

2023年7月8日
たまごビル健康講座

『看取り』
自宅での穏やかな死について
救急医の立場から

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

『皆さん、こんにちは。今日は去年に引き続きですね、非常に大事なところですので、よく間違うところですので、再度中谷先生にですね、お越しいただいて、その心構えというか実際というものをお話いただきたいと思います』



『これ、いつ何が起こるか分らんという 11 年前の釜石の津波の状態ですね。すごいですね。次何が起こるか分からへんということです。こういうことが地球上では日常茶飯事で、こういう類のはまだまだ小さい津波であったり、火山の爆発であります。人生の中でも一番最終にこういうことが起こりますよということです。この人なんかここへ避けてますけどね、波にのまれます。おばあちゃんも。すごいですね。一日の安穩とした生活をしている我々にとっては考えられへんことですが、地球の歴史で言うと、こんなのは序の口でございますね。そういう認識のもとにやっていただきたいと。悩むことがあれば、動きましょと。こういうことですね』

津波で「いのち」を落とさないために

①高いところに住む

②高いところに逃げる

石垣院長

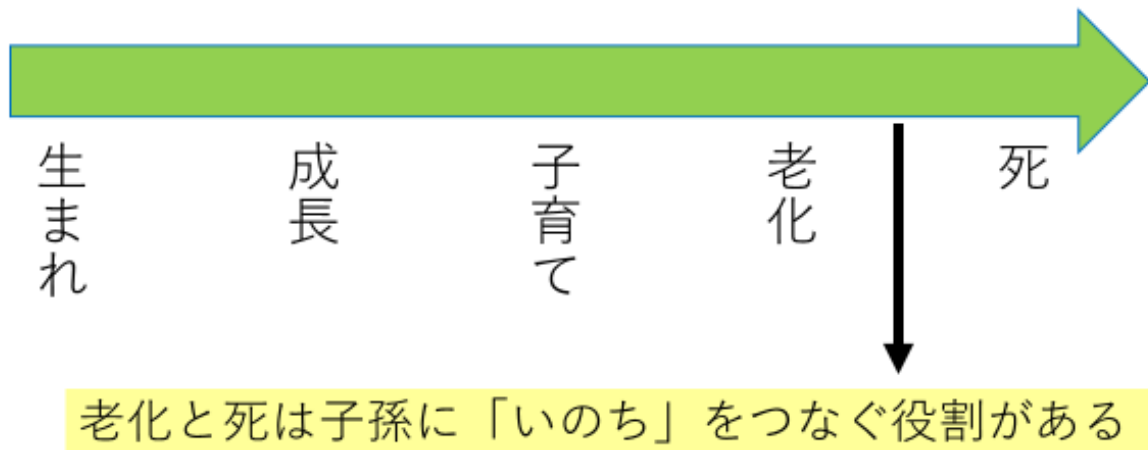
『そういうことで、いつも予防の会でお話しているように、津波で「いのち」を落とさないためには高いところに住む・高いところに逃げる。「津波てんでんこ」ということで、まず自分が高いところに逃げる。親兄弟がおっても、自分が高いところに逃げる。その意識そのものが皆が助かる確率が高くなると。こういう話ですね』

・人は楽しむために生まれてきた

石垣院長

『私どもたまごビルは「人は楽しむために生まれてきた」という理念を持っております。そのためにどういう行動を毎日していくかということがポイントになります』

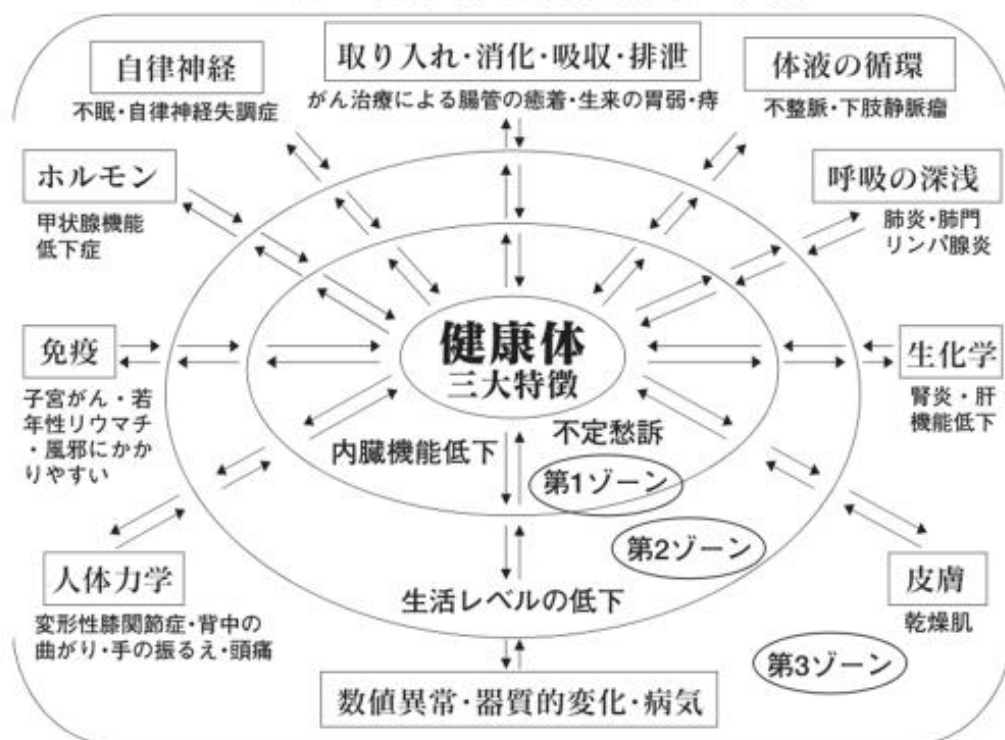
人という生き物の一生 約100年



石垣院長

『今日の一番のことなんですけど、人という生き物の一生は約100年であると。老化と死というのは忌み嫌う傾向がありますけども、老化と死には非常に大事な役割があると。次の世代に「いのち」をつなぐ大きな役割があるということですね。老化と死は子孫に「いのち」をつなぐ大切な役割です。ここで救急搬送ということについても考えていただきたいということです』

【図1】 HNさんの健康体と慢性疾患の関係



石垣院長

『これはHNさん、中島治子さんですね。いろんな病気が良くなるということです。これ、今の医学ではちょっと考えられない考え方です。しかし「からだ」の「しくみ」がスムーズに「はたらく」状態を作っていくと、こういうことがきちっと出てきます』

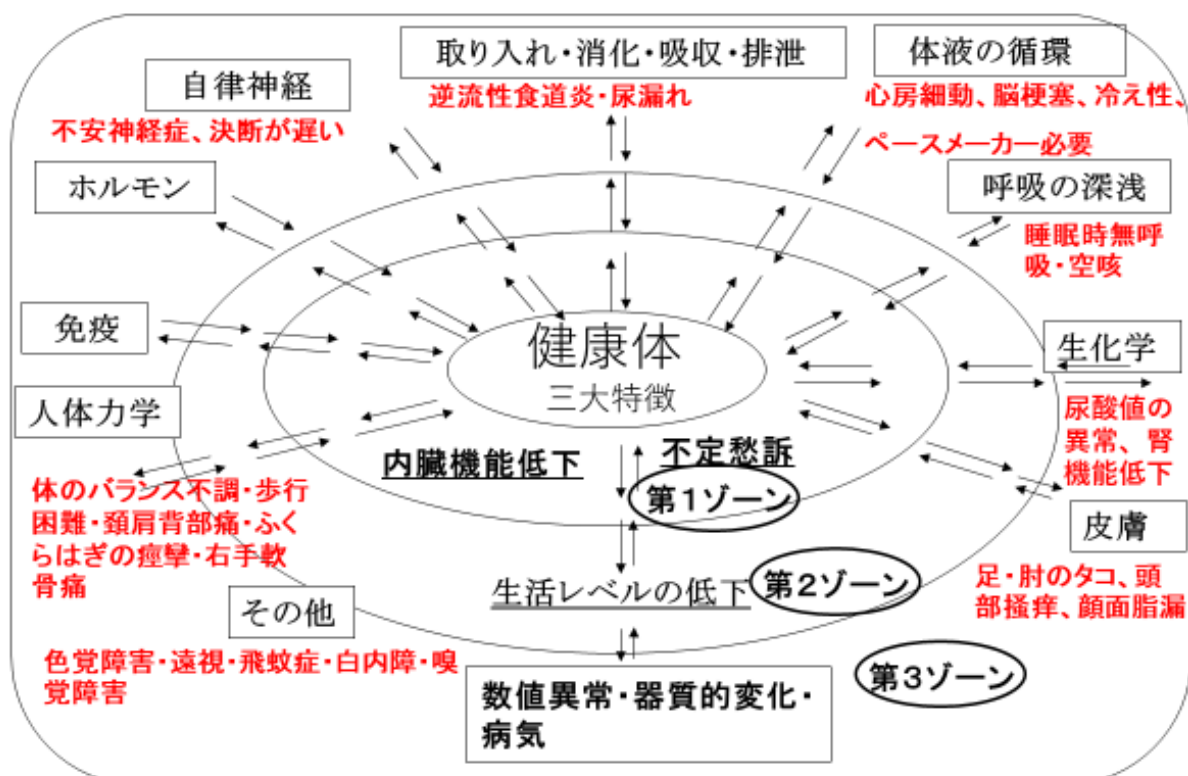


全国戦没者追悼式に参列

石垣院長

『これですね』

健康体と慢性疾患の関係 TMさん



石垣院長

『これは去年の前島さんですね。いろんな病気が非常に良くなってきたと。これも「からだ」の「しくみ」がスムーズに「はたらく」状態を作ってやると起こります』

なぜ、多くの病気が良くなるのか

なぜ、予防ができるのか

なぜ、寝たきりを防げるのか

石垣院長

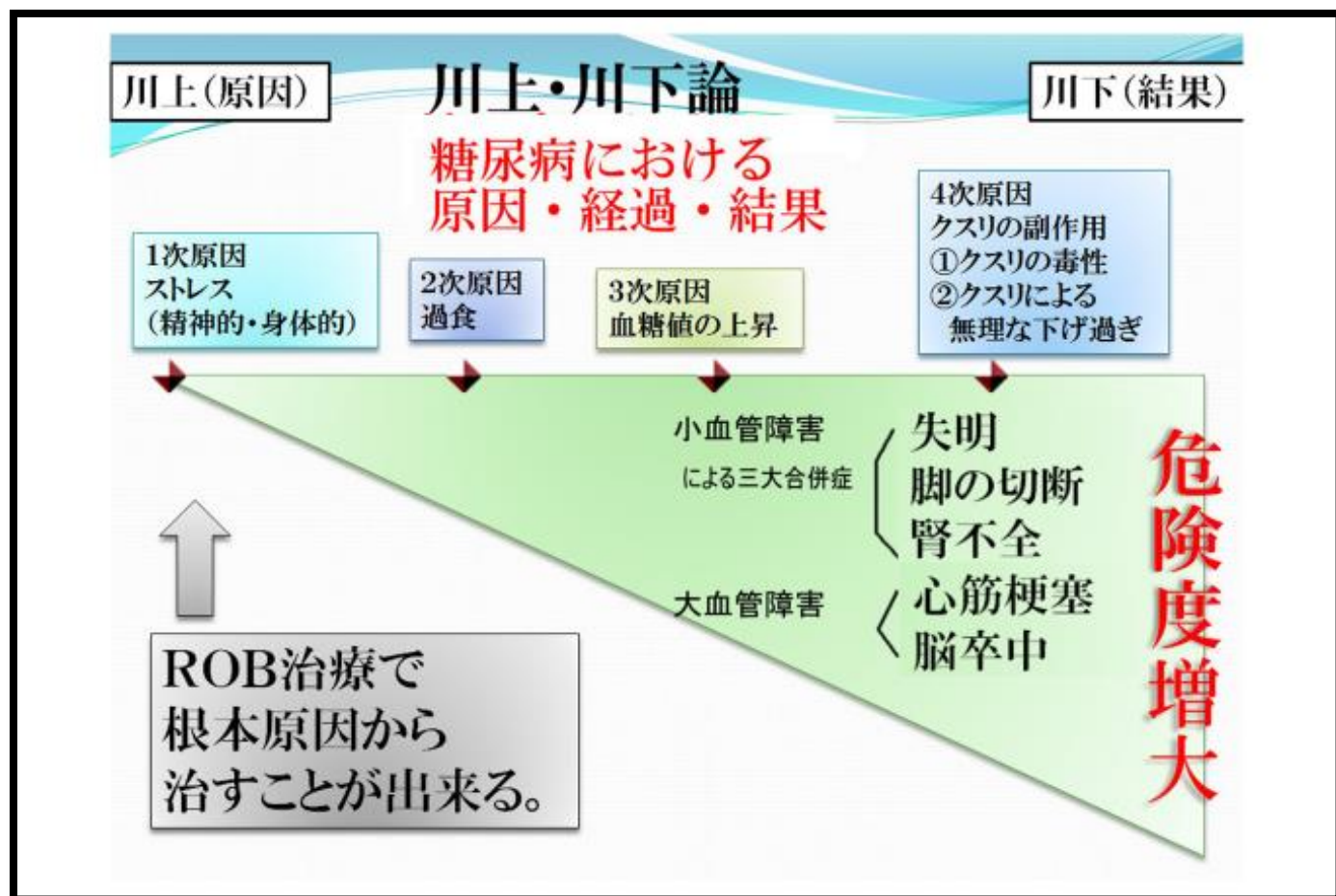
『なぜ多くの病気が良くなるのか。なぜ予防ができるのか。なぜ寝たきりを防げるのか。ということについて』

**「からだ」全体の「はたらき」
を高める「しくみ」**

- 「からだ」の「はたらき」がスムーズに「はたらく」状態
- = 「上腹部がやわらかい」状態
- = 「呼吸・循環・自律神経・人体力学・内臓全般の動き」が良い状態
- = 総合的免疫力がある状態
- = 自然治癒力がある状態

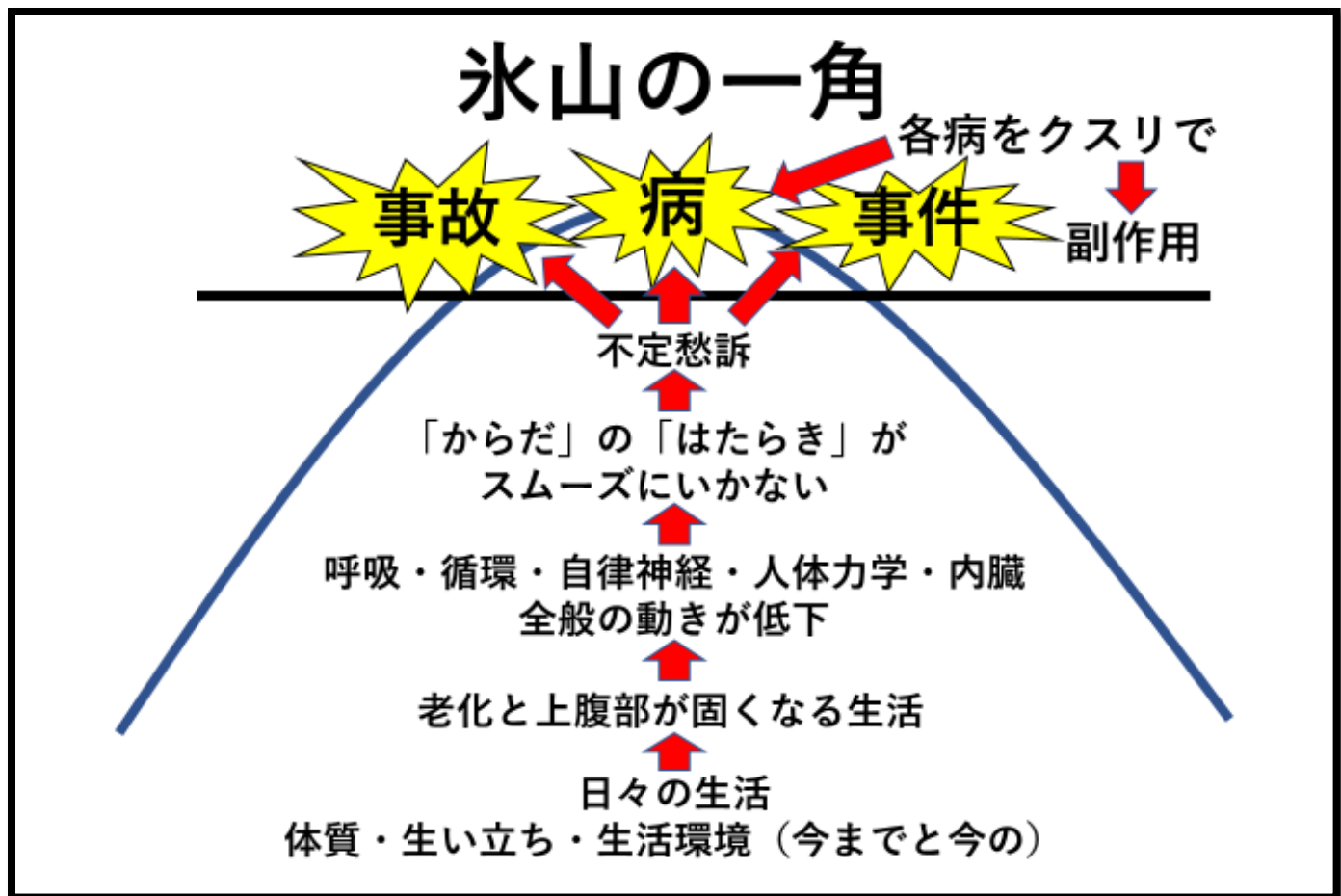
石垣院長

『分かりやすく言うと、「からだ」全体の「はたらき」を高める「しくみ」が人間の「からだ」にはあると。それを活かしていこうと。そうすると「からだ」の「はたらき」がスムーズに「はたらく」状態＝「上腹部がやわらかい」状態。横隔膜の上下動がきちっと出てくる状態ということですね。そうすると「呼吸と循環と自律神経と人体力学と内臓全般の動き」が良い状態となる。総合的免疫力がある状態となって、自然治癒力がある状態となる。今の医学のすばらしさを活かしつつ、「からだ」の「しくみ」が持っている「からだ」の「しくみ」がスムーズに「はたらく」状態を活かしていこうというのが ROB 医療です』



石垣院長

『これは川上川下論ですね。川上の汚れを取って川下の「からだ」の不調を治していきましょと。生活を改善していきましょと。こういう方法です』



石垣院長

『これは氷山の一角ということです。氷山の上に見える病気・事故・事件には必ず原因がありますよ。氷山の下に。その氷山の下にある原因。病気で言うたら体質・生い立ち・生活環境。その歪みをとみましょう。大体、病気の歪みをとらずに老化とこの自分でも分からない体質・自分で分からない生い立ち・自分で分からない生活環境の無理があって、老化と相まって上腹部が固くなる。そうすると必ず「呼吸・循環・自律神経・人体力学・内臓全般の動き」が低下すると。そうして不定愁訴となると。あそこ痛い、ここ痛い。そやけど、上腹部にはもう全部出てます。それを放っておくと病気になったり、事故になったり、事件になったりするということです。その辺のところがですね、救急医療というのは本当に結果としての病気を診てはる。人生の最終章のお話を、中谷先生、よろしくお願いします』

救急と、自宅での穏やかな死について

看取り

救急医の立場から

医仁会武田総合病院 救急医療センター

センター長

中谷壽男

中谷先生

『皆さん、こんにちは。私、実は去年のこの会でもこの話をさせていただきました。もう歳もいってききましたし、新しい知識を吸収してないもんですから、同じこと喋るのどうかなと思ってたんですが、石垣院長からですね、「去年お話した内容面白かった。同じでいいから今年もしゃべってくれ」と言われましたので、もう去年来ていただいた方には大変申し訳ないけども、同じ内容にちょっとだけ色を付けてます。それから去年観ていただいたスライドでちょっと難しそうなん省いています。今日はですね、「看取り」。患者さんの最後をどういう風に看取るかという。家族の方に見守られて、穏やかに家で死を迎えたいという、そういう気持ちになられる方が多いんですが、救急の立場から、救急車呼んでしまうとこんなことになりますよというお話をしようと思ってます』

終末期の患者さんの希望

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

自宅で、家族に見守られながら、静かに最期を迎えたい
病院では

- プライバシー：カーテン
- 規則
 - 消灯時刻
 - 飲酒
- 最期の時を豊かに過ごしたい

中谷先生

『まず患者さん、病気で終末期を迎えるようになってきますと、家族に見守られながら静かに家で最期を迎えたいと。病院ではですね、最近大部屋って大体4人部屋くらいがマックスになってますけども、4人部屋でもプライバシーっていうのはカーテンだけですね。それで病院の中には規則がある。消灯時間が来ると暗くしないといけない。家でお酒を飲みたい。酒飲んでゆっくりと最期を迎えたいと思ってても、病院の中ではお酒飲んだらえらい怒られます。そういうことで、最期の時を豊かに過ごしたいというのと病院の中で最期を迎えるのとは違ういます』

終末期の患者さんの希望

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

自宅で、家族に見守られながら、静かに最期を迎えたい

それならば、いざと言うときに

救急車を呼んではダメ！

中谷先生

『家族の方に見守られて家で最期を迎えたいという、そういう希望を持っておられる方多いんです。それでそういうことにしようということでは家に帰られます。退院して、いよいよとなった時にですね、家族の方が動転して救急車を呼んでしまう。救急車を呼んでしまうということがあるんですが、救急車を呼んだらこんな風になりますよというお話をしたいと思ってます』

一方で、自宅での不安

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

- 診療継続
- 原疾患：癌、疼痛
- 栄養補給
- 合併症：褥瘡

中谷先生

『その前に。家で最期を迎えたいと言っても、いろいろ不安・心配な点がありますよね。例えば診療どうするんやと。その病気・原因疾患。良性であっても慢性の病気。肝硬変とかね。あるいは気管・気道の問題とか。あるいは癌とか、そういった病気の診療継続どうしたらいいんだと。栄養補給、これもどうしたらいいんだろうか。合併症も起こってきます。そういうことで色々と不安持っておられます』

準備不足だと

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

いざと言うときに、 動転して
とんでもない回り道

物理的に、
精神的に、
経済的に、
医療資源

中谷先生

『そうなる、そういうのに対する準備をしっかりとしないと、いざという時に救急車を呼んでしまうと。とんでもない回り道をすることになってしまうんです。その辺のお話をしていきますね』

事例

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

- ・ 30年ほど前のこと
- ・ 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

中谷先生

『まず最初に 2 つほど、実際に私が体験した 30 年以上前のことなんですけど。某院でっていうのは私がいました前の前の大学でのことですけども。末期の患者さん、畳の上で死にたいということで退院をされました。その通り、数日後に自宅で心肺停止になってしまった。ところが気が動転した家族の方が救急車呼んだんですね。救急車呼んで、救急隊が行った。私がおります救命救急センターへ運ばれたと』

救命救急センターでは

T. Nafatali, M.D., Dept. Emergency & Critical Care Med, Kansas Medical Univ.

- ・ 心肺蘇生術
- ・ 心拍再開
- ・ 集中治療室へ
 - ・ 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
- スパゲッティ症候群



中谷先生

『それで心肺蘇生をやります。心肺停止で来られたら、救急員は皆で心肺蘇生をやって、そうすると心拍再開する。心拍再開することそんなに珍しいことでもないので、結構心拍再開します。心拍再開したら集中治療室へ入っていただく。集中治療室へ入ったら、心拍再開した患者さんっていうのは人工呼吸器をつなぐ。まだまだすぐに呼吸が出るっていうような状況ではないですから、人工呼吸器をつなぐ。それから鼻から胃の中に管を入れる。胃管って言いますけどね。その他に点滴をとらないといけないので、末梢静脈あるいは中心静脈って言って、そういったところから心臓に太い管を入れる。あるいはおしっこをとらないといけないので、膀胱の中に管を入れる。その他に体の表面に心電図の電極をつけないといけないので、いろんなコード類がつきます。それからコロナで有名になりましたパルスオキシメータという機械をつけて、血液中の酸素飽和度を測る。そういったことでいろんな管がついてしまいます。こういうのをスパゲッティ症候群って言いますが、もういろんな管がついて大変な状況になります』

集中治療室での経過

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

- ・ 数日後、集中治療室にて死亡。
- ・ その間、家族は面会制限
- ・ 面会時間に家族が来ても
 - 患者の 意識は、呼吸は、
 - 患者の生前の願いは達せられず。
- ・ 家族に見守られて、自宅の畳の上で死にたい

中谷先生

『家族の人は集中治療室へ入ってしまいますと、中々、行って自由に面会できるというわけじゃないです。面会時間というのは限られてます。その間に面会に行っても、患者さんの意識がそう簡単に戻るということはない。呼吸さえ戻ることはない。家族の方はね、心臓が戻った、次呼吸が戻ってくれるか、やがて意識が戻ってくれるかという薄い希望を持たれるわけですけども、中々現実にはそういうことにはならない。大体数日のうちに亡くなってしまうことが多いわけです。そうすると患者さんの生前の願いっていうのは自宅の畳の上で家族に守られて、静かに最期を迎えたいという願いは全然叶えられなくてですね、集中治療室の中でいろんなケーブルがつながって、管がつながって、機械が動いてて、家族もろくに会えない。こういう風な状況の中で最期を迎えないといけないという風なことになってしまいます』

同様な事例

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

- ・ 30年前
- ・ 102歳の女性
- ・ 自宅で衰弱。 死期を迎えていた
- ・ 呼吸停止に家族が動転して救急要請
- ・ 救命救急センターで心拍再開
- ・ 集中治療室で二日間集中治療の後、死亡。
- ・ 死亡診断書を発行
- ・ 葬儀社に

まわりみち：時間的にも経済的にも

中谷先生

『同じような例をもう 1 つお話します。これも 30 年ほど前です。102 歳の高齢の方が自宅で衰弱して、もう死期を迎えておられました。いよいよ呼吸が止まった。家族はやはり気が動転して救急車を呼んでしまって、救命センターに運ばれて、心拍再開しました。さっきと同じで集中治療室で 2 日間集中治療したんですけども、そのうち亡くなれると。亡くなれると、こういった明らかに病気で亡くられている場合は、我々死亡診断書を書いて、その後葬儀社に来ていただくという手続きをするわけですが、もう自宅で呼吸停止迎えられたところで、静かにそのまま最期を迎えられてれば、そこで死亡診断書を発行してっていう風な手順になったのが、この赤で書いた部分だけ回り道をして、2 日間ほど回り道をして、時間的にも経済的にも回り道をしています。これは集中治療室ですので、じっと入って大した治療しなくても 1 日 10 万以上の費用が掛かります。そういった経済的にも回り道をして、最期を迎えられたということになってしまうわけですね』

良くある事例

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

- ・ 自宅で高齢者が心肺停止
- ・ 家族が救急要請
 - 往診をしてもらう医師は居たが、夜間、診療中。
 - 家族はどうしてよいかわからず、
- ・ 救急隊員には
 - 「心肺蘇生を望んでいない」
 - 「このままそっと病院に連れて行って欲しい」
- ・ 救急隊員は法令にしたがい活動

中谷先生

『こういった例にみられますように、自宅で高齢の方が最期を迎える、心肺停止になった。こういった場合に家族の方はどうしていいかわからない。準備がよければ、往診をしてもらう先生もちゃんと契約をして、来てくださいということをお願いしておられることも少なくはないですけれども、これが夜中であつたり、あるいはその先生が自宅で開業されてて、診療中であつたり、そういった場合は電話してもすぐに来てもらうというわけにいかない。そうすると家族はどうしていいかわからないので、救急車を呼んでしまう。そういうことになるわけですね。救急車呼んだんだけど、家族の方はもう静かに最期を迎えさせたいんだということで「心肺蘇生してくれなくていいよ、あんまり望んでません。だからこのままそっと病院に連れて行ってほしい」と救急隊の人に言われる。こういった場合は少なからずあります。救急隊員はそうなると非常に困るわけですね。救急隊員は法令に従って活動します。どういう風になっているかというと』

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、（中略）医師の管理下に置かれるまでの間において、（中略）
- ・ 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）

中谷先生

『消防庁の告示で、救急隊員はこういう風にしないといけないということが決まっています。救急隊員はですね、傷病者を救急車に収容して、その後病院に連れていく。医療機関などに患者さんを収容して連れて行って、医師の管理下に置かれるまでの間、お医者さんに引き渡すまでの間、その間にももしも応急処置をしなければ、その人の生命が危険である、あるいは非常に悪化する、そういう恐れがある場合には応急処置をなさないと。救急隊員は救急車呼ばれた患者さんが非常に危ない状況・危険な状況にあるのに、何もしないでそーっと病院へ連れて行ってというようなことはダメだと。応急処置をしないといけないという風に消防庁の告示で決まっています。ここにも救急隊の方がおられると思いますが、救急隊の方っていうのは、こういったルールを守るということは非常に徹底して守られる。決められたことから脱してルール違反にならないように、その通りにされます。ですから、家族の方がもう心肺蘇生いらないから、そーっと病院に連れて行ってと言われても、なかなかそうはいかないんです。ただ、社会死といいまして、誰が見てもこれはもう死んでる・もう亡くなってるよという場合は、救急隊の方は病院に連れて行かないで警察に連絡をするということになります。社会死っていうのは、死体現象。明らかな死体現象として死後硬直がある・あるいは死斑が出ている・素人の人が見てもこれはもう死んでるよという状態。その他にもう2つ言いますと、頭と胴体がつながっていない・それから頭が割れて脳みそがはみ出てる。そういう状況は社会死といいまして、誰が見ても死んでるよということで、救急隊の方は病院へ運ばないということになりますけれども、そうじゃない場合は、やはり病院へ運ぶということになりますし、病院に運ぶまでの間、何もせずに病院に運ぶというわけにはいかないということになってます』

弾力的運用の気運

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

- 一部の消防組織で、
 - 蘇生を望まない本人の意思を家族から確認できれば、
 - 書面：事前指示、人生会議、ACP、DNAR、尊厳死協会
- 救急隊員が現場で蘇生処置しないことを容認
 - 本来は蘇生の中止は医師が判断
- 形だけの蘇生処置をしながら病院へ
- 死亡確認

中谷先生

『ところがですね、もう本当にこれはどうしてもダメだといった場合に、一部の消防組織では蘇生を望まない本人の意志を家族から確認、1番良いのは書面ですね。書面で、例えば「私は尊厳死協会に入っているので心肺蘇生はしないでほしい」とか、あるいは事前に患者さんがそういう指示を書面に書いてる。あるいは家族の方と今後もしそういうことになったとき、どういう風にしようかということを経験してある。あるいは病院の方から「この方がそういう状況を迎えたときにはもう心肺蘇生しなくていいよ」という風な指示が出てるとか、そういうようなことがあった場合以外には心肺蘇生をしないというわけにはいかないんですね。以前ですと、とりあえず形だけでも心肺蘇生をして応急処置をしながら病院に運んで、病院でこの人はこういう人ですよ。もう蘇生を望まないという意味は明らかで、家族の人も皆了解してますよということを病院の医師に伝えれば、医師の判断で心肺蘇生を中断する・中止するということをやってきました。ところがごく最近では、一部の消防ではそれも本当に無駄なことなので、もう蘇生処置しないで、そーっと病院へ運ぶということを容認してもいいんじゃないかと。そういう空気もだんだんと広がりつつあります。ですから、救急隊の方はもうこれはどう見てもダメだと、あるいはひょっとしたら死後硬直してるんじゃないかという風な場合には、もう本当に形だけの蘇生処置をしながら、病院に運んでこられるということもあります。我々も、もうそれで十分だと思います。救急車の中で何もしなくて、病院について、病院に降ろす時だけ一生懸命心臓マッサージしてくれる救急隊員もおられるんですが、もうそれでいいという風に考えてます。病院ですぐに死亡確認をするということになります。先ほど申し上げたように、社会死という風な状況じゃなければ、救急隊の方が死亡判断・死亡確認をするということにはできないので、そんな状況になるということです。そういうことで、救急車呼ぶと、本来はとにかく心肺蘇生をして、心臓を動かすように頑張ってやりながら病院に運んで医師のもとに届けるということになります』

病院に運ばれたなら

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

- 隊員は心肺蘇生を継続しつつ病院に。
- 病院でも心肺蘇生を試みるが、
- 心拍再開せず、死亡確認。

その後、病院では、

- 警察へ通報（事件性有無の確認：診断書発行の可否）
- 死後処置
- 死亡診断書の発行
- 葬儀社へ、自宅へ

中谷先生

『病院に運ばれてこられたら、我々病院側としては心肺蘇生を試みます。心拍再開しないと現場で死亡確認をします。で、その後我々どうするかといいますと、死亡確認しました、そうするとまず我々は警察へ知らせます。なんで警察へ知らせるかといいますと、事件性がないかどうか、診断書書いていいのかどうか、それを確認をしてもらうわけですね。もしもお年寄りで高齢者で、病気だろうと皆が思っても、もしかして、例えば極端な話、口塞いだとか、ビニール袋かぶせたとか、そういったことが絶対そういう事件性がないということが言いきれないので。我々としては診断書書いてしまうと、その後患者さんは葬儀社へ行って火葬されてしまいますから、診断書書いていいのかどうか、それだけは警察に確認をします。警察の方は現場に行きます。その高齢者の寝ておられた部屋に入って、家の中・部屋の中を現場検証します。現場検証をしてこれは事件性はなさそうですよ。診断書書いてくれていいよという風に警察から我々に情報が入ったら、初めて我々としては病死です・自然死ですという診断書を書くことになります。そうすると、看護師さん達が死亡処置をして、死亡診断書を渡して、葬儀社に引き取っていただく、あるいは自宅に帰っていただく。そういうことになるわけです。ですから、救急車呼んで、心肺蘇生したけども、ダメですぐ病院で死亡確認したというときでも、その後スイスイスイと行くんじゃなくて、やっぱり一応警察に通報して、事件性がないかどうか確認してもらいます。そうすると自宅の方に警察が行って現場検証するということをするので、そういった点でやはり救急車呼んでしまうと、こういうこともありうるということになります」

死亡診断書の発行に躊躇

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

救急医に取って

- 患者は初診。病状や経過を知らない。
- 実質的には死亡後の搬入も多い。
- 死因を特定できない。
- 事件性の有無？
- 診断書を書けない。

中谷先生

『我々救急医にとって、そういった患者さんっていうのは前から診てる患者さんっていうわけじゃないんですね。救急車で来られる人の多くは我々にとっては初診です。以前にも救急車で運ばれてきて顔は見たよ・名前は覚えているよという風なことであっても、今回の起こったことに関しては初診ということになります。そうすると、その病状とか経過を知らない。中には、実質的にはもう自宅で亡くなった後、搬入されてるという場合が多いわけです。そうすると我々死因を特定できない。患者さん来られて、診て、もう硬直始まってるから、もう心肺蘇生諦めましょうということで、死亡確認はしますけども、どうして亡くなられたかっていうのは何も検査しませんので、胸部写真1枚撮るわけじゃない。頭のCTとか撮るわけでもないということで、死因を特定できないので、事件性の有無とかもわからない。そうすると、やっぱり死亡診断書書けない。もう非常に高齢の方の場合にね、我々この方は病気で亡くなっているんだろうということで、死亡診断書をもう推定で書くこともありますけれども、特に最近若い先生方はこういう病状・経過分からないのに死亡診断書は書けませんという人が多いです。そうすると、死亡診断書を書けないと、この後で申し上げるような死体検案ということになってきます』

死因を特定できない

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

- ・ 例 大酒飲みの高齢者。 酔っては転倒。
 - ・ 自宅で倒れているのを発見されたが心肺停止。
 - ・ 周囲には酒の空瓶が転がっていた。
 - ・ 救急搬送されたが、死亡確認。
-
- ・ 疾患なのか？：脳卒中？ 心臓発作？
 - ・ 外因なのか？：頭部打撲？アルコール中毒？
 - ・ 死因を推定できず検視を依頼。

中谷先生

『1つ例として、大酒飲みの高齢者。酔っぱらってはしょっちゅうひっくり返って、頭を打ってた。そういう人が自宅で倒れてるのを発見されたけれども、心肺停止ですという風な場合。周囲には酒の空き瓶がいっぱい転がってる。救急搬送されましたら、もう我々診てすぐに死亡確認しましたと。そうすると、この人いったい何で亡くなったのか。病気なんかどうか。例えば、脳卒中起こしたのかどうか、そんなん全然わかりません。心臓発作起こしたのか。何も検査できないのでわからない。あるいは病気じゃなくて、頭ぶつけたことによって、頭の中で重大な出血・血腫ができてるんだろうか。あるいは大酒飲みでアルコール中毒で亡くなったんだろうかと。そういったことも全然わからないと、死因を特定できないので、病気か事故かもわからない。そうすると、もう死亡診断書は書けないので、検死を依頼するということになります』

死亡診断書の発行に躊躇

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

・ 警察署に依頼

喜ばれない

- 検死

遺族は拒否できない

・ 検視 検視官、警察官

・ 検案 医師

・ 解剖

⇒ 死体検案書

中谷先生

『検死を依頼するか、我々が死亡診断書を書くか、ということなんですが、まず警察の人に連絡をして、診断書を書いていいかどうか。外因子じゃないかどうか。事故や外因子じゃなくて、病死あるいは自然死と考えていいかどうかというのを警察に現場検証してもらいます。それで、わからないと、我々は死亡診断書発行できませんよということになると、警察はですね、嫌がります。警察としては何とか死亡診断書を書いてくれると、こういった作業をしなくてもいいですけども、お年寄りでどう見ても病死・自然死じゃないかと。もう老衰と死亡診断書書いてくれたらいいのになと思われる。そういうことがありますけども、我々としてはどうしても書けないということになると、警察に検死を依頼するということになります。この検死というのは、遺族の方は拒否することができませんので、警察が来て、検死官が来て、あるいは警察官が代行して、患者さんの状況を体の表面を見て、何か事件性がないかとか、そういった首を絞めた跡がないかとか、そういったことを調べて、それでもわからないと。多くの場合、それだけではわからない。そうすると、警察にご遺体を引き取って、医師が検案という、いろいろ調べます。場合によっては、血を採ったりとかですね。いろんな組織を採ったりして調べる。それでもわからなければ、解剖するということになって、こういう手順を踏んで、ようやく死因が分かれば、死亡診断書に代わる死体検案書というのを警察の方が発行してくれる。でも、こういう手続きを踏まないといけないので、非常に回り道になりますし、費用も掛かります。そういったことで、警察としても死亡診断書書いてくれたら、警察官もそうですけど、家族の人もこういったことをしなくていいので、非常に喜ばれるんですけども、なかなか死因が全くわからない時に、簡単に死亡診断書を発行してしまうということはおいそれとはできないということになります』

自宅で看取るはずだったのに

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

- ・ なぜ、救急車を呼んでしまったのか
 - 気が動転してしまった。
 - 深夜や休日で、（在宅診療の）主治医に連絡が取れない。
 - 主治医はは外来診療中で来れない。
 - 事情を知らない遠くの親戚が口を挟む。
- ・ 必ずやってくる、いざという時の準備不足

中谷先生

『それで、話元に戻りますが、自宅で患者さん看取るはずだったのに、どうして救急車呼んでしまったのか。まず1つは気が動転してしまった。もういよいよ呼吸が止まってしまった。で、どうしていいかわからない。深夜とか休日で、往診の先生頼んではあったんだけど、往診の先生が連絡がとれない。最近は診療所とご自宅を別にしてる先生非常に多いですから、夜はもう連絡取れない。あるいは、連絡取れたんだけど、午前中で外来診療中でそんなすぐには行けないということで慌てて救急車呼ぶ。それから、時々あるのが、遠方から親戚が来ます。もうダメということで親戚が来てた。家族はもう話し合って、最期もう救急車呼ばずに静かに最期を迎えさせたいと思ってても、遠くから来た親戚が口を挟む。「なんで救急車呼べへんのや」と言って、ワイワイ言うということで、救急車を呼んでしまう。そういうことがあります。自宅で看取るはずだったということになりますと、必ずやってきます。必ずやってくるので、いざという時のために準備をしっかりとしといてもらおうということが大事になってきます。こういう救急車を呼んでしまうというのは、多くの場合、準備不足ということになります』

ところで

台湾では

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

- 台湾では、医療法で
自宅以最期を迎えさせるために
救急車で自宅に搬送する。
- 日本では、救急車を呼んで
死期を迎えた患者を、
病院へ運んでくる事があとを絶たない。

中谷先生

『じゃあ、どういう風にしたらいいかという話の前に。これも去年お話ししましたが、台湾はですね、医療法という法律があって、患者さん病院でもういよいよ最期だということになると、救急車で自宅に患者さんを搬送する。これが法律で決まってるんですね。自宅以最期を迎えさせるために、救急車で患者さんを自宅へ搬送する。これは日本では今のところ絶対ダメです。自宅に救急車で運んでくれるということはないです。自宅から病院には運ぶけども、逆はない。そういうことで、日本では死期を迎えた患者さん、あるいはもう場合によっては亡くなってる患者さんを病院に運んでくるということになってしまってます』

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

中谷先生

『話を元に戻して、じゃあもういよいよダメだということで、退院して、家で最期を迎えようという時にどういう準備をしておいたらいいかということです。まず診療。患者さん、家に帰ってもやっぱり診察はしてほしい。これは在宅医療。往診ですね。往診してくれる先生、昔はよくお医者さんっていうと、白衣着て、鞆は自分で持たないで、後ろから看護師さんが鞆を持って、ついて歩いて往診に行くっていう姿ちょちょこ見ました。最近はその姿ほとんど見ないですが、最近在宅医療に力を入れてくれてる先生がちょちょこあります。こういった先生に往診の依頼をしておく。あるいは看護師さんが来てくれる訪問看護ステーションというようなものあって、ここと契約すると、看護師さんが往診の先生よりももっと頻回に、例えば1日2回とか診に来てくれる。そういうことがあります。そういう往診をしてもらうと、もとの疾患に対する治療も家でできる分に限ってはやっていただける。あるいは緩和。痛みをとる。癌の末期で、痛みで苦しんだら。そうすると、痛みをとるような治療を往診の先生がしてくれる。あるいは、後で申し上げますけども、最近は看護師さんもうできるようになってきてます。水分と栄養補給、あるいは床ずれの治療とかね。これは看護師さんの特定行為と言います。医療行為なんです。従来は医師がやらないといけない。それが看護師さんもうできるようになってきてます。それは、ちょっとこの後でお話します。それから介護。看護じゃなくて介護。お世話。例えば排泄とか、食事の世話、場合によっては体拭いてくれる。そういう介護もちゃんと契約をして来てもらえる。なかなか家族だけで介護するっていうのは本当に大変です。訪問介護、そういうのをしてくれる介護士さんっていうのは、だんだん増えてきてます。給料安いってことでね、社会問題なってますけど、頼めば、そういうのが見つかる。もう1つは、いざ本当に亡くなった時にどうするんだと。亡くなった時に死亡診断書がないと火葬に出せないです。死亡診断書書いてもらうためには、医師が書かないといけない。あるいは、さっき言ったみたいに、警察にもって行って、警察で死体検案書というのを書くことになるわけですが、医師に死亡診断書を書いてもらうためには、それなりの準備をしとかないといけない』

母の場合

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

広範囲の脳梗塞→救急搬送

半身麻痺、失語 → 胃瘻造設

リハビリ病院へ転院

移乗訓練

サービス付き高齢者住宅（サ高住）

救急車を呼ばない。諸サービス契約。往診医師。

発熱、嘔吐：その都度、救急車を呼ばないか？

最期は、自宅で私が看取る。

往診医は後刻来訪。診断書を作成。

中谷先生

『私の母が去年の秋に亡くなりました。それで、どのような経過をたどったか。最初は脳梗塞を起こしたものですから、救急車呼びました。広範囲な脳半分に血流を送っている大きな大きな血管が詰まったものですから、急激に発症して、救急車呼んで、急性期病院に運ばれました。滋賀県の成人病センターですけども、ここへ運ばれて CT 撮ったら脳の半分が腐ってしまうというような状況ですので、もうこれは恐らく 4～5 日のうちにお葬式だなという風な覚悟はしました。だけど、幸いに脳の浮腫がそれほどひどくならず、4～5 日持ちこたえて、でも半身麻痺だし言葉も喋れない。そんな状況になりました。そういう状況で落ち着きました。成人病センターは急性期病院なので、いつまでも入院してるわけに行かないので、栄養が摂れないということで、胃瘻を作りましたということになって、胃瘻を作って、胃瘻が使えるようになったら退院ですよということで胃瘻を作っていたいて、そのトレーニングを少しして、リハビリ病院に移りました。リハビリ病院もやっぱりあとがつかえてるので、そんなに長くは入院できないよということで、リハビリ病院で何をしたかということ、ベッドから車いすに乗せる訓練。家族が乗せる訓練。そういう訓練をして、ベッドから車いすに家族がちゃんと乗せられるような状況になったらもう退院ということになりまして、7 月に発作を起こして、それでたぶん 9 月に急性期病院を出て、11 月にリハビリ病院を退院しないといけないということになりました。その後はどうしようかと。自宅に連れて帰って、家族で世話をするという、これも本当に非常に大変です。実は、その母親は孫に重度の身障者がいまして、その世話をしないといけないということで、私の妹と一緒に住んでたんですが、身障者がいるに加えて、母親自身が今度は、身障者の世話をする立場から世話をされる立場に、歳いってきてなってしまったものですから、私の妹の家族では身障者一人抱えて、更に一緒に住んでたお袋を家に連れてきて世話をするというのは、なかなか大変だということで、サービス付き高齢者住宅。俗にサ高住といいますけども、サービス付きの高齢者住宅を契約して、ここに住むことにしました。サービス付き高齢者住宅というのは、要は賃貸マンションです。賃貸マンションだけでも、いろんなサービスを契約することで、やってもらえる。例えば往診の先生と契約して、往診してくださいねとか。それから、看護師さん。看護師さんは 1 日 2 回とか 3 回とか、それぞれみ

な契約によって料金が違ってるわけですけども、そういう契約をして看護師さんにも来てもらえる。それから介護の方。これは高齢者住宅に入って、介護も1日何回来てもらうとか、それからオムツをチェックする回数とかね。そういうのを事細かく契約をして、その契約に応じた動きをしてくれます。そういうところに入りました。そこで入る時に施設の方と話し合いをするわけですが、何かあった時、何かあった時というのは、例えば熱が出たりと、嘔吐したりとか、そういった時。熱が出て、しんどそうになった時に、一般的にはやっぱりここへ救急車を呼んで、また急性期病院に運んでいきます。それこそ、私が今勤めているような救急病院にいろんな高齢者施設からちょっと状態悪くなった、一過性に意識が遠のいたとかね、そんなんでも連れて来はりますし、それから、ちょっと顔色悪くなった、血圧がちょっと下がった、もうしょっちゅうそういうので救急車で連れてこられます。我々は兄弟で話し合って、私が救急車を受ける立場で仕事してるもんだから、もし救急車呼んで病院に行ったら、どういうことをして、その後どういう風になるよというのは全部分かってますので、もう救急車呼ばない。救急車呼んだら病院に連れて行かれて、そこでそれこそいろんな点滴とか、いろんな管が入って、それで場合によっては集中治療室に入って、機械をつながれて、家族は面会できない。ましてやコロナの最中でしたから、面会できないと。そういったことで、家族のためにも、本人のためにもならないと。そういうことをしても。ということで、救急車を呼びません。呼んでくれなくて結構ですと。何かあったら我々で駆けつけますということで、救急車呼ばないでくださいという風をお願いをしましたが、やっぱり熱が出る。半身不随ですので、暑いからといって汗でコントロールするとか、そういったことができないので、ちょっと布団かけてるとすぐ熱が出る。そうすると、熱が38度でした、救急車呼びますかってこの施設からしょっちゅう電話がかかってくるんですけども、要りませんということで、ずっと救急車呼んでくれなくていいよと。もう本当に何回も電話がかかって、なんかあったらすぐ電話かかってきて、救急車呼ばなくていいんですかって言われるんですけども、呼ばんといってくれと言って、もういよいよ最期になります。実はたぶん胃の出口に腫瘍があったんじゃないかと思うんですけども、真っ黒な吐物を吐くようになって、その頻度も増えてきました。そんなんで、サービス付きの高齢者住宅の管理の人としては、とにかく救急車呼んで、病院に連れて行った方がいいだろうということでしょっちゅう電話がかかってくるんですけども、近くに住んでる妹が駆けつける。あるいは私が行くという風なことで救急車呼ばないで通しました。いよいよ最期という時に、もう嘔吐しますので誤嚥性肺炎を起こして、これも一切病院には連れて行ってないですが、音を聞いても肺炎を起こしてる。誤嚥性肺炎を起こして、もう4〜5日も持たないなというところになって、ある日私が見に行きますと、やっぱり呼吸が大分しんどそうになってきた。もういよいよ今晚かもしれんという時に私が今日は帰るわけにいかないから、泊まろうかと思ってたら、その時に、もういよいよしんどそうだったので、ちょっと吸引してやろうかと。のどのあたり吸引してやろうかと思って、管を入れると、それが刺激になったのか、ゲボツと吐いて、それでおそらく誤嚥して、その後本当に苦しんだのは1分か2分です。苦しそうな息をしました。その後もすぐに意識もなくなって、もともと意識もはっきりしてなかったんですけどね。もうスーッと息が止まったと。そういうことで、私が看取って、その日はもう胃瘻から食物入れても通らないので、私が点滴をして、看取ったということで、まあ一応最期に立ち会うことができた。私は、夕方の16時ごろ、何時何分に呼吸が止まりましたということを記憶してて、往診の先生に連絡を入れてもらいました。往診の先生は後になって来てくれて、じゃあ死亡診断書を書きましょうと書いてくれたんですが、もう95歳、もとの病気ははっきりしてるのは、脳梗塞。大きな大きな脳梗塞があって、誤嚥性肺炎を起こして、最後は誤嚥性肺炎で窒息状態で死んだというのは、もう周りで見てて明かなんですけども、往診の先生なんて言ったかといいますと、もう95歳まで生きはったんやから、もう大往生やから老衰にしときましょうって。死因を老衰って書きはったんですね。これは法律の専門の先生たち、あるいは日本人の死因をしっかりと統計処理してる先生たちから見たら、老衰っていう風な病名書かれるのはとんでもないことで、本来の病名を書いてほしいところなんですけども、もう私も来てくれた先生が老衰だと診断して、老衰って書くって言うんだから、それ以上逆らわなかったですけども、そんな実態です』

相談先

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

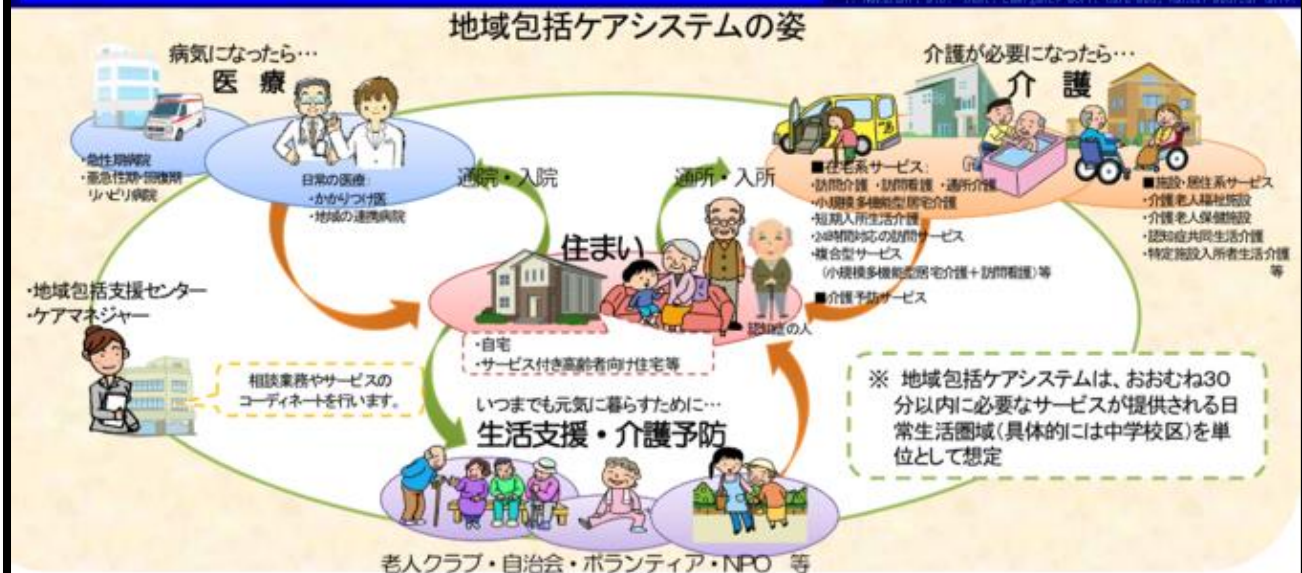
- ・ 院内の部所
 - 患者サポートセンター、地域連携室
 - 在宅診療に対応可能な医師
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 地域包括支援センター

中谷先生

『それで、また元の話に戻りまして、じゃあ患者さん。いよいよもうダメという時に、家に連れて帰りましょうという時に、さっき私は診療の継続・看護の継続・介護の継続。それから、いざ死亡診断書どうするんだという風なことを申し上げましたが、そういったのに対して、どこに相談したらいいんだと。これは病院の中にですね、そういうのを相談に乗ってくれる部署があります。患者さんをサポートするような部署。これは病院によって名前・言い方が違いますね。地域連携室という風な言い方であったり、サポートセンターという風な言い方であったり、そういうことで、こういうところへ相談されると、いろんな、例えば、お宅の住所を聞いて、そこだったら〇〇先生が往診してくれそうですよというようなことを紹介してくれたりとかね。看護ステーションを紹介してくれたり、あるいは病院じゃなくても、看護ステーションっていう風なところがあれば、そこで相談のつてくれます。』

地域包括ケアシステムの姿

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



中谷先生

『最近は地域包括支援センターというのがあって、包括的につていうのは、医療、それから住まい、介護、それから生活支援。こういったこと全部包括して相談に乗ってくれる。まあいうと、ワンストップでいろんな相談のってくれるような地域包括支援センターというのができてます。また関心のあるの方は、厚生労働省のホームページ見ていただくと、これ厚生労働省のホームページからとってきてます。こういうのがありますので』

相談先

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

- ・ 院内の部所
 - 患者サポートセンター、地域連携室
 - 在宅診療に対応可能な医師
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 地域包括支援センター

中谷先生

『こういう地域包括支援センターというところでも相談していただけます。こういう病院の中、あるいは訪問看護ステーション、包括支援センター、そういったところで相談されれば、いざという時のための準備について、いろいろと教えてくれるということです』

緊急時の在宅医療

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

- ・ 訪問診療：診療所（開業医）
 - 緊急時に？ 診療中、夜間は帰宅
 - 夜間心肺停止では？
 - ・ 患者が“自宅で家族に見守られて臨終を迎えたい”
 - ・ 診療して貰っていれば、慌てる必要は無い。
 - 医師による死亡確認は、緊急でなくて良い。
 - ・ 診察時間が終わってから、朝になってから、で良い。
 - ・ 呼吸停止のおよその時刻を医師に告げる：死亡時刻。
 - ・ このような例では、呼吸停止後、すぐに心停止。

中谷先生

『もう1つお話ししたいのは、さっき、診療所の先生に往診してもらうことになってるよと。でも、夜中であつたり、診療中であつたりして、すぐ来てもらえない。夜中に家族に見守られて、臨終を迎えたと。その時に、夜中だから、往診の先生来てくれないから救急車呼ばないといけない。そんなことは決してないです。亡くなられて、慌てて救急車呼ぶという必要はなくてですね、呼吸止まったのは大体何時何分くらいというのだけ控えといってもらったら、お医者さんに来てもらって、往診してくれるはずの先生、夜中はいないけども、朝なったら来てくれるかもしれない。あるいは、外来終わったら、昼から来てくれるかもしれない。そういった場合は、連絡しなくて、手がすいたら来ていただきたいということで、心停止・呼吸停止になったからと言って、すぐに医者が対応しないといけないということは決してないんです。ですから、後になってからその先生が来てくれて、死亡確認をしてくれると。この先生がもしもですね、さかのぼって亡くなる 24 時間以内に診察してたら、例えば、昨日の夕方往診してもらった。明け方に呼吸が止まったとなると、その先生はもう元の病気の状況からこの方はこの病気でもう亡くなるなという判断ができてたら、最後の診察終わってから 24 時間以内であれば、その先生来なくてもいいんです。自分のオフィスで死亡診断書書いてくれる。24 時間以上たったら、一応診には行かないといけないんですね。一応診に行つたうえで、死亡診断書書いてくれるということになってます』

特定行為に係る看護師の研修制度

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

- 今後の在宅医療等を支えていく看護師を養成
 - （訪問）看護師に医行為をさせる。
 - 在宅医療の推進
- 特定行為とは
 - 診療の補助として、看護師が手順書により行う38の医行為
 - 実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる。

中谷先生

『こういった在宅医療を支えていくために、特定行為と言う看護師さんのこういう制度があります。医者が病院の診療あるのに、患者さんの家回るっていうのはなかなか大変です。それ専門にしてくれてるお医者さんもありますけれども、やっぱり看護師さんに頼らないといけない。今まで医者がやってた医療行為を看護師さんにやってもらおうと。そういう制度・特定行為。そういうのができてきてます。これは看護師があらかじめ手順書、プロトコルですね。こういった場合は、こういう風な診断で、こういう風な状況だったら、こうしなさいというのをきっちりと書いた手順書を持ってて、これは看護師自身が作って、医者がチェックします。それを持ってて、その通りにやると。外れたらダメですけど、その手順書の通りにやるということであれば、38種類の医療行為を医者がその場にいなくても、その都度医師の指示をもらわなくても、やってよろしいよということになってます。そのためには、いろんな勉強してもらったり、修練を受けてもらわないといけないんですけども』

看護師による特定行為

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

在宅医療に関連の深い医行為

- 気管カニューレ交換、膀胱ろうカテーテルの交換
 - 褥瘡の治療などにおける壊死組織除去
 - 持続点滴中の高カロリー輸液・糖質輸液・電解質輸液の投与量調整
 - 脱水症状に対する輸液
 - 感染徴候に対する臨時の薬剤投与
 - 持続点滴中の利尿薬・降圧薬の投与量調整
 - インスリン投与量調整
 - 抗けいれん薬・抗精神病薬・抗不安薬の臨時の投与
- など、38種類の医行為

中谷先生

『どういう風なことができるようになってるかという、これは在宅医療に関連の深い医療行為と言うのは結構ありまして、ここに書きましたように、床ずれの治療、床ずれなってる死んだ壊死組織を切除するとか。あるいは点滴のカロリー・投与量を調節するとか。あるいは脱水だから輸液を点滴する。今まではみな医師のその都度の指示がないとできなかったのが、それが看護師さんの判断でできるようになってます。感染兆候があったら、臨時に薬剤を投与する。それから利尿薬、血圧を調節する薬の量を加減する。それからインシュリンの投与量を調節する。抗けいれん薬を痙攣起こしている人に臨時に投与する。こういった医療行為が、看護師さん達ができるようになってきてます。それぞれの行為について看護師さん達は勉強して試験を受けないといけないです。だから、ある看護師さんはこれとこれとこれができるけども、別の看護師さんはこっちとこっちができますよという風な状況にはなってます。これは在宅医療が進んでいくと、この制度っていうのは非常に医者にとっても患者さんにとっても非常に助かるようになるだろうと思ってます』

地域包括ケアシステムとは

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

地域包括ケアシステムとは

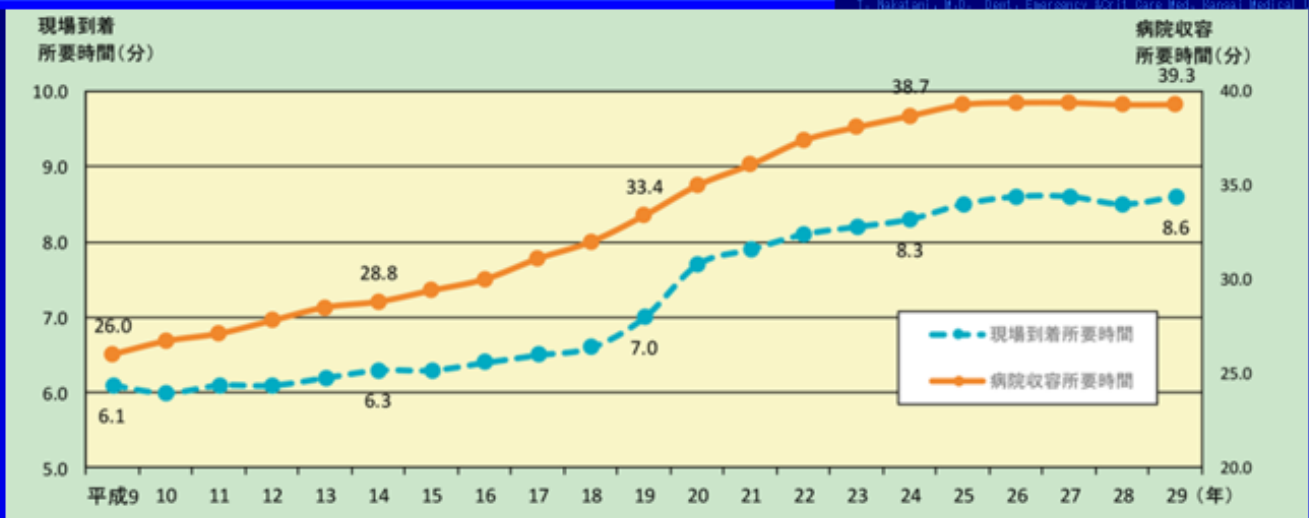
- 重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で
- 自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、
- 住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供
- 認知症高齢者の地域での生活を支える
- 市町村や都道府県が、地域の特性に応じて作り上げていく。
- 地域包括支援センターは、ほぼ中学校区ごとに設置されている。

中谷先生

『さっきちょっとお話した地域包括ケアシステムっていうのは、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援、こういうのを一体的に提供してくれるというのが包括支援センターというのがありまして、ほぼ中学の学区に1つくらいの密度で全国に配置をされてる。ですから、包括支援センター、ぜひともまた関心おありの方はインターネットで調べていただくと、すぐに出てきます』

救急車の出動増加

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



救急車が出動するということは、

直近署の救急車が出払って居ると、遠い消防署から出動する。

中谷先生

『一応このお話はこれぐらいなんですが、ちょっと救急車の出動ということで、救急車は本当に呼ばれる方が多いです。これちょっと古い統計で、今から 5~6 年前の統計ですけども、救急車呼んでから何分経ったら救急車来てくれるか。昔は大体 5 分くらいで救急車来てくれたんですね。ところが、呼ばれる頻度が多くなってきて、今はたぶん 10 分。5~6 年前にもう 9 分近くなります。ほぼ平均して救急車呼んでから 10 分経たないと救急車は来てくれないと思ってください。うちの家はすぐ近くの消防署があるから、なんでそんなかかるんやと言う人もおられると思いますけども、近くの消防署に常に救急車があるとは限りません。一番近い消防署の救急車が出払ってるってことはしょっちゅうあるわけですね。出払ってたら、次近い消防署。そこも出払ってたら、さらに次に近い消防署から。もう東京消防庁なんかの指令室で見ますと、一番近いところから順番に画面にどこそこの消防署って出るんですけども、12 ぐらいの消防署が全部救急車で払ってて、13 番手から行きますよと。20 分くらいかかりますということもあります。そういったことで、救急車がすぐに来てくれるとは限らない』

救急車の乱用

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

緊急性無し：3日前から、2週間前から。明日。乱用2
例紹介。

タクシー代わり：受診のために呼ぶ。予約

玄関前に出て（荷物用意）手を上げる

高齢者施設：搬送手段なし???

家族が来てから救急車を呼ぶ

軽微な交通事故：目撃者が呼ぶ。

不安感から頻回に：独居老人、わずかの症状で不安

毎日のように呼ぶ。救急車に乗ると安

中谷先生

『また最近、簡単なことで救急車を呼ばれる人っていうのは非常に増えててですね。ちょっと救急車乱用の例。これ去年もお話しましたが、2つほどお話しますと。救急車呼んだと、いつからその症状ありますかって言ったら、3日前から・2週間前からって、そういう緊急性のないのはもうしょっちゅうあります。それだけじゃなくて、119番かけて、救急車お願いします。明日の3時に来てください。そういう人もあるんです。そんなんともないと思うんですけど、これは実は、診てもらってるお医者さんが、今度しんどなったら病院来るときに救急車呼んだらええからなって言うて。そういう話はされると、もう予約しとこうという風なことで、明日の3時に来てくださいと言う。これ本当にこういう事例が時にあります。救急車呼んだ時に救急車はサイレン鳴らしてきますけど、大体その近くまで住所頼りにして行きます。どこの家から呼んでるかかっていうのは、誰か道に出てきて、手振ってくれたらわかりますけれども、そうじゃなかったら、どこの家から呼んでるかかっていうのはすぐにわからないもんだから、救急車が行くときは、サイレンの音が近づいてきましたら、家の人が玄関に出て、手

振って、こっちですこっちですと呼んでくださいねとお願いをすることがあります。救急車行って、こっちこっちって呼ばれたんで行ったら、呼んだ人は家族の人やと思ってたら、その人が入院の荷物を準備してて、後ろから乗り込んできて、〇〇病院までお願いしますって、タクシーと全く同じような感じでね、呼ばれることもある。それから、実際にうちの病院で、今私がおります京都の病院であったんですけども、救急隊の本部から私の救急に電話がかかってきて、お宅の病院では病院の前で倒れている人を診てくれないんですかって電話が入ったんですよ。うちの病院、救急室、玄関のすぐ横ですから、玄関のところのすぐ見に行きましたけども、そんな人は誰もいない。おかしいなと思ってたら、外に立ってた人が一人、私呼んでくれて、「実はあの人元気に病院から出て来はって、これから別の病院に行かないといかん。別の病院に行かないといかんで、もう救急車で行くわって言って、救急車呼んで、もう動かれへんから救急車来てほしい。〇〇病院までお願いしますっていう風なことで電話してはったよ」って言って、その近くにいた人が私に教えてくれた。じゃあうちの病院の何科にかかって、どんな状況だったのかっていうのを探してみると、うちの病院の歯科にかかって、歯科の先生に診療してもらって、機嫌よく元気にこれから別の病院へ行きますねんって元気に帰って行って、玄関出て、玄関でタクシーとか交通手段捕まえるのめんどくさいからか、119番して、救急車呼んで、動かれへんって言うて、実際は元気にちゃんと動けてるんですけどね。そんなふうにする例までであると。まあ、それは極端な例ですけども。それから、その他に高齢者施設で救急車呼ばれることがある。これもしばしば毎日あります。高齢者施設は患者さんを少し寝かして病院へ運んでくる手段持ってるんですね。持ってるんだけど、自分たちで連れて行くと、例えば、運転手を含めると二人か三人はその施設を留守にしないといけない。そこまで人手が施設から離れられないということで、救急車呼んでしまう。そういうことも、しばしば毎日あります。あるいは、今から救急車呼んで病院へ行ってもよろしいかって連絡があって、私どもはずっと待ってる。待っててもなかなか来ないなと思って、どうなったんだって電話してみると、今家族呼んでますと。家族の人についてもらって病院に行くために、今家族呼んでますというようなことで、そうすると、全然そんな緊急性ないんだと。しかも、施設の手手が足りなくならないように家族を救急車に乗せて病院まで搬送してほしいと。そういう風な例もあります。大した事故じゃないけども、目撃した人はとにかく救急車呼んでしまうとか、あるいは独居老人でね、高齢者が一人で住んでて、わずかな症状であっても、この後自分がどうなるんかっていうの非常に不安になって、電話をする。中には便秘で救急車呼ぶ人も珍しくありません。そんなんで、毎日毎日救急車呼ばれるということもあります』

今後の対策

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

啓発活動。本当に救急車が必要ですか？
7 1 1 9 病院検索 受診相談も

介護タクシーの周知、
民間救急の普及
公営救急と民営救急の分離
有料化？？

中谷先生

『救急隊の方も本当に大変なんですね。ですから、今本当に救急車が必要ですかっていう運動を 10 年くらい前にやって、一時的に救急要請が減ったことがありましたけれども、今また救急要請すごく増えてます。消防としては、本当に救急車要るのかどうか判断に困るときには 119 番じゃなくて、#7119 にかけてほしい。これにかけてくれると、救急車呼ぶべきかどうかという相談にも乗ってくれる。あるいは、今の時間、〇〇科どこの病院行ったらいいかという相談。例えば、夜中に耳鼻科開いてる病院どこですかとかね。そういう検索もしてくれる。そういう番号がこれです。ですから、本当に救急車が必要かどうか自分でも呼んでいいのか判断できないという時はこれにかけて、相談をいただければと思います。救急車呼ばなくてもいいように介護タクシーというものがあります。これはタクシーの運転手が患者さんを車に乗せたり、あるいは、マンションとかアパートで 2 階 3 階という場合に、一人じゃ上がっていけないという時には、ちゃんとタクシーの運転手が介護して、部屋まで介助して連れてってくれる、そういう介護タクシーっていうものがあります。普通のタクシー料金に 6,000 円程上乗せかかるんですけどね。まあ、でも、こういうのがありますよ。関西ではあまりないんですけども、民間救急っていう救急救命士の資格を持った人たちが消防を退職した後、こういう組織を作って、民間で救急車を走らせる。ただサイレン鳴らせないんですけども、救急隊と同じようにいろんなことをやりながら、病院に連れて行ってくれるというのがあります。それから、これはアメリカのラスベガスとかなんかは、これやってるんですけども、119 じゃなくて、アメリカは「ナイン・ワン・ワン」って 911 かけると、まず公営の救急車が来ます。公営の救急車が来て、その人の状況を診ます。公営の救急車が行ったことを嗅ぎつけて、民間の救急車が後を追いかけていきます。これは消防無線とか、そういうのすぐわかりますので、民間救急車が後から追いかけてきます。公営の救急隊員は患者さんを診て、非常に重症であれば、そのまま病院へ運びます。ですけど、そんなに緊急性がなければ、我々は引きあげますから、あとは民営救急車で病院に運んでもらいなさいよと。当然有料です。そういったことで運んでいくということになります。救急車の有料化っていうのは前から言われてるけども、なかなかいろんな問題があって、これはできそうにないですね。そんなことで、本当に救急車が必要かどうかっていうのは、みんなで考えていかないといけないと思います。以上です』

御清聴ありがとうございました

石垣院長

『非常に貴重な講演をしていただきました。やはり 2 年続けてしていただくと、よくわかりますね。また、お母さんの看取りの話もしていただきました。また、実際に則したことが起こると思います。今日はですね、四方先生、それから救急隊員として、えのきだにさん・やまぎしさんに来ていただきました。高齢者施設を運営されているしばたに先生に来ていただきましたので、そういう立場から重層的に、ちょっと 10 分でもお話をさせていただきたいと思います。またね、急激な温度上昇で熱中症による患者さんもありますので、その辺のところも注意事項等お話していただいたらと思います。救急隊員の方、どうですか。今のお話を聞かれて』

えのきだにさん

『貴重なご講演ありがとうございます。中谷先生には、消防情勢にご尽力・ご協力していただいていることを併せてお礼申し上げます。八尾市消防本部のえのきだにと申します。先生にお話しいただきました通り、救急車 119、皆さんがされますと、我々救急隊っていうのは、迅速に病院に搬送することが業務になりまして、消防法で定められております。先ほどお話があった患者さんの最期の想い。家族との話し合い、医療スタッフの方と協議した

最後の決断っていうのは消防も十分理解はさして頂きたいんですけども、それが119をされて救急車が行きますと、先ほど先生からお話があったように、普段介護されている家族の方と遠くで住まわれている家族の方の意見も違うということで、「なぜ何もせずに病院へ搬送したんや」「なんで病院へ搬送せーへんかったんや」っていうトラブルも正直あります。ですから、我々救急隊は法律に基づいて患者を搬送するっていうのが救急隊の最大の業務なので、ちょっとその辺はご理解していただきたいなと思っております』

石垣院長

『板挟みの立場ですよ、救急隊の方は。法律がある。しかし、実際もう助からん。そやけど、ややこしい人がおって、何で連れて行けへんねんと。解決策はありますか』

中谷先生

『なんで連れていけへんねやということとなると、もう家族の間でよく話し合ってもらうということしかないんですが、連れて行く救急車呼んだ時に、心肺蘇生をもうあんまりせんでええと、してくれるなと言う人があるんですよ。これが救急隊としては前から困っておられて、もうとても助かる見込みがないような状況の心肺停止。中にはもう顎の硬直が来てるかもしれない。指の硬直とかね。ありそうなん。そういった場合に家族も「もうそんなやってくれんでいいよ」と。そしたらなんで救急車呼ぶんやということになるんですけども。呼ばれた以上は、救急隊としては頑張っやらんといかんっていうのが従来で、一生懸命心肺蘇生をしながら病院に連れてこられて、医者判断で心肺蘇生をやめるということになってたんですが、八尾はどうか知りませんけども、最近は消防署によってはそういった場合は形だけやって、とにかく病院に連れて行って、医師の指示で中止すると。そういうことでいいんじゃないかな。なかには、我々も救急車の中で家族がそっと病院に運んでくれっていうんだったら、救急車の中で何もせずにそっと病院に連れてってきてもいいよなと心の中で思っても、消防の方には法律でそういうことをしないとイケないということは決まってるので、これを破るわけにはいかない。なかなか大変だと思います』

石垣院長

『だから法律を変えるか、大岡裁きでやっていくか。そやけど、一番私が必要やなと思うのは、本人を含めた家族の覚悟やと思いますわ。本人を含めた家族の覚悟でこれはこうするんやという思いを持っとかんとね。それを救急隊員に、ドクターに、押し付けてもあかんと思います。今日はそういう意味合いの目的の講演ですから。もう死の近い人は誰とは言いませんけれども、5年経つか、10年経つか、わからん。命わな。そやけど覚悟だけはしといてやと。こういう話やと思います。やまぎしさん、どうですか。いろんなことが現場で起こりますが』

やまぎしさん

『貴重なご講演ありがとうございます。八尾市消防本部のやまぎしです。私、現役で救急車乗ってまして、救急救命士で現場活動させてもらってます。やはり心肺停止の方で救急車要請された、現役の救命士皆さんの気持ちとして、最終社会復帰していただきたいですし、心臓・呼吸戻っていただいて、大事な家族さんのもとに届けたいなと思う気持ちでやってます。DNAR、現場についてそういったこと。救命士にもできる処置、特定行為っていうのがあります。看護師さん、さっきあったのとちょっと違うんですけど、口の中に管通したりとか、心臓動かすために薬使ったりすることできるんですけど、まあそういった最大のこととしてあげたいんですけど、そういったこと聞くと、やっぱり心臓マッサージだけとかの処置になってしまいます。心臓マッサージの処置とかも一生懸命胸を押すと骨折れてしまいます。口から血だすこともあるんです。そういった処置とか望まれない方いたりしても、さっきも話あった通り、やっぱりやらないといけないので、ちょっと最期無残な形でお渡しすることもあるんで、DNARに関しては現場の人間としてもすごく考えるところがあります。ちょっと答えになってない

かもしれませんが、以上になります』

石垣院長

『ありがとうございました。現場の声聞かせていただきまして。そしたら、高齢者施設の運営に携わってる八尾市会議員のしばたに先生、いかがですか』

しばたに先生

『貴重なご講演ありがとうございました。私の方は特別養護老人施設を運営してるんですけども、その中の入居者の方も看取りというのをすごく希望される方も非常に多くなってまして、うちの施設で最高齢の方なんですけど、明治40年生まれで、日露戦争の3年後に生まれられて、現在116歳。日本最高齢で、世界第2位の方なんですけど、世界1位の方は30日違いで、今日本とスペインで激しい長寿の争いをしてる。その方も看取りを希望されるんですけども、例えば施設なんかですと、看取りをするためには看護師配置とか、そういうのをしないとけないんですけど、結局国から出てるお金っていうのは看取り加算という形で2日間の分しか出ないと。そのために看護師の配置とかするっていうのはなかなか厳しいものがあるなっていうのは現場では感じることで、これがまた在宅で住まわれている方におかれても看取りってかなり多くなると思うんですけども、これ大阪やったらいいと思うんですけども、やっぱり田舎の方の県とか行くと地域間隔差といいますか、訪問介護がないとか少ないとか。希望されてもできないっていうのはやっぱりあるんじゃないかって非常に感じる事なんですけども、先生のご所見はいかがでしょう』

中谷先生

『ちょっとすいません、田舎のことに関しては分かりません。ただ、やっぱり密度の問題ですから、田舎に行くとなかなかそういった希望する施設がないというようなこと、あるいは施設があってもそこに来てくれる介護にしても看護にしても往診にしても、全部どっかと契約してきてもらうわけですから、そういったのがなかなかないということは現実にはたくさんあるんだろうと思いますね』

石垣院長

『ありがとうございます。先生、ほんなら市長になって、国会議員になって、総理大臣になって、やりはったらよろしい』

しばたに先生

『頑張ります』

石垣院長

『四方先生、先生の立場からちょっと』

四方先生

『中谷先生、ありがとうございます。去年も遠くの親せきがやって来るということになると、大体可哀そうやから病理解剖止めようというようなこと。病理解剖してほしいって本人が望んでて、家族も死因を究明してほしいって言うてるのにですね、嫁いだ娘さんがやってきて、「そんな可哀そうなこと。苦しんでのにまだ切るんかい」というようなことで、大概はそういう方来るから待ってくれ言われたら、解剖が中止になるようなことは去年もお話したと思います。さっき先生も触れられたように、今日はいろんなシチュエーションお話になられて、特に24時間以内に診た云々にこだわってですね、死亡診断書かない言う医者が責任逃れみたいな感じで言う人もい

と思うんですけど、あれは 24 時間以内に診てなくても、それ遅れてもその現場へ行って、死体の死亡確認すれば書けるわけで、これは昔、離島とか地域的に離れて 24 時間以内に來れないという医者について、それは過ぎてもしっかりと死体を診たら検案できるよという、そういう便宜のために作られたものを逆に解釈して、24 時間以内に診てなかったら死亡診断書書けないと勘違いした医者も多いんです。それ以上にややこしくなってきた、雑務を理由に忙しいというようなこともあります。ですから、医者っていうのは死亡診断書もかけるし検案書も書けるし、相当な権限があって、おそらく先生の時代だったら、救急車が駆け込んできたときに死んでたと、心臓止まっていたというても、一応生きた間に来たということにして死亡診断書書くという犯罪じゃなければ死亡診断書書いてたと思うんです。そうしないと、世の中回っていきません。救命の先生は初めて診る患者ばかりだと思うんですが、どないしてますか。警察には届けざるを得ないというお話をいただきまして、やっぱりそうやったんかということのを改めて認識しました。警察官が来てですね、医者以上のことが診れるかと言われたら、実際は疑問なんです。昔の江戸時代の銭形平次の時の検案のようなものが今の警察に求められてわけで、私の父親は法医学やってまして、大阪大学で必ず年 1 回全国の検案する警察官をトレーニングしてたんです。実際の殺人の現場とか、そういうところに連れて行ってですね、1 ヶ月間いろんな死体を診せて、そうじゃないと救急の先生が警察に頼んでも警察の方が知識なかったら、全然話にならん。法律では逃れられますよ。ですけども、ひょっとして本当に犯罪かどうか見極める目を警察も持ってなければ、話にならんわけで、ただ警察はさっきおしゃったように徐々に手順を進めていきます。最悪のことを考えて。だから家の方へ入って来て、いろんなことを調べたり、殺したんちゃうとか、今の歌舞伎役者とかがあるんでね。今日先生の話、私の立場から聞かしてもらったら本当に興味深かったです。だから、下手に呼ぶなってことですよ。生命曲線がずっと下がっていくときにね、しかも、もう病院ですることないから自宅で死にたいって言って帰った人をなんで病院に呼び戻すんですか。何もすることないですよ。社会的にも余計なエネルギーかけてですね。そういうことを、今日先生がおしゃっていただいたことを、もう 1 回よく考えて、本人も家族も納得して家へ帰ってきたんだったら、何も病院へ引き戻すような必要は全然ない。それをよく考えて、さっき院長がおっしゃった覚悟を決めて対応したらそんなことにはならん。そういう遠くの親せきには気をつけましょう。普段見てなかったら、何口出しすんねん言うて』

石垣院長

『それはそうですね。そして今ちょっと素晴らしい話がありました。あの歌舞伎の話はよくはっきりと分かりませんが、こっからはオフレコでございますので、こういうこと違うかというの、先生からいけますか』

中谷先生

『はい』

石垣院長

『もう全くアドリブで結構ですけど。オフレコですから、外へ出たら言うたらあかで』

中谷先生

『あくまでも私がテレビとかマスコミのニュースを見て、自分が思ったことです。まずは睡眠導入薬を飲ませた。睡眠導入薬だけだったら、睡眠導入薬だけで死ぬことはできません。致死量は大体 2 万錠。万錠の単位です。それくらい飲むと、脳の中樞がやられて、呼吸が止まります。そうでない場合、たくさん飲んで亡くなられる方はたくさんありますが、それは合併したトラブルですね。例えば、気道が塞がれる。睡眠薬飲んでぐっすり眠ってる間に、例えば枕が鼻と口にあたって、気道が塞がれるとかですね。そういった別の要因がないと、睡眠導入薬だけでは死ねない。ただし、精神安定薬、トレンケライザーとかですね、そういった類の薬は十何錠でも死ぬようなこともありますけども、睡眠導入薬に分類される薬であれば、1 万錠 2 万錠という単位でないと死なないで

す。じゃあ、1万錠飲めるかということになるとですね、これは絶対に飲めません。飲めないということは胃に入らないということじゃないんです。5錠10錠一生懸命飲んで、100錠飲むのに10分くらいですね200錠飲むのに15分とかかかってきたら、もう睡眠導入薬効いてきますので、それで寝てしまいます。だから、そんなに飲み続けることはできないので、気道がちゃんと開通してれば、睡眠導入薬で死ぬっていうことはない。ですから、気道を塞ぐとか他の要因がないとなかなか死なないと思います。ですから、今、お母さんの自殺幇助ということであげてますけども、おそらく追加の罪名、そっちの証拠固めを警察はしてるんだと思います』

石垣院長

『なるほど。すごい理論的で、薬そのものの効能効果も含めて話してくれました。ありがとうございました。素晴らしい。これオフレコ言うたけどね、みんな絶対喋るから。睡眠導入剤2万個飲んでも死ねへんでって言いたいやろ、みなさん。やっぱり専門家の知識って言うのは素晴らしいものですね。今日はどうもありがとうございました』

