

藤井寺市Let's☆ヨボヨボ予防！研修第1弾
「自立支援力 フラッシュ・アップ！」アンケート結果①
平成28年12月5日(全職種)

A. 重要な理念であり、自分にとって「自立支援」だと思ふことを日頃から実践できている。
B. 実践を心掛けているが、色々な事情があるので実践できないことも多い。
C. 理念の大切さは分かるが、他に優先するものがあるので実践は難しいことだと思う。
D. サービス提供にあたって、「自立支援」ということを意識していない／意識する必要性がない。

15 77 1 0

サービス種別	①あなたにとって、介護保険の「自立支援」とはどのようなものですか？	②-1「自立支援」について、あなたの気持ちに近いものを選んでください。				③「自立支援」の認識についてグループで議論し、どんなことを感じましたか？	④研修を通し、今後のサービス提供に活かせると思うことがありましたか？あれば、それはどんなことですか？	⑤講義・グループワークを踏まえ、あなたにとっての「自立支援」とはどのようなものですか？	⑥その他、ご意見やご感想を自由に記入ください。	
		A	B	C	D					具体的な内容・理由
1 グループホーム	在宅ではできないこと、持っている機能を低下させぬよう生活の中で見つけて行きまたまできることを維持して行けるように援助していく。		○			入所当時は気持ちも高ぶって生活になじむようお互いに頑張ることができるをさせていただいたが、時間がたち生活に慣れてくると自我が出るようになり自分一人での時間を過ごすことが多くなっている。	他職種の方たちの意見や見方によって支援の方法はたくさんあり視野が広がった気がします。	何事も継続することが大切だと思いました。その人が持っている能力を引き出し一緒に共に行うこと	思いはいつも持ち生活の援助は考えていますが、あきらめない気持ちを持ち続けて楽しい時間、穏やかな日々を送っていただけるように考えること	
2 ケアマネ	過度な支援にならない。自分で出来ることを提案する。介護状態への悪化を予防。		○			家事援助等は特に利用者自身が費用を払っているとの考えがある。全部してもらって当然と考える方がいる。デイ等、運動を勧めてもしんどい、話をするほうが楽しいと思われる方もいる。	自分らしく生活できる。自身で出来ることを増やしていく。ご本人の意欲を高める等意見があった。出来ないことをどこまで出来るようにするのか。	アセスメントの実施、課題抽出が重要。多職種との連携	住み慣れたところで自分らしく暮らせるように支援すること	
3 ケアマネ	他者に依存しすぎることなく自身の出来る範囲で生活を営むこと		○			身体状況、生活環境、等々の事情にて、1人1人の考えに合わせて行っていきたいが生活支援サービスの不足、生活を考える介護者の高齢化などサービスに依存しすぎる。	アセスメントが重要・本人の意向確認重要・自立支援とは本人が望んでいる生活が形になったもの	大分県の生活機能向上マニュアルを一度確認したいです。	①と変わらずです	ケアマネはどうしても数字のことが頭にありますので…「自立支援」感慨深い言葉です。
4 ケアマネ	思ったことを一人で出来ることで、人に頼らず、見守りの中すること		○			人に頼らず自分で何でもしたいと言いながら、何もせずに人に頼ることが多く自立できない人が多く実践できない。	他職との連携の重要性、意見交換必要	しっかりと目標を立てる。アセスメントの重要性	自分らしい生活を送ること	
5 ケアマネ	介護保険の基礎となることで、自立支援を常に考えながら利用者に対して必要な援助や方法などを考えています。		○			本人・家族・CM・サービス事業者などそれぞれに立場や環境などが異なるので考え方もそれぞれで実践できていない時がある。ADL低下防止・介護負担の軽減のためにもリハビリ必要だが金銭面の都合などで出来ない。意欲がないetc	職種によっても考え方など違うところもあるが利用者の将来に向けて考えていこうという思いがそれぞれにあるということを感じました。	CMとして他職種(セラピスト、ヘルパーetc)と連携を深めながら今以上に具体的な目標・期間の設定をし、利用者の意欲を高めていけるようにしたいと思います。	今の高齢化社会の中ではやはり一番大切な考え方・キーワードになると思います。出来なかったことが一つでもできるように、意欲・自信が持てるように働きかけていくものと思います。	事業所の経営面についての問題が解決されることを希望します。
6 ケアマネ	利用者が望む生活において、ご本人が出来ることの拡大を目指すとともに在宅での生活が継続できるように支援していくこと		○			自立支援の気持ちをもって日頃から利用者とかかわり話をしていく。しかし利用者、家族にとって難しいこともある。	立場により考え方が少しずつ違うが利用者の自己実現に向けた思いは一緒だと感じました。	今まで以上に利用者の思い、行動にじっくり向き合っていきたいと思いました。	在宅での生活の中で、以前のように生活が出来ることだと考えています。	色々な方の意見を聞くことが出来て楽しかった。先生の実践について少しでも近づけるようにしたいと思いました。
7 ケアマネ	自分の意志で自立した日常生活を営むことができるように支援すること		○			身体機能や能力はある方でも精神面での意欲や気力の低下がある。自立した日常生活を過ごしていない方への、支援を事業所をお願いしている。	本人の意欲をいかに引き出すか多職種の連携の必要性を感じた	本人の目標の設定と分析の必要性を感じました。	自分らしさへの実現	
8 ケアマネ	住み慣れた地域、自宅で可能な限り自分らしく生活することを続けられるよう支援を行う。		○			生活支援において、訪問介護(ヘルパー)に全てまかせるのではなく、共に行う、自分のできることを続ける、できないことに対して支援、安全、安楽にできる方法の提案を行うが、利用者ご本人様の気力低下やおまかせになることが多い。	難しいことだと思いました。身体機能の維持・向上、精神面での安定・意欲の向上が必須であると思う。ご本人様の状態を把握(アセスメント)できないことを明確にし、具体的な目標設定が必要だと感じた。	利用者様自身の意欲の引き出し、アセスメントの重要性を認識(できること、できないことを明確化)、健康管理(栄養、口腔ケアを含め)	住み慣れた地域、自宅で暮らし続け、自分らしく生活する	
9 ケアマネ	なるべく永く元気に自立した生活を営めるよう支援するという理念だけど現実にはサービスの幅が狭くなる状態変化で介護度が重くなることも多い。		○			デイサービスの紹介や身体を動かすことへの声かけなど個々の疾病や気持ちなど一筋縄ではいかないことが多い。	難しいけれど頑張っていきたいと思います。	細かく話を聞く努力をしていきたい。万全と話をするのではなく	やりたいことをやれる力をつける(手伝いをする)	
10 ケアマネ	その人自身が出来ることを継続してできるように支援を行い、望む生活ができるよう体が不自由になっても何か一つでも自分で出来ることを見つけてもらい、その人らしく目標に向かって支援を行う。		○			本人ができないとあきらめてしまうことや家族様の協力を得ることができず、また出来ないことと決めつけてしまう環境があったりする。	多職種からの意見を聞き、様々な角度からの意見があり、考え方も、思うことができよかった。	地域や各サービス事業者との連携やその人の周りの人々の協力を得て本人の目標達成=卒業につなげるように支援できたらと思います。	その人だけでなく、その人の周りの環境や地域を理解し、望む生活につなげていけたらと思います。	
11 ケアマネ	本人の出来ることを増やし、生きがいをもち生活を持続できるように見守りを行う。		○					アセスメント、入浴だけでも、運動向きなのか栄養、口腔、介護方法などいろいろある。全体含めた会議	本人の意欲をUPさせていく	
12 ケアマネ	在宅で自立した日常生活が送れるように支援すること		○			身体機能の低下予防=現在できていることの継続。できないことの評価をし、どうすればできるか判断する。	職種による捉え方の違い	できないことをどうすればできるようになるか、本人が時間をかけても行うことが大切	自立支援には卒業もあること。目から鱗です。	本日の講義、勉強になりました。ありがとうございました。
13 ケアマネ	利用者様の出来ない部分を支援することではなく、出来ることを増やしていく。出来ることを見つける。		○			利用者様のしてほしいことや生活状況が優先になってしまいます。	自立支援に向けて、ご利用者さんの望む生活に向けての手伝い、支援をしていくこと。本日は他市の方もたくさん来られ、勉強になることが多かったです。介護保険につながるまでの相談員をされ切実な現状があるようです。	藤井寺市も見守り隊みたいな、介護保険につなげるまでに出来ることがあるのではと思いました。ケア会議で皆で話しあうことができればいいと思います。	利用者様が元気に過ごせる。また生活するために意欲を高め目標に向けて頑張ることができる環境、役割を持つことが出来る。	本日は、考えさせられる非常にいい研修会でした。他市の方が沢山来られていて、色々話も聞くことができ、良かったです。今後も他市の方のお話も聞けたらと思います。
14 ケアマネ	日常生活が送れることが基本になるが、楽しみや趣味などモチベーションが持てる項目が作れること		○			資源が足りない。もしくは情報が無い。				
15 ケアマネ	利用者本人が安心できる生活		○			個々によってのニーズは違えど毎日の生活が安心して暮らせるように自分の出来ることを模索していつている。	それぞれの方がそれぞれの思いで自立支援を考えている。CMさんは本人の意見・意思を尊重することに重きを置いている、専門性を持って利用者さんに取り組んでいると思った。	本人がなりた理想を具体化させるためのサービスとの共有意識を持つ必要がある	利用者本人がなりた生活	戦後生まれが増える中、権利主張が多くなっておりインターネットによる情報もあるなか、どういった生活がしたいと言った部分を引き出す信頼関係作りが難しい。
16 ケアマネ	住み慣れた地域で、その人らしい生活を続けていくこと		○			サービスの必要性が高いものの、本人が利用に前向きな姿勢を向けてくれない。担当者会議を開き、具体的に問題点を上げてもらっているが、本人にそのことが問題として捉えて頂いていない。	やりたいという気持ちを本人から引き出すことは容易ではないが、非常に必要なことだと再認識した	思いを聞く一傾聴	相手の気持ちを大切に、無理なことは押し付けない	

藤井寺市Let's☆ヨボヨボ予防！研修第1弾
「自立支援力 フラッシュ・アップ！」アンケート結果①
平成28年12月5日(全職種)

A. 重要な理念であり、自分にとって「自立支援」だと思ふことを日頃から実践できている。
B. 実践を心掛けているが、色々な事情があるので実践できないことも多い。
C. 理念の大切さは分かるが、他に優先するものがあるので実践は難しいことだと思う。
D. サービス提供にあたって、「自立支援」ということを意識していない／意識する必要性がない。

15 77 1 0

サービス種別	①あなたにとって、介護保険の「自立支援」とはどのようなものですか？	②「自立支援」について、あなたの気持ちに近いものを選んでください。				③「自立支援」の認識についてグループで議論し、どんなことを感じましたか？	④研修を通し、今後のサービス提供に活かせると思うことがありましたか？あれば、それはどんなことですか？	⑤講義・グループワークを踏まえ、あなたにとっての「自立支援」とはどのようなものですか？	⑥その他、ご意見やご感想を自由に記入ください。	
		A	B	C	D					具体的な内容・理由
17 ケアマネ	年齢を重ねることで自然に身体・知的に低下があるものなので、「現状維持」でも自立支援になっている。		○			サービス選択は本人が決定・負担もあるので、納得されなければ難しい。又、認知症の方やそのご家族に自立支援を理解してもらうことも難しい	環境整備や本人の意欲の向上、サービスを利用することでの自立支援もあり、リハビリの専門職ではない我々にはそちらの技術をみがいていく必要もある。	アセスメントについてはツールに頼りきりになるのではなく必要に応じて細かいアセスメントが必要だと思うし、統一されたツールがあって良いと思う。	医療モデルの視点ではなく生活モデルで考えていかないといけないと思う	介護保険制度におけるリハビリは“維持期”のリハビリであって、本来医療でリハビリを行わなければいけない対象の方が介護に移行しているという本質的な問題がある。要介護度が下がる(介護の手間)＝「自立」とは限らない(A DL・IADL)
18 ケアマネ	利用者が望む暮らしが出来る様に支援すること		○			ご本人様と家族様の意見がちがう時等が難しいと感じます。	時間が足らず議論できませんでした。	サービスの偏りに注意しようと思いました	利用者が望む暮らしが出来るように支援する	
19 ケアマネ	その人が自身の能力を生かし望まれる生活を送れるようにすること。		○			本人のネガティブな思いを知ると、理想だけを押しつけることは出来ないこともある。	アセスメント、本人からの話をしっかり聴き、思いを確認すること。	しっかり本人とコミュニケーションをとり、情報を把握すること。「ほめる」ということ。	本人の能力を引き出せるように関わっていく。	その方のニーズに合うような新しい事業やサービスの提案や実施をもっと行って頂きたいです。
20 ケアマネ	その人らしく、今住んでおられる環境で生活を継続することができる。		○			本人さんだけでなくその方を支援する家族の希望も入ってきた時、本人の思い等ばやけてしまうことがある。例)本人:元気を保つためにデイに週1~2回位行きたい。 家族:仕事もあるから週3回位は...	自立支援＝マイナスもプラスも両方の支援をすること		課題分析をもっと掘り下げないと思いました。まだまだサービスありきのプランになっている気もするので。	
21 ケアマネ	できるだけ家で過ごすことができるようにお手伝いすることかな、あとはその方向に本人を誘導していく。		○			金銭的なものや、家族の理解が得られない。本人の意思・考え方	大筋同じように思うけど、やっぱり微妙に出てくる意見が違います。でもこれ！というのはい出てこないような...	できることとできないことをはっきり見極めることが重要であることがわかりました。動作確認は重要ですね。	やっぱり自宅で前のように生活できるようになってもらうことかな、と思います。でもやる気がないような人とかは難しいです。	
22 ケアマネ	意欲をもって自身でできることを増やし、活気ある生活を過ごして頂けるよう支援すること		○			ネガティブ思考の方は自立に向けての支援を提案しても受け入れてもらえないことがあります。	課題抽出をしっかりとること、ご本人様の意向を大事にし自立支援に向けての目標を引き出すことが大事だと思いました。	自立支援に向けてアセスメントをしっかりとることが大事だと思いました。	本人様の希望とする目標をかかげ目標に向かって必要な支援を行っていくこと	
23 ケアマネ	住み慣れた地域で今後も介護保険サービスだけではなく地域の力や医療等多種多様なサービスを利用しながら本人が望む生活を継続できるように支援すること		○			解決すべき課題や要因はあるが、本人のこだわりや意向が強くなかなか提案してもすぐに気が変わったりと受け入れていただくことが困難である。	職種によって視点が違うこと。連携を図ることの大切さ、地域での支援の大切さを感じました。		元気になってもらうこと	卒業していただける目標に向かって今後も思いを受けとめながら達成できるように頑張りたいと思いました。
24 ケアマネ	住み慣れた家で、自分で出来ることは出来るだけ自分でやっていく		○			内科的な疾患がある。精神的な不安がある。	療法士さんの実践をお聞きして分かりやすかったです。	本人に少しでも目標達成の喜びを持ってもらう	本人の思いを大事にして意欲を引き出していく	
25 ケアマネ	自分でできることは行い、できないところをサービスで補い、将来的にはサービスなしで生活することができる		○			自立(卒業)へと持っていきたいが、体調の変化や本人様の不安があり、できない。	自分の目指す目標の実現	アセスメントをしっかりとって、色々な職種との連携をとる	目標の実現	
26 ケアマネ	ご利用者の現在の状態を悪化させず、できることへの参加の継続や新たな支援を利用することで生活改善や維持を目的とする。		○			より身近な目標を設定し、共有しているが、訪問頻度や事業所との連携は少ない。本人、ご家族のプランに対する理解が難しい。(簡潔を心がける?)	各事業所の認識は共通していると感じることができました。	専門職とのチームで支援していけることは心強いことです。	・ご本人が住み慣れた地域で生活ができること・継続利用の方には意識(充分な説明)して「自立支援」総合事業への理解を得ることが大切。	
27 ケアマネ	ご本人がご本人らしく生活が出来る		○			ご本人・ご家族共に、サービス利用の意向が強くなる傾向にあるため、自助(出来ること)などもしていないとの意向が強い。ご利用者に自立した計画を説明しても、受け入れられないことが多い。又、ケアマネも出来ない所をさがしてプランを作り、支援していく流れに慣れており、切り替えが出来ていない。	しっかりとアセスメントをして、出来なくなってきている状況を見きわめて、困難な状況を改善しご本人が出来ることが続けられ楽しみを持った生活の継続。	ごまかなアセスメントが大切であることを実感しました。ご本人の頑張れる目標に生かされたいと思います。	日々の生活の中でご本人らしく過ごしていけること	
28 ケアマネ	利用者の目標、自己実現のための方策を本人・家族と共に考える		○			医療の必要度。本人が目標をもっているが、家族による支援のなさ、制度上での限りがあること、サービス提供の拒否等があり難しさを感じる。	思いや考えは共感することが多い。横のつながりを感じる。	よりアセスメントが重要であると再認識することができました。	しっかりとアセスメントし、本人の能力の見極め・合意形成する・チームで共有する	
29 ケアマネ	利用者がその人らしい自立した生活を送れること		○			利用者によるので、すべてAではなくBの時もあるが、より気持ちに近いAを選択した。ご本人の話を伺い、ご本人が望む生活に少しでも近づけるように支援の内容を検討しているから。	ご本人が望む暮らしをするために必要なことは多様であり、その人にとって必要なことを見つけるためにも多職種連携が大事と思った。	ご本人の意識、支援者、サービス提供者の意識を変える、変わる	ご本人の気持ちに寄り添い、ご本人自身が「やりたい」と思って、手伝ってもらったり、支援を受けながらご本人が自立していくことを手伝う。	
30 ケアマネ	できるけどできないことを支援できることを維持する		○			制度の壁がある	サービス事業者、専門職により、違いがあることと共通意見について	地域のサービス事業者同志のつながりができる	本人の喜びが家族の安心につながる	
31 ケアマネ	介護保険を利用しながら利用者の自立を促し、自身でIADLの自立が促進できるようになる。能力を引き出せる、見出す様にしていく。自信をつけて出来るようにしていく。		○			利用者の持っている能力を引き出して取り組める様にしているが、なかなか意欲が低下して実践できない場合が多い。	思っていることは、他の方も同じ感じだなと感じました。本日参加された方は、真剣に今後の介護事業に関して取り組まれるのだろうかと思いました。	栄養改善や口腔機能に着目するのが大事だと改めて痛感し、とても勉強になりました。	依存しない	インテーク時は必ず動作確認に時間を要しています。今後もしっかりとアセスメントを行い、本人にとっての自立支援に向けたサービス提供が行えるようになっていきます。
32 ケアマネ	利用者がやりたいという思いに寄り添いながら、本人の能力を最大限に引き出し、利用できる社会資源を最大限に活用し、利用者が思い描く生活にできるだけ近づけるよう支援すること		○			活用できる社会資源はおのずと限定されているので支援には不十分さが伴うが、可能な範囲で支援しているつもりである。	自分でできることは自分です。地域交流を促進する。本人の思いの実現という意見が多く、グループメンバーがほぼ同様の意見を持っていることを感じた。	本人がなりたいたいの姿を実現するために、必要な能力は何かを適切にアセスメントし、目標を明確にして利用者本人と共に取り組む		

藤井寺市Let's☆ヨボヨボ予防！研修第1弾
「自立支援力 フラッシュ・アップ！」アンケート結果①
平成28年12月5日(全職種)

A. 重要な理念であり、自分にとって「自立支援」だと思ふことを日頃から実践できている。
B. 実践を心掛けているが、色々な事情があるので実践できないことも多い。
C. 理念の大切さは分かるが、他に優先するものがあるので実践は難しいことだと思う。
D. サービス提供にあたって、「自立支援」ということを意識していない／意識する必要性がない。

15 77 1 0

サービス種別	①あなたにとって、介護保険の「自立支援」とはどのようなものですか？	②-1「自立支援」について、あなたの気持ちに近いものを選んでください。				③「自立支援」の認識についてグループで議論し、どんなことを感じましたか？	④研修を通し、今後のサービス提供に活かせると思うことがありましたか？あれば、それはどんなことですか？	⑤講義・グループワークを踏まえ、あなたにとっての「自立支援」とはどのようなものですか？	⑥その他、ご意見やご感想を自由に記入ください。	
		A	B	C	D					
33 ケアマネ	自立・助けを必要としない状態 支援・助けを必要とする状態		○			虚弱・障害を持った高齢者の自立に対する考え方、非常に難しく思います。自立支援が多くなりすぎない様に適切なサービスの導入は必要だと考えます。	理想的形ができれば良いと思いました。自立支援難しいと思いますが頑張ります。	時代の流れは、今後この様になっていくのかと思いました。	自分が自分らしく生活できる 自分のスタイルで	
34 ケアマネ	出来ることは自分で、出来ないことをアセスメントして、問題解決をしそちらの方向へ向いていけるようにする。自分のしたい生活を実現する手伝い。		○			利用者の状態や家族の事情により難しい場合があり、時間がかかることもある。	改めて自立支援を実現するのに解決すべき課題がたくさんあるなど感じました。	見える化の必要性 可視化することで、関わる全ての人が問題点、目標を共有することができ進んでいくことができる。	自立支援の課程において切れ目なくサポートがないと自立の継続が難しい	
35 ケアマネ	出来ることは自分でできるような支援		○			人それぞれ自立支援という概念が違う。	各専門職によって様々な認識があると思いました。	事業者との連携をこまめに行い、本人に合わせたサービスの提供を行いたいと思いました。	時には導いていくことも大事なことでと思います。	
36 ケアマネ	高齢者の自立支援ではなく介護保険の自立支援と言うなら介護サービスが主となる生活でなくサポートにより本人の力で生活できることを目的に行う支援と考えます。		○			何らかのサポートを希望して認定を受け、サービスが導入されるからケアマネが担当している...	アセスメント、課題抽出をきちんとすることが第一歩	・アセスメント方法の見直し ・モニタリングを丁寧にする ・本人の思いをもっと聞き出し、その人個人の「目標」を一緒に考える	本人が一つでもいいので「満足」できる部分を持つことでの出来る生活が送れる...	よい研修、ありがとうございました。
37 ケアマネ	自分で判断して生活ができること		○			本人が判断するのに環境等が充分でないときには、家族や時間等の関係で主導的に進めてしまうことがあるように思う。	ケアマネのグループは、本人の残っている能力を使ってできることをしていこうと言うのが自立支援である、と似たような考えだったが、OTなどはもっとはっきりした自立支援(ADLなど)を考えておられ、職種によって違うなど感じましたが結局、利用者や家族に元気になってもらうことかなと思いました。	家族もしっかりと支援していくことで本人を支えることができるところがありました。	利用者、家族からありがたいと言われることが「自立支援」かなと思います。	藤井寺市も、もっと今回のような研修をしてほしいです。
38 ケアマネ	自分で決めたサービスが実行できる。残存機能がしっかり活用できる。		○			自分の意向に添ったサービスのみを提供することが理想的ではあるがご家族の意向が優先されてしまうことが多い。残存機能がしっかり引き出せていない。	QOLを高める。現状維持できる。	多職種と連携を図ることが大切であると改めて感じた。自分で目標を持つ。本人のできるころ・できないところをしっかりと見極める。	本人の自立を妨げている過度のサービスを提供していることもあるため、本人の状態把握をしっかりと行い、本人の自立を高めるサービス提供が必要であると感じた。	
39 ケアマネ	日常生活が安全に行える		○			必要だと思うサービスでも本人や家族が受け入れられない。	理解はしているが現実に難しいことがある。	自立支援することで事業所が減るのはどうかと思う。	総合事業への不安が大きい	
40 ケアマネ	その人が自分の希望する生活が安心、安全に続けられるよう支援すること。		○			本人の希望をそのまま実施すると、安全面での不安がある場合など、そのまま実施できないことがある。家族の思いと本人の希望のズレに挟まれた時に調整する場合も自立支援という点で悩む。	その人らしさ、意欲、自己決定、自分で実施できること、が共通した認識だったので改めて自立支援について大事な視点だと認識できた。	・利用者の動作確認を実際にやってもらう。 ・その人の希望すること(内容)は、漠然とではなく、具体的に文章化する→目標・希望が実現したかわかりやすく意欲につながる	その人が希望することを、意欲をもって取りくみ、目標を叶えるために支援すること。	総合事業についての説明が資料を読んでいるだけなので、もっとわかりやすく説明してほしい。説明に使う時間が短すぎる。
41 ケアマネ	自身でできることを増やすため、その支援を行うこと		○			個々の利用者さんの思いや立場が違うため。事業所の経営が成り立たない→サービスの過剰化	理想と現実とのギャップがあり、難しいと感じました。	PT・OTの役割が大きいと感じました。QOLの向上のため、もっとPT・OTさんと連携したいと思いました。	加齢に伴い希望が持てなくなっている利用者さんの「したいこと！」を「できること！」にしていくこと	制度改正の度に制度にふり回されて日々仕事をしているように感じます。このような機会でも他職種との話し合いの場があると、良い気分転換になります。
42 ケアマネ	ご本人が望む生活の実現に向けてサポートする		○			本人・家族の合意が得られない	できないことに注目し過ぎており、能力を落としていないか。介護サービスありきとなっている。	本人が持つ能力や意識を底上げするための支援は何かを見つけるための資源の情報収集	「元気に過ごす」「生きがい」本人が目標とする生活の実現	
43 ケアマネ	今、出来ていることを減らさず、出来ていることを継続できるよう応援する。		○			金銭面、介護者の有無、本人の意向等で自立支援につながらないケースも多い。	自立支援の価値観が違う。	自信につながるような会話を心がける。	元気になって頂く	
44 ケアマネ	在宅生活において、支障のある部分はフォーマルな支援を受けながらも、本人らしく過ごしていけることを自立支援と考える。		○			本人や家族の希望に添えるのが良いと考えがちであるが、専門的目線からより良い取り組みの見極めも必要と思う。	職種ごとに抱える問題はそれぞれだと感じた。意見や考えを共有できよかった。	横の連携	課題を抽出し元気になる支援	
45 ケアマネ	なんらかのサービスを受けながらも自分でやりたいこと、続けていきたいことを行えるようなことを増やしていく、また維持する。		○			体調・病気など また、金銭的な面から希望に沿えないことはあるから	職種は違えども、思いは同じなんだと感じました。		利用者さん本人の自己決定のもと、目標をかなえられるように支援していく	自立支援という言葉を何気なく使っていましたが具体的に深く考えたことがなかったなあと感じました。
46 ケアマネ	ご本人が出来ないことはあっても、サービス等で補いながら主体的に生活していくことを支援すること		○			ヘルパーによる援助等、実際本人が自分でできそうであっても関節疾患などある場合は病状が詳しく解らないため、継続的に援助することもある。	改めて、本人の望みや希望を叶えるために、多職種で支援するということの意義について再認識しました。	生活課題を解決するための具体的な支援という所で多職種で連携する方法・ケアマネの必要性・役割を学びました。	諦めかけていた本人の力を引き出し、生活の主体者として人生に希望を持って生きて行くことを支援すること	もっとできる力を持っていても本人が望まない時、拒否がある時、「自立」支援が難しいと感じるところです。
47 ケアマネ	できていることの継続、できないことをどうしていくのかの提案		○			色々な事情に対して身体的なことはケアマネの立場では根拠のない提案しかできない。	自立支援、卒業は良いと思うが次の受け皿は必要	他職種の視点の違いが参考になった。今、何が問題なのかをみつけていく。	安心、安全のある生活	制度支援のできない外出しやすい体制を作してほしい。外に出るとみんな元気になれます。
48 ケアマネ	2種類ある。 ①自身のことが自身でできるよう支援する。 ②その人がその人らしく生活できるようサポートしていく。(できることを奪わない。)		○			・経済的な問題や本人の意欲が低く、サービス導入できないことがある。 ・適切なサービスが見当たらない。	職種が多々ということもあり、視点も様々だった。自立支援が本人の希望を尊重するがゆえに本当の支援にならない場合もあるのではと感じた。	出来ないことを出来ないまま行うサービスではなく、サービスを行うことで出来ることを増やしていくという視点で相談業務を行っていく。	課題山積み	今までの介護保険制度の考え方を180度変えていくことが必要と感じた。まだまだ理解できていない。様々な職種が同じ方向を向くことが今まで以上に難しくなる気がします。
49 ケアマネ	保険事故に対して適切な支援を行い長く営んできた生活やその方法をとりもどすこと。		○			他に代わる支援、資源がないので仕方なく利用していることが多々ある。(特に要支援の場合)	自立支援ということに対するサービスの姿勢は皆同じかなと感じました。	高齢だからと思いきまず、向上できる、取り戻せることをチームで探す支援を見直します。	自分らしく生活することをとりもどす。	講義の時間が長く、机の向きから体制が苦しかったです。 「前に椅子をむけて」の声かけがちょっとほしかったです。
50 ケアマネ	利用者が自立した生活を維持するためのサポート		○				同じ認識である部分が多いと思った。			

藤井寺市Let's☆ヨボヨボ予防！研修第1弾
「自立支援力 フラッシュ・アップ！」アンケート結果①
平成28年12月5日(全職種)

A. 重要な理念であり、自分にとって「自立支援」だと思うことを日頃から実践できている。
B. 実践を心掛けているが、色々な事情があるので実践できないことも多い。
C. 理念の大切さは分かるが、他に優先するものがあるので実践は難しいことだと思う。
D. サービス提供にあたって、「自立支援」ということを意識していない／意識する必要性がない。

15 77 1 0

サービス種別	①あなたにとって、介護保険の「自立支援」とはどういうものですか？	②-1「自立支援」について、あなたの気持ちに近いものを選んでください。				③「自立支援」の認識についてグループで議論し、どんなことを感じましたか？	④研修を通し、今後のサービス提供に活かせると思うことがありましたか？あれば、それはどんなことですか？	⑤講義・グループワークを踏まえ、あなたにとっての「自立支援」とはどういうものですか？	⑥その他、ご意見やご感想を自由に記入ください。	
		A	B	C	D					具体的な内容・理由
51 ケアマネ	サービスを利用し、自分らしい生活をする。始めはサービスを利用し、その後自分でできるまでなればよいが難しい。		○			できることは自分でする支援をと思っていましたが実際は難しい。でも必要と改めて感じた。	自立支援を念頭においていきたい	支援の継続		
52 ケアマネ(他市)	今日「できる」ことを明日からも「している」にするために自分でできること、周囲に助けをもらってすること、公的なものを使って維持するように努めることを1日でも長く続けることの視点	○				仕事上、「自立支援」について考えていただくことが多いです(市民にも、サービス提供者にも)。介護保険では必ずついてくる理念であり、自助、共助、公助の調和が必要と思われるので。	プレゼン力(合意形成する過程の説明力)。市民に対しても、事業所に対しても、同僚に対しても...	利用者自身の出来る能力→している能力へ導くために事業者自身もその視点でできる(考え方は理解)→している(実践)にすること。また、保険者は事業所が実践できるように研修で専門性を高めることや、評価(金銭面も含め)をしていくことかな。	非常に参考となる視点がありました(永続的サービスの必要性の視点)。松原市の弱みも見えました。上司へ報告し、あと4ヶ月(ゴールではないが)総合事業開始に向けて私のできることをしてみます。明日も参加したかったですが業務の都合上、本日のみ参加させていただきました。ありがとうございました。	
53 社会福祉士(他市)	必要な支援を利用しながら、元気に毎日の生活を過ごすことができる。		○			当時者のサービス導入拒否や、改善によってのサービス利用の卒業ができなかったりと、サービスの利用に左右されてしまうことが多い。	各職種各々の立場での意見があって良かった。地域ケア会議等で共有できればと思っています。	①と同じだが、支援機関が同じ方向を向いていないと難しいと感じました。	本日は、参加させて頂きありがとうございました。	
54 保健師(他市)	高齢者1人1人が自身の能力を活かして目標をもって生活を送るための支援。	○				制度説明、サービス紹介、初回訪問同行等行う中で日々実践しています。	サービス事業所にとっては、複数の問題(人員、経営)があることを改めて認識しました。	十分なアセスメント、多職種連携で成り立つ支援。		
55 地域密着デイ	情報:1. 先ずその人を知る 計画:2. 生活課題は?当施設として、①運動(家事が楽になる)②他交流(生活意欲向上・外に出る)でどういったサービスを提供するか?手を出さずに口を出す。 実施サービス:3. 少人数制、心のリハビリ、出来る限りその人らしく過ごし、自己決定①歩行?家事?しやすくなるよう運動		○			その人にできることはしてもらい、出来ない部分をその人のペースでもらえる様に口を出す。という風にしたいのだが、次々と利用者さんが順番を待っているために手を出してしまう。利用者さんに考え、気づき、自己決定して欲しいので会話によってゆっくり時間をとりたいのだが、次々と待っておられるので話を誘導してしまふことがある。			また、よろしく願います。	
56 地域密着特養	所在が特養なので介護保険という広い視点での自立支援はあまり思い浮かびません。身体動作の自立に向けての介助や見守りが主です。		○			不安定な人員の状況や制度改正後の入所者の更なる重度化	事業所の事業内容によって自立支援の認識は様々であったが、それぞれの視点に有する能力を見つけ出そうという思いを感じた。	「お客の好むものも売るな」、なるほど機能低下を作ってしまうかもしれないと感じた。対象者の気持ちの持ちようもあるが、自助努力をお手伝いしたい。		
57 地域密着特養	地域との関わりを持ちできるだけ閉じこもりを防ぎ、社会で孤立することがないようにサポートする		○			出来るところもつい手伝ってしまう点	自分で出来る所は自分でする、という意見が多数あり根本はそこなのかなと思った。	アセスメント力	多職種連携、利用者と共に頑張る	
58 通所介護	利用者一人一人がその人らしい生活が送れるような支援		○							
59 通所介護	・ADLの自立に向けた支援 ・身体面、精神面の自立を支援すること	○				サービスを提供するうえで自立支援に繋がることは多々あります。リハビリを通して自立支援へ向けた取り組みを行っていますが例えば、すべて職員が動いてしまうのではなく、出来ることは利用者様に行なって頂き、出来ない方には自身でできることが増えるように支援しております。(排泄、歩行なども。)(寝たきりの方も含め。)	いろんな考え方がありましたが、自立支援の認識はそれぞれで違うのだと感じました。			
60 通所介護	国の財政を圧迫することのない、持続可能なサービスを在宅での生活の中で支援するということ		○			いろいろながらみがあり、現実的ではない部分もあるように感じる。自立支援という言葉がひとり歩きしてしまい、現実は何をすべきかわからない点も多い。	なかなか他の事業所、職種の方と話す機会はないので、大変刺激になりました。今後より連携、横のつながりを持っていきたいです。	今までやっているサービスのやり方を少し変えるだけで出来ることもありそうにも思います。今までやっている体操に+αして体力測定してみるなどやってみようと思う。	「自立支援」をサービスとしてしていくには、理解と現実のはざままでジレンマに悩まされそうですが(経営面が一番のネックだと思います)、悩みながらも前に進んでいくしかないなと感じました。	
61 通所介護	ご本人がやりたい姿へ近づくためのお手伝い		○			サービス主体、家人主体のサービス提供になることがある。	表現は多少違ったが皆、同じように「今の生活を続けてほしい」と思っているのを知りました。	とりあえずやる気を持っていくのが大事だと思います。	変わらず。ご本人がやりたい姿へ近づくためのお手伝いです。	
62 通所介護	持っている能力を最大限に発揮できる場の提供をすることにより生活機能の維持・向上をもとに意欲の向上をめざし、生きがいを見つける手助けをする		○			思いと身体機能状況の差により方向を変えざるを得ない状況が日々多い。自立支援する立場とされる立場の認識・意識の差により思いが絡み合わないことが多く断念に至ることもある。	職種ごとに問題提示内容も違い新しい課題発見になった。サビ担の場合は非常に有効なものとし以降はより貴重な時間として意見を伝えたい。	自信をつけるための材料提供に留まっているという感じを受けた。材料提供に関しては、自信を持って提供できるが、「自信を持つ機会」作りや「できる」ハードルを越せる機会提供に焦点をあてたい。	意欲を引き出し→材料(課題取組計画)の提供、実施サポート、忘れてならないのは後追いチェック、振り返り、反省、新たな取り組みに向かう	サービス提供のあり方についてしっかり振り返れる良い機会になりました。
63 通所介護	重要な理念である。介護保険という枠の中での自立支援というイメージがある。		○			家族の意見が強く、利用者の自立支援につながりにくいケースが多い。	他職種の人たちの意見を聞いて、さまざまな意見があり、自立支援には連携が必要不可欠だと感じました。	多職種との連携による自立支援	介護保険上の「自立支援」はできることが限られている部分がありますが、講義、グループワークをふまえて、その人にとって良い内容の「自立支援」は熱意をもってしていくべきだと感じました。	
64 通所介護	高齢者一人ひとりに対して、もう一度社会に参加して頂いたり何らかの役割を持って頂く上でのきっかけです。		○			一人一人「自立」の基準と「支援」の基準がちがうので、その把握や統一に時間がかかるため。	少名のグループの中でも「自立支援」のとらえ方がちがいがい、やはり、統一した方向を向いてサービスを行うのは難しいと思った。	高齢者から評価を聞くのではなく、自分の目で見て評価することも大事だと思った。	基本的な考えは上記と変わりありません。	
65 通所介護/グループホーム	サービスを利用することで、少しでも、生活の質と充実感を高めることが出来るようになるための手助け。		○				同じような考えをもっていました。	目標設定の見直し	生活の質を向上させること。	

藤井寺市Let's☆ヨボヨボ予防！研修第1弾
「自立支援力 フラッシュ・アップ！」アンケート結果①
平成28年12月5日(全職種)

A. 重要な理念であり、自分にとって「自立支援」だと思ふことを日頃から実践できている。
B. 実践を心掛けているが、色々な事情があるので実践できないことも多い。
C. 理念の大切さは分かるが、他に優先するものがあるので実践は難しいことだと思う。
D. サービス提供にあたって、「自立支援」ということを意識していない／意識する必要性がない。

15 77 1 0

サービス種別	①あなたにとって、介護保険の「自立支援」とはどのようなものですか？	②-1「自立支援」について、あなたの気持ちに近いものを選んでください。				③「自立支援」の認識についてグループで議論し、どんなことを感じましたか？	④研修を通し、今後のサービス提供に活かせると思うことがありましたか？あれば、それはどんなことですか？	⑤講義・グループワークを踏まえ、あなたにとっての「自立支援」とはどういうものですか？	⑥その他、ご意見やご感想を自由に記入ください。	
		A	B	C	D					具体的な内容・理由
66 通所介護 訪問介護	本人及びその家族が持つニーズに添った在宅、日常生活が行えるための各専門職の様々な支援		○			その方にとって必要なサービスを見極め、できる限り自立を目指し提供するが、運営・経営的には厳しくなるし保険制度が邪魔をする場合もある。	職種によって認識の違いがあり様々な観点から1人の自立支援を考えることは簡単なことではないと思ったと同時に心強いことでもあると感じました。	ADLの確認を行い、それに対しアプローチをすること(その方が目指す生活)	様々な職種がその観点から専門意識をもって支えるもの	
67 通所介護 訪問介護	その人が住み慣れた地域で長く暮らしているためにできることは自分でやる意識を持ち、できないことを介護保険でサポートしていく。また、地域の中でその人の役割を持つ。		○			本人、家族の気持ちが前向きにならない。介護保険制度の理解が得られない。男性利用者の場合、家事をすることへの抵抗感。	アセスメントを充実させ、様々な担当者があらゆる方向からその利用者にとって、必要なサービスを考え、利用者が目標を持って生活して行けるよう考えていきたい。	現状のサービスにこだわることなくその方の小さな変化も見逃さず前向きに支援していきたい	その人がその人らしく自分のできることを最大限に活かして生活していけること 他者に必要とされ自分の役割を持つこと	何ができないか、何故できないかの原因を深く考えていくチェックリストは非常に勉強になりました。“高齢者でも元気になれる”という言葉は心に残りました。
68 通所リハ	高齢者の自立支援については生活の質を上げるための日常生活動作向上の生活リハビリが必要で少しでも自宅で安心・安全に生活が出来るように取り組むことが介護保険の自立支援と考えます。		○			常に介護サービスを提供する側として利用者の生活の問題をクリア出来るようにリハビリなどのサービスを提供している。				
69 通所リハ	利用者の残存機能を活かし、日常生活の中で本人ができることを増やしていける支援を行う		○				職種は様々ですが、利用者の支援は同じ方向性をもっていると感じた。	利用者に関わっている様々な職種に情報提供、問題提供をしていきたいと思った。	利用者がしたいと思うように意識変更、目標に向かった各サービスの支援	卒業後の受け皿(地域での活動)が少ないのが現在の課題であると感じた。
70 通所リハ	「したい」と「出来なくなった」ことの差をうめる際に代替方法を提案し、利用者と共に「出来るようになる」ようにすること		○			利用者様の思いと現実を前にして優先順位を明確にし、一つずつ問題点をあせらずにクリアしていくことが大事だと思っています。	ケアマネ・訪問介護・施設・通所リハと、立場(立ち位置)の違いで認識が大きく異なると感じた。もっと時間をかけて話を聞きたいと思った。	「卒業」を目標に通所リハビリを利用して頂けるように、利用者様とご家族との合意形成も含めてサービスの提供にあたりたい。	利用者の「出来ないことで不自由をしている」事項に対し、利用者本人が補助具等を利用しながらでも、「出来る」ように考え、助けること。生きるための意欲や楽しみにつながるもの。	ネガティブな発言をされる利用者や過保護なご家族様への対応に苦勞しています。今日は、有意義な時間を過ごせました。ありがとうございます。
71 通所リハ	ご自身でできることは維持し、できないこと、できるようにしたいことを支援し、ご自宅で生活ができるようサポートするよう心掛ける。社会生活における役割や、やりがいに繋げていけるようにする。		○			住み慣れた環境での生活ができるよう、何がしたいのか、できるのか等のアセスメントを行い、デイサービスでできる範囲の生活リハビリの取り組みを行う。例えば、ベッドから座位へ。歩行、調理等	各専門職、立場や職場環境での意見相違はあっても、方向性は同じだと思いました。	その人の思いやアセスメント力の大切さ	本人の意思、希望が根本的に必要ではあるが、それを引き出すのも大切だと思いました。	先生の講義や事例はとてもためになり感動しました。ありがとうございます。
72 特養	自力でできることが出来るよう支援すること。		○			つつい支援しすぎることがある。	自立支援が重要であり、個人個人で違うので難しい。	考えていきたいと思います。	意欲の向上、やりがい、目標をもつこと	
73 認知症デイ	出来るところは自分でして頂く。出来ない所はサポートさせて頂く。		○			少人数の認知デイであり、人員も手厚く、1人1人の想いによりそった支援をさせて頂いている。	職種の違う方と話す機会はありませんので刺激になった。	多職種連携のケア会議への参加。横のつながりを作る。	「アセスメントに基づいた自立支援」	
74 福祉用具	要介護状態にならない様に、その前に生活面、リハビリ面、医療面等においてアドバイスやサポートをする。		○			結構重度な方に接することのほうが多いので寝たきりの方や、歩行困難の方や、床ずれのある方など自立支援の対象の方が少し少ないように思われます。	その人その人に対して支援の方法も違うため、なかなか難しいと思います。	杖、歩行器、手すりの提供	介護されるようにならない様に、一生自力にて生活できるようになることに対し支援すること	自立支援は、医療保険の分野とし介護保険から外し、病院やクリニックが経営することがいいのではないかと思います。病院やクリニックだとその方が自立支援した方が良いか検査等も行えるしまた、利用者も1～3割負担を受けに行くので、より本人も積極的に思うからです。
75 福祉用具	ご利用者が安全安楽に日常生活が送れるように用具が活用できるのであれば支援していきたい。		○			今まで通り福祉用具に対してはそのまま継続で実践していきたいと思っています。	いろいろな職種の方の中で議論させて頂き勉強になりました。	今までは杖から歩行器の提案でしたが、自立ができるよう歩行器からの杖への移行も考えていかなければいけないと思いました。	地域ケア会議、サービス担当者との連携 ご利用者が元気になるように皆が同じ方向を向いて考えてあげる	
76 包括支援センター	基本的には自分で出来る状態。掃除や買い物もできることもあるはず。出来ない部分をしっかりと判断しそこだけをサポートする。余分なサポートは本人の力を奪うことになる。		○			「自立支援」が重要だとわかっていても、基本的には希望のサービスを断る形になりやりにくい。必要性が住民に伝わってないし、個々のケアマネが伝えられるものではなく、市がリードしてほしい。				
77 訪問介護	利用者様が出来ないことを一緒に行うことにより、自己に自信が持てるようになり、一つでも出来ることが増えること		○				異職種での話し合いですが、職種により視点は様々だったけれど全員が同じ方向を向いていると感じました。	今までは移動等の動作においてPTに相談していましたが今後は、家事動作についても相談して行きたい。	個々に寄り添い隠れているもの、ご自身も気付いていない所をサービスを通して話などをしてひもとき、理解していくこと。そのためには何が出来るのかと考えていきたいです。	
78 訪問介護	利用者様が今出来ることが継続出来る様に支援を行うこと。今出来ないことでも方法を変えたりすることで出来る様に変えていける。		○			掃除、入浴時には出来ることは色々な方法でして頂く様になっている。それ以外でも日常生活の中でできることは安全にして頂く様に支援を行っている。	色々な職種の視点が聞け、自分にはない、知らないことがまだまだたくさんあるということを実感しました。	一人ではなく、多くの人が関わることで人が生活しているということが分かり、今後もコミュニケーション、協力が必要だと思いました。	「出来る」と思っているでも「出来ない」ことも多くあると思うが、「出来る」と思わなければ何も出来ないと思うので、利用者様がまず「出来る」と思える様に支援していくことが自立支援。そのための術も身につけたいと思った。	
79 訪問介護	いつまでもその人が自分らしさを失わないようにするため、また周りのサポートする人々もその方を中心としたケア等を考えていくために必要なコンセプト。「したい」を「できる」「できた」にし、その人の自信・プライドの回復のために不可欠。		○			上記の意見とは相反してしまいが、ケア側の環境や人員数等もあり100%を実践できていない。意識することを忘れられないチーム作りを怠ることはあり得ないが。	根本は同じです。ただ、手法・方法論に流れてしまいう意見と、その手法・方法を突き動かす考え方として自立支援を捉えている意見があった。	卒業後のボランティア、これは少しでも勤めていきたい。「その事業を使いたいのので卒業したくない」という意見も利用者からあるので、築いたつながりを無くすよりもいつまでもつながるケアをしたい。	上記と同じ。変わらない。肉付けはとれた。	同じ市の介護の担い手がつながりをもつ場面を作ってくださいありがとうございます。
80 訪問介護	残存能力を最大限に引き上げる		○			過剰なサービスにならないよう心掛けているが、やはり無理強いをしないようになる。	利用者個々の希望・意欲を引き出ししていく		継続していけるサービス支援	
81 訪問介護	できることを増やしていき援助を受けながら自立した生活を過ごす。日常生活動作「ADL」の支援を行い自立に向けての援助をする。		○			利用者様の意欲を引き出し、一緒に行うことでできることが増えていき喜びを感じていただけるようにする。人との関わりを持って頂き、会話等で楽しみを持ってもらう。	できることを増やしていくという意見が多く、まずは生活環境が大事だという考えもあって、確かにそうだと感じました。	声掛けや促し方、また、利用者様の残存機能を引き出しできることの喜びや自信になって頂けたらと思います。	生活環境を整え、援助を受けながらでもできることを増やしていき、できることの喜びや自信をつけて生活していただく。	ケアマネ目線、ヘルパー目線で発言も色々あり、改めて「自立支援」について勉強になりました。また参加したいと思います。ありがとうございます。

藤井寺市Let's☆ヨボヨボ予防！研修第1弾
「自立支援力 フラッシュ・アップ！」アンケート結果①
平成28年12月5日(全職種)

A. 重要な理念であり、自分にとって「自立支援」だと思ふことを日頃から実践できている。
B. 実践を心掛けているが、色々な事情があるので実践できないことも多い。
C. 理念の大切さは分かるが、他に優先するものがあるので実践は難しいことだと思う。
D. サービス提供にあたって、「自立支援」ということを意識していない／意識する必要性がない。

15 77 1 0

サービス種別	①あなたにとって、介護保険の「自立支援」とはどのようなものですか？	②-1「自立支援」について、あなたの気持ちに近いものを選んでください。				③「自立支援」の認識についてグループで議論し、どんなことを感じましたか？	④研修を通し、今後のサービス提供に活かせると思うことがありましたか？あれば、それはどんなことですか？	⑤講義・グループワークを踏まえ、あなたにとっての「自立支援」とはどのようなものですか？	⑥その他、ご意見やご感想を自由に記入ください。	
		A	B	C	D					具体的な内容・理由
82	訪問介護	利用者様に寄り添い、お困りごとの解決に出来ることの再確認を行う。		○		時間の縛りがあり、十分な支援が行えないこともある。	他業種の共業(横のつながりの必要性)	利用者への目標の結果報告の重要性	利用者様と共に成長する	
83	訪問介護	自分で出来ることは自分で行うことですが出来ないことの手助けをさせて頂くことによって出来ることもあるなど本人が選択して自分で選び決められること。	○			ご自分ですると言う気がなったりする利用者様が多い中、促しなど言葉かけなどで出来ることは少しでもして頂く様にしている。	声かけ、ほめる、などの気力を持って頂くことと利用者様のことを一番にどのサービス(ケアマネ、訪問、リハビリ)も考えているということ	今までもこれからも目標に向かってサービスを行うこと	その人らしく生きがいを持って楽しく生活して頂く	
84	訪問介護	利用者が在宅で自分らしく生活できるようサポートしていくこと。その方によって環境などが違い難しいかもしれませんが、問題を解決し自分らしく住み慣れた所で過ごせたらと思います。		○		利用者によって環境が違い家族のいない方、金銭的に困難な方などいろいろな方がおられますが、専門的な立場から考え自立していくことができればよいと考えます。	各々違う職種の方のグループでしたが思いは同じで自分で出来ることはしていただき、本人様の望む生活を送ることが出来るようにサービスを行っていますと感じました。	計画に沿ってサービスを行っていますが、本当に必要な支援を見直し、自分らしく楽しく過ごしていただきたいと思います。		
85	訪問介護	できるだけ本人が続けたいける方法を考え、提案する。しすぎない心をかけています。		○		本人と家族の意向が違う。住環境(電気製品の故障)などで思うように「自立支援」が進められない。	みんな同じようなことを考えているんだなと感じました。また中に違う視点での感じ方もきけてよかったです。	アセスメントの大切さ、アプローチの方法など学ぶところがたくさんありました。	本人主体になった支援、自然に進んでいける自立支援がいいですね	うつの方へのアプローチなど具体例を教えてください。
86	訪問介護	出来ないところを援助することにより自宅での生活が安心して出来ることと思います。		○			アセスメントの重要性(細かいところまでいきとける)・自宅での生活を継続できるためのお手伝い	サービスを見直し自立していくにはどうしたらよいか考える必要があると思われる。	その人らしく出来ることを増やせていく。また、卒業していける支援が必要だと思われる。	現在の援助と講義を受けた援助との差を縮めていく必要を痛感しました。本日はありがとうございました。
87	訪問介護	自立支援 分かるけど時間等厳しい状態になっている		○		ご本人様の意識を変えて「やらしてもらおう」「やろう」と意欲的になって頂く コミュニケーションの能力・待つ等が必要。やらされているではなかなか結果につながらないことが多いと感じます。	皆様同じ思いを持っていると感じます。	他社 他職の方々のコミュニケーション 職員とのコミュニケーションで方向をしっかりと確認	未来があると感じます。実践していける体制になっていくことが大切だな～	自立支援に向けてそうじ道具支援や、調理等の道具等をプレゼントするなど「できる」ことをふやしていきたいです。
88	訪問介護	共にやっていく。出来ないことを支援し、出来ることを維持していく。		○		理解してもらうのに時間もかかる。ゆっくりとコミュニケーションをとりながらなので時間がかかっている。	いろんな事業所の意見を聞きながら難しく思いました。	本人のできとことの再確認(できるところがいっぱいあると思います)	利用者の協力(自立)していくところの支援を利用者の重荷にならないように	
89	訪問介護	本人のもっている力を出して頂き、出来ないことをお手伝いする。		○		訪問しても、自分で出来るのに無理にヘルパーに頼んでくる。訪問しない日は自分で出来ることはしている。(掃除・片付け等)		適切なサービス、本人の意欲アップをする	本人の希望、意欲を引き出す	
90	訪問看護	身体・精神が本人の最大限の能力を發揮できる状態に支援すること。本人以外にも家族など周りの人たちにも目を向ける。		○		リハビリが必要ない人にも継続を希望されると継続しなければいけない。	それぞれの方がそれぞれの思いで自立支援を考えている。CMさんは本人の意見・意思を尊重することに重きを置いている。	サービス提供側・本人・CMが同じ方向を向いて動けるか	特に変わりなし	今日のような顔と顔を合わせる他職種・多職種の研修会が必要
91	訪問看護	自分らしい生活を少しでも多く自分の力で送るために介護サービスを利用すること(≠リハビリテーション)		○		あらゆる環境に左右される。本人・ご家族・意欲面に左右される。	違いを感じた上、シェアできてよかったです。	在宅地域において訪問業務のみではなくアセスメントを強化して早期に予防を図っていくと再認識でき活かせると思いました。	「自立支援」という一つの目標に向かってより連携を強化してご利用者の自己実現を達成すること	グループワークでアウトプットもでき、シェアできよかったです。また色々な視点での話がきけてよかったです。地域・在宅でのリハビリの役割を再認識できました。
92	訪問看護	本人の能力を活用しながら、適切なサービスを利用しながら地域での生活を支える。				自立支援の認識について様々な意見がありました。そのさまざまな意見の中でもやはり利用者主体の考え方は、統一されていると感じた。	評価、アセスメント力を向上することが自立支援を実現することと感じたため、そのあたりを見直していきたい。	本人の能力についても、意欲・特技を引き出すことで能力を最大限に發揮でき、その中でもサービスを利用しながらその人らしさを支える		
93	老健	通所サービスや訪問等を活用し、その方が在宅でより良い生活(現状維持・向上)を行っていたかのように支援していくもの				リハマネⅡを適応し、利用より半年毎月会議を行っており、今後について他事業所の方々と行っている。その際在宅訪問を行い、状況の把握に努めている。担当者会議の参加は毎回PTが同行し、家族様、本人様からの意見をきいている。	地域での連携の重要性、利用者様のことを周囲できちんと考えていかなくてはと思いました。	卒業を目的にサービスを提供していく必要があると感じた。	利用者様1人1人の環境等を把握し、その方にあったサービスを提供し自立度を上げていく必要があると感じた。	
94	老健	本人ができないことに対してすぐに介助するのではなく、些細なことでもできそうなことがあればそれを促していき、少しずつでも出来ることを増やせるように支援していく。		○		普段の業務では時間的な余裕がないことも多く、必要最低限の介助(過介助になっていることもある)で対応していないことも多い。介護職員の不足で業務を回すのが精一杯になることもある。	一言で「自立支援」と言っても色々な考え方があり、それらを実践していくのは難しいということを実感した。	できるだけ本人が意欲を持って日々の生活を送っていけるようにするかを考えながら日々の業務にあたりたい。		
95	老健	ご利用者様の思いに沿って、出来るだけ前向きに生活ができ、刺激のある・活動的な生活を送ること		○		老健施設なので、自分自身では実践したいことや思いがあっても、実際入所者様に提供するものは現場なので違いが生じる。在宅復帰時や、利用者様本人が行えることに関しては、意識して実践するように努めている。	色々な職種の方の想いを聞くことができ良かったです。職種によって想いは違っても、最終的に目指している所は同じだと思いました。	みなさん考えることは同じだったのもっと細かい意見を聞いていろいろ教えてほしかったです。	①で答えたことと同じです。プラス、個々の考える自立支援がある。一人一人望む暮らしのことだと思いました。	知識が少ないので新たな情報があり、また、自分が考えていた「自立支援」に対しての難しさ以上に難しいことがあるんだと、更に考えさせられました。ありがとうございました。