



長尾和宏の

まちいしや 町医者で 行こう!!

第102回

良質な在宅医療は救急搬送と入院を減らす

第3回日本在宅救急医学会

第3回日本在宅救急医学会学術集会が9月7日、都内で開催された。テーマは「在宅救急診療ガイドライン作成に向けて」。大会長の吉田雅博氏は3つの最重要課題を設定した。▶在宅や救急で急変を早くみつけるにはどうするか、▶急変した時どうするか、不要な搬送を減らせるか、▶治療後退院した後に注意することはである。多職種がそれぞれの立場から講演し、筆者もシンポジストとして登壇した。本学会をレポートしたい。

救急医療の世界では標準化が進んでいる。様々な指標が作られてデータが集約・蓄積されつつある。急変対応について親樹会恵泉クリニックの太田祥一氏は、①JATEC(外傷初期診療ガイドライン)、JM ECC(内科救急・ICLS講習会)など救急標準教育で用いられている第一印象からのアプローチ、②第一発見者になることが多い看護師の視点や気づき(特に“いつもと何か違う”)やSBAR(S:Situation(状況)、B:Background(背景)、A:Assessment(評価)、R:Recommendation(提案))、JTAS(救急患者緊急度判定支援システム)、③RRS(院内迅速対応システム)を起動するための急変の前兆を事前に察知するNEWS(早期警告スコア)などを紹介した。

一方で、在宅医療は救急に関するデータが乏しい。しかし数多くの在宅医療を手掛けている悠翔会の佐々木淳氏が示したデータは衝撃的であった。

事前意思確認により約半数が回避できる

青燈会小豆畑病院の小豆畑丈夫氏は「在宅・施設における医療アクセスの判断シート」の意義を報告した。患者の状態を、「普段と変わらない」「何とな

く元気がない」「咳や熱が出てきた」「明らかに普段と違う」「意識がおかしい」の5段階に分けた。家族、ケアマネ、施設職員、看護師、医師らにアンケート調査を行った結果、判断シートが在宅医療の現場、特に家族にとって有用であることを示した。

日本は高齢者の救急搬送が増加する一方で、要請内容では重症度・緊急度が低いことが特徴である。不必要的入院が回避可能な状態はAmbulatory Care-Sensitive Conditions (ACSCs) と定義されている。ACSCs患者が入院してしまう原因としては、システム要因、医療者側要因、医学的要因、患者側要因、社会的要因の5つに分類される。悠翔会在宅クリニック品川の井上淑恵氏は、過去3年間の救急搬送患者365例をACSCs分類したところ、48%で回避可能だったと分析した。さらに回避可能群では患者側・社会的要因が有意に多く、回避可能群と不可能群で背景を比較したところ、訪問看護師導入と事前意思確認で有意差を認めた。多変量解析では事前意思確認が救急搬送回避因子であったことから、その意義を強調した。

悠翔会では2018年、1万4181件の緊急対応をしたが、うち7627件は電話再診(電話のみで対応が終了)、6555件は往診で対応した。緊急入院は1842件。患者・家族が相談なく救急要請したケースは10件未満、多くは担当医の判断によるものであった(約半数は電話、約半数は往診時の判断)。

入院関連機能障害の予防法

搬送・入院を減らすことは患者のQOLのみならず、救急医療システムという医療資源を守るという意味でも重要である。以下、佐々木氏の発表から引

用させていただく。

要介護者が入院すると身体機能・認知機能がともに低下してしまう(入院関連機能障害)。その主たる要因は、環境変化のストレス(リロケーションダメージ)と、安易な食事制限・動作制限による医原性のサルコペニアである。高齢者にとっては入院そのものがリスクになる。悠翔会の在宅高齢者の緊急入院は約30%が肺炎、約15%が骨折によるもの。肺炎で入院した高齢者は入院中に約30%が死亡、退院できた人たちは平均で要介護度が1.7悪化していた。骨折で入院した高齢者についても、やはり10%弱が入院中に死亡、退院できた人たちは平均で要介護度が1.5悪化していた。入院は死亡や要介護度悪化というリスクを伴う。実際、多くの高齢者はフレイル以降、骨折や肺炎などのさまざまな病気を繰り返し、入院により、徐々に心身の機能を低下させていく。「何かあったら病院へ」ではなく「病院に行かなくても済むようにする」ことが大切である。つまり、予防医学である。佐々木氏によると、在宅医療における予防法は1次から4次まである。

①発症予防: 肺炎や骨折を起こさないこと。むせるので食形態を落とす、転ぶと危ないから歩かせない、などの日常生活の制限は、短期的にはリスクヘッジになるかもしれないが、中長期的にはリスクが大きくなる危険がある。

②早期発見・早期治療: 早めにみつけて入院が必要になるほど重症化する前に治療してしまう。高齢者の肺炎は症状が出にくく、非典型的だ。熱、咳や痰が出ない人も少なくない。気軽に相談し合えるケアチーム内の良好な関係構築が重要だ。

③早期退院: 高齢者は10日間の入院で、7年分の骨格筋を失うという報告もある。入院による機能低下を防ぐには、1日も早く地域に戻すことが大切だ。病院側と在宅側が入院時から退院を見据えた情報共有を行い、治療のゴールを明確にしておきたい。

④ACP(アドバンス・ケア・プランニング): 人生が最終段階に近づくと治療をしてもしなくても残された時間はそんなに変わらない、という時期が訪れる。そのような状況で積極的に治療をしていくのか、それとも残り時間を本人の優先順位に応じて過ごすのか、あらかじめ話し合っておくことで望まぬ入院を強いられる可能性が少なくなる。

良質な在宅医療は救急搬送を減らす

悠翔会では毎年、担当在宅患者数が増えているが緊急対応件数は減ってきてているという。18年の平均管理患者数は前年よりも400人多かったが、緊急対応件数は約3000件少なくなっている(17年の緊急対応件数は1万7207件)。その理由は、レスキューオーダーとACPである。レスキューオーダーとは予期される体調変化に対して対応を準備しておくこと。何が起こりうるのかということをあらかじめ患者や家族やケアチーム内で共有し、必要な薬剤などを自宅に配備しておけば何かあった時にセルフケアが可能になる。「急変」=「予期せぬ体調変化」とするのであれば、予測可能なものはそもそも急変とは言わないのかもしれない。つまり、レスキューオーダーによって急変そのものを減らしてしまうという発想である。急変が減れば当然、入院も減る。悠翔会の在宅高齢者は訪問診療開始前の1年間に平均約42日入院している一方、訪問診療中の患者の平均入院日数は10.6日。1人あたり約30日、入院を削減できているという。

往診の対応力も重要だ。入院が必要と判断される前に治療を開始できれば、入院しなくともある程度安全に治療ができる。悠翔会の休日夜間対応チームは休日夜間にコールを受けてから、平均38分で患者宅に到着、診療を開始できている。これは救急車の要請から医師へ引き継がれるまでの平均時間(総務省消防庁によると17年の全国平均は39.3分)よりも短いという驚きの数字である。また足立区内のある特別養護老人ホームでは、施設のスタッフと在宅医(嘱託医)がしっかりと連携・協働することで、年間延べ入院日数を94%も削減することができ(1707日→98日)、看取り率は100%に近づき、入居者満足度・職員満足度は上がったという。

悠翔会のデータは良質な在宅医療が救急搬送と入院を減らすことを証明している。今後、在宅医療の質が問われるが、救急搬送や入院をどれだけ減らせるかも重要な指標になることを確信した。

ながお かずひろ: 1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『平成臨終図鑑』(ブックマン社)など

週刊 日本医事新報

No. 4982

2019/10/19

10月3週号

特集⑯ プライマリケア医のための 結核診療

解く—① キーフレーズで読み解く外来診断学

高CRP血症で受診した67歳男性

知る—⑧ プライマリ・ケアの理論と実践

EBMを活用してチーム医療を充実させる

連載—⑩ 難済症例から学ぶ診療のエッセンス

脱水症を伴う高度の持続性下痢を呈した好酸球性胃腸炎

⑫ 頻用薬 処方の作法

肺動脈性肺高血圧—プロスタグランジン製剤

⑭ クリニックアップグレード計画

クリニック向け自動精算機で受付の会計負担を軽減

⑯ 痛み探偵の事件簿

第二の瘢痕

学術—④5 私の治療

NEWS—⑥8 抗菌薬安定供給を巡りシンポ、具芳明氏が

需要予測の必要性を指摘 ほか

