

「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する現状」

特別養護老人ホーム安誠園
統括施設長 岡芹 正美

1 特別養護老人ホーム（生活の場）の急変時の対応

特養の配置医は義務づけられており全国平均1.7人である。

内、施設の常勤医師は2.7%である。

また、医師の所属が「診療所」が43%で、病床の有無をみると「有床」が6.1%「無床」が92.6%である。

入居者の現状が急変した場合、多くの施設がマニュアルに基づき対応している（資料5-2）。

看護職員（平均看護師2.2人+准看護師1.8人=合計4人）は日中はともかく、常勤職員の夜勤体制において「夜勤あり」が4.7%「オンコール対応あり」が83.4%「いずれもなし」が11.9%である。

このように、特養は「生活の場」としての位置づけであっても、医療面において脆弱な状況にある。平成27年から介護度3以上が入居条件となり、ますます入居者が高齢化、重度化していることを思えば施設の医療の向上、又医療との連携が重要となる。

近年、介護職の喀痰吸引等医療行為の緩和もなされてきている。これは、施設における看取りの増加への対応等として有効なことである。

そこで、施設の心肺蘇生（119番通報）の実施であるが、入居時において看取りの対象であるか否か、看取りの要件（看取り加算あり）を満たしているか否か（本人、家族、医師との合意等）時系列にケースバイケースが現状であると思われる（家族の意思の変化で入院される場合あり）。一般的に施設においては、看取り以外は施設として119番要請し、一刻も早く医療分野に任せることが大切だと考えている。

2 在宅における急変時の対応

高齢者における救急（119番）要請は20年前と比べると2倍弱に増加し、年齢区分も60%弱が高齢者が占めている。

住み慣れた自宅で家族の介護を受けようとも、老老介護（夫婦とも老人）、認認介護（夫婦とも認知症）、独居老人の世帯が増え、家族の介護力が期待できない現状である。

しかし、最期を迎えたい場所として「自宅」が54.6%「病院」が27.7%「老人ホーム」が4.5%の数字を見ると、本人の意思を尊重するならば、外部のケアを受け住み慣れた自宅でのエンドオブライフケア（End-of-life-care）を考え、人生を自分らしく全うするためのケアサポートが必要となる。

地域包括ケアシステムの構築がなされ、医療と介護の連携のもと市町村において実施されているが、まだまだ格差があるようである。

地域包括ケアシステムのキーワードは地域包括支援センター（介護の相談）と居宅介

護支援事業所（ケアマネジャー）であると考えらる。

地域包括支援センターは概ね中学校区に1カ所設置され、住民との連携がとれており、また居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）は介護度のある高齢者を対象に担当制であり、ケアプランの作成に関わり、それぞれ状況の把握に努めている。

そして、今回の介護報酬改定でケアマネの入退院時の情報連携で新規に加算が付き、増々入退院時に関わっていくことになる（資料5-3）。

担当の利用者の救急搬送に医師、家族との連絡のキーパーソンとして期待される場所である（資料5-4）。

3 特養・在宅で専門職がその人の終焉の人生を一緒に考えなければならないこと

人生の終焉のケア、エンドオブライフケア（End-of-life-care）

多死社会を迎える。今では80%が病院で亡くなっている。人それぞれ生が終る時まで最善の生を生きることが大切でなかろうか。

治療や葬儀についてエンディングノートを作成する。自分に万一のことがあっても家族が困らない、それは大切な人に自分の愛情を伝えるものであるから。

①（将来の話し合い）前もって医療やケアを決めておく。アドバンスケア・プランニング（ACP）を立てておく。

②（意思決定）しっかりしているときに医療ケアを意思決定、アドバンス・ディレクティブ（事前指示）。

③（延命治療の可否）人工呼吸器、心臓マッサージ等の蘇生処置をどうするか（DNARオーダー）

④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 厚生労働省）本人の意思決定⇒家族・医師との話し合い⇒文書化

人の生命はその人自身のものであり、最大限尊重すべきである。

夜間急変時の緊急連絡等について

資料5-2

平成24年4月1日

介護老人福祉施設 ○○園

下記の順番で連絡・対応する

利用者の状態

・おかしいなと感じたとき
・いつもと違うと感じたとき
・ケガをしたとき

- 1、バイタルチェックを行う
血圧 脈拍 呼吸 顔色
口唇 検温 ケガの状態
- 2、夜当番看護師に連絡し、電話で指示を受ける
- 3、様子を観察し、記録する
必要に応じて、再度、看護師に指示を受ける

・明らかに様子がおかしい時
(命にかかわるような症状がみられる)

- 1、夜当番看護師に連絡する
(携帯電話 090-0000-0000)
- 2、緊急受診する必要があると看護師が判断した時、ワーカーは宿直者を呼ぶとともに施設長または生活相談員に連絡する
- 3、公用車で搬送する場合は、宿直者が運転する
または看護師の判断により、救急車を呼ぶ

救急車 … 119
施設名・住所・利用者の性別
年齢・状態等、救急隊からの
質問に答える

- 4、家族に連絡する
(家族連絡は、ケア・ワーカー・看護師・相談員のいずれかが行う)
- 5、指示に従い必要な処置を行う
入院の準備をし、利用者を送り出す
付き添いは原則として看護師だが、
ワーカーが付き添う事もある

- * 嘱託医…○○内科産婦人科
○○-○○○○
- * 協力病院…○○病院
- * 協力歯科医院…○○歯科
- * 看護師携帯 090-0000-0000
- * 施設長携帯 090-0000-0000
- * 相談員(○○)
自宅 ○○○○-○○-○○○○
携帯 ○○○-○○○○-○○○○

入院前後



退院前



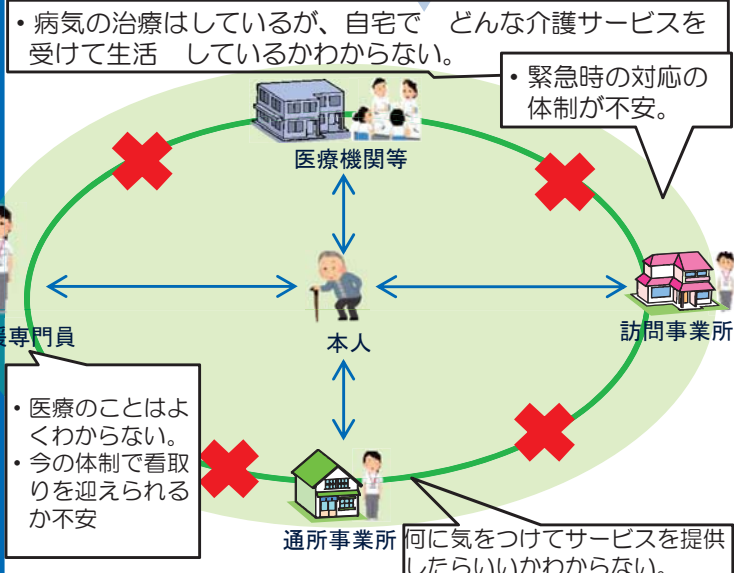
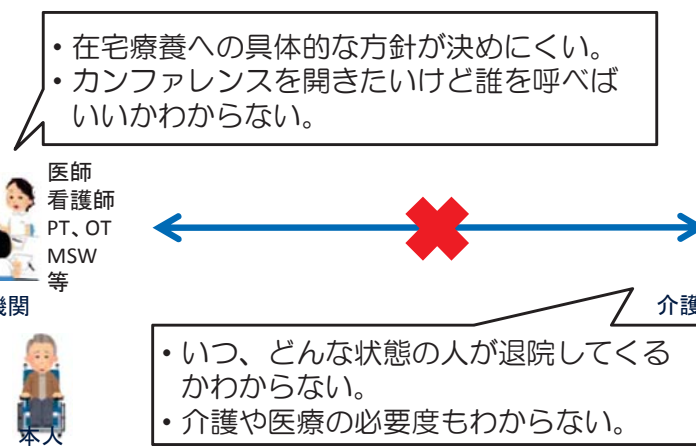
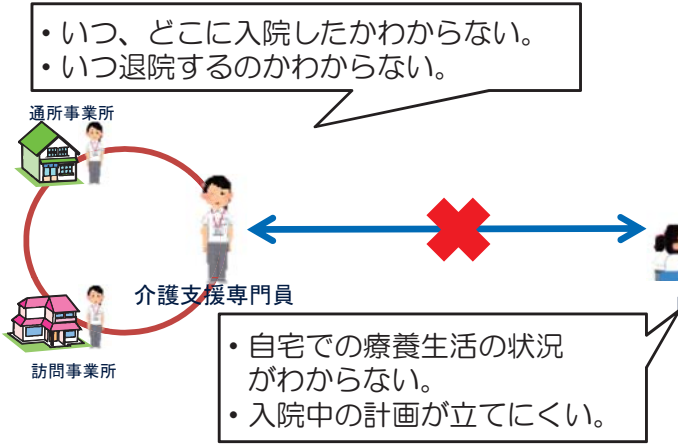
在宅等

課題

- 介護支援専門員から入院先の医療機関へ情報提供がなく、治療や退院支援に支障をきたすケースがある。

- 退院前に病院から介護支援専門員に連絡がなく、介護サービスの提供がなかったことにより状態が悪化するケースがある。

- 在宅療養に関係する多職種連携が不十分な場合、医療と介護が一体的に提供できず、終末期を含めた在宅療養に対応できないケースがある。



今回改定の主な項目

- 入院時情報連携の強化(ケアマネ)

- 退院時情報連携の強化(ケアマネ)
- 入居者の入退院支援(特定施設、認知症GH)
- 入院先医療機関との栄養管理に関する連携(特養、老健、介護医療院)

- 【在宅での医療・介護連携】
- 平時からの医療機関との連携(ケアマネ)
 - ケア計画策定の際のリハ職種との連携強化(訪問介護、通所介護等)
 - 医療と介護リハとの連携強化(訪リハ、通りハ)
 - ターミナル期の主治医師との連携強化(ケアマネ)

- 【施設での医療・介護連携】
- 医療体制・看取り体制の強化(特養)
 - かかりつけ医との連携(老健)
 - 口腔衛生に係る連携の見直し(特定、GH、特養等)等

平成 27 年 4 月 1 日

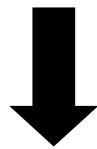
居宅介護支援利用者に対する 24 時間連絡体制について

在宅介護支援センター ○○園

営業時間外（夜間・早朝等）に、居宅介護サービス利用の利用者・家族等から、介護支援専門員（○○、○○、○○、○○）あてに連絡があった場合は、以下の対応をお願いします。

利用者等からの連絡

- ・担当の介護支援専門員を確認。
- ・相手先の氏名・連絡先（電話番号）を聞き、折り返し連絡する旨を伝える。



電話を受けた職員は、支援センター携帯に連絡

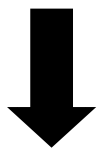
090-○○○○○-○○○○○

(通常は○○が携帯、○○が長期不在時は○○が携帯)

※繋がらない場合

① ○○携帯 090-○○○○○-○○○○○

② ○○自宅 ○○○○-○○-○○○○○



○○から利用者宅に連絡

必要に応じて、○○から各担当の
介護支援専門員に連絡

担当者から利用者宅に連絡