

申込者氏名：

様式3

ケアプランチェックシート

自立支援に資するケアマネジメントの確認として下記の項目について自己チェックして下さい。

チェック欄に(○):できている(×):できていない (空白):わからない を記入して下さい

チェック内容		チェック欄
課題分析	利用者の身体・心理状態、生活環境等の23の標準課題分析項目を把握し整理している。	
	利用者の困りごとやこうしてほしいという希望、どうしていいかわからないという混乱の現状や背景を分析している。	
	利用者が今後どうなっていくのか、サービス導入によりどのようになっていくのか予測しイメージしながらアセスメントを行っている。(「予後予測」にたった視点)	
	利用者や家族の「できること」「していること」「できそうなこと」または生活・介護に対する意欲や意向を整理している。	
	アセスメントシートを活用し、情報を整理・分析し課題を把握し、その内容を記載している。	
居宅サービス計画書第1表	居宅サービス計画作成(変更)日等、基本情報が正しく記入されている。	
	利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果を適切に捉えられている	
	利用者および家族が改善可能であろうと思う生活を具体的にイメージできている。	
	アセスメントにより抽出された課題に対応している。	
	利用者およ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が記載されている。	
	居宅サービス計画の内容について、利用者または家族に説明し、利用者の同意を文書に残し、年月日や了承印(サイン)がある。	
第2表	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課題を導きだしている。	
	介護サービスを利用するためだけの課題抽出になっていない。	
	単に利用者・家族の要望をそのまま課題としていない。	
	課題の中にサービスの種類が記載されていない。	
	安全・安楽に過ごす等の抽象的で誰にでも通用するようなものとなっていない。	
	緊急性の高いものや、利用者およ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。	
	課題(ニーズ)ごとに、支援を受けながら自分自身も努力する到達点として具体的に記載できている。	
	長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっている。	
	短期目標達成するために必要な援助内容(サービス内容・種別・頻度・期間)となっている。	
家族を含むインフォーマルな支援や、セルフケアの視点の記載がある。		
第3表	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。(家族介護やインフォーマルサービス等を含む)	
	主な日常生活上の活動について記載している。(1日の生活リズムが分かる。)	
	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。	
第4表	各サービス担当者の参加もしくは照会がある。	
	検討した項目・内容が具体的に記載され、担当者の役割分担が確認できる記録となっている。	
	医療系サービスを計画する必要性等について、主治医等の意見を聞き取り記載している。	
第5表	利用者・家族・各サービス事業者・関係機関の専門的な関わりを通じて把握したこと、判断したこと、調整を持ち越したことなど整理して分かりやすく記載している。	
	少なくとも1月に1回、モニタリングを通じて把握した、利用者や家族の意向、満足度、目標の達成度、事業者との調整内容、計画の変更の必要性等について記載がある。	

「ケアプラン点検支援マニュアル」を基に作成