

# 地域高齢者医療の実状について

あさがおクリニック 副院長  
諸岡 真道

諸岡 真道 モロオカ マサミチ

あさがおクリニック 副院長

## 「これまでの人生」

医療系の家系に生まれる、10歳の時に**政治家**になると決意

「**小医は病を癒し、中医は人を癒し、大医は国を癒す**」

2010~16 昭和大学入学

2018 研修医終了後に約1年：世界一周、海外ボランティア

2019~22 日本赤十字社医療センター**救急科**

**倫理コンサルテーションチーム立ち上げ**

介護老人施設顧問医師

2022 あさがおクリニック副院長（**在宅医療・オンライン診療**）

# 本日の流れ

- 救急の現状
- 高齢者医療の実情・課題
- 開業医の現状
- まとめ

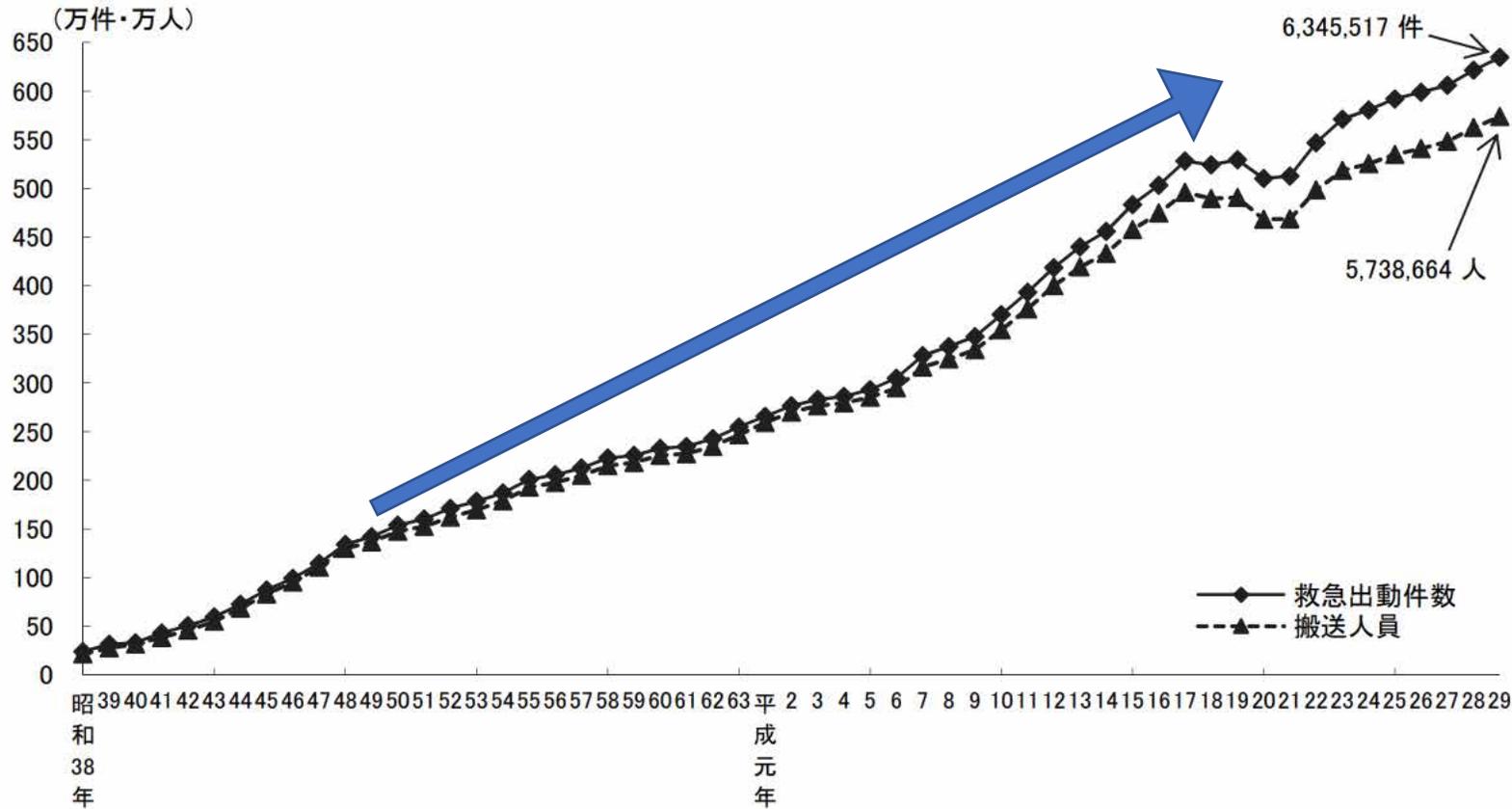
# 救急の現状まとめ

- 救急搬送件数が**増加傾向**
- **交通事故**による死亡者数は**ピーク時の1/6**
- **高齢者の搬送が60%**
- **急病(老衰?)**による搬送の割合が増えている

高齢化の影響が大きい

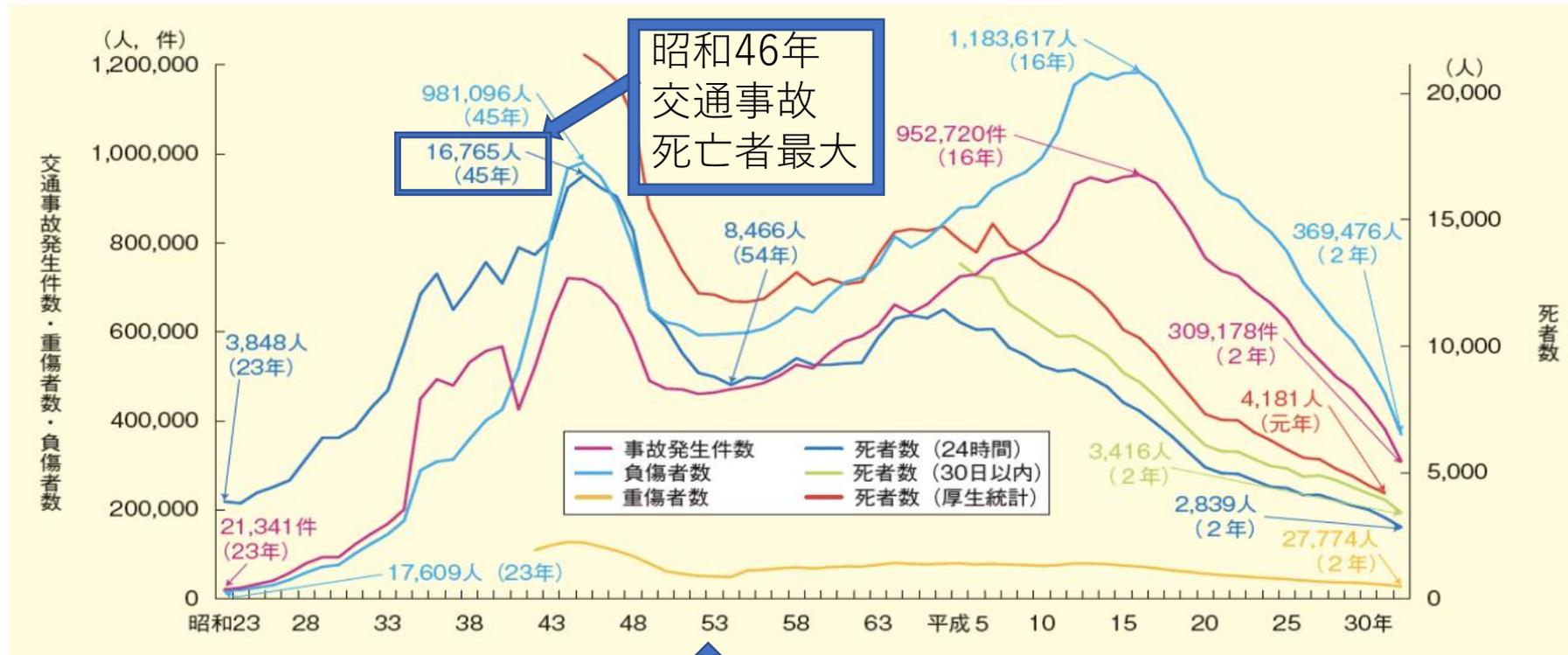
# 救急搬送件数が増加傾向

第16図 救急出動件数及び搬送人員の推移



# 交通事故による死亡者数はピーク時の1/6

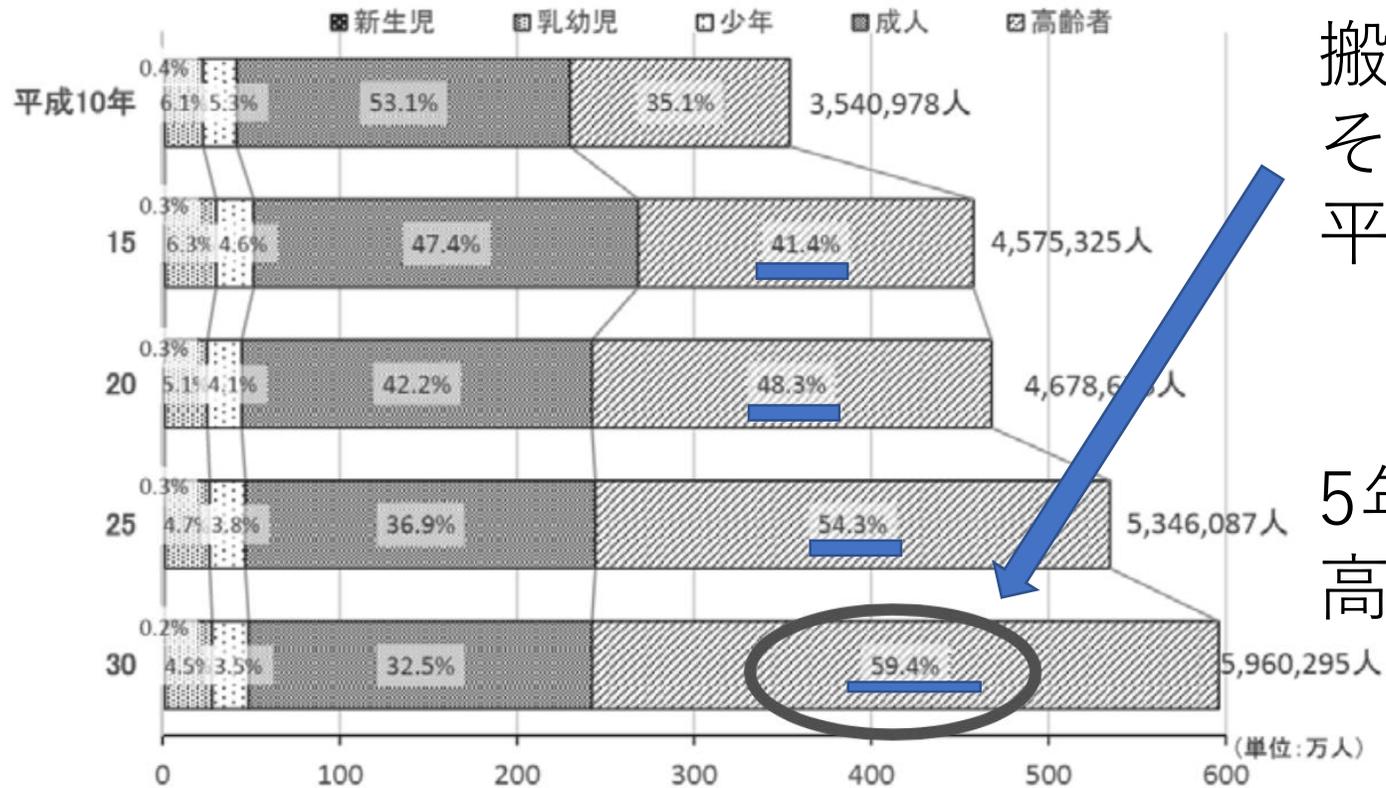
▶特集-第1図 道路交通事故による交通事故発生件数, 死者数, 負傷者数及び重傷者数の推移



令和3年内閣府交通安全白書より

「救急医療対策の整備事業について」  
(昭和52年7月6日医発第692号厚生省医務局長通知)  
初期・二次・三次救急医療機関

# 高齢者の搬送が60%



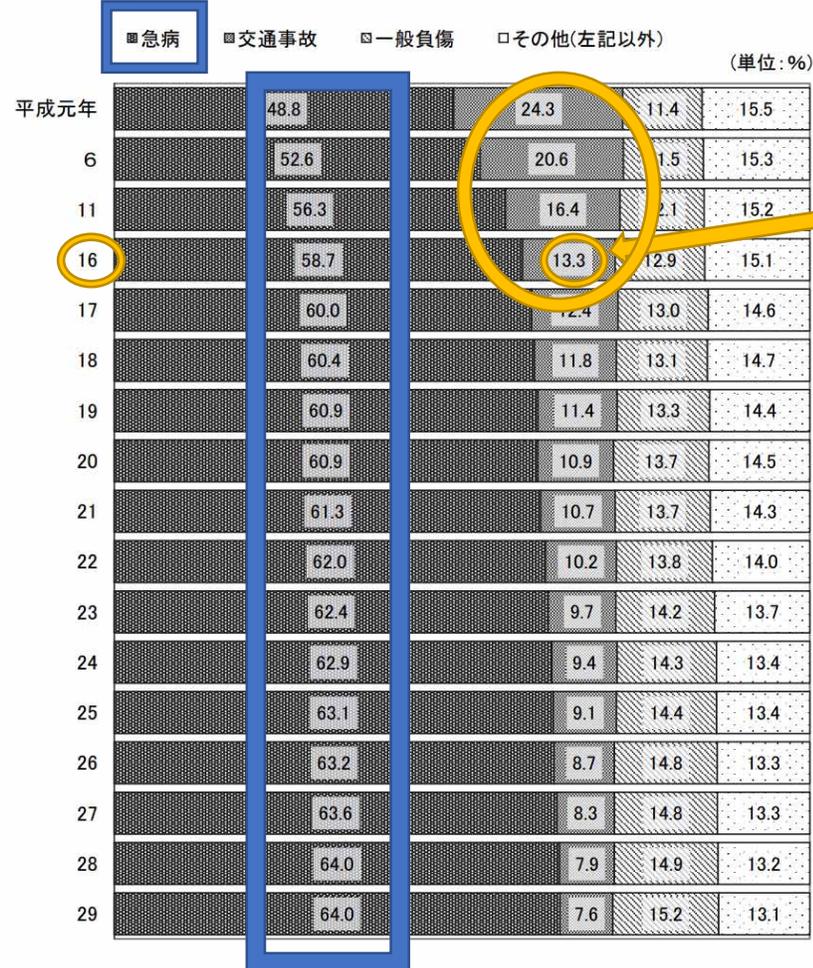
搬送件数が増加し  
その増加は高齢者の増加による  
平成30年で**59.4%**を高齢者

5年ごとに5%以上のペースで  
高齢者の割合が増加している

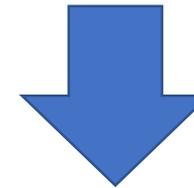
図1 年齢区別の救急搬送人員と5年ごとの構成比の推移  
文献1より引用

# 急病による搬送の割合が増えている

第20図 事故種別の救急出動件数と構成比の推移



平成元年から平成16年にかけて交通事故による負傷者は増加傾向であったがそれでも相対的に交通事故による搬送症例の割合は減少傾向

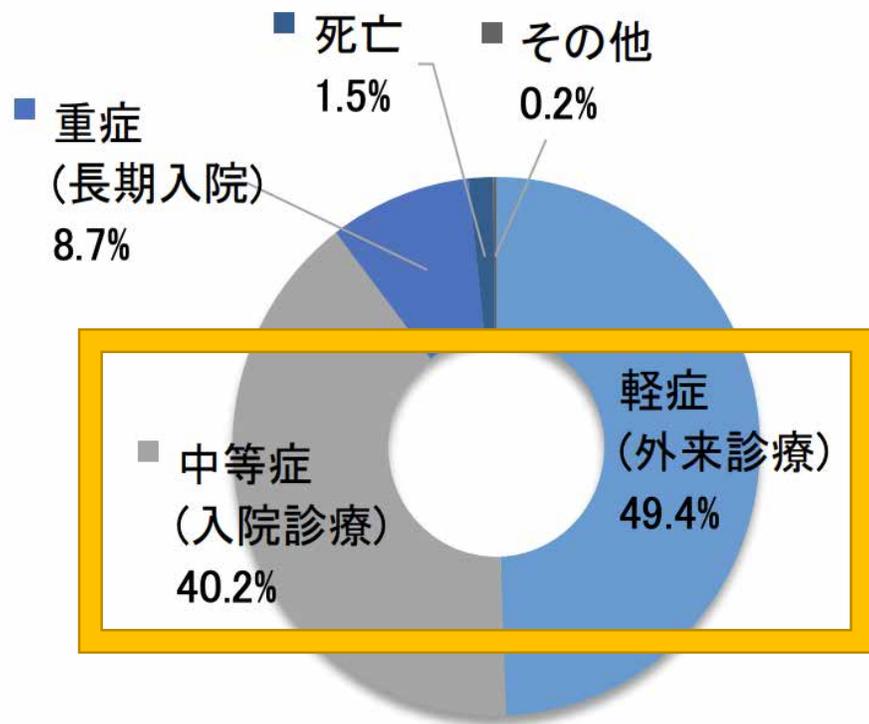


ここまでのデータと合わせてそれだけ高齢者の急病（老衰？）での搬送が増えている

(注) 端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

# 緊急性の乏しい搬送が大半

図表7-3 傷病程度別搬送人員数



図表7-2 傷病程度分類と定義

変更案	定義
死亡	死亡が確認されたもの (医師引継時に医師が死亡と診断したもの)
重症 (長期入院)	傷病の程度が3週間以上の入院治療を必要とするもの (医師引継時に心肺蘇生を実施していたものを含む)
中等症 (入院診療)	傷病の程度が入院を必要とするもので重症に至らないもの
軽症 (外来診療)	傷病の程度が入院を必要としないもの
その他	医師の診断がないもの及び「その他の場所」へ搬送したもの

# 高齢者救急の課題

■軽症・中等症が90%

→救急搬送不要な例がほとんど

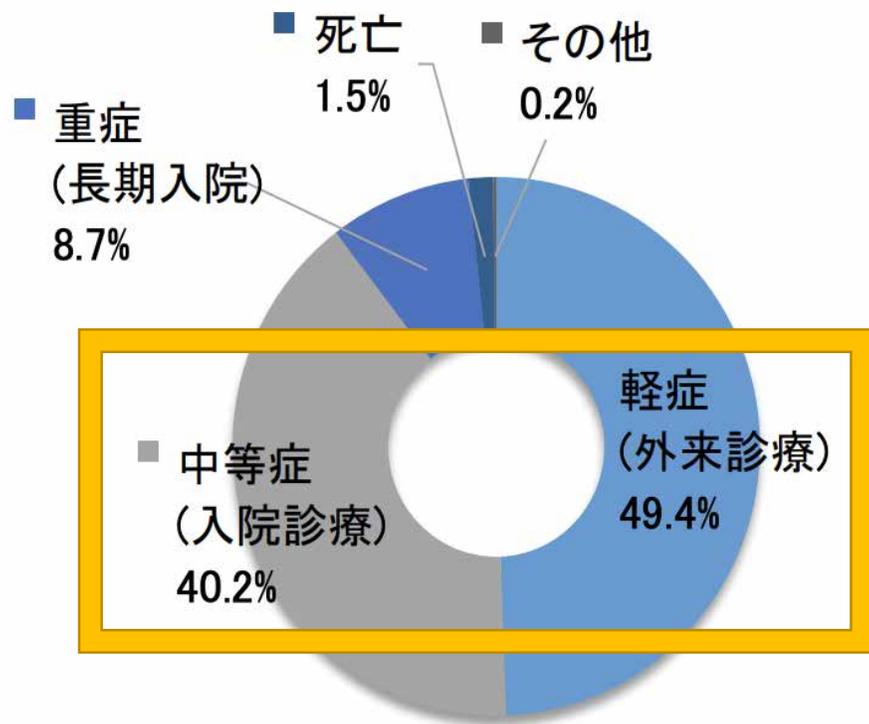
■社会問題(虐待・貧困・孤独)が関与していることがほとんど

■入院後の退院先の調整が困難

■救急要請をされても病院は受け入れたくない

# 軽症・中等症が多い

図表7-3 傷病程度別搬送人員数



図表7-2 傷病程度分類と定義

変更案	定義
死亡	死亡が確認されたもの (医師引継時に医師が死亡と診断したもの)
重症 (長期入院)	傷病の程度が3週間以上の入院治療を必要とするもの (医師引継時に心肺蘇生を実施していたものを含む)
中等症 (入院診療)	傷病の程度が入院を必要とするもので重症に至らないもの
軽症 (外来診療)	傷病の程度が入院を必要としないもの
その他	医師の診断がないもの及び「その他の場所」へ搬送したもの

# 社会問題(虐待・貧困・孤独)も関与

■ 受診の20~30%は病気でなく

**社会的要因**が原因と言われている

→ だるい、動悸がする、眠れない、、、

■ 家族も疲弊している

→ 入院中には患者と患者家族のメンタルケア

# 高齢者虐待の種別相談

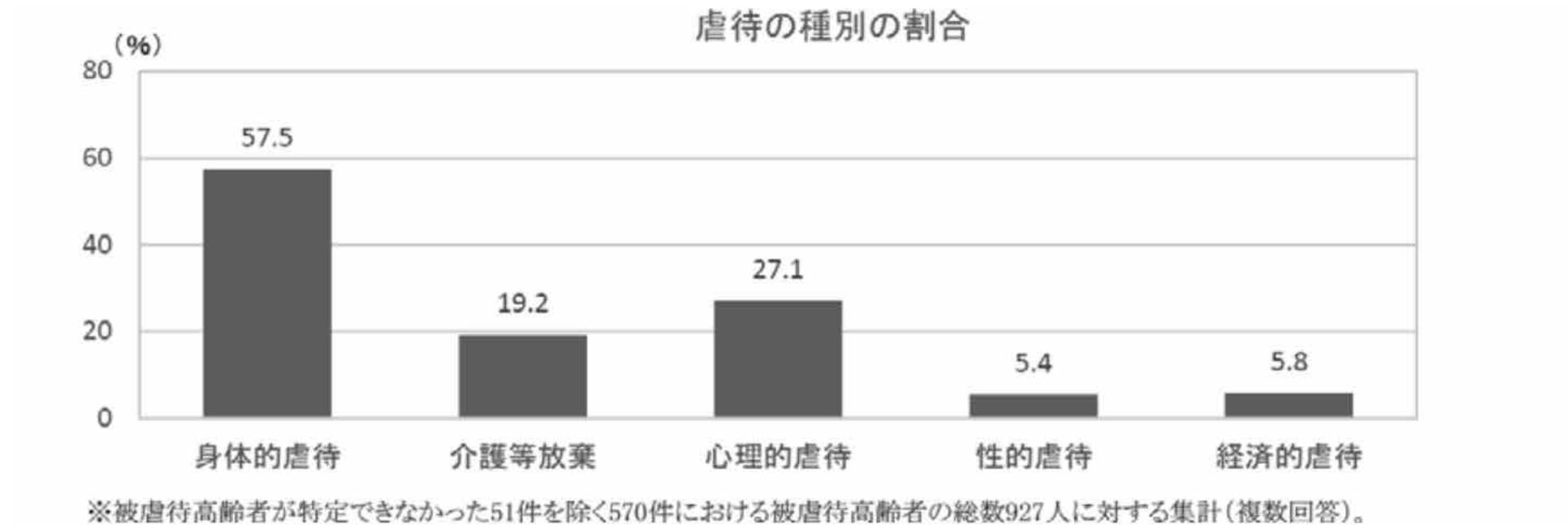
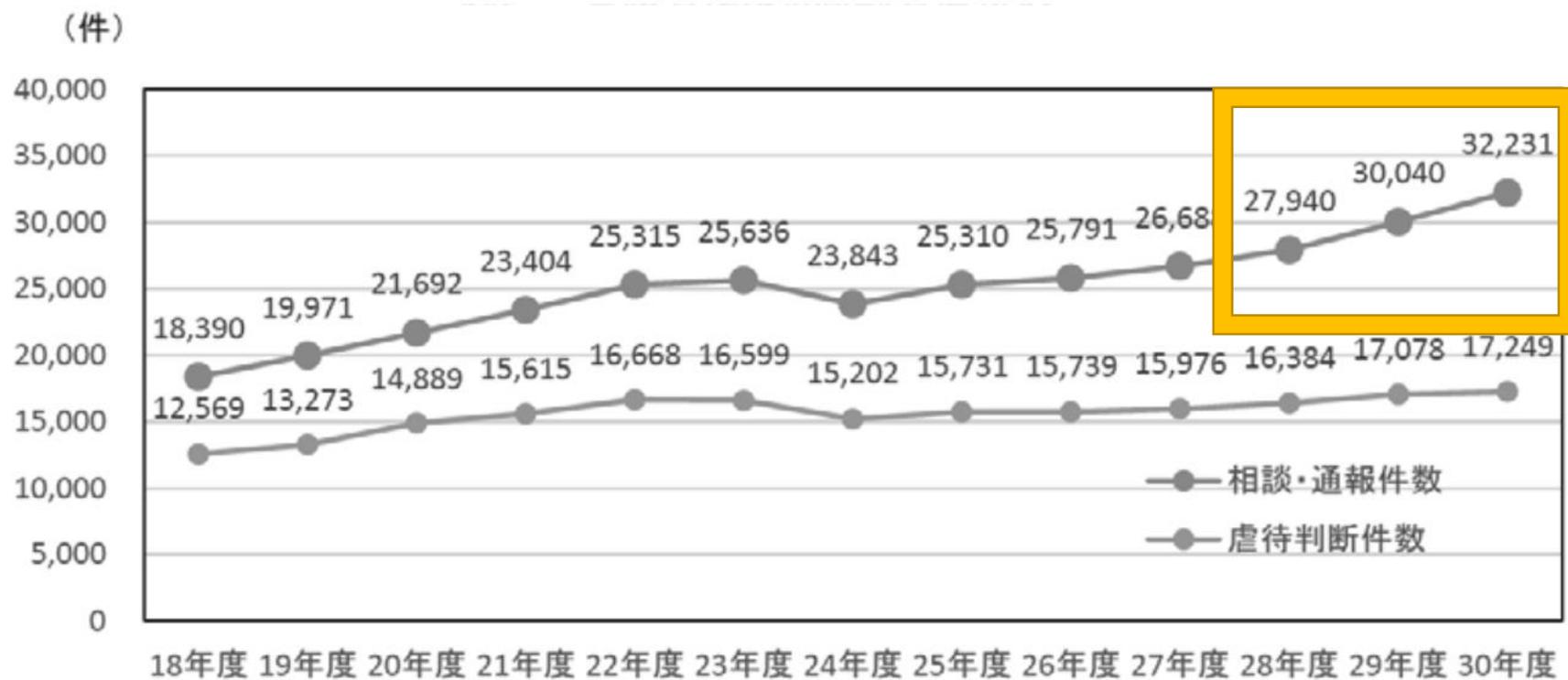


図2 養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移

# 高齢者虐待数推移



通報・相談  
増加傾向

# 入院後の退院先の調整が困難

## 【困難な理由】

- ① 貧困 → 生活保護申請・介護申請
- ② 孤独・孤立：家族いない/老老介護/家族が非協力的  
→ 住む家・施設を探す
- ③ 家族に医療知識・経験が少ない
- ④ 最期の過ごし方について話合われていない  
→ 家族に丁寧な長時間の説明が必要

医者は病気を治す以外の仕事沢山ある

# 救急要請をされても**病院は受け入れたくない**

## 【受け入れ困難の理由】

### ① **かかりつけ病院との連携困難**

#### ①-1 : **電子カルテの相互性がない**

**イギリス**では97%が電子カルテで、4社が扱っており  
それぞれの電子カルテで情報共有できる

**日本**では数百種類もの電子カルテが存在し、相互性がなく  
情報のやり取りは**FAX**や**手紙交換**で行っている

情報収集に手間が非効率的 → 個人情報・同意問題

救急要請をされても**病院は受け入れたくない**

【受け入れ困難の理由】

①**かかりつけ病院との連携困難**

①-2：かかりつけが複数あるケースがある

例) 手術はA病院でした

心臓はB病院、血圧の薬はCクリニック

家から1番近い救急病院はD病院

**搬送は家の近くの病院が原則なのに、通院が遠い病院**

救急要請をされても**病院は受け入れたくない**

【受け入れ困難の理由】

②**病床確保困難**

■入院患者が多い

■**人材不足**

→**モチベーション・労働環境の問題**

■入院期間が長い

→日本人の価値観の問題

# 救急要請をされても病院が受け入れることが困難

## 【受け入れ困難の理由】

### ②病床確保困難

表 1.1 総病床数の国際比較

人口1,000人当たり病床数		(床／人口1,000人)						
	調査年	Total hospital beds 計	Curative care beds 急性期	Rehabilitative care beds リハビリ	Long-term care beds 長期ケア	Other hospital beds その他	Psychiatric care beds 精神	
カナダ	2019	2.5	2.0	0.1	0.4	0.0	0.4	
フランス	2018	5.9	3.0	1.6	0.5	0.8	0.8	
ドイツ	2017	8.0	6.0	2.0	0.0	0.0	1.3	
イタリア	2018	3.1	2.6	0.4	0.1	0.0	0.1	
日本	2018	13.0	7.8	—	2.6	2.6	2.6	
英国	2019	2.5	内訳の報告なし					0.4
米国	2017	2.9	2.5	0.1	0.2	0.1	0.3	

病床自体は多いが

患者が多い  
入院期間が長い

# 救急要請をされても**病院は受け入れたくない**

## 【受け入れ困難の理由】

### ③患者受け入れの**デメリット**が大きい

メリット	デメリット
<ul style="list-style-type: none"><li>■ やりがい、責任感</li><li>■ 少量のインセンティブ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 専門以外は自信がないため、誤った判断をした場合<b>訴訟されるリスクがある</b></li><li>■ 睡眠時間が減る</li></ul>

評価機構がなく、人材が不足している

## 私が経験した症例①

【症例】 92歳 女性

【既往】 認知症、脊柱管狭窄症

【主訴】 意識障害

【病名】 偶発生低体温、脱水、軽度の褥瘡

【生活】 ADL伝い歩き、認知症、独居

娘家族（夫、孫2人）が近所に住んでいる

ショートステイ利用

【現病歴】 娘が昨日家に様子を見にいったら動けなかった

布団をかけて様子を見たが翌日も意識悪いため救急要請

## 【病院経過】

低体温、脱水で来院時で命が危ない状態

娘「**延命希望など希望していなかった。**」

「**積極的な治療はして欲しくない。**」

## あなたなら、どう対応しますか？

治療せずに看取ることもあるが、、

経過に疑問あり、ショートステイ先、ケアマネなどに問合せ

→**虐待（ネグレクト）**が疑われていることが判明

入院して治療、社会調整、転院

## 私が経験した症例②

【症例】 95歳 男性

【病名】 心停止（心静止）

【生活】 施設入所中、ADL車椅子

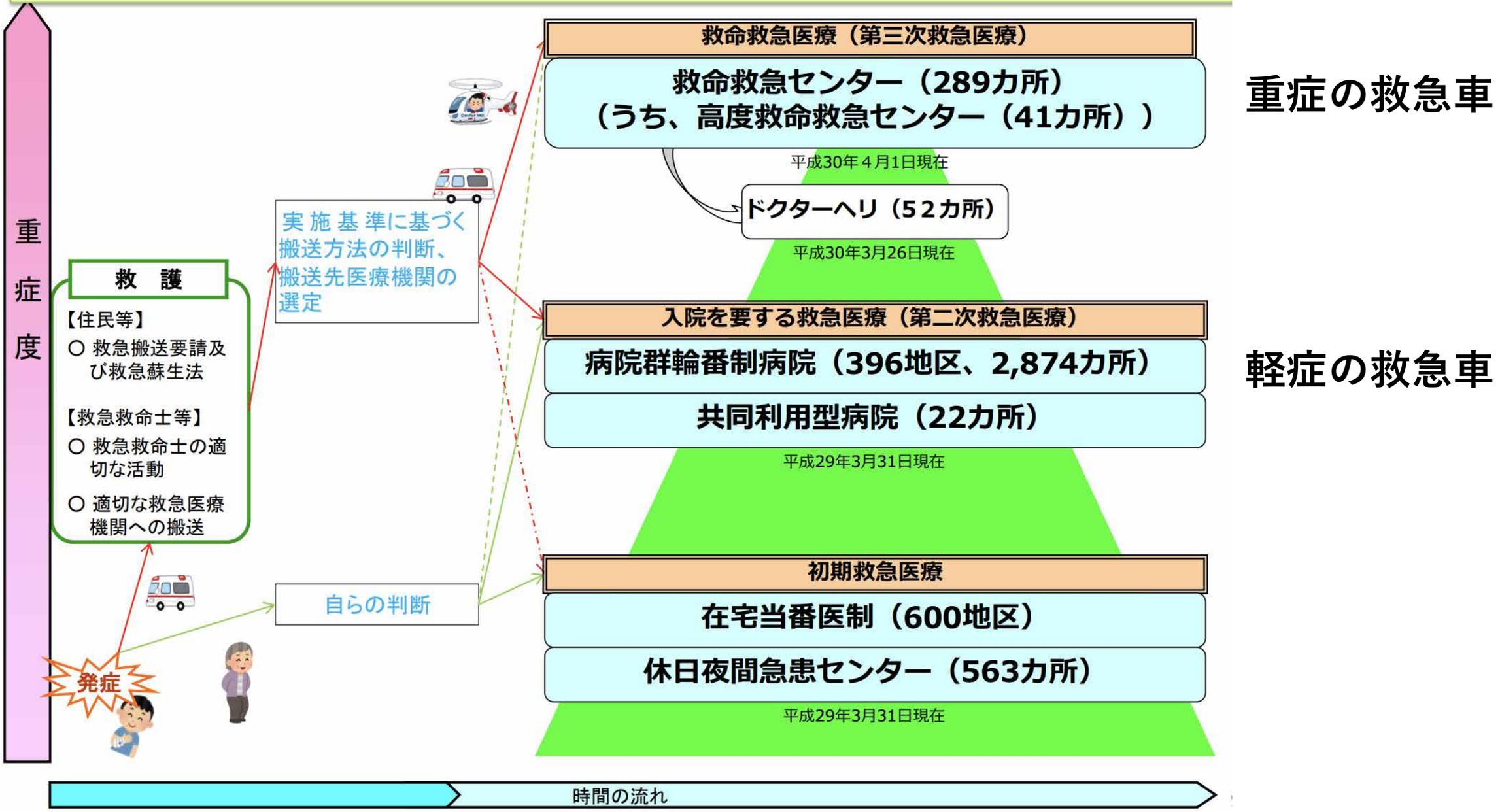
【現病歴】 朝部屋に行くと呼吸していない、施設職員が救急要請  
救急隊員→家族「治療希望しますか？」  
家族「してください」



三次救急選定

病院で心臓マッサージ、人工呼吸器

# 救急医療の体制



## 私が経験した症例②

### 施設職員がすぐに救急要請

救急隊員→家族「治療希望しますか？」

家族「してください」



### 三次救急選定

病院で心臓マッサージ、人工呼吸器

**改善できる点  
がいくつもある**

- まず**往診医に相談**すべき（相談しても、、、）
- 100%助からないのに、その説明なく、治療するか聞かれたら、事前の準備がなければ、家族は治療してくれと言う
- 救急隊は**三次選定された方が病院探し安い**

## 私が経験した症例③

【症例】 89歳 男性

【病名】 脳出血

【生活】 ADL自立

【現病歴】 意識障害で救急要請され当院に搬送

【来院後経過】 CTで脳出血

脳死とされうる状態



胃瘻など作って転院 or 看取り

# 私が行ったこと

## ■繰り返し家族説明

家族の需要につながった

## ■家族（兄弟、長女・次女、孫）を集めて説明

家族が議論する場所・機会の提供

## ■患者さん本人の推定意思聴取

「施設入所は望まないと思う」

「畳の上で死にたいと言っていた」

## ■多職種カンファレンス

家族の情報確認、在宅看取りが可能か相談

かなりの時間と手間がかかったが  
自宅で看取り

# 高齢者救急の課題のポイント①

- 軽症・中等症が多い
- 救急要請をされても病院が受け入れることが困難
- 入院後の退院先の調整が困難
- 社会問題(虐待・貧困・孤独)も関与



必ずしも『命を助けたくて救急車を呼んでいる』わけじゃない  
限界までどうしたらいいかわからない、搬送手段がない  
から救急車を呼んでいる

医療者と患者側に認識の違いがある

# 高齢者救急の課題のポイント②

- 軽症・中等症が多い
- 救急要請をされても病院が受け入れることが困難
- 入院後の退院先の調整が困難
- 社会問題(虐待・貧困・孤独)も関与



**医療者の業務量増加・医療が幸福度上昇に寄与してない**



**モチベーションの低下**



**病院ではなく地域で解決してくれるのが理想**

# 開業医の実情

**疲れ果てた** 医者

神様のような少数の医者により  
地域が支えられている

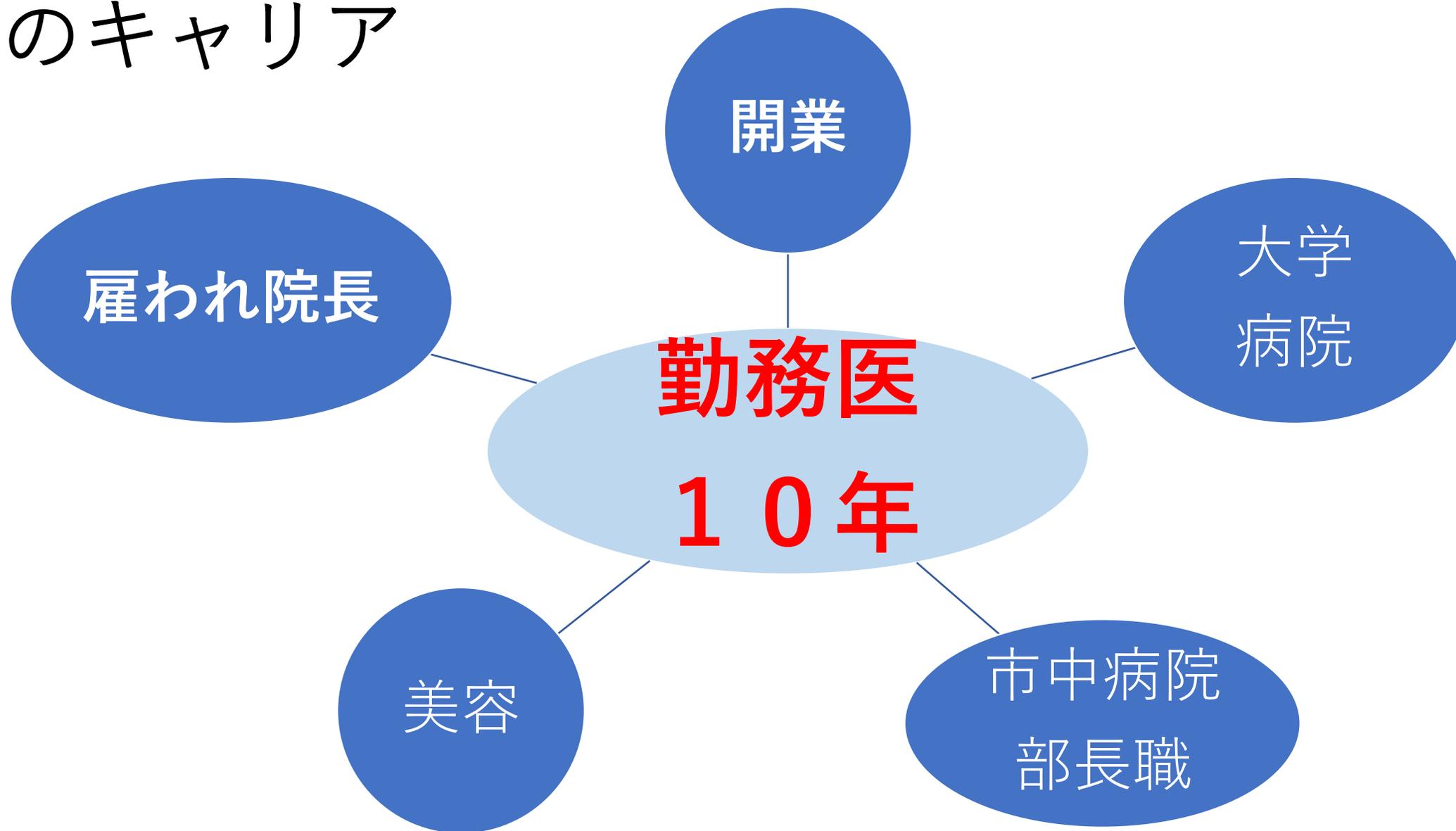


**医者のキャリア・労働環境(他職種の権限・DX)**

**・教育(認識・倫理)に問題がある**

本来のGP・家庭医・往診医の仕事ができない

# 医者のキャリア



# 勤務医の10年

- 安い給料で、残業150時間以上の労働
- 休みは学会か論文かバイト
- 需要の少ない専門性が重視される環境
- マネーリテラシーの成長しない環境
- とにかく訴訟されないようにと教育される

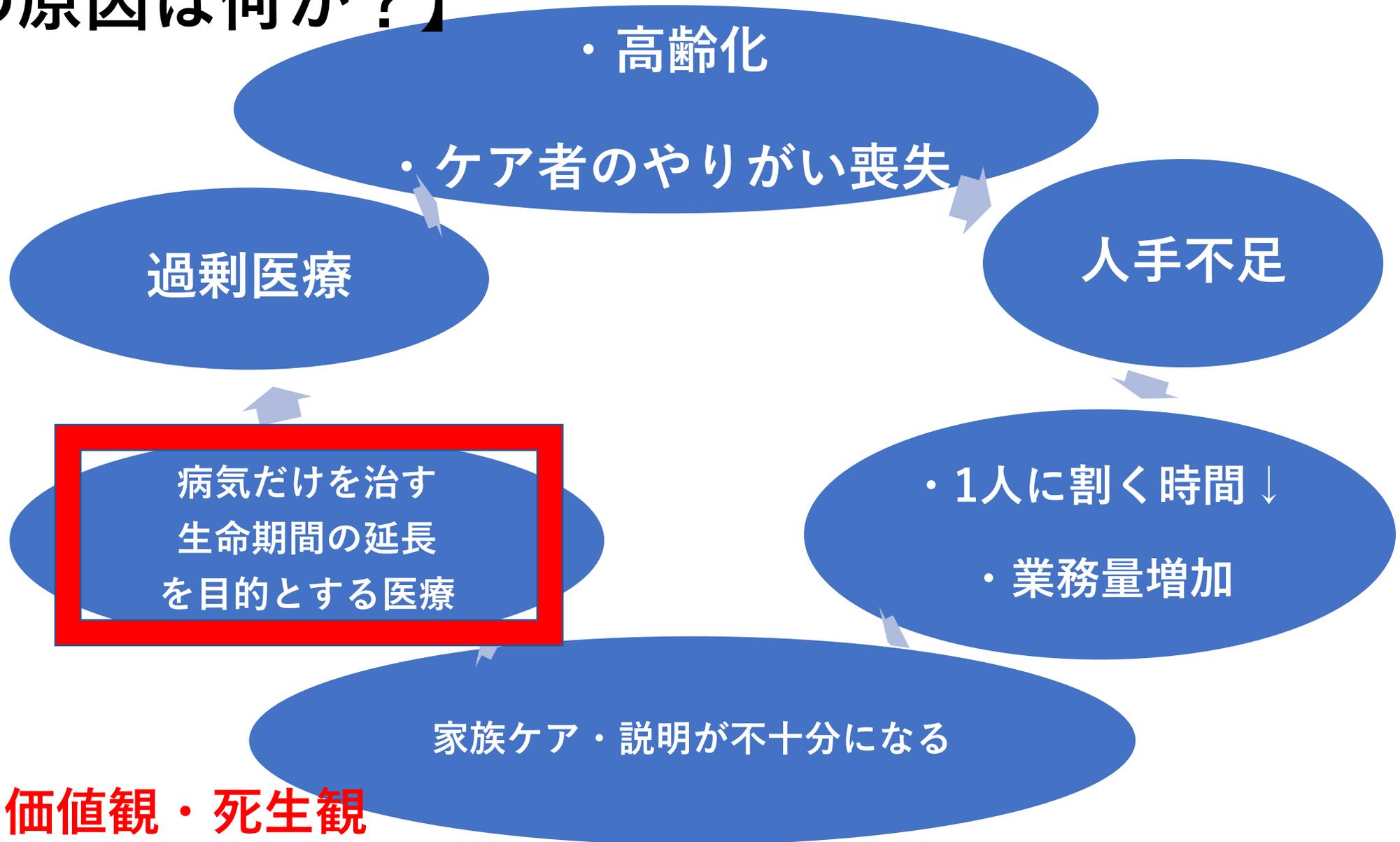


引退してゆっくり過ごしたい

# 課題まとめ

- 医療者と患者側の**認識の違いが大きい**がそれに**気付いてない**
- 医者の仕事は**病気を治すだけじゃない**ということに  
医療者が気づいていない  
**そのしわ寄せが、看護師・社会福祉士・介護士にいつている**
- 勉強することが多く、多忙で、訴訟を恐れるため  
**自分を守る医療**になりがちになってしまう

# 【根本の原因は何か？】



日本人の価値観・死生観  
医療者の思い込み

# 解決策

## 命の線引き

- 医者教育
- 地域連携
- 倫理教育

## 診療報酬

- 厚労省

## 効率化

- オンライン
- DX
- 専門性

# 私の活動

## ■ 笹塚訪問診療

→顔の見える関係作り（社協、地域包括、病院、地域めぐり）

各種勉強会

学生実習受け入れ

■ 株式会社UMED →オンライン診療

■ 祖父の終活 →本作成

■ 選挙準備 →教育と医療・福祉連携、地域作り