

平成30年度第2回在宅医療に関する実践研修会(ワールドカフェ形式)に参加して

日時：平成31年1月31日(木)19時～

会場：福井県医師会館 1階 小ホール

研修会テーマ

「意志決定支援 地域でACP(アドバンス・ケア・プランニング)を紡ぐには」

★参加者の研修会での気づきや新たな発見、自分が大切だと思ったこと等を、話し合ったグループごとに記載する。

A	<ul style="list-style-type: none">• ケア会議や退院前カンファレンスから ACP は始まる。• ACP がなじむ人となじまない人もいるから、なじんだ人から始めよう。• ACP は、日々の生活の中にある。• 普段からアンテナを高くして患者さんのつづやきをひろっていきたい。そして、他職と共有していきたい。• 本人のつづやきをひろっていくことが大事。医療に限らず介護においても本人の訴えをひろうことで情報を増やしていきたい。それがその人の ACP につながっていくと思う。• 退院カンファレンスの持ち方を考えていく。• ACP の文化を地域に根付かせる。• ケアマネージャーは、人生の情報収集の要。
B	<ul style="list-style-type: none">• ACP 文化の醸成が必要。• “ACP” という文化を育むことが必要⇒住民啓発！ これは、医師というより行政等の仕事。• ACP の概念を普及させるには、更にマスコミの力が必要と思う。• ACP を進めるにあたって、社会的ムード作りはもちろんだが、現場では、多職種それぞれが、それぞれの視点から語りかけるべき。• ACP に対して、改めて医療連携の重要性を感じた。• エンディングノートは意思表示できる元気なうちに。• 外来通院している元気な時より、最期の迎え方をノートに書き出していく。• 「人生観・生活」、「医療・介護」情報交換とコーディネート。• ACP を進める上で患者の幸福を第一に考えるべき。• 在宅等時間があるときに、主治医より話を簡単切り出す。• 接触の多い訪問看護師と話し合う。• 医師は、DNAR から advanced directive まで確認をし、病状や予後の説明に伴い進めるのが仕事と考える。

<p>C + D 合同</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ACPの導入をどうするのか？→国民への啓もう。 • 広めるためには国民の理解が必要。 • 人生会議でもいいので、日本語を広める。 • 基幹病院にいるうちにACPを始めておく。基幹病院を退院する前に開業医との連携を。 • 退院時カンファレンスでACPを在宅医につなぎ、その後転用する。 • グリーフケア時に活用。 • 元気なうちに1回目を、その都度在宅ケアメンバーで共に考えてみる。 • 進めるには患者との関係する時間も必要。 • 知識よりも実践。自分の母親からエンディングノートを。 • ACPの適応疾患—認知症は？ 認知症とそうでない人の対応が異なる。 • がんの告知はACPに足かせになるか。 • ACPは、余命宣告できるがんの場合有用だが、他の疾患は難しい。 • 地獄の沙汰も金次第。ACP普及の前に医療コスト意識をもっと持ってほしい。 • ACPの活用と医療費削減の関係。ACPの点数化は疑問。 • 社会全体で社会保障費のことを考え、その中でACPの位置づけを考える。 • 家族のすべてに意思確認を行うべき。必ずしも決められたコースではなく変更も。 • エンディングノートを自由に配布し、患者から医師に質問してもらう。 • 外来にエンディングノートを置いて、興味を示す人から理解してもらったらいい。
-----------------------------	--