

# 警察の連携 ということ

医学博士 長尾 和宏

## 大往生の母が警察沙汰に

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った。いつものように「じゃあ今から行くから30分ほど待っていてね」と返答し、車で向かう途中に再び電話が鳴った。「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」とのことだった。「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」となってしまったのだ。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ったので次に警察に連絡をしたという。すぐに警察官が病院に数人やってきて家族への事情聴取にひき続き自宅での「現場検証」が終わったのは深夜3時前であった。夫の死

亡と警察沙汰になったダブルショックで、夫と同じ90歳の奥さんは気絶したという。私にも午前3時に病院の医師から電話連絡が入った。なんと「私はこの患者さんを24時間以内に診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霊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。「霊安室に往診？貴方が書くものですよ」。そう何度も確認したが「書けない」の一点ばりだった。

病院の救急医の判断はいくつかの点で間違っている。そもそもその病院にはその患者さんのカルテがあり臨床経過も記録されている。たとえ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。霊安室往診を言い張る救急医に「では長尾の言っていることが正しいかどうか上司に聞いて」と言ったら「上司も同意見である」と返ってきた。実は最近同様のことが何度起きて、その度に困っている。

## 医師が知らない看取りの法律

医師法20条によると医師が自然な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。家に行って診れば死亡診断書を書けるのが医師法20条だ。何を診るのか。ひとは死亡確認で、もうひとつは体表異状の有無の観察である。体表面に刺し傷や縛り傷等があり自然死ではなく殺人などの事件が疑われる異状死体の場合には医師は24時間以内に警察に連絡しなければならない。医師法21条にはそう謳われている。

その病院の若い医師は、「24時間以内に診ていないので死亡診断書を書けない」と私に霊安室往診を依頼してきたが、その理屈なら私とて書けないはずである。医師であれば看取りの法律くらい知っているだろう、と誰でも思うだろう。しかし多くの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



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』『がんの花道』（小学館）  
『抗がん剤が効く人、効かない人』（PHP研究所）  
『大病院信仰、どこまで続けますか』（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

にとっ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っ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っ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

て走っている。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。

### 救急車を呼ぶ10の条件

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。しかしできることはすべてやって欲しい」。気持ちには分らない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ってくれ、という意味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。呼ぶ意味を考えてから呼ぶ。そして最悪「警察沙汰」にな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イザという時には「待った」方がよい場合が圧倒的に多い。

しかし最近で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。看取りを邪魔もの扱いし病院という場に余命いくばくもない人を管理者の判断で移すという行為は、国が謳う「地域での看取り」に完全に逆行している。以上のような経緯があり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。