©Journal of Japanese Society for Emergency Medicine

調査・報告

高齢者福祉施設における看取りおよびACPに関する取り組みの現状と課題

長岡　敏信[1]　　飴山　　晶[2]　　田邉　晴山[3]
福島　英賢[4]　　真弓　俊彦[5]　　伊藤　重彦[6]

【要旨】 下関市では高齢化の進行に伴い，高齢者の救急搬送人員が増加傾向にあり，その対策は喫緊の課題となっている。そこで本研究では，一定数の救急搬送が行われている市内の高齢者福祉施設を対象に，advance care planning（ACP），do not attempt resuscitation（DNAR），看取りへの取り組みとCOVID-19流行期における対応についてアンケート調査を実施した。市内195施設に対して48施設（回答率24.6%）から回答を得た。アンケート結果から，施設において看取りおよびACPに関する取り組みが一定程度確認された一方で，看取り体制やDNAR対応，入所者・家族との対話に対する多様な実態が浮き彫りとなり，制度的・実務的な課題が依然として存在することが明らかとなった。今後，制度整備とともに，現場に即した継続的支援とACPの社会的認知の促進が求められる。

索引用語：高齢者救急，高齢者福祉施設，アンケート調査，ACP，DNAR

はじめに

下関市では高齢化の進行に伴い，高齢者の救急搬送人員が増加傾向にあり[1)]，その救急搬送の中には，自宅での看取りを希望していたにもかかわらず，心停止など急変時に救急搬送される事例も少なくない。このようなケースを減らすためにも，国はadvance care planning（以下，ACP）の地域導入を推進しているが[2)]，現状では十分に浸透しているとはいい難い。

さらに，COVID-19流行期（とくに第7波・第8波）には，患者の蘇生処置に関する意思表示としてdo not attempt resuscitation（以下，DNAR）の情報が明確でない場合，医療機関側が受け入れを躊躇することにより，搬送先が見つからない「搬送困難事案」も発生した。

目　　的

本研究では，高齢者福祉施設における看取り実施の有無，ACPの認知度および取り組み状況，DNARへの対応方法についてアンケート調査を行い，ACP取り組みの現状と課題を明らかにすることを目的とした。

対象と方法

下関市福祉部が把握している市内の高齢者福祉施設195施設を対象に，福祉部長寿支援課および介護保険課を通じてアンケート調査を依頼した。調査はGoogleフォームを用いて実施し，回答内容は単純集計した。割合は施設数を母数として算出した。

アンケート調査の実施に際しては，参加者に対して以下の倫理的配慮を講じた。まず，アンケート開始前に本研究の目的，回答は任意であること，回答をいつ

Exploring the current state and issues of end-of-life care and Advance Care Planning in elderly welfare facilities

Toshinobu NAGAOKA[1], Aki AMEYAMA[2], Seizan TANABE[3], Hidetaka FUKUSHIMA[4], Toshihiko MAYUMI[5], Shigehiko ITO[6]

[1]Shimonoseki City Fire Department, [2]Shimonoseki City Medical Association, [3]Tokyo Training Institute of the Emergency Medical Service Promotion Foundation, [4]Critical Care and Emergency Center, Nara Prefectural University, [5]Japan Community HealthCare Organization Chukyo Hospital, [6]Nonprofit corporation Prehospital Care and Health Management Research Society

[1]下関市消防局，[2]下関市医師会，[3]一般財団法人救急振興財団救急救命東京研修所，[4]奈良県立大学救命救急センター，[5]独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院，[6]NPO法人病院前救護と健康管理研究会

〔原稿受付日：2025年6月4日　原稿受理日：2025年9月22日〕

表１　高齢者福祉施設の施設形態

特別養護老人ホーム	11	（23%）
介護老人保健施設	4	（8%）
介護医療院	1	（2%）
グループホーム	6	（13%）
有料老人ホーム	16	（33%）
軽費老人ホーム	4	（8%）
養護老人ホーム	2	（4%）
生活支援ハウス	0	（0%）
サービス付き高齢者向け住宅	4	（8%）

でも中止できること，および回答結果は統計的に処理され個人が特定されることはない旨を明確に提示し，自由意思に基づき研究参加への同意を得た。

次に，回答者のプライバシー保護のため，本アンケートは匿名で実施し，個人が特定できる情報は一切収集しなかった。収集したデータは報告者により厳重に管理し，本研究の目的以外には使用せず，研究完了後５年間保管したのち，適切に廃棄することとした。

結　　果

1．施設形態

回答が得られた48施設（回答率24.6%）の内訳は，回答数が多い順に，有料老人ホーム16施設，特別養護老人ホーム11施設，グループホーム6施設，軽費老人ホーム4施設，介護老人保健施設4施設，サービス付き高齢者向け住宅4施設，養護老人ホーム2施設，介護医療院1施設であった（**表１**）。

2．看取りの実施状況

１～４人が６施設（30%）と最多であり，以下10～14人が４施設（20%），５～９人が３施設（15%），15～19人が１施設（5%）と続いた（**表2-1**）。

看取りを実施していない28施設（58%）において，看取りができない理由としてもっとも多かったのは「看取り対象者がいない」7施設（25%）であり，次いで「診療時間外は対応できない」5施設（18%），「訪問診療を行っていない」4施設（14%），「診療時間中は訪問診療（看取り等）に対応できない」3施設（11%）と続いた。「その他」9施設（32%）の主な意見は，看護師等人員配置の不足，看取りと通常支援業務の両立困難，身体機能低下時に特別養護老人ホームへ移行してもらう運用などがあげられた（**表2-2**）。

表2-1　看取りの実施状況（N=20）

0人	4	（20%）
1～4人	6	（30%）
5～9人	3	（15%）
10～14人	4	（20%）
15～19人	1	（5%）
20人以上	2	（10%）

表2-2　看取りができない理由（N=28）

看取り対象者がいない	7	（25%）
訪問診療を行っていない	4	（14%）
診療時間中は訪問診療（看取り等）に対応できない	3	（11%）
診療時間外は対応できない	5	（18%）
その他（未記載含む）	9	（32%）

［その他の内訳］
- 元気な方への支援と看取りの両立は無理があると考えている。身体機能低下が見られるようになれば，特養に移ってもらうようにしている。突然死はこの18年で5例ある
- 看護職員が配置されていない
- 慢性期医療機関が隣接しており，DNAR施設生活の継続を確認後対応していたが，最後は入院を希望された
- 看取りを行う施設ではなく，そのような職員配置もない
- 措置制度の改正は行われず，看取りに対応できる施設・人員配置にない

表３　入所中におけるACPに対する認知度について

施設側・入所者側ともに理解している	5	（10%）
施設側は理解しているが入所者側の理解が薄い	26	（54%）
入所者側は理解しているが施設側の理解が薄い	0	（0%）
施設側・入所者側ともに理解が薄い	17	（35%）

3．在宅看取りに対する課題

在宅看取りを実施するための課題としては，
- 看護人員の確保，看取りに関する知識の向上，職員のメンタルヘルス研修の必要性
- 急変時の協力医療機関および医師との連携体制
- 嘱託医・家族・看護師間における看取りへの理解促進
- 近隣に家族が居ない，または高齢者世帯が多いことによる支援体制の脆弱さ

といった課題があげられた。

4．入所中におけるACPに対する認知度

「施設側・入所者側ともに理解している」と回答したのは５施設（10%）にとどまり，「施設側は理解しているが入所者側の理解が薄い」が26施設（54%）と最多であった。「施設側・入所者側ともに理解が薄い」も17施設（35%）存在した（**表３**）。

表 4-1　ACP について入所者や家族と話しているか（N=48）

ACP について話している	32	（67%）
ACP について話していない	16	（33%）

表 4-2　心肺蘇生を希望しない意思の確認時期および回数（N=32）

入所前，入所時あるいは入所後の 1 回のみ	20	（63%）
入所後も定期的あるいは複数回の確認を行っている	12	（38%）

表 4-3　確認する対象者について（N=32）

入所者全員に確認している	19	（59%）
対象者を限定して確認している	11	（34%）
その他	2	（6%）
［その他の内訳］		
• 家族が決めた者		
• 入所者ではなく，その家族に説明している		

表 5　延命処置を希望しない意思の対応方針の明文化（N=48）

明文化している	15	（31%）
明文化していないが対応方法は決まっている	15	（31%）
明文化しておらず，対応の仕方も定まっていない	16	（33%）
その他	2	（4%）
［その他内訳］		
• 看取り時のためではなく，救急搬送時用に確認をしているため施設での対応は明文化してない		
• 施設での看取り体制はなく，医療機関入院時等に本人や家族，医師に伝達・説明するための書面となっている		

5．ACP の導入方法

ACP について入所者や家族と話し合っていると回答した施設は 32 施設（67%）であった（**表 4-1**）。そのうち，入所前，入所時あるいは入所後の 1 回のみ確認する施設が 20 施設（63%），入所後も定期的あるいは複数回確認を行う施設が 12 施設（38%）であった（**表 4-2**）。

対象者については，「入所者全員に確認している」施設が 19 施設（59%），「対象者を限定して確認している」施設が 11 施設（34%），その他回答として，家族に確認している施設が 2 施設（6%）であった（**表 4-3**）。

6．延命処置を希望しない意思の対応方針の明文化

「明文化している」施設は 15 施設（31%），「明文化はしていないが対応方法は決まっている」施設も 15 施設（31%）あり，約 6 割の施設で対応方針が整備されていた。一方，明文化も対応方法も定まっていない施設は 16 施設（33%）であった。また，その他の対応をしている施設は 2 施設（4%）あった（**表 5**）。

7．DNAR 意思が判明している入所者心肺停止時の対応

「蘇生を行わず，施設内で対応する（救急車を呼ばない）」と回答したのは 14 施設（29%）であった。「蘇生しながら救急車を呼ぶ」13 施設（27%），「蘇生を行わずに救急車を呼ぶ」9 施設（19%）と，DNAR 意思があっても救急要請を行う施設が合計 46%に上った。なお，その他の回答をした施設は 12 施設（25%）あった（**表 6-1**）。

医師との連絡体制については，「24 時間連絡可能」と回答したのは 26 施設（54%），「平日日中のみ連絡可能」は 21 施設（44%），「連絡が取れない」は 1 施設（2%）であった（**表 6-2**）。

施設形態別の医師との連絡体制の一覧を**表 7** に示す。54%の施設で常時連絡が取れる体制が整備されていたが，有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅では，3 割前後の施設でしか常時連絡が取れる体制が整備されていなかった。なお，有料老人ホームの 1 施設では医師との連絡体制が構築されていないことも明らかとなった（表 7）。

表 6-1　DNAR 意思が判明している入所者心肺停止時の対応（N=48）

蘇生を行わず，施設で対応する（原則，救急車は呼ばない）	14	（29%）
蘇生を行わずに救急車を呼ぶ	9	（19%）
蘇生しながら救急車を呼ぶ	13	（27%）
その他	12	（25%）
［その他の内訳］		
• 家族，本人の要望による		
• 主治医に連絡（5 施設）		
• 今まで例がない（2 施設）		
• 状況による		
• 未記載（3 施設）		

表 6-2　医師との連絡体制について（N=48）

24 時間常に連絡が取れる	26	（54%）
平日日中（診療時間中等）のみ連絡が取れる	21	（44%）
連絡が取れない	1	（2%）

表 7　高齢者福祉施設の施設形態ごとの医師との連絡体制の相違

	24 時間常に連絡が取れる（N=26）	平日日中（診療時間中等）のみ連絡が取れる（N=21）	連絡が取れない（N=1）
特別養護老人ホーム（N=11）	7（64%）	4（36%）	
介護老人保健施設（N=4）	3（75%）	1（25%）	
介護医療院（N=1）	1（100%）		
グループホーム（N=6）	5（83%）	1（17%）	
有料老人ホーム（N=16）	6（38%）	9（56%）	1（6%）
軽費老人ホーム（N=4）	2（50%）	2（50%）	
養護老人ホーム（N=2）	1（50%）	1（50%）	
生活支援ハウス（N=0）			
サービス付き高齢者向け住宅（N=4）	1（25%）	3（75%）	
合計（N=48）	26（54%）	21（44%）	1（2%）

8. ACP に関する研修参加状況

ACP に関する研修に参加している施設は 15 施設（31%）で，残りの 33 施設（69%）は研修に参加していなかった。

9. 種々の要因による蘇生対応の相違

それぞれの要因と，心肺停止時の対応について，救急車を要請せず施設内で対応しているかを中心に検討を行った（**表 8**）。

看取りを実施している施設では，心肺停止時に 12 施設（60%）が蘇生を行わず施設内て対応し救急搬送を行わなかった。一方，看取りを実施していない施設で救急搬送を行わなかったのは 2 施設（7%）にとどまっていた。

施設形態別にみると，特別養護老人ホームの 5 施設（45%），介護老人保健施設の 2 施設（50%），介護医療院の 1 施設（100%）は蘇生を行わず施設内で対応し，救急搬送を行わなかった。一方，その他の施設形態では半数以上が救急車を要請していた。

ACP に対する認知度と対応の関係では，「施設側・入所者側ともに理解している」と回答した施設の 6 割が蘇生を行わず施設内て対応し救急搬送を行わなかった。一方，「施設側は理解しているが入所者側の理解が薄い」施設や，「施設側・入所者側ともに理解が薄い」施設では，救急搬送が過半数を占めていた。

延命処置を希望しない意思の対応方針の明文化をしている施設では 8 施設（53%）で蘇生を行わず施設内て対応し救急搬送を行わなかったが，明文化はしていないが対応方針は決まっている施設や明文化されておらず対応方針も定まっていない施設では，半数以上が救急搬送されていた。

医師とは 24 時間常に連絡が取れる体制の施設では，

表８　種々の要因による蘇生対応の相違

	蘇生を行わず 施設内で対応 （救急車を呼ばない） （N=14）	蘇生を行わず 救急車を呼ぶ （N=9）	蘇生しながら 救急車を呼ぶ （N=13）	その他 （N=12）
看取りの実施状況				
ａ．実施している（N=20）	12（60%）	2（10%）	1（5%）	5（25%）
ｂ．実施していない（N=28）	2（7%）	7（25%）	12（43%）	7（25%）
施設形態（表１）				
ａ．特別養護老人ホーム（N=11）	5（45%）	1（9%）	4（36%）	1（9%）
ｂ．介護老人保健施設（N=4）	2（50%）		1（25%）	1（25%）
ｃ．介護医療院（N=1）	1（100%）			
ｄ．グループホーム（N=6）	2（33%）			4（67%）
ｅ．有料老人ホーム（N=16）	4（25%）	6（38%）	2（13%）	4（25%）
ｆ．軽費老人ホーム（N=4）		1（25%）	1（25%）	2（50%）
ｇ．養護老人ホーム（N=2）			2（100%）	
ｈ．生活支援ハウス（N=0）				
ｉ．サービス付き高齢者向け住宅（N=4）		1（25%）	3（75%）	
ACP に対する認知度について（表３）				
ａ．施設側・入所者側ともに理解している（N=5）	3（60%）		2（40%）	
ｂ．施設側は理解しているが入所者側の理解が薄い（N=26）	7（27%）	4（15%）	7（27%）	8（31%）
ｃ．入所者側は理解しているが施設側の理解が薄い（N=0）				
ｄ．施設側・入所者側ともに理解が薄い（N=17）	4（24%）	5（29%）	4（24%）	4（24%）
延命処置を希望しない意思の対応方針の明文化（表５）				
明文化している（N=15）	8（53%）	1（7%）	2（13%）	4（27%）
明文化していないが対応方法は決まっている（N=15）	5（33%）	4（27%）	3（19%）	3（19%）
明文化しておらず，対応の仕方も定まっていない（N=16）	1（6%）	4（25%）	7（44%）	4（25%）
その他（N=2）			1（50%）	1（50%）
医師との連絡体制について（表6-2）				
24 時間常に連絡が取れる（N=26）	14（54%）		3（12%）	9（35%）
平日日中（診療時間中等）のみ連絡が取れる（N=21）		9（43%）	9（43%）	3（14%）
連絡が取れない（N=1）			1（100%）	
ACP に関する研修参加状況				
ACP に関する研修に参加している（N=15）	9（60%）		4（27%）	2（13%）
ACP に関する研修に参加していない（N=33）	5（15%）	9（27%）	9（27%）	10（30%）

14 施設（54%）で蘇生を行わず施設内で対応し救急搬送を行わなかったが，平日日中のみ連絡が取れるあるいは連絡が取れない施設では，蘇生を行わず施設内で対応し救急搬送を行わない体制は構築されておらず，救急搬送が行われていた。

ACP に関する研修に参加した施設のうち 9 施設（60%）で蘇生を行わず施設内で対応し救急搬送を行わなかったが，研修に参加していない施設では 5 施設（16%）のみにとどまっていた。

10．ACP の普及状況および普及しない理由

ACP が進んでいると回答した施設は 25 施設（52%），進んでいないと回答した施設は 23 施設（48%）であった。

普及しない理由としては，

- 健康状態が良好な入所者に対して ACP の話題を持ち出しにくい
- 危機感がない状況では本人の意思決定や真意の確認が困難
- ACP の実施に関する法的義務や明確なガイドラインがない

といった課題があげられた。

表９　COVID-19 流行期を経た意識変化について

	入所者照会の際 DNAR について 求められた（※） （N=13）	入所者照会の際 DNAR について 求められたことはない （N=35）
COVID-19 流行期を経た ACP への意識変化		
ACP への取り組みに変化があった（N=10）	5（50%）	5（50%）
ACP への取り組みに変化がなかった（N=38）	8（21%）	30（79%）

※高齢者福祉施設の担当者が紹介先医療機関の入院担当者から求められた数

11．COVID-19 流行期における DNAR の取り扱い

COVID-19 流行期に入所者の入院を依頼した際に，高齢者福祉施設の担当者が紹介先医療機関の入院調整担当者から DNAR について確認を求められた施設は 13 施設（27%）であった。

困った事例としては，

- 受け入れ条件として DNAR 同意を求められた
- 家族ではなく施設側に同意を求められた
- 急な要請に家族が対応できなかった

といった意見が寄せられた。

12．COVID-19 流行期を経た ACP への意識変化

COVID-19 流行期後も ACP への取り組みに変化がないと回答した施設は 38 施設（79%）に上り，変化があったとした施設は 10 施設（21%）であった。

意識変化の内容としては，

- 家族・本人との意向確認の重要性を再認識した
- 話し合いの場を増やすよう意識した
- 健康状態が安定している段階から意向を確認する必要性を痛感した
- 会えない状況を通じて家族の心情を学んだ

などがあげられた。

COVID-19 流行期に DNAR を求められた経験の有無と，ACP への意識変化との関連を分析したが，明確な差異は認められなかった（表９）。

13．ACP を話し合う際の工夫

ACP を話し合う際の工夫としては，

- 徐々に周知を進める
- 「不安をあおらない」伝え方を工夫する
- 入所時ではなく体調悪化時に説明を行う
- 独自に ACP 資料を作成し，説明に活用する

といった工夫が報告された。

考　　察

本研究のアンケート調査から，下関市内の高齢者福祉施設における看取りおよび ACP への取り組みの進展が確認された。しかし同時に，制度面と実務面の両方で多くの課題が依然として存在することが明らかとなった。

まず，看取りを実施している施設が 42%にとどまったことは，他地域の調査結果とも一致している[3]。看取りを実施していない理由としてもっとも多かったのは「看取り対象者がいない」であったものの，次いで多かった「診療時間外は対応できない」「訪問診療を行っていない」といった意見は，医療体制の不備が看取りを阻害する大きな要因であることを示唆している。これは，施設が単独で看取りを完結させるのが困難であり，嘱託医や協力医療機関との連携体制が不可欠であることを示唆している。とくに，医師と常時連絡が取れる体制が整備されている施設が有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅で 30%前後しかないという結果は，これらの施設において急変時の対応に課題があることを示している。看取りを実施するためには，診療時間外でも対応可能な，かかりつけ医・嘱託医のシステム整備を推進することが重要である[4]。

ACP に対する認知度については，施設側は理解しているものの，入所者やその家族の理解が不十分であるという回答が過半数を占めていた。これは，ACP の対話が十分に浸透していない現状を反映している。入所前，入所時または入所後に 1 回のみ確認する施設が 63%を占めていることから，対話のタイミングが限定的であり，継続的な話し合いが不足していることがわかる。先行研究でも，ACP は一度きりではなく，本人の心身の状態や状況の変化とともに継続的に行うことが重要であると指摘されており[5]，本調査結果はこれを裏づける形となった 。ACP の対話を促すためには，職員が「不安をあおらない」伝え方を工夫し，

日常的なコミュニケーションの中で徐々に意思確認を進めていくことが有効であると考えられる[6]。

DNARと救急搬送における課題に関しては，事前に心肺停止時に心肺蘇生を希望しない意思が確認されていた場合でも，約半数の施設が救急要請を行っていた。これは，ACP情報が現場で十分に共有・活用されていないことを示唆している。蘇生を行わず施設内で対応し救急車を呼ばない体制を構築している施設では，マニュアルが整備され，医師とも常時連絡が取れる体制が確立されている。また，これらの施設はACPに関する研修にも積極的に参加していた。救急搬送手順や書類の定型化には，既存のガイドラインを活用することが有効である。具体的には，東京都福祉保健局の「高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」[7]や平成28年度消防庁消防防災科学研究推進制度の研究班（研究代表者：伊藤重彦）が作成した「介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル」[8]などがある。これらを参考に，各施設は独自の救急対応マニュアルを作成し，体制を整備する必要がある[4]。

ACPに関する研修に参加している施設は31％にとどまっていたが，研修に参加した施設では看取りの実施率が60％と，参加していない施設の16％と比較して有意に高かった。この結果は，研修や教育機会の不足がACPの普及を妨げる一因であることを示している。研修を通じて看取りに関する知識やDNAR対応マニュアルの作成方法を学ぶことが，職員のスキル向上と施設全体の対応能力の向上に直結するといえる。

表8からも示唆されるように，今後，地域におけるACPの定着を図るためには，①職員に対する継続的な教育・研修の実施，②対応指針の明文化および標準化，③関係機関（医療機関・消防機関など）との情報共有体制の強化が不可欠である。さらに，ACPを「死に備えるための制度」としてではなく，「人生の質を高めるための対話」としてとらえ直す視点が重要である。

COVID-19流行期を契機として，ACPの必要性を再認識した施設が一定数存在したことは注目に値する。流行期には医療資源の逼迫や面会制限が生じ，入所者・家族・施設の間で迅速かつ適切な意思決定が求められた。COVID-19の流行期における対応が，高齢者福祉施設におけるACPの取り組みに新たな課題と意識変化をもたらしたことが示唆される。COVID-19流行期に入所者の紹介先医療機関からDNAR（蘇生不要）の同意を求められた施設が27％に上ったことは，医療資源が逼迫するなかで，施設職員が急な意思決定を迫られる状況が発生したことを示している。さらに，家族ではなく施設側に同意が求められた事例や，家族が急な要請に対応できなかった事例は，入所者・家族・施設・医療機関間の連携や情報共有体制の脆弱性を浮き彫りにした。

具体的な意識変化として，「家族・本人との意向確認の重要性を再認識した」「話し合いの場を増やすよう意識した」といった意見があげられており，危機的な状況に直面したことで，ACPの対話の必要性を改めて痛感したといえる。しかしながら，全体では約8割の施設で取り組みに変化がないと回答しており，危機的な経験がすべての施設で意識変革につながったわけではないことも示唆された。

この背景には，「なぜ話し合いが進まないのか」という根深い問題が存在する。結果10「ACPの普及状況および普及しない理由」であげられたように，「健康状態が良好な入所者に対してACPの話題を持ち出しにくい」という職員側の心理的障壁や，「危機感がない状況では本人の意思決定や真意の確認が困難」という入所者側の問題がある。これらの課題は，COVID-19のような外部からの強い圧力がないかぎり，自発的に解決するのは難しいのではないかと考える。

どのように解決するべきか，結果13「ACPを話し合う際の工夫」の考察から，その糸口を見出すことができる。ACPの話し合いを進めるための工夫として，「徐々に周知を進める」ことや，「不安をあおらない」伝え方の工夫が重要である。また，単に入所時に一度きりの確認を行うのではなく，心身の状態や状況の変化に合わせて継続的に対話を行うことが，本人の真意を把握するために不可欠であるという先行研究の知見とも一致する[5,6]。

具体的な解決策としては，以下の点が考えられる。

ACPを日常的なケアの一環として位置づける：ACPを「人生の最終段階における特別な話し合い」ととらえるのではなく，日々の生活や健康状態の変化に応じて自然に話せるような雰囲気づくりが重要である。結果13で示された「独自にACP資料を作成し，説明に活用する」といった取り組みは，対話のきっかけとして有効であると考えられる。

職員のコミュニケーションスキル向上を目的とした研修の実施：結果9の考察で示唆されたように，ACPに関する研修参加が看取りの実施率向上に寄与していることから，研修の重要性は明らかである。とくに，

入所者や家族の不安に寄り添いながら，対話を円滑に進めるための具体的な手法を学ぶ機会を設けるべきである。

多職種連携による支援体制の構築：入所者本人や家族の意思確認だけでなく，嘱託医や看護師，ケアマネジャーといった多職種が連携し，継続的な対話と情報共有を行うことが，入所者の意思を尊重したケアを実現するために不可欠である。とくに，看取りの実施率と医師との24時間連絡体制に強い相関が認められたように，医療との連携体制の強化は喫緊の課題といえる。

結論として，COVID-19流行期はACP推進の課題を顕在化させた一方で，対話の重要性を再認識する契機ともなった。今後は，この経験を活かし，ACPを特別なものではなく日常的な対話としてとらえ直すための継続的な職員研修と，それを支える多職種連携の体制整備が，高齢者福祉施設におけるACPを定着させるための鍵となるであろう。

結　　語

本研究は，下関市内の高齢者福祉施設におけるACPの実施状況とその課題を明らかにしたものである。一定程度の取り組みが確認される一方で，施設職員と入所者・家族間でのACPに対する認識の乖離，DNAR実施時の対応方針の不明確さ，研修や教育機会の不足といった多くの課題も浮き彫りとなった。課題解決のためには，入所者・家族との丁寧なコミュニケーションが求められる。本研究は，高齢者福祉施設におけるACPの現状と課題を把握するうえで基礎的かつ実践的な知見を提供するものであり，今後の制度設計や現場での取り組み改善に役立つと考える。今後は多地域での比較調査や縦断的な追跡研究によって，より実効性ある方策の検討が必要である。

利益相反

本稿のすべての著者には規定されたCOIはない。

本研究は，令和5年度日本救急医療財団助成金交付事業の助成を受けたものである。

本論文の要旨は，第27回日本臨床救急医学会学術集会（2024年7月，鹿児島）において発表した。

文　献

1) 下関市: 令和5年（2023年）中の火災・救急状況について（速報）. https://www.city.shimonoseki.lg.jp/site/fire/104814.html（最終アクセス: 2025.4.11）
2) 厚生労働省: 人生会議してみませんか. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html（最終アクセス: 2025.4.11）
3) 真弓俊彦, 竹村春起, 志水清和, 他: 高齢者福祉施設における急変時の対応に関する検討; 蘇生行為を希望しないことの事前指示表明の把握も含めて. 日臨救急医会誌 2017; 20: 521-8.
4) 日本救急医学会, 日本臨床救急医学会, 日本老年医学会, 他: 高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言2024. 日救急医会誌 2025; 36: 63-81.
5) 神戸大学: 人生会議とは？ https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/about/index.html（最終アクセス: 2025.4.11）
6) 福岡県医師会: 福岡県医師会診療情報ネットワークとびうめネット. https://tobiumenet.com（最終アクセス: 2025.4.11）
7) 東京都福祉保健局: 高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン. 平成30年4月. https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kyuukyuu/kourei_kyuukyuu（最終アクセス: 2025.6.2）
8) 平成28年度消防庁消防防災科学研究推進制度「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適性化及びDNAR対応に関する研究班」（研究代表者: 伊藤重彦）: 介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル. 平成29年3月. https://www.kitakyu-cho.jp/yahata/2019/06/f155f6a355e94265757f765c32902e43452ddb9b.pdf（最終アクセス: 2025.6.2）