

認知症等の支援のための地域包括ケアネットワークをICTで構築
「認知症ケアネットワークシステム」の提供を開始
～岐阜県大垣地域、大阪府茨木地域のネットワークからスタート～

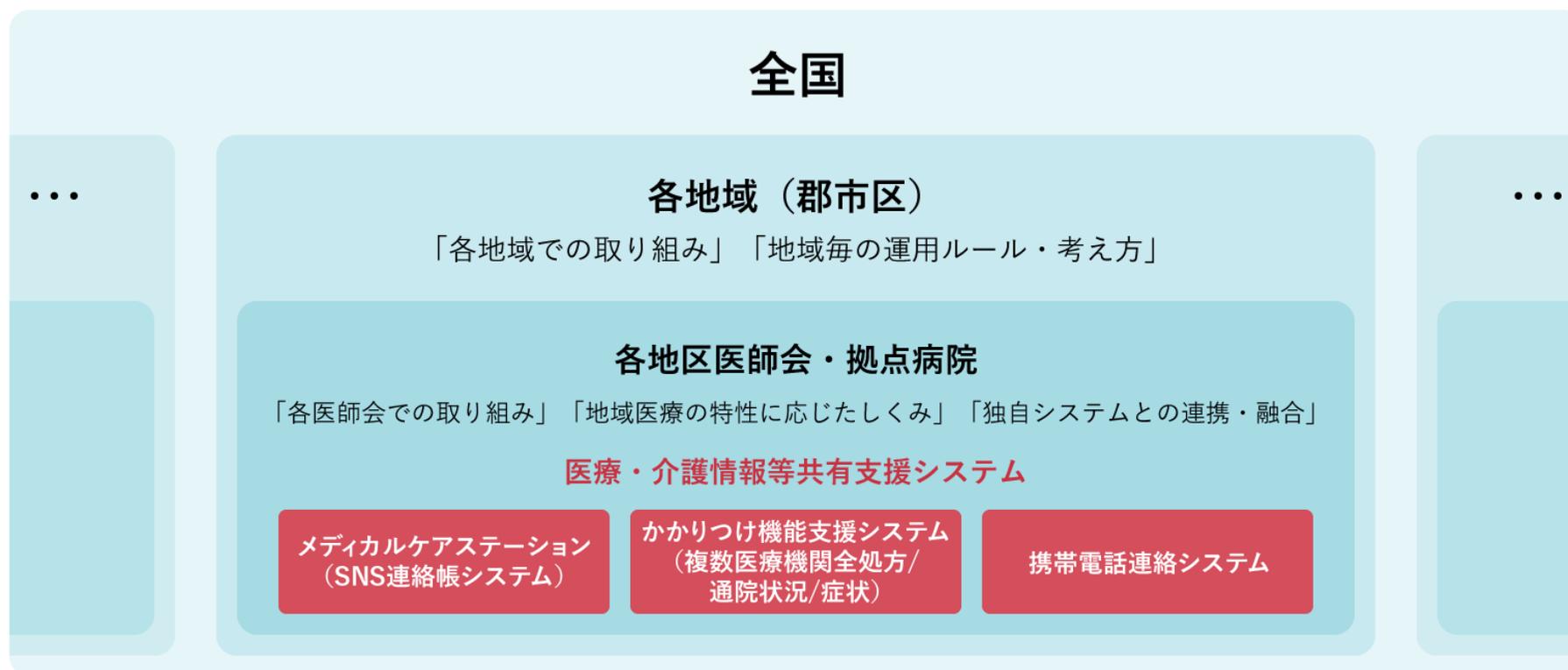
2016年4月27日

MSドリーム株式会社
株式会社日本エンブレース

認知症ケアネットワークシステム

地域における認知症ケアを支援するICTシステムを提供。
地域の特性に合わせた導入とルール作りが可能。

認知症ケアネットワークシステム全体像



システム説明

MSDリーム社提供

かかりつけ機能支援システム
携帯電話連絡システム

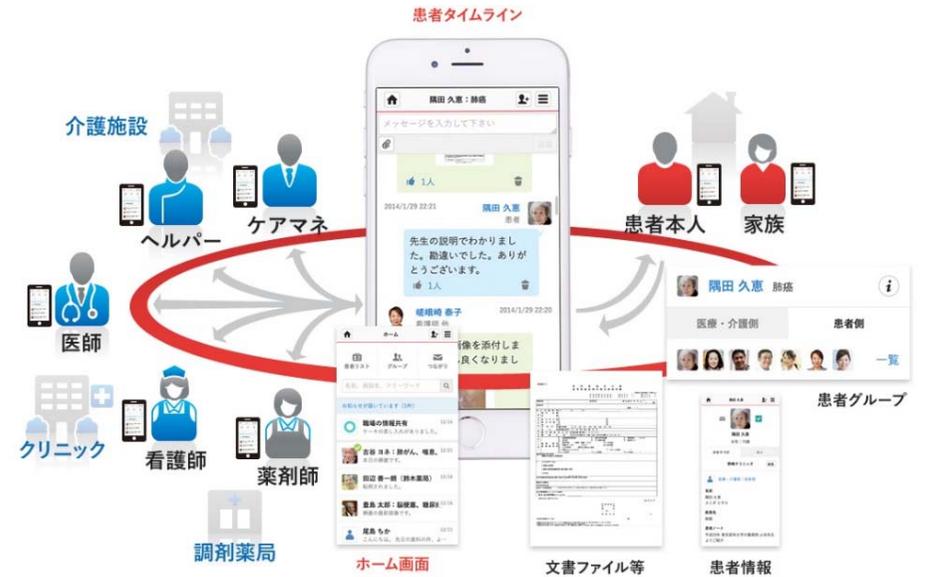
ID-1	高齢者医療
	5 (1桁数字: 疾患群コード)
ID-2	岐阜県 (都道府県)
	岐阜県大垣市 (市町村)
	21202 (5桁数字: 市町村コード)
ID-3	大垣病院
	1002 (4桁数字: 施設区分コード+施設コード)
ID-4	14 (2桁数字: 西層下2桁)
	999 (3桁数字: 患者通番)
	14999 (5桁数字: 患者コード)
ID	521202100214999 (15桁数字: 患者ID)
登録年月日	2014年5月27日 2014/05/27 (西暦)
生年月日	1928年9月12日 1928/09/12 (西暦)
性別	問診
臨床診断名1	問診日 ※年:西暦4桁 2014年1月14日 2014/01/14
臨床診断名2	いかにですか (変化) <input checked="" type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 不変 <input type="radio"/> 悪化
臨床診断名3	困ったことはありませんか (困難) <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> あった 有った時の内容
診断1ICDコード	前回の受診日に通院しましたか (前回受診) <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 別の日
	指示を守るとは難しくありませんか (指示) <input type="radio"/> 難しくない <input checked="" type="radio"/> やや難しい <input type="radio"/> 難しい
	次の受診日はいつですか (次回受診) ※ 無い場合は0000年00月00日 2014年12月11日 2014/12/11
	自由記載欄 (コメント) イラつきなく、精神的には穏やか。歩行時、やや不安定
所見	<input type="radio"/> 終了(当面) <input checked="" type="radio"/> 引き続き <input type="radio"/> 要確認(高)

SharePoint



日本エンブレース社提供

MedicalCare STATION



MSDリーム社システム説明: かかりつけ機能支援

【匿名化IDで運用】

1 患者情報入力画面の紹介

匿名ID	氏名	性別	年齢	住所
221202100110002	田中 太郎	男	64	東京都千代田区千代田

受診状況	受診年月日	受診科	受診内容
○	2018/02/08	内科	高血圧の診察
○	2018/02/15	内科	高血圧の診察

主治医	副主治医・専門医
田中 太郎	佐藤 花子

お薬手帳
処方された薬剤
処方された薬剤
処方された薬剤
処方された薬剤

非薬物的処方
処方されたサービス
処方されたサービス
処方されたサービス

受診状況

【受診状況】
・自動取り込み(一部)

主治医

【個別入力】
・主要検査
・治療方針のポイント

副主治医・専門医
(secondary care)

全処方管理

【総合的処方状況確認】
・お薬手帳情報の
自動取り込み

お薬手帳*

非薬物的処方
(Single point of contact)

【非薬物サービスをつなぐ】
・事務局必要(要公的承認)
・メディカルスタッフ
・社会サービス(住まい等)

【事務局】地域を代表するメディカルスタッフのプラットフォーム
(例: 認知症疾患医療センター、行政・医師会等の地域連携会議)

システムの説明②

※患者マスタ(基本) 登録※

ID-1	高齢者医療	(1桁数字:疾患群コード)
	5	
ID-2	岐阜県	(都道府県)
	岐阜県大垣市	(市町村)
	21202	(5桁数字:市町村コード)
ID-3	大垣病院	(4桁数字:施設区分コード+施設コード)
	1002	
ID-4	14	(2桁数字:西暦下2桁)
	999	(3桁数字:患者通番)
	14999	(5桁数字:患者コード)
ID	521202100214999	(15桁数字:患者ID)
登録年月日	2014 年 5 月 27 日	2014/05/27 (西暦)
生年月日	1928 年 9 月 12 日	1928/09/12 (西暦)
性別	<input type="radio"/> 男性 <input checked="" type="radio"/> 女性	
臨床診断名1	アルツハイマー型認知症	
臨床診断名2	高血圧	
臨床診断名3		
診断1ICDコード	精神および行動の障害	
	アルツハイマー病の認知症	

システムの説明③

※受診状況登録※

問診	問診日	※年:西暦4桁							
		2014	年	1	月				
	いかがですか (変化)								
	<input type="radio"/> 悪化								
	有った時の内容 (前回受診)								
	<input type="radio"/> 別の日								
	指示)								
	<input type="radio"/> 難しい								
	次の受診日はいつ (次回受診) ※ 無い場合は0000年00月00日	2014	年	12	月	11	日	2014/12/11	
	自由記載欄 (コメント)	イラつきなく、精神的には穏やか。歩行時、ややふらつきみられる。							
所見	<input type="radio"/> 終了(当面)	<input checked="" type="radio"/> 引き続き経過観察	<input type="radio"/> 要確認	<input type="radio"/> 要確認(高)					

主治医のコメントが記載でき、それによってより詳細な情報を伝えることが可能

受診時の情報を簡潔に把握できる

システムの説明④

※ 受診状況 検索 ※

患者ID	疾患群コード	5	高齢者医療		
	市町村コード	21202	岐阜県大垣市	岐阜県	検索
	施設コード	1002	大垣病院		
	患者コード	14999			
	患者ID	5	21202	1002	1499
登録年月日	2014/05/27	生年月日	1928/09/12		
臨床診断名	[アルツハイマー型認知症][高血圧][]				
診断中分類	F00	[アルツハイマー病の認知症][本態性(原			
	I10				

かかりつけ医・センター、
双方の受診情報を一覽
で把握することが可能

問診日	変化	困難	前回受診	指示	次回受診	コメント	所見
2013/11/22	1:改善	1:ない	1:はい	2:やや難しい	2013/12/06	服薬後、夜間睡眠良	2:引き続き経過観察
2013/12/06	2:不変	1:ない	1:はい	1:難しくない	2013/12/27	本人、息子の2人で	2:引き続き経過観察
2013/12/27	2:不変	1:ない	1:はい	1:難しくない	2014/01/24	NPI, IADL実施。NPI	2:引き続き経過観察
2014/01/14	2:不変	1:ない	1:はい	2:やや難しい	2014/02/11	イラつきなく、精神的に	2:引き続き経過観察
2014/01/24	2:不変	2:あった	1:はい	2:やや難しい	2014/01/24	やや妄想がみられるが	2:引き続き経過観察
2014/02/21	2:不変	1:ない	1:はい	1:難しくない	2014/03/21	1月27日よりショートス	1:終了(当面)

メディカルケアステーションとは

MedicalCare STATION ソーシャル × クラウド × モバイル



医療介護従事者専用開発されたクローズドSNSです

- 医療介護従事者の新しい形のコミュニケーションの場を提供
- 管理者によるきめ細かいアクセス制御（患者単位で招待・承認・解除）
- 「だれも置き去りにしない」でつながるように無料で提供

地域包括ケア時代の多職種連携SNS

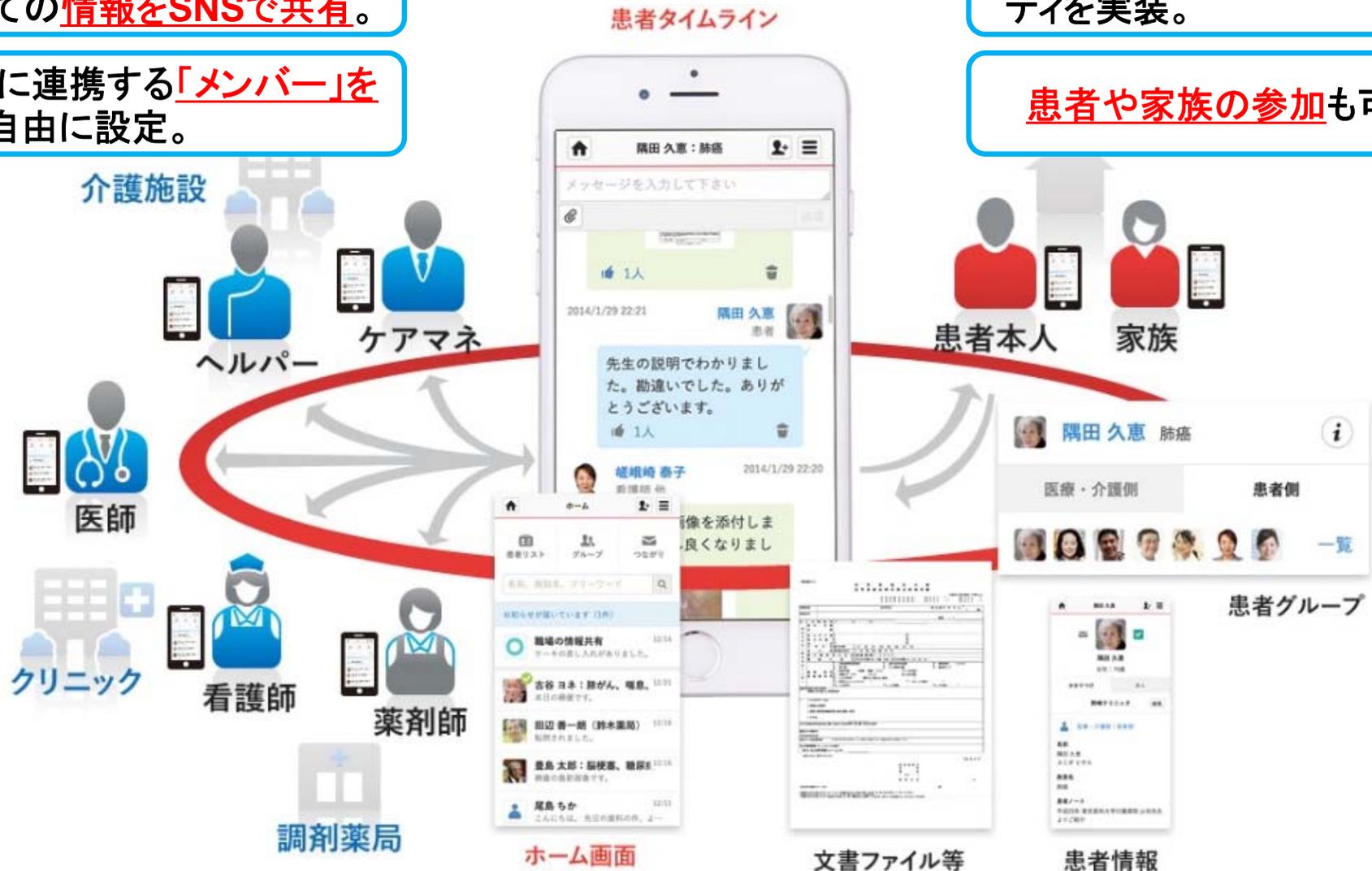
医療介護専用SNS MedicalCare STATION

立場を越えた多職種間で患者についての情報をSNSで共有。

患者毎に連携する「メンバー」を招待。自由に設定。

医療・介護に特化したセキュリティを実装。

患者や家族の参加も可能。



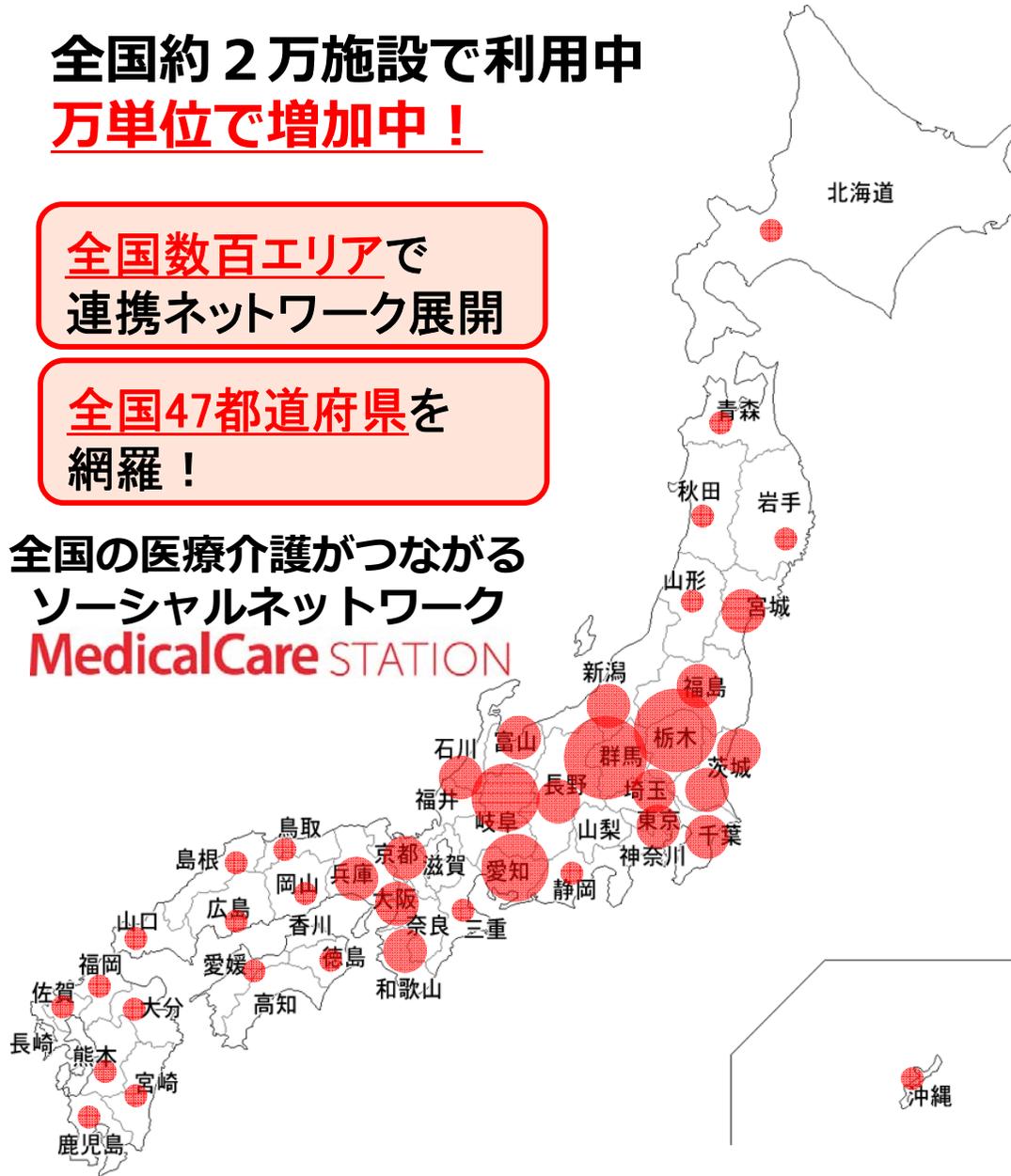
全国規模で普及進展中！

全国約2万施設で利用中
万単位で増加中！

全国数百エリアで
連携ネットワーク展開

全国47都道府県を
網羅！

全国の医療介護がつながる
ソーシャルネットワーク
MedicalCare STATION



メディア・取材実績多数

- CNET
- 東京新聞
- 読売新聞
- 産経新聞
- 日経新聞
- 日経デジタルヘルス
- 新医療
- NHKおはよう日本
- インナービジョン
- ITメディア
- 厚生労働
- ...その他



全国120カ所以上の医師会で正式採用！

群馬県医師会
(全県正式採用)

栃木県医師会
(全県正式採用)

県から受託した事業で、医師会によると都道府県規模でこうした仕組みをつくるのは全国初。7月にも運

患者や治療の情報を一元化し、医師や薬剤師、ケアマネジャーといった多職種にまたがる関係者の連携をしやすいとする狙い。担当者は「かなり効果的で、質の高い医療の提供につながる」と期待している。

県医師会

県医師会は、在宅医療や介護に携わる医療関係者向けに、インターネット上のSNS（ソーシャル・ネットワーク）ワーキング・スペースを活用した情報共有システムを整える。

在宅医療にSNS活用

用を始める。医療関係者専用の既存SNSに患者ごとの専用ページを設け、治療の状況を書

き込んだり、画像をアップロードできる。このSNSには医師会独自の機能を追加する方針で、県内の医療機関の地図表示システムや、患者の体調を自動的に記録する見守り機能などが検討されている。

従来、在宅医療や介護に携わる医療関係者の連絡は、電話やファクス、メールなど手段がまちまちで、実際に患者と会わなければ分からないことも多かったという。医師会はSNSの活用で「スマートフォンやパソコンがあれば、時間や場所に関係なく、最新の情報を把握できる（担当者）」として、懸案の解決につながるとしている。

個人情報保護のため、患者のページを閲覧できるのは主治医らが許可した人のみ。運用開始に合わせて、共

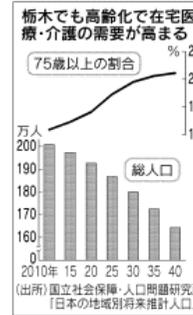
医療介護関係者

5万人

専用ページに治療状況／見守り機能

有できる情報を定めた指針も作成する。場合によっては患者にもSNSに参加してもらい、自身の治療状況を把握したり、医療関係者との信頼醸成に役立てることも想定している。

医師会は6月2日午後7時から、このシステムを周知するための医療関係者向けのシンポジウムを高崎市八島町のホテルメトロポリタン高崎で開



栃木県医師会

栃木県医師会（宇都宮市、太田照男会長）は県内の医療機関や介護施設などと組み、IT（情報技術）を使った地域医療の連携事業を強化する。在宅医療の患者の情報を記録した連絡帳を電子化し、医療機関や介護関係者が共有する仕組みをつくる。重症の入院患者が回復し通院に切り替わったり転院したりする際の支援システムも整える。先進例として注目集めそう。

在宅患者情報をネット共有 退院支援システムも整備



電子カルテの共有化はすでに全県的に実施（イメージ）

すでに、同会は病院と診療所が患者情報を共有するシステムを持つ。今後、在宅患者の増加が見込まれ、治療の効率が上がる。在宅医療・介護の分野や、重症を脱した「回復期」の医療にも応用する。

在宅医療の患者個人に連絡帳をスマートフォンで持ち、安全性を確保する。早ければ3月に、壬生町モデル地区として実証実験に取り組み。

もう一つの柱は「退院支援システム」。回復期の患者が高齢治療を専門とする病院に残り、病状が不足するなど、全国的に起きていた入院患者の病状に応じ、転院先や退院後に通院す

使う医療連携強化

ていて、「[i]でも連絡帳（仮称）」をインターネット上に設定する。患者宅を訪ねる医師や看護師のほかヘルパーらも、どこでも連絡帳をスマートフォンで持ち、安全性を確保する。早ければ3月に、壬生町モデル地区として実証実験に取り組み。

FY2016で
全国500カ所に達する
見込み

医療介護関係者

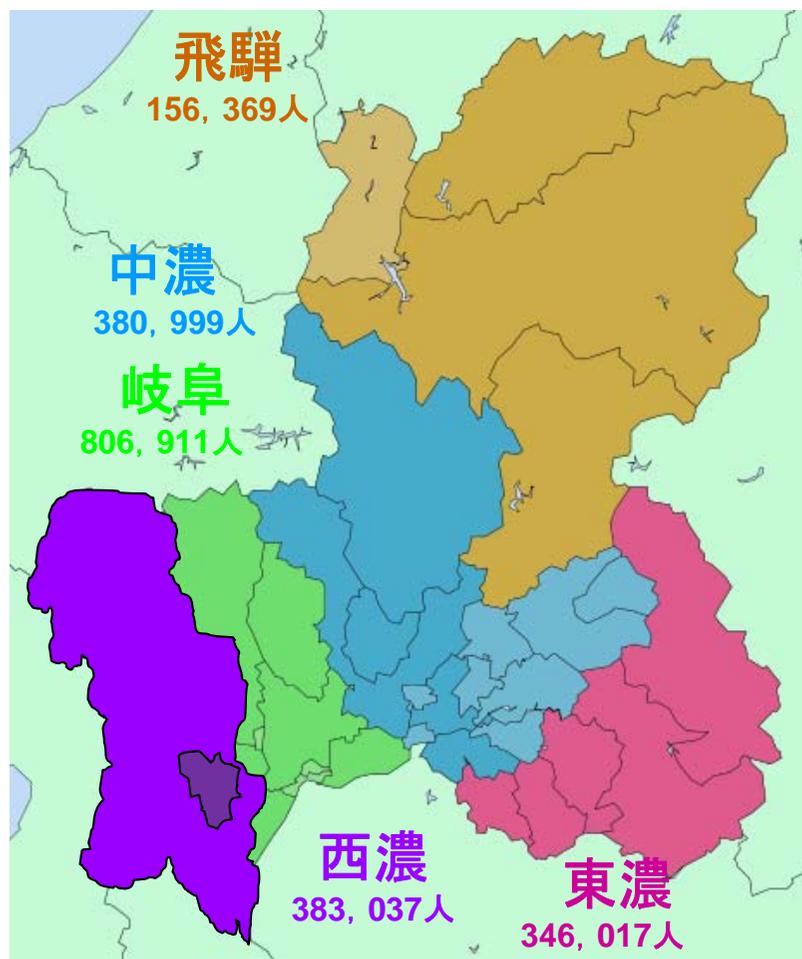
5万人

岐阜県西濃地区認知症の 地域連携の現状

—オレンジ手帳のICT化を利用した4層構造と認知症疾患医療センター—

日精協高齢者医療・介護保険委員会担当理事
医療法人静風会大垣病院 理事長・院長 田口真源

西濃二次医療圏の医療介護資源()内は大垣市



人口 約38万人(16万987人)
高齢人口 約8万7千人(3万7671人)
高齢化率 22.9%(23.4%)

医療系

総合病院	7(2)
一般病院	5(2)
精神科病院	4(2)
有床診	37(23)
無床診	175(94)

介護系

介護福祉施設(特養)	22(9)
介護老健施設	12(4)
グループホーム	54(18)
ケアハウス	6(4)

平成26年度西濃地区認知症疾患医療センターの実績

地域連携の取り組み

(1) 地域連携推進モデル事業

1) 地域連携パス「オレンジ手帳」(+お薬手帳)

322冊発行

2) ICT化の取り組み

個別説明会11回、全体意見交換会4回。平成27年4月より運用予定

3) 大垣市地域包括支援センターとのケア会議(8回)

(2) 訪問相談事業

1) 認知症相談会(大垣市保健センターと共催)

年3回の大垣市保健センターにて大腸がん、胃がん検診の対象者に医師の個別相談と簡易検査を行う認知症相談会を実施。75名が参加

2) 地域交流事業「ふれあい祭り」にて認知症医療相談、HDR-Sの実施、リハビリ相談、介護相談、徘徊についての人形劇

3) 市民健康広場に認知症コーナーを設置。

(3) 啓発活動

1) 「認知症ってどんな病気？」冊子(小阪憲司先生監修)配布

2) 認知症講演会(市民対象)

3) サポート医勉強会開催

病院・かかりつけ医間の連携

病院多職種

精神科医
一般医
臨床心理師
作業療法士
理学療法士
看護師
薬剤師
ケアマネージャー
社会福祉士
介護福祉士
PSW



在宅多職種

かかりつけ医

薬剤師

看護師

ケアマネージャー

社会福祉協議会
行政

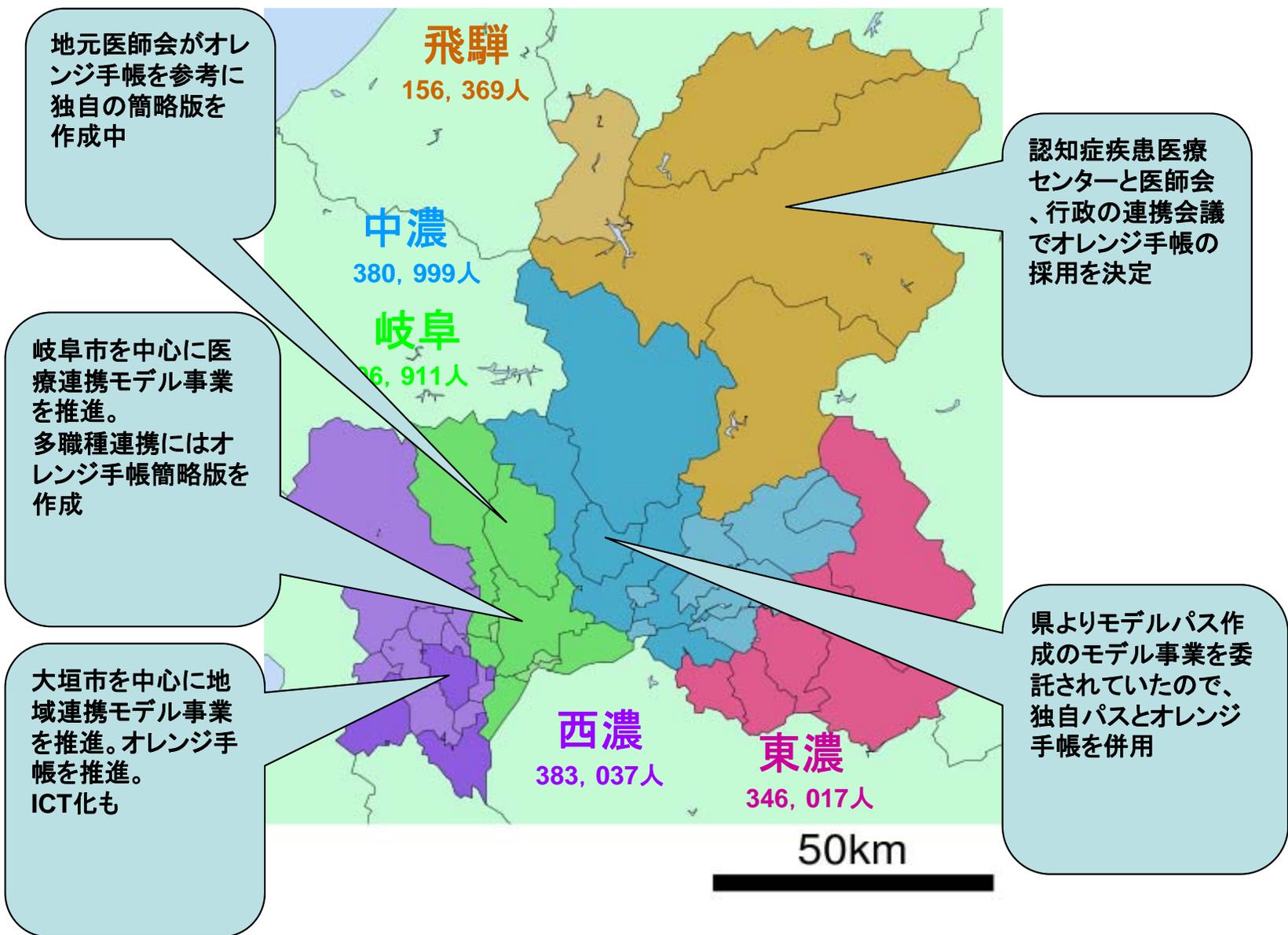
オレンジ手帳配布状況(平成27年9月現在)

総配布数	356冊
平成23年度	43冊
平成24年度	119冊
平成25年度	98冊(+お薬手帳)
平成26年度	71冊(+お薬手帳)
平成27年度(9月まで)	25冊(+お薬手帳)



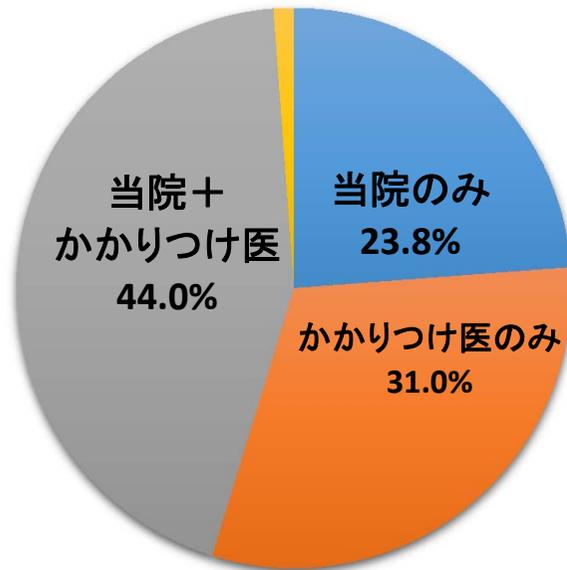
※モデル事業以外では約1500冊

オレンジ手帳への取組み

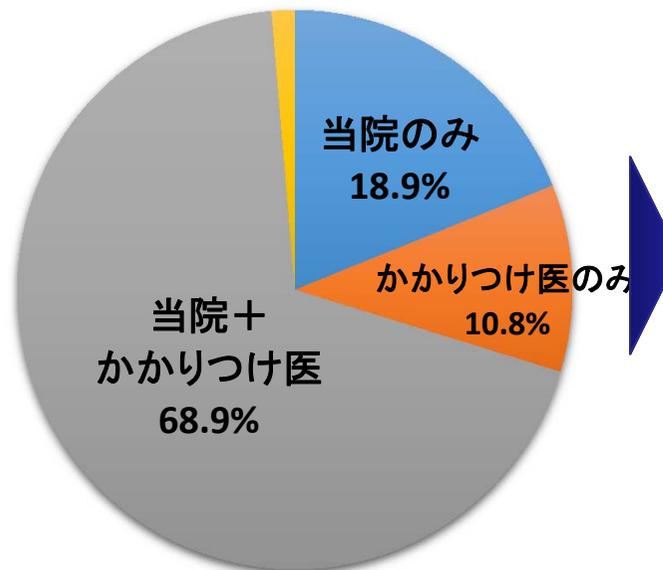


医療連携の進化(病院+かかりつけ医)

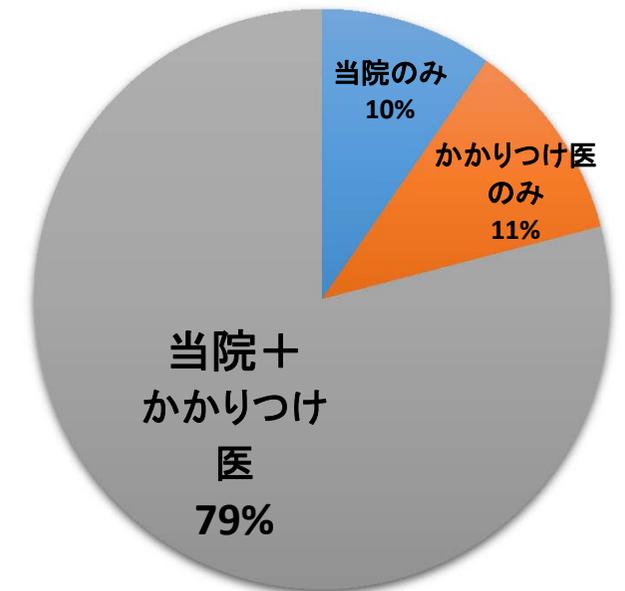
平成24年度(n=84)



平成25年度(n=74)

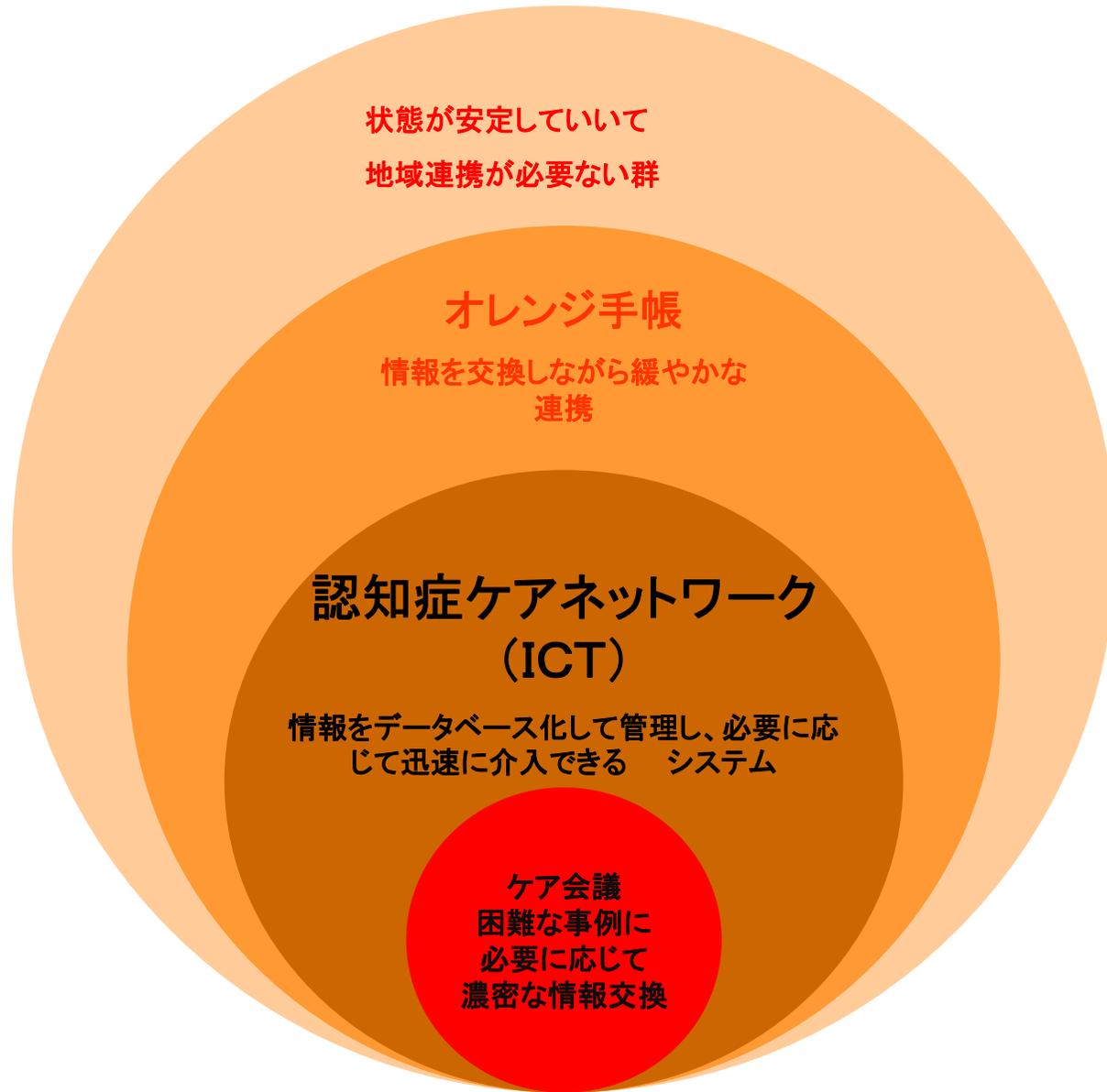


平成26年度(3月~1月n=62)



病院・かかりつけ医間の連携が進展している。

ICTを含めた取組みへ、さらに進化 ～本システムの導入～



「現場発」の取組も重要

地域での説明会・セミナー・カンファレンスを開催



認知症を中心とした地域連携 『茨木市モデル』

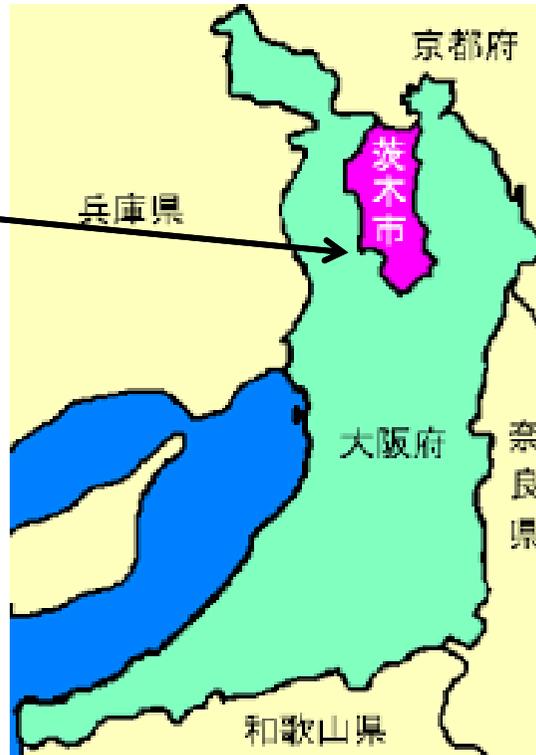
茨木市医師会（大阪府）
杉野正一，園田薫，中島周三

大阪府 茨木市

大阪, 京都から, 鉄道で20分圏内
『都市型ベットタウン』



(万博公園)



- ・総人口 28 万人(H27.9現在)
- ・高齢者 6 万人 (22%)
- ・MCI + 認知症 1.5 万人 (推定)
- ・医師会: 175 診療所, 15 病院

恒昭会 藍野病院

『長寿医療をめざす総合病院』
18 診療科, 訪問看護・リハビリ
一般 369床, 精神 600床のケアミックス



【認知症の診療体制】

- ① もの忘れ外来
— 神経内科と精神科の2診体制
- ② 認知症治療病棟
— 240床 (病棟入院料1)
- ③ リエゾン医療 身体合併症の治療
— 大阪府下全域より受け入れ
- ④ あいの認知症プロジェクト
— 院内・地域の認知症ケア向上



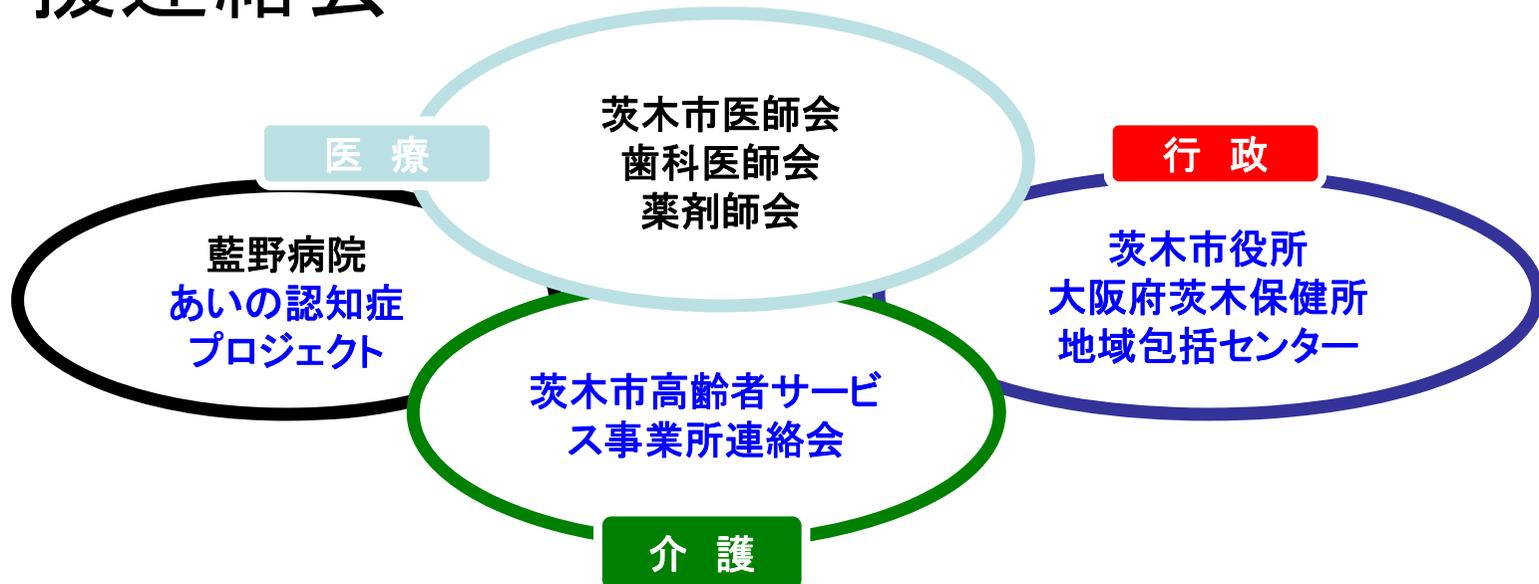
北摂地区の基幹型センター的役割

『茨木市モデル』の経緯

- 平成20年4月 茨木医師会高齢対策委員会
認知症早期診断・早期治療地域ネットワーク事業



- 平成24年4月 茨木市認知症高齢者地域支援連絡会



『茨木市モデル』の特徴

1. 認知症の早期診断・早期治療に重点
2. かかりつけ医が地域ネットワークの中核
3. 認知症診断・治療支援ソフト『DMSS-W』
4. 全ての高齢者を対象にした地域連携手帳
- 『はつらつパスポート』（予防編, 連携編)
5. 認知症地域包括ケアにICTを導入
- 『MCS:メディカル ケア ステーション』

認知症の地域連携 『茨木市モデル』 の考え方



本人・家族が気付いたら



ケアスタッフなどが気付いたら

『かかりつけ医を ネットワークの中核に！』

iPadを用いた
認知症診断・支援ソフト
『DMSS-W』



かかりつけ医

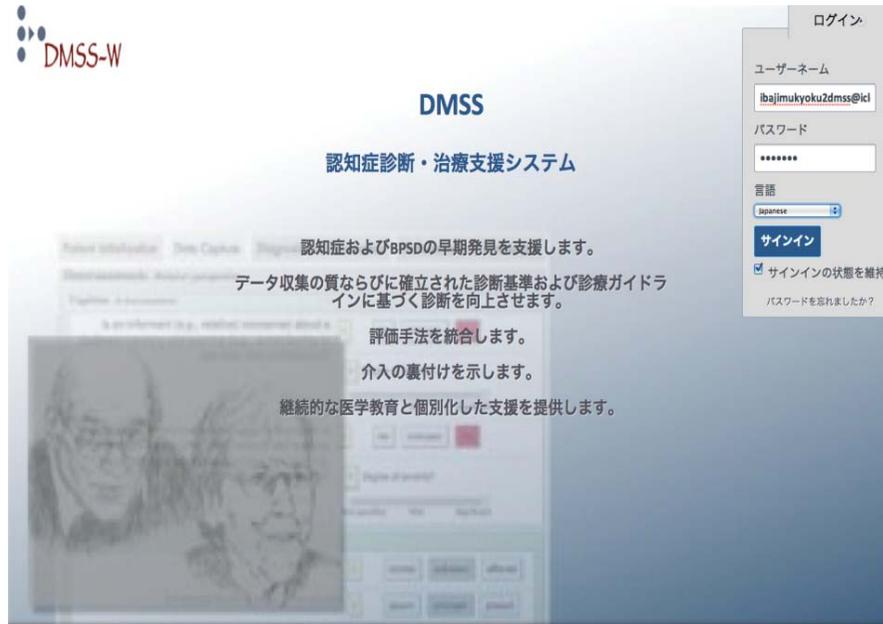
どうやって
診断・治療
したらいい？

難しいケースは、二人三脚体制で



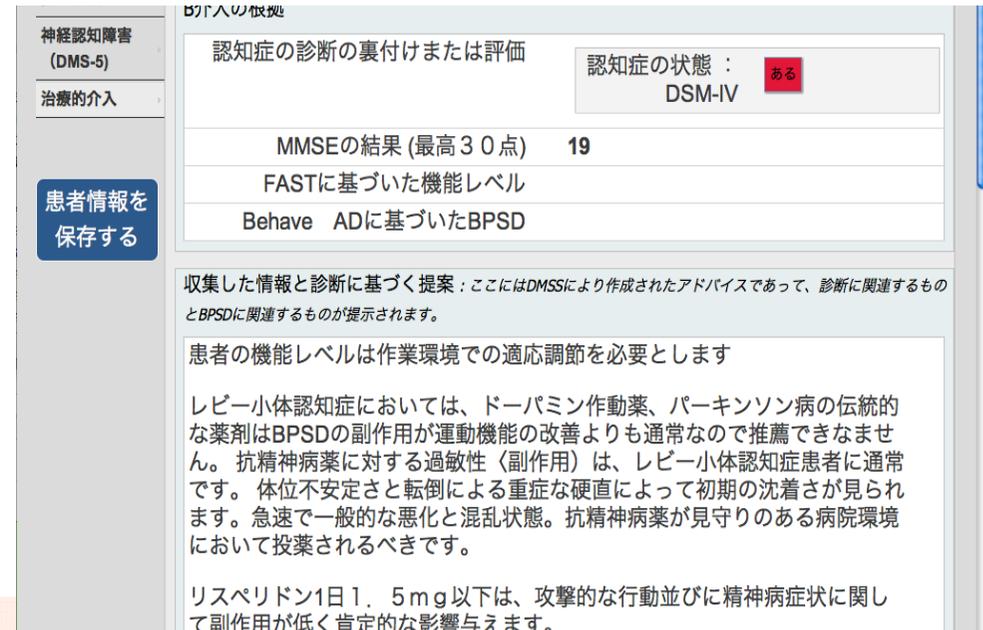
専門医・専門病院

DMSS-W (認知症診断・治療支援システム)



スウェーデン・ウメア大学が開発
茨木市医師会が日本語版共同作成

- ・データはサーバーに蓄積
- ・診療の振り返りに役立つ
- ・教育ツールとしても有用



認知症を中心とした地域連携 『茨木市モデル』



『はつらつパスポート・元気編』



ケアスタッフなどが気付いたら

本人・家族が気付いたら



iPadを用いた
認知症診断・支援ソフト
『DMSS-W』

かかりつけ医



『認知症ガイドブック』
相談窓口・社会資源
(医療・介護関係者用)



『はつらつパスポート・
連携編』
多職種で情報共有
医療-介護の連絡ノート



オレンジダイヤル

二人三脚体制で



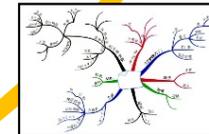
初期集中支援チーム

『認知症サポートブック』
相談窓口・社会資源
(地域住民用)



監野病院

- バックアップ
- 鑑別診断
- BPSD治療
- 身体合併症の治療



- 見える事例検討会
- 認知症ケア講座



あいの認知症プロジェクト

全ての茨木市高齢者の健康手帳『はつらつパスポート』

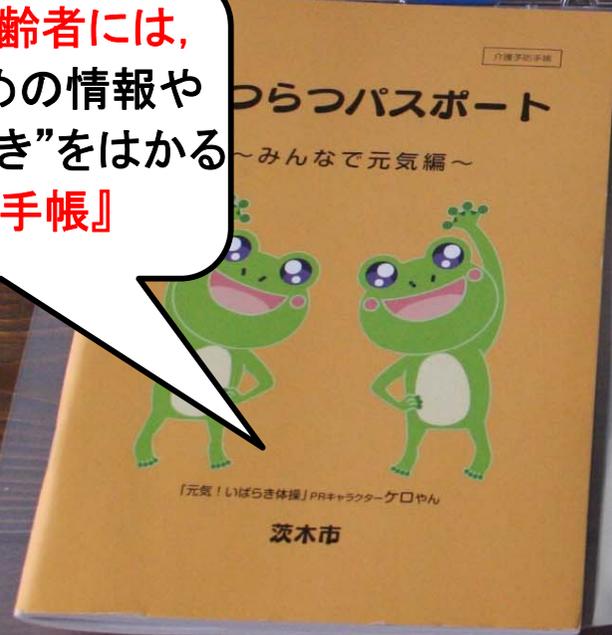
地域住民用
広報のDVD



医療・介護関係者用
『連携編』使用説明DVD



自立している高齢者には、
健康促進のための情報や
リスクへの“気づき”をはかる
『介護予防手帳』



介護予防編

(平成25年10月)

要介護高齢者には、
医療一介護の連携や
情報の共有化により、
在宅での暮らしを支援する
『地域連携手帳』



地域連携編

(平成26年3月)

目次	
1	ご本人・ご家族 同意欄 1ページ
2	私のプロフィール 2ページ
3	「はつらつ長寿」のための6項目チェック 16ページ
4	支援スタッフ 26ページ
5	医療と介護の連絡シート 32ページ

■	ご本人・ご家族	記入欄
■	介護スタッフ	記入欄
■	かかりつけ医	記入欄
■	認知症診療医	記入欄

家族や医師，介護スタッフが記入

日常生活での動作能力(ADL)

記入者() 年 月 日記入

a～dの当てはまるところに、○印をつけてください。

- ① 家のなかでの移動が1人でできる
a.できる b.見守り声かけ必要 c.一部介助 d.全介助
- ② 食事が1人でできる
a.できる b.見守り声かけ必要 c.一部介助 d.全介助
- ③ トイレが1人でできる
a.できる b.見守り声かけ必要 c.一部介助 d.全介助
- ④ 入浴が1人でできる
a.できる b.見守り声かけ必要 c.一部介助 d.全介助
- ⑤ 着替えが1人でできる
a.できる b.見守り声かけ必要 c.一部介助 d.全介助
- ⑥ 身だしなみを整えることが1人でできる
a.できる b.見守り声かけ必要 c.一部介助 d.全介助

aまたはbを選択した項目数 合計 /6点

身の回り動作の自立(IADL)

記入者() 年 月 日記入

a～dの当てはまるところに、○印をつけてください。

- ① 1人で買い物に行ける
a.できる b.大体できる c.あまりできない d.全くできない
- ② バスや電車、自家用車などを使って1人で外出できる
a.できる b.大体できる c.あまりできない d.全くできない
- ③ 貯金の出し入れや家賃や公共料金の支払いが1人でできる
a.できる b.大体できる c.あまりできない d.全くできない
- ④ 電話をかけることができる
a.できる b.大体できる c.あまりできない d.全くできない
- ⑤ 自分で食事の準備ができる
a.できる b.大体できる c.あまりできない d.全くできない
- ⑥ 自分で薬を決まった時間に決まった分量飲むことができる
a.できる b.大体できる c.あまりできない d.全くできない

aまたはbを選択した項目数 合計 /6点

CGAの評価は、DASC*など簡易な質問紙を採用

介護スタッフ 記入欄

地域包括支援センター
 社会福祉協議会 天浜園 東海の里
 エルダール 春日荘 豊泉
 電話: _____

ケアマネジャー
 事業所名: _____
 電 話: _____
 担 当 者: _____
 事業所名: _____
 電 話: _____
 担 当 者: _____

医療スタッフ 記入欄

サービスの種類: _____
 事業所: _____ 電話: _____ 担当: _____

医療一介護スタッフ一覧

年 月 日()
 ()から()へ

医療一介護の連絡シート

お薬の情報

服薬情報提供書

作成日 年 月 日 処方名
 患者氏名 (住) 科 TEL
 生年月日 FAX 薬剤師名

【現在内服中のお薬】

剤名	機能効果
(1)	
(2)	
(3)	
(4)	
(5)	
(6)	
(7)	
(8)	
(9)	
(10)	

かかりつけ薬局で「服薬情報提供書」を
 添付していただけます。

併用薬に関する情報
 併用薬() | 併用薬() | その他()

副作用
 (1) _____
 (2) _____
 (3) _____
 (4) _____

処方期間
 (1) _____
 (2) _____
 (3) _____
 (4) _____

備考欄

報告事項

常用薬の一覧表

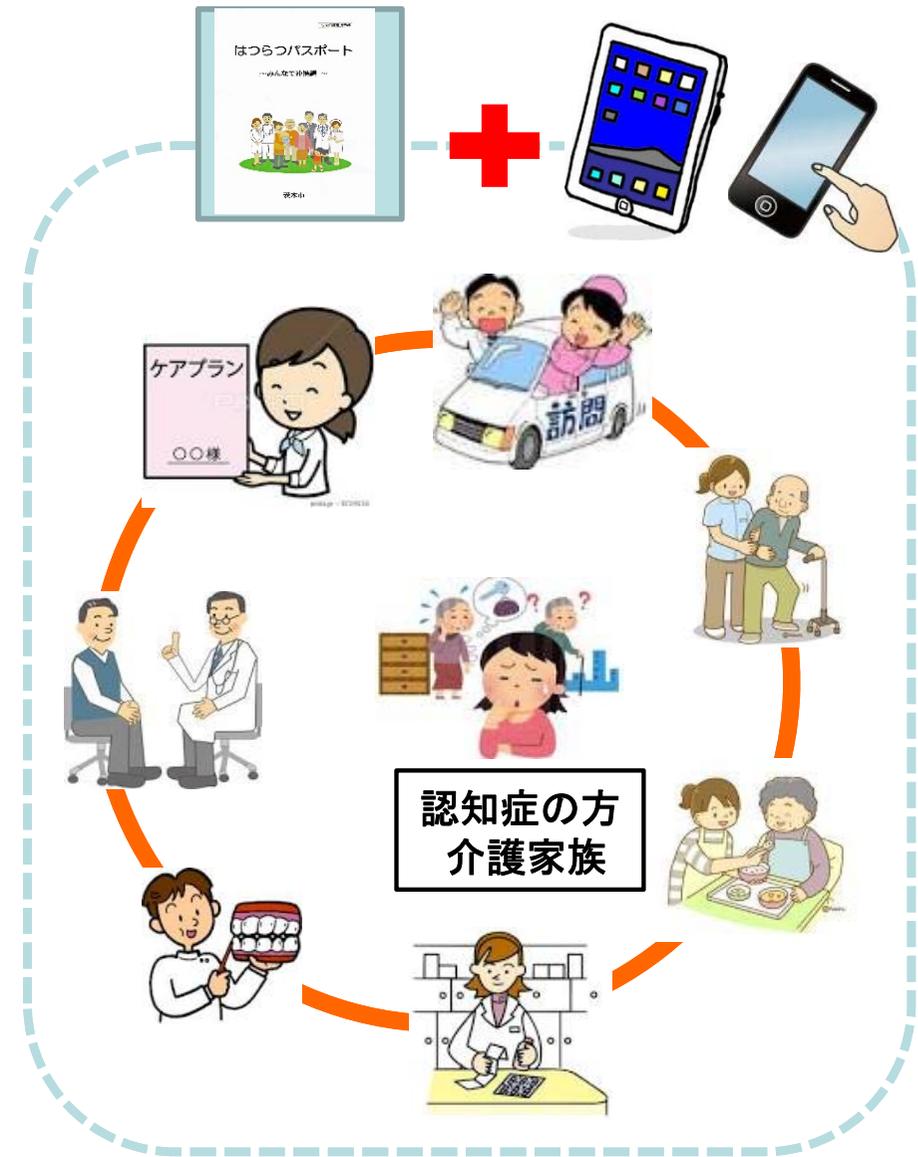
*DASC: 地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント

ICTを含めた取組みへ、さらに進化 ～本システムの導入～

認知症ケアネットワークシステムを活用



平成28年4月より試験的導入
医療に繋がった認知症の方に、
多職種チームでICTを活用し
医療・ケアを提供



『茨木市モデル』対象者による地域連携ツールの使い分け

対象者	必要要件	活用ツール
対応困難事例	濃密な情報交換	ケア会議
病状不安定事例	状況に応じた迅速対応	ICT管理
長期ケア事例	情報共有による連携	はつらつパスポート 地域連携編
軽症認知 障害事例	医療に繋ぐ 進行抑制	サポートブック 初期集中支援チーム 茨木市総合事業
地域高齢者	認知症予防 生活習慣改善	はつらつパスポート 介護予防編

