

平成30年度第4回安城市地域ケア推進会議及び安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会

日時 平成30年7月19日(木)

午後1時30分～午後3時

場所 社会福祉会館 3階 会議室

1 会長あいさつ

2 議題

(1) 訪問栄養指導事業について 八千代病院の取り組み(病院部会) (資料1)

(2) 在宅医療・介護連携推進のための研修会実施報告

・(訪問リハネット部会) (資料2-1)

・(医師会部会) (資料2-2)

(3) 安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会の会長選出について(資料3)

(4) サルビー見守りネットへの市外事業者の登録について(資料4)

(5) 電子@連絡帳の広域的利用にかかる協定について(資料5)

(6) サルビー見守りネットのサービス運用事業者の検討について(資料6)

連絡事項

・認知症ガイドブック及び包括支援センターパンフレットについて

・在宅医療・介護連携推進のための研修会

① テーマ:認知症の周辺症状(BPSD)への対応と地域密着型施設のあり方について

(グループホーム部会、小規模多機能部会)

日時:平成30年8月9日(木)午後6時30分から

場所:市民会館 大会議室 講師:和田 行男 氏

② テーマ:(仮)支援における家族理解について

～8050問題を医療・介護・福祉はどう支えるか～(保健福祉部会)

日時:平成30年9月13日(木)午後 場所:市民会館視聴覚室

・地域包括ケア市民フォーラム

日時:平成30年9月1日(土)午後1時から4時 場所:アンフォーレ

次回 平成30年8月23日(木)午後1時30分～3時 社会福祉会館 会議室



当院訪問栄養指導の 介入事例報告

社会医療法人 財団新和会 八千代病院
栄養課 三井豪



平成30年度 第4回安城市地域ケア推進会議 2018年7月19日

訪問栄養指導の概要

当訪問栄養の介入事例報告

A photograph of several slices of watermelon arranged on a bamboo mat. The watermelon is cut into triangular and rectangular pieces, showing the red flesh and green rind. The background is a blurred green, suggesting an outdoor setting with foliage. The text is overlaid on semi-transparent white boxes.

訪問栄養指導の概要(1)

訪問栄養指導とは

在宅にて通院または通所が困難な方、または施設での指導で改善が期待できず在宅での指導が適当と判断された方に対して管理栄養士が訪問し支援するサービス

対象となる方

特別食(例:減塩食、腎臓食・・・)を必要とする患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者^(※1)または低栄養状態にある患者^(※2)

費用・回数・時間

【費用】医療保険:530円/回、介護保険:537円/回(どちらも1割負担の場合)

【回数】原則として、1ヶ月に2回の訪問まで(3回以上は必要に応じて対応)

【時間】概ね30分～1時間が目安となります

その他詳細は、当院HP内にある訪問栄養指導紹介ページをご覧ください

※1: 医師が嚥下調整食(日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。)に相当する食事を要すると判断した患者

※2: 血中アルブミン3.0g/dl以下または医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

訪問栄養指導の概要(2)

利用する保険の区別

介護保険

(居宅療養管理指導)

介護保険認定を**受けている方(優先)**

特別食を必要とする利用者もしくは低栄養状態にあると医師が判断した方

施設受診※の必要は**ない**

医療保険

(在宅患者訪問栄養食事指導)

介護保険認定を**受けていない方**

特別な食事や栄養の管理が必要であると医師が判断した方

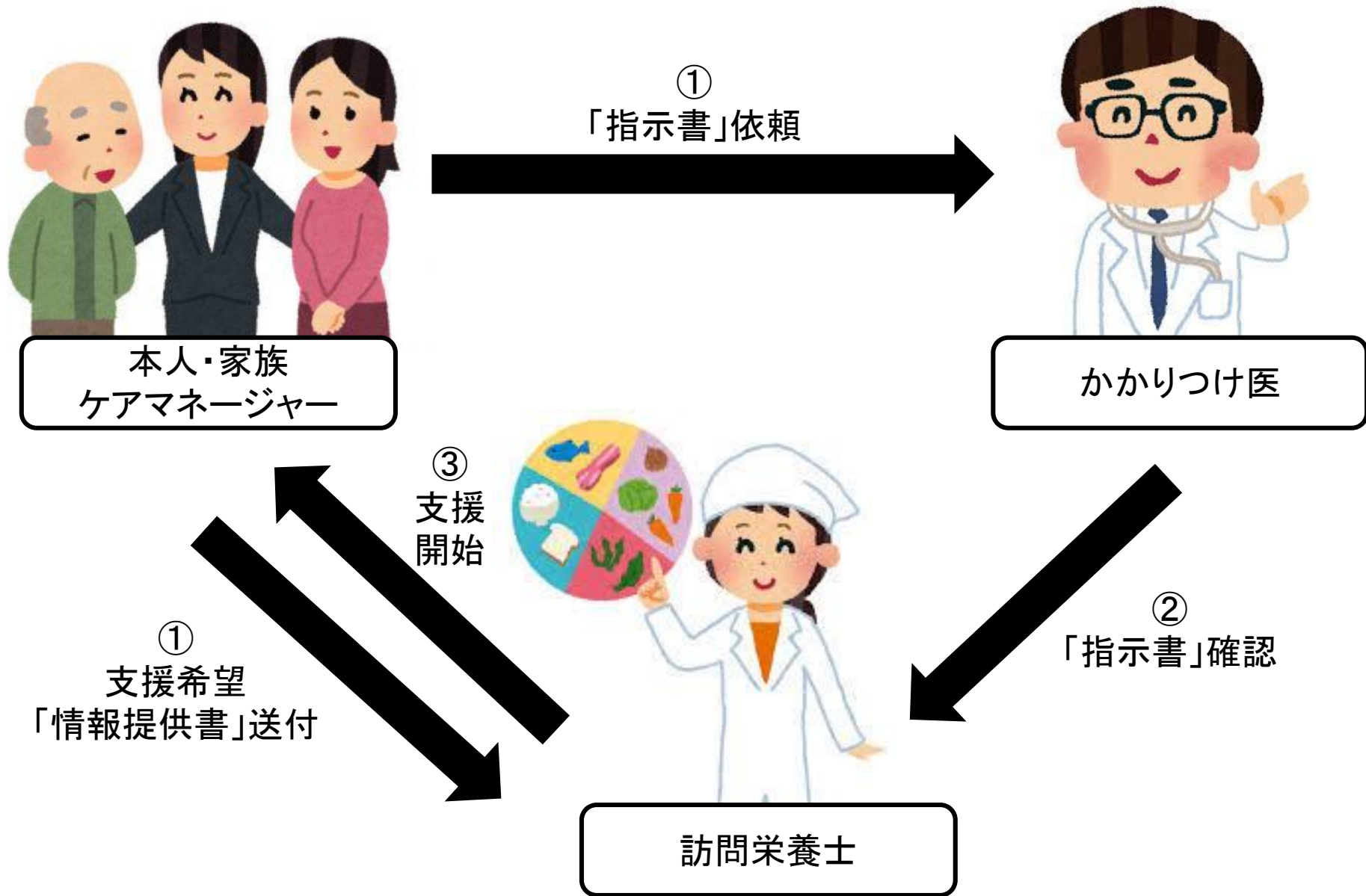
施設受診※の必要が**ある**

※施設受診について:訪問する管理栄養士が在籍する施設に受診しないと訪問栄養サービスが受けられない

ご不明な点は
お問い合わせ下さい!



訪問栄養指導の概要(3) (一例) ⑤



スクリーニング

- ・体重変化
 - ・食事摂取量
 - ・生活機能能力
食事準備
買い物…
- 等

アセスメント

- ・身体計測
BW、AC、TSF
- ・食生活状況
摂取栄養量
必要栄養量…
- ・低栄養関連問題
認知機能、うつ
吐気、感染、服薬…

計画提案

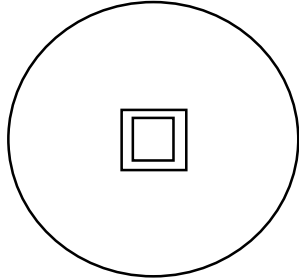
- ・調理指導
 - ・買い物指導
 - ・食事内容や形態への指導
 - ・栄養補助食品等の紹介
- 等

A close-up photograph of a traditional Japanese shaved ice dessert (kakigori) served in a clear glass bowl. The dessert consists of a base of white shaved ice topped with a thick layer of bright red, translucent fruit pieces, likely strawberries. The bowl is placed on a black circular tray with a red rim, and a blue square napkin is tucked under the base of the glass. The background shows a wooden table and a wooden chair, suggesting a restaurant or cafe setting.

訪問栄養指導の介入事例報告

介入事例報告(1)

⇒生活環境を勘案し自立した食事管理の獲得に向けて介入しているケース

年齢	66歳	性別	男性	【家族構成、介護力】	
既往歴	白内障、糖尿病				
身体所見	身長:171cm、体重:86.6kg 浮腫:両足背+++				
生活状況	生活保護受給者、通院・買い物は電動車いすを利用、屋内手すり歩行可				
障害高齢者の日常生活自立度	A2	認知症高齢者の日常生活自立度	I		
在宅サービス	居宅指導(薬剤師:2回/月)、訪問リハビリ(2回/週)、訪問介護(7回/週)、配食サービス(4回/週)福祉用具貸与(タッチアップ、歩行器、電動車いす)				
介入までの経緯	糖尿病性腎症にて八千代病院通院中。外来栄養指導実施しているが行動変容に乏しく、病態の悪化予防が困難のため本人希望にて支援開始				

【キーパーソン:えんご会】

栄養スクリーニング(抜粋)	栄養アセスメント(抜粋)
<ul style="list-style-type: none"> ・BMI:29.0 ・体重変化:増加(浮腫あり) ・Alb値:3.0g/dl <p>【栄養状態低下の恐れとなる要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患(腎臓) ・閉じこもり ・生活機能低下(買い物・食事準備等) 	<p>【身体計測等】 体重:86.6kg、浮腫(両足背)+++</p> <p>【食生活状況等】 糖質やたんぱく質に偏った食事内容</p> <p>【低栄養関連問題】 浮腫、閉じこもり、生活機能低下</p>

栄養ケア計画(抜粋)

解決すべき課題	両足背浮腫、体重増加
長期目標	浮腫の改善、体重減少、病態の悪化予防
短期目標	栄養ケア計画
<p>適正なエネルギー・たんぱく質の管理</p> <p>塩分・水分の過剰防止</p> <p>野菜料理を取り入れる</p> <p>食習慣の把握</p>	<p>1840kcal、Pro55g/日 ご飯:200g/食(2合/日) 主菜:1品/食は食べる、重複は注意。豆腐150g、納豆1P、 魚・鶏肉は指3本分、薄切り肉は2枚まで、刺身は3切れ</p> <p>漬物等、丼物、練り製品、カレー、麺類、果物、ジュース、アイスは極力禁止</p> <p>1品/食は食べる、惣菜の活用</p> <p>食事記録やレシートの保管</p>

初
回

【冷蔵庫の中身】

卵1P、牛乳3P、珈琲2缶、ベビー帆立2P(30個?)、明宝ハム1本、明太子2P
トマトJ1本、魚肉ソーセージ6本、チキンラーメン5袋、カップラーメン5個
買い物を通した支援開始→実物を見ながら適当量や工夫方法を説明

経
過
1

炊き込みご飯(きのこ盛り沢山)+鮭の塩焼き等の食事管理にほぼ固定
初めて体重が約2kg減少を認める
自主的に2回/日で散歩を行う

経
過
2

転居(1R→1K)、調理指導を計画
塩分管理を中心に計量を主とした調味による指導を実施(汁物・・・)
薄味に強い抵抗感あり→調理指導の希望なし(食べ方の工夫を尊重)

現
在

体重:87.3kg、浮腫:+~++、採血:血糖・腎機能ともに悪化なし
夏は嗜好から病態憎悪の懸念あり、夏が終わるまで継続支援を予定中
【冷蔵庫の中身】
ほうれん草、ナス、しめじ、えのき、舞茸、ねぎ、鮭、鶏もも肉、卵・・・

介入事例報告(2)

⇒ 摂食・嚥下機能低下から食事摂取不良となった療養者
 に対し調理指導等を行っているケース

年齢	84歳	性別	女性	【家族構成、介護力】	
既往歴	脳梗塞、糖尿病、逆流性食道炎			<p>【キーパーソン: 長男嫁】</p>	
身体所見	浮腫: 右足背+				
生活状況	食事準備は長男嫁、トイレは歩行器を利用し自立、入浴は見守り介助				
障害高齢者の日常生活自立度	B1	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱb		
在宅サービス	訪問介護(4回/週)、通所介護(2回/週)、配食サービス(2回/週)、福祉用具貸与(車いす、歩行器、スロープ)				
介入までの経緯	義歯作成のために抜歯後から食欲低下あり。嚥下機能悪化や体力低下を認めてきたため改善希望にて支援開始となる				

栄養スクリーニング(抜粋)	栄養アセスメント(抜粋)
<ul style="list-style-type: none"> ・BMI:18.5未満 ・Alb値:3.3g/dl、HbA1c11.0% ・食事摂取:不良 <p>【栄養状態低下の恐れとなる要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔及び摂食・嚥下機能問題 ・生活機能低下(買い物・食事準備等) 	<p>【身体計測等】 体重:42kg AC:21cm TSF:4mm</p> <p>【食生活状況等】 パンや栄養補助飲料中心、宅配食×</p> <p>【低栄養関連問題】 口腔及び摂食・嚥下、浮腫、医薬品</p>

栄養ケア計画(抜粋)	
-------------------	--

解決すべき課題	食欲低下、口腔内問題、血糖管理不良
長期目標	食事摂取量の増加、ADL改善、良好な血糖管理
短期目標	栄養ケア計画
<p>適正な摂取栄養量の確保に向けて食事摂取量を増やす</p> <p>食事準備方法、病態に合わせた食事内容を理解する</p>	<p>1400kcal、Pro60g(血糖管理改善を併せて) 毎食、下記3点揃えて食べることを小目標に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主食:軟飯100g、パン1個or1枚、麺1/2~1玉 ・主菜:肉・魚介・卵・大豆類を1/2~1人前量 ・副菜:野菜類1品 <p>エンシュアリキッドH1缶/日</p> <p>ご家族、ヘルパーさんに対して、食事準備時間に併せて訪問し実技支援または指導の実施 食形態はキザミかミキサー、内容は糖尿病食に準じて</p>

初回

嫁は食事指導を受けたことなし、準備への不安や疲労感あり

【食事環境・摂食嚥下機能の確認】

自己摂取。むせ込みなく、口腔内残渣なし。食事姿勢はベッド端座位で前かがみで食事。食形態が合わず摂食不良？本人との会話で「いっそ粒がないほうが食べやすい」と発言あり

経過1

【調理指導実施】(対象:嫁 内容:ミキサー食の準備方法について)

夕食の準備時間に合わせて訪問

《献立》ご飯、豚の生姜焼き、ほうれん草の和え物、胡瓜の酢の物

注意点やアドバイスを行いながらペースト形態への実技指導を実施

現在

【栄養バランスの調整に向けて】

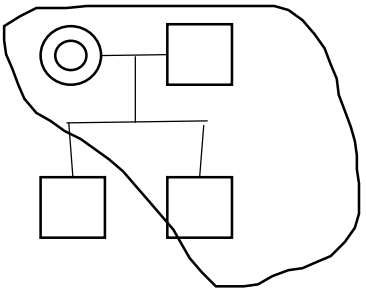
ヘルパーさんへ食事内容の相談、特に朝食内容の調整を検討中

【食事形態変更に向けて】

歯科受診(抜歯)待ち、義歯調整・装着できたら食上げ図っていく

介入事例報告(3)

⇒ 外来受診時の指導限界等から情報提供を受けて訪問
栄養指導に繋がったケース

年齢	68歳	性別	女性	【家族構成、介護力】	
既往歴	脳出血(左片麻痺)、糖尿病性腎症				
身体所見	円背姿勢、頸部前屈しており伸展保持困難				
生活状況	食事準備は夫と次男、夫にて食事全介助				
障害高齢者の日常生活自立度	C2	認知症高齢者の日常生活自立度	IV		
在宅サービス	訪問看護(2回/週:Ns・ST各1回)、通所介護(2回/週)、福祉用具貸与(車いす、特殊寝台、床ずれ防止用具、移動用リフト)				
介入までの経緯	自宅で十分な食事が摂れず脱水の診断あり。嚥下機能不良あり悪化予防と在宅状況確認も兼ねて支援開始となる				

栄養スクリーニング(抜粋)	栄養アセスメント(抜粋)
<ul style="list-style-type: none"> ・BMI:25.1 ・Alb値:2.7 eGFR:22.2 ・食事摂取:不良(自宅では) <p>【栄養状態低下の恐れとなる要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔及び摂食・嚥下機能問題 ・生活機能低下(買い物・食事準備等) 	<p>【身体計測等】</p> <p>体重:61kg</p> <p>【食生活状況等】</p> <p>250kcal、Pro11g /食? 水分600ml/日?</p> <p>【低栄養関連問題】</p> <p>口腔及び摂食・嚥下、脱水</p>

栄養ケア計画(抜粋)	
-------------------	--

解決すべき課題	食事管理不良(疑)、摂食・嚥下機能低下
長期目標	夫が継続管理できる方法を提案し、病態悪化なく過ごす
短期目標	栄養ケア計画
<p>体調管理ができる 誤嚥性肺炎を起こさない</p> <p>美味しく食事を食べることができる、食べたい物を食べられる</p>	<p>1600kcal、Pro50g、NaCl6gに準じた食事管理 実際の食事内容の確認する 食事状況の観察から形態や介助の様子を確認する</p> <p>過度な制限を見直し、ご本人にとっての食事満足度向上や、家族にとっての食事準備負担の軽減に繋げる</p>

初回

【自宅】食事時間90分

全量未摂取

むせ込みあり

食事姿勢に配慮なし



【施設】食事時間30分

全量摂取

むせ込みなし

姿勢崩れへの対策あり

経過1

【施設訪問(夫も同席)】

きざみ食(全粥)を車椅子座位、全介助でむせこみなく40分で全量摂取可
食事途中に家事や嚥下体操など行っている様子であり、それが長時間となる要因か？本人は疲労感増して食欲低下となっている懸念あり

経過2

【自宅訪問】

外来栄養指導の食事記録とほぼ同様であったが、g数違いや追加品あり
夫介助で30分で完食、むせ込みなし
息子が準備する副菜以外は同一内容、味付けはほぼなし

現在

【食事内容調整】美味しく食べるために食事内容の幅を広げたい

【媒体作成】夫の理解力に合わせた継続できる食事管理方法の提案

【脱水予防対策】こまめに(時間決めて)水分を勧めて頂くしかない・・・？



栄養バランスや必要量、食事形態について
一度食事内容を見てもらって栄養士の意見を聞きたい

自閉症、重症心身障害等で在宅療養中
2食/日、宅配食(ムース)+野菜スムージー等
両親で食事管理の考え方や思いが異なる
推定摂取栄養量:1000kcal、推定必要栄養量:1600kcal



体重が減ってきて、床ずれができないか心配・・・
栄養面について相談したい

交通事故後遺症で在宅療養中、胃瘻から経腸栄養管理
誤嚥性肺炎にて数回入院となった経緯あり
注入栄養量:1200kcal、水分≒1500ml/日
推定必要栄養量:1800kcal/日



体重や筋力が落ちてきて心配。栄養バランスなど食事管理についてアドバイスしてほしい

頸椎後縦靭帯骨化症等で在宅療養中
腹部の張り・痛みの訴え多く、食事摂取すると強く痛みを訴える
食事摂取は少量、食べられる物が限定的
推定摂取栄養量：500kcal/日、食事内容は野菜中心



退院後、食欲低下あり。徐々に改善はしてきたが、独居で高齢のため今後のためにも食事相談を受けたいと希望あり

インフルエンザ肺炎にて入院後、完治され在宅療養中
【月～金】朝・昼食：簡単な自炊、夕食：宅配食、【土日】親族で対応
社会的フレイルやサルコペニアによる摂食嚥下障害の懸念あり
推定摂取栄養量：1100kcal/日、推定必要栄養量：1900kcal/日

訪問栄養のご案内(当院HPに記載) ①9

社会医療法人 財団新和会
八千代病院

〒446-8510 愛知県安城市住吉町2-2-7
TEL.0566-97-8111 FAX.0566-98-6191



指示書や依頼書の「PDF」や「Excel」データの準備があり、ダウンロードできます

- 外来受診のご案内
- 入院のご案内
- 診療科・部門
- 専門医療センター
- 介護・福祉サービス

- 当院について
病院概要・沿革など
- 地域連携システム
一般の方へ・医療関係者の方へ
- 病棟のご案内
療養・回復期リハビリ・地域包括ケア
- 採用情報
 - 医師
 - 臨床研修医
 - 看護師
 - その他

病院からのお知らせ Information

- 患者さん
- 医療関係者・募集など
- 2017.5.10更新・NEW
当院で...更新しまし
- 2017.5...
休診の...
- 2017.5...
オリーブの会によるボランティアミニコンサート5月のスケジュールを更新しました。
- 2017.5.1更新・NEW
5月1日からの外来担当医師表を更新しました。

クリックすると訪問栄養の案内へリンク



- ブルーの...が届いてい...
安城市民健康...
- 訪問栄養指導
- 認知症疾患医療センター
認知症医療相談について
- 八千代リハビリデイサービス



八千代病院 栄養課 担当:三井豪

電話:0566-97-8111(代)

内線:920または122

メール:g.mitsui@yachiyo-hosp.or.jp



6月22日 在宅医療・介護連携推進のための研修会 アンケート結果

テーマ 自立支援を目的としたリハビリテーションの視点を学ぶ～地域ケア会議に呼ばれたとき、お役に立てる療法士を目指して～
(訪問リハネット部会)

講師 都築 晃 氏 (藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター 医療科学部リハビリテーション学科)

※研修会の参加者 111名 アンケート回収 104名 (回収率 93.7 %)

1. 職種

職種No	職種	人数
1	医師	0
2	歯科医師	1
3	薬剤師	0
4	MSW	0
5	ケアマネージャー	30
6	社会福祉士	8
7	看護師	3
8	保健師	1
9	理学療法士	38
10	作業療法士	11
11	言語聴覚士	1
12	栄養士	0
13	歯科衛生士	0
14	介護福祉士	6
15	ヘルパー等介護職	2
16	生活支援コーディネーター	2
17	その他	1
0	不明	0
合計		104

2. 所属

所属No	所属	人数
1	病院	24
2	診療所	10
3	薬局	0
4	地域包括支援センター	8
5	社会福祉協議会	8
6	訪問看護ステーション	4
7	老人保健施設	10
8	特別養護老人ホーム	4
9	有料老人ホーム	0
10	居宅支援事業所	26
11	介護サービス事業者等	7
12	その他	2
0	不明	1
合計		104

3. 研修の反応

(1) 満足度		人数
1	満足	57
2	まあ満足	44
3	どちらでもない	
4	やや不満	
5	不満	
0	不明	3
合計		104

(2) 今後に活かせるか		人数
1	活かせる	59
2	部分的に活かせる	42
3	どちらでもない	0
4	あまり活かさない	1
5	全く活かさない	0
0	不明	2
合計		104

(3) 自立支援に向けた地域ケア個別会議開催状況		人数
1	無	91
2	1回	4
3	2～5回	2
4	5回以上	1
0	不明	6
合計		104

(4) 自立支援に向けた地域ケア個別会議への参加状況		人数
1	無	74
2	1回	11
3	2～5回	6
4	5回以上	4
0	不明	9
合計		104

(5) 自立支援型の地域ケア個別会議を想定した実践練習の必要性		人数
1	必要	96
2	必要ない	4
0	不明	4
合計		104

4. 今後、企画してほしい研修

- ・ 引きこもり世帯への介入方法
- ・ 自立支援を考える研修
- ・ 生活支援コーディネーターの方のお話を聞いて地域資源について学びたい。
- ・ 安城市の課題、それに対して意識して個人または事業所として取り組む事を明確に出来る内容
- ・ 分かっているようで解っていない事が多いので、項の様に専門職からの視点で話をしてほしい
- ・ とても参考になりました。
- ・ 人生観・価値観の考え方
- ・ 本日のような個別会議の訓練
- ・ それぞれの職種の望む事、聞きたい事を知る、役割の理解をするなどの勉強会

5. ご意見・ご感想

- ・生活支援コーディネーターとの連携、求められる視点が重要だと感じました
- ・勉強になりました。が、そもそも安城市は自立支援型の地域ケア会議を行う方向性なのでしょうか？
- ・実際の事例を使って今後も自立支援に向けても個別会談も必要と思いました。スピードが必要で事例を読み、すぐに問題が理解出来るといいと思った。
- ・すごくレベルの高い会議であり、良い刺激になりました。
- ・とても良いお話をありがとうございました。
- ・今後の業務にこの研修が活かせたらと思います。ありがとうございました。
- ・とても分かりやすく勉強になりました。ありがとうございました。
- ・会議のスピード化、大切と思いました。
- ・積極的に地域ケア会議に参加したいと思います。
- ・本日は大変参考になりました。地域ケア会議への参加も臆せず参加できそうです。ありがとうございました。
- ・必要と思われる資源を作るというアクティブさを持って行動していきたい
- ・地域ケア会議に参加した事が無く、どういった内容を話しているかなかなか想像しきれいいなかった為、とても勉強になりました。ありがとうございました。
- ・他職種と話し合う事で幅が広がり、その人が望む生活に近づく事が出来るという事を実感出来る場でした。ありがとうございました。
- ・地域ケア会議の目的・方法がわかり参考になりました。
- ・練習のステップはなくてもよいと思いました。
- ・ケアマネ・包括が問題の無い事例を提出しそこから専門職の助言により様々な発見がある事、とても印象になった。
- ・実際に周りの人と話しながらやれてよかったです
- ・本人の望む暮らし、本人・私の暮らしを共に考えられるCMとして活動していきたいです。
- ・生活目標おしかりと見つめる大切さを再認識しました。
- ・社会資源の知識や知っている人との関係性の構築など生活を支える上で必要な知識の不足を感じました。事例検討や問題点の抽出などのスピード感には驚きました。
- ・自立支援の考え方や地域ケア会議などあいまいになっていた知識を正しく理解し考え方が変わりました。
- ・ケアマネですがとてもプレッシャーを感じました。ただケアマネは歯車の要と思っています。ケアマネの質問力不足は否めないですがどれだけ情報を収集出来るか。？とくる情報を集めていないといけないかは必要かと思いました。ありがとうございました。

7月7日 在宅医療・介護連携推進のための研修会 アンケート結果

テーマ: エンドオブライフ・ケア研修会 (医師会部会)

内容: 講義 「聞き方のトレーニング」、「望ましい意思決定支援」、
「アドバンス・ケア・プランニング」、「構造構成主義」、「臨床倫理とは」、
グループワーク「もしバナゲームを体験しよう」、「ロールプレイ」

※研修会の参加者44名 アンケート回収43名 (回収率97.7%)

1. 職種

職種No	職種	人数
1	医師	2
2	歯科医師	1
3	薬剤師	1
4	看護師	12
5	保健師	2
6	理学療法士	0
7	作業療法士	0
8	言語聴覚士	1
9	栄養士	2
10	歯科衛生士	0
11	MSW	0
12	ケアマネジャー	18
13	社会福祉士	2
14	介護福祉士	2
15	ヘルパー	0
16	その他	0
0	不明	0
合計		43

2. 所属

所属No	所属	人数
1	病院	3
2	診療所	9
3	薬局	1
4	訪問看護ステーション	6
5	老人保健施設	0
6	特別養護老人ホーム	1
7	有料老人ホーム等	0
8	居宅介護支援事業所	18
9	地域包括支援センター	1
10	社会福祉協議会	1
11	介護サービス事業者等	3
12	その他	0
0	不明	0
合計		43

3. 研修の反応

(1) わかりやすさ		人数
1	わかりやすい	39
2	まあまあわかりやすい	3
3	どちらでもない	0
4	あまりよく分からない	0
5	全く分からない	0
0	不明	1
合計		43

(3) 今後に活かせるか		人数
1	活かせる	37
2	部分的に活かせる	5
3	どちらでもない	1
4	あまり活かさない	0
5	全く活かさない	0
0	不明	0
合計		43

(2) 満足度		人数
1	満足	37
2	まあ満足	5
3	どちらでもない	0
4	やや不満	0
5	不満	0
0	不明	1
合計		43

4. 今後、企画してほしい研修など

- ・ 今回みたいに参加型の研修は実際にやることによりとても勉強になると感じました。ロールプレイやディスカッションもとても勉強になりました。
- ・ ロールプレイは役に立つ。
- ・ エンドオブライフ研修レベルアップ版。

5. ご意見・ご感想等

- ・聴き方のトレーニングがすごくためになりました。聞き手の対応で話し手が話しにくくなることに気づき、とても勉強になりました。ありがとうございました。
- ・今回はとても参考になりました。昨年に続き参加させて頂き、より深く理解する事ができ本当に良かったです。ありがとうございました。
- ・今後役に立つ内容であり興味深く聞かせて頂きました。またの機会も参加したいです。
- ・エンドオブライフ→もしバナゲームを体験しながら、自分自身の事も少し考える事ができました。
- ・ありがとうございました。
- ・書記、発表を恐れていましたが、参加式の研修で楽しかったです。
- ・初めての参加でとても有意義な時間を過ごせました。普段、他の職種の方と触れ合う機会がない為、よかったです。ありがとうございました。
- ・EOLケアに関わる機会が多い病棟で勤務しているので、改めて考え直すきっかけになった。いつもACPは医療側として参加していたが、今日は家族側でロールプレイに参加し、言い回しによって捉え方が違うこと、医療スタッフに説明されている時は家族はこんな気持ちなのだなといったことを感じる事ができた。
- ・分かり易く楽しく参加する事が出来ました。ありがとうございます。
- ・講義だけでなくゲームやロールプレイを通して、価値観などを再確認する事ができました。
- ・私は在宅経験がないので模擬でも話し合いに参加出来てとてもためになりました。
- ・もしバナのゲームはとてもわかりやすく、自分自身の価値観を知るのに適している。病院職員が全員受けてもいい研修だと思う。
- ・体験させていただき、得るものが多くありました。
- ・もう一度参加したい。できれば！

【資料3】 安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会会長の選出

以下、安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会規約より抜粋

(委員)

第4条 協議会の委員は、安城市地域ケア推進会議の各部会員をもって充てる。

(会長及び副会長)

第5条 協議会の役員として、会長1名、副会長1名を置く。

- 2 会長は、委員の互選によりこれを定め、副会長は、会長が指名する。
- 3 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長が欠けたときはその職務を代理する。
- 5 会長及び副会長の任期は、2年とし、再任を妨げない。
- 6 任期途中における委員交替に伴い、新たに就任する場合は、前任者の残任期間とする。

※現任期は、平成30年7月21日まで。

【資料4】 サルビー見守りネットへの市外事業者の登録

① 登録希望事業者

- ・訪問看護ステーションこむぎ (西尾市田貫町3丁目57-2)

支援チーム(安城更生病院、包括支援センター小川の里、安城新田クリニック、更生介護保険センター、ヘルパーステーションみなみの風、社会福祉協議会、安城市)

△西尾市のシステムへの登録はされていないが、西尾市の認める事業者

② 登録希望事業者

- ・おんじいのへや知立店 (知立市八ツ田町泉38)(通所介護施設)

支援チームの想定

(おんじいのへや知立、八千代訪問看護ステーション、ケアサポート八千代、更生病院の杉浦先生)

○知立市の電子@連絡帳に事業者登録あり。

★西三河8市1町で電子@連絡帳に関する協定を締結予定

時期：平成30年10月1日を目途

内容：①協定の締結により、各市のシステムに登録されたの事業者（利用者）、患者の情報を共有化できるようにする。

⇒これをシステム上可能にすることを、ドメイン間連携という

⇒ドメイン間連携によりできることのイメージは、資料5-2参照

②障害児・者の患者登録及び障害福祉サービス事業者のシステム利用

在宅医療・介護連携システムに関する協定書（案）

岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク協議会 会長 小原淳（以下、「甲」という。）と、豊田市みよし市在宅医療・介護・福祉総合ネットワーク協議会 会長 神谷諭（以下、「乙」という。）と安城市医療・介護・福祉・ネットワーク協議会 会長 ●●●●（以下、「丙」という。）と刈谷市●●協議会 会長 ●●●●（以下、「丁」という。）と知立市知立市長 林 郁夫（以下、「戊」という。）と高浜市在宅医療・介護連携システム運用管理者 高浜市長 吉岡初浩（以下、「己」という。）及び碧南市碧南市長 禰宜田政信（以下、「庚」という。）は次のとおり協定を締結する。

（ネットワークの広域的利用）

第1条 甲、乙、丙、丁、戊、己又は庚のいずれかにより利用承認を受けた者は、現在利用するネットワーク以外に、甲、乙、丙、丁、戊、己又は庚が管理するネットワークに参加する利用者とネットワークに登録がある患者の情報を共有化することができる。ただし、利用する地域のネットワークの利用規約を遵守しなければならない。

（補足）9市で話合われている運用ルール

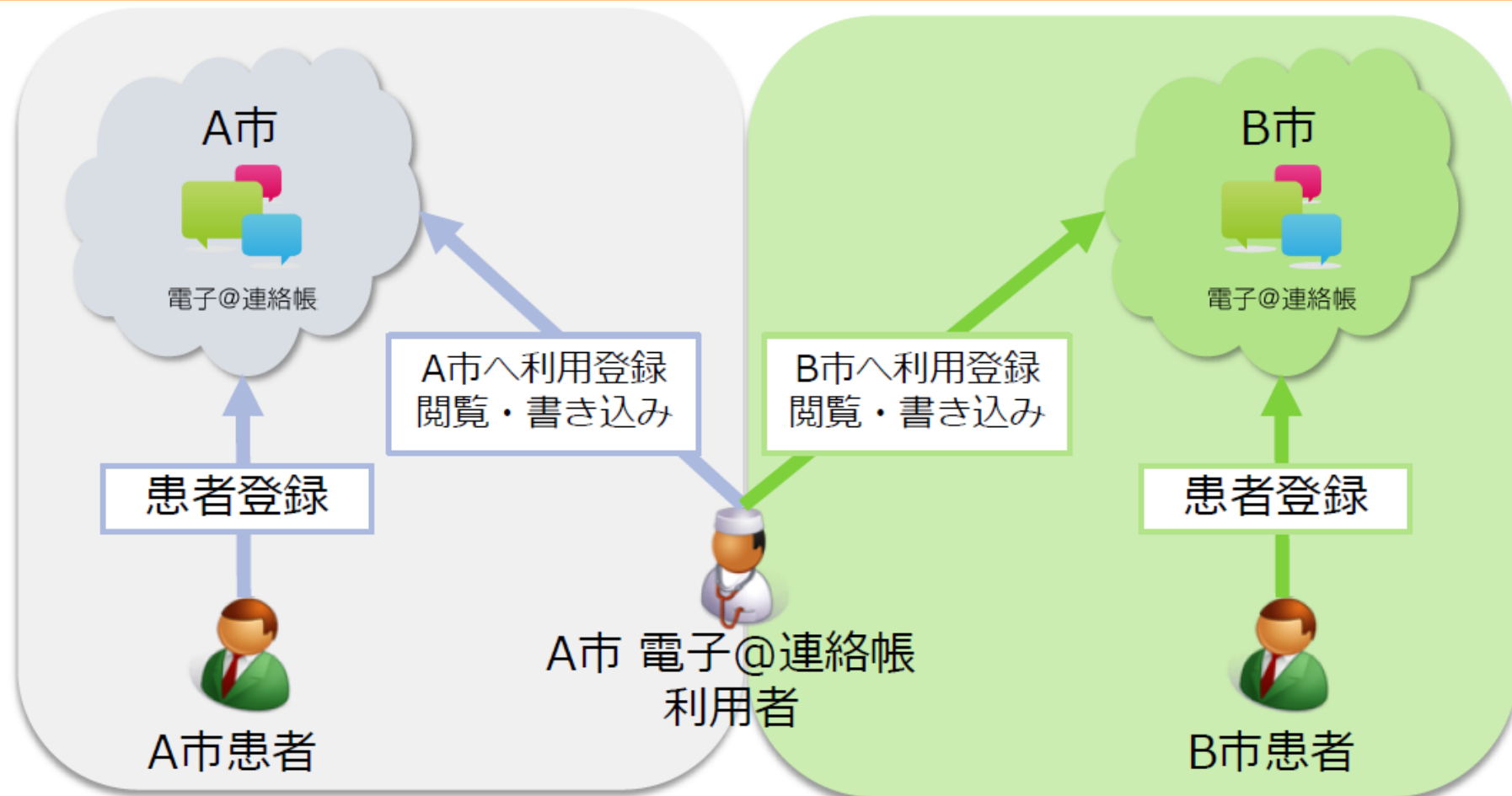
(1) 患者登録

・ A市にお住いの患者aの情報は、A市の「電子@連絡帳」への登録を原則とする。B市の利用者が患者aの情報を「電子@連絡帳」へ登録する場合でも、B市の電子連絡帳へ登録せずに、A市の事務局へ連絡して、A市の電子連絡帳へ登録する。患者aの情報がB市へ登録されてしまった場合、月次レポートにより特定し、A市の「電子@連絡帳」へ登録しなおす。

(2) 同意書

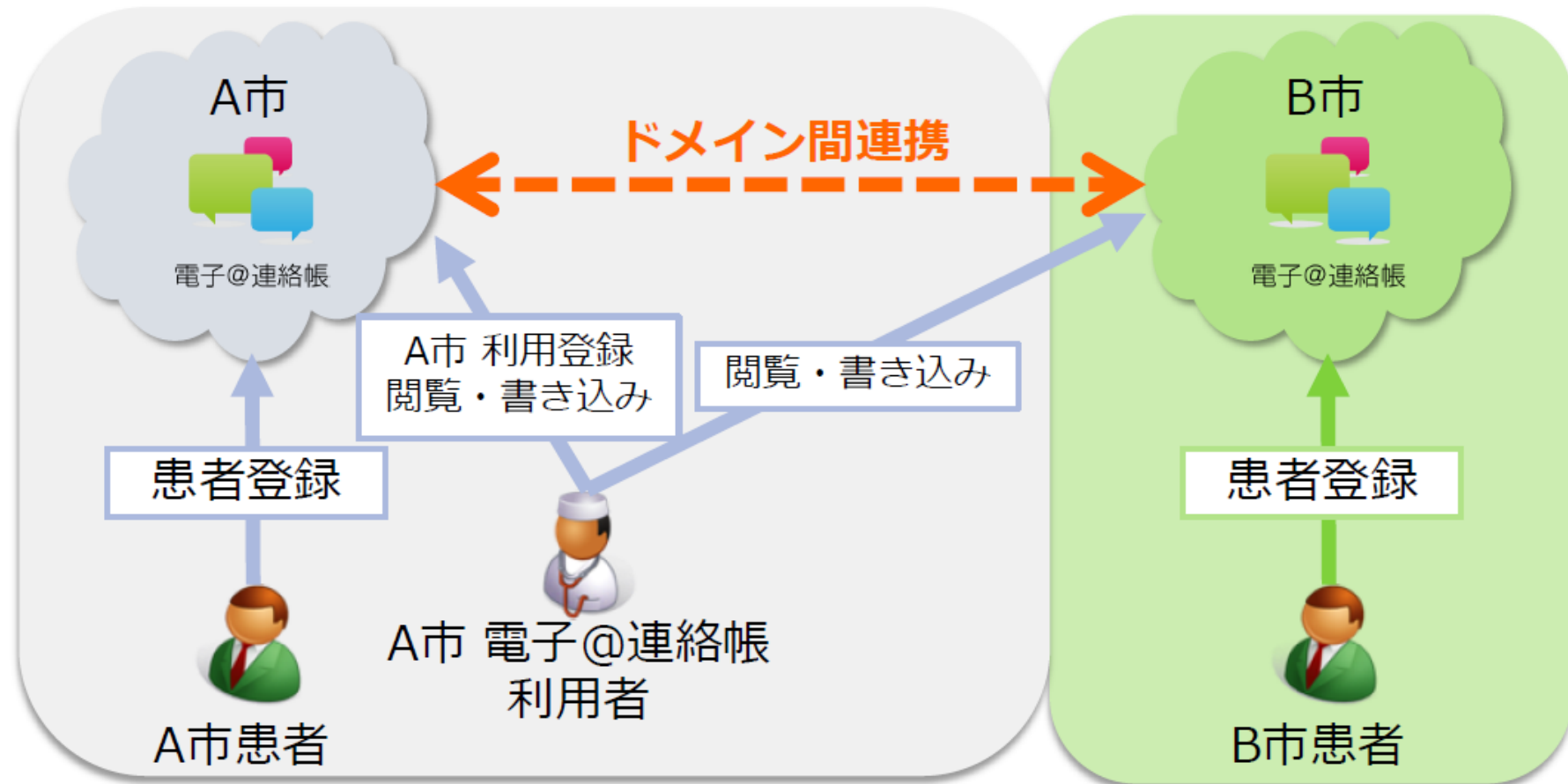
・ 患者の同意書はネットワーク全体への同意書とする。

ドメイン間連携とは (現状)



- A市 電子@連絡帳利用者が、A・B市の患者の情報を閲覧・書き込みする場合
- ✓ A・B市どちらの電子@連絡帳にも利用登録をおこなう必要
 - ✓ 患者の居住地に合わせて、地域ごとの電子@連絡帳を使い分ける必要

ドメイン間連携とは (ドメイン間連携後)



- A市 電子@連絡帳利用者が、A・B市の患者の情報を閲覧・書き込みする場合
- ✓ A市の電子@連絡帳に利用登録
- ✓ A市の電子@連絡帳から、A・B市の患者ページの閲覧・書き込みが可能

利用者の利便性向上

【参考】他ドメインの利用者を支援チームに追加する方法①

えん joy ネット高浜
Powered by 電子伝達網

患者 1 プロジェクト その他

患者サマリ (デモ)藤岡正志 (デモフジオカマサシ)
登録情報の変更はこちら 性別: 男 年齢: 79才 (1937-09-03 生) 連絡先: 052-987-9876

同意あり

患者の状況 表示

疾病の状態

主病名 脳梗塞

主症状

既往症

発症日 病歴 主治医

2014/01/14 誤嚥性肺炎

2008/04/03 誤嚥性肺炎, 脳卒中

服薬状況

介助

記事の抽出・絞り込み

担当者/グループ

黒宮真澄 (CTCデモ)

河野重紀 (CTCデモ)

高橋 医師 (CTCデモ)

編集

記事一覧

記事者: 高橋 医師 (CTCデモ) (Dr: (デモ)電文病院)
登録日時: 2016年04月14日 10時51分 文書タグ: 処置

記事者: 山本 看護師 (CTCデモ) (Ns: (デモ)訪問看護ステーション丸の内) 重要
登録日時: 2016年04月14日 10時49分 文書タグ: 褥瘡

記事者: 鈴木 薬剤師 (CTCデモ) (Prm: (デモ)名駅薬局)
登録日時: 2016年04月14日 10時46分 文書タグ:

記事者: 高橋 医師 (CTCデモ) (Dr: (デモ)電文病院)
登録日時: 2016年04月14日 10時44分 文書タグ:

記事者: 田中 歯科医師 (CTCデモ) (Dt: (デモ)にしき歯科)
登録日時: 2016年04月14日 10時40分 文書タグ: 口腔ケア

記事者: 伊藤 介護支援専門
登録日時: 2016年04月14日

返信 修正 削除

返信 修正 削除

返信 修正 削除

返信 修正 削除

返信 修正 削除

返信 修正 削除

返信 修正 削除

担当者/グループの「編集」をクリック。

【参考】他ドメインの利用者を支援チームに追加する方法②

患者情報の修正
担当グループおよび担当者一覧

地域 | 電子@連絡帳 ECNデモ(NEXT)

登録メンバー一覧

- 加藤 拓也 (Adm: ECNデモ施設)
- 小栗 久史 (Adm: サポートデスクECNN)
- 杉下 明隆 (Hit: 名大病院 (ECNデモNE)
- 八嶋 ゆかり (Otr: 名大病院 (ECNデモNE)
- 加藤 拓也2 (Dr: ECNデモ施設)
- テスト 太郎 (Dr: サポートデスクECNNE)
- 加賀 亮多 (Adm: サポートデスクECNN)
- 福岡 瑛 (Adm: サポートデスクECNN)
- 名大 地域包括 (Cm: 名大病院 (ECNデモNE)
- 宮田かおり (ECNデモNEXT) (Otr: 名大病院 (ECNデモNE)
- デモ 太郎 (Dr: サポートデスクECNNE)

更新

① 支援チームに追加したい利用者の地域を選択
② 一覧から追加したい利用者を選択
③ 支援チームメンバーを更新

1 協議事項

○電子連絡帳の運用事業者を中部テレコミュニケーション株式会社（以下「CTC」という）から株式会社インターネットイニシアティブ（以下「I I J」という）へ変更する。

理由

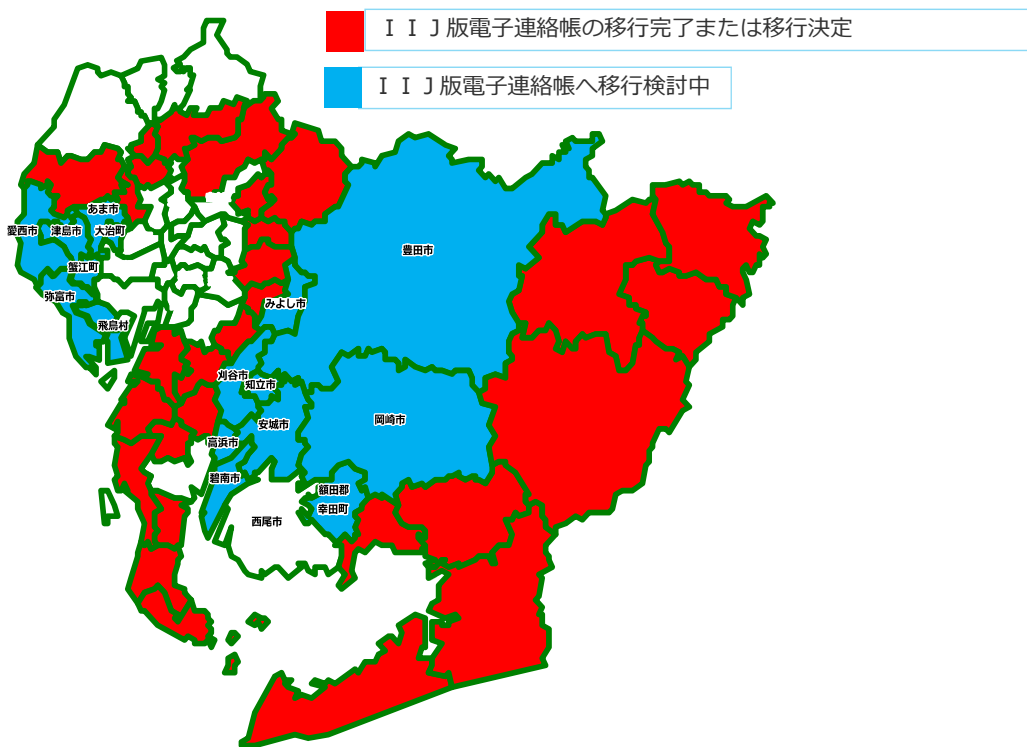
- 平成30年6月時点で県内の30自治体が、運用事業者をCTCからI I Jへ移行済みまたは移行決定しているため。
- 将来的により多くの広域的な自治体間連携（自治体間で患者、利用者情報を共有化する仕組み）を実現したいため（CTC⇔I I J間の自治体間連携は不可）。
- I I J版の電子@連絡帳のみ、開発元である名古屋大学との共同研究開発が継続的である。今後、性能改善、新機能提供など、最新バージョンの電子@連絡帳がI I Jより提供されると期待できるため。

2 電子@連絡帳の運用事業者にCTCを選定した経緯

- 平成28年度当時、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、多職種の情報共有を推進するためのシステムとして名古屋大学が開発した電子@連絡帳の導入を検討。
- 当時、CTCは県内で唯一の電子@連絡帳の運用事業者であり、すでに県内の多くの自治体が導入済であったため、自治体間での連携も視野に入れ、平成28年10月よりCTCでの運用を開始。

3 変更理由① I I Jの電子@連絡帳の事業展開開始と県内自治体の動向

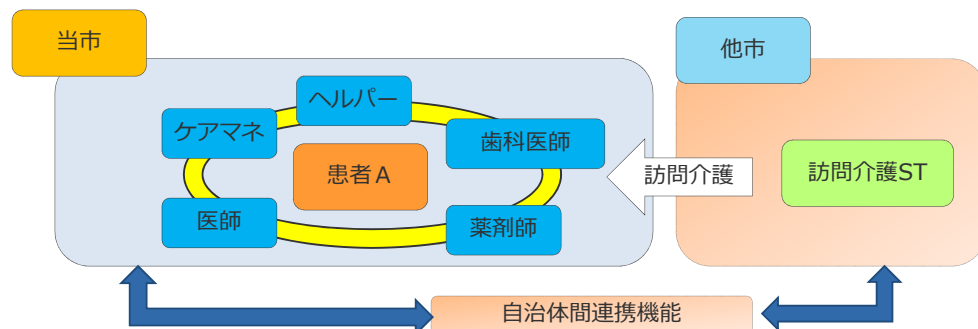
- 平成29年度中にI I Jが愛知県内で電子@連絡帳の運用事業者として参画。
- 平成30年6月現在、電子@連絡帳を導入済の47自治体中、8自治体がI I Jへの移行完了、22自治体が移行決定、16自治体が移行を検討中。



変更理由①後述の機能拡張もあり、今後I I J版の電子@連絡帳が県内で普及していくと考えられる。
 ⇒より多くの広域的な自治体間連携（自治体間で患者、利用者情報を共有化する仕組み）を実現するためには、I I J版の電子@連絡帳への変更が必要となるため。

4 変更理由② 電子@連絡帳の自治体間連携の重要性

○自治体間の連携により、他自治体の電子@連絡帳へのアクセスが可能となり、患者や利用者情報を共有することができるようになり、また、利用者の登録作業等の負担が軽減される。



変更理由② このような自治体間連携をするためには、
自治体間の運営事業者が同一の場合のみ連携可（注意：CTC⇔I I J間の連携不可）
 ⇒県内で多くの自治体が移行を予定しているI I J版への移行が必要

5 変更理由③ I I J版電子@連絡帳へ変更することの機能的なメリット

変更理由③ I I Jは電子@連絡帳の開発元である名古屋大学との共同研究体制が継続している。
 ⇒システムの性能改善、新機能追加が今後も継続的に可能である（CTCにおいては開発元との共同研究体制となっていない。）

- 以下はI I J版のみ標準仕様となっている。 ※費用負担は現在と変わらない（20万/月）
- ・地域資源マップ機能（CTC版においては有償）
- ・データセンターの東西設置（災害対策）
- ・ストレージ容量の拡張100GB ※現在は50GB
- ・モバイル版画面によるスマートフォンやタブレットの活用や写真連携

6 変更にあたっての留意事項

- 利用者がI I J版の電子@連絡帳の導入の際に必要な「電子証明書」のインストールをする必要あり。
- 移行準備期間が必要となる。

7 変更する場合のスケジュール（平成30年度の予定）

○事務局がI I Jへ変更の申出（平成30年9月末日申出期限。平成31年度以降の変更は有償対応）。

	10月～2月	3月	4月
利用者	電子@連絡帳への記載（3月20日まで）	I I J版電子証明書のインストール提供（2月下旬から利用者が随時行う）	
CTC	現行の電子@連絡帳提供中（3月末まで）		
I I J	試験環境運用開始（11月上旬）	I I J版運用開始（3月25日～）	CTC版データ移行作業（3月23,24日）