

自己チェックシート

年 月 日

居宅介護支援事業所：

氏名：

介護支援専門員登録番号：

基礎資格：

ケアマネ経験年数：

単に保険者が抽出・回収したケアプランの確認だけでは十分とは言えないことから、介護支援専門員自らが自主的に「確認」していただくために、この「自己チェックシート」を使用し、右端の確認欄に自己点検を行ってください。

【○：できている △：不十分 ×：できていない /：該当なし・必要なし】

確認ポイント			確認
課題分析	《1》課題分析標準項目の確認		
	1.基本情報（受付、利用者等 基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目	
	2.これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目	
	3.利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目	
	4.現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目	
	5.日常生活自立度（障害）	「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目	
	6.日常生活自立度（認知症）	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目	
	7.主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目	
	8.認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等）について記載する項目	
	9.今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）について記載する項目	
	10.健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目	
	11.ADL	ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目	
	12.IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目	
	13.認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目	

確認ポイント			確認
課題分析	14.コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目	
	15.生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目	
	16.排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目	
	17.清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目	
	18.口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目	
	19.食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目	
	20.社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり方の状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目	
	21.家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目	
	22.居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目	
	23.その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目	

確認ポイント			確認
第1表	《1》必要な記載事項の確認		
	1.利用者及び家族の意向が記載されている。		
	2.介護認定審査会からの意見及びサービスの種類が記載されている。		
	3.総合的な援助の方針が記載されている。		
	4.生活援助中心型の算定理由が記載されている。		
	《2》利用者及び家族の生活に対する意向の妥当性		
	1.利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果が合致している。		
	2.利用者・家族が改善可能であろうと思う生活を具体的にイメージできている。		
	《3》総合的な援助の方針の妥当性		
	1.利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認しあえる内容が記載されている。		
	2.緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、対応の方法等についての記載がされている。		

確認ポイント		確認
第2表	《1》生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の妥当性	
	1.介護サービスを利用するため(だけ)の課題抽出となっていない。	
	2.それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえている。	
	3.優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えている。	
	4.介護支援専門員が一方的に提案した課題になっていない。	
	5.生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の関連付けが図られている。	
	6.肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載ができています。	
	7.利用者の取り組むべき課題が明確になっている。	
	8.利用者の望む生活を実現する課題となっている。	
	《2》課題(ニーズ)に対応した目標と援助内容の妥当性	
	【長期目標】	
	1.解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。	
	2.認定期間も考慮しながら達成可能となる目標と期間の設定になっている。	
	3.誤った目標設定になっていない。(例：支援者側の目標を設定、サービス内容を目標に設定等)	
	【短期目標】	
	4.長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。	
	5.サービス提供事業所が作成する担当者の個別サービス計画を立てる際の指標になっている。	
	6.抽象的な目標設定ではなく、利用者および家族等が具体的に何をするのかイメージできる表記となっており、取り組む内容がわかるような記載になっている。	
	【サービス内容・サービス種別・頻度・期間】	
	7.短期目標達成に必要なサービス内容となっている。	
	8.医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも盛り込まれている。	
	9.主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。	
	10.特定のサービスによる偏りがない。	
	11.家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されている。	
	12.利用者自身のセルフケアも記載がある。	
	13.サービス提供を行う事業所・者が担う役割等についても、必要に応じた記載がある。	

確認ポイント		確認
第3表	《1》週間サービス計画表の確認	
	1.介護給付以外の取り組みについても記載ができており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載となっている。	
	2.円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。	
	3.「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。	
	4.一日の生活の中で習慣化していることが記載されている。	

確認ポイント		確認
モニタリング	1.少なくとも1月に1回自宅へ訪問し、結果を記録している。(基準省令等の改正後の条件に該当する場合は2月に1回はテレビ電話装置等による面接でも可能)	
	2.モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度、援助目標の達成度、事業者との調整内容等をふまえ、プラン変更が行われている。	

ケアプラン作成について説明・助言を受けたい事項がありましたらお書きください。

【参考資料】

- 1) 「ケアプラン点検支援マニュアル」（介護保険最新情報vol.38平成20年7月18日 厚生労働省老健局振興課）
- 2) 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について（介護保険最新情報vol.1178令和5年10月16日 厚生労働省老健局 認知症施策・地域支援課）