在宅医療支援システム研究会次第

日時　平成２９年１１月２８日（火）
　　１８時３０分～
場所　介護老人保健施設くろかみ　研修室

１　開　　会

２　あいさつ

３　報告・紹介事項

（１）第 2 回医療・介護多職種連携会議について

（２）平成 29 年度岡山県先進事例伝達研修会について

（３）新見市情報連携システム推進事業について

（４）その他

４　協議事項

（１）晴れやかネットとの意見交換について

（２）その他

５　その他

次回開催日
平成　　年　　月　　日（　　）

H29.11.17　平成29年度第2回医療・介護多職種連携会議が開催されました。

2017/11/17 更新

一覧

挨拶をされる太田会長

講演をされる高梁中央病院脇坂室長

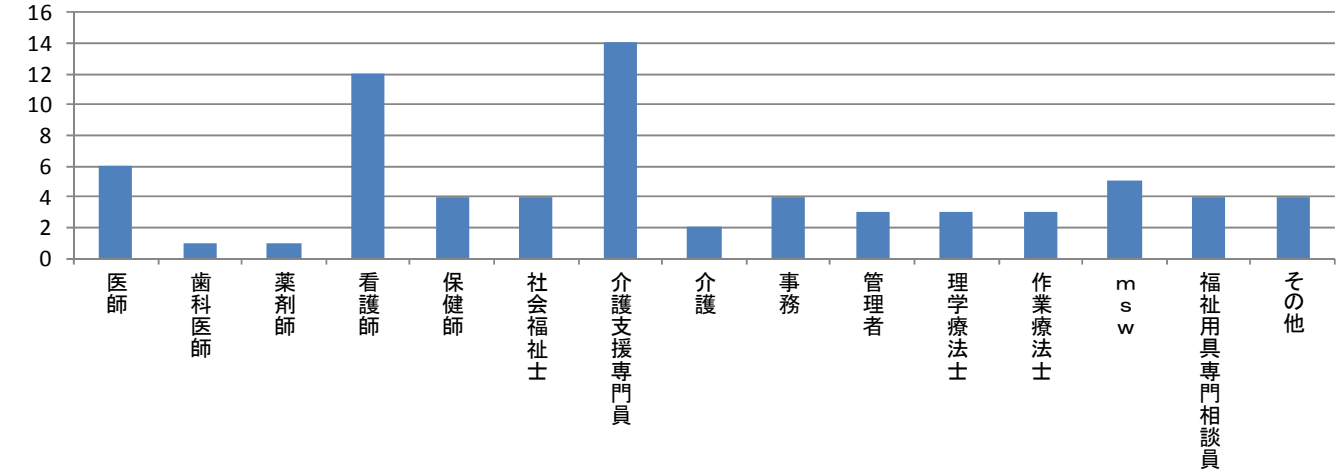
会場の様子

平成２９年１１月１７日（金）午後６時３０分から、ＪＡあしん生活センター２階で、新見市在宅医療・介護連携支援センター主催の「Ｈ２９年度第２回医療・介護多職種連携会議」が開催されました。

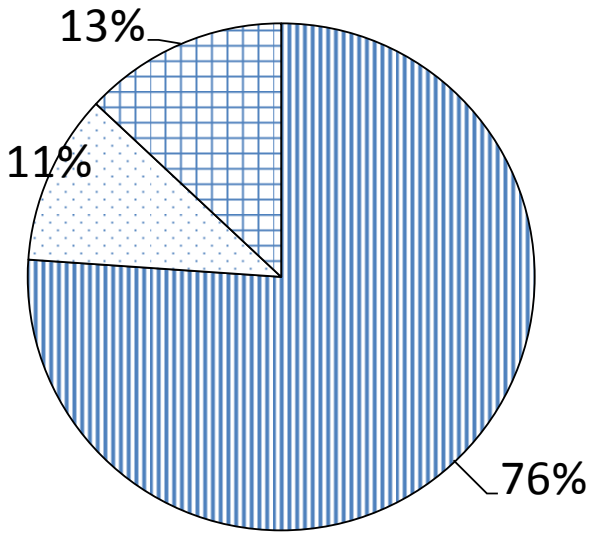
今会議のテーマは「広域連携」で、高梁中央病院の地域医療連携室　脇坂室長に「在宅療養に向けた地域連携・退院支援について」と題し、病院の取組をご紹介いただきました。
つづいて、取組紹介として介護支援専門員協会新見支部　高梁福祉部長より連携事例のご紹介、まんさくよりweb会議を利用した取組について報告しました。
グループワークでは、高梁中央病院との連携で工夫出来そうなことや質問等について意見交換を行い、その場で、脇坂室長、宮本看護部長にお答えいただきました。
当日は約８０名以上の参加があり、活発な意見交換がされていました。

平成29年度第2回医療･介護多職種連携会議　アンケート結果

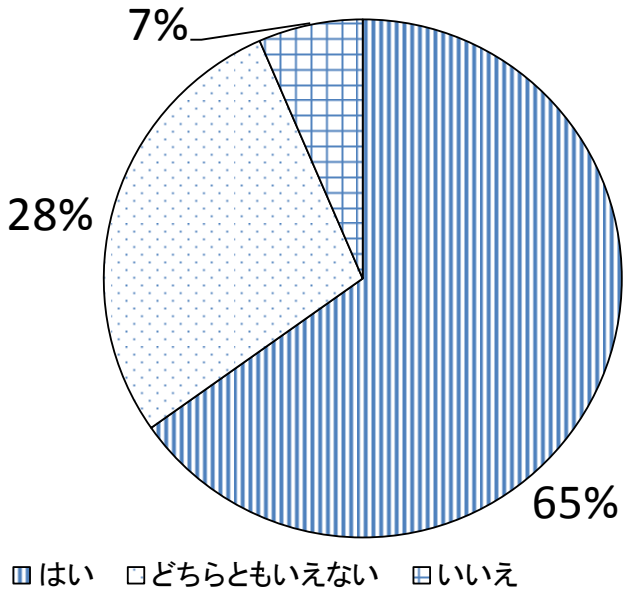
参加者内訳



自分の考えを発表することが出来ましたか？



今日の研修会で気付いたり、考えが変わった事はありますか？



研修会参加者数　70 名　アンケート回答者　46 名　回収率　66%

Q4.今日の研修で気付いたり、考えが変わった事はありますか？

・がん相談支援センターやがんサロンがあると聞き、頼もしいと感じ、新見にも欲しいと思った。
・web 会議が思っていた以上に活用されていること。高梁中央病院の取組を知れた事。
・高梁と新見の連携を深めていきたい。
・高梁中央病院ことを良く知る事が出来た。動画や写真などＩＣＴ活用をしてほしい。
・丁寧な説明で、高梁中央病院のことが良く分かりました。
・急性期病院として、がん拠点として、相談にのってもらえる病院が割と近くにあった。頼りになる。ゆうゆう村で透析ショートが使える。
・ＤＭＡＴがある。透析や腹腔鏡手術を行っている。最新の治療をされていること。
・web 会議をされていることを知らなかったので、すごいなーと思いました。
・自分の病院では行っていない取り組みが参考になった。良い所はしっかりマネして、取り組んでいきたいと思う。
・今まで遠く感じていたが、近くに感じることが出来た。
・地域医療連携室がしっかり役割を果たさないといけないと感じました。
・高梁中央病院の役割、機能を知ることが出来たので、連携がしやすくなったと思います。
・新見市内でも、地域によっては高梁中央病院をかかりつけにされる人が多い所があることがグラフをみて良く分かりました。

・高梁中央病院は急性期も対応されていることがわかった。

Q５．高梁中央病院への質問等がありましたらお書きください。
・退院時在宅が望めない方への対応で施設入所がすぐに出来ない場合…どこまで病院での受け入れが出来ますか？
・病院薬剤師が５名、他の専門職（理学療法士、検査技師等）と比べても多めの配　置にみえますが、理由がありますか？
・テレビ会議は可能ですか？
・夜間救急対応時の受け入れ先として、県南病院ではなく、高梁中央病院で対応して頂けると選択肢が増えそうです。
・県南病院と高梁中央病院との連携について教えて下さい。
・高梁中央病院としてどういった連携をしていきたいのかあれば教えて頂きたい。
・外科に関わる内容をもっと知りたいです。

Q６．講義の内容や、会議の企画・運営に対するご意見（グループワークの方法など）があればお書き下さい。
・ＫＪ法だと全員参加している感じがあり良い。意見交換形式だと、紙があまり消費されないので良い。
・連携推進のために病院実力ＰＲも必要かと思いました。
・いつになく緊張されていたご様子で、もっと魅力的なキャラを出されても良かったのに…と少し残念＾＾。チャーミングなのに～。
・今後、積極的に連携が出来ればと思います。
・他職種の方々の貴重な考えがわかり、今後の業務に参考になりそうです。
・１グループの人数をもう少し少なめにしてほしい。

※同じ内容のご意見はまとめて掲載させて頂きました。

H29.11.17　第 2 回医療・介護多職種連携会議より

高梁中央病院様へのお願い

〇要望

・高齢の方も乳腺疾患の方がいれば、渡辺病院へ紹介して欲しい。

・先生への情報提供の際に、家族に渡してもらうよう言われましたが、連携室の方に間に入ってもらえるとうれしい。本当は付き添えばいいと思うのですが、行けないことが多いので。

・がんの準専門病院との連携が出来ればいいのに…。出来るだけ近くで受け止めてほしい。

・県南からの半歩ステップになってほしい。もっと実力を PR してほしい。

・web でつながれば情報共有がスムーズになると思うので、検討して欲しい。

〇質問

意見交換会より

・良いサロンの作り方や苦労話等あれば教えてほしい。

・手術をよくされているのには理由がありますか？

・新見市の方の退院後のフォローについて教えてほしい。

・入院から入所、在宅から入所の方の支援はどうされていますか？待機者はいますか？

・他の市町との連携はどのようにされていますか？

・診療所、歯科との連携はどのようにされていますか？

・メールでの情報共有はダメですか？

・新見地域では「医療・介護れんらく帳」を作成していますが、ご覧になられたことがありますか？

・訪問診療はされていますか？

・高梁中央病院へ新見からヘリ搬送は可能ですか？

アンケートより

・退院時在宅が望めない方への対応で施設入所がすぐに出来ない場合…どこまで病院での受け入れが出来ますか？

・病院薬剤師が 5 名、他の専門職（理学療法士、検査技師等）と比べても多めの配　置にみえますが、理由がありますか？

・テレビ会議は可能ですか？

・夜間救急対応時の受け入れ先として、県南病院ではなく、高梁中央病院で対応して頂けると選択肢が増えそうです。

・県南病院と高梁中央病院との連携について教えて下さい。

・高梁中央病院としてどういった連携をしていきたいのかあれば教えて頂きたい。

・外科に関わる内容をもっと知りたいです。

H29.11.17　平成29年度先進事例伝達研修会に参加しました。

2017/11/17 更新

一覧

平成29年11月17日　13：30～16：00まで、メルパルク岡山で開催された「平成29年度先進事例伝達研修会」に参加しました。
はじめに岡山県保健福祉部　医療推進課の清水副課長が「入院から在宅への切れ目のない支援を目指しているところ。本日は新見地域の先進的な取組と、入退院支援の取組をテーマにしている。是非今後に活かしていってほしい。」と挨拶がありました。
つづいて、同課　岩本主幹より「幸福な長寿社会実現事業について」と題し、取り組みや、県民アンケートの結果、普及啓発等について説明がありました。
活動報告では、「新見市におけるＩＣＴを活用した多職種連携の取組について」と題し、まんさくから説明をしました。2例目は「備前地域における入退院支援の取組について」備前保健所保険課　統括参事　猪元様、こうなんクリニック在宅介護支援センター　丸田様よりご紹介がありました。
その後のグループワークでは、各地域で上手くいっていること、課題になっていること、今後の取組に活かせそうなことのテーマで意見交換が行われ、活発な話し合いが行われていました。
　備前地域の取組では、保健所が『医療と介護の連携促進のための「草の根」事業』を企画し、ケアマネ協会へ委託。ケアマネが各病院を2人体制で訪問し、聞き取り、病院とケアマネジャー連携のためのルールブックを作成されたことが勉強になりました。
グループワークでは、ルールブックや情報の更新方法に各地域苦慮されているとのことで、新見地域の連携ガイドの更新方法であるアンケート送付、加除式、ホームページからダウンロードして修正する方法についてご説明しました。
他地域の取組を伺い、大変勉強になりました。

平成28年度　完全版『病院とケアマネージャの連携のためのルールブック』一覧表（岡山県介護支援専門員協会作成：備前県民局委託事業）

No.	病院名	住所		病床	医療連携担当部署	担当職員		連絡先			入院時				入院中			退院に向けた調整			外来診察時						その他
								代表TEL	直通TEL	FAX	持参時期	持参先	時間帯	その他	訪問の事前連絡	相談先	その他	訪問の事前連絡	家族への同意	その他	相談先	診察中の同行	面談目安	診察同行時の事前相談	同行以外の相談対応	その他	
1	岡村一心堂病院	704-8117	岡山市東区西大寺南2丁目1－7	152床 （一般49床・地域包括ｹｱ病棟36床・障害者施設等病棟48床・緩和ケア病棟19床）	医療福祉相談室 （前方・後方ともに対応）	医師 看護師 MSW 事務員 その他	0 0 3 0 0	086-942-9900 （土・日・祝日休み） 9:00～17:00	086-942-9931 9:00～17:00	086-942-9908 0:00～24:00	入院当日 入院2,3日頃	医療連携担当室、受付	9:00～17:00	MSWや病棟看護師と情報共有希望の場合は事前に要連絡。情報シート持参のみの場合は、受付に預けても可。	ｹｰｽによる	医療連携担当又は病棟	相談がある場合は事前にMSWへ要連絡。本人への面談のみの場合は、病棟ｽﾀｯﾌに声かけを。	必要	必要	退院の方向性が決定した時点でｹｱﾏﾈへ連絡している。退院前の担当者会議を開催希望の場合は、事前に要連絡。	外来又は医療連携担当	ｹｰｽによる	2,3分まで	必要	9:00～17:00	医師へ確認が必要な場合もできる限りMSWが対応。外来同行時も事前に主治医へ伝達することでｽﾑｰｽﾞな対応が可能になるため、事前に文書で情報をいただきたい。急な受診等の相談は外来看護師が対応。	窓口に悩むｹｰｽはMSWまで連絡を。
2	岡山医療センター	701-1192	岡山市北区田益1711－1	609床 （一般）	地域医療連携室 （前方連携担当：事務員、後方連携担当：看護師・MSW）	医師 看護師 MSW 事務員 その他	1（兼務） 3 5 8 0	086-294-9911 （土・日・祝日休み） 8:30～17:15	－ －	直通 086-294-9557 0:00～24:00	入院当日 入院2,3日頃	－	9:00～17:00 原則（月）～（金）	事前連絡のうえ、地域医療連携室へ持参。対応が難しい場合は直接病棟へ持参を依頼することもある。	必要	医療連携担当	病状や検査・ﾘﾊﾋﾞﾘの日程等を確認して面会可能か確認するので要連絡。	必要	必要	担当者会議が必要な時は、日程調整等対応するので連絡・相談を。	受付又は医療連携担当	ｹｰｽによる	1,2分まで	必要	－	ｹｰｽによって対応が異なるため、相談を。事前に連絡いただき、医師・本人・家族の同意があれば診察同行可。	退院に向けた連携や調整は、地域連携室の中でもMSWや退院調整看護師が対応しているので、お気軽に問い合わせ・相談を。遠方で直接来院が難しい場合は、入院時情報はFAX・郵送等も受付可。
3	岡山西大寺病院	704-8194	岡山市東区金岡東町1丁目1番70号	145床 （一般96床、療養病床49床）	地域連携室	医師 看護師 MSW 事務員 その他	1（兼務） 1（兼務） 5 1 0	086-943-2211 （日・祝日休み） 9:00～17:00	086-942-0161 9:00～17:00	代表 086-943-2212 0:00～24:00	入院2,3日頃	医療連携担当室	10:00～16:00	事前に来院日程を連絡いただけると対応しやすい。	ｹｰｽによる	医療連携担当又は病棟	MSWが対応していない入院患者もいるのでｹｰｽにより相談先が異なる。連絡があれば担当をお伝えする。連絡なしで来院された場合も地域連携室か病棟看護師へ声かけを。	必要 ｹｰｽによる	必要	病棟やMSWと退院に向けた方針の相談ができている場合などは、連絡不要なこともあるが、退院日決定の連絡や担当者会議の日程調整などは連絡・相談があれば対応可。一般病棟は急に退院が決まる場合もある。	受付及び外来	ｹｰｽによる	1,2分まで	必要	－	患者自身が病状の伝達が困難な場合は、受診時の同行をお願いしたい。主治医への報告・確認事項等の場合は事前に目的を伝えていただくとｽﾑｰｽﾞ。長時間の相談になりそうな時は時間調整等のため事前に要連絡。	－
4	地方行政独立法人　岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院	700-8557	岡山市北区北長瀬表町3丁目20-1	400床 （一般387床・感染症6床・結核7床）	地域医療連携室	医師 看護師 MSW 事務員 その他	1（兼務） 2 8 9 0	086-737-3000 （土・日・祝日休み） 8:30～17:15	－ －	直通 086-737-3011 0:00～24:00	入院当日 入院2,3日頃	病棟 （病棟退院支援看護師）	9:00～16:00	情報共有のため、事前に各病棟の退院支援看護師まで連絡を。	ｹｰｽによる	病棟	情報共有が望ましいので、事前に退院支援看護師へ要電話。急な来院時もﾅｰｽｽﾃｰｼｮﾝへ声かけを。	必要	必要	退院に向けて相談が必要な場合は、事前に病棟退院支援看護師まで要電話。退院後の生活支援に向けての退院時ｶﾝﾌｧﾚﾝｽの開催が望ましいが、急性期治療の特徴上、早期退院を優先する場合もある。	外来	ｹｰｽによる	1,2分まで	－	－	同行しての来院時は、当日外来受付で同席の旨声かけを。相談内容が長時間になる場合は、事前に地域連携室まで要連絡。主治医が不在の場合もあり、返事に時間がかかることもあるためご了承ください。	・退院前のｶﾝﾌｧﾚﾝｽには、主治医もできるだけ参加するようにしている。退院後でもよいので介護ｻｰﾋﾞｽ計画書を郵送又はFAXでお願いしたい。 ・当院では、かかりつけ医を近医で担当いただく「二人主治医制」を推奨しているためご協力ください。 ・訪問看護指示書等の書類依頼は、外来診察時あるいは外来受付でご相談ください。
5	岡山中央病院	700-0017	岡山市北区伊島北町6－3	急性期162床	地域連携室 （前方・後方ともに対応）	医師 看護師 MSW 事務員 その他	1 2 2 3（前方担当） 0	086-252-3224 （土曜午後・日・祝日休み） 8:30～17:00	086-252-5002 8:30～17:00	直通 086-252-3929 0:00～24:00	入院当日 入院2,3日頃	医療連携担当室	－	事前にMSWへ要連絡。	必要	医療連携担当	できれば事前に連絡をいただきたいが、患者面談等で事前連絡なしの訪問の場合も、ｽﾀｯﾌへ声かけを。	必要	必要	退院調整看護師も対応。病棟で開催の退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽに、かかりつけ医を含めた在宅ﾁｰﾑで参加いただき、その後介護ｻｰﾋﾞｽ担当者会議の開催も可。その場合は事前に要連絡。	医療連携担当	ｹｰｽによる	－	必要	－	主治医あてに相談希望の場合は、MSWが調整するので、事前に要連絡。必要な指示書類等の対応もMSWへ連絡を。	前方連携・後方連携それぞれに看護師を配置している。退院に向けて保健師の関わりを希望する場合などは病院から地域包括支援ｾﾝﾀｰ等へも相談している。

事例1：県南病院との連携に利用

○倉敷中央病院と新見中央病院、市内自宅をつないだ退院前調整会議

会議内容：

退院を控えたA様の退院前調整会議。自宅での生活・住環境・福祉用具等について検討を行う。

参加者

倉敷中央病院：本人・病院msw・病院看護師

新見中央病院：病院msw・病院看護師

自宅側：家族・ケアマネ・訪問看護

1

会議の様子

2

事例2：退院前調整会議での利用

○太田病院と西井山陽堂薬局をつないだ退院前調整会議

会議内容：

退院をひかえたB様の退院前調整会議。退院後の生活について検討。

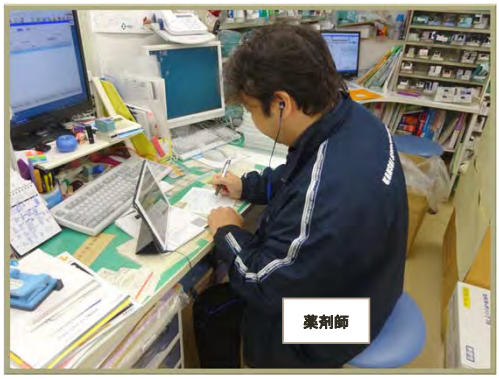
参加者：

病院側：本人・家族・病院医師・病院看護師
病院msw・診療所医師・ケアマネ

薬局側：薬剤師

3

会議の様子



4

H29年度ipad/ルーターレンタル事業所

・太田病院　　・新見中央病院
・長谷川紀念病院　・渡辺病院
・倉敷中央病院　　・訪問看護くろかみ
・新見市地域包括支援センター
・たいようの丘ホスピタル
・西井山陽堂薬局

※川崎医科大学附属病院は独自の回線と機器を整備

5

今度の利用予定

12月6日　岡山県訪問看護協会会議

・岡山県訪問看護協会
➡訪問看護くろかみ

12月中頃　認知症初期集中支援会議

・新見市地域包括支援センター
➡たいようの丘ホスピタル　中田先生

6

山科医療介護連携ネットワーク（平成 27 年稼働）
洛和会ヘルスケアシステム（京都府京都市）
※平成 29 年 2 月時点（ただし、登録患者数や参加機関数は、平成 28 月 9 月末時点の情報を掲載）

全体概要

対象地域　　京都府京都市山科地域（山科区）
構築時の主な関係者　洛和会ヘルスケアシステム、関係医療機関、介護事象者、地域医療連携システム基盤ベンダ、電子カルテ・レセコンベンダ、介護システムベンダ
費用負担
※構築費用はデータ出力対応費を含む　　構築費用：50,000 千円
＜負担者＞
・総務省
・洛和会ヘルスケアシステム
運営主体の運用費用：　年間約 5,040 千円
＜負担者＞
・洛和会ヘルスケアシステム
規模　　患者数：　1,186 人
参加機関数：　16 施設
※病院 3 施設
訪問看護ステーション 11 施設
診療所 2 施設
[平成 28 年 9 月末時点]
病病／病診連携以外のサービス　　訪問看護ステーションとの連携サービス、患者の家族への情報提供サービス

概要

山科医療介護連携ネットワークは京都府京都市山科区を対象としている医療情報連携ネットワークである。山科医療介護連携ネットワークは、地域包括ケアシステム構築に向けて、医療従事者と介護従事者の連携促進を目的として、平成 27 年 2 月から稼働を開始した。
山科医療介護連携ネットワークは、医療機関の電子カルテや介護事業所から情報を収集したうえで、専用アプリケーションで医療従事者、介護従事者、患者家族などに情報提供を行っている。また、専用アプリケーションは職種別に用意、画面に表示する情報はそれぞれの職種にとって重要度の高い情報項目に限定している。山科医療介護連携ネットワークの運用により、職種間の情報共有および職種内でも情報共有とこのリアルタイム化が進み、ネットワークを通じた見守りにつながっていることは、間接的ではあるが患者・利用者の安心を生むなどの効果が上がっている。

図表：山科医療介護連携ネットワークの概要（※）
出所：洛和会ヘルスケアシステム提供資料
※EHR は、医療機関の電子カルテシステムから医療情報を収集・蓄積する医療情報連携基盤を指す。CHR は、EHR や介護事業所から収集した情報を収集・蓄積する医療介護情報連携基盤を指す。

特徴

在宅医療介護の現場におけるニーズ（必要な情報に最短でアクセスできること、操作が簡便であることなど）を重視し、情報提供を行う専用アプリケーションを職種別に開発している点が特徴である。具体的には、職種別に画面構成や情報提供項目を設定するとともに、情報提供端末に信号を無線で発信する端末や生体認証を導入してログイン情報の手入力を不要とする方法でログインの簡便化を図った。

成功要因

山科医療介護連携ネットワークは、在宅医療・介護連携のキーマンである訪問看護師から、使いやすいシステムであるという意見が全体の約 9 割を占めたことに加え、システム導入後に残業時間が短縮される効果が見られた。

この背景には、過去の経験をふまえ、在宅医療現場にとって使いやすいシステム作りを徹底したことが挙げられる。

山科区では、山科医師会を運営主体とする医療情報連携ネットワーク（CoMet:Cooperative Medical Network、以下、CoMet）が構築されており、平成 16 年 3 月から稼動していた。医師会会員の 9 割が参加するという高い参加率を達成しながら、必ずしも ICT による連携に関心が高くない参加機関や、ICT を使いこなす知識・能力（ICT リテラシー）が高くない利用者が含まれており、医療現場が利用するには負担感があった。そのため CoMet の更改費用の負担に理解が得られなかったことなどから、CoMet は平成 22 年に運用を停止せざるを得なかった。

そこで、山科医療介護連携ネットワークを構築する際、CoMet の経験をふまえ、課題であった現場の ICT 利用の負担感の解消を重視し、在宅医療に関わる各職種に対してアンケートとヒアリングを実施した。これらの意見を反映させ、業務が多忙であり、かつ ICT リテラシーが必ずしも高くない利用者にとって使いやすく簡素なシステムを構築した。

ネットワーク構築時の苦労

医療情報連携ネットワークを構築する際に、IT ベンダとの価格交渉に苦労した。

必要な作業内容を整理したうえで、各作業に必要な工数を IT ベンダに作成してもらい、工数の妥当性を打ち合わせで検討したところ、価格交渉が円滑に進んだ。また、過去に開発したシステムの費用などをふまえることで円滑に交渉を進めることができた。

運営主体からのこれから医療情報連携ネットワークを構築する方へのメッセージ

地域医療システムの成功の秘訣は「現場が望むこと」をシステム化し、「維持継続できること」である。

〇システム設計
最初から全員が望む巨大なシステムを目指せば役者が多く、かつ高コストとなり成功しない可能性が高い。まずは1つの現場で効果判定し、それを横展開することで最終的には全体が満足する作り方が良いと考えている。今回、構築した山科医療介護連携ネットワークでは医療と介護の架け橋であり、かつ24時間365日勤務する「地域の守護神」である訪問看護師を選択してシステム化をおこなった。勿論システム設計当初から往診医師や訪問薬剤師、訪問リハビリスタッフ等への横展開を考えている。
〇目的の設定
地域で使うITはさまざまな人が使うものでありゴールが設定しにくい。しかしゴールのないITは格好いいITにはなるかもしれないが結局現場に使われないし、投資効果の確認が出来ないシステムになりかねない。IT投資効果が予測できないITは無駄遣いである。また、なんでも出来るITを作ろうとすれば高コストとなり継続使用が困難となるためやってはならない。
〇現場を知る
ではどのようにゴールを決めるのか。会議100回ではなく現場100回である。その地域の現場が望んでいないゴールを設定してはならない。したがって議論する者、システム構築する者は必ず現場の動きを観察し、現場の意見を聞き出し、困っていることを聞き出す機会が不可欠である。また、IT化の提案について意見を聞くことを忘れてはならない。例えばIT化で益を得る強者と入力を強要される弱者が生まれることとなる。現場を苦しめることは決して許されない。現場を知らない人が想像や話を聞いただけでIT化を進めてはならない。
〇効果分析
地域ITを行った結果、最初に設定した目的を達成できたのかを確認しなければならない。つまり、IT化前のデータ、IT化後のデータ比較が不可欠である。
〇継続可能システム
当然だが得られた効果（IT化価値＝対価）に対して、維持費用が下回らなければそのシステムを継続使用することができない。したがって、システム設計当初から効果の予測が重要である。

すべては患者さんの安心・安全のために

まめネットでつながるわっ!!

NPO法人 しまね医療情報ネットワーク協会

平成29年10月末現在

登録施設数 790件　カード発行枚数 41,947枚

在宅ケア支援サービス

多職種間での連携をすることができます。

①在宅ケア情報共有サービス

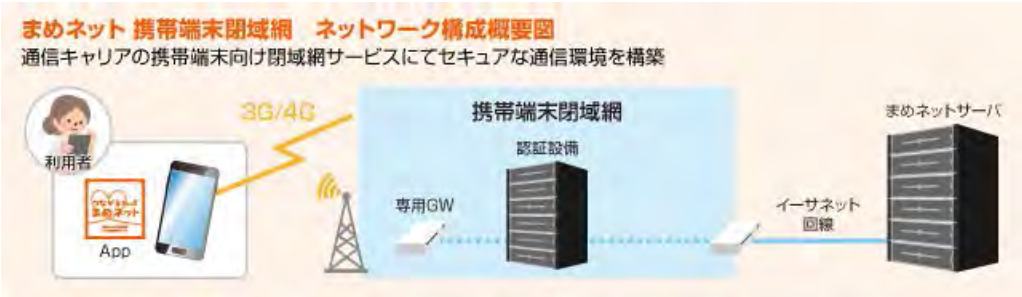
在宅ケアが必要な方の情報を多職種間で共有することができます。
タブレット端末を利用して、訪問先でバイタル等の入力や情報の確認ができます。

注）患者さんの参加同意及び在宅ケアに関する情報共有の同意が必要です。

医療・介護施設の方へ

- サービス・機能紹介
  - 基本サービス
    - 紹介状サービス
    - 共有ファイルサービス
  - 連携アプリケーションサービス
    - 連携カルテサービス
    - 画像中継診断サービス
    - 診療・検査予約サービス
    - 在宅ケア支援サービス
    - 調剤情報管理サービス
    - 健診情報管理サービス
- 同意取得について
- 利用環境・接続方法について
  - 利用環境
  - オンデマンド接続サービスについて
  - 常時接続サービスについて
- 利用料金
- 申込方法
- Q & A
- 参考資料

まめネットカードが使える施設一覧

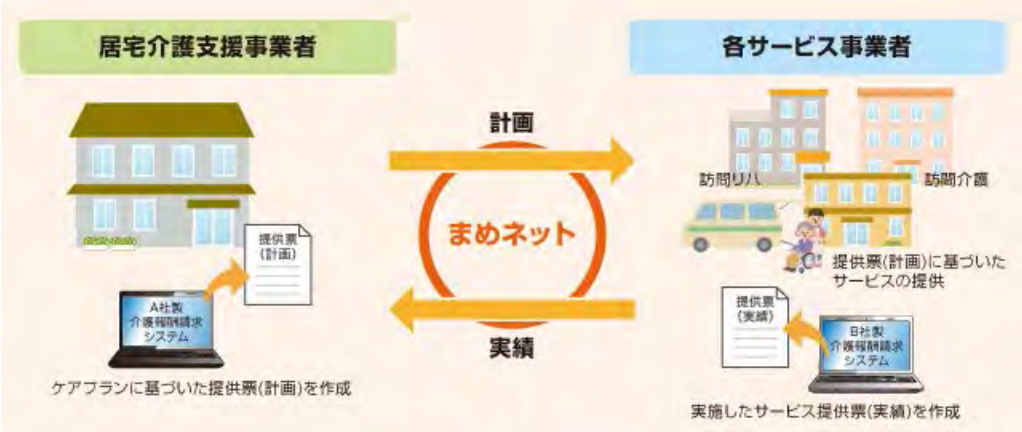


②認定情報提供サービス

介護保険者が保有する認定情報を居宅介護支援事業所等に提供する事ができます。

③ケアプラン交換サービス

居宅介護支援事業者と介護サービス事業者間で、サービス計画とサービス実績のデータを交換する事が出来ます。介護ソフトと連携しています。



① 居宅介護支援事業所
- サービス提供票の予定データを介護システムから出力し、介護サービス事業所へ送信
- 介護サービス事業所から送信されたサービス提供票の実績データを、介護システムへ反映

② ①以外の介護サービス事業所
- 居宅介護支援事業所から送信されたサービス提供票の予定データを介護システムへ反映
- サービス提供票の実績データを介護システムから出力し、居宅介護支援事業所へ送信

お使いの介護ソフトがまめネット未対応の場合でも、以下の運用は可能です。
- まめネットで受信したサービス提供票の印刷（介護システムへは手入力）
- まめネット画面からサービス提供票のデータを入力して送信

まめネット対応介護ソフト　※ソフト名の50音順

- CareWORKS21［ケアワークス21］（株式会社テクノプロジェクト）
- 千鶴（西日本オフィスメーション株式会社）
- 福祉見聞録（株式会社東経システム）
- ほのぼのＮＥＸＴ（ＮＤソフトウエア株式会社）
- ゆう！ケア（株式会社フォーエヴァー）
- ワイズマンシステムＳＰ（株式会社ワイズマン）

プライバシーポリシー

特定非営利法人 しまね医療情報ネットワーク協会
〒693-0023　島根県出雲市塩冶有原町2-19-3　TEL:0853-22-8058　FAX:0853-22-8099

地域包括ケアを他職種で実現！

地域連携 入退院と在宅支援

会員制
隔月刊誌

日総研グループ／日総研出版　2017年7月31日発行

日総研
www.nissoken.com
TEL 0120−054977
FAX 0120−052690
E-mail cs@nissoken.com

広域連携・地域連携を充実させるICTの活用による退院前調整会議の実際

新見地域在宅医療支援システム研究会

松本信一

Shinichi_Matsumoto●2002年新見高等学校卒業。デイサービス大山やすらぎの里，小規模多機能ホームにいざとさくらの丘を経て，2013年6月より新見医師会事務局に勤務。在宅医療連携拠点事業，在宅医療・介護連携支援センターまんさくを担当。介護福祉士，介護支援専門員。
所属学会：日本遠隔医療学会，岡山県地域包括ケアシステム学会

「その階段の手すりと手すりの間は何cmですか？ 測ってみてもらえませんか？」

「1m55cmです」

ここは，岡山県の南部倉敷市にある川崎医科大学附属病院の会議室。翌週に退院を控えたAさんの退院前調整会議が行われている。スクリーンには，病院から約80km離れている県北端部新見市のAさん宅の様子が，Aさんの妻と福祉用具担当者の顔と共に映し出されている（**写真1**）。

患者のAさんは，自宅前の階段の両側に手すりを取り付けているからと病院関係者に話し，そのことを前提としたリハビリテーションが行われていたが，画面に映し出された手すりの間隔を測定すると，両方の手すりを使うことは不可能なことが分かった（**写真2**）。

「退院までに，片側手すりの昇降訓練が必要ですね。玄関の様子も見せてもらえますか？」

「玄関までは砂利と飛び石，…内側には25cmの上がり框（玄関土間と床との段差）があります」

病院リハビリテーション職の質問に，福祉用具担当者がタブレット型端末で玄関の様子を映しながら答えている。連想ゲームのように，次から次へと退院後の生活への意見などが会議参加者から出てくる。終了後，Aさんの娘からは「高齢夫婦の暮らしを心配していたが，たくさんのスタッフの方に実際に家を見てもらいながら検討していただけ，安心できた」と，また妻からは「県南の病院は自宅から遠いので車で行くとしんどくなる。家から参加させてもらえてよかった」と感想をいただいた。川崎医科大学附属病院ベッドコントロールセ

写真1　自宅と病院をつないだ遠隔会議の様子

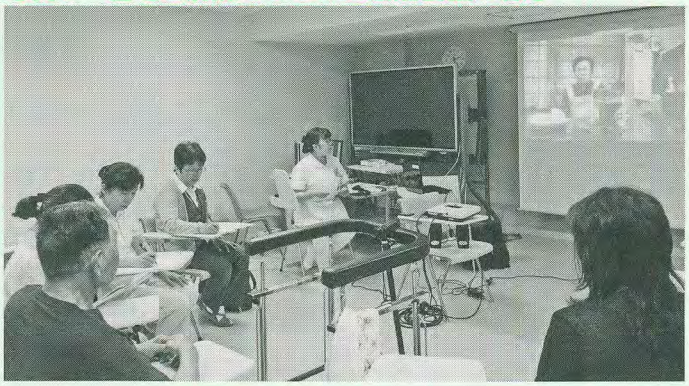
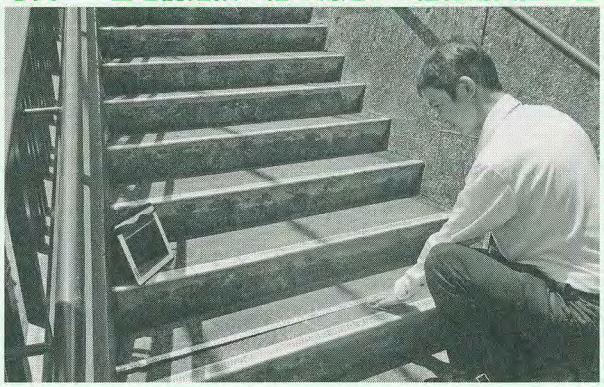


写真2　自宅前階段の幅を測定する福祉用具担当者



ンターの丸橋民子師長からは「県北部との連携については，病院としても課題に感じていた。来てもらうのは大変だが，こちらから自宅を見に行くこともできない状況だったので，映像を通して自宅の様子や動線が関係職種で確認・共有でき，大きなメリットを感じた」と評価をいただいた。この後，川崎医科大学附属病院では，院内回線とは隔離した専用回線と端末を用意し，継続してweb会議のできる環境を整えていただけた。

この取り組みは，新見市で行われているICTを活用した多職種連携の一部である。本稿では，人的資源の少ない新見地域において，時間を効率的に使い，マンパワー不足を補うために行った，ICTを活用した連携について紹介する。医療・介護連携の課題を解決する一つの方法として，参考にしていただきたい。

新見市の現状

新見市は，岡山県の北西部に位置し，広島県，鳥取県に接しており，面積は793km^{2}と広く，人口は30,131人，高齢化率39.6%（2016年10月時点）で年間約500人が減少し，高齢化率は上昇を続けている。多くの中山間地と同様に，高齢者の一人暮らし，老老介護，認認介護（認知症の人が認知症の配偶者に介護されている）世帯の増加，労働人口の減少，少子化が問題となっている。

地域内の医療の状況は，病院が市中心部に４病院，診療所が12施設（うち在宅支援診療所２施設），医師非常勤診療所が10施設ある。高度急性期および急性期の医療を受けるためには，新見市から片道80kmある県南の病院を受診する必要がある。また，医師・看護師不足，高年齢化も進んでおり，開業医の往診，健診などの業務にも支障が出ている。

介護の状況は，介護老人保健施設が２施設，特別養護老人ホームが５施設，訪問看護ステーションが２施設ある。地域に事業所が点在しており，半径10km圏内に１事業所しかない地域も多い。また，市北部は冬場になると70cm以上の積雪があり，送迎や訪問が困難となっている。

新見市による高速通信網の整備と活用

新見市では，2000年に「地域情報化計画」が策定され，安心，快適，感動，便利な新見市を目指し，光ファイバー網の整備が開始され，全国的にも早く，2008年には全戸（約12,000世帯）へ整備が完了した。

新見医師会では，高速通信網の医療・介護分野への利用を検討するために，新見市，新見公立短期大学（現・新見公立大学・新見公立短期大学），IT専門業者などの協力を得て，2004年に「在宅医療支援システム研究会」を設立した。そして，2008年には，より多くの医療・介護関係者が参加する「新見地域在宅医療支援システム研究会」（以下，システム研究会）（**表**）へと改称し，新見地域のICTを活用した連携や医療・介護の課題を広く協議している。システム研究会は，毎月最終の火曜日の午後６時半から開かれている。形式にとらわれず何でも気軽に話せる会議で，十数年を超えて今も続いている。県の保健所職員や市役所の課長４人も参加するこの会議があることが，この地域のICT活用や医療・介護連携に大いに影響を与えている。研究会の会長は，太田隆正医師会長が務めている。太田会長は，新見市に１カ所しかない地域包括支援センター運営協議会の会長，介護保険計画策定委員長なども務めている。

高速通信網の遠隔医療への利用

高速通信網を利用した取り組みは，医師と訪問看護師とのテレビ会議による遠隔医療からスタートした。アルミのアタッシュケースに収めた，携帯型と呼ぶより可搬型（？）の通信端末「医心伝信」の開発を行い，その後，市販の「万事万端」を導入し，中山間地での遠隔医療の基礎データの収集を行った。しかし，多忙な医師との日程調整が困難なこと，当時の無線回線では電波が安定せず，患者宅での光回線によるインターネット契約が必要で，その料金が負担になったことなどが問題点として挙げられた。

地域連携パスを利用した情報共有

テレビ会議を利用した連携と並行して，新見版情報共有書（以下，共有書）を利用した連携も進められた。共有書は，新見地域の医療・介護実務者の集まりである新見地域医療ネットワーク（以下，医療ネットワーク）が，入退院時の円滑な情報共有を目的に作成した地域連携パスで，必要最小限の基本情報，身体情報など約150項目で構成されている（**資料**）。作成方法は，手書き版，「Excel」で作成された入力支援版，後述のZ連携入力版がある。現在，病院の地域連携担当者とケアマネジャーを中心に，紙ベースおよびICT利用のもの合わせて年間1,300件以上のやり取りが行われており，関係者の間に広く普及している。

ICTを活用した情報共有の推進

2012年に医療ネットワークから，「ICTを利用して離れた事業所ともリアルタイムに地域連携パスのやり取りができないか」との要望を受け，当時，厚生労働省から新見医師会が受託していた在宅医療連携拠点事業で，クラウド型共有書「Z連携」（Zは在宅の意，当時の全国105カ所の拠点を結ぶメーリングリスト「z renkei」の頭文字を使用させていただくこととした）を独自開発し，翌年から実証実験を開始した。

Z連携は，インターネットに接続できればスマートフォンでもパソコンでも端末および通信事業者を選ばず，どこからでも情報をや

表　新見地域在宅医療支援システム研究会委員名簿

所属		役職	備考
新見医師会		会長	認知症サポート医
		事務長	
新見公立大学看護科		教授	
		教授	
岡山県薬剤師会新見支部		支部長	
介護施設代表（特別養護老人ホーム）		施設長	
		施設長	
		施設長	
		施設長	
		施設長	
訪問看護ステーション		所長	
岡山県理学療法士会新見支部		支部長	
岡山県作業療法士会新見支部		支部長	
岡山県介護支援専門員協会新見支部		支部長	
岡山県備北保健所新見支所		副参事	
新見市	市民課（医療）	課長	
		主幹	
	介護保険課	課長	
		課長補佐	
	健康づくり課	課長	
		主幹	
	情報管理課	課長	
		係長	
新見市社会福祉協議会		課長	
株式会社エヌディエス		SE	
		SE	
		SE	

事務局

新見医師会	事務主任	
	事務	

資料　新見版情報共有書（地域連携パス）

2017．3月版

年月日	あて先・所属等	発信者・職種・所属等	備考（添付書類等）

療養者氏名		生年月日		性別		住所	
						電話	

●自由記載欄（入院日・退院日・経過・留意事項・利用サービス等）

手帳の有無　□医療・介護なんでも連絡帳　□その他の手帳（　　）

●かかりつけ医等意見

主な病名	既往歴
通院・往診の予定	感染症の有無
内服薬・その他	
リハビリの必要性・指示内容等	介護サービスの利用の必要性

●検査項目	血清アルブミン	g/dL	総コレステロール	mg/dL
	ヘモグロビン	g/dL	血圧	／ mmHg
検査日：	血糖値	mg/dL	体重／身長	BMI

●医療処置

酸素療法	L/分
その他皮膚処置（部位）	

特記事項（体重測定日等の記載）

●日常生活への支障の有無

視力			高次脳機能障害	
			認知症	
聴力			長谷川式簡易スケール	点
			その他精神・神経疾患	
会話・意思疎通			症状等	
運動系評価（麻痺等）			治療等	
			医療機関名	
			医師名	

●家族の状況

キーパーソン	様		
住所			
続柄			
電話		携帯	

介護者の身体状況及び留意事項

家族構成図等

回－本人（男），◎－本人（女），□－男，○－女，■－死亡（男），●－死亡（女）

機能的評価

①食事

	〈治療食〉			経管栄養						
摂取量				栄養剤						
主食				エネルギー					kcal/日	
副食					朝		昼		晩	眠前
自助具				量（栄養剤）						
義歯		アレルギー								
嚥下		咀嚼		白湯						

〈食事で気をつけること，誤嚥等〉

②移乗	③整容	④トイレ動作		
			トイレの種類	
			ポータブルトイレの利用	
			紙パンツ	
			紙おむつ	
			尿パッド	
			尿器	

⑤入浴	⑥歩行	⑦昇降	⑧着替え
浴槽の種類：	歩行・歩行用具：		

⑨排便コントロール	⑩排尿コントロール	寝返り	起き上がり	立ち上がり	座位保持

Barthel Index　点

●かかりつけ医

医療機関名		事業所名	
医師氏名		氏名	

●日常生活活発度

日常生活活発度	
障害高齢者の日常生活自立度	
認知症高齢者自立度	

●介護保険情報

介護保険認定	
要介護度	
有効期間	～

●身体障害情報

身体障害者手帳	
障害名	級
交付年月日	

●住居・経済

住居	
経済	
住宅改修	
住宅見取図添付	

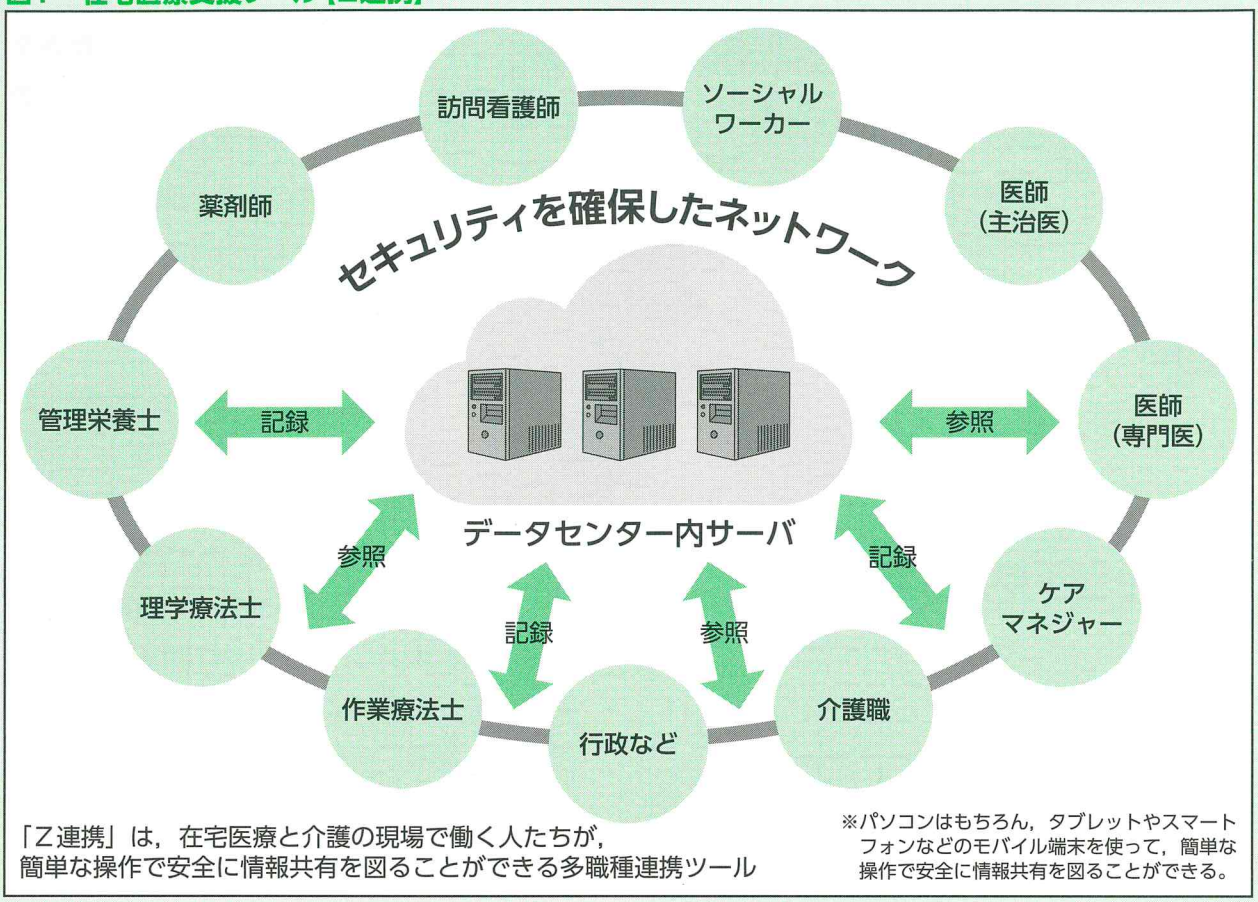
●担当ケアマネ

●服薬管理

●歯科治療，口腔ケア等

●特記事項（在宅での生活目標・ケアプラン概要・他科受診の有無・その他特記事項等）

図1　在宅医療支援ツール【Z連携】



り取りできるシステムとしてスタートした（**図1**）。スマートフォンからの入力がスムーズにできるよう，項目を縦に並び替え，リストから選択するなど工夫した。さらに，広域連携もできるよう，岡山県介護支援専門員協会が作成した全県版在宅連携シートも利用できるようにした。その後も改良を重ね，退院後の情報のフィードバックなど，多職種の包括的なかかわりを支援するツールとなっており，現在，地域の医療・介護関係機関の約半数が参加している。

Z連携は，岡山県が展開する医療情報共有システム「晴れやかネット」の拡張機能である医療と介護の連携サーバー「地域ケアキャビネット」ともデータ互換があり，セキュリティポリシーの摺り合わせが済めば，地域ケアキャビネット側からの書き込みや読み出しも可能となる予定である。

Z連携と遠隔医療との融合

遠隔医療について研究会で議論を重ねているうちに，Wi-Fi環境の整備が進み，新見地域でもタブレット型端末とモバイルルーターを利用してほぼ安定したweb会議が可能となった。そこで，web会議システムとZ連携を併用することで，web会議の日程調整と情報共有が一体的に行えないか検討された。

そのような中，2016年に岡山県備北保健所の川井睦子所長，宮﨑裕子新見支所長が「にいみ遠隔ケア会議・広域連携モデル事業」を企画立案され，その県事業を新見医師会が受託し，web会議システムを利用した会議方法の実証実験を行うこととなった。退院前調整会議やサービス担当者会議，各連携会議などに関係者がweb会議システムを用いて参加できるようにすることで，より具体的な

図2　にいみ広域遠隔会議システムのイメージ

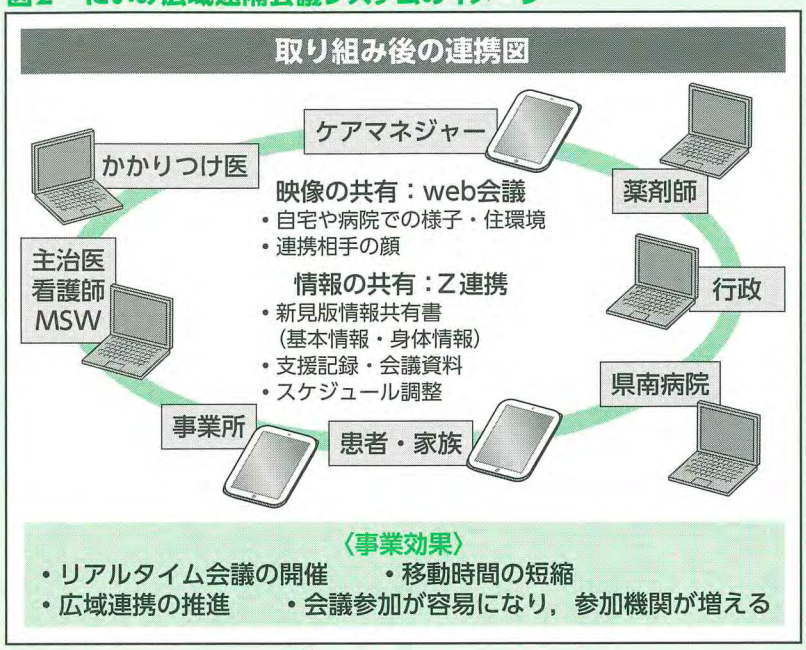
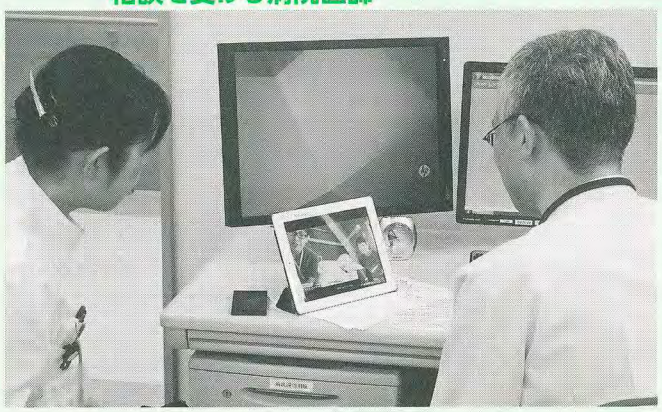


写真3　自宅でのリハビリテーションについて相談を受ける病院医師



支援の検討，広域連携の推進を図ることを目的としており，システム選定にあたっては，専門業者の助言を受け，同時に7拠点の映像通信が可能で，操作も簡単なweb会議システムを採用した（**図2**）。

ICT利用による会議の開催

2016年6月から2017年3月までの期間に43件の利用があり，退院前調整会議，サービス担当者会議，通所リハビリテーション会議などで利用された。

冒頭で紹介した事例のほかにも，自宅で行われた退院前調整会議に病院から管理栄養士が参加し，家族の食事作りの指導を行った事例や，サービス担当者会議に家族が遠方から参加し，一人暮らしについて検討した事例，自宅でのリハビリテーションについて病院医師が相談を受けた事例などがあった（**写真3**）。

さらに，県南の倉敷中央病院と新見地域の訪問看護ステーションをつないだ事例では，退院後の患者のストーマ交換方法について指導が行われた。倉敷中央病院地域医療連携・広報部の十河浩史部長からは「web会議でも，内容によっては十分に情報の共有が可能となる。人が行き来すると，どうしても時間のロスが発生するので，こういった遠隔会議を上手に利用したい」との評価をいただいた。

●運用の実際

Web会議室の管理は新見医師会が行っており，必要があればタブレット型端末やモバイルルーター，外付けwebカメラの貸し出しを行っている。また，利用までに利用機関を訪問し，操作機器の説明，テストを行っている。Z連携に加入している事業所間では，会議資料を事前にZ連携上にアップすることとしており，当日は手元の資料と合わせてweb会議に参加する人もいる。

●ICT活用の成果

入退院時に事業所や自宅が離れており連携が取りづらい場合にも，より多くの多職種の参加を得て，具体的な支援の検討が行えるようになり，普段自宅を訪問する機会のない医療・介護関係者に，自宅の生活の様子を伝えることができるようになった。さらに，多職種協働による包括的な支援が行いやすくなっている。

●ICTを活用した連携の課題

テレビ会議による退院前調整会議については，連携担当者がいれば参加者個々はICTへの理解がなくても実施が可能であるが，退院後のフォローのために情報共有を図る時はZ連携のような端末の使用が必要となる。この場合は，ICTへの苦手意識を持っている医療・介護従事者が多いこと，セキュリティをどう維持するかが課題である。苦手意識については，近年スマートフォンが普及していることから，近いうちに解消されると期待している。セキュリティについては，技術的には，VPNやTLS1.2を使用することで解決できるが，医療・介護関係者にどのようにセキュリティポリシーを浸透させるか腐心している。

●ICT活用が成功した要因

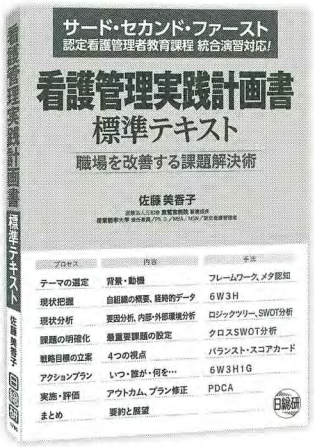
当地域でICTを活用した取り組みが推進できた要因は，第一に太田新見医師会長（2004年当時副会長）の遠隔医療への地道な取り組みが地域住民へ理解されていたこと，第二にシステム側からの提案ではなく，医療ネットワークなど地域で医療・介護の実務に携わっている従事者の意見を聞きながらシステム改良をしたこと，第三に問題意識が行政や関係機関で共有されていたことが挙げられる。

太田会長の取り組みが地域住民に理解されていたことについては，web会議の依頼を地域住民にすると「昔から太田先生がされている取り組みでしょ？　うちもしてもらえるの？」と返答されることが多いことからも分かる。また，問題意識の共有が図れていたことについては，2012年以降，在宅医療連携拠点まんさく（現・新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく）が毎年３回以上開催している対面での多職種連携会議（**写真４**）で，所属や役職，職種などにとらわれず意見交換が行われ，顔の見える関係づくりができていたことも要因となっている。

写真４　意見交換・顔の見える関係づくりのための多職種連携会議

今後に向けて

web会議を利用することで，退院前調整会議により多くの病院，事業所に参加いただき，「Ｚ連携」を利用した情報共有により，退院後のフォローも充実させていきたい。ICTを活用することで，中山間地の連携の課題を克服し，その患者に多職種が協働しながら，包括的にかかわれるようにしたいと考えている。



増刷出来

看護管理実践計画書の全体像と作成の仕方をマスター！

職場の現状把握、改善計画立案に！

サード、セカンドレベルの実際の計画書指導例を掲載！

佐藤美香子
医療法人三和会 東鷲宮病院 看護部長
産業能率大学 兼任教員
Ph.D.／MBA／MSN／認定看護管理者

B5判 2色刷 240頁
定価 3,300円＋税

日総研 601780 検索

- 看護管理実践計画書の概要～ストーリーから全体像を学ぶ
- 課題解決のプロセスをイメージする～フレームワークの概念
- 真の問題を発見し，論理的に思考する～ロジックツリーの活用
- 問題発見力を強化する～メタ認知ができる
- ロジカルシンキングを理解する～MECEの概念
- 看護管理実践計画書の考え方
- 看護管理実践計画書の書き方
- 環境分析と課題の明確化～SWOT分析・クロスSWOT分析
- バランスト・スコアカード（BSC）　ほか