

様式  
2-1

## 介護支援専門員自己評価表 ☆研修2日目に持参のこと!(研修内で使用します)

受講番号	専門 I -	氏名	
	更新B1-		

※ 決定通知に記載の受講番号を記入してください。

&lt;ご自身の現在の勤務先種別について&gt;

下記より該当する番号を一つ選び、○で囲ってください。

- |                 |                 |                 |                         |
|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------|
| 1. 居宅介護支援事業所    | 2. 特定施設入居者生活介護  | 3. 小規模多機能型居宅介護  | 4. 看護小規模多機能型居宅介護        |
| 5. 認知症対応型共同生活介護 | 6. 介護保険施設(福祉施設) | 7. 介護保険施設(老健施設) | 8. 介護保険施設(介護医療院)        |
| 9. 介護保険施設(療養施設) | 10. 地域包括支援センター  | 11. その他         | 12. 介護支援専門員として実務に就いていない |

&lt;介護支援専門員自己評価表の記入方法について&gt;

自身のケアマネジメント業務を振り返り、各項目について、自己評価をしてください。

下記の評価基準を参照にし、【実施状況】欄に該当する数字を記入してください。

評価基準:

- |  |                  |                    |                 |
|--|------------------|--------------------|-----------------|
| 4. できている(8割程度)                               | 3. 概ねできている(6割程度) | 2. あまりできていない(4割程度) | 1. できていない(2割程度) |
| 0. 該当なし (注:通常のケアマネジメント業務で行っていない場合は、該当なしとする。) |                  |                    |                 |

注意!

- 受講申し込み時は、【実施状況・申込時】欄を記入し、様式2-2 介護支援専門員自己評価表 回答用紙に数字を転記してください。
- 研修2日目に、この様式を持参し、受講時に【実施状況・受講中】欄を記入します。

## 1. スクリーニング(※)実施にあたっての確認ポイント

(※) スクリーニング … 実践の場面ではインテークと同時にされる。要援護者と相談者の主訴、基本的な情報の収集と共に、相談経路や留意点に関する事も行い、自分の所属する事業所での対応が可能か、緊急性はないか等を判断する。そのため、介護支援専門員は事業所の機能を十分に熟知していなければならない。自らの所属する事業所での対応できないと判断した場合には、適切な対応ができる他の事業所や機関につなぐマッチング能力が必要となる。

確認ポイント	実施状況		コメント
	申込時	受講中	
1 自分が所属する事業所の機能や業務範囲をスクリーニングで判断できるレベルで熟知しているか。			相談内容が自分の所属する事業所での対応が可能か、緊急性はないか判断できているか。
2 相談されたケースに緊急性があるかどうか見極めているか。その判断に必要な知識は十分であるか。			
3 要援護者が介護保険制度の適用である場合でも、自分が所属する事業所が対応できない場合とはどのような場合があるか整理できているか。			
3-1 厚生労働省令に定める担当件数を超過する場合、介護予防ケアマネジメント、介護予防支援の利用対象である場合			
3-2 事業所が定めるサービス提供地域以外に居住する利用申込者である場合			
3-3 ケースの特性から介護支援専門員としての責任を十分に果たすことができない恐れがある場合			経験の浅い介護支援専門員が、他法の利用や多職種との連携が必要な進行性の神経難病のケースの相談を受けた場合など。
4 上記の場合、他の事業所や地域包括支援センターにつなげることができるか。			適切な対応ができる他の事業所や機関につなぐマッチング能力があるか。
5 介護保険制度内サービスの利用だけでなく、他法の利用の必要性があるか常に確認しているか。必要性がある場合には必要な機関と連携、協働する体制づくりができるか。			
6 スクリーニングの判断に必要な情報まで収集していないか。			

## 2. インテーク実施にあたっての確認ポイント

確認ポイント	実施状況		コメント
	申込時	受講中	
7 清潔感のある服装・身だしなみ、言葉遣い、名刺の提示方法、自宅訪問時のマナーを適切に実行できる。			
8 個人情報の取り扱いについて、法令遵守の観点から行うべき具体的事項を整理し、実行できる。			事業所における個人情報に関する取扱いの規定や使用同意書を整備してある。
9 面接は、プライバシーが保たれる環境で実施している。			
10 利用申込者・家族の置かれてた立場や心情に配慮し、話しやすい雰囲気づくりや、信頼関係を構築できる面接を行えている。			

11	個々の利用申込者・家族の理解度に合わせ、介護保険制度に関する説明(制度の目的や利用者の努力義務、利用者の選択と計画に基づくサービス提供、利用者負担割合、サービスの種類等)を行えている。(自治体のパンフレットの活用等)			
12	セルフプラン、居宅介護支援事業所の選択が可能であることの説明を行っている。			
13	介護保険の利用者は、複数の居宅サービス事業者等の紹介を介護支援専門員に求めることができる旨の説明を行っている。			説明していない場合は運営基準減算(50/100)の対象になる。(平成30年改正)
14	利用申込者・家族の理解度に応じた重要事項、個人情報の使用に関する説明を行っている。			
15	判断力が低下している利用申込者の契約締結に際し、家族への連絡、成年後見制度等の利用を視野に入れている。			
16	虐待の疑いや発生の可能性を視野に入れ、確認している。			
17	他制度を利用する必要性について視野に入れ、確認できている。			
18	介護支援専門員が行うインタビューとして必要以上の情報は収集しないように意識し、実行できている。			
19	利用者や家族との信頼関係の構築の重要性を理解している。			
20	利用者が主体となる契約の意義とそれを保証するための仕組みを理解している。			介護保険制度は、契約制度を通じて利用者の権利を保証している。

### 3. アセスメント実施にあたっての確認ポイント

確認ポイント	実施状況		コメント
	申込時	受講中	
21 アセスメントを行う前にアセスメントの主旨について利用者・家族に説明し、理解を得ている。			
22 アセスメント様式は、課題分析標準項目(23項目)を満たすものを使用している。			
23 利用者・家族が安心して、介護支援専門員を信頼して面接できる環境設定や配慮ができている。(プライバシーへの配慮、面接の位置取り、利用者の障害や疲労感への配慮、労いの言葉等)			
24 利用者や家族の思いが十分に語られている面接に配慮し、実際に語られている。			
25 介護支援専門員による一方的な情報収集にはなっていない。			双方向のコミュニケーションから情報収集を行っているか。
26 生活歴、介護が必要になる前の状態、家族関係、近隣・友人等との関係等を聞き取れている。			
27 「困りごと」から「どのような生活を送りたいか」生活ニーズへの転換ができている。			

28	利用者の意欲の低下を防ぐなどのため、介護支援専門員にマイナスの事象をプラスに転換して捉える視点がある。			
29	潜在化している課題に気づき、アセスメントと課題の関連を説明できる。			
30	生活の将来予測について見立てができ、利用者や家族と共有できている。			病状の進行による生活の変化や退院後の生活、今後の介護負担など。
31	リスクを予測でき、利用者・家族と共有できている。			病状の悪化や転倒のリスク、認知症で起こり得る行動・心理症状など。
32	他の専門職の専門的な見地からの意見を得て、利用者・家族と共有できている。			利用者や家族から十分に得られない情報なども他の専門職から意見を確認し、利用者や家族と共有する。
33	緊急時の対応等について、主治医等の意見を踏まえ、多職種と共に具体的な対応策を想定できている。			
34	退院時は、必要な環境整備、疾患管理、疾病の変化を観察するポイント、連絡先、今後の通院先や頻度等の確認ができている。			
35	退院時は、利用者・家族の在宅復帰に向けた不安を把握し、多職種と共にサポートできている。			
36	病院で行うアセスメントの場合、居宅の環境は確認できている。			自宅での生活における住宅や地域の環境や支援者の有無など。
37	利用者・家族との合意形成に向けた面接ができている。			
38	ICF(国際生活機能分類)の視点から整理できている。			生活機能を心身機能・構造⇔活動⇔参加を双方向性で捉え、環境や個人因子と関連付けて整理できている。
39	利用者の身体機能、精神状態を含んだ生活全体を捉えてアセスメントを行っている。			
40	導き出した課題は、利用者の生活課題となっている。			

#### 4. ケアプラン作成にあたっての確認ポイント

確認ポイント	実施状況		コメント
	申込時	受講中	
<b>全体</b>			
41 ケアプランは利用者のものであるという意識を持ち、利用者像が見えるものになっているか。			利用者家族に分かりやす表現。専門用語使用注意。
42 ケアプラン各表の特徴を利用者と家族に説明しているか。			
43 利用者・家族と共にケアプランを作成しているか。			誰のケアプランか？利用者・家族のもの。
<b>第1表</b>			
44 利用者や家族がどのような生活を送っていきたいか、それぞれの意向を確認しているか。			ケアの方向性の基本となる。

45 審査会の意見、主治医意見書の情報を利用者と共有し、それを踏まえたケアプランを作成しているか。			
46 利用者を含むケアチームが目指す共通の方針を立てているか。			支援はチームケアである。
47 緊急時の対応方法について利用者・家族、多職種と共に整理し共有できているか。			
48 利用者及び家族の生活に対する意向は、利用者の望む暮らしを反映している。			望む暮らしの実現に向けて支援を整えることが基本。
<b>第2表</b>			
49 ニーズや目的は、アセスメントに連動したものであるか。			
50 ニーズは利用者や家族と合意できたものであるか。			
51 ニーズの優先順位は、専門的意見を踏まえ、利用者・家族と相談して設定しているか。			専門職だけの考えで優先順位を決めていないか。
52 目的の設定は利用者が達成可能だと感じ、取り組めるものか。モニタリング時に評価可能なものであるか。			
53 目標の設定期間は、専門職の意見を踏まえ、利用者と共に設定しているか。			専門職だけの考えで設定期間を決めていないか。
54 複数のサービス事業所等の情報を提供しているか。			自分の事業所だけの調整になっていないか。
55 利用者の価値観、生きがいや役割に目を向けた内容であるか。			本人の強み(ストリングス)の視点をもっているか。
56 サービスの担い手を検討する際、介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスも含めた中から検討したか。			日頃の地域との関係性等への支援。
57 介護保険のサービス事業所の選定では、複数の選択肢を示し、その特徴を説明し、利用者が自分にとって最善の選択ができるだけの十分な情報を提供しているか。(介護支援専門員の誘導になっていないか)			H30年改正でサービスの選定理由の説明求めることが可能と明確化されたことを受けて、しっかり説明できるように。
58 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)は、設定された期間で解決できると予測できるものである。			
<b>第3表</b>			
59 24時間、1週間、月単位の利用者の生活概況をつかみ、第3表を見ることでわかる記載になっているか。			利用者のライフスタイルの把握(主な日常生活上の活動の記載)。
60 サービスが入らない時間帯のリスクを予測し、リスクを低減する工夫を講じているか。リスクについて利用者・家族と共有できているか。			家族やインフォーマルサービスの支援も記載。
61 月単位の記載欄には、福祉用具の利用状況、通院、月単位での行事や訪問者等の情報も網羅されているか。			
62 週間サービス計画表は、夜間や土日祝日含め、生活のリズムがわかるものになっている。			生活リズムと支援の全体像が把握できるようになっているか。

## 5. サービス担当者会議実施にあたっての確認ポイント

確認ポイント	実施状況		コメント
	申込時	受講中	
63 介護支援専門員は会議開催の目的、議題を整理できている。			
64 利用者・家族に会議の位置づけ、主旨、心構えを説明している。			
65 サービスの担当者を招集する際に、会議開催の目的、議題、提供を求める情報や意見について予め依頼している。			
66 会議開催の時間帯、所要時間は、利用者・家族、担当者の負担感に配慮できている。			
67 インフォーマルサポートの関係者が会議に出席する際、利用者・家族の同意を得ている。			インフォーマルサポート関係者:民生委員、近所の人、知人、配達員、親戚等。
68 インフォーマルサポートの関係者が会議に出席する際、個人情報の取り扱いの範囲について、利用者・家族と具体的に確認できている。関係者に対しては個人情報の取り扱いについての留意を伝えている。			
69 サービス担当者会議の要点の記載は、会議の開催目的、議題、検討内容・決定内容を番号付けするなどしてわかりやすく記載できている。			
70 欠席予定者の意見は、会議開催前までに確認し、会議開催当日に出席者と共有できている。			書面でもらっておくほうが良い。
71 医療者が欠席する場合、疾患の管理や予後について予め情報を確認し、出席者と共有できている。			医療者とは、主治医や看護師、訪問看護等からの情報。
72 利用者・家族、どの職種にも理解できる用語の使用、議論のスピードに配慮した会議を展開している。			
73 会議出席者全員に平等に発言の機会があり、誰もが尊重される会議の雰囲気をつくれている。			
74 会議の開催目的に沿った議論および結論を導くことができている。現時点では解決できない課題を明確にできている。			
75 サービス担当者会議は、関係者と目指す方向性を共有する機会である。			
76 サービス担当者会議は、多職種(他職種)の意見を聞く場である。			

## 6. モニタリングを実施にあたっての確認ポイント

確認ポイント	実施状況		コメント
	申込時	受講中	
77 介護支援専門員自身が、モニタリングは継続的なアセスメントであるという視点をもって行っている。			
78 サービス事業所の個別サービス計画に照らし合わせてサービスの実施状況を確認している。			
79 目標の達成度について利用者・家族と共に確認している。動機付けを行えている。			

80	目標の達成状況に応じて、ケアプランの修正をしている。			
81	ケアプラン開始直後の初動期のモニタリングは、速やかに実施し、必要に応じて調整している。			
82	ニーズの変化を捉えている。			
83	モニタリングを通じて、サービスの担当者との連携関係を強化できている。			
84	さらに安定した生活ができるよう提案ができている。			
85	インフォーマルサポートの利用の可能性も常に視野に入れている。			
86	再アセスメントを通じて、より利用者にマッチした精度の高いケアプラン作成につながる視点があり、実行できている。			
87	モニタリングは再アセスメントである。			
88	サービスを導入したことが利用者の生活にどのような変化をもたらしたのかという視点はモニタリングに重要である。			
89	モニタリングの結果を関係者に周知することで強い連携が作られる。			

### 7. 終結にあたっての確認ポイント

確認ポイント	実施状況		コメント
	申込時	受講中	
90	引き継ぎが必要な終結のケースでは、他事業所や他機関への情報提供について個人情報の取り扱いの規定を遵守した対応がとれている。		
91	引き継ぎが必要な終結のケースでは、利用者の尊厳を保持し自立を支援する観点から、必要な情報を提供できている。(必要以上の情報を提供していないか。)		
92	死亡したケースでは、家族への労いや心理的な支援を意識できている。		
93	給付管理・請求事務の完了まで円滑に実施できるよう対応している。		給付管理やサービス事業所への支払事務が完了するまで時間がかかるため。
94	終結したケースについて、自らのケアマネジメントの実践について評価を行っている。また、評価を行える事業所の環境がある。		ケースについて振り返る機会を持つことができているか。