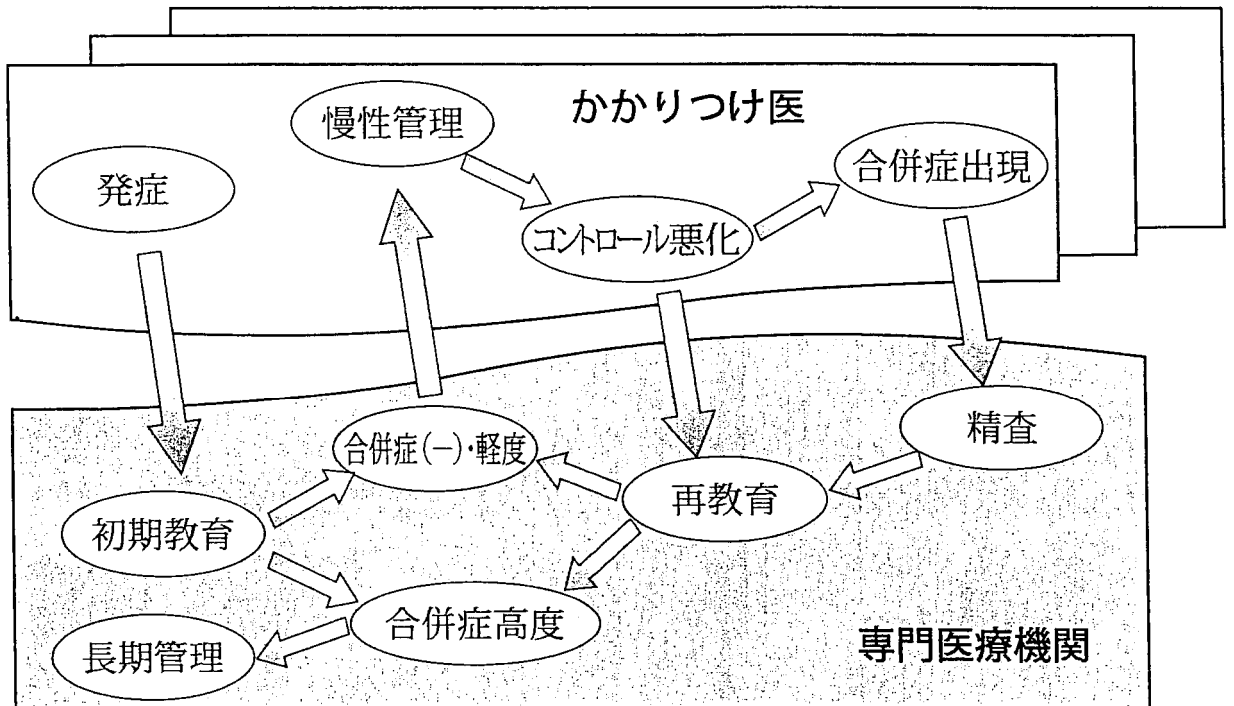


### 糖尿病医療連携システム



## (1) 開発システム (Net4U) の概要

Net4U (ネットフォーユー) は、the New e-teamwork by 4 Units の略で、4 Units とは今回の事業で連携する「病院・診療所・介護福祉施設・検査センター」のことです。また、その読みから、患者 (あなた) の健康のためのネットワークという意味も表現しています。

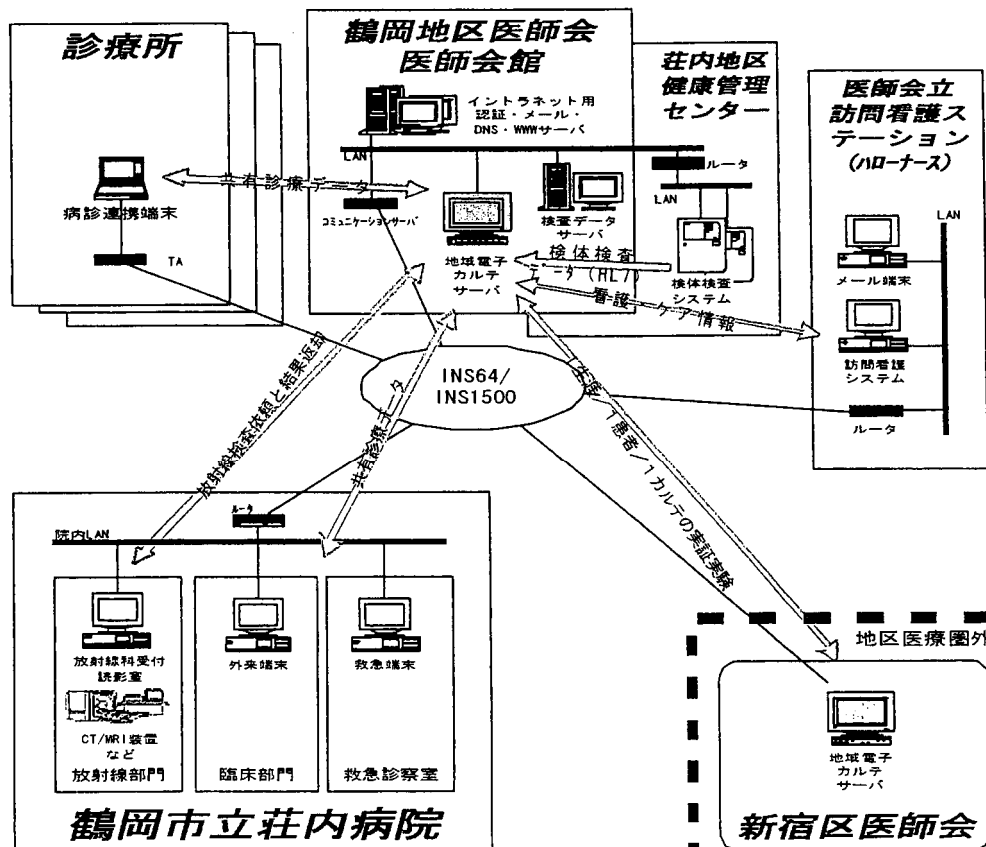
本システムは INS64 回線を利用したイントラネットの下で運用されます。すなわち、医師会館内にアプリケーション、患者データなどを一括して保管する病診連携サーバを設置し、各医療機関はブラウザを用いて電子カルテを利用する ASP 方式です。

診療情報の共有は、患者の同意のもと、患者が通院した医療機関でのみ許可され、それ以外の医療機関では閲覧することはできないしくみとしました。

医師会の検査センターで実施した検体検査データは、自動的に電子カルテに貼り付きます。データは時系列で表示され、任意に選択された項目のグラフ化も可能です。また投与薬剤と検査値の相関をビジュアルに対比しながら閲覧することができる機能も搭載されています。

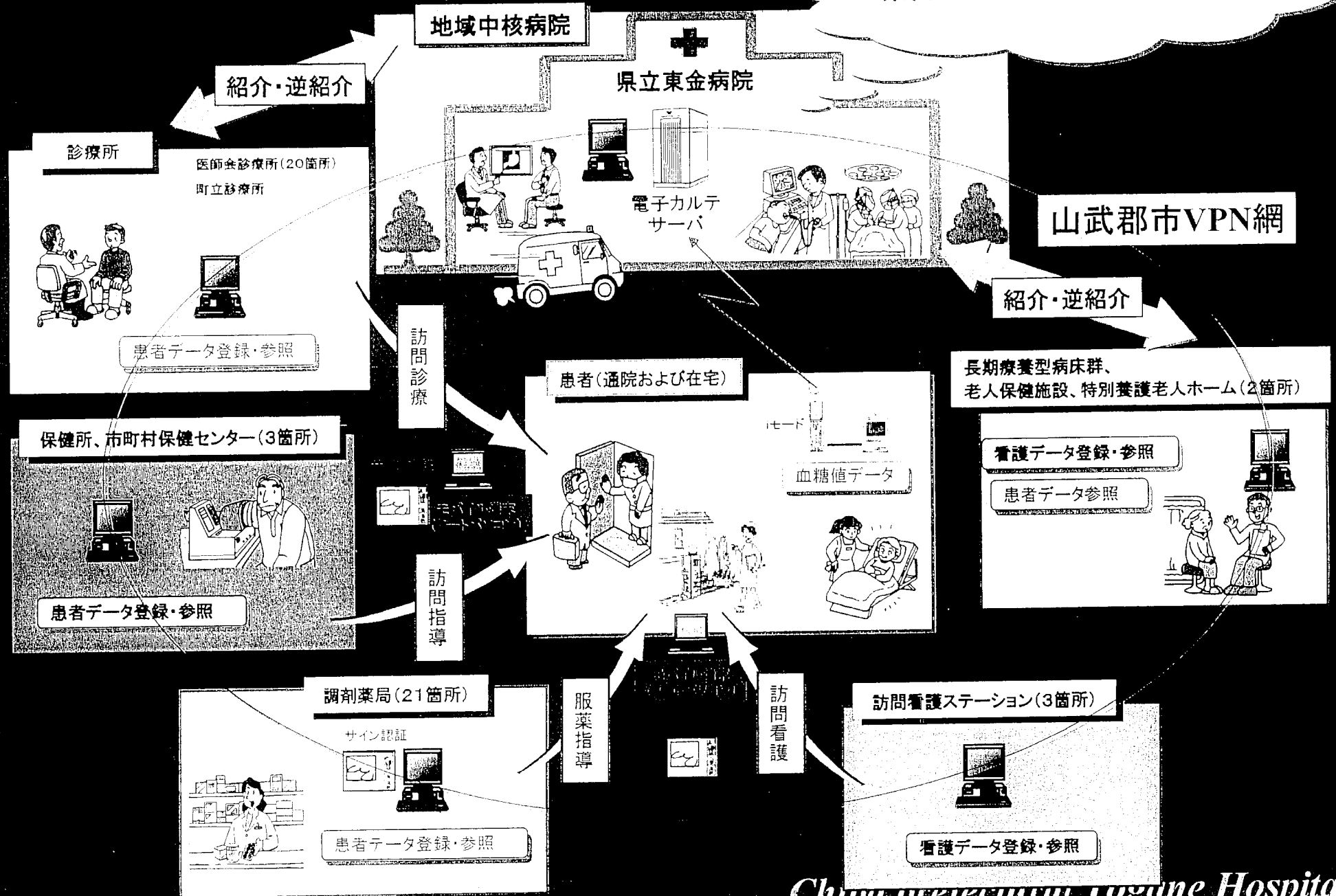
在宅患者はかかりつけ医と訪問看護婦が連携しながらケアしているのが現状です。本システムでは、電子カルテから訪問看護指示書を簡単な操作で送付することを可能としました。また訪問看護婦側からは、訪問看護報告書・計画書などをカルテに貼り付けることができ、かかりつけ医と訪問看護婦とが一緊密な連携のもとより質の高い在宅医療・在宅ケアを提供することができます。

## (2) Net4U の全体構成図



# わかしお医療ネットワーク Ver 2.0 (2003-)

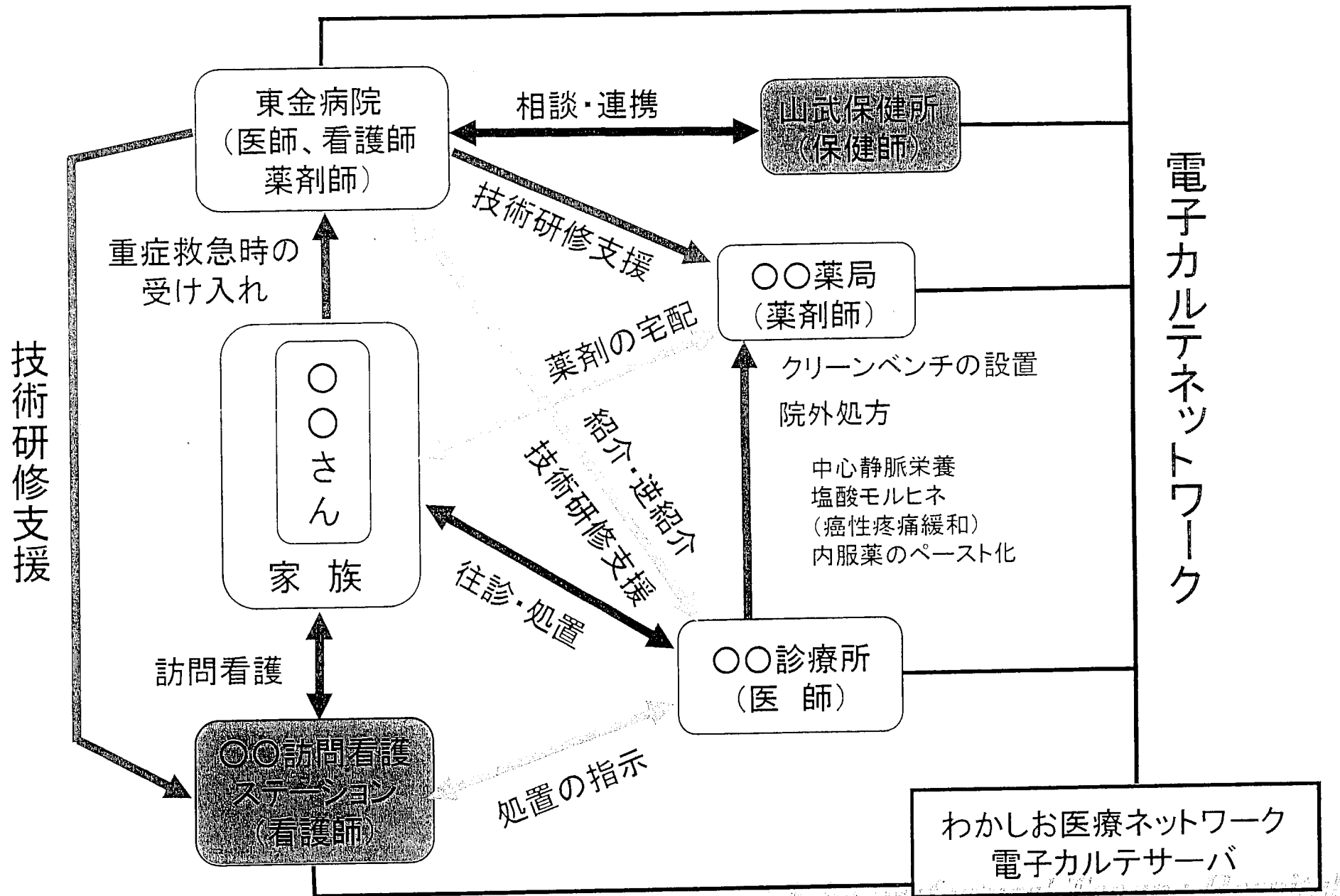
定期的研修会に裏打ちされた  
緊密なヒューマンネットワーク



-27-

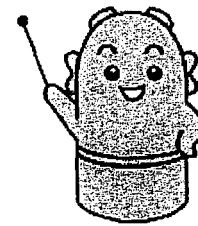
別紙 14

# わかしお医療ネットワークによる在宅ホスピス支援システム －在宅中心静脈栄養療法を中心に－



## (1)開発システム(宮崎健康福祉ネットワーク、通称「はにわネット」)の概要

患者、診療所、病院、薬局、検査センターで利用可能な電子カルテおよび共同利用サーバを開発し、EBMや経営分析の情報収集・活用を実現する全県的でセキュアな健康福祉情報ネットワークを構築します。



「はにわネット」の特徴として、以下の3つを挙げることができます。

- ・二種類の電子カルテの新規開発
- ・セキュアネットワークとアクセス管理機能
- ・システム間連携のオープン化・疎結合化

以下、これらの特徴を含めて、概要を説明します。

診療所外来電子カルテ(以下「ドルフィン電子カルテ」と称します)とWebブラウザで入力参照可能な電子カルテ(以下「Web電子カルテ」と称します)の二種類の電子カルテシステムを開発し、利用者と目的に応じて使い分けます。いずれの電子カルテシステムとも、確定保存時に、文書のアクセス権を設定可能であり、情報の共有範囲を自由に管理可能です。

患者は、Web電子カルテを利用して、自身のカルテを参照し、日々の健康記録を入力します。健康記録は、日常の客観的データを医療機関に提供し、さらに、医療機関と患者のコミュニケーション手段となります。また、Web電子カルテのEBMデータ収集機能を用いることにより、患者へ直接、アンケート形式で調査も可能です。

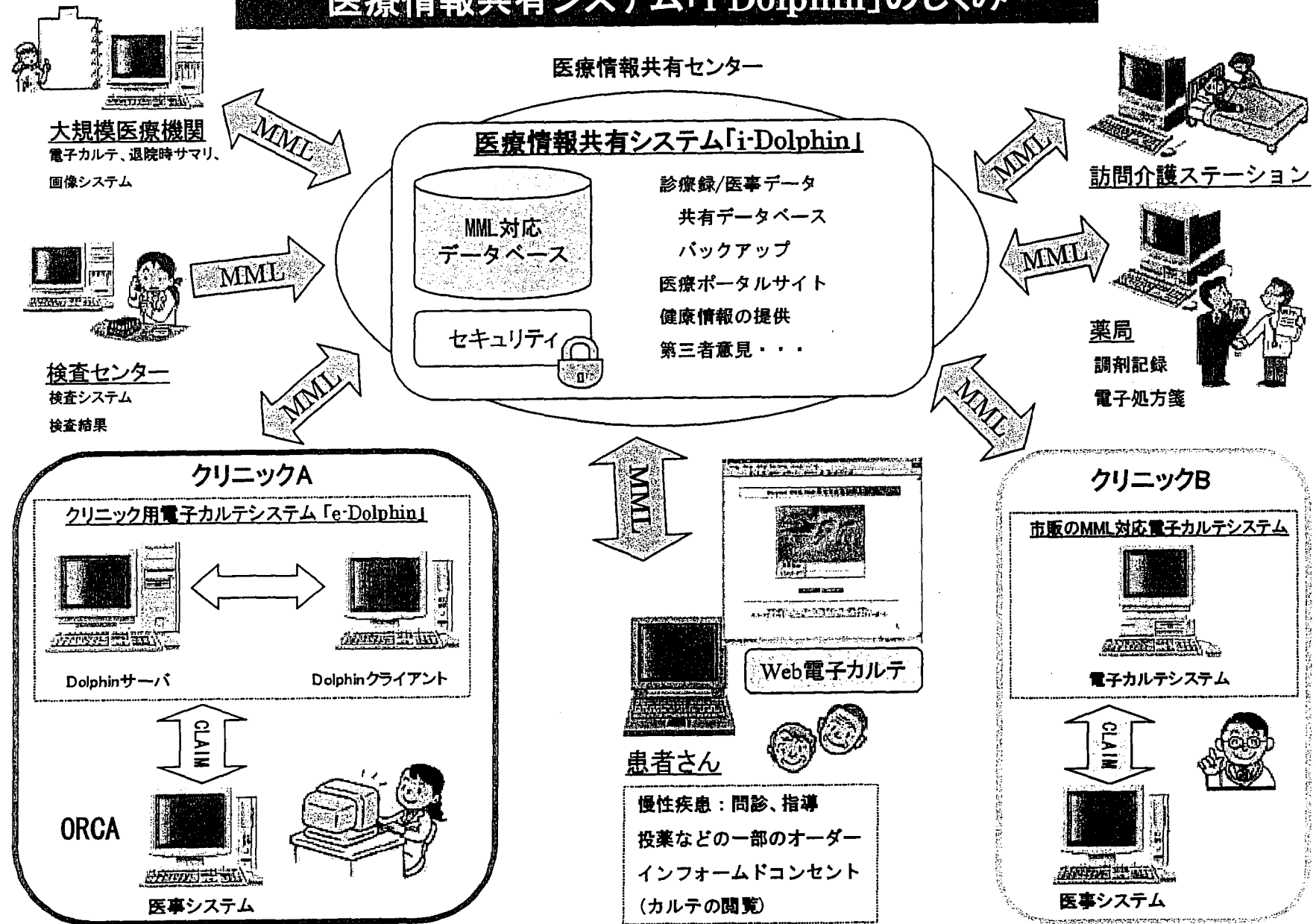
診療所では、ドルフィン電子カルテを用いて、オーダーリングや診療の記録を行います。ドルフィン電子カルテは、CLAIMフォーマットで日本医師会が開発したレセプトコンピュータ(以下「ORCA:仮称」と称します)と接続され、窓口会計処理が行われます。

病院では、ドルフィン電子カルテもしくはWeb電子カルテを用いて、アクセス権のあるカルテを参照し、紹介状(逆紹介状)の入力を行います。

薬局では、Web電子カルテを用いて、院外処方箋を持参した患者のカルテを参照し、服薬状況などを入力します。従来、医薬連携において、薬剤師から医師への情報伝達手段が希薄でしたが、本「はにわネット」は、有効な伝達手段を提供します。

検査センターは、検査結果を迅速に、ネットワークセンター(以下「はにわネットワークセンター」と称します)経由で検査の依頼元の医療機関に送信します。また、検査結果患者i-Mode通知システムにより、患者に検査結果が届いたことを知らせ、患者はWeb電子カルテにより結果を参照できます。

# 医療情報共有システム「i-Dolphin」のしくみ

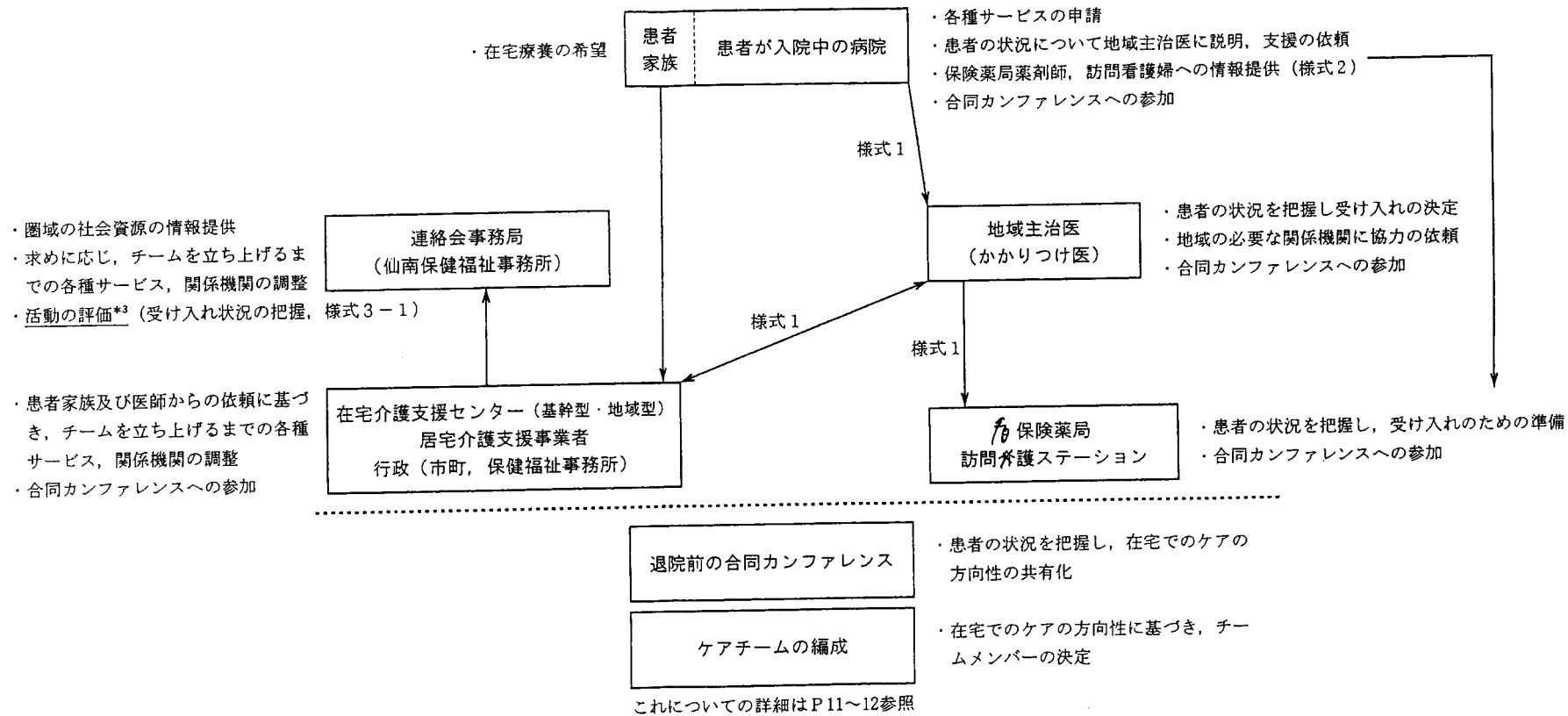


## 2 支援の依頼からケアチーム<sup>\*1</sup>立ち上げまで

(1) ケアチーム立ち上げまでの経過

患者が入院中の病院からの依頼により、関係機関が連絡をとり退院前に合同カンファレンス<sup>\*2</sup>を実施する。そしてそれを受けてケアチームの編成がなされる。

(2) 合同カンファレンスまでの連絡体制及び役割図



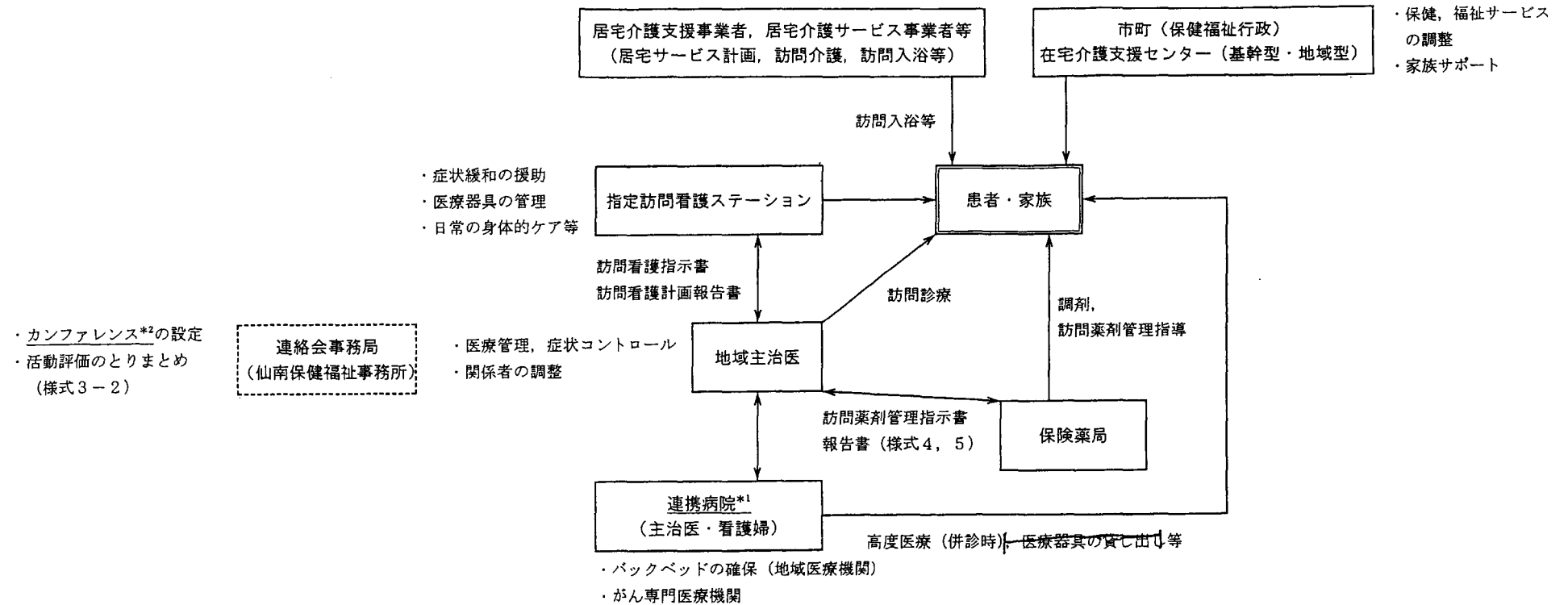
\*1 ケアチーム：当該患者・家族に対し直接ケアを担当する関係者の集まり。地域主治医、訪問看護婦、保険薬局薬剤師、ホームヘルパー等々の関係職種で連携をとりながらケアにあたるチーム。事例毎にチーム編成を行う。

\*2 合同カンファレンス：P10で詳細を説明  
\*3 活動の評価：P16で詳細を説明

### 3 チームでのケア

退院前の合同カンファレンスで関係機関は概ね決まるが、それを受けて、実際にケアにあたるチームメンバーが決定される。各メンバーが担う役割については、以下のとおりである。

#### (1) 患者・家族への支援の概要図



ケアコーディネーター：患者・家族の側に立ったケアの調整を行う。  
誰が担うかは、ケアチームの中で決定していく。

\* 1 連携病院：患者の病状の変化等により、ケアチームでは対応が困難になった時、ケアチームを支援してくれるまたは、入院を含め引き継いで患者をケアしてくれる病院。(がんセンター、地域中核病院、地域の病院が考えられる。)主に退院した病院が想定されるが、在宅ケア開始時に合意されることが望ましい。

\* 2 カンファレンス：チーム内での日常の情報交換の他に、関係者のいずれかが特に必要と認めた時に改めて関係者が一堂に会し行われるカンファレンス。退院前の合同カンファレンスに準じた内容であることが多く、連絡会事務局がセットする。