

第1回日本在宅救急研究会シンポジウム

# 在宅医療と患者急変

## 救急医療とのおあるべき連携とは

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だ。一方で、在宅医療患者の急変憎悪に生じる救急医療との連携の問題も浮き彫りとなる。日本在宅救急研究会は、在宅医療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するために発足。7月22日に開催されたシンポジウムでは、在宅・救急医療の双方の立場からどうあるべきかが論議された。

取材 ● 田川丈二郎



## 在宅医療と救急医療の連携で 浮き彫りとなる問題点

帝京大学救急医学救命救急センター 教授 石川 秀樹 氏

### 在宅と救急が研究会で 同じテーブルで話し合う

日本医科大学大学院の救急医学分野教授、同大付属病院高度救命救急センターセンター長である横田裕行氏は、本研究会の代表世話人を務める。シンポジウムの冒頭、横田氏は、救急の立場として研究会に参加したと明言。実際にシンポジウム開催の朝にも、在宅から救命救急センターに救急車で搬送された患者を診てきたとした。それが横田氏の日常だが、救急医の視点からいうと、「もう少し早く手当をすれば救急車まで呼ぶことはなかったのでは」という患者が来る。最期は在宅で看取りたいという希望がありながら、救急搬送され、本来は希望しない延命装置をされることも発生している。「在宅医療と救命医療がうまく連携することによって、良き医療につながるのではないかと強調した。

地域包括ケアシステムがいわれるが、「在宅で過ごす患者が病気になった場合にどうするのか」ということを、在宅と救急が研究会で同じテーブルについて話し合っ解決していきたいと期待した。

### 在宅の急変に 対応する病院機能を

帝京大学救急医学救命救急センター教授の石川秀樹氏は、救急医の立場から、在宅医療と救急医療の連携の問題点を語った。

まず石川氏は、在宅から搬送されてくる患者の現状を紹介。そこ

では夜間にすぐ救急車で救命センターに搬送されてくるが、例えば同行した施設職員は患者のことが分かっていないことが多くある。誰に話を聞いても、患者の情報が伝わらず、無為に時間だけが過ぎていくという経験を多くしているのだ。

石川氏によれば、在宅で急変したからといって救急車ということではなく、病院の機能に合わせた対応の仕方があるという。その仕組みの1つが東京消防庁で行っている#7119救急相談センターだ。今年で10年目となる事業だが、架電すると「救急を要することはない」「救急車で行くほどではないが、適切な病院を紹介する」とアドバイスがもらえる。人口の割合よりも高齢者からの相談が非常に少ないというが、この高齢者から相談があった場合にはかなりの確率で救急搬送や入院が指示されるという。つまり在宅における高齢者の医療ニーズは高く、そのためにも#7119救急相談センターの存在を認知してほしいという。

### 機能分化が進めば、 在宅医療がうまく進むのか

続いて石川氏は、看取りについて言及。内閣府のデータでは、自宅で亡くなりたいたいという数も増えているが、実際には病院で亡くなりたいたいという数も増加しているという。石川氏は、亡くなる瞬間の医療ニーズを一般の人たちは感じているのではないかと指摘。住み慣れた場所で亡くなるニーズも確



横田裕行氏



石川秀樹氏

かに多いが、「何が何でも自宅というものは1割程度で、最後は病院でというのが圧倒的に多いことは知られていない」と述べた。

また東京近郊における療養病床数は、実は精神科の病床数と同じくらいしか存在していないと明かし、人口比で見ると圧倒的に少ないとした。東京で自宅で亡くなる人の率が高いのは、在宅医療が進んでいるからではなく、病院・施設など行き場が人口に比べて極めて少なく、「必然的に自宅で亡くならざるを得ないからと、私は理解している」とした。

その上で石川氏は、多死社会が進行するにも関わらず、病床を削減し、医療費を縮小し、介護保険

を骨抜きにしている現状は、救急医の目から見ても社会全体が姥捨て山ようになってきていると指摘。厚生労働省は、「在宅医療とは金を掛けずに死ぬことと見つけたり」と考えているのではないかと疑問を投げかけた。

人とカネを増やさずに機能分化を推進しようとしているのが国の施策だが、機能分化が進めば、在宅医療が進み人はうまく死ぬことができるのか。例えば東京の場合は、病床・施設は不足しているが、医師は余っている。その医師らは大きな総合病院で専門分化しているわけだが、これは結局在宅医療

とは何ら関係のないこととなる。

### 在宅医療が目指すべきは 自宅で看取ろうだけではない

東京都医師会で行った調査では、高齢者が入院する場合、自宅から来る患者は7割、施設からが1割。1カ月後どうなっているか見ると、自宅に戻れたのは5割、約3割がそのまま入院中だった。介護施設からきた高齢者は、元の施設に戻るのが2人に1人だった。

石川氏は、世の中で人が死を知ることが少なくなっているとしながら、医療の現実というものを、医療者がかみ砕いて伝えてこな

かったのではないかと危惧。その上で、「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と思っている」と明言した。「適切な医療連携が保たれている環境で療養してもらい、想定内の中で最期を迎えていただく。本人も、残された家族も満足し、人としての尊厳が保たれていくことが大事だ」

結局、在宅医療が目指すべきところは、「救急医療を減らそうとか自宅で看取ろうということだけではないだろう」とし、高齢者自身の意識の改革、施設の意識の改革が必要だと述べた。

## 1つの病院提携

### 在宅医療と急性期病院の “1つの病院連携”の有効性

医療法人青燈会小豆畑病院 病院長 小豆畑 丈夫 氏

#### 1つの病院の医師・スタッフとの イメージで1人の患者を治療

小豆畑病院病院長の小豆畑丈夫氏は、自らが茨城県で実施している「在宅と救急の1つの病院連携」について報告した。

小豆畑氏がいう在宅と救急の1つの病院連携とは何か。例えば、重度の糖尿病患者が入院して胃がんの手術をしなくてはならないとする。病院では内科、外科、糖尿病科の医師たちが一緒になって患者を診る。それぞれの医師が協力して手術を実施し、退院後も外科と内科の外来に通い続けるということがある。1つの病院連携とは、それと同じことを在宅医と救急医がやったらどうなのかという発想だ。在宅医と救急医のみならず、それぞれのスタッフ全員が1つの病院の医師・スタッフという

イメージで1人の患者を治療したらどうだろうというのが1つの病院連携という考え方なのだ。そこでは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となる。

具体的にいうと患者が搬送される場合には、必ず在宅医から救急医へ電話、もしくは書面にて患者情報の交換をすることを徹底。簡便な双方向患者紹介システムも構築した。全く知らない医師に患者を紹介するとストレスがかかる。そこでなるべく多く医師などが集まる機会を設けた。さらに1人の患者ができるだけ早く在宅に戻るために在宅・救急合同のカンファレンスを必ず退院前に行う。退院前のケアについて両施設で検討をする。これを2016年1月より在宅後方支援病院である同院と茨城県にある広域在宅療養支援グループ



小豆畑丈夫氏

が取り組んできたのだ。

紹介状では、どの医師に何をしてほしいかの項目に○をつけ、かつ簡単な患者プロフィールを記入できるものを用意。在宅から救急へと続くいくつかの疾患のクリニカルパスも作成した。難しい症例に関しては在宅医と救急医が集まって合同症例検討会も実施しているという。

多くの医師、看護師とたくさん会うことが必要と考え、年に3回程度合同で勉強会を開催。1度に約100人の参加者があるというが、実際に在宅医が紹介した患者の疾

患に関して討論を行っている。また外部講師を招いてセミナーも実施している。

**この連携は自院にとって  
メリットが多いと考える**

小豆畑氏は、この1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点の解決の糸口になるのではないかとということから検証作業をした。

16年1月1日～12月31日にわたって、在宅医と救急医に参加を求めて実態を集計した。その結果は図1の通りだ。

茨城県の県北から県央の50キロメートルの範囲に、在宅医療グループは5カ所の在宅診療所を有している。その中央部、那珂市に小豆畑病院がある。

患者紹介元診療所によって、紹介数などにそれぞれ特徴があることが分かった(図2)。例えば水戸市にはさまざまな医療機関が密集しているため、小豆畑病院に来る必要はない。また茨城町は、隣の水戸市に収容される。一方、日立市、ひたちなか市には3次救急医療機関があるが、高齢者を積極的に受け入れる2次救急病院がないため小豆畑病院が紹介される。東海村には3次救急病院、総合病院はないが、地域救急に積極的な2次救急病院があるため、小豆は他病院には来ないのだ。

紹介患者のうち3分の1が外来、3分の2が入院となり、外来患者のほとんどは検査目的でやってくる。入院患者については摂食障害、肺炎が多いという。

ここで小豆畑氏が強調したのは、連携を開始すると夜間などの紹介がほとんどなく85%が普通の診療時間に紹介してくるといふ。また1年間を通じ複数回入院する

図1 結果 在宅診療→急性期病院 紹介患者

●期間	2016年1月1日～12月31日(12カ月)
●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、多施設入所1例)
●入院患者の在院日数	21.6±1.8日(平均±標準誤差)

患者を見ると、1回入院が53人、2回入院が9人、3回入院が3人、5回入院が1人だった。しかもこの患者らは1人も死亡例はなく、全員が在宅に復帰している。

副次的な変化をいえば、高齢者ばかりを受けていると在院日数も増えて経営的

にはどうなのかとの心配もあったが、急性期病棟の利用率はこの連携を始めてからむしろ上昇したことが分かった。また平均在院日数はほとんど変わらず、療養病床の稼働率はアップした。小豆畑氏は、この連携は自院にとってメリットが多いと考えている。

検証作業中に行った在宅診療グループへのアンケート調査では、「連携をしたことによって紹介ストレスが軽減した」が90%、「紹介が円滑化した」が90%、「急性期対応に満足できた」が80%と高い水準となっている。

**患者が入院すると  
在宅医が病院を訪れ激励**

ここで小豆畑氏は、具体的な連

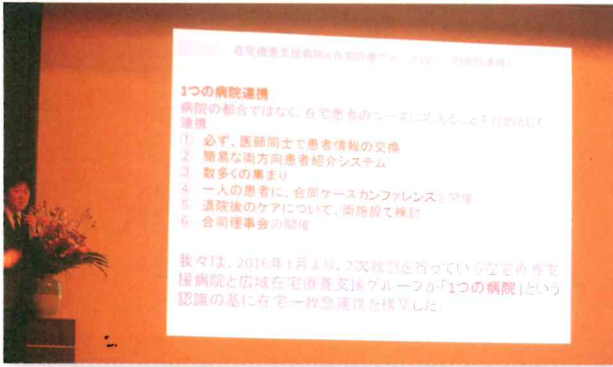


図2 診療所の紹介数

携事例を紹介した。

90歳の男性が鼠径ヘルニアで救急搬送されてきた。病院として、手術をしないと死んでしまうことを伝え、その手術のリスクについても話した。患者が高齢ということもあり、患者はなかなか手術の決心がつかず困っていたが、男性の在宅医が病院に駆けつけ、電話で家族と話した。そこでは、「年齢の割には呼吸機能がしっかりしている。執刀医もベテランだ。手術をしたらどうか」と説得。家族も手術を決断したという。

さらに92歳男性の例を紹介。度重なる脳梗塞の発症で寝たきりとなり、糖尿病も患い、慢性心不全、慢性腎不全の持病を抱えていた。この患者は何とか経口摂取を



小豆畑氏が実践する連携は、共感と呼んだ  
 していたが、誤嚥性肺炎を併発し、  
 病院に紹介されてきた。診断では、  
 肺炎が治って救命ができてでも気管

梗塞で倒れ、つらい闘病生活を  
 送ってきた。その際、生きている  
 だけの生き方はしたくないといっ

切開が必要となる  
 ことを説明。  
 家族は挿管する  
 かどうか悩んだ。  
 そこへ在宅医が  
 病院にきて、家  
 族と救急医の三  
 者で話し合いを  
 した。在宅医は、  
 「今まで何度も脳

ていた」ことを家族に伝えた。家  
 族は人工呼吸器をつけないことを  
 決め、患者は亡くなった。ただ家  
 族からは感謝され、小豆畑氏は三  
 者で話すことができた本当によ  
 かったと感じた。小豆畑氏によれば、  
 患者が入院すると必ず在宅医  
 が病院を訪れ、激励をしてくれる  
 関係を築いている。

現在、この1つの病院連携を地  
 域医療連携推進法人とし、法的に  
 も連携施設として整備ができない  
 かと検討中だ。

## 無用な警察介入をどう減らすべきか 救命救急とリビングウィルの整合性も必要に

### どこまで救急搬送をするのか 多職種で真剣に考えるべき

看取り搬送という言葉がある。自宅で看取ろうとされていたが、ぎりぎりになってあわてた家族などが緊急搬送してしまう。結果、病院到着時には死亡している場合がある。

長尾クリニック院長の長尾和宏氏が在宅で診ていた95歳の男性の状態がおかしいと連絡がきた。30分ぐらい待っていてと返答したが、その後また家族から連絡が。近くの親戚が救急車を呼び、今搬送中だという内容だった。

救急車内で救命措置が行われたが反応せず、結局死亡到着となってしまった。実は事件はここからだ。病院側は看取り搬送となったため、警察に連絡。家族の事情聴取が始まる。午前3時までかかったことから、同じ90歳代の奥さんは過労で倒れてしまったという。

また病院医師から診断書を書けないから、かかりつけ医である長尾氏に「霊安室に遺体を安置してあるので、霊安室にきてくれないか」との連絡が入った。長尾氏はこれを霊安室往診と呼ぶが、結局医師法20条、21条を正しく理解していないために、その状況下では死亡診断書を病院医師が書けないと誤解し、結果長尾氏の負担となるのだという。



会場からも真剣な意見がいくつも出された

もちろん救急搬送をしなくていいということではなく、「患者の症状・状態において病院で適切な治療をすれば、十分延命することが可能な場合はいくら

でもある」とする。

どこまで救急搬送をするのかというのは、多職種が真剣に考えなければならぬ問題だろうと長尾氏は語った。明らかに無用な救急搬送や無用な警察介入を減らすために

は救急隊や警察も含めた意見交換と情報共有が不可欠なのだ。

その上で長尾氏は、本人の意思を開示したアドバンス・ケア・プランニングを徹底していくことが大切と述べた。その核となるのは、リビングウィルであり、患者本人が元気なうちに意志を書面として残しておくことを強調した。

### 延命と処置を拒む患者 狭間で困惑する救急医たち

今回のシンポジウムで、多くの論議を呼んだのが救命救急とリビングウィルの整合性だった。

長尾氏の話が終了した後の質疑応答で、会場にいた救急医からは「リビングウィル、またはアドバンス・ケア・プランニングの質の担保を図っていくべきだろう」「救急搬送されてきた患者でも、1日人工呼吸器をつければまた自宅に帰れると説明しても『本人は延命措置を望んでいない』と治療を拒否される」などの意見が寄せられた。また登壇した救急医たち、座長となった救急医からも、「救急医としては、リハビリでできる状態であっても、治療を拒否される」との発言が重なった。まさに「延ばせる命」と「処置を拒む患者」の狭間で困惑する救急医たちの姿が浮き彫りとなった。

長尾氏は、「今後は、在宅医と救急医は医療面だけでなく、生命倫理、臨床倫理面でも深く連携し協働する必要がある」との考えを明らかにした。



長尾和宏氏