

令和3年度第4回

筑紫地区多職種多機関連携研修会

「同職種と考える看取り支援」

研修報告

開催日：令和3年12月22日（水）

場 所：筑紫医師会 体育館

今回の研修会は、筑紫地区の訪問看護師の方々を対象に開催致しました。
参加者数:24名(18事業所)

グループワークのテーマは、

- ①看取りにおける訪問看護師の役割り
- ②看取りにおける困りごと
- ③看取りにおいて他の職種に望む動き
- ④看取り支援時のエピソードの紹介
- ⑤他の職種からの質問について

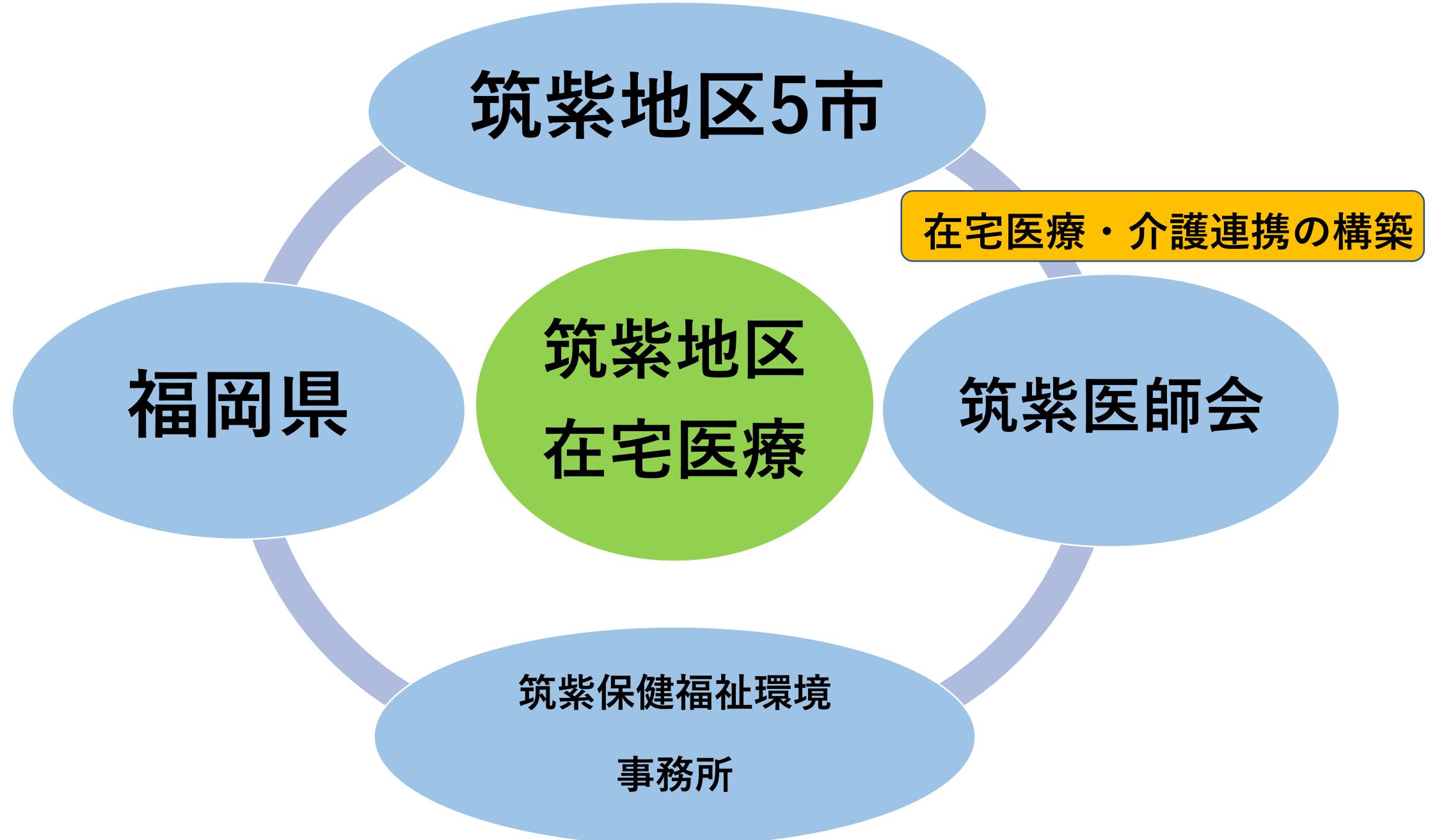
意見交換が主の会でしたが、情報交換の場が従事者の方々のお役立てになりましたら幸いです。貴重なご意見をありがとうございました。

アンケートからは、連携意識の変化(64%)や、内容の満足度(86%)を知ることができました。筑紫地区の多職種連携のめざす姿に近づくよう今後も、みなさまの地域づくりへのご参加をお待ちしております。

9

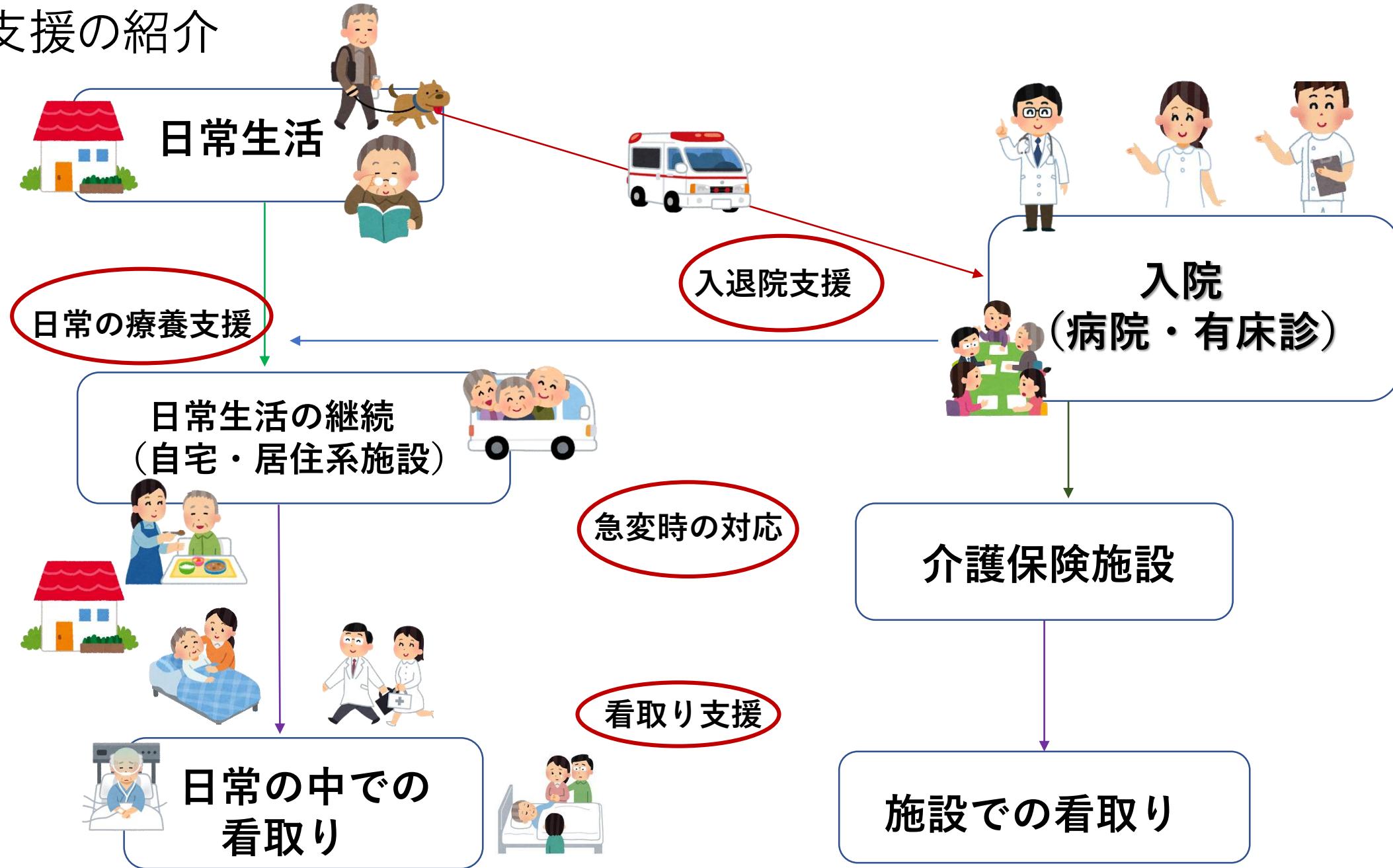
1

筑紫地区の 在宅医療介護連携 の取り組み紹介



支援の紹介

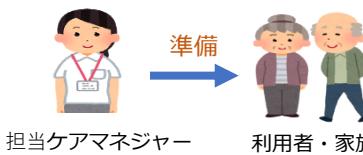
時間の流れ



各支援場面のツールの紹介

入退院支援

日常



準備

準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

*ご家族や事業所からCMへ入院連絡が入った場合は早く連携を開始するためケアマネから入院窓口へ連絡を入れる

入院時



保険証セットを提示する



- ① ケアマネの名刺等(保険証セット)を確認する
② 担当ケアマネに入院したことを知らせる



情報交換

入院中



連携室(Ns,MSW)

- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
② 各種制度や施設情報等の情報提供 ③ スケジュールの共有

退院時



- ① 退院時情報提供 ※医療・介護共有シート
※退院前カンファレンスの開催

- ② 退院報告
介護保険サービス事業所等

転院時



転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと話し合って決め 入院中の医療機関が転院先へ伝える

退院後



ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

筑紫地区 入院先医療機関 窓口一覧表 (令和3年6月更新)

入院先医療機関の体制や、患者の入院時の状態や疾患により、その後の連携の在り方が異なります。訪問のタイミング等は窓口へ相談しましょう。
※所在地ほか詳細情報は『医療機関検索』または『資源ガイドブック』をご覧ください。

入退院支援

筑紫野市

医療機関名称	窓 口	<患者担当者なし又は未確定の場合> 病棟Ns.への情報提供 (<input type="radio"/> かまわない <input checked="" type="radio"/> 困る)
	連絡先	
小西第一病院	地域医療連携室 9 2 3 – 2 2 3 0	<input type="radio"/> 止むを得ない場合は病棟でもかまわない
杉病院	地域医療連携室 9 2 3 – 6 6 6 7	<input type="radio"/> 院内で情報共有しているため直接病棟でもかまわない
高山病院	地域連携室 9 2 1 – 4 5 1 1	<input checked="" type="radio"/> 基本的には窓口へ 時間外や休日の入院の際は病棟でも構わない
筑紫野病院	担当：縞田・貞方 9 2 6 – 2 2 9 2	<input type="radio"/> 状況によってSWが対応する場合あり
済生会二日市病院	地域医療連携室 9 2 3 – 1 5 5 1	<input type="radio"/> 事前連絡後 担当者へ
福岡大学筑紫病院	地域医療支援センター 9 2 1 – 1 0 1 1 (代表)	<input type="radio"/>
二日市那珂川病院	担当 河村 9 2 3 – 2 2 1 1	<input checked="" type="radio"/> 窓口へご連絡ください 旧：二日市共立病院 (R3.3.1 ~名称変更しています)

医療機関名:
ご担当者名: 横



医療・介護共有シート

仕事用機器2

入院日 年月日 → CM記入日 年月日 → 情報提供日 年月日

お名前
患者氏名: 生年月日: 年月日 生(才) □男 □女

入院前 担当CM氏名: 事務所名:
TEL: FAX:

主介護者(▲)	氏名: TEL:	性別: 年齢 (才) 持記事項:	原疾構成図(同居者は○で囲む)
キーパーソン(★) ※主介護者と異なる場合 介護力	氏名: TEL:	性別: 年齢 (才) 持記事項:	
介護収容情報 (居室状況)	□十分ある □一部収容される □見込めない 要支援: □1 □2 □3 □4 □5 要介護: □1 □2 □3 □4 □5		
特別な医療歴等 障害認定等	□なし □あり(□脳卒中者 □精神障病 □精神者) □なし □あり(□身体 □知的 □精神 □既往)		▲主介護者 ★キーパーソン
経済状況	□年金あり □年金なし □生活困窮(実質的判断) □生活保護(担当CM:)		※本人が口中障害の報告、下記に□ □中障害者: □
疾患・疾患歴	□なし □慢性障病 □認知症 □急性呼吸器疾患 □脳血管障 □骨折 □その他の()		
受診中の医療機関	医療機関: 本治療: TEL:		
最近1年間の入院	□なし □不明 □あり(右欄詳細)	入院年: 原因:	
認知症高齢者の日常生活自立度	□自己 □1 □2a □2b □3a □3b □4 □5		
精神面における 療養上の問題	□なし □幻覚・妄想 □興奮 □焦躁・不穏 □妄想 □暴力/攻撃性 □介護への抵抗 □不眠 □暴行迷走 □徘徊 □危険行動 □不適行動		
介護サービス等の利用状況	□訪問介護(ヘルパー) □訪問看護 □訪問リハビリ □通所リハビリ □デイサービス □福祉用具 □薬剤指導 □訪問透析 □訪問診療 □介助		
生活状況			
屋内・屋外の特徴 飲んでいる薬	□なし □あり(お薬手帳にあり □なし)		
口腔内状態の特記 その他の持記事項	□なし □あり(□歯科受診中 □義歯 □あり □なし)		

入院前のADL等

- 起き上がり: □自己立 □つかまりながら出来る □扶助起にされている
座り: □自己立 □椅子に座る □床に座る
移動: □自己立 □見守り □手探・杖 □手引車 □歩行器 □車いす(□自己立 □介助)
食事動作: □自己立 □一部介助 □全介助 □経口摂取していない
食事形態: □工夫なし □工夫あり()
水分とろみ: □必要なし □必要あり()
排泄方法: □トイレ(□洋 □和) □ポータブル □おむつ・パッド(□尿時 □夜間)
排泄動作: □自己立 □誘導 □拭く、流す、衣服の上げ下ろし等の介助
入浴: □自己立 □一部介助(□シャワー浴 □浴槽) □訪問入浴 □デイサービス等



持記事項

退院

- 起き上がり: □自己立 □つかまりながら出来る □扶助起にされている
座り: □自己立 □椅子に座る □床に座る
移動: □自己立 □見守り □手探・杖 □手引車 □歩行器 □車いす(□自己立 □介助)
食事動作: □自己立 □一部介助 □全介助 □経口摂取していない
食事形態: □工夫なし □工夫あり()
水分とろみ: □必要なし □必要あり()
排泄方法: □トイレ □ポータブル □おむつ・パッド(□尿時 □夜間)
排泄動作: □自己立 □誘導 □拭く、流す、衣服の上げ下ろし等の介助
入浴: □自己立 □一部介助(□シャワー浴 □浴槽) □浴槽

持記事項

※1) 入院時情報整理加算の算定には医療サービス計画書(1.2.3表)またはこれに代わるものとの添付が必要です。

入退院支援



※下記の情報については主にCMが記入します。 説明取り日 年月日 / 年月日

医療機関名: 回診者: (職種:)
TEL: FAX:

退院予定期	年月日(曜日)
今回治療した病名	① ② ③
症状・病状の 予後・予測	
本人や家族の 受け止め、意向	
今後の診療	□連続 □訪問診療 □訪問看護
退院後必要な 医療行為等	□なし □在宅服薬 □導尿吸引 □気管切開の装置 □自己注射 □ストーマ □経管栄養(□経鼻 □胃管) □中心静脈栄養 □尿道カテーテル □褥瘡防護(部位:) □その他の()
安置して過ごすために 購入するよいこと および禁物事項	■その患者様の視点から
部に閉まる禁物事項	■その患者様の視点から
計算してほしいこと、早く 主治医や担当看護師へDDら せてほしい状態	
その他の持記事項	

日常の療養支援

相談方法確認表の使い方

(令和3年4月末現在)

- 相談を行う前に利用者(患者)やご家族に了承を得ておきましょう。
●医療機関に連絡を取った際は、自分の所属事業所、職種、氏名、相談対象の利用者(患者)の氏名、
生年月日を必ず伝えましょう。

相談方法には、次の4つがあります。

診察同席⇒利用者(患者)が外来受診するときに、相談者も同席し、相談することです。希望するときは事前に、同席する受診日、目的を伝えましょう。

個別面談⇒相談者が医療機関を訪問し、直接医師に相談することです。希望するときは表中の※の条件を確認し、事前に訪問することを伝えましょう。

電話相談⇒電話による相談です。まずは、いつ相談の電話をすればよいのかを確認しましょう。

FAX、メール相談⇒文書での相談方法です。事前に、相談する旨を電話で伝えた後、相談の文書をいずれかの方法で送信しましょう。

【表の説明】

医療機関名		住所:			
		電話:			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
<input type="radio"/>	△※1	①電話番号	②FAX番号	×	
【問合せ時間】☆③相談窓口担当者:					
月	火	水	木	金	土
~	~	~	~	●表示されている時間はあくまでも目安です。状況によっては、 すれたり、中止となることをご了承ください。	
④【コメント】					

番号の説明

- ①:相談時の電話番号(医療機関の電話番号と異なることがあります)
②:相談時のFAX番号
③:相談者からの訪問日時等の問い合わせを受け付ける者
④:各医療機関からのメッセージや条件を掲載

記号の説明

- :その相談方法を受け付けている △:場合による
×:その相談方法は受け付けていない ※:条件⇒コメント欄に条件記載あり

その他

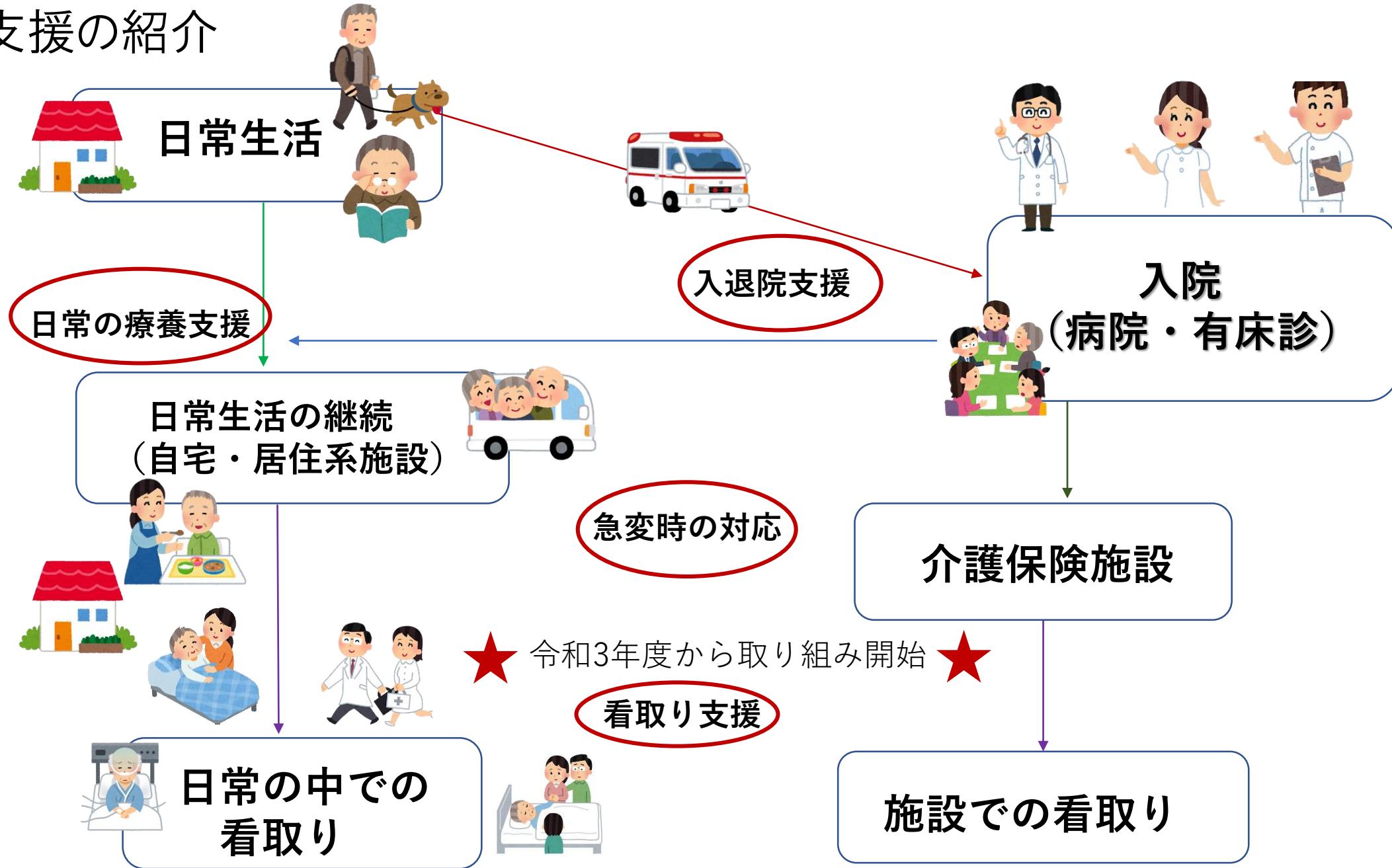
相談窓口担当者のいない医療機関や掲載の無い医療機関との相談方法でお困りの際は下記にご連絡ください。

筑紫野市

青柳外科医院		住所：筑紫野市二日市南2-2-10 ☎：922-2770			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○922-2770	○924-5041	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：受付 事務					
月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 12:00
【コメント】 ※1：事前に調整の上、お越しください。					
いでわき医院		住所：筑紫野市針摺中央2-4-1 ☎：408-1602			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○408-1602	○408-1612	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：内科医師 井手脇 康裕					
月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	～	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 12:00
【コメント】12:00～14:15はお昼休みです。 ※1：事前に調整の上、お越しください。					
伊藤医院		住所：筑紫野市二日市南3-11-15 ☎：922-3303			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○922-3303	○922-3499	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：受付事務					
月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 12:00
【コメント】 ※1：来院してもらい、都合がつくまでお待ちいただきます。					
上野脳神経外科クリニック		住所：筑紫野市原田4-15-8 ☎：927-3555			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○927-3555	○927-3567	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：なし					

支援の紹介

時間の流れ



★ 令和3年度から取り組み開始 ★

看取り支援

看取りにおいての在宅医療介護連携を促進するために…

- 1 改めて役割りを伝えあうことでお互いの理解を深める
- 2 困りごと → 解決案 → 共通の仕組やルール → 実務で活用
- 3 要望 → 検討

★ 令和3年度から取り組み開始 ★

看取り支援

看取りにおいての在宅医療介護連携を促進するために…

意見交換 その1

- 1 改めて役割りを伝えあうことでお互いの理解を深める
- 2 困りごと → 解決案 → 共通の仕組やルール → 実務で活用
- 3 要望 → 検討

意見交換 その1（10分間）

看取りにおける
訪問看護師の役割について

★ 令和3年度から取り組み開始 ★

看取り支援

看取りにおいての在宅医療介護連携を促進するために…

1 改めて役割りを伝えあうことでお互いの理解を深める

意見交換 その2

2 困りごと → 解決案

共通の仕組や
ルール → 実務で活用

3 要望 → 検討

意見交換 その2（20分間）

2月 医療介護連携調査表



訪問看護師が困っていること



ヘルパーの知識や技術が不足している



ケアマネジャーとの情報共有が難しい。

①現状



②解決案

★ 令和3年度から取り組み開始 ★

看取り支援

看取りにおいての在宅医療介護連携を促進するために…

- 1 改めて役割りを伝えあうことでお互いの理解を深める
- 2 困りごと → 解決案
意見交換 その3
→ 共通の仕組やルール → 実務で活用
- 3 **要望** → 検討

意見交換 その3（20分間）

看取り支援において
他の職種に望むこと

薬剤師

ケアマネジャー

医師

ヘルパー

連携室スタッフ

などなど・・・

意見交換 その4（15分間）

住民啓発に向けて・・・

エピソードの紹介

住民の方々に「終末期医療について考える」という風潮がまだまだない・・・

訪問看護師の方々への質問

(令和3年度第1回多職種多機関連携研修会 動画研修より)

- ①認知症高齢者への支援で課題はなにか？
- ②医療保険と介護保険の利用時の注意点や
有効な利用方法を教えてほしい。

筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



- ✿ 自分以外の職種の役割りや動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。
- ✿ 情報を共有し、利用者（患者）のために活用できる。



意見交換 ① 看取りにおける訪問看護師の役割について

- ・患者さんの家族に状況変化に対するナビゲーター
- ・心のケア（本人・家族）
- ・その人らしい最後が迎えられるように寄り添う
- ・家族へのサポート
- ・主治医との関係性構築
- ・家族支援⇒介護力アセスメント、方針決定の相談 福祉用具提案
- ・医師とのつなぎ役
- ・家族の支援と看取りに向けての教育
- ・多職種（主治医、CM、MSW）やご家族との連携
- ・ご家族フォロー
- ・主治医への思いを伝えられないときの橋渡し
- ・CMによっては経験があるかないかで対応が後手後手になったり先走り過ぎるの
で助言する役割

意見交換 ② 看取りにおける困りごと

困りごと：ヘルパーの知識・技術不足

【現状】（どのように困っているか？どんな影響があるか？）】

- ・痰の吸引が出来ない。
- ・ポータブル購入が1回か2回しか使用しない場合があるのにレンタルは出来ないのか？
- ・ヘルパーにはヘルパーの役割りがあるのでこの言葉はヘルパーに失礼と感じた。それぞれの専門性があるので・・・。私たちはそこまで踏み込めないので。
- ・大体の事業所は連携に応じてくれる。
- ・特に困りごとはなく、頻繁に連絡がある。
- ・陰洗などの方法など気になればNsが入ればいい。
- ・ヘルパーさんが気づいてくれることもあるので有難い。Nsとは違う目で生活の気づきをしてくれるのが有難い。
- ・連携の問題。怖い。手が出せない。トラブル発生時。
- ・ヘルパーの支援中のケガの対応。
- ・夜間ヘルパーが入った際の報告が翌日。
- ・ヘルパーが入ってゴロゴロ言っていたら、看護師を呼んだ方がいいと家族に言われ、訪看が呼ばれる。
- ・発熱時の対応（カロナールを飲ませるなど）
- ・報告がどこにもされず、処置はされていた。
- ・独居の方にはヘルパー生活支援が必要。
- ・施設内のヘルパーからの相談。
- ・情報共有方法。
- ・正しい病状把握が出来ない。

意見交換 ② 看取りにおける困りごと

困りごと：ヘルパーの知識・技術不足

【解決案】

- ・身体状況の変化に気づいてケアの方法を見直していくことについては、看取り期は変化が早いのでまめな情報共有が必要と思う。
- ・先の予測は出来ないと思うので訪看からの発信が大切。
- ・コミュニケーションを取る。
- ・聞く。
- ・教える。
- ・優しくする。
- ・予測を伝えておく。
- ・研修する。
- ・まずは報告をしてほしい。
- ・処置については、主治医に報告して対応する。
- ・訪看が対応を伝えておく。
- ・連携ノート活用。
- ・TV電話等で把握する。
- ・予後予測の共有も必要。

意見交換 ② 看取りにおける困りごと

困りごと：ケアマネジャーとの情報共有

【現状】(どのように困っているか？どんな影響があるか？)

- ・支援のがん末期92歳の方、区分変更を依頼したが変更してもらえず、ヘルパーの支援が出来なかった。
- ・コロナでケアマネがご家族と連携取れず、情報不足で足並みがそろってなくて困った。
- ・医療に弱いため、導入（エアマット等）に遅れがある。（2つのグループから同じ意見）
- ・ケアマネにすべて情報を集めないといけないと言われることがある。
- ・ケアマネが決まっていないことが困る。
- ・情報共有に時間が掛かる。
- ・介護の事が進められない。福祉用具もない。⇒帰った途端転倒。
- ・報告忘れがち（医療のことになると）
- ・知識が少ない。（医療に弱くタイムリーに対応してもらえない）
- ・Drとのやり取りが消極的。
- ・医療面が弱いケアマネが多い。
- ・プランの組み方 今後どうなるか予想がなされていない。
- ・併設のケアマネとは連絡が取れている。他のケアマネとの連携。
- ・訪問してほしい時があるのに訪問されていない。
- ・男性ケアマネしかいない。女性ケアマネがない。
- ・女性ならではの提案。
- ・末期のかたは急に悪くなる。悪くなったら引かれるケアマネもいる。
- ・スピード感がない。患者のために必要なサービス担当者会議が必要という。

困りごと：ケアマネジャーとの情報共有

【解決案】

- ・申請中の時に動いてくれるところがあれば。（早めに担当CMが決まることが望ましい。）
- ・ある程度環境が整ってからの退院。
- ・時期の共有
- ・電子伝達ツールを使う。
- ・ケア中に誘う。
- ・実践してもらう。経験を重ねてもらう。
- ・連絡調整しCMから連絡を取ってもらう。
- ・フットワークが軽い、報告したら分かってくれるケアマネにお願いしたい
- ・家族のケアを行ってほしい。
- ・ケアしないといけない対象は多い。家族支援をケアマネにしてほしい。
- ・サポートしてほしい。本人と家族の考え方の違いに対応してほしい。
- ・相談先として訪問看護が対応
- ・ターミナル期は最初のプランに福祉用具の事や看取りのプランも立案してほしい。
- ・ターミナル期に慣れているケアマネだと訪問看護業務に専念できる

意見交換 ③ 看取りにおいて他の職種に望む動き

【医師に対して】

- ・家族、本人の説明→情報共有
- ・病名 余命 受け入れていない 医師から聞いていない⇒家族への対応（説明等）きちんとしてほしい
- ・方向性 家族に伝わっていない
- ・利用者、家族の話をしっかり聞いてほしい
- ・退院カンファが少なく意見交換ができない 要望しないとされないケースあり 詰めて話をしたい内容もあるので ⇒カンファレンス（退院時、在宅での定期的な開催）
- ・家族・本人の思いを聞く、退院カンファが少ない⇒話し合い
- ・苦痛症状コントロール
- ・その人らしく過ごせるように苦痛を出来る限り取ってほしい。例：内服が出来なくなれば麻薬、鎮静をかけるCSCI、麻薬使用などその方に合わせたコントロールをしてほしい
- ・頓服の処方 疼痛時 不眠時 不安時
- ・麻薬に対する説明（家族に対する）
- ・在宅医を増やしてほしい
- ・CMへの情報伝達をもうちょっとやってほしい
- ・死亡確認に来るまで何もしないで「待ってくれ」と言う先生が有り、出来ることはさせてほしい。

意見交換 ③ 看取りにおいて他の職種に望む動き

【薬剤師に対して】

- 管理⇒24時間
- 家族への説明をちゃんとしてくれるようにお願いしたい
- フットワーク軽く、点滴、内服変更あった場合動いてほしい（衛生材料）
- 薬液を在宅向けの指示にしてくれる
- 訪問診療時変更があった場合タイムリーに連絡してほしい
- 痛みのコントロールの相談
- 利用者さん宅に届けてくれる

意見交換 ③ 看取りにおいて他の職種に望む動き

【連携室に対して】

- ・情報共有⇒用紙 情報（退院カンファ）スムーズ リモートの積極的な活用
- ・リモートでは不十分だが無いよりあったほうがいい
- ・退院後医師との連携も
- ・ホスピス見学 案内 どこまで話して理解しているか
- ・病状理解（本人 家族）
- ・告知についての内容（言葉通り）
- ・告知している内容の受け止め方まで把握してほしい
- ・インシュリン指導全くせずに退院 1からの指導（家に帰ってからのイメージが無いせいか？）
- ・CM決定
- ・特指示を使うが訪看に丸投げ
- ・ADL違う
- ・断片的なイメージ（実際は違う）
- ・レスパイトでの連携
- ・病院内の情報が少なすぎる
- ・コロナで退院カンファが出来ず患者や家族にも会えず、訪問してびっくり、家に行ったら何もなく百均に走った⇒情報をしっかり伝えてほしい。

意見交換 ③ 看取りにおいて他の職種に望む動き

【ケアマネジャーに対して】

- ・ 症状、状態に応じてスピーディーに対応してほしい
- ・ 区変や福祉用具の事をスピーディーにしてほしい
- ・ 経験を増やしてほしい
- ・ 主治医と連携を取ってほしい
- ・ 医療を知ってほしい
- ・ 話しやすい人であってほしい

意見交換 ④ 看取り支援時のエピソード紹介

- ・自宅に戻り、ペットと一緒に過ごすことが出来た。
- ・期間をギリギリまで大切に使うことが出来た。（旅行等）
- ・退院して翌日に亡くなり、家族の動揺もあった。
- ・命の危険性を伝え、自宅に戻れる幸せを実感できた。
- ・自宅で亡くなりたいが、急変し病院搬送後亡くなって後悔が残った。
- ・家族の力の大きさを感じる。

※終末期医療について

- ・想像できない家族が多い。
- ・病院での看取りが当たり前と思っている。
- ・介護者が多いと最後までみれている。
- ・独居の看取りは難しい。
- ・訪看を受け入れるまでに時間を要す。（訪看は何をする人？みたいな感じ）
- ・施設が自由⇒病院ではコロナで会えない。



自宅では不安

意見交換 ⑤ 他の職種からの質問について

その1：認知症高齢者への支援で課題は何か？

- ・いつもと違うことがあるときは何かあると思って受診に繋ぐ
→検査を行ってもらう
- ・ささいなこと
- ・家族が病気や薬のことを知らないと大変
- ・薬を飲ませるのが大変 必要性
- ・認認介護の在宅生活をどうサポートするか？

認知症を認めたくない支援者 介護者の支援をどうしていくか

→家族としてはどこにどう話していいか分からぬ部分があるので支援を繋げる迄をサポートしてほしい。

- ・デイサービス参加を嫌がる方が多い。・・・色々なケースのデイサービスが出来たらよい趣味を活かしたもの 映画を見てよい、など本人に合ったもの
- ・内服管理 徘徊 訪看だけでは解決できない。

地域の協力 連携が必要 民生員 区長さんなど

地域見守り⇒どのようなタイミングで協力してもらうのか
包括支援⇒相談をすることが多いので協力してほしい

意見交換 ⑤ 他の職種からの質問について

その2：医療保険と介護保険の利用時の注意点や有効な利用方法を教えてほしい。

- ・特別指示書を出してもらう時期
- ・自費の訪看の利用を勧める（受診など）
- ・医療保険が優先される疾患（癌の病名や特定疾患など）があるので理解して上手に利用すると介保を圧迫せずにプランが作成出来たりするので利用してみて欲しい。

アンケート結果（回答者 22名 回答率 91%）

① 看取り経験の有無をお教えください。

あり 20 なし 2

② 研修参加前に比べ、医療介護連携について意識の変化がありましたか。

とても変化あり 2 變化あり 12 あまり変化なし 6 その他 1(初参加)
無記入 1

③ 勉強になったこと、参考になった情報等があれば教えてください。(複数選択可)

情報共有に関すること 17 訪問看護師の役割 12 筑紫地区の取組み 9
ヘルパーとの連携 9 要望について 3 ACPについて 3

④ 本研修会の満足度を教えてください。

とても満足 6 満足 13 あまり満足していない 3

アンケート結果（回答者 22名 回答率 91%）

⑤ 一緒に研修を受けたい職種を教えてください。(複数選択可)

医師16 連携室スタッフ16 介護支援専門員15 訪問看護師 9

病棟看護師8 薬剤師 6 通所・訪問介護スタッフ5 歯科医師・衛生士4

リハビリスタッフ3 その他2 (居住型施設の看護師や介護職。全てとは難しいかもしれないが
それぞれの意見を聞けるとよい)

⑥ 訪問診療に関することで、お困りのこと等ございましたらご記入ください。

- ・訪問日が家に記載したものがないと、本人家族も分からぬで困っていることが多い
- ・検査データ、説明している内容を共有したいと思う
- ・本人家族へどのように説明したか どのように理解しているか 方向性が分からぬなど
- ・診療レポートが欲しい 診療の内容が分からぬ
- ・訪問診療の医師が少ない ・在宅医がもっと増えるといい
- ・精神の医師が少ないので情報が欲しい
- ・現状困りごとはない 最近はFAXで状況を知らせて頂ける先生もおられ、とても助かっている
- ・ターミナルでも、癌末期・非癌での扱いに差がでてしまう ターミナルは一律で医療保険での介入にしてほしい
- ・在宅医療で出来ることのイメージが市民にはまだ行き届いてない

アンケート結果（回答者 22名 回答率 91%）

⑦ 自由記述欄（感想、気づき、その他 他職種への質問・要望など）

- ・ 医師、ケアマネも含め、看取りについて話し合いたい
- ・ 看取りのパンフレットを市で作成してほしい（小郡市が積極的に行っていた）
- ・ 本日の研修 看取りについて癌末期、人生の終末期などでは全く対応が違うと思う。看取りといえどもいろいろな場合があるので絞ってほしい
- ・ 議題内容をもっと具体的にしてほしかった
- ・ 少しずつではあるが、在宅医療は地域に浸透していると思っている
- ・ グリーフケアも訪看で行えるようになるといい
- ・ 同じ職種の方と困っている事や気づきを話すことで抱えている問題が変わらないことを認識できた 地域に役立つことを目指して頑張りたい
- ・ 今回参加してたくさんの情報を得ることができた まだ経験が浅いので、もっと吸収したいと思った
- ・ ケアマネが訪問看護についてあまり知らない もっと合同で研修を開いて利用を進めていくのはどうでしょう