

◎講演の疑問・感想

- ・自身が勤務する施設では夜間看護師がオンコール対応をとっている。介護士が利用者の状態変化やバイタルの異常に気付けない、状態報告が正確でないため、搬送時には時間がかかり経過して対応が遅すぎると救急外来の先生から指摘を受けたことがあった。介護士も状態変化に気付けるようにするにはどうしたらよいか悩んでいる。  
→全体で共有。北林氏からアルテンハウゼ手形住吉町での取組を紹介。
- ・訪問看護は利用者と毎日顔を合わせるわけではないので、看護記録から状況を探るのが大変。すぐ調べられるマニュアルや、家族との状況の共有など勉強になった。
- ・施設から病院へ事前連絡はした方がいいのか。  
→緊急時は119番通報を優先する。事前に連絡ができるような状況であれば、施設から連絡をしてもらえると、よりスムーズになることを説明。
- ・心肺停止の救急出動が特養とショートステイで多いというのが意外だった。看取りをやっている施設が多いので特養では少ないと思っていた。
- ・マニュアルの作成が必要だと感じた。
- ・利用者の状態がいつから違うのか、変化を見つけるのが難しいが、何が違うかということ大切に状態観察する必要があると感じた。
- ・県外から市内の福祉施設に来た場合に、情報が途切れないようにしていきたい。紹介状の対応をスムーズにしたい。
- ・老健では医師がいるため他の施設と対応が違う。
- ・緊急時の対応（タッピング方法など）に関する研修が必要だと感じた。
- ・看取りの考え方を共通にしたい。
- ・高齢者からの救急要請件数の多さに驚いた。
- ・受け持ちの高齢者から体調について相談を受けることがあり、社協にいる看護師と対応しているが改めて救急要請の判断が難しいと感じた。
- ・病院の地域連携室では救急車やドクヘリで搬送された方の人定や調整をするが、時々行政や福祉などに関わりのない方がいて、名前や年齢や身よりなど全くわからない場合がある。これらの方々をどうするかが大きな問題となっている。
- ・当施設（SS）では夜間体制を介護職2名、待機看護師1名としており、急変時の対応マニュアルはあるが機能しておらず連携のあり方にも課題がある。利用者の意思の変化もよくあるので定期的な確認が必要と感じた。
- ・当施設（特養）で夜勤者は介護職4名、看護師1名としており急変時の対応マニュアルは

ある。救急要請は基本的に医師の判断である。このようなセミナーには施設のトップに来てもらうべきであると感じる。

- ・かかりつけ病院の医師は、施設の訪問診療などで入所者の状態を管理することが重要だと再認識した。
- ・救急車へ同乗を求められたが、別の車で看護師が病院へ向かうことがあった。その状況でも、救急車への同乗は必要だったか？
- ・夜間の常駐している職員数が少ない。また、経験値が浅い職員もいるので緊急時の対応は不安である。
- ・他職種との顔の見える関係を構築していくことが必要と痛感した。

### ◎他機関とスムーズに情報共有するために事業所で取り組んでいること、これから取り組みたいこと

- ・訪問看護の場合、オンコール対応は自分一人で判断しなければならない上に毎日利用者の状況を見ているわけではないので不安を抱えながら対応している。できたばかりの事業所のため、主治医に相談するまでの判断や流れなど確認できておらず、これから構築していくことになる。
- ・既往歴、内服など最低限の情報を個人の頭の中でまとめながら情報提供していたが、情報をまとめるシステム作りが必要だと感じた。
- ・病院への救急受入の連絡について、役割分担できる体制があればいいが、訪問看護は一人で対応しているため救急要請・傷病者の対応・病院への連絡などを一人でやるのは難しいと感じている。
- ・病院シートを元に、受診先を決定している。連絡用シートを活用していきたい。
- ・救急隊とのコミュニケーションに不安を感じている職員も多い。救急の手引きと救急カードを活用していきたい。
- ・施設独自で情報連絡シートを活用しているが、定期的なアップデートが必要だと感じた。
- ・救急の手引きとアクションカードがとても良い。高齢者施設ではなく、自身が勤める障害者施設でも活用できそう。
- ・救急の手引き、アクションカードを現場で活用したい。

### ◎本人の思いをどのように確認しているか

- ・特養入所者の半分以上は本人の意思を確認できない状態にある。認知症や寝たきり。意思が確認できる人には食べたいものなど聞くようにしている。その場合「本人がこう言っているがそのようにしていいか」と家族にも確認するようにしている。最期の希望に関して

は状態が悪くなってからでないと家族も想像できない場合が多い。

- 徐々に食事が摂れなくなってきたり、胃瘻などどこまでやるかイメージがつかない家族が多いように感じる。知識のある家族でないと少し経てば回復するなどと思われているようだ。
- 延命など何も希望しない方が倒れた場合、職員は心マなどの処置をしてはいけないのか。→口頭での確認だけでは不十分なので、どこまで求めているかや、やむを得ず処置する場合の注意点等も記して書面で交わした方が良い。
- ACPの概念を広めていく必要がある。本人と周囲の関係者が話し合いで決めていくことが重要。
- 事前に考える場を準備することがある。
- ACPを考えることを、医療に頼りすぎかもしれない。
- 医師からACPをテーマにした話を始めると、縁起でも無いと言われることがある。よって話題にしにくい。
- 容態が悪化したら、個別にACPの確認を行っている。
- 高齢者の認知症予防のためのサークルでエンディングノートについて説明している。
- 入所時、本人または家族に確認していない。そもそも、ACPを認識していない施設職員が大半である。OJTやOFF-JTでの教育で職員に周知したい。

## ◎その他

- 精神疾患がある方の体調変化の訴えについてどのように対応したら良いか判断が難しいと感じている。
- 施設でも外部の嘱託医師が訪問診療している例があるが、医師の前では、いわゆる猫をかぶる高齢者もいる中、関係しているケアマネや介護士、薬剤師が医師にこっそり普段の状況を教えてくれることがある。組織としての関係性も大事だが、他職種同士でも人と人の関係性の構築も大事であると感じている。
- 病院、医院が休みにあたる土日に体調について相談されることがあるが、救急要請の判断に苦慮している。相談窓口などはないでしょうか？
- 秋田市における地域高齢者医療と救急医療の課題は山積みであるが、高齢者医療と救急医療の問題点は別のものとして考える必要がある。
- 安心キットは今使用しているのか？使用例があれば、教えてほしい。
- お薬手帳の管理をしっかりと。搬送先の医療機関では情報がほしいので。