|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | | | | | |  | | | | 介護支援専門員名 | |  | 利用者名 |  |
| ケアマネジャーの思い（ケアプラン作成にあたり心掛けた点等） | | | | | | | | | | | | | | |
| （参考様式１）  **ケアプラン振り返り自己チェックシート** | | | | | | | | | | | | | | |
| ケアマネジャー自身がケアプランの自己点検を実施して，自身の課題として気づいたこと。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 課題①　多方面からのアセスメントの視点について | | | | | | | | | | | | | | |
| 関係する医療機関の医師他専門職と普段から情報交換ができていますか。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ○多方面からアセスメントができているか確認する項目〈情報収集〉 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 質問 | | | | | | | | ☑ | | 確認事項 | | | |
| １ | アセスメントに必要な情報をどのような関係者・関係機関から得ながら，アセスメントに活かすことができたかを確認します。 | | | | | | | | □ | | 利用者 | | | |
| □ | | 同居家族 | | | |
| □ | | それ以外の家族 | | | |
| □ | | 主治医 | | | |
| □ | | 医療機関のスタッフ（入・退院時） | | | |
| □ | | サービス提供事業所・者長・ボランティア等） | | | |
| □ | | 行政（主治医意見書・認定調査票） | | | |
| □ | | 地域包括支援センター等 | | | |
| □ | | 民生委員 | | | |
| □ | | インフォーマル（近隣・自治会長・老人クラブ会長・ボランティア等） | | | |
| □ | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ○医療と健康状態に関するアセスメント時の自己点検項目 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 質問 | | | | | | | ☑ | | 確認ポイント | | | |
| 1 | | 認定者には主治医意見書･認定調査票を活用し，プランに反映させていますか？ | | | | | | | □ | | 主治医意見書や認定調査票を活用し，プラン作成に生かしている。 | | | |
| □ | | 主治医は意見書の主治医だけとは限らないため，必要に応じて医師と連絡し，情報収集に努めている。 | | | |
| 備考 | |  | | | |
| 2 | | サービス利用時に必要だとしている医療の最新の情報を入手し，プラン作成に反映させていますか？ | | | | | | | □ | | 利用者に主治医の意見が必要な理由を説明し，同意を得た上で主治医と連携して医療情報を入手し，プラン作成時に生かしている。 | | | |
| □ | | 主治医の指示に基づく内容については，ケアプランにも盛り込み，サービス選定だけでなく日常生活の上でも，可動域制限や運動時の上限血圧や心拍数など指示が守れるように留意している。 | | | |
| □ | | 主治医が複数名いる場合には，疾患によっては複数名の主治医と連携を取り，医療的な指示を欠かさず反映できるように工夫している。 | | | |
| 備考 | |  | | | |
| 3 | | 健康状態を把握するときに留意する視点として，どのようなことを確認していますか？ | | | | | | | □ | | 現病，既往歴について，その発症時期や入退院等の時期についても把握・記入し「主訴」の生活機能低下の時期に関連がないか丁寧に聞き取りを行い，改善の可能性とかかる期間について考察している。 | | | |
| □ | | 服薬については，お薬手帳の確認や残薬などの確認も行い，適正な服薬ができているか確認している。 | | | |
| □ | | 痛みやしびれがある場合は，現病歴･既往歴との関連を持ちながら，出現の時期について聞き取り，アセスメントに活かしている。 | | | |
| □ | | 痛みやしびれがある場合は，部位や程度，場面や対処，困っていることなどを丁寧に聞き取りアセスメントに活かしている。 | | | |
| □ | | 日中･夜間の排尿状況や利尿剤の内服等について把握し，アセスメントに活かしている。 | | | |
| □ | | 睡眠薬の服用の有無について確認し，｢有」の場合については，頻度と薬の種類と効果についても把握している。 | | | |
| □ | | 歯磨きや義歯の掃除を行っているか，歯科受診の状況を確認し，アセスメントに活かしている。 | | | |
| □ | | 1日分の水分摂取量と食事内容，排便や緩下剤等の関係について把握し，アセスメントに活かしている。 | | | |
| 備考 | |  | | | |
| 課題②　生活歴・その人らしさ・ストレングスの視点について | | | | | | | | | | | | | | |
| 今現在のその人を形作った環境や生活，本人の強みを知って，支援のきっかけをつかんでいますか。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ○生活歴・その人らしさを確認する自己点検項目 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 質問 | | | ☑ | | | | 確認ポイント | | | |
| 1 | | | | 利用者の生活歴や生活状況をどのようにして聴き取られましたか。 | | | □ | | | | 利用者本人からの聴き取りができている。 | | | |
| □ | | | | 利用者以外の家族などからの聴き取りができている。 | | | |
| □ | | | | 利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード，価値観，趣味，得意（苦手）なことなど，その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。 | | | |
| □ | | | | ケアマネに，利用者の「その人らしさ」を大切にするといった意識がある。 | | | |
| ○ストレングス（強み）の視点を確認する自己点検項目 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 質問 | | | | | ☑ | | | 確認ポイント | | | |
| １ | | | 第1表の総合的な援助の方針の記載にあたり，課題が共通するものは統合し，優先して解決すべき課題を先にあげるなど，工夫していますか？ | | | | | □ | | | 今，何に優先的に取り組むことが大切かわかるように複数の共通する課題をまとめて記載している。 | | | |
| □ | | | 予後予測の視点も含めた先の見通しや可能性も視野に入れた表現を意識した記載をしている。 | | | |
| 備考 | | |  | | | |
| ２ | | | 生活全般の改善すべき課題を引き出す過程で背景･要因になるものを整理できていますか？ | | | | | □ | | | 要介護状態となっている状況を捉え，いつからなぜそのような状態になっているかを整理し，課題整理を行っている。 | | | |
| □ | | | 課題もあげるが同時に強み(ストレングス）の部分にも着目しながら整理するよう心がけている。 | | | |
| 備考 | | |  | | | |
| ３ | | | 長期・短期目標の設定においては，専門家として，定める期間内に達成できそうな具体的な目標を提案できていますか？ | | | | | □ | | | 利用者基本情報やアセスメントの聞き取りなど，面談中に把握した情報を基に，生活全般の解決すべき課題を解決するために利用者が具体的に目標としやすく，達成可能な生活目標の設定ができている。 | | | |
| □ | | | アセスメント時の「主訴」｢家族の状況･意向」で聞き取った課題と，専門家として抽出した課題に差異がないか確認し，達成することで本人や家族が将来の生活について，役割やリズム，活動量などをイメージできる目標設定となっている。 | | | |
| 備考 | | |  | | | |
| ４ | | | サービス内容では，期間内に目標の達成ができるための具体策となっていますか？ | | | | | □ | | | 目標を達成するために必要な取組方法を，複数あげ，それを実践することで期間内に目標が達成できるような策が講じられている。 | | | |
| □ | | | 介護保険サービスや地域支援事業だけでなく，生活機能低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援，地域のインフォーマルサービスサポートの活用についても必要に応じた記載がある。 | | | |
| 備考 | | |  | | | |
| ５ | | | 本人等のセルフケアや家族の支援，インフォーマルサービスを活かすために，サービス内容において留意していることはどのようなことですか？ | | | | | □ | | | セルフケアの継続や強化，意欲の維持や環境調整など，家族支援や地域の支援などインフォーマル資源等を含めて，具体的に行動変容を促せるような支援計画内容が記載できている。 | | | |
| □ | | | セルフケアが自己管理(疾病管理等)の内容の場合，予防の視点「リスクマネジメント」と起きてしまった場合の対応「クライシスマネジメント」について利用者と確認できている。 | | | |
| 備考 | | |  | | | |
| 課題③　アセスメントからケアプランへのつながりについて  （ケアマネジメントプロセスを意識できているか） | | | | | | | | | | | | | | |
| アセスメントはケアマネジメントプロセスの１つであることを意識していますか。  アセスメントで把握した多くの情報を，ケアプランに反映させていますか。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ○アセスメントとケアプランの整合性を確認自己点検項目 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | ☑ | 質問内容【例】 | | | | | | | | |
| １ | | | | | □ | 生活全般の解決すべき課題を引き出すにあたって，アセスメントした結果をどのように反映させていいいか，わからなくなることがありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　「有」の場合→どのように情報を整理し直し，生活全般の解決すべき課題に落とし込んでいますか。 | | | | | | | | |
| ２ | | | | | □ | 利用者との合意に基づく生活機能の向上を目指した目標達成について，具体的な言葉でかつ評価できる指標となりましたか｡また，目標設定を行う上で特に留意したことや配慮したことはどのようなことですか。 | | | | | | | | |
| ３ | | | | | □ | アセスメントの過程で，みえてきた課題がケアプランに反映されていますか。 | | | | | | | | |
| ４ | | | | | □ | プランに定めた期間と選定したサービスとその内容について，決定した根拠が説明できますか。 | | | | | | | | |
| ５ | | | | | □ | ICFに添った考え方の導入が大切だと言われていますが，活動や参加を意識した部分はどの部分ですか。 | | | | | | | | |
| ６ | | | | | □ | 情報収集のときに気をつけている点はどこにありますか。 | | | | | | | | |
| ７ | | | | | □ | 個別性のある具体的な目標を設定するときに大切にしていることはどのようなことですか。 | | | | | | | | |
| ８ | | | | | □ | 主治医との連携や医療情報をどのようにプランに反映させましたか。 | | | | | | | | |
| ９ | | | | | □ | アセスメントから見えた課題から，自宅の環境整備で配慮した点や工夫したことがありますか。 | | | | | | | | |
| １０ | | | | | □ | 家庭での役割や知人，友人との交流など，社会的役割を重視する部分で配慮したことや工夫したことはどのようなことですか。 | | | | | | | | |
| 備考 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 課題④　課題分析表（アセスメントツール）の活用について | | | | | | | | | | | | | | |
| 実際にアセスメントツールを使い，解決すべき課題（ニーズ）を導き出していますか。 | | | | | | | | | | | | | | |