

研修会報告

令和6年度 第1回

多職種多機関連携研修会

7/30（火）筑紫野市、那珂川市 46名

日にち:令和6年7月30日(火)

時間:19:25～20:30

場所:筑紫医師会 体育館



次第Ⅰ

地域でつなぐACPを考える





意見交換

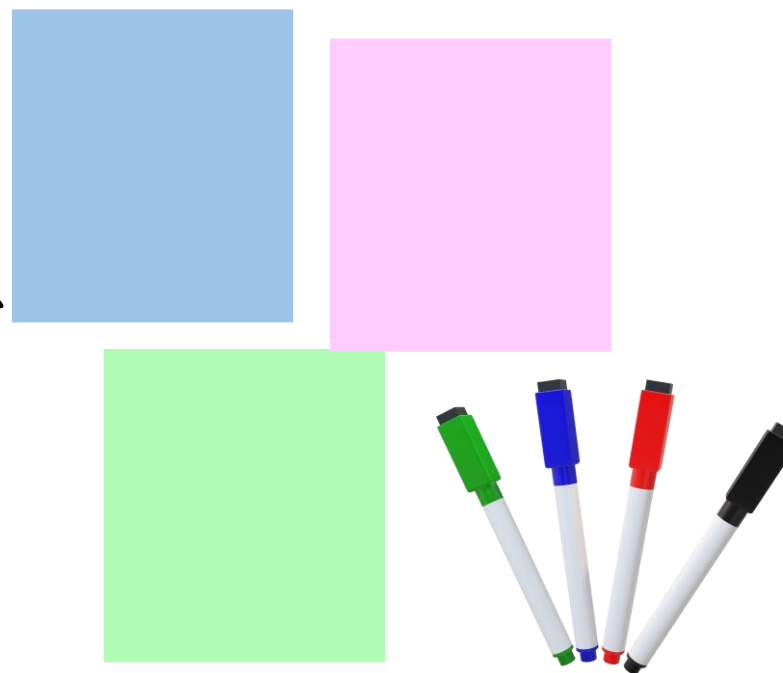
意見交換① 動画の感想

それぞれ動画の感想を
考えよう!! (5分間)



感想を言いながら
自己紹介 (5分間)

19 : 25 ~ 19 : 35 まで



〇〇施設の〇〇です。
こんな考えもある
んだなと思いましたー!!



一緒に振り返ってみましょう



断片的な思い・考え＝ピース(かけら)
そのピースの取捨選択をしない



一緒に振り返ってみましょう

健康状態に影響を受ける意思決定力

高

例：外来通院で体調を維持できている頃

中

例：入退院を繰り返す頃
訪問診療を受けている頃

低

例：生命を維持するための機器が必要な頃

意思形成

意思表明

意思決定

意思実現

意見交換

意見交換②

誰が？

どうやって？

ピースを拾う？



意見交換③

拾ったピース・・・多職種でどうつなぐ？



【記録用紙】

通院の頃・・・どの職種がどんなピース（思い・考え）なら拾えそう？

入退院や訪問診療を受けている頃・・・どの職種がどんなピース（思い・考え）なら拾えそう？

医療機器を必要とする頃・・・どの職種がどんなピース（思い・考え）なら拾えそう？

意見交換②

アイデアを出し合おう!! 拾ったピース（思い・考え）・・・多職種でどう繋ぐ？

意見交換③

19：35～20：15まで

意見交換のまとめ (7/30)

②入退院や訪問診療を受けている頃・・・どの職種がどんなピース(思い・考え)なら拾えそう？

医師

- ・治療方針について、本音まで聞き取れず、目標を聞くことがある
- ・病状の理解、治療に対する思い、考え
- ・今までの生活、支え、大切にしていること。ご家族への思い
- ・何が楽しみか。誰を頼りたいか。どのように生きたいか。
- ・自分の最期を考えている人もいる
- ・今後、どんな医療（治療）を受けたいか、受けたくないか
- ・最後はどこで暮したいか。どんな生活がしたいか。どんな大切なものや思いがあるか。本人、家族の意向の変化
- ・病気の理解
- ・患者との関係が長ければ元気だったころのことを掘り下げる

薬剤師

- ・医師に言えない思いを聞ける。施設に入るのか入りたくないのか等正直な思いを聞くことがある
- ・雑談の中で聞き取る
- ・本人や家族の病気への思い。（情報が少ない分、対話出来る）
- ・今後、どんな医療を受けたいか、受けたくないか
- ・最後はどこで暮したいか。どんな生活がしたいか。どんな大切なものや思いがあるか

看護師

- ・困ったこと、キーパーソン、受診までの日常生活の様子
- ・普段から大切にしていること
- ・同居家族から若いころの性格や好きだったこと
- ・外来看護師だったら、外来受診の際に困っていること、不安な事などを聴き取る機会がある
- ・今後、どんな医療を受けたいか、受けたくないか
- ・最後はどこで暮したいか。どんな生活がしたいか。どんな大切なものや思いがあるか
- ・患者との関係が長ければ元気だったころのことを掘り下げる
- ・最期まで頑張りたいか？楽になりたいか？最期はどう過ごしたいか？

意見交換のまとめ（7/30）

②入退院や訪問診療を受けている頃・・・どの職種がどんなピース(思い・考え)なら拾えそう？

連携室

- ・ 受診前に家族からの思いや考えを聞き出せる
- ・ 受診後の患者から医師からの説明、薬について等理解が出来なかった等受診の内
- ・ 経済面、仕事の事
- ・ 家族・本人・ケアマネから在宅に戻れるのか？戻りたいか？
- ・ 本人から病気に対する理解度・病状の受け入れ方、将来像をどのようにイメージしているか
- ・ 家族から面会時に思いを聞く
- ・ 今後、どんな医療を受けたいか、受けたくないか
- ・ どこで暮したいか？意向の変化、大切に思う事、価値観
- ・ 患者との関係が長ければ元気だったころのことを掘り下げる

介護支援 専門員

- ・ 普段から大切にしていること
- ・ 同居家族から若いころの性格や好きだったこと
- ・ 今までの生活、支え、大切にしていること。ご家族への思い
- ・ 何が楽しみか。誰を頼りたいか。どのように生きたいか
- ・ 最期の生活のこと 家族の思い

地域包括

- ・ 趣味や地域交流

施設

- ・ 友人が本人の思いを知っていて聞き出せることがある
- ・ 本人⇒入院したいか 家族⇒入院させたいか、支払い面
- ・ 胃瘻造設、経管栄養、DIVを実施すること中止すること（家族に決めてもらう）、住み慣れたところを離れるか否かの選択

意見交換のまとめ（7/30）

②入退院や訪問診療を受けている頃…どの職種がどんなピース(思い・考え)なら拾えそう？

訪問介護員

- ・ 今までの生活、支え、大切にしていること。ご家族への思い。何が楽しみか。誰を頼りたいか
どのように生きたいか。頻回に話をする事で、今後の療養場所について
- ・ 今後、どんな医療を受けたいか、受けたくないか。最後はどこで暮したいか。どんな生活がしたいか
どんな大切なものや思いがあるか

通所施設

- ・ やりたいこと、やれること

福祉用具

- ・ 最期の生活のこと、家族の思い

代弁者

- ・ 色々なピースを集めて医療機器を使うか蘇生をするか

不明

- ・ 家の方が本心を話してくれる。連携室で把握したことを地域に繋ぐ
- ・ 継続的に関わること
- ・ ①②の希望の確認
本人に意思があったらどのような選択をするかを話す機会を持つことが大切
医師はできること、出来ないことの判断をして選択できるようにメリット、デメリットを伝える

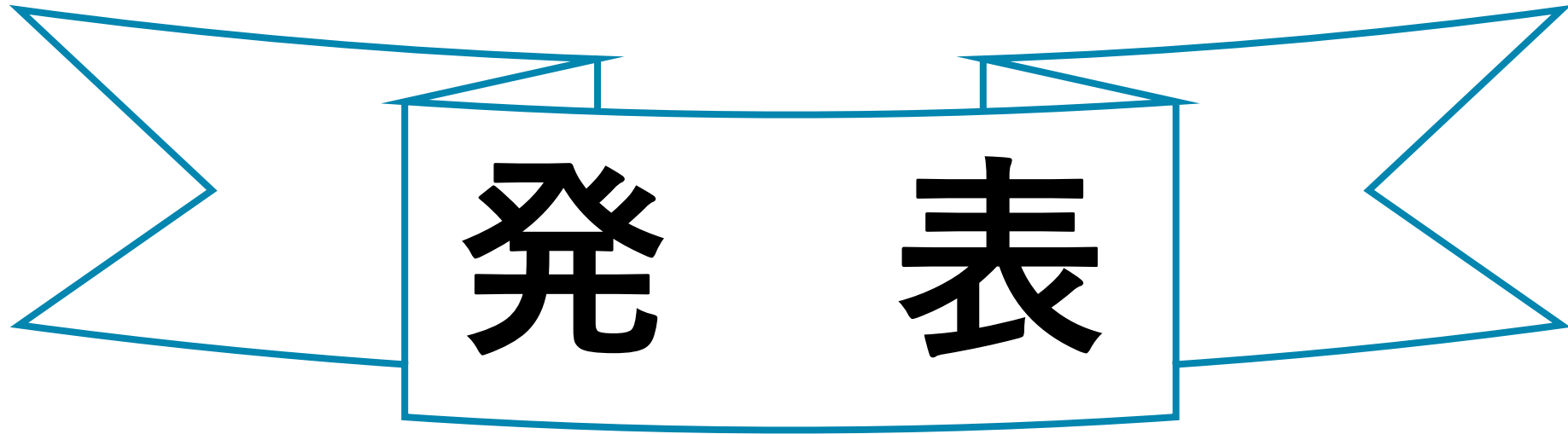
意見交換のまとめ (7/30)

③アイデアを出し合おう!! 拾ったピース(思い・考え)・・・多職種でどうつなぐ？

- ・ 色んな人が聞き出した考え思いを共有することで一致する意見を見つける
- ・ 院内カンファレンス⇒MSWからケアマネへ⇒ケアマネからヘルパー等へ繋ぐ（気持ちの変化のフィードバック）
- ・ 入院をしていない時のキーマンは訪問看護師と介護支援専門員。情報を集めみんなに伝えていく。背景がみえると話が膨らむので、それをフィードバックする
- ・ 日頃関わる中で、その人らしさ、考え方のピースを拾っておく
- ・ 必要な時はサービス担当者会議等で話し合う。タイミングを見て、退院した直後や状態が落ち着き始めたとき
- ・ 介護支援専門員は関わっている専門職からピースを集めて共有する
- ・ 医師がきっかけになって話してくれると深堀しやすい
- ・ 家族と本人の両方の考えを介護支援専門員に報告する
- ・ ICTで情報共有（とびうめ、バイタルリンク、MCS）
- ・ 在宅移行する際には、薬局薬剤師から医師や訪看に情報提供出来る
- ・ すずらんノート、エンディングノート

その他、意見

- ・ 連携だけが先走って、本人が家族が置いて行かれるのではないか心配
- ・ ケアマネがキーと言えども医療のこととなると不安になる
- ・ ケアマネの思い、本人の思い、乖離がある
- ・ 自分の最期を考えている人もいる
- ・ 面会にきた方などからその人らしさを知ることもある
- ・ 家族間で意見が違う場合や遠方の家族の場合、担会のお知らせをして来てもらう
- ・ 各段階、状態変化時、各職種からの意見交換⇒医師から本人へ説明すると納得される場合があった
- ・ 誰がどこで誰に確認するのか？情報をどう伝えるのか？“つなぎの場”が難しい
- ・ 本人の希望は拾い辛く、家族の希望は拾いやすい



20 : 15 ~ 20 : 20まで



次第2

筑紫地区の医療介護連携の取組紹介



地域包括ケアシステムが目指すもの

👉 住み慣れた地域（馴染みの人間関係があるところ）で、
自分らしい暮らし（選択肢のある暮らし）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 “

支援



可能な限り

居所変更させない支援

4場面別に医療介護連携を推進

日常の療養支援

入退院支援

急変時の対応

看取り

場面ごと合わせて使って欲しいもの

日常の療養支援

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】

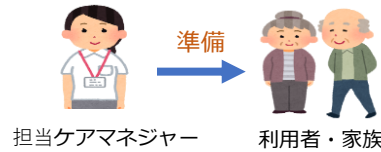
※1： 事前に調整の上、お越しください。

場面ごと合わせて使って欲しいもの

入退院支援

筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み

日常



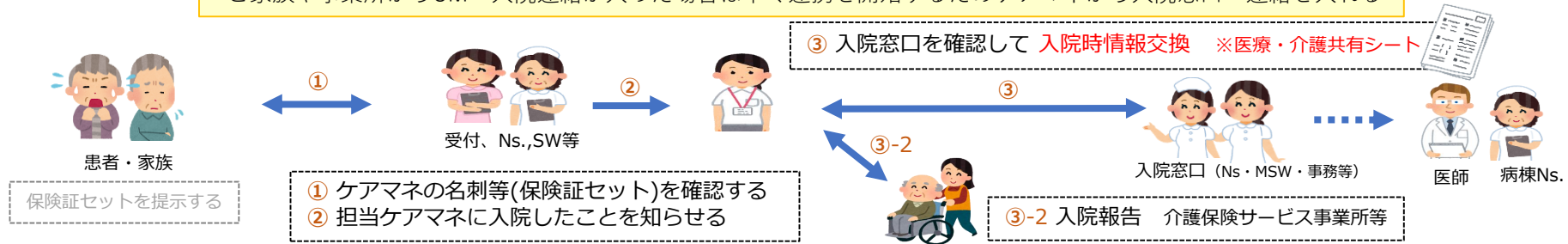
準備

- 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

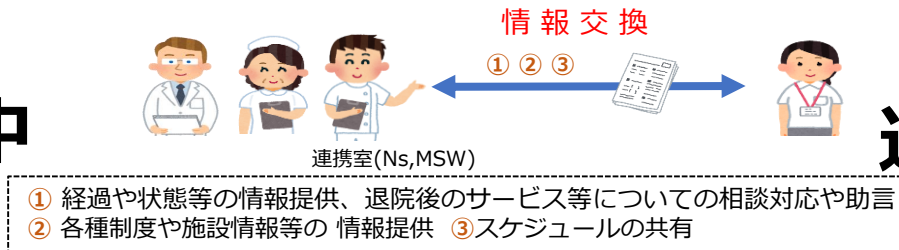
* 居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

* 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

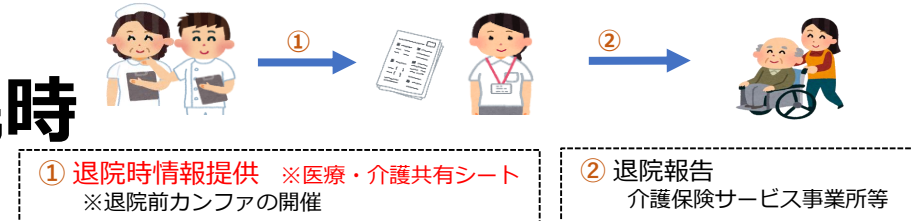
入院時



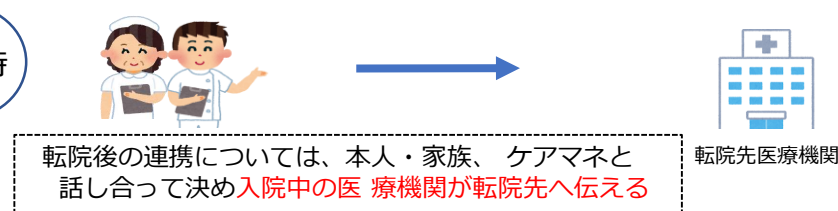
入院中



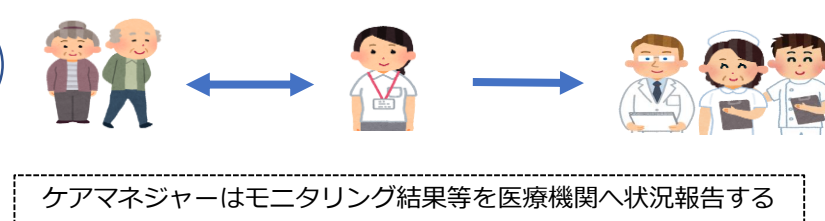
退院時



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。



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： 医師名： (職種：)
TEL： FAX：

主治医(★)	氏名	性別・年齢	(才)	連絡先(同) (両者は○で囲む)
	TEL	特記事項		
キーパーソン(★)	氏名	性別・年齢	(才)	
※主治医と異なる場合	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

不安・痛みの

薬に関する情報事項

注意して欲しいこと・早く主治医や相談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 (お薬なし)

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

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 (口洋 ☐和) ☐ポータブル ☐

排泄動作 ☐自立 ☐誘導 ☐拭く・洗う・衣類の上 ☐

入 浴 ☐自立 ☐一部介助 (口シャワー浴 ☐浴槽



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 (お薬なし)

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

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 (口洋 ☐和) ☐ポータブル ☐

排泄動作 ☐自立 ☐誘導 ☐拭く・洗う・衣類の上 ☐

入 浴 ☐自立 ☐一部介助 (口シャワー浴 ☐浴槽

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居宅サービス計画書()

医師会

医療機関検索

看護学校

訪問看護
ステーション

在宅医療・介護
連携支援センター

ケアプラン

筑紫中央地域
産業保健センター

ダウンロード

リンク集

在宅医療・介護 連携支援センター

スクロール

事業内容

活動内容 *各種関連資料のダウンロードは [こちら](#)

地域の
連携推進
検討会議

*連携の
仕組み・
ルールづくり

医療・介護
関係者の研修

ここをクリック!!

ダウンロード



医療関係の方向け



一般の方向け



その他



筑紫地区医療・介護資源ガイドブック

[令和6年度 全体会PDF 筑紫地区医療介護資源ガイドブック](#)

ダウンロード

- [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）](#)
- [④筑紫地域有床診療所情報一覧\(筑紫医師会\)](#)
- [⑤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）](#)
- [⑥在宅訪問可能薬局一覧（筑紫薬剤師会）](#)
- [⑦訪問看護ステーション看護ケア情報（2024.3.7）](#)
- [⑧居宅介護支援事業所](#)
- [⑨訪問介護事業所](#)
- [⑩通所サービス（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）](#)
- [⑪（看護）小規模多機能型居宅介護事業所](#)
- [⑫認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業所](#)
- [⑬定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所](#)

動画研修申し込み

<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」

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）

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

4場面別に医療介護連携を推進

急変時の対応

看取り

これらの場面でも医療介護連携が促進できるように多職種間の話し合いや研修等を行って参ります。

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。

令和6年7月30日(火曜日) 参加者:計46名(筑紫野市、那珂川市)

医科医師 4名	薬剤師 7名	MSW 3名
看護師 13名 (病棟3名 連携室4名 訪問4名 施設1名)		
介護支援専門員 14名 (居宅8名 施設2名 包括2名)		
訪問介護員 1名	その他4名 (認知症地域推進員 1名 保健師 1名 歯科衛生士 2名)	

内容「地域でつなぐACPを考える」

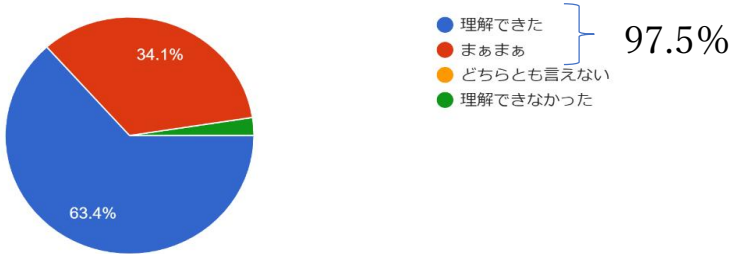
※事前に動画「ACPの基本と多職種連携」を視聴した上での参加

①動画の感想

②多職種がどのように利用者(患者)のピース(思いや考え)を収集方法について

③上記のピースの集積方法について

理解度



～介護機関～

理解できた理由

- ・日々の業務の中でACPについて考えざるを得ない
- ・ACPの必要性、プランニングする辺り、誰に働きかけたら良いか学ぶことが出来た
- ・導入のポイントなどが分かった
- ・ACPの現状が分かった
事例を元にして分かり易かった
- ・悩みや考えていることが同じであった
- ・事例が分かり易かった。多職種の方との話合いで理解を深められた
- ・事例を交えた講演だったのでイメージが付きやすかった
- ・以前も研修で見たことがあったため、より深く理解することができました
- ・基本を知ることによって活用する方法の理解ができました
- ・動画を視聴させていただきましたのでポイントがすごく分かりました
- ・ACPについて本人や家族へ話すタイミングが良く分かった
- ・事例があり、理解しやすかったです

～医療機関～

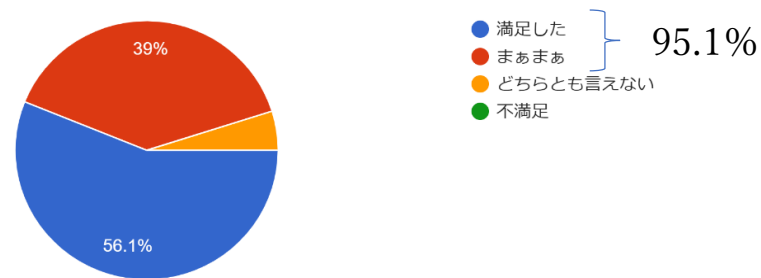
理解できた理由

- ・地域包括ケアシステムの中での効果的なACPを推進する必要性を理解することができました
- ・ACPをあまり理解できていませんでしたが、動画を観て患者様やご家族に寄り添い、多職種でしっかり連携を取ることが重要と理解できたから
- ・退院できるような意思決定の力の強い段階での意思決定が出来ると良いと感じられた
- ・ACPの進め方、大事なポイントが良く分かった
- ・元々ACPという言葉を知りませんでした。動画視聴と話し合いで理解が進みました
- ・今までにもいろいろ聞いてきたから
- ・ACPと職種ごとの対応の違い・・・それをどうすり合わせるのか、プロセス・アプローチ方法について少し理解できた
- ・病状に合わせたACP
- ・理念は分かるが実践が難しい
- ・違った職種の方達の意見を聞くことが出来た。とても参考になった。
- ・YouTubeで時間を気にすることなく見ることができました

理解できなかった理由

- ・直接歯科では関わりが無いため、これまで考えたりすることが正直なかったが、もう少し勉強をして知識や他の職種の方との情報を共有していきたい

満足度



～介護機関～

満足できた理由
・ 他の職種の方々のご意見をお聞きすることが出来大変勉強になりました
・ 他の職種の方々の現場の声を聞くことができた
・ 色んな意見交換が出来た
・ 普段は老人ホームにしか在宅では行けていないので、地域の在宅医療の勉強できて良かったです
・ 他職種の意見が分かった
・ いろんな職種の方の考えを知ることができた
・ 違う視点からの意見がたくさん聞けた

～医療機関～

満足できた理由
・ 多職種での意見交換が出来ました
・ それぞれの職種のピースや役割を知ることが出来た
・ 他職種で困っていることや対応事例など情報交換できて良かった
・ 他の職種の方々の思いや考え方、取組を知ることが出来た
・ 普段関わることが無い職業の方の話が聞けた
・ もう少し話をする時間が欲しかったです。（一つ一つ話をするが多かったのも）
・ つながることが出来た・・・
・ グループワークがあり楽しかった
・ 対話のプロセス、四つのステップを知れてよかった。今後に活かしたい
どちらでもない理由
・ 参加者とのグループワークにいる意見交換が主となっており、それが貴重な機会であるが、今回の、次第2のような情報紹介の時間が少なく感じたため

～介護機関～

理解できた理由	
介護事業所にはACPは浸透しているが一般的なところで少しずつ研修があるとよい	他職種とディスカッションすることで、がん末だけでない精神や虐待…色々な背景で考察にできた
事例をあげていただいていたので分かりやすかった。知らない情報が聞けた	ACPを行う時期がわかった
よりよい最期を迎える為には、本人の意向、家族の意向を早い段階で確認できる場を持つことが大事だと理解できた	ビデオを見てのGWだったため、理解が深まった
本人の意向に添いたいと思っていても家族の思いも大切。自分の意向を伝えることができないままの場合が多いと感じている。早い時点で聞き取ることができればと考えている	自分らしく生きていくためにACPを理解し伝えていく事ができる
難しいですね	本人らしい、本人の意向を最後の時まで反映させる。最後の意思決定なのだと理解しました
本人の意思決定も必要だが家族の意向も汲み取りつつ両者の思いを統合させ、どちらにも良い方法を考える	わかりやすく、事例を挙げていたり、はっきりした口調で資料に添った説明だった
元気な時からどのような最期を迎えたいかの情報を集めておく	理解でき、必要性を感じたが実際に行っていくのは難しいと感じた。ピースを集めつなぐことができるようにしていきたい。（多職種の連携を行う）
何度か繰り返し研修を受ける毎に、支援しながら言葉掛け時に少しずつACPについて考えるようになった	ACPすごく重要な事です。でも皆、自分事ととらえることができていない。この日本の文化が難しいです
資料がわかりやすく動画も見やすかった	ピースを集めること
家族の気持ちが揺れ動く事があり、整理、理解する事の大切さを学んだ	理解できたが難しい
利用者様 1 人 1 人の背景を理解したうえで、実践を行う事が大事だと感じました	動画でACPとエンディングノートの違いを説明してもらい、医ケアの選択を中心に本人の思いを汲み取っていく事が大切だとわかったから
本人を知ることの難しさを再認識しました	研修前に施設での看取りがありました。ご本人の変化と共に家族の気持ちも変わることを理解できた
	多職種でつなぐという意識づけが良く理解できました

ACP浸透のためのアイデア等（7/30）

- ・ 地域住民向け健康セミナー開催、医療職向けの実践セミナー開催
- ・ 事例を中心にして、繰り返しACPについてディスカッションしたり、学び直す
- ・ エンディングノートを希望する人が、気軽に受け取り書けるように市役所や銀行に設置等出来れば良いと思った
- ・ 今、筑紫野市では包括保健師が地域のシニアクラブで講師派遣で話しています
- ・ 一度、筑紫野市がホームページに出している人生会議ノート（ACP）を利用させていただいたところ、住民の人々もスッと受け入れてくれました
- ・ 市が作成の、ACPを優しく丁寧に説明している冊子を教えて頂きました。（人生会議をしてみませんか）
- ・ 住民の人にもACPについて知ってもらう機会を。地域へ出前講座
- ・ 地域住民へ講演会を行う
- ・ ACPについて分かり易いリーフレットを作る
- ・ 元気なうちから、医療・介護が必要になった時。どう過ごしたいかを考えてもらう
- ・ ACPという言葉が難しいと思います。一般の方ウケにする言い方にして広めてみては？
- ・ まだまだACPは難しいイメージがあります。段階的にACPが、簡単に記入できるようなものがあると良いと思います
- ・ 多職種連携の研修会が職種の方には一番良いかと
- ・ 住民は、病院にパンフレットを置いたりイベント等で
- ・ その職種、立場のACPに対する理解
- ・ 何かのきっかけの際、関わる方が一言でも伝えたり、次の機会に思い出してもらえるのではないかと
- ・ 多職種連携の数を増やしていく。地区に医師、薬剤師の参加が少ないとの意見
- ・ 本人の大切なピースの為、多職種と連携する時にACPを話すことで少しずつ広がると思う

感想(7/30)

- ・ ACP・看取りについては継続して研修会を企画してほしい
- ・ 本人が意思表示できない段階になった時、本人の次に本人の意思を代弁するのは誰なのかを、今後も考えていきたいと思った
- ・ 多職種で話す時間があまりないので、それぞれの思いなどが聞けてよかったです
- ・ いつもありがとうございます。まだまだ勉強していきたいので研修をお願いします
- ・ 夜の研修がなかなか参加できない
- ・ 良い研修に参加させていただき、ありがたかった。今後も参加したいと思う