

平成30年度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30年5月24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

「在宅看取りにおける関係機関との連携」 ～患者・家族の望む看取りを支えるには～

- ・参加者の研修会での気づき、新たな発見、自分が大切だと思ったことなどをグループごとに記載する。

A	<ul style="list-style-type: none">・看取りにはスタッフ側の覚悟、熱意も大事！！・本人を看取るが目標だが、ケースバイケースではないか。難しい。・本人の思いに沿えるように医療等の連携。・医師にも思いがある、亡くなられたらすぐに行きあげたい！朝まで待つなんておかしい！という医師の思いに感涙。・医師が死亡確認することは、命の尊厳を守ること。医師は夜中よりも日中の方が大変。もっとコンタクトを取りたい！！・消防・警察といかに連携せずにはすむかを考える。・「救急車を呼んじゃだめだよ」と家族に言い続けてきたけれど…。その事が家族を追い詰めてはいなかったか。・マンパワーの確保が問題か。・ケアマネや訪看が伝えることで尊厳ある看取りが可能になることもある。医師と協力。・Drは、1人+1人は3人力。2人体制大事だが副主治医制は違うかも。・在宅看取りにおいて家族だけでなく、親せきに同意を得る。 息が止まっても救急に連絡しないことをたまたま来た親戚にも伝える。・消防に予め情報を伝えておくのは困難であるが警察には可能なのか。・ショートで突然亡くなった場合、すぐに主治医に連絡することを施設に確認しておく。
B	<ul style="list-style-type: none">・看取りが何処ではない。本人を看取る。・終活は元気のうちから 土台はなければACPは困難。・在宅で過していても、いつでも病院へ来れるというのは不安の軽減になる。・看取りの場は、家族・本人の希望で、在宅だけではない。・死のプロセスの説明は大事。 ・死に対して繰り返し病状の進行の説明を行う。・エンディングノートは若いうちから。・在宅医協力制度があることが知れた。・独居の方、連絡対応取れる方法を工夫する。・ほぼ在宅、時々入院。・病院では家族に後悔ないようにタイミングとること難しい。・在宅、入院、途中で変更あり。状態に応じて変更していくこと可。・本人・家族意思統一されてないことも多い。

C	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りがチームで援助できるように頑張ります。 ・総合病院 Dr、パソコンばかり見ないで患者様と向き合ってください。 ・基幹病院は在宅診療に早く回す。タイミングを逃さないように。 ・自宅で終末期を過ごし、自宅で看取られるという社会的ムードを作っていく必要性。 ・病名を告知するとき、治療法の選択と共に予後の予測→その後の選択肢迄話してほしい。早く在宅へ！ ・「在宅で看取る」というサークルに警察や消防も取り組むような道づくりを！ ・高齢世帯が増え、在宅診療の新たな問題が加わりそう。 ・警察との連携のため、新たに働きかけを始めているのがすごい。 ・在宅医にはやくつながるような病院の仕組みを作り必要があると思った。 ・看取りの教育は大事。 ・Nsだけで支えることはできないので、多職種との連携が大事だと改めて感じた。 ・このような研修に出ているいろいろと話すことからつながっていきたい。 ・今後、一人暮らし老人の看取りが増えていくが、どう支えるのか考えていく必要がある。 ・医師・看護師・ケアマネの連携・各役割の重要性。 ・家族の想いを聞いて、最後まで寄り添い続ける。
D	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で取り組む消防・警察・医療機関との連携 ・在宅看取りを推進するには、警察・消防とのコンセンサス作りがぜひとも必要。 ・看取りをする専門職との顔を合わせた話し合い。 ・在宅支えるスタッフの連携。 ・在宅⇔病院行き来できる環境で家族の負担軽減。 ・独居高齢者世帯が増加する環境での在宅看取りの困難さ。 ・主治医不在時の対応・副主治医制、法的なことの整備を要する。
E	<ul style="list-style-type: none"> ・延命処置をしないという意思表示をしても、救急車を呼ぶと延命されてしまう可能性がある。 ・119番せすかかりつけ医へ！！ ・かかりつけ医を持つ。 ・急変時（息を引き取られているときは、救急車ではなく主治医へ一報する。 ・急変時に連絡する先（在宅医、訪問看護）を明確にする。救急車を呼ぶと場合によっては検死になることがあることを伝える。 ・消防→警察の通報が第1報とならないように、在宅医療の連絡先を急変時に伝えておくことが大事。 ・最期の迎え方の意思確認はあらかじめ必要だが、発見者にそれが伝わらないと難しい。 ・在宅看取りにおける課題は様々、いろいろなケースを患者・家族とどこまで話し合えるかにつきる。 ・静かな終末期を迎えるには個々の悟りの境地が必要である。 欲張らずじたばたせずすべてを受け入れる。 ・在宅、病院の選択肢だけでなく、その中間的なサービスがあるとよい。
	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種の方との本音の意見を通じて理解する重要性を感じた。 ・副主治医でも初めての診る方の看取り診断はできない。連携の取り方を考える。

F	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検死予防に救急隊から主治医に連絡あるとよい。決まり事を作るとよい。 ・ 福井市の訪看スタッフ少ないから 365 日 24 時間体制といっても難しい。 ・ 看取りも多様な看取りあり、それぞれに対し検討していく必要あり。 ・ 本人、介護者（家族）が少しでも負担のない看取りを考えるだけでなく、医師や事業所の負担を減らす工夫が必要！！ ・ 坂井地区の在宅医療（癌死）の取り組みにびっくりしました。 ・ いかにな宅死を楽にするか。在宅医と家族の話合い ・ 癌麻薬であれば療養型を使う。回復期は軽い人がほしい。最後に 119 呼ばない。
G	<ul style="list-style-type: none"> ・ 悪くなる前に ACP が必要。本人の意思確認。 ・ 本当に在宅じゃないといけない？ ・ 在宅医と急性期主治医との関係。ターミナルとプレターミナルでの時期、連携が問題。 ・ 救急車を使うと→警察（検死）へ、家族に何とか連れてきてもらう。 ・ 在宅、関わる人の温度差あり。在宅看取りをする医師は大変である。もう少しゆるい体制づくりが必要ではないか。 ・ 患者家族が病院の医師を望み退院しない。 ・ 在宅にいてターミナルの中間対応施設が必要。 ・ 独居老人多い。意思の確認が困難。
H	<ul style="list-style-type: none"> ・ 警察・消防・医療機関との話し合いの場を設けて、不要な検死を減らす。 ・ 救急、警察、医療の連携 ・ 救急車をよばないで！ ・ ケースバイケースで、決まったマニュアルは決めにくい。 ・ オアシスキットを利用してかかりつけ医の有無を確認できる。 ・ 本人、家族および関係者の連携、話合い、共有が必要。 ・ ショートステイ利用看取り在宅医との連携必要、改めて認識した。 ・ 患者・家族の望む看取りは望む場所で選択できることが大事。 ・ カチッといた体制より、ゆったりした体制の方がみんなが頑張れる。 ・ 我々は、へたをすれば法律に触れるぎりぎりの立場にあることを認識した。 ・ 在宅への時期をきちんと考えたい。 ・ 安心感。看取り時 Dr は、本人ではなく” 家族 “をみている。

