

<略歴>

1991年04月～1997年03月：筑波大学医学専門学群卒業
1997年05月～1998年05月：京都大学医学部附属病院にて 内科ローテート研修（3ヶ月×4）
1998年06月～2001年03月：市立舞鶴市民病院にて研修
2001年米国Johns Hopkins大学にて公衆衛生学修士（MPH）取得
2002年10月から市立堺病院 総合内科にて臨床・研修医教育に従事
2008年11月より市立福知山市民病院 総合内科医長
2013年春より、市立福知山市民病院 総合内科/研究研修センター長併任

<資格・業績>

- ・日本内科学会認定総合内科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医
- ・日本内科学会 総合内科専門医 地域医療委員会、日本プライマリ・ケア連合学会 病院総合医委員会（副委員長）、同会 男女共同参画委員会
- ・日本救急医学会認定ICLSコースディレクター
- ・研修医をひきつける病院づくり
- ・小テストで学ぶ“フィジカルアセスメント” for Nurses：週刊医学界新聞 看護師版等

高齢者救急の意思決定を支援する —外来・救急・入院診療を担う地域基幹病院の立場から—

川島 篤志

市立福知山市民病院 研究研修センター長/ 総合内科医長

超高齢社会における救急診療は、都市部・地方部、また病院規模を問わず、救急受診（選定）から退院支援までのプロセスを含めて様々な問題を抱えている。そのなかでも意思決定支援にまつわる問題は、関わる医療従事者にある種のモヤモヤ感を残す可能性がある。

不測の病態、すなわち外傷、未指摘の脳血管・循環器系の疾患、重症感染症に対する救急診療に対しては常識的な救急診療を行うことに違和感をもつ医療従事者は多くはないと思われる。一方で、Baseに不可逆な病態を抱えておられる方で起こるべくして起こった合併症に対しての、侵襲的な検査・処置に対しては、疑念が生じる場合が少なくないと考えられる。また、救急診療の現場で意思決定を確認する際に困難を生じる背景が存在する場合もある。そしてその救急の現場に遭遇するのは、その患者・家族と初対面の若手医師であることも想定されるが、両者の苦痛は想像に難くない。

上記の状態に対して、医師患者間で意思決定のプロセスを考えるタイミングはなかったのであろうか？ 昨今、担痛患者においては、診断時より複数の医療従事者が、患者・家族を巻き込んでの意思決定支援がなされている。一方で、進行性の非がん疾患に対するアプローチはいかがだろうか？ 慢性閉塞性肺疾患や間質性肺炎などに代表される呼吸器疾患や、脳血管障害や筋骨格系障害後などでみられるフレイルな状態、誤嚥性肺炎やカテーテル関連尿路感染症など再燃が不可避な感染症、また意思決定に強く影響する認知症の併存などは、本来事前になされていても不思議ではない議論がされずに、救急搬送されていることがある。「主治医・かかりつけ医」が存在するのであれば、こういった方の入院は少なからず想定できるはずである。介護保険制度における主治医意見書記載のタイミングは将来について議論を始めるひとつのきっかけになってもおかしくない。演者は、緩和ケア領域の Surprise questions（「もし目の前の患者さんが1年以内に死亡したとしたら驚くであろうか」と医療者が自問自答する質問）になぞらえて、「近日常に入院しても主治医として驚かない」病状にある患者には、「主治医・かかりつけ医」は優先的に時間を割いて情報を要約する努力が必要であることを提唱している。これには、再入院が予想される退院患者も含まれ、つまりは急性期病院から退院支援を行った多くの方が該当する。

医療機関へのアクセスが乏しい潜在的な患者層に対するアプローチは、一医療機関からではとても難しいが、意思決定のプロセスがない状態での医療機関受診の問題点を常に発信することによって、行政を動かせる可能性がある。

患者・家族からの問題提起は残念ながら、現在の医療システムにおいては期待できない。医師間のメッセージも軋轢をうむ可能性がある。また、「主治医・かかりつけ医」機能を果たす外来診療、臓器別ではなく退院支援も念頭においた入院診療、そして意思決定支援の問題を意識する救急診療、この3つの場に主体的に関わる医師は決して多くはない。また施設内だけでなく、中長期的に地域を診る視点をもっている医師となると、さらに稀有な存在の可能性もある。

ならばこそ、救急の現場でモヤモヤを抱える看護師から、「主治医・かかりつけ医」への応援メッセージが、今後の救急医療を変えていく大きな一歩になる可能性があるのではないか。当講演が、今後の各施設・各地域での取り組みの一助になれば幸いである。