

ケアプラン点検表

【アセスメント表（課題分析表）】	＜自己評価＞		＜他者評価＞	
	番号	コメント	番号	コメント
① アセスメント表は、利用者の課題を客観的に抽出するための合理的な手法で事業所内で統一している。				
② 生活状況を把握するに当たり、主治の医師等から健康状態に関する情報を得ている。				
③ アセスメント表の記載が、単に該当する番号を選択しているだけでなく、利用者・家族等の状況について記載している。				
④ 情報の分析（要因・可能性・危険性）の記録がある。				
⑤ 課題整理総括表を活用している。				
⑥ 利用者・家族の主訴だけでなく、生活の改善のイメージが持てるよう意欲を引き出し、意向を把握している。				
⑦ 原因・要因を取り除くための援助内容と到達が見込まれる利用者の状態を具体的に記載している。				
⑧ 新規認定・サービス利用開始時・認定更新時・状態の著変時等、適切な時期にアセスメントを実施している。				

ケアプラン点検表

【第1表 居宅サービス計画書（1）】	＜自己評価＞		＜他者評価＞	
	番号	コメント	番号	コメント
＜利用者および家族の生活に対する意向＞				
⑨ 利用者の意向（どのような生活をしたいか）を記載している。				
⑩ 家族の意向（利用者の生活をどのように支援したいか）を記載している。				
⑪ 利用者と家族の意向を区別して記載している。				
＜介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定＞				
⑫ 介護保険被保険者証を確認し、必要事項を記載している。				
＜総合的な援助の方針＞				
⑬ 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を記載している。				
＜生活援助中心型の算定の理由＞				
⑭ 生活援助中心型の算定の理由を記載している。				

ケアプラン点検表

【第2表 居宅サービス計画書(2)】 §1	＜自己評価＞		＜他者評価＞	
	番号	コメント	番号	コメント
＜生活全般の解決すべき課題(ニーズ)＞				
⑮ 利用者の自立を阻害する要因と解決すべき課題(ニーズ)について、その相互関係を含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して記載している。				
⑯ 優先度の高いものから順に記載している。				
⑰ 利用者・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に記載している。				
⑱ 福祉用具貸与や特定福祉用具販売のサービスに対する必要性がわかるように記載している。				
＜長期目標＞				
⑲ 課題ごとに、支援を受けながら利用者が達成可能な目標設定となっている。				
⑳ 誤った目標設定(支援者側の目標設定やサービス内容)になっていない。				
＜短期目標＞				
㉑ 生活の場面(場所)、活動の内容、量(頻度)が具体的に明記され、モニタリングで達成状況が把握できる記載になっている。				
＜目標の期間の設定＞				
㉒ 要介護認定の有効期間も考慮し、目標達成の時期の目安として開始時期と終了時期を記載している。				
＜援助内容・サービス内容＞				
㉓ 短期目標の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載している。				
㉔ 家族を含むインフォーマルな支援やセルフケアも位置付けている。				
㉕ 主治医意見書等で介護サービスにおける医学的観点からの留意事項が記入されている場合、留意点を尊重した内容になっている。				
㉖ サービス担当者会議で専門的な視点から示された留意点についても、わかりやすく記載している。				

ケアプラン点検表

【第2表 居宅サービス計画書(2)】 §2	＜自己評価＞		＜他者評価＞	
	番号	コメント	番号	コメント
＜援助内容・サービス種別＞				
⑲ 介護保険以外のインフォーマルサポートも視野に入れ、サービス内容を適切に提供できるサービスの種別を選択し、正式な名称で記載している。				
⑳ 介護保険対象のサービスには、*1の欄に○を付けている。				
＜援助内容・*2サービス事業者等＞				
㉑ 支援者・事業者の選定に際し、利用者・家族に公平な立場で情報提供を行い、利用者・家族の選択を支援している。				
＜援助内容・頻度＞				
⑳ 短期目標達成のために、必要なサービス内容ごとに適切な頻度を記載している。				
＜援助内容・期間＞				
㉑ 短期目標の期間と連動する場合が多いが、サービス内容ごとに提供する期間を判断し設定している。				

【第3表 週間サービス計画表】	＜自己評価＞		＜他者評価＞	
	番号	コメント	番号	コメント
＜週間サービス計画＞				
㉒ 週単位の支援やサービスの時間帯を、曜日と時間の表中に記載している。				
㉓ サービスの内容も記載しており、利用者の生活がわかりやすいものになっている。				
＜主な日常生活上の活動＞				
㉔ 平均的な一日の過ごし方について、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記載している。				
＜週単位以外のサービス＞				
㉕ 週単位以外のサービスを漏れなく記載している。				

ケアプラン点検表

【第4表 サービス担当者会議の要点】	＜自己評価＞		＜他者評価＞	
	番号	コメント	番号	コメント
③⑥ 主治の医師等やサービス事業者との連絡調整やサービス担当者会議の開催時期が適切である。				
③⑦ サービス担当者会議に利用者や家族、主治の医師等が出席している。				
③⑧ 「検討した項目」に開催の目的及び出席できないサービス担当者がある場合、照会内容を記載している。				
③⑨ 「検討内容」が「検討した項目」と連動し検討した内容を詳細に記載している。				
④⑩ 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売をケアプランに位置付ける場合、サービス担当者会議を開催し必要な理由又は継続利用が必要な理由を検討し記載している。				
④⑪ 医療系サービスの利用の場合、主治の医師等の意見を確認している。				
④⑫ 検討した結果を「結論」に明確に記載している。				
④⑬ 「残された課題（次回の開催時期等）」を明確に記載している。				
④⑭ サービス事業者間で必要な情報を共有する内容になっている。				
【第5表 居宅介護支援経過・モニタリング】	＜自己評価＞		＜他者評価＞	
	番号	コメント	番号	コメント
④⑮ ケアマネジメントプロセスを項目ごとに整理し、5W1Hがわかるように記載している。				
④⑯ 居宅介護支援経過には、事実、介護支援専門員の判断、ケアプランの変更の必要性の有無を記載している。				
④⑰ モニタリング（面接）時の利用者や家族の言葉等、必要に応じてあるがままに記載している。				
④⑱ 事業者との調整内容を記載している。				
④⑲ 少なくとも1月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接している。				
⑤⑰ モニタリングを適切な方法で実施し、少なくとも1月1回モニタリング結果を記載している。				