

# 救急現場には通じない 「穏やかな最期」とは

医学博士 長尾 和宏

## 救急車を呼んだばかりに…

自宅で穏やかな最期を迎えるはずだったのに…。実際に病院で管だらけになって亡くなつた。それも本人が延命治療や蘇生処置を拒否する文書（リビングウイル・LW）に書いていたのに、いつのまにかそうなつていた。そんな結末を見た人は少なくないだろう。全国各地で日々、大量に発生している。一方、50歳台の子供が80歳台の親の年金をあてにしている80・50問題が話題になつてゐる。親に死なれたら年金が無くなる。生きていけないと寄生する50歳台が増加しているという。いくら元気な親でもやがては老い、要介護になる。年齢相応に認知機能も低下していく。要介護状態になり発熱や嘔吐に驚いた子供は深く考えずに119番をする。病院での治療の果てに管だらけになり亡くなった親を見た家族のなかには「救急車を呼んだばかりに」と後悔する人もいる。都市部の救急病院はそんな高齢者で満床となり、交通事故や脳・心臓血管疾患などの急病人の受け入れが困難になつてゐる。2025年まであと数年だが80・50問題と119番の意

味について考えたい。救急医療の現実や救急車を呼ぶ意味を知つておきたい。特に在宅での最期を希望するおひとりさまには、隣人が119番しないことが穏やかな最期の要件である。

救急車を呼ぶという行為はもし心肺停止すれば心臓マッサージや人工呼吸をやつてくれ、という明確な意

思表示である。しかし救急車を呼んでおきながら「心臓マッサージや延命はお断り」と言う人がいるが矛盾している。119番した瞬間から消防法が発効するので心肺停止しているのに蘇生処置をしない救急隊員は後に処罰される。延命処置の始まりは必ず119番である。以上は拙書「平穏死10の条件」のひとつである。

## 靈安室に往診

療養の場を問わず、日本における看取りは医師法20条に基づいて行われている。しかし多くの医師が医師法20条を知らない、あるいは医師法念だが現状である。慌てた家族が救急車を呼んだが蘇生処置に反応せず、救急隊員である。患者の意思を尊重すればメデカルコントロール（MC）

往診を依頼している。私はそれを「靈安室往診」と呼んでいるが、なぜ開業医が病院の靈安室往診しなければいけないのか。もちろん死じて診断した救急医が書いていいのだが、そんな大病院の医師が医師法20条を理解できていないのである。この数年、そんな現実を解く講演を全国各地で1000回以上行つてきた。

また「LWや平穏死は救急現場には通用しない」という現実も知つておきたい。昨秋の第1回日本在宅急救研究会や今春の第117回近畿救急医学研究会で講演やシンポジストを務めた時に、強くそう感じた。救急医にとつて死は敗北であり、最期の最期まですべての手をつくすことが最高の医療であるという。学会の理事長や幹部らは「患者が意思表示をする行為は止めて欲しい」と強調した。救急医は「LWや平穏死は悪で不要」との認識である。思わず「死は誰のもの?」と問いたくなるのがが、看過できない。同医学会のガイドラインには「本人意思の尊重」と書かれているのに、建前と本音はまさに対立のようだ。可哀そうなのは救急隊員である。患者の意思を尊重すればメデカルコントロール（MC）



**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』（セブン＆アイ出版）『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。

# 心肺蘇生不要は おひとりさまの

に罰せられるので、LW尊重かMC遵守かというジレンマによく悩まされているという。もちろん、いちばん可哀そなのは希望とはまさに真反対の姿で最期を迎えることになつたご本人である。私は在宅医として予想された死は自然なものとして緩和ケアを武器に寄りそつてゐる。平穏死の最大の条件のひとつは「看取りと決めたら119番しない」ことだ。

119番すのと平穏死じゃない  
無用な救急搬送と警察検視が増えている。そして不要な救急搬送のために必要な搬送受け入れができないケースが出ればまさに本末転倒だ。しかしそんな事態を招いている原因

は救急医学会の見解なので話は複雑だ。一方、正しい119番あつての在宅療養でもある。しかし在宅と救急がバラバラに動いている現状のまま救急医療は多死社会に耐えうるのか。私は地元で在宅スタッフと救急隊員の意見交換会を開いた。膝をつきあわせて意見交換してみると、お互いの現状をほとんど知らないことが分かった。両者の連携推進が急務である。

国が語る地域包括ケアの推進は、在宅と救急と警察の三者の切れ目ない連携が土台となる。しかし森友学園事件を見ていて分かるように省庁をまたぐ連携は決して容易ではない。また在宅医といふ「民」と救急・警察という「官」との連携には大きな壁が立ちはだかる。救急と警察の連携も遅々として進まない。日本の救急医療体制は世界最高レベルだが、連携不足に起因した混乱は是正が急がれる。救急車有料化の議論の前に、正しい119番の改良や三者の連携強化に取り組むべきだ。

もはや単身世帯が二割を超えており、おひとりさまになる。もはやおひとりさまが私たちの在宅医療の標準である。しかし病院スタッフは「おひとりさまの在宅療養は無理」との認識のままだ。しかし私たちは本人が希望する場での療養を最期まで支援している。おひとりさまの平穏死が日常である。もし天涯孤独なら本人の意思だけなのでさらに難易度が低くなる。しかし慌てた隣人が119番したらどうなるのか。そんな現実も知つておく時代である。

