

15. 地域包括ケアの構築に向けて、地域のメディカルコントロール体制や救急隊が担える役割はどんなことがあると思いますか。ご意見をください。 原文まま

- ・要請に対して早期に現場対応できる機関は現在限られた公的機関だけなのが現実です。緊急対応にはやはり地域メディカルコントロール体制やその中で活動する救急隊で対応することが一番の役割か思います。緊急性があるかどうかは結果的に現場に行かないと分からず、出場した結果、緊急性がない場合は民間に引き継ぐなど新たに入口としての役割ができればよりよくなると感じます。
- ・搬送や処置内容を問わず、迅速に傷病者のもとへ赴き、観察情報を担当医師へ情報提供できることが一番大きな任務であると思う。
- ・救急隊とは別に消防に介護福祉士を配属して緊急を要しない傷病者に対しては施設搬送する。。
- ・法制化された MC 体制下で、地域包括ケア、救急隊が一元化されて動かなければ、役割分担ができない。(なんでも救急隊に行わせるなら、現行の消防救急と救急現場というフレームをはずさなければできない。救急隊がいくらあっても足りないと思うが)
- ・適正利用についての啓発活動。
- ・高齢化が進み、さまざまな救急対応事案が発生しているなか、今後増える在宅医療者や蘇生拒否者への行き方の尊重に役立つ事ができると考える。
- ・地域包括ケアを勉強し、救急要請があった場合に、相手に対して最大限の助言やアドバイスをする事。
- ・救急業務とは別に考える必要があるのではないだろうか。
- ・救急車が必要な事案とは何かを啓発すること
- ・救急出動をきっかけに、福祉の手が必要な人を見つけ出し、地域包括支援センターや福祉部局と連携する事が出来ると思う。
- ・地域包括ケアシステムを広めていくための地域密着型のために市民とのふれあいや講演会、イベントを開く
- ・ある程度の差別化を図ることで、本当の急性期の傷病者の搬送に支障が出る事が少なく出来るとは思いますが、どちらかという積極的な役割というより、上記に掲げた搬送システム等が対応できない場合には引き受けるという形になるのではないのでしょうか。
- ・初回であればしっかりと対応し、同症状での二度目以降の要請で急を要しない場合は、報告して今後の対応を話し合う。リストアップの協力にもなる。
- ・救急医療に MC があるように、在宅医療を実践されている医療機関や救急医療機関などで構成される、地域協議会があっても良いと考えます。MC と地域協議会がプロトコルを作成して、介護職含めた臨床に生かす。もっと活発な議論が必要かと、個人的には思っています
- ・急変時は家族や介護士がどうして良いか判断できない場合が多く、包括的にも適切なアドバイスが出来る救急隊でありたい。
- ・情報の共有を密にし、緊急時の対応や搬送を迅速に行えるようにすること。そして救急要請があった時点で指令課及び救急隊が傷病者に対して最善の活動が行えるようにすることだと思います。
- ・急性期の状態について搬送を受け持つ。

・情報共有が先ずは必要だと思います。患者さんの状態を把握した上での活動がなければ活動時間にも影響すると思われまます。

・蘇生の方法、緊急時に実施する内容を一般市民に広く知ってもらい、普段から意思表示が出来るよう、選択肢の一つとして救急隊が実施する内容を知ってもらう

・山梨MCは全県で1つのMCのため、フットワーク良く活動できているように思います。

・救急隊の役割は、要請のあった救急にあつては、確実に病院まで搬送することにあるように思います。

・救急隊は呼ばれたら「搬送せよ」が鉄則なので担うところは無いと思う、救急隊の延命拒否者への対応を法律で決めってもらう方が先だと感じる。

・システムの構築

・MC、救急隊、医師会、福祉部門、施設、家族との架け橋

・MCでの議論が必要。

・地域性を考慮して、今後の救急業務のあり方を考えていかなければ…

・地域MCがどこまで体制ができるかは不透明だが、救急隊側からは法に合致し業務の正当性が確保できる事ができれば問題ないと考えられる。

・地域包括ケアと救急は別々で考えられないと思う。地域医療の将来を、全ての職種が集まり議論構築することが必要であると思います。

・救急隊が出動した先の高齢者等の情報を事前に持っていれば、搬送先の決定や各機関等の連絡がスムーズに行えると感じる。社会福祉協議会と連携した救急業務の構築は必要。

・急速な時代変化とともに、救急救命士制度が誕生し、人材育成がなされ、救急隊が行える処置・行為（特定行為など）が拡大されてきました。CPAやショック状態・急変時の傷病者に対応する、知識や技術もめざましい進歩を遂げています。いわゆるテクニカル（枝葉）な部分はどんどんめざましい変化・成長を遂げている一方、地域包括ケア（高齢者が重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けられるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体で提供する）の一翼を担う救急隊がどんな立ち位置（たとえば、普段の救急活動とは別に、要介護状態の家庭へ出向いて現状を聞くとか世帯調査をするとか）で役割を担うのか？そのための隊員教育（言葉使いや立ち居振る舞い、提案力）を高めるには何が必要なのか？の本来の地域行政職員としての地域構成を理解する知、人間力（幹）を向上させていくことが求められている時代になっていると感じています。そこを担えるのが地域のメディカルコントロール体制であり、救急隊が担える役割だと思います。

・指導者

・災害や緊急時の対応。

・施設職員への救命講習会等の受講徹底、DNAR患者への対応プロトコル構築

・顔が見える関係が構築され、救急出動件数等が少なくなる見込みがある。

・救急隊が担う役割を拡大していく場合、明文化されればやらざるを得ないので法整備とシステム構築が適切にされることを望みます

・各地域で、具体的な役割を見つけるための学習会や会議など、システム構築が必要であると感じる。

・個人的には、救急搬送に至らない要請なども対応していけると感じる。"

・消防救急ももっと急性期でなく慢性期にも目を向けるべきと思う

- ・高齢化社会の中で、福祉救急のあり方、本来の救急のあり方など、変革、持続も含め、地域医師会、福祉行政部門と協議しながら体制構築を担う役割
- ・消防の任務は緊急時対応であるという確固たる姿勢を示すことが最優先であり、
- ・何でも屋的な協力姿勢は取るべきではない。しかし、現実には 24 時間即応可能な警察と消防が動かざるを得ない現状がある。本来業務と行政サービスとの間に明確な境界線が必要であり、現場に丸投げすべきでは無いです。
- ・救命講習会等の機会を活用して、広報するなど。
- ・全てここにかかっている。消防は病院の味方ではない。介護職をそだてるのは消防でしょう。すべきことは明らか。命のあり方の最前線を市民とともに考え、家族が決定する社会のてだすけをする事。そのためには沢山の事例発表が必要。
- ・地域包括支援センターのネットワーク連絡会に参加しているが、救急医療に関係する議題等は少ない状況であり、消防機関でもどのように関係して地域包括ケアを構築していくのかが、見出せていない。まずは消防機関に対して地域包括ケアシステムを理解させる（教育）場が必要である。
- ・救急隊の業務(消防業務)の幅広さを理解してもらい、民間や行政でできることを非救急病院を含めた搬送先病院とで連携を図って欲しい。
- ・近年の軽傷事案の増加に伴う救急件数の増加が進む現場であるが、消防救急は一刻を争う救急対応が必要だと感じる。
- ・高齢者世帯の増加により救急要請時の傷病者情報が得られないことも予想できるので、傷病者に係る医療情報に関係機関と共有し、的確な処置をし適切な医療機関に搬送できるシステムを構築していきたい。
- ・2025 年問題のみならず超高齢化社会における社会構築のために考えていかなければ行けない喫緊の課題である。国の福祉部局（厚生労働省）に消防救急、特に救急救命士の存在が皆無ではないか。いわゆるケアマネ（都道府県資格）の受験要件に医療資格である救急救命士のみがない。これが現況のすべてを表すものであろう。この状況では問題解決にはならない。
- ・緊急時の対応
- ・特に思いつきませんが、地域MCや消防と一緒に、よりよい構築ができるよう目指す必要があると考えます。
- ・医療技術が発展すると同時に在宅医療の傷病者が増加すると思う。救急業務を円滑に行うためにも、組織単体で解決するのではなく、行政や民間企業等と協力しなければならないと思う。
- ・全てここにかかっている。消防は病院の味方ではない。介護職をそだてるのは消防でしょう。すべきことは明らか。命のあり方の最前線を市民とともに考え、家族が決定する社会のてだすけをする事。そのためには沢山の事例発表が必要。
- ・傷病者とその家族のケア。
- ・地域包括ケアの研修を実施してもらい、介護、医療、消防で話し合いをすることが必要だと思います。
- ・増加する高齢者が安心して生活できるよう介護問題に積極的に協力すると共に緊急有事の際は地域、医療機関と協力して高齢者を支えていかなくてはいけないと感じています。
- ・事前の相談など家族の負担軽減
- ・救命士の生涯教育の中に在宅・介護連携（介護の現場の実習）を取り入れる。
- ・緊急性のある病態では、迷わず 119 通報し救急要請してもらうようにすること。
- ・搬送困難（認知症・精神疾患の既往）に陥りやすい方の関係機関での情報共有
- ・看取り搬送を減らすなど"

- ・死亡診断に役立つ情報を医師に送る。
- ・救急医療体制とは別の問題だと思いますが、行政や医療機関（介護施設）等との連携を深めていく必要があると思います。話し合いの場や意見交換の場を増やしつつ、地域全体として課題を共有していく姿勢が大切だと思います。
- ・高齢社会などの社会背景による需要が、救急サービス本来の目的を逼迫している状況を解決すべく地域社会に啓蒙すること、行政側に問題提議していくことが必須と思われる。
- ・業務で忙しい中でも、地域へ積極的に赴き、119番通報の必要性や意味や、救急活動を理解して貰うことが重要だと思います。
- ・地域包括ケアを構築するには、その地域の医療体制を自治体はしっかり理解する事が必要不可欠だと思います。急変時に蘇生の可能性が高いものはどうしても医療体制が整っている管轄外にシフトします。どこまでをその患者さんの住み慣れた場所とするかの住民調査を実施し、それらをもとにMCとしても救急業務のあり方を検討する事が必要と思われる。
- ・介護職ともっと連携を図らないとだめだなーと感じています
- ・民間救急隊を増加しなければならない。
- ・急性期医療が必要な傷病者には消防救急が、急を要しない傷病者には消防救急以外の搬送が必要だと思いますが、そこには傷病者を観察できる看護師や救急救命士を同乗させることが望ましいと思います。行政は、消防救急以外の搬送機関（地域包括ケアに特化した搬送隊など）を設立し、看護師や救急救命士を雇い、急性期以外の傷病者搬送に対応できればと思います。
- ・救急隊として言うよりも、在宅医療に関する救急要請は本当に必要なのでしょうか？施設職員（介護士、看護師、運転手）がいて、車両も自前で来ているのに搬送できないから救急要請。こんなのあり得ません。一生に一度乗るか乗らないはずの救急車を安易に利用している介護関連職種の意識に怒りを感じました。
- ・施設などへ周知すること
- ・延命処置を望んでいるのか否かを…(救急隊が周知する内容ではないと思いますが)"
- ・今はCPRを実施することに疑問があったとしてもバイスタンダーが救急要請すれば、また、医療機関へ搬送することとなれば、傷病者本人の意思とは関係なくCPRを実施して緊急搬送しなければなりません。これからは積極的に医療を介入すべきか否かを指令室で判断し、傷病者の意思を尊重した最後が迎えることができる、メディカルコントロール体制を構築してほしい。
- ・7、9で記入した事柄は、地域の実情に応じた現状である。超高齢の地域では、転倒による軽症症例であっても搬送手段がない、家族・身寄りがない等の状況によって搬送するといった、ある意味不適切利用でもローカルルールとして担わなければならないこともある。
- ・構築体制は地域格差が生じてしまうのではないかと心配している。医療状況に合わせて福祉・医療・消防の連携が大切です。
- ・地域包括ケアにおいて、緊急時や急性期の搬送は消防救急が担いそれ以外では市町村福祉部局となると考えます。特に地方都市においては民間患者搬送システムが少なく、多くの状況下で出動要請があります。
- ・また、退職した救急隊員や救急救命士を活用して地域包括ケアの一部を担わせることもありかなと考えます。"
- ・市役所や地域包括支援センターとの情報共有の一員
- ・DNR等の情報共有を図り、ますます増加している救急出動に歯止めを掛けなくてはならないと思う。
- ・救急要請時における一定ルールの構築と介入

- ・超高齢化社会にむけて、このような方々の救急要請がかなり増えると思います。
- ・MC や市・医療機関など関係部局が連携し、対応していく事が大切だと思います。"

結論のまとめ

1. 回答を 319 人から得た。
2. 救急隊員は、「地域包括ケアシステムを知っている」と答えた者は 61 人(19.1%)にすぎなかった。
3. 地域包括ケアシステムの知識を得た場所は、「自主的な講習会が 81 件」、「雑誌などの書籍や病院関係者からの、その他が 57 件」、「MC 協議会からは 28 件」であった。
4. 在宅医療利用者の自宅や利用中の施設へ救急出場をしたことがある救急隊員は、243 人(76.1%)であった。
5. その救急要請理由(介護者、看護師から聴取)は、「緊急事態で、医療関係者が対応できない傷病者だったのが 188 件」であり、他の多くの要請理由は、緊急性の低い「かかりつけ医までの搬送 194 件」、「搬送手段がないが 170 件」であった。
6. 救急要請の問題点として、「情報関係を指摘している回答が 309 件」、「搬送先がきまっていないが 123 件」、「特に問題はない 79 件」であった。
7. 終末期の CPA に出場したことがあるは 272 人(85.2%)
8. CPA 傷病者へ何もせずに搬送するように指示・依頼されたことがある救急隊員(n=272)は、213 人(78.3%)であった。その搬送を BLS のみの処置し搬送した者が 205 件であった。また、「なにもせず病院へ搬送が 35 件」、「なにもせず現場で待機したが 22 件」であった。
9. 終末期の傷病者や蘇生拒否の傷病者の関係者から事前に消防に相談があったことがあると回答したものは(n=319)、57 人(17.8%)であった。
10. MC 協議会で蘇生拒否の傷病者搬送の Protocol がある MC は(n=319)、34 人(10.6%)であった。
11. 地域包括ケアの構築に必要な事は、介護施設との情報交換や勉強会など情報共有が必要と回答が合計で 529 件あり「MC 協議会などが救急隊の教育が必要が 98 件」であった。
12. 地域包括ケアシステムをより良いシステムを構築するためには、(n=319)、「市町村役所の福祉部局や社会福祉協議会等との情報の共有が 145 人(45.4%)」であった。
13. 民間救急の搬送システムが構築された場合に(複数回答可)は、「急性期病院からの下り搬送、224 件」、「お迎え搬送、239 件」、「在宅患者見守り搬送:183 件」、「お看取り搬送:212 件」

I. 総 論

救急医療とかかりつけ医, 在宅医療との関わり

東 一成¹ 太田 祥一^{1,2}

Relations with emergency medical care and primary care doctor, home health care

¹Kazunari Azuma, ^{1,2}Shoichi Ohta

¹Department of Emergency and Critical Care Medicine, Tokyo Medical University

²Keisen Clinic

Abstract

Medical care for an ultra-aging society has been shifted from hospital-centered to local community-based. This shift has yielded the so-called Integrated Community Care System. In the system, emergency medical care is considered important, as primary care doctors and home health care providers play a crucial role in coordinating with the department of emergency medicine. Since the patients move depending on their physical condition, a hospital and a community should collaborate in providing a circulating service. The revision of the medical payment system in 2014 clearly states the importance of “functional differentiation and strengthen and coordination of medical institutions, improvement of home health care”. As part of the revision, the subacute care unit has been integrated into the community care unit, which is expected to have more than one role in community coordination. The medical fee has been set for the purpose of promoting the home medical care visit, and enhancing the capability of family doctors. In the section of end-of-life care for the elderly, there have been many issues such as reduction of the readmission rate and endorsement of a patient’s decision-making, and judgment for active emergency medical care for patient admission. The concept of frailty as an indicator of prognosis has been introduced, which might be applied to the future of emergency medicine. As described above, the importance of a primary doctor and a family doctor should be identified more in the future; thereby it becomes essential for doctors to closely work with the hospital. Advancing the cooperation between a hospital and a community for seamless patient-centered care, the emergency medicine as an integrated community care will further develop by adapting to an ultra-aging society.

Key words: integrated community care (community-based integrated care), primary care, home health care, end-of-life care, emergency medical care

はじめに

昭和 52(1977)年に全国で 150 万件であった救急搬送件数は平成 16(2004)年に 500 万件を

超え、平成 25(2013)年には 591 万件と増加の一途をたどっている。医療機関収容までの時間は延長傾向で、独居高齢者、認知症、急性アルコール中毒などは医療機関選定に難渋していると

¹東京医科大学 救急・災害医学分野 ²医療法人社団親樹会恵泉クリニック

されている。一方で救急告示病院は減少傾向で、3次救急医療機関への搬送が集中する傾向となっている¹⁾。我々は2001年にその中でも在宅医療や高齢者施設からの3次救急医療機関への搬送例を分析し報告したが、その傾向はさらに強まっている^{2,3)}。このような傾向は、医学的な観点のみならず、経済、倫理、社会保障などの観点からも早急な対応が求められている⁴⁾。これからの超高齢化社会での医療は病院完結型から地域完結型への転換が進められている。この考え方による体制が地域包括ケアシステムであり、そのために地域での様々な連携が模索されている。平成26(2014)年度診療報酬改定でも、「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実」が重点課題とされている。

本稿では、この重点課題について概説し、今後の救急医療とかかりつけ医、在宅医療との関わりについて考察する。

1. 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能なかぎり住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような、地域の包括的な支援・サービス提供体制」のことである。厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進している^{5,6)}。そのためには地域で適切な医療を受けられることが求められている。つまり、「治療＝病院」ではなく「治療＋ケア＝地域、住まい」を実現するためのシステムであると考えられる。

1) 概 念

地域包括ケアシステムの5つの要素は図1のように、それぞれの要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っている。地域における生活の基盤となる「住まい」、「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土ととらえ、専門的なサービスである

「医療」、「介護」、「予防」を植物ととらえている。植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいで安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となっており、そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」が効果的な役目を果たす、ということ表現している。この図からもわかるように医療は地域包括ケアシステムの一部であり、患者の生活、住まいという土台の上に成り立っている⁵⁾。

2) 地域包括ケアシステムと救急医療

地域包括ケアシステムの中で医療、その中でも救急医療は重要な構成要素である。地域と救急との連携のキーパーソンとしてかかりつけ医、在宅診療が重要な役割を果たすことになる。図2でも病院受診や救急車はかかりつけ医、在宅医を経由するように描かれている。今までの病院完結型の医療では、医療は病院を受診したときから始まり、そこから退院させることが目的であった。その医療では退院後にいかに生活するかという観点は十分だとはいえなかった。複数の疾患をかかえる高齢者では、専門分化された病院完結型の医療ではその対応に限界があり、地域完結型の医療では、病院での医療も、退院後の医療、生活支援、介護を想定して進めることが求められている。つまりこれからの救急医療の目標は、地域へ帰すこと、そしてそこで満足な生活をすることであり、今まで以上に救急医療の質が問われることになる。病院完結型では入院、退院を契機に医療や看護、介護の流れがいったん切れていたが、地域完結型では、入院は「治療、看護の場所」が移動したにすぎない。地域包括ケアシステムの流れの中で、治療の場所は本人の状態に即して移動するので、場所に関係のない、つまり「切れ目のないシームレスな」医療が実現されることとなる。つまり、病院と地域がお互いに想いを馳せて、循環的なサービスを提供することが必要とされる⁷⁾。

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月
地域包括ケア研究会報告書より

○ 高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

● 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

● 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
● 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

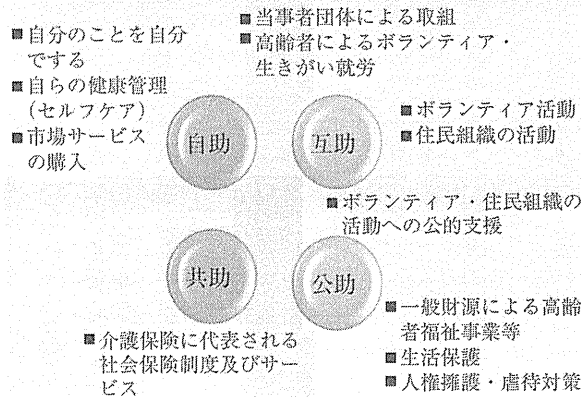
【介護・医療・予防】

● 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される(有機的に連携し、一体的に提供)、ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

● 単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

● 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」に加え、市場サービスの購入も含まれる。

● これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

● 2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。

● 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。

● 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

図1 地域包括ケアシステムの理念(文献⁹⁾より引用)

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。

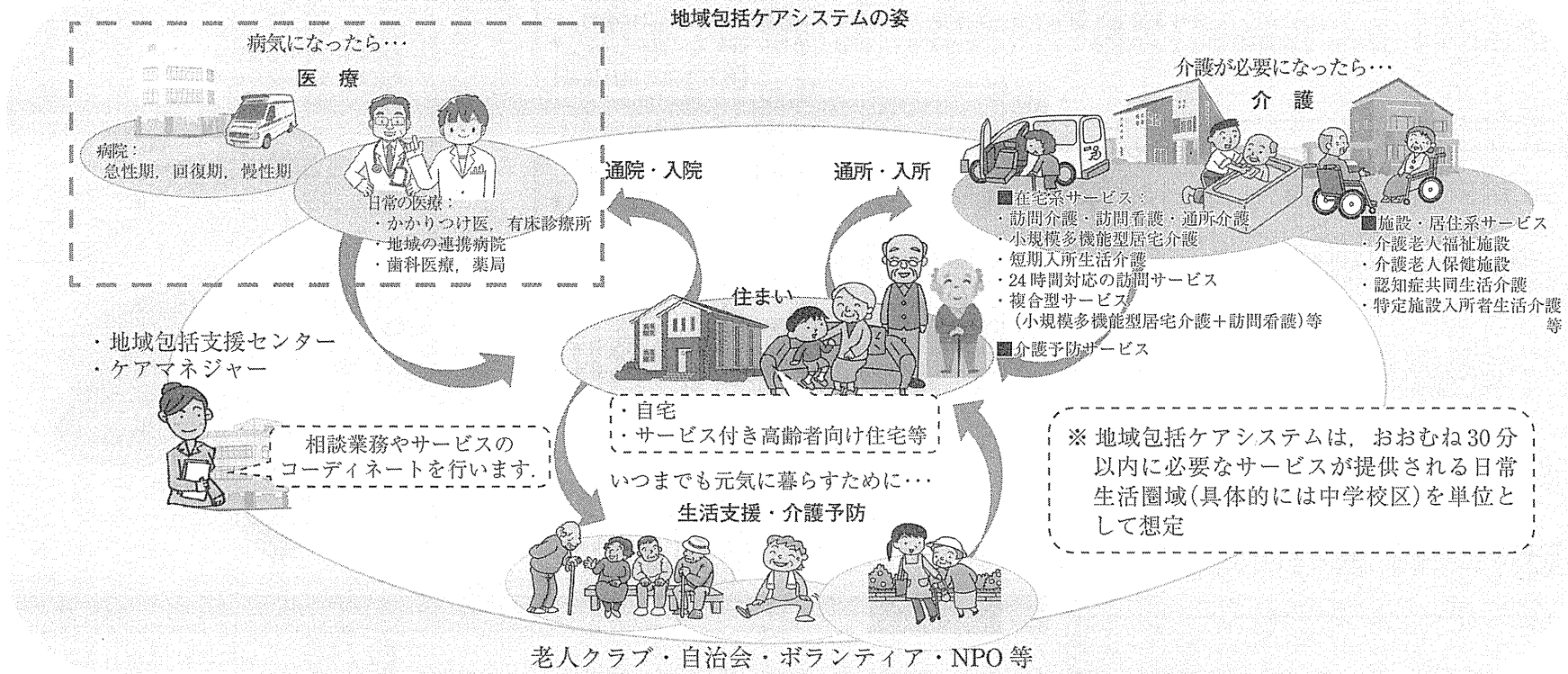


図2 地域包括ケアシステムの構成(文献⁵⁾より引用)

2. 診療報酬改定と病棟再編

平成27(2015)年6月15日に内閣府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が公表した第1次報告「医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定にあたって」によると⁷⁾、‘今後も少子高齢化の進展が見込まれるなか、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指す。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療、介護を提供することにより限られた医療資源を効率的に活用することが重要’としている(図3)。このことは今後、機能別に分化した病院間、施設間、自宅を、切れ目なく、適したタイミングで円滑に移動することが必要である、ということを示している。我が国の全病床数は、2013年時点で134万床であり、機能分化をしないまま高齢化を織り込んだ場合の必要病床数として推定すると、2025年には152万床程度になると推定している。これに対し、機能分化、地域連携により2025年に目指すべき必要病床数は115万～119万病床としている。図3で、高度急性期、急性期病棟は19.1万、58.1万床から2025年には13.0万、40.1万と急性期の合計で20万床以上の減床が予定されている。そして、「介護施設、高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加対応する患者」は29.7万～33.7万人と算出しており、このことから今後、充実した在宅医療体制を早急に構築することが求められている。

入院医療については、3群の医療機関にまとめられ、機能分化に即した病棟再編が計画されている。それぞれの役割は、

—高度急性期、急性期：高度な医療の提供、退院支援など

—地域包括ケア病床など：地域に密着した病床、在宅復帰困難な患者の受け入れ、緊急患者の受け入れ、在宅、生活復帰支援など

—長期療養：長期療養が必要な患者の受け入れである。

従来の「亜急性期病棟」はなくなり‘地域包括ケア病床’になっている。この病床には、‘軽症だが緊急性のある患者’を受け入れる救急病院としての役割、さらに高度急性期・急性期から在宅復帰が困難な患者を受け入れ、その後に退院調整を行う役割、在宅患者への支援を行うという役割など、複数の役割が期待されている。この病床は、地域の中小病院が担うことが想定されている。その特質上、この病床でも救急医の活躍が期待されていると考えられる。

3. 在宅医療への移行推進⁵⁾

高度急性期・急性期(自宅など退院患者割合)、地域包括ケア病棟(在宅復帰率)、長期療養・病床(在宅復帰率にかかわる加算)など在宅復帰率の要件拡大が導入されている。

在宅復帰率とは、退院患者に占める自宅などへの復帰患者の割合のことであり、7対1病棟では、

- ・自宅や高齢者向けの集合住宅など
- ・他院の回復期リハビリ病棟
- ・他院の地域包括ケア病棟
- ・他院の在宅復帰機能強化加算を届け出ている療養病棟
- ・在宅強化型・加算型の老人保健施設

上記への退棟患者が、死亡退院などを除いた退院患者のうち75%以上でなければならない。

平成26(2014)年改定以前は7対1の急性期病棟への在宅復帰率の設定はされていなかったが、改定後から75%で設定されることとなった。

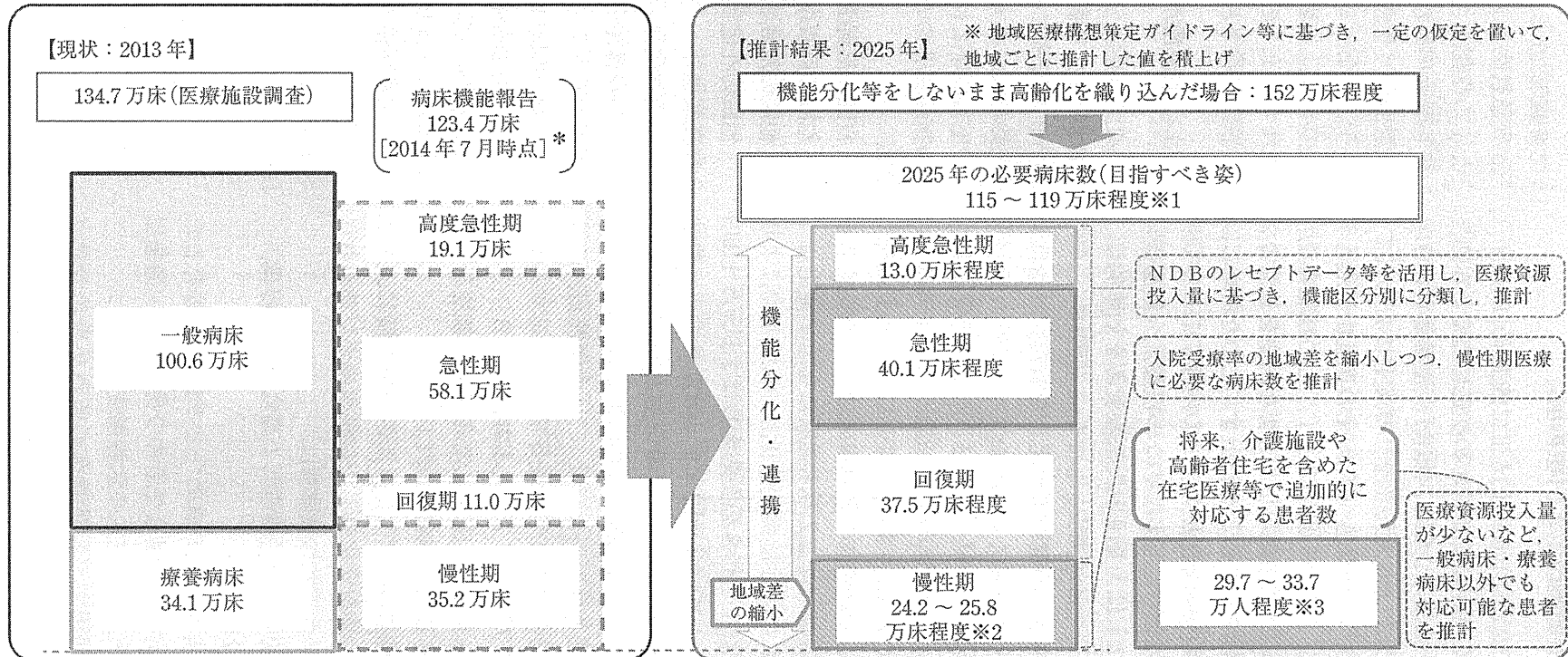
図4のように地域包括ケア病棟や長期療養病棟への在宅復帰率の設定もあり、これにより入口としてある「入院」は「在宅」という出口へ導かれる構図となっている。ここからも、救急医療の目標は、地域へ帰すこと、そしてそこで満足な生活をする、であることが読み取れる。

4. 在宅診療の充実(強化型在宅療養支援診療所)⁵⁾

このように在宅移行が推進されている中で、その受け皿として、かかりつけ医、在宅医の充実や連携の強化が求められている。在宅医療に

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国ベースの積上げ)

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA：115万床程度、パターンB：118万床程度、パターンC：119万床程度
 ※2 パターンA：24.2万床程度、パターンB：27.5万床程度、パターンC：28.5万床程度
 ※3 パターンA：33.7万人程度、パターンB：30.6万人程度、パターンC：29.7万人程度

図3 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(文献⁷⁾より引用)

平成 26 年度診療報酬改定

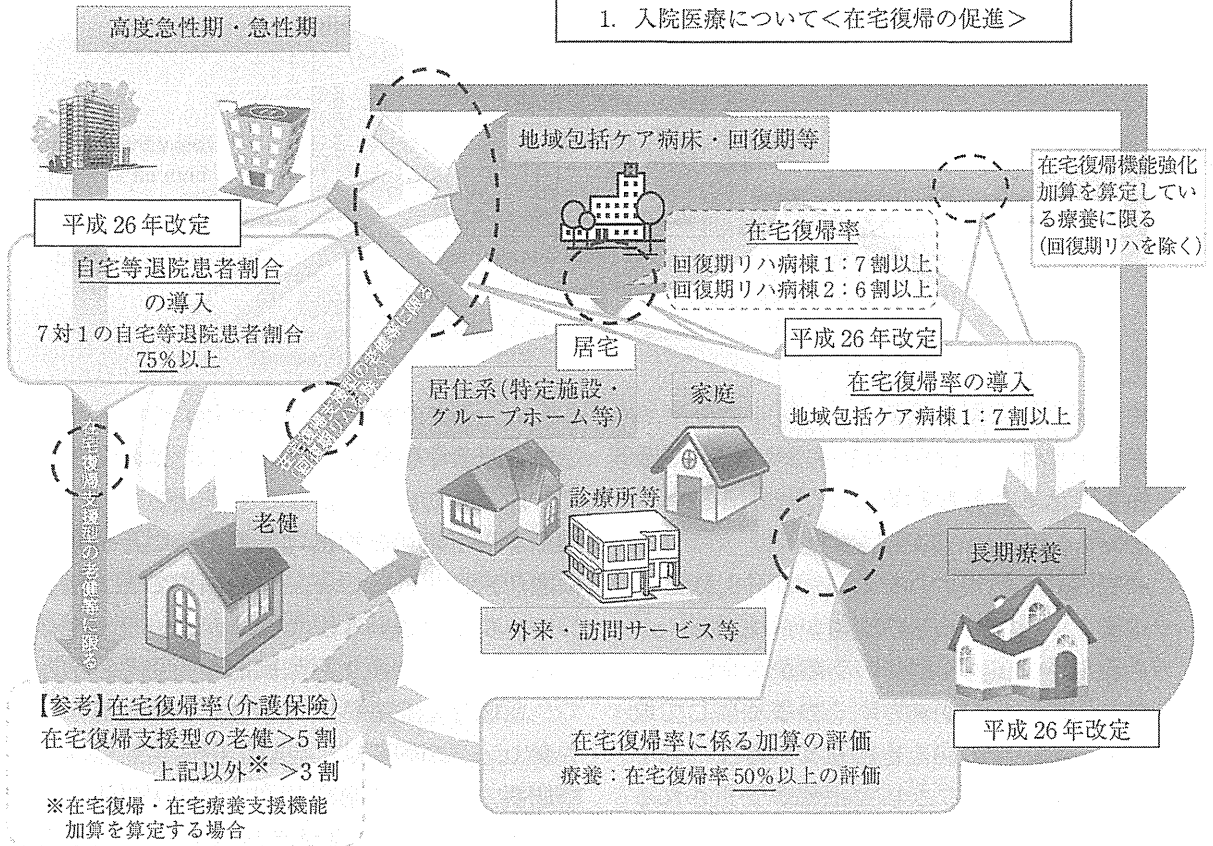


図 4 在宅復帰率(文献⁵⁾より引用)

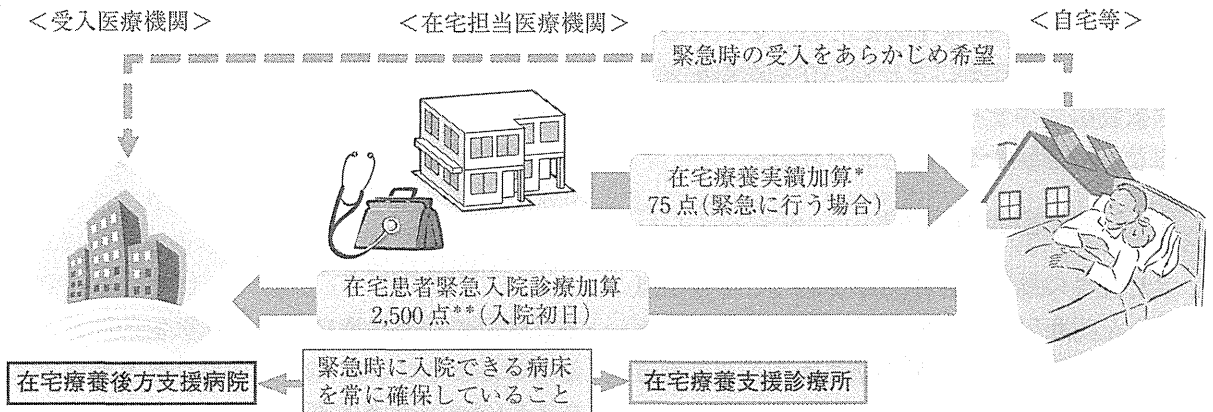


図 5 在宅支援診療所と在宅後方支援病院(文献⁵⁾より引用)

については、図 5 のように診療所とその後方支援病院の確保について診療報酬上の加算などが設定されている。

在宅療養支援診療所は、

① 高齢者ができるかぎり住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活ができるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えること

も選択できるようにすること

② 療養病床が在宅医療の拠点として転換する場合の転換先の一つであること

などを目的として、平成 18(2006)年に診療報酬上に設けられた、在宅療養支援診療所が在宅医療の中心的な役割を担うこととし、これを患者管理の窓口として、必要に応じて他の病院、

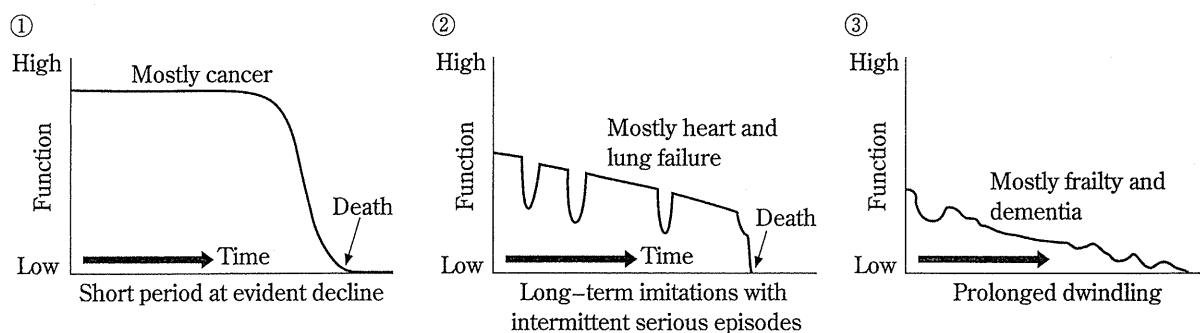


図6 死に至る経過(文献⁹⁾より引用)

診療所、薬局、訪問看護ステーションなどとの連携を図りつつ、24時間の往診および訪問看護を提供できる体制を構築して届け出る。

なかでも強化型在宅支援診療所は、

- ・在宅医療を担当する常勤医師が3人以上
- ・過去1年の緊急往診の実績が10件以上
- ・過去1年の在宅看取りの実績が4件以上

の要件を満たす必要があり、このようにして地域の在宅診療の質の向上を図っている。これを一診療所に対応することには困難が予想されるので、複数で連携して満たしても構わない。このことで、在宅医療も総合的に看取りまで24時間対応することが必要とされ、この基本的概念は救急医療と何ら変わることはない。この意味から、救急医は出口としての在宅医療を大きな選択肢の一つとして、もっと密接な連携を求めることが必要になると考えられる。

5. 主治医機能の強化⁹⁾

大病院への外来患者の集中を防ぐという観点からも、紹介、逆紹介率が引き上げられている。小原らは逆紹介と入院率に関連はなく、長期処方、複数化受診と逆紹介の関連性を指摘し、逆紹介の推進により地域医療の機能分化の促進が期待できると考察している。外来の業務軽減目的の長期処方や複数科受診者を他院へ紹介することの業務量が逆紹介を妨げ、地域連携の悪化につながっていることも指摘している⁹⁾。

高齢者には複数の慢性疾患があり、その各々の慢性疾患のマネジメントが必要である。実際、疾患ごとに複数の医療機関を受診していることもあり、そこでは各々の専門領域のみ診療

され、全身の診療経過がわかりにくいという救急搬送患者も散見され、このことは救急受診時でも連携の妨げとなることが予想される。この観点からも地域医療には主治医による総合診療機能が求められている。在宅医療では実践されていることが多いと思われるが、一般外来診療においても、その主治医機能の強化を目的として、地域包括診療料、地域包括診療加算が設定された。この概要は、複数の慢性疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾患のうち2つが併存)を有する患者を対象として、療養上必要な指導や服薬および薬歴管理、健康管理、介護保険への対応、在宅医療の提供、24時間対応などを行う場合に算定できる。24時間対応ということは、さらには救急対応機能、特に初期対応やトリアージなどのマネジメントも求められており、これが進むと救急との連携はよりスムーズに進むと考えられる。

6. 高齢者医療と終末期

高齢者の救急診療には終末期医療の問題がある。なかでも、終末期の認識の困難さがあげられる。Lynnらは終末期を図6に示すような3つに分類している⁹⁾。

①は癌の経過で、数週間前までは日常生活は自立している。ある一定の時期を境に急激に悪化するため終末期の時期の認識は可能で、意思の決定についての問題も少ない。

②は慢性心不全、COPDなどの慢性疾患の臓器不全による経過である。数年の経過で数回の急性増悪を繰り返しながら、徐々に臓器不全が不可逆となり死亡に至る。急性増悪のたびに

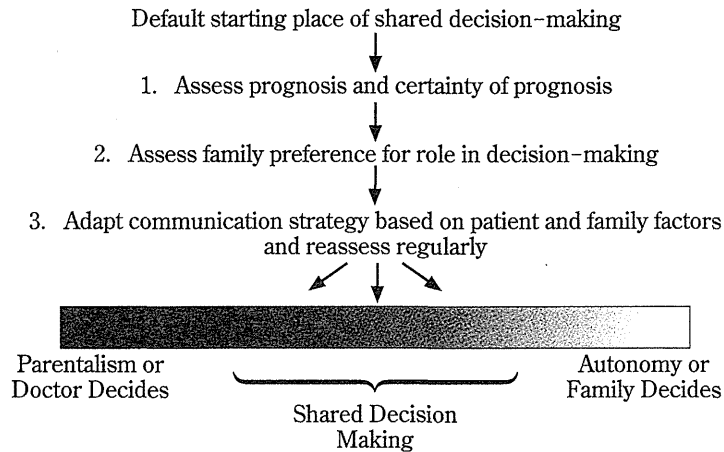


図7 Shared Decision Making(文献¹⁴⁾より引用)

入院医療を要することが多いが、基本的には入院前の状態に戻ることは難しい。退院時の状態を急性増悪したときに予測することができないため、急性増悪のどこで終末期とするかを決定することは困難である。

③は認知症や老衰による経過である。発症はほぼ特定できず、終末期の決定はさらに困難となる。

②の場合については、末期心不全の再入院抑制のために在宅医療、地域医療が有用な可能性についての報告が散見される。Feltnerらは②の経過の中でも再入院率の高い心不全の再入院抑制について、自宅を訪問するプログラムや他職種が協働して心不全ケアを行う取り組みが有効であり、再入院率および死亡率の低下につながったことを報告している¹⁰⁾。また、大腿骨近位部骨折はその骨折を治療してもADL・QOLを悪化させる¹¹⁾。このように救急医療も生活を見据えた治療が必要とされていると思われる。高齢者は地域中核病院、3次救急施設へ搬送されることが多く、この再入院の抑止は機能分化のうえで大いに有効と考えられ、救急からのさらなるエビデンスの構築が期待される。この点からも急性期病院からの退院時にはカンファレンスなどで在宅医との連携強化が求められる。このためにはお互いが時間や場所を共有することを大切にしていくことが望まれる。

③の場合については、突然の心肺停止など、救急対応は難しい。驚いて119番通報するこ

とも少なくない。do not attempt resuscitation (DNAR)やPhysician Orders for Life-Sustaining Treatment(POLST)¹²⁾や、学会、各MCや消防局でも様々な取り組みがなされている。いずれにしても用紙のみで解決する問題ではなく、今後の丁寧な議論が求められる。救命救急治療を始めた後の終末期医療については、救急医学会、集中治療医学会、循環器学会でガイドラインが出されている¹³⁾。患者の意思決定の過程において医療者は高いコミュニケーション能力が求められている。Curtisらは患者家族と医療者の面談についての研究で、治療に関する意思決定に関して、患者、家族、医療者が協働で行う「shared decision makingモデル(図7)」を推奨している¹⁴⁾。このモデルでは医療者が患者の病状を説明し、予測される予後や治療選択肢を示し、患者の意向を反映する治療方針を医療者と協働で決定していくことになっており、このような意思決定から看取りに関する教育も必要である。厚生労働省でも人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインを作成し、人生の最終段階における医療体制整備事業を行っている¹⁵⁾。

高齢者への積極的救急医療の適応決定や救急医療の質の向上のためには、予後予測に基づいた地域でのトリアージが必要である。誰しも元どおりの生活に戻れるのであればいくつになっても救命救急医療や集中治療を受ける意味があると考えるであろうし、逆に後遺症が重大で延

命処置が必要になるのであれば受けたくはないであろう。我々は呼吸器疾患の急性増悪は元の生活に戻れる可能性が高いと報告したが²⁾、最近では予後予測の指標としてFrailtyという概念に注目している。Friedらはthe Cardiovascular Health Study(CHS)のデータ(表1)を用いて体重減少、主観的活力低下、握力の低下、歩行速度の低下、活動度の低下、の5項目のうち3項目以上当てはまればFrailtyと定義している¹⁶⁾。Hopeらは集中治療室において、入院前のFrailtyが集中治療室での死亡率と関連があり、集中治療室での予後予測に有用であることを報告している¹⁷⁾。ほかにも術後などについても広く検討され始めており、今度さらなる検討が期待される¹⁸⁾。

7. 救急医療とかかりつけ医、在宅診療

前述した「切れ目のない医療」のためには、救急医療への入口とそこからの出口の双方が円滑に進むことが前提となる。入口はメディカルコントロール体制を軸としたプレホスピタルケアの充実や社会で共有するトリアージ(平成23(2011)年度社会全体で共有する緊急度判定(トリアージ)体系のあり方検討会報告書)の導入などの対策が進んでいるが、これからの高齢化社会では出口の課題がより大きくなっている^{4,19)}。これからの医療の流れの中で、救急医療からの在宅復帰は、状態が完全に安定する前にも検討される場合もあることが予想される。かかりつけ医、在宅医は診療を標準化し標準化されている救急医療と連携することで、さらに状態の悪い患者にも対応し、地域包括医療の受け皿としてさらにその機能が果たせることが考えられる。そして救急医とかかりつけ医、在宅医、さらにその関係者も含めて、お互いの場を行き来して共有することによって、より有機的で効果的な連携ができれば、循環的サービスが可能となり様々な出口問題の改善が期待できる。

また、以前の亜急性期病棟から地域包括ケア病棟への改編はその負担増も予想される。地域包括ケア病棟では、急性期からの転院を受けるとともに、軽症の救急の受け入れもしなければ

ならず、その中で在宅復帰率の制約も受けることとなる。急性期から直接自宅退院できなかった、今後も自宅退院困難な場合、いずれの調整もここで行われる可能性が高い。そうすると救急受け入れ時には、確実に退院できる患者を受け入れたいという考えから、入口問題につながってしまう可能性も危惧される。このような問題に対しては、地域でお互いの顔が直接見えれば、より強固な信頼関係が構築され、連携の円滑化を図ることができると思われる。そのためにはお互いがとにかく顔を合わせる機会を有効に設けて、関わるできるだけ多くの医療従事者が顔を合わせ、多職種で情報を共有することが求められる。救急から地域医療への理解を進めることも求められる。いわゆる風通しの良い「顔の見える関係づくり」が必要となってくる。このためにも退院調整会議や担当者会議は積極的に活用すべきであろう。

おわりに

地域包括ケアシステム、診療報酬改定から今後の救急医療とかかりつけ医、在宅医療の関わりについて概説した。地域包括ケアシステムではコミュニティーの役割は重要であるが、近年、特に都心部では孤独死の問題もあり難しい問題である。救急医療も地場産業といわれて久しく、こちらも地域に根差しており、かかりつけ医、在宅医も地域に根差しているため、すべてが共通の土壌にあると考えられる。かかりつけ医、在宅医の重要性は今後さらに増すことが予想され、そしてその医療体制の充実には病院との連携によるバックアップ体制が不可欠である。その実現のためにも標準化に基づいた共有、教育普及が重要である。

また、ここでのコミュニティーは災害時にも不可欠なものであり、そういった意味も含め総合的に検討され共有できれば、より効果的に多くの課題が解決へ進む可能性があると考えられる²⁰⁾。

救急医療は今まで社会の変化に対応して進化してきたし、これからも進化していくことが求められている。その中でも今後の高齢者救急医

表1 フレイルティの評価表(CHSindex)*

項目	定義
体重	1年で体重が4.5kg以上減少
疲労感	自己評価 i) 先月頃よりいつも以上に疲労感あり ii) ここ1カ月弱くなった
エネルギー使用量	生活活動量評価(レクリエーションなどの活動量を評価)**
動作	15feet(4.57m)歩行で 女性 ≤身長159cm……7秒以上 >身長159cm……6秒以上 男性 ≤身長173cm……7秒以上 >身長173cm……6秒以上
筋力(握力)	女性 BMI≤23………≤17kg BMI: 23.1-26………≤17.3kg BMI: 26.1-29………≤18kg BMI>29………≤21kg 男性 BMI≤24………≤29kg BMI:24.1-26………≤30kg BMI:26.1-28………≤30kg BMI>28………≤32kg

5項目のうち3項目があてはまるとフレイルティ。

* Fried LP, et al: J Gerontol A Biol Sci Med Sci 56: M146-156, 2001. から作成。

**簡易版ミネソタ余暇時間活動質問票に基づき、被験者にウォーキング、雑用(適度の努力を要する)、芝刈り、掃き掃除、庭いじり、ハイキング、ジョギング、自転車、運動用室内固定自転車、ダンス、エアロビクス、ボーリング、ゴルフ、テニス(シングルスまたはダブルス)、ラケットボール、柔軟体操、水泳をやっているかどうかを尋ねる。

(文献²¹⁾より引用)

療をよりよく進化させていくためには、救急医療が地域を意識して生活を前提としたゴールに向かう、つまり救命の質の向上を目指してエビデンスを構築し、地域医療により良い状態でバトンタッチする、地域医療はその診療を標準化しながら向上させて地域に寄り添い、そのエビデンスを構築することが求められているのではないだろうか。このようにお互いがお互いを知り、想いを馳せることができるように、病院の医療ソーシャルワーカーと地域のケアマネー

ジャーなどがコーディネーターの役割を果たせるような土壌作りのためにも医師がリーダーシップを取っていく必要がある。そうなることによって、救急から地域まで、患者中心の医療がシームレスに進み、急性期病院内だけでなく、慢性期医療や介護、さらに医療だけではなく生活、地域と広く連携を進めていくことが可能となる。そうなれば地域包括ケアとして救急医療が、超高齢化社会に対応した形で発展していくと考えられる。

■ 文 献

- 1) 東京都医療対策協議会：社会構造の変化に対応する救急医療体制のあり方について(救急医療対策協議会報告)。[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoku/kyuukyuu/gijiroku/kyuutaikyohouhoukoku2505.files/2505kyuutaikyohouhoukoku2505_2.pdf]

- 2) 太田祥一：在宅医療患者の3次救急対応の現状分析. 日救急医学会誌 **12**: 401-405, 2001.
- 3) 太田祥一：老人施設入所者の3次救急搬送の現状. Jpn J Prim Care **24**(4): 272-276, 2001.
- 4) 太田祥一：これからの高齢者救急：救急医学の立場から. 救急医学 **35**: 619-624, 2011.
- 5) 厚生労働省：平成26年度診療報酬改定の概要. [<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf>]
- 6) 唐沢 剛：地域包括ケアを考える視点. 救急医学 **38**: 995-999, 2014.
- 7) 第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会. [<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyoi1.pdf>]
- 8) 小原 仁：外来患者の逆紹介がその後の入院率に与える効果. 日医療病管理会誌 **52**(1): 19-26, 2015.
- 9) Lynn J: Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA **285**(7): 925-932, 2001.
- 10) Feltner C: Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med **160**(11): 774-784, 2014.
- 11) Tsuboi M, et al: Mortality and mobility after hip fracture in Japan: a ten-year follow-up. J Bone Joint Surg Br **89**(4): 461-466, 2007.
- 12) 日本臨床倫理学会ホームページ：日本版POLST作成指針. [<http://www.j-ethics.jp/workinggroup.htm>]
- 13) 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン. [http://www.jaam.jp/html/info/2014/pdf/info-20141104_02_01_02.pdf]
- 14) Curtis JR: Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. Chest **134**(4): 835-843, 2008.
- 15) 厚生労働省：人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン. [<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>]
- 16) Fried LP, et al: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci **56**(3): M146-156, 2001.
- 17) Hope AA, et al: Frailty Before Critical Illness and Mortality for Elderly Medicare Beneficiaries. J Am Geriatr Soc **63**(6): 1121-1128, 2015.
- 18) Louis M, et al: Report of a Simplified Frailty Score Predictive of Short-Term Postoperative Morbidity and Mortality. J Am Coll Surg **220**(5): 904-911, 2015.
- 19) 太田祥一：地域包括ケアと救急医療. 救急医学 **38**: 1715-1721, 2014.
- 20) 太田祥一：社会技術研究開発センターホームページ. [http://www.ristex.jp/examin/anzenanshin/project_25.html#oota]
- 21) 山田陽介ほか：フレイルティ&サルコペニアと介護予防. 京府医大誌 **121**(10): 535-547, 2012.
- 22) 厚生労働省：地域包括ケアシステム. [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/]

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

研究課題：増加する救急患者に対する地域での取組（特に地域包括ケアシステムの構築にむけた
メディカルコントロールの活用）に関する研究

研究項目：地域包括ケアシステムの構築に向けたメディカルコントロールの活用についての実態調査

研究分担者 太田 祥一 東京医科大学 救急・災害医学分野 兼任教授
野口 英一 東京医科大学 救急・災害医学分野 客員教授

研究協力者 酒井美和子 メディカル・ハンプ訪問看護ステーション
所長・看護師・介護支援専門員

研究要旨

〔目的〕地域包括ケアシステム（以下：地域包括）の構築に向け、地域の医療、看護、介護と救急との連携は必要不可欠である。そこで地域医療、看護、介護従事者に対し、病院前医療についての理解度と救急搬送の現状等を調査した。

〔方法〕地域包括を担う多職種に対して WEB を利用した調査を行うための調査内容を多職種で検討した。調査内容を病院前救急医療体制の担当者（主として救急隊員）への調査と比較検討できるように構成し確定した。

〔結果〕プレミナリーの調査は問題なく行えたため、世田谷区・調布市・狛江市の在宅支援診療所および居宅支援・訪問看護・訪問介護・通所介護・施設・地域密着型サービス・地域包括事業所等に依頼し、2月29日まで調査している。

〔結論〕今まで高齢者救急についてのディスカッションは救急医療従事者間で行われることが多かったが、実際の現場からの意見を集約できるということに関しては非常に興味深いと考えられる。

A. 研究目的

超高齢化社会に向けて地域包括ケアシステム（以下地域包括）の構築が進められているが、その中でも救急対応をどのようにしていくかはこれからの大きな課題の一つである。今回我々はこの事を研究するにあたり、地域包括を担当する多職種と病院前救急医療体制の担当者との連携の現状を把握するために本研究を行った。

B. 研究方法

地域包括を担当する多職種が病院前救急をどの程度理解しているか、救急対応についての課題をどのように認識しているかを明らかにするためにWEBを利用した調査を行うための調査内容を、救急医・在宅医・救急救命士・在宅医療機関や訪問看護師で検討した。

調査内容を病院前救急医療体制の担当者（主として救急隊員）への調査と比較検討できるように構成し確定した（資料1）。

（倫理面への配慮）

氏名や所属の記載の実施項目はなくし、個人が特定できないように配慮した。

C. 研究結果

プレミナリーの調査は問題なく行えたため、世田谷区・調布市・狛江市の在宅支援診療所および居宅支援・訪問看護・訪問介護・通所介護・施設・地域密着型サービス・地域包括事業所に依頼し、2月

29日まで調査している。

D. 考察

現状の高齢者救急の問題点を地域側から救急側に広く問いかける内容となった。今まで高齢者救急についてのディスカッションは救急医療従事者間で行われることが多かったが、実際の現場からの意見を集約できるということに関しては非常に興味深いと考えられる。今後のメディカルコントロールは地域での生活視点からも検討されるべきであろう。

E. 結論

今まで高齢者救急についてのディスカッションは救急医療従事者間で行われることが多かったが、実際の現場からの意見を集約できるということに関しては非常に興味深いと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

I. 文献

1. 地域包括ケアシステムについて 平成25年6月
13日：厚生労働省老健局
2. 平成26年度 救急業務のあり方に関する検討
会：消防庁
3. 川越 正平：救急医療と在宅医療の有機的な連
携に関する研究
4. 山本 保博, 田辺 晴山：消防本部における傷
病者等が救命処置を希望しない場合の心肺蘇
生の実施についての状況調査報告書
5. 在宅新療 創刊0号 記念鼎談(資料2)