

特別養護老人ホームにおける救急搬送の 現状と要因に関する考察

山下喜代美^{*1}・橋本由利子^{*1}・河内智子^{*2}

*1 東京福祉大学・大学院(伊勢崎キャンパス)

〒372-0831 群馬県伊勢崎市山王町2020-1

*2 太田医療技術専門学校

〒373-0812 群馬県太田市東長岡町1373

(2018年12月20日受付、2019年2月14日受理)

抄録：本研究の目的は、特別養護老人ホームにおける救急搬送の現状とその要因を明らかにし、看取りの場の整備、本人も家族も望まないような状態での延命につながりかねない救急搬送を減らすことの一助とすることである。B県内特別養護老人ホーム160施設を対象とした郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。調査内容は、1年間の救急搬送数とその原因、看取り人数とその原因、配置医師から本人・家族への説明状況、救急搬送について感じること(自由記述)などである。回収率は48.1%。特養で心肺停止となった人の約70%は救急搬送となっていた。配置医師から本人・家族への説明状況では、15.6%が「ほとんど説明していない」であった。家族の意向の不確かさや制度上の問題等により、たとえ看取り希望であったとしても救急搬送せざるを得ない状況が生じていた。本人も家族も望まないような状態での延命につながりかねない救急搬送を減らすためには、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス」に基づいて本人・家族、特養職員、配置医師とで十分に話し合うことが必要である。また、制度の改革も望まれる。

(別刷請求先：山下喜代美)

キーワード：特別養護老人ホーム、救急搬送、看取りの場の整備、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス

I. 緒言

特別養護老人ホーム(以下特養と記す)は、介護保険法では介護老人福祉施設と呼ばれ、介護保険法、老人福祉法を根拠法とした施設で、要介護高齢者のための生活施設である(厚生労働省, 2017)。平成25年の介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省, 2014a)の特養退所状況をみると、死亡退所が70%、医療機関への入院による退所が20%で、家庭への退所はわずか2%未満である。なおこの特養の死亡退所には、施設で看取りをしたものと、特養の退所手続きはしていないが医療機関で死亡したものが含まれている。

長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査(みずほ情報総研, 2014)によると、特養に入所している高齢者の最期を迎える場所として、家族が希望する場所は介護施設が87.6%であった。しかし高齢者施設における看取りに関する実態調査(山梨県峡東保健福祉事務局, 2014)では、実際に看取りを希望した入所者のうち最終的に看取りとなったのは72%であり、残りの約30%は施設で最期を迎えていないという結果がある。この調査では看取りの希望が叶え

れなかった理由として、「急変により医療機関に搬送した」が73%であったという。つまり、家族は施設での看取りを希望しているが、急な状態の変化による医療機関への搬送で、その希望が叶えられていないという現状が少なからずあるということである。また特養の介護福祉士の救命処置の分析(古川・加瀬ら, 2015)では、施設の正当性を示すための救命処置もあることが報告されている。

特養からの救急搬送について救急医療からは、搬送された特養入所者の予後等を踏まえ、救急搬送の必要性に疑問も投げかけられている(金子, 2011)(安藤, 2008)。また会田(2015)は、フレイルが進行した要介護高齢者に対する医療行為の適否について検討し、フレイルの進行が顕著な場合、侵襲性の高い治療行為によって効果を得ることは困難でむしろ本人にとって害となること、心肺蘇生法の本人への侵襲を考慮し、心肺停止は不搬送とすべきであるとも述べ、同時に家族が「死に目に会える」ことの意味もとらえ直すことが必要であると述べている。なお会田(2017)は、老年医学会や国際的なフレイル・コンセンサス会議をふまえて、フレイルの有用性は介護予防にあることと、すでに

フレイルになった高齢者については、侵襲性の高い医療行為によってかえって害を及ぼすことのないように留意すべきと指摘されているとしている。

本研究では、特養における救急搬送の現状とその要因を明らかにすることを目的として、B県内の特養に対して救急搬送の実態調査を行った。特養からの救急搬送については、これまで救急医療等から様々な指摘を受けているが、直接関わる特養職員からの視点がそこに追加されることで、看取りの場の整備、そして本人も家族も望まないような状態での延命につながりかねない救急搬送を減らすことの一助となると考える。

II. 方法

1. 調査対象と方法・期間

B県ホームページに掲載されているB県内特別養護老人ホーム160施設を対象として郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。調査期間は、平成28年6月1日～6月30日である。

2. 調査内容

調査内容は、施設の規模(定員)、1年間(平成27年1月～12月)の退所人数と退所理由、救急搬送数とその原因、看取り人数とその死亡原因、入所者本人に今後起こり得る状態の変化や緊急時の対応に関する説明状況として、配置医師から本人・家族へ、配置医師から特養へ、特養から本人・家族へのそれぞれの説明状況(4件法)、終末期や急変時の対応に関する本人や家族の希望確認状況(4件法)である。また、救急搬送について感じることを自由記述で回答してもらった。

3. 分析方法

調査内容をそれぞれ単純集計して割合を算出した。(SPSS statistics 22を使用)

搬送について感じていることの自由記述内容は、記述内容をコード化し、意味内容が類似するものをまとめてカテゴリ化した。

4. 倫理的配慮

調査用紙の郵送時に、本研究の目的、方法、個人情報の保護、研究協力の自由、研究成果の公表等について記入した依頼文を同封した。回答は無記名とし、調査用紙の返信をもって同意とみなした。

本研究の実施にあたっては、東京福祉大学・大学院倫理規定に基づき、倫理審査を受けて承認を得た。(承認番号27-06)

III. 結果

77施設からの返信があり、回収率は48.1%であった。施設規模は、入所定員29名以下が11施設(14.3%)、30～59名以下が22施設(28.6%)、60～89名35施設(45.5%)、90名以上8施設(10.4%)、未回答1施設(1.3%)であった。

1. 1年間の退所、救急搬送、看取りについて

1年間の退所人数とその内訳は、表1の通りであった。77施設での退所人数の合計は1,200名であり、施設当たりで見ると最少2名、最多49名である。退所理由で最も多かったのは死亡退所であったが、わずかではあるが在宅退所(1.3%)もあった。なお入院退所とは、入院期間が長くなったため特養の退所手続きをとったものである。

1年間の救急搬送数については73施設から回答があり、合計573名で、施設当たりで見ると最少0名、最多47名であった。救急搬送の原因と転帰を表2に示す。救急搬送の原因では、意識障害が148名、外傷45名、心肺停止42名、その他329名であった。救急搬送後の転帰では、救急搬送されたものの約50%は特養に戻っているが、約30%は救急搬送後に死亡している。ここにある転院とは、特養は退所となり病院等に転院となったものである。

表1. 退所人数と内訳

	人数	%
総数	1200	
在宅退所	15	1.3
入院退所	363	30.3
死亡退所	788	65.7
その他	34	2.8

表2. 救急搬送の原因と転帰

	人数	%	
	総数	573	
原因	心肺停止	42	7.3
	意識障害	148	25.8
	窒息	9	1.6
	外傷	45	7.9
	その他	329	57.4
転帰	帰所	282	49.2
	転院	86	15.0
	死亡	79	31.2
	不明	11	1.9
	未回答	15	2.6

表3. 看取り人数とその死亡原因

	人数	%
総数	412	
老衰	314	76.2
既往疾患の悪化	71	17.2
突然の心肺停止	17	4.1
原因不明	0	0.0
その他	10	2.4

1年間の看取り人数とその原因による内訳は、表3の通りである。77施設での看取りの合計人数は412名であり、これは全死亡退所者(788名)の52.3%となる。1施設あたりの平均は5.4名(SD5.6)であった。看取り人数の最少は0名、最多は23名であった。看取りとなったものの76.2%は老衰であった。なお残りの死亡退所者(376名)は、特養の退所手続きはしていないが、病院で死亡した人となる。

2. 配置医師、特養からの説明状況と終末期や緊急時についての希望確認状況

今後起こり得ることや緊急時の説明状況と終末期や急変時の希望確認状況について表4に示す。配置医師から本人・家族への説明は、よくしている27.3%、概ねしている57.1%、ほとんどしていない15.6%、全くしていない0%であった。配置医師から特養職員への説明は、よくしている33.8%、概ねしている51.9%、ほとんどしていない14.3%、全くしていない0%であった。特養から本人・家族への説明は、よくしている57.1%、概ねしている41.6%、ほとんどしていない1.3%、全くしていない0%であった。

終末期や緊急時に関する本人や家族の希望確認は、よくしている63.6%、概ねしている33.8%、ほとんどしていない2.6%、全くしていない0%であった。

3. 救急搬送について感じていること(自由記述)

救急搬送について日頃感じていることの自由記述については、31施設からの回答があった。61コードを抽出し

14サブカテゴリと6カテゴリに分類した(表5)。カテゴリは、【1.搬送先がみつからない】、【2.搬送する理由】、【3.特養職員の負担】、【4.特養職員の迷い】、【5.家族の意向の現状】、【6.今後に向けた体制】となった。【1.搬送先がみつからない】は、救急要請した後で搬送先がなかなか見つからない状況である。これには大きく分けて2つの状況があり、ひとつは、1)入所者の状態として認知症、高齢、インフルエンザなどの感染症、かかりつけの病院がないなどである。もう一方は、2)病院側の状況として、施設の協力病院という関係であっても、担当の医師が不在の場合は受け入れを拒否されること。また、入院が長期になっても施設に戻れることを搬送受け入れの条件として示されることであった。【2.搬送する理由】は、3)入所者、4)家族の希望、5)特養判断となり、この5)特養判断には、搬送せざるを得ない状況をまとめた。【3.特養職員の負担】は、救急搬送によって生じる特養が受ける負担をまとめ、医療機関等から特養への苦言や制度上のこと、特養の人員上のことがあった。【4.特養職員の迷い】は、救急搬送の必要性に関する迷いと治療の現状と家族の気持ちの板挟みの状況をまとめた。【5.家族の意向の現状】には、家族が明確に判断できていない状況がある。【6.今後に向けた体制】では、救急搬送に至らない理由や今後に向けた要望をまとめ、病院、医師との協力連携の必要性、制度の改革の必要性があった。

IV. 考察

1. 退所人数、救急搬送数、看取り人数について

(1) 退所人数と内訳について

1年間の退所人数とその内訳の今回の結果は、死亡退所65.7%、入院退所30.3%、在宅退所1.3%であった。厚労省による平成25年の介護サービス施設・事業所調査の結果(厚生労働省, 2014a)では、死亡退所72.7%、医療機関21.6%、家庭1.8%となっており、今回の調査はそれとほぼ同様の結果であり、今回の調査対象施設が特に偏った施設であったということではないといえる。

表4. 今後起こり得ることや緊急時の説明状況と終末期や急変時の希望確認状況

	よくしている %	概ねしている %	ほとんどしていない %	全くしていない %
配置医師から本人・家族	27.3	57.1	15.6	0
説明 配置医師から特養	33.8	51.9	14.3	0
特養から本人・家族	57.1	41.6	1.3	0
確認 特養から本人・家族	63.6	33.8	2.6	0

表5. 救急搬送について感じていること(自由記述)

カテゴリ	サブカテゴリ	
1. 搬送先が見つからない	1) 入所者の状態	(1) 認知症があるためか、なかなか搬送先が決まらない (2) 高齢という理由で入院を断られる (3) 感染症(インフルエンザ、ノロウイルス)の疑いの時は、搬送先を捜すのに時間がかかる (4) 利用者にかかりつけの病院がないと救急隊が搬送する病院の調整に時間がかかる
	2) 病院側の状況	(5) 協力(契約)病院であっても担当医が不在だと受け入れてもらえない (6) たとえ入院が3ヵ月を超えても施設に戻れることが受け入れの条件
2. 搬送する理由	3) 入所者	(7) 高齢や認知症で自覚症状を訴えることができない
	4) 家族の希望	(8) 家族が最期は病院を希望する (9) 治療もなく加齢に伴う症状であっても家族の希望があれば搬送する (10) 看取り希望であったが気持ちが変わり、病院への搬送を希望する
	5) 特養判断	(11) 看取り希望であっても突然の心肺停止や体調の悪化では、搬送せざるを得ない (12) 看取り希望であっても、医師による「回復の見込みなし」の所見がなければ、急変時は搬送せざるを得ない。
3. 特養職員の負担	6) 苦言	(13) 家族の希望で搬送しても、病院の医師から叱られる (14) 救急隊の口調が強いときがある (15) 施設に入っているから入院は必要ないと言われる
	7) 警察の介入	(16) 意識レベルの低下で搬送したが、後で警察が来て調査を受けた (17) 搬送後、AEDの波形まで調査された
	8) 人員	(18) 夜間の搬送は職員の負担が大きい
4. 特養職員の迷い	9) 搬送の判断	(19) 救急車を呼んでよいかわからない (20) 老衰と急変の判断がつきにくい (21) 本人・家族の希望が、肺炎と心肺停止でも対応は同じでよいのか書類をとっていても不安である
	10) 板挟み	(22) 搬送しても治療がないこともある (23) 病院の医師から厳しいことばを受けることもあるが、年齢では区切れない家族の気持ちもわかる
5. 家族の意向の現状	11) 未確定	(24) 延命処置などの希望が入居者のその時々で変わる (25) 意向を聞くと「まだそんなことは考えられない」と言う (26) 「判断は施設に任せる」と言う
	12) 望み	(27) 最期は施設でなく病院で迎えたいと思う気持ちが根強い (28) 家族は、負担の大きい治療は望まなくなってきている
6. 今後に向けた体制	13) 連携の重要性	(29) 協力病院が24時間受け入れ可能であるので救急搬送に至らない (30) 嘱託医に24時間相談できるので看護師として判断に迷うことが少なくなった (31) 看取りケアができるのは、職員、医師の協力によりチームケアで働いていることだと思う
	14) 制度	(32) 制度の改革が必要

(2) 心肺停止による救急搬送について

救急搬送の7.3% (42名) は、心肺停止による救急搬送であった。この心肺停止による救急搬送42名と看取り内訳にある突然の心肺停止者17名の合計59名を特養での心肺停止者ととらえると、その71.2%は救急搬送されていることになる。木村・岡本(2014)によると、A市における全救急搬送症例のうちCPA(Cardiopulmonary resuscitation: 心肺停止状態)症例の16.4%は高齢者施設で発生し、その中にはDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)が明記されているにも関わらず救急要請されたものが含まれていた。

その理由として、「施設の当直者では救急要請の是非の判断ができない」「救急要請をしておけば対応に間違いはない」という意見があったとしている。本調査では心肺停止時のDNARが明記されていたかどうかは不明であるが、本調査の自由記述内容の表5(12)にあるように看取り希望であっても医師による「回復の見込みなし」の所見がなければ搬送せざるを得ないという記述は、これを裏付けている。つまり、看取り希望であっても、看取り介護加算算定要件(厚生労働省, 2014b)にある厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者として、「医師が一般に認められている医学

的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること」があり、これに該当しないものは搬送せざるを得ない状況となっていると考えられる。さらに要介護高齢者の終末期の経過は多岐にわたり、いつもと変わらずに過ごしていた入所者が、次の巡視の際には呼吸をしていなかったということもある。このような場合には、事前の医師の所見がないため搬送せざるを得ないといえる。また、仮に医師の所見があったとしても、表5の【5. 家族の意向の現状】にある(24)「延命処置の希望がその時々で変わる」、【2. 搬送する理由】にある(10)「看取り希望であったが気持ちが変わり病院への搬送を希望する」などから、突然の心肺停止で家族がこの日の死を覚悟していたのか不明確な場合や、家族の気持ちに変化がないと言い切れない状況等であれば、特養の対応としては搬送せざるを得ないのである。また特養では、家族が普段身近にいないからこそ「死に目に会う」ことが重要視される面もある。このことについて会田(2015)は、重度の要介護でフレイルが進んだ人への胸骨圧迫等の救命処置による弊害を考慮し、「家族が死に目に会えるようにする」などという従来の日本社会における意識の改革が必要であると述べている。これは、心肺停止で救急搬送されるような状況において、家族が臨終の場面に立ち会うことのためだけに、延命処置を行うことは、本当に本人のためなのかという問いかけである。臨終の瞬間の関わりではなく、普段からの関わりを重視し、さらに重度要介護高齢者には、常に死亡のリスクがあることを認識し、心構えをもつことが必要であるということである。特養において発生する本人も家族も望まないような状態での延命につながりかねない救急搬送を減らすためには、一般市民である家族の意識改革につながるような、重度要介護高齢者の救急医療の現状に関する情報提供も必要である。

本調査において、搬送理由で最も多かったのは、その他であった。心肺停止や意識障害、外傷、窒息の事故でもないものである。その詳細について今回の調査では明確にはならないが、何らかの症状による搬送であり、医師が常駐しない特養では、その診断のためと病状の悪化に備えた医療機関への救急搬送となっていることが推測できる。このような場合の救急搬送が、症状の早期発見により通常受診の手続きで対応できるのかどうかをさらに検討していく必要がある。

(3) 看取りについて

1年間の死亡退所者の総数は788名で、このうち看取りは412名(52.3%)となり、特養での死亡退所者の約半数が看取りとなっている状況である。看取り以外の死亡退所者

は、救急搬送されて死亡したもの、救急搬送以外で医療機関を受診し入院先で死亡したものということとなる。どちらにせよ特養で最期を迎えていない。一方、1年間の看取りについて詳しくみると、平均5.4名であるが、最も多い特養で1年間に23名、最も少ない特養では0名となっている。看取り0名と回答した特養は22施設(28.6%)であり、また1~5名までに23施設(29.9%)があり、11名以上看取りを実施している特養は15施設(19.5%)であった。このように、看取りに取り組んでいる特養とまったく看取りを行っていない特養があった。金子(2008)は、特養は病院を除いて、もっとも急変をきたしやすい人がいる施設であると述べており、また会田(2015)は、超高齢で重度の要介護状態ではフレイルがかなり進行していると思ってよく、緩和ケアへの切り替えが望ましいと述べている。にもかかわらず、特養の死亡退所者の半数近くが未だ病院で死を迎えており、特養によっては、全く看取りを行っていないところもあるということは、看取りという行為が、特養にとって負担の大きい行為であるということを示していると言える。今後、看取りに関する職員研修や体制の整備を急ぐ必要がある。

2. 配置医師、特養からの説明状況と終末期や緊急時についての希望確認状況

特養における配置医師の役割は、基準上「入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行う」とある。今回の調査では、本人・家族を分けずに配置医師がどの程度説明をしているかの質問であったが、「全く説明していない」は0%であったものの、「ほとんど説明していない」が15.6%であった。これには、入所者自身が認知症等で配置医師から説明されても理解できないことや、診察時に必ずしも家族がいるとは限らないことが背景となり、ほとんど説明していない状況が起こっていると推測できる。しかし、配置医師から特養職員への説明においても、14.3%は「ほとんど説明していない」であり、このことは特養高齢者の健康管理における特養職員との連携の観点から早急に改善すべきであると考えられる。

一方、特養から本人・家族への説明では、「よくまたは概ね説明している」を合わせて98.7%となる。この説明内容については、日常の様子なのか、健康状態や予測されるリスク等も含んでいるのかなどは今回の調査からはわからないが、ここにも配置医師による健康状態の判断や今後予測されることの所見を根拠としての説明が必要である。配置医師から特養職員あるいは本人・家族への十分な説明がなされなければ、意味をなさない。また、終末期や緊急時についての希望確認は、約97%が「よくまたは概ね確認し

ている」とあるが、この本人・家族が示す意向についても、医師による医学的な判断に基づいて入所者本人の状態を理解した上で決定されるべきである。そうでなければ、意向の確認は単にマニュアルに則った手続きに過ぎず、入所者の現在の状態を十分に理解した上での本人と家族の今後の意向とは言い難い。このようなことが原因となって、表5の(19)救急車を呼んでよいかわからない、(20)老衰と急変の判断がつきにくい、(21)本人・家族の希望が、肺炎と心肺停止でも対応は同じでよいのか書類をとっていても不安である等の搬送の判断に関する特養職員の迷いが生じている。これは特養職員と家族双方の入所者の健康状態の把握や今後予測されることの理解の不十分さによるものと思われる。よって、配置医師から本人・家族、そして特養職員に十分説明し、本人にとっての最善を話し合う機会を設けることで、救急搬送の適正化と特養職員が感じている救急車を呼ぶことの迷いや老衰と急変の判断がわからない等の軽減が図られると思われる。なお厚生労働省(2015)が示す「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」に基づいて考えるならば、配置医師からの説明は、単なる説明だけでなく、配置医師が特養職員、本人・家族とともに、入所者本人にとっての最善を考える機会であるべきだと考える。このガイドラインは、2018年に「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」と改訂された。この改訂に関する解説編(厚生労働省, 2018)では、医療・ケアチームには介護福祉士等の介護従事者も加わることが想定されると明記されている。このようなことから、特養の介護福祉士をはじめ特養職員にも入所者の人生の最終段階における意思決定への関与が求められる。日常会話のなかに見え隠れする入所者の思いや希望等の発言に注意を払い、入所者の意思決定に関して医療・ケアチームの一員として関わっていく必要があるといえる。

3. 自由記述について

特養職員が救急搬送について感じていることの自由記述を6つのカテゴリに分類した。この自由記述には、特養における救急搬送の背景が示されている。今までの考察で指摘しなかった点を中心に述べる。

桐山・寺田ら(2011)は、高齢者搬送先選定困難例に関する検討において、要介護は高齢者群において搬送困難の主因と考えられるとしている。【1. 搬送先がみつからない】の入所者の状態では、特養入所者の特性によって受け入れ先がなかなかみつからない状況となるといえよう。また、長期入院後も特養に戻ることが救急搬送受け入れの条件となる背景には、病院側の転院先探しの困難さ、いわゆる社会

的入院の問題がある。特養が入院中のベッドを確保しておく義務は3か月(厚生労働省, 1999)であり、その間も入所者には居室料金は請求されることになる。そして特養としては、収入が居室料金のみになる。また、仮に確保しておいたとしても医療依存度が高い状態となれば、医療従事者が夜間不在になってしまう特養では、受け入れは不可能ということも起こり得る。よって、搬送時に入院が3か月を超えても特養に戻れることが条件というのは、その時点で特養が即答できるようなことではない。このような高齢者施設と病院双方の受け入れ先の問題点が地域包括ケアシステムの推進によって改善することを期待したい。

【2. 搬送する理由】では、特養として救急搬送せざるを得ない状況が示されている。入所者の状態がどのような状態であったとしても家族が搬送を希望すれば、搬送することになる。5) 特養施設判断からは、(11) 看取り希望であっても突然の心肺停止や体調の悪化では救急搬送せざるを得ないといえる。これには、事前に確認した看取り希望が、どのような状況であっても看取りを希望するのか、またはその時々状況によって希望は変わるのか明確になっていないことが原因であると考えられる。これには、家族が終末期医療の是非についてどの程度認識しているのかという問題や、要介護高齢者の終末期の経過の多様性も背景にあるといえる。また、先に指摘したように(12)にある医師による「回復の見込みなしとの所見」の有無は、看取り介護加算における適合する入所者の基準に由来する。

「消防庁委託研究班提言」(毎日新聞, 2017)では、高齢者の救命について、本人の事前意思と医師の指示がセットで確認できた場合は、蘇生処置の中止が認められた。また、近年介護施設からの救急搬送が増え、救急隊員が駆けつけると、家族から「本人は蘇生を望んでいない」と伝えられるなどの現場対応の課題について議論を重ね、その手順案では、持病や老衰による心停止が前提であるとし、入所者の蘇生を希望しない意思が分かる事前指示書と担当医の蘇生中止指示を合わせて確認できた段階で救急隊員は心肺蘇生を中止できるとした。担当医の蘇生中止指示は、職員が電話などで確認するとある。また、医師の到着が数時間から半日後であっても「到着まで蘇生は行わず、救急車も呼ばずに待つように」などの指示が事前に医師から施設に出ている場合は指示に従ってもいいと提言し、「指示の効力は心肺停止前の2~3日以内」との考えを示した。しかし、心肺停止となった時に医師と連絡が取れるのか、医師による事前の指示の効力が2, 3日以内となると、今回の調査にもある突然の心肺停止に対応できるか等の課題が残ると考える。

特養の懸念としては、【3. 特養職員の負担】にある7) 警察の介入の問題がある。たとえば、入所者が夜間睡眠中に

心肺停止となって発見された場合などでは、死体検案を行い異状死扱いとなれば、警察の調査が行われる。特養職員から、ひとたび異状死扱いとなり警察の調査があると、その調査を受けた職員の精神的な負担は重く、それにより退職してしまう職員もいるという声を聞くこともある。金子(2008)は、介護施設はすべて突然死の蓋然性を念頭におくべきであると述べており、平素からの家族との話し合い、急変時の対応、看取りに関する説明と同意を行っておけば、事後に配置医師が赴いて死亡診断を行えばよい場合も少なくないと述べている。また伊藤・田口ら(2016)は、介護施設から搬送される傷病者には、救命医療を必要とするものと、必ずしも救命医療を必要としない看取り対象の傷病者が混在していると指摘している。このことは、前述した「消防庁委託研究班提言」により、多くの部分が解決できると思われるが、医師の指示の効力期間は見直しが必要であると思われる。特養における救急搬送の対応を救急医療の面からだけでなく、特養職員の置かれている現状や要介護高齢者の状態変化の多様性と突発性等を十分に考慮してさらなる制度の改革が望まれる。

【4.特養職員の迷い】では、搬送の判断に関する迷いと医療と家族との板挟みが挙げられた。これを解決するためには、やはり本人・家族との十分な話し合いを行うことが必要であると言える。今回の調査では、配置医師の説明状況も明らかになったが、医師、特養職員、本人・家族とで、入所者の現状を医学的な面からも共通認識をはかり、予測される様々な状況についての対応を話し合う必要があるといえる。さらに、このような話し合いの機会を設けることで、【5.家族の意向の現状】にある(24)延命処置などの希望がその時々で変わる、(25)「まだそんなことは考えられない」と言う、(26)「判断は施設に任せる」と言う、なども少なくなると考えられる。そしてこの話し合いこそが、【6.今後にむけた体制】、に必要な13)連携の重要性であるといえる。

高齢者の救急搬送は増加しており、また高齢者の身体状況を踏まえうえで医療の是非が様々なところで議論されている。要介護高齢者が生活している特養からの救急搬送についても救急医療、消防などから問題が指摘されている。しかし一般市民においては、要介護高齢者医療の諸問題についての認識は未だ低いと思われる。このような一般市民である特養入所者の家族と、問題提起している救急医療や消防との狭間で、特養職員の迷いや負担は大きい。入所者にとって何が最善なのかを、本人・家族、特養職員、配置医師とで十分に話し合うことが必要である。また、特養のこうした現状を十分に理解したうえでの制度の改革と、特養、医療機関、消防との連携が重要である。

V. 結論

特養160施設に対して入所者の1年間の救急搬送の実態調査を行った。その結果より以下のことが明らかになった。

1. 1年間の救急搬送の平均は7.8名であった。また看取りの平均は5.4名であり、看取りをまったくしていない特養は28.6%であった。
2. 特養で心肺停止となったもののうち71.2%は救急搬送されていた。
3. 配置医師から本人・家族に対する説明状況では、「ほとんど説明していない」が15.6%であった。同様に特養職員への説明は、「ほとんど説明していない」が14.3%であった。
4. 終末期や緊急時に関する本人や家族の希望確認は、「よくしているまたは概ねしている」で97.4%であった。
5. 特養職員の自由記述から、家族が看取りを希望していても突然の心肺停止や体調の悪化などでは、救急搬送せざるを得ない状況があり、その背景には、以下の①～④があった。

- ① 医師による「回復の見込みがない」との所見がない。
- ② 救急車を呼んでよいのかわからない、老衰と急変の判断がつきにくいなどの状態把握の難しさ。
- ③ 家族の思いがその時々で変わること、家族が今日この日の死を覚悟していたのかわからない等の家族の気持ちの不確かさへの配慮。
- ④ 異状死扱いとなり警察が介入することの懸念。

以上のことから、今後は「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」に基づいて、本人・家族と医師や特養職員等の医療・ケアチームとで十分な話し合いを行うことが重要である。また、同時に一般市民である家族の意識改革につながるような、重度要介護高齢者の救急医療の現状に関する情報提供も必要である。

今回の調査では、配置医師からの説明内容や本人・家族の意向に関する内容の詳細、個々の救急搬送事例の詳細な状況は明らかになっていない。今後は、救急搬送事例を詳しく調査し、個々の事例から救急搬送状況を分析することが必要である。

謝辞

研究にご協力いただいた特養の皆様へ感謝いたします。また本研究は、群馬県健康づくり財団の健康づくり研究助成「あさを賞」の助成を受けて実施しました。

文献

- 会田薫子 (2015)：長寿時代のエンドオブライフ・ケア。介護福祉教育 **38**, 6-19.
- 会田薫子 (2017)：意思決定を支援する共同決定とACP。In: 清水哲郎・会田薫子 (編), 医療・介護のための死生学入門, 東京大学出版会, 東京, pp75-111.
- 安藤高朗 (2008)：在宅患者・介護施設入所者の救急対応における諸問題, 救急医療ジャーナル **16** (5), 23-25.
- 古川美和・加瀬裕子・増田和高 (2015)：特別養護老人ホームにおける介護福祉士の救命処置の分析, 老年社会科学 **37** (2), 242.
- 伊藤重彦・田口健蔵・井上征雄ほか (2016)：北九州市における高齢者救急の現状と問題点～とくに介護施設からの搬送事案について, 日本臨床救急医学会雑誌 **19** (1), 7-12.
- 金子直之 (2008)：介護施設における緊急時対応の問題点—特別養護老人ホームと救急車要請を中心に—, 救急医療ジャーナル **16** (5), 17-25.
- 金子直之 (2011)：救急救命センターからみた高齢者救急搬送の現状と問題点, 日本老年医学会雑誌 **48** (5), 478-481.
- 木村隆彦・岡本華枝 (2014)：高齢者救急搬送の現状からみた看取り体制構築の重要性, ヒューマンケア研究会学術集会プログラム/抄録集 **6**, 22.
- 桐山瑤子・寺田祥子・北原学他 (2011)：高齢者搬送先選定困難例に関する検討, 日本臨床救急医学会雑誌 **14**, 231.
- 厚生労働省 (1999)：特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 (入所者の入院期間中の取扱い). (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82999413&dataType=0&pageNo=1, 2018.9.27 検索)
- 厚生労働省 (2014a)：介護サービス施設・事業所調査結果の概要 H25 年の結果. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/index.html>, 2017.12.15 検索)
- 厚生労働省 (2014b)：介護老人福祉施設における看取り介護に係る介護報酬. (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051840.pdf, 2017.12.3 検索)
- 厚生労働省 (2015)：“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/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079905.pdf>, 2017.12.15 検索)
- 厚生労働省 (2017)：老人福祉施設 (参考資料). (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf, 2017.12.3 検索)
- 厚生労働省 (2018)：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. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>, 2018.5.9 検索)
- 毎日新聞 (2017)：＜高齢者の救命＞本人望めば蘇生中止 消防庁委託研究班提言. (<https://mainichi.jp/articles/20171118/k00/00e/040/286000c>, 2017.11.20 検索)
- みずほ情報総研 (2014)：「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」. (https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/mhlw_kaigo2014_04.pdf, 2017.2.15 検索)
- 山梨県峡東保健福祉事務局 (2014)：「高齢者施設における看取りに関する実態調査報告書」. (<https://www.pref.yamanashi.jp/kt-hokenf/documents/h26report.pdf>, 2017.2.15 検索)

A study of the Present State and Factor of Emergency Transportation at Special Nursing Home

Kiyomi YAMASHITA^{*1}, Yuriko HASHIMOTO^{*1}, Satoko KAWACHI^{*2}

*1 Tokyo University and Graduate School of Social Welfare School of Education,
Tokyo University of Social Welfare (Isesaki Campus),
2020-1 San'o-cho, Isesaki-city, Gunma 372-0831, Japan

*2 Ota College of Medical Technology,
1373 Nagaoka-cho, Ohta-city, Gunma 373-0812, Japan

Abstract : The purpose of this study is to ascertain the present state of emergency transportation at special nursing homes and the factors affecting it, and to assist the development of deathwatch care and reduce the number of unnecessary ambulance callouts. We conducted an anonymous postal survey among 160 special nursing homes in B Prefecture. The survey included items such as the number of ambulance callouts in a year and breakdowns thereof, the number of patients that received deathwatch care, the extent to which the stationed physician briefed the patient/family members, and caregiver perspectives on emergency transportation (free descriptive answers). Emergency transportation was arranged in approximately 70% of the cardiopulmonary arrest cases. In 15.6% of the cases, the stationed physician scarcely briefed the patient and/or family members. The survey also identified cases in which an ambulance callout became the last option due to uncertainties over family members' will and institutional issues. To reduce unnecessary emergency transportation, it is essential to ensure adequate communication between the patient/family members, nursing care staff, and stationed physicians. Improvements at an institutional level would also be desirable.

(Reprint request should be sent to Kiyomi Yamashita)

Key words : Special nursing home, Emergency transportation, Develop deathwatch care,
Decision making process for end of life care

