

世界の視点で情報を発信する総合誌

2017 May

KORON 5

MONTHLY

発行・株式会社財界通信社 平成2017年5月1日発行
毎月1回1日発行 第50巻5号
昭和47年11月10日第三種郵便物認可

リレー対談 小池一夫氏 氏 VS 逢坂剛氏 氏
(漫画原作者) (作家)

マンガ戦国時代に「劇画」・「漫画」から生まれた「コミック」
時代劇の息を絶やすな!作家たちよ、目指すのは世界制覇

存在感増すJパワー、対日戦略を加速させる現地企業

知られざるタイの「電力先進国化」戦略

日本のIT企業の数歩前行く

巨人・グーグルの驚愕の環境対策

「本社入口にエレベーターは無用」とバッサリ

“鴻海流”で復活挑むシャープの胸突きハ丁

月刊公論



長尾和宏
(ながお かずひろ)
医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学
第二内科入局。
1991年 医学博士(大阪大学)授与
1995年 兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る
日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授

【医学博士】
日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント
【著書】
『平穏死・10の条件』(ブックマン社)、『抗がん剤・10のやめどき』(ブックマン社)、『胃ろうという選択』(セブン・アンド・アイ出版)、「がんく人、院信道」(小学校)「抗がん剤が効く人、大病院信かない人」(PHP研究所)、「大病院信かない人まで続けますか」(主婦の友社)
など。
【医学書】
スーパー総合医叢書・全10巻の総編集(中山書店)第一巻「在宅医療のすべて」、第二巻「認知症医療」など多数。

在宅・救急・ 救急車を呼ぶ

警察の連携 ということ

医学博士 長尾 和宏

大往生のはじめが警察沙汰に

先日、ちょっとした「事件」があった。在宅で診ていた90歳代の老衰の患者さんの呼吸状態がおかしいとの電話をご家族から受けたのは21時。ちょうど医師会の会議が終わるところだつた。いつものように「じやあね」と返答し、車で向かう途中に再び電話が鳴つた。「近くの親戚が来て心配して救急車を呼び、今は病院へ向かう車内にいる」とのことだつた。「ええ? 救急車?」と嫌な予感がした。果たして救急車の中で呼吸が停止したため救命救急士による蘇生処置が行われ、病院の救急医に引き継がれたという。しかし残念ながら蘇生処置に反応せず死亡が確認された。いわゆる「死亡到着」ケースであり、結果的に「看取り搬送」となつてしまつたのだ。さて「事件」はそこからである。

病院の医師と救急隊は看取り搬送になつたので次に警察に連絡をした。やがて警察官が病院に数人続々自宅での「現場検証」が終わつたのは深夜3時前であった。夫の死になつたので次に警察に連絡をした。すくに警察官が病院に数人やつてき家族への事情聴取にひきこもつたのである。夫の死はそこからである。

て走つている。あるいは急変時に連絡をしても往診を拒否し救急車と病院に丸投げするという在宅医もいる。さらにタクシー代わりに救急車を使う人もいるのが現実である。救急車の使い方を皆で考え直す時である。

医者も知らない看取りの法律

医師法20条によると医師が自然死であることを確認すれば死亡診断

書を書ける。在宅看取りの現場では看取りに立ち会うことは稀で大半は呼吸停止後に診て書いている。家に内診していないので死亡診断書を書けない。かかりつけ医の長尾先生には病院の靈安室に往診して死体検案書を書いて欲しいとのことだった。

「私はこの患者さんを24時間以内と「私はこの患者さんを24時間以内と「私はこの患者さんを24時間以内」と何度も確認したが「書けない」の一点ばかりだった。

病院の救急医の判断はいくつかの点で間違つていて。そもそもその病院にはその患者さんのカルテがあり到着時に息絶えていても死亡診断書を書くことができる。いや、医師法上その医師は書かないといけないのだ。靈安室往診を言い張る救急医にいかどうか上司に聞いて」と言つた。すると「上司も同意見である」と返つてきた。実は最近同様のことが何度か起きて、その度に困つていて。

医師が正しく理解していない。本例のように医師法20条と21条の混同に起因した警察通報と事情聴取や現場検証が日本中で行われている。救急医も警察もそして救急隊も、看取りの法律である医師法20条を正しく理解していない。医学教育や救命士教育や警察教育の中でも看取りの法律を詳しくは教えていない。「死」をタブー視してきた結果、本人や家族

にとつて一番大切な最期の時間が一瞬にして「事件」へと変わる。実際、在宅医、救急、警察の横の連携はほとんど無い。救急隊は病院の方しか見ていない。三者の連携が無いままで在宅医療や地域包括ケアが推進されている。

多くの在宅医療は私のような開業医が担つていてほとんどが民間人である。一方、救急や警察は公務員である。官と民が自由に意見交換することは意外にハードルが高い。しかし2040年をピークとする多死社会に向けてもはやそんなことは言つていられず医師会が主導すべきだ。

本来、救急車は救命すべき人を乗せて運ぶ大切な公共財である。しかし一部の地域では看取りの遺体を乗せ

て走つてゐる。拙書「平穏死・10の条件」のひとつに「救急車を呼ぶ意味をよく考えよう」を挙げた。看取り寸前の在宅患者さんの遠くの長男が救急車を呼び、よくこう言う。「心臓マッサー」や人工呼吸はお断りだ。しかしで生きることはすべてやつて欲しい」。気持ちは分からぬでもないが意味不明だ。救急車を呼ぶという行為はもし息絶えそうであれば、心臓マッ

サージや気管内挿管に引き続いた人工呼吸管理などフルコースの蘇生処置をやつてくれ、という意思表示にほかならない。本来、看取りと決めたら連絡すべきは救急車ではなく「かかりつけ医」である。しかし医者も人間なのですぐに電話に出られない時もある。その時は「待つ」という言葉を思い出して欲しい、と啓発している。

「救急車を呼ぶな」と申し上げているのではない。呼ぶ意味を考えることも承知した上で呼んで欲しい。在宅看取りと決めたらライザという時には「待つた」方がよい場合が圧倒的に多い。

しかし最近は看取り訴訟を恐れる介護施設が、株式会社の本部からの指令で看取り搬送を指示されるケースが増えている。看取りトラブルを恐れているのだ。看取りを邪魔ものとしているのだ。看取りを邪魔るものはない人を管理者の判断で移すという行為は、国が説く「地域での看取り」に完全に逆行している。以上の経緯があり7月22日に「在宅・救急・警察の連携研究会(仮称)」を都内で発足する予定である。