

## ケアプランチェックリスト（居宅介護支援用）

居宅サービス計画の自己評価のひとつとしてご利用ください。

○ おおむねできている    △ できていないところもある    × できていない（無または不適）    / 該当・必要なし

介護支援専門員名		自己チェック日	年 月 日
----------	--	---------	-------

### 居宅介護支援の契約

チェックポイント	チェック
1 介護支援専門員も利用者から選ばれる立場であることを認識していますか。	
2 利用者が、介護サービスを選択する上での必要な情報を提供していますか。	
3 利用者の意思で、契約を行っていますか。	
4 利用者本人の意思で契約締結することが難しい場合には、成年後見制度の活用を視野に入れてしていますか。	
5 利用者に重要事項を説明し、理解を得て、重要事項説明書を手渡していますか。	
6 利用者が、サービス内容を理解して契約できるようにしていますか。	
7 利用者に介護保険制度、居宅介護支援業務の範囲について説明していますか。	
8 利用者に利用者の負担についても十分に説明していますか。	

### 課題分析（アセスメント）

チェックポイント	チェック
1 的確なアセスメントを行うためには、利用者や家族との信頼関係の構築が何より大切であることを認識して利用者に接していますか。	
2 居宅サービス計画作成の根拠となることを意識して、アセスメントを行っていますか。	
3 判断のために必要な情報を十分に収集していますか。	
4 ニーズを正しく把握するための客観的な分析と利用者の希望や家族の思いなどを、専門職として総合的に判断していますか。	
5 利用者のこれまでのライフスタイルや価値観を考慮し、その人がどういう生き方を望んでいるか、利用者の視点に立って考えていますか。	
6 要介護状態の改善や軽減を図る視点を重視して分析していますか。	
7 前回と丸写しの課題を添付する等、体裁だけの記載になっていませんか。	

### 居宅サービス計画（第1表の作成）

チェックポイント	チェック
1 利用者自身自らの生活を定める主体であることを認識していますか。	
2 原案作成の段階で、利用者が意思表示しやすいように選択肢を提供していますか。	
3 利用者及び家族の生活に対する意向：利用者や家族の主訴を、区別して記載していますか。	
4 総合的な援助の方針	
① 利用者等が最終的に到達すべき方向性や状況が示され、困っていることに対する望ましい解決の方策が示されて課題分析により抽出された課題に対応していますか。	
② 各種サービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとしているのかの総合的な視点で記載していますか。	
③ あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定される場合（認知症、昼間独居老人、医療の頻度が高い等）は、対応機関やその連絡先を記載していますか。	
5 生活援助中心型の算定の理由が、該当する場合に1、2、3に○印を付け、「3. その他」の時は、その事情の内容について簡潔明瞭に記載していますか。	
6 欄外に、居宅サービス計画原案の内容について、利用者又は家族に説明し、利用者の同意を文書に残し、年月日や了承印（サイン）の記載がありますか。	

### 居宅サービス計画（第2表の作成）

チェックポイント	チェック
1 生活全般の解決すべき課題内容	
① 課題分析票に記載された結果をもとに、問題や課題をその根拠・要因とともに本人の課題として、導き出していますか。	
② 身体機能ニーズを記載していますか。	
③ 精神心理状況のニーズを記載していますか。	
④ 社会環境状況のニーズを記載していますか。	
2 生活全般の解決すべき課題表現	
① パソコンシステムそのままの表現ではなく、本人の状態に合わせて具体的に表現していますか。	

② 実際に行われているケアの内容や介護目標そのものが、ニーズになっていませんか。	
③ 課題の書き方は、適切ですか。 例 「〇〇できるようになりたい」「〇〇したい」等	
<b>3 長期目標の内容</b>	
① 課題に対応した最終的に目指す目標や結果を記載していますか。	
② 実際に行われているサービス内容を、目標にしていませんか。	
③ 利用者本人（介護者でなく）が、どうなるかという内容で表現していますか。	
④ 期間を記載していますか。	
<b>4 短期目標の内容</b>	
① 実現可能なもので明確に記載していますか。	
② 実際に行われているサービスの内容を、目標にしていませんか。	
③ ADL・IADLの援助が必要な場合、その目標が立てられていますか。	
④ 長期目標が達成できるための当面の目標を、具体的に記載していますか。	
⑤ 期間を記載していますか。	
<b>5 援助の内容</b>	
① ニーズを解決するためのサービス内容を、具体的に記載していますか。	
② 何をするかという内容だけでなく、何に気をつけるべきかという内容を具体的に記載していますか。	
③ 短期目標を基本として、介護内容や種類を決定していますか。	
④ サービス提供事業者に対して、正確に伝わる内容になっていますか。	
⑤ 利用者自身が取り組むべき事項が記載されていますか。	
⑥ 家族による援助や保険給付以外のサービス（医療や保健福祉サービスや地域住民が行う自発的な活動等）等、地域の社会資源を含めた生活全体を支える計画になっていますか。	
⑦ 医療系サービスが必要な利用者には、適切に医療系サービスが盛り込まれていますか。	
⑧ サービスに偏りはありませんか。	
⑨ 頻度を記載していますか。	
⑩ 期間を記載していますか。	
6 「生活全般の解決すべき課題」から、福祉用具の貸与または特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、「サービス内容」等に当該サービスが必要とする理由を記載していますか。	
7 短期入所サービス利用の日数は、前月の利用も合わせて連続して 30 日を超えないように計画し、越えない場合でも要介護認定等の有効期間の概ね半数を超えていませんか。（特に必要と認められる場合は除く。）	

### 居宅サービス計画の作成とサービスの調整

チェックポイント	チェック
1 関係者の連絡先確認等、その他の必要事項の漏れがないかチェックしていますか。	
2 居宅サービス計画を確定し、利用者及びサービス提供事業者に 交付していますか。	
3 サービス提供事業者の介護計画は、居宅サービス計画に沿ったものとなっていますか。	
4 利用者が、サービス事業者とサービス提供について契約したことを確認しましたか。	
5 利用者に介護計画が渡されていることを確認しましたか。	

### 週間サービス計画表（第3表）

チェックポイント	チェック
1 第2表の援助内容に掲げたサービスを、介護保険給付対象の内外を問わず全て記載していますか。	
2 主な日常生活上の活動について記載していますか。	
3 週単位以外の支援やサービスについて記載していますか。	

### サービス担当者会議の要点（第4表）

チェックポイント	チェック
1 早期にサービスの提供チームを形成し、目標の共有に努めていますか。	
2 多様な専門的立場から意見をもらえる貴重な場として活用していますか。	
3 居宅サービス計画原案の変更をおそれないで、良い意見は積極的に採用していますか。	
4 関係者が集まるサービス担当者会議が、利用者や家族にとって心理的なプレッシャーを与えないよう、くつろいだ雰囲気作りに留意していますか。	
5 介護サービスが、より効果的・効率的に利用者等に提供できる話し合いができていますか。	
6 必要な時期（認定・更新・区分変更認定時・居宅サービス計画変更時・福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合・福祉用具貸与については、計画作成後必要に応じて随時）に開催し、開催月日等必要事項を記載していますか。	
7 検討した内容や結論を、明確に記載していますか。	

8	残された課題を記載していますか。(必要だが社会資源が地域に不足しているため未充足な場合や、利用者の希望で利用しなかったサービスや次回開催時期、方針を記載していますか。)	
9	サービス担当者会議を開催しない理由や、会議に出席できなかった理由を記載していますか。	
10	出席できなかった担当者の氏名、照会(依頼)年月日、照会(依頼)した内容及び回答は記載していますか。	
11	医療系サービス(訪問看護・通所リハビリテーション等)の利用の場合、主治の医師の意見を照会していますか。	

### 初動機のモニタリング

	チェックポイント	チェック
1	利用者の状態を観察して、居宅サービス計画に組み込まれたサービスが的確に提供されているか、確認していますか。	
2	サービス内容は適切で、目標に対して的確に提供されているか確認していますか。	
3	介護者が、サービスの導入にうまく適合できるかどうか確認していますか。	
4	利用者の変更や取消を繰り返し行っていないか確認していますか。	
5	現実にサービスを利用し、新しい生活に入った利用者の状況を把握していますか。	

### 継続的なモニタリング

	チェックポイント	チェック
1	時間の経過とともに利用者の状態や取り巻く環境(介護家族の状況や生活環境など)の変化を把握していますか。	
2	継続的な介護状況の把握による、状態変化の兆候の早期発見を心がけていますか。	
3	月に1度は利用者宅を訪問していますか。	
4	サービス担当者から利用者の状態を確認し、必要に応じて情報交換をしていますか。	
5	目標の達成度を把握していますか。	
6	状態の変化が考えられる場合は、主治医とも連携し意見を求めたりしていますか。	
7	変化が確認できた時、それに対応する「居宅サービス計画」を作成していますか。	
8	ケアプラン作成時に残された課題があった場合、経過の確認や今後の対応を検討していますか。	
9	月に1度は、利用者の状況を第5表に記録していますか。	

### 給付管理

	チェックポイント	チェック
1	第6票には、利用者の確認印をもらっていますか。	
2	事業者から送付された実績は、必ず利用者に確認していますか。	
3	利用限度額を超過した場合、事前に請求を行う事業者に超過単位の確認・説明をしていますか。	
4	その際、超過分が10割負担になることを利用者に説明し、理解を得ていますか。	
5	暫定居宅サービス計画のときに、説明を十分に行っていますか。	
6	当初計画外のサービスが提供される場合、居宅サービス計画を変更し利用票等の再作成をしていますか。	

### その他

	チェックポイント	チェック
1	主治医意見書・認定調査票(特に概況調査)等との照合を行っていますか。	
①	医学的な管理の必要性についてチェックが入っている場合や介護サービスにおける留意事項や特記事項がある場合、主治医に確認のもとケアプランに反映されていますか。	
②	介護の手間等にかかる部分が、サービスとして反映されていますか。	
③	経過的要介護、要介護1の利用者の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、調査票の写しを市町から入手し、調査票の写しを指定福祉用具貸与事業所へ提示することに同意を得た上で、調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を福祉用具貸与事業所へ送付していますか。	
2	サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ていますか。	
3	一連の書類が揃い、個別(利用者毎)にファイリングされていますか。	