

学 会 名

第32回日本慢性期医療学会
(2024年10月14日～10月15日)

研究テーマ

当院におけるACPの取り組み～仕組みづくりと実践～

病 院 名

医療法人社団健育会 石巻健育会病院

演 者

○菊池美咲(看護師)
庄司正枝(看護師)遠藤千恵(看護師)武山裕美子(看護師)佐藤和(看護師)
太田耕造(医師)可野健太郎(理学療法士)

概 要

【はじめに】

当院では患者の意思決定を支援として2019年11月からアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）に取り組んでいる。
当院でのACP開始に至るまでの経緯と実施状況、今後の課題について述べる。

【ACP開始までの経緯と実施状況】

2019年1月法人グループ内でACPについて研修を行い、同年7月当院では患者の意思決定支援に関する指針を作成した。
また患者が人生会議として考え始めるためのツールとして、当院オリジナルの「つなぐノート」とパンフレットも作成した。
医師を中心とした医療・ケアチームとして同年11月からACPを開始した。
ACPに関する看護研究の他、地域の医療職者・介護職者に向けても当院の取り組みを紹介するなど、現在地域でのACPの普及に向けた取り組みも行っている。

【事例紹介】

横行結腸癌・多発性肝転移の70歳代女性。
癌の進行が早く、患者・家族は積極的な治療を希望せず、療養目的で入院。前医で告知済みであったが、患者の認識が不明瞭だった。
多職種で情報共有し、患者の認識を確認できてからACPを実施。夫と少しでも長く一緒に過ごしたいという患者の思いを尊重し、自宅退院を支援した。
発熱等の症状で3日後に再入院したが、患者は夫に直接感謝の思いを伝えることができたと言
り、残された時間は病院で過ごすことを希望した。
再入院から15病日目に看取りとなった。

【考察】

入院時からACPの必要性を多職種が共有し、患者や家族と信頼関係を丁寧に築いて介入したことで、患者の深い思いを引き出すことができた。
「つなぐノート」のようなツールの存在は、意思決定を支援する医療・ケアチームがACPの話題提供やきっかけづくりを行うために必要である。
また「つなぐノート」で思いを可視化することによって、生活や療養の場所が変わっても、患者の思いを繋ぐことが可能になる。

【今後の課題】

ACPで表出された患者の思いを繋いでいくための情報共有や地域連携について、今後さらに検討していきたい。