

# ケアプランチェックリスト（介護予防ケアマネジメント用）

介護予防サービス・支援計画作成の自己評価のひとつとしてご利用ください。

（参考：地域包括支援センター業務マニュアル、前橋市地域包括支援センター資料）

○ 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

利用者名	支援1・要支援2・地域支援事業	地域包括支援センター名	
計画作成者名		自己チェック日	年 月 日

## 指定介護予防支援の説明及び同意

チェックポイント	チェック
1 本人・家族が、サービスを選択する上での必要な情報を提供している。	
2 本人・家族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る。	
3 本人・家族がサービス内容を理解して契約できるようにしている。	
4 指定介護予防支援は本人の主體的な取組みが重要であることの説明をして理解を得ている。	
5 本人・家族に月単位の定額制サービスが導入されていることを十分に説明している。	

## 介護予防サービス・支援計画書

チェックポイント	チェック
1 アセスメントは利用者の居宅を訪問し、本人及び家族に面接して実施している。	
2 要支援認定の認定調査結果、主治医意見書等で状況を把握して面接している。	
3 主治医意見書において、医学的な管理の必要性、サービス提供時における医学的観点からの留意事項にチェックがある場合や特記事項に記載がある場合、主治医に確認のもと計画に反映されている。	
1 目標とする生活	
① 1年後に向けて、日々実践できる内容を記載している。	
② 1年後の姿や生活の状態を記載している。	
③ 本人・家族が「今後どのような生活を送りたいのか」具体的にイメージしている。	
④ 基本情報の今までの生活や趣味・楽しみ等の話から展開している。	
⑤ 専門家の視点から具体的に提案する。（例：「また、〇〇のような生活ができるようになるといいですね。」）	
⑥ プランが完成したら、目標とする生活を再度確認している。	
⑦ 本人・家族の言葉として記載している。	
2 健康状態について	
① サービスを利用する上で留意すべき事項を確認して記載している。	
② 本人・家族が主治医より助言を受けていることを確認して記載している。	
3 アセスメント領域と現在の状況	
① 認定情報・基本情報・基本チェックリスト等にて事前に得られている情報を活用して、効果的な面接を展開している。	
② 本人・家族からの情報や計画作成者が観察したことを簡潔に記載している。	
③ その生活行為を自分でしているか、家族などに介助してもらっているかを具体的に記載している。	
④ 以前はしていたのに、今はしていないことを確認して記載している。	
⑤ 本人・家族ができることや、やろうとすることに着目している。	
4 本人・家族の意欲・意向	
① 現在の状況を本人・家族はどのように考えているのかを確認している。	
② 生活機能を低下させている生活行為を本人・家族に確認している。（例：「〇〇をしなくなったのはなぜですか？」と問いかける）	
③ ネガティブな意向だけでなくポジティブな希望や思いを引き出している。（例：「どうなったらよいと思いますか？」と問いかける）	
④ 本人・家族の言葉として記載している。	
5 領域における課題（背景・原因）	
① 領域ごとの生活行為を、今はしていないことや問題となっていることの背景・原因を専門家の視点で分析して記載している。	
② 本人の残存能力、潜在能力、活用できる人的・物的環境などを評価して、悪化や改善の可能性が見極められている。	
③ 現在はできていることをさらに良くする方策も検討し記載している。	
④ 基本チェックリストの結果を参考にしている。	
⑤ 現状の悪化防止や改善のために必要なことを課題として記載している。 （例：「このままだと〇〇になる危険がある。」「こうすれば〇〇ができるようになる。」）	

6 総合的課題	
① 領域における課題から、本人の目標とする生活（望む生活）に必要な課題を探して記載している。	
② 共通していることは統合して記載している。	
③ 課題としての根拠を記載している。	
④ 優先度の高い順に記載している。	
⑤ サービスを利用することが課題になっていない。（例：「〇〇ができる」「〇〇する。」）	
7 課題に対する目標と具体策の提案	
① 専門職として、本人・家族にわかりやすく提案している。	
② 総合的課題に対応した具体的な目標になっている。	
③ 目標とする生活（望む生活）に向けた段階的な目標になっている。	
④ 具体策は介護保険（特定高齢者施策）、セルフケア、家族の支援、インフォーマルサービス、公的サービスを含んでいる。	
⑤ 専門用語、抽象的な言葉（安心、安全、適切等）を用いていない。	
⑥ 実際に使われているサービスを目標にしていない。（例：「〇〇ができる」「〇〇する。」）	
8 具体策についての意向 本人・家族	
① 専門家の提案と本人・家族の意向の相違点を確認して記載している。	
② 本人・家族と合意できる目標と具体策を見つけるためのプロセスにしている。	
③ 合意が得られなかった場合、理由や根拠を記載している。	
④ 本人・家族の言葉として記載している。	
9 目標	
① 本人・家族・計画作成者の3者が合意した目標を記載している。	
② 本人の具体的な状態像や回数、時間、距離等で記載している。	
③ 一定期間で達成可能な目標である。	
④ 本人の価値観や好みを考慮している。	
10 目標についての支援のポイント	
① 目標に向けて支援を行う上で、配慮すべき事項やサービスを導入する上での留意点を記載している。	
11 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、介護保険サービスまたは地域支援事業	
① 本人、家族、地域（友人、ボランティア）、介護保険以外のサービス等、誰が何を行うのかを具体的に記載している。	
② 「本来の支援」と「当面支援」が生じた場合、それぞれを区分して内容を明記している。	
12 【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針	
① 本人・家族の同意がとれず、本来の支援ができない場合、その内容の実現に向けた方向性を記載している。	
② 必要な社会資源が地域にない場合、地域の新たな活動の創設を記載している。	
13 サービス種別	
① 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、介護保険サービスまたは地域支援事業の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載している。（例：介護予防通所介護、ふれあい昼食会等）	
14 事業所	
① 具体的なサービス提供を行う「事業所名」、地域（友人、ボランティア）、介護保険以外のサービスについても記載している。	
15 期間	
① 支援計画を実施する期間を記載している。	
② 「支援内容」に揚げたサービスをどの程度の頻度（回数、実施曜日等）で実施するか提案内容を記載している。	
16 総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント	
① 本人・家族を含むケアチームが「目標とする生活」の実現に向けて取り組む共通の方向性、留意点を記載している。	
② サービス担当者会議で共有している。	
17 必要な事業プログラム	
① 領域における課題を分析する際、参考資料にしている。	
② 予防給付の場合、個別のケアマネジメントを実施した上で、該当するプログラムのサービス利用を機軸としている。	
18 地域包括支援センターの意見・確認印	
① 予防給付の場合、委託先の居宅介護支援事業者から提出された介護予防サービス計画原案を確認している。	
19 計画に関する同意	
① 介護予防サービス計画原案を本人・家族に説明し、同意を得ている。	

## 介護予防支援経過記録

チェックポイント	チェック
1 モニタリング	
① 少なくとも月に1回のモニタリング結果を記載している。(サービス提供開始の翌月から3ヶ月に1回、評価月並びに状況の変化があった時は訪問、それ以外の月は事業所訪問で本人との面接や電話連絡を実施)	
② 本人、家族の意向、満足度等を記載している。	
③ 目標の達成度を記載している。	
④ サービス開始後はサービス担当者から少なくとも1月に1回、事業者への訪問、電話、FAX等で状況を聴取し、結果を記載している。(サービス実施状況、利用者の状況、実施効果)	
⑤ 介護予防サービス計画の変更の必要性等を記載している。	
2 サービス担当者会議	
① 予防給付：必要な時期(認定・更新・区分変更・介護予防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る。	
② 地域支援事業：必要に応じて(複数サービスを利用して調整が必要な場合等)に開催し、開催月日等必要事項を記載している。	
③ 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。	
③ 検討した内容や結論を、明確に記載している。	
④ 残された課題を記載している。(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、方針を記載している。)	
3 「介護予防サービス・支援計画書」の交付年月日と、誰にどのような状況で交付したかを記載している。	

## 介護予防サービス・支援評価表

チェックポイント	チェック
1 目標は「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載している。	
2 評価期間は「介護予防サービス・支援計画書」の評価期間を記載している。	
3 目標達成状況は具体的に記載し、評価期間が終わっていないサービスも評価し、計画を見直している。	
4 目標を達成・未達成を明記している。	
5 目標達成しない原因について本人・家族の認識を確認しそれぞれの言葉で記載している。	
6 目標達成しない原因について計画作成者として専門家の視点で記載している。	
7 今後の方針を専門的な視点から記載している。	
8 今後の総合的な方針を専門的な視点から方針を記載している。	
9 対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、改善・維持・悪化等を判断し、その根拠を記載している。	

## 給付管理

チェックポイント	チェック
1 利用者に確認した利用状況と事業者から送付された実績を確認している。	
2 暫定の介護予防サービス計画のときに、説明を十分に行っている。	
3 当初計画外の介護予防サービスが提供される場合、介護予防サービス計画書を変更しサービス計画の再作成をしている。	

## その他

チェックポイント	チェック
1 要支援1、要支援2の利用者の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る。	
2 サービス担当者会議等において、本人の個人情報を用いる場合は本人の同意を、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る。	
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る。	