」としては、「ヘッダー部の医療機関情報をかかりつけ医情報と誤認」したものであった。また、「地域の様式に同等の項目がないが、AI が同等の項目があると判定した項目」としては、「キーパーソンの電話番号について、電話番号の項目名に主語が明記されていなかったため、正しく判定できない」、「移動（室内）、移動（屋外）の項目名が省略されており、正しく判定ができない」等の理由であった（図表 2-12、図表 2-13、図表 2-14）。

図表 2-12 本帳票における AI の項目探索結果の正解状況

【本帳票におけるAIの項目探索結果の正解状況】

凡例：

項目		割合
AI正解項目数	86	94.5%
AI不正解項目数	5	5.5%
総項目数	91	-

※正解＝人による判定と同一として評価
※割合は例にある 1 帳票に対する正解率

正解	地域の様式に同等の項目がなく、AIが同等の項目が <u>ない</u> と判定した項目
	地域の様式に同等の項目があり、AIが同等の項目が <u>ある</u> と判定した項目 ※網掛けなし
不正解	地域の様式に同等の項目が <u>ない</u> が、AIが同等の項目が <u>ある</u> と判定した項目
	地域の様式に同等の項目が <u>ある</u> が、AIが同等の項目が <u>ない</u> と判定した項目

[illegible][illegible]

その他の様式（居宅介護支援事業所向け診療情報提供書、看護及び栄養管理等に関する情報）について収集数が少なかったものの、おおむね厚生労働省様式に準拠しており、一部で簡略化や感染症等の項目追加が行われているにとどまった（図表 2-15～図表 2-18）。

[illegible][illegible]

図表 2-17 厚生労働省様式と地域で運用される帳票例 1(居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (n=3))

厚生省様式

省略

地域で運用される帳票①

簡略化

① 厚生省様式と同等の項目が地域で指定する様式に備わっているか

- おおむね備わっている
- 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法については簡略化
- 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報については省略

② 厚生省様式と同等の項目以外にはどのような入力が存在するか

- 特に新たな項目は見受けられない

図表 2-18 厚生労働省様式と地域で運用される帳票例 2(居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (n=3))

厚生省様式

省略

地域で運用される帳票②

追加

追加

簡略化

① 厚生省様式と同等の項目が地域で指定する様式に備わっているか

- おおむね備わっている
- 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法については簡略化あり
- 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報については省略

② 厚生省様式と同等の項目以外にはどのような入力が存在するか

- 自立度について充実して記載ができるようになっている
- 感染症について項目追加されている

3. まとめ

(1) まとめ

机上調査および AI による分析の結果、医療機関が作成する 2 様式については、基本的に厚生労働省様式で情報連携がなされていることが示唆された。一方、介護事業所側が作成する 2 様式については、地域独自で追加されている情報項目（「家族の介護力・介護指導」、「障害などの認定」、「経済状況（生活保護・年金など）」、「医療機関詳細（医師名など）」、「感染症」）は少数存在するものの、基本的には厚生労働省様式に備わる情報項目をベースに検討することで、医療介護間で連携されるべき情報について一定程度抜け漏れなく整理が可能であると考えられる。これらの結果を踏まえ、次章の医療介護連携のインタビュー調査においては、厚生労働省様式を軸としながら、現場で実際に活用されている項目の有用性や、システム化に向けた実態等についてさらに深掘りをした。

第3章 医療介護連携のインタビュー調査

1. 実施概要

(1) 目的

机上調査の結果を踏まえ、地域で実際に活用されている連携様式の実態や、記載項目の活用状況（医療機関・介護事業所の双方で配慮が難しい項目など）を把握する。また、医療情報連携ネットワークを活用した電子的な連携の実態や、セキュリティポリシー、閲覧権限の運用等についても確認し、介護情報基盤のサービス拡充等に向けた検討材料とする。

(2) 実施概要

① 調査対象

- ・ 医療機関（病院、診療所）
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 介護施設（特養、老健、特定施設）
- ・ 医療情報連携ネットワークの運営主体等
- ・ 自治体

② 回答者

- ・ 医療機関（病院、診療所） MSW、医師、看護師、リハビリテーション専門職等
- ・ 居宅介護支援事業所、介護施設 管理者もしくは管理者から委任された者
- ・ 医療情報連携ネットワークの運営主体の事務局等
- ・ 自治体職員

③ 抽出方法

- ・ 調査対象の属性（機能・施設規模・運営主体・地域特性 等）に偏りが生じないように抽出を実施した。
- ・ 上記に加えて医療介護連携の先進的な取り組みが実施されている地域、医療介護連携を医療情報連携ネットワークで実施している地域、医療介護連携の先進的な取り組みが実施されている地域を机上調査および委員の推薦を基に抽出した。

(3) 実施方法

① 実施方法

対面もしくは、WEB 会議システムを用いたインタビュー形式。

② インタビュー内容

i) 地域で活用されている連携様式の実態

- ・ 活用している様式および厚生労働省様式との差異について
- ・ 厚生労働省様式において記入が難しい項目（医療機関側、介護事業所側）
- ・ 連携のタイミング（どのタイミングで確認するかも）および、連携方法

ii) 提出される連携様式に記載されている項目の活用状況

- ・ 提出された様式の充実度（情報の過不足の有無）
- ・ 提出された様式のうち、特に必須と考えている項目
- ・ そのまま転記している項目
- ・ 参考にするが改めて取得する項目、新たに取得する項目

iii) 医療機関、介護事業所側から提供を受けても配慮が難しい項目

- ・ 医療機関、介護事業所から提供を受けても配慮が難しい項目とその理由

iv) 電子的な連携の実態

- ・ 医療情報連携ネットワークにおいて、医療介護連携がどの程度実施されているか

v) 設定されているセキュリティポリシー

- ・ 厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の他、参照・設定しているセキュリティポリシーがあるか

vi) 職種毎の閲覧権限の設定

- ・ 閲覧できる情報について、どのような権限（医師のみ閲覧できる権限等）の制御がされているか

③ 地域の選定

調査対象の属性（機能・施設規模・運営主体・地域特性等）に偏りが生じないように抽出し、医療介護連携の先進的な取り組みや、医療情報連携ネットワークによる情報連携を実施している 5 地域を選定した。

2. 実施結果

(1) 対象地域概要

① 調査時期

- ・ 函館市（北海道）：2025 年 11 月 13 日 15:00～18:00
- ・ 伊勢地域（三重県）：2025 年 12 月 2 日 10:00～11:00
- ・ 豊島区（東京都）：2025 年 12 月 5 日 15:00～19:30
- ・ 庄内地域（山形県）：2025 年 12 月 18 日 14:00～16:00
- ・ 常総市（茨城県）：2026 年 1 月 9 日 14:00～15:00

② インタビュー対象者

i) 函館市（北海道）

- ・ 函館市医療・介護連携推進協議会：情報共有ツール作業部会コアメンバー
- ・ 医療機関：医師・看護師・作業療法士・薬剤師（システムエンジニア）
- ・ 介護老人保健施設：医療ソーシャルワーカー・介護支援専門員・理学療法士
- ・ 居宅介護支援事業所：介護支援専門員

ii) 伊勢地域（三重県）

- ・ 伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター
- ・ 伊勢市役所担当者
- ・ 玉城町役場担当者
- ・ 度会町役場担当者
- ・ 南伊勢町役場担当者

iii) 豊島区（東京都）

- ・ 豊島区医師会：医師・医療ソーシャルワーカー（在宅相談窓口）
- ・ 豊島区歯科医師会：歯科医師
- ・ 豊島区薬剤師会：薬剤師
- ・ 豊島区看護師会：訪問看護師
- ・ 豊島区医師会高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）：介護支援専門員
- ・ 豊島区介護支援専門員連絡会：介護支援専門員

iv) 庄内地域（山形県・酒田市）

- ・ 医療機関：日本海総合病院：理事長（医師）、看護師、医療ソーシャルワーカー、システムエンジニア
- ・ 居宅介護支援事業所：介護支援専門員
- ・ 訪問看護ステーション：訪問看護師

- ・ 酒田市社会福祉協議会：介護支援専門員

v) 常総市（茨城県）

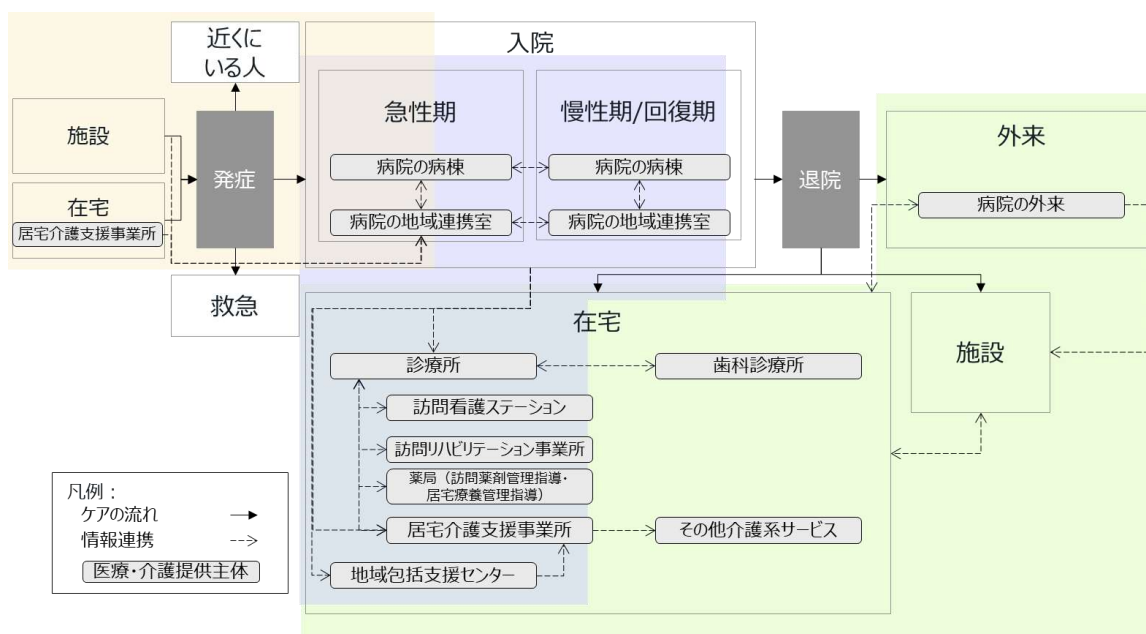
- ・ 医療機関：在宅センター、地域包括支援室 職員

(2) 各地域のインタビュー結果

① インタビューの整理方法説明（連携される情報）

インタビューは「介護サービスを利用している利用者が入院する時」、「入院した患者が退院する時」、「利用者が在宅医療・介護を受ける際の多職種連携」の観点で整理した（図表 3-1）。

図表 3-1 連携資料の全体像



② インタビュー結果（介護サービスを利用している利用者が入院する時）

介護サービスを利用している利用者が、入院の際に重視される事項は、ADL、Instrumental Activities of Daily Living（以下、IADL）に加えて、自由記述で示される事項であった。自由記述の内容としては、傷病名等の医療情報の他、キーパーソン、日々の習慣、Advance Care Planning（以下、ACP）等が重視される。また、事前に共有された情報は、診察前に予習的に活用されている。地域の連携は多職種間の顔が見える関係づくりを意識されている。

情報連携については、システムが導入されつつも、「加算要件」や「行政の監査」のために署名や受取確認が必要となり、紙での管理等のアナログな対応も必要となる等、制度的制約が見受けられた。また、連携ツールや書式が隣接している市や地域により異なっていることもあり、紙やFAX等を併用する状況が続いている。

図表 3-2 入院時の連携資料について

項目	インタビュー概要 ※末尾は発言者
発信者	・主に居宅介護支援事業所の介護支援専門員が対応している。患者の状況によっては訪問看護ステーションからの情報提供も行われる。
受領者	・病院の地域連携室（医療ソーシャルワーカー（MSW））や病棟看護師等が窓口となる。
連携方法	・システム、FAX・持参の併用が現状である。地域連携システム（kintone、ID-Link、MCS等）の導入が進んでいるが、セキュリティの壁や未導入施設との関係で、依然としてFAXや紙の持参が主流、または併用されている地域が多く見られる。
連携される様式等	・「入院時情報提供書」が基本である。多くの地域で標準化された様式（またはそれに準ずるもの）を使用しているが、事業所独自の様式が混在している地域もある。
重視される情報	・「生活情報（ADL・IADL）」と「個性（自由記述）」が重視される。医療情報（傷病名等）に加え、キーパーソン、金銭管理能力、日々の習慣（こだわり）、ACP（本人の意向）など、チェックボックスでは表現しきれない情報が診察やケアに必要とされている。（地域連携室看護師）
連携された情報の活用方法	・院内システムへの「転記・スキャン」による共有が一般的である。病院の電子カルテと地域連携システムはセキュリティ上分離されていることが多いため、受領した情報をMSW等が電子カルテへ転記したり、PDF化して保存したりして、医師や病棟看護師が閲覧できるようにしている。これにより、医師は診察前の「予習」が可能となり、スムーズな診察につながっている。
その他	・介護支援専門員からは、FAX送信の手間、行政指導対応のための受領確認、加算取得のための署名依頼に伴う訪問など、アナログな手続きが負担を感じているという声があげられた。

図表 3-3 入院時の連携資料の課題等について

項目	インタビュー概要 ※末尾は発言者
特筆すべき事項	・地域の連携づくりは、専門職の育成と多職種の「顔が見える関係づくり」として実施されていた。顔が見える関係づくりをすることで関係者間との連携がとりやすくなる、という意見がうかがえた。（伊勢地域、豊島区）
課題	・情報を共有する手段については、システムが導入されつつも、「加算要件」や「行政の監査」のために署名や受取確認が必要となり、アナログな制度的制約がある状況である。（介護支援専門員） ・隣接する市町村で異なる連携ツールが導入されているため、市外の事業所とは連携できず、FAXに戻らざるを得ない現状もある。（常総市 医療機関 地域連携室） ・同じ医療圏内でも「北庄内様式」と「南庄内様式」が存在し、入院先の病院に合わせて様式を使い分ける手間が発生している。（庄内地域 介護支援専門員）

③ インタビュー結果（入院した患者が退院する時）

退院時に重視される情報は、「退院後の生活上の注意点」と「ADL（日常生活動作）」であった。また、薬剤師や管理栄養士は退院時カンファレンスに呼ばれないこともあり、服薬指導や食事管理の連携に課題が残ることもあった。

システムを用いた連携については、ADLや理学療法士等がリハビリしている様子を動画で共有するなどの事例も伺えた。また、病棟看護師が入院中の状況を看護サマリーの自由記述欄に記載することもあった。一方で自宅環境と病棟の環境は異なっており、改めてADLを確認するケースも発生していることがわかった。

図表 3-4 退院時の連携資料について

項目	インタビュー概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院の職員（医師、看護師、理学療法士等のリハビリテーション専門職、医療ソーシャルワーカー）
受領者	・ 在宅事業所（居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの介護支援専門員、訪問看護師、かかりつけ医、薬剤師など）
連携方法	・ 「退院時カンファレンス」での対面共有と「紙の手渡し（またはFAX）」が主流である。システム（ID-Linkやkintone等）がある地域でも、退院時は患者本人・家族経由で書類を手渡ししたり、カンファレンスで配布したりする運用が中心である。システムは事前の情報共有や、退院後のフォローに併用されている。
連携される様式等	・ 「診療情報提供書」「看護サマリー」「リハビリサマリー（リハビリを実施している場合）」が基本である。地域によっては統一様式（函館や庄内など）が整備されている。
重視される情報	・ 「退院後の生活上の注意点」と「ADL（日常生活動作）」が重要視されている。 医療的ケア：必要な処置、栄養管理、処方情報。 生活機能：トイレに行けるか、歩けるか、夜間の様子（在宅側が把握しにくい情報）。 医師の指示：再発予防のための具体的な注意点（体重管理など）
連携された情報の活用方法	・ ケアプランの作成・修正および在宅サービスの準備に活用している。介護支援専門員は受領した情報をシステムに入力し直し、ケアプランに反映させる。また、訪問看護師は、医師や病院看護師からの申し送り事項を基に、具体的なケア手順を決定する。
その他	・ 多職種参加の課題がある。退院時カンファレンスに薬剤師や管理栄養士などの専門職が呼ばれないケースがあり、服薬指導や食事管理の連携に課題が残ることがある。

図表 3-5 退院時の連携資料の課題等について

項目	インタビュー概要 ※末尾は発言者
特筆すべき事項	・ 庄内地域では、ADLやリハビリの様子を動画で撮影・共有し、在宅チームが具体的な介助方法を直感的に把握できる仕組みを構築している。 ・ 函館市では、地域統一様式の自由記載欄を活用し、入院中の夜間の様子や患者が希望する医療サービスなど、定性的な情報を重点的に伝達している。
課題	・ 全地域共通の課題として、システムと電子カルテの分断による転記・入力負担がある。伊勢地域では患者経由で手渡された書類を介護支援専門員が再入力する手間が発生している。（医療機関 MSW、居宅介護支援事業所 介護支援専門員） ・ 豊島区では、病院看護師が患者の自宅環境を知らずにADL評価を行うため、提供情報が在宅環境と合致せず、再アセスメントが必要になる問題も生じている。（介護支援専門員 介護支援専門員）

④ インタビュー結果（利用者が在宅医療・介護を受ける際の多職種連携）

在宅医療・介護で特に必要になる情報は、医療的ケアの内容や医師の指示であった。利用者の状況について随時報告し、再入院とならない支援を行っているケースも伺えた。また、システムを通じて医師、看護師や理学療法士等のリハビリテーション専門職が直接関与することで再入院予防のアプローチする取り組みがされていた。退院時カンファレンスで薬剤師が不在だと退院時処方と在宅管理の実態が合わず、残薬整理や服薬指導のフォローが難しいという課題もあげられた。

図表 3-6 利用者が在宅医療・介護を受ける際の多職種連携資料について

項目	インタビュー概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院の職員（医療ソーシャルワーカー、病棟看護師、リハビリ職、医師）
受領者	・ 在宅事業所（居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの介護支援専門員、訪問看護師、かかりつけ医、薬剤師など）
連携方法	・ 「退院時カンファレンス」での対面共有と「紙の手渡し（またはFAX）」が主流である。システム（ID-Linkやkintone等）がある地域でも、退院時は患者本人・家族経由で書類を手渡ししたり、カンファレンスで配布したりする運用が中心である。システムは事前の情報共有や、退院後のフォローに併用されている。
連携される様式等	・ 「診療情報提供書」「看護サマリー」「リハビリサマリー（回復期病棟等の場合）」が基本である。地域によっては統一様式（函館や庄内など）が整備されている。
重視される情報	・ 「退院後の生活上の注意点」と「ADL（日常生活動作）」が重要視されている。 医療的ケア：必要な処置、栄養管理、処方情報。 医師の指示：再発予防のための具体的な注意点（体重管理など）
連携された情報の活用方法	・ ケアプランの作成・修正、サービス準備。介護支援専門員は、受領した情報をケアプランに反映させます。 ・ 訪問看護師等は具体的なケア手順を決定する。 ・ 利用者の状況について随時報告し、再入院とならない支援を実施している。

図表 3-7 利用者が在宅医療・介護を受ける際の多職種連携における課題等について

項目	インタビュー概要 ※末尾は発言者
特筆すべき事項	・ 各地域では、書類のやり取りにとどまらず、医師の直接関与、視覚情報の活用、再入院防止の能動的アプローチにおいて独自性の高い取り組みが展開されている。 ・ 病院の外來スタッフ（看護師）が退院後も訪問看護師と連携し、バイタルをモニタリングすることで再入院防止に取り組んでいる ・ 常総市では、医師が電子連絡帳に直接ログインし、退院後の指示事項を入力することで、チーム全体がリアルタイムに情報を共有している。
課題	・ 退院時カンファレンスに在宅側の薬剤師や管理栄養士が呼ばれないケースが多く、特に薬剤師不在時には退院時処方と在宅管理の実態が合わず、残薬整理や服薬指導のフォローが難しい。（医療機関医師）

⑤ インタビュー結果（連携に活用するサービス）

各地域では、ID-Link のように診療情報を統合し共有するシステムのほか、チャット等で文書ファイル、メディアファイル等をリアルタイムで共有しているケースが見られた。サービスの種類は複数あり、いずれのサービスもチャットベースで情報を関係者に閉じて共有する仕組みであった。また、ADL 等の構造化された情報は、Long-term care Information system For Evidence（以下、LIFE）（科学的介護情報システム）等からの取得できるのではといった意見が確認された。これらのシステムを用いてリアルタイムで情報が共有され、タイムリーにケアプランを修正できるといった意見も確認された（図表 3-8、図表 3-9）。

図表 3-8 連携時に活用されているシステムについて

項目	インタビュー概要 ※末尾は発言者
システム名称	・ 函館市：ID-Link(医療機関→介護事業所) ・ 伊勢地域：「つながりネットワーク」(kintoneをベースとしたシステム)（双方向） ・ 豊島区：メディカルケアステーション（MCS）（双方向） ・ 庄名地域：ID-Link（医療情報共有）および Team（多職種連携チャット）の併用（双方向） ・ 常総市：電子連絡帳（双方向）
連携可能な情報	・ チャット・メッセージ機能（テキストでの指示・相談・報告）（全地域） ・ ファイル共有（文書・帳票の連携）（全地域） ・ マルチメディア共有（画像・動画の活用）（庄内地域、豊島区、常総市） ・ 電子カルテ情報の閲覧（静的情報の参照）（函館市、庄内地域） ・ 既読管理・状態確認（庄内地域、伊勢） ・ MCS内で利用する独自アプリ「ACPノート」（豊島区） ・ 緊急受診前の医師への事前情報送付、災害時（南海トラフ等）を想定した緊急一斉配信デモ・訓練（伊勢地域）

図表 3-9 連携時に活用されているシステムの課題等について

項目	インタビュー概要 ※末尾は発言者
特筆すべき事項	・ 医療機関側からは、介護情報基盤のLIFEの情報からADLを取ればよいのでは、という意見があがった。 ・ 「残薬が多い」「失禁がある」といった現場の気づきがタイムラインで共有され、医師や介護支援専門員によるタイムリーなケアプランの修正や介入につながっている。
課題	・ 自治体の壁と導入障壁として、近隣自治体と異なるツールを使用している場合、市外事業所とは連携できずFAXに戻らざるを得ない。また、利用開始に必要な電子証明書の発行・設定が煩雑で、導入の技術的ハードルとなっている。 ・ 施設入所時の断絶では、施設のケアマネジャーが連携枠外となることがあり、施設入所と同時にシステム連携が途切れる課題がある。

3. まとめ

(1) インタビューのまとめ

各地域へのインタビュー結果から、医療介護連携において共有されるべき情報と、連携方法に関する実態と課題は以下の通りである。

① 情報連携の内容と頻度について

i) 入院時

傷病名などの定型的な医療情報に加え、ADL・IADL、さらには「日々のこだわり」「金銭管理能力」「キーパーソン」「本人の意向（ACP）」といった自由記述による個別性の高い生活情報が求められており、医師の診察前の予習やスムーズな対応に活用されている。

ii) 退院時

ケアプランの作成や在宅サービスの準備に向け、「退院後の生活上の注意点（医療的ケアや再発予防の指示等）」や、理学療法士等のリハビリテーション職等による詳細な「退院時のADL」の共有が重要視されている。

iii) 在宅ケア時

日々の血圧や状態変化、残薬状況、褥瘡の画像など、流動的な情報が高頻度かつリアルタイムにやり取りされ、即座のケアプラン修正や迅速な医学的判断に直結している。

② 情報連携の方法と課題について

i) ICT ツールの活用

各地域では、ID-Link や Medical Care Station（以下、MCS）、kintone などのシステムが導入され、チャット機能や動画・画像を用いた視覚的な共有など、効果的な多職種連携が実践されている。

ii) システムの分断と転記負担

病院の電子カルテと地域の連携システムが分離しているケースが多く、情報の再入力やスキャンといった事務負担が全地域共通の課題となっている。

iii) ツールの乱立と連携の途絶

隣接する自治体間で異なるツールが導入されることでシステム連携の途絶が起こる「地域の壁」、患者の施設入所を機にシステム連携の途絶が起こる「施設の壁」が存在している。

iv) アナログな制度的制約

システムが導入されていても、加算取得のための「受領署名の取得（直接訪問）」や、行政指導対策としての「受領確認付き FAX の返送」など、制度上の理由からアナログな運用を脱却できない実態が確認された。

第4章 調査全体のまとめ

1. 医療介護連携において必要となる情報のあり方

机上調査およびインタビュー調査の結果と、現状の介護情報基盤を含む全国医療情報プラットフォームで実行・計画されている内容から、将来的に円滑な医療介護連携を実現するにあたって必要となる情報を整理した。

まず、机上調査、インタビュー調査の結果から、円滑な医療介護連携を実現する上で必要になるについて整理した（図表 4-1）。医療介護の連携において必要になる情報として、「傷病名」「処方情報」「ADL」「IADL」「ACP」「退院後の生活上の注意点（医療的ケアの必要性、医師の指示等）」「個別性に関わる情報（日々の習慣・こだわり、家族や周囲の人との関わり）」の7項目が抽出された。

図表 4-1 医療介護連携で連携されている情報項目の調査結果

医療介護連携で 必要になる情報項目	ヒアリング調査の結果			全国様式調査の結果	
	特に重視される場面			入院時情報提供書 (改定前)	退院・退所情報記録書
	入院	退院	退院後地域		
傷病名	○			22.2% (疾患歴)	28.20% (現在治療中の疾患)
処方情報	○	○	○	33.0% (内服薬)	(該当項目なし)
ADL	○	○	○	94.1%~54.6% (食事等)	90.1%~56.3% (入浴方法等)
IADL	○		○	(該当項目なし) ※1	(該当項目なし)
ACP	○			(該当項目なし) ※2	(該当項目なし)
退院後の生活上の注意点 ・ 医療的ケアの必要性 ・ 医師の指示		○	○	(該当項目なし)	71.8% (医療処置の内容)
個別性に関わる情報 ・ 日々の習慣（こだわり） ・ 家族、周囲の人とのかかわり	○	○	○	20.0% (本人の生活歴)	25.4%~2.8% (病気、障害、後遺症等の 受け止め方等)

※1 令和6年度に改定後の入院時情報提供書では「入院前のADL/IADL」について連携するためアセスメントシート等を添付することが推奨されている。

※2 令和6年度に改定後の入院時情報提供書には「人生の最終段階における医療・ケアに関する情報」の情報項目がある。

次に、これらの情報が現状の計画の中で、介護情報基盤を含む全国医療情報プラットフォームにおいてどのように連携されているかについて、各情報の確認を必要としている主体ごとに、閲覧できるかを整理した。

図表 4-2 必要な情報項目の閲覧できるかの整理

医療介護連携で 必要になる情報項目	情報が登録できる全国医療 情報PF上のシステム等	必要とする主体が全国医療情報PFで閲覧できるか					
		医療			介護		行政
		医療機関	薬局	その他医療 系事業所	居宅介護 事業所	介護施設	保険者等
傷病名	・ レセプト情報 ・ 電子カルテ情報共有サービス	○	○	○	—	—	—
処方情報	・ レセプト情報 ・ 電子処方箋管理サービス	○	○	○	—	—	—
ADL	・ 要介護認定情報 ・ LIFE	○※1	—	○※1	○※1	○※1	○※1
IADL	・ 要介護認定情報	△※2	—	△※2	△※2	△※2	△※2
ACP	・ —※4	—	—	—	—	—	—
退院後の生活上の注意点 ・ 医療的ケアの必要性 ・ 医師の指示	・ 電子カルテ情報共有サービス（退院時サマリー）	○※3	—	—	—	—	—
個別性に関わる情報 ・ 日々の習慣（こだわり） ・ 家族、周囲の人とのかわり	・ —※4	—	—	—	—	—	—

※1 介護情報基盤に登録される ADL は、要介護認定時点、および介護施設等での評価時点のものであり、入院時・退院時の情報は登録されない。

※2 介護情報基盤に登録される IADL は、要介護認定時点のもののみ。

※3 退院時サマリーについては、発行元医療機関が指定した医療機関しか参照できない。

※4 ACP と個別性に関わる情報は全国医療情報 PF 上で登録できない。

傷病名、処方情報については、医療機関、薬局、その他医療系事業所（訪問看護ステーション等）では閲覧が可能になっているが、介護事業所や行政からの閲覧はできない仕様となっている。

次に、ADL、IADL については、薬局からの閲覧はできない仕様となっている。ADL については要介護認定時点、または介護施設等での評価時点のものが登録される仕様であり、入院時・退院時の情報は登録されていない。また、IADL については要介護認定時点のものが登録される。

ACP および個別性に関わる情報は全国医療情報プラットフォームへの登録はされておらず、退院後の生活上の注意点については、退院時サマリーに記載され医療機関の間での共有となっている。

以上の状況から、医療介護連携で必要な情報に関して、図表 4-3 の通り整理した。

まず、介護情報基盤を含む全国医療情報プラットフォームで取り扱われている情報のうち、ADL および IADL については、医療機関や介護事業所からの閲覧ができるが、要介護認定に係る主治医意見書あるいは LIFE による登録となっており、本情報は入退院時の状態把握に必要であるが、現状の登録では十分ではない可能性がある。例えば通所介護等、通所系のサービスを利用していない在宅の利用者や、利用していても LIFE 関連加算が算定されていない利用者については、LIFE 上に ADL 情報が登録されていない。

また、傷病名や処方情報については、レセプト情報あるいは電子カルテ情報共有サービスで共有されているため、介護事業所からの情報閲覧ができず、退院後の生活上の注意点については、退院時サマリーに記録される可能性があるが、退院時サマリーを受領する医療機関のみの閲覧となる。

最後に、ACP や個別性に関わる情報については、全国医療情報プラットフォームでは取り扱われていない。

図表 4-3 医療介護連携で重要な情報の全国医療情報プラットフォームでの取扱いとステークホルダーの閲覧状況

	必要な主体が閲覧できる	必要な主体が閲覧できない
全国医療情報PF (介護情報基盤含む) で取り扱われている情報	ADL / IADL ※ただし、入院時・退院時の情報はない	- 傷病名 ➤ 介護が閲覧できない - 処方情報 ➤ 介護が閲覧できない - 退院後の生活上の注意点 ➤ 指定された医療機関しか閲覧できない
全国医療情報PF (介護情報基盤含む) で取り扱われていない情報		- ACP - 個別性に関わる情報

これらの情報は、その特性から「全国的に連携されることが望まれる情報」と「各地域で連携されることが望まれる情報」に分類され、それぞれのニーズに応じた情報連携の仕組みが必要となると考えられる。介護情報基盤で取り扱われることが望ましい情報の整理を行うために、先に整理した医療介護連携で重要な情報と介護情報基盤を含む全国医療情報プラットフォームで取り扱われる情報について、地域で取り扱う情報と国で整備する仕組みで取り扱う情報の性質の違いの観点で、今後の方向性について整理する（図表 4-4）。

図表 4-4 今後の連携する情報の方向性の整理

	現状の情報の形		今後の方向性	
地域で 取り扱う 情報	形式	非定型で、ナラティブな情報	地域で共有されることが望ましい	
	情報粒度	患者・利用者の暮らしを支えるための固有情報	■ 各地域サービスで共有することが望まれる ・ ACP ・ 個別性に関わる情報	
	活用	現在の状況を共有し、適時に意見等を求める	ACPおよび個別性に関わる情報については、標準様式が存在しないため、地域で取り扱うことが望ましい	
	例	今の体温、褥瘡の写真 自宅での生活習慣、自宅の様子 ケアの中での気づき		
国で 整備する 仕組み で 取り扱う 情報	形式	定型フォーマット、標準化された情報	介護情報基盤で扱うことが望ましい	
	情報粒度	標準化できる範囲に限る	■ 医療介護PFの間で情報連携が望まれる ・ 既往歴 ・ 処方情報 ・ 退院後の生活上の注意点	
	活用	長期間保存され、統計等にも活用される	■ 介護情報基盤に追加が望まれる ・ ADL / IADL	
	例	傷病名、処方情報、検査値 要介護度、要介護認定結果	→入院時情報提供書、退院・退所情報記録書 (文書追加により、文書共有の効率化も図れる)	

まず、現状の情報の形について、国で整備する仕組みで取り扱う情報と地域で取り扱う情報として整理した。国で整備する仕組みで取り扱う情報については、全国で一律に共有することが必要であることから、定型のフォーマットが決まっており、情報の記載が標準化されている情報が望ましい。また、こうした情報の特性から、長期間保存され、統計等にも活用されることに意味がある情報であることも必要と考えられる。例えば、傷病名や処方情報や検査値、要介護度や要介護認定結果がこれらの条件に合致すると考えられる。

また、地域で取り扱う情報については、地域包括ケアの中で必要とされる情報で、標準化等がなされていない、非定型でナラティブな情報が該当すると考えられる。こうした情報は、現在の患者の状況を伝える情報や、必要な専門職にタイムリーに意見を求めるための情報であり、患者や利用者の暮らしを地域で支える方々が触れる情報である。例えば、現在の体温や褥瘡の写真、自宅での生活習慣や様子、あるいはケアの中での気づきといったものも含まれると考えられる。

こうした情報の特性を踏まえた上で、今後の介護情報基盤を含む全国医療情報プラットフォームで取り扱う情報と、地域で取り扱う情報を次の用に整理した。

・全国医療情報プラットフォームで取り扱うべき情報

➤ 既存の仕組みの中で、医療と介護の間で情報連携が望まれる情報

「傷病名」「処方情報」「退院後の生活上の注意点」については、既に存在するため、全国医療情報プラットフォーム上における医療と介護とのサービス間で適切に情報連携・共有が図られることが望ましい。

- 全国医療情報プラットフォームで新たに共有されることが望まれる情報
「ADL」「IADL」については、入院時や退院時の状態を補完するため、介護情報基盤において「入院時情報提供書」や「退院・退所情報記録書」といった文書の共有機能を追加することが望ましい。これにより、情報だけでなく文書のやり取りの効率化も図ることができる。

・地域で取り扱うべき情報

- 「ACP」および「個別性に関わる情報」については、現状、標準様式が存在しないため、地域の実情に応じた共有の方法で、多職種間で共有することが望ましい。各地域で導入されている連携サービス（チャット機能等）の活用も情報連携を簡易に進めるために有効なツールである。

2. 全国医療情報プラットフォームと既存の地域連携 NW 等とのあり方

本調査研究におけるインタビューから、地域医療介護連携サービスと全国医療情報プラットフォームに関して得られた主な意見を図表 4-5 に示す。

図表 4-5 インタビューで得られたシステムに関する意見

地域医療介護連携サービス	■システムを利用するうえでの工夫、システムのメリット ・「残業が多い」「失禁がある」といった現場の気づきがタイムラインで共有され、医師や介護支援専門員による即座のプラン修正や介入につながっている。 ・MCSがないときには電話・FAX・連絡ノート（患者さんの家にある書き込みノート）でやる方法だった。MCSの認知度が高まることで顔をあわせたことのないウアマネさんが入ってきても受け入れられるようになってきた。 ・行政職員がTeam上で患者のACP（エンディングノート）の画像を共有し、その意向に沿った施設探しを行った事例がある。	地域独自のサービスで、タイムラインで情報が共有されることで、介入や支援が適切に、適時に実施できる。
	■システムを利用する際に困難なこと ・全地域共通の課題として、システムと電子カルテの分断による転記・入力負担がある。 ・自治体の壁と導入障壁として、近隣自治体と異なるツールを使用している場合、市外事業所とは連携できずFAXに戻らざるを得ない。また、利用開始に必要な電子証明書の発行・設定が煩雑で、導入の技術的ハードルとなっている。	複数のシステムが並行運用されることで、転記の手間、設定の手間が発生する。
	■現在の取組状況等 ・ACPの変遷について患者さんの履歴を一覧で参照できるような仕組みをMCSで実現できないか検討している。 ・当法人では独自にICF（国際生活機能分類）シートで連携する仕組みを構築している。現状1患者あたり1シート作るように、目標を定め取り組んでいる。法人全体でやっているため、グループホームやウアマネにも作成してもらっている。このシートを用いることによって、医療機関側で退院後も患者の生活状況を把握することができる。	インシデント等の単位ではなく、ACPやICFについて、患者単位で整理し、閲覧できる取組みも実践されている。
	■全国医療情報PFの利点 ・オン資の仕組みを活用し、同意を簡単に取得できる。 ・網羅性においては、全国医療情報PFのほうが、地域連携NWより高くなると想定される。	同意取得の簡便性、患者の網羅性が全国医療情報PFの利点である。

システムの活用が先進的な地域にインタビューを依頼した背景より、各地域で利用しているシステムで、医療介護連携に関わる多職種がタイムリーに情報連携できる仕組みが深化を続けている現状が把握できた。例えば、ACPやInternational Classification of Functioning, Disability and Health（ICF）（国際生活機能分類）について患者・利用者の単位で整理されることにより、一人のケアを時系列で確認できるような取組も行われている。

また、全国医療情報プラットフォームの利点として、オンライン資格確認の仕組みを活用した同意の取得の簡便性や、地域医療介護連携サービスと比較した場合の網羅性について利点として挙げられている。

一方で、システム化による困難さも挙げられており、複数のシステムが並行運用することで、システムの設定や転記することに対する手間が負担となっていることも分かった。例えば、複数の自治体の境界付近に位置するような事業所では、各地域が異なるツールを使用しており、システム間の連携ができない結果、FAXによる情報連携に戻らざるを得ない状況も発生している。

情報取扱いに関して、全国医療情報プラットフォームと地域医療介護情報連携ネットワークを効果的に併用するため、また、現場の負担軽減に向けて、今後の検討事項について、以下の通り整理する。

• API 連携による二重入力の解消とデータ標準化

複数のシステムが並行運用されることによる転記や設定の手間を解消するため、API 連携の推進が求められる。その際、国のデータと地域のデータで乖離が生じた場合にどちらのデータを優先するかの考え方の整理や、API 連携の前提となる HL7 FHIR への対応に向けたベンダー等への情報提供が必要となる。

• より適切な同意取得の仕組みの検討

全国医療情報プラットフォームを活用する上で、現状の法制度や現場の実態に即した同意取得のあり方を検討する必要がある。

• セキュリティの確保

医療システムと介護システムの連携にあたって、医療情報の安全管理に関するガイドライン等の、セキュリティに関するガイドラインの遵守と、これを継続するための啓発や支援も必要となる。医療機関において、特に診療所等のシステム専任の職員が配置されないケースがあり、こうした状況に対応するため、ガイドラインの別冊化やチェックリストの展開が図られている。介護事業所でも、同様にシステム専任の職員が配置されないケースもあることから、こうした介護事業所について、上記ガイドラインの遵守のためのツールの提供も含め対応の検討が求められる。

第5章 総括

1. 本事業の成果のまとめ

本事業では、介護情報基盤の今後のサービス拡充に向け、医療介護連携において必要となる情報のあり方と、その連携手法について調査・検討を行った。

全国の自治体で利用されている医療介護連携様式の机上調査、および先進的な取り組みを行う5地域へのインタビュー調査を通じ、多職種連携の現場で特に重視されている情報として「傷病名」「処方情報」「ADL」「IADL」「ACP」「退院後の生活上の注意点」「個別性に関わる情報（日々の習慣・こだわり、家族との関わり等）」を抽出した。

さらに、これらの情報は特性が異なるため、全国医療情報プラットフォーム等で長期保存・統計活用される「定型・標準化された情報」と、地域の連携システム等でタイムリーに共有される「非定型・標準化されていない情報」に分類されることを整理した。

この結果から、国の仕組み（網羅性と同意取得の簡便性）と地域独自のサービス（リアルタイムな多職種コミュニケーション）の双方の利点を活かし、効果的に併用するための情報連携の構築が必要であることが示された。

2. 今後の検討・検証事項

本事業でインタビューの協力を得た地域は、情報システムを用いた先進的な情報共有を実践している地域である。全国には紙やFAX等でアナログな情報連携を実施し、地域包括ケアを運用している地域は多く存在する。今後、国の整備する介護情報基盤を含む、全国医療情報プラットフォームが全国に展開されるにあたっては、これらのアナログな情報連携を実施している地域においても、利益を享受できるようにすることが、本来の医療DXの趣旨であると考ええる。

こうした本来の趣旨を実現できるよう、医療現場、介護現場を置き去りにするような拙速な進め方や負担を強いることがないように、引き続き丁寧な検討と説明、きめ細やかなサポートにより医療DXを推進することが、日本における医療DX成功の鍵となると考える。

第6章 参考資料（ヒアリング結果）

1. 函館市

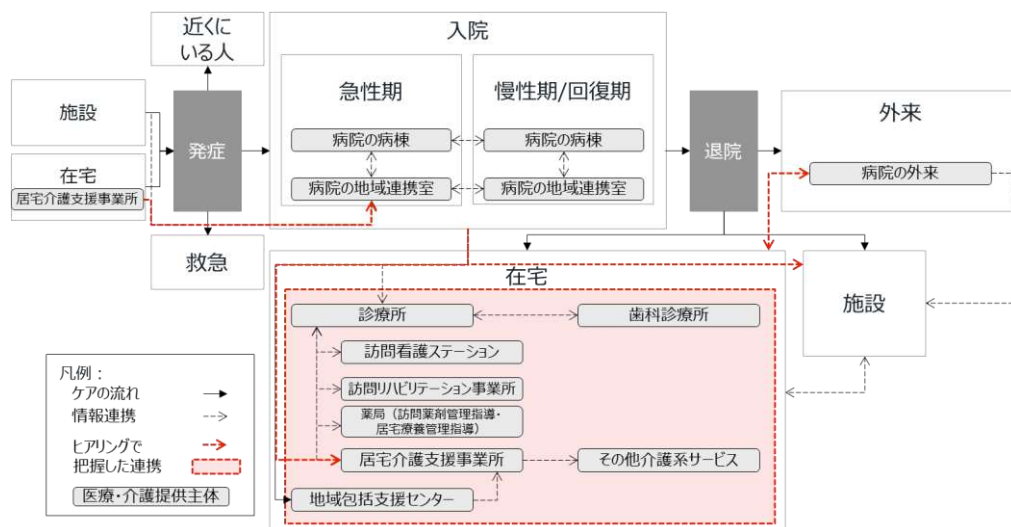
(1) ヒアリング概要

図表 6-1 ヒアリング概要

ヒアリング 基本情報	日時	・ 2025年11月13日15時00分～18時00分
	場所	・ 社会医療法人 高橋病院 会議室
	対象者	・ 函館市医療・介護連携推進協議会 情報共有ツール 作業部会：コアメンバー 5名 ・ 医療機関：医師・看護師・作業療法士・SE ・ 介護老人保健施設：医療ソーシャルワーカー・介護支援専門員・理学療法士 ・ 居宅介護支援事業所：介護支援専門員
常総市 概要	活用システム	・ ID-Link
	システム 運用方法	・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」をID-Linkで連携し医療・介護現場で必要となる情報を共有している。
	権限設定	・ 規約に則って各医療機関・事業所でポリシーを検討し運用。（施設によって、職種で権限を分けている場合もある）
	地域独自の 運用方法	・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」を活用して入院・退院・在宅等の多様な場面で情報連携ができるよう行政も含めた地域全体で様式を検討・改定しながら運用している。
	連携する 情報項目	・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」を用いて患者基本情報、受診状況、身体・生活機能（ADL・IADL）をはじめとして診療情報提供書・看護サマリー・リハビリサマリー・入院情報提供書等に含まれる情報を統合的に連携している。
	普及に向けた 取り組み	・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」は市内の急性期・回復期病院で採用され、普及が促進された。 ・ 診療報酬改定の都度、医療と介護を結びつけることを意識して改定作業を行っている。今後はLIFE加算の取得に活用できるような仕組みを組み込むことができないか検討している。

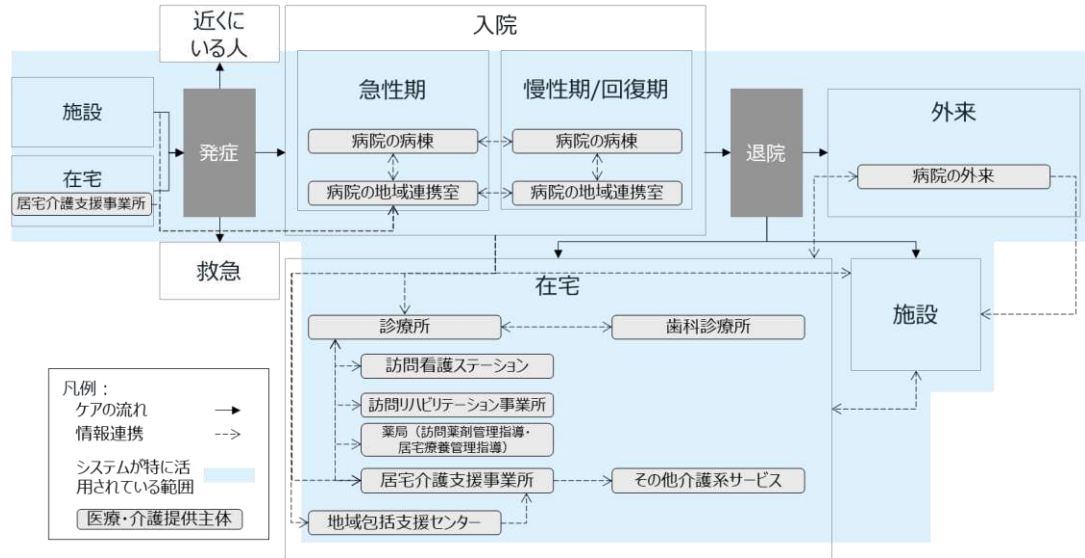
(2) ヒアリングで把握した連携

図表 6-2 ヒアリングで把握した連携



(3) システムが特に活用されている範囲

図表 6-3 システムが特に活用されている範囲



(4) 医療・介護連携システム

図表 6-4 医療・介護連携システム (1)

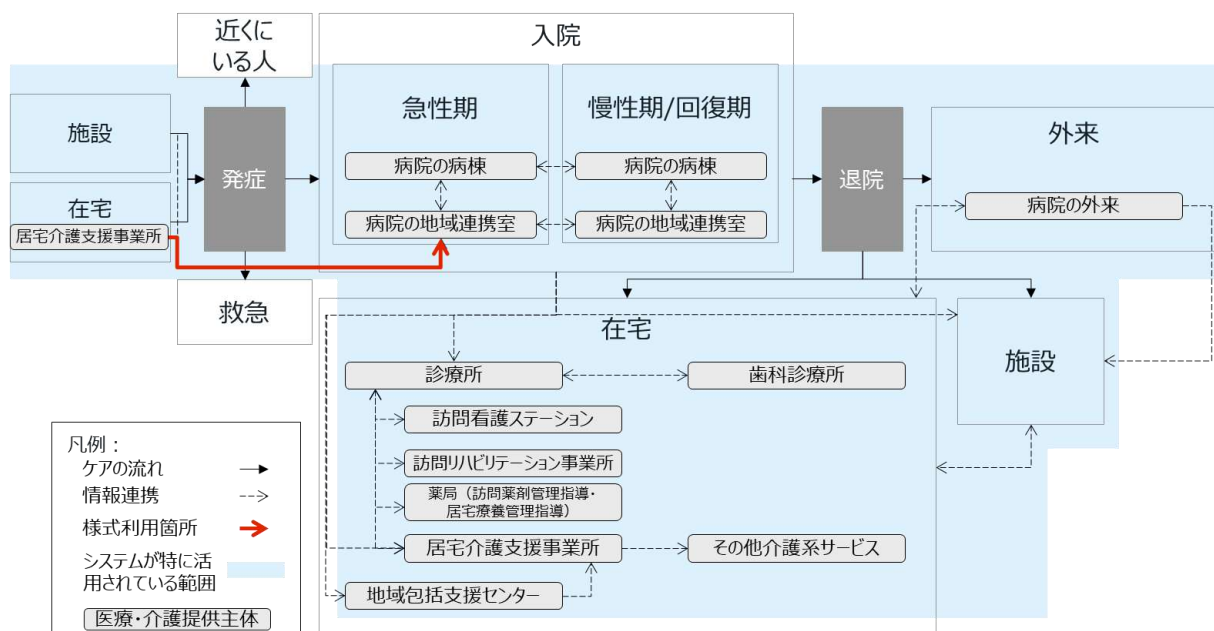
項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者										
システム名称	・ ID-Link										
提供システムベンダ	・ NEC										
利用料※	<table border="1"> <thead> <tr> <th>種別</th><th>料金</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>公開施設（300床以上）</td><td>100,000円/月</td></tr> <tr> <td>公開施設（200床以上300床未満）</td><td>60,000円/月</td></tr> <tr> <td>公開施設（200床未満）</td><td>25,000円/月</td></tr> <tr> <td>閲覧施設</td><td>無料</td></tr> </tbody> </table> ※ このほか、別途、ID-Linkアプライアンスの導入、光回線（フレッツIPv6）導入、VPNのサービス契約が必要。	種別	料金	公開施設（300床以上）	100,000円/月	公開施設（200床以上300床未満）	60,000円/月	公開施設（200床未満）	25,000円/月	閲覧施設	無料
種別	料金										
公開施設（300床以上）	100,000円/月										
公開施設（200床以上300床未満）	60,000円/月										
公開施設（200床未満）	25,000円/月										
閲覧施設	無料										
連携可能な情報	・ 診療情報、エクセル等の汎用ファイル（はこだて医療・介護連携サマリー等）、メッセージ										

図表 6-5 医療・介護連携システム (2)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
導入のきっかけ	- 介護事業所にアンケート調査をした結果、医療・介護間での（連携で用いる）ツールがないという課題が抽出された。その課題を解決するために「はこだて医療・介護連携サマリー」を開発し、ID-Linkを用いて情報連携していく運用を確立した。（急性期病院 事務次長） ➢ まずは1枚で個人の状態像がわかるものと考えて基本ツールを作った。応用ツールは主治医意見書の項目を分解して検討した。（急性期病院 事務次長） ➢ 検討の際、時系列で引き継いで情報を残していけるということも意識して様式を検討した。（急性期病院 事務次長）
活用に向けた取り組み	「はこだて医療・介護連携サマリー」開発当初は函館市医師会に説明をし、各病院で運用いただけるよう依頼をした。結果、市内の急性期病院複数でははこだて医療・介護連携サマリーの運用が開始され、地域に普及していった。現在ではほとんどの急性期・回復期病院でははこだて医療・介護連携サマリーが運用されている。（急性期病院 事務次長） - 訪問看護の領域でも、事業所個別で様式があると互いに情報連携が不便になるという理由から、全事業所で「はこだて医療・介護連携サマリー」を介して情報連携が行われている。（訪問看護師）
地域独自の取り組み	「はこだて医療・介護連携サマリー」を活用して入院・退院・在宅等の多様な場面で情報連携ができるよう行政も含めた地域全体で様式を検討・改定しながら運用している。（地域包括支援センター）介護領域でのさらなる普及率向上が今後の課題のひとつである。（急性期病院 事務次長） - また、診療所の参加率は20%程度である。調剤薬局の参加率も電子処方箋導入以後やや落ちている状況。（回復期病院 院長）

(5) 入院時の様式

図表 6-6 入院時の連携様式（全体像）



図表 6-7 入院時の連携様式等の概要（1）

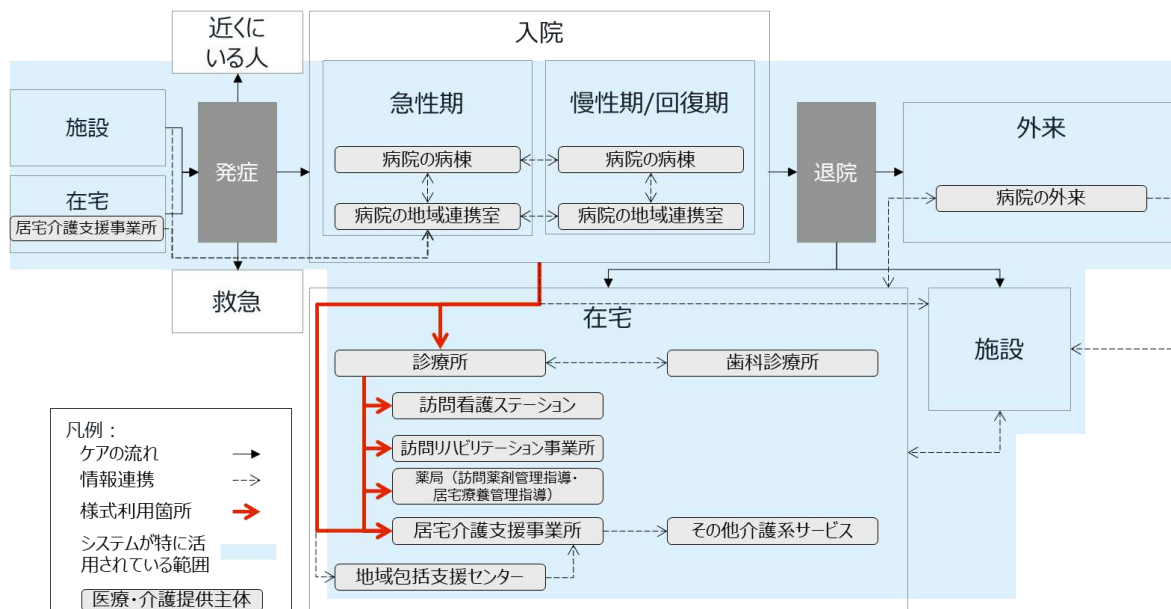
項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 居宅介護支援事業所（介護支援専門員）
受領者	・ 病院（医療ソーシャルワーカー等）
連携方法	・ 紙（FAXや手渡し）か（すでに利用がある場合）ID-Link
連携される様式等	・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」基本ツール（入院時情報提供書に相当） ※ その他適宜応用ツールにて自由記載情報を連携している ➢ 応用ツールの内容はおおむね医療情報になるため、居宅介護支援事業所側で記載することはない。ただし、応用ツール 1 9 番（自由記載用シート）は利用している。（介護支援専門員）
重視される情報	・ ADL、インフォーマルな情報（その人の人間関係等） ➢ 医療ソーシャルワーカーとしては共通様式でADLが連携されるので状態が把握しやすい。その他、家族ではなく近所の友人や宗教関係者に助けてもらって生活している等インフォーマルな情報も重要である。（急性期病院院長）
連携された情報の活用方法	・ FAXもしくは持参された紙をスキャンし、入院病棟で主治医や病棟看護師に共有する。そのほか、スキャンされた情報は各職種が適宜参照している。入退院支援室でも情報を管理している。（急性期病院 事務次長）

図表 6-8 入院時の連携様式等の概要（2）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
その他	自由記載欄の運用
	・ 応用ツール 1 9 番（自由記載用シート）については、その人の経過等が記載される。（社会医療法人 法人情報システム室）
	介護支援専門員以外の情報連携
システムの利用状況	・ 入院時・入所時には訪問看護ステーションからも「はこだて医療・介護連携サマリー」で情報連携を行っている。連携方法はID-LinkやFAXである。（訪問看護師）
	・ 当居宅介護支援事業所では職員それぞれパソコンが割り当てられており、記録用のシステムを利用している。（介護支援専門員）

(6) 退院時の様式

図表 6-9 退院時の連携様式（在宅）（全体像）



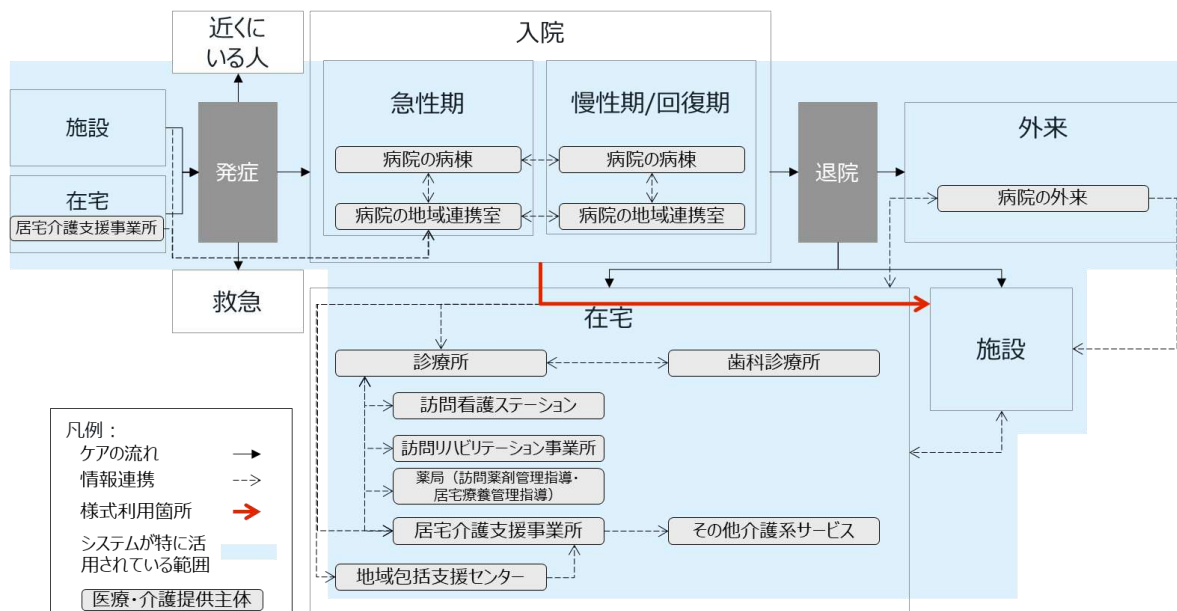
① 在宅

図表 6-10 退院時の連携（在宅）の概要

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院（医療ソーシャルワーカー等）
受領者	・ 在宅の医療・ケアに携わる主体（介護支援専門員、訪問看護師等）
連携方法	・ 事前にID-LinkやFAXで情報共有 ・ 加えて、退院時カンファレンスにて対面で情報共有
連携される様式等	・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」の基本ツール、応用ツール（医療サービス、意思決定支援等） ➢ 高橋病院では、IADLや食種、既往歴等の情報については応用ツール 19 番に記載するようにしている。（社会医療法人 法人情報システム室）
重視される情報	・ 退院後必要な医療サービス、夜間の様子 ➢ 退院後医療面でここをつなげてほしいということが、応用ツール 19 番にはよく書かれている印象。このような情報はありがたい。（介護支援専門員） ➢ 在宅の介護支援専門員は夜間の様子が把握できないので、そのような情報はありがたいのではないかと。（函館市地域包括支援センター）
連携された情報の活用方法	・ ケアプランやフェースシート（アセスメントシート）作成等に活用できる様式としている。（地域包括支援センター）
その他	現状生じている負担 留意事項
	・ サマリー以外に情報が必要な場合は、利用者が信頼している医師に診療情報提供書を求める場合もある。（介護支援専門員） ・ 急性期病院から在宅ケアへ移行する割合は全体の 1 割程度。回復期病院等に転院してから在宅ケアに結び付く場合がほとんどである。（急性期病院 事務次長）

② 退院⇒施設

図表 6-11 退院時の連携様式（施設）（全体像）

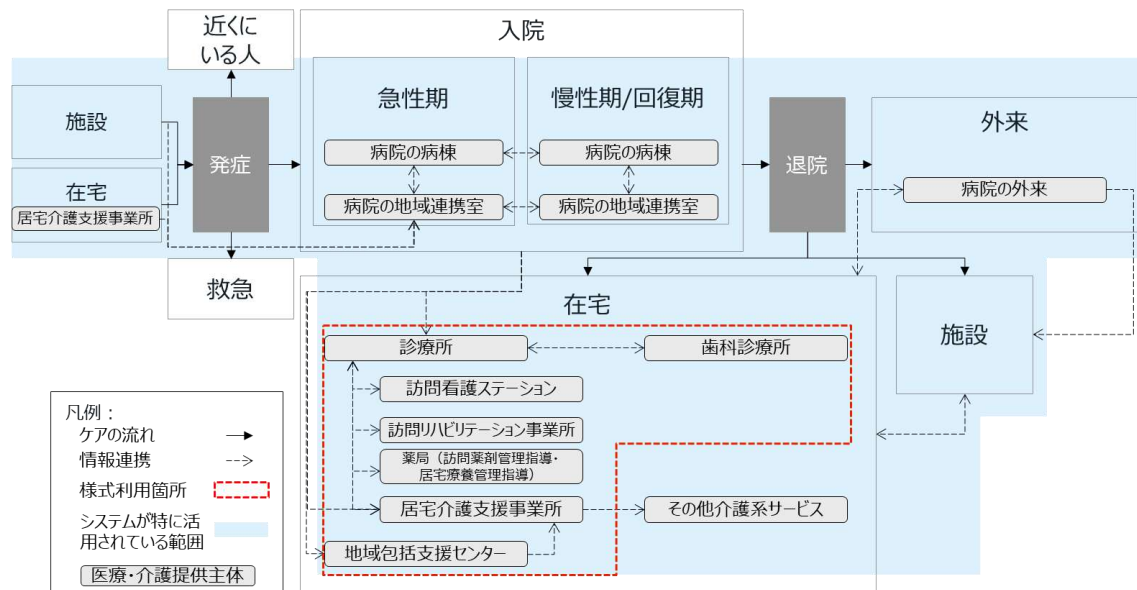


図表 6-12 退院時（施設）の連携の概要（1）

項目		ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者		・ 病院（医療ソーシャルワーカー等）
受領者		・ 特別養護老人ホーム等（施設職員）
連携方法		・ 退院前の状態（入所が決まっていない状態）の場合はFAXで情報連携
連携される様式等		・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」の基本ツール
重視される情報		・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」の基本ツール（入院時情報提供書に相当）の情報 ➤ 「はこだて医療・介護連携サマリー」はそのままアナムネ（フェイスシート）としても活用できるため、重宝している。（施設職員）
連携された情報の活用方法		・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」の基本ツールはそのままフェイスシートとして使用できる版も作成されており、特別養護老人ホームでは退院時の情報をそのままフェイスシートに転用して活用している。（地域包括支援センター）
その他	現状生じている負担	・ 同じ端末でID-Linkと記録用のシステムを利用できるが、情報連携はしていない。そのため、基本情報等の転記が生じており、その点については負担を感じている。（施設職員） ・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」には既往歴の記載欄がない。施設においては時系列で整理された既往歴を把握したいニーズがある。またLIFEにも発症年月日を入力しなければならない。現状手術歴等から推測して記載している。（施設職員） ➤ 既往歴は誰が正確に把握しているか整理困難。（急性期病院 事務次長）
	システムの利用状況	・ 職員1人1台のPCが割り当てられているわけではないが、スタッフルームに何台かパソコンがあって、記録用のシステムを日常で活用しており、同じ端末上でID-Linkも使用できる。（施設職員）

（7）在宅医療・介護事業者間の連携

図表 6-13 在宅医療・介護事業者間との連携（全体像）



図表 6-14 在宅医療・介護事業者間との連携の概要 (1)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 在宅の医療・ケアに携わる主体（病院、診療所、介護支援専門員、訪問看護師、薬剤師 等）
受領者	・ 在宅の医療・ケアに携わる主体（病院、診療所、介護支援専門員、訪問看護師、薬剤師 等）
連携方法	・ ID-Link
連携される様式等	・ 主に基本ツール、応用ツール 1 9 番（自由記載用シート）
重視される情報	・ 意思決定支援情報、自由記載情報（モニタリング結果等） ➢ がん患者等は日々状態が変化するので関係者が頻繁にID-Linkを参照している。（訪問看護師）
連携された情報の活用方法	・ 意思決定支援情報 ➢ がん患者等は日々状態が変化するので、関係者が頻繁にID-Linkを参照している。（訪問看護師） ・ 自由記載情報（モニタリング結果等） ➢ 褥瘡が広がっていることを往診の医師と訪問看護師の間でやり取りすることがある。（訪問看護師）
その他	ACPの連携 ・ 利用者から聞き取った情報はモニタリングの結果として、応用ツール 1 9 番（自由記載用シート）にて共有している。（訪問看護師） ➢ 会話の一部始終をサマリーに記録したものを「はこだて医療・介護連携サマリー」にまとめID-Linkにアップし、電話で見ておいてください、という運用を具体的にしている。（訪問看護師） ➢ 自身による服薬管理が困難である（IADL）情報も応用ツール 1 9 番で連携している。（訪問看護師） ➢ ID-Linkが更新された場合、メールで通知される仕組みになっているが、急ぎ参照が必要な場合は電話連絡を行う場合もある。（急性期病院 事務次長）

2. 伊勢地域

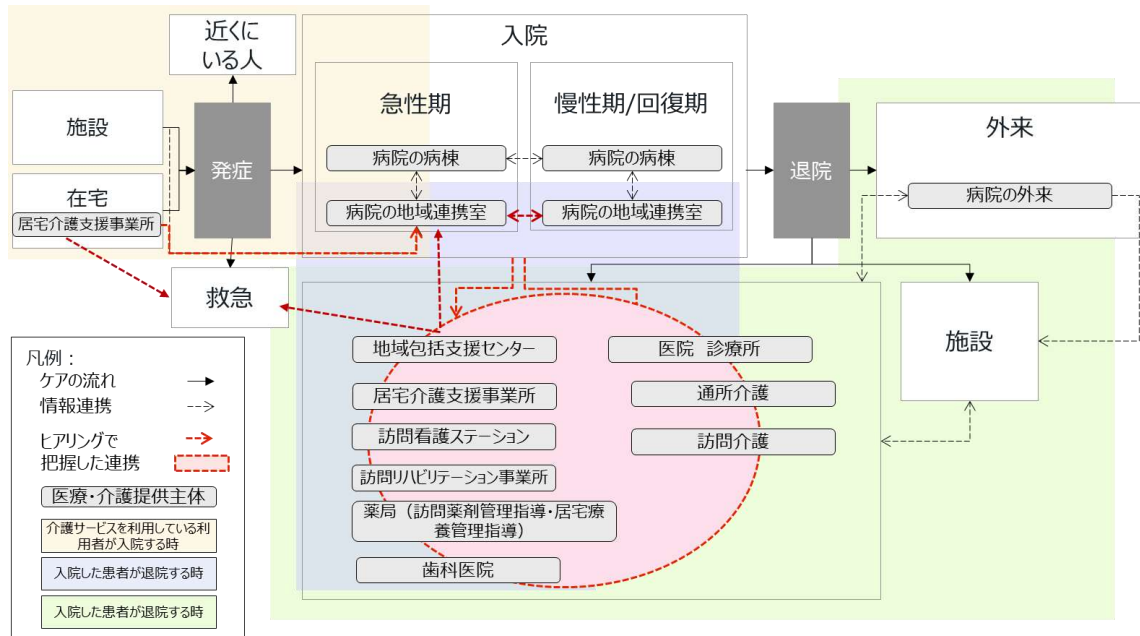
(1) ヒアリング概要

図表 6-15 ヒアリング概要

ヒアリング 基本情報	日時	・ 2025年12月2日 10:00～
	場所	・ オンライン（Webインタビュー調査）
	対象者	・ 伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター「つながり」岡本氏、伊勢市、玉城町、度会町、南伊勢町の各担当者
伊勢 地区概要	活用システム	・ kintone（キントーン）をベースとした「つながりネットワーク」を活用
	システム 運用方法	・ つながりのHPに「事務クラウド」として埋め込み。PDF、Excel、Word、CSVファイルをアップロードして連携
	権限設定	・ 1人1アカウントを付与 ・ カウント保持者は1レコード3GB構築となっている。送信指定アカウント保持者にはダウンロード権限設定が可能。 ・ 医療機関では、セキュリティ上の理由から、病院内では「つながりネットワーク用」と「電子カルテ用」のPCを2台使い分けている
	地域独自の 運用方法	・ クラウド上で普段から必要な情報を保存、連携することが可能。専門職部会ごとのグループアプリ、緊急時の多職種への事前の情報をアプリで共有する
	連携する 情報項目	・ 入院時情報提供書、主治医への質問、介護認定や介護保険サービス、実績報告、専門職会議の資料、ACPやALPの共有、BCP訓練等
	普及に向けた 取り組み	・ 介護情報基盤の活用に向け、伊勢地区独自の連携システムを立ち上げ、追加の情報を加えICTの利用を進めている。 ・ 操作説明書の作成や、画面を共有しながらの電話・対面指導を実施している。

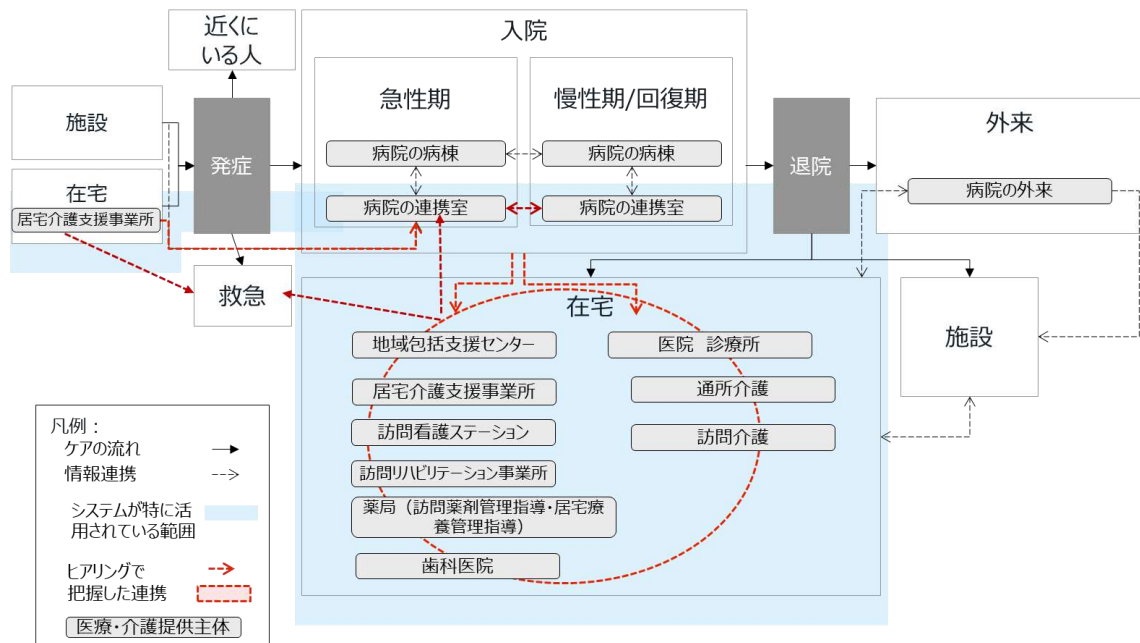
(2) ヒアリングで把握した連携

図表 6-16 ヒアリングで把握した連携



(3) システムが特に活用されている範囲

図表 6-17 システムが特に活用されている範囲



(4) 医療・介護連携システム

図表 6-18 医療・介護連携システム (1)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
システム名称	・ つながりネットワーク
提供システムベンダ	・ サイボウズ株式会社 (kintoneをカスタマイズ)
利用料	・ 無料
連携可能な情報	・ 電子様式集にある各種文書 (PDF/Excel/Word)、CSVデータ、チャットメッセージ (メンション可)

図表 6-19 医療・介護連携システム (2)

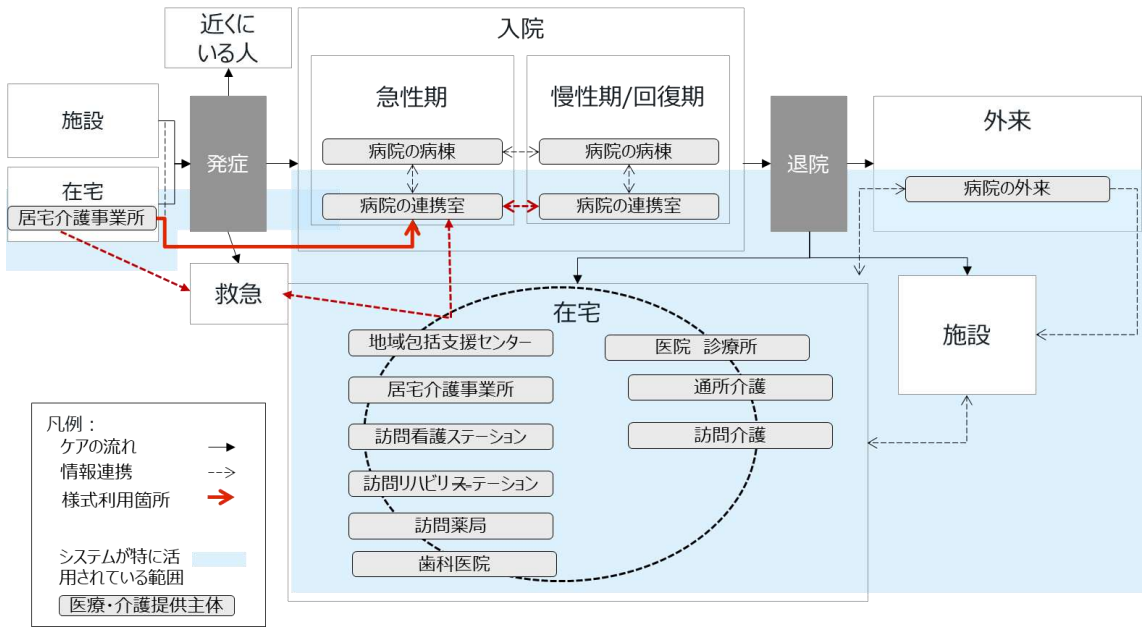
項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
導入のきっかけ	・ 単なるデジタル化だけではなく、地域特有の医療介護の連携強化と専門職の育成を目的として、伊勢市、玉城町、度会町、南伊勢町の1市3町が、伊勢地区医師会へ委託した事業の一環として始まった。 ・ 「医療・介護の全職種が参加する「伊勢地区在宅医療介護連携推進協議会」を基盤とした「顔が見える関係づくり」が地域連携の推進のきっかけである。
活用に向けた取り組み	・ ICT に不慣れな専門職への対応として、以下の4 つの取り組みを実施 ➢ 段階的な習熟支援として、国の「介護情報基盤」導入に備え、地域システムを活用し、クラウドサービスへの理解と操作方法の習得とし、クラウドサービスの利用を促進。 ➢ きめ細かな操作サポートとして、操作説明動画 (YouTube) 配信、説明書の配布に加え、電話問い合わせ時に画面を共有しながら基本操作 (クリック操作等) から丁寧に個別指導した。 ➢ FAX 送信の削減や介護実績報告のシステム化により、ケアマネジャーの負担軽減や経費削減等の 具体的な業務改善効果の提示を通じて普及を推進 (具体的な業務改善効果の提示) ➢ 医師を含む全職種で構成されるNPO 伊勢地区在宅医療介護連携推進協議会が運営に参画し、地域全体での取り組みを実現 ・ 上記のとおりICT による「地道な個別支援」と「実務メリットの実感」を両輪とした普及戦略をとった。

図表 6-20 医療・介護連携システム (3)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
地域独自の取り組み	・ 地域ニーズに応じた6つの独自機能を展開 (「ICT教育による抵抗感の解消」と「地域の人間関係・緊急時・防災対応」の両立) ➢ Kintoneのアプリであるシェアリングボックス (大容量データ管理) に1レコード3GB (1GBは全体公開、2GBは権限設定可) を提供。夜間・休暇中も情報保存・閲覧可能で、加算取得の記録管理にも対応 ➢ 緊急受診時や入院前に、ネットワーク経由で医師へ患者情報を送付し、事前準備によるスムーズな診察や入院を実現。また、利用者情報を医療機関とスピーディーに情報共有し、安心した在宅療養を可能としている。 ➢ 専門職部会別グループアプリを設定し、ソーシャルワーカー・ケアマネジャー等の職種別グループで、リアルタイム情報共有・資料配布を実施。また、既読管理機能で未確認者の把握を可能としている。 ➢ Face to Faceの信頼関係を基盤とし、システムは「電話・FAX」と同様の「複線」として運用 (対面関係の補完ツールとしての位置づけ) ➢ 南海トラフ地震等に備え、バックアップ回線検討・各専門職グループへの緊急一斉配信BCPアプリ開発・事前訓練の準備を推進 (防災・災害対策) ➢ つながりHPでACP/ALP啓発動画配信、広義のACPの「思いライフケアノート」「思いライフデザインノート」のダウンロード提供により終末期ケア連携を支援 (ACP推進「思いライフデザインノート」と狭義(医療政策)の「思い事前指示書」のダウンロード提供、つながりネットワーク内「ACP/ALP 思い」アプリ活用よりの終末期ケア連携を支援 (ACP 推進))

(5) 入院時の様式

図表 6-21 入院時の連携様式（全体像）



図表 6-22 入院時の連携様式等の概要（1）

項目	ヒアリング概要
発信者	・ 介護支援専門員
受領者	・ 病院の地域連携室（ソーシャルワーカー/SW）
連携方法	・ つながりネットワーク経由（PDF/CSV）。ICT未対応医には印刷してFAX
連携される様式等	・ 入院時情報提供書、汎用様式（つながりホームページの様式集あり。主治医への質問などのやり取りにも使われている。）
重視される情報	・ 緊急受診時の状態、ADL/IDLなど日頃の様子
連携された情報の活用方法	・ 病院SWが内容を確認し、自らの名前で院内の電子カルテへ転記・PDF添付（セキュリティや目的の違いからシステムは直接繋がっておらず、電子カルテのPCと別端末となっている。） ・ 医師は事前に情報を把握することで、スムーズに診察が行える。

※ 今回伊勢地区の病院には直接ヒアリングしていない。

図表 6-23 入院時の連携様式等の概要 (2)

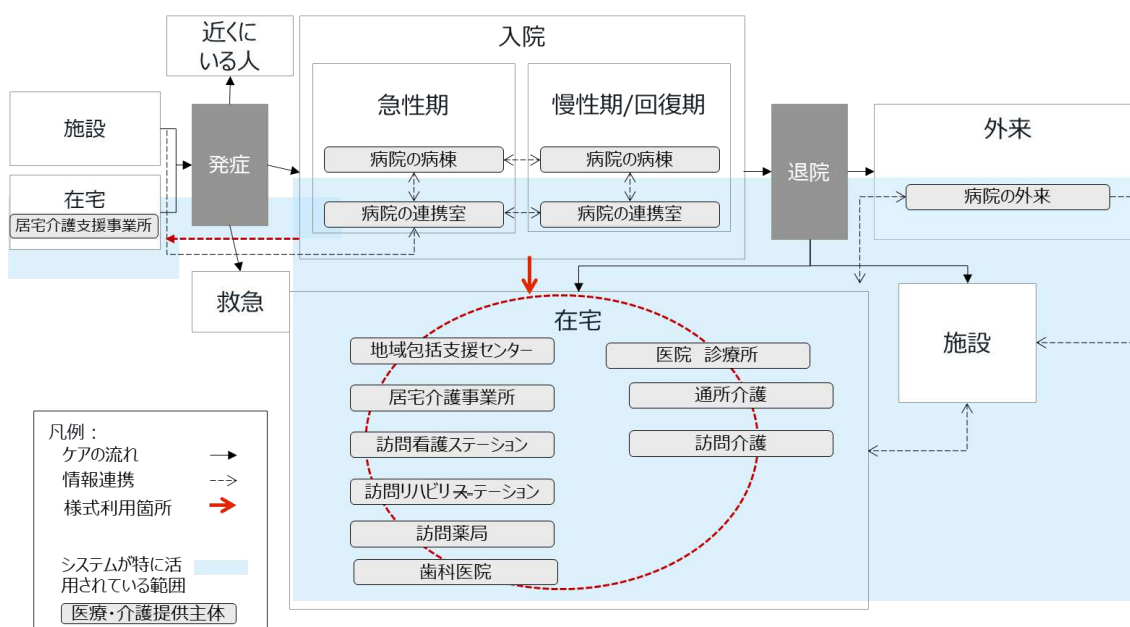
項目	ヒアリング概要
その他	チャット（言葉での送信）機能を活用。ただし個人情報を含めず「記入しました」等の通知に留めている
既往歴の記載方針	基本的には「入院時情報提供書」などの標準的な様式をPDFやExcel、CSV形式でやり取りすることで情報を共有している。また、汎用的な様式を選択して、主治医への質問や必要な情報を自由に記載して送付するケースも多く見られる。（「既往歴」の記載方針については、特に話をされていない。）
現状生じている負担	- ICTへの苦手意識、全員が参加しないと効果が薄い、 - 電子カルテとの二重入力の発生 - システム上の保存容量（ポスト）が足りないという不満も上がっている。（介護支援専門員）
介護支援専門員以外の情報連携	終末期ケアに関わるグループなどもICTを活用し、本人や家族の支援や多職種連携に役立てている。
留意事項	- スマホやタブレット、iPadなどの活用が推奨 - 医療情報の安全管理ガイドラインに沿って運用 「いつ、誰が情報を閲覧したか」がすべて記録されるため、見ていない人への督促や、何かあった際の証拠としての管理が意識されている。

※ 今回伊勢地域の病院、事業所には直接ヒアリングしていない。

(6) 退院時の様式

① 在宅

図表 6-24 退院時の連携様式（在宅）（全体像）



図表 6-25 退院時の連携（在宅）の概要（1）

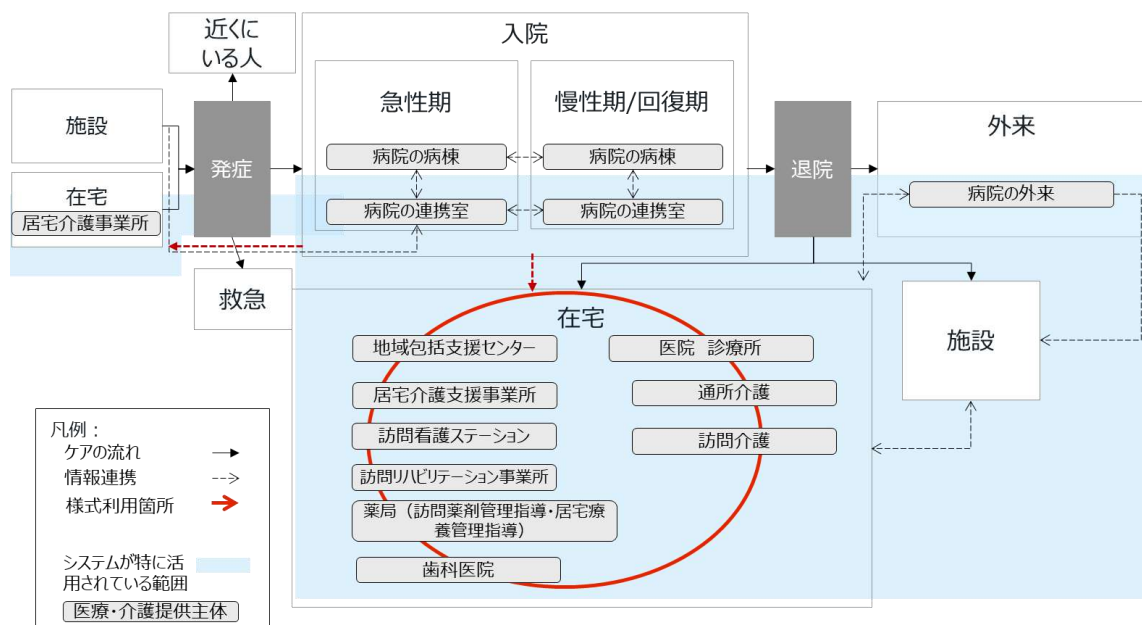
項目	ヒアリング概要
発信者	・ 病院（医師、ソーシャルワーカー）
受領者	・ 介護支援専門員
連携方法	・ 主に患者経由の「手渡し」、または一部つながりネットワーク
連携される様式等	・ 看護サマリー
重視される情報	・ 在宅での配慮事項として、患者の療養生活における栄養や看護上の具体的な注意点。 ・ ケアマネジャーがケアプランを作成・更新するために必要な、医師による診療情報（診療の継続性等）

図表 6-26 退院時の連携（在宅）の概要（2）

項目	ヒアリング概要
連携された情報の活用方法	・ 患者から手渡して書類を受け取ったケアマネジャーは、在宅訪問時にその内容を確認し、自所のシステム等にコピー（入力）して活用している。 ・ 医療機関からの情報を基に、退院後の生活に合わせた適切なケアプランを立てるために活用している。
その他	現状生じている負担 ・ 病院側からのICT発信が少ない。医療機関のPCのセキュリティの関係で、医療機関では受信することのほ うが多くなっている。

② 地域包括支援センター

図表 6-27 退院時の連携様式（在宅地域包括支援センター）（全体像）

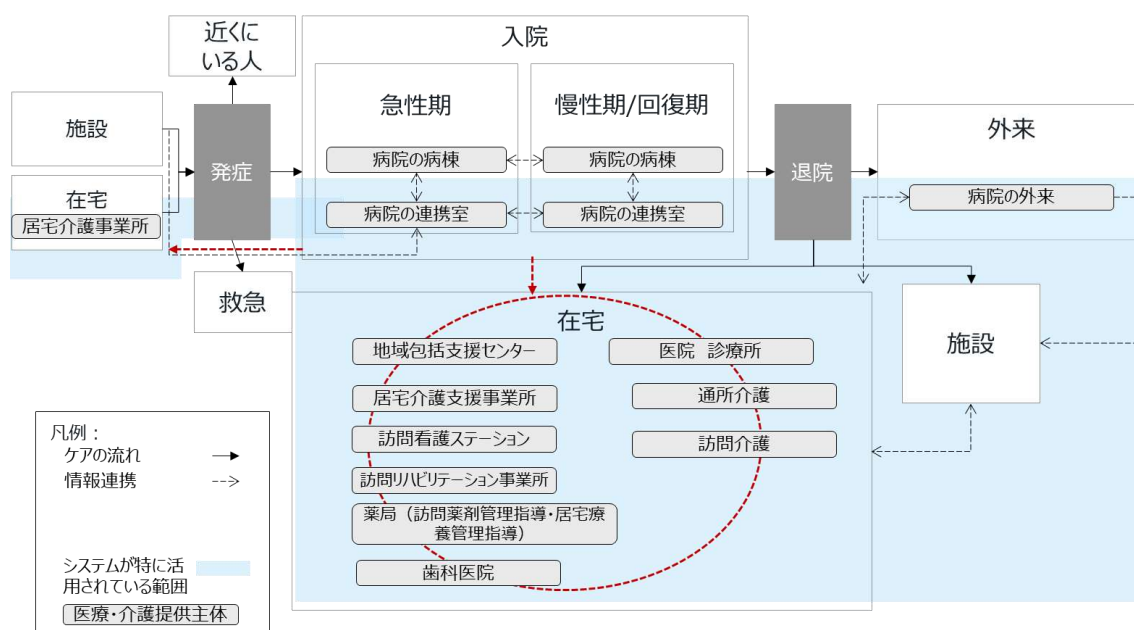


図表 6-28 退院時の連携様式の概要（地域包括支援センター）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院MSW等
受領者	・ 地域包括支援センター職員（介護支援専門員）
連携方法	・ つながりネットワーク（実績報告等のやり取り）
連携される様式等	・ 介護サービスの実績報告、地域包括支援センターへの相談事項
重視される情報	・ －
連携された情報の活用方法	・ 地域包括支援センターの職員の業務負担軽減、電話・FAX代わりのスムーズな情報交換
その他	現状生じている負担
	・ ICTが苦手な者へのICT普及の難しさ
	利用実績
	・ 月間約500件の連携が発生（地域全体）
	・ 「顔の見える関係で、ケアマネジャーの負担は軽くなっている」（地域包括支援センター職員）

(7) 在宅医療・介護事業者間の連携

図表 6-29 在宅医療・介護事業者間との連携（全体像）



図表 6-30 在宅医療・介護事業者間との連携の概要 (1)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 医師、ケアマネ、看護師、行政等（全職種）
受領者	・ 連携に関わる全職種
連携方法	・ kintone内のチャット、ファイル共有、メンション機能
連携される様式等	・ ー

図表 6-31 在宅医療・介護事業者間との連携の概要（2）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
重視される情報	・ リアルタイムな状況共有、会議の出欠、緊急時の連絡
連携された情報の活用方法	・ 意思決定の迅速化、移動時間の削減、顔が見える関係性の補完

図表 6-32 在宅医療・介護事業者間との連携の概要（3）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
その他	ACPの連携
	・ ACP/ALP啓発動画の配信、「思いソート」の活用、終末期グループでの情報共有
	全国医療情報PF活用への示唆
	・ つながりネットワーク（挨拶・相談）と介護情報基盤（データ連携）は「2つで1つ」の共存が必要

3. 豊島区

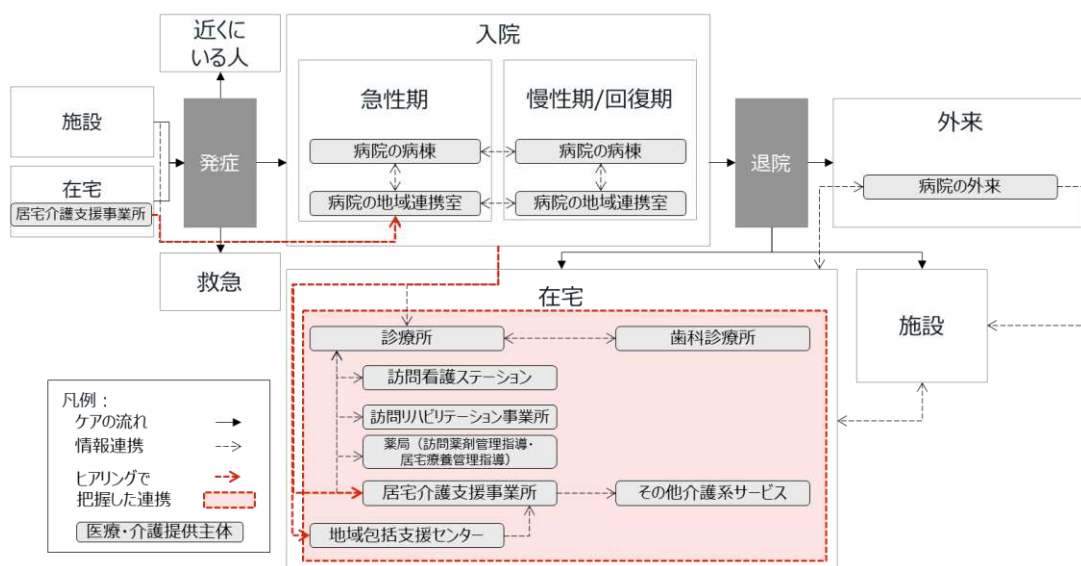
(1) ヒアリング概要

図表 6-33 ヒアリング概要

ヒアリング 基本情報	日時	・ 2025年12月5日 15:00～19:30
	場所	・ 豊島区医師会 会議室
	対象者	・ 豊島区医師会／医師・MSW（在宅相談窓口）、豊島区歯科医師会／歯科医師、豊島区薬剤師会／薬剤師、豊島区看護師会／訪問看護師、豊島区医師会高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）／介護支援専門員、豊島区介護支援専門員連絡会／介護支援専門員
豊島区 概要	活用システム	・ メディカルケアステーション（MCS）
	システム 運用方法	・ 基本的には医師が対象患者を抽出し、グループを立ち上げ関係者に閲覧、記入権限を設定する（看護師が対象患者を抽出し、医師にグループ立ち上げを依頼する場合もある）。
	権限設定	・ グループの立ち上げは医師、情報の投稿・閲覧は医師が招待した医療・介護関係者全員。ただし、歯科医師会がグループ立ち上げを行う場合もある。
	地域独自の 運用方法	・ 豊島区歯科医師会が在宅の相談をあげりあ歯科診療所で一括で受け付け、患者の状況や位置等を踏まえて適切な歯科医師を手配したり、在宅診療に必要な機材を貸与する運用が実施されている。 ・ 豊島区独自でACPノートというアプリをMCS内で利用しており、患者の揺れ動く気持ちの変遷が見られるようにしている。
	連携する 情報項目	・ 自由記載のテキスト情報、画像、動画 等（チャットツールで情報をやりとり）
	普及に向けた 取り組み	・ 地域への導入当初は、医療・介護者間でのコミュニケーションツールとして研修の案内を流す等を行い、リアルでのコミュニケーションを促し、関係性を構築。その後医療・ケアを目的としたコミュニケーションツールもMCSで行う運用が普及していった。

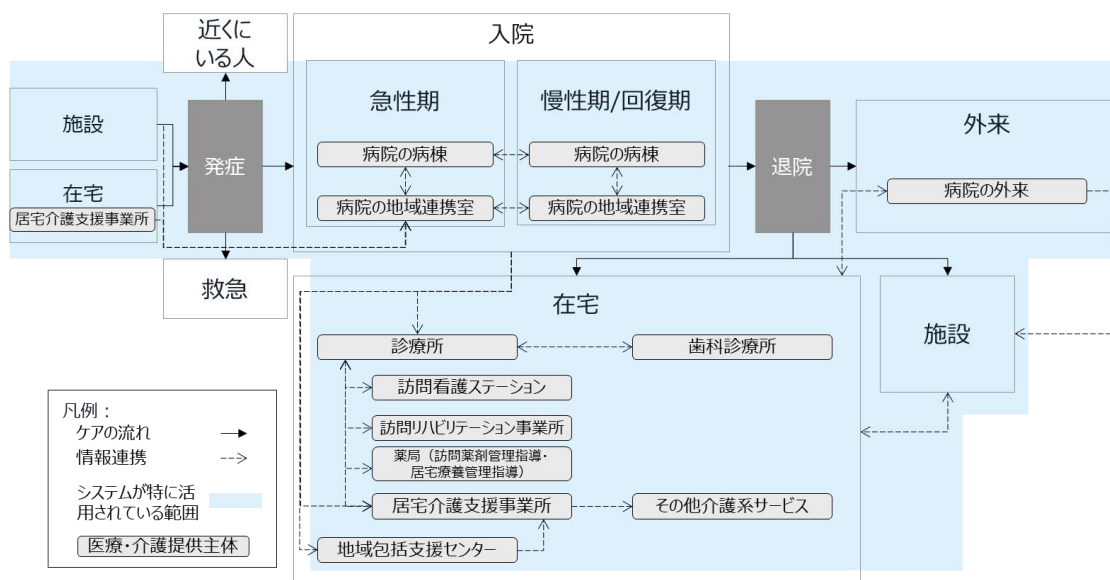
(2) ヒアリングで把握した連携

図表 6-34 ヒアリングで把握した連携



(3) システムが特に活用されている範囲

図表 6-35 システムが特に活用されている範囲



※ MCSによる連携の範囲は患者ごとにグループの立ち上げ者（医師）が決定する

(4) 医療・介護連携システム

図表 6-36 医療・介護連携システム (1)

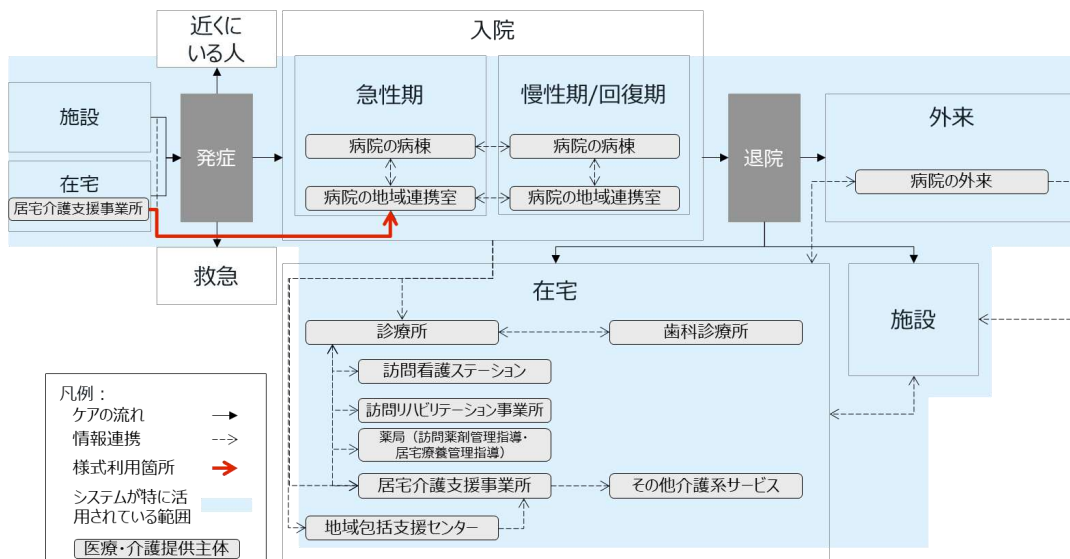
項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
システム名称	・ メディカルケアステーション（MCS）
提供システムベンダ	・ エンブレス株式会社
利用料	・ フリーアカウントの場合は無償。ビジネスアカウントの場合は1ユーザーあたり月額300円。（契約は施設単位）ただし、患者・家族アカウントは課金対象にならない。 ➢ 基本的には施設ごとにアカウントを取得し運用している。ビジネスアカウントを利用すれば費用がかかるが、基本はフリープランの中で運用されている認識。ヘビーユーザーの施設はビジネスプランを使っている可能性はある。（豊島区医師会）
連携可能な情報	・ 自由記載のテキスト情報、画像、動画 等（チャットツールで情報をやりとり） ➢ 病院では、電子カルテが利用できる端末では通常、MCSは使用できないと推察する。（豊島区医師会） ➢ 電子カルテがクラウドのものである場合、MCSと同一端末で利用可能な場合がある。（医師）

図表 6-37 医療・介護連携システム (2)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
導入のきっかけ	- 過去、都立大塚病院が大塚医療NWという仕組みが検討されていたこともある。（対象疾患を設定し、MCSによる在宅も含めた情報連携の検証をしていた。） ➢ 在宅の垂直連携が不足していたため、MCSを活用して、入院中の様子が在宅に伝わり、退院したあとも1か月くらいは病院のスタッフが介在するという仕組みの検討もされた。コロナ渦で取り組みが停滞しているが、現在再起動に向けて検討再開しているところである。（豊島区医師会） ➢ MCSがないときには電話・FAX患者宅に連絡ノートで情報連携していた。（介護支援専門員）
活用に向けた取り組み	豊島区は8包括あり、場所によってカラーが違いため、コアメンバーで顔をあわせて勉強会をしながら顔が見える関係を作っている。（豊島区医師会）
地域独自の取り組み	豊島区独自でACPノートというアプリをMCS内で利用しており、患者の揺れ動く気持ちの変遷が見られるようにしている。（豊島区医師会）

(5) 入院時の様式

図表 6-38 入院時の連携様式（全体像）



図表 6-39 入院時の連携様式等の概要 (1)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 介護支援専門員
受領者	・ 病院ソーシャルワーカー
連携方法	・ FAX / 郵送 / 対面での受け渡し
連携される様式等	・ 豊島区版の入院情報提供書（居宅サービス計画書 第3表等を添付する場合がある）
重視される情報	・ 自由記述、金銭管理 ➢ 病院からはよく金銭管理、支払い能力の有無、キーパーソン（家族に連絡がつかない）、老人保健施設への入居についての意向等の問い合わせを受けることがある。精神疾患のある患者には患者説明の際に同席を依頼されることもある。（介護支援専門員）
連携された情報の活用方法	・ ー※

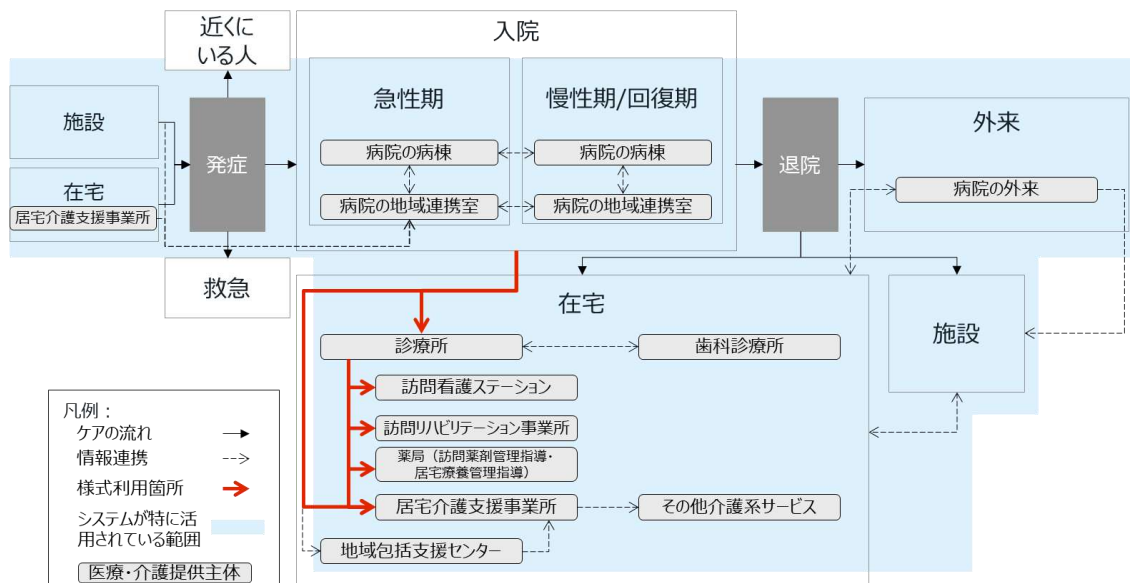
図表 6-40 入院時の連携様式等の概要（2）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
その他	自由記載欄の運用
既往歴の記載方針	- 既往歴は訪問診療の医師が整理してくれることが多い。病名ではないが数日前おなかを壊したというような情報を連携する場合もある。（介護支援専門員） ➢ 「おなかを壊した」というのは医療的には既往歴ではない、生活情報になる。このように医療と生活が重なる情報が医療・介護連携では大事である。（医師）
現状生じている負担	豊島区では、入院時情報連携加算を取得するためには、医療機関から受領の署名が必要であり、署名を医療機関から取得するために訪問が必要な場合もあり負担に感じている。（介護支援専門員）
介護支援専門員以外の情報連携	- 訪問看護ステーションで作成した看護サマリーをFAXや本人・家族に持参させて連携する場合がある。サマリーは訪問看護ステーションで使用しているシステムから（日々の記録等をもとに）すぐに作成可能。（訪問看護師） - 在宅で歯科診療した結果、入院抜歯を在宅の患者に勧めようとなった場合、入院先医療機関から見積もりをMCSで取得する場合がある。（歯科医師）
留意事項	入院時情報連携加算を取得の条件は基礎自治体ごとに異なる（どの自治体でも加算取得に医療機関からの署名が必要になるわけではない）。

（6）退院時の様式

① 在宅

図表 6-41 退院時の連携様式（在宅）（全体像）



図表 6-42 退院時の連携（在宅）の概要（1）

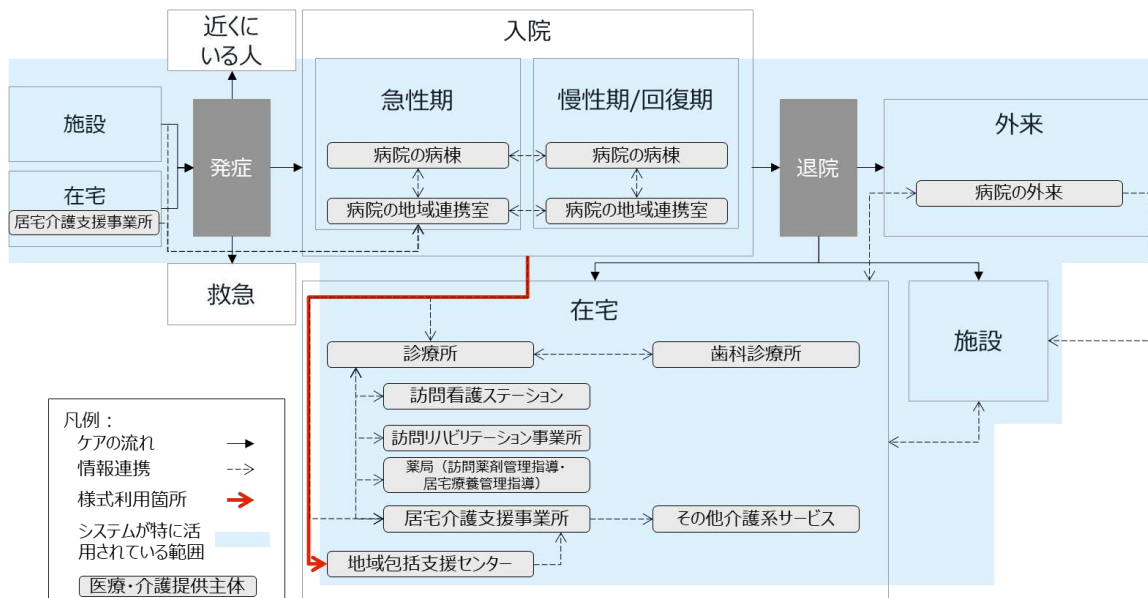
項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院ソーシャルワーカー、病院看護師 等
受領者	・ かかりつけ医、かかりつけ歯科医師（歯科衛生士）介護支援専門員、訪問看護師、薬剤師 等
連携方法	・ 退院時カンファレンスで紙を配布 ➢ 入退院を繰り返している方など、すでにグループが立ち上がっている場合はMCSで情報が連携される場合もある。（介護支援専門員）
連携される様式等	・ 退院元の病院の定める様式（看護サマリー、リハビリサマリー、診療情報提供書の写し 等）
重視される情報	・ ADL ➢ 理学療法士のADLを重要視している。そのため、極力リハビリサマリーは取得できるよう働きかけている。家屋の状況等、生活を前提とした情報だとより納得感がある。（介護支援専門員） ➢ 排泄コントロールの状況、どれくらい歩行ができるか等をよく確認する。ただし病院看護師は家屋の状況がわからないため、それを前提に院内で評価されたADLは参照する必要がある。（訪問看護師） ・ 院内で行っている医療処置 ➢ 診療情報と重ならない情報を看護サマリーベースで連携してもらっている。（訪問看護師）

図表 6-43 退院時の連携（在宅）の概要（2）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
連携された情報の活用方法	・ 入院前の支援で足りるのか、退院時のADLが把握できれば判断できる。退院時に知らされた情報をもとに必要に応じてケアプランを修正。関連する在宅医療の提供主体に適宜連携。（介護支援専門員） ・ 病院の管理栄養士がカンファに出席できないときは献立表を頂き、帰宅後の食生活の助言に活かす場合がある。（介護支援専門員） ・ サービス担当会議の際にも、病院から渡された情報をもとに関係者に情報周知を行う。（介護支援専門員） ➢ サービス担当会議には、訪問・在宅を専門でやっている医師ならまだ参加しやすいが、外来も一緒にやっていると参加が難しい。（医師）
その他	現状生じている負担 ・ 病院の管理栄養士・在宅側の薬剤師等、退院時カンファレンスに必要な職種がすべて出席できるとは限らない。（介護支援専門員） ・ 退院時カンファレンスに（在宅側の）薬剤師が参加してもらえると、退院時カンファレンスの処方情報と実際の退院時処方が違う、などの指摘をしていただけるのでありがたい。今は病院側の看護師等が退院時カンファレンスに呼ぶ職種を選定しているため、疾患状況によるが薬剤師が呼ばれる場合は少ない印象。（訪問看護師） ・ 帰宅後、訪問看護やリハビリステーション等、医療系サービスがない場合には病院から看護サマリー、リハビリサマリーが不要ではないかといわれる場合がある。（介護支援専門員）

② 地域包括支援センター

図表 6-44 退院時の連携様式（地域包括支援センター）（全体像）

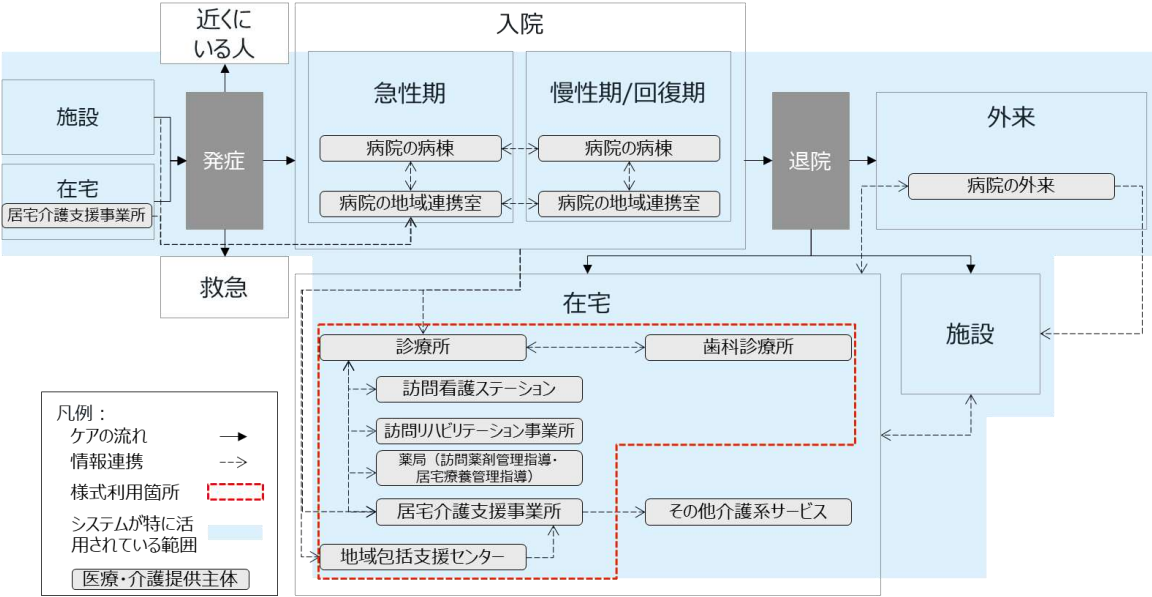


図表 6-45 退院時の連携様式の概要（地域包括支援センター）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院ソーシャルワーカー、病院看護師 等
受領者	・ 地域包括支援センター職員（介護支援専門員等）
連携方法	・ FAX / 電話で聞き取り地域包括支援センター側で記録 / 本人が持参 ➢ セキュリティを確保したうえでメールでの受け渡しを行うことも検討できるのではと思うが、病院と地域包括支援センターで現状メールのやりとりがあまりないため、実現はしていない。
連携される様式等	・ 豊島区が作成した在宅支援申込書（つなげるシート） ➢ 従来は退院時等には診療情報提供書を医療機関から連携される運用だったが、ADLが連携されなかったため、コロナ禍で退院時カンファレンスが開催されなくなったことを期に豊島区内で運用できる様式を検討した。とにかくA4 1 枚に情報を集めようという発想で作成した。（地域包括支援センター）
重視される情報	・ 日常生活状況（ADL等）の情報
連携された情報の活用方法	・ 様式ベースで確認した情報については区と包括の間でのみ共有可能なフォルダにエクセル形式で格納する運用としている。それ以外の場所には様式を保存していないが、確認した情報を受けてアクションを起こした場合には適宜、地域包括支援センターで利用しているシステム（WINCARE）に入力している。（地域包括支援センター）
その他	現状生じている負担 ・ 医療機関側に様式を作成依頼することは難しく、利用実態としては電話での聞き取り、地域包括支援センター側で様式を作成するケースが多い。ただし、大塚病院等では外来で様式を作成いただき、その紙をもって利用者が地域包括支援センターに来たことがあった。（地域包括支援センター） 利用実績 ・ 試験運用を経て1、2年目。公表していないが、8包括経由で豊島区内に展開している。今まで43事例の利用実績があった。（地域包括支援センター）

(7) 在宅医療・介護事業者間の連携

図表 6-46 在宅医療・介護事業者間との連携（全体像）



図表 6-47 在宅医療・介護事業者間との連携の概要（1）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 在宅医療・介護事業者等 ➢ 在宅に携わる医師、歯科医師、訪問看護師、訪問薬剤師、介護支援専門員、ヘルパー等 ➢ 患者、家族が参照できるタイムラインも存在する。（豊島区医師会）
受領者	・ 在宅医療・介護事業者等
連携方法	・ MCS ※グループが立ち上がっていない患者はFAX・電話での連携が多い ➢ 患者全員にMCSを用いているわけではなく、必要な患者を医師が判断してグループを作成している。看護師が患者を抽出し、医師に促してグループが作成される場合もある。（豊島区医師会） ➢ （例外として、）歯科医師会（あぜりあ歯科診療所※／豊島区口腔保健センター）がグループを作成する場合もある。（歯科医師）
連携される様式等	・ —

※あぜりあ歯科診療所は、豊島区と豊島区歯科医師会が連携して運営する、在宅高齢者の歯科医療アクセス確保を目的とした取組である。在宅高齢者歯科訪問診療においては、高齢者本人・家族・医療介護関係者からの相談を受け、状態像や疾患特性等を踏まえて適切な歯科医師の派遣調整を行うとともに、訪問診療に必要な機材等を連携先歯科医師に貸与する体制を整備している。

図表 6-48 在宅医療・介護事業者間との連携の概要（2）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
重視される情報	- ADL/IADL - 排泄コントロール、服薬状況 - 検査結果 - 採血結果、放射線画像 - 主訴（歯科）
連携された情報の活用方法	- ADL - 今日も実際に「失禁をして家族が困っている」という訪問看護から連絡がきた。それをもとにタイムリーな提案が家族にできた。（介護支援専門員） - IADL（服薬状況） - 疾患状況等にもよるが、薬剤師に介入してもらえると非常に助かる。中には薬を届けて終わり、という薬局もあるが、残薬確認などしてもらい結果を共有いただけるとありがたい。（訪問看護師） - 具体的には「朝が残薬多い」という情報から、「朝は家族が忙しく飲ませられない」という事実が判明し、対処につながる事例もある。（医師） - 薬は命に係わる情報。薬剤師に介入してもらえるとありがたい。（介護支援専門員） - 検査結果 - 採血結果や放射線画像などはMCSで共有したりする。採血結果は訪問看護師、放射線画像はリハ職が参照していると推察する。（医師） - 主訴（歯科） - 訪問歯科診療の場合治療の器具を選定して持ち込む必要があるので、患者の主訴を正確に聞き取ることが重要になる。（歯科医師）

図表 6-49 在宅医療・介護事業者間との連携の概要（3）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
その他	ACPの連携 - MCS内にアプリもあるが、グループチャット内で訪問看護師が本人の意向を都度投稿してくれたりしている。メッセージにACPと入力しておく、検索して追いやすいため便利である。（医師） - ACPIは何かという考え方が在宅側と病院側で異なる。病院は今までどう話してきたかというよりも、心臓マッサージをするのかなど（≒DNR的な情報）を把握したい。（医師） - 本人は自宅で過ごしたいと病院で語ったとしても、かかりつけ医（診療所の医師）が在宅は厳しいと判断する場合もある。様式で連携したからといって、それで済む情報ではない。（介護支援専門員） 全国医療情報PF活用への示唆 - マイナポータルへ退院時（院内）処方も連携されるようになれば薬剤情報の連携についてはかなり楽になるのではないかと。（訪問看護師・薬剤師）

4. 庄内地域

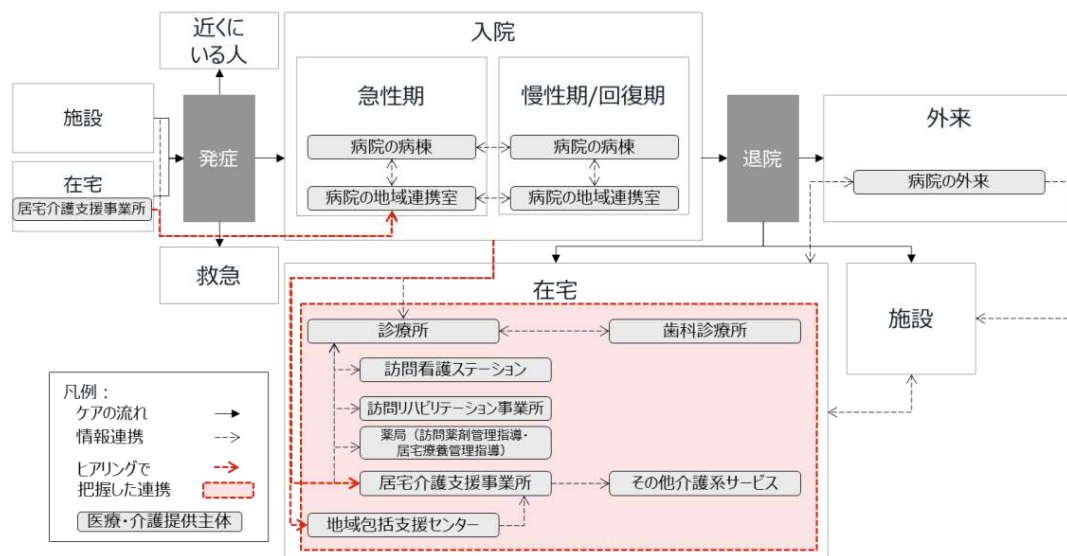
(1) ヒアリング概要

図表 6-50 ヒアリング概要

ヒアリング 基本情報	日時	・ 2025年12月18日 14時00分～16時00
	場所	・ 日本海総合病院 会議室
	対象者	・ 医療機関：日本海総合病院：理事長（医師）、看護師、医療ソーシャルワーカー、SE ・ 居宅介護支援事業所：介護支援専門員 ・ 訪問看護ステーション：訪問看護師 ・ 酒田市社会福祉協議会：介護支援専門員
庄内地域 概要	活用システム	・ ID-Link（医療情報共有）、Team（多職種連携チャット）
	システム 運用方法	・ ID-Linkでカルテ記録等を公開し、Teamで双方向のチャットや画像・動画共有を行う
	権限設定	・ ID-Linkは国家資格保有者に限定。Teamは医療・介護従事者が参加（患者は不可）
	地域独自の 運用方法	・ 北庄内圏域（1市2町）で統一した連携様式と、運用のためのマニュアルを作成・活用
	連携する 情報項目	・ 看護サマリー、診療情報提供書、ADL、リハビリ動画、褥瘡情報、お薬情報、ACP（エンディングノート画像）等
	普及に向けた 取り組み	・ 専門職によるメリットの周知、セミナーの実施、医師会報での利用広報

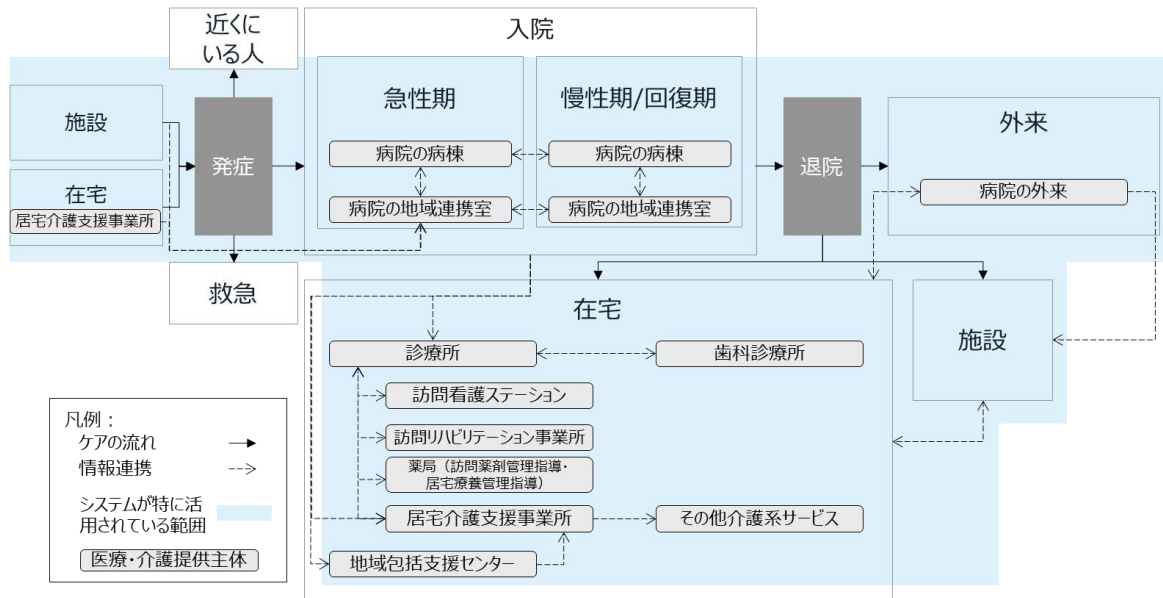
(2) ヒアリングで把握した連携

図表 6-51 ヒアリングで把握した連携



(3) システムが特に活用されている範囲

図表 6-52 システムが特に活用されている範囲



(4) 医療・介護連携システム

図表 6-53 医療・介護連携システム (1)

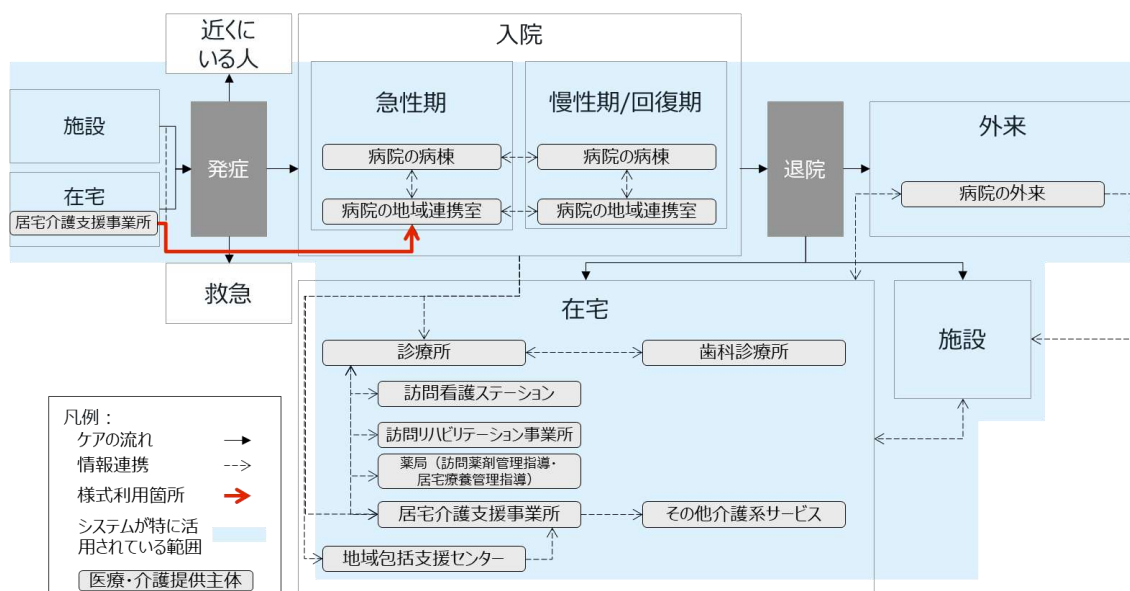
項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
システム名称	・ ID-Link、Team
提供システムベンダ	・ —
利用料	・ —
連携可能な情報	・ 電子カルテ内の各記録（画像含む）、PDF、動画、チャット、既読確認情報

図表 6-54 医療・介護連携システム（2）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
導入のきっかけ	- 従来は病院から在宅への情報提供が主で、在宅側から医療機関への共有が不十分だったため、在宅現場情報を医療機関へ、院内情報を在宅へタイムリーに連携する手段として導入。（双方向連携の必要性） - 入院時情報提供書等のFAX・持参中心で手間・タイムラグが発生し、特に加算算定の日付制限でリアルタイム共有が求められた（アナログ運用の限界） - 再入院防止や外来患者フォローで、ケアマネジャー・訪問看護師との密接連絡を確保する必要があった（外来フォローの強化）
活用に向けた取り組み	- 初任者教育にも役立つ連携ルールのマニュアル化 1市2町で連携ルールを「北庄内様式」として統一し、記入ガイダンスを含む詳細な手引きを作成して運用を明確化。 - 作成した手引きを初任者教育に利用することで、地域全体の連携レベルの底上げを図っている。 - セミナーや説明会の開催に加え、医師会報を通じた広報を行い、医師を含む多職種への利用拡大を推進している。 - FAXからの移行に伴い、行政の運営指導に対応するための「受領証拠」の残し方など、実務面の工夫を行っている。
地域独自の取り組み	- 既存の医療ネットワークとチャットツールを組み合わせ、地域の実情に合わせた独自の活用を進めている。 「IDLink」を電子カルテ情報の閲覧（静的情報）、「Team」を連絡・調整（動的情報）とし、役割を分担して運用。（ツールの明確な使い分け） - リハビリ動画でのADL確認、褥瘡画像の共有による医師の迅速な判断、心不全患者の生活環境（台所等）の可視化など、視覚情報を活用してケアの質を高めている。 - エンディングノートを画像で共有し、身寄りのない患者のケア方針決定や施設探しに活用した事例がある。（ACP（人生会議）情報の共有） - 施設の空床確認をチャットで一括化する仕組みの検討や、圏域（南北）ごとの様式の違いへの柔軟な対応を行いつつ、将来的な統一に向けた議論も進めている。

（5）入院時の様式

図表 6-55 入院時の連携様式（全体像）



図表 6-56 入院時の連携様式等の概要 (1)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 介護支援専門員（ケアマネジャー）
受領者	・ 病院ソーシャルワーカー（MSW）、退院支援看護師
連携方法	・ FAX、持参が主だが、Teamでの連携も広まりつつある
連携される様式等	・ 入院時情報提供書
重視される情報	・ 既往歴、ADL、自由記述（個性性を把握するための情報） ➢ 既往歴およびADL（日常生活動作）は、患者の身体状況や過去の病歴を正確に把握するために不可欠な情報である。 ➢ 自由記述欄（個性性に関する情報）では、チェックボックス形式の情報だけでは把握しきれない、本人や家族の思い、在宅での生活状況、個別具体的なケアの留意点などが重視されている。 ➢ 例えば「特定の飲み物を飲まない」と体調が悪い等、日常生活上の細かな習慣やこだわりも、病院側が患者を深く理解するために役立つ情報として挙げられた。 ➢ 本人や家族が将来どのような医療やケアを望んでいるかという意向（エンディングノートの内容など）も、個別化されたケアを行う上で重要。
連携された情報の活用方法	・ 提供された情報は、病棟看護師や主治医によって直接参照され、入院直後から患者の在宅状況や個性性を踏まえた対応を可能とする。また、最終的には電子カルテに取り込まれ院内で保管・共有される。 ・ 連携された情報は入院中のみならず、退院後の外来対応や再入院防止のフォローアップにも活用されている。例えば心不全患者の生活情報から早期受診を判断するなど、具体的なケア方針の決定にも寄与している。

図表 6-57 入院時の連携様式等の概要 (2)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
その他	自由記載欄の運用
	既往歴の記載方針
	現状生じている負担
	介護支援専門員以外の情報連携
	留意事項
	・ 個性性の把握に非常に重要視されている。特に、本人や家族の思い、在宅での具体的な生活状況、ケアの留意点などが記述されている。
	・ 既往歴は、ADL（日常生活動作）と並び「入院時情報提供書」における主要な提供項目として位置づけられている。 ・ 病院側が患者の身体状況を正確に把握するための基礎情報として、適切に記載し共有することが求められている。
	・ 主にアナログな運用方法と、地域ルールによる差異が負担となっている。 ➢ 現在はFAX送信や原本の持参が主であり、広大な面積を移動して書類を届ける手間が発生している。 ➢ 行政の運営指導への対策として、FAX送信票に「受け取りチェック」を付けて返送してもらうといった、受領確認のやり取りが負担になっている。 ➢ 入院先の病院によって、北庄内様式と南庄内様式を使い分けなければならない点が、事業所側の負担として挙げられている。
	・ 介護支援専門員だけでなく、多職種や行政が連携に加わっています。 ➢ 病院のMSW（ソーシャルワーカー）や退院支援看護師、訪問看護師、クリニックの医師などが「Team」などのシステムを通じて直接情報をやり取りしている。 ➢ 酒田市の職員が、身寄りのない方のケースで「Team」を活用し、エンディングノート（ACP）の画像を共有して施設探しを支援した事例があった。
	・ 加算算定のための日付制限があるため、リアルタイムな連携が求められている。また、行政の指導に対応するために受領の証拠を記録する必要がある。

① 在宅

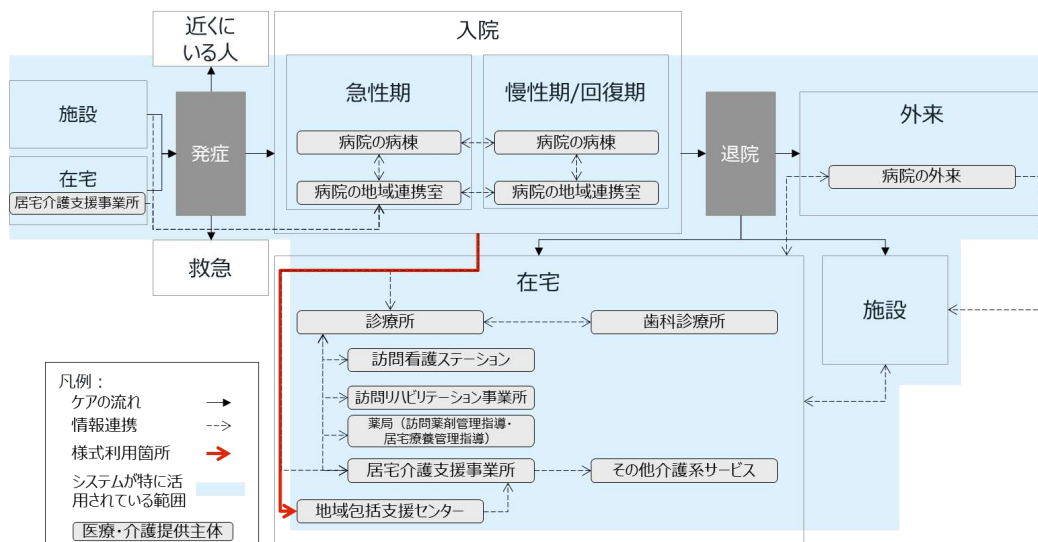
[illegible]

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院MSW、退院支援看護師、医師
受領者	・ 介護支援専門員（ケアマネジャー）
連携方法	・ ID・Linkでの公開、Teamでの送付、診療情報提供書の送付、FAX
連携される様式等	・ 看護サマリー、診療情報提供書、リハ記録、退院・退所情報記録書、北庄内様式
重視される情報	・ 本人が在宅でどのように過ごしたか、人生の最終段階でどのようなケアを望むかといった意向。 ・ 在宅移行後の想定リスク、例えば、心不全患者における「体重が何キロ増えたら受診を促すべきか」といった、再入院を防ぐための具体的な注意点。 ・ 生活動作（ADL）とリハビリの様子について動画などを通じた、実際の身体の動き。

項目		ヒアリング概要 ※末尾は発言者
連携された情報の活用方法		- 介護支援専門員は、入院中の経過やADL、リハビリ記録をIDLink等でこまめに確認し、それを踏まえてケアプランを作成している。 - 退院後、病院の外來スタッフ（認定看護師等）がTeamを通じて在宅側の訪問看護師と連携し、患者の体重増減やバイタルをモニタリングし、早期受診の勧奨に繋げている（再入院の防止（外來フォロー）） - 行政職員がTeam上で患者のACP（エンディングノート）の画像を共有し、その意向に沿った施設探しを行った事例がある - 褥瘡の画像などを医師と共有することで、訪問看護師が現場で迅速な処置や判断を仰ぐ等をしている。
その他	現状生じている負担	病院側の様式に合わせる必要があり、複数の様式の使い分けが負担

② 地域包括支援センター

図表 6-61 退院時の連携様式（地域包括支援センター）（全体像）

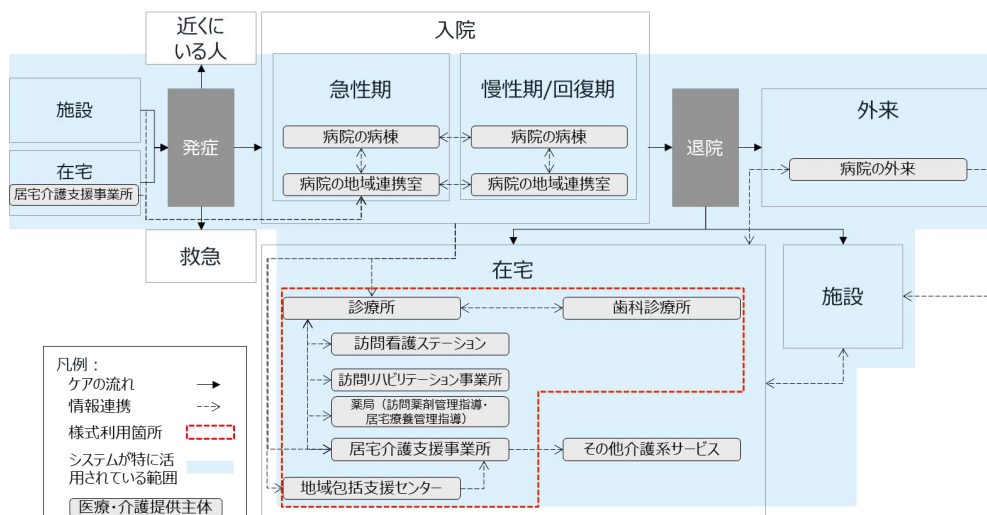


図表 6-62 退院時の連携様式の概要（地域包括支援センター）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院MSW等
受領者	・ 地域包括支援センター職員（介護支援専門員）
連携方法	・ FAX、ID-Link、Team等
連携される様式等	・ 病院→在宅と同様（退院・退所情報記録書等）
重視される情報	・ 病院→在宅と同様
連携された情報の活用方法	・ ケアプラン作成、退院支援
その他	・ 現状生じている負担
	・ 利用実績

(7) 在宅医療・介護事業者間の連携

図表 6-63 在宅医療・介護事業者間との連携（全体像）



図表 6-64 在宅医療・介護事業者間との連携の概要 (1)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ ケアマネ、訪問看護師、病院（外来）
受領者	・ ケアマネ、訪問看護師、病院（外来）
連携方法	・ Teamでのチャット、画像・動画共有
連携される様式等	・ －

図表 6-65 在宅医療・介護事業者間との連携の概要 (2)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
重視される情報	・ 褥瘡の経過、医療部材の商品名、リハビリの様子、調剤情報
連携された情報の活用方法	・ ケアプランへの即時反映、多職種間でのタイムリーな状況共有

図表 6-66 在宅医療・介護事業者間との連携の概要 (3)

項目		ヒアリング概要 ※末尾は発言者
その他	ACPの連携	・ 酒田市のエンディングノートを画像で共有した事例がある
	全国医療情報PF活用への示唆	・ 電子処方箋や正確な調剤情報へのアクセスに強い恩恵を感じている

5. 常総市

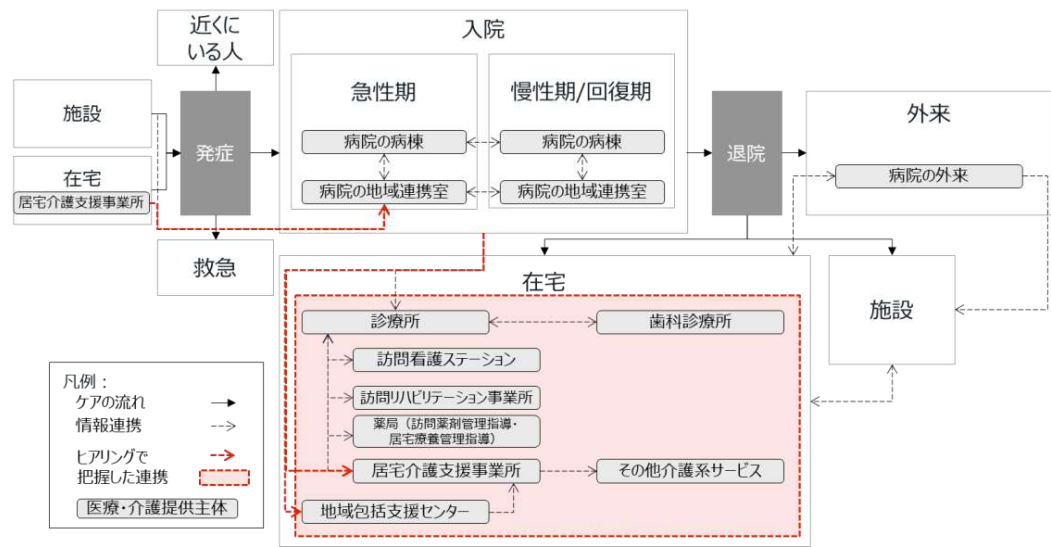
(1) ヒアリング概要

図表 6-67 ヒアリング概要

ヒアリング 基本情報	日時	・ 2026年1月9日14時～15時
	場所	・ オンライン会議
	対象者	・ 水海道さくら病院：岩田氏（在宅センター）、山口氏（地域包括支援室）
常総市 概要	活用システム	・ 電子連絡帳
	システム 運用方法	・ 電子カルテ端末等から電子証明書を用いてログインし、チャット形式で連携
	権限設定	・ 患者に紐付けられた事業所（医師、看護師、ケアマネ等）が閲覧・入力可能
	地域独自の 運用方法	・ 近隣市町村とは別のツールが導入されており、市外の事業所とは連携できない 課題がある
	連携する 情報項目	・ 日常の血圧報告、褥瘡の写真共有、退院後の注意点、指示事項など
	普及に向けた 取り組み	・ 医師が直接入力して指示を伝えるなど、リアルタイムな情報共有に活用

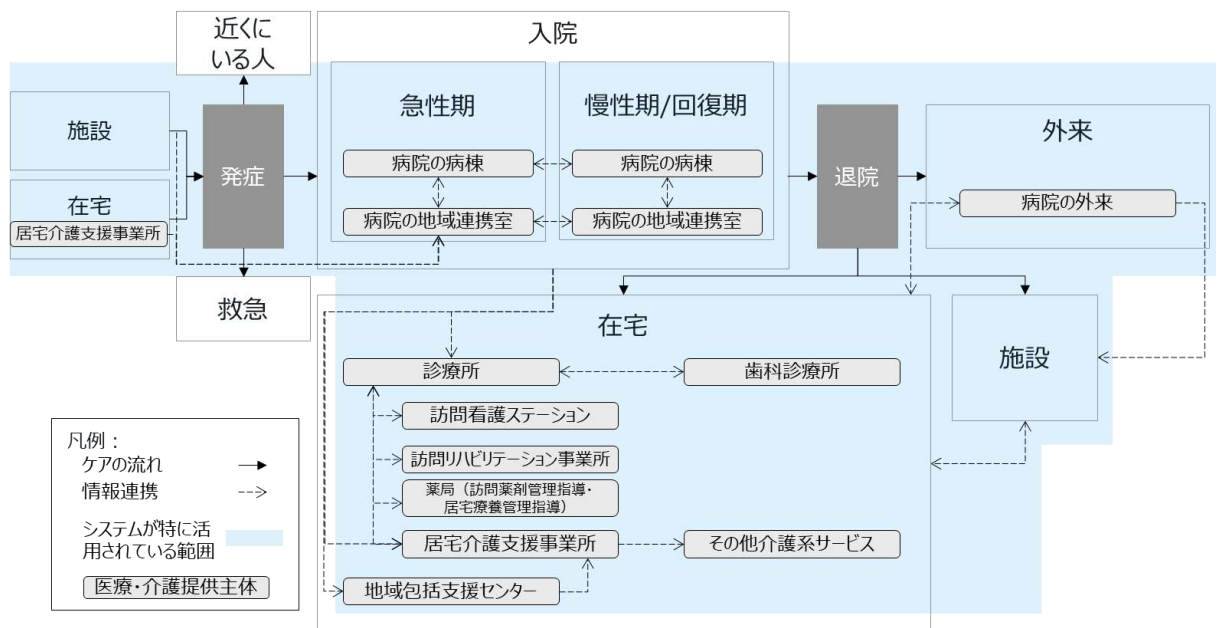
(2) ヒアリングで把握した連携

図表 6-68 ヒアリングで把握した連携



(3) システムが特に活用されている範囲

図表 6-69 システムが特に活用されている範囲



(4) 医療・介護連携システム

図表 6-70 医療・介護連携システム (1)

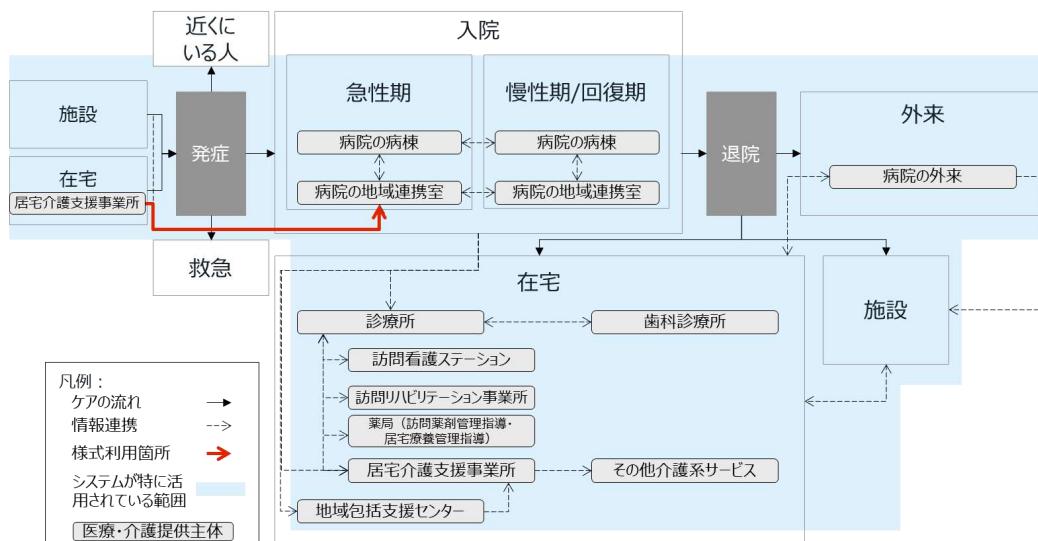
項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
システム名称	・ 電子連絡帳
提供システムベンダ	・ -
利用料	・ -
連携可能な情報	・ テキストメッセージ、画像（写真）、PDF等の添付資料

図表 6-71 医療・介護連携システム (2)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
導入のきっかけ	・従来多用されてきたFAXによる連絡は個人情報保護の面で課題があり、関係者の間で電子連絡帳の方が安全であるとの認識が存在したため、よりセキュアな情報共有手段として導入された。 ・在宅医療センターにおいて在宅患者の日々の状態報告や入院希望の有無などをリアルタイムにやり取りし、日常的な状態把握を行う必要があった。 ・多職種間連携を機動的に行うため、電話やFAXでは難しい写真を用いた相談や、緊急性の低い報告・連絡・相談の効率化を図ることを目的とした。
活用に向けた取り組み	・医師が自らシステムへログインし、退院後の注意点などを直接入力してケアマネジャー等へ共有している点。これにより、医師の具体的な指示が多職種へ速やかに伝達される体制となっている。 ・電子カルテ端末等から電子証明書を用いてログインする運用を徹底し、医療・介護の機密情報を扱うためのセキュリティを確保している。 ・受領情報のPDF化による電子カルテ保存や、必要事項の転記を通じて電子カルテとのデータ連携を行い、システム間で情報が分断されないようにしている。 ・「LINEのようなチャット形式」を採用し、緊急性は低いが共有すべき日常情報（血圧報告、落ち着いている旨の連絡など）を気軽に投稿できる環境を整え、コミュニケーションを促進している。
地域独自の取り組み	・地域の医療・介護関係者が参加し、施設入所時を除いた在宅療養全般で活用 ・特定患者に紐付く医師・看護師・ケアマネジャー等の関係事業所をチームとして登録し、誰か一人が入力すればチーム全員が閲覧・返信できる「多職種チームの自動共有」を行っている ・訪問看護師が褥瘡等の写真を撮影して共有し、医師がそれを踏まえて処置指示を出すなど、視覚情報を用いた具体的な臨床連携が実践されている。 ・地域ならではの課題として、自治体・施設間の境界が連携を阻害している。近隣自治体では別ツールが導入されている場合があり、市外事業所と同一システムで連携できないという「市町村ごとのツールの違い」に起因する地域の壁が存在する。 ・電子連絡帳は主に在宅ケアを対象としているため、患者が施設へ入所すると担当ケアマネジャーがシステムから外れ、施設との連携がFAXや電話へ戻ってしまうなど、施設入所を契機に連携が途絶しやすいという問題がある。

(5) 入院時の様式

図表 6-72 入院時の連携様式（全体像）



図表 6-73 入院時の連携様式等の概要 (1)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 居宅介護支援事業所（ケアマネ）、訪問看護ステーション
受領者	・ 病院（地域連携室、外来、病棟事務等）
連携方法	・ FAXが主流。一部で電子連絡帳への添付
連携される様式等	・ ケアマネサマリー、訪問看護サマリー（事業所独自様式）
重視される情報	・ キーパーソン（家族構成）、入院前のADL、生活様式、受診歴・生活状況（主に自由記述欄に詳細が書かれることが多い。）、ACP（自由記述欄）
連携された情報の活用方法	・ PDF化して電子カルテに保存、または必要な情報を電子カルテに転記 ・ 提供された情報は、院内の事務負担を軽減しつつ、患者・家族へ円滑に対応するために活用されている。 ➢ 受領情報をPDF化して電子カルテに保存する、あるいは必要事項を電子カルテへ直接転記することで、院内で参照可能な形に整理している。また、家族構成など入院時に必要な情報が提供文書に既に記載されている場合は、患者・家族への聞き取りを改めて行わずに省略（スキップ）し、その情報をそのまま利用している。さらに、口頭では把握しにくい生活状況等の詳細を文書で補完し、状況把握を迅速化してケア判断の材料としている。 ➢ 連携手段としては依然としてFAXが主流であるが、個人情報保護の観点から安全性を重視し、一部では電子連絡帳にデータを添付して共有する運用も行われている。

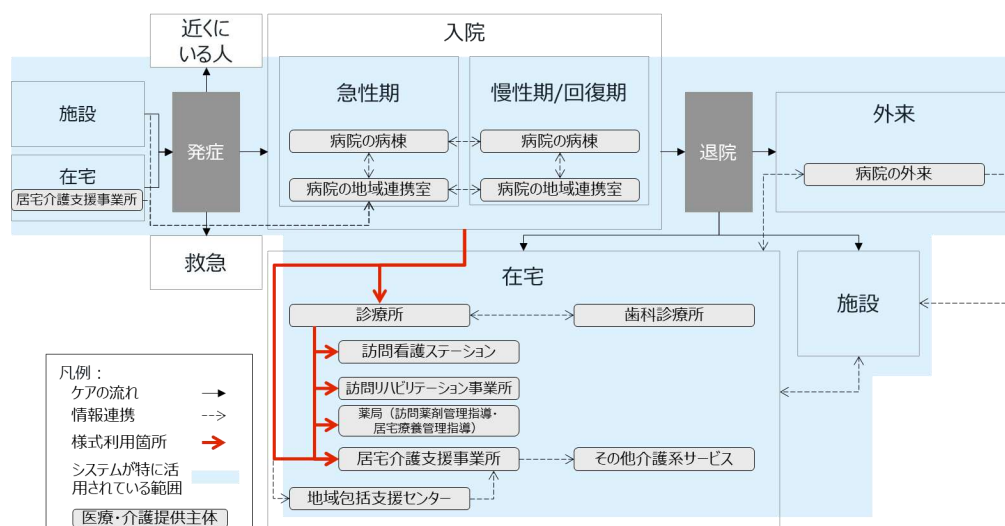
図表 6-74 入院時の連携様式等の概要（2）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
その他	自由記載欄の運用
	・ 受診歴（受診した内容）、生活状況、入院に至った理由などが比較的詳しく書かれる傾向にある。 ・ 意思決定支援であるACP（人生の最終段階における医療・ケアの決定）についても、明確な項目としては整理されていないものの、自由記述の文章内で今後の方針として触れられる場合がある。
	既往歴の記載方針
	・ 既往歴の記載については、特定の統一ルールはなく、各事業所の判断に委ねられている。 ・ 地域内で統一された様式は存在せず、各事業所が独自の様式を使用している。しかし、様式は異なっても記載される情報の内容自体はおおむね共通しており、既往歴もその一部として含まれている。
	現状生じている負担
介護支援専門員以外の情報連携	・ 常総市外の事業所とは別ツールを使わざるを得ない、施設入所時にはシステム連携が途切れてFAX運用へ戻するなど、ツールの不統一（乱立）が非効率を生み、現場負担となっている。 ・ 電子連絡帳利用に必要な電子証明書の発行・設定が円滑に進まず、利用開始までに時間を要するなど、導入時の技術的障壁もあると聞いている。
	留意事項
	・ 事業所により様式がバラバラであり、地域で統一されたものはない ・ システムは情報共有に有用であるものの、緊急性の高い連絡は電話を活用している。

(6) 退院時の様式

① 在宅

図表 6-75 退院時の連携様式（在宅）（全体像）



図表 6-76 退院時の連携（在宅）の概要（1）

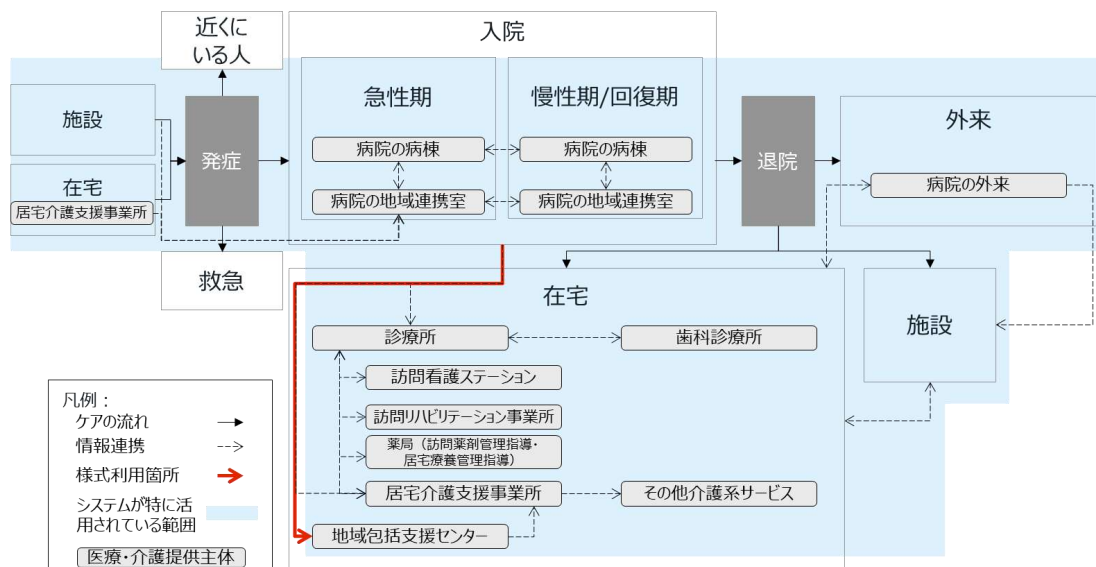
項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院（病棟看護師、リハビリ職、医師）
受領者	・ ケアマネジャー、訪問看護事業所
連携方法	・ 手渡しやFAXが主流。電子連絡帳での指示・報告も併用。全員ではないが、必要に応じて退院時カンファレンスを実施して直接的な調整行われる。
連携される様式等	・ 看護サマリー、リハビリサマリー、診療情報提供書
重視される情報	・ 在宅での生活再開に向けては、入院中の状態変化と退院後の生活を具体化できる情報が特に重視されている。 ➢ リハビリ職によるADL評価（入院中の機能回復状況や動作能力の評価）、医師が判断する退院後の注意点（在宅療養で特に留意すべき事項）、および退院後も継続して必要となる今後の医療ニーズ（必要な医療サービスの内容）が重要項目として挙げられている。

図表 6-77 退院時の連携（在宅）の概要（2）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
連携された情報の活用方法	- 退院時に原本手渡し。ケアマネが早期情報を希望する場合は事前にFAX - 共有された情報は、ケアマネジャーのケアプラン作成に加えて、多職種が同じ情報を前提に具体的なケアを実施するために活用されている。 - 医師が電子連絡帳へ退院後の注意点等を直接入力することで、担当する全事業所（ケアマネジャー、看護師等）がリアルタイムに内容を共有し、指示を確認できる。 - 退院後は、在宅での血圧報告や「落ち着いています」といった日常的な状態共有、褥瘡の写真共有による処置相談など、気軽かつ迅速なコミュニケーションの基盤として機能している。
その他 現状生じている負担	- 電子的連携の対象は主に常総市内の在宅患者に限られ、市外の事業所の場合には、依然としてFAXや電話が連携の中心となっている点が課題である。 - 施設入所となった場合、施設のケアマネが電子連絡帳の枠外となるため連携が途切れる

② 地域包括支援センター

図表 6-78 退院時の連携様式（地域包括支援センター）（全体像）

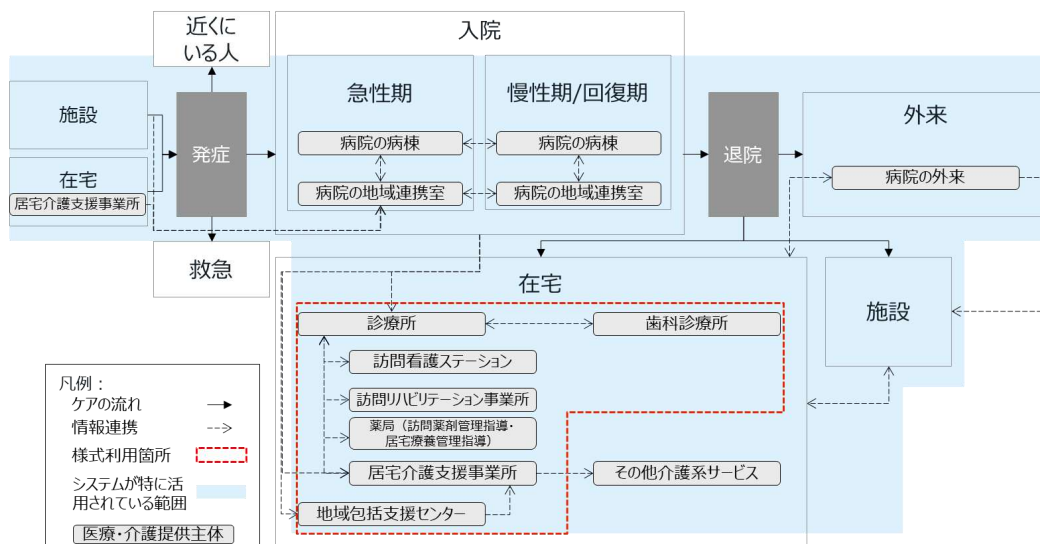


図表 6-79 退院時の連携（地域包括支援センター）の概要（1）

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 病院（地域連携室など）
受領者	・ 地域包括支援センター職員（介護支援専門員）
連携方法	・ 電話、FAX、電子連絡帳
連携される様式等	・ 退院調整に関する情報、サマリー等
重視される情報	・ 在宅復帰に向けた調整事項
連携された情報の活用方法	・ ケア会議（退院時カンファレンス）の実施や調整
その他 現状生じている負担	・ 自治体ごとに導入ツールが異なり、複数のシステムを使い分ける煩雑さがある
利用実績	・ 在宅患者において、緊急性の低い報告や多職種連絡に日常的に活用

(7) 在宅医療・介護事業者間の連携

図表 6-80 在宅医療・介護事業者間との連携（全体像）



図表 6-81 在宅医療・介護事業者間との連携の概要 (1)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
発信者	・ 医師、訪問看護師、ケアマネジャー等
受領者	・ 連携チームに参加している全職種
連携方法	・ 電子連絡帳（チャット形式）、必要に応じて電話
連携される様式等	・ ー

図表 6-82 在宅医療・介護事業者間との連携の概要 (2)

項目	ヒアリング概要 ※末尾は発言者
重視される情報	・ 患者の状態変化（写真付き報告等）、医師の指示
連携された情報の活用方法	・ 日々のケア方針の共有、緊急判断の材料（ただし緊急時は電話を優先）

図表 6-83 在宅医療・介護事業者間との連携の概要 (3)

項目		ヒアリング概要 ※末尾は発言者
その他	ACPの連携	自由記述欄に方針が書かれることがある
	全国医療情報PF活用への示唆	ツールの統一化が必要。事業所や施設、自治体ごとにバラバラな現状の改善が求められている

介護情報基盤を活用した医療介護連携に関する調査研究事業

令和 8 年(2026 年)3 月発行

発行 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-9 JA 共済ビル 9 階
TEL 03-3221-7011(代表) FAX 03-3221-7022

不許複製