

日医発第 2020 号(総研)
令和 5 年 1 月 30 日

都道府県医師会長 殿

公益社団法人日本医師会
会長 松本吉郎
(公印省略)

「地域医療情報連携ネットワークに関する調査（2022 年度調査）」への
ご協力をお願い

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は本会会務の運営にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて日本医師会では、2012 年度より継続して地域医療情報連携ネットワーク（地連 NW）の調査を実施し、普及状況や連携状況等の把握につとめております。今年度もこれまで同様に調査を実施することとし、網羅的な検索により抽出した約 350 箇所地連 NW より、インターネットを通じてご回答いただく予定（紙媒体でのご回答も可能）でございます。

今年度調査では、地連 NW の現状把握に加え、全国医療情報プラットフォーム、オンライン資格確認、電子処方箋等への対応や影響、新型コロナ流行下の地連 NW の活用状況などを把握したいと考えています。

本調査の実施にあたり、調査対象の地連 NW には、直接、調査票等を送付いたしますが、ご参考までに調査票等を添付しますので、貴会におかれましても、調査の趣旨をご理解賜り、問い合わせ等がありました際には協力を促していただきますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

謹白

<添付資料>

- ・「地域医療情報連携ネットワークに関する調査（2022 年度調査）」ご協力のご
願い（参考1）
- ・調査票（参考2）

<本件に関するお問い合わせ>

日本医師会総合政策研究機構

Tel 03-3942-7215 / Fax 03-3946-2138

E-mail: watanabe@jmari.med.or.jp

(担当：渡部)

「地域医療情報連携ネットワークに関する調査(2022 年度調査)」
ご協力をお願い

公益社団法人 日本医師会

謹啓 時下、皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日本医師会では、2012 年度より継続して地域医療情報連携ネットワーク(地連 NW)の調査を実施し、普及状況や連携状況等の把握につとめてまいりました。政府が全国医療情報プラットフォームの創設や電子カルテの標準化など医療分野のデジタル・トランスフォーメーション(DX)を推し進める中、貴地連 NW の運営にも様々な影響を受けていることと拝察いたします。

今年度は、地連 NW の現状把握に加え、全国医療情報プラットフォーム、オンライン資格確認、電子処方箋への対応や影響、新型コロナ流行下の地連 NW・多職種連携の活用状況などを把握すること等を目的に調査をいたします。新型コロナへのご対応に忙殺されるなか誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

謹白

記

1. 調査名 「地域医療情報連携ネットワークに関する調査(2022年度調査)」
2. 回答期限 令和5年2月27日(月)
3. 回答方法 Web 調査
4. 問合せ先 調査事務局
株式会社シード・プランニング リサーチ&コンサルティング部内
担当：西田、米谷
〒113-0034 東京都文京区湯島 3-19-11 湯島ファーストビル 4F
TEL：070-7416-1270 (西田直通)、070-7416-1246 (米谷直通)、
03-3835-9211 (代表)
受付時間：10:00～12:00 13:00～17:00 (土日・祝日除く)
FAX：03-3831-0495
E-Mail：renkei@seedplanning.co.jp

※調査にあたりましては、調査事務局(株式会社シード・プランニング)より問い合わせなどをさせていただくことがございますので、予めご了承ください。ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以上

地域医療情報連携ネットワークに関する調査(2022年度調査)

日本医師会総合政策研究機構

1. 調査の目的等

- ・各地の医療情報連携ネットワークを継続的・網羅的に把握し、普及促進の要因や安定した運用に向けた方策等を検討することを調査の目的としております。ご多用のところ誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。
- ・回答結果は、日本医師会総合政策研究機構による「地域医療情報連携ネットワーク」(以下地連 NW)に関する公表物等の資料として使用いたします。

2. 調査で得られた情報の取り扱い

- ・本調査で得られた情報は、本調査の目的以外の用途で使用することはありません。

3. 調査の実施体制

- ・本調査は、日本医師会総合政策研究機構(調査委託会社:株式会社シード・プランニング)が実施します。

4. 調査の回答時点

- ・本調査は、設問文中に特段の指定がない限り、**2023年1月1日時点**の情報をご回答ください。

5. 調査の実施期限

- ・本調査は、**2023年2月27日(月)**までにご回答をお願いします。

地域医療情報連携ネットワーク調査の記入開始

□または○に✓をお願いします。選択肢の□は複数回答可、○は択一です。
前回調査から新規に追加された質問は緑色、数値等の更新をお願いしたい質問はオレンジ色になっております。
この調査に

- (1) 前回ご回答いただいている場合は、内容が記入されていますので、修正・追加がございましたらご記入ください。
- (2) 初めてご回答いただく場合は、新規にご記入をお願いします。

地連 NW 調査の設問(1)～(32)は、医療情報を中心に連携している場合ご記入ください。多職種連携システム調査の設問(33)～(46)は、介護関連施設、在宅医療などでの情報を中心に連携している場合にご記入をお願いします。

貴地連 NW と「全国医療情報プラットフォーム」との連携状況について、教えてください。
 当てはまるものを1つ選択してください。

4	貴地連 NW と「全国医療情報プラットフォーム」との連携状況について、教えてください	<input type="radio"/> 既に連携している <input type="radio"/> 連携を検討している <input type="radio"/> 他の地域で好事例があれば連携・検討したい <input type="radio"/> 連携の検討はしていない <input type="radio"/> 連携する予定はない・行わない
---	--	--

「全国医療情報プラットフォームと地連 NW は併存すべきだと思いますか。
 当てはまるものを1つ選択してください。

5	「全国医療情報プラットフォーム」と地連 NW は併存すべきだと思いますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> いいえ
---	--------------------------------------	--

(3) 患者の同意取得方法について

貴地連 NW では、個人情報保護法や医療 DX の影響を受けて、今後、参加する患者の同意取得方法について、変更しましたか。
 当てはまるものを1つ選択してください。

1	貴地連 NW では、患者の同意取得方法について、変更しましたか	個人情報保護法の影響を受けて	<input type="radio"/> 変更した <input type="radio"/> 変更予定 <input type="radio"/> 検討中 <input type="radio"/> 検討していない <input type="radio"/> 変更する予定はない
		医療 DX の影響を受けて	<input type="radio"/> 変更した <input type="radio"/> 変更予定 <input type="radio"/> 検討中 <input type="radio"/> 検討していない <input type="radio"/> 変更する予定はない

上記設問で「変更した」と回答された方にお尋ねします。
 どのような変更を行ったか具体的に教えてください。(自由記載)

(4) オンライン資格確認

貴地連 NW に参加している医療機関の中で、オンライン資格確認を実施している機関はありますか。
 当てはまるものを1つ選択してください。

1	貴地連 NW に参加している医療機関の中で、オンライン資格確認を実施している医療機関、薬局はありますか	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 把握していない
---	---	---

オンライン資格確認を実施している医療機関、薬局が「ある」と回答された方にお尋ねします。
 オンライン資格確認を実施している参加施設の数について、教えてください。把握している範囲で構いません。

2	実施 施設数	400床以上の病院	()施設
		200以上400床未満の病院	()施設
		200床未満の病院	()施設
		医科診療所(有床)	()施設
		医科診療所(無床)	()施設
		歯科診療所	()施設
		薬局	()施設

地連NWを運営するにあたり、オンライン資格確認が実施されていることにメリットを感じますか。
 当てはまるものを1つ選択してください。

3	地連NWを運営するにあたり、オンライン資格確認が実施されていることにメリットを感じますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> いいえ
---	--	--

オンライン資格確認のどのようなところにメリット・デメリットを感じているか教えてください。(自由記載)

4	メリット	
5	デメリット	

貴地連NWと「オンライン資格確認等システム」との連携状況について、教えてください。
 当てはまるものを1つ選択してください。

6	貴地連NWと「オンライン資格確認等システム」との連携状況について、教えてください	<input type="radio"/> 既に連携している
		<input type="radio"/> 連携を検討している
		<input type="radio"/> 他の地域で好事例があれば連携・検討したい
		<input type="radio"/> 連携の検討はしていない
		<input type="radio"/> 連携する予定はない・行わない

国は、患者の同意を前提として、全国の医療機関で電子カルテ情報を共有する仕組みの検討を進めています。
 本仕組みにより、「オンライン資格確認等システム」のインフラを活用して、3文書6情報を共有することが可能となる見込みです。現在、貴地連NWでは、この3文書・6情報の共有をしていますか。
 当てはまるものをそれぞれ1つ選択してください。

7	3文書	診療情報提供書	<input type="radio"/> 共有している	<input type="radio"/> 共有していない
		退院時サマリー	<input type="radio"/> 共有している	<input type="radio"/> 共有していない
		健康診断結果報告書	<input type="radio"/> 共有している	<input type="radio"/> 共有していない
7	6情報	傷病名	<input type="radio"/> 共有している	<input type="radio"/> 共有していない
		アレルギー情報	<input type="radio"/> 共有している	<input type="radio"/> 共有していない
		感染症情報	<input type="radio"/> 共有している	<input type="radio"/> 共有していない
		薬剤禁忌情報	<input type="radio"/> 共有している	<input type="radio"/> 共有していない
7	6情報	検査情報(救急時に有用な検査、生活習慣病関連の検査)	<input type="radio"/> 共有している	<input type="radio"/> 共有していない
		処方情報	<input type="radio"/> 共有している	<input type="radio"/> 共有していない

(5) 電子処方箋

貴地連 NW に参加している施設の中で、電子処方箋を実施している医療機関、薬局はありますか。
当てはまるものを1つ選択してください。

1	貴地連 NW に参加している施設の中で、電子処方箋を実施している医療機関、薬局はありますか	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 把握していない
---	---	---

電子処方箋を実施している医療機関、薬局が「ある」と回答された方にお尋ねします。
電子処方箋を実施している参加施設の数について、教えてください。把握している範囲で構いません。

2	実施 施設数	400 床以上の病院	()施設
		200 以上 400 床未満の病院	()施設
		200 床未満の病院	()施設
		医科診療所(有床)	()施設
		医科診療所(無床)	()施設
		歯科診療所	()施設
		薬局	()施設

地連 NW を運営するにあたり、電子処方箋が実施されていることにメリットを感じますか。
当てはまるものを1つ選択してください。

3	地連 NW を運営するにあたり、電子処方箋が実施されていることにメリットを感じますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> いいえ
---	--	--

電子処方箋のどのようなところにメリット・デメリットを感じているか教えてください。(自由記載)

4	メリット	
5	デメリット	

貴地連 NW と「電子処方箋管理サービス」との連携状況について、教えてください。
当てはまるものを1つ選択してください。

6	貴地連 NW と「電子処方箋管理サービス」との連携状況について、教えてください	<input type="radio"/> 既に連携している
		<input type="radio"/> 連携を検討している
		<input type="radio"/> 他の地域で好事例があれば連携・検討したい
		<input type="radio"/> 連携の検討はしていない
		<input type="radio"/> 連携する予定はない・行わない

(6) かかりつけ医機能について

貴地連 NW では、他の医療機関との連携を通じて「地域における面としてのかかりつけ医機能」を発揮できていると思いますか。当てはまるものを1つ選択してください。

1	貴地連 NW では、他の医療機関との連携を通じて「地域における面としてのかかりつけ医機能」を発揮できていると思いますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> いいえ
---	---	--

上記設問で、「はい」と回答された方にお尋ねします。かかりつけ医機能を担う診療所や地域型病院等と、どのような方法で機能分化・機能連携を実現していますか。

次のうち、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

紹介状・逆紹介状を患者経由でやり取りしている	<input type="checkbox"/>
電話・メール・FAX 等でやり取りをしている	<input type="checkbox"/>
LINE 等の SNS(ソーシャルネットワークサービス)を利用している	<input type="checkbox"/>
多職種連携システムを利用している	<input type="checkbox"/>
地連 NW を利用している	<input type="checkbox"/>
その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

**以下の項目は、前回の調査内容から更新になっていると想定される設問になります。
更新箇所がございましたら、引き続きご協力をお願いします。**

(7) 参加施設数と参加患者数

貴地連 NW に参加している参加施設数、参加患者数をご記入ください。(該当しない項目は、「0」ゼロをご記入ください)

1	参加施設数	病院	参加中の施設数	()施設
		内科診療所	参加中の施設数	()施設
		歯科診療所	参加中の施設数	()施設
		薬局	参加中の施設数	()施設
		介護施設	参加中の施設数	()施設
		その他(具体的に: _____)	参加中の施設数	()施設
2	参加患者数(実績数)	登録患者数	()人	
		参加同意書の取得済み患者数	()人	

(8) 地連 NW の利用状況

登録患者について、ご記入ください。

1	毎月、新規登録患者がいますか	<input type="radio"/> はい(月平均新規登録患者数 _____ 人) <input type="radio"/> いいえ
---	----------------	---

(9) 構築・更新(累計)費用

今までに構築・更新に要した費用をご記入ください。

1	構築・更新費用(累計)	_____ 千円
---	-------------	----------

(10)運営予算

今年度(2022年度)の運営予算合計(構築・改修・保守・運営費など)をご記入ください。

1	今年度(2022年度)運営予算合計	千円
---	-------------------	----

来年度(2023年度)に計画されている運営予算合計(構築・改修・保守・運営費など)をご記入ください。

2	来年度(2023年度)運営予算合計	千円
---	-------------------	----

(11)厚生労働省 患者等参加者への同意取得方法事例

2020年3月31日に厚生労働省から出された事務連絡「地域医療情報連携ネットワークにおける同意取得方法の例について」を知っていますか。当てはまるものを1つ選択してください。

1	同意取得方法に関する上記の事務連絡を知っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
---	---------------------------	--------------------------	---------------------------

上記事務連絡では、同意取得方法の例において、各参加医療機関は院内掲示等により、診療情報の利用目的などを明示する事。それに加えて、患者の受診時に他の参加医療機関から診療情報を取得する事について、口頭で同意を得て、同意を得た旨を記録する事などが示されています。

上記の同意取得方法について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	上記の同意取得方法について当てはまるものを選択してください	よい同意取得方法だと思う	<input type="checkbox"/>
		よい同意取得方法だとは思わない	<input type="checkbox"/>
		簡単な同意取得方法だと思う	<input type="checkbox"/>
		難しい同意取得方法だと思う	<input type="checkbox"/>
		同意取得方法は、事例のように全国的に統一すべきと考える	<input type="checkbox"/>
		同意取得方法は、各地連 NW で個別に決めるべきと考える	<input type="checkbox"/>

地連 NW における同意取得方法の例について、当てはまるものを1つ選択してください。

3	厚生労働省の上記事務連絡において例示された同意取得方法で同意取得を行っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
---	--	--------------------------	---------------------------

(12)マイナポータルについて

貴地連 NW とマイナポータルとの連携について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	貴地連 NW では、マイナポータルとの連携を検討していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
---	--------------------------------	--------------------------	---------------------------

貴地連 NW とマイナポータル API 連携について、当てはまるものを1つ選択してください。

2	マイナポータル API 仕様書を入手していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
---	--------------------------	--------------------------	---------------------------

※マイナポータル API 仕様書 <https://myna.go.jp/html/api/index.html>

(13)HL7 FHIR について

厚生労働省では、医療機関や地連 NW での医療情報データ連携を次世代標準フレームワークとされる HL7 FHIR に統一していきたいと発表しています。HL7 FHIR について、お尋ねします。

※HL7 FHIR「文書情報(3 文書)及び電子カルテ情報(6情報)の取扱について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001016921.pdf>

HL7 FHIR の認知度について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	HL7 FHIR について、どの程度知っていますか	<input type="radio"/> 知っている、内容も十分理解している <input type="radio"/> 知っているが、内容は深く理解していない <input type="radio"/> 名前を知っている程度 <input type="radio"/> 知らなかった
---	---------------------------	--

貴地連 NW での HL7 FHIR の利用について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	貴地連 NW での HL7FHIR の利用について、どのようにお考えですか	関心なし	<input type="checkbox"/>
		利用する予定はない	<input type="checkbox"/>
		今後検討したい	<input type="checkbox"/>
		役に立つなら利用したい	<input type="checkbox"/>
		補助金の助成があるなら利用したい	<input type="checkbox"/>
		導入時の手間、労力が少なければ利用したい	<input type="checkbox"/>
		既に利用済み	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>

貴地連 NW への HL7 FHIR 導入について、ご意見や課題を把握したいので、システム担当者・システム運営会社(ベンダー等)にご確認のうえ、教えてください。(自由記載)

厚生労働省より、電子カルテ情報等の標準化に期待される効果として次の項目が示されておりますが (<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000685281.pdf>) 地連 NW として期待する効果を選択してください。

(複数選択可)

国民	スマホ等で自らの医療情報を把握でき、持ち運び可能	<input type="checkbox"/>
	通院を要せず、タイムリーに検査結果等を把握	<input type="checkbox"/>
医療機関	より正確な患者への問診を効率的に実施	<input type="checkbox"/>
	日常的な文書(診療情報提供書等)を自動的に作成可能	<input type="checkbox"/>
	他の医療機関の診療情報提供書等の取込作業が不要	<input type="checkbox"/>
	システム関係経費の節約、診療所でも安価なクラウド版電子カルテを導入	<input type="checkbox"/>
	データの利活用(二次利用)への貢献	<input type="checkbox"/>
保険者	重複検査の防止等、医療費の適正化	<input type="checkbox"/>
	特定健診(40 歳以上 年1回)に加え、診療情報(検査結果等)を活用した保険指導	<input type="checkbox"/>
ベンダー	計画的かつ効率的なシステム開発が可能	<input type="checkbox"/>
	カスタムオーダー対応からの解放(SE人材の有効活用)	<input type="checkbox"/>

(14)PHR について

PHR(パーソナル・ヘルス・レコード)*について、当てはまるものを1つ選択してください。

※PHR とは個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組みを指します。(https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000639832.pdf)

1	貴地連 NW は PHR に対応していますか	○はい ○いいえ ○把握していない
---	------------------------	-------------------------

PHR に対応していると回答された方にお尋ねします。PHR に対応しているデータ項目について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	PHR に対応している項目	生活習慣病自己管理項目	□
		予防接種	□
		母子保健	□
		学校保健	□
		健康診断結果	□
		検査結果	□
		処方	□
		服薬歴	□
		歯科診療	□
		バイタル情報	□
		その他(具体的に: _____)	□

PHR のデータ取得方法について、おたずねします。PHR のデータは、どのようなシステムを利用して、どのように集めていますか。ご記入ください。(自由記載)

例 1: 地連 NW に連携している診療所の電子カルテから必要な項目を PHR 情報として取得している

例 2: アップルウォッチ等のウェアラブル端末から健診データを PHR 情報として取得している

(15)新型コロナウイルス感染症について

新型コロナウイルス感染症の影響について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	新型コロナウイルス感染症拡大により、貴地連 NW に影響や変化はありましたか	○あった ○なかった
---	--	---------------

上記設問で、「あった」と回答された方にお尋ねします。貴地連 NW にどのような影響や変化がありましたか。次のうち、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	新型コロナウイルス感染症拡大により、貴地連 NW の使用状況や活用方法にどのような影響や変化がありましたか	地連 NW に登録する患者が、増えた	<input type="checkbox"/>
		地連 NW に登録する患者が、減った	<input type="checkbox"/>
		地連 NW に登録する施設が、増えた (病院、診療所、薬局、介護施設等)	<input type="checkbox"/>
		地連 NW に登録する施設が、減った (病院、診療所、薬局、介護施設等)	<input type="checkbox"/>
		地連 NW を使用する機会が、増えた	<input type="checkbox"/>
		地連 NW を使用する機会が、減った	<input type="checkbox"/>
		地連 NW に参加する施設間同士のコミュニケーションが、増えた	<input type="checkbox"/>
		地連 NW に参加する施設間同士のコミュニケーションが、減った	<input type="checkbox"/>
		地連 NW に参加する施設間で感染症対策について議論した	<input type="checkbox"/>
		感染症対策等についての勉強会などの機会が、増えた	<input type="checkbox"/>
		感染症対策等についての勉強会などの機会が、減った	<input type="checkbox"/>
その他(具体的に: _____)		<input type="checkbox"/>	

新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延時に、地連 NW が役に立つと思いますか。当てはまるものを1つ選択してください。

3	新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延時に地連 NW が役に立つと思いますか	<input type="radio"/> 役立つと思う <input type="radio"/> まあまあ役立つと思う <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> あまり役立たないと思う <input type="radio"/> 役立たないと思う <input type="radio"/> わからない
---	--	---

新型コロナウイルス感染症拡大以降(2020年3月以降)、本感染症に関して貴地連 NW を活用した事例があればご記入ください。(自由記載)

具体例:

新型コロナウイルス感染症拡大以降(2020年3月以降)、本感染症に関して貴多職種連携システムを活用した事例があればご記入ください。(自由記載)

具体例:

以下の項目は、前回の調査内容から更新がある場合のみお願いします。
更新箇所がございましたら、引き続きご協力をお願いします。

(16) 運営主体

運営主体について、ご記入ください。(実施予定を含む)

1	運営主体名	
2	運営主体区分	○病院 ○医師会 ○一般社団法人 ○一般財団法人 ○NPO ○行政 ○企業 ○その他(具体的に:)
3	連絡先	郵便番号 (〒 —)
		住所
		電話
		担当者所属
		担当者氏名
		担当者 Eメールアドレス

(17) 運営主体 2(共同形態等で運営主体が複数ある場合のみ)

運営主体が複数ある場合にのみ、ご記入ください。(実施予定を含む)

1	運営主体名	
2	運営主体区分	○病院 ○医師会 ○一般社団法人 ○一般財団法人 ○NPO ○行政 ○企業 ○その他(具体的に:)
3	連絡先	郵便番号 (〒 —)
		住所
		電話
		担当者所属
		担当者氏名
		担当者 Eメールアドレス

(18) 自治体の運営への参画

自治体の参画状況について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	自治体の参画状況	○運営主体として参画	○運営主体の協議会メンバーとして参画
		○その他の形で参画	○参画していない
		上記で「その他の形で参画」を選択された方は、その内容をご記入ください	(具体的に:)

(19)運営主体の運営人数

運営している運営主体の人数をご記入ください。

1	運営主体の運営人数	専任の人数	人
		兼任の人数	人

(20)実施目的・効果

実施目的について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可、実施予定を含む)

1	実施目的	提供体制に関する実施目的	医師・看護師等の確保対策	<input type="checkbox"/>
			医師資源不足対策	<input type="checkbox"/>
			介護資源不足対策	<input type="checkbox"/>
			救急医療対策	<input type="checkbox"/>
			周産期医療対策	<input type="checkbox"/>
			へき地医療対策	<input type="checkbox"/>
			小児医療対策	<input type="checkbox"/>
			災害医療対策	<input type="checkbox"/>
			医療連携	<input type="checkbox"/>
			在宅医療対策	<input type="checkbox"/>
			医師の偏在対策	<input type="checkbox"/>
			医師の負担軽減	<input type="checkbox"/>
			看護職の負担軽減	<input type="checkbox"/>
			介護職の負担軽減	<input type="checkbox"/>
			薬剤師の負担軽減	<input type="checkbox"/>
			その他コメディカル(放射線技師、臨床検査技師、リハビリ等)の負担軽減	<input type="checkbox"/>
		事務職の負担軽減	<input type="checkbox"/>	
		疾病に関する実施目的	がん対策	<input type="checkbox"/>
			脳卒中対策	<input type="checkbox"/>
			急性心筋梗塞対策	<input type="checkbox"/>
			糖尿病対策	<input type="checkbox"/>
			精神疾患対策	<input type="checkbox"/>
		予防に関する実施目的	疾病予防	<input type="checkbox"/>
			疾病管理	<input type="checkbox"/>
健康管理	<input type="checkbox"/>			
その他(具体的に:)			<input type="checkbox"/>	

実施目的の達成度合いについて、それぞれ当てはまるものを1つ選択してください。
前頁(20)の1で目的として選択した項目以外についてもご回答ください。

			とても達成されている	やや達成されている	どちらともいえない	あまり達成されていない	全く達成されていない	
2	実施目的の達成度合い	提供体制に関する実施目的の達成度合い	医師・看護師等の確保対策	○	○	○	○	○
			医師資源不足対策	○	○	○	○	○
			介護資源不足対策	○	○	○	○	○
			救急医療対策	○	○	○	○	○
			周産期医療対策	○	○	○	○	○
			へき地医療対策	○	○	○	○	○
			小児医療対策	○	○	○	○	○
			災害医療対策	○	○	○	○	○
			医療連携	○	○	○	○	○
			在宅医療対策	○	○	○	○	○
			医師の偏在対策	○	○	○	○	○
			医師の負担軽減	○	○	○	○	○
			看護職の負担軽減	○	○	○	○	○
			介護職の負担軽減	○	○	○	○	○
			薬剤師の負担軽減	○	○	○	○	○
			その他コメディカル(放射線技師、臨床検査技師、リハビリ等)の負担軽減	○	○	○	○	○
		事務職の負担軽減	○	○	○	○	○	
		疾病に関する実施目的の達成度合い	がん対策	○	○	○	○	○
			脳卒中対策	○	○	○	○	○
			急性心筋梗塞対策	○	○	○	○	○
			糖尿病対策	○	○	○	○	○
		予防に関する実施目的の達成度合い	精神疾患対策	○	○	○	○	○
			疾病予防	○	○	○	○	○
			疾病管理	○	○	○	○	○
		健康管理		○	○	○	○	○
		その他(具体的に:)		○	○	○	○	○

実施目的の達成度合いの満足度について、当てはまるものを1つ選択してください。

3	実施目的の達成度合いについて、満足していますか	<input type="radio"/> 満足している <input type="radio"/> やや満足している <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> やや満足していない <input type="radio"/> 満足していない
---	-------------------------	---

効果について、当てはまるものを1つ選択してください。

4	効果	患者サービスが向上した	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし	
		患者の負担が軽減した	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし	
		医療機関間で機能分化が進んだ	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし	
		医療機関間の知識やノウハウの伝達習得が進んだ	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし	
		医療機関間の人的ネットワークが進んだ	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし	
		医師の偏在を補う効果があった	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし	
		患者紹介の円滑化が進んだ	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし	
		診療所にとって地域中核病院のサポートが受けられるようになった	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし	
		地域中核病院にとって診療所の支援が受けられるようになった	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし	
		業務の効率化	業務全般の負担軽減	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし
			医師の負担軽減	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし
			看護職の負担軽減	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし
			介護職の負担軽減	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし
			薬剤師の負担軽減	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし
			その他コメディカル (放射線技師、臨床検査技師、リハビリ等)の負担軽減	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし
事務職の負担軽減	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし			
従事者間の連携が向上した	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし			
その他 (具体的に:)	○効果あり ○どちらとも言えない ○効果なし			

効果を把握する指標について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

5	効果を把握する指標	参加施設数	<input type="checkbox"/>
		登録患者数	<input type="checkbox"/>
		同意者数	<input type="checkbox"/>
		ユーザのログイン回数	<input type="checkbox"/>
		ユーザのアクセス回数	<input type="checkbox"/>
		一定期間のアクティブユーザ数	<input type="checkbox"/>
		データ参照回数	<input type="checkbox"/>
		蓄積データ件数	<input type="checkbox"/>
		疑義照会率	<input type="checkbox"/>
		紹介・逆紹介の回数	<input type="checkbox"/>
		検査・画像情報提供加算や電子的診療情報評価料の算定回数	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>

(21) 施設の参加方式

参加する施設の参加方式について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	医療機関等(病院、 医科診療所、 歯科診療所、薬局)	地域全体で参加(地域全体の施設の参加を目指している)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし
		施設毎の参加判断(施設毎の参加判断を前提とした 手上げ方式)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし
		その他の方式 (具体的に:)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし
2	介護施設、その他施設	地域全体で参加(地域全体の施設の参加を目指している)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし
		施設毎の参加判断(施設毎の参加判断を前提とした 手上げ方式)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし
		その他の方式 (具体的に:)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし

(22) 患者の同意取得の詳細

参加する患者の同意方法について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	患者	参加施設すべての情報連携に一括同意(患者の同意があれば、参加施設すべてで連携する方式)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし
		施設毎に情報連携の可否を指定(参加施設リスト等で、患者が連絡先をいくつでも指定する方式)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし
		すべての施設毎に同意を得る(患者が受診する施設毎に同意を取る方式)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし
		連携するすべての医師毎に同意を得る(患者が受診する医師毎に同意を得る方式)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし
		その他の方式(具体的に:)	<input type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 実施なし

同意取得方法について、当てはまるものを1つ選択してください(複数の同意取得方法がある場合、主要なものを1つ)。

2	患者からどのように同意を取得していますか	新規の患者からの同意取得方法	○同意書による取得 ○口頭による了承 ○掲示板、ホームページ等による周知(黙示同意) ○その他(具体的に:)
3		患者が同意の撤回(脱退)する場合の確認方法	○同意書による取得 ○口頭による了承 ○その他(具体的に:)

上記「1.患者」の項目で、「施設毎に情報連携の可否を指定(参加施設リスト等で、患者が連絡先をいくつでも指定する方式)」に「実施中」を選択した方におたずねします。

当てはまるものを1つ選択してください(複数の場合、主要なものを1つ)。

4	患者が情報連携先を指定した後新たに参加施設が増えた場合、新たな連携先の同意取得方法について、教えてください	新たな連携先の同意取得方法	○連携先追加の同意書による取得 ○連携先追加の口頭による了承 ○掲示板、ホームページ等による連携先追加の周知(黙示同意) ○その他(具体的に:)
---	---	---------------	--

地域連携における個人情報の共同利用について、当てはまるものを1つ選択してください。

※共同利用とは、個別同意の取得を行わず、利用目的や範囲を明確化し、地連 NW の参加機関を第三者とせず、個人情報を共同で利用することを指します。

5	貴地連 NW では、参加している医療機関について、個別の同意の取得を行わず、参加機関間で個人情報の「共同利用」をしていますか	○はい ○いいえ ○把握していない
---	--	-------------------

(23)システムについて

使用しているシステムについて、当てはまるものを1つ選択してください。

(不明な場合は、システム担当者におたずねください)

1	使用しているシステム	HumanBridge(富士通)	○実施中 ○実施なし
		ID-Link(NEC・SEC)	○実施中 ○実施なし
		光タイムライン(NTT 東日本)	○実施中 ○実施なし
		PrimeArch(SBS 情報システム)	○実施中 ○実施なし
		HARMONYsuite(電算)	○実施中 ○実施なし
		STELLAR NET(アストロステージ)	○実施中 ○実施なし
		Net4U(ストローハット)	○実施中 ○実施なし
		その他(独自システム含む) ※システム名称がある場合は記載をお願いします。 (具体的に:)	○実施中 ○実施なし

(24) サービス等

提供しているサービスについて、当てはまるものを1つ選択してください。

1	疾病 (連携パス)	大腿骨頸部骨折	○実施中 ○実施なし ○実施予定	
		脳血管障害	○実施中 ○実施なし ○実施予定	
		心臓疾患	○実施中 ○実施なし ○実施予定	
		胃・大腸がん	○実施中 ○実施なし ○実施予定	
		その他のがん	○実施中 ○実施なし ○実施予定	
		肝炎	○実施中 ○実施なし ○実施予定	
		糖尿病	○実施中 ○実施なし ○実施予定	
		認知症	○実施中 ○実施なし ○実施予定	
		その他(具体的に:)	○実施中 ○実施なし ○実施予定	
2	サービス	インフラ 整備	セキュリティ対策(アンチウイルス機能)	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			セキュリティ対策 (ネットワークのセキュリティ監視)	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			医療従事者用モバイル対応	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			セキュアメール	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			SNS(ソーシャルネットワークサービス)	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			空床情報	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			掲示板・メルマガなど	○実施中 ○実施なし ○実施予定
		情報の 連携	診療情報の連携	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			画像情報の連携	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			健診情報の連携	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			検査機関の連携	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			医療介護連携	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			在宅医療連携	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			電子紹介状	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			診療・検査予約	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			電子処方箋(実証等)	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			電子クリニカルパス	○実施中 ○実施なし ○実施予定
		遠隔医療	DtoD	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			DtoP	○実施中 ○実施なし ○実施予定
		患者向け サービス	患者用 ID カードの発行	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			電子版おくすり手帳	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			電子版疾病管理手帳	○実施中 ○実施なし ○実施予定
			患者による自己管理システム	○実施中 ○実施なし ○実施予定

(25)ビデオ通話機能・TV・WEB 会議システムの使用実績

ビデオ通話機能・TV・WEB 会議システムの使用について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	ビデオ通話機能・TV・WEB 会議システムを使用していますか	○はい ○いいえ ○把握していない
---	--------------------------------	-------------------------

上記設問で「はい」と回答された方にお尋ねします。

どのような場面で使用しているか、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	どのような場面で 使用していますか	運営母体内の定例会	<input type="checkbox"/>
		参加施設との事務連絡	<input type="checkbox"/>
		症例検討会	<input type="checkbox"/>
		退院・退所カンファレンス	<input type="checkbox"/>
		オンライン診療	<input type="checkbox"/>
		教育・セミナー	<input type="checkbox"/>
		地域ケア会議	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

(26)情報の出力・取得方法

情報の出力・取得方法について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	情報の出力・ 取得方法	病院の電子カルテのデータをもとに SS-MIX2 に変換し出力	○実施中 ○実施なし
		病院の電子レセプトデータを SS-MIX2 に変換し出力	○実施中 ○実施なし
		病院内に SS-MIX2 ストレージがあり、そこから SS-MIX2 を出力	○実施中 ○実施なし
		病院内のデータウェアハウスのデータを SS-MIX2 に変換し出力	○実施中 ○実施なし
		病院(画像システム)より取得	○実施中 ○実施なし
		病院(調剤システム)より取得	○実施中 ○実施なし
		医科診療所の電子カルテのデータをもとに SS-MIX2 に変換し出力	○実施中 ○実施なし
		医科診療所のレセプトデータを SS-MIX2 に変換し出力	○実施中 ○実施なし
		医科診療所(CSV→SS-MIX2 変換)より取得	○実施中 ○実施なし
		医科診療所(日医標準レセプトソフト:ORCA)より取得	○実施中 ○実施なし
		歯科診療所(電子カルテ)より取得	○実施中 ○実施なし
		歯科診療所(レセコン)より取得	○実施中 ○実施なし
		薬局(調剤レセコン)より取得	○実施中 ○実施なし
		検査センター(検査システム)より取得	○実施中 ○実施なし
		その他(具体的に: _____)	○実施中 ○実施なし

(27)運用管理

運用管理について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	運用管理	運用管理規程等の整備	個人情報保護方針の制定	○実施中 ○実施なし
			セキュリティポリシーの制定	○実施中 ○実施なし
			運用管理規定の制定	○実施中 ○実施なし
			操作マニュアルの整備	○実施中 ○実施なし
			障害・災害時の対応規定の制定	○実施中 ○実施なし
			事業継続計画(BCP)の制定	○実施中 ○実施なし
	安全管理	定期的な監査もしくは確認等(規程等が遵守されているか)	○実施中 ○実施なし	
		定期的な運用管理規定等の見直し	○実施中 ○実施なし	
		従事者との守秘義務契約	○実施中 ○実施なし	
		共有情報の閲覧履歴の定期的確認	○実施中 ○実施なし	
		ウイルスソフトを最新バージョンに保つ	○実施中 ○実施なし	
		共有情報サーバ等の設備室の入退室管理	○実施中 ○実施なし	
		情報漏洩した場合の対応策	○実施中 ○実施なし	

情報漏洩した場合の対策で「実施中」を選択された方に、おたずねします。

情報漏洩した場合の対策について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	情報漏洩した場合の対応策	<input type="checkbox"/> ベンダーとの契約で地域医療連携側との責任分解点を明確にしている
		<input type="checkbox"/> 保険に加入している
		<input type="checkbox"/> 対策を公開している
		<input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)

地連 NW の障害に備えた共有データのバックアップについて、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

3	障害対策: 障害に備えた共有データのバックアップ	<input type="checkbox"/> 提供ベンダーのバックアップサービスを使用
		<input type="checkbox"/> 待機系サーバを遠隔地に設置
		<input type="checkbox"/> 他地域との複製データ共有
		<input type="checkbox"/> 磁気メディア等の別媒体でバックアップデータを保存
		<input type="checkbox"/> 特別な対策はしていない
		<input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)

地連 NW に対する外部からの調査・監査について、当てはまるものを1つ選択してください。

4	これまでに外部から調査・監査を受けたことがありますか (外部監査を依頼した場合も含む)	○はい ○いいえ ○把握していない
---	--	-------------------

上記(27)の4で「はい」と回答した方におたずねします。

監査機関、監査内容について、当てはまるものを選択してください(複数選択可)。

5	監査機関	会計検査院	<input type="checkbox"/>
		厚生労働省	<input type="checkbox"/>
		経済産業省	<input type="checkbox"/>
		総務省	<input type="checkbox"/>
		大学・研究機関	<input type="checkbox"/>
		民間調査会社	<input type="checkbox"/>
		MEDIS-DC(医療情報システム開発センター)	<input type="checkbox"/>
		ISO9001	<input type="checkbox"/>
その他(具体的に: _____)		<input type="checkbox"/>	

6	監査の内容	再生基金・確保基金等の補助金の使い方	<input type="checkbox"/>
		施設数・登録患者数	<input type="checkbox"/>
		データ蓄積状況	<input type="checkbox"/>
		人件費・コスト	<input type="checkbox"/>
		システム修改計画	<input type="checkbox"/>
		定款・規約等の文書管理	<input type="checkbox"/>
		データの匿名化・2次使用	<input type="checkbox"/>
		全国保健医療情報ネットワーク等政策への意見徴収	<input type="checkbox"/>
		ネットワークセキュリティ	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に: _____)	

(28) 地域医療介護総合確保基金の使用

地域医療介護総合確保基金は原則として運用費には使えないことについて、おたずねします。

当てはまるものを1つ選択してください。

1	地域医療介護総合確保基金を運用費に使用できないことで困っていますか	<input type="radio"/> 困っている <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> 困っていない
---	-----------------------------------	--

地域医療介護総合確保基金が運用費に使用できないことについて、ご意見があればご記入ください。(自由記載)

(29) 将来のシステム更改の費用負担

システムを更改(更新)する際の費用負担について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

1	将来のシステム更改の費用負担	サービス使用料金の収入より負担	<input type="checkbox"/>
		公的資金より負担	<input type="checkbox"/>
		未定(検討中)	<input type="checkbox"/>
		未定(検討なし)	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

(30) 個人情報・診療情報の管理および使用

個人情報・診療情報の管理について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

1	管理している機関	<input type="checkbox"/> 運営主体
		<input type="checkbox"/> 中核病院
		<input type="checkbox"/> 各参加施設
		<input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)

平成30年5月から施行された「次世代医療基盤法」について、当てはまるものを1つ選択してください。

2	次世代医療基盤法の施工について、ご存知ですか	<input type="radio"/> 知っている、内容も理解している <input type="radio"/> 知っているが、内容は理解していない <input type="radio"/> 知らなかった
3	次世代医療基盤法に基づき、貴地連 NW ではデータの提供を実施していますか	<input type="radio"/> 実施している <input type="radio"/> 実施していないが、提供は考えている <input type="radio"/> 実施する予定はない <input type="radio"/> 検討中 <input type="radio"/> その他(具体的に: _____)

(31) 診療報酬上の算定状況

参加施設における次の加算を算定している医療機関について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	検査・画像情報提供加算 イ:退院患者 (200点)(B009)を算定している医療機関があるか	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 把握していない
2	検査・画像情報提供加算 ロ:その他の患者 (30点)(B009)を算定している医療機関があるか	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 把握していない
3	電子的診療情報評価料(30点)(B009-2)を算定している医療機関があるか	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 把握していない
4	これらの加算等について、具体的に説明していますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

多職種連携システム調査の記入開始

介護関連施設、在宅医療などを含めた情報連携を行っている場合は、
引き続き調査にご協力をお願い申し上げます。

多職種連携システム調査の設問(33)～(46)は、介護関連施設、在宅医療などを含めた医療連携を行っている場合にご回答をお願い申し上げます。多職種連携システムのみを運営されている場合は調査の対象外となります。なお、多職種連携システムについては複数法人で構成される5施設以上の連携を対象としております。

地連 NW 対象と同じ運営主体の場合は、以下に✓し、この欄にご記入は不要です。

(33)概要

□地連 NW(1)～(31)の設問の運営主体と同じため、記入を省略する。

概要	正式名称(記入必須) ※システム名称(例:カナミック、ぱるな等)ではなく多職種連携システムの正式名称をご記入ください	(仮称は多職種連携システム名に(仮称)を加えてください。 未定は未定とご記入ください)	
	略称・愛称(ある場合)		
	概要(システムの特徴について、簡単にご記入ください)		
	公開 URL(ある場合)		
運営状況 の詳細	運用開始年(西暦)		年(予定の場合は、予定年をご記入ください)
	稼働状況を選択し、終了等の場合は年と理由もご記入ください。	<input type="radio"/> サービス運用中 <input type="radio"/> 計画中 <input type="radio"/> 構築中 <input type="radio"/> 試験運用中(実証事業を含む) <input type="radio"/> 縮小中・縮小予定(縮小理由:) <input type="radio"/> 統合予定(統合予定年(西暦)と理由:) <input type="radio"/> 運用終了予定(終了予定年(西暦)と理由:) <input type="radio"/> 運用終了済(終了年(西暦)と理由:) <input type="radio"/> その他(具体的に:)	

以下の項目は、前回の調査内容から更新になっていると想定される設問になります。
更新箇所がございましたら、引き続きご協力をお願いします。

(34)運営予算

今年度(2022年度)の運営予算合計(人件費・構築・改修・保守・運営費など)をご記入ください。

1	今年度(2022年度)運営予算合計 (多職種連携部分のみ)		千円
---	----------------------------------	--	----

来年度(2023年度)に計画されている運営予算合計(人件費・構築・改修・保守・運営費など)をご記入ください。

2	来年度(2023年度)運営予算合計 (多職種連携部分のみ)	千円
---	----------------------------------	----

(35) 利用実績

利用実績について1つ選択し、人数をご記入ください。

<input type="radio"/> 当該多職種連携システムの対象となる全ての患者・利用者(現在約 _____ 名を連携中) <input type="radio"/> 同意を得た患者・利用者のみ(現在約 _____ 名を連携中) <input type="radio"/> 試験運用 <input type="radio"/> ほとんど使用していない <input type="radio"/> その他(具体的に: _____)

(36) 多職種連携システム・サービス費用

多職種連携システム・サービスの費用について、当てはまる数字(単位:千円)をご記入ください。

構築・更新費用(累計) (多職種連携部分のみ)	(_____)千円 補足(_____)
年間運用・保守・更新費用概算(2022年度) (多職種連携部分のみ)	(_____)千円 補足(_____)

※他システムの一部である場合、多職種連携部分を切り出してご記入ください。
 ※サービスを使用している場合、サービス料金を運用費に含めてご記入ください。

(37) 実際に使用されている機器

医療機関・介護施設等から貸し出され、実際に使用されている機器を選択してください。(複数選択可)

1	医療機関・介護施設等から貸し出された機器	<input type="checkbox"/> タブレット端末 <input type="checkbox"/> スマートフォン(※1) <input type="checkbox"/> 携帯電話(※2) <input type="checkbox"/> ノートパソコン <input type="checkbox"/> デスクトップパソコン <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)
---	----------------------	---

(※1)AndroidPhone、WindowsPhone、iPhone 等を含む (※2)フィーチャーフォン(従来型携帯電話、PHS)

上記機器は誰が費用負担しているか、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)
 (実際に使用している機器のみご回答ください)

2	タブレット端末	<input type="checkbox"/> 運営主体	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 介護施設	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> その他
	スマートフォン	<input type="checkbox"/> 運営主体	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 介護施設	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> その他
	携帯電話	<input type="checkbox"/> 運営主体	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 介護施設	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> その他
	ノートパソコン	<input type="checkbox"/> 運営主体	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 介護施設	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> その他
	デスクトップパソコン	<input type="checkbox"/> 運営主体	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 介護施設	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> その他
	その他	<input type="checkbox"/> 運営主体	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 介護施設	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> その他

個人所有の機器を使用している場合、その機器を選択してください。(複数選択可)

3	自分の機器	<input type="checkbox"/> タブレット端末	<input type="checkbox"/> スマートフォン(※1)	<input type="checkbox"/> 携帯電話(※2)
		<input type="checkbox"/> ノートパソコン	<input type="checkbox"/> デスクトップパソコン	
		<input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)		

(※1)AndroidPhone、WindowsPhone、iPhone 等を含む (※2)フィーチャーフォン(従来型携帯電話、PHS)

使用している機器の管理、使用形態について、当てはまるものを1つ選択してください。

4	「※医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(第5.2版)」において、個人の所有する、あるいは個人の管理下にある端末の業務使用(BYOD:Bring Your Own Device)は原則として行うべきではないとされていますが、多職種連携システムに参加している医療機関等が、モバイル端末をどのように使用しているか、運営主体が把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	「はい」を選択した場合、その使用形態として当てはまるものを選択してください	<input type="radio"/> 医療機関等に管理されたモバイル端末を使用している <input type="radio"/> 個人の所有、管理下にあるモバイル端末のみを使用している(BYOD) <input type="radio"/> いずれも使用している	
	上記において「個人の所有、管理下にあるモバイル端末のみを使用している(BYOD)」、「いずれも使用している」を選択した場合におたずねします。今後、ガイドラインの原則に沿った取扱いの変更を検討していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	上記において、「はい」を選択した方は、どのように変更するのかを記入してください。また、「いいえ」を選択した方は、その理由をご記入ください	具体的に: _____	

※医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(第5.2版)

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00002.html

**以下の項目は、前回の調査内容から更新がある場合のみお願いします。
更新箇所がございましたら、引き続きご協力をお願いします。**

(38)運営主体(多職種連携システム)

運営主体について、ご記入ください。(実施予定を含む)(地連 NW の運営主体と異なる場合のみご記入ください)

1	運営主体名		
2	運営主体区分		<input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 医師会 <input type="radio"/> 一般社団法人 <input type="radio"/> 一般財団法人 <input type="radio"/> NPO <input type="radio"/> 行政 <input type="radio"/> 企業 <input type="radio"/> その他(具体的に: _____)
3	連絡先	郵便番号	(〒 _____)
		住所	
		電話	
		担当者所属	
		担当者氏名	
		担当者 Eメールアドレス	

(39)導入方法

ご使用中の多職種連携システムについて、メーカー名を選択してください。(複数選択可)

システム構成	システム(メーカー名)
<input type="checkbox"/> 多職種連携システム(専用システム)	<input type="checkbox"/> メディカルケアステーション(エンブレース) <input type="checkbox"/> カナミッククラウド(カナミックネットワーク) <input type="checkbox"/> MeLL+(メルタス)(ワイズマン) <input type="checkbox"/> 地域包括ケアシステムぱるな(ND ソフトウェア) <input type="checkbox"/> 電子@連絡帳(IIJ) <input type="checkbox"/> バイタルリンク(帝人ファーマ) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)
<input type="checkbox"/> 地連 NW の一部	<input type="checkbox"/> HumanBridge(富士通) <input type="checkbox"/> ID-Link(NEC・SEC) <input type="checkbox"/> TRITRUS(カナミックネットワーク) <input type="checkbox"/> C@RNA Connect(富士フイルムメディカル) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)
<input type="checkbox"/> 電子カルテの一部	<input type="checkbox"/> HOPE シリーズ(富士通) <input type="checkbox"/> MegaOak シリーズ(NEC) <input type="checkbox"/> MI・RA・Is シリーズ(CSI・PHC) <input type="checkbox"/> Medicom シリーズ(PHC) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)
<input type="checkbox"/> 介護、在宅向けシステム等の一部	<input type="checkbox"/> ほのぼのシリーズ(ND ソフトウェア) <input type="checkbox"/> ワイズマンシステム SP(ワイズマン) <input type="checkbox"/> カナミッククラウド(カナミックネットワーク) <input type="checkbox"/> HOPE WINCARE-ES(富士通) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)
<input type="checkbox"/> その他	システム(メーカー名)(具体的に: _____)

(40)主な用途

主な用途について、当てはまるものを1つ選択してください。

主に医師同士の連携ツールとして使用
 主に医療関係者同士の連携ツールとして使用(医師-看護師など)
 主に在宅医療介護現場の連携ツールとして使用(医師-看護師・ケアマネ・ヘルパーなど)
 主に在宅介護関係者の事務負担軽減、効率化に使用(看護師・ケアマネ・ヘルパーなど)
 その他(具体的に: _____)

(41)参加している職種

多職種連携に参加している方全員の職種を選択してください。(複数選択可)

医師 歯科医師 薬剤師 看護師 保健師
 理学療法士・作業療法士 管理栄養士 社会福祉士・介護福祉士等
 ケアマネジャー ホームヘルパー その他介護職 行政職員 患者・利用者
 家族 その他(具体的に: _____)

上記で「患者・利用者」「家族」を選択した場合、使用シーンを選択してください。(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 医師とメッセージをやりとりする <input type="checkbox"/> 看護職とメッセージをやりとりする <input type="checkbox"/> 介護職とメッセージをやりとりする <input type="checkbox"/> その他コメディカルとメッセージをやりとりする <input type="checkbox"/> 行政情報等を通知・閲覧する <input type="checkbox"/> 患者の生活記録を共有する <input type="checkbox"/> 患者のバイタル情報を共有する <input type="checkbox"/> 患者の服薬情報を共有する <input type="checkbox"/> 緊急の相談を行う <input type="checkbox"/> 入退院について相談する <input type="checkbox"/> 患者への通知を家族が見る <input type="checkbox"/> 家族がケアプランやスケジュールを確認する <input type="checkbox"/> 家族が介護サービスの実施状況を確認する <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)
--

(42)ビデオ通話・TV・WEB 会議システムの使用実績

ビデオ通話機能・TV・WEB 会議システムの使用について、当てはまるものを1つ選択してください。

1	ビデオ通話機能・TV・WEB 会議システムを使用していますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 把握していない
---	--------------------------------	--

上記設問で「はい」と回答された方にお尋ねします。

どのような場面で使用しているか、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	どのような場面で使用していますか(複数選択可)	運営母体内の定例会	<input type="checkbox"/>
		参加施設との事務連絡	<input type="checkbox"/>
		症例検討会	<input type="checkbox"/>
		退院・退所カンファレンス	<input type="checkbox"/>
		オンライン診療	<input type="checkbox"/>
		教育・セミナー	<input type="checkbox"/>
		地域ケア会議	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

(43)機能

機能について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

<input type="checkbox"/> コミュニケーションツール(SNS 等) <input type="checkbox"/> 生活記録 <input type="checkbox"/> 遠隔モニタリング(センサー等) <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> 遠隔診療 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/> 指示書・報告書作成 <input type="checkbox"/> スケジュール管理 <input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> 利用票・別票作成 <input type="checkbox"/> ビデオ通話・TV・WEB 会議システム	<input type="checkbox"/> 電子温度板 <input type="checkbox"/> 患者紹介・逆紹介 <input type="checkbox"/> ケアプランの共有 <input type="checkbox"/> レセプト請求
---	--	---

(44)効果

効果について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

<input type="checkbox"/> ケアの質向上およびミスの低減につながった <input type="checkbox"/> ケアのアセスメントの精度が高まった <input type="checkbox"/> 利用施設間の人的ネットワークが進んだ <input type="checkbox"/> 患者紹介の円滑化が進んだ <input type="checkbox"/> 患者・利用者の安心感が向上した <input type="checkbox"/> 急性期から在宅医療介護までの機能分化が進んだ <input type="checkbox"/> 関係者の協力体制が深まりストレスが減った <input type="checkbox"/> 専門多職種連携により学習機会が増えた <input type="checkbox"/> 医師の業務負担が軽減した <input type="checkbox"/> 看護職の業務負担が軽減した <input type="checkbox"/> 介護職の業務負担が軽減した <input type="checkbox"/> 事務職の業務負担が軽減した <input type="checkbox"/> その他コメディカルの業務負担が軽減した <input type="checkbox"/> 業務のコストが軽減した <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)

効果を把握する指標について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

効果を把握する指標	参加施設数	<input type="checkbox"/>
	登録患者数	<input type="checkbox"/>
	同意者数	<input type="checkbox"/>
	ユーザのログイン回数	<input type="checkbox"/>
	ユーザのアクセス回数	<input type="checkbox"/>
	一定期間のアクティブユーザ数	<input type="checkbox"/>
	データ参照回数	<input type="checkbox"/>
	蓄積データ件数	<input type="checkbox"/>
	医療機関への疑義照会率	<input type="checkbox"/>
	要介護度等の変化率	<input type="checkbox"/>
	メッセージ書き込み回数	<input type="checkbox"/>
	指示書・報告書のアップロード件数	<input type="checkbox"/>
	その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>

(45) 個人情報の扱いや端末のセキュリティ

モバイル端末使用時の個人情報の扱いや端末のセキュリティについて、当てはまるものを選択してください。
モバイル端末を使用していない場合は回答の必要はありません。(複数選択可)

- 盗難、紛失時の対応をモバイル端末使用者に周知徹底し、講習会などを行っている
- 盗難、紛失の可能性を考慮し、モバイル端末内に患者(利用者)情報は置いていない
- 盗難、置き忘れ等に対応する措置として、モバイル端末内の情報は暗号化がされている
- パスワードや暗証番号などでモバイル端末へのアクセスが管理されている
- 一定回数パスワードを誤った場合は、モバイル端末を初期化するなどの対策がされている
- モバイル端末には必要最小限のアプリケーションのみがインストールされている
- 業務に使用しないアプリケーションや機能については削除あるいは停止もしくは業務に対して影響がないことを確認して用いることとなっている
- モバイル端末の設定の変更は管理者のみが可能となっている
- その他(具体的に: _____)

(46) 課題、問題点

課題、問題点などについて、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

- 使い方が難しい
- 従来の業務のやり方に比べ手間がかかる
- 関係職種の参加率が少ないためあまり使用できない
- 関係者の IT リテラシーの問題がありあまり使用できない
- 初期経費の費用負担が大きい
- 運用経費の費用負担が大きい
- 関係者の管理が困難(登録・削除など)
- その他(具体的に: _____)

これですべての調査は終了です。ご協力ありがとうございました。