

研修会報告

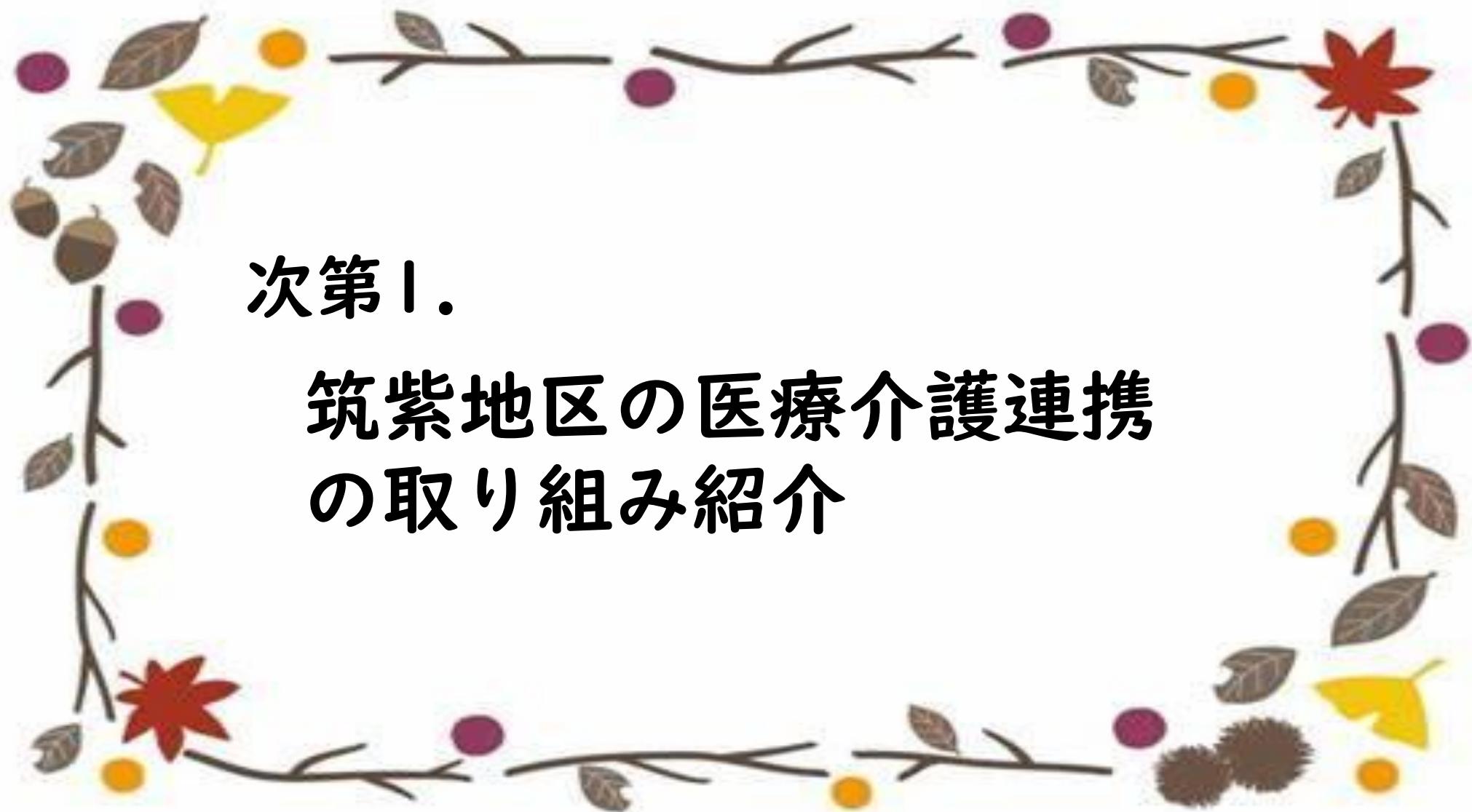
令和6年度 第2回

多職種多機関連携研修会

11/6（水）大野城市、春日市、那珂川市 86名

時間：19:00～20:30

場所：筑紫医師会 体育館



次第Ⅰ.
**筑紫地区の医療介護連携
の取り組み紹介**



次第2. 事例検討会

1) グループ内自己紹介（5分）

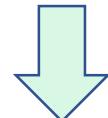
事業所名と名前をグループ
の方へ紹介をお願いします。

2) 事例紹介・質疑応答

3) グループワーク

テーマ①

安楽に生活するためにどのようなことができるか？



自分の職種なら何が出来るか？をお考えください !!

例

A

ACP

安楽に生活するために
どのような事ができるか？



ooooo

意見交換①

Aさんが安楽に生活するためにどのような事ができるか？（身体的・精神的な支援）

【医科医師】

- ・今後起こりうることの説明
- ・今後の選択について
- ・NPPVの使用状況、Mask-fitの調整
- ・気切の意向確認,酸素導入検討
- ・肺炎でも入院しないのかなどの意向確認
- ・病状の緩和→呼吸苦に対してHOTの指導
- ・栄養状態の評価改善→栄養士などに相談して、少しでも改善できるように
- ・NPPVの使用状況、Mask-fitの調整
- ・気切の意向確認,酸素導入検討
- ・肺炎でも入院しないのかなどの意向確認

【歯科医師】

- ・必要な歯科治療
- ・食べることに関して多職種と連携して支援
- ・最後まで自分の歯（入れ歯）で噛むことができる生活を送ってもらう

【薬剤師】

- ・薬が飲みやすい剤形を考える
- ・PEG→経管栄食の適性を考える
- ・併用薬などがあれば、お薬を整理してご負担がないように手助けをする
- ・現病においては、注射での治療のため特に出来るきることはないと免疫低下により感染症等になった場合に服用についての提案など

意見交換①

Aさんが安楽に生活するためにどのような事ができるか？（身体的・精神的な支援）

【看護師】

- ・症状の変化に気づく事（恐怖をあおらず、自身の体調を伝えられる環境や配慮をする）それらの情報共有
- ・本人の訴えに合ったケア
- ・便秘の際は摘便、浣腸などの処置
- ・身体介助（食事・入浴）
- ・もし点滴を希望するのであれば、Drへ相談
- ・家族が看取りに対してどこまで理解しているか？心構えの確認
- ・医師の考え方、情報共有。
- ・環境設定、嚥下状態を確認し食事提供の確認
- ・今後の状況に対して医師からの説明と夫の精神的なフォロー

【訪問看護】

- ・体調管理のための観察・対応
- ・安楽への支援（身体とも）
- ・医療,介護連携支援
- ・清掃,排泄の支援
- ・NPPVの正しい使用方法の指導
- ・主治医との対話できる関係づくり,日々の体調管理
- ・コミュニケーション方法の提案（リハビリと協力して）⇒コミュニケーションが困難になっていく

【訪問リハビリ】

- ・今後的能力低下に備え、座位訓練、車イスの選定、ポジショニング、夫の介助動作の助言、呼吸リハ
- ・外出させるのであれば、福祉タクシー等の検討

意見交換①

Aさんが安楽に生活するためにどのような事ができるか？（身体的・精神的な支援）

【PT】

- ・生活スペースの環境調整（手摺やマットレス等の検討）
- ・基本動作・ADLの動作指導→積極的な訓練は難しいか？
- ・PC使用の方法を指導していく
- ・肩呼吸に対しての呼吸指導、胸部可動性向上や低負荷での運動
- ・STによる評価、食事形態の変更
- ・ADL,QOL維持向上
- ・屋外環境を想定した動作練習、介護方法の検討
- ・動作や生活におけるリスクの収集（多方面から）

【OT】

- ・ADLとして食事の仕方、内容を確認
- ・現時点で行うことのできる動作（筋力）
- ・“したいことリスト”実現するための方法と一緒に考える（自力・他力）
- ・使える資源の活用

【MSW】

- ・診断された際の告知状況を在宅側へ共有する
- ・入院中に安心して在宅生活が送れるようある程度の意向確認を行う
- ・ACP・コミュニケーションボード
- ・ADLに沿った福祉用具の提案と説明
- ・家族との環境調整を図る
- ・家族背景、本人希望、自宅状況などの情報共有
- ・介護サービス、在宅サービスの調整のための連携

意見交換①

Aさんが安楽に生活するためにどのような事ができるか？（身体的・精神的な支援）

【MSW】

- ・経済的な問題は大丈夫か？
- ・訪問診療医と本人・家族の意向のすり合わせ
- ・本人がどう過ごしたいか、夫は本人にどう過ごさせたいか（してもらいたい）どこまで協力できるか確認

【連携室看護師】

- ・本人や夫がどのように最後を迎えるかをしっかりと把握した上で、病院内の各部署とよく相談し調整をする

【歯科衛生士】

- ・口腔内、機能の確認、訓練。口腔内清掃をはじめとしたケア
- ・歯科訪問診療の要請

【消防】

- ・急変時の病院搬送
- ・家族への救命講習（応急処置の指導）
- ・防災指導

【ケアマネ】

- ・夫、子どもたちも含めて意向の確認、意向に沿ってケアプラン作成
- ・多職種との連携
- ・配食や、補助用具の紹介
- ・進行に応じた福祉用具
- ・外出等実現するため、必要なサービスがあれば考え提案する

意見交換①

Aさんが安楽に生活するためにどのような事ができるか。（身体的・精神的な支援）

【ケアマネ】

- ・一時間かけてトイレ、入浴→セラピストと連携し環境見直し、福祉用具事業所と用具検討する
- ・介護者（夫）の支援
- ・夫や子供たちのご意向を踏まえ、各サービスの意見をまとめ話し合いを重ね調整する
- ・本人や家族の意向に沿って、サービスを調整する
- ・全員が話しやすい様な楽しい雰囲気づくりをする
- ・Aさんとその家族の思いを聞き取り、サービスの調整、支援機関との連携
- ・介護保険、区分変更の検討
- ・多職種からは訪問時の様子を教えて欲しい

【職種不明】

- ・ニーズを引出すこと
- ・身体状態に対するアプローチをすること
- ・今後の段階の応じた嚥下しやすい食物の書類
- ・食事での確認、栄養バランスについての説明
- ・自宅で穏やかに生活を続けられるような医療
- ・環境整備、多職種環境強化
- ・全身状態のチェック、褥瘡予防、肺炎予防
- ・支援者の話の傾聴、機会があれば相談対応。更に機会があれば、本人や家族の思いを聞く
- ・体調確認、生活援助、身体介護、定期的に隨時確認
- ・身体機能、認知機能評価、ADL評価→本人、夫と相談し出来る範囲のADL操作確認、環境調整
- ・担当者会議

意見交換①

Aさんが安楽に生活するためにどのような事ができるか？（身体的・精神的な支援）

【職種不明】

- ・退院時の説明不足があるのでは？
- ・ケアマネージャーと共有し、自宅の環境を整える
- ・退院前のカンファレンスで今後の予後についての意向を段階を踏んで伺い共有する
- ・食事の面で、配食サービスの利用方法
- ・どこまで医療介入するかを調整していくしかない。現病の末期病状を理解してもらうことを大切なのでは
- ・夫の介護負担軽減のため、夫の訴えに傾聴
- ・日常の動作確認を行い、自宅での環境設定や歩行器の使用をCMに相談する
- ・様々なケースを考え行動をマニュアル化する
- ・それぞれの専門性を生かしその方に必要でありそうなことを共有していく
- ・I・Cの調整 ⇄ 病院からの情報
- ・家事支援、身体介護の提供
- ・退院カンファレスの調整
- ・自宅退院にむけて家族、本人への栄養指導
- ・介護保険サービス
- ・治療方針を本人との意向にそって決めていく
- ・急変時の対応
- ・胃瘻増設、経管栄養
- ・本人や家族の意思確認
- ・意思決定時の情報提供
- ・日頃の思いを聞き取り、あれば必要なサービスへ繋げる

意見交換①

Aさんが安楽に生活するためにどのような事ができるか。（身体的・精神的な支援）

【職種不明】

- ・ご本人や家族の不安に感じていることや、必要と考えていることを確認する
- ・今後起こりうることをご本人や家族の性格などを考慮しながら伝えていく（対応にも）
- ・他にも協力が得られる方や相談する事ができる方がいるのか
- ・訪問NsにNPPVの仕様についても一緒にしてもらう
- ・本人・家族の意向の聞き取り（延命）
- ・情報共有の伝達召集（ACP）
- ・見込まれるサービス・状態を医・看に助言してもらいたい
- ・今後、意思決定ができたらカンファレンスを開催して周知する。意思決定を支える
- ・NPPVの使用方法
- ・訪問診療にて現病性を把握、今後のご本人ご家族の意向を確認し病状説明を行っていく
- ・呼吸リハに入ってもらう
- ・口腔ケア、口腔機能の管理（咀嚼ができるのか、誤嚥の可能性など）
- ・苦痛の確認
- ・自宅での看取り希望する場合も連携
- ・入院をした場合、家族、本人の想いを確認。どこまでの治療を希望するか…。（気切、胃ろう、CVポート）
- ・栄養指導、嚥下運動、口腔内清掃
- ・訪問介護による調理の支援、訪問入浴による入浴介助・身体介助
- ・小規模における、訪問の買い物代行通所の利用、宿泊の利用
- ・介護保険サービスで利用できそうなサービスの説明をする
- ・訪問診療医は今後きつい時に自宅で可能な治療方法について説明をしてもらっておく

意見交換①

Aさんが安楽に生活するためにどのような事ができるか。（身体的・精神的な支援）

夫や家族への支援

- ・管理栄養士による栄養指導、簡単な料理を紹介（ご主人に）
- ・夫、子どもたちも含めて以降の確認
- ・介護者への支援、精神つきフォロー
- ・夫の介護負担軽減のため、夫の訴えに傾聴
- ・家族への救命講習
- ・家族との関係調整を図る

多職種にしてほしい事

- ・24時間安心して在宅出来るよう訪問看護、診療のサポート
- ・訪問リハビリで住居環境を見てもらう
- ・入院して困らない補助制度を調べる
- ・相談ボランティアの紹介
- ・介助の方法、環境調整についてCMに相談したい
- ・Drへ、予後と変わりうるターミナル期の思い治療や方針など
- ・CMへ、生活支援、福祉用具の導入
- ・多職種からは訪問時の様子を教えて欲しい

3) グループワーク

テーマ②

支援者間の思いをすり合わせるためににはどうすればよいか？

検討してほしいこと

- ・それぞれの思いの背景はどんなだろう？
- ・時間を巻き戻せたとして、どんなことが出来るか？
- ・今、どうやって思いを一つにするか？

【 ○ グループ】

本人と家族の思いの背景

訪問診療医の思いの背景

過

去

現

在

～思いをすり合わせるために・・・～

時間巻き戻せたとして、気持ちをすり合わせるためにどんなことができたか？

今、どうやって思いを一つにするか？

意見交換②

支援者間の思いをすり合わせるためにはどうすれば良いか？

本人と家族の思いの背景

- ・一時間かけてトイレ・入浴⇒できるだけ自立してADLを行いたい
- ・母の看取りがあったため在宅で過ごしたい
- ・家族間の病識のズレがないか
- ・本人の理解
- ・サービス見直しのタイミングがどうだったか？
- ・長男、次男：お父さんに任せるしかない。この先どうなるのか想像できない
- ・本人：誰も面倒を見てくれないから、死ぬ方がいいと思う
- ・犬と一緒にいたい。夫を1人にはしておけない
- ・本音を打ち明けることが出来ない関係性
- ・円滑に引き継がれなったことで「見捨てられたと悲観し、本意を諦めているのでは？
- ・介護利用に至らなかったのは介護保険にたいする知識不足
- ・一時間かけて入浴・トイレをするのは夫や子供たちには介護をする気がないので？
- ・ご主人と花を見に行きたい
- ・NPPVに対する理解、余命についてどう考えているのか掘り下げる
- ・気切するかもしれない。入院するかもしれない
- ・食事方法について
- ・経済的に大丈夫？

意見交換②

支援者間の思いをすり合わせるためにはどうすれば良いか？

本人と家族の思いの背景

- ・今後、進行していく姿のイメージが出来ていない。説明を受けていない
- ・今の生活をそのまま続けたい
- ・孫を見たい
- ・本人の病態に対し、家族を含め理解。共有が必要
- ・Drが変わって不安
- ・専門医へ相談
- ・アイドルグループのコンサートに行きたい
- ・死にたくない
- ・なんでALSになったんだろう
- ・トイレ・風呂に楽に入りたい
- ・夫と外出したい。一緒に過ごしたい
- ・入院したくない…愛犬とも過ごしたいから在宅での看取りを
- ・ふざけた会話…まだ受容ができていないだろう。頭では分かっているが、心が追い付かない。まだ若いのに…
- ・自宅で最後まで看取りを希望
- ・病識や延命治療に関しては説明されているのか？
- ・病院から診療所に円滑に引き継がれず、本人や夫が不安な思いをした
- ・夫の母を自宅で看取った経験

意見交換②

支援者間の思いをすり合わせるためにはどうすれば良いか？

訪問診療医の思いの背景

- ・もしもの時は入院先を…」 ⇒ 病院で診たい。家族の負担も大きい
- ・退院時の説明がうすく、課題が多く…どこから解決していくのか？
- ・安楽とは何か？（安全？安心？安らか？）
- ・本人本音の気持ちが分からぬ状況では、介護や看護サービスの介入について、どこまで介入してよいか検討がつかない。何をしてあげていいか分からぬ
- ・本人は、一時間かけて入浴・トイレをしており家族の介護力がない。本人を優先できないような夫がいるので自宅看取りはできないだろう
- ・本人の病状理解を家族・本人がきちんとできていないのではないか？
- ・最終的に苦しくなった時に入院するかもしれない
- ・色々な人たちが関わって在宅療養することに対する想いの変化を見ていく
- ・退院前の病院との連携について、もう少し詳しくすることが出来たかもしれない
- ・意思伝達方法について入院中に関わっていた方が良かったかな？
- ・今後の見通しを含めた話し合いを行い、在宅生活の継続の意思を確認する
- ・在宅生活が難しくなった時の選択肢の提案
- ・呼吸苦が強くなっていくことへの対応がご家族では難しいので、病院の方が安心されるのではとの思いがあるのでは

意見交換②

支援者間の思いをすり合わせるためにはどうすれば良いか？

訪問診療医の思いの背景

- ・前医との情報共有と引継ぎが上手く出来なかった（ACP含めた）
- ・どこまで治療する？
- ・本人が納得した最期を迎えられるかな
- ・苦しませたくない
- ・余命数ヶ月と言われているので、説明はされているのではないか？
- ・主治医の知識や経験による不安がある
- ・これから進行していくだろう病気の説明が難しい。どれだけ理解できているだろうか…
- ・「もしものときは、入院先を準備するので入院してもらう」
- ・入院をすすめている？すぐ入院できる環境を準備したいのか？
- ・ご主人がトラックの運転手さんの為、遠方にいらっしゃる時があるのでないか…と考え「もしもの時は入院先を準備するので、入院してもらう」に至った
- ・家族は死を受け入れられるかな？

意見交換②

思いをすり合わせるために…

- ・余命→予測される経過の説明、その時の意思確認を繰り返し行う
- ・今後の経過を説明しながら、意思決定を促す
- ・もし決められない場合はその時その時の対処を多職種で準備しておく
- ・退院する前にきちんと病気の経過、今後の状態について説明することができたのでは…
- ・（現状の整理をして）本人・家族に今後の方向性（案）を出して話をしてもらう
- ・今後の介護のため、家族のパワーを出せるか（患者、本人以外で）or（本人の意思を含めて）話し合う
⇒すり合わせ
- ・個別に息子たちに考え方や話を聞いて、段取りをしていく→本人の意見に影響
- ・多職種で連携をとりながら、病識を深めてもらう
- ・診断時に戻るなら、家族間の共有を充実させたい
- ・入退院の機会でサービス調査
- ・余命宣告前に治療方針の意向確認をしておきたかった（PEG, 気切）
- ・（過去）本人と夫にしか病状説明ができておらず、介護・医療サービスを早期に組み込めるようにしていなかったのではないか？ケアマネージャーさんに対してだけでも無駄足になってしまっても介入する必要があったのでは。もしくは、医療保険で訪看を月2とか週1とかで介入できたら良かったかも
- ・（現在）本人や夫がどうしたいかを確認していく。全事業所で集まる
- ・嚥下状態の確認
- ・胃瘻造設をどうするか

意見交換②

思いをすり合わせるために…

- ・視線入力：できなくなった時の事を考えて事前に練習をしておく。（まだ、話ができるのに練習するのは苦痛）
- ・本当に苦しい時はどうするか？選択肢を伝える（呼吸器・セデーション）
- ・その時その時で意向が変化する。本人・家族、見てる家族も苦しい
- ・何度も話し合いを重ねる。本人・家族もイメージがつかないうちは決めきれない
- ・変化があった時にタイミングをみてすぐ対応できるように話し合う
(事前説明するが、実際そうならないと気付かない事が多い)
- ・介護申請時よりCM介入していれば、在宅へ移行した際情報共有やすり合わせができたのでは？
- ・家族内で病態の理解・共有
- ・神経内科のFollow
- ・ACP、肺炎とかでも入院しない？
- ・多職種と家族・本人の想いの変化の情報共有をその都度する
 - ・(過去) 総合病院の段階でしっかりと家族へ説明しておく
 - ・自分自身が病気のことをもっと調べるべき
 - ・疎遠になった息子の関係づくり、サービス内容の見直し
 - ・家族への病識理解を深める（早よ死んだら…などの言葉が出ている）
(現在) ・情報共有（例えば訪問看護⇒Drへ家族の思いを共有する）
 - ・本人の死の受け入れ方を聞きサポートしておく（死の受容段階）
 - ・急変時の対応を患者家族と訪問診療（訪問看護）をすり合わせる

意見交換②

思いをすり合わせるために…

- ・(現在) 情報共有(例えば訪問看護⇒Drへ家族の思いを共有する)
- ・急変時の対応を患者家族と訪問診療(訪問看護)をすり合わせる
- ・仮に入院となる場合のHPを確保しておく
- ・相談窓口を明確化
- ・訪問看護など医療サービス導入できるように社会資源の開発し活用
- ・本人の希望あれば、アイドルのコンサートを観に行く
- ・最後の過ごせる場所を紹介し、選択してもらうようする
- ・診断された時に、意思確認、呼吸器、胃瘻等するべきだった
- ・もしかしたら認知症(本人) トラック運転手(夫)言われけど理解難しかった?忘れた?
- ・寄添い何回も話し合う
- ・(過去)・疾患を診断されてからの病状説明をきちんと行う
- ・本人、家族の不安や理解度を確認しながら行う
(現在)・本人、家族と共に訪問診療時に多職種連携を行っていく。(担当者会議を行う)
- ・多職種の中で小さなことでも共有を行う。(すり合わせを行う)ACPの共有を行っていく
- ・訪問時に本人、家族が知りたいことを分かりやすく説明し、本人・家族が取り残されないようにする
- ・診断が出た時に、医師からの説明で先手で家族は知らないだろう病状を説明し、また本人の想いや意思を確認する。多職種も同席しサービスの説明を行い、定期的な担当者会議を行い何ができるか、出来ないかを家族や本人に知ってもらう

意見交換②

思いをすり合わせるために…

- ・（過去）病院から診療所に円滑に引き継がれず、不安な思いをしたことがあった
- ・夫以外の家族からの意思確認
- ・（現在）・引継ぎが何故できなかったか
- ・引継ぎ内容を具体的に（前はこうしていた等）
- ・引継ぎ内容をサマリや引継ぎシートなど書面での情報提供を併せてケアマネなどが口頭でも伝えるなどしっかりと引き継げるようとする
- ・現時点で本当に困っていることは何かを聞き取り、汲み取り多職種で話し合い、本人・夫の同意のもと安楽に過ごしていただけるように努める
- ・退院前カンファレンスor担当者会議
- ・訪問診療医とご本人のマッチング
- ・「入院はしたくない」というご夫婦の思いを支援する
- ・担当者会議（栄養・NPPV装着等についてサービスを整える）
- ・情報共有（ツールを使用）
- ・金銭面の相談（負担減の制度案内）
- ・訪看の訪問回数を増やす
- ・訪問介護での清潔ケアの導入
- ・本人の死の受け入れ方を聞きサポートしておく（死の受容段階）

4) 発 表

11/6(水)大野城市、春日市、那珂川市 86名

医科医師 (10)	歯科医師 (5)	薬剤師 (3)
MSW (10)	歯科衛生士 (3)	介護員 (5) ※訪問 (5)
PT (5) ※通所 (3) 訪問 (1) 不明 (1)		OT (3) ※病院 (3)
看護師 (21) ※病棟 (7) 外来 (2) 連携室 (1) 訪問 (8) 施設 (3)		
介護支援専門員 (16) ※居宅 (12) 施設 (1) 包括 (3) 包括社会福祉士 (1)		
その他 (5) ※内訳 消防 (1) 施設長 (1) 事務長 (1) 保健師 (1)		

〈アンケート結果〉 回答数 78枚(回収率91%)

①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 (25)	1回～5回 (21)	6回 (32)
→ 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 (23)		不明 (2)

②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出来た (33)

自職の役割を知ることが出来た (29)

他職との関わりを方を知ることが出来た (44)

多職種への理解が深まった (46)

チームで支援することの重要性に気づくことが出来た、または再確認できた (59)

③研修前後の「看取り支援の不安」の変化

元から不安はない (12)

不安が軽減した (48)

変化なし (16)

未記入 (2)

変化なしの理由

- ・家族への病状説明が出来ているのか？また、家族がどこまで理解できているのか、看護する上で不安
- ・症例によって異なるため
- ・より一層看取りにおける利用者・ご家族様への関わりの重みを感じた。
- ・看取りは一人一人違うため経験があっても1事例1事例同じものは無いと思う。
- ・その患者ごとによって想いが違うためニーズに応えられるか自分が何ができるかは毎回考える必要があるから
- ・常に何が起きるかわからぬいため
- ・本人や家族の意向を確認したつもりでもこの方針で良いのか…何度も確認したくなる。
- ・在宅で看取りを考える上で準備することがとても多く、家族や本人の意向をしっかり把握する必要があると感じた。
- ・毎回同じ症例はないから
- ・大きな不安はないが、短時間の研修で変わるものではないため
- ・支援が後手にならない様にすること
- ・1人1人違っているため伝え方や対応の方法にはいつも不安があります。
- ・地域でもっと取り組むべきことなので課題山積状態（不安）
- ・結局、本人の意思をしっかりと確認しなければ安楽な看取りにならないのではないかと思った。病院退院時はしっかりとしていても進行性疾患のスピードはそれぞれ早めの介入が必要だと思う。

④本日の研修に対する満足度

満足 (48)
まあまあ満足 (26)
どちらとも言えない (3)
不満足 (1)

【不満足の理由】
情報が少なかった

⑤本日の研修に対する意見や感想等

【医科医師】

多職種連携の重要性を認識しました。

この方の最後は本人、ご家族とも不本意だと思います。その前にしっかりと仕事をしないといけないですね

保健所としてもALSの支援を行っている事を初めて知った

本日は医師の参加が多く、活気がありました。スタッフのご苦労が感じ取れます。次回もぜひ、これくらいの参加を！！

【歯科医師】

看取りの現場にはこれだけ多くの職種の関わりがあることを知ることができました。歯科としてできることをさらに考えていくきっかけになりました

歯科医としての立場でしか見られなかった訪問診療において他職種の方がどのように捉えているかを知ることができます貴重な経験ができました

⑤本日の研修に対しての意見や感想等

【薬剤師】

初めて参加させていただきました。他の職種の方のお話が聞けてとても良かったです
職種の違う方の意見が聞けて考えが広がりました

今後多くの事例を紹介していただき検討会を行っていきたいと思います

【病棟看護師】

グループワークの進め方が分かりづらかった

良い経験でした。事例がもう少し具体的ならよかったです

もっと多職種と関わりが出来ることを探していこうと思いました

【連携室看護師】

普段、こうして他事業所とお話できる機会がないのでとても助かりました。皆さんができるだけ
気持ちで業務にあたっているか知れて一人で頑張っているわけではないと勇気をもらいました

【訪問看護師】

色々な方と話すことができとても充実した時間でした。また参加したいです

多職種の方の意見が聞けて勉強になりました

【施設看護師】

初めて参加しましたが、他職目線の考え方方が参考になりました

施設内の事例も対応方法など検討したいです

⑤本日の研修に対する意見や感想等

【医療機関のSMW】

クリニックのDrと話すことが出来て良かったです

いつもと異なるグループワーク方法でしたが、いろいろな職種の方から意見を伺えてとても勉強になりました

病院での看取り経験しかなく、在宅での看取りがどういったものか勉強になりました

本人や家族を中心に多職種で連携していく重要さを再確認できた

【訪問PT】

多職種と関わることで自分では気づけなかった気づきを認識することが出来ました

大変勉強になりました。また、次の機会も参加させていただきたいと思っております

【訪問OT】

勉強になりました

【通所OT】

通所リハでは聞けない多職種の意見や考えを吸収することができました

様々な視点の話がきけてよかったです

【包括・介護支援専門員】

以前おこなわれていたような那珂川だけでの多職種多機関連携会があるといいなと思っています。顔の見える連携ができました

【居宅・介護支援専門員】

グループワークのテーマ②があいまいでわかりにくかったですが…各種の思いを聞けることができました

定期巡回ピース以外は殆ど併設の施設のみしか対応されないのでもう少し外部も対応を増やして欲しいです

ALSの方の担当経験もなく看取りの経験もないため介護や看護の経験者の方からの意見は大変勉強になりました。ありがとうございました。多職種連携の必要性を深く感じました

不安はどの職種もあるんだなあと共感した。こまめな連携が必要だと感じました

【訪問介護員】

多職種の方と話が行え、たくさんの意見、考えを知ることができました。また、情報として得るもののが多かったのでとてもいい機会をいただきました。ありがとうございました

【施設介護員】

多職種連携の有用性を再確認できた