

## 《在宅医療・救急医療連携の取り組みの経緯》

- ◆ 高齢化の進展に伴う救急需要の増大
- ◆ 救急医療現場からの問題提起により取り組みが開始

- H27.2月 病院連絡会議にて、救急救命センターからの問題提起  
次々に搬送される高齢者施設の高齢者：「本人の意思確認はどうなっているのだろうか？」
- H28.11月 顔の見える関係会議（エリア別）「高齢者の救急搬送の現状と課題」
- H28.12月 第1回高齢者の救急搬送に係る意見交換会
- H29. 2月 顔の見える関係会議（アトバンス）「人生の最終段階における意思決定支援」
- H29. 5月 第2回高齢者の救急搬送に係る意見交換会
- H29.10月 【厚労省】在宅医療・救急医療連携セミナーへチーム（医師会・消防・行政）参加
- H30. 1月 意思決定支援検討ワーキングについてのキックオフミーティング



まずは現状を共有し、課題を明らかにして、医療・介護連携の体制づくりへ！

「意思決定支援検討ワーキンググループ」を新たに設置し、議論を進めていく

# 高齢者施設へのヒアリングで得られた主な意見

## ○救急搬送時の課題について

- ・慌ててしまい，うまく情報が伝えられないため，救急隊員に怒られてしまう
- ・救急要請か外来受診かの判断がつかない
- ・夜間帯は職員が少ない体制のため，救急車への同乗の問題が大きい
- ・若いスタッフは医療知識が少ないので対応力が十分でない
- ・医療職が不在の時は，マニュアルがあっても判断に迷う

## ○医療との連携体制について

- ・病院と家族の「延命治療」の認識には差がある
- ・看取りの同意書をもらっていても主治医から救急搬送の指示がある
- ・夜間帯は医師と連絡が取りにくい
- ・医療職から求められる情報が確認できず意思疎通がうまくいかない

## ○取組みへの意見・提案

- ・延命治療をする・しないことをうまく家族に説明するガイドラインが必要
- ・柏市共通の対応マニュアルや意向確認の様式があると助かる
- ・救急要請について，介護職員でも判断できる指標や確認事項があるとよい
- ・緊急時の初期対応の訓練や人工呼吸の研修を行ってほしい

# 顔の見える関係会議 報告

## ◎平成28年度第4回 顔の見える関係会議 (アドバンス研修)

開催日時：平成29年2月16日(木) 午後7時～9時

内容：①グループワーク『人生の最終段階における意思決定支援について』

②ミニレクチャー『人生の最終段階における意思決定支援をどう支えるか』

★参加者：156名★

医師18名(診療所14名, 病院4名), 歯科医師10名, 薬剤師9名,  
看護師11名(訪問看護7名, 病院診療所4名), 医療ソーシャルワーカー10名,  
精神保健福祉士1名, 管理栄養士1名, 介護支援専門員10名, リハビリ職10名  
地域包括支援センター職員12名,  
介護サービス事業者23名

※介護老人保健施設3名, 特別養護老人ホーム5名, 有料老人ホーム3名, サービス付高齢者住宅7名,  
柏市職員16名, 厚生労働省職員1名, 県内自治体職員2名, 県外自治体職員6名, 他市医師1名,  
東京大学4名, 企業等3名, 他8名

### ◆グループワークの様子◆



### ◆グループワークの一例◆



第4回顔の見える関係会議 発表用紙  
『指モデルにおける医療・介護の人生の最終段階における意思決定支援のガイドライン』の目次

- 患者の意思決定が難しい時
  - 認知症
  - 思いと話し合えない時
- 患者と家族の思いの違いがある時
- 代理決定者意思決定者の選定
  - 家族の問題
- 望み情報提供
  - 患者の情報提供
  - 支援者が必要な情報
- 意思決定支援のタイミング



8G  
『指モデルにおける医療・介護の人生の最終段階における意思決定支援のガイドライン』の目次

- 自分で考えよう!
  - 自分の権利として自分で考える。定期的に見直す。
  - 死にかかるとなると、誰かが考える事。
- 伝えよう!
  - 自分の気持ちを理解してもらおう。
- 話し合おう!
  - 自分の気持ちを別の援助を高めよう。
- 自分なりのツールがある。
- 私は、すべてのプロセスにわかりましよう。

# 「高齢者の救急搬送に係る意見交換会」で出された意見

## ○医療

- ・急変時と看取り期の対応は別の視点，整理して考える必要がある
- ・意思決定は病状のステージごとに変わる。家族と何度も話し合う必要がある
- ・日本臨床救急医学会の提言：主治医の判断，M C協議会との連携が必要

## ○介護

- ・介護職員には急変時・看取り期の対応に恐怖感，精神的なストレスがある。夜間何があっても，朝まで待っても大丈夫という知識と安心感が必要
- ・看取り期の病状や見通しの説明が家族と介護職員にあれば安心して対応できる
- ・介護職員は若い世代も多く看取りの経験も身近な死の経験もないので対策必要
- ・高齢者が入所する施設では同じように対応できる体制づくりが必要
- ・施設が24時間相談できる体制があることが必要
- ・本人と家族が話し合える機会を作ることが大切

## ○救急

- ・救急隊員に各施設の実情を学んでほしい
- ・救急車の使い方について市民への啓発が必要
- ・介護施設が訓練を実施することは重要，施設の所在地の管轄の消防署が来てくれることで施設職員と救急隊員の顔の見える関係ができる

# 意思決定支援検討ワーキングの位置づけ

## 柏市在宅医療・介護多職種連携協議会

- ・在宅医療・介護多職種連携ルールの作成
- ・在宅医療推進のための行政施策への反映 など

事務局：柏市

委員：柏市医師会（診療所，病院），柏歯科医師会，

柏市薬剤師会，柏市訪問看護ステーション連絡会，柏市介護支援専門員協議会，地域包括支援センター，柏市在宅リハビリテーション連絡会，東葛北部在宅栄養士会，介護サービス事業者協議会，柏市社会福祉協議会，柏市ふるさと協議会連合会（ほか）

## 意思決定支援検討WG

医療体制構築

- ・在宅PC委員会
- ・東葛北部地域MC協議会

10病院地域連携会議

在宅医療第2フェーズWG

多職種連携・情報共有システム部会

柏市共通様式検討等

- 情報共有システムや多職種連携ルールについて議論
- 必要に応じ個別症例の検討

介護職員研修

研修部会

在宅医療多職種連携研修，顔の見える関係会議等の計画と実施  
●通年で在宅医療・地域医療をテーマとした研修を企画運営

啓発・広報部会

市民啓発

- ◆在宅医療を始めとする地域医療に関して，市民に向けた普及・啓発活動の方向の検討
- ◆広報・啓発ツールの作成と実践

# 意思決定支援検討ワーキングの検討事項

## 論 点

1. 延命を望まない高齢者の救急搬送について心肺蘇生をしなくてもよい環境づくり
2. 本人の意思決定をどのような仕組みで支えていくか

### ①本人の意思を多職種で共有できるルールづくり

⇒多職種が同じ視点で支援ができるようなガイドライン等の作成・ルール化

### ②介護職員への研修

(急変時・看取り期の対応力向上, 不安の軽減)

⇒指針・対応マニュアルの整備, 柏市共通様式の作成

### ③市民への啓発

(人生の最終段階の医療の選択と意思表示)

⇒効果的な市民啓発の場や方法の検討

### ④医療との連携

(主治医, 施設嘱託医, MC協議会, 救急隊員の共通理解ができる体制づくり)

### <今年度の取組み>

顔の見える関係  
会議の成果物：  
「意思決定支援  
ガイドライン」  
の目次出しを基  
に, 支援者が共  
有できる**ガイド  
ラインの骨組み  
の構築**を行う。

# 市民の意思決定支援を具体的に検討する場へ

## ◆H30.5月24日 意思決定支援検討ワーキングを開催

### 【構成メンバー】

- ・介護家族，市民，柏市ふるさと協議会連合会
- ・柏市医師会，東京慈恵会医科大学附属柏病院（救急部診療部長）
- ・国立がん研究センター東病院（緩和医療科医師，サポーターブケアセンター MSW）
- ・辻仲病院柏の葉（緩和ケア病棟看護師長），柏市訪問看護ステーション連絡会
- ・柏市介護サービス事業者協議会（特養，住宅型有料老人ホーム，小規模多機能型居宅介護）
- ・柏市グループホーム連絡会，柏市介護支援専門員協議会
- ・柏市社会福祉協議会，地域包括支援センター

【事務局：柏市】 保健福祉部長，保健福祉部地域医療推進課，消防局救急課



市民のみなさんのお声を聞かせていただきながら，医療・介護多職種が意思決定を支えられる連携体制づくりに向けて協議を開始しました。

◆今年度のワーキングの開催 ◆ 3回を予定（5月・9月・12月）  
第1回目は「意思決定のプロセス」をテーマに，ガイドラインの内容を議論

# 第1回ワーキング：「意思決定のプロセス」検討結果

## Aチーム

- **いつ**
  - ・時期を決めないと話し合いはできない。何回も仕掛ける
  - ・入院，入所，在宅療養開始
  - ・免許更新時，介護保険証交付
  - ・要介護認定申請・更新時

- **何を話すか**

- ・本人の意思とは何か。内容が曖昧なので共通認識が必要
- ・具体的なイメージが持てる必要がある
- ・徐々に弱ってきた時のことだけでなく急変した時にどうするかということも含める

- **どのような形で残すか**

- ・言うだけでなく文書で残す必要がある，本人が書き残す

★いつ開始するかのタイミングが重要。どこからどこまで位置づけるか，条件を決めないと際限なく広がってしまう

## Bチーム

- ラポール（信頼関係）形成
- 説明と希望に合わせた情報提供，理解の状況確認（ここでは繰り返す必要あり）
- 選択と決定（書面に残す）
- 逝去後の家族支援

- **いつ**

- ・病名がついた時，要介護認定申請時，サービス担当者会議，専門職が関わり始めた時，余命が1年以内と考えられる時，元気な時から意思が分かる問い
- ※タイミングを見逃さない

- **何を確認するか**

- ・どう生きたいか，どう在宅で過ごしたいか，いつまで在宅で過ごしたいか

★市民はどのような支援があるかを知らない。医療・介護職の支援者が説明して支えることが必要。ガイドラインは支援者がどんな支援ができるかイメージできるものとする。

## Cチーム

- **いつ**
  - ・状態が大きく変化した時，入所や入院のタイミング，きっかけは医療の場面（通院等）
  - ・第三者の介入がないと難しい

- **誰が**

- ・リードは医療職，何度も経過を話す。身体機能の変化を説明
- ・専門職が話し合いの場を作る

- **どのように**

- ・家族関係で話し合いや方針の決まり方が違う
- ・意思決定した内容を残す手段をどうするか
- ・本人の死生観・宗教観を知る

- **遺族支援**

- ・家族の満足感，後悔への配慮

★フローチャートはどこまでの体制を考えるか。本人の意思を家族が分かってくれるタイミングがあるかどうかを確認する。

## ◎意思決定支援検討ワーキングでの検討

取組みの4本柱のうち、「①本人の意思を多職種で共有できるルールづくり」について、意思決定支援のガイドラインの骨組み構築を進めていきます。

## ◎各部会との連動・各職能団体との連携

その他の取組み「②介護職員への研修」, 「③市民への啓発」, 「④医療との連携」の具体策の検討についても、ワーキングでの検討を踏まえて進めていきます。