

令和4年度第2回（筑紫野市・太宰府市）
第3回（春日市・大野城市・那珂川市）

筑紫地区多職種多機関連携研修会
「多職種で看取り支援を考えよう」

研修報告

開催日：令和4年11月16日(水)
11月21日(月)
19：00～20：30

場 所：筑紫医師会体育館

看取り支援の 多職種をめざす姿

地域包括ケアシステムが目指すもの

👉 住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで
続けることができる



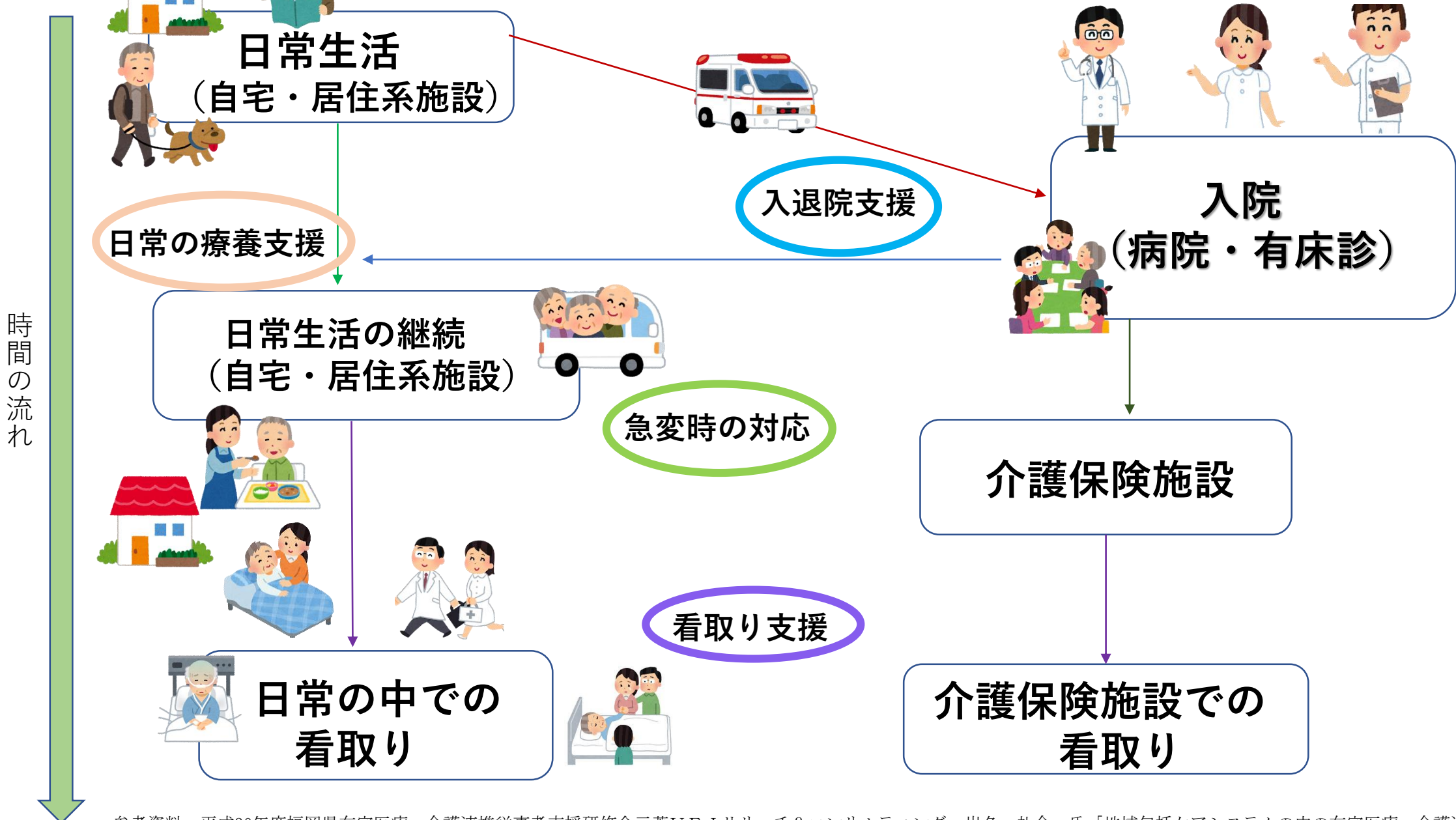
求められる支援

お気に入りの場所に住まい続けることが
出来るように支援すること



居所変更させない支援

医療介護連携の支援場面の紹介



当然ながら・・・

場面が重なり合っていることも少なくないことを意識しながらの支援が必要

日常の療養支援

入退院支援

急変時の対応

看取り

看取り支援の場面

筑紫地区における多職種連携が目指す姿

**筑紫地区の多職種は誰とチームになっても
利用者が望む最期を支援することができる**

3.研修

1)研修の進め方の説明

グループワークのながれ

模擬 退院カンファレンス

<研修目標>

看取りの未経験者や経験の少ない方

カンファレンスを通して、自分の役割りの再確認と、他の職種の役割りや動きを知る

経験値の高い方

自他職種と協働して考え、発言することで、

- ① 地域を創造する役割りを担う
- ② 普段の業務の振り返り、支援の向上につなげる

＜参加職種＞

- 内科医師
- 歯科医師・歯科衛生士
- 薬剤師
- 病棟・外来看護師
- 連携室看護師,ソーシャルワーカー
- 訪問看護師
- 訪問セラピスト
- 介護支援専門員
- 訪問介護員

※ 全職種が出席していないグループもあります。

研修の進め方

前半 多職種で、在宅支援についてカンファレンス

～ 席移動 ～

後半 各職種で、支援計画を作成する（指定箇所のみ記載）

～ 発表 ～

1枚目にご自身の職種の計画書がある資料を一部ずつお取り下さい。

医科医師

➡在宅療養計画書

歯科医師・歯科衛生士

➡歯科訪問診療計画・訪問衛生指導指示書

薬剤師

➡薬学的管理指導計画書

訪問看護師

➡訪問看護計画書

訪問セラピスト

➡リハビリテーション計画書

介護支援専門員

➡居宅サービス計画書(2)

訪問介護員

➡訪問介護計画書

病棟・外来看護師

➡退院時看護要約

連携室看護師,ソーシャルワーカー

前半 多職種で在宅支援についてカンファレンス (30分)

手元資料

- ☐ 各職の計画書
- ☐ 退院時看護要約
- ☐ メモ

進行 ➡ 連携室看護師, ソーシャルワーカー

事例 ➡ このあと紹介します

席移動

(5分)

資料：グループ分け【後半】

各職種ごとのグループへ分かります。

イメージ

カンファレンス後、事業所へ戻り計画を立てる

後半：支援計画書の作成 (20分)

グループで話し合い、計画書*を作成します。

*マーキング箇所へ記入

発表 (15分)

各職種から、

計画書のマーキング箇所について発表して頂きます。

前半 多職種で在宅支援についてカンファレンス (30分)

手元資料

- ☐ 各職の計画書
- ☐ 退院時看護要約
- ☐ メモ

進行 ➡ 連携室看護師, ソーシャルワーカー

事例 ➡ このあと紹介しますが、

事例の**詳細,補足情報**は、

連携室 看護師,MSWのみ把握しています。

- 支援を検討,計画するにあたって各々必要な情報を聞き取る
- 参加していない職種の役割等についても、検討,共有する

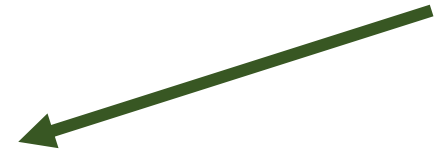
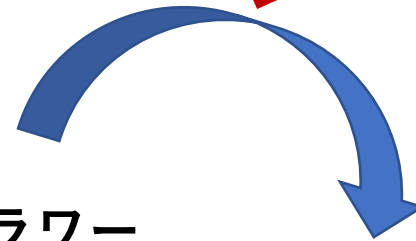
2) 紹介

日常 ➡ 急性期病院入院まで



趣味：ブリザーブドフラワー
史跡探索

平成27年：脳梗塞
(63歳時)



Aさん 70歳

令和4年8月：発熱・咳



精査



転院



診断：両肺扁平上皮がん
肺炎

目的：緩和ケア病棟
の空き待ち

3) グループワーク

① 模擬退院カンファレンス

～19：45迄

『家に帰りたい』 自宅退院するAさん

Aさんが希望通り最後まで自宅で過ごすためには・・・
(希望に沿うための支援を考える)

ポイント

- 在宅生活を困難にさせると**予想されること**はどんなことか？
- 困難要因を**回避するためには**誰が何をすればよいか？
- その**他に必要な支援**は何かあるか？

席移動 (5分)

各職種ごとのグループへ分かります。

イメージ

カンファレンス後、事業所へ戻り計画を立てる

席移動

ステージ側

A

介護支援専門員①

B

医科医師

C

介護支援専門員②

D

薬剤師①

E

訪問介護員

F

歯科医師
歯科衛生士

I

訪問看護師1

G

連携室
看護師,MSW

H

薬剤師②

J

病棟,外来看護師

K

訪問看護師2

L

介護支援専門員③

M

セラピスト

後半：支援計画書の作成

20：10迄

グループで話し合い、計画書*を作成します。

*マーキング箇所のみ記入

計画書作成にあたっては、

他の職種ของกลุ่มへ、足りない情報をもらったり、

助言をもらうなど、積極的に連携を図りましょう！

①司会 ②記録 ③発表 を決めてください。

発表 (20：25迄)

各職種から、
計画書のマーキング箇所について発表して頂きます。

他の職種の計画内容を聞いて、質問したり要望したり、
会場全体でそれぞれの職種の役割、動きを共有します。

他の職種の計画内容を聞いて、質問したり要望したり、会場全体でそれぞれの職種の役割、動きを共有します。

20：25迄

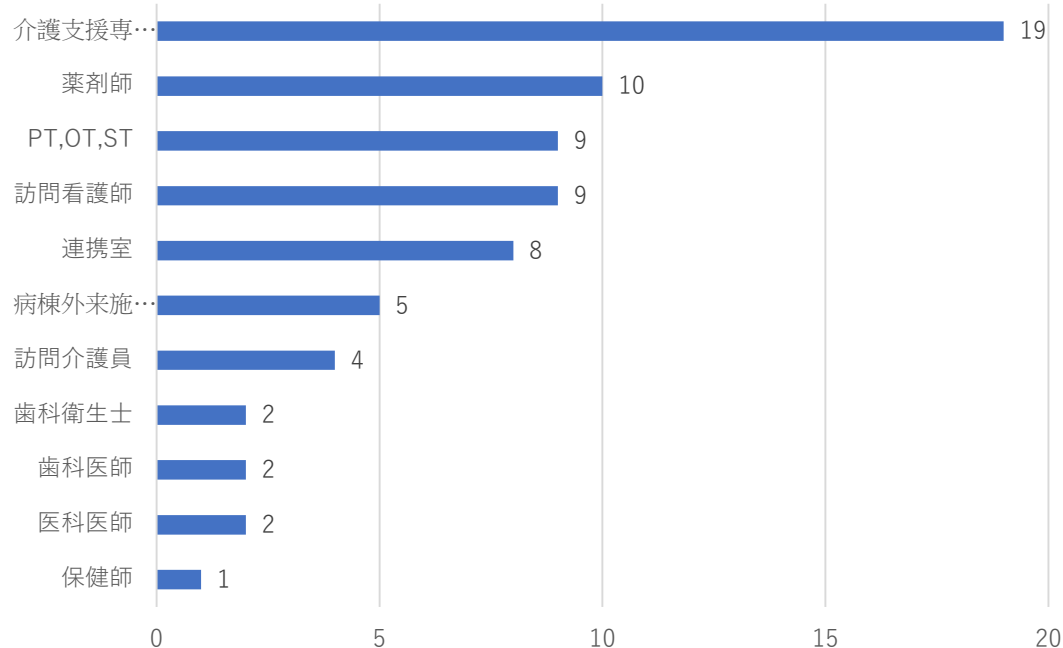
- ◆ 在宅療養計画書
- ◆ 歯科訪問診療計画・訪問衛生指導指示書
- ◆ 薬学的管理指導計画書
- ◆ 訪問看護計画書
- ◆ リハビリテーション計画書
- ◆ 居宅サービス計画書(2)
- ◆ 訪問介護計画書

病棟,外来看護師

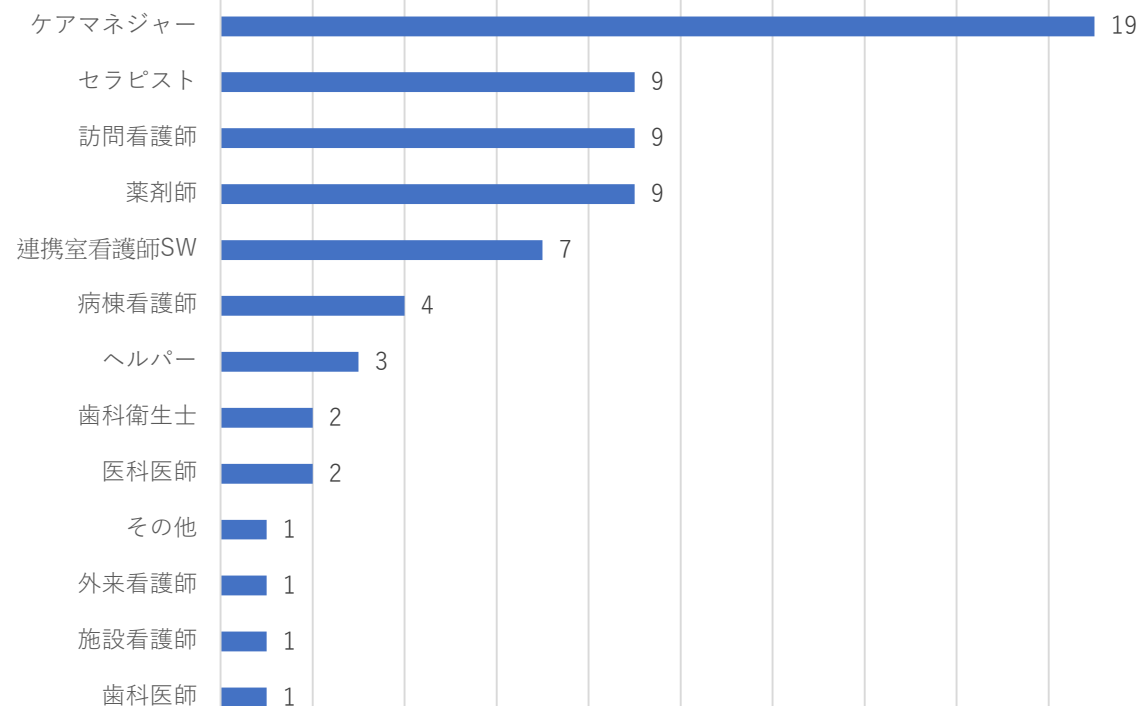
在宅へ送り出すために、
普段の業務でできること

連携室看護師,ソーシャルワーカー
カンファレンスの振り返り

参加者 71名 筑紫野市,太宰府市



回答者 68/71名 回答率 95.7%



- 内 容
- ・看取り支援の多職種のめざす姿
 - ・グループワーク ①模擬退院カンファレンス ②計画作成

発 表 医師) 在宅療養計画書

在宅での療養上の問題点、課題等

医療的には、癌末期の疼痛管理、呼吸状態の悪化、褥瘡、低栄養

必要な支援

訪問診療、訪問看護を用いての医療内容としては麻薬をはじめとする鎮痛剤による疼痛コントロール、在宅酸素、訪問診療、訪問看護による褥瘡のケア、栄養補助

予想される外部のサービス等

連日の、訪問看護, 通所介護, 通所リハ, レンタルベッド, レンタルマット, 訪問入浴, ヘルパー

歯科医師) 歯科訪問診療計画

歯科治療 義歯, 歯周病, 摂食嚥下 義歯不具合の改善 摂食嚥下評価に基づき食支援

医学管理, 指導 (介護認定がおりたら、訪問歯科衛生指導へ切り替え予定) 口腔衛生管理 機能→口腔健康管理を継続 1回/週, 約1 (?) 年

歯科衛生士) 口腔衛生指導指示書

居宅療養管理指導 指導内容 口腔ケアを要する部位 歯, 義歯補綴物→口腔内全体のケアをとおして意欲アップにつなげたい

指導の要点 糖尿病、高血圧→口腔乾燥を切り口にして唾液→機能訓練の話にして継続 QOL アップへ 「食事がつまらない」を切り口にして食支援、栄養管理～意欲アップ
(食思低下がご自身の問題なのかそれ以外に問題があるのか)

薬剤師)

薬学的管理指導計画書

注目すべき点 問題・課題など (管理方法, 副作用, ADL への影響, 相互作用等)

- ・昼食後のリマプロストの必要性→分2に.
- ・低血糖起こりやすい為、低血糖注意→分1にできたら.
- ・麻薬効かない時、追加で量を増やすのか.
- ・なるべく薬減らす提案

日中介助者が居なければオムツで過ごすことになり褥瘡は悪化するだろう皮膚のケアに注意

薬を1日1回だけにするなど減らせるものは減らす

レスキューが今後追加になっていく可能性あり、その対応

ご家族の麻薬に対する不安を取り除くケアをしていく

訪問は最初は1週間でコンプライアンスや外用など適正に使用しているか、確認必要であれば再指導を行う、今後状態が悪くなっていけば1週間毎で訪問していく

訪問看護師)

訪問看護計画書

看護,リハビリテーションの目標

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1. 住み慣れた自宅での安心した生活ができる | 1. 苦痛なく安楽に在宅生活を継続することができる |
| 2. 家族の介護負担の軽減ができる | 2. 家族の不安や介護負担を軽減することができる |

問題点,解決策

- ・病状進行に伴う悪化ハイリスク状態
疼痛コントロール不備や呼吸苦症状出現→麻薬管理、呼吸苦の出現によるHOT導入
意思表示不良による精神面のサポート
 - ・自立度の低下、筋力低下に伴う転倒のおそれ →在RHの導入とポジショニング指導、機能訓練
- セルフケア不足 →入浴や清拭の対応
- ・排便コントロール不良
 - ・食事摂取量低下に伴う 口内炎、義歯不備の確認、MCの実施、必要時、訪問歯科や衛生士
 - ・皮膚統合状障害の悪化の可能性 褥瘡の状態把握とケアの実施（デュオアクティブ使用中）
 - ・介護に対する不安と負担 介護介入状況や負担の把握、不安言動、表情の有無、副介護者の有無
 - ・Ca末期に伴う疼痛による安楽の変調 → フェントス張替え、pain状況確認
 - ・右転子部褥瘡 皮膚統合性障害 → デュオアクティブ交換
 - ・Faの精神的不安、介護負担
 - ・セルフケア不足、保清、食事、排泄
→ シャワー浴 2回/W, オムツ交換, 排便コントロール, 食事・摂取状況、口腔ケア
 - ・病状悪化 → 呼吸状態悪化、HOT導入

訪問セラピスト リハビリテーション計画書

本人, 家族への生活指導の内容 (自主トレ指導含む)

呼吸を楽にするギャッジアップの指導、座位時間を確保できる活動の提案、家族への体位変換、
びらんに対する姿勢の指導

他事業所の担当者 と共有すべき事項

バイタルサイン、状態がこの状態になった時に連絡すべきか
皮膚、食事、内服の管理について ←モチベーション (何ができたか)

介護支援専門員の共有すべき事項

緊急連絡先

介護支援専門員 居宅サービス計画書 (2)

サービス内容

訪問診療、訪問看護 (医療)、薬局、歯科

排泄支援 (訪問介護)

食事介助 (訪問介護)

入浴支援 (デイ、看護師、入浴)

福祉用具 ベッド、車いす

床ずれ防止 ST, RH

レスパイト先 SS、HP

配食、傾聴 (自費)

訪問介護 訪問介護計画書

援助目標

- ・誤嚥なく食事を摂ることができる
- ・トイレで排泄ができる
- ・褥瘡の悪化を防ぐ

サービス項目, サービス内容

身体：食事支援 → 一部介助

排泄介助 → 車椅子へ移乗介助→トイレ移動

下衣着脱、拭き残し確認, 介助、起立動作介助

皮膚状態の確認、安楽で除圧（圧分散）できるポジショニング

生活：食事準備 食事を摂りやすい環境セッティング（台、皿、姿勢など）

誤嚥しないよう見守り、服薬確認

病棟, 外来看護師 在宅へ送り出すために普段の業務でできること. 入院中にできること

退院までに病棟看護師は退院までの考えではなく在宅看取りまでの知識をつけて関わりをもつことが大切と考える。
終末期の患者は身体、環境が変化していく。

そのため家屋調査だけでなく、家族へのオムツ交換や食事介助などの指導を行い、少しでも不安を取り除いて退院をしてもらうことが望ましい。

退院した後に「こんなはずではなかった」「電話をしたけど誰も出てくれない」とか、たまにあるので、必ず退院した後24H訪問看護を入れる、訪問診療の先生が対応してくれるか、もし何かあったら、不安な時に入院できる環境があるか 家族へ安心感を与えたうえで退院に繋げていけるように指導していきたい。

退院前までに必ず、それぞれの指示をもらい、訪問看護がすぐに対応できるようにもしていきたい。

連携室看護師, ソーシャルワーカー カンファレンスの振り返り

<困った点>

- ・医療情報が不足しており、質問に対応できないことがあった

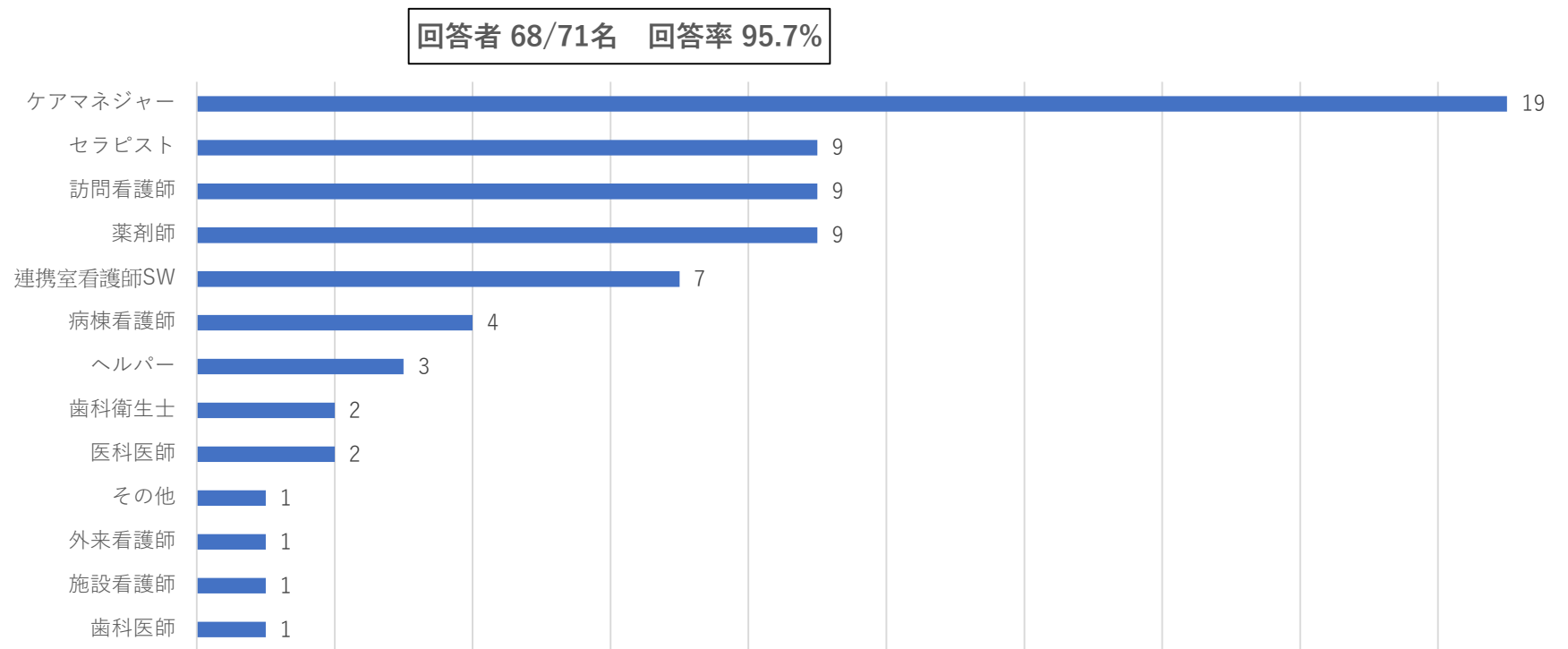
医師より今後の治療方針, 予後について説明、質問があった 意思の参加は方針が明確となり非常に大切であり家族にとって安心につながる

- ・家族の介護力, 覚悟についての確認があった 今後の家族との信頼関係に影響する

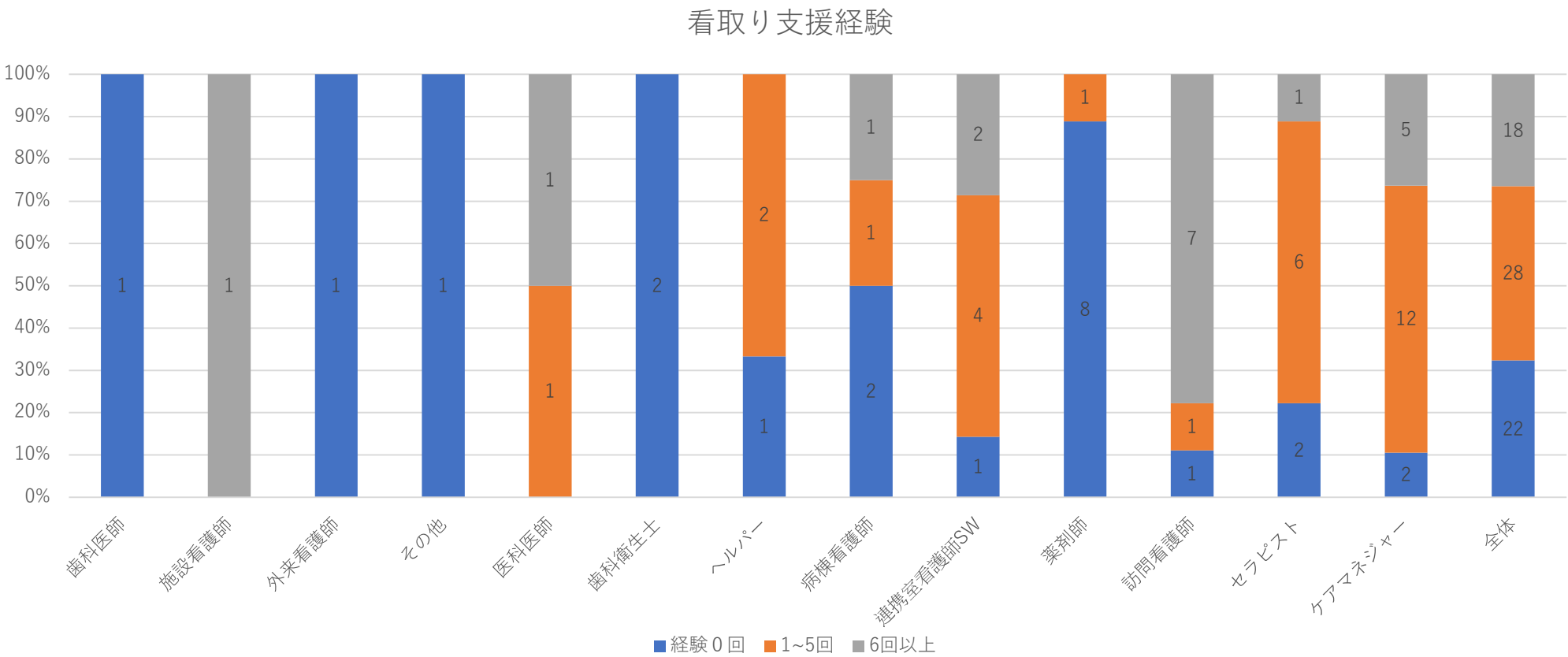
- ・ 本人が自宅で“どう過ごしたいのか？” 自宅での目標を明確にしておくことが大切 “どこで” 過ごすかよりも、“どう” 過ごすか？ 家族との”時間”が本当に自宅でいいのか？ 70歳女性 → 家族への遠慮があれば緩和ケア選択する場合もある ACPを在宅スタッフへ移行していく
- ・ 急変の場合どうするか？ DNRだけではなく発熱や炎症など、一時的に入院加療の必要性がある場合は“時々入院”という場合もある

- ・がんの方の看取りについて学ぶことができた
- ・医療と介護が、患者にとっての最適なサービスを双方で考えることができた

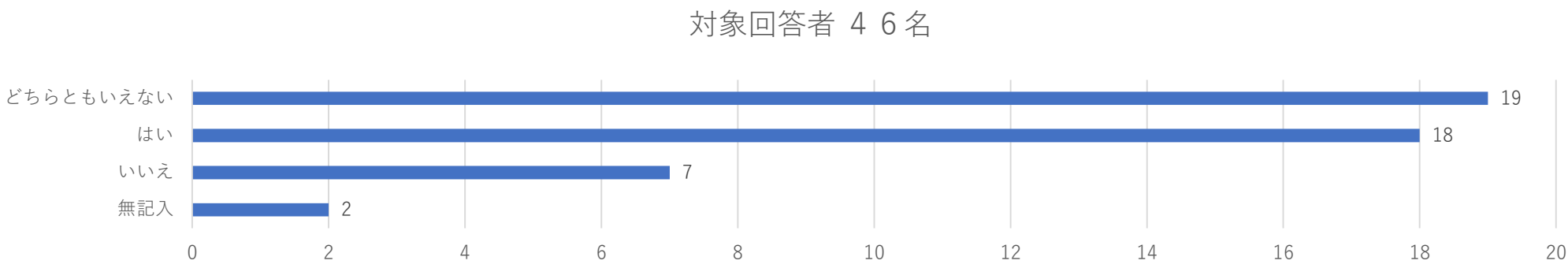
アンケート結果



2-1. 看取りを希望された方を担当した経験をお教えてください



2-2. （複数回以上担当経験ありの方） 傾向として、同じ事業所とチームになることが多いですか？



3. 研修の前と後では意識の変化はありましたか？

●これまでよりも前向きになった 全体 54名 79%

未経験者 17 「救急で何ができるか分からなかったが緊急搬送された時を考え情報共有しておくのも重要と感じた（救急外来看護師）」

1～5回経験者 25

6回以上経験者 12 「多職種連携の重要性を再認識した（施設看護師）」

●変わらない 全体 13名 19%

未経験者 4

1～5回経験者 3

6回以上経験者 6

●嫌になった→理由 全体 0

●無記入 未経験者 1

4. 今後、何か困った時に、他の事業所や職種の方に相談が出来ますか？

●これまでと変わらない 13名 19%

未経験者 4

1～5回経験者 6

6回以上経験者 3

●今以上に相談できそう 54名 79%

未経験者 18

1～5回経験者 21

6回以上経験者 15

●難しい→理由 1 「みんな忙しいから（セラピスト 1～5回経験者）」

5. 今後看取り期における目指す姿を意識して取り組めそうですか？

●取り組みそう 65名 96%

「地域全体での取組を継続することが必要だと考える（施設看護師 6回以上経験者）」

●難しい 1 （訪問看護師 未経験者）

●無記入 2 「看取り期を自宅で.ということの限界も感じます（薬剤師 1～5回経験者）」
（薬剤師 未経験者）

6-1. 本日の研修は満足しましたか？

●満足 36名 53%

未経験者 12

1～5回経験者 16

6回以上経験者 8

●まあまあ満足 32名 47%

未経験者 10

1～5回経験者 12 「いろいろな職種と交流でき、たくさんの意見を聞いた。同じセラピストで共有
や共感できることが多かった。また、勉強にもなった。（セラピスト）」

6回以上経験者 10

●どちらとも言えない 0

●不満足→理由 0

6-2.上記で「満足」と「まあまあ満足」とお答えした方に質問です。該当するものに✓を入れてください。(対象回答者 68名)

●自他の役割や動きを知ることができた 全体 56名 82%

未経験者 19 1～5回経験者 26 6回以上経験者 11

●普段の業務の振り返りが出来た 全体36名 53%

未経験者 9 1～5回経験者 12 6回以上経験者 15

●地域のレベルアップにつながったと思う 全体26名 38%

未経験者 7 1～5回経験者 10 6回以上経験者 9

7. 本日の感想やご意見を何でもお書きください。

未経験者

- ・退院カンファレンスのイメージができ実際に参加するハードルが下がった気がした. 歯科医師
- ・多職種それぞれの立場での一人の患者さんへの寄添い方、考えがとても勉強になった. 歯科衛生士
- ・看取り経験がないのだが、多職種の意見・考えを知ることができよかった. 歯科衛生士、薬剤師、セラピスト、ケアマネジャー
- ・薬剤師に出来ることは少ないが延命に必要な薬に関わっているのでいかに必要な薬剤をC Pを考えながら選択するかが大事だと痛感. がん患者さんへいかに寄添えるかが今後の課題.
- ・自分が考えている以上に必要な情報がたくさんあることを知った. セラピスト
- ・多職種の考えを聞けて他事業所のセラピストの意見を知ることができ有意義な研修だった. セラピスト
- ・同様のケースを他職種で話し合った後に専門職種でのグループワークをすることで自多職種への理解が深まった・包括職員
- ・薬剤師、ケアマネや医師の意見が聞けてよかった. ヘルパー

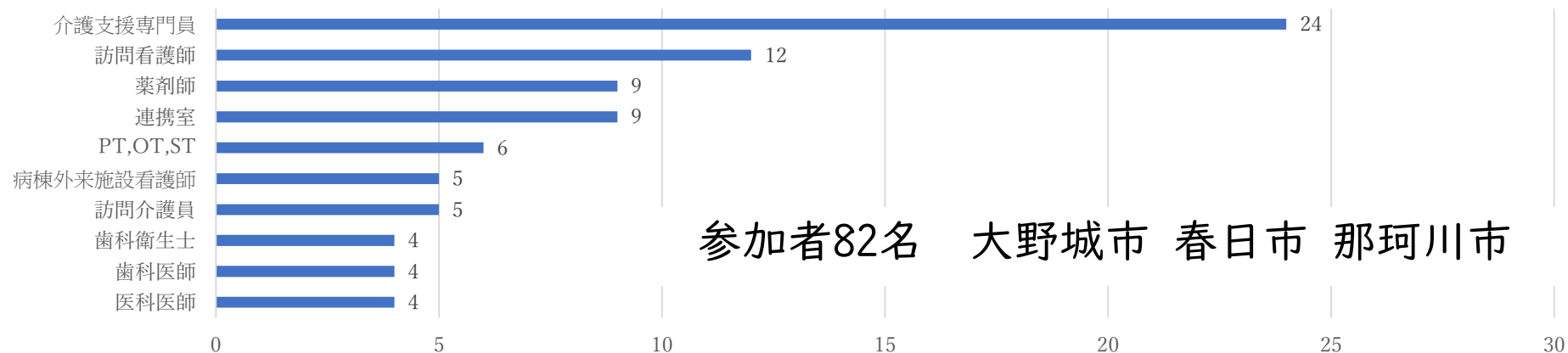
1～5回経験者

- ・短い時間だったが他職種の貴重な意見を聞くことができた.セラピスト
- ・新しい意見を聞き、視野が広がった.セラピスト
- ・いろいろな職種の意見を聞くことができ、勉強になった.参考になった.ケアマネジャー
- ・退院時のシュミレーションができたことと、同職種で振り返れたことはとても良かった.このような研修は初めてでとても有意義だった.ケアマネジャー
- ・ご本人は本当に在宅に帰りたいか.の質問に考えさせられた.夫にオムツ交換をさせる自分をどう捉えるのか考えた.ケアマネジャー
- ・いろいろな視点から意見が聞かれとても勉強になった.ヘルパー

6回以上経験者

- ・もっと医師の参加が必要ですね.具体的な症例の検討で現実性がありよかった.医科医師
- ・多職種との関わりがあることで今後の参考等にもなり顔の見える関係性が出来た.訪問看護師
- ・ある程度決まった人が発言していたのでいろいろな意見が聞けたらよかった.セラピスト
- ・それぞれの職種の支援の在り方・考えを知ることができた.ケアマネジャー
- ・他の職種の意見を聞くことで新しい気づきがあり今までと違った視点から考えるきっかけになった.ケアマネジャー

第3回筑紫地区多職種多機関連携研修会



- 内 容
- ・ 看取り支援の多職種のめざす姿
 - ・ グループワーク ① 模擬退院カンファレンス ② 計画作成

発 表

医師) 在宅療養計画書

在宅での療養上の問題点、課題等

- ・ 日中の食事をどうするか
- ・ 日中の排泄をどうするか→日中は家人が不在であるために、入院中のように昼間はポータブルトイレ、夜間はおむつという介助ができるのか？
- ・ ぼんやりとした精神状態（帰ってきて大丈夫か？）
- ・ 褥瘡
- ・ 薬剤管理
- ・ 日中の開錠と施錠（ご本人に触れるまでどのようにして入場するか）

必要な支援

- ・ 夜間は、夫や長男の嫁がいるので何とか時間調整をしてもらうとして、日中の生活が心配であり、支援を密に考えてもらいたい
在宅において必要となることが予想される医療の内容等
- ・ ぼんやりとした精神状態に対して→麻薬の調整が出来ているのか？
「がん」ということでの抑うつなのか？
在宅酸素導入の検討

歯科医師・歯科衛生士)

歯科訪問診療計画・訪問衛生指導指示書

- ・義歯の不調が、義歯の問題なのか残ってる歯の問題なのかを診察して確認する
- ・衛生士による口腔ケアの指導を週に1回行う

薬剤師)

薬学的管理指導計画書

- ・患者及びご家族の麻薬に対する不安を取り除くために安全性と危険性について十分に説明を行う
- ・安全に取り扱うために貼用する麻薬の使用済のテープを台紙に貼ってもらい薬局が回収して廃棄する
- ・麻薬のテープに貼った日時を記入することで次回の貼り換えの混乱を防止する。
- ・麻薬による中枢神経の作用から意識の混濁やADLの低下をみながら鎮静鎮痛のコントロールが出来るようにする
- ・昼間の内服が必要か否か医師と用法容量について検討を行う。
- ・訪問看護師、ヘルパーに入ってもらい、また、家族にも入ってもらってお薬カレンダー等を用いて管理しやすいようにする。

訪問看護師)

訪問看護計画書

看護・リハビリテーションの目標

- ・疼痛コントロールが出来る
- ・自宅で安心安全安楽に過ごすことができる

問題点・解決策

- ・急変時の対応→緊急時の対応
- ・疼痛の緩和→薬剤管理
- ・呼吸苦の緩和→将来的に酸素の導入
呼吸苦を回避するようなベッド上での動きの促し
(最初はおむつの使用 ベッド上での軽いリハビリ 食事介助)
- ・精神的ケア→食の楽しみ
(歯科と相談をして義歯の不調を改善する)
(褥瘡の治癒を促すために栄養管理も必要であることから配色サービスを利用する)
ご本人・ご家族の思いの傾聴
ご家族へのケアの方法の指導
看取りの意思の確認
- ・褥瘡のケア処置→身体保清
(おむつ交換 部分浴 ベッドバス 可能であれば浴室の環境調整を行い入浴)
福祉用具の活用
(マットレス)

訪問セラピスト)

リハビリテーション計画書

本人・家族への生活指導の内容

- ・状態に応じて移乗動作の介助指導
- ・自主トレや体位交換などご本人の希望も取り入れながら一日のスケジュールを立てる

他事業所の担当者と共有すべき事項

- ・ご本人のやりたいことが分かった時に伝えてもらい実現できるような話し合いの場を設ける。

介護支援専門員と共有すべき事項

- ・状態が一日一日変化し、それに伴いどのように家族と関わるか、動作レベルの変化を共有する。

介護支援専門員)

居宅サービス計画書 (2)

サービス内容

- | | |
|-------------|----------|
| ・訪問診療 | ・訪問歯科 |
| ・訪問看護 | ・訪問薬剤指導 |
| ・訪問リハビリ | ・訪問介護 |
| ・訪問入浴 | ・福祉用具 |
| ・栄養管理指導 | ・配食サービス |
| ・家族のレスパイト | ・緊急対応の確認 |
| ・家族の精神的サポート | ・友人の協力 |

訪問介護員)

訪問介護計画書

援助目標

食事をきちんと摂って体力をつける

サービス項目：身体

食事介助→準備、誤嚥防止のために口腔体操、介助、促し
(ご本人が食事を楽しめるように留意する)

口腔ケア→義歯洗浄 可能であれば自力での歯磨き、うがい

排泄→ポータブルトイレ誘導 後処理

服薬→必要時介助

サービス項目：生活

調理→温めなどの食事準備

環境整備→ベッドメイク 寝室の掃除

病棟・外来看護師)

在宅へ送り出すために普段の業務でできること、入院中にできること

- ・気持ちの移り変わりをサマリーなどに書いて、多職種の方と共有することが大切だと思った。
- ・家族やご本人とレスパイト入院について情報共有しておくことで不安の軽減につなげたい。
- ・ご家族がどれくらい介護ができるのかや自宅の状況を情報収集する必要がある。しかしコロナ等の事情で自宅訪問が出来ないこともあると思うので写真などを撮ってきてもらいカンファレンスを行う事で円滑になると考える
- ・試験外泊や院内外泊を行う事で、どれくらいの介護が必要なのかをご家族に知っていただく。
- ・入院中に都度、患者の思いを確認する。
- ・経済的に現実的にどこまで援助が可能なのか、家族とよく話し合う。
- ・緩和ケアの方向性をご家族、在宅チームと共に話し合う。

連携室看護師・ソーシャルワーカー)

カンファレンスの振り返り

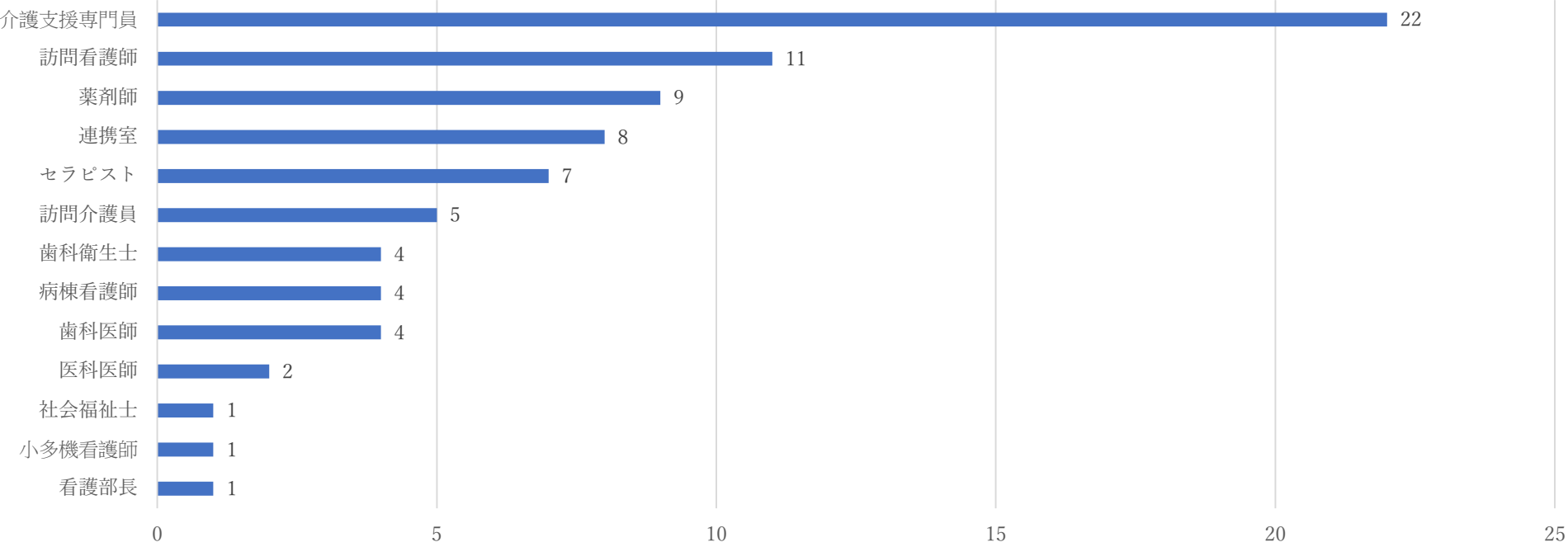
- ・ 普段の業務の中で看取りとは縁がない、訪問歯科や薬剤管理のこと学ぶことが出来た。
- ・ 医療行為に目が向きがちになるが、「どうして家に帰りたいのか？」を考えないといけない。病状や介護力など色々あるが、「家に帰りたい。」という意味と「家に帰った」という事実が大事ではないか。



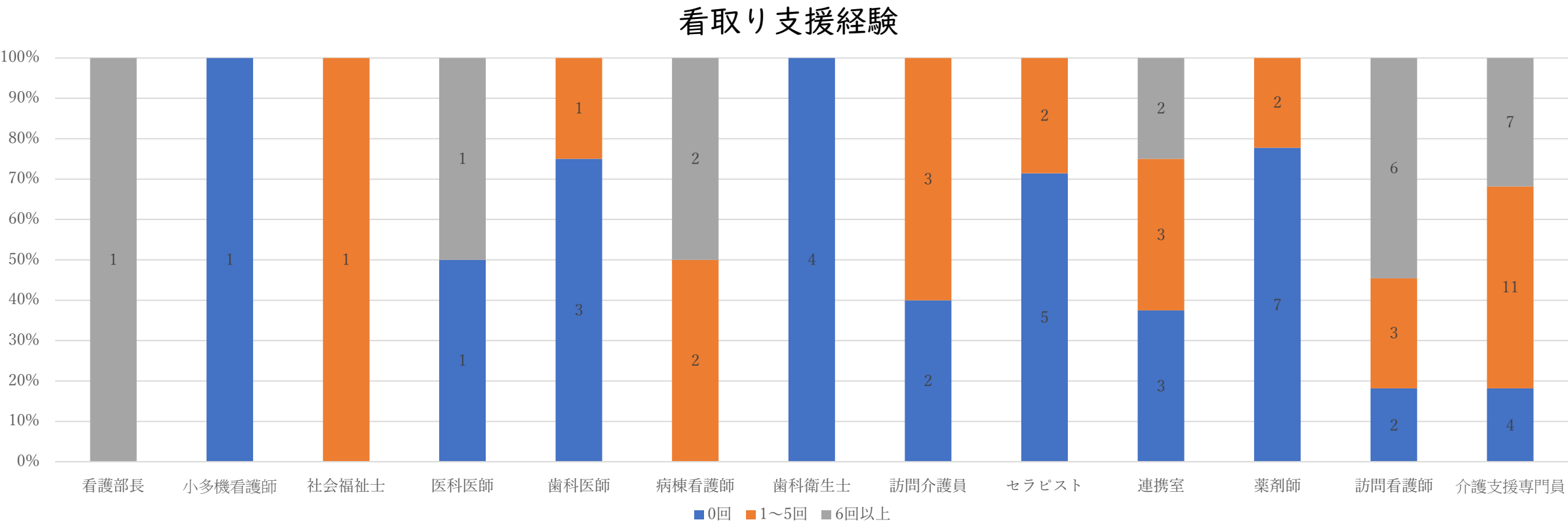
アンケート結果

1. ご自分の職種にチェックを入れてください。

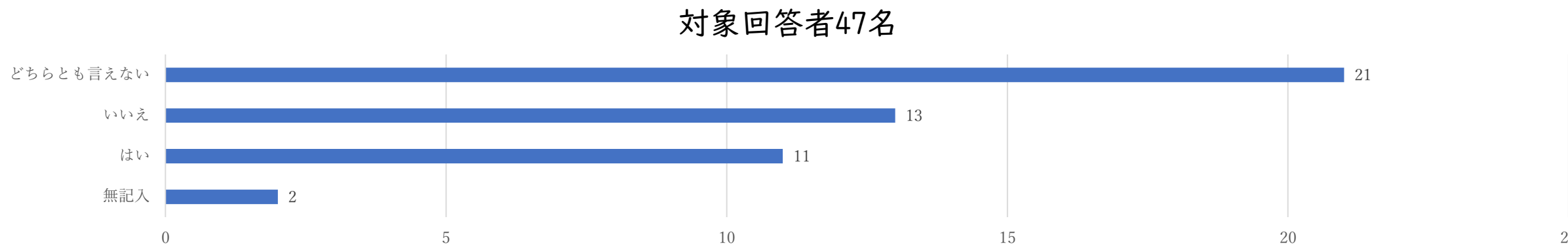
回答者79／82 回答率96.3%



2-1.看取りを希望された方を担当した経験をお教えてください。



2-2.（複数回以上担当経験ありの方）傾向として、同じ事業所とチームになることが多いですか？



3. 研修の前と後では意識の変化はありましたか？

●これまでよりも前向きになった 全体 63名 79.7%

未経験者 27 「患者のデマンド次第でもっとできる事があると思った（セラピスト）」

1～5回経験者 25 「異なる職種の見方を学べた（ケアマネジャー）」

6回以上経験者 11

●変わらない 全体 15名 19%

未経験者 5 「もともと前向き（連携室）」

1～5回経験者 2

6回以上経験者 8

●嫌になった→理由 全体 0 ※●無記入 未経験者 1

4. 今後、何か困った時に、他の事業所や職種の方に相談が出来ますか？

●これまでと変わらない 18名 22.8%

未経験者 5 「デイサービスはなかなか看取りに関わることは少ないですが他の職種の方と連携して出来る限り対応したい。（ヘルパー）」

1～5回経験者 5

6回以上経験者 8

● 今以上に相談できそう 59名 74.7%

未経験者 25

1～5回経験者 23 「「他の職種の方の発表、ご意見を聞いて同感だと思いました（ケアマネジャー）」

6回以上経験者 11

● 難しい 2名 2.5%

未経験者

2 「退院時カンファレンスに歯科が呼ばれない（歯科医師）」

「どの程度の事を相談していいのかわからない（薬剤師）」

5. 今後看取り期における目指す姿を意識して取り組みそうですか？

● 取り組みそう 71名 90%

● 難しい 5名 6.3%

未経験 2 「まだ歯科に対する他の職種の意識が薄いため訪問歯科などの普及が必要であると感じた（歯科医師）」

「歯科への依頼が来るのか（歯科医師）」

1～5回経験者 2

「在宅における色々な情報や知識をまだまだ増やしていかないと、と思います（薬剤師）」

「人員不足（訪問看護師）」

6回以上経験者 1 「今回のようなカンファレンスでは難しい（訪問看護師）」

● 無記入 3

6-1. 本日の研修は満足しましたか？

● 満足 41名 52%

未経験者 20

1～5回経験者 15

6回以上経験者 6

● まあまあ満足 31名 39.2%

未経験者 9

1～5回経験者 12

6回以上経験者 10

● どちらとも言えない 6名 7.6%

未経験者 1

1～5回経験者 2 「もう少し患者情報（患者のメンタルについて）が欲しかったです（連携室）」

6回以上経験者 3

● 不満足 1名 1.3%

未経験者 1

「何を話したらよいのかよく分からない。『看取り』の段階で歯科が特別に必要とされることがあるのか知りたかった（歯科医師）」

6-2. 上記で「満足」と「まあまあ満足」とお答えした方に質問です。該当するものに✓を入れてください。 (対象回答者 72名)

● 自他の役割や動きを知ることができた 全体 57名 79.2%

未経験者 26

1～5回経験者 23

6回以上経験者 8

● 普段の業務の振り返りが出来た 全体42名 58.3%

未経験者 12

1～5回経験者 18

6回以上経験者 12

● 地域のレベルアップにつながったと思う 全体18名 25%

未経験者 9

1～5回経験者 5

6回以上経験者 4

7. 本日の感想やご意見を何でもお書きください。

未経験者

- ・他の職種の方とお話する機会があり良かったです。（ヘルパー）
- ・看取りのテーマはあまり参加したことがなく、多職種の話が聞けて勉強になりました。また、同じテーマでやってほしいです（薬剤師）
- ・経験のないままの参加でしたが、今後は是非訪問へのかかわりも行っていけたらと思います（セラピスト）
- ・多職種の方の意見を聞き自分が患者様のために何が出来るのかを考えるよい機会が得られました（セラピスト）
- ・普段お会いできない各職の方とお話が出来、大きな方向性は同じだと知り不安が和らぎました（ケアマネジャー）
- ・お疲れ様でした。ありがとうございます（小規模多機能型居宅介護 看護師）
- ・多職種の方と研修出来て、協力がしやすくなると思う（連携室 看護師）
- ・このような形の研修会は何度も行ってほしい（薬剤師）
- ・他の事業所のヘルパーと話が出来て良かった（ヘルパー）
- ・歯科の関わる必要性を今後シェアしていければと思いました。初めての参加でしたので今後ともどうぞよろしくお願い致します（歯科医師）
- ・他の職種の方がどんなことをしているのか、イメージが少しできました（歯科衛生士）
- ・初めてこのような研修会に参加させていただきました。いつもは、訪問歯科の分野しか見てなかったのが改めて他の職種の見方を知れて勉強になりました（歯科衛生士）
- ・看取り経験が無いのですが、今回の研修に参加し、自分がすべきこと他の職種の意見が確認出来ました（セラピスト）
- ・初めて参加させていただきました。在宅での経験も少なく多職種の方がどのように患者様と向き合っておられるのかを感じることが出来てとても勉強になりました。ありがとうございました（薬剤師）

- ・他の職種の方々と患者様の退院、在宅医療介護に向けての内容を聞いたことが無かったので経験出来て良かったです。他の職種の方にも歯科の重要性を話して頂けて良かったです（歯科衛生士）
- ・初めての参加で他の職種や同職種の方と意見交換出来、今後の取組に活かすことが出来そうです（訪問看護師）
- ・今日初めて参加させていただきましたが、多職種の方の職域が分かり色々な意見が聞けたので勉強になりました（歯科衛生士）
- ・各職種での作業時の説明をもっと詳しくしていただけると助かりました（ケアマネジャー）
- ・歯科への依頼はどうされているのか？まずはかかりつけ医と思うが訪問対応してない時、歯科連携室に話が行っているのか不明（歯科医師）

1～5回経験者

- ・いろいろな職種の方の意見を伺って、いろんな視点で患者様をみるのが大切だと改めて思います（薬剤師）
- ・たくさん考え、とても刺激になりました。お疲れさまでした。集まって対面した意味が大きかったと思います（訪問看護師）
- ・多職種の知見が知れて学ぶことが出来た。情報共有のフォーマットなどをITツールで共有出来れば看取りの状態変化にすぐに対応できると考えられます（セラピスト）
- ・患者、家族を支えるにあたり、院内、在宅のチームが協力して安心できる生活を整えるべきと思いました（病棟看護師）
- ・多職種の方と実際に顔を合わせる機会が少ないので勉強になりました（歯科医師）
- ・このような機会をいただき感謝しています（セラピスト）
- ・他の方の考え等を知ることが出来、参考になりました（ケアマネジャー）
- ・3回ほどの看取り経験がありますがとても緊張します。沢山の方で連携していることを改めて知り、励みになります。参加させていただきありがとうございます（ヘルパー）

- ・どうしても現在やっていることに固定しがち。柔軟な対応力について学びました（ケアマネジャー）
- ・それぞれの職種の人が同じ方向性を持つことが大切だと思いました（ヘルパー）
- ・患者さんの思いや気持ちを優先し考えることが大切だと改めて認識しました。日々の忙しさで業務優先になりがちですがその気持ちを忘れずに多職種の方たちと協力して援助していきたいです。今日はとても深く学ぶことが出来ました。ありがとうございました（病棟看護師）
- ・後半、他のグループが何について話をしているのか分からなかった。バラバラだったので、項目だけでも知りたかった（ケアマネジャー）

6回以上経験者

- ・また、このような機会を！医師の参加を促してください（医科医師）
- ・もう少し現実的な具体的な事例が良かったです。（訪問看護師）
- ・意見や考え方の違いがまとまらなかった（訪問看護師）
- ・精神科の患者様でも地域での生活～看取りに取り組んでいきたいと思います。多職種多機関連携をとっていききたいです（病棟看護師）
- ・多職種それぞれに計画書があるのですが、病院に来るのはCMの計画書のみです。在宅の力を病院に伝えるためにも多職種の計画書がこの場ででもいただけると病棟スタッフに在宅でできることを伝えることができるのかなと思いました。今回のこの事例ででもいいかと思います。皆さんが作られた計画書が欲しいです。田中先生がおっしゃった在宅でのルールを病院でも知りたいです。日々の看護に活かせると思います（病棟看護師）
- ・多職種で話し合う事で自分の視点ではない意見が伺えるため今後活かせると感じました（病棟看護師）
- ・各機関の視点がわかり良かったです（ケアマネジャー）
- ・他の職種の意見が聞きやすい内容の研修でよかった（ケアマネジャー）
- ・退院時のカンファレンスをどの病院でも開いてほしい（ケアマネジャー）
- ・コロナ感染が広がってから在宅で過ごしたいという意見が多くなったように思えます。在宅医も増え、今後も色々な事例を支援していきます（ケアマネジャー）
- ・地域での顔合わせがもっと必要だと思いました（ケアマネジャー）