

## ケアプラン作成のための自己点検シート(尼崎市)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 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接していますか。                                  |
| <input type="checkbox"/> | 課題分析標準23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、住宅見取図も作成していますか。  |
| 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。<br>(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「署名」を得ていますか。                   |
| 第2表 居宅サービス計画書(2)         |  |
| <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"/> | 長期目標は、課題を達成するための適切な目標と期間を記載していますか。                                   |
| <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"/> | 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。           |
| 第3表 週間サービス計画表            |  |
| <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。           |
| 第4表 サービス担当者会議の要点         |  |
| <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、その者に照会した内容を記載していますか。                           |
| <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づける場合、主治医等の意見を聞き取り、記載していますか。                               |
| モニタリング                   |  |
| <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。   |

## ケアプラン作成のための自己点検シート(尼崎市)

| 訪問介護を位置づける際の点検項目         |   |
|--------------------------|---|
| <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"/> | 概ね2時間未満の間隔で訪問介護が行われた場合、実績についてそれぞれ所要時間を合算して算定していますか。(ただし、緊急時訪問介護加算を算定する場合など合算せずに算定する例外あり。)                   |
| <input type="checkbox"/> | 事業所都合で、夜朝加算がつく時間帯を設定していませんか。  |
| <input type="checkbox"/> | 通院介助において、待合や診察等の時間を明確にし、算定対象になるものとならないものを分け、適切に算定していますか。  |
| <input type="checkbox"/> | 買物同行を「気分転換」や「本人の楽しみ」といった目的で位置付けていませんか。  |
| <input type="checkbox"/> | 掃除や洗濯、買物等の各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。  |
| 訪問看護を位置づける際の点検項目         |   |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護のリハビリを位置づける場合、主治医の指示の確認、及び訪問リハビリではなく訪問看護でのリハビリの必要性について検討していますか。   |
| 通所介護を位置づける際の点検項目         |   |
| <input type="checkbox"/> | 通所介護で利用時間を2時間以上3時間未満で位置づける場合、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づける場合、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。   |
| 福祉用具貸与を位置づける際の点検項目       |   |
| <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"/> | 同品目の福祉用具貸与を複数位置づける場合、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"/> | 電動車椅子を位置づける場合、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"/> | 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。  |
| サービスを位置づける際等の点検項目(全般)    |   |
| <input type="checkbox"/> | サービスを位置づける場合に複数の事業所を紹介する等、利用者には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。)   |