



プロジェクトに参加してのアンケート

合計 54診療所、67名回答
第1群27、第2群27診療所
資格 CP:7名、DR:2名、NS:2名、PHN:1名、PSW:54名、SW:1名

資格	①何を困難に感じたか	②何を大切にしたいか	③何が得られたか
24 psw	・シート(パソコン)操作にとられてしまったこと。 ・業務中での情報収集。(特にフェイスシート、チェックシート) ・自分自身のアセスメント力の不足。・簡潔な表現。 ・ケア会議を開くことができなかった。	・利用者の希望、目標を第一に考え、できるだけ添うように心がけた。(自分本位のプランにならないように)	意欲が出て前向きな行動・コミュニケーション能力も少しずつ上がってきた。・感情を素直に表現できるようになった。・人の話を聞ける、集中力も安定してきた。・PTOに合った身だしなみが出来るようになる
37 psw	スタッフ側からアクションを起こす際、その都度本人への声掛けはしてたものの妄想への発展があった。短時間ではあるが、密に面談を行い、最終的に決めた目標に確信を行った。妄想の発展はコミュニケーションを図ることにより本人も妄想の自覚が出てきたために妄想減少となった。	自己実現、本人の意見、思いを尊重しながらアドバイスを投げ掛けた。意欲を出すよう本人をみとめる。相談相手を見付けた。	行き詰った状況に対して、多面的な視点から方向性を見つけられること。不足している情報を把握できたこと。 ・その他>気づいた点 (1) マネジメントシートに処方内容を入れた方が良いのではないかと (2) 本人の了解、同意がケースがほとんどであること今後どうするか (3) 社会資源極めて乏しい地域の存在がある
39 psw	マネジメント会議を確実に開催することが、診療所の都合などのため難しくかった。	当事者本人の病状や生活のペースを考慮しながらすすめること。	シートを利用することで、自分自身の支援についても振り返るきっかけになった。他機関の支援についても知ることもできた。利用者も課題を整理し、目標を立てやすくなった。意欲も高まり、結果的にこちらが思っていた以上の力を持っていたことに気づかされた。
psw	・対象者の選定。何を基準に選ぶのか迷った。 ・利用者にケアマネジメントの説明をすること。理解をしてもらうことが難しく、不十分のまま進めてしまった。 ・私自身、ケアマネジメントに不慣れで、要領がつかぬ、シートをうめるのに時間がかかった。 ・関係機関との連携	これまでの信頼関係を大切にしたい。シートをうめることだけに集中しないよう、利用者の不安定さに付き合えないながら本人のペースにあわせて進めた。利用者が、なるべく目標や希望を持ちやすく、言語化できるよう気をつけた。	今までのケースヒストリーをあらためて整理できたこと。
psw	プロジェクトの目的等を説明する際、本人のペース、状態を見きわめわたりやすく説明すること。	相手のペース、状態を見て、焦らず進めていくこと。	・訪問看護のモデル事例となり、内部手続きを含めて、今後の布石となった。 ・地域連帯を普段から行う必要性を痛覚し、地域事務局を立ち上げた。
20 CP	関係者会議をマネジメントシートに反映できなかった。(記入する欄が特になかった。)	関係機関との話し合い	関係者会議のときの議論にとても役立った。何を援助すれば良いのかが明確になるのがとても良かった。
Dr	小目標を設立していく、その実現を目指すといった構造化する手法そのものだが、自分の臨床スタイルには足りない部分なのでケアマネ利用そのものが私(個人)にとって難しくかった。	・関係者会議を設定して、情報を共有し、事例に対する理解、方針について可能な限り合意を形成していくこと。・本ケアマネを通じて、地域連携を作っていくこと。	本人、家族、関係する機関各々の力量や限界が、ケアマネジメントの過程でよりわかりやすくなりました。また、ケアマネジメントを通じて従業員全体に院内の連携や院外との連携の重要性に対する認識が高まったことが収穫だったと思われまます。
CP			全体を機能させるという視点。知らなかった機関の人達と知り合えたこと。
25 psw	・対象事例の選定、及びシートにおとしこむ作業。 ・ケアマネジメントのなにかわたりはこれまでもしてきたが、構造化した中だと、事務処理が増え、危機介入的に変化する中では不向きだと思った。 ・病状や生活がほぼ安定して年単位のかかわりが必要なケースなら適用と感じたが地活センターなどにリアアールできるの、何を持って医療がケアマネジメントするのが悩んだ。	・利用者の利益や自己決定を尊重すること ・ストレッチングス、インフォーマルなリソースの活用 ・シートにとらわれない支援	毎週の訪問看護、カウンセリング、地域のチームアプローチにより、本人の顕著な改善が見られ、当初の目標は、家族介入であったのが、開始より1年で家族関係の修復が行え、現在は就労支援になっている
9 psw	文書のパソコン入力	本人のニーズ、進捗状況の確認	シート作成が、ケースの情報収集や整理、本人・家族理解、展開の上で役に立ちました。そして、ケースを通じて精神疾患や生活課題等当ケースと共通点を持つ方、家族への支援方法を学ぶ機会となった他、関係機関との連携を深める及び新たに築くことにもつながっています。

psw	シート作成はケアマネジャーの裁量によるものの、本人理解のため情報は豊かになっていく一方で、相応の時間が必要となってしまうので、対象数が限られてしまふ。また、見直し時期等で新シートを作成する場合、以前の内容を利用(コピー)することができないため、負担等の改善点。以上のことはあるが得られたものの方が大きい。 ・情報量の多さ ・目標や困っていることなど、同じようなことを何度も利用者に聞いている気がした。 ・情報収集したことをデータ入力する時間と手間がかかる。慣れてくればもう少し早くできるかもしれないが、家族構成やエコマップの入力が難しい。 ・利用者への聞き方。特にMRの方によいようにわたりやすく聞いたらいいのかを悩んだ。 ・利用者との関係性がある程度ついていないと聴取することは難しいのではと思った。	ご本人の希望や思いに沿った支援を心がけ、そのためご本人、家族とのコミュニケーションの機会を多く持ち、関係機関との連携を大切にしました。	・普段の面接やデイケア活動ではあまり聞かないような利用者の日常生活情報 ・利用者だけでなく、援助者も目標や課題などを聴取することによって明確化できた
26 psw	・ケアマネジメントという枠を意識して支援を進めていくことが、本人、支援者とも窮屈に感じる。丁寧な関わりであるため、他の業務と兼ねて実施するにはケース～2ケースが限界であると思われる。 当然のことですが、本人の意向を尊重しつつ責任を持ってケアプランを練っていく作業は本人、家族、関係する機関各々の思惑や限界が浮き彫りになり、今回改めてその困難さを感じました。また、ケースによっては、本人の意向を探ることが煩雑等から困難なこともありました。	いかに利用者によりやすいくちら側の聞きたいことを伝えるか ・利用者が言いにくいことは聞かずに、ご家族や施設職員に聞くなどの配慮 ・このシートを作成することだけで満足せず、いかに活用していくのかを考えていきたい	・集約的に関わるため、支援がより丁寧になり、発身、気づきが多かった。本人だけでなく、家族の思いや生活者としての本人の姿をよく知るいい機会となった。ケアマネすることにより、医療スタッフという視点とはまた異なる視点を持つて支援することができた
27 psw	・ケアマネジメントという枠を意識して支援を進めていくことが、本人、支援者とも窮屈に感じる。丁寧な関わりであるため、他の業務と兼ねて実施するにはケース～2ケースが限界であると思われる。 当然のことですが、本人の意向を尊重しつつ責任を持ってケアプランを練っていく作業は本人、家族、関係する機関各々の思惑や限界が浮き彫りになり、今回改めてその困難さを感じました。また、ケースによっては、本人の意向を探ることが煩雑等から困難なこともありました。	・窮屈ではあるが、枠を意識して進めた。治療的な関わりではなく、本人のニーズに沿った関わりを心がけた。本人がやってみてみたい、やってみようと思えるような関わりを大切にしたい。ケア会議と訪問を必要に応じて実施した。	多問題を抱えたケースについては、問題の優先順位を検討していく上で、シートの活用は大変役立ちました。また、問題解決の手順を考えていく中で、関係者との連携が取りやすくなったと思います。
11 Dr	・ケアマネジメントという枠を意識して支援を進めていくことが、本人、支援者とも窮屈に感じる。丁寧な関わりであるため、他の業務と兼ねて実施するにはケース～2ケースが限界であると思われる。 当然のことですが、本人の意向を尊重しつつ責任を持ってケアプランを練っていく作業は本人、家族、関係する機関各々の思惑や限界が浮き彫りになり、今回改めてその困難さを感じました。また、ケースによっては、本人の意向を探ることが煩雑等から困難なこともありました。	利用できる本人の意向を大切にするように、担当者には申し伝えました。また、ケアプラン作成そのものよりも、各人が寄り集まって協議するそのプロセスこそが大切であると思えました。	利用者さんとの信頼関係
psw	・サービス利用プランを対象者と共に検討していく中で、なかなか「ケアマネジメント」という概念をイメージして話をすることが、むずかしく思いました。「フェイスシート」「チェックシート」の情報を得るには当事者だけでなく、複数の関係者から聞き取りが必要と感じたが、どこまで情報を共有していいものか判断に迷いました。	将来の目標を設定していく中で、なによりも本人の要望が大切であり、理屈だけ求めず、プランが急に描いた餅にならないように、実現可能な小目標を設定できるようにプランニングをしていきました。	他機関には家族からの情報しかなくまたクリニック側も本人からの情報が多く、それぞれが情報を交換することできちんとした本人像、家族像をとることができたと感じます。 それぞれが機関が個別に関わっていいこと以上のものをかかえるから、関わっていた部分が今回のことで情報交換、役割の分担をすることでより本人にとってよい環境を作ることができたのではないかと思います。
28 psw	記入する情報量が多く、またフェイスシート、チェックシートの情報をどこまで開示するべきか迷うことがありました。 シートに本人の目立つ部分ばかり記入してしまっただけでもあり本人の良い所、かわいらしさを伝えるのに、シートだけでは難しかったです。	会議の前に本人とよく打ち合わせする事で、本人の意志を大切にしました。本人と家族とで問題点意識がことなることがあり、それぞれの思いがシートにおこせるように、本人と家族でシートを分けるなどできるだけニーズに応えられるようにしました。 本人の問題行動が目立ち、本人の良い点が見逃さされがちですが、今回情報交換をすることで他機関にも本人の良い点、語解され易い人間であることを伝えることができました。	ケースについて再度じっくり話をきき見直しができること
43 psw	目標設定や、利用内容を決めていく事、本人の自己価値が上がっていく支援、過ごしやすい生活や希望に沿っていくことと「目標設定(長期・短期)と目標設定のための小目標を決める」実行する事の中で本末転倒というか目標に振り回されてしまふのではないかと感じた。	関係性、本人のペース	こういった機会を与えていただいたことで、患者様と時間をかけて話し、向き合うことができました。焦らずゆっくりとケースにかかわっていく大切さがかかった。新たな発見などもあった。
40 psw	時間的制約に焦りを感じた。項目は多く、埋めることで時間を取られた。こちらがケースとして関わりたい患者様は必ずしもケアマネジメントと相性は良いわけではないなと思った。	患者様の体調やペースを大切にしたい。聞きすぎない、見守ることも治療であると、患者様を優先にしたい。(シート優先ではなく)	ご本人さんと一緒にプランを考えることでご本人さん自身が変わっていくというモチベーションが持たれたように思います。医療機関や支援者主導という形を取らないことで、よりご本人さんをエンパワメントできることにつながったと思います。 時間はかかるかもしれませんが、良い支援を行うには時間をかけることは必要だと思えます。そのことを改めて実感できた機会であったと思えます。

41	psw	フェイスシート等の書類をまとめるのになかなか時間を要することです。他の業務との兼ね合いもあり、4、5ケースを行うことを考えると、時間的にはかなり難しいと思います。よりキメ細かいサービスをやるには時間的余裕が必要だと思いますので、仕方ないかと思いますが、... また、ケアマネジメンを効果的なものにするためには、この事業の意図や目的等がきちんと言われていることも大切だと感じます。私は今回の事業に参加するのが遅かったため、事業の目的等をきちんと理解できたのが中四国での研修会でした。 事業が効果的に行われるためには、きちんと事業の意図が伝わることも大切だと思います。	大切にしたいのは、ご本人さんのニーズに沿った形で進めることです。できるだけ、ご本人さんがエンパワメントできることを大切にしました。目標設定もご本人さんに具体的に示してもらうようにしてもらいました。	・総覧事になりそうなる目標を一つ一つ現実的に照らし、話し合いシートに入することで、より身近な目標になり本人に気づきが出て来る、又、振り返ってシートを見た時目標達成できたこと、その過程を思い出し、大きな自信につながったのは又、困ったことが発生すれば周りの援助を求める力、利用する力がつきかたり自立につながった。 今までの支援方法や患者さんとの関わり方を見直すいい機会になりました。できていたつもりが色々な面で抜けていたり、ツールを使うことで患者さんの本音が聞けたりしました。今回、事例を挙げていないケースでも自分の関わりを見つめなおせたことで支援の幅が少し広がったように思えます。
	psw	当院はデイケアがなく、外来受診時に限られた時間を使って面談をする中で、病識のあまりないptと関係性をつけシートをつめるだけの情報収集をするのはかなりの時間を要するため一人一人(psw)で複数のケースをもつのはかなり厳しいと感じました。	上記のような状況にあり、ともするとこちら主導でプランを考えてしまいうことになるが、あまりシートの作成にこだわらず、本人主体であるよう時間はかかってもじっくり関わっていくことを大切に考えています。	・経緯を整理しながら取り組むことができ、本人の状況に見合ったプランをたてることができた ・初期の課題から様式をつかって、まとめていくこと。誰が見てもわかるその人の課題に対して取り組める。 ・社会復帰に向かえる等の安定期がプランの基本条件になる。 ・目標設定を本人の状態に合わせたものにするためチームワークが必要 ・援助プランを言葉にし、ペーパーに起こすことで、クライアントとの確認が可能になり、自己満足に陥らないものとなる
3	psw	サービスマネジメントシートを記入し、持ってもらうことで、多少の意識付けは出来たが、内容が多すぎて混乱し、文章でもっとわかり易い言葉と短くすべきであった。記入欄が多すぎた。	見直しシートの中で本人の満足度の確認は明確になる。満足度を大切にしたいし、又、半年という長期のスパンの為、状況の変化に応じて内容修正していくことと、本人にその過程を理解してもらい納得してもらうこと	・経緯を整理しながら取り組むことができ、本人の状況に見合ったプランをたてることができた ・初期の課題から様式をつかって、まとめていくこと。誰が見てもわかるその人の課題に対して取り組める。 ・社会復帰に向かえる等の安定期がプランの基本条件になる。 ・目標設定を本人の状態に合わせたものにするためチームワークが必要 ・援助プランを言葉にし、ペーパーに起こすことで、クライアントとの確認が可能になり、自己満足に陥らないものとなる
8	psw	通常業務との兼ね合い。訪問や面談などに関しては通常業務内で可能ですが、フェイスシートやチェックシートなどを作成する時間をとるのが困難だった。いくつかケースをこなせば作成もスピードアップできるとは思いますが... ・会議の日程調整	支援者側の目標や評価に偏りがちですが、本人が主体となれるように努力しました。こういった支援をする中で、問題ばかりを見つけて、正そうとしてしまいがちだったのですが、本人のペースや気持ちに合わせて最大限にサポートするようにしました。	・経緯を整理しながら取り組むことができ、本人の状況に見合ったプランをたてることができた ・初期の課題から様式をつかって、まとめていくこと。誰が見てもわかるその人の課題に対して取り組める。 ・社会復帰に向かえる等の安定期がプランの基本条件になる。 ・目標設定を本人の状態に合わせたものにするためチームワークが必要 ・援助プランを言葉にし、ペーパーに起こすことで、クライアントとの確認が可能になり、自己満足に陥らないものとなる
	psw	医師との連携一情報共有の時間を作り出すこと。・病状の不安定さにより、ケアマネジメンの相談以前に介入が困難になる。・情報収集を(これを期に)やってまとめる作業	本人さんの関係、本人さんの希望にそったケアマネジメンになるように、現在の問題点に重視したものではなく、希望をかなえるための目標設定にした。 ・これが本当に本人の希望や真意に添えているかどうかというところは気をつかいました。 ・シートを使用するにあたっては情報のとりあつかいに。 ・又、情報をきちんと整理する、ということを大切にできるシートなので、これまで漠然と考えたり、何となくやっていたことを見直すことができました。	・経緯を整理しながら取り組むことができ、本人の状況に見合ったプランをたてることができた ・初期の課題から様式をつかって、まとめていくこと。誰が見てもわかるその人の課題に対して取り組める。 ・社会復帰に向かえる等の安定期がプランの基本条件になる。 ・目標設定を本人の状態に合わせたものにするためチームワークが必要 ・援助プランを言葉にし、ペーパーに起こすことで、クライアントとの確認が可能になり、自己満足に陥らないものとなる
6	psw	同意をとること。-これまでに長い関わりがある方、利用者がケアマネジメンを求めている方などが特に。利用者の選定という問題とも関わると思っています。 ・「小目標」の作りかた ・事前評価や、GAF LASMIをうまく活用できない ・身直し、振り返りの際の評価について、客観的に判断しにくい 本人が新しい状況をかなり拒否されるため、周りの機関につなぐということとがすぐには難しく、ケア会議を開くことが出来ませんでした。また、短い間隔で話し合いをしていく必要は感じたものの、他の業務との兼ね合いもありなかなか時間をとることが出来ませんでした。 シートの方では、一度利用プランを立て直す際、一部だけ変更したい場合も文章をコピーすることが出来ず、1から作り直さなければならぬ点で苦労しました。	本人さんの関係、本人さんの希望にそったケアマネジメンになるように、現在の問題点に重視したものではなく、希望をかなえるための目標設定にした。 ・これが本当に本人の希望や真意に添えているかどうかというところは気をつかいました。 ・シートを使用するにあたっては情報のとりあつかいに。 ・又、情報をきちんと整理する、ということを大切にできるシートなので、これまで漠然と考えたり、何となくやっていたことを見直すことができました。	・経緯を整理しながら取り組むことができ、本人の状況に見合ったプランをたてることができた ・初期の課題から様式をつかって、まとめていくこと。誰が見てもわかるその人の課題に対して取り組める。 ・社会復帰に向かえる等の安定期がプランの基本条件になる。 ・目標設定を本人の状態に合わせたものにするためチームワークが必要 ・援助プランを言葉にし、ペーパーに起こすことで、クライアントとの確認が可能になり、自己満足に陥らないものとなる
7	psw		本人の本当の希望を引き出し、少しでもその希望の実現のために今やらなければならぬことを実感してもらい、分かったりやすく説明すること、毎回確認することを心がけました。 また、本人の状況に合わせて柔軟に進めていくことも大切になりました。	・経緯を整理しながら取り組むことができ、本人の状況に見合ったプランをたてることができた ・初期の課題から様式をつかって、まとめていくこと。誰が見てもわかるその人の課題に対して取り組める。 ・社会復帰に向かえる等の安定期がプランの基本条件になる。 ・目標設定を本人の状態に合わせたものにするためチームワークが必要 ・援助プランを言葉にし、ペーパーに起こすことで、クライアントとの確認が可能になり、自己満足に陥らないものとなる
	psw		本人の二ードを創作し続けること、そこは添い続けること。問題を見えないようにするための支援ではなく、あることはあると認め、それをどうするかという関わり方。	・経緯を整理しながら取り組むことができ、本人の状況に見合ったプランをたてることができた ・初期の課題から様式をつかって、まとめていくこと。誰が見てもわかるその人の課題に対して取り組める。 ・社会復帰に向かえる等の安定期がプランの基本条件になる。 ・目標設定を本人の状態に合わせたものにするためチームワークが必要 ・援助プランを言葉にし、ペーパーに起こすことで、クライアントとの確認が可能になり、自己満足に陥らないものとなる
31	CP	他医療機関は自分の立場を説明すること。	・患者さんに理解しやすい形(胡化)で目標に向けて患者さんが前向きに取り組んでいくこと・他機関との連携により、双方の患者さん理解と具体的支援が明確になり、さらに連携しやすくなった・ケア会議をすることで、患者さんの応援団の一員として、私自信元気をもらえたこと。	・経緯を整理しながら取り組むことができ、本人の状況に見合ったプランをたてることができた ・初期の課題から様式をつかって、まとめていくこと。誰が見てもわかるその人の課題に対して取り組める。 ・社会復帰に向かえる等の安定期がプランの基本条件になる。 ・目標設定を本人の状態に合わせたものにするためチームワークが必要 ・援助プランを言葉にし、ペーパーに起こすことで、クライアントとの確認が可能になり、自己満足に陥らないものとなる

2 psw	患者さん同意。もっとプロジェクトにのせたい方がいたのだが、同意が取れず同意が取れる方を選んだ。	患者さんの気持ち。シートの内容になんとも思っていない気持ちになりそうだったが、患者さんの気持ちを大切にし、患者さんにとって良いものになるよう心がけた	患者さんと一緒に考えたいと話したり、一つのツールを使うことで深まったと思う。	
CP	他機関のスタッフとの患者さんへの共通理解。「就労したい」と希望される患者さんに対して(履歴はあっても)この人は就労できませんよと言わすスタッフがいたこと。目標設定をする際、患者さんの特性もあらわらるる間き方に工夫が必要だったかもしれない(話者が転々として焦点が絞りにくかったこと)	患者さんの希望目標を軸に話し合いを進める。患者さんが達成感をもてる小目標の設定(具体的なかつ割程度可能な目標)。他職種の専門性を引き出すマネージメント(患者さんの良さや小さな変化にも気づいた点を会議で評価する)。家族が患者さんの状態を理解し、支援しやすいようにケア会議で発言の場を設ける	プロジェクトを通して、診療所で見えるCLの姿だけでなく、CLを取り巻く社会的環境やCLの生育史、生活史などをとらえる。CLに対する理解の仕方が変わりました。	
42 SW	普段、本人と密に関わる支援者が相当CMIになることでの難しさ。	本人の意志、希望を大切にしたい。また結果が出ない、本人の状態がなかなか動かないでも危機介入の必要がなければ本人のペースにあわせ、待つところは待つ等、先を見通しての関わりを心がけるようにした。支援者が先走らない。	“忘れやすい”特徴をもつ利用者と順を追って進めることができた(流れに沿って振り返りも出来た)。幅広くアセスメントができた	
19 CP	支援できれいと思うことがあっても、十分な話し合いの時間や他機関とコトタクトをとるための時間とスタッフと確保することが難しかったです。	支援する側のCLに対する想いとCL本人が必要と考える支援のあり方を近づけること。	担当者と本人の信頼関係がより強くなること、このことにより、より援助方法や目標があきらまかになること。 ・評価を点数化することでケアマネージメントとその有効性がわかりやすくなること。	
psw	・サービス利用のためのチェックシートが多すぎて、これ全員に行なうと思うと無理がある。(ただクリニクがケアプランをたてることばなく、行政が行なうので、参考資料として渡すことで終わってしまう。これは残念でもあります。)	・サービス利用プランはとも良い(特に各サービス機関との調整時) ・見直し、振り返りも良いと思う(モニタリング)	・個人具体的な目標を目で見えて確認できる。 ・今まで何もないままに履いてきたことを反省しました。	
12 CP	・ケアマネージメントの実施担当者が少ないために適切なアドバイスやスーパービジョンを受ける機会が少ないこと。 ・GAFやLASMIの評価をケアマネージメントの担当者がするため客観性を提示できるかという事。 ・本人のニーズが変わっていく過程で(デイクエア参加の作業参加)本人が悩んでいる途中何を重点的にみていくか、ということ。	本人の目標を前提にして、区役所、作業所、支援者といった関係機関をきちんと話し合う姿勢を本人に伝えること。	ケアマネージメントシートにのって面談することで、今まで気づかなかつた本人のストレンギングに気づくことが出来た。また、調子を崩すきっかけや何に不安を抱きやすいかも、より明らかになったと思う。シートを作成することで、本人がデイクエアでの活動に対してモチベーションを保ち続けることができたと思う。	
44 psw	・参加した患者様との面談の時間がうまく確保できなかつた。 ・通常業務との折り合い。 ・プランに乗らなかつた際の見直しがすぐに行えない。	・対象者に能動的に参加していただくこと。同意をしっかりとれること。 ・病状に合わせ、欲張りすぎないこと。	・潜在的なニーズの発掘。 ・通常の業務では得られない詳細なアセスメント。 ・家族を含めた支援者間のコンサルト。 ・対象者との信頼関係が深まった。	傾聴だけでなく、問うことの大切さ。想いを引き出す。共に問題にとりくんでいけるようにすすめること。 変化、将来に志向すること ケースにしっかりと向き合う。 結果、本人との信頼関係深まり、途中で入院に至ったが関わりはマイナスにはならず、今後一緒にクリアしていこうと話し合えた。
psw	本人の家族への振る舞いとケアマネへのそれとで大きな違いがあり、家族全体を支援する時に、どこに添うのかを迷った。 家族全体の支援を考えた時に、他機関からの関わりもありめまぐるしく動く環境の変化と連携不足が支援の方向性にズレが生じてしまった。	当初は本人より家族の訴えから事実を聞くことや、シートをうめる事に固執してきていた。 本人と共に将来を考える機会を持ち、本人に添いながら共に行動することを大切にしたい。	・本人の本来の力。 ・大量服薬がくり返されたときの対応の仕方。 ・本人と同居の子どもたちに関心を注いでいることを、本人にも子どもたちにも伝えること。 ・独断しないこと。 ・方針、小さな具合案についても常に本人に意見を求める。 ・こちらが気長に、何度でもやり直せるといって心構えていること。	・目標等を書面にすることで、確認作業が確実になり、ふざけんなら流してしまうおそれのある目標も見落とさずにモニタリングできた。 ・学校とのネットワーキング。学校先生からの障害への理解。
1 psw	・アセスメントに時間と日にかかると(体調に合わせ無理ができないで)。 ・家族との関係性がケアマネでそれについて在宅で話そうとするが、同居なので話しにくいことが多い(多岐を扱う(クリニクでの面接はできず在宅のみ)) ・体調悪化や家族の都合により訪問キャンセルが続く、モニタリング時期が大幅に延びてしまった。 ・支援者が抱えるのはよいが、温度差がバラバラで大変。 ・設定目標以外に次々と緊急事態がおこり対応におわられた。 ・自信の個性感情のコントロール・直接支援とケアマネージメントの両立、パランス。 ・GAFやLASMIのつけ方。	本人が自分の人生を歩いていく中で、様々な選択肢があるということを示すこと。又、いかに押しつけていくか。本人の発する言葉はどのような背景で語られているのかというアセスメント。	・これまでわかつたつもりになっていて本人の新たな一面をみることができたこと。	
5 psw	本人の〇〇を客観的にアセスメントしたものをどのように本人に返すのか?→その捉え方によってでてる課題も異なる。 ・どのように共有するのか(添いおしつけなく)			

<p>psw</p>	<p>・ケアマネジメントにかかると、私も本人も慣れの中説得を重ね何度も拒否されたが、信頼関係が一度厚い主治医からの一言で、サインしていただいた開始となった(慎重に時間をかけ1ヶ月ほどかかった)。 ・チェックシートではこれまでの生活の振り返りに一番時間がかり、何度も訪問を重ねた。本人が話したくないときは無理強いないことと見送りしたり、1つよとまとめてきたんですが、「...」と一冊書き込みをしたから本人の赤調に合わせたように書いた。 ・振り返りシートと見直しシートの活用がうまくできていかなかったと思う。本人は、「評価されるのか」と動揺する場面が見られた。振り返りの時期など目標によってタイミングを計ればよかった。正直ケアマネ事業の提出時期ばかり意識してしまつたため、タイムリーな振り返りにならなかつた。2度目の見直しはまだ出来ていないので、工夫して次の目標に反映していきたい。 ・目標を立てても、なかなか実績を積み上げることが難しかった。目標達成までの準備や準備体験などプラン通りに定着までに時間がかかると、もっと短時間で低ハードルや細かい目標に寄り添えればよかったか、また目標に目標をチェンジしていてもいいかとも思う。</p>	<p>・本人の赤調に合わせる。しかし、時間や時期(何ヶ月経つてから)に拘束感があったので、本人のペースとあっていったのかかわらなかつた。 ・目標設定の際、今後の目標は遠然とした目標「人の為になるようなことをしたい」ということであったが、「サービス利用プラン」に書いていき、一緒に考えていくことで、「働きたい」「作業所に行きたい」など目標が具体化された。 ・チェックシートと利用プランを行ったり来たりしながら進めた。シートに外に化することで、本人が理解しやすくなり、希望も共有できたことが良かった。しかし、時として記していることが日々のプレッシャーになつた部分もあつたかもしれない。</p>	<p>・何より本人のことを詳しく知れることはよかった。定期的な訪問支援をする中で本人の生活環境近づきあひないが見えてきたことが多かった。 ・シートにしていくことで、本人と目標を共有し意識化していくことが有効にできた。 ・チェックシートでは本人がこれまでの経緯、病歴を語ることで、本人が「病状」だと気づく部分があり病歴が深まったように感じる。 ・週間予定表は、実行できるのは限られても本人の心がけとなり目標に向かって実践しやすくなったのではないだろうか。 ・振り返り、見直しをする中で「目標を立てる」大切さや要領がわかってきた気がする。結果よりプロセスが大切で、前向きになり(少しではあるが)プランを立て直すという話になつた。</p>
<p>psw</p>	<p>どんなに時間がかかっても、本人が主体であること、本人の強みに着目すること、支援者の先回りに気づくべくチェックの目があることを大切にしました。</p>	<p>・Pt(母)が必要と感じているだろうと思われ点からのアプローチを心がけていた。 ・Pt(母)が託す子どもの話をうかがいつつ、Pt(母)自身についても情報を得つつ支援を検討。</p>	<p>ケアマネジメントが上手く機能していることも大切であるが、ケアマネジメントを導入した事によって本人に関わる人が増えた事それ自体に意味があるのかなという素朴な気づきを得られた。</p>
<p>13 psw</p>	<p>定期受診が困難なPtをいかに医療と繋げていくか。訪看も途中から「忘れた」と途絶えがちになり訪問してあえず、メモを入れ、TELをし、コンタクトをとったり続け受診を促していた。 主治医や保健センター、生保CWTと、Ptの医療ニーズの認識の見直しも考慮。 Ptの理解に合わせた援助と援助者側が必要としないようにギャップがある。運転や自身のこと等、ほとんどがどうにか出まふ。現在、問題として現れている事柄に対応しつつ、情報を拾うことを心がけていた。</p>	<p>・Pt(母)が必要と感じているだろうと思われ点からのアプローチを心がけていた。 ・Pt(母)が託す子どもの話をうかがいつつ、Pt(母)自身についても情報を得つつ支援を検討。</p>	<p>・Pt(母)が必要と感じているだろうと思われ点からのアプローチを心がけていた。 ・Pt(母)が託す子どもの話をうかがいつつ、Pt(母)自身についても情報を得つつ支援を検討。</p>
<p>14 psw</p>	<p>対象者の選出をするときに、どの方が適当なのかを悩みました。傷病名よりも生活の中での課題に焦点をあてました。 ・対象者の症状の波があり、なかなか思うように進めなかつた。</p>	<p>・対象者の何に困っているか、何を求めているか、気持ちに沿って援助した。 ・対象者のペースに合わせて面接を頻目に行つた。</p>	<p>・対象者の方との信頼関係が深まった。 ・自分の援助をふり返り、主治医や他職種と連携と連携を密にできた。 ・これからの援助の方向性はつきりとし、対象者も支援者も同じ目標に向かい進めた。</p>
<p>PHN</p>	<p>同意書をもたうにあたり、病状の変化によって拒否されてしまったこと。 ・細かくアセスメントすることで、利用者様が疲れてしまふ為、何回かに分けて聞く必要があつたこと。</p>	<p>・定期以外の面接も数多く行い、信頼関係を作りながらすすめていくようにした。 ・肩持たれ不安もある方だったので、一定の態度で接するようにした。 ・利用者様のペースにあわせていくようにした。</p>	<p>・利用者と向かい合う時間が増え、より理解することにつながつたと思う。 ・情報をもとにサポートすることで、分りやすく整理できた。 ・提出期限などで急いでしまふこともあつたが、そのおかげで区切り(だらだらと継続しない振り返りの機会)になつた。</p>
<p>15 psw</p>	<p>導入時に「ケアマネジメント」の説明をうまくすること ・スタッフのアセスメントと本人の求めるニーズとのギャップ 契約の同意を取るのが難しかった。どんなメリットがあるか、どんな流れで進めていくのか言葉で説明するのが難しかったため、ケアマネジメントの資料を探し、わかりやすいものを利用した。シートを作成するための面談にかなりの時間を要したので、時間を作るのが大変だった。また、ラポールとれていない患者さんであつたので、できるだけ多くの情報に聞くのは負担が多いのではないかと心配もある。</p>	<p>・なによりも本人の希望や目標を大切にすること ・関係性を深めること</p>	<p>・以前より本人との関わりが増え、関係性が深められたこと ・具体的なプランを元に支援すること</p>
<p>CP</p>	<p>定期的なケア会議の日程調整は、多職種や大勢のスタッフが参加すればする程、日程を決定する事が困難。 ・プランまでのシート作成は、必要な情報を集める事は必要だが、プラン作成よりも時間もかかつてしまふ。</p>	<p>・関係性会議の有用性。(ノミニケーションも含めて) ・困難ケースに関わる上での構造化の大切さ。 ・あらかじめ訪問の大事さ。 ・等の気づかされたこと。</p>	<p>・関係性会議の有用性。(ノミニケーションも含めて) ・困難ケースに関わる上での構造化の大切さ。 ・あらかじめ訪問の大事さ。 ・等の気づかされたこと。</p>
<p>38 psw</p>	<p>プランを導いた事で、本人の自己決定をよりスムーズに支援できるよ うになり、本人も見える形で、目標を達成する事で、自信となり、次の二一 二への意欲も徐々に出てくるようになってきた。これまでに、家族と話す ことで、家族も中に入れてのプランを</p>	<p>・プランを導いた事で、本人の自己決定をよりスムーズに支援できるよ うになり、本人も見える形で、目標を達成する事で、自信となり、次の二一 二への意欲も徐々に出てくるようになってきた。これまでに、家族と話す ことで、家族も中に入れてのプランを</p>	<p>・プランを導いた事で、本人の自己決定をよりスムーズに支援できるよ うになり、本人も見える形で、目標を達成する事で、自信となり、次の二一 二への意欲も徐々に出てくるようになってきた。これまでに、家族と話す ことで、家族も中に入れてのプランを</p>

psw	・時間不足 ・ケースと話す時間、期間が決められていたのでゆっくりと時間をかけることができなかつた	・ケース自身の重い ・ケースのペースに合わせた支援	・ケアマネジメントすることによってより深くケースを知ることができた。 ・連帯の大事さを改めて感じた。
4 psw	一定の期間で成果を考えると中々うまくゆかないところもあり、難しかつた。当たり前のことだが、同意を得てから始めるということも不慣れなためか少し戸惑いはあった。	今まで以上に、本人の意志や意見を確認しながら計画をたてること(こちららのペースではなく相手のリズムに合わせる)	関係や支援内容をまとめた紙にきっちり記入していくことで今まで見えていなかった部分に気付くことができた。表や図を使うことでご本人にもわかりやすいということ
Ns	勤務内にケアマネジメントすることがとても大変で、時間外になった。・利用者さんからの情報収集・ニーズが出にくい・入力する上で文字数が限られて入力しにくかつた・印刷で入力文字がでない	利用者さんの特に困っている問題、家族との関わり	・一人で抱えこむのでは無く、いろいろな人達がそれぞれ大きな目標にむかい自分の役割を一つ一つ行うことが大切。一人でも何もかもできなやよとすすめる事は決して良い事ではない。利用者さんが、病前どのような人であったか、元気であればどんな生活を送ろうとしていたのかにふれられた。
34 Ns	ケアマネジメントシートの入力(入力しても文字数が多いと印字でぎざぎざの挿入ができなかつた)・利用者さんのニーズを引き出す・勤務時間内にケアマネジメントする時間がとれなかつたこと	・利用者さんのニーズ(夢を語ってもらおうことも含めて)・かかえこまず、資源を使うこと、その為の働きかけ	ケアにあたり、深くまで聞き取りをすることで、成育歴など、家族背景まで見ることで、良かったと思う。
psw	・面談等について、やす時間確保 ・対象者の選定 ・同意を取る	・利用者の意向 ・押しつけにならないように・・・	
22 psw	・マンパワー不足(複雑なケースでケアマネを導入したら良いと思うケースがあつても時間的に他の業務の都合上難しい)・契約ということに慣れない・元々信頼関係がある対象者であれば良いが、全く新規ケースの場合、導入までに時間がかかる。また、タイミングをどうするか悩む。シートがあることでわかり易いが、作るのに慣れていないので大変。・ケアマネの経験不足	本人の思い、希望、ストレッチャー・チームで関わり客観的に支援していけるようにした	・シートを使って情報の整理が出来た。今まで知らなかつた情報が得られ、支援計画を一緒に考えていく大切さ、本人と向き合う時間・PSWとして少し成長できた。シートを利用することで情報の共有や他のスタッフと話し合いの時間が増えた。
45 psw	使い慣れたツールではまだないので、記入をするエネルギーが必要で、日々の記録も手書きで行うアナログ方式でやっていたので慣れるにはもう少し使いついでいかなければと思つています。記入することになると、かえって時間がかかつてしまつたので、1回で完璧なものを作ろうとせずに段々と書き換えたり、書き足す感覚の方が気楽にとりくめました。	自分のわかつていることや、思つていることを、簡潔かつ具体的に相手に伝わりやすい表現方法で記入すること。 記入者以外の人が見てわかるように記入すること。	これまでは自分でもフェーズシートや記録用紙を作成し、使用してましたが、ついつい書き過ぎたため記入しすぎてしまうことも多く、とりあえず自分がわかれば大丈夫という感覚で記入してしまつたことが多々ありました。しかし、今回のプロジェクトに参加して、記録を自分以外の人が分る様に書くものだと自分自身すれども覚えていたことに気がつきました。(備忘録的に自分自身すれども覚えていました)
23 psw	・はじめに終結をあまり意識せずにはじめたのでどういう風になつたら、終結になるのかで困つた。・ケア会議がまだ関係者全員では行えない、日程調整等の問題大。	・利用者主体であること。利用者が納得したうえで、自己決定していくこと。色々とこちら側から提案したくなく、利用者が決めることが大切なので利用者が決めた目標や課題はそのまま書き込んでいった。ただ利用者と一緒に考えてきたり、話し合いはするものでこちらからの情報で利用者がいいなと思えるものがあれば取り入れてもらった。・無理に色々と話を聞かなくつた。あらかじめ話し合えばよかった。・無理に話さなくていいですと伝えておいた。	4年弱関わつたてきた方のケースだがこんなにじっくり色々な話をしたことになつた。はじめに知るべきな事がありカリキュラには載つていない情報を色々聞くことが出来た。利用者に対する理解がより一層深まつたこと、目標や課題を一緒に考えることで同じ意識で強く持つて、しっかりと方向性ができた。利用者への理解が深まつたことこちらからは支援がしやすかつたし、利用者も取り組みやすかつたと思つた。だんだんと利用者の積極性が出てきたのも感じた。ケアマネジメントを行うことによりケアや外来相談などでの患者さんに対する自分の援助の視点が変つた。より丁寧になつたと感じる。
32 psw	・パソコンでの入力方法(フェイスシートやチェックシートに多少の変化があつた場合に全て入力方法を新たに作成しなければならぬ点、ジェノグラム等)。・来院回数が少ないため、定期的な面接が出来ず、また本人の調子が不安定なこともあり、無理にシートを作成する必要は(今日)はないとわかつたのですが、振り返りをしなくてはという葛藤がありました。	本人のペースに合わせること、その為本人のことをよく知る。大きく過ぎず、かといって抽象的に過ぎない目標で具体的に取組めるところなどを目標にして事を大切にしたいと思つています。	目標やサービス利用プランを本人と確認することで客観的に現在の状況を見れたこと。また、見直しや振り返りを行うことで、同じく客観性と、今後の方向性について話し合うことで信頼関係が築いていけたのではないかと感じています。ケア会議を行つた事で色々な視点から意見をもらえ、参考になりました。
psw	プロジェクトを説明し、協力を依頼するが、今までの面接と大きく変わりは無いが、同意をとる、シートに記載していくという作業に当事者の不安が大きくなり初めは揺れが大きかつた。	あくまでも本人のペースを崩さないこと。プロジェクトにほんろうされないようにした。	慣れて来ると、当事者と共通の目標設定をシートを通して確認でき、共通の方向性に向かえた。
35 psw	ケア会議を開くまでの各機関との関係調整	利用者(メンバー)自身のニーズを共有すること。また、援助者の価値観の押し付けにならないようにすること。	利用者の笑顔。自分自身のスキルアップや各関係機関とのパイプも太くなりました。

36	psw	業務の中でどこに資料作成の時間が取れない。その場その場で入力することが不可能 本人が考える具体的な目標と、現実的な目標のズレをどう理めていくかが、困難に感じました。また、たてた目標を利用者の病状の不安定さも相まって、「あれ(目標)はもういいです。治りましたから。」と言われることもあり、振り返りを促す時期の設定が困難でした。 ・ケアマネジメント部門というのが明確になっていないため、今の業務面が厳しいときがある。 ・ケアが増えるにつれ、各ケースのふりかえり時期がバラバラとなり、ご本人に迷惑をかけてしまった。(運営側の問題もありますが...) ・ケアマネが制度等の枠にはまると更なる支援の幅が期待されると思う。 ・同意はとれるが、本人がなかなか治療にのれない。主体性、積極性をもつこと自体に本人にむずかしさがあるケース(アディクション)は計画や相談しても本人がなかなかのれなくむずかしい。	本人との共働作業、意識確認、自己決定 利用者から話を聞くのを、じっくり時間をかけて丁寧に聞くように心掛けました。利用者本人の言葉を大切にしました。 ・たとえ実現に時間がかかっても、本人の目標を一番に考えていった。 ・できる部分を大切にしながら関わった。(できる部分を阻害しないよう配慮したい) ・むずかしいケースこそ、目標を小さく設定し、本人の達成感を高め、やる気を高める ・治療の場、効果的に？や希望をとりにいれることができ、支援者もリハビリを意識することがよくなりました。	関係者会議において、ケースについての共通理解としてマネジメントシートを利用でき、話し合いが効率的に行われた 利用者これまでの細かい病歴を聞く中で、以前に頑張っていたり、毎日を楽しんでいたりとされていたことを改めて知ること、今の姿では想像していたかを見落とさないよう気をつけるようになりました。 ・ケア会議を開き、各関係者から得られない情報を得られた。 ・目標設定をすることによって、本人のニーズをひろいやすくなり、支援が手厚くできた。 ・クライアントな部分への対応が日々可能となった。 ・対象者との関係性が強くなり、かつ、ニーズのひろいあいがスムーズとなった。 ・顔つき合わせて話すことで、支援者同士の連携がよりスムーズになった。
17	psw	通常業務に加えて取り組みなければならなかったこと。 Drもチームの一員ではあるが、実際に取り組んでいるのはPSW一人で負担に感じた。	患者さんの気持ちに沿って、支援をすること。 関係機関が顔を合わせる機会をできるだけ多く持ち、しっかり連携できる関係づくりに努めた。	個別にしっかりと計画を立てることが、患者さんにとっても、支援者にとっても良い影響を与えることを実感した。 抱いている目標や希望を見ることができ、実現するためにケアマネジメントがあるのではないかと思う。
21	psw	聞き取りの内容をシートに打ち込む作業に手間取った(時間がかかった)。詳細について、満足度など点検で悩むことがあった(正しく数値化できているか)。患者様に対してケアマネジメントの理解やケース会議の持ち方について導入がわかりやすく(不安にならず)出来るようにしたい。 ・ケアマネジメントの導入時期にあてはまらないうちでプロジェクトの為にシートに落ちたので、その後の展開が出来なかった。院内の取り組みとケアマネの連動、本人の希望によるプランも少しづつとやられていく雰囲気になり、本人の動機づけがなくなってしまうこと、判断基準が本人、ケアマネの感覚で決定されるので、他との比較が難しい。	ニーズの把握と、目標を誰がみてもわかりやすく提示できること。資源を広げ、支援者それぞれ役割を共有できること	これまでの目標の引き出しや取り組みをスタッフがひびびび感じていた感じがあったが、ケアマネジメントとして行うことで患者様の主体性が上がるのではないかと感じた
30	psw	今回の同意を比較的にスムーズに得られたが、ケアマネジメントの説明自体が難しく、今後ケアマネジメントを行なう際、契約といった形にもっていくのが困難であると感じた。また、チェックシートを作成する際に細かな部分のプライベートな情報をいかに自然に聞きだせるかが難しく、スキルが必要であると感じた。	本人の自己決定と動機付け	アセスメント技術の未熟さや情報収集の不十分さを認識することができた。
33	psw	同意の問題と作成における時間(業務時間内)にこなせるか！というところ、様々な機関が関係する場合共通理解をどこまで深められるか！という組み合わせ！という技術の問題	今回、提出期限が設けられていたこともあった、シートを埋めることや結果を出すことに執着してしまいがちであったので、その辺りを意識しながら利用者のペースを尊重して関わること大切にした。また、目標やプランを立てていく際には、利用者による過度な負担がかからないよう言葉かけなどに気をつけていった。 ご本人の怒り、話してみないと時間を設定し、固まってしまうことからはなれないことも沢山あった。そのズレを感じられたことは良かった。ケアマネジメントシートをみて、会ったことがない人も、想像が出来るように作成した。	シートを記入していくことにより、どの情報が必要なのか、そのようにまとめた他の方が見てもわかりやすいか等を改めて学べた。また、利用者とのシートを共有することによって双方がお互いに目標や課題を意識でき取り組むことができた。
10	psw	同意の問題と作成における時間(業務時間内)にこなせるか！というところ、様々な機関が関係する場合共通理解をどこまで深められるか！という組み合わせ！という技術の問題	・利用者の意志を引き出すようにした。・家族の意見も聞くようにした。・他機関に繋げるようにした。・支援について本人の感じていることをまめに聞くようにした。・チームに報告をするようにした。	振り返りができたこと。今回は治療が数年(7年程)になる方のシートを作成したので、ご本人と成長歴を振り返り、治療者としては、今までの関わりを見直すことができたこと。
29	psw	同意書を取ること。ケアマネジメントの主旨をわかってもらうこと。膨大な情報をシートにまとめること。他の業務との兼ね合い。他職種にケアマネジメントを理解してもらうこと。マネジャーが直接支援をすることが多かった。支援の方向性を確かめるとき第3者の目が欲しかった。家庭訪問をするときにクリニック所有の車がないので、自分の車で行ったこと。	・利用者の意志を引き出すようにした。・家族の意見も聞くようにした。・他機関に繋げるようにした。・支援について本人の感じていることをまめに聞くようにした。・チームに報告をするようにした。	・支援するスキル(介入の度合い、エンパワメントの引き出し方、家族との関わり、他機関との連携...)がアップした。・他機関とのつながりが深まった。・支援についての振り返りをするようになった。・チーム内の意見が活発に出るようになった。・本人が支援を始めてから少しいい方向になったといってきた。・誰も介入しないと支援が遅れるケースだったと思うので、良いタイミングでケアマネジメントのサポートを支援することが出来た。
18	psw	ケア会議議題にあたり、出席者の選定には頭を悩ませた。拡大するときりが無くなるため、現時点での目標達成に関与のある人に限って声をかけた。書面作成用のソフトの操作に慣れておらず、何度か書き直しをしなければならなかった。	ケア会議で話し合う内容については、細部まで決めすぎず、確定するまでのプロセスに本人が参加できている感覚を持てるようにした。新規に担当する患者であったため、プラン作成と聞き取りの過程そのものを関係づくりに活かすよう心がけた。	フェイスシートは、患者の状況を全般的に把握するために今までは有用なツールであると感じられた。本人の希望を聞きとることは通常業務の中でも行っているが、明文化して相互に共有できるため、協力し合う者としての連帯感を得やすい形であると感じた。

psw	<p>何よりも時間の確保、調整が困難だった。(話しあい、記録含め。しかし、これは償いにより解消可能なこともあると思う)。当院ではPSWがマネージャーと担当。ケア会議の際、Dr. マネージャー共に参加できれば良いのですが、時間調整が困難。「医療現場にいるマネージャー」というのが、日精神版モデルの特徴であり、いかにせよ部分なので、そこは院内でのスタッフミーティングし、ケア会議開催をもっとスムーズに行えれば良いと感じて、ニーズが相乗的になりがち(安定した生活「など」)うまく具体的目標におきかえられずにいることが多かった。やはり、終結(関わりの終結ではなく「今回のケアマネジメント」の終結)があいまいになってしまった。次の課題にだれにもなれなくなってしまう。</p>	<p>相談者ご本人、及びご家族が安心感をもてること・相談者ご本人、ご家族、関係者が孤立しないこと</p>	<p>ご本人(家族)、関係者、皆が「顔をあわせること」—それだけで安心感につなげることを再確認しました。</p>
-----	--	--	--

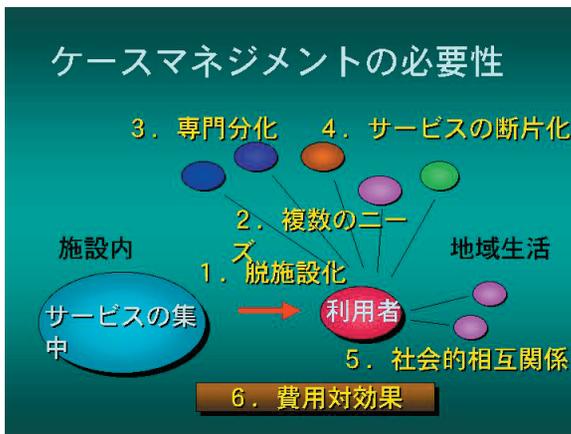
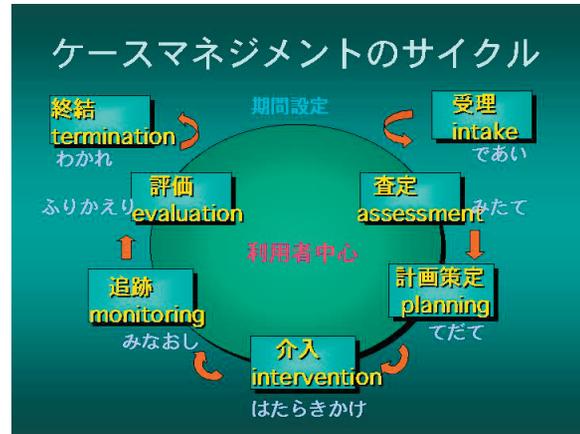
ケースマネジメント講義

家を建てるときは
建築会社の
営業マンが
ケースマネジャー

CMIは、
旅行代理店か
旅行ガイドか？



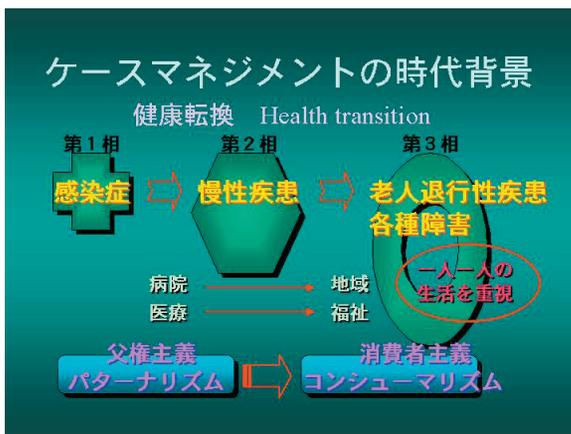
日本福祉大学 野中猛
(2009年版)

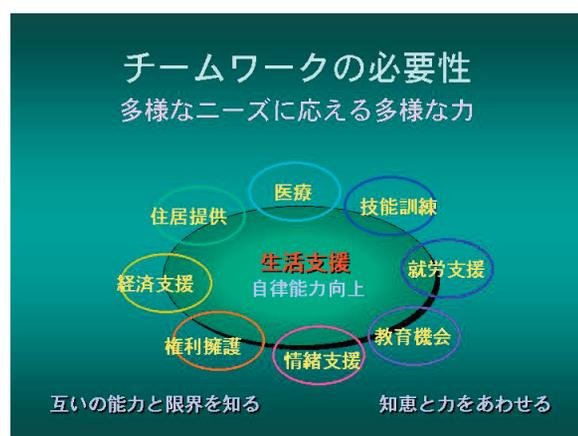
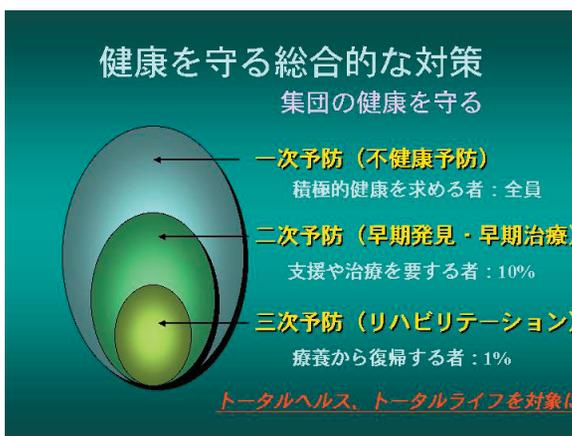
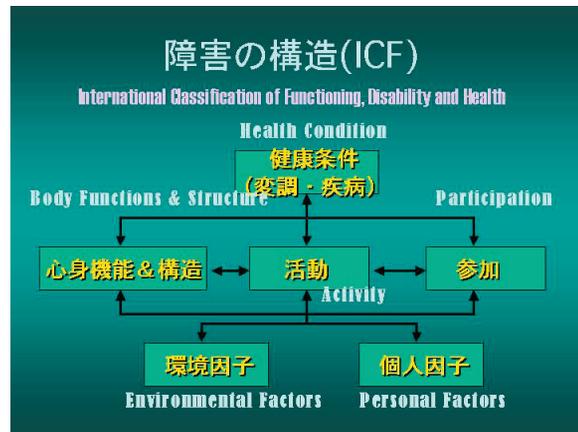
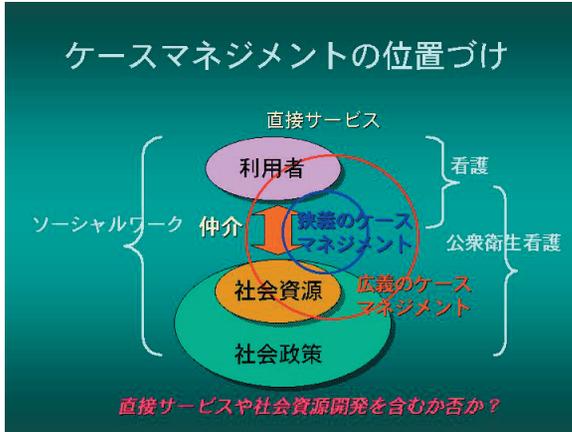


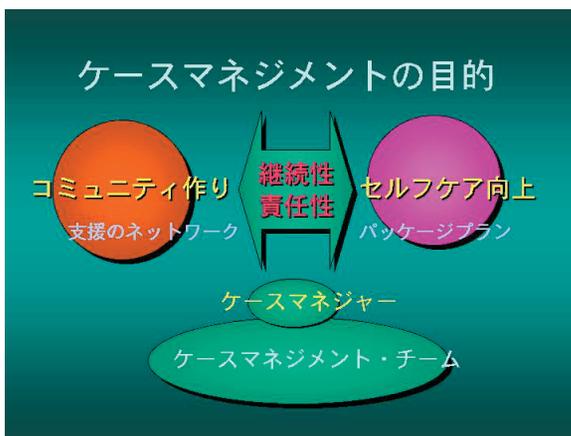
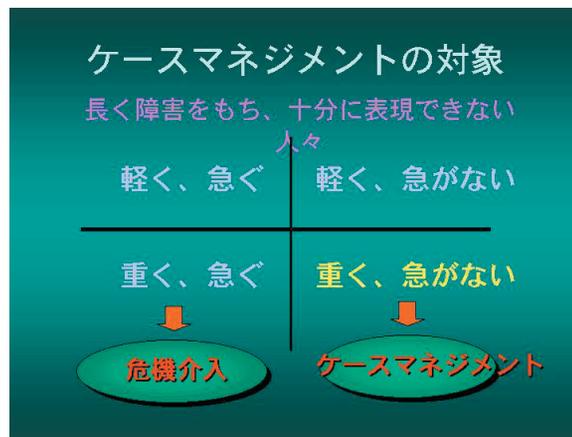
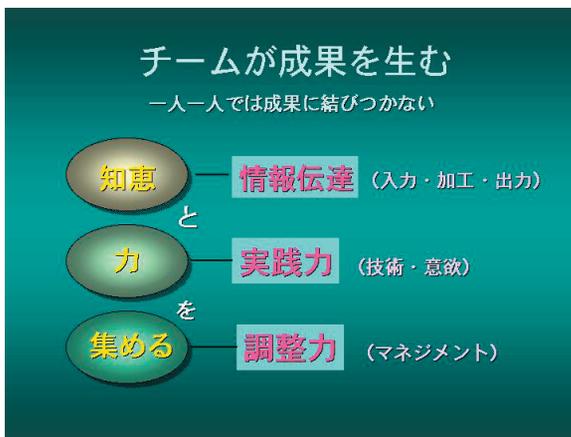
ケースマネジメントの定義

多様なニーズをもった人々が、
自分の機能を最大限に発揮して、
健康に過ごすことを目的として、
公式非公式の支援ネットワークを
組織し調整し維持することを、
計画的に実施する人やチーム。

Moxley, D.P., 1989







アセスメント表の原型

利用者名 _____ 記載日 _____

	ニーズ	能力	家族	非公式	専門家	その他
健康						
住居						
ADL						
経済						
職業						
対人						

アセスメントの要約 _____ CM名 _____

