

## ケアプラン作成のための自己点検シート(大豊町)

### 基本的な考え

- ◆ ケアプランは「利用者の、利用者が望む生活に近づくため」にあります。「支援者の、支援者が望む生活」にならないようにしましょう。
- ◆ アセスメントから見えてきた生活課題の解決や改善を図るには、利用者や家族と共に「これまでの生活」と「現在の状況」から、「今後の生活（どう生きたいか）」をイメージし、アセスメントに基づいたケアプランを作成しましょう。
- ◆ 専門用語や略語を使用しないように配慮し、誰が見ても分かりやすい表現で記入しましょう。
- ◆ 利用者の状態や主訴のみに着目するのではなく、生活全般に着目し、何に支援が必要な状態なのか、利用者や家族が気付いていない生活課題などがないかなど、専門職として幅広い視野が必要です。
- ◆ 利用者や家族は「目の前の困りごと」や「できなくなる不安」から「できていること」や「できるようになること」が見えにくくなっています。問題解決プランでなく、生活向上プランになるようにしましょう。
- ◆ 目標設定にあたっては、高齢者自身が地域で何かの役割を果たせる活動を維持することで、結果として介護予防につながるという視点を持つことが重要であることを認識しましょう。
- ◆ 新たにサービスを利用する場合や状態が不安定な場合は、目標の期間設定を短くする等、利用者がどうなればよいか、目指す姿を明確にしましょう。
- ◆ サービスを導入することを目的とするのではなく、利用者のできることを見つけ、生活機能を維持・向上させましょう。

### 事前確認

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 利用者の被保険者証（要介護度、認定の有効期間）を確認していますか。<br>（有効期間の満了が近い場合は、要介護認定申請に必要な援助を行いましょう。） |
| <input type="checkbox"/> | 利用者の被保険者証（あれば負担限度額認定証）を確認していますか。   |
| <input type="checkbox"/> | 居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を提出していますか。                           |

### 課題分析（アセスメント）

- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | アセスメントについて、自宅を訪問し、利用者及び家族に面会していますか。 |
| <input type="checkbox"/> | 課題分析標準項目の情報収集を行い、解決すべき課題を把握していますか。  |
| <input type="checkbox"/> | 家族構成図、住宅見取図を作成していますか。               |

### 第1表 居宅サービス計画書（1）

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 利用者と家族がどのような生活を送りたいかについて、意向を記載していますか。（利用者等が発した言葉をただ単に記載していませんか。） |
| <input type="checkbox"/> | 利用者と家族の生活に対する意向が異なる場合、各々の主訴を区別して記載していますか。                        |

<input type="checkbox"/>	ケアチームが目指す方向性や果たすべき役割について、分かりやすく記載していますか。
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書について、本人又は家族に説明し同意の上、「同意年月日」及び「同意」を記載していますか。
<b>第2表 居宅サービス計画書（2）</b>	
<input type="checkbox"/>	利用するサービスを先に決めていませんか。
<input type="checkbox"/>	自分でできることにも目を向けていますか。
<input type="checkbox"/>	アセスメントから抽出した生活課題（ニーズ）を、具体的に記載していますか。
<input type="checkbox"/>	生活課題の中で、課題の優先順位を見立てて記載していますか。
<input type="checkbox"/>	短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標と期間を記載していますか。
<input type="checkbox"/>	援助内容は、短期目標を達成するために必要なサービス内容・サービス種別・頻度・期間を記載していますか。
<input type="checkbox"/>	特定のサービスに偏りはありますか。
<input type="checkbox"/>	医療機関や他制度による支援、また家族や高齢者向け住宅のスタッフによる支援などインフォーマルサービスについても記載していますか。
<b>第3表 週間サービス計画表</b>	
<input type="checkbox"/>	利用者の生活リズムやサービス提供内容・時間等が一目で分かるように記載していますか。
<input type="checkbox"/>	他制度による支援、また家族や高齢者向け住宅のスタッフによる支援などインフォーマルサービスについても記載していますか。
<b>第4表 サービス担当者会議の要点</b>	
<input type="checkbox"/>	ケアプランを新規に作成したときや更新、区分変更認定を受けたときなど適切な時期にサービス担当者会議を実施していますか。
<input type="checkbox"/>	会議は利用者、家族、主治医を含め、関係するサービス担当者に出席を求めていますか。
<input type="checkbox"/>	会議に出席できないサービス担当者がある場合、その者に紹介した内容を記載し、サービス担当者会議で共有していますか。
<input type="checkbox"/>	検討した項目や内容を具体的に記載し、担当者の役割分担が確認できるようにしていますか。
<input type="checkbox"/>	医療系サービスを位置付ける場合、主治医等の意見を聞き取り、記載していますか。
<b>モニタリング</b>	
<input type="checkbox"/>	少なくとも1月に1回自宅へ訪問し、利用者と面談した結果を記録していますか。
<input type="checkbox"/>	サービスの実施状況（回数や時間、キャンセルの有無等）を把握していますか。
<input type="checkbox"/>	短期目標ごとに評価をしていますか。
<input type="checkbox"/>	評価の結果、必要なサービスの見直しを行っていますか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の生活状況に変化はありますか。</li> <li>・利用者は現在のサービスに満足していますか。</li> <li>・新しい課題は生じていますか。</li> </ul>

サービスを位置付ける際等の点検項目（全般）	
<input type="checkbox"/>	サービスを位置付ける場合に複数の事業所を紹介する等、利用者に選択の機会を設けていますか。
<input type="checkbox"/>	サービス提供事業者から「サービス計画書」の提供を受け、居宅サービス計画書に沿ったものとなっているか確認していますか。
<input type="checkbox"/>	サービス量について必要量を積み上げて設定していますか。（区分支給限度額の上限利用を前提に設定していませんか。）
訪問介護を位置付ける際の点検項目	
<input type="checkbox"/>	利用者の自立支援を阻害する又は過度なサービスの位置付けを行っていませんか。
<input type="checkbox"/>	事業所都合で、時間帯を設定していませんか。
<input type="checkbox"/>	掃除や洗濯、買物等のサービス毎に適切な頻度を設定していますか。
<input type="checkbox"/>	毎日又は1日複数回数の生活援助は、可能な範囲でまとめて効率的な訪問を行うよう検討していますか。
訪問看護や訪問リハビリを位置付ける際の点検項目	
<input type="checkbox"/>	訪問系のリハビリを位置付ける場合、医師の指示の確認だけでなく、必要性や本人の生活の上での目標（ゴール）を検討していますか。
通所介護を位置付ける際の点検項目	
<input type="checkbox"/>	通所介護で利用時間を2時間以上3時間未満で位置付ける場合、①心身の状況から、長時間のサービス利用が困難である者、②病後等で、短時間の利用から始めて長時間利用に結びつけていく必要がある者などの要件を確認していますか。
<input type="checkbox"/>	加算（個別機能訓練加算等）を算定している場合、その加算が本人にとって必要な加算であることを確認していますか。また、その加算の継続の必要性について確認していますか。
<input type="checkbox"/>	通所介護事業所を複数位置付ける場合、必要性について検討していますか。
<input type="checkbox"/>	通所系サービスを併用（通所介護と通所リハビリ）する場合、それぞれの必要性について検討していますか。
福祉用具を位置付ける際の点検項目	
<input type="checkbox"/>	福祉用具の品目ごとに、ニーズや目標を検討していますか。また、第2表への記載について「福祉用具貸与」とひとまとめに記載するのではなく、品目別に記載していますか。
<input type="checkbox"/>	軽度者に対する福祉用具貸与について、保険給付の必要性がある場合、例外給付の申請等の手続きを行っていますか。
<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与実施後は、少なくとも月1回のモニタリング・介護予防ケアプランの評価等の手段によって、状態の把握や福祉用具貸与の必要性を見直し、その結果を記録していますか。
<input type="checkbox"/>	同品目の福祉用具貸与を複数位置付ける場合、必要性について検討し、第2表にそれぞれ根拠を示していますか。
<input type="checkbox"/>	電動車椅子を位置付ける場合、利用者の運動機能や認知機能等を把握し、操作の安全性について十分検討していますか。

<input type="checkbox"/>	いわゆる「ロングショート」の利用者に対して、特別な理由なく福祉用具を貸与し続けていませんか。
<input type="checkbox"/>	複数事業所で貸与価格の比較検討を行っていますか。
<b>その他の点検項目</b>	
<input type="checkbox"/>	介護保険サービスと同等の障害福祉サービスを利用している場合、原則、介護保険優先となりますが、一部障害福祉サービスが利用できることについて、検討及び町に相談しましたか。
<input type="checkbox"/>	利用者の疾病内容に応じて、本人や主治医等に疾病に関する知識等の意見を求めましたか。