

# 日本救急医学会 高齢者救急に関する用語の統一概念

2024年12月20日

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、石川秀樹、石上雄一郎、井上淑恵、稲葉基高、梶本心太郎、山下 寿、太田祥一、熊田恵介、長門 直、横田裕行、稲垣伸洋、小澤昌子、菊池広子、仁平敬士、船越 拓、宮川乃理子、矢口有乃、真弓俊彦、成松英智

Key words:

アドバンスド・ケア・プランニング(ACP)、do not attempt resuscitation (DNAR)、予想された急変

Advanced care planning, do not attempt resuscitation, anticipated rapid deterioration

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

所属: 日本救急医学会 高齢者救急委員会

The Japan Association for Acute Medicine, Committee on Geriatric  
Emergency Medicine

連絡先: mtoshi0521@gmail.com

## 和文抄録

医療従事者でも DNAR(do not attempt resuscitation)や ACP(advance care planning)等の用語を正しく理解し使用しているとは限らない。用語が正しく理解し使用されないと、臨床現場での混乱を招く。そのため、DNAR や ACP 等の用語を正しく理解し、使用してもらうために、日本救急医学会高齢者救急委員会では、これらの用語について検討し、用語の統一概念を分かりやすく示すこととした。これらの概念が周知され、浸透し、臨床現場で正しく使用されることによって、共通の認識の元で医療を実践できるようになることを願うものである。

## はじめに

医療従事者においても用語が正しく理解されず誤用され、齟齬が生じ、臨床現場が混乱することがある。そのため、医療従事者、患者さん、ご家族のすべての方が、共通の理解、認識を持った共通言語で、より良い医療が実践できるように、日本救急医学会高齢者救急委員会では以下の用語の統一概念を示すこととした。

## 経緯と作成方法

高齢者救急に関連する諸問題が山積しているため、2017年に日本救急医学会に高齢者救急委員会（以下、委員会）が設立された。委員会において、高齢者救急の問題点を検討している過程で、DNAR(do not attempt resuscitation)などの用語が、時に「DNARを取る」などと誤用されていたり、「DNARの表明があれば、心停止でない場合でも気管挿管、人工呼吸管理などの積極的な治療を行わなくても良い」と誤って認識される場合があることなど、医療従事者においても用語が正しく理解されていないことが判明した。そのため、用語を正しく定義し、広く周知し、共通に認識で医療が行われることを願って、2018年から用語の定義を定める作業を開始した。新型コロナウイルスによって一時中断されたが、その後再開し、委員会においてさらに検討を重ね、ここに高齢者救急に関連する用語の統一概念を示すこととなった。

## 心停止（Cardiac arrest, 心肺停止 CPA: Cardiopulmonary arrest）

心臓が止まった状態。心臓の拍動が停止しても数分はしゃくりあげるような動きが残る（死戦期呼吸）こともあるが、既に有効な換気は行われておらず、心停止の状態にある。DNAR指示が適応されるのは心停止の時のみである。

## （補足）心停止後の予後

院外心停止の予後は不良である。自己心拍が再開してもその多くはその後死亡する。最も予後が良いと考えられている、目撃ありでバイスタンダーCPR\*があり、除細動適応の心停止でも、1か月後生存率は28.6%、1か月後神経学的転帰良好は20.0%にすぎない<sup>1)</sup>。目撃があってもバイスタンダーCPRがなく、除細動非適応の心停止での1か月後生存率は4.5%、1か月後神経学的転帰良好は1.1%と報告されている<sup>1)</sup>。

\*CPR(cardiopulmonary resuscitation): 心肺蘇生

## DNAR: do not attempt resuscitation

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い、心停止の際に心肺蘇生法(CPR)を行わないこと。

以前はDNR (do not resuscitation)と呼ばれていた。しかし、DNRという表現は、「蘇生可能性の有無に拘わらず蘇生処置を施行しない」という含意があるように解釈される」との懸念から attempt(蘇生の見込みが低い患者に CPRをあえて試みない)が加えられ、DNARと呼ばれるようになった<sup>2)</sup>。(海外ではDNRやDNACPRと呼ばれている。)

## DNAR 指示: do not attempt resuscitation order

患者本人または患者の意思を推定できる者のDNARという意思決定に沿って医師が出す指示。

DNAR 指示は心停止時のみに有効であり、心停止でない場合に侵襲的な介入を行わないことではない<sup>注3)</sup>。DNAR 指示が出ている患者が心停止でない場合に治療の不開始、差し控え、中止を行う場合は、改めて終末期医療(人生の最終段階における医療)実践のための合意形成が必要である。日本集中治療医学会では、Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)指示のあり方についての勧告(2017年)において、各施設倫理委員会がDNAR 指示と終末期医療に関する指針(マニュアル)を明確に分離して作成することを強く推奨している<sup>3)</sup>。

注:日本集中治療学会からの「Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)指示のあり方についての勧告」では<sup>3)</sup>、「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。」と提示している。

## コラム

### BSC: Best Supportive Care

この用語には誤解が多い。もともとは、がん医療に関する臨床試験において、がん治療を行う群と行わない群でその治療法の有効性を検討する際、治療を行う場合でも行わない場合でも最低限行うこととして設定された用語である。つまり、抗がん治療は行わないから「何もしない」というわけではなく、どちらの群に入る患者に対しても分け隔てなくその患者が本来受けるべき最善の医療・ケアと配慮が行われるということを意味する言葉であった。しかし、驚くべきことに、BSCの目的や行われる治療やケアの内容、患者への適用方法などはほとんどの場合、明確に定義されていなかったということが研究結果から明らかとなっている。

このような実態が明らかになる一方で、いつの間にか、積極的抗がん治療を中止した後、(引き続き)行われる医療・ケアのこととして、主にごがん治療医によって置き換えら

れて用いられるようになっていったようである。つまり、この時点で BSC という言葉の用い方はすでに誤用されていることになる。

そもそもベストなサポーターティブ・ケアとはどのようなものを指すのであろうか。そしてそのベストなサポーターティブ・ケアは実際に患者側からみて本当にベストなものなのかと考えると、残念ながらやや疑問が残ると感じる人は多いのではないだろうか。

しばしば最善の医療・ケアなのだから、BSC とは緩和ケアのことであろう、と誤解される向きがあるが、必ずしもそうではない。そもそも緩和ケアは、重い病をかかえるすべての人を対象とするものであり、WHO が定義しているように、明確な定義をもつ医療・ケアである。また人生の最終段階や積極的治療が終了した後だけでなく、疾患の時期を問わず患者・家族等の QOL を向上するために、治療と並行して行い続ける医療・ケアに関する様々な取り組みである。一方で、BSC は、あくまで最善の支持療法であり、支持療法の一環である。支持療法とは、狭義では、治療の副作用等に対するケアを指しており、いわゆる緩和ケアの中でも症状緩和に特化したものであると考えられている。（広義では、副作用対策だけにとどまらず、概ね緩和ケアと同じような内容まで行うものであると考える場合もあり、その内容は用いる人、定義する人によって差が大きい。）したがって、BSC と緩和ケアは同じものであるとはいえない。

このように考えると、病気を治すための治療が行われない場合、ひいては命を救うための治療を行わないことが決定された際に、DNAR という言葉の代わりに、その後の医療・ケアについて、BSC という言葉を用いることも容認することはできないという意見もある。それは、BSC という言葉の概念が明確に定義づけられていないこと、併せてこの言葉の使い方を更に混乱させる原因になる可能性があるからとの理由からである。

また、病気を治すための積極的治療が終了した状況で、BSC という言葉の代わりに「ここからは緩和ケアで」と表現することも誤っている。なぜなら、緩和ケアは重い病をもつすべての患者に、すでに提供されているはずだからである。

このように、一つの言葉をどの文脈で用いるのかという問題は議論の尽きない問題である。しかし、少なくとも BSC という言葉はベストなサポーターティブ・ケアという意味で使われていないのが現状であろう。そうなると、この言葉を DNAR の代わりにや、緩和ケアの代わりに用いるわけにはいかない。BSC という言葉自体を（用いてよいのかどうかを含めて）再考する必要があるだろうと考える。

参考文献：

- 1) Rapp E, Pater JL, Willan A, et al. Chemotherapy can prolong survival in patients with advanced non-small-cell lung cancer--report of a Canadian multicenter randomized trial. J Clin Oncol. 1988;6:633-41.
- 2) Hui D, De La Cruz M, Mori M, et al. Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. Support Care Cancer. 2013 ;21:659-85.
- 3) Boucher NA, Nicolla J, Ogunseitán A, et al. Feasibility and Acceptability of a Best Supportive Care Checklist among Clinicians. J Palliat Med. 2018 ;21:1074-1077.
- 4) Sanz Rubiales Á, Sánchez-Gutiérrez ME, Flores Pérez LA, et al. How is best supportive care provided in clinical trials for patients with advanced cancer? A review of registered protocols of clinical trials. Curr Oncol. 2020 ;27:e100-e105.

#### **予想しない急変<sup>4)</sup>**

短時間で生命の危機に関わるようなバイタルサインの変調を伴う突然の病態の変化のうち、患者本人や周囲が今起こるとは予想していなかったもの。突然の血圧低下、呼吸困難、低酸素血症、発熱、意識障害、心停止など、治療の要否を迅速に判断する必要が生じた状態をいう。

#### **予想された急変**

担当医・かかりつけ医が、患者の現状を鑑みて、近い将来に生じ得ると予想できる病態の変化。例えば、嚥下機能が低下した患者での（誤嚥性肺炎からと類推される）低酸素血症や呼吸困難感、喀痰による窒息、心不全を繰り返す患者での（肺うっ血からと類推される）呼吸困難感や心停止など。予想された急変で、予想に基づく担当医・かかりつけ医の指示がある場合には、その指示に従うことも可能である。

#### **かかりつけ医**

日本医師会では、日医かかりつけ医機能研修制度の解説において「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とさ

れ、また、同ホームページ「国民の皆様へ」では「健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと」と定義されている。ここでは、管理料を算定するための「かかりつけ医」とは区別する。

(参考)日本医師会ホームページ 最終閲覧年月日

<http://www.med.or.jp/doctor/kakari/> (2024年12月13日)

<https://www.med.or.jp/people/kakari/> (2021年12月13日)

### パターナリズム(paternalism)

パター(pater)は父親(father)の語源である。古代から20世紀後半まで行われてきた意思決定のあり方。この時代は、医療の玄人である医師が素人である患者の保護者として、患者にとって最善の選択は何かを医学的に判断し、医師が決定していた。医師・患者関係における非対称性が顕著だった時代における意思決定のあり方。

### インフォームド・コンセント(IC:informed consent)

患者/被検者が当該治療や研究に関して医療者/研究者から医療行為/介入に関するメリットやデメリットなどについて十分な説明を受け、十分理解したうえで医療者/研究者に与える同意のこと。ナチス・ドイツの医師の非人道的行為の反省を踏まえ1947年にまとめられた「ニュルンベルグ綱領」にてその概念が導入され、世界医師会の「ヘルシンキ宣言」改訂版(1975)にて informed consent という用語が使用されたことによって世界に広まった。

日本では1997年に改正された医療法(第1条の4第2項)において、インフォームド・コンセントは「医療の担い手は医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と定められるようになった。

ただし、救急医療の現場において救命医療を優先すべきと判断される場合は、患者側への説明と患者側から理解を得ることは、救命医療のあとで行われる。

(補足)ICには「十分な説明」、「理解」、「自由意思に基づく同意」という3つの要素が不可欠である。これはベルmont・レポート(the Belmont Report)で述べられているICの3要素、「情報(information)」、「理解(comprehension)」、「自発性(voluntariness)」に対応する<sup>5)</sup>。

ICの主体は患者/被検者であり、日本の医療現場において「医師が患者にICする」という表現が広く用いられているが、こうしたICの使用は誤用である。

共同意思決定(shared decision making : SDM)

医療・ケアの選択に際して、一人ひとりの患者/施設利用者等が医療・ケア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を指す。このプロセスを経て、将来、必要とされる医療・ケアについて話し合うと、それがアドバンス・ケア・プランニングにもなる。日本では、必要な場合は患者の家族等もこのプロセスに加わる。SDMにおいては、医療・ケアチームからは医学的エビデンスにもとづく医療情報(標準的治療法、代替法、各方法のメリット・デメリットを包括的に含む)を提供し、本人・家族側からは本人の価値観・人生観・死生観に基づく選好・意向に関する情報を提供し、情報共有と対話を通じて、本人の視点からみて最善の選択に共同で至ることを目指す。異なった選択肢を選んだ場合の予想される結果について、本人側の理解を得つつ、決定に至ることが求められる。

(補足)ここで医療者が注意すべきことは、患者の見解や選択は医学的に最適な治療法とは異なる場合がありうることである。患者にとって最良の選択が、医学的に最良の治療法を受けたいという結論に至ることもあるが、患者の嗜好などの観点から他の治療法が選択される場合もありうる。

リビング・ウィル (LW: living will)

意識障害や認知機能の低下のために意思決定が困難となった場合を想定し、意思決定能力を有するうちに、患者あるいは将来患者になることを想定した本人によって自身が受ける医療行為に関する事前指示(advance directives)を記しておく文書。字義的には、「生きている間に効力を発揮する遺言書」という意味。おもに延命医療に関する本人の意向を事前に記しておくものとして、最初に米国で制度化された。

**POLST: physician orders for life sustaining treatment**

医師が、余命が限定的であると判断した患者本人または患者の利益に関わる意思決定代理人\*との対話にもとづき、患者側の意向に沿って生命維持治療としての種々の医療行為に関する内容を医師が記載する文書。医師が保管したり、患者の自宅など目に付きやすい場所に掲示することもある。医師が主導する事前指示の一種<sup>6)</sup>。

\*米国では意思決定代理人は法的な立場であるのに対し、日本では意思決定代理人に関する法的な定めは不在であるため、適用には留意を要する。

## 事前指示 (advance directives)

living will や POLST、意思決定代理人の指名など、人生の最終段階における医療とケアに関する意向を患者あるいは将来患者になることを想定した本人が事前に示しておくこと。それを文書化したものが事前指示書。一度作成しても適宜の見直しと再確認が推奨される。米国、カナダ、オーストラリアなどの英語圏諸国、アジアでは台湾と韓国で法制化されているが、日本では法制化されていない。

## アドバンス・ケア・プランニング (ACP: advance care planning)

米国では事前指示を制度化し推進したが、その効果が不十分だったことから、事前指示を補うために ACP が考案された。ACP は、本人・家族等と医療・ケアチーム間の対話のプロセスを重視する。そのプロセスにおいて、米国では法的文書である事前指示書を作成することが強く推奨されているが、日本では事前指示書は法的効力を持たず、また、事前指示書の作成に消極的な市民が少なくないことから、事前指示書の作成よりも対話のプロセスに一層の重点が置かれている。もし、本人が事前指示書の作成に前向きで文書を作成した場合でも、作成された文書を完成版とすることなく、適宜の見直しと再確認/書き直しが推奨される。

国内で発表されているおもな ACP の定義を以下の表に記載する。

表 国内における ACP の定義

組織	ACP の定義
厚生労働省 (2018)	人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス。 <sup>7)</sup>
日本医師会 (2018)	将来の変化に備え、将来の医療やケアについて患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのこと。患者の人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療およびケアを具体化することを目標にしている。 <sup>8)</sup>
日本老年医学会 (2019)	ACP は将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである。 * ACP の実践のために、本人と家族等と医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、意思決定のために協働することが求められる。ACP の実践によって、本人が人生の最終段階に至り意思決定が困難となった場合も、本人の意思をくみ取り、本人が望む医療・ケアを受けられるようにする。 <sup>9)</sup>



<p>医療者と研究者らのデルファイ法による定義 (2022)</p>	<p>ACP とは、本人が現在の健康状態について理解したうえで今後の生き方や受けたい医療・ケアについて考え(将来の心づもりをし)、家族等と話し合うこと、また信頼関係のある医療・ケアチーム等がその話し合いに参加し、必要に応じて支援することです。</p> <p>特に将来の心づもりについて言葉にすることが困難になりつつある人、言葉にすることを躊躇する人、話し合う家族等がいない人に対して、医療・ケアチーム等はその人に適した支援を行い、本人の価値観を最大限くみ取るための対話を重ねていく必要があります。</p> <p>本人が自分で意思決定することが困難になったときに、将来の心づもりについてこれまで本人が表明してきた内容にもとづいて、家族等と医療・ケアチーム等が話し合いを行い、本人の価値観を尊重し、本人の意思を反映させた医療・ケアを実現することを目的とします。<sup>10)</sup></p>
------------------------------------	--

ACP の定義は、それが誰を対象として発表されているのかによって主語が異なっている。日本老年医学会は高齢の患者や施設利用者および在宅医療・介護を受けている本人を ACP のおもな主体として念頭に置きつつ、医療・ケア従事者向けに定義化しているため、意思決定支援の表現となっている。

上記の定義においてほぼ共通しているのは、人生の最終段階まで「本人の意思を尊重する」という趣旨と、意思決定において「本人が中心となること」、「本人の価値観の尊重と意向の明確化」、「本人・家族等と医療・ケアチーム間の情報共有」、「本人の望み・目標の大切さ」、「継続的な対話のプロセスの重要性」、「医療・ケアチームで対応すること」などである。

(補足)厚生労働省は ACP が日本の国民に浸透するよう、2018 年に「人生会議」という“愛称”を選定した。

## 延命医療・延命措置

患者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治療法を指す。

「延命医療」は“life-prolonging treatment”の訳語である。この用語は本来、中立的な意味だが、自らの主観を反映させ、否定的なものとして認識する医療・ケア従事者や市民が少なくないことから、英語圏諸国では、より慎重に対応するために、“life-sustaining treatment”、すなわち「生命維持治療」という用語を使用する機会が増えてきている。中立性の含意という点で、“prolonging”よりも“sustaining”のほうが適しているという判断である。ただ、「生命維持治療」という用語は日本ではあまり使用されていないので、「高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024」では、一般に使用されている「延命医療」を用いて記述している。

(補足)日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会は<sup>11)</sup>、日本医師会医事法関係検討委員会答申(平成16年3月)を踏襲し、終末期である患者において、「延命処置とは生命維持処置を施すことによって、それをしない場合には短期間で死亡することが必至の状態を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のことをいう」としている。

また、平成26年の「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」<sup>12)</sup>では、このような状態においては「医療」ではなく「措置」と考え、「延命措置」としている。

(参考)

英国医師会: life-prolonging treatment の定義

「延命医療は患者の死を遅らせる可能性があるすべての治療法を指し、心肺蘇生法、人工呼吸管理、化学療法や透析療法など、特定の症状に対して用いられる治療法および生命に危険を及ぼす恐れがある感染症に罹患した場合に用いられる抗生物質投与や人工的水分・栄養補給法などが含まれる。」

British Medical Association. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment; Guidance for decision making. 2<sup>nd</sup> edition, p.6.(2001)

米国医師会: life-sustaining treatment の定義

1994年に、『医の倫理綱領』(Code of Medical Ethics of the American Medical Association)において、延命医療を指す用語を”life-prolonging treatment”から“life-sustaining treatment”に変更した。その定義は以下のとおり。

「生命維持治療とは、患者の医学的状态を改善することなく生命の延長に役立つすべての治療法であり、人工呼吸管理、透析療法、化学療法、抗生物質投与、人工的水分・栄養補給法などが含まれるが、これらの治療法に限定されない。」

AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Opinion 2.20. Code of Medical Ethics of the American Medical Association: Current Opinions with Annotations, 2006-2007 edition. p75.)

日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会「対外報告 終末期医療のあり方について -亜急性型の終末期について-」<sup>8)</sup>

2008年に「延命医療」という用語を使い、日本医師会の答申の文言を踏襲して、以下のように解説・定義している。

「延命医療とは、一般的には“何らかの治療行為を行わなければ死に至るはずのものを、生きながらえさせる”ための治療としての意味合いで使われている。がん、心臓病、アルツハイマー病に対する“代替療法”を、延命医療法として取り扱っている場合もあり、すぐに死に至るような病状ではなくても使われることがある。また、無駄な医療行為との意味合いが含まれて使われることも少なくないが、延命医療を行うことと、行っている延命医療の医学的無益性の判断とは本来別の問題であると考えられる。さらに、治療内容は人工呼吸器や補助循環に止まらず、終末期では輸液管理や栄養管理までが延命医療に含まれることが多い。このように、延命医療が意味するところは広汎である。以上のような経緯を踏まえると、終末期であることを前提にして考えるなら、日本医師会医事法関係検討委員会答申(平成16年3月)にあるように、『延命処置とは生命維持処置を施すことによって、それをしない場合には短期間で死亡することが必至の状態を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のことをいう』というのが、妥当な定義と思われる。」





## フレイル(frailty)





現在、世界には”frailty”に関して大きく2つの研究潮流がある。一方は要介護状態になる手前の状態に特化した研究<sup>13)</sup>であり、おもに米国で概念形成された。これについて日本老年医学会は2014年に、その訳語を「フレイル」<sup>14)</sup>とすると発表した。同学会は、「フレイル(frailty)とは、高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念である」と定義している<sup>13)</sup>。この考え方では、フレイルは健康な状態と要介護状態の中間状態であり、適切な介入により健康な状態に戻れるという可逆性の要素も含まれている。そして、要介護状態になるとフレイルではなくなるとされている。このフレイルは、日本では国と自治体の介護予防と健康寿命の延伸政策に活かされている。

他方の”frailty”の研究はおもにカナダで進められてきた。<sup>15)</sup> この”frailty”は老化の進行という概念を包含しており、「軽度 frailty」から「中等度 frailty」、「重度 frailty」へと次第に進行するとされている。「重度 frailty」は老衰の最終段階であり、”frailty”の進行によって最期を迎えると老衰死となる。この”frailty”の進行は図1の“CFS (Clinical Frailty Scale)”という9段階のスケールで示されている(ただし、老衰の最終段階は8であり、9はがん等の疾患のために生命予後が短い状態を指す)。英国の公的医療保険サービスであるNHS(National Health Service)は、CFSを含めこちらの”frailty”研究を高齢者のエンドオブライフ・ケア政策に活かしている。

この2つの研究潮流は、上述のように実際には異なる概念を扱っているにもかかわらず、同一の用語を使用しているため紛らわしく、誤解を生じやすいことが課題の1つとされている。

## CLINICAL FRAILITY SCALE

	<b>1</b>	<b>VERY FIT</b>	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	<b>2</b>	<b>FIT</b>	People who have <b>no active disease symptoms</b> but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very <b>active occasionally</b> , e.g., seasonally.
	<b>3</b>	<b>MANAGING WELL</b>	People whose <b>medical problems are well controlled</b> , even if occasionally symptomatic, but often are <b>not regularly active</b> beyond routine walking.
	<b>4</b>	<b>LIVING WITH VERY MILD FRAILITY</b>	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While <b>not dependent</b> on others for daily help, often <b>symptoms limit activities</b> . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	<b>5</b>	<b>LIVING WITH MILD FRAILITY</b>	People who often have <b>more evident slowing</b> , and need help with <b>high order instrumental activities of daily living</b> (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.

	<b>6</b>	<b>LIVING WITH MODERATE FRAILITY</b>	People who need help with <b>all outside activities</b> and with <b>keeping house</b> . Inside, they often have problems with stairs and need <b>help with bathing</b> and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	<b>7</b>	<b>LIVING WITH SEVERE FRAILITY</b>	<b>Completely dependent for personal care</b> , from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	<b>8</b>	<b>LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY</b>	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	<b>9</b>	<b>TERMINALLY ILL</b>	Approaching the end of life. This category applies to people with a <b>life expectancy &lt;6 months</b> , who are <b>not otherwise living with severe frailty</b> . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

### SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: [www.geriatricmedicineresearch.ca](http://www.geriatricmedicineresearch.ca)  
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

図 1 Clinical Frailty Scale (version 2.0)

(Rockwood K. Using the Clinical Frailty Scale in allocating scarce health care resources. Canadian Geriatrics Journal 2020;23(3):254–259. より転載)

なお、この用語の統一概念は日本救急医学会高齢者救急委員会で検討され、理事会で承認され、学会ホームページに掲載されたものである。

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(現担当理事)、小倉眞治(前担当理事)、横田裕行(前々担当理事)

\* 参考文献:

- 1) Nagao K, Nonogi H, Yonemoto N, et al. Duration of Prehospital Resuscitation Efforts After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation*. 2016;133:1386–96.
- 2) American Heart Association: Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.2005:IV–7, (AHA 心肺蘇生と救急心血管治療のためのガイドライン 2005 中山書店, 東京, 2006, p8)
- 3) 日本集中治療医学会 倫理委員会. Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)指示のあり方についての勧告. *日集中医誌* 2017;24:208–9
- 4) 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ガイドライン. 2018.  
([https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kyuukyuu/kourei\\_kyuukyuu.html](https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kyuukyuu/kourei_kyuukyuu.html))  
(最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
- 5) The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1979. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.  
<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html> (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日).
- 6) National POLST HP (<https://polst.org>) (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
- 7) 厚生労働省. 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・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf> (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
- 8) 日本医師会「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング (ACP)から考える」パンフレット.2018.
- 9) 日本老年医学会 倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」. 「ACP 推進に関する提言」2019. ([https://jpn-geriat-soc.or.jp/press\\_seminar/pdf/ACP\\_proposal.pdf](https://jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf)) (最終アクセス 2024 年 12 月 11 日)
- 10) Miyashita J, Shimizu S, Shiraishi R, et al. Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan’s Advance Care Planning. *J Pain Symptom Manage* 2022;64:602–613. PMID: 36115500

- 11) 日本学術会議 臨床医学委員会終末期医療分科会. 対外報告 終末期医療のあり方について -亜急性型の終末期について-. 2008  
(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>) (最終アクセス 2024年 12月 11日)
- 12) 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン. 2014.  
(<https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>) (最終アクセス 2024年 12月 11日)
- 13) Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al: Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 56A:M146-M156,2001.
- 14) 日本老年医学会. フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント. 2014.  
([https://jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513\\_01\\_01.pdf](https://jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf)) (最終アクセス 2024年 12月 11日)
- 15) Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, et al: A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. Lancet 1999;353:205-206.