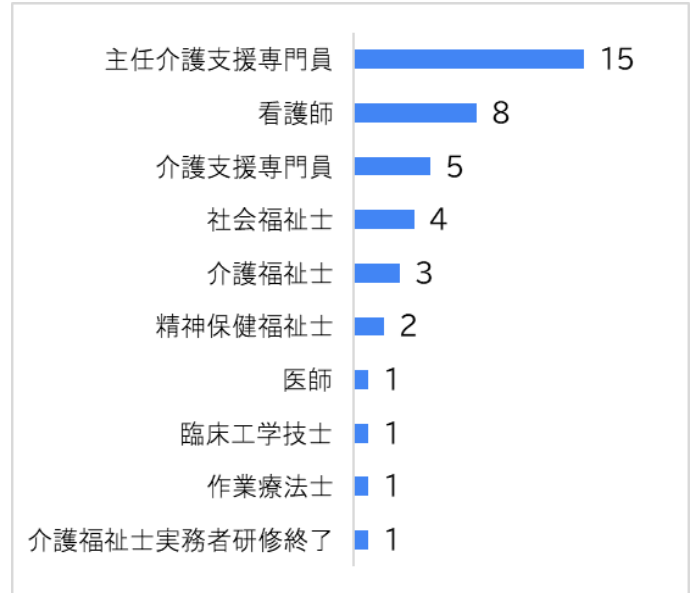


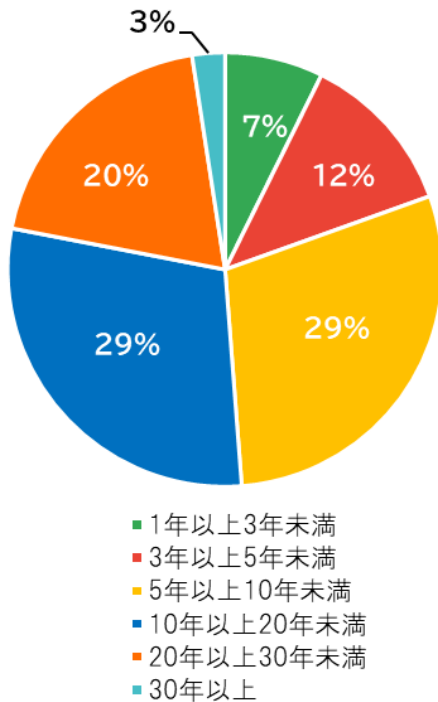
第5回 在宅療養を支えるスタッフのための多職種連携研修会 参加者アンケート

日時:令和7年8月26日(火) 18:30~20:30  
 場所:呉市役所2階 201・202・203 会議室  
 参加者数:一般参加56名, 運営側4名 計60名  
 アンケート回収(回収率):一般参加41名(73.2%)

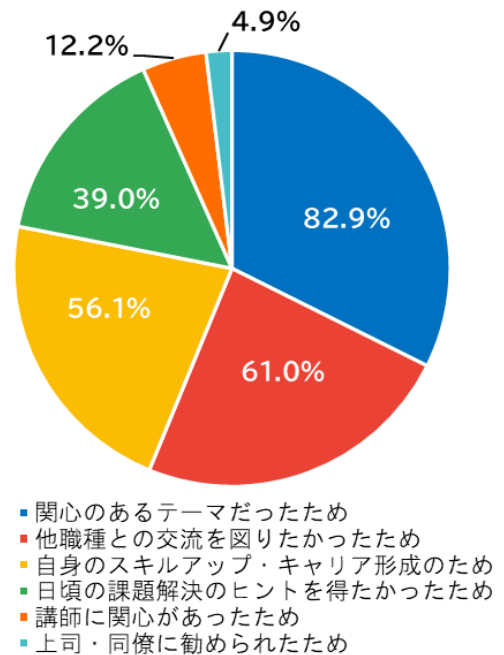
1. 所属機関及び職種



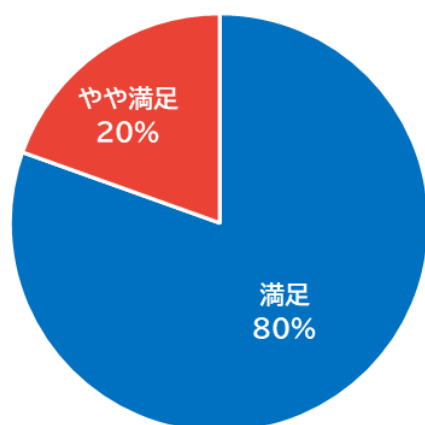
2. 実務経験年数をお答えください。



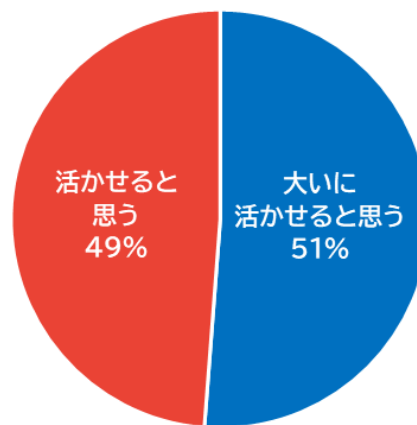
3. 本研修会に参加した理由を教えてください。(いくつでも)



#### 4. 本日の研修会はいかがでしたか。



#### 5. 本研修会の内容は、今後の実践に活かされますか。



#### 6. 本研修会で一番印象に残ったことは何ですか。

- ・本人の希望に無理と言わない
- ・他職種のできることや希望、それが本人の希望を叶える方向に繋がるということを体感できたこと
- ・ストレングス
- ・グループワーク
- ・本人主体のプランを立てることが重要であること
- ・夢のあるケアプランを作りたいと思った。本人を中心にしたケアプランを作りたいです。
- ・居宅は支援する側の意識はあったが、応援団という意識がなかったので、これからは応援団の意識でいたいと思った。
- ・問題点より希望を叶える為の考え方
- ・ストレングスをもっと前に出しても良いと思った(強く出しすぎることで同僚から良いように思われなかった事があったので)。
- ・ウェディングプランナーの支援方法を見習う
- ・支援の前提が「希望を持った人」であること。
- ・本人がワクワクするプランをどう提案するか
- ・多職種の方と、事例についていろいろ話し合いが出来た事
- ・本人の希望のあるケアプラン
- ・その人の希望を叶える支援のありがた
- ・ストレングスの活用について
- ・希望を叶えるための課題を見つけるのも大切だが、本人のストレングスも同時に見つけること
- ・ケアプランへのアプローチについて、原点を思い出しました。
- ・希望を持った人を支援している
- ・グループワークで多職種との連携が図れた
- ・本人のストレングスに着目することと問題点を逆に強みにする視点
- ・本人の希望や願いを聞き出す方法など
- ・最後の詩
- ・本人の意向にそった支援、他職種カンファレンスの方法
- ・なぜこの人はいろいろあったとしてもここで生活できているか把握することが大切であること、ご本人の願いや希望を応援することの大切さを改めて感じました。
- ・本人が笑顔でできることを応援すること
- ・強みにフォーカスした支援の大切さ
- ・対象者のストレングスにより着目した支援が出来る様、気持ちを新たに出来ました。
- ・ケアプランを作る段階から介護保険の枠を越えて、関わりのある人達が一緒に検討できたら、より血の通った、ワクワクするようなプランができるような気がしました。

- ・カンファレンスのときに主体は本人になっているかと投げかけられたこと。
- ・皆が楽しく取り組みたいと思える体制づくり、役割の位置づけを、皆で考えていくことが大切だと感じた。
- ・グループワークは非常に参考になりました
- ・初回面接の時にあらさがしをしていないか？確かに未来について希望の話をしていないな。と思いました。支えの信条の動画はとても印象に残りました。
- ・どういふうに生活したいかというイメージ作りと「無理」と言わないコーディネーターをしていくという考え方
- ・強みへのアプローチ
- ・ウェディングプランナー、住宅メーカーの方は無理と言わないから彼等の話を聞いてみるのもいい
- ・グループワークが楽しかったです
- ・介護医療院や依存症専門病院の方と同じグループになり、感覚の大きな違いに驚いたが、在宅生活を叶えることができる確率が、話し合いや研修を通して、叶えられる確率も急上昇したり、自分自身の考え方も変わっていく流れを体感したこと。
- ・ストレングスモデルで考える
- ・ケーススタディを通した多職種間での意見交換
- ・退院支援をする患者、家族のことを「困っている人」ではなく「希望を持っている人」と捉える考え方

## 7. 理解が難しかった点があれば、具体的に教えてください。

- ・特にはありません。明日から実践してみたいと思います。
- ・時間が短く先生の講義をゆっくり聞きたかった。
- ・本人の強みを活かすケアプランを立てても、絵に描いた餅で終わりそうだと感じる(途中で力尽きるのではないかという不安があるため)。
- ・本人の希望を細かく汲み取る事
- ・判断能力がない人の希望を叶える場合の本人の希望の叶え方
- ・難しい希望や要望に対して実現できるように創意工夫していく発想が必要だと思いました。
- ・「本人の意向」に寄り添うように意識していますが、講師の先生の言われる「本人の意向:彼女をつくる等」に全面的に応援はまだできないなと思いました
- ・限られた時間の中での研修でしたので、当日配られた資料の8.9あたりをもっと聞いてみたかった。
- ・限られた時間の中で行われたケーススタディでの話し合いだったので、長期的目標と短期目標が混ざり煩雑になってしまった点が気にかかりつつ、もう少し整理して話し合いができたらと思いました。

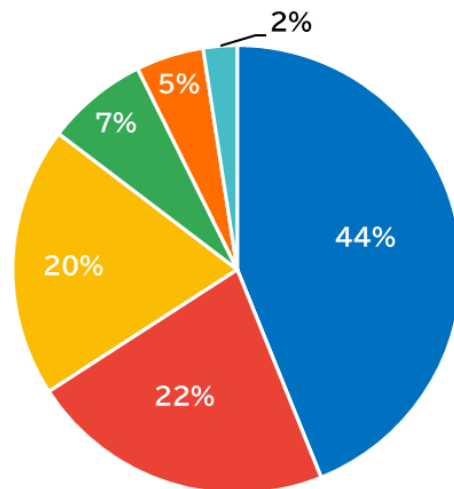
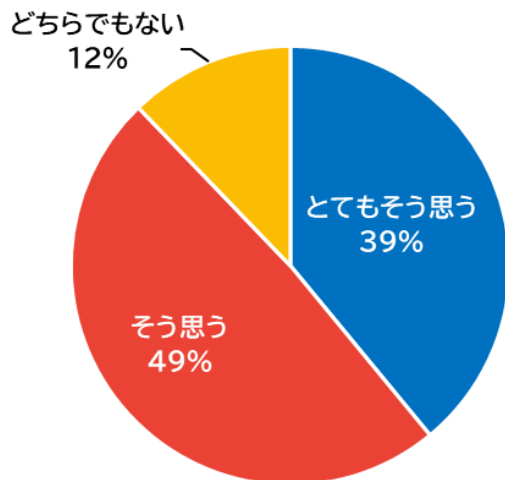
## 8. 「ご本人の願いや希望を応援する取り組み」について、どう感じましたか。

- ・行っていきたい
- ・ワクワクする計画を立てられるようになることが、従事者だけでなく本人の楽しみにも繋がることを知れてよかったです。
- ・まずは自分から
- ・もっと事例を検討したかった。例)本人と家族の意見が違い平行線のままでどう進めていくか。
- ・ご本人の願いや希望を応援するには他職種の連携が欠かせないと思いました。何故なら看護師であれば医療的な面に目が行きやすくなってしまい、看護観が孤立してしまう。しかし、他職種と連携をすると多方向からの意見や応援をすることが出来る為必要であると思いました。
- ・より深く本人に尋ねてみたり、夢を聞きたいと思った。
- ・困っていることに視点が行きがちなので、応援する取り組みは新しい視点だった。
- ・多職種の連携と共有の必要性
- ・とても良いことで、同じ考えを持った人たちを集めることが必要だと思う。
- ・理解もでき、反映させたいと毎回思いながらも実際はどこまでできているかは不安なところだったので、改めて今日の話聞いて本人の願いを叶えストレングスを活かしたプランを目指すために、各々のできることを考えて支援することについて話げできたのが良かった
- ・課題から希望へ視点を変えることが、本人視点で大切なことは理解できましたが、実際には現時点ではなかなか難しいとも感じましたが、意識はしていきたいです。

- ・相手の問題点をあげるのではなく相手の強みを知る事が大事である
- ・介護保険の利用、理解が出来ない方(家族様) 認知症の方や精神疾患の方が、増えている事。その方達が、自分の希望や目標を達成出来る様に、多職種の連携を大切にして、在宅療養を支えていきたいです。
- ・理想ですが、本人の希望を引き出すのが重要
- ・是非、取り組みたいと思いました。
- ・無理と決めつけず関係者と考えていく
- ・自分や同僚などの夢や希望なら実現可能だと応援できるが、利用者になるとさまざまな障害や課題が先に浮かんでしまう自分の考え方のクセに気づいたこと
- ・これが基本なのに、業務のなかで後回しになっていることを反省しました
- ・日頃の仕事では困っていることを聞いていたことを改めて感じた
- ・本人の目線で考えていく事
- ・こんなことができたらいいなと想像しながらわくわくすることが大事だと思った。
- ・なかなか本人に直接聞く事はよくない事と思っていましたが、直接聞いてもいい。とお話ししていただきました。今後の関わりの中で聞いてみようと思います。
- ・他職種の意見や思いを聞くことができた
- ・応援するという視点での関わりが大切
- ・問題解決型になりがちだけど、本来は願いや希望を叶えることに目を向けられたら、ご本人、ご家族の生活や支援のありたかそのものが違うのではないかと思います。
- ・その方のストレングスも含め支援することについて、視点が変わられて良かったです
- ・ストレングスに目を向けた在宅看護は、考えているようで、問題点を探す比重は高かったなと振り返りました。強みを活かせる関わりについて、今一度考えるいい機会になりました。
- ・支援者自身の置かれた状況から俯瞰して物事を観られない、結果的に本人の希望を損なってしまわないためにも、普段から1人で抱え込まず、相談出来る関係作りをしていきたいと感じました。
- ・まずは、ご本人様の本音や願いを引き出す取り組みが重要だと思います。その上で、それが実現出来るかどうか、検討できる仲間や相談先との関係構築が大切だと感じました。
- ・困っていること=希望を持っていると考え、チームで取り組むと、本人の希望に添った支援ができると思えました。支援者も希望を感じることができました。
- ・ご本人にとっては楽しいばかりではない部分も見えてくる。客観的な視点も併せ持つ必要があり、支援者用のプランと2つあってもいいのでは、との言葉に柔軟に取り組んでもいいなと思えた
- ・利用者様の想い、心理的背景の情報が足りなかったが、グループ内で色々な状況に応じてどう応援するか、たくさん意見が出て参考になりました。
- ・本人の希望をどこまで叶えてあげられるかはわかりませんが、そのためにもしっかり話をしていくことが大切だなと思いました。また、チームで取り組まないといけないな。と思いました。
- ・支援者(応援団)全員が同じ方向に向いて取り組むことは、それぞれの立場や理解、考え方の違いなどもあり意外に難しいと思いました。
- ・各専門職が目標を共有しながら、それぞれできることを共有していくことの必要性
- ・本人の願いを叶えることに他職種と連携する際に、どのように頼むかの交渉術も大切だと感じました
- ・できていない点だけでなく、できているところも見えていくことは大切だと思っています。「どうしていきたいか」を可能にできるように本人を取り巻くチームで考えていきたいと思っています。
- ・関わっていく事業所・人が、それぞれ自分たちができることを伝え合うことって大事なことだと思った。担当者会議等では、各事業所からそのような考えを引き出せる問いかけや会議進行をできるようにしたい。
- ・地域包括ケアシステム構築の最終目標であり、そのような世の中になってほしいと願っているが、国民全体の意識や仕組みが伴っていないと感じる。せめて専門職が本人に寄り添う視点で関わることで社会全体に波が広がって行けたいと思う。
- ・現状、問題解決型の考え方が主なので優先順位をつけながらその先にご本人の願いや希望を長期的目標としていけたら…と感じました。
- ・実際に日々の支援で全ての患者に実行することはなかなか難しいと感じていましたが、病院から退院する患者に対しての心持ちや考えの根底に持っていなければならない視点だと思います。

9. 本研修会のグループワークを活用して、事例検討会や地域ケア会議をしたいと思いませんか。

10. 今回のような研修会を誰に参加してもらいたいですか。特に参加してもらいたいと思う対象を教えてください。



- 中堅職員 (実務経験3年以上10年未満)
- 新人職員 (実務経験2年目まで)
- ベテラン職員 (実務経験10年以上)
- 役職者や管理職等
- 全対象
- 地域の方

11. 今後希望する研修会のテーマ等について、自由にご記入ください。

- ・事例検討会
- ・病院との退院時の在宅支援について
- ・講師の方が言われていたような、ウエディングプランナーや住宅の会社の人から、顧客の希望を聞き出すコツなどの研修を受けてみたい。
- ・ウエディングプランナーの方のお話。
- ・認知症の方が地域、慣れた家で過ごすための関わりや取り組み(現実的な方法)と関わりについて、実際はBPSD が強くなると家族も限界がきて施設や病院などを選択せざるを得ない状況なので、どうしたらそれが少しでも在宅でできるのか教えてほしい。
- ・利用者に対して失敗したときに次にどう対応すればよいのか？失敗から学ぶ例
- ・認知症や精神疾患について
- ・身寄りのない人の生活を支える人たちの事について考えたいです。
- ・ぜひ土屋先生のご講義を受ける機会がありましたら有り難いです。
- ・家族支援についての研修も受けたいと思いました。
- ・ウエディングプランナーの方の話
- ・今回のテーマのようなものを行うのもよいと思いました
- ・研修に参加させて頂き、いままでに関わる機会がなかった多職種との関わりをもち、現場の取り組みを聞く中で在宅の患者様を支えるサービスや支援をよりリアルに知ることができました。研修を通して違った視点、考え方を聞き刺激を受けることができましたし楽しかったです。
- ・退院支援をしている病院看護師向けに、在宅介護サービス(デイサービス、訪問看護、訪問入浴等)の実情について。何ができて何ができないのか。病院の退院支援でしておいたほうがよいこと等。

12. その他、ご意見や感想がありましたら、自由にご記入ください。

- ・2時間で足りないけど夜なので仕方ないと思います。ありがとうございました
- ・皆様の意見や話が聞けて楽しかったです。顔が見える交流会は、やはりいいですね。
- ・「支援者がワクワクするようなプランを立てましょう」の言葉が印象的でした。事務作業になりがちなケアプランをみんなでワクワクしながら作り上げたいと思いました。

- ・高齢者支援課の皆様、とても充実した研修会でした。開催までの準備、当日の設営、司会進行なども大変だったと思います。そうした皆さんのお陰で、為になる研修が受けられました。引き続き、宜しくお願い致します。
- ・興味深い研修でした。ありがとうございました。
- ・とても、勉強になりました。研修に参加させていただきありがとうございます”
- ・ありがとうございました。
- ・とても勉強になりました。ありがとうございました。
- ・油断すると怠惰な方向に進みがちなので、このたびの研修は個人的に初心に立ち帰ることができてとても参加して良かったです。有り難うございました。
- ・心不全や心房細動という病名のイメージから、ケアマネとしては、無理はできない、何かの拍子に心臓が止まるのでは？と勝手に想像してしまいます。同席した PT さんからしたら、まだまだ在宅で普通に生活できると考えるとのこと。その手のギャップはそうそう埋められるものではないと感じました。だからこそ多職種が連携して、多角的に関わっていく必要があると実感しました。ありがとうございました。
- ・多種職で集まる機会がないので、いろんな視点での話を聞けてとても参考になりました。
- ・グループワークで多職種で意見交換ができ、有意義な時間になりました。ありがとうございました。
- ・企画、運営ありがとうございました。今後ともよろしくお願いします。
- ・とても学びがあり、またいろいろな職種と意見交換ができてよかったです。楽しい研修会でした。ありがとうございました。

【日常の療養支援の連携について、課題と感じていることを教えてください。※研修申込時に回答】

- ・かかりつけ医や入院先の病院との連携が難しいと感じている。(介護支援専門員 2 年)
- ・身寄りがない、いても疎遠な方の色々な用事をどうするか。認知機能低下等でインシュリンや内服、透析などできない、家族のサポートも受けられない方の療養を誰が支えるか。(主任介護支援専門員 6 年)
- ・福祉用具の選定するときなど、大きい病院との医師との連携が図りづらい。(主任介護支援専門員 9 年目)
- ・総合病院では、医師との連携がとりにくい(主任介護支援専門員 19 年)
- ・施設との連携、家族と本人の希望する退院先が違う場合の調整(看護師 9 年)
- ・タイムリーな連絡を心掛けているが、休みも夜間もお構いなしの職種だなあと。(主任介護支援専門員 8 年)
- ・キーパーソン以外のご家族の介入など(臨床工学技士 13 年)
- ・ICT の活用が進まない(医療・介護事務職員 4 年)
- ・医療側から見る転倒のリスクが高いと判断される場合でも、介助側はきちんと安全確保していると意見が割れたとき。(入浴のシーン)(看護師 5 年)
- ・非協力的な家族へ退院支援の話をするとう退院を拒否されることが多くあり、課題と感じています。(看護師 5 年)
- ・ご家族との連携(看護師 25 年)
- ・情報共有のスピード感(看護師 5 年)
- ・在宅療養の限界に対して、本人・家族・関係機関の考えるゴールの共有。在宅死(孤独死?)への不安・避けなければいけないという考え(主任介護支援専門員 15 年)
- ・情報共有(介護福祉士 12 年)
- ・本人の思いと家族の思いのずれや考え方の違い(看護師 3 年)
- ・医療との連携、だいぶやりやすくなりましたが、まだまだ難しい事もあります。(主任介護支援専門員 17 年)
- ・情報共有(介護支援専門員 5 年)
- ・自分自身の問題ですが、在宅関係の制度についての知識が浅いため連携するにあたりどこまで介入できるかなどの線引きに苦悩しています。(看護師 5 年)
- ・経験が必要と感じている(主任介護支援専門員 7 年)
- ・施設や病院で働いている方は、なかなか在宅の事は分からないし、在宅支援者は、施設の事や病院の状況等を理解するのは難しいと思う。なのに、何で～してくれないとか、連絡が無かったとか、負の部分なすりつけるようなやり取りをよく聞きます。完璧な支援なんて無いので、お互い様の精神で仕事が出来たら良いなあと思います。(主任介護支援専門員 12 年)
- ・専門職同士でも相互の役割理解が乏しいことがあること、その場合特に先方の役割に意識がいかないこと(精神保健福祉士 1 年 3 ヶ月)

- ・独居 認知症(介護支援専門員 3 年)
- ・本人様の思いを通してあげたいのですが介護保険での決まりもあり、それぞれの事業所の方向性もあり難しいな。と感じています。(主任介護支援専門員 11 年)
- ・退院時の診療情報提供書を看護師側が見れない(看護師 2 年)
- ・医療知識不足と家族への心理的ケア(介護福祉士 7 年)
- ・外来看護師として外来 Pt の対応や訪問診療で地域の皆様と関わりを持たせていただいています。高齢になるにつれて病院への通院が困難になっていく現状を思った時に、地域に根ざした柔軟な医療機関の必要性を日々実感しています。なんでもできるわけではないですが、地域医療に携わる中、関わる Pt やご家族様がよりその人らしく笑顔で毎日過ごせるように、支える医療、寄り添う看護を意識して働かせていただいております。(看護師 23 年)
- ・認知症の家族支援(看護師 23 年)
- ・病院は返す側、在宅は受け入れる側、立ち位置が違うので課題の共有が難しい事もあると思います。(主任介護支援専門員 20 年)
- ・連携ツールがある場合とない場合があり、ツールも多様 課題というわけではないが、何か効果的な方法があれば活用したい(主任介護支援専門員 25 年)
- ・お互いの立場や業務が周知していないことも多く、温度差を感じる事があつたり無理なことをお願いされる事がある。(社会福祉士 10 年)
- ・家族の認知症への理解(看護師 8 年)
- ・同一法人以外の事業所とのやりとりの難しさ、未だに紙のやりとりが多いこと(理学療法士 16 年)
- ・地域の資源を充分把握できていないため、限られた選択肢の中でしか考えられていないと感じる。(精神保健福祉士 7 年)
- ・ケアチームの役割分担のまとめ方など(主任介護支援専門員 7 年)
- ・業務の多忙により各職種で時間の確保が難しい(作業療法士 20 年)
- ・必要専門職への情報共有のタイミング(看護師 2 年 4 ヶ月)
- ・たまにですが、退院の連絡がぎりぎりサービス調整が慌ただしい場合があります。(主任介護支援専門員 8 年)
- ・自宅退院にむけての様々な調整。家族の介護力の見極め(介護支援専門員 3 年)
- ・利用者への対応として、車椅子や歩行器の種類変更、移乗や移動の見守り対応の変更等を行います。それらを全体で共有している連絡アプリで他職員に周知し、次回から同じ対応を行ってほしくても中々定着しません。(理学療法士 2 年)
- ・関係機関での情報共有・連携の為の連絡体制・方法の整備が大切だと思います。(主任介護支援専門員 11 年)
- ・急遽で担当圏域から遠い医療機関のドクターより例外給付の意見書をもらう必要があるときは精神的に負担感を感じます(社会福祉士 8 年)
- ・利用者さん自身が病状を覚えておらず、記録に頼らざるを得ない(施設長 1 年)
- ・独居で身寄りがいない方 認知症の高齢夫婦の支援(社会福祉士 9 年)
- ・限られた資源で地域の魅力もありますが過疎化や高齢化が進むなか、医療や介護の連携の際も各専門職や資源の選択や連携も大切だと思いますが、やはり家族のサポート力を高められるような支援の工夫が必要に感じ、考えていきたいと思っています。(主任介護支援専門員 3 年)