

# 日本在宅救急研究会雑誌

第一回日本在宅救急研究会報告号 Vol.1 No.1 July 2017

## テーマ 在宅医療は患者の急変に 耐えられるか？

会 場

発明会館 地下ホール

(東京都港区虎ノ門2-9-14)

開催日

2017年7月22日(土)

当番世話人

照沼 秀也

(医療法人社団いばらき会 理事長)

<http://zaitakukyukyu.com/>



日本在宅救急研究会





## 日本在宅救急研究会

近年、在宅療養の必要性・重要性が高まり、日本全国で在宅療養に対する取り組みが盛んになった。それと同時に、在宅療養における慢性疾患診療に対する研究が進められ、その理解は深まっている。

その一方で在宅患者が急性増悪し救急医療が必要となった場合、本当の意味で患者にとって望ましい医療が、必ずしも提供されてない現実がある。それは、在宅医療・救急医療の両体制が、在宅患者のかかえる原疾患・合併疾患・患者背景の多様性に対応し切れていないことが原因と考える。

日本在宅救急研究会は、在宅患者が急変増悪したときに生じる問題を在宅医療に関わるスタッフと救急医療に関わるスタッフとが同じテーブルについて検討することで、在宅患者にとって“本当の良き医療”の構築を目的とする。

## 代 表 世 話 人 挨 拶

日本医科大学大学院 医学研究科外科系救急医学分野 教授  
日本医科大学付属病院 高度救命救急センター センター長

横田 裕行



本邦における医療の在り方は、複雑化する社会を反映して急速な変容を遂げています。すなわち、世界に例を見ない急速な高齢化と少子化を背景に、社会が医療に求めるニーズが大きく変化し、かつ多様になっています。従来であれば単一の診療科や個々の医療施設の努力により質の高い医療提供が可能でありましたが、現在は複数の診療科や地域の医療機関がそれぞれの役割を十分に認識しつつ、密接な連携体制を構築することが求められています。国が主導して進めている地域包括ケアシステムもそのような発想から、急性期医療・介護・予防・生活支援が地域で一体的に提供できる体制を目指しています。したがって、急性期から回復期・維持期の医療に関わる人材、施設、組織が地域の特性に合わせて作り上げてゆくことが求められています。地域包括ケアシステムが機能するためには、在宅医療の充実が不可欠で、在宅医療は社会の基本的な資源であるとも言われています。

このような背景の中で、日本在宅救急研究会は在宅患者が急変増悪したときに生じる問題を在宅医療に関わる全てのスタッフと救急医療に関わるスタッフが同じテーブルについて課題を共有し、在宅患者にとって“良き医療”の構築を目的として設立されました。従来から救急医療と在宅医療は、それぞれの専門医療機関、専門医師や医療スタッフの活躍でそれぞれの視点では質の高い医療が提供されていたと思います。しかし、お互いの連携を密接にすることで、さらに質の高い医療提供が可能となると考えます。本研究会を構成するメンバーはこのような設立の趣旨に賛同した医師、研究者、医療・介護従事者等で構成されています。本研究会では在宅医療と救急医療の連携、およびそれらを実現するための研究・検討を行い、安心感のある在宅医療の普及を目指します。「医療者のための在宅救急」ではなく、「診療を受ける人のための在宅救急」を研究会設立の趣意として活動をしていく予定です。今回、その活動の第一歩として「第一回日本在宅救急医療研究会in 虎の門」を「在宅医療は患者の急変に耐えられるか」のテーマのもとに開催することになりました。

本研究会の設立の目的と趣意にご賛同を頂く多くの皆様が本研究会に参加されることをお願い申し上げます、挨拶とさせていただきます。

## 当 番 世 話 人 挨 拶

医療法人社団いばらき会 理事長

### 照沼 秀也



在宅医療が盛んになってきた理由には、日本の医療経済的な理由が大きいように思われる。しかし、患者目線、家族目線で考えると、療養環境や食事など、在宅医療の優位な点もいくつか考えられる。

在宅医療に妨げとなる問題点は2つである。一つは家族の介護力の問題であり、もう一つは患者の急変時の対応である。患者の急変に24時間体制で対応するためには、患者、家族側の課題と、受け入れ医療機関側の課題がある。

患者の急変時に家族が落ち着いて対応できるためには、患者、家族にわかりやすい事前の対応説明が欠かせない。また、救急医療が必要との判断になったときにいかにスムーズに診療情報のやり取りができ、かつ、搬送ができるかも重要な要素となる。

本研究会は、日常に在宅医療、救急医療にかかわる医療、介護の方々、また研究者の方々が集い、これらの近々の課題の解決策や解決に導くためのツールの開発など様々なプロダクツが生まれるものと期待している。

## 発 起 人 挨 拶

医療法人青燈会小豆畑病院 病院長

日本大学医学部 救急医学系救急集中治療医学分野 診療准教授

### 小豆畑 丈夫



日本在宅救急研究会の発想(趣意書を読んでもください)は、照沼秀也先生(発起人)と私が、“在宅と救急の1つの病院連携”を組織して茨城県で地域医療を始めたことがきっかけで生まれました。その研究成果を2016年の第44回日本救急医学会学術総会で発表いたしました。その会場は多くの参加者であふれ、救急医が地域の高齢者救急に強い関心を持っていることを強く感じました。その総会の会長が横田裕行先生でしたので、私と照沼先生で横田先生に代表をお願いに伺い、この研究会が発足しました。

この第一回勉強会を開催するまでに1年程度の期間があり、在宅医療と救急医療に携わる先生方と討論する機会に恵まれました。そのなかで、新たな疑問が生まれました。今までの生存率にプライオリティを置く現代医学の考え方は、高齢者の在宅救急の現場にそのまま持ち込むと患者の幸せには結びつかないのではないのか？ さらに、尊厳死やDNAR(do not attempt resuscitation)が十分に理解されずに横行し、救うべき生命の救命が中断されている現実はないのか？ それを日本在宅救急研究会は、在宅医と救急医が同じテーブルに着いて真剣に考えていこうと決心いたしました。そのテーマが“高齢者にとって本当の良き医療とはなにか”です。この第一回研究会が最初の一步となることを心から願っています。

## 役員

### 代表世話人

横田 裕行 [日本医科大学大学院 医学研究科外科系救急医学分野 教授、  
日本医科大学付属病院 高度救命救急センター センター長]

### 当番世話人

照沼 秀也 [医療法人社団いばらき会 理事長]

### 世話人

野中 博 [東京都医師会顧問・医療法人社団博腎会 野中医院 院長]

太田 祥一 [医療法人社団親樹会 恵泉クリニック]

島田 潔 [医療法人社団平成医会 板橋区役所前診療所 院長]

長尾 和宏 [医療法人社団裕和会 長尾クリニック 院長]

池端 幸彦 [日本慢性期医療協会副会長、福井県医師会副会長、  
医療法人池慶会・社会福祉法人雑岳園 理事長]

吉田 雅博 [国際医療福祉大学 市川病院 人工透析センター長・一般外科部長]

真弓 俊彦 [産業医科大学 救急医学講座 教授]

阪本 雄一郎 [佐賀大学医学部 救急医学講座 教授]

会田 薫子 [東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上腐死生学・応用倫理講座特任教授]

水谷 和美 [ソフィアメディ(株) 代表取締役(訪問看護)]

照沼 秀也 [医療法人社団いばらき会 理事長]

小豆畑 丈夫 [医療法人社団青燈会 小豆畑病院 院長、日本大学医学部 救急医学系救急集中治療医学分野 診療准教授]

### 監事

益子 邦洋 [医療法人永生会 南多摩病院 院長]

木下 浩作 [日本大学医学部 救急医学系救急集中治療医学分野 教授、  
日本大学医学部附属板橋病院 救命救急センター 部長]

櫻井 淳 [日本大学医学部 救急医学系救急集中治療医学分野 准教授、  
日本大学病院 救命救急センター センター長]

守谷 俊 [自治医科大学医学部 総合医学第1講座 教授]

### 会計担当

中村 謙介 [日立総合病院 救急集中治療科 主任医長・救命救急センター長]

### 会計監事

津本 順史 [医療法人社団いばらき会 いばらき診療所とうかい院長]

## プログラム

13:20-13:30 開会の挨拶 発起人代表:小豆畑 丈夫

13:30-15:40 シンポジウム『在宅医療と救急医療のあるべき体制づくり』

司会：益子 邦洋、横田 裕行

石川 秀樹 「在宅医療と救急医療 連携の問題点」

長尾 和宏 「なぜ在宅・救急・警察の連携が必要なのか」

秋山 正子 「急性増悪時の訪問看護の現状」

平野 麻子 「急性増悪時のケアマネの対応」

阪本 雄一郎 「3次救急を中心とした在宅救急の構築」

小豆畑 丈夫 「在宅医療と在宅療養支援病院の「1つの病院連携」の有効性」

太田 祥一 特別発言

15:40-15:50 休憩

15:50-16:30 特別講演『高齢者にとって“本当の良き医療”とはなにか？患者の目線で考える』

司会：野中 博

演者：東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター

上廣死生学・応用倫理講座 特任教授 会田 薫子

16:30-16:40 休憩

16:40-18:00 討論会『日本在宅救急研究会が果たす役割はなにか』

司会：太田 祥一、照沼 秀也

討論：益子 邦洋、池端 幸彦、島田 潔、吉田 雅博、中村 謙介

18:00 閉会の挨拶 代表世話人 横田 裕行

# 第1回 日本在宅救急研究会 in 虎ノ門 開催報告

開催日時：2017年7月22日（土）13時20分～18時

開催場所：発明会館（港区虎ノ門）

2017年7月22日（土）、第1回日本在宅救急研究会を開催いたしました。当日は医療や看護、介護関係者をはじめ300名を超える方々が参加、立ち見が出るほどの盛況ぶりで、会場は熱気に包まれました。

## 1. 開会あいさつ：日本在宅救急研究会発起人・世話人 小豆畑 丈夫

（医療法人青燈会小豆畑病院院長、  
日本大学医学部救急医学系  
救急集中治療医学分野診療准教授）



会の冒頭では、在宅救急研究会の発起人で世話人の小豆畑丈夫が開会の辞を述べるとともに、本研究会発足までの経緯を説明。「在宅患者が急性増悪したときに生じる問題を在宅医療に関わるスタッフと救急医療に関わるスタッフとが同じテーブルについて検討することで、在宅患者にとって“本当の良き医療”の構築を目的とする」を本研究会の趣意とすることを表明しました。

July 22th 2017 東京  
発明会館 地下ホール

## 第一回 日本在宅救急研究会

—在宅医療は患者の急変に耐えられるか—

発起人・世話人： 医療法人社団青燈会小豆畑病院 救急・総合診療科  
日本大学医学部 救急医学系救急集中治療医学分野  
小豆畑丈夫 あずはただけお

## 研究会発 足の決意

第44回 The 44th Annual Meeting of  
the Japanese Association for Acute Medicine  
日本救急医学会 総会・学術集会

2016年11月7日(木)～19日(土)  
グランドプリンスホテル新高輪・国際会議パミール  
福田 前行

ポケットプログラム



第1日目 9:20～11:20  
パネルディスカッション2

終の棲家と高齢者救急 —在宅医と救急施設の円滑な連携を  
目指して—

- 司会： 浅井康文（慶応大）・小池 薫（京都大）
- 在宅患者本人と家族の意思決定支援—救急に関するACPをめぐって（東京大 清水晋郎）
  - 「人生の終い方」を見つめて（NHK 池田誠一）
  - 在宅医療の保険点数と看取りの現状（さいたま在宅医療クリニック 星野肇）
  - 東京都における高齢者救急—東京都民の終の棲家とするために—（東京都医師会 石川英和）
  - 老人福祉施設等からの搬送例に対する救急医療の至通—を考える（堺市総合医療センター 森田正則）
  - 心肺停止(CPA)症例の検証—高齢者が安らかな最期を迎えるために（地方救命センター—は何をすべきか—（和歌山県立医科大学 上田健太郎）
  - 地域包括ケアにおける、広域在宅診療グループと急性期型在宅療養支援病院連携の有効性について（青燈会小豆畑丈夫）
  - 蘇生のプロが看取る高齢者の終末期（帝京大 三宅康史）
  - 高齢者施設における急変対応に関する問題点（宮崎大 落合秀信）



## 研究会発 足の趣意

## 日本在宅救急研究会

### 趣意書

日本在宅救急研究会は、在宅患者が急性増悪したときに生じる問題を在宅医療に関わるスタッフと救急医療に関わるスタッフとが同じテーブルについて検討することで、在宅患者にとって“本当の良き医療”の構築を目的とする。

## 2017.4.8 第一回 世話人会



### 趣意書について

- 野中先生より、趣意書に「医療者のための在宅救急」ではなく、「診療を受ける人のための在宅救急」を目指すべきであるとの意見が出た。
- 会の設立目的にこれらの意見を反映させることになった。「在宅患者にとって**“本当の良き医療”**の構築を目指すことを当研究会設立の趣意とする。」ことが全会一致で決定した。

# 2017.5.11 厚生労働省 記者会

- 日時：2017年5月11日 木曜日 15:00-17:00
- 場所：厚生労働省記者クラブ
- 参加：研究会：横田裕行、照沼秀也、小豆畑丈夫  
報道：NHK、フジテレビ、朝日新聞、読売新聞、毎日新聞、中日新聞、東京新聞、共同通信社、へるす出版

第一回 日本在宅救急研究会記者会

- 内容：
  - 横田代表世話人より、ご挨拶と「日本の高齢者救急の現状と日本在宅救急研究会の役割」について15分の講演
  - 小豆畑・照沼より「日本在宅救急研究会 発足の趣意と活動」について30分間の説明。内容は、趣意・会則・第1回世話人会の様子・HPの設稿・第1回研究会の予定の説明

全体の質疑応答を20分行った後、報道各社との個別の対応を約30分行いました。

### 厚生労働省記者会後の報道

#### 2017.5.11 厚生労働省記者会見

在宅医療患者の救急搬送 望ましい医療考える研究会発足

在宅医療を受ける高齢者の救急搬送の現状、望ましい医療の提供のありかについて、在宅医療の推進が重要な役割を担う在宅医療研究会が発足した。

#### 2017.7.15 m3 医療維新

高齢者救急医療の現状、在宅医療の役割について講演

高齢者救急医療の現状、在宅医療の役割について講演。高齢者救急医療の現状、在宅医療の役割について講演。

# 日本在宅救急研究会 第一回研究会

第1回 日本在宅救急研究会 シンポジウム

13:20-13:30 開会の挨拶 発起人代表:小豆畑丈夫

13:30-15:40 シンポジウム『在宅医療と救急医療のあるべき体制づくり』

司会: 益子邦洋 横田裕行

発表: 1 演題20分(発表15分と質疑応答5分)

石川秀樹 在宅医療と救急医療 連携の問題点  
長尾和宏 なぜ在宅・救急・警察の連携が必要なのか  
秋山正子 急性増悪時の訪問看護の現状  
平野麻子 急性増悪時のケアマネの対応  
阪本雄一郎 3次救急病院を中心とした在宅と救急医療の構築  
小豆畑丈夫 在宅医療と在宅療養支援病院の「1つの病院連携」の有効性  
太田祥一 特別発言(10分)

第1回 日本在宅救急研究会 特別講演

15:50-16:30

特別講演『高齢者にとって“本当の良き医療”とはなにか？患者の目線で考える』

司会: 元東京都医師会長  
東京都医師会顧問  
医療法人社団博腎会野中医院 院長  
**野中 博**

演者: 東京大学大学院人文社会学系研究科死生学  
応用倫理センター特任教授  
**会田薫子**

第1回 日本在宅救急研究会 討論会

16:40-18:00

討論会

『日本在宅救急研究会が果たす役割はなにか』

司会: 太田祥一、照沼秀也

討論: 益子邦洋、池端幸彦、島田潔、吉田雅博、  
中村謙介

18:00

閉会の挨拶 代表世話人 横田裕行

## 2. シンポジウム「在宅医療と在宅救急のあるべき体制づくり」

続いて、在宅医療と救急医療、訪問看護や介護の各分野の専門家6名によるシンポジウムが行われました。司会進行は当研究会監事の益子邦洋先生と代表世話人の横田裕行先生に担当いただきました。



冒頭で横田先生が代表世話人としてあいさつし、「現在、救急医療に携わっているが、在宅で看取りたいという希望がありながらも急変増悪時に救急車を呼び救命病棟に運ばれた結果、本人が希望しない生命維持装置による措置を受けてしまうケースが度々見受けられる。もし在宅医療と救急医療の連携がよりスムーズに行われるようになれば、患者さんにとってより良き医療を提供できるのではないかと…という思いから、在宅救急研究会が生まれた。今後は趣意書にあるとおり、在宅医療、救急医療、看護、介護など様々な立場の人が同じテーブルについて議論を進め、より良い医療の実現につなげたい。そのための1つの手段として、在宅当事者の家族の皆さんに役立つ実用的なプロダクトを発信していくことも当研究会の社会的責任の1つだと考えている。ぜひ皆さんのご意見を聞かせいただき、活発に議論を進めていきたい」と、会の趣意を改めて説明しました。



## 「求められる医療・介護体制」の変化

- 日本の高齢化社会の進行**
  - わが国の高齢化率：1994年に「高齢化社会」とされる14%に達し、2016年の高齢化率は27.3%となっている(総務省統計局)。2030年の推計は31.6%である。
  - 平均寿命の伸長：1960年 男性65.32歳、女性70.19歳  
2015年 男性80.79歳、女性87.05歳
- 施設中心の高齢者介護は限界をきたし、在宅医療・介護の充実が求められている。
- 「2015年の高齢者介護」において、在宅から入院・入所に至る過程でのサービスの連続性の確保、施設からの退院・退所者への在宅サービスの切れ目のない提供の確保など、高齢者が在宅で暮らしていけるための継続的・包括的サービスの提供を目的とした地域包括ケアシステムが提唱された。
- 現在、地域包括ケアシステムの構築が医療・介護提供体制改革の最大の目標と位置づけられている。

## 趣意

日本在宅救急研究会

趣意書

近年、在宅療養の必要性・重要性が高まり、日本全国で在宅療養に対する取り組みが盛んになった。それと同時に、在宅療養における慢性疾患診療に対する研究が進められ、その理解は深まっている。

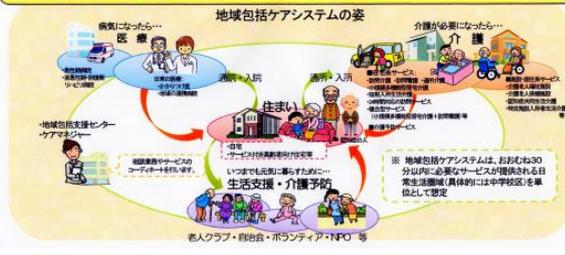
その一方で、在宅患者が急性増悪し救急医療が必要となった場合、本当の意味で患者にとって望ましい医療が必ずしも提供されていない現実がある。それは、在宅医療・救急医療の両体制が、在宅患者のかかえる原疾患・合併疾患・患者背景の多様性に対応し切れていないことが原因と考える。

日本在宅救急研究会は、在宅患者が急変増悪したときに生じる問題を在宅医療に関わるスタッフと救急医療に関わるスタッフが同じテーブルについて検討することで、在宅患者にとって“本当の良き医療”の構築を目的とする。

## 政府が掲げる地域包括ケアシステム

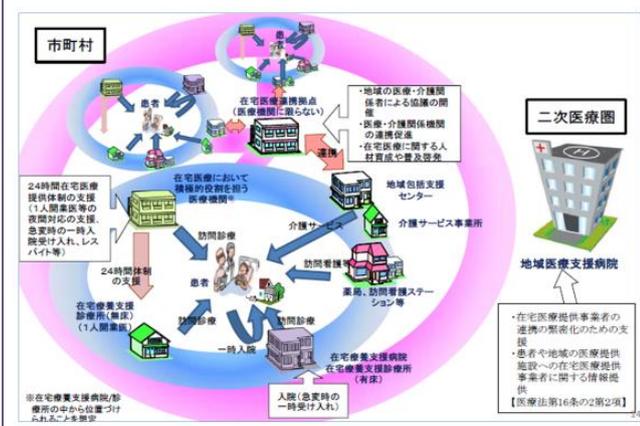
### 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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よう、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構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が概ね75歳以上人口が増える大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



2017.4.8  
第一回  
世話人会

## 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の役割(イメージ)



## 第一回日本在宅救急研究会

in 虎ノ門



テーマ  
在宅医療は  
患者の急変に  
耐えられるか？

日時 2017年7月22日(土) 13時20分～18時

会場 黎明会館 地下ホール(東京都港区虎ノ門2-9-14)

電話 03-3502-5499

Web http://zaitakukyukyoku.com/

- 在宅医療提供事業者の連携の推進のための支援
  - 患者や地域の医療提供施設への在宅医療提供事業者に関する情報提供
- 【医療法第16条の2第2項】

プログラム

13:20-13:30 開会の挨拶 発起人代表小豆畑 丈夫  
 13:30-15:40 シンポジウム『在宅医療と救急医療のあるべき体制づくり』  
 司会：益子 邦洋、横田 裕行  
 石川 秀樹 「在宅医療と救急医療 連携の問題点」  
 長尾 和宏 「なぜ在宅・救急・警察の連携が必要なのか」  
 秋山 正子 「急性増悪時の訪問看護の現状」  
 平野 麻子 「急性増悪時のケアマネの対応」  
 監事 堀 誠 「コロナ感染中心とした在宅急急の構築」

15:50-16:30 特別講演『高齢者にとって“本当の良き医療”とはなにか？患者の目線で考える』  
 司会：野中 博  
 演者：東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター  
 上原死生学・応用倫理講座 特任教授 会田 薫子

16:30-16:40 休憩

16:40-18:00 討論会『日本在宅救急研究会が果たす役割はなにか』  
 司会：太田 祥一、照沼 秀也  
 討論：益子 邦洋、池崎 幸彦、島田 潔、吉田 雅博、中村 謙介  
 閉会の挨拶 代表世話人 横田 裕行

本研究会の成果物の一つとして  
(私案)

	普段と変わらない	何となく 元気がない	熱がある、咳が 出てきた	明らか いつもと違う	意識がない
いつも誰かと一緒に 生活している	●	●	●	●	●
一日一回は誰かと接 触する	●	●	●	●	●
2日に一回誰かと接触 する	●	●	●	●	●
3日以上、誰かと接触 しないことがある	●	●	●	●	●

● : いつもの生活、介護を  
 ● : ケアマネや  
 かかりつけ医に相談  
 ● : 緊急の対応を  
 ● : いつもより少し注意を  
 ● : 医療機関の受診を

① 「在宅医療と救急医療 連携の問題点」

石川 秀樹 先生

(帝京大学救命救急センター)



# 在宅医療と救急医療の接点

## - 連携の問題点 -

帝京大学医学部 救急医学講座  
 帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター  
 東京都医師会 救急委員会  
 石川 秀樹



# 救急現場での在宅医療「あるある」

### <患者(家族) に対しての愚痴>

- こんなになるまで…(誰か助けてあげられなかったのか?)
- 「できるだけお願いします」と言われても…
- 「人生は永遠」「明日も今日と一緒」「うちの親(夫・妻etc.)に限って…」の思い込み
- どこまでどうすべきか、本人や周囲の合意がない(→先のイメージを共有できない)

### <医療者(介護者) に対しての愚痴>

- 何が「急変」か? 病状への認識不足による連絡遅れや取り越し苦労
- 『24時間体制』が機能していない現実
- 心肺停止でも蘇生行為が行えない医療者
- 手に負えないと(休日・夜間は往診もせず)「救急車で病院へ」
- 提携病院が不明か、あっても「ウチでは診られません」→救命センターへ…



人生の岐路で理解し合えない(悲しみ) 協力できない(苦しみ)

# 私の不安



- 今の社会は高齢者(弱者)に冷たい。  
 - 年寄り笑うな、逝く道…
  - 現世での生に限りがあることは事実だが…  
 - 人間五十年、下天(化天)の内を比ぶれば、夢幻の如くなり。いちど生を得て滅せぬ者のあるべきか。(敦盛)
- 自分の人生をどう仕舞えばよいか判らず、他人の意見に流される人が増えた。  
 - 終活、断捨離、ミニマリスト、人は死ねばゴミ…



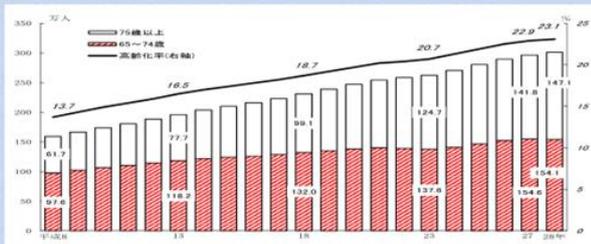
# 目的

1. 高齢者救急の現状に関わる諸事情を示し、国策の問題を糺しつつ、国民が望ましい終末期を迎えられるよう提言すること。
2. 在宅医療と救急医療の二項対立を解消し、共存へ導くこと。

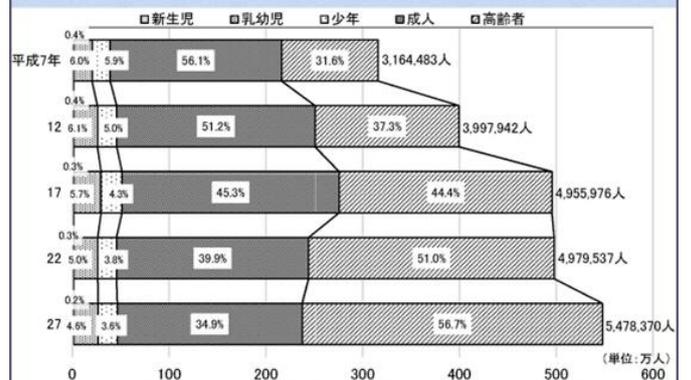
# 東京都の高齢化率

東京都の高齢化率(65歳以上)は2016年9月現在 **23.1%**で過去最高(前年比0.2%増)  
 高齢者のみの世帯8% 高齢者独居世帯10%

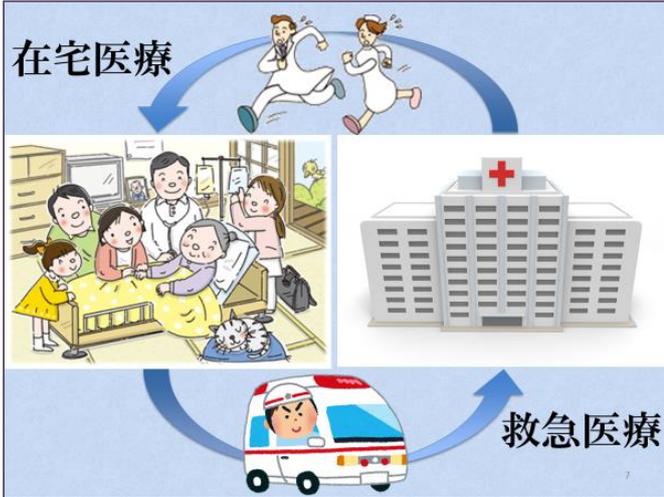
2035年の高齢化率：**30.7%**(予想)  
 『都民の3人に1人が65歳以上の高齢者』



# 年齢層別救急搬送人員数と構成比

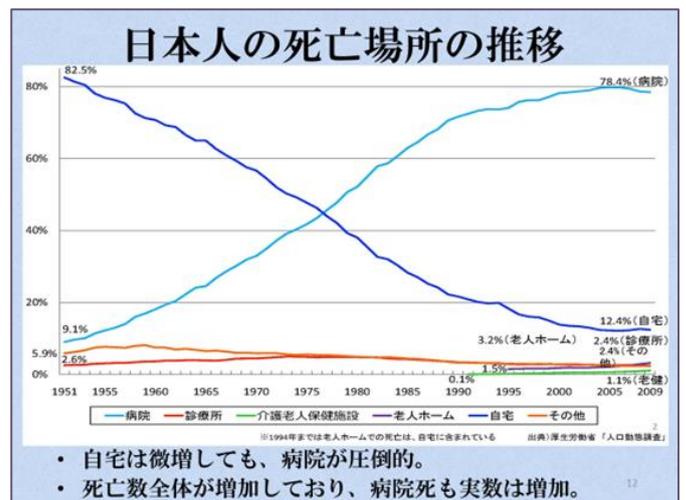
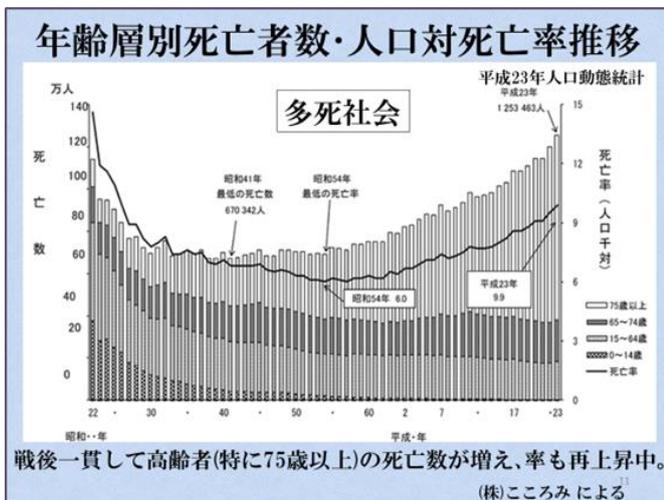
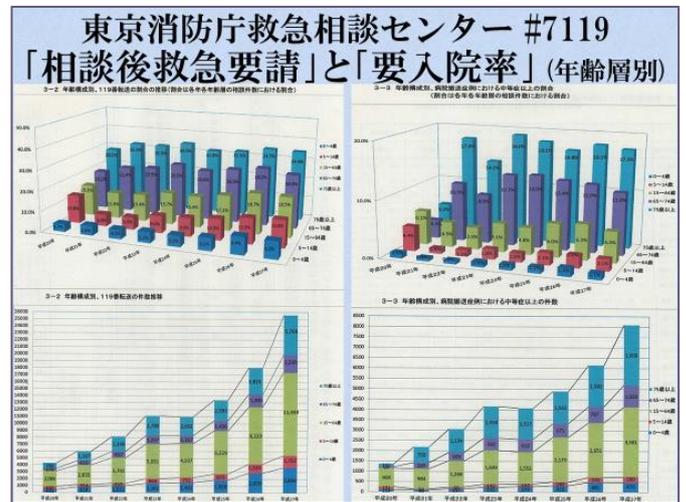
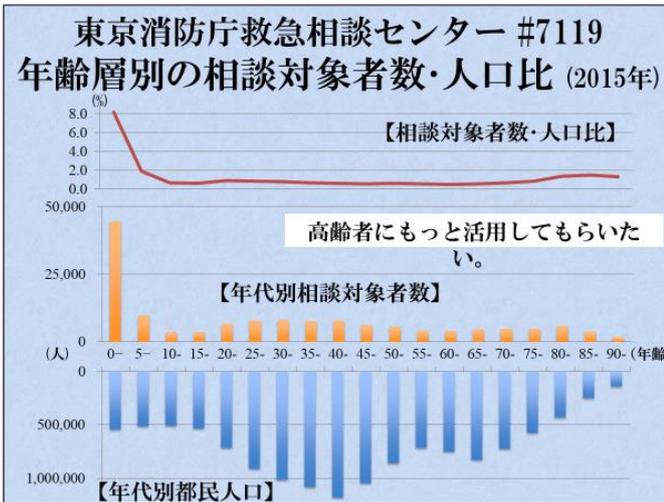


搬送人員数の増加と共に高齢者の比率が上昇。(総務省)



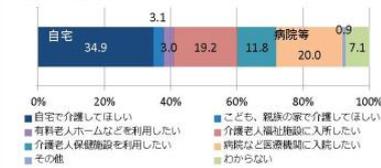
### 救急医療へのアクセスとその担い手は?

- 搬送は全て救急車?
  - 病院救急車の普及 (地域での共有)
  - 民間救急車の活用
- 搬送先は全て救急病院・救命センター?
  - 病態による使い分け
    - 急性疾患か
    - 慢性疾患の急性増悪か
    - 一時療養か
    - 終末期か
  - 退院先の確保、退院時の円滑な連携



## 介護の場所 最期の場所

(図表4) 介護を受けたい場所



「介護」はさまざまな場所にニーズあり。

「最期」は自宅・病院とも増える。

終末期は「医療」のニーズがある。

※内閣府の説明  
…自宅が最多

(図表6) 最期を迎えたい場所



高齢者の健康に関する意識調査 (2012年度/平成24年度 内閣府)

## 「住み慣れた場所で」は共通の望みだが…

### 在宅医療推進の理由

「患者の望む場所で過ごすこと」は、患者のQuality of Lifeの必須の構成要因であるとされ、「できるだけ長く在宅で療養したい」と回答した国民は、複数の調査で60%を超える



- 「何が何でも自宅」は1割 ← 「ほぼ在宅ときどき入院」
- 質問方法や調査主体により結果は揺らぐ = 恣意的?

終末期医療に関する調査 (中医師)

## 医療施設の現状 (施設数)

	病院		一般診療所	
	2012年	2011年	2012年	2011年
全国	実数 8,565	実数 8,605	実数 100,152	実数 99,547
東京	実数 641	実数 643	実数 12,711	実数 12,612

厚生労働省 統計情報部「医療施設調査」(各年10月1日現在)

病院		一般診療所(有床・無床)	
少ない	1. 神奈川県 3.8	少ない	1. 埼玉県 57.0
	2. 千葉県 4.5		2. 茨城県 58.2
	3. 埼玉、東京 4.8		3. 千葉県 59.5
多い	1. 鹿児島 15.4	多い	1. 和歌山 108.8
	2. 徳島 14.7		2. 鳥根 103.1
	3. 大分 13.4		5. 東京 96.1

- 東京(および首都圏)は入院できる病院が少ない。
- 東京は一般診療所が多い。
- 東京は民間病院の比率(90.3%)が高く(全国平均81.0%)、中小病院(200床未満)が7割。

## 医療機関の現状 (病床数)

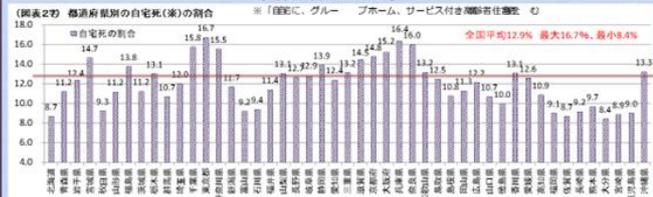
	病院		一般診療所	
	2012年	2005年	2012年	2005年
全国	実数 1,578,254	実数 1,237.7	実数 1,631,473	実数 125,599
東京	実数 127,483	実数 963.6	実数 131,097	実数 4,587

厚生労働省 統計情報部「医療施設調査」(各年10月1日現在)

病院		一般診療所(有床)		都内病床数の内訳	
少ない	1. 神奈川県 821.0	少ない	1. 神奈川県 32.2	一般病床 85,206 (641.3床/10万人)	
	2. 埼玉県 867.6		2. 大阪府 33.9	療養病床 22,912 (172.4床/10万人)	
	3. 愛知県 909.8		3. 東京都 34.7	精神病床 22,612 (ほか感染症145、結核520)	
	4. 千葉県 920.0		多い	1. 鹿児島 373.4	
	5. 東京都 963.6			2. 大分 367.4	
多い	1. 高知 2476.2			3. 熊本 331.3	
	2. 鹿児島 2052.5				
	3. 熊本 1957.3				

- 東京(および首都圏)は病床そのものが少ない。
- とくに療養病床(人口10万対)は全国43位(全国平均を2割下回る)。

## 自宅死の地域差 (在宅医療の地域差) (内閣府 2012年)



(図表28) 都道府県別の65歳以上人口千人あたり病床数、介護保険施設定員数、有料老人ホーム等定員

施設	東京	他地域
療養老人ホーム	11.2	11.2
サードケア施設	11.2	11.2
介護老人保健施設	11.2	11.2
特別介護老人ホーム	11.2	11.2
有料老人ホーム	11.2	11.2
認知症対応型共同生活介護	11.2	11.2
介護老人福祉施設	11.2	11.2
一般病院	11.2	11.2

- 病院や施設が受け入れなければ自宅で死ぬしかない。(東京は典型)

## いったい、この国は何をしたいのか?

救急出動件数と人口総数の動向 (2010年までは実績値、2015年以降は推計値)



最近10年間で、救急出動件数は約30%増! 今後も、人口が減少傾向にある中、出動件数は増加を続け、600万件を超える見込みです!

人口は減っても高齢化が進めば救急搬送が増加すると判っていながら、病床を削減、医療費を抑制、介護保険を骨抜きに。現代は社会全体が「姥捨て山」に…

## 「在宅医療とは 厚生労働省 金をかけず死なせることと見つけたり」

Ministry of Health, Labour and Welfare

- 終末期医療費が膨らみ、遠からぬ将来財政圧迫の恐れがある中で、現在の「医療主体のターミナルケア」を「福祉のターミナルケア」に転換
- 病院での死亡を減らし、2020年に1兆円の医療費を節約するシミュレーション＝「家で死ぬ！」  
「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書（1997）広井 良典（厚生省の外郭団体である財団法人長寿社会開発センターより）
- しかし、死亡前1ヶ月の医療費は国民医療費の3.5%に過ぎず、死亡直前の医療費抑制が医療費全体に与えるインパクトは大きくない  
(一財 医療経済研究機構)

## 人と金を増やさず機能分化を誘導？

急性期医療の充実・強化ー2 重点化・集中化・連携強化のイメージ

社会保障国民会議資料より

## 東京都の医療機関の現状（医師数）

	医療施設従事医師数 人口10万対（人）	
	2006年	2012年
全国	206.3	226.5
東京	265.5	295.7
東京都区部(再掲)	310.5	346.1

厚生労働省 統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」  
(各年12月31日現在)

- 東京は人口対でも**医師が多い**(全国3位)。  
無床診療所での開業が多数？  
病院勤務で専門分化しすぎ？
- 国は「専門分化で患者を在宅へ戻せ」と言うが、  
現実と矛盾

## 東京都地域医療構想

### 東京の2025年の医療 ～グランドデザイン～

「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」を描き、その実現に向けた4つの基本目標

- I 高度医療・先進的な医療供給体制の将来にわたる進展
- II 東京の特性を活かした切れ目のない医療連携システムの構築
- III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実
- IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

少子高齢化のさらなる進展で医療・介護サービスの需要が増大しても、質の高いサービスが提供されるとともに持続可能な社会保障制度を将来の世代に伝えられるよう、平成26年に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」が公布され、医療法（昭和23年法律第205号）をはじめとする関係法令が改正された。

## グランドデザインは絵に描いた餅

- II 「切れ目のない医療連携」？
  - 都内で施設がまかないきれない
  - 高齢者は都外へ…
- III 「地域包括ケアシステムにおける支える医療」
  - 高齢者施設での要介護者の受入を進めるほど、手に負えなくなれば（病床が減らされた）病院頼みとなるしかない現実
  - システムよりネットワークこそが大事
- IV 「人材の確保育成」
  - 財源なしでは、人は育たず確保できず

## 調査 1. 「救急入院調査」

期間：2012年10月1日～7日の1週間  
対象：東京都指定二次救急医療機関(254病院)に入院したすべての救急患者  
方法：郵送によるアンケート形式

項目：年齢  
来院方法  
入院元  
入院時診断  
転帰（1ヵ月後）  
問題点（1ヵ月後）

## 調査1. 結果(1) 入院元

	全体		65歳以上		65歳未満	
	人	%	人	%	人	%
自宅 (在宅医療)	4,253	70.0	2,452	68.5	1,801	72.1
介護施設等	400	6.6	384	10.7	16	0.7
公共場所・屋外	306	5.1	113	3.1	193	7.8
医療機関	730	12.0	438	12.1	292	11.5

・「自宅から」が最多だが、高齢者は施設入所者が1割超。

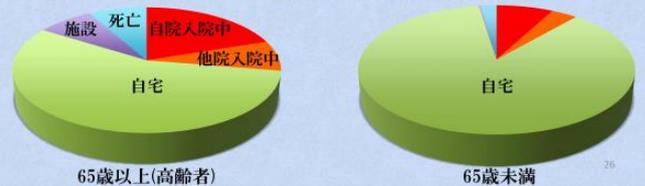


※ 都内約638万世帯の9.8%が高齢者独居 (2010年国勢調査)

## 調査1. 結果(2) 転帰(1ヵ月後)

	全体		65歳以上		65歳未満	
	人	%	人	%	人	%
自院に継続入院中	851	14.0	673	18.8	178	7.1
他の医療機関に入院中	347	5.7	265	7.4	82	3.3
自宅 (外来通院・在宅医療)	3,894	64.1	1,910	53.4	1,984	79.5
介護施設・高齢者住宅	271	4.5	265	7.4	6	0.2
死亡	329	5.4	279	7.8	50	2.0

・「自宅退院」が最多だが、自宅に戻れた高齢者は2人にひとりだけ。  
・高齢者は4人にひとり(26.2%)が自院・他院に入院中のまま。



## 調査1. 結果(3) 入院元による転帰 介護施設から入院の1ヵ月後

介護施設から入院	65歳以上 354人	
	人	%
1ヵ月後転帰		
自宅 (外来通院)	22	6.2
自宅 (在宅医療)	4	1.1
自院に入院継続中	84	23.7
他の医療機関に入院中	14	4.0
介護施設	179	50.6
高齢者住宅	3	0.8
死亡	39	11.0

- ・入院継続：4人にひとり (27.7%)。
- ・介護施設復帰は半数 (50.6%) のみ。介護施設 ≠ 「終の棲家」  
せっかく入居したが入院を機に自宅に戻らざるを得ない人も。

## 高齢者施設からの救急搬送人員(東京都)



## 調査2. 「高齢者施設調査」

期間：2012年10月

対象：東京都内の高齢者関連施設 (1,909施設)

方法：郵送によるアンケート形式

入所者急変時の対応  
マニュアル整備率

AED設置

職員教育 (看取り・心肺蘇生)

リビングウィル (本人・家族)

死亡場所

回収率：45.3%

＜施設形態別回収状況＞	
介護療養型医療施設	21/114
介護老人保健施設(老健)	95/173
特別養護老人ホーム	230/420
高齢者住宅	15/34
有料老人ホーム	166/613
グループホーム	194/443
小規模多機能施設(居宅介護)	41/112
属性不詳	104/-

29

## 調査2. 結果(1) - 急変時のマニュアル整備率 -



- ・医療施設は整備率が低い。
- ・もともと医療の乏しい施設はかえって整備率が高い。

30

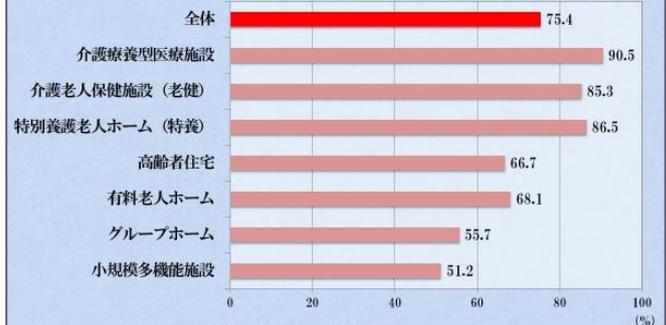
## 調査2. 結果(2) -看取りに関する職員教育-



- 医療施設でさえ「終末期教育」は100%を達成していない。
- 在宅医療を担う施設の「終末期教育」はさらに不足。

31

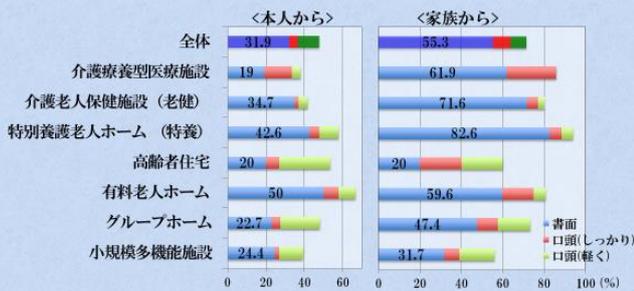
## 調査2. 結果(3) -心肺停止対応に関する職員教育-



- 医療施設でさえ100%を達成していない。
- 況んや…

32

## 調査2. 結果(4) リビングウィル



- 「口頭確認のみ」の施設が形態を問わず見られる。  
→ 果たしてその内容を誰が記憶しているのだろうか？  
(書面の形式、質に対する評価は今回行えていない。)

33

## 調査2. 結果(5) 施設内での看取り



- 回答した施設における年間死亡者数は8,573人。
- 施設で看取られたのは5,022人(58.8%)。
  - 520人 (6.1%) は心肺停止で救急搬送。
  - 2,769人 (32.3%) は心肺停止以外で救急搬送され入院後に死亡。
- 療養型施設以外は、「終の棲家」になりにくい。

34

## 調査3. 「高齢者救急調査」

期間：2014年11月

対象：東京都指定二次救急医療機関 (259施設)  
(=休日・全夜間診療事業実施医療機関)

方法：郵送によるアンケート形式

受入要請数  
受入困難事由  
入院元と退院先 (都内外、医療圏内外)  
平均在院日数  
リビングウィル (本人・家族)  
かかりつけ医との連携  
MSWの配置・活用  
病院救急車の活用  
地域連携バスの利用

回収率：44.0%

## 調査3. 結果(1) - 高齢者(75歳以上)の入院元と退院先 -



- 退院時は自宅・介護施設の割合が減り、慢性期病院の需要が増す。

35

## いま、世間は…

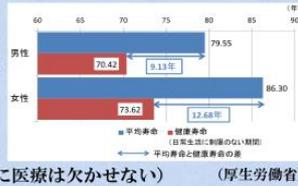
「死の現実」を知らない。

核家族化  
病院での死が大多数  
隠された世界 忌避される話題

「医療の現実」を知らない。

救急医療 ≠ 延命治療  
長寿国 ⇔ 寿命は永遠？  
健康寿命 ≠ 平均寿命（終末期に医療は欠かせない）（厚生労働省）

- ・ 高齢者はどこまで医療を望むのか。
  - 終末期医療？
  - 「知らない」から「考えが及ばない」
- ・ 高齢者はどこまで医療を望めるのか。
  - 今後も医療が必要な高齢者は増える一方
  - いちど入院を経験すると「終の棲家」として選んだ施設に戻れなくなる現実



## 国は“在宅”を勧めるが…

そもそもこの国では自宅で死ぬのか？

- ・ 介護保険
  - 報酬の引き下げ、自己負担の増加
  - 賃金は増えず（受益者も提供者も）
- ・ 老老介護、認知介護
- ・ 核家族化、少子化、地域での孤立
- ・ 住宅事情（人口密度、狭隘住居）
- ・ 介護による離職（家事はタダ？、介護もタダ？）
  - 進めぬ働き方改革（長時間労働、男女格差など）
  - 担い手のコストを無視した「在宅死」の押しつけ（二木立 日本福祉大学）



「ときどき入院、ほぼ在宅」実現のためにも、  
医療療養病床の再度の充実が必要では？

## 私が思う「終末期」

- ・ 自宅で死なせること(病院で死なせないこと)が在宅医療ではない。
- ・ 適切な医療連携が保たれている住み慣れた環境で療養し、ゆくゆくは「想定内」の最期を迎え、本人共々遺される家族・友人らも満足。
- ・ 何よりも、人としての尊厳が保たれること。



## 医療資源投入のあり方への提言

1. 「**高齢者とその家族の意識改革**」に投資せよ
  - ・ “どのように人生を終えたいのか” 全国民が考える
  - ・ “高齢者医療の現状” を公開する
  - ・ “国の恣意的な施策” を討議する
2. 「**高齢者関連施設の意識改革**」に投資せよ
  - ・ 医療連携の義務化、そのための資金補助
  - ・ リビングウィルの法的保護
3. 「**医療従事者の意識改革**」に投資せよ
  - ・ 在宅医療の充実（24時間365日）
  - ・ 医療が手薄な高齢者関連施設への勤務推奨
4. 国は「**人としての尊厳**」を大切にせよ



## 結語

在宅医療が充実しても救急医療のニーズは消えない。  
在宅医療が目指すべきは何か、を再考する必要がある。  
「居宅生活の限界点」を高め、住み慣れた地域を“終の棲家”とするには、国民や高齢者施設の意識改革と医療資源再配分が必要。

“暮らせる幸せ”を最期まで感じられる社会を！

死ぬときには、  
「この国に生まれて良かった」  
と  
みんなに言ってもらいたい



冒頭で石川先生は、東京都消防庁救急相談センターについて紹介し、「これだけ高齢化が進み、実際の救急搬送では高齢者の比率が半数を超えているのに、センターへの高齢者からの相談は人口比では少ない。救急車以外にも搬送手段があり、行先も救急病院だけではない。何か異変が起きたときの最初のよりどころとして、このセンターの存在をもっと広く知って欲しい」と訴えました。

続いて内閣府のデータを引用して、病院で死を迎えたいと考える人が増えていること、つまり終末期の医療のニーズが上がっていることを指摘。その需要にもかかわらず、病棟数を減らし続けている国の方針に疑問を呈し、「東京では自宅で死ぬ人の割合が高くなっているが、これは在宅医療が進んだ結果ではなく、人口に対して病棟数が少ないから。医療費削減を訴える国の方針は、亡くなるときの医療費を削減することによって全体の医療費を減らそうという発想で、まるで『在宅医療とは、金をかけずに死なせることとみつけたり』と言っているように思えてならない」と述べました。

次に東京都医師会による救急入院調査では、高齢者施設から救急入院した高齢者のうち、1か月後に元の施設に戻るのには2人に1人に過ぎず、高額な費用を負担して入居した高齢化施設が事実上「終の棲家」になっていない。実際には国が削減している慢性期の病院に入院し、そこで最期を迎えているケースが多く、社会インフラや経済力によって人生が左右されてしまっていることに危機感を示しました。その上で、「病院で死なせず、自宅で死なせることが在宅医療の目的ではない。想定内の場所や状況で最期を迎えること、人としての尊厳が守られた状況で死を迎えることが、本人にとっても残された人にとっても最も大切なことではないか」と問題提起しました。

そして「これまで、私たち医療関係者は、医療の現実をわかりやすくかみ砕いた言葉で一般の皆さんに直接語りかけることをしてこなかった。それが医療に対する国民の意識向上を妨げていた面は否めない。今こそ、私たち医療関係者が在宅医療の現場に出かけ、救急医療とは、介護とはという話し合いを直接行わなければならない。在宅医療の充実とは決して救急医療を減らすことだけが目的ではない。住み慣れた地域を終の棲家とするには、医療関係者はじめ国民の意識改革、そして医療資源の再配分が必要だと考える。本研究会ではこのあたりのことも大いに議論し、安心して暮らせる社会の構築に貢献していきたい」と講演を締めくくりました。

② 「なぜ在宅・救急・警察の連携が必要なのか」

長尾 和宏 先生

(医療法人社団 長尾クリニック院長)



兵庫県尼崎市で長年在宅医療に取り組む長尾先生は、少し前に実際に経験した次のような事例を紹介し、問題を提起しました。

<事例>

- ・21時、在宅で診療していた90代の老衰の患者さんのご家族から電話を受け、長尾先生は「今から向かうので30分ほど待ってください」と回答。
- ・長尾先生が車で患者宅に向かう途中で再び電話があり、「親戚が来て心配して救急車を呼び、今は病院へ向かう車内にいる」とのこと。
- ・救急車の中で呼吸が停止したため、救急車内で呼吸が停止。救命救急士による蘇生処置が行われ、病院の救急医に引き継がれたら反応せず、死亡が確認され、いわゆる「看取り搬送」「死亡到着」ケースとなった。
- ・病院の医師と救急隊は「看取り搬送」になったので、警察に連絡。警察が病院に来て、家族に事情聴取。続いて自宅での現場検証が午前3時まで続いた。夫の死亡と警察沙汰とのダブルショックで90歳代の奥さんは気絶してしまった。
- ・長尾先生にも午前3時に病院の医師から電話連絡。「私はこの患者さんを24時間以内に診ていないので死亡診断書を書けない。かかりつけ医の長尾先生が病院の霊安室に往診して死体検案書を書いて欲しい」とのこと。長尾医師は「あなたが書くものです」と主張したが、先方は聞き入れず、長尾先生は霊安室に往診し死亡診断書を作成した。

このような事例を何度か経験している長尾先生は、「多くの医師や救命士が医師法20条、21条など看取りに関する法律を正しく理解していないため、両条の混同が原因の警察通報と事情聴取・現場検証が日本中で行われている。医学教育や救命士教育や警察教育の中でも看取りの法律を正しく教えていないのが主な原因」と指摘。「死をタブー視してきた結果、本人や家族にとって最も大切な最期の時間が『事件』へと変わる。在宅医・救急・警察の三者連携がないまま在宅医療や地域包括ケアが推進されていることに危機感を覚える」と述べました。その上で、「消防は看取りではなく、本来はけが人や急病の人のために活用されるべき。警察はテロや犯罪の防止に力を発揮すべき。無用な救急搬送や無用な検視を減らすために、在宅医療と消防、警察の連携を模索すべきではないか」と問いかけました。そして、

「大切なのは、活発な議論の場を持つこと。この会が起爆剤となり医師主導で厚生労働省や消防、警察など関係省庁にもご協力いただけることを願っている。分野の壁を越えて意見交換をし、より良い医療の実現に向けてともに皆で努力していきましょう」と、連携を呼びかけました。

### ③ 「急性増悪時の訪問看護の現状」

秋山 正子 先生

(有限会社ケアーズ・白十字訪問看護ステーション代表取締役所長)



続いて、高齢化率が53%・一人暮らし率4割を超える団地内にある戸山ハイツ商店街暮らしの保健室を開設、約四半世紀にわたって高齢者の訪問介護に取り組む秋山正子先生が登壇。次の事例を紹介し、訪問介護の実情を説明しました。

<事例>

・104歳の一人暮らしの男性が、1月2日に発熱してうなり声をあげている旨の連絡が入った。この男性は一人暮らしであったが、少し認知症の症状があり、通常は家族が交代で付き添い、訪問介護を受けていた。嚥下機能が低下しており、いつもは柔らかいものを選んで注意して食べさせていたが、この日は、親族からいろいろな食べ物を進められるがままに食べてしまっていた。秋山先生は男性宅を訪問、2時間後に熱は37度台に下がった。

・本人は認知症傾向が出る以前に「家で最期を迎えたい」というリビング・ウィルを紙に書いており、家族もその内容を把握し、支援する気持ちでいる。このため、救急車を呼ばず、ドクターやヘルパーと連携して訪問介護を継続した。

・その後、男性は持ち直し、3月6日に次男夫妻に看取られながら、自宅で最期を迎えた。

秋山先生はこの事例について「住み慣れた地域で安心して最期を迎えるためには、医療と介護、地域社会が連携してネットワークを作っていくことが欠かせない」と述べ、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備の必要性を訴えました。

④ 「急性増悪時のケアマネの対応」

平野 麻子 先生

(ソフィアメディ株式会社)

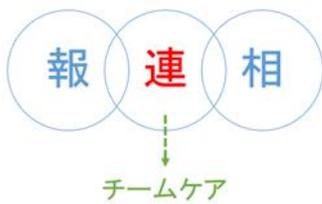




ポイント

ご本人・ご家族の気持ちを

タイムリーに！



続いて、訪問看護を手掛けるソフィアメディ株式会社所属のケアマネージャー・平野麻子さんが急性増悪時のケアマネの役割について講演しました。ソフィアメディ株式会社は、平成14年の創業で、主に訪問看護ステーション事業を運営、現在、城南エリアを中心に訪問看護ステーションを28カ所、居宅介護支援所を7カ所展開しています。また、目黒区と世田谷区では訪問診療のクリニックもグループで運営しています。

平野さんは、まず、在宅での急性増悪への対応について、「独居や老々介護が増えている昨今では、ヘルパーが訪問時に患者の異変に気付くことが多い。慌てて救急車を呼んでしまったりせず、落ち着いて適切な対応が取れるよう、事前に確認・準備しておくことが大切。特に本人やご家族と急性増悪時にどのようにしたいか・すべきか、の確認をとっておくことが望ましい」と述べました。

また、平野さんは「理想は訪問看護と訪問診療を両方受けること。そうすれば、ケアマネがかかりつけの先生にすぐに指示を得られ、救急搬送すべきか、入院すべきかの判断をしてもらうこともできる」と述べ、一方で「大学病院や総合病院しか受診しない方針の患者さんは、症状がかなり悪化した状態で救急搬送され、『なぜこんなにひどくなるまで放置したのか』と注意されるケースや、逆にむやみに救急車を呼んでしまうケースが多い。このタイプの患者さんには、ケアマネから『訪問診療を活用しませんか』と提案するようにしている」と説明しました。

また、「せっかく事前に救急車は呼ばないと決めていたのに、急変時にパニックになって救急車を呼んでしまったりしないよう、事前に決めた手順や連絡先等をしっかり書いたものを、電話の上など目につきやすい場所に貼っておきましょう」と提案、「夜間や休日は在宅診療医と連絡が付きにくいケースもあるので、夜間や休日の場合のみ救急車を呼ぶことにする、などいろいろなケースを想定しておくといでしょう」と述べました。

次に、ケアマネージャーの役割については「自宅で安心して生活が続けられるように、ハード面では医療機器や福祉機器の整備・手配、ソフト面では介護保険のサービスを活用できるようにすること、ご家族の負担の軽減などきめ細やかな対応が求められる。また、医療と介護の橋渡しもケアマネの重要な役割の1つで、これをスムーズに行えるかどうかでケアマネの力量が決まると言っても過言ではない」と指摘しました。

最後にケアマネージャーが患者さんの急性増悪に備えるポイントとしては「本人の病状や精神状態の変化を医療従事者にタイムリーに伝える、介護従事者からも情報を聞き取って医療従事者と情報を共有すること」を挙げ、そのための標語として「報連相（ハウレンソウ）」を提案、「この場合の『連』は『連絡』ではなく『連携』の『連』です。医療、介護従事者が連携して1つのチームとなり、患者やご家族を支える体制を作ることが何よりも求められています」と講演を締めくくりました。

⑤ 「3次救急を中心とした在宅救急の構築」

阪本 雄一郎 先生

(佐賀大学医学部救急医学講座教授)



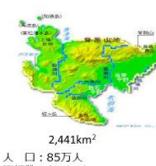
2017年7月22日(土)  
【第一回日本在宅救急研究会in虎ノ門】

## 3次救急を中心とした 在宅救急の構築

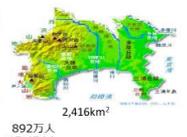
佐賀大学医学部附属病院  
高度救命救急センター 阪本雄一郎

SU-TAA

## 佐賀県



佐賀県と面積が同じ  
都道府県は神奈川県



2,441km<sup>2</sup>  
人口：85万人  
医師数：2,180人

2,416km<sup>2</sup>  
892万人  
17,676人

ここが凄い!

- ・佐賀は羊羹の消費量が**日本一**である羊羹大国。
- ・耕地面積比率が全国3位。耕地利用率は**全国1位**。
- ・陶磁器製和食器出荷額、全国2位。
- ・のり類養殖生産額、のり支出額、**全国1位**。
- ・宝くじ高額当選率、**日本一**。

引用：an account of one's travels



Saga University Hospital Trauma And Resuscitation

SU-TAA

## 99さがネット



◆ 2011年4月～運用開始

- ◆ システムを通して  
行政・消防・医師会と  
共通事業
  - 搬送先医療機関の検索
  - 医療機関と消防機関のリアルタイム情報共有
  - データベース

Saga University Hospital Trauma And Resuscitation

SU-TAA

佐賀県下の全救急車両（55台）に3G/LTEネットワークに常時接続したタブレット・コンピュータを配備



Saga University Hospital Trauma And Resuscitation

SU-TAA

## 受け入れ可能情報は医療機関から・・・工夫

| 地区 | 救急センター |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1  | 佐賀市    |
| 2  | 佐賀市    |
| 3  | 佐賀市    |
| 4  | 佐賀市    |
| 5  | 佐賀市    |

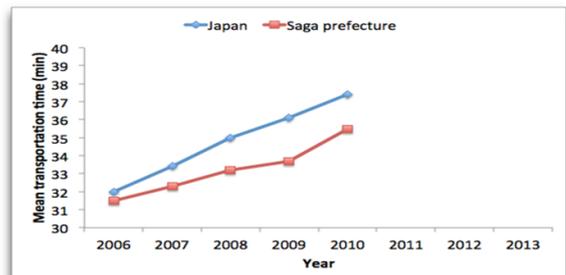
Saga University Hospital Trauma And Resuscitation

SU-TAA

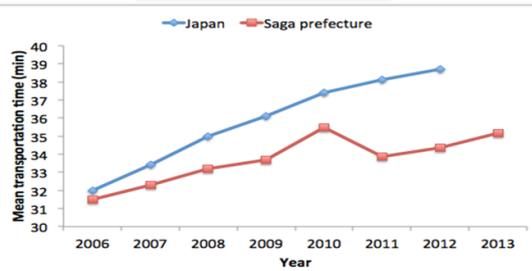
## データ収集の仕組み(搬送実績入力)



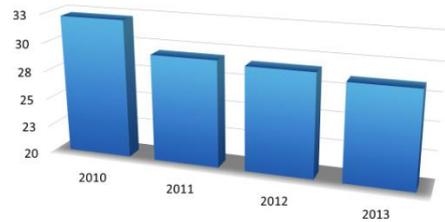
## 搬送時間の短縮



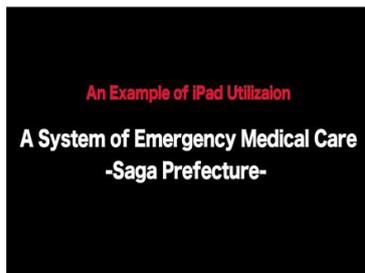
## 搬送時間の短縮



## 三次医療機関への搬送割合が減少



## 地方の高度救命救急センターからの挑戦



## 全国netのTV局を佐賀へ





# 救急医による在宅医療

「救急医療の一分野としての在宅医療」  
という考え方

医療法人  
コール メディカルクリニック 福岡  
理事長 岩野 歩







2011年4月1日から佐賀広域消防局との連携により医師同乗救急車の試行運用を開始。  
人命を最大限優先するために、行政と病院が密に連携を行う体制を構築



国立大学初のWork Station式ドクターカー



- 1 通常、音声のみによる情報共有を行う為、現場の状況が適切に伝わりにくいケースが存在する
- 2 事故の現場では、警察、消防、病院とそれぞれの役割においてドタバタしているため、適切な情報共有が難しいケースが存在する
- 3 現場で適切な判断を行うためには技術と経験が必要

スマートグラスによる現場と病院内のリアルタイム  
リモート映像・音声共有が有効



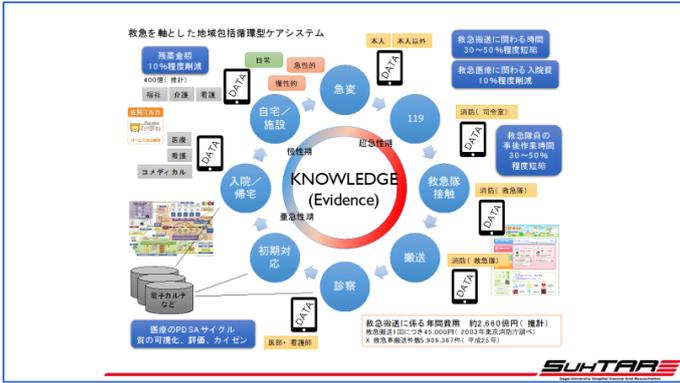
ムービー上映



佐賀大学とオプティムでIoT・AIの共同研究の場を提供  
あらゆる分野・学部と包括的に産学連携を行い、新たなイノベーション創出を实践する



オープンなカフェテリアを活用し月に1度程度、佐賀大学関係者、OPTiM関連企業OPTiMでの交流会を開催



続いて、佐賀大学医学部附属病院救命救急センターのセンター長も務める同大学医学部教授の阪本先生が登壇、主に佐賀大学での取り組みについて紹介しました。阪本先生は佐賀県について「小さな県だが、その分、行政との連携がスムーズに進みやすい」とし、連携推進のきっかけとなった事例として、同県が 2011 年から救急車にアイパッドを配備した救急応需システムを配備した事例を挙げました。「この事例に共に取り組んだことで行政の方々との距離が縮まり、医師として知事懇話会に招かれることになった。そこで介護など様々な分野の専門家の皆さんと知己を得、今ではそのメンバーが中心になって医療と介護の枠組みを超えた取り組みを始めるまでに至っている」とし、その最初の取り組みとして「救急佐賀ネット」によるデータ解析システムを紹介しました。救急佐賀ネットでは、病院ごとの救急車の引き受け率を一目でわかるようなグラフを作成、医師会にフィードバックして現状を把握、その上で状況の改善に取り組んでいます。同時に佐賀ネットでは医療や介護に関するあらゆる情報を集めた「情報基盤」の整備を知事懇話会で提案、本当に困っている人にいち早く手を差し伸べられるような街づくりを推進する予定です。

また、佐賀大学大学院が手掛けた「オープンデータ解析による救急搬送時間の短縮」の研究は、大手コンサルティング会社・アクセンチュアが主催するコンテストで国内 1 位を獲得、その後、ニューヨークで開催された本大会にも出場したところ、ここでもグランプリ受賞を果たしました。阪本先生は、「医療関係者だけでなく、介護や行政、消防など救命救急医療に関わるあらゆる分野の人が協力してデータを収集すれば、もっといろいろなことができるという確信を得た。佐賀県のような小さな自治体でも大きな取り組みができる。今後も多分野の皆さんと連携し、意見を取りまとめてよりよい医療に繋がる研究や提言をしていくのも、私たちのような大学病院をはじめとした第 3 次医療機関の役割の 1 つだと考えている」と述べ、熊本地震の際にも、普段から行政機関と連携していた経験を活かし、いち早く県と協力して救命救急体制を整備することができた」として、医療以外の分野との連携の重要性を訴えました。

阪本先生は「このほか、佐賀大学では医学部に在宅医による授業を取り入れて介護と医療の連携の重要性を教えたり、民間企業と組んで遠隔地からの画像・音声共有システムを在宅診療に生かす研究に取り組むなど、さまざまなことに挑戦している。いずれもまだ道半ばだが、こういった私たちの姿勢を、第 3 次医療機関の役割を考える上での 1 つのヒントにしてもらえたら……と願っている。そして今後は在宅救急研究会との情報交換や議論にも参画していきたい」と決意を述べました。

⑥ 「在宅医療と在宅療養支援病院の  
『1つの病院連携』の有効性」

小豆畑 丈夫 先生

(医療法人青燈会小豆畑病院院長・日本大学医学部救急医学系救急  
集中治療医学分野診療准教授)



July 22th 東京  
第1回 日本在宅救急研究会

シンポジウム「在宅医療と救急医療のあるべき体制づくり」

在宅医療と在宅療養支援病院の「1つの病院連携」の有効性

青燈会小豆畑病院 救急・総合診療科<sup>1</sup>  
医療法人いばらき会 いばらき診療所<sup>2</sup>

日本大学医学部 救急医学系救急集中治療医学分科<sup>3</sup>  
筑波大学附属病院 総合診療科<sup>4</sup>

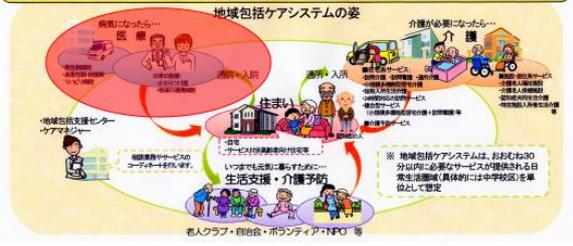
小豆畑丈夫<sup>1,3</sup> 照沼秀也<sup>2</sup> 中村和裕<sup>1,3</sup> 河野大輔<sup>1,4</sup>  
小野間優介<sup>1,4</sup> 木下浩作<sup>3</sup> 小豆畑節夫<sup>1</sup>

はじめに

政府が掲げる地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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よう、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構築を推進していきます。
  - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
  - 人口が顕微鏡で75歳以上人口が増える大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進捗状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



地域包括ケアシステムに対応する、これからの地域医療

地域包括ケアシステム

厚労省ホームページより 出典:平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム。
- 高齢者が在宅で安心して暮らしていける環境を造ることを目的とする。
- システムの構築には、在宅医療の充実が不可欠。

地域包括ケアシステムと救急医療

出典:「地域包括ケアと地域医療連携」二木立 助平 著 p.14

- 救急の受け入れ体制は地域包括ケアと不可分
- 高齢者の2次救急(病院)の問題は地域包括ケアそのものである。

在宅療養支援病院

厚労省ホームページより

【概要】

- 200床未満又は4km以内に診療所がない病院。
- 24時間の連絡・往診・訪問看護が可能な体制、年一回の看取りがある。
- 緊急時に入院できる病床を確保している。
- 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している。

在宅医療患者の急変:救急対応の現状 在宅医療側



緊急時に在宅診療/病でも、緊急入院させようとしても入院できなかったことが複数回ある医療機関が一定程度存在する。

在宅医療患者の急変:救急対応の現状 救急医療側

東京都の救急病院入院患者からみる  
高齢者救急医療の問題点

吉田 昌文<sup>1</sup>, 石川 秀樹<sup>1,2</sup>, 森山 健策<sup>3</sup>, 石野 哲夫<sup>4</sup>,  
山口 正孝<sup>5</sup>, 伊藤 寛史<sup>6</sup>, 杉本 哲也<sup>1,2</sup>

Problems of emergency medical care for the elderly based on the data of patients hospitalized in emergency hospitals in Tokyo

Medicine Yoshida<sup>1</sup>, Ishikawa<sup>1,2</sup>, Moriyama<sup>3</sup>, Iino<sup>4</sup>,  
Yamaguchi<sup>5</sup>, Ito<sup>6</sup>, Sugimoto<sup>1,2</sup>

東京都の高齢者救急医療の問題点

Table 2. Inpatient problems (multiple answers allowed).

Problems (checked in the questionnaire; multiple choice allowed)	Cases		Elderly		Non-Elderly	p-value
	No.	%	No.	%		
Long-term hospitalization	113	38.7	454	42.4	99	26.9 <0.01
Cases to be discharged	86	6.0	76	7.1	10	2.8 <0.01
Discharge cases (only)	61	4.3	51	4.8	10	2.8 <0.001
Cases for changing hospital (without consent of the family)	12	0.8	11	1.0	1	0.3 0.314
Need for care	432	30.3	288	27.1	33	9.3 <0.01
Worsening of the existing disease	240	16.8	172	16.0	48	13.2 0.194
Dementia	207	14.5	203	18.9	4	1.1 <0.01
Disease after hospitalization	149	10.4	111	10.4	38	10.7 0.918
Population manager	15	1.1	43	4.0	30	8.4 <0.01
Economic reason	77	5.4	39	3.6	38	10.7 <0.01
No family	72	5.0	47	4.4	25	7.1 0.004
Homeless person	37	2.6	38	3.6	11	3.1 0.612
Others	254	17.8	144	13.4	109	30.8 <0.01

- 2012年:東京都2次医療機関254施設での調査  
対象:上記医療機関に入院した65歳以上高齢者
- 入院患者の問題点
    - 問題あり:2503名(70%), 問題あり1072名(30%)
    - 問題の内訳
      - ・ 一ヶ月以上の長期入院(43%)
      - ・ 介護の必要性(37%)
      - ・ 認知症(18.9%)
      - ・ 原疾患の悪化(16%)
      - ・ 身体合併症(10.4%)
  - 入院期間(入院一ヶ月後の状況)
    - ・ 退院(在宅復帰)(53.4%)
    - ・ 入院継続(18.8%)
    - ・ 死亡(7.8%)
    - ・ 他の医療機関で入院中(7.4%)
    - ・ 施設への移動(7.4%)

在宅医療患者の急変：救急対応の現状 救急医療側

在宅医療患者の三次救急対応の現状分析

2000年時点での在宅医療患者の救急対応における問題点を指摘

- 救急対応時に在宅医療のかかりつけ医に連絡が取れない
- 救急隊が在宅医療を受けていたことの認識が低い
- 以上から、情報収集が難しく、基本情報が欠如した中で救急処置を開始せざるを得ない
- 救急施設に到着後、家族が治療を望まないケースがある

最近の問題点(演者の意見)

- 一般的な内科的治療を行えば十分に助かる状態であるのに、家族から「延命治療は望みません」という要望がある。
- 「尊厳死」が一人歩きしている

2000年時点での在宅医療患者の救急対応における問題点を指摘

救急対応時に在宅医療のかかりつけ医に連絡が取れない

救急隊が在宅医療を受けていたことの認識が低い

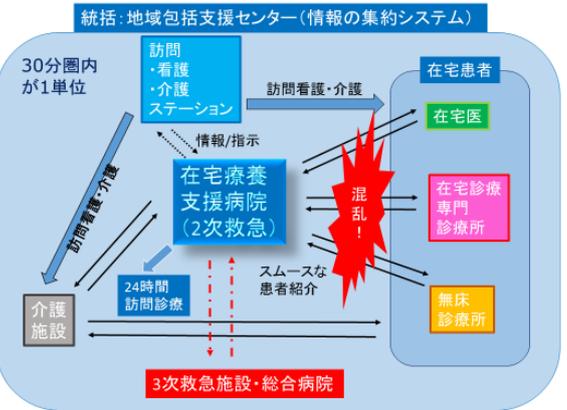
以上から、情報収集が難しく、基本情報が欠如した中で救急処置を開始せざるを得ない

救急施設に到着後、家族が治療を望まないケースがある

最近の問題点(演者の意見)

- 一般的な内科的治療を行えば十分に助かる状態であるのに、家族から「延命治療は望みません」という要望がある。
- 「尊厳死」が一人歩きしている

我々の考える、地域包括ケアシステムにおける在宅救急のモデルと問題点



# 在宅と救急の一つの病院連携

在宅療養支援病院と在宅診療グループの「1つの病院連携」

- 1つの病院連携：
- 病院の都合ではなく、在宅患者のニーズに応えることを目的とした連携
- 必ず、医師同士で患者情報の交換
  - 簡易な両方向患者紹介システム
  - 数多くの集まり
  - 一人の患者に、合同ケースカンファレンスを開催。
  - 退院後のケアについて、両施設で検討
  - 合同理事会の開催

我々は、2016年1月より、2次救急を行っている在宅療養支援病院と広域在宅療養支援グループが「1つの病院」という認識の基に在宅一救急連携を構築した。

在宅療養支援病院と在宅診療グループの「1つの病院連携」

診療連携

- 簡便な患者紹介システム

- 共通クリニカル・パスの作成

一人の入院患者に対して：

- 合同多職種カンファレンス

- 合同症例検討会

在宅療養支援病院と在宅診療グループの「1つの病院連携」

合同勉強会 (3回/年)

- 場所：病院 (100人程度が参加)
- 講師：それぞれの医療機関の医師・看護師
- 実際に紹介された患者の事例から、掘り下げて勉強 (PEG/PTEG、経腸栄養、緩和医療が取り上げられた)
- かなり活発な討論が行われる

合同講演会 (2回/年)

- 場所：会議場 (300人程度)
- 講師：外部講師
- 在宅・救急医療に関するテーマ (サルコペニア、認知症が取り上げられた)
- 専門的知識の習得を目指す。

# 検討と 研究デザイン

## 研究の目的とその概要

### 仮説:

在宅医療と救急医療の“一つの病院連携”が、高齢者の在宅救急の現場で起きている問題の解決の糸口になる

### 目的:

この研究で上記仮説を検証する

### 検討法:

前向き観察研究

### 参加施設

在宅医療: 医療法人いばらき会に所属する5つの在宅診療所  
救急医療: 在宅療養支援病院 青燈会小豆畑病院

### 観察期間:

2016年1月1日から2016年12月31日 (一年間)

## 研究デザイン

### (検討1)

連携を開始した2016年1月1日から2016年12月31日(12ヶ月)の急性期病院において以下の項目を調べた。

- 在宅診療グループからの紹介患者数(入院・外来別)と、疾患の概要
- 在宅診療グループからの紹介入院患者の在宅復帰率(施設入所を除く)・平均在院日数

### 副次的項目

- 急性期病床・療養病床の病床利用率の変化
- 急性期病床の平均在院日数の変化

### (検討2)

連携を開始してから12ヶ月経過時に、在宅診療グループの医師を対象に以下の項目のアンケート調査を行った。

- 急性期病院に期待すること
- 連携により、紹介時のストレスが軽減したか
- 連携により、患者紹介が円滑化したか
- 連携病院の対応に満足できたか
- これからも連携病院に患者を紹介したいか

## 広域在宅診療グループの概要 (2015年)

茨城県(東北・関東地域)に5診療所・訪問看護ステーションを有するグループ



- 医師数 常勤17名  
非常勤23名
- 昨年(平成27年)一年間
  - 訪問回数 15255回
  - 看取り件数 216件
  - 患者数 約1600人
- 診療所 (Red circle)
- 訪問看護ステーション (Blue circle)
- 訪問介護事業所 (Purple circle)
- 在宅療養支援病院 (Red cross)

## 在宅療養支援病院 概要



### 診療科:

救急・総合診療科、消化器外科、内科(消化器・循環器)、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、訪問診療科、ピロリ菌外来、脊椎センター、禁煙外来、摂食嚥下専門外来(嚥下リハ、嚥下内視鏡、PEG/PTEG)

### 病床:

急性期病床(10:1看護)	42床
療養病床	48床
老人保健施設	100床

同グループで連携



# 結果

結果 在宅診療→急性期病院 紹介患者

- 期間: 平成28年1月1日～平成28年12月31日 (12ヶ月間)
- 全紹介患者数: 97例 (98例の依頼あり: 応需率99%)
- 入院患者数: 66例 (入院率68%)
- 入院患者の手術件数: 13例 (手術率20%)
- 入院患者の在宅復帰: 60例 (91%) (死亡2例、転院1例、療養病床入所2例、他施設入所1例)
- 入院患者の在院日数: 21.6±1.8日 (平均±標準偏差)



患者紹介元診療所による患者数と各地域の医療環境の特徴

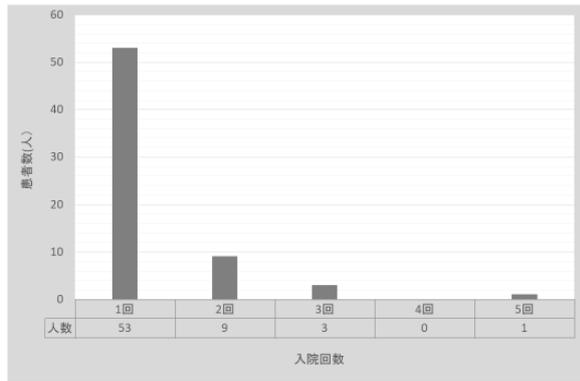
- 水戸: 3次救急病院2カ所、2次救急病院も数箇所ある。
- 茨城県: 医療機関は少ないが、近隣の水戸市の医療機関が担当
- 日立・ひたちなか: それぞれ3次救急病院があるが、地域に密着した2次救急病院がない。
- 東海村: 3次救急病院、総合病院はない。しかし、地域救急に積極的な2次救急病院が救急を担当

Table 1. 結果: 外来患者と入院患者の比較

	外来患者	入院患者	P-value
症例数	31例 (32%)	66例 (68%)	
年齢 (平均±標準偏差)	71.7±2.8	83.1±1.0	<0.001*
性別 (男性:女性)	9:22	18:48	1.00
疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 検査目的 23例 消化器内視鏡検査 15例 嚥下内視鏡 2例 その他、外傷に対する画像検査など</li> <li>• 専門外来受診 肛門科・泌尿器科・整形外科</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 食事摂取低下または不可能 38例</li> <li>• 肺炎 15例</li> <li>• 下血 5例</li> <li>• その他 移動不能・意識障害・肝性昏睡など</li> </ul>	
手術		13例に手術が施行 <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEG 4件</li> <li>• PTEG 2件</li> <li>• 気管切開 1件</li> <li>• 脳導管 1件</li> <li>• 胃底手術 1件</li> <li>• 直腸癌手術 1件</li> <li>• 非環状性鼠径ヘルニア手術 1件</li> <li>• 頭椎手術 1件</li> <li>• 痔瘻手術 1件</li> </ul>	

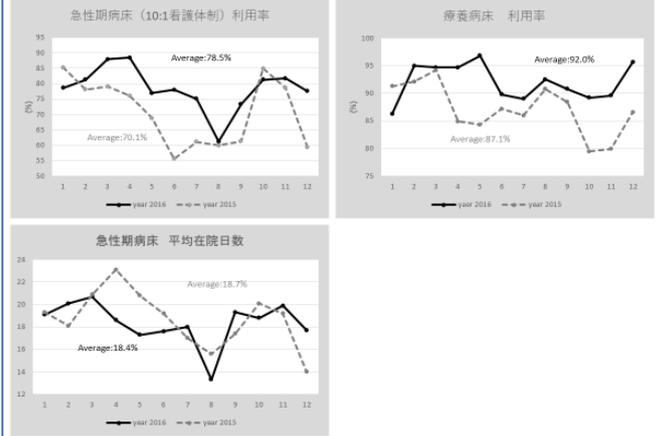
\* P-value <0.05

結果: 入院患者の一年間における入院回数の分布

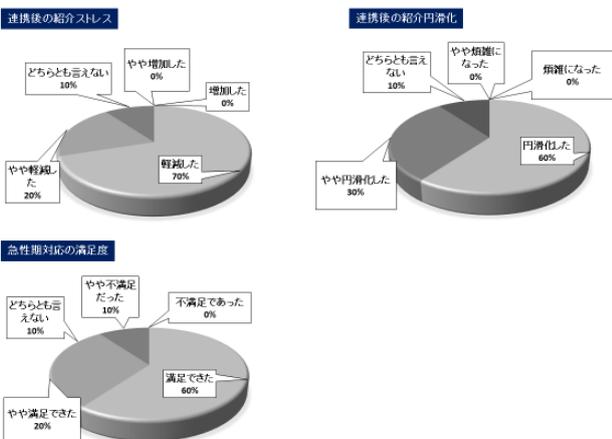


複数回入院の患者群には死亡症例はなく、全員が在宅復帰した。

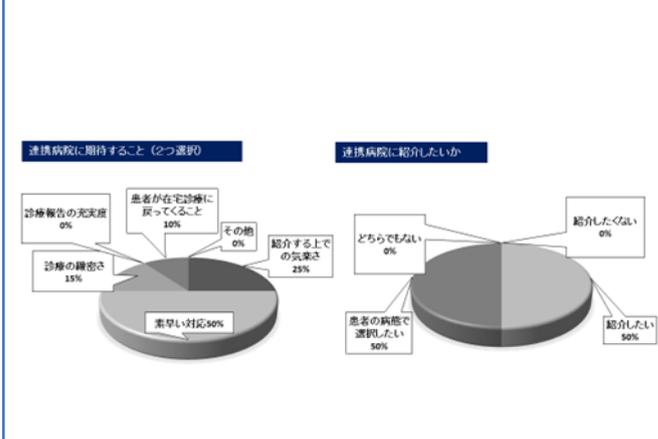
結果: 連携救急病棟の病床利用の変化 (前年比)



結果: 在宅診療グループアンケート



結果: 在宅診療グループアンケート



### 症例提示 ①

90歳 男性

脳梗塞後遺症で在宅診療を受けていた。「左足が痛い」との強い訴えがあり、在宅医が訪問した。身体所見にて非還納性鼠径ヘルニアと診断され、在宅療養支援病院へ救急搬送となった。

#### 問題点:

患者家族は、在宅療養支援病院の医師からは、「手術をしないと死んでしまうこと、また手術のリスク」の説明を受けた。家族は患者が高齢であることから手術を心配し、手術を受ける決心が付かなかった。

#### 在宅医と救急医の対応:

在宅で7年以上にわたり、同患者を訪問診療している医師が電話で家族と相談。訪問医より、年齢の割には心機能・呼吸機能がしっかりしていること、在宅療養支援病院の医師がこのような手術に精通していることを説明してくれた。その結果、家族は手術を決心した。

### 緊急 非還納性鼠径ヘルニア根治術



### 症例提示 ②

92歳 男性

度重なる脳梗塞でほぼ寝たきり状態。糖尿病合併、慢性心不全、慢性腎不全を合併。家族の献身的な努力で、なんとか経口摂取を行っていた。以上の病態で、訪問診療を受けていた。今回は誤嚥性肺炎を併発。リザーバーマスク10L/minの酸素投与でSpO2:80%を維持する状態で在宅療養支援病院へ救急搬送。

#### 問題点:

患者家族は、在宅療養支援病院の医師から、「人工呼吸器を装着すれば救命の可能性はある」との説明を受けた。また、「肺炎が治って救命できたとしても、気管切開が必要になるであろうこと、人工呼吸器から離脱できない可能性」の説明も受けた。結果、家族は最後まで献身的に患者のために尽くしてきたが、これ以上の処置を行うべきか判断ができなかった。

#### 在宅医と救急医の対応:

在宅で5年以上にわたり患者を診てきた在宅医が急遽、病院に来院。家族・在宅医・救命医の三者で人工呼吸器装着を行うかどうかを相談。在宅医から「今まで何度も脳梗塞で倒れて辛い闘病生活を送ってきたこと、まだ、話せるころの患者から、ただ生きているだけの状態で命をつなぐことは望まないことを在宅医が聞いていたこと」の話があり、家族も気持ちの整理が付いた。人工呼吸器は装着しなかった。

### まとめ

#### 在宅診療—急性期型在宅療養支援病院「1つの病院連携」の結果

- 入院患者の在宅復帰率(施設入所除く):91%
- 平均在院日数:22日

#### 副次的効果の検討

- 在宅診療グループ:
  - ① 紹介ストレスは軽減し、転院が円滑になった。
  - ② 急性期病院に期待することは、素早い対応と、紹介時の精神的気楽さであった。
  - ③ 紹介は、連携病院か、患者の病態で判断したいという意見に別れた。
- 急性期病院:
  - ① 紹介は近距離からが多く、また、急性期病院が集中する都市部からは少なかった。
  - ② 病床利用率が改善した。

# 在宅救急の 今後のために

### 「1つの病院連携」:3つの展望

- **臨床:**
  - ① 現在、地域医師会内でこの連携を拡大することを検討中。
  - ② 厚生労働省が推進する「地域医療連携推進法人制度」を利用して法的にも連携施設としての整備を検討中。
- **教育:**

「日本プライマリケア連合学会の家庭医専門医プログラム:いばらき地域医療プログラム」を来年度開設申請済み。

—在宅医療に精通し、かつ、救急医療の基礎を習得した「家庭医専門医(総合診療専門医)」の養成をこの2施設と地域医療機関で行う。
- **研究:**

「日本在宅救急研究会」  
在宅患者急変時の救急対応時の「本当の良き医療」を追求する研究会  
代表世話人:横田裕行(日本医科大学)  
発起人・世話人:照沼秀也(いばらき会)、小豆畑丈夫(青燈会・日本大学)  
創設 2017年4月8日  
厚生労働省記者会見 2017年5月11日  
第一回研究会 2017年7月22日

日本在宅救急研究会の創設 <http://zaitakukyuku.com/>

2017.5.11 厚生労働省記者会見



在宅医療患者の救急搬送 望ましい医療を考える研究会発足

日本在宅救急研究会の発足記者会見の様子が、NHK NEWS WEBに掲載されています。

第1回 日本在宅救急研究会 in 虎ノ門

日時 平成29年7月22日(土)13:30～18:00  
場所 発明会館地下ホール(東京都港区虎ノ門2-9-14)

シンポジウム『在宅医療と救急医療のあるべき体制づくり』

特別講演 『高齢者にとって“本当の良き医療”とはなにか？患者の目線で考える』

討論会 『日本在宅救急研究会が果たす役割とはなにか』

日本在宅救急研究会が検討しているプロダクト

- 一般人が使える「在宅患者急変時の緊急度判定マニュアル」(仮)  
総務省の緊急度判定第2版(7/21発表)を元に作成することを関係各所に打診して許可取得、仮プロトコルを作成し、日本在宅救急研究会参加医療機関で使用、その効果を検討する研究を計画。
- 在宅患者救急対応に関する「在宅医療機関と救急医療機関の協同診療の指針」(仮)  
日本在宅救急研究会のなかに作成委員会を設置して、在宅と救急医が協力して作成する。

日本在宅救急研究会 第一回研究会 2017.7.22 sat 東京



朝日新聞全国版2017.7.26 1つの病院連携・日本在宅救急研究会

**在宅医療×病院 どう連携**

**手術終末期：患者の安心のために**

医師や介護が必要な高齢者が自宅で安心して暮らしてもらうには、在宅と地域の中間施設への連携が欠かせない。その際、患者本人の意思や家族の意向を踏まえた連携が求められる。在宅と救急医療が連携して、手術終末期の患者の安心をサポートする。

**術後の治療 合同検討**

手術後の治療は、在宅と救急医療が連携して行う。在宅医療機関と救急医療機関が連携して、手術後の治療を円滑に行う。

**在宅医療と救急医療の連携**

在宅医療機関と救急医療機関が連携して、在宅医療と救急医療の連携を強化する。

**連携の仕組み**

在宅医療機関と救急医療機関が連携して、在宅医療と救急医療の連携を強化する。

**連携のメリット**

在宅医療機関と救急医療機関が連携して、在宅医療と救急医療の連携を強化する。

**連携のデメリット**

在宅医療機関と救急医療機関が連携して、在宅医療と救急医療の連携を強化する。

**連携の今後の展望**

在宅医療機関と救急医療機関が連携して、在宅医療と救急医療の連携を強化する。

「どこよりも早い！日本版敗血症診療ガイドライン2016とSSCG2016の解釈と利用法」

2017年10月7日(土) 15:00-19:30 新宿NSビル

詳細はHP: <https://yama9.wordpress.com/>

- 講演(前半)
- ①ガイドラインとは？日本版敗血症診療ガイドライン2016とSSCG2016の作り方の違い  
国際医療福祉大学外科 MINDS 吉田雅博 先生
  - ②敗血症の定義と初期蘇生  
慶応義塾大学 救急医学 佐々木淳一 先生
  - ③感染巣コントロール  
日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 小豆畑文夫 先生
- Coffee break (演者と参加者の交流)
- 講演(後半)
- ④敗血症性DICの治療  
愛媛大学医学部救急医学 教授 相引眞幸 先生
  - ⑤血液浄化療法  
福岡大学医学部 救急医学 中村佳彦 先生
  - ⑥IVIG  
岩手医科大学 救急・災害・総合医学講座 鈴木泰 先生
- Closing remark & coffee break (演者と参加者の交流)

結語

“在宅と救急の一つの病院連携”は高齢者の在宅救急医療の円滑化に寄与する可能性があると考えられる。

しかし、この連携は非常に限定された地域で行われたものであり、様々な医療機関で有効に働くかはわからない。また、この連携だけで解決できない問題も多くある。

我々は、この経験を生かして、日本在宅救急研究会を母体に、在宅医療を受けている高齢者にとっての普遍的な“本当の良き医療”を追求していきたいと考える。

続いて、本研究会の発起人の1人でもある小豆畑丈夫先生が登壇し、現在、茨城県内で取り組んでいる「1つの病院連携」の概要とその成果について講演しました。

「1つの病院連携」は、救急医と在宅医、訪問看護師や介護士など関係者全員が、あたかも1つの病院のスタッフであるかのように一致団結したチームになって1人の患者さんの治療やケアに当たろうという試みです。小豆畑先生は自身が院長を務め、急性期医療も担う在宅療養支援病院・小豆畑病院（茨城県那珂市）では、2016年1月から広域在宅診療グループと連携して「1つの病院連携」に取り組んできました。

「高齢者人口の大幅増加に伴い、在宅医療のニーズはますます高まっているが、在宅医療さえ充実していればよいかという、決してそうではない。急変増悪時に患者を搬送できる救急の受け入れ態勢が整っていない限り、患者さんのために本当に良い治療を提供しているとはいえない」という問題意識から、「1つの病院連携」の取り組みを始めたという小豆畑先生。「例えば糖尿病の患者さんの治療には内科の先生と外科の先生がチームになって治療にあたり、退院後は内科・外科両方の外来に通い続けますよね。それと同じイメージで在宅と救急、看護が一致団結して患者さんのためにより良い医療を提供しようというのが『1つの病院連携』の基本的な考え方です」と説明しました。

その上で小豆畑先生は「在宅医療を受けている患者さんが救急搬送された際、患者さんに関する医療情報が少ないことがしばしば問題になる。特に担当の在宅医の先生と連絡が付かない場合は、どのような処置をするかの判断に時間がかかり、結果的に患者本人、家族が望まない救命処置をせざるを得ないこともある。逆に普通に治療すれば十分回復する見込みがあるのに、家族から『延命治療はしないと決めています』と言われることもある」と自身の救急医としての経験を紹介し、「こういった問題は、在宅医療の担当医に連絡さえ取れば、三者で話し合っ解決できることなのに、なかなかうまくいかないことが多く、そのため、在宅医療を受けている患者に苦手意識を持っている救急医は少なくない」と指摘しました。

小豆畑病院では、これまで1年余にわたってこの取り組みを続けており、これまでに受け入れ要請のあった患者数は99、うち受け入れが出来なかった例が1例で、応需率は99%。受け入れた98例のうち入院が66例、手術を行ったのは13例、平均入院日数は22日、在宅への復帰率は91%に上っています。小豆畑先生は「高齢者を多く入院させると病院経営の効率が低下するのではないかという意見もあるが、ここ1年余りの経緯を見る限り、むしろ病院の稼働率は上がっている。また、連携先からの搬送は通常の診療時間中が多く、夜間や休日の受け入れは1割程度であった」とし、「1つの病院連携」が、病院経営にもプラスになっていると述べました。また連携先の広域在宅診療グループを対象に行ったアンケートでは、連携したことによって「ストレスが軽減した」と答えた人の割合は90%、救急側とのやりとりが「円滑化した」と答えた割合が90%、この取り組みについて「満足」と答えた人も80%に上りました。なお連携病院に期待することについては「すぐに受け入れてくれること」「気楽に頼めること」との回答が最多となりました。

続いて、小豆畑先生による「1つの病院連携」の事例紹介がありました。

#### <事例1>在宅医の助言で手術を行った事例

90歳の患者。左脚の痛みを訴えて救急搬送されてきたが、検査の結果、実は鼠径ヘルニアを発症しており、即手術が必要なほど危険な状態であった。しかし家族は患者が高齢であることや手術のリスクに不安を覚え、手術を受けさせる決心を付けられずにいた。しかし、日常的に在宅診療を受けている医師が電話で家族に「小豆畑先生は、この分野の手術を多数手がけているので、安心して任せられる」と助言してくれたことから、家族は手術を決意。手術は成功し、患者は今も元気に自宅で過ごしている。

#### <事例2>在宅医の助言で患者本人のリビング・ウィルを尊重できた事例

92歳の患者。度重なる脳梗塞に加え、心不全、腎不全、糖尿病を併発。家族が苦勞して経口で食事をさせていたが、誤嚥性肺炎を起こし、大量の酸素吸引によって、かろうじて呼吸ができていた状態で搬送されてきた。救命はできるかもしれないが、人工呼吸器と気管切開も必要になる見込みであることは明らかであった。在宅医も交えて家族と3者で話し合いをした際に「患者さん本人は、以前『ただ生きているだけという生き方はしたくない』とっていましたよね」と家族に患者本人のリビング・ウィルを思い出させてくれた。これによって家族は人工呼吸器をつけないことを決断。患者さんは亡くなったが、家族の皆さんからは「本人の意思を尊重できた」と感謝の言葉を寄せられた。

これらの事例を通じて得た気づきとして、小豆畑先生は「1つの病院連携」をスムーズに運営するためのポイントを次のとおり紹介しました。

- ・日常から「顔の見える関係」作りを進めておくこと。
- ・必ず医師同士で患者情報の交換をすること
- ・簡易な双方向患者紹介システム(例：医師名やよくある疾患があらかじめ記入されており、チェックを付けるだけで済むようにフォーマット化された紹介状など)を整備すること
- ・勉強会などの集まりを頻繁に開催し、関係者の信頼関係を築いておくこと
- ・一人の患者のために、必ず合同カンファレンスを開催すること
- ・退院後のケアについて、両施設で検討すること
- ・合同理事会を開催すること

最後に小豆畑先生は「以上のような研究成果を今後の医療に生かすために、このほど、今年、家庭専門医プログラムを申請した。この認可が下りれば、在宅医と救急医の連携の大切さをしっかり理解した若い人材の育成に取り組むことができる。さらに今後は日本在宅緊急研究会等の活動を通じて、『1つの病院連携』の取り組みを積極的に発信していく。同時に研究会から緊急度判定マニュアルなど独自のプロダクトを発信し、真の『良い医療』の実現に貢献していく」と決意を述べ、講演を締めくくりました。

## ⑦ 特別発言

太田 祥一 先生

(医療法人社団親樹会 恵泉クリニック)





**在宅医療**      **救急医療**

病院前医療（メディカルコントロール）  
全身を診る ⇒ 総合的判断  
内科的な知識＋外科的な手技 ⇒ 総合診療  
精神的、家族へのサポート  
急性期対応から終末期医療・看取りに対応  
24時間体制  
チーム医療、コミュニケーション  
社会との接点

思いを馳せる 想像力を豊かにする

急病のために準備していること

予後予測に基づいて、本人、家族の思いを汲みながら説明する

あらかじめ、考えられる変化を具体的に伝える。

状態が変化したらそのつど説明する。

どうしても入院、になりそうだったら  
往診する  
消防に丸投げしない  
看取りでは救急車を呼ばない  
事前連絡、受け入れ確認をする  
目的（予後予測）、了解事項を明確に伝える  
救急車の適応を考え、説明する

これから求められる医療・看護・介護のプロ

- 人、地域、医療、看護、介護、社会を知る。
- コミュニケーション⇨思いを馳せる。
- 生活、多職種の視点から目標を設定する。
- 総合診療＋救急＋最終段階＋死後の対応
- エビデンス（予後予測、救命の限界と質）
- 意思決定支援（リビングウィル、入退院）
- メディカルコントロール
- プロフェッショナリズム・プライド

しなやかに連携・協働する

地域包括ケアシステム＝地域でのみまもり

スマートエイジング  
在宅医療支援隊

予防

応急手当・救急システム  
知識 + 技術  
リビングウィル

我が家、地域でずっと暮らす  
地域（仲間）で支える



### これからの在宅医療

住み慣れた地域で最期まで安心して暮らし続ける  
いつもどおり生き切る

早期発見・救急対応・予後予測・適応判断

在宅トリアージに基づく救急集中医療、看取り  
重症度、医療依存度が高い患者への対応（3次）  
救急医療との協働

### これからの急性期医療

現状をよく知る 前医と協働する

予後予測に基づく目標設定（治るか）＋患者・家族の意思

地域での生活視点からの目標設定（元の生活ができるか）  
早期に積極的治療 or 終末期、緩和医療

どこでどのような生活をするか（地域を意識する）  
いつどのような状態で退院するか（チームを意識する）

入院支援⇒退院支援＝意思決定支援

シンポジウム最後の特別発言では、太田祥一先生が「在宅と救急は正反対のように思われるが、実は共通点が多く非常に近い関係にある。在宅と救急が看護や介護とともにうまく連携してより良い医療を提供するためには、まず、お互いに想像力を豊かにして想いを馳せあうことが重要。在宅医はこの患者がどのような救急医療をどういうように受けるかを想像して行動する、救急医はこの患者がその後生活していくにはどうすればよいのかを考えて処置に当たる…、これだけで両者の距離はぐっと縮まり、生活視点の医療が提供される」と述べ、「在宅救急の質を向上させるために、高齢者のゴールが『生活』であることを忘れず、全ての関係者が社会や地域、医療、看護、介護について知り、しなやかに発展していこう」と呼びかけ、第1部のシンポジウムのまとめとしました。

### 3. 特別公演

「高齢者にとって“本当の良き医療”とは何か？  
患者の目線で考える」

演者：会田 薫子 先生

（東京大学大学院人文社会系研究科死生学・  
応用倫理センター上廣死生学応用倫理講座 特任教授）



# 高齢者にとって “本当の良き医療”とは何か ～患者の目線で考える～

会田薫子  
東京大学 死生学・応用倫理センター 上廣講座

## 日本人の高齢者観

<建前>

敬老精神（儒教の影響）

<本音>

老人への蔑視意識

(副田義也)

## 高齢者と近代化理論

- ・過去の経験と知識が貴重な社会では  
高齢者は尊敬され大切にされる
  - ・過去の経験と知識が役に立ちにくい社会では  
高齢者には価値がなく、尊敬されない
- ↓
- ・現代の先進国の社会は変化が激しく、過去の  
経験と知識は役に立たないことが多いから、  
高齢者は尊敬されない

(コーギル, 1974)

「人間が最後の10年ないし15年の間、  
1個の廃品でしかないという事実は  
我々の文明の挫折をはっきりと示して  
いる」

『老い』 S.ボーヴォワール, 1970

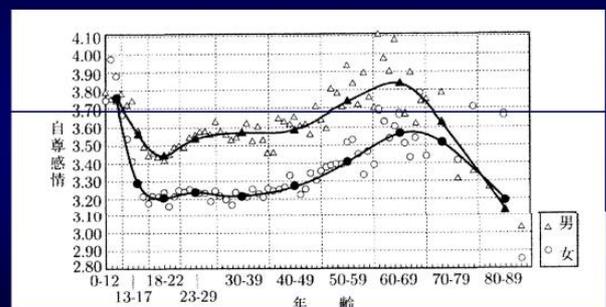
## 高齢者差別 (ageism, agism)

“age-ism”という造語 R. バトラー, 1969  
アメリカ老年学の権威

- ・ 高齢であることによるステレオタイプ化
- ・ それによる差別意識、蔑視、態度

「人類が克服すべき差別の1つ」

## 自尊感情の変化



Richard RW, et al. (2002). 下仲順子『高齢期の心理と臨床心理学』(2007)

## 人の尊厳とは

### 尊厳(dignity)の意味

1. 厳か、穏やかで、自己抑制の効いた振る舞い、ないし現れのこと
2. 尊重に値する質のこと
3. 誰かの尊厳とは、誰かが自分の重要性について持つ感じ。自らに価値があると感じること  
(Cobuild English Language Dictionary)

7

## 人の尊厳とは

### 尊厳(dignity)の意味

1. 厳か、穏やかで、自己抑制の効いた振る舞い、ないし現れのこと
2. 尊重に値する質のこと
3. 誰かの尊厳とは、誰かが自分の重要性について持つ感じ。自らに価値があると感じること  
(Cobuild English Language Dictionary)

8

## 人の尊厳とは

### 尊厳(dignity)の意味

1. 厳か、穏やかで、自己抑制の効いた振る舞い、ないし現れのこと
2. 尊重に値する質のこと
3. 誰かの尊厳とは、誰かが自分の重要性について持つ感じ。自らに価値があると感じること  
(Cobuild English Language Dictionary)  
— 主観的自己評価(自尊心)が高いこと  
自らの生、あり方を肯定できること (清水)

## 「良い医療」

- ・自尊心の維持・向上に貢献する医療
- ・一人ひとりが自己肯定できる生き方、生活、人生に貢献する医療

10

## 意思決定プロセスガイドライン

### 高齢者ケアの 意思決定プロセス

本人の意思を尊重し  
本人の最善のために  
皆と一緒に  
決めましょう



医学と看護社

### 【構成】

- 第一部 医療・介護における意思決定プロセス
- 第二部 いのちについてどう考えるか
- 第三部 AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

## 意思決定型の変遷

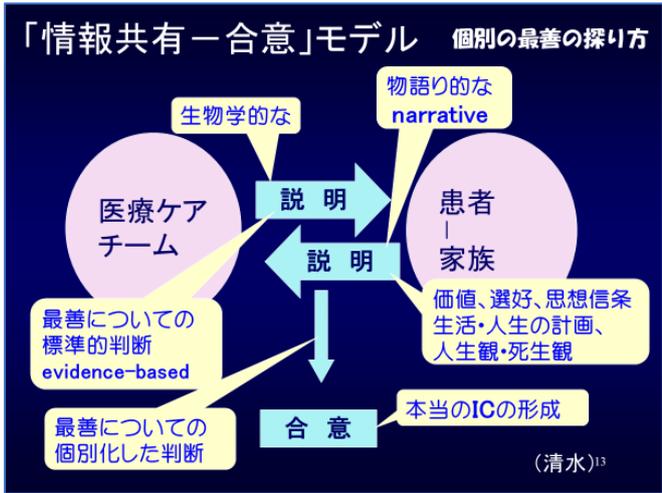
父権主義

消費者主義

患者の「自己決定」

患者側と医療側の共同決定  
コミュニケーション重視

(Roter, 2000)



### 意思決定プロセスガイドライン

【構成】

- 第一部 医療・介護における意思決定プロセス
- 本人の意思を尊重し  
本人の最善のために  
皆と一緒に  
決めましょう
- 第二部 いのちについて  
どう考えるか
- 第三部 AHN導入に関する  
意思決定プロセス  
における留意点

高齡者ケアの意思決定プロセス  
2012年版  
社団法人 日本老年医学会 編

### 意思決定プロセスガイドライン

【構成】

- 第一部 医療・介護における意思決定プロセス
- 第二部 いのちについて  
どう考えるか
- 第三部 AHN導入に関する  
留意点

人生のために生命を支える

高齡者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン  
人工的水分・栄養補給の導入を中心として  
2012年版  
社団法人 日本老年医学会 編

### 意思決定プロセスガイドライン

【構成】

- 第一部 医療・介護における意思決定プロセス
- 第二部 いのちについて  
どう考えるか
- 第三部 AHN導入に関する  
留意点

人生 ≥ 生命

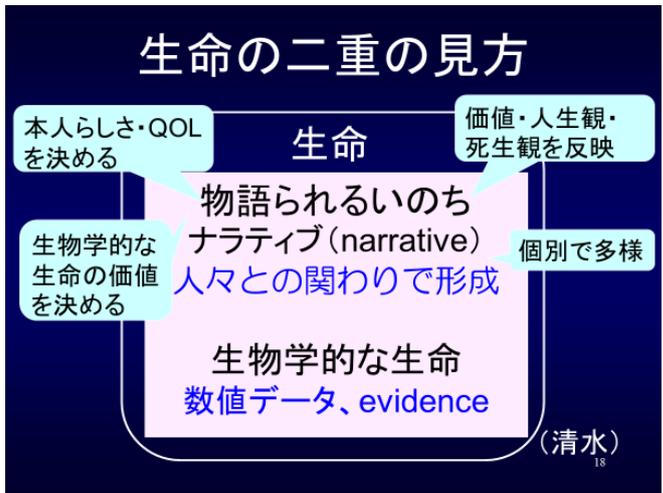
高齡者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン  
人工的水分・栄養補給の導入を中心として  
2012年版  
社団法人 日本老年医学会 編

### 意思決定プロセスガイドライン

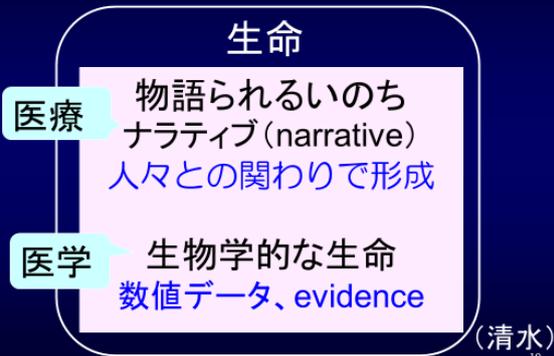
高齡意思に関する人工的水分  
2012年版  
社団法人 日本老年医学会 編

もっばら生存期間の延長を目指すのではなく、本人の価値を尊重し人生にとっての最善を目指す。QOL重視

第三部 AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点



## 生命の二重の見方



## 「疾患」と「病い」の違い

「医師は疾患を診る。患者は病いを経験する」

*The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*

疾患 (disease): 組織・臓器等の構造や機能の変化

病い (illness): 患者が経験している症状や苦悩

(Arthur Kleinman, 1988)

## NBM (narrative-based medicine)

「物語りに基づいた医療」

(1990年代後半、英国)

患者が病いについて語ること、患者自身にとって大切なこと、価値判断、これまでの人生、これからの目標など、疾患だけでなく、その患者本人について患者が語る「物語り」から、患者の抱えている問題に対して全人的(身体的、心理・社会的)にアプローチしていこうとする臨床手法

(Greenhalgh & Hurwitz, BMJ, 1998)

## NM (narrative medicine)

「物語り医療」

(2000年頃～、米国)

・コロンビア大学 Rita Charon

Narrative Medicine Project

“narrative competence” (物語り能力) を通じて実践される医療

病いの物語りを認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動するために必要な能力。

## 事例

Aさん(80代男性): 喉頭がん、高度の難聴  
「治療方針は長男に任せる」

Drの提案: 「喉頭全摘永久気管孔」

☞ 診療ガイドラインの推奨

長男: 「お願いします」⇒ 方針決定

NsがAさんと筆談:

Ns 「退院したら、どう過ごしたいですか？」  
Aさん 「まだまだ一人で暮らしたい。誰の世話にもなりたくない。趣味はそば打ち。これからも友達と、ウチでみんなでそばを食べたい」

⇒カンファレンス ⇒ 方針変更: 放射線療法

23

## 本人の意思が不明なとき

- 本人にとっての最善をどう知るか？  
➡ 本人像にどう迫るか？
- 大切にしてきたことは？ 考え方？  
どんな人生を送ってきたか？ 家族は？  
本人の幸せは？ などなど・・・ (石垣)

家族らとスタッフ間の  
コミュニケーションのプロセスにおいて探る

## 事例

Bさん(85歳): 脳梗塞を繰り返し、寝たきり、摂食嚥下困難、疎通困難、経鼻栄養、生命予後: 年単位

- ・経鼻チューブを頻繁に抜く
- ・家族は胃ろう造設に反対(身体観に反する)

問: 今後の人工栄養をどうすべきか?

- 選択肢
- ① 経鼻栄養の継続
  - ② 家族を説得して胃ろう造設
  - ③ ポートを造設して中心静脈栄養
  - ④ 終末期なら末梢点滴

本人の最善を探る⇒人生のエピソードを探索する

## 事例

Bさん(85歳): 脳梗塞を繰り返し、寝たきり、摂食嚥下困難、疎通困難、経鼻栄養、生命予後: 年単位

- ・経鼻チューブを頻繁に抜く
- ・家族は胃ろう造設に反対(身体観に反する)

問: 今後の人工栄養をどうすべきか?

- 選択肢
- ① 経鼻栄養の継続
  - ② 家族を説得して胃ろう造設
  - ③ ポートを造設して中心静脈栄養
  - ④ 終末期なら末梢点滴

⑤ 好きなコーヒーで氷のかけらケア

## 日本老年医学会「立場表明2012」

### 「本人の満足」を物差しに」

高齢者の医療およびケアにおいては、**苦痛の緩和とQOLの維持・向上**に最大限の配慮がなされるべきである。

## 日本老年医学会「立場表明2012」

### 「最善の医療およびケアを受ける権利」

何らかの治療が、**患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある。**

## 治療の終了に 関する法的懸念??

日本老年医学会と朝日新聞の共同調査

回答した会員医師1000人中、  
「2割が人工栄養の中止を過去1年間以内に経験」

「中止について、4割が法的な責任を問われるとの不安は残る」

朝日新聞2012年6月28日

## 治療の終了に 関する刑法上の懸念は杞憂

法律家対象の調査

「司法の介入は実際上はあり得ない」という  
研究班の見解に反対した法律家はゼロ。

「各現場で複数の医療者・患者家族間で、  
どうすることが患者のためなのか話し合っ  
て合意形成すれば、法的問題にならない」



(樋口)

厚生省「終末期医療の決定プロセスに関するガイド  
ライン」(2007)の趣旨

## 延命医療の終了か殺人か

1991年、東海大学附属病院事件

がん末期患者に塩化カリウムを注射  
判決：殺人罪、懲役2年、執行猶予2年

1998年、川崎協同病院事件

気管支喘息発作で意識不明患者に筋弛緩剤を注射  
判決：殺人罪、懲役1年6月、執行猶予3年

2004年、北海道立羽幌病院「事件」

誤嚥でCPA、心拍再開「脳死状態」、人工呼吸器を外して看取り  
延命医療中止事例で初の書類送検・・・不起訴

2006年、富山県射水市民病院「事件」

末期患者から人工呼吸器を外して看取り  
延命医療中止事例・・・不起訴

31

## 延命医療の終了か殺人か

1991年、東海大学附属病院事件

がん末期患者に塩化カリウムを注射  
判決：殺人罪、懲役2年、執行猶予2年

1998年、川崎協同病院事件

気管支喘息発作で意識不明患者に筋弛緩剤を注射  
判決：殺人罪、懲役1年6月、執行猶予3年

2004年、北海道立羽幌病院「事件」

誤嚥でCPA、心拍再開「脳死状態」、人工呼吸器を外して看取り  
延命医療中止事例で初の書類送検・・・不起訴

2006年、富山県射水市民病院「事件」

末期患者から人工呼吸器を外して看取り  
延命医療中止事例・・・不起訴

32

## 延命医療の終了か殺人か

1991年、東海大学附属病院事件

がん末期患者に塩化カリウムを注射  
判決：殺人罪、懲役2年、執行猶予2年

1998年、川崎協同病院事件

気管支喘息発作で意識不明患者に筋弛緩剤を注射

人工栄養でも、透析でも、その他でも同じ

2004年、北海道立羽幌病院「事件」

誤嚥でCPA、心拍再開「脳死状態」、人工呼吸器を外して看取り  
延命医療中止事例で初の書類送検・・・不起訴

2006年、富山県射水市民病院「事件」

末期患者から人工呼吸器を外して看取り  
延命医療中止事例・・・不起訴

33

## 不要な治療を終了して看取ること

- ・厚労省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007)
- ・日本救急医学会「終末期医療ガイドライン」(2007)
- ・日本老年医学会「立場表明2012」(2012)
- ・日本老年医学会「人工的水分・栄養補給法  
の意思決定プロセスガイドライン」(2012)
- ・日本透析医学会 (2014)
- ・救急・集中治療・循環器学会合同(2014)

## 治療の終了に 関する民事訴訟の懸念は？

意思決定プロセスを丁寧に進めること  
によってリスクを低減可能

35

「意思決定プロセス・ガイドラインは  
わかりにくい、使えない」という批判

- ・診療ガイドラインとの大きな相違
    - \* マニュアル的な判断基準
  - ・プロセス・ガイドラインは
    - \* 踏むべきプロセスを示したもの  
「どうあるべきか」を考える
- ➡ 臨床倫理のガイドライン

## 「プロセス・ガイドライン」の先行例

厚労省「終末期医療の**決定プロセス**に関するガイドライン」(2007)

- 「こういう場合には治療中止してよい」等の記載ではなく、以下のプロセスを定める
  - ・ 医師単独ではなく医療・ケアチームで対応
  - ・ 患者の意思を尊重し、患者・家族と医療・ケアチーム間で話し合う
  - ・ 緩和ケアの重要性

What ではなく How (樋口)

37

## 「プロセス・ガイドライン」の先行例

WHO「緩和ケア」とは

- ・ 痛みや苦痛を緩和する。QOLの維持・向上を目指す。
- ・ 生命を重んじ、自然な流れの中での死を尊重する。
- ・ 死を早めることも、いたずらに遅らせることもしない。
- ・ 患者さんが自分らしく生きていけるように支える。
- ・ 家族のことも含めサポートする。

- ・ 緩和ケアの重要性

What ではなく How (樋口)

38

## 「プロセス・ガイドライン」の先行例

厚労省「終末期医療の**決定プロセス**に関するガイドライン」(2007)

- 「こういう場合には治療中止してよい」等の記載ではなく、以下のプロセスを定める
  - ・ 医師単独ではなく医療・ケアチームで対応
  - ・ 患者の意思を尊重し、患者・家族と医療・ケアチーム間で話し合う
  - ・ 緩和ケアの重要性

What ではなく How (樋口)

39

## 「プロセス・ガイドライン」の先行例

厚労省「**人生の最終段階における医療の決定プロセス**に関するガイドライン」(2015)

- 「こういう場合には治療中止してよい」等の記載ではなく、以下のプロセスを定める
  - ・ 医師単独ではなく医療・ケアチームで対応
  - ・ 患者の意思を尊重し、患者・家族と医療・ケアチーム間で話し合う
  - ・ 緩和ケアの重要性

What ではなく How (樋口)

40

## 「終末期医療」



## 「人生の最終段階における医療」

最期まで尊厳を尊重した、人間の生き方に着目した医療の重要性

シンポジウム終了後、10分間の休憩をはさんで、東京大学大学院の会田薫子先生による特別講演が行われました。会田先生の講演の概要は次の通りです。

#### <講演概要>

まず、社会での高齢者の立ち位置について考えてみましょう。私たち日本人は高齢者に対してどのような感情を持っているのでしょうか。日本人は儒教の影響を受けているので、他の東アジアの国々と同じく、敬老精神を持つ人が多いと言われています。しかし、社会学者の副田義也先生は、日本人の敬老精神は表面的なもので、実は高齢者への蔑視意識を強く持っている人が多いと指摘しています。高齢者への蔑視意識は西洋諸国においてより顕著にみられ、「高齢者と近代化理論」を発表したコーギルは、過去の経験と知識が重要な社会では高齢者は尊敬され大切にされたが、それらが役に立ちにくい社会では高齢者に価値はなく尊敬されない」と指摘しています。現代の先進国の社会は変化が激しく、過去の経験や知識が役に立たないことが多いので、高齢者は尊敬されない、ということです。フランスの哲学者のボーボワールは『老い』という本の中で「人間が最後の10年ないし15年の間、1個の廃品でしかないという事実は我々の文明の挫折をはっきりと示している」と述べています。とてもショッキングな言葉ですが、現代社会での高齢者の扱われ方には、この言葉通りの側面があるのではないのでしょうか。

アメリカの老年学の権威であるロバート・バトラーは、「エイジズム」、つまり「高齢者差別」という新しい言葉を作り、これは人類が克服すべき差別問題の1つであると指摘しました。バトラーは、特にアメリカではエイジズムはレイシズム（人種差別）、セクシズム（性差別）と並んで非常に深刻な問題であると述べています。また、アメリカで10代～80代までの人たちを対象に行われた自尊感情に関する調査では、全世代を通じて男性の方が高く女性が低いことがわかりましたが、男女とも70歳前後になると自尊感情が急速に低下してくることがわかりました。自分自身に存在価値があると思っている人は70代以降、年齢が上がるにつれて減ってくるということです。この事実を医療・介護の文脈で考える場合、私たちは「人間の尊厳」という言葉をもう1度よく考える必要があります。尊厳とは「主観的自己評価、つまり自尊感情が高いこと。自らの生や自らの在り方を肯定できること。今こうやって生きていることを自分で肯定できること」です。その意味で、「良い医療」とは、自尊感情の維持・向上に貢献する医療、そして一人ひとりが自己肯定できる生き方、患者さんの生活や人生に貢献してくれる医療であるということです。

そして「良い医療」を考える上で参考になるのが、日本老年医学会の「意思決定プロセスガイドライン」です。このガイドラインの第1部「医療介護における意思決定プロセス」では、ご本人の意思を尊重し、ご本人の最善のために皆と一緒に考えて決めましょう、患者さんと医療側で共同決定しましょう、という考え方を紹介しています。共同決定する際には、当然ながら、コミュニケーションが非常に大切です。患者さんはしばしばご家族などを伴って医療機関

を訪れます。来院してまず行うのは、検査です。検査が終わると、医師から検査結果について病状と治療法などについて「生物学的な説明」があります。生物学的説明は客観的なエビデンスに基づいていますので、標準的であり、患者が誰であれ症状が同じであれば同じ説明になります。一方、患者側は医師からの説明を聞いたあとで、自分たちからも医師に説明をします。これを「物語的な説明」と言います。その内容は、価値や好みや思想・信条、生活や人生の計画、仕事の都合などで、人生観や死生観が関係する場合があります。つまり、患者さんやその家族が何を大切にしているのか、何にポイントを置きたいのか、ということです。治療方針を決めるにあたって、患者さんは物語的説明を医師にすることによって、医師が提案した治療法が自分の物語の内容を損なうのであれば拒否し、自分の物語を豊かにするのであれば受け入れます。医師の方は、患者側の物語的説明を聞いて、患者の物語に合わせて最初とは別の治療法を提案したり、最初に提案した治療法をその患者に合わせてアレンジしたりします。こうやって、コミュニケーションをとることによって、医師と患者の共同決定がなされていくのです。ただし、救命救急の現場では、このように時間をかけて意思決定をすることはできませんので、救急の場面では取り急ぎ救命措置を施し、落ち着いてから、このような共同決定のプロセスにのっとった意思決定をやってほしいとお願いしています。

ガイドラインの第2部「いのちについてどう考えるか」は、人生のために生命を支えようという考え方に基づいています。生命よりも人生が優位であるという考え方、もっぱら生存期間を伸ばそうとするのではなく、本人の価値を尊重し、人生にとっての最善を目指そうというQOL重視の考え方を明確に表しています。この考え方の背景にあるのは、「生命の二重の見方理論」です。これは、生物学的な生命（身体）を土台にして、人生の物語を語りながら作っていつている存在であるという考え方のこと。体は一人にひとつずつですが、物語は関わる人と一緒につくるもの。例えば今日の私の物語は、この研究会に参加している皆様と一緒に作っています。皆様の物語は、私の物語と重複しています。相手との関係が深ければ深いほど、お互いの人生の物語の重複部分は多くなりますよね。

体の調子が悪くなると、病院に行って検査してもらって、数値データがでます。データが出たものについては、できるだけエビデンス・ベーストで介入してもらおうとするのは、体の調子を整えることによって、人生の物語の内容をより豊かにしていこうとすることに他なりません。人生は、私たちの価値や死生観を反映しているものです。人生の物語は非常に多様で、人の数だけ物語があります。自分らしさやQOLの高さは身体の特徴によって決まるのではなく、「どんな人生の物語を作っているのか」によって決まります。さらに言えば、生物学的な生命の価値も、「どんな人たちと一緒にどんな人生の物語を作っているのか」によって大きく左右されます。医学は当然ながら身体に注目しますが、医療は物語に注目してほしいということです。アメリカの医療人類学者、アーサー・クラインマンは1988年に出した『病いの語り』という本の中で「医師は疾患を見る、患者は病を経験する」と指摘しました。この場合の疾患は組織や臓器の構造や機能の変化を指します。これは医師が患者を診断するとき、見出そうとする変化です。これは医療の基本として非常に重要なことですが、その上で医師には「患者さんは

どんな苦悩を経験しているのか、患者さんの人生の物語はどう変化しているのか」に注目して欲しいということです。これをいち早く取り入れたのが、90年代のイギリスで生まれた「narrative based medicine」(物語に基づいた医療)。患者が病いについて語ること、患者さんがこれまで紡いできた人生の物語をもとに、患者さんの抱える病に対して全人的にアプローチしていこうという考え方にたった臨床手法です。その後、アメリカではコロンビア大のシャロン教授が、メディカルスクールの学生たちに物語能力(患者さんの病いの物語を認識して吸収・解釈し、それに心動かされて行動するための医療関係者には必須の能力)を養う教育を始めました。

ここで私たちが取り組んだ事例を紹介しましょう。

#### **事例1** 喉頭がんで高度の難聴がある80歳の男性Aさんのケース

Aさんは難聴があるので、「治療方針は長男に任せる」という意思を持っていました。これに対して医師は診療ガイドラインに従って「喉頭全摘 永久気管孔」を治療法として、Aさんの長男に提案、長男はこの提案を受け入れました。しかし、そこに同席していたナースが後日、Aさんに筆談で「退院したら何をしたいですか？どう過ごしたいですか？」と聞いたところ、Aさんは「まだまだ一人で暮らしたいし、誰の世話にもなりたくない。だって体はこんなに元気ですから。これからも趣味のそば打ちを続けて、自宅で友達と一緒にそばを食べたい」と筆談で答えたそうです。これを見たナースは、大いに戸惑いました。永久気管孔になったら、そばを美味しく食べることはもちろん、自宅で一人暮らしをすることすら難しくなります。ナースがAさんにその旨を伝えたところ、Aさんは別の治療法の提案を希望。関係者はAさんの希望する生活を実現できる治療法をさぐるためにカンファレンスを開催、結果として永久気管孔を取りやめ、放射線療法に方針転換することを決定。これにより余命は短くなる可能性がありましたが、Aさんは放射線療法を選んだそうです。

さて、Aさんは筆談によって意思表示ができる方でしたが、筆談によっても意思表示ができない方の場合は、どうすればよいのでしょうか？疎通困難の患者さんの場合は、どうやって本人にとっての「最善」を知ればよいのでしょうか？この問いについて、看護の石垣靖子先生は「患者さんの人物像に迫ること、つまり『この人はどんな人なのか』を探っていきましょう」とおっしゃっています。これまでの人生でどんなことを大切にしてきたのか、どんなときに喜び、どんなときに怒ったのか、どんなときに幸せを感じていたのか。ご本人の価値観がわかるようなエピソードを家族から聞くことによって、その患者さんにとっての「最善」をみつけようという方法です。家族に聞き取りをすることによって、家族と医療関係者とのコミュニケーションが増えて信頼関係が深まり、結果として家族へのケアにもつながります。

#### **事例2** 脳梗塞で寝たきりの80歳の男性Bさんのケース。

脳梗塞を繰り返したBさんは、寝たきりで経鼻栄養の生活を送っており、嚥下困難・通困難の状態です。担当の看護師によると、Bさんは経鼻栄養のチューブを頻繁に抜いてしまっていました。Bさん本人はもう「嫌だ」という意思を言語化することはできませんでした。

しかし、看護師には B さんの行動は「嫌だ」という気持ちの表れだとしか思えなかったそうです。でも、B さんがチューブを抜くたびに「戻しておいてね」と指示を受けます。その板挟みになって看護師は随分悩んでいました。もちろん医師も、B さんのような患者には経鼻栄養よりも胃ろうの方が適しているとご家族に提案しましたが、ご家族は拒否していました。今後、B さんにはどんな人工栄養を使うのが良いのか、事例検討会でもなかなか答えが出ませんでした。

そんな中、ある人から「B さんにとっての最善を見出すために、B さんの人生のエピソードを探索しませんか」という提案があったのです。そこで、看護師に「B さんの食べ物や飲み物に関するエピソードはないか」と尋ねたところ、「B さんはまだ日本でコーヒーが珍しかったころから、コーヒー豆を取り寄せて自分で煎って挽いてコーヒーを淹れていたほど、コーヒーが好きだった。今でも近所ではコーヒー好きのおじいさんとして知られている」ということが判明。そこで「B さんの好きな銘柄のコーヒーを淹れて凍らせ、氷のかけらにして口に入れてあげる」=氷のかけらケアをしてはどうか、という選択肢が出てきました。純粹に命の長さだけを考えるのなら、最適な方法は胃ろうです。氷のかけらのコーヒーを与えるのは、正直言って何もしないのと同じですから、B さんは 1 週間ぐらいしか生きられないでしょう。でも、ご本人の人生を尊重し、ご本人らしい最期とは何かを考えると、この方法が一番良いと考えられるのではないのでしょうか。

老年医学会のガイドラインでは、このような選択を許容しています。最終段階は、本人の満足度を物差しにすべきだと言っているのです。高齢者の医療およびケアにおいては、苦痛の緩和、QOL の維持向上、満足をものさしにします。これは疎通困難の方でも同じです。「もし、この人が今、話せるとしたら、どんなことを言うだろうか？」を考えて、本人の満足に資することを選んでください。誰でも最善の医療やケアを受ける権利を持っています。本人の尊厳を傷つけたり、自己肯定できない生き方を強制したり、苦痛を与えたりする可能性のある治療は行いません。

ですから、私はこの事例の B さんに胃ろうではなく、コーヒーを…という選択肢は十分考えられると思いますが、先生方の中には「そんなことをしたら、警察沙汰になる」と思われる方もいらっしゃることでしょう。しかし、そんなことはありません。私たち研究班は意思決定ガイドラインを発表する前に、法律家に対する調査も行いましたが、その結果、私たちの考え方に反対した法律家はゼロでした。法律家の皆様は「今の法律が、人の穏やかな豊かな最期の在り方を邪魔することはありえない」とはっきりと、おっしゃってくださいました。私たち研究班は、司法の介入は実際上、ありえないと考えています。ある最高裁の元判事は手紙で「今まで日本では、終末期医療において、あたかも法律が邪魔しているかのように思われていて、法律家としては忸怩たる思いでいた。この調査をやってくれて、ありがとう」とメッセージを寄せてくれました。

私たちの研究班に所属する元東大法学部教授の樋口先生は「各現場で複数の医療関係者と患者家族がどうすることが患者にとって最善であるかを話し合っ

臨床倫理的に適切な決め方であって、現場が倫理的に適切に決めたことについて、法律が問題にするはずがない」とおっしゃいました。これは樋口先生の個人見解ではなく、厚生労働省の終末期医療の決定プロセスのガイドラインの趣旨でもあります。

もちろん、これまでに医療行為が事件化したものもあります。癌患者に塩化カリウムを注射して殺人罪になったケースや、脳死状態の患者の呼吸器を外してマスコミに騒がれたケースもありました。後者の場合は事件化されなかったものの、マスコミの対応のせいで、あたかも事件になったかのように人々に認識されてしまったケースです。しかし、過去のケースをみると、起訴されるケースと不起訴になるケースの区別は非常にはっきりしています。つまり、患者さんにとって不要な医療行為をやめて患者さんを看取ったケースで刑事事件化された例は、ここ10年間で1件もないのです。

また、ご家族としっかり話し合い、意思決定プロセスを丁寧に進めていけば、民事訴訟のリスクはゼロ近くまで低減できるはずですよ。

意思決定プロセスガイドラインは、踏むべきプロセスを示すものです。このガイドラインを見ながら、どうあるべきか、何をすべきかを一緒に考えてくださいね、というものなのです。臨床倫理のガイドラインですから、意思決定を進める上で参照していただければ、きっと役に立つ日が来ると思います。

この意思決定プロセスガイドラインの要点は次の3つです。樋口先生は「WhatではなくHowを決めたものだ」とおっしゃっています。

1. 医師一人ではなく、医療ケアチームで対応する
2. 患者さんの意思を尊重し、みんなで話し合う
3. 緩和ケアを重視する

緩和ケアとは、痛みや苦痛を緩和し、QOLの維持・向上を目指し、生命を重んじ、自然の流れの中での死を受け入れる、死を早めようとしめない、いたずらに遅らせようとしめないこと、そして患者さんが自分らしく生きられるように支え、ご家族のことも含めてサポートすることです。これを実践していただくことが、「良い医療」に繋がるのではないのでしょうか。

さて、2007年に発表したこのガイドラインは「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」という名称でしたが、2015年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスガイドライン」へと名称が変更されました。「終末期医療」という用語が「人生の最終段階における医療」に変わったのです。この趣旨について厚労省は、「最期まで尊厳を尊重し、人間の生き方に着目した医療の重要性を表している」と説明しています。終末期医療という言葉は、終末期かどうかを判断する人、つまり医師目線の用語です。一方、人生の最終段階における医療は、本人目線です。人生の最終段階にあるかどうかは、本人の主観によります。本人

からみた医療の実現を目指して、一用語の言い換えがなされたということを、ぜひ皆様にも知っておいていただけたらと思います。

#### 4. 討論会「日本在宅救急研究会が果たす役割は何か」

司会：太田 祥一先生、 照沼 秀也先生

討論：益子 邦洋先生、池端 幸彦先生、島田 潔先生、

吉田 雅博先生、中村 謙介先生



続いて行われた討論会では、壇上の先生方はもちろん会場の参加者の皆さんからも意見が多数出され、活発な意見交換が行われました。討論の概要は次のとおりです。

**太田先生**：まずは壇上の先生方に自己紹介と、この研究会に対する期待やご意見をお願いします。

**益子先生**：私は長く3次救急医療に携わってきましたが、3年ほど前から2次救急医療に携わるようになりました。以来、実感しているのは日本の2次救急が崩壊しつつあるということです。2次救急病院の数はどんどん減っているのに、救急搬送件数は右肩上がりです。20年前なら年間800件程度の搬送を受け入れていた病院が、今や年間2000件もの搬送を受け入れざるを得ない状況に陥っています。もはや救急病院だけで搬送をカバーするのは無理なのであって、慢性期・回復期医療機関も含めて文字通り「オール地域」の受け入れ体制を整備すべきときが来ています。その意味でも、在宅と救急の連携は喫緊の課題だと考え、この研究会に参加した次第です。

**池端先生**：私は福井県で慢性期病床の病棟を使った在宅支援医療を行っています。慢性期病床というと、ただやみくもにダラダラと入院をさせているというイメージを持つ方も多いかもしれませんが、救急と在宅の間にある慢性期病床は、実は在宅医療を支援するための非常に重要な機能を果たしています。特に慢性期救急については、私たち慢性期病床をもつ医療機関の果たす役割が今後ますます大きくなると考えています。

**島田先生**：私は東京・板橋で約20年間在宅診療を行ってきました。板橋区は区内に帝京大学と日本大学の救命救急センターがありますし、都立病院や民間の総合病院も複数あり、人口約53万人に対してベッド数が1万を超える、医療的に非常に恵まれた環境にあります。ですから、患者さんには「往診の医者にも頼りたいが、いざというときには病院にもすがりたい」という意識があります。そして、いざというときに救急病院に行くのか否かという重要な判断が私たち在宅医に委ねられることも少なくありません。在宅医には、患者さんやご家族のお気持ちを理解し、皆さんが後悔することのないような判断・提案をする必要があります。一方で受け入れ側の救急の先生方には「在宅の患者さんが搬送されてきた場合、どんな医療を提供すればよいのか」という戸惑いがあることも、理解しています。患者・ご家族側と医師としての立場を両方理解している者の1人として、何かできることがあるに違いないと思い、本研究会に参加しました。

また今年の春には在宅医療政治連盟を立ち上げました。6月には国会内でも在宅医療推進議連が発足しました。こういった政治的な動きに関する情報交換も活発に行なっていたらと思っています。

**吉田先生**：私は外科が専門ですが、現在は人工透析の患者さんを中心に診ています。高齢者の通院患者さんが多く、私は常にスタッフには「週3日通院している患者さんは週4日外泊している入院患者さんと同じですよ。在宅・入院とも視野に入れておかねばならないですよ」と教えるようにしています。

また臨床と同時に厚生労働省の診療ガイドラインづくりにも、20年近く関わっております。この診療ガイドラインはEBM（Evidence-Based Medicine）を行うための資料でもありますが、日本ではEBMについて「エビデンスにさえ基づいていればよいのだ、職人技や先人達の教えは必要ないのだ」という誤ったイメージを持つ人が少なくありません。しかし、EBMの提唱者であるガイアットはその著書の中で「医療者が技術を磨いて、エビデンスを活かし、患者の希望を達成しようとする医療がEBMである」と述べています。要するに「エビデンスにも基づいて、腕を磨いて、患者の意見を聞け」ということです。この在宅救急研究会の趣旨には心から賛同していますので、これまでの経験を活かして、在宅救急のガイドライン作り、エビデンスづくりに精いっぱい協力して参りたいと考えています。

**中村先生**：日立総合病院の救命救急センターに所属しています。日立総合病院は、2次救急病院がほとんどないエリアの病院である上に、「断らない救急」を目指していますので、昨年は年間約6,300台の救急車を受け入れ、応需率は99.8%に上りました。同時に当院は総合診療科でもあるので、入院治療も行っています。在宅医療を受けている患者さんが入院した場合には、誤嚥性肺炎や尿路感染症の治療も行いますので、在宅医療と救急医療の連携の大切さも、問題点も両方理解しています。この立場から、何かお役に立てるのではないかと思います、本研究会に参加しました。

**太田先生**：先生方、ありがとうございました。今、吉田先生から「研究会のガイドラインを作ろう」という心強いご提案をいただきましたが、皆様、いかがでしょうか？

**益子先生**：ガイドラインの作成には大賛成です。同時に、在宅と救急の適切な連携とは何かを明らかにするための学術的な研究もやっていく必要があると思います。そして、各地域の住民の満足度を医療関係者に提示することができるような、在宅救急に関する何らかのインディケータを提示することも大切ではないかと考えています。

**池端先生**：私もガイドラインは非常に大切だと思っています。同時に、本日の研究会のように、救急と在宅が本音で語って、お互いに課題をみつけ合い、協力して課題解決していくことを通じて、よりよい医療を提供していく体制を整えることが、重要だと考えます。お互いに決してバッシングしあうのではなく、強固な関係が築ければ、良い結果が得られると信じております。

**島田先生**：午前中と午後に外来をやりながら、昼休みの時間を使って、在宅診療を行っている先生方が日本の在宅診療の半数を担っているのが現実です。私たち在宅医も救急についてもっともっと学ばねばなりませんし、幸い政治連盟と議員立法が可能な規模の議連(衆参で70名の議員が参加)もできましたので、国としての法整備の推進にも声を挙げていきたいと思っています。

**太田先生**：救急には初期、2次、3次救急医療体制が構築されています。在宅には在支病、在支診がありますが、これを統一して、在宅医療も同じように層別化してわかりやすくするのはどうでしょうか。初期の在宅の患者さんが困ったときには、2次、3次で在宅で診ていくことができるのではないのでしょうか。中村先生、何か現場でお困りのことはないですか？

**中村先生**：現場で困っているのは、受け入れた患者さんが在宅に戻るのが難しくなっていることです。救急とその後まで含めたケアを包括できるようなガイドラインを作っていただくと助かります。

**太田先生**：吉田先生、今日のこれまでの議論を踏まえ、ガイドライン作りでポイントとなることは何でしょうか？

**吉田先生**：会田先生の講演にもありましたように、ガイドラインがあることを知らない人がいるのが、もっとも解決すべき問題だと考えています。ガイドラインを本としてポンと出版して、「さあ、見てください」「インターネットで見てください」というのでは、意味がありません。フルバージョンのガイドライン以外に、より活用しやすいポケットサイズのダイジェスト版や1枚紙に標語が書いてあるようなもの、壁に貼っておけるようなものも作るころまで、事業を展開すべきだと思います。

**太田先生**：ガイドラインに最終段階のことが含まれるなら、その対応も具体的にしておいたほうが解釈に間違いがないように思います。

**吉田先生**：呼吸器学会のガイドライン作成にも携わったのですが、その際、「治療を受けないという選択肢をガイドラインに書くことは妥当か」という議論がありました。治療を差し控えたり治療をやめたりする選択肢をガイドラインに書くことは問題じゃないか、立場によってとらえ方がかわるのではないかという意見が出たのです。ただ、ガイドラインの最終目的は、患者の予後を改善することで、それに対する推奨文が書かれていることがガイドラインの定義です。ですから、その議論の際に私は、「治療を控えたりやめたりすることが、患者さんのためになり、患者さんの尊厳を守ることに繋がるのであれば、その選択肢をガイドラインに載せること

は、きわめて重要なことだ」と申し上げました。例えば 104 歳の肺炎の患者さんに濃厚な抗菌薬治療をやるのか？という場面で、全員が「やる」というと、様々な面で逆に大変な問題が引き起こされることは目に見えています。ここに「やらない」という選択肢を載せたことは、呼吸器学会のあのガイドラインでも最も重要な点だろうと私は考えています。

**太田先生**：たしかにそうですね。では、実際の運用の際に、例えば在宅医が肺炎の患者を救急病院に紹介した場合に、救急医が治療をしない選択肢を選んだときにはさまざまな理解があるでしょうから心配もあります。

**吉田先生**：十分あり得ると思います。ですから、本来はガイドラインでいろいろなケースを想定した指針を示すべきだと思います。だいたいは、医療資源が整っていてスタッフも十分いて、何でもできる場合にこの治療法が推奨されるということになっているのですが、そうでない場合もたくさんあるわけです。そういった場合の対応も、本来はガイドラインに書くべき内容です。診療ガイドラインという、皆さんはパーフェクトな内容を期待されると思いますが、実は決してまだそうではないということです。

照沼先生、小豆畑先生がおっしゃるのは、「本当はもっともっと公表しなければならない重要な臨床データ、エビデンスが埋もれている」ということです。それは、かかりつけ医だからこそ持っているたくさんの情報があって、それをフィードバックする場所がなかなかないということ。そういう情報を吸い上げて表に出してくれる機会があれば、もっともっといろんな人がいろんな情報を出してくれるのではないかということなんです。それはエビデンスづくりにも繋がります。ですから、埋もれた情報を吸い上げてまとめる形でガイドラインにしていくことこそが、この研究会の役割ではないかと思います。

**太田先生**：在宅と救急で事例報告集でもいいでしょうし、肺炎や心不全では、在宅医療と救急医療とで、事例を整理することからエビデンス化できるようにも思います。では次に、池端先生、先ほどの療養型についてですが、地域包括ケア病棟が活発化すると在宅患者は地域包括ケア経由で高度医療機関に行く、というような垂直連携についてはいかがでしょうか？

**池端先生**：地域包括ケア病棟には、(急性期からの受け入れである)ポストアキュート機能と(緊急時の在宅等からの受け入れを中心とした)サブアキュート機能と在宅復帰支援という3つの機能がありますが、現状の地域包括ケア病棟は2分化してきています。いわゆるポストアキュートに特化した病棟が出てきているんですね。地域包括ケア病棟における在宅からの緊急時受け入れと在宅復帰支援の機能が、今後ますます重要になってくることは間違いのないと思います。

**太田先生**：救命救急センターのバックベッドとしても活用されていけば…と思いますが、益子先生、先ほどおっしゃった研究の対象としては、どのような疾病から始めるのがよいでしょうか？

**益子先生**：まずは症例の多い、肺炎、骨折、尿路感染症、認知症でしょうね。

**太田先生**：では、それらの事例をまずは照沼先生にまとめていただき、具体的に議論を始めていただくのが良いでしょうか。

**益子先生**：それと同時に、地域の在宅救急の質が高くなったときに、改善するはずのインディケーターがありますよね。例えば、高齢者救急患者が地域内で何パーセントくらい受け入れてケアすることができたかということの検証です。こういったアウトカムの資料を見ながら、研究をしていくことも大切なのではないのでしょうか。

**太田先生**：在宅医療にも今、エビデンスが求められていますから、同時に出版社等とも連携して、エビデンスの発信も行っていきたいですね。

**照沼先生**：では、後半の議論に移りましょう。ここからは会場の皆さんも交えて意見交換をしたいと思います。どなたかご意見のある方いらっしゃいますか？

**女性参加者**：私は、アメリカから帰国中の日本人ジャーナリストです。アメリカで叔母をみとったときの経験をこれから日本で発信していきたいと思っています。叔母は救急で運ばれたものの、余命が短かったので自宅に戻って1週間で亡くなったのですが、最後は自分の意志を伝えることができない状況でした。しかし、冷蔵庫の扉に救急車を呼ばないでという紙が貼ってありました。叔母は自宅に戻った時点でそういう意思表示をしていたんです。そこで私たちはその意思を尊重して8時間後に叔母を看取りました。アメリカで救急と在宅の間に問題が少ないのは、ホスピスに入っているか否かによって、対応が大きく分けられているからだと思います。余命6カ月と判断された場合、医療機関は患者に対して「治療を続ける権利」「治療をやめる権利」「延命治療をやらないことを書き記す権利」の3つの権利を与えなくてはならないことが法で定められています。延命治療をやらないことについて書き記すフォーマットも各州が用意しています。これは救急の方が判断とするための資料になりますが、それとは別に本人がリビングウィルを書き記すフォーマットも用意されています。日本でもこういった資料が一般化すれば、在宅と救急の間の様々な問題が少しは解決につながるのではないかと思います。

**照沼先生**：ご意見ありがとうございました。他にどなたかいらっしゃいますか？

**男性参加者1**：福岡のコールメディカルクリニックから来ました、救急医出身の在宅医です。救急医から在宅医になるというキャリアパスについて、皆さんのご意見をうかがいたいと思います。

**太田先生**：救急のサブスペシャリティとして在宅医療はありうると考えています。昨年行われた救急医 1000 名を対象に行われたアンケートでも、将来は在宅医療に取り組みたいと考えていらっしゃる先生がいらっしゃいました。このキャリアパスに異論のある方は少ないのではないかと思います。もっとも、全員が救急から在宅に行ってしまうとこまってしまうけど（笑）。また、在宅医療患者の往診等を救急医療として一緒に対応するようなシステムも地域包括ケアシステムでできないか、とも考えています。先生にはこのようなキャリアパスのトップバッターの 1 人としてご活躍いただきたいと思います。

**男性参加者 2**：静岡県の磐田市で在宅医療クリニックを開業し、年間 100 名ほどを看取っています。病院で安全に提供できる医療行為を在宅でどこまでできるのか、保険はどうなっているのかについての指針がないまま、腹水を抜くなどの行為は、私が自己判断で安全に出来ると判断してやっている状況ですが、私のやっている医療もこの研究会でエビデンスとして生かしていただくことはできるでしょうか？

**照沼先生**：ありがとうございます。在宅でどこまでできるのか、どのくらい痛みを緩和できるのか、いろいろなエビデンスが出てくると思います。ぜひデータの蓄積をお願いします。

**男性参加者 3**：産業医科大学で救急医をしています。今日は、在宅診療を受けていた人が急変して救急に搬送される…という想定のお話がメインでしたが、実はそうではなくて、今まで普通に生活していて在宅診療を受けていない人が急変して搬送されるケースも多くあります。こういったケースの患者さんは、搬送されて初めて本来はケアが必要な人だということがわかるわけです。この場合は、逆に救急から在宅の先生に繋げる流れになります。最近は慢性期病院から在宅の先生に繋げることもあります。こちらのシステムもちゃんと整備していく必要があるのではないのでしょうか。在宅から救急だけではなくて、救急から在宅へ繋げる方法も、ぜひ、この研究会で検討していただければと思います。

**池端先生**：とても重要なお指摘だと思います。すべての病床は在宅といかにかかわるのかを常に考えなくてはなりません。今や、療養病床ですら在宅復帰を考えねばならない時代になっているのです。この状況を高度急性期医療の先生方にもぜひご理解いただきたいと思います。

**男性参加者 4**：湘南鎌倉総合病院救命救急センターのオゴシと申します。今回初めて参加させていただいて大変勉強になり、感謝しています。うちの病院も絶対に救急を断らない方針ですが、高齢者や在宅で急変された患者さんを多く受け入れています。その際に困るのは、小豆畑先生もおっしゃっていましたが、簡単に紹介ができないことです。紹介状を書いて送ってくださる先生もいますが、その内容を見ると、あまり僕たち救急医には必要のない情報が細かくかかれていて、それらが抵抗材料になってしまって、紹介できなかつたり、紹介を躊躇してしまつたりします。一方、まったく紹介状なしで来られるケースも多く見受けられます。そこで、

小豆畑先生にお願いします。先ほど講演でおっしゃっていたような、簡潔にして要点をおさえた紹介状のフォーマットを、まずは、この研究会で作成していただきたいと思います。

**益子先生**：八王子市では6年前から八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会(八広連)を組織しています。これはまさに医療と介護など20の組織が参加する、いわば「オール八王子」です。八広連では、救急医療情報シートを作って活用しています。このシートはA4サイズで、市民の皆さんに「表裏にリビングウィルを含めた必要な情報を書いて、冷蔵庫または玄関に貼っておいてください」と呼びかけているもので、これまでに約30万枚を印刷しました。そしてそのベースになった情報シートは、在宅医療を支援しておられる診療所の先生方の「まごころネット八王子」でも活用されていまして、このネットワークに加盟している先生など、関係者は誰でも情報シートの内容を見ることができます。これによって、もしも主治医の先生が行けない場合であっても、他の先生が代わりに看取りをすることができます。このシステムもすごく参考になるとと思いますので、ぜひホームページ等でご覧になってください。

**小豆畑先生**：やはり、紹介状があるか否かで全く違いますよね。何の情報もない患者さんがいらっしゃると、救急側ではいろいろと難しい問題があります。自分でやってみるとよくわかりますが、紹介状を書くのは結構難しいですね。相手に何が必要で何が不要かという判断も非常に難しい。そこで、私たちが活用している紹介状は、相手の先生に『何をしてほしいか』だけを伝えられるフォーマットにしてあります。あとは患者さんの基礎的な情報と服用している薬の処方箋だけを張り付けるようになっていきます。私自身、この紹介状を見て診療をしているのですが、これがあると非常に楽なんです。紹介して下さった先生とは必ず連絡を取り合うことにしていますので、シートを見てもわからなかった細かい内容はその際に確認すればいいと考えています。研究会では、このシートを含めさまざまな先例も参考にしながら検討を進め、なんとか良いプロダクトを作りたいと思っておりますので、ぜひご協力をお願いします。

**男性参加者5**：先ほど長尾先生が紹介された霊安室往診の話に驚きました。信じられない話です。関係者のコミュニケーションがちゃんと取れていれば、起こり得ないことですよね。今後は、こんなことが起きないように、救急は在宅の人が自分たちについてどう思っているのか、在宅は救急の人が自分たちにとってどう思っているのかを、きちんと知らなければなりません。今日はせっかくここに集まったのですから、今日の学びを、それぞれが自分の職場などに持ち帰って、広めていくことが大切ではないかと思いました。

**太田先生**：霊安室や警察に医師が出向いて……という話は、急なCPAで運ばれてきて原因がわからない場合にそうなったということです。顔の見える地域では起こりえないことかもしれませんが、顔の見えにくい地域ではこのような流れもあるということで、ご理解ください。地域の性質上、仕方がないということです。

**男性参加者 6**：私は長崎の五島列島にある特別養護老人ホームの管理者をしている者です。今日は皆さんに1つお願いがあります。看取りをしている私たちとして一番困るのは、警察の介入なんです。たとえば、年末年始で島の診療所が休みでかかりつけ医が不在のときに、患者さんの具合がわるくなってしまい、救急車で病院に行くことになりました。その際、消防署の職員が現場も見ずに消防署から110番通報をしてしまうのです。これは、非常に困ります。うちの地域はさんざん消防署に申し入れをして止めてもらいましたが、先月、長崎市の消防局で事情を聴くと、そこではすべてのケースで消防署から警察に通報しているというのです。実際に統計をみますと、警察の介入はざっと10万件、割合としては4割を超えているそうです。医師の先生には、ぜひ消防の介入を抑えるよう、申し入れや提言をしていただけると助かります。

**太田先生**：消防が現場を見に来れば、ひとまず、問題はないわけですね？わかりました。9月に長崎救急医学会に伺うことになっていますので、聞いてみます。

**女性参加者 2**：私は、大分県の津久見市から参りました看護師です。介護施設に勤務して、在宅医療のお手伝いをしています。今日、この研究会に参加し、先生方の熱い想いに触れて、私たち看護も、何かしなくてはならないという想いがふつふつと湧いてきました。自分にはいったい何ができるのか、自分の病院に戻って、先生方と話合ってみたいと思います。もっといろんなことができるんじゃないかと思って、今、非常に燃えております！行政なども巻き込んで、変えられることを変えなくてはならないと思います。

**太田先生**：大先輩として秋山先生、何かアドバイスをお願いします。

**秋山先生**：私は高齢化が進んだ団地の中で相談室をやっているのですが、高齢者の中には救急外来が非常に好きな方がたくさんいらっしゃるんです。救急車を呼ぶな…とか、そういうことではなくて、不安で救急に頼らざるを得ない人たちの気持ちを汲みながら、救命救急にいったときに、そこで何かセルフケアに関するパンフレットのようなものを渡すなり、一言声をかけるなり、そういうことをやることによって、患者さんに予防の視点を持たせてあげない限りは、問題は解決しないと思うのです。その部分に介護は少し関与できるのではないかと考えています。以前、ある救急の先生にこのことを提案したことがあるのですが、「次から次に患者さんが来るんだから、そんな暇はないよ」と言われました。そこで「せめて救急の会計の窓口に関心につなげるものを置いたり、かかりつけ医の必要性を看護師が患者さんに伝えるなり、何らかのアクションを起こさない限り、状況は変わりません。その部分で看護の果たせる役割はきっとあります。頑張ってください。

**島田先生**：先ほどの特養の管理者の方にひとこと。この秋から厚労省で「看護師による死亡診断書の代筆」に関する議論が本格化します。法律と在宅医療の関係は非常に密接ですので、この研究会でちゃんと詰めていければいいなと思っています。

池端先生：厚労省は特養を「自宅等」、つまり「住まい」として位置付けています。だとすれば、もはや「特養では、みだりに診察してはいけない」という時代ではないと思います。看取りを特養でしなくてはならないのであれば、かかりつけの医師が気軽に入れるようなシステムを作らなければいけないのではないのでしょうか。ちゃんと、かかりつけ医のいる特養を作っていないと、この問題は解決しないのではないかと思います。

吉田先生：今日、このように様々な立場の方々が一堂に会して活発な意見交換がなされたことに強く感銘を受けました。今後はさらに幅を広げて、なるべくアカデミックな方々の会にせずに、医療専門家以外の運転手の方や栄養士の方など様々な皆さんに参加してもらって、皆で意見交換できる研究会を目指しましょう。今日は第1回の記念すべき会でしたが、次回以降は分科会方式にして、朝から晩まで、いろんな方の意見がもっと聞ける方式で開催するとよいのではないのでしょうか。

照沼先生：皆様、たくさんのご意見、ありがとうございます。もっといろいろとお聞きしたいところではありますが、残念ながら時間が来てしまいました。このほか、ご意見のある方は、ぜひ研究会のHPまでお寄せください。頂いたご意見を皆で検討して、次回の研究会のテーマに繋げていきたいと思っています。

#### 閉会の挨拶 代表世話人 横田 裕行 先生

発起人の照沼先生、小豆畑先生の熱意によって、このように素晴らしい第1回研究会を開催することができました。参加していただいた皆様、本当にありがとうございます。今日の皆様の熱気が、今後の在宅医療をより良い方向に導いていくものと確信いたしました。今回、メディアの方々もたくさんいらしていますが、ぜひ興味本位ではなくて、ぜひ建設的な記事を発信していただきたいと心から思っております。いずれ、私もそうですが、皆さんも在宅医療にお世話になる日が必ずやってきます。そういう意味でも、よいシステムを作り上げていくことが、何よりも大切だと考えています。

今日の研究会のポイントは大きく分けて、次の3つだったのではないかと思います。

- ・連携の仕組み作りの重要性
- ・ガイドライン作りの重要性
- ・情報共有の重要性

そしてこれらの問題を解決していき、実現するにあたって欠かせないのは、会田先生にご講演いただいたような「倫理観」をしっかり持つことです。我々すべての医療関係者、特に在宅医療や介護、救急医療に関わる者にとって、倫理観は不可欠なものであるということを、今日、改めて実感した次第です。先ほど吉田先生からご提案があったように、2回目以降の研究会は、もっと具体的な議論ができる会に育っていくに違いないと今から期待しています。

最後にこのような素晴らしい研究会をセッティングしていただいた事務局の皆さんに心からの感謝をして、閉会のご挨拶といたします。

### **日本在宅救急研究会事務局**

〒311-0105 茨城県那珂市菅谷605

医療法人青燈会 小豆畑病院内 小豆畑 丈夫(あずはた たけお)

電話 029-295-2611 (代表)

e-mail [zaitakukyukyu@gmail.com](mailto:zaitakukyukyu@gmail.com)

ホームページ <http://zaitakukyukyu.com/>