

# ケアプラン点検表＜介護予防版＞

<1/4>

事業所名		氏 名	
------	--	-----	--

  

【アセスメント（課題分析）】		＜自己評価＞		＜他者評価＞	
		記号	コメント	記号	コメント
①	課題分析標準項目を参考に情報収集を行い、情報を整理している。				
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	情報の分析（要因・可能性・危険性）の記録がある。				
④	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。				
⑤	課題整理総括表を活用している。				

  

【ケアプラン作成】		＜自己評価＞		＜他者評価＞	
		記号	コメント	記号	コメント
⑥	利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的に記載している。				
⑦	各アセスメント領域に、利用者にわかりやすくプランにつながることを簡潔に記載している。				
⑧	利用者・家族の現在の状況に対する認識とそれについての意向を把握し記載している。				
⑨	領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を整理し、生活上の課題（将来おこる課題の予測を含めて）を記載し、その結果の有無に印を付している。				
⑩	各領域における課題共通の背景等を見つけ出し、利用者の全体像をとらえた課題となっている。				
⑪	優先度の高いものから順に記載している。				

# ケアプラン点検表＜介護予防版＞

＜2/4＞

事業所名		氏 名	
⑫	総合的課題に対し、利用者や家族に対して専門的観点から評価可能かつ具体的（利用者の視点に立って、距離・場所・時間・回数）で実行可能な目標を記載している。		
⑬	具体策は、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策を含め、様々な角度から考えて記載している。		
⑭	計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載している。		
⑮	利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載している。		
⑯	計画作成者が具体的な支援を考える上で、支援実施における配慮や安全管理上の留意点等を記載している。		
⑰	利用者自身のセルフケアや家族の支援、生活支援サービスや地域のインフォーマルサービスなどについても記載している。		
⑱	予防給付、総合事業サービスや一般介護予防事業等を含めた地域支援事業のサービス内容を記載している。		
⑲	「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（民間サービス）」「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービスを含む）」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。		
⑳	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。		
㉑	支援内容ごとに実施する期間・頻度等を記載している。		
㉒	ケアプランを立てる上で健康状態について留意すべき点を利用者にわかりやすく記載している。		
㉓	本来の支援が実施できない場合や本来必要な社会資源が地域にない場合等、必要に応じて記載している。		
㉔	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。		
㉕	基本チェックリストの結果を漏れなく記載し、総合的課題等に反映している。		
㉖	居宅介護支援事業所が地域包括支援センターから委託を受けている場合、地域包括支援センターが内容を確認したことを記載している。		

# ケアプラン点検表＜介護予防版＞

＜3/4＞

事業所名		氏 名			
<b>【第3表 週間サービス計画表】（参考）</b>		<b>＜自己評価＞</b>		<b>＜他者評価＞</b>	
		記号	コメント	記号	コメント
<b>＜週間サービス計画＞</b>					
②7	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。				
②8	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。				
<b>＜主な日常生活上の活動＞</b>					
②9	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。				
<b>＜週単位以外のサービス＞</b>					
③0	週単位以外のサービスを漏れなく記載している。				
<b>【サービス担当者会議の要点】</b>		<b>＜自己評価＞</b>		<b>＜他者評価＞</b>	
		記号	コメント	記号	コメント
③1	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。				
③2	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。				
③3	「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。				
③4	「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。				
③5	介護予防福祉用具貸与及び介護予防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。				
③6	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。				
③7	検討した結果を「結論」に明確に記載している。				
③8	「残された課題（次回の開催時期等）」を明確に記載している。				
③9	サービス担当者間で必要な情報を共有する内容になっている。				

# ケアプラン点検表＜介護予防版＞

<4/4>

事業所名		氏 名			
【介護予防支援経過記録・モニタリング・評価表】		<自己評価>		<他者評価>	
		記号	コメント	記号	コメント
④0	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。				
④1	モニタリングを行い、把握した内容をわかりやすく記載し、適切にケアプランの見直しを行っている。				
④2	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。				
④3	少なくとも3月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接している。				
④4	介護予防支援・介護予防マネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表（以下評価表という）を適切に記録している。				
④5	評価表の結果を次のケアプランにつなげている。				