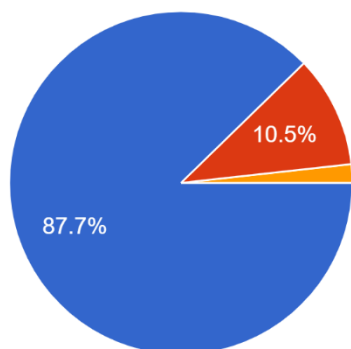


Q1. 研修受講後の理解度（読めばわかる）について、当てはまるものを選択してください。

57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。…【50】
- 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。…【6】
- 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。…【1】
- 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。

47件の回答

1	課題整理総括表をまったくつかっていないこと
2	利用者のストレンクスについてももう少し掘り下げて考える事が、出来ていなかった。
3	<p>アセスメント中に情報の分析が十分に記載されていない事に気づきました。項目を埋めることに意識がいつていると思われます。また、生活の改善のイメージが記載されていない事にも気づきました。</p> <p>居宅サービス計画書には書かれていても、アセスメントには記載がない。これでは連動していない事になってします。</p> <p>書式はいかなる物であれ、記載すべき視点を今回、再確認させて頂いたので、事業所において年に1回ではなく、少なくとも上半期、下半期に一人ずつ時間をかけて点検し、自分への気づきにしてゆきたいと思えます。</p>
4	計画書がアセスメントと一貫性がなく、主治医の留意事項や意見が反映されていないプランになっていた。危険性や予測をしていない、ストレンクスが導き出されていないものになっていた。一人一人利用者様に個性があるように、ケアプランにその人らしさが表現できればと思いました。
5	自分のアセスメントやプランが十分に情報分析できてなく、踏み込んだ検討ができていないことが分かった。
6	アセスメントで情報収集はできていたが、その先を広げられていなかった。
7	点検項目⑤では、身よりがない場合の方の知人・友人の意向も適用するとの説明を受け、今後意識して、記録しておきたいと思いました。
8	ケアプランの作成についての考え方や記載の仕方などのガイドラインが示されたことによって作成する考え方がとてもよく解った。例えば、主治医の意見をどのように反映させるかなどは参考になった。
9	課題整理総括表の活用、主治医との連携をケアプランへ落とし込む意図
10	13の項目で今までケアマネジャーの方針と思っていたが、チームケア全体の視点で考えるということ
11	情報の分析力の向上、知り得た情報を記載する際により具体的に記入する事、場合によっては話された内容のありのまま記入する事、対象者の方と生活のイメージ共有出来る様な工夫が必要であると学びました。
12	<p>②医師から健康状態に関する情報は主治医意見書や FAX 照会、対面にて伺い記載をしているが『よろしくお願ひします』『サービスの継続をお願ひします』と抽象的な表現のこともあり、お伺いの仕方について工夫をし病状の把握に努める必要があると気付いた。</p> <p>④可能性、危険性についてわかりやすくまとめて記載ができていないと気付いた。</p> <p>⑤生活改善のイメージが持てるように意欲を引き出し意向を確認するためにどのような働きかけができるか考えていきたい。</p> <p>⑦課題整理総括表の活用についてどのように業務に取り入れ活用していくかヒントを得られた。</p>
13	アセスメントの視点と評価基準で詳細且つ出来ることの視点が広がりました。

14	点検項目②アセスメントに主治医の意見等療養に関する情報が不足しており方法を考えようと思った。点検項目⑦アセスメントから「課題整理総括表」を作成することで、その方の生活課題（ニーズ）を明らかにする視点が広がり、課題の優先順序が自ずと見いだせると思った。点検項目⑩「生活全般の解決すべき課題」に福祉用具を必要とする理由を明らかに記載とあるが、福祉用具の利用は課題の解決に向けてのツールとして位置付けていることをあらためて認識する必要があると思った。
15	課題整理総括表でなぜその課題を出したのか可視化ができる。必要性が理解できた。
16	確認できていないことが散見された。アセスメントの記録自体が、具体性に欠けていた。
17	居宅サービス計画書1～3表は居宅ケアマネジャーにとって、一番利用者さんとご家族へ自分の寄り添い力が試されていると思うが、「課題ごとに短期目標の期間が違ってよい」との話しに『なるほど、そうか？』と目から鱗が落ちる位気付かされました。
18	ガイドラインの活用までは至らないが、確認の視点や評価基準を知っていることによって、利用者主体で、より具体的なケアプランが作成できると思う。自身のスキルアップにもなると思った。
19	全体に抜けていたり、落ち度がないか等確認する必要があるなど感じました。
20	利用者・家族の主訴に重きを置きがちになっていたので、今後は、生活の改善のイメージが持てるよう意欲を引き出せることを意識して取り組む必要性に気付くことができました。
21	当然出来ていると思っていましたが、他の職員へ説明できる根拠までは整理が出来ていませんでした。今回受講して整理できたので、事業所内の点検等にも生かせると思います。
22	アセスメントのチェックをしましたが、更に奥深く確認する必要があると感じた。
23	アセスメントにおいてご本人のストレングスに着目した視点での記載が少ないと思った。
24	評価基準を確認しながら、客観的な自己評価が必要だと実感しました。
25	自分のアセスメント・ケアプランを振り返り、利用者の状態がわかり難かったり、何故このサービスが必要なのか説明が不十分だった。もっとわかりやすい、伝わりやすい記載を心がけたいと感じた。
26	ケアマネジメントの過程においてケアマネジメントの質の確保に点検は不可欠であると学びました。
27	改めてアセスメントの重要性に気づき、そこからプランにどのように持って行くかを考える機会となった
28	点検項目を1つずつ確認すると「しているつもり」だった内容が浮き彫りになりました。時間は有しますが点検項目が細かく記入されているため、どこの何が不足しているのか明確にし易かったです。
29	チェックする機会がほとんどなかった為、チェックの必要性や記載できていない内容に気がつけた
30	ご本人の意欲を引き出すアセスメントの重要性。
31	Ⅱアセスメント表 点検項目③：医療面、ADLについては状況を把握し記載が出来ているが、IADLについて、生活の様子から分かったつもりで言語化できていなかった。 点検項目⑤：利用者・家族の生活の改善のイメージを持てるよう意欲を引き出す働きかけが不十分だった。また課題分析の項目ごとに意向を把握していなかった。
32	アセスメント表一つとっても自分が活用出来ていないと気づきました。
33	日常的に業務で行っていることのかなる箇所に確認しなければならないポイントがあるのか、また、どのように確認することが必要であるかということの意識付けをしなければならないことに気づきがあった。
34	目標が具体的に記載出来ていなかったり、抽象的な表現で記載しているところがあった。
35	アセスメントの情報分析の中で具体的な記載がごく一部になっており、ストレングスの部分の分析が出来ていなかった。
36	アセスメントとケアプランの関連性をうまく記入する必要性について
37	本人の意向のところに、確認が難しい方場合は家族に「本人なら何を望むか」のどこを聞き出すことができていなかった
38	長期目標と短期目標の性格の説明
39	もっと利用者の方の「参加」を促すプランが必要だと思いました。

40	自身の弱み、強みに気づくことができたように思います。
41	医療との連携(特に主治医)に対して、さらに積極的な行動が必要と気づいた
42	自己点検することで利用者の出来ている事も再アセスメントが必要と感じた。
43	・アセスメント表②について…医師等からの情報は得ているが、プランに反映させる程の相談は出来ていなかった。・居宅サービス計画書(2)⑩について…福祉用具の必要性について検討出来ているが、どのような効果が得られるか記述できていない。・第4表サービス担当者会議の要点?について その時点でのサービス内容検討や関連する事柄を重視して「残された課題」については、明確に記載できていなかった。・第5表居宅介護支援経過・モニタリング? 居宅介護支援経過については時系列に毎月必要な記録がまとめられているが、モニタリングについては短期目標期間で行い月1回は出来てない。・各項目の確認の視点について非常に多岐にわたり、その人の生活に深くかかわる内容となっているため、ご本人とのコミュニケーションが大切だと痛感する。担当するご利用者が増える程、一人一人への視点が薄くなり、どうしても問題の少ない方がおざなりになってしまう。優先順位を把握した上で、ご利用者は出来るだけ公平に見ていく必要があると思う。
44	今回初めて参加させて頂き、ガイドラインを基にケアプラン点検したことで自身のたてるプランが、事業所よりのプランだったのではないかと改めて思った。他事業所や主治の医師からご意見を頂いても、反映されていない事も、改めて感じた。研修でも話されていたが分析で止まっていたように思います。
45	アセスメントシートを充実させることで、その方の状況を「見える化」することができる、又プロセスもわかるという点に改めて気付きました。
46	アセスメントについて 項目はうめつくすことはでき、現状把握はできても、本人の強みまで分析できていないことに気付きました。
47	情報の収集はできているが、分析が不十分なところがあった。

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。

12件の回答 ※特になし等は除外

点検に関して具体的な例示、好事例、悪事例等あればうれしいです。	
22	目標達成期間後のプラン見直しについて(会議開催?照会必要?新たにプラン作成?)
点検項目の8の確認の視点(5)について、「毎月のモニタリングも継続的なアセスメントの意味合いを持つ」についての記載に関して。毎月のモニタリング時にアセスメントを行っているようなものではあるが、アセスメントとしては記録していない。適切な時期にアセスメント記録があればいいと解釈していますが。	
点検項目⑤⑥⑩⑫	
サービス担当者介護の前にどれだけ担当者の状態を、アセスメントで把握しきれない部分のすり合わせをどう集約していくか。こういう声掛けを行えば、スムーズに聞いてくださるとか、服薬の拒否が無く飲んでいただけたとか、どうしても細かな部分は残ってしまう。	
37	サービス担当者会議に欠席した事業所はどのように記載したらいいのかが、わかりにくい。
点検項目②評価基準Aの「…オンライン等により十分情報が得て…」オンライン等の具体的な事例を教えてください。私はオンライン等の理解が浅いため。	
「確認の視点」で例文があればわかりやすいと思います。	
居宅介護支援の様式であったため、予防支援との違いがあった	
点検項目⑬(4)「サービスを提供する上での専門的な視点からの様々な留意事項」は主治医意見書或いは主治医からの意見聴取を参考として記載することはある。 専門的な視点は、誰の視点であるのか分かりにくい。	
F-SOAI(エフソ・アイピー)について具体的に例をあげて記述してほしい。5W1Hと似た使い方になる為。	
P40	F-SOAIの注釈が欲しい

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。

53件の回答 ※特になし等は除外

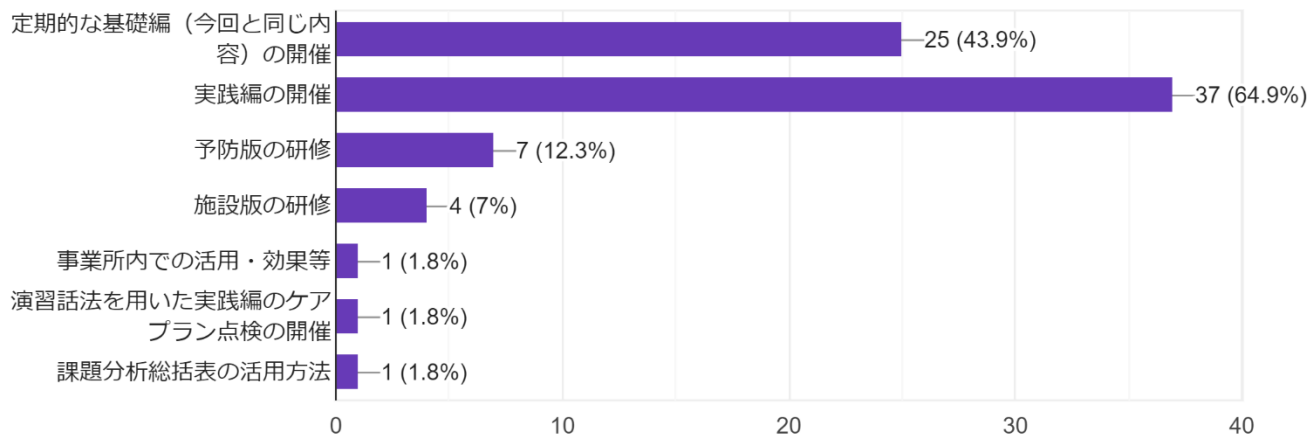
1	師事できる同僚、先輩がいないこと
2	日頃の業務に追われ時間をつくる事が難しい
3	質問でも出ました、「特別管理加算と記載して欲しい」と加算の名前をサービス事業所が求めて来る場合があるが、利用者にとってそれは、わかりづらい表現であり、何を示す加算なのかわかりづらい。尿のカテーテルの管理（特別管理加算）というように示してもいいのではないかとおもいます。ケアプランは利用者ものですが、事業所もケアプランを元に個別プランを立てるので、いつも表現には迷います。国語力が不足していると痛感します。
4	核家族、共働きでご家族様の、協力が得られない利用者様が多く、家族、地域社会が希薄になってきていると感じます。介護サービスが利用者様を支える命綱にもなっています。事務処理や書類作成に追われる中、自分を振り返るようにケアプラン点検を行う時間を作り、利用者様に新たな目線を持って向き合っていきたいと思えます。
5	自己点検ではどこがどうできていてできていないのかイマイチ自信が持てないので、ほかの人から点検してもらい、自分がほかの人のものを点検してみるなどして、新たな気づきを得たほうがいいがなかなかそのような機会がない。
6	抽象的な言葉を使用している。
7	業務の中で、意図的に定期的に、ケアプラン点検の時間をさく必要があると感じました。
8	今回、ケアプラン点検ガイドライン＜介護予防版＞を示していただけただけで、少しでも良いケアプランが作成できるよう熟読し、出来る範囲で点検をしていきたいと思えますが、日常の業務をしながらとなるため、多くの件数は困難と思われれます。定期的に少しでも取り組めればと思えます。
9	表現や記載について、日々、考えています。
10	アセスメントの時期・日にち（書類上での）をいつにするか迷います。
11	なかなか時間がとれない。
12	一人ケアマネの為、自己確認しかできない現状ですのでケアプラン研修のような自己研鑽出来る研修に参加していき学びを深めていきたいです。また企画された折は積極的に参加をしていきたいです。
13	日々の業務に流されてなかなか自身のケースを振り返ることがないのが現状です。どのように業務に組み込み、自己点検・他社点検の機会を持つか事業所内で検討が必要と感じています。
14	点検の必要性はあるが、業務に追われる。
15	新規依頼の時には「課題整理総括表」を作成してからケアプラン原案を作るように指導しているが、事業所職員全員出来ていると言えない。サービス開始までに原案作成しなければならないので急いで作成する必要があるが、利用者、家族の意向や長期目標の文章が抽象的、曖昧な表現でなく利用者を主体とした目標になるように注意している。事業所で定期的にケアプラン点検をすることを事業計画にも位置付けていく。
16	課題整理総括表のタイミングがわからなかったが、事業所で統一して行っていきたいと思えます。
17	普段、ケアプラン点検を行っていないものもあるが、研修を受けるたびに、毎回同じ反省をしている。すべてを意識してケアプランを作成することは困難ではあるが、指定基準として「記載しなければいけない事」「そのように記載したほうが望ましい事」と分けて、理解していきたい。
18	自身のアセスメントやプランが抽象的な表現で、ケアプラン点検の内容ほど、掘り下げて記載できていないこと。なかなかケアプラン点検を行う機会を事業所内で設けれられない事。

19	月並みであるが、毎回作成の都度、利用者さんやご家族の想いとその自立への願いに沿って自分はプランを立てているのか、悩むところである。
20	介助の楽だから、家族の希望だからという部分、経済的にこれ以上は出せないという部分、もう少し時間をかけることで達成できることとのベストミックスが本当にケアマネの力量にもかかかっていて難しいところだと思います。
21	なかなか時間が取れず点検まで至らない。
22	調整・モニタリング・新規相談などが続き、点検の時間を確保するのが難しい
23	なかなか日々の業務に追われてしまい、定期的に点検する機会が、実地指導の時ぐらいしか持ててない。
24	以前は面倒だなど思っていたのですが、今回の研修により、年1回・1事例等取り組みやすい提案を受けました。自己点検と他者点検の効果もあると思いましたので、事業所内で活用したいと思います。
25	ケアマネ2人なので話し合いながら進めているが、「ケアプラン点検の基準」があると助かっています。日内変動があり不規則な方の日常生活上の活動がグループワークで糖尿病の方の説明を下さったので参考にしてみたいと思います。今後もこのような研修を希望します。
26	長期、短期目標の期間で迷うことがある。
27	点検項目すべてを網羅することが時間的に難しいと思う。
28	アセスメントが不十分なこともあり、ニーズや長期目標、短期目標に反映されていないこと。
29	点検項目が多く、点検が必要なことは理解しているができていない。
30	自分の関わり方・不足している情報は何かを見直す機会になるので適宜ケアプラン点検は必要と思う。
31	日々に業務に追われケアプラン点検をおろそかにしてしまうことが多い。
32	ケアプランの点検やしっかりしたアセスメントからのプラン作成等を行う事が重要であると思いますが日々の業務の中では時間に追われそこまで丁寧にアセスメントや見直し等が行えないのでは…
33	自分の事業所でそのように活用すべきなのかが悩みでしたが、まずは1度事例検討という形で実践してみます。以前も参加させていただき、基礎がまだまだ未熟であるなど感じた次第です。
34	自身でゆとり時間が取れていない。学習会の位置づけで取り組みたいと思った。
35	プラン点検を実施すると、出来ていないことがたくさんあって、とても自己効力感を持ってそうにない。課題や目標設定が適切に出来れば、利用者の自己効力感が向上するような声掛けが出来てであろうが、利用者でプランの内容を覚えていた方がいなかった。その人のライフワークに係ることをプランに上げて、モニタリング毎に確認しても覚えていない。そして、同僚からは（現在の事業所ではないが）ダメ出しされた。50年間鈴虫の飼育を続けた方のプランに「鈴虫のお世話を続けることができる」と、記載するのは専門職の視点ではないとのことだった。
36	今回初めてケアプラン点検の研修に参加しました。なかなか日々の業務の中で50項目を点検するのは難しいとは思いますが、今回の研修を機に少しずつ見直していきたいです。
37	課題分析総括表、またはその視点を利用できていないこと。
38	他者点検の時間を計画的に設けなければならない
39	定期的にケアプラン点検を行う事は必要と思うが、時間に追われてなかなかできていない。
40	本当の困りごとをしっかりと抽出できているか、アセスメントがしっかりと行えているか等、明確な答えがないので不安になることがあります。
41	どういう言葉で記入すれば分かりやすいかいつも悩んでいます。

42	必要性は理解しているが業務に追われ中々時間が確保できないこと。また、昨年の研修で気づけばた部分は意識して継続できているので、今後も毎年研修を受けていきたい。
43	施設と居宅の違い
44	なかなか行う時間を設けることができない。
45	出勤等事前に合わせないと、人との付き合いは難しい。
46	他の事務作業も多く、なかなか点検ができません。
47	他者にプラン点検をしてもらう機会はなかなかないので、これで良いのかと不安になることはあります。
48	日々の業務に追われて定期的な点検がおろそかになってしまう
49	自立支援に資するケアマネジメントが出来ているか。
50	認知症の方のご家族への対応が困難。よく介護されているのは理解できるが、病状への理解や受入が困難でどうしてもご自分の意にそうようにされようとする為トラブルが多い。
51	なかなか日々の業務に追われ、点検ができない。
52	いつもマンネリ化したプランになりがちで、その人らしいオリジナルのプランがなかなか作れていません。アセスメントを深めて反映させなくては、と思っています。
53	ケアプラン点検は大切なことは理解できるが、主任 CM として周知できず、日頃の業務多忙により現場では必要とされず、力不足により残念です。

Q5. 「京都式」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？

57件の回答



Q6. 研修や「京都式」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。

11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	アセスメントと、ガイドラインと分けて考えた方がいいのか、共通する部分では使えるところはあるとは思いますが、それ以外のところでどうすればよいのでしょうか。 アセスメントとケアプランのことでしょうか。ケアプランはアセスメントの結果ですから点検項目にもよく似た内容のことも出てくると思います。大変申し訳ございませんが、質問の趣旨をうまく理解できないので、当会宛にご質問をいただければ個別に回答いたします。
---	--

2	<p>点検項目⑩の福祉用具貸与と特定福祉用具購入の記載について、記載箇所や必要な内容について分けて説明していただくと幸いです。</p> <p>講義の後に少し補足説明をしたのでご理解いただけましたでしょうか。今後の研修会でもわかりやすく分けて説明するようにします。</p>
3	<p>「介護認定審査会の意見及びサービス種類の指定」に対し、利用者の拒否や資源の不足があった場合とは、具体的にどのような事例がありますか？</p> <p>介護認定審査会の意見及びサービス種類の指定がほとんどない状況ですが、例えば、骨折後で退院直後に「通所リハビリテーションを3月間利用してください」と記載があった場合に、利用者に説明しても利用を拒まれたり、または地域の通所リハビリテーションの定員に空きがないためやむを得ず機能訓練型の通所介護を利用したりする場合があります。</p>
4	<p>職場でケアプラン点検を行った際に、質問などが出てきた場合、研修の機会以外でも質問することは可能ですか？今回の研修は、3回に分けて行われていますが、それぞれの研修で出た質問についても、教えてもらえればと思います。</p> <p>研修以外でも当会宛にご質問をいただければその都度個別に回答いたします。よろしければ当会ホームページのお問い合わせフォームをご活用ください。なお、今回の研修での質問については、各回のアンケート集計結果を研修情報ページに掲載しております。また、研修中にいただいた質問の公表についても検討していきます。</p>
5	<p>自分自身の理解度が低いものもあるし、繰り返しやればもっと時間短縮ができると思うのですが、やはり（点検実施には）時間を要する。短時間でできるケアプラン点検ツールがあると、広がりやすいのではないかと個人的には考えています。</p> <p>ご意見ありがとうございます。形式的な点検であれば時間短縮の方法もあるかと思いますが、「京都市」ケアプラン点検方式では、形式的な点検ではなく、ケアマネジメントのプロセスを大切にしています。毎日点検を義務付けているわけでもありませんし、点検する時はじっくりと「利用者の自立支援について」振り返ることも必要だという思いで協議を重ねた結果です。「自己点検は年1回1ケース」としています。開発の趣旨をご理解いただくと幸いです。</p>
6	<p>点検項目 25・評価基準 A          医師等からの医学的観点からの留意事項等を分かりやすく利用者・家族・サービス担当者にも分かりやすく記載している」について、私は2表を長々と記載する傾向になる為、利用者・家族が読みやすく、効果的に分かりやすい、記載例を教えてください。</p> <p>第1表の「総合的な援助方針」の欄に下記のように記載しています。          &lt;記載例：心不全で入退院を繰り返している利用者の場合&gt;          【退院時の〇〇先生からの生活の留意事項】          塩分を控えた薄味の食事を心がけ、一日の水分量〇〇mlにしましょう。体重は〇〇キロが目安です。毎日体重測定を行い、1週間以内で2キロの増減がある場合はすぐに病院を受診してください。</p>
7	<p>サービスの加算項目についてはケアプランに必ずしも記載しなくても良いと聞きましたが、どこまでの記入が必要なのか、どこからは必要でないのか知りたい。</p> <p>利用者の状態に関する個別の加算はケアプランへの記載が必要です。機能訓練加算や特別管理加算、入浴介助加算等。しかし、サービス事業所の体制に関する加算、例えばサービス提供加算や処遇改善加算等は利用票・別表への記載で十分です。</p>
8	<p>当方テキストは事前に読み込み参加しました。テキストにない智慧をいただければ幸いです。</p> <p>本来なら事前にガイドラインを読み込んで研修会の開催が望ましいと考えています。資料が直前になったにもかかわらず読み込みしていただきありがとうございました。          大事なことはガイドラインに書いたつもりですが、臨床では様々なことが起こります。いつもガイドラインの解釈について事例を挙げて補足説明をしています。例えば、利用者の意向のところ、認知症のある方の意向の引き出し方なども説明しています。          また、よく質問のある長期目標と短期目標の期間や、更新時の手続き方法など、現場に即した内容を補足説明しています。今後はガイドラインの読み込みを前提として、項目の読み上げにならないような研修会にしていきたいので、引き続きご参加ください。</p>

9	<p>点検項目16の(2)、生活援助の算定理由において、場合によっては保険者への確認も一つの方法ではあると思います。</p> <p>研修中、講師のかたが口頭でお話された例えば虐待事例の場合において、①非公式な考えなのでしょうか？②手順として、虐待事例であると地域ケア会議等へあげ、その上で保険者へ算定可否相談すると考えるべきなのでしょうか？</p> <p>おそらく点検項目⑭ 1)確認の視点(2)のご質問だと思われます。                  ネグレクト等で生活援助を必要とする事例を講師は補足説明したと思います。虐待はまずは発見したら通報することが原則です。その時点で地域包括支援センターや保険者及びサービス事業者も関わっていますので情報共有できていると思います。必要性の判断は介護支援専門員の適切なアセスメントに基づき行われるものであり、必ず保険者等に算定の可否の相談をしなければならないわけではございません。記載方法としては、「3. その他」を選択し、括弧内に「介護力不足」や「支援困難」と記載することになります。括弧内の表現は利用者の心情だけでなく家族にも配慮が必要です。利用者及び家族の状況によっても異なりますので、あくまでも例としてご理解ください。</p>
10	<p>ケアプラン点検表はとともわかりやすく、今後ケースにあてはめて点検していこうと思う。P3.4の基本情報が記入できる京都式共通の表が出来れば良いと思う。</p> <p>ご意見ありがとうございます。現段階ではアセスメント様式の開発までは視野に入れていませんが、今後検討いたします。</p>
11	<p>点検項目⑬ (4)サービス担当者会議等で、「サービスを提供する上で専門的な視点からの様々な留意事項」が出た場合、プランを加筆、修正することが適切か。あるいはプランを再作成し利用者に交付することが適切か。プランを再作成し交付した場合、同意日をどうするか考え方は色々あると思いますが、教えて下さい。</p> <p>サービス担当者会議の専門職から意見について、ケアプランに追加するか否かは利用者を含むサービス担当者で判断されると良いと思います。ケアプラン(原案)にその場で追加することも可能ですし、追加・修正が多い場合は再作成(意見を盛り込んで作成)になると思います。</p> <p>老計第22号3. 運営に関する基準(7)⑩によると「最終的には、その内容について説明を行った上で文書によって利用者の同意を得ることを義務づけることにより、利用者によるサービスの選択やサービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。」</p> <p>ここで大切なポイントは、①利用者に対しサービス担当者会議で出された意見でケアプランの追加・修正の内容を説明し、同意を得ているか。②文書によって利用者の同意を得る＝ケアプラン原案への署名をもらっているか。</p> <p>サービス担当者会議でケアプランの原案どおり又は一部記載内容の追加により同意を得られたのであれば、①と②は同日になり、サービス担当者会議の開催日を記載します。計画作成日(同意日)も同じ日になります。</p> <p>また、サービス担当者会議の意見を反映させケアプラン原案の修正を行った場合、①をサービス担当者会議の場で行っており、②を翌日に行ったとしても、同意日は①つまりサービス担当者会議の日を記載することになります。原則論ではこうなりますが、実際には①②が異なる場合は、実際に署名してもらった日を記載していることも多いと思われます。忘れてはならないのは同意日が計画作成日になりますので、緊急やむを得ない場合を除き、計画作成日はサービス提供の前であることが原則です。原則を知り、同意日についても根拠が説明できるようにしておく必要があります。</p>