

医療タイムス

週刊医療界レポート

2017.7/31 No.2313

特集

地域包括ケア病棟と連携 ケアと地域をどう結ぶか



特別企画

日本医薬総合研究所シンポジウム 2017
処方せんデータを活用した
医療経営の解析と展望

タイムスレポート

全国自治体病院協議会 調査
赤字病院が増加
法適用病院全体の6割超が赤字に

Top News

概算要求基準、社保費1300億円削減へ 政府
iPSで心臓治療、来年前半に臨床研究 大阪大

冬の時代の診療所経営

在宅医療と救急医療の連携



医療法人社団裕和会理事長
長尾クリニック(尼崎市)院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業、医学博士、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授、近著「平穏死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穏死という親孝行」など。
クリニックHP <http://www.nagaoclinic.or.jp>
長尾和宏オフィシャルサイト <http://www.drnagao.com/index.html>

7月22日、東京・虎ノ門で第1回日本在宅救急研究会が開催され、全国から300人超が参加。私もシンポジストの1人として登壇した。在宅医療と高度急性期医療は一見、対極に位置するように見えるかもしれない。しかし患者さんの立場からみれば両者とも大切で車の両輪と認識すべきだろう。そうした趣旨で本邦初の在宅医と救急医の連携に関する研究会が発足した。

全国各地での連携モデルが紹介された。例えば佐賀医科大学救命部は在宅医療と非常に親和性が高い。「在宅医療は救急医療の一部門」という考え方は佐賀県という小さな県だからこそ成り立つのかもしれない。あるいは八王子の永生病院が中心となった事前指示書も取り込んだ連携システムは目を見張るものだった。救命医が在宅医療も経験すべきだという信念に感銘を受けた。先駆的な連携モデルに全国の自治体は学ぶべきだろう。

一昨年、台湾の嘉儀という都市に講演に行った際に台湾の在宅医療が9時5時であったことに驚いた。夜間対応は地域の中核病院の医師や看護師が患者宅を訪問していた。まさに地域の病院が在宅療養支援病院として夜間対応を一手に引き受けていた。しかしわが国の在宅療養支援病院や地域包括支援病棟は、急性増悪時の入院加療と退院支援機能にとどまっている。もし夜間の人的資源に余裕がある大病院があるなら、ぜひとも在宅にも力を貸してほしい。また地域によっては療養病床との連携を深めることが必要だ。

在宅医からの情報提供の量と質の改善を求める声が救急側から挙がった。在宅側が提供する情報と救急側が求める情報が一致していないという。双方の需要を満たすフォーマットの開発が急がれる。また今後は救急→在宅という流れも意識しないといけない。私自身は「看取り搬送」や「霊安室往診」の話を見せていただいた。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だ。看取りの法律に関しても相変わらず医師の誤解が多く、正しい法律解釈の啓発が急がれる。

一方、リビングウイルを有する患者さんへの対応への苦勞も聞かれた。救急現場で人生の最終段階の医療を本人の意思をどうやって尊重するかも大きな課題だ。しかし「助かり延長できるかもしれない命」と「そのための処置を拒む患者さん」の狭間で、救急医たちは困惑している。患者さんの希望に寄り添うためには時間と技術が必要だ。もはやパターンリズムや延命至上主義という時代ではない。画一的に語れないのが現代医療、特に生死に直結する救命医療だ。救命処置と延命措置の区別も啓発する必要がある。一方、両者は延長線上に乗ってくる可能性がある。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だろう。

いずれにせよ、これまでほとんど接点がなかった在宅と救急が同じ土俵で真摯に意見交換できた意義は大きかった。同時に在宅側と救急側で大きく意見が異なる点が多くあることも明らかになった。

会を終え、在宅医療と救急医療の連携には課題が山積していると感じた。本研究会の発展に期待したい。また全国各地で同様の会が開催されるだろう。そうした活動こそが地域包括ケアシステムの土台づくりになるはずだ。