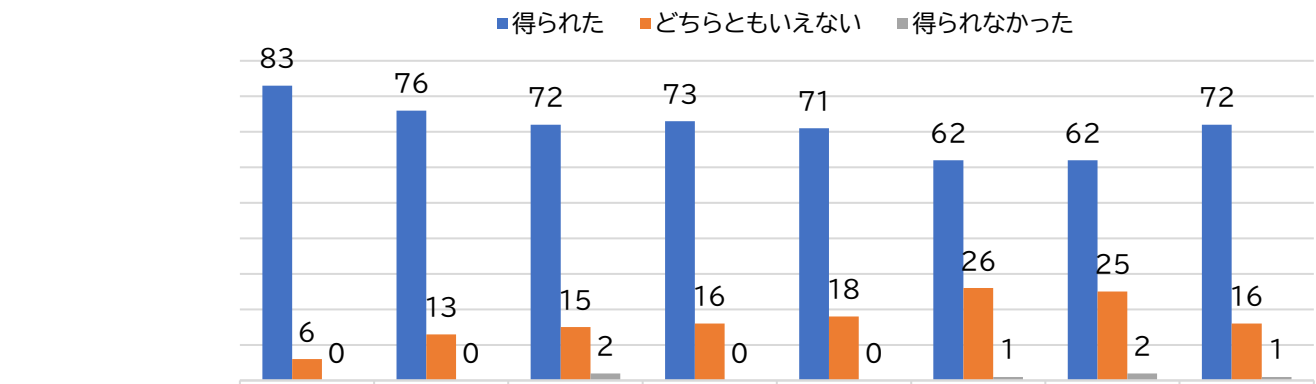
令和7年度　ケアプラン点検　受検者アンケートまとめ

実施：44居宅介護支援事業所　89CM

Q1　ケアプラン点検を受けて新たな「気付き」を得ることができましたか。



	(1)アセスメントでの自立支援の視点	(2)アセスメント結果からニーズを導き出す方法	(3)長期目標・短期目標の位置づけ方(具体的な表現方法等)	(4)目標を達成するためのサービス種類・内容・頻度・期間の設定目標	(5)家族支援を含むインフォーマルサポートやセルフケアの設定	(6)利用者及び家族に対しての説明の仕方や医療・サービス事業者に対してのアプローチ方法	(7)担当者会議録や支援経過の記入の仕方	(8)モニタリングの考え方や評価方法
得られた	83	76	72	73	71	62	62	72
どちらともいえない	6	13	15	16	18	26	25	16
得られなかった	0	0	2	0	0	1	2	1

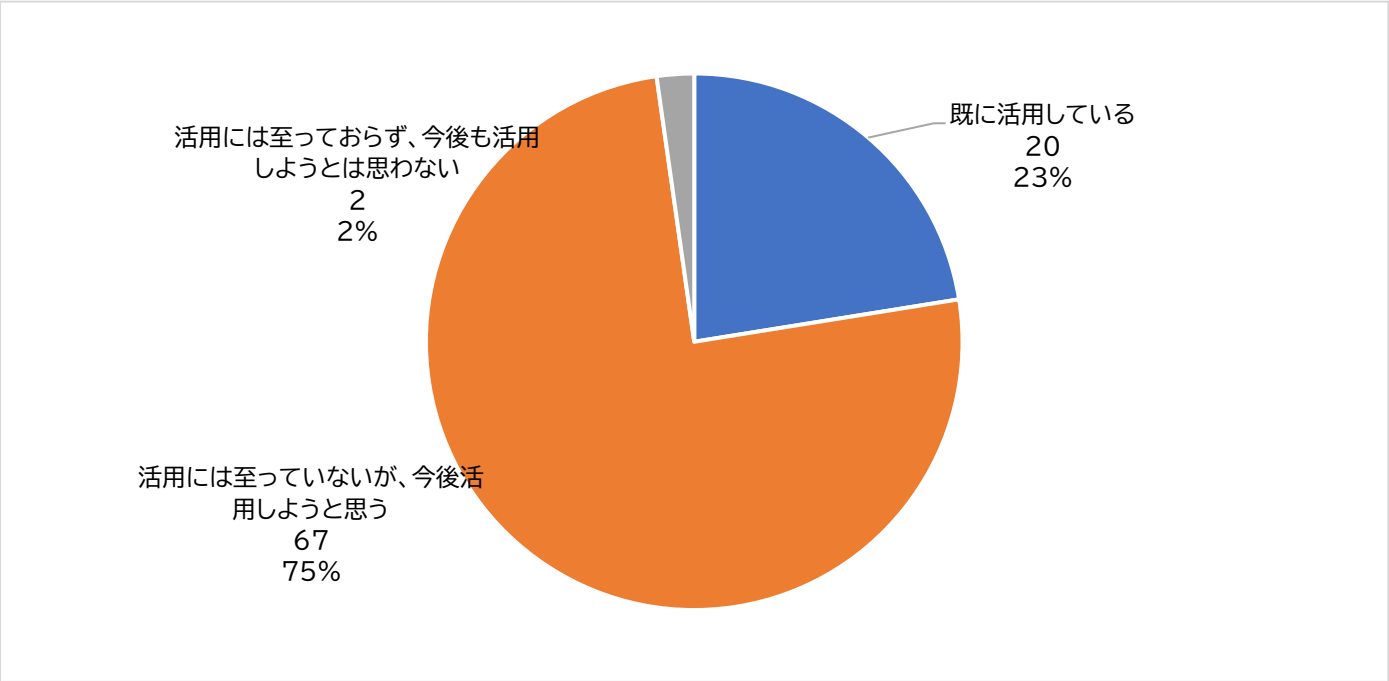
Q1-2　具体的にどのような「気付き」が得られましたか。

カテゴリー	内容(原文から常体に変換)　※件数は延べ数
アセスメントの深化・具体化	・1 日の水分摂取量の確認を生活リズム中で確認していくことで把握しやすいとの助言を受けたので、実践している ・アセスメントをもっと適格に確認し、本人、家族、その周りの関係者まで密に知りえることが必要であると感じ、それをサービス等に関係づけることが必要と思った ・アセスメント全般を通して適切なケアマネジメント手法を利用しより深くアセスメントを行っていくことが必要と感じた
生活歴・背景の把握	・生活歴などについてもう少し詳しくアセスメントする必要があると感じた ・生活歴、本人の生きた時代背景、職歴、結婚後の苦労等　現在の本人を形成している経過を理解する事の重要性に気づいた ・これまでの利用者の暮らし、生育歴や本人を取り巻く環境、家族背景等詳しく聞き取り、把握する必要性を感じた

目標設定の具体化	・居宅サービス計画書の長期目標や短期目標を具体的に言語化、表現する事で利用者及びご家族も理解しやすく、目標の実行意欲や達成しやすさなどが図られ、次なる目標へもつながると感じた ・長期目標設定について、どのような状態であるのかをイメージする事が大事である事の気付きがあった
記録・文書化の改善	・文章力をもっとつける必要があると感じた ・評価、モリタリング、記録の残し方など、誰が観ても分かりやすいようにする方法を学んだ ・記録の残し方が第三者が見た時に不十分で、それに対しての具体的なアドバイスに大きな気付きが得られた
医療・健康管理の視点	・血圧や疾患の記述はアセスメントに記してはいるが、その後の動向も含めサービス事業所との連携を図りモニタリングや支援経過等への記載の必要性を学んだ ・病歴が多く入院を繰り返しているため、生活のリズムや睡眠の時間や食事水分摂取の情報など大まかに把握していた事柄も具体的な数値を把握することで、病状管理や以上の早期発見にも繋がり、より良い支援体制が見えてくると気づいた
本人主体・自立支援の視点	・通所介護での活動を、自宅でのセルフケアに活かせるようにする ・認知症の方が安全に暮らす事に目がいってしまっていたが、何ができるのかという所への視点が足りなかった ・計画であげた文言に関して家族主体になっている事に改めて気付き、本人主体の目標、表現にする事で、より個別化されたプランになると感じた
多職種連携・情報共有	・アセスメントや目標設定、サービス内容を具体的にして各事業所と情報共有する事で、より本人の状態に応じた支援が共通して実施されるようになる事が理解できた ・医療情報や専門職との情報交換をもう少し丁寧に行い、サービスの方向性を共有できるようになると良いと思った
インフォーマルサービスの活用	・地域住民やインフォーマルの活用等つい、利用者からの視点のみになりがちなところを地域住民からの支援内容まで意識できた ・計画書作成では、できる限りインフォーマルサービスを入れるようにしており、「自分のプラン」ということがよく分かるため必要なことだと改めて感じた
モニタリングの充実	・モニタリング時も一月に変わりはない事が多いが、何か軽微な事を発見して記載していきたいと思った ・毎月大きな変化のない方のモニタリングがどうしても簡素化してしまう現状にあるため、本人だけでなく、ご家族、事業所からも話を聞くことで状況把握する必要がある
数値化・客観的評価	・数値化する事で客観的に物事が見える為、理解を促進し、意思決定の支援に役立てたい ・点検を通じ、体調管理の客観的データーの更新と具体的記載の重要性を認識した

Q2　適切なケアマネジメント手法を活用していますか。

既に活用している	20
活用には至っていないが、今後活用しようと思う	67
活用には至っておらず、今後も活用しようとは思わない	2



Q2-2　適切なケアマネジメント手法を「既に活用している」を選択された方は、具体的な活用状況を教えてください。

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
アセスメント時の活用	・アセスメントの際は、適切なケアマネジメント手法の「基本ケア」「各疾患別ケア」の項目一覧を手元に置き、確認しながら実施している ・アセスメント実施時に自立支援に資する適切なケアマネジメント手法　基本ケア及び疾患別ケアの概要版を活用し、ケアプランの内容や、ケアマネジメントに関するバラツキや抜漏れの縮小に取り組んでいる
疾患別ケアの活用	・疾患別の利用者に該当する利用者について、時間に余裕がある際に活用している ・疾患が該当する時はアセスメントの視点がずれないように目を通している ・特には疾患別を多く確認している
多職種連携・専門職相談	・初回アセスメント　モニタリング時　多職種連携　ケアマネジャーの研修 ・アセスメントすべき点を確認しながら課題があれば、相談すべき専門職などを確認しプランを立てるときの導きとしている
視点の補完・深掘り	・全利用者ではないが、アセスメント時に深堀した箇所の参考に利用している ・初回面談では聞き取りできない事や支援経過の中で自分にない視点の参考にさせてもらっている

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
プラン作成時の活用	・アセスメントシートに記載し、プラン作成時にも見て確認をしている ・基本ケア項目については常に見える位置に一覧を掲示しており、モニタリングやアセスメント、プラン作成時に活用はしている
モニタリング・振り返り	・アセスメントの場面や振り返り、自己点検の場面が多い ・モニタリングにより生活状況の変化を確認し、必要に応じてサービス内容や、アプローチ手段として活用している
予後予測・支援計画	・適切なケアマネジメント手法を活用し、アセスメントの中で当たりをつけ、今後の予後予測や必要な支援、モニタリングを行っている。 ・本人の状態にあわせた個別性があり、根拠があり、病気と生活が連動していること、目的が必ずあることが大切であるため活用するにあたり医学的な知識などが必要だと思う

Q2-3　適切なケアマネジメント手法の「活用には至っておらず、今後も活用しようとは思わない」を選択された方は、その理由を教えてください。

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
時間・業務量の問題	・量が膨大過ぎて、物理的な時間がない。月次業務が決められている中で、標準件数45件、日常業務での活用は難しい ・日々の業務に追われ、現状のアセスメントシートを活用するだけに終わっている ・ゆっくりプランを検討する時間的余裕がないのが現状である。
信頼関係構築の困難性	・全部を網羅することは難しく、簡単にアセスメントすることが難しい点もある ・本人や家族のことを密に情報を得るには、かなりの信頼関係がないとできない部分もある
制度・システムへの不満	・日常業務に組み込む事は、ケアマネ不足に拍車をかける。やるのであれば、医療関係者にも周知して業界全体の合意後に、導入して欲しい ・物言わぬケアマネだから、やれと押し付けられる印象がぬぐえない。現場で歯を食いしばって業務に携わっている人間にさらなる脅威（負担）を与えている
知識・理解不足	・適切なケアマネジメントと手法については知識不足や活用したことがない。どのように活用すべきかまだ定着していない部分がある
実務での活用困難	・通常業務の中での実施は困難と感じている ・日々の業務に追われることで余裕がなく、適切なケアマネジメント手法を十分に活用できていないと感じている
将来への期待・改善意向	・面談の都度情報を今後取り入れ、活用していきたい ・来年、更新研修を控えている。研修で適切なケアマネジメント手法について学ぶことを期待し、今後に繋げて行けたらと思う ・アセスメントにおいて、漏れなく情報を収集するために活用していきたい

Q3　ケアプラン点検に提出した事例は、今後どのようにプラン作成（見直し）を行いますか。
また、プランの見直しに繋がらない場合、見直しが困難な理由（状況）をご記入ください。

●ケアプラン見直し方針のカテゴリー化

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
アセスメントの充実・深化	・生活を再度振り返り、食事の際の姿勢の見直しや自助具の活用を口腔機能加算の内容に入れ込む。また、水分量を把握して、水分摂取を増やせるようにプラン作成をする ・ アセスメントの記載、利用者個人の情報収集を細かく行っていきたいと思った ・ 個別性をより、把握し、分析する事で具体的なニーズや達成可能な目標をたてるように見直したい
本人の意向・希望の重視	・自宅でやりたいことを実現できるように細かく目標を立てひとつひとつ解決し、本人の自立性やケアの選択がプランに反映できるようにしたい ・ 本人が望む生活を維持していくため、医療面、生活面の課題をもう一度しっかりアセスメントし、支援内容を検討し、目標作成し、評価しやすい計画書作成を目指す ・ 本人の希望や生活背景を丁寧に聞き取り、専門職間での連携を図りながら、本人のちょっとした変化や前向きな気持ちを見逃さず、ケアプランに反映させて、より前向きな支援に繋げていきたい
目標設定の具体化・明確化	・具体的な水分摂取量を目標設定し、自宅と通所介護で確実に摂取できるようにする ・長期目標の期間を見直し、達成に向けて本人の取り組みが具体的になるような目標を設定していけたらと思う ・本人の意向や目標を、本人がイメージしやすい、自分自身で見て分かりやすい、自分ごととしてしっかりと捉えられる表現にする
家族支援・関係性の強化	・本人だけでなく家族の思いもしっかり汲み取っていく ・家族のインフォーマルサービスも具体的に記載する ・本人、家族、親戚等の関係を把握し、今後の状況も想定しながら必要なサービス導入を調整していく ・家族間の役割りにもう少し踏み込んで行く
医療連携の強化	・認知症外来受診により、精神面の安定を図れるようにする ・専門医を受診する。主治医から意見を聞く ・医療機関及び家族と連携し、今後を見据えた課題認識を持てるように、具体的な目標設定に繋げたい ・ 主治医や看護師、介護職員と連携し、本人の状況を具体的（数値や時間、回数等）に把握しながら本人の意欲や楽しみを引き出せるようにプラン作成を行っていきたい
自立支援・役割の発見	・本人ができる事に目を向け本人が望む暮らしが実現できる環境にあるのかを考えていきたいと思う ・本人の家庭での役割が継続でき、住み慣れた自宅や地域での生活が送れるように、見直しを図る
生活歴・価値観の活用	・生活歴等の聞きとりを再度行い、得た事などを生かし、プラン作成を行う ・これまで聞き取りした生活史をアセスメントに記載して、本人のしたい生活のヒントにし、本人のしたい生活に向けた具体的な目標や支援内容を考えていきたいと思う ・これまでの生活歴や本人の趣味な価値観や強みなどを引き出す情報収集に努める

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
適切なケアマネジメント手法の活用	・適切なケアマネジメント手法では見直しが導きやすいことがメリットにあるので困難事例については活用することで見えてくるのではと感じている ・適切なケアマネジメントの手法を用いて、病気に対する支援を再検討する ・適切なケアマネジメント手法を取り入れ、アセスメントの充実を目指したい

●見直しが困難な理由のカテゴリー化

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
利用者の状態変化・入院等	・今回提出させていただいた事例の利用者様は点検時もお伝えした通り入院中の廃用が進み在宅での生活が困難となった ・事例対象者が自宅内で転倒骨折してしまい、歩行が出来なくなってしまって、住宅型に入所予定だが、入所後も本人の意向を尊重しながら関わりたい ・施設入所になったためプラン見直しは行っていない
認知機能低下による制約	・理解力低下から引き出しは困難な面もあり、趣味や楽しみが何かを聞き出せるかに不安がある。また、出来ていないことも本人はできていると認識している面もあり、特別何かしたいという意見ももらえない ・ 歩行器を導入したとしても認知症により歩行器操作を獲得することができるのか等のことが懸念される
本人の性格・受容性の問題	・声かけしても困難な状況にあるのも確かではある。あと、本人の元来の性格に起因するものについて、改善しようとしても改善できないものもある ・本人が新しいことを受け入れることに抵抗があること ・回数を増やすことで本人のルーティンが乱れることに拒否を示すことが予想される
コロナ禍による制約	・コロナの影響もあり、充分面会時間も出来ない状況にある。施設の中にもなかなか入ることが出来ない現状である
経済的制約	・経済的理由で、交通・通信手段ないが、緊急時の対応を家族主体で考えていただきたい
家族状況の変化	・主介護者が入院されており、ショートステイの利用が増えている。今後、自宅での生活継続が難しい為、施設検討している

Q4　地域課題と感じているものがあればご記入ください。

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
交通・移動支援	・交通手段の整備が必要と考える。車がないと生活ができない。高齢者の免許証返納にも大きく影響している ・外出時の低額の移動手段が少ない。バスの利用本数も減便になっている。タクシーが不足し利用できない事があり困る ・高齢者や介護者が利用しやすい移動支援（送迎、通院付き添い、買い物支援等）の充実 ・通院や外出において、乗合タクシーを利用するのを控える方がいる。行きはいいが、帰りの時間を気にされ利用されない

独居高齢者の見守り・支援	・近隣の関係が段々と希薄になりつつある昨今、高齢者の一人暮らしも多くなり、近隣の声掛けや見守りが減少している ・人口減少による地域の見守り、近隣関係の希薄・核家族化が進んだ影響か独居高齢者や高齢夫婦世帯が増えていると感じる
介護人材・サービス不足	・訪問介護事業所の減少、一事業所当たりの訪問介護員の減少。特に山間部のヘルパー確保が難しい ・少しの見守り、支援があれば地域で生活できるレベルの利用者が、直ぐに有料老人ホームに入所するケースが増えた ・都城は、有料老人ホームが、多く、デイサービスの数も他の市町村より、かなり多い。一方で、訪問介護事業所、訪問入浴事業所、訪問リハビリが減少している
買い物支援	・近隣の関係が段々と希薄になりつつある昨今、一人暮らしの利用者様の在宅生活維持のためのサービス不足。社会資源不足 ・近所に買い物するスーパーなどお店が減っている。買い物することができない ・買い物。特に山之口は店がなく購入先はコンビニだけであるため単価も高い。一緒に買い物に行ってくれる安価なボランティアがあるといい
医療・レスパイトケア	・レスパイト目的で利用できる病院が少ない ・入院できる病院が少ない ・ショートステイの利用（特に週末）が必要であるにもかかわらず、利用出来ないことが多い ・栄養指導に対応できる医療機関と繋がっている利用者が、指導やアドバイスを受けられる環境があると良いと思う
行政手続きのデジタル化	・介護保険被保険者証の確認、要介護認定申請の手続き、介護保険負担割合証・負担額減免申請・結果の確認、医療情報との連携等、デジタル推進を図ってほしい。いつまでも窓口で紙の申請、郵送、自宅⇒窓口⇒郵送⇒自宅で確認。何とかならないものかと思う
地域格差・山間部の課題	・中心地域は、移住者なども増え地域活動も盛んとなっている感じがするが、山間部に関しては更に過疎化となり独居高齢増や、様々なサービス不足移動の問題等が浮き彫りとなっている ・都城市内のサービスはある程度充実しているが、山田・高崎等の市街地を外れるとサービス事業所がなく、利用が制限されることがある
社会参加・交流の場	・今回の事例の利用者も通所サービス以外は、他者との交流が少ない方である。市内でも田舎の方で生活されており、その地区では交流の場が少ない状況である ・気軽に外出・交流できる地域環境。ゆるやかなつながりの場、世代間交流の場 ・地域活動や集いの場が減少し、社会的孤立や、閉じこもりに繋がりやすい環境がある
ケアマネジャーの業務負担	・高齢者の独居の方が増加していると思う。その中で1人暮らしの方の様々な支援もCMには負担が大きい。現在はCMがボランティアで対応する事が多く、これまた時間、負担が大きい（ケアマネのシャドーワーク）
経済的負担	・物価高騰など経済的状況により余裕がない利用者が多いと感じる。そのことで更なるフレイルなど閉じこもり、機能低下されている方も多いと思う ・低所得者、年金暮らしで、物価の高騰で必要なサービスへの躊躇がある

Q5　ケアプラン点検に出席した感想をご記入ください。

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
新たな視点・気づきの獲得	・自分のプランを客観的に見ていただくことで、自分では気づかない視点で助言をしてもらったので、たくさんの気づきがあった。アセスメントの際また違った視点や新しい視点から情報収集をしていけると思う。これからのキャリアに結びつけていきたい ・他の視点からの意見や助言を受けることで、自身の支援内容を見直す良い機会となった。 ・何回か出席したが、毎回、違う視点の気づきがあり、勉強になる ・たくさんの視点で見ていただき自分では気づけない細やかな部分を指摘いただき、大変勉強になった ・自分の抜けや漏れを指摘していただき、相談にも丁寧に対応していただいてとても勉強になった ・事業所内以外の視点で指導を受けることかでき、考え方や視点の幅が広がったのでよかった
アセスメント・課題分析の重要性	・アセスメント内容等の記載について見直すことができた ・ケアプラン点検を受けて、あらためてアセスメントの重要性を確認する事ができた。自身のアセスメントや課題分析を見直すきっかけとなり、自分の苦手にしている項目を強化していきたいと感じた ・本人の事に関して理解しているつもりだったが、大事な事やポイントなど確認不足や自分自身も気付いていない内容もあった。アセスメント不足を痛感したところである ・アセスメントで情報が不足していて、なぜこの課題に至ったのかという背景の掘り下げが甘かったなど、アセスメントの重要性を感じた ・アセスメントとして本人の立場になり食事内容形態、口腔状態、移動手段、爪きり、ごみは、どうしているのか移動動作、周りのケアをする方や地域活動インフォーマル支援が抜けがちだったので具体的に細かい情報をあつめ、利用者さまのリスク管理ができるように心がけたい・日頃作成しているアセスメントやニーズ設定について、根拠や思考過程、ケアマネジメントの視点を見直すいい機会となった
自己肯定感・励み	・自分自身に不十分な部分だけでなく、できている部分も知ることができてよかった ・ニーズを利用者本人の言葉で引き出すことは難しい。ケアマネがうまく言葉を引き出し繋げていくことが本人のニーズになるといわれ、安心と今後への励みにもなった ・また出来ている箇所（視点）については自信にもつながったので、これからのケアマネジメントに活かしていきたいと思った ・これまで、手探りで不安を抱えながらケアプラン作成をしていることもあったので、ケアプラン点検を通して、このやり方や記載の仕方で良いんだと安心することもあった ・認めていただけることで、これからも大事とする関わり方や、どこを重きにしてアセスメントしていくかなど事例を通して他にも活用できるような手法を学ぶ機会となった
ケアマネジメント手法・技術向上	・点検員の2人が適切なケアマネジメントを活用しながら、ケアプランを点検して下さり、自分では気づいていなかった新たな視点に気付く事ができ、今後のケアプランに活かそうと思った ・適切なケアマネジメント手法をしっかり理解し、より質の高いケアマネジメントを実施し利用者がより良い生活を送る事ができるよう支援していく ・適切なケアマネジメント手法の必要性を再確認出来た。適切なケアマネジメントの活用がなぜ必要となっているのか気づいた

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
目標設定・プラン作成の改善	・本人が望む生活と、家族支援目線とのギャップに気づき、折り合いをつけながら、サービスの選定や目標の設定をどのようにしたら良いか、今後言葉選びに気をつけ立案していきたいと思った ・目標やサービス内容が曖昧だと、サービスの効果検証が難しくなること、また、事業所間での連携が滞るリスクがあることを理解した ・ケースを深く掘り下げ確認ができる。漠然としている方向性を言葉にすることで方向性が明確になる
振り返り・見直しの機会	・ケアマネジメントの流れや支援の視点を改めて質問される事で、再確認・再認識する事が出来た ・課題について方向性がズレていないか足りていないか等の目安になる ・定期的にケアプラン点検して貰う事でケアマネジメントの見直しができ、又、相談や助言を頂き勉強になった ・支援が長くなり状態に大きな変化がないと、アセスメントやプランの内容、目標設定に変化が起きづらいが、新たな視点で意見を頂けるため参考になる ・プラン点検は客観的にも確認していただき、自己啓発・改善の機会をもっていく大切な事だと思う ・日々こなす業務の中で忘れがちな初心を思い出す機会となり、本人本位の支援の大切さを改めて学んだ
相談・助言への感謝	・日頃悩んでいることも相談させて頂き、とても貴重な機会となった。また機会がありましたら是非宜しくお願いしたい ・今まで分からなかったことや不安に思っていた事に対して答えや助言を頂くことか出来たので、自分のケアプラン作成の仕方について見直す良い機会となった ・経済的な点で、色々な社会資源のアドバイスを頂いたので、ご家族にもお伝えしながら対応にあたりたいと思う
業務負担・システムへの要望	・CMとしては、書類作成が年々複雑になっているように思う。簡素化しようと国などは指導しているが、ケアプラン点検を受けるたびに書類内容が増えているように感じ、まだまだ、学びが必要であると感じた ・正直、今の業務内容を標準的な件数を担当しているCMにとっては厳しい業務量であり、ケアプラン点検でご指摘頂いた内容を把握していても、書類を作成するのにゆっくり考え作成する事が、理解はしていても困難であるのがCMの実情であると思う。（夜間・休日に業務が必要） ・行政もケアマネも大変な作業だと思う。ケアマネの質を上げるのが目的だと思うので、もっと効率のよい方法を国も検討するのがよいと思った ・ケアマネジメントの確認、振り返りには良いと感じたが、新人ケアマネさんや、不安を持っているケアマネを対象に実施した方が、ケアプラン点検事業も、より効率的になると思う
利用者中心の支援への意識向上	・利用者様の望む暮らしをしっかり把握し、実現に向けてケアマネジメントしていきたい。信頼関係、聴く姿勢、話す姿勢が大事だと思っているので今後も一度には無理でも少しずつ、利用者さまの望む暮らしに近づけるアプローチをしていきたいと思う。 ・特に本人の意向や生活背景をどのようにアセスメントに反映させ、目標やサービス内容に具体的に繋げていくかについて、改めて考えるきっかけとなった。 ・本人、家族の思いを汲み取りながらその時にどの支援が必要なのか提案はするものの互いの気持ちのズレもあり、まとめる事に難しい部分も多くある。社会資源を把握しながらこれからも必要な提案ができるようにしていきたいと思う

カテゴリー	内容（原文から常体に変換）　※件数は延べ数
モニタリング・継続支援の改善	・モニタリングで、出来ていないで終わるのではなく、解決していけるようそこからの深掘りが必要なことを学ぶ事が出来た ・支援する中でどうしても目標達成のための経過に視点がいきがちになる。新しい発見や気づきの為には客観的な視点での意見が必要だと感じる。そこから改善のヒントを得ることにつながると観じた
継続的な学習・成長への意欲	・2年に一度くらいの割合で出席しているが、毎回気づきや足りない部分があるなと感じている ・やはり、緊張する。でも、専門的なご意見等詳しく指導してもらい、自分では考えつかない部分があった ・また、ご利用者の状態を改善していくためには、ケアマネ自身からの提案力も必要だと感じた。そのためには、疾患や体の構造などより深く学ぶ必要があると感じた。 ・備考の欄（点検員からのコメント）は、的確で伝わり易く、心に響く文章が記載されており、私自身も利用者様の思いに響く言葉が記載でき、「その方らしさ」「よりよく生きる」に繋げたい。多くの言葉に触れる為にも読書を継続し、言葉のオードブルを増やしたい ・送られてきた点検表を見て、なるほどと思う事も多く、改善していきたいと思えたので、多忙ながらも定期的に受けたい ・「ケアプラン点検」受ける度に勉強になる。の一言である。日々「このプランで良いのか？」自問自答しながら作成し、利用者様が、良い方向になれば「良かった」と思えるのだが、逆に入院したり、状態悪化したりすると「担当ケアマネが、私でなかったら良かったのではないか？」と思う日々である。少しでも利用者様が、元気になれるプラン作成ができるように点検して頂けると私自身も少しでも向上できる気がする