

日本の在宅医療・ACPの課題と
「在宅医療と救急医療の一つの病院連携」
から見えてきた解決法

小豆畑病院理事・病院長 兼 救急・総合診療科部長
日本在宅救急医学会 理事

小豆畑丈夫（あずはたたけお）

共同研究者：日本在宅救急医学会 横田裕行・会田薫子・照沼秀也

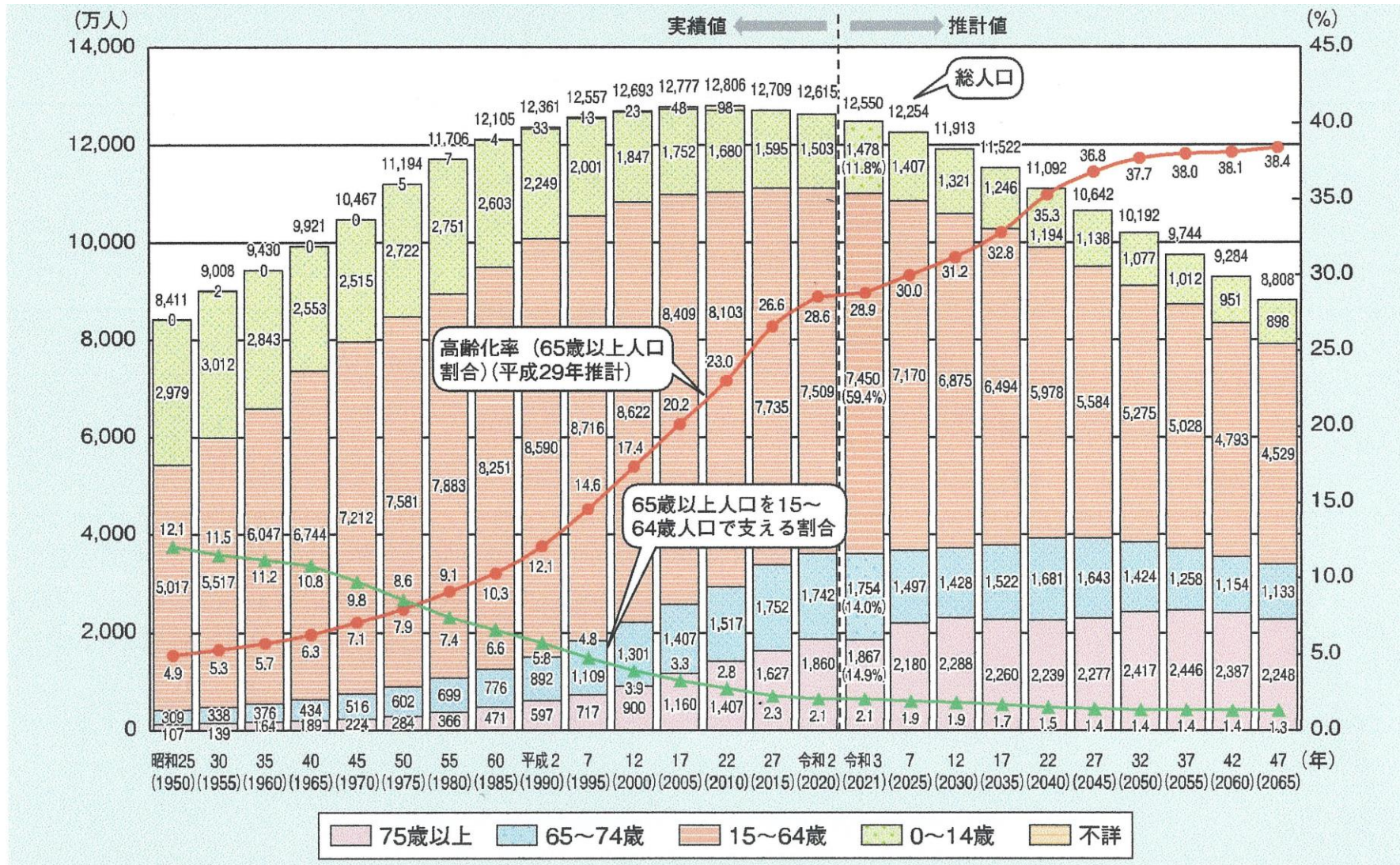
本日の内容

- はじめに：日本の高齢化と在宅医療の現状と課題
- 在宅救急医療とAdvance Care Planning (ACP)
- 在宅医療と救急医療の一つの病院連携
- 総括

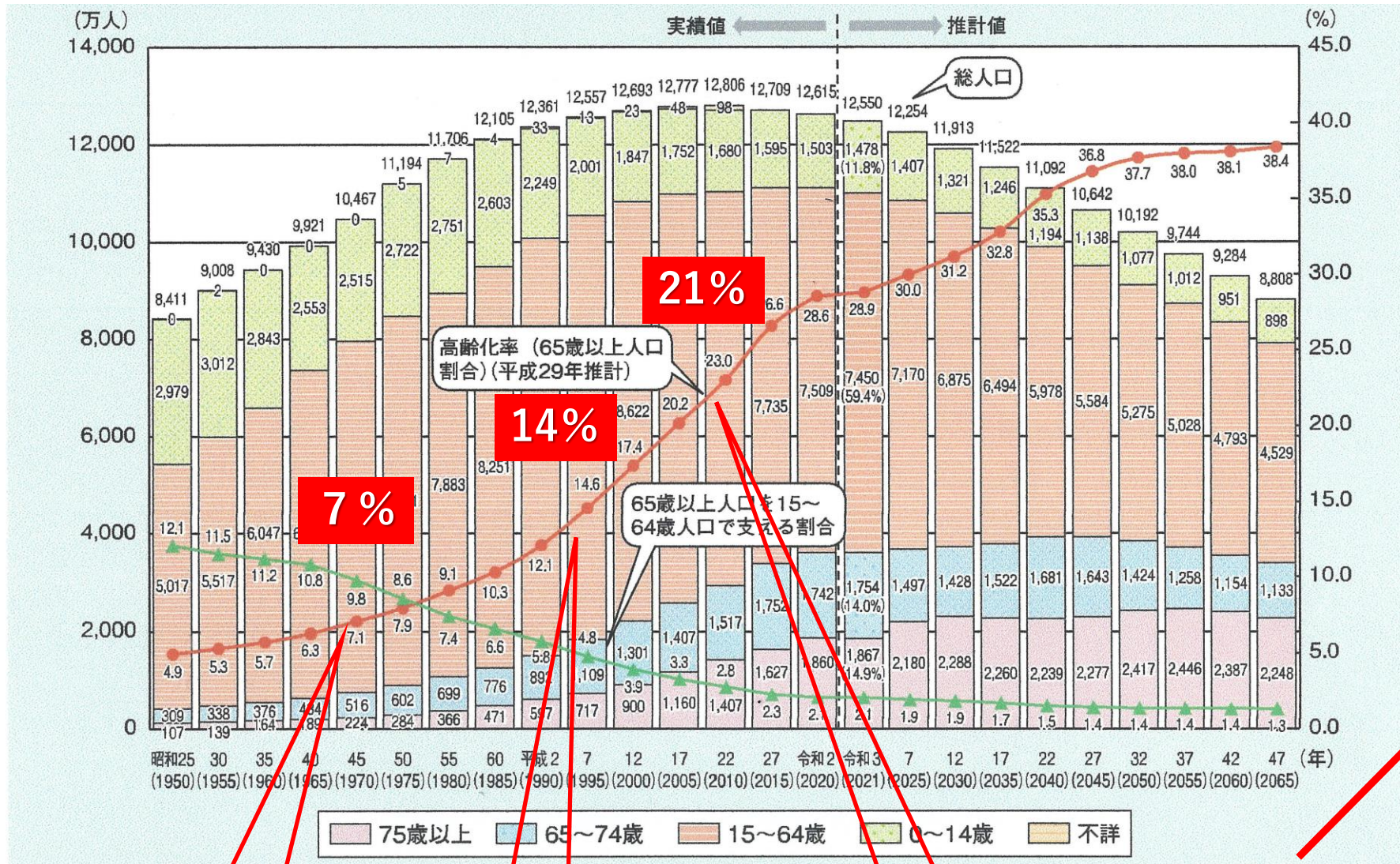
はじめに

日本の高齡化と
在宅医療の現状と課題

日本の高齢化の推移と将来推計



日本の高齢化の推移と将来推計



**2023年
29.1%**

**1970
高齢化社会**

→
24年

**1994
高齢社会**

→
7年

**2007
超高齢社会**

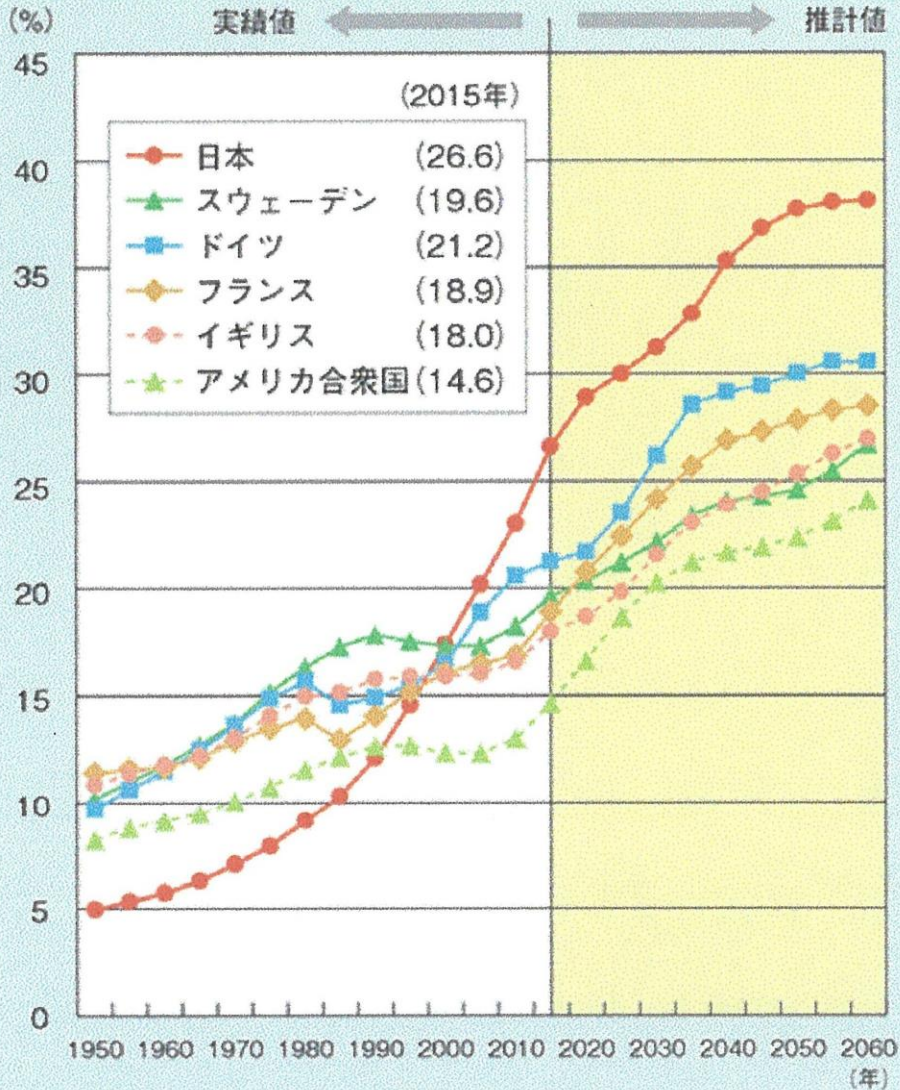
→
11年

**2018年
28.1%**

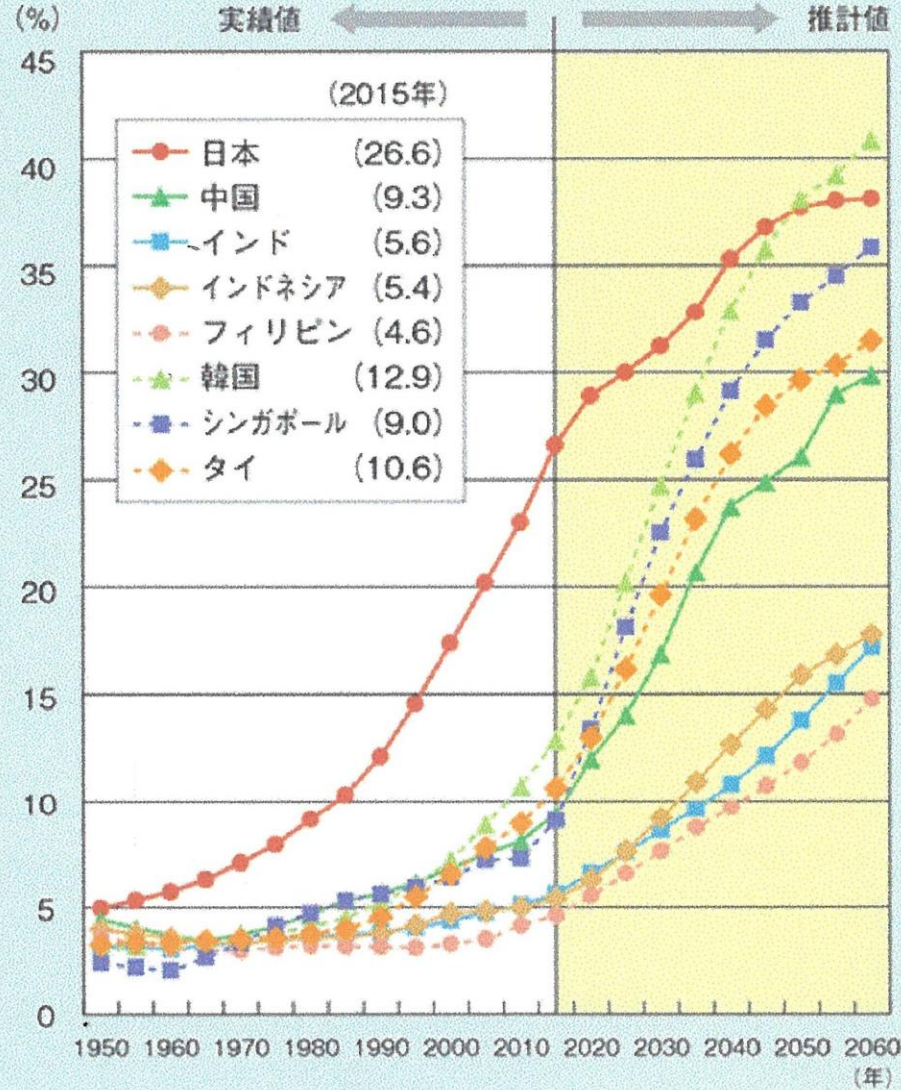
出典:内閣府 令和2年度・令和4年度高齢者白書 著者改変

世界の高齢化の推移

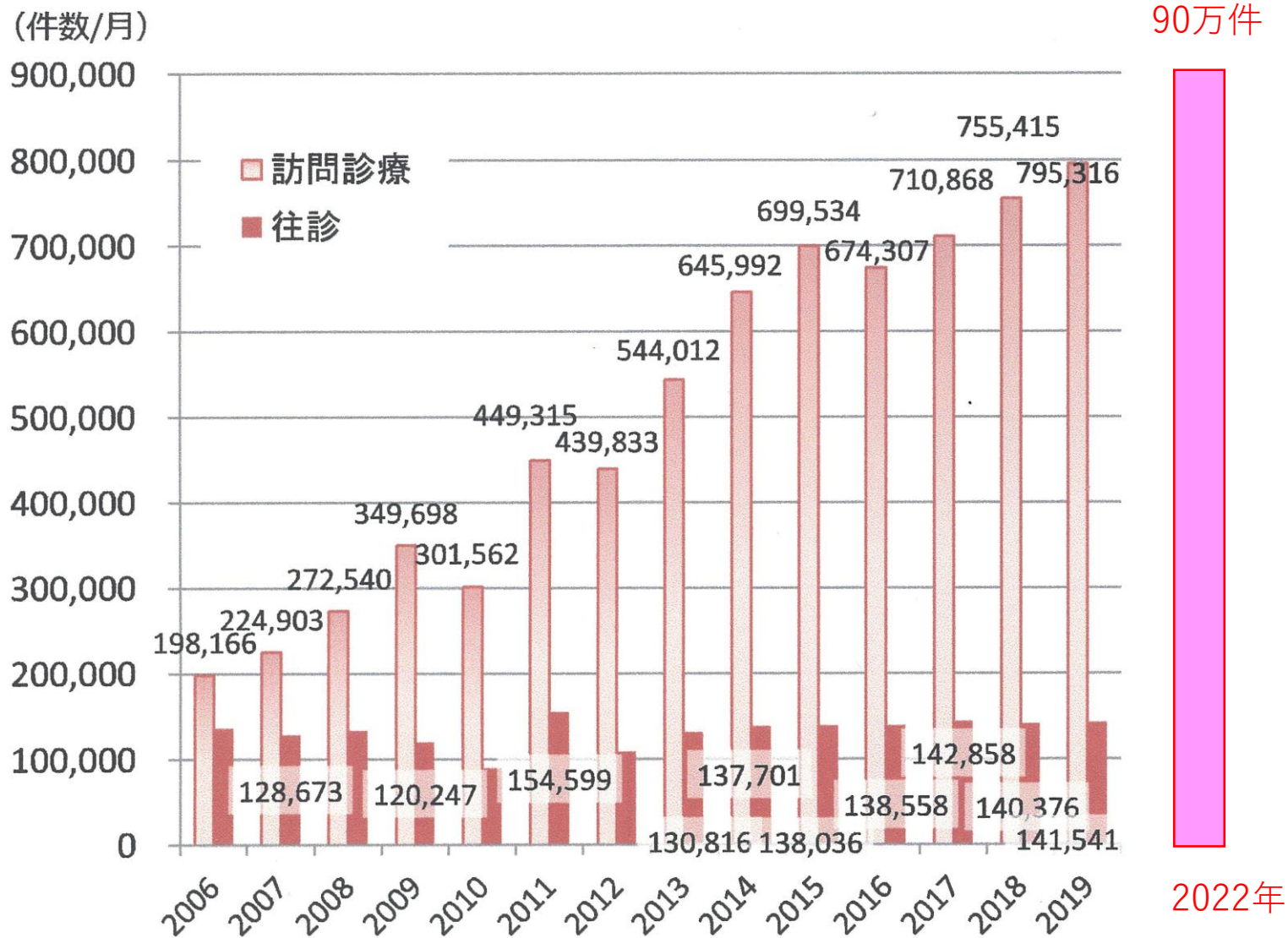
1. 欧米



2. アジア



日本の在宅患者訪問診療・往診の件数の推移 2023年



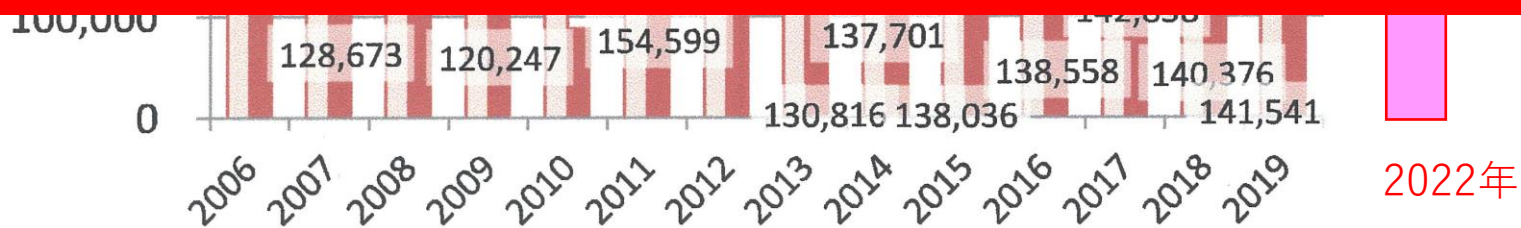
出典: ①厚生労働省: 第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG参考資料 (令和3年10月13日) ②日経ヘルスケアNo.394 2022年8月号をもとに著者作成

日本の在宅患者訪問診療・往診の件数の推移 2023年



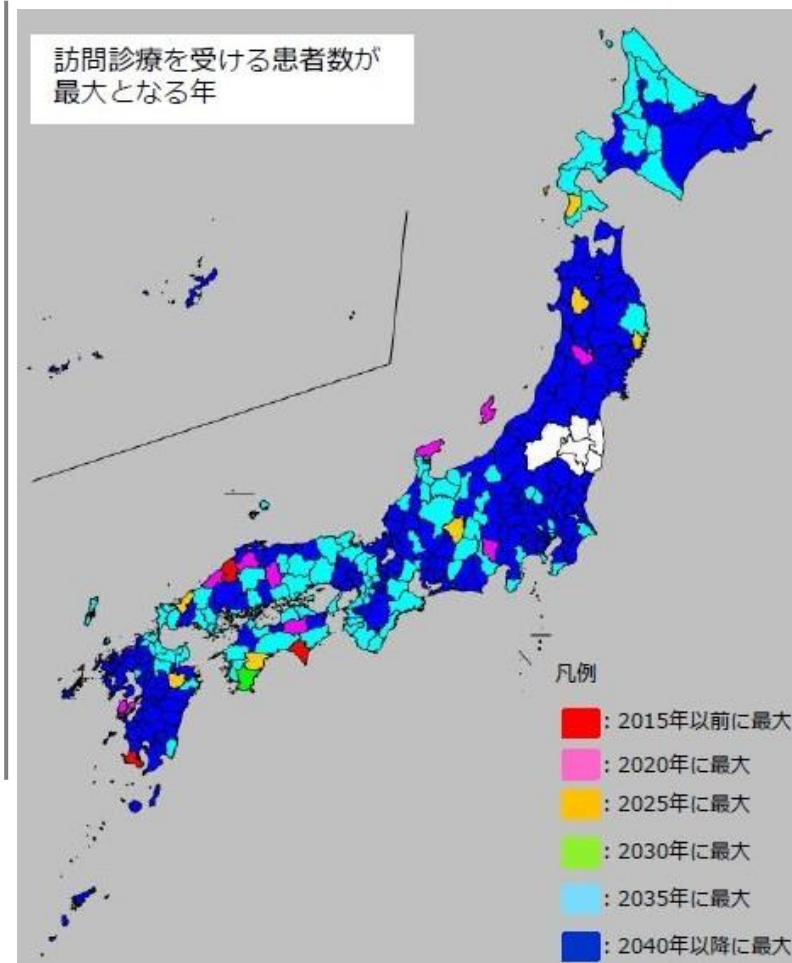
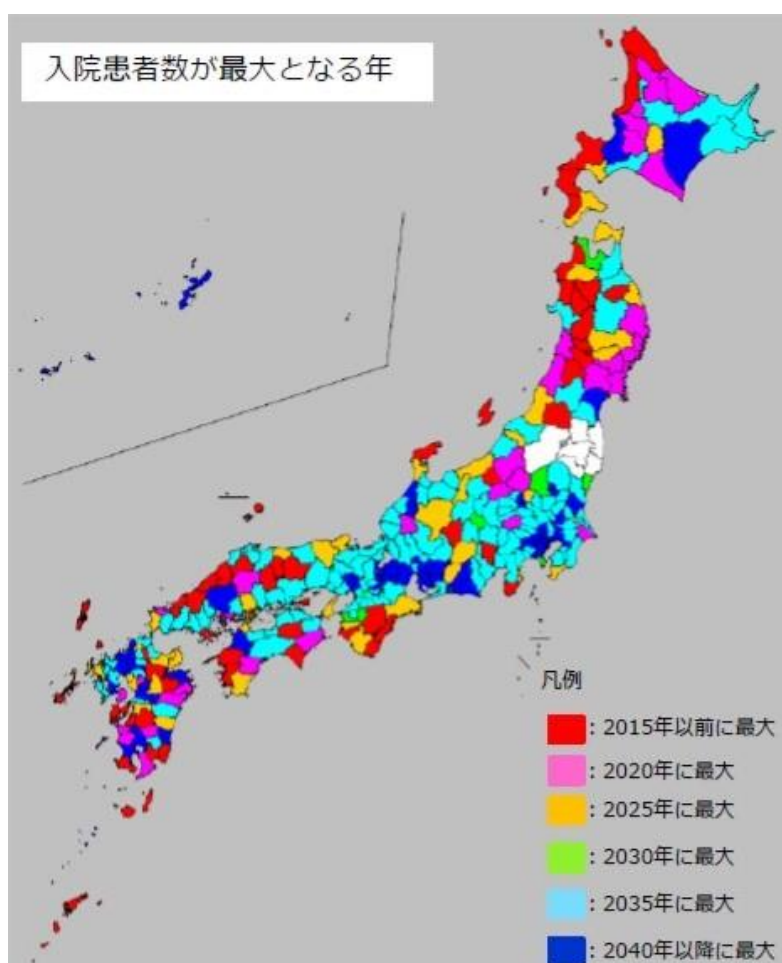
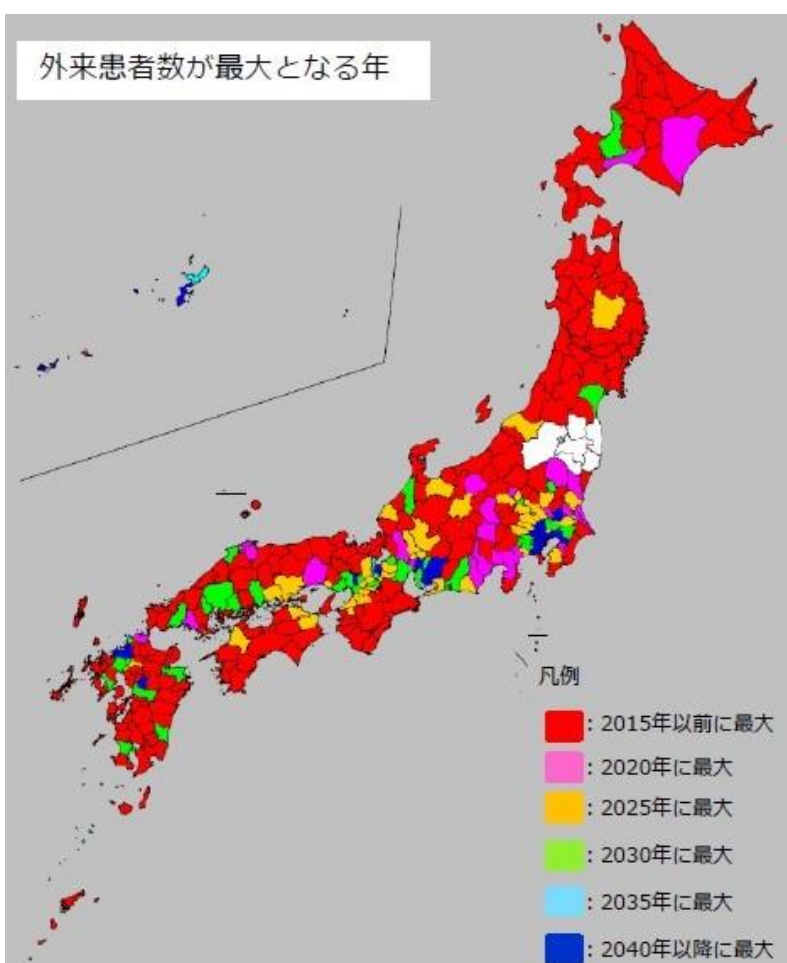
日本の医療を支える、2つの構造

- ①在宅医療 (医療者が移動)
- ②病院・診療所医療 (患者が移動)



日本の医療需要の推移予想 2023年

「厚生労働省：在宅医療の体制整備について 令和5年度第1回医療政策研修会(R5.5.24)」資料より



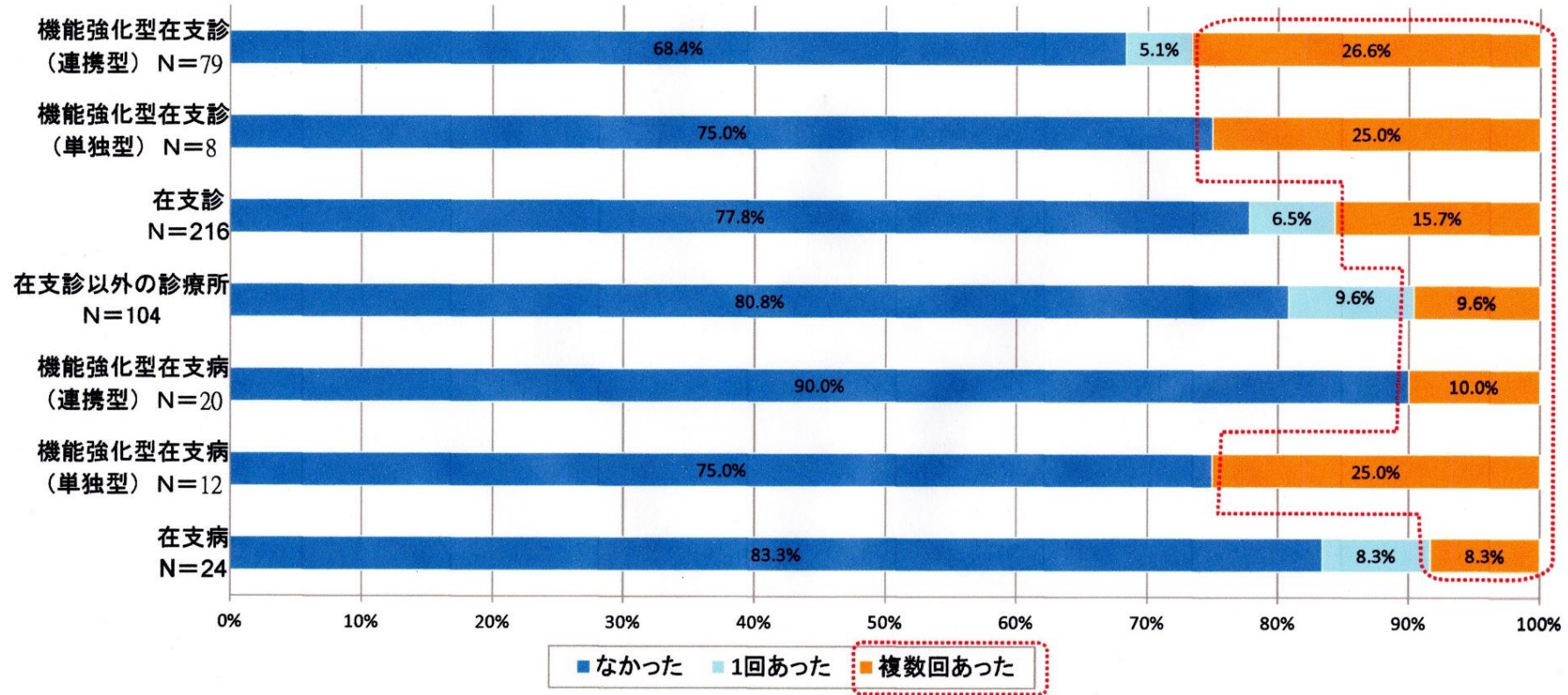
在宅医療の問題点：患者の急変対応

平成26年度診療報酬改定

緊急時の入院

中医協 総 - 1
25.6.26

【平成24年4月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかった経験の有無】



出典：H24検証部会調査(在宅医療)

緊急時に在支診/病であっても、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。

日本の高齢化と、在宅医療の現状と課題

- 日本の高齢化は著しく、高齢者医療の手本となる国はない
- 高齢社会に対応するためには、病院医療だけではなく、在宅医療の充実化が必要である
- 在宅医療の課題は、患者急変時の救急対応にある

在宅救急医療

と

Advance Care Planning
(ACP)

患者・医療者間の 〈望まれる関係性〉 の変化

東京大学死生学教室
会田薫子先生による整理
2018年

時代と 社会環境 の変化	<p>時代の变迁</p> <p>医療技術の進展</p> <p>↓</p> <p>治療法などの選択肢の増加</p> <p>価値観の多様化 情報開示・共有への要求</p>		
	臨床における 意思決定型の 変遷	父権主義 (paternalism)	患者の自己決定 (self-determination)
意思決定困難時 に備えた事前の 取り組み	不要	事前指示 (advance directives: AD)	ACP (advance care planning)

会田薫子先生よりスライド
をお借りしました。

事前指示 (AD: advance directives)

将来、自分の判断能力が失われたときにそなえ、自分に対して行われる医療についてあらかじめ意向を示しておくこと

米カリフォルニア州が最初に法制化 1976年

①医療従事者に対する指示を文書化

⇒ リビング・ウィル(Living Will)

②意思決定代理人 (proxy)の指名

家族の同意が得られないときは、どうするの？

医学の進歩は考慮されるの？

人の気持ちは変わらないの？

自己判断に必要な、医療情報。社会福祉情報を本当に提供できるの？

意思決定困難時に備えた事前の取り組み	不要	事前指示 (advance directives)	
--------------------	----	---------------------------	--

会田薫子先生よりスライドをお借りしました。

以下、会田薫子先生のご講演より小豆畑が改変させていただきました。

日本老年医学会 **ACP**の定義

ACPは将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援する**プロセス**である

ACPは、ADの反省から生まれた概念である。

- Living Will（医療従事者に対する指示書）を残すための物ではない
→**DNAR指示とは全く別な概念**
- 本人、家族、医療従事者間で**継続的**な対話を行うこと
- **非言語**の患者意思も汲み取ること
- **言語化された意思表示**も、本心かどうか慎重に扱う

点(AD) → **線**(ACP)の
意思決定支援へ

2023年の日本で、ACPが正しく理解され、
行われているか？

在宅医療と
救急医療の
一つの病院
連携

茨城県における、「在宅医療と救急医療の1つの病院連携」

在宅医療グループ

茨城県（県北・県央地域）に5診療所・訪問看護ステーションを有する在宅



- 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
- 訪問看護ステーション
- 訪問介護事業所

救急医療

- 救急告示病院
- 在宅療養支援病院
- 救急・総合診療科
- 救急科専門医4名

茨城県における、「在宅医療と救急医療の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

- ① 必ず、医師同士で患者情報の交換
- ② 簡易な両方向患者紹介システム
- ③ 数多くの集まり
- ④ 一人の患者に、合同ケースカンファレンスを開催。
- ⑤ 退院後のケアについて、両施設で検討

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。

茨城県における、「在宅医療と救急医療の1つの病院連携」

簡便な在宅→病院紹介状

＜資料1＞

青森会小豆知病院 診療依頼（診療情報提供書）

※依頼したい医師の番号と項目に○をつけて下さい。項目に希望したものがない場合は、記述してください。
入院での加療をご希望の場合、あらかじめお電話をお願いします。

TEL: 029-295-2611 FAX: 029-295-5022

- 消化器内科・外科・ピロリ菌専門外来・摂食嚥下 小豆畑 丈夫
消化器癌精査加療・消化器検査（内視鏡検査・バリウム検査）依頼・便秘治療・肝機能障害精査加療・
内痔核外来手術・痔瘻・ピロリ菌除菌療法・胆嚢ヘルニア・膵炎・膵下・胃瘻造設・外傷処置・
消化器系健康診断・輸尿管・アテローム・胆管などの体外手術・その他
- 内科・循環器科 山田 博史
動脈・息切れ・胸部圧迫感・むくみの検査・生活習慣病（高血圧・脂質異常症・糖尿病・高尿酸血症）・不整脈・
虚血性心疾患・心不全・心臓弁膜症・心臓循環系（心電図・心臓超音波検査）・動脈硬化検査・呼吸機能検査・
健康診断依頼・その他
- 腎臓外科・脳神経外科 杉田 京一
脊髄神経疾患の診療（変形性脊椎症、後縦靭帯骨化症、脊髄脊髄腫瘍部脊髄狭窄症、脊髄症による
脊髄圧迫骨折など）・脳神経外科全般・その他
- 内科・外科全般 小豆畑 新夫
- 泌尿器科 非常勤医師（毎週土曜日）
泌尿器の検査治療・前立腺肥大症・尿管結石（レーザー検査）・前立腺癌（高PSA値）精査加療・自覚治療・
その他
- 糖尿病・脂質異常症・生活習慣病専門外来 櫻爪 久美子（毎週水曜日午前）
- 救急外来 中村 和裕（毎週木曜日午前）

依頼日 平成 年 月 日

受診予定日 平成 年 月 日

患者 氏名	（ふりがな）	性別	男性	女性
住所		生年月日	MTSH	年 月 日（歳）
依頼 内容		電話番号		
処方 内容				

紹介元

医師



病院と在宅医療スタッフの
合同勉強会

病院・在宅医療のスタッフ
および家族が参加する、退院時
カンファレンス



(検討1)

在宅と救急の連携： **在宅**：いばらき会いばらき診療所 **救急**：青燈会小豆畑病院
連携前の2015年(1/1-12/31)
連携後の2016年(1/1-12/31)

以下の項目を比較 (t-検定、Fisher検定)

患者数（外来・入院）、年齢、性別、来院時SOFA score、入院期間、入院回数、在宅復帰率、転帰、急性期病院の病床利用率・在院日数

(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

「1つの病院連携」

連携前後の比較

	連携前2015年	連携後2016年	p-value
紹介患者数 (人)	37	97	
入院患者数 (人) (入院率%)	34 (92%)	66 (68%)	
年齢 (歳)	83.6 ± 6.0	83.1 ± 8.5	0.73
性別 M:F (rate of male)	16:18 (0.47)	18:24 (0.27)	0.073
入院患者			
来院時SOFA score	10.2 ± 4.1	5.2 ± 2.7	<.0001*
入院期間 (日)	35.7 ± 17.7	21.6 ± 14.9	<.0001*
入院回数 (回)	1.1 ± 0.32	1.8 ± 1.2	0.0005*
在宅 非復帰:復帰 (復帰率)	11 : 23 (68%)	6 : 60 (91%)	0.0051*
転帰 死亡:生存 (生存率)	6 : 28 (82%)	2 : 64 (92%)	0.018*

全ていばらき会いばらき診療所から青燈会小豆畑病院へ紹介された患者

* : p-value <0.05

「1つの病院連携」

連携前後の比較アンケート調査

連携後の紹介の円滑化

円滑化した	60%
やや円滑化した	30%
どちらとも言えない	10%
やや煩雑化した	0%
煩雑化した	0%

連携後の紹介ストレス

軽減した	70%
やや軽減した	20%
どちらとも言えない	10%
やや増加した	0%
増加した	0%

連携救急病院への満足度

満足できた	60%
やや満足できた	20%
どちらとも言えない	10%
やや不満足だった	10%
不満足	0%

この次も連携救急病院へ紹介したいか

紹介したい	50%
患者の病態次第で紹介したい	50%
紹介したくない	0%
どちらでもない	0%

連携救急病院に期待すること (2つ選択)

素早い対応	50%
紹介する上での気楽さ	25%
診療の緻密さ	15%
患者が在宅医療に戻ってくること	10%
診療報告の充実	0%
その他	0%

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。

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がある」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、家族はいま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、話せたころの患者から、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。

「在宅医療と救急医療の1つの病院連携」は、在宅から救急への**紹介ストレスを軽減**し、在宅急変患者は**重症化する前に**急性期病院へ紹介されていた。

その結果、患者の**在院日数が短縮**され、**在宅復帰率の上昇**、**生存転帰の改善**に寄与したものと考える。

また、患者の医療に対する希望を医療機関が変わっても引き継ぎ、**線としてのACP**を可能とした可能性がある。

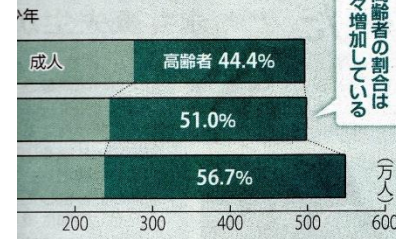
読売新聞全国版2017.12.27

在宅医と救急医の「1つの病院連携」

- 在宅医療と病院医療をシームレスに繋ぐ
- 在宅急変患者の転帰が改善
- 患者の意向が、施設を超えて共有
- ACPを「点→線」で行う

救急搬送者数の推移

2010年は東日本大震災の影響で一部の
いて集計



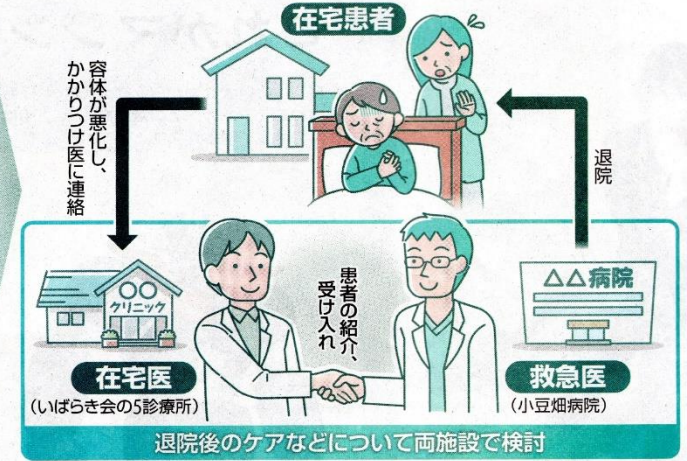
高齢者の割合は
年々増加している

救急搬送の課題

在宅医と連絡が取れない
受け、自宅に帰れなくなる
受け入れは敬遠されがち



茨城県の在宅医と救急医が取り組む「1つの病院連携」



退院後のケアなどについて両施設で検討

高齢者の搬送に備え

自宅で療養する高齢者の容体が悪化し、救急にかかるとケースでは、在宅医と救急医の連携が求められる。茨城県日立市の星野進さん(84)は、のみ込み力が低下し、6月に救急医療も行う小豆畑病院(茨城県那珂市)に入院した。訪問診療を行う「いばらき診療所ひたち」の紹介だった。リハビリテーションを受け2か月で退院。引き継ぎを受けた在宅医のもとで、自宅での生活を再開できた。(安藤奈々)

患者側の安心

救急搬送に占める高齢者の割合が高まっている。総務省消防庁によると、2015年の救急搬送約550万人のうち65歳以上は310万人。10年前の44%から57%と約1.3倍になった。

在宅医と救急医が連携

救急が巡っては、家族が判断に迷うケースが少なくない。自宅で見取ると決めていても救急車を呼んだことで、病院で意に沿わない延命治療を受けることも。逆に119番が遅れ、容体が重くなり自宅に戻れない患者もいるという。医療側も悩みを抱える。救急医が在宅医と連絡が

高齢者の受け入れに難色を示す病院があるためだ。こうした課題に取り組むため、2015年4月、在宅医療を行う診療所と救急を担う病院の医師が集まり、「日本在宅救急研究会」が発足した。中心となった小豆畑病院と、五つの診療所を運営する「いばらき会」は、在宅医療で連携。容体の急変時家族はいばらき会の医師に連絡。医師は患者の希望や病状などの情報を入院する同病院に伝える。退院前には、家族の同意のもと、双方の医師、看護師らが在宅医療の状況や必要な介護サービスについて話し合う。

カードで希望

話し合うことで「1つの病院」のように感じてもらう、患者や家族の安心につながる」と説明する。同病院を退院した星野さんは「自分でやることは自分でやりたい」と話す。近くで暮らす次女(53)も「在宅医を通して、救急医に家族の気持ちが伝わっていると感じる」と信頼を寄せると話した。カードで希望。静岡市静岡医師会では、市消防局と連携し、在宅患者の急変に対応している。同医師会の約70の診療所などが協力する。あらかじめ医師が患者に望む緊急時の対応について聞き取っておく。自宅で見取りを希望する患者には「グリーンカード」、往診を希望する患者には「シルバーカード」を配布する。患者が急変した際、基本的に家族は在宅医に電話するが、休日や夜間で連絡が取れない場合、市消防局に電話してカードの種類などを伝える。消防は当番医に連絡し自宅に駆けつける仕組みだ。研究会の代表世話人で、日本医科大学病院高度救命

総括

日本の医療は、病院医療（患者が移動する医療）と在宅医療（医療者が移動する医療）の2つの構造で成り立っている。しかし、現在、患者がこの2構造間をシームレスに移動することに課題が残っている。その結果、本当の意味で患者にとって望ましい医療が提供できない可能性がある。

これからの日本の医療を支えるために、在宅医療と救急医療（病院医療）は「一つの病院」のように連携して地域の人達の生活と生命を守っていくことを、医療者・行政担当者は意識的に取り組んで行かなくてはならないと考える。