

第 1 表

居宅サービス計画書(1)

・必要事項はすべて記載されていますか。

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

当該利用者が介護保険施設から居宅に戻った場合は「初回」ではなく「紹介」となり、当該居宅介護支援事業所が過去において提供実績のある者が、一定期間経過後に介護保険施設から紹介を受けた場合は、「紹介」と「継続」の両方を○印で囲みます。

要介護状態区分	要介護1	・	要介護2	・	要介護3	・	要介護4	・	要介護5
---------	------	---	------	---	------	---	------	---	------

利用者及び家族の生活に対する意向

・利用者や家族の生活に対する意向が明確に書かれていますか。
 ・利用者や家族が話した言葉を活かし、区分して記載していますか。
 ・利用者や家族の意向が異なり、且つ秘匿している場合は介護支援経過に記載します。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

・被保険者証より転記します。記載の無い場合は「なし」と記載します。

総合的な援助の方針

・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。
 ・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。
 ・サービス担当者会議で話し合った上で書かれていますか。
 ・必要な緊急連絡先等は書かれていますか。

・該当する場合は1、2、3に○印を付け、「3.その他」の時は、やむを得ず家事が困難であることの事情について簡潔明瞭に記載します。

生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし	2. 家族等が障害、疾病等	3. その他(
--------------	----------	---------------	---------

第 2 表

・利用者が主役です。

居宅サービス計画書(2)

利用者氏名 _____ 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
<p>・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。 (→ポイント1へ)</p>	<p>・開始時期と終了時期を記載していますか。 (例:H23. 4. 1 ~H24. 3. 31)</p>		<p>・期限は切れていませんか。 (→ポイント6へ) ・開始時期と終了時期を記載していますか。 (例:H23. 4. 1 ~ H23. 9. 30)</p>		<p>・短期目標達成に必要なサービス内容とサービス事業所が提供するサービスが記載されていますか。 (→ポイント4)</p>		<p>・正式なサービス名称を書いていますか。 (→ポイント5)</p>	<p>・正式な事業所名が書かれていますか。</p>		
	<p>・利用者本人が、どうなるかという内容で表現し自立支援を目指すものとなっていますか。 (→ポイント2へ)</p>		<p>・長期目標が達成できるための段階的な目標となっていますか。 (→ポイント3へ)</p>					<p>・一定期間(週・日)内での回数を記載していますか。 ・福祉用具は「常時」と記載します。</p>		
									<p>・短期目標と連動していますか。 ・サービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載していますか。</p>	

※1「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表 居宅サービス計画書(2) 確認ポイント

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

ポイント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。

- 優先度合いが高いものから順に記載していますか。
- 利用者や家族にもわかりやすい表現を用いて、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか。

→利用者自身が表現した「言葉」を引用する事で、意欲が高まり、自分のニーズとして捉える事ができることもあります。「安全・安楽に過ごす」等の抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表現は極力避けていきます。利用者一人ひとりによって安全・安楽の捉え方には違いがあります。その人にとっての安全・安楽とは何かをもとに考え、具体的にその内容を表現できることが大切です。

例えば「主訴」として始まった「ヘルパー利用の希望」も、元気だった頃のように調理ができないとわかれば、その方が調理に取り組んでみようと思えるものを提案していくことができます。そうなれば、「調理ができないので困っている」という課題ではなく、「片手での調理に不安があるが、調理方法を工夫する事により、徐々に料理のレパートリーを増やしていく」ということを考えていく事ができます。

長期目標

ポイント2 利用者本人が、どうなるかという内容で表現し自立支援を目指すものとなっていますか。

- 課題に対応した最終的に目指す目標、総合的な援助の方針と一致していますか。
- 現実に達成可能な目標ですか。
- 誤った目標設定にはなっていませんか。

→実際に行われているサービス内容や支援者側の目標設定にしないようにします。(短期目標についても同じです)

短期目標

ポイント3 長期目標が達成できるための段階的な目標となっていますか。

- 実現可能なものですか。
- モニタリング時に達成度が分かるように具体的に記載していますか。

→高めの目標は「短期目標」で「小分け」にして、利用者や家族に「ささやかな達成感」と「小さな成功体験」を得てもらうことは、生活への意欲を引き出す効果を期待できます。そのため、利用者や家族が「まずやってみようと思える内容」もしくは「あまり気が進まなかったけれど、必要なことなんだと思える内容」にする事も大切です。具体的に何をするのかイメージできる表記になっており、取り組む内容がわかるような記載にします。

サービス内容

ポイント4 短期目標達成に必要なサービス内容とサービス事業所が提供するサービスが記載されていますか。

- 必要な保健・医療・福祉のサービスが包括的に入っていますか。
- 具体的でわかりやすいですか。
- 利用者自身のセルフケアや家族、インフォーマルの支援記載もありますか。
- 訪問介護は身体介護と生活援助の内容を分けて記載していますか。生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を

簡潔に記載していますか。

○福祉用具を必要とする理由がわかるようにし、種類名も記載していますか。

→サービス提供事業者が作成するそれぞれの個別サービス計画を立てるのに必要なサービス項目や、加算になっているサービス項目（入浴・個別リハビリ・栄養マネジメント等）についても記載します。

サービス種別

ポイント5 正式なサービス名称を書いていますか。

○特定のサービスによる偏りはないですか。

○ニーズに応じて自治体独自のサービスや医療、自費のサービスなどインフォーマルな支援も含まれていますか。

○家族の場合は支援する人（例：本人、妻、長男）を書いていますか。

→できるだけ家族による支援（すでに行っていることも含む）も記載し、家族参加の動機付けを行うなどの工夫が必要です。また医療サービスや自費サービスなども本人や家族にとっては「生活を支えてくれる資源」です。サービス内容と「サービス種別」は介護保険給付の有無に関わらず、必要に応じてケアプランに記載するようにします。

目標期間の設定

ポイント6 期限は切れていませんか。

○基本的な考え方

ケアプランの期間が終了すれば評価を行い、基本的には目標を変更しケアプランの再作成を行う為、目標設定期間の延長は行いません。（同じ目標が続くこと自体が目標の設定が不適當である可能性があります。期間終了後目標の見直しは必要で再作成は必要となります。）

○短期目標期間設定の具体的な方法

（1） 目標期間満了時に評価を行います。→各事業所から意見を聴く等して、目標期間満了時に評価を行います。サービス担当者会議の必要性については、介護支援専門員が判断します。

（2） ケアプランを再作成します。→利用者や家族の意向等に変化がない場合は、2表の目標と期間を見直し、再作成します。

（3） 本人や家族の同意。→本人や家族から同意を得ます。（3表を新たに作成する事を基本としますが、2表のみ差し替える方法でも同意がわかればよいものとします。）

（4） 交付と記録。→本人や家族、各事業者へ交付します。また短期目標期間満了時に伴うケアプランの作成についての経緯を支援経過に記録します。

第3表

週間サービス計画表

利用者名

殿

年 月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00	<ul style="list-style-type: none"> 第2表に掲げられたサービスが、介護保険内外を問わず記載されていますか。 医療や保健福祉サービス、家族や地域住民支援、インフォーマルサービスを記載していますか。 夜間・深夜・早朝や土日のサービスや支援内容についても、適切に組み込まれていますか。 							
	6:00								
8:00									
早朝	10:00	<ul style="list-style-type: none"> 利用者や介護者の1日の平均的な日常生活の様子（起床・就寝・食事・排泄（夜間も）・入浴・昼寝や介護者の帰宅時間など）を記載していますか。 							
	12:00								
午前	14:00	配食サービス	訪問介護 (13:00~15:00)						
	16:00								
午後	18:00	長男入浴見守り			長男入浴見守り				
	20:00	<ul style="list-style-type: none"> 居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、その他のサービスで、隔週や月単位で提供されるものについてサービス名と頻度を記載していますか。 医療や保健福祉サービス、地域住民が行う自発的な活動（近隣の訪問など）等も週単位以外の周期であれば記載していますか。 ない場合は、「なし」と記載していますか。 							
22:00									
24:00									
夜間	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	月に1回の通院(科別)・短期入所・福祉用具貸与(種別)
------------	-----------------------------

軽度者の福祉用具貸与費の例外給付

- 軽度者への特定福祉用具貸与について、担当者間で適正に話し合った上で、市へ申請していますか。
- 本人の状態や環境を考慮して判断されていますか。他の手段については検討されましたか。
- 医師の意見は、診断名や病状などの記載があり、福祉用具が必要な理由が分かりますか。

→担当者間で必要性について話し合いが必要です。医師へ照会にて意見を伺う際は、診断する病名、必要性（どんな状態でどうして必要か）が分かるように依頼しましょう。

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用

- 短期入所サービス利用日数は、前月の利用も合わせて連続して30日を超えていませんか。
- 利用日数は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。超えている場合は市へ利用承認申請書を提出していますか。
- 長期的に短期入所サービスを利用している方で、特別養護老人ホームなどの施設入所申し込みをしていない場合は再度ケアプランを見直していますか。
- 長期的に短期入所サービスを利用している方で、継続的に福祉用具貸与を利用していませんか。

→利用承認申請書を提出する際は、具体的に今後の見通しをして介護者の状況や特別養護老人ホーム入所待機中であることなど、申請理由を具体的に記載しましょう。また長期的に短期入所サービスを利用している方への継続的な福祉用具貸与は、適切とはいえません。在宅での利用頻度なども考慮して、ケアプラン作成や報酬の算定を行うようにしましょう。

訪問介護の生活援助や院内介助

- 同居家族が居る方への生活援助中心型訪問介護を提供する際は、十分な話し合いをしていますか。
- 「通院のための乗車及び降車の介助」と通院等に係る「身体介護中心型」の区分は、話し合ってサービス内容を決めていますか。

→生活援助についてはケアプランの1表へはやむを得ない事情の内容について記載し、2表へはサービスの内容や方針について明確に記載することが必要です。また通院等に関する訪問介護についても、ケアプランへの位置づけが必要です。

介護老人保健施設及び介護療養型施設入所日及び退所日等における居宅サービスの利用

- 介護老人保健施設などの医療系の施設の退所日に居宅サービスを利用する時は、十分に話し合っていて決めていますか。
- 訪問看護など医療系のサービスや通所サービスを機械的に組み込むケアプランを作成していませんか。

→訪問介護等の福祉系サービスは算定可能ですが、施設サービスや短期入所サービスの退所日に医療系のサービスや通所系のサービスを機械的に組み込むことは適正ではありません。

居宅介護支援経過

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

年月日	内 容	年月日	内 容
○年○月○日	居宅サービス計画書の交付を行い……	○年○月○日	
訪問		電話連絡	
<p>・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ますか。(利用票や提供票についても記載していますか)</p> <p>・少なくとも月1回居宅で利用者と面接し、面接内容を記載していますか。</p> <p>・アセスメント実施日やサービス担当者会議を開催したかが記載されていますか。</p>			
○年○月○日			
訪問			
<p>・メモではなく公的な記録となっていますか。(起承転結が明確になっていますか)</p> <p>・わかりやすく整理し、簡潔に書かれていますか。</p> <p>・利用者及び家族、事業所等から電話や来訪、訪問などがあつた内容について記載していますか。</p> <p>・急なサービスの変更の場合、理由を記載していますか。</p> <p>・サービス事業者に知られたくないことや、本人と家族の隠された真実等がある場合に記載していますか。</p>			
○年○月○日			
モニタリング			
<p>・少なくとも1月に1回のモニタリングの結果を記載していますか。(モニタリングシートを作成していない場合)</p> <p>①利用者、家族の意向、満足度等を記載していますか。</p> <p>②援助目標の達成度を記載していますか。</p> <p>③サービスの実施状況(ケアプラン通りに実施されていますか)</p> <p>④専門職として判断した事実に対しては判断の根拠が書かれていますか。</p> <p>⑤居宅サービス計画の変更の必要性等を記載していますか。</p>			
○年○月○日			
訪問			

第 6 表

認定済・申請中

平成 年 月分 サービス利用票(兼居宅サービス計画)

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名 担当者名		作成年月日	平成 年 月 日	利用者確認	
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		保険者確認印		届出年月日	平成 年 月 日		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別 男・女	要介護状態区分 1 2 3 4 5 変更後 要介護状態区 1 2 3 4 5 変更日 平成 年 月 日	区分支給 限度基準 額	単位/月	限度額適用 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	前月までの 短期入 所利用日 数	日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																												31	合計 回数	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27			28
			曜日																														
			予定																														
			実績																														
			予定																														
			実績																														
			予定																														
			実績																														
			予定																														
			実績																														
			予定																														
			実績																														
			予定																														
			実績																														
			予定																														
			実績																														
			予定																														
			実績																														

・必要事項をすべて記載していますか。
 ・利用者確認印（サイン）がありますか。
 ・居宅サービス計画を基に、月単位のサービス及びサービス事業者を記載していますか。

・欄外に同意日を記載していま

第 7 表

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容／種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス 単位／金額	種類支給限度 基準を超える 単位数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 単価	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担 分)
					率%	単位数												
<p>・サービス提供事業者毎に記載し、同一事業者で複数のサービスを提供する場合は、サービスコード毎に記載していますか。</p> <p>・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日を超えていませんか。要介護認定等の有効期間の概ね半数を超えてはいませんか。(市に利用承認申請書を提出し承認されている場合は除く。→例外給付ポイントへ)</p>																		
				区分支給限度 基準額(単位)	合計													

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
訪問介護				短期入所生活介護			
訪問入浴介護				短期入所療養介護			
訪問看護				夜間対応型訪問介護			
訪問リハビリテーション				認知症対応型通所介護			
通所介護				認知症対応型共同生活介護			
通所リハビリテーション				合計			
福祉用具貸与							

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

ケアプランチェックリスト(介護支援専門員用)

ケアプランチェックリストはケアプランチェック時の「居宅サービス計画書」等の写しを提出する際に、利用者毎に提出願います。

このチェックリストは<H11.11.12 老企第29号 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>(最終改正;H18.3.31 老振発第0331008号)を基に作成しております、居宅サービス計画の自己評価のひとつとして今後ご利用ください。

記入方 → 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/不適) 該当なし 必要なし 該当なし

利用者名		要介護度		評価個数	○ 0	△ 0	× 0
事業所名		介護支援専門員名			自己チェックリスト作成日	年 月 日	

チェック内容チェック		チェック欄
(ア) 課題分析	1 課題分析項目をすべて記載している。	
	2 課題分析票を作成し、それを基に分析結果を記載している。	
	3 課題分析結果全体のまとめを記載している。	
	4 前回と丸写しの課題を添付する等、体裁だけの記載になっていない。	
居宅サービス計画書(1)		
第1表	1 必要事項は、すべて記載している。 居宅サービス計画作成者氏名・居宅サービス計画作成(変更)日・初回居宅サービス計画作成日・認定日・認定の有効期間・要介護状態区分等。	
	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る。 ↷	
	① 利用者の意向を記載している。(利用者は、どこでどのようなサービスを受けてどのような生活がしたいのか。)	
	② 家族等の意向を記載している。(介護者は、利用者本人がどこでどのようなサービスを受けてどのような生活を送って欲しいと思っているか。)	
	3 介護認定審査会の意見、及びサービスの種類の指定 被保険者証より転記している。(指示の無い場合は「なし」と記載している。)	
	4 総合的な援助の方針 ↷	
	① 課題分析により抽出された課題に対応している。 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いる。	
	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がある。	
	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(痴呆、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る。	
	5 生活援助中心型の算定の理由が、該当する場合に1、2、3に○印を付け、「3. その他」の時は、その事情の内容について簡潔明瞭に記載している。	

チェック内容チェック	チェック欄
居宅サービス計画書(2)	
第 2 表	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、導き出している。 利用者等の身体機能状況、精神心理状況、社会環境状況の相互関係の中から、生活する上で困っているニーズに対して、解決すべき要点がどこにあるか分析・予測している。
	② 身体機能ニーズを記載している。
	③ 精神心理状況のニーズを記載している。
	④ 社会環境状況のニーズを載している。
	2 生活全般の解決すべき課題表現 ↷
	① パソコン等による定型的で単一な表現ではなく、本人の状態に合わせて具体的に表現している。
	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、ニーズになっていない。
	③ 課題の書き方は、曖昧な表現でなく、適切である。例「〇〇できるようになりたい」「〇〇したい」等
	3 長期目標の内容(目標は長期・短期に分化できない場合もある) ↷
	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る。
	② 実際に行われているサービス内容を、目標にしていない。
	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る。
	④ 期間を記載している。
	4 短期目標の内容 ↷
	① 実現可能なものである。
	② 実際に行われているサービスの内容を、目標にしていない。
	③ ADL・IADLの援助が必要な場合、その目標が立てられている。
	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る。
	⑤ 期間を記載している。
	5 援助の内容 ↷
	① ニーズを解決するための内容を、具体的に記載している。
	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る。
	③ 短期目標を基本として、介護内容や種類を決定している。
	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る。
	⑤ 医療系サービスが必要な場合には、適切に医療系サービスが盛り込まれている。
	⑥ サービスに偏りが無い。
⑦ 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)等を記載している。	
⑧ 頻度を記載している。	
⑨ 期間を記載している。	

チェック内容チェック		チェック欄
週間サービス計画表		
第3表	1 第2表の援助内容に掲げたサービスを、介護保険給付対象の内外を問わず全て記載している。	
	2 主な日常生活上の活動について記載している。	
	3 週単位以外の支援やサービスについて記載している。ない場合は「なし」と記載している。	
サービス担当者会議の要点		
第4表	1 必要な時期に開催し、開催月日等必要事項を記載している。	
	2 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る。	
	3 検討した内容や結論を、明確に記載している。	
	4 残された課題を記載している。(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、方針を記載している。)	
	5 参加できなかったメンバーの意見等を記載している。	
	6 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、主治医の意見等を記載している。	
居宅介護支援経過・モニタリング		
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 少なくとも月1回居宅で利用者と面接し、面接内容を記載している。	
	3 少なくとも1ヶ月に1回のモニタリング結果を記載している。(短期目標の達成及び評価で生活状況の変化をとらえている。)	
	① 利用者、家族の意向、満足度等を記載している。	
	② 援助目標の達成度を記載している。	
	③ 事業者との調整内容を記載している。(事実・判断・その結果の対応を記載)	
	④ 居宅サービス計画の変更の必要性等を記載している。	
	⑤ 項目毎に整理して記載している。	
4 サービス事業者に知られたくないことや、本人と家族の隠された真実等を記載している。		

チェック内容チェック		チェック欄
サービス利用票及び利用票別表		
第 6 表 ・ 第 7 表	1 必要事項をすべて記載している。	
	2 利用者確認印(サイン)がある。	
	3 居宅サービス計画を基に、月単位のサービス及びサービス事業者を記載している。	
	4 第6表「サービス利用票」の予定・実績に基づいて、対象となるサービス毎にすべて転記し、1月の合計した利用料の保険給付額、利用者負担額(保険対象分・全額負担分)を記載している。	
	5 サービス提供事業者毎に記載し、同一事業者で複数のサービスを提供する場合は、サービスコード毎に記載している。	
	6 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、越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ない。(市に利用承認申請書を提出し承認されている場合は除く。)	
	7 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再作成をしている。	
	8 給付管理表とサービス利用実績が一致している。	
その他		
そ の 他	1 主治医意見書・認定調査票(特に概況調査)等との照合を行なっている。	
	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、ケアプランに反映されている。	
	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る。	
	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る。	
	3 「第1表」から「第7表」について上段右側に作成年月日を記載している。	
4 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る。		

自己点検シート（居宅介護支援）

確認項目	根拠条文	適	不適	備考
利用者が現に抱えている問題を明らかにし、解決すべき課題を把握(アセスメント)していますか。	第13条六	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
アセスメントにあたっては利用者宅を訪問し、利用者及び家族に面接していますか。また、十分に趣旨を説明して理解を得ていますか。	第13条七	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用者及び家族の意向、アセスメントの結果に基づき、解決すべき課題に対するため最も適切なサービスの組み合わせについて検討し、居宅サービス原案を作成していますか。	第13条八	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅サービス計画の原案に位置づけたサービス等について、保険給付の対象となるか区分した上で、利用者又は家族に対して説明し、文書により同意を得ていますか。	第13条十	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅サービス計画書を作成し、遅滞なく利用者及びサービス提供事業者に交付していますか。	第13条十一	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅サービス計画について、変更や更新認定があった場合に再作成していますか。	第13条十二	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
少なくとも1月に1回は利用者宅を訪問し本人と面談の上、利用者の状況を確認していますか。	第13条十三	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
少なくとも1月に1回は利用者宅を訪問し、利用者に面接し、モニタリングの結果を記録していますか。	第13条十三	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
次に掲げる場合にサービス担当者会議の開催、やむを得ない場合は担当者に対する照会を行って意見を求めていますか。 ①新たに認定を受けた場合(新規・更新・区分変更の認定時) ②居宅サービス計画の変更を行う場合	第13条九・十四・十五	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には、紹介その他の便宜の提供を行っていますか。	第13条十六	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
施設からの退所のケースについては、介護上の留意点等を把握するなど施設との連携を図っていますか。	第13条十七	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療系のサービスを位置づける場合やその他必要に応じて主治医の意見を求めていますか。	第13条十八	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
福祉用具貸与を位置づける場合、妥当性を検討し必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続する場合は理由を居宅サービス計画書に記載していますか。	第21条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用者に対する居宅介護支援の提供に関する記録を整備し、適切に保管していますか。請求の関係から、5年間の保管をお願いします。	第29条 地方自治法 第236条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

確認項目	居宅サービス計画書等	適	不適	備考
サービス計画作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うために、利用者の心身状況に応じ、サービスの提供が行われるようにしていますか。	第1表～3表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅サービス計画書は利用者及び家族の「望む生活」を具体化するための計画書となっていますか。	第1表～3表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
第1表・第2表・第3表は連動した帳票となっていますか。	第1表～3表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
主治医の意見やサービス担当者会議の意見を反映していますか。	第1表～3表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ケアチームが目指す方向性や果たすべき役割、提供するサービスが具体的に記載されていますか。	第1表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
緊急事態が予測される場合、利用者及び家族と相談の上で対応機関や連絡先等についても把握し、記載をして関係者で共通認識を持っていますか。	第1表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
課題の優先順位をたて、利用者自身の力で取り組めること、家族や地域の協力でできることを整理し「いつまでに、誰が、何を、どのようにするのか」という目標達成を考慮のうえ設定していますか。	第2表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用者や家族の「要望」だけに合わせてケアプランを作成するのではなく、専門家として「自立支援」に資する内容を常に考えながら、根拠のある課題を設定していますか。	第2表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
自立支援の観点から利用者がどのように取り組めば、現状を維持もしくは改善できるのか、また病状の悪化等により状態の維持が困難な場合、悪化を少しでも穏やかにする方法はないかと考えて、目標を設定していますか。	第2表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
抽象的な目標設定となっていないですか。	第2表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用者及び家族が「自分たちの課題(ニーズ)」として捉えられるようにしていますか。理解しやすいように専門用語をさけていますか。	第2表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
一定期間後に達成できる実現可能な目標を立てていますか。	第2表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用者自身のセルフケアや家族支援を含むインフォーマルな支援についても記載していますか。	第2表・3表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療系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ますか。	第2表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
特定のサービスに偏っていませんか。	第2表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
漠然と達成している目標を繰り返さず、短期目標終了時点で目標の見直しをして、次のプランを作成していますか。	第2表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
最新の情報が記載されていますか。長くても認定の更新時に修正(再作成)していますか。	基本情報 アセスメント表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
モニタリングは短期目標ごとに評価していますか。利用者の実態とサービスが合致していますか。	モニタリング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
専門家として要点をまとめたり課題を記載したりしていますか。	支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
支援内容やサービス提供事業者との連携内容も記載していますか。	支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供実施計画書が居宅サービス計画どおり実施されているか確認していますか。	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
短期入所サービスの利用日数は連続して30日を過ぎていませんか。要介護認定期間の半数を超えていませんか。	例外給付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
軽度者で特定の福祉用具を借りていませんか。	例外給付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	