

在宅医療の動向とオリーブナースの役割

大原 昌樹（香川県・綾川町国民健康保険陶病院 院長）

〔本城先生〕

それでは早速講演の方に入らせていただきたいと思います。最初は大原先生で「在宅医療の動向とオリーブナースの役割」ということで、お願いしたいと思います。講演時間が40分ぐらい、討議が10分というような計画にしておりますので、ご協力お願いいたします。



〔大原先生〕

本日はこの香川大学瀬戸内圏研究センターのシンポジウムにお招きいただきまして、ありがとうございます。本当に光栄に思っております。

今日は原先生に在宅医療とオリーブナースの話をするように要請されております。本来はオリーブナース自身が登壇して話をした方が良いのですが、業務が忙しく、また発表にも慣れてないということで、オリーブナース

の養成に関わりました私がお話をさせていただきたいと思います。

最初の方でオリーブナースを中心にしたお話をして、時間がある限り、在宅医療の最近の動向について、お話しできればと考えております。

私自身は三豊総合病院に18年ほど勤務しておりまして、その後、陶病院で10年強勤務しておりますので、在宅医療を30年弱やっております。三豊総合病院はかなり大きな病院であり、在宅医療にも積極的に取り組んでおります。

今日も朝一人、家でお亡くなりになった方がおられます。もう一人、93才の女性の方が老衰のため、10日間、水も飲まずご飯も食べずによく頑張っている方がおられます。このような感じで在宅医療をやっています。

何かが在宅医療というと暗いイメージがあるのですが、まあ、家の皆さんは実に明るいものです。結構、皆さん「家が良かった」という方が多くて、私もできるだけそれを支援



して行こうということでやっております。そういう関係でケアマネジャーの会長をしたり、それから医師会の常任理事ということで、原先生と一緒に仕事をさせていただいたりしております。

香川県には離島僻地があります。もちろん、離島での医療は人材不足であるかと思えます。やはり偏りがあって、医療資源は高松市部の方に集中しており、島や山の方は医療人材、医療資源が乏しいという事があります。特に島は乏しい状況にあります。

高齢化も進展していますし、疾患が慢性化しています。それから、訪問看護が平成4年ぐらいから始まりました。その前はというと、昭和58年ぐらいから制度としてはありましたが、やはり看護師だけで看護に行った時に、単独で判断することが困難な場合があるということで、そういう時に医師との連絡をどうするかという課題がありました。病院とか診療所内であれば、すぐに指示がもらえるわけですが、それがなかなかできないわけです。

香川県では、香川医療福祉総合特区構想というのがありまして、実際、これが国に認められました。これには原先生が作られたK-MIX（香川遠隔医療ネットワーク）、すでに全国的にも世界的にも有名ですが、この中で、遠隔医療とか、薬の医薬連携とか、それから救急災害福祉といった活動を広げて行こうという構想ができたわけです。その中の一つに遠隔医療、医療連携ということで、ドクターコム利活用促進事業というのがあります。

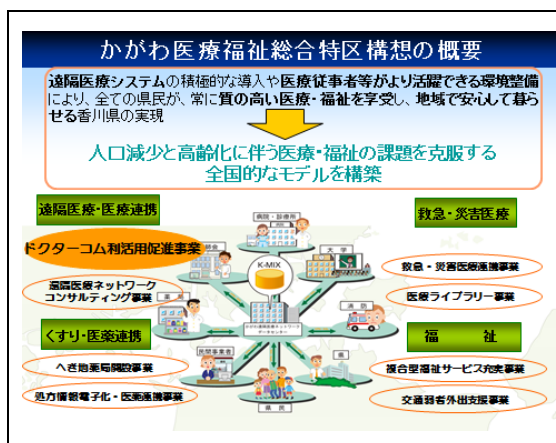


2. 高齢化の進行

2013年	高齢化率	全国	25.1%
香川県	28.1%		
小豆島町	38.7%		
東かがわ市	37.1%		
琴平町	36.9%		
土庄町	35.9%		

3. 疾患の慢性化

4. 訪問看護サービス提供時において、 看護師の単独判断が困難な場面の対応



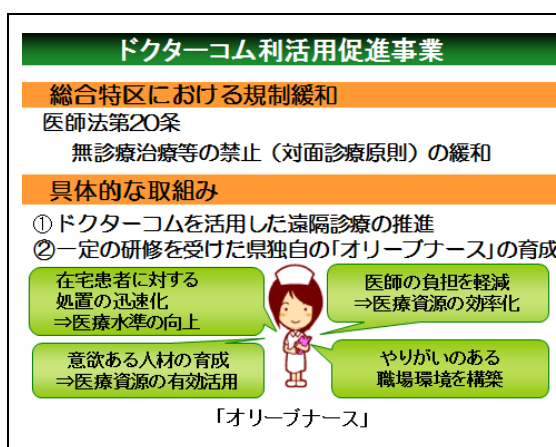
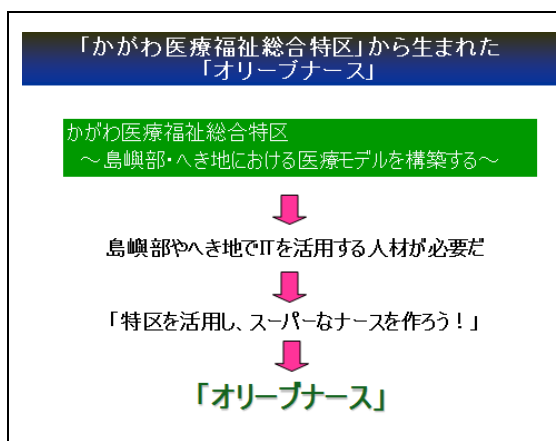
島嶼部という僻地において、IT を活用して医療モデルを構築する際には、ナースの役割が非常に大きくなるだろうということで、良く勉強したナースを養成することになりました。そして、小豆島で有名なオリーブにちなんでオリーブナースという名称で養成を始めたということです。

もともと医師法では無診療治療禁止ということで、医師が直接診療する対面診療が基本ですし、そのあたりの規制緩和ができないという課題がありました。総合特区の規制緩和では、ドクターコムを活用して、医師と連携・連絡をとりながら遠隔診療していくということになります。それから、研修を受けさせてオリーブナースを育成するということです。

これは在宅患者に対する措置の迅速化に繋がりますし、オリーブナースはかなり勉強していますので、すぐ診断とか治療に結びつく判断ができるということで医療水準の向上にも繋がります。それから、医師はなかなか往診、訪問診療ができませんので、医師の負担軽減にもなり、これによって医療支援の効率化にも繋がります。オリーブナースは意欲ある人材の育成でもあり、やりがいのある職場環境が作れるであろうということです。

オリーブナースですが、一応、特区において離島とか僻地、あるいは医療体制の確保が困難な医療機関等において、ドクターコムを活用して遠隔地の医師からの指示を受け、在宅看護を実施するナースと定義しています。

この写真はオリーブナースの育成コースを終業した時の写真で、県知事とか原先生がおられます。第1期のオリーブナース認定の時の写真です。



それで、育成研修は、まず 4 カ月程度 e-learning を行い、次にその他の集合演習とか、実地の研修などを行います。その授業時間はだいたい 150 時間ということになっています。150 時間が多いか少ないかが議論になったのですが、最近、看護師には認定看護師という制度ができて、床ずれの専門や人工肛門専門のナースなどです。いろいろなナースができていますけど、このための研修は約 600 時間なのですね。半年ぐらい東京

など都市部に泊まり込こんで研修を受けています。当院のような小さな病院では、研修に出そうと思っても半年も出られたら、病院が回って行かないということがあります。それから動脈の血を採ったりする特定行為のナースも養成されつつあります。普通、静脈の採血はナースが行っていますが、動脈の採血は医師ではないとできません。それをできるようにしたり、点滴の判断をしたりというような特定行為をするナースの養成もされつつあります。この研修には 300 時間を要しています。ただ、現場が忙しく、看護師不足でもあるので、オリーブナースは e-learning も含めて 150 時間の研修にしようということになりました。その養成事業は香川県看護協会に委託して、そこが事務局になって行いました。

カリキュラムはいろいろありまして、5 年以上経験がある看護師を対象に行いました。島嶼部とか僻地、無医地区、準無医地区を主体に集め、人数の関係で他の地区の人もしましたが、島の人が多いことは間違いないところです。

20 名の募集定員だったのですが、2013 年と 2014 年に 19 名ずつが参加して研修を受けました。これは授業の風景です。香川大学医学部の実習室を借りて行いました。その時の写真です。

「オリーブナース」育成研修

育 成	4か月程度のe-ラーニングを活用した教育 授業時間数:150時間程度 ほか、集合演習及び臨地実習(高松市内ほかで実施)
教育機関	県事業として、看護協会に委託 (事業費:国定額補助、残り県負担)
カリキュラム	訪問看護、在宅医療などを組み合わせて構成
対 象 者	経験年数5年以上でへき地等での訪問看護に従事・又は興味のある看護師
活動地域	島嶼部及びへき地診療所、無医地区、準無医地区など



オリーブナース養成研修

2013年、2014年 19名ずつが参加
在宅医療、ドクターコム、超音波研修などを研修

研修の中身は訪問看護、在宅看護、e-learning です。概論とか難しいものがありますが、日本看護協会の方が e-learning のしくみを作っています。香川県看護協会の方でも薬理とか在宅医療とか生殖とか、病気の種類ごとに e-learning を作ってしまして、それをもとに勉強をしたということです。

それから、ここにいろいろ書いていますが、集合研修では制度的な面や保健の点数、安全などを研修しました。さらに、聴診や視診、在宅医療の管理技術、栄養管理など福祉用具も含めた在宅で非常に大事なものを中心に研修しました。訪問看護に経験のある方が多いのですが、そういったことも見直して行ったわけです。

特徴的だったのは超音波による腹部のエコーですね。これは無害で簡単にできる便利な検査なのですが、普通、ナースは行っておらず、ドクターか臨床検査技師、時には放射線技師が扱っています。ナースもできないことはないのですが、一般的にされていません。そこで、オリーブナースの訪問看護に超音波検査を活用しようということで、この実習を行いました。香川大学の地域医療教育支援センターが新しくできていますので、そこのスキルスラボを使わしていただいて、腹部超音波の実習を 2 回、2 日間まるまる行いました。10 数時間の実習によって身に付けてもらったということです。



訪問看護・在宅看護eラーニング

（日本訪問看護振興財団）
1)訪問看護概論 2)訪問看護対象論
3)訪問看護展開論 4)訪問看護システム論
5)訪問看護技術論(対象別技術論・医療処置別技術論・訪問看護展開のための知識・技術) 6)訪問看護管理論

（香川県看護協会）
1)臨床薬理学 2)在宅医療病態論
（呼吸、循環器、脳血管、運動器(骨・関節)、生殖器(泌尿器)系、糖尿病、認知症、神経難病

募集チラシ



集合研修プログラム

・看護の動向
・香川県における在宅医療の現状と課題
・介護報酬・診療報酬改定のポイントをもふまえた在宅看護支援のあり方
・安全管理(安全管理の概念、安全管理と法的責任、リスクマネジメント)
・フィジカルアセスメント(バイタルアセスメント)の考え方と実習(問診、視診、触診、打診、聴診等の演習)
・在宅医療管理技術:(排泄・スキンケア各種ドレーン管理)
・在宅医療管理技術:(化学療法を受ける患者の薬物管理)
・在宅における栄養管理
・福祉用具を利用した効果的な看護支援
・超音波検査法:(腹部エコーの基本操作と基本画像)
・超音波検査法:(腹部エコーの基本操作演習)
・ドクターゴムの基本操作

募集チラシ

香川県看護協会 オリーブナース育成研修
超音波検査法 演習1
腹部エコーの基本操作と基本画像



2013年12月21日・2014年1月11日(土) 9:30-15:30
綾川町国民健康保険病院院長 大原昌樹
香川大学医学部看護学科 片山陽子

病院にある超音波検査装置は一般的には大きいですが、小型のハンディーなものもあります。最近は手のひらサイズのものも出ています。ただ、100万円近くします。もし、5万円くらいだったら、どこにでも持ち運ぶことができ、皆さんが持てると思うのですけれども。

写真は香川大学のスキルラボでの研修風景です。超音波を当てると、お腹の中の肝臓や胆嚢、脾臓が見えるのです。正常なものと病気が隠れているものがあるって、超音波を当てて、どんな病気があるのかを皆さんで討論や議論ができるようになっています。そういう実習を行いました。

それから、講義の中でいろいろな実際の写真を見せて、どういうものかを勉強するという方法で、香川県立医療大学の片山先生と一緒に、2日間実習をしました。細かい診断と言うよりも、例えば、おなかに水が溜まっているとか、膀胱におしっこが溜まっているような、ちょっと触っただけでは分からないようなことも、超音波で調べるとすぐに分かりますので、実際に使ってもらおうということになったわけです。

もう一つはドクターコムで、実際に画像のやり取りをしてもらいました。電子カルテ機能統合型テレビ会議システムということで、こういうものを使っており、この実習もカリキュラムの中に入っています。これは、iPadですが、こういう形でつないで通信するということです。



オリブナース養成研修

香川大学地域医療教育支援センター
スキルラボでの腹部超音波検査実習

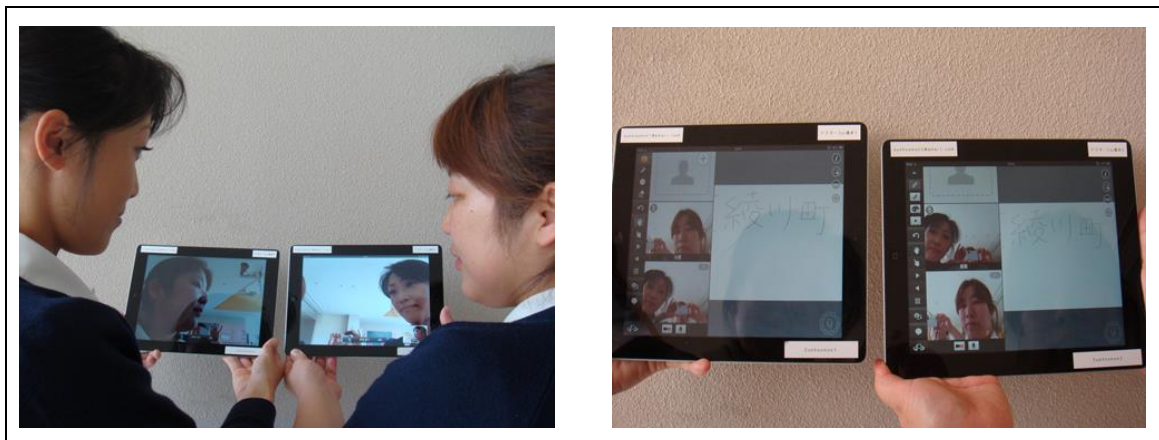


ドクターコム

(電子カルテ機能統合型テレビ会議システム)



これが、オリーブナースとドクターコムです。ドクターコムには、画面に文字を書いて送るなど、いろいろなことができる機能が付いています。



実際にどのようなことをやっているかという活用事例ですが、患者さんの状態が少し悪い時や少し気になる人で定期的に行った時などに、オリーブナースと医師が画像を用いて話をするといった使い方が一番多くなっています。患者さんや家族と医師がドクターコムを介して話をすることもあります。私は原則としてだいたい2週間に1回の訪問診療を行っていますが、状態が少しでも変化すると、2週間に1回ではとても対応しきれません。その週に何回も行く必要があってもなかなか行けません。そういう時にドクターコムを用いて、オリーブナースや患者さん、家族と話をすることがあります。

具体的な例として、床ずれや褥瘡^{じよくそう}ですね。今までですと、看護師が写真を撮って来て医師が診るということがよくあったのですが、これを医師がドクターコムの画像を見て、看護師と話をするようにしたのです。皮膚の湿疹^{しっしん}も同様ですね。それから、2回ほどお尻から血が出た患者さんがいました。それがどういう状態なのか。下血といってもいろいろな下血があるので、どのような便が出ているのか。それは電話などの言葉ではなかなか分かりません。そういうものを実際に画像で見るとかなり診断に近づけることができます。その他に緊急に検査をする必要があるのか、入院をさせる必要があるのか、それとも様子を見て良いのかという判断に役立つことですね。これらは看護師でもかなり判断できますが、やはり医師と相談した方が安心だということです。このように看護師の方も安心ですし、医師も的確な診断が可能になり、指示も迅速に出せるということでメリットがあります。

誕生した「オリーブナース」たちは今・・・



活用事例

- ・状態観察
- ・本人、家族との会話
- ・褥瘡
- ・湿疹
- ・下血
- ・浮腫 など

効果(医師側)

- ・的確な診断が可能
- ・指示が迅速に出せる

具体的な事例ですけれども、さきほど話をした下血なのですが、89才の男性でして、妻から下血したという連絡があって、それでナースに訪問してもらいました。おむつ内の血便を医師に報告するとともに、それをドクターコムで写して、医師に相談したということです。で、この方の場合、かなり赤い血液がたくさん出ていて、ぱっと見たところ血がいっぱいという感じでした。けれども寝たきりの方ですから移動も難しい。とりあえず家で様子を見ようということになって、良く調べてみました。カルテを見てみると10年ぐらいい前に、大腸の憩室^{けいしつ}というか窪みがあって、そこから出血したことがあるので、たぶんそのあたりではないかということで、しばらく様子を見てみようということにしました。そのことをオリーブナースから奥さんに話をし、出血量が多いけど、一応納得してもらいました。そして、看護師が処置をして、緊急時には連絡するようにお願いしておきました。幸い、出血は2〜3日続いたのですが、だんだん収まってきて、家で看ることができたということです。

それから、床ずれの方は何例かあります。87才の女性で、認知症、寝たきり、背中に褥瘡^{もくそう}があります。前回の訪問看護の際に褥瘡が悪化傾向にあったので、医師に経過報告と軟膏や処置の変更を相談するために、オリーブナースがドクターコムを持って行きました。実際に褥瘡を見ながら議論して、軟膏を変更しようという話になりました。そして、医師からもそのドクターコムを通じて患者さんや家族に説明をしました。褥瘡は分かりやすい例です。

また、こういう方もいました。70才の女性です。僕らが見ている中では若いほうに入ります。気管支喘息^{ぜんそく}がもともとあったのですが、不安定な病状で、それが急に悪くなって、呼吸が止まりかけていました。そして、救急病院に搬送した時には一時止まっていました。そこで、気管切開して、人工呼吸して、心臓が動くようになりました。次に、胸の所から

ドクターコム活用事例

活用事例

- ・下血 89歳、男性
妻より下血の連絡あり
訪問時ドクターコム持参し、オムツ内血便を医師に報告するとともに診てもらう。
主治医より妻へ原因や対処方法を説明することで、納得と安心を得られた。
その後、訪問看護師が処置を行うとともに、緊急時の連絡方法を再確認した。

ドクターコム活用事例

活用事例

- ・褥瘡 87歳、女性
認知症、寝たきり。背部に褥瘡があった。
前回の訪問看護で褥瘡が悪化傾向にあったため、医師に経過報告と軟膏や処置の変更を相談するため、訪問時にドクターコムを持参した。
実際に褥瘡を見ながら議論することで、軟膏を変更することができた。
また、医師から本人・家族に説明をすることで、本人も軟膏変更への納得と安心が得られた。

ドクターコム活用事例

活用事例

- ・不安定な病状 70歳、女性
気管支喘息急性増悪にて救急病院搬送。
気管切開、人工呼吸、中心静脈栄養、バルーンカテーテル挿入。1年間の入院を経て自宅に帰る。度重なる熱発や病状の変動に対して、ドクターコムを使用して訪問看護師から医師に伝えるとともに、病状説明を家人に行った。主介護者の娘も、希望を医師に伝えることができた。家人の安心感はもちろん、治療の方向性がぶれず、スムーズな療養生活を継続できた。

心臓までカテーテルを入れ中心静脈から栄養を入れて、それからおしこの管を入れてというほどの重度の方でした。救急病院に 1 年間入院することはめったにありませんが、この患者さんは病状が非常に変化しやすいので、1 年間入院していました。しかし、家族も帰らせてあげたいということで、帰ったわけです。我々としても一番重い方なので、地元の開業医の先生と 2 人で診させてもらいました。病状の変動が結構あったので、そういう時にドクターコムを活用して、訪問看護師から伝えてもらうというようなことをした方です。普通の電話とか記録だけでもある程度は可能ですが、実際に画面を見ながら話をすることで、いろいろ説明することができて家族に安心感が伝わったと思いますし、ナースもいろいろと勉強しながらやっているので、そういう面でも良かったのではないかと思います。一応、治療方針がぶれずにスムーズに療養生活ができたということです。この患者さんは 1 年半ほど家で過ごし、家で亡くなりました。ドクターコムはこんな感じで実際に使われています。

最後にドクターコムとオリーブナースの現状をお話します。現在、38 名のオリーブナースがいます。結構な数の医療機関がありますが、ドクターコムを導入しているのは、小豆島の内海病院、土庄中央病院、陶病院です。それから、直島、佐柳島、高見島に導入されています。直島は今のところ常勤のドクターが 2 人いますが、佐柳島、高見島はへき地医療支援センターから医師が週に何回か行くようになり、そのようなところにドクターコムが導入されています。

課題もあります。まず、オリーブナースのネットワーク作りです。オリーブナースは養成されてから、1 回か 2 回集まってはいるのですが、ネットワーク作りとしてはまだ不十分だということです。それから、島などでもっと活用されたら良いのですが、島の看護師や医師が不足していて難しいですね。システムとして医師と看護師の連携が必要なことから利用が不十分なので、そのへんが今の課題です。ドクターコムは医師と看護師だけでなくでも使えますので、他の職種との連携が今後課題になるかと思います。あと、遠隔医療全般ですけれども、診療報酬の問題などがあります。オリーブナースの方はこのような形で進んでいるということです。すでに 38 名のオリーブナースが養成されていますので、

ドクターコムの導入

2013年9月

小豆島町 内海病院

土庄町国民健康保険 土庄中央病院

綾川町国民健康保険 陶病院

2014年3月まで

直島・佐柳島・高見島

香川県立中央病院へき地医療センター

課 題

1 オリーブナースのネットワーク作り

2 システムの利用促進

医師、看護師不足の中、利用が不十分
他職種との連携への活用

3 オリーブナースの位置づけ

診療報酬などでの評価

今後、そういう人達に集まってもらって、このような課題についてどのようにするか、考える必要があると思っています。

次に在宅医療の話をしてしたいと思います。病院の地域医療というのは、最近かなり変わる方向になっていまして、延命から健康寿命とか、QOL（quality of life）の最大化とか、治す医療はもちろん大事なのですが、支える医療ということが盛んに言われています。主な領域としては予防やリハビリ、認知症、緩和ケア、それから在宅医療などですね、レスパイトというのは重い病気の方が家族の休養なども兼ねて、一度入院するというものです。それから看取りですね。

一方、医師の方も、日本では臓器別の専門医として教育を受け、卒業したらどこかの病院の臓器別専門医という形だったのですが、29年度からは本格的に総合診療専門医という実習・研修が始まることになっていて、総合的な対応能力を持った医師が養成されるということになります。

それから、ひとつの病院での完結から、病院の役割が機能分化されて地域のいろいろな病院が組んで完結する流れになって、「地域全体で治し・支える医療」への転換が始まっています。特にその中でも在宅医療が非常に重要な位置を占めてくることになります。

地域包括ケアシステムということが良く言われていまして、ある時は医療を受け、ある時は介護を受ける。それから、ある時は介護を受けずに元気に暮らしていくためにはどうしたら良いかといった介護予防の仕組みですね。30分ぐらいで通える範囲でこれを整備していこうということになっています。医療は非常に進歩しましたが、やはり治らない方もたくさんいますし、高齢化したらどうしても機能が落ちてくる場合がありますので、そういうところをいろいろな人が支援して行こうということです。

超高齢化時代の地域医療のパラダイムシフト

- 延命期間の最大化 ➡ **健康寿命とQOLの最大化**
- 「治す医療」(Cure) ➡ **「支える医療」(Care)**
- 主要な領域 ➡ **予防・リハビリテーション・認知症・緩和ケア・在宅医療・レスパイト・看取り 等**
- 臓器別専門医 ➡ **総合的対応能力をもった医師**
- 病院完結 ➡ **地域完結へ(医療・介護連携)**

「地域全体で、治し・支える医療」への転換

地域包括ケアシステム

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が一体的に提供される
地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、
住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる

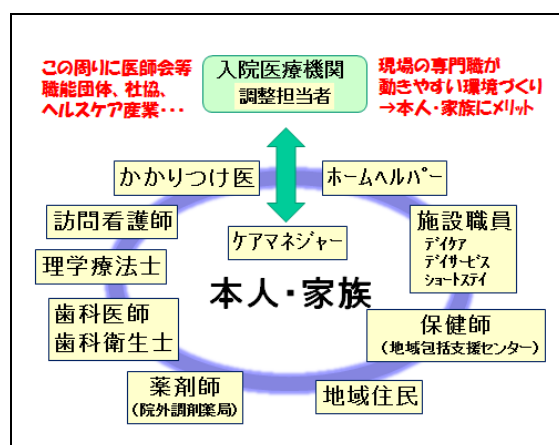
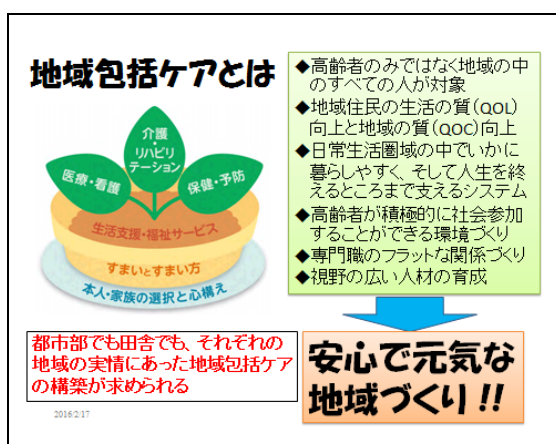


こうした医療、介護、保健の連携が大事なのですが、生活支援とか、住まいとか、その中で一番大事なのは本人や家族ですね。選択と心構えです。先程の在宅医療もそうなのですが、在宅医療を受けている方は終末期に近い場合が多いと思います。その方達が、どのような医療を受けて、どういう生き方をして、どのように最期を迎えたいのか。こういうことがかなり大事になってきて、それぞれに合わせて地域で助け合うということになります。

現場ではいろいろなことがなされています。在宅医療というとさっさと行って診察して帰ってくることがありますが、いろいろな集まりなども時々あります。これをサービス担当者会議と言います。家で行うことが多いのですが、病院で行うこともあります。ケアマネジャーが、家で患者さんや家族と一緒に、その患者さんに関わっている方々を集めて話し合うことが現場レベルでよく行われています。

この写真には出ていませんが、僕の横にいる患者さんは神経難病の方で、次第に筋肉が麻痺してくるALSという病気の方です。学生さんも参加して、いろいろ話をしているところです。学生さんも参加してくれており、学生さんの良い勉強にもなっていると思います。このようにケアマネジャーを中心に、いろいろな専門職が集まっています。病院であれば各職種が一体的にいるのですが、地域ではそのような人がいないので、連絡を取りながら関係者が集まって会議を開くということです。その中で、この調整役というケアマネジャーの役割が非常に大きいということになります。

あとは、この周りを歯科医師会や薬剤師会など、いろいろな団体が支援していくという形になります。患者さん本人や家族が一番大事であり、それを地域の皆が支援して行くという体制です。

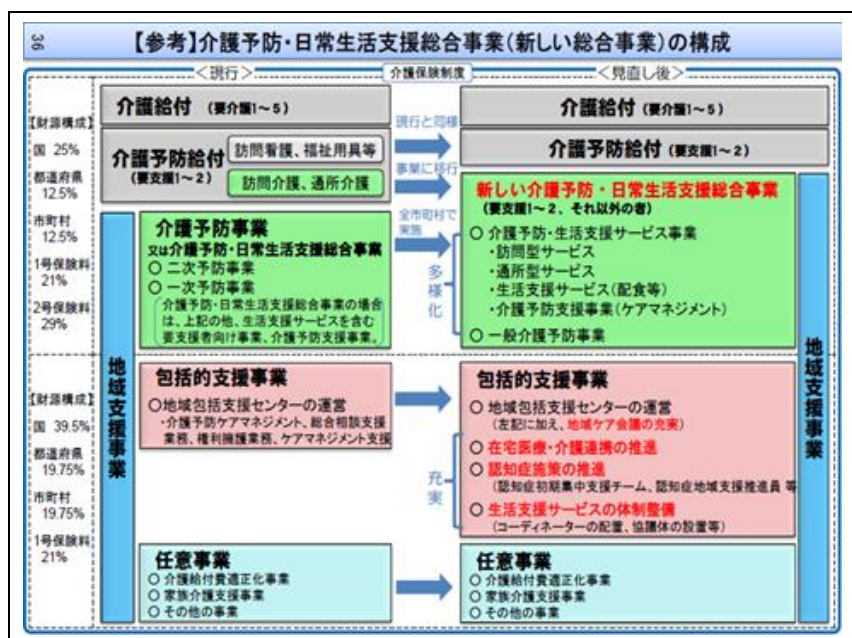


在宅医療は医療の中で大事な部分ではあるのですが、介護も大事ですし、最近は地域住民の力が大事だということで、その力を活用して行こうと国の仕組みもそうなっています。地域でもその必要性があり、実際に地域の方も自分の活躍の場があると非常に生き生きされます。そこで、活動を一緒にやて行こうという動きになりました。

以前は介護保険のサービスといったら専門職ばかりだったのですが、軽い要支援の方のサービスにボランティアが入ることができるようになりました。この緑のところですね。ここに有償のボランティアが入ってきて支援するといった仕組みもできています。

それから、地域で医療と介護の職種が連携して、認知症などの方々の生活支援を一緒に推進して行く

ためのコーディネーターを配置して、介護保険の中で支援して行こうという施策ができています。



図に示しているのは厚労省の在宅医療・介護連携推進事業で、その中に事業項目と取組

例があります。それは
(ア) から
(ク) に書
かれていま
す。このよ
うな項目を
作り、この
ようなこと
を地域でや
って行こう
ということ
で、取組み
が始まっ
ています。
そのいくつ

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

○ 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。

○ 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。

○ 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。

○ 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。

○ 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。

○ 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急病時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、広報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ク）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を育む
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ケ）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

かを紹介したいと思います。（ア）から（ク）まであってややこしいのですが、平成 30 年度からは全市町村で、全項目をしなくてはならないことになっています。ですから、どの市町村も、これらを全部するように、今、いろいろ考えています。

実は、これには、元の事業があり、平成 23 年度に 10 カ所、平成 24 年度全国 105 カ所で行われた「在宅医療連携拠点事業」です。

行政が中心となったり、都市地区医師会、病院、診療所、訪問看護ステーションなどいろいろな実施主体で行われました。そして、どこが中心になってやるのが一番良いのかなどが検討されました。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

この元になっているのは、平成23年度から行われた **在宅医療連携拠点事業**

平成23年度 モデル10カ所
24年度 全国105カ所
多様な実施主体で行われた
（行政、都市医師会、病院・診療所、訪問看護ステーション、社会福祉法人・・・）
25年度 在宅医療推進事業として
地域医療再生基金で実施

人員配置：介護支援専門員の資格を持った看護師
ソーシャルワーカー等

実際に、ケアマネジャーの資格を持った看護師やソーシャルワーカーも配置して活動しました。行った事業は、多職種連携に対する解決策の抽出、在宅医療従事者の負担軽減の支援、効率的な医療提供のための多職種連携、在宅医療に関する地域住民の普及啓発、人材育成などです。

平成24年度は私の陶病院が担当しました。他に手をあげるところがなかったというのが正直なところですが、徳島県や愛媛県は4つの事業者が手を上げるなど活発ですが、香川県は、全国で唯一どこも手を上げていなかったもので、県から話があつて行いましたが、いろいろなことを行い良い勉強になりました。

具体的には、地域の多職種が3ヶ月に1回集まり勉強会を行いました。地域にはいろいろな職種の方がいるのですが、実際にどんなことをやっているのか、意外と見えていないものです。そこで、集まってもらい、国の制度から始まり、自分の所でどんなことをやっているかを発表してもらいました。

小規模多機能居宅介護であれば、最近、始まったものなので仕組みも含めて詳しく紹介してもらいました。看取りをしたケースなどはいろいろな職種が関わっていたので、それについてケアマネジャー、訪問看護師、訪問診療をした主治医など、各々の職種に発表してもらって、その患者さんについてどのように考えて、どのようなケアをしたかを説明してもらいました。そういうことを行うことにより、職種によって異なる考え方を知ることができました。同じ在宅看取りの一人の患者を支えるのですけど、やはり考え方に違うところがあり、僕らにしても、「訪問入浴に結構手間がかかり、いろいろ注意しながらやってくれているのだな」とか、「ケアマネさんがこ

在宅医療連携拠点事業

- 1) 多職種連携の課題に対する**解決策の抽出**
- 2) 在宅医療従事者の**負担軽減の支援**
- 3) 効率的な医療提供のための**多職種連携**
- 4) 在宅医療に関する**地域住民への普及啓発**
- 5) 在宅医療に従事する**人材育成**

平成24年度在宅医療連携拠点事業(陶病院)

1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出 【運営委員会の設置】

- ・運営委員：診療所医師、病院医師、歯科医師会、薬剤師会、行政、訪問看護ステーション所長、主任介護支援専門員、特別養護老人ホーム施設長
- ・運営委員会開催：平成24年8月7日、平成24年10月9日、平成25年2月

【在宅勉強会(多職種多機関参加)の開催】

- ・第1回在宅勉強会：平成24年6月18日 参加者49名
在宅ハ「IT化報告 事例報告 意見交換
- ・第2回在宅勉強会：平成24年9月11日 参加者33名
在宅医療連携拠点事業報告
調剤薬局からの情報提供 グループワーク
- ・第3回在宅勉強会：平成24年12月10日 参加者38名
事業報告 事業所情報提供 グループディスカッション

第5回在宅勉強会(平成25年6月10日) 在宅看取りケースについてリレー報告しました!



- ★施設紹介：小規模多機能居宅介護 綾川のご紹介
- ★事例報告：「在宅看取りを多職種で支えたケース(リレー報告)」
①ケアマネ→②訪問看護→③訪問入浴→④主治医
- ★参加者：44名(歯科医師などの初参加もありました!)

綾川地区・在宅勉強会

- 【第1回】平成24年6月18日
 - ・医療介護地域連携クリニック「整備事業 経過報告と事例検討
 - ・在宅医療、ケアについてディスカッション
 - ※参加者49名
- 【第2回】平成24年9月11日
 - ・調剤薬局からの情報提供
 - ・職種別のグループワーク 多職種連携における課題と解決策について
 - ※参加者34名



んなことを考えていたのか」など、普段の情報で対処しているだけではわからないことも、あとから振り返ると勉強になったりします。

あとは、事業所の方にいろいろ説明してもらったり、滝宮総合病院の認定看護師さんに、褥瘡の話をしてもらったりもしました。それから、グループワークも行いました。非常に大事な栄養管理についても講演をしてもらいました。栄養管理はとても進歩してきています。125 ccで 200 カロリーぐらいある栄養剤なども出ており、バランスよく簡単に栄養が取れますし、調理済みの柔らかい食事也非常に良いものができています。もちろん介護保険でのサービスも大事ですが、お金は必要ですけど介護保険以外にも良い製品がいろいろできていますので、それを活用することも重要で、皆で情報を共有しました。

住民向けには事業所を紹介したこのようなパンフレットを作ったり、資源マップを作ったりもしております。

諏訪中央病院の鎌田実先生や去年は長尾和宏先生をお呼びして住民向けの講演も行いました。地域の小さな集會にナースやソーシャルワーカー、私が行って話すことなども行いました。

綾川地区・在宅勉強会

□【第11回】平成26年12月15日

- ・講演、グループワーク「在宅療養を支えるために」
(陶病院 大原院長)
入院から在宅移行のための研修ツールを用いての研修
※参加者42名



□【第12回】平成27年3月23日

- ・講演「在宅における栄養管理について」
(在宅栄養ケア推進基金・栄養ケアサポートセンター)
- ・実演、試食「自宅でできる介護食の工夫」

第6回在宅勉強会 (平成25年9月12日)



★施設紹介：関トーカー 訪問入浴介護、住宅改修、事業所紹介
★講演：「在宅における褥瘡ケア」
滝宮総合病院WOC 細川三規子氏
★参加者：44名(町外事業所から初参加あり)

在宅療養パンフレット作成

あなたはどこで最期を迎えたいですか？
「在宅療養支援隊」が支援します



家の不思議な力、支援隊紹介、サービスの使い方、看取り
町内医療機関・薬局・介護事業所、施設一覧、相談窓口も掲載

今回、図に示す ア) から ク) の8つの事業を国が行っていかうという話になっているわけです。先ほど述べた在宅医療連携拠点事業がベースになっていますが、その事業からこの8つをすれば、地域で在宅医療介護連携が進むということで、より具体的になってきました。

香川県で最も積極的にやっているのは、実は高松市です。高松市は人材が豊富ですから高松市医師会と協力し、3つの部会に分けた委員会を開催して、いろいろな事業を展開しています。この集まりも2カ月に1回開催しています。そこで基本的なことを決めて具体的な事業をどんどん始めているところです。高松市は人口も多いし、地域住民のネットワークという面に少し弱いところがありますが、最も先進的に行っています。

去年も今年も200人ぐらい集まった部会を開催しましたし、少し小さな地域、例えば円座地域など3カ所で定例会が始まっています。この前聞いたところでは、それが5カ所になっているそうです。

それから、医療・介護の情報を見ることができる便利帳を四国新聞社と協力して作成することになっています。これをネットでも見える仕組みにしたら良いのではないかと思います。ことで進めています。

また、在宅医療コーディネーターという人材養成を行っていかうということになっています。在宅医療や医療介護連携を勉強した人を作って、その人にネットワーク作りの中心になっていただくということです。ネットワークには、ナース、ソーシャルワーカー、薬剤師、それからリハビリの職種が含まれます。実は30名の定員だったのが、応募人員が80名近くと多すぎて、40名に増員しました。6回シリーズでやっているのですが、今、2回目が終わったところです。行政の方も大西市長が熱心で包括ケア推進室を設置して進めています。

在宅医療介護連携推進事業

- ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題と対応策を検討する会議の開催
- ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

高松市在宅医療連携会議

- ・高松市医師会と高松市が協力して開催
- ・医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師・リハビリ職・介護支援専門員の各職能団体、大病院地域連携室(高松市民病院、日赤)、認知症疾患医療センターの各代表者が委員
- ・平成26年度:多職種連携、介護支援専門員、地域連携室各部会で研修会開催
- ・2カ月に1回開催



高松市在宅医療連携会議

- ・多職種連携部会 平成27年3月15日
200名が参加 7地区でグループワーク
その後、3カ所で定例会開催している
次回、平成28年1月24日
- ・平成27年度 医療・介護情報便利帳作成
四国新聞と協力 ネットでも見られるように
- ・在宅医療コーディネーター研修開催
10月説明会、11～3月30名養成予定
地域医療介護推進基金活用
- ・市地域包括ケア推進室設置



他の市町村でも徐々にそれが始まってきています。時間が来たので少しだけ話をいたします。各地域には非常に困難な事例がたくさんありますが、いろいろな職種が集まり検討するのは、どのようにしたら良いかということが大きな悩みです。なかなか複雑なところがあって、いろいろな意見が出てきます。全国では、「見え検マップ」というのがありますが、このような研修会も行ったところです。

あと、医療・介護地域連携パスという情報をやりとりするマニュアルを作ったりもしています。

時間が来ましたので、私の話は以上にしようと思います。とにかく医療と介護の連携というのは、絵に描くと非常に簡単ですが、実際にはなかなか難しいところが多いのです。これには、いろいろな職種が集まって意見を交わす、それに加えて専門職の個々の能力を高めることが大事であり、さっきのオリブナースの役割も非常に大きいのではないかと考えています。そのようなことを私も支援して行きたいなと考えているところです。

以上です。最後の方を端折ってしまいましたけれども、これで私の話を終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

大分県杵築市地域ケア会議

毎週水曜日 午前9:30～12時頃
参加者 市高齢支援課
地域包括支援センター
担当事例の介護支援専門員(地域包括の場合もあり)
専門職助言者
(リハビリ職、歯科衛生士、管理栄養士など)
司会 市高齢支援課副課長
検討事例 1例約25分 毎週4～6例
要支援、要介護1など軽度者が中心
介護支援専門員が発表する場合は、地域包括支援センター職員が隣でサポート

＜ケアプランチェック型地域ケア個別会議＞

医療・介護地域連携パス
マニュアル(在宅・施設)
1000部(CD500枚)作成

シート式
マニュアル(使い方・制度)
事例集

県内関係機関に配布
医療機関
居宅介護支援事業所
老人保健施設
香川・ふしぎ研究会
高松東讃・ふしぎ研究会



多職種連携研修会

(香川シームレスケア研究会)

「見える事例検討会」
(通称：見え検)

平成26年10月4日(土)
高松国際ホテルにて

講師：伊東市民病院 八森淳先生
社会福祉士 大友路子先生

★講師の先生が独自に開発した
「見え検マップ」を用いて、
事例検討を体験しました。



香川シームレスケア研究会実施事業

＜困難事例解決型地域ケア個別会議＞

見え検マップを用いた
事例検討

[本城先生]

少し飛ばされました老衰死のところをお話ししていただきたいのですが。

[大原先生]

はい。地域住民へのケアということで、在宅医療を啓蒙するということも大事なのですが、実は在宅医療でも鼻からチューブを入れたり胃瘻（内視鏡を使っておなかに小さな口をつける）をつけたりすることが多いのですが、認知症の重度の人などには、このような処置はいらないのではないか、というように考え方がだいぶ変わってきています。

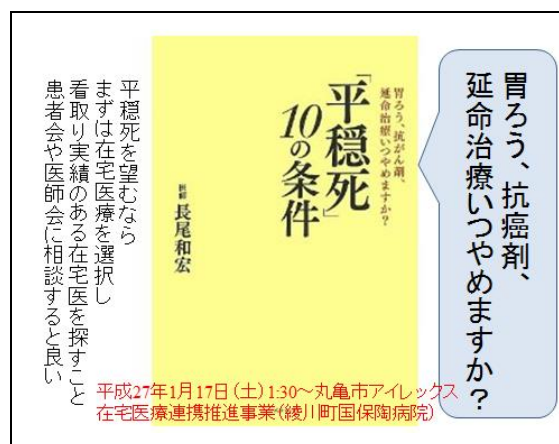
延命治療が見直されてきていますが、そのきっかけになったのが、平穏死という本を書

かれた石飛先生です。先生は心臓外科医だったのですが、特養の先生になったら急に考え方が変わって、施設で看取った方が病院死と違い、ずいぶん楽に死ぬ。こんな楽な死に方法があるのかということで、「平穏死」という本を書いて講演されました。それが非常に反響を呼びました。それをもとに長尾先生が「平穏死 10 の条件」という本を出されて、これもよく売れています。

この前の9月20日にNHKスペシャルで老衰死という番組がありました。老衰死が増えている、現在7万5千人の診断書に老衰死と書かれています、増加傾向です。老衰とはなかなか書けない。老衰と書くと何か敗北みたいに思う医師がいるので、実際にはもっと多いのではないかと思います。

老化に伴って細胞の減少とか慢性炎症が起こり、痛みを感じ難くなるという外国の研究も出ています。むしろ、老衰の方が痛みを

感じなくなるということで、逆に胃瘻とかで栄養を強制的に入れた人は、その苦痛が減る率が少ないというより、むしろ増えるというようなデータが出ていました。石飛先生は、老衰というものは楽に死ぬるためじゃあないか、人間の自然な最期はこんな状態が正しいのではないかと書かれています。ところが、医者は病院で点滴したり、最期まで注射をしたり検査をしたりします。



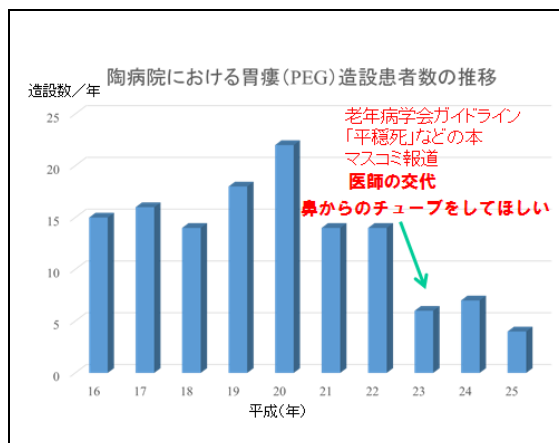
「老衰死」

(NHKスペシャル2015.9.20)

- ・「老衰死」が増えている 7.5万人(2014年)
- ・老化に伴い細胞の減少や慢性炎症が起こり機能が低下、痛みを感じにくくなっている。
- ・人工栄養をしない患者－生存期間に関わらず苦痛が少ない。
- ・実は、施設に来るまで、自然な最期がこんなに穏やかだとは知りませんでした(芦花ホーム 石飛幸三医師)。

僕も在宅、施設、それから病院を看ているのですけれども、いろいろ延命処置をすると、かえって苦しくさせてしまうということも感じています。陶病院も新しい胃瘻を年間 15 例ぐらい作っていたのですが、最近は 5 例、4 例、3 例と減っています。それに伴って、隣に 60 床の老健の胃ろうの利用者が、以前の 10 人ぐらいから今は 1 人ぐらいに減っています。在宅でもかなり減ってきています。それで何か問題があるかということでもなくて、むしろ穏やかな感じで、最期までいく人が多いというのが私の印象です。

ただ、どうしてもやって欲しいという奥さんもいるのですね。そういう人については、本人とか家族の選択が基本ですので、医者が最近はしないかと断るのではなく、よく話し合う必要があると思います。できたら元気なうちに、自分が悪くなったら胃瘻を入れるかどうかを本人に選択していただき、本人が自分が病気になったら病院の医師が相談をする家族などにそのことを伝えておいてほしいと、住民の方にはお話しているところです。



[本城先生]

ありがとうございました。無理を言ってすみませんでした。ただ今の大原先生のご講演に対して、ご質問等はございませんか。

[原先生]

大原先生、ありがとうございました。現在、日本の医療では医療と介護の連携が一番大きなテーマになっております。日本医師会でのテーマもそうですね。つい先日、中四国 9 県の集まりがありましたけれども、各県、平成 30 年までにこのテーマに対して頑張らなくてはいけないところです。

私は IT 系の仕事をしているわけなのですが、K-MIX に関しますと、医療機関相互の連携、要するにドクターとドクターの情報連携がかなり進んできました。しかし、それとは別に介護系の IT のシステムが全国にたくさんできてきております。それを相互に連携するというのが、これからの重要なテーマであり、テレビ会議システム・ドクターコムと合わせて、そのシステムの価値を何倍にもするというところに、今、力を入れております。そこへ NHK の方が関心を持たれて、11 月 25 日の夜 10 時からのだこかの時間帯に香川での取り組みが全国放送される予定です。皆様、お時間がありましたら、ご覧下さい。

あと来年 5 月に G7 の伊勢志摩サミットが開かれます。その前に全国各地で特色を持ったプロジェクトを世界に宣伝することになっています。香川県はこの K-MIX を中心とした

プロジェクトがきっかけとなり、G7 の情報系の大臣が集まることになっておりますので、これから半年間、この香川の医療 IT を世界に発表していく予定です。皆様のご支援をよろしくお願いいたします。

[本城先生]

原先生、ありがとうございました。大原先生の話、前半はオリーブナース、後半は在宅医療ということでございました。両方どちらでも構いません。何かございませんか。

はい。室井先生、お願いします。

[室井先生]

どうもありがとうございました。以前、私は離島の調査などをしておりまして、やはり医療が最大の問題になっておりましたので、大変興味深く聞かせていただきました。実際のところ、すごく難しい問題があるのだらうなど、お察ししておりますが、あえていくつかお聞きしたいと思います。

その一つは、遠隔地医療がどんどん整備されるということに大賛成なのですが、それを進めることで、いわゆる現場の医療というか、訪問診療とかが合理化される部分がないかということなのですね。しっかりと両立した形で、それが進められて行くのかということです。

もう一つは、この取り組みが特に離島とか僻地とかの医療の地域格差を多少なりとも解消、改善するということを目的にされているようですが、いろいろな制約があつて、なかなか導入が難しいということが言われていました。そこら辺の今後の見通しというか、多少なりとも改善の見通しみたいなものがあれば、お聞かせいただければと思います。

[大原先生]

これがあるために訪問回数が減るかという質問であつたと思います。今のところ、訪問診療は定期的に行つて、遠隔医療は、その質を高める意味合いで使っていることが一般的です。ただ、先ほどの例のように、緊急時の対応には非常に役立ちますので、往診しなくてもよかったというケースもあると思います。定期的な訪問診療はして、その合間にこれで連絡をとって状態をみたり、緊急時や問題が起こった際に活用して、質を高めて行くというような意味で使っています。

それから島ではドクターコムがあまり使われていないような話をしましたが、現在、ドクターが非常に少ないので、ドクターの対応が十分できていないところがあつて、オリーブナースを使えていないという事実があります。それから、操作方法にも問題もあるかと思っています。もっと簡単に情報をやりとりできるような仕組みを開発する必要があると思います。

小豆島は、2 つの病院が 1 つになって新しい病院になるので、そういう機会に体制を整

えて運営していくと良くなるのではないかと考えています。香川大学も今後、それを支援していただけるのではないかと期待しています。

[本城先生]

他にございませんでしょうか。実は、私には 93 歳の認知症の母親がございまして、介護施設で生活してもらっているのです。施設に入れることによって、緊張があつてなのか、ずいぶんと顔色が良くなっております。定期的に話に行つてあげないと、鬱^{うつ}が出てきたりするのです。家族は縛られるのですけれど、ケアマネと話をする際にも「まあ良かったなあ」と思っているところです。母親と話をする時に、平穏死の話をして、もう無理して延命はしないことを約束しているところでございます。自分が被^{かぶ}つて生きていますので、ぜひとも先生には平穏死の話をしていただきたくてお願いいたしました。母親とは話がきれいに通じており、本人も苦しむよりも思っておりますので、私は無理して延命させる必要はないと思っております。どうもありがとうございました。他にございませんでしょうか。

島の患者さん達は悪くなれば都市部の病院に運ばれて、入院されているわけですが、その時に寂しい思いをされているのではないのでしょうか。島なら島の患者さん達が集まって、一緒に療養をするような病院施設みたいなものがあると良いなあというアイデアをもらったことがあるのですが、先生はどのようなお考えなのでしょう。

[大原先生]

そうですね、本当にそのようなことができればよいと思います。

[本城先生]

島は島の中に住んでいる人達って友達ですよ。それから島と島にも繋がりあるところがあつて親戚もある。そうすると都会の病院で治療を受ける時に、仲間がいると心強くて、そういう施設があると良いなと。ぜひとも、このようなことを覚えておいていただければありがたいと思います。

他にございませんでしょうか。よろしいでしょうか。また、総合論議のところで、質問を受けたいと思いますので。どうも先生ありがとうございました。