

東京大学高齢社会総合研究機構

# 柏在宅医療研修試行プログラム の開催概況

開講期間：2011年5月21日～10月1日



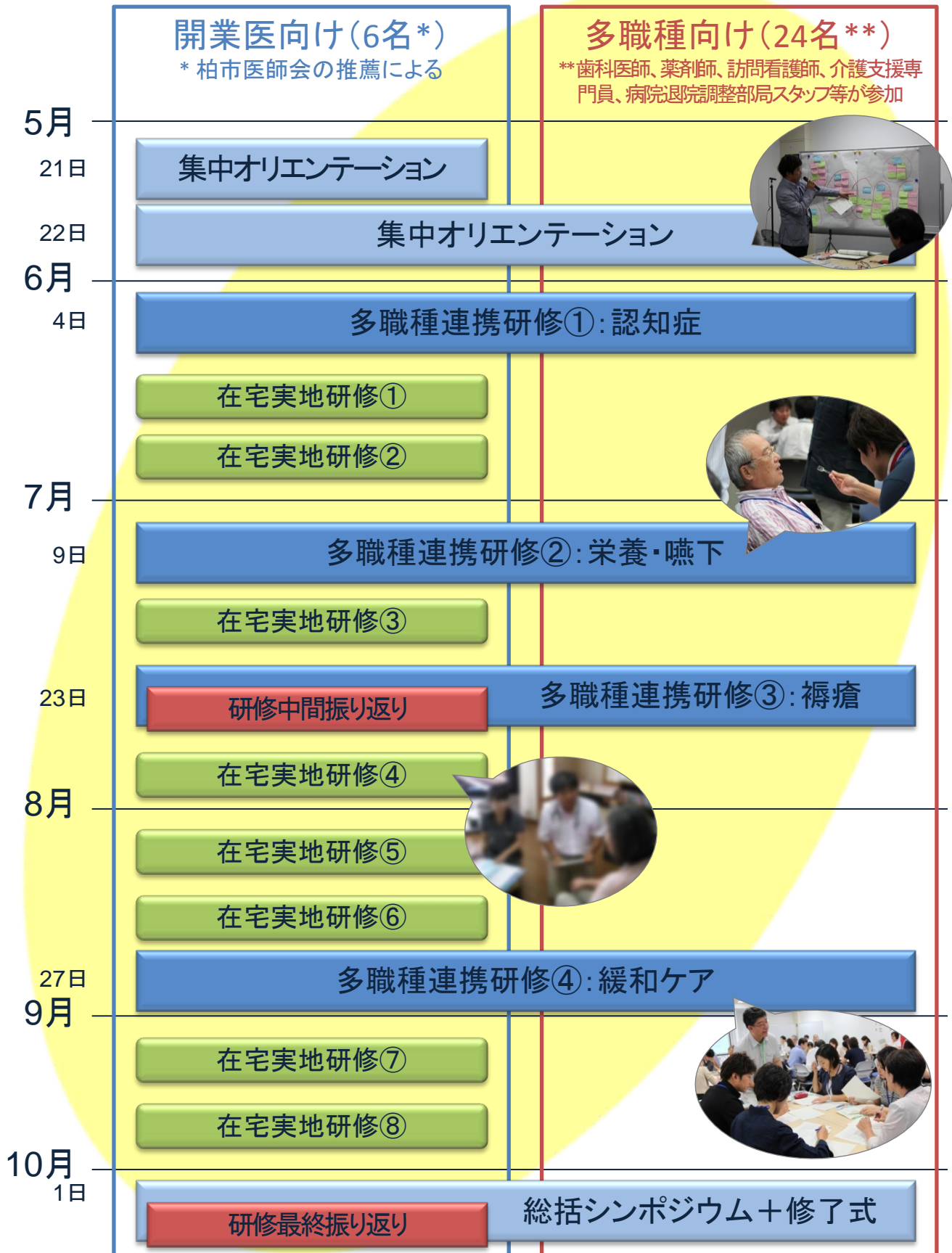
東京大学 高齢社会総合研究機構  
INSTITUTE OF GERONTOLOGY, The University of Tokyo

※本試行プログラムは、千葉県地域医療再生基金を予算根拠とする「東京大学高齢社会総合研究機構在宅医療推進寄附プロジェクト(千葉県)」の一部として実施された。

※本資料は公開用のため、資料中の写真に一部ぼかしを入れております。

# プログラムの全体像

開講期間：2011年5月21日～10月1日



# 集中オリエンテーション①

2011年5月21～22日開催

## ○目標

1. コンピテンシーの議論を通じて、目指すべき在宅医像を明らかにし、プログラムでの目標を設定する。
2. 集中的知識学習：研修のプログラムの学習効率を高めるため、基本的な事項について集中レクチャーを行う。
3. チームビルディング：研修を共にする医師およびコメディカルとのチーム形成を図る。

## ○1日目研修の流れ

集中オリエンテーション1日目のみ医師を対象に実施。3つのテーマで講義を行った。

### ①21世紀前半の社会と医療 在宅医の果たすべき役割



- 高齢化社会の現状、課題
- 在宅医の役割
- 本プログラムの位置づけ

### ②在宅導入時と 地域における連携

在宅療養を支援する専門職	
医師	診断や治療方針決定を司る
訪問看護師	ケアと医療の双方を熟知している
薬剤師	薬剤の供給や管理指導を統括する
歯科医師	歯科治療、口腔ケア、摂食嚥下
ケアマネジャー	生活を支えるケアの提供を統括する

- 在宅導入時の流れ
- 在宅での専門職の役割
- 地域連携の具体例

### ③在宅でのアセスメント法

導入時のアセスメントのこつ	
• 導入時のアセスメントでは、極力幅広く全体をアセスメントする	
• 初期の包括的なアセスメントは、急性増悪を予防したり、急性期の判断に役立つ。	
- 在宅患者は多行凶犯という特徴があるため、運動によって悪化する疾患は見過されやすい。	
- 潜在的な心不全や末梢動脈疾患(PAD)があっても無症状なことが多く、発熱時に心不全が顕在化したり、シラップや心不全時の血圧低下で下肢の浮腫が顕在化することもある。初診時に潜在的な問題も含めて、リストアップしておく習慣をつけたい。	

- 在宅医療と高齢者の特徴
- 導入期のアセスメント
- 急性期のアセスメント

## 研修風景



## ○受講者の感想

- なぜ今在宅医療が必要なのかがわかった。(医師)
- 現在診ている患者も、いずれは在宅で診ることが予測されるため、そのための準備をしたいと思った。(医師)
- 症例を具体的に説明してもらい、理解できた。イメージしやすかった。(医師)
- 地域図は非常にためになった。柏市でも試みてほしい。(医師)
- 導入時のステップ、多職種 of 役割等具体的で分かりやすいと思った。(医師)
- 「自分なりのアセスメントを」というお話のところは、もっと具体的に知りたい。(医師)
- 治らない病気のアセスメントが「患者家族の生き方の決定」や「チームの安心のため」というところが印象的だった。(医師)

# 集中オリエンテーション②

2011年5月21～22日開催


## ○2日目研修の流れ

### 講義

- ①がん緩和ケアに必要な知識と技術
- ②在宅医療に必要な医療処置の知識
- ③認知症の基本的理解と緩和ケア
- ④在宅医療における多職種協働(IPW)


#### がん緩和ケアに必要な知識と技術

- ・がん疼痛：評価
- ・がん疼痛：治療
- ・がん疼痛：十分な鎮痛が得られないとき
- ・がん疼痛：非薬物療法・ケア
- ・頻度度の高いその他の症状
- ・予後予測
- ・コミュニケーション
- ・看取りのプロセスとケア

AD ALTHU ASEMERE  Chiba University

#### 輪状型のチーム結成

- ・チームメンバーは対等
- ・結束力は弱くなりやすい
- ・チームの理念が不可欠
- ・理念の実現はチーム員それぞれの責任
- ・役割分担と責任関係を明確にする
- ・相互に役割と意義を理解し、信頼が生まれる

 IPW

### ワークショップ

- ⑤在宅医のコンピテンシーに関する多職種インタビュー、グループディスカッション



テーマ

・「**どういうことができれば、良い(一人前の)とめられる/理想の在宅医と言えるのか?**」

- 自分の考えや理想から
- 日本の今時の状況や地域の状況から
- 関係者からの期待から
  - ・ 患者さん、御家族から...
  - ・ 訪問看護師さんから...
  - ・ 地域包括から...
  - ・ 病院(医師、薬剤師等)から...

## ⑥プログラム目標の設定・共有

- ・ 患者さんに寄り添い、コミュニケーションをしっかりと、治療の技術も上げ、患者さんに納得して頂ける在宅を目指したい。(医師)
- ・ 足りない知識を系統的にまとめる。(医師)

5, 6 各人のプログラムの目標の作成と発表

- ・ 目標とする在宅医のイメージと研修の目標を明確にする(20分)。
  - 目標とする在宅医のイメージ
  - 研修での目標を具体的に3つたてる
    - ・ 診療での内容 and/or 地域全体の視点で...
    - ・ 課題の発見と目標
    - ・ 得意分野を伸ばすという目標
    - ・ 地域社会に対しての目標
- ・ 発表(一人5分)

※在宅研修参加医師の目標より抜粋

## 講師紹介



**辻 哲夫**

東京大学 高齢社会総合研究機構 教授

**藤田 伸輔**

千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部 部長・診療教授 [医師]



**平原 佐斗司**

梶原診療所 在宅サポートセンター長 [医師]

## ○受講者の感想

- ・ 人による感じ方の違いを理解することが大切だと思った。(ケアマネジャー)
- ・ 薬局に初めて来た患者さんへの対応、訪問先で余命を聞かれた時の対応など参考になった。(薬剤師)
- ・ 予後予測、コミュニケーション、看取りのプロセスケアについて更に深く学びたくなった。(薬剤師)
- ・ 認知症を理由に症状を見落としがちであるため、正しい理解で観察していこうと思う。(看護師)
- ・ 初めは未経験の者が参加しても思っていたが、同一のテーマで皆で話し合うと意外とおもしろい結果だった。(医師)

# 多職種連携研修① 認知症

2011年6月4日(土)開催

## ○目標

1. 認知症の方への医療・介護提供上困難を伴う、BPSDへの基本的対応の理念を理解する。
2. 多職種の方とのグループワークを通じて、多職種で連携をすることの重要性を理解する。
3. 認知症の方の終末期医療の在り方について考え、支援の方法を理解する。

## ○研修の流れ

①講義: BPSDの対応の基本理念、疾患別のBPSDの区別、診断と非薬物療法

**BPSDとは何か**  
Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

- ・ 認知症の人にはしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害
- ・ 1996年米国で行われた国際会議で Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD という用語を用いることで合意がなされた

### グループワーク:

昼夜逆転症例について考えられる対応



※各グループにファシリテーターを配置して提示症例について討論。

## ○受講者の感想

- ・ 苛原先生ご自身が苦労された経験談が一番勉強になった。(医師)
- ・ BPSDの悪化要因は医療に関わるものが半分以上を占めていると講義を受け、他職種の協力が必要と改めて感じた。(看護師)
- ・ 薬剤の調整がまずしっかりとされて、生活リズムが整った状態で次のことが考えられると認識した。(歯科衛生士)
- ・ アルツハイマー終末期の症例は、大変難しい判断を求められるケースで考えさせられた。(医師)

## 講師紹介

苛原 実

いらはら診療所  
理事長 [医師]



安西 順子

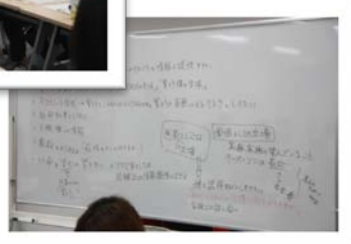
宅老所・デイサービス  
ひぐらしの家/  
となりんち 代表  
[看護師]



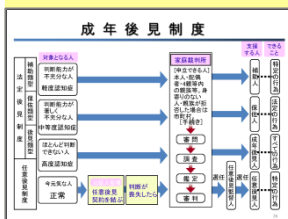
②講義: 薬物療法の考え方と注意点、具体的薬物の紹介

③講義: 終末期医療提供の意思決定支援について

グループワーク: アルツハイマー終末期の方への医療介入、家族支援



④講義: 社会資源利用、成年後見



社会資源を活用することで、認知症の方もよりよい生活を送る事が出来ると感じた。(看護師)

※感想より抜粋

# 多職種連携研修②-1 栄養

2011年7月9日(土)開催

## ○目標

1. 栄養状態の評価と対処法に関する基本的事項を理解する。
2. 高齢者における栄養上の特徴を理解する。

## ○研修の流れ

### ①講義:

在宅での栄養管理の基礎

**栄養管理のこつ**

- ・ 数字で把握しよう！
- ・ 「やせた」→BMIや%理想体重を計算しよう
- ・ 「食べない」→摂取カロリーを把握しよう
- ・ 体重を測ろう
- ・ 体重、身長は栄養管理の基本
- ・ 工友次第で体重は計れる
- ・ 周囲を巻き込もう！
- ・ 改善可能な要因を考えよう
- ・ MEASUREMENTS
- ・ 肥二判定しよう
- ・ 計算で出されたカロリーは、あくまで目安
- ・ 体重1kgの増減は7000Calの過不足

### ②ワークショップ

- (1)低栄養の診断
- (2)栄養処方量の決定
- (3)実際の食事をどうするか連携方法をディスカッション

**GroupWork:**  
あなたならどうしますか？

- ・ 76歳女性 やせ形
- ・ 12年前の脳梗塞後 歩行、排泄等は見守り可能な状態
- ・ 6ヶ月前に息子夫婦宅に転居後、食思不振
- ・ ヤセが目立つようになってきた。

## 講師紹介



小野沢 滋

亀田メディカルセンター  
在宅診療部 部長  
[医師]

### ③身体計測実習

- (1) 5点法による身長測定
- (2) 上腕周囲長、下腿周囲長の測定と標準値との比較
- (3) シーツを用いた体重測定



**体重の測り方**

- ・ シーツ、ハンモックを用いる方法
- ・ 2人一組で、ヘルメーターをつかい計測
- ・ 月一回の測定をデイスサービスやショートステイに依頼
- ・ 体重の手置式を用いる(誤差大)



電卓で栄養評価。  
それをもとにグループで討議。

## ○受講者の感想

- ・ 栄養評価、水分摂取の重要性、カロリー計算がわかった。(医師)
- ・ 介護さんとの連携が特に必要とわかった。(医師)
- ・ 具体的な症例で勉強になった。(看護師)
- ・ 計算式は初めてだったので勉強になった。(ケアマネジャー)
- ・ 病院勤務でなくてもNSTについて勉強の必要性を感じた。(薬剤師)
- ・ 主治医、他職種との連携をどのようにしていくか、それぞれの役割を検討することができた。(ケアマネジャー)
- ・ 管理栄養士さんも一緒に症例を考えることで、食事の工夫の仕方やカロリーを上げる方法を学ぶことが出来た。(看護師)

### ④実習: 嚥下食の試食



- ・ 様々な食品の情報を得られ、試食が出来てよかった。(看護師)

- ・ 名前は聞いていても、実際に食したことがなかったので勉強になりました。(理学療法士)



# 多職種連携研修③ 褥瘡

2011年7月23日(土)開催

## ○目標

1. 褥瘡のアセスメント法を理解する。
2. 褥瘡の治療法を理解する。
3. 体圧分散やポジショニングの方法を理解する。

## ○研修の流れ

### ①グループディスカッション:

褥瘡ケアチームメンバーの理解

- 自分はどのようなことができるのか。
- 他職種にどのようなケアや治療を求めるか。
- 日ごろの褥瘡ケアにおいて疑問点は何か。



#### DESIGN使用のポイント

- 「深さ」が最も重要
- 「深さ」以外はそれほど厳密ではなくとも...
- 重症なほど大文字が増える
- 1回だけですべて判断しない
- 最初は深く見ても後に重症化するものも...
- DTI(Dep Tissue Injury)深い(NPUAP分類)という考え方

AEの褥瘡の状況 DESIGN-Rを使って評価してください。



## ○受講者の感想

- ケアマネジャーの重要性について認識をあらためて持った。(薬剤師)
- 在宅で実際に困っていることを具体的に聞いて、家族に臨床でどんなことを指導すればいいのかわかった。(看護師)
- 最近の褥瘡処置が聞いて良かった。(看護師・理学療法士)
- 状況に応じた対応が必要だと改めて勉強になった。(ケアマネジャー)
- 基本的な使用方法の理解と継続的評価が大切だと再認識。(医師)
- 介護する家族がポジショニングを体験するチャンスがあればと思う。(歯科医師)
- 体圧測定を初めて見ました。普通のマットレスとエアマットレスでは圧力がかなり違っていたので驚いた。(看護師)

## ○講師紹介

鈴木 央

鈴木内科医院  
副院長 [医師]



沼田 美幸

日本看護協会  
政策企画部  
[看護師]



### ②講義: 褥瘡のケア

- 褥瘡患者のアセスメント
- 経過に合わせた局所治療
- 治療法の紹介



#### 褥瘡の治療 全身のアプローチ

- まずは患者の環境を整える
  - ・病状のコントロール
  - ・あるとすれば発熱のコントロールは?
- ・体圧分散・ポジショニングはうまくいっているか
- ・栄養状態・十分な栄養摂取
- ・適切な体圧分散器具を使用しているか
- ・栄養状態はどうか
- ・疼痛や不安の軽減はないか
- ・食事内容に配慮するアプローチ
- ・食事内容に配慮はないか
- ・家族や介護者
- ・褥瘡の予防・ケア、セラピー、褥瘡治療

### ③デモ・体験: 除圧マット、体圧測定 ポジショニング



#### ポジショニングピローとクッション

- ・大きさや形状は用途に応じて選択
- ⇒ 中身が移動するもの
- ⇒ 隙間を埋めるためのもの

#### 使用例

- 円 背 上肢・下肢の拘縮





# 多職種連携研修④ 緩和ケア

2011年8月27日(土)開催

## ○目標

1. 事例を用いたグループワークを通じた、がん患者の導入時から最終末期までの治療ケアのプロセスや多職種の役割を理解する。
2. 処方や服薬管理など在宅におけるがん緩和ケアの実際について学ぶ。
3. 家族負担の軽減や見取り場所決定の支援、最終末期の対応など、見取りをみすえたプロセスとケアについて学ぶ。

## ○研修の流れ

最初に症例を提示し、症例の各場面に対しグループで討論を行った。また、討議の後、必要な知識を補填するための講義を実施。

### ①症状緩和

**場面 1**

1か月前から右側胸部をさすっている様子があり、たずねると「痛いね」と顔をしかめるため、来月の外来で相談しなければと妻と娘は考えていた。全身倦怠感や食欲不振もみられる。

導入時点での治療方針(処方例を含む)、今後起こりうる病態や予後因子について医師が他職種に向けて解説してください

**場面 2**

経口オピオイドを開始したものの、

- ・レスキューの使用状況が正確に把握できない
- ・定時薬の飲み忘れや飲み間違いが発覚
- ・びりびりする痛みが右側胸部に走る

などの問題点が明らかとなった

症状緩和のために各職種が服薬・処方に 関して検討すべきことを考えてください

**場面 3**

都心の病院で退院時共同指導や退院前訪問を同時に行うことは困難であったため、退院当日に患者宅で緊急時カンファレンスを開催することになった。妻は不安が強く、疲れている印象。

今後の治療ケア方針やケアプラン、さらには在宅療養継続をみすえた家族負担の軽減策について討議してください

**場面 4**

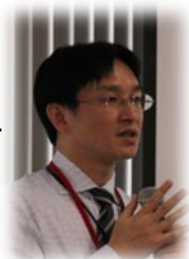
その後、黄疸が出現。腹部超音波検査を施行するもドレナージの適応はないと判断された。右側胸部痛や右季肋部の張り感も貼付剤でコントロールされている。さらに黄疸は進行し、経口はほとんどとれず、終日臥床している状態となった。

最終的な看取り場所や最終末期の治療ケア上の工夫、在宅看取りを想定しての医療者側の体制構築等について討議してください

### ②看取り

## 講師紹介

川越 正平  
あおぞら診療所  
院長 [医師]



片山 史絵  
あおぞら診療所  
[看護師]



5名1組による多職種グループ討議  
各グループの薬剤師が司会進行



職種を指定したグループ発表

## ○受講者の感想

- 看取りも多職種で支えていくことが重要。(看護師)
- 介護、医療保険、各職種の可能な体制について理解出来ると、より具体的な話題、実践的な知識が得られると思った。(薬剤師)
- 当院でも癌末期の方や、オペ後の方が多くいるので、今後患者さんと関わる上でとても勉強になった。(ソーシャルワーカー)
- 医師のお考え、方向性をチームに解るように示して欲しい。(看護師)
- 薬剤師さんとの連携の重要性を感じた。(医師)
- オピオイドローテーションについては医師から電話があれば対応をすぐに考えられるようにしていなければと感じた。(薬剤師)

# 在宅実地研修

2011年6～9月

## ○ある日の研修スケジュール

- あおぞら診療所出発
- 訪問診療への同行
- 訪問診療への同行
- 退院時カンファレンス同行
- 帰院:1日の振り返り

## ○研修日程・同行患者類型の概要

全研修回数8回

往診患者数:39人/医師1人当たり

### 患者類型と平均往診人数

- がん :8.1人
- 神経難病 :8.0人
- 医学的処置、管理 :5.3人
- 若年小児 :1.6人

※上記以外に認知症、COPD等

実地研修記録用紙



往診同行風景



訪問看護への同行(4/6人)

受講者の関心に応じて訪問診療の  
同行以外にも実地研修に組み込み

## ○実地研修で印象に残ったケース

- 夫婦ともに統合失調症の患者。(A医師)
- アルツハイマー病を自覚していないが、うまくごまかそうとする症例。(B医師)
- 脳炎後遺症の7年間あおぞら診療所がフォローしている患者。長期化する患者や家族への接し方を勉強出来た。(C医師)
- ALSの男性。胃ろう・気管カニューレの交換を行い、家族の献身的な介護が見られ、在宅が成立していると感じた。(D医師)
- COPD、脊柱管狭窄症の症例。生活保護、独居でアパート暮らし。薄暗し部屋の中で、足が痛いと言患者はうずくまっていた。(E医師)
- 障害児を在宅でケアする片麻痺をもつ母親。(F医師)



緩和ケア病棟回診への  
参加(3/6人)



サービス担当者会議への  
参加(4/6人)

# 中間振り返り

2011年7月23日(土)開催

実地研修の概ね半数を終えた時点で中間振り返りを実施

中間振り返りシート

## ○学んだこと

- 在宅診療と外来診療との差。家族を含めてのサポート体制、相互関係を確立させてゆくことの難しさ。また、歯科、訪問看護、薬局との関係、ケアマネの重要性。(B医師)
- 在宅医療の量、質ともかなり幅が広がっている。従来の往診とはかなり変化している。(D医師)
- 在宅診療では外来診療とは異なる診療スタイルを要求される。これから起こりうることを、在宅では外来で話す以上に説明している印象を受けた。(E医師)

## ○研修期間中感じたこと

- 認知症に関する理解、知識の必要性。嚥下・栄養の知識に乏しいことを実感。(A医師)
- 独居の患者には、不安感・孤独感を感じる。他の職種(訪看やヘルパー、ケアマネなど)の協力が必要と思われた。(B医師)
- 人が人間らしく生き、死んでいくために、在宅ケアは重要な分野であると感じた。(F医師)



## ○考えてみたいテーマ・課題

- 病院とのより効率的な連携の方法。医師と患者家族の情報共有。(C医師)
- 柏市における多職種連携、他科(精神科、皮膚科、婦人科等)と歯科とのチーム医療連携。在宅医療の質の向上・量の確保、情報の発信。(D医師)
- 現在の自分の専門外の分野における知識の充填。(F医師)

## ○野望

- 現在、訪問診療を必要としている人たちの手伝い出来るようにしたい。(A医師)
- 豊四季台地域にて1年以内に在宅医療への一步を踏み出したい。(B医師)
- 在宅研修システムをより効果的に発展し、柏医師会に在宅医療を広げていきたい。(D医師)
- 昼休みの往診件数を、無理のない程度にふやしながら、外来+往診の診療形態にシフトしたい。(E医師)



# 最終振り返り

2011年10月1日(土)開催

最終日に、中間振り返りと同じ要領で最終振り返りを実施



## ○研修期間中感じたこと

- 現在の自分の力量を超える事態に対面した場合に、対応する方法を用意しなければならない。(A医師)
- 訪問診療で診ることが出来る患者の幅(疾患、病態等)が広がった気がする。(E医師)
- 人間の営みの基本を支える役割を在宅ケアが担っていること。(F医師)



## ○野望

- 現在外来で診ている高齢者が通院困難になったら、在宅で治療を継続していくこと。地域医療に徐々に入っていくためのシステム作りを行う。(A医師)
- 午後から診療所を出て患者宅へ行き、少しずつ患者の人数を増やす。今回研修したことを生かして、柏市の在宅医療の状況をよくするため微力を尽くしたい。(B医師)
- 現在の訪問診療を拡大しつつ、外来診療時間とのバランスを考えていきたい。ゆくゆくは在宅医療部門をつくり、老いても幸せに暮らせる街となるよう地域医療に貢献したい。(E医師)

## ○学んだこと

- 独居患者に対して、全身状態の把握と家屋内の導線を患者目線で見ること、患者にとってケアマネジャーの役割は大きく、全体をマネジメントするとともに、患者家族により近い立場に存在すること。(B医師)
- 緩和ケア病棟、グループホーム訪問、担当者会議に出席し、関わる職種が多く、連携することの大変さと重要性を感じた。(E医師)

## ○考えてみたいテーマ・課題

- 別々の診療所で、主一副などの関係をもちつつ、カルテ内容をいかに共有するか。今後在宅医療を目指す(参入してもらう)医院へのプログラム参加を促すにはどうするか。(A医師)
- 在宅医療がどういうものを市民に啓蒙すること。市民に対して、自分の最期を考えてもらう場を提供すること。高齢者では積極的に服薬を減らす指針をつくること。(E医師)
- 在宅ケアの啓発(具体的な方法、手段)について(F医師)



# 総括シンポジウム／修了証書授与式

2011年10月1日(土)開催



国立長寿医療研究センター 大島伸一総長  
千葉県医師会 土橋正彦副会長による来賓挨拶

## ○次第

- ・ 開会挨拶
- ・ 来賓挨拶／紹介
- ・ 柏在宅医療研修試行プログラムの開催概況について(プログラムの概要説明)
- ・ 多職種シンポジウム

「柏在宅医療研修試行プログラムを終えた今、  
今後の柏市の在宅医療を考える」

- ・ 訪問看護師の立場から
- ・ 介護支援専門員の立場から
- ・ 歯科医師の立場から
- ・ 薬剤師の立場から
- ・ 医師の立場から
- ・ 質疑応答／総合討論

- ・ 修了証書授与
- ・ 閉会挨拶



### 柏在宅医療研修試行プログラムの影響

#### □ 診療所運営への影響

- 実地研修先では訪問診療に事務職が同行していた
- 自院でも全ての訪問診療に事務職を同行させることにした
- 月1回のケースカンファレンスに事務職も参加する形態とした(それまでは医師・看護師のみ)
- 職種間の役割分担の点でよい影響が生じている

### 今後に向けて：他職種へのメッセージ

#### □ 訪問看護師の皆様へ

- 現在24時間の体制を敷くステーションが少ない。体制の確保は非常に難しいと思いますが、ぜひこの体制の確保を確保し、在宅医療支援診療所と密に連携をさせてほしい。
- 事業所としての体制の強化については、ステーションだけでなく行政にもぜひ協力いただきたい。訪問看護が充実しないと柏市の在宅医療は実現できません。

#### □ 介護支援専門員の皆様へ

- 医師と介護の連携は在宅を支える非常に重要なファクター。
- 医師との連携は難易が高いという意見を耳にするが、ぜひ定期的に顔を合わせて連携を深めたい。



修了証書授与

受講者の中から各職種の代表者が登壇したシンポジウム



# 受講者の変化

(受講者に対するアンケート・インタビューの結果より)

## もともと訪問診療を多数行っていた医師(2名)



「自分の実践を系統的に振り返る学び直しのお機曾になった。」  
「実地研修先の診療所運営や、看護師・事務職等のスタッフの動きといった点で、学ぶところが多かった。」

## 外来患者の臨時往診や少数の訪問診療は行っていた医師(2名)



「現在の訪問診療の枠を拡大しつつ、外来診療時間とのバランスを考えていきたい。将来は在宅医療部門をつくりたい。」

「(在宅療養支援診療所を取得し)午後から診療所を出て在宅へ行く。」  
(※この医師の診療所は、2011年10月1日付で在宅療養支援診療所として承認)

## これまでほぼ往診をすることのなかった医師(2名)



「外来で診ている患者が通院困難となったときに訪問診療を提供したい。」  
(※この医師の診療所は、2011年10月1日付で在宅療養支援診療所として承認)

「自分が診ている患者が終末期で通院困難となったとき、これまででは自分が何とかしなければと思って対応していたが、頼める相手(今回一緒に研修を受けた医師や多職種など)がいるということが分かった。」

前向きな意識の変化がみられた

## ○在宅医療に対する受講者の意識の変化

(分析対象:事前・事後アンケートに回答した20名)

在宅医療を実践してみたい 在宅医療を自分でもやっていけそう

