

	1	2	3	4	5
<b>【10月28日】</b>					
講義Ⅰ 脳卒中疾患パスのリハビリテーション			<b>4.46</b>		
講義Ⅱ 在宅医療を支える地域医療システムの構築 ～療養病床への期待～			<b>4.27</b>		
講義Ⅲ 在宅医療における訪問リハビリテーションの実際			<b>3.87</b>		
講義Ⅳ 日本の医療体制提供の今後の方向性			<b>4.48</b>		
<b>【11月17日】</b>					
講義Ⅰ 在宅医療における薬物療法			<b>4.30</b>		
講義Ⅱ 地域包括ケアシステムを支える慢性期医療の役割			<b>4.56</b>		
講義Ⅲ 在宅療養支援診療所の医療の実際 ～発熱の管理～			<b>4.09</b>		
講義Ⅳ 在宅療養支援診療所の医療の実際 ～経管を含む栄養の管理～			<b>4.32</b>		
<b>【11月18日】</b>					
講義Ⅰ 在宅療養支援診療所の医療の実際 ～麻薬の管理～			<b>4.41</b>		
講義Ⅱ 在宅療養支援診療所の医療の実際 ～終末期医療～			<b>4.33</b>		
講義Ⅲ 今後の在宅医療の方向性			<b>3.86</b>		
講義Ⅳ 望ましい医療・介護体制と在宅政策			<b>4.14</b>		

## 自由回答一覧

### 9月15日 講義Ⅰ これからの在宅医療政策

在宅医療の重要性が増えてくる中で、在宅医療医師の役割と重要性がよく分かった。

今後の在宅医療の進む方向性を教えていただいた。

慢性期の位置づけがよく分かった。

慢性期病院の、在宅医療における役割、方向性について勉強になった。

日本の医療体制における慢性期医療の位置づけや、今後の方向性についての考察など、大変ためになった。

慢性期における急性期機能の必要性を再認識した。

実際の症例を交えながらの講義で、とても興味深かった。

投薬の減量はリスクマネジメントの観点から取り組んでいる。

特定機能病院群（大学病院）のベッドを減らす必要有り。

リハビリに不満があり、今回の講義は非常に納得がいった。

慢性期から急性期への評価というのが印象的。

慢性期協会が急性期病院を評価しているところがよかった。

地区医師会の役員としても、会員への方向性の説明に、在宅医療連携システムの構築に大いに役立つと思う。

後方支援病院の在り方には同感。全国に広がればよい。

これまで政策的なことは考慮したことがなかった。地域連携の重要性、役割分担することで、患者の流れを作っていくたい

在宅医療の質を上げるには、様々な資源を有効活用しなければならない事がわかった。

在宅医療の阻害因子である高度急性期病院の、「無関心」を「関心」に変える取り組みを行う上でも大変参考になった。

### 9月15日 講義Ⅱ 在宅療養支援病院の実際

診療所から見えなかった、病院の内部情報を教えていただいた。

具体的な支援体制、連携の必要性等、勉強になった。

地域包括ケアシステムの構築に捧げておられる情熱に感動した。

地域包括ケアシステムの将来像の話は分かりやすかった。

地域でのシステム構築が出来るような気がした。

やりたい医療ではなく、求められる医療をする。真摯さ、楽しくなければ仕事ではない、パッション、3歩先を見る、とい

キーワードが心を打った。

やりたい医療より求められる医療、が素晴らしかった。

現況の介護施設の知識の整理ができた。

慢性期医療、在宅医療について、もっとやるべきことを整理し、今後に向かっていかねばならないと思った。

在宅医療に対する教育がもっと必要。

在宅療養計画書を参考にしたい。

療養病床において、抗癌剤や麻薬は出来高算定になるといことだが、当市においては、療養病床では癌患者支援機能は十

とは言えない。

### 9月15日 講義Ⅲ 在宅医療を支えるための医師と訪問看護との連携

現場で頑張る私たち、そして全体を眺めて施策を考えて下さっている先生のご苦労もよく分かった。

最新の政策や法改正について知ることができ、とても有意義だった。

医療と介護の繋がりなど、制度内容が分かりやすかった。

訪問看護の利用がうまく活かせていない。それは認識として、訪問看護の料金が高いため、ケアマネ・家族が利用を嫌って

るせいかと思われる。いかに利用をスムーズにしてもらうかが問題と考える。

退院直後に指示書があれば手厚くできること（ここでのフォローが再入院率ダウンのためにも重要な感じがした）、看取り

際の看護との連携パターン（24時間後でもOK等）など、とても参考になった。これからも連携は常に意識していきたい。
在宅に引き取れない現実の中で、介護者への支援は大切な用件と考えられる。
心構えの重要性を認識した。
諸外国の訪看事情も垣間見られてよかった。
訪問看護の在り方を更に考える必要があると思った。欧米の1日20分を3回が望ましい。
訪問看護に意味があるのか、欧米の仕方との違いに驚いた。
在宅に訪問看護は必須。
在宅医療に関わる医師を増やそう、と感じた。
医療保険と介護保険の区別が曖昧。

### 9月15日 講義Ⅳ 在宅医療における口腔管理

口腔ケアの原点を教えていただいた。
口腔ケアの発祥から実際の現場でのお話、写真も多くとても分かりやすかった。
薬剤と口腔炎症の関連も大変勉強になった。
薬剤による口腔異常発生に留意しなければならないことを知った。
歯科の活用は興味深かった。新鮮に感じ、目先が変わってよかった。
歴史も興味深かった。
慢性期医療と在宅医療には口腔ケアは必須だと思った。
義歯の適応・種類については知らなかったなので、現状を分かりやすく教えてもらい役立った。
大切な口腔ケアに役立つ有意義な講義だった。
改めて口腔ケアの重要性が理解できた。
在宅やターミナルの方の歯科治療の大切さを教えていただいた。
口腔ケアと死生学の繋がりは初めて知った。
死生学から入り、現場での役立つ知識を多く教えていただいた。
食形態の吸収率のグラフも新たに知ることが出来た。
食形態を落とすと、栄養の吸収が低下するという事実は知らなかった。
歯科の勉強が出来てよかった。

### 9月16日 講義Ⅰ 在宅療養支援診療所の医療の実際 ～泌尿器疾患の管理～

CureよりCareという丁寧な診療に、とても勉強させていただいた。
尿nmp22は初めて知り、勉強になった。
家で気管カニューレにするのは衝撃的だった。
尿路にトラブルを抱えている高齢者は非常に多いのでとてもためになった。
患者家族との対応など、全般的に在宅診療についての細かい配慮についても教えていただき、大変参考になった。
バルン交換等、日常よくあることなので大変ためになった。
豊富な実地的体験からの講義で、得ることが多かった。
ボトックス注射のことを勉強してみようと思った。
一部、在宅での拘束・虐待の話は、誤解を生む気がした。確かにネグレクトなどあるが、それも含めてどう見るか、どう診かがチームの課題だと思う。
1人ですべて診なくても良い、というアドバイスのおかげで気持ちが楽になった。
膀胱ろう、尿の酸性化、クランベリーなど、少しずつお話しは出るがあまり体系的ではなく、在宅医療全体を見渡すには良い講義だったが、やはり泌尿器科のDrがよかったのでは、と思う。

### 9月16日 講義Ⅱ 在宅療養支援診療所の医療の実際 ～皮膚疾患の管理～

皮膚トラブルを抱えている老人は多く、現場でかなり活かせると思った。
専門の先生から、内科医へのレッスンとなる実用的な講義だった。
難しい皮膚病変の鑑別の理解度がアップした。さらに治療についての注意も教えていただき、病院での現在の診療にもすぐ役立つ。
日常診療でも役立つ点が多くあった。
業務の中で、皮膚疾患をもっとしっかりと診療していかなければ、と思った。
診断が大切であることが分かった。
在宅の現場で皮膚科は本当に必要で、すぐに相談できるDrが近くにいることが大事だと思った。
総診から各診まで、短時間で多岐にわたり分かりやすく説明していただいた。
改めて皮膚疾患に興味を湧いた。内科医であるが、自分のやってきたこと、診断に自信がいった。
日々の「ちょっと困った」「これでよかったか（フィードバック）」が確認できた。
皮膚科の往診は現時点で当院ではできないが、やるしかない。
褥瘡治療のスライド（きれいに治癒していた）に驚いた。
<b>9月16日 講義Ⅲ 在宅療養支援診療所の医療の実際 ～骨折の診断と治療～</b>
頸部骨折の方に、深部静脈血栓症を起こしやすいということが、特に参考になった。
頸部骨折はよく経験するので、基本の勉強になった。
在宅で整形外科で必要となるのは、骨形の診断よりも、腰痛や膝関節痛、肩関節痛などの対応の仕方の方が大切だと思った。
整形的から高齢者の骨疾患（特に各部の骨折）について、在宅診療における診断と、その後の対応について、包括的ケアを細に話して下さり、どの程度のレベルまで必要なかが分かった。
包括的ケアは大切であると思った。
療養病床で大腿骨骨折パスの患者さんをよく担当するので、大変参考になった。
加齢による骨変形に伴う痛みのコントロールも、整形外科的知識が必要だと思うので、お話を伺ってみたかった。
骨折は在宅医療で一番起こしてはいけない事故だと思う。この事故をどうすれば少しでも減らせるかの、予防に対して講義が少ないように思われ残念。

<b>9月16日 講義Ⅳ 在宅医療における神経難病と認知症</b>
音楽療法による患者の表情の変化に感銘を受けた。
ALSの音楽療法のアウトカムには感動した。
神経難病のリハビリと、音楽療法の重要性を認識した。
ヘルパー指導、音楽療法、リハビリ、MSWについて素晴らしい内容だと思った。
Kenedy-Hunt-Sumの患者を在宅で診ているが、リハビリを検討したい。
私自身のモチベーションが下がっている矢先の講義で、「医療者のモチベーションを上げるのも我々の仕事」と改めて感じた。
よりよい連携の構築に向けて頑張ろうと思った。意欲のある病院があれば、と思う。
価値観が色々あり難しい課題であると思うが、今後の考え方として大きな刺激を受けた。
私の地域でも、吸痰勉強会を開催できるよう努力したいと思う。
医療経済的視点、大事だと思った。
患者側の視点、病院の視点での解説は分かりやすかった。
現場のエピソードから制度上の問題点まで、幅広く分かりやすく教えていただいた。
地域ケアの実際を分かりやすく講義していただいた。
訪問看護ステーションのナースやヘルパーの本音を知ること、大切なことであると理解した。

<b>10月27日 講義Ⅰ 在宅医療と地域連携</b>
在宅医療を推進するための妨げとなるファクターについて本音を聞いてよかった。
慢性期医療が急性期機能を有するべき、という概念そのものが、目をひらかされるものでした。
病院の連携についてわかりやすく説明して頂きました。

慢性期病院のこれからの役割、目標を少し理解出来た。
療養病床、慢性期病床と在宅医療との関連がよく分かりました。
慢性期病院の高齢者救急への対応に期待しています。
在宅へ帰す時のかかりつけ医の内容を送る側の医師が十分理解していないことは事実です。
慢性期病院でも、急性期治療が必要である事が、よくわかりました。
脱水症で入院した患者さんに点滴補液と併行して、当日から ROM 訓練を開始された症例は大変参考になりました。
臨床現場で実際に患者に説明する時のアドバイスが聞けてよかったです。
救急搬送のミスマッチはもっと世間に話題にされていい問題だと思います。
療養型病棟の役割をあらためて問い直す必要を感じました。
今後の医療の展望、慢性期医療の必要性を考えさせられた。

<b>10月27日 講義Ⅱ 在宅医療における診療のポイント(ワークショップ)</b>
実際のケースを検討するのは臨床現場でとても役立つと思った。
慢性期における「まずいぞ？」という急変していくときに、しっかり支えていく技術・知識のブラッシュアップに有用でした。大変刺激的で楽しい講義でした。
低ナトリウム血症のお話はすばらしいと思いました！
30分5症例、時間が足りないかと思いましたが、深すぎる、レアなディスカッションにならず、ファーストインプレッション、ファースト加療にしばってのディスカッションになり二重丸でした。
疾病に対する理解知識を充実させるべく勉強が必要と感じさせられた。
疾患概念については理解しましたが、これを在宅医療にどのように適用していくのかが知りたかったです。
MRHF という状況を全く知りませんでしたので、大変勉強になりました。
症例検討が役立ちました。
ARB によって引き起こされる低ナトリウム血症はこれまでかなり見忘れていたと思います。早速確認します。
実際の症例があって興味あるワークショップでした。勉強になりました。
症例検討で“MRHE”の概念は知らなくて、似たような例を見たことがあるので、今後いかしていきたいと思います。

<b>10月27日 講義Ⅲ 在宅医療における総合機能評価と疾病管理</b>
論理的な所から具体的な事まで幅広く話して頂いた。
総合機能評価と疾病管理の重要性が理解できました。
受けた医療に対する患者、家族の「満足度」について考えさせられました。
慢性期医療の要点と、在宅と入院の管理の違いなど参考になった。

<b>10月27日 講義Ⅳ 在宅医療推進の必要性と方向性～連携について～</b>
行政と現場をつなぐ内容でした。
大きな視点の説明で国の方針について興味深い話が聞けた。
在宅医療の中心は診療所なのか、もしくは病院主体を主体にするのか。病院では医師のマンパワー上、無理が出る。
在宅医療拠点事業自体、どういう役に立っているのか、役立つのか理解できない。
在宅医療推進がほとんど進んでいない事が理解出来た。今後が大切と知ることができた。
未来像が具体的に理解できました。
在宅医療に関する総論的な話で、現在と今後の問題が分かりました。
制度設計の裏話が聞けて興味が持てた。講師のストレートな意見に共感が持てた。

<b>10月28日 講義Ⅰ 脳卒中疾患パスのリハビリテーション</b>
-------------------------------------

リハビリを早期から導入してゆくことの重要性、重症であっても損傷部位に注目するのではなく、残っている部位の可能性を最大限引き出すことなど、最先端のリハビリをお聞きして感動いたしました。また限界があることや、限界がある中での可能性もお聞きして、実際の現場についても知ることができてよかったです。
リハビリテーションの目的、目標を初めて聞き、モデル的なリハビリを学ばせていただいた。
このような回復期リハビリ病院が増えることを希望します。我々の周囲では在宅復帰率のため、重症者や独居者は転院受け入れしてもらえないことがほとんどです。
内容的には理想とするところだが、APO 連携パスさえ充分機能していない地方においては、まだまだ程遠い話である。
大変夢のある、また実践をされている現場の声が聞けて大変良かった。
画像診断で主要なのは「残存脳機能活用方である」、「股関節の再学習」、「超早期からの端坐位訓練」など分かりやすい内容でとても勉強になりました。
画像から回復状態ゴールが見える、魔法のようです。回復状態をスタッフに見せて、根拠を示して、セラピストをまとめ上げる、すごい。「自分では何ができるのか」「どんな『戦略』があるのか。」と考えさせられました。
亜急性期、特に脳卒中における重要性が理解できました。
先進的かつ論理的リハの考え方と実践に大変驚きました。
脳卒中リハの重要性と維持的リハを町作りまでにつなげる発想が素晴らしいと思いました。
急性期、回復期のリハビリについてとても学ぶ点が多かったです。
回復期リハ病とでの取組が素晴らしかったのですが、レベルが高くてすぐに持ち帰っての活用が難しいと感じた。
レベルの高い回復期リハの講義が非常に勉強になりました。
都市の病院では可能な方法であるが、地方では無理だと思う。

<b>10月28日 講義Ⅱ 在宅医療を支える地域医療システムの構築</b>
「患者のニーズに応じて」、これはほとんどの場合、ケアマネや看護が使う言葉のように思える。
何故在宅医療か、というテーマに対して、「医療費抑制」という理由ではなく、「生活者として暮らすため」という回答を力強く説いておられることに共感しました。そして国民負担を上げてでも金のかかる低所得者支援を含めた地域包括システムの構築が必要であるという考えにも同感でありました。
医療システム、社会保障についてであるが、高齢者はお金がない。田舎では可能とは思えない。
地域医療システムについて柏市のモデルを学ばせていただいた。
地域医師会との連携について考えたいと思いました。
地域包括単位で拠点事業を進めていきたいです。
構想趣旨は理解できるが都市部と地方では事情が大変違う。
在宅についての柏市の件への少し理解が進んだ。ただし地域格差をどう補っていくかは課題が残っている。
国の考える在宅医療の役割、今後の方向性等が分かりとても勉強になりました。またモデル事業が行われ、それがうまくいっており、今後全国に展開される予定とのことで、研修等に積極的に参加してみたいと思いました。
医療経済的側面からだけでなく、在宅の持つ本質的な人間な良さ。これを支える医療は今後さらに重要になってくると思いました。
論理的にはよく理解できる話。地域での活用にまだ時間はかかるが、取り組ませる意欲をかきたてる内容。
サービス付高齢者住宅の必要性和都市部、地方部におかれている今後の課題と問題点が分りました。
都市型システムの構築は地方にはできない。

<b>10月28日 講義Ⅲ 在宅医療における訪問リハビリテーションの実際</b>
リハビリテーション指示書と併せて、診療情報提供書を出す事を忘れておりました。

訪問リハの制度・定義についての解説、算定基準について他、これまであいまいであった知識の整理ができました。
施設系のリハビリと訪問のリハビリを目指す内容の違いを教えてくださいました。
多少は訪問リハについてわかったが、嚥下のリハビリ自宅では造影検査できない。どうやって評価しているのだろうか。
実際の症例も提示していただき、訪問リハの現状を概説していただき、わかりやすかった。
複雑なリハビリの制度について、丁寧な説明いただきありがとうございました。
訪問リハの制度上の仕組みを初めて知りました。
制度が複雑で理解出来なかったが、理解へのとっかかりができた。

<b>10月28日 講義Ⅳ 日本の医療提供体制の今後の方向性</b>
現状の医療行政の問題点を愉快にお話して下さいました。「在宅はお金がかかる」というお言葉には重いものを感じます。サービス付高齢者住宅を推進していこうとする国の方向性に疑問を投げかけておられたこと、病院がリハ、訪問看護などを上から目線で見ている問題など、現場の肌感覚をうまく言って下さっていて、自分の中のもやもや感もすっきりいたしました。
連携が必要ということが納得できた。
はるか雲の上の存在が大都会の超一流病院の中でも二極分化が起こっているらしいことにショックを受けた。

<b>11月17日 講義Ⅰ 在宅医療における薬物療法</b>
臨床に役立つ講義だった。
多剤処方高齢者に対する処方について反省した。
この講義の内容のようなこと（その患者にあった内服薬の見直し）は約10年前より行なっている。それでもその患者の病をわかっていない、デイだけ・宅老のときだけ付き合うナースに薬が多いと言われ、患者や家族に不安を与える者がおり非常に迷惑しているのを思い出した。
デイサービス利用や外来、グループホームの患者、また入院中の患者について処方を見直したいと思う。
経験で行なっていた薬物管理について、学び直す良い機会になった。
高齢者の薬剤管理の重要性がよく理解できた。
闇雲に、ただ考えなしに引き続き処方していた薬剤について考えさせられた。
高齢者の薬剤療法につき総論から各論まで幅広くまとめていただきありがとうございました。
高齢者の薬剤管理の重要性をわかりやすく教えて頂いた。漫然と処方しないこと、ちょっとした工夫をすることなどがよくわかった。
くすり手帳の有用性があまりPtにわかっていない。見せてもらえないことがある。医者ごとに手帳がわかれており用を成ていない場合もあった。
個々の薬剤について、もう少し詳しく平常見落とししている副作用 etc についてまた学ぶ機会があれば研修を受けたい。
高齢者への薬物投与の落とし穴など、大切な点の気付きになった。
日頃から注意して実践している内容が多かったが、確認としては良かった。慢性期医療を担う病院の勤務医は、一般的に多剤処方の傾向が強く、また、高齢者＝成人と考えて処方する傾向が強い。よって本日の講義内容はそういう医師に聞いてもらいたい内容だと思った。

<b>11月17日 講義Ⅱ 地域包括ケアシステムを支える慢性期医療の役割</b>
在宅介護生活における「覚悟」について考えさせられた。
包括ケアシステムの考え方、重要性がよくわかった。
地域包括ケアシステムの意義、役割がわかりやすく講義されていて良かった。
戦略的分析概念は面白いが、実際の地域包括ケアへの当てはめは少し難しく感じました。
経済から医療を見ることは普段ないので、興味深かった。
経済学者である講師の講義はユニークで視野が拡大した。

理念なき制度は何にもならないということがよくわかった。地域包括ケアシステムというものを理解するのにとても役立った。

日本と外国の比較など、知らなかった事を多く学べて有意義な講義だった。

### 11月17日 講義Ⅲ 在宅療養支援診療所の医療の実際～発熱の管理～

発熱を取り上げたことは良かった。

大変良く頑張っておられるのが良く伝わった。ただ、すべてのコールを医師が「ファーストコール」で取ることは本当にいいことなのか、という疑問が残る。「熱が冷えたら病院へ行っていい」というのも在宅を担うドクター、ナースの疲弊を防ずるにはひとつの選択肢と考える。「熱意」のみでは継続性はない。

発熱の原因として、肺炎、胆嚢炎、尿路感染症を表層的に述べただけであり、もっと深い考察が欲しかった。

発熱に対しての問題にもいろいろな意見があることを知った。在宅医療にもっとナースを入れると同様に介護士の医療的知識を取り入れる機会を増やすことも必要かと思う。上下関係をナース・介護の間で強く感じるため。

著作（平穏死）のごとく、熱意が伝わる内容でした。家族教育の重要性は痛感します。

在宅をやっている、介護保険のわかりづらさを実感しており、またケアマネが訪問看護師の大変さ、また24時間365日対している医師なども頑張っているのだと思いました。

### 11月17日 講義Ⅳ 在宅療養支援診療所の医療の実際～経管を含む栄養の管理～

胃ろうの問題点について簡潔にまとめて頂いてありがとうございました。

胃ろうの功罪についてよくわかりました。

PEGの話がまとめて聞いてよかったと思う。

ケースバイケースか。固形化はよさそうに思う。

PEG交換時の事故対策、注入栄養食の形態や注入方法など、とても具体的ですぐ応用できる内容だった。

寒天の利用は良いと思う。訪問歯科とも連携が必要だと思った。

胃ろうの栄養管理がわかった。

問題も多い胃ろうで国の方針を説明して頂き、よく理解できた。

今まで手軽に何気なくPEG交換を行っていたが、アクシデントの実例を聞き非常に参考になった。

### 11月18日 講義Ⅰ 在宅療養支援診療所の医療の実際～麻薬の管理～

現場での具体的な手法まで詳細な説明があり、大変役立つ内容だった。在宅ホスピスという考え方についてもよくわかった。麻薬の管理を含む緩和ケアがわかりやすく講義されておりよかった。

生活の場での緩和医療のアセスメントの難しさ、服薬管理や薬剤管理の難しさに対する対応策として、介護と連携、というのだが、具体的な例を聞くことができればよかった。

緩和医療であり使用できていなかった麻薬使用の必要性を見直すきっかけになりました。

麻薬の管理などに沢山の選択肢があることを教えて頂いた。

これから認知症患者のがん死についても考えて行かなければならないと思った。

終末医療、緩和医療の在宅における実際の医療内容を聞くことができ、非常に有用だった。

### 11月18日 講義Ⅱ 在宅療養支援診療所の医療の実際～終末期医療～

死の権利、世界連合総会のスイスでのお話が興味深かった。今後の人間の終末期のあり方の一つだと思った。

平穏死、自然死がベストである。胃ろう問題の本質、本人が臨むものがベスト。リビングウィルも本人の臨む医療を行うのベスト。

世界の終末期医療、各国の尊厳死について理解できた。

終末期医療の問題もわかり、今後の医療の問題点だと思った。



医師教育が一番難しいと思う。
地域包括ケアシステムが事業仕分けの対象になり、漫然と在宅医療しているだけではいけないと思った。「良い在宅医療」になっていき、地域連携を重視し、生活者としての在宅医療支援をしていかなくてはと思った。
終末期医療の難しさを感じ、これからも議論が進めば良いと思った。
終末期医療について平常進んでいることも多いが、先生の講義を聞きまだまだ決まった結論が無いことを知る。人生の終末、宗教を含め、結論の出ない問題なのかと思った。
「死」について改めて考えさせられた。昔、下の医師が、末期の方にモヒを使っていいかというから後期ケアのレベルだからやりなと言った。患者は2〜3日で亡くなった。私は「モヒは効くなあ」と言った記憶がある。その後、セデーションは10分生命を縮めるとして使用している。
終末期医療の選択肢について考えさせられた。

### 11月18日 講義Ⅲ 今後の在宅医療の方向性

町づくりを含めた地域包括ケアの必要性を改めて感じた。
臨床倫理の問題も含めた講義で良かったと思う。
緊急搬送の問題は大きいと思う。
不要な救急搬送を避けるために、急変なのか容態の降下なのか、ということについて、家族や介護職に教育する必要がある考えさせられた。
現在の在宅医療と急性期（急変等）の救急車を依頼することの意味を学んだ。そのため、今日の在宅医療政策の問題知識の裏が必要なることを教えてもらった。
救急の現状（海外）など面白い内容でした。

### 11月18日 講義Ⅳ 望ましい医療・介護体制と在宅政策

地域で包括させるという話はその通りであると思うが、一方で、高齢者の生活の場が多様化し、有料老人ホーム等も在宅医療の場となっている。そして、そのようなホームの業者は大会社であることがおおく、地域に根ざしていない。運用は会社本部で決められたマニュアルに沿って行われており、リスクを回避する方向でマニュアルの策定がなされていることが多い。点滴経管、看取り等はホームで在宅医が行うことは可能であるが、ホームの方針で不可能ということがかなりある。やはり、今はこのような業者への対応も行政側にさせていただく必要があると思う。
総論的な部分（特に科学哲学）について先生のお考えに触れ、私も常々考えていた所でありとても嬉しく思った。
20世紀型の健康若年者を対象としていた「治す医療」から、高齢者を対象とした「治し支える医療」、そのための地域における連携が重要であるということがよくわかった。
治し、支える医療の大切さがわかった。
総論的な内容だったが、一つ一つのスライドがよくまとまっており正確だったので、現場でやっているドクターにも今後の位置づけが明確になるイメージが持てた。

### その他の意見

在宅医療が学問としてまだ成り立っていないということに驚かされた。日本慢性期医療協会が学問として社会に発信していることが大切ではないかと思う。
--

## 日本慢性期医療協会 第1回ケアマネジャー講座 プログラム

平成25年1月26日(土)

10:00～11:20	「医療連携概論～医療がわかるケアマネジャーを目指して～」 講師：武久洋三(日本慢性期医療協会会長)
11:30～12:50	「これからのケアマネジャーに期待されること」 講師：松岡輝昌(厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長)
13:40～15:00	「ケアマネジメントに求められる地域リハビリテーションの考え方」 講師：齊藤正身(全国老人デイ・ケア連絡協議会会長)
15:10～16:30	「地域包括ケアシステムにおけるケアプランのあり方」 講師：筒井孝子(国立保健医療科学院統括研究官)
16:40～18:00	「ケアプランに必要な認知症の知識」 講師：伊藤弘人(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部長)

平成25年1月27日(日)

9:00～10:20	「患者に寄り添う看護の実際～ケアプランの基本として～」 講師：秋山正子(株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション代表取締役)
10:30～11:50	「ケアマネジメントに求められる施設・在宅でよく見られる症状・疾病の理解と 医療処置の基礎知識」 講師：池端幸彦(池端病院理事長)
12:40～14:00	「一人ひとりを支えるケアマネジメントを実行しよう」 講師：小山秀夫(兵庫県立大学経営研究科医療マネジメントコース主任教授)
14:10～15:30	「ケアプランに必要な薬剤の知識」 講師：秋下雅弘(東京大学大学院医学系研究科加齢医学准教授)
15:40～17:00	「ケアマネジャーに必要な医療保険・介護保険の制度を学ぼう」 講師：安藤高朗(永生病院理事長)

## 第1回ケアマネジャー講座 アンケート結果

参加者数：113名

1月26日(土) 10:00~18:00

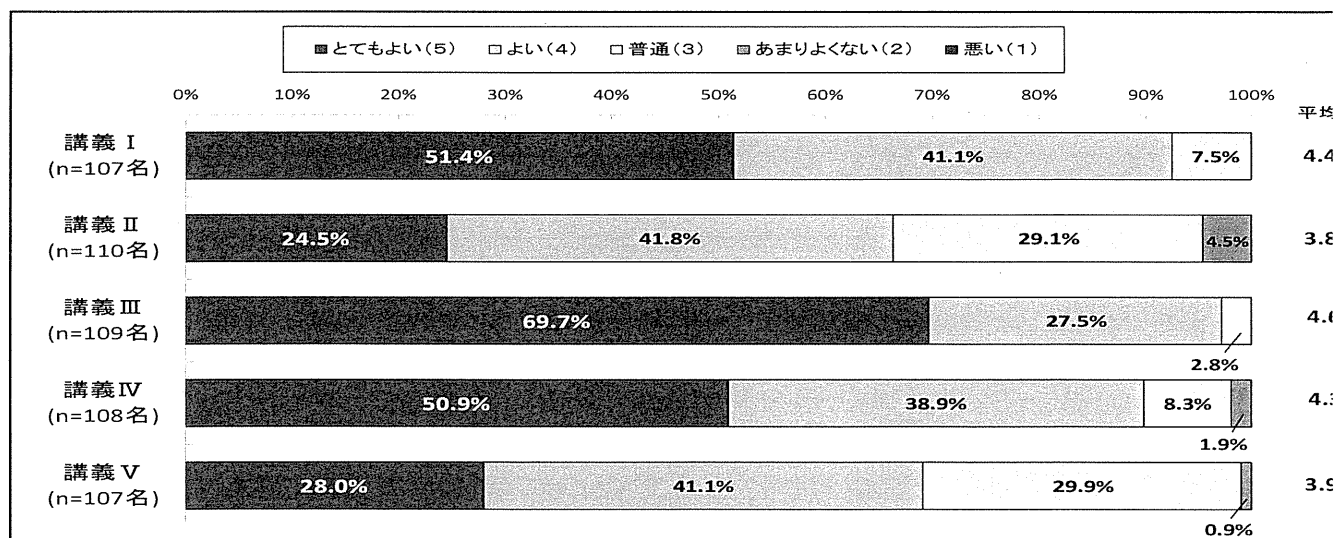
講義I「医療連携概論～医療がわかるケアマネジャーを目指して～」

講義II「これからのケアマネジャーに期待されること」

講義III「ケアマネジメントに求められる地域リハビリテーションの考え方」

講義IV「地域包括ケアシステムにおけるケアプランのあり方」

講義V「ケアプランに必要な認知症の知識」



1月27日(日) 9:00~17:00

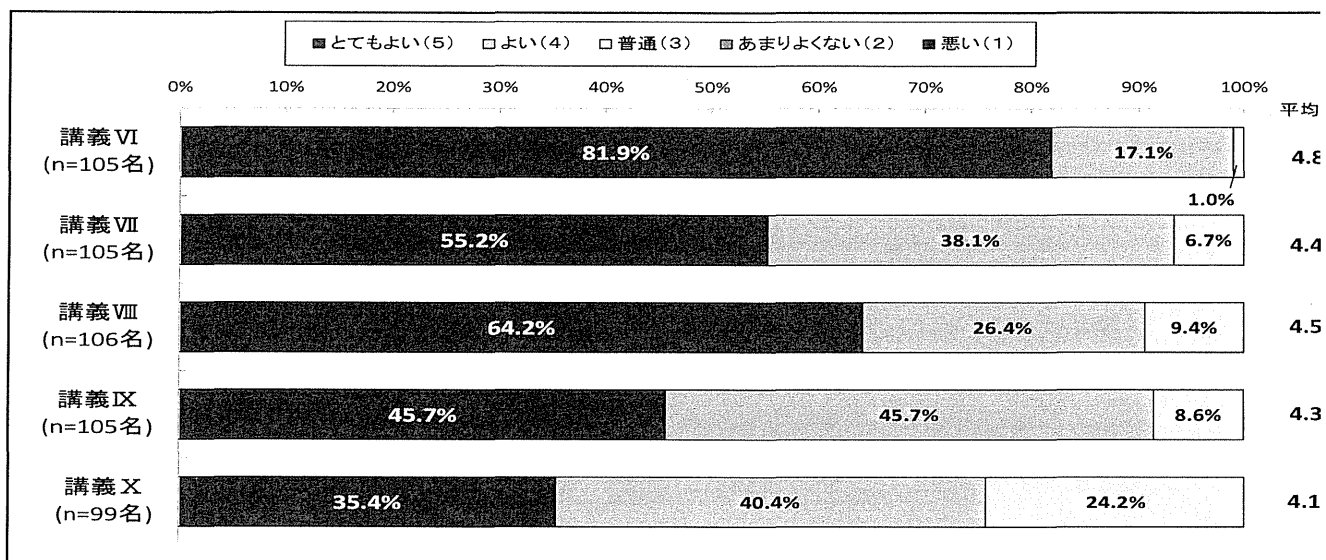
講義VI「患者に寄り添う看護の実際～ケアプランの基本として～」

講義VII「ケアマネジメントに求められる施設・在宅でよく見られる症状・疾病の理解と医療処置の基礎知識」

講義VIII「一人ひとりを支えるケアマネジメントを実行しよう」

講義IX「ケアプランに必要な薬剤の知識」

講義X「ケアマネジャーに必要な医療保険・介護保険の制度を学ぼう」



## 自由回答一覧

No.	1月26日(土)「医療連携概論～医療がわかるケアマネジャーを目指して～」
2	回復期リハ病院付設居宅のため、置かれている立ち位置について再確認できました。
3	施設入所されても継続してケアマネジャーとして関わられる考え方がとても良かったです。ぜひそのような対応ができるようにしていただきたいと思います。
4	「急性期病院に何でも患者を送ってはいけない。医療費が高くなる。急性期は一部。治療が終了すると患者を戻す。」ということに、その通りだと実感しました。ただ慢性期の病院で急性期機能がどこまで持てるのか。赤字になるという言葉だけが先に出てしまって具体的対応がまだ取れていないとも感じました。
7	地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後医療の知識が求められていることがわかりましたので、スキルアップに努めていきたいと思いました。
10	大学病院や急性期病院の現状がよく理解できました。利用者の薬剤処方数の制限は大賛成です。ほとんどの方が服薬せずに捨てています。
11	家族のためではなく利用者のために、と当たり前のことだけど、やはり家族が主役になってしまうのかなと思います。しかし利用者のために、と常に考えていきたいと思います。
14	退院調整看護師として働いています。病棟から介護度を有して退院される患者は医療的管理が必須です。医療のわかる方が増えてほしいと思いながら聞きました。
15	急性期の病院から紹介されている患者の内服薬が多いことに驚いています。これからも自信を持って必要のない薬は減量していこうと思いました。
19	医療連携の重要性を学ぶことができました。
20	町の開業医から総合病院の連携、つながりが上手くいけば理想的ですが、なかなかできていないようです。また在宅生活を理解できない先生方も多く、ケアマネジャーと医師の間のエリア連携が難しい状態です。今後何とか医師を巻き込んでいくシステムを作る必要性を感じました。
22	2025年に団塊の世代が75歳となり、慢性期医療対象が急増します。病床は増えないので、早期に退院を余儀なくされることが予測される中で、在宅生活を長期的に支えていくためにも、医療系サービスと共同し、偏りのない本人に合ったプランを提案していくことが大切だと思いました。サ高住が乱立している現状で、支払えない方が今後どうしていけばいいかが不安になりました。
23	医療の知識と共に、病院の特徴や評価なども知っておくべきことなのだとわかりました。今後は地域の病院の事も知っていけないと、と思いました。
27	医師に対しての働きかけの重要性を知りました。
28	慢性期病院が今後狙っていくことや、医療サービスの必要性についてもしっかりアセスメントを行い、良質なケアプラン作成に努めていきたいと思います。
29	「一人のケアマネがずっと担当する」というのは面白いと思いました。逆に施設入所中に初めてケアマネジャーが担当した場合、在宅復帰してからも担当できるようになれば良いと思いました。
32	今後、高齢化社会に向け、慢性期医療者の増加が見込まれます。慢性期であっても急変により急性期治療を要するようになってくることから、急性期治療機能が必要不可欠となります。早期に治療し、本人の家庭環境を保持しながら、居場所を確保することで、人間らしく生きることにつながっていきます。ケアマネジャーは利用者のために様々な情報を集めることが大切です。
33	医学的な知識が少ない分、自分なりに日々勉強しているところです。老健で働いていますので、多職種が集まることを恵まれた環境として知識を身につけていきたいです。
34	現在もケアマネジャー、介護、福祉に対しての医師の目があまり変わっていない中で、やはり医師とどう付き合えば良いのか、なかなか難しいです。
36	主治医に面談するのは時間的に大変ですが、自立支援を考えると、できること、できる

	が行っていない、あるいは行えないことなど、どこまで支援できるかは医師の意見が不可欠です。気持ちよく会っていただきたいです。利用者に主治医を変えよ、とは私の立場からは言えません。
37	医療依存による悪循環の現状の再考になりました。
38	医療面での知識の必要性を感じました。
39	薬の摂り過ぎは危険であり大学病院では沢山の薬を出されてしまうなど、現実の話聞きながらのお話はとても興味深く、ケアマネジャーが良い病院、医師の知識を持って利用者に情報提供できるようになりたいです。
40	主治医の顔色をうかがいながらなんとか連携をとっています。あまり医療的なところを聞くと嫌がられるし、介護的なことを話すと無関心な態度を取られるし、難しいです。そんな実情を理解していただいて嬉しかったです。
41	ケアマネジャーが医療の知識や医療現場の実状の知識を持つことは大切であり、今後はサービスだけではなく、病院や医師などについても利用者に紹介できるようにしたいと感じました。

42	医療的な視点を持つ事が大切ということがわかりました。平均的に知識を持ったケアマネジャーがいると業務量も平均すると思いました。
44	「老人の定時薬についても自然ではない医療の考え方に沢山の「疑問」を感じます。福祉の世界でも「医師が決めたことは絶対」と日々聞かされます。今日は私が感じる「疑問」に医師の方が答えて下さったように思いました。
46	医療関係者の介護に関する知識不足を是正するべく、「介護保険サービスに熱心な医師をケアマネジャーが育てる」のメッセージには強い共感を覚えました。
48	入院時の BUN 値、Na 値、ALB 値がどうであったかの紹介元病院ランクのデータを拝見し、現状をよく理解することができたと同時に、その現状にショックを受けました。ケアマネジャーとしてきちんとした病院を見極める事ができるよう、色々な病院に出向くということが大切だと思いました。
49	多剤服用についてとても興味がわきました。私が担当させていただいている利用者も病状にもよりますが、多くの薬を飲まれている方もいます。しかしなぜその薬を飲んでいるのか深く考えたことはありませんでした。「先生が処方されているから大丈夫だろう」と安易に納得していました。 私自身、薬についての知識をつけたい、と思いました。利用者の体調と薬の内容について主治医と相談や質問ができるレベルになる事が目標となりました。
51	急性期病院を退院してきてもデータの悪い方がかなりいるというのは驚きでした。そのフォローも慢性期病院で担うということは、慢性期病院においても急性期治療が必要とされ、3日、5日、7日の原則というのは大変難しいと思われれます。
53	この講義で急性期病院の問題点や実情などを知ることができました。また地域の病院の特徴などを調べて知識を増やし、活用していきたいと思いました。
54	自分の知識の無さから医師や看護師となかなか関わる自信がなく、まずそこを改善しないといけないと思いました。
56	特養ですが、ショートステイの利用者のプランは施設内のみとなり、在宅へ帰った場合や帰るプランができていないと思いました。ケアカンファレンスは看護師の出席率が悪いので困っています。
58	知識がない事により、ある部分に踏み込むことができず、どうしても偏りが出てしまう。自分も介護職からの転向のため身につけられました。 病院から入所する利用者は多いですが、医師や病院により様々な考えがあるとのことで、最低限の知識は多くの職員が持ち、対応していくことが必要だと思いました。
59	現在、医療機関に従事している事もあり、医療の知識を覚えていないと看護師、リハビリ職、医師、薬剤師との連携が十分取れないことを痛感しています。それだけに医療の現状(介護からの視点と看護師との視点のズレなど)を再度把握できました。

60	医療的サービス導入の必要性を踏まえてケアプランを作成することや、家族や本人の力を活用したケアプランを作成することを、今後意識していきたいと思いました。
61	カンファレンスに参加しない医師はほととけ、と言われた時に、そうするためには医師の出席意義のあるカンファレンスを開催しなければならないと思いました。
64	今の病院の実態に関しては知らないことが多く、今日の講義の中で医療処置や薬に関する多用の危険性を知ることができました。
65	急性期病院での大量の薬剤投与における身体の悪化の内容が興味深かったです。
66	急性期病院から在宅、施設で受け入れた場合において、医療面でどこを見てプランを立てるか参考になりました。施設、在宅どこに利用者がいたとしてもケアマネジメントは引き続き同一ケアマネジャーができればというのは、私自身も在宅のケアマネジャーをやっていた時から思うところです。
69	療養型の入院の窓口の役も果たしているが、各施設の役割分担も考えつつ、在宅へ帰す方向へも持っていきたいですが、現状では難しいです。
70	医療連携が課題ですが、武久先生のお話を聞き、少し肩の荷が下りたようです。でも医師頼みですので、どんどんプッシュしていきます。
73	急性期病院、慢性期病院の現状がよくわかりました。ケアプランに対する意見が医療系と福祉系では大きく違う(意識の違い、着眼点の違い)ことがわかりました。
77	カンファレンスに参加しない医師は無視しなさい、とおっしゃる武久先生の言葉にはびっくりしましたが、共感もできました。
78	医療と介護との垣根がなかなかとれない中で参考になりました。
85	薬剤処方数がある程度制限してもらえる事には賛同します。高齢者の服薬管理も在宅では難しい人も増えています。また医師は処方した薬に責任を持ってほしいです。
91	在宅復帰する方は多くが慢性疾患を持った方です。在宅で安心、安全な生活を送るためには医療との連携は不可欠です。
96	慢性期医療について病院全体で考える必要があると感じました。

97	急性期病院の治療における盲点をデータで示していた内容がとても興味深かったです。慢性期医療の役割が理解できました。また薬剤の副作用においても今後役立てることができ、良かったです。
99	主事ケアマネジャー制度は居宅における高齢者の生活維持に必要と思います。
102	介護保険の中での療養病床のあり方、5年後の方向性は管理に任せて、入院医療が「終のすみか」になっている現実。医療重視の中で何が必要か考えていきたいと思いました。
103	私自身が有料デイサービスを営業しております状況で、主治医や入院に繋げる病院との連携を大切にしておりますが、基本的には私自身が判断する力が大切と毎日考えています。
106	誰のためのサービス提供の視点か、医療の視点の必要性を感じました。
108	機能回復のための基本的な話は分かりやすかったです。リハビリが必要と言いますが、何のために、どの部分で機能訓練をするのか、希望するのかをアセスメントできるようにしたいです。また意欲の無い人への取り組みが自分の課題と思えます。
109	施設ケアマネジャーも医師、看護師と連携しケアプランを作らなければなりません。薬の量や慢性期の医療の必要性もよくわかりました。病気になったら早めの入院、短期で治療し退院する。
110	外見的に見えている問題にだけ目が行きがちな現状で、「医療的身体環境破壊」という言葉はとても感銘を受けました。医師だけでなく、私たちにもその知識が必要な意味がとてもよくわかりました。3日、5日、7日の原則をうちでもできたら素晴らしいと思いました。

No.	1月26日(土)「これからのケアマネジャーに期待されること」
5	在宅、地域、施設とが一体となった町づくりが必要と感じました。

10	現場で変だなと思う制度のあり方を積極的に国に申し立てをしていかなければいけないなと思いました。
15	ケアプランには正解がなく、ケアマネジャー一人ひとりも価値観が違うため、ケアプランを第三者から評価することは必要な事だと思うものの、難しい事であると感じました。
16	介護保険施設のケアマネジャーの役割として、「地域の窓」となっていただきたいという言葉が印象的でした。地域に早く良い状態が出ていくための施設内のケアをどうしていくのかをもっと考えていかななくてはならないと考えさせられました。 施設でどういう生活を送っていただくかということだけでなく、地域に戻るために何を取り組むべきかまでを考えた、施設内のケアプランを立案できるよう、心掛けていきたいと思います。
17	制度における介護サービス提供量と実際にケアマネジメントすることの食い違いは多々あるのだろうと思った。量より質を吟味しなくてはと思う。
22	ケアマネジャーは指揮者の役割という例えはわかりやすかった。安易に訪問介護、通所介護を選ぶのではなく、利用者が望む生活スタイルの継続を視野に入れてリハビリ、医療などとの連携を図っていききたいと思いました。
28	保険者と要介護認定者の人数割合が不均衡な状態なので介護予防する上でも、リハビリテーションの重要性を考えプランに盛り込んでいきたいと思います。また医療従事者とのハードルの高さをいわれていましたが、そういう時こそ頑張って関わっていききたいと思います。
32	初回のケアマネジメントの質により、利用者の今後に大きく関わってくることから、早い段階から医療関係職種の見聞が大切となります。現場の思いとのギャップがあると感じました。
33	在宅での生活を目指すにあたり、その分在宅でのサービス利用者がもっと増えるのかなと思うと、国の見直しもどんどん必要になってくると思います。
34	医療のサービスを入れられない都合もあったり、難しいと思いました。ただ今後は自立支援ということを考えリハビリも考えることは大切と思いました。
35	ケアマネジャーのあり方に関しては、書式を変更するにあたり、そこにかかる労力がどの程度なのかも勘案していただきたいです。書類作成のためのケアマネジャーにならないように。
37	日本の医療、福祉の保障制度、給付財源など、厳しい状況を再確認しました。
39	医療的なサービスが必要な人に使ってもらえるようにアセスメントをしっかりと行い、モニタリングもサービス導入ができるようにしたいです。ケアマネジャーが広くサービスや制度を理解するのはもちろんですが、利用する人にも広く理解できるような制度にしていきたいものです。
41	ケアマネジャーはオーケストラの指揮者的な役割であり、全サービスについてよく知っている必要があると感じた。またプランの主導権を持って、ケアプランを作成していくためには各職種、特に医療従事者との連携が大切であると感じました。
43	病院所属のケアマネジャーですが、医療との連携についてはなかなか難しく、医師も忙しいので話の内容をまとめて考えを主張しないといけない立場にあります。
48	肩車社会を、ちょっときつめの騎馬戦型にしていきたいというお話を聞き、予防や自立支援の考えが大事なのだと感じました。 またケアマネジャーの質の向上についてのお話で、アセスメント様式についてのお話があり、開発中とのことで、共通の様式ができることで評価ができるようになるので、とても良いと思いました。
51	多職種協働の強化を目指していきたいです。
53	介護保険制度の状況やケアマネジメントの課題など知ることができました。
54	包括的に関わられるケアマネジャーを目指していきたいと思います。
57	医療系のケアマネジャー、福祉系のケアマネジャーのケアプランに異なる視点があるのではないかと、といった報告は興味深かったです。



62	ケアマネジメントをしっかりと行うこと、資質を向上させることはもちろん重要であり、大きな課題だと認識していますが、それだけではなく法、制度の矛盾の解消や修正、国民への啓発を含めた保険者機能の向上が必要だと思いました。
64	医療系の従事者と福祉系の従事者の判断だけでも大きな違いがあり、ケアマネジメントの難しさを感じました。
65	「マネジメントによりケアの質で利用者の状況が変わる」との言葉が印象に残りました。
66	施設ケアマネジャーと相談員のあり方についてこれからもっと議論が必要だと思えます。
71	自分の日々行っているアセスメントについて振り返ってみると小規模多機能は実際のケアとアセスメントが日々同時に起こっており、頭の中で進めていることが多いです。今のツールでは不足に感じており、良いアセスメントツールを待ち望んでいます。
73	ケアマネジメントの質の向上に向けた取り組みの中で、課題抽出のための新たな様式(アセスメント表)をぜひ全国で統一していただきたいと思いました。
82	医療サービスの重要性を教えて下さっていたと思いました。私も看護師とケアマネジャーの資格での病院勤務であり、在宅での医療の重要性を理解して下さる方向性にありがたく思いました。
92	病院居宅のため、退院からの関わりが多く、医療系サービスを利用することが多いです。利用することで本人の病状安定となり、再入院を防ぐことも多くあります。資質向上のため今後しっかりとした学びをし、アセスメントからモニタリングをしっかり行いたいです。
97	医療系と福祉系のケアマネジャーのマネジメントには違いがあることがデータとしてよく理解ができました。
100	自立助長のためにもっとリハビリを導入すべきということでしたが、訪問リハの単なる導入では効果が上がらないような印象を持っています。
102	訪問リハビリを行っている事業所は介護系サービスのようには事業者が多いのでしょうか。在宅では介護系サービス事業所は十分あるのでしょうか。サービス担当者会議の中に医師は出席されにくいとお話がありましたが、一方で多職種(医師)との連携が重要とのことで大変難しいです。
103	ケアマネジャーが作成するケアプランはやはり自立支援だと考えています。その基本がアセスメントであり、自立を維持するために提案できる力だと思っています。
104	他のケアマネジャーのプランを参考にすることで、自分のケアプランを見直すことができる。所内で他のケアマネジャーとプランを見直す勉強会をしていきます。
105	医療と介護の連携については様々な制約などや社会資源量などによっても、これからの課題となるところが大きいと思われます。またそれぞれの状況のなかでサービス調整については本人、家族の意向もあり、困難さを感じたことも確かでした。
106	老健(一般棟、認知棟)、通所リハ、訪問リハを行っています。多職種協働し、在宅復帰型施設に向けて取り組んでいます。自分は社会福祉系の人間なので、管理職として様々な職種の考え、視点を勉強したいと思っています。
109	寝たきりにならないためのプラン、生活援助も必要ですが、自立支援につながるリハビリの大切さがわかりました。

No.	1月26日(土)「ケアマネジメントに求められる地域リハビリテーションの考え方」
4	座位、これは本当によくわかりました。あと何のための訪問介護とリハビリなのかははっきり言ってわかっていませんでしたが、カギとなる「座位」という言葉で連携の必要性がわかりました。やはり地域リハが必要だと実感しました。
5	リハビリについては地域によりまだ充実してない地域がありこれからだと思います。もう少しリハビリスタッフ、看護スタッフが地域に出て生活できる料金が必要と思いまし

	た。
6	リハビリをサービスに組み込むだけではなく、自宅での生活のヒントをいただけたように思います。座位保持の大切さをご家族に伝えてはいるのですが、なかなか伝わらない時もあります。根拠となる説明の仕方や、リハ専門職と一緒に伝えることで理解していただけたと思います。
7	リハビリの基本は座位保持だということがよくわかりました。施設の PT、OT に任せっきりになっている部分が多いので、自分自身もリハビリテーションについて考え直してみたいと思いました。
12	離床や福祉用具の利用について何のために使用しているか、本人の自立の妨げになっていないか、考えていく必要があると感じました。
14	有床診のため在宅復帰を目指したリハビリに重点を置いています。退院調整のためにも役立てていきたいと思いますが、まだまだ訪問リハのスタッフは少ないように思います。
15	端坐位を行うことで、ADL が改善されるということに驚き、さっそく実践してみたいと思いました。
16	利用者の生活に密着した介護職員であるからこそ、リハビリにもっと目を向け生活の一部として取り組めたらと思いました。寝たきりではなく寝かせきり、とならないよう、重度の方もできる限り離床、座位を心がけ、少しでも介護職としてのリハビリに貢献できたらと思います。
20	アルツハイマーカフェを事業として行いたいと検討していますが、課題やしぼりが多すぎてなかなかクリアできない状態です。今日のお話をうかがい、再度検討して立ち上げたいと思います。
22	地域リハビリの考え方について、今まで狭義のリハビリで考えていたので目からウロコでした。地域づくりのような視点で、北欧のアルツハイマーカフェやチェーンケアカフェのような取り組みをすることを学んだので、持ち帰り検討していきたいです。
24	座位保持、ストレッチなど日頃の関わっている方を思い浮かべながら聞かせていただきました。利用者のためにまだまだ考えられるサービスがあると思い、もっともっとリハビリについて勉強したいと思いました。
25	地域リハというものがあって、その中に地域リハ、ノーマライゼーションがあるということ、勉強になりました。アルツハイマーカフェ、座位訓練、興味深く聴かせていただきました。
28	座位がリハビリの基本であり、座位が取れるようになることで、他の ADL 向上にもつながっていくことがわかりました。
32	急性期におけるリハビリの早い関わりがいかに大切であるか、またリハビリ専門職の助言が入る事で利用者のその後に大きな変化をもたらす、継続性を持って行っていくと良い。まずは座る事から、というお話を今後のプランに活かしていきたいです。
33	「まずは座位！」という言葉が強くなり残りました。なるべく排泄は2名介助であってもトイレで行うように心がけていますが、座位を取れるということは、それひとつでも生活の幅が広がると思うので、共感できました。
34	リハビリテーションの広義では、ケアマネジメントと近い包括ケアと近いものがあるということも感じました。
39	オランダの家庭医への研修、アルツハイマーカフェなど、地域でやっていくことの大切さがわかりました。地域リハとはこういうものだと思えて知りました。
40	回復期リハから訪問リハビリ、そこから訪問リハビリ依存、利用者がリハを離したくないケースが多く、終了できないことが多いです。回復期で関わっていた PT、OT、ST が評価するということを知り、とても良い関わりだと思いました。
41	ケアマネジャーの仕事は介護保険内のことばかりではなく地域の環境整備にも力を入れる必要があることなど、今までとは違う視点でのお話で参考になりました。
44	座って食べること、座って排泄すること、私も生活の中で大切なことと感じています。そのような視点でリハビリが行えると、生活動作のためのリハビリになれると思います。

	た。
46	「ケアマネジャーは地域づくりに関わる」という言葉が印象に残りました。
48	地域リハについて本来の意義が理解できて良かったです。アルツハイマーカフェのような取り組みを地域で行っていただけると良かったです。また座位についてのお話、とても勉強になりました。
49	評価だけにリハビリスタッフがかわる事が好ましいというお話を聞いて、とてもためになりました。座位だけでも十分にリハビリになることも知り、今後活かしていきたいと思いました。
50	回復期から戻られた利用者が通所リハや訪問リハでは物足りないと言われることが多いです。依存していますね。私は退院してこられた方に訪問リハに依存しないように話をします。
55	要介護4、5の方が多く環境ですが、まずは座位から！何から取り組めるか、帰ってから他スタッフとも検討し、実行に移したいと感じています。
57	「座る」が大切、「リハビリスタッフは評価をしっかり」など、今すぐにできる方法を提案していただき、早速地元に戻って実行したいです。
58	リハビリ、座位を行うことで全身に変化が出てくる。少しずつでも端座位練習を取り入れられたら、と思います。
59	座位を取ることでのご共感できました。嚥下状態などの比較も見ていきたいです。
60	全ての方にリハビリテーションの視点を持って支援にあたることを心掛けていきたいと思っています。
61	リハビリの視点を入れる方法を以前提案したことがあったのですが、周りの理解が得られずに(特に行政とセラピスト)、断念したことがありましたが、また企画していこうと思いました。
62	地域リハの考え方、取り組む姿勢、ケアマネジャーとしてのリハビリの視点、担当ケースへの関わりなど、様々なヒントを得ることができ、目からウロコでした。
65	端座位の姿勢を取ることで心身の状態に変化があらわれたお話や座位へのアプローチのお話がためになりました。
66	リハ職との関わりについてアプローチ方法が見つけれられたように思います。車イス座位と座位が大切なことに気づかされ、食事中はイスに座ってご飯が食べられればと思います。
72	何らかの原因で入院しても症状が改善してくれば退院し、自宅(地域)へ帰っていく。だからフォーマルサービスを利用しながら、それだけでは補えない部分を地域からも協力を得ながら、その人らしく生活ができるようなマネジメントが必要であることを学びました。
74	早期リハの重要性を認識しました。
82	当施設でも2名のPTしかいない。そのため、病棟(現場)での改善(工夫、対応)は必須です。とりわけケースワーカーの力は大きいです。アプローチの仕方のアドバイスで患者のADLアップにつながり、それが尊厳とつながることを再確認しました。
83	リハビリに関してはじっくり学んだことが少ないので勉強になりました。また患者への座位で色々な結果が生まれることに改めて刺激の大切さを見させていただきました。当院でも毎月カフェを患者、家族、職員で行っています。これがもっと地域へと広げられたら、と思いました。
85	座位保持姿勢から、改めて全ての職員と検討したいです。
87	地域リハビリテーションの定義、基本概念のお話がとても新鮮でした。なぜならばケアマネジャーの仕事の概念もそのままこれに当てはまると思ったからです。
90	なかなかインフォーマルサービスを結びつけることは難しく、無かったりもしますが、ケアマネジャー含め、地域で開発することの重要性も改めて感じました。
91	ケアプランの中で訪問リハを入れることは家族の理解が得られず難しかったですが、月

	に1回でも評価という形での介入は受け入れてもらいやすいと思いました。
92	リハビリの基本座位を確保できるプランを作りたいと思いました。
97	リハビリテーションの意味の多様性や歴史について学ぶことが多かったです。また通所リハビリのことや車イスなどについても、今まで忘れていたことを再認識できました。
100	リハビリの効果的導入法を教えていただけました。
104	インフォーマルサービスの活用が地域リハの根幹ということで、地域社会資源を見直していきたいです。
106	オランダのお話、とても興味深かったです。まさに今、公民館でサロンを、という取り組みをうちの病院または施設でも、と考えています。自分たちが提供できること、地域での取り組み。今日感じたのは、その地域の取り組みに自分たちを入れていないのでは、ということでした。
109	リハビリテーションとは単なる機能訓練だけではなく、地域を巻き込んでのリハビリの意味がよくわかりました。

No.	1月26日(土)「地域包括ケアシステムにおけるケアプランのあり方」
3	ケアマネジャーのキャリア段位制度で評価されるよう、ケアマネジメント業務ができるようにしていきたいです。
4	社会保障制度の内容、お話をお聞きして改めて社会保障をどう維持していくか考えさせられました。資格ではなく、やはり質ですね。
5	今後の日本の方向性はわかりませんが、ケアマネジャーとしての能力向上は必要だと思いました。
10	これからのケアマネジメント能力に求められる3つのキーワード、「ストラクチャ」、「プロセス」、「アウトカム」、しっかり覚えめました。厚生労働省の生の声が聞けて身の引き締まる思いをしました。
15	社会保障費の増大と国の財政難は危機感を感じました。スキルの評価にキャリア段位が取り入れられるということに興味を持ちました。現状では社会福祉士の資格を取るようすすめているので、今後の方針を考えてみたいと思いました。
17	資格を持っているだけでは、またキャリアがあるだけでも良いケアマネジメントはできないことを痛感しました。
20	連携活動評価尺度は質でチェックしてみます。
22	政策レベルの話を知ることができて大変興味深かったです。キャリアパスについて、法人でも見直しの課題が出ているので参考にしたいと思います。
25	財政が逼迫している現在では医療介護の再編は急務であり、その中でケアマネジャー自身が変わっていかなくてはならないことがよく分かりました。セルフマネジメントのお話もよく分かりました。 ケアマネジャーとしてたくさんの人と関わり、人脈も知識も広げていこうと思います。
27	個々のケアマネジャーに求められる包括ケアシステムの役割が高いと知りました。
34	政治、財政、他の国など、自分が分らない世界やあまり考えない世界からの視点が新鮮でした。
37	業務をおこなうまでの根拠に基づく評価、記録は大切だと考えさせられました。

39	日本の問題がよくわかりました。日本は大丈夫か、こういう危機感を持って自分の役割を考えて仕事をしていかないといけないと思いました。 ケアマネジャーの主な役割として良いサービス、低価格でできるサービスの情報を提供することができるのがベストだと私も思いますが、特定のサービスを9割以上使うと減算などのしぼりがあるのでそれも考えてもらいたいです。良い事業所だけをすすめていいのなら自信を持ってみなさんに伝えていけるのにとおもいます。良い人材の育成、保険者機能の充実に期待したいです。
----	--