

令和2年度 鎌倉市ケアプラン点検事業

実績報告書

1 目的

ケアマネジャー等及び地域包括支援センターの職員等（以下「ケアマネジャー等」という）が利用者の自立支援に資するケアプランを作成できるようにするために、ケアプラン及びケアマネジメントの点検を行い、ケアマネジャー等の資質向上を図ることで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。

2 目標

- (1) ケアマネジャーが、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を立案する。
- (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) ケアマネジャーが、常にご本人の能力を活かす、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) 地域包括支援センターの主任介護支援専門員が居宅介護支援事業所等に対する助言及びサポート力が向上する。

3 実施方法

(1) 対象者及び点検（確認）従事者

①市内の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャー

②市内の地域密着型サービスおよび特定入居者施設に所属するケアマネジャー等

| 対象 | 条件 | 点検従事者 |
|-------------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| 居宅介護支援事業所 (10事業所) | ・要介護1～4の被保険者（市が抽出） | 委託業者、 包括主任ケアマネジャー、 高齢者いきいき課担当職員 |
| 地域密着型サービス及び特定入居者施設 (26事業所) | ・要介護1～3の被保険者（市が抽出） | 委託業者、 高齢者いきいき課担当職員 |

| 対象 | 点検期間および検討会 |
|-----------------------------------|--|
| 居宅介護支援事業所 (10 事業所) | ・ 令和2年6月から令和2年8月まで毎月1回 |
| | ・ 1回の検討会に2～3名のケアプラン点検を実施 |
| 地域密着型サービス・ 特定入居者施設 (26 事業所) | ・ 令和2年6月から令和3年1月まで毎月1回 ・ 検討会は実施しない。(委託業者にて点検) |

(2) ケアプラン点検検討会

- ① 検討会は、令和2年6月から令和2年8月まで毎月1回（全3回）実施
- ② 検討会開催時間は、13：30－16：30 とし鎌倉市役所等で実施。
- ③ 検討会参加者が、地域包括支援センター主任ケアマネジャー、委託業者。
- ④ 10ケースの検討を実施。

(3) 点検従事者による面談 [各90分程度]

- ① 全36人（居宅介護支援事業所10人、地域密着型サービス・特定入居者施設等に所属する介護支援専門員・計画作成担当者26人）
- ② 対象ケースは、居宅介護支援事業所10事例、地域密着型サービス・特定入居者施設等26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）、ケアプラン点検検討会で検討・決定された事項の質疑等（80分程度）

(4) 面談後のケアプランの再提出

- ① 面談の結果を事業管理者に面談後10日前後に郵送。
- ② 点検対象者は、面談結果を受けて、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)

4. 点検結果

(1) 概要

点検前後に実施する自己チェック 24 項目に結果通知のコメントを照らした結果、
下表のコメント数となった。(人) (重複あり)

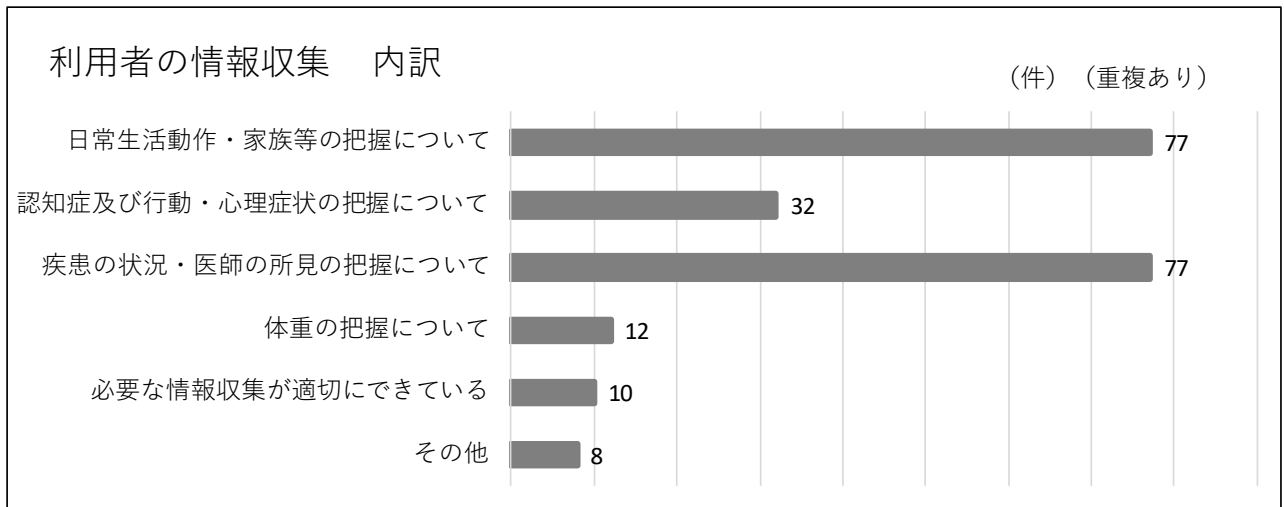
| カテゴリ | No | 項目 | コメント数 |
|--------|----|--|-------|
| アセスメント | 1 | 利用者の課題分析を行うために必要な最新の情報の（身体・心理状況、生活環境等の課題分析標準 2 3 項目）収集（把握）をしている。 | 94 |
| | 2 | 利用者の生活に影響を及ぼしている状況（ADL や疾患等）について、より具体的に状況把握をしている。（例：尿失禁が「一部介助」とある場合に「頻度」「時間帯」「本人理解」等）（例：介護に抵抗が「ときどき」とある場合に「頻度」「内容」「対応」「対応への反応や言動等） | 58 |
| | 3 | 利用者の疾患等（現在の疾患・既往歴・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。 | 34 |
| | 4 | 利用者の暮らし（主な日常の暮らし方、社会や家族との関係性や関わり等）についての情報収集がされ、必要な状況把握をしている。 | 0 |
| | 5 | 利用者の生活意欲等とその理由（なぜ意欲的なのか、なぜ意欲低下しているのか）を把握している。 | 0 |
| | 6 | 利用者の課題分析に必要な場合には、医師や医療機関、また、必要な関係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。 | 30 |
| | 7 | 利用者のもつ可能性（現在していることが更に強化できる、能力的にはできることが発揮されていない等）について、分析している。 | 0 |
| | 8 | 利用者の顕在化したニーズだけでなく、潜在的なニーズについて分析がされている。 | 0 |
| | 9 | 抽出された利用者ニーズ（生活上の課題）について、原因（疾患・ケガ・後遺症・生活習慣・環境・薬など）を多角的に分析している。 | 37 |
| ケアプラン | 10 | 利用者や家族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） | 115 |
| | 11 | 第1表の「利用者及び家族の生活の意向」において、利用者や家族の意向や望む暮らし等について具体的に聴取されている。 | 46 |
| | 12 | 第2表のニーズ欄は、緊急性・優先度の高いものから記載されている。 | 18 |
| | 13 | 第2表の目標（長期・短期）は、利用者自身が目指す具体的な状態像で記載されている。 | 34 |
| | 14 | 第2表の目標期間の設定については、利用者の状況を考慮した上での期間（長期・短期）を設定している。 | 10 |
| | 15 | 第2表のサービス内容は、目標を達成するために必要な援助内容（サービス種別・内容・頻度・期間）となっている。 | 55 |
| | 16 | 第2表のサービス内容に利用者自身のセルフケアが（ある場合）具体的に位置づけられている。 | 26 |
| | 17 | 第2表のサービス内容に家族を含むインフォーマルな支援が（ある場合）記載されている。 | 10 |
| | 18 | 第3表の週間サービス内容や主な日常生活上の活動が具体的に把握、記載されている。 | 63 |
| モニタリング | 19 | モニタリングにおいて、支援状況・目標達成状況・支援の妥当性等を把握し、変化時の状況と原因分析等を行ったうえで、対策が講じられている。（サービス変更や医師等への報告・連絡・相談等含） | 23 |
| | 20 | 目標評価月（長期：短期）においては、目標毎の達成状況・原因分析・今後の継続可否等について把握・判断し、対策が講じられている。 | 0 |
| | 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） | 24 |
| マネジメント | 22 | 介護保険サービスや事業所の提案及び選択について、利用者の希望やニーズに照らし合わせた上で複数の事業所を提案し、その選択理由が記録等されている。 | 9 |
| | 23 | 介護保険サービスだけでなく、その他の公的支援やインフォーマルサポートについて検討、提案されている。 | 0 |
| | 24 | サービスの利用にあっては、利用者の経済状況等、また費用対効果について考えた上で、必要な提案・相談をしている。 | 0 |

2) カテゴリごとの主なコメント

カテゴリごとに分類したコメント内容は下記のとおりである。

① アセスメント

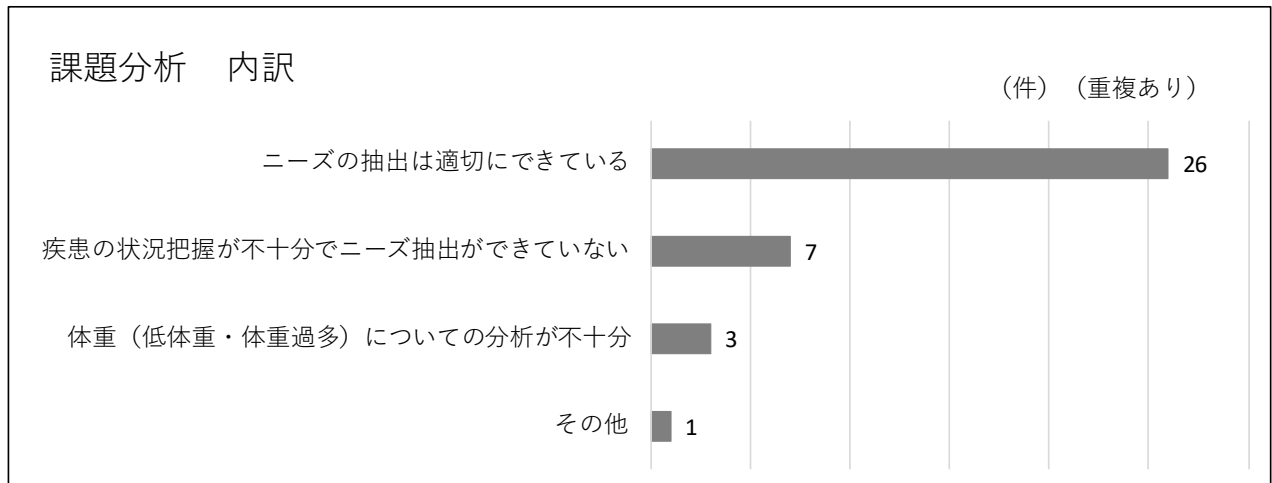
a) 利用者の情報収集について



日常生活動作・家族等の把握については、課題分析において、見守りや一部介助の詳細把握（頻度・状況・ケア内容等）が充分でないことや、施設においては、入所前の生活の把握が不十分なケースがあった。

疾患の状況・医師の所見の把握については、課題分析において、疾患に対する状況が記録からは不十分であり、疾患に対する医師の所見やアドバイス、また、制限等について把握がされていない、記録されていないケースがあった。

b) 課題分析について



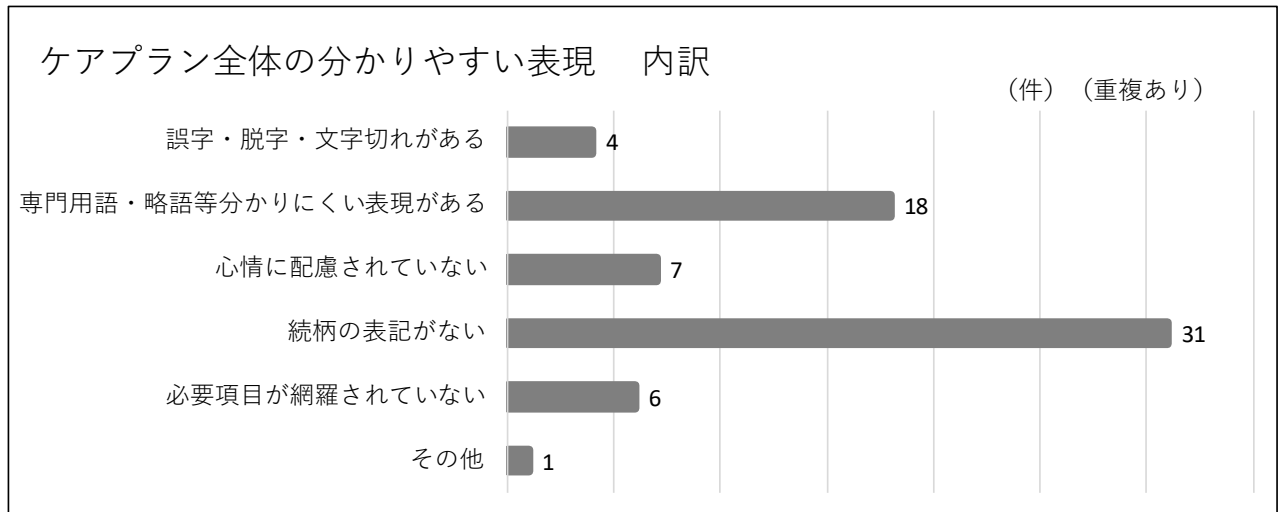
ニーズの抽出については、疾患や体重の把握が不十分であることから、ニーズ抽出に結びついていないと考えられるケースもあった。

② ケアプラン

ケアプランについては、全体を通じた記述上の工夫に関するものと、第1表～第3表における具体的な内容についてのコメントを行った。

a) ケアプラン全体の分かりやすい表現

ケアプラン全体の分かりやすい表現に関するコメントは全体で67件あった。

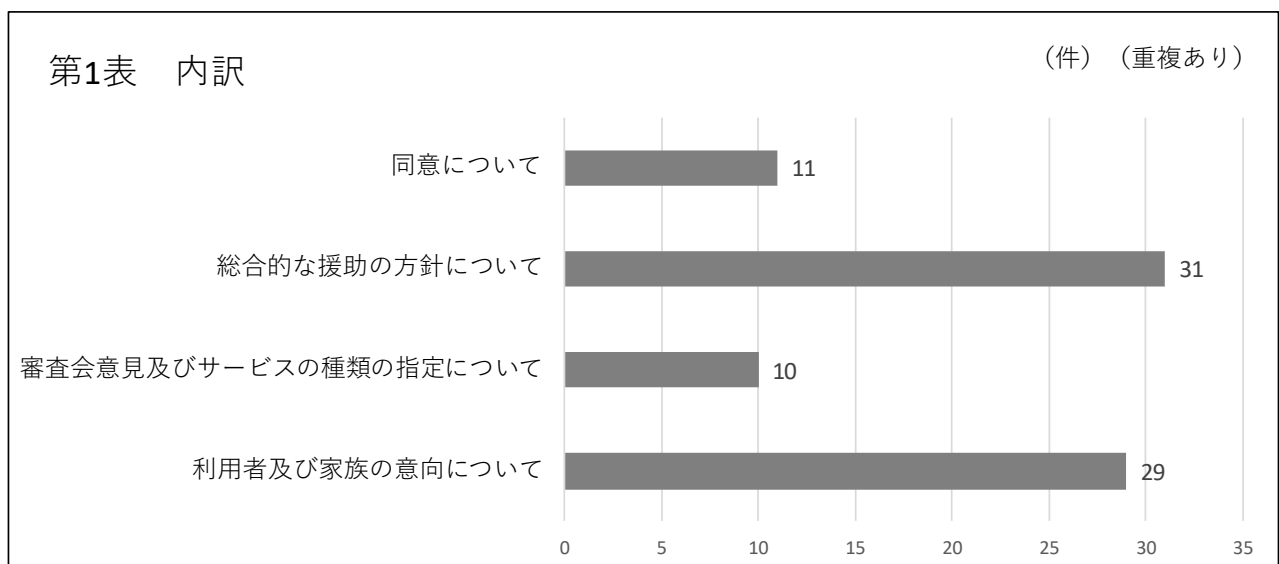


続柄の表記については、ケアプランの同意欄や家族の意向欄において、続柄の表記がないケースが見られた。

専門用語・略語等分かりにくい表現としては、「バイタルサイン」「通介」など本人や家族にとって分かりにくい表現がみられた。

b) 第1表

第1表についてのコメントは全体で81件あった。

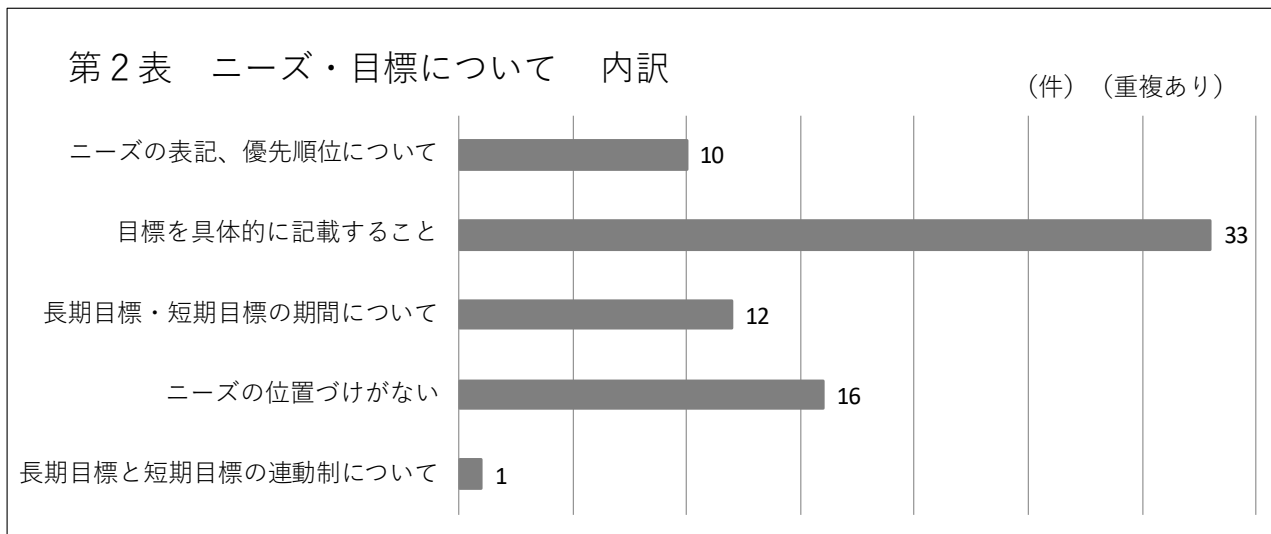


総合的な援助の方針については、チームメンバー全員が共有する内容をより具体的に支援のポイントや注意点等について記載することの内容であった。

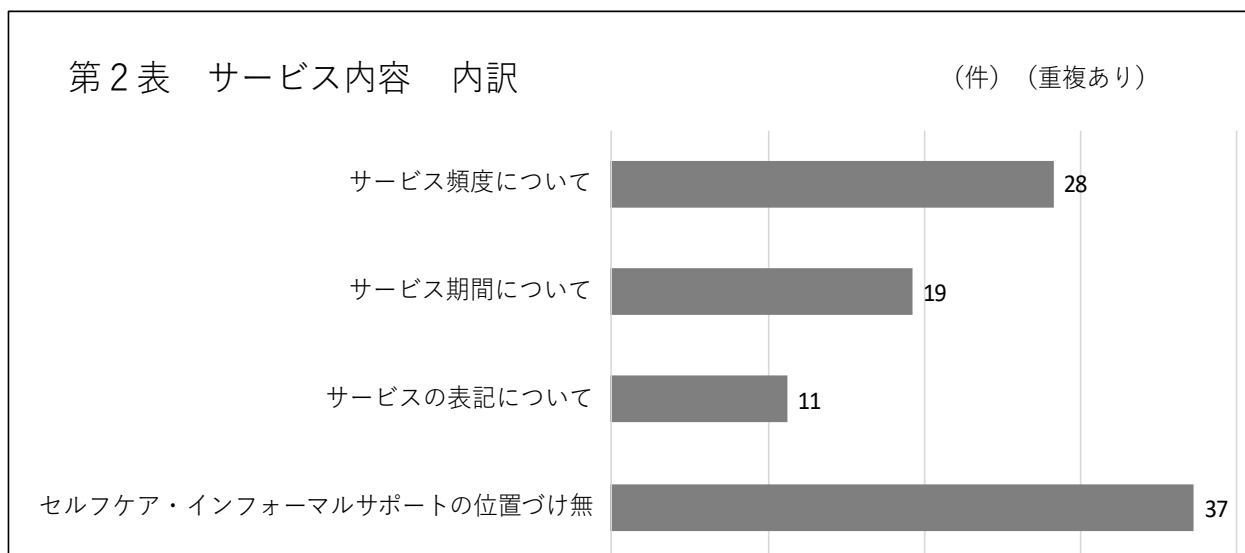
利用者及び家族の意向欄においては、状態・状況を記載するだけでなく、どのような事ができるようにになりたいか等、具体的な意向を引き出す必要があるケースが見られた。

c) 第2表

ケアプラン第2表に関するコメントは全体で167件あった。



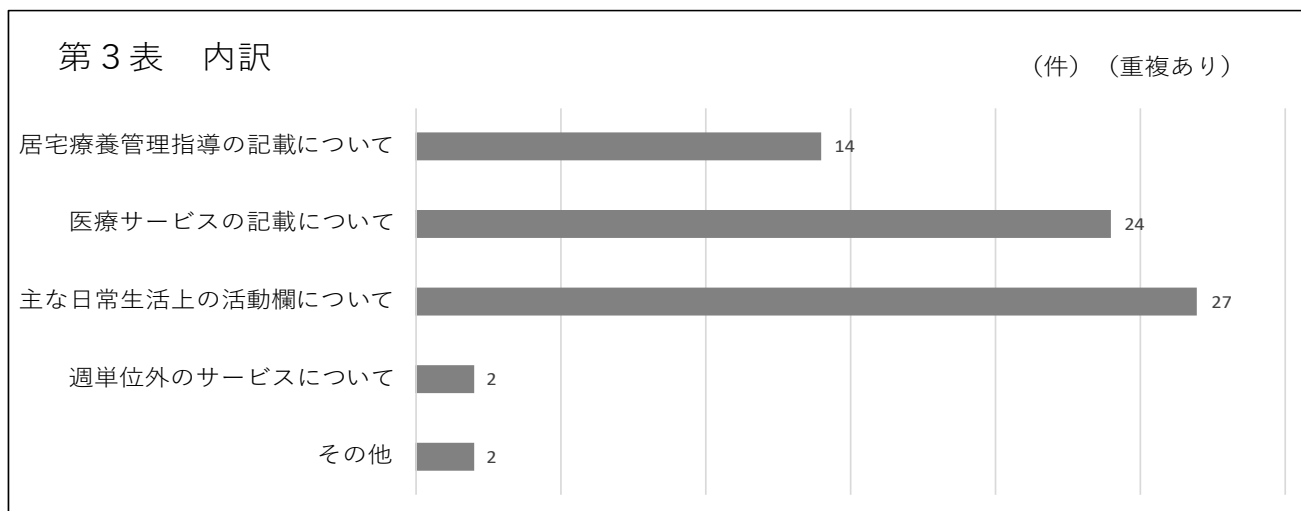
目標については抽象的で曖昧な記述があり、より行動（生活動作）レベルで記載する必要がある。



セルフケア・インフォーマルサポートの位置づけがない37件のうち27件はセルフケア他10件はインフォーマルサポートの記載がなかった。インフォーマルサポートについては、主に家族が行っているケアや支援が記載されていないケースであった。サービスの頻度については、「毎日・随時」ではなく、可能な限り想定される場面や状況で記載する必要がある。

d) 第3表

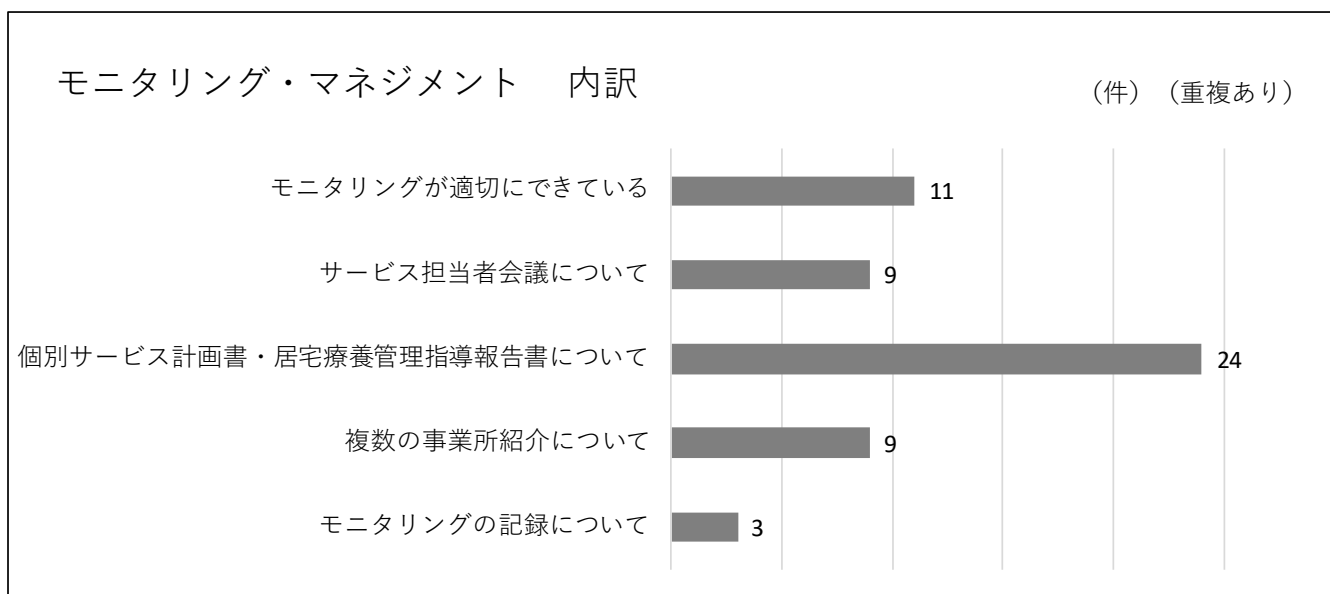
第3表に関するコメントは69件あった。



本人の生活の様子や受診スケジュールなど、介護サービス利用以外の日常生活の状況の把握が不十分なケースが見られた。

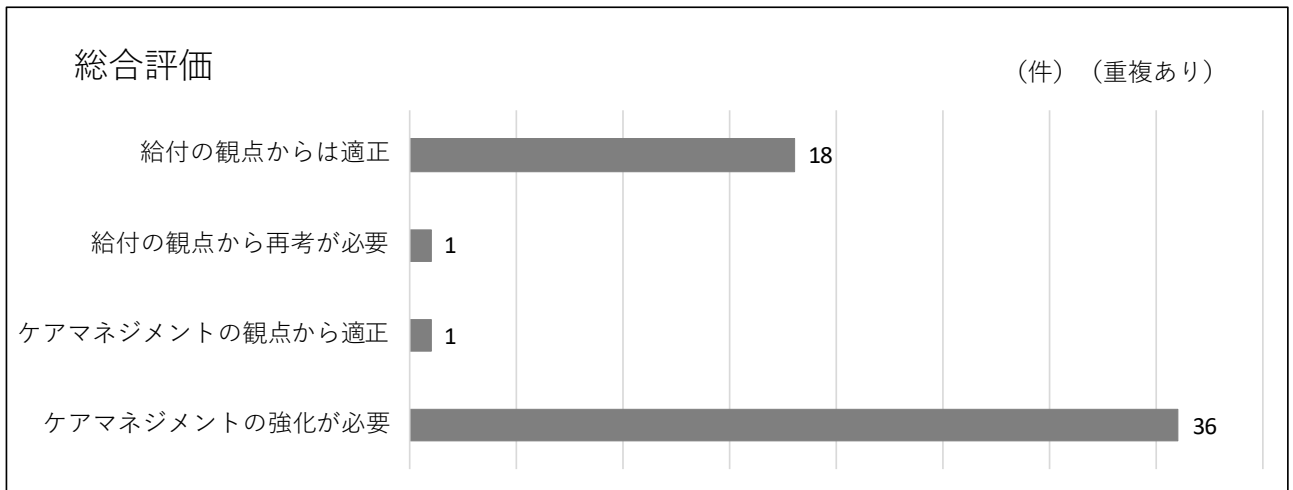
③ モニタリング・マネジメントについて

モニタリング・マネジメントに関するコメントは、全体で56件あった。



サービス担当者会議については、施設を中心に本人・家族の出席がないケースがみられた。本人や家族の意向を反映させるためにも出席が出来るよう調整を行うことが望ましい。

④ 総合評価について



居宅サービスにおける給付の適正化という観点においては、多くのケースで適正な給付が行われていた。再考が必要なケースとしては、ケアプランに居宅療養管理指導の位置付けがなく、必要なニーズ等も含め不明瞭であり根拠等について把握する必要があった。ケアマネジメントに関しては、特にニーズに繋がるような具体的な状況や日常生活への影響、医療（疾患や後遺症等）についての詳細把握（記録）と分析の不十分さが見られた。

5. ケアマネジャーによるケアプラン自己チェック（点検前後の比較）

面談前と面談後において、ケアマネジャー自身による点検前後のチェックを10段階で行った。面談前後の差異が最も大きかったものと小さかったものを○で表示

| | No | チェック内容 | 平均値 | | |
|--------|---|---|-----|------|------|
| | | | 点検前 | 点検後 | 前後差異 |
| アセスメント | 1 | 利用者の課題分析を行うために必要な最新の情報の（身体・心理状況、生活環境等の課題分析標準23項目）収集（把握）をしている。 | 6.3 | 6.9 | +0.7 |
| | 2 | 利用者の生活に影響を及ぼしている状況（ADLや疾患等）について、より具体的に状況把握をしている。（例：尿失禁が「一部介助」とある場合に「頻度」「時間帯」「本人理解」等）（例：介護に抵抗が「ときどき」とある場合に「頻度」「内容」「対応」「対応への反応や言動等） | 6.0 | 6.8 | +0.8 |
| | 3 | 利用者の疾患等（現在の疾患・既往歴・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。 | 6.6 | 7.0 | +0.3 |
| | 4 | 利用者の暮らし（主な日常の暮らし方、社会や家族との関係性や関わり等）についての情報収集がされ、必要な状況把握をしている。 | 6.5 | 6.8 | +0.2 |
| | 5 | 利用者の生活意欲等とその理由（なぜ意欲的なのか、なぜ意欲低下しているのか）を把握している。 | 6.3 | 7.0 | +0.7 |
| | 6 | 利用者の課題分析に必要な場合には、医師や医療機関、また、必要な関係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を受けている。 | 6.1 | 6.6 | +0.4 |
| | 7 | 利用者のもつ可能性（現在していることが更に強化できる、能力的にはできることが発揮されていない等）について、分析している。 | 5.9 | 6.6 | +0.7 |
| | 8 | 利用者の頭在化したニーズだけでなく、潜在的なニーズについて分析がされている。 | 5.3 | 5.8 | +0.5 |
| | 9 | 抽出された利用者ニーズ（生活上の課題）について、原因（疾患・ケガ・後遺症・生活習慣・環境・薬など）を多角的に分析している。 | 5.6 | 6.2 | +0.6 |
| ケアプラン | 10 | 利用者や家族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） | 6.3 | 6.8 | +0.5 |
| | 11 | 第1表の「利用者及び家族の生活の意向」において、利用者や家族の意向や望む暮らし等について具体的に聴取されている。 | 6.0 | 6.4 | +0.4 |
| | 12 | 第2表のニーズ欄は、緊急性・優先度の高いものから記載されている。 | 6.5 | 7.2 | +0.7 |
| | 13 | 第2表の目標（長期・短期）は、利用者自身が目指す具体的な状態像で記載されている。 | 5.8 | 6.2 | +0.4 |
| | 14 | 第2表の目標期間の設定については、利用者の状況を考慮した上での期間（長期・短期）を設定している。 | 5.8 | 6.2 | +0.4 |
| | 15 | 第2表のサービス内容は、目標を達成するために必要な援助内容（サービス種別・内容・頻度・期間）となっている。 | 6.1 | 6.5 | +0.4 |
| | 16 | 第2表のサービス内容に利用者自身のセルフケアが（ある場合）具体的に位置づけられている。 | 4.9 | 5.7 | +0.8 |
| | 17 | 第2表のサービス内容に家族を含むインフォーマルな支援が（ある場合）記載されている。 | 4.7 | 5.1 | +0.4 |
| 18 | 第3表の週間サービス内容や主な日常生活上の活動が具体的に把握、記載されている。 | 5.3 | 5.9 | +0.6 | |
| モニタリング | 19 | モニタリングにおいて、支援状況・目標達成状況・支援の妥当性等を把握し、変化時の状況と原因分析等を行ったうえで、対策が講じられている。（サービス変更や医師等への報告・連絡・相談等含） | 5.4 | 6.1 | +0.7 |
| | 20 | 目標評価月（長期：短期）においては、目標毎の達成状況・原因分析・今後の継続可否等について把握・判断し、対策が講じられている。 | 5.5 | 6.1 | +0.6 |
| | 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） | 5.4 | 6.0 | +0.6 |
| マネジメント | 22 | 介護保険サービスや事業所の提案及び選択について、利用者の希望やニーズに照らし合わせた上で複数の事業所を提案し、その選択理由が記録等されている。 | 4.3 | 4.6 | +0.3 |
| | 23 | 介護保険サービスだけでなく、その他の公的支援やインフォーマルサポートについて検討、提案されている。 | 4.7 | 4.9 | +0.2 |
| | 24 | サービスの利用にあつては、利用者の経済状況等、また費用対効果について考えた上で、必要な提案・相談をしている。 | 6.0 | 6.6 | +0.6 |

・すべての項目において、面談前後でプラスの改善がされたと感じている。

- ・点検前後の点数差異が最も高かった（ケアマネジャーが最も改善されたと感じている）のは、「利用者の生活に影響を及ぼしている状況（ADLや疾患等）について、より具体的に状況把握をしている」「セルフケアが（ある場合）具体的に位置づけられている」である。
- ・点検前後の点数差異が低かった（ケアマネジャーが改善されたと感じていない）のは、「利用者の暮らし（主な日常の暮らし方、社会や家族との関係性や関わり等）について情報収集がされ、必要な状況把握をしている。」である。

6. 総括

令和2年度鎌倉市ケアプラン点検の結果、居宅サービスにおける給付の適正化の観点では、9割以上が適正であった。ケアマネジメントの観点では、何らかの改善を要する箇所があり、特にニーズに繋がるような全体的な状況や日常生活への影響、医療（疾患や後遺症等）についての詳細把握（記録）と分析を強化する必要がある。ニーズの抽出については、多くのケアマネジャーが利用者の暮らしやその背景にある生活意欲について本人及び家族より丁寧に聴き取られており、適切に行われていることが確認できた。

ケアプランについては、鎌倉市よりケアプランの書き方の一つの指標となる「ケアプランの基本的な考え方と書き方」が示されたことにより、「利用者の自立支援に質する分かりやすい具体的な計画作成が推進されてきている」と考えられる。

また、ケアマネジャーの自己チェックの平均においては、面談前と面談後全ての項目でプラスの改善がみられた。特に「利用者の生活に影響を及ぼしている状況（ADLや疾患等）について、より具体的に状況把握をしている」、「利用者自身のセルフケアの位置づけ」について改善率が高いことから、ストレングスを生かした自立支援の重要性を改めて確認することができたと言える。加えて、アンケート調査においても「点検による気付き」という点において、気付きの多さからも本事業の有用性が確認された。

令和2年度課題（今後の目標）

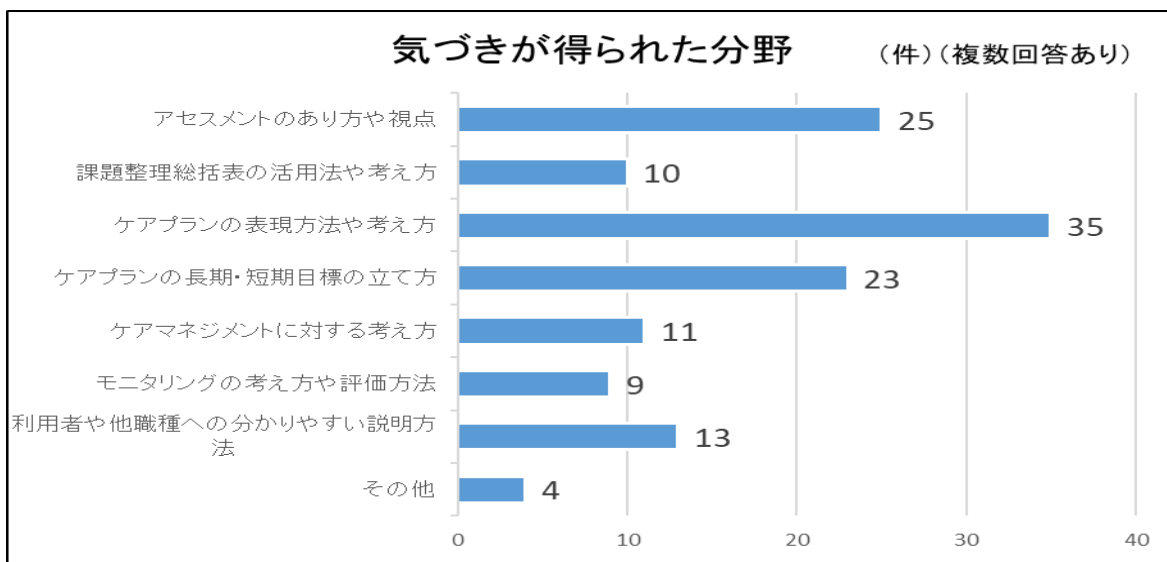
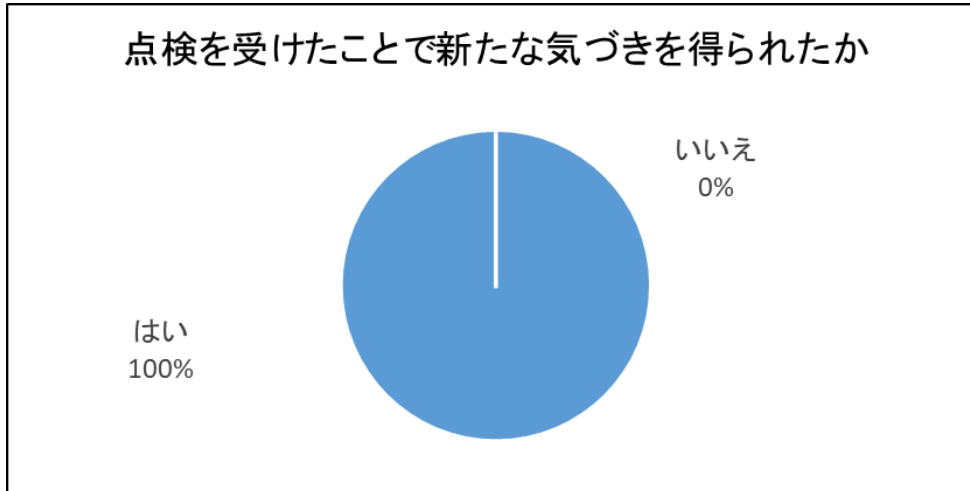
- ① 日常生活動作・家族等の状況把握を強化
課題分析標準項目を網羅し、評価においても、自立・一部介助という判断のみでなく、具体的な状況（頻度・状況・ケア内容等）を記載する。施設においては、入所前の生活状況を把握する。また、食事に関する課題、転倒や膝関節症、糖尿病等がある場合には、体重（栄養状態含）を課題分析情報として収集する。
- ② 疾患の状況・医師の所見の把握を強化
疾患について、発症年や治療内容・後遺症や痛み等を詳細に把握（記録）する。また、疾患に対する医師の所見についても把握（記録）し、疾患についての理解を深める。服薬状況について「薬剤情報提供書」の所持が先行しているため、その薬の処方された疾患名、効能等の把握を行なう。
- ③ 課題分析（疾患に起因する日常生活への影響）の強化
疾患について、医師の所見を踏まえたうえで、日常生活に及ぼす影響についての分析と、低体重・体重過多の原因、日常生活に及ぼす影響についての分析を深める。
(例：膝関節症で体重過多の場合、体重過多により膝への負担が大きくなり、移動動作へ影響を及ぼす等)

- ④ ケアプランの表記内容の向上
家族は続柄を記載し、専門用語（バイタル等）は使用せず、利用者等にわかりやすい表記にする。また、意向や目標等は、具体的に利用者が目指す生活像について記載する。セルフケアやインフォーマルサポートの位置づけを行なう。
- ⑤ 居宅サービス計画書と個別サービス計画書の連動性と整合性
居宅サービス計画書に掲げた目標の実現のために行う支援内容（個別サービス計画書）となっているかについて、整合性と連動性の確認を強化する。

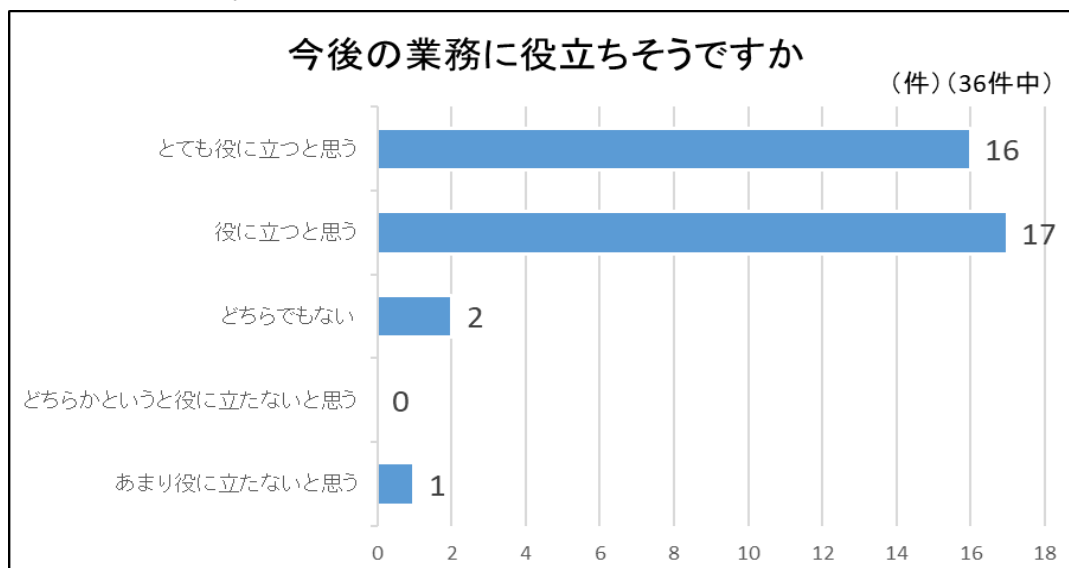
7. アンケート結果

点検後のアンケートでは、点検対象者の全員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(35件)に次いで、アセスメントのあり方や視点(25件)の順で多かった。

(36人中)



その他の記述としては、セルフケアの位置づけ、他者に情報を見せることを意識して正確にこと等があった。



「ケアプラン点検についての意見や感想（一部抜粋）」

- ケアプランについては、作り方や内容の表記など本当にこれで良いのかと感じていた。事業所内でもケアプラン点検でお互いのプランを確認することもあるが、時間もなくプランの内容を吟味することができなかつた。面談を受けた後は、プランの根拠があいまいだったことがはっきり理解できた。日々の業務で深く支援している方々を思い、考えていることができていなかつたことも改めて感じ、反省するところであつた。今回のケアプラン点検を行っていただいた事で、ケアマネジャーとして改めて課題の確認が行えたこと、ケアプランの立案について考え方、支援の方法をみつめ直す時間にもなつた。
- 自分が作成したプランの点検、評価をして頂く機会が今までなく、とても勉強になつた。今回のケースでは、新たなニーズの抽出もあり、他のケースにおいても課題分析の強化の必要性を感じた。
- 根拠に基づいた課題分析が良いケアマネジメントに繋がる等、助言を頂き、普段なかなか出来ない振り返りの得難いチャンス頂きました。ケアマネとして自分を客観的に見直す良い機会になりました。
- ペーパーレスのためになるべくデータでの提出となるようご検討をお願い致します。
- 長く CM をやっているのと、どうしても同じ文章でケアプランを作成してしまいがちです。今回、具体的に意向を記入することが改めて大切だと思ひました。
- ケアマネをやり始め1年。事例をもとにご指導頂き、理解を深めることができました。この点検をこれからの原点にし、仕事をすすめていきます。振り返る「場所」ができたことで自信を持って仕事に臨めます。
- ケアマネジメントのプロセスやアセスメントの視点、支援内容、連携の工夫について深められるようなやりとりやフィードバックもあわせてできると有り難いです。特に「必要性は重々わかっているけれども、現実の業務やケースの中で、思うように機能していないこと」について、悩みを共有し、改善策と一緒に考える機会になれば、ケアマネジャーにとつても、新たな気付きや学びを得られ、心強さを感じてまた業務に戻ることができます。
- 私のようにケアプラン作成について経験が浅いものにはもう少し初歩的な所の指導などがあると良いと感じました。
- 色々な助言、勉強になりました。気付きを改善し、ご利用者ご家族、関係事業者が分かりやすく活かせるケアプラン作成が行えるよう、今後も日々研鑽していきます。
- ケアマネが落ちついていない状況の中、新たなケアマネが登録される際には徹底するように伝えていく必要があると学んだ。
- 施設に入職し、ケアマネ業務を行うのは初めてのことでしたので、第三表がないことは疑問に思ひましたが、日々の業務に忙殺されそのままになっていました。入居者様の第三表を作成することで日常の生活がより詳細にわかるようになり、今後のケアプランに反映することができると思ひました。今回ケアプラン点検でいろいろなご指摘をいただきとても勉強になりました。今後のケアプラン作成に役立てていきたいと思ひます。
- ケアプラン全体について、何のための計画かを考え直させて頂く機会となり、良い機会を頂いた。今回ご指導、助言を頂いたことをケアプランに生かしてサービスの向上に繋げていきたい。
- 入所施設の為、殆どの事を自己解決していかなければならない為、日常から他事業所やケアマネジャーと接することがありません。この度このような場を設けて下さつた事は大変貴重な経験となり感謝しております。ただこれっきりになってしまうと今後について不安があります。
- 事例概要の説明をする機会が無かつたので、どのような内容をどう説明したら相手に理解しやすく伝えられるか、ポイントをついた説明を簡潔にする重要性を改めて感じました。長期目標、短

期目標の設定の仕方について（文言の表現など）も細かくご指導頂きました。ケアプランを他の方に点検頂けることが無かったのでご指導頂き感謝致します。今後の作成に生かしていきたいです。

- 毎年点検を受ければかなり実力がつくと思います。
- 今までケアプランの書き方について、これというものを知らなかったので今回点検をしていただき、なんとなくですが、作成の手順仕方が理解できたような気がします。今後のプラン作成に生かしていきます。
- ご入居者の様子を深く観察し、ご家族がご覧になっても、日々の変化が手にとるようにわかるケアプランを作成していきたいと思います。
- 行政監査や社内監査において指摘や指導を受けているが、今回初めてケアプラン点検事業を受け、細かく指導を頂きました。改めて色々と気付くことが多く、初心に戻り、ケアマネ研修で受けたテキストや「居宅ケアプランの基本的な考え方」の資料を熟読し見直しを致しました。居宅管理指導の位置づけの大切さを認識していなかったのが、重要であることを再認識しました。今回の指導を受けたことを忘れずに今後の業務にいかせるよう精進して参ります。
- 入居前の生活歴はご家族と同居されてなく、入院・在宅困難で希望されるためなかなか上手く生活歴や既往を詳しく聞けずいました。目先の状況ばかりにとらわれて漠然となっていることは以前から感じていました。これを機に改めて初心に戻って取り組みたいと思います。また、鎌倉市推奨の「居宅ケアプランの基本的な考え方と書き方」を参考にしましたが、3表が施設的には難しいと感じます。施設向きのお手本が欲しいです。