

# つくば市在宅医療・介護連携推進事業

## 平成30年度 第1回多職種連携のための意見交換会

日時：平成30年8月31日(金) 18:30～20:55

場所：つくば市役所 201会議室

### 当日の内容

- ◆ミニ講話「在宅療養における意思決定と急変時の対応～急変時のそれぞれの役割～」  
せせらぎ在宅クリニック 医師 清水 亨 氏
- ◆事例紹介①「訪問看護における急変時の対応事例」  
訪問看護ステーションTERMS 訪問認定看護師 久保谷 美代子 氏
- ◆事例紹介②「救急現場における救急搬送の現状」  
消防本部 警防課 中島 千尋 氏
- ◆グループワーク 「みんなで作ろう、つくば市の急変時対応シート」

### 参加者

医師：3名	作業療法士：3名	主任介護支援専門員：7名	介護職：1名	講師：3名
歯科医師：4名	言語聴覚士：2名	介護支援専門員：21名	福祉用具専門相談員：2名	
薬剤師：18名	精神保健福祉士：3名	社会福祉士：4名	鍼灸按摩マッサージ指圧師：3名	
保健師：7名	管理栄養士：1名	医療福祉連携室：3名	消防職員：5名	
看護師：22名	歯科衛生士：3名	相談員：3名	その他：2名	
理学療法士：6名	鍼灸師：1名	介護福祉士：6名	事務局：13名	

参加者合計  
146名

## 意見交換会の目的

つくば市の医療と介護の専門職の協力を得ながら、つくば市の地域包括ケアシステムの構築に向けて、多職種が情報・課題の共有を行い、必要な具体的な取組について主体的に協議・検討を行っていきます。

平成30年  
第1回意見交換会のテーマは・・・

# 急変時の対応

## ～みんなで作ろう、つくば市の急変時対応シート～

在宅療養を行う方々に対して、将来の変化に備えて治療や医療に関する意向等について意思決定支援を行うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)は重要視されてきています。療養中に急変した際に本人の意向を尊重するためには本人及び家族、多職種はどのように準備していくべきなのか、急変時対応シート作りを通してつくば市の医療・介護の専門職で課題を共有しました。



## 【意見交換会の流れ】

- ▶18:30～18:35 開会あいさつ
- ▶18:35～19:20 ミニ講話、事例紹介①②
- ▶19:20～19:30 質疑応答
- ▶19:30～20:20 グループワーク
- ▶20:25～20:45 グループ発表
- ▶20:45～20:55 総評

# ミニ講話：「在宅療養における意思決定と急変時の対応～急変時のそれぞれの役割～」

せせらぎ在宅クリニック 医師 清水 亨 氏



## 講話の内容

- ◎症例紹介
- ◎救急搬送の問題点
- ◎ACP、在宅医療について市民への啓発
- ◎消防、救急、在宅の集まりを定期化
- ◎人生の最終段階における苦しみから、穏やかさを取り戻すためには、支えが必要
- ◎ケアを担う私たちにも支えが必要

## 事例紹介①「訪問看護における急変時の対応事例」

訪問看護ステーションTERMS訪問認定看護師 久保谷 美代子 氏

## 事例紹介②「救急現場における救急搬送の現状」

消防本部 警防課 中島 千尋 氏

家族にとってはいつもと何か違う、何か変というのはイコール**急変**ということを常に頭に入れて対応する。

### 事例紹介①

- ◎急変とは
- ◎急変時の連絡に必要な対応
- ◎急変時の状況に応じた適切な判断、指示
- ◎急変を予測した療養者・家族の意思の確認と援助
- ◎急変時対応体制における訪看の必要性
- ◎訪問看護における緊急時対応の制度的裏付け
- ◎訪問看護の緊急時対応の事例（3事例）

当日は、つくば消防本部より救急救命士、救護隊等計6名参加。  
消防隊員は在宅医療介護連携の会議に初めて参加いただきました。

### 事例紹介②

- ◎救急データのご紹介
- ◎救急要請した人の職種
- ◎自宅(在宅)からの要請件数
- ◎通報内容で多いもの
- ◎救急隊について

**救急隊の役割**・・・傷病者を観察し、処置をして、適した病院に搬送すること。  
不搬送にもルールがある。

グループワーク

# 「みんなで作ろう、つくば市の急変時対応シート」



**1グループ**

- ・急変時→連絡がつかない（ドクター、夜間） 《看護師》  
→ご家族は慌てているので携帯ですぐTELしてしまう。近所の人に頼ったりする。
- ・急変時の連絡先表が幾つもある 《ケアマネ》 →ケアマネさんによる管理が必要。
- ・施設入所者さんのご家族と連絡がつかない場合→家族の意思確認ができていないこともある。
- ・患者さんの状況判断、病状を理解できるか《薬剤師》
- ・患者さん（とご家族、キーパーソン）の選択←ケアをする医療従事者間で顔を合わせる時間が必要
- ・日々変化していく状態の把握、患者さんのバックボーン（ex）認知症の病状把握と対応
- ・情報共有シートにリスクのある病名を明記（治療中の疾患、状態→耳が聞こえにくい等）

**2グループ**

- ・急変したときは、自然に最期を迎えるようにしている。看取りの時期が来たら説明し書面に残している。
- ・老健ではほとんど看取りはせず他施設へというケースが多い。救急搬送するケースもあり。
- ・事前に救急時に運んでもらいたい病院を選んでもらう  
→実際は救急隊が判断するケースもあり、かかりつけ医を明確にしておいたほうがよいのでは？
- ・意思決定 病院でもこれからどういう生活をしていきたいか情報収集が大切である。
- ・いざ急変したとき、D N A R（心肺蘇生法を実施しないこと）になっていても状況をのみこめないケースもある。
- ・情報共有シートの活用→定期的に見直しは必要である。

### 3 グループ

- ・ 少ない情報でその場で観察し、適した病院へ搬送することが難しい。
- ・ ツクツク見守りたい(医療上情報や緊急連絡先等を記載したもの)が活用されていない。情報が少ないのでIDを記入すると良いのではないか。
- ・ かかりつけ医(クリニック等)よりバックベッド(救急)の説明を患者にしてもらうと良い。
- ・ 訪問看護師より情報提供があると病状理解がしやすい。
- ・ 情報共有シートは使いづらいが、段階を踏んだ話し合いのシールにはなり得る。

### 4 グループ

- ・ 介護度高い人は急変時対応考えるが軽度利用者の場合想定される急変時まで考えていない。
- ・ キーパーソンが急にいなくなり対応できないことがある。(急死、逃げる)
- ・ 訪問マッサージ等で急変することがあり、急変時どのように対応したらいいのか勉強(研修)会が必要である。
- ・ キーパーソンが高齢(認知症)のため理解不十分あり、効果が得られないことがあったり、症状の改善がみられないこともある。

#### ◆急変時対応シート活用のため

- 介護保険証発行と共に利用者に渡す。担当医に必ず記入してもらう。
- ・ どの人の意見を優先すべきかすり合わせていくことが必要。  
→支払い能力がある家族が優先されることが多い、定期的に話し合いの場を設けていく。
- ・ 急変時にはどのように対応するか事前に決めておき主治医に連絡する必要がある。

## 5 グループ

### ①急変時の各職種で感じている課題

- ・急変の見極めが大変なこともある。・意思表示は口頭ではなく、紙面に残す。
- ・意思表示ができない場合、処置に同意が必要なため家族の連絡先が必要。
- ・状態の軽い方の意思確認ができていない場合が多い。
- ・救命の希望はないが搬送は希望するケースもある。

### ②課題の共有と課題解決のための協議

- ・救急要請時、できれば書面にて時系列で情報がほしい。
- ・意思表示を書面で確認しておく。CM等を中心に会議などで情報共有しておく。
- ・家族の中でも話し合う機会を設ける。家族等の連絡先を明記しておく。
- ・「ツクツク見守りたいの」一斉配布。
- ・かかりつけ医の確認（看取り）

## 6グループ

- ・夜中に家族の連絡がとれない。→どのようにすべきか 又 判断を誰がするのか。
- ・他職種との連絡や状況判断が一方的に決めつけられてしまう（ケアマネなど）
- ・訪問看護師、薬剤師との連絡時に時間がかかる。→Drがくる場合は職員がいけない。
- ・訪問リハ→家族の連絡がとりづらい場合はケアマネにかける。
- ・家族との同意書（急変時・看取り）・家族が病院と連絡をとる。
- ・家族にどの程度まで行うべきかの確認をし、対応できる家族の連絡先をもらう。
- ・本人の意思を確認し、キーパーソンと他の人の意向を共有する。

## 7グループ

- ・キーパーソンは医師、看護師と連携取れているがたまに来る家族に周知されていない。→消防隊からCMやNsについて確認してはどうか。
- ・救急隊は呼ばれば行く。かかりつけ・薬など確認するが家族は慌ててわからず、準備もされていない場合も多い。
- ・「こんな状態なのに救急車を呼ばなかった！」と言われるのではないかと不安。
- ・在宅医の存在など孫や近所の人に周知する必要。
- ・DNARの書面をわかるようにしておいてほしい。
- ・自治会単位で配るなど、普段から周知させたい。
- ・お薬手帳、保険証類、病院、クリニックの受診券を一つにまとめ情報と一緒にしておく。
  
- ・保険証ひとつで、くすり、かかりつけの病院などすべてわかるとよい。

## 8グループ

- ・ 家族の介護力で救急車を呼ぶか看取れるか、家族が急変と思うことは必ずしも生命にかかわる急変ではない。
- ・ 施設では少しの変化でも早目に病院に行く。急変時は系列の病院のNsに相談をして救急車を呼んでいる。
- ・ 普段を知らない人が意思決定を行わなければならない場面が多くなっている。
- ・ 本人の意思決定を代弁しないとその方の今後が変わってしまう。
- ・ 施設では亡くなりたくないDNARを希望していない人が多い。  
（施設で看取りだと家族としては見捨てたような気持ちになる？）
- ・ 困ったとき、迷ったときは119番となっている。→常時5、6台が活動してしまうと本当に困っている人が利用できない。
- ・ のどに詰まった→背中を押すなど応急手当を行う。知識が必要である。
- ・ 119番する時は本人の意思をよく確認しておく、書面で確認を取る。
- ・ 自分のことであっても介護度が低いとまだ死が現実でなく意向が確認しづらい。

## 9グループ

- ・ ご家族の意見がその都度変化する。
- ・ 急変するような病状ではない時の対応準備ができていなかった。
- ・ ご家族に精神疾患など色々な問題がある場合は、家族間の温度差がある。急変時もうどうしたいか決まっていない。
- ・ 単身の方の治療方針の決定。・ 家族の方との関わりが薄い方は意向決定は誰がするのか。
- ・ ご家族の意向が揺れる。判断できる医師ではないのであわててしまう。
- ・ 急変時の連絡先を明確にする。（順番を決める）電話の近くにかかりつけ医、訪看の連絡先を貼っておく。焦ったとき情報共有シートはわかりづらい。

## 10グループ

- ・必ず急変時は訪問看護師にTELし、緊急で対応している。→訪問看護師で手に負えない時は医師へ。医師が不可なら救急車。
- ・明確な対応方法がないためまずは訪問リハ→訪問Ns→訪問Drになっている。  
迷ったら連絡を！となっているので判断基準がないのが課題。→その場その場で判断
- ・土浦市：実際にシート作成し、使っている。しかし、訪問看護を使っていないと結局救急車といった対応になる。
- ・家族、親戚、よく来る友人への周知を促す。
- ・消防：たくさんの通報者と話すが、そこまでの葛藤があることを知った。
- ・救急車を呼んでしまったら医師がいないと延命をとめることができない。

## 11グループ

### ①急変時の各職種で感じている課題

- ・薬がない時→TEL対応（薬局）・在宅対応（その他情報共有、認知していない）
- ・救急車を呼んでもなかなか運び先が見つからない。・個人スキルが足りていない。

### ②課題解決のための協議

- ・リアルタイムな情報共有  
薬の情報の認知をよくしていない（メディカルケアステーション→ネット）→電話、FAX（使用できない人）など
- ・連携の重要性
- ・病院先が足りていない。
- ・勉強会などを通してスキルを上げる。

## 1 2グループ

### ①課題

- ・いわゆる「急変」した状況を見て、看取りにつながるかどうかの判断が難しいのではないか。
- ・かかりつけ医への連絡が不十分。
- ・24時間体制でも出られないこともある。家族はかかりつけに繋がるのかという不安があり救急要請してしまう。
- ・そもそも急変時「情報共有シート」を見ないのではないか。

### ②課題解決

- ・悩み相談のサポートセンターがあったらよい。例) 子どもの救急#800 → 高齢者のものもあればよい。
- ・意思決定を話し合うシートと、決定事項を見えやすく掲示するシートを分ける。
- ・本人の想い：漠然としている。延命の希望や最期に希望する場所など項目があるとよい。
- ・シートの文量が多くて読めない。レイアウトが悪い、シンプルなほうがよい。言葉の使い方や内容を再検討すべき。

## 1 3グループ

- ・病院に搬送か在宅看取りで迷うことがある。
- ・ケアマネや訪問看護の連絡先がわからないので、連絡先一覧をベッドサイドに大きく連絡先を書いてほしい。(服薬も同様)
- ・どこまでが救急車を呼べるのか？急変とは？→救急隊も判断してくれるのでTELで相談する。
- ・シート、薬は誰が書くのか 見直しは誰がいつやるのか分からない。
- ・連絡先の優先順位を決め、家族を巻き込むようにする。
- ・対応シートの文字を消したほうがよい。本人の想いが大事なので、みんなが見られるように書いておく。

## 1 4グループ

### ①急変時の各職種で感じている課題

- ・きちんとした話し合いができておらず、救急車が来てから医師に連絡。→医師はまず連絡してほしかった様子。
- ・介入するタイミングが難しい。・たまたま入ったタイミングで急変してしまうと非常に焦る。
- ・緊急時のそれぞれの対応について情報共有していきたい。

### ②課題の共有と課題解決のための協議

- ・関わるみんなで課題共有する。・自分が行ったときに急変した場合どう対応するかについて確認しておく

### ③情報共有シート

- ・文字が多く、読みにくい。枠が小さい。・ケアマネ、主治医、訪看しか連絡先の記入場所がない。
- ・誰に何が起こるかわからない→どのような人までこのシートを使うべきなのか。

## 1 5グループ

- ・デイ（入浴訪問）：Ns がない中での急変時の対応の困難さがある。判断が難しい。
- ・カルテに主治医、CMは記載している。緊急時に主治医に連絡ということまで気が回らない。
- ・鍼灸：患者と個別で関わりが深いため会話の中で重要な事を記録に残している。
- ・看護師：関わりのある全スタッフの情報共有に困難あり。意思決定にまだまだタブーな雰囲気がある。
- ・薬剤師：急変時にあたることがない。
- ・急変時のマニュアルは誰が作成するのか。・予期せぬ急変時の対応は難しい。
- ・様々な人が情報共有するにはシンプルなものがよい。（ドナーカード等）
- ・現在案の情報共有シート、ごみの収集日カレンダーと色あいが似ており紛らわしい。
- ・結論についてはわかりやすくシンプルにした方がよい。

## 16グループ

- ・ 緊急時の連絡先が共有できていない。 A. 連絡先を共有する場を作る。
- ・ 勤務医（主治医）に通院している方、訪看が入っていて、体調が悪いが救急車を呼ぶほどでもない、しかし受診したい。お金も車もない場合はどう搬送すべきなのか。 A. 話し合いをして対応を準備しておく
- ・ 急変時、家族が動揺してしまい状態をうまく伝えられない。  
A. ツクツク見守りたいにチェックリストを入れ、書いておく、又は本人のそば（ベッドなど）においておく。

## 17グループ

- ・ 歯科口腔に関する急変は？
- ・ 唾液による誤嚥が多い。タッピング（肺や呼吸筋に振動を与えて痰が移動しやすくする行為）は下から上を実施する。  
場合によっては吸引している。→高齢者よりも障害者にも多い
- ・ 訪看→在宅で死が近い場合は判断が難しい。元気な人が急変すると救急車を呼んでしまう。
- ・ 救急車を呼ぶ状態の判断が難しいため、マニュアルがあれば家族も安心できるのか。
- ・ 看取りの場合の対応は、家族 → 訪問看護 → 先生である。
- ・ それ以外 アクシデント（のどが詰まった、転倒）→119番

## 18グループ

- ・ 家族の迷い：事前に話し合っているにもかかわらず急変の場では意見が変わってしまうこともあり
- ・ 施設入所時に対応シートの確認、入所後も定期的に確認する必要あり。  
→入所、入院時は他にも聞かれること、説明されることも多いのにさらに聞くのは負担が多いのではないか。
- ・ 急変時に連絡をとって行く順番を決めておくことスムーズ。
- ・ 元々どういう状態レベルの人なのか誰が見てもわかるものがあると良い。  
(家族がよくわかっているとは限らない。)
- ・ シート(案)はシンプルにした方がよい。「管どうする?」「点滴どうする?」など。
- ・ 共有シートを作成しても急変の場で家族が冷静に判断できるとは限らないので、ケアマネ情報シートはあったほうがよい。
- ・ 情報共有シートを使ったロールプレイをしておく。

## 19グループ

### ①急変時の各職種で感じている課題

- ・ 予測されなかった急変時のパニック。どうしたいのかの話し合いはできていない。
- ・ 訪看があれば相談できるが、いないときどうするか。
- ・ 独居、認知症の意思決定が難しい。
- ・ 本人の想いと家族の想いの相違を知る。

## 20グループ

- ・ケアマネ：独居、身寄りがない、意思は聞いていたが病院では反映はされず、ケアマネの身元保証を求められる。
- ・救急搬送、職員（施設）が救急のDrに延命処置の判断を要求される。
- ・急変時の対応、職員の対応に技術的な差がある。
- ・看取りは家族の覚悟が必要だが在宅で多職種でかかわることが本人家族が不安なく暮らしていける。

## 21グループ

### ①家族

- ・状況によって患者家族の気持ちが変わることが多い。
- ・病院から退院してもすぐに戻ってしまう。何のために訪問診療を入れたのか？
- ・訪問看護、訪問診療をすぐに呼ばずに119番をしてしまう。

### ②解決

- ・身近な死について話し合う。
- ・症例（看取り）を増やして、よさを広げていく。
- ・家族に看取りがどんなものか知っていただくための教育をしていく。
- ・小さいころからお年寄りと触れ合う。
- ・家族が集まったときにエンディングノート等を使用し、話し合っておくことが必要。

## 2 2グループ

### ①急変時の各職種で感じている課題

- ・どこに最初に連絡したら良いのか迷いがある。
- ・ACP (アドバンス・ケア・プランニング) が浸透していない。独居、認知、老々 等 ⇒ 結果的に救急車で病院へ行く。

### ②課題の共有と課題解決

- ・「病院」と「在宅」で治療できるレベルや可能性を家族・本人に伝える。
- ・「在宅医師」「病院の医師」の情報共有を行う。

### ③情報共有シート

- ・シートに記入する前に本人-家族の抱えている不安のアセスメントシートが必要。

## 2 3グループ

- ・脳卒中、認知症などで直接原疾患で生命に危機がない方にACPを取っておくのは難しい。→どのタイミングで話し合うか。
- ・情報共有シートのボリュームが多すぎる。
- ・何もしないけど最後の死亡確認は病院でもらいたい人はいるのではないか→家族の納得感はあるのではないか。
- ・DANR = 病院に行かないではない。

## 2 4 グループ

- ・ 訪看：老老介護の家庭が多い。本人家族の理解力（病識、栄養指導）が乏しい。  
→例：急変時シートを作成 訪看ステーションの中で作成 本人の病状に合わせた対応
- ・ 老健：家族に看取りの同意を得ていてもいざというとき救急車になることもある。  
→想定される急変を事前に説明
- ・ 包括：家族関係によって適切な119番ができないこともある。
- ・ CM：急変した際に家族があわててしまう。決めていたことと違う対応をすることもある。

### ◆情報共有シート

- ・ 対象者をしぼる（CM、訪看、ヘルパーが入っている人等）

**各グループより急変時の現状や課題、  
情報共有シートの活用について  
たくさんのご意見をいただきました。  
今後、情報共有シートを再検討する際の  
参考にさせていただきます。**

