

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

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

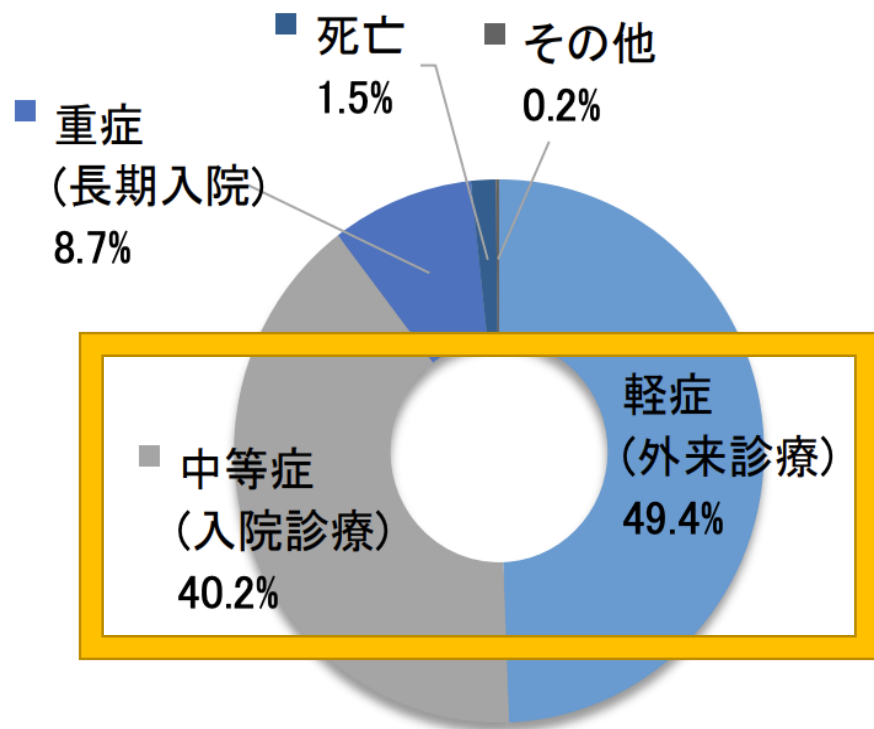
■社会問題(虐待・貧困・孤独)が関与していることがほとんど

■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

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が沢山ある

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

評価機構がなく、人材が不足している

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

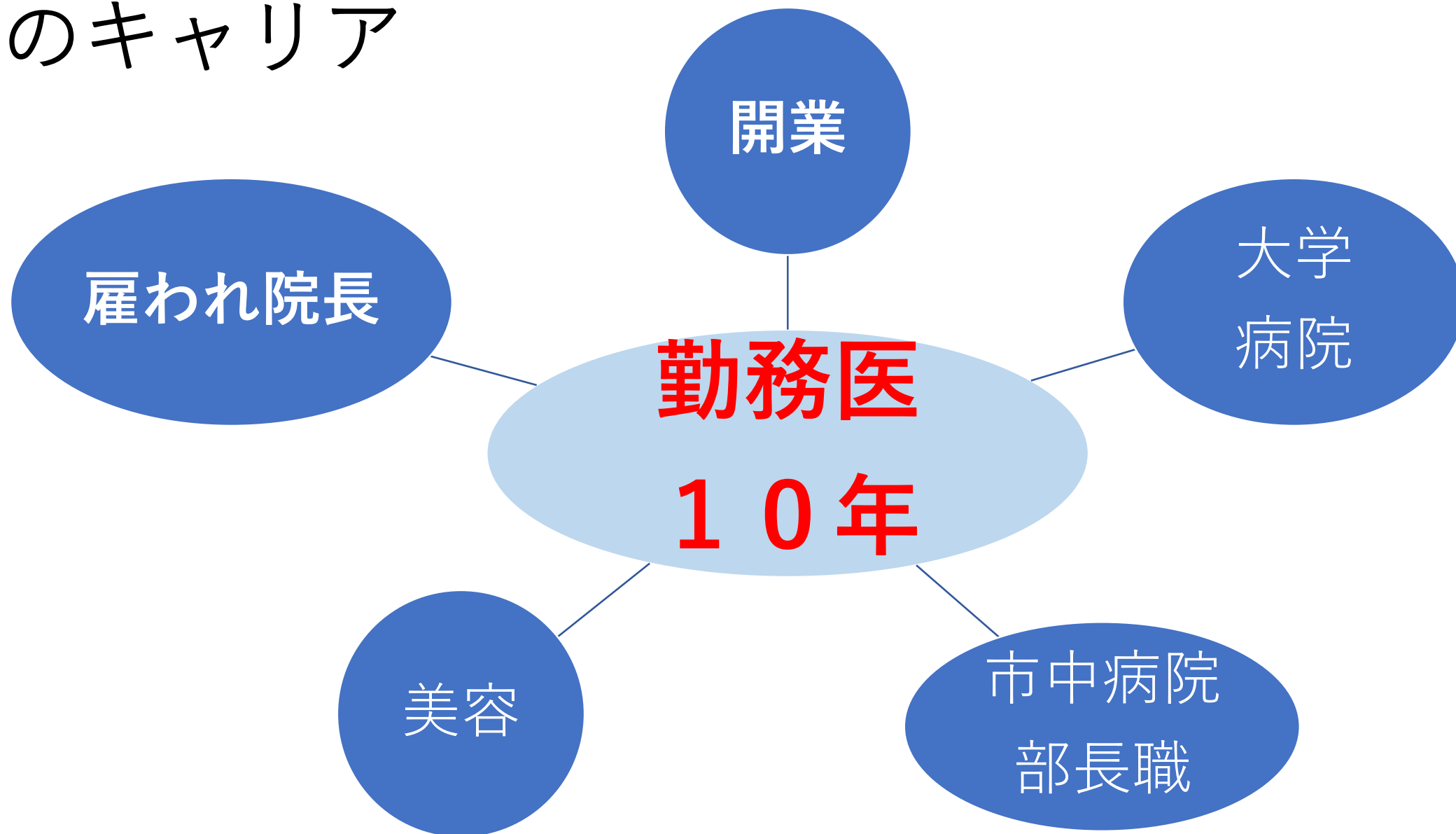


医者のキャリア・労働環境(他職種の権限・DX)

・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
- マナ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

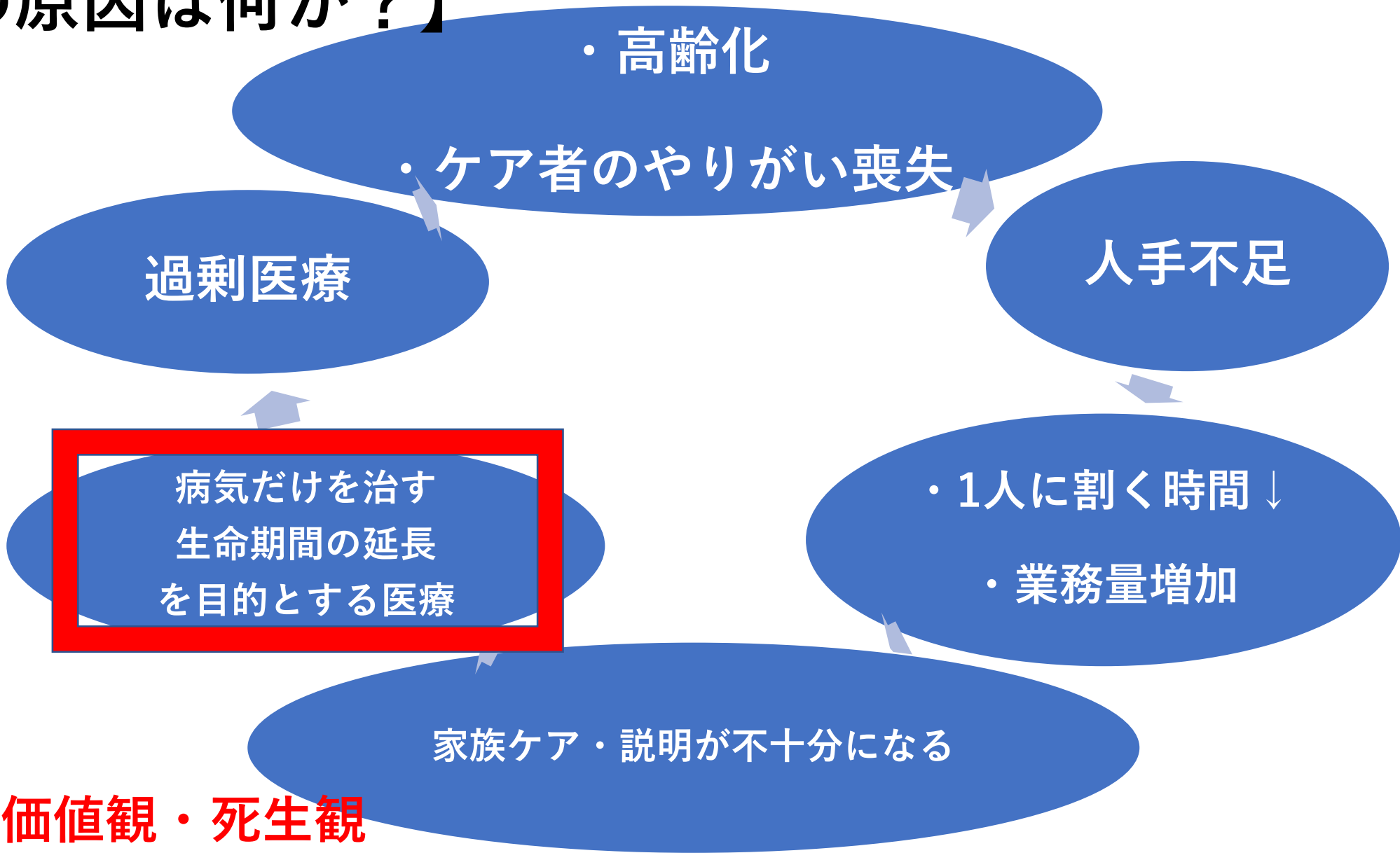


引退してゆっくり過ごしたい

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