

受け入れ病院で看取る時の現場の諸問題

長尾 和宏

長尾クリニック



【背景】

在宅や施設での看取りが国家施策として謳われている。しかしいざ急変時に慌てた家族や介護スタッフなどが、在宅主治医に連絡することなく 119 番することがよくある。臓器不全症の初回急変時なら回復可能なことが少なくなく、結果オーライとなることもある。しかし既に心肺停止していたり、搬送中に心肺停止して死亡到着になることもある。結果的に受け入れ病院で看取る時、救急現場には様々な問題が生じ疲弊している。諸課題を分析し、今後を展望したい。

【検討と結果】

- 1) 人生会議を経て DNAR が明らかな患者さんに救急隊が呼ばれた時に対応は消防隊によりばらつきがある。救急隊員に心肺蘇生をしないという判断の裁量権を持たせている地域とそうでない地域がある。かかりつけ医に DNAR 指示を確認しながらとりあえず心肺蘇生を継続すべきという認識が広がっている。現在、消防庁で議論中であるが、本学会も参画してガイドラインを作成すべきである。
- 2) 病院に死亡到着した時、病院によっては在宅医に「霊安室往診」を要請することが常態化している。看取りの法律である医師法 20 条の誤解である。医師法 20 条と 21 条を混同して誤解して、不要な警察介入も増加している。医師法の周知が急務である。
- 3) 検視の対象者をどう判断するかは警察や法医学会を巻き込んだ議論も必要で現在進行形である。

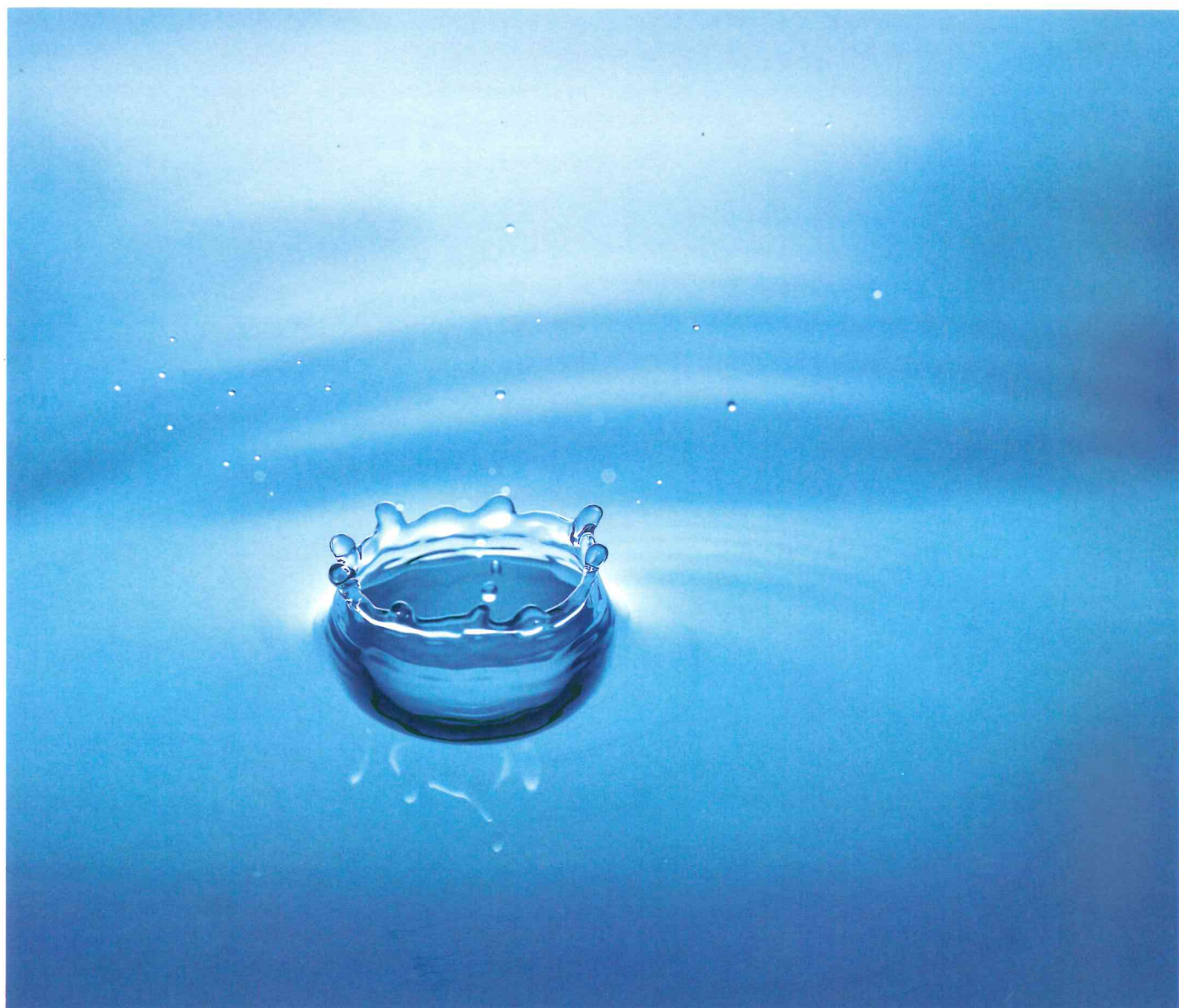
【結論】

在宅医と救急医と警察の 3 者の連携強化が急務である。警察とは医師会や公的病院が音頭を取れば会議の席についてくれると考える。また訪問看護師、救急隊員、葬儀屋、市民をも巻き込んだ議論と啓発も急務である。それらの結果を踏まえ、本医学会が「終末期の救急搬送に関するガイドライン」を作成し公表すべき時である。

第3回 日本在宅救急医学会 学術集会

プログラム・抄録集

Vol.3 No.1 Sep. 2019



テーマ 在宅救急診療ガイドライン作成に向けて

日時 2019年9月7日(土)

会場 日本医科大学武蔵境校舎講堂 東京都武蔵野市境南町1-7-1

会長 吉田 雅博 国際医療福祉大学市川病院消化器外科学 教授

日本在宅救急医学会
<http://zaitakukyukyu.com>