

令和7年度 藤沢市ケアプラン点検事業

実績報告書

目的

介護支援専門員等が作成した居宅サービス計画書、施設サービス計画書等（以下「ケアプラン」という。）が、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた自立支援に資する適切なものとなっているかを点検し、必要な指導・助言を行うことで、ケアマネジメントの質の向上、給付の適正化を図り、市民に対して質の高いサービスを提供することを目的とする。

1. 目標

- (1) 介護支援専門員等が、専門家としての判断根拠を明確にしたアセスメントを行い自立に資するケアプラン立案及びケアマネジメントを実践する。
- (2) 多職種連携の基礎となる説明力（自身の判断や根拠を明確に伝える力）について強化し、日常の支援及び地域ケア会議等で理路整然と説明をすることができる。
- (3) 介護支援専門員等が、常に利用者の能力を活かす、取り戻す、維持するという視点に立って利用者の暮らしをサポートすることができる。
- (4) 公正中立を旨とし、利用者の自己選択を尊重した「選択サポート」が適切にできる。
- (5) 地域包括ケアシステムの目標を理解し、住み慣れた地域や自宅で介護が必要になった場合においても適切かつ様々なサービスやサポートをもって、利用者の希望の実現に努めることができる。
- (6) 利用者の自己選択の観点から、利用者が複数のサービス及び事業所から選択ができることを踏まえた自己選択の支援が適切に行うことができる。
- (7) 給付の適正化の観点から、適切かつ妥当なサービス及び頻度及び内容等を踏まえたケアマネジメントを行うことができる。

2. 実施方法

厚生労働省の「ケアプラン点検支援マニュアル」や市作成のチェックリスト（令和7年度藤沢市ケアプラン点検表）等の共通の指針を使用する。

(1) 対象者

- ① 藤沢市内に住所を有する居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（以下、「居宅介護支援事業所等」という。）に所属する介護支援専門員

- ② 藤沢市内に住所を有する特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護（以下、「介護保険施設等」という。）に所属する介護支援専門員等
- ③ 藤沢市内に住所を有する介護予防支援事業所に所属するプランナー等

(2) 点検対象者及び点検（確認）従事者

対象	条件	点検従事者
居宅介護支援事業所等 (43事業所)	・ 国保連データを活用し市が抽出	・ 委託業者 ・ 介護保険課担当職員
介護保険施設等 (10事業所)		

(3) ケアプラン点検期間等

対象	点検期間
居宅介護支援事業所等 (43事業所)	・ 令和7年5月から令和8年1月
介護保険施設等 (10事業所)	・ 令和7年9月から11月

(4) 点検従事者による面談及び書類点検

【面接】〔各90分程度〕

- ① 全8人（居宅介護支援事業所等に所属する介護支援専門員7人、介護保険施設等に所属する介護支援専門員1人）
- ② 対象ケースは、居宅介護支援事業所等8事例、介護保険施設等1事例
- ③ 点検は、ケース紹介と抽出した課題、課題と判断した根拠について説明（10分）、委託業者が事前にケアプラン点検を行った事項の質疑等（80分程度）

【書類】

- ① 全45人（居宅介護支援事業所等に所属する介護支援専門員36人、介護保険施設等に所属する介護支援専門員(計画作成者)9人)の事前提出書類の点検を実施。

(5) 面談・書類点検後のケアプランの再提出

- ① 面談・書類点検後の結果を点検後10日前後に事業所管理者に郵送。
- ② 点検対象者は、面談・書類点検結果を受けて、ケアプランを再検討の上、再提出をした。(提出書類：ケアプラン・自己チェック表・ケアプラン作成のポイント・アンケート)

3. 点検結果

1) 点検対象者について

点検対象者 53 人うち 18 人が主任介護支援専門員であり、点検対象者の経験年数及びケアプラン担当件数は次のとおりであった。

(1) 経験年数

経験年数	人数
～3年未満	4
3年以上5年未満	3
5年以上10年未満	17
10年以上15年未満	14
15年以上	15
合計	53

(2) 事業所種別とケアプラン担当件数

	居宅	施設
10件未満	0	0
10件以上30件未満	15	1
30件以上60件未満	27	5
60件以上	1	4

2) 対象者への結果通知

対象者への結果通知は、情報収集、分析、ケアプラン作成、サービス担当者会議、モニタリング・マネジメントの項目に分けてコメントした。一人当たりのコメント数（全体）の平均は 17.8 個であった。

項目ごとのコメント数の分布と平均、コメントの主な内容は下記のとおりであった。

(1) コメント数

結果通知にて、一人平均 17.8 個のコメントを行った。情報収集については、ニーズを抽出し根拠となる情報が不足していたことについてコメントを行った。ケアプラン作成については、7 個以上と他の項目よりコメント数が多くなっている。これについては、利用者にとってわかりやすい、より具体的な表記を目指すためのコメントであった。

(件)

	情報収集	分析	ケアプラン作成	サービス担当者 会議	モニタリング・ マネジメント
0～3個	23	53	1	47	53
4～6個	30	0	7	6	0
7個以上	0	0	45	0	0
平均	3.6	1.1	9.6	2.2	1.3

(2) コメントの主な内容

情報収集

- ・課題分析において、厚生労働省が目安として定める課題分析標準項目23項目（介護保険最新情報Vol.1178 令和5年10月16日）が網羅されているかについて、改めて課題分析表の項目を確認してください。
- ・課題分析において、疾患等を考慮し、身長・体重・BMIについて把握してください。また、体重の推移について継続的に把握してください。
- ・課題分析において、ニーズ（例：転倒予防）として抽出した根拠（例：支援の詳細や住環境等）となる状況の詳細把握（記録）を行ってください。
- ・課題分析において、疾患（例：糖尿病、変形性膝関節症等）に対する詳細状況が記録からは読み取れませんでしたので、疾患に対する医師の所見やアドバイス、また、制限及び日常生活への影響等について記録してください。
- ・情報収集において、入所前の生活状況（例：自宅での活動内容や生活状況、介護保険利用サービス等）について把握し記載してください。

分析

- ・課題分析において、居宅療養管理指導が必要なニーズが読み取れませんでした。なぜ、居宅療養管理指導が必要であるかも含め、ニーズに対する原因分析を深めてください。
- ・課題分析において、サービス利用時の加算（例：口腔機能向上加算）が必要なニーズが読み取れませんでした。なぜ、加算が必要であるかも含め、ニーズに対する原因分析を深めてください。
- ・課題分析において、疾患に起因している日常生活への影響等についての分析を深めてください。

ケアプラン作成

- ・計画書において、専門用語（例：バイタルチェック等）や略語（例：レク等）は、利用者・家族などがわかりやすい表現で記載してください。
- ・計画書において居宅療養管理指導に繋がるニーズやサービス内容の記載がありませんでした。必要なサービスであれば、ニーズ（解決すべき課題）等に位置付けてください。
- ・第2表のニーズ欄において、サービス利用時の加算（口腔機能向上加算）に繋がるニーズの記載がありませんでした。利用者にとって必要であるならば、ニーズ（解決すべき課題）を位置付けてください。
- ・第2表のサービス内容（例：入浴介助）については、具体的に記載してください。（入浴介助加算Ⅰは、利用者の自立支援や日常生活動作能力の向上のために、極力自身の力で入浴できるよう必要に応じて支援するものとされていますので、支援状況等を具体的に記載してください。）
- ・第2表のサービス内容欄等のセルフケアについて、部分的に記載されていますが、

短期目標達成のために、利用者がしていること・できていることをセルフケアとして位置づけてください。(例：手渡された薬を飲む等)

- ＊利用者により具体的でわかりやすい計画書を作成するために、「藤沢市推奨 ケアプランの基本的な考え方と書き方」を参照するようにコメントした項目
- ・第1表 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果
- ・第1表 総合的な援助方針
- ・第2表 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）
- ・第2表 目標
- ・第2表 頻度
- ・第3表 主な日常生活上の活動
- ・第3表 週単位以外のサービス

サービス担当者会議

- ・サービス担当者会議については、居宅療養管理指導担当者への出席依頼を行い、欠席の場合には、欠席理由及び原案に対する意見を聴取し、聴取した意見をサービス担当者会議の要点に記載してください。
- ・サービス担当者会議の要点において、福祉用具の必要性について議論された結果を記載してください。(例：足元にふらつきがあり転倒の不安があります。手すりの利用により、起居動作が行えている。引き続き利用を継続していく必要あり等)
- ・サービス担当者会議の要点については、居宅（施設）サービス計画書原案に対しての専門的見地からの意見を記載してください。

モニタリング・マネジメント

- ・モニタリングにおいては、短期目標毎にサービスの実施状況、目標の達成状況、計画の妥当性について評価を行う必要があります。加えて新たな生活課題の有無について評価を行い、モニタリング記録表等に記載してください。
- ・モニタリングにおいて、実施場所の記載がありませんでしたので、「自宅（自室）」で実施したことが分かるよう支援経過記録等に記載してください。
- ・個別サービス計画書(福祉用具貸与)が確認できませんでしたので、交付を受け、居宅サービス計画書との連動性と整合性を確認してください。

4. 自己点検結果

点検の前後には、22項目について、「4できている、3どちらかというとできている、2できているとは言えない、1できていない」の4段階で自己点検を実施した。項目ごとの分布と平均得点および、平均得点の前後の差異については下表のとおりであった。

			1	2	3	4	平均 得点	点 検 前 後 の 差 異 の 平 均	
			(人) できない	(人) は言えない と	(人) どちらか という と	(人) できている			
ア セ ス メ ン ト	1	標準項目23項目が網羅されているか。(様式の項目として)	点検前	1	6	23	22	3.66	-0.40
		点検後	1	7	22	23	3.26		
	2	利用者の課題分析を行うために必要な情報(身体・心理状態など課題分析標準23項目)を収集(把握)している。	点検前	1	4	34	14	3.15	-0.02
		点検後	1	9	25	18	3.13		
	3	利用者の生活環境(住環境、家族等との関係性や社会との関わり等)についての情報収集がされ、必要な状況把握をしている。	点検前	1	5	30	17	3.19	0.09
		点検後	0	5	28	20	3.28		
	4	利用者の疾患等(疾患・障がい・後遺症・服薬状況等)についての情報収集がされ、必要な状況把握をしている。また、必要な場合には、医師や医療機関から情報収集や相談、専門家の見解等の相談及びアドバイス等を受けている。	点検前	2	12	24	14	2.96	0.06
		点検後	3	8	26	15	3.02		
分 析	5	利用者ニーズ(生活上の課題)と抽出した根拠となる情報収集・状況把握が課題分析表から読み取れる。	点検前	2	14	30	7	2.79	0.09
		点検後	3	15	20	15	2.89		
	6	居宅サービスにおける加算(例:入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算等)の必要性について課題分析表から読み取れる。	点検前	10	9	23	6	2.52	0.04
		点検後	10	12	15	11	2.56		
	7	居宅療養管理指導の必要性について課題分析表から読み取れる。	点検前	5	17	18	7	2.57	0.09
		点検後	5	17	14	11	2.66		
ケ ア プ ラ ン 作 成	8	サービス開始日より前に、計画の説明・同意・交付が行われている。	点検前	3	5	17	28	3.32	0.09
		点検後	3	3	16	31	3.42		
	9	利用者や家族等にとって分かりやすい表現で記載されている(誤字脱字・専門用語等の使用)	点検前	2	6	32	13	3.06	0.21
		点検後	0	8	24	20	3.26		
	10	第1表の利用者及び家族の意向において、利用者や家族が望む暮らし等について具体的に把握(記載)されている。	点検前	2	11	29	11	2.92	0.17
		点検後	0	10	27	15	3.10		
	11	第1表の総合的な援助の方針は、支援チームの方針が具体的に記載されている。	点検前	3	14	28	8	2.77	0.21
		点検後	4	8	26	15	2.98		
	12	第2表の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)は、課題等(自立を阻害する要因)が明確に記載されている。	点検前	5	11	27	10	2.79	0.15
		点検後	3	11	25	14	2.94		
13	第2表の目標は、本人がイメージできる具体的な目標となっている。	点検前	5	15	24	9	2.70	0.26	
	点検後	3	8	30	12	2.96			
14	第2表のサービス内容は、短期目標を実現するための内容となっている。	点検前	4	7	34	8	2.87	0.25	
	点検後	1	8	28	16	3.11			

ケアプラン作成	15	第2表のサービス内容に、利用者自身のセルフケア、家族を含むインフォーマルな支援が必要に応じて記載されている。	点検前	8	11	20	14	2.75	0.32
			点検後	1	8	30	14	3.08	
	16	第3表の週間サービス計画や主な日常生活上の活動欄で、利用者の生活リズムが具体的に把握（記載）されている。	点検前	6	10	25	12	2.81	0.26
			点検後	4	4	29	16	3.08	
	17	第3表の週単位以外のサービス欄は、介護保険サービス・医療サービス等の公的サービスやインフォーマルサポートが記載されている	点検前	6	9	27	11	2.81	0.23
			点検後	6	5	23	19	3.04	
モニタリング等	18	サービス担当者会議は、原案を協議するための開催となっているか	点検前	2	10	27	14	3.00	0.15
			点検後	1	8	26	18	3.15	
	19	サービス担当者会議において、ケアプランの内容に対する専門的見地（必要に応じて主治医含む）からの意見を聴取し、サービス担当者会議の要点に記載されている。	点検前	4	14	24	11	2.79	0.04
			点検後	2	18	20	13	2.83	
	20	モニタリングにおいて、ケアプランに計画されている支援の実施状況・目標毎の達成状況・プランの妥当性について把握・判断し、必要に応じて対策が講じられている。	点検前	2	17	23	11	2.81	0.32
			点検後	0	7	32	14	3.13	
マネジメント	21	居宅サービス計画書と個別サービス計画書との整合性と連動性を確認し、必要に応じて、計画内容等についてサービス事業所と相談をしている。（施設の場合は、施設サービス計画書と栄養計画・機能訓練計画等）	点検前	2	14	27	9	2.83	0.06
			点検後	3	13	23	13	2.88	
	22	利用者の生活リズムを考慮したサービス提供となっているか。（選択しているサービスの種類・頻度）	点検前	3	7	33	10	2.94	0.25
			点検後	1	2	36	14	3.19	

- ・平均点については、22項目中2項目において面談前の平均点を下回っていた。これは、点検を受けたことにより不十分であったと気づきを得たことで評価を下げたものと思われる。21項目においては、「4：できている」の評価が増えていた。
- ・アセスメントについては、点検を受けたことにより、使用している課題分析表は、国が示している課題分析標準23項目が不足している。また、未把握の情報があると気づき点検後の評価を下げた。
- ・分析については、アセスメントの領域において詳細な把握・記録を行うようコメントしたことにより、点検後に改善が見られた。
- ・ケアプランについては、「藤沢市推奨 ケアプランの基本的な考え方と書き方」を基に、記載すべき内容やポイント等についてコメントを行ったことにより、全ての項目で改善がみられていた。特にセルフケアの位置づけの項目で、大きな改善がみられていた。
- ・サービス担当者会議については、サービス担当者会議の目的やサービス担当者会議の要点に記録として残すべき内容についてコメントしたことにより、点検後の自己評価に改善がみられた。
- ・モニタリングについては、モニタリング時に評価出来ていない項目についてコメントしたことにより、点検後の自己評価に改善がみられた。
- ・マネジメントについては、点検を受けたことにより、自身のマネジメントが適正であることが確認でき、点検後の自己評価に改善がみられた。

5. 総括

令和7年度藤沢市ケアプラン点検の結果、給付の適正化の観点では、サービス利用については概ね適正かつ妥当であったが、課題分析標準23項目が網羅されていない課題分析表を使用しているケースが22件、ケアプラン作成の際に課題分析を行っていないケースが3件、要介護認定期間内に、新たな介護度が確定されなかったが暫定のケアプランを作成していないケースが1件、居宅療養管理指導をケアプランに位置付けていないケースが16件、ケアプランの原案に基づいたサービス担当者会議の開催を行っていないケースが1件、居宅介護支援事業所等において、モニタリングを毎月実施していないケースが1件あった。また、運営基準を遵守していることがわかる記録（例：モニタリングを自宅（自室）で実施した記録等）が不十分なケースやサービス利用時の加算・居宅療養管理指導に繋がるニーズの位置づけがないケースも散見された。これらの内容については、運営基準にも抵触する内容であることを踏まえ、改めて、適正かつ妥当な支援が行われていることの確認が必要である。

ケアマネジメントの点からは、特にニーズに繋がるような状況に対してのアセスメントの強化、また、疾患については、令和6年度に引き続き、詳細な把握（記録）と分析の強化が必要である。

ニーズの抽出についても、令和6年度に引き続き、サービス事業所が算定する加算や居宅療養管理指導の必要性が不明瞭なケースが散見された。今後は、課題分析を強化し、その上で、課題の解決策として加算や居宅療養管理指導等の必要性を明確にしていく必要がある。

ケアプランについては、多くの介護支援専門員が「藤沢市推奨 ケアプランの基本的な考え方と書き方」を参考にケアプランを作成されていることは確認できたが、専門用語の使用や心情に配慮した表記となっていないケアプランも散見されたため、改めてケアプラン作成の基本について確認が必要である。また、総合的な援助の方針や目標など具体的な記載が必要な項目については、誰にでも当てはまる表記となっているものが多く、具体的な記載については引き続き推進が必要な結果であった。

サービス担当者会議については、サービス担当者会議開催時に、福祉用具の必要性について議論した記録が残せていない、サービス担当者会議開催の目的の一つである「プランの原案に対しての専門的見地からの意見の聴取」を行っていない、記録に残せていないケースが多くみられた。

モニタリングについては、評価すべき項目を把握していない介護支援専門員が多く、特に「新たな生活課題の有無（継続的なアセスメント）」についての評価が不十分であった。

介護支援専門員の自己チェックにおいては、点検を受けたことにより、不十分であり改善が必要との認識から点検前よりも評価を下げた項目もあったが、介護支援専門員個々の自己チェック力が向上している結果とも考えられる。

令和7年度課題（令和8年度の目標）

① サービスにおける加算及び居宅療養管理指導についての必要性等の分析を強化します。（継続）

加算（入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算等）や居宅療養管理指導の必要性について、その理由（課題分析結果及び計画への表記等）を明確にします。また、サービスにおける加算算定時、居宅療養管理指導が必要なニーズ及び具体的サービス内容をケアプランに記載します。

居宅療養管理指導については、訪問診療（医療保険）と居宅療養管理指導（介護保険）を区別し、それぞれのサービス内容について理解を深めます。

② 適正なサービス担当者会議の開催・モニタリングの実施

- ・ケアプランに位置付けたサービス事業所（居宅療養管理指導含め）へ出席を依頼します。
- ・ケアプラン原案に対しての専門的見地からの意見の聴取をします。
- ・福祉用具貸与・購入の必要性について議論を行い、議論した結果を記録に残します。
- ・モニタリングの際に評価すべき4つの項目（実践度・達成度・適正度・継続的なアセスメント）について評価を行います。

③ 疾患や服薬についての詳細把握（記録）の強化

症状・服薬内容の詳細な把握、及び疾患に対する医師の所見やアドバイス等についても把握（記録）します。また、疾患が日常生活へ及ぼす影響についての分析を強化します。

④ ケアプラン原案に対する利用者及び家族の意見を把握（記録）

サービス担当者会議等において、専門的見地からの意見を記録することと同様に、ケアプラン原案（内容や目標等）に対する利用者及び家族の意見を聴取し、その記録をします。

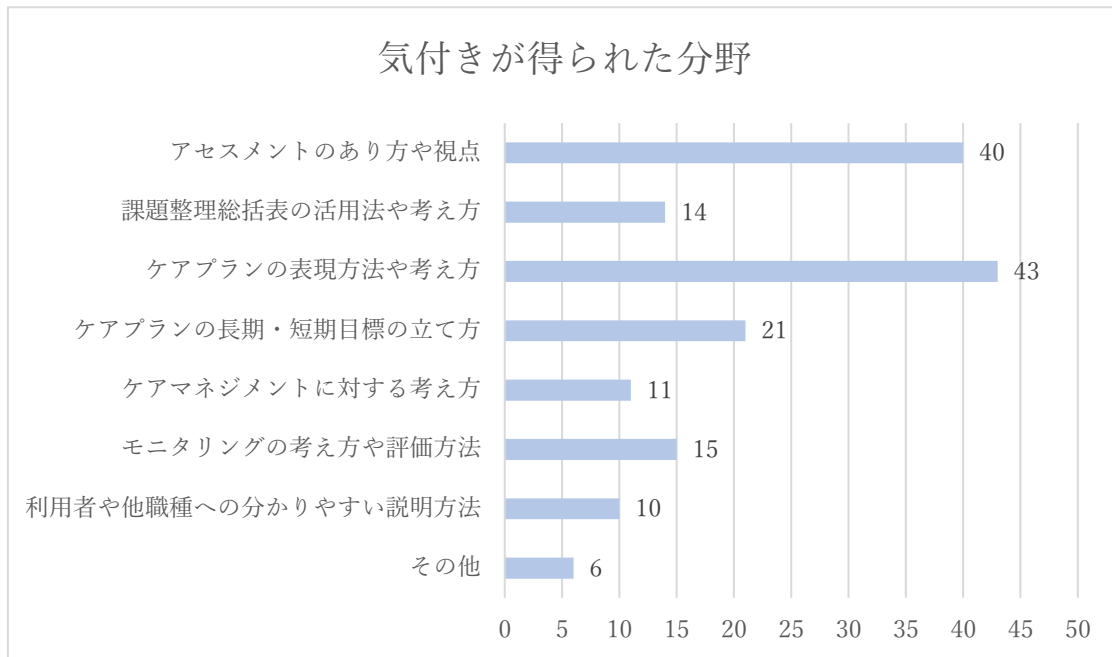
⑤ ケアプランの具体的表記の推進（継続）

ケアプランは重要な計画であり、利用者本人のものであることという認識のもと、藤沢市推奨の居宅サービス計画書の基本的な考え方と書き方を参考として、より具体的で分かりやすい表記を目指します。

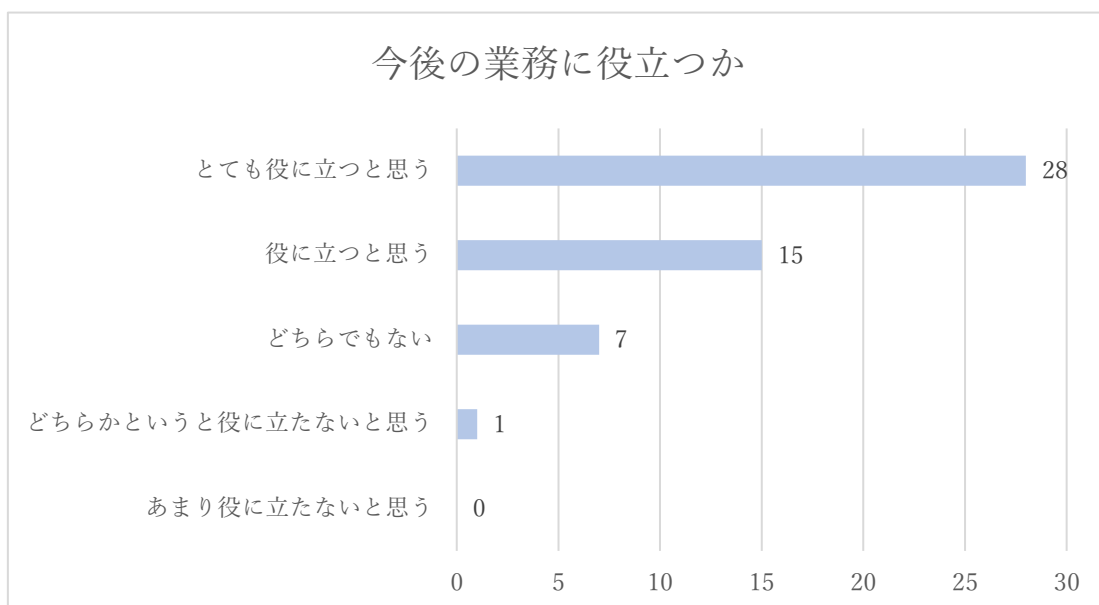
6. アンケート結果

点検後のアンケートでは、アンケート提出者53人中、53人が点検を受けたことで新たな気づきを得られたと回答した。気づきを得られた分野としては、ケアプランの表現方法や考え方（42件）に次いで、アセスメントのあり方や視点（40件）の順で多かった。

(件) 複数回答あり



その他の記述としては、「サービス（加算）に繋がるニーズの記載」「居宅療養管理指導の必要性の理解」等があった。



「ケアプラン点検についての意見や感想（一部抜粋）」

- 今回紙面での点検だったが分かりやすく記入もあり痛感している。しっかり今後の業務に反映する。何も出来ていないことが本当に情けない。
- ケアプラン作成時にもケアプランの基本的な考え方と書き方を確認しながら作成したいと思う。
- プランの振り返りや表現方法など参考にさせていただきます。出来ましたら郵送ではなくメール等のデータでのやりとりが好ましい。このアンケートもデータ入力（グーグルフォームでも）良かった。
- ケアプラン全体を見直す良い機会になった。アセスメント方法については課題を持ちつつ改善できればと思う。個別性を踏まえたプランとなるよう意識して行きたいと感じる。
- 大変難しい家族であり努力を重ねてきましたが、厳しいチェックを受けケアマネとして能力不足と言われているような気がして気力を失った。
- 自分で気付けなかった部分に気が付くことができ、アセスメントやケアプランの作成など不十分であったところを明確に認識できた。今後の業務に活かしていきたい。
- 点検で指摘を受けたことについては、指導と捉えるものと思っている。その指導について、なぜ？の理由も伺えると有難い。
- ケアプラン作成時どのような表現をするのがこの方にとって良いのかなと思いつつ頭を悩ませている。色々な方が色々な想いでサービス利用していくことに対してどのような書き方が傷つけたりしないか、やる気が満ちてくれるのかと。とても細かく書くことが必要なことは分かっているが、あえてやんわり表現することがあっても良いのかなと考えている。ただケアプラン点検ではそれではダメなプランなのだと考えさせられた。
- 今回で4回目の点検だった。ケアプラン点検事業が始まってから一度も受けたことがないというケアマネジャーもいる中で何度も点検して下さりとても嬉しいことだと思う。ただ何回点検を受けてもまだまだ足りないところが沢山あることを再確認できた。今回ご指摘あったところはケアプラン点検事業を受けないケアマネジャー達にもお伝えして、みんなでケアプランの質をあげていけたらよいと思う。
- 今回のプランは前任者から引き継いだ内容の土台をほぼ変えずに作成していた。ケアマネとしては必要ないと思う支援を代替え等の提案を受け入れられず希望のままにしてしまっていたのは説明力の不足と実感した。今回分析のコメントで「やはりそうだ」と再認識させて頂きプランの変更に進んでいく。担会要点も原点・基本に戻り記録をしていこうと思う。
- ケアプラン点検をうけて自分は出来ていると思ったことが出来ていなかったことに気が付いた。ケアプラン点検は今回2回目だった。未だ参加対象となっていないケアマネがいるので多くのケアマネが参加し勉強できるようにしてもらえればと思う。
- 総合的な援助の方針やニーズに分かりやすく共有しやすい文章を用いることが勉強になった。

- R1, R4, R7 と点検を受けているが市内全ケアマネがこのくらいの周期でうけているのか。約3年に1度で頻度が多く感じているが、個々のケアマネの頻度がどのくらいか知りたい。
- 緊張し、注意深く用意したはずの書類だったがすっかり抜けている部分（加算の必要性など）があり、恥ずかしい。訂正したものが少しでも良くなっているのではあれば嬉しい。とても勉強になった。
- なかなか他者に評価していただく機会がないのでケアプラン点検事業で毎回厳しくも細かな指摘をいただくことでアセスメントやケアプランの書き方で次に活かせる修正や気づきを得られる。
- このようなことをしてもらえるのはありがたいが、常時業務に追われており、時間が取れない現状がある。締め切りもあり、本来の業務も山積みで毎日遅くまで残る必要があるが、残業を減らすように厳しく言われていて、自分では解決が難しい。80名程を一人で見なくてはいけない状況があり、指導の通りに行くには時間が足りない。なぜ100名までは一人ケアマネなのだろうか。一人では厳しい、二人体制にして欲しいと言っても、法律でそうなっているから、と経費のこともあり取り合ってもらえない。
- 今まで居宅療養管理指導についてもやもやしていたので、はっきり指摘してもらえて良かった。今後、ケアプランの書き方の本にも反映してもらえると良いと思う。
- 書類作成のため、パソコンで入力できる書式が欲しい。通常の仕事+ケアプラン点検のための時間を取るために、ご配慮頂きたい。
- ケアマネジャーの仕事は多岐にわたり、緊急対応が求められるところも多く、更に初めてのご利用者様には説明するには丁寧なプラン表現も理解できますが、殆どのご利用者様・家族はプラン内容については希望されるが、書いている3表も見ることはなく気にされない、又は全く読まない。書類を減らすことに今後、厚生労働省への働きかけの方が重要と思う。
- 経験が長くなると他人に客観的な視点で見られて評価される機会がほぼないので、貴重な体験となった。色々な指摘をありがたく受け止め、今後のマネジメントに生かさねば、と思いつつも担当を40件以上持ちつつ過不足なく業務を回すことはある意味商業ベースに乗せるための効率化も考慮しなければならず、ジレンマがある。
- 課題分析やケアプラン作成に時間がかかる。適切ケアに繋がる情報をAIに託し、サービスの連絡調整や自立支援に繋がる実践に時間をかけたい。
- 多くの気づきがあった。医療機関からの聞き取りの記録ができていなかったのも、記録・アセスメントに取り入れケアプラン作成していきたいと思う。
- 一昨年に続き、二度目のケアプラン点検参加となった。選択の基準は分からないが、若い方などもっといろいろな人が受けられると良いと思った。私としては、なかなか分かりやすいプランが作れるようにならないダメなケアマネと痛感している。難しいケースが増える中、自立支援につなげていくようなプラン作成・モニタリングに今後もっと力をそそいでいけるようにしたいと思う。