

21 世紀型医療の「連携」について

全国メディカルコントロール協議会連絡会 会長
日本救急医学会 代表理事 行 岡 哲 男

(1) 20 世紀型医療の「連携」

現代医療は、医学を土台に成立っています。この医学 (Medical Science) は、自然科学 (Natural Science) の一部とみなされています。自然科学の確立は今から 400 年ほど前の 17 世紀ですが、医学への応用が始まったのは 19 世紀に入ってからです。

科学的方法の大事なポイントは、対象をまるごとではなく、構成要素に細分化して分析を進めることです。例えば、人体なら、神経系、循環器系、呼吸器系等々に分けて、そのそれぞれで分析を進めるということになります。20 世紀の臨床医学 (Clinical Science) は、この方法に則り、神経病学、循環器病学、呼吸器病学等々に細分化され、そのそれぞれにおいて診断・治療の研究を進めました。各分野で過去 100 年、医学は目覚ましい進歩発展をとげました。この医学の細分化と各分野での進歩発展を受けて、医療現場では診療科に細分化が起こります。20 世紀前半では、例えば、外科は「外科」という 1 つの診療科で事足りました。それが、20 世紀が終わる頃には、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、消化器外科等々に診療科が分かれています。同様に内科も、神経内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科等々に細分化します。医療が医学を土台にしているという事実は、このような診療科の細分化として捉えることができます。

さて、この 20 世紀型医学／医療がもっとも効率良く機能するのは、どのような場合でしょうか？臨床医学の細分化は臓器系または臓器が基本であり、これに対応する診療科の守備範囲内の特定の病気の場合、その専門家によりその特定疾患に焦点を絞った診療が可能で、すなわち、20 世紀型医学は、単一臓器の単一疾患に対して専門的な診療を効率良く提供することが可能です。20 世紀は、医学が特定の臓器の特定の疾患を治療するノウハウを各領域で積み上げ、これに応じて医療現場では (臓器毎に) 診療科を細分化しつつ進歩発展した 100 年だと言えます。20 世紀型医学／医療を一言で表現すれば、「単一臓器、単一疾患」の診療を目指した医学／医療だと言えます。

20 世紀型医学／医療でもう一つ、忘れてはならないのは診断と治療の分離です。診断とは、単に病名を付けることではありません。例えば、癌では病名だけでなく、病期の確定が診断の重要な部分を占めます。病期確定によりその病期に応じた治療法の選択肢も示されることとなります。病名だけでなく、病気の進み具合も踏まえて患者さんに説明が行われ、その同意に基づき治療計画を策定し、その後に治療が開始されます。ここには重要な前提があります。すなわち、診断開始から診断が完了し治療を開始するまでは、病気進行が問題にはならない時間幅で行われる必要があります。言わば（病期進行に関し、一定時間幅なら）“時間停止”が前提され得るということです。この“時間停止”は比喩的ですが、一定レベルの時間幅ならこの間は病状・病期は変化しないとして診断等の治療準備を行うという意味です。この限りで、診断と治療の2段階の分離が許容されます。

20 世紀型医療が採用したこの分離により、医療現場には精緻な診断を行う時間が確保され、その結果、治療計画はより“確実な状況下での意思決定”が可能になりました。20 世紀の医学の進歩とは、この確実性を手にする過程だったとも言えます。

しかし、病気によってはこの“時間停止”ができない場合もあります。救急搬送が必要な傷病者には、一刻の“時間停止”も許されない病状の方も含まれます。このような場合、“不確実な状況下での判断”が強いられるのですが、医学がこの状況に目を向け救急医学が医学界に登場するのは20 世紀も終わりに近づいたころです。

以上を踏まえて、20 世紀型医学／医療の「連携」について考えてみます。20 世紀型医学／医療が構築した医療システムは、「単一臓器、単一疾患」で効率良く機能し、時間軸の流れを一時停止させることで（病期確定を含む）診断を確実にを行い、しかる後に治療を計画通りに実施する、という基本枠組みをもっています。このシステムでは、医師は、自分が守備範囲とする病気を持つ患者が自分の前（外来）に現れるのを待つこととなります。この医療システムでの「連携」とは、院内における細分化された診療科間の協力連携ということになります。この「連携」の具体例は、以下のようなものです。糖尿病を患い心不全および腎機能低下のある患者さんが、胃がんの手術が必要になりました。消化器外科の担当医は、循環器内科に紹介状を書き心不全の周術期管理を依頼し、同じく糖尿病内科、腎臓内科にも周術期の協力を依頼します。もちろん、麻酔科とも相談し麻酔方法と術直後のICU 管理を依頼します。この準備は胃がんの病期が変化しない間に行います。消化器外科、循環器内科、糖尿病内科、腎臓内科、麻酔科の各科が緊密に「連携」することで、この患者さんの手術はより安全に行われることとなります。

20 世紀の終わり頃には、病院と病院の協力（病病連携）や病院と診療所の「病診連携」という言葉が使われ始めましたが、院内の診療各科間での「連携」が20 世紀を通じた医療における連携の典型例でした。

さて、救急診療も 20 世紀は、まずは院内の診療科間の連携で対処することからはじまりました。各診療科の医師は自分たちの守備範囲の患者を診療します。突然の意識障害の場合、神経内科（てんかん発作）、糖尿病内科（低血糖、高血糖）、循環器内科（不整脈）のいずれが担当するか、それぞれの診療が必要です。例えば、完全房室ブロックに伴う意識障害の場合、神経内科や糖尿病内科が先に診た場合、理屈の上からは「当科の担当すべき患者さんではない」ということになります。搬送先選定困難事例は、このような「単一臓器、単一疾患」の診療体制を背景に社会に現れます。

（2）21 世紀型医療での「連携」

21 世紀前半の我が国は、歴史に前例が無い勢いで高齢化が進みます。高齢化により患者さんの多くが「単一臓器、単一疾患」から「多臓器、多疾患」へと様変わりします。また、病を患いつつも、地域社会の生活者として生きる期間も長くなります。21 世紀型医学／医療では「連携」の意味が大きく変化します。そこには、人口減少にともなう経済状況の変化も影響を及ぼします。

もちろん、21 世紀においても院内での各診療科間の「連携」が重要であるのは事実です。平成 28 年（2016 年）策定の日本救急医学会・専門医プログラム整備基準は、その「理念」に「救急医療では医学的緊急性への対応、すなわち患者が手遅れとなる前に診療を開始することが重要である」と書かれています。これは、診断等のために病気進行の時間を止めることができない状況を念頭においた表現です。続いて「理念」には、「救急患者が医療にアクセスした段階では緊急性の程度や罹患臓器も不明」と記されています。これは先の突然の意識障害のような場合、何科が担当という議論の前に医療の実践が開始されるべきであり、だから「患者の安全確保には、いずれの緊急性にも対応できる専門医が必要である」ということになります。そして、救急科専門医の使命は、「救急搬送患者を中心に、速やかに受け入れて初期診療に当たり、必要に応じて適切な診療科の専門医と連携して、迅速かつ安全に診断・治療を進めることである」としています。「さらに、救急搬送および病院連携の維持・発展に関与することにより、地域全体の救急医療の安全確保の中核を担う」とありますが、なぜ、「地域全体の救急医療」を視野に入れるのでしょうか？

20 世紀の医学は、「単一臓器、単一疾患」に狙いを定めその病気の克服を目指しました。医療はこの医学を土台に組上げられました。21 世紀の高齢化社会では、人は病を得ても病とともに社会で生きるときが長くなります。しばしば複数の病（「多臓器、多疾患」）を患いながらも生活者として地域で生きることになります。病気を患いつつ地域の生活者として生きる人に焦点をあて、その生きる様を patient journey と表現してみます。（“Journey” は“旅”ですが、古い英語では、1 日以内の小さな旅という語感を持ちます。この言葉は“病を患う生活者の新たな日々”と言ったニュアンスを担います。）

21世紀型医療は、医学による病気の克服もさることながら、patient journeyへの眼差しが強くなります。patient journey（“病を患う生活者の新たな日々”）では、救急搬送が必要な場合、地域内の適切な医療機関の選定や搬送・受入の体制整備、加えて搬送中の医行為の実施やその質保証（これがMCの核心部分です）等々がまずは必要です。入院する場合、patient journeyからすれば（救急か否かを問わず）時間軸の区分は超急性期、急性期、回復期、慢性期と分けるのが分かり易いでしょう。病床区分では、超急性期病床、急性期病床、回復期病床、慢性期病床となり、これは地域医療構想の病床区分と同じです。我が国の21世紀型医療は、patient journey（“病を患う生活者の新たな日々”）を基本軸に医療や介護に関わる施設・機関を再区分し、その「連携」強化を目指しています。高齢者の場合、介護や生活支援の施設・機関も「連携」の輪の中に組み入れられるべきであり、これが地域包括ケアとして具体化します。

21世紀型医療では、院内の診療各科の「連携」ではなく、地域に在る医療・介護・生活支援に関わる施設・機関の「連携」が核心的課題となります。この際に、地域の連携を成り立たせる軸がpatient journey（“病を患う生活者の新たな日々”）です。

救急疾患の場合、patient journeyは突然の怪我や病気で始まります。このpatient journeyをまずは受け止め、支えるのが地域のMC体制です。救急救命士と救急医は直接MCという形で、四半世紀以上の地域での「連携」の歴史を重ねてきました。この土台の上に救急医療の提供体制を検討する全国規模のMC協議会連絡会も10年を経ました。これらの活動は地域医療の重要なプラットフォームとなるのですが、MCの活動は救急患者のpatient journeyを支える必須のシステムとして21世紀型医療の根幹をなします。

21世紀型医療に触発されて、医療を支えるべき医学は20世紀型から21世紀型へと脱皮をするはずですが、この脱皮がpatient journeyに沿うことで、21世紀型医療は進歩を加速するでしょう。

21世紀型医療の「連携」では、地域に在る医療・介護・生活支援に関わる施設・機関の関わりが問われます。この「連携」はpatient journeyという軸にそって展開するのですが、今まさに20世紀型医療の「連携」から大きく潮目が変わりつつあります。と言うよりも、我々救急医療に関わる一人一人がこの潮目の変化を担っていると理解すべきです。この理解とその覚悟が、安定した21世紀型医療の「連携」を成り立たせるカギであると思っています。