

令和 5 年 7 月 25 日

第 6 4 卷

(P 64~75)

山形県医師会学術雑誌

別 刷

人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った 救急現場の在り方に係る意識調査研究

一般社団法人北村山地区医師会

柴田 健彦、八鍬 直、高橋 信也

人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った 救急現場の在り方に係る意識調査研究

一般社団法人 北村山地区医師会

柴田 健彦、八 鍬

直、高 橋 信 也

<はじめに>

超高齢社会、多死社会を迎え、傷病者本人の意思が重要視されるようになってきた。人生の最終段階にある傷病者の救急現場において、傷病者の意思を尊重する家族等が心肺蘇生を拒否し、救急隊員が困惑する事案も生じている。救急隊員は心肺停止時に救命を優先し、心肺蘇生等を行うが、「医療倫理の四原則」の一つである「自律尊重の原則」に基づけば人生の最終段階にある傷病者の心肺蘇生等を希望しない意思も尊重される必要がありジレンマを抱えることになる。

本研究では北村山看取りシンポジウム2022参加者に実施したアンケート結果をもとに、模擬症例を用い、人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場の在り方に係る実態調査を行い、医療介護職群と非医療介護職群に分類し、文献的考察を含め、分析、検討した。また、人生の最終段階に関する用語である「リビング・ウィル」、「意思表示書面」、「ACP」、「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」について、5年前に開催した同シンポジウムや医学生、山形県内の救急隊員を対象とした文献と本研究の結果とを比較検討した。

<方 法>

テーマ：看取りクライシス

～このまま看取りか？搬送か？救急隊の苦悩～

上記をテーマとし、2022年11月19日に甌葉プラザ甌葉ホール（山形県村山市）を会場にして北村山看取りシンポジウム2022を開催した（主催：一般社団法人 北村山地区医師会、共催：一般社団法人 山形県医師会）。

以下に座長、ファシリテーター、講師、シンポジウムの所属、役職、氏名を示す。

<第Ⅰ部>

北村山看取りシンポジウム2019のアンケート結果報告

北村山地区医師会 理事／

山形県医師会 常任理事 柴田 健彦

<第Ⅱ部> 基調講演

「地域で支える人生の終焉－DNAR（心肺蘇生見合わせ）、ACP（人生会議）を理解しよう」

<講師>山形県立中央病院

副院長 森野 一真

<第Ⅲ部> シンポジウム

「看取りクライシス～このまま看取りか？搬送か？救急隊の苦悩～」

<ファシリテーター>

北村山地区医師会 理事／

山形県医師会 常任理事 柴田 健彦

<座長>北村山地区医師会 会長 八 鍬 直

山形大学医学系研究科看護学専攻

地域看護学講座 在宅看護学

教授 松田 友美

<コメンテーター>

山形県立中央病院 副院長 森野 一真

2地区（埼玉西部地区、北村山地区）の現状、事例報告と山形県内の救急隊員への事前アンケート結果報告

・埼玉西部消防局 DNARプロトコル運用状況

埼玉西部消防局 警防部 救急課長

救急救命士 後藤 清

・村山市のDNARに係る救急搬送状況

村山市消防本部消防署 救急係

救急救命士 木村 祐人

・山形県内の救急隊員への事前アンケート結果報告

北村山地区医師会 理事／

山形県医師会 常任理事 柴田 健彦

<シンポジスト>

①埼玉西部消防局 警防部 救急課長

救急救命士 後藤 清

②村山市消防本部消防署 救急係

救急救命士 木村 祐人

③山形大学医学部看護学科 4年生 塚原 桃子

④山形大学医学部医学科 4年生 竹森 千畝

⑤大石田町民生児童委員 会長 井 莉 博子

⑥尾花沢市福祉課 介護福祉係長 早坂 優一

⑦にこにこらいふ社（東根市）

代表取締役 介護支援専門員 網干 康

⑧訪問看護ステーションにじ

所長 看護師 荒木 敬子

⑨北村山公立病院

院長 医師 國本 健太

第 I 部では北村山看取りシンポジウム2019のアンケート結果を報告するとともに、本シンポジウムへの参加歴の有無や下記の模擬症例 A、Bへの質問（質問2～4）をした。

模擬症例 A 95歳女性、脳梗塞後遺症のため寝たきり状態で在宅看取りを希望していたが、突然の呼吸困難が生じた時の対応

模擬症例 B 88歳女性、膵臓癌末期で在宅看取りを希望していたが、心肺停止で発見された時の対応

会場参加者各個人に個人情報保護、匿名化、本調査研究に同意欄のあるアンケート用紙（北村山看取りシンポジウム2022アンケート用紙）に回答記入を求めた。また、新型コロナウイルス感染症拡大防止で入場制限したため、当日、情報通信機器を用いて視聴した参加者にも同様の内容のアンケート調査を実施した。回答方法はこれまでに開

催した本シンポジウムの方法に従った^{1) 2) 3)}。

アンケート用紙は151件回収（会場参加103件、情報通信機器を介した参加48件）された。151件中、本調査研究に同意のあった136件の回答結果を Microsoft® EXCEL®2019に入力し、医療介護職群と非医療介護職群に分類し、集計、分析した。

尚、本研究は令和4年10月24日に一般社団法人山形県医師会倫理審査委員会承認された。

<結果>

アンケート提出者背景

本調査研究に同意のあった136件の回答結果について年齢分布、性別、職業、住居地（市町村）、医療介護職と非医療介護職の比率についてのグラフをそれぞれ示す（図1、2、3、4、5）。

当日アンケート提出者の平均年齢は49.4歳で、年齢分布では40歳代が多かった（図1）。性別の男女比は2：3であった（図2）。

職業では介護福祉職、看護師がそれぞれ26%、18%と多かった（図3）。アンケート提出者の住居地は北村山地区（東根市、村山市、尾花沢市、大石田町）の参加者が68%であり、村山市が29%と最も多かった（図4）。

医療介護職と非医療介護職はそれぞれ62%（84

北村山看取りシンポジウム2022アンケート用紙

No. 1	No. 2
<p>北村山看取りシンポジウム 2022 アンケート用紙</p> <p>このアンケート調査結果は、次回の本シンポジウムでの報告や講演会、論文作成のため個人情報保護法に従い、個人・法人が特定できないように統計処理して利用する場合があります。 私は「北村山看取りシンポジウム 2022」における本アンケート調査に同意します。 (同意する場合には、右の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> のマークを入れて提出して下さい。)</p> <p>*****</p> <p>各質問から最も適切なものをひとつ選択し、○で囲んで下さい。</p> <p>年齢【 】歳、性別【男・女】</p> <p>職業【無職・農業・自営業・行政職員・警察官・消防救急隊職員・医師 歯科医師・看護師・薬剤師・介護福祉施設職員・教職員・宗教家・葬祭業 会社員・会社役員・法律家・建設業・サービス業・学生・その他 （ ）】</p> <p>市町村【村山市・東根市・尾花沢市・大石田町・天童市・山形市・河北町 寒河江市・その他（ ）】</p> <p>*****</p> <p>質問1 これまで「北村山看取りシンポジウム」に参加したことがありますか。 【1. ある 2. ない】</p> <p>質問2 模擬症例 A について、こんな時、あなたならどうする？ 【1・2・3・4】</p> <p>質問3 模擬症例 A について、説明を受けた家族の立場で、こんな時、あなたならどうする？ 【1・2・3・4】</p> <p>質問4 模擬症例 B について、こんな時、あなたならどうする？ 【1・2・3・4】</p>	<p>質問5 「リビング・ウィル」という言葉・内容を御存知ですか。 1. 言葉も内容もまったく知らない 2. 言葉は知っているが、内容は知らない 3. 言葉も内容も少し知っている 4. 言葉も内容もよく知っている</p> <p>質問6 意思表示書面を御存知ですか。 1. 言葉も内容もまったく知らない 2. 言葉は知っているが、内容は知らない 3. 言葉も内容も少し知っている 4. 言葉も内容もよく知っている</p> <p>質問7 ACP (Advance Care Planning : 患者の意思決定支援計画、人生会議) を御存知ですか。 1. 言葉も内容もまったく知らない 2. 言葉は知っているが、内容は知らない 3. 言葉も内容も少し知っている 4. 言葉も内容もよく知っている</p> <p>質問8 「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」を御存知ですか。 【1. はい 2. いいえ】</p> <p>質問9 高齢者の老衰、人生の最終段階にある状態や慢性疾患患者の終末期、搬送しても回復が見込めないような状態の傷病者等で、家族や本人が心肺蘇生等の救命措置を望まない搬送現場に救急隊が遭遇した時、医師に連絡して心肺蘇生見合わせ、搬送の有無を指示・確認できる体制やガイドライン等は必要と思いますか。 【1. はい 2. いいえ】</p> <p>今回の北村山看取りシンポジウム 2022 についての御意見、御感想、御要望などお気づきのことがありましたら次回の参考に致しますので自由にお書き下さい。</p> <p>アンケートに御協力下さり、誠にありがとうございました。</p>

名)、32% (44名) であり、約2:1の割合であった。尚、不明は6% (8名) であった (図5)。

本シンポジウムへの参加歴は46%であり (図6)、医療介護職群55%、非医療介護職群27%であった (図6A)。

模擬症例Aについて

模擬症例Aでは95歳女性、脳梗塞後遺症のため寝たきり状態で在宅看取りを希望していたが、突然の呼吸困難時の対応を質問した (質問2、3)。

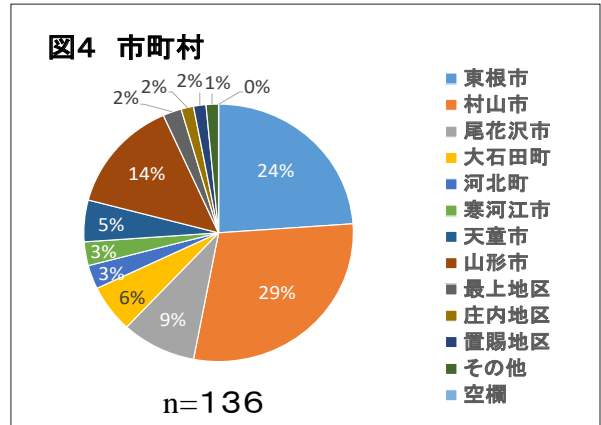


図4

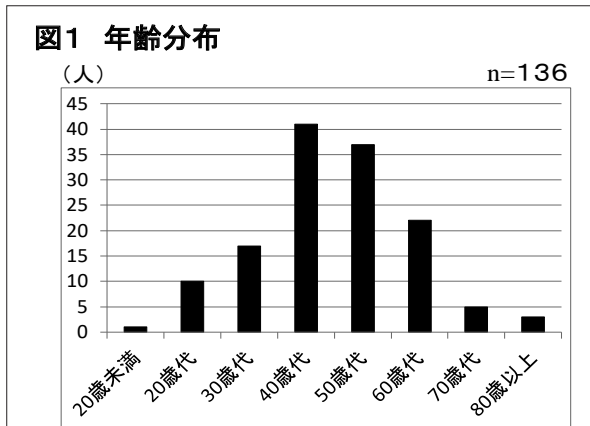


図1

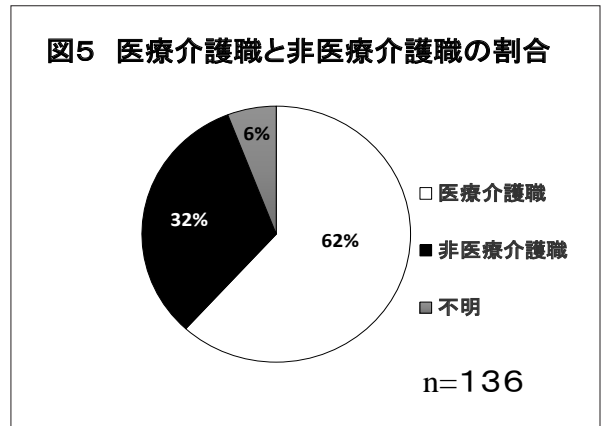


図5

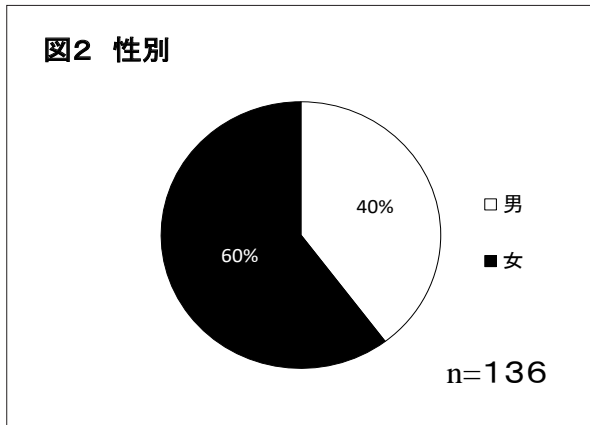


図2

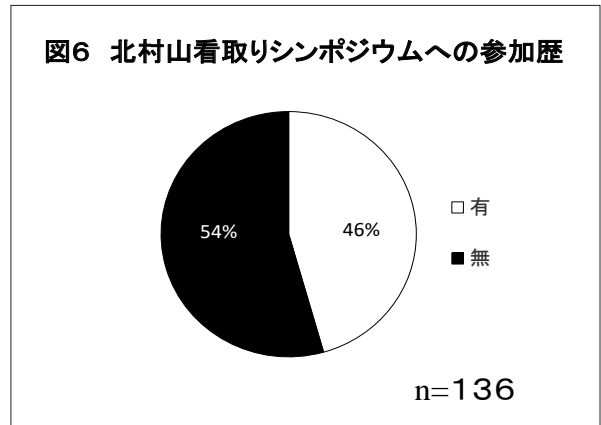


図6

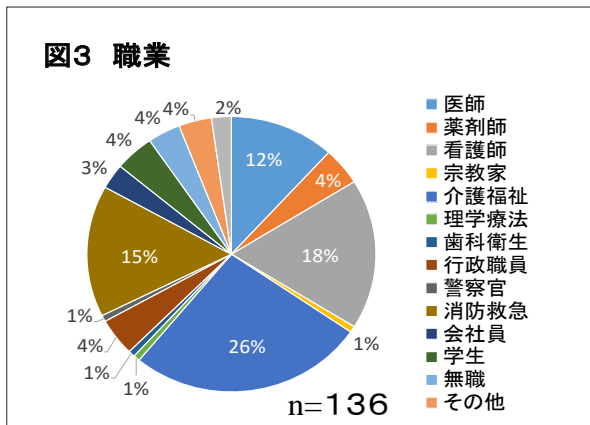


図3

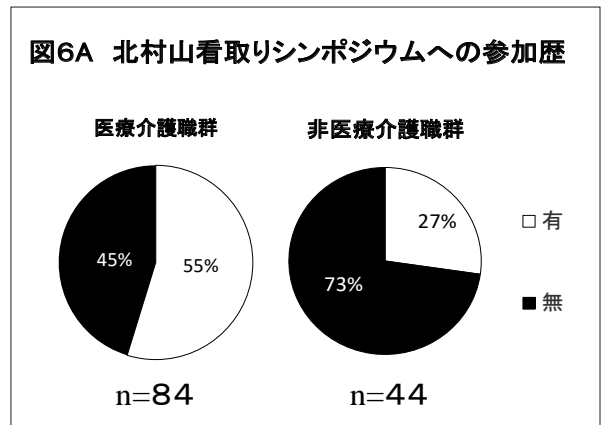


図6A

＜質問2＞ 在宅療養時に夜間急変した時の家族の対応の質問である。「在宅主治医や訪問看護ステーションに連絡する」が87%と一番多かった(図7)。ただし、医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると、「救急車を呼んですぐ病院に搬送する」を選択したのは医療介護職群4%であったのに対して、非医療介護職群では11%であった(図7A)。

＜質問3＞ 病院に救急搬送され、救急担当医に人工呼吸器装着による延命措置の是非を問われた際の家族の立場での回答である。「人工呼吸器などの延命措置を希望しない」が78%と一番多かった(図8)。非医療介護職群で「治療方

針のすべてを救急医に任せる」23%と医療介護職群6%より多かった(図8A)。

模擬症例Bについて

模擬症例Bでは88歳女性、膵臓癌末期で在宅看取りを希望していたが、心肺停止発見時の対応について質問した(質問4)。

＜質問4＞ 早朝、在宅患者が自宅で心肺停止していた時の家族の対応を質問した。「主治医や訪問看護師に連絡する」が92%だった(図9)。医療介護職群と非医療介護職群とを比較しても同じ傾向であった(図9A)。

＜模擬症例A＞ 95歳、女性

(臨床診断)

1)脳梗塞後遺症 2)老年期認知症
3)慢性心房細動 4)慢性気管支炎

(既往歴)高血圧症(30年前)

(現病歴)1年前に脳梗塞を発症し、右半身の麻痺、失語の後遺症が残り、寝たきり状態となった。在宅で訪問診療や訪問看護を受け、加療している。

(経過)臀部に2カ所の褥瘡、喀痰も多く、褥瘡処置、去痰剤、喀痰吸引で治療していた。在宅主治医は嚥下障害も出現してきたため、病院での治療を勧めたが、家族は高齢であり延命措置は希望せず、在宅での看取りを希望していた。

＜模擬症例A＞ 95歳、女性

(経過)

しかしながら、夜11時30頃に突然、喀痰を出すのが困難となり、呼吸困難で苦しむようになった。

＜模擬症例A＞ 95歳、女性

＜質問2＞
こんな時、あなたならどうする？

1.救急車を呼んですぐ病院に搬送する。
2.主治医や訪問看護師に連絡する。
3.このまま朝まで様子を見る。
4.その他

質問2

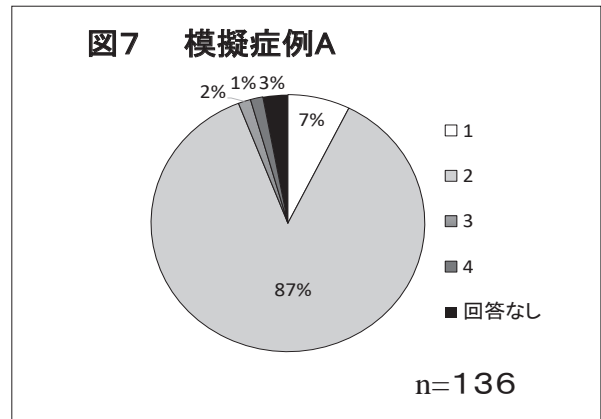


図7

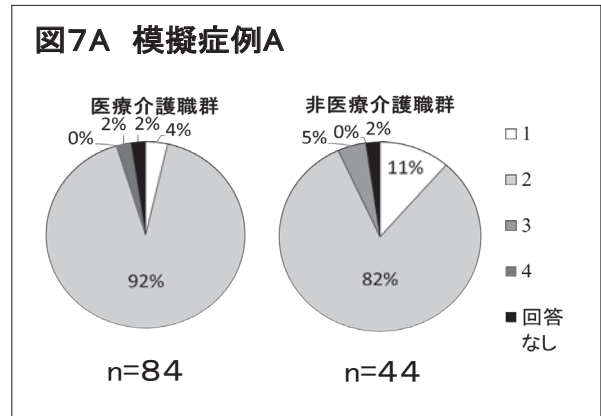


図7A

＜模擬症例A＞ 95歳、女性
 (経過)
 しかしながら、夜11時30頃に突然、喀痰を出すのが困難となり、呼吸困難で苦しむようになった。
 呼吸困難で苦しんでいる姿を見かねて救急車を呼んで総合病院に搬送した。

＜模擬症例A＞ 95歳、女性
 (経過)
 救急車内では救急救命士は喀痰吸引や酸素投与をしながらの懸命の処置をして総合病院に搬送した。総合病院救急室に救急車が到着すると、直ちに点滴、採血、血液ガス分析、膀胱留置カテーテル挿入、酸素投与など救命処置が施された。搬送された総合病院救急室の救急担当医は酸素投与しても酸素飽和度82%のため、このままでは生命に危険があり、気管内挿管をし、人工呼吸器を装着しなければならない状態であることを家族に説明した。

＜模擬症例A＞ 95歳、女性
 <質問3>
 説明をうけた家族の立場で、こんな時、あなたならどうする？
 1.生命第一なので、救急担当医の提案する人工呼吸器の装着を希望する。
 2.医療のことはわからないので治療方針のすべてを救急担当医に任せる。
 3.延命措置は希望しないので、人工呼吸器の装着は希望しないことを伝える。
 4.その他

質問3

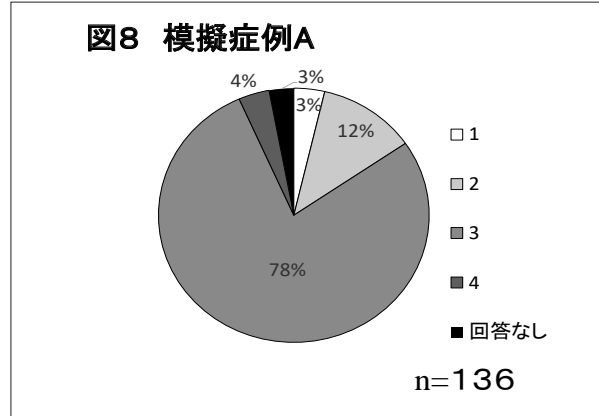


図8

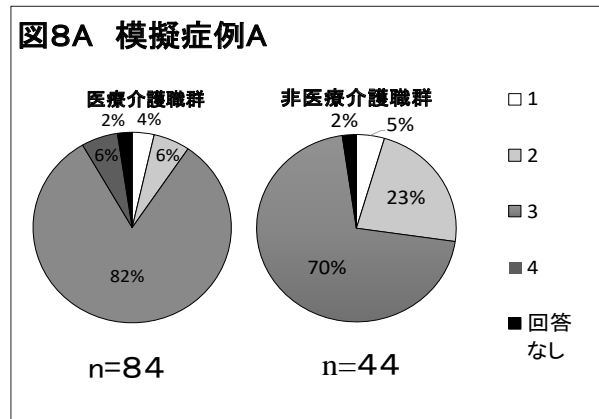


図8A

＜模擬症例B＞ 88歳、女性
 (臨床診断)
 1) 膵臓癌末期 2) パーキンソン病
 (既往歴) 高血圧症、狭心症、肺炎
 (現病歴) 18年前からパーキンソン病のため総合病院で薬物治療を受けていた。3ヶ月前に第2胸椎圧迫骨折で入院。精密検査で膵臓癌の末期状態で、全身の骨に転移していることが判明した。在宅での看取りのため在宅医療目的で紹介。
 (経過) 訪問看護ステーションと連携し、在宅で加療中であった。午前4時頃、軽度の息苦しさを訴えていた。午前7時に家族が患者の部屋に行ってみると、呼吸が停止しているのを発見した。

＜模擬症例B＞ 88歳、女性
 <質問4>
 こんな時、あなたならどうする？
 1.救急車を呼んですぐ病院に搬送する。
 2.主治医や訪問看護師に連絡する。
 3.警察に連絡する。
 4.その他

質問4

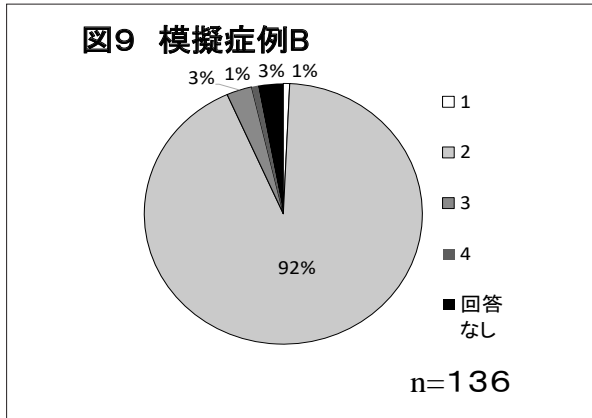


図 9

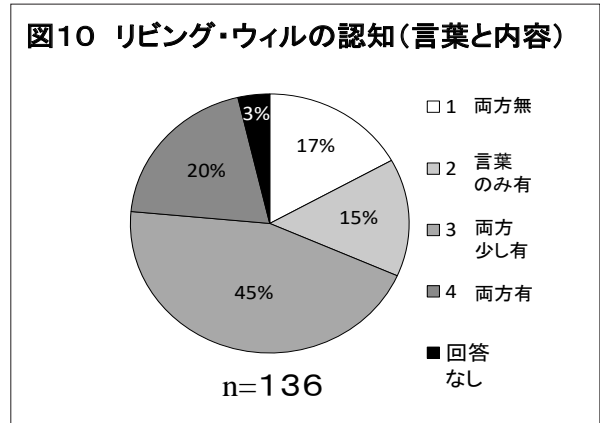


図10

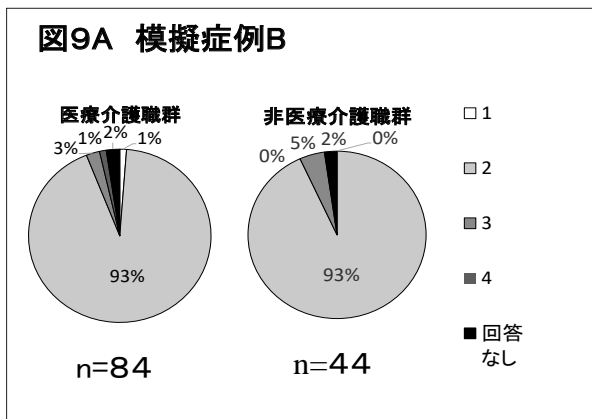


図 9 A

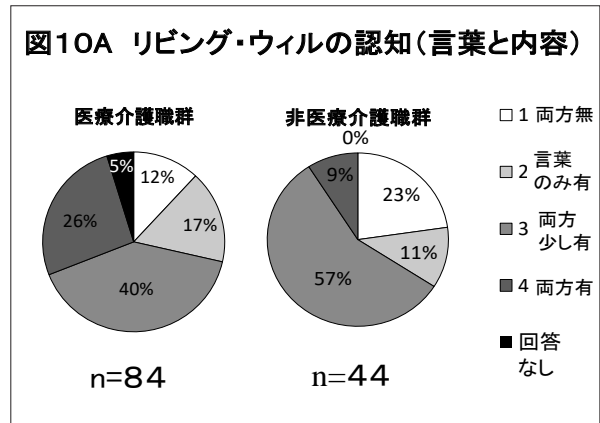


図10A

人生の最終段階に関する用語について

図10はリビング・ウィルという言葉と内容を認知しているかを質問した。20%は言葉と内容の両方を認知していたが、17%は両方とも認知していなかった。医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較した(図10A)。言葉と内容の両方を認知していたのは医療介護職群26%、非医療介護職群9%であったが、両方とも認知していなかったのは医療介護職群12%、非医療介護職群23%であった。

図11は意思表示書面という言葉と内容を認知しているかを質問した。全体の15%は言葉と内容の両方を認知していたが、18%は両方とも認知していなかった。言葉と内容を軽度認知していると回答した者が39%と一番多かった。医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較した結果、同じ傾向であった(図11A)。

図12はACP (Advance Care Planning)⁴⁾という言葉と内容を認知しているかを質問した。18%の回答者は両方とも認知していなかった。言葉と内容の両方を認知していたのは33%であった。医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較した(図12A)。言葉と内容の両方を認知していたのは医療介護職群45%、非医療介護職群16%で

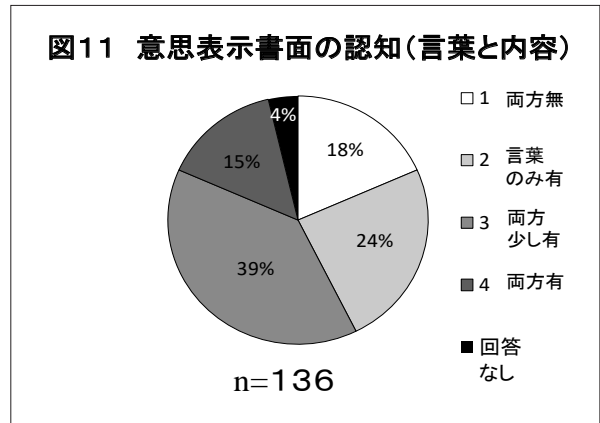


図11

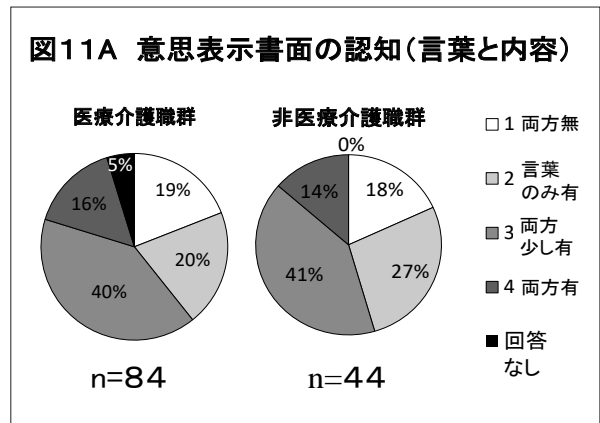


図11A

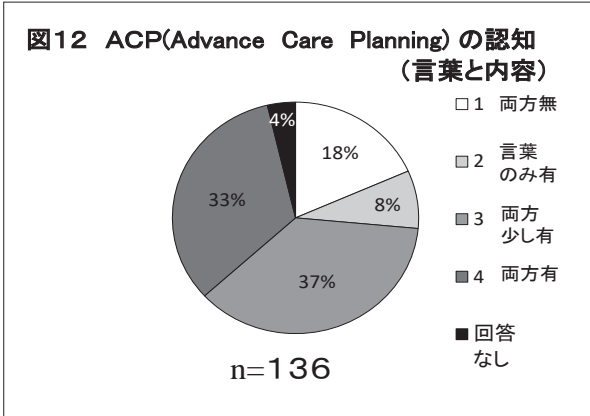


図12

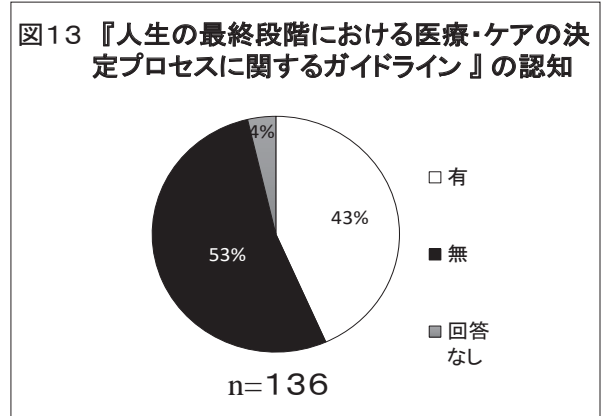


図13

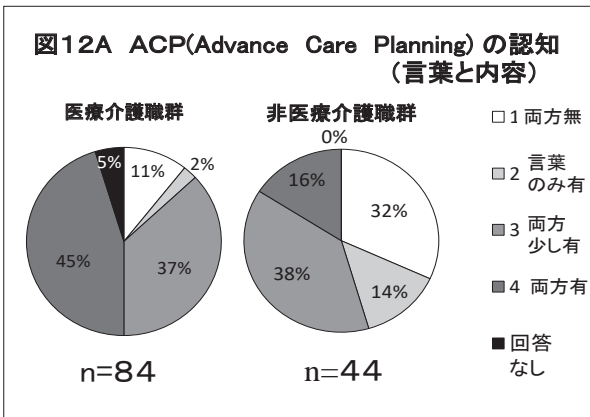


図12A

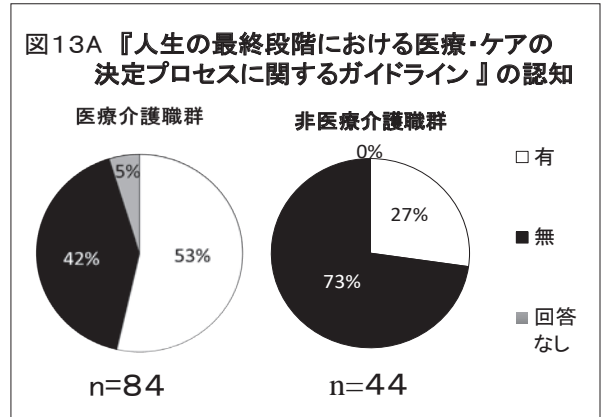


図13A

あったが、両方とも認知していなかったのは医療介護職群11%、非医療介護職群32%であった。

図13は「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」⁵⁾を認知しているかを質問した。43%の回答者は認知していたが、53%は認知していなかった。

医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較した結果、それぞれ53%、27%と医療介護職群が非医療介護職群より本ガイドラインの認知度が高かった(図13A)。

図14は高齢者の老衰、人生の最終段階にある状態や悪性腫瘍患者の終末期、搬送しても回復が見込めないような状態の傷病者等で、家族や本人が心肺蘇生等の救命措置を望まない搬送現場に救急隊が遭遇した時、医師に連絡して心肺蘇生見合わせ、搬送の有無を指示・確認できる体制やガイドライン等の必要性について質問した。全体の93%がガイドライン等の必要性を「有」と回答していた。医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較しても、同じ傾向であった(図14A)。

<考察>

模擬症例AとBは5年前の2017年に開催した同シンポジウム¹⁾や山形大学医学部医学科4年生

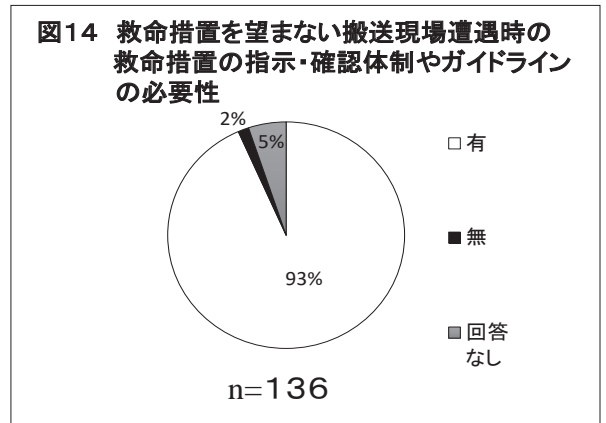


図14

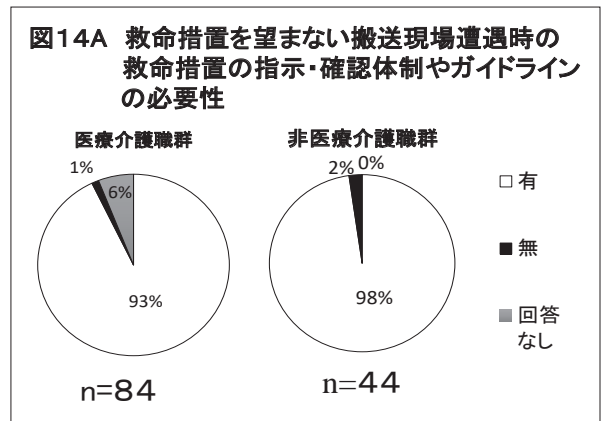


図14A

の衛生学・公衆衛生学の講義⁶⁾の際にも提示したものであり、本研究の結果と比較検討する。

模擬症例Aについて

模擬症例Aは自宅で最期を迎える希望があり、在宅療養していた。急変した患者の苦痛な姿を家族が見かねて救急車を要請して、病院に搬送され救急処置の末に、結局、病院で死亡した。本人の希望する自宅での平穏な尊厳死ができなかった。5年前の2017年に同シンポジウムの際¹⁾、急変時に「救急車を呼んですぐ病院に搬送する」を選択したのは医療介護職群9%、非医療介護職群では36%であったに対して、本研究では医療介護職群4%、非医療介護職群では11%であり、不要な救急搬送を避け、「主治医や訪問看護師に連絡する」とする回答が87%であった。医学生の場合⁶⁾は「救急車を呼んですぐ病院に搬送する」を選択したのは59%であり、救急搬送を第一としていることを窺うことができる。

救急搬送後の延命措置の是非を問われた際の家族の立場での措置の選択は、非医療介護職群で「治療方針のすべてを救急医に任せる」が23%で5年前の22%¹⁾とほぼ一致していた。非医療介護職群では、「治療方針のすべてを救急医に任せる」を選択した回答の割合が医療介護職群(6%)より多く、医師に方針を委ねる傾向があった(図8A)。一方、医学生の場合⁶⁾は、「人工呼吸器の装着を希望する」が36%であり、質問2と同様に、生命第一と考えていることがわかる。

模擬症例Bについて

模擬症例Bでは悪性腫瘍で在宅での看取りを前提に療養中、家族が心肺停止しているのを発見した時の対応がテーマとなる。在宅で看取ることになっていたが、家族が慌てて救急車を要請するケースである。「主治医や訪問看護師に連絡する」が92%だったが、1%は救急車の要請を選択していた。5年前のアンケート結果¹⁾では救急車の要請を選択したのは7%、非医療介護職群においては13%であったことを考慮すると、救急車の不要な要請については控える意識が出てきているといえよう。一方、医学生の場合⁶⁾には、64%が救急車の要請を選択していたことから、看取り期の対応についての医学教育や人生経験の不足が影響していることが考えられる。

模擬症例A、Bとも在宅医療の現場ではよくみられるケースである。また、自宅を高齢者施設、家族を高齢者施設職員に置き換えても同様の対応がなされている。長尾⁷⁾は救急車を呼ぶことは延命治療への移行の承諾を意味し、救急車を呼ぶ

意味をよく考えるように述べている。厚生労働省は「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年3月改訂)⁵⁾を策定し、医療介護の現場に啓蒙し、ACP等の取り組みが徐々に普及しつつある。

救急隊の立場では、家族等から救急要請があれば、消防法⁸⁾や救急隊員の応急処置等の基準⁹⁾で人命救助が謳われているため、傷病者の蘇生処置を全力で行う義務がある。そのため救急医療の現場では、一律に救急搬送していた。しかし、超高齢社会、多死社会を迎え、患者本人の意思が重要視されるようになり、「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」、ACP、意思表示書面が普及するにつれ、高齢者本人が蘇生を望まない意思表示を示すようになった。人生の最終段階にある傷病者の救急現場において、救急隊がその家族や介護者等から救急要請を受けたにもかかわらず、心肺蘇生の中止を求められる案件が生じているのである。心肺停止時に救命を優先し、心肺蘇生等を開始すべきか、あるいは傷病者の自律尊重の観点から心肺蘇生等を希望しない傷病者の意思に基づき蘇生を見合わせるべきか、そこに救急現場での救急隊員の葛藤がある。このような背景から、平成29年3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」を発表した¹⁰⁾。人生の最終段階にある傷病者の蘇生中止が可能となるように、本人や家族等の書面と医師の指示により救急隊員に蘇生処置の中止を求める手順を明確にしたのである。日本臨床救急医学会のこの提言を参考にして、全国各地の消防本部で独自の蘇生処置の中止までの手順を管轄のメディカルコントロール協議会と協議の上で、作成し運用をしている¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。総務省消防庁の第4回救急災害医療提供体制等に関するワーキンググループ 参考資料3¹⁶⁾によれば、心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針について定めているのは全国724消防本部のうち446本部(61.6%)であった(令和3年8月1日)。2年前の令和元年より131本部増加している。また、対応方針の内容については、「心肺蘇生の中止又は中断できる」とした消防本部は446本部のうち204本部(45.7%)であった(令和3年8月1日)。2年間で86本部増加している。尚、著者らが山形県内の救急隊員に実施した調査では心肺蘇生を望まない傷病者への対応、確認体制やガイドラインを利用していると回答したのは812人中251人(31%)であった¹⁷⁾。山形県内では心肺蘇生を望まない傷病者への対応について確認体制やガイドラインを運用している救急隊員は、全

国に比較すると少ないが、その必要性を認識していたのは812人中715人（88%）であった。山形県内の救急隊員も心肺蘇生を望まない傷病者への対応、確認体制やガイドラインの策定を希望しているといえる。

しかしながら、心肺蘇生を望まない傷病者への対応、確認体制やガイドラインを策定、運用する上で障害となることが多いのは「法的な問題」と「医師の協力」である¹⁷⁾。本来、救急隊員は傷病者を医療機関その他の場所に収容し、又は救急現場に医師が到着し、傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、傷病者の状態その他の条件から応急処置を施さなければその生命が危険であり、又はその症状が悪化する恐れがあると認められる場合に応急処置を行わなければならない⁸⁾。法的な問題の解決について、小野ら¹⁸⁾は救急業務実施基準¹⁹⁾等の改定を要望している。救急業務実施基準において、第17条では「搬送を拒んだ者の取り扱い」として「隊員及び准隊員は、救急業務の実施に際し、傷病者又はその関係者が搬送を拒んだ場合は、これを搬送しないものとする。」と記載されている。搬送しなくともよい公的記載とも考えられるが、学識経験者の意見を伺いたいものである。

救急業務実施基準¹⁹⁾において、第19条では「死亡者の取り扱い」の条文がある。すなわち、「隊員及び准隊員は、傷病者が明らかに死亡している場合又は医師が死亡していると診断した場合は、これを搬送しないものとする。」とある。総務省消防庁の「救急活動時における適正な観察の実施について」²⁰⁾では、消防隊員の判断において、傷病者が明らかに死亡している場合の一般的な判断基準となる身体兆候を示している。それによれば、①意識レベルが300であること ②呼吸が全く感ぜられないこと ③総頸動脈で脈拍が全く触知できないこと ④瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと ⑤体温が感ぜられず、冷感が認められること ⑥死後硬直又は、死斑が認められることの全てが該当した場合としている。判断に迷う場合には指示医師に連絡し、指示・指導・助言を受けることになっている。消防隊員は、傷病者が明らかに死亡していると判断した場合には搬送はせず、警察署に連絡し、検視となる。その際、医師が介入することで高齢者施設や自宅での看取り時に、不要な検視依頼を防ぐことが可能となる。

「医師の協力」については医師の連絡先を伝える等の緊急時、看取り時の連絡体制の構築が必要であり、そこには各地域医師会の強力な関与が望まれる。また、在宅療養中の患者や高齢者施設の

入居者における意思表示書面に関しても「医師の協力」が大切である。佐藤ら²¹⁾は高齢者施設におけるアンケート調査の結果から侵襲的処置の事前意思確認の現状と課題について述べている。高齢者施設で侵襲的処置の事前意思確認をしているのは214施設中103施設（48.1%）であるが、施設の種類と医師数において、侵襲的処置の事前意思確認の有無に有意差を認めたと報告している。すなわち、配置医師が配属されている介護老人福祉施設の75%は侵襲的処置の事前意思確認をしていたが、配置医師のいない認知症対応型共同生活介護は41.5%、短期入所生活介護では18.5%と少なかった。医師の関与不足が侵襲的処置の事前意思確認の有無に影響されると考察している。高齢者の老衰、人生の最終段階にある状態や悪性腫瘍患者の終末期、搬送しても回復が見込めないような状態の傷病者等で、家族や本人が心肺蘇生等の救命措置を望まない搬送現場に救急隊が遭遇した時、医師に連絡して心肺蘇生見合わせ、搬送の有無を指示・確認できる体制やガイドライン等を93%が必要（図14）と回答しており、各地区の実情に応じたものの作成が望まれる。

北村山地域では、「北村山救急医療情報シート」を用いて、主に高齢者施設からの急変時の患者搬送の際の救急現場での対応の参考にしている。

配置医師のいない認知症対応型共同生活介護や短期入所生活介護の高齢者施設の介護スタッフ、自宅で療養している在宅患者の家族は、高齢者が突然の容態変化した場合にどのように対処すべきなのか。横田は、高齢者が突然の容態変化に至らないように、また、そのようになった場合の判断と対応について医学的知識や技能が十分でない患者家族や介護スタッフにも判断が容易なリーフレットを紹介している²²⁾。介護者の接触頻度と、普段と比較しての対象者の様子をイラストにして介護者が対処すべきことを選択できるように工夫している。患者側からも医療者側からも医療アクセスの判断のために概ね良い評価を得ており、患者の容態が変化した際の判断時には有用と報告している。

総務省消防庁の第4回救急災害医療提供体制等に関するワーキンググループ 参考資料³⁾¹⁶⁾によれば、令和3年に地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場に参加した消防本部は724本部中250本部（34.5%）であった。消防本部が参加した議論の場で、心肺蘇生を望まない傷病者に係る事案について議論されたのは、250本部中131本部（52%）であった。著者らが山形県内の救急隊員に実施した調査では、ACPという言葉を知らないと回答したのは812人中550人（68%）、

「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」を知らないと回答したのは812人中716人(88%)であった¹⁷⁾。この実態調査結果から、ACPや「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」の救急隊員への啓蒙、研修が十分とはいえない。ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、救急医療関係者、地域包括ケア関係者、消防関係者等の地域の関係者が合同で協力できるように協議会を設置し、救急隊にとっても活動基準を策定しておくことが望ましい²²⁾²³⁾。

人生の最終段階に関する用語について

人生の最終段階に関する用語である「リビング・ウィル」、「意思表示書面」、「ACP」、「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」について、5年前の2017年に開催した同シンポジウム¹⁾や山形大学医学部医学科4年生の衛生学・公衆衛生学の講義⁶⁾の際、山形県内の消防隊員¹⁷⁾のアンケート結果を報告した文献と本研究の結果とを比較検討する。

リビング・ウィル (Living Will) は、判断能力を失った際に本人に行われる治療・ケアに関する意向について判断能力があるうちに表明される生前意思のことである。近年では詳細な医療・ケア行為の選択の意思表示を含む広い概念になってきている。リビング・ウィルには代理人の指定は必ずしも含まれていない。リビング・ウィルの言葉と内容について、5年前の調査¹⁾では10%は言葉と内容の両方を認知していたが、42%は両方とも認知していなかった。本調査ではそれぞれ20%、17%であったことからリビング・ウィルの理解度は高まったといえる。医学生の調査⁶⁾ではそれぞれ10%、7%、山形県内の救急隊員¹⁷⁾ではそれぞれ11%、44%であり、医学生と救急隊員のリビング・ウィルへの理解度は10%前後で同レベルであるが、救急隊員では、リビング・ウィルの言葉も認知していない割合が、5年前の本シンポジウム参加者の調査¹⁾と同レベルで40%弱であった。

5年前の本シンポジウム参加者の調査¹⁾と今回の調査を比較する。5年前の調査¹⁾ではリビング・ウィルの言葉と内容両方を認知していたのは医療介護職群15%、非医療介護職群2%であったが、今回の調査ではそれぞれ26%、9%であった。また、5年前の調査¹⁾で、両方とも認知していなかったのは医療介護職群30%、非医療介護職群59%であったが、今回はそれぞれ12%、23%であったことから住民にもリビング・ウィルは認知されてきている。

意思表示書面 (Advance Directive) はリビング・ウィルを文書化したものである。本人が判断能力を失った場合には代理人(本人の意思を推定できる代理決定者)が大きな役割を果たす。また、事前指示書は意思表示書面とほぼ同義であるが、本人の意思決定能力がなくなった場合にも備え、代理決定者名を記載し、

北村山救急医療情報シート

北村山救急医療情報シート			
(北村山公立病院・北村山地区医師会)			
【基本情報】 記入者(本人 ・ 家族 ・ ケアマネジャー ・ 看護師 ・ その他)			
ふりがな			性別
氏名			年齢
生年月日			
本人	住所		
	電話番号		
施設	名称		
	所在地		
	電話番号		
【医療情報】			
現在治療中の 病状や心身の 状態 A D L	高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 認知症 その他:		
	(A D L mRS 0・1・2・3・4・5)	経口摂取	胃管/胃瘻
既往歴	年齢	病名	手術の有無 (有・無) (治療・現在治療中)
	才		(有・無) (治療・現在治療中)
	才		(有・無) (治療・現在治療中)
	才		(有・無) (治療・現在治療中)
	才		(有・無) (治療・現在治療中)
アレルギー	無・有 ()		
かかりつけ 医療機関①	病院名	主治医	所在地
	電話番号		
かかりつけ 医療機関②	病院名	主治医	所在地
	電話番号		
施設における看取り対応の希望の有無 ⇒ 有 無 不明			
もしもの時に 医師に伝えたいことがあれば「口」の中にチェックして下さい。		確認日(修正は二重線で消して下へ追記)	
<input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命をしてほしい		年 月 日	
<input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置なら希望する		年 月 日	
<input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい		年 月 日	
<input type="checkbox"/> 心肺停止時には蘇生処置は望まない			
【緊急連絡先】			
名前(続柄)	()	電話番号	
名前(続柄)	()	電話番号	
ケアマネジャー:		電話番号	
作成日		確認・更新日①	
確認・更新日②		確認・更新日③	
確認・更新日④		確認・更新日⑤	
※お薬手帳の内容をコピーあるいは持参			
連絡先: 北村山公立病院 入院支援室 TEL: 42-2111 (内線 2156) Ver 1.0			

施設における看取り対応の希望の有無 ⇒ 有 無 不明			
もしもの時に 医師に伝えたいことがあれば「口」の中にチェックして下さい。		確認日(修正は二重線で消して下へ追記)	
<input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命をしてほしい		年 月 日	
<input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置なら希望する		年 月 日	
<input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい		年 月 日	
<input type="checkbox"/> 心肺停止時には蘇生処置は望まない			

具体的な医療・ケア行為の希望の有無について記載しておくものである。本邦において意思表示書面は、現時点では法的拘束力はないものの医療・ケアの方向性を決定する上で重要である。意思表示書面の言葉と内容について、本調査では全体の15%は言葉と内容の両方を認知していたが、18%は両方とも認知していなかった。山形県内の救急隊員¹⁷⁾ではそれぞれ8%、23%であったが、救急救命士の資格有群と資格無群を比較すると意思表示書面の認知度はそれぞれ16%、3%と救急救命士の資格有群の方が認知度は高かった。

ACPは「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」にも盛り込まれ、時間経過で変化する病状を考慮し、希望する医療・ケアを何度も繰り返し話し合い、意思表示書面等を作成する過程までのプロセス全体を指す概念である。「人生会議」という愛称があり、患者の意思を尊重した医療・ケアをするための重要なプロセスとして、近年、医療介護の現場で取り込まれるようになった。しかし、18%の回答者は言葉や内容とも認知していなかった。言葉と内容の両方を認知していたのは33%であった。医療介護職群と非医療介護職群を比較すると、言葉と内容の両方を認知していたのは医療介護職群45%、非医療介護職群16%であったが、両方とも認知していなかったのは医療介護職群11%、非医療介護職群32%であった。これらの結果から、ACPは一般市民にはまだ認知度が低く、啓蒙活動の継続が必要である。

「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」については、43%の回答者は認知していた。5年前の本シンポジウム参加者の調査¹⁾では16%であり、全体的には本ガイドラインの認知度は高くなっている。医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較した結果、それぞれ53%、27%と医療介護職群が非医療介護職群より本ガイドラインの認知度が高かった。ACP同様に医療介護の現場では認知度が高くなっているが、医学生の調査⁶⁾では12%、山形県内の救急隊員への調査¹⁷⁾では8%と本ガイドラインの認知度はまだ低いことが明らかになっている。医学生、救急隊員を含め一般市民への更なる本ガイドラインの啓蒙が必要である。

<おわりに>

北村山看取りシンポジウム2022参加者に実施したアンケート結果をもとに、模擬症例への対処や人生の最終段階に関する用語の認知度についての実態を調査し、人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場の在り方に係る文献的考察を

加えた。高齢者施設や在宅で療養している患者には、容態の急変時に備えて、ACPを行い、事前指示書を作成しておくことが望まれ、医師の関与が必要である。ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応等は、救急医療関係者、地域包括ケア関係者、消防関係者等の地域の関係者が協議できる場を設け、地域の実情に応じた救急隊の活動基準を作成しておくことが望ましい。「リビング・ウィル」、「意思表示書面」、「ACP」、「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」の医療介護現場での認知度は高くなってきているが、医学生、救急隊員を含め一般市民への更なる本ガイドラインの啓蒙が必要である。

<文献>

- 1) 柴田健彦、八鍬直、工藤邦夫、小室淳、清治邦夫：参加型、問題解決型の看取りシンポジウムにおける終末期医療に関する意識調査の検討。山形県医師会会報 2017；795：30-48
- 2) 柴田健彦、八鍬直、清治邦夫：北村山看取りシンポジウム2018における『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』と「ICT（情報通信機器）を用いた死亡診断」に関する実態調査研究。平成30年度山形県医師会学術雑誌 2019：第56巻：122-134
- 3) 柴田健彦、八鍬直、清治邦夫：北村山看取りシンポジウム2019における死生観とスピリチュアルケアについての実態調査研究。令和2年度山形県医師会学術雑誌 2019：第58巻：217-235
- 4) 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。2018年4月
- 5) 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」2018年3月改訂 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf#search=%27%E4%BA%BA%E7%94%9F%E3%81%AE%E6%9C%80%E7%B5%82%E6%AE%B5%E9%9A%8E+%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%B3%27>
- 6) 柴田健彦：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスについての医学生の意識調査研究。令和3年度 山形県医師会学術雑誌 2022：第61巻：43-53
- 7) 長尾和宏：119番と平穏死。「理想の最期」を家族と叶える。2020(大和書房)
- 8) 消防法（昭和二十三年法律第八十六号：平成三十年六月二十七日法律第六十七号による

改正)

- 9) 総務省消防庁 救急隊員の行う応急処置等の基準 (消防庁告示第二号、昭和五十三年七月一日) 第三条 (応急処置を行う場合)
- 10) 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年3月31日
- 11) 根本学、京谷圭子、菅野壮太郎、高木正人、北山勝博、水村勝：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
- 12) 愛知県救急業務高度化推進協議会：人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊の基本的な活動ガイドライン. 令和3年11月4日
369572_1579901_misc.pdf (pref.aichi.jp)
- 13) 東京消防庁：心肺蘇生を望まない患者 (DNAR) への救急対応について. 令和元年12月 PowerPoint プレゼンテーション (tokyo.lg.jp)
- 14) 岡山市消防局：心肺蘇生を望まない患者 (DNAR) への救急対応について. 2021年4月30日
心肺蘇生を望まない患者 (DNAR) への救急対応について | 岡山市 (city.okayama.jp)
- 15) 千葉市消防局：高齢者福祉施設などに出勤した救急隊の対応について (お知らせ)
r4shuudan6-2hen.pdf (city.chiba.jp)
- 16) 総務省消防庁：傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生. 第4回救急災害医療提供体制等に関するワーキンググループ 参考資料3 (令和4年4月28日)
000934608.pdf (mhlw.go.jp)
- 17) 柴田健彦、八楯直、高橋信也：人生の最終段階における高齢者の心肺蘇生中止についての山形県内の救急隊員の意識調査研究. 令和4年度 山形県医師会学術雑誌 2022：第63巻：11-17
- 18) 小野和幸、大河原治平、阪本敏久：救急で遭遇する DNARの現状と問題点. 日臨救急医学会誌 2017：20：64-68

- 19) 総務省消防庁 救急業務実施基準 (昭和三十一年自消甲教第六号) (平成29年2月8日一部改正) 第十七条 (搬送を拒んだ者の取り扱い)、第十八条 (医師の要請)、第十九条 (死亡者の取扱い)
- 20) 総務省消防庁救急企画室長：救急活動時における適正な観察の実施について (平成30年6月4日 消防救第109号)
- 21) 佐藤信宏、赤澤宏平、広瀬保夫、伊部奈穂子：高齢者施設における侵襲的処置の事前意思確認の現状と課題—アンケート調査の結果から. 日臨救急医学会誌2017：28：173-180
- 22) 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
- 23) 清水幸裕、石田瞳、盛永審一郎：在宅看取りの現場での救急医療を考える. 日本医師会雑誌 2020：第149巻：91-97

<謝辞>

北村山看取りシンポジウム2022に参加し、アンケート調査に御協力頂いた方々、御助言を賜りました森野一真氏 (山形県立中央病院)、松田友美氏 (山形大学医学系研究科看護学専攻 地域看護学講座 在宅看護学) をはじめ、シンポジストの後藤清氏 (埼玉西部消防局)、木村祐人氏 (村山市消防本部消防署)、塚原桃子氏 (山形大学医学部看護学科)、竹森千畝氏 (山形大学医学部医学科)、井莉博子氏 (大石田町民生児童委員)、早坂優一氏 (尾花沢市役所福祉課)、網干康氏 (にこにこらいふ社)、荒木敬子氏 (訪問看護ステーションにじ)、國本健太氏 (北村山公立病院) には本シンポジウムの運営に際し、大変お世話になりました。また、大貫哲子氏 (北村山地区医師会事務局) にはアンケートの準備、配布等で大変お世話になりました。諸氏に対して改めて感謝申し上げます。

<著者の COI (conflict of interest) 開示>

本論文発表内容に関連して特に申告なし