

浪速区医師会 ブルーカードシステム

浪速区地域概要

浪速区は、大阪市のほぼ中央に位置し、面積 4.37k m²と大阪市内で最も小さい行政区となっている。堺、和泉、和歌山、神戸、奈良方面への交通路にあたるなど立地条件に恵まれており、大阪市内でも有数の商業地域として発展してきた。大阪のシンボルといえる「通天閣」「ジャンジャン横丁」のある新世界など、庶民の町としても親しまれている。

また、十日戎で賑わう「今宮戎神社」をはじめ、枯山水の庭園で有名な「願泉寺」等の由緒ある神社仏閣や古い歴史を持つ名所旧跡なども多数あるほか、大相撲 3 月場所が開催される「大阪府立体育会館」、伝統的な民芸品の展示・保存・普及活動をしている「日本工芸館」など、文化教育スポーツ施設も充実している。（平成 24 年度浪速区区政白書）

平成 29 年 6 月末の総人口は 66,497 人、高齢化率は 18.9%となっている。（住民基本台帳）



事例の概要

<取組の背景・経緯>

検討が始まった平成 20 年当時、救急搬送所要時間の長時間化や救急搬送における医療機関の受入れ拒否が全国的に問題視され、救急医療の崩壊がクローズアップされていた。

そのため、病状急変時にかかりつけ医と連絡が取れない場合にも円滑な対応ができるよう、浪速区を中心とする診療所と近隣の複数病院がネットワークを組み、患者ごとに予め受け入れ先の病院を決め、患者情報を共有する仕組みを構築した。

<取組の概要>

- 医師会を中心とした救急時対応のための病診連携、病病連携の協議の場づくり
- かかりつけ医が対応できない場合の救急の仕組み「ブルーカード」の開発・運用
- 初期投資や特別な機材を必要としない仕組みづくり
- 在宅医療・介護の多職種連携の仕組みづくり

<検討及び運用開始時期>

ブルーカードの検討開始：平成 20 年、水面下で検討を開始

平成 21 年 5 月、区内 3 病院、近隣 3 病院で毎月病診連携委員会を開催

ブルーカードの運用開始：平成 21 年 11 月

A ケアカードの検討開始：平成 27 年春、A ケアカードの前身の実証実験「i プロジェクト」を開始

平成 27 年 6 月、浪速区医師会が中心となり、在宅医療・介護連携協議会が発足

A ケアカードの運用開始：平成 28 年 11 月

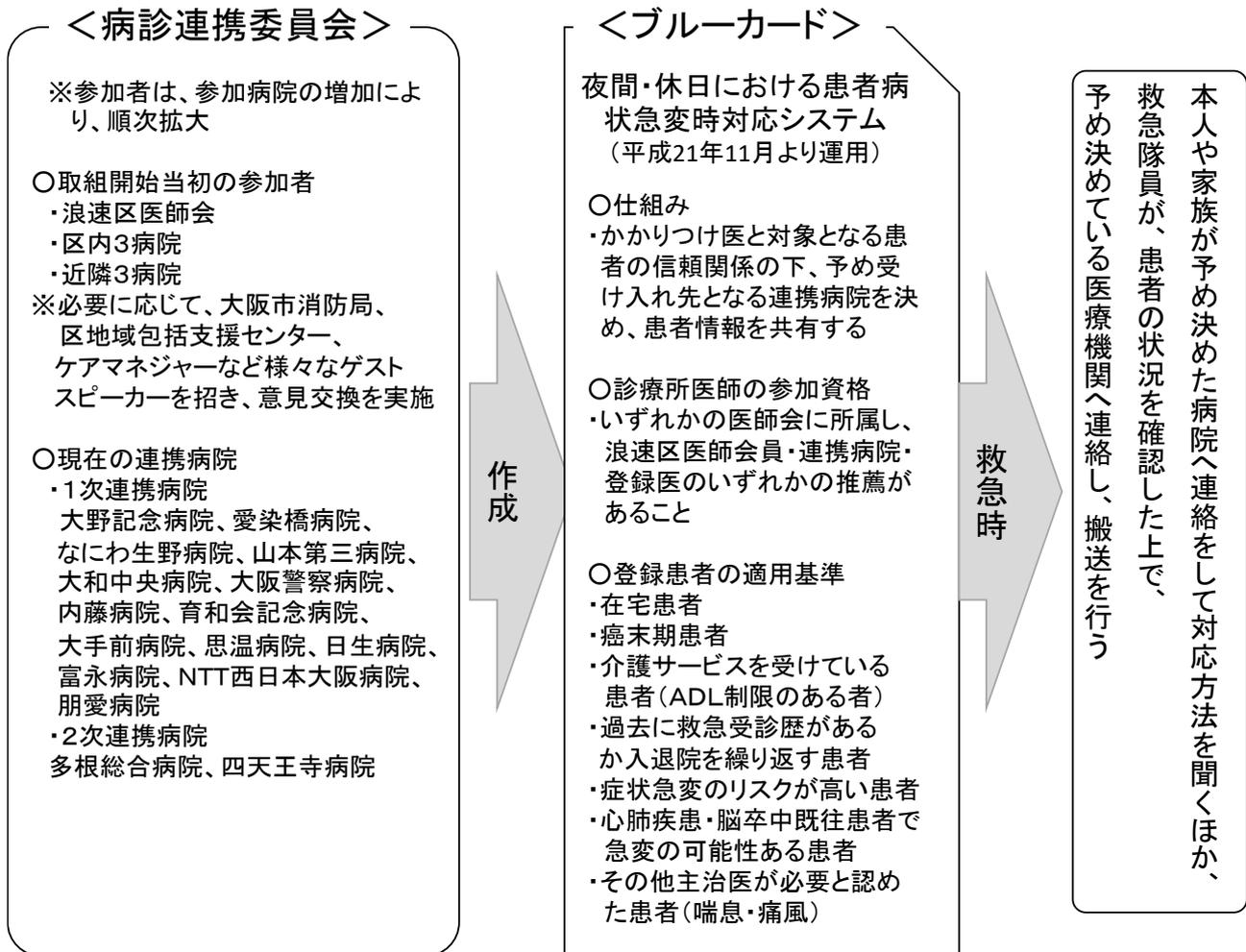
<中心となって取り組んだキーパーソン>

浪速区医師会副会長 久保田氏

<今後の課題>

救急体制の仕組み「ブルーカード」については運用から約8年が経過し、大きな課題もなく安定している。今後は、データ集約による予防医療・地域の健康度の向上を視野に、医療と介護の多職種連携を進めることが課題。

浪速区医師会の取組の概要(図)



ブルーカードとAケアカードの比較



	ブルーカード	Aケアカード
対象	在宅患者 適用条件を満たす外来患者	浪速区介護保険利用者
目的	病院搬送時(病院緊急受診時)	多職種連携
アウトカム	救急搬送時間の短縮 救急時の受診率の上昇 救急患者のデータ解析	多職種の情報閲覧 地域の介護情報& 医療情報データベース

(1)取組の背景

①全国的に問題視された救急医療の崩壊

取組前後の平成 21 年度当時、妊婦の救急搬送における医療機関の受入れ拒否や救急搬送所要時間の長時間化等の医療崩壊が全国的に問題視されていた。ブルーカードのような救急医療の連携体制の構築によって解決が図られるのではないかと検討が始められた。

また、大阪の救急隊のルールとして、受入れ病院を探す際は救急車を動かしてはいけないことになっており、受入れ先が決まるまでに平均 3 回ほど電話をする必要があるなど、搬送所要時間の長時間化が問題となっていた（大阪には ORION という救急告示病院の受入れ状況を調べる仕組みがあるが、リアルタイムに正確な受け入れ状況を出している病院は 6 割程度となっている）。

(2)検討開始(平成 20 年)

平成 20 年に救急体制について、水面下での関係者間との調整を開始した。平成 21 年 5 月に、浪速区医師会が中心となり、区内 3 病院と近隣地区の 3 病院とともに、病診連携委員会を設立し、ブルーカードシステムの検討を開始した。

キーパーソンである久保田氏（浪速区医師会のメンバー）には、エリア全体に住んでいる人が安心・安全に、健康福祉に関して有益な利益を享受できる都市にしたいとの考えがある。まずは「死ぬか生きるか」という救急部分をきちんと整備する必要があるとの視点から、救急体制の構築に最初に取り組み始めた。なお、ブルーカードの仕組み構築後は、医師と開業医・開業医同士がつながる仕組み、多職種連携とした A ケアカードの仕組みづくりに取り組んでおり、これら全てがつなげて構想されている。

①病診連携委員会の設置

近隣病院との親睦会の際、愛染橋病院のイエローカード（※ 1）、未来の紹介状（※ 2）を参考に、複数病院対開業医による地域の救急医療ネットワークの構築に取り組みたいとの話が持ち上がった。当時の浪速区医師会会長の後押しがあり、医師会理事会の承認を受けて具体的な検討が始まった。理事者から 8 名がメンバーとして選ばれ、あわせて事務方も選抜された。IT にあまり関心がないような年配の医師など、全員が参加できるような仕組みになるよう、選抜された 8 名は、在宅医療への取組有無で半数、IT に興味がある電子カルテ派とあまり興味のない年配の医師で半数ずつと、バランスに配慮がなされた。

約 1 年かけて、このような水面下での調整を行い、平成 21 年 5 月に、浪速区医師会、区内全 3 病院、近隣 3 病院をメンバーとして病診連携委員会が立ち上げられた。

- ※ 1 愛染橋病院のイエローカード：愛染橋病院の内科医が始めた、1 病院対開業医の急変時の受け入れ体制の仕組み。消化器系の急変時に限定していた
- ※ 2 未来の紹介状：大村医院（西成区）が始めた、1 開業医対複数病院の急変時の受け入れ体制の仕組み。交渉した病院に予め紹介状を渡し、自分の患者がその内容で来院した際には受け入れてもらう

当初の参加メンバー	浪速区医師会 区内3病院（愛染橋病院・富永病院・なにわ生野病院） 近隣3病院（大野記念病院・四天王寺病院・多根総合病院） ※必要に応じて、大阪市消防局、区地域包括支援センター、ケアマネジャーなど 様々なゲストスピーカーを招き、意見交換を実施 ※現在は出席希望者が多く、医師会ではA班、B班の交代制で検討を行っている ほか、病院は上限2名としている。また、他地区医師会も定期的に参加している
会議開催のペース	月1回実施（取組が軌道に乗って以降は、2か月に1回）

②病診連携委員会での検討

委員会の設置後、半年間の検討期間を経てブルーカードの運用を始めた。

内容の確定まで、委員会での議論のほか、委員へのアンケートによって丁寧に合意形成が図られた。当時は、患者情報の共有が進んでいない時期だったため、セキュリティの問題で反対する医師もいた。また、委員会に出席している医師が参画の意思を共有しても、病院に戻ると当直医が反対してだめだったということもあった。

○主な議論結果：運用開始までの5～10月の6回分の委員会要録から抜粋

【議論形式】

- ・ 6病院及び浪速区医師会が連携し、地域医療にいかに関与できるかとのコンセプトで、討論形式で実施
- ・ 9月の第5回に居宅介護支援事業所、10月の第6回に大阪市消防局が出席

【第2～3回】

- ・ イエローカードを元に、ブルーカードの考え方・適用範囲、緊急時連絡先、薬剤アレルギー・感染症などの項目の追加記載が決定された
- ・ ブルーカードは、まずは在宅患者を中心に開始する（運用後、拡大）
- ・ ブルーカードの薬剤は、患者に薬剤手帳を持参してもらるか院内薬局の医師に薬剤情報を提供してもらう
- ・ カードの使用は、休日と夜間に限定する
- ・ カードは本人、依頼病院だけでなく医師会にも報告し、医師会が一括管理することで有効期限の管理ができるようにする

<項目内容について>

- ブルーカードに、緊急時連絡先（キーパーソン）を記入する
- 感染症などの情報があれば明記する
- 紹介元医療機関名に連絡先を追記する
- カードの使い方や連携可能病院なども封筒に記入する

【第4～5回】

- ・ ブルーカードの内容及び封筒の微修正を行った
- ・ 委員へのアンケートにおいて、入院中の在宅希望患者に対する診療所の受け入れ体制について、今後の協議課題として、医師会の受け入れ可能な診療所の情報を医師会理事会で承認のうえ、病院側に提供することを確認

【第6回】

- ・ 最終校正。メールの使用はやめ、Faxのみとする

<項目内容について>

- 緊急連絡先に氏名欄を追加
- 薬剤アレルギーにラテックス、食物アレルギーの項目を追加

③行政との連携状況

ブルーカードの検討・運用に行政は関わっていない。

最終的には医師会所属の医師がブルーカードを発行するため、医師会が取り組む必要がある。患者と医師のつながりの間に行政が入ることには、患者側に抵抗感があるため、行政は補助金や広報といった面での協力が考えられる。医師会トップのやる気は非常に重要であるため、行政がアプローチするとすれば医師会長になる。市長が協議会を一緒にやろうと呼びかけて牽引して立ち上げることは考えられる。

事務局業務は、浪速区とその他の参加エリアを足した約 10 万人規模であれば 1 人、30 万人規模であれば 2 人くらいで可能と考えられる。事務局を行政に置くことも考えられるが、患者の個人情報が行くことに問題が生じる可能性がある。医師側も顔の見える関係ができていない医師会事務局にデータがあることに対する納得感があり、人事異動が激しい行政では難しいのではないかと。

消防は協力者という位置づけである。



(3)連携シートの開発

①「ブルーカード」の概要

Excel と、手書き用の 2 種類を用意しており、情報共有には Fax を用いている。診療所の医師は、ブルーカードの情報を記載し、Fax で送付するのみであり、紹介状を書く感覚と似ている。患者から同意書を取得することが加わる程度のため大きな手間ではない。高齢で PC を使わない医師にとっては、紙で管理する方が楽なようで、70 代の医師も参加できている。

内容については病診連携委員会で決議をとっており、紛糾して掲載できなかった項目はない。病院と開業医側では感覚が異なるが、ブルーカードは病院がみるものであるため、病院が掲載してほしい項目については基本的に掲載することが多い。要介護度や利用している介護事業所についても、病院からの要望で盛り込まれた。同様の取組を実施している他地域でも、順番が異なる程度で同様の項目内容となっている。

②ブルーカードの発動

夜間・休日の急変時に、連携病院に電話し、医師が来院するよう言えば、病院にも行っていいというルールとなっている。来院時にはブルーカードを基本的には持参するが、参画している全ての病院に Fax で同じものが届いているため、ブルーカードを持っているかどうか分かれれば問題がないようになっている。

救急搬送時は、本人による申告か、電話機の上のところなどにブルーカード登録先病院を貼っていれば、救急隊が病院に確認することになっている。電話を 1 回かければ良いため、搬送先となる病院を探す手間を省くことができる。ブルーカードは専用の封筒に入っているため、救急隊は緊急時に封筒を開けて内容を確認できる。ただし、消化器の疾患のための病院が登録されていたとしても、救急隊が心臓を原因とする急変だと判断する場合には、現場の状況を最優先し、搬送先の病院を変更可能としている。

③ブルーカードの管理方法

内容の更新はかかりつけ医等が行い、PDF のデータアップを医師会事務局が担っている（他区の患者のものも浪速区医師会事務局が基本的に 1 人で対応）。診療所が休みとなる連休前には、登録や登録内容の更新が増える傾向にある。

病院では、当直室に Fax の紙をファイリングして管理しているところもあれば、PC 上で確認するところもある。ファイリングの場合は、更新の度に古いものと新しいものを差し替えている。

患者の登録数は病院によって偏りがある。浪速区に最も近い愛染橋病院であれば登録数も多く、枚数も増える

が、その他の病院では数件のところもある。管理はそれほど大変ではない。

更新頻度は1年に1回で、以前は更新時期を医師会事務局から医師に伝えていたが、更新されないことから現在は行っていない。今後は、更新時期に勧告メールが届くような仕組みを設けることが検討されている。現在は、A ケアカードと一本化されているため、救急登録したい際にボタンをクリックすれば、病院に自動的にFaxが届くような仕組みを将来的な構想として持っている。

夜間休日緊急用 ブルーカード		連携病院確認欄	事務局確認欄
登録 医師会番号	登録 医療機関番号	登録 患者番号	
			登録区分
			患者区分
依頼病院の選択 <small>いずれか1つを選択する</small>			
登録日	平成 年 月 日	更新記載日	平成 年 月 日 平成 年 月 日
紹介元医療機関名		医師名	TEL FAX
フリガナ 患者氏名		性別	生年月日 ←元号を選択する 年 月 日生 歳
住所 <small>現在、生活している所</small>		電話	
緊急連絡先 <small>(キーパーソン)</small>	氏名	電話	患者との間柄
主病名	コードNO	1) 2) 3)	
既往歴			
病歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 肝炎・肝硬変 <input type="checkbox"/> 腎不全・CKD <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> COPD・喘息 <input type="checkbox"/> 癌		
<input type="checkbox"/> CPRまたはDNAR (心肺蘇生しない合意がある場合) <input type="checkbox"/> 自宅看取り (自宅看取りの希望を確認した場合)			
重要事項			
感染症歴	HCV抗体	HBs抗原	その他 []
アレルギー歴	薬剤 []	食物 []	その他 []
飲酒:	<input type="checkbox"/> 毎日 [] <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲まない		
喫煙:	<input type="checkbox"/> 毎日 [本ぐらい] <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 吸わない		
直近の緊急受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 平成 年 月 日ごろ 医療機関名 []		
障害(者)の日常生活自立度 <small>(寝たきり度)</small>	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [要支援] 1 2 要介護 1 2 3 4 5		
利用中の居宅介護支援事業所	事業所名	TEL	
<input type="checkbox"/> このブルーカードは在宅療養後方支援病院への情報提供書を兼ねる (注: かかりつけ医は、在総・在医総管の届出をしていること)			

PC入力用 平成29年7月改定

○ブルーカードの手続きの流れ



(5)周知

○広報への姿勢

取組の拡大には広報が必要であり、これまでに 100 本以上の資料を作成した。ただし、ブルーカードの対象は全市民ではなく、医師の判断の下に発行されること、病院についてもシステムを理解してもらった上で参画してもらうことから、数さえ増えれば良いといった性質のものではない。

○病院

浪速区医師会会長（運用から 2 代目）が、会長職にも関わらず、病院と直接連絡を行い、病院長・担当医師に対する説明を久保田氏とともに行った。このような広報によって、病院側も納得して委員会に入っている。

○診療所・浪速区医師会

運用にあたり、医師会内で説明会を開催した。元々、浪速区医師会はアットホームな雰囲気があり、賛同を得られることであれば、進めたいように進められる環境であった。理事以外は医師会の活動にあまり興味がないというところが多いなか、若手の会など若い医師同士が集まる会があり、他の地区医師会と異なり、横のつながりが圧倒的に強いと言われている。

○消防

当初から非協力的ではなかったが、現場の消防隊員に周知徹底するための広報が弱かった。消防局に対しては久保田氏がプレゼンを実施したが、他地区の消防が全く理解していない時期もあった。そのため、大阪市消防局に一元管理をしてもらえよう、**トップ宛（救急部救急科担当係長）**に何度か文書を出している。

現在は、半年～1年に1度、大阪市消防局から担当者を招き、全員に広報してもらっているほか、ブルーカードの有無による搬送時間データも医師会に提供されるなど、周知が進んでいる。

(6)取組の成果

外来診療を実施していないところも含めて、区内診療所 65 のうち約 40 が参画している。単科の場合は急変することがあまりないため登録しづらいため、内科・外科に限定すれば 7～8 割の参加率となっている。救急体制はほぼ十分に整ってきている（大阪市全体で言えば、全然できていない）。

ブルーカードの活用により、出勤から病院搬送までの時間が、約 7～8 分の短縮となった。

ブルーカード所持者については、救急搬送の有無を確認することになっており、その結果、救急車を使わずに、患者や家族が自分でタクシーを呼んで病院へ行くことや自家用車で行くことが多いことが分かっており、これまでの救急搬送 664 件のうち、救急車利用 105 件、救急車の利用無し 559 件となっている。結果的に、救急車を待つ時間がなくなるため、証明するためのデータは存在しないが、病院に到着するまでの時間も短くなっていると見込まれる。また、患者数は増加傾向にあるが、疾病別の搬送件数は減少傾向にある。

患者側も、ブルーカードに記載された病院に行けば良いと分かるため、非常に安心できるシステムとの賛辞が寄せられている（マニュアルより）。開業医のなかには、ブルーカードがなくても、「A 病院に搬送されたから良い」と結果だけを見る人がいるが、本人・家族からすると、複数の病院に断られてから搬送先が決まると「やっと A 病院に搬送できてよかった」との疲弊感や苦労がある。ブルーカードがあることで、本人・家族はすぐに病院に行けたということがはっきりと分かることになる。

消防側にも、ブルーカードを患者が持っていることで助かるという意識があるとの話が出ている。

在宅医のなかには、封筒に検査情報等を入れてくれる人もおり、受入れ病院は以前と救急搬送時のデータを見比べることなどもでき、より早く、より正確な診断につながられる。医師も、ブルーカードさえ出しておけば、休日でも万

が一のときに病院が受け入れてくれるため安心できる。まさに地域包括ケアシステムの 24 時間 365 日の体制をつくる制度になっている。ある程度の手間はかかるが、データ管理もカード整理もできているため、次に同じ仕組みを取り入れる地域があれば、レクチャーもでき、汎用性のある仕組みである。

ブルーカードは、信用のない一見の患者がいかげんな使い方をすると困るため、あくまでも「信頼関係の構築された患者（かかりつけ医の承認つきの患者）」が登録の対象となる。通院患者数の公表に難色を示す医師や他地区の患者流入もあるなど、様々な要因があり、対象となる全患者数を出すことは難しい。

(7)取組のアドバイス

ポイントは、病診連携委員会を毎月開催し、顔の見える関係を構築できた点にある。顔の見える関係がなければ、医師会でも他地区の病院の地域連携室や医師との接点はあまりない。病院を通じて、会議に呼んで勉強会を開くことはよくあるが、多くても2つくらいの病院であることが多い。1つの医師会で16病院との連携を図ろうとすると、初動が大変なため、なかなかできない。本来、このような救急体制の構築は、人口規模に基づいた判断のもと、きちんと地域に広がるのが望ましいが、医師会で合意を得られるかどうか、合意があったとして最初の1年間は広報に特にエネルギーが必要になるため、そのエネルギーを維持続けられる医師がいるかどうか問題となる。

また、新しい事柄を取り入れることに対し、拒否反応を示す人はいる。そのような医師会内外からの批判があっても、推進していける「心の折れない医師」も必要となる。加えて、医師会事務局がきちんと管理し、データ入力などPCを扱えることが必要である。

浪速区医師会は理事者の平均年齢が50代で比較的若く、会長も関連会議に常に参加している。このようなトップの協力的な姿勢があれば医師会としてまとまりやすく、取組も進みやすい。立ち上げから継続的な取組につなげていくためには、医師会長のリーダーシップも大きな要素となる。医師会で取組を始めても、広報と説明会をきちんとしなければ病院の参加は難しく、「良い取組だな」で終わってしまう。

今後について

(1)ブルーカードの運用

①運用開始直後の様子

ブルーカード運用後の2年間は、診療科目によっては当初の6病院では不十分な科目もあったが、まずはブルーカードをきちんとしたものにするために、参画病院を増やすことよりも、宣伝期間と捉えて取り組んだ。ブルーカードを有効に活用するために、項目の拡充、システム改修など、病院側からの希望もあって変更を重ねており、改変が多かった。ベンダー任せにしない大変さはあるが、アプリを入れるだけの場合は興味のない先生を中心に途中から使われなくなるが多い。改良・改変・改良・改変を続けることは大変だが、委員会で決定する過程を踏むことで納得できるものへと充実し、使ってもらえる仕組みとなった。

最初の2～3年は大阪市消防局にも伝わっていなかったが、5年目くらいから行き渡り、現在は知っていて当たり前といった安定した状況になっている。

②病診連携委員会の検討状況

平成 28 年度までは、毎月 1 回の病診連携委員会を開催し、病院との連携体制における問題点、ブルーカードの利用ケースの検討、病院側の苦情や再度の要望の聞き取りを継続して行い、徐々に病院側も協力的になってきた。

また、ブルーカードの運用に関わらず、救急搬送の必要な（状態が急変する）患者数が変わるわけではなく、搬送時に患者情報が分かるかどうかの差しかないにも関わらず、患者数が突然増えるのではないかと登録することによって頻繁に来院されてしまうのではないかと勘違いが多かった。実際には、救急搬送患者は多くても 2～3 件/月であり、データの蓄積に伴って病院側に納得感が出てきた。数値上の証拠を示すことで、スムーズに協力が得られるようになった。

運用後 4、5 年目に大阪市藤井寺市が参画し、その後、様々な地区で参画が進んだ。大分県日田市、高知、福岡、京都府宇治市、河内長野市、大阪市生野区でも始まっている。

連携病院への協力依頼が周知されると、病院側から参加したいというように現在は変わってきている。

委員への報酬は一切ないが、出席率は良い。1 年に 1 回、各病院の裏方も含めて宴会を行うことで、交流を図り、代表者が集まる場ではなかなか発言できないような改善点についても情報収集が図られている。また、その場で顔の見える関係づくりができています。

③意思の確認の追加

世の中でリビングウィルの話が出てきた頃、病院の医師から、「在宅看取りを希望する人が増えたが、蘇生しても良いのかどうか」「家族の意思を聞いていない、予め決めて記載する項目がほしい」との話が出された。法的にも問題になる可能性があるため、すぐに追加することになった。それまでも個人で確認している医師もいたが、統一した方が良いということになり、平成 28 年 3 月頃の委員会で議題に上がり、反対意見は出ずに追加された。運用としては、かかりつけ医が本人と家族と話をしてチェックをつけることになる。

現在は、新しいブルーカードへの移行途中ということもあり、また、更新時にその項目だけを聞くことが難しいこともあり、実際に延命措置を拒否して自宅で看取った人数は把握していない。かかりつけ医からの批判も特に無かったが、テーマとして難しいため、了承がとれない場合や医師の判断で空欄ということも考えられる。

患者は、延命拒否に○を 1 度つけてしまうと、二度と変更できないとの誤解を持つことがある。助かる可能性がある場合は助ける、いつでも意思を変えて良いと伝える必要がある。項目を決めた際も、病院の医師から本人はそのつもりでも家族が助けて欲しいということの方が多という話も挙げられた。「こんなにしんどいなら病院がいい」という場合もあれば、「病院で毎日こんな状態なら自宅に帰りたい」という場合もあり、状況によって、在宅あるいは病院のどちらで看取するのが良いかわかる。最期をどう迎えるのか、本人や家族が考えるきっかけとしては良い。

③現在

運用開始後 4～5 年で安定し、現在は問題なく運用できている。

平成 30 年 1 月 15 日時点で、ブルーカード登録件数 597 件、延件数 644 件、述べ利用者 4,952 件となっている。平成 29 年 5～6 月のカード動向は、計 89 件（新規 24 件、更新 36 件、入院 6 件、帰宅 5 件、中止 2 件、死亡 10 件、通院なし 1 件、かかりつけ医変更 1 件、登録医変更 2 件）となっている。

(2)医療と介護の連携:『A ケアカード』



①取組背景

ブルーカードは急変時のための仕組みであり、登録した情報は何かない限りは使われない。そのため、通常の患者情報も日常的に使えるように、「i プロジェクト」という実証実験を行った。糖尿病が悪くなった場合の教育入院、心臓の調子が悪い場合専門外来に行くといった場合、患者情報が何も無いことから、服用薬や検査情報まで分かるほうが良いとの発想で、17 医療機関を選定し、経産省の補助金 600 万円を活用して平成 27 年 3 月から平成 28 年 3 月まで実証実験を行った。そこでは、診診連携の必要性が認識されるとともに（眼科医が糖尿病の検査値など内科の情報が欲しいなど）、本格運用に向けては、在宅療養のためには薬剤師や歯科医師、訪問看護師、介護支援専門員など多職種連携の機能も連携ツールには必要だろうとの結果が得られた。A ケアカードは、i プロジェクトを包含する形で始まった。

② A ケアカードの概要

多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー）が、患者の医療情報・介護情報を共有するシステムで、多職種が患者情報を PC でもタブレット端末でも閲覧できる仕組みとなっている。浪速区医師会、浪速区歯科医師会、浪速区薬剤師会、浪速区内訪問看護ステーション、浪速区居宅介護支援事業者連絡会、浪速区地域包括支援センター（協力団体：浪速区役所、浪速区社会福祉協議会）をメンバーとする浪速区在宅連携協議会において検討している。平成 28 年 11 月の開始 1 年前から、毎月開催し、検討を重ねてきた（現在は 3 か月に 1 回の開催都市、メールでのやり取りに移行）。ID・パスワードでウェブからログインし、VPN 回線に接続して利用する。特別なアプリなどは不要で、バージョンアップも関係ない。

A ケアカードにはチャット機能があり、多職種がやりとりをすることができるほか、服用薬剤や検査情報が時系列で確認できる。新しい投稿内容は、登録しているメールアドレスにも届くため、アクセスしなくても緊急性の高い要件が分かる仕組みとなっている。

外来中にも確認することになると医師には負担となる可能性もあるが、患者目線で考えると、患者の状態にあわせて多職種が簡単なやりとりで対応が可能となるため便利である（診察中に受付が電話して対応することも可能だが、検査情報などが添付してあれば、電話や紹介状を書くよりも簡便にできる）。

ただし、PC の使用を前提としているため、できる医師とできない医師が分かれてしまうことが問題である。

平成 29 年 8 月 31 日時点で、登録数 506 件となっている（実際の利用は 3 割強程度と見込まれる）。

面倒な仕組みであれば使われなくなるため、まだ議論し、改良している段階である。

協議会の構成



③ A ケアカードによる効果

これまで分かっていなかった診診連携のより深い情報があるため、何の情報もない患者と一緒に診ているような連帯感が医師同士で感じられる。

これまで必要な情報以外はあまり聞かなかったが、ケアマネジャーの細かい情報をみると、「こんな病院にも行っていたのか」と、知らない情報が多くあり、なかにはあれば助かる情報もある。役立つ情報の選別が進むことで、ケアマネジャーとの連携がさらに生かされると考えている。

ケアマネジャーは、医師に対する連絡の抵抗感が和らいでいると思われる。

④ 行政との連携状況

A ケアカードの構築費用は区が負担し（在宅医療と介護の連携基盤構築支援事業）、ベンダーへの改定費用は医師会が負担している。行政は会議にオブザーバーとして参加しているが、データを見ることはない。広報では協力を得ている。

⑤ ブルーカードとの連動

ブルーカードと A ケアカードは連動している。ブルーカードを持っている人の場合、「ブルーカードボタン」が青くなり、PDF データが見られるようになっている（ただし、自動更新ではない）。

(3) 今後の展開

① 「ブルーカード」の運用

ICT 化のセキュリティを考える必要がある。患者情報の提供に Fax を使用することが多いが、時代の流れとしてデジタル化する必要がある。しかし、使用している医師の層をみると、現時点で Fax の使用を止めるとブルーカードは成立しない。実際の利活用を考えると、Fax だけ送ってブルーカードの参加申込ができるメリットは非常に大きい。Fax が使えるようにしておく、参加意欲が上がるようだ。iPad で申込みできるツールも作成したが、2～3 人ほどの利用で、ほとんど利用されていない。また、改変が続いていたため、アプリもバージョンアップの度に費用が発生するといったこともあり、現在は運用を止めた。A ケアカードは全てデジタル化しているため、ブルーカードは参加できても A ケアカードは難しいという医師がいる。いかに参加しやすい仕組みとするかが今後の課題となっている。

② 今後の長期的展望

連携の仕組みにケアマネジャーが参加する意味として、定期的に毎月 1 回のチェックを行っている点が挙げられる。例えば、3 か月に 1 回、認知症やフレイルのチェックリストを行い、患者に変化があると医師や看護師にメッセージが届く仕組みを検討している。これにより、ちょっとした変化の見落としをなくことができ、また、医師の診断あるいはケアプランを立てる際に役立つ情報となり、どの段階でどのようなことをすれば良いかというデータが得られる。さらに、患者が利用できるページとしてパーソナルヘルスレコードも考えている。

次の構想としては、データに基づいた改善策（こういうことをした方が抑制できる、こういう運動が理想的、こういったイベントが地域にあるなど）を AI で患者（本人）にフィードバックする仕組みを考えている。そういった情報を担当ケアマネジャーやヘルパーとも共有することで、エリアとして何をしないといけないかが把握できるようになると良いと考えている。ブルーカードのデータと突合することで、この地区はどのような状態の人が救急搬送される率が高く、何に注意すれば良いのか、どこが弱いのがエリアで見え、エリアとしてどう補強していくかを考えられるような仕組みが可能となる。

