

1 参加者数

	訪問介護			居宅	ファシリテーター等	合計
	管理者	サ責	訪問介護員等			
美郷	10	9	2	20	12	53
健福	16	34	2	48	20	120
鶴の苑	10	14	2	17	9	52
小計	36	57	6	85	41	225
合計			99	85	41	225

2 理解度 (1が理解できた ~ 4が理解できなかった)

	1	2	3	4
訪問介護	56	26	1	0
居宅	85	18	1	0
支援C	10	1	0	0

理解できなかった点

- ・老計10号に関して、理解しきれなかった

3 満足度 (1が満足できた ~ 4が満足できなかった)

	1	2	3	4
訪問介護	56	21	0	0
居宅	73	22	3	1
支援C	7	4	0	0

満足できなかった点、改善点

- ・異なるアセスメントシートで課題を持ち寄ったことは共有するプロセスで少し不都合があった。同じフォームで根拠と課題をまとめてくる課題とした方がスムーズにいったと思う。
- ・本人の意向や希望の情報が重要だと思います。

4 今後行いたい研修サービス種別

(1)訪問介護

サービス種別	人数	理由等(抜粋)
居宅	7	・研修の続き、グレーゾーンのケア内容(薬のセット)や買い物など
訪看	17	・ヘルパーは医療行為ができないため、訪看からの目線で、業務範囲を明確化したい。ポジショニングや体位保持などの注意点、除圧のやり方が知りたい ・連携を取るにあたって、注意事項、それぞれの役割の住み分け ・ベッド上で過ごす方が増えているので、ケアの方法を知りたい
DS・通りハ	3	・計画書の統一化
病院・医療系	3	・介護が医療に求めること、医療が介護に求めることの情報共有がしたい
障がい	3	・精神障害、高齢者、介護など、トータル的に相違点や共通点を学びたい

(2) 居宅

サービス種別	人数	理由等(抜粋)
ヘルパー	6	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の独居、看取り(がん末期)の自立支援ケアのサービス内容や質(適切なサービス)について、事例を通じた合同研修をしたい ・サ責だけではなく、実際にサービスを提供しているヘルパーの声を聞きたい ・ICFの「参加」レベルまで目標を立てるプラン作成のGW(「自分のことは自分でできる」先の目標ができることで、「健康でいる」が「何のために」に繋がり、よりその方らしいプランになると考えられる
訪看	15	<ul style="list-style-type: none"> ・医療と介護の視点、目標が異なるので、共有したい ・訪看指示書に準じていることが多いが、ケアプランとのすり合わせがスムーズにいかないことがあるため ・医療ニーズをケアプランに入れることの難しさを感じている ・認知症とその他の精神症状のある方への支援 ・訪看に日頃から、CMとどのような連携が有効か確認したい ・訪看の卒業をどう決めるか、内服セット、声掛けをお願いしている場合、卒業できないことが多い(リハビリも)
DS・通りハ	19	<ul style="list-style-type: none"> ・計画書を作成し、目的、目標の設定をすり合わせしたい ・サービス提供に伴い、利用者のIADL等の改善点などを話し合いたい ・デイと自宅での利用者の状態変化を話し合いたい
用具	12	<ul style="list-style-type: none"> ・搬入納品で終わることが多いので、専門性を持って、CMへアプローチしてもらいたい ・直接家族とのやり取りを進めてしまうので、共有したい。 ・サービス提供に伴い、利用者のIADL等の改善点などを話し合いたい ・医療ニーズの高い、利用者の看取り等、精神疾患のある利用者との関わり方 ・レンタルの計画や目標達成についての評価が毎回同じになるので、意見交換したい
病院・医療系	5	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーの活用(入退院時連携) ・相互に医療保険制度、介護保険制度の理解と連携 ・居宅療養管理指導の効果的な活用方法
障がい	3	<ul style="list-style-type: none"> ・障がいサービスの理解を深めるため ・介護保険と併用される方も増えているため

5 その他(研修に対する意見、感想等)

- ・他職種と一緒に考える場面が少ないので、良い機会ととなった。期間を空けて、実際に連携した事例等発表の場があると、この研修の意義を実感できると思う。顔の見える関係から実践へ。
- ・CMと一緒に一つのケアプランを作成し、常にこの段階から訪問介護も参加できれば、よりよいサービス提供ができると思いました。
- ・アセスメントの視点が違うと、プランに大きく影響するため、アセスメントの重要性を再確認できた。チームでなければ、生活、生き方に寄り添った支援ができないと感じた。
- ・ヘルパーとCMが一生懸命見たら、良いプランができました。こんなプランで仕事ができたらヘルパーも頑張れると思いました。
- ・訪問介護のアセスメントシートを初めて見た。細かくことに驚いた。今後のサ担で活用できるようにしたい。

・サ担前、情報照会等でニーズや目標について確認するが、既に出来上がっているものにサ責も意見を言いづらいと感じた。一緒にプラン作成ができるようにとよいが難しい。せめて、アセスメント表が全サービス統一できると判断や評価が理解しやすくなると感じた。サービス種別により、視点の深みが異なると感じた。

・CM、ヘルパーで解決すべき課題、長・短期目標の考え方、捉え方等を話し合い、相談できたことは勉強になった。今後も継続的な機会を作してほしい。

・地域で顔の見える関係ができ良かったです。今後も協力して自立支援に向けた支援ができるようにしていきます。継続し、CM、ヘルパーと一緒に勉強会ができればと思います。

・CMがどのような情報を伝えてもらえれば助かるかを聞いて、今後活かそうと思いました。

・サ責は、よくケースを理解され、自立支援を考えてくれていた。支援と自立支援を見極めるサ責が増えていくとよい。

・事前課題は、時間的に負担が大きいです。現在ありがちなケースを基に「事例のおかしい点」について、CMと視点の違いを理解するにはよかったです。

・ヘルパーのアセスメントを拝見し、日頃、本人の力を引き出す視点を持っていることを改めて知り、サ担等でヘルパーの意見を引き出せる関わりが持てるよう努めていきたい。

・ヘルパーが利用者の意欲を高めたり、喪失感の解消に心を砕いた支援をしていることがわかり、感激しました。

・一つの事例を通し、共通理解し、お互いの立場で話し合い、提案ができたことは良かったと思います。

・GWもいいが、違う形態での研修会もよいと思いました。は、今日のように圏域ごとにグループ分けをしていただいのでよかったです。顔の見える関係づくりのため、CMだけの時も合同研修であっても、活動している地域の人とグループになるとよい。

・制度改正について、日頃のサ担への意見等、大変有意義なGWができた。
主任CMは研修機会が多くありますが、主任CMに限定しない、経験の浅い方が参加できる研修は増えると良い。

・ヘルパーとGWができ、視点が増えたことは、同じCMでも表現方法の違いなど、視野を広げることができた。

・他サービスとの研修は、計画する側、実施する側の気づきができる。課題(ニーズ)の上げ方が、事業所によって違うのもわかった。

・CM、サ責も同じ視点で利用者のできる、できないを考えられるよう取り組んでいけると良いと思います。自立支援を考えていけるとよい。

・事前課題もあり、スムーズにGWが進んだ。サービスを実際に提供する側とプランを作る側と一緒に考えていくことは、よかったです。研修時間が短く感じました。

・ケアプラン上の共通言語のようなものがあると、食い違いが起きにくい。

・CM、ヘルパーと一緒にプランを作っていく過程が楽しそうにしていた。一緒に考え、利用者に提案できる方法が、これからきっと生きていくのではないかと思います。ケアプランを立て方がわかったとサ責も言っていたので、良い研修だったともいます。

・ディスカッションで、力をつけていくが大切だと思いました。

・自分の考えを言葉にまとめることの難しさを感じた。

・ケアプランを作成する研修をもう一度受けたい。

・事業所により、老計10号の理解がさまざまであるところがあるが、サ責からの気づきを自立支援につなげるいける計画書にしているとよい。

・開催時間を早い時間帯にしてもらいたい。

・テーブルが後方だと、音声が聞き取りにくい。

・アセスメントの持参のない方、動画を見ていなかった方もおり、事前準備の段階でばらつきがあった。