自己点検シート案（基本ケア）

令和８年度　群馬県介護支援専門員研修 専門研修用

受講者氏名	

「適切なケアマネジメント手法」基本ケアの項目				事前課題の「自己点検」で回答する項目					研修受講後の「振り返り自己点検」で回答する項目				
想定される支援内容				（１）ケアプラン作成時点の判断			（２）現在(項目を見た後)の判断		（３）研修受講後の状況、判断				
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	①情報収集	②支援の必要性の判断	③ケアプランへの支援の位置づけ	④現時点で支援の必要性	⑤なぜ実践においてできていなかったのか？（原因を省察して当該欄に自由記述）	＜現時点までの情報収集状況＞①情報収集	＜研修受講中のプラン等の変更＞②支援内容などの変更の有無	＜研修開始時点のケアプランへの判断＞③支援内容の見直しの必要性 ※研修中に変更/見直しした場合も、「見直すの要がある」に含みます。	＜研修開始時点のケアプランへの判断＞④追加すべき支援内容	＜研修開始時点のケアプランへの判断＞⑤縮小できる支援内容
				○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問④へ】 ▲：検討しなかった ⇒【設問④へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【終了】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問④へ】 ▲：検討しなかった ⇒【設問④へ】	○：現在（【概要版(項目一覧)基本ケア】確認後）の時点では支援が必要であったと思う ⇒【設問⑤へ】 ×：現在（【概要版(項目一覧)基本ケア】確認後）の時点でも支援は不要であると思う ⇒【終了】	以下に該当するチェックがついた場合にその原因を省察して欄に記載 ①○　②○　③×or▲の時点で→なぜケアプランに位置づけなかった（検討しなかった）のか？ ①○　②▲の時点で→（情報収集したのに）なぜ支援の必要性を検討しなかったのか？ ①○　②×→④○→情報収集が質・量の面で足りなかったのか？それはなぜ？ ①×　②○　③○の時点で→なぜ情報収集がされていないのか？ ①×　②×→④○→なぜ情報収集をせずに支援が不要と判断されてしまったのか？ ①×　②▲→④○→なぜ情報収集も支援の必要性の検討もされなかったのか？	○：情報収集を行った（研修受講前に行った場合も含む） ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	１：ケアプランを変更した（目標や支援内容の表現などの軽微な修正を含む） ２：ケアプランは変更していないが、個別サービス計画等の個別的支援内容を変更した（多職種への依頼等も含む） ３：ケアプランや個別サービス計画等の変更はしていない	１：ケアプラン（サービス内容だけでなく、目標や支援内容を含む）を見直す（追加あるいは縮小）必要があると考える ⇒【設問④あるいは⑤へ】 ２：ケアプランの変更は必要ないが、個別サービス計画等の個別的支援内容を見直す（多職種への依頼等も含む）必要があると考える ⇒【設問④あるいは⑤へ】 ３：ケアプランや個別サービス計画等の見直しは必要ないと考える ⇒回答終了	ケアプランや個別サービス計画等で追加が必要と思われる具体的な支援内容（自由記述）	ケアプランや個別サービス計画等で縮小が必要と思われる具体的な支援内容（自由記述）
Ⅰ尊厳を重視した意思決定の支援	Ⅰ-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	Ⅰ-1-1 疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援										
			2 併存疾患の把握の支援										
			3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保										
			4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認										
		Ⅰ-1-2 現在の生活の全体像の把握	5 望む生活・暮らしの意向の把握										
			6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援										
			7 食事及び栄養の状態の確認										
		Ⅰ-1-2 現在の生活の全体像の把握	8 水分摂取状況の把握の支援										
			9 コミュニケーション状況の把握の支援										
			10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援										
		Ⅰ-1-3 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測										
			12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測										
		Ⅰ-1-4 緊急時の対応のための備え	13 感染症の早期発見と治療										
			14 緊急時の対応										
	Ⅰ-2 意思決定過程の支援	Ⅰ-2-1 本人の意思を捉える支援	15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握										
		Ⅰ-2-2 意思の表明の支援と尊重	16 日常生活における意向の尊重										
			17 意思決定支援の必要性の理解										
		Ⅰ-2-3 意思決定支援体制の整備	18 意思決定支援体制の整備										
		Ⅰ-2-4 将来の生活の見通しを立てることの支援	19 将来の生活の見通しを立てることの支援										
Ⅱこれまでの生活の尊重と継続の支援	Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-1 水分と栄養を摂ることの支援	20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援										
			21 水分の摂取の支援										
			22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援										
		Ⅱ-1-2 継続的な受診と服薬の支援	23 継続的な受診・療養の支援										
			24 継続的な服薬管理の支援										
		Ⅱ-1-3 継続的な自己管理の支援	25 体調把握と変化を伝えることの支援										
		Ⅱ-1-4 心身機能の維持・向上の支援	26 フレイルを予防するための活動機会の維持										
			27 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施										
		Ⅱ-1-5 感染予防の支援	28 感染症の予防と対応の支援体制の構築										
	Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援	Ⅱ-2-1 生活リズムを整える支援	29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援										
			30 休養・睡眠の支援										
		Ⅱ-2-2 食事の支援	31 口から食事を摂り続けることの支援										
			32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援										
		Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33 清潔を保つ支援										
			34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援										
	Ⅱ-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	Ⅱ-3-1 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援										
		Ⅱ-3-2 コミュニケーションの支援	36 コミュニケーションの支援										
		Ⅱ-3-3 家庭内での役割を整えることの支援	37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備										
		Ⅱ-3-4 コミュニティでの役割を整えることの支援	38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備										
			39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備										
Ⅲ家族等への支援	Ⅲ-1 家族等への支援	Ⅲ-1-1 支援を必要とする家族等への対応	40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備										
			41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援										
		Ⅲ-1-2 家族等の理解者を増やす支援	42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援										
	Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援	Ⅲ-2-1 本人をとりまく支援体制の整備	43 本人を取り巻く支援体制の整備										
		Ⅲ-2-2 同意してケアに参画するひとへの支援	44 同意してケアに参画するひとへの支援										