東京都医師会 在宅医療委員会企画シンポジウム

在宅救急医療（在宅入院）

大都市における一次医療の充実に向けた在宅医療の役割

Jun Sasaki M.D.
佐々木 淳

Director/Chairman **Yushoukai Medical Corp**
医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長

発表者のCOI開示

発表者氏名：佐々木　淳

演題発表に関連し，開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

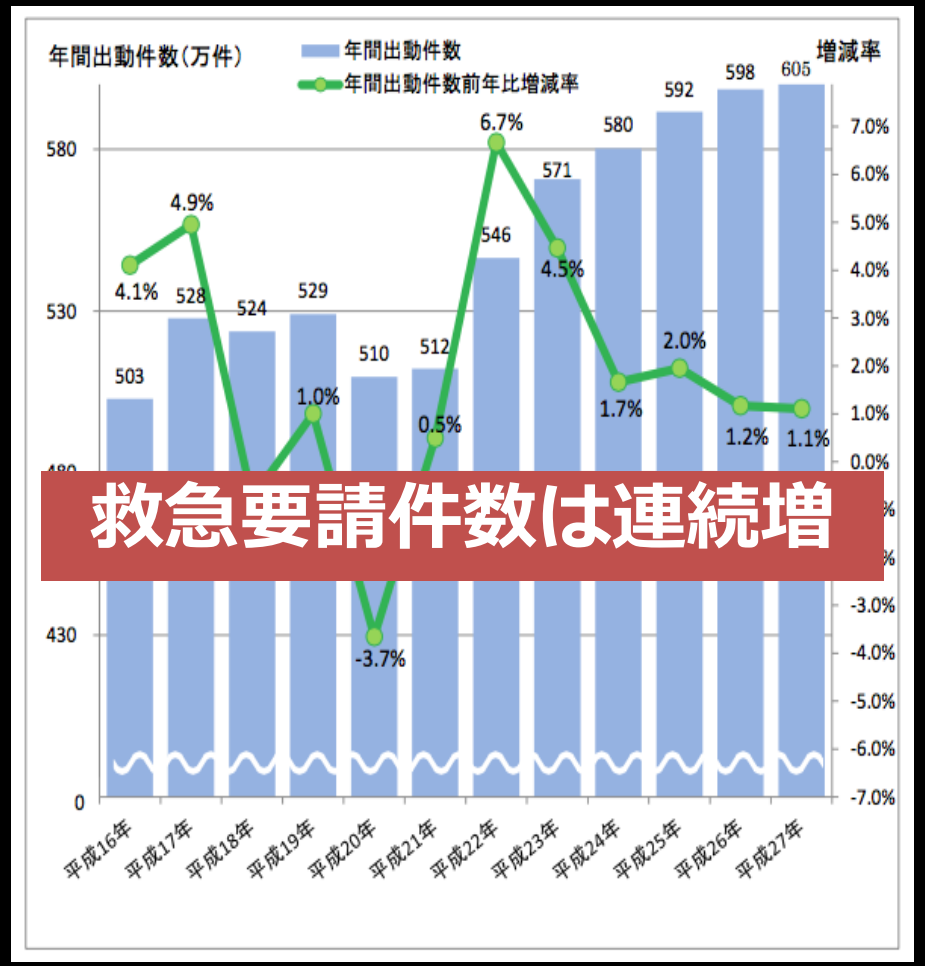
医療法人社団 悠翔会
YUSHOUKAI MEDICAL CORPORATION

- 2006年創設
- 首都圏20拠点＋その他4拠点
- 医師数168名（常勤医師64名）
- 在宅患者数　9,129人

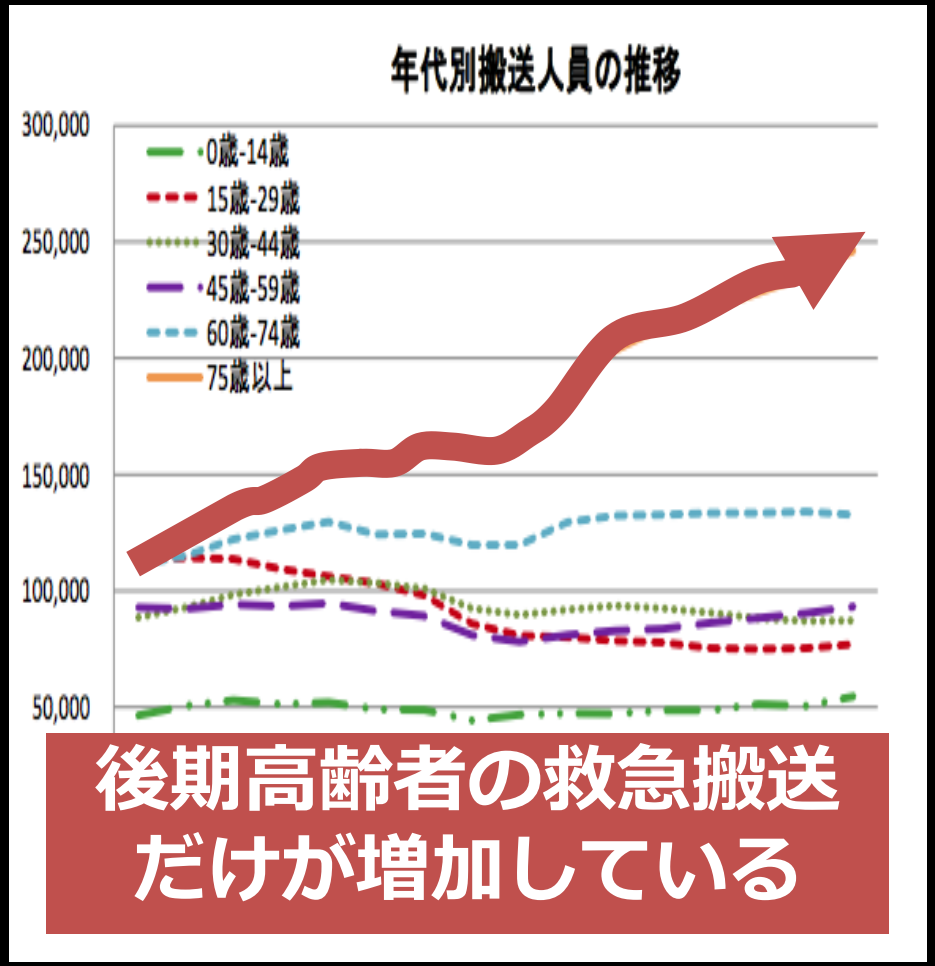
●年間総診療件数	141,553 件
・訪問診療	106,756 件
・緊急対応	34,797 件
・うち往診	10,899 件
・平均往診所要時間	41.1 分
●年間死亡者数	3,024 人
・うち在宅死	2,147 人
・在宅看取り率	71.0 %

▶後期高齢者の救急搬送は増加の一途

▶平成 27 年の救急出動件数等



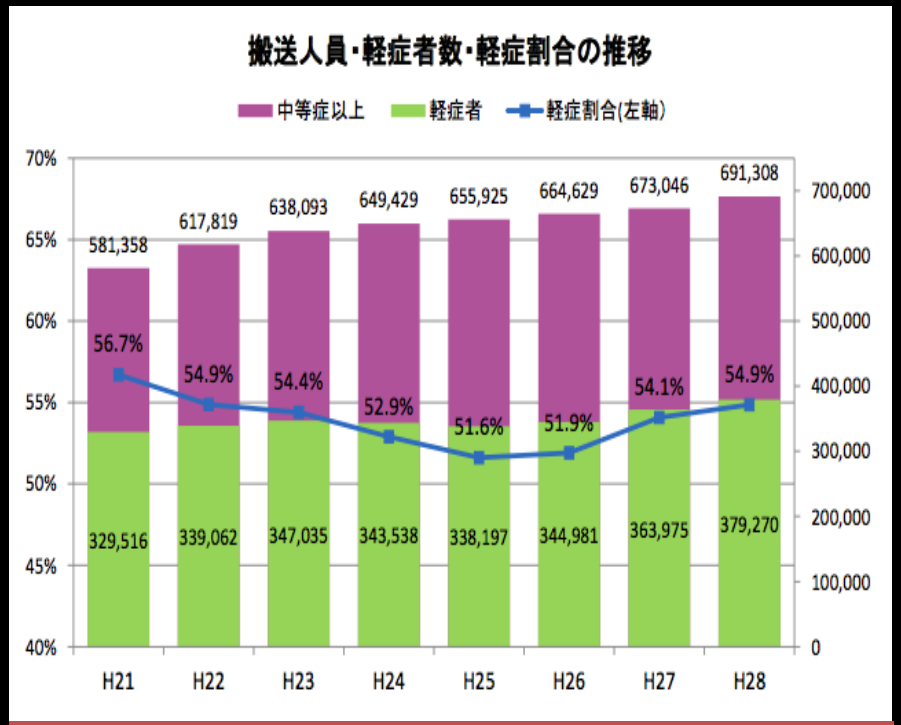
平成28年3月29日　東京消防庁　発表資料



平成29年1月12日　東京消防庁　報道発表資料

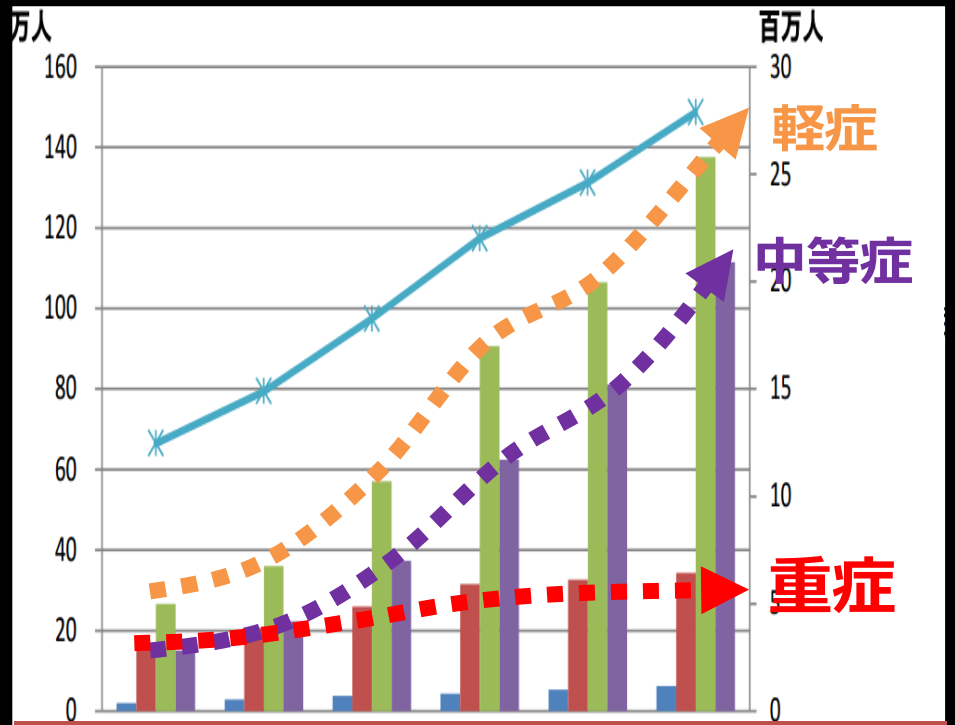
▶一次医療を「素通り」して搬送される高齢者

▶搬送人員・軽症者数・軽症割合の推移



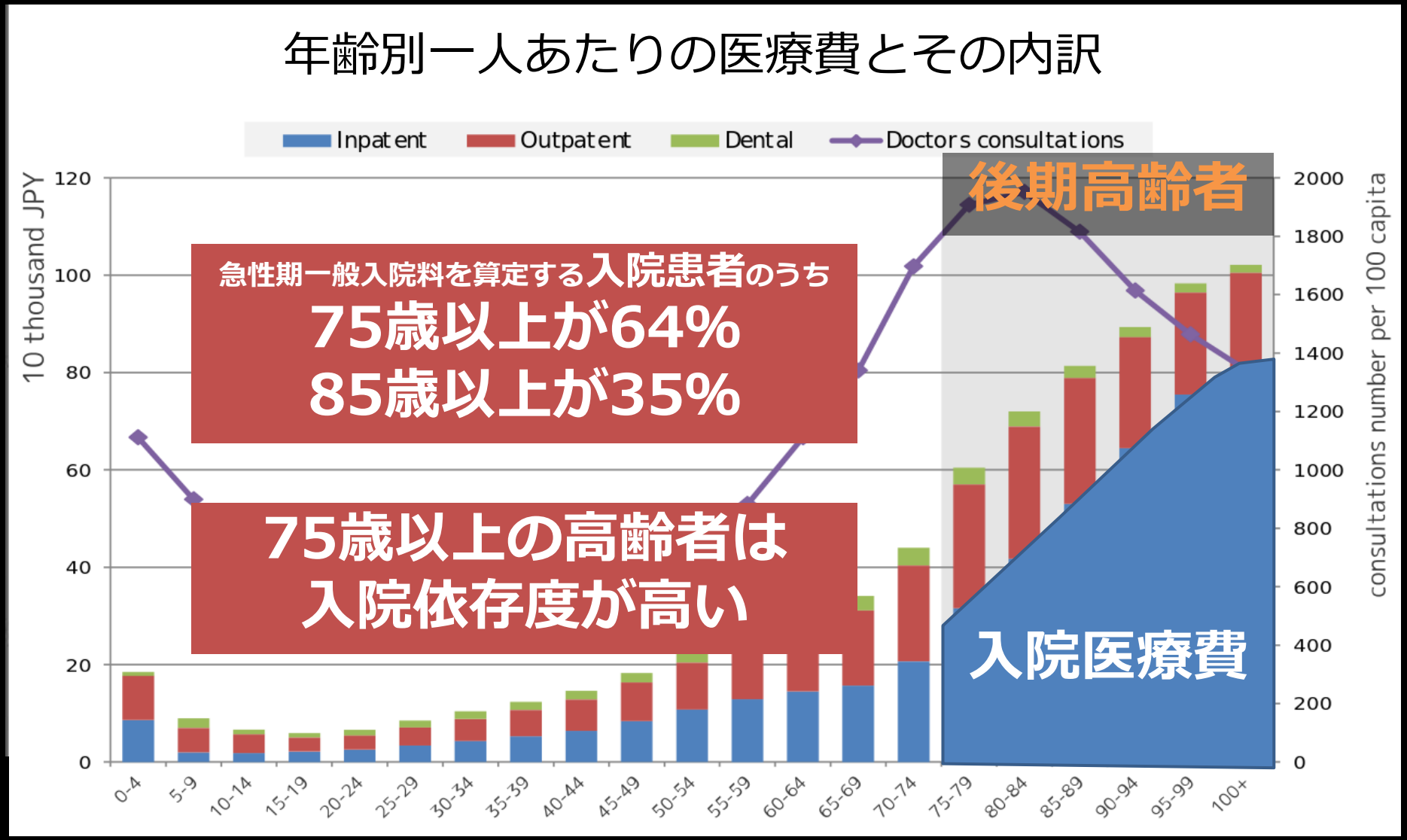
救急要請は
「軽症」が過半数

▶全国における高齢者の傷病別程度搬送人数の推移

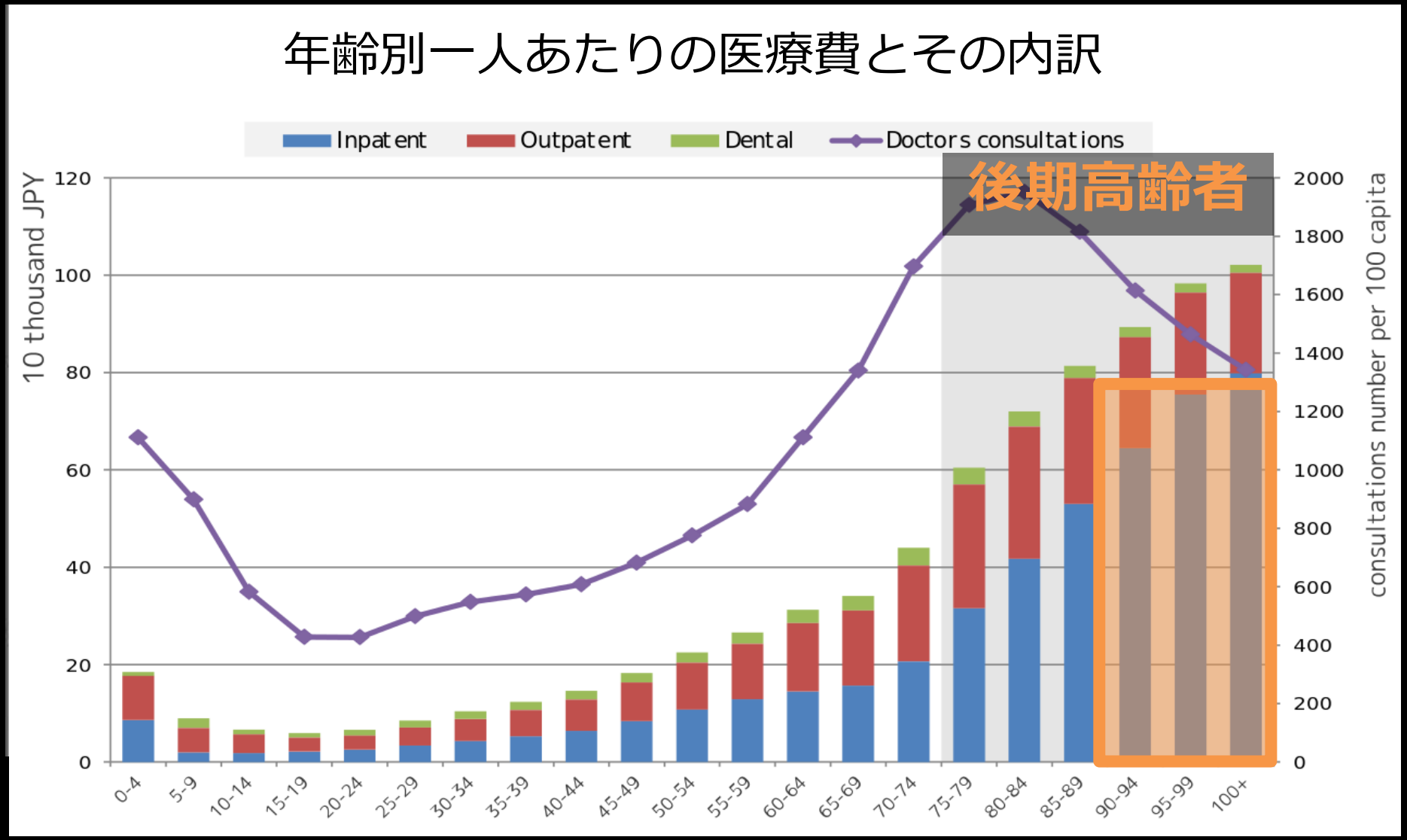


救搬増加分のほとんど
「軽症」～「中等症」

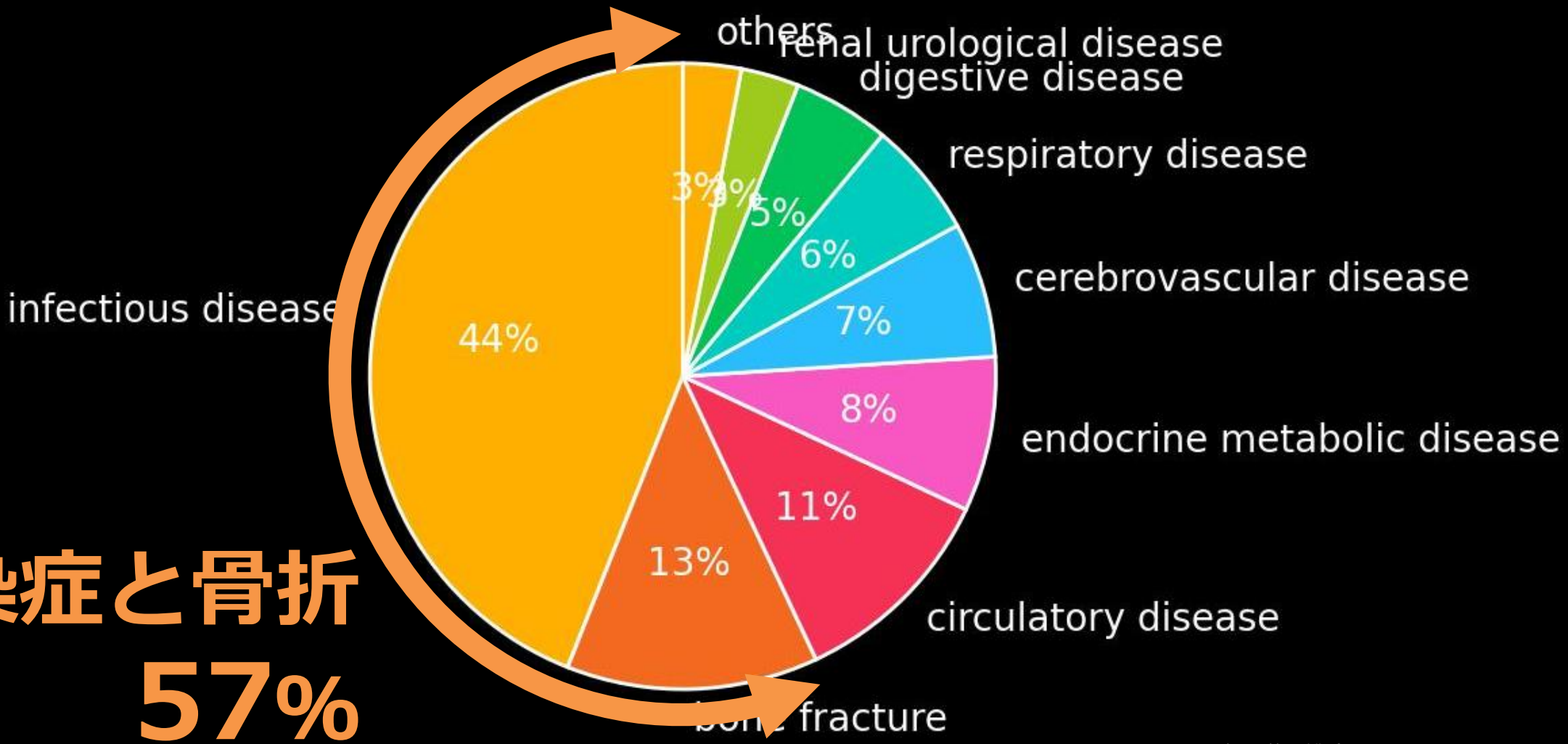
加齢とともに上昇する入院依存度



超高齢者は何で入院している？



超高齢者＝在宅高齢者の入院原因は

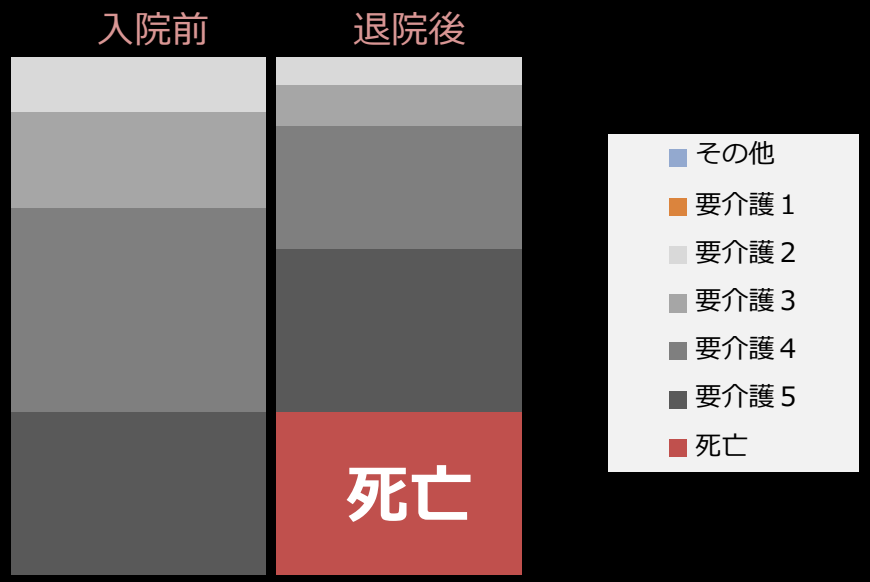


感染症と骨折
57%

医療法人社団悠翔会
実績調査（2014～2016）より

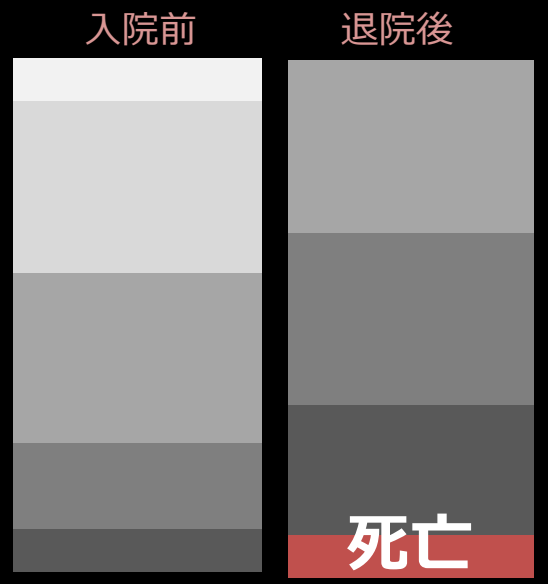
「入院すれば安心」というわけでもない

肺炎



平均要介護度＋1.72

骨折

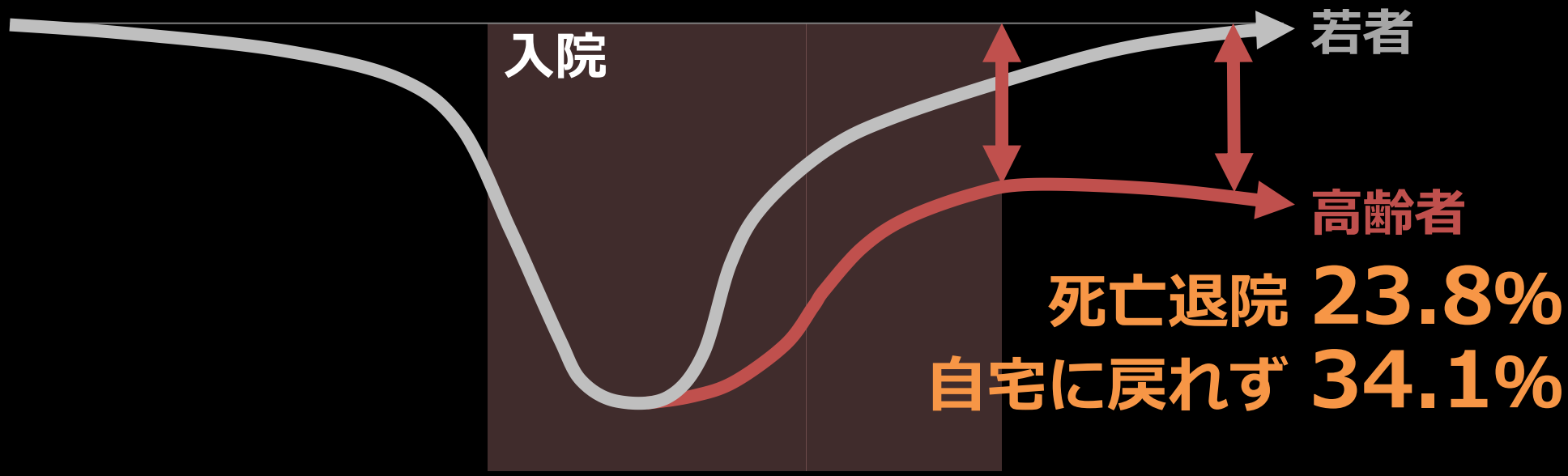


平均要介護度＋1.54

肺炎の平均入院医療費：118万円
骨折の平均入院医療費：130万円

医療法人社団悠翔会
実績調査（2014～2016）より

▶入院依存度を下げることが重要ではないか？



入院関連機能障害

10日間の入院で7年老化

▶在宅医療の仕事とは？

①継続的・計画的な医学管理 ➡予防医学的介入
②24時間対応 ➡急変の早期発見
③在宅救急治療（在宅入院）
④早期退院支援 ➡入院関連機能障害の抑制
⑤移行期支援 ➡退院直後の再入院の抑制
⑥在宅緩和ケア
⑦在宅看取り
⑧全行程を通じた対話の積み重ね（ACP）

在宅急性期医療はGlobal Standard

英：ER在宅アウトリーチ
米：Virtual Hospitalization
仏：HAD（Hospitalisation a Domicile）
豪：HAH（Hospital at Home）
台：ACAH（Acute Care at Home）
新：HAH（Hospital At Home）
韓：HAH（Hospital At Home）
・・・・

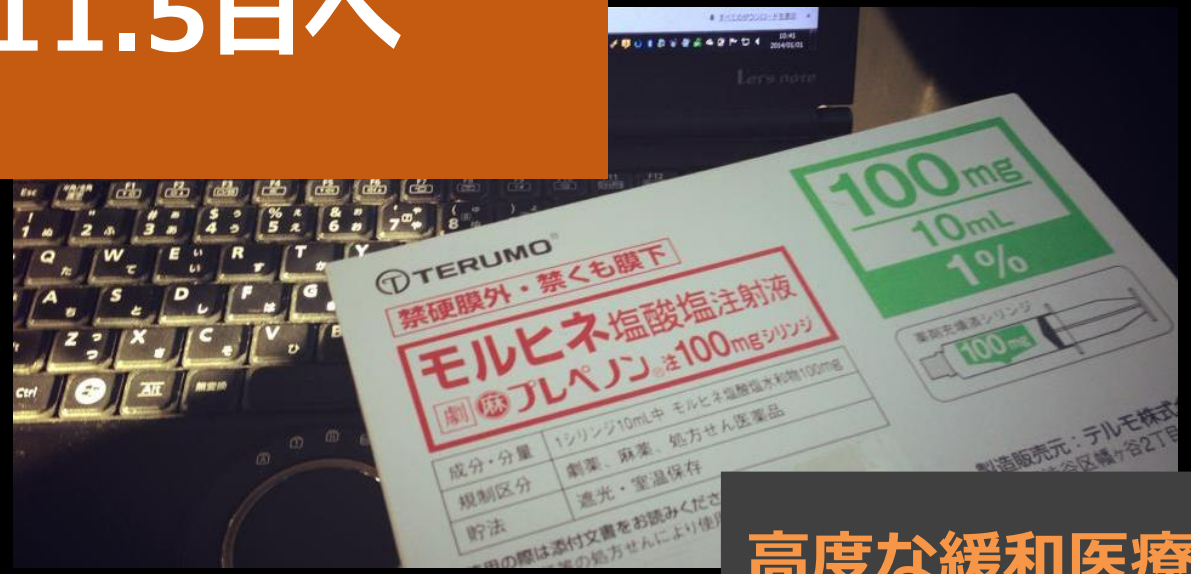
コール▶診療開始まで
平均41.1分
119番▶診療開始まで
全国平均40.6分
緊急コール対応
34797件
東京消防庁
後期高齢者救急搬送件数の
12.1%相当
緊急往診
10899件
東京都立６病院
救急車受け入れ件数の
37%相当

「急変」の90%以上は
自宅で診断できる

感染症など
急性疾患の治療

侵襲の高い処置

年間延べ入院日数／人
41.2日▶11.5日へ



高度な緩和医療

本来の入院対象 → 実際の入院対象

軽症 34%	中等症Ⅰ 25%	中等症Ⅱ 23%	重症 18%
酸素飽和度96%以上	酸素93～96%	酸素93%未満	集中治療室レベル

なぜ急性期を在宅で対応できない？

	回避可能	回避不可能
システム要因		
医療者側要因	6.5%	14.1%
医学的要因	1.4%	37.0%
患者側要因	14.5%	0.0%
社会的要因	26.5%	0.0%
合計	48.9%	51.5%

緊急入院の約半数が回避可能
患者側・社会的要因による入院

▶訪問看護とACPが入院回避要因

Internal Medicine
The Japanese Society of Internal Medicine
doi: 10.2169/internalmedicine.7136-21
Intern Med 61: 177-183, 2022
http://internmed.jp

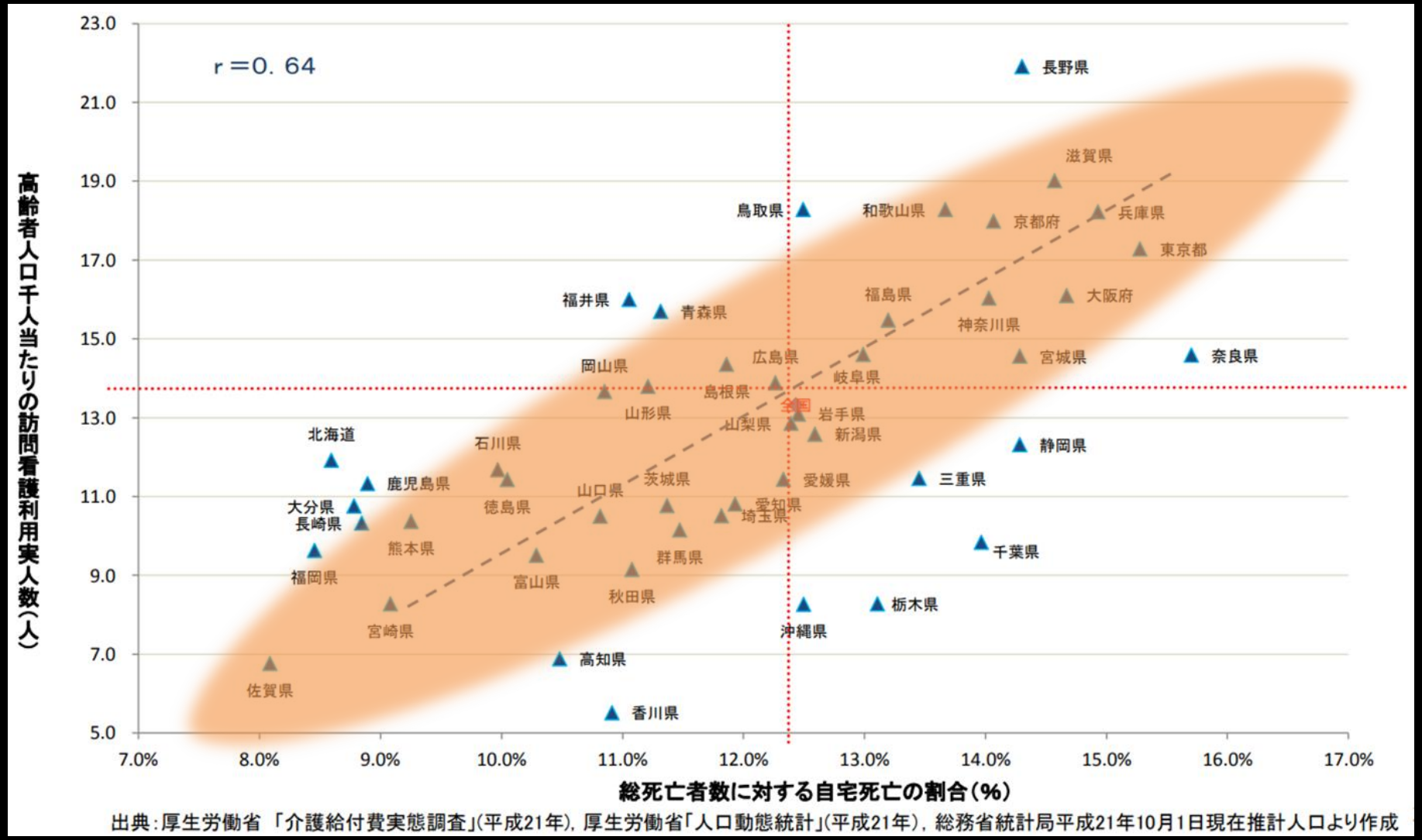
【 ORIGINAL ARTICLE 】

Table 3a. Univariate Analysis of Factors in Emergency Visits by Ambulance.

	Potentially avoidable (n=163)	Potentially not avoidable (n=177)	p value
Age (years)	83.2±10.9	83.1±9.4	0.91
Male	69 (42.3)	86 (48.6)	0.15
Nursing care level	3.4±1.5	3.1±1.5	0.08
Lived alone	60 (36.8)	77 (43.5)	0.20
Lived home	139 (85.3)	136 (76.8)	0.04
Usage of home visiting nurse service	125(76.7)	141 (79.7)	0.01
Confirmation of advanced care planning	125 (76.7)	154 (96.0)	0.01

Data are presented as number (%) or mean±standard deviation.

看取りの主役も訪問看護

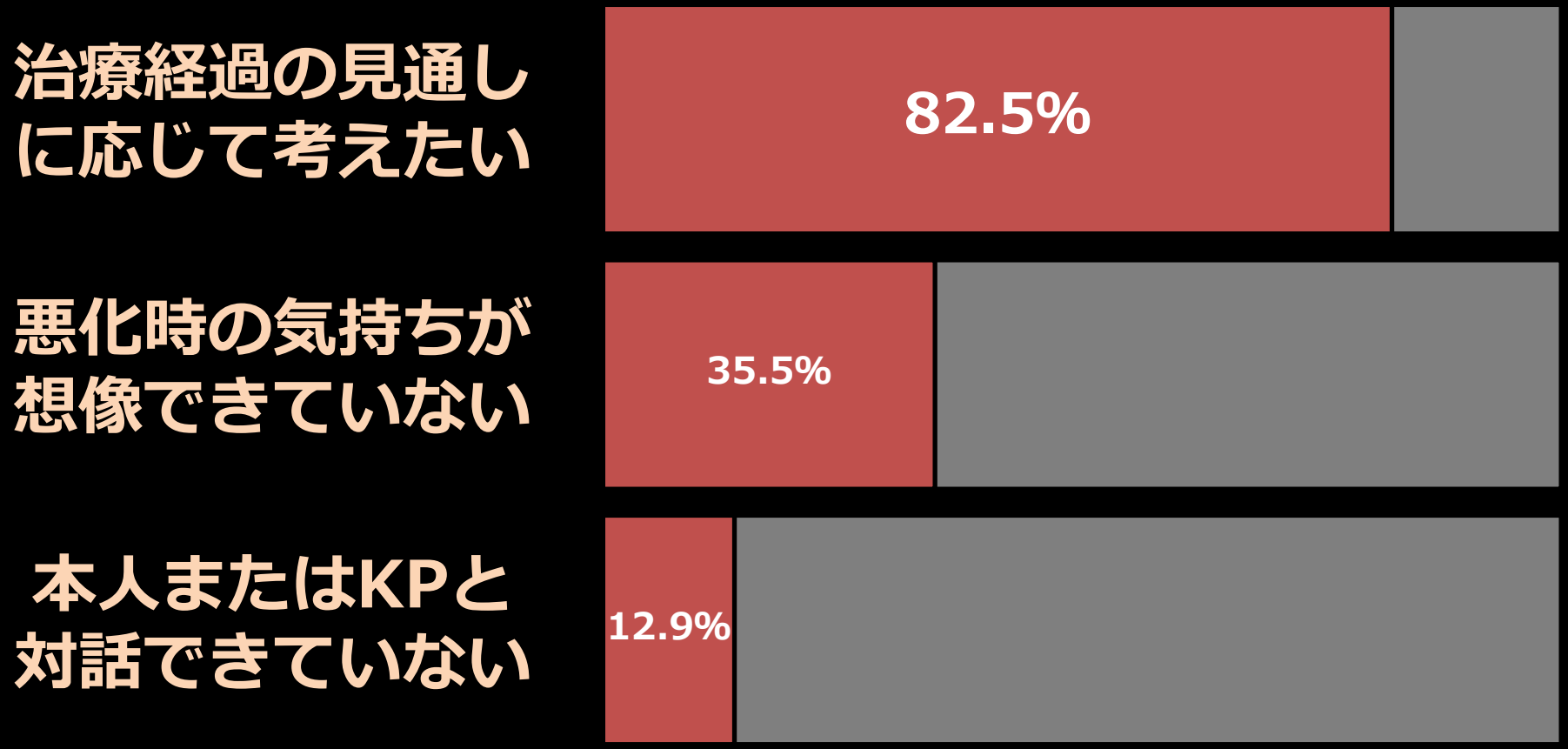


出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成21年)，厚生労働省「人口動態統計」(平成21年)，総務省統計局平成21年10月1日現在推計人口より作成

重要なのが意思決定支援

「決めたくない」「決められない」という意思決定もある

▶伴走しながら一緒に考える（共同意思決定）



かかりつけ医としての「連続した関係性」がより重要に

▶在宅急性期治療はかかりつけ医の重要な機能

①在宅医療で「入院回避」できる
▶患者QOLと社会保障資源の適正利用化の両面で重要

②在宅急性期医療の主力は24時間の訪問看護
▶多職種連携がキー

③「決めておく」だけではない意思決定
▶納得できる選択の前提は「信頼関係」