

地域包括ケアの構築に向けたメディカルコントロールの活用についての実態調査

(地域医療・介護等従事者用)

現在の日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。

65歳以上の人口は、現在 3,000 万人を超え、全人口の 25%にも達します。2042 年には、3,900 万人でピークを迎えますが、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されています。

このような状況の中、団塊の世代(約 800 万人)が75歳以上となる2025年(平成37年)以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。

このため、厚生労働省においては、2025年(平成37年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進しています(厚生労働省 HP から引用)。

現在の救急活動も今後は、地域包括ケアシステムの一部としての活動を求められることが予想されます。

しかし、救急隊員教育で地域包括ケアシステムの教育はほとんどなされておらず、救急隊員の知識もどの程度なのか判明していません。

そこで、地域包括ケアシステムに関する現状を明らかにし、より良い救急医療と地域包括ケアシステム運用のためにアンケートを実施します。

今後のシステム構築のためご意見をいただけますようご協力のほどよろしくお願いします。

なお、本アンケートへの参加は匿名であり、まったくの自由意志に基づくものです。たとえこのアンケートをお断わりになっても今後いかなる不利益を被ることはありません。

アンケート結果については、論文・学会等で報告を予定しておりますが、皆様のプライバシーに関する内容や個人情報について公表することは決してありません。

以上の主旨に同意していただけたら、アンケートへのご回答をお願いいたします。

アンケートは概ね 10 分間で終わります。

2月29日までにご回答をお願いします。

東京医科大学 救急医学講座 兼任教授 太田祥一

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

「増加する救急患者に関する地域での取り組み(特に地域包括ケアシステムの構築にむけたメディカルコントロールの活用)に関する研究」

(主任研究者 行岡哲男)

分担研究「地域包括ケアシステムの構築にむけたメディカルコントロールの活用に関する研究」分担研究者

[アンケート実施者担当者]

酒井 美知子(メディカル・ハンプ)

設問1

アンケートにご記入いただく方の職業について該当する番号を選択してください。【1つ】必須

- 01 医師
- 02 ケアマネジャー
- 03 介護福祉士
- 04 社会福祉士
- 05 包括支援センター職員
- 06 区職員
- 07 ヘルパー
- 08 薬剤師
- 09 看護師
- 10 PT・OT・ST
- 11 介護施設事務職員
- 12 その他

その他を選択された方は詳細をこちらへ記入してください。
[]

設問2

病院前救護(プレホスピタルケア)におけるメディカルコントロール体制についてお尋ねします。

該当する番号を選択してください。

【1つ】必須

- 01 知っている
- 02 名前は聞いたことがある
- 03 知らない

メディカルコントロール(MC)体制とは、救急救命士創設に伴い、同救命士の行う除細動等の救急現場活動を医学的に担保することで、病院前救急医療体制の充実を目的とするものである。

具体的には、医療、衛生行政、消防等の救急関係機関、団体が、都道府県単位及び基幹となる救急救命センターを中心とした地域単位で、MC協議会を設置し、救命士の除細動等に対する指示、活動プロトコール、活動の検証等を行っている。

設問3

#7119についてお尋ねします。該当する番号を選択して下さい。【1つ】必須

- 01 利用したことがある
- 02 利用者等に利用を勧めたことがある
- 03 知っているが利用はしていない →選択後【設問5】へ
- 04 名前は聞いたことがある →選択後【設問5】へ
- 05 知らない →選択後【設問5】へ

#7119とは、救急サービスの一つで、救急車の適正利用と救急医療受診の標準化(緊急度、重症度に応じた病院の受診、救急車の要請)を図るため、#7119の短縮番号のもと、都民からの怪我、病気等に対する不安に対し、看護師が救急相談に応じ、相談内容によっては医師がアドバイスを行うものである。

#7119は、複数の都市で実施されているが、東京都では、東京都福祉保健局、東京都医師会、救急医学の有識者からなる運営協議会を設置し、救急相談のためのプロトコールを作成しており、救急受診ガイドとして都民に配布している。総務省URL <http://www.fdma.go.jp/>

設問4

【設問3】で 01 利用したことがある、または 02 利用を進めたことがあると答えた方のみにお尋ねします。

#7119を利用した時の状況について、あてはまるものすべてを選択してください。

- 01 主治医と連絡がとれず、どうすればよいかわからず判断に困ったため
- 02 対象の利用者にかかりつけ医がいなかったため
- 03 複数の診療科に受診している方が、どの診療科に受診したらよいかわからなかったため
- 04 搬送先を探していたが、主治医の病院で入院を断られたから
- 05 救急搬送時はまず#7119に連絡した方がよいと思ったので
- 06 その他

その他を選択された方は詳細をこちらへ記入してください。

[]

設問5

救急搬送要請の現状についてお尋ねします。ご利用者様のお宅(または利用中の施設)で救急要請をされたことはありますか？該当する番号を選択してください。【1つ】**必須**

- 01 ある
- 02 ない→選択後【設問12】へ

設問6

【設問5】であると答えた方のみにお尋ねします。どのような理由で救急車を要請しましたか。該当する番号を選択してください。(複数回答可)

- 01 緊急事態で、対応できないと思った
- 02 気が動転して、びっくりして呼んだ

03 かかりつけ医師と連絡が取れなかった

04 搬送手段がなかった

05 相談する人がいなかった

06 その他

その他を選択された方は詳細をこちらへ記入してください。

[]

設問7

【設問5】であると答えた方のみにお尋ねします。救急要請から病院搬送までの過程において問題だと思った事すべてを番号から選択してください。(複数回答可)

01 特に問題だと思ったことはない

02 情報伝達がうまくいかず、何度も同じことを聞かれた

03 救急車への同乗を強制させられる、搬送時の手伝いをさせられた

04 要請から救急隊到着までに時間がかかった

05 搬送先がなかなか決まらなかった→

選択された場合は【設問7-1】【設問7-2】【設問7-3】もご回答ください。

06 救急隊員の態度が横柄だった。

07 その他

その他を選択された方は詳細をこちらへ記入してください。

[]

設問7-1

救急車要請時収容先

【設問7】で05を選択された方

- 決まっていた
- 決まっていなかった

設問7-2

収容病院決定までの病院照会回数

【設問7】で05を選択された方

- 5回未満
- 5回以上

設問7-3

収容病院決定までの所要時間

【設問7】で05を選択された方

- 20分未満
- 20分以上

設問8

【設問5】であると答えた方のみにお尋ねします。在宅療養中の自宅(または利用中の施設)で終末期心肺停止(以下;CPA)と思われる状況で救急車を要請した事がありますか。

- 01 ある
- 02 ない→選択後【設問10】へ

設問9-1

【設問8】であると答えた方のみにお尋ねします。CPA傷病者への心肺蘇生をせずに病院へ搬送するよう関係者から指示されたことはありますか

- 01 ある
- 02 ない

設問9-2

【設問8】であると答えた方のみにお尋ねします。どのような関係者でしたか

- 01 医師
- 02 看護師
- 03 介護士
- 04 介護関係者(前述以外)
- 05 家族

設問10

救急隊到着後、どのような経過をたどりましたか

- 01 救急隊が心肺蘇生をしながら病院へ搬送した
- 02 救急隊が往診医に連絡を取り、往診医が現場で死亡確認をした。
- 03 警察が介入して対応した
- 04 その他

その他を選択された方は詳細をこちらへ記入してください。

[]

119番要請した時点で、救護の要請依頼と判断されるため救急業務になります。救急業務は、医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要がある者を医師の管理下に置かれるまでの間に緊急やむ得ないものとして応急処置を実施することを含みます(消防法2条9項)。ゆえに何も応急処置を実施なく搬送する場合は、相当の理由と具体的な記載を救急活動記録票に残しておくべきです

救急隊の活動に関するご意見をご記入ください。

[]

設問11

いままで救急要請から病院搬送の過程でうまくいかなかった事、こうしたらうまくいくと思った事等々の事例について、お聞かせ下さい。どんな些細なことでもかまいません。

[]

設問12

地域包括ケアにおける救急隊の役割についてお尋ねします。

地域包括ケアの構築が進む中で、ご利用様の急変時の対応などに於いて救急隊も地域に根差した活動が必要と考えています。そのために必要な事はどんな事だと考えられますか。該当するものすべてを選択してください。**必須**

- 01 介護事業所などが主催する連携会への出席
- 02 救急隊の仕事について地域へのアピール
- 03 介護事業者への救急対応等についての勉強会の開催
- 04 地域住民への救急対応等についての勉強会の開催
- 05 地域包括との情報交換等による要介護・要支援者の把握
- 06 その他

その他を選択された方は詳細をこちらへ記入してください。

[]

設問13

消防救急以外が実施する搬送システムが構築された場合に、地域包括ケア体制の充実に寄与すると思いますか？(なると思うものを選んでください。複数回答可)**必須**

- 01 地域連携搬送(急性期病院から連携病院への、いわゆる下り搬送)
- 02 お迎え搬送(救急を要しない傷病者の掛かりつけ病院への搬送)
- 03 在宅患者見守り搬送(連携している病院や医院からの指示で在宅傷病者病のバイタル測定などの観察を実施し、119番要請が必要か否かの判断を実施する)
- 04 お看取り搬送(DNARの指示が出ている傷病者の連携病院への搬送)

「 05 その他

その他を選択された方は詳細をこちらへ記入してください。

[]

設問14

地域包括ケアの構築に向けて、地域のメディカルコントロール体制や救急隊が担える役割はどんなことがあると思いますか？ **必須**

[]

設問15

地域包括ケアの構築には、関係機関、団体だけでなく、地域の住民相互の理解、協力が必要だと思います。

そのため、地域住民相互の要支援者に対する支援隊としての活動が必要と思われませんが、支援隊の必要性、任務、必要な能力等についてご意見をお聞かせください。 **必須**

[]

この事業に関するご意見・ご感想をご記入ください。

[]

ご協力頂きありがとうございました。

創刊
ゼロ号

記念鼎談

地域包括 ケアシステムと×救急 在宅医療

地域・ ×多職種 連携

～最期まで患者が望む暮らし方を、
在宅医療と看護はどう支えるか～



司会 ▶ 新田 國夫 氏
医療法人社団つくし会理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会会長、日本在宅ケアアライアンス議長、日本臨床倫理学会理事長



出席者 ▶ 太田 祥一 氏
医療法人社団報樹会理事長、恵泉クリニック院長、東京医科大学救急・災害医学分野兼任教授



出席者 ▶ 秋山 正子 氏
株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長、暮らしの保健室室長、NPO 法人 maggie's tokyo 共同代表

在宅医療にとっての 救急医療とは？

新田 現在の大きなテーマとして、高齢者の救急医療と在宅医療の問題があります。まず、在宅医療にとって救急医療とは何なのかを考えたいと思います。太田先生はもともと救急医ですが、先生が在宅医療を始めようと思われた背景からお話しいただけますか。

■ 119番のもつ意味

太田 私は、1999年ぐらいから今のクリニックで、非常勤ですが、在宅を始めました。その後、在宅医療をされているのに救命救急センターに直接運ばれて来ることに違和感をおぼえ、調査検討し論文にまとめました。そのころからずっと、在宅医療と救急医療について関心をもっていました。

最近、高齢者救急が問題になっていますが、まずは救急医療と在宅医療や高齢者医療との間で、お互いの取り組みや考えをうまく伝えることが必要であると考えています。地域包括ケアシステムのなかで「全員に救急車」ではなく「救急車を呼ぶべき人に呼ぶ」という社会常識が醸成されるように、実際に「在宅医療」の側から、メディカルコントロール体制も含めて、エビデンスをもとに方向性を示す必要があるだろうというのが、今、在宅医療に取り組もうと考えたきっかけの1つです。

秋山 救急車を呼んだ時点で「救命救急を要請する」意

思があると、通常は取られることを一般市民——患者・家族——側は知らないんですよね。

私たちが訪問看護で入っている末期がんの方で、本人は「絶対にもう病院には行かない」という意思がはっきりしているのに、お子さんが呼吸が止まった状態のお母さんを見つけて、驚いて救急車を呼んでしまった例があります。

そういう場面に出合ったときに、救急車を使えばいいのかなどを、医師任せにせず市民がしっかり理解することが大切です。どういう状態であっても救急車を呼ぶことがどういう意思表示になるのかを一般市民も理解できることが大切で、そのためにも、日頃からそういう話ができる関係性の構築が求められています。

新田 地域に住む人たちが、生き方・居場所・医療・介護などについて何を望んでいるのかを解決することが私たちに求められています。地域包括ケアシステムは「生活」「住む」ということが基本にあって、今の時代、高齢者の誰でもに救急が必要な事態は起こり得るし、一方で「もう医療は要らない」という人もいます。人生の最終に近づくにしたがって生活の豊かさや質を求めるという視点は、もちろんあるでしょう。

太田 秋山さんが仰ったように、119番をするということは、その時点で救命の要請です。このことは社会通念だと思のですが、時代とともに変化してきたのかもしれない。「驚いたから119番」「とりあえず病院」という2つの言葉を耳にすることがありますが、その目的を皆で考えることが大切だと思います。

また、われわれ在宅医が在宅でどこまでどのように診療するかについてスタンダードを示すためにも、エビデンスや標準治療を提唱していく必要があると思います。高齢者救急には「突発的な心臓停止」と「徐々に悪くなって救急要請」の2つの課題があります。後者については、高齢者によくある病態の在宅での治療を標準化し、その手順を共通言語として地域に広めていくことで、救急との連携がよりスムーズになる可能性があるでしょう。

新田 とても重要な点です。地域における診療の質については、秋山さんはどう感じられますか。

秋山 外来通院できなくなった方のためにクリニックの医師が訪問に出るというのが、日本医師会の方針ですよ。そのときに、フレイル (frail) を越えて不可逆的な老衰となるパターンを1例でも診た経験がある医師だと、訪問看護やヘルパーがかかりながら最期まで在宅で診られますが、1例も診たことのない医師は、心配になって病院へ送ってしまうことが起こるわけです。かかりつけ医はとても責任感が強く、「違った判断をしていないか。病院に任せようか」と考える医師も多いですよ。

ですから標準化は賛成ですが、徐々に悪くなっていく様子を、多くの人が「これは普通である」と理解できる普及の仕方が求められていると思います。治療のスタンダードというより、ナチュラルコースのスタンダードの症例を重ねていき、多く診て知ることが、まず大事です。

■ 高齢者の肺炎をどうとらえるか

新田 10年後にはますます増えると思われる疾病とし

て肺炎・骨折があげられ、さらに認知症を合併していることが予想されます。そのなかから、高齢者救急の多くを占める肺炎をどう考えるかについて、話してみたいと思います。

肺炎の多くは、だんだん虚弱になる、さらには脳血管障害を併発することを考えても誤嚥性肺炎が多い印象です。誤嚥性肺炎は、摂食・嚥下障害の評価や口腔ケアなどで、かなりきちんと対応できると思うのです。そこは、在宅で行う医療の1つだろうと考えます。その医療がなされないまま肺炎を繰り返すことでは困るのですが、太田先生はどうお考えですか。

太田 誤嚥性肺炎は、全身状態が悪くなると誤嚥が悪化して、肺炎が治り全身状態がよくなると誤嚥もよくなっていくといったように、総合的な対応が必要とされます。ただ、挿管しないのであれば、自宅で治療ができる時代です。在宅という患者とのかかわりの密度から考えると、病院の治療にひけをとらないと思います。そこを踏まえて標準化が模索されればいいと思います。

秋山 在宅で高齢者をみていると、肺炎は脱水と重なっているというのが実感です。今夏はすごく暑く、在宅の高齢者は脱水ぎみで熱中症傾向にあり、肺炎の前にもともと脱水傾向のような状態なわけですね。そうすると、いくらお水を勧めても飲まないんですよね。飲み込む力も消耗していて、飲まないしむせやすくなっている。

そのベースにすでに隠れ脱水があって、そこから嚥下機能も落ちていき、肺炎にもなる。その点を予防的な視点で見ると、病院へ送らなくてもいい人がたくさんいる