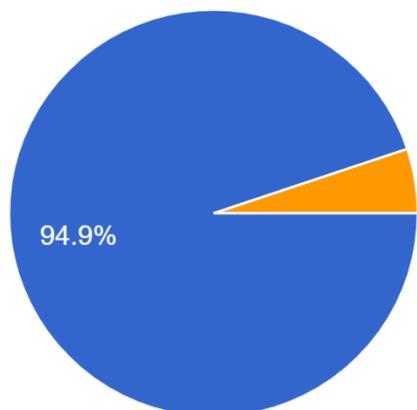


Q1. 研修受講後の理解度（読めばわかる）について、当てはまるものを選択してください。

35件の回答



- ガイドライン(確認の視点と評価基準)に沿ってケアマネジメントの過程を点検し、自らの気づきがあった。…【33】
- ガイドライン(確認の視点と評価基準)に沿ってケアマネジメントの過程を点検できたが、気づきを得るところまでには至らなかった。…【2】
- ガイドライン(確認の視点と評価基準)に沿って点検を行ったが、一部わからないところがあった。…【0】
- 点検項目と評価基準を中心に点検を行い、確認の視点の活用が十分ではなかった。…【0】
- 実際にどのように点検したら良いかほとんどわからなかった。…【0】

Q2.Q1で「自らの気づきがあった」と回答された方は、「気づき」について教えてください。

31件の回答

| | |
|----|--|
| 1 | このようにしないといけないとの思いが強かったが、自分自身の振り返りであるということに気づきました。ありがとうございました。 |
| 2 | 計画的にケアプラン点検を業務に組み込んでいくことが必要です。ガイドラインが共通言語という認識が持てました。 |
| 3 | ケアプラン作成に不慣れで、普段から継ぎはぎプランになっていました。やっとアセスメント、ニーズ、目標、サービス内容の流れと、その根拠が理解できました。 |
| 4 | 出来ていると過信せず業務していくこと、ケアプラン点検を行うことで自身のマネジメントの振り返りが出来た。抽象的な表現はしない様にと、心がけていたが実際は抽象的な表現で記載していたところもあった。 |
| 5 | 三表には、事業所の種類等の記載はできていたが、具体的な、ケア内容まで記載ができていなかった。 |
| 6 | 課題整理総括表をあまり活用できていなかった。 |
| 7 | 目標の記載に曖昧な部分があったため、より具体的に記載する必要があることに気づきました。 |
| 8 | ガイドラインはあくまで目安であり、マストではない。大切なのは自分。 |
| 9 | ご利用者様の自立支援について、奥深く考えが甘かった。困りごとを解決し望まれる生活の為に何が必要か。どうすればいいのか？考えてプラン作成はしていたが事務的な点も反省です。短期目標の達成計画についても、おなじ期日にしていたが課題によっては異なること学習できました。 |
| 10 | アセスメント不足の部分がある事や、本人だけでなく家族の意向をもっときちんと聞き取りしないとけないという事。チームで目指すゴールをきちんと共有するという事。 |
| 11 | 出来ていない点の気づき→家族の意向の確認不足。目標設定が抽象的。 |
| 12 | あらためて、点検してわかりましたが、利用者、家族、友人等の意向など、しっかり聞きとりができていない、アセスメントに反映できていなかったように思います。 |
| 13 | 目標設定に参加の視点が不足 達成度をわかりやすく記載出来ていない など |
| 14 | 振り返れば作業的に熟していたこともあったと感じ、ガイドブックで初心に戻ることができた。 |
| 15 | 表現が抽象的になっていた。サービスよっての期間の設定が出来ておらず、すべての期間が短期目標の期間と同じになっていた。 |
| 16 | ケアプランの作成の見直しが出来た。グループワークでのケアプランの考え方と自己を比べて改めるべき点と、現状を維持していける点を理解できた。 |
| 17 | アセスメントの分析が不十分である事に気がついた。 |
| 18 | 具体的に記入できていない所があった |

| | |
|----|--|
| 19 | まだ経験が浅く知らない部分も少なくなかったので、今後の業務に生かしていきたい。 |
| 20 | 家でのプランと施設のプランで相違があることがわかりました |
| 21 | 今までは考察が浅くなっていることがあると感じた。言葉一つに対し、なぜそのように思っているのかを考えるようにしたいと気づけた。 |
| 22 | 医師の意見や、生活上の留意点に関して確認が出来ているケースでも書類に書く事が出来ていないと思いました。また、BやCの評価が殆どでまだまだケアプランを極めることが出来ると気づきました。 |
| 23 | アセスメントから導き出す困難の背景と解決に向けた総合的課題の表現の方法を改めて振り返ることができた。 |
| 24 | 点検は出来不出来の採点ではなく点検自体が気付きの場である事が気付けた |
| 25 | 自身のプラン作成の癖や、課題分析不足で情報収集不足な点があったことに気付いた。 |
| 26 | プランの内容が抽象的になっていた。 |
| 27 | 情報の分析で、原因、危険性、可能性について確認していてもアセスメントや計画書に落としきれていないことに気づいた。支援者として情報共有を図り、得た情報は、その都度、把握し、言語化することでご本人の自立、ご家族の支援方法の考え方へと繋がっていくと感じた。 ご家族やインフォーマルの関わりを記入する方が良いと理解していながらも計画書の枚数や支援者の関わりを重視してしまっていた所があり、今回の研修で、振り返る事ができた。利用者にとっての優先順位をしっかりと把握し、決めて作成する中では、必要性は高くなると感じたので、今後の作成に当たっては、試みていきたい。 計画書を振り返り、ご家族で表現していたり、専門用語を使用せずに作成に心がけていたが、利用者や家族が見やすい表現、理解しやすい内容になっているのかと疑問に思うことがあり、偏りがみられている気がしたので、点検まではできなくても、計画書を作成しなおす際に再度、確認していきたいと感じた。 |
| 28 | 3表の「生活リズム」に関して、「これを把握していないのに適切なサービスが提供されているとは言えない」の言葉にハッとしました。今まで、生活リズムに関して当たり前のように聞いていましたが、自立支援に向けた視点で把握していく必要性に気づくことができました。 |
| 29 | ガイドラインを確認する事で改めてケアプラン作成方法の視点が確認できた。 |
| 30 | 点検項目 23 では「個別機能訓練」を「〇〇の訓練を行う」と具体的にかけていないケースがあったことを思い出した。簡素化をしようとしてケアプランの本質(大切なこと)がおろそかになっていたことに気づいた。かけているケースとかけていないケースがあるのでさらに原因を考えようと思います。 |
| 31 | サービス内容で福祉用具の品目は記載していたが、詳細な用途を記載する事を知らなかった。 |

Q3.今後のガイドライン見直しの参考のため、わかりにくい表現等について、具体的な項目で教えてください。

14件の回答 ※類似する内容はまとめ、特になしやガイドラインと直接的に関係がない内容等は除外

| | |
|---|--|
| 1 | 概ね分かり易いですが、「十分情報を得て～」「十分できており～など、できているかどうか主観による部分があるのかなと感じました。 |
| 2 | ケアプランに記載か支援経過に記載なのか迷うことがある。 |
| 3 | ⑤の『意欲を引き出し』という表現について、本当に本人や家族から意欲を引き出せたのかどうか、ケアマネの主観となってしまうため判断が難しいと思いました。 |
| 4 | A.B.C 評価に於いてのライン引き、どの程度出来ているかの自己評価が難しく感じた。 |
| 5 | 実際の計画書への記載の具体例をもう少し挙げていただけると分かりやすくなるかと思います。 |
| 6 | 記載すべき事項は理解できましたが、具体的にどのように記載するのが良いのか見本となる例が欲しいと全体的に思いました。例の書いてある事項は良く判りました。 |
| 7 | 点検項目①と、1)確認の視点(1)(2) 2)評価基準 ABC ページの中で、どこからどこまでが点検項目～評価までなのかが、わかりにくいように感じます。「点検項目」を太字にするとか… |

| | |
|----|---|
| 8 | 15:いかにも難解、主観論でかたづけてしまいそうです |
| 9 | 私は包括の職員であり要支援の方の担当をしている為、居宅とはアセスメント項目なども異なる点が多く研修内容は難しく感じた。また社会福祉士として働いておりケアマネジャーの資格もまだ持っていない為、説明を受けても分からない点が多々あった。 |
| 10 | 第2表<援助内容・サービス内容>?の「留意点を尊重した内容」とは？（記載の仕方等） |
| 11 | まだ最後までガイドラインと実際のケアプランを点検できていないところでの意見ですが、「点検項目」「確認の視点」等の項目で国が求めている項目、京都独自の項目が明記していただけたらと思います。他府県のケアマネと交流する時に（学会や研究発表、懇親会など）「京都では」と伝えられるので、正確な情報が手に入ると有難いです。 |
| 12 | 表現方法が難しいので、具体例があれば、わかりやすいように思います。点検表の具体例ではなく、ケアプランの具体例です。 |
| 13 | 私にとって生活支援記録法は突然でした。 |
| 14 | 特別管理加算や緊急時訪問加算などの具体的な書き方とはどのようなになるか。 |

Q4.「ケアプラン点検」について、日ごろ感じていること・悩み等を記載してください。

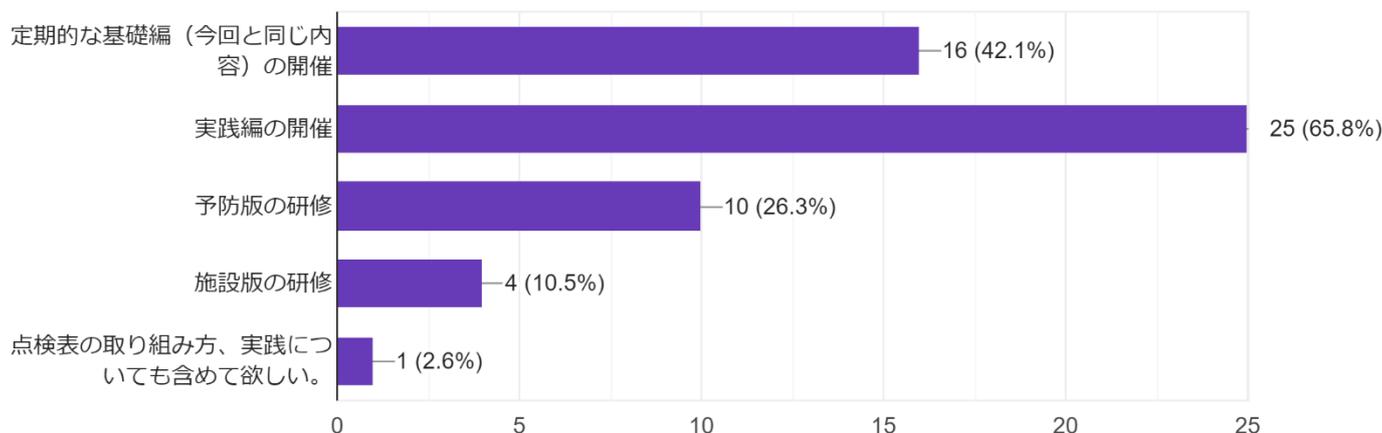
32件の回答 ※特になし等は除外

| | |
|----|---|
| 1 | 経験などから人それぞれの記載方法があり、正解がわからないだけに悩みます。 |
| 2 | ケアプラン点検が時間を余計に使う作業と受け止めがちです。少なからず、点検は時間の使い方が左右します。業務として、どのタイミングでするか悩んでいます。 |
| 3 | 利用者、家族、事業所の方々に解りやすく端的に表現することと、押さえるべき点を盛り込むことに苦労します。誰の為のプランか分からなくなることがあります。 |
| 4 | 業務に追われてケアプラン点検を行う時間を確保が難しいと感じています。時間は自分で作るものですが、後回しになってしまいます。 |
| 5 | 研修などの受講などのタイミングなどの活用もしながら、あえて点検する日の設定を行いたいと感じた |
| 6 | 点検する人の温度差があり迷ってしまう。 |
| 7 | 業務量の増加。ケアマネの在り方。 |
| 8 | 正直、点検自体できていませんでした。 |
| 9 | なかなかじっくり自分のプランに向き合うことがなかった。他人に評価してもらう機会をもっと作りたい。 |
| 10 | 事業所内で実施しようと考えているが、なかなか実施できていない。予防版を参考に今後実施しようと思います。 |
| 11 | 日常忙しい中、緊急性も多く、なかなかアセスメントとケアプランなど、時間をかけられない。 |
| 12 | 自分の作ったプランを第三者目線で点検する事でその後のプランに反映出来るので時間をとってしていきたいと思います |
| 13 | 事業所で統一しているが、個々の書類管理能力の得意・不得意もあり、どの基準で点検するか悩ましい。（あまりに詳細にすると職員の負担増につながる為） |
| 14 | ガイドライン沿った点検ではなく、研修などで得た知識を基に点検を実施していた。 |
| 15 | 実際に点検すると、BやCの項目について過去にさかのぼって修正したくなってしまいます。抜けている項目や足りない内容に付け加えるといったことをしてしまうのです。そうではなく今後のケアプラン内容の改善に努めたいと頭ではわかっているのですが… |
| 16 | 沢山のサービスを使う利用者様の各サービスに於いての優先順位と、連携のとり方。 |
| 17 | なかなか点検する時間が取れないことです。 |

| | |
|----|---|
| 18 | 依頼時から情報収集、分析などを整理しておかないとケアプラン点検もスムーズにいかないんだと感じました。時間に追われてしまうので工夫出来たらと思います。 |
| 19 | 支援経過に「SOAP」で記載していますが、ケアマネジャーからの提案、助言等は「A」に記載しており、この度点検項目?に「F-SOA1P」の保存法を知る事ができ、取り入れていきたいと思います。 |
| 20 | 法令遵守からの視点、プランの質向上の視点が必要と感じていますが、高齢の利用者、または介護保険利用が初めての家族に丁寧に説明する必要性(専門用語を使うと理解できない)と、医療・介護の専門職に端的に伝える必要性(長いと読んでくれない)のバランスの難しさを感じています。 |
| 21 | 現在、点検は行えていませんので、まずは計画的に実施出来るように業務に落とし込みから行いたいとおもいました。また、自己点検のほかにも他社点検にも使いやすいツールであると今回の研修で感じました。 |
| 22 | 多忙ということを理由に自己点検を避けていたが、最後の話にもあったように年1回1事例を、という言葉に救われたような気がした。やはり自己視点を客観的指標で確認することは大事なことだと改めて理解できた。 |
| 23 | 点検が「年一回、一ケースで良い」との川添常任理事のご発言には大いに安堵致しました |
| 24 | まだケアプランを作ることもうまくできていないように感じるので頑張ります。 |
| 25 | ①事業所でも統一したケアプラン点検表を使用しているが、各人捉え方が異なることがあり、認識の統一がなかなかできない。②新規依頼があった時点で、ターミナル予期数ヶ月というケース等が増えており、課題分析できないまま急いでプラン作成し、数日でプラン見直しに至り、ケアプランが追いつかない場合がある。③介護保険申請中で退院調整や在宅準備に向けて、アセスメント・ケアプラン作成等準備していたが、結局、在宅にはならなかったケースもある。コロナ禍の中、病院とは電話のみの情報で、京都式ケアプランに沿ってケアプラン作成する工夫を知りたい。 |
| 26 | 今まで実施ができていない。普段の業務に追われ確認する時間が持てない。 |
| 27 | 以前は、事業所内でも点検をする時間を確保していたが、時間を要するため、点検をする機会がなくなってきた。ガイドラインに沿って行うも、自身の点検の仕方が正しいのか？他者のケアマネに伝えて良いのか？と悩む。年1回、1ケースと言われており、それならできると思いながらも日々の業務で時間を確保することができていないのが、現状であり、事業所内に伝達研修を行い、今後、再検討していきたいと感じている。 自身の計画書でも利用者個々の課題は違うが、入浴や移動、他者との交流等関わり職種が同じであれば、目標の文言が類似しており、偏りがみられている気がする。 |
| 28 | ケアマネ全員がこのテキストを活用しながらケアプランを作成できることを目的にしたいのですが、なかなかできていませんでした。来年度からは、事業目標に掲げ取り組みたいです。 |
| 29 | 点検はあまり出来ていないが、今回の研修で「年1回でもいい」と分かり、気持ちが楽になりました。 |
| 30 | 自分がたてたケアプランが見にくい、枚数が多いことが気になるプランがある。利用者が本当に日頃から理解できているのか時々不安になる時がある。誰のためのケアプランか……。どうすれば、内容がわかりやすく簡潔にする事ができるか課題です。 |
| 31 | 出来ていない所に気づいてしまった所全部なおそうとしてしまい結局どうしていいのかわからなくなってしまう。各項目が多くなってしまいプランが何枚にもなってしまい分かりにくくなってしまふ。 |
| 32 | 年1回、1ケースなら継続できそうな気がします。 |

Q5.「京都市」ケアプラン点検ガイドラインを活...修について、今後どのような研修を望まれますか？

38件の回答



Q6.研修や「京都市」ケアプラン点検ガイドラインに関する質問があれば記載してください。

9件の回答 ※類似する内容はまとめ、特になしやガイドラインと直接的に関係がない内容等は除外

| | |
|---|--|
| 1 | <p>他の自治体でこの京都式を採用されるかはまだわからないと仰ってましたが、現在他の自治体では何か使っておられるツールがあるのでしょうか？</p> <p>正確には「京都府の全ての保険者で京都式を採用されるわけではない」ということです。既に「京都式」を導入されているところも数箇所あります。京都市は基本は同じですが、具体的な方法は異なります。他のツールというよりは、独自の方法でやっておられます。</p> |
| 2 | <p>グループででていたのですが、ケアプランの変更時など短期目標や長期目標の日付の書き方とか、具体的にどうなのだろうと言いつつ合っていたが、結論には、至らなかった。</p> <p>ケアプランの変更により目標が変更になる場合は目標の期間も作成日に合せます。しかし、目標に変更がない場合は、サービス内容等だけを追加・修正したりします。利用者の状況・変更内容によっても異なります。今後も定期的に研修を実施します。文書だけでは十分にお答えできないこともあるので、遠慮なくご質問ください。</p> |
| 3 | <p>自己点検、他者点検の一連の流れについての研修も行ってもらえるとありがたいです。</p> <p>ご意見ありがとうございます。今後も研修を継続していきます。</p> |
| 4 | <p>目標期間について、2年前の指導監査にて、それぞれの短期目標や長期目標の期間をバラバラにしているのは評価が煩雑化してしまうため、ある程度はそろえた方が良くアドバイスを受けました。例えば新たな支援が開始となって期間を設定する際、その支援の期間だけ目標期間を変えるのではなく、支援が開始することで生活全体に影響がある（ほかの支援にも影響する）と考えられるので、新たな支援開始時期から既存のサービスについても目標期間を揃えて設定し直した方が良く助言を受けましたが、本来はどうなのでしょう？</p> <p>前述のご質問で回答したとおり、目標が変更となる場合の期間の考え方として「開始日は作成時点」になりますが、終了時期を他の短期目標と合わせ、短期目標の終了時期がバラバラにならない工夫もできます。しかし、形式的なことより利用者の状態に応じケアマネジャーの判断が優先されるものだと思います。今後の研修でご質問頂ければ幸いです。</p> |
| 5 | <p>京都式を学んでいくにあたって変化していく情報入手の方法を知りたい。</p> <p>基本的には当会のホームページに掲載します。令和2年度はコロナの影響により研修が遅くなりましたが、次年度以降は定期的にオンライン研修も取り入れて研修を実施していきます。一番最新の見解等は研修にご参加いただくとわかると思います。</p> |

| | |
|---|---|
| 6 | <p>自立支援の為、援助内容を具体的に記載するようにしていますが、ケアプラン(2)が3~4枚程になる事がよくあります。ご利用者・ご家族は2枚程度がわかりやすいとのお話がございましたが、利用サービスが多いと2枚におさまる事が難しいです。何か工夫がありましたら、ご助言をお願い致します。</p> <p>仰るとおり、利用サービスが多い場合、必要事項だけでも量が多くなります。そのような時は「サービス内容」のところをいかにシンプルにわかりやすく表現するかです。利用者のサービスが開始されてからの期間によっても随分違います。既に利用者・家族・サービス担当者に周知されている内容はシンプルに表現し、できるだけ少なくする努力をしています。また個別援助計画との連動でケアプランをシンプルにする工夫も良いと思います。あまり2枚程度にこだわらないでください。</p> |
| 7 | <p>福祉用具を利用して想定される効果について、福祉用具を買ってもらえない施設の場合どこまでケアプランに落とし込めばいいか悩みます</p> <p>施設版のケアプラン点検表ではこの項目は該当しません。施設版2月中にはホームページに掲載しますので、ご活用いただき、ご意見ください。</p> |
| 8 | <p>質問ではなく感想です。自己点検の演習特に点検表への記入の時間が項目数から言って20分ではとてまたりませんので(勿論それで十分と言う方もおられるかと)特に重点的にこの項目はというものを事前に伝えておいてくだされば、それらから記入していきますので演習がより効果的になるのではないかと思います</p> <p>説明不足で申し訳ございませんでした。研修時間に限りがあり、「20分体験してみる」というつもりの設定でした。2月18日の研修では誤解のないように十分説明をしました。</p> |
| 9 | <p>主治医の意見を聞くため、書面郵送・FAX や電話で確認を行っているが、どうしても返信をいただけないケースがある。更新時や医療系のサービス(訪問看護やリハビリ等)の導入時もスムーズにできないケースがあり、その場合のケアプランの主治医の意見や情報の反映は、どのように取り扱い、ケアプランに位置付けすればよいのか？</p> <p>制度開始当時に比べると随分と改善されていることですが、まだまだこのような課題は残されています。4月以降介護報酬改定で通院等に同行した場合の加算が新設されました。つまり利用者の診察に同行して意見を聴取するということですね。制度化されたものは活用しないと次の改定で亡くなってしまいますので、このようなケースの場合に活用されてはいかがでしょうか。</p> |