

令和 6 年度 ケアプランチェック事業総括報告書

チェック項目	課題・問題点等			改善策	アドバイス・コメント
(1) 課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行なわれているか ・単なる聞き取りになっていないか ・包括的に情報が集められているか	提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 69.9%に見受けられました。 【詳細内容】			アセスメントは、ケアマネジメントプロセスにおいて、介護支援専門員が利用者や家族と共に行う、専門的な作業であり、大きく分けて3つのこと、1.「情報収集」、2.「課題分析」、3.「ニーズの把握」を行います。 収集した情報(1.「情報収集」)から、ご利用者の抱える生活のしづらい“現状”を整理し、“原因”につなげ、改善の可能性や今後の発生が見込まれるリスクとリスク回避策から、その中で実施すべきアプローチを導きます。その際にご利用者の暮らしを支えるのに必要な基本ケアや関連する疾患別のアプローチを踏まえて、今後の暮らしの在り方から、これからのご利用者の変化を見通します(2.「課題分析」)。その分析内容をご利用者やご家族と共有し、これからの生活の意向に向けて生活課題の設定(3.「ニーズの把握」)を検討した内容をアセスメント様式に記録しておきましょう。 改善項目1：「利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない」 現状の把握では、困っていることのみではなく、困っていることの背景や原因を分析し、少しでも良い方向に改善できる方法がないかを利用者とともに模索しながら、「予後予測(利用者自身が課題に向けて取り組むことや力をつけること、また必要な援助を利用したことにより改善される生活のイメージを持つこと)」に立った視点でアプローチの検討を行いましょう。「～できないことを、～(サービス)で補う」だけでなく、「～できないことを、～(社会資源を利用)することにより、～(見立ても含めた可能性を)できるようになる」といった視点で検討することが大切です。こうした視点で課題分析を行うことで、利用者や家族も今後の見通しが立ち、生活や介護に対するイメージが変わっていくことにつながります。 改善項目2：「基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分」 全ての利用者において、生活の継続を支援する基盤となる、高齢者の機能と生理をふまえた基本ケアを確認するだけでなく、医療との連携を踏まえつつ、疾患特性に応じて特に留意すべきポイントを確認し、利用者の予後に応じた暮らしへの影響を検討する視点を持ちアセスメントを行いましょう。 改善項目3：「必要な特記事項の記載が不十分」 「情報収集」は、サービス利用の根拠が明らかになるよう記載しておくことが大切です。サービスを利用していることだけでなく、それらのサービスが必要である利用者の心身の状態等の記載が必要です。利用者自身ができていること(どの程度できているか)、で	課題・問題点等の複数の項目に該当するケースが前回(令和5年度)と比較すると大きく減少しています。介護支援専門員の皆さまが利用者の自立支援にむけて、適切なアセスメントの実施に取り組んでいただいている成果と考えます。ただ左記「改善項目1～3」ではまだ多くの方が課題であり、不得手とする様子がうかがえますので左記内容とともに以下のポイントをご確認ください。 1) 左記「改善策」にお示ししました、アセスメントにおける「情報収集」「課題分析」「ニーズの把握」については、以下についても振りかえって確認してみましょう。 ①単にアセスメントシートを埋めるだけの作業に留まっていないか ②サービスを利用することが先行していないか ③利用者主体(尊厳の保持)の視点が欠けていないか ④自助・互助・共助・公助(地域包括ケアシステム)の観点を考慮しているか ⑤導き出された居宅サービス計画の根拠が明確になっているか 2) 利用者・家族の主訴・意向はケアプランの根幹となる重要な部分です。単に希望するサービスやサービスを継続する意向だけに留まらず、どのような暮らしを送りたいと考えているのか聴きとっていきましょう。 3) これまでの生活と現在の状況には生まれてから大きな転機になったことや、これからの支援に必要なと考えられる事(成育歴、職歴、結婚歴、趣味や嗜好、生活のスタイルや家族とのエピソード等)を記入してみましょう。今までのご利用者の生活を把握することで、個別性の理解が深まり、ご利用者の望む暮らしに繋がる大きなヒントを発見できるかもしれません。例えば大工の経験を活かして壊れた建具の修理をする等の役割づくり、好きな音楽を聴いて心が穏やかになる、趣味であったコーラスでの活動を再開して楽しみを見つける等、QOL向上や認知症予防等に効果が期待できますので、丁寧に記載しておきましょう。 4) 以下に適切なケアマネジメント手法における基本ケアの大項目を記載しております。アセスメントにおける確認のポイントとしてみてください。 Ⅰ-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来の予測、備え Ⅰ-2. 意思決定過程の支援 Ⅱ-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予
	アセスメントシートの提出がない、又は標準項目を満たしていない	12	件		
	利用者像(生活歴や生活背景)をふまえた課題の抽出ができていない	49	件		
	家族や支援者との関係性や背景を十分に捉えられていない	25	件		
	健康に関する情報(受診、既往・現病歴、服薬状況、栄養状態、口腔機能等)の記載が不十分	46	件		
	居住環境(居室や生活動線の見取図、段差、手すりの設置場所等)の記載が不十分	62	件		
	必要な特記事項の記載が不十分	95	件		
	基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分	100	件		
	利用者の強みや弱みが十分に捉えられていない	77	件		
	利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない	102	件		
	社会資源(利用者、家族、地域、フォーマル・インフォーマルなサービスやサポート)の活用について検討が不十分	87	件		

			きないこと、援助を受けてできていること（具体的な支援の内容）等、アセスメントツールを活用して確認した内容を記載しておきましょう。その人らしさが映し出されるような視点で情報収集を行い、利用者の全体像の把握に努めることが大切です。	防の支援 Ⅱ-2. 日常的な生活の継続の支援 Ⅱ-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援 Ⅲ-1. 家族等への支援 Ⅲ-2. ケアに参画する人への支援 5) 基本ケアや疾患別のアプローチへの検討については「適切なケアマネジメント手法」を参考にしてください。 ①ケアプラン検討時の「抜け漏れ」の防止 ②多職種協働の推進 ③ケアプランの見直しの円滑化に有効 等や、また他にも自立支援の促進、重度化予防の効果が期待できます。 ※令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業） 適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業（2022年3月）株式会社日本総合研究所「適切なケアマネジメント手法」の手引き 6) 課題分析標準項目については、介護保険最新情報 vol.1178 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について（令和5年10月16日厚生労働省老健局）も確認し、「項目の主な内容（例）」はインテークやアセスメントの際に活用していきましょう。
(2) アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか、又その上でのサービス計画になっているか ・自立支援に資するニーズ、目標設定、支援内容になっているか ・複数の事業所の提案された説明と利用者選択（自己決定支援）ができているか ・自助力、互助力向上をケアプランに位置付けているか ・第1表と第2表と第3表の目標やサービス内容が一致しているか ・ニーズ、目標、援助内容は整合	提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 76.7%に見受けられました。 【詳細内容】		(1) の課題・問題点等の項目において、アセスメント実施時の情報収取や課題分析、ニーズの把握が関連すると推測される項目に課題・問題点が多くみられました。ニーズがアセスメントの結果から得られた利用者自身のニーズとなっているのかどうかを点検し、ニーズの抽出を再検討することにより改善できると考えます。 改善項目1：「ニーズの設定が不十分、又は再検討が必要」 ニーズの再検討が必要な理由は、アセスメントにより分析・抽出された生活課題の言語化が適切にできていない、又はアセスメントによる情報収集・分析が十分に行われていないことが原因と推測します。課題分析においては、生活の困りごとを引き起こしている「阻害要因」の分析と、利用者自身が課題に向けて取り組むことや力をつけること、また必要な援助を利用したことにより生活がどのように変わるのかについて見通しを立てることが大切です。そのうえで、利用者の望む暮らしを実現するために解決すべき課題を設定します。ケアプランのニーズ欄は、「生活全般の解決すべき課題」となっていますので、アセスメントにより把握した利用者の生活全体の	ケアプランの作成においても、前回と比較して「課題・問題点等」に該当する事例が減少しています。介護支援専門員の皆さまが適切なケアプラン作成に尽力されていることと拝察しました。引き続き質の高いケアプラン作成に向けて、左記とともに以下のポイントをご確認ください。 1) アセスメントにおいて課題を把握できているものの、その課題をニーズに変換することが苦手である方が多いように推察します。 例えば、「下肢筋力の低下から家事ができなくなっている」という現状から「下肢筋力を向上すること」「家事を充足すること」を課題として把握しているものの、ニーズには「夫と自宅で暮らし続けたい」「できないことを手伝ってもらい、できることを続けていきたい」等のように設定されています。これでは本人、家族をはじめとしたケアチームがどのような課題を解決して、どんな暮らしを送ろうとしているのか、共通認識することが難しくなります。 生じている課題の原因や背景を利用者・家族とともに探っていくプロセスが自立支援には欠かせない視点です。“何故下肢筋力が低下
	アセスメント（課題分析）結果によるケアプランとなっていない	24	件	
	サービスを利用（若しくは継続）する目的のプランになっている	72	件	
	利用者の「望む暮らし」にむけたケアプランとなっていない	9	件	
	「初回・紹介・継続」「認定済・申請中」に記載が不十分	4	件	
	本人の意向の記載が不十分、又は本人の意向について代弁されていない	27	件	
	家族の意向や支援の記載が不十分	16	件	
	総合的な援助の方針欄の記載が詳細でなく不十分、又は第2表と関連していない	28	件	

性がとれているか	（緊急事態が想定される場合）対応機関や連絡先・対応方法等についての記載が不十分	3	件	困りごとを、利用者自身が課題を解決する意欲に転換し、ニーズとして言語化しましょう。アセスメントで明らかにした「問題」を「自立に向けての意欲」に転換することが、ケアプランにポジティブな「自立支援という目標や方向性」を持たせることにつながります。 改善項目２：「目標が抽象的な設定となっている」 目標が抽象的になる原因として、アセスメントにより利用者・家族の「望む暮らし」の姿や予後の予測、その実現のために解決していく課題が捉えきれていないことが考えられます。利用者・家族と丁寧にコミュニケーションを取りながら、合意できたことを具体的に言語化していきましょう。 ①目標は、利用者が意欲的に取り組めるよう、利用者をはじめ誰にでもわかりやすい具体的な内容で記載します。 ②目標は、モニタリング実施時に客観的に評価できるようにしましょう。例えば、「安全に移動できる」と設定すると、安全の判断基準は人によりとらえ方が違うために目標が達成できたのかどうかかわりづらくなります。また、「移動できる」という目標も、どの様に移動できるのか、どこまで行けることで目標を達成するのか判断しづらいため、例えば「トイレまで１人で行ける」「玄関まで新聞を取りに行くことができる」等具体的な目標を検討しましょう。 ③手段を目標にしていないか確認しましょう。例えば、「通所介護に参加できる」等手段を目標にしてしまいやすい例です。手段を目標にするとサービスを利用することが目的のように映ります。援助者側の目標設定になっていないか、サービス内容を目標に設定していないかを確認し、利用者の暮らしの目標として、利用者や家族にわかりやすい言葉で書きましょう。 改善項目３：「セルフケアの位置づけが不十分」 利用者の強みや弱みについて、アセスメント時の情報収集・分析が関連していると推測します。利用者の持つ強みに着目することで、セルフケアに関する提案の選択肢が増えます。利用者のしていることやできていること、していたことやできそうなことを位置付け、“してみたい”と思う意欲を高め、常に利用者の自立支援を意識しましょう。またセルフケアを位置づけることで、利用者自身が役割を持ち、小さな目標達成の成功体験を重ねることで自己効力感が高まり、意欲の向上に繋がります。認知機能の低下予防も期待できますので積極的に位置付けていきましょう。	したのか” “どの程度の下肢筋力を向上するのか” “どのような方法で家事を充足するのか” を利用者自らが主体的に関わりながら意欲的に取り組めそうなニーズを設定しましょう。 ２）長期目標にはニーズを解決した際の状態像をイメージして設定します。短期目標はその長期目標を実現するための段階的な目標を具体的に記載します。 例えばニーズには「〇〇スーパーまで買い物に行けるようになりたい」と設定されていれば、長期目標は「〇〇スーパーまで買い物に行くことができる」、短期目標には「毎日いきいき百歳体操に取り組むことができる」とすれば、ニーズの解決に向けて何に取り組んでいくのかわかりやすくなります。 短期目標の積み上げの先に長期目標の達成があり、長期目標の達成がニーズの解決につながっているか確認してみましょう。利用者自らが主体的に行動しようと思う具体的な目標を検討してみてください。 ３）短期目標の達成に必要なサービスの種類（資源）には、利用者（セルフケア）、家族支援、介護保険サービス、医療サービス、入居施設による基本サービスやオプションサービス、実費で利用される介護保険外サービス、その他インフォーマルなサービスやサポートがあります。これらは利用者にとって生活を支える大切な資源ですので、介護給付の有無に関わらず、ケアプランに記載しましょう。 ４）「自分でできることは続ける」「できないことの援助を受ける」といった趣旨のニーズや目標が設定されているケースが多くみられました。またそれらに紐づく援助内容にセルフケアが設定されていないことも多く、利用者は「何ができていて、どのようなことを続けていくのか」「どのような支援を受けて、何ができるようになるのか」がわかりづらいように感じます。その人が持つ力を発揮できるようにかわり、引きだしていくことが、利用者自身の内的資源を活かすこと（自立支援）につながります。左記「セルフケアの位置づけが不十分」でのコメントを参考に、利用者に取り組むことを具体的（洗濯物をたたむ、庭の水やりをする、おしゃべりを楽しむ等）に記載していきましょう。
	ニーズの設定が不十分、又は再検討が必要	112	件		
	長期目標、短期目標、援助内容の期間の設定に検討が必要	14	件		
	ニーズ、長期目標、短期目標が関連していない	16	件		
	目標が抽象的な設定となっている	112	件		
	サービス内容の記載が詳細でない	36	件		
	セルフケアの位置づけが不十分	100	件		
	インフォーマルなサポートの位置づけが不十分	85	件		
	第2表に位置付けたサービスの記載が不十分、又は記載されていない	40	件		
	主な日常生活上の活動の記載が不十分、又は記載されていない	31	件		
週単位以外のサービスの記載が不十分、又は記載されていない	12	件			
(3) 特定のサービス・事業所に偏っていないか	提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 37.7%に見受けられました。	サービス利用に関する複数提案と利用者選択の適正実施に関する項目です。アセスメントにおいて抽出された生活課題を解決するために選択したサービスとして選択の根拠を明確にし、説明できるようにしておきましょう。			（２）の課題・問題点の「サービスを利用（若しくは継続）する目的のプランになっている」の項目において該当するケースが多かった事が関連すると推察します。左記と共に以下のポイントをご確認ください。
・本人、家族に必要な情報提供	【詳細内容】				

をした上での事業所選択になっているか ・適切なサービス内容及び量となっているか ・自立支援に資するサービス提供となっているか	サービス利用が系列事業所になっており、本人・家族の選択の記載がない	12	件	改善項目：「他サービスの利用についての検討が不十分」 この項目を確認する背景として、 ・必要なアセスメントにより利用者の現状を把握できているか ・本人の意向から利用者の望む暮らしに向けたサービスの提案ができていないか ・多様な社会資源を提案し、利用者による複数選択の結果のサービス利用となっているか ・サービス担当者会議において単に希望するサービスを利用、継続することの確認にとどまっていなかったか ・サービス担当者会議においてケアチームでの合意形成ができていないか ・モニタリングにおいて目標が達成された後に、再アセスメントを通じて新たな課題が生じていないか検討しているか ・サービス利用の可否にかかわらず、これらの経緯が支援経過等に記載されているか など多岐に渡る視点から判断しています。それぞれの視点に関連していることも注意をいただき、現状のサービス以外の選択肢を検討することや、サービス利用が必要な背景を丁寧に記録できているか確認しましょう。	1) 中立性・公平性においては、運営基準第4条関連「複数のサービスや事業所の紹介」「サービス事業所の選定理由」を明確にし、その上で利用者や家族が当該事業所を選定したことが分かるように記録しておきましょう。 2) 利用するサービスの種類、事業所、サービス量、他サービスを検討したこと等、単に利用者や家族の希望、サービス担当者等からの提案を設定するだけでなく、介護支援専門員によるその妥当性を検討したことについても記載しておきましょう。 3) 今回提出いただいた事例の抽出条件は「福祉用具を位置づけているプラン」でしたので、改めて、介護保険制度における福祉用具が要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具、及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものとなっているかご確認ください。事例の状態像とサービス利用に乖離がないか、適切なサービス利用となっていることを明らかにできているか、個別票を参考にいただき、それぞれで確認してみてください。
	サービス利用の必要性についての検討が不十分	41	件		
	他サービスの利用についての検討が不十分	55	件		
	医療系サービスの利用について検討が不十分	4	件		
(4) サービス担当者会議が適切に行なわれているか ・それぞれの項目が適切に、わかりやすく記載しているか	提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 39.0%に見受けられました。 【詳細内容】			サービス担当者会議には、「援助の方向性を定める」「アセスメントの共有」「居宅サービス計画の練り上げ」「チームアプローチの促進」等のねらいがあります。利用者を含むケアチームで目標に向けて取り組む契機にしましょう。 改善項目：「合意の上でケア方針が決定されていない」 サービス担当者会議では、利用者・家族の意向を踏まえたケアプラン原案を検討します。アセスメントに基づく利用者・家族の意向や目標をどのように実施するのか、リスクの予測や悪化の防止策などを協議します。利用者・家族を中心としたケアチームの方針を確認（説明）し、同意を得て合意したことを、第4表サービス担当者会議の要点に記載しておきましょう。	サービス担当者会議の開催については多くのケースで適切に実施されていることが確認できます。福祉用具サービスの利用については、その必要性について随時検討してください。 ひき続きより適切なサービス担当者会議の開催に向けて以下のポイントをご参照ください。 1) 単にサービスを利用すること、提供することだけにフォーカスするのではなく、ケアチームでケアプランを練り上げることを意識してみましょう。 2) 感染症予防の観点等により現地開催や関係者全員の参集が難しい状況であることも推察いたします。様々な方法によりケアチームで協議した内容を記載いただいておりますが、その場合においても意見の照会のみで終わらず、必要な記録を作成しておきましょう。 3) 第2表に位置づけられた各サービス担当者からどのような意見・提案があったのか具体的に記載することが大切です。専門的な意見をもとに協議することで、ケアチームでの効果的な支援につながります。事前に聴取した意見については、どのような内容を共有したのかも記載しておきましょう。
	担当者会議の記録がない、又は記載が不十分	21	件		
	医師との連携が不十分	45	件		
	担当者会議欠席者への照会が不十分	9	件		
	担当者会議出席者・欠席の職種・所属が記載されていない	36	件		
	担当者会議を開催する目的が記載されていない	15	件		
	利用者、家族の意向、総合的な援助の方針、課題分析結果の共有が不十分	34	件		
	各担当者の専門的な意見の記載が不十分	42	件		
	福祉用具貸与のサービスの位置づけについて記載が不十分	29	件		
	医療系サービスの位置づけについて記載が不十分	20	件		
	各担当者の役割が明確にされていない	22	件		
	合意の上でケア方針が決定されていない	57	件		
	次回開催日の記載、及び残された課題の記載が不十分	20	件		

(5)モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか ・利用者・家族の意向・満足度、目標の達成度、事業所との調整、計画の変更の必要性等に関する記録ができていない ・介護支援専門員として把握したこと、判断したこと、調整したこと、日常の援助にかかる活動内容や対応したことがわかりやすく記録できているか	提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 34.9%に見受けられました。 【詳細内容】			居宅介護支援経過は、介護支援専門員が専門職として残す公的な記録です。介護支援専門員として利用者・家族、各サービス担当者、関係機関との専門的な関わりを通じて把握したこと、判断したこと、調整が難航し持ち越したことなどを整理してわかりやすく記載します。単に支援が継続していることの確認だけでなく、常に総合的な援助の方針、ニーズ、目標、サービス内容などケアプランの進捗状況と目標の達成度、ケアプランの見直しの必要性が生じているか確認する視点が大切です。 改善項目：「介護支援専門員自身が把握したこと、判断したこと、調整の状況等を整理して記載できていない」 実施状況の把握（モニタリング）情報は、利用者、家族、サービス担当者等、誰からの情報や判断なのかを整理して記載すると、後で見たときにわかりやすいものとなります。この時、事実・判断・方針変更の有無の視点を持つことが重要です。事実を記載し、介護支援専門員としてどう判断し、対応したのか、どう対応する予定なのか、どのような結果になったのか等を記載しましょう。			モニタリング及び支援経過記録については多くの方が適切に記録されていることを確認しました。ひき続き、適切なモニタリングの実施、支援経過を記録するために左記とともに、以下のポイントを参考にしてください。 1）支援経過を記録する時には、誰が読んでも支援のプロセスが分かりやすいように記載します。具体的には、 ① 文章における主語と述語を明確にする ② 共通的でない略語や専門用語は用いない ③ 抽象的な表現を避ける ④ 箇条書きを活用する 等に留意して、介護支援専門員として日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、事象の結果等について記載しておきましょう。 2）記録を作成する際には5W1H（だれが、いつ、どこで、なにを、なぜ、どのように）を意識した文章を構成することで、伝えたい情報の主旨が明確になり、かつ過不足なく伝えることができます。また介護支援専門員自身も情報の過不足に気づきやすくなることや、伝えたい情報の主旨を見失いにくくなりますので参考にしてください。			
	モニタリング内容の記載が不十分、又は記載がない		29							件
	モニタリング結果の記録が不十分		44							件
	支援経過記録に記載漏れ（時間、場所等）または工夫が必要		24							件
	介護支援専門員自身が把握したこと、判断したこと、調整の状況等を整理して記載できていない		51							件
(6)総合評価	提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 55.5%に見受けられました。 【詳細内容】			総合評価として、利用者の自立支援に関する項目に課題・問題点が多くみられています。ケアマネジメントにおける根幹となる自立支援について、改めて以下をご確認ください。 改善項目：「自立支援の観点からのケアマネジメントの実践が不十分」 利用者の生活を支えるにあたって、介護支援専門員をはじめとするケアチームは「自立支援」を中心に据えなければなりません。「自立支援」には、 ①目的としての自立（自律）支援 ②目的を実現するための手段としての自立（自律）支援 があるとされています。 介護支援専門員に期待されることは、たとえ介護を必要とする状態になっても、利用者が自分の意思によって「その人らしく」生きることができるように支援することです。スムーズに自分が思うことを表出できない状態になったとしても、サービスを利用する主体は利用者であることを確認する必要があります。（自己決定支援） 疾病の予防や、身体機能の低下を防ぐリハビリテーション、生きがいづくり、地域における居場所づくり、地域づくりといった視点や取り組みも欠かせません。「自分らしく生きる」という自立支援の理念を常に意識しておきましょう。 ※引用：一般財団法人長寿社会開発センター「八訂介護支援専門員実務研修テキスト 上巻」介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集（令和6年3月）P.58～P.59			モニタリング及び支援経過記録については多くの方が適切に記録されていることを確認しました。ひき続き、適切なモニタリングの実施、支援経過を記録するために左記とともに、以下のポイントを参考にしてください。 （1）から（5）までの課題・問題点等の項目において、ケアマネジメントプロセスごとに、それぞれ改善項目として記載のある内容には特にご留意いただき、支援の内容を支援経過記録に残しておきましょう。利用者の支援でご多忙なこととは思いますが、ケアマネジメントプロセスを一つ一つ丁寧に実施いただき、その内容を適切に記録しておくことが改善に繋がります。 アセスメントやサービス担当者会議、モニタリングの実施については、利用者や関係者と直接面談できる機会とともに、電話や照会、テレビ電話、web会議等のICTを活用し、新たなケアマネジメントの在り方に取り組んでいただければと思います。この取り組みは、今後のケアマネジメント業務に、必ず活かされてきますので、様々な対応方法を支援経過記録に記録しておきましょう。 ケースの課題や問題点の改善については、個人で学ぶ、事業所内で相談する、地域で学びあう等、研鑽に努めていきましょう。地域の中には力のある介護支援専門員の方もいらっしゃいますので、介護支援専門員同士が連携できる関係性を構築し、学びあえる機会をつくっていきましょう。			
	各帳票の日付が一致しない等がみられ、再点検が必要		6							件
	各帳票の記載方法について、第三者が読んでわかりやすいよう書き方に工夫が必要		21							件
	各帳票の全般に記載漏れが多い		19							件
	誤字・脱字が多い		36							件
	ケアマネジメントプロセスが不十分		24							件
	自立支援の観点からのケアマネジメントの実践が不十分		81							件
	医療サービスとの連携が不十分		27							件
	利用者自身によるサービス選択がされていない		6							件
	利用者への説明責任についての記載が不十分		7							件
	継続的・計画的なケアプランの作成となっていない		9							件

