

高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言(案)

2020.5.22 version 1.2

2020.11.1 version 1.3

2020.11.17 version 2.0

2023.10.22 version 3.0

2023.10.30 version 4.0

2023.11.9 version 4.4

令和5年〇月

日本救急医学会  
エンドースメント(endorsement)組織  
〇〇学会

この提言は以下の方々から貴重な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
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
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
全国在宅療養支援診療所連絡会	新田國夫
日本在宅看護学会	佐野けさ美、川村佐和子
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
日本老年医学会	長谷川 浩

#### オブザーバー参加

総務省消防庁消防・救急課救急専門官	小谷 聡司
厚生労働省 医政局地域医療計画課 救急・周産期医療など対策室 救急医療 対策専門官	野口 航

#### 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（委員長）、横田裕行、矢口有乃、成松英智（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る予定の「用語の統一概念」を参照されたい（URL.....）

## はじめに

本邦において高齢者人口は 2010 年に 23.0%となり、超高齢者社会に突入し、2022 年には 29.0%、内 75 歳以上は 15.6%と過去最高へと進行している現況です<sup>1)</sup>。高齢化の一因として、医療の進歩が挙げられますが、一方で、もしものときに、ご自身の望まれない医療やケアを受けることとなる現状があります。フレイルが進行し積極的な治療を希望しない患者さん、DNAR を希望している高齢の患者さんが心停止となった場合や、在宅や施設での看取りを希望している患者さんも、救命救急センターに搬送されることが少なくありません<sup>2-6)</sup>。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<sup>7)</sup>。

現在、高齢者医療は、患者さん、ご家族、医療者だけではなく高齢者に関わる全てのスタッフにとっても大きな課題であり、それらへの対応が急務です。

そこで高齢者医療に関わる各種団体が集い、高齢者医療、特に救急医療の問題点と対策を協議してきました。これはそれらの協議を踏まえた、高齢者救急医療の現状と打開に向けての対策案の提言です。

高齢者の救急問題を検討するわれわれ医療者は、高齢者の皆さまへの医療提供を一律に年齢で区切るようなことは致しません。年齢を重ねても安心して過ごせる社会が維持できるよう、今までどおり力を尽くします。

しかしながらわれわれ人間は、加齢という現象には誰も抗えません。必ず訪れる人生最期の日に備えて、ご自身の望む命の終え方について、皆さまの大切な方々に予め伝えておきたいとは思いませんか。

われわれ医療者は、皆さまが望む命の終え方に寄り添えるようにこの提言をまとめました。皆さまは、望む場所・望む姿で最期が迎えられるよう、予め話し合ってください。

高齢者の医療、特に救急医療に関連する機関や施設は、それを支援できる体制整備へのご協力をお願いします。

## 提 言

市民の方々へ

**【提言 1】 医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかなどを、日頃から繰り返し話し合ってください**

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)#、人生会議を行ってみてはいかがでしょうか。自らの意思表示ができなくなった時には、「どのような医療を行ってもらいたいか」「どのような医療を行ってほしくないか」「最期をどのように迎えたいか」「誰に代わりに判断してもらおうのか」などが重要です。

心身の状態の変化などに応じて、意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかを、ご家族などや医療ケアスタッフと事前に日頃から繰り返し話し合うことをお勧めします<sup>8)</sup>。

お誕生日、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ります。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、高齢者福祉施設に入所する際や、ご家族の病気の際などは、話し合う良い機会となります。

高齢になり、日常生活も不自由になってきた状態の方は、入院し一旦、無事退院できたとしても、何度も入院を繰り返し、徐々に体力が低下します (図1)<sup>9)</sup>。入院する時は、今後のことを考えやすいです。

入院する時や退院する時にも、ご本人、ご家族などと医療・介護スタッフと今後の過ごし方について相談されてはいかがでしょうか<sup>10,11)</sup>。

**【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などの連絡先を確認しておいて下さい。**

心臓が止まった際に心臓マッサージを望まない(DNAR)と表明している方が心停止となった時に、救急車を呼ばれることがあります。ご家族はなんとかしてほしいと思って救急車を呼ばれますが、心臓が止まっていたら、救急隊は心臓マッサージを開始するので、後悔されることがあります。

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などに、どの順序でどこに連絡をするか、日頃からご家族で確認するこ

とをお勧めします。ご自宅で最後まで過ごしたい、お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来院してもらわなければならないわけではありません。深夜などには、連絡をしておいて、翌朝に往診してもらうことも可能です。また、救急隊に心臓マッサージを望まないことを告げ、かかりつけ医に連絡が取れば、病院へ搬送をせず、ご自宅で看取りを行うことができる地域も一部あります。

## コラム

### 延命治療について

国民への意識調査を行うと、延命治療はしないしてほしいという方はたくさんいらっしゃいます。延命治療とは治る見込みがない・それ自体は根本解決にならない医療を指すことが多いです。医療なしでは生きられない状態です。人工呼吸器・透析・輸血・人工栄養なども生きるのに必要な身体機能を医療で補っている状態です。

最初は命を救うための救命治療なのですが、徐々に回復の見込みがなくなり延命治療に変わっていきます。予定している手術のように心の準備はできず、急に倒れて病院は運ばれて、意識のないご本人に代わってご家族が、医療者から治療を希望するか聞かれることになります。ご家族は後悔したくないので、ご本人が望まなくても治療を希望されることが多いです。

生きることにはできるが、”こんなはずじゃなかった・・・”ということ为了避免するために ACP は必要です。あらかじめ、ご本人が「どう生きていきたいか」、「どんな状態だったら生きていたくないか」をご家族と共有することで、ご本人が亡くなった後もご家族が後悔することが減ると言われています。

### 心臓マッサージでどのくらい助かるのか？

医療ドラマや映画では心臓が止まった人が救命される場面がよく描かれますが、実際は心臓マッサージで助かる見込みは非常に低いという現実があります。病院の外で心臓が止まった時は、心臓マッサージの時間が 42 分を超えると命が助かる確率は 1%未満です。35 分を超えると、意思疎通ができる確率は 1%未満です。80 歳以上で車椅子生活の体力の方が心停止になった場合の蘇生率は 0%という研究もあります。たとえ、心臓が動いたとしても、そのまま入院中に亡くな

ったり、全く動けない方、意志疎通ができないままの方もいます。

#### 高齢者施設職員の方々へ

**【提言 1】** 利用者のご家族に **advance care planning (ACP)** についてお話しし、利用者のご家族などが望む命の終え方（看取りを含む）を可能とするための整備を行ってください。

ACP は、利用者の状態が変化した時だけではなく、利用者とその意思を推定しうる者となるご家族など、複数の医療・介護スタッフと、定期的あるいは日常生活動作(ADL)が変化した場合に協議してください。

**【提言 2】** 配置医師（主治医・連携医）、外部医師および看護、介護スタッフと協議し、施設での看取りができる体制を整備してください。

施設職員全員に救命処置をはじめとした訓練を定期的に行ってください。

急変した際に施設でどのように対処するかを定めたマニュアルを作成し、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ください。

「#7119」や「Q 助」などの緊急度判定システムを利用できるようにし、急変時にはこれらを利用し適切な救急搬送を行えるようにしてください。救急車を呼ぶ前に利用者やご家族などの意思を再確認し、救急車の要請が本当に必要か検討してください。

#### 高齢者の医療・ケアに日常的に関係する医師、看護、介護、ソーシャルワーカーの方々へ

**【提言 1】** 日常から、本人が希望する最期の迎え方について、本人（患者さん・利用者）・ご家族などと他職種で話し合い、皆でご本人の希望を共有し、支援してください。

現在の日本では、高齢者一人を支えている職種は、医師、看護師、介護士、ケアマネジャー、MSW と多職種に及びます。常日頃から、各職種が有する利点を生かして本人の希望をさりげなく探る努力を続け、多職種による「本人の共同意思決定支援」の進め方を理解し、患者さんの人生観や嗜好を共有し、ACP

を実施し、常に更新していくことが望まれます<sup>8)</sup>。

## 【提言 2】高齢者の急変に備えてください。

高齢者は容易に急変します。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、各職種と、かかりつけ医との話し合いを充分に行ってください。本人の希望が成就されるように、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ください。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して下さい。一人や少人数で常時対応することは困難ですので、ITなどを活用し、当番制を採用するなど、医療者と常時連絡が取れる体制を整備して下さい。
- 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、各職で共に協議・共有しておいて、適切に対応できるようにして下さい。
- ③ 急変時の対応マニュアル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ってください。
- ④ 高齢者施設での看護、介護の介入によって、不要な救急搬送や救急入院を回避できることが示されています。高齢者施設においては、ACPの確認や急変時にどのように対応したら良いかなど、入所者だけではなく、施設職員と共にシミュレーションなどを行い、適切な対応が行えるように備えてください。

## 急性期～慢性期病院の方々へ

【提言 1】患者さんと今後はどのような人生を望むのか、ご家族などや多職種とともに確認してください。

担当医は積極的に、患者さんが今後はどのような人生を望むのか、ご家族などや多職種とともに確認してください。ACPは急性期治療の開始時、経過中、終了時に行うことも効果的です。

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を行うことが理想です。退院支援や退院

調整会議などの際には ACP を実施し、今後の救急対応に関しても話し合ってください。

「人生の最終段階」となった患者さんの意志を確認し、それに沿った最期を迎える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取り、実践してください。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、再度ご家族などに患者さん本人の意向はどうだったのか、ご確認をお願いします。

ACP に関する勉強会を定期的実施するなど、病院全体で患者さんと医療関係者が ACP を実施する文化の醸成に努めてください。

## 【提言 2】地域全体で高齢者医療提供体制の再構築を検討してください。

近隣の高齢者施設に従事する医師のサポート体制を検討してください。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、補完するシステムを構築してください。

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速やかに地域のかかりつけ医をみつけて、自宅に退院することが望ましいと考えられます。急性期を脱した患者さんを早期に受け入れる地域の病院や在宅医などとの連携を強化してください。

### 消防職員の方々へ

- ・地域のメディカルコントロール（MC）協議会の方針に沿って、DNAR を表明している方が心停止となり搬送依頼があった場合に不搬送も可能となる体制を整備してください。
- ・DNAR を表明している方が心停止となった際に、ご家族が動揺し蘇生処置を希望することがあります。そのような場合には、落ち着いてご家族に再度、DNAR か心肺蘇生を希望するかを確認して下さい。
- ・近隣の高齢者施設からの救命講習依頼があれば指導をお願いします。

### メディカルコントロール（MC）協議会の方へ

- ・救急隊員が、DNAR を表明している傷病者の意思が尊重される対応や手順を定め、周知、実践してください。東京消防庁が定め、2019年12月から運用しているプロトコルを一例として添付します(図2)<sup>12, 13)</sup>。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(公表されるURLを引用<sup>14)</sup>)。その他の地域でも同様な取り組みがなされています。

### 厚生労働省の方々へ

- ・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つに分けてアプローチしてください<sup>15)</sup>。
- ・近隣の高齢者施設に関する医師のサポート体制を検討してください。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した場合の加算をしてください。高齢者施設に関す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。
- ・高齢者福祉施設利用の際にACPを確認した場合だけでなく、見直した場合にも診療報酬加算ができるようにしてください。
- ・退院支援や退院調整会議などが診療報酬としても評価されていますので、そこでACP、今後の急変での対応を話し合った場合に加算をして下さい。

### 総務省消防庁の方々へ

- ・地域のMC協議会で、DNARを表明している傷病者が心停止となった場合の搬送方法や不搬送について協議を進め、実践できるように働きかけて下さい。
- ・「DNAR」と「治療の差し控え」の相違など、正しい用語の理解を進めて下さい。
- ・高齢者施設などでの消防隊員の救命講習の指導の推進をお願いします。

## 現状とその対策案

### 1. 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、病院の各々41.6%、28.7%～32.3%を上回っていた<sup>16)</sup>。平成24(2012)年や平成29(2017)年度に行った同調査でも<sup>17,18)</sup>、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<sup>19)</sup>、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時に備え、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%であることが推定された。

しかしながら、実際にはDNARを表明していても心停止となった場合には、その意志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<sup>2-6)</sup>。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<sup>2-5)</sup>。救急車がそのために使用され、重篤な傷病者への救急隊の接触や病院搬送が遅れる可能性がある。

### 2. 高齢者福祉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advance care planning (ACP)や看取りを行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、安易に全例救急搬送を依頼している施設もある。この誘因の一つには、家族からのクレームを避けるために救急搬送を依頼している施設もある。

高齢者福祉施設には、多種多様な形態があり（図3,4）<sup>20)</sup>、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

(表1)<sup>21)</sup>。例えば、介護老人保健施設(老健)と特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)(特養)とは医療のあり方が違う。前者は包括化された報酬の中で医療も提供するため、高額薬剤を使用しにくい一方、後者は、介護保険と医療保険とで調整の上、評価され、使用できる。

医師においても、前者は配置医以外からの医療の提供は受けられないが、後者は「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、i) 緊急の場合、ii) 配置医師の専門外の傷病の場合のほか、iii) 末期の悪性腫瘍の看取りや、iv) 在宅療養支援診療所などの医師による看取りの場合には、外部医師(配置医師以外の医師)は入所者を診ることができる」とされている。

しかしながら、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、「夜間の臨時的診察(急変対応)」、「休日の臨時的診察(急変対応)」は負担が多いと報告されている<sup>22)</sup>。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<sup>23)</sup>、約40%の施設では、配置医が対応困難な際に訪問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<sup>22)</sup>。

最期は施設で迎えたいと願っていても、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、病院に搬送することは問題である。介護老人福祉施設でも全く看取りをする意思がない所が1割強あるが<sup>20)</sup>、その他の施設ではさらに多いことが報告されている<sup>24)</sup>。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、「緩和ケア」や「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、施設のマニュアルを整備し、シミュレーションを行い、看取り体制を作ることによって、施設で看取りも行えることが望ましい。

今後、介護療養病床が介護保険施設として、新たに介護医療院に変わっていくが、その機能としてターミナル、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多く、容易にまた突然、急変することも少なくない。高齢者福祉施設職員であれば、急変時の対応に習熟していることは職務である。職員への蘇生教育、急変時対応や看取り対処の教育が必要である。実習が望ましいが、E-learningなどを用いた学習は必須と思われる。

また、既存の#7119や「Q助」「緊急度判定プロトコル」などの緊急度判定シ

システムなどを利用した<sup>25-27)</sup>、緊急度判定システムの利用は有用と思われる。高齢者福祉施設、特に夜間に医師や看護師に連絡が取れない施設や場合には、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するとともに、不要な救急搬送を減らすべきである。

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」<sup>28)</sup>あるいは平成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)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」<sup>29)</sup>などを周知し、各々の施設で救急対応マニュアルを作成し、それに沿って実施してもらうために、施設でのマニュアル/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インフォームドコンセントや情報伝達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、情報共有システムが必要である。訪問看護師、ケアマネジャーなども利用可能なMedical Care Stationなどの24時間対応可能なシステム整備が望まれる<sup>30)</sup>。急性期病院や慢性期病院の中に在宅医をサポートする体制を整え、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げる体制も一案である。

### 3. 不要不急な救急搬送の減少

救急搬送件数は増加しつつあるが、その多くは軽症例である<sup>7)</sup>。救急車、救急医療など救急システムは医療のsafety netであり、市民により理解いただくように周知する。前述の#7119などの緊急度判定システムを普及し、使用してもらい、適切な救急搬送を拡充する。

高齢者福祉施設で状態が安定している患者では救急車以外の民間救急車などによる搬送や、救急指定病院以外の重急性期病院(特に地域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。

病院から軽快退院してもその後再燃や悪化の可能性のある患者、1年以内な

ど短期間に死亡する可能性がある患者（フレイルが進行した患者）では<sup>31)</sup>、かかりつけ医は、患者と家族へ、ACPを紹介し、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。

#### 4. #7119、緊急度判定システムの普及

電話による「#7119」などや<sup>25)</sup>、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<sup>26)</sup>。高齢者福祉施設などでは入所者の急変も少なくなく、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、特に高齢者福祉施設での利用の促進も一策である。

#### 5. 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。急変時も連絡がつくかかりつけ医、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（図5）。在宅医療では ACP はが行われ、患者本人と家族・関係者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。

限られた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、Medical Care Station など ICT などを利用した患者情報の共有システムなどの導入が必要である<sup>30)</sup>。急変時に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<sup>32,33)</sup>。

深夜などには、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。

## 6. advance care planning(ACP)の普及

フレイルが進行し、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示はできない。意識が清明なうちから advance care planning (ACP) について、患者、家族とかかりつけ医をはじめとした複数の医療およびケアスタッフとで協議を行うことが必要である。ACP はこのような話し合いのプロセスであり、必ずしも書類を必要としない。ただし、患者の状態や状況の変化とともに、思いも変化する可能性があり、適宜、見直しや修正を行うべきもので、一度行えばそれで良いというものではない<sup>34)</sup>。

フレイルが進行していなくても、突然死は起こりうる。このようなフレイルとなる以前の早期からの ACP 導入を可能とするパンフレットを作成し普及させる必要がある。患者本人の判断力が保たれているうちから ACP を行うことが望ましい<sup>34)</sup>。

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<sup>35)</sup>。1 年以内など短期間に死亡しても不思議ではない患者（フレイルが進行した患者）では、かかりつけ医は、患者・家族へ、ACP を紹介し、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。

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 について家族で話し合ってもらう文化の醸成が必要である。特に高齢患者は容易に救急の状況・状態になることに、医療・介護職・家族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布し、ACP へのきっかけをつくってもらおう。

少なくとも、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迎えるかの意向調査や ACP の協議の提案をすることを必須とし、ACP を行った場合の保険点数上の加算を新設されたい。

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、背景が不明なまま、書面に記載された内容を患者の最終決定と見なすことは問題である。また、状態や状況が変わった場合には、ACP は適宜変更されうるものであり、見直しも行わなければならない。

医療やケアスタッフへの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 コミュニケーションの普及・啓発事業を行うことが必要である。

## 7. 消防・MC 体制の整備

DNAR 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、「蘇生をせずに病院へ搬送してほしい」と言う患者・家族の願いと、消防法の板挟みにあい、救急隊は困惑している。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、DNAR 表明者が心停止となった場合の対応方針そのものを定めていない消防本部が 54.4%に上っており、かなりの地域差が見られる<sup>36)</sup>。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<sup>12, 37)</sup>、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が大切である<sup>38)</sup>。

## 8. 地域での活動の必要性

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、高齢者福祉施設、在宅医、訪問看護、ケアマネジャー、行政、消防機関、1 次から 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。

## 9. 医療スタッフの教育、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」はあくまでの心停止時の対応であり、延命治療とは異なる<sup>38)</sup>。

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。

## 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 2023 年 11 月 6 日) (最終アクセス年月日)
2. 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.
3. 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.
4. 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一特に救急車の有料化について一. 日臨救急医学会誌 2016; 19: 1-6.
5. 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.
6. 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.
7. 総務省消防庁. 令和 4 年版 消防白書.  
([https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r4/items/part2\\_section5.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r4/items/part2_section5.pdf) (最終アクセス 2023 年 11 月 6 日)
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. 平成 30(2018)年 3 月. <https://www.mhlw.go.jp/file/06->

- Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf (最終アクセス年月日)
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). 2018 [https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2017\\_tsutsui\\_h.pdf](https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf) (最終アクセス年月日)
  12. 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>
  13. 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.
  14. 東京消防庁. URL 掲載予定
  15. 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
  16. 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/12601000/001103155.pdf> (最終アクセス年月日)
  17. 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](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf) (最終アクセス年月日)
  18. 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](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf) (最終アクセス年月日)
  19. 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](https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2020/1031/nccH30.pdf) (最終アクセス年月日)
  20. 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  
(ア) <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000171816.html> (最終アクセス年月日)

21. 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/> (最終アクセス年月日)
22. 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
23. 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).
24. 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.
25. 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>
26. 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> (最終アクセス年月日)
27. 総務省消防庁 . 緊急度判定プロトコル ver.2. <https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate002.html> (最終アクセス年月日)
28. 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
29. 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.
30. Medical Care Station. <https://www.medical-care.net/html/> (最終アクセス年月日)
31. 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
32. 松戸市医師会 . ふくろうプロジェクト . <https://www.matsudo-med.or.jp/column/column.php?pgNo=125> (最終アクセス年月日)
33. 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://tobiunenet.com> (最終アクセス年月日)
34. 人生会議とは . 神戸大学 HP. <https://www.med.kobe->

[u.ac.jp/jinsei/about/index.html](http://u.ac.jp/jinsei/about/index.html) (最終アクセス年月日)

35. 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. 最近 10 年間に家族・近親者を看取った経験のある 50 代 60 代の男女 (1,000 人) を対象に「エンドオブライフ・ケアの現状に関する調査」を実施した調査報告書. 2018 年 12 月 17 日 <https://www.mizuho-rt.co.jp/topics/2018/eol1812.html> (最終アクセス年月日)
36. 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.
37. 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> (最終アクセス年月日)
38. 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.

表1 高齢者福祉施設・住宅の形態と配置要件 文献21)より引用

施設・住宅の種類	役割	入居対象者	医師の配置義務	訪問診療	看護師の配置義務	訪問看護
介護療養型医療施設	医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設	[要介護 1-5]病状が安定しているが、常時医療的な管理が必要な方	有	不可	有	不可
介護医療院 (H30(2018)年4月より)	医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設	[要介護 1-5]病状が安定しているが、常時医療的な管理が必要な方？	有 <sup>1)</sup>	不可？	有	不可
介護老人保健施設（老健）	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す施設（病院と住まいの架け橋的役割）	[要介護 1-5]病状が安定しており、入院の必要はないが、看護や介護、リハビリを必要とする方	有	不可	有	不可
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) (特養)	要介護高齢者のための生活施設（終の住処）	[要介護 3-5]常時介護が必要で、在宅で介護を受けているのが困難な方	有	末期癌可能、看取り往	有	末期癌可能

				診可		
軽費老人ホーム* (A型)	低所得高齢者のための	[自立-要介護 5]	有 <sup>2)</sup>	可能	有	不可
(B型)	住居		無	可能	無	可能
(ケアハウス) 特定施設			無	可能	有 <sup>3)</sup>	不可
特定施設外			無	可能	無	可能
養護老人ホーム	環境的、経済的に困窮した養護の必要な高齢者の入所施設	[自立-要介護 5]	有	可能	有	不可
有料老人ホーム 特定施設 (介護付)	介護等のサービスがついた高齢者用の居住施設	[要支援 1-要介護 5]自立の方でも入居可のところも多い	無	可能	有 <sup>3)</sup>	不可
特定施設外 (住宅型)	介護サービス等は別に契約して利用する高齢者用の居住施設	[自立-要介護 5]	無	可能	無	可能
サービス付き高齢者向け住宅 特定施設	安否の確認と生活相談サービスのついた高齢者用の賃貸住宅	[自立-要介護 5]	無	可能	有 <sup>3)</sup>	可能
特定施設外			無	可能	無	可能

<p>認知症高齢者グループホーム</p>	<p>認知症高齢者のための共同生活住居</p>	<p>[要支援 2-要介護 5]認知症の診断を受けた方で、共同生活に適応できる方</p>	<p>無</p>	<p>可能</p>	<p>無</p>	<p>①「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する利用者、②急性増悪等により頻回の訪問看護が必要と主治医が認め、特別訪問看護指示書が交付された場合に医療保険で訪問できる。 介護保険での訪問はできない。</p>
<p>小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護</p>	<p>通い、訪問、泊まりを組み合わせ提供</p>	<p>[自立-要介護 5]</p>	<p>無</p>	<p>可能</p>	<p>有<sup>4)</sup></p>	<p>①介護保険での訪問はできない。但し、事業所との契約により訪問できる。 ②医療保険での訪問は、末期の悪性腫瘍等の患者及び特別訪問看護指示書を交付された利用者について、サービス利用前</p>

						<p>30日以内に利用者宅を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を実施した場合に限り算定できる。</p> <p>なお、末期の悪性腫瘍以外の利用者においては、利用開始後30日までの間算定できる。</p> <p>③上記②であっても、宿泊サービス利用中の日中は訪問できない。</p> <p>(令和2年4月版訪問看護業務の手引)</p>
短期入所生活介護（シ	短期入所し、心身機	[自立-要介護5]	有 <sup>5)</sup>	可能	有	①介護保険での訪問

<p>ョートステイ)</p>	<p>能の維持並びに家族の負担軽減を図る</p>				<p>はできないが、末期の悪性腫瘍の利用者に限り、医療保険による訪問ができる。但し、訪問看護を受けている利用者がショートステイを利用するときに、施設と委託契約している場合は契約に基づいた訪問を行う事ができる。</p> <p>②あらかじめ施設と委託契約をしていれば訪問できる。施設側が在宅中重度者受入加算を保険請求し、施設側から訪問看護ステーションに支払う。</p> <p>(平成 30 年版 訪問</p>
----------------	--------------------------	--	--	--	--

					<p>看護実務相談 Q&amp;A , 平成 30 年 4 月版 訪問看護業務の手引 H30. 8)</p> <p>①入所日については、介護保険のみ算定できる</p> <p>②介護保険では特別養護老人ホームの退所日の訪問は算定できる。また、介護老人保健施設の退所日の訪問は、特別管理加算を算定する者であれば算定できる。</p> <p>医療保険では訪問しても訪問看護基本療養費は算定できない。</p> <p>(平成 30 年版 訪問看護実務相談 Q&amp;A</p>
--	--	--	--	--	---

						H30. 8)
短期入所療養介護	要介護者が短期入所し、療養生活の質の向上並びに家族の負担軽減を図る	[要支援 1-要介護 5]	有	可能	有	不可

\*軽費老人ホームには、以下の3つの類型がある。

(A型) 収入が一定程度以下で身寄りのない者又は家庭の事情等によって家族との同居が困難な者を対象。

(B型) 家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な者を対象（自炊が原則）。

(ケアハウス) 自炊ができない程度の身体機能の低下等が認められ、又は高齢等のため独立して生活するには不安が認められる者で家族による援助を受けることが困難な者を対象。

- 1) 併設型小規模介護医療院で、併設される医療機関により入所者の処遇が適切に行われると認められる場合には、置かないことができる。
- 2) 併設する特養との連携が図れる場合は医師を配置しなくても構わない
- 3) 「外部サービス利用型特定施設入居者生活保護」の場合は、看護職員の配置義務なし
- 4) 非常勤でも構わない
- 5) 併設型の場合、本体施設との兼務可