

48	特にキャリア段位のお話が興味深かったです。この業界にいても、キャリアパスの仕組みがなく、先が見えているというのが現状で、身の振り方も考えなくてはと思っていました。このキャリア段位が早く全国に広がってほしいと思いました。
49	介護業界としても今後キャリアアップが明確になることだと感じます。評価がしづらい事だからこそ、しっかりとした評価基準があると良いと思いました。
50	海外の介護人材についてなど役に立ちました。
57	連携能力はまさに人脈の構築、日々の努力なのかと思に至りました。
59	ケアを提供するうえでは、支援する側自身のケアも十分に行われなくてはならない。セルフケアの重視とは、そういうことも含まれるものかと思いました。
61	背景を聞いたことで、現実味がさらにわきました。国の状況がわかり、ケアマネジャーの必要性についても考えさせられました。
62	評価の指針、具体的手法の確立は必須だと思いました。
64	日本にもフィンランドのようなシステムがあれば良いなと思いました。セルフケアの観念も重要なことと思いました。
66	1つの職種でしっかりと評価される仕組みは必要です。英国式のケアマネジャーの手法も学んでいきたいと思います。
71	今、自分たちが置かれている現状の厳しさを実感し、職場のスタッフとともに、自信の持てるケアを行っていききたいと思いました。
73	現在の日本の置かれている現状をうかがい恐ろしくなりました。キャリア段位制度などのスキルアップに関することは知らないことだったので、参考になりました。
74	スキルアップしないとケアマネジャーも難しい仕事になる気がしました。
77	キャリア段位、難しいだろうなと思いました。私たちはケアマネジメントとソーシャルワーク業務のプロでないといけないと思います。
81	今後事業者は合理化により淘汰されていくところも増えるでしょうが、経営体力のある事業者が残ると考えます。しかしそれが質を担保できるのか心配です。
82	セルフケア、自立支援について考えることができました。施設ケアマネジャーでは給付計算などなく、アセスメントからプランニング、プランニングからモニタリングで揺れています。
87	介護保険を見直すにあたって、社会保障全般を見直すことが必要だとわかりました。とても内容が濃く、現実的で斬新なお話でした。
88	ケアマネジャーとして、介護福祉士として、段位制が実行されるなかで、仕事をやっていくことができるのか不安になりました。
91	ケアマネジャー認定レベル、キャリア段位のテスト、自分が今まで行ってきたことのどこが不足しているか、評価される良い機会だとは思いますが、いきなりの評価ということで、きちんとした指導をまず市町村などで行なってほしいです。
100	エビデンスに基づいた効率的なサービス提供と社会保障費を使って行こうとする姿勢が伝わってきました。
102	国の力が落ちる。国にお金がない。話を聞いていくうちにケアマネジャーの考えの違いを痛感しました。ケアマネジャー業務の根本を見直さなければいけないと思いました。
104	介護福祉士のキャリア段位制度、セルフマネジメントモデルの考え方について具体的な内容を理解できました。
106	キャリアパスは介護の現場では言葉だけが一人歩きして、実態がないままに各事業所単位でのみ構築している程度であり、それすら上手く行っていないことがほとんどです。
107	セルフマネジメントをテーマに日本の社会保障の末端で少しでも貢献できるよう取り組んでいきたいと思っています。
108	社会保障制度の話から入り、自分たち自身で何をセルフケアすべきか、ということを再考しました。セルフケアということ、どのように考えていくか、自分自身のことも含めて考えていこうと思っています。
109	キャリア段位制度で評価を行い、キャリアアップにつながり、質の高いケアになるのだ

	と思いました。
110	介護職に伝える時に今ひとつ自身が持てない部分がありましたが、技術、技能の評価を説明できるように話していきたいです。

No.	1月26日(土)「ケアプランに必要な認知症の知識」
1	認知症と抑制、拘束、処方薬、医療との連携についてよく学びました。D.T.、センサー、グッズなど有効的に取り入れたいです。
5	認知症の連携パスがあることを知りませんでした。
10	普段、日常で使っている「不穏」という言葉の意味のあいまいさに改めて気が付きました。
13	認知症の患者が多く、対応に苦慮していますが、もう一度、認知症について知識を得る良い機会になりました。
14	自分も介護におけるケアプラン作成時は難しい、といつも感じています。
15	BPSDの対応には苦慮することが多く、体を温める方法は試してみたいです。
16	認知症の周辺症状の対応としてどんなことができるのか、様々な側面から色々なアイデアを出し、取り組んでみたいと思います。身体拘束も介護する側の工夫でかなりの部分は避けられると思います。手間と時間がかかっても本人の特性に合わせた対応をじっくりと行っていきたいと思いました。
22	パスや手帳の活用で、専門医、主治医、各サービスとの情報共有を図っていきたいです。
23	今まで「不穏」はよく使用していましたが、もう少し状態がわかる表現をしていきたいと思いました。
25	BPSDについてわかりやすく教えていただきました。固定概念にとらわれがちでしたが、いちごみるく、暖める、ふるえるぬいぐるみなど参考になりました。
27	認知症地域連携パスについては今後、医療機関に求めていきたいと思えます。医療との連携を深められるようにしたいです。若年性アルツハイマーの方のトータルな支援を構築したいと思えます。
32	一番身近な高齢者認知症についてのお話であり、医療連携体制に新たに精神疾患が加わったことなどのお話をうかがい、勉強になりました。
33	認知症連携パスフローが地域の中でどんどん活用されると良いと思えます。周辺症状の悪化を防ぐことは、私たちの関わり方で可能だと思っています。
37	感覚に基づくアプローチのグッズなど、利用者のストレス軽減などの開発がもっと多様になっていくと良いです。身体拘束は「最後の手段」という言葉に考えさせられました。
39	認知症の基本的なことが改めてよく分かりました。早期診断、早期治療が大切、薬のチェック必要が大事、介護の負担は大きい(動きと他者への影響)、ことがよく分かりました。
40	不穏時には感覚をちょっと刺激して落ち着くグッズ、方法を教えていただきました。さっそく試してみたいと思えます。アロマなども手軽にできそうですね。
41	周辺症状に対する、クリティカルパスなど様々な取り組みを知ることができ、参考になりました。
52	認知症地域連携パスが全国的に使えるのか、調べてみたいと思えました。薬の知識をもう少し詳しく知りたいと思えました。
53	視覚や味覚に働きかけ、注意をそらしたり、BPSDに対する対応など勉強になりました。
57	認知症ノートを本人に持ってもらうためには沢山の準備が必要なのかなと思えました。
58	ケアプラン作成の際、認知症とひとくくりにし、問題となる行動があるから職員によりこの介助を行う、という書き方になりやすいと思えます。 認知症にも種類があり、人それぞれ出現する症状も違う。また経過変化もある。その人一人ひとりの個別性を理解できたら、と思えました。
62	クリティカルパスについてはまだまだ実感としてつかめていませんが、確立し運用、活用ができれば素晴らしいシステムだと思います。

63	認知症による周辺症状、中核症状や薬剤による知識も得られることができ良かったです。
66	BPSD への具体的な方法を知ることができました。
68	認知症連携パスフローなど、今後実際に活かされると良いと思います。認知症の方が7割を占めているため、今後の実務に活かしていきたいです。
69	認知症の研究は進んできており、研究の度に新しい知識を得ることができます。認知症の理解はまだまだで、家族の理解が求められます。啓発の役割を果たしたいです。
77	不穏時にはいちごみるく！目からウロコでした。
82	BPSD(活動)に興奮と低下があること。身体拘束は最後の手段と考え、症状軽減のためいろいろ対処してみる事が大切ということが勉強になりました。
88	認知症のクリティカルパスが考えられているということを知りました。今度、オレンジノート調べてみたいと思いました。
91	興奮状態の時のストレスボール、ウェイトブランケット、ベスト、温かいぬいぐるみなど、本能、感覚に触れることは人間の本質的なものだと感じました。
92	認知症の方の服用、薬の危険性について再度考えさせられました。認知症の連携パスについて学びたいです。

103	認知症についての再認識になりました。活動性についてや、内服薬についてもしっかり理解をし、相談上重要だと感じました。活動計画も理解できました。
106	感覚的アプローチのアイテム、SOAS-R シート、地域連携パスについて詳しく調べ、利用検討してみたいです。
107	BPSD についての対応、認知症に対してケアマネジャーが考えなければいけないことが再確認できました。
109	認知症にはいくつかあります。BPSD も種類があり、どのように確認して専門医に言っていけば、その症状にあった薬の処方をしていただけるかわかりました。
110	中核症状のとらえ方は3つと考えていましたが、6つの項目で考えることを知ることができました。周辺症状について BPSD ということば、考え方が勉強になりました。

No.	1月27日(日)「患者に寄り添う看護の実際～ケアプランの基本として～」
1	「寄り添う」と一言で言っても、介護の連携体制、本人の状態や状況に合わせたサービスなどの調整、家族を含めた環境整備が必要と感じました。看取り後の家族に対するグリーフケアの必要性を痛感しました。
3	訪問看護を業務で行っているため、在宅での状況が共感できました。その中で多くの問題が上がっています。それらを地域にこれから呼びかけていく行為が必要であると、よくわかりました。
5	くらしの保健室は医療、介護の連携を行う上でとても素晴らしい事業だと思いました。
6	人と人をつないでいくことが大切で、それを上手にできるケアマネジャーになりたいと思いました。 また早く介入することで、何かあった時のネットワークが張れることで、「救急車を呼ばなければ」ということも少なくなり、看取りを在宅で行うことに対する不安もなくなっていくのだと思いました。
7	在宅の高齢者や家族にとって訪問看護とは重要な役割を持っていると感じました。
8	訪問看護の方の協力で老々世帯の生活支援ができています。定期的に入り、見ていただいたので緊急のことが少なかったのですが、今日のお話を聞いて、もっと早いうちからしっかりと入っていただいても良いと思いました。
10	訪問看護師の立場から他職種に連携を取っていくことで、それぞれの役割が明確になると感じます。訪問看護から発信することが重要だと思いました。

	最後に話していただいた、突然死の可能性があるという言葉で、在宅の利用者がサービスを利用できないことは実際にあります。受け入れる側もなぜ突然死の可能性あるのか確認していかなければ、と思いました。
11	在宅ケア、特に在宅での看取りを進めていきたいと思いましたが、それには地域の主治医、訪問看護などの連携体制が整わないと難しいかなと。また病院で亡くなるのが当たり前という家族の意識も変えていかなければならないと感じました。
12	在宅に看護師が入ることは、その家族にとっては自分のことも、子供たちのことも相談したくなるのもわかりますが、大変だと思いました。素晴らしい地域ケアの中で利用者も幸せだと思いました。
17	介護保険での訪問看護、医療保険での訪問看護を状況に合わせ切り替える。そのためには周囲との連携が常に大事だと、改めて感じました。
20	私自身は有床診で入院調整も含めて看護師として働いていますが、在宅支援側として、また病棟看護師として、直面する問題がわかりやすくまとめられていました。連携とその働きかけの必要性を強く認識しました。
22	ターミナル期の関わりからグリーフケアまで再考させられるものがありました。
24	本人、家族ともに支援が必要だと改めて感じました。また医療保険と介護保険を上手に組み合わせることができるよう、日々勉強だと感じました。
25	訪問看護が関わることでどのような支援につながるか、隠れたところでニーズを引き出すには、など事例を交えて講義をしていただきとても参考になりました。
26	病院ではなく、在宅での看取りへ他職種とのコミュニケーション、連携が重要。粘り強く、周りの人々を巻き込んでいく姿が素晴らしかったです。
27	全ての関係機関との情報共有、交換が欠かせないこと、在宅で看取するという家族へのフォローの大切なことも勉強になりました。
31	在宅の現場で家族との関わり、サポートの実際を聞くことができ、ケアマネジャーの関わりの重要性を感じました。
32	施設と在宅のスタッフの考え方の違いについて、見えるものが全く違うと感じました。
33	家族の支えとなって在宅で看取りができる環境調整などは、一方的な思いだけでは成り立たないことであり、「連携」が重要だと改めて思いました。
35	看取するためのケアプラン、相談、援助ができる体制作りが必要だと思いました。

36	主治医、看護師、介護職との連携が大切であることや、地域も巻き込んでいく必要があることが、再認識できました。
37	利用者の方、一人ひとりに丁寧に関わることを心掛けたいと思いました。
38	それぞれの違いを理解した上で他職種とつながる力を大切に、を念頭にケアプランを作りたいと思います。
39	在宅療養を行う上での訪問看護の重要さを認識できました。病院、医院の医師や看護師や介護士、家族との連携の重要さもわかり、とても良かったです。
41	要介護者を支えるためには様々なアプローチが必要であると理解できました。
46	ケアマネジャーとして、家族を支えるたびに医療に関する知識をもっと学んでいく必要があると感じました。
49	関係機関との密な連携を取ることで自宅での看取りは可能だと学びました。
55	地域連携の環境が整えば、「自宅で最期を迎えることができる」ということが充分可能な事と、このような選択があることを本人、家族にも提示していきたいと思います。
60	病院と在宅のケアマネジメントの違いを少し感じました。療養病院でも短期の受け入れを行っているので、今後在宅での看取りに向けても協力して、その方の QOL を考えていきたいと思いました。
66	アルカイクスマイルという言葉が心に残りました。
67	ケアマネジャーからもどんどん看護師に希望や提案をしていかないといけないと思いました。また救急車を呼ぶことは延命処置、について改めて考えさせられました。

68	この方は在宅が無理かなと自分の中でも制限をかけてしまうことがあるように思います。本人のその思いに寄り添う方法を考えるのが私たちの務め、ともう一度確認しました。
69	在宅での看取りと大変さが十分伝わりました。今後、地域の方に在宅での看取り教育や終末期医療についての啓蒙などの必要性があると感じました。秋山先生の本を読ませていただきます。
71	利用者本人だけでなく、家族の健康、一家の健康相談の窓口となること、色々な支援方法の引き出しを持っていなければダメだと思いました。しっかりとその時の状況を判断して、連携を取っていくことの大切さを学びました。
75	在宅での看取りに関して、訪問看護としてどのように本人にアプローチをかけていくのか、ケアマネジャーも参考になる部分がありました。
76	訪問看護を利用することで、一家の生活が変わることや在宅での看取りができることが実例などでよく理解できました。
87	本人を見るだけではなく、家族もサポートし、家族全体を良い方向へ導ける支援、素晴らしいと思います。
90	いかなる終末期を迎えるか、本人や家族の意向に添ってのサポートができるかどうか、大変重く難しい課題だったと思います。そしてそれを実践していくことはさらに重く困難で、そのためにはもっともっとスキルアップが必要なのだと思いました。
91	医療保険のことも知っていた方がいとわかりました。
93	在宅での看取りのケースのお話をたくさん聞くことができ、その方らしく最期を迎えることができるよう、緩和ケアの取り組みを伝えたいです。
94	地域で看取することは在宅死という考え方を再認識しました。在宅死のためには医療関係者のみならず、家族、市民への教育、シンポジウムが必要であることや、体制を創り出していく必要があると感じました。
99	小児から高齢者までのお話を聞いて、本当にそういうことが訪問看護にできればいいな、と思いました。家族一人ひとりの支援ができていて、12日間ケアだけで看取る者にお別れさせてあげられた、など様々なケースでも様々な対応ができていて素晴らしいかったです。
100	看取りについていま現在、担当している方も何かして差し上げられることがあるのではないかと悩んでいましたが、何もしないということの大切さ、よくわかりました。
104	かかりつけ医、訪問看護、ケアマネジャーなどの連携により「Happy End Of Life」の実現ができたと思いました。
106	在宅で療養生活される利用者、家族の心身面の強い支えになっている「質の高い」訪問看護サービス展開、勉強になりました。
107	利用者はもちろんのこと、家族も含めて潜在化したニーズを導き出して、一つの家庭を支えていくことが大切。できる限り在宅での生活を送れるように支援していくためにも地域連携が必要だということを知りました。

	1月27日(日)
No.	「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」
8	疾患について再確認や細かい部分の理解ができて、とっても良かったです。
10	ケアマネジャーから医師に近づいていくことも必要だと改めて感じました。信頼される医師、ケアマネジャー、地域包括との関係作りをしていかないといけないと実感した。
11	在宅ケアのマネジメントをする上で医師との連携が一番難しいと思います。苦情はチャンスととらえるように受け止め、めげずに医師を巻き込んでいくべきだと思いました。
13	医療の知識を持ち、日々利用者宅を訪問する際に情報収集し、早めの対応ができるようにしていきたいです。特に脱水に関して。

14	加齢における状態の変化を再確認できました。
16	共通言語を持つ事が大切であることがわかりました。
25	高齢者の身体的特徴やリスクなどとてもわかりやすい講義でした。「スーパーマンドクターもスーパーマンケアマネジャーもいない。」というところで、お互いがわかり合うためには、歩み寄りの姿勢が必要と感じました。
26	「医師との連携は必要ですか？」は衝撃的でしたが、なるほどと感心しました。
27	医療知識を知るだけで変化に早く気付くことができる。嚥下障害のポイント(食事内容変化)で疑うことを学びました。医師との連携ではケアマネジャーもしっかりとアクションを起こすことで、医師から選ばれるケアマネジャーを目指したい気持ちになりました。
32	デマンドとニーズの違い、課題分析の必要性、医療サービスは「生命」、短期目標「生活」、長期目標「人生」、ということがとても勉強になりました。
33	高齢者は水分を摂りたがらない。脱水が原因で起こる食欲低下とぼうっとしている人を施設でよく見かけます。点滴での対処で症状が改善されますが、これを繰り返す傾向になる人に対しては水分を摂らせる工夫を考えていきたいです。
39	褥瘡の治療はどんどん変化するので情報を得ることが必要であると感じました。他職種との連携は難しいですが、スムーズに連携できるような仕組みができると良いと思いました。
40	平素と違う「異常の発見」「気付き」を促すためにも、知識は必要です。医学的視点からの観察を継続していきたいです。
41	身近な高齢者の「脱水」の症状がよく理解できました。そのほか嚥下、転倒など高齢者の全体像が良く理解できました。転倒はほとんどの高齢者が抱えるリスクでその予防法がわかりました。 胃ろうやその他の知識が家族以下では、家族から信頼されないという言葉が今後の糧にしたいです。褥瘡のいまの治療も良かったです。医師や医療との関わりは避けて通れないです。指示書の持つ、ケアマネジャーや看護師の重みもわかりました。
46	「課題分析はデマンドとニーズの違いに着目」、考えさせられます。施設サービス計画書はスタッフのためのものになりがちなので、その方のニーズは何かということをもっと考えていかなければと思います。
52	高齢者の水分代謝、脱水、嚥下障害の予防や気付き方がよくわかりました。褥瘡の最近の治療法が勉強になりました。医師との連携の取り方のポイントも勉強させていただきました。
65	褥瘡処置、ケアに湿潤が大切ということを知ったのが大きな収穫でした。
66	脱水の診断で舌の乾燥状態をいつも見ておくというのが、現場で実践できたらいいなと思いました。
71	医療の知識をきちんと押さえ、家族の方に聞かれてもわかりやすい言葉で伝えていくことが必要だと感じました。
72	症状や疾患の知識を高める必要もあるが、ケアマネジャーの観察力の大切さを感じました。訪問時の注意力で、連携を通して早期の治療につながると良いです。
77	本当にいつでも見られる、誰でも起こりうる疾病、その症状をもう一度振り返る良い機会となりました。疾病にも個人差があり、出現する症状も非典型で個別、その支援法も数多いと思いました。
84	医療処置、医療管理について細かく教えていただきました。膨大な医療処置、管理の範囲の本当に一握りかもしれませんが、池端先生は重点箇所をかいつままで、丁寧に教えてくださいました。 医療的なことがわからない、ということが今後ないように知識を重ねて対応できるケアマネジャーになりたいです。
90	認知症や褥瘡の病態をより深く知ることができました。医療と介護の連携が必要不可欠ということの再認識ができました。
93	高齢者の症状・疾病についてわかりやすく、基礎から講義いただきました。

94	利用者や医師から信頼されるケアマネジャーとなるためには、医療知識をしっかりと身につけていかなければいけないと感じました。長期目標は「人生」、短期目標は「生活」、を視点に考えるというお話も参考になりました。
96	生命、生活、人生の支援ができるように主治医との連携を頑張ります。
97	処置について看護の方と同様の話ができるためには、勉強が必要という覚悟ができました。
102	ケアプランの考え方の視点、生命、生活、人生はとても勉強になりました。具体的で、考えるうえでとてもわかりやすかったです。週間計画表の中に医療の記入もこれから取り入れて行こうと思いました。
104	高齢者のかかりやすい肺炎や褥瘡、脱水などについて学ぶことができました。気付き、医師や看護師に報告、連携していけるようにしたいです。
107	より深く学び、医療者とのコミュニケーションを円滑にし、利用者および家族を支援していくことが大切であることを学びました。

No.	1月27日(日)「一人ひとりを支えるケアマネジメントを実行しよう」
8	今までの経過やこれからの課題が理解できて良かったです。素直に自分自身を変えていかなければいけないことを受け入れられました。
9	なぜケアマネジャーが必要なのか、今後ケアマネジャーに求められていることを、前日の筒井先生が話して下さったことを、より理解しやすくお話し下さっていたと思います。
11	アメリカでのケアマネジメントについて聞かせていただきました。2000年の介護保険制度設立から2011年の介護報酬改定まで説明していただきました。
22	介護保険の本音のお話が聞け、ケアマネジャーの置かれている危機的な状況も感じられました。
23	ケアマネジャーのあり方検討会のことがよくわかりました。小山先生のケアマネジメントの講義をもっと聞きたいです。ケアマネジメントプロセスに添ってもう一度、初めから聞かせて欲しいと思いました。
25	介護保険ができたきっかけや裏話を聞かせていただきました。ケアマネジャーに対する期待は大きく、だからこそ厳しい環境ということでした。
31	ケアマネジャーの課題について意識していく必要性を感じました。
32	ケースを通してでしか連携はできない、利害関係の調整は勉強になりました。
36	ケアマネジャーに求められていることの大きさや、期待が大きい分、それに応えられるように質を上げていかなければいけないと思いました。
39	介護保険はまだまだ改善しなければならない点が多いのだな、と思いました。
40	「自立支援・利用者本位」で支援していきたいです。
41	他国でのケアマネジメントの歴史から入り、日本でのケアマネジャーの成り立ちを話してもらい、「ケアマネジャーの質の間われる時代が来た」と感じました。
42	現在議論されていることがどのような流れから出てきたのかが少し理解できました。
44	いま取り上げているケアマネジャーのあり方についても、地域ケア会議についても、また違った視点でとらえることができました。
45	今が頑張り時、ケアマネジャーが世の中にきちんと認められるかどうか、介護保険が上手くいくか、医療系の方々に認めてもらい対等に仕事をしてもらえるかどうか、大事な時だということがよくわかりました。
55	海外のケースワーカー事情や介護保険制度設立から現在まで勉強させていただきました。
57	ケアマネジャーの歴史やケアマネジメントの今の時点での問題点がわかりました。つるし上げにあわないように、きっちりと栄養や医療サービス導入の視点を入れたプランを作り担当者会議をやっていきたいです。
58	利用者のためのケアプランを立案できる能力をしっかりと身につけたいと思います。

59	介護保険の成り立ちや様々な意見を経て完璧にはいけなくても、今より良いケアマネジメントにすることが求められているということを感じました。
62	ケアマネジメントはあらゆるサービスが私たちには同じものでも、「生き方・考え方」、「家族」、「環境」など本人にとって皆それぞれ違う。調査や評価、数字では表しづらいことがたくさんある。
64	介護保険制度にケアマネジメントが取り入れられた背景についてのお話が非常に興味深かったです。
66	アメリカの医療保障制度の仕組みなどを紹介して下さい、勉強になりました。
71	ケアマネジャーが誕生したことなど、わかりやすい講義でした。介護保険が始まって十年以上経っても色々なケアマネジャーがいるわけで、これからますますケアマネジャーの質が問われていくんだな、と感じました。利用者へのアセスメント、プラン、連携。本当に個々のケースに合わせて、色々なことが求められると思いました。
75	制度改正、制度発足について、またケアマネジャーの現在置かれている状況について厳しい意見を聞くことができ、とても有意義でした。とにかく連携の要として、今後も研鑽に努めたいです。
76	ケアマネジャーのアセスメント力や質について考えさせられました。
77	ケアマネジメントそのものの成り立ちや制度ができて問題が起き、日本がどのように改定していったか。その中でケアマネジャーの役割とは。色々考えさせられました。
82	小山先生のお話を聞いて、ケアマネジャーとしてきちんとアセスメント、会議など一連の業務をきちんとすることで、何もひるむことなく堂々としておけばいいことを、おもしろおかしく聞かせていただきました。そのためにしっかりアセスメント力、コーディネーション力をつけていきたいと思います。
85	介護保険の流れがわかりやすかったです。たくさんの現状も知ってくださっていて、これから問題点を私たちも歩み寄りながら考えていかなければいけないと思いました。

93	介護保険の始まりから歴史、社会福祉概論的なお話をうかがい、現状は現状として受け止め、これからのケアマネジメントきちんと行っていく。自分たちに求められていること、自分たちが職を得た理由、なるほどと思いました。
94	政策の中でのケアマネジャーの役割や介護保険の動向、ケアマネジャーに求められているものなど、実際に携わっている先生のお話をうかがうことができ、参考になりました。
98	ケアマネジャーという職種の現状が理解でき、しっかりとしなければと思われました。
100	海外のケースマネジメントのお話が聞けておもしろかったです。
101	歴史的なことから講義が始まったので背景がよくわかり、現在の問題点などが整理できました。

No.	1月27日(日)「ケアプランに必要な薬剤の知識」
3	利用者の自宅での服薬管理や服薬状況について、主治医にしっかりと伝えることも大切な連携のひとつであると再認識できました。
5	高齢者の服薬管理の重要性やポイントがよく理解できました。
8	在宅での薬剤管理など参考になりました。服薬カレンダーは購入しないと開始できませんが、カレンダーに直接貼り付けることは明日からでもできるので実行していきたいです。
10	飲み忘れないための工夫はこちらからもアドバイスすべきことだと感じました。
11	薬の勉強はなかなかできないため、大変勉強になりました。薬のことは薬剤師まかせ、ではなくて自分でもきちんと指導できるようにしていきたいです。
12	病院から療養病床に入院された時、薬の見直しをされます。医師、看護師が担当でケアマネジャー、介護士はそのあとの入院されてからの生活の様子を情報の共有で話し合っ

	ています。在宅での薬の管理ができているのか。薬を変更した後の様子観察は大切だと思いました。
16	多剤服用の弊害などわかりやすく説明されていて良かったです。
20	服薬管理の必要性や副作用を知るという観点においては理解できました。
21	ベース資格が看護師以外の方への指導が必要だと感じました。また施設内での症状の見方や症状出現時の対処など、とても参考になりました。
22	服薬介助と薬の副作用はケアプラン上でも重要です。必要な知識を確認できました。
24	高齢者にとっては薬が命取りになることもあるので充分注意が必要だと思います。体調の変化を、まず薬から疑ってみたいと思います。
25	利用者に新しい症状が出たときは、まず薬の副作用を疑うということで、そのためにはケアマネジャーも薬の知識を十分身につける必要があると感じました。
26	薬を飲みやすくする工夫として貼布剤や口腔内崩壊剤といった薬品がすでに開発されているということを知ることができて良かったです。
27	薬剤に依存している利用者も多いです。飲める状況を知る、見る、連携することが大切。やはり医療の連携、顔の見える関係が大切だと学びました。
29	計画時も日々の面会の時に手持ちの内服薬の状況など見せていただき、気付きの対応の必要性が十分理解できました。
32	とても具体的なケースもあり、わかりやすかったです。教科書には書かれていない現場の視点のお話でとても勉強になりました。
35	服薬数を少なくできるなら、管理する側も飲む側も大変楽だと思いました。本当に必要な薬、必要でない薬を自分でも見分けられれば良いなと思いました。
37	認知症高齢者のケアプラン作成にあたり、服薬管理には苦慮することが多々あります。担当している利用者に多剤併用の方が多くいることを認識しました。
39	認知症の患者が在宅できちんと服薬できているかの確認は必要です。内服薬の副作用を疑うことの大切さを実感しました。
42	薬剤の効能と調整を医師と相談する際のポイントがうかがえて良かったです。
43	症状発見時の考え方、自分の行動のとり方はとても参考になりました。
44	薬は毒にもなるということで薬物療法のリスクについて学ぶことができました。
49	認知症の疑いのある方に対して、自己管理より他己管理の方が望ましいということがわかりました。
52	高齢者の高血圧、コレステロール、糖尿病などの代表的な薬や副作用などについてよくわかりました。服薬率の改善のため、服用法について医師に相談したいと思います。
55	聞きなじんだ薬剤も高齢者にとってはリスクが高いとの説明から、普段からの状態観察が必要だと思いました。
57	高齢者に薬は慎重にならなければいけないということは医師が気付いてほしいこととも思いましたが、具体的に聞くことができ良かったです。
60	超高齢者の糖尿病コントロールに疑問を持っています。血糖チェックの必要性和厳密な血糖管理について、働き盛りの年齢の方と同じでよいのでしょうか。
63	薬の副作用、今まで飲んでいても加齢とともに生理機能が変化によって副作用が出てきます。本当にこの薬が必要なのかを考えなければいけません。
64	高齢者の場合、新規症状出現は薬の副作用、有害作用を疑うということや、必要に応じて薬を減らす方法もあることについて教えていただき、今後の業務に活かしていこうと思いました。
65	服薬の注意点、服薬による副作用など、日頃から気配りしなければならないことが再度確認できて良かったです。患者一人ひとりの服薬剤、服薬の量がどれくらいか、現場でも把握し、その予測に応じた支援も考えていきたいと思いました。
66	アドヒアランス(服用率)を高める具体的な工夫が示されていて、とても勉強になりました。
76	高齢者の多剤併用や薬の効き過ぎが勉強になりました。

77	現に多種類を服用されている利用者が多いですし、管理できない方が大多数です。副作用の早期発見を含め、もっと興味や知識を持つておくべき分野だと思いました。
82	薬は症状を治療、緩和する機能もありますが、そのぶん飲み方や飲み合わせを間違えると、新たな症状を作ってしまうこともあります。ケアマネジャーとしてわかる範囲で、いま内服がうまくできていない人ができるように主治医、薬剤師との連携を図っていきたいです。
85	薬の副作用により、認知症などの悪化が見られることなどを知り、変化があった場合に薬も疑うようにしたいです。
90	高齢者に処方される薬剤についてよく理解できました。服薬に関してのトラブルは時々あり、大変勉強になりました。
97	内服について少し怖さがなくなりました。薬の多すぎる方に減らす提案を医師からしていただけるような働きかけを早々に始めたいと思います。
104	高血圧の考え方で6m歩行ができない人に対して、140以上でもあまり変わらないということを初めて知り、目からウロコでした。

No.	1月27日(日)「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」
6	医療保険やその他の制度についての振り返りができ、また今後どうなっていくかの方向性も説明していただいたことで、今後自分がどのように法人に返していくか考えていきたいと思いました。
8	介護保険外についての講義でとても良かったです。
9	医療も介護も連携に対する評価が高いということを理解しましたが、この連携をしていくのが難しいです。しっかり病院側も居宅支援事業所側も連携する体制を作らないといけません。ただ担当者会議をやっているだけの形式的なものではないと感じています。
16	医療保険制度について医療側の加算などについて知ることができました。
32	改定の度に勉強、情報収集が必要です。講義では現行と今後の方向性を教えていただいて勉強になりました。
35	医療保険、介護保険ともに報酬が改定されるたびに施設にとって厳しいものになっています。今後、高齢者が増加していくことはわかっていますが、このままマイナス改定を進めていくと将来どうなるか不安になります。
38	医療保険の加算も理解できたので良かったと思います。加算を口実に医師や看護師と話ができそうです。
41	診療報酬改定において、まず私自身がよくわかっていなかったものもあり勉強になりました。 入退院は高齢者につきものであるのと、医療と介護が連携するためには必要であるため、診療報酬についても理解を深めたいです。
43	依頼する相手にとってもメリットになる情報を伝えられるケアマネジャーになるとお願いしやすいのかな、と思いました。
49	医療保険、介護保険制度の加算などについて詳しく理解することができました。
52	医療保険の種類に関してはとてもわかりやすかったです。医療報酬のことも理解できました。
55	診療・介護報酬では地域連携にて報酬が得られるというのですが、報酬のために無理な在宅方向へ行かなければ、と少し不安になりました。しかしこの報酬で今まで実施できていなかった連携ができて、良い方向への在宅復帰が増えていけば、とも思いました。
63	医療保険、介護保険の見直し、改定で在宅での支援の加算が増えました。両保険の制度をもう一度見ながら学んでいこうと思いました。
65	ケアマネジャーが抱えている問題、居宅サービス、施設サービスなどの加算、他の職種とのやりとりの現実が少しでも理解できて、視野が広がったと思いました。
73	当院の病床の5分の4は医療なので説明が聞けて良かったです。また介護保険改正の内容の中でも、自分にあまり関係のない内容については知らないことが多いと思いました。

76	医療、介護連携に関する加算が気になりました。
78	加算関係をしっかりと頭に入れたいです。
83	ケアマネジャーとしてより良いアセスメント、プラン作成を行っていくためには制度をきちんと理解しておくことが大切であり、安藤先生の説明で新たな加算や連携による加算がつくことで、頑張っていく必要があると感じました。
90	介護保険の改正については24年度改正のよい見直しとなりました。医療と介護保険に加えて、社会保障制度の絡みなども取り入れてご講義いただければ、なお良かったと思います。
93	昨年の同時改定時より、病院と老健、訪問施設の職員全体で改定内容を把握し、取り組んでいます。
94	医療体制に地域格差があることや、医療制度についてのお話が聞けて参考になりました。
97	地域包括ケアを想定したケアプランが作成できるように努めていきたいと思いました。介護旅行のお話はとても現場の励みになるので、広く伝えていきたいと思いました。
101	制度のこともしっかり把握したうえで、利用者、家族、組織、地域という視点で支援する必要があると感じました。

No.	全体を通しての自由感想・意見
34	「ケアマネジャーとしての資質向上をし、段位制度になっても対応していける力を持ちたい」と思いました。今後も自分のマネジメントがセルフ・マネジメントに近く、本人の自立に向かった意欲向上型プランであるよう考え、仕事をしていきたいと感じました。また今のケアマネジャーの仕事に取り組むことが精一杯でしたが、今のケアマネジャー、介護保険法、超高齢化社会、ケアプランに必要であることが流れでわかり、再確認と今後の取り組む方向が確認できました。
44	制度を知り、地域を知り、医療的知識を身につける。どれも重要な位置であり、個人の考え方、感じ方、とらえ方も大いに関係がありそうです。ただ不安な内容もありました。「介護予防でのねらい」について、老いるとは自然な事ではないのですか、まださらにリハビリ、そしてどうなることが分子と分母のバランスにつながるのでしょうか。
46	福祉系ケアマネジャーの知識の少なさが医療と介護の連携の阻害要因となっているといわれており、良い学びを得ようと参加させていただきました。ケアマネジャーとして地域の中で利用者を支える指揮者となるべく頑張っていこうと思います。
55	ケアプランを見て、サービス導入に関する視点が、医療系ケアマネジャーと福祉系ケアマネジャーで違うのが、データにもあるとわかりました。日々の業務でも感じています。元々の職種によりケアマネジャーとしての偏り(知識が貧しいというか)は、いろいろなケアマネジャーと接する中で実感します。自分に足りない知識や技術を学べる良いチャンスととらえています。
59	介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャーとリハビリ、看護師などの医療職ケアマネジャー双方の見方と、どこを重点的に考えているかの違いはあって当然です。その中でもお互いが知識、視点を共有しないとケアは成り立っていかないので、医療職の方々と腹を割って会話を重ね、共有していきたいです。
64	介護保険の仕組みの改善と個々のスキルアップが今後、かなりのスピードで必要になるということが理解できました。
66	ケアマネジャーのキャリアアップに必要な評価制度についてしっかり学びたいと思います。
69	自分なりにケアマネジャーはどうあるべきか、今後の介護保険制度をどう考えていけばいいのかを考え直すきっかけとなり、将来的に自分の生活を含めた意味で、継続的に考えていきたいです。
88	今の政治の中で考えられている介護保険について知ることができました。介護に対する考え方や政府の方の考えも知ることができました。

110	ケアマネジメントをするために、様々な知識が必要であり、自らがその努力をしていかなければならないことを改めて感じました。
-----	---

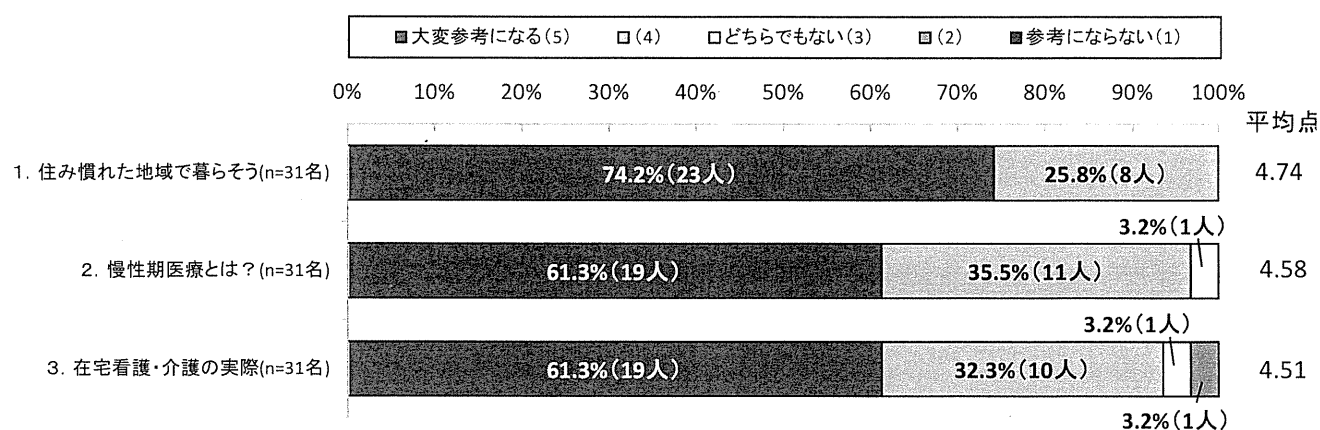
日本慢性期医療協会 在宅療養家族講座〈大阪会場〉プログラム

平成24年11月25日(日)

10:05～10:50	「住み慣れた地域で暮らそう～診療所、訪問系サービス、通所系サービス、入院・入所サービスを上手に活用しよう～」 講師：川添チエミ(嵯峨野病院在宅事業部長)
11:00～12:00	「慢性期医療とは？～高齢者によく見られる疾患の症状と治療～」 講師：長尾和宏(長尾クリニック院長)
13:00～16:00	「在宅看護・介護の実際」 ・認知症介護・リハビリテーション・口腔ケア・栄養管理(胃ろう他) ・排泄ケア・スキンケア(じょくそう)・たんの吸引・呼吸ケア・ターミナルケア等 講師：吉田泰子、森秀樹、田中幸江(長尾クリニック訪問看護ステーション看護師)

参加者： 85名

アンケート結果



自由回答

No.	意見・感想
-----	-------

1	<p>83歳の主人を意味性認知症で介護中です。先々のことなど、いろいろお聞きしたく参りました。</p> <p>7月に介護1となったので、デイケアの日を週4~5回に増やしたいと思い、再審査をしたらデイケアのためには介護3で充分なところ、介護4になりました。介護3に戻すには再々審査が必要で、再々審査の結果では介護2や1に戻る可能性もあります。デイケアと徘徊センサーマットを利用して、介護3と介護4ではデイケアが月20回として差額3万円弱の支出増となりますが、あえて介護4をもらっておくことにしました。介護4から3に戻すときは、審査は必要なく、戻して下さったらいいのにと思っています。少し矛盾に感じています。</p>
2	<p>「日常生活におけるポジショニング」の説明が具体的で話もわかりやすく、とてもよかった。私には現時点では無関係の話であってもとても興味深かった。認知症の話をもっと聞きたかった。ポジショニングの話をされた方に、その辺りの具体的な話をしてほしい。</p>
3	<p>通所介護で終末期のケアを行っています。家族より延命をしないので通所利用中に病状が進んだ場合、救急車(病院への連絡)を呼ばないで、そのまましてほしいとの要望がありました。施設側より「そのような対応ができない」との指示があり、利用を中止にし、何も出来ないことにくやしくて仕方がありません。通所介護の場で、ターミナルケアはできないのでしょうか。また、施設と家族は、法的に問題が生じないよう、どのような取り決めをしていけばいいのでしょうか。</p>
4	<p>ソファーや椅子から自力で立ち上がるための動作が知りたかった。</p>
5	<p>講座の話に知らない内容もあり、新たに知り得たという気持ちです。</p>
6	<p>住み慣れた地域で暮らそうでは、自分がどういうケアマネジャーを目指していくのか、参考になりました。慢性期医療の良質な病院と出会うことが本当に大切だなと、改めて思いました。</p>
7	<p>介護家族が医師やケアマネジャーを見極める方法を説明されていて、良かったと思います。「介護の入り口は医療」は常に痛感しています。すべての医療者に認識していただきたいと願っています。</p>
10	<p>1. 住み慣れた地域で暮らそう 利用者にあったいろいろなサービスを利用し、頑張りすぎない介護の必要性や、医師やケアマネジャー(事業所)を選ぶ重要性など、大変参考になり、知識が得られました。</p> <p>2. 慢性期医療とは? 発熱時の対処のことや、置き薬など参考になりました。</p> <p>3. 在宅看護・介護の実際 食事形態や寝たきりの人への口腔ケアの重要性、口腔ケアに必要な物品など、参考になり、重要なことが学べました。身体の不自由な方のポジショニング、介護する人の負担にならないような方法など、参考になりました。</p>
11	<p>身近な介護で知らずにしていたことなどがあり、とても参考になりました。発熱=救急ではなく、まず在宅で対応することが大切なことだと思いました。</p>
13	<p>母が倒れてすごく不安の日々を過ごしております。口腔ケアがすごく大切なことがわかりました。しゃべることも、食べることも難しい状態なのですが、本人も大変だと思いますが、私がしっかりしていけないといけません。でも、息を抜きながらやっつけようと思います。</p>
14	<p>実習では、痰の吸引が模型で行われ、よくわかりました。</p>
15	<p>嘔吐、下痢、熱があってもあわてない、止めない。と教えていただき、急変時がいっつなのかが大変良かったです。いつも熱、下痢、嘔吐で本人があわて、周りもバタバタしていたので…。</p> <p>ベッドから車いすへの移乗を、実際に見ることができてよかったです。</p>
17	<p>医療と介護の連携の大切さを痛感した。</p>
18	<p>「平穏死」初めて聞く言葉でしたが、生ある物の自然な形だと思います。</p>

19	<p>「Living in Place」大事なことと思います。包括が、個人情報保護法から閉鎖的な大阪市の窓口で、やっと最近歩みよりがある状態です。まだ連携とまでには至っていません。</p> <p>医師側にも問題があり、ケアマネジャー、包括など、多職種の会合を開いても、医師の参加が少ない状態です。長尾先生の言われるように、標榜科目となれば明確化されると思います。</p> <p>平穏死、尊厳死法案ですが、2人の医師の要件があり、開業医では難しいです。ガイドラインを作成し、同意書レベルで対応できればいいと思います。</p>
21	<p>全体的に優しく、易しいレクチャー、実技でとても役立ちました。本日のレクチャーは全国の医学生、大学院でとても有益と思いました。さらに頑張ってください。</p>
22	<p>父が MRSA で死亡する前は、中心静脈栄養、点滴をしており、痰が多くて看護師が吸引してくれていたが、父はものすごく痛がった。「吸引を上手にしてくれる看護師もいて、夫が喜んでいた」との話を従妹から聞いて、上手・下手があるんだと思った。しかし、私自身は吸引をしたことがなく、最近家族もしていいのかと、状況の変化に驚いた。</p> <p>母は味覚減退で、フロマックに亜鉛を混ぜて服用させているが、一向に良くならない。今回のお話で、父の葬式疲れで顔面麻痺をしたので、その後遺症で味覚減退になったのかもしれないと気づいた。いろいろ具体的なお話で、勉強になりました。</p>
23	<p>地域での連携がまだまだできていないのが現状であり、家族でみるのが当たり前という意識が強く、介護サービスを受けず、頑張りすぎて倒れてしまうケースも何度か見ているので、介護への意識を変えていかなければならないと思った。</p>
25	<p>家族向けの講座なのでわかりやすく、専門用語も噛み砕いて説明され、良い研修であると感じました。</p>
26	<p>「平穏死」という、私にとって真新しい言葉に、「どんな意味なのだろう」と戸惑いました。本当に先生自ら棺の中に納まる体験までされていることにはビックリしました。私ではただ「キヤー怖い、助けて!!」というのが関の山です。</p> <p>実用的なお話をたくさんいただき、参考になりました。「車イスのサイズ」まで気が回らず、反省しています。介助方法は今までにも学んできましたが、再度勉強になりました。</p>
27	<p>今日の講座に参加させていただき、自分たちの判断が間違っていなかったと思えました。父の最期は、大変幸せだったと思えました。</p>
30	<p>在宅介護の者にとっては、初歩的な参考になりました。緊急時（熱が出た、血圧が高い、褥瘡の始まりなど）、初期の段階での判断が難しく、悩むところです。</p> <p>高齢化はネックなのですが、少しでも介護・医療の歩み寄りを利用しやすくなればと思います。</p>
31	<p>夫の母（84歳。同居）と、私の両親（86歳・88歳。実家住まいで、車で15分ほど。毎日通っている。）の、3人の老親を抱えている。はじめてこのような講座に参加させてもらった。大変参考になった。</p>

日本慢性期医療協会 在宅療養家族講座〈東京会場〉プログラム

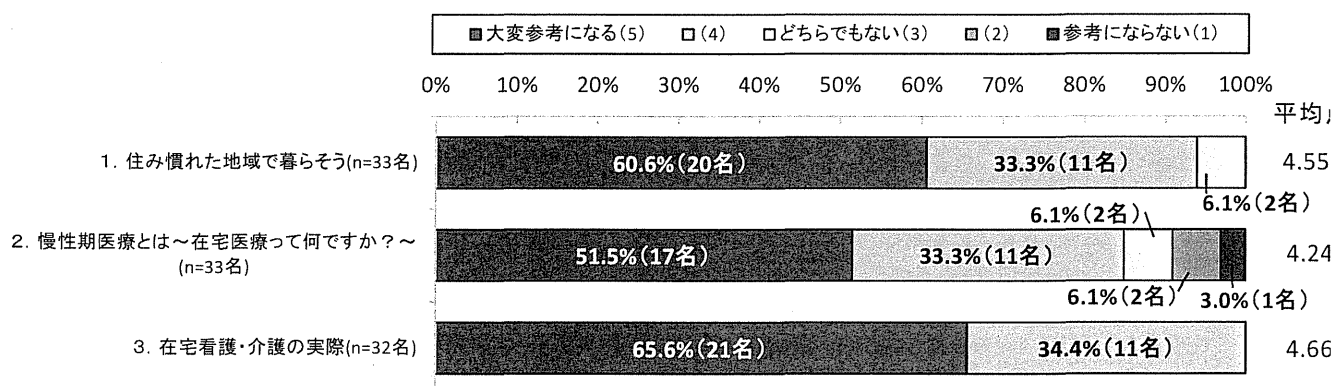
平成24年12月15日(土)

10:05～10:50	<p>「住み慣れた地域で暮らそう～診療所、訪問系サービス、通所系サービス、入院・入所サービスを上手に活用しよう～」</p> <p>講師：遠藤正樹(康明会病院常務理事)</p>
11:00～12:00	<p>「慢性期医療とは？～高齢者によく見られる疾患の症状と治療～」</p>

	講師：照沼秀也(いばらき診療所理事長)
13:00～16:00	「在宅看護・介護の実際」 ・認知症介護 ・リハビリテーション ・口腔ケア・栄養管理(胃ろう他) ・排泄ケア ・スキンケア(じょくそう)・たんの吸引 ・呼吸ケア ・ターミナルケア等」 講師：青木万由美、雨貝浩子(いばらき診療所訪問看護ステーション看護師)

参加者： 52名

アンケート結果



自由回答

No.	意見・感想
3	1. 住み慣れた地域で暮らそう 在宅で医療を受けながら生活する際の心構えをしっかりと学ぶことができ、参考になりました。 2. 慢性期医療とは～在宅療養って何ですか？～ 現場で在宅療養をされている医師の体験は説得力があり、学ぶことがたくさんありました。相談し、支えていただければ、何とか在宅でも暮らしていけそうな気がしました。 3. 在宅看護・介護の実際 具体的な方法を人形や機器を使ってデモンストレーションして下さったのでとてもわかりやすかった。吸引器やスライディングボードが使える車いすがあれば更によかったです。広く家庭で使われる物品を見ていただき助かりました。
5	いろいろな物品を実際に見ることができて参考になりました。
6	スライディングシートの利用法、移乗、介助の実際など役に立つ充実した内容でした。痰の吸引が実演できなかったことが残念でした。今後の在宅療養の実施、流れのためにも、こうした講座の取り組みを積極的に推進していただければと思います。
7	とても貴重なご講演ありがとうございました。高齢化にともない在宅医療の必要性、在宅医療のあり方など、とてもわかりやすいお話を聴かせていただきました。 住み慣れた地域や家庭で、安心できる環境の中で医療を受けることができれば、患者にとっても介護をする家族にとってもよい形だと感じました。 多職種協働については、それぞれの専門性を生かすことができるよう、より良い連携がとれるといいと思いました。これを機会に在宅医療の知識を少しずつ勉強していきたいと思っています。

8	実技が参考になりました。また、在宅医療の現況のお話が聞けてよかったです。組織の中に多職種のスタッフがそろってうらやましく思いました。理学療法士、栄養士など、なかかステーション内に充実しているところは多くないと思います。現在仕事をしていて、人員がそろっていればできることがたくさんあると感じています。やはり多職種との連携が大切だと思いました。
9	スライディングシートの使い方を教えていただいてよかったです。
12	在宅看護・介護の実際では、実際に体験ができ、とても参考になりました。
13	分りやすい講義でした。在宅で不安を感じている人はたくさんいらっしゃるので、この講義を多くの人に受けたら安心される気がします。 「退院後どうしたらよいか不安、本当に困る」「どこに相談したらよいかわからない」という声をよく聞きます。何をしたらよいかを導いてくれる窓口があることを呼び掛けてほしいです。
14	地域医療には連携がとても大切で、患者や利用者の不安なことや、その時々に必要なニーズに応えることもこれからは必要不可欠なものになるのだろうと感じ、これから勉強しながら介護士としてできることに限られていますが努力していきたいと思いました。 食事の摂取の仕方、介護者が嚥下の仕組みを理解しているか否かで誤嚥を未然に防ぐこともできるので、患者・利用者の状態の観察を日頃から注意し洞察することが大切だと感じました。皮膚の疾患についても少しでも早い発見が早期の治療につながると思う。
15	在宅医療サービスについてわかりやすく勉強になりました。スキンケアのやり方など、在宅でいろいろできることがあるとわかりました。
16	この先、両親や自分がデイサービスに入所することになったときに備え、信頼できる医師、病院を見つけておきたいと思います。今日の講座はとても役に立つ事ばかりだったので、いろんな人に伝えていきたい。また、このような講座が増えてもいいのではないかとともに思っています。
17	在宅医療、訪問診療、看護スタッフ、利用者のお互いに思いやりが必要。 今現在病院スタッフとして働いていますが、自分の家族が利用者になるときに来るかもしれないと思うときに、あらためて何が必要なのか勉強になりました。
19	全体的に広く浅くではありましたが、在宅での医療の流れや在宅での介護の実際について触れることができました。 いばらき診療所の活動は、在宅医療や看護でも先進的なのだろうと思いました。いろんな職種が連携して1人の利用者を見ることのできる環境は、他の地域ではまだまだ難しい現状です。数少ない関わりをもった介護者が、広い視点で対象をとらえていくことを心がけようと思いました。
23	在宅療養をするには、本人・家族の意向に私たち医療機関がどれだけ寄添えるかということが、特に印象に残っています。今後、より相手のことを考え、意識的に働きかけていきたいと思いました。
25	全ての講義で「独りで悩まないで」とコメントがありました。やはり何よりも連絡を取り合うことが大切だと感じました。
26	1. 住み慣れた地域で暮らそう 家族として何を第三者に相談していいのかわからない、相談することさえもわからない状況に対しての疑問がなくなった。医師、ケアマネなどには今の家族の状態を隠さずに、すべて話さなければいけないと感じた。 2. 慢性期医療とは～在宅療養って何ですか？～ 在宅医療とはなんなのか。そして、病院での入院生活と何が違うのかが、明確に理解できたのでよかったですと思う。 3. 在宅看護・介護の実際 スライディングシートについては非常に実用的なものであったので、1人で移乗等を行う場合においてもぜひ使ってみてみたいと思う。
27	在宅医療のことはあまり知らなかったし、費用のことも知らなかったが、この講座に来たことでよくわかりました。9割の日本人が病院や施設で亡くなっていることに驚きました。 自分は病院でしか働いたことがないので、在宅でのケアの仕事は今の私の技術では難しいと感じましたがいつか在宅で働きたいと思いました。 スライディングシートのことは知らなかったです。当院にも欲しいと思いました。

28	<p>精神科の病院で、認知症患者中心の病棟に勤めています。日々の業務で接する利用者は、それぞれの病を持ち、症状の変化が激しく、不安定な精神状態の方々です。</p> <p>病院でも勉強会や研修などが行われますが、ほとんど医療的なことですので、今回のような講座は大変強になりました。特に、一般向けに開かれる講座はめったになく、参加できてとてもよかったですと思います。</p>
29	<p>スライディングシートを使っての移乗、移動動作の実演がとてもわかりやすかったです。介護者が楽にきるといふ点がとても魅力的だと思いました。</p>
30	<p>1. 住み慣れた地域で暮らそう 在宅医療の基本をおさらいできました。家族の身、家族の側になったときにどうすればいいかをいつもえながら関わりを持つようにしています。これからもその姿勢を続けていきたいと思ひます。</p> <p>2. 慢性期医療とは～在宅医療って何ですか？～ 経験を通してのお話がとても参考になりました。にこやかにお話をしてくださり、聞いていても苦でなくとてもよかったです。</p> <p>3. 在宅看護・介護の実際 広く浅くということだ講習して頂けたのは良かったですが、コメディカルからすると物足りない内容だと感じています。内容としては家族向けと理解はしていますが、基礎知識の伝達というようにもとらえることができます。見ているだけではいつもの現場と変わらないので、家族に教える方法を教えていただけるとよかったです。また、看取りの内容を濃くしていただけるとよかったです。</p>
31	<p>1. 住み慣れた地域で暮らそう 利用者、介護側ともども知恵を出し合っで医療を向上させていくことが重要と認識しました。</p> <p>2. 慢性期医療とは～在宅療養って何ですか？～ 在宅医療は地域の医療で、コミュニケーションをよくしていくことが大事と学びました。また、「家族責めない」「近い人・関係の深い人に付き添ってもらう」「介護する人は絶対に無理をしない」の3つ在宅での看取りで大事なことで学びました。</p> <p>3. 在宅看護・介護の実際 Ⅰ部では、各種の補助食品や自助具のサンプルやスキンケアの実際が参考になりました。健常者にも有な「嚥下体操」もよい学びとなりました。 Ⅱ部では在宅酸素療法のビデオから、口すぼめ呼吸、腹式呼吸の有効性がわかりました。自分自身が積極的に関与して、よく病気について知ることが大事です。 Ⅲ部では、スライディングシートなどの使用で比較的容易に移乗・移動ができることがわかりました。Ⅰ～Ⅲ部で実作業の一端を見ることができ、参考になりました。</p>
32	<p>普段はケアマネジャーをしていて、病院から在宅へといった動きが大変多くなっでいて、家族の不安なをよく耳にし、相談を受けます。医療との連携がまだまだ密接とはいかない現実もあります。認知症の者を持つ家族の精神的負担はかなりのもので、入院、入所先から断られるたびに家族は悩み、あきらめしまうことも多いです。まだまだ在宅医療を行うところは少なく、情報なども少ないと感じます。安心して、いつでも相談でき、いざというときにはスムーズに受け入れが行えるような体制が整わない限り、だまだ自宅で介護していくことには難しさがあると思ひます。</p>
33	<p>私は84歳の独居老人で、妻とは13年前に死別し、慢性期の病気もあります。万一のときは老人ホーム入居の予定ですが、入居金が高く、サラリーマンだった私には500万以上の金額を用意するのは無理です。息子夫婦と2世帯同居ですが、家も処分できないため、「在宅医療の方が老人ホームに比べ余裕がありベターか」と最近考えています。</p> <p>その際、ケアマネジャーの存在が非常に重要になることが今回の講演で参考になりました。私の年代では、子供に迷惑を掛けたくないという気持ちが強いのではないかと思ひました。</p>

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する

教育システムの構築に関する研究

研究分担者：医療法人 アスムス
理事長 太田 秀樹

研究要旨

当研究における多職種協働による教育資料の一部について、DVD の作成を分担。

A. 研究目的

医療サービス連携について、現状分析を踏まえて解決策として教育とそれを生かした政策提言を行うこと。とりわけ在宅医療に関して、一般の開業医がその本質的な姿を正しく理解していないことがあり、在宅医療を伝え普及推進をはかる。

B. 研究方法

在宅医療は医学部教育で学ぶ機会が乏しく、また、多職種が協働して推進する医療の姿は一般の開業医にはあまり知られていない。そこで、実際の在宅医療現場を映像化してその本質を伝える。その内容は在宅医療の実践者らに執筆依頼した原稿を基本に構成し、開業医が自主的に学習できるよう工夫した。

（倫理面への配慮）

事例集は、症例報告に類するものであり、一般的記載を、匿名化して転用するため、患者の診療に関する包括的同意がとれていればこれを活用し、包括的同意がとれていない場合は、この事例への記載不参加でも、診療上に全く不利がないことを説明し、事例集への掲載への同意を得る。患者や判断能力を欠く場合には、家族の同意を得ることとする。

C. 研究結果

在宅医療の特殊性がわかりやすく伝わるようにさまざまな配慮を行った。1巻を40分程度とし3巻にまとめた。さらにオムニバス形式として5分程度の複数のチャプターを設定したため、学習者が関心あるチャプターのみの視聴を可能とした。

D. 考察

在宅医療の姿を映像でわかりやすく伝えることができ、わが国の在宅医療のスタンダードを示すことができた。今後、多くの開業医が在宅医療に参入するためのきっかけとなると考えられた。

E. 結論

在宅医療の本質を伝え、日本の在宅医療のスタンダードを映像で伝える貴重な学習ツールを作成した。在宅医療普及推進に有益なDVDといえる。

F. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

2012年 7月1日 第23回日本在宅医療学会学術集会

『在宅療養の継続・中断、終末期医療実施例に関する研究』

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

日本医師会等、在宅医療研修会で活用予定