様式第１号－１（第３条関係）

**ケアプラン自己点検シート（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）　　／　該当なし・必要なし

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員名 |  | 自己チェック日 | 令和　　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　利用者の意志で、契約を行っていますか。 |  |
| ４　利用者本人の意志で契約することが難しい場合には、成年被後見制度の活用を視野に入れていますか。 |  |
| 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　前回の丸写しの課題を添付等、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決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、利用者が意志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：利用者と家族の主訴を、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は１、２、３に○印を付け、「３．その他」のときは、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、日付や了承印（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。 |  |
| 　③　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　「○○できるようになりたい」、「○○したい」等 |  |
| ３　長期目標の内容 |
| 　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。 |  |
| ４　短期目標の内容 |
| 　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 |  |
| ５　援助の内容 |
| 　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、地域の社会資源を含めた生活全体を支える内容になっていますか。 |  |
| 　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　サービスに隔たりがありませんか。 |  |
| 　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」等に当該サービスを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、超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も記載していますか。 |  |

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ることにならないよう、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付ける場合・福祉用具については、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　利用者が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　月に一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　変化が確認できたとき、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　月に一度は、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表には、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村から入手し、調査票の写しを指定福祉用具貸与事業者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者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。 |  |

様式第１号－２（第３条関係）

**ケアプラン自己点検シート（施設サービス計画用）**

施設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）　　／　該当なし・必要なし

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

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　施設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　前回からの変化の確認ができるよう、適切に記載ができていますか。 |  |

施設サービス計画（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決める主体であることを認識していますか。 |  |
| ２　利用者及び家族の生活に対する意向：利用者と家族の主訴を、区別して記載していますか。 |  |
| ３　関わりの強い別居家族などにも連絡を取り確認していますか。 |  |
| ４　利用者や家族の話した言葉を生かしていますか。 |  |
| ５　利用者や家族が理解できる言葉で記載するよう気をつけていますか。 |  |
| ６　総合的な援助の方針 |
| ①　尊厳ある自立を目指した総合的な援助方針となっていますか。 |  |
| ②　利用者や家族の意向が十分に反映され、ケアチームが目指す共通の方針となっていますか。 |  |
| ③　施設サービスにおけるサービスの質と量を勘案した実現可能な方針となっていますか。 |  |
| ④　サービス担当者会議で話し合った上で記載していますか。 |  |
| ７　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、日付や了承印（サイン）の記載がありますか。 |  |
| ８　施設サービス計画をわかりやすく説明した後、交付していますか。 |  |

施設サービス計画（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　アセスメントに基づいて生活全般の解決すべき課題が整理されていますか。 |  |
| 　②　利用者の自立を支援する視点から課題を設定していますか。 |  |
| 　③　権利擁護の視点に立って記載していますか。 |  |
| 　④　常に健康状態に注意し、疾病の早期発見、予防等健康を保持するための視点がありますか。 |  |
| 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　「○○できるようになりたい」、「○○したい」等 |  |
| ３　長期目標の内容 |
| 　①　長期的に見て、総合的な援助の方針に一致していますか。 |  |
| 　②　現実に達成が可能な目標ですか。 |  |
| 　③　具体的でわかり易いですか。 |  |
| 　④　利用者の自立支援を目指すものですか。 |  |
| 　⑤　個々の解決すべき課題に対応していますか。 |  |
| 　⑥　期間を記載していますか。 |  |
| ４　短期目標の内容 |
| 　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 |  |
| ５　援助の内容 |
| 　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、介護内容や担当者を決定していますか。 |  |
| 　④　ケアチーム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　施設内の行事や日課等必要なサービスが組み込まれていますか。 |  |
| 　⑦　理美容サービスなど保険給付対象外のサービスについて記載していますか。 |  |
| 　⑧　家族やインフォーマルな支援がある場合、記載はありますか。 |  |
| 　⑨　サービスに隔たりがありませんか。 |  |
| ⑩　利用者の生活リズムを配慮して頻度を記載していますか。 |  |
| 　⑪　短期目標の期間と連動した期間を記載していますか。 |  |

週間サービス計画表（第３表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊「日課計画表」との選定による使用可

|  |  |
| --- | --- |
| 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、介護給付対象の内外を問わず全て記載していますか。 |  |
| ２　施設におけるサービス内容とサービスを提供する担当者を記載していますか。 |  |
| ３　保険給付対象外のサービス（ボランティア等）や家族の援助がある場合は記載していますか。 |  |
| ４　夜間・深夜・早朝や土日のサービスが、利用者の状況に応じて適切に組み込まれていますか。 |  |
| ５　主な日常生活上の活動には、利用者の日常的な入所生活の様子（起床・就寝・食事・排泄・入浴・午睡等）をわかりやすく記載していますか。 |  |
| ６　週単位以外のサービスには、理美容サービスなど、月単位や隔週で提供されるものが記載されていますか。 |  |

日課計画表（第４表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊「週間サービス計画表」との選定による使用可

|  |  |
| --- | --- |
| チェックポイント | チェック |
| １　「共通サービス例」を参照していますか。 |  |
| ２　日常の業務として、他の利用者と共通して実施するサービスを記載していますか。 |  |
| ３　当該利用者に個別に実施するサービスを記載していますか。 |  |
| ４　夜間・深夜・早朝のサービスが、利用者の状況に応じて適切に組み込まれていますか。 |  |
| ５　主な日常生活上の活動には、利用者の日常的な入所生活の様子（起床・就寝・食事・排泄・入浴・午睡等）をわかりやすく記載していますか。 |  |
| ６　理美容サービスなど、月単位や隔週で提供されるものや保険給付対象外のサービス（ボランティア等）が記載されていますか。 |  |

サービス担当者会議の要点（第５表）

|  |  |
| --- | --- |
| チェックポイント | チェック |
| １　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。 |  |
| ２　必要な時期（認定・更新・区分変更認定時・利用者の状態変化等）に開催し、開催月日等必要事項を記載していますか。 |  |
| ３　検討する項目に合わせて、必要なメンバーを招集していますか。 |  |
| ４　サービス担当者会議の開催理由、検討するテーマを明確にし明確に周知し記載していますか。 |  |
| ５　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ることにならないよう、くつろいだ雰囲気作りに留意していますか。 |  |
| ６　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。 |  |
| ７　検討した内容や結論を、明確に記載していますか。 |  |
| ８　残された課題には、未充足ニーズとその理由（施設内サービスの質・量の課題、社会資源が不足している場合、利用者の希望で利用しなかったサービス等）についての記載をしていますか。 |  |
| ９　結論が出なかったものは、その旨記載していますか。 |  |
| 10　次回の開催時期と方針が記載されていますか。 |  |
| 11　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。 |  |
| 12　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。 |  |
| 13　日常的な連絡は第６表に記載することになっていますが、記載に混乱はありませんか。 |  |

施設介護支援経過（第６表）

|  |  |
| --- | --- |
| チェックポイント | チェック |
| １　必要に応じた面接をしていますか。 |  |
| ２　経過を見るために必要な場合、曜日や時間も記載していますか。 |  |
| ３　入所後（初動期）のモニタリング |
| 　①　利用者の状態を観察して、施設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　利用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　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。 |  |
| ４　継続的なモニタリング |
| ①　短期目標の期間内で、定期的にモニタリングの結果を記載していますか。 |  |
| ②　時間の経過とともに利用者の状態や取り巻く環境（家族の状況など）の変化を把握していますか。 |  |
| ③　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。 |  |
| ④　サービス担当者から利用者の状態を確認し記載していますか。 |  |
| ⑤　目標の達成度を把握していますか。 |  |
| ⑥　変化が確認できたとき、それに対応する「施設サービス計画」を作成していますか。 |  |
| ⑦　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。 |  |

尊厳の保持

|  |  |
| --- | --- |
| チェックポイント | チェック |
| １　事故防止、身体拘束廃止 |
| ①　利用者それぞれに、転倒事故などの可能性や要因をアセスメントしていますか。 |  |
| ②　利用者の尊厳の保持を基本に、生活や行動の自由、自立の促進と身体の安全の視点で身体状況や施設環境（施設の設備や構造等）の面からアセスメントしていますか。 |  |
| ③　アセスメントの実施から施設サービス計画の作成やそれに基づくサービス提供について記録を整え、サービス提供の課程と根拠を明らかにしていますか。 |  |
| ２　ターミナルケア |
| ①　本人や家族とともに、医師や看護師と共同して、その人らしさを尊重した支援をしていますか。 |  |

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。 |  |
| ２　主治医意見書で医学的な管理の必要性や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入っている場合は、主治医に確認のもと施設サービス計画に反映し、サービス開始後も主治医と連携をとっていますか。 |  |
| ３　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。 |  |
| ４　一連の書類が整い、個別（利用者毎）にファイリングされていますか。 |  |
| ５　加算をともなうサービス |  |
| ①　個別機能訓練加算、栄養マネジメント加算、リハビリテーションマネジメント加算等の個別計画は、施設サービス計画に反映していますか。 |  |
| ②　関係する職員と共同して個別計画を作成し、評価を行っていますか。 |  |

様式第２号（第４条関係）

ケアプラン点検個票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 点　検　者 |  |
| 事業所・施設名 |  | 介護支援専門員氏名 |  |
| 被保険者番号 |  | 認定区分 | 新規 ・ 更新 ・ 区変 |
| 利用者氏名 |  | 要介護度 |  |
| 認定有効期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 点　検　事　項 | 指　　摘　　事　　項 |
| アセスメント表（課題分析） |  |
| 居宅サービス計画第１表 |  |
| 居宅サービス計画第２表 |  |
| 居宅サービス計画第３表 |  |
| 居宅サービス計画第４表 |  |
| そ　　の　　他 |  |
| 点検結果 | 適切・一部不適切・不適切 | ケアマネジャーへの連絡 | 令和　年　月　日 | ケアプラン再提出 | 要・不要 |

ケアプランチェック主要確認事項

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認書類 | チェック項目（適合にチェック） | 適 | 不適 | 備考 |
| 居宅サービス計画書(第１表) | □　「初回・紹介・継続」の区分が適切か□　作成年月日（利用者に説明し同意を得た日）が明記されているか□　「認定の有効期間」が明記されているか□　「総合的な援助の方針」の内容は適切か□　「生活援助中心型の算定理由」は適切か□　その他記載漏れや間違いはないか |  |  |  |
| □　利用者への説明・同意・交付が記録上確認できるか【減算対象】 |  |  |  |
| 居宅サービス計画書(第２表) | □　ニーズ→援助目標→援助内容に至る流れが論理的かつ明確で、専門的知識がない者にも理解しやすい記述をなっているか□　介護保険サービスと介護保険対象外サービスが明確に区分されているか□　介護保険対象外サービスの内容・位置付けが適切か□　各期間の記載漏れはないか□　心身状態に照らし適切なサービス種類・量が計画されており、過剰サービス等がないか |  |  |  |
| □　不適正なサービス（散歩、リハビリ、マッサージ、レクリエーション、話し相手等）が記述されていないか【訪問介護】 |  |  |  |
| □　医療保険優先となる末期がん、厚生労働大臣が定める疾病等（ALS等）の利用者であるにもかかわらず、介護保険対象サービスとして位置付けていないか【訪問看護・訪問リハ】 |  |  |  |
| □　デイサービス、通所リハビリの送迎に、訪問介護を利用していないか【訪問介護、通所サービス】 |  |  |  |
| 居宅サービス計画書(第３表) | □　サービス種別が明記されているか□　サービス開始時間・終了時間が明確か□　身体介護と生活援助の区分は明確か□　２時間ルール違反はないか□　週単位以外のサービス（主に福祉用具）の記載漏れはないか□　その他記載漏れや間違いがないか |  |  |  |
| 居宅サービス計画書(第４表)(サービス担当者会議、照会) | □　居宅サービス計画の新規作成前・更新前・変更前の適切な時期に開催されているか【減算対象】 |  |  |  |
| □　心身状態の変化によってサービス内容の変更を検討する場合等、必要に応じて行われているか□　議題に沿った構成員となっているか□　単なる「事業所内部の申し送り」になっていないか |  |  |  |
| 居宅サービス計画書(居宅介護支援経過) | □　訪問したか否か明確に記述されているか。されていなければ、他の書類等（日報等）で訪問有無を確認できるか【減算対象】□　自宅外での面談を「訪問」とみなしていないか【減算対象】□　訪問した場合、利用者の状況が客観的に記述されているか |  |  |  |
| モニタリング表 | □　月１回、自宅訪問によって本人面談の上実施しているか【減算対象】□　「計画の実施状況の把握」とみなせる内容になっているか【減算対象】□　モニタリングの結果が居宅サービス計画に反映されているか |  |  |  |
| 居宅サービス計画書(サービス利用票) | □　利用者への説明、同意、交付が行われたことが明確に確認できるか（年月日の記載、利用者印）□　説明、同意、交付が当該月のサービス開始前に行われているか□　内容が第３表と整合しているか（第３表を変えずに利用票のみを変えていないか）□　２時間ルール違反はないか |  |  |  |