

## 研究速報

特別養護老人ホームにおける  
救急医による ACP とその結果野村 侑史<sup>1,2</sup> 根本 学<sup>2</sup>

## 目 的

救急医が入居者約 100 名の特別養護老人ホームの配置医を担い、本人・家族との人生会議 (advance care planning ; ACP) を実施したのでその効果を報告する。

## 対象と方法

2020 年 4 月～6 月の 3 カ月間、急な体重減少や食欲低下、活動性低下などで施設職員や医師が急変の可能性が高いと判断した入居者から順番に施設往診時に ACP を行った。また、看取り期には該当しない入居者でも、既往や年齢を考慮して予期せぬ状態悪化に備えて ACP を行い、取り組みを始める前の 2019 年 4 月～6 月と比較した。なお ACP はすべて同じ医師が約 30 分程度時間をかけて行った。

## 結 果

結果の詳細を表 1 に示す。それぞれ 3 カ月間に 2019 年は 19 人、2020 年は 20 人が医療機関に入院となっており、医療機関で亡くなったのは 2019 年は 4 人、2020 年は 1 人であった。2019 年は他のクリニックに看取りを依頼しており、3 カ月間で 3 人が施設で亡くなっていた。2020 年は 3 カ月間で 7 人を施設で看取った。

The effect of advance care planning by emergency physician at special care home for the elderly

Yushi NOMURA<sup>1,2</sup>, Manabu NEMOTO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of General internal medicine and emergency medicine, Kounosu Kyousei Hospital, <sup>2</sup>Department of Trauma and Emergency Acute Medicine, Saitama Medical University International Medical Center

<sup>1</sup>このす共生病院総合診療・救急科, <sup>2</sup>埼玉医科大学国際医療センター救命救急科

索引用語：看取り, 救急医, 地域包括ケア

〔原稿受付日：2020 年 8 月 5 日 原稿受理日：2020 年 9 月 15 日〕

表 1 施設での入院と死亡数

	2019 年			
	4 月	5 月	6 月	計
施設から医療機関への入院人数	8	7	4	19
医療機関での死亡人数	2	1	1	4
ACP 件数	1	2	3	6
施設での死亡人数	1	0	2	3
	2020 年			
	4 月	5 月	6 月	計
施設から医療機関への入院人数	8	8	4	20
医療機関での死亡人数	0	1	0	1
ACP 件数	3	6	7	16
施設での死亡人数	1	3	3	7

2019 年 4 月～6 月と 2020 年 4 月～6 月の 3 カ月間の入院日数、死亡人数、ACP 件数を示す。入院した人数はほぼ同じであるが、医療機関での死亡が減少し、施設での死亡が増加していた

## 考 察

高齢化に伴い、人生の最終段階において心肺蘇生を望まず自然な形で最期を迎えることを希望する患者が増えている。このようななか、2017 年 4 月に日本臨床救急医学会は「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」<sup>1)</sup> を発表し、2018 年 3 月には厚生労働省より「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」<sup>2)</sup> も発表された。蘇生行為を望まない心肺停止患者に対する救急隊の処置などのあり方は地域ごとに整備が進みはじめており、埼玉県西部第一地域メディカルコントロール協議会では、蘇生を望まない患者と家族に対する救急隊活動指針も策定され<sup>3)</sup>、ますます終末期医療の重要性が高まっている。

特別養護老人ホームは基本的に要介護 3 以上の高齢者が入居する施設で、高齢化に伴いその需要は高まっているが、その医療提供体制は施設ごとにまちまちで、往診医・配置医がいても入居者が多いため、一般的には本人・家族の密接なかわりには難しいことが多いと思われる。当院では 2020 年 4 月より連携施設での看取りを充実させるべく、救急医が中心となり施設往診時に ACP を実施した。

結果、施設から医療機関への入院は前年と比べ大きな差はないが、入院中に医療機関で亡くなる人数は減少し、施設で最期を迎える人数は増えていた。施設職員・家族ともに「do not attempt resuscitation ; DNAR = 治療しない」と誤解している人が多かったが、時間をかけて説明することで十分な理解が得られ、入院が

必要なものは適切に入院できていることが考えられた。そのうえで最期を迎える場所が病院から施設に移行する傾向がみられた。

救急医はさまざまな生死の場を経験しており、当施設では最期のときを迎えるにあたって救急医が時間をかけて説明することにより、実際の最期が想像でき、望まない医療を受けることなく、自然な形で最期を迎えることができるようになってきていると考えられた。

現在、当施設では主に救急医が ACP を行っているが、悪性疾患の終末期や専門性の高い特殊な疾患の場合、救急医のみでは正確な最新の情報提供ができない可能性もある。本人・家族が専門科での治療や病状説明を希望する場合には、受診を勧めており、さまざまな選択肢を提示して決めることで、より充実した看取りになると考える。現在の細分化された医療体制では、それぞれの疾患についてすべてを一専門科が担うのは困難であり、核となって総合的に患者を診る医師が必要になる。今回の取り組みを拡大させ、制度化させるには、生死を含め総合的判断が可能な救急医が核になり、専門科への受診が必要な場合にはその道筋を示す形がよいのではないかと考える。

現状では人口当たりの救急医そのものが少なく、救急医が急性期医療以外の領域を担うには限界がある。しかし、今回の ACP は基本的に施設の定期往診日に行ったものであり、業務負担が大きく増加したわけではない。救命救急センターなどの一線から退いた救急

医がその経験を生かした活躍の場としてもよいかもしれない。また望まれない延命処置を回避することで、救急医療現場の負担軽減にもつながるものとする。

今回の取り組みは今後の高齢化社会における地域包括ケアシステムの中で救急医が果たすべき役割の一つになるであろうと考える。

## COI

本稿のすべての著者には規定された COI はない。

## 文 献

- 1) 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.  
<http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/sennyu/c221-JSEM.pdf#search=%27%E6%97%A5%E6%9C%AC%E8%87%A8%E5%BA%8A%E6%95%91%E6%80%A5%E5%8C%BB%E5%AD%A6%E4%BC%9A+%E6%8F%90%E8%A8%80%27> (最終アクセス: 2020.8.5)
- 2) 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.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (最終アクセス: 2020.8.5)
- 3) 根本学, 京谷圭子, 菅野莊太郎, 他: 救急現場における心肺蘇生を望まない患者と家族に対する救急隊活動指針の策定. 日臨救急医学会誌 2019; 22: 792-800.