

# 週刊 日本医事新報

No. 4842

2017/2/11

2月2週号

p25 特集：斎田芳久 監修

## がんによる消化管狭窄へのステント留置

- 食道ステント (三浦昭順ほか)
- 胃・十二指腸ステント (権 勉成ほか)
- 大腸ステント (吉田俊太郎ほか)

p1 卷頭

- プラタナス：切るべきか、切らざるべきか…… (今谷潤也)
- 画像診断道場～実はこうだった：いつもと違う後頸部や後頭部の痛み：鑑別すべき疾患は？ (友原沙織ほか)

p7 NEWS

- 介護保険制度改革—介護保険法改正案が閣議決定
- まとめました：日本学術会議が安全保障と学術の関係を議論
- OPINION：長尾和宏の町医者で行こう!!
- 人：大森浩二さん

p50 学術

- 落とし穴にハマらない！ プライマリ・ケア診療での診断エラー回避術：発熱・耳痛で外来受診した48歳男性 (中川紘明ほか)
- 他科への手紙：放射線科→脳神経外科・神經内科 (藤間憲幸)

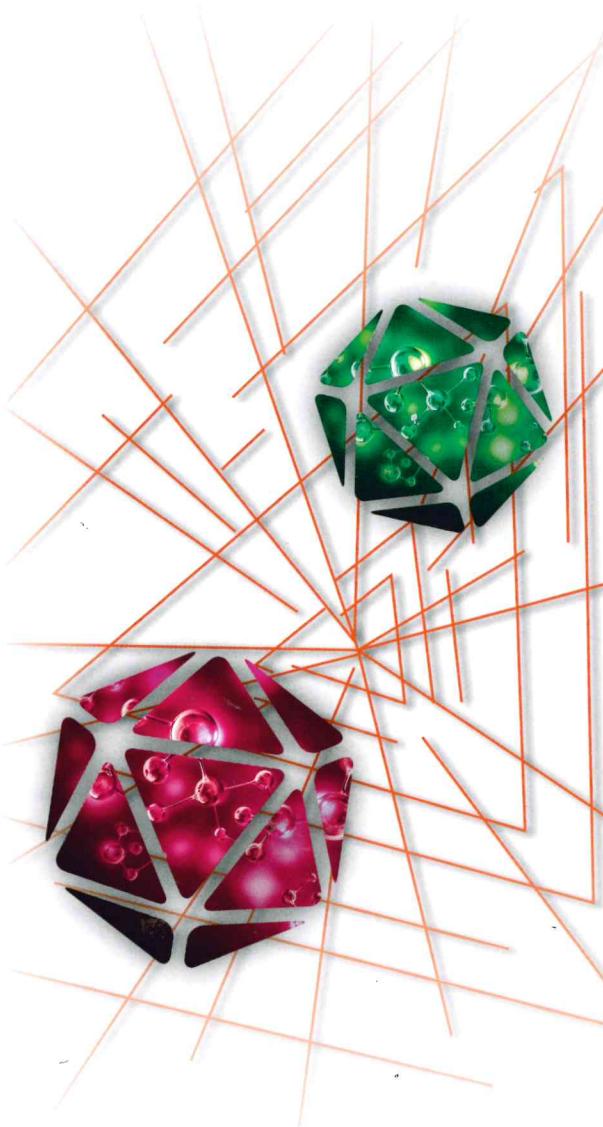
p56 質疑応答

- プロからプロへ：軽症GERDに対するon demand療法の適応と処方 他2件
- 臨床一般・法律・雑件：抗凝固療法施行中の大出血の原因をいかに考えるべきか？/インフルエンザによる死亡が高齢者に多いのはなぜか？/健康診断では裸眼視力と矯正視力をどのように評価するか？

p66 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ● エッセイ ● ええ加減でいきまっせ！
- 私の一曲 (武久洋三) ● クロスワードパズル
- 漫画「がんばれ！ 猫山先生」

p77 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報



尼崎発



長尾和宏の

# まちいしや 町医者で 行こう!!

第70回

## 「在宅・救急・警察の横断的連携を」

### 看取り寸前の救急搬送

真冬は高齢の在宅患者さんも体調を崩しがちだ。施設や在宅でもインフルエンザに感染する人がいる。二次性肺炎を一生懸命治療しても改善しなければ、入院を希望される家族が多い。末期がんであれば救急搬送や入院になることは稀であるが、非がんの在宅患者さんは救急搬送、そして入院加療から退院というサイクルを数回も繰り返すケースがある。私の診療所がある阪神間は特にこの寒い季節はどの病院も満床で、搬送先探しに半日を要することもある。超高齢者の場合は搬送すべきか、搬送しないで在宅での治療継続か、医師も家族も迷うケースが多い。ゆるやかな老衰への旅であれば家族もなんとか見守ることができても、2~3日単位での急速な全身状態の低下と聞けば、入院医療となるケースも多い。

在宅看取りが謳われて久しいが、看取りはあくまで良き在宅ケアの帰結にすぎず、看取りだけが単独で存在するわけではない。というのも、前回(4839号)詳述したように、医療技術の発達に伴い、どこからが「終末期」なのか判断が難しくなっているからだ。もちろん本人、家族とよく相談するのだが、その時間的余裕がなかったり、家族が判断できなかったり、いなかったりで、「先生にお任せ」となることが多い。その結果、看取り寸前の救急搬送や看取り搬送となることが現実にある。

しかし、病院側から見ればたまたものではない。たらい回しではなく、物理的に受け入れ不能が続出している。救急車が行き先を見つけるまで、かなりの時間がかかることがある。病床の機能分化が議論されているが、市民側には病床区分の知識など

ない。かかりつけ医が地域包括ケア病棟を勧めても、高度急性期医療を掲げるブランド病院を強く希望する家族がよくいる。家族という強大な権力の前では、日本の医療者は無力である。市民に地域の病床数が有限であることや機能区分があることなどを、もっと啓発すべきではないか。いずれにせよ、急増する高齢者の救急搬送が深刻な社会問題になっている。

### 救急搬送の過半数が高齢者

総務省消防庁の『2016年版 救急・救助の現況』によると、2015年中の救急搬送人員数のうち最も多い年齢区分は65歳以上の高齢者(310万4368人、56.7%)である。国勢調査における高齢化率26.6%に対して、搬送人員に占める高齢者は過半数を超え、概ね11人に1人が搬送されていることになる。

在宅医療と救急搬送は、実は正に隣り合わせである。救急搬送を要請するということは、「救急救命処置をしっかりしてほしい」という意思表示である。しかし、気管内挿管されたことを恨む家族もいる。あるいは、「延命治療は断るが、できる治療は全てしてほしい」と言う家族もいる。

今こそ救急車を呼ぶ意味を広く議論すべき時だ。消防署にそう提案したことがあるが、「我々は求められたら1秒でも早く病院に連れて行くことが任務。在宅医療とは関係ない」と一蹴された。本当にそうだろうか? カカリつけ医と消防は、お互いの考え方を知っておく必要があると考える。

### 看取りは救急車? 警察?

当院では、年間約100人の在宅看取りがある。6

割が末期がんで、4割が老衰などの非がんである。最近看取りの現場で驚いた2例を紹介したい。

1例は末期がんでのお看取りだった。まもなく息を引き取りそうとの連絡を受けて駆けつけると、先に救急車が到着していた。事情を説明してお引き取りいただいたが、近所のケアマネさんが119番したという。ケア会議で在宅看取りを確認していたのだが、それまでその経験がなかったため、慌てて電話したようだった。あるいは既に亡くなっているれば、警察に連絡が行き検視になる可能性がある。「在宅看取りと決めたら救急車を呼ばない」ということを、ご家族だけではなく介護スタッフ、隣近所の友人にも伝達しておく必要があると感じたケースだ。

もう1例は、末期がんの方のお看取りのあと、約1時間泣き続けた家族がおもむろに発したこんな言葉。「先生、ではこれから警察に出頭します」。あるいは、お看取りをした直後に初めて会う遠くの親戚から、「先生、これから警察に連絡しますね」と言われたことでもあった。どうも少なからぬ市民は、「在宅看取り＝警察沙汰」と認識しているようだ。在宅関係の学会や研究会に行けば、看取りに関する美談や難しい議論がたくさんあるが、現場のケアスタッフや市民はこんなレベルの悩みを抱えている。多死社会を前に、「看取りのはずが救急搬送」「看取りのはずが警察沙汰」という現実にも目を向けるべきだ。

#### 「日本在宅・救急・警察連携懇話会(仮称)」

我が国の医療政策は縦割りが続いている。医療も旧態依然とした縦割りのまま、高齢者医療に最も必要な横断的な視点、つまり総合診療や全人的医療という視点は軽視され続けている。在宅医療をいくら政策誘導しても取り組む医師が思うように増えない理由は、そうした判断が難しいことも一因だ。あるいは、在宅医療の利点を強調するばかりで、欠点や闇を正視しないからである。そもそも24時間365日対応は、過労死基準を遥かに超えた過重労働そのもので、まともにやれば死ぬ。最も嫌われる深夜対応については、地元の大病院の若い医師や看護師が往診することで解決できるのではないか。実際、台湾の在宅医療は、末期がんに限られるが、開業医の責務は昼間のみで夜間は地域の基幹病院、日本でいえば地域包括ケア病棟から若い医師や看護師

が往診するシステムになっている。

総死亡者の1割強を占める在宅死とは、死亡診断書の死亡の場所が「自宅」に丸がついている割合であり、大都市圏では約半数が、警察が介入した検視であるのが実態である。換言すれば、かかりつけ医が看取っているのはわずか数%に過ぎない。老衰での在宅死に救急や警察が入り、長い取り調べが行われている現実を見聞きするたびに心が痛む。消防は看取りではなく、本当に助けるべき怪我や急病の人には活用されるべきだし、警察にはテロや凶悪犯罪を厳しく取り締まってほしい。しかし、在宅医療と消防・警察との連携は皆無に近い。監督官庁が異なるので連携しにくいのであろうが、今後の20年を考えるともはやそんなことは言っていられない。言葉が適当でないかもしれないが、「無用な救急搬送」や「無用な検視」を減らすために連携を模索すべき時ではないか。

そういう想いの在宅医や救急医療センターの医師らが中心となり、「日本在宅・救急・警察連携懇話会(仮称)」なるものを立ち上げて情報交換を行う予定である。詳細は未定だが、今年7月22日(土)に都内で開催する予定だ。民間の開業医や公務員の消防、警察が一同に会することがどこまで可能なのか、現時点では自信がない。とりあえず懇話会を立ち上げ、全国各地で同様の横断的な連携の会が発足して活発に議論されるのが目下の目標である。初回は私たち有志で行うが、それが起爆剤となり、医師会が主導し、厚労省や消防、警察などの監督官庁にご協力いただけることを願っている。もし本稿を読まれて本企画に協力可能な方がいれば連絡をいただきたい。

「地域包括ケア」という言葉はよく耳にするが、何度も聞いてもよく分からん」という声が多い。ならばズバリ、在宅看取りにもっとも大切な「在宅・救急・警察連携懇話会」のような横断的な連携の会を開いてみるのも一興ではないか。いや、こうした官民の壁を超えた連携こそが、地域包括ケアの土台であると考える。

**ながお かずひろ**：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『薬のやめどき』『痛くない死に方』(ブックマン社)など