

|   |
|---|
| <p>キーワードの「解決できるか、評価できるか」、サービス開始したら計画がかわるということ→今までは計画をたて本人がよければそのまま続行になっていたが、評価し、同じ計画に戻らないというのが印象的でした。私の頭の中には「らせん階段」はなかったので驚きでした。介護保険がすべてではなく、本人の自助努力が大切である。</p>   |
| <p>居宅サービス計画書(1)のとらまえ方。必要なことを簡潔にというところ。</p>  |
| <p>居宅の場合、本人のスケジュールに合わせてプランを立てることが一番。ややもすると、プランを立てて、本人の方に合わせてもらうところがあったから、やり方が反対だと思った。</p>   |
| <p>苦情に関してプロセスが大事だということ。品質管理という表現と意味。</p>  |
| <p>具体的なケアプランを立てる。具体的であれば、第三者が見ても、利用者や家族の意向がよく分かる。また、モニタリング、評価、再度計画を立てやすくなる。計画を立てる場合、理想論が先に出てきてしまうが、それではいけない。問題点、ニーズの部分での表現の方法、書き方が難しい。人それぞれ受け取り方が違うため、考慮が必要。例であったように、「残存機能を活用した生活全般の介護を行なう」は自分も使いそうな表現であったが、一つ一つ細かくくたいて考え、計画を立てる上でのポイント等が分かりやすくなった。</p> |
| <p>グラフに、項目にあらわれたものの「読みとり方」の足がかりを得たように思われます。対話(本人及び家族)を重んじて、その中から色々なものをつかみ取ろうと、私自身の中に偏りがあったように思います。データの示唆するものを、もう少し、しっかり読みとらなければならぬと反省致しました。</p>   |
| <p>ケアサービス計画の原点についての話題でした。</p>   |
| <p>ケアプラン作成。</p>   |
| <p>ケアプランの作成にあたって、介護の方法を考えるのではなく、自立の方法を考えるということ。</p>   |
| <p>ケアプランの実際の考え方等が少しは理解できた。</p>  |
| <p>ケアプランは評価するために作成するものであるが、一言に評価と言われても何をどのように考えたら良く分かりませんでした。今回の研修では、その評価の方法にも触れていただき、今後のプランの見直しに利用させていただきたいと思います。ロールプレイ、介護サービス計画の説明の場面では、実際に行なっているいつもの説明が本当に利用者さんの同意が得られるような説明ではなくなっているのではないかと感じられました。</p>   |
| <p>ケアプランを説明しなければならぬと反省しています。特養に帰って生かして行きたいと思います。</p>  |
| <p>ケアプラン作成の見直し、初心に戻ることができた。</p>   |
| <p>ケアマネ業務は「経験と勘」の上に、業務の標準化が必要であるという点。利用者の希望が樹の軸となえるという話し。</p>   |
| <p>ケアマネジャーとして連絡調整等しているうち、一番偉いというような気持ちが少しはあったようにも(勘違いで)思います。そんなに大それたことではないですが・・・今日は、そういう意味で仲間に入らせてもらうという先生の意見には納得し、これからの仕事に生かして行きたいと思います。私のやり方があるという事も、うろこがとれるような感じで嬉しかったです。</p>  |
| <p>ケアマネジャーの本質。</p>  |
| <p>ケアマネジャーは、一人の利用者に接した時、表面だけでなく、全部全体を把握しなければならないこと。その人の身になり、在宅で生活する上で、何が必要なのか、大切なのかを知らなければならない。こちらだけ先走りするのではなく、利用者の考え、意欲も大事なものだということ。大変、奥の深いものだと思います。</p>   |
| <p>ケアマネジャー役でなく、利用者または利用者役になれば、また違う立場から考えることができるので、今後の参考にしてみたいと思います。</p>   |
| <p>ケアマネの原則がよくわかったし、看護の視点を応用すればかなり理解しやすいこともわかった。ケアマネ研修をするのに、必要な資料がいっぱいあり、すべてが役立つ研修でしたが、スピードに追いついていない部分がありました。</p>  |
| <p>計画書の記入の参考になりました。日常生活にはゴールのない事項もたくさんあります。現状維持を望まれる方もかなりいます。維持するための介護も当然必要なわけですが、その中で(ゴール)を出すのが難しいとこ</p>   |

|  |
|--|
| <p>るもあります。</p>   |
| <p>計画書の記入の表現について反省すること多く、耳が痛かったです。ロールプレイの説明においても、総合的な方針の文章の大切さが改めて実感です。</p>  |
| <p>計画書の大切さと、利用者からの直接の情報に重点を置き過ぎていたことです。調査書、意見書の中に重要なことが詰まっているんだということです。</p>  |
| <p>計画書の特に(2)のところですが、難しく考えがちでしたが、ご本人やご家族が〇〇できたや、〇〇できるようになったと喜んでいただける計画書が良い計画書であるのだと、改めて思いました。いつも、計画書はご本人たちがみても、よく分からないようにオブラートに包んだような計画書だと思っていました。</p>  |
| <p>計画書は契約であることでの考え方の徹底。モニタリング、評価の重要性。忙しいは理由にならない。スケジュールを作ると効果的。</p>  |
| <p>計画書を書く時に、いつも悩んでいました。今日の研修で何かが分かったように思います。</p>   |
| <p>計画書をきっちり作成する事、またニーズにケア内容が組み込まれているか、自立に向けているか等が大事だという事がよくわかりました。また、文章化していく事が難しい。ケアマネの視点の持ち方によって、利用者の状態も変わっていくことの恐さも痛感しました。もう少しゆっくり、お話しを聞きたかったです。</p>   |
| <p>計画と評価の重要性について再認識できたこと。</p>  |
| <p>計画内容はゴールに到達できるものであり、表現も抽象的ではなく具体的であること。アセスメントをグラフに表わして、何が足りず、何が可能か一目でわかれば計画が立て易い。一人で抱えず、保健・医療・他の社会的資源を活用すること。リハビリ、自立のための福祉用具の活用。</p>  |
| <p>契約に対する責任。</p>   |
| <p>研修会の内容は当然のこと、いただいた資料を大切にしたいと思います。</p>   |
| <p>研修資料が役に立ちます。</p>  |
| <p>現任研修に参加しても、居宅サービスが中心となり、今回のように施設サービス計画書をグループ討議したのは初めてです。ニーズの捉え方から、サービス内容までのポイントを説明していただき、勉強になりました。</p>  |
| <p>こうあるべきだという考え方はもたない。利用者が真に必要なとしているサービスを、その立場に立って考える。</p>   |
| <p>ゴールのないプランは評価できない。</p>   |
| <p>これから施設における介護サービス計画を作成して行く上で、大変参考になりました。〇〇月に開設したばかりで、まだとてもケアプランまで手つかずになっているのが現実です。これを機会に、今日学んだことを生かせるような計画を立てて行けたらと思います。</p>   |
| <p>サービス計画書の書き方。</p>  |
| <p>サービス計画の記入が負担になっていたが、何か意味があることとはっきり思えるようになったし、活用できるものを作成しないといけないと思った。</p>  |
| <p>サービス計画は評価するためにある</p>  |
| <p>サービス内容、サービスの利用料など、今までいかに説明不足だったのかが良く分かりました。</p>   |
| <p>サービスを提供するという事にはしてしまい、自助の気持ちをかきたてたり、周囲の資源活用の重要性を再確認した。</p>   |
| <p>サービス提供内容に具体的な記載。注意深いモニタリング。説明したことと理解してもらうことのギャップ。</p>   |
| <p>再度「自己覚知」を行い、もう一度自分確認をしたいと思いました。先生の話しの中で、ケアマネジメントの前に「対人援助技術」が問題であると言われた事、本当にそう思います。在宅介護支援センターのソーシャルワーカーとして、その技術習得のために自分も随分苦慮してきました。基本はいつも、そこだと思えます。また、解決すべき課題のとりあげ方、悩んでいた部分が、はっきり分かり良かったと思えます。</p> |
| <p>残存機能を把握し、それを生かしたプランを考えること。主治医意見所の内容を確認すること。</p>   |
| <p>週間サービス計画の重要性を理解した。サービス計画書(1)(2)の記入の仕方が少し理解できた。今後にいかしたい。</p>   |

|  |
|--|
| 週間予定表の重要性。   |
| 主治医の意見書の大切さ。専門職間との連携の大切さ。  |
| 主治医の意見書の病名や特記事項もプランの中に組み入れる。自立、予防を目的に、いかに残存機能を見つけて、介護にむすびつけていくか考えていく必要を感じた。  |
| 情報を多くするのが大切ではなく、ポイントをしばった情報収集が大切。専門職としてのご本人の自立のための視点をいつも持って計画を立てる。ご本人に関わる色々な人の立場に立ってみて、色んな角度から考えてみる事の大切さ。  |
| 全てです。もっともっと知識の必要性を感じました。   |
| 説明は1日に何個もしないで1項目にし、何度も回数をかけて説明していく必要がある。初回に説明しても、聞いていないということがある。それは、初めての説明を何項目も聞いても、残るのはその中の数個に過ぎないという先生の話しであらためて痛感しました。私は絵を書いて説明することもあります。図に書くこともあります。大きな字で書いて、目に見える所に置いてもらうこともありました。もっと考えて行きたいと思えます。 |
| 説明は短めに何度も繰り返す。インフォームドコンセントがどこの世界でも重要。  |
| 先生のお話しの中で、例題として転倒予防についての件や、残存機能についての件では、大変良い勉強になりました。通所介護の現場で働いている私ですが、見る目を養った思いで一杯です。理想と現実のギャップに毎日、四苦八苦しておりましたが、思い違いだという事を痛感致しました。  |
| 総合的にみると、自分の不得意な保健医療面の計画が十分に立てていない事に気がついた。今後、意見書も参考にしていきたい。   |
| 短期目標、長期目標の評価をしていなかったのが、必要なことだと分かりました。何が正しい計画書かは判断できないということで、相手の困ったことや、こうしたいこと、こうすると良いと考えているということなど、いかに探り出すか、言葉として出させるかと、それが大事だと思います。   |
| 短期目標、長期目標の目標をどこに置くか、どこに視点を合わせるかが理解でき、今後活かしたい。  |
| 長期目標の立て方について、ニーズの立て方など、もう一度、見直す必要があると思った。  |
| 調査内容と意見書を充分読みとること。その中から課題をあげ、利用者及び家族の意向もくみとりながら計画をたてる必要があると痛感した。   |
| つい忘れてしまいがちだが、介護保険は社会資源の一つだということ。ケアマネさんは介護保険という枠の中だけで色々な問題を一人で抱え込んでしまいがちだが、行政にいる私たちが調整役となっていくことの必要性を再認識しました。  |
| できるゴールを決める。ニーズをとらえる(利用者の意思を確認する)。前提条件や制約条件の明確化の必要性を感じた。また、課題分析で目的を忘れる事があったが、今日の講義で臨床、現場最優先な事を再度感じた。どういう点に着目して活動すれば良いか具体的な話しが聞けて良かった。ロールプレイで家族の立場になって、介護支援専門員役の人の説明を聞いて参考になった。                          |
| ニーズ、目標のとらえ方。   |
| ニーズからゴールを見つけるとい言葉が、すごく勉強になりました。具体的にケアプランを書くように見直し、アセスメントをしていきたい。行なう事が難しいモニタリングも、して行く事で利用者のためになるので頑張っていきたい。   |
| ニーズのとらえ方。  |
| ニーズのとらえ方。モニタリングと評価の大事さ。  |
| ニーズを解決する、サービス内容について、利用者は理解できているかどうかわからないのではないかと思える。  |
| ニーズ記入のポイントは、解決できるものか、そして評価できるものか。一の視点で記入すること。マネジメントは“実務”であり提供サービスは行為であること。研究や考えではないこと。アセスメントは具体的な行   |

|  |
|--|
| <p>為(サービス)を提供する“道具”であること。</p>  |
| <p>葉っぱと森について。</p>  |
| <p>話し合う事により、見方が多様化された。</p>   |
| <p>一つのケアを行なうにしても、共通のマニュアルがあれば、プランも立てやすく、誰にでも同じ事(個人個人のやり方でなく)ができるという事。ケアプランは誰が見ても、その人の状態像が分かるようにする事(調査等でも)。</p>   |
| <p>人の心は揺れ動く。知識、経験のない利用者にサービスは選べない。サービスを受けた後にもう一度振り返る。モニタリング、再アセスメント重要ということ。ケアプラン作成において、利用者の立場に立つことを心がけてきたつもりですが、専門家である以上、利用者の立場に立つこと、理解することができないということが理解できました。</p>                   |
| <p>評価シートの遣い方と、推定シートの使い方の利用、工夫が必要。ケアマネとして、訪問時の体調の確認がされず、説明が十分されていなかった。</p>  |
| <p>評価する。自分の作ったものが本当に本人の希望、家族の希望に合っているかを客観的にみられる。</p>   |
| <p>評論家ではなく、専門家の実務により、適切なサービスの提供が行なわれる事。提供した後でのモニタリングの重要性。転倒を防止するはダメ。転倒を防止する環境を作る、これがゴール。契約の証拠である事(リスクマネジメント)の重要性を学びました。</p>  |
| <p>プランにはゴールが必要であり、ゴールがなければ評価もできないと言われたことが参考になりました。</p>   |
| <p>プランの作成とは評価をするために行なう。目標は目的ではなくゴールである。自助努力するため手助けする。事前に文章で契約をする。記録を怠ってはいけない。</p>  |
| <p>プランをどうかけばいいかが初めてよく分かった気がします。また、プランの説明がおしつけになってことに改めて気付かされました。「回数を多く、説明は短く」を心にとめていこうと思います。</p>   |
| <p>文章の中だけでは、人、物や状態が出てこない。言葉が足りない。説明力が十分できていない事を見直していく。</p>   |
| <p>ポイントがつかみづらく、よくわかりませんでした。モニタリングをするために計画が必要。計画するために優先させるのは生命にかかわること。主治医意見書が重要。たくさんのデータを見すぎると見えなくなる。点数が低く、ケアが必要と思われるところのプランが必要。</p>  |
| <p>本日の講義内容、全部参考になりました。今まで、利用者の一日のスケジュールを重点にしておりませんでした。今後は、できるだけきちんとアセスメントして、作成したいと思います。</p>  |
| <p>本人家族役でした。独居の女性で、日常生活を残存機能は両手で、坐骨神経痛という痛みを伴う症状であることから、少しでも解放されたいと思ったことでした。家事援助だけでなく、外出介助も通院以外、買物以外、絵を楽しむとか豊かさのためにサービスをマネジメントして欲しいと訴えたかった。介護保険は使えないが、インフォーマルなサービスの紹介が出来るとう望ましい。</p> |
| <p>本人の日常スケジュール(一日の流れ)を知る事の大切さを感じた。週間スケジュールを計画する上で大切。解決できるニーズのあげ方について学んだ。他者からの意見を聞くことで、幅広い視点、情報を得る事ができると感じた。</p>  |
| <p>本人より家族の意向を中心とした計画書に若干かたむいていたように思います。やはり、本人の自立に向けた介護計画書をたて、それを家族に納得していただけるようなアセスメントをたてられるようにしていきたい。</p>  |
| <p>毎日が忙しく、忘れかけたこと、基本に戻るといことを再認識しました。</p>   |
| <p>毎日の仕事の中で、利用者や家族との説明は日常化し、何が分からないか、理解できないか、何を必要としているかという視点がズレてきていたと思う。</p>   |
| <p>毎日の仕事を改めて考えることができ良かったです。先生のお話を伺い、初心に戻ることも大事だと思いました。</p>   |
| <p>まずは利用者自身の自助努力が一番最初である事の再確認が私自身忘れていた事に気付かされました。モニタ</p>   |

|  |
|--|
| リングの大切さ、評価の出せるケアプランの書き方等細部に渡り教えて頂き本当にありがとうございました。  |
| 面接を多くした方が良い効果が表われる。  |
| 目的ではなく目標を達成するように努力する。援助目標を達成した時に、本人や家族、スタッフの喜びがある。もう一度、自分が立てたケアプランを再検討したいと思います。  |
| 目標、目的、ニーズのとらえ方など。  |
| 目標について再確認した。達成可能、評価できる言葉で書くこと。短期目標は1か月。長期は介護保険の有効期間が良い。  |
| 目標のとらえ方。記述方法。  |
| モニタリング、再アセスメントの重要性が理解できた。  |
| モニタリング、評価して、今まで見えていなかったものが見えてくること。   |
| モニタリング、評価が出来ていなかったのが今後再検討。   |
| モニタリング、評価の重要性と方法。  |
| モニタリング、評価は大切なことだとわかった。利用者に対し、急きよ状態が変わった人に対し、毎日のようにかわかり接しプランを考えていくかが利用票、提供票のみ先に出してしまいその前のケア計画が随分後になって出来上がっているのが実状です。  |
| モニタリングした後、計画を再計画するのではなく、ワンランクアップした計画を立てるのであるといったところ。   |
| モニタリングといいながら、本人、家族、またはサービス事業所からの情報のとり方、時期に問題がある（現在）。定期的に情報を集める方法（今までは随時であった）についても月ごとのプランを立てたい。   |
| モニタリングと評価が重要である事。評価するために計画をする（計画すればできるものではなく、行なうか、行なわないかである）。本人がやる気がなければならぬ。サービス利用を何故休んだのか、原因をチェック（状態等が悪くなる前に）。  |
| モニタリングと評価の重要性。   |
| モニタリングと評価方法。   |
| モニタリングのあり方。介護計画書の書き方。  |
| モニタリングの重要性について。目標を決めて、それが達成できているかどうか、定期的にチェックが大切ということを、再認識しました。  |
| モニタリングの必要性と、安心したのは「正しいものはない」ということです。文章の言葉づかいや書き方はかり気になってました。あとは、主体は「家」だということです。  |
| モニタリングの方向性が少し明確になったような気がします。計画を立てるまではできても、日々の介護に反映することが出来なければ、計画を立てた意味も無く、時間も無駄なので、大変、今日のお聞きした事は、今後の参考になりそうです。やってみないと分かりませんが・・・。                               |
| モニタリングの仕方や葉の部分でのみで終わっていた事が多かったので、森の部分、全体をみすえた仕事が大切であると思った。   |
| モニタリング評価の必要性。高齢者の状態変わらない（ADL現状維持）ので、プランも変化なしとケアマネジャー（施設）の意見があり、それなりに納得していたがサービスを受けたら利用者に変化がある（ニーズに変化）→参考になった。保健所では現場がないので、研修企画、実施することがとても難しい。ホームページを参考にしていきたい。 |
| 問題行動や留意事項に対するケアプランがない。改めてケアプランは自立を図るためのもの。   |
| やはり基礎知識は不可欠である（アセスメント実施のため）。   |
| 要介護者や家族の立場になって考えてみる。   |
| より具体的に対象者を把握し、対処しなければならないことを再確認した。   |
| 利用者（もしくは家族）が介護保険やサービスのことについてあまり分かっていないことの立場に立つて説明、   |

|   |
|---|
| 計画作成、意向を組むということの難しさ。  |
| 利用者、家族、ケアマネだけでなく、第三者の意見を聞く等、広い目で見るのが大事だと思った。  |
| 利用者、家族と懇談する際の色々な手段等がさまざまであり、また非常に参考になった。  |
| 利用者、家族に分かりやすく説明することの難しさ。  |
| 利用者、家族の介護に対する意向を記入するのに参考になった。   |
| 利用者、家族役になり、改めて利用者の気持ちになることの必要性を感じた。（一度に多く言わない。会話のキャッチボールをするなど聞いて欲しいとも感じた。）                            |
| 利用者の方に説明して理解していただくことの難しさ。   |
| 利用者の方の根本的な問題を見つけ出すことが大事。また、その方の目標を見つけ、到達に向かって関わって行かなければならないこと。  |
| 利用者の立場に立って、ということ再認識する機会となりました。  |
| 利用者の立場になる、第三者の立場になる困難さと重要さが分かりました。  |
| 利用者はよく分かっていないのだという事を知った。  |
| 利用者本位というのは利用者のいうことを全て聞くということではないということ。  |
| 利用者や家族に説明することは、要点のみで長くならないように、何度も足を運び、一つ一つ納得してもらう。  |
| 利用者やご家族に対してのケアプランの説明の難しさ、説明することの重要性。  |
| ロールプレイでケアマネの立場的なことや、難しさ、利用者の自立支援ということが良く見えた。  |
| ロールプレイで計画書をもとに、グループの方と話しをすることで、ショートの日数についてや、利用者に合う計画をどういう風に立てたかが聞け参考になりました。                           |
| ロールプレイに関しては、定期的に体験して、自分を見つめ直す必要があると再認識しました。   |
| ロールプレイを通して、ケアマネの説明が思ったほど理解されていないということ。  |
| 介護サービスを受けている以上、必ず変化があり、変わらなければそのサービスは不適切なものということ→モニタリング（らせん階段）であること。                                  |
| 介護サービス計画の記入について考え方、ポイント。  |
| 介護支援専門員の現任研修の重要性の再認識（レベルアップ）。利用者自身が大事。  |
| 介護保険は一つの社会資源ということ   |
| 利用者自身も「自分も努力する」義務があるということを実務者が頭に入れておくこと。モニタリングと評価が重要である。  |
| 介護保険は社会資源の一つであることが理解できた。  |
| 介護保険は社会資源の一つであることを基本に考えること、インテークの重要性、又これがスタートで流れを大切に、計画→実施→評価から現状が悪化し、らせん状に変化していく。そのためのモニタリング、評価の重要性。 |
| 介護保険制度の位置が社会資源のひとつであることが再認識できた。課題分析・モニタリングに手順が参考になった。   |
| 介護保険制度の基本的な考え方（原則）など再度確認させていただきました。住民への説明と同意について改めて考えさせられました。介護の質の評価も考えさせられました。                       |
| 介護保険制度はあくまでも社会資源のひとつであるという大局的な考え方がぬけおちていたように思い、ハッとさせられた。  |
| 介護保険制度は社会資源の一つ、モニタリングと評価が重要。  |
| 介護保険制度は全てではなく社会資源の一つ。モニタリング評価の重要性。  |
| 介護保険制度創設に至る経緯。  |
| 改めて過程でのアセスメントに基づいたプランである事の大切さを感じた。  |
| 基本から実施の各段階で問題点が見えてきました。   |

|   |
|---|
| 基本が大事ということはどう伝えていくかということ再認識しました。実務の中に入ってしまうと「あたりまえのこと」は「今さら」「つまらない」と言う声になって返ってくるのがよくあります。そこを行政として「そこが(基本) 大事なんだよ」と言える力をつけていかないといけないと研修を受けるたびに思います。  |
| 基本にかえて再確認できたものがあった。介護保険制度の経緯を改めて考えてみた。  |
| 基本にかえて利用者本位の支援サービスを行うことが重要であると認識した。   |
| 居宅介護支援サービスの過程での具体的なポイント→初心に戻るために必要、評価の出来る課題の設定、モニタリングの必要性。  |
| 居宅介護支援サービスの過程と具体的なポイント、一連の流れについて再確認できた、またニーズ記入のポイントが参考になった。研修会企画シート等情報整理についての姿勢が大いに参考になった。  |
| 具体的な資料が多く、使えると思いました。(ニーズのあげ方、ポイントもよく整理されていると思いました) (後でかみしめます)。  |
| 形のないサービスは文書で契約、同意を必ずしていくようしたい。  |
| 継続的なモニタリングと評価をやっていき、それをいかに続けていくかとおいことが大事だということ。   |
| 計画書の記入例。  |
| 計画性をもつてのぞまない無理。   |
| 研修にあたって何が縦横であるかということがよく分かった。(特にモニタリングと評価の重要性についてよく分かった)。  |
| 研修前に記入したように、病状に計画がついていってなかったが、計画、モニタリング、評価が繋がっていないためだったのではないかと気づいた。   |
| 講義の資料と演習の組み込み方。   |
| 今までしていた保健分野でのケースマネジメントは今までどおり利用していくことの裏付けをいただきありがとうございます。現任者のできていない部分を本音で聞け良かったと思います。モニタリングの大切さや各施設から出たのネットワーク作りの難しさを改めて感じました。  |
| 資料が分かりやすく、今後の参考としたい。  |
| 書類が不十分であることを実感しました。   |
| 上記の点について、介護保険制度あつてのサービスではなく、あくまで社会的資源の一つであり、利用者本位でなければならない。   |
| 制度の意義や実践の各ポイントが再認識された。  |
| 制度は社会資源のひとつというおさえができたこと。基本が大切だけど、それを実行するのが難しい。常々感じているがではどうしたらいいの?とこれまで人を頼る気持ちが強かったり、行政の保健婦として頼られてもできることが限られていたと思うが、やはり主体的にならなければいけないということを身にしました。資料は今後、いろいろ加工できたらよいと思いますがどうなるでしょうか?わかりません。ホームページにもアクセスしてみたいとは思っていますが。 |
| 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の記入のポイントについて解決、評価できること。ゴール達成の出来る計画を立案すること。   |
| 先生が作成された居宅サービス計画書の評価シート。  |
| 先生のオリジナルの資料が具体的でわかりやすい。目標(ゴール)であるという視点で計画を立てないといけないということ。   |
| 達成できない計画は計画ではない。  |
| 町内の介護支援専門員研修会を企画していますが、制度的な情報提供に終わっていました。個々の支援専門員のレベルアップのための研修はやはり専門員自身でつみあげていかなければならないと痛感しました。広域の研修会の実施に向けて計画立案が実現化すればよいと思いますが町の研修会でも参考にさせていただきます(研修の具体的な内容や手法)。   |

|  |
|--|
| 特になし。研修については「企画や指導方法」を重点的にしてもらいたかった。   |
| 評価（解決）できる目標の設定。モニタリングと評価。  |
| 評価、モニタリングは重要である。「ケアプランの客観的評価方法は確立されていない」といった部分、今まではアセスメントシートを使用すればどれも似かよった計画ができると思っていた。インテークの重要性について再認識した。専門性についての重要性について再認識した。社会的資源を広げるためのヒントを得た。 |
| 評価が大切。   |
| 評価できないのは、計画の立て方に問題があるのだということ、目的達成できるであろうという内容を目標にあげるとのこと、モニタリング評価が必要という意識がより向上した。業務を整理することを皆と検討していきたい。   |
| 忘れていた基本的な考え方が再認識できてとても良かった。  |
| 葉を見て森を見ていないという自分に気がついた。  |
| 理解はしていてもできていないアセスメントとモニタリングの必要性について認識したこと。   |

## 5. 本日の研修への意見

|   |
|---|
| 「週間計画の日課」が大切というご指摘、ありがとうございます。プランの間をうめる、生きざまもみえるケアマネジャーでありたいと思ったことでした。ありがとうございます。   |
| 「目標は目的にあらず、ゴールとする。」とするプラン作成に目からウロコの落ちる思いがしました。まだ、介護支援専門員としての仕事は実施していませんが、今後の考え方の基本としたいと思います。  |
| 1回目の研修会が参加できなかったのも、後日研修資料を見るのみであったが、とても残念に思う。研修会を企画される方も大変とは思いますが、学びに多いので頑張ってください。  |
| ①じっくり、ゆっくりお聴きできると良かった。②演習（グループディスカッション）を当初難しくとらえて進まなかったが項目ごとに整理すると意見が出やすくなった。   |
| 1回だけでなく、継続してほしいと思います。（本日、講師）。   |
| ①研修会を開催するにあたって基本をおさえることが大切であることを再確認した。②モニタリングと評価について各介護支援専門員に考えてもらう研修会を開催したい。③モニタリングと評価についての講師にお願いできるものでしょうか。                           |
| 1日の研修では消化しきれないほどたくさん内容で、何をしなければならぬか、分かったような分からないような感じです。  |
| 帰ってからゆっくりと考えて、また先生のホームページ等を参考にして頭の中を整理したいと思います。   |
| 頭では色々なことが分かっていても、文章にする難しさを研修で少し緩和した。しかし、介護保険は最後の利用というが、インフォーマルなサービスは殆どない現実がある。  |
| 改めて、記述方法がわかった。モニタリング、評価が大事である事がわかった。  |
| いつも研修で思いますが、事例を解くのは大変です。ケアマネにより多様だからでしょう。けれど、事例を考えることは必要なのではないでしょうか？やってみないと分からない、まさにその通りだと思っております。失敗して、失敗して、そして実になるかもと思います。かなり辛いところですが。 |
| 今の自分の知識では、大変に難しい研修でした。ケアマネージャーの資格等があるわけではないので、理解するのが無理かとも思ったが、今、自分にできるサービスとは何かを改めて考えました。まだまだ勉強不足なので、少しずつ学んで行きたいと思いました。                  |
| 今の職種としては、サービスを提供する方ですが、今日の研修で、どのようにサービスを提供すれば満足してもらえるか、勉強になりました。できる事から始めたいと思います。  |
| 今まで作成したケアプランを客観的に見つめ直すことができた。ケアプラン作成、日常のサービス等に新たに検討すべき内容がある事が分かった。  |



|  |
|--|
| 今までの自分のやり方を反省するポイントもわかり、勉強になりました。利用者にとって、より良いプランを作りたいと思いつつも時間が取れず、プランが作れないのが現状ですが、自分なりに時間を作って行きたいと思つています。  |
| 色々と考え直す事が多くなりました。ありがとうございました。  |
| インターネットを利用し、学習したい。年に1回でも今回のような研修があれば勉強になり、今後に向けて意欲を持てる気がする。大分県等の研修に行くのは、なかなかチャンスもなく大変だが、本日は珍珠で研修会に参加でき、ありがとうございました。                                |
| 演習という事であったが、一方的な話しばかりで、要点がわかりにくかった。個別にどこを、どうすればいいかを知りたかつた。   |
| 演習のグルーピングは、どこまでの役割で話しをした良いか分からなかつた所があつた。先生のお話しを聞いて、また改めてケアプランの作成が大事か良く分かりました。  |
| 演習の時間が短い。もう少しディスカッションする時間が欲しかつた。   |
| 演習の時間をもう少し組み入れていただければ、わかりやくかつたと思つています。   |
| 家族の役になりきるのは難しく、いつも利用者さんや、その家族の方の気持ちなど、理解できているのかなど不安になりました。   |
| かなり急いでおられて気の毒に感じました。多くの資料(有効な)ありがとうございました。   |
| 今日の研修は分かりやすく、とても勉強になりました。今後のケアプランに活かして行きたいと思つています。   |
| 具体的に良かつた。達成できるこまやかな内容をあげることが分かつた。  |
| ケアプラン作成のための研修会への参加は初めてのことで、今回改めて「ケアプラン作成」ということについて基本を勉強させていただきました。とても勉強(参考)になった研修会でした。   |
| ケアプランに対する見方を新たにしました。   |
| ケアプランの立て方、とても参考になりました。目標の立て方、再度考え直さなければと思つました。また、このような研修があれば、参加したいと思つています。   |
| ケアプランをより正確で良いものにするためには、かける「時間」が不足。十分に本人、家族とかかわる時間がとれない。研修の意図、学んだ事は多かつたのだが・・・。  |
| ケアマネージャー業務について、まだ見習いなので大変勉強になりました。   |
| ケアマネージャーさんの調査業務の負担を減らし、介護支援業務の部分に力が入られるようにして行きたい。ケアプラン策定にあたっての市町村でどのような協力支援をしていったら良いか。行政から指導といつても、具体的な指導は出来ていません。                                  |
| ケアマネージャーのケアプランが大きい目標ではなく、実現できる事となつた時(今まで、もう少し大きい目標だと思つていたので)、事業所での個別援助計画はどうしたらよいか。今の私の立場で、一番最初に考えてしまいました。もう一度、最初から考え直さなければと思つました。本日は大変ありがとうございました。 |
| ケアマネではないので、良く分からないこともありましたが、これからの参考になればと思つています。あとは、事例が参考になりました。  |
| ケアマネにとりまして本日の研修は大変有意義であると思つています。ぜひもう少し時間的なゆとりを持った講義をお願い致します。   |
| ケアマネは専任の職員でないと、この研修で言つたようなアセスメント、ケアプラン等を作るのは難しい。今は間に合わせプランになっているが、時間がなく、兼任では思つるように出来ません。   |
| ケアマネ役だつたが、説明するために具体的な言葉を搜した。いかにわかり易く説明するかが難しかつた。計画書はありますが、目標をたてていなかったなので、計画のたてかたが分からないで書くことができませんでした。  |
| 研修が身につくように、勉強し、力をつけたいと思つています。  |
| 研修内容と時間的に無理があるように思つう。  |

後半の先生のお話しを、もう少し詳しく聞きたかったです。

ゴールのための目標をたてるのが大事という事がわかった。自分のケアマネの資質の向上を目指し、頑張りたと思います。難しいとは思いましたが・・・。

この研修の目的がよくわからなかった。もっと支援専門員の心の中までカバーしてくれる内容が出ると思った。

これまでは、「ニーズ」という言葉を頻繁に使っていましたが、「ゴール」という言葉が新鮮でした。今後、頻繁に使っていく可能性があると思います。

今回の研修で、介護支援専門員としての役割や、モニタリング、評価の大事さが良く分かりましたが、やはり、介護支援専門員として仕事をするには、他の仕事と兼任ではできないのではと思った。利用される方にとって、より良いものを提供して行きたいです。

今回の参加者の中では、数多く発言する立場を頂いたが、事例の説明など、相手に分かりやすく説明する事が難しいと思った。しかし、自分にとっては良い経験になったと思うので、今後の書類作成や発表に活かせたらと思う。ケアプランとその評価のポイントは、講師の先生のお蔭もあり、目的を達成できたのではと思う。評価、チェックシートは、皆、十分に活用できなかったように思う。

残念ながら、施設サービス計画に関しては、まだ演習を行なう段階に達していないという印象を受けました。たてまえ論ではなく、施設のケアプランがどう作られ、どう説明され、どう活用されるべきかの指針自体が見えない状態です。他施設また当施設も含め、利用者の家族は「ケアプランはこれでいいのか」と疑問を持っている方も多いと実感しています。

時間が少なかったので、最後の方はかけ足で、わかりづらかったんですが、今後1つ1つのケースを見直し、検討していきたいと思います。

時間が足りず、ロールプレイ等、内容が十分理解できないままスタートしたような気がします。もう少しじっくりやりたかったです。

時間がなくて、介護サービス計画チェックシートができませんでしたが、活用方法、活用した時の事例等も勉強したいと思いました。

時間が短くて残念でした。今まで大変に思っていた計画が、少しはできるかな・・・という気になりました。施設計画は別講義を希望。

施設で業務に流されることなく、ケアが個別性であったらと日々悩んでいるが・・・。

施設では、職員の行動計画を立てる事が大切とお聞きしました。マニュアルは作成してあるが、もう一度、再確認をすることが大事だと思います。利用者として1日1回は手を握り合って、声かけをしようと思います。実際にケアマネを行なっていないので、現在実際に行なっている人と話し合いが持て良かった。

実務研修中で参加し、先生のお話しを聞く事ができ、大変勉強になりました。施設ではサービス計画書を作成していますので、参考にしていきたいと思います。本日は大変ありがとうございました。

自分自身の力不足ももちろんあると思いますが、日々の連絡調整、事務処理に追われているのが現状です。サービス計画書も十分に練り上げられない中、モニタリングの方法等はレベルが高いなあというのが正直な感想です。

自分のプランに対する評価をどのようにすればよいか、もうひとつわかりにくく、評価シートの活用方法、記入方法がわかりません。「5.」に記入した点を参考に今後実施してみたいと思います。時間が足りず、不完全燃焼の気分です。ロールプレイも中途半端となってしまいました。

自分は介護サービスの内容が理解しているが、利用者にとどれだけ理解してもらえるかということに注意しなければいけないなと思いました。

少人数でしたので聞きやすかった。グループでの話し合いの時間がもっと欲しい。ロールプレイだけでなく、テーマを決めた話し合いの時間が欲しかった。

資料3の居宅サービス計画書の評価シートで、いくつかモニタリングの資料として考え、作成してみたいと思

|  |
|--|
| っています。   |
| 事例による演習も良いですね。   |
| せっかく各自、事例を用意したので、他者の客観的評価がいただければよかった・・・。(時間がなく、1例しか、しかもほんの上面のみの話しになってしまい、せっかく問題提起で出された事例もあったような気がするのですが・・・)  |
| 説明の大切さ、もう一度考え直したいと思います。  |
| 先生の言われることは大変良く分かりました。基本が大切です、これからの勉強をして行くにも来て良かったと思います。ですが、あまりにも時間が無過ぎるロールプレイも自分のものにするには不十分なような気がします。各施設とか、色々な所から来ていると思いますが、施設ごと、在宅介護員ごと、相談員ごとと分けて欲しいです。                                       |
| 先生の説明が丁寧過ぎて（特に実習的）、良く分からない点があった。   |
| 全体的にとらえる必要性を感じた。   |
| 全体を通して分かりにくく、難しかったです。  |
| 第三者役をさせてもらいました。ケアマネ役、特に本人、家族をされた方からは、突っ込んだ質問が5～6点出ていた。ケアマネならではの質問もあり、3名での話し合いでもケアプランのグレードを上げることもできるのではないかと思い、帰ってからの事業所の中でも、ケアマネが一人ずつで計画を立てている部分があり、反省した。                                       |
| 大変、お疲れ様でした。つたないプランで申し訳ありませんでした。ホームページ等を開かせていただき、参考にさせていただきます。ありがとうございました。  |
| 大変難しいことだと感じました。しかし、その分、やりがいもあるのではないかと思います。   |
| 大変良かったと思います。する事は充分に分かっていると思うのに、本当に時間が無くて困ります。食事(昼)をとりながらでも利用者さんと連絡をとったり、利用票の作り直し、事業所との連絡等、1人で30件位だったら、もっと考えられるのではないかと思います。お給料をもらうためには、どうしても件数をこなさなくてはならず不本意です。できるだけ勉強した事を活かして行けるように努力したいと思います。 |
| 大変わかりやすかった。ケアプランの目的を忘れてしまっていることがあったが、今回の研修で目が覚めた気分だった。   |
| 大変分かりやすく、良いお話しを聞かせていただきました。実際にケアプランは立てていませんが、初心に戻って、何事にも頑張ろうと勇気が出たような気がします。ありがとうございました。  |
| とても勉強になりました。   |
| どのようにして時間を作り出すかが問題である。   |
| 何回も足を運び、一つ一つ説明して行くことの大切さを知りました。自分の立てた計画書についてのコメントが欲しかったです。先生の流れるようなお話しで、頭の中も流れてしまいました。ちょっと分かり難かったです。「推定シート」の必要な介護内容で出てくるところがすごい。   |
| 初めて研修に参加させていただきました。介護保険、ケアプラン、施設で行なっているのはいるんですけど、さっぱり分かりませんので、ともまどう事ながらで、自分の意見も発表できずすみませんでした。もっと興味を持って勉強して行かなければならないと思いました。  |
| 一つの事例をグループで考えることによって、本当に様々な意見が出てくるものだと思います。一人で悩まず、皆で（できれば他職種）の人と多く関わり、プランを立てたいなと思います。また、講義という、すぐに眠くなる私ですが、先生の流暢なお話しが面白かったので、眠らず、本当に身になる、やる気の出るお話しを聴き、元気ができました。インターネットの方も是非、活用したいと思います。         |
| 日々の業務の反省と、モニタリングをくり返すことによるサービス計画変更を痛感しました。   |
| プランについて、もう少しゆっくりと時間をかけていただきたかったと思います。  |
| 本日のケアマネ役を通し、プランを見直す必要を痛感しました。  |

|  |
|--|
| <p>本日の研修、誠にありがとうございました。ややもすると、一人の人間のケアプランを（相手に良かれと思って立てておりましたが）、机上でオートメーション化したような形で作成しておりましたが、そうじゃなく、一つとして同じプランは立たない事を改めて感じました。その上で、人間の生命維持をお手伝いできるのかと思いました。</p>   |
| <p>本日の研修は、全てが勉強になりました。忘れかけていたものを思い起こしたような気がします。また新たに新鮮な気持ちで取り組んで行きたいです。また機会があれば、先生の講義を聞かせて頂きたいです。本当にありがとうございました。</p>   |
| <p>本日の事例の問題点については、自分自身も落ちていることが多いと思う。マンネリ化し、人をみるときに、個別に援助しているつもりでも、固定観念、またパターン化された解答集のようなもので見ている気がする。担当者会議等を通して、本人の状況についてみる視点、変化して行く本人へのケアの変化など、評価し合うことが重要と改めて感じた。今後もケアプラン研修の機会を多く作る必要があると思います。まだまだ、具体的な演習を重ねていかないと、自分のものにはならないが、評価とモニタリングについて学習させていただきまし。ありがとうございました。</p> |
| <p>本日は、施設サービス計画の研修をしていただき、本当にありがとうございました。今後は研修を踏まえたサービス計画書を作成していきたいと考えています。</p>  |
| <p>本人（要介護者）が痴呆であったり、家族の力関係で小さくなっている方はなかなか・・・本人の意向をプランに出していくのは難しい。高齢者の場合、生活（たとえADLを低下しているであろうとも）習慣を大切にしたい思いがあります。</p>   |
| <p>毎日の仕事に追われていて、ケアプランの再確認をするということがなく、研修を受けて良かったと思います。現実のプランですということが良いと思います。</p>  |
| <p>前置きが長く、本来目的の演習が十分できなかつたことが不完全燃焼で残念に思います。前置き、その他講話については、基本的で大切なポイントの内容だとは思いますが、それゆえに、あらゆる研修でもきけることですし、本等での自己確認も可能なことですので、この短い時間で取り立てて、繰り返し聞く必要があったかどうか疑問に思います。訓練を受けた専門職に対しての研修ですので、もう少し内容、構成、時間配分、そして何よりも「ニーズ」を検討した研修内容を望みます。</p>  |
| <p>まず、利用者、家族が困っていることを第一にサービス利用を考えてきたが、そのみでなく全体像を見なければと思った。</p>   |
| <p>まだケアプランは作成していませんが、計画書については、これからも利用者の中に入り込ませてもらえるような人間関係を作って行ければと思っています。</p>   |
| <p>もう少し時間が欲しかったです。ついていくのが大変でしたが、大切な視点を教えていただいたと思います。</p>   |
| <p>もう少しロールプレイについて知りたい。</p>   |
| <p>もっと時間があれば、具体的に質問をさせていただきたかった。特に舞いに書いたものを教えていただきたい。</p>  |
| <p>もっと時間をかけて聞きたかった。</p>  |
| <p>もっと先生の講義をゆっくり時間を費やして勉強したいです。詳しく知りたい気持ちでいっぱいです。</p>  |
| <p>モニタリング、評価シートの活用方法を詳しく説明して欲しかった。</p>   |
| <p>モニタリングの重要性について非常に分かりやすかつた。もう少しじっくりと話がきけるとよかつたと残念です。ケアプランの評価方法についてもっとききたかつた。評価チェックシートの使い方 etc。ポイントは再三繰り返していただいたので印象に残りました。同じグループのケアマネ実務者の方々は、各々に「私はここが…」というケアマネとしての課題を見つけて明日からの業務に返していく様です。その気づきを与えた先生はすばらしいと思います。</p>   |
| <p>もりだくさんの内容で、理解が追いついていくのが大変でしたが抱えていた疑問が解決したのも多くあつたので有益でした。</p>  |
| <p>休み時間をください。時間内に終わってください。</p>   |

|   |
|---|
| <p>要介護5などで、全介助の人が生活介護をしていく上で、単位が足りない。自費が出ず、おさめて安全に介護をしていこうと思っても、できない時があります。また、サービス提供量が足りなくて、ギリギリの生活になってしまう場合とかあります。入所以外で、費用（自費）をおさえて介護を受ける方法はないのでしょうか。入院したくない人はリスクをかかえてでも在宅されていますが、医者への協力が欲しいとことです。</p> |
| <p>欲を言えば、先生が自分がプランを立てた場合の計画を一度立てて、参考にさせて欲しかったです。</p>  |
| <p>利用者（家族も含めた）の立場で考える専門家としての助言をする大切さを再認識した。</p>   |
| <p>利用者（本人）、家族の要望をどの程度組み入れるかを知りたい。</p>   |
| <p>利用者、家族の希望するサービスを主にプランに組み込んでいるが、ニーズの掘り起こしが不十分な部分が多々あると感じた。説明を丁寧にされているケアマネに感心した。（自分では丁寧にしているつもりでしたが、まだまだでした。）</p>  |
| <p>ロールプレイングして（体験して）学べたことが大きかった。利用者に理解してもらうこと、同意してもらうことの難しさを再認識した。計画を立てる時に、家族に目が行きがちだが、利用者の気持ちも大切にして行かなくてはと思った。</p>  |
| <p>ロールプレイがあまり良く分からなかったです（情報も分からないので）。利用者さんはチンプンカンプンで話を聞いているのかなあとと思うと申し訳ない。利用者は分からないから全部私たちに任せて、介護を放棄してる人もいるのかなあともし思いました。少し私には難しかったです。多分、利用者をもっと分からない。その事が分かっただけでも良かったと思います。</p>                         |
| <p>ロールプレイ事例をもう1件位やってみたいと感じました。（時間がなかったのですが）</p>   |
| <p>ロールプレイについて、もっと時間を多くとっていただきたかった。説明時間が長かった。</p>  |
| <p>ロールプレイの時間が短く、よく理解できなかった。</p>   |
| <p>ロールプレイは何回してもうまくいかない。しかし、自分自身の話し方や、物の見方など再度見直す事ができ、良いと思う。本当にありがとうございました。</p>  |
| <p>ロールプレイ方式は以前にもしたことがあります。今回のしかたは不十分な感じがしました。それぞれの役割分担の立場をもっと明確に意義付けした方がよいと思いました。</p>   |
| <p>解かり易い具体例を用いた、ためになる研修でありました。他の種々のお話しも伺いたい気持ちです。わかりやすい内容で、とても良かったです。今度、再認識して学んでゆきたいと思っております。ありがとうございました。本日のロールプレイングは家族役でした。</p>  |
| <p>私の施設では三団体版を使っています。サービス内容を日々の業務に組み込み、次回のモニタリング、評価を有意義なものにするために、全てのケアについて分析、集計して、施設の中の要所要所に、ケアワーカーが把握できるよう貼り出していこうと思います。また、マークや印、カード等でマニュアル化し、分かり易く、なおかつスムーズに生かしていけるようできればと思います。</p>                   |
| <p>介護支援専門員の資格を持っていません。自分なりにもっと勉強して知識をつけたあと再度先生の研修を受けたいと思います。</p>  |
| <p>介護保険が出来るまでの流れがわかって良かったです。</p>  |
| <p>介護保険についてトータルに理解するきっかけになったと思います（今までと違う角度から）。</p>  |
| <p>介護保険に視野を集中するのではなく、ミクロ、マクロ的視野のつかいわけをいかにして自分の中に理解できるものとして蓄積させることが大切だと感じた。</p>  |
| <p>介護保険の基本が再認識出来た。</p>  |
| <p>介護保険の担当でなく、ほとんど携わっていないためわからないことがたくさんあり、内容も盛りだくさんだったので未消化の状態です。帰ってもう一度見直したいと思います。もっと時間があると良かったです。今日は長時間にわたりありがとうございました。</p>   |
| <p>介護保険は社会資源の1つであることを改めて認識した。現在のケアマネに何を伝え、研修することが必要なのか討議テーマに沿ってグループワークできたことが良かった。→今後生かせる。1日ではなく2日位の研修</p>   |

|   |
|---|
| にしてほしい。疲れた。   |
| 研修の意図をつかむので時間がかかった。時間が短かった。居宅介護s-得んサービスの過程と具体的なポイントについて詳しく聞きたかった。   |
| 研修会に出席していつも思う事はよかった出来ていないのは私だけじゃない…！いつまでもこのままではいけないしこのままでは続けられないがとにかく時間におわれる現実が目前にある利用者へのモニタリングもアセスメントも大事にしたいけど気持ちを入れかえて頑張ります。              |
| 国民の義務は誰が知らしめるのか。これからも形式のみの徹底に終始しそうで心配。現場の困難さをもっととりあげる。  |
| 今後、1項目ずつじっくり講義を聞きたいです。  |
| 今後のケアマネ研修計画について長期的なとり組みが必要と思われる。  |
| 今日の研修が、介護保険制度の全般的な問題点を解決すべき内容を適確に示して頂いたので参考になりました。今日の指導に役立てて行きたいと思います。  |
| 再度資料を見直して理解したいと思います。スピードについていけませんでした。   |
| 資料（貴重な）を沢山いただきこれからの研修に役立てたい。計画書の立て方、作成法について大変参考になるものでありがとうございました。   |
| 資料をありがとうございました。帰って勉強し直します。  |
| 時間が足りずもっと十分に時間をとり研修を受けたいと思いました。   |
| 時間が足りなく消化不良。資料についてももう少し説明がほしかった。（研修会での活用方法など）   |
| 時間にムリがあったとは思いますが、もう少し講義内容をスリムにすることは可能だったのではないのでしょうか。  |
| 時間的にきつきつだった。（もったいなかったです）もっとゆっくりききたかった。楽しい講義でした。   |
| 時間的に短く残念だったが、実際の実務を行う上でのポイントなどが分かりやすかった。現在は実務に関わっていないが、実務者との連携が必要だと思った。   |
| 自分自身の最良の介護が受けられる。自助努力はもちろんのこと<br>幸せな一生になりそうです。  |
| 実際には計画は立てていないが、内容が多く深いものがあると感じた。  |
| 実務についていないので、今日の話は、介護保険制度を再確認できました。保健所としてはケアマネジャーと連携を密にし、質の平均化、向上に努力したいと思います。  |
| 実務者ではないので、ピンとこないところがあった。  |
| 先生が説明の中で、「すみませんが」「申しわけございませんが」という言葉が多く、気になった。介護支援サービスの過程、モニタリング、評価のポイントなど理解できて大変よかった。また、歴史的経過、全体をみつめる目をもつなど視野が広がった。キャンセルの多い事例で悩んでいたため勉強になった |
| 先生の「まとめ」を資料に入れていただきましたかった。参考資料をたくさんいただきありがとうございます。  |
| 全体的に基本については学べたと思います。あとは地域性もあるでしょうが具体的な評価方法のところをもう少し時間とれるとよかったと思います。モニタリング…具体的なやり方もよいと思います。  |
| 大変楽しく、興味深く聴かせて頂きました。参考資料の中にも介護支援専門員にとって必要な情報がぎっしりつまっているようでじっくり参考にさせてもらいたいと思います。また研修を企画する難しさも再認識し、今度自分達の地区でのケアの質の向上を目指していければと思う。             |
| 大変貴重なお話を聞くことができ有り難かった。駆け足の内容であったので内容をふりかえり企画会議に生かす作業は今度すすめていきたい。  |
| 担当数が多く、いつも流された活動しかしておらず、毎日が反省の日々です。支援センターとしてケースを担当してきたものと、介護保険となり、利用者の方のケースを担当するのでは、利用者側の受け入れに少し違いを感じ、戸惑ってしまうこともあります。                       |

|   |
|---|
| 短時間で内容が多すぎて今日のことをどうまとめて研修に生かせば良いのか、編集作業が大変。資料が事前に渡されていれば受ける前にポイントをしぼることができたかもしれない。    |
| 内容が盛りだくさんで、日々実務に携わっていないため、先生の話聞くことで精一杯で、自分の中にとり入れるまでいかなかったと思います。                      |
| 内容が多くてすぐに理解しがたい。もっと時間をかけて研修すべきだと感じました。  |
| 内容が多くてせつかくですが多く洩れてしまったように思いますが改めて制度について理解することが出来たように思います。                             |
| 内容が多すぎた。  |
| 内容が濃かったのもったいなく感じています。もっとゆっくりお話が聞きたかったです。  |
| 内容について行くだけの学習不足だった。資料やインターネットを通して学んで行けると良い。ケアマネの意識を上げるように努力する。                        |
| 内容的に非常に重要で良かった。今後の指導等に大いに役に立ちました。ただ、やはり時間があまりにも短すぎて不完全に終わった。ケアプラン作成の資料等をゆっくりと講義を受けたい。 |
| 内容豊富でついていけない。評価の具体例を演習したかった。  |
| 非常に全体的に受験前の発想に戻ることができた。   |
| 評価の重要性を再認識した思いです。介護保険はやはり奥が深いと思います。   |
| 分かりやすく、今後研修を開くのに参考になった。ただ、時間的には足りなかった。出来れば余裕をもって研修を受けたかった。                            |
| 役立つ資料ありがとうございました。実践に視点を当てたポイントの指導わかりやすかったです。  |
| 歴史のところがとても勉強になりました。   |

### 資料3. 介護支援専門員研修資料一式

1. 研修参加者の属性
2. 制度創設の経緯
3. 社会資源としての介護保険制度
4. サービスコードを特定する上での確認事項
5. サービス種類内の単位数の範囲（最小と最大）
6. 条件の違いによる単位数の範囲
7. 要介護度別の居宅サービス計画（週間）の例
8. 利用者等からのクレームの例
9. 介護サービス計画書の記載内容の構造
10. 介護サービス計画書の記載内容の具体例
11. 介護サービス計画書記入文例
12. 要検討や具体的な説明が必要と思われる記載例
13. 介護サービス計画の検討項目一覧表
14. モニタリングと評価の重要ポイント
15. 事前提出資料の集計結果データ
16. 中間評価項目と必要な介護内容の推定シート（出力見本）
17. 居宅サービス計画書の評価シート
18. 研修会企画シート集
19. 研修会企画シート集（記入例）

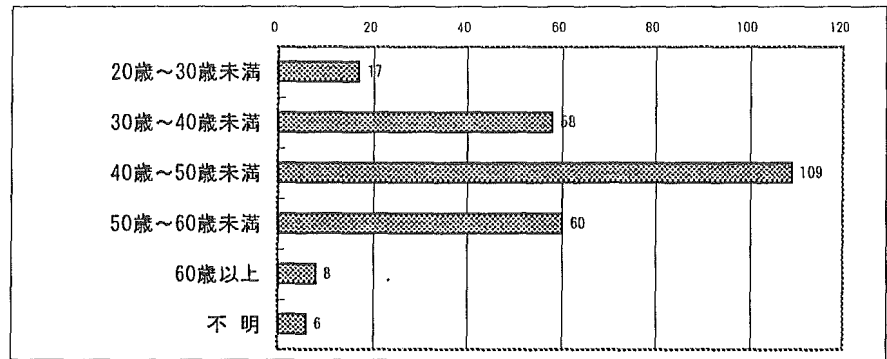


# 資料3 介護支援専門員研修資料一式

## 【研修資料①】 研修対象者の特性（基本属性）

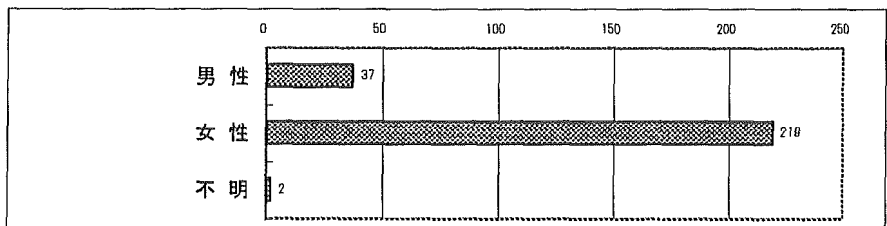
### ①年齢構成の状況

| 項目        | 人数  | 割合     |
|-----------|-----|--------|
| 20歳～30歳未満 | 17  | 6.6%   |
| 30歳～40歳未満 | 58  | 22.5%  |
| 40歳～50歳未満 | 109 | 42.2%  |
| 50歳～60歳未満 | 60  | 23.3%  |
| 60歳以上     | 8   | 3.1%   |
| 不明        | 6   | 2.3%   |
| (合計)      | 258 | 100.0% |



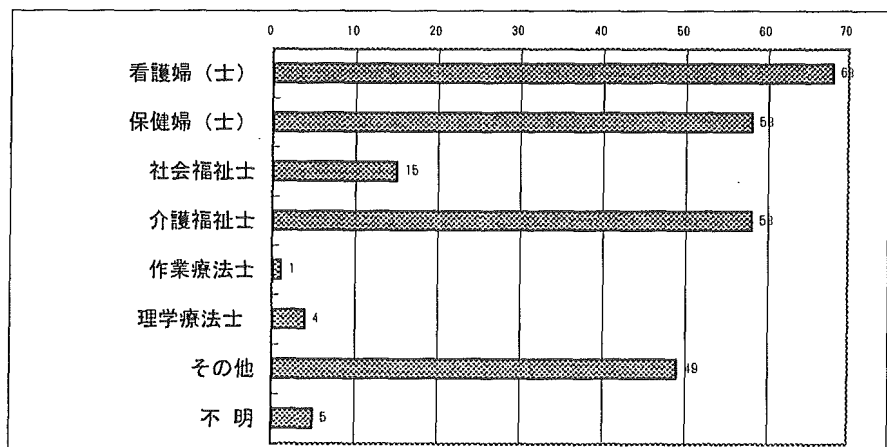
### ②性別の状況

| 項目   | 人数  | 割合     |
|------|-----|--------|
| 男性   | 37  | 14.3%  |
| 女性   | 219 | 84.9%  |
| 不明   | 2   | 0.8%   |
| (合計) | 258 | 100.0% |



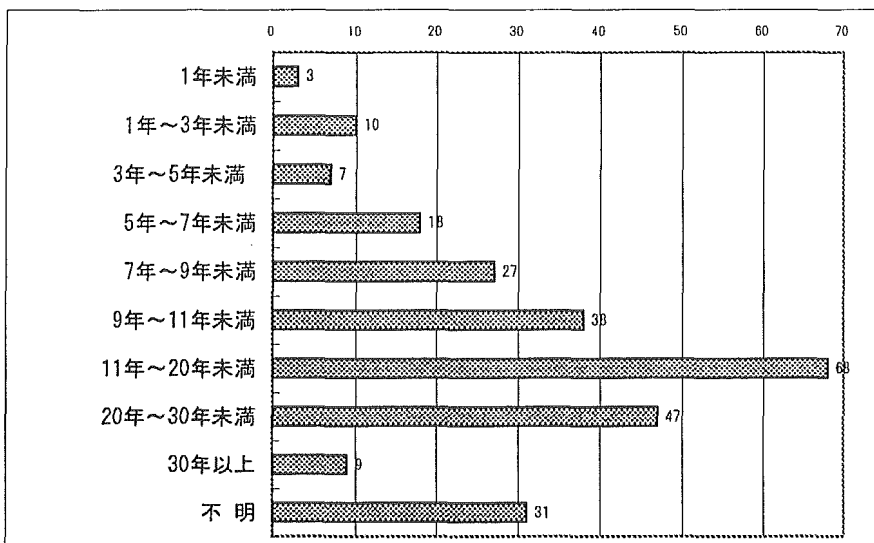
### ③資格構成の状況

| 項目     | 人数  | 割合     |
|--------|-----|--------|
| 看護婦（士） | 68  | 26.4%  |
| 保健婦（士） | 58  | 22.5%  |
| 社会福祉士  | 15  | 5.8%   |
| 介護福祉士  | 58  | 22.5%  |
| 作業療法士  | 1   | 0.4%   |
| 理学療法士  | 4   | 1.6%   |
| その他    | 49  | 19.0%  |
| 不明     | 5   | 1.9%   |
| (合計)   | 258 | 100.0% |



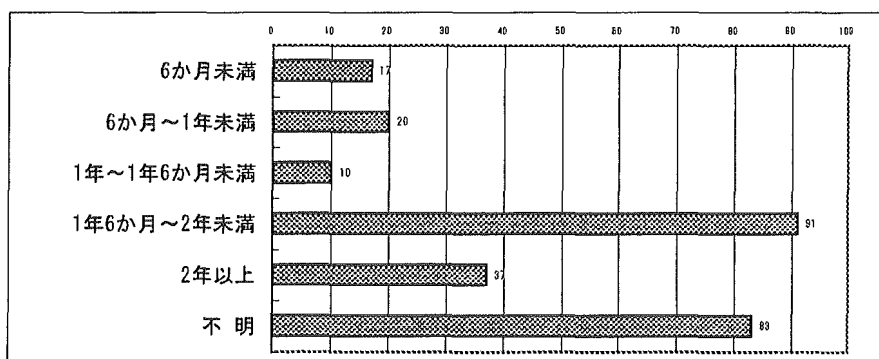
#### ④経験年数の状況

| 項目        | 人数  | 割合     |
|-----------|-----|--------|
| 1年未満      | 3   | 1.2%   |
| 1年～3年未満   | 10  | 3.9%   |
| 3年～5年未満   | 7   | 2.7%   |
| 5年～7年未満   | 18  | 7.0%   |
| 7年～9年未満   | 27  | 10.5%  |
| 9年～11年未満  | 38  | 14.7%  |
| 11年～20年未満 | 68  | 26.4%  |
| 20年～30年未満 | 47  | 18.2%  |
| 30年以上     | 9   | 3.5%   |
| 不明        | 31  | 12.0%  |
| (合計)      | 258 | 100.0% |



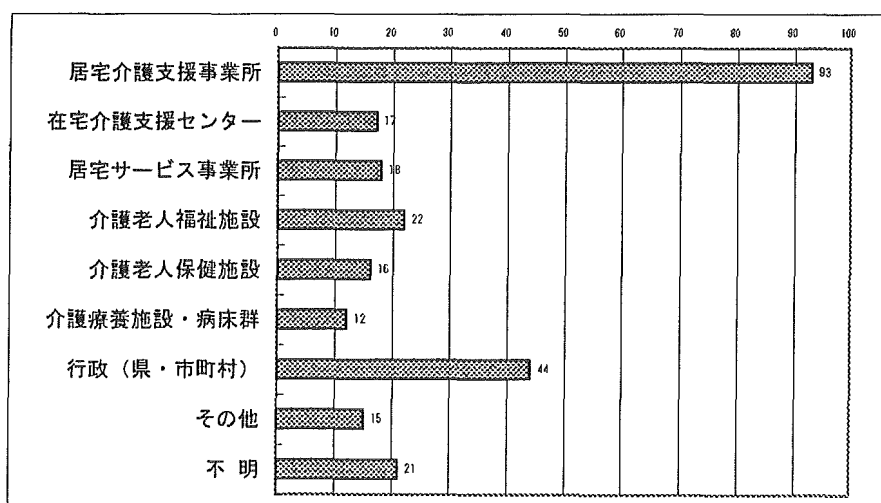
#### ⑤介護支援専門員従事年数の状況

| 項目         | 人数  | 割合     |
|------------|-----|--------|
| 6か月未満      | 17  | 6.6%   |
| 6か月～1年未満   | 20  | 7.8%   |
| 1年～1年6か月未満 | 10  | 3.9%   |
| 1年6か月～2年未満 | 91  | 35.3%  |
| 2年以上       | 37  | 14.3%  |
| 不明         | 83  | 32.2%  |
| (合計)       | 258 | 100.0% |



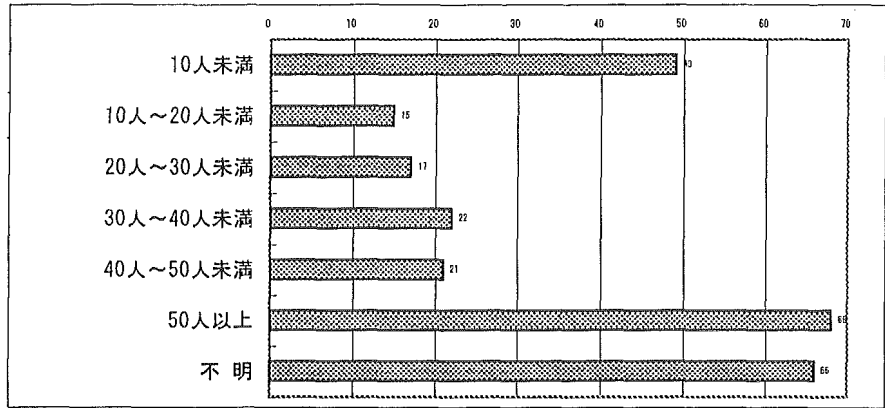
#### ⑥所属する事業所の種類の状況

| 項目         | 人数  | 割合     |
|------------|-----|--------|
| 居宅介護支援事業所  | 93  | 36.0%  |
| 在宅介護支援センター | 17  | 6.6%   |
| 居宅サービス事業所  | 18  | 7.0%   |
| 介護老人福祉施設   | 22  | 8.5%   |
| 介護老人保健施設   | 16  | 6.2%   |
| 介護療養施設・病床群 | 12  | 4.7%   |
| 行政（県・市町村）  | 44  | 17.1%  |
| その他        | 15  | 5.8%   |
| 不明         | 21  | 8.1%   |
| (合計)       | 258 | 100.0% |



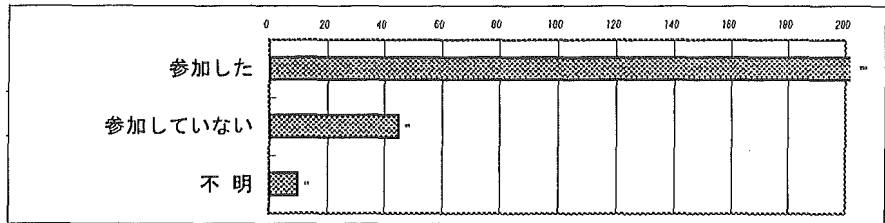
⑦担当する利用者数の状況

| 項目        | 人数  | 割合     |
|-----------|-----|--------|
| 10人未満     | 49  | 19.0%  |
| 10人～20人未満 | 15  | 5.8%   |
| 20人～30人未満 | 17  | 6.6%   |
| 30人～40人未満 | 22  | 8.5%   |
| 40人～50人未満 | 21  | 8.1%   |
| 50人以上     | 68  | 26.4%  |
| 不明        | 66  | 25.6%  |
| (合計)      | 258 | 100.0% |



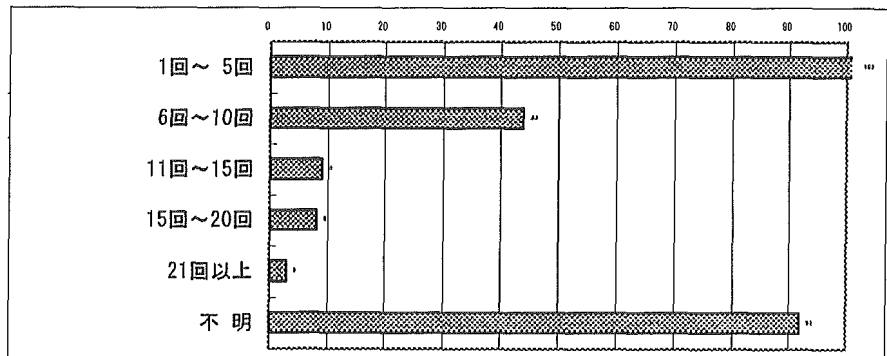
⑧介護支援専門員を対象にした研修会参加の状況

| 項目      | 人数  | 割合     |
|---------|-----|--------|
| 参加した    | 203 | 78.7%  |
| 参加していない | 45  | 17.4%  |
| 不明      | 10  | 3.9%   |
| (合計)    | 258 | 100.0% |



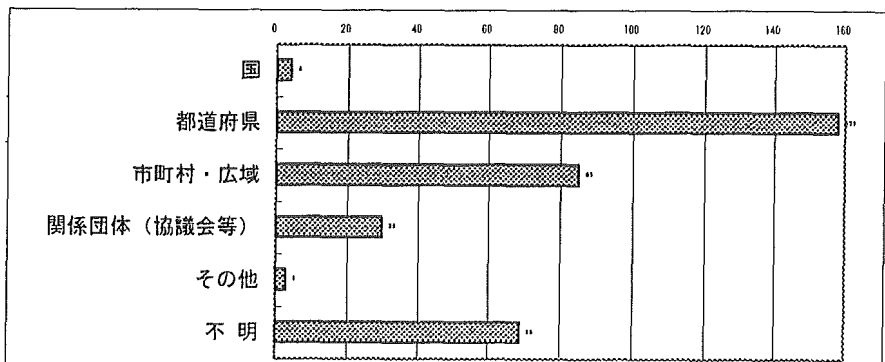
⑨研修会への参加回数

| 項目      | 人数  | 割合     |
|---------|-----|--------|
| 1回～5回   | 102 | 39.5%  |
| 6回～10回  | 44  | 17.1%  |
| 11回～15回 | 9   | 3.5%   |
| 15回～20回 | 8   | 3.1%   |
| 21回以上   | 3   | 1.2%   |
| 不明      | 92  | 35.7%  |
| (合計)    | 258 | 100.0% |



⑩研修会の主催者の状況

| 項目         | 人数  | 割合     |
|------------|-----|--------|
| 国          | 4   | 1.6%   |
| 都道府県       | 158 | 61.2%  |
| 市町村・広域     | 85  | 32.9%  |
| 関係団体（協議会等） | 30  | 11.6%  |
| その他        | 3   | 1.2%   |
| 不明         | 69  | 26.7%  |
| (合計)       | 349 | 135.3% |



## 【研修資料②】

### 介護保険制度創設の経緯（社会保障制度等の変化と社会背景）

#### (1)戦後の社会保障制度形成の時期（昭和20年～昭和27年）

終戦の昭和20年から約7年間続いたGHQによる占領下の中に、社会福祉の基本法である福祉3法（①生活保護法、②児童福祉法、③身体障害者福祉法）や、社会福祉の管理運営の基本法である社会福祉事業法の制定、そして昭和25年の社会保障審議会の「社会保障制度に関する勧告」等、現在の日本の社会保障制度の骨格ができあがった時期でした。

●昭和20年：①生活困窮者緊急生活援護要綱作成

【世相】①原爆投下／②空襲／③終戦／★リンゴの唄

●昭和21年：①生活保護法（旧法）制定／②日本国憲法公布

【世相】①日本国憲法公布／②天皇の人間宣言／③極東軍事裁判開始／★かえり船

●昭和22年：①保健所法制定／②児童福祉法制定／③第1回共同募金実施

【世相】①新学制6・3制実施／②労働基準法制定／③独占禁止法制定／★星の流れに

●昭和23年：①民生委員法制定／②医師法制定／③保健婦助産婦看護婦法制定

【世相】①帝銀事件／②東条英機らに有罪判決／★東京ブギウギ

●昭和24年：①身体障害者福祉法制定

【世相】①湯川秀樹、日本人初のノーベル賞受賞／②ヒロポン中毒広まる／★青い山脈

●昭和25年：①生活保護法（新法）改正／②社会保障制度審議会の勧告

【世相】①朝鮮戦争／②千円札登場／★イヨマンテの夜

●昭和26年：①社会福祉事業法制定（社協発足等）／②結核予防法制定／③児童憲章

【世相】①マッカーサの帰国／②紅白歌合戦開始／★越後獅子の唄

●昭和27年：①母子福祉資金貸付等に関する法律制定／②戦傷病者戦没者遺族等援護法制定

【世相】①講和条約調印（GHQ占領終結）／②血のメーデー事件／★ニコライの鐘