

小樽市ケアマネジメントに関する基本方針

はじめに

介護保険制度におけるケアマネジメントは、介護保険法に掲げる基本理念を踏まえ、本人・家族や環境等に働きかけながら適切なサービスの調整を図り、利用者自身が自立した生活を送れるよう支援する一連の過程として位置付けられています。

具体的には、居宅介護支援や介護予防支援、総合事業における介護予防ケアマネジメント等の業務が当てはまりますが、こうしたケアマネジメントの質は、個々のケアマネジャーの資質(基礎資格や経験等)によって異なることから、ケアマネジメント実践において一定の質を維持し、また、向上を図るためには、個々のケアマネジャーがケアマネジメントを実践するための指標となる方針を示すことが求められています。

そこで、小樽市におけるケアマネジメントの実践について、指標となるケアマネジメントの基本事項を示す「小樽市ケアマネジメントに関する基本方針」を策定し、本市(保険者)とケアマネジャー双方が共有することにより、ケアマネジメントの適正な実施に資するよう示すものです。

I. 基本理念

1. 介護保険法の基本理念

介護保険法(以下「法」という。)においては、「自立した生活への支援」を行うための理念として、次のことが示されています。

(1) 尊厳の保持(法第 1 条)

要介護者等の存在そのものに価値があることを認識して、身体的自立が困難である場合においても、その尊厳を支え、可能な限り「本人の主体性」を重んじ、本人自身の存在感を高めるような支援、又はそう感じられるような支援を行う。

(2) 自己決定の支援(法第 2 条)

利用者の選択に基づいてサービスが提供されるということを踏まえ、本人の自己決定ができるよう支援を行う。

(3) 要介護状態の軽減又は悪化の防止(法第 2 条)

介護保険は、現在の生活課題について対処するための単なるサービス提供システムではなく、要介護状態の軽減又は悪化の防止を踏まえたサービス提供等の支援を行う。

(4) 医療との連携(法第 2 条)

身体面、精神面の健康維持や社会的な側面からのリハビリテーションを踏まえた支援は、QOL(生活の質)の向上を図るために重要であることから、サービスの提供においては、かかりつけ医等、医療との連携を図る。

Ⅱ. ケアマネジメントの基本方針

小樽市におけるケアマネジメントに関する基本方針は、高齢者の自立支援、重度化防止に資するものとして、「小樽市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」第2条及び「小樽市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例」第2条にそれぞれ規定されている居宅介護支援及び介護予防支援の基本方針等を基本的な考え方とし、次のとおりです。

1. 介護予防支援及び総合事業におけるケアマネジメント

(1) 基本的考え方

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者(以下「介護予防サービス事業者等」という。)に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、老人福祉法第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。
- ⑤ 利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。
- ⑥ 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。
- ⑦ 自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。
- ⑧ 総合事業による介護予防ケアマネジメントは、前述した①～⑦の内容を踏まえ、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、日常生活上の何らかの困りごとに対して、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続ける等、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう要支援者等の選択の支援に努めなければならない。

(2)留意事項

介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

- ① 単に運動機能や栄養状態、口腔機能などの特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって、生活の質の向上を目指すこと。
- ② 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- ③ 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- ④ 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- ⑤ サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- ⑥ 地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- ⑦ 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
- ⑧ 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

(3)介護予防ケアマネジメントの類型

本市で行う総合事業における介護予防ケアマネジメントの類型は、「ケアマネジメントA」(原則的な介護予防ケアマネジメント)とします。

(4)実施の手順

①利用申し込みの受付

要支援者等からの利用申し込み受付後、利用者及びその家族に対して、運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書(以下「重要事項説明書」という。)を交付して説明を行い、同意を得ること

②個人情報使用の同意

サービス担当者会議等において、利用者や家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ文書により同意を得ておくこと。

③アセスメントの実施

利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接するなど、適切な方法により、利用者の心身の状態や環境等を把握した上で、各領域(運動及び移動、家庭生活を含む日常生活、社会参加並びに対人コミュニケーション、健康管理)ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族

の意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に掲げる問題点を明らかにするとともに、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握すること。

総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者の居宅を訪問し、小樽市地域包括支援センター運営事業実施要領に規定する「基本チェックリスト(別紙1)」及び「利用者基本情報(別紙2)」に基づく事項について把握すること。

※アセスメントツール「基本チェックリスト」「利用者基本情報」は別紙を参照

④介護予防サービス計画原案の作成

アセスメントの結果を基に、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標を達成するための支援の留意点、本人、サービス提供事業者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画(以下、総合事業における「介護予防サービス・支援計画書」を含む。)の原案を作成する。

⑤サービス担当者会議の開催

介護予防サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者(以下「担当者」という。)を招集し、利用者の状況等の情報共有、専門的な見地からの意見を聴取し、会議の内容について記録すること。

⑥介護予防サービス計画(原案)の説明・同意・交付

利用者又は家族に対して「介護予防サービス計画の原案」について説明し、文書にて利用者の同意を得ること。また、同意を得られた「介護予防サービス計画」を作成した際には、利用者及び担当者に交付すること。

⑦サービスの提供

介護予防サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整を行い、その内容については、支援経過記録等に記録すること。

⑧モニタリング

介護予防サービス計画後、次の事項を踏まえて実施状況の把握を行うこと。

- ・少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3か月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者 と面接すること。
- ・利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業所等を訪問する等の方法により利用者 と面接するか、電話等により利用者 との連絡を実施すること。
- ・少なくとも月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

⑨ 評価

介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価を行うこと。また、評価の結果、必要な場合は介護予防サービス計画の変更を行うこと。

(5)多職種連携とストレンクス視点

- ① 課題解決のためには、利用者だけではなく、利用者を取り巻く環境への働きかけも重要であることから介護・医療等の専門職間の連携を中心としつつも、地域の民生委員やボランティア実践者、地域自治会・町内会等の近隣地域住民等のインフォーマルな支援者等との関係構築に努めること。
- ② 複合的な課題への対応等、多職種による専門的見地からの検討を行うことが必要と判断した場合は、地域ケア会議等においてケアマネジメントの方向性等について共有すること。
- ③ 利用者は「サービスの受け手」としてだけではなく、地域生活の主体者として「支え合い」の一員であるという認識を持ち、利用者の持っている「強み」に着目したケアマネジメントを行うこと。

2. 居宅介護支援におけるケアマネジメント

(1) 基本的考え方

- ① 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、老人福祉法第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。
- ⑤ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。
- ⑥ 自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(2) 留意事項

居宅介護支援の実施に当たっては、次に掲げる事項に留意しなければならない。

- ① 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- ② 利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者やサービス提供者等とともに目標を共有すること。
- ③ 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- ④ サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な介護給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、自立支援・重度化防止に資する取組を積極的に活用すること。
- ⑤ 居宅サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
- ⑥ 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

(3)実施の主な手順

①利用申し込みの受付

要介護者等からの利用申し込み受付後、利用者及びその家族に対して、運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書(以下「重要事項説明書」という。)を交付して説明を行い、同意を得ること。

②個人情報使用の同意

サービス担当者会議等において、利用者や家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ文書により同意を得ておくこと。

③アセスメントの実施

利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接するなど、適切な方法により、利用者の有する能力や環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること。

解決すべき課題を把握するための課題分析は、「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(平成11年11月12日老企第29号)」で示された23項目の課題分析標準項目を踏まえて行うこと。

④居宅サービス計画原案の作成

利用者の希望やアセスメントの結果を基に、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、アセスメントで把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討すること。

そして、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成すること。

⑤サービス担当者会議の開催

居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下「担当者」という。)を招集し、利用者の状況等の情報共有、専門的な見地からの意見を聴取し、会議の内容について記録すること。

⑥居宅サービス計画(原案)の説明・同意・交付

利用者又は家族に対して「居宅サービス計画の原案」について説明し、文書にて利用者の同意を得ること。また、同意を得られた「居宅サービス計画」を作成した際には、利用者及び担当者に交付すること。

⑦サービスの提供

居宅サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整を行い、その内容については、支援経過記録等に記録すること。

⑧モニタリング

居宅サービス計画作成後、次の事項を踏まえて(特段の事情を除く)、居宅サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更等を行うこと。

- ・ 少なくとも月1回、利用者の居宅を訪問し、利用者面接すること。
- ・ 少なくとも月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

(4)多職種連携とストレンクス視点

- ①課題解決のためには、利用者だけではなく、利用者を取り巻く環境への働きかけも重要であることから、介護・医療等の専門職間の連携を中心としつつも、地域の民生委員やボランティア実践者、地域自治会・町内会等の近隣地域住民等のインフォーマルな支援者等との関係構築に努めること。
- ②複合的な課題への対応等、多職種による専門的見地からの検討を行うことが必要と判断した場合は、地域ケア会議等においてケアマネジメントの方向性等について共有すること。
- ③利用者は「サービスの受け手」としてだけではなく、地域生活の主体者として「支え合い」の一員であるという認識を持ち、利用者の持っている「強み」に着目したケアマネジメントを行うこと。

(5)特定事業所加算の趣旨の理解

特定事業所加算の趣旨は、以下の事項を総合的に取り組むことで質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものです。

- ① 中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応
- ② 専門性の高い人材の確保
- ③ 医療・介護連携への積極的な取組

3. ケアプラン点検

本市では、介護保険法第115条の45第3項第1号に基づく介護給付費適正化の取組として居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護にて居宅サービス計画や介護予防サービス計画等(以下「ケアプラン等」という。)の作成に従事している介護支援専門員を対象に、ケアプラン点検を実施しています。

ケアプラン点検は、ケアプラン等がケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すことで、ケアマネジメントの質の向上を図ることをねらいとしています。

日常のケアマネジメントについて振り返るツールとして、「ケアマネジメントの自己点検シート」(別紙3)を活用してください。

※「適切なケアマネジメント手法の手引き」の活用

介護保険制度の創設以来、介護支援専門員が実践してきたケアマネジメントに共通する知見を体系化し、初任段階の介護支援専門員であっても一定以上の水準でケアマネジメントを提供できるようにと「適切なケアマネジメント手法の手引き」が作成されました。

この手引きは、3つのねらい①支援内容やアセスメント項目の“抜け漏れ”を防止する。②他・多職種との協働を促進する。③ケアプランの見直しを円滑にする。を達成するため、ケアマネジメントの実践において「想定される支援内容」を「基本ケア」と「疾患別ケア（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防）」に分類し、それぞれアセスメント等の視点が示された内容となっています。

介護支援専門員においては、ケアマネジメント実践のチェックや振り返りツールとして、また、地域ケア会議やカンファレンス等で活用してください。

[参照ページ]

○「適切なケアマネジメント手法」の手引き

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryo.pdf

○ 適切なケアマネジメント手法の概要及び活用について【動画】

<https://www.youtube.com/watch?v=knEfiXiJbkk>

4. 法令遵守

本指針に示された内容を踏まえ、ケアマネジメントの実践においては、関係法令や通知で規定された事項を遵守すること。

※) 介護保険法
第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。
第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。 3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。 4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

基本チェックリスト

記載年月日	年 月 日	介護保険課使用欄	被保番	No.
住 所	〒		電 話 番 号	
	小樽市		— —	
ふりがな		性別	生年月日	
氏 名	様		大正 昭和	年 月 日

NO	質 問 項 目	回 答 (いずれかに○を お付けください)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずにのぼっていますか	0. はい	1. いいえ
7	イスに座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	BMI*18.5未満ですか ⇒ 身長(cm) 体重(kg) *BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 例)体重60kg、身長165cm(1.65m)の場合 60÷1.65÷1.65=22 ⇒ 「いいえ」	1. はい	0. いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渴きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

利用者基本情報 ①

作成日	
作成者	
作成者	

【基本情報】

相談日			受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再来		
本人の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院又は <input type="checkbox"/> 入所中 ()					
カナ 本人氏名		性別	生年月日			
住所			電話			
			FAX			
日常生活自立度	障害老人日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
	認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				
認定情報	要介護度			認定日	前回の要介護度	
	有効期限	～		被保険者番号		
障害等認定	身障			療育		
	精神			難病		
本人の住居環境	<input type="checkbox"/> 自宅			<input type="checkbox"/> 共同住宅		
	<input type="checkbox"/> 借家			<input type="checkbox"/> その他		
	自室の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住宅改修の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
経済状況	国民年金			厚生年金		
	共済年金等			障害年金		
	生活保護			その他		
来所者(相談者)	本人		続柄	家族構成		
住所連絡先			◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)			
緊急連絡先	氏名	続柄				住所・連絡先
						TEL
						TEL
			TEL			
備考			家族関係等の状況			

利用者基本情報②

作成日	
作成者	
作成者	

【介護予防に関する事項】

今までの生活				
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係
特記事項 (相談内容・主訴等)				

【現病歴・既往歴と経過】（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
			治療中 経観中 その他	
			治療中 経観中 その他	
		TEL	治療中 経観中 その他	
		TEL	治療中 経観中 その他	

【現在利用しているサービス】

公的サービス		非公的サービス	
--------	--	---------	--

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	