

# 週刊 日本医事新報

No. 4820

2016/9/10

9月2週号

p25 特集: 江夏亜希子 監修

## ライフスタイルに合わせた月経困難症・子宮内膜症の診療

- プライマリケア医による月経困難症患者へのアプローチ(池田裕美枝)
- 月経困難症・子宮内膜症診療における婦人科外来担当医の役割(江夏亜希子)
- 子宮内膜症に対する手術治療のポイント(谷口文紀)

p1 卷頭

- プラタナス:忘れない枇杷の味(池尻好聰)
- 画像診断道場~実はこうだった:呼吸困難、胸痛、背部痛……  
心エコー図検査での注意点は?(小林淳ほか)



p7 NEWS

- 喫煙の健康影響検討会報告書—喫煙と疾病の因果関係を明記
- まとめてみました:国際医療福祉大医学部が正式に認可
- OPINION:長尾和宏の町医者で行こう!!
- 人:岩川真由美さん

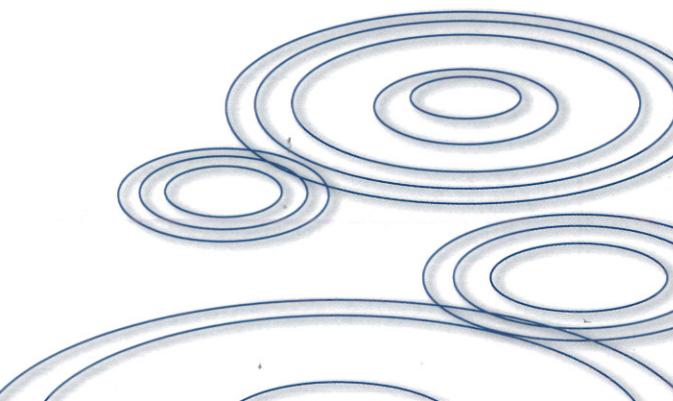
p47 学術

- 他科への手紙:膠原病内科→内科一般(片桐彰)
- 差分解説:*H. pylori*陰性胃癌 他8件



p54 質疑応答

- プロからプロへ:慢性肺アスペルギルス症(CPA)治療のポイント  
他3件
- 臨床一般・法律・雑件:EPA製剤で出血傾向が生じる理由は?/  
廃用症候群とは?/介護老人保健施設入所者の診断書発行料金は  
施設の収入か?



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!
- 私の一冊(岩波明) ● 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

尼崎堯



長尾和宏の

# まちいしゃ 町医者で 行こう!!

第65回

「死亡診断書の交付要件も規制緩和へ

対面せず死亡診断書が交付可能に!?

政府の規制緩和は、在宅等での看取りにおける死亡診断書の交付要件も対象になっている。政府は6月、規制改革実施計画を閣議決定し、医師の対面診察によらない死亡診断書交付を要件付きで認める方針を固めた。厚生労働省は具体的な運用を検討した上で、来年度中に必要な措置を講じる見込みだ。

医師のいない地域や医師の確保が困難な地域では、看取りのために住み慣れた場所を離れ、病院や介護施設に入院・入所したり、死後診察を受けるために遺体を長時間保存・長距離搬送する必要がある。そのため日本看護協会や政府の規制改革会議が、「安らかな看取りとはほど遠い状況」「患者や家族が不都合を強いられている」として要件緩和を求めていた。

医師法20条では、「医師は、自ら検査をしないで検査書を交付してはならない」としている。その上で、「但し、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りではない」という例外規定を設けている。

今回、死亡診断書交付を認める要件は、①医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されている、②終末期の際の対応について事前の取り決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意がある、③医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にある、④法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三徴候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を使やかに報告できる、⑤看護師からの報告を受け

た医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせて患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できる一の5つ。

このうち④には「法医学等に関する一定の教育を受けた看護師」とあるが、医学教育においてさえ看取りに関する教育プログラムはほとんどない。医師

法20条、21条を正しく理解している医師は、実は極めて少ないことが分かっている。それを教える側も、教えられる側も「死」や「看取り」には興味がないからである。筆者は医学生や勤務医に「死」や「看取り」の授業を行っているが、市民講座とは対照的に寝ている人が多い。彼らに限らず、多くの医師は「生きさせる医療」には当然興味があるが、「死を支える医療」には総じてあまり興味を示さない。そんな環境下で、看護師に看取りに関する教育を誰が、どうやって行うのかという課題もある。

## 医師法20条「但し書き」の功罪

在宅看取りを担保している前述の医師法20条は、1949年に施行された法律だ。この但し書き（例外規定）が、「診察後24時間以内の死亡は診察なしで死亡診断書を書いてもよい」という意味であることは2012年の参議院予算委員会で確認された。しかし、この但し書きが医師法20条と21条の混同の原因になっているという指摘がある。「24時間以内に診ていなければ警察に届ける」というルールなど存在しないのに、但し書きを誤解し、それを都市伝説のように信じ込んでいる医療者が多い。この誤解が在宅看取りの阻害因子になっているという意見もあり、但し書きは改善の余地があるのかもしれない。

それにしても、「診察せずに死亡診断書を書いてもよい」という寛容さは病院勤務医には信じられない内容だろう。20条が施行された1949年当時は医師も少なく、交通網や交通手段が未熟だったので、豪雪地帯や離島の現状に即して加えられたのだろう。70年近く前の法律の但し書きの趣旨が、平成の時代においては遠隔診療による看取りの趣旨とどこか類似していることは大変興味深い。すなわち、「医師が自ら診断しなくても」とは、裏返せば「看護師が診断すれば」と置き換える可能性を示唆している。

なにかと誤解され、多くの混乱を引き起こしてきた但し書きであるが、今後これをどのように扱うのか、真剣に議論する時期に来ている。つまり、法律の文言を変えずに現代版解釈を啓発するべきか、遠隔診療という文言等も加えて分かりやすい文言に書き換えるべきなのか。医師法20条とその但し書きの功罪を論じないままに、遠隔診療による死亡診断の規制緩和が論じられていることに少し違和感がある。広く意見を求めた上で議論を進めないと現場は混乱するのではないか。政府の規制改革会議と現場の医療者がより密接に意見交換することで、国民が納得する規制緩和が実現することを期待している。

離島・へき地における医療・介護格差

一方、在宅療養支援診療所(在支診)が1軒もない自治体が全国に3割もあるという調査結果が公表された。もちろん在支診の届け出をせず、昔ながらの町医者スタイルで看取りまで行っている開業医も相当数いる。したがって、在支診ゼロ=在宅医療インフラゼロでは決してないのだが、国が在宅誘導政策を強力に推し進めてきた割には意外な数字に思える。国策として推進している地域包括ケアシステムは、都市部と地方、なかでも離島とでは非常に格差がある。だからこそ「地域包括」であるのだろうが、最低限のインフラもないと保険料に見合ったサービス提供のみならず、人生の最終段階を支える医療・介護システム自体が成り立たない。全国どこに暮らしても、たとえ小さな離島にいても、人生の最終段階の生活を住み慣れた自宅で楽しめることが地域包括ケアシステムの理念であろう。その実現のための規制緩和は必要な措置だろう。

## 新潟県粟島での「島で死にたい」

今年5月、新潟県の粟島という人口360人の離島を視察する機会に恵まれた。無医島であるが、360人という住人規模では自治体が常勤医を雇うほどの医療需要は到底ない。「医者が来ない」のではなく「医者の募集ができない」地域である。内地から粟島までは1日3便程度のフェリーで約1時間半の距離だ。

役場の人の案内で島内に10人ほどおられる在宅患者さんのうち4人のご自宅を訪問させていただいた。粟島は全国でも有数の長寿の自治体だという。みなさん長生きで肌は艶々、認知機能は正常。一見、尼崎とよく似た療養環境の中、在宅療養をされていた。しかし、介護系サービスのみならず訪問診療や訪問看護がない点が、尼崎と決定的に違っていた。ある在宅患者さんは、「この島で死にたい」とそつと本音を漏らしてくれた。しかし、本人や家族は急変時の不安がある。子どもに迷惑をかけないためには、早めに内地の病院に入院することは仕方がないと考えておられた

島の診療所には内地の病院から月に何度か巡回診療に来るが、冬は海が荒れて渡れないことが多いという。島の立派な診療所で島民はテレビ画面を通じた遠隔診療で内地の病院の医師の診察を受け、薬局で薬を受け取る。島に1人の看護師が圧倒的な存在感を示していた。

さて、医者がいないこの島で、果たして村民が望む在宅看取りができるのか。そんな基調講演をした後に、村長さん夫妻、議長さん、新潟県行政の方、村上市の病院職員、村のたった1人の看護師さん、そして熱心な島民の方々と深夜まで熱い議論を交わした。折しも現在進行形で議論されている遠隔診療の活用により、医者が居ない離島でも看取りができるようになるのだろうか。現時点ではまだ最終結論は出でていない。しかし政府の議論の進展に伴い、島に看護師がいて前述の5要件を満たせば、粟島での遠隔診療による看取りが可能となる日は、そう遠くないとも感じた。

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『認知症は歩くだけで良くなる』(じぶん出版)など