

指標

地域包括ケアシステムにおけるACPと救急医療体制

常任理事／総務部長

めぐろ じゅんいち
目黒 順一

はじめに

ここ数年、わが国の医療システムは大きな変貌を遂げつつある。膨らむ医療費などの社会保障費の増大を背景に、国は各種抑制策を提案し実行しようとしている。一方で、少子高齢化が急速に進行し、医療のみならず、介護や福祉においても年々要対応者が増加の一途を辿っているのが現状である。とりわけ人口減少局面に突入しつつある最近の統計にも拘らず、救急搬送とりわけ高齢者の搬送件数が右肩上がりに増加していることが報告されている。これらの背景を踏まえて、限られた医療資源をいかに効率よく活用するかが求められていると考える。

20世紀後半から21世紀にかけてのわが国の医療システムは大きな変化を遂げてきた。国民皆保険制度の発足前から振り返ると、患者の多くは医療機関にかかるハードルが高く、往診や自宅での看取りが多かった時代があった。皆保険制度制定以後はそのハードルが下がり、比較的容易に医療機関を受診できるようになった。また、治療も同一医療機関内で完結するようなシステムが採られ、一旦入院すると長期間入院するのが普通であった。その結果、医療費とりわけ入院医療費が次第に膨らみ国の財政を圧迫することが懸念されるようになった。また多くの終末期患者は院内で看取ることが主流となった。しかし、一方では住み慣れた地域や自宅で残された人生を送りたいと（心の底で）希望する患者も少なくなかったが、家庭や地域にその希望を叶えるシステムは存在しなかった。しかも、退院後に継続的なサポートを受けられる仕組みもほとんどなく、特に高齢者を含む医療的弱者の生活の質は悪化の一途を辿ることになった。これらを解決する方策として提案されたのが地域包括ケアシステムである。

本稿では地域包括ケアシステムの一部としての救急医療体制と、それにまつわる事項（主にACPとDNAR）に焦点を絞って考察する。なお、以下の見解は私個人の私見であり、北海道医師会の組織として一致

指標のポイント



地域包括ケアシステムの広がりや充実に伴い、様々な課題も議論されつつある。その一部としての救急医療（搬送）体制のあり方やシステム構築と運用方法についての課題を考察した。地域で暮らす傷病者（高齢者のみならず要配慮者も含む）の希望に沿った対応を実現するためには、ACPの議論は必須であり、その結果としてのDNARは重要である。

しかしその認知度は、国民はもとより医療従事者においてさえも低迷している。医師会のより積極的な関与が望まれる。

した見解ではないことを予めお断りしておきたい。

1. 地域包括ケアシステムとその経緯

この概念の登場は1980年代といわれる。すなわち、広島県御調町（現在の尾道市北部エリア）の公立みつぎ総合病院・名誉院長の故山口昇先生（外科医）の問題意識から始まっている。山口先生は術後患者の多くが、退院後に半年から1年で褥瘡や寝たきり状態で再入院してくることを課題として取り上げ、1974年から医療や看護を自宅に届ける「出前医療」（今で言う訪問診療）を始めた。これをきっかけに、行政と連携して寝たきりゼロを目指すシステムを構築し、これを「地域包括ケアシステム」と名付けた。1980年代半ばのことであり、この時点ではまだ一地方の先駆的な取り組みに留まっていた。

2000年になり介護保険制度が施行されたあたりから、多くの課題が明らかになってきた。一つは要介護の高齢者には認知症を伴うことが多いこと、さらに医療と介護の連携だけでは要介護の高齢者を支えきれないことが実態として浮かび上がってきた。すなわち、医療・介護サービスの他に生活支援の大切さが分かってきたのである。

2003年には当時の厚生労働省老健局長の発案で組織された高齢者介護研究会がまとめた「2015年の高齢者介護」が出され、ここで初めて医療サービス、介護サービス、生活支援等を連携させた「公的な概念」としての地域包括ケアシステムが政策方針として提言された。そこからさらに進化し、2008年に地域包括ケアシステムを深く研究する目的で地域包括ケア研究会が組織され、今日に至っている。この頃から介護分野に加えて、医療との協働の視点が取り入れられ、さらに予防、生活支援、住まいまでも含む統合されたシステムとして提案された。その政策の代表的な一具体例が、2014年に施行された「医療介護総合確保推進法」である。この法律により、各自治体が主体となり医療と介護を同格に扱って地域包括ケアシステムを構築するように定められたのである。これをきっかけにして、高齢者（このシステムが高齢者のみを対象にしている訳ではないことに留意）や障害者などの在宅での生活を支援し、地域で持続的かつ包括的なケアを提供できる

基盤の整備が始まった。しかし、各地域は多様な事情の違いがあり、型にはまったような正解はなく、その地域に存在するリソースを利用しながら人々がその地域で安全・安心に暮らせるシステムを地道に作り上げる必要がある。いずれにしても、人には必ず寿命があり医療と無関係に暮らすことはできない。地域包括ケアシステムのキャッチフレーズともいえる「時々入院、ほぼ在宅」を実現するためには在宅医療と入院医療の適正なバランスが求められよう。そのためにも、容態が悪化した際の救急医療体制の検討やその必要性の議論も不可欠と考えられる。

2. 在宅医療と病院医療（看取りを含め）

以上を踏まえて、在宅医療と病院医療の時代的変遷を辿ってみる。

在宅死亡と病院等死亡についての厚生労働省の統計をみると(図1)、1951年では死亡総数838,998人のうち691,901人、82.5%の人が自宅で亡くなっていた。病院死が75,944人(9.1%)、診療所死が21,511人(2.6%)、その他死が49,642人(助産所及びその他5.9%)であった。

その後、1961年に国民皆保険制度が整備され、誰でも少ない自己負担で手厚い医療が受けられるようになったことから徐々に在宅死が減少し、1976年には病院死(病院・診療所)(48.3%)が在宅死(46.3%)を上回った。以後は病院死(病院・診療所)が増え続け、1999年以降しばらくは80%以上で経過した。しかし、2005年(平成17年)の82.4%をピークに徐々に減り始め、自宅を含む介護施設や老人ホームで亡くなる割合(15.0%)が増加に転じた。2010年には前者が80.3%、後者が17.4%、2015年は76.6%と21.3%、2018年は73.7%と24.3%となり、2021年(令和3年)には67.4%に対して30.7%にまで増加した。

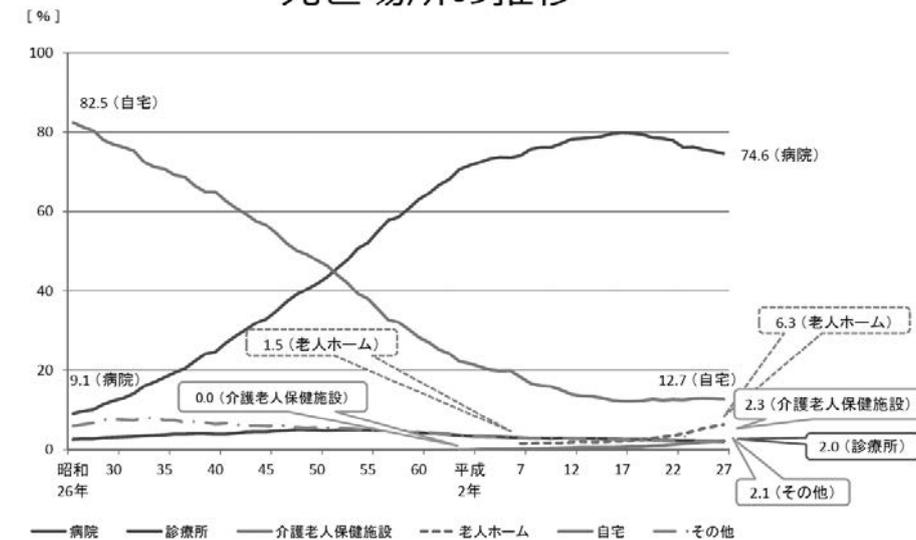
ここに、最期を迎えたい場所の希望を2017年末に調

査した厚生労働省のデータがある。それが「人生の最終段階における医療に関する意識調査」である。その中で、「あなたが末期がんの患者であると仮定して、食事や呼吸が不自由だが痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同じ場合、どこで最期を迎えることを希望しますか?」との質問に、回答者の69.2%が「自宅」と回答し、多くの人が「在宅死」を望んでいることが分かった。なお、ご承知のことと思うが病院死には緩和ケア病棟(ホスピス)での死亡も含まれることを付記する。

在宅死を希望した理由について、もう少しみると、「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」が71.9%、「最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから」が62.5%、「家族との時間を多くしたいから」が50.7%と上位を占めた。

このように、人生の最期の局面で患者の望む看取りと現実の看取りとの乖離は大きい。確かに、在宅医療や訪問診療のシステムが徐々に整備されつつあり、今後はこの乖離が縮小していくと思われるが、もう一つの課題として、在宅医療における救急医療体制が挙げられよう。先にも述べたが、地域包括ケアシステムの基本的認識(あるいは目標)に「時々入院、ほぼ在宅」があり、どのような状態(病態)の時に救急医療体制(一次から三次まで)を活用すべきかをある程度社会的共通認識として議論しておく必要があると考える。また、大事なことは総論的な体制の議論は勿論であるが、最も大切なことは一人一人の対応方法を普段から個別に話し合っておくことが重要であろう。第8次の北海道医療計画(素案)にも地域包括ケアシステムにおける救急医療体制の記述があり、その中にACPについても述べられているのは重要である。こうした観点から、人生の最終段階における救急医療とACPについて考えてみたい。

図1 死亡場所の推移



※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料:厚生労働省「人口動態統計」
厚生労働省医政局地域医療計画課「平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー 資料の一部より」

3. ACP（人生会議）と救急医療そしてDNAR

ACPの歴史的経緯を辿ることで、その意義がより明確になるのではと思います検討してみました。

欧米では1960年代から90年代前半に行き過ぎた延命治療（例えばスパゲッティ症候群等）の反省により、意思表示が困難になった患者の意向を尊重する機運が高まった。この時に提案されたのが事前指示書（Advance Directive：AD）である。すなわちリビング・ウィルと代理人指示を柱とするADが諸外国で法制化されるようになった。

1991年にはアメリカで「患者の自己決定権法」が施行されたものの、残念ながらADを含む複合的な介入でも効果的な結果は得られなかった。その結果から「ADの完成が目的ではなく、ADを内包したコミュニケーションのプロセスが重要」との提言が出された。すなわちACPの概念が生まれたのである。やがてアメリカで開発されたACPの研修プログラムであるrespecting choicesが普及し、世界中の緩和ケア専門家がこの研修を受けるようになった。我が国にこれを早い時期に持ち込んだのは現筑波大学医学医療系教授で同大附属病院緩和と支持治療科長である木澤義之先生と思われる。2012年には同大でこのプログラムを用いた研修を開始している。しかし、国内でのACPの認知度は徐々に増加しているものの、未だに低迷している。厚生労働省が平成4年（1992年）から5年ごとに実施している「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」（今回は令和4年11月22日～令和5年1月21日の調査）では、人生会議（ACP）について知っていたかとの質問に対して、一般国民は「よく知っている」5.9%（平成29年度：3.3%、以下同じ）、「聞いたことはあるがよく知らない」21.5%（19.2%）、「知らない」72.1%（75.5%）であり、前回と大きな変化はなかった。一方、医師、看護師では「よく知っている」がそれぞれ45.9%（22.4%）、45.8%（19.7%）、「聞いたことはあるがよく知らない」がそれぞれ29.1%（34.5%）、34.2%（36.6%）、「知らない」がそれぞれ24.6%（41.6%）、19.6%（42.5%）であり、まだ半数以上がよく知らないか知らないことがわかった。さらに介護支援専門員（平成29年度は介護職員）では「よく知っている」が47.5%（7.6%）、「聞いたことはあるがよく知らない」が40.6%（40.0%）、「知らない」が11.5%（51.6%）であり、認知度は大きく向上した。

この結果を見ると明らかなように、国民はもとより医療従事者でさえもまだまだ認知度の低いことが明らかである。この状況では後述する救急医療現場（特に搬送場面）での混乱は避けられないと思われる。

厚生労働省が2018年3月に改訂したガイドライン（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）をみると、改訂の目的が

明記されている。その内容は、高齢多死社会の進展に伴う地域包括ケアシステムの構築の必要性や、欧米諸国からもたらされたACPの概念についての研究や取り組みが普及してきていることを踏まえての改訂であり、単に病院における延命治療を想定したものではなく、在宅医療・介護の現場での活用も想定したのである。

他方では、日本の文化なども考慮した日本版ACPの定義が2022年に出されている。これは、福島県立医科大学白河総合アカデミー教授の宮下淳先生らによる定義で、やや長くなるが以下に引用する。

『アドバンス・ケア・プランニングとは、必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等（本人の医療やケアを担当している医療・介護・福祉関係者）の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受たい医療・ケアについて考え（将来の心づもりをして）、家族等（家族や家族に相当する近い人）と話し合うことです。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・ケアチーム等はそこ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。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・ケアチーム等とが話し合いを行い、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』以上が全文である。

日本人のこれまでの意思表示は（独特の国民性の影響で）、「よきに計らう」、「以心伝心」、「阿吽の呼吸」などと曖昧な表現が伝統的に使われてきたきらいがある。言い換えると非常に文書化が困難な表現といえる。医療チームの多様な質問に対して本人の「どのような人生を過ごしたいか」、「この先、何をして生きて行きたいか」を本音で語ってもらうのは非常に難しいと思える。だからこそ、本人がどんな人生を送ってきたのか、何が好きなのかをできるだけ具体的にかつ繰り返し話し合う必要性がある。その過程（プロセス）で本人の潜在的な本音や、親しい取り巻きの人々（家族、友人等）の本人に対する推測が徐々に浮かび上がってくるのではないかとと思われる。しかし、「言うは易く、行うは難し」である。実際、令和5年1月27日に広島市で開催された令和4年度第2回全国メディカルコントロール協議会連絡会において、北九州市立八幡病院の参与で名誉院長である伊藤重彦先生のご講演「在宅医療及び医療・介護連携におけるACPの今後」では、各種施設での看取りはそれなりに多いものの、実態は不十分なACPの元に行われている可能性を指摘されている。また、後述するDNARとの関係も未だに課題が多いと述べられている。

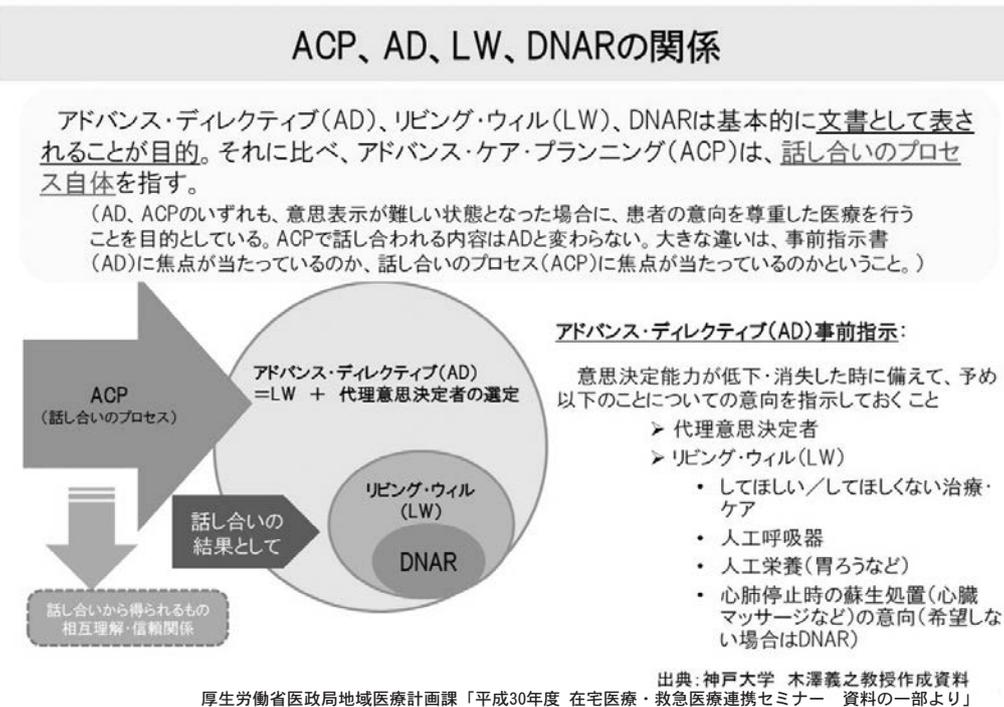
さらに、岡山県医師会会長の松山正春先生は、会長に就任された2018年から「移動会長室事業」を立ち上げられ、4本柱のうちの一つにACP・人生会議普及啓発を行う「会長がゆく！虹色サロン」を定期的に開催し、2022年までに30回を数えた。その経過中、対象が成人のみではいざという時に家族に本人の意思が覆されることが非常に多いことがわかり、若いうちからの啓発の必要性に気づかれて若者（中・高生）も対象に加えたと述べておられる。さらにご自分がご家族とACPについて語り合っても、さっぱり盛り上がらないジレンマがあると述べられた。このように、ACPの普及は容易ではないと言える。それでも、この流れを止めてはいけない。その人が意思表示をできなくなった時、その人にとって何が「よきに計らう」ことなのかを家族、友人、知人、他職種の医療者で普段から対話しておく。勿論、その人個人の意思が何かに記録されていればベターだが（例えばエンディングノートの存在）、人の気持ちは（本人のみならず）その都度変化するの

で繰り返し行う必要がある。尚、ACPを望まない人にはあえてACPを行う必要はないという意見もあるし、実際にそういう患者もいると思われるので、留意すべきであろう。

ACPを実践する過程で一番重い判断を迫られるのは、やはり人生の最終段階において、どのように看取られるのを希望するかであろう。ここでは敢えて救急搬送の問題に絡めて考えたい。

DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) はしばしばACPと混同されやすい概念である。これについては2017年に日本集中治療医学会倫理委員会から委員会報告として詳細な論文（日集中医誌2017;24:210-215）が出された。詳しくはそれをご参照願うが、結論から述べるとDNAR指示は心肺停止時に心肺蘇生をしない指示であり、通常の医療・看護・ケアに影響を与えないものである。ACPとDNARの関係については、木澤義之先生の作成した図が分かり易いので掲載しておく（図2）。ACPはまさにプロセスであり、DNARはその結果の産物ともいえよう。

図2



ところがDNARを希望していた患者が急変してCPAになった際に関係者が（理由は何であれ）救急車を呼ぶと、救急隊員は彼らの義務として心肺蘇生を行わなければならない。これでは症例によっては（想定外の心肺停止は除く？）患者の希望が無視されることになり、隊員も本意であろう。この状況は全国の消防本部で大きな問題になっている。実際、令和5年1月26、27日に広島市で開催された第31回全国救急隊員シンポジウムでのパネルディスカッション11「心肺蘇生を望まない傷病者への対応」～傷病者の最後の思いをつなぐ～では、1,000人以上は入る会場であるにも拘らず立ち見が出るほどの

盛況であり、救急の現場での関心の高さがうかがわれた。

この課題については全国の消防本部でいろいろな取り組みが行われているが、総務省消防庁が令和3年11月30日の「救急業務のあり方に関する検討会」で提示した資料では、全国の状況として、かかりつけ医に連絡をとったのはおよそ60%で、そのうちの約50%で連絡がついた。一方、そもそも連絡を取らなかったのが約35%、連絡がつかなかったのが約10%であった。連絡がつかなければ蘇生を実施しながらの搬送になり、傷病者の意思に反することになるので、ここを減らす努力が必要となる。また、

ACPの話し合いの場に参加したことがある消防本部は全国724本部中約30%とのことで、地域の介護の関係者や地域包括ケアの関係者とより交流を深めるためにも、医師会がもっと関わるべき課題と思われる。

全国に好事例は多いが、例えば東京都医師会の取り組みを紹介する。東京消防庁では「もともと心肺蘇生を望まない傷病者が119番を家族が慌ててしてしまった」ときの対応に関して活動基準を作っており、それができた2019年12月16日から2021年12月31日までの約2年間のデータを公表している。それによると、東京消防庁管内では年間約12,000人の心肺停止に伴う119番通報があり、救急隊が現場に行って「実は心肺蘇生を望んでいない」と言われたのがこの間で240例あった。そのうち、かかりつけ医に連絡がとれたのは実に234例、97.5%であったという。そして結局不搬送が234例中225例、全体の割合でいうと93.8%であった。つまり搬送してしまったのは15例で、その内訳は「かかりつけ医に連絡がとれなかった」のが6例、「想定した心肺停止ではないので通常どおりの活動をして搬送してほしい」のが9例であった。ここで大切なのは、東京都医師会がかなり積極的に医師会員にアナウンスをした成果であるという。傾聴に値する事例と思われる。

4. 地域包括ケアシステムと救急医療体制

これまで述べてきたように、人生の最終段階にあ

る傷病者を地域で支えるには、繰り返しになるが「時々入院、ほぼ在宅」が基本となる。ACPを繰り返し、DNARを表明した傷病者が、状態の悪化を認めた際にかかりつけ医が在宅のまま加療するか、救急車で病院に搬送するかの判断は当然可能と思われる。例えば誤嚥性肺炎などは短期間の入院で帰宅可能かもしれない。その際に一般急性期病棟に入るか、地域包括ケア病棟に入るかは連携病院との話し合いで決まるであろう。そのためにも他職種で構成されたチーム医療が求められる。想定外の心肺停止以外は、三次救急の適応にはならない。これからも行政の関わりが重要になるであろうし、地域医療構想調整会議の場での議論も必要であろう。いずれも前章で述べた搬送の考え方が基礎となる。

5. おわりに

これまで述べてきたように、DNARもACPも認知度が低迷しており、いまだに高齢者施設などから心肺停止になる直前に救急救命センターに搬送されるケースが少なくないと聞く。医療従事者でさえも認知度は半数以下であることは重大であるが、こうした症例を少しでも減らすために医師会執行部として何ができるか、地域で日々奮闘している「かかりつけ医」を支えるために何ができるか、引き続き考えていきたい。

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持増進、さらには治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師は自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。