

ケアマネジメント 自己チェックシート(川越市版)

ケアマネジメントの留意点をまとめたチェックシートです。
ケアプラン作成やケアマネジメントの振り返りに使用してください。

		チェック内容 (○:概ねできている △:できていないところもある ×:できていない /:該当なし)	チェック欄	
ア 関 ス る メ ン ト に 関 ス る 資 料	1	課題分析標準項目(23項目)が網羅されている。		
	2	アセスメント実施日が記載されている。		
	3	利用者の状況・状態に合わせて、アセスメントの見直しや追記を行い、内容にも変化がみられる。		
	4	項目ごとに、介護の状況や手間が具体的に記載されている。		
	5	情報収集のみでなく、「課題分析のまとめ」を設け、アセスメントの結果を整理し記載されている。		
	6	医療連携について記載されている(医療の必要性や、主治医意見書の内容等が反映されている)。		
第 1 表 居 宅 サ ー ビ ス 計 画 書 (1)	1	「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」が記載されている。		
	2	作成日と同意日が一致している。		
	3	同意欄の署名または記名・捺印の漏れがない。		
	4	ケアプランの軽微な変更に該当するかどうかについては、厚生労働省通知「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直しに関するご意見への対応について」を参考に判断している。		
	「利用者及び家族の生活に対する意向」			
	5	アセスメントを踏まえて、生活に対する思いを中心に本人、家族の意向を聞き取れている。		
	6	家族(介護者)の意向が誰の言葉なのか、明確になっている。		
	7	利用者や家族の「できること」「できないこと」を把握し、改善可能であろう生活を具体的にイメージできている。		
	「総合的な援助の方針」			
	8	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合える内容になっている。		
9	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記載されている。			
生活援助中心型の算定理由				
10	「生活援助中心型の算定理由」を介護支援専門員が根拠を持って説明できる。			
第 2 表 居 宅 サ ー ビ ス 計 画 書 (2)	「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」			
	1	状態の改善・維持など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに、それぞれの課題(ニーズ)が導き出されている。		
	2	サービス利用のための課題(ニーズ)となっておらず、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て課題が整理されている。		
	4	「利用者及び家族の生活に対する意向」と「生活全般の解決すべき課題」の関連づけが図られている。		
	長期目標			
	5	認定の有効期間も考慮しながら、解決すべき課題を目指した達成可能な目標や期間の設定になっている。		
	6	目標にわかりづらさ(抽象的・あいまい)はない。		
	7	誤った目標設定になっていない。(例)支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等		
	短期目標			
	8	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。		
	9	サービス提供事業所(者)が個別サービス計画を作成する際の指標になっている。		
	10	利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージでき、取り組む内容がわかるような設定、表記になっている。		
	サービス内容・サービス種別			
	11	短期目標を達成するために必要な「サービス内容」となっている。		
	12	インフォーマルな支援(家族の支援等含む)や、利用者のセルフケアについて、必要に応じて記載している。		
	13	サービス提供事業所(者)が担う役割等についても、必要に応じて記載している。		
14	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。			
15	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。			
16	利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療系サービスを利用希望の場合、主治の医師等の意見を求めている。また、居宅サービス計画を作成した際には、主治の医師等に交付している。			
17	特定のサービスによる偏りがない。			

週 間 サ ー ビ ス 計 画 表 第 3 表	1	サービス種類・回数が第2表と一致している。	
	2	介護サービス以外の取り組み、家族の支援や利用者のセルフケア、役割などを含む生活全体の流れが見える。	
	3	起床から就寝までの「一日の生活のリズム」(起床・食事・排泄・入浴・就寝・服薬等)が具体的に記載されている。	
	4	夜間、土日を含めた介護者の関わり(排泄・吸引・食事・移動・清拭・体位変換等)を具体的に記載している。	
	5	「週単位以外のサービス」の目的を理解し、記載している。	
サ ー ビ ス 担 当 者 会 議 の 要 点 第 4 表	1	必要な時期(新規・更新・区分変更・計画変更時や居宅サービス計画に福祉用具を位置づける場合)に開催している。	
	2	会議を欠席したサービス事業所の担当者に照会(電話、FAX等)をかけ、文書を残している。	
	3	開催の目的を簡潔に記載し、検討内容は「検討した項目」に対応して具体的に記録している。	
	4	結論は「検討した項目」に対応して、「いつまでに誰が〇〇する」という具体的な方向性を示し、それぞれの役割に漏れや重複がないか、計画がスムーズに進行するか、話し合った要点を記載している。	
	5	残された課題に、必要があるのにも関わらず社会資源不足のために未充足となった場合や、必要と考えられるが利用者の希望により利用しなかったサービス、次の開催時期、開催方針等を具体的に記載している。	
居 宅 介 護 支 援 経 過 第 5 表	1	居宅サービス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。	
	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、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載している。	
	3	サービス提供事業所(者)に知られたくないことや、利用者と家族の隠された真実や認識の違いがある場合など、計画作成やサービス提供において必要なことがあれば記載している。	
	4	介護支援専門員の訪問だけでなく、サービス提供事業所(者)等からも利用者や家族の状況を捉えている。	
モ ニ タ リ ン グ 票 等	1	サービス利用票及び別票に、第2表に記載のある給付管理すべき介護サービスを記載している。	
	2	特段の事情がない限り、少なくとも月に1回利用者の居宅を訪問し、少なくとも月に1回、モニタリングの結果を記録している。	
	3	特段の事情(利用者の事情により、利用者の居宅を訪問して面接できない場合)によりモニタリングを実施できなかった場合、その具体的な内容を記録に残している。	
	4	訪問介護等、サービス事業者から利用者に係る情報の提供を受けた場合、利用者の服薬状況、口腔機能等モニタリングの際にケアマネジャーが把握した情報を、主治の医師、歯科医、薬剤師に情報提供している。	