



令和5年度 第2回大野城市多職種多機関連携研修会

日 時：令和5年11月16日（木曜日）19：00～20：30

場 所：大野城まどかぴあ 多目的ホール

参加者：65名





次第Ⅰ

筑紫地区の医療介護連携の取組紹介



筑紫地区 医療介護連携推進のための

仕組みやツール等 構築物の紹介

ダウンロード

医療関係の方向け

一般の方向け

その他

医療・介護連携関連

- 医療介護資源ガイドブック
- 医師への相談方法確認表
- 研修用動画の貸出
- 入院先医療機関窓口一覧表
- 医療・介護共有シート
- 入退院時の情報共有の仕組み
利用者家族への説明用資料あり

左記情報掲載ページ
QRコード



過去の「研修会報告」も
ご覧いただけます！

- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 訪問歯科
- ・ 訪問薬局も掲載しています

筑紫地区 医療介護資源ガイドブック

- [①訪問診療・往診可能診療所（筑紫医師会）](#)
- [②訪問診療・往診可能病院（筑紫医師会）](#)
- [③筑紫地域 病院情報一覧（筑紫医師会）令和5年度 2023](#)
- [④訪問歯科診療・車椅子対応可能 医療機関一覧（筑紫歯科医師会）令和5年度 2023](#)
- [⑤'在宅訪問可能 薬局一覧（筑紫薬剤師会）](#)
- [⑥訪問看護ステーション看護ケア情報 令和5年度（2022.10.31）](#)
- [⑦居宅介護支援事業所](#)
- [⑧訪問介護事業所](#)
- [⑨通所サービス事業所（通所介護・地域密着型・認知症対応型・通所リハビリテーション）](#)
- [⑩（看護）小規模多機能型居宅介護事業所](#)
- [⑪認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業所](#)
- [⑫定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所](#)

医師への相談方法確認表ができた経緯

医療介護連携に関するアンケート（R1.10月実施）

【医師】

- 第1位 診療が忙しい ⇒ 連携の求めに応じることが難しい
第1位 望ましい連携の手段は ⇒ 直接会って話す

【多職種】

- 必要性を感じているが連携が難しい相手 ⇒ 第1位 医師
その理由 ⇒ どのような手段が良いのか分からない
⇒ いつ連絡していいのかわからない

多職種研修会 グループワーク実施

医師への相談方法確認表

帆足医院

住所：筑紫野市二日市西1-8-11

☎：922-2746

診察同席

個別面談

電話相談

FAX相談

メール相談

○

○※1

×

×

×

【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：

看護師 山本 典子

月

火

水

木

金

土

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

×

～

～

～

～

～

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

【コメント】

※1 事前に調整の上、お越しください。

ひぐち内科胃腸 クリニック

住所：太宰府市大佐野3-1-51

☎：408-3538

診察同席

個別面談

電話相談

FAX相談

メール相談

○

○※1

○408-3538

○408-3635

info@higuchi-c.com

【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：なし

月

火

水

木

金

土

～

～

～

～

～

～

【コメント】

※1： 事前に調整の上、お越しください。

医師への相談方法確認表

あんどろ泌尿器科クリニック		住所：那珂川市中原2－127			
		☎：954－1616			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
△	×	×	0954－1691	×	
【問合せ時間】 ☆ 相談窓口担当者： 外来患者⇒看護師 浦塚 透析患者⇒事務 北島					
日	火	水	木	金	土
15:00 ～ 16:00	11:00 ～ 12:00	15:00 ～ 16:00	11:00 ～ 12:00	15:00 ～ 16:00	11:00 ～ 12:00
【コメント】 担当者が不在の場合は、用件をFAXしてください。					



「医師への相談方法確認表を見て連絡しました～」



お互いの業務負担、
心理的負担の軽減・解消へ。ぜひご活用ください。

<研修用動画の貸出し>

「動画で知る医療介護連携」

「終末期の身体変化」

「ACPの基本と多職種連携」(予定)

利用目的：筑紫地区にある医療・介護の事業所で
実施する研修の視聴用資料として用いる

視聴方法：DVDおよびYouTube（限定的公開）

筑紫地区 入院先医療機関 窓口一覧表

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。

筑紫野市	医療機関名称	窓 口 連絡先	＜患者担当者なし又は未確定の場合＞ 病棟Ns.への情報提供（○ かまわない ▼ 困る）
	小西第一病院	地域医療連携室 9 2 3 - 2 2 3 0	○ 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	○ 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 - 1 1 1 9 (直通)	▼ 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	医療連携室 9 2 6 - 2 2 9 2	○ 状況によってSWが対応する場合あり
	済生会二日市病院	患者支援センター 9 2 3 - 1 5 5 1	○ 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	○

医療機関名：
ご担当者名： 様



医療・介護共有シート



入院日 年 月 日 → CM 記入日 年 月 日 → 情報提供日 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日生（才） ☐男 ☐女 住所： TEL： 

※利用者(患者)/家族の同意に基づいて情報提供しています。退院前に右記欄口についての聞き取りをおこないます。

※下記の情報については主にCMが記入します。 聞き取り日 年 月 日 / 年 月 日

入院前	担当CM氏名：	事業所名：	退院・在宅移行期／退院後	医療機関名：	回答者：	(職種：)
	TEL：	FAX：		TEL：	FAX：	

主介護者(★)	氏名	性別・年齢	(才)	関係機関(両者は○で囲む)	退院予定日	年 月 日(曜日)
キーパーソン(★)	TEL	氏名	性別・年齢	(才)	今回治療した病名	①
介護力	TEL	TEL	TEL	TEL	②	③
介護保険情報(認定状況)	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	認定事項	認定事項	症状、病状の経過	
特別な医療等(薬物療法)	要介護	<input type="checkbox"/> 1	特別な医療等	特別な医療等		
経済状況	年金あり	<input type="checkbox"/>	経済状況	経済状況		
病歴・疾患歴	生活保護(有)	<input type="checkbox"/>	病歴・疾患歴	病歴・疾患歴		
受診中の医療機関	なし	<input type="checkbox"/>	受診中の医療機関	受診中の医療機関		
最近1年間の入院	あり	<input type="checkbox"/>	最近1年間の入院	最近1年間の入院		
認知症患者の日常生活自立度	自立	<input type="checkbox"/>	認知症患者の日常生活自立度	認知症患者の日常生活自立度		
認知症患者の日常生活自立度	自立	<input type="checkbox"/>	認知症患者の日常生活自立度	認知症患者の日常生活自立度		
介護サービス等の利用状況	利用あり	<input type="checkbox"/>	介護サービス等の利用状況	介護サービス等の利用状況		
生活状況	生活状況		生活状況	生活状況		
屋内・屋外の特徴	屋内・屋外の特徴		屋内・屋外の特徴	屋内・屋外の特徴		
口内状態の特記	口内状態の特記		口内状態の特記	口内状態の特記		
その他特記事項	その他特記事項		その他特記事項	その他特記事項		

◆ 厚生労働省の標準様式を簡素化

◆ ポイントを押さえた情報共有が早くできる

入院前のADL等	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりながら出来る <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を必要としている	特記事項	退院後	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりながら出来る <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を必要としている	特記事項
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれが必要 <input type="checkbox"/> 必要なし	座位		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれが必要 <input type="checkbox"/> 必要なし			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手すり・杖 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(自立・介助)	移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手すり・杖 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(自立・介助)			
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取していない	食事動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取していない			
食事形態	<input type="checkbox"/> 工夫なし <input type="checkbox"/> 工夫あり()	食事形態		<input type="checkbox"/> 工夫なし <input type="checkbox"/> 工夫あり()			
水分とろみ	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり()	水分とろみ		<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり()			
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ(洋・和) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ・パッド(常時・夜間)	排泄方法		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ・パッド(常時・夜間)			
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 拭く・流す・衣類の上げ下ろし等の介助	排泄動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 拭く・流す・衣類の上げ下ろし等の介助			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(シャワー浴・浴槽) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス等	入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(シャワー浴・浴槽) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス等			

【注】入院時情報連携の運用には関係サービス計画書(1.2.3表)またはこれに代わるものの添付が必要です。

医療機関名：
ご担当者名： 様



医療・介護共有シート



入院日 年 月 日 → CM 記入日 年 月 日 → 情報提供日 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日生（才） ☐男 ☐女 住所： TEL： 

※利用者(患者)/家族の同意に基づいて情報提供しています。退院前に右記項目についての聞き取りをおこないます。

※下記の情報については主にCMが記入します。 聞き取り日 年 月 日 / 年 月 日

入院前

担当CM氏名： 事業所名：
TEL： FAX：

退院・在宅移行期 / 退院後

医療機関名： 医師者： (職種：)
TEL： FAX：

主治医者(★)	氏名	性別・年齢	(才)	連絡先(同) (両者は○で両方)
	TEL	特記事項		
キーパーソン(★)	氏名	性別・年齢	(才)	
※主治医者と異なる場合は	TEL	特記事項		

退院予定日	年 月 日 (曜日)
今回治療した病名	① ② ③
症状・病状の	
安定	
不安	
薬に関する情報事項	
注意して欲しいこと・早く主治医や訪問看護師へ知らせたい状態	
その他特記事項	

入院時の第一報

- ◆ 新しい情報を提供
- ◆ 簡単に記入できる
- ◆ 医療機関が基本的に知りたい項目
- ◆ 不足情報は直接のやり取りで補う

生活状況	
居内・居外の特徴	
飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬手帳にあり <input type="checkbox"/> なし)
口腔内状態の特記	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口腔ケア中・義歯にあり <input type="checkbox"/> なし)
その他特記事項	

入院中～退院時の情報収集

- ◆ ケアプランに反映できる
- ◆ 入院先に記載依頼もOK

入院前のADL等

起き上がり ☐自立 ☐つかまりながら出来る ☐おしり記にされている

座 位 ☐自立 ☐背もたれが必要 ☐必要なし

転 動 ☐自立 ☐要介助 ☐手摺・杖 ☐手引き

食事動作 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ☐経口摂取困難

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 ☐なし

排泄動作 ☐自立 ☐指導 ☐拭く・洗う・衣類の上へ ☐なし

入 浴 ☐自立 ☐一部介助 (☐シャワー浴 ☐湯船)



退院後

起き上がり ☐自立 ☐つかまりながら出来る ☐おしり記にされている

座 位 ☐自立 ☐背もたれが必要 ☐必要なし

転 動 ☐自立 ☐要介助 ☐手摺・杖 ☐手引き

食事動作 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ☐経口摂取困難

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 ☐なし

排泄動作 ☐自立 ☐指導 ☐拭く・洗う・衣類の上へ ☐なし

入 浴 ☐自立 ☐一部介助 (☐シャワー浴 ☐湯船)

その他特記事項

➡ 1枚でADLの変化が分かる ➡

【注】入院時情報連携加盟の認定には認定サービス計画書が必要

筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み

日常



準備

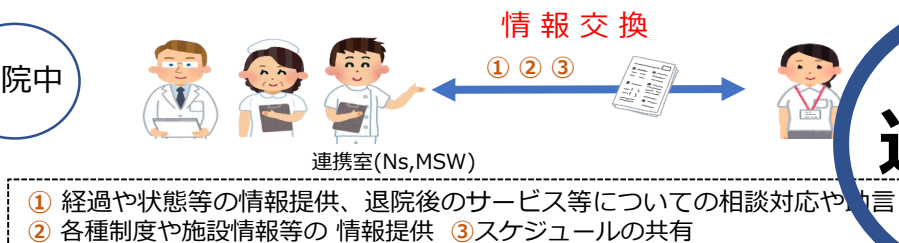
- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

* 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

入院時



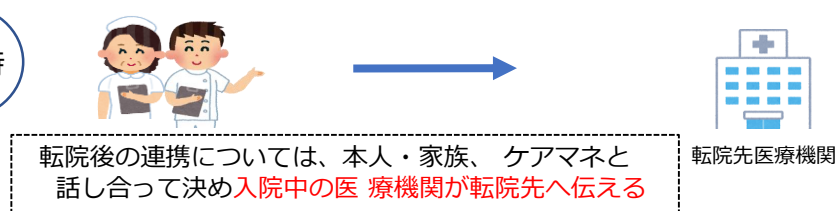
入院中



退院時



転院時



退院後



ご利用者様・ご家族様へ

ケアマネジャーは入院中も医療機関と連携することができます！

筑紫地区では、医療・介護関係者がご利用者様の入院時から退院後の在宅生活に向けたサポートを行い、早く不安なく在宅復帰できることを目指しています。
もしも入院された場合、保険証セットを提示することで、医療と介護の連携が早く始まります。
介護サービスを切れ目なく利用できるなど安心した療養生活につながります。

準備

保険証セット



医療機関に行くときは忘れずに持って行きましょう!!

入院時



病院の人に**ケアマネジャーの名刺**を見せてください。

ケアマネジャーにも入院したことを知らせてください。

入院中

転院時

退院時

退院後

ケアマネジャーはご利用者様・ご家族様が安心して退院後の生活を始め、継続できるように、病状やリハビリ内容、退院日などの情報交換を行います。



在宅医療・介護関係者に対する相談対応

(例) 訪問診療医を探してほしい

訪問看護ステーションを探してほしい

医療機関への相談が困難なとき

等々・・・

筑紫医師会在宅医療介護連携支援センター



092-408-1267

筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



- ✿ 自分以外の職種の仕事の役割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。



次第2 事例検討会



進め方

事例紹介



質疑応答

グループ内で質問をまとめる → グループごとに質問 → 回答



事例検討

(司会：名簿に★のマークがある方)



- ・ 医師からの検討項目
- ・ CMからの検討項目



①・・・個人ワーク：A4の検討用紙に記入



②・・・グループワーク：A3検討用紙に記録

発表



事例提供者から：「支援を振り返って」

事例検討

<事例の概要>

70代の男性 ターミナル期 要介護2
一人暮らしであり、家族とは疎遠になっている。
提案されるサービスを拒否することが多い。

テーマ

★身寄りのない独居の方の死後を見据えた看取りは何に備えたらよいか？

★Aさんへの望ましい働き掛けは・・・？



◆ 医師からの検討テーマ

「身寄りのない独居の方の死後を見据えた看取り支援はどのようにしたらよいか？」
(例：死後の支払い・・・等)

1. 備えておくこと

- ・ 最後をどう迎えたいか（誰と一緒にいたいのか）
- ・ 財産、相続、お墓、葬儀等をどうするか
- ・ 患者の最後の要望を探る（お酒一口でも）＝意思確認
- ・ ご家族等の連絡先、連絡方法を確認する
- ・ 相続、埋葬の在り方の確認
- ・ 亡くなった後の遺品整理・・・訪問の時から物品の整理を行っていく
- ・ 本人がどう望んでいるのかを明確にしておく・・・知らせたい人がいるのか、葬儀、荷物、金銭面など
- ・ お金の行先
- ・ 部屋の片づけ
- ・ 連絡先（急変時）
- ・ エンディングノートの整理⇒自分の死後についての意向を整理しておく
- ・ 自分の死後に連絡したい方のリストアップをしておく
- ・ 金銭面（債権、貯蓄、支払いなど）の整理
- ・ 事務的なことを含めて死後の処対応（お墓、献体、住居の片付け、届出、遺影や葬儀関係など）
- ・ 本人の意思確認（どのように生きていきたいのか、どこまでの延命処置をしたいのかなど）
- ・ 誰に連絡してほしいのか
- ・ 死生観の聴き取り

- ・娘さんと会いたかったのではないかな？話し相手を望んでいた・・・
- ・内服しない理由を探れたら・・・
- ・支払い
- ・毎日の生存、安否確認
- ・具体的に体調の急変時についてご本人様か家族に確認を行う
- ・本人が一番望む形を作る
- ・興味があることを知る

2. 上記に対する具体的な準備

- ・関係性の構築により、本当の本人の意向を聞きだ
- ・家族との事前調整（どこまで協力を求めるのか具体的に）
- ・UberEatsの利用
- ・訪問介護⇒訪看
- ・誰かが一日一回介入
- ・エンディングノート
- ・遺言書、公正証書の作成
- ・保証人（民間サービスなど）
- ・成年後見人
- ・任意後見人の活用、死後事務委任契約
- ・死後の代行サービス案内
- ・元気なうちから入院or自宅⇒エンディングノートの活用
- ・訪問時に確認しておく
 - 自身の死をどのように捉えて希望しているか確認しておく
 - 誰が主となって聞くのかチーム内で役割分担

- ・会えるように清潔保持の意欲に繋がるかも
- ・訪問薬剤は時間制限がないので内服したくない理由を聞きだす（飲まない、隠している・・・意味があったのでは）
- ・後見人やえにしの会の案内
- ・民生員とか近所
- ・本人の意向を聴き取り、本人様が一番望む形になるようにする
- ・行政書士への依頼
- ・各関係機関との連携
- ・どうやって本人に心を開いてもらうか、アプローチしていく
- ・娘への確認 呼んでもらいたいかな本人に確認
- ・死後どうなるのかを端的に伝える
- ・本人の思いとできること出来ないことをきく
- ・訪看の回数を増やす
- ・緊急通報システムの導入
- ・民生委員、お買い物をするスタッフなど地域の方への通報依頼
- ・精神的ケアが必要なため精神科の訪看でのフォロー

◆CMからの検討テーマ

「身体機能の維持・清潔保持・精神的苦痛の緩和（ボランティアによる話し相手）への提案を受け入れてもらうことが難しかった。どのような働き掛けが望ましかったのか？」

- ・ 本人と腹を割って話して、本人の意向（どう過ごしたいか）を聞いて一緒に考える
- ・ 少しでも安楽な時間を過ごせるような人間らしく過ごせるような方法を探る
- ・ 医師の診察回数を増やす
- ・ 傾聴ボランティアの早期の導入で早めの段階で人との関わりをもつ
- ・ 男性利用者への訪問・・・女性スタッフでは限界がある
- ・ しかし、その場に合わせたベストな対応を模索され行われていたと思いました
- ・ 動けるのに、セルフケア、保清を拒む理由が何だったのか。本人にとってはその状況が普通、当たり前だったのか
- ・ 娘さんへの思いを聞きたい
- ・ 本人の意向を聞いて本人がしたい生活を認める
- ・ ヘルパーさんなど（気が合う人がいたら・・・）のトライで患者さんとの距離を縮める
- ・ CD、書籍など好きなものから整理することで掃除ができなかったか・・・
- ・ 辛さ、苦しさはどこから来ているのか
- ・ 精神的苦痛、スピリチュアルペインの傾聴し共有、理解をする
- ・ 本人の思い、人生の振り返り・・・精神面から寄り添う
- ・ 何故拒否をされるのか深掘する
- ・ 何をしてほしかったのか、何を望んでいるのか、に目を向ける
- ・ 本人の気持ちを引き出した上で関係機関に繋げる

- ・ 鉄道の話
- ・ 一緒に買い物に行くなど、一緒に何かをする（QOLを高めるための働きかけ）
- ・ 本人と同じ空間で同じことを行って共感していく（片付けなど）
- ・ 自宅前の住人の方に協力を要請する（情報収集していく）
- ・ 本人が行いたいことの支援を行っていく
- ・ 本人の持ち物から話を広げて関係性を構築していく
- ・ 本人が「しなくていい」と言うなら、「しない」という選択肢もある（寄り添うという点では共通している）
- ・ 近隣の方にどう心を開いているのか
- ・ ただ雑談や世間話などの話し相手になる（指導的手立場ではなく） 5～10分顔を見せる
- ・ 仕事にプライドを持っていたのではないか・・・自慢話を聞きす
- ・ 人を変えることで清潔保持を受け入れてもらえるか
- ・ 演奏会など外に出る機会を設けてはどうか
- ・ 似たような環境の方の接点として自助グループの紹介
- ・ チームの中に核を作りその人が深く介入できたらよかった
- ・ 相手に寄り添うことが必要だったのか



次第3 意見交換会



多職種の方々から看取り支援の困りごと等について情報提供いただきました。

対応策や、地域の仕組み・ツール等として
あると良いと思うこと などなど…

情報提供いただきました内容、本日のご意見等は、
後日、筑紫医師会ホームページより共有いただけます。

※「意見交換会のまとめ」として掲載


アンケート結果

回答者名 64/ 参加者65名 (回答率98.5%)

1. ご自身の職種にチェックを入れてください。

医科医師（１）	歯科医師（３）	薬剤師（３）	病棟看護師（６）	外来看護師（１）
連携室看護師（２）	訪問看護師（５）	施設看護師（３）	所属不明看護師（２）	MSW（５）
訪問セラピスト（４）	歯科衛生士（３）	介護支援専門員 居宅（９）施設（１）包括（３）不明（１）		
介護職員 訪問（２）施設（５）不明（２）				
その他 保険師（１）消防士（１）管理栄養士（１）				

2. 看取りを希望された方を担当した経験を教えてください。

0回 (21)	1回～5回 (21)	6回以上 (22)
 本日の事例を通して実践現場を知ることができましたか？		
はい (18)	いいえ (0)	空白 (3)

3. 今後、何か困った時に他の事業所や職種の方に相談等ができそうですか？

今以上に相談等ができそう（53）

これまでと変わらない（10）

難しい（1）理由：あまり多職種での交流、意見交換が出来なかった。

4. 本日参加したことにより、下記項目に該当するものがあれば✓を入れてください。※複数回答可

普段の業務の振り返りができた（35）

自職の役割を知ることができた（15）

他職との関わり方を知ることができた（29）

他職への理解が深まった（40）

連携に対して前向きな気持ちになれた（29）

地域のレベルアップにつながったと思う（15）

5. 本日の研修は満足しましたか？

満足（46）

まあまあ満足（18）

どちらとも言えない（0）

不満足（0）理由：

6. 本日の感想やご意見等、何でもお書きください。

【薬剤師】

- ・多職種の方々ともっと連携する機会を増やしたい。

【看護師】

- ・認知症、身内もなく後見人が連絡先となり施設入所して来られる方がいるが本人が意思決定できない場合の急変時の対応が決まっていなくて後見人も延命については決められないと言われ、結局搬送となるような事例あり。本当にどうしてよいのか迷います。
 - ・日常業務に於いてなかなか関わることのない事例でとても勉強になりました。
- 在宅での看取りの難しさや当時者の方へのアプローチの難しさなど、色々と考えさせられました。大変勉強になりました。ありがとうございました。
- ・他職種の視点での話が聞けてよかったです。
 - ・職種別での役割分担を検討してみたかった。
 - ・新たな発見が出来、参考になりました。
 - ・在宅での看取りについて訪問、医師の関わり本人の望む看取りを考えさせられました。
 - ・多職種連携の大切さ、重要性、今後求められるであろうニーズ、課題について考えさせられました。
 - ・働く場所は異なりますが、医療に関する人たちの患者への思いや支えたい気持ちは一緒なのだと感じることが出来ました。明日から患者さんのために頑張れそうです。ありがとうございました。

【ソーシャルワーカー】

- ・実際のケースから様々な職種の方とグループトークができて大変有意義な研修でした。ありがとうございました。
- ・様々な職種の方と話すことができて、とても充実した時間でした。

【セラピスト】

- ・事例を通して様々な学びが出来ました。
- ・ご家族の思いを垣間見ることができたと思います。ありがとうございました。
- ・様々な職種からの意見を聞くことが出来、看取り場面だけでなく、普段の業務内容、患者との関わり方を再認識することが出来ました。

【歯科衛生士】

- ・事例を他の職種の方に色々聞けて勉強になりました。ありがとうございました。
- ・久しぶりの参加でしたが、多職種の方たちとお話することは大変貴重な経験になりました。

【介護支援専門員】

- ・貴重な時間をいただきました。ありがとうございます。
- ・事例を通じて連携を取る大事さが分かりました。
- ・このような事例検討は今後も希望したい。
- ・色々な意見を聞くことが出来てとても参考になりました。

【介護職員】

- ・今後在宅での看取りが増えてくると思っています。地域で支えながら本人の希望に沿った支援が出来るように専門家以外への研修もあったらいいなと思います。
- ・地域の多職種の方と意見交換が出来、参加させていただきありがとうございました。
- ・初めての介護職の為、施設内の看取りしか知らなかったが、訪問での看取りを知ることが出来て良かった。ありがとうございました。
- ・他の職種の方の考えを聴くことが出来て良かったです。今日の事例は若干、自身の父にかぶることがあり少し辛かったです。
- ・研修内容も情報交換の機会も大変満足しています。
- ・もう少し時間が欲しかったです。

【保健師】

・もう少し時間をかけて事例を深めたかったです。事例の振り返りもよいですが、後悔の念も残るため、実際に動いている事例でも良いかと思いました。事例を複数だしてグループ内で検討しても良いかと思いました。

【消防隊】

・大変参考になりました。ありがとうございました。