

第3回

とやま多職種連携教育プロジェクト



報告書

平成27年8月30日

会場：上市町保健福祉総合センター

主催：たてやまつるぎ在宅ネットワーク
富山大学医学部 富山プライマリ・ケア講座

平成27年度 とやま多職種連携教育プロジェクト
第3回



with かみいち

【日時】 8/30(日) 10:30~16:30
* 昼食は各自でご用意ください。

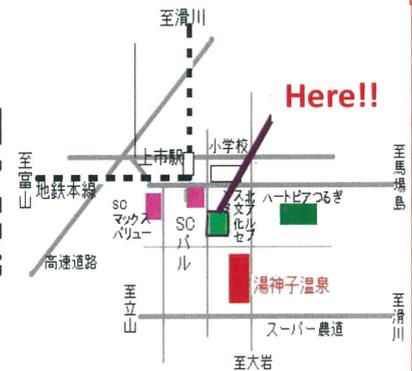
【会場】 上市町保健福祉総合センター
* 駐車場は会場正面の
第二駐車場をご利用ください。

【対象】 保健・医療・福祉の学生と現職者

【定員】 各学部10名程度(無料・先着順)

【参加申し込み】 締切:8/26(水)

- ① QRコードから登録
- ② 富山大学医学部 富山プライマリ・ケア講座 まで
担当:小浦 E-mail:koura@med.u-toyama.ac.jp
TEL:076-434-7242



託児あります!

定員:6名(先着)

登録フォームより
申し込み下さい。

第一部 10:30~12:00

患者さんを様々な視点から診てみよう!

ナビゲータ 富山プライマリ・ケア講座 三浦太郎



患者さんを「病気だけ」「障がいだけ」みたらそれで大丈夫? 患者さんには患者さんのこれまでのものがたり、家族、住んでいる地域、時代、いろいろなものが重なっている。色んな側面から患者さんを診る方法を寸劇をみながら、グループで学んでいきましょう!



第二部 13:30~16:30 上市町多職種連携研修会

在宅老夫婦のいまとこれからの考える!

司会 富山プライマリ・ケア講座 小浦友行

90歳の上市雨男さんと80歳の雪子さん夫婦。雨男さんは肺炎になってから調子が悪く、雪子さんも認知症の方がかんばしくない。

学生と実務者の多職種混合グループで、老夫婦のいまとこれからのケアを考えよう!

とやま多職種連携教育プロジェクト

と や ま い ぴ ー

複雑化する患者・利用者さんのケア・サービス

保健・医療・福祉の領域は非常に複雑化し、もはや自身の専門職だけでは対応しきれなくなりました。例えば、医師も介護のことを知る必要がありますし、逆もそうです。病院と地域が連携し、リハビリ・栄養を含めたあらゆる視点を持たないと、患者さんの生活を支援することは困難となってきました。

そこで多職種連携教育(IPE)！

そのために、あらゆる職種が「同じ場所で、お互いからお互いのことを学び合う」必要があります。それを多職種連携教育 (Inter-Professional Education : IPE) といいます。



とやまのIPEで「とやまいぴー」

でも本当に色々な学部・専門職が一堂に会する機会、ってないですよね……。そこで私達は、とやまで本当に色々な学校・職種が集まって学び合える機会をつくってきました。それが「とやまいぴー」です。

とにかく楽しく！「とやまいぴー」

具体的には、多学科混合チームで症例検討などのグループワークを行い、お互いの専門性や、チームワークについて楽しく学びます！「学校では出会えない人達と勉強できて新鮮だった！」といった感想を多く頂いています。これからも私達は楽しく、充実した学びの場を提供する予定です。皆様のご参加を心よりお待ちしております！



主催：富山大学医学部 富山プライマリ・ケア講座
ご協力頂いている学校さん(敬称略)

- ・富山医療福祉専門学校
- ・富山県立総合衛生学院
- ・富山福祉短期大学
- ・富山短期大学
- ・富山国際大学
- ・富山大学



【目次】

1. 資料

＊第1部 ＊スライド資料

「患者さんを様々な視点から診てみよう！」

＊第2部 ＊スライド資料

「在宅老夫婦のいまとこれからを考える！」

＊検討事例

2. アンケート・振り返りシート 集計

3. 写真集

4. 終わりに

富山大学医学部 富山プライマリ・ケア講座

客員准教授 小浦 友行

5. 名簿

第3回

とやま多職種連携教育プロジェクト



日時:2015年8月30日(日) 10:30~16:30

場所:上市町保健福祉総合センター 2階

主催:たてやまつるぎ在宅ネットワーク

富山大学医学部 富山プライマリ・ケア講座

時間	次第
10:30~12:00	「患者さんを様々な視点から診てみよう！」
12:00~13:30	～昼食～
13:30~13:40	開会のご挨拶 たてやまつるぎ在宅ネットワーク 会長 黒田内科医院 院長 黒田惇 先生
13:40~13:55	アイスブレイキング
13:55~14:10	課題説明と症例提示
14:10~14:40	グループワーク①
14:40~15:40	グループワーク②
15:40~15:50	～休憩～
15:50~16:05	ポスターツアー
16:05~16:20	振り返り
16:20~16:30	閉会のご挨拶 かみいち総合病院 院長 戸島雅宏 先生

第3回

とやま多職種連携教育プロジェクト



資料

第1部

患者さんを様々な視点からみてみよう！

2015. 08. 30

とやま多職種連携教育プロジェクト



患者さんを様々な視点から らみてみよう！

1テーブル4人で座ってください

一筋縄ではいかない症例、
そんな時こそみんなで協力して
解決の糸口を見つけたい！
だけど、どういうふう
にアプローチしたらよいかわからない…

そんな将来のあなたに
「臨床倫理の4分割表」
というツールを紹介します！

目的

いろいろな職種で議論をするときに便利
なツール

「臨床倫理の4分割表」
をつかえるようになろう！

レシピ

- 10:35-10:50 アイスブレイク
- 10:50-10:55 とやまいびーアクターズによる寸劇
「また来ちゃったともおさん」
- 10:55-11:05 プレスト
再入院をしないために知りたい情報は？
- 11:05-11:15 レクチャー 臨床倫理の4分割表
- 11:20-11:50 小グループ寸劇&ディスカッション
- 11:50-12:00 まとめ

アイスブレイク

自己紹介
&

自職種が一番イトコ

一番イトコ！って思ったものを



してもらいます

劇団「アダルとやまいびー」

「また来ちゃったともおさん」

若栗:3年目医師、救急も病棟もちやきちやきこなす
小浦:82歳男性、髭が濃い
窪野:ピチピチの新人ナース
木戸:看護師長、モノマネが好き。ちょっとくだい

劇団「アダルとやまいびー」

「また来ちゃったともおさん」

若栗:3年目医師、救急も病棟もちやきちやきこなす
小浦:82歳男性、髭が濃い
窪野:ピチピチの新人ナース
木戸:看護師長、モノマネが好き。ちょっとくだい

ブレインストーミング

ともおさんが低血糖で再入院しないために
どんな情報をききたい??

1人で



隣同士で

臨床倫理4分割表

モヤモヤQ 肺がん患者 Sさん (55歳・男性) に化学療法を継続するか?

カンファレンス参加者: モヤ先生 (大医学生), 呼吸器科医学生, MSW (看護師), 看護師

① 医学的適応 善行と無危害の原則 #1 病期(病態) (病期) Stage IV カルボプラチン (CISPLATIN) + ゲシチニブ (GEM) 2コース終了 (QOL 悪化) (悪化) #2 多発転移 (L2, L5 骨転移) 神経症状なし 痛み NSAIDでコントロール #3 栄養状態悪化 (BMI 15.5) (BMI) #4 自覚症状あり #5 PS1 → PS2 (PS) [身の回りのことはできるが軽微な疲労感、日中の50%以上は寝ている] 状態 予後 数ヶ月 - 数週間で再発も認め、2コースの化学療法もあまり効果もあげていない	② 患者の意向 自律性尊重の原則 「病気に耐えるのがいいけれど、今まで苦労した妻のため薬がほしい」「病状がひどいならもういいから、薬が止まるまでいいよ。だからつらい薬も飲みたい」「死んでいいから薬を止めてほしい」
④ QOL 善行と無危害と自律性尊重の原則 どのくらい悪化、妻のQOLを最大限に向上させるには?	③ 周囲の状況 忠実義務と公正の原則 妻と2人暮らしで、子どもは1人いない。父親は90歳、母親は80歳代。はちね君で「子どもの思い出を思い出すのはつらいが、治療方針は父親に任せよう」とのこと。Mは妻と専らに任せている。妻は「病状がひどいので休むのはいいけれど、死んで、本人が死なないうちに死んでほしい」とのこと。Mは「死んで、本人が死なないうちに死んでほしい」とのこと。

Next Step
Mの妻の状況、妻の「いつまでか」「どうするか」をみるか?

カンファレンスの前に...
ホワイトボードなどを用いて、情報や意見を整理し、議論を行う。
あらかじめ参加者が手持ちの情報を整理しておく、時間を節約!

医学書院「モヤモヤよらば! 臨床倫理4分割カンファレンス」より抜粋

臨床倫理?

Sieglerら「日常臨床において生じる倫理的課題を認識し、分析し、解決しようと試みることによって患者ケアを向上させること」

みんなが感じているモヤモヤを共有して
納得できる解決法を探っていこう!

例えばこんな時に

食べられなくなった高齢患者に胃ろうをする?

誤嚥性肺炎を繰り返す患者さんにどこまで積極的治療をする?

症状が固定しているけどもリハビリ意欲が強い

臨床倫理4分割表は

臨床でモヤモヤする症例を...
一人で考えこまず・複数で、しかも多職種で・
気軽に・定型的なツールを使って・関係者が納得できるように・方針を立てる
ことに役立ちます

臨床倫理4分割表は

ある症例の倫理的課題を検討するためのツールとして、以下の4つの枠の中に問題点を入れて考えようとするもの
Medical Indication (医学的適応)
Patient Preference (患者の意向)
QOL (生きることの質)
Contextual Features (周囲の状況)

医学的適応 (Medical Indications) 善行と無危害の原則 1. 患者の医学的問題は何か? 病歴は? 診断は? 予後は? 2. 急性か、慢性か、重症か、救急か? 可逆的か? 3. 治療の目標は何か? 4. 治療が成功する確率は? 5. 治療が成功しない場合の計画は何か? 6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらいの利益を得られるか? また、どのように害を避けることができるか?	患者の意向 (Patient Preferences) 自律性尊重の原則 1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか? 能力がないという疑念はあるか? 2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう思っているか? 3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか? 4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か? その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか? 5. 患者の事前指示はあるか? 6. 患者は治療に同意したが、または協力出来ない状態か? その場合、なぜか? 7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか?
QOL (Quality of Life) 善行と無危害と自律性尊重の原則 1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か? 2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か? 3. 医療者による患者の QOL 評価に偏見を抱かせる要因はあるか? 4. 患者の現在の状態と予測される将来像は希望しにくいと判断されるかもしれない状態か? 5. 治療をやる価値やその理論的根拠はあるか? 6. 緩和ケアの計画はあるか?	周囲の状況 (Contextual Features) 忠実義務と公正の原則 1. 治療に関する決定に影響する家族的原因はあるか? 2. 治療に関する決定に影響する医療者側 (医師・看護師) の要因はあるか? 3. 財政的・経済的要因はあるか? 4. 宗教的・文化的要因はあるか? 5. 守秘義務を制限する要因はあるか? 6. 資源配分の問題は何か? 7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか? 8. 臨床研究や教育は関係しているか? 9. 医療者や施設間で利害対立はあるか?

医学的適応 (Medical Indications) 善行と無危害の原則 1. 患者の医学的問題は何か? 病歴は? 診断は? 予後は? 2. 急性か、慢性か、重症か、救急か? 可逆的か? 3. 治療の目標は何か? 4. 治療が成功する確率は? 5. 治療が成功しない場合の計画は何か? 6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらいの利益を得られるか? また、どのように害を避けることができるか?
--

QOL (Quality of Life)

患者の意向 (Patient Preferences)

自律性尊重の原則

1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？
2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？
3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？
4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？
5. 患者の事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力出来ない状態か？ その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか？

周囲の状況 (Contextual Features)

忠実義務と公正の原則

られるか？ また、どのように害を避けることができるか？

QOL (Quality of Life)

善行と無危害と自律性尊重の原則

1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？
2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？
3. 医療者による患者の QOL 評価に偏見を抱かせる要因はあるか？
4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？
5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

5. 患者の事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力出来ない状態か？ その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか？

周囲の状況 (Contextual Features)

忠実義務と公正の原則

1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？
2. 治療に関する決定に影響する医療者側 (医師・看護師) の要因はあるか？
3. 財政的・経済的要因はあるか？
4. 宗教的・文化的要因はあるか？
5. 守秘義務を制限する要因はあるか？
6. 資源配分の問題はあるか？
7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？
8. 臨床研究や教育は関係しているか？
9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

- 5.
- 6.
- 7.

医学的適応 (Medical Indications)

善行と無危害の原則

1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？ 診断は？ 予後は？
2. 急性か、慢性か、重症か、救急か？ 可逆的か？
3. 治療の目標は何か？
4. 治療が成功する確率は？
5. 治療が成功しない場合の計画は何か？
6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからのくらの利益を得られるか？ また、どのように害を避けることができるか？

患者の意向 (Patient Preferences)

自律性尊重の原則

1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？
2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？
3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？
4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？
5. 患者の事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力出来ない状態か？ その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか？

QOL (Quality of Life)

善行と無危害と自律性尊重の原則

1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？
2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？
3. 医療者による患者の QOL 評価に偏見を抱かせる要因はあるか？
4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？
5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

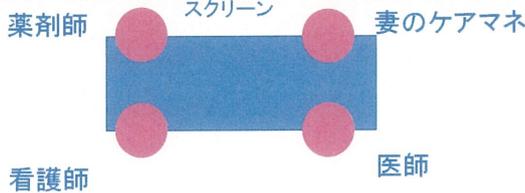
周囲の状況 (Contextual Features)

忠実義務と公正の原則

1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？
2. 治療に関する決定に影響する医療者側 (医師・看護師) の要因はあるか？
3. 財政的・経済的要因はあるか？
4. 宗教的・文化的要因はあるか？
5. 守秘義務を制限する要因はあるか？
6. 資源配分の問題はあるか？
7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？
8. 臨床研究や教育は関係しているか？
9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

臨床倫理「モヤモヤよらば」臨床倫理4分割表(カンファレンス)より抜粋

グループワーク



それぞれの職種になりきってください！

役作り 5分 役をしながら方針決定 25分

医学的適応 (Medical Indications)

善行と無危害の原則

1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？ 診断は？ 予後は？
2. 急性か、慢性か、重症か、救急か？ 可逆的か？
3. 治療の目標は何か？
4. 治療が成功する確率は？
5. 治療が成功しない場合の計画は何か？
6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからのくらの利益を得られるか？ また、どのように害を避けることができるか？

患者の意向 (Patient Preferences)

自律性尊重の原則

1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？
2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？
3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？
4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？
5. 患者の事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力出来ない状態か？ その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか？

QOL (Quality of Life)

善行と無危害と自律性尊重の原則

1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？
2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？
3. 医療者による患者の QOL 評価に偏見を抱かせる要因はあるか？
4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？
5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

周囲の状況 (Contextual Features)

忠実義務と公正の原則

1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？
2. 治療に関する決定に影響する医療者側 (医師・看護師) の要因はあるか？
3. 財政的・経済的要因はあるか？
4. 宗教的・文化的要因はあるか？
5. 守秘義務を制限する要因はあるか？
6. 資源配分の問題はあるか？
7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？
8. 臨床研究や教育は関係しているか？
9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

臨床倫理「モヤモヤよらば」臨床倫理4分割表(カンファレンス)より抜粋

お疲れ様でした！

臨床倫理の4分割表を実際に使ってみました。実習などで使ってみてくださいね。

ご質問など、ありますか？

モヤモヤQ 肺がん患者 S さん (55 歳・男性) に化学療法を継続するか？

カンファレンス参加者: モヤ先生 (部長), 大島先生 (病長), 呼吸器科指導医, 看護主任, 看護師, 薬剤師, MSW

① 医学的適応 善行と無危害の原則

① 1 月の経過観察 (再上呼吸器 stage IV カルボプラチン (CBDCA) ナゲルタキソン (GEM) 2 コース終了 SD (stable disease))

② 2 多発骨転移 (L2, L3 骨髄) 神経症状なし。痛みは NSAIDs でコントロール

③ 3 肺動脈狭窄

④ 4 副腎不全疑い

⑤ 5 PS1 → 3 に低下。「身の回りのことはできるが軽労働はできず、日中の 50% 以上は寝ている」状態

予後: 数か月 診断時点で発転移も認め、2 コースの化学療法もあまり効果を見ていない

② 患者の意向 自律性尊重の原則

・「病気に負けるわけにはいかない。今まで苦労をかけた妻のため頑張りたい」

・「無理している姿を見せたくない。妻が希望を失ってしまふ。だからつらい治療に継続する」

・「そんな父親の姿が嫌いだ」

④ QOL 善行と無危害と自律性尊重の原則

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺

③ 周囲の状況 忠実義務と公正の原則

・妻と 2 人暮らしで、子どもはいない

・父親は昨年他界。母親 (80 歳代) は市内在住で「息子の面倒を見てくれるはずだが、介護方針は夫婦に任せるとのこと。母は愚痴に任せている」

・妻は「お前さんの姿が嫌いだから」として退社しない。ただし、本人が化学療法をすることで発転移を恐れているので自分からやめようとは思えない。元気がうちからよくなり通いたい」とのこと。

Next Step

④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺

~カンファレンスの前に~

・ホワイトボードなどを 4 つに区切り、情報や意見を書き込む場所を作る

・あらかじめ参加者が手持ちの情報を書き込んでおく。時間厳守！

第3回

とやま多職種連携教育プロジェクト



資料

第2部

上市町多職種連携研修会

在宅老夫婦のいまとこれからを考える！

2015. 08. 30

平成27年度 第3回

とやま多職種連携教育プロジェクト



with かみいち

日時：2015年8月30日（日） 10:30～16:30

場所：上市町保健福祉総合センター 2階

主催：たてやまつぎ在宅ネットワーク

富山プライマリ・ケア講座



午後の予定

時間	内容
13:30 ~ 13:40 (10)	開会のご挨拶 黒田惇先生
13:40 ~ 13:55 (15)	アイスブレイキング
13:55 ~ 14:10 (15)	課題説明と症例提示
14:10 ~ 14:40 (30)	グループワーク①
14:40 ~ 15:40 (60)	グループワーク②
15:40 ~ 15:50 (10)	～休憩～
15:50 ~ 16:05 (15)	ポスターツアー
16:05 ~ 16:20 (15)	振り返り
16:20 ~ 16:30 (10)	閉会のご挨拶 戸島雅宏先生

アイスブレイキング

各グループ内で

- ① 名前。
- ② 所属。
- ③ 本日の目標。

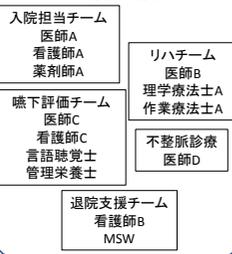
を紹介し合ってください。

よくある話

- ・2人暮らしの老夫婦。子供は県外。認知症の妻を、糖尿病の夫が世話している。
- ・ある日、夫が脳梗塞で入院。左不全麻痺に対するリハビリを行いつつ自宅退院。薬の量も増えた。
- ・ADLが低下し、自身はおろか妻の世話すら困難。それに伴って妻も落ち着きがなくなってしまった。
- ・食事の用意は？家事は？妻の通院の付添いは？問題は山積となってしまった・・・

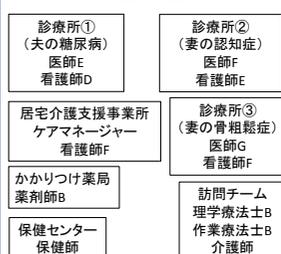
よくある話

病院



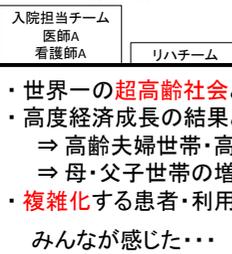
医師だけでも7人！

地域

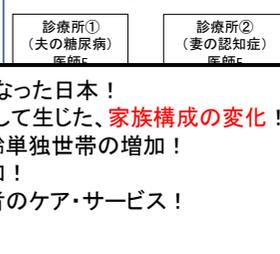


よくある話

病院



地域



- ・世界一の**超高齢社会**となった日本！
 - ・高度経済成長の結果として生じた、**家族構成の変化**！
⇒ 高齢夫婦世帯・高齢単独世帯の増加！
⇒ 母・父子世帯の増加！
 - ・**複雑化**する患者・利用者のケア・サービス！
- みんなが感じた・・・
もっと連携を学ばなければ！

そこでIPE(専門職連携教育)

IPEとは、InterProfessional Educationの略。

複数の領域の専門職者が、連携の質およびケアの質を改善するために、**同じ場所でもに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと。**

Occasions when two or more professions learn with, from and about each other, to improve collaboration and the quality of care.

CAIPE * 2002

* CAIPE : 英国専門職連携教育推進センター(1987年設立)

国内での動向

日本保健医療福祉連携教育学会(JAIPE)
Japan Association for Interprofessional Education

- ・国内でのIPEを推進する目的で2008年に設立。
- ・学会員は医療に限らず、**保健・福祉の分野も**。そして、教育機関だけでなく**病院・施設職員も**。



☞ 第7回学術大会(新潟にて)

第8回学術大会は、首都大学東京にて8/9に開催

富山県内での動向

富山プライマリ・ケア講座によるIPEプロジェクト!

とやま多職種連携教育プロジェクト



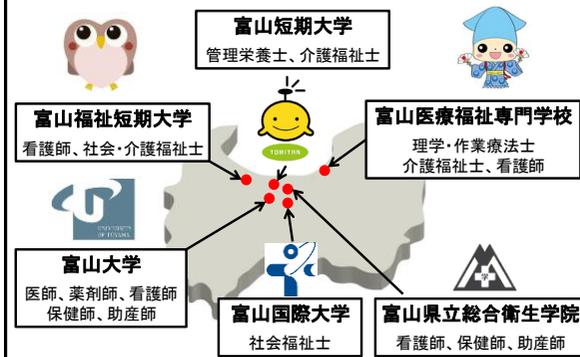
開催日	参加者数
2014.8.30	69名
2014.10.25	26名
2015.3.13~15	12名
2015.4.25	54名
2015.6.27	54名

これまでのにべ
215名が
参加したっぴ!



マスコットキャラ「まいび〜」

現在の連携校



IPEで何を学ぶのか?

多職種連携コンピテンシー【日本版】(案)

地域の医療・保健・福祉を支える「多職種連携力」を持つ
中核的専門人材育成プログラム開発事業(文科省・三重大学)
<http://ipeipw.org/>

患者・利用者中心	患者、サービス利用者、家族、地域中心性
コミュニケーション	職種間コミュニケーション
パートナーシップ	信頼関係を築く
相互理解と職種活用	互いに理解し、互いの専門性を活かす
ファシリテーション	円滑な相互作用を促進する
リフレクション(省察)	協働する視点から省察する

とやまいびーのお約束!

- ・ 批判はしない!
- ・ 積極的になり、全員が発言する!
- ・ 気持ちのいい話し合いができるように!

特に注意!

- ・ 医師・看護師の発言は影響力が大きい!
- ・ 年上(目上)に対して、年下(目下)は緊張する!
- ・ 学生さん達にはや・さ・し・く♡
- ・ 初参加の方に配慮を!(学生がむしろベテラン!?)
- ・ **よりよいケアプランを作成することが目的ではない!**
- ・ **相互理解と良好なチームワークが目的!**

やってはいけないこと！

- ・ 宗教的勧誘！
 - ・ 政治的勧誘！
 - ・ 営利的勧誘！
 - ・ セクハラ・パワハラ・モラハラ！
 - ・ SNSなどを用いた個人の批判！
 - ・ 個人情報の流布！
 - ・ ストーカー的行為！
- 上記を行った方は、**今後の参加を禁じます。**

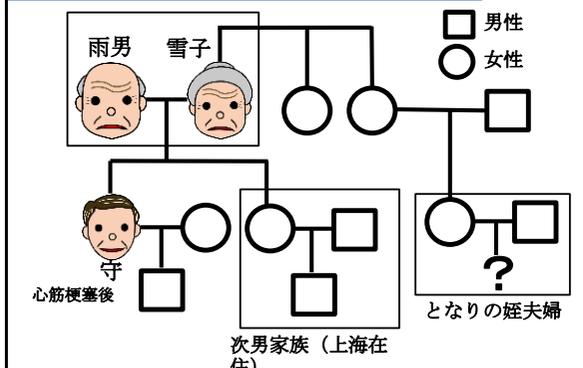
事例提示

上市町に住む老夫婦。上市家の物語。
レビー小体型認知症の雨男と、それを支える妻の
雪子もまた認知症。在宅で雨男を支える雪子。
食事を食べてくれない雨男…

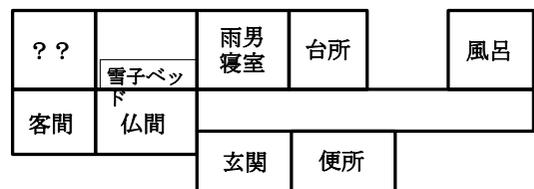
～皆さんの設定～

皆さんは、とやまいびドリームチームです。
もし**地域で散らばっている多職種が集合したら…**
という架空のチームです。
雨男さんの熱が治まってが食事を食べない時点が、
現在です。

上市家の家族図



上市家の間取り



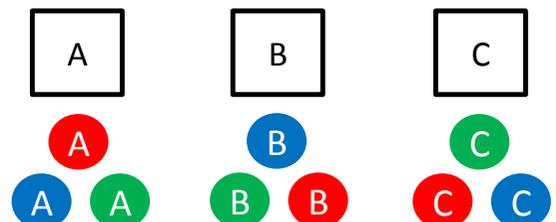
* 2階は現在未使用

課題説明

- ① グループワーク①
 - ・ 職種別グループに分かれて**議論**。
- ② グループワーク②
 - ・ 多職種混合チームで**議論**。
 - ・ その結果をポスターに**まとめる**。
- ③ ポスターツアー
 - ・ 自分のグループのポスターを**発表**。

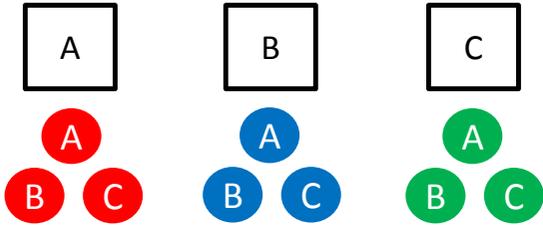
ポスターツアーとは？

- ① 各グループで学習内容を一枚の模造紙に分かりやすくまとめる(ポスター作成)。



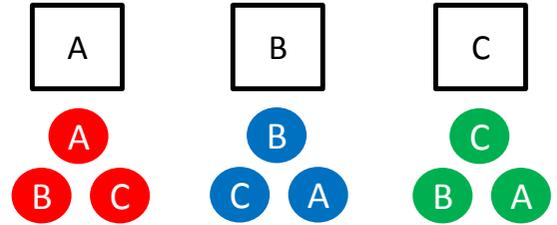
ポスターツアーとは？

- ② A～C、D～F、G～I、J～L内で、同じ色同士（赤、青、緑）で集まる。



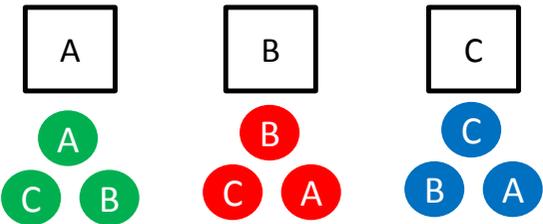
ポスターツアーとは？

- ③ 自分のポスターにきたら説明。
* 全員に説明する機会があります！



ポスターツアーとは？

- ④ 時間を区切って、次のポスターへ移動⇒説明を繰り返す。



グループワーク①(30分)

職種別グループに分かれて議論

【目的】

- ・ 専門職としての見解を共有！
- ・ 学生と実務者で見解を共有！

A(佐藤)：医チーム①(A・C・E・G・I・K)＋牧野＋窪田
B(三浦)：医チーム②(B・D・F・H・J・L)＋堀田＋木村
C(窪野)：看チーム①(A・C・E・G・I・K)＋山西
D(島田)：看チーム②(B・D・F・H・J・L)
E(大上)：保健チーム
E(沓掛)：薬剤師チーム
H(萩原)：ケアマネ＋国際大チーム＋高澤

グループワーク②(60分)

多職種混合チームで議論。
その結果をポスターにまとめる。

- ・ ポストイットは自由にお使いください。
- ・ ポスターのデザインも自由です。
- ・ 絵や表を描いてもいいです。
- ・ 発表の心の準備も忘れずに。
発表を2人でどう分担するか確認を。

ポスターツアー(15分)

- ① 二人で分担してポスター発表と質疑応答(5分)。
* 批判はしない！建設的提案を！
「～すればもっといいかもね！」
- ② 全部のポスターをツアー(計3ポスター)。
赤・青・緑の3チームでツアー～

振り返り(15分)

各グループで今日の感想を共有して下さい。

- ① 振り返りシートを各自記入。
- ② 振り返り: 司会はファシリテーター
 - ・できたこと・できなかったことなど
 - ・本日の学びについて
 - ・チームワークについての振り返り

次回予告!

とやま多職種連携教育プロジェクト



ウイス ぶくたん

日時: 11/3(火)文化の日

場所: 富山福祉短期大学

事例: 老健からの救急搬送事例を予定



今後の告知に関して

- ① いつも通り学校内にポスター掲示。
- ② LINE@による告知(原則これを主とする)。
⇒クリアファイルのQRコードより登録!
- ③ 希望者にはメールで配信。
⇒「振り返りシート」にアドレスを記載!

今後はミニ勉強会や、オフ会なども予定してるっぴ!



今回の検討事例

上市雨男（かみいち あめお）さん 90歳 男性

【これまでの経過】

息子たちが独立してからは、夫婦2人暮らし。もともと膝関節の痛みあり、歩行が不自由であったが、2014年夏頃から外出もせずテレビの前でボーっと過ごすようになった。

2014年11月より、幻視と昼夜逆転もあり、リスパダールODを開始。

2015年3月に、道で転倒し擦り傷だらけになり、A病院救急に搬送された。

4月には散歩中に田んぼに落ちたり、徐々に歩行が不安定になってきたため、B診療所への通院が難しくなってきた。

6月に訪問診療の希望あり、C在宅診療所に紹介された。幻視、昼夜逆転、歩行障害からは、レビー小体型認知症の可能性が考えられた。

7月に入って、血圧が低いため起き上がるとめまいがするようになった。トイレから帰ってくるが、ベッドに上がれないでいることもあった。食も細くなってきた。臀部の両側に褥瘡ができていのに気が付かれた。

7月19日に発熱し、誤嚥性肺炎を疑われ、抗生剤ジスロマックで治療された。発熱後は訪問看護が週2日入り、食べられないときに点滴を受けた。

1週間経って、発熱はおさまったが、食事を食べない。

本人としては、「このまま家にいたい」という希望がある。

【検討のポイント】

発熱（誤嚥性肺炎疑い）を在宅で治療後、食べられない雨男。死ぬまで自宅で過ごしたいと希望している。どうやって支えるか。

【現在の処方】

- ・カモスタットメシル酸塩（100mg）1回1錠1日3回、毎食後 *術後逆流性食道炎
- ・リスペリドンOD（0.5mg）1回1錠1日1回、就寝前 *幻視に対して
薬の管理は雪子がしている。たまに、薬を多く飲ませることがあり、足りなくなっている。

【既往歴】

60歳：胃癌術後（胃・胆嚢切除後状態）

87歳：右白内障手術

【嗜好歴】喫煙：10本/日×50年（現在禁煙）、飲酒：ここ数年していない

【身体所見】

高次機能：長谷川式23点（30点満点中）

視力：左白内障でやや視界がぼんやりしている

聴力：大きめに話せば通じる

発語（嚙声や構音障害なし）

身長：170cm 体重 50kg

血圧 90/60mmHg 脈拍数:70分 体温：36.4℃ 呼吸数：20/分 SpO2：95%

腹部：正中に手術痕

臀部：両側大転子部に褥瘡あり

脳神経所見：異常なし

筋力：上肢 3/5、下肢 3/5 程度

関節：可動域制限なし

Barthel Index：15/100点

【検査所見】

総蛋白：5.2g/dl, アルブミン：1.6g/dl, BUN：24mg/dl, クレアチニン:1.6mg/dl

WBC：7,200, Hb:10.0g/dl, Na：130mEq/l, CRP：5mg/dl

【基本的 ADL】

着替え：できない

食事：雪子が介助 好きな食べ物：雪子の手作りの料理・煮物 おにぎり

摂食量 ほとんどたべられない。エンシュアを促して飲むが、1-2口でムセがひどい。

移動：畳に布団で寝たきり。介助で座位にはできる。

排泄：雪子が介助 尿瓶でとっている。排便：訪問看護時に浣腸（普段はオムツ）

衛生：清拭のみ 入浴はしていない

【手段的 ADL】

買い物・清潔・金銭管理・食事の準備・交通機関の利用：全てできない

【高度 ADL】

趣味：テレビで高校野球をみるくらい。戦争後、シベリア抑留で命からがら帰ってきた。年に1回、東京などにその当時の捕虜仲間が集まったりしていた。

仕事：戦争から帰ったあとは、雪子の父に弟子入りして大工をしていた。

交友関係：近所には友人はいない。集まりにはせず、引きこもっている。

【サポート】

《フォーマル》

・介護保険：要介護2 担当ケアマネージャー：D苑の花本さん

近くのデイサービスに夫婦で週1日行っていた。

・主治医：C 在宅診療所

・地区担当保健師

・民生委員

《インフォーマル》

・主介護者：雪子

・近所づきあいはない。隣に姪夫婦がいるが、関わりを避けている。

・老人会 いったことがない。

上市雪子（かみいち ゆきこ）さん 80歳 女性

【これまでの経過】

若い頃から仕事をずっとやっていたところ、徐々に足腰が曲がってきた。股関節の手術後で、膝も痛く、なかなか立ち上がりにくい。

2015年7月より夫が起き上がりにくくなり、介助することが多くなった。夫がトイレから帰ってくるが、ベッドに上がれないでいることもあった。なんとか夫を持ち上げたりしているうちに、左肩と腰が痛くなってきた。

夫が7月19日に発熱した。どんどん寝たきりになっていくので、昼間は看護師さんがきてくれるのでありがたいが、夜はトイレにつれていくことはできなかった。1週間経って、発熱はおさまったが、食事を食べなくなった。なんとか夫に食べさせたいと思って料理をすることもあるが、食べないので精がでない。**不安で涙がでることがある。**

【現在の処方】

- ・アムロジピン OD (2.5mg) 1回1錠 1日1回, 朝食後
- ・ドネペジル塩酸塩 OD (5mg) 1回1錠 1日1回, 朝食後

【既往歴】

- ・高血圧、認知症、変形性膝関節症
- ・変形性股関節症術後（右：73歳、左：78歳）

【嗜好歴】 喫煙・飲酒ともにしない

【身体所見】

- ・高次機能：長谷川式 16点（周辺症状なし）
- ・視力：見えにくい
- ・聴力：耳が遠い（電話はかろうじて聞こえる）
- ・発語：問題なし

身長：145cm 体重 54kg 背中が曲がっている。O脚が顕著にある。

神経学的所見に異常なし。

Barthel Index 75/100点

【基本的 ADL】

着替え：自力でできる。

食事：自立して食べている。むせはない。

移動：歩行は可能だが、膝が痛く、立ち上がってから動くまでに時間がかかる。

排泄：たまに尿失禁あり。

衛生：入浴 2-3日に1回シャワーをあびる。

【手段的 ADL】

買い物：外出していない。買い物は息子頼み。

洗濯・掃除：時間はかかるができる。食器洗いもできる。

金銭管理：息子に銀行のカードを預けて、ひと月いくらかきめて出してもらう。その中でお寺さんへのお金、必要なものを息子に言って買ってもらう。

食事の準備：食事は元勤めていたスーパーの宅配サービスを利用している。買うのは惣菜がほとんどで、炊事はほとんどしないが、ときには雨男が好きな野菜の煮物をつくることはできる。

交通機関：利用できない。

【高度 ADL】

趣味：妹 2 人と温泉に行くこと

仕事：かつては畑仕事/スーパーのパート

交友関係：もともと社交的で、認知機能が悪くなるまでは地域の集まりに出ていた。

【サポート】

《フォーマル》

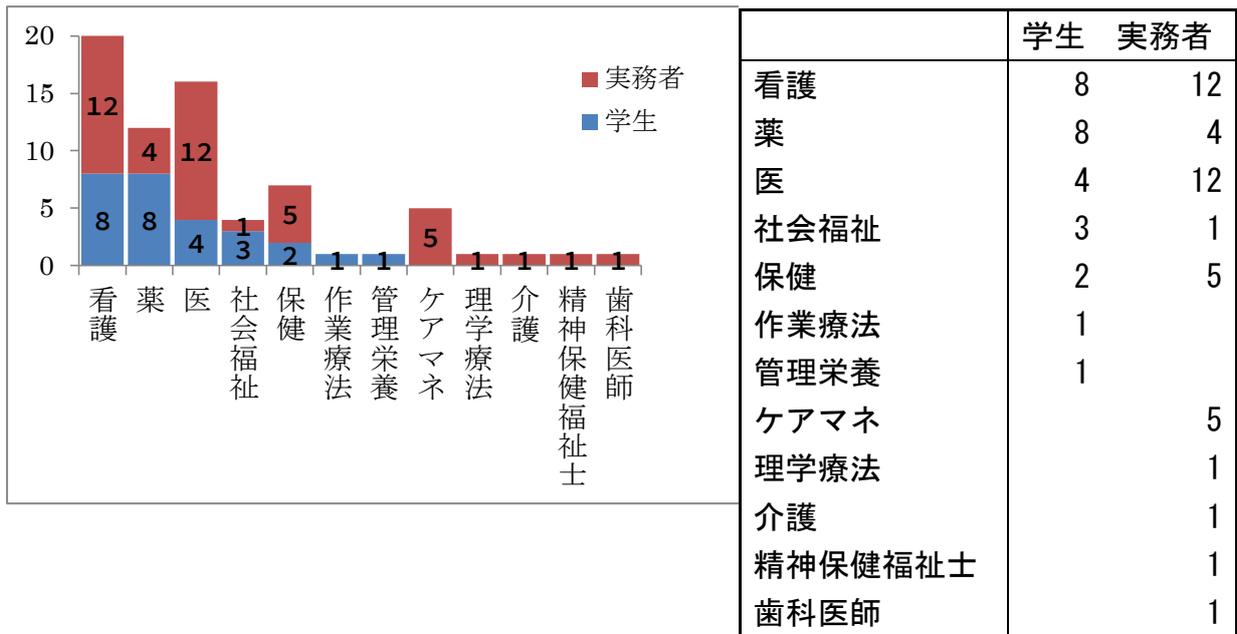
- ・介護保険：要支援 2 担当ケアマネ：D 苑の花本さん
近くのデイサービスに夫婦で週 1 日している。
- ・主治医：C 在宅診療所
- ・地区担当保健師
- ・民生委員

《インフォーマル》

- ・主介護者：守（長男。心筋梗塞後で、健康に不安あり）
平日は仕事をしており、土日に様子をみにくる。
- ・近所づきあい：昔はあったが今はあまり。
隣に姪夫婦が住んでいるが、関わりを避けている。
- ・老人会：昔はいていた。今はいかない。

事前事後アンケート集計

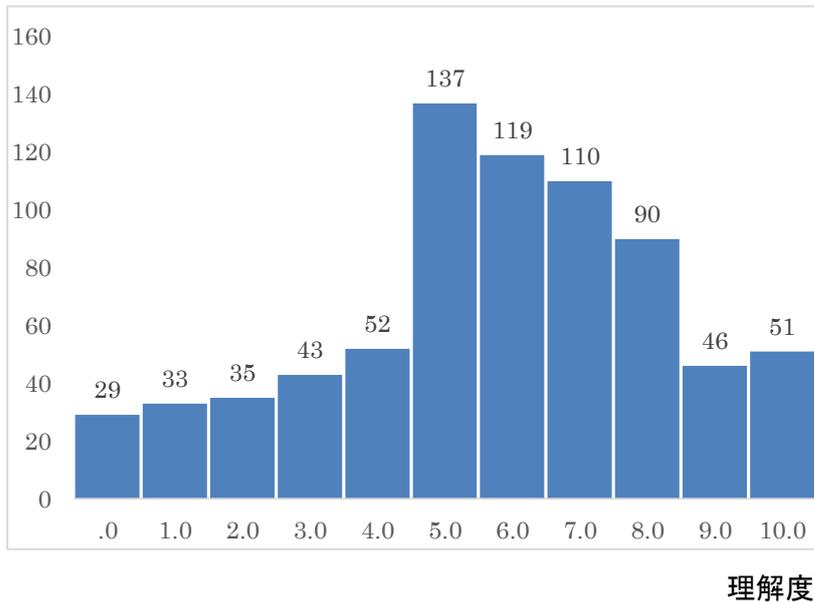
(1) 参加者の内訳



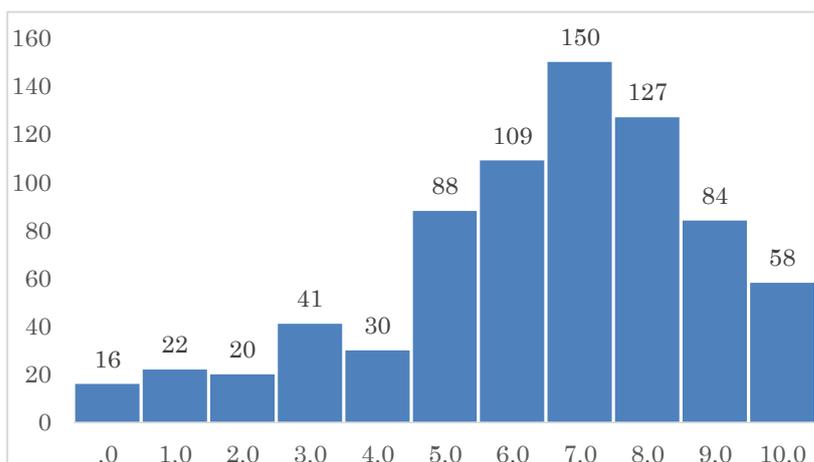
(2) 参加者全体の理解度の変化 (N=745)

* SPSS に対応のある場合の t 検定を行った。

人数



全体事前平均 : 5.7



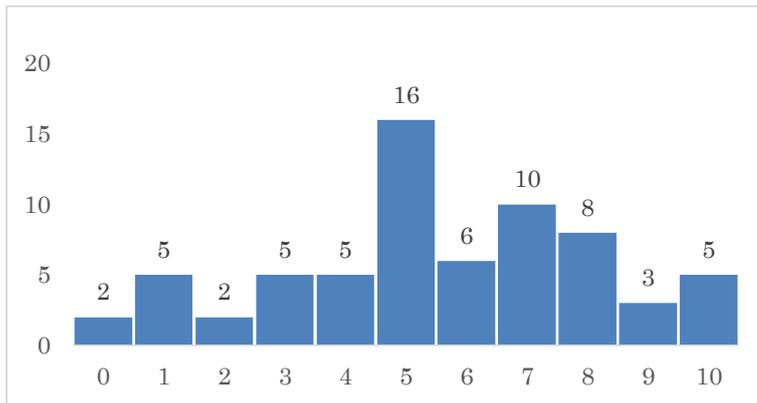
全体の理解度は
有意に上昇 (p<0.001)

全体事後平均 : 6.4

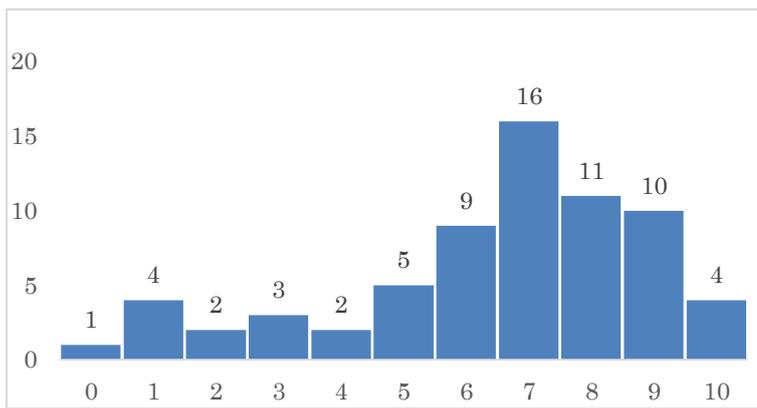
(3) 各職種別の理解度の変化

*いずれも SPSS で、対応のある場合の t 検定を行った。

① 保健師に対する理解度 (N=67)



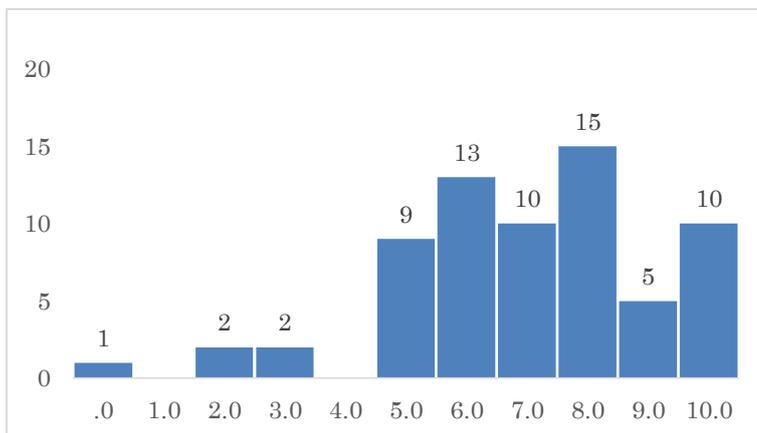
保健師事前平均 : 5.5



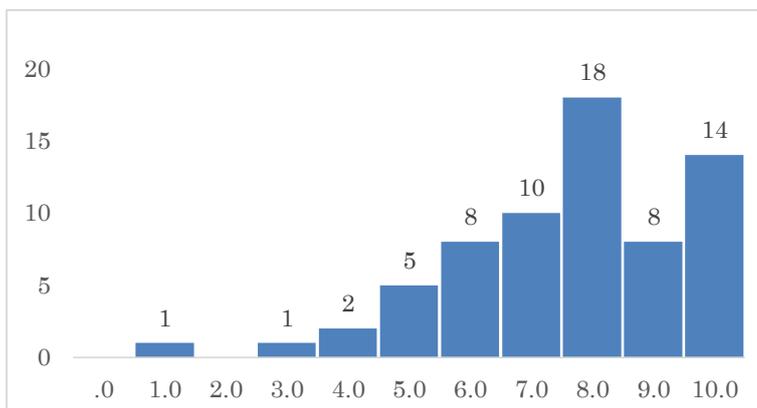
保健師の理解度は
有意に上昇 (p<0.001)

保健師事後平均 : 6.5

② 医師に対する理解度 (N=67)



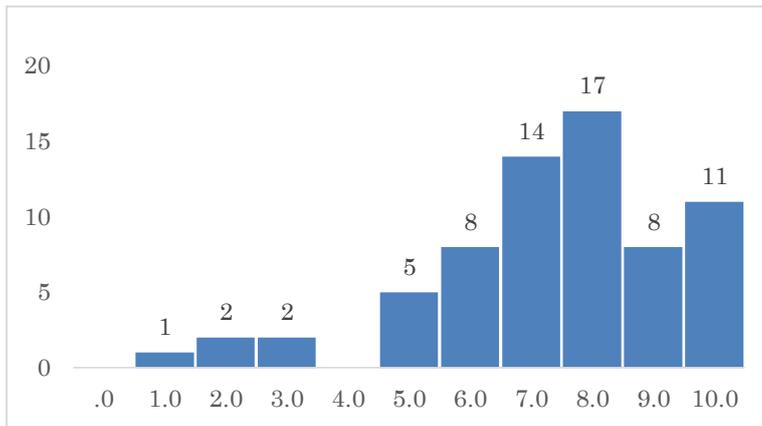
医師事前平均 : 7.0



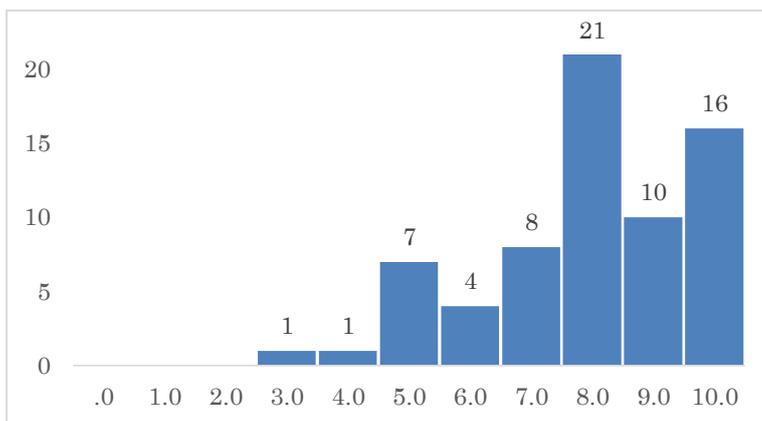
医師の理解度は
有意に上昇 (p<0.001)

医師事後平均 : 7.6

③ 看護師に対する理解度 (N=68)



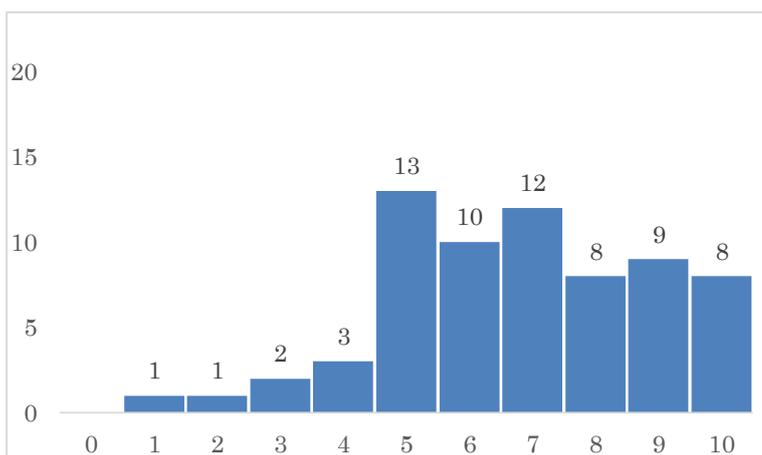
看護師事前平均 : 7.4



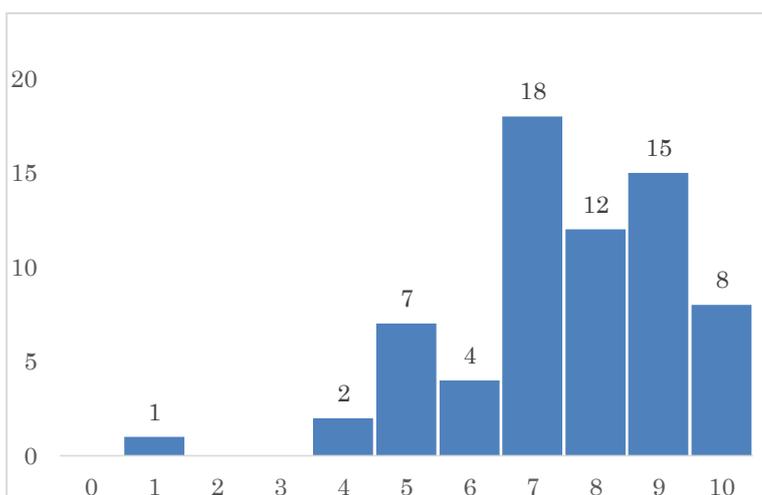
看護師の理解度は
有意に上昇 (p<0.001)

看護師事後平均 : 7.9

④ 薬剤師に対する理解度 (N=67)



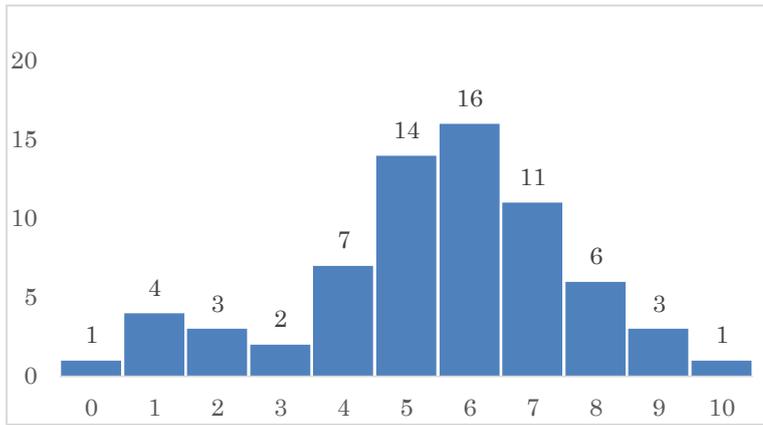
薬剤師事前平均 : 6.8



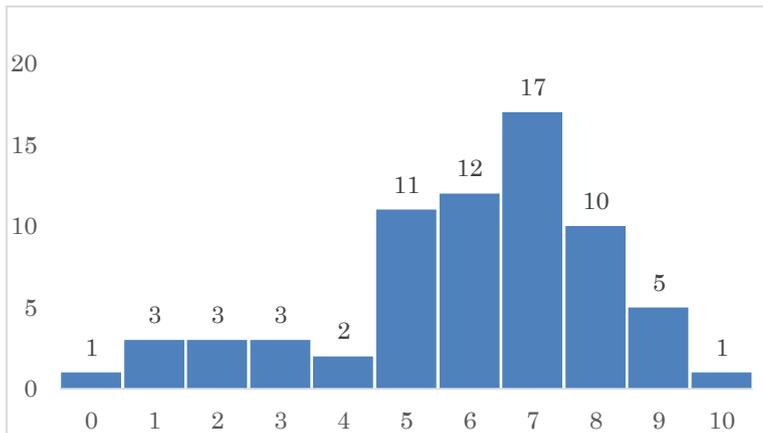
薬剤師の理解度は
有意に上昇 (p<0.001)

薬剤師事後平均 : 7.5

⑤ 作業療法士に対する理解度 (N=68)



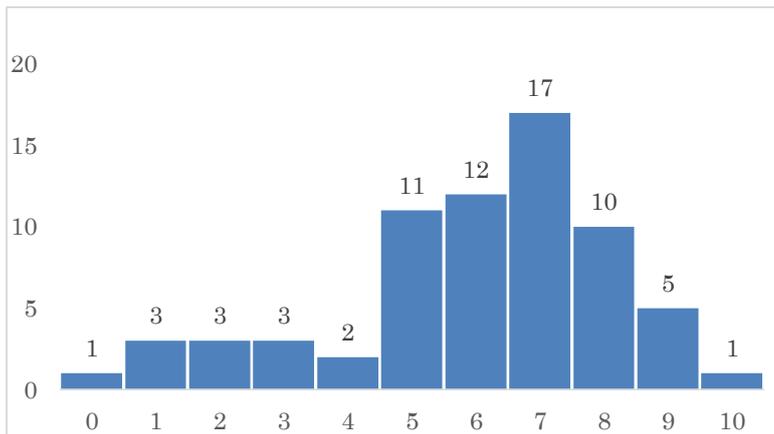
作業事前平均 : 5.5



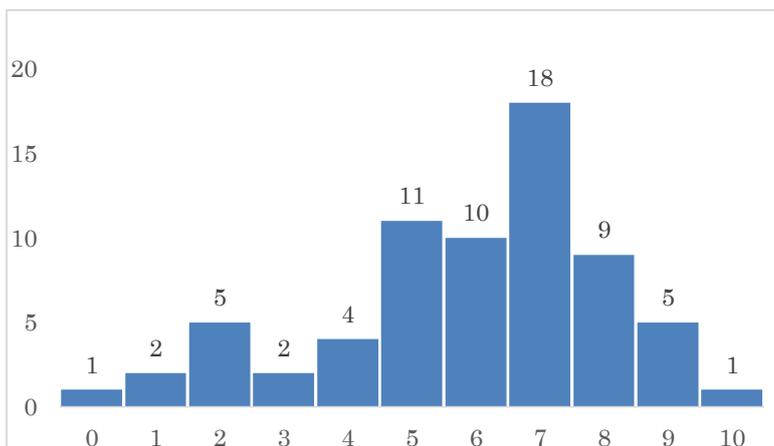
作業療法士の理解度は有意に上昇 (p=0.001)

作業事後平均 : 6.0

⑥ 理学療法士に対する理解度 (N=68)



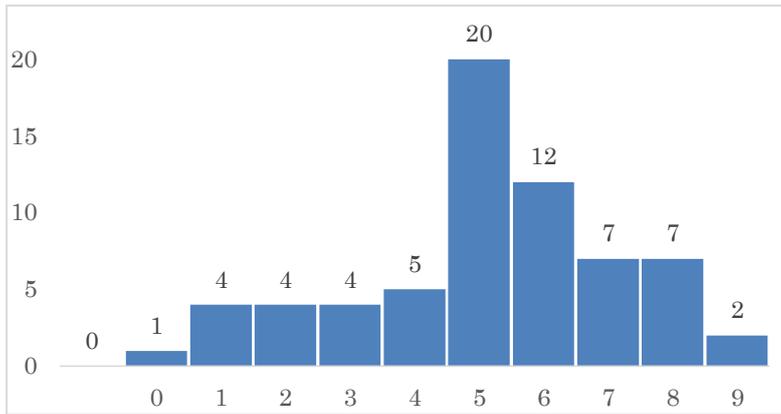
理学事前平均 : 5.4



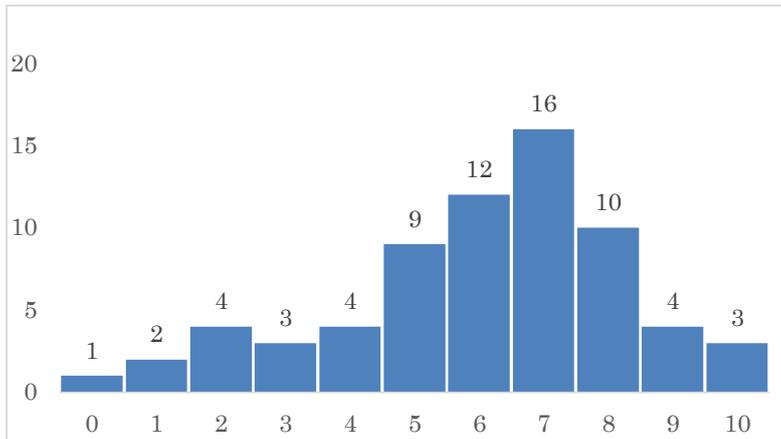
理学療法士の理解度は有意に上昇 (p=0.001)

理学事後平均 : 5.9

⑦ 管理栄養士に対する理解度 (N=68)



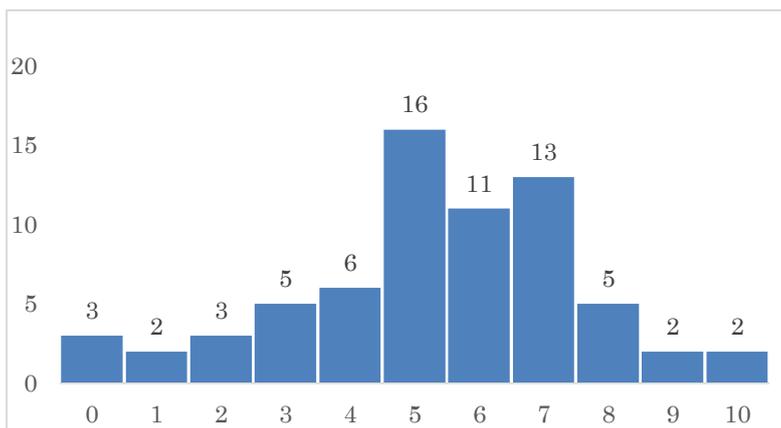
栄養事前平均 : 5.3



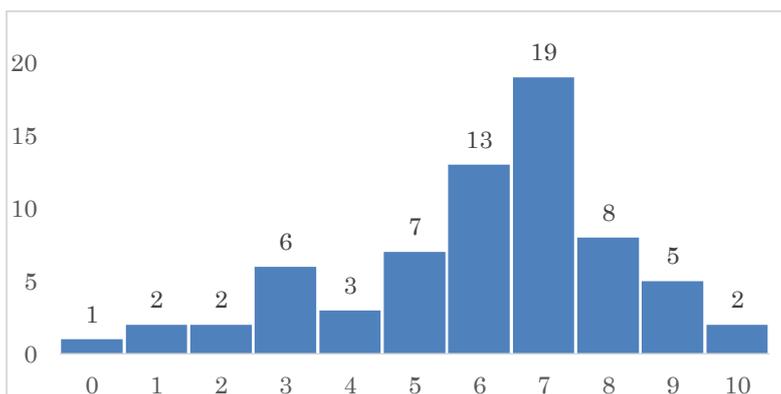
管理栄養士の理解度は有意に上昇 (p<0.001)

栄養事後平均 : 6.0

⑧ 介護福祉士に対する理解度 (N=68)



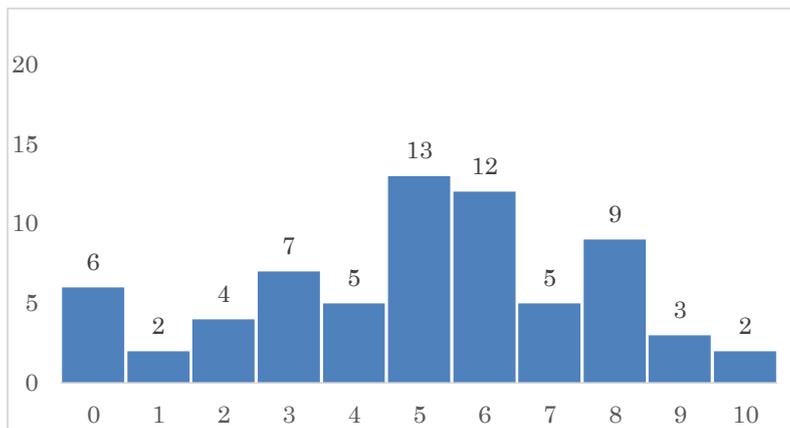
介護事前平均 : 5.3



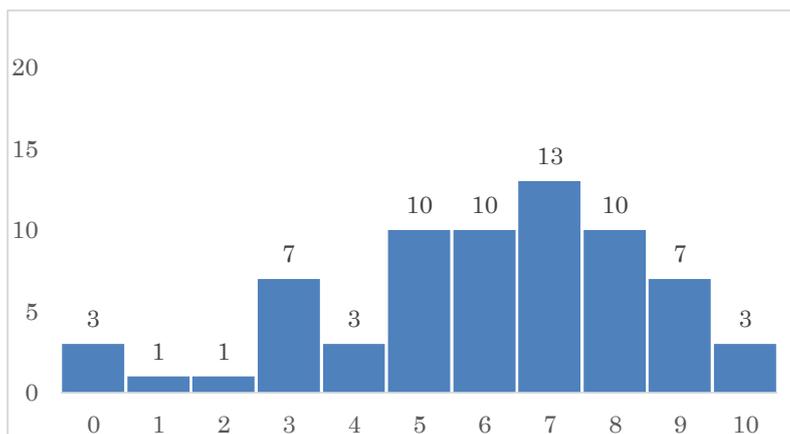
介護福祉士の理解度は有意に上昇 (p=0.001)

介護事後平均 : 6.0

⑨ 社会福祉士に対する理解度 (N=68)



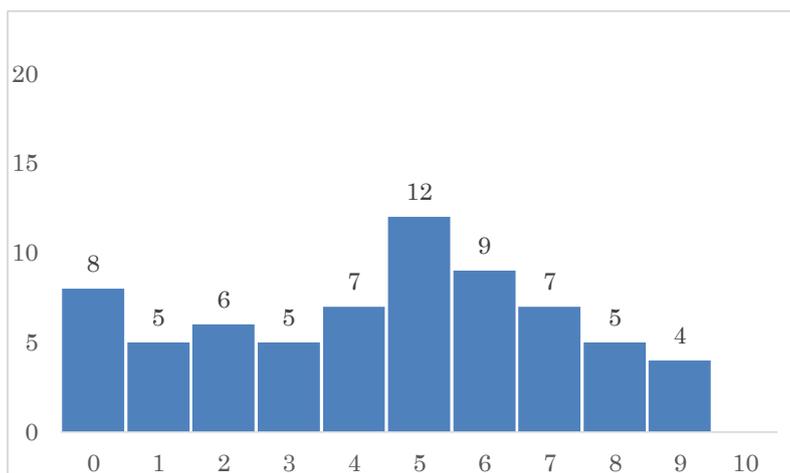
社会事前平均 : 5.0



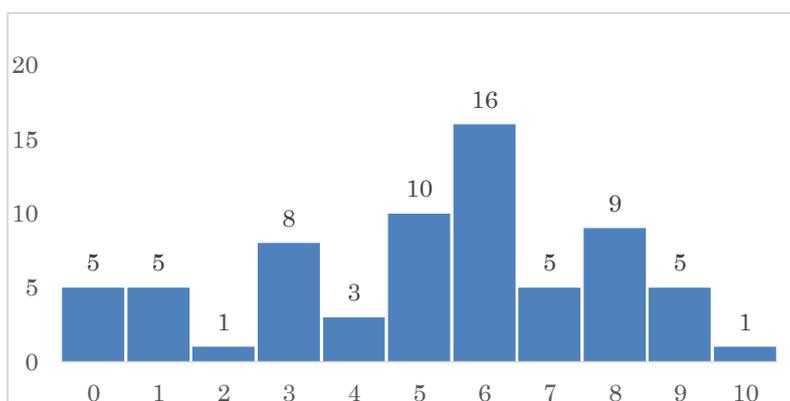
社会福祉士の理解度は
有意に上昇 (p<0.001)

社会事後平均 : 6.0

⑩ 精神保健福祉士に対する理解度 (N=68)



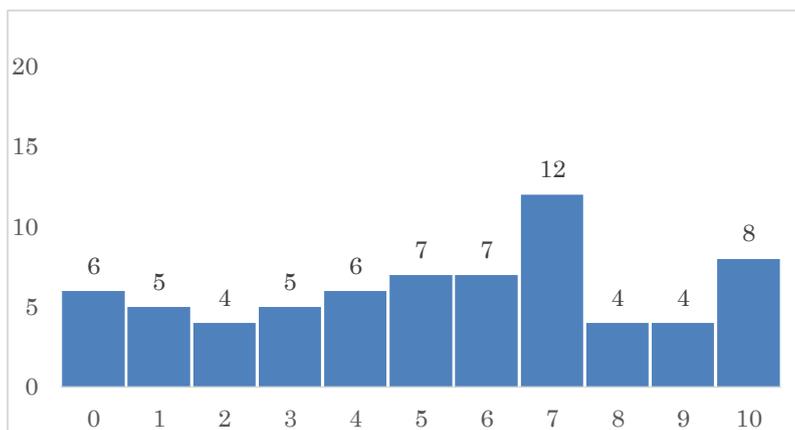
精神事前平均 : 4.4



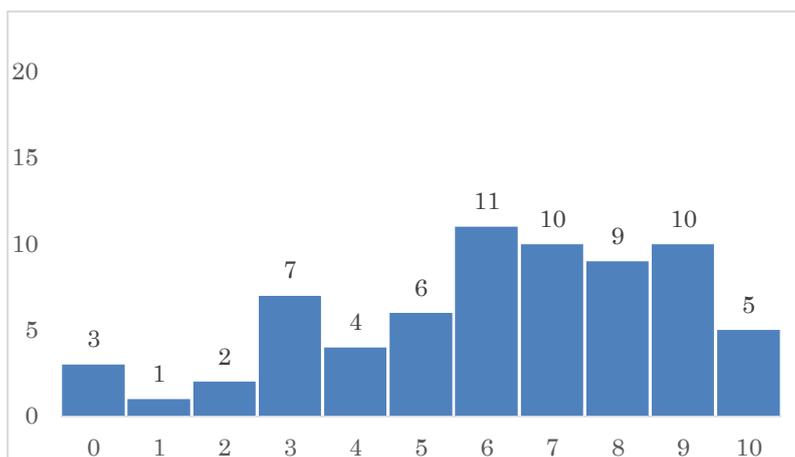
精神保健福祉士の
理解度は有意に
上昇 (p<0.001)

精神事後平均 : 5.2

⑪ 介護支援専門員に対する理解度 (N=68)



介支事前平均 : 5.3



介護支援専門員の
理解度は有意に
上昇 (p<0.001)

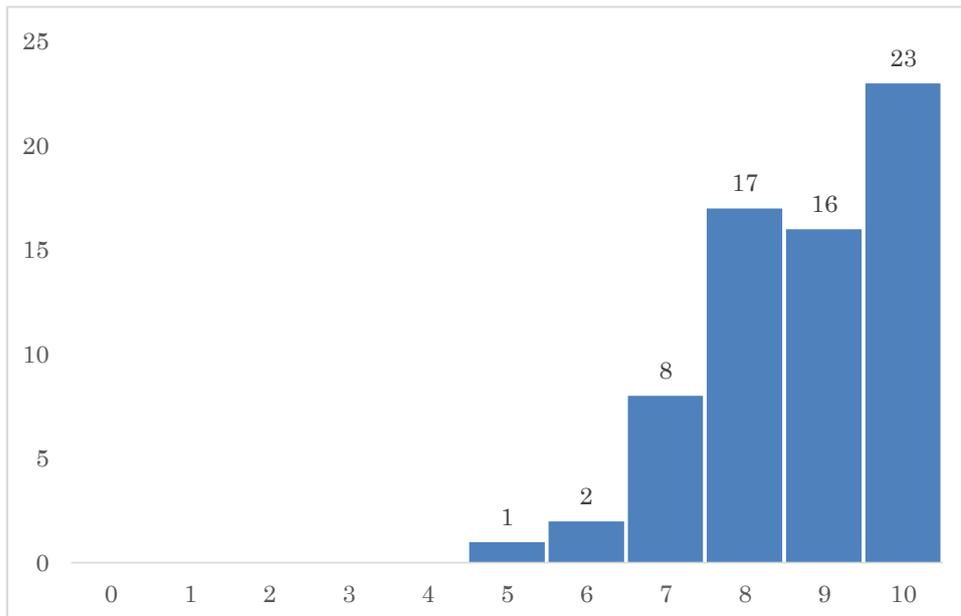
介支事後平均 : 6.2

事前と事後の理解度、有意差のまとめ

	事前の理解度	事後の理解度	有意差
保健師	5.5	6.5	あり (p<0.001)
医師	7.0	7.6	あり (p<0.001)
看護師	7.4	7.9	あり (p<0.001)
薬剤師	6.8	7.5	あり (P<0.001)
作業療法士	5.5	6.0	あり (P=0.001)
理学療法士	5.4	5.9	あり (P=0.001)
管理栄養士	5.3	6.0	あり (P<0.001)
介護福祉士	5.3	6.0	あり (p=0.001)
社会福祉士	5.0	6.0	あり (P<0.001)
精神保健福祉士	4.4	5.2	あり (p<0.001)
介護支援専門員	5.3	6.2	あり (p<0.001)

(4) 満足度の内訳 (N=67)

満足度の中央値は **9.0** であった。



(1) 各専門職の役割について、本日特に学んだこと・印象に残ったことはなんですか？

- ・医師、看護のペースにのまれて、なかなか自分の意見を伝えることができなかった。
- ・色々な職種の方の意見をうかがうことで、「自分の職種しか関われない事」が浮き彫りになった。
- ・薬剤師さん、色々なアプローチできるんだ！（剤形変更など）
- ・事例に対して、多方面から意見を出すことの必要性を感じました。多職種が連携する意義は大きいです。
- ・普段、あまり関わったことのない職種（薬剤師、歯科医師）や他の職場の方々と話す機会があり、各々の職種についての理解が深まり、様々な考え方があるということで学びが増えた。今後の仕事でも、自分だけの考えではなく様々な職種・家族で話し合い相談をしながらより良い在宅医療・退院支援をしていきたいと思った。お互いの職種のつながりは大切だと思った。
- ・自分の知らない知識・話がでてきて、いろいろな考え、方向がみえてくると思います。学生さんの積極的行動が印象に残りました。
- ・他の職種の専門性を理解していないと、必要時、適切に専門職につなげられない、と実感した。
- ・ケアマネージャーさんの役割・考え方で、一番現実的で患者さん（家族も含む）のことを一番考えていることが印象に残りました。
- ・訪問でできる範囲のことが予想以上に多く挙げられた。
- ・薬剤師の方が在宅でできる事が多いことを学んだ。各専門職共に感じている必要性について一致している意見が多かったことが連携するという意味で嬉しかった。
- ・介護保険によるサービスの利用回数。嚥下訓練の方法。
- ・様々な職種のそれぞれ違った視点をもっていること。医学的な視点だけでなく、患者の意向・まわりの状況をよく把握しているという ⇒ IPE 大切！！
- ・医師・看護師・薬剤師・介護支援専門員、最後の思いが同じであるということ（本人、家族に寄り添い思いを実現させる）。同じ視点を持っている。
- ・社会的にインフォーマルの方々を巻き込むことが大切、と感じた。
- ・どの職種からも本人の意思確認！という言葉が出たことが印象的でした。医療職として、安心して過ごしてもらうことをみんなで考えていけて、うれしい気持ちでいっぱいです。
- ・基本的にどの職種であっても最初に大事に想うことは一緒であり、色々な人の目をいれて、重層的に支えていく事が重要だと思った。
- ・各職種に特徴的な気付き・視点がある。
- ・“患者中心性”が話し合いの中で常にあつたので、実務者の方のお話が印象的でした。その職種によって出来ることは限られるのかもしれませんが、考えて話し合う時は、この職種だからこういう意見をいうといったように決まっているわけではないと感じました。“患者”が中心だからこそだと思います。
- ・異なる専門職ではあるが、重なっている部分もあり、そういった部分で意見が一致することがある。→印象深い。
- ・自分に出来ることを探しながら取り組んでいる。訪問リハビリについて、まずは話し相手から・・・というような面もあること。
- ・各専門職で視点がちがう。医師も治療優先ではなく、その人の人生を考えて下さっているという姿勢に感動しました。
- ・各専門職が知恵を出しあう事でいろいろな解決方法が出てくると感じた。
- ・薬剤師の訪問サービスがあることを初めて知りました。リハビリの必要性、医師の廃用症候群の診断必要。
- ・視点が違う面があれば、同じ事に注目・気付くこともある。

- ・それぞれの立場で細部まできちんと考えられた意見が聞けた事。
- ・他職の方の意見は職種ごとに異なり、それぞれの視点で1人の方を支えることで、本人さんのよりよい生活についての考えを深められるということを学びました。(自分だけじゃ考えつかないコト)
- ・まず、医師より事例の疾患についての医学的観点から問題点を話してもらったので、整理がつきやすかった。全体的に考えながらも、やはり専門的な役割を中心に考えるのだなあと思った。
- ・情報を共有→意見を出し合い→まとめる、というグループワークの作業は、実際に仕事での問題解決のプロセスと同じだと感じました。ケアネットが富山発ということ。
- ・老夫婦のケアなど、ご本人の意見を尊重していく中で、患者家族を含め、地域住民、ケアマネさんなど介護が果たす役割の大きさを実感した。
- ・同じ人のことについて考えても、各職種の方向性が一緒でもそれぞれに考えることはあり、だからこそ情報共有・連携が必要であるとことを実感しました。特にワーカーは直接的な支援が出来ないので。
- ・各専門職の特性・専門分野がある中で、それぞれを生かしながら、チームを組み、連携する事により、利用者さん(本人)が最良の生き方ができると思った。
- ・各専門職も所属先によって、役割・介入方法が大きく異なることを学んだ。地域で生活する方の支援の難しさを改めて感じた。
- ・症例に対して、専門職ごとに全く色の違う意見も出たので、患者の方針などを決定する際には多職種でのミーティングやカンファレンスが必要なんだと感じた。
- ・介護福祉士やケアマネージャーなどの重要性、様態、服薬状況の確認。
- ・実際の支援の内容や金額のことなど、勉強になりました。
- ・現職の方がいたことで、事例に関しての問題やそれに対するアプローチを具体的に考えることができた。
- ・本人だけではなく、家族や周囲の方と連携して介護を行っていくことを学んだ。
- ・年齢も考えると死生観の確認が重要であること。それによって各専門職がどのように患者さんと関わる、支えるのかが変わるため。
- ・薬剤師の視点で服薬管理について述べられていることが新鮮でした。やはり、訪問し、薬剤指導なり確認を行う事の重要性が学生のうちから教育されはじめたのだな・・・と思い、とても良い事だと思いました。
- ・その分役でいろいろな考えがある。でも、気持ちは同じであった事。
- ・医師、薬剤師の方との関わりが具体的であった。
- ・それぞれの職種で重要な役割があると思った。介護保険制度の見直しなど、行政ともつながる部分も職種によってはあること、また市町村によって判定基準が違うということが印象に残った。
- ・自分では気づかない所に着目されており勉強になりました。
- ・他の専門職の方とワークをしたことがなかったため、その職種によって視点や方向性が違っていたことが印象に残った。
- ・介護保険(1割)・医療保険(3割)・・・実際に訪問看護かかる費用について考えたことがなかった。ギリギリの生活をしている家庭における負担を少し知った。
- ・専門職として日常業務での関わりが色濃く意見に反映される。ペーパー上の事例でも、具体的な提案が出来るよう根拠を持つ必要性を改めて感じた。
- ・薬剤師はどうしても薬に目が行きがちで、原因、周りの状況に目が行きづらい。他の職種との意見交換が非常に重要であることが印象に残った。
- ・保健師・・・複数部門に存在と役割り。
- ・社会福祉士・・・地域のケアネット利用。
- ・各専門職それぞれの専門性を生かしながら、チームとして、1人の患者さん・家族を支援できることを学んだ。
- ・1つの事象(問題点)に関して、職種によって解決策がちがう。

- ・同じ課題に対する各専門職の目線が違っていることがわかった。各職により、それぞれの意見があり、とても勉強になった。
- ・保健師の具体的な役割・強みを学ぶことができた。現職者の方が多く、実際どのような関わりをしているか、どのように連携をとるのかを学ぶことができた。
- ・各職種ごとに目のつけどころが全く違う。薬剤師さんが思った以上に生活を見ていることを理解できた。
- ・介護関係の職種のことはあまり知らなかったが、マンパワーの増強という重要なファクターであると感じた。
- ・各職種が各々最善と思われる方法を出してくれていること。
- ・薬学部に在籍して同じキャンパスにいる医学生・看護学生はなんとなく身近に感じていたが、全く違う視点の意見を聞いて他職種のことにに関して無知な部分が多いと感じた。
- ・看護師のカバーする範囲の広さ。
- ・訪問看護を始めとする、現場の看護職の視点の広さ課題の多さ(理想と現実)。
- ・専門職毎の見方・考え方があり、連携の大切さを学んだ。連携する時に誰がキーパーソンになるのかが、若干、不明確だったように思う。
- ・病院で研修してたら出会えない職種の方の意見が聞いた。
- ・実務にまだ就いていなくても、学生さんも専門職の卵として学んでいるなあと感じました。
- ・1人の患者さんに対し、様々な職種の人達が関わっていることが実感できた。多様な視点から患者さんをサポートすることの大切さを学ぶことができた。
- ・他職種の方々が普通に認識されている用語(例:ケアネット)等、知らない事が多く、理解できたことがよかった。
- ・富山発祥のケアネットについて新しく学ぶことができました。地域で見守るという姿勢はとても大切なことだと思います。
- ・多職種の方の意見で視野が広がりつつも、治療(処方)について主に考えるのはDr.なので、その見落としはなくさなくてはいけないと感じました。フォーマル、インフォーマルの観点は印象的でした。
- ・介護支援専門員について、その職種内容を初めて知ることができた。
- ・薬剤師としてグループをつくったときに感じたのは、医療における介護士の重要性でした。何か対策を考えるたびに介護士の協力なしには不可能であることが多く、とてもいい機会になりました。
- ・フォーマル、インフォーマルに分けてサービスを考えること。今まではフォーマルのサービスにばかり目がいっていたが、民生委員、社協、ケアネットなど、まだまだ詳しく知らないサービスがある！知りたい！
- ・地域の協力という点について、知識の浅いところがあった。今回の検討で知識が深まりました。
- ・他の職種の意見を聞いて自分が気付かなかった専門職の意見、特に医療や薬に関する意見が聞いて参考になった。インフォーマル、フォーマル、家族の背景、できる、できない。
- ・各職種によって様々な視点や考え方があることを知り、対象者のより良い生活のために多職種で考えることの無限性を感じた。

(2) 本日の研修会を通じて「うまくできたな」と思ったことはありますか？

- ・大先輩方と意見の共有ができたこと。
- ・4分画表を即、午后に応用できた。
- ・同じ職種間で話し合ったことを、しっかりとグループに説明することができたと思います。
- ・様々な意見を出せた。グループで協力できた。
- ・特になし
- ・他の職種の意見、考え方を積極的に聴く。
- ・普段は積極的に人と話さないですが、少しでも多くの人と話すことを心掛けられたことです。他職種についての理解も深まりました。
- ・他職種の役割を聞き出せたので、今後役に立ちそうです。

- ・訪問看護ができる事を伝えられたこと。
- ・在宅で薬剤師が何をできるか伝えることができた。
- ・様々な立場の方の意見を聞いたこと。タイムキーパー。患者中心に考えること(家族までみる)
- ・自分の意見、思いをグループの人に伝えられたと思う。フォーマル、インフォーマルを取り入れることができた。
- ・顔のみえるケア会議を早くして、しっかり情報を得ることが大切。
- ・リハ職種の参加が少ない中で、存在をアピールでいたと思います。ポスターツアーでは和気あいあいと話をしつつ、根本までつきつめることができました。
- ・家族の想い！
- ・学生さんが継続的に発言してもらえた。また実務者からも程よい発言をしてもらえたこと。
- ・ちゃんと発表できました！患者さんを中心に考えることができたと思います。
- ・最後にグループでつくったポスターを発表すること。
- ・ファシリとしてチーム全員の発言を引き出すことができた。
- ・メンバーと話しあってかつ、ポスター作成が上手くいった。
- ・実際の臨床の経験を活かして意見ができた。
- ・ファシリテーターの役割について(自分の意見を言ってしまうようになった事)がありましたが、聞き役になれた事。
- ・班の方々の助言や手助けによって、ポスターにまとめることができたことです。
- ・批判しないこと。
- ・多職種で進めていく方が進行がスムーズと思った。
- ・自分の考えを伝えること。まとめること。
- ・他職種の方々の意見を聞き、幅広い意見を聞くことができた。最後、事例を通じ自分の中でまとめ、発表することができた。
- ・多職種の方々の意見を聞くことが出来、収穫になった。
- ・グループワークで、同職種・多職種と話し合えたこと。
- ・他チーム、自チームへの説明！！
- ・医師側としての医学的対応を中心に考えることができたと思います。
- ・様々な職種の意見を聞き、目的を達成するためにどうしたらいいか考えること。
- ・自職の立場としての発言がしっかりできた。
- ・グループ全体の方向性(目標)を決めませんか！と言えたこと。
- ・グループに薬剤師が一人だったため、薬剤師としての意見を言えたと思う。
- ・みんな必ず一言、意見を述べられました。それぞれの職種の特徴が出ていたと思います。
- ・学生さんとうまく話しが出来たこと。学生さん、勉強していますね！感心しました。
- ・それぞれ活発に意見がでていた。若者がいるといいと感じた(感性が新鮮)。
- ・前に比べれば、患者さんの意志というものがどういうものなのかというところに注目することができた。
- ・検討事例を見て、今、必要な事、在宅ならではの気づきができたと思う。(本人の意志を尊重した)
- ・現役の方からの意見や、それぞれの立場の考えを聞くことができた。自分の目指す役職の専門性を感じることもできた。
- ・コメディカル、医師が主役になれない場について、他の職種の方々が生き生きと発言をしていて、うまく脇役になれた点。
- ・PT本意ということにフォーカスがあった検討ができた。ルールを守って検討できた。ファシリテーターに支えられて検討が自由にできた。相互に参加者から学ぼうとする姿勢が快い。
- ・学生に他の職種の考え方を直に体験させることができ、自分自身も現場の考えを体験することができた。
- ・グループ内、各人の発言がスムーズに出た。

- ・自分の職種の特性を生かしたケアが提案できたこと。
- ・自分の思ったことを言えた。
- ・職種が違っていても思いは同じで「雨男」をなんとかするために、ケア会議をすること繋がったこと。「お約束」は守れました。
- ・グループの人の意見を聞いて、少しはまとめることにも関わることができた。
- ・グループ②は各人がバランスよく発見し、それぞれの視点を生かした話し合いができた。
- ・学生のため、年上にはあまり意見を言わないようにしてきたが、今回はいろいろ発言でき、また否定せずに聞いてもらえてよかった。
- ・各自、本音で語ってくれたこと。
- ・分からないことを遠慮せず質問すること。
- ・医師としての影響力を考えて、口に出しすぎなかった。
- ・口をはさみすぎない。自主性を重んじる。偉い人にも話を振る！
- ・グループ内全員が話せた。よくわからない中で、ひとつのものにまとめることができた。
- ・チームワークがよかった。
- ・学生さんの力を借りたこと。
- ・自分の意見を発言するように心掛けた。
- ・若い人たちの中に入ってコミュニケーションがとれたことかな?!
- ・人見知りせずいろいろな人と話すことができました。
- ・初参加の方への心遣い。どう思う？何かある？だけだと答えにくいので、具体的な答えやすい問いかけの努力。個性のある班でのまとめができた。
- ・ポスターはこだわって作成できた。みんなで協力できた。
- ・薬剤師として薬学的観点からの意見は多く述べられた。グループとして分野ごと特化した意見を述べながらまとめることができた。
- ・グループで、他者の意見を大事にしつつうまくまとめが進むように声かけなどこころがけた。
- ・看護師の立場だけでなく、対象全体を見る大きな視点で検討できた。
- ・本人の希望される在宅につなぐサポートはできたと思う。グループの個性ができた。
- ・他の人の意見を尊重して、意見を述べること。

(3) 本日の研修会を通じて「うまくいかなかったな」と思ったことはありますか？

- ・もう少し自分の職種のアプローチを伝えたかった。勉強不足。
- ・ファシリとしての参加でしたが、職種別のところで話しすぎた？かも。
- ・学生の考えをもっと引き出せると良かったと思いました。
- ・特になし。×3
- ・歯科に関して、もう少し介護などにくみ込めれば良かったと思います。
- ・もう少し、生活面から意見が言えるとよかった。
- ・グループワークの司会進行役を務めさせていただきましたが、グループワークをまとめることがうまくいかなかったなと思いました。次は頑張ろうという気になりました。
- ・医師としての役割をもっと発揮したかったと悔やんでいます。
- ・発表の際にうまく話が出来なかったこと。
- ・発表。何も考えていなかったため、理解しにくい内容となった。他の職種、他のチームとの交流ができなかった。
- ・あまり知らない分野の話についていく事。ファシリテーション。
- ・まとめ方がまずかった。
- ・遅刻しすぎてすみません！

- ・同じ保健師であっても働く場によって役割やできることが違っているため、どう支援できるのかイメージすることは難しかった。お金に対する意識。
- ・専門職でのGP の際の意見の引き出し方。少し方向性をもたせてもよかったように思った。
- ・管理栄養士らしい視点でお話しすることもできたらよかったです。
- ・自分が専門として学んでいるソーシャルワークの視点を上手く表出できなかったかなと・・・
- ・せっかくなさくさんの人と出会ったのに(出会いすぎたためか?)なかなか人の名前を覚えられなかった。
- ・薬剤師として、よい提案があまりできなかつたと思う。勉強不足です。
- ・話し合いの場で、学校で勉強したことをこの場で引き出せなかつた。
- ・「症例」の中で、地域との関わりに注目する事ができなかつた。
- ・自分の役目がきちんと出来なかつたが、グループの仲間が支えて下さりありがたかつた。
- ・自分の考え(言葉にする)を伝えることのむずかしさを感じました。意見を積極的に言うこと。
- ・専門職で話す問題点にばかり目がいった。
- ・学生さんの参加者の想いをうまく発言してもらおうこと。
- ・薬学的知識が不足しており、具体的な意見は出せなかつた。
- ・時間がもう少しあればと思う場面もあつた。
- ・今一度、自分の職種の役割を理解し直さないと、グループワークを進められない、ついていけないと思つた。
- ・医学的知識の至らない所も多くあり、質問することが多々ありました。
- ・薬剤師としてできることを上手く伝えきれなかつた。
- ・学生さんの発言をもっと促せばよかったかもしれません。
- ・あまり積極的に話し合いに参加できてなかつた(聞き手)。多職種をあまり意識できなかつた。
- ・他の職種の方々からもっと意見を聞きたかつた。
- ・各人の意見をどう模造紙に再現していけばいいのか迷つた。
- ・用紙記入の際、ちょっぴり躊躇してしまう。発言は活発だが、ファシリとして反省。
- ・プレゼンをあまりうまくまとめられず、最後まであまり発表できなかつたこと。
- ・介護保険制度についてなど、一度習つたことも忘れてしまつていた。
- ・サービスの関わり方(利用)においては知識はあつたのですが、福祉方面(社協さん、民生委員さん、老人会、近隣等)のかかわりに気付くのが遅かつたと思つます。
- ・自分のもつ考えをすぐ言語化できなかつた。話を振っていただいても、すぐに言葉にできなかつた。
- ・「診断」の重要性について、こういった症例においてどうなのか、自分でもわからない。難しいと思つた。入院しても無駄になるかもしれないが、でもやはり原因が可逆的なものがないか診てみたいと思つてしまう。
- ・自分の考えの幅がまだまだ狭く、多方向からの意見を考えることができなかつた。
- ・まとめの段階で遠慮がみられた。
- ・あまり自分の意見を積極的に発言できなかつたこと。
- ・グループとしての意見をまとめることなく発表した。
- ・各自の思いを紙に書いたため、まとめにくかつたかな？
- ・同じ職種でのグループワークの際にもっと意見を話したり、質問すればよかった。午前中での学びを自分のものにして午後に挑めばよかった。
- ・職種ごとのグループワーク①で学生の意見をあまり引き出すことができなかつた。
- ・学生ということもあり、現場のことはあまり知つてない点もあつた。
- ・自分の提示能力の低さ。
- ・他の人の意見を自ら聞き出すこと。
- ・あまり薬剤師役でうまく意見できなかつた。

- ・口をはさみすぎない・自主性を重んじる・偉い人にも話を振る！(2)と同様の内容のことが、これで良かったのか……不安。
- ・ファシリテーターとしてうまく機能できなかったと思います。ひっこみすぎたり、出すぎたり、良い体験でした。自分自身のやり方の振り返りになりました。
- ・医療以外の視点(経済状況など)も関わってくることを見落としていた。
- ・疾患についての知識が不足していたので、もっと勉強しなければいけないと感じた。
- ・自分の意見をもっと分かりやすく簡潔に伝えられるようにしたいです。
- ・事例について時系列があまり理解できていなかった。本人が在宅希望のときに在宅にすることを前提に考えていたのので入院という観点も少しは視野に入れたほうがより良かったように感じた。
- ・専門知識が分からず、話についていけないことがまだまだあると感じた。
- ・午前の部で医師役を演じたとき、意見をあまり述べるができなかった。薬学科だから薬剤師としての意見をもっていけばいいというわけにはいかないので幅広い意見を持っていきたい。
- ・おおかみこどもの絵が間に合わなかった。。。。
- ・対象の否定的な部分(障害や問題点)ばかりに目が行きがちだった。「できること」にも注目すべきだったかと……。
- ・入院も視野に入れつつ。
- ・自分が考えていることを分かりやすく伝えること。

(4) その他感想・気づいたことなどを自由に記載ください。

- ・実務者はやはり学生と違い良い意味で現実的だった。勉強になった。
- ・小浦先生お疲れさまでした。
- ・会場が寒くて、話に集中できませんでした。
- ・良い経験になった。
- ・若い頃、もう少しやる気があったと思うのですが、今後若い頃を思い返して、この課題にむき合いたい。
- ・グループワークを通して、他の専門職の人が持つ独自の視点や知識を学ぶことができました。他職種について理解することで、自然と連携が進むと感じました。
- ・当日参加連絡となりましたが、参加させて頂いてありがとうございました。来年もぜひ参加したいです。
- ・実務者が半数をこえると、どうしても学生は意見が出にくいかもしれません。工夫したいと思います。
- ・和やかな雰囲気グループワークに取り組めた。
- ・分からない事、素直に聞く事大切！
- ・多職種で意見を出し合い、互いの職種を理解することができた。連携の大切さを再認識できた。
- ・学生の方や職業について若手の方と一緒に考えることができたので、新しい考え方ができたと思う。
- ・ポスターツアーでは、毎度のことながら各班の特色が出ていて、内容は類似していた面もありますが、とても分かりやすかったです。ファシリテーターの方あっての話し合いであるとも思いました。ファシリテーターの方お疲れ様でした。
- ・広い視野と多くの知識が大切と再認識しました。
- ・いろんな意見を聞くのは、やはり楽しいし、日頃にはできない経験、在宅のことを考えているメンバーがたくさんいることに感動。学生さん、素直な発言、すばらしいです。
- ・少し部屋が寒かったです。
- ・学生さんたちが生き生きしておられました。
- ・職種間でのグループワークも紙にまとめて発表したら、もっと面白いと思いました。後は世代別に分けてみても良いかも……。
- ・学生の皆さんの素直な考え方を受け入れて、これからはケアマネ業務に活かしたいと感じました。
- ・働いておられる方、他職の方がいる心強さを感じました。
- ・チームワークはとても良かった。学生さんから教えられることも多かった。

- ・具体的な症例で、細かな設定がしてあり、症例ベースで話し合いをするため盛り上がりました。初めのグループワークがあることでそれぞれの職種が明確化し、グループワーク 2 がスムーズに進めたと思う。
- ・なかなかない機会でもとても勉強になりました。職種や年齢の違う方々と一緒にディスカッションすることができて貴重な経験でした。
- ・今後も研修があれば参加したい。
- ・若い学生さん達の新鮮な想いに触れることができて良かった。
- ・とても良い勉強の機会になりました！ いつもありがとうございます！
- ・このような会に参加できて、また参加してみたいと思えることができました。ありがとうございます。
- ・他の職種の重要性。
- ・実際の実務者の方と学生が交流できる貴重な会だと思います。
- ・もっと多くの職種が集まればいいと思います。
- ・IPE研修、初めて参加しました。楽しかった。また参加したいです。
- ・多職種で連携して研修できて良かったです。
- ・初参加で緊張したが、とても話しやすい雰囲気でした。現役の方、学生の方の両方をお話しする機会はあまりないので、とてもよい経験となった。ぜひ次回も参加したい。
- ・進行の妙味。日曜日に学ぼうとする人達だからこそ、成果が上がる。
- ・他職の現場の意見がとても参考になり、他職のこともすこし分かったような気がする。
- ・ポスターラウンドは、よい方法であった。
- ・実際に働いている方と接する機会はなかなかないので、とても勉強になりました。
- ・実際の在宅医療でも、今日みたいにドリームチームが集まって支援に繋がれば理想のチーム医療というのができるのではないのでしょうか。
- ・とても良い経験となりました。多職種と一緒に研修をすることは今後とても重要だと思います。今後も機会があれば、ぜひ参加したいと思います。
- ・現職者の方から具体的な支援方法や専門性を学べて良かったです。
- ・ポスターツアーはとてもためになりました。多くの考えに触れることができた。
- ・アイスブレイキングは緊張をほぐすのに役立った。
- ・患者さんの人間としての尊厳をもう少し取り上げるような発表が欲しかった。
- ・前回初めて参加して、今回2回目だったがやはり新しい発見が多かった。
- ・連携は大切(改めて)。
- ・とやまびー1周年！とても感慨深いです。これからも続けて行きたいです。
- ・今回初めて参加しました。役割が十分に理解できておらず申し訳なかったと思います。若い意見が聞けてよかった。
- ・初めて参加しましたが、とても貴重な機会だと思いました。
- ・研修は、思っていたよりも楽しかった。
- ・バリスタがあつて良かった。
- ・他職種の方々の意見を聞くことで、同じ事例に対しても切り口が異なることがわかった。
- ・初めての参加でしたが、あっという間に時間が過ぎてしまいました。とても充実していて楽しかったです。
- ・内履きがあつても良かったかも・・と思います。寒い・・という声が沢山ありました。
- ・初めて参加したとやまびーの時から比べると、用語など分かるようになり、理解をより深められるようになってきて嬉しいです！
- ・若い人達の参加が多く、若い人の意見が聞けて良かった。
- ・今回は初参加でしたが、とても楽しく考える機会も得られて、とても有意義な時間でした！





写真集 上市町多職種連携研修会 在宅老夫婦のいまとこれからのを考える！(第2部 13:30~16:30)

— 終わりに —

富山大学医学部 富山プライマリ・ケア講座
客員准教授 小浦友行

今回も盛況のうちに平成 27 年度 第 3 回とやまいびーを終了することができました。今回はたてやまつぎ在宅ネットワークさん、ならびにかみいち総合病院さんとの共催で行い、実務者の皆様にはファシリテーターを含め多大なご協力を頂きました。この場をかりて深く御礼申し上げます。当講座が多職種連携教育(Interprofessional Education: 以下 IPE)を開始したのが、まさに 1 年前のこの会でありましたので、再びこの地に戻ってきたことを感慨深く感じます。

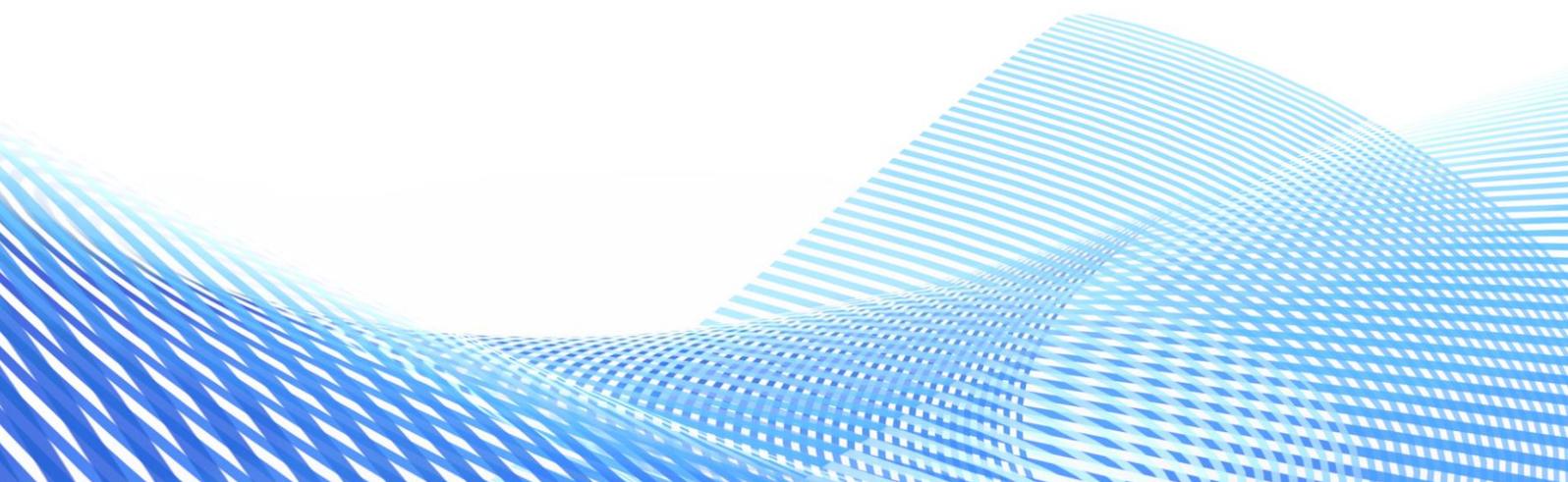
今回より午前中の企画を大幅に変更し、当講座がとやまいびーと別個に展開していた「やらんまいけ」プロジェクトを併せて開催することにしました。これは、当講座三浦太郎医師を中心として行ってきた「家庭医療学」の勉強会です。家庭医療学とは、患者様の身体的問題のみならず、心理的・社会的背景をも考慮し、かつそのご家族や居住する地域との関連をも包括して診療にあたることを専門とする医療です。多職種連携教育を開始していた時点から、この考え方はどの専門職においても共有できる(したい)ものである、と考えていましたので、今回その第一弾として「臨床倫理の4分割表」というものをみんなで勉強しました。詳細は別途資料をご参照頂くとして、今後もこのスタイルを継続していく予定です。

午後の部は以前と同様に多職種連携グループワークを行いました。前回は時間管理が大きな課題となりましたが、今回はほぼ予定通りに進行し、最後はグループ全体の振り返り(省察)も行うことができました。詳しい内容は前回通り、各職種別グループで議論するグループワーク①に引き続き、多職種混合チームによるグループワーク②、その後ポスターツアーによる発表・意見交換を経て、最後に振り返りを行いました。特に今回はかみいちの実務者の皆様が多数ご参加頂けたので、グループワーク①で学生が実務者の皆様から学んだことが大きく、そのことがグループワーク②でいかに発揮されたのではないかと感じました。しかしその一方で、学生が学生の立場から意見を話す機会が少なかったのではないかと、という懸念の声も頂きました。これは決して学生が実務者の皆様の前で萎縮していた、ということではなく(むしろ学生からは、大変話しやすかった、との意見を頂いています)、実務者の意見にとらわれてしまったのでは、という懸念です。確かにそういった点にも配慮は必要でしょうが、今回のアンケートでは「学生さんの新鮮な意見から学ぶことも多かった」という実務者の意見もあり、IPE が求めるところの「お互いがお互いから学び合う」世代間連携が成し得たのではないかと、とも

推察しています。これは私がとやまいびーで最も証明したかった結果です。すなわち、学生にとって実務者の皆様はすべからく「先生」である、ということ。実務者の皆様が学生の IPE に参加頂くことの大きな成果である、と私は強く確信しています。

また、今回大きな成果を挙げられた理由の一つに、質の高いファシリテーターの存在が挙げられることは間違いありません。今回はたてやまつぎ在宅ネットワークさんのご尽力により、主任ケアマネージャーさんを中心にファシリテーターをお願いすることができました。日頃の地域ケア会議などでも、司会進行役を行う機会が多いケアマネージャーさんがファシリテーターを行って頂いたことに加え、参加者みなさまがこの研修の意義をご理解して頂いたことが、よりよいグループワークの要因であったと感じています。改めて、ファシリテーターの皆様には深く御礼申し上げます。

先にも触れましたが、これだとやま多職種連携教育プロジェクトは1周年を迎えることができました。最も重要なことはやはり「継続すること」です。これは国内の IPE 先駆者の先生方が口をそろえておっしゃっていることです。どんなことがあっても不転の決意で継続させること、これが重要です。そのために今後とやまいびーを当講座の範囲を超えて組織化することが求められます。実務者・教育者の組織化のみならず、学生達の組織化も求められております。みなんで一致団結して現場をより良いものにするために、IPE が展開していけることを心より願う次第です。



第3回とやまびー参加者名簿

		：ファシリテーター			2015.8.30
		ご芳名	学校・勤務先	学科・職種	
No.1	A	佐藤 幸治	かみいち総合病院	医師	
No.2		木村 優希	富山短期大学	専攻科食物栄養専攻2年	
No.3		安田 勝子	立山町訪問看護ステーション	看護師	
No.4		石崎 真由子	富山国際大学	子ども育成学科3年	
No.5		堀田 麻緒	山田温泉病院	理学療法士	
No.6		吉田 祥吾	中部厚生センター	保健師	
No.7	B	島田 ちづる	中新川広域行政組合	看護師	
No.8		米澤 健	富山県立総合衛生学院	看護学科2年	
No.9		堀田 早苗	チューリップ米沢薬局	薬剤師	
No.10	C	中村 一樹	かみいち総合病院	医師	
No.11		沓掛 真彦	富山大学	薬剤師	
No.12		島田 佳奈	富山国際大学	子ども育成学科3年	
No.13		光岡 真由美	上市町訪問看護ステーション	看護師	
No.14		若栗 良	富山大学 総合診療部	医師	
No.15		町 美伶	富山大学	医学部看護学科3年	
No.16	D	河村 瑞恵	中部厚生センター	保健師	
No.17		大上 菜穂子	舟橋村地域包括支援センター	保健師	
No.18		櫻村 彩香	富山大学	薬学部薬学科6年	
No.19		大橋 みゆき	デイサービス つくしの森	ケアマネジャー(介護支援専門員)	
No.20		岩田 知也	富山県立総合衛生学院	看護学科1年	
No.21		岸 美津子	かみいち総合病院	看護師	
No.22	E	宮嶋 友希	富山大学	医師(研修医)	
No.23		窪野 裕佳子	富山県立総合衛生学院	看護学科 教員 看護師	
No.24		石川 明香里	富山大学	薬学大学院薬学科専攻2年	
No.25		黒田 惇	黒田内科医院	医師	
No.26		船木 拓真	富山大学	薬学部薬学科5年	
No.27		清水 洋介	佐久総合病院	医師	
No.28	F	小林 彩子	富山大学	医学部看護学科2年	
No.29		廣田 和美	上市町地域包括支援センター	保健師	
No.30		重田 まつ子	居宅介護支援事業所ひまわり	介護支援専門員	
No.31		吉橋 拓耶	富山大学	薬学部薬学科5年	
No.32		小浦 詩	富山大学 周産期センター	医師	
No.33		福島 和美	かみいち総合病院	看護師	
No.34	G	戸田 友理恵	富山国際大学	子ども育成学科3年	
No.35		小池 真理子	上市町地域包括支援センター	ケアマネジャー(介護支援専門員)	
No.36		植田 寛生	富山大学	医学部医学科4年	
No.37		萩原 四季	金沢大学 医薬保健学域 保健学類	看護学専攻3年	
No.38		山西 由加	特別養護老人ホーム 常楽園	介護職員	
No.39		大野 知代子	かみいち総合病院	看護師	
No.40	H	牧野 慶子	富山大学	薬学部薬学科5年	
No.41		中川 美智子	特別養護老人ホーム 常楽園	ケアマネジャー(介護支援専門員)	
No.42		小島 梓	富山大学	医学部医学科4年	
No.43		高瀬 愛	南砺市民病院	医師(研修医)	
No.44		山口 奈々	富山県立総合衛生学院	看護学科1年	
No.45		西條 尚	富山大学	薬学部薬学科5年	
No.46	I	土井 淳詩	かみいち総合病院	看護師	
No.47		鮫島 梓	富山大学 産婦人科	医師	
No.48		福森 史郎	富山大学 大学院	保険薬局学研究室 博士(薬学)	
No.49		梁 祐輔	金沢医科大学	医学部医学科3年	
No.50		味見 有美	かみいち総合病院	看護師	
No.51		北野 厚子	上市町地域包括支援センター	ケアマネジャー(介護支援専門員)	
No.52	J	山崎 雄平	富山大学	薬学部薬学科5年	
No.53		三浦 太郎	富山大学 富山プライマリ・ケア講座	医師	
No.54		松井 久美	石川県立看護大学	看護学科4年	
No.55		牧野 良昭	歯科Myクリニック	歯科医師	
No.56		村田 瑞恵	かみいち総合病院	看護師	
No.57		野村 和代	富山県立総合衛生学院	保健学科 教員 保健師	
No.58	K	窪田 峻大	富山医療福祉専門学校	作業療学科3年	
No.59		木戸 敏喜	富山大学 第一内科	医師	
No.60		高木 由希絵	富山県立総合衛生学院	保健学科1年	
No.61		細川 智子	舟橋村地域包括支援センター	看護師	
No.62		河上 裕太郎	自治医科大学	医学科5年	
No.63		柴原 天馬	富山大学	薬学部薬学科5年	
No.64	L	高澤 千絵	かみいち総合病院	精神保健福祉士	
No.65		萩原 美紀子	かみいち総合病院	社会福祉士	
No.66		戸島 雅宏	かみいち総合病院 院長	医師	
No.67		坂本 奈緒子	かみいち総合病院	看護師	
No.68		井村 夕紀子	富山県立総合衛生学院	保健学科1年	
No.69		濱田 春香	富山県立総合衛生学院	看護学科2年	
No.70		池田 智一	チューリップ上小泉薬局	薬剤師	
No.71		小浦 友行	富山大学 富山プライマリ・ケア講座	医師	

トヨタ
TOYOTA

トヨタ
TOYOTA