生きる力をつける健康講座

救急と自宅での穏やかな死について

医仁会武田総合病院　救急医療センター長　中谷　壽男　先生

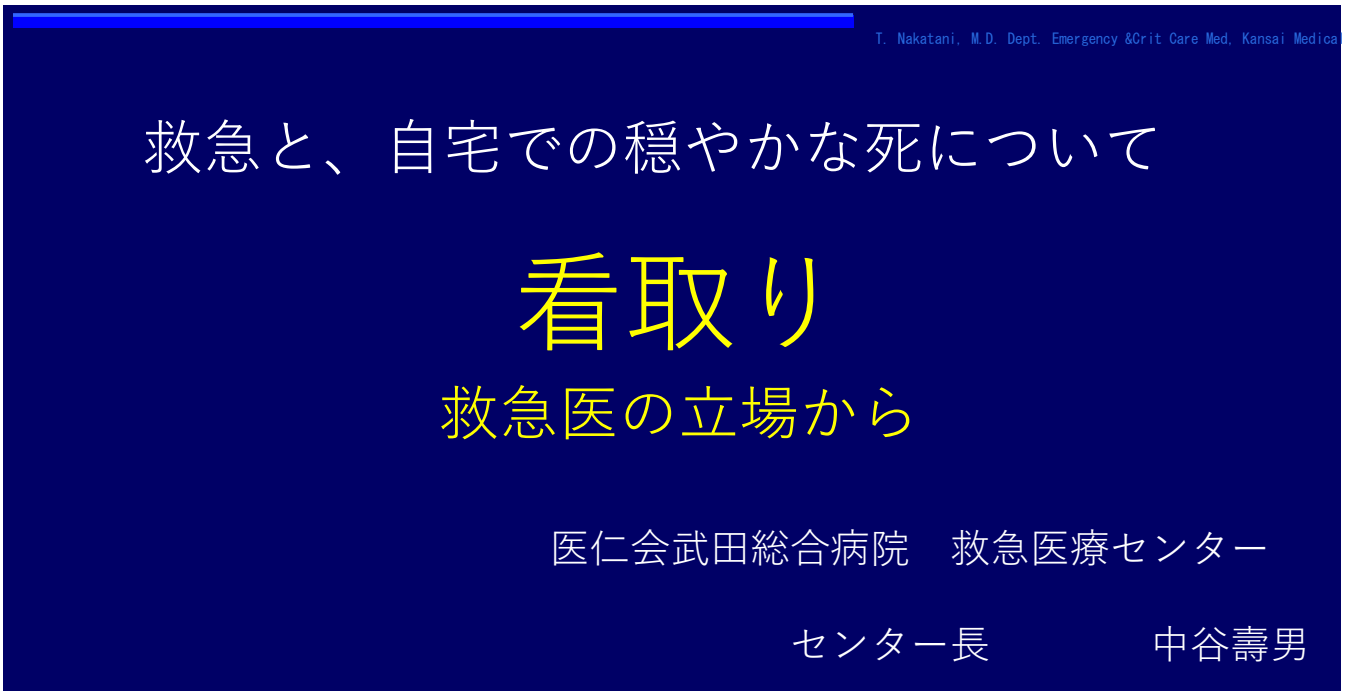
【石垣院長より挨拶】

こんにちは。3 年ぶりに中谷先生に来て頂きました。3 年前から予定はしていましたが、コロナウイルスの影響により今年こそということで実現できて良かったです。たまごの理念である「人は楽しむために生まれてきた」をどう実現していくかということが私の使命です。今年の 3 月は十三市民病院の院長に講演して頂きました。現代医学の素晴らしさと ROB 医療をどう使って更に素晴らしいものを作るかということです。オミクロンの死亡原因はコロナウイルスによる肺炎が直接原因でなく、元からある誤嚥性肺炎を悪化させることが原因でした。

4 月は東京医科歯科大学副学長の古川先生に講演して頂きました。寝たきりの 4 分の 1 が心房細動による脳梗塞が原因ということが日本の大きな問題です。原因である心房細動を早期発見早期治療により寝たきりを防ぐことができます。心房細動の原因は肺静脈の血流異常です。その肺静脈の血流は横隔膜の動きに影響され、横隔膜の動きは上腹部の柔軟性に影響されます。上腹部の柔軟性を作れば、心房細動・脳梗塞を防ぐことができます。
そして、今日は 3 年越しの中谷先生の講座です。救急搬送にはどんな問題点があるか、どんな解決策があるか講演してもらいます。後半はみなさんに分かりやすいように対談形式で消防署の方・行政の方を含めて、より深く認識を新たにして、救急車に運ばれて泣くことにならないようにと思っております。

最後の最後まで人生を楽しんでお迎えを待てるようにと思っております。それでは中谷先生お願いします。

【看取り～救急医の立場から～】



皆さんこんにちは。京都の武田総合病院の救急をしています中谷と申します。私は医療従事者で 70 歳以上ですから 4 回目のワクチンを打ち終わり、安心してこの場に立っています。3 回目を打ってから 5～6 か月過ぎますと抗体価も下がってきます。ウイルスを退治する兵器の工場は残っていても、兵器はほとんど枯渇してきますから、高齢者や基礎疾患のある方で 4 回目がまだの人はぜひ打って頂きたいと思っております。2 回しか打ってない方はおそらく体内の兵器工場自体もほとんどなくなっていると思いますので 3 回目接種を推奨します。

さて、石垣院長より紹介して頂きましたが、私がここで講演させて頂くことになりまして 3 年になります。
新型コロナウイルスの流行により 1 年・2 年とダメになり、今年も 2 月に感染拡大があり、ゴールデンウイーク明けも怪しいかと思っていましたが、それほどでもなく講演できることになりました。しかし、病院で救急をやっていますと、ここ 2～3 日で少しコロナの患者も増えています。高齢者施設で感染が拡大し、デイサービス利用者が家庭に持ち帰るというパターンが起こっています。これが私の病院だけの現象で終わればいいですが、
今は「マスクをやめましょう」なども少しずつ言われていますので、また感染が拡大するかもしれません。

それで、今日は看取りということで、どのような死を迎えたいのかということです。多くの人は自宅で家族に見守られて亡くなりたいと思っていると思います。現在はまともに面会もできないですし、点滴などのたくさんの管を通しながら少しでも長くというより、短くても良いから自宅で穏やかに家族に見送られたいと思います。
しかし、いざという時になれば救急車を呼ぶ方が多いです。

救急車を呼んでしまうと、どうなってしまうかということをお話させて頂きたいと思います。
自宅で家族に見守られながら、穏やかに最期を迎えたい。病院では特に大部屋になると仕切りはカーテンのみでプライバシーもありません。消灯時間になると真っ暗になり、お酒はもちろん飲んではいけません。
しかし自宅ではこのようなことはありません。最後の最後はお酒くらい飲ませてほしいといったこともできます。
豊かに最期を迎えたい。そう思われている方が多いです。
自宅で家族に見守られながら、穏やかに最期を迎えたいなら、救急車を呼ばないでほしいです。

一方で、自宅で最期を迎えられるだろうか。今までの診療はどうなるのか。癌などでは痛みが出てきます。

栄養が取れなくなった場合や褥瘡などの合併症が起こった場合はどうすればよいのか。
そう考えると、病院でも仕方ないと思われる方も多いかと思います。
もうひとつは、家で穏やか最期を迎えたいと思っていても、いざとなれば救急車を呼んでしまいます。
救急車で運ばれますと、いろいろな医療行為が施され、2～3 日長生きすることはあります。
しかし、それはどんな状況になるかということをお話させて頂きます。家族の方も精神的に色々な問題を抱えます。集中治療室も保険が使えなければ 1 日 10 万円以上かかってきます。我々の立場としても、たくさんの医療資源を費やしても、それが報われないということもあります。
つまり、救急車を呼んでしまう・病院に行ってしまうととんでもない回り道をしてしまうという結果になります。

事例

T. Nakatani, M.D. Dept. Emergency &Crit Care Med, Kansai Medical Univ.

- 30年以上前のこと
- 某院で入院中の末期患者
- 自宅の畳の上で死にたいと退院
- 数日後に自宅で心肺停止
- 気が動転した家族が救急車を要請
- 救命救急センターへ搬送

少し例を挙げますと、私が昔務めていた病院で入院している末期患者が畳の上で死にたいと退院しました。
そして数日後に希望通り自宅で心肺停止になりましたが、気が動転した家族が救急車を呼んでしまいました。
結果、救命救急センターへ搬送されてしまい、心肺蘇生術により心拍が再開し、集中治療室へ入りました。
そこでは人工呼吸器・胃管・静脈路・導尿・心電図ケーブル・パルスオキシメーターと多くの管に繋がれた状態。
つまりスパゲッティ症候群となってしまいました。心臓は動いているけども、脳の機能が戻らないので、
意識がない状態で生きているということになってしまいます。
数日後、脳の機能が回復しないため、集中治療室で死亡しました。その間、家族は面会も制限されていたのです。
患者の生前の願い（自宅で家族に見守れて畳の上で死にたい）は叶いませんでした。

同じような話はいくつもあります。他にも 102 歳の女性が自宅で衰弱して死期を迎えていました。
呼吸停止に家族が動転して救急車を要請し、救命救急センターに搬送され心拍が再開しました。集中治療室で治療を受けるが、二日間で死亡しました。これだけで時間的にも経済的にも回り道となるということです。

こういった例というのは本当にたくさんあります。ある家族は最期を迎えるための準備として、往診をしてもらっていました。ですが、夜間や日中の外来診察時間に何かあるとどうしていいかわからず、救急車を要請し、救急隊員に「心肺蘇生は望んでいない」「このままそっと病院に連れて行ってほしい」と伝えるが、救急隊員は法令に従い活動します。

消防庁告示

T. Nakatani, M.D. Dept. Emergency &Crit Care Med, Kansai Medical Univ.

救急隊員の行う応急処置等の基準

- 救急隊員は、傷病者を医療機関その他の場所に収容し、または救急現場に医師が到着し、傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、傷病者の状態その他の条件から応急処置を施さなければその生命が危険であり、またはその症状が悪化する恐れがあると認められる場合に応急処置を行うものとする。（社会死の場合には搬送せず、警察に連絡）

消防庁の告示というものがあります。それは救急隊員は傷病者を医療機関その他の場所に収容する。もしくは救急現場で傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間、傷病者の状態その他の条件から応急処置を施さなければ傷病者の生命が危険であり、またはその症状が悪化する恐れがあると認められる場合、応急処置をしなければならないというものです。つまり人工呼吸器・心臓マッサージをしなければなりません。
ですから、本人・家族が望んでいなくても、心肺蘇生を行わなければならないという義務があるということです。

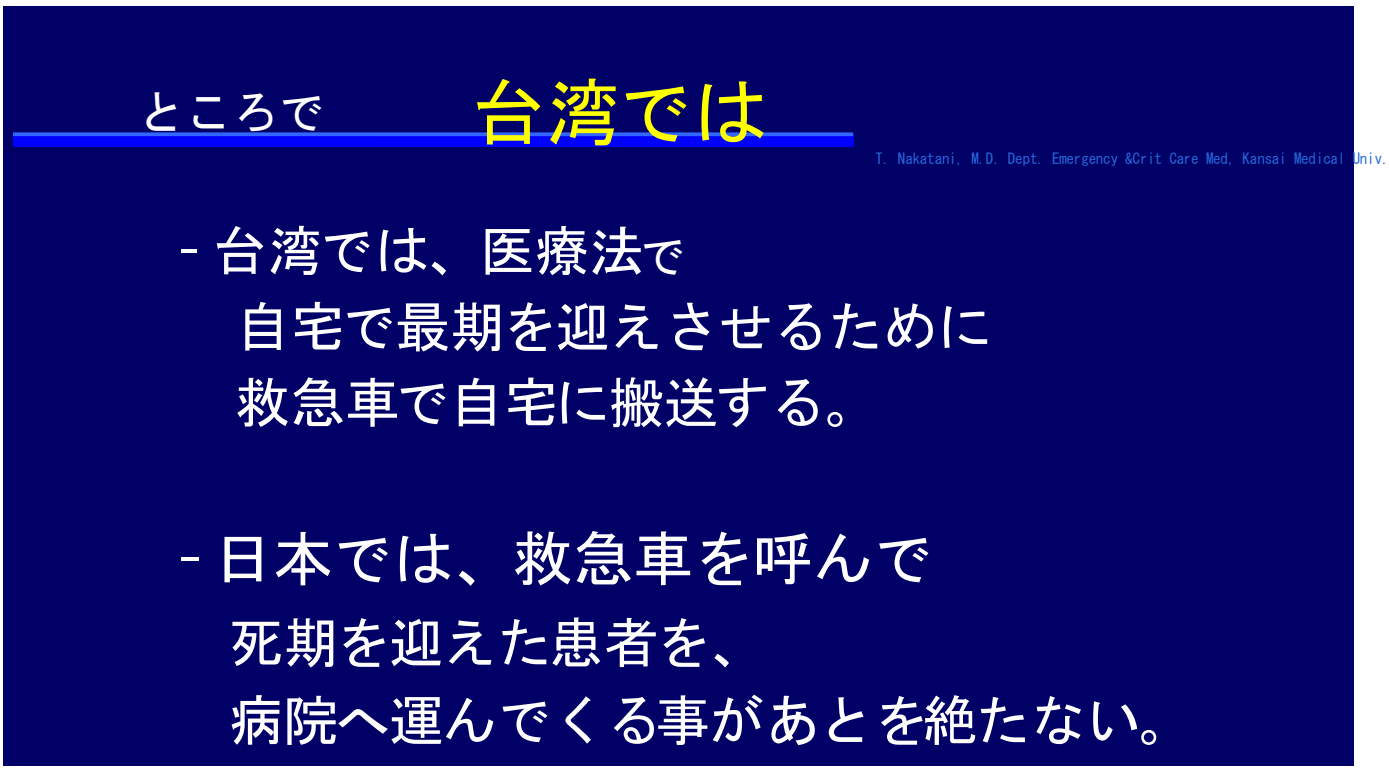
ただ最近は消防庁の告示を弾力的に運用しようという動きもあります。家族の意思だけでは不可能ですが、蘇生を望まないという本人の意思を書面などで家族から確認することができれば、実際の心肺蘇生ではなく、形だけの蘇生処置しながら搬送するということを行っている救急もあります。つまり、救急隊員が蘇生処置をしないことを容認しようという気運があります。しかし基本的には、死後硬直や死斑がある場合・頭が割れて脳ミソが外に出ている場合・頭と胴体がつながっていない場合以外は、死亡確認のできない救急隊員は心肺蘇生をする義務があります。病院に到着しても、明らかな死後でなければ心肺蘇生を続けます。それでもダメなら死亡確認を取り、死後処置を行い、死亡診断書を発行したのち葬儀社へ連絡して自宅へ搬送します。順調にいけばこれだけの少しの遠回りで済みます。しかし、なかなか実際にはそうはいきません。

よほどの理由がない限り医師は何時何分に亡くなられたか死亡診断書を書きます。死亡診断書はその患者が死亡に至るまでの過程を可能な限り詳細に論理的・医学的・客観的な事実を正確に記入する医学的な証明です。
心臓が止まってから病院に来る初めての患者であれば、検査する時間もありません。昔は、心臓が止まって亡くっているから急性心不全ということにしておこうということが多くありましたが、法務省からそれはダメだと言われるようになっています。急性心不全と書くと後ほど電話で詳細の確認をされることもあります。
詳しく見ますと、現在の死亡診断書は①死亡に至る原因　②それに至る原因　③さらにそれに至る原因
と詳しく書かないといけません。
例えば①心不全　②低酸素血症による心不全　③肺癌による酸素の低下　④肝臓癌転移による肺癌となります。
救急医にとって患者は初診であり、死亡後の搬入も多いですから症状や経過がわかりません。
そして事件性の有無も考慮しなければなりません。そうなると正確な診断書を書けません。
そうなると警察に検視を依頼して解剖や諸検査をしたり、事件性の有無を現場で確認したりします。

こうなると 2〜3 日の遠回りです。

例えば、周囲には酒の空瓶があり、心肺停止状態で倒れている姿が発見されました。搬送先で死亡確認が取れましたが、この人は脳卒中や心臓発作などの疾患が原因だったのか、アルコール中毒や頭部打撲によるものなのか。死因を推定できず検視を依頼しなければなりません。というわけで死亡診断書はすぐには発行されません。
かかりつけ医がいれば、死亡確認に至る身体状況や主治医からの病状説明などにより、救急医が直接死因を診断（推定）することもあります。また、死亡から 24 時間以内に診察をしていて、その傷病で死亡したと考えられる場合にも、主治医が立ち会わずとも発行できます。24 時間以内に診察をしていなかった場合、主治医が患者死亡後に診察し、その傷病に関連する死亡と判断することもあります。

では、自宅で看取るはずだったのに、なぜ救急車を呼んでしまうのでしょうか。
1 つ目は気が動転してしまったという理由ですね。次に深夜・休日・外来診察時間で主治医に来てもらえない時。
そして、事情の知らない親戚などが口を挟むというパターンですね。
このようなことにならないために、どのような準備をしておく必要があるのかということです。



少し脱線します。台湾では自宅で最期を迎えるために救急車で自宅に搬送する医療法があります。
逆に、日本では救急車を呼んで死期を迎えた患者を病院へ搬送することが後を絶ちません。

退院にあたり準備すべき事

T. Nakatani, M.D. Dept. Emergency &Crit Care Med, Kansai Medical Univ.

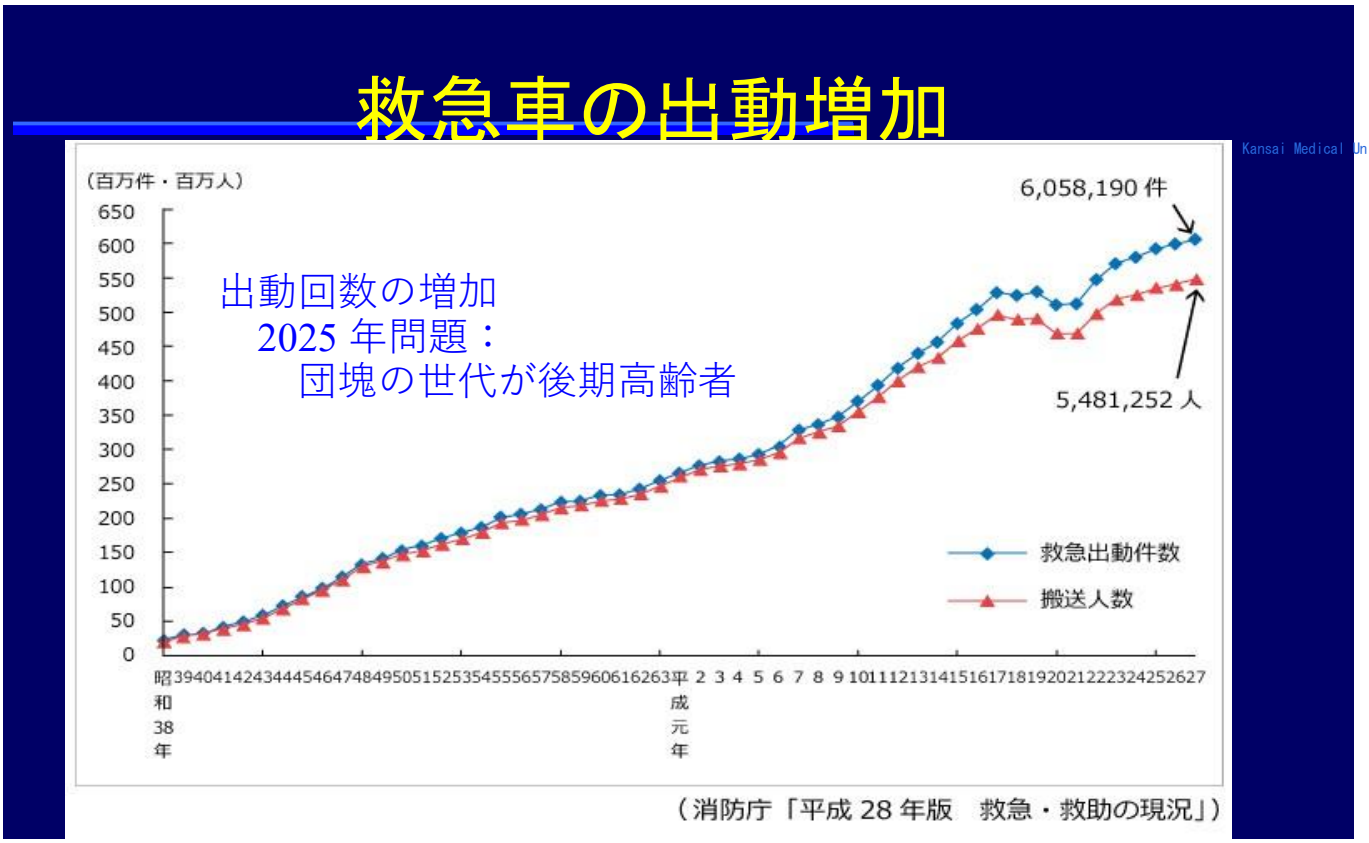
- 診療：往診（在宅医療）、訪問看護
  - 原疾患に対する治療？
  - 緩和医療
  - 水分・栄養補給、褥瘡など
    - 訪問看護師による特定行為で可能に
- 介護：訪問介護、家族による介護
  - 清拭・入浴、食事、排泄、褥瘡、など
- 死亡確認
  - 死亡診断書

では退院にあたり準備すべきことは、まず診療の継続です。往診や訪問看護をしてもらうということですね。数年前から、看護師さんに点滴や褥瘡治療・鎮痛薬・インスリン調整等をしてもらえるようになってきました。将来的には看護師が死亡確認をできるようになってくるだろうと思われます。

では、このようなことはどこで相談できるのでしょうか。それは病院にある患者サポートセンター・地域連携室。他にも退院前に訪問看護ステーションや地域包括支援センターなどに相談するといいでしょう。

次に訪問診療について。主に開業医が行っていますが、夜間や外来診察時間の場合どうすればよいのか。医師による死亡確認は緊急でなくも大丈夫なので、外来診察時間終了後や夜が明けてからでも大丈夫です。呼吸停止のおよその時刻を医師に告げることで死亡診断書を書いてもらうことができます。私も実際、親せきから連絡があり、朝からおばあちゃんが呼吸してないと連絡がありましたが、仕事が終わってから向かうといった事例もあります。

また、特定行為に係る看護師の研修制度について少しお話しておきます。従来の看護師は医師の指示がないと何もしてはいけませんでしたが、自分たちの判断で薬の量を調整するなどの医療行為の一部を行えるようになる制度です。この制度は 250 時間の勉強と何十時間かの実習をして試験に合格するとできるようになります。特定行為とは気管カニューレ交換。膀胱ろうカテーテル交換・褥瘡の壊死組織除去・点滴中の成分調整・脱水に対する輸液・感染徴候に対する臨時の薬剤投与・インスリン量調整・抗けいれん・抗精神病・抗不安薬の臨時投与・動脈血採血などの 38 種類の医療行為を看護師が自分の判断でできるようになります。
それから地域包括ケアシステムというのは重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で最期まで自分らしい生活を送れるように住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供してくれる地域包括支援センターが中学校区ごとくらいに設置されています。



最期に、救急車について救急医の立場からお話します。出動回数がどんどん増え、出動回数と搬送人数との差も広がってきています。つまり、搬送が必要でない出動が増えているということです。
軽い交通事故でも、目撃者が直ちに通報する場合。家族が通報したが本人が病院に行くことを拒否した場合。他にも悪戯等があります。
平成 20 年くらいには消防庁が「本当に救急が必要ですか？」というキャンペーンを行い、
マスコミのおかげで少し減少していますが、また上昇しています。
救急車の出動数増加により、到着時間も段々遅くなってきています。最初は 6 分ほどでしたが、おそらく現在では 9 分近くかかると思います。どこの行政も財政が豊かではありませんから、簡単に消防署の数・救急車台数を増やすことはできません。その中で出動件数が増えると、各消防署には救急車が一台ずつしかありませんから、誰かがその地区の救急車を使うと他の人はその隣の消防署の救急車を待つしかありません。
搬送の必要がない通報の例として、
例 1：数日前から体がだるい・食欲がないなどの緊急性のない通報
例 2：待合室の人数が多く、混んでいるように見えたので、家に帰って通報し、救急車で病院へ行く人
例 3：1 つ目の病院が終わって、次の病院へ行くとき、タクシー代わりに通報する人
例 4：タクシー代わりでは「救急車を明日の 17 時に〇〇へお願いします」と予約しようとする人もいます
例 5：病院で搬送許可が出すと、「それでは 1 時間後に家族が来てから、搬送します」など緊急性のないもの
こういった救急車の乱用は気を付けて頂きたいです。
今後の対策として「＃7119」といったものがあります。
これは本当に救急車が必要か相談すること・どこの病院へ行くと診察を受けられるか相談できる番号です。
他の対策として。介護タクシー利用や民間救急の普及があります。
ラスベガスでは通報があった際、公営救急と民営救急が同時に出動し、公営救急が緊急性なしと判断すると、有料の民営救急にバトンを渡すこともあります。
スライドの内容は以上となります。

【対談】

石垣院長

「それでは消防の方も交えて、体験をお話して頂きたいと思います。
消防の方も大変だと思いますが、困ったことなどはありますか？」

消防のニシムラさん

「貴重な講演ありがとうございました。救急の話もしていただいて、全くその通りです。119 で救急要請があれば、もちろん患者の状態などはわかりませんから、必ず救急車が出動します。八尾消防でも救急件数が増えています。コロナによる自粛等で令和 2 年は少し減少しましたが、翌年からは今まで通り増加しています。
消防からも適正な利用が言われていますが、先生からお話して頂いた通り「＃7119」では 24 時間看護師さんが対応してくれ、救急が必要なのかどうか、病院に行きたいがどこに行けばよいかわからない問題に対応して頂けると思いますので、みなさんも救急車の適正利用にご協力ください。」

石垣院長

「今のシステムの素晴らしい点ともう一つ格上げして、更に素晴らしいものを作ろうということですけども、言いにくいこともあると思いますが、患者さんにこうしてほしいということはありますか？」

消防のニシムラさん

「今のところはありません。」

石垣院長
「素晴らしい世の中になってきていますね。
それでは検視の立場で死体解剖をされている四方先生にも少しお話をして頂きます。」

四方先生
「私は病理解剖ということですけども、感想として自宅で最期を迎えたいというのは人生を楽しみ尽くしたという覚悟が必要だと思います。私も今年古希ですが、動ける間にやりたいことをすべてやって、精一杯生きないといけないと思っています。」

中谷先生
「私が思っているのは、自宅で死を迎えようとしている人は呼吸も循環もジリ貧できていますので、おそらく呼吸が止まったら、すぐに心臓も止まるだろうということで、呼吸が止まった時刻を記録して頂いて、診断書の時刻は呼吸が止まった時刻の直後でいいと思います。例外として元気だった人が窒息するなどのように急に呼吸だけ止まった場合、心臓は 15 分くらい動きますので、少し違いはありますが、そうでない場合は家族の方が言われた呼吸停止時刻でいいのではないかと思います。しかし 1 つ問題がありまして、日付を超えて救急搬送され、蘇生処置後 0：30 に死亡確認を取ったが、呼吸は 23：30 に止まっていたからと 23：30 に死亡診断書を書いてしまうと、死亡診断の翌日に蘇生処置をしたことになりますので、なぜ亡くなった翌日に医療行為がされていたのかという問題になります。ですから、搬送後の診断書は救急医がそのまま死亡確認をした時刻で診断書を書きますが、在宅での場合は日付の変わる微妙な時刻を除いて、死亡確認から時間がたっていても呼吸が止まった時刻を診断書に記載すればよいと思います。」

四方先生
「ありがとうございます。医師免許を持っているというのは大きな権限ですね。責任があります。」

石垣院長
「四方先生が言われたように、みなさんも覚悟が必要でないかということで、
介護福祉士のオハラさんはどう思われますか。良いところも悪いところも含めてお話しください。」

介護福祉士のオハラさん
「オハラと申します。ご講演ありがとうございました。私も看取りなど 20 件以上担当させて頂いています。
先ほどお話して頂いた通り、自宅で看取る話をしていても救急車を呼んでしまうこともあります。
本人が家で死にたいと言っていましたよと伝えているのに呼ぶ邪魔をするなら訴えるとも言われました。
お父さんが家で死にたいと言っていたのに親不孝だと言うことでやっと思いとどまってくれます。
2 人・3 人いたら、どうしようかと話し合えますが、やはり一人で判断するということは難しいです。
相談に乗りますので、何かあれば連絡してくださいねと言っていても、
介護職は死んだ後は関係ないと思っている方が多いです。
ですので、パニックにならずまずは相談して話を聞いてもらったらと思います。」

石垣院長
「素晴らしいです。実践してはるからね。紙に書いても皆さん呼んでくれませんね。」

介護福祉士のオハラさん
「経験のある方は大丈夫ですが、最初はパニックを起こす方が多いですね。」

石垣院長
「やはり日頃のコミュニケーションが必要ですね。」

介護福祉士のオハラさん
「そうですね。突然死の場合を除いては、しっかり話し合いをしていただきたいですね。」

石垣院長
「中谷先生、いかがですか。今日はトータルなお話となって大変盛り上がっていますけれど。」

中谷先生
「患者さんの意思を普段から確認しておくことが非常に大事です。家で最期を迎えたのであれば、患者本人がしっかりしているうちに家族で相談し、可能であれば患者本人の自筆で一筆書いていただくことが一番です。いざというときに、気が動転した人を抑制できるよう家族会議しておくことが重要です。」

石垣院長
「消防のニシムラさん。救急の場合、救急車を呼んだあとに家で死にたいと言われたことはありますか？」

消防のニシムラさん
「先生のご講演でもあった通り、救急隊員は死亡判断ができませんので、搬送するまで蘇生処置をします。」

石垣院長
「辛い立場ですな。本人の意思があっても搬送する以上は蘇生をしないといけない。先生どう思いますか？」

中谷先生
「そのような場合では救急隊員は困りますよね。ですが、蘇生処置する義務があるので従うしかありません。しかし、先ほどスライドでもあった通り、本人も家族も蘇生処置をせずに病院へ搬送してほしいという希望が確認できれば、最近は救急隊員も形だけの蘇生処置で搬送することもありますし、
本当に蘇生処置が必要な人の場合以外は我々救急医もそれでよいと思います。
ただ、救急隊員の人たちが困らなくてもいいように新しい制度化などができればいいと思います。」

石垣院長
「そうですね。新しい制度が必要ですね。その制度ができるまでは本音と建前を使い分けて、
患者さんが人生を楽しめるようにやっていけたらなと思います。中谷先生、最後に一言お願いします。」

中谷先生

「実は私の母が去年の 7 月に石垣先生の最初のお話であったように脳の血管に血栓ができて、麻痺があって、話せない状況になりました。急性期病院からリハビリ病院に移動し、リハビリ病院も期限が決まっていますから、今は施設に入っています。施設の人からはもしもの時に救急車を呼ぶかどうかということをどうしても聞かれます。救急車は呼ばなくていいですと我々兄弟は同意していますが、いざ熱が出ると本当に救急車を呼ばなくてよいか電話がかかってきます。半身麻痺で自律神経もやられていますので、
汗で体温調節ができない状態で暑いなどの表現もできませんから、冬から春にかけては布団のかけすぎによるうつ熱とかで 38 度近くの熱が出たことが何度もあります。我々兄弟も母親に関してはもう病院に運ばなくていいと決めておりますが、熱が出る度に電話がかかってきます。」

石垣院長

「そうですね。介護をするほうも大変ですね。特に施設でもクラスターが発生すると出入りする看護師や介護士が運んできたのではと言われていましたね。その時はどうでしたか、介護士のオハラさん。」

介護士のオハラさん

「感染者が出たら、職員がと言われます。〇〇さんらしいなどの噂もありました。」

石垣院長

「やはり大変ですね。それでは今日はこれで終わります。中谷先生、今日はありがとうございました。」