

「ICT を活用し「治し支える医療」への転換を本格化」

平成31年4月17日(水) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

織田 正道

(おだ まさみち)

社会医療法人 祐愛会織田病院 理事長

講師略歴

■ 略歴

- ・1978(昭和53)年 3月 日本大学医学部卒業
- ・1978(昭和53)年 6月 久留米大学医学部耳鼻咽喉科
- ・1980(昭和55)年 2月 久留米大学医学部麻酔科
- ・1982(昭和57)年 4月 佐賀医科大学耳鼻咽喉科
- ・1990(平成 2)年 4月～2004(平成16)年 5月
医療法人祐愛会織田病院 院長
- ・1998(平成10)年 4月～ 医療法人祐愛会織田病院 理事長就任

■ 公職

- ・公益社団法人 全日本病院協会 副会長
- ・公益社団法人 日本耳鼻咽喉科学会 代議員
- ・一般社団法人 佐賀県医師会 監事
- ・一般社団法人 鹿島藤津地区医師会 会長(2006～2012年)

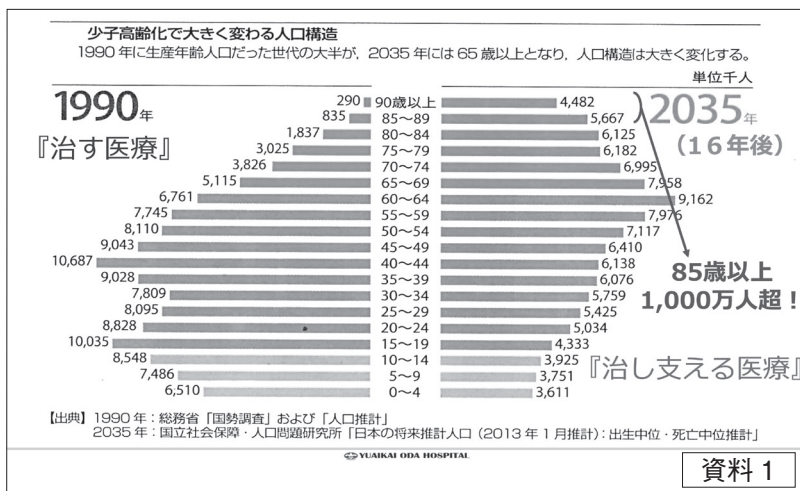
■ 他の審査会等兼職状況

- ・厚生労働省：医療計画見直し等に関する検討会(構成員)
- ・厚生労働省：地域医療構想に関するワーキンググループ(構成員)
- ・厚生労働省：在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ(構成員)
- ・厚生労働省：アレルギー疾患医療体制の在り方に関する検討会(構成員)
- ・厚生労働省：環境自主行動計画フォローアップ会議(構成員)

■ 少子高齢化で大きく変わる人口構造

皆さん、これから日本の人口構造が大きく変わってくるということは当然ご存じですね。1990年、僕は38歳でした。そのころは救急も多くが外傷とか、感染症でした。ほとんど元気で歩いて帰るといって、若い年齢層が非常に多かったわけです。そして、平成になって、人口はそんなに変わらないのですが、高齢化がずっと進みました。今から令和の時代に入って、それこそしばらく経つと、2035年、今から16年後の世界です。

16年後はもうすぐです。このとき問題になるのは、85歳以上が1,000万人を超えてしまうことです。人口推計というのは、よほど重大なことが日本に起こらない限りは多分このまま行くのだらうと思います。85歳以上が1,000万人というのは、なかなか想像がつかないでしょう。実を言うと、もう地方ではそれが起こってきているのです。今日は、その話をしたいと思います。地方の話というわけではなく、これから日本に起こることを皆さんに確認していただきたいのです。(資料1)



■ これからの地域医療を担う病院の役割

1. 当院の地域における役割と機能

今日は、まずわれわれの病院がどういう病院なのかということを紹介したいと思います。

それから、われわれの地域で起きていることについてお話をし、これが全国でどうやって広がっていくのかという話をしたいと思います。(資料2)

📖 これからの地域医療を担う病院の役割

1. 当院の地域における役割と機能
2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化
3. 「治す医療」から「治し支える医療」への転換を本格化
 - 1) 安心して在宅へ返すための院内の仕組みづくり
 - 2) 退院後もケアの継続を図る在宅での仕組みづくり
 - 3) 地域と共に支える仕組みづくり
4. オンライン診療のこれから

◎ YUAIKAI ODA HOSPITAL

資料 2

■ 当院の概要

まず、われわれの病院の概要です。111床と本当に地方の小さな病院です。でもこれからはこのような小さな病院が機能を発揮するのです。われわれの病院の特徴は、開放型病院です。開放型病院は、これから結構重要なポイントになってきます。

地域の登録医の先生が60名います。ということは、自分のサテライトクリニックが60あるようなものなのです。基本的には急性期医療を担っており、急性期一般の7対1で、重症度、医療・看護必要度が35%前後です。

一番見てほしいのは、新規の入院患者が3,243人です。111床で3,243人ですから、平均在院日数が、11.8日、病床稼働率が99.2%で、ほぼフルに回転しているというような状況です。(資料3)

目録
当院の概要

| | |
|---|---|
| <p>病床数 一般 111床</p> <p>診療科 内科（総合診療部、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、肝臓内科、血液内科） 外科（一般・消化器外科）、循環器・胸部心臓血管外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、皮膚科、形成外科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科</p> <p>看護体制 急性一般入院基本料1 7：1（重症度医療看護必要度 月平均35.5%）</p> <p>病院職員数 334名（常勤医師30名、看護師118名他）</p> <p>平均在院日数 11.8日（2018年度）</p> <p>病床稼働率 99.2%（2018年度）</p> <p>新規入院患者数 3,243人（2018年度）</p> | <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>開放型（病床）病院【登録医60名】 2004年 DPC対象病院 2006年 在宅療養支援病院（強化型） 2012年</p> </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;"> <p>YUUKAI ODA HOSPITAL</p> </div> |
|---|---|

資料3

■ 佐賀県南部医療圏

佐賀県に行ったことがある方はおられますか。佐賀県南部医療圏は、人口が大体15万5,000人で、その中に当院がある鹿島市があります。ここは公立病院がありませんので代わって当院が地域の救急医療を担っています。(資料4)

目録
佐賀県南部医療圏

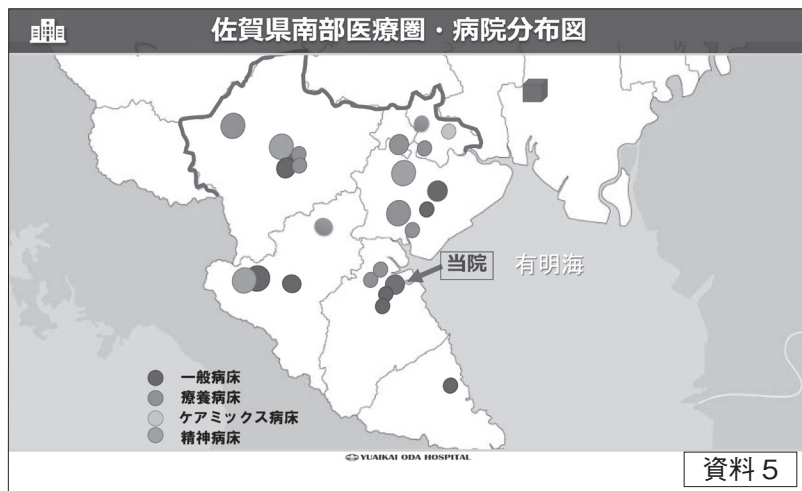
佐賀県南部医療圏
人口：15.5万人
高齢化率：30.4%
75歳以上 16.9%

YUUKAI ODA HOSPITAL

資料4

■ 佐賀県南部医療圏・病院分布図

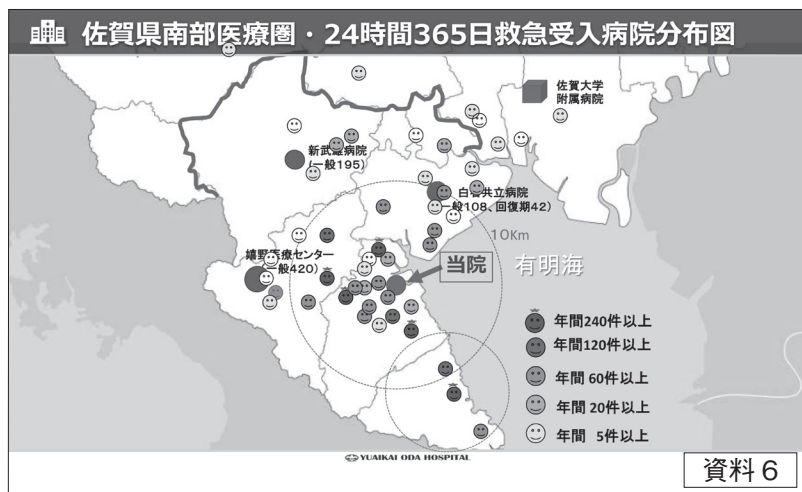
これはわれわれの医療圏の病院分布図です。市外にはいっぱい病院があります。ですから二次医療圏としては病床過剰地域です。僕は30年前に帰ってきましたが、もう病床を増やすことはできませんでした。(資料5)



■ 佐賀県南部医療圏・24時間365日救急受入病院分布図

ただ、今、急性期をやる病院が減ってきて、救急を常時受け入れている2次救急というのが、こんなにいっぱい病院があるのに、実際には少ないのです。基幹病院がこの嬉野医療センターというものですが、あと2次救急が新武雄病院、白石共立病院などになります。

大体1つの市町に1つ、救急を受け入れる病院があります。これは非常に重要です。



先ほども言いましたが、われわれの登録医の先生方の分布です。これは半径10キロです。10キロ圏内に当院に内科、外科の患者を紹介してくれる登録医が集中しています。ある意味では、地域包括ケアの圏内ということが言えるのかもしれませんが。(資料6)

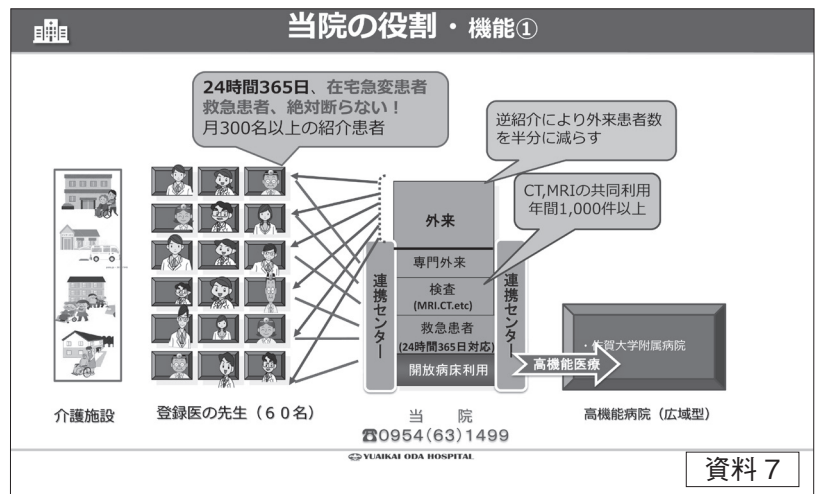
■ 当院の役割・機能①

当院がどういう役割をしているかと言いますと、以前は、外来患者が600人から700人でした。ところが、後ほど話しますが、85歳以上が増えてきて、病院まで来れなくなりましたので、できるだけ近くの病院にかかりなさいということで、どんどん患者さんの近くの医療機関に紹介しましたので、外来は減りました。しかし、

代わりに地域の先生方から、在宅での急変時とか、救急患者は、絶対断らない方針で、こちらに紹介下さいということで、どんな診療科、どんな患者もわれわれのところに紹介していただけます。ということで、月に約300から350の紹介をいただきます。

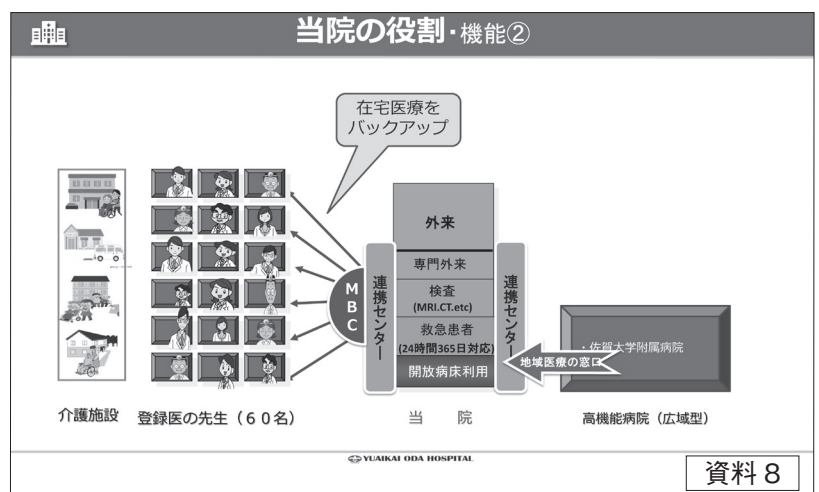
それとCT、MRIの共同利用も年間1,000件以上です。今後CT、MRIを購入するときは、地域医療構想の調整会議にかけるようになってきますから、やはり共同利用というのは、非常に重要なポイントになっていくのだろうと思います。

われわれの病院だけで対応できない患者は、当然、高機能の佐賀大学に紹介をするということになります。これがわれわれの役割・機能の①です。(資料7)



■ 当院の役割・機能②

役割・機能②というのが、大学病院で治療が終わったり、当院で治療が終わった患者さんは当院の連携センターに連絡が入ります。そして地域の先生方にまた逆紹介をします。今、7つの在支診をバックアップしています。この核になるのが、メディカル・ベースキャンプというチームです。これがわれわれの役割・機能の②です。大体どういう病院か分かりましたでしょう。これからはこういう病院が地域であるのとないのとは全然違ってくるのです。(資料8)



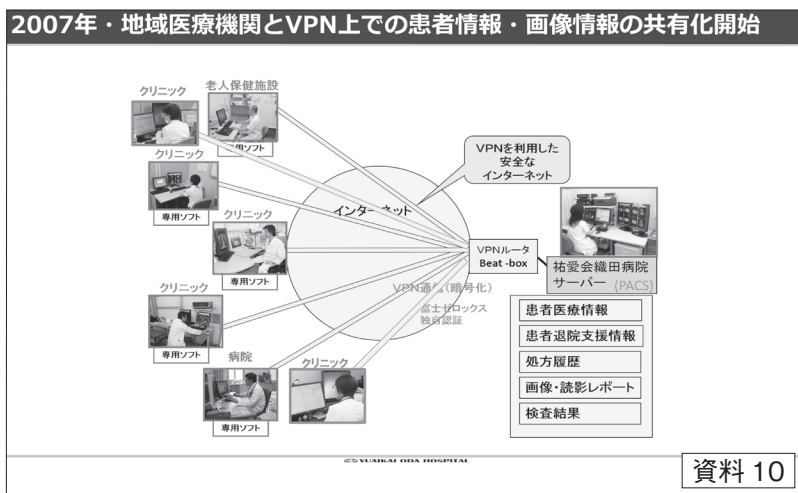
開放型病床登録医の先生と症例検討会

われわれは開放型病院ですから、登録医の先生方と常に顔の見える関係を構築しています。これは公的病院であろうが、民間病院であろうが、地域と連携するとすれば常に顔の見える関係が必要です。自分のところに紹介いただいた患者に関しては、常に経過を報告するという事です。(資料9)



2007年・地域医療機関とVPN上での患者情報・画像情報の共有化開始

われわれは2007年から、地域の医療機関とはVPNをつないで、先生方が、われわれのところに紹介して下されば、撮ったらすぐ自分のところでCT、MRIが病院と同じように見えるようにしています。これは2007年と比較的早い時期にこの取り組みを始めました。(資料10)



2013年・佐賀県診療情報地域連携システム (ピカピカリンク)

佐賀県自体も結構進んでいて、ピカピカリンクというものがあります。これは佐賀県全体で情報を開示する病院が13施設、連携する機関が327あります。今はもう少し増えているかもしれません。ただ県全体でやると、個人情報の問題などあり使いづらい面があります。やはり身近な顔の見える先生方と患者が常に顔の見える関係にあるところが、比較的スムーズに行きます。(資料11)

2013年・佐賀県診療情報地域連携システム (ピカピカリンク)

| 開示施設(サーバー設置) 13 施設 | | 連携施設 327 施設 | |
|-------------------------|--|-------------|-----|
| 施設名 | | 施設名 | 施設数 |
| 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館 | | 病院 | 53 |
| 国立大学法人佐賀大学医学部附属病院 | | 診療所 | 132 |
| 社会医療法人祐愛会織田病院 | | 薬局 | 118 |
| 独立行政法人国立病院機構佐賀病院 | | 介護施設 | 13 |
| 一般社団法人佐賀県医師会成人病予防センター | | 訪問看護ステーション | 4 |
| 日本赤十字社唐津赤十字病院 | | 行政機関 | 7 |
| 社会福祉法人恩賜財団済生会唐津病院 | | | |
| 特定医療法人静便堂白石共立病院 | | | |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構佐賀中部病院 | | | |
| 独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター | | | |
| 独立行政法人国立病院機構東佐賀病院 | | | |
| 伊万里・有田地区医療福祉組合伊万里有田共立病院 | | | |
| 医療法人社団如水会今村病院 | | | |

アザレアネット (久留米地区) と連携

1 ID-Linkによる診療情報共有の概要

- ・ 開発側で、自院の患者IDを入力することで、情報共有登録を行ったすべての開示施設におけるその患者の診療情報を閲覧可能
- ・ ID-Linkのデータセンターに保管されるのは、患者/職員ID情報・データ保管場所情報のみ。実際の診療情報は、各開示施設で保有。開発側のソフトウェア指示に基づいて、開示施設の公開サーバに公開データを登録し、VPN等のセキュアな通信環境を通じて、閲覧側にて診療情報を閲覧

資料 11

2007年・時間外・休日における院内コンサルテーション D to D 開始

われわれの病院は救急の先生が当直するわけではなく、各診療科の先生が交代で当直をします。ですから自分の不得意なところが当然あるわけです。そうすると、CTを撮って、コンサルテーションをしたい場合、24時間コンサルテーションができると、比較的ドクターもストレスなく当直ができますので医師には好評です。

遠隔病理診断が、去年から診療報酬でも認められるようになりましたが、

当院は乳がんの手術もしているものですから、非常にありがたいです。常に病理の医師がいるわけではないので、術中迅速が必要な場合には特に有用です。(資料12)

2007年・時間外・休日における院内コンサルテーション D to D 開始

院外

院内

院内PC

PACSサーバ

ルータ

VPN

Internet

3G/Wi-Fi

iTap RDP

iPad

資料 12

2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化

次に85歳以上人口の増加によって、地域医療が大きく変化したという話しをします。(資料13)

これからの地域医療を担う病院の役割

1. 当院の地域における役割と機能
2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化
3. 「治す医療」から「治し支える医療」への転換を本格化
 - 1) 安心して在宅へ返すための院内の仕組みづくり
 - 2) 退院後もケアの継続を図る在宅での仕組みづくり
 - 3) 地域と共に支える仕組みづくり
4. オンライン診療のこれから

YUAIKAI ODA HOSPITAL

資料 13

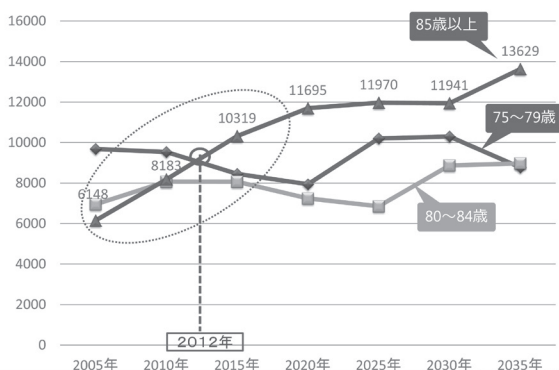
佐賀県南部医療圏・後期高齢者人口推移

われわれの南部医療圏の後期高齢者人口です。青(75歳から79歳)、緑(80歳から84歳)、赤(85歳以上)です。85歳以上人口が2012年に他の年齢層を逆転してから、増え続けています。

当医療圏で2005年から15年間ぐらいに起きた85歳以上人口の急増は、多分これから全国でも同じような変化が起こるのだらうと思います。

(資料14)

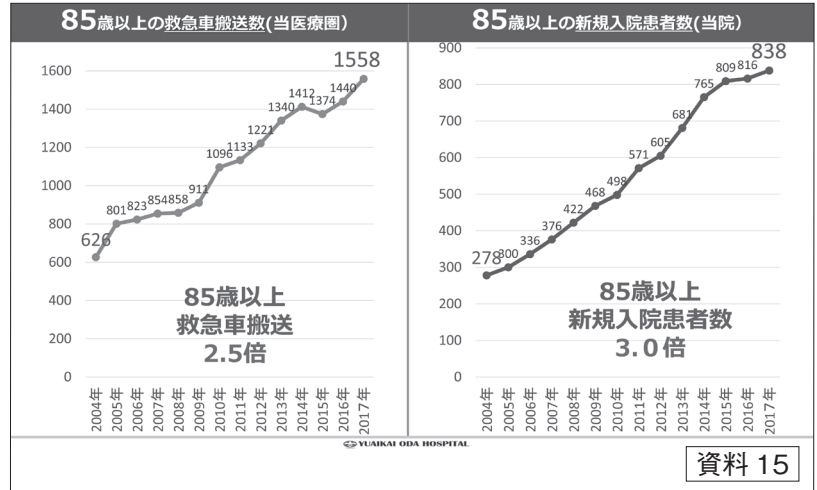
佐賀県南部医療圏・後期高齢者人口の推移



資料 14

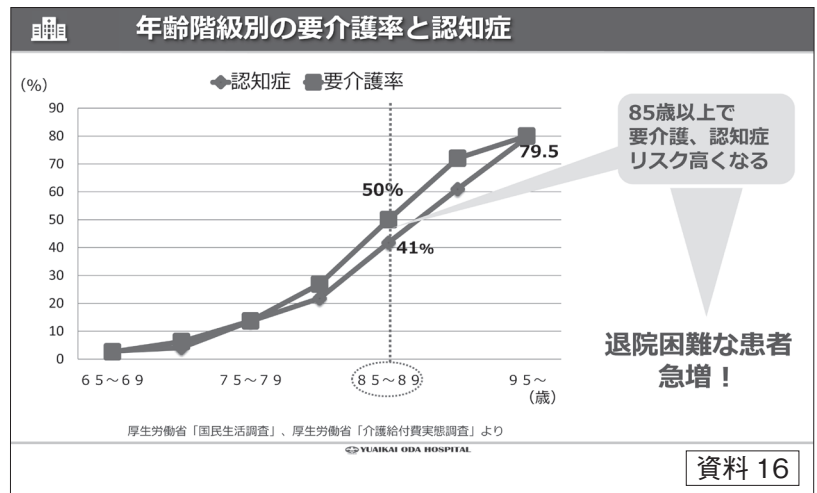
85歳以上の救急車搬送数(当医療圏)および 85歳以上の新規入院患者数(当院)

この15年間に起こった医療の変化はこれです。青いグラフはわれわれ医療圏の85歳以上の救急車の搬送件数です。2.5倍に膨らみました。毎年増える一方です。そして赤いグラフが、われわれの病院の新規入院患者の85歳以上のグラフです。2004年に278人ですから、新規入院患者の1割にも満たなかったのですが、それがあつという間に25%ぐらいになり、さらに3割に近づこうかとしています。ですから、85歳以上人口が増えると、それに伴って、救急車も85歳以上の搬送が増える。例えば高度急性期であっても多分同じだと思います。85歳以上が急に増えるのです。(資料15)



年齢階級別の要介護率と認知症

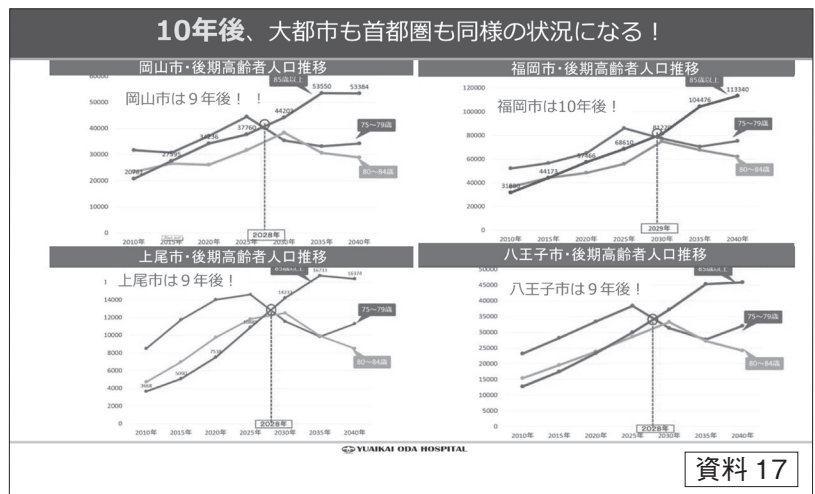
85歳以上の問題点という失礼ですが、85歳以上というのは、要介護率が5割を超えてきます。そして認知症が4割を超えてきます。75歳人口が多いときは、要介護率とかは1割ちょっとなのです。ですから、この75歳以上が多かった時期から、85歳以上というのは、たかだか十何年で変化をしますから、今までのとおりやっていたら、退院困難者が急激に増えます。ですから同じものの考え方で、何の対策も取らなければ入院期間は長くなり、ベッドは動かなくなるのです。それは急性期の病院であっても同じです。(資料16)



10年後、大都市も首都圏も同様の状況になる！

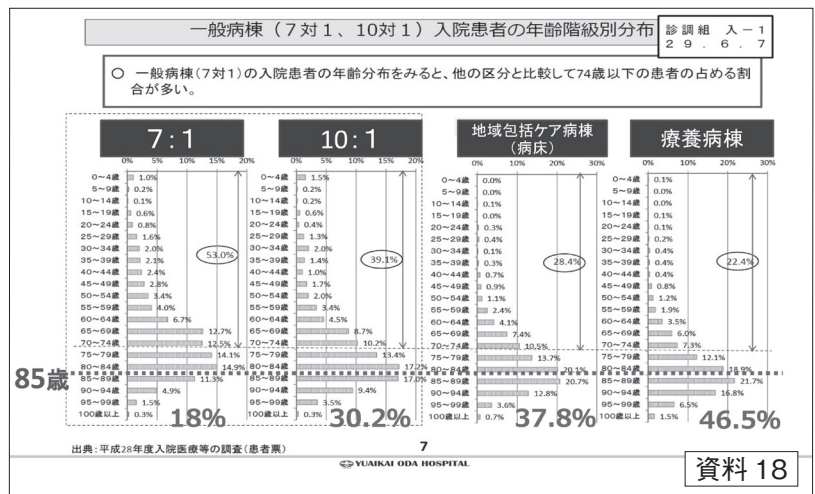
この様な85歳以上の急増は全国で同様になりつつあります。皆さんの資料は少し作り変えましたから、1年ずれているかもしれませんが。岡山市、福岡市、上尾市、八王子市です。この赤(85歳以上)が他の年齢層を逆転するのが、ちょうど今から10年後ぐらいです。10年後ぐらいに、当医療圏と同様の人口構造になるのです。

われわれの地区の85歳以上人口は緩やかに逆転したのですが、首都圏は急激に逆転します。ですから、すでに上尾にしろ、八王子にしろ、いろいろな対策を練っておられると思います。救急病院は、自分たちで高齢者の救急をどうしようかということで、もうすでに対策を始めておられると聞いています。(資料17)



一般病棟(7対1、10対1)入院患者の年齢階級別分布

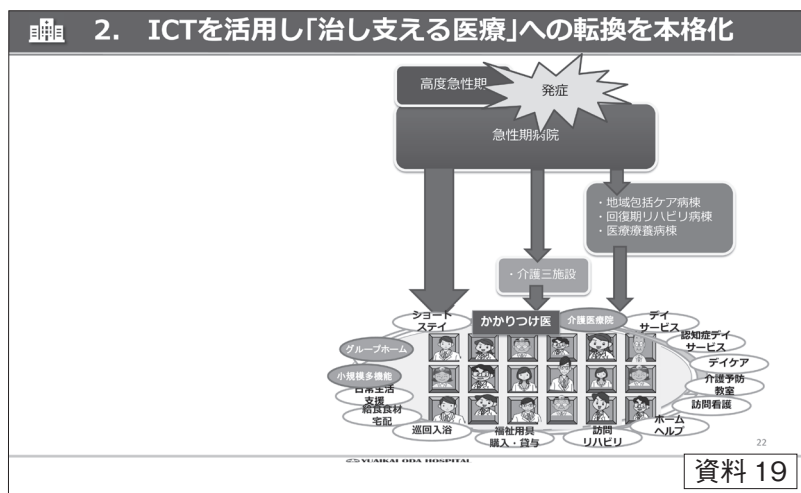
これは中医協の資料ですが、85歳以上がすでに、高度急性期、急性期と言われる7対1でも全国平均が18%です。10対1は一応急性期に入りますが、すでに3割なのです。これは現在の85歳以上の割合です。そして地域包括ケアが37.8%で、療養が46.5%というようなデータもすでに出てきています。だから75歳ではなく、85歳以上をどうするかということを考えていかないといけないと思います。(資料18)



■ 在宅医療のニーズが急増

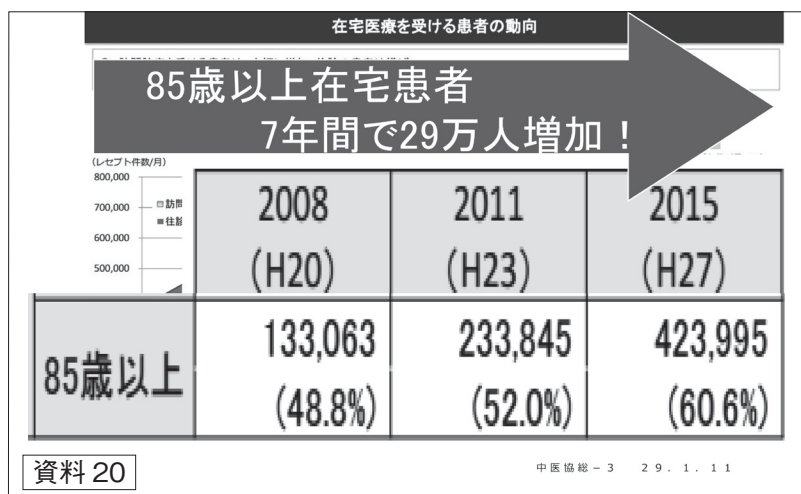
そこでわれわれが取り組んだことを話します。上が高度急性期、急性期、これが回復期、療養、介護三施設、在宅というふうに見ていただきたいと思います。病気が発症しますと、75歳以上が多かったときまでは、退院支援する人もそう多くないので、比較的スムーズに流れていたのです。

ところが今、回復期も、療養もいろいろな制限が入ってきています。それと何と言っても、急性期が今、12日以内、2週間以内で回っています。DPC病院は、ほとんど2週間、12日ぐらいで回ります。回復期は60日、療養はさらに長いわけですから、回転のスピードが全然違うのです。ですから急性期の病院としては、もう次の受け皿を待っているということができなくなってきたのです。ということで、この85歳以上が増えてくると、おのずと在宅に返さざるを得なくなります。85歳以上が増えてきたので施設を作ろうとしても間に合いません。よって在宅に返す患者が一気に増えてしまうということになります。(資料19)



■ 在宅医療を受ける患者の動向

これも中医協の資料です。これは在宅患者訪問診療料と往診料の算定推移ですが急激に増えています。2015年の年齢階級別の構成比で85歳以上を見ると、2008年に13万人だったのが、2015年、たった7年しか経っていないのに、在宅患者は42万人です。ですから、在宅医療を受ける85歳以上の患者さんはわれわれの地域だけではなく、全国的に起こってきています。(資料20)



■ 病院内部の意識・構造改革

そこでわれわれの取り組みを今から話します。まず職員の意識改革です。今まで、やはりどうしても急性期というのは、病気の治療に視点がいきます。以前は病気の治療をして自宅に帰ることができない場合、転院が第一選択でした。今は回復期や慢性期への転院も制限があり85歳以上でも家に返さなければいけません。ということで、どんなに治療を一生懸命しても、生活の場に返すことができなければ、それはもう医療の質がよくなったと言えないということなのです。

だから病気の治療だけをしていけばいいわけではなく、これからは生活の場に返すということが非常に重要になるということです。(資料21)

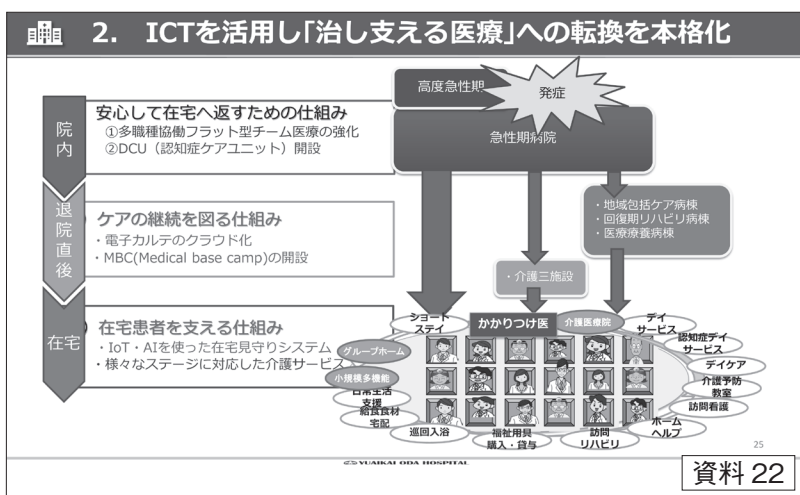
そうであれば...病院内部の意識・構造改革が必要

- 急性期病院においては
 - ①病気の治療 ②転院する ③生活の場に帰す
 - 以前は①→②でよかったが.....
 - 現在は①→③が増えてきている
- ①の質の向上に全力を尽くしても、生活の場に安心して帰れる状況を作らなければ、広義には医療の質が向上したとは言えない。
- ③を①と同じ重要な目的として医療者が認識する！

資料 21

■ 2. ICTを活用し「治し支える医療」への転換を本格化

そこでわれわれの取り組みは、まず、院内においては、安心して在宅へ返すための仕組みを作りました。特に退院直後が大切です。退院後、1週間、10日放置すると、もう85歳以上の高齢者は、またADLが下がります。だからこの退院直後、ケアを継続させるといことが非常に重要になってきます。そしてあとは在宅での見守りということになってきます。(資料22)



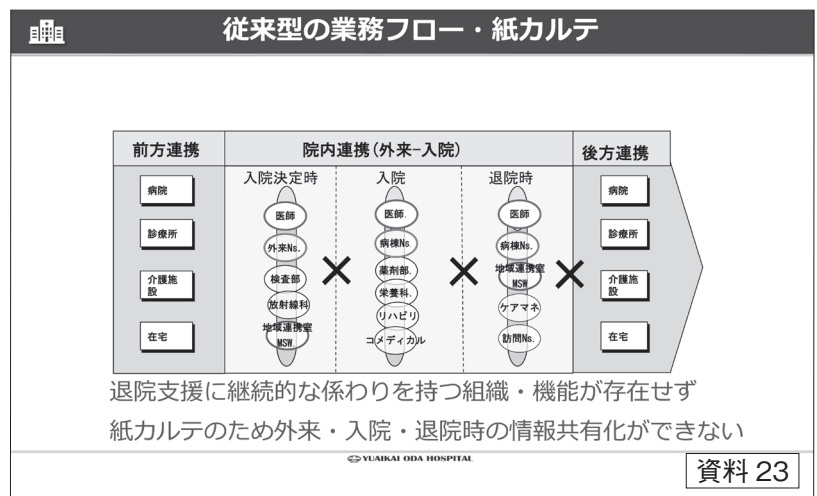
「治す医療」から「治し支える医療」への転換を本格化

1) 安心して在宅へ返すための院内の仕組みづくり

まずは「安心して返すための院内の仕組みづくり」が重要です。われわれの病院も20年ぐらい前までは、こんな感じで入院が決定したら、外来ナースが手続きをして、病棟ナースと簡単な申し送りで入院治療になります。あとは医師の指示の下、ピラミッド型チーム医療で、何でも医師の指示の下にしか動かないというような状況です。

従来型の業務フロー・紙カルテ

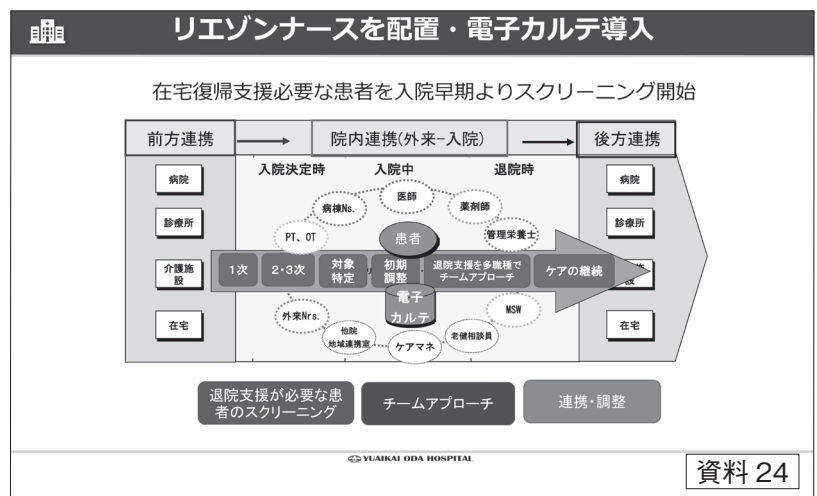
紙カルテの場合は、どうしてもこのような形になります。(資料23)



リエゾンナースを配置・電子カルテ導入

そこでリエゾンナースを外来と病棟に配置して、入院決定とともに在宅復帰支援のスクリーニングを開始し、2次、3次スクリーニングを行い、対象を特定します。当院では13年前にこの取り組みを始めたのですが、診療報酬で3年前にやっとこれが取り入れられました。ちなみにリエゾンナースというのは退院支援ナースのことです。さらに電子カルテを導入して、電子カルテで情報を共有化しました。初めはうまくいっていたのですが、残念なことに徐々にうまくいなくなりました。

というのは、85歳以上がどんどん入院してくるものですから、退院支援ナースと、メディカルソーシャルワーカーだけでは、もう、どうしようもなくなったのです。結局、何もできないまま返してしまうとい

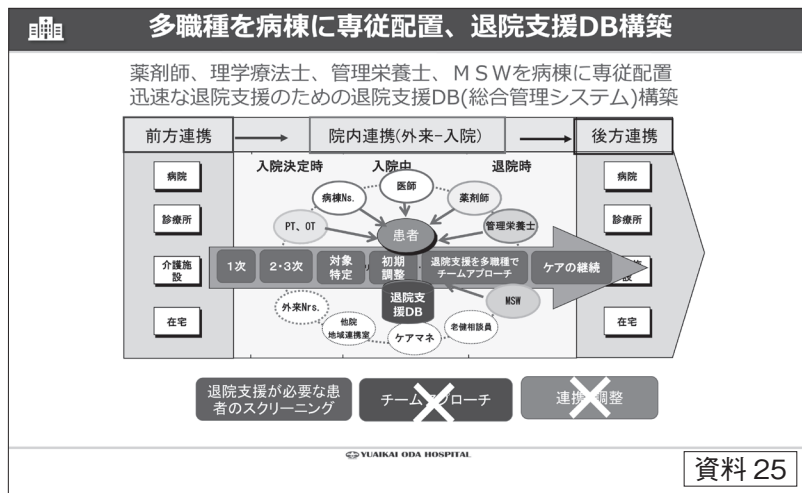


う例が増えてしまったのです。(資料24)

■多職種を病棟に専従配置、退院支援DB構築

そこで多職種(薬剤師、理学療法士、管理栄養士、メディカルソーシャルワーカー)を病棟に専従配置して、退院支援に関わるデータベースを作りました。効を奏したのは、常に一緒のところにいることで顔の見える関係ができたことです。

日大病院で以前、話をしたときに、「それは多くの病棟がある病院ではできない」という話でした。ただ、これは退院支援が必要なお年寄りが多い病棟です。全ての病棟をこうする必要はないのです。ですから、多職種を専従配置するのは、対象として退院支援、在宅に返すための患者が多い病棟、呼吸器科とかそういうところに限定してもいいのかも分かりません。(資料25)



資料 25

■専門職として積極的に係わる

これはわれわれの病院の理学療法士、管理栄養士、薬剤師です。職種によりユニフォームの色を変えています。高知県に近森病院がありますが、見学に行ったら、ユニフォームの色がみんな違うのです。そして高度急性期医療をフラット型のチーム医療でうまくやっていました。(資料26)



資料 26

常に薬剤師、管理栄養士、セラピスト、MSWが病棟にいることで、フラットな連携が強化された。

近森病院の取り組みは本当に参考になりました。特にユニフォームの色を変えるとというのは専門職としての意識が大きく変わってきます。これは結構重要なポイントです。特に薬剤師さんなども嫌がるかなと思ったら、意外とみんな喜んで着ています。栄養士さんたちも同じです。(資料27)



在宅に向けての問題点を確認

これは朝の申し送り風景です。循環器チームですが、朝8時前に前日の入院患者をこのような形で、多職種で情報を共有します。そして一緒に回診をしますから、多職種が同時に患者の把握をするということになります。在宅にむけた問題点の確認もこのような形で立ったまま、短時間で情報を共有しています。この辺も本当に近森病院は参考になりました。(資料28)



リエゾンナースによる退院支援を始めたのが2006年ですから、今から13～14年前です。高齢者が増えて困ったと言っているところですが、実質的には、看護師だけで何でもやっていたのです。2016年の写真は多職種が変わった後です。それぞれの専門職が常に顔が見えるところにいるというのが、やはり非常に大きいと思います。(資料29)

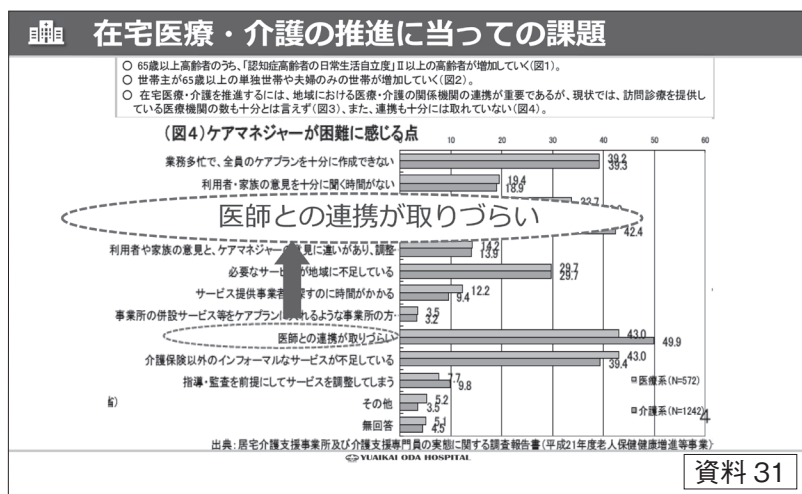


これは2006年の退院カンファレンスです。こうやって座って紙カルテを見ながらやっていたわけですが、今のように退院支援患者が増えると情報を電子化しないと共有はできません。多職種が同時に見ていくとしたら、やはり電子化した情報をいかにみんなで共有するかということになります。(資料30)



■ 在宅医療・介護の推進に当たっての課題

介護から見ると、医療はものすごく敷居が高いですから、特にドクターに関しては、なかなか声を掛けにくいのです。特に急性期の病院のドクターというのは、ケアマネジャーが訪ねても、とても声を掛けられる状況ではありません。(資料31)

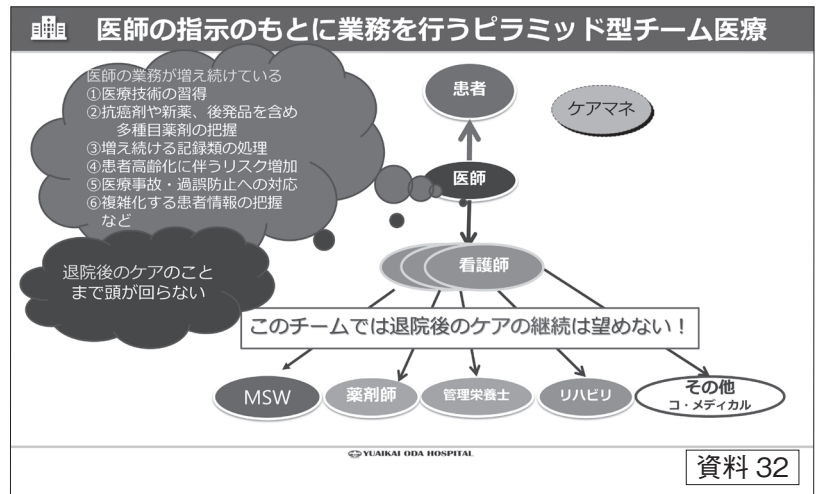


■ 医師の指示のもとに業務を行うピラミッド型チーム医療

これも近森病院の高度急性期のチーム医療を勉強させてもらってからですが。

現に医者の仕事は増加の一途です。薬剤を取っていても、抗がん剤や後発医薬品など、どんどん増えてきていますし、患者の高齢化によって、リスクは増大しています。ドクターはもうそれで目いっぱいなのです。だから「先生、退院後のことはどうしましょうか」と言っても、余裕が無く対応が難しいのです。

だから全て医師の指示の下に行うピラミッド型チーム医療では退院後のケアの継続は望めません。(資料32)

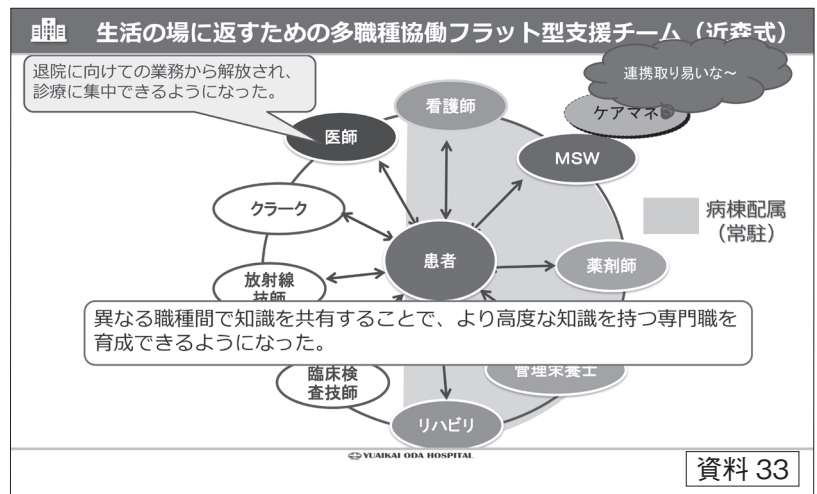


■ 生活の場に戻すための多職種協働フラット型支援チーム

生活の場に戻すことに関してはフラット型でやるということです。治療の方針はドクターの指示の下に当然出されます。ただ生活の場に戻すことに関しては、もうドクターが考える必要はないのです。入院と同時に多職種が、自分たちが必要な役割をそれぞれ見付け出し、入院翌日には、それぞれ情報を交換するというようになります。看護師も薬のことは薬剤師に、栄養状態のことは管理栄養士にいつでも聞けます。また薬剤師も管理栄養士も、病棟で患者や家族が退院後について、どういうことで困っているのかということを感じます。そして実際、自分も患者のところに行ってみて、この人にはこういう食事は駄目だとか、自分が病棟にいることによって、いろいろな経験をしていきます。

病棟にいることがものすごく重要なのです。ケアマネジャーが来ても、メディカルソーシャルワーカーがいますから、連携のことはメディカルソーシャルワーカーに聞けば、すぐ情報が共有できます。薬のことは薬剤師に、栄養状態のことは管理栄養士に聞けばいいのです。

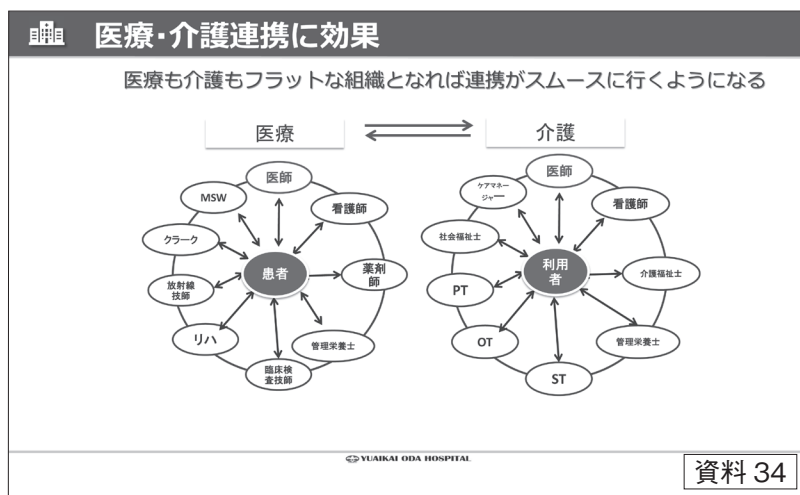
ここでもやはりユニフォームの色で職種が分かりますので便利です。そういう意味ではやはりユニフォームの色を変えて、フラット型にするというのは、高度急性期だけではなく、退院支援にも大きく役立つということが分かりました。



また、ドクターもそういう退院支援業務から解放されて非常に楽になります。それぞれの専門職も病棟にいて、いろいろな経験を積んでいきます。いろいろな質問も受けますから、そういう質問に答えるということで、どんどん在宅に向けて自分がどういうことをしなければいけないかということが身に付いていきます。(資料33)

医療・介護連携に効果

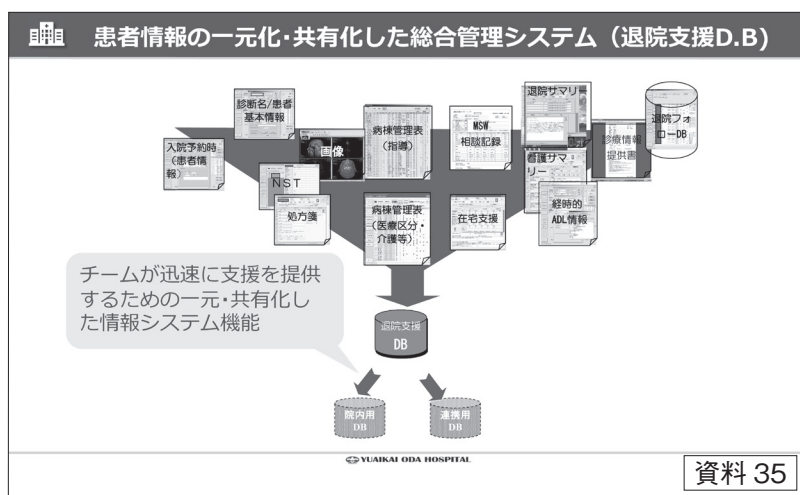
医療は基本的にまだピラミッド型が多いですが、介護は元々フラット型です。老健施設などは、ドクター1人ですから、フラット型でやらざるを得ないのです。ただ医療と介護が結び付かないのは、組織の形が全然違うからだと思います。生活の場に帰すことに関してフラット型にすると、お互い専門職同士でつながりますのでシームレスな連携が取れるようになります。(資料34)



患者情報の一元化・共有化した総合管理システム (退院支援D.B)

電子カルテの情報があまりにも膨大過ぎますので退院支援の情報共有ツールとしては使いづらいのです。

ですから退院支援に必要な情報だけを抽出したデータベースが重要になってきます。このデータベースにより迅速な情報の共有化が可能です。(資料35)



総合管理システム

10年前に作ったので、決して新しいものではないのですが、入力もチェック、プルダウンという操作で入力できますから、非常に簡単にADLの情報入力ができます。入力したデータは時系列でこのような形で作るようになりますから、結果的にはこの入院前のADLが退院のゴールになります。(資料36)

総合管理システム①退院支援スクリーニング

患者氏名: アリナ 生年月日: 24 年齢: 95歳

入院日: 2015/11/16 退院日: 2015/12/06 診療科: 看護部 手術科: 看護科 中島 成美

| 項目 | 入院前 | 入院時 | 二次 | 三次 | 追加 | 退院前 |
|----------|------|-----------|--------------|-----------|---------|------|
| 食事 | 自立 | 自立 | 一部介助 | 一部介助 | 自立 | 自立 |
| 嚥下 | 自立 | 自立 | 自立 | 自立 | 自立 | 自立 |
| 排泄 | 自立 | 自立 | 一部介助 | 一部介助 | 自立 | 自立 |
| 排泄方法 | トイレ | トイレ | トイレ/バスタブ/トイレ | トイレ | トイレ | トイレ |
| 座位保持 | 自立 | 自立 | 自立 | 自立 | 自立 | 自立 |
| 立位保持 | 自立 | 自立 | 自立 | 自立 | 自立 | 自立 |
| 移動 | 自立 | 一部介助軽度の介助 | 一部介助軽度の介助 | 一部介助軽度の介助 | 一部介助 | 自立 |
| 移動手段 | 杖 | 歩行 | 車椅子 | 車椅子 | 一人介助で歩行 | 自立 |
| 入浴 | 一部介助 | 不明 | 不明 | 一部介助 | 一部介助 | 一部介助 |
| 認知症老人自立度 | A1 | B2 | B2 | B2 | A2 | A2 |
| 生活意欲の低下 | なし | なし | なし | なし | 軽度 | なし |

資料 36

非常に重要なのは、退院後に必要な情報がこの横のバナーにあり、例えばこの嚥下というバナーをクリックすると、嚥下のサポートを受けている人たちの名前が出てきます。そしてこの人たちの嚥下の評価、嚥下のゴールをどうするかということが分かります。(資料37, 38)

総合管理システム②対象者一覧

| NST | 退院支援 | 感染症 | 褥瘡管理 | 転倒・転落 | 栄養指導 | SSI | 嚥下 | クロス | 評価日 | | | | | |
|-----|------|-----|------|-------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 405 | 406 | 407 | 408 | 410 | 411 | 412 | 413 | 415 | 416 | 417 | 418 | 421 | 422 | 423 |
| 氏名 | 年齢 | 性別 | 病室 | 担当 | 担当 | 担当 | 担当 | 担当 | 担当 | 担当 | 担当 | 担当 | 担当 | 担当 |

資料 37

総合管理システム③指導項目・嚥下評価表

対象者: 退院支援・嚥下サポート対象者

評価日: 2015/12/02 評価者: 成美

状態: 良好 やや不良 不良 不可 評価不能 左障害 右障害

嚥下: 良好 やや不良 不良 不可 評価不能 左障害 右障害

口腔ケア: 良好 やや不良 不良 不可 評価不能 左障害 右障害

水分摂取: 良好 やや不良 不良 不可 評価不能 左障害 右障害

嚥下指導: 実施 実施せず

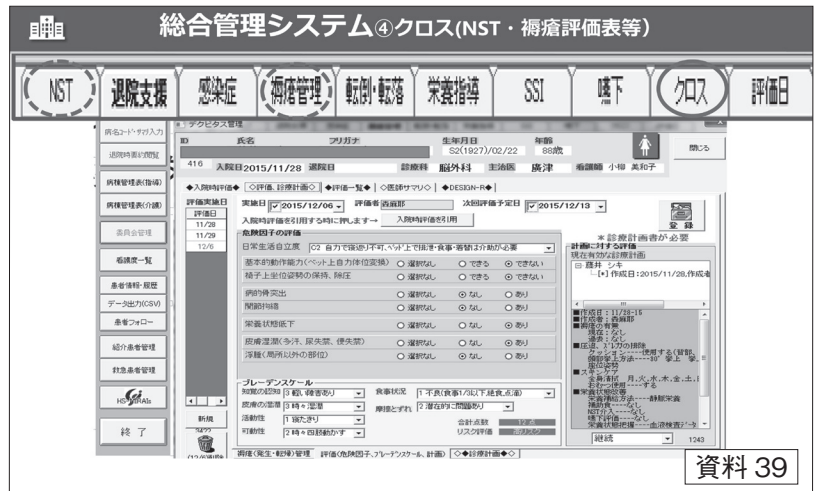
嚥下指導の目的: 嚥下指導の目的が不明

嚥下指導の内容: 嚥下指導の内容が不明

嚥下指導の評価: 嚥下指導の評価が不明

資料 38

電子カルテの情報では難しくても、
 こういうものにある程度集約させると、
 みんなが非常に見やすくなります。
 例えばクロスをクリックすると、
 NSTと褥瘡が一緒に出てきて、危険
 因子やブレデンスケールなどを見
 ることができます。(資料39)

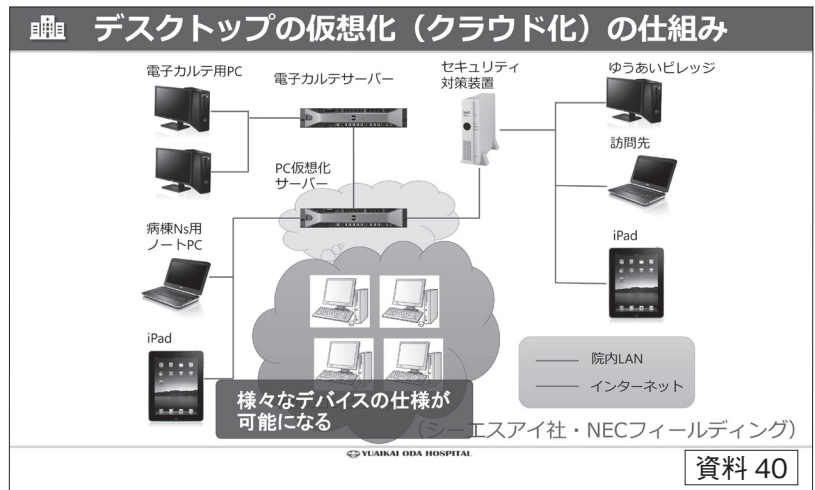


資料 39

■ デスクトップの仮想化(クラウド化)の仕組み

さらにわれわれの病院ではデスク
 トップを仮想化しています。これは一
 般に言われるウェブ型のクラウドで
 はありません。これはわれわれの病院
 のデスクトップを仮想化したのです。
 仮想化したことで、いろいろなデバイ
 スが使えるようになりました。

さらに一番便利になったのは在宅
 に持ち込めるようになったというこ
 とです。だから仮想化することで、電
 子カルテをiPadなどいろいろなデバイ
 スで使えます。ノートパソコンもiPadも当然登録した機種ですが、仮想化していますから、基本的には、
 この中に情報は残りません。だからセキュリティーの面でも全く問題がありません。あとは個人情報に
 関するモラル、さらに使う人の教育が非常に重要になります。(資料40)



資料 40

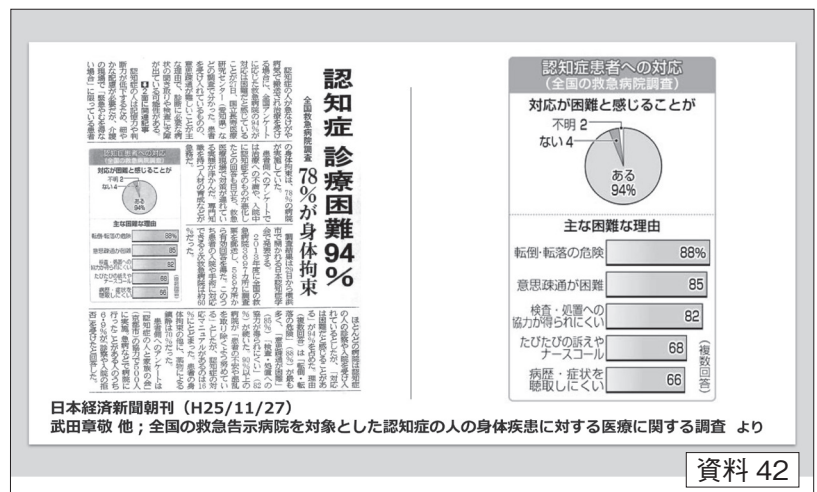
在宅ケア実践の取り組み

仮想化したことにより在宅で直接カルテの入力が可能ということになりますから二度手間がなくなります。(資料41)



安心して在宅へ返すための仕組みづくりということで話を進めます。

また認知症についてです。85歳以上の高齢者は認知症になる確率が高くなります。これは日経新聞です。国立長寿医療センターが救急病院に行ったアンケートで、急性期において認知症の方の診療が難しいということです。やはり点滴の自己抜去、転倒、転落の危険があるなどいろいろな意見が出ています。実際このように認知症



の方が、身体疾患で入院してくるケースはどんどん増えていきます。そういう意味では救急病院での対応が非常に難しいということです。(資料42)

■ Dementia Care Unit 開設前(2013年)

われわれの病院も2013年まではこういう状況でした。夜は転倒されると困るものですから、スタッフステーションに連れてきてしまうのです。部屋を巡視するときも、一緒に車いすで連れていったりしていたのです。(資料43)



■ 急性期病院における認知症医療の問題点

実際の話は、お年寄り達から見ると最悪です。ナースコールは鳴り、人はうろうろ走り回る大変な状況です。でもまだ多くの病院がこういう状況です。実際この様な環境では入院期間が伸びます。患者は安定するどころか、認知症が悪化します。そして家に返せる状況ではなくなります。

認知症・BPSD・せん妄に対するスタッフの知識・技能・経験の不足により在院日数が延長してしまうというようなことが起こってきます。(資料44)

急性期病院における認知症医療の問題点

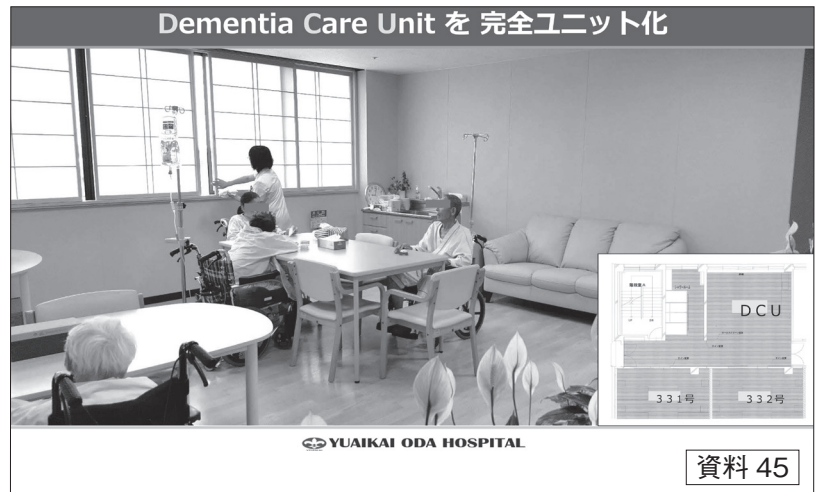
- 認知症患者にとって落ち着かない治療環境
- 認知症・BPSD・せん妄に対するスタッフの知識・技能・経験不足
- 不適切な対応による症状悪化で在院日数が延長
- 急性身体疾患の看護より、合併する認知症に関わる看護負担が大きい

YUAIKAI ODA HOSPITAL

資料 44

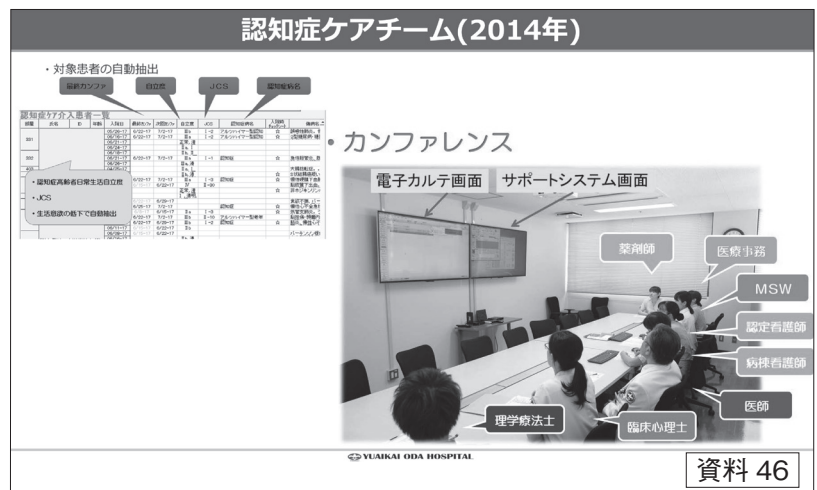
■ Dementia Care Unit を完全ユニット化

そこでわれわれは、Dementia Care Unitというものを作りました。環境をグループホームみたいにしたものです。ここには全部で8人しか入れませんので、特に観察が必要な患者を選びます。完全ユニット化しており、ここで見えていくと、比較的落ち着かれるのです。(資料45)



■ 認知症ケアチーム (2014年)


DCUと認知症ケアチームをスタートさせたころから、診療報酬でも認知症ケア加算のことが言われ始めました。われわれも認知症ケア加算の1を取っているのですが、ただユニット化するには、まだまだ採算的には少し厳しい面があります。今後はやはりこういう対応への評価もしていかなければいけないのではないかと思います。(資料46)



■ DCU(Dementia Care Unit)開設効果

ここに書いていますように、身体拘束の割合が当院は6.1%です。全国平均が28.7%ですから、やはりユニット化したことはかなり良かったと思います。

一番下を書いてありますが、DCUの利用患者は退院後も精神的に安定しています。(資料47)

| DCU (Dementia Care Unit) 開設効果 | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 身体拘束割合 = 身体拘束あり ÷ 認知症ケア加算算定件数 = 6.1% (全国平均28.7%) • 急性期医療機関での看護の効率化を図れる • 病院スタッフが認知症ケアを学習できる (OJT) • 利用患者は精神的に落ち着き、穏やかな時間が増えた • DCU 利用患者は「睡眠-覚醒リズム」が整いやすい • DCU 利用患者は退院後も精神的に安定している |  |
| 資料 47 | |

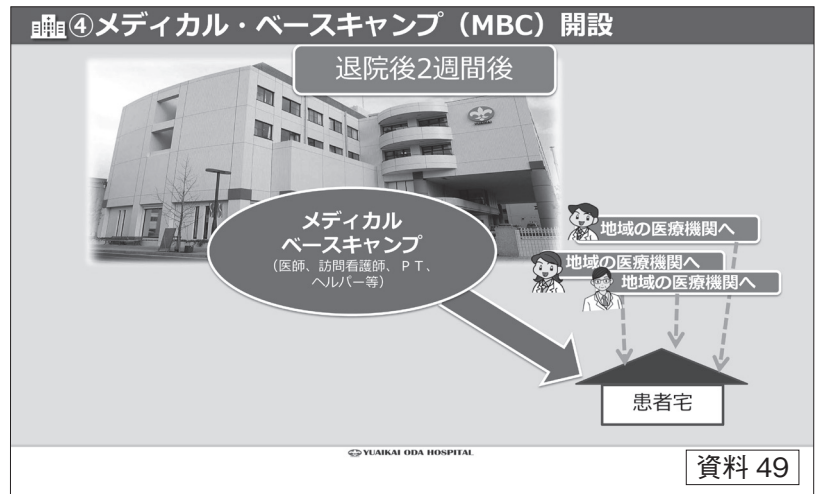
■ これからの地域医療を担う病院の役割

次に退院後のケアの継続を図る仕組みづくりです。(資料48)

| これから地域医療を担う病院の役割 |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 当院の地域における役割と機能 2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化 3. 「治す医療」から「治し支える医療」への転換を本格化 <ol style="list-style-type: none"> 1) 安心して在宅へ返すための院内の仕組みづくり 2) 退院後もケアの継続を図る仕組みづくり <ol style="list-style-type: none"> ④メディカルベースキャンプ (MBC)開設 3) 地域と共に支える仕組みづくり 4. オンライン診療のこれから |
| <small>YUAIKAI ODA HOSPITAL</small> |
| 資料 48 |

■ メディカル・ベースキャンプ(MBC)開設

メディカル・ベースキャンプの開設について説明します。85歳以上の患者さんは退院して直後の2週間は体力が落ちており、病状も不安定な状況です。また、地域の先生方も「なぜこんなに早く帰すのか。まだこれは入院させておかななくてはいけないのではないか」というようなお叱りも受けることがありました。また退院して実際に2～3日後に再入院という状況もありました。(資料49)



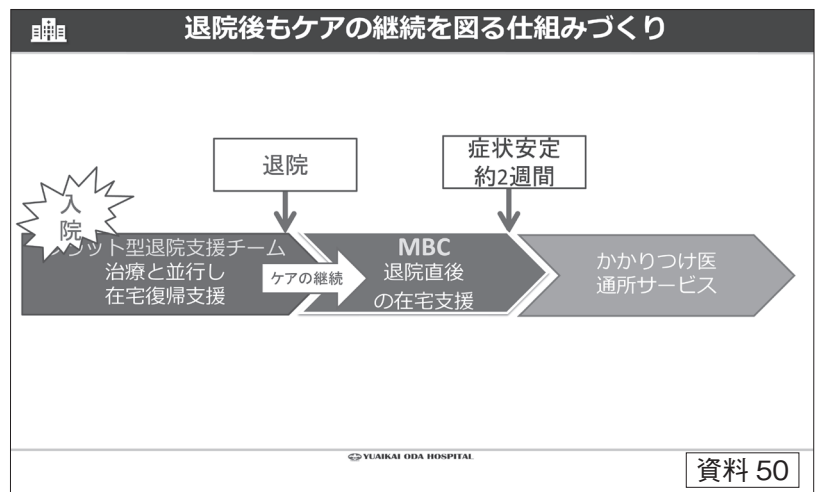
■ 退院後もケアの継続を図る仕組みづくり

そこで退院直後2週間は特別訪問看護指示書が出た患者さんに限ってメディカル・ベースキャンプを利用します。2週間経ち病状が安定したら地域の先生方にバトンタッチするということです。

不安定な時期に返されても、非常に困られるわけですから地域の先生方も喜ばれます。直接帰すと入院期間中にどういう経過だったかというのは、地域の先生方も完全に把握できてい

ませんが2週間後となると時間的にも余裕が生まれ、先生方とMBCスタッフとの話し合いもいろいろできるようになります。

このように退院直後の2週間はメディカル・ベースキャンプが行って、2週間後、症状が安定したところで、かかりつけ医へバトンタッチするという流れです。(資料50)



■ メディカル・ベースキャンプのスタッフ

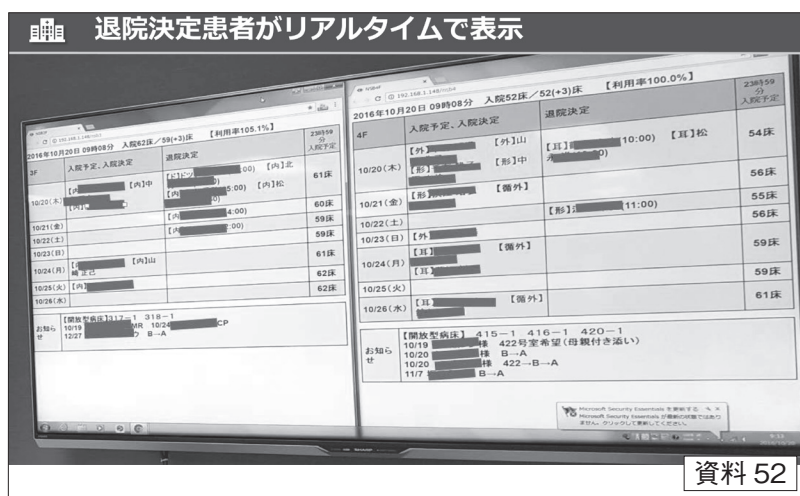
これがメディカル・ベースキャンプチームのスタッフです。訪問看護、訪問リハ、ヘルパー、ケアマネ、メディカルソーシャルワーカーを中心に、全部で30名がここで仕事をしています。壁がないということが一番大切です。壁で仕切るとセクトが生まれます。壁を作らず常に顔の見える関係にしておくということです。

奥にモニターが見えると思います。このモニターが重要な役割をしますので説明します。(資料51)



■ 退院決定患者がリアルタイムで表示

一番端にあるモニターは、退院が決定した患者の名前がリアルタイムで出てきます。これは電子カルテで「退院決定」がされると同時にこのモニターに表示するようになっています。(資料52)



大型モニターによる動態管理する在宅医療支援(MBC)

そしてこの退院決定した患者の中で、メディカル・ベースキャンプチームを使う人たちの家がマッピングされて出てきます。やはり地図上にマッピングされると、文字で書いてあるよりも、どこら辺に住んでいるかということが、看護師たちはすぐ分かるのです。

このようなモニターでの動態管理は消防署では当たり前なのです。この動態管理というのは結構重要で、院外に出て行っても、誰がどこを移動して

いるのか、どこを訪問しているのかということが分かります。例えばこの家で少し具合が悪いから見てほしいという連絡が入ったとき、すぐ近くのチームの看護師を訪問させることもできます。こちらでいろいろコントロールができるのです。ですから、訪問看護も出て行ったきりというのではなく、こういう管理をするということは非常に重要だろうと思います。(資料53)



3)地域と共に支える仕組みづくり

⑤IoT・AIを使った在宅見守りシステム

地域と共に支える仕組みづくりです。これは定期巡回・随時対応型訪問介護の時間帯別ケアの資料ですが実際、在宅でどういふことに時間を取られているかという、安否確認、服薬介助確認、見守りが圧倒的に多いのです。

IoT・AIを使った在宅見守り

夜間多いのが、安否確認、服薬介助確認なのですが、これは準夜帯でいいのだらうと思います。あと見守りに関しては、人がいなくて済むようにできないかということで、IoT・AIを使った見守りを進めています。

これがそのモニターです。ただ在宅と言っても、訪問していない時間というのがかなりあるわけです。家族もおられなかったりしますから、その間、見守りをどうするかということで、そ



れをこのIoT・AIで何とかできないだろうかということです。(資料54)

■在宅医療支援システム「Smart Home Medical Care」

今日は、まずこの2つを皆さんにお話ししたいと思います。これはビデオ通話です。そして室温センサー、ワットチェッカーです。ワットチェッカーというのは、テレビなどの電源の入切がこちらで分かるもので、お年寄りが毎朝決まって見られる番組の時間になってもスイッチが入らない場合にアラートで知らせてくれます。

■Medical Base Camp(MBC)実際の様子

あまり難しく考えないでやると比較的いろいろなことができるようになります。

■テレビを利用したオンライン(遠隔)診療

これは液晶テレビを利用したテレビ電話システムです。初めはiPadを利用しようとしたのですがお年寄りはiPadを嫌がるのです。ボタンが付いていないと駄目なのです。基本的に85歳以上の人にボタンのないものを渡しても、どこを触っていいか分からないのです。そこで何かいい方法がないだろうかと思え、訪問宅の約6割の家でテレビがお年寄りの周りに置いてあったのです。これを使えないだろう

かと思え、テレビにルーターを設置し、やり取りをするようにしました。これ自身は非常によかったと思います。当然テレビによっては使えない機種もあります。でも、最近の新しい機種には設置が可能です。ここでわれわれの顔が見えて、こちらでも患者さんの顔が見えますので、あちらも安心、われわれも安心なのです。

退院して、今日はどうしているだろうと心配になります。ですから、このテレビを使ってやり取りができるようになったということは非常に重要です。(資料55)

液晶テレビを利用したオンライン(遠隔)診療



ICTを使えないお年寄りに
自宅のテレビで、通話が可能に

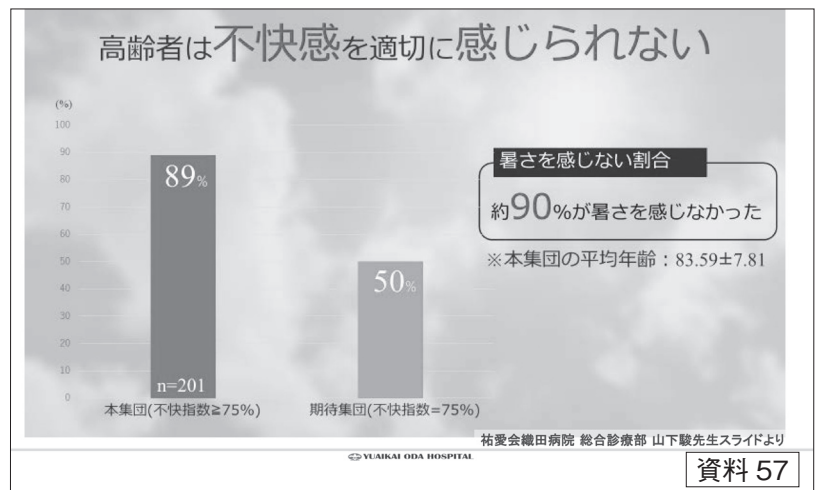
資料 55

■ 屋内での室温や湿度管理が必要

この新聞記事は「熱中症で死亡 9割屋内」というものです。これは東京都の監察医務院の調査です。熱中症で死亡する9割が家の中なのです。昔は家の外で日射病と言っていましたが、実際は熱中症での死亡の9割は家の中だったのですね。(資料56)



この点減しているのはわかりますか。これは温度が29度以上になった家です。さらにこれ等29度以上になった家は、マップ上にびっくりマークが出てきます。そこでどうするかというと、先ほどのテレビ電話です。「大丈夫ですか。部屋の温度が上がってきています。クーラーをつけてください。」とか「窓を開けてください」とこちらから話し掛けることができるのです。行かなくていいのです。これは面白いでしょう。結構評判になりました。



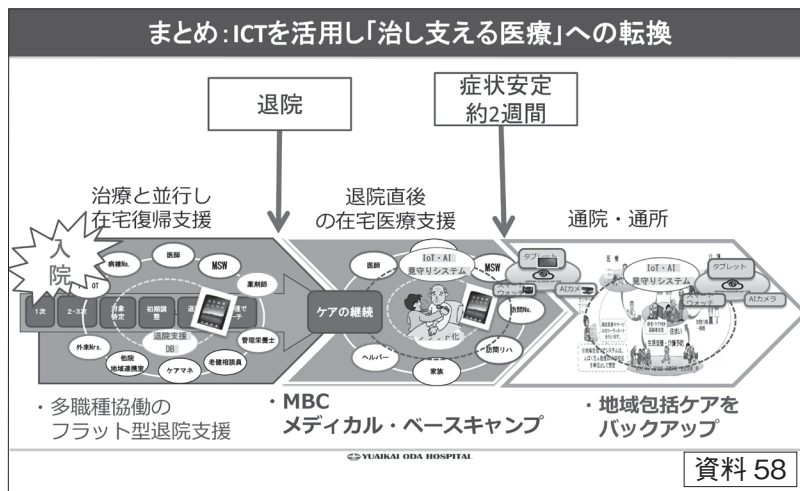
ところがご高齢の方は、熱さをあまり感じないのです。テレビのモニターでも結構よく映るでしょう。こちら側から見ているものです。「熱くないですか」と言っても、「熱くなか」と言うのです。お年寄り、温度を感じる感覚が弱いのです。実際に、われわれのものはモニターで経時的に出せるようになっていて、見ているとどんどん上がっていくのです。「おかしい。クーラーをつけている?」と聞くと、「クーラーつけているよ」と言うのです。でも温度がどんどん上がっていくので近くにいる訪問チームを行かせると、クーラーではなく送風になっているとか、暖房まではさすがにいかないけれども、クーラーが入っていないのです。

この方は31.2度になっていますが、布団をかぶっています。このようにお年寄りは暑さを感じにくいので熱中症になりやすくなるのです。ですからご高齢の方の室温管理は非常に重要です。

高齢者は不快感を適切に感じられないということですが、われわれの統計でも熱さを感じない場合が9割ありました。これは総合診療部の学会で今度発表しますが、今まで、熱さを感じないということは漠然と分かっていたのですが、実際データの的に出ているものがあまりなかったのです。(資料57)

■まとめ：ICT を活用し「治し支える医療」への転換

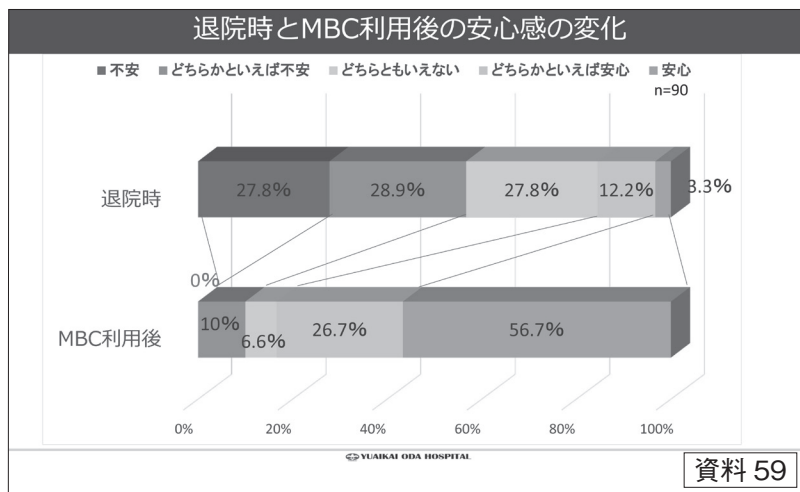
(資料58)



■退院時とMBC利用後の安心感の変化

これは退院時と、メディカル・ベースキャンプの利用後の安心感の変化です。やはり退院のとき、家へ帰ることに27.8%が不安。「どちらかという不安」という28.9%を合わせると、もう50何%、半分以上が、やはり家に帰ることに関してものすごく不安があるのです。

ところがこういう仕組みを作って帰すと、メディカル・ベースキャンプ利用後は、不安というのがほとんどゼロ、「どちらかという不安」というのが10%ぐらいまで減ります。家に帰っても、ちゃんと見守ってもらっているとか、常に顔が見えるとか、常に連絡が取れるということがものすごく安心感につながっているのが分かります。(資料59)



4. オンライン診療の展望

オンライン診療の展望について話します。オンライン診療は昨年の診療報酬から入ってきました。(資料60)

ICTを活用し「治し支える医療」への転換を本格化

1. 85歳以上人口の急増に伴い地域医療が大きく変わる
2. 退院直後のケアの継続を図る仕組みづくり
 - ・MBC(Medical base camp)の開設
 - ・電子カルテのクラウド化
3. 在宅患者を支える仕組みづくり
 - ・IoT・AIを使った在宅見守りシステム
4. オンライン診療の展望

YUAIKAI ODA HOSPITAL

資料 60

当院では平成11年(1999年)に テレビ電話(ISDN回線)を使用した遠隔診療を開始した。

われわれの病院はテレビ電話、ISDN回線を使った遠隔診療を1999年からスタートさせました。その2年前の1997年に遠隔診療も医療法で認められました。ただし診療報酬はありませんでした。それでも安心して帰ってもらうためには、どうしてもお互いすぐ連絡が取れるようにしなければいけないということで、ISDNを使って遠隔診療を開始しました。ちょうど介護保険がスタートする1年前の話です。

これでバイタルとかSPO2とか全部見ることができたのです。(資料61)

当院では平成11年(1999年)に
テレビ電話(ISDN回線)を使用した
遠隔診療を開始した。



YUAIKAI ODA HOSPITAL

資料 61

患者さん達は、「退院してからもテレビで先生方と話ができる」と喜びました。これが実際の画面です。受話器を持ってこちらと話をしている写真です。こういう形でテレビ回線を使ってテレビ電話を行ったのです。

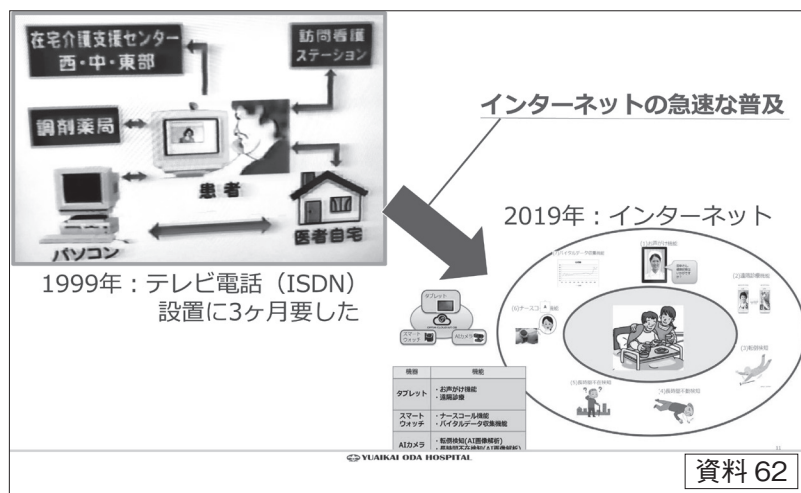
このおじいさんが何を言っているかという、音声が出ないから僕が代わりに言いますが、この方は呼吸不全の患者で在宅酸素を利用されています。在宅酸素は毎月病院に通院しなければいけないのですが病院に行くだけで体力の3分の2は消耗する、もう体力がないのに病院に来いというのは酷だということを訴えるのです。

そういう意味では、20年前から取り組んで、僕らもいろいろやってきましたが、やっと診療報酬でも認めてもらえるようになったことは、非常にありがたいです。

インターネットの急速な普及

話は戻ります。ISDNの問題点は、設置に3ヵ月要したことです。設置をしたいと言ってから3ヵ月もかかるのです。だから話にならなかったのです。

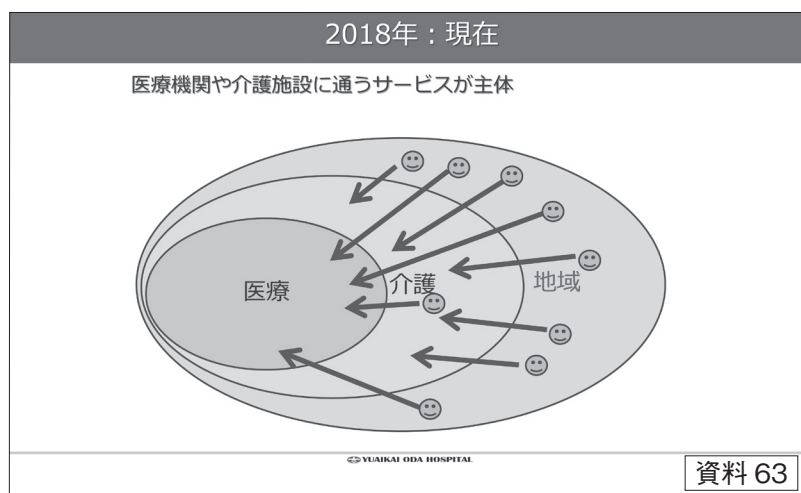
ところがこの20年間で、あっという間にインターネットが急速に普及して、もう今や何でもできる時代になってきました。(資料62)



2018年：現在

これでなぜオンラインが必要かということが大体分かりましたね。訪問診療というのは、1日に5～6人しかできないのです。外来みたいにどんどん見るわけにいかないのです。どんどん在宅が増えてきたとき、オンラインでカバーするしかないのです。しかも今は、インターネットがあります。

ISDNのテレビ電話でやっているときは、本当に限度がありました。しかしインターネットが普及したこの20年でものすごく変わりました。(資料63)



2035年：85歳以上が急増する時代：

現在まだ、どちらかという病院に通院するということが主体でしょうけれども、先ほど2035年になったらもう病院に来ようにも来れない、そして連れてくる人もいない。

では全員、施設に入れるのかというと、それも到底できません。基本的には、やはり在宅になるでしょう。そのときにオンラインが必須になるのではないかと思います。(資料64)

2035年：85歳以上が急増する時代：

医療機関まで来ることができない患者さんが増加！
在宅医療の充実を早急に進めるためには、患者と医師の信頼関係のもと
オンライン診療の有効活用しかない

The diagram consists of three overlapping ovals. The leftmost oval is labeled '医療' (Medical). The middle oval is labeled '介護' (Nursing). The rightmost oval is labeled '地域' (Local Area). Arrows point from the '医療' oval to the '介護' oval, and from the '介護' oval to the '地域' oval. Additionally, several arrows point from the '地域' oval back to the '医療' oval, representing a feedback loop or return of patients. The text above the diagram states that as the number of patients unable to reach medical facilities increases, it is necessary to improve home medical care by utilizing online services, based on trust between patients and doctors.

YUAIKAI ODA HOSPITAL

資料 64

高齢化だけではなく、人口減少も進みます。マンパワーも非常に限られてきます。そういう中で、地域包括ケアをバックアップしようとする、やはりICTの活用しか実際ないのです。(資料65)

人口減少・高齢化が進む中で、限られた医療資源を
いかに活用して地域包括ケアをバックアップするのか。
その答えの一つがICTの活用である。

YUAIKAI ODA HOSPITAL

資料 65

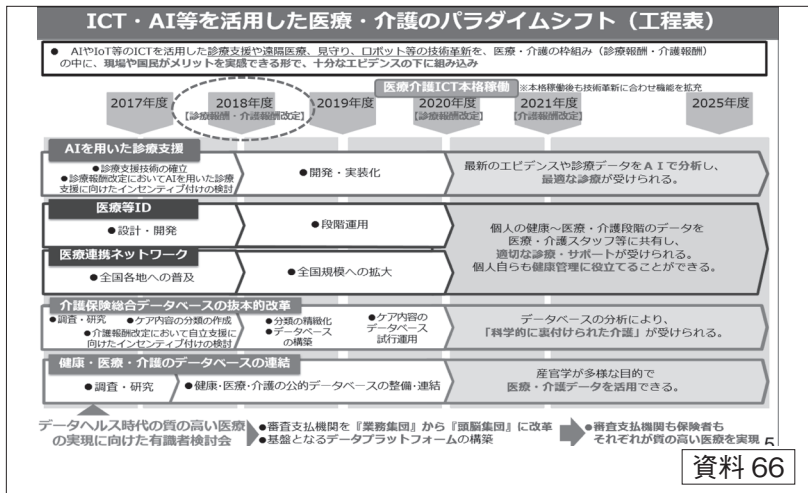
ICT・AI等を活用した医療・介護のパラダイムシフト (工程表)

今回の診療報酬改定でオンライン診療が入ってきました。ただ、今回点数が安いとか、いろいろな条件設定が厳しいというようなことを言われています。これは未来投資会議で出てきた資料です。2018年に診療報酬と介護報酬の同時改定があって、ここでオンラインが入ったわけです。ここから本格化させるということらしいのですが、実質的にこれからこの2年間でどれくらい進むかということがやはり1つの大きなポイントになるのだらうと思います。

今は確かに点数が安いかもしれないけれども、オンライン診療は高齢の患者さんにとっていいわけですから、積極的に進めたいと思いますし僕らもいろいろ働き掛けていきたいです。(資料66)

まとめ

これはもうまとめですから、あとは読んでいただければいいです。これから時代は変わります。ご清聴をありがとうございました。(資料67)



まとめ :

1. 人口構造の変化に伴い、85歳以上の救急患者、新規入院患者が急増すると共に、退院後在宅へ帰る患者が増えている。
2. 在宅へ帰すためには、入院早期より多職種協働による在宅移行への取り組みが重要である。
3. 身体疾患を有して入院した認知症患者には認知症対応ユニット(DCU)は有用である。
4. 85歳以上の入院患者は、退院直後のケアの継続が重要である。症状が不安定なケースや、家族に不安感が強い場合は、メディカル・ベースキャンブ(MBC)への移行を進めている。
5. 「住み慣れた地域で自分らしく最後まで」を地域と共に支える仕組みづくりへの積極的取り組みが責務となった。
6. 人口減少・高齢化が進む中で、限られた医療資源をいかに活用その答えの一つがオンライン診療やICTの活用である。