

日医発第 1768 号(総研)

令和 7 年 1 月 27 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（2024 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。

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 箇所の地連 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、医療 DX への対応、標準型電子カルテ、3 文書 6 情報や調剤結果の共有などを新たに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させ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（2024 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(2024 年度調査)」
ご協力をお願い

公益社団法人 日本医師会

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。今般、2024 年度地連 NW を実施することといたしましたので、ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

政府は国民の疾病予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるよう、医療等の情報を共有する「全国医療情報プラットフォーム」(以下、全国 PF)を構築することで、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、保健・医療・介護の情報を積極的に活用していくことを目指しています。日本医師会では、全国 PF と地連 NW は各々に機能や役割が異なるため、これらを併用すべきであることを一貫して主張し続けて参りましたが、全国 PF 創設により、今後は各地域で運用している地連 NW が不要になる等の誤った理解により、補助金の減額や打ち切りをはじめ実際に影響を受けた地域が複数存在します。

本調査では、各地域の現状、運用状況を継続的に把握し、安定した地連 NW の運用に向けた方策、適切な情報連携や業務の効率化などを進めることにより、国民・患者の皆様へ「安心・安全でより質の高い医療」を提供し、医療現場の負担軽減を行うことを目的としております。今年度調査では、地連 NW の現状把握に加え、医療 DX への対応、標準型電子カルテ、3 文書 6 情報や調剤結果の共有などを新たに把握したいと考えております。

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。

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(2024 年度調査)」
2. 回答期限 令和 7 年 2 月 28 日(金)
3. 回答方法 Web 調査
4. 問合せ先 調査事務局
株式会社メディシュアランス内
担当:波々伯部(ホオカベ)
〒530-0041 大阪市北区天神橋 2-3-8MF南森町ビル 9F
TEL:06-6232-8182、070-1838-0807 (波々伯部直通)
受付時間:9:30~12:00 13:00~17:00 (土日・祝日除く)
FAX:06-6232-8183
E-Mail:info@medisurance.jp

※調査にあたりましては、調査事務局(株式会社メディシュアランス)より問い合わせなどをさせていただきます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。

※各年度の調査結果は、日本医師会総合政策研究機構のサイト(<https://www.jmari.med.or.jp/>)にて公開しております。

以上

地域医療情報連携ネットワークに関する調査(2024年度調査) 日本医師会総合政策研究機構

1. 調査の目的等

医療 DX の柱の一つである「全国医療情報プラットフォーム」(以下、全国 PF)の構築は、ほぼ全ての保険医療機関、公的保険の患者情報が繋がっている一方、共有出来る情報は、電子カルテ情報共有サービスの範囲(3文書 6 情報)に限定され開始される予定である地域医療情報連携ネットワーク(以下、地連 NW)で実現している電子カルテの全てのデータや各種画像の共有クリティカルパスなどの連携機能、医介連携などの地域の医療 連携に必要な多種多様な機能の実現は困難となっています。日本医師会では、全国 PF と地連 NW は各々に機能や役割が異なるため、これらを併用すべきであることを強く主張し続けてきましたが、政府が推し進める全国 PF 創設により、今後は各地域で運用している地連 NW が不要になるなどの誤った理解により、補助金の打ち切り、参加施設の退会、地連 NW の打ち切りなど影響を受けた地域が複数存在します。

各地域の現状、運用状況を継続的に把握し、安定した地連 NW の運用に向けた方策、適切な情報連携や業務の効率化などを進めることで国民・患者の皆様への「安心・安全でより質の高い医療」を提供、医療現場の負担軽減を行うことを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、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

回答結果は、公益社団法人日本医師会・日本医師会総合政策研究機構による地連 NW に関する資料等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、公益社団法人日本医師会・日本医師会総合政策研究機構(調査委託会社:株式会社メディシュアランス)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、**2025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、**2025年2月28日(金)**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、予め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、該当する全ての設問にご記入をお願いします。

地連 NW 調査の設問(1)～(39)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(40)～(55)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。

(1) 概要

貴地連 NW の概要をご記入ください。(実施予定を含む)

1	概要	正式名称(記入必須) ※システム名称(例:Human Bridge、ID-Link)ではなく地連 NW の正式名称をご記入ください	(仮称は地連 NW 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	
		分類(主要としている連携を1つ選択してください)	<input type="checkbox"/> 病病・病診連携 <input type="checkbox"/> 疾患連携 <input type="checkbox"/> 在宅医療・介護連携 <input type="checkbox"/> 遠隔医療 <input type="checkbox"/> 救急連携 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)
		公開 URL(ある場合)	

貴地連 NW の稼働状況をご記入ください。

2	稼働状況の詳細	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="checkbox"/> 運用中 <input type="checkbox"/> 計画中 <input type="checkbox"/> 構築中 <input type="checkbox"/> 試験運用中(実証事業を含む) <input type="checkbox"/> 運用縮小中・運用縮小予定(縮小理由: _____) <input type="checkbox"/> 統合予定(統合予定年(西暦)と理由: _____) <input type="checkbox"/> 運用終了予定(終了予定年(西暦)と理由: _____) <input type="checkbox"/> 運用終了済(終了年(西暦)と理由: _____) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)

対象とする地域を1つ選択し、連携範囲もご記入ください。

3	対象とする地域(連携範囲)について	<input type="checkbox"/> 複数都道府県にまたがる連携	(複数都道府県名を記入)
		<input type="checkbox"/> 全県域での連携	(都道府県名を記入)
		<input type="checkbox"/> 二次医療圏での連携	(二次医療圏名を記入)
		<input type="checkbox"/> 市区町村単位での連携	(市区町村名を記入)
		<input type="checkbox"/> その他	(具体的に: _____)
	地連 NW は、医療計画等の行政計画に記載されていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 把握していない	
隣接する地域との連携を実施していますか	<input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 実施予定 <input type="checkbox"/> 実施なし		

上記設問の隣接する地域との連携を実施していますかの回答を「実施なし」と回答された方にお尋ねします。

4	隣接する地域との連携を実施していない理由	隣接する地域との連携ニーズがない	<input type="checkbox"/>
		連携ニーズはあるが、地連 NW 側の改修費用が必要となるため	<input type="checkbox"/>
		連携ニーズがあるが、地連 NW 自体が対応していないため	<input type="checkbox"/>

医療機関 ID と地連 NW の ID の紐付けの際に参照する項目を教えてください(複数選択可)

5	各医療機関 ID と地連 NW の ID の紐付けの際に参照する項目	被保険者番号	<input type="checkbox"/>
		住所	<input type="checkbox"/>
		氏名	<input type="checkbox"/>
		生年月日	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>

回答者情報をご記入ください。

4	回答者情報	所属団体	
		郵便番号	(〒 -)
		住所	
		電話	
		担当者所属	
		担当者氏名	
	担当者 E-mail アドレス		
同意	調査の目的、情報の取り扱い、実施体制に同意して回答する	○同意して回答する ○同意しない	

※同意されない場合も、回答者情報をお願いします。

(2) 運営主体

運営主体情報をご記入ください。(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・自治体 ○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 E-mail アドレス	
4	運営協議会	○定期的に開催している ○非定期であるが開催している ○開催していない ○把握していない	

(3) 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・自治体 ○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-mail アドレス

当該地連 NW が「運用終了済」の場合は、ここまでで調査終了となります。
それ以外の場合(「運用終了予定」も含む)は、引き続き、ご回答をお願いします。

(4) 標準型電子カルテ

1	標準型電子カルテをご存知ですか	○知っている、内容も理解している ○知っているが、内容は理解していない ○知らなかった
2	全国 PF と標準型電子カルテは「HL7FHIR」規格で医療情報が交換されることをご存知ですか	○知っている、内容も理解している ○知っているが、内容は理解していない ○知らなかった
3	貴地連 NW は「HL7FHIR」への対応を行っていますか	○実施している ○予定している ○検討中 ○実施する予定はない ○把握していない
4	標準型電子カルテ α 版は、無床診療所からの導入予定となっています。現在地連 NW で連携している無床診療所が標準型電子カルテを導入した場合、ネットワーク改善等の予定がありますか	○予定している ○検討中 ○予定はない ○把握していない
5	地連 NW 内に「標準型電子カルテ」を導入する予定の医療機関はありますか	○予定している ○予定はない ○把握していない
6	標準型電子カルテを地連 NW に連携する予定はありますか	○予定している ○検討中 ○予定はない ○把握していない

(5) 調剤結果(調剤薬局)の共有

調剤薬局の調剤結果を地連 NW で共有していますか。当てはまるものを選択してください。

1	調剤薬局の調剤結果の共有	<input type="radio"/> 共有している <input type="radio"/> 共有する予定 <input type="radio"/> 共有していない <input type="radio"/> 把握していない
---	--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(6) 健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ

厚生労働省医政局が実施する検討会「健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ」での議論に基づき、地連 NW 側での対応状況について教えてください。

※厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_210261.html

1	地連 NW 側での対応	<input type="radio"/> 行った <input type="radio"/> 行う予定 <input type="radio"/> 行っていない <input type="radio"/> 把握していない
---	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

行った、または行う予定と回答された方のみ具体的な対応を教えてください(自由記載)

2	
---	--

国、行政、自治体へのご要望やご意見があればお願いします。(自由記載)

3	
---	--

(7) 地連 NW の財務諸表(貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書)を作成していますか。
 当てはまるものを選択してください。

1	財務諸表(貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書)	<input type="radio"/> 作成している <input type="radio"/> 作成する予定 <input type="radio"/> 作成していない <input type="radio"/> 把握していない
---	-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(8) オンライン資格確認等システム

貴地連 NW と「オンライン資格確認等システム」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	「オンライン資格確認等システム」との連携	<input type="radio"/> 既に連携している
		<input type="radio"/> 連携を予定、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
		<input type="radio"/> 把握していない

国は、「オンライン資格確認等システム」を基盤として、電子カルテの情報を「電子カルテ情報共有サービス(仮称)(3文書6情報)」に登録することで、医療機関や薬局の間で電子カルテ情報等を共有・交換する仕組みを構築し、2024年度中に、電子カルテ情報の標準化を実現した医療機関から運用を開始するとしています。まずは3文書・6情報の共有から進められていますが、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。

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
2 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
	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

貴地連NWと3文書・6情報のどちらにも対応すること(重複投資)について当てはまるものを選択してください。

3 重複投資	重複投資と感じる	<input type="checkbox"/>
	どちらともいえない	<input type="checkbox"/>
	重複投資と感じない	<input type="checkbox"/>
	不明	<input type="checkbox"/>

上記設問で、「重複投資と感じる」、または「どちらともいえない」と回答された方にお尋ねします。対応状況について、当てはまるものを選択してください。

4 地連NWと3文書・6情報の対応	3文書・6情報の共有のみに対応し、地連NWを廃止する方向で検討する	<input type="checkbox"/>
	地連NWで3文書・6情報を共有できているので、両方に対応するかどうかの判断は各施設に任せる	<input type="checkbox"/>
	未定	<input type="checkbox"/>
	その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>

(9)システム更改の費用負担

開示するデータ範囲を変更する場合の費用請求に関して、当てはまるものを1つ選択してください。

1 開示するデータ範囲を変更する場合の費用負担	電子カルテベンダー等と地連NWベンダーの双方から費用請求がある	<input type="checkbox"/>
	電子カルテベンダー等のみから費用請求がある	<input type="checkbox"/>
	費用請求はない	<input type="checkbox"/>
	その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>

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

2	将来のシステム更改の費用負担	サービス利用料金の収入より負担	<input type="checkbox"/>
		公的資金より負担	<input type="checkbox"/>
		サービス利用料金の収入 + 公的資金により負担	<input type="checkbox"/>
		サービス利用料金の収入 + 公的資金 + 協議会参加施設により負担	<input type="checkbox"/>
		公的資金 + 協議会参加施設により負担	<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"/>

(10) 救急時の情報閲覧

救急時に意識障害等により同意取得困難な患者に対しても、薬剤情報や手術情報等の医療情報(救急用サマリー)を閲覧できるようになりました。貴地連 NW では、救急時に、患者の同意がなくても情報を閲覧することができますか。当てはまるものを1つ選択してください。

1	救急時の情報閲覧	<input type="checkbox"/> 患者同意なしで、閲覧できる
		<input type="checkbox"/> 患者同意なしで、閲覧できる予定
		<input type="checkbox"/> 患者同意なしで、閲覧できない(地連 NW 側が未対応または地連 NW 側の改修が必要)
		<input type="checkbox"/> 患者同意なしで、閲覧できない(地連 NW は対応しているが運用していない)
		<input type="checkbox"/> 把握していない

上記設問で、「患者同意なしで、閲覧できる、または閲覧できる予定」と回答された方にお尋ねします。緊急時にどのような情報を閲覧できますか。当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	救急時に閲覧可能な情報	患者基本情報(氏名・性別・生年月日・住所等)	<input type="checkbox"/>
		病名情報	<input type="checkbox"/>
		受診歴	<input type="checkbox"/>
		電子処方箋情報	<input type="checkbox"/>
		薬剤情報	<input type="checkbox"/>
		手術情報	<input type="checkbox"/>
		診療情報	<input type="checkbox"/>
		透析情報	<input type="checkbox"/>
		健診情報	<input type="checkbox"/>
		検査情報	<input type="checkbox"/>
		画像情報	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>

(11) 介護施設等との情報連携

貴地連 NW では、介護施設等との情報連携を行っていますか。当てはまるものを1つ選択してください。

1	介護施設等との情報連携	<input type="radio"/> 行っている <input type="radio"/> 行っていない <input type="radio"/> 把握していない
---	-------------	----------------------------------------------------------------------------------------

上記設問で、「行っている」と回答された方にお尋ねします。

情報連携を行っている施設について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	情報連携を行っている施設	特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/>
		介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>
		介護医療院(介護療養型医療施設)	<input type="checkbox"/>
		介護付き有料老人ホーム	<input type="checkbox"/>
		住宅型有料老人ホーム	<input type="checkbox"/>
		グループホーム	<input type="checkbox"/>
		サービス付き高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/>
		ケアハウス	<input type="checkbox"/>
		障害者支援施設	<input type="checkbox"/>
		地域活動支援センター	<input type="checkbox"/>
		福祉ホーム	<input type="checkbox"/>
その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>		

上記設問で、「行っていない」と回答された方にお尋ねします。行っていない理由について教えてください。

3	情報連携を行っていない理由	介護施設との連携ニーズがない	<input type="checkbox"/>
		連携ニーズはあるが、地連 NW の運用規定で介護職の参加が認められていない	<input type="checkbox"/>
		連携ニーズはあるが、地連 NW 側の改修費用が必要となるため	<input type="checkbox"/>
		連携ニーズはあるが、地連 NW 側が対応していないため	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

加算等の状況について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

4	加算等の状況	<input type="checkbox"/> 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料(200点) <input type="checkbox"/> 往診時医療情報連携加算(200点) <input type="checkbox"/> 在宅医療情報連携加算(100点) <input type="checkbox"/> 介護保険施設等連携往診加算(200点) <input type="checkbox"/> 協力医療機関連携加算(加算1、2等、内容により点数異なる) <input type="checkbox"/> 協力対象施設入所者入院加算(1 往診が行われた場合600点、1以外200点) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)
---	--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(12)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	()施設
		医科診療所	()施設
		歯科診療所	()施設
		薬局	()施設
		介護施設	()施設
		その他(具体的に:)	()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

(13)地連 NW の登録患者

新規登録患者に関して、ご記入ください。

1	毎月の新規登録患者の有無	○あり(月平均新規登録患者数)人 ○なし
---	--------------	--------------------------

(14)構築・更新(累計)費用

今までに貴地連 NW の構築・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
---	-------------	----

(15)運営予算

今年度(2024 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(2024 年度)運営予算合計	千円
---	--------------------	----

来年度(2025 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(2025 年度)運営予算合計	千円
---	--------------------	----

中期経営(運営)計画を作成していますか。当てはまるものを選択してください。

3	中期経営(運営)計画	○作成している ○作成する予定 ○作成していない ○把握していない
---	------------	--------------------------------------------

**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)全国医療情報プラットフォーム(全国 PF)の創設が与える影響

国の進める「全国医療情報プラットフォームの創設」が、貴地連 NW の今後に与える影響に関して、当てはまるものを1つ選択してください。

1	今後の貴地連 NW の継続に関して	○心配である ○心配はない
---	-------------------	------------------

実際に行政・自治体等から事業そのものや補助金の縮小、打ち切りなど、貴地連 NW に何かしらの影響がありましたか。当てはまるものを1つ選択してください。

2	貴地連 NW への影響の有無	<input type="radio"/> 影響があった	<input type="radio"/> 影響はなかった
---	----------------	------------------------------	-------------------------------

上記設問で「影響があった」と回答された方にお尋ねします。
どのような影響があったか具体的に教えてください。(自由記載)

3	
---	--

貴地連 NW では、「全国医療情報プラットフォーム(全国 PF)」創設の影響を受けて、何かしらの対応を行っていますか。当てはまるものを1つ選択してください。

4	全国 PF 創設の影響を受けての対応	<input type="radio"/> 広域の連携を行うことにした <input type="radio"/> 隣接地域との連携を行うことにした <input type="radio"/> 地連 NW の縮小・統合を行うことにした <input type="radio"/> 地連 NW の運用を終了することにした <input type="radio"/> 対応について検討中 <input type="radio"/> 特に何も対応する予定はない <input type="radio"/> その他(具体的に: _____)
---	--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

全国 PF と貴地連 NW 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。

5	全国 PF との連携	<input type="radio"/> 既に連携している <input type="radio"/> 連携を予定、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 <input type="radio"/> 把握していない
---	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記設問で、「既に連携している」「連携を検討している」「他の地域で好事例があれば連携・検討したい」と回答された方にお尋ねします。

貴地連 NW では、全国 PF に関する情報収集を行っていますか。当てはまるものを1つ選択してください。

6	全国 PF に関する情報収集	<input type="radio"/> 行っている <input type="radio"/> 行っていない <input type="radio"/> 把握していない
---	----------------	----------------------------------------------------------------------------------------

上記設問で、「行っている」と回答された方にお尋ねします。

全国 PF に関してどのような情報を収集していますか。具体的に教えてください。(自由記載)

7	
---	--

貴地連 NW で、全国 PF に関する情報収集を「行っている」と回答された方にお尋ねします。

全国 PF に関して収集した情報は、どのような施設・団体・行政・自治体等と共有していますか。当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

8	全国 PF に関する情報共有先	地連 NW 参加施設	<input type="checkbox"/>
		地連 NW 不参加施設	<input type="checkbox"/>
		行政・自治体	<input type="checkbox"/>
		医師会	<input type="checkbox"/>
		教育機関	<input type="checkbox"/>
		情報共有していない	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

全国 PF 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。

9	全国 PF と地連 NW の併存	<input type="radio"/> 併存すべきである <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> 併存すべきでない <input type="radio"/> 不明
---	------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記設問で、「併存すべきである」と回答された方にお尋ねします。
併存すべき理由を具体的に教えてください。(自由記載)

10	
----	--

(17) 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	電子処方箋を実施している医療機関・薬局	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 把握していない
---	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------

地連 NW を運営するにあたり、電子処方箋を実施し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。

2	電子処方箋を実施しているメリット	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 不明
---	------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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、具体的に教えてください。(自由記載)

3	メリット	
	デメリット	

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

※「電子処方箋管理サービス」とは、医療機関や薬局が保有する処方箋情報等を電子化し、クラウド上で一元管理する仕組みです。電子処方箋は、「オンライン資格確認等システム」を利用し、「電子処方箋管理サービス」を経由して、情報共有を行います。

4	「電子処方箋管理サービス」との連携	<input type="radio"/> 既に連携している
		<input type="radio"/> 連携を予定、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
		<input type="radio"/> 把握していない

(18) マイナポータル

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

1	マイナポータルとの連携	<input type="radio"/> 既に連携している
		<input type="radio"/> 連携を予定、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
		<input type="radio"/> 把握していない

上記設問で、「既に連携している」「連携を予定、検討している」「他の地域で好事例があれば連携・検討したい」と回答された方にお尋ねします。

マイナポータルとどのような情報を連携したいですか。(自由記載)

2	
---	--

(19) かかりつけ医機能

貴地連 NW では、他の医療機関や施設等との連携を通じて「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	かかりつけ医機能の発揮	<input type="radio"/> 発揮できている <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> 発揮できていない <input type="radio"/> 不明
---	-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記設問で、「発揮できている」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医療支援病院等と、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。当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	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"/>
	ソーシャルネットワークサービス(以下、SNS)やグループウェアを利用している	<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"/>

上記設問で、「ソーシャルネットワークサービス(以下、SNS)やグループウェアを利用している」と回答された方にお尋ねします。

利用している SNS やグループウェアは、医療・介護向けの専用サービスですか。当てはまるものを1つ選択してください。

3	医療・介護専用サービスの利用状況	<input type="radio"/> 医療・介護専用サービスを利用している <input type="radio"/> 医療・介護専用サービスを利用していない <input type="radio"/> 把握していない
---	------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記設問で、「医療・介護専用サービスを利用していない」と回答された方にお尋ねします。

どのような SNS やグループウェアを利用していますか。当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

4	利用しているSNSやグループウェア	Facebook	<input type="checkbox"/>
		LINE	<input type="checkbox"/>
		X(旧 Twitter)	<input type="checkbox"/>
		Instagram	<input type="checkbox"/>
		YouTube	<input type="checkbox"/>
		Microsoft 365	<input type="checkbox"/>
		Google Workspace	<input type="checkbox"/>
		サイボウズ Office	<input type="checkbox"/>
		kintone	<input type="checkbox"/>
		desknet'NEO	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

(20) 診療録(カルテ)等の開示

地連 NW において診療録(カルテ)を開示することは、地域における質の高い医療提供や、医療機関間での情報共有を円滑にするための有効な手段の一つとされています。貴地連 NW の参加医療機関では、診療録(カルテ)等を開示していますか。当てはまるものをそれぞれ1つ選択してください。

1	診療録(カルテ)等の開示	診療録(カルテ)	<input type="radio"/> 全ての医療機関で開示している <input type="radio"/> 一部の医療機関で開示している <input type="radio"/> 開示していない <input type="radio"/> 把握していない
		看護記録	<input type="radio"/> 全ての医療機関で開示している <input type="radio"/> 一部の医療機関で開示している <input type="radio"/> 開示していない <input type="radio"/> 把握していない
		その他レポート (画像・検査・手術・リハビリの記録等)	<input type="radio"/> 全ての医療機関で開示している <input type="radio"/> 一部の医療機関で開示している <input type="radio"/> 開示していない <input type="radio"/> 把握していない

上記設問で、診療録(カルテ)等を「全ての医療機関で開示している」、「一部の医療機関で開示している」と回答された方にお尋ねします。

診療録(カルテ)等を開示するに至った経緯や理由、開示したことでのメリットやデメリットについて具体的に教えてください。(自由記載)

2	診療録(カルテ)の開示	経緯・理由	
		開示したことでのメリット	
		開示したことでのデメリット	
3	看護記録の開示	経緯・理由	
		開示したことでのメリット	
		開示したことでのデメリット	
4	その他レポート (画像・検査・手術・リハビリの記録等)の開示	経緯・理由	
		開示したことでのメリット	
		開示したことでのデメリット	

診療録(カルテ)を「開示していない」と回答された方にお尋ねします。

診療録(カルテ)を開示していない理由について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

5	診療録(カルテ)を開示していない理由	医療機関内での同意を得られない	<input type="checkbox"/>
		診療録(カルテ)への記載が限定的になる可能性がある	<input type="checkbox"/>
		患者の同意を得にくい	<input type="checkbox"/>
		利用しているシステムに開示機能がない	<input type="checkbox"/>
		診療録(カルテ)等の開示は必要ないと考えている	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

(21) 医療情報の二次利用

医療情報の二次利用は、質の高い医療の提供、有効な治療法や創薬の開発などの実現に向けて必要性が高まっています。貴地連 NW では、保有する医療情報を二次利用していますか。当てはまるものを1つ選択してください。

※ 二次利用とは、本来の目的とは異なる目的で収集されたデータを利活用することを指します。例えば、地連 NW における二次利用とは、研究・学会発表、地域特性・課題の抽出、保健医療計画の策定等になります。

1	医療情報の二次利用	<input type="radio"/> 二次利用している
		<input type="radio"/> 二次利用を検討中
		<input type="radio"/> 二次利用はしていない
		<input type="radio"/> 把握していない

上記設問で、「二次利用している」と回答された方にお尋ねします。
 保有する医療情報を誰がどのような目的で二次利用していますか。当てはまるものを選択してください。
 (複数選択可)

2	二次利用者	貴地連 NW に、参加している医療機関	<input type="checkbox"/>
		貴地連 NW に、参加していない医療機関	<input type="checkbox"/>
		貴地連 NW に、参加している行政・自治体	<input type="checkbox"/>
		貴地連 NW に、参加していない行政・自治体	<input type="checkbox"/>
		研究機関・団体	<input type="checkbox"/>
		民間企業	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>
	二次利用の目的	研究・学会発表	<input type="checkbox"/>
		地域特性・課題の抽出	<input type="checkbox"/>
		保健医療計画の策定	<input type="checkbox"/>
		医療関連製品の開発	<input type="checkbox"/>
		介護関連製品の開発	<input type="checkbox"/>
		金融商品の開発	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>

(22)サイバー攻撃への対応

医療機関を狙ったサイバー攻撃が多数報告されています。そのなかでも電子カルテを含む医療データが暗号化され、身代金を請求されるランサムウェアによる被害が増えています。地連 NW においてもサイバー攻撃への対応が求められていますが、貴地連 NW では、ランサムウェア等のサイバー攻撃対策を実施していますか。当てはまるものをそれぞれ1つ選択してください。(複数選択可)

1	予防対策の実施	○実施中 ○実施検討中 ○実施なし ○把握していない
	インシデント発生後の対策	○実施中 ○実施検討中 ○実施なし ○把握していない

上記設問で、「実施中」と回答された方にお尋ねします。

貴地連 NW では、ランサムウェア等のサイバー攻撃に対してどのような対策を行っていますか。当てはまるものをそれぞれ選択してください。(複数選択可)

2	予防対策	体制構築	医療情報システム安全管理責任者を設置	<input type="checkbox"/>
		医療情報システム全般	サーバ、端末 PC、ネットワーク機器の台帳を管理	<input type="checkbox"/>
			リモートメンテナンス(保守)を利用している機器の有無を事業者等に確認	<input type="checkbox"/>
			事業者から、製造業者/サービス事業者による医療情報セキュリティ開示書(MDS/SDS)を取得	<input type="checkbox"/>
		サーバについて	利用者の職種・担当業務別の情報区分毎のアクセス利用権限を設定	<input type="checkbox"/>
			退職者や使用していないアカウント等、不要なアカウントを削除	<input type="checkbox"/>
			アクセスログを管理	<input type="checkbox"/>
			セキュリティパッチ(最新ファームウェアや更新プログラム)を適用	<input type="checkbox"/>
		ネットワーク機器について	バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止	<input type="checkbox"/>
			セキュリティパッチ(最新ファームウェアや更新プログラム)を適用	<input type="checkbox"/>
			接続元制限を実施	<input type="checkbox"/>
		端末 PC について	利用者の職種・担当業務別の情報区分毎のアクセス利用権限を設定	<input type="checkbox"/>
			退職者や使用していないアカウント等、不要なアカウントを削除	<input type="checkbox"/>
			セキュリティパッチ(最新ファームウェアや更新プログラム)を適用	<input type="checkbox"/>
	バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止		<input type="checkbox"/>	
	その他(具体的に)		<input type="checkbox"/>	
	インシデント発生後の対策	全般	インシデント発生時における組織内と外部関係機関(事業者、厚生労働省、警察等)への連絡体制図を作成	<input type="checkbox"/>
			インシデント発生時に診療を継続するために必要な情報を検討し、データやシステムのバックアップの実施と復旧手順を確認	<input type="checkbox"/>
			サイバー攻撃を想定した事業継続計画(BCP)の策定	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に)		<input type="checkbox"/>

(23) 行政・自治体の運営への参画

行政・自治体の参画状況に関して、当てはまるものを1つ選択してください。

1	行政・自治体の参画	○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:)

(24) 運営主体の人数

運営主体の人数をご記入ください。

1	運営主体の人数	専任の人数	人
		兼任の人数	人

(25) 実施目的・達成度合い・効果

実施目的に関して、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
		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関して、当てはまるものをそれぞれ1つ選択してください。

前頁(25)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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			医師資源不足対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			介護資源不足対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			救急医療対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			周産期医療対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			へき地医療対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			小児医療対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			災害医療対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			医療連携	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			在宅医療対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			医師の偏在対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			医師の負担軽減	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			看護職の負担軽減	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			介護職の負担軽減	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			薬剤師の負担軽減	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			事務職の負担軽減	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		疾病に関する実施目的の達成度合い	がん対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			脳卒中対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			急性心筋梗塞対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			糖尿病対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			精神疾患対策	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		予防に関する実施目的の達成度合い	疾病予防	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			疾病管理	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			健康管理	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		その他(具体的に: _____)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

実施目的の達成度合いの満足度に関して、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
---	-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

効果に関して、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関して、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	<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"/>

(26) 施設の参加方式

参加する施設の参加方式に関して、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="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 実施なし
		その他の方式 (具体的に:)	<input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 実施なし
		その他の方式 (具体的に:)	<input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 実施なし

(27) 患者の同意取得の詳細

参加する患者の同意方法に関して、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="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 実施なし
		その他の方式(具体的に:)	<input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 実施なし

同意取得方法に関して、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	<input type="checkbox"/> 同意書による取得 <input type="checkbox"/> 口頭による了承 <input type="checkbox"/> 掲示板・ホームページ等による周知(黙示同意) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 同意書による取得 <input type="checkbox"/> 口頭による了承 <input type="checkbox"/> 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」を選択した方にお尋ねします。

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に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	<input type="checkbox"/> 連携先追加の同意書による取得 <input type="checkbox"/> 連携先追加の口頭による了承 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)
---	-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

貴地連 NW 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	<input type="radio"/> 個人情報を共同利用している <input type="radio"/> 個人情報を共同利用していない <input type="radio"/> 把握していない
---	----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(28) 患者の同意取得方法

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関して、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を変更しましたか	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)

2	個人情報保護法の影響を受けて変更した場合	
	医療 DX の影響を受けて変更した場合	

(29) 利用システム

利用しているシステムに関して、当てはまるものをそれぞれ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尋ねください。)

1	利用しているシステム	HumanBridge(富士通)	<input type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 利用なし
		ID-Link(NEC・SEC)	<input type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 利用なし
		光タイムライン(NTT 東日本)	<input type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 利用なし
		PrimeArch(SBS 情報システム)	<input type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 利用なし
		HARMONY suite(電算)	<input type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 利用なし
		STELLARNET(アストロステージ)	<input type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 利用なし
		Net4U(ストローハット)	<input type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 利用なし
		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:)	<input type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 利用なし

(30)機能・情報等

貴地連 NW システムの機能・情報に関して、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 ○実施予定 ○実施なし	
		脳血管障害	○実施中 ○実施予定 ○実施なし	
		心臓疾患	○実施中 ○実施予定 ○実施なし	
		胃・大腸がん	○実施中 ○実施予定 ○実施なし	
		その他のがん	○実施中 ○実施予定 ○実施なし	
		肝炎	○実施中 ○実施予定 ○実施なし	
		糖尿病	○実施中 ○実施予定 ○実施なし	
		認知症	○実施中 ○実施予定 ○実施なし	
		その他(具体的に:)	○実施中 ○実施予定 ○実施なし	
2	機能	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 ○実施予定 ○実施なし
			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 ○実施予定 ○実施なし
			医療従事者用モバイル対応	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
			セキュアメール	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
			コミュニケーションツール	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
			空床情報	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
			掲示板・メルマガなど	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
			情報の 連携	診療情報の連携
		画像情報の連携		○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		健診情報の連携		○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		検査機関の連携		○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		医療介護連携		○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		在宅医療連携		○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		電子紹介状		○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		診療・検査予約		○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		電子処方箋(実証等)		○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		電子クリニカルパス		○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		遠隔医療	DtoD	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
			DtoP	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
		患者向け 機能	患者用 ID カードの発行	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
			電子版おくすり手帳	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
			電子版疾病管理手帳	○実施中 ○実施予定 ○実施なし
			患者による自己管理システム	○実施中 ○実施予定 ○実施なし

(31)PHR

貴地連 NW は PHR(パーソナル・ヘルス・レコード)情報を取得していますか。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/11909500/000741661.pdf)

1	PHR 情報の取得	○取得している ○取得していない ○把握していない
---	-----------	---------------------------------

上記設問で、「取得している」と回答された方にお尋ねします。

どのような情報を取得していますか。当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	取得している情報	生活習慣病自己管理項目	<input type="checkbox"/>
		予防接種	<input type="checkbox"/>
		母子保健	<input type="checkbox"/>
		学校保健	<input type="checkbox"/>
		健康診断結果	<input type="checkbox"/>
		検査結果	<input type="checkbox"/>
		処方	<input type="checkbox"/>
		服薬歴	<input type="checkbox"/>
		歯科診療	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

PHR のデータ取得方法に関して、お尋ねします。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

(32)運用管理

運用管理に関して、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策定	○実施中 ○実施なし
			セキュリティポリシーの策定	○実施中 ○実施なし
			運用管理規定の策定	○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策定	○実施中 ○実施なし
			事業継続計画(BCP)の策定	○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
			情報漏えいした場合の対策	○実施中 ○実施なし

情報漏えいした場合の対策で「実施中」を選択された方に、お尋ねします。

情報漏えいした場合の対策に関して、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

2	情報漏えいした場合の対策	ベンダーとの契約で地連 NW 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:)	<input type="checkbox"/>

地連 NW の障害に備えた共有データのバックアップにおいて、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	提供ベンダーのバックアップサービスを利用	<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"/>
		クラウドバックアップサービスを利用	<input type="checkbox"/>
		その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>

(33)個人情報・診療情報の管理および次世代医療基盤法

個人情報・診療情報の管理に関して、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	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:)	<input type="checkbox"/>

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行に関して、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:)

(34) 診療報酬上の算定

参加施設における次の加算を算定している医療機関に関して、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	<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	<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	<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

(35) 普及に向けた施策・取り組み

参加施設を増やすための施策・取り組みに関して、当てはまるものを選択してください。

1	周知・広報	施策・取り組み (複数選択可)	DM 送付	<input type="checkbox"/>
			チラシ配布	<input type="checkbox"/>
			説明会の開催	<input type="checkbox"/>
			医療機関・薬局・介護関連施設等への訪問	<input type="checkbox"/>
			勉強会・セミナーの開催	<input type="checkbox"/>
			都道府県医師会を通じた周知	<input type="checkbox"/>
			郡市区医師会を通じた周知	<input type="checkbox"/>
			公的な会議での周知	<input type="checkbox"/>
			その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/>
		上記の施策・取り組みのうち、特に効果のあったもの (1つ選択)	<input type="radio"/> DM 送付 <input type="radio"/> チラシ配布 <input type="radio"/> 説明会の開催 <input type="radio"/> 医療機関等への訪問 <input type="radio"/> 勉強会・セミナーの開催 <input type="radio"/> 都道府県医師会を通じた周知 <input type="radio"/> 郡市区医師会を通じた周知 <input type="radio"/> 公的な会議での周知 <input type="radio"/> その他(具体的に:)	
2	連携範囲	地連 NW のカバーする地域の適切なサイズはどの程度と考えますか (1つ選択)	<input type="radio"/> 複数都道府県にまたがる連携 <input type="radio"/> 全県域での連携 <input type="radio"/> 二次医療圏での連携 <input type="radio"/> 市区町村単位での連携 <input type="radio"/> その他(具体的に:)	

(36) 新型コロナウイルス感染症

新型コロナウイルス感染症の影響に関して、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 ○不明
---	--------------------------------------	----------------------

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。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により、貴地連 NW の利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 を利用する機会が、増えた	<input type="checkbox"/>
		地連 NW を利用する機会が、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	○役立つと思う ○どちらかといえば役立つと思う ○どちらともいえない ○あまり役立たないと思う ○役立たないと思う ○不明
---	------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

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:

(37)ビデオ通話機能・TV・WEB 会議システムの利用実績

ビデオ通話機能・TV・WEB 会議システムの利用に関して、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 会議システムを利用していますか	○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。

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

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

(38)情報の出力・取得方法

情報の出力・取得方法に関して、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

(39) 地域医療介護総合確保基金の利用

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関して、お尋ねします。

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利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 <input type="radio"/> 不明
---	-----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

2	
---	--

介護施設、在宅医療などを含めた多職種情報連携を行っていない場合は調査終了です。
ご協力ありがとうございました。

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多職種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(40)～(55)は、介護関連施設、在宅医療などを含めた多職種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。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。

(40) 概要

地連 NW(1)～(39)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)		
稼働状況の詳細	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"/> 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"/> 運用縮小中・運用縮小予定(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、昨年度の調査から更新をお願いしたい項目をオレンジ色としております。引き続きご協力をお願いします。

(41) 運営予算

今年度(2024年度)の運営予算合計(人件費・構築・改修・保守・サービス利用料・運営費など)をご記入ください。

1	今年度(2024年度)運営予算合計 (多職種連携部分のみ)		千円
---	----------------------------------	--	----

来年度(2025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・サービス利用料・運営費など)をご記入ください。

2	来年度(2025年度)運営予算合計 (多職種連携部分のみ)	千円
---	----------------------------------	----

(42) 利用実績

利用実績に関して、当てはまるものを1つ選択してください。「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」もしくは「同意を得た患者・利用者のみ」を選択された方は、人数もご記入ください。

- 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)
- 同意を得た患者・利用者のみ(現在約 _____ 名を連携中)
- 試験運用
- ほとんど利用していない
- その他(具体的に: _____)

(43) システム・サービス費用

今までに多職種連携システム・サービスの構築・更新に要した費用をご記入ください。

構築・更新費用(累計) (多職種連携部分のみ)	(_____)千円
	補足(_____)

※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。

※サービスを利用している場合は、サービス料金を設問(41)の運営予算に含めてご記入ください。

**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。**

(44) 運営主体(多職種連携システム)

運営主体情報を、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・自治体 <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 E-mail アドレス

(45)システム

ご利用中の多職種連携システムの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 WINGARE-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:)

(46)主な用途

主な用途に関して、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利用
- 主に医療関係者同士の連携ツールとして利用(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利用(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、効率化に利用(看護師・ケアマネ・ヘルパーなど)
- その他(具体的に:)

(47)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)

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 保健師 |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士・介護福祉士等 | | |
| <input type="checkbox"/> ケアマネ | <input type="checkbox"/> ヘルパー | <input type="checkbox"/> その他介護職 | <input type="checkbox"/> 行政・自治体職員 | <input type="checkbox"/> 患者・利用者 |
| <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) | | | |

上記で「患者・利用者」「家族」を選択した場合、利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・自治体情報を通知・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: _____)

(48)介護情報基盤

国は、全国 PF 構築のデータ基盤の1つとして、行政・自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報を電子的に閲覧できる介護情報基盤の整備を進めています。貴多職種連携システムを介護情報基盤と連携したいと思いますか。当てはまるものを1つ選択してください。

1	介護情報基盤との連携	<input type="radio"/> 既に連携している
		<input type="radio"/> 連携を予定、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
		<input type="radio"/> 把握していない

介護情報基盤と多職種連携システム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。

2	介護情報基盤と多職種連携システムの併存	<input type="radio"/> 併存すべきである <input type="radio"/> どちらともいえない <input type="radio"/> 併存すべきでない <input type="radio"/> 不明
---	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(49)情報連携項目

多職種連携システムで共有している情報について、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

1	要介護認定情報	<input type="checkbox"/>
	LIFE 情報(利用者の状態や介護事業所で行っているケアの計画・内容)	<input type="checkbox"/>
	診療情報提供書・入退院情報	<input type="checkbox"/>
	主治医意見書	<input type="checkbox"/>
	訪問看護指示書・報告書	<input type="checkbox"/>
	ケアプラン	<input type="checkbox"/>
	ケア記録(提供サービスの記録・食事・排泄状況・バイタル等)	<input type="checkbox"/>
	その他(具体的に: _____)	<input type="checkbox"/>

(50)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・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・自治体	<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・自治体	<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・自治体	<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・自治体	<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・自治体	<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・自治体	<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	個人の機器	<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・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、使用形態に関して、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 6.0 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、医療機関等が管理する情報機器等と同等の対策が講じられるよう求められています。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
	上記において、「はい」と回答された方にお尋ねします。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)
	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尋ねします。医療機関等が管理する情報機器等と同等の対策を講じていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	上記において、「はい」と回答された方にお尋ねします。どのような対策を講じていますか。具体的に教えてください。	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 6.0 版)

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html

(51)ビデオ通話機能・TV・WEB 会議システムの利用実績

ビデオ通話機能・TV・WEB 会議システムの利用に関して、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 会議システムを利用していますか	○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。

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

2	利用場面	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"/>

(52)機能

利用している機能について、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	<input type="checkbox"/> 指示書・報告書作成	<input type="checkbox"/> 電子温度板
<input type="checkbox"/> 生活記録	<input type="checkbox"/> スケジュール管理	<input type="checkbox"/> 患者紹介・逆紹介
<input type="checkbox"/> 遠隔モニタリング(センサー等)	<input type="checkbox"/> カメラ	<input type="checkbox"/> ケアプランの共有
<input type="checkbox"/> ケアプランの作成	<input type="checkbox"/> 利用票・別票作成	<input type="checkbox"/> レセプト請求
<input type="checkbox"/> 遠隔診療	<input type="checkbox"/> ビデオ通話・TV・WEB 会議システム	
<input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)		

(53)効果

効果に関して、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関して、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	<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"/>

(54) 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関して、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)

<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)

(55) 多職種連携システムの課題・問題点

多職種連携システムの課題・問題点など、当てはまるものを選択してください。(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 使い方が難しい <input type="checkbox"/> 従来の業務のやり方に比べ手間がかかる <input type="checkbox"/> 関係職種の参加率が少ないためあまり使用できない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 初期経費の費用負担が大きい <input type="checkbox"/> 運用経費の費用負担が大きい <input type="checkbox"/> 関係者の管理が困難(登録・削除など) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)

以上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。