

# 特別養護老人ホームにおける advance care planning と救急医の役割

野村 侑史<sup>1,2,3</sup> 内田 夏海<sup>1</sup> 神成 文裕<sup>1,2</sup>  
野村 直孝<sup>3</sup> 大谷 義孝<sup>2</sup> 根本 学<sup>2</sup>

**【要旨】** 目的：特別養護老人ホームにおいて2020年4月から救急医が入居者本人・家族とのadvance care planning (ACP) を積極的に実施し、その変化を調査した。方法：施設入居者の入院数、入院に伴う施設退去数、延命治療希望の変化、看取り件数を後方視的に調査し、ACP開始前と比較した。結果：ACP件数は2020年52件、2021年39件であった。入院数は2019年67件、2020年52件、2021年30件と減少し、入院による施設退去は2019年17件、2020年16件、2021年7件と減少していた。ACPにより2020年は8件中7件、2021年は14件中12件が延命治療希望から希望なしに変更となった。施設での看取り件数は2019年7件、2020年15件、2021年17件と増加していた。結論：地域包括ケアシステムに救急医が積極的に関与することで望まない延命治療を受けることなく看取りができつつあった。

索引用語：救急医，地域包括ケアシステム，延命治療，看取り，施設退去

## はじめに

近年高齢化に伴い、人生の最終段階における議論が活発になってきている。わが国でも2017年に日本臨床救急医学会から「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」が発表され<sup>1)</sup>、2018年には厚生労働省から「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」の改訂が発表された<sup>2)</sup>。これを受けて2020年5月に日本医師会より「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン」の改訂も

発表された。「終末期医療」という用語は「人生の最終段階における医療・ケア」という用語に改められ、advance care planning (ACP) の重要性が盛り込まれている<sup>3)</sup>。高齢者へのACPの有用性はすでに明らかにされており、ACPによって本人・家族の満足度が向上し、ストレス、不安、抑うつが少なくなるといわれ<sup>4)</sup>、近年、人生の最終段階における医療・ケアはACPを経て本人・家族の希望に沿う流れになっている。しかし現実には、具体的な対応を決める前に容態が急変し、蘇生処置を施されるケースも少なくない。当院では2020年4月から配置医を担っている特別養護老人ホーム（以下施設）において、救急医がACPを実施しており、その結果を報告する。

## 対象と方法

2020年4月から施設において体重減少・食欲低下・活動性低下などがみられる入居者や既往・年齢から急変の可能性があると考えられる入居者にACPを行った。加えて、入居時に全員に記載してもらっている意向確認書で「延命治療を希望する」となっている場合は、延命治療の具体的なイメージがもてていない可能性を考慮して優先的にACPを行った。本介入前の2019年と介入後の2020年、2021年の3年間の施

Advance care planning at a special nursing home and the role of emergency physicians

Yushi NOMURA<sup>1,2,3</sup>, Natsumi UCHIDA<sup>1</sup>, Fumihiko KANNARI<sup>1,2</sup>, Naotaka NOMURA<sup>3</sup>, Yoshitaka OOYA<sup>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>3</sup>Nomura Clinic

<sup>1</sup>こう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, <sup>3</sup>野村医院

[原稿受付日：2023年1月23日 原稿受理日：2023年6月19日]

設から医療機関への入院数や施設での看取り件数を比較した。

本研究では ACP は 30 ～ 60 分程度かけて行い、主に本人、家族、医師、看護師、介護士、ケアマネジャーがメンバーとして参加した。本人が明らかに意思決定できない場合には代理意思決定者の確認をしたうえで、本人なしで行った。2020 年、2021 年の ACP は配置医である同一の医師（2022 年度時点で医師 15 年目、救急科専門医・指導医）が行った。配置医とは施設との契約に基づき、入居者の健康管理、定期健康診断および予防接種、支援などを行う医師である。入居者の定期的な回診を主たる業務としているため、施設内のかかりつけ医・主治医の役割がある。このため専門的疾患や維持透析などで他の通院先がある場合も、必要に応じて配置医が ACP を行った。

2019 年までは施設往診は他の非常勤医師が行っており、経口摂取がほぼゼロになった段階で入院加療の希望を問う形式が主であった。2020 年以降はある程度状態が安定している入居者に対してもより早期に ACP を実施した。この点が 2019 年までとの大きな違いであり、これを「積極的な ACP」と定義した。

なお「延命処置・治療」とは老化による衰弱や重度の病気などで生命の維持が難しい場合に医療によって命をつなぐ行為を指す場合が多いが、終末期における輸液や栄養などより広範な意味を示す場合があり、本論文における「延命処置・治療」は高齢者が対象であることを踏まえ、「それを行わなければ短期間で死亡する可能性が高い場合に、生命の延長を図る目的で行われる処置・治療」とした。

## 統計学的検討

年齢や入院件数・ACP 件数・施設退去者数に関する統計学的解析（Student の  $t$  検定）、性別や入院・死亡の有無などに関する統計学的解析（Pearson の  $\chi^2$  検定）は SPSS Ver 24.0（IBM Corp, Armonk, New York, USA）を用いて施行した。

## 結果

今回調査対象とした施設は定員 100 名のユニット型特別養護老人ホームであり、調査期間内の入居者総数は 2019 年 120 名、2020 年 132 名、2021 年 128 名であり大きな変化はなかった。入居者の介護度は、数名の特列入居を除いて要介護 3～5 であり、いずれの年も大きな差はなかった。ACP 施行件数は 2019 年 7 件、

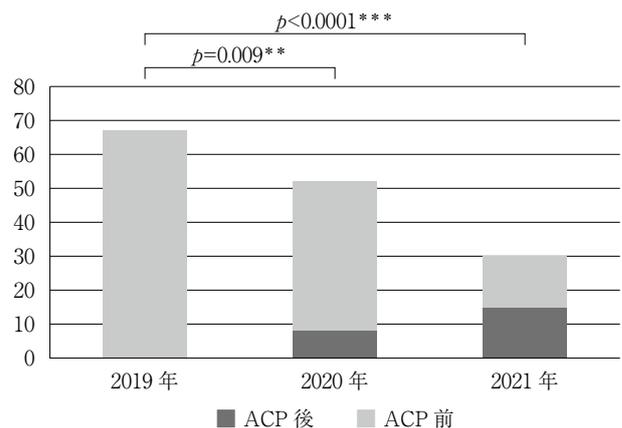


図1 施設から医療機関への入院数  
入院総数は、介入前と比較し2020年、2021年の入院総数は有意に減少し、 $p=0.009$  (2020年)、 $p<0.0001$  (2021年)であった

2020年52件、2021年39件であり、2019年と比較し、2020年・2021年ともに有意に増加していた。なお今回の調査では ACP 件数は新規のみとしたが、実際には初回の ACP 施行から1年を目処に必要なに応じて2回目を実施した。

2020年に ACP を実施した52件の年齢は平均  $89.1 \pm 8.2$  歳（男性13件、女性39件）、2021年に ACP を実施した39件の年齢は平均  $90.6 \pm 5.2$  歳（男性13件、女性26件）であり、年齢は90歳前後、女性が多い傾向であった。

ACP より入居時に「延命治療を希望する」としていた者のうち2020年は8件中7件、2021年は14件中12件が「延命治療を希望しない」と方針変更になった。一方、2020年は8件中1件、2021年は14件中2件が ACP 後も明確な意思をもって延命治療を希望していた。

施設から医療機関への入院は2019年67件、2020年52件、2021年30件であり、2019年と比較し2020年・2021年ともに有意に減少した。2019年は ACP 後の入院はいなかったが、2020年は52件中8件、2021年は30件中15件が ACP 後の入院であった（図1）。入院中の死亡による施設退去（永眠退去）は2019年11件、2020年9件、2021年7件、医療依存度や介護度の変化により療養型病院などに転院するための施設退去（生前退去）は2019年6件、2020年7件、2021年0件であり、その合計数は2019年17件、2020年16件、2021年7件と徐々に減少しており、2021年においては2019年と比較し有意に減少していた（図2）。

ACP を実施後に施設で看取りとなった入居者の件数は、2019年7件、2020年15件、2021年17件であり、

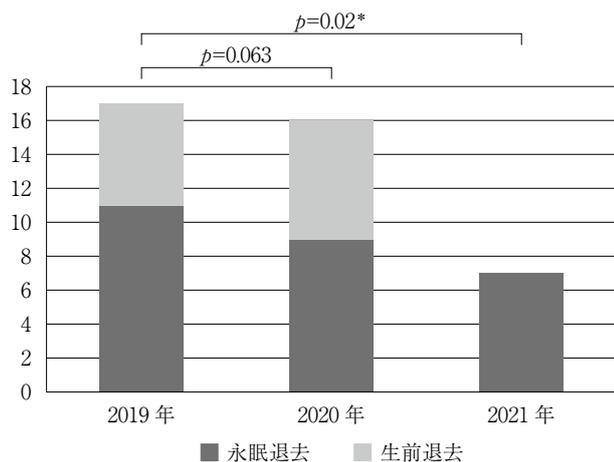


図2 入院後に施設退去となった入居者数

入院を契機にした施設退去数は、介入前と比較し有意に減少し、 $p=0.02$  (2021年)であった

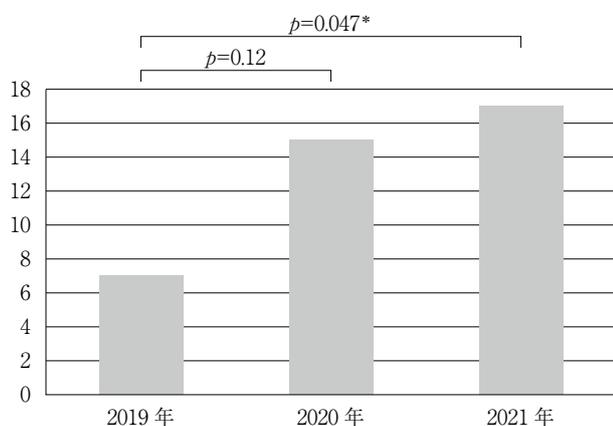


図3 施設での看取り件数

ACP後の施設での看取り件数は、介入前と比較し有意に増加し、 $p=0.047$  (2021年)であった

2021年においては施設での看取り数が有意に増加していた(図3)。

またACP後に施設で看取りとなった入居者の経過を振り返ると、2020年は15件中2件が、2021年は17件中3件が主治医である著者自身が予期できなかったタイミングでの死亡であった。

## 考 察

今回、施設で積極的にACPを実施することで、医療機関への入院が減少し、入居者の死亡場所が病院から施設に移行しつつあることがわかった。死亡場所が病院だと家族の悲嘆が強くなることが知られており<sup>5)</sup>、この結果は本人・家族にとって大きな意義があると考えられた。

今回のACPは、状態悪化の可能性があると判断し

た者に加え、入居時の書面で「延命治療を希望する」となっている入居者も対象としており、多くはACP後に「延命治療を希望しない」と方針変更したが、ACP後も延命処置を希望するケースも存在した。今回、入居時に「延命治療を希望する」としていた者の多くは「延命治療を希望しない=必要な治療もしない」ととらえているケースや心肺停止後も延命治療を行えば元どおりの状態まで改善する可能性が高いと理解しているケースが多かった。入居時の書面のみの事務的な延命確認ではなく、医師が時間をかけて説明し、ACP後も必要な治療は行うことを強調することで、「延命治療を希望しない」と方針変更することが多く、結果として望まない延命治療を避けることにつながっていた。

今回の調査期間において、施設から医療機関への入院総数は減少しているものの、2022年の入院件数の半数がACP後であることから、ACP後も施設で看することに固執することなく、必要があれば入院を選択していることが確認できた。このように延命治療の希望がない場合でも、治療可能な病態の場合に救命の努力が放棄されることはあってはならない。

「急変」には明確な定義はないものの、患者が亡くなったことに医師が驚いたことを急変と定義している研究もあり、それによると終末期においては約10%が「急変」による死亡であったとされている<sup>6)</sup>。今回、主治医である著者自身が予期できなかったタイミングでの死亡もあったが、ACPの際に、年齢や背景疾患によっては予期せぬ急な状態変化は起こり得ることを伝えていたため、急変時の家族の受け入れは問題なく、いずれも円滑な看取りにつながった。

高齢者施設の入居者の約4割が5年間のうちに心肺蘇生に関する意向を変えるという研究結果や<sup>7)</sup>、終末期においては約70%が意思決定不可能という報告があり<sup>8)</sup>、高齢者に対するACPはある程度状態が安定している時期がよいといわれている<sup>9)</sup>。これらを踏まえ、今回の「積極的なACP」では、いわゆる終末期のみではなく、ある程度本人の意向が反映できるよう早めにACPを行った。生命の危機に直面してからの話し合いでは、医療行為の内容に限られ、その背景にある価値観や目的が探索されないとされているが<sup>10)</sup>、今回のような早いタイミングでのACPでは、時間をかけて本人・家族の死生観や希望などを確認でき、その後の方向性を共有することができていた。

現在、当施設では救急医である著者自身がACPを

行っているが、悪性腫瘍の終末期や専門性が高い疾患など、救急医のみでは十分な情報提供ができないと判断した場合には、本人・家族の希望に応じて専門科への受診も勧めるようにしている。このようにさまざまな選択肢を提示して方針決定することで、より充実した ACP になると考えられた。現在の細分化された医療体制では、複数科にわたるそれぞれの疾患を単一の診療科で診るのは困難なことが多く、核となって総合的に患者を診る医師が必要になる。とくに高齢者の場合には生死を含めた総合的判断が必要になるため、救急医が核となって、専門科受診の必要性を判断したうえで適切な診療科と連携するのが望ましいと考える。このような専門科受診の必要性の判断や、診療科の選択、複数科との連携した治療などにおいて救急医は力を発揮できると考える。現状では人口当たりの救急医そのものが少なく、急性期医療の担い手である救急医が地域の高齢者の ACP を行うのは限界があるが、このような取り組みは今後の高齢化社会において救急医が果たし得る一つの役割になると思われた。

なお今回の ACP の取り組みを積極的に行った時期は新型コロナウイルス感染の流行と一部重なっていたが、十分な感染対策を行ったうえで、ACP の方法は変更せずに対面で施行できており、その影響は小さいと考えられた。ただし、感染流行前のようにいつでも自由に面会できる状況ではないため、それを理由に延命治療を希望するケースや、延命治療を希望しないという決断に迷いが生じるケースがみられており、感染の流行がなければ、延命治療を希望しない入居者が増えた可能性はあると考えられた。高齢者施設での ACP は、本人・家族が将来のケア計画に自分が積極的に関与していると感じられるようになるといわれているが<sup>11)</sup>、本研究の結果が本当に入居者本人・家族の思いに沿ったものであったかどうかまでは調査できておらず、今後さらに満足度調査などを行う必要があると思われた。

## 結 語

積極的な ACP により、本人・家族の希望に応じて、最期を迎えることができるようになりつつあった。また必要な治療は適切に行っており、救命の努力を放棄した看取りにつながっていないことも確認できた。これらの取り組みは望まない救急搬送・延命治療の減少が期待できる。高齢化社会における地域包括ケアシステムのなかで救急医が積極的に ACP に関与す

ることで、地域医療の現場での円滑な看取りや適切な医療につながり、救急医療を地域から支えることができるようになる。

## 利益相反

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> (最終アクセス: 2023.1.14)
- 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: 2023.1.14)
- 3) 日本医師会: 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン.  
[https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/r0205\\_acp\\_guideline.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/r0205_acp_guideline.pdf) (最終アクセス: 2023.1.14)
- 4) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al: The impact of advanced care planning on end of life care in elderly patients: Randomized control trail. *BMJ* 2010; 340: c1345.
- 5) Wright AA, Keating NL, Balboni TA, et al: Place of death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol* 2010; 28: 4457-64.
- 6) Bruera S, Chisholm G, Santos RD, et al: Frequency and factors associated with unexpected death in an acute palliative care unit: Expect the unexpected. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49: 822-7.
- 7) Mukamel DB, Heather L, Helena TG: Stability of cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders among long-term nursing home residents. *Med Care* 2013; 51: 666-72.
- 8) Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM, et al: Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med* 2010; 362: 1211-8.
- 9) Conroy S, Fade P, Fraser A, et al: Advance care planning: Concise evidence-based guidelines. *Clin Med* 2009; 9: 76-9.
- 10) Anderson WG, Chase R, Pantilat SZ, et al: Code status discussions between attending hospitalist physicians and medical patients at hospital admission. *J Gen Int Med* 2010; 26: 359-66.
- 11) Weathers E, O'Caomh R, Cornally N, et al: Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. *Maturitas* 2016; 91: 101-9.

ABSTRACT

**Advance care planning at a special nursing home and the role of emergency physicians**

Yushi NOMURA<sup>1,2,3</sup>, Natsumi UCHIDA<sup>1</sup>, Fumihiko KANNARI<sup>1,2</sup>,  
Naotaka NOMURA<sup>3</sup>, Yoshitaka OOYA<sup>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>3</sup>Nomura Clinic

**Background:** Since April 2020, we have been performing advance care planning (ACP) for residents and their families at a special elderly nursing home with the help of emergency physicians. The aim of this study was to evaluate the change due to this attempt.

**Methods:** We retrospectively reviewed the medical records and facility nursing records of all residents and focused on the residents after performing the ACP. The investigated parameters were the number of residents hospitalized, the number of residents moving out of the facility due to hospitalization, the number of residents who changed their desire for life-prolonging treatment, and the number of residents receiving end-of-life care at the facility.

**Results:** The number of ACPs conducted was 52 in 2020 and 39 in 2021. The number of hospitalizations decreased to 67 in 2019, 52 in 2020, and 30 in 2021. The number of residents who moved out from the facility due to hospitalization decreased to 17 in 2019, 16 in 2020, and 7 in 2021. Because of the ACP, 7 of 8 residents in 2020 and 12 of 14 residents in 2021 changed their opinion from desiring life-prolonging treatment to not desiring it.

**Conclusion:** By actively performing ACP, the residents could end their lives in a natural manner without undergoing unnecessary life-prolonging treatment. The positive involvement of emergency physicians in the community-based integrated care system was able to bring about a change.

**Key words:** emergency physicians, community based integrated care system, life-prolonging treatment, end-of-life care, move out of the facility