

## ケアマネジメントの自己点検シート

介護支援専門員氏名		実施日	
-----------	--	-----	--

自身のケアマネジメントを振り返り、様々な気づきを得ましょう。

- A : できている  
 B : 概ね (8~9割程度) できている  
 C : あまりできていない (5~7割程度できている)  
 D : できていない (5割未満)

確認事項		チェック	
初期相談 (インテーク)	1	利用者本人・家族と信頼関係を築けるよう、面接技術（バイステックの原則等）を意識して相談を受けている。	
	2	介護保険制度の目的や仕組み、介護支援専門員の役割やサービス利用までのプロセスについて、パンフレット等を用いて分かりやすく丁寧に説明している。	
	3	介護保険サービスの利用について、利用者本人と家族の意向を確認している。 (本人が、介護保険の利用に乗り気ではない場合など)	
	4	介護保険制度によるケアマネジメントの対象になるかどうか、介護保険被保険者証等より資格の有無、要介護認定の有無・有効期間、給付制限の記載の有無などを確認して判断している。	
課題分析 (アセスメント)	5	介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによるアセスメントの防止のため課題分析標準項目(23項目)に沿った情報の把握・整理ができている。	
	6	アセスメントから得た情報を基にニーズ（解決すべき生活課題）を把握している。 (サービス利用ありきでニーズを捉えていない)	
	7	疾患が及ぼすリスクや将来の予測・悪化防止の方策を理解している。 (心疾患や脳血管疾患、骨折、認知症等)	
	8	利用者本人に内在する能力や自信、本人の助けとなる周囲の環境(人や制度など)のストレングスを把握している。	
	9	利用者本人・家族の地域との関わりを把握している。 (社会的役割や貢献、環境に与えている本人の強みなど)	
	10	利用者本人にとっての自立した生活について、多職種の意見を踏まえながら、専門職としての捉えを根拠を持って説明できる。	
居宅サービス計画 (ケアプラン) の作成	11	利用者本人の人格や主体性を尊重して、本人や家族が取り組むことが意識できるように、具体的な表現で記載している。	
	12	「短期目標」は長期目標を達成するための具体的かつ段階的な目標となっている。	
	13	目標を実現するために有効なインフォーマル社会資源について把握している。 (生活支援コーディネーター等とも連携している。)	
	14	目標を達成するため、適切なサービス種別や内容を調整している。 (自立支援に不必要なサービスを位置付けていない。)	
	15	個々のサービス提供事業所の特徴や算定している加算等を把握し、ケアプランに位置付けた理由を説明できる。	

確認事項		チェック	
サービス担当者会議	16	会議の開催日時や場所、所要時間について、集まりやすく話しやすい時間帯や場所等を調整し、FAXやメールなど、記録として残る形で案内している。	
	17	会議へは、ケアプラン原案に位置付けられたサービスの担当者の参加はもちろんのこと、インフォーマルサポートの関係者の参加も調整している。	
	18	会議では、利用者・家族が理解しやすいよう、説明方法（言葉づかいや資料提供等）に工夫をしている。	
	19	利用者本人・家族が発言しやすいように環境（座位置や時間帯）を整えたり、進行の技術（傾聴等）を向上させている。	
	20	ケアの方向性について共通認識を持てるよう、アセスメント結果や課題に対する具体的なケア内容について参加者全員で共有している。	
	21	サービス担当者会議の未開催の理由や、調整していたサービス担当者が会議に参加できなかった理由を記録している。	
モニタリング 支援経過記録	22	ケアプランを利用者やサービス担当者・主治医等へ提供する際は、支援経過記録等へ、5W1Hの要素を踏まえて記録している。	
	23	モニタリングの際は、利用者への面接だけではなく、生活の現場である周辺環境（住環境や家族・近隣との関係等）の状態も確認し記録している。	
	24	サービスの利用状況について確認した際は、サービスの利用回数等だけではなく、利用時の様子や変化（改善・維持・悪化）について、ケアに関わる専門職から意見を聞いている。	
	25	必要時に主治医から意見を聞いて記録している。	
	26	短期目標ごとに以下の視点で評価し、記録している。 ①利用者・家族の満足度 ②目標の達成度 ③サービスの利用状況・調整内容 ④新たな課題 ⑤計画変更の必要性	

- A : できている  
 B : 概ね（8～9割程度）できている  
 C : あまりできていない（5～7割程度できている）  
 D : できていない（5割未満）