

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②
平成28年12月6日(ケアマネジャー)

A: 自分の見立てで不要だと判断した場合には、説明してサービスには入れない。
B: 不要だと思うことがあっても、サービスを外すことはできない。
C: 本人または家族が希望しているのだから、そのままケアプランに導入する。

A: 自分のケアプランについて意見・助言が欲しいので、事例を提出して会議等の場で直接見てもらいたい。
B: ケアプランには意見・助言をもらいたいが、会議等ではなく違う方法が良いと思う。
C: ケアプランは責任を持って立てているので、見てもらう必要はない。

①「自立」に向けた支援について、いちはん難しいと感じているのはどんなことですか？	②あなたの支援が、「自立」につながったと感じたことがありますか？あれば、それはどんなことですか？	20 28 4			③本人または家族の希望するサービスが、あなたの見立てでは不要だと思う場合について、あなたの気持ちに近いものを選び、また、その具体的な理由を教えてください。	④どうすれば(どんな方法があれば)、「自立」に向けたケアプランが立てやすくなると思いますか？	17 26 0			⑤ケアプランの「多職種による検討」の必要性について、あなたの気持ちに近いものを選び、また、意見・助言をもらいたいと思う職種や、効果的だと思う方法があれば教えてください。	18 3 3			【Let's☆ヨボヨボ予防！の取り組みについて】 ①この事業の方式で、要支援ケースを受けてみたいと思いますか？また、その理由を教えてください。	②実施の手順やアセスメントシートについて、ご意見ををお願いします。	③リハビリ職の同行訪問について、ご意見ををお願いします。	④その他、本日のご意見やご感想を自由にご記入ください。		
		A	B	C			具体的な理由	A	B		C	効果的な方法等	YES					NO	どちらでもない
1 要因の抽出、利用者本人の自立支援の理解を得ること			<input type="radio"/>		まずは導入するが、モニタリングにて必要性を説明し中止へ向けて行く。												専門的な意見を伺える		
2 ADLは高いが依存度が高く、サービスを必要以上に訴える方への説明。マンパワーの引き出し方	出来なかったことが少しでも出来るようになった時		<input type="radio"/>		アセスメントに基づいて適切にサービスの導入について検討する。	とにかくアセスメント、聞き取りで不十分であれば、動作確認も行う。						<input type="radio"/>					PT、OTによるアセスメント方法等興味がある。	専門職による意見は重要であると考えます。	
3 出来ることが出来ないと言うことに対して、必要でないことを説明できないこと	サービスを利用し状態が良くなり、1つ1つサービスが終了し介護保険を卒業した時。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	必要でないことを説明できないから	事業所も一緒に説明して欲しい。会議に参加しても何にも説明してくれない。										身体状況が良くなり課題もわかる	専門職によるアドバイスがもらえると本人、家族も納得できると思う。		
4 考え方や捉え方がそれぞれあるので、まずは、必要性を伝えて同意を得てみんなが同じ考えで同じ目標に向けて進んでいくことが一番必要だが、難しいと思います。	“ハルカスの杖専門店に行って、自分の好みの杖を買いたい”という目標に向けて、訪問看護、訪問リハ、デイ(個別機能訓練Ⅱ)のサービス利用から初めて、訪問リハ→通りハ、デイ(個別機能訓練Ⅱ→Ⅰ)とレベルアップし家族とハルカスまで行けたケース			<input type="radio"/>	担当している期間にもよりますが、当初の場合は信頼関係が築けていないことも多いので、初めは聴く姿勢から入って、できる限り希望を取り入れるようにし、その後信頼関係が築けた上で本人、家族へ必要性の説明や代替案を提案していきたいと思えます。	多様な方法に対して対応してくれる事業所、サービス。			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>				必要だと思われる利用者に対しては一度利用してみたいと思います。	継続的に訪問をして頂いて評価などして頂く必要があると思います。	アンケートはもう少し簡潔にお願いします。	
5 本人の意欲を引き出すこと	本人、家族が望む在宅での生活が継続できた時。		<input type="radio"/>		・基本的にはAの考え方で行っていますが、引継ぎ等のケースでBのことがあり ・更新時など、変化のある時に見直しを行っている。	本人、家族の気持ち、生活の様子をうかがうことがしっかりと出来るとうつとよいものが出来ると思えますがなかなか難しいとも思っています。											ケアプランをたてる場合、多職種の方、先輩のケアマネに相談が出来ているのでいいと思うが、家族に問題があるケースについては助言がほしいし、ケア会議で検討したい。		
6 本人の意識改革 ※近くに住む〇〇さんはヘルパーさんにこんなこともあんなこともしてもらっている等	孫の結婚式に出席したいが、無理と判断した方が(要介護5)、多職種の連携、助言で出席できた事例。達成感		<input type="radio"/>		本来、ご自身の持っている能力を低下させてしまう。	市(保険者)の統一した対応説明と理解を市民に得る			<input type="radio"/>							訪問の調整が難しいかと。	書類の記入が増えます	とてもいいと思います。	
7 利用者本人の意向と家族の意向、ケアマネのプラン提案に大きなずれがある場合→それによって自立に向けた支援が滞ってしまう。	閉じこもりな高齢者を福祉用具を使って無理やり連れ出してみる。→外出が可能になるならデイサービスの体験を家族同伴でしてもらい閉じこもりが解決して家族の理解(本人への)が高まった例。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	サービスの種類やケースにより異なります。福祉用具貸与の場合一度デモにして体験してもらい本当に必要か検討出来る。訪問介護の場合→回数が多さに対しては、不当とケアマネが判断し考える場合は説明してサービス調整を行う。	サービス資源を出来るだけ共有する。専門士の助言、指導を受ける機会を増やす。			<input type="radio"/>								会議にて本人のデータを事前に渡しておいて利用者についての意見や効果的支援方法、今後の自宅にての自主方法の助言をもらう。		
8 利用者本人の意欲の向上(人任せになりがち、できる方法を提案しても受け入れてもらえない、諦めている、「年だから・・・」)	大腿部頸部骨折で可動域制限があり、半日型デイケアを利用、本人の状態に応じたデイ(リハビリ型)事業所への変更も行き、柔軟性と筋力の向上を図り卒業となった。			<input type="radio"/>	本人の要望であり、不要とした場合、更なる意欲の低下や精神的な不安定を招くことも考えられる。共に行うこと、自立(自分で行うことができるような助言)に向けて、支援を行っていく。	本人の理解理解を得られるような説明			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>				アセスメントの仕方を深めたい。勉強したい。	良いと思う。	良いと思う。	
9 自立することで家族の負担が増える。			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	本人や家族の希望が強い、自分自身、自立支援の考え方が弱かった。				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			支援のケースが多い。	使いやすいシートとは思	日程調整に不安	
10 社会資源の少なさ、利用者様の精神面	・寝たきりになってしまった認知症の方が、杖歩行可能になり、トイレ動作は自立されるようになった。 ・腰痛、かがむ動作困難な方が訪問介護で掃除の支援を受けていたが、腰痛体操の提案や、通所介護の利用で掃除が出来るようになり訪問介護は中止となった。			<input type="radio"/>	退院から間がない時などは、少し見立てで、不安のないようにするが、様子をみて、大丈夫であれば、中止や見直しをしているつもりです。	本人や、周りがマンパワーを引き出せるよう、意欲向上できるような話を引き出す。“やれるかも”を引き出せるようにしたい。			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>				できれば今現在、利用中の利用者さんにもアドバイス欲しいくらいです。もうすでにPTの訪問リハ利用中ですが、要支援1の認定の時、「要支援2欲しかった！」と市にまで苦情を言いに行かれましたが、要支援1の状態、出来ることたくさんあり、今後もリハビリにより継続できると思い、説明するが「自分の思いは分かってくれない！私はリハビリを2回/週して、もっと良くなりたいのに！！」と興奮されたことがある。もっと早くこんなことがあれば良かったです。	良いと思います。ケアマネだけの説明よりも、専門的な意見の方が利用者さんも、納得されやすいかもしれません。		
11 現利用されているサービスの対応	サービス利用の成果があり、筋力が快復し、自立となったケース				本人又は家族さんの希望するサービスが何故必要とするのかしっかりアセスメントする。	本人のニーズ(必要性)の把握と評価			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>					アセスメントの勉強になる	日程調整をし、是非お願いしたい。	もう少しゆっくり話していただけると、理解しやすかったです。

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②
平成28年12月6日(ケアマネジャー)

A: 自分を見立てて不要だと判断した場合には、説明してサービスには入れない。
B: 不要だと思うことがあっても、サービスを外すことはできない。
C: 本人または家族が希望しているのだから、そのままケアプランに導入する。

A: 自分のケアプランについて意見・助言が欲しいので、事例を提出して会議等の場で直接見てもらいたい。
B: ケアプランには意見・助言をもらいたいが、会議等ではなく違う方法が良いと思う。
C: ケアプランは責任を持って立てているので、見てもらう必要はない。

20 28 4

17 26 0

18 3 3

No.	①「自立」に向けた支援について、いちはん難しいと感じているのはどんなことですか？	②あなたの支援が、「自立」につながったと感じたことがありますか？あれば、それはどんなことですか？	③本人または家族の希望するサービスが、あなたの見立てでは不要だと思う場合について、あなたの気持ちに近いものを選び、また、その具体的な理由を教えてください。			④どうすれば(どんな方法があれば)、「自立」に向けたケアプランが立てやすくなると思いますか？	⑤ケアプランの「多職種による検討」の必要性について、あなたの気持ちに近いものを選び、また、意見・助言をもらいたいと思う職種や、効果的だと思う方法があれば教えてください。			【Let's☆ヨボヨボ予防！の取り組みについて】 ①この事業の方式で、要支援ケースを受けてみたいと思いますか？また、その理由を教えてください。				②実施の手順やアセスメントシートについて、ご意見ををお願いします。	③リハビリ職の同行訪問について、ご意見ををお願いします。	④その他、本日のご意見やご感想を自由にご記入ください。	
			A	B	C		具体的な理由	A	B	C	効果的な方法等	YES	NO				どちらでもない
12	介護保険を利用する方が、介護保険の目的を分かっていながら、サービスを利用しないと損だと思うこと。事業所は、サービスを利用してもらわないと利益が上がらないと思う点だと思います。		<input type="radio"/>			自立に向けたケアプランを設定することが利益になる政策作り。	<input type="radio"/>			ケアプランを提出し、添削していただく。	<input type="radio"/>						
13	ご本人やご家族の希望やニーズと自立に向けたサービスとのギャップがあり適したプランの作成が難しい。(疾患の悪化につながらないか不安)	リハビリ導入により徐々に体幹機能が向上して、サービス利用がなくなった。	<input type="radio"/>			ご本人やご家族の意向が強い	専門機関が自立支援に向かったの連携したサービスが実施しやすいように市全体での取り組み。	<input type="radio"/>			介護の連携は取りやすいが医師との連携が取りにくいので、いけネットを活用して連携を深める。	<input type="radio"/>		今後の実践に向けて	研修会を開催して練習しては。	非常に心強いと思う。	今までのプラン、サービスを見直し、行政を中心に市全体で取り組み直さないと、本当の自立支援に向けた支援は難しいのでは？
14	サービス導入によって自立しサービス終了された方は、これまでにいませんが、ご本人の細かい状態の変化を把握することの難しさを感じています。	ありません	<input type="radio"/>			本人または家族の希望するサービスが不要だと思うようなケースはこれまでにありませんでした。しかし、サービスを継続していく中で、その必要性がなくなってきた場合、途中でサービスを切ることはなかなかできません。	『細かいアセスメントをとり、ご本人のことをより深く理解すること』しかし、様々な理由から最初から詳しくアセスメントをとることは、非常に難しく感じます。	<input type="radio"/>			利用者さん同席の場での助言では、時間がかかってしまう可能性が高いので、別の場での意見や助言が頂ければと思います。	<input type="radio"/>		専門的な立場からのアセスメントによって、ご本人の(身体機能の)状態をより詳しく理解できると思うので。		ご本人の運動能力や身体能力を、専門的な視点からより詳しく知ることができるので心強く感じます。	
15	本人、家族の希望と自分の見立てが必要と感じたことが違う時。金銭的に厳しく必要なサービスが導入出来ない時。	訪問リハビリの導入により、自宅での安全動作の指導を受け、自分でできることが増えた。	<input type="radio"/>			同居家族がいる方の訪問介護による掃除の支援。	チェックをしていけば、必要なサービスに結びついていく表があれば良い。	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>			利用していないのでわかりません。	アドバイスを受けサービスの必要性の説得力になると思います。できないことを補いながら身体をできるように改善していくことができると思います。	
16	家族や環境が阻害する要因がある時	統合失調症。人とうまく関われない方が、ヘルパーが少しずつ訪問していくことで、生活意欲が高まった。	<input type="radio"/>			ご本人が必要だと思っている。	PDCAサイクル 傾聴し何が一番困っているのか？ どうしていきたいのか？プランの提案 固定観念をはずしていく 第4条の理解と周知	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>			使いやすいです。	ご利用者様の意欲がかなり上がり、教えてもらった腰痛体操を毎月しておられます。	
17	本人さんとの合意形成、意欲の維持		<input type="radio"/>			まずはどういった制度か肌身で感じてもらう、サービスのいるいない等の見極めをしている。		<input type="radio"/>			サービス担当者会議への参加	<input type="radio"/>		報酬による	2度手間にならない所は良いと思う。	専門的意見は勉強になるのでありがたい。	
18	本人よりも家族の方が半ばあきらめの気持ちが大きくなっており、サービス事業者に全て任せたいの思いを持たれている。	高齢者夫婦世帯、出不精だった夫がなかなか外へ行きたくならず、熟年離婚の一手手前までいく、結果デイ利用により双方社会交流機会を得ることができ、離婚回避。最後は妻に看取られながら世界。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		A. B両方です。不要だと明確であれば判断を下すが、グレーな場合、(特にレンタル、タッチアップ)はしばらくサービス(デモも含む)導入する場合もある。 B→威圧的なご家族と出会ってしまった場合。	ある程度は専門職に任せて仕事をさせてほしい。	<input type="radio"/>			薬剤師の皆さんとは、色々情報交換を行いたいです。	<input type="radio"/>		自身のネットワーク構築を上げていきたい。	使ってみないとわかりません。	やってみないとわかりません。	講師の方へは丁寧な対応が必要だと思います。
19	本人の自立への意欲	自立を阻害していると思うことはない。身体的、精神的、色々な意味での自立がある。全てそうあれと思っています。	<input type="radio"/>			不要だと思えばその理由を説明し、なぜそれが必要か聞いた上で、相談して決めます。	インセンティブ(少なくとも介護と同じ程度の)	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>					
20	阻害要因の追及	自宅の環境整備をすることで、活動量を上げることができた。	<input type="radio"/>			自分で出来るようになるため	本人、家族の意識改善(ヘルパーを家政婦のように考えている)	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>		介護保険サービス卒業の為に、本当に良い取り組みだとは思いますが、この事業が本当に定着し、維持していきけるかに不安があります。	実施手順、アセスメントシートはよく理解できました。	リハビリ職の同行訪問は良いと思います。	
21	本人の意欲が低下して、受け入れが悪い時。		<input type="radio"/>			ケースによって対応は異なります。強い希望があれば、期間をしばらく導入したり、長期化しないように、コミュニケーションをとりつつ、モニタリングに努めました。		<input type="radio"/>			適宜、サービス関係者から意見をもらいたいと思います。	<input type="radio"/>		適応のケースを持った時には相談したいと思います。			
22	本人様だけの希望だけでなく、家族様の思いやフォロー体制から、さびしさを感じることがある。	廃用性で歩行困難になった利用者。自室からせめて「食事は台所で食べたい」と希望。デイでのリハビリ実施(担当PTIには部屋の環境を伝える)数ヶ月後、自宅内にて、台所までは歩行できるようになり、食事できるようになった。	<input type="radio"/>					<input type="radio"/>				<input type="radio"/>		実際自分の目でどのようにアプローチされているのか等見てみたいとわかりません。			
23	金銭的な面、本人の意向が逆に向いている時、家族の横やり	あります。精神科受診	<input type="radio"/>			本人や家族が強く希望する場合があることが多い、でも入れた上で改善の策をとるようにする。	きちんと相手の状況を見極めることが一番だと思う。説明しても理解してもらえないことも多い。	<input type="radio"/>			ベテランの人に教えを乞う	<input type="radio"/>		少し細かい部分もわかるかも。1度受けてみたい	使いやすいそう	いい制度だと思いますよ。	
24	ヘルパーは仕事がないと入れない(見守りは出来ないなど)	ヘルパーの支援内容を変更した。調理ができるようになったので外した。	<input type="radio"/>			本人が出来ることは本人で行ってもらう。	生活不活発病や自立支援について広く知ってもらう。	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>		機会があれば受けたいと思います。		ご意見を頂けたら有難いです。	

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②
平成28年12月6日(ケアマネジャー)

A: 自分を見立てて不要だと判断した場合には、説明してサービスには入れない。
B: 不要だと思うことがあっても、サービスを外すことはできない。
C: 本人または家族が希望しているのだから、そのままケアプランに導入する。

A: 自分のケアプランについて意見・助言が欲しいので、事例を提出して会議等の場で直接見てもらいたい。
B: ケアプランには意見・助言をもらいたいが、会議等ではなく違う方法が良いと思う。
C: ケアプランは責任を持って立てているので、見てもらう必要はない。

①「自立」に向けた支援について、いちはん難しいと感じているのはどんなことですか？	②あなたの支援が、「自立」につながったと感じたことがありますか？あれば、それはどんなことですか？	20 28 4			③本人または家族の希望するサービスが、あなたの見立てでは不要だと思う場合について、あなたの気持ちに近いものを選び、また、その具体的な理由を教えてください。	④どうすれば(どんな方法があれば)、「自立」に向けたケアプランが立てやすくなると思いますか？	17 26 0			⑤ケアプランの「多職種による検討」の必要性について、あなたの気持ちに近いものを選び、また、意見・助言をもらいたと思う職種や、効果的だと思う方法があれば教えてください。	18 3 3			【Let's☆ヨボヨボ予防！の取り組みについて】 ①この事業の方式で、要支援ケースを受けてみたいと思いますか？また、その理由を教えてください。	②実施の手順やアセスメントシートについて、ご意見ををお願いします。	③リハビリ職の同行訪問について、ご意見ををお願いします。	④その他、本日のご意見やご感想を自由にご記入ください。	
		A	B	C			具体的な理由	A	B		C	効果的な方法等	YES					NO
25 25 ご本人の自立に対する理解を得る為の説明、同意に苦慮します。長年継続利用の方に関しては特に難しいと感じています。				<input type="radio"/>	アセスメント(初回)では、本人、家族からの情報を判断する能力やアセスメントが足りないと感じる。	専門職による見極めをして頂くことがやはり必要だと感じます。			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						
26 26 ご本人の意向に沿った目標設定。情報集めでアセスメントの時にすべて聞き出すと難しい	ない			<input type="radio"/>	出来るだけ必要状況をみて、必要のないことを説明するようにしているが難しい時もある。受け入れが出来ない時は期間を決めてサービス導入や体験をすすめ、様子を見る。	アセスメント時にご本人の状態把握がわかりやすくチェック出来るものがあれば			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						
27 27 介護保険での「自立支援」の意味を理解していただくこと	要支援の利用者がアルバイトに行けるようになった。			<input type="radio"/>	本人、家族の同意なしに変更できないから	住民が自立支援について学ぶ機会が地域の中で多くあればいいと思います。			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						
28 28 ・ご本人の気持ち、やる気を引き出すこと。 ・元々利用されていたサービスが必要なくなったり、法律がかわって見直す時に、ご本人、家族が納得するように説明すること。				<input type="radio"/>	A. 生活支援(独居でない)について...その方ができることや家族が支援できることは、行ってもらいたい。 B. そろそろ卒業...と思うことがあっても、本人、家族の気持ちや希望が合っていないことがある。時期をみることも必要かと思う。				<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						専門職の意見をその場できけるため、良いと思った。 佐藤先生のお話を伺い、改めて自立支援について考える機会になりました。アセスメントの大切さ、他職種との連携etc重要なことを再確認し、今後に生かしていきたいです。
29 29 利用者(家族)が望む自立と、支援者が望む自立の意味合いが違う時がある。	リハビリ重視のデイサービスに通われ、社会復帰された。			<input type="radio"/>		利用者の思いを伝えられる様に、話が出来る様にアプローチできる。ニーズを把握できる。アセスメントの取り方でプラン(方向性)が変わってくるので、慎重に行う。			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						実践したいです。 同行して、助言いただきたい
30 30 本人の意識と家族の意識の差	目標が達成でき、生活で役立つ時			<input type="radio"/>	家族・本人の希望であればまずは聞いて選択肢とする。	どうなりたいかの目標を明確にする			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						絶対に必要です。
31 31 利用者の要望と必要なサービス量の折り合いのつけ方。				<input type="radio"/>	説明はし、納得していただけるよう努めますが、サービスを入れないということは、認定等持っておられる方にできないと思います。	専門職、保険者等々いろいろな立場から、利用者に説明することが必要だと思います。			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						
32 32 1度介護サービスにつなげるとヘルパーさんが掃除などしてくれることに慣れてしまい卒業に結びつかない。				<input type="radio"/>	A. 初回導入時であれば、説明して、サービスには入れないです。 B. すでに導入しているサービスについては、不要であれば外す方向で説明はするが家族の希望もありすぐにはできない。	細かなアセスメント			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						現時点では分からない。 良いと思う。 違う視点での見方など勉強になった。
33 33 本人の意欲、自信の回復、そのための自立目標の設定	本人の身体レベルに適した歩行補助用具、(それまではシルバーカーを用いて外出、買い物...腰痛でつらい)の導入を行ったことで、痛みなく買い物を楽しむことができた。それにより調理も再開。すると意欲↑、庭の手入れも行う。			<input type="radio"/>					<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						
34 34 生活課題の解決が自立と講議されていました。高齢者、利用者自身が自立しようという思いが少ないように思います。	退院後から関わり、排泄も入浴もできなかった要介護3の方が支援2となり、自分で身の回りのことができるようになったこと。			<input type="radio"/>	ヘルパーが入ることで、やってもらうのに慣れてしまい、家事をしなくなったことがあり、ヘルパーの支援を徐々に減らし、なくすことをしたことがあります。	サービス導入前から、自立とは何かをしっかりと説明し、できるようになれば卒業することを、はじめに伝えておく自立に向けたプランが立てやすくなると思います。			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						会議では開催までに時間がかかるためBとしました。 利用者が元気になっていくのを支援していくのはケアマネの醍醐味なので。 使ってみようと思います。 ぜひ、同行訪問してみたいです。 藤井寺市のケアマネで集まって研修するのは、有意義なので、ぜひ継続して下さい。
35 35 本人に納得してもらうことが難しい。(本人ができないと思い込んでいること)	食欲低下で全く食べられなかった利用者が食べれるようになった。			<input type="radio"/>	Cに近く、サービスが不要という説明が逆効果となり、信頼関係が崩れてしまう可能性がある。	できないことをできるよう改善していくことを念頭に入れる。			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>						会議で直接指摘を受けると心が折れてしまう可能性があるため 正直、今、担当しているケースに加えて新事業方式のケースを受ける余力がない。 細かいため、しっかりアセスメントができ状況把握がしっかりできそう。個人的には活用したいと感じた。 初回訪問から、専門職が同行することに抵抗を示される可能性はないのか？絶対に機能訓練を受けなければならぬ等と思いきみサービスを押しつけてしまう形にならないか不安。 自立支援に向けての講議は非常に役に立ち、今後の予防プランに役立てて行きたいと感じた。

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②
平成28年12月6日(ケアマネジャー)

A: 自分を見立てて不要だと判断した場合には、説明してサービスには入れない。
B: 不要だと思うことがあっても、サービスを外すことはできない。
C: 本人または家族が希望しているのだから、そのままケアプランに導入する。

A: 自分のケアプランについて意見・助言が欲しいので、事例を提出して会議等の場で直接見てもらいたい。
B: ケアプランには意見・助言をもらいたいが、会議等ではなく違う方法が良いと思う。
C: ケアプランは責任を持って立てているので、見てもらう必要はない。

①「自立」に向けた支援について、いちはん難しいと感じているのはどんなことですか？	②あなたの支援が、「自立」につながったと感じたことがありますか？あれば、それはどんなことですか？	20 28 4			③本人または家族の希望するサービスが、あなたの見立てでは不要だと思う場合について、あなたの気持ちに近いものを選び、また、その具体的な理由を教えてください。	④どうすれば(どんな方法があれば)、「自立」に向けたケアプランが立てやすくなると思いますか？	17 26 0			⑤ケアプランの「多職種による検討」の必要性について、あなたの気持ちに近いものを選び、また、意見・助言をもらいたいと思う職種や、効果的だと思う方法があれば教えてください。	18 3 3			【Let's☆ヨボヨボ予防！の取り組みについて】 ①この事業の方式で、要支援ケースを受けてみたいと思いますか？また、その理由を教えてください。	②実施の手順やアセスメントシートについて、ご意見ををお願いします。	③リハビリ職の同行訪問について、ご意見ををお願いします。	④その他、本日のご意見やご感想を自由にご記入ください。					
		A	B	C			A	B	C		効果的な方法等	YES	NO					どちらでもない	理由			
36 ・利用者さんの意欲を引き出すこと。→やる気スイッチON!! ・大阪の気質→「介護保険料を払っているから、サービスを利用しないと損！」で強引にサービス導入に至る。 ・個々のこだわり	ゴミ屋敷で生活していたAさんが自宅内で転倒、入院。退院前に自宅を片付ける。(ほとんど捨てる。)自宅の湯沸かし器が壊れていたため、デイサービス週2回利用(入浴と運動目的)。以前は車移動だったが、入院中にバッテリーが上がり使用できなくなった。→歩くのみ。週2回以外のお風呂は銭湯に行くことを提案した。歩行が20~30分可能になり、自立された。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		A→説明はしますが、説明能力が悪いためか、家族さんの意向が強いどうしても導入に至ってしまいます。→B?!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>							とても理想的な事業だと思いますが、実際のところ、今後の事業所経営が難しくなってくると思います。	専門職の意見・助言がもたらえて良いと思う。			
37 本人の意欲を引き出すこと。	・住環境を整える。 ・食事の改善。 ・日々の活動の継続。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	アセスメント、ケアプランの点検													
38 本人・介護者への自己努力の大切さについての説明	一年後にできていなかったことができるようになり、本人から援助の縮小の意向を受けた時。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		状況に応じ対応しています。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	行政との同行自立への説明										卒業できる状況が予測できる可能性がある時は検討したい。			
39 課題抽出・分析	支援の効果が有り、卒業につながった時	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ケアマネとしての説明は実施し、理解を求める努力は行う。本人、家族の考えも尊重しつつ、ケースバイケースで対応する。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	専門職による課題抽出の手助けがあればより充実したプランが作成できる			<input type="radio"/>						手間や時間を費やす点から、会議が妥当か否か、判断できない。	10月からモデル事業に参加し、サービスの提案や提供に本人やご家族に理解と満足を得られた。	まずは活用し、改善点があればその都度検討しながら、よいシートになればと思う。	専門職目線でのピンポイントで助言を得ることが出来た。	ありがとうございました。
40 ご本人がサービスの継続を希望し、なかなか次に進めない		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		サービスを外そうとしても不安が強く、かわりになるサービスが地域になく継続せざるをえない。デイのかわりになるものがない。本人にとって生きがいとなっていたりする。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>							リハ職の視点を学べる。			
41 本人の気持ち	住宅改修	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	身体的なことは分からないことが多いので、全部ではないが、見てもらいたい。													
42 利用者、家族、サービス事業者、ケアマネ等、関わる専門職の意識改革	圧迫骨折で入院し、自宅にこもりがちの方へ、安全に外出する為の運動プログラムのしっかりしたデイと歩行器レンタル利用し、半年後には通院、買い物が行えるようになった。しかし、その実現には、家族の毎日の支援があったことで実現できている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		本人や家族が希望するサービスについては、プランに導入していた。絶対に必要でないと確信できない。現在必要でないと感じるサービスについては、より必要性のあるサービスの提案によって、本人や家族に同意していただくよう誘導する。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	添削形式										研修内容はとても分かりやすかった。実践していきたい。			
43 ・ご本人が自立に向かう支援とご理解をいただけない(古くから介護保険を使っている) ・介護保険卒業後の地域での暮らしがコーディネートしづらい(地域資源が希薄)	整形疾患にて入院、退院されたご利用者に必要な訪問リハ、ヘルパーを提案支援。3ヶ月のサービスでご利用者の自信がつけヘルパーサービス減少。訪問リハ→デイにつなげ、外出の機会、自信もつかった。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		不要だと思っても自立(自分で全てできる)という状況にはなりきれない場合。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	・介護保険を卒業後、地域での支えあいなど地域支援等あれば、ご本人も支援者もイメージしやすい。 ・ケアマネを含め介護保険事業者も自立にむけた一緒の方向が向けるような金銭面...										これまでのケアプラン作成の講義の中でいけばわかりやすく実際に自分自身を振り返って明日、今日から見つめ直そうと思いました。ありがとうございました。			
44 利用者の意識をかえていくこと。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		自立支援という考え方の説明が相手に理解してもらえなかった。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	サービスの開始時に基本理念をしっかりと伝えること。しっかりと目標を立てること。					<input type="radio"/>					利用者が希望すれば受けみたい。			
45 ・本人が現状維持で満足してしまうこと ・次の目標へチャレンジしないこと	・現在自立に向けて行っています。 ・独居生活ですが、外へ出る支援(デイ)をサービスしながら、他に自主的に目的を持って定期的に出かける週間サービス計画書を支援してきたことで、今回自立(本人は多少の不安感がありますが)しています。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		本人、家族の不安感によりですが、不安と思っても、不安感により生活に支障が出そうな時はそのまま継続している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	目標をハッキリ決めて、達成をもって一旦自立すること。(自立できる具体的な目標の設定)													
46 自宅から歩いて行ける集まる場所が少ない。 バスの本数が少ない。	本人がやる気になったこと。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		介護保険外のサービスを提案する。 介護保険サービスを入れても期間を決めてできなかったことできるようにする。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	本人がどうなりたいか興味があることを聞き出し、専門家の助言をできるだけたくさん出す。										具体的その人の体の状態を見て助言できると本人の意欲も上がると思います。	今後の総合事業に向けて、自立支援の取り組みの勉強になりました。		