

高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024

令和6年12月20日

日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本老年医学会
日本緩和医療学会、日本病院前救急診療医学会、
日本在宅医療連合学会、日本プライマリ・ケア連合学会、
日本慢性期医療協会、日本在宅救急医学会、
日本救急看護学会、日本ケアマネジメント学会、
全国在宅療養支援医協会、日本在宅看護学会、
全国老人福祉施設協議会

Key words:

アドバンスド・ケア・プランニング(ACP)、看取り、市民、高齢者福祉施設

Advanced Care Planning, End-of-life care, citizens, elderly care facilities

責任著者/連絡先(Corresponding Author): 真弓俊彦, Toshihiko Mayumi

所属: 日本救急医学会, The Japanese Association for Acute Medicine

連絡先: mtoshi0521@gmail.com

和文抄録

現在、高齢者医療は、高齢者、ご家族、医療者だけではなく、高齢者に関わる全ての人々にとっても大きな課題であり、社会としての対応が急務である。高齢者の医療に関わる各種団体が集った「高齢者救急問題を検討する懇話会」で、高齢者を対象とした医療、特に救急医療の課題と対策を協議し、高齢者救急医療の現状と課題解決に向けた対策の提言を発出することとした。

前半の提言は、コラムを交えながら、市民、高齢者施設管理者・職員、高齢者の医療・ケアに日常的に関係する医療・福祉スタッフ、急性期～慢性期病院職員、消防職員、メディカルコントロール協議会、厚生労働省、総務省消防庁の各々に向けて提示している。後半は、協議会で検討した現状と対応策について言及している。提言が普及し、各々の方々が提言に沿った行動をすることで、高齢者救急問題の解決の第一歩となることを願うものである。

この提言は以下の方々から貴重なご意見をいただき検討し、作成されました。ここに感謝の意を表します。

高齢者救急問題を検討する懇話会

日本救急医学会	矢口有乃、横田裕行、真弓俊彦（委員長）
日本医師会	長島公之、細川秀一
日本臨床救急医学会	伊藤重彦
日本集中治療医学会	丸藤 哲、澤村匡史
日本老年医学会	長谷川 浩
日本緩和医療学会	下山理史
日本病院前救急診療医学会	河野元嗣
日本在宅医療連合学会	曾我幸弘
日本プライマリ・ケア連合学会	浜野 淳
日本慢性期医療協会	井川誠一郎
日本在宅救急医学会	小豆畑丈夫
日本救急看護学会	浅香えみ子
日本ケアマネジメント学会	柴山志穂美
全国在宅療養支援医協会	新田國夫
日本在宅看護学会	佐野けさ美、川村佐和子、山田雅子
全国老人福祉施設協議会	内田芳明
日本尊厳死協会	鈴木裕也
日本弁護士連合会	赤沼康弘
全日本病院協会	加納繁照

日本救急医学会高齢者救急委員会

会田薫子、小豆畑丈夫、新井隆男、石上雄一郎、石川秀樹、稲葉基高、井上淑恵、梶本心太郎、熊田恵介、山下 寿、太田祥一、長門 直、真弓俊彦（前委員長）、横田裕行、矢口有乃（現委員長）、成松英智（担当理事）、小倉眞治（前担当理事）、横田裕行（前々担当理事）

なお、この提言で使用される用語に関しては、救急医学会ホームページに掲載されている「用語の統一概念」をご参照ください（URL……）

目 次

はじめに

提言

市民の方々へ

コラム

心肺蘇生を希望しない場合の指示（DNAR）について

延命医療について

高齢者施設管理者・職員の方々へ

高齢者の医療・ケアに日常的に関係する医療・福祉スタッフの方々へ

急性期～慢性期病院の方々へ

コラム

Time-limited trial

病院倫理委員会（臨床倫理委員会）の役割

消防職員の方々へ

メディカルコントロール（MC）協議会の方々へ

厚生労働省の方々へ

総務省消防庁の方々へ

現状とその対策案

望んだ最期が迎えられていない現状

現状への対策

1. 高齢者施設での対応の整備
2. 適時、適切な救急搬送の実現
3. #7119、緊急度判定システムの普及
4. かかりつけ医、在宅システムの整備
5. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の推進
6. 消防・MC体制の整備
7. 地域での活動

引用文献

はじめに

現在、高齢者医療は、高齢の方、ご家族、医療者だけではなく、高齢者に関わる全ての人々にとっても大きな課題であり、社会としての対応が急務です。

そこで高齢者の医療に関わる学会など各種団体が集い、高齢者を対象とした医療、特に救急医療の課題と対策を協議してまいりました。これはわれわれの協議を踏まえた、高齢者救急医療の現状と課題解決に向けた対策の提言です。

この提言は決して高齢の方への救急医療を差し控えるためのものではありません。

高齢の方が救急医療を必要とした時に、適切で意に沿った医療を受けることができ、その後も納得できる暮らし方を選ぶことができるようにするための提言であります。

われわれ医療・福祉関係者は、高齢の方への医療提供を一律に年齢で区切るようなことや医療・ケアの提供を制限することは決して致しません。加齢による身体機能の低下があっても、機を逃さずに適切な救急医療を受けていただくことで、病状が安定したり回復したりする高齢の方もいらっしゃいます。年齢を重ねても安心して、その人らしく過ごせる社会に寄与できるよう、これまでどおり全力を尽くします。

本邦において 65 歳以上の高齢者人口の割合が、2010 年に 23.0% となり、2022 年には 29.0%、内 75 歳以上は 15.6% と超高齢社会が進行している現状です¹⁾。高齢化と核家族化の進行に伴い、高齢者の救急搬送件数も増加し続け、救急搬送時間も延長し続けています²⁾。このような状況下で、人生の最終段階で体に負担がかかる治療を希望しない方や、蘇生する見込みが極めて低く心停止時の蘇生を希望しない方（Do not attempt resuscitation ; DNAR を表明している方）、在宅や施設での看取りを希望している方が心停止となって、高度な救急医療の提供をすることができる、数の限られた病院に救急搬送されることが少なくありません。ご本人の意に沿わない医療行為が行われたり、また、救急医療の逼迫につながることもあります³⁻⁷⁾。

われわれ人間は、加齢は自然なプロセスであり、それぞれのライフステージに応じた支援が重要です。また、新型コロナウイルス感染症で経験したように、健康な方でも突然の病気や事故などで命を落とすこともありえます。皆さま、特に高齢の方には、いずれは訪れる人生最期の日に備えて、ご自身の望む人生の最

終段階の過ごし方について、皆さまの大切な方々とともに考え、伝えておきませんか。われわれは、それが先ほど述べた現状を改善する一助になると考えています。

高齢者救急には非常に多数の課題があり、今後さらに検討が必要です。まず今回、われわれは、救急医療の場において人生の最終段階を迎えた高齢の方が、ご本人の意向に沿った医療を受けることができるように、この提言をまとめました。最初に市民の皆さまと各組織への提言をお示しし、後半で、高齢者救急の現状とその対策案を記載しております。

この提言は、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」をはじめ、各医学会の意思決定プロセスに関するガイドラインと提言を踏まえてまとめられています。

提 言

市民の方々へ

【提言 1】 どのような生き方を望むか、どのような医療やケアを受けたいかなどを、日頃から繰り返し話し合ひましょう

人はそれぞれの人生観、価値観をもって生きています。しかしながら、人はいずれ最期には意識がなくなり、死を迎えます。自らの意思が病気や事故により伝えられなくなった時に備え、「どのように暮らしたいか」「人生の最終段階をどのように過ごしたいか」、そしてこれらを叶えるために、「どのような医療を行ってほしいか」「どのような医療を行ってほしくないか」「自分の意思を誰に代弁してもらうのか」などついて、あらかじめ話し合っておくことが重要です。皆さまが望む命の終え方を実現するために、日頃からご家族や親しい方とアドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP)*、すなわち「人生会議」に取り組んでみてはいかがでしょうか。なお、「人生会議」は ACP の愛称です。

心身の状態の変化や人生・病気の時期などに応じて、意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、最終段階までどのような生き方を望むかを、皆さんがご家族等と日頃から繰り返し話し合うことをお勧めします⁸⁾。私たち医療・福祉スタッフはその話し合いを支援致します。

たとえば、誕生日、「敬老の日」(9月第3月曜日)、「人生会議の日」(11月30日)などの区切りとなるタイミングは話し合うきっかけになるかもしれません。また、デイサービスなど介護サービスを利用するようになった際や、高齢者施設に入所する際、ご家族のご病気の際なども、話し合う良い機会となるかもしれません。

高齢になり、その経過のなかで徐々に日常生活も不自由になってきた方は、入院し一旦、無事に退院できたとしても、何度も入院を繰り返すことも多く、徐々に体力が低下します (Figure 1)⁹⁾。入院中や退院する時に、高齢の方ご本人と、ご家族等、医療・福祉スタッフで集い、今後の過ごし方について相談しましょう^{10,11)}。

*ACP などの用語については日本救急医学会のホームページにある「用語の統一概念」をご参照ください。

【提言 2】 急に状態が悪くなった時に慌てないために、かかりつけ医やご家族等の緊急時の連絡先を確認し、わかるようにしておきましょう。

たとえば、各種疾患や老衰による人生の最終段階においてご本人等の意思決定に沿い、心肺蘇生（CPR）を行わないこと（DNAR）を表明している方が、元の疾患によって心臓が止まった場合にも、救急車を呼んでしまうことがあります。ご家族や周囲の方々は急に起こった出来事に対して、慌てたり、どうしてよいかわからず、救急車を呼んでしまうことがあるかもしれません。その際に心臓が止まっていれば、救急隊は心臓マッサージ（胸骨圧迫）を開始します。その結果、蘇生できずに処置によって骨折したり出血したりしてしまい、結果としてご本人の望まない最期を迎えることがあります。

いざという時に慌てないように、急に具合が悪くなった時、かかりつけ医やご家族等に、どのような順番でどこに連絡をするかを日頃からご家族等で確認することをお勧めします。ご自宅で最期まで過ごしたいという意思を表明し、自宅での看取りを希望されている場合には、救急車を呼ぶ必要はありません。ご自宅や施設などで亡くなられた際に、必ずしも直ちにかかりつけ医に往診してもらわなければならないわけではありません。深夜に亡くなられた場合にはまずかかりつけ医に連絡を取り、事情に応じて、翌朝に往診してもらうことも可能です。また、自宅で看取りを希望していたにも関わらず慌ててしまい、救急車を呼んでしまった場合は、救急隊に心臓マッサージを望まないことを告げましょう。その時点でかかりつけ医に連絡が取れば、そのままご自宅で看取りを行うことができる地域が、近年、増えつつあります。

またお住いの地域によっては、高齢の方へ、緊急時の連絡先や通院中の病院名などをまとめて記載しておくことのできる用紙を配布している自治体もあります。「その他 伝えたいこと」等の自由に記載ができる欄などを利用して、人生会議で話し合った内容やご本人の意思を併せて記入しておくことも可能です。記入した内容については、時々見返して、変更がある場合には随時書き換えましょう。

【提言 3】 #7119 や Q 助などを利用して病院受診の相談などもできます。いざという時に相談などができる公共の手段を調べておきましょう。

救急車による搬送件数は年々増加し、現場までの到着時間、病院までの到着時間が延伸しているほか、救急搬送人員の 62.1% を高齢者が占めています^{2,12)}。

救急車を呼ぶか呼ばないか、判断に迷う場合には、かかりつけ医に連絡をしたり、緊急度（すぐに病院に受診すべきか、翌日でも良いかなど）の判断をしてくれる#7119*やQ助などをまず利用してみましょう。

*地域によって種々のシステムがありますので、ご確認ください。

コラム

心肺蘇生を希望しない場合の指示（DNAR 指示）について

Do not attempt resuscitation (DNAR)とは、心臓が止まった時に、患者さんご本人が表明していた意思に沿って、心臓マッサージ（胸骨圧迫）などの心肺蘇生法を行わないことです。進行癌や老衰などの終末期にある方が病状から予想しうる心停止の際にかかりつけ医等が、対応している救急救命士等の医療者にDNAR 指示を出し、心肺蘇生を実施しないことができる場合があります。また、一度 DNAR と決めたら変更できないということではありません。折に触れて改めて確認していただくことが必要です

また、DNAR はあくまでも心臓が止まった場合の対応であり、心臓が止まっていない段階で治療をしないということではありません。心臓が止まっていない段階で、輸液や薬剤を使用しないことや人工呼吸器を装着しないことなどは、含まれません。

延命医療について

国民を対象とした意識調査によれば、延命医療を望まない方がたくさんおられる一方、延命医療を望む方もおられます。延命医療には種々の定義がありますが、ここでは延命医療とは、「患者さんの医学的状態を改善することなく、生存期間の延長につながるすべての医療行為」を指すこととします。

たとえば、人工呼吸管理、透析療法、人工的水分・栄養補給法などは、重症な患者さんの治療に必要な医療行為ですが、患者さんご本人がそれらの医療行為による身体的・心理的負担や苦痛を受け入れられない場合、またはその状態がご本人の価値観に合致していない場合は、望まない延命医療になってしまいます。

急変時に行われるこれらの医療行為は、最初は命を救うための救命医療なのですが、回復の見込みがなくなると徐々に延命医療に変わっていきます。急に倒れて病院へ運ばれた場合は、予定している手術の場合と違って、ご本人が心の準備をすることはできません。そうした場合は、ご家族等が意識のないご本人の意

思を推定して医療者へ伝えるよう求められます。ご家族等の多くは、「自分の言葉や判断が死につながった」と後悔したくないという思いをもちます。また、そのような状況での判断そのものが容易ではないため、結果として、患者さんご本人が望まない医療行為を受けることになることが多いのです。

こうした状況から、ご本人が自分の意思に沿った医療行為を受けるために、ACP（人生会議）が必要になるのです。あらかじめ、ご本人がどのような医療を望み、どのような医療を望まないのかをご家族等と話し合い、情報を共有し、互いに納得することが大切です。そうして最終段階でご本人の意思を尊重することができれば、ご本人が亡くなった後も、ご家族等が後悔することが少なくなると考えられています。

もちろん、延命医療を希望する方には医療行為は継続されますが、それはあくまでも患者さんご本人の意思に沿うことが基本です。そのためにも ACP（人生会議）は重要なのです。

高齢者施設管理者・職員の方々へ

【提言1】 いざという時のために、ご本人（患者さん・ご利用者）とご家族等にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）についてご説明いただき、ご本人が最期までどのように過ごしたいか、ご本人の望む医療・ケアや望まれる看取り方について、ご本人とご家族等の話し合いを支援し、共有できるようにしませんか？

ACPの話し合いは、ご本人の医学的な状態や日常生活動作（ADL）等が変化した場合はもちろん、平時から繰り返し、ご本人とその意思を推定しうる者となるご家族等と、医療・福祉スタッフと行っていただくと、いざというときの判断に役立ちます。ACPの話し合いではご本人の意思を尊重することが基本ですが、すでにご本人が意思決定能力を失っている場合は、ご本人の意思を推定し得るご家族等*にご本人の意思**をお聴きいただくことになります。

*家族等とは、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説編⁸⁾によると、ご本人が信頼を寄せ、人生の最終段階のご本人を支える存在という趣旨で、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含みます。

**あくまでご家族等が知っているご本人の意思をお聴きすることが重要です。

【提言 2】 配置医師（主治医・連携医）、外部医師および看護・介護・ケアなどすべてのスタッフと協議し、施設での看取りなどの、いざという時の施設としての対応を共有しておきませんか？

令和 6 年度の診療報酬改定において、高齢者施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価として「介護保険施設等連携往診加算」が新設され、その要件として、入所者の診療情報および急変時の対応方針等の共有を図るため、高齢者施設等と協力医療機関における定期的なカンファレンスが実施されていることが定められております。急変した際に施設でどのように対処するか（具体的手順、ACP の確認、連絡先など）を定めたマニュアルを作成し*、入所者が急変した際のシミュレーションを定期的に行い、実際に適切な救急搬送や看取りが実施できるようにしておきませんか？（次項もご参照下さい）

可能であれば、救急車を呼ぶ前にご利用者やご家族等の意思を再確認し、配置医師等に連絡をとり、救急車の要請が必要か判断する手順も大切です。救急車を呼ぶべきか迷った場合には、「#7119」**や「Q 助」などの公的な緊急度判定システムの利用も可能です。

また、日頃から施設職員全員で一次救命処置をはじめとした訓練を行うのも大切です。

*「高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」¹³⁾あるいは「介護施設における心肺停止時の DNAR 対応マニュアル」¹⁴⁾などを参照ください。

**地域によって種々のシステムがありますので、ご確認ください。

高齢者の医療・ケアに日常的に関係する医療・福祉スタッフの方々へ

【提言 1】 日常から、ご本人（患者さん・ご利用者）が希望する最期の過ごし方について、ご本人・ご家族等との話し合いを多職種で支援し、ご本人の希望を皆さんで共有しておきませんか？

現在の日本では、患者さんやご家族等を支えている職種は、医師、看護師、介護士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、医療ソーシャルワーカー（MSW）等と多職種に及びます。日頃から、各職種が有する専門性を生かしてご本人のご希望を探る努力を続け（共同意思決定*）、ご本人の意思を尊重した医療を

提供できるよう多職種で協働しましょう。患者さんの価値観・人生観・死生観を共有し、適切に ACP の話し合いを続けていくことが重要です⁸⁾。

* 医療・ケアの選択に際して、一人ひとりの患者さん/施設利用者等が家族等と医療・福祉チームとよく話し合い、共同で意思決定に至るためのプロセス。

【提言 2】高齢者の急変*に備えましょう。

高齢者の病状は容易に急変することがあります。担当する高齢者が、夜間・休日に症状が悪くなった場合にどうするかについて、患者さん・ご家族等、各職種とかかりつけ医は話し合い、情報を共有し、相互に理解しておくことが重要です。ご本人の希望がかなえられるように、関係者で協議し、事前に急変時*の対応マニュアルを定めておいてはいかがでしょうか？以下、具体的な方策を示します。

- ① 急変時にもかかりつけ医、嘱託医に連絡が取れる体制を整備する。嘱託医の当番制を採用するなどに対応して、医療者と常時連絡が取れる体制を構築しておく。
- ② 夜間などに医師に連絡がついた場合の対応と、連絡がつかない場合の対応を、関係者間で協議・共有し、慌てずに対応できるようにする。
- ③ 急変時の対応手順に沿って実践できるように、定期的にシミュレーションを行い、内容の見直しと確認、共有を行なっておく。
- ④ 高齢者施設での看護、介護の積極的なかわりによって、緊急性を要しない救急搬送や救急入院を回避する。
- ⑤ 高齢者の医療・ケアに日常的に関係する医療・福祉スタッフ、地域の消防職員等で研修会を行うなど、高齢者の急変時の対応の課題について意見交換を行い連携を深めておく。

脚注：*急変（病態変化）について

急な病態変化には2種類あります。疾患の終末期や老衰の進行で予想された急変と、それらの病態からは予想されない急な状態の変化です。しかしながら、急変直後にはその鑑別が困難なこともあり、そのいずれについても対応できるようなマニュアルの作成が望まれます（Figure 2）^{13,14)}。たとえば、以下に示すような手順の取り決めが必要です。

- ① かかりつけ医・嘱託医に連絡が取れる体制を整備する。夜間や休日であっても、嘱託医の当番制を採用するなど、医療者と常時連絡が取れる体制ができると安心です。
- ② ACP を通して把握した患者のケアの意向に沿った対応をできるよう、施設職員内で情

報共有を徹底しましょう。

1) 予想された急変（病態変化）：

③ ACP を通して DNAR の表明が確認できている場合は、心肺停止に至っても、慌てず医師の指示を待ちましょう（寸刻を争って死亡確認をする必要はありません）

2) 予想しない急変（病態変化）：

③ 予想しない急変（病態変化）時は早期救急搬送の判断が必要かもしれません。

④ いざという時のために施設職員全員で一次救命処置をはじめ、予期しない急変に対する訓練を定期的に行うようにしましょう。

⑤ また、救急車を呼ぶべきか迷った場合には「#7119」や「Q 助」などの公的な緊急判定システムの利用も有用です。

急性期～慢性期病院の方々へ

【提言 1】 患者さんが今後どのような人生を望むのか、ご本人とご家族等で話し合っていたいただき、多職種で支援、確認しましょう。

令和 6 年の診療報酬改定において、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することが、入院料の通則に加えられました。

担当医は積極的に、ご本人がどのように最期を過ごしたいのかについて、ご本人と家族等で話し合っていたいただき、多職種でそれを支援し、確認しておくことが大切です。ACP の話し合いは急性期においても、治療の開始時、経過中、終了時と継続的に行うことが望まれます。厚労省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」では、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性に備え、本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であると示しています。

一番大切なことは、「患者さんご本人の意思の尊重」という原則です。つまり、意思決定の中心はあくまで患者さんご本人であり、担当医、病院長、倫理委員会委員、または法律家などではありません。また、ご家族等の希望も最優先されるものではありません。

患者さんがすでに意思決定する力が十分ではない場合は、ご家族等に患者さ

んの意思を推定し代弁するよう声をかけてください。ご家族等が不在の場合や、存在していても患者さんの意思を推定し代弁することができない場合、または判断を医療・福祉チームに委ねる場合は、多職種の医療・福祉チームが患者さんにとっての最善という視点で話し合い、判断します。話し合った内容は、その都度、記録しておくことが大切です。

これまで現場でしばしばみられたように、ご家族等の希望を優先するのではなく、あくまでご本人の意思を尊重するように話し合いを尽くしてください。同時にご家族等の感情を理解し、対応することは大切です。ご家族等の話に耳を傾け、共感的な態度で対応していきましょう。その際、ご家族等が何らかの支援を要しているかどうかよく聴いてください。ご家族等への支援がご本人の支援につながることも多々あります。

高次医療機関で診療を継続していても、かかりつけ医を地域にもち、かかりつけ医と高次医療機関が連携して ACP に取り組むことが理想です。退院支援や退院調整会議などの際には、それまでに ACP の対話で話し合われたことについて確認し、今後の救急対応に関しても話し合っておきましょう。

「人生の最終段階」となった患者さんの意思を確認し、それに沿った最期を過ごすことができるように、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャーなどと連絡をとることが大切です。DNAR と意思表示をしていた方が心停止となった時に、ご家族等や施設職員などが動揺され救急要請し、蘇生処置を希望される場合もあり得ますが、再度患者さんご本人の意思はどうだったのか、病状からの予期された心停止であるか、ご確認をお願いします。

ACP の考え方と具体的な実践方法に関する勉強会を定期的を実施するなどして、病院全体で患者さん・ご家族等と医療関係者が ACP を含めた人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおいて十分な話し合いを行う文化の醸成に努めましょう。

【提言 2】 地域全体で高齢者医療提供体制の再構築が必要です。

入院関連機能障害予防のために、ADL や認知機能が低下する前に地域のかかりつけ医をみつけて、自宅等に退院することが望ましいと考えられます。状態が落ち着いた患者さんを早期に受け入れることが可能な地域の病院や在宅医などとの連携を強化しましょう。

近隣の高齢者施設に従事する医師の支援体制を検討、確認をお願いします。

高齢者施設に関係する医師が不在の場合や連絡がつかない場合に、それを補完するシステムを整えましょう。

【提言 3】 急変時（救急外来でも）ACP の対話の状況を確認し、治療とケアのゴールの確認をしましょう。

1.急変時には（含：救急外来）、すでに ACP の話し合いが行われているか確認してください。

2.もし ACP の話し合いが導入されていなければ、急変時の医療やケアに関する意思決定に重要な以下の例に示すような項目を確認してください。ただ、下記のチェックリストはあくまでご参考です。チェックリストをチェックすればよいということではなく、あくまで ACP の取組は、ご本人による意思決定を基本とした、人生の最終段階の医療・ケアについて、ご本人がご家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであることにご留意願います。

- ご本人がどのように最期を過ごしたいかなどの意思表示があったか
- ご本人がご自身と向き合うことができ、ACP の話し合いを行うことが可能な心身の状態にあるか
- ご家族等の情報（意思決定にかかわる人）、ご本人の意思を推定し医療・福祉チームに代弁できる人（存在するか不在かはとても重要）が誰かの確認
- 治療とケアのゴールをご本人（またはご本人の意思を推定し医療・福祉チームに代弁できる人）と医療スタッフで確認する
- ご本人にとって許容できない状況（コミュニケーションが取れなくなる、人工呼吸器依存になる、人工栄養依存になるなど）の確認
- たとえ救命に必要であったとしても、ご本人が受けないと決めている処置等の確認（すでに事前指示書などがあった場合はその内容の確認と更新）
- 今後の治療・ケアに関する懸念や心配の確認

このような項目を短時間で確認し患者さんにとって最善と思われる治療を提案できるコミュニケーション・スキルの獲得も重要です。

3. 医療行為の中止(withdrawal)が許容される体制の整備が必要です。

急性期病院で、患者さんの意思に沿って、患者さんにとって不要となった医

療行為をいつでも中止(withdrawal: 一旦開始した医療行為を終了すること)ができる仕組みがないと ACP で対話してきたことが意味をもたなくなることがあります。治療の中止ができなければ、患者さんが許容できないと表明していた状態になっても医療行為を継続しなくてはならない状況となり、むしろ「話し合っていたはずなのに患者さんの価値観や意思が無視されてしまった」というご家族等の悲嘆につながる可能性があります。

【提言 4】 救急外来でも状況に応じた適切な医療・ケアを提供できる体制を整備しましょう。

たとえば、がんで積極的な治療が中止されている患者さんや慢性疾患の終末期の患者さんが搬送されてきた場合など、救急外来でも亡くなるまでの時間がかなり限られている、と判断できる事例があります。そのような患者さんが侵襲的な医療を希望しない場合には、患者さん・ご家族等と話し合い、救急外来においてもご本人の希望と状況に応じた適切な医療・ケアを行えるようにしましょう。

また、人生の最終段階の患者さんで、それまでの ACP の対話のなかで、今後は住み慣れた自宅や施設で苦痛なく過ごしたいという意思を表明していた患者さんが、急変し救急外来に搬送されてくることもあります。必ずしも救命や延命が目的ではなく、「自宅や施設では十分な緩和医療ができないのでなんとか苦痛をとってほしい」という希望を持っている場合もあります。救急外来でもこのように「治療とケアのゴール」を話し合うことが重要です。

コラム

Time-limited trial

急性期において治療効果が不確実な場合は、試験的に治療を開始し (Time-limited trial)、①患者さんが期待するアウトカムが得られるかどうか、②患者さんが許容できる負担と苦痛であるかを経時的に評価しながら治療の継続と中止の選択肢について患者さん・ご家族等と共同意思決定を行うことを考慮してください。ただし Time-limited trial をしない権利も患者さんにはあります。特に慢性疾患の進行期の患者さんは、Time-limited trial を行うことによって死の質が大きく損なわれてしまう可能性について考える必要があります。Time-limited trial を実施する前提として、いったん開始した治療でも、患者さんの利益のためにい

つでも中止することができるという条件があります。救命できる可能性がある限り治療を中止できないという施設では **Time-limited trial** を行うことはできません。

病院倫理委員会（臨床倫理委員会）の役割

病院倫理委員会（臨床倫理委員会）の役割は、訴訟の可能性を低くすることを目的に設置されたものではありません。また、治療方針を決定する機関でもありません。病院倫理委員会の重要な役割のひとつは意思決定のプロセスが適切であるかの確認とアドバイスを行うことであり、意思決定機関ではありません。意思決定は、患者さんと現場の医療チームとの間の共同意思決定で行われることが望ましいとされています。

消防職員の方々へ

【提言 1】 高齢者施設、地域の医療・福祉スタッフとの連携強化をお願いします。

近隣の高齢者施設から救命講習の依頼があった場合には、救命講習と合わせて、ACP に関する具体事例があればご紹介いただいたり、あるいは救急要請時に応急処置をせず搬送することが難しいことや、DNAR 例での対応が決まっている地域ではその旨をご紹介いただくと助かります。将来的には ACP（人生会議）の大切さについてもお伝えいただくと助かります。また、高齢者の医療・ケアに日常的に関係する医療・福祉スタッフと研修会を行い、高齢者の急変時の対応の課題について意見交換を行って、連携を深めていただくのはいかがでしょうか。

【提言 2】 搬送依頼を受けて現場に到着したら、傷病者の DNAR が判明した際の体制整備をお願いします。

人生の最終段階にある傷病者が、かかりつけ医と話し合った上で DNAR を希望している場合であっても、何らかの理由で 119 番通報がなされることがあります。そのような場合には、傷病者の意思に沿って、かかりつけ医の指示の下に救急隊が心肺蘇生を中止できる、あるいは不搬送が可能な体制を、地域のメディカルコントロール協議会とともに整備することが必要と考えます。

【提言3】用語の理解を共に深めましょう。

DNAR は心停止の際に、患者本人または患者の意思を推定できる者の意思決定に沿って心肺蘇生法（CPR）を行わないことであり、日本集中治療医学会からの「Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告」では¹⁵⁾、「DNAR 指示のもとに心肺蘇生以外の酸素投与、気管挿管、人工呼吸器、補助循環装置、血液浄化法、昇圧薬、抗不整脈薬、抗菌薬、輸液、栄養、鎮痛・鎮静、ICU 入室など、通常の医療・看護行為の不開始、差し控え、中止を自動的に行ってはいけない。」と提示しています。また、「延命医療は希望しない」という言葉には様々な意味が含まれています。どの医療行為を延命医療と考えるのかは患者さんによって様々です。病院スタッフも正しく理解していない方も少なくありません。今後、共に用語の正しい理解を深めましょう。

メディカルコントロール（MC）協議会の方々へ

- ・ 人生の最終段階にあり、かかりつけ医と話し合った上で DNAR を希望している傷病者のもとに出動した場合の心肺蘇生の実施や中止についての方針や対応手順を定め、必要な教育や住民への普及啓発の実施が必要です。東京消防庁で 2019 年 12 月から運用されているプロトコールを一例として添付します（Figure 3）^{16, 17)}。東京都では 9 割以上の例でかかりつけ医師が対応し、不搬送になっていると報告されています¹⁸⁾。広島市、神戸市、相模原市などその他の地域でも同様な取り組みがなされています¹⁹⁾。

厚生労働省の方々へ

- ・ ACP について国民に広く普及啓発するための事業として、シンポジウムの開催等が行われており、また、医療・福祉関係者向けの研修事業も行われています。ACP をさらに広めるために、死が差し迫った人とそうでない人では死の認識や向き合い方が異なるため、死を意識していない「国民全体」と、死を自分のものとして受け止めつつある「人生の最終段階を自分のこととして考える時期の方」に大きく 2 つに分けたアプローチをすることについてご検討ください²⁰⁾。

- ・令和6年度診療報酬・介護報酬改定において、介護保険施設等と保険医療機関の連携体制及び緊急時の対応に係る評価がなされましたので、急変時にも協力医療機関の医師等に連絡が取れる体制を確実に整備され、実臨床で活用されることをお願い致します。高齢者施設に係る医師が不在の場合や連絡がつかない場合に、補完するシステムを構築し、どのような施設でも24時間何らかの形で医師が支援できる体制を整備してください。

総務省消防庁の方々へ

- ・人生の最終段階にあり、かかりつけ医と話し合った上でDNARを希望している傷病者のもとに出動した場合の心肺蘇生の実施や中止について、地域MC協議会や消防本部での検討が進むように働きかけてください。
- ・ACP（人生会議）、DNARなどについて救急隊員にも正しい理解が進むような教育体制を確保してください。
- ・消防機関の実施する救命講習などの機会にあわせて、将来的にはACP（人生会議）の大切さについても伝えられる体制を推進してください。

現状とその対策案

望んだ最期が迎えられていない現状

厚生労働省（厚労省）が令和4（2022）年度に行った「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」では、「病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき」、一般国民の43.8%、医療従事者や介護職員の56.4%～58.1%が、自宅で最期を迎えたいと回答し、病院で最期を迎えたいと回答した割合である各々41.6%、28.7%～32.3%を上回っていた²¹⁾。平成24(2012)年や平成29（2017）年度に行った同調査でも^{22, 23)}、自宅を「人生の最終段階を過ごしたい場所」と回答していた。

しかし、国立研究開発法人国立がん研究センターが約5万人の遺族に行った調査の2020年の報告では、人生の最終段階における医療やケアに関する話し合いについて²⁴⁾、疾患別に「患者と医師間で、患者が希望する最期の療養場所について話し合いがあった」割合は14.5～36.5%、「患者と医師間で、患者の心肺停止時に備え、蘇生処置の実施について話し合いがあった」割合は、24.1～34.4%、「患者と家族間で、意思決定できなくなるときに備え、最期の療養場所や蘇生処置など、患者がどのような医療を受けたいか話し合いがあった」割合は、28.6～42.4%であることが示された。

しかしながら、DNARを表明していても、実際に心停止となった場合には、その意思に反して蘇生が試みられ、救急搬送され、病院で死を迎えている³⁻⁷⁾。救命救急センターで救命処置が行われる例も少なくない³⁻⁶⁾。このような事例は、患者、家族等にとって望ましいことではないことはもとより、患者、家族等が望まない治療を行うことは救急隊員や病院スタッフへの精神的・肉体的な負担となる場合もあると考えられるため、対応が必要と考えられる。

現状への対策

1. 高齢者施設での対応の整備

これからも高齢化と核家族化、老々世帯、高齢独居世帯、高齢夫婦のみ世帯の増加が進み、超高齢多死社会となり、高齢者施設からの搬送が増加し続けると予想される。高齢者施設で積極的にACPの対話や看取りを行なっている施設もあるが、全く対応できていない施設も少なくない。特に時間外など人手がない場合は、救急車による搬送が必要な患者だけではなく、常に全例救急搬送を依頼している施設もある。

高齢者施設には、多種多様な形態があり（Figure 4,5）²⁵⁾、設置基準、配置する医師、看護師などに大きな差があり、一様の対応を求めることは困難である²⁶⁾。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項について」（平成 18 年 4 月 28 日発出、令和 6 年 3 月 27 日改正通知）及び「特別養護老人ホームなどにおける療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年 3 月 31 日保医発 0331002 号）において、高齢者施設ごとに介護保険又は医療保険から給付される範囲が定められている。

そのようななかにおいて、特別養護老人ホームでは配置医の 95%以上が非常勤での勤務となっており、「夜間の臨時の診察（急変対応）」、「休日の臨時の診察（急変対応）」は負担が多いと報告されている²⁷⁾。一方、非常勤の配置医が「勤務日以外でも対応してもらえる」施設では、「希望があれば施設で看取る」割合が高いが²⁸⁾、約 40%の施設では、配置医が対応困難な際に往診を依頼することが可能な医師がいないと報告されている²⁷⁾。

最期は施設で迎えたいと本人が願っていても、施設の体制（配置医、主治医、連携医と施設）が整っていないために希望に反して病院に搬送することは、本人の尊厳を損じ、権利の行使を妨げかねない。介護老人福祉施設でも全く看取りをする方針のない所が 1 割強あるが²⁵⁾、その他の施設ではさらに多いことが報告されている²⁹⁾。施設において配置医（主治医・連携医）のみならず外部医師や訪問看護ステーションと連携することにより、「終末期の入所者の対応」が可能となる。これらの連携を強化するとともに、後述の「高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」などに沿った施設のマニュアルを整備し、急変時の対応のシミュレーションを行い、看取り体制を構築することによって、施設で看取りも行うことができることが望ましい。

平成 30 年に新たに創設された介護医療院については、その機能としてエンド・オブ・ライフケア、看取りが挙げられており、全ての施設において希望者には適切な方法で看取りが実施されることが望ましい。

高齢者の急変は若年者よりも頻度が高く、容易にまた突然、急変することも少なくない。高齢者施設職員であれば、急変時の対応に習熟していることは職務である。職員はいのちのはかなさ、大切さに関して学ぶと同時に、一次救命処置や急変時の対応の訓練、看取りに関する教育を受けることが必要である。実習が望ましいが、E-learning などを用いた学習を行う場合には、その習熟度の確認は必須と思われる。

また、既存の#7119や「Q助」「緊急度判定プロトコル」などの³⁰⁻³²⁾、緊急度判定システムの利用は有用と思われる。高齢者施設、特に夜間に医師や看護師に連絡が取れない施設では、職員がこれらを利用し、緊急度を適切に評価し、適切な救急搬送が実施できるように体制を整えることが望まれる。

東京都福祉保健局が作成した「高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」¹³⁾あるいは「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究班」(研究代表者:伊藤重彦,平成28年度消防庁消防防災科学技術推進制度)が作成した「介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル」¹⁴⁾などを周知し、各々の施設で救急対応マニュアルの作成と体制整備を進めることも必要である。特にスタッフの少ない夜間は情報確認・伝達や利用者側への説明がスムーズにできず、救急搬送時間の延長の要因にもなっており、救急搬送手順や書類の定型化も必要である。

時間外などでは配置医(主治医・連携医)に連絡がつかず機能しないことが少なくない。必ず配置医(主治医・連携医)が対応する、あるいは、対応できない場合には代理医師が対応するシステムが必要であり、また、患者情報等の情報共有が可能なシステムも必要であり、訪問看護師、ケアマネジャーなども利用可能な24時間対応可能なシステム整備が望まれる。急性期病院や慢性期病院の中に在宅医を支援する体制を整え、患者情報を共有し、配置医(主治医・連携医)に連絡つかない場合には急性期病院に指示を仰ぐことができる体制も一案である。

2. 適時、適切な救急搬送の実現

救急搬送件数は増加しつつあるが、その多くは軽症や中等症例である^{*2)}。救急車、救急医療など救急システムは医療のセーフティ・ネットであり、市民がより理解できるように周知する。前述の#7119などの緊急度判定システムを普及し、利用してもらい、適切な救急搬送を拡充する。

患者の状態によっては、消防救急車以外のいわゆる民間救急車や介護タクシーなどによる搬送や、救急指定病院以外の病院(特に地域包括ケア病棟を有する慢性期病院)にも直接搬送することも検討すべきである。その際の高齢者の移動手段についても、地域包括ケアシステムなどで、サービスや補助金などの制度を講じる必要があると考える。

もし、緊急疾患が否定できない場合には、一旦、救命救急センターなどで受

け入れ、診療を行い、緊急性がないと判断された場合には、令和6年度の診療報酬改定で導入されたような、連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、救急外来等から連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送するシステムが拡充されることが望ましい。

病院から軽快退院してもその後再燃や悪化の可能性がある患者、1年以内など短期間に死亡する可能性がある患者（虚弱が進行した患者）では³³⁾、かかりつけ医は、患者と家族等とのACPの話し合いを支援し、その後の急変の予防と急変時の対応についても協議を行うことが望ましいと考えられる。

心停止時にはDNARと宣言していても、急変時には家族等は慌てて救急車を呼ぶことは多々ある。急変時の患者の状態やその際の対応について家族等に具体的に説明し、よく理解していただくことも大変重要である。高齢者施設においても「予想される急変」について情報を共有し、急変時の対応を職員がよく理解し、看取りもできる体制整備が望まれる。

* 「総務省消防庁. 令和4年版 消防白書」(資料2-5-5, 2-5-15) において使用されている初診時における傷病程度の記載は以下である。

初診時における傷病程度は次によっている。

- (1) 死亡：初診時において死亡が確認されたもの
- (2) 重症（長期入院）：傷病程度が3週間以上の入院加療を必要とするもの
- (3) 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
- (4) 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの
- (5) その他：医師の診断がないもの及び傷病程度が判明しないもの、並びにその他の場所へ搬送したもの

※なお、傷病程度は入院加療の必要程度を基準に区分しているため、軽症の中には早期に病院での治療が必要だったものや通院による治療が必要だったものも含まれる。

(引用ここまで)

この区分における「重症」患者は3週間以上の長期入院患者を示している。平均在院日数が短期化されていることから、本来の病態が救急搬送を要する緊急性が高い患者でも殆どが中等症に区分されることを留意しなければならない。

3. #7119、緊急度判定システムの普及

電話による「#7119」などや³⁰⁾、インターネットを利用した救急受診アプリ「Q助」などの緊急度判定システムの利用により適切な救急搬送が可能となる³¹⁾。高齢者施設などでは入所者の急変も少なくなく、囑託医や看護師に連絡がつかない場合などには、これらのシステムの利用によってより適切な救急搬送が可能となる。また、利用によって施設職員や配置医（主治医・連携医）、看護師

の負担を減らし、家族等にも納得してもらうことができる。

緊急度判定システムの、特に高齢者施設での利用の促進も一策である。

4. かかりつけ医、在宅システムの整備

高齢者の看取りに対応するためには、かかりつけ医や在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーが大きな担い手となる。急変時に対応可能なかかりつけ医、嘱託医のシステム整備の推進は ACP の普及においても重要である。

在宅医療の普及などに伴い自宅看取りが少しずつ増えてきている (Figure 6)。在宅医療では ACP の話し合いが行われ、患者本人と家族等の希望を普段の診察時からくみ取る努力をしていることも少なくない。救急搬送を希望しない、あるいは自宅看取りを希望する場合には、まず急変時に在宅医療担当者 (在宅主治医、訪問看護ステーション) に連絡するシステムを構築する。

在宅医や在宅スタッフの負担を増やすことなく、高齢者救急に関わっていただくためには、個人情報の取り扱いに十分な配慮をしたうえで ICT などを利用した患者情報の共有システムの導入が必要である。急変時にかかりつけ医と連絡が取れない場合、あるいは外出時に代わって対応する在宅医を確保するシステムが必要である。松戸市の「ふくろうプロジェクト」、福岡県で実施している「とびうめネット」などの患者情報共有システムを普及させることも一案である^{34,35)}。

深夜などには、かかりつけ患者の予期された死亡の場合には在宅医が直ちに死亡宣告しなくても良いことを市民にも周知することが必要である。また、在宅医が治療やケアなど対応に困った際に入院紹介できる救急病院や在宅療養後方支援病院などとの地域連携を強化することも必要である。

5. ACP の推進

認知症が進行し、意思疎通が取れなくなったら、最期を如何に迎えるかの表明はできない。自ら意思を伝えられなくなった際に、万が一、自らの生命の危険が訪れた場合にどのような対応を望むかについて、自らの意思を明確に伝えることができる時期から、家族等とかかりつけ医をはじめとした複数の医療・福祉従事者とともに話し合うことが必要である。

ACP においては、あくまでも本人の意思を尊重することが重要なのであり、本人の意思が確認できない場合に家族等に聞くのは、家族等の意向ではなく本

人の意思がどのようなであったかについてである。つまり、家族等には本人の意思を推定していただき、医療・福祉チームと共同で意思決定するのである。

ACP は話し合いのプロセスであり、必ずしも事前指示書の作成を必要としない。ただし、患者と家族等が話し合う際に、医療福祉関係者が同席し支援している場合には、患者の同意のもと、医療福祉関係者はカルテ等にその内容を記載しておくこと、話し合いの経過とその内容を後程確認することができ、大変有用である⁸⁾。

また、本人の心身の状態や状況の変化とともに、本人の意思も変化する可能性があり、その変化の把握が大切である。そのためにも ACP の対話は継続する必要があるのである。つまり、対話は一度行えばそれでよいというものではない^{36,37)}。

高齢期においては病態が安定しているように見えても、突然死は起こりうる。フレイルが進んだ状態となる以前の早期から、もしもの際の人生の最期の過ごし方についての話し合いを始めることが通例となることが望ましい。患者本人の意思決定能力が保たれているうちから ACP の話し合いを行うことが望ましい^{36),37)}。

また、一般市民にとって、医師などから聞いていない場合、家族・近親者が死期を意識することは難しく、本人が亡くなる 2~3 カ月前でも、「本人の死が近いとは思っていなかった」が 37.3%と報告されている³⁸⁾。1 年以内など短期間に死亡しても不思議ではない患者（虚弱が進行した患者）では、かかりつけ医は、患者、家族等へ、ACP を導入し、その後の予防と急変時の対応についての協議を行うことが必要と考えられる^{39,40)}。

毎年、誕生日、敬老の日（9 月第 3 月曜日）、人生会議の日（11 月 30 日）などに ACP の話し合いを家族等で行う文化の醸成が必要である。特に高齢患者は容易に救急対応が必要な状況・状態になることに、医療・福祉スタッフ・家族等の理解が得られていない場合もある。介護サービス申請時に役所などで ACP のパンフレットを配布したり、かかりつけ医からも ACP のパンフレットを配付し、ACP へのきっかけをつくってもらおう。あるいは、ACP の話し合いをしていたので、家で最期を過ごせて、患者・家族等も大変満足で納得できる看取りができた事例の紹介などを行うのも良いかもしれない。

少なくとも、令和 6 年度診療報酬改定において、人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進として、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プ

ロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象の見直しが行われたが、施設入所時や介護・在宅医療導入時に、最期をどこでどのように過ごすかの意思調査や ACP の話し合いを進める体制を持つことを要件とされたい。

ただし、形式だけの ACP は行うべきではない。意思決定のためには十分な説明と話し合いが必要であり、また、繰り返し行われることが大切である。また、ACP の話し合いを望まない人への配慮も大切であり、本人の意思を尊重し ACP の話し合いや事前指示書の作成を強要しないことが求められる。

背景が不明なまま書面に記載された内容を患者の意思決定であるとみなしてはならない。また、本人の状態や状況が変わった場合には、本人の意思が変わりうるものであり、再度 ACP の話し合いを行い、見直しや必要に応じ書面記載を行わなければならない。

医療やケアスタッフへの ACP の理解や普及も進んでいない。関連学会の会員や医療・ケアスタッフにも、ACP とその話し合い方について理解を深め、これを普及させる取り組みが必要である。

6. 消防・MC 体制の整備

DNAR を表明している傷病者が心停止となり搬送依頼があった場合には、119 番通報して救急車を要請したものの「蘇生をせずに病院へ搬送してほしい」と言う患者、家族等の願いと、傷病者に心肺蘇生のための処置を行うことの板挟みにあい、救急隊は困惑していることもあると考えられる。すでに MC 協議会によって蘇生なしの搬送や不搬送の基準を定めている地域もあるが、総務省消防庁が平成 30(2018)年に実施した実態調査では、心肺停止状態である傷病者の家族等から、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを伝えられた場合の対応方針について、定めていないと回答した消防本部が 54.4%に上っており⁴¹⁾、かなりの地域差が見られる。日本臨床救急医学会や東京消防庁からの提言やプロトコルを参照に¹⁷⁾、各地域のメディカルコントロール (MC) 協議会で DNAR 表明者が心停止となった場合のプロトコルの策定、運用、および検証を行うとともに、周辺医療機関や関連機関へ周知を行うべきである。

なお、救急隊員も、DNAR は心停止の場合にのみ適応されるものであり、非心停止の場合の気管挿管、人工呼吸などの積極的治療を行わない治療の差し控えを区別すること¹⁵⁾が大切である。

7. 地域での活動

救急医療体制・医療機関は極めて限られた社会資源であり、救急医療は地域連携（地域包括ケア）の大きな要素である。しかし、地域の高齢化率や独居および核家族率、高齢者施設、在宅医、訪問看護、ケアマネジャー、行政、消防機関、初期から 3 次救急医療機関など多数の要因でその地域の高齢者救急医療には大きな相違があり、理想の高齢者救急医療を定型的に定めることはできない。八王子市、柏市、松戸市など先進的な取り組みを行っている地域活動を参考に、その地域での高齢者救急医療の現場を評価し、対策を定めることが必要である。これらの活動に共通していることは、高齢者救急に関連する全ての機関や組織が一堂に会し、高齢者救急の対策を協議し、その地域にあった対策を実施していることである。

8. 医療・福祉・消防スタッフへの用語、高齢者医療の教育

医療従事者においても「DNAR」の提示があれば積極的な医療を行わなくて良いと誤認しているなど、用語が正しく理解されずに、臨床現場で誤って使用されていることも少なくない。「DNAR」はあくまでも心停止時の対応であり、心停止でない急変時に救命処置を行わなくてよいということではない¹⁵⁾。

教育現場や臨床研修での ACP を含めた高齢者医療、在宅医療・高齢者施設についての臨床教育や教育システムの構築も必要である。

9. 高齢者の暮らしを支えるケアマネジメントの強化

高齢者の救急問題は日頃の暮らしにも関連している。暮らしが揺らぐと、心身の体調も悪くなり、それが救急搬送となる場合も少なくない。そのため、高齢者の暮らしを守るための在宅ケアサービスの導入とそれを担う介護支援専門員のケアマネジメントの強化が求められる。また、日ごろから医療と介護の連携を密にしておく必要がある。

引用文献

1. 総務省統計局. 人口推計.
(<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2022np/index.html> (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日))
2. 総務省消防庁. 令和 5 年版 消防白書.
(https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r5/items/part2_section5.pdf (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日))
3. 伊藤重彦, 田口健蔵, 井上征雄, 他: 北九州市における高齢者救急の現状と問題点～とくに介護施設からの搬送事案について. 日臨救急医学会誌 2016; 19: 7-12.
4. 吉田昌文, 石川秀樹, 横山隆捷, 他: 東京都の救急病院入院患者からみる高齢者救急医療の問題点. 日救急医学会誌 2015;26: 687-701.
5. 山下寿, 古賀仁士, 矢野和美, 他: 高齢者救急の救急搬送の増加問題とその対応策—特に救急車の有料化について—. 日臨救急医学会誌 2016; 19: 1-6.
6. 真弓俊彦, 竹村春起, 志水清和, 他: 終末期類似状態傷病者の CPA 搬送の現状. 日臨救急医学会誌 2017; 20: 10-7.
7. 福田龍将: 院外心肺停止患者における DNAR. 日救急医学会誌 2012; 23: 101-8.
8. 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編. 平成 30(2018)年 3 月. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf> (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
9. 小宮幸作. 誤嚥性肺炎と終末期肺炎の考え方. 医学のあゆみ 2018; 265: 197-201.
10. 日本呼吸器学会. 成人肺炎診療ガイドライン 2017. 日本呼吸器学会, 2017, 東京.
11. 日本循環器学会, 日本心不全学会. 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017 年改訂版). http://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
12. 総務省消防庁. 令和 5 年度救急・救助の現況.
https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r05_01_kyukyu.pdf (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)

13. 東京都福祉保健局. 高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン. 2018.4
14. 平成 28 年度消防庁消防防災科学技術推進制度「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及び DNAR 対応に関する研究班」(研究代表者：伊藤重彦) . 介護施設における心肺停止時の DNAR 対応マニュアル. 2017.3.
15. 日本集中治療医学会倫理委員会. DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)の考え方. 日集中医誌 2017; 24:10-5.
16. 東京消防庁. 救急業務懇親会答申書 「高齢者救急需要への取組はいかにあるべきか」 . 2019 年 3 月 <https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/kk/data/tosin.pdf>
17. 横田裕行. 救急隊による傷病者の意思に沿った心肺蘇生等のあり方に関する現状と今後. 日臨救急医学会誌 2020; 23:75-82.
18. 東京消防庁. 救急活動の現況 令和 4(2022)年. p37, 2022.
<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/learning/elib/kyukyukatudojittai/r4.html> (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
19. 細川康二, 西田優衣, 吉野雅人, 他. 広島市消防局における蘇生処置中止希望を表明した心停止傷病者 38 例の報告. 日臨救急医学会誌 2019; 22: 513-6.
20. 木澤義之. アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは何か. 看護管理 2020; 30:113-116
21. 厚生労働省. 令和 4 年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001235008.pdf>
(最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
22. 終末期医療に関する意識調査等検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 平成 26(2014)年 3 月
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
23. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 平成 30(2018)年 3 月
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
24. 国立研究開発法人国立がん研究センター. 患者さまが亡くなる前に利用した医療や療養生活に関する実態調査.

- https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2020/1031/nccH30.pdf（最終アクセス 2024 年 12 月 11 日）
25. 厚生労働省. 介護老人福祉施設. 第 143 回社会保障審議会介護給付費分科会. 資料 2 および参考資料 2. 平成 29(2017)年 7 月 19 日
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000171816.html>（最終アクセス 2024 年 12 月 11 日）
26. 厚生労働省. 介護事業所・生活関連情報検索
<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/>（最終アクセス 2024 年 12 月 11 日）
27. エム・アール・アイリサーチアソシエーツ（株）. 平成 28 年度老人保健健康増進等事業. 特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業報告書. 2017 年 3 月
28. 介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業. 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）.
29. 真弓俊彦, 竹村春起, 志水清和, 他: 高齢者福祉施設における急変時の対応に関する検討—事前指示表明の把握も含めて—. 日臨救急医学会誌 2017; 20: 521-8.
30. 総務省消防庁. #7119（救急安心センター事業）関連情報.
<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate006.html>（最終アクセス 2024 年 12 月 11 日）
31. 総務省消防庁. 全国版救急受診アプリ（愛称「Q 助」）.
<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate003.html>（最終アクセス 2024 年 12 月 11 日）
32. 総務省消防庁. 緊急度判定プロトコル ver.3.
<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate002.html>（最終アクセス 2024 年 12 月 11 日）
33. Inaba M, Naito H, Yorifuji T, et al. Impact of frailty on long-term mortality in older patients receiving intensive care via the emergency department. Sci Rep. 2023; 13: 5433. PMID: 37012346
34. 松戸市医師会. ふくろうプロジェクト. <https://www.matsudo-med.or.jp/column/314/>（最終アクセス 2024 年 12 月 11 日）

35. 福岡県医師会. 福岡県医師会診療情報ネットワークとびうめネット.
<https://tobiumenet.com> (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
36. 人生会議とは. 神戸大学 HP. <https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/about/index.html> (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
37. 日本老年医学会.ACP 推進に関する提言.2019.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
38. みずほ情報総研株式会社. 看取りの経験者を対象にしたアンケート結果について【資料編】. 2018 年 12 月. <https://www.mizuho-rt.co.jp/topics/2018/pdf/eol1812.pdf> (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
39. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, et al. The 'surprise' question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. *Palliat Med.* 2014; 28: 959-964. PMID: 24662237
40. Billings JA, Bernacki R. Strategic targeting of advance care planning interventions: the Goldilocks phenomenon. *JAMA Intern Med* 2014;174:620-4. PMID: 27723859
41. 総務省消防庁. 平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書. 平成 31(2019)年 3 月. https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/2019/03/26/items/平成30年度救急業務のあり方に関する検討会報告書.pdf (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
42. 日本臨床救急医学会. 人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言.平成 29(2017)年 4 月 7 日.
<http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/sennyu/c221-JSEM.pdf> (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)

Figure1 反復する肺炎から終末期肺炎での全身状態および嚥下機能の推移⁹⁾

Transition of General Condition and Swallowing Function from Recurrent Pneumonia to Terminal Pneumonia⁹⁾

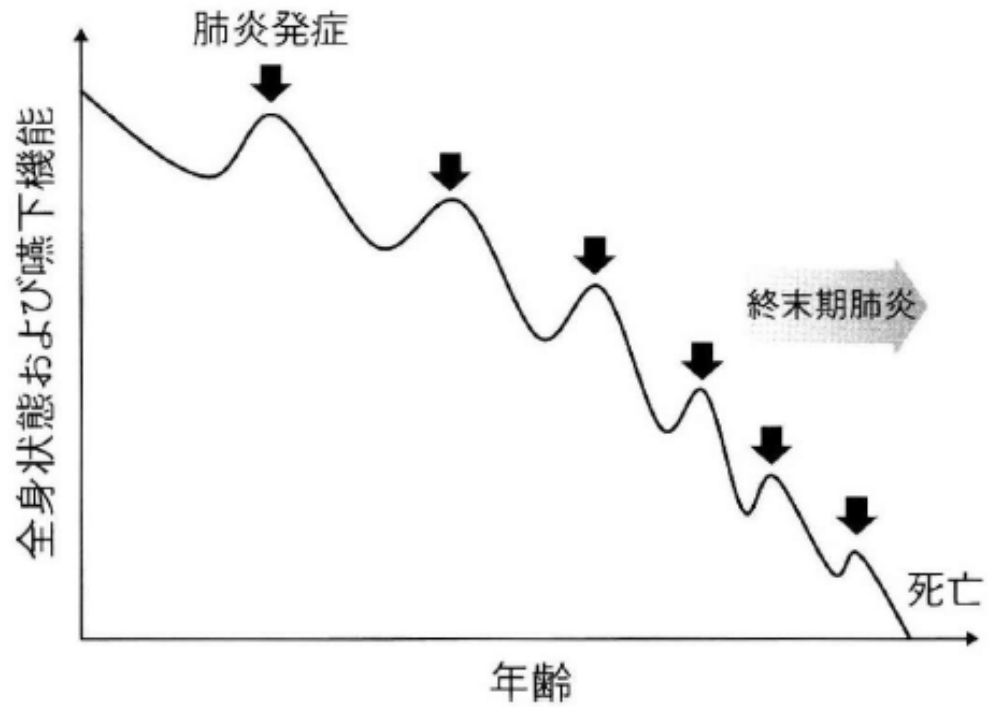
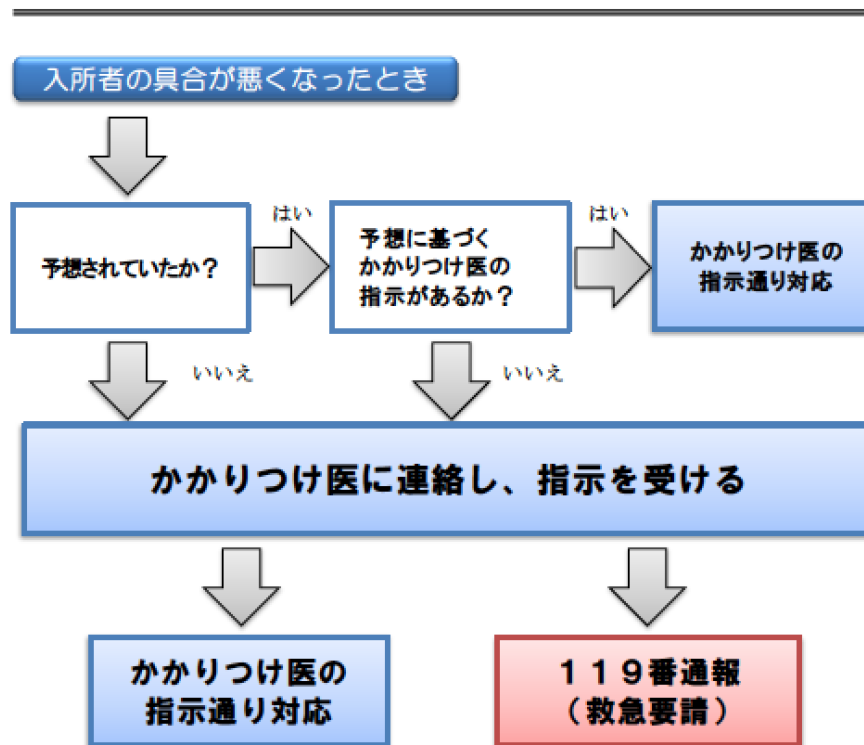


Figure2 高齢者施設における急変時のフローチャート¹³⁾
Flowchart for Emergency Situations in Elderly Care Facilities¹³⁾

救急対応手順（フロー図）



◎かかりつけ医と連絡を取れない場合

#7119*1
または 119番通報(救急要請)*2

※1 救急車を呼ぶべきかどうか迷ったときは

電話 ⇒ #7119(東京消防庁救急相談センターにおける毎日24時間受付の救急電話相談)

インターネット ⇒ 東京版救急受診ガイド(「#7119」で検索)

※2 明らかに緊急性ありと判断される場合は、すぐに119番通報してください。

Figure3 心肺停止患者がDNARを表示していた場合の東京消防庁救急隊の対応フローチャート 16,17)
 Response Flowchart of the Tokyo Fire Department Ambulance Team for Cardiac Arrest Patients Displaying a DNAR” (DNAR: Do Not Attempt Resuscitation) 16,17)

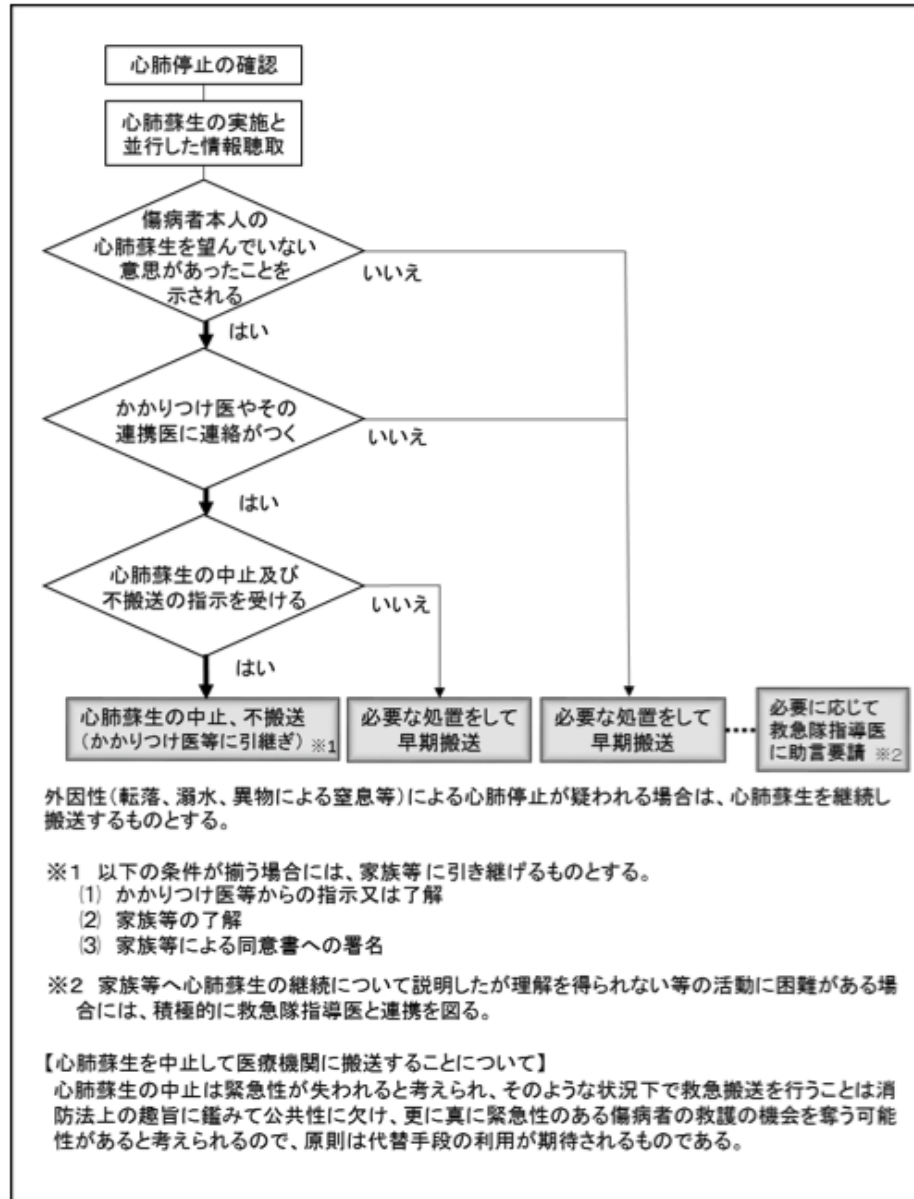
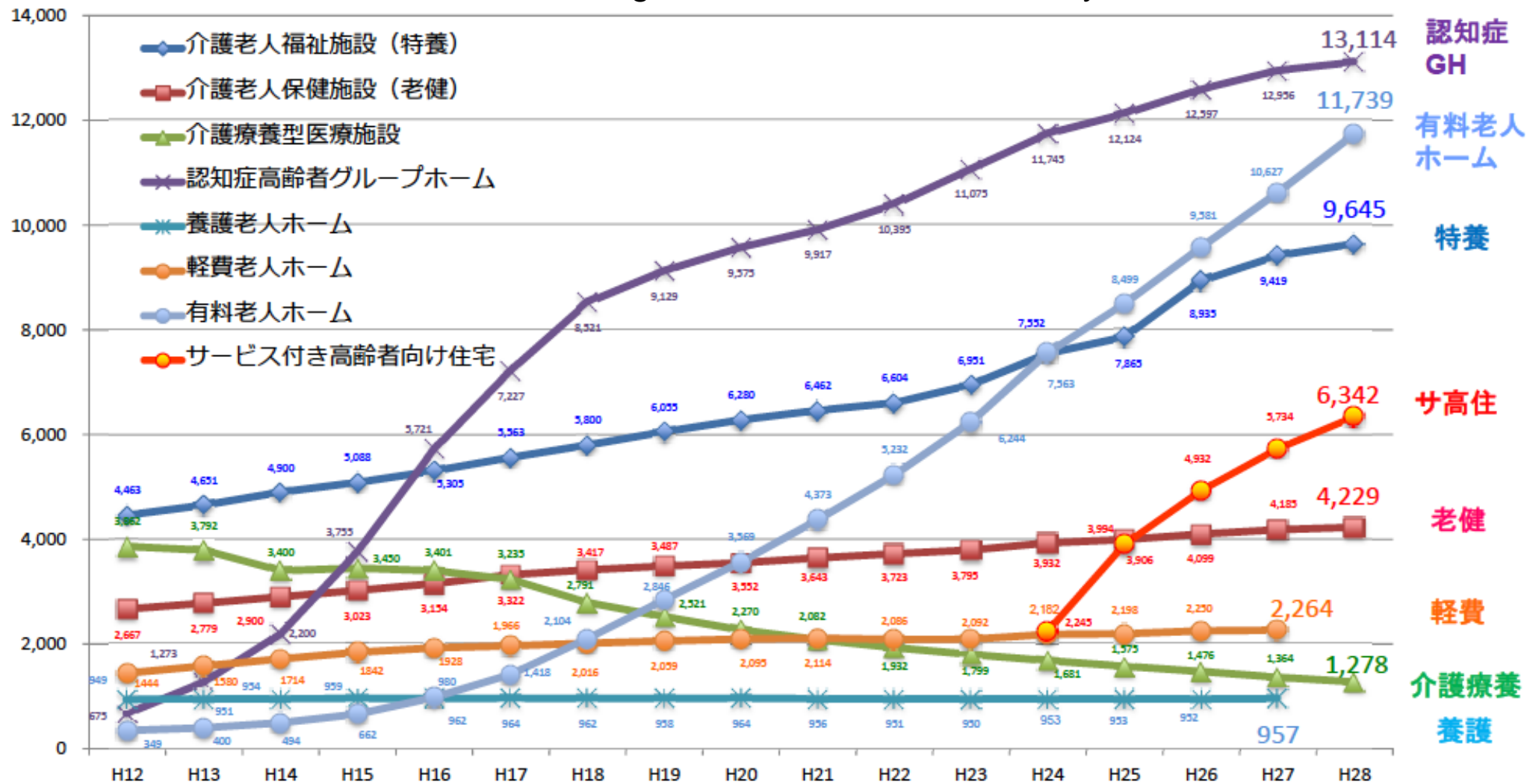


Figure 4 高齢者向け住まい・施設の件数²⁵⁾

(単位：件)

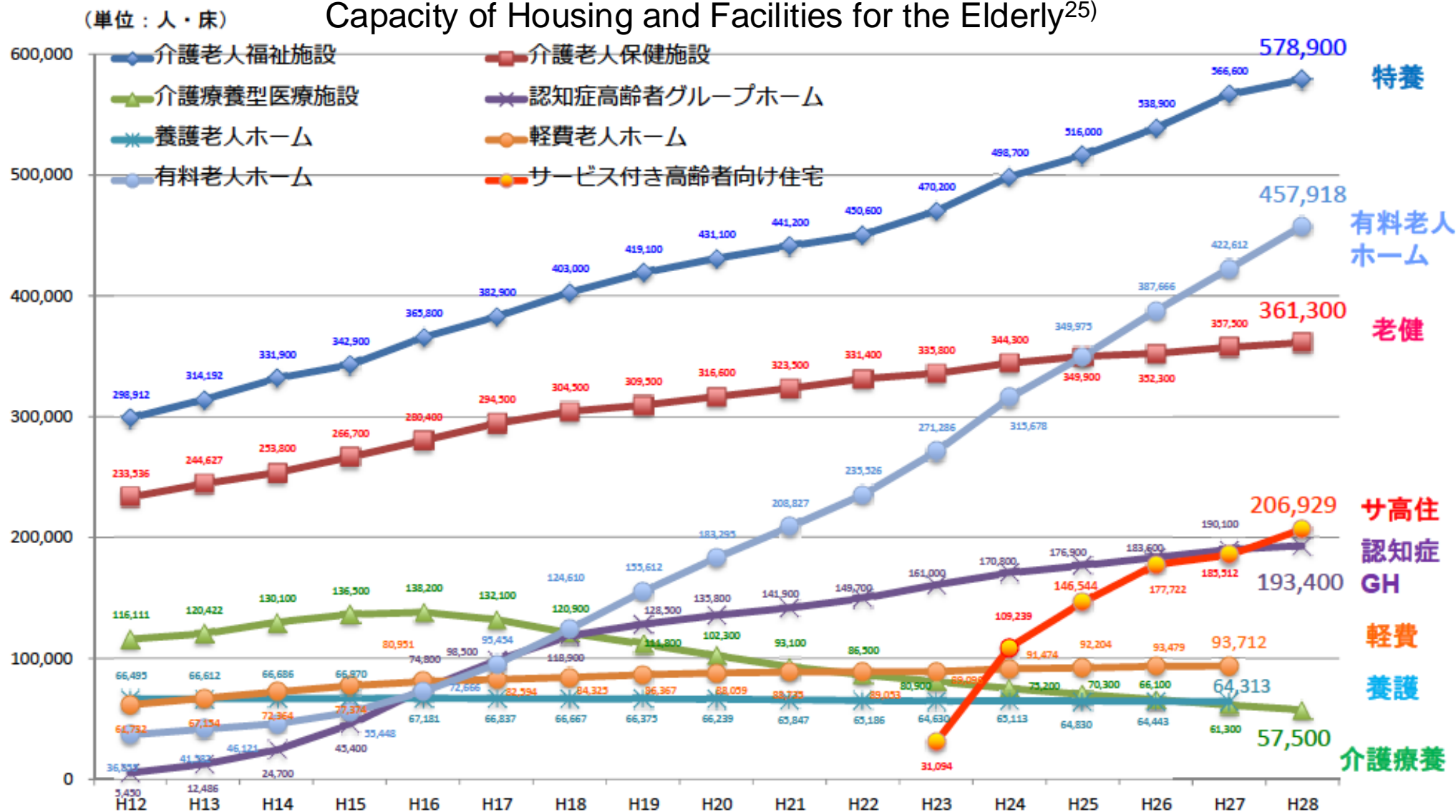
Number of Housing and Facilities for the Elderly²⁵⁾



※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10/1時点)【H14～】」による。
 ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスの請求事業所を合算したもの。
 ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、ただし、H21～H23は調査対象施設の数、H24～H27は基本票に基づく数。
 ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。
 ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

Figure 5 高齢者向け住まい・施設の定員数²⁵⁾

Capacity of Housing and Facilities for the Elderly²⁵⁾



※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12~H13】」及び「介護給付費実態調査(10月調査分)【H14~】(定員数ではなく利用者数)」による。
 ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。
 ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H18は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~27は基本票の数値。
 ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。
 ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

Figure6 死亡場所の年次推移 厚生労働省ホームページより引用
 Annual Trends in Places of Death: Cited from the Ministry of Health, Labour and Welfare Website

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率

