

平成30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）

「救急医療体制の推進に関する研究」（研究代表者 山本 保博）

平成28年～平成30年度総合分担研究報告書

地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療の連携について

研究分担者：横田 裕行	日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野教授
中尾 博之	岡山大学災害医療マネジメント学講座教授
研究協力者：小豆畑丈夫	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
	医療法人青燈会 小豆畑病院病院長
照沼秀也	医療法人社団いばらき会理事長 いばらき診療所

研究要旨：在宅療養の必要性・重要性が高まり、地域包括ケアの中で在宅療養に対する取り組みが積極的になされている。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、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背景が存在する。また、そこには医療知識が必ずしも十分でない家族や介護に係るスタッフにとって困難である現実も存在する。そこで在宅医療現場で発生する様々な疾患の急性増悪に対して適切に対応するための検討を行い、救急医療システムを適切に利用する手段やそのタイミングについて検討することとした。そのために医学的知識が十分でない一般人にも理解しやすいリーフレットの作成しその有用性を検証することを本研究の目的とした。茨城県那珂市をモデル地区として在宅で介護を担当している患者家族、及び医療者に対して、平成29年度で当研究班が提示した方法をアンケート調査でその有用性を検証した。その結果、本リーフレットには一定の評価が得られたが、救急医療施設との具体的な連携方法など今後の検討課題も示された。

A. 研究目的

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積極的になされている。地域包括ケアの中で在宅療養での慢性疾患診療に対する研究やその介護方法の検討は十分になされ、在宅医療必要性に関する理解は深まっている。一方、在宅医療を受けている患者が予期しない状態になった際や救急医療が必要となった場合、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背景も存在する。その原因には救急医療が、在宅患者の原疾患、合併疾患や患者背景の多様性に対応しきれていないこと、在宅や救急医療に携わる医療スタッフや在宅や介護施設で患者を抱える家族に、医

療に関する知識、患者が急変した時の対処法などを十分に理解していないことが存在するからである。

そこで本研究では在宅患者が体調を崩した時、あるいは普段と異なる状態、または急変時の対応などを具体的に、かつ理解しやすいようなイラストを入れたリーフレット作成し、それを配布することでどのような効果や課題があるかを茨城県那珂市をモデル地区として検討した。具体的には在宅で介護を担当している患者家族、及び医療者に対してアンケート調査を実施し、その有用性を検証し、地域包括ケアにおける在宅医療と救急医療の円滑な連携に向けての課題を健闘した。

B. 研究方法

平成 29 年 7 月 22 日に行われた第 1 回日本在宅救急研究会では救急医療と在宅医療の連携について議論が行われ、本研究班の研究者は同研究会にも参加した。その際の議論では、前述のように在宅医療を受けている患者が予期しない状態に陥ったときや救急医療が必要となった場合でも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状が明らかとなった（資料 1）。それは在宅医療を行っている医療機関と救急医療機関の十分な連携がなされていないこと、在宅や救急医療に携わる医療スタッフや在宅や介護施設で患者を抱える家族に、医療に関する知識、患者が急変した時の対処法などを十分に理解していないことが背景に存在するからである。

そのような課題の抽出と解決のために茨城県那珂市周辺で救急医療と在宅医療を積極的に行っている 2 つの医療法人（医療法人社団青燈会 小豆畑病院、及び医療法人社団いばらき会）、および同医療機関を受診している在宅医療を受けている患者やその家族を対象として検討を行った。同医療機関で在宅医療を受けている患者が急病やケガを負った際に、医療機関への受診方法やそのタイミングについて解説したリーフレットを平成 29 年度に作成し、配布した（資料 2）。リーフレットは医療知識が十分でない場合でも、その後の判断が容易なようにイラストを用いた様式とした。縦軸に対象患者への接触機会の頻度、すなわち、「いつも一緒にいる」「一日一回は会う」「2～3 日に 1 回は会う」「数日以上会わない」とした。横軸は対象患者の様態を「普段と変わらない」「何となく元気がない」「咳や微熱が出てきた」「明らかに普段と違う」「意識がおかしい」の 5 段階にした。以上の縦軸と横軸をマトリックスにして、それぞれの対応法に関して「普段通りの対応」「介護者、ケ

アマネに相談」「医療機関受診を考慮」「早目の医療機関受診」「緊急の対応（救急車など）」とした。

さらにこのリーフレット配布の効果を検証するために患者家族、それを配布した医療施設のスタッフにアンケート調査を行った。アンケートは日本医科大学倫理委員会の承認のもとに前述の医療機関を受診している在宅医療を受けている患者やその家族、関係者、及び医療機関職員を対象に行った。

また、在宅医療と救急医療の連携に関する課題を議論するために平成 30 年 11 月 17 日（土）（於：航空会館大ホール、東京都港区新橋）に日本在宅救急研究会（現在は一般社団法人 日本在宅救急学会）と本研究班が共催で第 2 回日本在宅救急研究会学術集会を開催した。

（倫理面への配慮）

本研究に関しては日本医科大学倫理委員会の承認を得た。また、患者さんの個人情報に関しては匿名化して個人情報管理者である医療法人社団いばらき会理事長照沼秀也医師が管理し、そのデータは外部接続ができず、パスワードで管理されたパーソナルコンピュータ（PC）に入力することとした。また、同 PC はカギのかかるロッカーに保管することとした。

C. 研究結果

アンケート対象は上記の患者さんやその家族、および同医療施設の医療スタッフとした。まず、当研究班で平成 29 年度に作成した在宅や高齢者施設等で加療している患者の様態が変化した時の対応リーフレット（資料 2）を配布することに関して患者本人、あるいは対象家族や対象施設のスタッフに同意を得た。同意を取得した後にリーフレットは上

記医療機関で在宅医療を受けている患者、あるいはその家族に配布した。その後、配布したリーフレットの有用性や課題について医療機関職員を含めアンケートを行った。

家族側（友人を含む）は40名、医療者側は79名、の合計で120名（未回答1名）、アンケート期間は平成30年8月から（現在も進行中）とした。

●集計したアンケート結果

1) 患者側

40名から回答を得ることができた。「あなたと患者さん(高齢者)との関係は」という設問に関しては「子」が30名(75%)で、「孫」が7名(17.5%)、友人、未回答、その他がそれぞれ1名(2.5%)であった。

「この『医療アクセスへの判断(資料2)』が社会に広まり、これをもとに医療側が対応した場合、看護・介護は安心になると考えますか」という設問には「非常に安心」が6名(15%)、「やや安心」16名(40%)、「わからない」14名(35%)、「やや不安」3名(7.5%)、不安1名(2.5%)であった(資料3-1)。

『医療アクセスへの判断(資料2)』が示す対応は、「おおげさと感じますか」という設問には「非常におおげさ」と回答したのは0名で、「ややおおげさ」が11名(27.5%)、「適当」27名(67.5%)、「ややあまい」2名(5%)、「非常にあまい」は0名であった。

2) 医療者側

「この『医療アクセスへの判断』が社会に広まり、これをもとに医療側が対応した場合、看護・介護は安心になると考えますか」という設問では「非常に安心」が15名(18.9%)、「やや安心」34名(43.0%)、「わからない」27名(34.1%)、「やや不安」1名(1.2%)、不安0であった(資料3-2)。

また、『医療アクセスへの判断(資料2)』が示す対応は、「おおげさと感じますか」という

設問には「非常におおげさ」と回答したのは0名で、「ややおおげさ」が6名(7.5%)、「適当」65名(82.2%)、「ややあまい」7名(8.8%)、「非常にあまい」は0名であった(資料3-3)。

また、本研究会と日本在宅救急研究会（現在は一般社団法人日本在宅救急学会）が共催で第2回日本在宅救急研究会学術集会（平成30年11月17日（土）、航空会館大ホール、東京都港区新橋）を「高齢者の本当の良き医療を求めて」のテーマのもとに資料4のごとく開催し、約100名の参加者と在宅医療と救急医療の連携や課題について活発な議論がなされた。

これらの検討内容の一部は2019年2月28日日本経済新聞主催のNIKKEI安全づくりプロジェクト（於：日経ホール）で発表した(資料5)。

以上から本リーフレットには一定の評価が得られたが、救急医療施設との具体的な連携方法など今後の検討課題も示された。

D. 考察

超高齢社会を反映し在宅で療養・介護を受けているのは年々増加し、600万人を超えていると言われている。地域包括ケアの一貫として在宅療養で慢性疾患への対応に関しては体制整備が進んでおり、介護方法、医療アクセスや施設同士の連携も積極的になされている。その一方で在宅患者の容態が急性増悪し、迅速な判断が必要となった場合の体制は十分構築されておらず、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状が存在する(資料1)。その背景には在宅医療と救急医療を担う医療機関の連携が十分でないこと、医療知識が十分とは言えない在宅医療をささえる患者家族や高齢者施設でのスタッフに救急対応としての迅速な判断が求められるためである。また、救急医療を担う医療機関と在宅

医療や高齢者施設のスタッフが十分な連携体制が整備されておらず、在宅患者のかかえる原疾患、合併疾患や患者背景の多様性に対応しきれていないことも原因である。

同様な背景の認識のもとに東京都は平成30年4月に「高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」

(http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/smph/iryo/kyuukyuu/kourei_kyuukyuu.html)を公表した。本ガイドラインでは対象患者の様態変化について「予想されていたか?」というキーワードを設け、その是非によってその後の対応を変えるように工夫されている

(資料6)。

本研究班ではこれらの課題を解決するために実際に在宅医療に係っている医師を研究協力者として熱心な協議を行った。さらに、本研究班は日本在宅救急研究会（現在は一般社団法人 日本在宅救急学会）と共催で第2回日本在宅救急研究会学術集会を開催し、在宅医療や救急医療を支える多くの医療スタッフとシンポジウムや講演等で意見交換を行った(資料4)。

一方で、平成29年度に本研究班が作成したリーフレット(資料2)の有用性の検証に関しては十分な検討がなされておらず、平成30年度の研究課題として位置付けた。茨城県那珂市をモデル地区としてパイロットスタディーを行い、その評価に関してアンケート調査を行った(資料3-1～資料3-3)。その結果、患者側からも医療者側からも医療アクセスへの判断のためのリーフレットに関しては概ね高い評価を得ることができた。また、医療者側のアンケートは研究協力者が院長や理事長を務める医療機関の医療スタッフを対象としたという課題はあるものの、医療機関からは患者側よりも高い評価を得ることができた。医療機関が密接に連携し、モデル地区を

設けて行った研究は過去に無く、本研究班の研究結果としての作成した「医療アクセスへの判断のためのリーフレット」は在宅医療を受けている患者及びその家族に大きな貢献をするものと考えている。

E. 結論

本研究では在宅患者が救急の医療対応が必要と判断された際に、救急医療へのアクセスをどのようなタイミングと手段で使用することが適切で、患者の利益になるかを検討した。また、在宅患者がどのような状態になったときに救急医療機関への受診を考慮すべきかが迅速に判断でき、かつ視覚的にも判断可能なリーフレットを作成し、その有用性も検証した。その結果、医療側のスタッフや医療知識が十分でない在宅患者の家族からも評価を得ることができた。本リーフレットには一定の評価が得られたが、救急医療施設との具体的な連携方法など今後の検討課題も示された。

F. 研究発表

1) 論文発表

1. 横田裕行：脳死下臓器提供の現状と課題、日本医師会雑誌、2017年12月1日発行第146巻・第9号p1769～1773
2. 横堀将司，横田裕行：頭部外傷。EBMに基づく脳神経疾患の基本治療指針(第4版)、メディカルビュー社 2016：pp240-248
3. 横田裕行：厚生労働科科学研究補助金難治性疾患等克服研究事業(免疫アレルギー疾患等政策研究事業(移植医療基盤整備研究分野))「脳死患者の家族に選択肢提示を行う際の対応のあり方に関する研究」平成27年度総括・分担報告書 2016.3
4. Takashi Araki, Hiroyuki Yokota, Akira Fuse: Brain Death in Pediatric Patients in Japan: Diagnosis and Unresolved Issues. Neurologia medico-chirurgica 2016;56(1): 1-8
5. 横田裕行：救急・集中治療の終末期：3学会合同ガイドライン。日本臨床 2016;74(2):345-351
6. 横堀将司，横田裕行，他：重症頭部外傷に

- における Perfluorocarbon を用いた脳蘇生の有効性と限界. 脳死・脳蘇生 2015 ; 27 (2) : 63-70
7. 横田裕行: 厚生労働科科学研究補助金難治性疾患等克服研究事業(難治性疾患等政策研究事業(移植医療基盤整備研究分野)) 「脳死患者の家族に選択肢提示を行う際の対応のあり方に関する研究」平成 26 年度総括・分担報告書 2015. 3
 8. 横田裕行: 脳死(脳死判定基準). 神経内科研修ノート, 診断と治療社 2015; pp627-631
 9. 横田裕行: 監訳. 赤ちゃんと子どもの応急処置マニュアル, 南江堂 2014 年 11 月
 10. 横田裕行: 脳死と脳死下臓器提供. 脳神経外科診療プラクティス 4 : 神経救急診療の進め方, 文光堂 2014; pp86-88
 11. 横田裕行: 頭部外傷. 脳神経外科周術期管理のすべて(第 4 版), メディカルビュー 2014; pp308-320
 12. 横堀将司, 横田裕行: 広範性(びまん性)脳損傷. 脳神経外科周術期管理のすべて(第 4 版), メディカルビュー 2014; pp344-348
 13. 横田裕行: 高齢者救急集中治療と終末期医療. 救急医学 2014; 38(9) : 1058-1064
 14. 中江竜太, 高山泰広, 小川太志, 直江康孝, 横田裕行: Talk and Deteriorate の経過を呈した頭部外傷患者における D-dimer の検討. 日本救急医学会雑誌 2014; 25(6) : 247-253
 15. 横堀将司, 横田裕行, 他: 重症頭部外傷における脳室内出血の臨床的意義—積極的治療抵抗因子の病態は何か—. Neurosurgical Emergency 2014 ; 19(2) : 204-209
 16. 横田裕行: 平成 25 年度厚生労働科科学研究費補助金(免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業) 「改正法後の脳死下臓器提供におけるコーディネーターに関する研究」研究分担「救急医療におけるコーディネーター体制に関する研究」報告書 2014. 3
 17. 横堀将司, 横田裕行: 頭部外傷の病態と治療. 日本医師会雑誌 2018; 146(11) : 2220-2224
 18. 高宮有介, 横田裕行, 福永龍繁: (監修) 終末期医療と死の概念. 公衆衛生がみえる 2018-2019. pp100-115, 2018 年 3 月
 19. 辻井厚子, 横田裕行: 脱水. 高齢者総合診療ノート. pp130-135. 2017 年 12 月
 20. 横堀将司, 横田裕行: 重症頭部外傷における頭蓋内圧亢進状態に対してどのように対処すべきか? 救急・集中治療 2018; 30(4) : 569-577
 21. 長嶺嘉通, 横堀将司, 佐々木和馬, 金谷貴大, 富永直樹, 五十嵐豊, 恩田秀賢, 増野智彦, 布施明, 横田裕行: 心肺蘇生に関する従来の指標と neuron-specific enolase との比較検討—心肺脳蘇生を見据えて—. 脳死・脳蘇生 2018; 30(2) : 61-66
 22. 横田裕行: 人生の最終段階と救急・集中治療～3 学会合同ガイドラインから～. 救急医学 2017; 41(9) : 1066-1074
 23. 横田裕行: 救急医学と救急医—変容する社会からの期待—. 週刊医学の歩み 2017; 263(7) : 614-621
 24. 横田裕行: 「救急医 1,000 人アンケート」考察: 学会長の立場から. 救急医学 2017; 41(3) : 263-275
 25. 横田裕行: 救急・集中治療の終末期: 3 学会合同ガイドライン. 日本臨床 2016; 74(2) : 345-351
 26. 横田裕行: 厚生労働科科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「脳卒中や心筋梗塞に関する医療連携構築に関する研究」平成 25 年度～27 年度総合研究報告書 2016. 3
 27. 横田裕行: 厚生労働科科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「脳卒中や心筋梗塞に関する医療連携構築に関する研究」平成 27 年度総括・分担研究報告書 2016. 3
 28. 横田裕行: 厚生労働科科学研究補助金難治性疾患等克服研究事業(免疫アレルギー疾患等政策研究事業(移植医療基盤整備研究分野)) 「脳死患者の家族に選択肢提示を行う際の対応のあり方に関する研究」平成 27 年度総括・分担報告書 2016. 3
- 2) 学会発表
1. 横田裕行: 脳死下臓器提供の現状～法改正から現在まで～第 13 回移植医療セミナー、2017. 7
 2. 横田裕行: 頸部損傷への対応と評価のポイント 第 20 回「音声・嚥下・呼吸の懇話会」頸部損傷への対応と評価のポイント、2017. 1
 3. 横田裕行: 救急における死体検案、平成 29 年度死体検案研修会(基礎)、2017. 12
 4. 横田裕行: 意識障害、平成 29 年度認定救急検査技師認定制度 第 5 回指定講習会 2017. 10
 5. 横田裕行: みんなで育てる救急医療、第 16 回都民公開講座(東京都医師会)、2017. 11
 6. 横田裕行: 本邦における救急医療の現状と問題点、第 20 回千葉県救急医療研究会、2017. 4
 7. 横田裕行: 脳卒中にならないために、負けないために、区民のための健康講座、2017. 1
 8. 横田裕行: 救急医療の現状と問題点、鹿児島救急医学会創立 40 周年記念講演会、2017. 9
 9. 横田裕行: 救急診療における Neuro-Emergency の位置づけ、7th. CHB The Collaborative conference on Heart &

- Brain in INBA (2017.8.31)
10. 横田裕行：救急・集中治療の終末期の考え方と対応～3学会合同ガイドラインから～第 37 回日本脳神経外科コンgres、2017.5
 11. 横田裕行：本邦における救急医療の現状と問題点、第 10 回日本健康医療学会、2017.9
 12. 横田裕行：救急医療施設における脳死患者への対応と臓器提供、日本蘇生学会 第 36 回大会 2017.11
 13. 横田裕行：厚労科研報告、第 30 回日本脳死・脳蘇生学会学術集会・総会、2017.6
 14. 横田裕行：法的脳死判定体制の現状と課題 日本麻酔学会第 64 回学術集会総会、2017.6
 15. 横田裕行：救命救急、第 1 回日本臨床知識学会 2017.1
 16. 横田裕行：円滑な脳死下臓器提供に向けて、日本臨床倫理学会第 5 回年次集会、2017.3
 17. 横田裕行：救急医療と在宅医療の連携について 特別講演 第 2 回日本在宅救急研究会学術集会、2018 年 11 月
 18. 横田裕行：第 27 回全国救急隊員シンポジウム、超高齢社会と救急医療 2019 年 1 月

19. 横田裕行：Emergency Medical System for the Tokyo 2020 Olympic and Paralympic Games. 第 7 回織田記念国際シンポジウム 2018 年 10 月
20. 横田裕行：オリンピック・パラリンピック 2020 におけるコンソーシアムと本学会の役割 (シンポジウム). 第 40 回日本中毒学会総会・学術集会. 2018 年 7 月 (大阪)
21. 田上隆, 康永秀生, 畝本恭子, 横田裕行：救急医療を big picture (面) でとらえるための提案:DPC データと SS-MIX2 の活用 (シンポジウム). 第 68 回日本救急医学会関東地方会 2018 年 1 月
22. 五十嵐豊, 萩原純, 横堀将司, 小笠原智子, 増野智彦, 布施明, 横田裕行：東京都におけるドクターカーの活動状況 (ワークショップ). 第 68 回日本救急医学会関東地方会 2018 年 1 月

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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。

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。



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）



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非常に少ない。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、人口に対して病床数が少ないから。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れるのは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、緊急医療とは、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緊急医療を減らすことではない。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）



続いて、訪問介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、落ち着いて適切な処理が取れるよう、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』と怒られるケースや、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（ホウレンソウ）」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）



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）



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と、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る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）



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ることが重要。在宅医はこの患者がどうすれば適切な救急医療を受けられるのかを想像して行動する、救急医はこの患者がこの後に地域で生き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、医療の質も上がることになる」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、しなやかな医療を提供していこう」と呼びかけ、第1部のシンポジウムのまとめとしました。

資料 2 : 医療アクセスへの判断 (案)

いつもと比べて	 普段と変わらない	 何となく元気がない	 咳や微熱が出てきた	 明らかに普段と違う	 意識がおかしい
いつも一緒にいる					
一日一回は会う		 			
2~3日に1回は会う		 	 		
数日以上会わない		 	 		



普段通りの対応



介助者、ケアマネに相談



医療機関受診を考慮



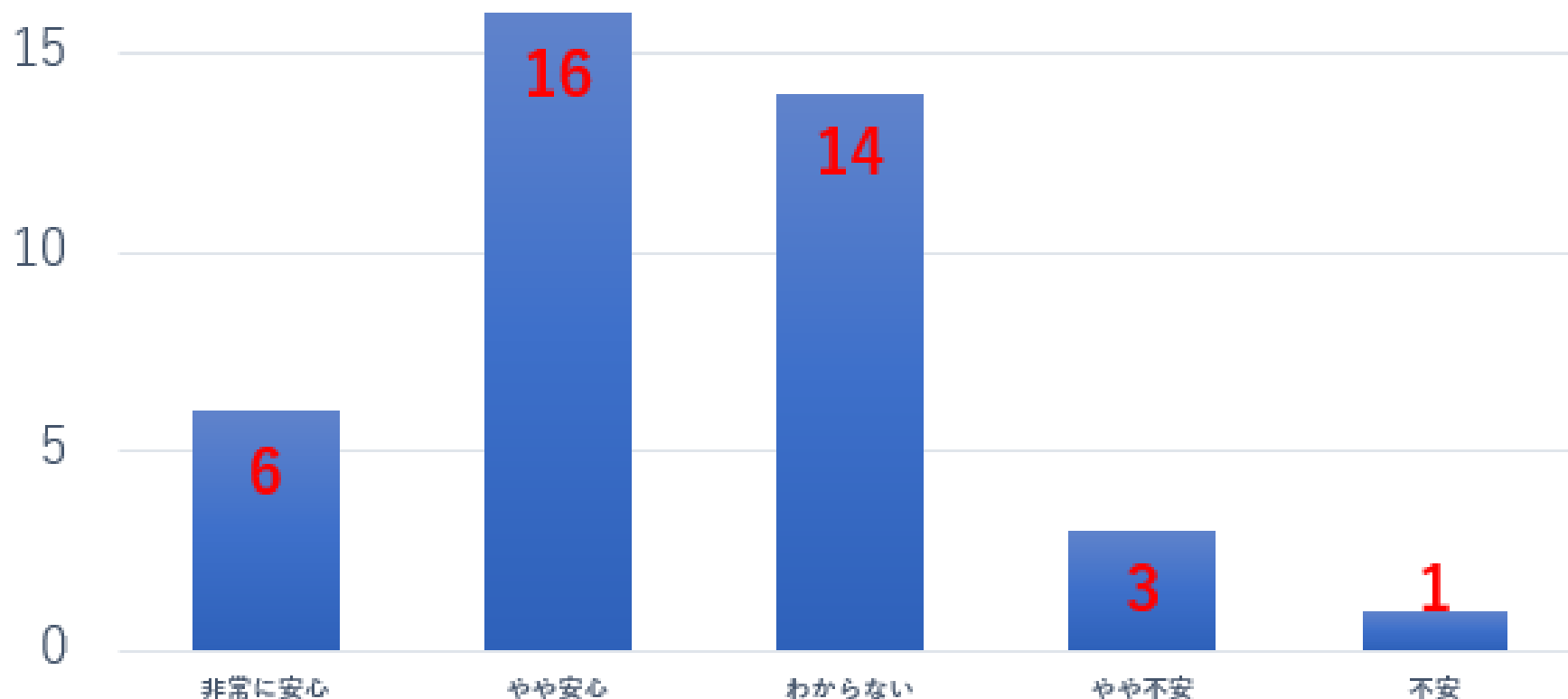
早目の医療機関受診



緊急の対応
(救急車など)

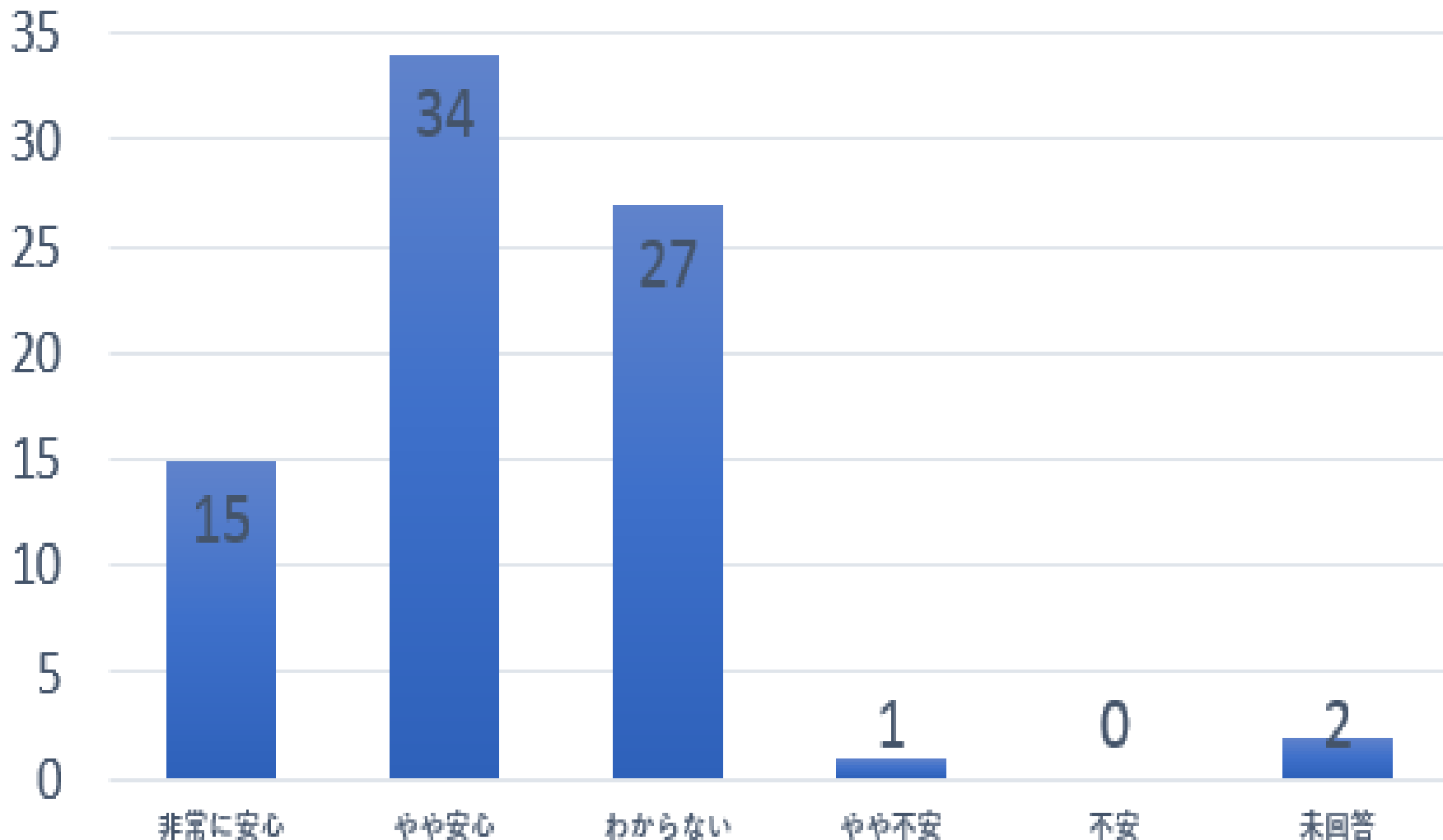
資料3-1

この『医療アクセスへの判断』が社会に広まり、これをもとに医療側が対応した場合、看護・介護は安心になると考えますか



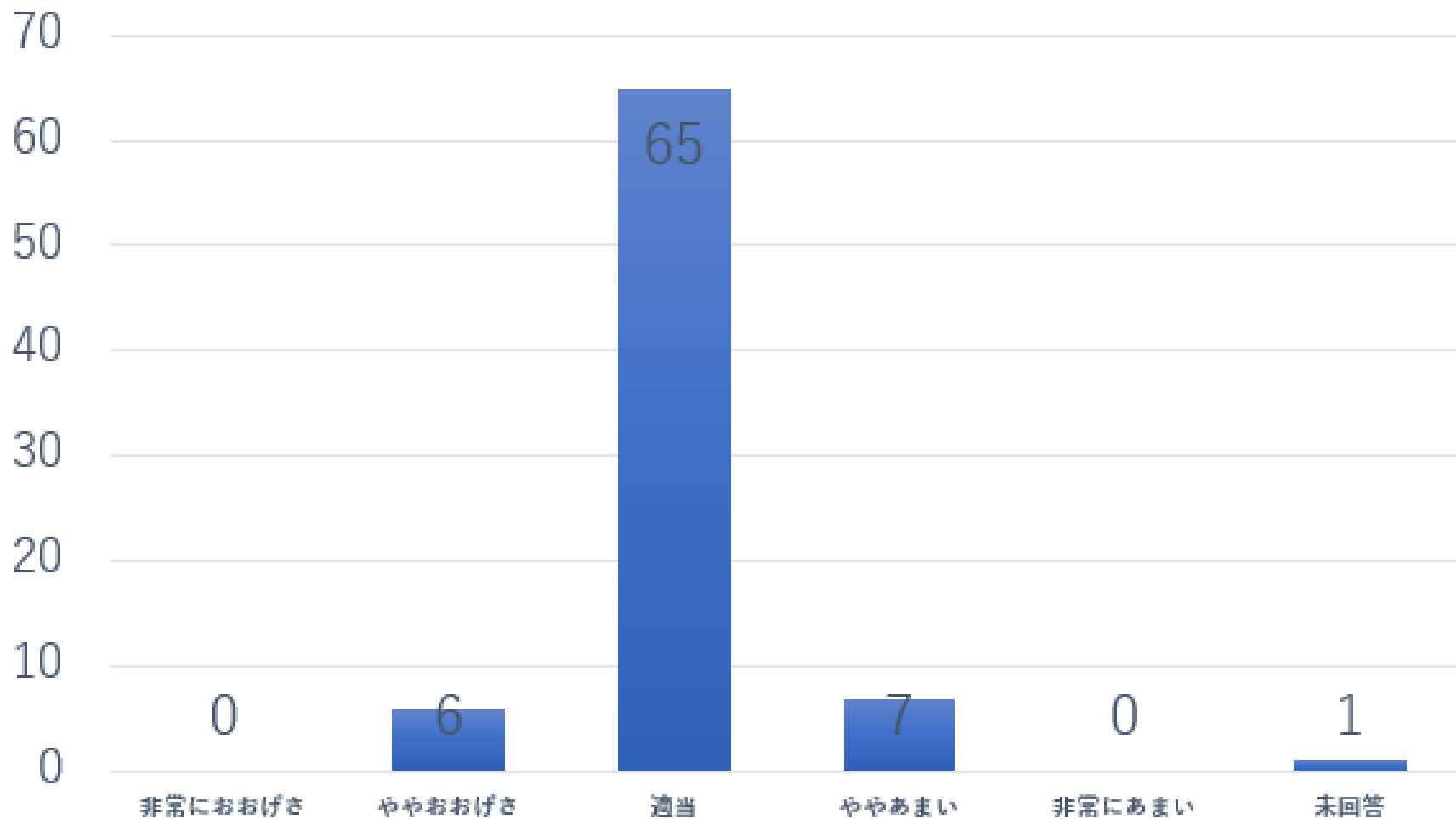
資料3-2

この『医療アクセスへの判断』が社会に広まり、これをもとに医療側が対応した場合、看護・介護は安心になると考えますか



資料3-3

『医療アクセスへの判断』が示す対応は、おおげさと感じますか



資料4

日本在宅救急研究会(現:一般社団法人日本在宅救急学会)と厚生労働省研究班のコラボレーション

第2回 日本在宅救急研究会 学術集会

高齢者の「本当の良き医療」を求めて



【特別講演1】 横田裕行氏 日本在宅救急研究会代表世話人、日本救急医学会代表理事
【特別講演2】 丸山泉氏 日本プライマリ・ケア連合学会理事長
【対談】 横田裕行氏×丸山泉氏 「総合診療医と救急医が協働してつくる本当の地域医療」
【教育講演】 三浦久幸氏 国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

【日 時】 2018年11月17日(土)
9:30 受け付け開始 10:00-17:30 学術集会

【日 時】 2018年11月17日(土)
9:30 受け付け開始 10:00-17:20 学術集会

【会 場】 航空会館大ホール
105-0004 東京都港区新橋1-18-1 航空会館

【会 費】 医師：5,000円 / その他医療従事者：2,000円 / 学生：無料 (学生証提示)

【お申し込み】 日本在宅救急研究会のホームページより <http://zaitakukyukyu.com>

担当世話人 小豆畑丈夫 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、青霞会小豆畑病院院長、救急・総合診療科部長
お問い合わせ 事務局 小豆畑病院 日本在宅救急研究会事務局 担当 山田弘子 TEL: 03-225-2811 zaitakukyukyu@gmail.com

共催 厚労科研 平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「救急医療体制の推進に関する研究」“地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療の連携について”



共催 厚労科研 平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「救急医療体制の推進に関する研究」“地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療の連携について”

平成30年度厚生労働行政推進調査事業 地域医療基盤開発推進研究事業「救急医療の推進に関する研究」(主任研究者 山本保博) “地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療の連携について”(分担研究者 横田裕行) 第2回班会議(平成30年12月18日)

人生100年時代、最期まで自分らしく生きるために

地域包括ケアネットワークにおける在宅医療と救急医療の重要性

日本の高齢者医療のあり方は、個別医療から地域全体による総合的ケアへと変わらうとされた「地域包括ケアネットワーク」における在宅医療と救急医療の重要性(主催:日本経済産業局、特別協賛:セコムでは、在宅医療と救急医療の現状の課題や、ケアのための連携の

基調講演①

「最期まで自分らしく生きるために在宅医療が」



医療法人社団つくし会理事長、日本在宅ケアアソシエーション 会長 新田 國夫氏

日本の死者数がピークを迎える2039年には、総死者165万人の過半数を85歳以上の人が占める予測されています。

治し・支える医療へ

われています。高齢者医療は身体全体が正常である必要はありません。がんがあっても、認知症があっても、元気に生活できる人はたくさんいます。そうした中で医療に求められ

病室のベッド数は簡単に増やせませんから、介護施設や自宅での看取(みと)りが大きな課題です。平均寿命と健康寿命との差は、男女とも過去十数年間ほとんど変わっていません。男性は89年

基調講演②

救急医療と在宅医療の連携



日本医科大学大学院生制御再生医学領域救急医学専攻 教授 横田 裕行氏
同村真徳病院救急救命センター センター長

2018年の消防庁統計によれば、17年は674万人の救急患者を救急車が搬送しました。

救急搬送の死亡率減少

救急搬送数は年々増加していますが、その要因は高齢者の搬送要請の増加です。当施設の調査でも、70歳以上の人の2000年の救命センター入院率は割増でしたが、18年には約半まで上昇

プレセッション

セコムが考える地域包括ケアネット



セコム 常務取締役兼セコム医療サービス取締役会長 布施 達朗氏

セコムは「安全安心で快適、便利」な社会を実現するため、セキュリティだけでなく防災、メ

信頼される安心を社会へ

ディカル、保険、地理空間情報サービス、BPO・ICT、不動産などの事業を展開しています。現在ホームセキュリティは全国で130万件を超える契約をいただいておりますが、家庭での安心を追求する「医療・介護・健

康も必要不可欠であり、ディカル分野にも力を入れています。そのため、セコムでは訪問看護、介護、シニアレジデンス、サービス付き高齢者向け住宅、提携病院の支援などを展開する一方、電子カルテや遠隔画像診断支援なども提供しています。ご家庭向けには各種センサーと民間救急センターとの連携を強化し、救急隊や医療機関と情報共有が可能です。

資料6

東京都福祉保健局
Bureau of Social Welfare and Public Health

キーワードを入力してください 検索

高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/smph/iryo/kyuukyuu/kourei_kyuukyuu.html

高齢者施設における救急対応マニュアル
作成のためのガイドライン

平成30年4月
東京都福祉保健局

