

香川県ケアプランチェックマニュアル
(居宅サービス計画版)

改訂版

平成18年7月

香川県健康福祉部長寿社会対策課

はじめに

県では、香川県介護保険担当保健師等連絡会議の中に「ケアプランチェックマニュアル作成グループ」を設置し、保険者による居宅サービス計画の点検方法や介護支援専門員等に対する指導方法の平準化に向けたマニュアルとして、平成16年8月に「香川県ケアプランチェックマニュアル」を作成し、市町をはじめ関係機関に御活用いただいているところです。

さて、この度の改正介護保険法では、ケアマネジメントのプロセスがより重視されたものとして各基準等の改正が行われています。

そこで、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」をもとに本マニュアルを見直し、改訂版としてお示しさせていただくことといたしました。

今後も、地域において、利用者の自立支援に資する適正なサービスが提供されるよう、保険者の皆様方におかれましては、介護支援専門員及び居宅介護支援事業所の支援、指導に御活用いただければ幸いです。

また、介護支援専門員の方々には、利用者の自立支援に資するケアマネジメント能力の向上を図るべく、本マニュアルを活用して自己研鑽に励んでいただけることを期待します。

平成18年7月

香川県健康福祉部長寿社会対策課

課長 滝口正志

1 ケアプランチェックマニュアルを使用される前に

1 使用目的

「指定居宅介護支援専門員等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第38号）には、介護保険制度における介護支援専門員の業務についての説明が行われている。

その中では、介護支援専門員の業務を行うに際し、利用者の自立支援に向けて働きかけるケアマネジメントの能力が要求されている。

そこで、ケアプランチェックマニュアルを活用して、介護支援専門員の資質の向上に向けた取り組みができることを目的に使用するものである。

2 ケアプランチェックリスト使用方法

ケアプランチェックリスト(保険者用) <様式1>

介護支援専門員が作成したケアプランについて、保険者がマニュアルに即したチェックを行い、未実施事項や記載不備等について把握し、介護支援専門員のケアプラン作成技術の向上をはかるための基礎資料として活用する。

ケアプランチェックリスト(介護支援専門員用) <様式2>

介護支援専門員が自ら作成したケアプランについて、マニュアルに即したチェックを行い、未実施事項や記載不備等について把握し、自ら作成するケアプランの質の向上を図るために活用する。

ケアプランチェックリスト(集計用) <様式3>

様式1に基づいて、介護支援専門員ごとにチェックを行った結果、各介護支援専門員及び介護支援専門員の所属する事業所ごと傾向を把握し、適正な指導を行うための基礎資料として活用する。

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日

第1表

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所 日 月 年 日

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

1 必要事項はすべて記載している

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

2 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かと思っているのか。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

3 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。)

統合的な援助の方針

4 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ている。
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(認知症、昼間独居老人、医療頻度が高い方等)は、対応機関やその連絡先について記載している。

5 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()

5 ①該当する場合は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。

6 利用者又は家族に説明し、利用者の同意を文書に残し、年月日や了承印(サイン)の記載がある。

居宅サービス計画書原案について説明を受け、同意します。平成 年 月 日 サイン(印)

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		目標			援助内容				
長期目標	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>1. 課題内容</p> <p>① 課題分析票に記述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。</p> <p>☆ 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。</p> <p>② 身体機能のニーズを記載している。</p> <p>③ 精神心理状況のニーズを記載している。</p> <p>④ 社会環境状況のニーズを記載している。</p> <p>2. 課題表現</p> <p>① パソコンシステムそのままの表現ではなく、本人の状態に合わせて具体的に表現している。</p> <p>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。</p> <p>③ 課題の書き方は、適切である。 例 ○○できるようになりたい ○○したい 等</p>	<p>3. 長期目標 (目標は長期・短期に分化できない場合もある)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>④ 期間を記載している。</p>	(期間)	<p>サービス内容</p> <p>4. 短期目標</p> <p>① 実現可能なものである。</p> <p>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。</p> <p>③ ADL・IADL の援助が必要な場合、その目標が立てられている。</p> <p>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。</p> <p>⑤ 期間を記載している。</p>	<p>5. 援助の内容</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>⑤ 利用者自身が取り組みべき事項が記載されている。</p> <p>⑥ 家族による援助や保険給付以外のサービス等を記載している。</p> <p>⑦ 医療系サービスが必要な利用者には、適切に医療系サービスが盛り込まれている。</p> <p>⑧ サービスに偏りが無い。</p> <p>⑨ 頻度を記載している。</p> <p>⑩ 期間を記載している。</p>	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
	<p>6. 「生活全般の解決すべき課題」から、福祉用具の貸与または特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由を記載している。</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。

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00							
深夜							
6:00							
早朝							
8:00							
午前							
10:00							
12:00							
午後							
14:00							
16:00							
18:00							
夜間							
20:00							
22:00							
深夜							
24:00							
2:00							
4:00							
週単位以外 のサービス							

1 第2表の援助内容に掲げたサービスを、介護給付対象の内外を問わず全て記載している。
 わかりやすく週間サービスを記載している
 ① 医療や保健福祉サービス、地域住民が行う自発的な活動、家族の支援なども記載する。
 ② 夜間や土曜日・日曜日のサービスの支援内容についても、適切かどうか考える。

2 主な日常生活上の活動について記載している。
 ① 利用者の起床・就寝・食事・排泄（夜間も）・入浴・昼寝や介護者の帰宅時間などの平均的な一日の過ごし方を記載する。
 ② 主な介護者の平均的な一日の過ごし方を把握して記載する。

3 週単位以外の支援やサービスについて記載している。
 ① 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記載する。
 ② 医療や保健福祉サービス、地域住民が行う自発的な活動（近隣の訪問等）等も週単位以外の周期であれば記載する。
 ③ ない場合は、「なし」と記載する。

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿 開催日 年 月 日 開催場所 開催時間 開催回数

居室サービス計画作成者(担当者)氏名

会議出席者	所属(職種)	<p>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。 認定・更新・区分変更認定時・居宅サービス計画変更時 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合 福祉用具貸与については、計画作成後少なくとも6月に1回開催し、継続して利用する場合は、その理由を記載している。</p>
検討した項目		<p>開催の「目的」を簡潔に書き、「検討した項目」がわかりやすく、番号をつけて記載している。</p>
検討内容		<p>検討項目番号に対応して、記載している。 サービス内容だけでなく、サービス提供方法・留意点・頻度・時間数・担当者など、具体的に記載している。</p>
結論		<p>検討項目番号に対応して、記載している。 「いつまでに誰が〇をする」という具体的な記載で結論を記載している。</p>
残された課題 (次回の開催時期)		<p>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ます。 3 検討した内容や結論を、明確に記載している。</p> <p>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 次回の開催時期や方針等を記載している。)</p>

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

作成年月日 年 月 日

利用者名

殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由			
照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名 回数
		<p>1 サービス担当者会議の未開催の理由や、会議に参加できなかった理由を記載している。 サービス担当者会議の開催に当たって、やむを得ない理由がある場合については、照会で意見を求めることができる。 やむを得ない理由とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の理由により参加が得られなかった場合である。</p>	回答内容
		<p>2 参加できなかったメンバーの意見等を記載している。 3 医療系サービス(訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導及び短期入所療養介護)の利用の場合、主治の医師の意見を記載している。</p>	

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

居宅介護支援経過

利用者名

殿

居宅サービス計画作成者氏名

年月日	内 容	年 月 日	内 容
〇.〇.〇 訪問	居宅サービス計画書の交付をする。 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。	〇.〇.〇 電話連絡	利用者及び家族、事業所等から連絡があった内容について記載している。
〇.〇.〇 訪問	2 少なくとも1月に1回居宅で利用者と面接し、面接内容を記載している。		
〇.〇.〇 モニタリング	3 少なくとも月1回、モニタリングの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・その結果どうするのか記載。) 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。)		
〇.〇.〇 訪問	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。		

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者担当	居宅介護支援事業者名	作成年月日	平成 年 月 日	利用登録
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		保険者確認印		届年月日	平成 年 月 日	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	性別 男・女	区分 限度基準額	単位/月 期	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																															
			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	29	30	31	
			日付	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	予定	実績	予定	実績	予定	実績	予定	実績	予定	実績	予定	実績	合計	

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7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。

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	特別適用後率%	回数	サービス単位/金額	種類支給限度を超え単位数	種類支給限度を越える単位数	区分支給限度基準を越える単位数	単位数	未用総額(保険料負担分)	給付率(%)	保険給付額	利用野食退(保険料負担分)	利用野食退(金額負担分)
<p>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 제공하는場合は、サービスコード毎に記載している。</p> <p>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。(特に必要と認められる場合は除く。)</p> <p>7 当初計画外のサービスが提供される場合、居室サービス計画を変更し利用票等の再作成をしている。</p> <p>8 給付管理表とサービス利用実績が一致している。</p>																
														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	種類支給限度を越える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度を越える単位数
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			
訪問介護*リハビリ				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			
通所介護*リハビリ				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	黒抜利用日数
-----------	-----------	--------

居宅サービス計画の自己評価のひとつとしてご利用ください。(H11.11.12 老企第 29 号の居宅サービス計画標準様式及び記載要領を基に作成)

○ おおむねできている Δ できていないところもある × できていない (無または不適) / 該当・必要なし

利用者名	要介護度	アセスメントツール	
事業所名	介護支援専門員名	自己チェック日	年 月 日

チェック内容		チェック
アセスメント	1 課題分析項目をすべて記載している。	
	2 課題分析票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(認知症、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。	
	6 欄外に、居宅サービス計画原案の内容について、利用者又は家族に説明し、利用者の同意を文書に残し、年月日や了承印(サイン)の記載がある。	

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記載している。	
	2 生活全般の解決すべき課題表現 ① パソコンシステムそのままの表現ではなく、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、適切である。例「○○できるようにになりたい」「○○したい」等	
	3 長期目標の内容(目標は長期・短期に分化する場合もある) 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、目標にしている。 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、目標にしている。 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 利用者自身が取り組むべき事項が記載されている。	
	⑥ 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。	
	⑦ 医療系サービスが必要な利用者には、適切に医療系サービスが盛り込まれている。	
	⑧ サービスに偏りが無い。	
	⑨ 頻度を記載している。	
	⑩ 期間を記載している。	
	6 「生活全般の解決すべき課題」から、福祉用具の貸与または特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、「サービス内容」等に当該サービスが必要とする理由を記載している。	

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(認定・更新・区分変更認定時・居宅サービス計画変更時・福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合・福祉用具貸与については、計画作成後少なくとも6月に1回)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ます。	
	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。)	

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

第5表	1 サービス担当者会議の未開催の理由や、会議に参加できなかった理由を記載している。	
	2 参加できなかったメンバーの意見等を記載している。	
	3 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、主治の医師の意見を記載している。	

居宅介護支援経過・モニタリング

第6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1月1回居宅で利用者とは面接し、面接内容を記載している。	
	3 少なくとも月に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・その結果どうするのか記載)	
	④ 居宅サービス計画の変更の必要性等を記載している。	
4 サービス事業者には知られたくないことや、本人と家族の隠された事実等を記載している。		

サービス利用票及び利用票別表

第7表 第8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7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、超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。(特に必要と認められる場合は除く。)	
	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)等との照会を行う。	
	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、主治医に確認のもと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。	
	③ 経過的要介護、要介護1の利用者の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、調査票の写しを市町から入手し、調査票の写しを指定福祉用具貸与事業所へ提示することに同意を得た上で、調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を福祉用具貸与事業所へ送付している。	
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5表」「第8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。		

ケアプランチェックリスト（居宅介護支援用）

居宅サービス計画の自己評価のひとつとしてご利用ください。

○ 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（無または不適） / 該当・必要なし

介護支援専門員名	自己チェック日	年	月	日
----------	---------	---	---	---

居宅介護支援の契約

チェックポイント	チェック
1 介護支援専門員も利用者から選ばれる立場であることを認識していますか。	
2 利用者が、介護サービスを選択する上での必要な情報を提供していますか。	
3 利用者の意思で、契約を行っていますか。	
4 利用者本人の意思で契約締結することが難しい場合には、成年後見制度の活用を視野に入れてありますか。	
5 利用者に重要事項を説明し、理解を得て、重要事項説明書を手渡していますか。	
6 利用者が、サービス内容を理解して契約できるようにしていますか。	
7 利用者へ介護保険制度、居宅介護支援業務の範囲について説明していますか。	
8 利用者へ利用者の負担についても十分に説明していますか。	

課題分析（アセスメント）

チェックポイント	チェック
1 的確なアセスメントを行うためには、利用者や家族との信頼関係の構築が何より大切であることを認識して利用者へ接していますか。	
2 居宅サービス計画作成の根拠となることを意識して、アセスメントを行っていますか。	
3 判断のために必要な情報を十分に収集していますか。	
4 ニーズを正しく把握するための客観的な分析と利用者の希望や家族の思いなどを、専門職として総合的に判断していますか。	
5 利用者のこれまでのライフスタイルや価値観を考慮し、その人がどういう生き方を望んでいるか、利用者の視点に立って考えていますか。	
6 要介護状態の改善や軽減を図る視点を重視して分析していますか。	
7 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ませんか。	

居宅サービス計画（第1表の作成）

チェックポイント	チェック
1 利用者自身自らの生活を定める主体であることを認識していますか。	
2 原案作成の段階で、利用者が意思表示しやすいように選択肢を提供していますか。	
3 利用者及び家族の生活に対する意向：利用者や家族の主訴を、区別して記載していますか。	
4 総合的な援助の方針	
① 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課題分析により抽出された課題に対応していますか。	
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で記載していますか。	
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（認知症、屋間独居老人、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ますか。	
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ますか。	
6 欄外に、居宅サービス計画原案の内容について、利用者又は家族に説明し、利用者の同意を文書に残し、年月日や了承印（サイン）の記載がありますか。	

居宅サービス計画（第2表の作成）

チェックポイント	チェック
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、導き出していますか。	
② 身体機能ニーズを記載していますか。	
③ 精神心理状況のニーズを記載していますか。	
④ 社会環境状況のニーズを記載していますか。	
2 生活全般の解決すべき課題表現	
① パソコンシステムそのままの表現ではなく、本人の状態に合わせて具体的に表現していますか。	

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、ニーズになっていませんか。	
③ 課題の書き方は、適切ですか。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	
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ますか。	
② 実際に行われているサービス内容を、目標にしていますか。	
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ますか。	
④ 期間を記載していますか。	
4 短期目標の内容	
① 実現可能なもので明確に記載していますか。	
② 実際に行われているサービスの内容を、目標にしていますか。	
③ ADL・IADLの援助が必要な場合、その目標が立てられていますか。	
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ますか。	
⑤ 期間を記載していますか。	
5 援助の内容	
① ニーズを解決するためのサービス内容を、具体的に記載していますか。	
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ますか。	
③ 短期目標を基本として、介護内容や種類を決定していますか。	
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ますか。	
⑤ 利用者自身が取り組むべき事項が記載されていますか。	
⑥ 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、地域の社会資源を含めた生活全体を支える計画になっていますか。	
⑦ 医療系サービスが必要な利用者には、適切に医療系サービスが盛り込まれていますか。	
⑧ サービスに偏りはありませんか。	
⑨ 頻度を記載していますか。	
⑩ 期間を記載していますか。	
6 「生活全般の解決すべき課題」から、福祉用具の貸与または特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、「サービス内容」等に当該サービスが必要とする理由を記載していますか。	
7 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ませんか。（特に必要と認められる場合は除く。）	

居宅サービス計画の作成とサービスの調整

チェックポイント	チェック
1 関係者の連絡先確認等、その他の必要事項の漏れがないかチェックしていますか。	
2 居宅サービス計画を確定し、利用者及びサービス提供事業者に交付していますか。	
3 サービス提供事業者の介護計画は、居宅サービス計画に沿ったものとなっていますか。	
4 利用者が、サービス事業者とサービス提供について契約したことを確認しましたか。	
5 利用者に介護計画が渡されていることを確認しましたか。	

週間サービス計画表（第3表）

チェックポイント	チェック
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ますか。	
2 主な日常生活上の活動について記載していますか。	
3 週単位以外の支援やサービスについて記載していますか。	

サービス担当者会議の要点（第4表）

チェックポイント	チェック
1 早期にサービスの提供チームを形成し、目標の共有に努めていますか。	
2 多様な専門的立場から意見をもらえる貴重な場として活用していますか。	
3 居宅サービス計画原案の変更をおそれないで、良い意見は積極的に採用していますか。	
4 関係者が集まるサービス担当者会議が、利用者や家族にとって心理的なプレッシャーを与えることにならないよう、くつろいだ雰囲気作りに留意していますか。	
5 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ますか。	
6 必要な時期（認定・更新・区分変更認定時・居宅サービス計画変更時・福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合・福祉用具貸与については、計画作成後必要に応じて随時）に開催し、開催月日等必要事項を記載していますか。	
7 検討した内容や結論を、明確に記載していますか。	

8	残された課題を記載していますか。(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、方針を記載していますか。)	
9	サービス担当者会議を開催しない理由や、会議に出席できなかった理由を記載していますか。	
10	出席できなかった担当者の氏名、照会(依頼)年月日、照会(依頼)した内容及び回答は記載していますか。	
11	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、主治の医師の意見を照会していますか。	

初動機モニタリング

	チェックポイント	チェック
1	利用者の状態を観察して、居宅サービス計画に組み込まれたサービスが的確に提供されているか、確認していますか。	
2	サービス内容は適切で、目標に対して的確に提供されているか確認していますか。	
3	介護者が、サービスの導入にうまく適合できるかどうか確認していますか。	
4	利用者が変更や取消を繰り返し行っていないか確認していますか。	
5	現実にサービスを利用し、新しい生活に入った利用者の状況を把握していますか。	

継続的なモニタリング

	チェックポイント	チェック
1	時間の経過とともに利用者の状態や取り巻く環境(介護家族の状況や生活環境など)の変化を把握していますか。	
2	継続的な介護状況の把握による、状態変化の兆候の早期発見を心がけていますか。	
3	月に1度は利用者宅を訪問していますか。	
4	サービス担当者から利用者の状態を確認し、必要に応じて情報交換をしていますか。	
5	目標の達成度を把握していますか。	
6	状態の変化が考えられる場合は、主治医とも連携し意見を求めたりしていますか。	
7	変化が確認できた時、それに対応する「居宅サービス計画」を作成していますか。	
8	ケアプラン作成時に残された課題があった場合、経過の確認や今後の対応を検討していますか。	
9	月に1度は、利用者の状況を第5表に記録していますか。	

給付管理

	チェックポイント	チェック
1	第6票には、利用者の確認印をもらっていますか。	
2	事業者から送付された実績は、必ず利用者に確認していますか。	
3	利用限度額を超過した場合、事前に請求を行う事業者へ超過単位の確認・説明をしていますか。	
4	その際、超過分が10割負担になることを利用者に説明し、理解を得ていますか。	
5	暫定居宅サービス計画のときに、説明を十分に行っていますか。	
6	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ますか。	

その他

	チェックポイント	チェック
1	主治医意見書・認定調査票(特に概況調査)等との照会を行っていますか。	
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、主治医に確認のもとケアプランに反映されていますか。	
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ますか。	
③	経過的要介護、要介護1の利用者の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、調査票の写しを市町から入手し、調査票の写しを指定福祉用具貸与事業所へ提示することに同意を得た上で、調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を福祉用具貸与事業所へ送付していますか。	
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ますか。	
3	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ますか。	

ケアプランチェックリスト（介護予防ケアマネジメント用）

介護予防サービス・支援計画作成の自己評価のひとつとしてご利用ください。

（参考：地域包括支援センター業務マニュアル、前橋市地域包括支援センター資料）

○ 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（無または不適） / 該当・必要なし

利用者名	支援1・要支援2・地域支援事業	地域包括支援センター名	
計画作成者名		自己チェック日	年 月 日

指定介護予防支援の説明及び同意

チェックポイント	チェック
1 本人・家族が、サービスを選択する上での必要な情報を提供している。	
2 本人・家族に重要事項を説明し、理解を得て、重要事項説明書を手渡している。	
3 本人・家族がサービス内容を理解して契約できるようにしている。	
4 指定介護予防支援は本人の主体的な取組みが重要であることの説明をして理解を得ている。	
5 本人・家族に月単位の定額制サービスが導入されていることを十分に説明している。	

介護予防サービス・支援計画書

チェックポイント	チェック
1 アセスメントは利用者の居宅を訪問し、本人及び家族に面接して実施している。	
2 要支援認定の認定調査結果、主治医意見書等で状況を把握して面接している。	
3 主治医意見書において、医学的な管理の必要性、サービス提供時における医学的観点からの留意事項にチェックがある場合や特記事項に記載がある場合、主治医に確認のもと計画に反映されている。	
1 目標とする生活	
① 1年後に向けて、日々実践できる内容を記載している。	
② 1年後の姿や生活の状態を記載している。	
③ 本人・家族が「今後どのような生活を送りたいのか」具体的にイメージしている。	
④ 基本情報の今までの生活や趣味・楽しみ等の話から展開している。	
⑤ 専門家の視点から具体的に提案する。（例：「また、〇〇のような生活ができるようになるといいですね。」）	
⑥ プランが完成したら、目標とする生活を再度確認している。	
⑦ 本人・家族の言葉として記載している。	
2 健康状態について	
① サービスを利用する上で留意すべき事項を確認して記載している。	
② 本人・家族が主治医より助言を受けていることを確認して記載している。	
3 アセスメント領域と現在の状況	
① 認定情報・基本情報・基本チェックリスト等にて事前に得られている情報を活用して、効果的な面接を展開している。	
② 本人・家族からの情報や計画作成者が観察したことを簡潔に記載している。	
③ その生活行為を自分でしているか、家族などに介助してもらっているかを具体的に記載している。	
④ 以前はしていたのに、今はしていないことを確認して記載している。	
⑤ 本人・家族ができることや、やろうとすることに注目している。	
4 本人・家族の意欲・意向	
① 現在の状況を本人・家族はどのように考えているのかを確認している。	
② 生活機能を低下させている生活行為を本人・家族に確認している。（例：「〇〇をしなくなったのはなぜですか？」と問いかける）	
③ ネガティブな意向だけでなくポジティブな希望や思いを引き出している。（例：「どうなったらよいと思いますか？」と問いかける）	
④ 本人・家族の言葉として記載している。	
5 領域における課題（背景・原因）	
① 領域ごとの生活行為を、今はしていないことや問題となっていることの背景・原因を専門家の視点で分析して記載している。	
② 本人の残存能力、潜在能力、活用できる人的・物的環境などを評価して、悪化や改善の可能性が見極められている。	
③ 現在ではできていることをさらに良くする方策も検討し記載している。	
④ 基本チェックリストの結果を参考にしている。	
⑤ 現状の悪化防止や改善のために必要なことを課題として記載している。 （例：「このままだと〇〇になる危険がある。」「こうすれば〇〇ができるようになる。」）	

6 総合的課題	
①	領域における課題から、本人の目標とする生活（望む生活）に必要な課題を探して記載している。
②	共通していることは統合して記載している。
③	課題としての根拠を記載している。
④	優先度の高い順に記載している。
⑤	サービスを利用することが課題になっていない。（例：「〇〇ができる」「〇〇する。」）
7 課題に対する目標と具体策の提案	
①	専門職として、本人・家族にわかりやすく提案している。
②	総合的課題に対応した具体的な目標になっている。
③	目標とする生活（望む生活）に向けた段階的な目標になっている。
④	具体策は介護保険（特定高齢者施策）、セルフケア、家族の支援、インフォーマルサービス、公的サービスを含んでいる。
⑤	専門用語、抽象的な言葉（安心、安全、適切等）を用いていない。
⑥	実際に使われているサービスを目標にしていない。（例：「〇〇ができる」「〇〇する。」）
8 具体策についての意向 本人・家族	
①	専門家の提案と本人・家族の意向の相違点を確認して記載している。
②	本人・家族と合意できる目標と具体策を見つけるためのプロセスにしている。
③	合意が得られなかった場合、理由や根拠を記載している。
④	本人・家族の言葉として記載している。
9 目標	
①	本人・家族・計画作成者の3者が合意した目標を記載している。
②	本人の具体的な状態像や回数、時間、距離等で記載している。
③	一定期間で達成可能な目標である。
④	本人の価値観や好みを考慮している。
10 目標についての支援のポイント	
①	目標に向けて支援を行う上で、配慮すべき事項やサービスを導入する上での留意点を記載している。
11 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス、介護保険サービスまたは地域支援事業	
①	本人、家族、地域（友人、ボランティア）、介護保険以外のサービス等、誰が何を行うのかを具体的に記載している。
②	「本来の支援」と「当面支援」が生じた場合、それぞれを区分して内容を明記している。
12 【本来行うべき支援ができない場合】 適切な支援の実施に向けた方針	
①	本人・家族の同意がとれず、本来の支援ができない場合、その内容の実現に向けた方向性を記載している。
②	必要な社会資源が地域にない場合、地域の新たな活動の創設を記載している。
13 サービス種別	
①	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス、介護保険サービスまたは地域支援事業の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載している。（例：介護予防通所介護、ふれあい昼食会等）
14 事業所	
①	具体的なサービス提供を行う「事業所名」、地域（友人、ボランティア）、介護保険以外のサービスについても記載している。
15 期間	
①	支援計画を実施する期間を記載している。
②	「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の頻度（回数、実施曜日等）で実施するか提案内容を記載している。
16 総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント	
①	本人・家族を含むケアチームが「目標とする生活」の実現に向けて取り組む共通の方向性、留意点を記載している。
②	サービス担当者会議で共有している。
17 必要な事業プログラム	
①	領域における課題を分析する際、参考資料にしている。
②	予防給付の場合、個別のケアマネジメントを実施した上で、該当するプログラムのサービス利用を検討している。
18 地域包括支援センターの意見・確認印	
①	予防給付の場合、委託先の居宅介護支援事業者から提出された介護予防サービス計画原案を確認している。
19 計画に関する同意	
①	介護予防サービス計画原案を本人・家族に説明し、同意を得ている。

介護予防支援経過記録

チェックポイント		チェック
1	モニタリング	
	① 少なくとも月に1回のモニタリング結果を記載している。(サービス提供開始の翌月から3ヶ月に1回、評価月並びに状況の変化があった時は訪問、それ以外の月は事業所訪問で本人との面接や電話連絡を実施)	
	② 本人、家族の意向、満足度等を記載している。	
	③ 目標の達成度を記載している。	
	④ サービス開始後はサービス担当者から少なくとも1月に1回、事業者への訪問、電話、FAX等で状況を聴取し、結果を記載している。(サービス実施状況、利用者の状況、実施効果)	
	⑤ 介護予防サービス計画の変更の必要性等を記載している。	
2	サービス担当者会議	
	① 予防給付：必要な時期(認定・更新・区分変更・介護予防サービス計画変更時・福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合・福祉用具貸与については、計画作成後必要に応じて随時)に開催し、開催月日等必要事項を記載している。	
	② 地域支援事業：必要に応じて(複数サービスを利用して調整が必要な場合等)に開催し、開催月日等必要事項を記載している。	
	③ 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ます。	
	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。)	
3	「介護予防サービス・支援計画書」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。	

介護予防サービス・支援評価表

チェックポイント		チェック
1	目標は「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載している。	
2	評価期間は「介護予防サービス・支援計画書」の評価期間を記載している。	
3	目標達成状況は具体的に記載し、評価期間が終わっていないサービスも評価し、計画を見直している。	
4	目標を達成・未達成を明記している。	
5	目標達成しない原因について本人・家族の認識を確認しそれぞれの言葉で記載している。	
6	目標達成しない原因について計画作成者として専門家の視点で記載している。	
7	今後の方針を専門的な視点から記載している。	
8	今後の総合的な方針を専門的な視点から方針を記載している。	
9	対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、改善・維持・悪化等を判断し、その根拠を記載している。	

給付管理

チェックポイント		チェック
1	利用者に確認した利用状況と事業者から送付された実績を確認している。	
2	暫定の介護予防サービス計画のときに、説明を十分に行っている。	
3	当初計画外の介護予防サービスが提供される場合、介護予防サービス計画書を変更しサービス計画の再作成をしている。	

その他

チェックポイント		チェック
1	要支援1、要支援2の利用者のサービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、調査票の写しを市町から入手し、調査票の写しを指定福祉用具貸与事業所へ提示することに同意を得た上で、調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を福祉用具貸与事業所へ送付している。	
2	サービス担当者会議等において、本人の個人情報を用いる場合は本人の同意を、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	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。	

ケアプランチェックリスト（施設サービス計画用）

施設サービス計画の自己評価のひとつとしてご利用ください。

○ 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（無または不適） / 該当・必要なし

介護支援専門員名	自己チェック日	年	月	日
----------	---------	---	---	---

課題分析（アセスメント）

チェックポイント	チェック
1 的確なアセスメントを行うためには、利用者や家族との信頼関係の構築が何より大切であることを認識して利用者に接していますか。	
2 施設サービス計画作成の根拠となることを意識して、アセスメントを行っていますか。	
3 判断のために必要な情報を十分に収集していますか。	
4 ニーズを正しく把握するための客観的な分析と利用者の希望や家族の思いなどを、専門職として総合的に判断していますか。	
5 利用者のこれまでのライフスタイルや価値観を考慮し、その人がどういう生き方を望んでいるか、利用者の視点に立って考えていますか。	
6 要介護状態の改善や軽減を図る視点を重視して分析していますか。	
7 前回からの変化の確認ができるよう、適切に記載ができていますか。	

施設サービス計画書（第1表）

チェックポイント	チェック
1 利用者自身自らが生活を決める主体であることを認識していますか。	
2 利用者及び家族の生活に対する意向：利用者や家族の主訴を、区別して記載していますか。	
3 関わりの強い別居家族などにも連絡を取り確認していますか。	
4 利用者や家族の話した言葉を活かしていますか。	
5 利用者や家族が理解できる言葉で記載するよう気をつけていますか。	
6 総合的な援助の方針	
① 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。	
② 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。	
③ 施設におけるサービスの質と量を勘案した実現可能な方針となっていますか。	
④ サービス担当者会議で話し合った上で記載していますか。	
7 欄外に、施設サービス計画原案の内容について、利用者又は家族に説明し、利用者の同意を文書に残し、年月日や了承印（サイン）の記載がありますか。	
8 施設サービス計画をわかりやすく説明した後、交付していますか。	

施設サービス計画書（第2表）

チェックポイント	チェック
1 生活全般の解決すべき課題内容	
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。	
② 利用者の自立を支援する視点から課題を設定していますか。	
③ 権利擁護の視点に立って記載していますか。	
④ 常に健康状態に注意し、疾病の早期発見、予防等健康を保持するための視点がありますか。	
2 生活全般の解決すべき課題表現	
① パソコンシステムそのままの表現ではなく、本人の状態に合わせて具体的に表現していますか。	
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、ニーズになっていませんか。	
③ 課題の書き方は、適切ですか。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	
① 長期的に見て、総合的な援助の方針に一致していますか。	
② 現実に達成が可能な目標ですか。	
③ 具体的でわかり易いですか。	
④ 利用者の自立支援を目指すものですか。	
⑤ 個々の解決すべき課題に対応していますか。	
⑥ 期間を記載していますか。（〇年〇月〇日～〇年〇月〇日）	
4 短期目標の内容	

① 実現可能なもので明確に記載していますか。	
② 実際に行われているサービスの内容を、目標にしていますか。	
③ ADL・IADLの援助が必要な場合、その目標が立てられていますか。	
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ますか。	
⑤ 期間を記載していますか。(〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)	
5 援助の内容	
① ニーズを解決するためのサービス内容を、具体的に記載していますか。	
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ますか。	
③ 短期目標を基本として、介護内容や担当者を決定していますか。	
④ ケアチームに対して、正確に伝わる内容になっていますか。	
⑤ 利用者自身が取り組むべき事項が記載されていますか。	
⑥ 施設内の行事や日課等必要なサービスが組み込まれていますか。	
⑦ 理美容サービスなど保険給付対象外のサービスについて記載していますか。	
⑧ 家族やインフォーマルな支援がある場合、記載はありますか。	
⑨ サービスに偏りはありませんか。	
⑩ 利用者の生活リズムを配慮して頻度を記載していますか。	
⑪ 短期目標の期間と連動した期間を記載していますか。	

週間サービス計画表 (第3表)

*「日課計画表」との選定による使用可

チェックポイント	チェック
1 第2表の援助内容に掲げたサービスが、介護保険給付対象の内外を問わず全て記載されていますか。	
2 施設におけるサービス内容とサービスを提供する担当者を記載していますか。	
3 保険給付対象外のサービス(ボランティア等)や家族の援助がある場合は記載していますか。	
4 夜間・深夜・早朝や土日のサービスが、利用者の状況に応じて適切に組み込まれていますか。	
5 主な日常生活上の活動には、利用者の日常的な入所生活の様子(起床・就寝・食事・排泄・入浴・午睡等)をわかりやすく記載していますか。	
6 週単位以外のサービスには、理美容サービスなど、月単位や隔週で提供されるものが記載されていますか。	

日課計画表 (第4表)

*「週間サービス計画表」との選定による使用可

チェックポイント	チェック
1 「共通サービス例」を参照していますか。	
2 日常の業務として、他の利用者と共通して実施するサービスを記載していますか。	
3 当該利用者に個別に実施するサービスを記載していますか。	
4 夜間・深夜・早朝のサービスが、利用者の状況に応じて適切に組み込まれていますか。	
5 主な日常生活上の活動には、利用者の日常的な入所生活の様子(起床・就寝・食事・排泄・入浴・午睡等)をわかりやすく記載していますか。	
6 理美容サービスなど、月単位や隔週で提供されるものや保険給付対象外のサービス(ボランティア等)が記載されていますか。	

サービス担当者会議の要点 (第5表)

チェックポイント	チェック
1 多様な専門的立場から意見をもらえる貴重な場として活用していますか。	
2 必要な時期(認定・更新・区分変更認定時・利用者の状態変化時等)に開催し、開催月日等必要事項を記載していますか。	
3 検討する項目に併せて、必要なメンバーを召集していますか。	
4 サービス担当者会議の開催理由、検討するテーマを明確にし明確に周知し記載していますか。	
5 関係者が集まるサービス担当者会議が、利用者や家族にとって心理的なプレッシャーを与えることにならないよう、くつろいだ雰囲気作りに留意していますか。	
6 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ますか。	
7 検討した内容や結論を、明確に記載していますか。	
8 残された課題には、未充足ニーズとその理由(施設内サービスの質・量の課題、社会資源が不足している場合、利用者の希望で利用しなかったサービス等)についての記載をしていますか。	
9 結論が出なかったものは、その旨を明記していますか。	
10 次回の開催時期と方針が記載されていますか。	

1 1	サービス担当者会議を開催しない理由や、会議に出席できない理由を記載していますか。	
1 2	出席できなかった担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答は記載していますか。	
1 3	日常的な連絡は第6表に記載することになっていますが、記載に混乱はありませんか。	

施設介護支援経過（第6表）

	チェックポイント	チェック
1	必要に応じた面接をしていますか。	
2	経過を見るために必要な場合、曜日や時間も記載していますか。	
3	入所後（初動期）のモニタリング	
①	利用者の状態を観察して、施設サービス計画に組み込まれたサービスが的確に提供されているか、確認していますか。	
②	サービス内容は適切で、目標に対して的確に提供されているか確認していますか。	
③	利用者がサービスの導入にうまく適合できるかどうか確認していますか。	
④	現実にサービスを利用し、新しい生活に入った利用者の状況を把握していますか。	
4	継続的なモニタリング	
①	短期目標の期間内で、定期的にモニタリングの結果を記載していますか。	
②	時間の経過とともに利用者の状態や取り巻く環境（家族の状況など）の変化を把握していますか。	
③	継続的な介護状況の把握による、状態変化の兆候の早期発見を心がけていますか。	
④	サービス担当者から利用者の状態を確認し記載していますか。	
⑤	目標の達成度を把握していますか。	
⑥	変化が確認できた時、それに対応する「施設サービス計画」を作成していますか。	
⑦	ケアプラン作成時に残された課題があった場合、経過の確認や今後の対応を検討していますか。	

尊厳の保持

	チェックポイント	チェック
1	事故防止、身体拘束廃止	
①	利用者それぞれに、転倒事故などの可能性や要因をアセスメントしていますか。	
②	利用者の尊厳の保持を基本に、生活や行動の自由、自立の促進と身体の安全の視点で身体状況や施設環境（施設設備や構造等）の面からアセスメントしていますか。	
③	アセスメントの実施から施設サービス計画の作成やそれに基づくサービス提供について記録を整え、サービス提供の課程と根拠を明らかにしていますか。	
2	ターミナルケア	
①	本人や家族とともに、医師や看護師と共同して、その人らしさを尊重した支援をしていますか。	

その他

	チェックポイント	チェック
1	主治医意見書・認定調査票（特に概況調査）等との照合を行っていますか。	
2	主治医意見書で医学的な管理の必要性やサービス提供時における医学的観点からの留意事項にチェックが入っている場合は主治医に確認のもと施設サービス計画に反映し、サービス開始後も主治医と連携をとっていますか。	
3	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ますか。	
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ますか。	
5	加算をとまうサービス	
①	個別機能訓練加算、栄養マネジメント加算、リハビリテーションマネジメント加算等の個別計画は、施設サービス計画に反映していますか。	
②	関係する職員と共同して個別計画作成時に、評価等を行っていますか。	