

ケアプランチェックシート

ケアマネジャー氏名

※自立支援に資するケアプランの確認として、自己チェックしてください。(○：できている ×：できていない)

チェック内容		チェック欄
アセスメント及び課題分析	アセスメントは、課題分析標準項目における23項目（平成11年11月12日老企第29号別紙4）を最低限網羅したものになっている。	
	アセスメントの各項目には、どの程度できるか、どのような支援が必要か等、第三者にも状態像が理解できるように分かりやすく記載している。	
	利用者の生活歴には、利用者が大切にしてきたエピソード、ライフスタイル、価値観、趣味、得意・不得意なこと等、その人らしさが分かる情報を記載している。	
	家族の状況には、年齢、就労の有無、健康状態、他に介護・養育する者の有無、介護への意欲等を把握し、介護力の予後予測に立った視点をもってアセスメントし記載している。	
	健康状態等には、病名、医療機関、受診頻度、薬の処方（種類、回数等）、薬の管理や服薬状況を把握し記載している。	
	居住環境には、住宅の間取り、利用者の居室の環境（ベッドの向きや家具等の配置）、段差や手すりの有無、トイレ・風呂・玄関等への動線を分かりやすく記載している。また、自宅周辺の環境（玄関前の段差、交通量、周辺の生活環境等）を記載し、生活上のリスクを把握している。	
	アセスメントシートや課題整理総括表等を活用し、情報の整理や課題分析を行い、その内容を記載している。	
居宅サービス計画書 第1表	アセスメント及び課題分析を必要に応じ、見直しをしている。	
	居宅サービス計画作成（変更）日、作成理由（初回・紹介・継続）、作成区分（認定済・申請中）、認定の有効期間、要介護状態区分、生活援助中心型の算定理由等を正しく記載している。	
	利用者及び家族（複数いる場合は各人）の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果を記載している。	
	「総合的な援助の方針」には、課題分析により抽出した「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応した、利用者及び家族を含めたチームケアの総合的な援助の方針となっている。	
	居宅サービス計画書の内容について、利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た日及び署名を記載している。利用者の意思表示が困難な場合は、家族が利用者氏名の代筆を行い、利用者との間柄及び代筆者の署名を記載している。	
居宅サービス計画書 第2表	要介護認定新規申請、区分変更申請における認定結果が出るまでの間、又は、要介護認定の更新申請の結果が認定の有効期間までに確定しない場合は、暫定のケアプランを作成し、認定結果が出たら速やかに本ケアプランに移行している。	
	利用者及び家族の要望をそのまま「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」としていない。	
	「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、緊急性の高いものや利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題から記載している。	
	「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に、サービスの利用を目的とした内容を記載していない。	
第2表	「長期目標」や「短期目標」には、「安全・安心に過ごす」、「本人のできることを維持する」等、抽象的で誰にでも当てはまる内容になっていない。	

チェック内容		チェック欄
	状態（状況）の改善、維持、悪化防止等の自立支援に向けたアセスメントの視点を基に「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出している。	
居宅サービス計画書	「長期目標」及びその「期間」は、「解決すべき課題」に対し、いつまでに、どのレベルまで解決するのかという目標とその期間を記載している。	
	「短期目標」及びその「期間」は、「長期目標」を達成するために、利用者、家族及びサービス事業者等が具体的に達成しやすい目標から、段階的に取り組めるように設定している。	
	「サービス内容」及び「サービス種別」には、短期目標を達成するために必要なサービス（インフォーマルなサービスを含む）を位置付けている。	
第2表	援助内容の「頻度」及び「期間」は、短期目標の期間と連動している。	
	期間の設定において、自動的に期間延長をするような記載をしていない。	
週間サービス計画表	「主な日常生活上の活動」は、支援を受けて行うことを含め、24 時間軸で 1 日の日課（活動）が分かるように記載している。	
	「週間の予定」は、第 2 表に位置づけた介護保険サービスを転記するだけでなく、家族支援やインフォーマルなサービスも含め記載している。	
	「週単位外のサービス」には、月単位や不定期な予定（インフォーマルなものを含む）も記載し、この帳票で利用者の生活状況が把握できるようにしている。	
サービス担当者会議の要点	ケアプランに位置付けた利用者及び家族を含めたサービス担当者の参加がある。欠席者には照会を行い、その内容を出席者と共有し記載している。	
	検討した内容について箇条書きをする等して、第三者が読んでも客観的で分かりやすく記載している。	
	検討した項目に対して、検討内容・結論を分かりやすく記載している。	
第4表	家族や利用者を含め、サービス担当者の役割分担や実施内容が確認できる内容となっている。	
	医療系サービスを位置付ける場合は、その必要性について主治医等の意見を聴取し、担当者とは共有し、その内容を記載している。	
	軽度者における福祉用具貸与を位置付ける場合は、主治医等の意見を聴取し、その内容を担当者が共有し、必要性について検討した内容を記載している。	
	「残された課題」については、継続して検討すべき課題、サービス提供後の予後予測等について記載している。	
居宅介護支援経過	利用者、家族、各サービス事業者、関係機関等から把握したこと、判断したこと、持ち越された課題等を項目ごとに整理して記載している。その際、時系列に従って 5W1H を基本に、客観的で分かりやすい内容になっている。	
	少なくとも月 1 回モニタリングし、利用者や家族の意向、満足度、目標の達成度、サービス事業者と調整した内容等を整理して記載している。	
第5表	アセスメント、主治医等からの意見聴取、ケアプランの原案作成、サービス担当者会議等による意見聴取、ケアプランの同意を得て計画の確定、ケアプラン交付（暫定ケアプランの場合は、認定結果により確定したケアプランを交付）、サービス事業所から計画書を受領、サービス実施、モニタリング、計画の達成状況の確認等、一連のケアマネジメントの過程が記載できている。	