

令和6年度 函館市医療・介護連携
急変時対応研修会

～本人の思いに寄り添いながら～

「小規模多機能における急変予防と医療との連携」

(株) 魅力 小規模多機能ホームらしさ七重浜 波並孝



【小規模多機能ホームらしさ】

開設：平成27年11月1日

定員：29名

平均介護度 2.6

【特徴】

- ・地域との繋がりが深い。
- ・おむかいさんとの融合で子供達とのふれあい多い。
- ・男性利用者多い。
- ・久根別地区を中心に幅広い地域の方が利用している。



【小規模多機能ホームらしさ七重浜】

開設：平成30年4月1日

定員：29名

平均介護度 2.24

【特徴】

- ・らしさファームでの農作業
- ・直売所「結び」の運営
- ・地域との繋がりを作り始めた。
(花火大会・地域食堂)
- ・七重浜地区の利用者がほとんど。



【小規模多機能ホームらしさおむかいさん】

開設：令和2年2月1日

定員：18名

平均介護度 1.16

【特徴】

- ・共生ケア（放課後等デイサービス併設）
- ・日常的に子ども達の笑い声が聞こえる環境
- ・元気な利用者が多いため外出などアクティブなプログラムが多い。
- ・築45年の一軒家を改装。

1.職員の状況（令和7年3月1日現在）

■男性2名 女性20名 計22名 ■平均年齢 46.8歳

介護職員			看護職員		介護支援専門員	介護補助	管理者
常勤専任	非常勤専任	非常勤兼務	非常勤専任	非常勤兼務	非常勤兼務	非常勤専任	常勤専従
9	2	1	3	1	2	5	1

- 常勤介護職員は8時間労働【7～16時、10～19時、11～20時、16～9時半】
- 非常勤介護職員は5～7時間労働【8時半～16時45分の間】
- 非常勤看護職員は7時間労働【平日 8時半～16時15分】
- 介護補助は平日午後、土・日・祝日に勤務
- 看護師は平日1～3名出勤。

2.利用者の状況（令和7年3月1日現在）

介護度別人数

平均介護度：2.6

介護度	人数	割合
要支援1	1名	3.4%
要支援2	2名	6.9%
要介護1	4名	13.8%
要介護2	10名	34.4%
要介護3	4名	13.8%
要介護4	3名	10.4%
要介護5	5名	17.2%

世帯構成	人数	割合
単身独居	8名	31%
高齢者世帯	10名	34.5%
同居家族あり	10名	34.5%

3.急変時対応：「急変を予防する」

- ・多職種が協働し早期に異常を発見する。
- ・「いつもと違う、何かおかしい！」を見逃さない。
- ・いつもと違う様子があった時に、迅速な対応が必要。
- ・そのままにしておくと急変に繋がってしまうかもしれない。
- ・らしさでは自宅で急変する確率が高い。

急変予防①：「見えない時間を少なくする」

- ・「何か変だ！」と感じた時には速やかに、
サービス量を増加する。（一時的に）
(通い時間・回数を増やしたり、泊まりを利用。)
- ・「見守りの目」を増やす。（家族や近隣住民の協力も得る。）
(状態を説明する、観察のポイントを伝える、連絡体制の確認)

【被害の拡大を予防する】

急変予防②：「早期受診」

- ・介護現場の実情：マンパワーは有限。
受診を組むには業務調整が必要。
- ・【急変→重症化】 ⇒ 【急変予防→悪化予防】
- ・早期受診で医師の診断、処方、必要な指示をもらえれば介護職員の不安は軽減する。

急変によって「**望む最期**」とは
異なる方向に進んでしまうこともある。

- ・「私もうゆう風にここ（らしさ）で最期を迎えたいたい。」
- ・風邪をこじらせ重症化。⇒救急搬送で入院。
- ・入院先でインフルエンザに罹患⇒病状悪化。
- ・食欲不振が続き、意欲・認知機能も低下。
- ・主治医から「もうこの状態では在宅復帰は難しい。」と言われてしまう。

「ACPを行う重要性を感じたケース」

99歳女性、Hさん。訪問診療。娘さん二人と同居。

朝方から嘔吐と下痢症状が出現。

自宅で療養→1日数回の訪問で状態観察。→急変。（血圧、意識レベル低下）

主治医に連絡し、緊急カンファレンスを開催。（娘さん二人、主治医、らしさ）

【ACPで確認した意向】

「最期は自宅で看取りたい。1日でも長く、自宅で家族と暮らしたい。」と強く希望。

主治医：「年齢、病状的にも入院をすることで認知症状が悪化する可能性も否定出来ない。」

家族：「入院はさせたくない。でもこのままの状態は見るに堪えず、不安も大きい。」

主治医から当番病院の救急外来に連絡。 カンファレンスの内容を伝達の上救急搬送の指示。

最低限の検査と点滴処置を実施→らしさの泊まりを利用。→訪問看護と連携。

不安に押しつぶされそうになりながら、 本人、家族の想いに寄り添うために奮闘したケース

対象者：Yさん。

虚血性心疾患を基礎とした慢性心不全があり、幾度となく急性増悪を発症。

本人は入院を強く嫌がるも、2次救急への救急搬送を余儀なくされていた。

「これはいい！これは嫌だ！」と思ははっきり示し、こだわりも強い方。

時には病状や心身機能以上の事を行ってしまい、自宅で転倒するなどして娘さんからhelpの電話がくることも増えてきた。

見えない時間を少なくするために少しずつ通いの回数や利用時間を増やしていったが徐々に心不全は悪化していき、次第に利尿剤の内服だけでは体内の水が引けない状態になっていった。

入院が嫌いなYさんの意向に沿うためにはどうしたら良いか？

急変予防③：「計画入院」

- ・本人の意向：「入院したくない。」
- ・医師・支援者の見解：「入院せずにこのまま在宅で生活を続けるとさらに病状が悪化し、急変の可能性も高くなる。」
- ・重症化すると入院の長期化も避けられず、在宅復帰も困難になる可能性もある。
- ・目標を「入院しない」から「入院を長期化させない」に切り替えて本人に提案。→しぶしぶだが納得。
- ・必要な治療を行い早期に在宅生活を再開することを目標。

急変予防④：「訪問診療への移行」

- ①治療でやれることは限界に近づいている。
- ②入院はしたくない。

上記をふまえ、今後どこでどのように過ごしていくのか？
自宅 ⇄ らしさの行き来が負担となっているのでは？
⇒ らしさの泊まりを長くし、娘さんが休みの日に自宅に帰る。

方針：高度な医療を求めず、在宅でできる事をしていく。
(自然な形で進める。)

Yさんと先生のやりとり

Yさん：「さっき花畠見てきた。こっちさ来いって
言ってる。いいとこだよって。」

Dr. 　：「ちゃんと僕が死に水とるから。
でも苦しくなく、楽しく逝きましょう。
家族やらしさの人たちのそばで。」

「見えない時間を管理する難しさ」

- ・本人から「札幌から孫達が来るから家さ帰る」と。
- ・お孫さんは看護師。人手も多く、見守り体制も十分。
- ・主治医と相談の上、1泊2日で自宅に帰ることが決定。
- ・深夜、家族から「急変した。」との連絡が入る。
- ・救急要請→心不全増悪の診断で入院。
- ・家族の話では発見時、チューブがグチャグチャになっており正しく装着されていなかった。

「願いを叶えるために」

「痰吸引について」

様々な意見があがった。

- ①目の前で痰がつまって苦しんでいるのに吸引しなくていいのだろうか？
- ②痰吸引を「行える職員」と「行えない職員」があり、行えない職員がその場に居合わせたら無力感を感じてしまうのではないか？
- ③これだけはっきりと本人が意志を示しているのだから尊重してあげたい。
- ④どうしたらよいかわからない。

この話し合いで方針を決定することは出来なかった。

「モルヒネに対する不安」

- ・本人の願いを叶えるため、モルヒネを検討。
- ・本人の意志を確認した上で、家族、主治医、らしさで話し合う。
- ・本人の願いを叶えてあげたい。（楽に逝きたい！）
- ・モルヒネに対する知識や経験の不足から職員の不安が募る。
- ・服用するタイミングやその後の状態変化が予測できない。
- ・訪問診療の医師、看護師の存在が心の支えに。

学びが「不安」や「とまどい」を軽減してくれると感じた

① 「疾患理解」を深める。

予後予測が出来れば、事前に準備が出来るのではないか。

② 「緩和医療について」学ぶ。

薬剤に関する知識を深めることも重要だと感じた。



4.まとめ

- ・まずは全力で「急変予防」に努める。
- ・「何か変！」の感覚を大切に「見守りの目」を増やすことが重要。
- ・急変によって本人の想いとは異なる方向に進んでしまうことがある。
- ・ACPを行うことで急変が起こっても慌てずに進められる場合もある。
- ・急変対応時の不安を軽減させるには正しい知識と経験が必要。
- ・医療との連携は不可欠。介護現場にとって医療の存在は心の支え。



ご清聴ありがとうございました。



Instagram



Instagram



facebook



@BANAMI_MIRYOKU



@RAISHA_NANAEHAMA



らしさの日常をアップしています。
お時間があればご覧ください。