

早稲田大学審査学位論文
博士（人間科学）

介護老人福祉施設における看取りの分析
－心肺蘇生処置に焦点をおいて－

Analysis of Terminal Care in Long-
Term Care Facilities: Focusing on
Cardiopulmonary Arrest

2022年1月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

古川 美和

FURUKAWA, Miwa

研究指導担当教員： 加瀬 裕子 教授

目次

第1章 看取りからみる医療福祉政策の変遷と高齢者介護施設の課題

第1節 戦後日本の看取りに関わる高齢者医療福祉制度の推移	7
第1項 老人医療無料化制度の創設とその廃止	7
第2項 医療の効率化政策と高齢者福祉政策	9
第2節 死亡場所の変遷と看取り場の課題	12
第1項 死亡場所の変遷と高齢者介護施設の必要性	12
第2項 心肺停止時の対応における施設職員の役割	19
第3項 心肺蘇生の倫理的課題	20
第3節 研究全体の目的と構成	22
第1項 本研究の目的	22
第2項 本研究の意義	23
第3項 用語の定義	25
第4項 本論文の構成	27

第2章 アドバンス・ケア・プランニング(Advanced Care Planning: ACP)の諸外国の取り組みと日本の高齢者介護施設の課題

第1節 ACPの構成と歴史的経緯	31
第1項 ACPの構成	31
第2項 ACPの歴史的経緯	33
第3項 ACPの有用性	34
第2節 ACPに関連した諸外国の取り組み	34
第1項 アメリカ	35
第2項 イギリス	36
第3項 カナダ	37
第4項 オーストラリア	38
第5項 日本	38

第 3 節 高齢者介護施設における事前指示書の課題	41
第 3 章 緊急対応に焦点をあてた高齢者介護施設における ACP に関するスコーピングレビュー	
第 1 節 研究の背景と目的	44
第 2 節 研究の方法	44
第 1 項 調査の方法	44
第 2 項 文献検索の方法	45
第 3 項 文献選択の方法と規外基準	46
第 4 項 データ抽出と分析	46
第 3 節 結果及び考察	46
第 1 項 文献選択の流れ	47
第 2 項 スコーピングレビューの傾向	48
第 3 項 結果および考察	52
第 4 節 結論	56
第 4 章 介護老人福祉施設の介護職が行う心肺停止の対応 - 蘇生処置に焦点をあてて -	
第 1 節 研究の背景と目的	58
第 2 節 調査の方法と分析方法	58
第 1 項 データ収集の方法	58
第 2 項 分析の方法	59
第 3 項 倫理的配慮	60
第 3 節 結果	60
第 1 項 施設の特徴	60
第 2 項 調査対象者の基本属性	61
第 3 項 分析の結果	62
第 4 節 考察	67
第 1 項 認知症ケアと蘇生処置を同時に求める夜勤の体制	67
第 2 項 看取りの意向と看取りの同意が混同している介護職	68

第 3 項 救命と看取りが混在しているマニュアル	69
第 4 項 救命効果が低減する可能性のある施設体制	69
第 5 節 結論	70
第 6 節 本調査の限界と課題	71
第 5 章 介護老人福祉施設における死亡診断を目的にした病院への 救急搬送の関連要因	
第 1 節 研究の背景と目的	72
第 1 項 研究の背景と目的	72
第 2 節 研究の方法	73
第 1 項 調査の方法	73
第 2 項 調査表の質問項目	73
第 3 項 分析の方法	75
第 4 項 倫理的配慮	76
第 3 節 結果	76
第 1 項 記述統計の結果	76
第 2 項 死亡診断を目的にした救急搬送と心肺停止時対応に係る施設体制 別比較	82
第 3 項 死亡診断を目的にした救急搬送と蘇生処置の意向の把握，看取り 介護体制，救急搬送の判断基準のロジスティック回帰分析	84
第 4 節 考察	86
第 5 節 結論	88
第 6 節 本調査の限界と課題	88
第 6 章 アメリカハワイ州のナーシングホームにおける心肺停止の 施設体	
第 1 節 研究の背景と目的	90
第 2 節 研究の方法と倫理的配慮	90
第 1 項 研究の方法	90

第 2 項 倫理的配慮	91
第 3 節 結果	91
第 1 項 Palolo Chinese Home の特徴	91
第 2 項 15CRAIGSIDE の特徴	92
第 3 項 看護ケアの体制	93
第 4 項 心肺停止の対応に関する文書と CNA の役割	94
第 4 節 考察	96
第 1 項 看護師の指示に基づいた体調の確認	96
第 2 項 生命を医療職につなげる役割	97
第 3 項 本人の意思を尊重する役割	98
第 5 節 結論	99
第 6 節 本調査の限界と課題	99
終章 総括	
第 1 節 本研究のまとめ	100
第 1 項 看取り政策の推進と高齢者介護施設の看取り実践とのギャップ	100
第 2 項 形骸化している高齢者介護施設の AD	101
第 3 項 介護老人福祉施設における蘇生処置の質的調査と救急搬送の量的 調査の必要性	102
第 4 項 救命と看取りが混在しているマニュアルと心肺停止の対応	102
第 5 項 心肺停止に対する行動指針を明確化する必要性	103
第 6 項 DNAR に限定した蘇生処置の不実施	104
第 2 節 本研究の総合考察	104
第 1 項 看取り同意書に限定した蘇生処置の行動基準	105
第 2 項 施設ケアマネジャーをコーディネーターとした ACP のチーム体 制構築の必要性	105
第 3 項 ACP への医師の参加と、その役割に見合った保障	106
第 3 節 本研究の結論	107

第 4 節 本研究の意義	108
第 1 項 学術的意義	109
第 2 項 社会的意義	109
第 3 項 人間科学的意義	110
第 5 節 本研究の限界と課題	111

第1章 看取りからみる医療福祉政策の変遷と高齢者介護施設の課題

第1節 戦後日本の看取りに関わる高齢者医療福祉制度の推移

第1項 老人医療無料化制度の創設とその廃止

戦後日本は、1955年から1972年頃まで「高度経済成長期」であり、医療技術の進歩や国民皆保険制度の実現、さらに、生活環境と栄養状態の改善により死亡率が低下し平均寿命が伸びた。図1.1に日本の平均寿命と高齢化率の推移を示した。平均寿命は1950年から1975年で男性58.0歳から71.7歳、女性61.5歳から76.9歳へ伸展した。高齢化率は1950年～2000年の50年間で、5.1%から14.6%と急速に進んだ(厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室,2020)。

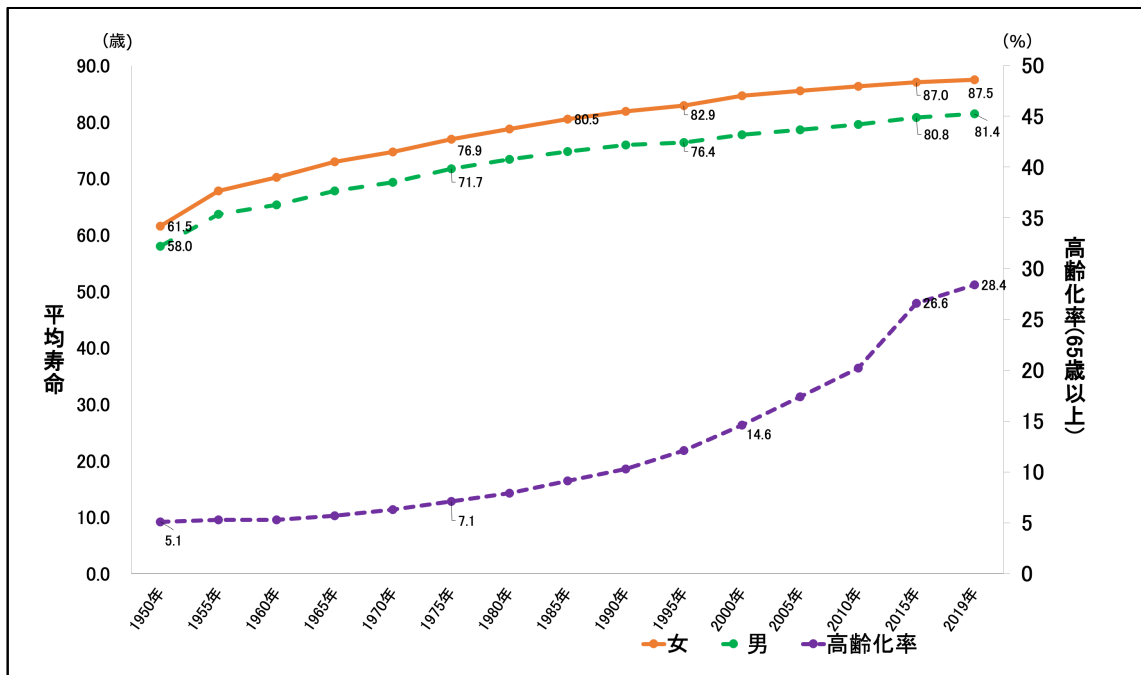


図 1.1 日本の平均寿命と高齢化率の推移

Note. 厚生労働省人口動態・保健社会統計室令和元年簡易生命表の概況参考にして筆者が作成

高齢化の進展により、高齢者の介護が社会問題となることが予想された。しかし、高齢者を対象にした施設は、戦前の救護法により規定された養老院でその対象者は身寄りのない低所得者に限られていた。一般の老人扶養は家制度を前提とした相続制度による家督相続者が担うものとされていた。だが、戦後、「家制度が廃止され、家督相続から均分相続に変わったことから、老人扶養の問題に関心が集まるようになった(国立社会保障人口問題研究所,1999,16,第1段落)」そこで、老人の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じるため、1963年老人福祉法が策定された。老人福祉法では軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人健診審査が創設された。ただし、これらの老人ホームは介護を必要とする高齢者の数に比べて施設数が不足しており、入所は低所得者等が優先され、「一般の人にとって必ずしも利用しやすいものではなかった(厚生労働省,2000第1編,第1部,第4章)」つまり、一般の介護が必要な高齢者の多くは家庭で生活していたということになる。

同じ頃、社会の状況は高度経済成長期で産業構造が変化し、第1次産業中心から第2次産業、第3次産業に移行した。工業化に伴って家族構成は変化し、当然、家庭にいる高齢者の生活に影響を与えた。

厚生労働省(1996,第1編,第1部,第1章)によれば、かつての農村社会の家族構成は多世代同居が一般的であり、多くは大家族だった。家族は日常生活を共に過ごすだけでなく、家族全員で農作業などの家業に従事し家族は生活協同体であるとともに、生産共同体だった。しかし、工業化が進むと人々は職を求めて農村部から大都市へと流入し、女性も社会進出した。その結果、家族構成は核家族化が進み、既婚女性の多くは家庭生活と職業生活の両立の問題に直面した(相本,2014,pp.3-18)。核家族化と女性の社会進出により、従来の家族内の互助機能が低下し、高齢者を介護する余裕はなくなった。

家庭生活を送っていた地方の高齢者のなかには、貧困、病苦、孤独を抱える者がみられるようになった。そして、自宅で長期間、寝たきり状態にある高齢者も増加した。そこで、高齢者とその家族への福祉政策を図るため、1968年全国社会福祉協議会は居宅ねたきり老人の実態調査

を実施した(石黒,1968,pp.22-28). 自宅には約 20 万人の 70 歳以上の寝たきり高齢者が生活しており, その生活実態は非常に深刻なものだった. 寝たきり老人の問題は社会的な関心を集め, その後政策的課題として取り上げられるようになった.

1969 年東京都の美濃部都知事は, 自宅にいる寝たきり老人の介護を病院が引き受けられるように, 老人医療無料化の政策を全国に先駆けて着手した. これに追随し, 1973 年老人福祉法を改正し老人医療無料化を制度化した. しかし, 老人医療無料化は「社会的入院」や「病院のサロン化」をもたらした. 社会的入院とは, 治療の必要がない者を病院への入院により, 介護する実態を称する用語である. 入院費がかからず, 看護料も行政によって補助されたため, 「社会的入院」する介護の必要な高齢者は増加した. 「病院のサロン化」とは, 過剰診療を受ける高齢者が病院の待合室に溢れている現象をいい, 医療費の高騰の原因として問題視されるようになった. これらの結果, 老人の受診率と一件あたりの医療費等が 1970 年から 1981 年と約 4 倍に急増し, 老人医療費の高騰は財政の圧迫を余儀なくした.

このような状況から社会保障制度を支えている大きな政府(福祉国家)に批判が高まった. それにかわり, 「経済活動を重視し, 社会保障制度の規模を小さくする小さな政府(新自由主義国家)を主張する経済思想が台頭した(山路,2013,p.96)」.

政府は老人の医療費負担の公平性という名目で, 1983 年老人保健法を施行し, 老人医療無料化を廃止した. だが, 急速な高齢化により老人医療費の支出は増大し続け, 医療費の抑制は期待通りには進まなかった.

第 2 項 医療の効率化政策と高齢者福祉政策

1980 年, 厚生省は将来の高齢化社会に向けて, 医療と高齢者福祉を両輪にした「医療の効率化(厚生省,1980,総論,第 3 章,第 1 節)」をめざす方針を出した. 図 1.2 に戦後日本の看取りに関連する社会状況と医療福祉制度の推移を示した.

まず政府は患者の入院のアクセスを抑制することを目的に、1985年に第一次医療法改正を打ち出した。これは、二次医療圏ごとに必要病床数を規定する法改正である。二次医療圏とは、複数の市町村を1つの単位として設定し、特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏である。それまでの民間病院は自由開業制がとられており、病床数は都市部を中心に増加していた(厚生労働省,2007)。第一次医療法施行前のいわゆる駆け込み増床がみられたが、これを最後に増床数の伸びに歯止めがかかった。しかし、高齢化の伸展に伴う要介護高齢者も増加することが予測される中、入院病床数を抑制するこの政策は、家庭で生活できない要介護高齢者の行き場を失わせた。

そこで政府は、病状が安定した高齢者を対象に、必要な医療ケアと日常生活サービスを提供するため、1986年老人保健法を改正し老人保健施設を創設した。政府は入院費の大部分を占めていた社会的入院費の抑制を図ろうと、老人保健施設を社会的入院患者の受け皿にした。

さらに、人口の高齢化に対応するため、1992年第二次医療法を改正し、医療の効率化をはかった。それまでの医療は一つの病院に「急性期の医療から慢性期の医療まで、病床が混在し、人的にも構造的にも非効率だった(全日本病院協会病院のあり方委員会,2008,p.5)」。この改正では、在宅医療、療養型病床、特定機能病院を創設し、医療機能を分化した(厚生労働省,2007)。在宅医療では、医療を提供できる場所として新たに在宅を制度化した。それまでは医療を提供する場所は診療所か病院に限られており、在宅における医療は、往診として突発的な状況における例外的医療であった(田城,2021)。さらに、在宅医療を推進するため、1992年診療報酬改訂時に、寝たきり老人在宅総合診療料を制定した。療養型病床とは、症状は安定しているが、24時間の医学的管理を長期間必要とする患者の入院施設をいう。特定機能病院とは「大学病院のような機能を有する(佐野,1997,p.3)」、専門特化した高度な医療を提供する病院であり、病状が安定した患者は入院対象から除外された。このように医療機能を分化して、医療を効率化する政策により、病状が落ち着いた介護が必要な高齢者は、療養型病床のある病院や在宅で医療を受けることになった。

政府は 1997 年介護保険法，介護保険施行法，第 3 次医療法改正を成立させ，高齢者の介護を一般医療と区別した．これは高齢化が進展するなか，慢性疾患中心の疾病構造の変化に対応するためのものであった(厚生労働省,1997)．介護保険法は 2000 年に施行し，介護を医療保険から切り離すために，介護保健施設や居宅介護支援サービスの創設を定めた．介護保険施行法は，介護保険導入時の経過措置を定めたものである．第 3 次医療法改正は介護保険の施設整備を進めるための医療法の改正である．例えば，48 時間までの入院時間の制限，いわゆる「48 時間規定(厚生労働省中央社会保険医療協議会,2007,第 1 段落)」がある有床診療所に対して，療養型病床群を設置し入院時間の制限を外した．そのほかには総合病院に関する規定を廃止し，二次医療圏単位で地域医療支援病院を設け，かかりつけ医やかかりつけ歯科医からの紹介患者に対して医療を提供することを定めた．こうして，介護を必要とする病状が安定している高齢者は，かかりつけ医や地域医療支援病院のバックアップのもと，介護保険施設に入所するか，または，在宅で居宅サービスを利用するかの選択を迫られるようになった．

その後，2000 年の第 4 次医療法改正による平均在院日数の設定，2006 年の第 5 次医療法改正による在宅診療支援診療所の創設，2015 年の医療介護総合確保促進法による地域における病床数の上限病床機能再編支援事業，2018 年の病床機能再編支援法事業の恒久化による病床数削減に伴う財政支援と効率的医療推進のための改革が行われ，現在では，地域包括ケアの構築が高齢者医療政策の焦点となっている．

地域包括ケアとは，「医療や介護が必要な状態になっても，可能な限り，住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう，医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される考え方(厚生労働省近畿局,2016,p1)」である．2015 年の医療介護総合確保促進法に基づいて，厚生労働省は地域包括ケアの体制(地域包括ケアシステム)の構築を開始した．さらに，2018 年に地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律により，2025 年度を目処に，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，政府は体制構築を進めている。

こうして，1970年代からの課題であった社会的入院は制度設計上からは解決されたことになった。ただし社会的入院には，「高齢者が亡くなるまで病院にいるという意味(馬場,2019,第15段落)」が含まれていた。つまり，これらの制度化によって社会的入院に伴う病院での死が減少することになり，結果的に高齢者が安心して死を迎えることが出来る場所についての問題が浮上することになった。したがって地域包括ケアにおける，高齢者の看取りの場所や方法についてシステムを構築することは緊急の課題である。

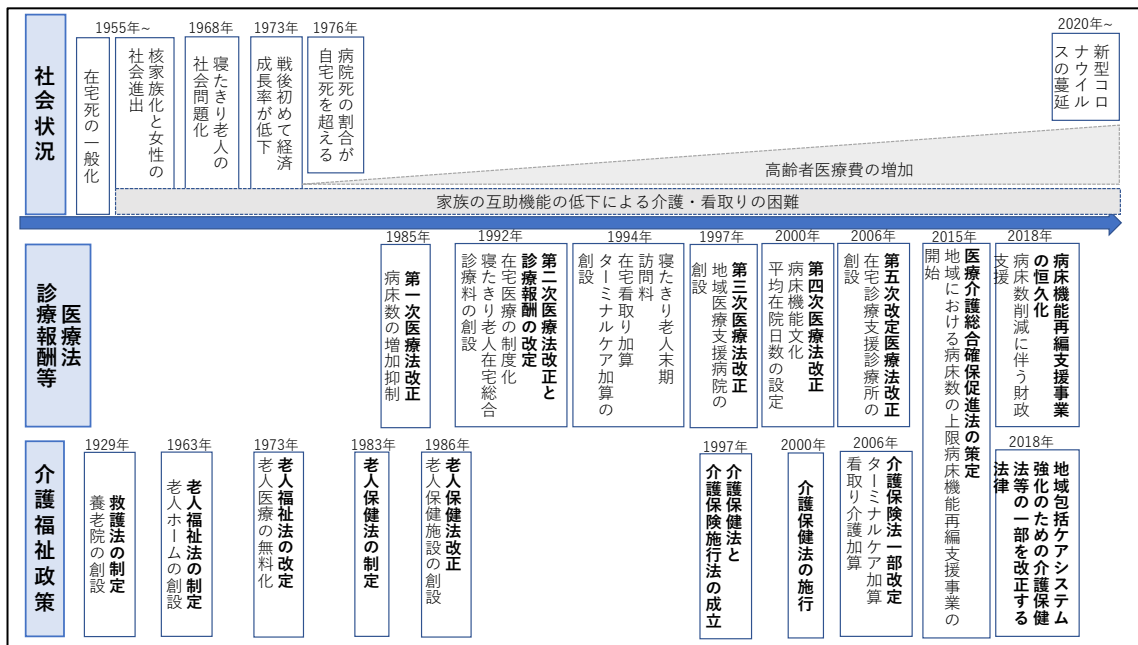


図 1.2 戦後日本の看取りに関連する社会状況と医療福祉制度の推移

Note. 筆者が作成

第 2 節 死亡場所の変遷と看取り場の課題

第 1 項 死亡場所の変遷と高齢者介護施設の必要性

死亡場所については，1951年には自宅死は全体の死亡数の 82.5%を

占めていた(図 1.3)。これは医療保険制度が整備されていない時代であり、十分な医療を受けられず自宅で死亡する人々が多かったと推察できる。その後、健康保険制度の充実とともに、高齢化が進展すると介護を必要とする「寝たきり老人」を入院させる政策がとられた。それらの政策の下で、病院での死亡数は急速に増加する。

高齢者を病院で介護するシステムは、効率的医療をめざす政策に反するものである。先述したように様々な改革が行われたにもかかわらず、病院での死亡数の増加には歯止めがかからなかった。1976年に逆転した自宅死と病院・診療所死の割合は、「住み慣れたところで一生を」の行政スローガンにもかかわらず、顕著な改善傾向はみられなかった。そればかりでなく、死亡者数は2039年にピークを迎え167万人と推計されている(厚生労働省,2016)。この死亡者数のうち約40万人は、「看取り先の確保が困難(厚生労働省保険局医療課長,2012,p15)」になると、懸念されている。

政府は看取り場所の不足分に対処するため、在宅や介護保険施設でも看取りを可能にする法律を制定した。在宅には、1994年診療報酬改訂時、在宅医療にターミナルケア加算、寝たきり老人末期訪問料、自宅で死亡診断した際の在宅看取り加算を算定した。くわえて、重篤な患者を在宅でも対応できるように、2006年第五次医療法改正で在宅療養支援診療所を創設した(齋藤,2019)。このように重症の患者や終末期の患者は、自宅で最後まで医療が受けられるようになった。

そのほかに、2006年介護保険法一部改定時に介護保険施設に「ターミナルケア加算」や「看取り介護加算」を創設した。「ターミナルケア加算」は介護老人保健施設に、「看取り介護加算」は介護老人福祉施設にと、一定の基準を満たした施設はそれぞれの加算が算定できるようになった。こうした法的な整備によって、終末期の高齢者は人生の最後の段階まで施設でケアを受けられるようになった。

これらの政策効果は、人々の死亡場所に変化をもたらした。厚生労働省(2021)の人口動態調査によると、1995年から死亡場所に介護老人保健施設が加わった。死亡場所の構成割合をみると、介護保険施設と老人ホームを合わせた施設の死亡割合は2000年2.4%から2019年12.0%

に増加した(図 1.3). このようなことから, 政府は看取り場所の不足分を在宅や介護保険施設で補填しているといえ, 戦後からの国民の死亡場所は自宅から病院, 病院から自宅・高齢者介護施設へと移り変わった.

ところで, 医療・介護従事者以外の一般の国民は死亡場所としてどこを希望しているのだろうか. 厚生労働省(2004)の終末期医療に関する調査等検討会によると, 高齢となって, 治る見込みのない疾患に侵された場合, 一般の国民が希望する療養場所は病院 38%, 老人ホーム 25%, 自宅 23%と回答しており, 病院が最も多かった. しかし, 2018年の人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会(2018)が行なった, 人生の最終段階における医療に関する意識調査では, 約7割の一般国民が自宅で最後を迎えたいと回答していた. 2004年の調査と比較すると, 自宅を選んだ回答はこの15年間で大幅に増えており, 終末期の医療やケアに関する国民意識は変化している.

在宅死の割合をみると, 1950年代から1980年代まで減少スピードは早く, 1990年代に入るとそのスピードは鈍化している. 特に在宅医療が制度化された1995年になると在宅死亡割合の減少は, なだらかになった. しかし, 看取りに関連する介護保険法の改正や医療法改正された2006年以降は, 政府の期待に反して在宅死の割合は増加していない.

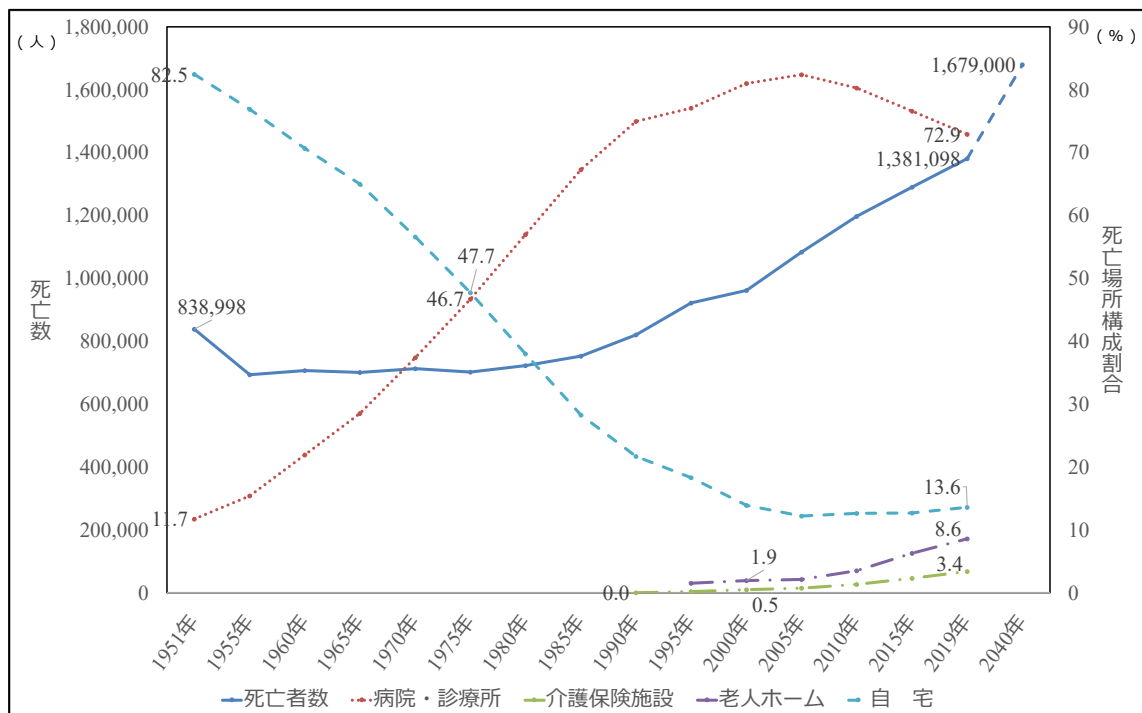


図 1.3 死亡者数と死亡場所構成割合の年次推移

Note. 厚生労働省(2021)死亡場所別にみた年次別死亡数・百分率を参考に筆者が作成

在宅での看取り介護について、「介護してくれる家族に負担がかかる(人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会,2018,p.75)」という状況が報告されており、これが在宅死が進まない理由の一つであろう。在宅死は介護者自身の心理的、身体的な負担を招く。特に老々介護の場合は、高齢となった介護者の負担は大きく、共倒れなどが懸念される。

厚生労働省(2019a)の2019年国民生活基礎調査によると、要介護者と同居している世帯の中で老々介護の割合は約6割であり、相当数存在している。国立社会保障・人口問題研究所人口構造研究部(2019)は、今後は老々介護の可能性がある高齢者世帯や、単身世帯の増加を推測している。したがって、人生の最後まで在宅療養することが困難となる世帯は増えるだろう。

自宅で最後を迎えたいという国民の希望と政策が一致していても、高齢者世帯や単身世帯が増加していくことを踏まえると、在宅死の比率を

上げることは、容易にはいかないことは明確である。つまり、個々の事情で在宅死が難しい国民は、自ずと看取り場所に高齢者介護施設を選択することになるであろう。そうであれば全国老人福祉施設協議会(2015)がいうように、高齢者介護施設は看取り機能を強化する必要がある。

高齢者介護施設には、大きく二つの種類に分けられ、一つは介護保険施設、もう一つは高齢者向け住まいである。それぞれの施設には目的があり、高齢者の心身の状態や本人、家族の希望に合わせて、高齢者は入所する施設を選択する。なお、本研究は高齢者向け住まいを調査対象としていないため、以後、介護保険施設に限定して説明する。

介護保険制度において施設と位置付けられるのは、老人保健施設(以後、老健)、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護医療院、介護療養型医療施設の4施設である(表 1.1)。老健は病院と自宅の中間施設であり、介護保険制度施行後より医療施設から介護保険施設になった。入所の対象者は医学的な管理が必要な要介護者であり、医師と看護師が24時間配置されている。介護老人福祉施設は、常に介護を必要とし、在宅での生活が困難な要介護3以上の高齢者に対して、生活全般の介護を提供する施設である。介護老人福祉施設には医師と看護職は配置されているが、夜間の常駐義務はない。医師は入所者の健康管理と療養上の指導を行うことに留まっており、勤務形態は嘱託可能である。看護職は入所者100名に対して3名以上の配置と規定されている。夜間に看護職員が常駐可能な施設は極めて少なく、9割近くの施設がオンコール対応している(厚生労働省社会保障審議会,2014)。介護療養型医療施設及び病床群は、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供する。したがって医師、看護職は24時間常駐している。介護医療院は日常的な医学管理や看取りやターミナルケア等の医療機能と生活施設としての機能を有する。したがって、入所対象者は長期的な医療を必要とする要介護認定者である。

なお介護療養型医療施設は2024年3月に廃止され、介護医療院に移行されることが決定されている。介護医療院にはI型とII型があり、I型は重篤な身体疾患を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者が入所する。夜間は、医師と看護師が常駐している。II型は比較的安定した容

体の高齢者を対象としており、夜間は、医師は不在で看護職は常駐している。

これらの4つの施設は、看取り介護を実施することを法的に認められている。通常、看取り介護を行なった場合、介護報酬が支払われるが、介護報酬を算定されるには、介護保険法で定められた一定の施設基準を満たす必要がある。しかし、なかでも高齢者介護施設によっては介護報酬の算定基準を満たしていても、夜間に看取りをサポートしてくれる医師がいないことや介護職員の人数が足りないという理由で、看取り介護を実践していない施設も報告されている(三菱UFJリサーチ&コンサルティング,2020)。その一方、介護を実施している施設でも、加算算定を届けていない施設もある(長崎県南保健所,2021)。

2019年の施設数と定員数をみると、それぞれ介護老人保健施設では4,337施設、374,767人、介護老人福祉施設では8,234施設、569,419人、介護療養型医療施設では833施設、34,039人、介護医療院I型とII型合わせて、245施設、15,909人である(厚生労働省,2019b)。介護保険施設のなかで、介護老人福祉施設が施設数、定員数ともに最も多く、介護保険施設の要の施設となっている。

ここで、特別養護老人ホームの名称について特記すべき点がある。特別養護老人ホームとは、老人福祉法上の名称である。都道府県から介護保険の指定を受けた特別養護老人ホームは介護老人福祉施設という。本論文中では、引用元に基づいて介護老人福祉施設もしくは特別養護老人ホーム(特養)と名称を使い分けている。

表 1.1 介護保険施設の機能と医療職の人員配置

施設の種類	施設の目的	看取りに関する 算定	人員配置数の基準		夜間の配置		2019年10月1日現在	
			医師	看護師	医師	看護職	施設数	定員(人)
介護老人保健施設	要支援や要介護の認定者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う	ターミナルケア 加算算定あり	常勤1名以上	9名	常駐	常駐	4,337	374,767
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	居宅で生活することが困難な要介護度3～5の要介護認定者に、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行う	看取り介護 加算算定あり	健康管理及び療養上の指導を行える必要人数 嘱託可	3名	不在	不在 オンコール	8,234	569,410
介護療養型医療施設 (2024年3月に廃止、以後介護医療院へ移行)	常時医学的管理が必要で病状が安定している要介護認定者に、介護・看護・機能訓練・その他の医療、その他日常生活の支援をする	ターミナルケア 加算算定あり	3名以上	17名	宿直制	常駐	833	34,039
介護医療院 I型	主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護と機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う	ターミナルケア 体制の構築の義務	3名	17名	宿直制	常駐	245 (I型、 II型合計)	15,909 (I型、 II型合計)
II型	I型と同じ	ターミナルケアの 実施	1名	3名	不在	常駐		

Note. 厚生労働大臣(1999)厚生労働省令第三十九号指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準と、厚生労働大臣(1999)厚生労働省令第四十号介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準と、厚生労働大臣(1999)厚生労働省令第四十一号指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準と、厚生労働大臣(2018)厚生労働省令第四十五号介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準と、令和元年介護サービス・事業所調査の概況、施設事業所の状況を参考にして、筆者が作成

第 2 項 心肺停止時の対応における施設職員の役割

高齢者介護施設が入所者にサービスを提供する際、生命を守ることと、本人の意思を尊重することはかかせない。入所者が心肺停止状態になった際、そこに居合わせた職員は次のいずれかの対応する必要がある。生命を守るために、速やかに蘇生処置し救急搬送するか、あるいは、延命処置を希望しない終末期と診断された入所者には、蘇生処置は実施せずに死亡診断を医師に依頼する。

生命を左右する重大な選択は、非常に切羽詰まった状況の中にある。それにも関わらず、先述したように介護老人福祉施設の夜勤には医療職を配置していない施設が大部分である。さらに、介護職一人しか配置していない施設も報告されている(石井,2010)。入所者の生命や尊厳を守れるか否かは、現場に居合わせた夜勤介護職の判断に委ねられているといっても過言ではないだろう。

心肺停止の対応を適切に行っていくためには、夜勤にも看護職を配置することが好ましい。しかし、看護職の人材不足は以前より喫緊の課題になっており、1992年看護師等の人材確保の促進に関する法律が施行されたものの、いまだ医療施設においても看護職員の確保は困難な状況が続いている。介護サービス施設・事業所においては、さらに難しい状況である。このように看護職の人材確保が深刻な状況のなか、さらに看護職の介護老人福祉施設への増員を要請し実現することは一層の困難が予測される。

2015年に介護福祉士養成課程において、救急蘇生法を演習することが義務化された。しかし、応急処置に関して介護初任者研修や2014年以前の介護福祉士養成施設の必須科目として、カリキュラムに組み込まれていない。さらに、応急手当での講習会をすべての職員に受講させている施設は、約3割にとどまっている(伊藤ら,2017)。こうしたことから、中村聡,戸来,北林(2015)は、高齢者介護施設の介護職は応急処置の十分な教育を受けないまま就業している可能性がある」と指摘している。そのため、看取りや急変に対応することについて、介護職は恐怖心、不安を持ち(深澤,高岡,2011;早崎ら,2003)、精神的な重圧を抱えている

(相澤,2016;大村,2017). 介護職は, 入所者の生命と尊厳を守る義務があるとはいえ, 応急処置に関する教育を十分に受けないまま, 生命を左右する対応を強いられているといえる.

こうした背景から, 夜間に医療職が常駐していない介護老人福祉施設で夜勤する介護職のなかには, 教育を受けないまま, たった一人で生死に関わる選択とその対応を余儀なくされていると推察できる.

第3項 心肺蘇生の倫理的課題

夜勤時, 医療職が配置されていない介護老人福祉施設において, 入所者が心肺停止の状態になると, 介護職が第一線者としてその対応を求められる. 具体的には, 救命する場合は救急隊に引き継ぐまで蘇生処置をする. 施設内で看取りをする場合は, 医師か看護職が来るまで, その施設のマニュアルに沿って対応する.

日本医療労働組合(2020)が介護施設を対象にしておこなった2019年介護施設夜勤実態調査の結果によると, 夜間に救急搬送した経験のある特別養護老人ホームは全体の45.0%である. くわえて東京消防庁救急部(2009)の調査によると, 救急搬送された入所者の中には, 心肺停止状態の者もあり, 救急隊が到着するまで, 蘇生処置を受けていない入所者を報告している. このように蘇生処置を実施しないことは, 入所者を死に至らしめる可能性もあり, 生命の尊厳を損なうといえる.

その一方で総務省消防庁(2019)の平成30年度救急業務のあり方に関する検討会報告書によると, 各都道府県の消防本部の94.5%が傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示を家族等から伝えられても, 心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する. 蘇生処置する理由に, 救急現場で傷病者本人の意思の確認を確実に行うことは難しいことや, 応急処置を行いながら医療機関に傷病者を搬送することが, 救急隊の責務であること, さらに消防法救急業務の法令上, 明らかに死亡していない傷病者に対し心肺蘇生の不実施や, 中止はできないこと, と回答している(総務省消防庁,2019). 2018年に総務省消防庁は, 救急業務において傷病者が明らかに死亡している場合の一般的な判断基準を説明しており, 次の6項目が全て該当した場合と規定している(消防庁救急企画室長 2018).

- (1)意識レベルが 300 であること。
- (2)呼吸が全く感ぜられないこと。
- (3)総頸動脈で脈拍が全く触知できないこと。
- (4)瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。
- (5)体温が感ぜられず、冷感が認められること。
- (6)死後硬直又は、死斑が認められること。

このように、消防法に基づいて、救急隊は上記の判断基準に満たしていない心肺停止した傷病者に対して蘇生処置を実施することを求められている。

池上,池崎(2013)によると、救急搬送されてきた高齢者介護施設の入所者を病院で蘇生処置を実施し、救命できず死亡した遺族の中には、病院が蘇生処置を実施したことに対して、本人が尊重されていないと病院に苦情を訴える家族もいる。

終末期の診断を受けている心肺停止状態の入所者の意思を守るには、蘇生処置を行わないことと、さらに、119 番通報し救急搬送しないことである。そのためには高齢者介護施設の職員が事前に本人の意思を把握しておくとともに、本人の意思と医学的な状態に基づいて、施設が入所者ごとの対応方針を現場の職員に伝えることが必要になるだろう。

しかし、入所者の中には自分の意思を伝えることが困難な認知症や言語障害をもつ者も少なくない。日本看護倫理学会(2015)によれば、認知症と診断された高齢者の同意能力を看護職らは不十分とみなし、本人の意向、他の能力までも軽視することや無視することもある。だからこそ、自分の意思を伝えることができない高齢者には、患者自身の意思を可能な限り推定し、それを尊重することが重要である(日本老年医学会,2012)。

高齢者介護施設での看取り方針の説明は、看取り介護加算を算定されている特別養護老人ホームの 89.0%、看取り介護加算されていない特別養護老人ホームの 73.9%の施設が行っており(全国老人福祉施設協議会,2015)、過半数以上の施設が説明しているが、本人に意思を確認しているかは読み取れない。

総務庁消防庁（2018）の蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査によると、高齢者介護施設の入所者が事前に意思を表示していても、救急搬送などの対応を取らざる得ない施設もある。その理由には、医師と連絡が取れないことや家族の希望があげられており、本人の意思とは無関係に救急搬送されている。このように救急搬送される心肺停止状態の入所者は、「自己の決定を軽視され、人としての尊厳が侵されやすい（日本弁護士会,2011,第2,2）」状態といえる。

今後、心肺停止状態の入所者の生命と尊厳を高齢者介護施設が守っていくには、先述したように高齢者介護施設に対して、応急処置の研修や看取り介護に関する研修を実施することである。あわせて医療職の人員も確保することも重要である。だが、各施設の努力だけで人材育成と人材確保の課題を一朝一夕で解決することはできない。落合は高齢者介護施設の救急体制の整備に関して、「限られた資源を効率よく活用できるシステムを作るほうが解決の早道(落合,長野,松岡,金丸,2018,p.616)」と述べている。そこで、効率的に心肺停止時の対応体制を整備するには、一つは人材やマニュアル、設備などの既存の資源を最大限に活用することが有用であると考えられる。同時に、看取り体制の整備をバックアップする政策も必要である。

第3節 研究全体の目的と構成

第1項 本研究の目的

日本では、高齢者介護施設の蘇生処置や看取りに関する研究は2010年頃から行われている。これまでの先行研究では、高齢者介護施設の職員が急変や看取りの対応に対して不安を抱えると報告されている(小口,豊島,須佐,2011;川上ら,2019)。また、高齢者介護施設から救急搬送された心肺停止の入所者の病状(東京消防庁,2009)や、心肺蘇生の実施状況(加藤昇,金銅,森田,中田,横田,2016;竹本ら,2017)について調査されている。これらの先行研究から、施設職員の不安の軽減の必要性、入所者の病歴把握の必要性、適切な救急医療の利用、さらに、施設の医師や

救急隊との連携強化の必要性が指摘されており、さらなる研究の蓄積が求められている。

現在、高齢者介護施設では、救急対応の教育研修が取り組まれている(厚生労働省,2013;相模原市,2018;新潟市,2020)。また地方自治体は、適切な救急医療の利用のために救急対応のガイドライン(東京都福祉局,2018;神戸市消防局,2020)、看取り介護のガイドライン(三菱総合研究所,2014;埼玉県地域包括ケア課,2019)を作成している。さらに政府は、地域包括ケアシステムの中で、地域医療支援病院が救急搬送された入所者に救急医療を提供するという地域医療との連携を進めている。

しかし、高齢者介護施設に対して看取り政策が推進される一方、心肺停止時の対応の実態を明らかにした調査や、その実態に即した体制上の課題に言及した研究や取り組みが見当たらない。

高齢者介護施設が看取りを実施していくには、心肺停止時の対応は不可欠である。つまり、高齢者介護施設は心肺停止時の対応体制を強化していくことは重要である。

高齢者介護施設の職種の中で、心肺停止した入所者に居合わせる機会が最も多い職種は、入所者の世話をしている介護職である。介護職が心肺停止に適切に対応することは、看取り体制を強化する上では、必須な条件である。しかし、先述したように、介護職は十分な教育や研修を受けないまま急変や看取りの対応を強いられ、不安や恐怖を抱えている。

そこで、本研究の目的は介護職に負担の大きい心肺停止時の対応と体制上の問題点を明らかにし、看取り体制上の課題解決の方向性を示すことである。具体的には、高齢者介護施設はどのように心肺停止の対応をしているのか、またその背景には何があるのかを探索的に明らかにする。

第2項 本研究の意義

政府は看取りの場所を医療施設から高齢者介護施設へと移行する政策を進めている。この政策に伴って、高齢者介護施設の入所者は医療的ニーズのある者や終末期の段階の者も少なくない。医療的ニーズのある者は突然死や急変に陥る可能性がある」と指摘されている(平川,2011)。終

末期の段階にある者は、そう遠くない将来に心肺停止の状態になることは大いに予測できる。このことから高齢者介護施設は、心肺停止時の対応を求められているといえる。

この対応には、入所者の尊厳を守る看取り対応と生命を守る救急対応の二つが挙げられる。先述したように先行研究から、蘇生を望まない入所者が蘇生処置や病院搬送といった救急対応を受けている実態が明らかにされていた。このような施設の対応は、本人の尊厳を傷つける。これだけでなく、心肺停止状態の入所者は救急隊が来るまで蘇生処置を受けていなかった。この理由の一つとして佐々木,堀木,藤本,岡本(2011)は、心肺停止に直面した介護職が、マニュアルを頭で理解していても、身体がうまく反応しないと報告している。一方、筆者は過去に高齢者介護施設の介護職員から、「普段の会話の中で、入所者が延命したくないと話していたら、(突然、心肺停止の状態になったら)あえて蘇生処置はしない」という考えを聞いた経験がある。これらのことから、心肺停止の現場に居合わせる職員が、入所者の終末期の診断に基づかず、回復の見込みのある人に対しても蘇生処置を不実施している現状があると推察した。

ここでの重大な問題として、本人の意思がどうであれ、終末期以外の入所者に蘇生処置を実施しない事例があるならば、その施設は生命維持治療の差し控えをしているといえよう。高齢者の世話をしている施設が心肺停止の状態を放任し、生命の危機的状況を悪化させる対応は、意図的であるが、結果的であるかを問わない厚生労働省(2017b)の高齢者虐待におけるネグレクトに該当すると考えられる。

看取り対応と蘇生処置は、どちらも心肺停止の状態から開始され、この二つの対応は表裏一体の関係がある。心肺停止に直面した職員の対応によっては、入所者の生死が左右する。したがって、心肺停止の現場に居合わせる施設職員は、その入所者に対して看取りするのか、蘇生処置するのか決して間違ってはならない。つまり、施設の職員が然るべき心肺停止の対応するには、その場で直ちにいずれかを峻別することである。

これらのことを踏まえると、心肺停止の対応に焦点をあてて、施設の看取り体制の課題を模索する本研究は、看取り体制の整備にとどまらず、入所者の一命を取り留めるための救急体制の整備に寄与すると考える。

第3項 用語の定義

1 心肺停止

・本論文では「心肺停止」とは、脈拍と呼吸の両方、もしくはいずれかが停止と定義する。

2 急変

・本論文では「急変」とは、日本救急医学会(2021)が解説しているショックの状態に準じ、生命の危機に至る急性の症候群とする。収縮期血圧 90mmHg 以下の低下、頻脈、顔面蒼白、冷汗、呼吸困難などの症状を示す。

3 蘇生処置

・本論文では「蘇生処置」とは心肺停止もしくは、これに近い状態になった高齢者に対して、胸骨圧迫や人工呼吸、自動体外式除細動器 (AED: Automated External Defibrillator)を用いた電気ショックを行う処置のこととする。

4 救急対応

・本論文では「救急対応」とは American Heart Association の BLS(Basic Life Support)マニュアルを参考にして、施設職員が、1)心肺停止の確認、2)応援者の要請と 119 番通報、3)蘇生処置、4)救急隊に引き継ぐ、5)救急搬送するまでの一連の行動とする (American Heart Association,2005)。図 1.4 に本論文における救急対応を示した。



図 1.4 本論文における救急対応

Note. American Heart Association の Basic Life Support)マニュアルを参考にして筆者が作成

5 死亡診断

・本論文では「死亡診断」とは、心拍の停止、呼吸の停止、瞳孔の対光反射の停止により、医師が死の判定をすることとする。したがって、心肺停止とは異なる。

6 終末期

・本論文では、1).複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断し、2).患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること3).患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考える時期とする(全日本病院協会,2016)。なお、本論文では、終末期の期間を定義しない。

7 看取り

・本論文では「看取り」とは、終末期と診断された高齢者が本人や家族の意思に応じて、蘇生処置を試さないと施設と同意を交わし、医師による死亡診断のもと臨終を迎えることとする。図 1.5 に本論文における看取りを示した。

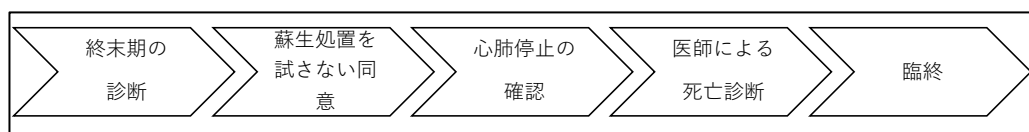


図 1.5 本論文における看取り

Note 筆者が作成

8 看取り介護

・本論文では「看取り介護」とは、本人の意思と権利を最大限に尊重し、尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期にふさわしい最善の医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う一連の過程をいう。ただし、「看取り介護」には、施設内での

看取りと医療機関での看取りの両方含まれる。

9 DNAR

・本論文では DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)とは、生理学的に蘇生が無益である患者に対して、蘇生処置を試みない(attempt)こととする。また、本人や家族の希望で心肺蘇生を行わない(DNR: Do Not Resuscitation)とは異なる(日本救急医学会,2012)。

10 高齢者介護施設

・本論文では「高齢者介護施設」とは、厚生労働省が区分している「介護保険施設」と「高齢者向け住宅」に該当する施設とする。

第4項 本論文の構成

本論文のリサーチクエスションと全体構成図を図 1.6 に示した。本研究は、高齢者介護施設が心肺停止の対応をどのように実施しているか、心肺停止の対応の背景に何があるのかを、リサーチクエスションを立てた。これらを解明するために、第1章では、本研究の背景として、最初に高齢者に関連する医療福祉政策の歴史的变化について論述する。次に看取り場所として高齢者介護施設が役割を求められている背景を説明する。最後に看取りが施設で行われることから生じた、心肺停止時の対応の倫理的課題を述べ、研究全体の目的を述べる。

本研究が目指す高齢者介護施設における心肺停止時の対応とは、生命を尊重することを大前提とし、高齢者が最期を迎える瞬間まで本人の意思を尊重することである。そこで、第2章では終末期の段階に先立って本人の意思が記載されている、事前指示書を検討する。最初に、事前指示書が含まれているアドバンス・ケア・プランニング(Advanced Care Planning, ACP)を外観する。次に ACP が取り入れられていった歴史的経緯、諸外国の取り組みについて整理する。最後に、日本と諸外国の事

前指示書を比較して、高齢者介護施設における事前指示書の課題を論述する。

第3章では、緊急対応からみた高齢者介護施設のACPに関連する国内外の先行研究をスコーピングレビューし、具体的な研究課題を明らかにする。ここで緊急対応としたのは、心肺停止時の対応は看取りだろうが、蘇生処置であろうがどちらの対応も、生命に直接関係し、可及的速やかに行うためである。

スコーピングレビューの結果、高齢者介護施設の緊急対応に関して2つの研究課題が明らかになった。一つは心肺蘇生の現状を質的調査すること、もう一つは、死亡診断の目的で救急搬送する理由を量的に調査することである。そこで、本研究は高齢者介護施設の中でも、施設数が最も多い介護老人福祉施設を対象に調査した。第4章では、心肺停止時対応を質的に分析し、心肺停止時の体制上の課題を検討する。さらに、第5章では、死亡診断を目的とした救急搬送と関連要因を量的に調査し、死亡診断を目的にした救急搬送上の課題を把握する。

第6章では心肺停止時の体制整備に必要となる、具体的な方策を検討するために、アメリカ合衆国のナーシングホームにおける心肺停止時の体制を論述する。

終章においては、本論文の全体考察を行い、看取り体制の整備に必要となる課題を提示する。

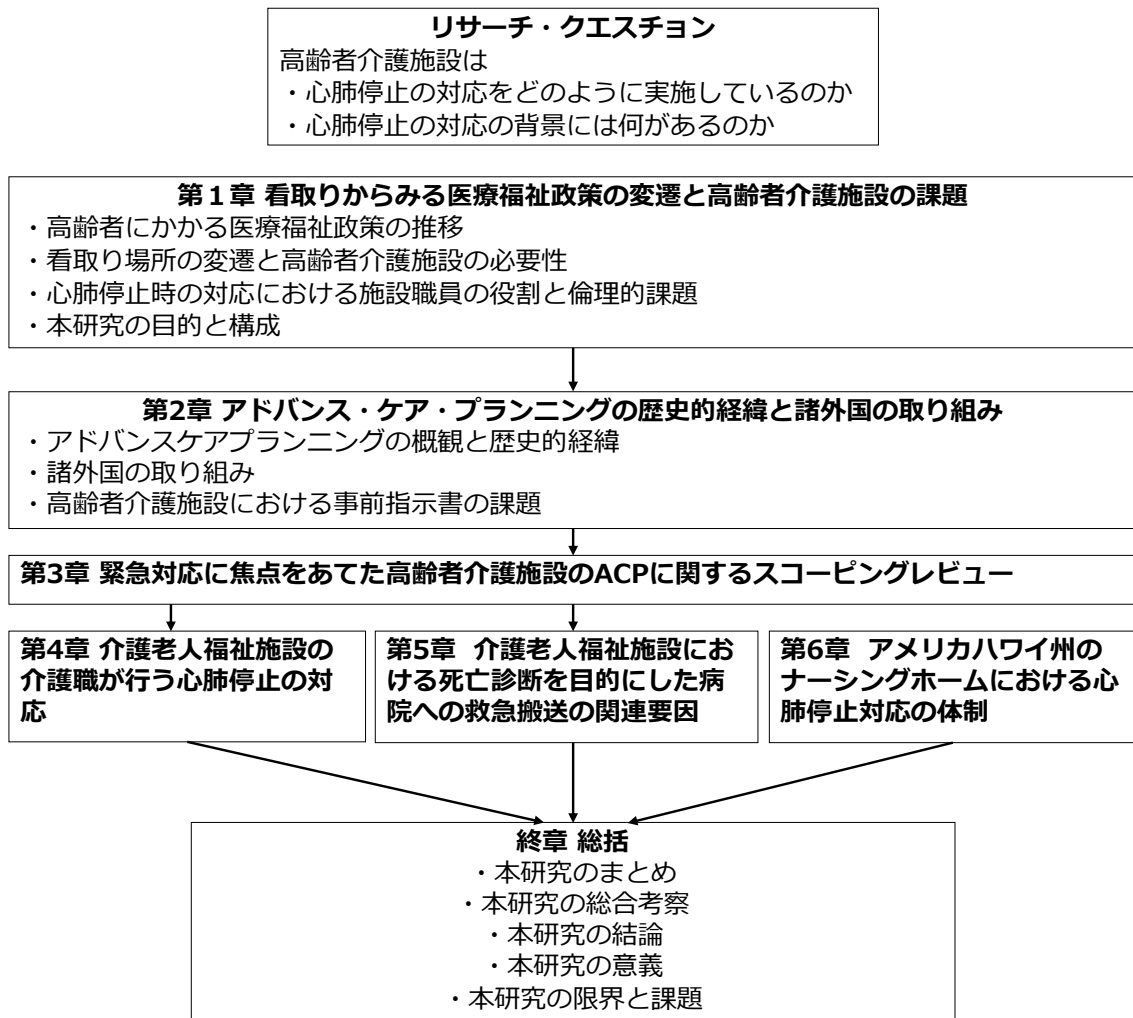


図 1.6 本論文のリサーチクエスチョンと全体構成図

Note. 筆者が作成

第2章 アドバンス・ケア・プランニング(Advanced Care Planning: ACP) の諸外国の取り組みと日本の高齢者介護施設の課題

政府は高齢者が最後まで尊厳をもって暮らしていけるように、2018年に高齢社会対策大綱で高齢者の自己決定権について基本的施策をたてた(内閣府,2018)。この施策に則り、厚生労働省(2018)は人生の最終段階における医療やケアの方針を決定する際には、医療・介護従事者と本人や家族で話し合うアドバンス・ケア・プランニングが重要であると強調している。さらに、この中で、医療やケアの方針を決定する際、本人の意思が最優先されると述べられている。

しかし、三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2020)によれば、本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あらかじめ記載する書面(事前指示書)を用いている特別養護老人ホームは約4割と少ない。つまり、施設入所者の大半が事前指示を施設に示していないといえる。

入所者があらかじめ事前指示を施設に示していなければ、心肺停止時において、たとえそれが突然のことであろうが、予期されたことであろうが、入所者の生命もしくは尊厳が損なわれることもあろう。

高齢者介護施設が心肺停止した入所者の生命を守り、終末期の入所者の意思を尊重していくには、入所者全員に事前指示書を用いることである。くわえて、常日頃から事前指示書が現場で機能することである。

そこで本章では、最初に、本人の意思を最優先しながら、終末期に受けたい医療やケアの方向性を事前に話し合うACPを概観する。次にACPに包含されている事前指示書について、日本と諸外国を比較し、高齢者介護施設で用いられている事前指示書の課題を検討する。

第1節 ACPの構成と歴史的経緯

第1項 ACPの構成

ACPの概念は1995年にEmanuelらによってはじめて提唱された。ACPは5つの行動から構成されており、本人の意思を適応するまで段階的に進めていく(Emanuel, Danis, Pearlman, Singer, 1995)。図2.1にACPの行動プロセス図を示した。最初に将来の治療やケアについての話題を導入し、患者と家族に情報を提供する。次に、チームで話し合いを促進する。さらにアドバンス・ディレクティブ(Advance Directive, AD, 事前指示書)あるいは話し合いの内容を記録する。そしてADや話し合いの内容の振り返り、必要時に内容を更新する。最後に本人の意思を実際の現場で適応する。

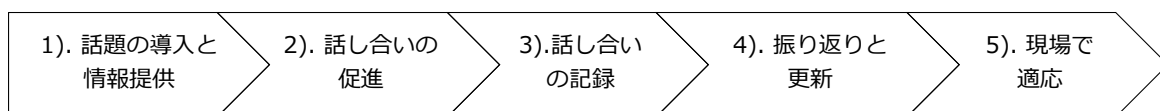


図 2.1 ACPの行動プロセス図

Note. Emanuel LL, et al. (1995)のACPの概念を参考にして筆者が作成

ADとは、「自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたいかあるいは受けたくないかなどを記載した書面(厚生労働省, 2018)」であり、日本では一般的に事前指示書ともよばれている。ADはACPに包含されておりACPの「核となる構成要素(足立, 鶴若, 2015, p75)」である。図2.2にACPの構造図を示した。

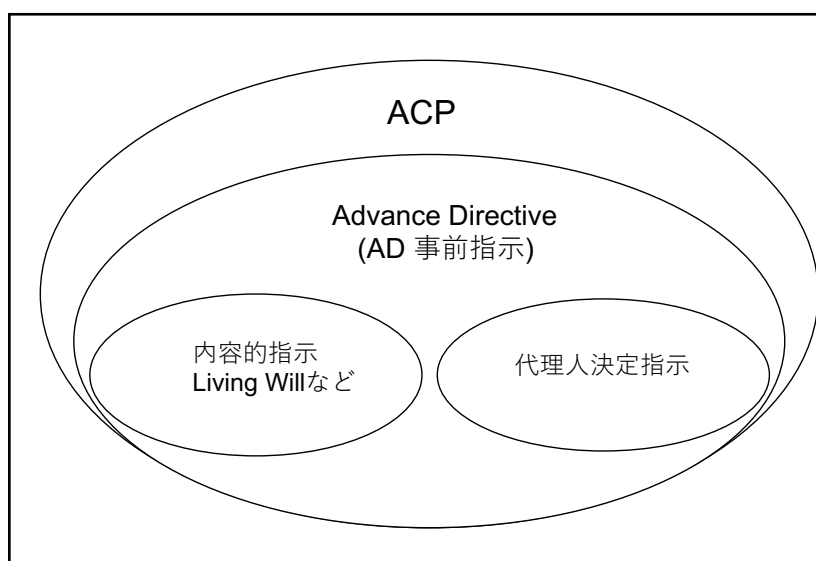


図 2.2 ACP の構造図

Note. 筆者が作成

ADには、内容的指示と代理人決定指示という2つの指示がある。内容的指示は、患者が医療行為に関して医療者側に指示することをいい(小川,小笠原,2018)、一般的に Living Will とよばれている(木澤,2016)。代理人決定指示とは、患者自身が判断できなくなった場合に備えて、自分の代理決定者を表明する指示のことである。

ここでは2021年8月現在、国内外で使用されている代表的なADを紹介する。日本尊厳死協会は「私の希望表明書(日本尊厳死協会,2018)」というADを作成し公表している。この書面には、自分が最後に過ごしたい場所や栄養摂取の方法、自分が大切にしたいこと、さらには、医師が回復不能と判断したとき希望しない延命措置の項目が記されている。例えば、心肺蘇生、人工呼吸、気管切開、人工透析、輸血の希望について記載できる。日本尊厳死協会は「私の希望表明書(日本尊厳死協会,2018)」について使用時の留意点をあげており、死の瞬間を引き延ばす延命措置を受けずに済むようにするものであり、回復を目指す救命と異なると、説明している(日本尊厳死協会,2017)。

アメリカの非営利団体 Aging with dignity は「FIVE WISHES: 5つの願い(Aging with Dignity, 2020)」を作成しており、これは1998年から

アメリカ全土で販売されている唯一の AD である(Sabatino,2010)。ADには、意思決定の代理人、受けたいあるいは受けたくない医療、して欲しくないこと、して欲しいケア、愛する人に知ってもらいたい本人の希望が記入できるようになっている。

第2項 ACP の歴史的経緯

1960年代アメリカの医療は、患者は医師によって独善的な医療を押し付けられており、医師任せの医療が当たり前のようになっていた(星野,1994)。例えば「医学の専門家の私の言う通りにしていれば間違いないのだから、全てを私に任せて、養生しなさい(日嘉肖江,2018,p32)」というように、医師がある個人の利益になるという理由で、その個人の自律性を制限する干渉を行っていた(谷本,1994)。

こうした医師と患者との関係性に対して、患者と家族らは次第に不安と不満を持つようになった。そして自分たちに施される医療は自分自身で最終決断を下す自己決定権(self-determination)を、医療に対して求めるようになり、自己決定の権利意識は全米に広まった。

1976年にカリフォルニア州議会は患者の Living Will を保障するため、アメリカではじめて自然死法(Natural Death Act)を制定した。ところが生命の危機的な状況下では、患者は持続的植物状態で意識がなく、医師に Living Will を提示することが出来なかった(星野,1998)。そこで1983年カリフォルニア州議会は意思決定の代理人をたてられるように、ヘルスケアのための成年後見人法(Durable Power of Attorney for Health Care Act)を制定した。その後、アメリカのほとんどの州はカリフォルニア州にならって、Living Will や AD を法制化した。こうした州の動きから1990年にアメリカ連邦政府は患者自己決定法(Patient Self-Determination Act)を制定した。このように医療における患者の自己決定の権利は、州法と連邦法の双方で保障されるようになった。

アメリカ連邦政府はADの効果を知るために The SUPPORT STUDY(The SUPPORT Principal Investigators,1995)という、大規模な介入調査を行った。しかしこの結果は期待に反して、自分の意思を AD に表明して

も、臨床現場では本人が望まない延命治療を受けていた事実が明らかになった。この結果からアメリカ連邦政府は AD を法制化しても実際の臨床現場では意図した通りに AD が機能していないことを認めざるを得なかった (Colby,2012,pp.154-159)。こうしたなかで、患者の権利を保障していくためには、AD の作成に焦点をあてるのではなく、「話し合いの取り組みである ACP の重要性が認識されるようになった(吉岡,2018,pp.53-54)」

第 3 項 ACP の有用性

ところで、ACP は患者や家族、医療職にどのような効果を示したのだろうか。Detering, Hancock, Reade, Silvester (2010)は、医師が 80 歳以上の患者に ACP を実施すると、本人の意向を尊重した医療を提供することや、遺族の不安や抑うつが有意に軽減されたことを明らかにした。Morrison, Chichin, Carter, Burack, Lantz, Meie(2005)は、ACP の介入を受けた終末期患者は、受けなかった患者と比べて自己コントロール感が高かったと報告している。さらに Bischoff, Sudore, Miao, Boscardin, Smith(2013)は、ACP の介入はエンド・オブ・ライフの質の向上に関連していることを明らかにしている。

これらの ACP の有用性を示した調査から、ACP は日本の高齢者介護施設の入所者にとっても価値のあるケアであると、考えることもできる。そのほかに、医療経済の視点からも ACP が考察されており、効率的な終末期の医療資源の活用にも有効であると報告されている (Dixon, Matosevic, Knapp,2015)。

第 2 節 ACP に関連した諸外国の取り組み

1990 年代半ば ACP の取り組みは、アメリカを濫觴にして欧米を中心に広く知れ渡った。ACP を導入したほかの諸外国では、2000 年以降、AD や ACP に関連する法律が制定され、同時に医療職への教育、国民への啓発活動をはじめた。

そこで本節は ACP を取り入れているアメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリア、日本の法整備や教育、啓発活動について概観する。表 2.1 に諸外国の AD と ACP に関連した法律と取り組みをまとめた。

第 1 項 アメリカ

先述したようにアメリカ連邦政府は 1990 年に患者自己決定法(The Patient Self-Determination)を制定し、患者の自己決定権を保障する法律を制定した(Patient Self Determination Act of 1990)。公的医療保険制度のメディケア、メディケイドの保険償還を受けるすべての医療機関やナーシングホームを対象に、AD に関する活動を要求した。その内容は患者に AD について情報提供することやスタッフと地域に AD の教育をすることを示した。ただし、これらの AD の活動は義務化されたものではなく、奨励される程度で控えめなものだった(Sabatino,2010)。

その後アメリカ連邦政府は AD の実行性を高めるために、1990 年包括的予算削減法(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990)において、1995 年にヘルスケア決定法(Uniform Health-Care Decision Act)を成立させた。同法では AD の手続きを簡略化するために、AD の書面だけでなく本人が口頭で述べた意思決定にも法的拘束力を与えた(服部俊子,2005)。しかしながら、成人の AD の所持率は思うようにあがらず、20%以下と推定された(Larson, Eaton,1997)。これは国民の理解不足や AD の文書が継続的に使用されていないことに起因していた。このようにアメリカにおいては、AD に関連した法律を制定しても、普及せず、臨床現場で使用されない状況が続いた。

AD の普及が難航するなかで AD を中核とした話し合いを実践していく、ACP の重要性が認識されるようになった。Emanuel, Danis, Pearlman, Singer (1995)は、患者の自己決定を臨床現場で実行していくために、AD を話し合っていく ACP の構造を発表した。これに続いて、Institute of Medicine(1997)は、Approaching Death: Improving Care at the End of Life を発表し、AD は ACP のプロセスに有用なツールであることを述べた。President's Council on Bioethics(2005)は AD の作成において、患者と家

族、医療者、ソーシャルワーカーと話し合うことの重要性について述べている。このように ACP の概念の登場によって、医療における自己決定にパラダイムシフトが起きた。

アメリカ連邦政府は ACP の実施率を上げるために、公的医療保険制度の Medicare と Medicaid に ACP に関連したサービスを追加した(The Centers for Medicare & Medicaid Services,2020)。2008 年に新規の Medicare 受給者を対象に初回の健康診断時に限って、終末期の計画(end-of-life-planning)に関する医療相談をできるようにした。2016 年には、ACP の話し合いにかかる医療費を保障できるようにした。こうしてアメリカ連邦政府は ACP を公的医療保険制度のサービスの中に組み込み、ACP の実施率を上げようとしている。

ACP の教育・啓発活動は、2011 年から Centers for Disease Control and Prevention(2015)が医療従事者向けに ACP のオンライン教育とワークショップをはじめた。高齢者には健康プログラムを、一般市民に ACP に関する情報をインターネット上で公開している。

第 2 項 イギリス

イギリスの自己決定に関する法整備は、1993 年のトニー・ブランド事件の判決をきっかけにして始まった。この事件は 3 年以上の間、植物状態にあったブランドの家族と、担当医師が生命維持の中止を高等法院に確定判決を求め、1993 年に判決が下されたものである(三木,1995)。この事件を契機にして、1999 年に British Medical Association(1999)は生命維持治療の差し控えおよび中止の意思決定のためのガイダンス Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment :Guidance for decision を発表した。これに続いて、イギリス政府は 2005 年に Mental Capacity Act 2005 を法制化した(The legislation.gov.Uk,2005)。この法律は、事前指示の権利や代理人を事前に指名する Lasting Powers of Attorney や、家族や友人といった相談相手がいない、意思決定能力を喪失した人の意思決定を支援する独立意思能力代弁人 Independent Mental Capacity Advocate を制度化した。このように Mental Capacity Act 2005

には、ACPの要素の一つである代理人決定が含まれた(Hayhoe, Benedict, Amanda,2011).

さらに2008年にACPの概念を取り入れたEnd of Life Care Strategyを
発表した(Department of Health & Social Care,2008).これに伴って
National Health Serviceは医療者向けにACPの教育プログラムを開始し
た(National Health Service 2021;Health Education England ,2021).
2017年にはNational Clinical Guideline Centre(2017)は、救命救急およ
び急性期のためにACPの活動を包含したThe Advance care Planning
Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and
organizationというガイドラインを発表した.

第3項 カナダ

カナダは州ごとにヘルスケアの仕組みは異なり、ADの法律やACPの普
及方法も違う(片山,2014).2011年にブリティッシュコロンビア州は、The
Health Care Consent and Care Facility Admission Actを制定し、ADを
法的書類にして医師やその他の医療提供者はADの内容を遵守することを
義務付けた(片山,2014;British Columbia,2011; Canadian Medical
Association,2017).

カナダの全国においては、Canadian Hospice Palliative Care
Associationが2008年からACPの取り組みをおこなっている(Canadian
Hospice Palliative Care Association,2008).2012年にNational
Framework for advance care planning(Advance Care Planning
Canada,2012)を発表し、ACPの普及活動と、地域のACPプログラムのサ
ポートを行なっている.例えば、2019年にSpeak Up Advance Care
Planning Workbookを市民向けに発行し、ACPの作成手順や医療従事者
との話し合いの方法を情報公開した(Canadian Hospice Palliative Care
Association,2019).2020年にはこの改訂版としてAdvance Care
Planning in Canada presents: A Pan-Canadian Frameworkを発表し、新
たに自己の資金計画に関するライフプランニングの内容が追加された
(Advance Care Planning Canada,2020).さらに毎年4月16日をACPの

日と決め、市民向けのキャンペーンをおこない普及活動している (Advance Care Planning Canada,2021).

第4項 オーストラリア

オーストラリアのADに関連する法律は、州と準州によって異なる。3つの州を例にあげると、ニューサウスウェールズ州では内容的指示と代理人決定を Guardianship Act 1987 で制定している。ビクトリア州では、Medical Treatment and Refusal of Treatment Certificate Medical Treatment Planning and Decisions Act 2016 (Victoria state Government,2016)、西オーストラリア州では、内容的指示と代理人決定に対して Guardianship and Administration Act 1990(The NSW legislation,1987) , Civil Liability Act 2002(The NSW legislation,2002), Criminal Code が定められている。

2000年にオーストラリア連邦政府と各州は、死に逝く人々へより質の高い緩和ケアのサービスを適切な時適切な場所で提供できることを目的に(福田,2009)、National Palliative Care Strategy を策定した(Australian Government Department of Health,2018)。

しかし、高齢者介護施設において、終末期認知症患者の医療上の問題が明らかになった(Nair, Kerridge, Dobson, McPhee, and Saul,2000)。そこで、2004年に認知症高齢者のACPを加えた Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care を策定した(The National Health and Medical Research Council,2006)。

Advanced Care Planning Australia はACPを普及させるため、医療者と一般市民向けにワークショップやオンライン学習といった教育プログラムをはじめた。さらに、ACPに関する調査研究やボランティアプログラムもおこなっている(Advanced Care Planning Australia,2021)。

第5項 日本

1981年に World Medical Association は、患者の自己決定権や患者の意思に反する処置・治療などについて、リスボン宣言を採択した(World

Medical Association,2018). これを受けて日本では 1990 年前後から、患者の権利運動の気運が高まった(一家,2017,pp.66-72). 1992 年に政府は医療法改正の際、参議院厚生委員会で患者の立場を尊重した医療を実現するため、医療における患者の説明を受ける権利、知る権利及び自己決定権の在り方を含め検討することと付帯決議を為した(厚生委員,1992). そして、1997 年の医療法第 3 次改正時、医療の担い手は、「医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない(医療法第 1 条の 4 の 2)」と規定した。

しかし、この条文は医師の説明と患者の理解だけに限られており(町野,2019)、患者の自己決定については言及していない。それだけでなく、世界医師会のリスボン宣言では、患者の権利について「法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合には、医師はこの権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである(World Medical Association, 訳日本医師会,2018,p1)」とうたっている。しかし、日本には患者の権利が損なわれた場合の「救済方法に関わる法規定が存在しない(熊本県無らい県運動検証委員会,2014,p282)」。つまり、AD も含めた患者の権利に関して、法制定されていない。しかし、法制定はされていなくても、日本老年医学会(2012)は高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明 2012 で、患者や家族と十分に話し合うことの必要性を述べている

厚生労働省(2018)の人生の最終段階における医療に関する意識調査によれば、一般国民の約 7 割、医師や看護師の約 4 割、さらに介護職の約 5 割は ACP を知らないと回答している。このように日本老年医学会が立場表明等を発表していても、半数以上の医療職や介護職は ACP を認知していない。

2019 年に厚生労働省は医療職を対象に、患者の意向を尊重した意思決定のための研修会を開始した(神戸大学医学部,2020)。一般の国民に対しては ACP を「人生会議(厚生労働省医政局地域医療計画課,2018)」と愛称をつけ、国民が親しめるようにした。ほかには、2019 年に日本老年医学会(2019)は ACP 推進に関する提言をしている。さらに日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会の 3 学会合同は救急医療の現場での終末

期に関して、「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(日本集中治療医学会,日本救急医学会,日本循環器学会,2014)」を作成している。

このように日本では、諸外国のように ACP に関連する法制化はされていないものの、終末期医療やケアにかかるガイドラインの作成や啓発活動が行われている。

表 2.1 諸外国の AD と ACP に関連した法律と取り組み

	ADに関連する法律	政府の戦略・政策	ガイドライン等	教育・啓発活動
U.S.A	<ul style="list-style-type: none"> ・ Natural Death Act(カリフォルニア州法,1976) ・ Durable Power of Attorney for Health Care Act(カリフォルニア州法,1983) ・ Patient Self-Determination Act of 1990(アメリカ連邦法,1990) ・ Uniform Health-Care Decision Act(アメリカ連邦法,1993) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Medicare新規受給者に行う健康診断に終末期の計画を追加(National Institute on Aging,2008) ・ Advance care planning に対する医療保障 (National Institute on Aging,2016) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for decision (British Medical Association 1999) ・ Advance care Planning Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation (National Clinical Guideline) ・ National framework for advance care planning (Canadian Hospice Palliative Care Association,2012) ・ Advance Care Planning in Canada presents: A Pan-Canadian Framework(Canadian Hospice Palliative Care Association,2000) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療職等向けに ACPのオンライン教育やワークショップ (Centers for Disease Control and Prevention, 2011) ・ 医療職等にACPの教育プログラム (2008) ・ "Speak Up - Advance Care Planning Workbook" の作成と配信(2012) ・ 4月16日 ACPの日と制定(2020)
U.K	<ul style="list-style-type: none"> ・ Mental Capacity Act2005(2005) 	<ul style="list-style-type: none"> End of Life Care Strategy(2008) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for decision (British Medical Association 1999) ・ Advance care Planning Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation (National Clinical Guideline) ・ National framework for advance care planning (Canadian Hospice Palliative Care Association,2012) ・ Advance Care Planning in Canada presents: A Pan-Canadian Framework(Canadian Hospice Palliative Care Association,2000) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療職等にACPの教育プログラム (2008) ・ "Speak Up - Advance Care Planning Workbook" の作成と配信(2012) ・ 4月16日 ACPの日と制定(2020)
C.A	<ul style="list-style-type: none"> ・ The Health Care Consent and Care Facility Admission Act)(ブリティッシュコロンビア州 2011) 		<ul style="list-style-type: none"> ・ National framework for advance care planning (Canadian Hospice Palliative Care Association,2012) ・ Advance Care Planning in Canada presents: A Pan-Canadian Framework(Canadian Hospice Palliative Care Association,2000) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ "Speak Up - Advance Care Planning Workbook" の作成と配信(2012) ・ 4月16日 ACPの日と制定(2020)

Note. 筆者が作成

表 2.1 諸外国の AD と ACP に関連した法律と取り組み のつづき

	ADに関連する法律	政府の戦略・政策	ガイドライン等	教育・啓発活動
A.U	<ul style="list-style-type: none"> ・ Guardianship Act 1987(ニューサウスウエールズ州,1987) ・ Medical Treatment and Refusal of Treatment Certificate Medical Treatment Planning and Decisions Act(ビクトリア州,2016) ・ Guardianship and Administration Act 1990(西オーストラリア州,1990) ・ Civil Liability Act2002(西オーストラリア州,2002) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ National Palliative Care Strategy(Australian Government Department of Health National,2000) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care(The National Health and Medical Research Council,2006) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療職等と一般市民向けにワークショップやオンライン学習
JPN	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療法 第1条の4 第2項 (1997)追加 	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の終末期の医療及びケアに関する立場表明(日本老年学会,2012) ・ 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(日本集中治療医学会,日本救急医学会,日本循環器学会,2014) ・ 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(厚生労働省,2018) ・ 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン(日本医師会,2020) ・ ACP推進に関する提言(日本老年医学会,2019) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の意向を尊重した意思決定のための研修会 相談員研修会(2019) ・ ACPを「人生会議」と愛称づける(2018)

Note.筆者が作成

第3節 高齢者介護施設における事前指示書の課題

本章では諸外国の ACP に関連する法律や取り組みについて述べてきた。日本の終末期医療，ケアに関するガイドライン等には，代理決定指示がある諸外国の AD と異なり，本人の意思が確認できない場合は家族が本人の自己決定の責任を負うことになっており，代理決定指示がみうけられない。

日本の高齢者介護施設では「治療に関する意向書(全国老人保健施設協会,2012,p129)」や「意向確認書(社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全

国社会福祉施設経営者協議会,2006,p.7)」という AD が用いられており、その呼び方は施設によって様々である。なお本論文では、高齢者介護施設で用いられている AD を以後、看取り意向書とする。

看取り意向書は、終末期に受きたい医療やケアについての意向を施設に表明する書類で、AD の内容的指示に該当し代理決定指示の機能はない。また、高齢者介護施設には看取り同意書という、看取り意向書とは異なる書面がある。看取り同意書は施設と家族、本人で今後の医療とケアの方針について同意を交わす書類である。医師が終末期の段階であると診断した時に、医師が本人や家族に最後に受きたい医療やケアの意向を再確認し、その内容に基づいて同意が交わされる。表 2.2 に看取り意向書と看取り同意書の違いを示した。

表 2.2 看取り意向書と看取り同意書の違い

	看取り意向書	看取り同意書
聴取時期	入所時が多い 時期は決まっていない	終末期の診断がついたとき
行動 双方の同意	本人・家族が施設に意向を表明する なし	医師が本人・家族に意向を再確認する あり

Note 筆者が作成

ここで特記すべき点として、終末期の診断がされた時、意識が混濁などしており本人に意思の最終確認をすることが難しいこともある。そもそも「癌等の亜急性期の場合と異なり、特養に入居している認知症高齢者の場合、入居者本人が自己決定しているケースはほとんどない(有田,2017,p7).」

そのため家族が本人に代わって意思決定する。その理由は、本人の意思をもっともよく知っている立場であることや、施設側からは、家族の了解・同意は入居者死亡等の場合の訴訟等、トラブルを避けるためと、いわれている(有田,2017)。

高齢者の終末期にかかわる家族の意思決定は、「家族であっても高齢者の意思を推定することはむずかしく、困難や不確かさがあり、意思決定後

もその決断内容の問い直しをして揺れを伴う体験(加藤真紀,竹田,2017,p693)」があると報告されている。

ここで問題となるのは、事実上本人の意思が表明できない入所者がいるにもかかわらず、代理人決定指示がないまま、本人の自己決定を基本とした看取り意向書と同意書を施設が使用していることである。その結果、死が近づいてきた終末期になると、施設は生命に関わる決断を家族に求める。その結果家族は、決断時だけでなく決断後も苦悩が続く(有田,2017)。

このようなことから、日本の高齢者介護施設の看取り意向書と看取り同意書は、本人の意思が曖昧のまま用いられており、高齢者介護施設の看取り意向書と同意書は形骸化されているといえるだろう。

そうはいても、高齢者介護施設には突然死や終末期による死が混在しており、施設は心肺停止に対して、心肺蘇生か看取りのいずれかの対応を求められている。どちらの対応であっても、人生の最後の瞬間にどういった医療ケアを受けたいのか、入所者にあらかじめ意思決定してもらう必要はある。

先述したように諸外国ではACPやADに関連する施策がとられているが、日本ではまだ法制化されていない。そこでこれらが法制化されていない日本の高齢者介護施設において、入所者の心肺停止時の対応にどのような研究課題があるのか明確にする必要があると考えた。

第 3 章 緊急対応に焦点をあてた高齢者介護施設における ACP に関するスコーピングレビュー

第 1 節 研究の背景と目的

第 2 章の結果から、日本の高齢者介護施設の看取り意向書と看取り同意書は、自己決定という観点から形骸化している可能性が分かった。前章で説明したように、人生の最終段階におけるケアの基本方針である ACP は、心肺停止のような最終段階において、本人の意思を現場で適応することとされている。

国内の ACP に関する先行研究をみると、終末期がん患者への ACP と死亡場所の関連性(石川,福井,岡本 2017)や独居高齢者と訪問看護師間の ACP を促進する要因(大桃,鶴若,2018)といった、ACP の実践に関する研究が行われている。また ACP の地域住民に対する意識調査(赤津ら,2018;内田ら,2020) や、病棟看護師の意識調査(小松,島谷,2017)がみられ、ACP の意識調査が散見された。しかし、ACP の中で最終段階である心肺停止状態の現場の状況を明らかにした調査や、高齢者介護施設の入所者を対象にした調査が見当たらなかった。

そこで本調査の目的はこれまで明らかになっている国内外の高齢者介護施設における ACP と心肺停止時の対応を国内外の文献レビューし、ACP を理論的枠組みとして蘇生処置の問題を検討することである。その結果から、今後の研究課題を明らかにする。

第 2 節 研究の方法

第 1 項 調査の方法

文献レビューの方法は、Population, Concept, Context の要素に基づいて文献レビューするスコーピングレビューを採用した。スコーピングレビューを採用した理由は「研究デザインごとに同質の研究をまとめ、バイアスを評価しながら分析・統合を行う(小島原,中山,森實,山口,吉田

2016,p71)」 システマチックレビューやメタアナリシスといった厳密な系統的レビューは本調査には適さないためである。

本調査が対象としている高齢者介護施設は、国内外問わず施設の目的や入居対象者の条件が異なる。なぜならば、日本と海外では高齢者を取り巻く保健医療福祉サービスの制度は異なり、それに伴って高齢者介護施設の入所目的も変わるためである。次の項で後述するが、アメリカのナーシングホームは、介護が必要な高齢者だけでなく、手術後数日しか経過していない亜急性期の患者も入居対象者としている。

その一方、日本の高齢者介護施設は、亜急性期の患者は入所対象外である。さらに高齢者介護施設の種類によって、入所目的とその入所対象者は異なる。このように日米の高齢者介護施設の特性は異なり、本調査の文献レビューでは同質の研究をまとめることはできない。

なお、本調査で行うスコーピングレビューは、エビデンスを保障するために、PRISMA-ScR(Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews)のチェックリストに基づいて行う(Tricco et al.2018)。これにくわえて、スコーピングレビューで抽出された文献のリファレンスを参考にしてハンドサーチを行う。

第2項 文献検索の方法

文献データベースとして、PubMed, Cochrane Library, Web of Science, 医学中央雑誌 WEB 版を用いて、2020年6月5日～7月30日に検索を行った。検索対象の期間は、1995年から2020年6月までとした。検索対象の期間を1995年からはじめた理由は、Emanuel, Danis, Pearlman, Singer(1995)がACPの概念構造をはじめて発表した年だからである。

PubMed, Cochrane Library, Web of Science の検索式は、"nursing home" or "skilled nursing facility" or "assisted living facilities" or "aged residential care" or "long term care facilities" or "residential care facilities" or "aged residential care facilities" or "residential care institutions" and "advanced care planning" and "emergency"とした。あ

わせて、緊急事態の意味内容が含まれる転倒("fall")と天災等からの避難("evacuate")の用語は NOT で除外して検索した。医中誌の検索は、"施設" and "アドバンスケア計画" or "アドバンスケアプランニング" and "救急"/AL and "高齢者" and (PT=会議録除く)) or "アドバンスケア計画" or "人生会議" and "原著論文" and "高齢者 65 歳以上"で検索した。

第 3 項 文献選択の方法と規外基準

適格基準として以下の基準を用いた。

- ・ 研究対象もしくは結果に高齢者が利用する施設が含まれていること。
- ・ アドバンスケアプランニングの要素で検討されていること。
- ・ 緊急対応の内容が含まれていること。

さらに、規外基準として、以下の基準を用いた。

- ・ 学術論文として研究報告されていない論文，報告書，新聞記事，会議録，学術集会の論文集
- ・ 高齢者介護施設のデータが含まれていない研究

第 4 項 データ抽出と分析

適格と判断された論文から、次のデータを抽出した。

- ・ 筆頭著者名，出版年，出版国，ジャーナル名
- ・ タイトル，研究対象者，研究デザイン，分析方法
- ・ 研究対象者のセッティング（医療機関，高齢者介護施設）
- ・ 対象者数
- ・ アウトカム

本調査の結果として、研究動向を知るため出版年、出版国、研究対象者、研究デザイン、分析方法を単純集計した。次に、アウトカムを年代順に整理した。

第 3 節 結果及び考察

本調査の目的は高齢者介護施設の ACP に関連した緊急対応の研究の動向と結果を整理することである。そこで、本章ではスコーピングレビューの

特徴として、最初に、文献検索の流れを説明する。次に、出版年と出版国、研究デザイン、分析方法、調査対象の結果を示す。最後に、スコーピングレビューのアウトカムを述べる。

第1項 文献選択の流れ

文献選択のフローチャートを図 3.1 に示した。最初に、データベース検索により 740 件の文献が検出された。次に重複文献がないか確認し、2 件の重複文献を見つけ除外した。さらに、タイトルとアブストラクトをよみ、適格基準に満たした 40 件を選択し、698 件を除外した。選択した 40 件の文献を全文レビューし、関連性のない、または関連性の低い論文を 28 件除外し、12 件採用した。これに加えて、適格基準に満たした 40 件の文献リファレンスを見て、ハンドサーチを行った。そのなかで、適格基準に合う文献 1 件を追加し、採用した。最終的に適格基準を満たした 13 件の論文を採用した。高齢者介護施設の ACP に関連した緊急対応の研究であるか否か判断に迷う論文は、看護学の研究者 3 名で除外かの判断を行った。

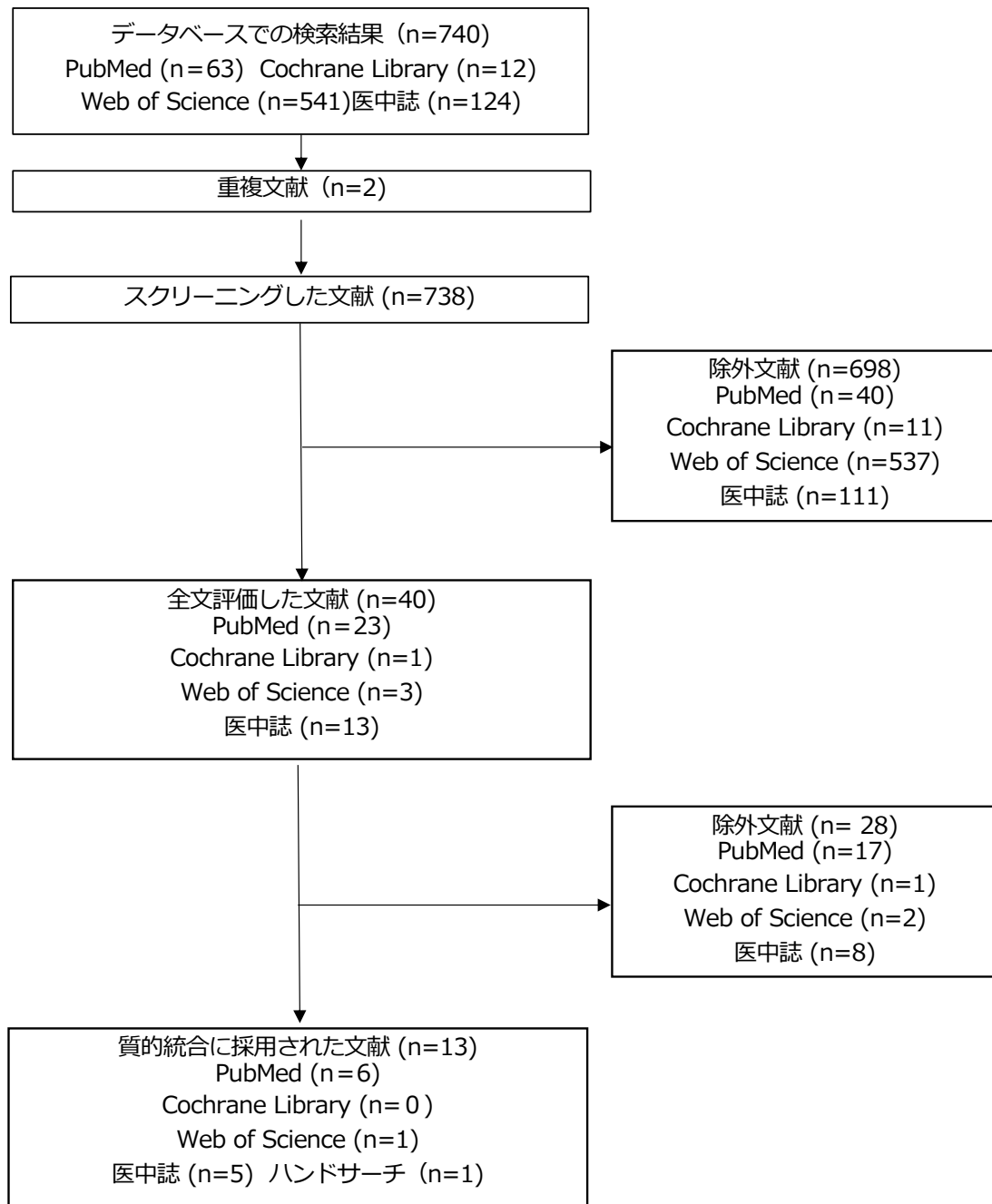


図 3.1 文献選択のフローチャート

Note. 筆者が作成

第 2 項 スコーピングレビューの傾向

研究の動向として、表 3.1 に出版年、表 3.2 に出版国、表 3.3 に研究デザインと分析方法および調査対象、表 3.4 にスコーピングレビューの文献

リストを示す。分析の対象となった文献は13件だった。レビューした文献は1995年から2020年6月までの間に出版されたものである。出版年は1995年-1999年の文献は0%(0/13件), 2000年から2004年は15.4%(2/13件), 2005年から2009年は7.7%(1/13件), 2010-2014年は15.4%(2/13件), 2015-2019年61.5%(8/13件)であった。レビューした文献の6割以上が2015年以降に出版されたものだった。ACPを先駆的に始めたアメリカにおいても、高齢者介護施設におけるACPに関する調査がされるようになったのは、最近のことだといえる。

出版国は、アメリカ53.8%(7/13件), カナダ7.7%(1/13件), 日本38.5%(5/13件)とアメリカが最も多かった。2015年以降の8本の論文については、日本62.5%(5/8件), アメリカ37.5%(3/8件)であり、日本において高齢者介護施設のACPの研究が急速に行われている。

表 3.1 出版年

出版年	件数 (n=13)	割合 (%)
1995-1999	0	0.0
2000-2004	2	15.4
2005-2009	1	7.7
2010-2014	2	15.4
2015-2019	8	61.5
2020	0	0.0

Note 筆者が作成

表 3.2 出版国

出版国	国数 (n=13)	割合 (%)
アメリカ	7	53.8
カナダ	1	7.7
日本	5	38.5

Note 筆者が作成

研究デザインは，文献レビュー7.7%(1/13 件)，質的記述的研究15.4%(2/13 件)横断研究69.2%(9/13 件)であった。すべての研究で介入研究は行われておらず，横断研究が最も多かった。エビデンスレベルの高いメタアナリシスだけでなく，メタアナリシスに通じる無作為比較試験はまだ行われてなかった。

分析方法は，系統的文献レビュー7.7% (1/13 件)，質的帰納的分析15.4% (2/13 件)，単純集計15.4%(2/13 件)， χ^2 検定15.4% (2/13 件)，t 検定7.7% (1/13 件)，ロジスティック回帰分析30.8%(4/13 件)であり，ロジスティック回帰分析が最も多かった。

調査対象は文献データベース，看護職，遺族，施設の担当者，救急隊がそれぞれ7.7%(1/13 件)，医師14.3%(2/13 件)，病院カルテや施設の記録類の文書が61.5%(8 件/13 件)，アメリカ政府のメディケア・メディケイド・サービスセンターのデータセットである The Minimum Data Set は7.7%(1/13 件)，文献7.7%(1/13 件)，医療施設（回答職種が不明)7.7%(1/13 件)，高齢者介護施設（回答職種が不明)23.1%(4/13 件)であった。

アメリカの研究では，8 件中6 件がカルテなどの記録物や政府のデータベースを用いており，そのサンプルサイズは，715 から2,992,261 と幅広い。分析においては，ロジスティック回帰分析を用いて，救急搬送，蘇生処置や ACP を実施する施設の関連要因を明らかにしていた。

一方，日本の研究は，6 件中1 件が著者の経験を綴った事例，1 件が施設に送付した質問紙で回答を得られたデータを用いており，そのサンプルサイズは1 から6,083 であった。ほかの3 件の研究は，電子カルテや救急活動記録の文書のデータを用いており，サンプルサイズは43 から1,090 と幅広くかった。

表 3.3 研究デザインと分析方法および調査対象

	件数 (n=13)	割合 (%)
研究デザイン		
文献レビュー	1	7.7
観察研究		0.0
質的記述的研究	2	15.4
横断研究	9	69.2
症例研究	1	7.7
介入研究		0.0
ランダム化比較試験	0	0.0
非ランダム化比較研究	0	0.0
分析方法		
系統的文献レビュー	1	7.7
質的帰納的分析	2	15.4
記載なし	1	7.7
単純集計	2	15.4
χ^2 検定	2	15.4
t検定	1	7.7
ロジスティック回帰分析	4	30.8
調査対象（重複あり）		
文献データベース	1	7.7
看護職	1	7.7
遺族	1	7.7
施設の担当者	1	7.7
救急隊員	1	7.7
医師	2	15.4
病院カルテ、施設の記録類の文書	8	61.5
MDS（The Minimum Data Set）	1	7.7
医療施設（回答者不明）	0	0.0
高齢者施設（回答者不明）	3	23.1

Note 筆者が作成

第3項 結果および考察

スコーピングレビューの結果を表3.4に示した。選定された論文は13件だった。緊急対応からみた高齢者介護施設のACPについて検討した論文は、救急搬送と蘇生処置について言及されていた。

救急搬送に言及していた論文は13件中9件あり、救急搬送の要因を報告していた。救急搬送の要因には、ADの有無、認知症に対する終末期の診断の有無、人種、貧困、家族の希望が報告されていた。特にホスピスサービスを受けている終末期高齢者や入所者全員がADを所持している施設は救急搬送しない傾向だった(Wall, Hiestand, Caterino, 2015)。DNRオーダーやADを所持していない患者は、所持している患者に比べて病院搬送や入院が多かった Temkin, Zheng, Mukamel(2013)。しかし, Murray, Laditka (2010)によると、終末期であっても認知症患者の25%が救急病棟の入院しており、なかには、死亡する直前の6週間で、救急病院へ3回も搬送されている者もいた。

Temkin, Zheng, Mukamel(2013)は白人より黒人や貧困層の人の方がADを所持しておらず病院搬送される傾向が多いと報告している。なお補足として、入院を希望しないDNH(Do Not Hospitalize)と記載した事前指示書を所持している高齢者介護施設の入所者は、所持していない者と比べて有意に入院する者が少なく、さらに、認知症の場合は、DNHを持っている認知症の方が入院の日数が有意に少なかった Nakashima, Young, Hsu(2017)。このように海外の論文では救急搬送と、ADの所有状況のほかに、認知症や人種といった個人的な特徴との関連性を報告していた。

その一方、日本の論文では施設側の要因が報告されている。福間(2019)によると延命措置を希望していない入所者には、救急搬送しないと施設で取り決めしている。しかし、緊急対応マニュアルを用意していない施設の場合、心肺停止した全事例は救急搬送すると取り決められている施設の存在も報告されている(真弓ら, 2017a)。さらに、心肺停止や急変が突然起きた場合はADがあっても救急搬送せざる得ない施設も報告されていた(山下, 橋本, 河内, 2019)。

日本の高齢者介護施設においては、そもそも心肺停止した入所者の回復の見込みを考慮せず本人の希望だけに依拠して入所者を看取る施設があれば、本人の意思を看過する施設があることがわかった。

ところが、終末期入所者に DNAR の同意があっても、急変の現場で家族の気持ちの変化して延命処置を希望することや(山下,橋本,河内,2019)、入所者の年金をあてにしている家族の場合は、家族の希望に応じて病院搬送をする施設もある(福間,2019)。家族以外では、通所介護の介護スタッフが慌ててしまい救急搬送する事例も報告されている(小野,大河原,阪本 2017)。このように日本の高齢者介護施設では、本人の意思を確認していても、いざ心肺停止すると、家族や職員の気持ちの変化で、本人の意思と異なる対応をしていることが分かった。海外の論文では、終末期の認知症高齢者を救急搬送する施設は、医療者・施設職員が医学モデルを重視している傾向があると報告しており Murray, Laditka(2010)、認知症ケアに対する施設のスタンスが救急搬送の一因になっていた。

このように高齢者介護施設が救急搬送する要因には、AD や DNAR の存在だけでなく、たとえ本人が事前に AD を示していても、または施設と DNAR を同意していても、家族や施設のスタンスが優先されて救急搬送されていることが分かった。

次に、蘇生処置に言及していた論文については、13件中4件だった。AD があるにも関わらず、蘇生処置を施す要因として次の3つが報告されていた。一つ目は、救急病院の医療職が AD に関連する法的書類を見つけられなかったこと、二つ目は、終末期の対応に躊躇する医師の場合や、ACP の概念について知らない看護職、三つ目は、DNAR の意思を事前に表明していても、救急搬送を依頼する時の訪問看護師や施設職員が DNAR を把握していないこと、が報告されていた。

一つ目の法的書類とは、アメリカの生前遺言書を示し、生前信託(Living Trust)と遺言 (Will)、永続的委任状(durable power of attorney)の3種類がある。

Colby(2012)はこれらの生前遺言書について、次のように説明している。

これらはどれも財産管理計画に関する書類である。生前信託と遺言は財産分与を代理で行う権限を与える法的書類であり、永続的委任状は作成者が意思表示不能になった際に、財産管理を任せる人をあらかじめ決めておく書類である。いずれの書類も作成する際に弁護士の助言が必要である。Living Will や医療に関する委任状作成に関しては弁護士の助言を得て作成する人もあるが、必ずしも弁護士が関わる必要はない(pp.224-225)。

次に蘇生処置に言及した論文は、13件中5件あり、蘇生処置の要因と関連性について報告していた。オハイオ州で発行している公的な遺言書にDNRの希望が書かれていると、その記載内容と救急医の対応には関連性があった(McQuown, Frey, Amireh, Chaudhary, 2017)。遺言書の内容について調査した Lahn, Friedman, Bijur, Haughey, Gallagher(2001)によると、DNRの一言の指示ではなく、気管内挿管と心肺蘇生の希望について詳細に書かれており、心肺停止時の対応が具体的に指示されていた。だからといって公的なADの存在を医師が認識していても、終末期の対応に躊躇する医師の場合や、ACPの概念について知らない看護職の場合、その医師はADに従わずに積極的な治療することが明らかにされていた(Pauls, Singer, Dubinsky 2001)。

ただし、医師や看護職がどうであれ、DNRが公的な遺言書に記載されているのではなく、高齢者介護施設のメモに記載されていると、救急医がそのメモを見つけられないなどの理由でメモの内容とは異なった対応をしていた(McQuown, Frey, Amireh, & Chaudhary, 2017)。

日本の論文でも同様に、本人がDNARの意思を事前に表明していても、救急搬送を依頼する時に、訪問看護師や施設職員がDNARを把握していないと、病院に搬送された約8割以上の症例に蘇生処置が施されていた(真弓ら, 2017b)。

表 3.4 スコーピングレビューの結果

著者	発行年・国	タイトル	ジャーナル	サンプル	デザイン	分析方法	調査場所	アウトカム
Lahn M, Friedman B, et al. 2001.USA	USA	Advance directives in skilled nursing facility residents transferred to emergency departments	Academic emergency medicine	Emergency Department に搬送されたSkilled Nursing Facilities (SNF)の患者 715名の病院電子カルテと医師	横断研究	χ ² 検定	emergency department	・DNRより、生前の遺言の方が気管内挿管と心肺蘇生の両方に対応する可能性があった。
Pauls MA, et al. 2001.CANADA	CANADA	Communicating advance directives from long-term care facilities to emergency departments	The Journal of Emergency Medicine	施設医師、施設看護師、救命救急士、救急医、救急病棟の看護師 合計35名	質的記述的研究	質的分析	emergency department	・ADが利用可能な場合でも、医師が終末期の実践に懸念してADに従わない医師もいる積極的に治療している。看護師がACPの概念を知らないと医師がADの指示に関係なく治療を進めてしまう。
Daaleman, Timothy P, et al. 2009.USA	USA	Advance Care Planning in Nursing Homes and Assisted Living Communities	Journal of the American Medical Directors Association	164のNursing Homes と Assisted Living Communitiesで死亡した1015人分の文書とその遺族446人、施設担当者1014人	横断研究	ロジスティック回帰分析	Nursing Homes Assisted Living Communities	白人ではない人、予期せぬ死亡した人は、ADを持っていない可能性が低かった。意思決定能力のある人は、生命維持に関する話し合いに参加している傾向だった、重篤な入居者の家族のほとんどが、医師とのコミュニケーション不足がある。 ・家族とスタッフとの間のコミュニケーション不足、AD文書に対する家族の理解不足があった
Murray LM, et al. 2010.USA	USA	Care transitions by older adults	Journal of the American Medical Directors Association	介護施設から病院に転送した1990年から2009年までの文献	系統的文献レビュー	Institute of Medicine のフレームワークに基づいた文献レビュー	なし	・認知症の人の中に、人生の最後の6週間においてEDへ3回搬送されていた人もいた。 認知症の終末期の人の25%がEDへ入院経験があった。 ・"医学モデルを基盤とした医療者・施設スタッフのニーズを重視している施設は、終末期の認知症高齢者のED搬送が行われている。 ・入院禁止令 (DNH) を持つ患者は高齢者施設からの入院患者全体の入院3%だった。
Temkin-Greener H, et al. 2013.USA	USA	Site of death among nursing home residents in the United States: changing patterns, 2003-2007	Journal of the American Medical Directors Association	MDSのデータにある、全米のメディケアとメディケイド認定看護施設16872施設に居住していた2992261人の死亡者。	横断研究	ロジスティック回帰分析	Minimum Data Set Medicare denominator (適格性) ファイル、Medicareの入院患者およびホスピスの請求書	・ホスピスサービスを受けていることやADを所持していると病院搬送しなかった。だが、白人より黒人、貧困の住民の方が搬送されていた。
Wall J, et al. 2015.USA	USA	Epidemiology of Advance Directives in Extended Care Facility Patients Presenting to the Emergency Department	Western Journal of Emergency Medicine	Extended Care Facility からemergency departmentに搬送された 高齢者754名の電子カルテ	横断研究	ロジスティック回帰分析	emergency department	・DNRのオーダーのある患者は、ない患者に比べて入院する可能性は3倍高い。・高齢者施設のメモに記載されているDNRの希望は、救急医のDNARオーダーとは関連性がなかった。一方で、オハイオ州のDNR様式で記載されているDNRの希望と救急医のオーダーと関連性があった。

Note. 筆者が作成

表 3.4 スコーピングレビューの結果(つづき)

著者 発行年・国	タイトル	ジャーナル	サンプル	デザイン	分析方法	調査場所	アウトカム
McQuown CM, Frey JA, et al. 2017.USA	Transfer of DNR orders to the ED from extended care facilities	American Journal of Emergency Medicine	extend care facilitiesから emergency departmentへ搬送された患者50名のカルテ	横断研究	t検定	emergency department	・高齢者施設のメモに記載されているDNRの希望は、救急医のDNRオーダーとは関連性がなかった。一方で、オハイオ州のDNR様式で記載されているDNRの希望と救急医のオーダーと関連性があった。
Nakashima T, et al. 2017.USA	Are Hospital/ED Transfers Less Likely Among Nursing Home Residents With Do-Not-Hospitalize Orders?	Journal of the American Medical Directors Association	ニューヨーク州老人ホームに入居している65歳以上の高齢者カルテ 43024人	横断研究	ロジスティック 回帰分析	Nursing Home	・DNHの事前指示を持つ入居者は、持っていない入居者に比べて過去90日間の入院が有意に少なかった。 ・認知症入居者においては、DNHを持っている方が入院日数が有意に少なかった。
真弓 俊彦ら 2017.日本	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	日本臨床救急医学会 雑誌	高齢者福祉施設181施設 への質問紙調査 記述なし	横断研究	単純集計	特養・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・老人短期入所施設・老人デイサービスセンター	・対応マニュアルのない施設はほぼ、「心停止時には全て救急車を呼ぶ」。
小野 和幸ら 2017.日本	救急現場で遭遇するDNARの現状と問題点	日本臨床救急医学会 雑誌	所沢市消防本部救急隊により搬送された内因性の心肺停止1090件(救急活動記録表より)	横断研究	単純集計	地域の消防局	・通所介護の職員が「慌てて救急車を要請してしまったが、DNARなので搬送は不要」という説明があったため、DNARの要望をして、不搬送とした。
真弓 俊彦ら 2017.日本	終末期類似状態傷病者のCPA搬送の現状	日本臨床救急医学会 雑誌	一宮市立病院救命救急センターに搬送された心肺停止例のうち、進行性疾患終末期状態、終末期類似状態の43例 カルテ	横断研究	χ ² 検定	救命救急センター	・施設や訪問看護師による要請例の約8割以上が救急外来で心肺蘇生が実施されていた。
山下喜打美ら 2019.日本	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	東京福祉大学・大学院 院紀要	特別養護老人ホーム77施設への質問紙調査 調査対象者の記述なし	横断研究	質的記述的分析	特別養護老人ホーム	救急搬送する理由として ・家族の気持ちが変わり、希望される。 ・看取り希望であっても突然の心停止では救急搬送せざるを得ない。 ・看取り希望であっても、医師による「回復の見込みなし」の初見がなければ急変時は搬送せざるを得ない
福岡 誠之ら 2019.日本	高齢者施設における看取り	洛和会病院医学雑誌	特別養護老人ホームに勤務する職員 記述なし	症例報告	記述のみ	特別養護老人ホーム	・延命措置を希望しないものには、救急搬送しない。 ・入所者の年金をあてにしている家族は、本人が生きていることが重要で、何かあれば病院搬送を望むこともあった。

Note. 筆者が作成

第4節 結論

本調査は緊急対応に焦点をおいて、高齢者介護施設の ACP に関連する国内外の研究を文献レビューし、研究の動向とこれまで明らかになっていることを整理し、具体的な研究課題を明らかにすることを目的としている。

研究の動向は、1995年から1999年まで出版されていなかった。2000年から2014年までの14年間で5件と出版され、さらに2016年から2020年

の4年間で8件と出版されていた。1995年から2014年まで研究が少なく2016年以降から研究が活発になったのは、前章で示したとおり、ACPの概念が発表された年が1995年で歴史が浅いことと、2010年前後から諸外国がACPを普及させる取り組みや教育を始められ、ACPの普及の歴史が浅いためである。これらの研究では、蘇生処置と救急搬送について言及されていた。

蘇生処置に言及した論文はACPの要素と蘇生処置との関連性をカルテやMDSのデータセットを用いて量的に分析されていた。アウトカムには、ADの文書が公的なフォーマットがどうかで、蘇生処置の実施が左右していたことが示されていた。ほかには、救急病院の看護職がACPを理解していないと、医師が積極的な治療をする傾向も示されていた。これらの論文は救急病院やMDSのデータが用いられていた。また、高齢者介護施設における心肺停止時の対応の実態について調査されていないことが分かった。

救急搬送に言及した論文は、救急搬送の要因はADの所有状況だけでなく、貧困や人種、認知症、家族の希望といった抗えない個人的要因が関連していた。日本の論文では、事前にADが準備されていても、訪問看護師や施設の職員がADの内容を把握していないことや、施設職員が慌てたといったサービス提供者側の要因も報告されていた。

これらの論文から、高齢者介護施設からの救急搬送は、個人的要因やサービス提供者側の要因といった背景的要因があることが分かった。海外の論文は救急搬送の関連性を量的に調査が行われていた。一方、日本の論文は救急搬送の要因を質的に調査が行われていたが、関連性については調査されていないことが分かった。

高齢者介護施設の現場に即した看取り体制を整備するには、施設の現状を調査する必要がある。そこで本研究は、第4章で蘇生処置の実態を質的に調査し、第5章で救急搬送する施設側の要因を量的に調査する研究課題が明らかになった。

第 4 章 介護老人福祉施設の介護職が行う心肺停止の対応 -蘇生処置に焦点をあてて-

第 1 節 研究の背景と目的

本研究は、入所者の生命の尊厳を守ることを大前提にして、心肺停止時の対応と体制上の問題点を明らかにし、看取り体制上の課題解決の方向性を示すことを目的としている。高齢者介護施設の入所者の生命を守るためには、心肺停止時に適切な蘇生処置を実施しなければならない。しかし第 1 章で述べたように、救急隊が施設に到着するまで、心肺停止した入所者に対して蘇生処置を実施していない施設の存在が報告されていた。

しかし、第 3 章で行ったスコーピングレビューの結果、高齢者介護施設の蘇生処置を実態調査した研究がなく、質的に調査する研究課題が明らかになった。そこで本調査の目的は、心肺停止に対して、介護職はどのように対応するのか、またその対応の背景には何があるのかを、蘇生処置に焦点をあてて質的に明らかにすることとした。

第 2 節 調査の方法と分析方法

第 1 項 データ収集の方法

首都圏 A 市にある機縁法で承諾の得られた、2 つの介護老人福祉施設を選定した。介護老人福祉施設を選定した理由は、第 1 章の表 1.1 で示したように、介護保険施設の中で施設数と入所者数が最も多く、介護保険施設の中で要の施設であること、24 時間医療職の配置が義務化されておらず、夜間は介護職だけで心肺停止時の対応を実施しているためである。調査に先立ち施設管理者に研究の主旨を口頭と文書で説明し、そして、施設内で蘇生処置を実施した経験をもつ介護福祉士の選定を依頼した。介護経験 3 年未満、役職についているものは、除外した。なお、介護福祉士に限定し

た理由は、介護職の資格の中で唯一の国家資格であり、介護の知識と技術に対して一定の水準が担保されているからである。

介護福祉士に半構造化面接を1回行った。所要時間は約60分～90分である。面接の前に、フェイスシートを用いて、基本属性を聴取した。基本属性は、性別、保有資格、介護職の経験年数、心肺停止の遭遇時期、一次救命講習の受講、講習を受講した場所、受講の方法である。面接はインタビューガイドに沿っておこない、「心肺停止時の対応」と「そのときの周囲の状況」について質問し、自由に語ってもらった。ただし、面接中、介護福祉士の医学用語の知識に合わせて、「心肺停止」を「呼吸と脈が止まっている状態」と補足説明した。

6名のうち5名はICレコーダーへの録音の承諾が得られ、その後逐語録を作成した。残りの1名は、録音の承諾が得られなかったため、代わりにメモを取ることを承諾を得て、メモを見ながら文章化した。調査した期間は2012年5月～2012年6月である。

第2項 分析の方法

インタビューデータを質的帰納的に分析した。分析の手順は、まず、夜勤中に発生した救急対応の語り部分を選定した。そして、心肺停止を発見した時から蘇生処置を実施している場面のデータを抽出した。つぎに、抽出したデータを一文ごとに切片化し、コーディングを行った。そのあと、コードの類似性、相違性を明確にし、サブカテゴリ名をつけ、最終的につけたカテゴリ名は、データに基づいた意味内容を表す名前をつけた。なお、分析結果の真実性を確保するために、分析過程において社会福祉領域の研究者、質的研究の経験のある研究者に適宜スーパーバイズを受けた。また、高齢者介護施設に勤務する医師、看護師と介護職、コード名、サブカテゴリ名とカテゴリ名を検討した。

ただし、分析で扱うエピソードは、心肺停止が発生した時点で、家族が蘇生処置の意向を示したもの、もしくはその意向が不明なものに限定した。

なお、終末期と診断されている入所者のエピソードは、分析の対象外にした。

第 3 項 倫理的配慮

本調査は早稲田大学、「人を対象とする研究等倫理審査」による承認を受けた(2012-001)。聞き取り開始前に、筆者が介護福祉士に研究の主旨・プライバシーの保護、調査の中止、データの保管方法、研究結果の公表に関する事項を文書と口頭で説明し、同意書を用いて承諾を得た。逐語録など文章を起こすときは、名前や場所などの固有名詞はイニシャルに変えた。

第 3 節 結果

第 1 項 施設の特徴

調査対象施設の特徴を表 4.1 に示した。調査した施設の定員規模は、A 施設は 217 名、B 施設は 74 名であり、調査当時の平均要介護度はそれぞれ 4.8、4.6 だった。入所者の居室形態においては、A 施設は従来型、B 施設は従来型とユニット型が混合している施設だった。A 施設、B 施設ともに看取り介護加算が算定されており、看取り介護も実践していた。

夜勤の職員配置も、両施設ともに医師・看護職は不在で、看護職のみオンコール体制をとっていた。したがって夜間は 1 フロアもしくは 1 ユニット介護職 1 名の配置だった。なお、医師は嘱託であり、週数回程度施設に来所していた。なお、A 施設は、インタビューをした数年前まで夜勤に看護職が配置されていたが、看護職の退職が続きそれ以降、夜勤帯に看護職を配置していなかった。

夜間の緊急時の連絡体制は、まず介護職が看護職もしくは施設長に連絡し、指示を受ける。次に、看護職は、介護職の報告内容に基づいて、その場で指示を出すか、もしくは、必要に応じて医師に電話連絡し指示を受け、その内容を介護職に電話で伝えるという内容であった。

表 4.1 調査対象施設の特徴

	定員(名)	平均 要介護度	居室	看取り介護 加算の算定	看取り介護 の実践	夜勤の職員配置		
						医師	看護職	介護職
A施設	217	4.8	従来型	あり	あり	なし(囑託)	オンコール	1名/フロア
B施設	74	4.6	ユニット型と 従来型の混合	あり	あり	なし(囑託)	オンコール	1名/ユニット

Note. 筆者が作成

第2項 調査対象者の基本属性

調査対象者の基本属性を表 4.2 に示した。男性 2 名，女性 4 名の合計 6 名の介護職に調査協力を得た。6 名のうち 5 名は，ほかの業種からの転職者であった。転職者はホームヘルパー 2 級養成研修を終了した後，介護職に就き，実務経験を積んだあと介護福祉士の国家資格を取得した。1 名は，高等学校福祉科で介護福祉士の資格を取得し，卒業後，すぐに介護職に就いた。

介護職としての経験年数は 4 年～13 年であり，経験平均年数は 8.2 年だった。インタビューで語られた心肺停止に遭遇した時期は，介護職に就いてから 1 年目から 9 年目のエピソードのもので，平均 4.2 年目のエピソードだった。介護福祉士の資格取得前の内容も含まれていた。救急対応の研修については，語られたエピソード以前に，全員が受講していた。研修を受講した場所は，2 名は当該施設，そのほかの 4 名は前職の施設，職業訓練校，自宅のある自治会で行われた消防署による講習会，高等学校だった。なお，語られたエピソードは，対象者が夜勤時に初めて遭遇した終末期の診断を受けていない入所者の心肺停止だった。

表 4.2 調査対象者の基本属性

	性別		前職			資格	介護経験	心肺停止の 遭遇時期	研修の 受講経験	研修場所		受講方法	
	男性	女性	介護職	介護職 以外		介護福祉士	(年)	(年目)	有	当該施設	その他	シミュレーター	動画視聴
				学生									
A		○		○		○	13	9	○		過去の職場	○	
B		○		○		○	8	4	○	○		○	
C		○		○		○	6	2	○		職業訓練校		○
D	○			○		○	7	1	○		自治会	○	
E	○			○		○	11	5	○	○		○	
F		○			○	○	4	4	○		養成校	○	
合計	2	4	0	3	1	6			6	2	4	5	1
平均							8.2	4.2					

(n=6)

Note 筆者が作成

第 3 項 分析の結果

夜勤時の蘇生処置に関するデータから、29 のコードが抽出された。29 のコードは内容の類似性と相違性から 13 のサブカテゴリに分けることができ、さらに、4 つのカテゴリに分類できた（表 4.3）。抽出されたカテゴリは【施設長と家族の意向の確認後に行う、蘇生処置】、【切望と義務感に従った、即座に行う蘇生処置】、【救命を目的としない、蘇生処置の中止】、【ほかの業務による、蘇生処置の中断】、の 4 つが抽出できた。

本項では、抽出されたカテゴリをストーリーラインで説明する。カテゴリは【】、サブカテゴリは《》、コード名は〈〉を使用し、対象者の語りは「」で表記した。なお、語りの中の指示語や単語の欠落部分には、語りの意味が分かるように()にて補足を加えた。匿名性を確保するために、固有名詞や代名詞は、意味が変わらないように他の言葉に言い換えた。また、象徴的なデータを一行空けて示した。

表 4.3 夜勤介護福祉士による蘇生処置のカテゴリ表

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
施設長と家族の意向を確認後に行う蘇生処置	マニュアルどおりに救命可否確認	救命対応か看取りか,上司に電話で確認する 対応方法を看護師に電話で相談する 家族の意向を把握している上司
	意向による蘇生処置	上司の指示のもと,蘇生処置を始める 家族の希望に沿った蘇生処置をする
切望と義務感に従った, 即座に行う蘇生処置	生存への期待	心肺停止してから,間もないと思う 暖かい体から,救命できると期待する
	生存を切望	生きていて欲しいと願う 家族のような入所者を失いたくない思い
	死を回避する義務感	日頃からの命を守る義務感 死なせてはならない人と思う
	マニュアル内容を差し置いた蘇生処置	切迫した状態に,即座に蘇生処置する マニュアル内容を差し置いて蘇生処置する
救命を目的としない, 蘇生処置の中止	生存への諦め	死亡していると確信する 間に合わなかったと,諦める 十分に生きたと,労う
	苦痛を与える蘇生処置の無意味さ	苦痛を与えている蘇生処置を,やめたいと思う 救命できないことによる,蘇生処置の無意味さ
	マニュアルを実施した到達感	マニュアル通りに実施した思い 記録するための蘇生処置をやり遂げた思い
	無意味な蘇生処置の中止	入所者を気遣い,蘇生処置を停止する 意味のない蘇生処置をやめる
ほかの業務による, 蘇生処置の中断	ほかの入所者の転倒事故の懸念	鳴り続けるナースコールや転倒防止のセンサーが気になる 徘徊する認知症入所者の転倒事故を懸念する
	救急搬送の準備	119番通報と応援者を要請する 救急隊員に渡す記録類の準備をする ストレッチャーの準備と警備員への連絡
	蘇生処置の中断と再開	ほかの対応するため,蘇生処置の手を止める 蘇生処置を再開する

Note 筆者が作成

【施設長と家族の意向の確認後に行う, 蘇生処置】には, 《マニュアルどおりに救命可否確認》, 《意向による蘇生処置》の 2 つのサブカテゴリが含まれた。ここでは, 蘇生処置を開始する前に, 施設長や看護職に電話連絡するという, 方法がとられていた。

介護福祉士の上司である施設長は普段から, 救急搬送するか, もしくは, そのまま施設で看取るのか, 入所者家族の意向を把握していた。しかし過去に, 心肺停止状態の入所者を救急搬送したことが, 家族の「延命させた

くない」といった意向とそぐわず、その後、トラブルになることがあった。これ以降、家族の意向に沿った対応をするために、夜勤時のマニュアルに、〈救急対応か看取りか、上司に電話で確認する〉という内容が追加された。

介護福祉士は、このマニュアルにしたがって、「何よりも先に（施設長に）電話連絡」し、〈家族の意向を把握している上司〉に、指示を仰いだ。介護福祉士は、上司の指示に従い、蘇生処置を開始していた。

「施設長から（蘇生処置と救急車を呼ぶ）やってと指示があったのでやりました」

「勝手に、心臓マッサージとかしちゃうのはまずいので。家族によっては、勝手にやっちゃうと問題になることもあるので。そういうことがないように、（心停止を発見したら）まず、施設長に連絡して、どうするのか聞くことになっているのです」

【切望と義務感に従った、即座に行う蘇生処置】には、《生存への期待》、《生存を切望》、《死を回避する義務感》、《マニュアル内容を差し置いた蘇生処置》の4つのサブカテゴリが含まれた。ここでは、家族の意向を確認する前に、蘇生処置を開始する対応がとられていた。

心肺停止した入所者のなかには、介護福祉士が「何年もみていた人（介護をしていた）」が含まれており、長期間の関わりがあった。このような入所者は自分にとって「家族同然で、大切な人」になっていた。その入所者が突発的に心肺停止の状態に陥ると、入所者に対して「生きていてほしい」、「まだ死なないでほしい。」と切望した。そのかわり、ほかの介護福祉士は、入所1か月未満の人が心肺停止した場合、その人の体がまだ温かいと、救命できると期待した。あるいは、入所期間に関わらず、「この仕事は、命を守る仕事」と日頃から、〈命を守る義務感〉をもって対応する別の介護福祉士もいた。

いずれにせよ、すべての介護福祉士は、看護職から「何も言われていない」というように体調の急変や心肺停止の可能性について申し送りを受けていなければ、「まだ死ぬ人じゃない。」と認識した。だからこそ、心肺

停止の状態に陥った入所者を発見すると、介護福祉士はその人を「死なせてはならない」と判断し、《死を回避する義務感》をもった。さらに、介護福祉士は、「施設長への連絡とか、そんなこといってられない」と、上司への連絡を後回しにして、《マニュアル内容を差し置いた蘇生処置》を実施した。

「すごくいい人で、大好きな人だったので、この人にはまだ死んでほしくなくて、（すぐに）心臓マッサージをしました」

「まだ、（体が温かいから）大丈夫かと思って、急いで（蘇生処置を）しました」

「まだ死ぬ人じゃないから」

「まず、とにかく夢中で最初に心臓マッサージしました」

「家族とか、施設長への連絡とか、そんなこと言っていられない場合は、真っ先に（蘇生処置）をしますね。 —中略— この時もそうしました」

【救命を目的としない、蘇生処置の中止】には、《生存への諦め》、《苦痛を与える蘇生処置の無意味さ》、《マニュアルを実施した到達感》、《無意味な蘇生処置の中止》、の4つのサブカテゴリが含まれていた。ここでは、介護福祉士が蘇生処置を開始したものの、救急隊が到着する前に蘇生処置を中止していた。

蘇生処置をしても、「（心肺の動きが）元に戻らない」と、「完全に死んでしまった」、「あの世に行っちゃった」と、死を確信した。それと同時に、蘇生するには、今のタイミングでは、「間に合わなかった」と諦めた。このように入所者の死を確信すると、蘇生処置など「何をやっても無駄」と考え、蘇生処置を中止した。そのほかには、『この方は、いつも、「もうこれ以上長生きしなくていい」といっていました』、「もう十分に生きた。今まですごくがんばったよね」と長生きしたことを誇る思いと本人の意向を普段の会話から聞いていたことから、「（心臓マッサージすることが）すごくかわいそう。」と苦痛を感じ、本人の意向に沿って蘇生処置を中止した。その一方、「とりあえず心臓マッサージをしていれば、あとで、

記録にかけますし、（警察に蘇生処置を実施したことを）いえるので」と、
《マニュアルを実施した到達感》をもつ介護福祉士もみられた。

「間に合わなかった。もう（あの世に）逝っちゃった」

「もう完全に死んでいる。（蘇生処置を）やっても意味ないですし、だからって、やらないとそれはそれで、まずいですから、少しは（蘇生処置を）やりました」

「（心臓マッサージすることが）すごくかわいそう。ごめんね。ごめんね。痛いよねって。（略）少し（心臓マッサージを）だけして、かわいそうになって、やめました。」

「何にもやらない（蘇生処置をしない）のは、事件とかになっちゃうので。（略）していれば、あとで、（警察に蘇生処置を）したといえるので・・・、少し（胸骨圧迫を）やって、やめました。」

【ほかの業務による、蘇生処置の中断】には、《他の入所者の転倒事故の懸念》、《救急搬送の準備》、《蘇生処置の中断と再開》の3つのサブカテゴリが含まれていた。ここでは、介護福祉士一人で、蘇生処置のほかに、別の入所者の世話、救急搬送の準備などを並行して行う方法がとられていた。

蘇生処置をしていると、「廊下から物音」が聞こえた。音の方向に目をやると、他の認知症入所者が「ズボンを膝までおろして、フラフラと歩いている」姿を発見した。介護福祉士は「危ない」と転倒事故を懸念し、蘇生処置の「手を止め」、ベッドまで歩行介助した。くわえて、ほかの介護福祉士の場合、蘇生処置中になり続ける「ナースコールや離床センサー」が気になり、「（その入所者が）ベッドから落ちるかもしれない」と懸念した。介護福祉士は認知症入所者の動きに合わせ、蘇生処置を中断し、対応した。次に、蘇生処置の手を一時的に止めて、「応援者」や「救急車」を要請した。「薬や病気のこと」をすぐに救急隊に伝えられるようにと、応援者が来るまで、《救急搬送の準備》をした。

「向こうで（別の部屋から）音がして、ベッドから落ちそうになっていた
り、（他の認知症の人）が一人で歩いていた、」

「認知症の人は目が離せなくて・・・」

「ナースコールが何回もなって、（応援者が来るまで）一人で対応しなく
ちゃいけなくて」

第4節 考察

本調査の目的は、介護職が心肺停止時にどのように対応するのか、その対応の背景には何があるのかを、蘇生処置に焦点をあてて明らかにすることである。これらの結果から心肺停止時の体制を検討する。

分析の結果、介護福祉士の蘇生処置を開始するタイミングには2つあり、一つは施設長や家族に電話連絡した後、もう一つは、心肺停止を発見した直後に蘇生処置を開始していた。また、蘇生処置が中断されるタイミングも2つみられ、一つは救急隊が来所するまでに蘇生処置を一次的に中断し再開するか、救急隊が来るまでに蘇生処置を中止していた。

これらの結果から、心肺停止の体制を検討すると、認知症ケアと蘇生処置を同時に求める夜勤体制、看取りの意向と看取りの同意が混同している介護職、救命と看取りが混在しているマニュアルがあることが考えられた。ほかには、救命効果が低減する可能性のある施設体制が示唆された。

第1項 認知症ケアと蘇生処置を同時に求める夜勤の体制

インタビューした施設の夜勤帯は、医師と看護師を配置せず、A施設では1フロア入所者23名、B施設では1ユニット9名に介護職1名を配置していた。本調査の結果、介護職は心肺停止に対して、蘇生処置を中断し、ほかの認知症高齢者の歩行を介助した。認知症高齢者は、自己身体能力の認識や危険を避ける判断能力が低下しており、転倒転落の事故リスクが高い。万が一、高齢者が転倒すると骨折だけでなく、寝たきりや認知症になる可能性もある。したがって本調査の介護福祉士が蘇生処置を中断したのは、

認知症の人を事故から守るために、不可欠な行動だったと考えることができる。

さらにほかの介護福祉士は、ナースコールや離床センサーの対応に追われていた。離床センサーは、通常、転倒転落の事故リスクがある人に使われる。転倒事故の多くは、早朝・深夜といった時間帯で、周囲から注意がいきとどきにくい状況で発生する(河野,山中,松田,石東,2007)。このことから、介護福祉士が蘇生処置を中断して、ナースコールや離床センサーの対応したのは、認知症入所者の歩行介助と同様に、入所者の安全を守るためだったといえよう。まとめると、夜勤の体制は、蘇生処置と認知症入所者のケアを同時に求められているといえよう。

第2項 看取りの意向と看取りの同意が混同している介護職

本調査の結果、介護職は、蘇生処置を受けている入所者に対して、「ごめんね。痛いよね。」と、気遣い、蘇生処置を中止した。介護職が蘇生処置を中止したのは、「これ以上苦痛を与えたくない(Glaser, Strauss,1965,p175)」といった延命処置に対する終末期患者家族の類似した、介護福祉士の思いによるものと考えられる。入所者向けの介護職の家族的な思いについて、高山は数年以上の関わりのある入所者に対して、「家族のような愛情(高山,三重野,2005,p62)」が生まれるという。特別養護老人ホームの平均在所日数は、2016年では1284日と3.5年以上である(厚生労働省,2017a)。蘇生処置を実施した介護福祉士の中には、心肺停止した入所者と長期間関わっていたことから、入所者に対して家族のような愛情を持っていたと、推察することができる。

以上のことから、介護福祉士が蘇生処置を中止したのは、入所者に対して苦痛を与えたくないという家族のような愛情が、起因していると考えられる。言い換えれば、介護福祉士自身の入所者への思いが、蘇生処置に係る判断基準になっているといえよう。

蘇生処置を中止したもう一つの理由として、普段の会話からきいていた看取りの意向が上げられる。介護福祉士は「もうこれ以上長生きしなくていい」と入所者から過去に聞いていたことで、救命を諦めたことにくわえ

て「もう十分に生きた．今まですごくがんばったよね」と蘇生処置を中止していた．蘇生処置を施すことについては，終末期の診断がついたときに，施設と本人および家族が看取りの同意が必要である．しかし，この介護福祉士は，入所者との会話から得た看取り意向で蘇生処置を中止した．この対応から，介護福祉士は看取りの意向と看取りの同意が混同していると考えることができる．

第3項 救命と看取りが混在しているマニュアル

本調査の結果，マニュアルに従った介護福祉士は，定時の見回りで入所者の居室に訪室した時，入所者の心肺停止の状態を発見すると，施設長やオンコール当番の看護職に電話連絡し，蘇生処置をするのか，そのまま看取りをするのか指示を仰いでいた．心肺停止の対応の判断をここで誤ると，生命を左右するだけでなく，本人の尊厳を損ねることはいうまでもない．

特に救命する場合は一刻も早い蘇生処置が求められる．一方，看取りの場合は，医師や看護職，家族に速やかに報告する必要があるものの，蘇生処置とは異なりむしろ穏やかな対応が求められる．

このことから調査した施設のマニュアルを検討すると，目的と対応方法が相反する救命対応と看取り対応の手順を一つのプロトコールに示していると考えることができる．つまり，夜間に使用する施設のマニュアルは，救命と看取りが混在している可能性が示唆された．

第4項 救命効果が低減する可能性の施設体制

心肺蘇生のガイドラインを作成している American Heart Association(2005)は，心肺蘇生法を行わないまま心停止状態が4～6分続くことは，多くの場合，脳に重大な損傷を与え，胸骨圧迫を中断する場合は，その時間を10秒以内になるように心がけることと，説明している．このことから，介護老人福祉施設の職員は救急隊に引き継ぐまで，蘇生処置を途切れずに絶え間なく継続することが重要となる．介護福祉士が行った

蘇生処置を、このガイドラインに基づいて検討すると、救命の可能性を低くする手順であることが示唆された。

第一に、介護福祉士の中には、ほかの入所者の歩行介助をするために、蘇生処置を中断した者がいた。蘇生処置が中断されている時間を検討すると、入所者の歩行介助していることから、数分以上要していると推察できる。第二に、ほかの介護福祉士の場合は、蘇生処置を始めるまで、マニュアルに従って、施設長やオンコール当番の看護職に電話をかけ助言を受けていた。次に、ほかのフロアから応援者を呼び、救急車の要請をした。さらに、救急隊が来るまでの間、救急隊に渡す記録物を準備していた。搬送の準備が整うと、心肺停止した入所者のもとに戻り、蘇生処置を開始していた。これらの一連の行動から、心肺停止を発見してから蘇生処置を開始するまで要した時間を検討すると、これも同様に数分以上であろう。つまり、マニュアルにしたがって介護職が蘇生処置をすると、開始するタイミングが数分以上遅延する。

第三に、先述したように介護福祉士のなかに、救急隊が来るまでの間に、蘇生処置を中止するものもいた。この対応については、救命効果が低減することは言うまでもない。

第5節 結論

本調査の結果、介護福祉士が蘇生処置を開始するタイミングには2つ示され、一つは、施設長と家族の意向を確認した後、もう一つは、心肺停止を発見した直後だった。そのほかには蘇生処置を中断・中止をする介護福祉士もみられた。これらの蘇生処置は、救命法としては不確実な手順であった。また、終末期以外の入所者に実施される心肺停止時の対応には、救命対応と看取り対応の相反する二つの対応が含まれていた。

第 6 節 本調査の限界と課題

本調査は 2 つの介護老人福祉施設で行われ、調査対象者も介護福祉士 6 名と少数であった。しかし、入所者は加齢による身体機能の低下だけでなく、基礎疾患を複数もつ者も少なくない。こうした高齢者は予期せずに急変や心肺停止状態になる可能性がある。

介護老人福祉施設に従事する介護職は、介護福祉士の国家資格取得者のほかにも、無資格の者や介護初任者研修を修了した者もいる。ゆえに介護職は、資格の違いによって介護の知識や技術に個人差があるといえる。

今後、エビデンスに基づいた心肺停止における対応体制上の課題を把握していくには、調査する施設を介護保険施設の 4 施設や高齢者向け住まいにひろげるとともに、調査対象者も介護福祉士と資格を限定せず、介護職全体で調査することが今後の課題である。

また、本調査は高齢者虐待防止研究に掲載された筆者の論文を一部修正したものである(古川,2019)。

第 5 章 介護老人福祉施設における死亡診断を目的にした病院への救急搬送の関連要因

第 1 節 研究の背景と目的

第 1 項 研究の背景と目的

日本の高齢者介護施設は看取り意向書や同意書があるにもかかわらず、心肺停止した入所者を救急搬送している施設が報告されていた。第 3 章のスクーピングレビューの結果から、事前に AD があっても施設の取り決めや現場の介護職が慌ててしまうこと、更には、看護職が本人の AD に気がつかないという、施設側のいくつかの要因で救急搬送していることが質的調査から報告されていた。ここで問題なのは、本人の意思とは関係なく施設の都合で救急搬送が行われていることである。しかしながら、救急搬送する要因と関連性を明らかにした量的な調査が国内ではおこなわれていなかった。

さらに、第 4 章の結果からも介護老人福祉施設の介護職は心肺停止をした入所者を死亡したと判断し、救命を諦め、蘇生処置を中止して救急搬送していたことが示された。エム・アール・アイ・リサーチアソシエイツ(2017)によれば、高齢者介護施設から救急搬送され、病院で死亡した入所者約の 50%が、施設が死亡を予測したまたは死亡診断を目的にして医療機関へ搬送している。

これらことから、高齢者介護施設が死亡診断を病院で行う要因には、本人や家族の意向とは別に、施設側の都合があると推察できる。ここで問題なのは、救急搬送先の病院で人生の最後を迎えることになり、本人の尊厳が損なわれることである。

入所者の意思を最後の瞬間まで守って介護老人福祉施設が看取りをするには、施設内で医師が死亡診断をすることである。救急隊は消防法で明らかに死亡している傷病者以外は蘇生処置を行うと規定されている。つまり、医師が施設に不在という施設の都合で、死亡診断をするために、終末期の

入所者を救急搬送してはならない。そこで、本調査は、死亡診断を目的にした救急搬送の関連要因をあきらかにし、看取り体制上の課題を把握することを目的とした。

第2節 研究の方法

第1項 調査の方法

本調査に先立ち 2014 年 3 月に全国の介護老人福祉施設 4,576 施設（2013 年 11 月時点で、独立行政法人福祉医療機構が運営する情報サイト WAMNET に登録のあった全施設）を対象とした高齢者の健康管理の状況についてのアンケート調査を実施した。この調査に回答協力が得られた施設のうち、首都圏の介護老人福祉施設 236 施設の本調査における対象施設とし、郵送法により調査を実施した。回答は施設勤務の看護職に依頼した。調査した期間は、2016 年 2 月 10 日から 2016 年 2 月 28 日である。

第2項 調査表の質問項目

質問項目は、以下の通りである。

1 回答施設の基本属性・回答者の基本属性

回答施設の基本属性(運営母体・入所定員数・職員数・雇用形態)、看取り介護体制(看取り介護の実践の有無、看取り介護加算算定の有無)、回答者の基本属性(性別・年齢・資格・雇用形態・実務経験年数)。

2 蘇生処置の意向の把握状況についての項目

蘇生処置の意向の把握状況についての項目は、蘇生処置の意向を聴取している入所者、蘇生処置の意向を把握している職種、蘇生処置の意向を聴取する時期、3つの項目を設定した。蘇生処置の意向の聴取は、「すべての入所者」、「一部の入所者」、「聴取している入所者はいない」の3項目で尋ねた。蘇生処置の意向を把握している職種は、「看護職員」、「担当生活相談員」、「ケアマネジャー」、

「施設長」，「全職員」の7項目とし複数回答可で尋ねた。聴取する時期は，「入所時」，「終末期の診断がついた時」，「終末期の診断はついていないが，急変の可能性があるとき」，「定期的に聴取」，「その他の時期」の5項目で尋ねた。

3 救急搬送の有無とその判断基準

救急搬送の項目は，「終末期以外の心肺停止に対する救急搬送」，「夜勤介護職が行う救急搬送」，「死亡診断を目的にした救急搬送」の3つの項目を設定した。

1) 「終末期以外の心肺停止に対する救急搬送」についての項目

終末期以外の入所者に対する救急搬送の有無と救急搬送する理由の2つの変数を設定した。救急搬送については，「すべての事例で救急搬送する」，「救急搬送する場合としない場合がある」，「救急搬送は一切しない」の3項目で尋ねた。救急搬送の理由については，「家族の希望」，「救急蘇生法の必要性」，「介護職が訴訟や過失責任が問われる懸念をもつ時」，「過去に聴取した，蘇生処置の意向が有効なのか，不明なとき」，「その他」，「不明」の6項目とし複数回答可で尋ねた。「その他」の回答者には自由に意見を記述してもらった。

なお，第4章の結果で，「救急搬送する場合としない場合がある」，「救急搬送は一切しない」の項目を作成した理由は，第4章のインタビューの結果から終末期以外の心肺停止した入所者に，蘇生処置を実施するか否かを，家族の希望に応じて対応していたことが示されたからである。また，「介護職が訴訟や過失責任が問われる懸念をもつ時」の項目は，第4章でおこなったインタビュー調査のなかで，訴訟や過失責任についての語りが複数の調査対象者から聴かれたからである。

2) 「夜勤介護職の救急搬送」についての項目

夜勤介護職の項目を取り上げたのは、第4章の結果で、夜勤の介護職がその場の状況に応じて蘇生処置の中止や中断することを判断していたことが示唆されたからである。救急搬送も同様に、その場の状況によって判断が変わる可能性を推察したため、項目を作成した。

そこで本調査では以下の項目を設定した。

「夜勤の介護職員が行う救急搬送の理由」の1項目を設定した。ここでは「オンコール当番の看護職の判断」、「家族の希望」、「蘇生処置の意向が書かれている書類」、「医師の判断」、「リーダーや施設長など役職者の判断」、「時間的猶予がない時は、自己判断に任せる」「その他」の8項目を尋ねた。くわえて、「その他」の回答者には自由に意見を記述してもらった。

3) 「死亡診断を目的にした救急搬送」についての項目

死亡診断を目的にした救急搬送として、死亡診断を目的にした救急搬送の有無と、その理由の2つの項目を設定した。判断の項目には、「蘇生処置以外の医療処置を家族が希望」、「蘇生処置の意向が不明」、「施設の医師による対応が不可能」、「看取るために必要な職員数の不足」、「介護職員の技術だけでは十分に対応できない」、「その他」の6項目を複数回答可で尋ねた。「その他」の回答者には自由に意見を記述してもらった。

なお、「介護職員の技術だけでは十分に対応できない」の項目をいれたのは、介護職が応急処置の教育を受けないまま就業しており(中村聡,戸来,北林,2015)、施設によっては心肺停止の対応ができない介護職一人を、夜勤に配置している施設があることを推察したためである。

第3項 分析の方法

最初に、回答者の基本属性と、蘇生処置の意向の把握状況についての項目と救急搬送の判断基準について記述統計を算出した。次に、死亡診断を

目的にした救急搬送と心肺停止時対応に係る施設体制別比較を行なった。具体的には「死亡診断を目的とした救急搬送の有無」と「基本属性」，「蘇生処置の意向の把握状況」，「看取り介護体制」，「救急搬送の判断基準」，との関連を調べるために χ^2 検定または Fisher の直接確率法を適用した。

次に，死亡診断を目的とした救急搬送に対して，死亡診断を目的とした救急搬送の有無を従属変数に，「蘇生処置の意向の把握状況」，「看取り介護体制」，「救急搬送の判断基準」を独立変数としたロジスティック回帰分析を実施した。変数の選択は尤度比による変数減少法を用いた。統計解析には SPSS statistics ver.25 を用い，有意水準は 5% とした。

第 4 項 倫理的配慮

郵送した調査表は同封の書面にて研究の趣旨，調査結果は研究目的以外では使用しないこと，回答者の匿名性を確保して扱うことを説明し，対象者の回答をもって同意とする旨を記載した。また，早稲田大学倫理委員会の承諾を得たうえで実施した (2014-262)。

第 3 節 結果

アンケート用紙の回収率は，対象の介護老人福祉施設 263 施設のうち，有効回答数は 98(回収率：41.9%)であった。

第 1 項 記述統計の結果

回答施設の基本属性を表 5.1 に示した。施設の運営母体は，98%が社会福祉法人，2%が医療法人であり，施設の平均入所者定員数は 83.0 人であった。看取り介護の実践をしている施設は 73.7%，看取り介護加算の算定要件を満たしている施設は 56.6%であった。職員数は，職員総数の平均が常勤 49.9 名，非常勤 27.5 名，看護師の常勤 2.2 名，非常勤 2.2 名，准看護師の常勤 1.7 名，非常勤が 1.5 名，介護職の常勤 33.2 名，非常勤が 15.5

名，事務職常勤 3.6 名，非常勤 1.9 名であった。看護職の総数と介護職の総数は施設によって差が大きかった。

表 5.1 回答施設の基本属性

	n	%
運営母体		
社会福祉法人	96	98
医療法人	2	2
入所定員数		
mean ±SD	83.0 ± 28.2	
看取りの実践	73	73.7
看取り加算の算定	56	56.6
職員数 mean ±SD		
総数	常勤	49.9 ± 16.7
	非常勤	27.5 ± 25.7
看護師	常勤	2.2 ± 1.3
	非常勤	2.2 ± 1.4
准看護師	常勤	1.7 ± 1.6
	非常勤	1.5 ± 1.3
介護職	常勤	33.2 ± 12.5
	非常勤	15.5 ± 17.0
事務職	常勤	3.6 ± 2.6
	非常勤	1.9 ± 4.0

n=98

Note 筆者が作成

次に、依頼した調査回答者の基本属性を表 5.2 に示した。男性の看護職は 5.1%，女性は 94.9%，平均年齢は 51.9±8.73 歳であった。雇用形態は常勤 97.9%，非常勤 2.1%，看護職としての実務経験は 1 年未満 3.1%，1～5 年未満が 4.2%，6～10 年 14.6%，11 年以上が 78.1%であった。特に実務経験年数が 11 年以上のベテランの看護職が多くを占めていた。

表 5.2 調査回答者の基本属性

	n	%
性別		
男性	5	5.1
女性	93	94.9
年齢		
mean ± SD	51.9 ± 8.73歳	
資格		
看護師	55	56.1
准看護師	21	21.4
不明	23	23.4
雇用形態		
常勤	93	97.9
非常勤	2	2.1
看護職の実務経験年数		
1年未満	3	3.1
1～5年	4	4.2
6～10年	14	14.6
11年以上	75	78.1

n=98

Note 筆者が作成

蘇生処置の意向の把握状況を表 5.3 に示した。まず、蘇生処置の意向の聴取については、施設の 60.6% が入所者全員に確認していた。施設の 28.3% が一部の入所者のみ、施設の 9.1% が聴取している入所者はいなかった。次に看護職員の 87.5% が蘇生処置の意向について把握しており、次いで、担当生活相談員では 73.9%、介護職員では 63.6%、ケアマネジャーでは 55.7%、リーダーや主任などのフロア、ユニットの責任者では 48.9%、施設長では 36.4%、不明 1.1% であった。なお、生活相談員はケアマネジャーを兼務している施設も含まれている可能性がある。蘇生処置の意向を聴取する時期については、入所時では 71.6%、終末期の診断がついた時が 53.4%、終末期の診断はついていないが急変の可能性があるときが 53.4%、定期的に聴取が 20.5%、そのほかの時期が 6.8% であった。

表 5.3 蘇生処置の意向の把握状況

	n	%
蘇生処置の意向を聴取している入所者		
全員	60	60.6
一部の高齢者	28	28.3
聴取している高齢者はいない	9	9.1
n	97	100
蘇生処置の意向を把握している職種(複数回答)		
看護職員	77	87.5
担当生活相談員	65	73.9
介護職員	56	63.6
ケアマネジャー	49	55.7
リーダーや主任などの フロア・ユニットの責任者	43	48.9
施設長	32	36.4
全職員	19	21.6
不明	1	1.1
非該当	11	12.5
n	88	100.0
蘇生処置の意向を聴取する時期(複数回答)		
入所時	63	71.6
終末期の診断がついた時	47	53.4
終末期の診断はないが、急変の 可能性があるとき	47	53.4
定期的に聴取	18	20.5
そのほかの時期	6	6.8
非該当	11	1.1
n	88	100.0

Note 筆者が作成

終末期以外の心肺停止に対する救急搬送の有無と救急搬送の判断基準を表 5.4 に示した。救急搬送の有無については、施設の 22.2%がすべての事例で救急搬送し、74.4%の施設が救急搬送する場合としない場合があり、

2%の施設が救急搬送を一切しなかった。救急搬送の判断基準は、家族の希望が最も多く80.2%であり、次いで、蘇生処置の必要性が56.3%、訴訟や過失責任が問われる懸念をもつ時が53.1%、過去に聴取した蘇生処置の意向が有効なのか不明が28.1%、その他が13.5%であった。

表 5.4 終末期以外の心肺停止に対する救急搬送の有無と救急搬送の判断基準

	n	%
終末期以外の心肺停止に対する救急搬送の有無		
すべての事例で救急搬送する	22	22.2
救急搬送する場合としない場合がある	74	74.7
救急要請は一切しない	2	2
	n 99	100
救急搬送の理由		
家族の希望	77	80.2
蘇生処置の必要性	54	56.3
訴訟や過失責任を問われる懸念をもつ	51	53.1
過去に聴取したDNARの意思が、有効なのか不明	27	28.1
その他	13	13.5
不明	2	2.1
	n 96	100.0

Note 筆者が作成

夜勤介護職が行う救急搬送の判断基準を表 5.5 に示した。オンコール当番の看護職の指示が74.4%、家族の希望が44.4%、蘇生処置の意向が書かれている書類が33.3%、医師の指示が23.2%、リーダーや施設長など役職者の指示が21.1%であった。夜勤の介護職の多くが、家族や他の職種に救急搬送の指示を仰いでいた。しかし、25.3%の施設が時間的な猶予がない時は介護職の判断に任せていた。

表 5.5 夜勤介護職が行う救急搬送の判断基準

	n	%
オンコール当番の看護職の指示	74	74.7
家族の希望	44	44.4
蘇生処置の意向が書かれている書類	33	33.3
医師の指示	23	23.2
リーダーや施設長など役職者の指示	21	21.1
時間的な猶予がない時は介護職の自己判断	25	25.3
その他	7	7.1
	n 99	100

Note 筆者が作成

表 5.6 に死亡診断を目的にした救急搬送の有無と救急搬送の判断基準を示した。施設の 21.4%が死亡診断の目的で救急搬送していた。その判断基準は、蘇生処置以外の医療処置を家族が希望するが 77.1%と大部分を占めていた。入所者の蘇生処置の意向が不明なときが 25.3%、施設の医師による対応が不可能が 27.7%、夜勤時の介護職員の技術では十分に対応できないが 9.6%、看取るために必要な職員数の不足が 4.8%、その他が 15.7%であった。自由記述には、「訴訟や過失責任を問う家族が多いため」、「家族の考えが、かわったため」、「死亡確認ができる医師がいない」、「苦痛があるとき」、という意見もあった。

表 5.6 死亡診断を目的にした救急搬送の有無と救急搬送の判断基準

	n	%
救急搬送の有無		
救急要請する	21	21.4
	n 98	100
救急搬送する理由		
蘇生処置以外の医療処置を家族が希望	64	77.1
蘇生処置の意向が不明	21	25.3
施設の医師による対応が不可能	23	27.7
夜勤時、介護職員の技術だけでは十分に対応できない	8	9.6
看取るために必要な職員数の不足	4	4.8
その他	13	15.7
	n	83

Note 筆者が作成

第 2 項 死亡診断を目的にした救急搬送と心肺停止時対応に係る施設体制別比較

死亡診断を目的にした救急搬送の有無と蘇生処置の意向の把握状況、看取り介護体制、蘇生処置の意向を聴取する時期、救急搬送の判断基準との関連を χ^2 検定し、統計的に有意な相関のあったすべての項目を表 5.7 に示した ($p < 0.1$)。検定の結果、蘇生処置の意向の把握状況では、全員に蘇生処置の意向を聴取(オッズ比 1.944・90%CI 1.048-3.607)、入所者全員の蘇生処置の意向を看護職が把握(オッズ比 2.092 90%CI 0.948-4.627)、入所者の蘇生処置の意向をケアマネジャーが把握(オッズ比 2.676・90%CI 1.021-7.013)、看取り介護体制では、看取り介護の実践(オッズ比 0.051・90%CI 0.015-0.176)、看取り介護加算(オッズ比 0.184・90%CI 0.060-0.565)の 5 項目に関連があった。

救急搬送判断の基準では、夜勤時、時間的な猶予がない場合、介護職員の判断(オッズ比 0.444・90%CI 0.227-0.872)、過去に聴取した蘇生処置の意向の有効性が不明(オッズ比 2.955・90%CI 1.086-8.254)、蘇生処置

の必要性(オッズ比 0.53・90%CI 0.402-0.699), 介護職が終末期以外の心肺停止に対して訴訟や過失責任を問われる懸念をもつ時(オッズ比 2.569・90%CI 0.897-7.358)の4項目に関連があった。

表 5.7 死亡診断を目的にした救急搬送と心肺停止時対応に係る施設体制別比較

	死亡診断目的の救急搬送				合計	オッズ比	90%CI	P値	
	はい	%	いいえ	%					
蘇生処置の意向を聴取	はい	7	36.8	13	36.1	1.944	1.048-3.607	0.1	
	いいえ	12	63.2	23	63.9				
	合計	19		36	55				
蘇生処置の意向の把握状況	入所者全員の蘇生処置の意向を看護職が把握	はい	8	40.0	45	63.4	2.092	0.948-4.617	0.075
	いいえ	12	60.0	26	36.6				
	合計	20		71	91				
入所者の蘇生処置の意向をケアマネージャーが把握	はい	5	31.3	40	60.6	2.676	1.021-7.013	0.05	
	いいえ	11	68.8	26	39.4				
	合計	16		66	82				
看取り介護体制	看取り介護の実践	はい	5	26.3	63	87.5	0.051	0.015-0.176	0
	いいえ	14	73.7	9	12.5				
	合計	19		72	91				
看取り介護の加算	はい	5	25.0	47	64.4	0.184	0.060-0.565	0.002	
	いいえ	15	75.0	26	35.6				
	合計	20		73	93				
入所時に聴取	はい	11	18.6	5	21.7	0.825	0.252-2.706	0.486	
	いいえ	48	81.4	18	78.3				
	合計	59		23	82				
医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断が下された時	はい	8	18.6	8	25.8	0.886	0.297-2.62	0.523	
	いいえ	35	81.4	31	79.5				
	合計	43		39	82				
蘇生処置の意向を聴取する時期	医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断はされていないが、急変の可能性があるとき	はい	9	20.0	7	18.9	1.071	0.372-3.219	0.564
	いいえ	36	80.0	30	81.1				
	合計	45		37	82				
定期的に聴取	はい	4	25.0	13	24.5	1.359	0.376-4.907	0.434	
	いいえ	12	75.0	53	80.3				
	合計	16		66	82				
その他の時期	はい	0	0.0	16	21.1	0.909	0.842-0.981	0.259	
	いいえ	6	100.0	60	78.9				
	合計	6		76	82				

Note 筆者が作成

表 5.7 のつづき

	死亡診断目的の救急搬送				合計	オッズ比	90%CI	P値
	はい	%	いいえ	%				
夜勤時、時間的な猶予がない場合、 介護職員の自己判断に任せる	はい	9	56.3	23	34.8	0.444	0.227- 0.872	0.027
	いいえ	7	43.8	43	65.2			
	合計	16		66	82			
過去に聴取した蘇生処置の意向の有 効性が不明	はい	10	47.6	17	23.3	2.995	1.086- 8.254	0.053
	いいえ	11	52.4	56	76.7			
	合計	21		73	94			
救急搬送の 判断基準 蘇生処置の必要性	はい	19	90.5	35	47.9	0.53	0.402- 0.699	0.062
	いいえ	2	9.5	38	52.1			
	合計	21		73	94			
夜勤の介護職が訴訟や過失責任を問 われる懸念をもつ	はい	15	71.4	36	49.3	2.569	0.897- 7.358	0.086
	いいえ	6	28.6	37	50.7			
	合計	21		73	94			

Note 筆者が作成

第 3 項 死亡診断を目的にした救急搬送と蘇生処置の意向の把握状況、
看取り介護体制、救急搬送の判断基準のロジスティック回帰分析

単変量解析で有意が認められた 9 項目を独立変数に、死亡診断を目的とした救急搬送請の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。死亡診断を目的にした救急搬送の関連要因として表 5.8 に示した。

蘇生処置の意向についての把握の項目は、施設が入所者全員の蘇生処置の意向を聴取(オッズ比 0.129・95%CI 0.019-0.909)の項目が有意に関連していた。偏回帰係数が負であることから、全員に蘇生処置の意向を聴取している施設は、死亡診断の目的で救急搬送する傾向は少ないことが認められた。蘇生処置の意向をケアマネジャーが把握(オッズ比 0.081・95%CI 0.009-0.725)の項目が有意に関連していたが、偏回帰係数が負であることから入所者の蘇生処置の意向についてケアマネジャーが把握していると、死亡診断を目的とした救急搬送は少ない傾向が認められた。

看取り介護体制の項目については、看取り介護の実践(オッズ比 0.075・95%CI 0.008-0.688)している施設は有意に関連していた。偏回帰係数の符号が負であることから、死亡診断の目的で救急搬送する傾向は少ないことが認められた。看取り介護加算の算定要件のある施設(オッズ比 0.15・

95%CI 0.019-1.213)も、有意に関連していた。偏回帰係数の符号が負であることから、死亡診断をする目的で救急搬送する傾向は少ないことが認められた。

救急搬送の判断基準についての項目は、介護職が終末期以外の心肺停止において訴訟や過失責任を問われる懸念をもつ(オッズ比 7.325・95%CI 0.687-78.158)に有意に関連していた。偏回帰係数の符号が正であることから、死亡診断の目的で救急搬送する傾向は多いことが認められた。蘇生処置の必要性(オッズ比 11.247・95%CI 0.721-175.43)と回答した施設は有意に関連していた。偏回帰係数の符号が正であることから、死亡診断の目的で救急搬送する傾向が多いことが認められた。

表 5.8 死亡診断を目的にした救急搬送の関連要因

		偏回帰係数 B	オッズ比	95% CI	P値
蘇生処置の意向の把握状況	全員にDNARの意思を聴取	-2.044	0.129	0.019- 0.901	0.039
	入所者の蘇生処置の意向を ケアマネージャーが把握	-2.516	0.081	0.009- 0.725	0.039
看取り介護体制	看取り介護の実践	-2.585	0.075	0.008- 0.688	0.022
	看取り介護の加算	-1.896	0.15	0.019- 1.213	0.075
救急搬送の判断基準	訴訟や過失責任を問われる 懸念をもつ	1.992	7.325	0.687- 78.158	0.099
	蘇生処置の必要性	2.42	11.247	0.721- 175.432	0.084
定数		0.173	1.189		0.921

NagelkerkeR2乗 0.634

Note .筆者が作成

第 4 節 考察

本調査の目的は、死亡診断を目的にした救急搬送の関連要因を明らかにすることである。ロジスティック回帰分析の結果、死亡診断を目的とした

救急搬送と関連のあった項目は、施設が入所者全員に蘇生処置の意向を聴取、施設でとった蘇生処置の意向をケアマネジャーが把握、看取り介護の実践、看取り介護加算算定、介護職が終末期以外の心肺停止に対して訴訟や過失責任を問われる懸念をもつ時、蘇生処置の必要性の 6 項目が統計的に有意であった。

本項では、独立変数で選択された 1.蘇生処置の意向をケアマネジャーが把握、2.介護職が終末期以外の心肺停止に対する訴訟や過失責任を問われる懸念をもつ時、の 2 つの体制について検討する。なお、施設が全員に蘇生処置の意向を聴取、看取り介護の実践、看取り介護加算算定の 3 項目については検討から除外した。理由は看取りの体制がすでに整備されていることが推察できるからである。

分析の結果、「ケアマネジャーが蘇生処置の意向を把握」の項目は説明因子として選択され、死亡診断を目的とした救急搬送が少ない傾向が示された。これは、ケアマネジャーが蘇生処置の意向を把握しているのは、施設ケアマネジャーが本人や家族、介護職から蘇生処置の意向を収集し、入所者の意思決定能力が喪失する終末期の意思決定の支援する(菅沼,新田,東福寺,谷口,2019)、といったケアマネジャーの役割によるものと考えられることができる。

とはいえ高齢者介護施設の重度化に伴って意思疎通が困難な入所者が増加しており(真砂,2007)、当然、介護老人福祉施設にもコミュニケーション上の障害を持つ入所者も少なくない。さらに、鶴若,仙波(2010)は、入居時に入所者や家族のなかには死について実感を持たないものもあり、施設は看取り介護の意向を彼らに確認する難しさもあるという。このことから、施設ケアマネジャーが蘇生処置の意向を把握しようとしても、思うように本人や家族から聴取できないことも少なくないと考えられることができる。

意思疎通が困難な入所者の意向をケアマネジャーが汲むためには、本人・家族の生活習慣や趣味を捉えることが有用である(角能,高橋幸裕,2019)。本人の生活習慣については、入所者の日常生活の支援をしている介護職が詳しい。それならば、ケアマネジャーは介護職と情報共有する

ことで、意思疎通が困難な入所者の蘇生処置の意向や、最後に受けたい医療やケアについて把握することは可能であろう。

たとえこのように本人の意向をケアマネジャーは介護職を通じて把握することが可能であっても、実際の心肺停止の現場に居合わせる機会が多く対応するのは介護職である。現場に居合わせる介護職が心肺停止時に蘇生処置を実施するのか、否かの指示を受けていなければ、介護職は適切に対応することはできない。

ではなぜ今回、ケアマネジャーが蘇生処置の意向を把握しているほど、死亡診断を目的にした救急搬送する施設が少ない傾向という結果がでたのだろうか。高橋幸裕(2016)によると、終末期介護において、施設ケアマネジャーの役割には介護職との調整が含まれている。つまり、本調査の結果は、終末期介護における施設ケアマネジャーの役割が一因であると考えることができる。

さらにつけくわえるならば、看取りの同意は、通常、家族と施設が同意を交わす前に、施設の配置医師と施設職員との間で、入所者の状態について情報共有する。その後、本人や家族も含めて、今後の医療の方向性について話し合いが行われる。こうした、情報共有や話し合いをする際、施設ケアマネジャーは事前に他職種、家族との間に入り、話し合いが滞りなくできるようにコーディネートする。このような話し合いをコーディネートする行動は、ACPのプロセスの、「話し合いの促進をする」2段階目に該当すると考えることができる。つまり施設ケアマネジャーにはACPのチームにおいて、コーディネートする役割をもっているといえよう。以上のことから、本人の意志決定の話し合いに関してコーディネートするケアマネジャーの存在は、施設内の看取りに影響を与えていると考えることができる。

記述統計の結果、施設の51%の介護職が終末期以外の心肺停止に対して訴訟や過失責任を問われる懸念をもつを回答していた。ロジスティック回帰分析の結果、介護職が終末期以外の心肺停止に対して訴訟や過失責任を問われる懸念をもつ時の項目は説明因子として選択され、死亡診断を目的にした救急搬送する施設が多い傾向だった。

この背景には様々な理由が考えられるが、一つは本調査の自由記述で回答のなかに、「訴訟や過失責任を問う家族が多い為」と夜勤時に救急搬送する理由がみられた。これは施設が家族から抗議を受けた過去の経験から救急搬送するといった、総務庁の結果と同様であった(総務庁消防庁,2018)。このことから、介護職が訴訟や過失責任を問われる懸念責任をもつ施設が救急搬送する傾向があったのは、家族から抗議された過去の経験が起因していると考えられることができる。

第5節 結論

本調査の目的は、死亡診断を目的にした救急搬送の関連要因をロジスティック回帰分析であきらかにすることである。

分析の結果、死亡診断を目的にした救急搬送は、施設が入所者全員の蘇生処置の意向を聴取、蘇生処置の意向をケアマネジャーが把握、看取り介護加算の実践、看取り介護の加算、介護職が終末期以外の心肺停止に対して訴訟や過失責任を問われる懸念をもつ、の項目が関連していた。

この結果から、死亡診断を目的とした救急搬送の課題を解決するには、以下の3つが示唆された。第一に、施設ケアマネジャーが入所者の蘇生処置の意向を把握し、他職種に情報提供できる体制を構築すること。第二に心肺停止に直面した介護職が訴訟や過失責任に対して懸念しないように、各入所者の心肺停止時に然るべき対応についての行動指針を示すこと。第三に、心肺停止に関わる介護職の責任範囲を明確にすることである。

第6節 本調査の限界と課題

本調査は、介護老人福祉施設の99施設を対象に分析した。今後の調査では、より信頼度を上げるために、調査対象施設数を増やして調査する必要がある。また、本調査は、2018年介護報酬改定の配置医師緊急時対応加算が新設される前に調査を行った。今後は医師に関する質問内容を精査して調査する必要がある。

心肺停止の対応する介護職に行動指針を示す必要性と責任範囲を明確にする必要性が示唆された。しかし、本調査では具体的な行動指針と責任範囲について明らかにすることが出来なかった。そこで、介護職の心肺停止時の行動と責任範囲について示唆を得るため、日本より先行して看取りを実践している海外の高齢者介護施設を訪問調査する必要性がある。

第 6 章 アメリカハワイ州のナーシングホームにおける心肺停止の施設体制

第 1 節 研究の背景と目的

第 5 章の調査の結果から、介護福祉施設は介護職に心肺停止時の行動指針と責任範囲を明確にする必要性が示唆された。しかし、これらの具体的な方向性を明らかにすることが出来なかった。日本より先行して看取りを実践している海外の高齢者介護施設から示唆を得ることを着想した。

本調査は、心肺停止時における介護職の行動指針と責任範囲を検討するために、AD と ACP を最初に法制化し、高齢者介護施設で看取りを行なっているアメリカ合衆国のナーシングホームに訪問して参与観察を行った。本調査の目的は公認看護助手 Certified Nursing Assistant(CNA)の心肺停止に関連する役割とその役割が果たせる心肺停止時の対応体制を明らかにすることである。

第 2 節 研究の方法と倫理的配慮

第 1 項 研究の方法

2014 年 3 月 10 日～3 月 18 日の 9 日間、アメリカ合衆国ハワイ州ホノルル市にある高齢者介護施設の Palolo Chinese Home と、高齢者専用の居住施設の 15CRAIGSIDE で調査した。調査の方法は、施設の業務マニュアルと未記入のカルテの閲覧、日勤 CNA 1 名の業務を参与観察した。これにくわえて、施設のナーシングマネジャーに施設の体制と入所者の特徴を、CNA に業務内容のヒアリングを行なった。

第 2 項 倫理的配慮

調査した施設は、機縁法にて調査の依頼をした。施設のナーシングマネージャーと CNA に調査の目的、方法、匿名性、論文等で公表することを口頭にて、説明し承諾を得た。

第 3 節 結果

第 1 項 Palolo Chinese Home の特徴

Palolo Chinese Home は、民間企業が運営しているナーシングホームである。Skilled Nursing(看護の技能をもつケア)と Intermediate care(中間的なケア)という二つのケアサービスが提供され、それぞれのサービスはフロアを分けて行われていた。

Skilled Nursing 専用フロアには、医療ニーズの高い者が入所しており、看護職である Registered Nurse(RN: 看護師)、Licensed Practical Nurse(LPN: 准看護師)と、Certified Nursing Assistant(CNA: 看護助手)が 24 時間常駐しケアを提供していた。くわえて日勤帯には理学療法士と作業療法士が配置されていた。

Intermediate care 専用フロアには、医療ニーズが低く、車椅子を使用して移動できる者や杖歩行できる者が入所していた。配置されている職種は CNA に限られており、ほかの職種は配置されていなかった。

今回の調査は、Skilled Nursing 専用フロアで行った。ベッド総数は 43 床(2 床室か個室)で、調査した当日、38 名の 65 歳以上の者が入所していた。入所者の疾患は認知症、脳血管障害、末期がん、心不全、肺炎が多く、大部分の入所者は慢性期から終末期の段階の者だった。ほかには約 2 週間前に胃や肺の切除術を受けたばかりの亜急性期の者が数名入所していた。入所者に提供されていた医療は、中心静脈栄養や経管栄養、インシュリン注射、喀痰吸引、人工呼吸器、尿管カテーテルのほか、リハビリが行われていた。一見すると、日本の急性期病棟から慢性病棟に類していた。

終末期の入所者は、ナーシングホームの通常のケアにくわえて、外部のホスピスケアのサービスを受けていた。かかりつけ医が入所者に終末期の診断を下し、本人がホスピスケアを望めば、かかりつけ医もしくはナーシ

ングホームからホスピスサービスに依頼が出される。なお、この施設ではホスピスケア受けるということは、ナーシングホームで最後を迎えることを意味していた。

このホスピスサービスは、日本の緩和ケア病棟のような施設サービスではなく、在宅患者向けの訪問ホスピスプログラムである。ホスピス医、ホスピスナース、ホスピスのソーシャルワーカー等がナーシングホームに訪問して、かかりつけ医や施設の看護職と連携してサービスを提供する。つまりホスピスサービスを受けている入所者は、かかりつけ医とホスピス医の2つの訪問診療を受けることになる。なお主治医としての機能は、かかりつけ医になっていた。

第2項 15CRAIGSIDE の特徴

15CRAIGSIDE は、Arcadia and its family of companies という民間企業が運営している、Continuing Care Retirement Community (CCRC) である。CCRC は「施設でもなく一般的な住宅でもない(遠藤,2016,p55)」高齢者向けの居住施設である。特徴的なのは、高齢者の変わりゆくニーズに対応し、異なったレベルのケア(生活支援・介護・医療)を、「一つのエリアで一生涯に渡って提供できることである(澤田,2012,p15)」。その証拠に、入所者は自立している健康な者から医療が必要な者までと幅広かった。

15CRAIGSIDE は、250戸の住居をもつ13階建ての建物で、デイケア、室内プール、フィットネスジム、ダイニング、美容室、図書室のほかに、在宅診療所が併設されていた。住居エリアは、自立度や健康状態に合わせて3つに分かれていた。自立度の高い者は Independent Living(自立者用の住まい)という専用フロアに、洗濯や掃除、服薬管理などの IADL (Instrumental Activities of Daily Living:手段的日常生活動作)の支援が必要な者は Assisted Living(要支援者用の住まい)に入居していた。24時間の医療や介護を必要とする者は、Skilled および Intermediate Nursing という看護専用フロアに入居していた。

本調査は、Skilled および Intermediate Nursing フロアでおこなった。入所者の特徴と提供されていたケアは Palolo Chinese Home の Skilled Nursing と類していた。ただし、調査した日は、Palolo Chinese Home に入所していた手術後や人工呼吸器のケアを受けている人はいなかった。また職員の配置は、看護職、リハビリ職にくわえて、アクティビティを専門に企画運営するアクティビティワーカーが配置されていた。

第3項 看護ケアの体制

調査したナーシングホームに配置されていた看護職には3種類の資格があった。一つは日本の(正)看護師に相当するRN、もう一つは准看護師に相当するLPN、介護初任者研修修了者に相当するCNAである。CNAの資格を取得するには、ナーシングホームに入職する前に100時間の研修を受講し、その後資格試験に合格する必要がある。なお、アメリカのハワイ州には、日本のように福祉職としての介護職の資格はない。

今回調査した施設の看護ケアはチーム制で提供されており、看護職の資格の種類に応じて、看護ケアが分業されていた。看護職は1日3シフトで、シフトごとに各職種が1名以上配置されていた。

RNは、チームリーダーとしてケア全体の責任を担い、ベッドサイドで看護の実践を行わない。つまり、日本の(正)看護師のように、日常生活行動の介助や医療処置、バイタルサイン測定や体調の観察は行わないということである。そこでRNの主な業務は、看護計画の立案、LPNとCNAの指示監督、医療機器のモニタリング、ほかの専門職や家族との連絡調整を行うことである。入所者の健康に関する情報は、LPNとCNAの記録や口頭からの報告で収集していた。LPNはRNの指示監督に基づいて、経管栄養や褥瘡処置、配薬、点滴、喀痰吸引といった医療処置を行っていた。CNAはRNとLPNの指示監督のもと、食事や排泄介助、清潔介助、移動介助といった日常生活上の世話と、バイタルサイン測定と体調の確認をおこなっていた。

第4項 心肺停止の対応に関する文書とCNAの役割

調査した施設では、心肺停止の対応に関する文書として、「延命治療に関する医師の指示書(Physician Orders for Life Sustaining Treatment: POLST), (Kokua Mau,2016a)」と「ハワイ州医療についての事前指示書(Hawai'i Advance Health Care Directive: AD) (Kōkua Mau (2016b))」の2つの書類が使用されていた。POLSTとADは使用目的と対象者が異なる。表6.1にPOLSTとADの違いを示した。

表 6.1 POLST と AD の違い

	POLST	AD
指示する人	医師	本人・代理人
使用の目的	医師が関係者に生命維持の治療方針をオーダーする	本人が医療職に自分の希望を伝える
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・余命半年と終末期の診断がされた人 ・重病な病気の人 ・虚弱で人生の終わりに近づいている人 	疾患や病状に関係なく全ての人
保管場所	<ul style="list-style-type: none"> ・ハワイホスピス・緩和ケア組織のWEB上で共有 WEBにアクセスすればどの医療機関でも閲覧可能 ・カルテ ・本人 	<ul style="list-style-type: none"> ・カルテ ・本人 ・専用の文書 など
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・蘇生法のオーダー ・緩和ケアか集中治療かのオーダー ・抗生物質の使用のオーダー ・人工栄養の使用及び期間のオーダー 	<ul style="list-style-type: none"> ・延命の希望 ・人工栄養の奇病 ・痛みの軽減の希望 ・宗教的な希望

Note. 「POLST Information(Kōkua Mau 2016c)」と「National POLST(2021)」を参考にして筆者が作成

POLSTは主に、余命半年と終末期の診断された患者に発行される医師の指示書である。POLSTの作成においては、医師が患者本人のADを参考にしてほかの医療職や家族と話し合い、合意形成のもと、医師が最終決定する(Kokua Mau,2016a)。POLSTの指示内容は大きく4つに分かれており、一つ目は、DNAR(Do not attempt Resuscitation)について、二つ目は、症状を和らげる緩和的な処置だけを行うのか、もしくは集中的な治療を行うのか、三つ目は抗生物質を使用するのか、四つ目は人工栄養をするのか、長

期的に使用するのか，を示している．AD は，本人が医療に関する希望を表明した文書であり，医師が POLST の内容を検討するとき，参考にする文書である (Kokua Mau, 2016a)．

調査した 2 つの施設が使用していた POLST と AD のフォーマットは，ハワイホスピス緩和ケア組織の KAKUA MAU が作成したものだ．

心肺停止に関連した CNA の役割は，1) 平常時と 2) 心肺停止時の 2 段階に分かれていた．これを米国ハワイ州の長期ケア施設における心肺停止に対する CNA の行動と判断基準として図 6.1 にまとめた．

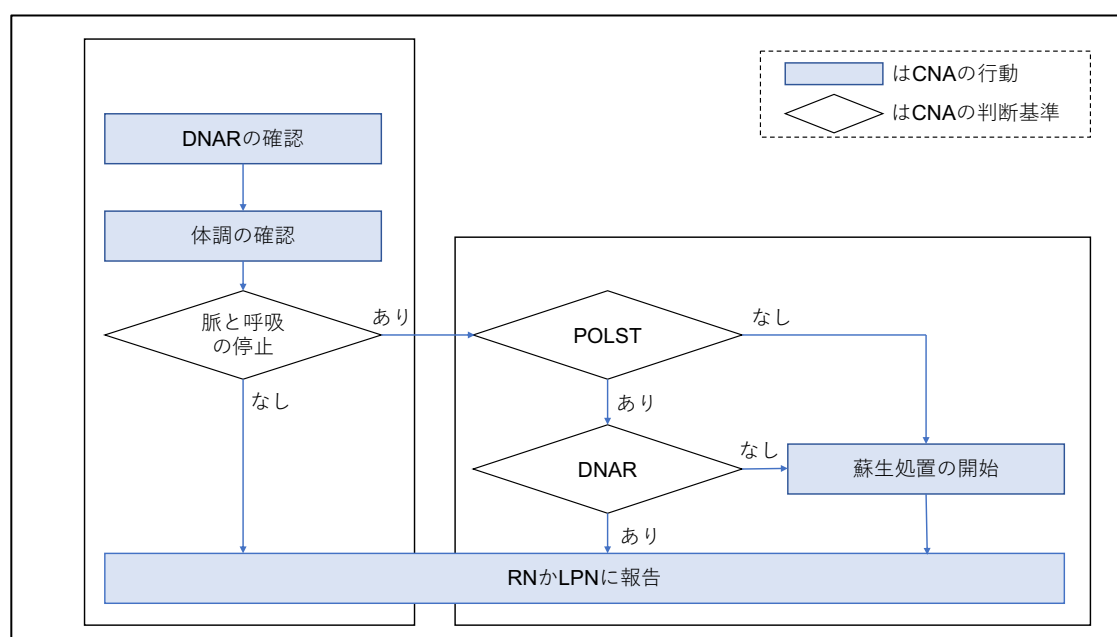


図 6.1 米国ハワイ州の長期ケア施設における心肺停止に対する CNA の行動と判断基準

Note. 筆者が作成

平常時，CNA は当日に担当する入所者の「DNAR」と「体調」を確認していた．具体的な確認方法は，勤務開始時にカルテにファイリングされている POLST をみるか，ナースステーション内にあるナースコール盤のネームプレートに掲示されている「DNAR」の表示がされているか，確認する．「体調」については，日勤帯ではバイタルサインを測定し，体調を確認する．さらに，シャワーや食事介助といったケアを提供している時に体調を確認する．RN が事前に CNA 用に入所者ごとに具体的な観察項目をメモに

リストアップしている。CNA はそのメモを用いて常に観察することになっていた。RN への「報告」方法は、観察した結果を所定の記録用紙に記載する。ただし、緊急時は口頭で報告する。

次に心肺停止時の場合、CNA は「蘇生処置」を実施するか、または、RN か LPN に「報告」をすることになっていた。いずれかの行動は、「DNAR」によって判断されていた。DNAR がある入所者の場合は、蘇生処置は試さず、すぐに RN か LPN に「報告」する。一方、DNAR のない入所者の場合は、その場で「蘇生処置」を実施し、ナースコールや声を出して応援を要請することになっていた。

第 4 節 考察

本調査の目的は、CNA の心肺停止に関連する役割とその役割が果たせる心肺停止の体制を明らかにすることである。調査の結果、CNA の心肺停止に関連する役割には、平常時では体調の確認と報告すること、心肺停止時には蘇生処置をすること、もしくは蘇生処置を実施せずにそのまま RN や LPN に報告することだった。

ナーシングホームには 24 時間 RN、LPN が配置されており、心肺停止時の対応の役割を CNA は果たすことができていた。さらに、ハワイ州法で AD と DNAR の取り扱いについて規定されており、CNA はいつでも迷うことなく、心肺停止時の対応をすることができていた。これらの結果から本項では、心肺停止時における日本の介護職の役割と施設体制に示唆を得るために、CNA の心肺停止に関する役割とナーシングホームの体制を検討する。

第 1 項 看護師の指示に基づいた体調の確認

平常時、CNA の役割には、入所者の「体調」を確認し、RN もしくは LPN に「報告」することが求められていた。なお、個々の入所者の具体的な観察項目については、RN によって CNA にメモで伝えていた。

CNA が RN から指示された観察項目を確認し RN に報告していた。RN はその「体調」の情報を用いて、看護アセスメントと看護計画の立案をしていた。

松尾は看護アセスメントについて、情報を分析し、査定することで、情報の意味をあきらかにすることと、説明している(川村,志自岐,松尾,2005)。今回、明らかになった「体調」の確認と「報告」する CNA の役割は、松尾がいう、「情報」の部分に該当するだろう。CNA が行う体調確認は、RN が行う看護アセスメントの機能の一部を補っているともいえる。

Mosby's Textbook for Nursing Assistants によると、CNA の役割と責任について「看護師の補佐(Sheila, Leighann,2012,p.25)」と説明している。CNA の「体調」の確認と RNA や LPN に「報告」することは、RN の補佐としての役割であると考えられる。なお、この役割は入所者の人権を保障し、ケアの水準を確保するために、1987 年にアメリカ連邦政府が制定した 1987 年ナーシングホーム改革法(The1987 Nursing Home Reform Act)に規定されている。

日本の介護職は介護アセスメントをするが、看護アセスメントの補佐は行わない。これは、日本の介護職は看護職である CNA と異なり、福祉職だからである。もちろん日本の介護職も、CNA と同じように入所者の健康チェックをし、体調に変調があった場合、医療職と連携をとる(長嶋,2015,pp.17-19)。ただし、看護師が入所者全員の観察項目を介護職に毎日伝えるという点では異なる。

第 2 項 生命を医療職につなげる役割

心肺停止時に居合わせた CNA は、DNAR で〈蘇生処置〉の実施の判断をしていた。その一方、蘇生処置の判断に AD を用いない。その理由は、第一に、医師以外の医療従事者は、AD に従わないことと、ハワイ州の The Uniform Health-Care Decisions Act Modified(Hawaii Code,2011 で法的に規定されているからである。医師以外の医療従事者が従うべき指示は、医師が作成した POLST や DNAR と定められている。第二に、National Polst は心肺蘇生法を試みる義務について、本人や家族が蘇生処置の実施を

希望せず自然死を望んでも POLST がない場合は、救急医療チーム、その他の医療提供者は医師が診察するまで、心肺蘇生法を試みる義務がある、と述べている(National Polst,2021).

このように CNA は DNAR の指示以外はすべての心肺停止の事例で蘇生処置を行うことになっている。したがって蘇生処置を通して、CNA は入所者の生命を他の医療職につなげる役割をもつことが示された。

第3項 本人の意思を尊重する役割

DNAR の指示がある入所者の心肺停止に対して、CNA はハワイ州の規定に則って蘇生処置を試さない。この心肺停止時の対応から、CNA は入所者の意思を尊重する役割を担っているといえる。

日本の高齢者介護施設に目を向けると、池上(2010)は、約 15%の介護老人福祉施設が施設内看取りの希望について確認していないと報告している。この結果から、看取りの希望を確認していない施設は、本人の意思と異なった心肺停止の対応している可能性が推察できる。本人の尊厳を守るために、DNAR が記された POLST の導入することについて、議論されている(日本臨床倫理学会,2015)。

しかし、日本において AD については、欧米の自己決定権が基盤になっていることから、日本の国民が AD を理解する困難さがあるという指摘もある(日本集中治療医学会倫理委員会,2017a)。さらに、DNAR については、集中治療室といった救急医療の現場でさえも、DNAR の指示があると心肺蘇生以外の多くの治療が終了、または差し控えられている実態が報告されている(日本集中治療医学会倫理委員会,2017b)。

これらの議論から分かるように、日本においては AD を法制化することや POLST の導入については、引き続き慎重な議論が必要であろう。高齢者介護施設を取りまく社会状況や医療保険制度はアメリカと日本の高齢者介護施設で異なる。それに伴って入居の対象者、サービスの内容、職員の配置基準といった体制も変わる。したがって、アメリカと日本の高齢者介護施設を単純に比較して検討することはできない。

第 5 節 結論

本調査の目的は、心肺停止時における介護職の行動指針とその施設体制を明確にするため、看取りを先駆的にこなっているアメリカ・ナーシングホームを調査することである。

調査の結果、心肺停止に関連する CNA の役割は、RN が提示した観察項目に従って、入所者の体調を確認することだった。心肺停止時での役割は、医師が決定した DNAR の指示通りに、蘇生処置を試さず、本人の意思を尊重することだった。それ以外の心肺停止に対しては、蘇生処置を施し生命をつなげてく役割を担っていた。

これらの結果から、日本の介護老人福祉施設の看取り体制に示唆を得られたことは、次の 2 つである。

1. 看護師は入所者の体調について観察すべき内容を、毎日介護職に具体的に明示すること。
2. 介護職が心肺停止時に対して適切に対応していくには、判断基準を DNAR に限定することと、DNAR 以外は蘇生処置を行うといった明確な行動指針を介護職に明示すること。

第 6 節 本調査の限界と課題

本調査はアメリカ合衆国ハワイ州のナーシングホームで調査を行った。その結果、看護職が介護職に観察すべき内容を伝えることや、介護職の判断基準や行動指針を DNAR に限定することが示唆された。今後は DNAR を基準にした心肺停止時の介護職の対応について、介入調査をし、施設内での看取りに有用かどうか実証調査する必要がある。

なお、本調査は介護福祉学に掲載された筆者の論文を一部修正したものである(古川,2017)。

終章 総括

高齢者介護施設の看取り体制上の課題を把握するため、本研究の目的は、心肺停止時の対応と体制上の問題点を明らかにするため、高齢者介護施設が、心肺停止時の対応をどのように実施しているのか、またその背景には何があるのかを探索的に明らかにすることである。その結果から、看取り体制上の課題解決の方向性を示すことである。

第 1 章では、高齢者介護施設が看取り場所として役割をもつようになった経緯を、医療福祉政策の歴史的変遷から説明した。第 2 章では、ACP の概観と諸外国の取り組みを整理した。日本の高齢者介護施設で用いられている、看取り意向書と看取り同意書の違いも整理し、課題を述べた。第 3 章では、ACP に関連した緊急対応に関する国内外の先行研究をスコーピングレビューし、これまで明らかになっている研究成果から、今後の研究課題を検討した。第 4 章では、介護老人福祉施設の介護職が行う蘇生処置を質的に検討した。第 5 章では、死亡診断を目的とした救急搬送とその関連要因を量的に明らかにした。第 6 章では、高齢者介護施設における心肺停止時の介護職の具体的な行動指針と責任範囲について示唆を得るため、アメリカ合衆国ハワイ州のナーシングホームで調査を行った。

本章においては、最初に本研究の結果をまとめ、次に総合考察する。最後に、結論として看取り体制の整備に必要な課題を提示する。

第 1 節 本研究のまとめ

第 1 項 看取り政策の推進と高齢者介護施設の看取り実践とのギャップ

第 1 章では、医療福祉政策やそれに伴う高齢者の看取り場所の変遷を概観した。看取り場所として役割が期待されている高齢者介護施設の課題を、心肺停止時の対応に視点をあてて整理した。高齢者介護施設の中でも介護老人福祉施設は、医療職が 24 時間配置されておらず、夜間は介護職のみの

配置である。介護職は夜間に発生する心肺停止への対応に対して、不安を感じている。

心肺停止した入所者の中には、救急隊が到着するまで蘇生処置が施されていない者もいると報告されている。一方、入所者、家族と施設との間で、施設内で看取りをすることを同意していても、いざその時が来たときに、医師と連絡が取れないことや、医師が施設に来所できないという理由で、本人の意思に反して救急搬送される者も報告されている。このような背景から高齢者介護施設内で入所者が心肺停止すると、施設の都合で入所者の生命や意思が損なわれている可能性が推察された。

これらの状況から筆者は、高齢者介護施設における心肺停止の対応に疑問を持ち、さらに看取り政策と心肺停止の対応現場との間に乖離を感じた。なぜならば、看取り政策では、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ことを目指している。その一方、高齢者介護施設での心肺停止の現場に目をやると、生命と本人の意思が守られていない報告が散見されていたからである。

そこで筆者は、高齢者介護施設が本人の意思を守る看取りを実現していくには、まず、施設内の心肺停止の現場で何が起きているのか課題を明らかにする調査が必要と考えた。具体的には、介護保険施設の要となっている介護老人福祉施設では、終末期の診断を受けていない入所者が心肺停止したとき、施設は本人の生命を守る対応をどのように実施しているのか、反対に、終末期の入所者の心肺停止に対して、本人の意思を守るためどのような対応しているのか、それぞれの対応の背景に何があるのか、リサーチクエスチョンをたてた。

第2項 形骸化している高齢者介護施設のAD

厚生労働省が推進している医療における意思決定支援であるアドバンス・ケア・プランニング(Advanced Care Planning:ACP)を概観した。諸外国での取り組み等を整理して、終末期ケアにおけるACPの有用性について

て確認した。ACP を構成する要素である事前指示書の種類を提示し、高齢者介護施設で用いられている事前指示書と同意書の違いについて整理した。

また、日本の高齢者介護施設で用いられている看取り意向書と同意書には、代理人決定指示がなく、自己決定という観点では海外の AD と比べ形骸化していると考えられた。ゆえに高齢者介護施設の入所者家族が、本人の自己決定の責任を負わせられていた。

そこで、まずこれまで明らかになっている緊急対応に関連する高齢者介護施設の ACP に関連する先行研究をスコーピングレビューし、具体的な研究課題を明らかにする必要があると考えた。

第 3 項 介護老人福祉施設における蘇生処置の質的調査と救急搬送の量的調査の必要性

第 4 章では、具体的な研究課題を明らかにするため、緊急対応に焦点を置いて高齢者介護施設の ACP に関連した国内外の論文をスコーピングレビューした。スコーピングレビューの結果、蘇生処置と救急搬送の 2 つの緊急対応について言及されていた。蘇生処置に関しては、AD があっても看護職が ACP の概念を知らないと救急医が患者の AD に従わないことなど、AD と蘇生処置の関連性を量的に明らかにされていた。データは高齢者介護施設から病院に搬送された入所者のカルテを用いていたが、高齢者介護施設のデータを用いて検討した研究がおこなわれていなかった。救急搬送に言及した日本の研究では、死亡診断といった明確な目的で救急搬送する施設の存在が報告されていた。しかし、その要因を量的に調査がされていないことが分かった。

以上のことから、高齢者介護施設の看取り体制の課題を把握するには、1. 心肺停止時の対応を質的調査して明らかにすることと、2. 死亡診断を目的にした救急搬送する要因を量的に調査する研究課題があることが分かった。

第 4 項 救命と看取りが混在しているマニュアルと心肺停止の対応

第 4 章では、看取りを実践している介護老人福祉施設の介護福祉士を対象に質的調査を行い、心肺停止の発見から救急隊が到着するまでの、介護

福祉士の蘇生処置を明らかにした。なお、心肺停止した入所者の事例は、いずれも終末期の診断を受けていない事例に限定した。

分析の結果、介護福祉士が行う蘇生処置は、蘇生処置を開始するまでに数分かかることや、蘇生処置を開始しても中断することや中止することがみられた。蘇生処置を開始するまでに数分かかる介護福祉士は、施設のマニュアルに従って、施設長と家族に電話連絡し、救命するか、看取るかの指示を仰いでいた。このような電話連絡が含まれるマニュアルには、救命対応と看取り対応と相反する対応が含まれていることが示唆された。

次に蘇生処置を中止する介護福祉士は、救急隊が来るまでの間、死亡と予測し救命を諦めた。同時に、普段の会話から聞いていた、「もうこれ以上長生きしなくていい」といった本人の意向に沿って、蘇生処置を中止した。この介護福祉士は、蘇生処置の目的を救命ではなく延命と解釈をかえていたと推察することができた。言い換えると介護職が行う心肺停止の対応には、マニュアルと同様に、救命対応と看取り対応が混在していることが示唆された。

第5項 心肺停止に対する行動指針を明確化する必要性

第5章では、第4章の質的調査で得られた結果をもとに質問項目を作成して、量的調査を行った。死亡診断をする目的で病院へ救急搬送する要因を明らかにするために、「死亡診断を目的にした救急搬送」を従属変数にし、「蘇生処置の意向の把握方法」、「看取り介護の体制」、「救急搬送の判断基準」を独立変数にして、ロジスティック回帰分析した。

その結果、死亡診断を目的とした救急搬送している施設は、「蘇生処置の意向を入所者全員に聴取」していない、「蘇生処置の意向をケアマネジャーが把握」してない傾向が示された。この結果から施設内の看取りにはケアマネジャーが影響を与えていると考えることができた。

ほかには「終末期以外の心肺停止に介護職が訴訟や過失責任を問われる懸念をもつ」施設も死亡診断の目的で救急搬送している傾向が示された。これは、心肺停止に対して、過去に家族から抗議された苦い経験や不安が背景にあると考えられた。

これらの結果から、介護老人福祉施設内で心肺停止した入所者の意向に沿って看取りを実現していくには、1.施設ケアマネジャーが入所者の蘇生処置の意向を把握すること、2.心肺停止に関する介護職の行動指針と責任範囲を明確にすることが示唆された。

第6項 DNAR に限定した蘇生処置の不実施

第5章の結果から、心肺停止時の対応には、まず介護職の行動指針と責任範囲を明確にした体制づくりの必要性が示唆された。しかし、第3章から第5章までの調査からは、介護職の行動指針や責任範囲を具体的に明確化することができなかった。そこで第6章では、看取りを先駆的にこなっているアメリカ合衆国のナーシングホームに訪問し調査した。ナーシングホームでは、CNAの参与観察とヒアリングから、心肺停止時の対応に関連するCNAの役割を明らかにし、その結果から心肺停止に関連する施設体制を検討した。CNAには、看護職の補佐、入所者の意思を尊重する、救命につなげるという、3つの役割があった。この役割を果たすために、施設は明確な行動基準をCNAに提示していた。行動基準はDNARの指示に限られており、DNARがあれば蘇生処置は実施せず、なければ、蘇生処置を行うと定められていた。したがってADの内容でCNAは行動を変えることはなかった。

これらの結果から、日本の介護職が心肺停止時に対して適切に対応していくには、判断基準をDNARに限定することと、DNAR以外は蘇生処置を行うといった明確な行動指針を介護職に明示することが分かった。

第2節 本研究の総合考察

本節では、介護老人福祉施設の看取り体制の課題を検討していく。第2章から第6章までの結果から、看取り体制を整備するには、第1に心肺停止時に蘇生処置を実施するか否かの基準は、終末期の診断を条件に発行された看取り同意書に限定すること。第2に施設ケアマネジャーの役割をACPのコーディネーターにすること。第3に施設の配置医がACPチームに

参加する必要性があると考えた。なお、これらの前提には、厚生労働省の方針に則って施設に ACP の概念を取り入れることである。

第 1 項 看取り同意書に限定した蘇生処置の行動基準

第 4 章の質的調査の結果から、介護福祉士は心肺停止した入所者に対して、蘇生を諦めると本人の意向に沿って蘇生処置を中止していたことが分かった。これは、心肺停止の現場に居合わせた介護福祉士が、その入所者の看取りの意向と、終末期の入所者に発行される看取り同意書の機能について、混同していた。

その一方、第 6 章のナーシングホームの調査では、CNA は、DNAR によって蘇生処置を実施するか判断していた。これは、ナーシングホームでは普段から、突然の心肺停止と看取りの心肺停止に備え、CNA の役割と行動基準を明確に示している施設体制が背景にあった。

第 2 項 施設ケアマネジャーをコーディネーターとした ACP のチーム体制構築の必要性

第 5 章の結果から、「施設ケアマネジャーが蘇生処置の意向を把握」の項目が死亡診断を目的にした救急搬送と関連していたことが示された。これは入所者の終末期の時期まで意志決定を支援するケアマネジャーの役割や、入所者と家族の希望を把握している介護職と連携するケアマネジャーの機能に由来すると考えられた。それだけでなく、施設ケアマネジャーは、主に施設の介護職、看護職、リハビリ職、医師と連携することが多い。なかでも医療職との連携調整が強く求められており、他職種連携のコーディネーターとしての役割をもつ。

ケアマネジャーの役割から救急搬送との関連性について検討すると、最終的に蘇生処置の指示を検討する医師に、ACP の話し合い時やケアマネジャーを通じて事前に本人の意向が伝えられている可能性を考えることができる。それだけでなく、心肺停止の現場に居合わせる介護職にも、事前に心肺停止時のしかるべき行動（つまり医師の指示）が伝えられていると考えることができる。

以上のことから、高齢者介護施設における看取り体制の整備には、施設ケアマネジャーがコーディネーターとした ACP チームを構築することが有用であると示唆された。

第 3 項 ACP への医師の参加と、その役割に見合った保障

第 6 章のアメリカのナーシングホームの調査から、医師の役割が分かった。ナーシングホームの医師は、大抵、入所前から本人の家庭医として関係があった、かかりつけ医である。かかりつけ医は必要に応じて継続的に訪問診療を行う。そして、かかりつけ医は入所者が終末期の段階に入ると、当然終末期の診断をつける。同時に、ハワイ州法の下、AD を参考にして、本人、家族、看護師、ホスピス医等と話し合いながら POLST の内容を検討し、作成する。その中で DNAR の指示も検討する。

第 5 章の結果、高齢者介護施設内で看取りをするためには、ACP のチームを構築する必要があることが示唆された。ACP における日本の医師の役割について西川(2021)は、本人意思の実現のためには医療上の判断をしっかりと行うことと、述べている。つまり、介護老人福祉施設の配置医師は ACP のチームの一員として重要な役割を担っていることは言うまでもない。

しかし、高齢者介護施設において意志決定支援の話し合いに、医師が参加している施設は 4 割と少ない(人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会,2018)。これは、介護老人福祉施設の配置医の役割は入所者全員の健康管理、定期健康診断、予防注射、介護支援などの単発的に行える医学的業務にとどまっていることに起因していると考えられる。つまり、介護保険法では、アメリカのナーシングホームのかかりつけ医のように、継続的に各入所者の医学的管理を求められてはいない。

配置医が課せられている医学的業務にかかる介護報酬は、業務量に関係なく一定額で算定されている。医師の中には、契約料に関して、割りに合わないといって介護老人福祉施設の嘱託医を受けない医師もいる。反対に、個々のボランティア精神で契約している配置医も存在する(永井,2017)。つまり、現行の法制度で、配置医を ACP チームの一員として役割をもとめる

ことは、医師個人に負担を課すことになりかねない。介護老人福祉施設で看取り体制を整備していくには、ACP のチームの一員として医師が参加できるよう、その役割に見合った保障を制度化する必要があると考える。

第 3 節 本研究の結論

本研究の目的は、生命の尊厳を守ることを大前提にして、心肺停止時の対応と体制上の問題点を明らかにすることである。その結果から終末期の入所者の最後の瞬間まで本人の意思を尊重する看取り体制上の課題解決の方向性を示すことである。

そこで第 2 章で ACP の歴史的経緯と諸外国の取り組みを整理した。その結果、日本の高齢者介護施設の看取り意向書と同意書は形骸化されている可能性が考えられた。第 3 章ではスコーピングレビューを行い、高齢者介護施設における ACP にかかる緊急対応について整理し、研究課題を明らかにした。その結果、高齢者介護施設における蘇生処置の実態を質的に調査することと、死亡診断の目的で救急搬送する高齢者介護施設側の関連要因を量的調査する必要性が分かった。

第 4 章では、介護老人福祉施設での心肺停止時の対応を調査した。その結果、マニュアルの内容は、救命対応と看取り対応が混在していたことが明らかになった。さらに、介護職が、心肺停止した入所者に対して蘇生を諦めると、蘇生処置の目的を救命から延命に解釈を変え、蘇生処置を中止したまま、救急搬送をしていたことが明らかになった。

第 5 章では死亡診断を目的とした救急搬送の関連要因を調査した。その結果、死亡診断の目的で救急搬送しない施設は、蘇生処置の意向を施設マネージャーが把握している傾向があることが示された。これは終末期介護における他職種と家族をコーディネートして情報共有しようとする施設ケアマネージャーの役割に起因していると考えられた。

第 3 章から第 5 章の調査結果から、高齢者介護施設における心肺停止時対応の実態が分かった。また施設内で看取りをするには心肺停止の現場に居合わせる介護職の判断が決め手になっており、介護職の行動指針や責任範囲を明確にする必要性が分かった。しかし、ここまでの調査からは、現

場に即した具体的な看取り体制の課題を明らかにするには、不十分であった。

第 6 章で、日本よりも先行して高齢者介護施設で看取りを実施しているアメリカ合衆国から示唆を得ることを目的にして、ハワイ州にあるナーシングホームの調査をした。調査の結果、ナーシングホームでは各入所者にかかりつけ医がおり、診療上の責任をもっていた。終末期になるとホスピス医も加わり、かかりつけ医はホスピス医とともに、本人の AD に基づいて DNAR の指示をだしていた。日本の介護職に相当するナーシングアシスタントは、DNAR の指示があるときに限って蘇生処置を試さず、それ以外は蘇生処置を実施すると、法的に義務づけられていた。

第 1 章から第 6 章までの内容から総合考察すると、入所者の意思を尊重した看取り体制を整備するには、次の 5 つの課題が示された。

1. 心肺停止時対応の判断基準を看取り同意書に限定すること
2. 看取り意向書には、代理人決定指示も包含すること
3. 介護職が看取り意向書と混同しないように、看護職は毎日、介護職に入所者全員の看取り同意書の存在について情報提供すること。
4. 本人の意向と看取り同意書の発行に関して正確な情報を共有できるように、施設ケアマネジャーをコーディネーターとした ACP チームを構築すること
5. ACP のチームの一員として医師が参加できるよう、その役割に見合った保障を制度化すること

とくに、心肺停止時の対応に関する判断基準を明確にする体制を施設に構築すれば、少なくとも現状の施設体制と比べて、職員が心肺停止に適切に対応することができ、その結果、入所者の生命と尊厳を守ることができると考える。さらに、心肺停止時の対応を実施する介護職が、訴訟や過失責任を問われることに対しての不安は低減されるに違いないだろう。

第 4 節 本研究の意義

第1項 学術的意義

先述したとおり、これまで高齢者介護施設における心肺停止時対応に関連した様々な研究や取り組みは行われている。しかし、高齢者介護施設の職員が実施する蘇生処置の実態を質的に調査した研究や死亡診断を目的とした救急搬送の要因と関連性を量的に調査した研究はみうけられない。さらに、高齢者介護施設の看取り体制を整備するために、心肺停止時の対応の課題に言及した研究はされていなかった。

本研究の結果から、看取りに不可欠な心肺停止時対応上の課題を解決していくには、1)心肺停止時対応の判断基準を看取り同意書に限定すること、2)代理人決定指示の導入すること、3)毎日の看護職から介護職へ、看取り同意に関する情報提供すること、4)施設ケアマネジャーをコーディネーターとしたACPチーム体制をつくること、5)ACPのチームの一員として医師が参加できるよう、その役割に見合った保障を制度化する必要があることの5点が示唆された。

心肺停止時の対応に焦点をあて、蘇生処置と看取りの二側面から看取り体制の課題を検討した研究は希少である。そこに本研究の学術的価値があると考えられる。

第2項 社会的意義

高齢者医療費の財政に占める社会保障費の割合は、問題と指摘されることが多い。また2020年以降、新型コロナウイルス感染症の蔓延で、救急医療はひっ迫した。こうした中、高齢者介護施設が適切に救急医療を利用することは、社会保障財政的にも国民の生命と健康を守るためにも欠かせないことである。

死亡診断を目的とした救急搬送の要因を明らかにした本論文は、延命治療を希望しない終末期高齢者の救急搬送や高度救命救急センターでの入院治療を回避させる一助になるだろう。また何よりも、病院以外で最後を迎えたいという人々の希望に寄与するであろう。

第3項 人間科学的意義

高齢者の看取り場所は、戦後より自宅から病院、病院から自宅・高齢者介護施設へ移行するよう政策誘導されている。2006年以降から診療報酬や介護保険法の度重なる改正によって、高齢者介護施設は看取り場所としての役割を一層期待されている。

しかし高齢者介護施設における心肺停止の現場では、看取りの政策と生命の安全確保義務の間に介護職が挟まれ、身動きが取れない状況がある。こうした状況下で入所者が心肺停止すると、本人の生命や意思を損なう場合もある。高齢者介護施設における人間の生命と尊厳に対する問題は、延命を可能にした医学の発達だけでなく、1970年代以降の新自由主義政策を背景にして、顕在化したと考える。

しかし、高齢者介護施設における心肺停止時対応の調査研究は、主に医学や看護学領域で行われ、病院搬送された傷病者の特徴や、蘇生処置の教育研修の課題検討にとどまっている。心肺停止の対応現場にかかる課題解決について未だ知見が得られていなかった。

本研究は従来の研究調査と異なり、次の3点の特徴があげられる。第一に施設の職員を対象に調査し、第4章では医学的概念枠組みで、第5章では社会政策的視点で分析した。第二に、第6章で海外の施設体制を社会調査法の参与観察法で調査した。第三に、学際的なアプローチで、人間の尊厳に関わる課題解決に挑戦しようと試みた。

人間の生活をめぐる課題解決には、自然科学と社会科学が融合した人間科学的手法の研究が有用である。つまり、人間科学は学際的なアプローチで人間の Well Being を目指している。本研究は、人間の尊厳に関する課題解決に向けて、人間科学的手法で調査を行い、看取りの意向と看取りの同意が混同している心肺停止対応の現場の課題を明らかにした。この課題は、看取り体制整備に必要となる具体的な方策に関する知見を得たといえる。ゆえに、本研究は人間科学が目指す人間生活における課題の解明に寄与したと考える。

第5節 本研究の限界と課題

本研究の結果から、高齢者介護施設の看取り体制における心肺停止時対応の課題を解決していくには、看取り同意書を判断基準とした心肺停止時の行動を明確化することと、看取り意向書に代理人決定指示を取り入れる必要性が示された。この体制は、すでにアメリカのハワイ州のナーシングホームで実践されているため、本人の意思を尊重した看取り対応には、効果的であると考えられる。しかし、現地の医療保険制度やADの関連法案は日本と異なり、当然、施設に配置される人的資源やコストも異なる。そればかりでなく、そもそも自己決定に関する日本人の意識はアメリカ人と当然異なっている。したがって、日本の高齢者介護施設において、この施設体制が心肺停止時の対応に有効だと断言することはできない。そこで、今後看取り同意書を行動基準にした心肺停止時の体制を実証する必要があると考える。具体的には、蘇生処置の不実施の判断を看取り同意書に限定した調査や心肺停止時の緊急対応マニュアルを看取り用と救命用に区別して作成し、救急搬送の効果を実証する介入調査をする必要があると考える。

また、本研究の調査対象場所は、介護老人福祉施設に限定されていた。ほかの高齢者介護施設での救急対応やACPを導入している高齢者介護施設での実態調査をする必要がある。

そのほかに、蘇生処置や延命処置に関する問題は、医学、看護学といった生命科学的な観点から明らかにする研究もあれば、人文・社会科学的な観点からなされる研究も存在している。法学や倫理学においては、尊厳死や安楽死について研究なされている。社会学においては、その代表格として、死を主題として社会学的研究を行った、GlaserとStrauss(Glaser, Strauss, 1965)やSudnow(Sudnow, 1967)の研究があげられる。人類学においては、アメリカのホスピスケアの実践をエスノグラフィで分析した服部の研究をあげることができる(服部洋一, 2018)。人々の命をめぐる研究は、学際的に行われており今後調査を進めていく上では、これらの分野の研究成果も含めて、考察していく必要があるだろう。

References

- 相澤出. (2016). 医療過疎地域における特別養護老人ホームでの看取りをめぐる困難：宮城県登米市の地域密着型特別養護老人ホームの事例の検討. *社会学年報 Society*, (45), 39-49.
- 相本浩太. (2014). 女性の活躍推進による経済の成長：女性の職業生活における活躍の推進に関する法律案 (特集 第 187 回国会の論議の焦点). *立法と調査*, (359), 3-18.
- 赤津裕康, 間辺利江, 竹尾淳, 川出義浩, 木村雄子, 近藤麻央, . . . 大原隆弘. (2018). 大都市旧ニュータウン在住高齢者への死後を含めた事前指示に関する意識調査と啓発介入効果. *日本老年医学会雑誌*, 55(3), 358-366. doi:10.3143/geriatrics.55.358
- 足立智孝, 鶴若麻理. (2015). アドバンス・ケア・プランニングに関する一考察:-米国のアドバンス・ディレクティブに関する取組みを通して-. *生命倫理*, 25(1), 69-77. doi:10.20593/jabedit.25.1_69
- 有田伸弘. (2017). 特別養護老人ホームにおける「看取り同意」についての研究序説. *関西福祉大学研究紀要*, 20, 1-7.
- 池上直己. (2010). 地域における終末期ケアの意向と実態に関する調査研究 (II)報告書. http://www.hpm.med.keio.ac.jp/pdf/roken_21.pdf
- 池上直己, 池崎澄江. (2013). 遺族による終末期ケアの評価：病院と特別養護老人ホームの比較. *日本医療・病院管理学会誌*, 50(2), 127-138. doi:10.11303/jsha.50.127
- 石井敏. (2010). ユニット型特別養護老人ホームの夜勤介護における行為と空間滞在の分析. *日本建築学会計画系論文集*, 75(656), 2315-2324. doi:10.3130/aija.75.2315

石川孝子, 福井小紀子, 岡本有子. (2017). 訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスケアプランニングと希望死亡場所での死亡の実現との関連. *日本看護科学会誌*, 37(0), 123-131. doi:10.5630/jans.37.123

石黒ケイ子. (1968). 居宅ねたきり老人実態調査実施について. *保健婦雑誌* 22-28.

医療法. 昭和二十三年法律第二百五号. 第一章. 総則. 第一条の4の2.

伊藤重彦, 佐藤穰, 真弓俊彦, 竹中ゆかり, 田邊晴山, 田口健蔵. (2017). 地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究.

http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList4_2/pdf/h28_kenkyukadai_houkoku/07_kenkyukadai.pdf

一家綱邦. (2017). 医療基本法の現在地. 医療基本法：患者の権利を見据えた医療制度へ. 医療基本法会議 東京：エイデル研究所.66-72.

内田信之, 嶋村, 洋子, 中村晶子, 星野哲也, 丸橋徹, 中島寿大, 山田圭一, 齋藤昌一春原晃. (2020). 救急医療での視点からアドバンス・ケア・プランニングの重要性を啓発する活動. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, 43(2), 70-72. doi:10.14442/generalist.43.70

エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ. (2017). 特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業. Retrieved from https://www.mri-ra.co.jp/pdf/h28_tokuyou.pdf

遠藤希和子. (2016). 介護福祉の視点から Continuing care retirement community (CCRC)を再考する：アメリカでの現地調査から. *介護福祉学*, 23(1), 54-59.

大村光代. (2017). 特別養護老人ホームでの看取りにおける職員の精神的負担に対する看護管理者の対応. *日本看護科学会誌*, 37(0), 272-278. doi:10.5630/jans.37.272

- 小川菜津子,小笠原知枝. (2018). 事前指示書. 小笠原知枝 (編). エンドオブライフケア看護学基礎と実践 (pp.49-53). 東京:ニューヴェルヒロカワ.
- 落合秀信, 長野健彦, 松岡博史, 金丸勝弘. (2018). 地方における高齢者施設での終末期状態患者に対する急変時対応に関する検討. *日本臨床救急医学会雑誌*, 21(4), 612-617.
doi:10.11240/jsem.21.612c.jp/naid/40020291073/
- 大桃美穂, 鶴若麻理. (2018). アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁:—独居高齢者—訪問看護師間のケアプロセスと具体的支援の分析を通して—. *生命倫理*, 28(1), 11-21.
doi:10.20593/jabedit.28.1_11
- 小口多美子, 豊嶋三枝子, 須佐公子. (2011). 定年退職後に,高齢者施設に勤務している看護職者のストレスや困難・雇用者への要望. *獨協医科大学看護学部紀要*, 5(1), 49-54. <https://ci-nii-ac-jp.ez.wul.waseda.ac.jp/naid/120006551070/>
- 小野和幸, 大河原治平, 阪本敏久. (2017). 救急現場で遭遇する DNAR の現状と問題点. *日本臨床救急医学会雑誌*, 20(1), 64-68.
doi:10.11240/jsem.20.64
- 片山陽子. (2014). 研修報告:カナダ BC 州におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践と教育の展開. *香川県立保健医療大学雑誌*, 5, 37-43.
- 加藤昇, 金銅稔夫, 森田正則, 中田康城, 横田順. (2016). 老人福祉施設からの救急搬送の現状と課題. *日本臨床救急医学会雑誌*, 19(1), 29-34.
doi:10.11240/jsem.19.29
- 加藤真紀, 竹田恵子. (2017). 高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー. *日本看護研究学会雑誌*, 40(4), 685-694.
doi:10.15065/jjsnr.20161223009

- 角能, 高橋幸裕. (2019). 終末期介護における職種間コミュニケーションの課題の多面的考察: 介護職・ケアマネジャー・看護職へのアンケート調査を踏まえて. *尚美学園大学総合政策研究紀要*, (34), 35-63.
- 川上嘉明, 浜野淳, 小谷みどり, 桑田美代子, 山本亮, 木澤義之, 志真泰夫. (2019). 介護職員の看取りに対する認識と認識に影響する要因—混合研究法を用いた探索的研究—. *日本緩和医療学会誌*, 14(1), 43-52.
doi:10.2512/jspm.14.43
- 河野禎之, 山中克夫, 松田修, 石束嘉和.(2007). 短期前向き調査による入所者介護施設における転倒・転落事故の状況及び背景要因に関する事例研究, *日本認知症ケア学会誌*, 6 (1), 59-68.
- 木澤義之. (2016). レジデントにとって必須の緩和ケアの知識 今後のことを話しあおう. *レジデント*, (7), 96.
- 熊本県無らい県運動検証委員会. (2014). *熊本県「無らい県運動」検証委員会報告書*. (pp.278-286). Retrieved from <https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/attachment/49299.pdf>
- 厚生委員.(1992). 医療法の一部を改正する法律案. 第123回国会参議院厚生委員会第14号 平成4年6月18日議事録.
- 厚生省. (1980). 昭和55年度版厚生労働白書. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1980/d1/05.pdf
- 厚生労働省. (1996). 厚生白書平成8年版. Retrieved from Retrieved from https://www..mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1996/d1/03.pdf
- 厚生労働省.(1997). 医療法の一部改正について 平成9年12月26日発健政第232号, (1997). Retrieved from

<https://www..mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyau/igyaukeiei/tuchi/091226.pdf>

厚生労働省. (2000). 厚生白書平成 12 年版. Retrieved from Retrieved from
https://www..mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/2000/dl/05.pdf

厚生労働省. (2004). 終末期医療に関する調査等検討会報告書 - 今後の終末期医療の在り方について. (第 4 章). Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>

厚生労働省. (2007). 平成 19 年度版厚生労働白書.(pp.4-13). Retrieved from Retrieved from
<https://www..mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0101.pdf>

厚生労働省. (2013). 介護福祉士養成施設における「医療的ケア」の追加について(概要).
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/4-3.pdf .

厚生労働省. (2016). 平成 28 年厚生労働白書 死亡数及び死亡率の推移と将来推計. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/backdata/01-01-01-11.html>

厚生労働省. (2017a). 平成 28 年介護サービス施設・事業所調査の概況 介護保険施設の利用者の状況 退所者の経路. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_05.pdf

厚生労働省. (2017b). 高齢者虐待の定義. Retrieved

<https://www.city.date.hokkaido.jp/hotnews/files/00004100/00004175/20170830091928.pdf>

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改訂. Retrieved

from <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

厚生労働省.(2019a). 国民生活基礎調査の概況. Retrieved

from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html>

厚生労働省.(2019b). 令和元年介護サービス施設・事業所調査の概況 施設事業者の状況. Retrieved from

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service19/index.html>

厚生労働省. (2021). 人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡 死亡の場所にみた年次別死亡数・百分率. Retrieved from [https://www.e-](https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652)

[stat.go.jp/dbview?sid=0003411652](https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652)

厚生労働省医政局地域医療計画課. (2018). ACP (アドバンス・ケア・プランニング)の愛称を人生会議に決定しました. Retrieved

from https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html

厚生労働省近畿厚生局. (2016). 地域包括ケアをご存知ですか. Retrieved

from <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/tiikihoukatsu/documents/minipamph.pdf>

厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室.(2020). 令和元年簡易生命表の況. Retrieved from Retrieved from

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/index.html/>

厚生労働省社会保障審議会. (2014). 特別養護老人ホームにおける看護提供体制について. Paper presented at the 介護給付費分科会第112回, 参考資料1. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000063152_2.pdf

厚生労働大臣. (1999). 厚生労働省令第三十九号指定介護老人福祉施設の人員, 設備及び運営に関する基準.

厚生労働大臣. (1999). 厚生労働省令第四十号介護老人保健施設の人員, 設備及び運営に関する基準.

厚生労働大臣. (1999). 厚生労働省令第四十一号指定介護療養型医療施設の人員, 設備及び運営に関する基準.

厚生労働大臣. (2018). 厚生労働省令第五号介護医療院の人員, 施設及び設備並びに運営に関する基準.

厚生労働省中央社会保険医療協議会. (2007). 有床診療所の評価について. Paper presented at the 中医協診-3 19.11.7 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1107-2e.pdf>

厚生労働省保険局医療課長. (2012). 平成24年度診療報酬改定について. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-02.pdf

神戸市消防局. (2020). 高齢者福祉施設における救急要請ガイドライン. Retrieved from <https://www.city.kobe.lg.jp/documents/41490/koureisyagaidorain.pdf>

- 神戸大学医学部. (2020). 人生の最終段階における医療体制整備事業相談員研修会. Retrieved from <https://square.umin.ac.jp/endoflife/2020/general.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所(1999)日本社会保障資料IV1980-2000.16. 老人福祉. Retrieved from <https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/kaidai/16.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所 人口構造研究部. (2019).日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）2019（平成31）年推計 — 2015（平成27）年～2040（平成52）年 —. Retrieved from <https://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2019/gaiyo/gaiyo.pdf>
- 小島原典子,中山健夫,森實敏夫,山口直人,吉田雅博. (2016).Minds 診療ガイドライン作成マニュアル . Ver. 2.0. (pp.15)日本医療機能評価機構.
- 小松恵, 島谷智彦. (2017). がん患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識. *Palliative Care Research*, 12(3), 701-707. doi:10.2512/jspm.12.701
- 埼玉県地域包括ケア課. (2019). 介護施設における看取り介護の手引き～現場力を高める～. Retrieved from <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/mitori/manual.html>
- 齋藤立滋. (2019). 診療報酬制度における在宅医療の形成と展開. *大阪産業大学経済論集*, 21(1), 53-69.
- 相模原市(2018).高齢者福祉施設等救急講習会の開催～石井救命士～ (14). Retrieved from <https://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/kurashi/shobo/1013048/1009067/1008984/1008986/1008989.html>

- 佐々木和雄,堀木美鶴,藤本和子,岡本裕之.(2011).ターミナルケア対象者に対する夜間介護職の心理的負担の軽減.山口県介護福祉会第5回介護研究セミナー研究発表会. Retrieved from http://www.yamaguchi-kaigo.jp/wp-content/uploads/_about/h23-2.pdf
- 佐野文男.(1997).医療法改正の経過. *北海道医報* 880, 2-4.
- 澤田如.(2012).アメリカ高齢者ケアの光と陰. ケアの質向上のためのマネジメントシステム. (p.p15).岡山:大学教育出版.
- 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国社会福祉施設経営者協議会.
(2006).改正介護保険法対応 指定介護老人福祉施設における看取りに関する指針の策定にあたって(全国経営協版). Retrieved from https://www.keieikyo.gr.jp/mypage/data/mitori_0606.pdf
- 消防庁救急企画室長.(2018).救急活動時における適正な観察の実施について. Retrieved from https://www.fdma.go.jp/laws/tutatsu/assets/300604_kyu109.pdf
- 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会.
(2018).人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. (pp.73,75). Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf
- 菅沼真由美,新田静江,東福寺愛実,谷口珠実.(2019).要介護高齢者の終末期への意思表示に関わるケアマネジャーの支援方法と心情. *老年看護学*, 23(2), 59-67. doi:10.20696/jagn.23.2_59
- 政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室.(2020).令和元年簡易生命表の概況. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/index.html>
- 全国老人福祉施設協議会.(2015).特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業報告書. Retrieved from

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140277.pdf>

全国老人保健施設協会 (2012). 介護老人保健施設が持つ多機能の一環としての看取りのあり方に関する調査研究事業 報告書. Retrieved from <https://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/3e7f98e5ec0c763ac53e011cb8a8ea76.pdf>

全日本病院協会. (2016). 終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～. Retrieved from https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf

全日本病院協会 病院のあり方委員会. (2008). *日本の医療・介護を考える* — 全日本病院協会の取り組み 全日本病院協会. Retrieved from https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/arikata/080329_iryuu.pdf

総務省消防庁. (2018). 蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査結果. Retrieved from https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kyukyu_arikata15_shiryu1-4.pdf

総務省消防庁. (2019). 平成30年度救急業務のあり方に関する検討会報告書. Retrieved from https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/2019/03/26/items/%E5%B9%B3%E6%88%903

高橋幸裕. (2016). 特別養護老人ホームにおける円滑な終末期ケア実施に関する調査研究：京都・大分の調査結果からの考察. *尚美学園大学総合政策論集*, (23), 25-44.

高山直子, 三重野英子. (2005). 介護老人福祉施設の看護師が行う End-of-life care の実際. *老年看護学*, 10(1), 62-68.
doi:10.20696/jagn.10.1_62

- 竹本正明, 浅賀知也, 金崇豪, 宮崎真, 中野貴明, 広海亮, . . . 伊藤敏孝.
(2017). 高齢者施設から救急搬送された患者の検討. *日本臨床救急医学
会雑誌*, 20(3), 516-520. doi:10.11240/jsem.20.516
- 田城孝雄. (2021). *Geriatric Medicine 高齢者の在宅医療実践ガイド*. Retrieved from
<http://www.zaitakuiryo.or.jp/zaitaku/kaisetu.html>
- 谷本光男. (1994) 医療におけるパターナリズム. 高島学司(編), *医療とバイオ
エシックスの展開* (pp.154-185) 京都: 法律文化社.
- 鶴若麻理, 仙波由香里. (2010). 特別養護老人ホームの看取り介護について
の入居時の意向確認に関する研究. *生命倫理*, 20(1), 158-164.
doi:10.20593/jabedit.20.1_158
- 東京消防庁. (2009). 高齢者福祉施設における救急活動の現状について.
Retrieved from <http://ro-sen.jp/sympo/31-3.pdf>
- 東京都福祉保健局. (2018). 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. Retrieved
from https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kyuukyuu/kourei_kyuukyuu.html
- 中村聡, 戸来睦雄, 北林司. (2015). 介護福祉施設利用者の心肺停止急変事
例に対する対処に関する実態調査: 青森県内で働く介護福祉士を対象
として. *弘前医療福祉大学短期大学部紀要*, 3(1), 51-57.
- 服部俊子. (2004). アドバンス・ディレクティヴの倫理問題. *医学哲学 医学
倫理*, 22, 27-35. doi:10.24504/itetsu.22.0_27
- 服部洋一. (2018). 服部洋一遺稿刊行委員会. *生きられる死 米国ホスピスの
実践とそこに埋め込まれた死生観の民族誌*. 東京: 三元社.

- 馬場園明. (2019). 高齢者医療社会的入院からの脱却 自己負担を増やす政策誘導を. Retrieved from <https://www.jcer.or.jp/blog/babazonoakira20190918.html>
- 早崎幸子, 小野幸子, 坂田直美, 原敦子, 奥村美奈子, 兼松 恵子, . . . 平山朝子.(2003).特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態 (その1) - G 県下 H と S 地区の看護職を対象に -. *岐阜県立看護大学紀要*, 3(1). 29-35, 2003.
- 日嘉肖江. (2018). 日本人の死の捉え方の背景にあるもの. 小笠原知枝(編). *エンドオブライフケア看護学基礎と実践(pp32-33)*. 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- 平川仁尚.(2018).入所者の緩和医療. *日本老年医学雑誌*,48,216-220.
- 深澤圭子, 高岡哲子, (2011). 福祉施設における終末期高齢者の看取りに関する職員の思い. *北海道文教大学研究紀要*, (35), 49-56.
- 福田裕子. (2009). オーストラリアの高齢者緩和ケアの現状と課題 (特集 諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題). *海外社会保障研究*, (168), 59-72.
- 福間誠之. (2019). 高齢者施設における看取り. *洛和会病院医学雑誌*, (30), 98-102.
- 古川美和,加瀬裕子. (2017). 高齢者の心停止に関連する介護職の役割と施設の体制: 米国の介護施設での現地調査から. *介護福祉学*, 24(2), 96-102.
- 古川美和. (2019). 特別養護老人ホーム入所者の尊厳を守る夜勤時救急対応の課題. *高齢者虐待防止研究*. 15(1), 79-89.
- 星野一正. (1994). 民主化の法理=医療の場合--患者の自己決定権. *時の法令*, (1476), 61.

星野 一正. (1998). 民主化の法理=医療の場合(50)カリフォルニア州持続的委任権法 1983 年. *時の法令*, (1584), 53-64.

内閣府. (2018). 高齢者社会対策大綱. 12-17. Retrieved from https://www8.cao.go.jp/kourei/measure/taikou/pdf/p_honbun_h29.pdf

永井学. (2017). 特養の嘱託医, 頑張るほど持ち出しの現実. *日経メディカルオンライン* Retrieved from https://medical-nikkeibp-co-jp.ez.wul.waseda.ac.jp/leaf/mem/pub/eye/201706/551788_2.html

長崎県南保健所.(2021).高齢者施設における看取り実態調査報告書. Retrieved from <https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2021/03/1616726818.pdf>

長嶋昌樹.(2015). 健康チェックとバイタルサイン. 2015 年版介護職員初任者研修テキスト: 第 4 分冊技術と実践 (pp17-19). 東京:介護労働安定センター.

新潟市. (2020). 高齢者福祉施設職員の応急手当講習会を開催 html . Retrieved from https://www.city.niigata.lg.jp/kurashi/bohan/shobo/syokai/s_hinai_syobo/shobo_minami/oshirase/1.

西川満則. (2021). いざという時どんな医療・ケアを望むのか, 尊厳ある意思決定の実現を支援するのが ACP. Retrieved from https://www.recruit-dc.co.jp/contents_feature/no1908b/

日本医療労働組合連合会. (2020). 2019 年介護施設夜勤実態調査結果報告 . *医療労働*, 631, 10-37.

日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会. (2015). 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン. Retrieved from http://jnea.net/pdf/guideline_songen_2015.pdf

日本救急医学会. (2021). 医学用語解説集 . Retrieved from <https://www.jaam.jp/dictionary/dictionary/word/0823.html>

日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会. (2014). 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 -3 学会からの提言. Retrieved from <https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>

日本集中治療医学会倫理委員会. (2017a). 日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査. *日本集中治療医学会雑誌*, (2), 244-253.

日本集中治療医学会倫理委員会. (2017b). 生命維持治療に関する医師による指示書 (Physician orders for life-sustaining treatment, POLST) と Do not attempt Resuscitation (DNAR) 指示. *日本集中治療医学会雑誌*, 24(2), 216-226. doi:10.3918/jsicm.24_216

日本尊厳死協会. (2017). リビング・ウイル (終末期医療における事前指示書) について. Retrieved from <https://songenshi-kyokai.or.jp/living-will>

日本尊厳死協会. (2018). 私の希望表明書 . Retrieved from https://www.songenshi-kyokai.com/images/about/hyomeisyo_201801.pdf

日本弁護士会. (2011). 患者の権利に関する法律の制定を求める決議. Retrieved from https://www.nichibenren.or.jp/document/civil_liberties/year/2011/2011_2.html

- 日本臨床倫理学会.(2015). 日本版 POLST (DNAR 指示を含む)作成指針
Retrieved from.<https://square.umin.ac.jp/j-ethics/pdf/POLST%E6%8C%87%E9%87%9D.pdf>
- 日本老年医学会. (2012). 高齢者の終末期の医療およびケアに関する日本老年医学会の立場表明 2012. (2012). *日本老年医学会雑誌*, 49(4), 381-384.
- 日本老年医学会. ACP 推進に関する提言. (2019). *日本老年医学会雑誌*, 56(4), 411-416. doi:10.3143/geriatrics.56.411
- 真砂良則. (2007). 施設サービス計画の現状と課題. *北陸学院短期大学紀要*, (39), 189-198.
- 町野朔. (2019). インフォームド・コンセントの誕生と成長. Retrieved from https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/b02.html
- 松尾ミヨ子. (2004) 川村佐和子,志自岐康子,松尾ミヨ子編,看護を展開する技術,ナーシンググラフィカ:18 基礎看護技術 (pp124). 大阪:メディカ出版.
- 真弓俊彦, 竹村春起, 志水清和, 平林祥, 家出清継, 中村俊介, . . . 永田二郎. (2017a). 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. *日本臨床救急医学会雑誌*, 20(3), 521-528.
- 真弓俊彦, 竹村春起, 志水清和, 平林祥, 家出清継, 中村俊介, . . . 永田二郎. (2017b). 終末期類似状態傷病者の CPA 搬送の現状. *日本臨床救急医学会雑誌*, 20(1), 10-17. doi:10.11240/jsem.20.10
- 三木妙子. (1995). イギリスの植物状態患者トニー・ブランド事件 (尊厳死). *ジュリスト*, (1061), 50-60.

三菱総合研究所. (2014). 特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン-特別養護老人ホームにおける施設サービスの質の確保に関する検討報告書-別冊. Retrieved from https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/HLUkouseih18_3.pdf

三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング. (2020). 介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業 報告書. (p67-95). Retrieved from https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/05/koukai_200424_15.pdf

山路克文. (2013). 戦後日本の医療・福祉制度の変容：病院から追い出される患者たち. 山路克文著. 京都：法律文化社.p96.

山下喜代美, 橋本由利子, 河内智子. (2019). 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. 東京福祉大学・大学院紀要, 9(1), 29-37.

吉岡さおり. (2018). アドバンスケアプランニングにかかわる現状と今後の取り組み. 小笠原知枝(編). エンドオブライフケア看護学基礎と実践 (pp.53-54). 東京：ヌーヴェルヒロカワ.

Advance Care Planning Australia. (2021). Advance Care Planning. Training and education. Retrieved from <https://www.advancecareplanning.org.au/training-and-education>

Advance Care Planning Canada. (2012). Speak Up. Retrieved from https://www.advancecareplanning.ca/wp-content/uploads/2020/06/acpworkbook_form_en.pdf

Advance Care Planning Canada. (2019). Advance Care Planning Framework. Retrieved from <https://www.advancecareplanning.ca/about-advance-care->

planning/?_ga=2.139034739.1923271106.1633844383-
481172771.1633844383

Advance Care Planning Canada. (2020). Advance Care Planning in Canada presents: A Pan-Canadian Framework. Retrieved from <https://www.advancecareplanning.ca/resource/advance-care-planning-framework/>

Advance Care Planning Canada. (2021b). Every Year, April 16th Marks Advance Care Planning Day in Canada. Retrieved from <https://www.advancecareplanning.ca/acpday/>

Aging with Dignity. (2020). 5つの願い Japanese. Retrieved from <https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/tyojyu-shakai/pdf/fivewishesjapanese.pdf>

American Heart Association. (2005/2007). 日本蘇生協議会(訳), *BLSヘルスケアプロバイダーマニュアル AHA ガイドライン 2005 準拠* (pp.1-15)東京:中山書店.

Australian Government Department of Health. (2018). National Palliative Care Strategy. Retrieved from <https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-palliative-care-strategy-2018.pdf>

British Columbia. (2011). HEALTH CARE (CONSENT) AND CARE FACILITY (ADMISSION) ACT. Retrieved from https://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/96181_01#section35.1

British Medical Association. (1999). Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for decision making, London: BMJ Books.

Bischoff, K. E., Sudore, R., Miao, Y., Boscardin, W. J., & Smith, A. K. (2013). Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(2), 209–214. <https://doi.org/10.1111/jgs.12105>

Canadian Hospice Palliative Care Association. (2008). Advance Care Planning in Canada Retrieved from <https://www.chpca.ca/projects/advance-care-planning/>

Canadian Hospice Palliative Care Association. (2019) The 2019 updated National Framework for ACP is now released. <https://www.advancecareplanning.ca/news/2019-updated-national-framework-acp-now-released/>

Canadian Medical Association. (2017). CMA Policy, Advance Care Planning Retrieved from <https://policybase.cma.ca/documents/Policypdf/PD17-04.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015) Advance Care Planning Course. Retrieved from <https://www..cdc.gov/aging/advancecareplanning/care-planning-course.html>

Colby, W. H. (/2012) 大野善三, 早野 zito 真佐子訳(訳). *死ぬ権利はだれのものか*. (pp154-159). 東京: 西村書店.

Emanuel, L. L., Danis, M., Pearlman, R. A., & Singer, P. A. (1995). Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(4), 440–446. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb05821.x>

- Daaleman, T. P., Williams, C. S., Preisser, J. S., Sloane, P. D., Biola, H., & Zimmerman, S. (2009). Advance care planning in nursing homes and assisted living communities. *Journal of the American Medical Directors Association*, *10*(4), 243–251.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.10.015>
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end-of-life care in elderly patients: Randomized controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *340*, c1345. doi:10.1136/bmj.c1345 [doi]
- Department of Health & Social Care. (2008). End of life care strategy: Promoting high quality care for adults at the end of their life. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/end-of-life-care-strategy-promoting-high-quality-care-for-adults-at-the-end-of-their-life>
- Dixon, J., Matosevic, T., & Knapp, M. (2015). The economic evidence for advance care planning: Systematic review of evidence. *Palliative Medicine*, *29*(10), 869-884.
doi:10.1177/0269216315586659 [doi]
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (1965/1988). 木下康仁(訳) 「死の Awareness」 と看護：死の認識と終末期ケア.(pp 東京: 医学書院.
- Hayhoe, B., & Howe, A. (2011). Advance care planning under the Mental Capacity Act 2005 in primary care. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, *61*(589), e537–e541.
<https://doi.org/10.3399/bjgp11X588592>
- Institute of Medicine (US) Committee on Care at the End of Life, Field, M. J., & Cassel, C. K. (Eds.). (1997). *Approaching Death:*

Improving Care at the End of Life. National Academies Press (US).

Kokua Mau. (2016a). HAWAII official POLST Form 2014 in Japanese. Retrieved from <https://kokuamau.org/wp-content/uploads/Polst-Hawaii-Japanese.pdf>

Kōkua Mau (2016b). Advance-Directive-Japanese.pdf Retrieved from <https://kokuamau.org/wp-content/uploads/Advance-Directive-Japanese.pdf>

Kokua Mau. (2016c).POLST-Information-Hawaii-Japanese.pdf Retrieved from <https://kokuamau.org/wp-content/uploads/POLST-Information-Hawaii-Japanese.pdf>

Lahn, M., Friedman, B., Bijur, P., Haughey, M., & Gallagher, E. J. (2001). Advance directives in skilled nursing facility residents transferred to emergency departments. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 8(12), 1158-1162. doi:10.1111/j.1553-2712.2001.tb01133.x [doi]

Larson, E. J., & Eaton, T. A. (1997). The limits of advance directives: a history and assessment of the Patient Self-Determination Act. *Wake Forest law review*, 32(2), 249–293.

McQuown, C. M., Frey, J. A., Amireh, A., & Chaudhary, A. (2017). Transfer of DNR orders to the ED extended care facilities. *The American Journal of Emergency Medicine*, 35(7), 983-985. doi: S0735-6757(17)30092-X [pii]

Morrison, R. S., Chichin, E., Carter, J., Burack, O., Lantz, M., & Meier, D. E. (2005). The effect of a social work intervention to enhance advance care planning documentation in the nursing

- home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 290-294.
doi: JGS53116 [pii]
- Murray, L. M., & Laditka, S. B. (2010). Care transitions by older adults nursing homes to hospitals: implications for long-term care practice, geriatrics education, and research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(4), 231–238.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.09.007>
- Nakashima, T., Young, Y., & Hsu, W. H. (2017). Are Hospital/ED Transfers Less Likely Among Nursing Home Residents with Do-Not-Hospitalize Orders? *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(5), 438–441.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.004>
- Nair, B., Kerridge, I., Dobson, A., McPhee, J., & Saul, P. (2000). Advance care planning in residential care. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 30(3), 339-343. doi:10.1111/j.1445-5994.2000.tb00835.x [doi]
- National Health Service. (2021). End of life care. Retrieved from <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/?tabname=planning-ahead>
- National health Service Health Education England. (2021). The end-of-life care for all program <https://www.e-lfh.org.uk/programmes/end-of-life-care/>
- National Polst. (2021) POLST & Advance Directives. Retrieved from <https://polst.org/polst-and-advance-directives/>
- Patient self-determination act, 4449H.R. 101st Congress (1990). Retrieved from <https://www.congress.gov/bill/101st-congress/house-bill/4449>

- Pauls, M. A., Singer, P. A., & Dubinsky, I. (2001). Communicating advance directives long-term care facilities to emergency departments. *The Journal of emergency medicine*, 21(1), 83–89. [https://doi.org/10.1016/s0736-4679\(01\)00344-4](https://doi.org/10.1016/s0736-4679(01)00344-4)
- President's Council on Bioethics. (2005). Taking care: Ethical caregiving in our aging society. Retrieved from http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/taking_care/
- Sabatino CP. (2010) The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Q.* 88(2):211-239.
- Sheila A. S, Leighann Remmert (2012) Mosby's Textbook for Nursing Assistants:8thEdition (pp25). St Luis: Mosby.
- Sudnow, D. (1967/1992). 岩田啓靖, 志村哲郎, 山田秋(共訳). 病院でつくられる死: 「死」と「死につつあること」の社会学: せりか書房:東京.
- Temkin-Greener, H., Zheng, N. T., Xing, J., Mukamel, D. B. (2013). Site of death among nursing home residents in the United States: changing patterns, 2003-2007. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(10), 741–748. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.009>
- The Centers for Medicare & Medicaid Services. (2020). ADVANCE CARE PLANNING. Retrieved from <https://www..cms.gov/outreach-and-education/medicare-learning-network-mln/mlnproducts/downloads/advancecareplanning.pdf>
- The legislation.gov.uk. (2005). Mental Capacity Act 2005. Retrieved from <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

- The National Guideline Centre. (2017). Advance care Planning Emergency and acute medical care in over 16s: Service delivery and organization. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/documents/draft-guideline-15>
- The National Health and Medical Research Council. (2006). The palliative care program, Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care Enhanced Version — May 2006. Retrieved from https://www.caresearch.com.au/Caresearch/Portals/0/PAToolkit/GuidelinesForAPalliativeApproachInResidentialAgedCare_EnhancedVersion_May2006.pdf
- The NSW legislation Guardianship Act 1987 No257. (1987). Retrieved from <https://www.legislation.nsw.gov.au/#/view/act/1987/257>
- The SUPPORT Principal Investigators. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *The Journal of the American Medical Association*.274(20), 1591–1598.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine; Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. doi:10.7326/M18-0850
- Victoria State Government. (2016). Medical treatment planning and decisions act 2016. Retrieved from <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health->

services/patient-care/end-of-life-care/advance-care-planning/medical-treatment-planning-and-decisions-act

Wall, J., Hiestand, B., & Caterino, J. (2015). Epidemiology of advance directives in extended care facility patients presenting to the emergency department. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 16(7), 966-973. doi:10.5811/westjem.2015.8.25657
[doi]

World Medical Association (2018/2018) 日本医師会(訳). 患者の権利に関する WMA リスボン宣言.Retrieved from
https://www.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon_j.pdf

謝辞

本研究を完成するにあたり、早稲田大学人間科学学術院加瀬裕子教授には、修士過程の科目履修生から長きにわたり、終始暖かい激励とご指導、ご鞭撻いただき心より御礼申し上げます。加瀬教授には、国内外の福祉施設の調査や研修をさせていただき、研究のための環境を整備していただき誠に感謝しております。また、医療福祉の研究者や専門家の方々、さらに地域で活躍されている方をご紹介いただき、視座を高めることが出来ました。心より感謝申し上げます。研究や論文執筆のみならず、先生のご指導の中で、「誰もが平等に幸せになる権利があること」「支えあって生きていること」の本質と、「社会問題の解決には、マクロとミクロでみる姿勢」を教えて頂きました。そして、何よりも福祉研究の道に導いて頂きました。言葉にならないほど感謝しております。

副査としての的確なアドバイスを頂きました早稲田大学人間科学学術院永島計教授と同、扇原淳教授に心より深く感謝申し上げます。研究を進めるために、ご指導いただきました早稲田大学人間科学学術院助教内田和弘博士、早稲田大学通信教育の教育コーチ鈴木克己先生、加瀬ゼミの先輩宇田川照三さんの存在は研究を進めていく上で大きな励みとなりました。心より感謝申し上げます。

加瀬ゼミの諸先輩方のご指導やご意見のお陰で、多角的に考察を進めることができました。心より感謝申し上げます。調査にご協力いただきました高齢者介護施設の全ての皆様に感謝申し上げます。最後に、夫の古川真さんをはじめとする両親、姉、姪、早稲田大学人間科学部健康福祉学科3年生玄野幸音さん、長きに渡って励まし応援して下さり心より感謝申し上げます。皆様のお力添えで本研究を完成することが出来ました。