

# 急変加療とその後の再入所の現状と問題点

北出直子

IRYO Vol. 62 No. 2 (89-92) 2008

## 要旨

近年の医療制度改革にともない、高齢者施設の数はいずれも増加している。それに従って、急変した高齢者施設入所者の救急医療施設への搬送も増加しているが、入院加療後、高齢者施設への再入所に際して本人および家族の意思と施設の受け入れ状況に差異が生じているのが現状である。今回、高齢者施設における入所者への急変時対応の実態についてアンケートを通じて明らかにするとともに、再入所にもなう問題点について医療ソーシャルワーカーの視点から検討した。

その結果、高齢者施設入所者が急変した際の提携医療機関への受け入れは、現時点では十分なものではなく、その結果本人のDNR (do not resuscitate) の意思等が十分に反映されていない事が明らかになった。

しかしながら、他の医療機関入院後に治療・処置等で施設利用者の医療依存度が高くなり、再入所不可能と考えられた場合でも、病院は施設側にインフォームド・コンセントなどの十分な情報提供を行えば状態によっては再入所も十分可能であるケースが多いことが示唆された。

また、治療・処置に関する本人の意思決定についても、十分なインフォームド・コンセントを行うことにより、今後より尊重される余地があると思われた。やむを得ず再入所ができない場合は、元の入所施設と新しい入所施設の相互のソーシャルワーカーが十分に情報交換を行い、連携していく余地が多分に残されていることも示唆された。このように、患者の新しい生活の場の選択肢を可能な限り広げていくことが、相互の施設のソーシャルワーカーの重要な課題の1つであることが改めて明らかとなった。

キーワード 高齢者施設, 急変時対応, 再入所

## はじめに

医療制度改革にともない、高齢者施設の数はいずれも増加している。それにともない、急変した高齢者施設入所者のNHO大阪医療センター(当院)への搬送も増加している。入院加療後、高齢者施設への再

入所に際して本人および家族の意思と施設の受け入れ状況に差異が生じているのが現状である。今回、高齢者施設における入所者への急変時対応の実態をアンケートを通じて明らかにするとともに、再入所にもなう問題点について医療ソーシャルワーカーの視点から検討した。

国立病院機構大阪医療センター 医療相談室

別刷請求先: 北出直子 国立病院機構大阪医療センター 医療相談室 〒540-0006 大阪市中央区法円坂2-1-14  
(平成19年7月19日受付, 平成19年12月21日受理)

Current State of Re-admission of the Patients who Belong to Elderly Facility in Case of Emergency Medical Treatment  
Naoko Kitade

Key Words: Elderly Facility, Emergency Medical Treatment, Re-admission

## 研究方法

当院の医療圏内にある大阪市内全域の146の高齢者施設（介護老人福祉施設88カ所，介護老人保健施設58カ所）に対して，郵送によるアンケート調査を行った．質問は選択枝を提示する等できるだけ簡素化に努めた．回答は返信用封筒かFAXを利用していただき，期間は2006年8月26日－9月9日の2週間実施した．

有効回答数は85施設になり，全体の58.2%となった．

アンケートの内容について以下に抜粋する．

- ・施設の常勤医師の診療科（総合内科，消化器内科，循環器内科，精神神経科，外科，整形外科等）
- ・提携医療機関の有無
- ・入所者の急変時（心肺停止，食事の誤嚥，窒息など）に関する対応マニュアルが存在するか
- ・心肺停止時に使用可能な自動式体外除細動器（AED）の設置の有無
- ・（提携医療機関を持つ場合）施設入所者の急変時，同医療機関が常時受け入れ可能か
- ・（同じく，提携医療機関を持つ場合）同医療機関で受け入れが困難な場合，他の搬送先はどのように決定しているか（施設内のスタッフが病院を探す，提携医療機関から紹介してもらう，救急隊を要請し救急隊に決定してもらう等）
- ・2次救急指定医療機関と3次救急指定医療機関の役割の違いを把握しているか
- ・どのような急変が生じたときに搬送先の決定が困難か（複数回答可，心不全や虚血性心疾患等の循環器系疾患，脳卒中等の脳神経系の疾患，食事中の窒息等）
- ・急変時に積極的な治療を望むか否か事前に本人・

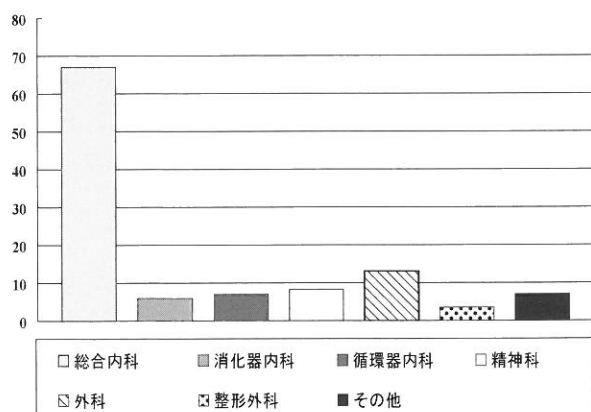


図1 施設担当医師の診療科

家族に確認しているか

- ・上記の，本人・家族の意思は施設での急変時対応に影響を与えるか
- ・入所者急変時に搬送先決定に困難を生じたことがあるか
- ・本人や家族が医療機関への入所を拒否し，住み慣れた施設での終末期を希望されている場合，同施設での看取りは可能か
- ・施設で対応できる医療処置は何か（複数回答可，気管切開，酸素吸入，気道の吸引，人工呼吸器の使用，胃ろうを用いた栄養，経鼻チューブによる栄養，褥瘡処置，インシュリン投与の内から選択）
- ・どのような医療処置が必要な患者に対して再受け入れが難しいと感じるか（複数回答可，気管切開，酸素吸入，気道の吸引，人工呼吸器の使用，胃ろうを用いた栄養，経鼻チューブによる栄養，褥瘡処置，インシュリン投与の内から選択）
- ・容態急変による医療施設入院後に利用者の医療依存度が高くなり再入所が不可能になった場合，次の受け入れ先について本人やご家族と検討を行っているか

## 結果および考察

### 1. 高齢者施設の医療体制について

高齢者施設の医師の配置基準をみると介護老人保健施設は常勤で1名以上，介護老人福祉施設が，嘱託医師である．管理医師の診療科は問われないが約8割が内科の医師であった．（図1）．

9割以上の施設が特定の提携医療機関を持っていたが（図2），搬送しても常に対応できる状態の病院ではなく24時間対応可能な提携先をもつ施設は5割に満たなかった（図3）．提携医療機関といえ，

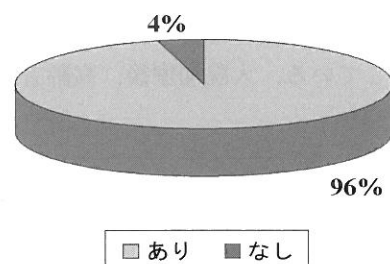


図2 提携医療機関の有無

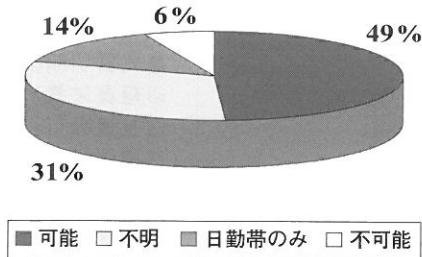


図3 急変時の提携医療機関へ搬送

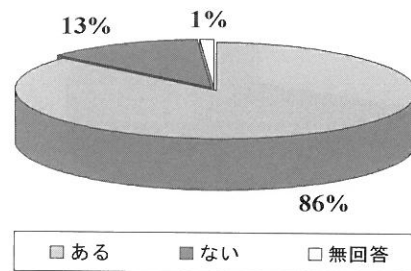


図4 急変時対応マニュアルの有無

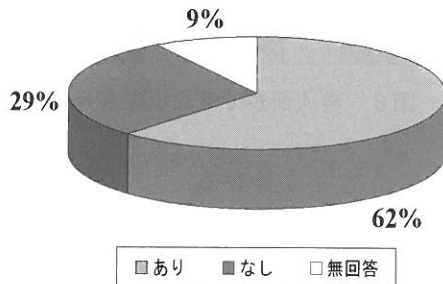


図5 急変時の意思確認

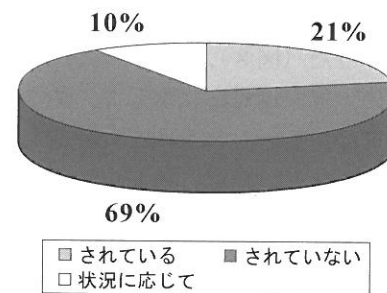


図6 急変時に本人の意思は反映されているか？

病院が満床状態にある場合や夜間の人員不足で、搬送を断らざるを得ない現状があることが示唆された。

## 2. 入所者急変時対応について

高齢者施設入所者の急変時対応について文章化したマニュアルを作成している施設は9割近かった。

(図4)。心肺停止時に有効な自動式体外除細動器(AED)を設置している施設も20%の割合で存在し、さらにはAED未設置の施設の76%で現在設置検討中との回答を得た。また急変時は本人の治療をどこまで望むかを、事前に本人もしくは家族に6割の施設が確認しており、急変時の対応には万全に取り組んでいる様子が見えてきた(図5)。その一方、約7割の施設で、急変時にどのような治療を望むかについての本人の意思が、事前に確認していたにもかかわらず反映されていなかった。つまり入所されている本人が急変時に積極的な治療を望まず、病院搬送も希望していなかったとしてもその意思とは別に病院へ搬送されるという現実があった。本人の意思尊重とは異なった対応になりやすい背景には、急変時の対応はあくまでも管理医師の判断に委ねられていることや、死亡確認を病院で行うためのとの理由が追記に挙げられていた(図6)。

搬送先の病院の機能によっても治療、処置も異なってくる。たとえば3次救急指定医療機関(救命救急センター)に搬送されたならば人命の救助が先決

のため、人工呼吸器の装着や気管切開など本人の意向とは全く異なった形で医療が行われることも現実である。実際、2次救急医療機関と3次救急医療機関の役割の違いについて、60%の施設が違いを知っていると回答したのに対して、実際入所者の急変時にその違いを考慮して搬送先を選択していると答えた施設は有効回答のわずか16%にとどまった。このように実際に入所者の急変時に病状や本人、家族の意思に必ずしもマッチしない搬送先の選択が行われていることも、本人の意思尊重とは異なった対応になりやすい一因となっていることが示唆された。

## 3. 病院入院後、再入所ができない

### 医療行為と終末期対応について

住み慣れた施設や利用中の施設で終末期対応は可能であるかをたずねてみたところ、4割の施設が「可能」と答え、「検討中」を含めると約7割近くの施設が看取りに対して前向きであった(図7)。しかしながら医療依存度が高まった入所者については、以前に施設を利用していた再利用者であっても入所が拒まれることがわかった。8項目の医療行為の中で、人工呼吸器装着した状態と気管を切開した状態の方は約9割の施設が対応できず、気道吸引や経鼻栄養を要する入居者は6割の施設で再入所できないとの回答であった。インスリン投与、胃ろう、褥瘡がある方は「程度にもよる」が受け入れる体制があ

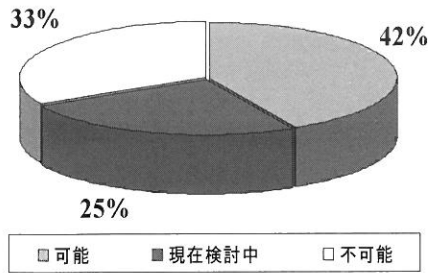


図7 終末期対応

ることがわかった(図8)。

このように、終末期対応に関して、約7割の施設が受け入れ可能であったり前向きに検討していても、医療依存度が高ければ現実には難しい。今後は高齢者施設にも一定の医療的なガイドラインの整備が急務ではないかと考える。

#### 4. 再入所が不可能になった場合の対応について

医療依存度が高くなり再入所が不可能になった場合、施設側で新しい生活の場所を一緒に検討してもらえるかでは、約6割の施設にとどまり、4割の施設では全く検討しないか情報提供のみの対応になっていた(図9)。具体的な協力や関与が少ないと、新しい生活の確保ができないため問題が生じやすいことが考えられる。たとえ退所が決まった利用者であっても本人、家族の意向を最大限に尊重しながら、安心して生活が継続できるように施設全体で取り組む必要がある。

### ま と め

高齢者施設入所者が急変した際の提携医療機関への受け入れは、現時点では十分なものではなく、その結果本人のDNRの意思等が十分に反映されていなかった。

しかしながら、他の医療機関入院後に処置等で施設利用者の医療依存度が高くなり、再入所不可能と

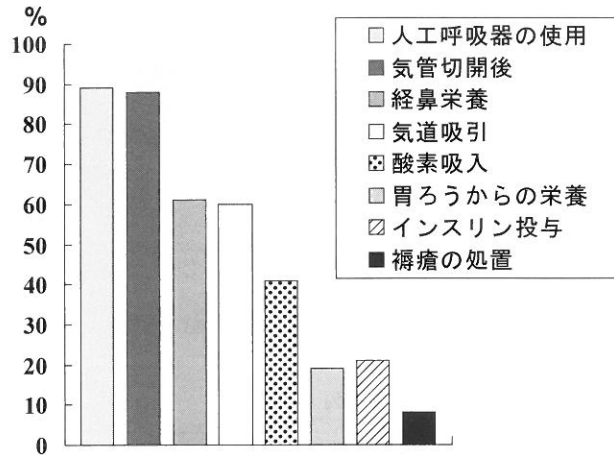


図8 再入所ができない医療行為

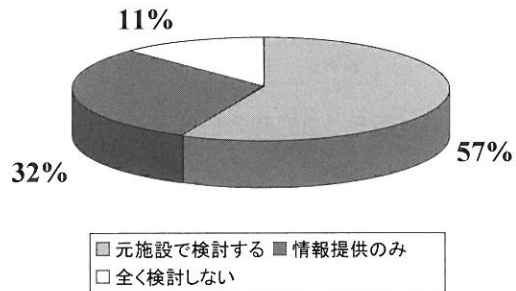


図9 再入所不可能となった場合の次の受け入れ先の検討

考えられた場合でも、病院は施設側にインフォームド・コンセントなどの十分な情報提供を行えば状態によっては再入所の可能性もあることが示唆された。また十分な情報提供により、本人の意思決定が今後より尊重される余地があると思われた。やむを得ず再入所ができない場合は、元の入所施設と新しい入所施設の相互のソーシャルワーカーが十分に情報交換を行い、連携していく余地が多分に残されていることも示唆された。このように、患者の新しい生活の場の選択肢を可能な限り広げていくことが、相互の施設のソーシャルワーカーの重要な課題の1つであることが改めて明らかとなった。