

ケアプラン点検シート 日立地区会		実施日 年 月 日		事例提供者（事業所名： 氏名：)		点検者（事業所名： 氏名：)	
No.	カテゴリ 【アセスメント】	実施 確認	指導 有無	No.	指導内容／気付き		
1	自立(律)に向けた視点でアセスメントしているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2	課題分析の理由アセスメント目的・実施日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	相談経路・方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	本人主訴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	家族・関係者主訴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	生活歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	現在の生活状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8	家族・関係者の状況ジェノグラム等視覚情報有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	関係者連絡先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	家族関係や周辺の社会資源との状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	インフォーマル資源の考え必要性・活用の視点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	サービス利用状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13	住居・周囲の状況リスク・住宅改修必要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14	健康状態・既往有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15	通院・診察状況・頻度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16	内服状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17	主治医の意見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18	予後予測悪化予防の視点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19	医療機関連絡先・備考	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20	ADL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21	生活を継続する為に必要な機能・環境について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22	生活の質を向上する為に必要な機能・環境について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

ケアプラン点検のポイント		
目的：基本姿勢・基本倫理（自立支援・権利擁護・主体性の尊重）・法令遵守が意識されているかの確認をする。		
No.	カテゴリ 【アセスメント】	確認する視点・ポイント
1	自立(律)に向けた視点でアセスメントしているか	本人の尊厳を認識しつつ、本人の持つ強みを最大限に活用し、自立(律)に向けた視点でアセスメントができているか。
2	課題分析の理由アセスメント目的・実施日	何のためにアセスメントを実施するのか、アセスメントとは課題抽出という基本認識を持ち、実施することが重要である。
3	相談経路・方法	誰からの相談なのか、電話なのか面会なのか、その他の方法（メール・FAX・LINEなどのSNSツール等）なのか明確にする。
4	本人主訴	訴えが抽象的な表現の場合、具体的に本人が望む・自立した生活は何かを聞き取る。確認できない場合は家族等関係者に聞き取る等、望む生活を把握する取り組みをしているか。初期の段階で捉えた主訴を把握し、その後のアセスメントを通して望む暮らしに繋げる視点を持っているか。
5	家族・関係者主訴	家族、関係者が誰なのかを明確に記載する（続柄等）。家族の思いや訴えも確認しながら、本人の意向と、家族の意向、関係性などを確認する。※本人の意向と家族の意向にズレがあったとしても、どちらも否定しない。
6	生活歴	どのような生活をしてきたかを把握することにより、本人の持つ強みの発見やプランの個性の実現につながるきっかけになる。出生から現在までを時系列で整理するようにしているか、またはその視点を意識しているか確認する。
7	現在の生活状況	自立した生活に対して、支障が生じた内容・状況を確認して行く。問題点ばかりではなく、継続していることなどについても聞き取りしているか確認する。
8	家族・関係者の状況ジェノグラム等視覚情報の有無	基本は3世代で年齢も含めて記載する。また3世代に関わらず支援者、関わりのある方についても記載する。関係性が複雑な場合などについては、ジェノグラムなどの視覚情報を利用する。※エコマップを活用することも視覚的に分かり易くなる。
9	関係者連絡先	緊急連絡先だけでなく、突発的に対応してくれる友人、近隣の方などの情報についても聞き取りが可能であれば確認する。
10	家族関係や周辺の社会資源との状況	本人の自立した生活を目指す上で、関わりをもって家族関係者の状況（就労状況や家庭での役割、健康状態等）を確認する。また、その地域での社会資源や活用できるつながりについても確認する。
11	インフォーマル資源の考え必要性・活用の視点	家族による支援も含め、家族以外の支援があるか、また、使う可能性があるか確認する。
12	サービス利用状況	既に利用しているサービスを把握しているか。また、介護保険サービスだけでなく、障害サービスなどその方の生活を継続するにあたり、必要な資源サービス利用状況を把握しているか。
13	住居・周囲の状況リスク・住宅改修必要性	住宅の状況だけでなく、住宅の周辺状況、動線上におけるリスクがないかを確認する。立体的に意識し、段差などリスクがある部分を、本人の主観および必要に応じて専門職による客観的視点からとらえ、住宅改修等の必要性について考える。
14	健康状態・既往有無	現在治療中の持病だけでなく、過去にどのような病気をしていたか、主治医意見書などの転記で終了していないか確認し、病気に至る背景や生活に与える影響を把握することが重要である視点があるか確認する。
15	通院・診察状況・頻度	一人で通院できているか（移動方法・一人での診察か・医師の話の理解はどの程度可能か）、支援者はいるか、頻度を確認する。主治医の指導に対して適切な治療方針が守られているか（コンプライアンス）、できていなければ、その理由と改善できる取り組みの視点を持っているか確認する。
16	内服状況	しっかり薬が飲めているか、内服薬の効能を理解しているか（アドヒアランス）、必要に応じ、薬剤師など専門職と連携する支援を検討しているかを確認する。
17	主治医の意見	主治医との連携が出来ているか、主治医の意見を支援に反映させているか確認する。
18	予後予測悪化予防の視点	生活習慣の改善で持病の悪化が予防できるものと、そうでないものについて、予後予測悪化予防の視点を持つことができているか確認する。
19	医療機関連絡先・備考	通院先や薬局、眼科・皮膚科・耳鼻科・歯科等把握しているか。※総合病院など多科受診の場合、診療科目を把握しているか確認する。
20	ADL	単純に、「できている」「できない」「一部介助」「全介助」ではなく、具体的な状況を記載する。できていても痛みの有無や危険な動作がないか把握し、リスクマネジメントの視点、また強みとしてとらえているか確認する。※「できない」をもたらしている背景を把握しているか（ICFや適切なケアマネジメント手法などのツールの活用）
21	生活を継続する為に必要な機能・環境について	自宅に入るまでに階段がある、細い道を通らなくてはいけない、トイレ前・玄関に段差がある等、自宅内で生活するにあたり、最低限必要な能力と環境が何かを具体的に意識しているか。
22	生活の質を向上する為に必要な機能・環境について	2階の自分の部屋で寝たい、自宅の浴室に自分のペースで入りたい、庭先の畑仕事を続けていきたい等、QOL（本人の生活上のこだわりや大切にしていること）を把握しているか。

No.	カテゴリ 【アセスメント】	実施 確認	指導 有無	No.	指導内容／気付き
23	今後、低下する可能性のある部位等について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24	入浴・洗身動作等 上記頻度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25	更衣交換・寝具状況等 上記頻度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
26	食事（水分）摂取 形態・方法・ 栄養状態・水分・ カロリー摂取量の指示等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27	嚥下・咀嚼機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28	口腔内の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
29	排泄方法・動作・頻度・量・ 色・形状・失禁の有無等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30	排泄用具の使用・管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31	外出頻度・方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32	認知症・ 精神疾患有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
33	生活に支障のある BPSD等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34	状態に合わせた 環境づくり・取り組み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
35	IADL確認 誰がサポートしているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
36	生活を継続する為に必要な 機能・環境について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
37	生活の質を向上する為に必 要な機能・環境について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
38	社会的な役割・活動、その他 交流状況（本人の希望含）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
39	緊急時の対応 協力者・避難場所・方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
40	医療的な対応について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
41	特別な状況に配慮する視点 虐待・生活困窮・外国人等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
42	1日の日課を 把握しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
43	1月以上の視点で 日課を把握しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
44	各項目毎に必要な応じ特記 事項記載があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
45	これまでのアセスメントを 踏まえた上で、まとめて ニーズ記載しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

No.	カテゴリ 【アセスメント】	確認する視点・ポイント
23	今後、低下する可能性のある部位等について	現在の生活を継続する上で低下してしまう可能性のある能力について、原因が疾患からなのか、運動量や生活習慣からなのか、二面性から判断・意識しているか。
24	入浴・洗身動作等 上記頻度	頻度や方法、身体状態や疾患によるリスク、本人の入浴に対しての思い（入浴が本人の生活の中でどのような位置付けか）を把握しているか。ただの清潔保持としての認識ではなく、一連の動作を入浴として理解しているか。
25	更衣交換・寝具状況等 上記頻度	衣類寝具の汚れやにおいなどがどうか。交換の頻度を把握しているか。首・肩・肘・手首・膝・足首・股関節などの制限から着替えができる・できない、本人に合った衣類を認識できているか。健康上の視点から支援を促す必要性があるか（清潔に対する価値観や更衣等が本人の生活の中でどのような位置づけか）を確認する。
26	食事（水分）摂取 形態・方法・ 栄養状態・水分・ カロリー摂取量の指示等	本人の嗜好を踏まえ、医師の意見・水分・食事量の指示、食事形態、食事方法、身長・体重・BMI等を把握し、生活上の課題を検討しているか。本人の食事制限等に対する理解、実施有無の確認、評価をしているか。本人管理が難しい場合、家族、関係者の理解、考えを把握し、制限等に対して、医療、栄養等の専門職との連携の検討ができていますか確認する。
27	嚥下・咀嚼機能	嚥下・咀嚼が困難、むせりの有無の記載だけでなく、その原因（食事姿勢・環境・習慣（早食い等））について考慮し、必要に応じ、専門職との連携の必要性があるかを検討する。
28	口腔内の状況	残存歯の有無だけでなく、口渇・口臭・唾液の分泌・残食の付着、口腔ケアの実施状況など、栄養状態や嚥下咀嚼機能について、専門職との連携を含め、把握することができているか確認する。
29	排泄方法・動作・頻度・量・ 色・形状・失禁の有無等	排泄の場所、方法、移動状況、ズボンの上げ下げ、頻度、量、排泄物の状態（形状・色）、失禁の有無とその原因などを、必要に応じ本人・家族・多職種との連携を通して把握しているか確認する。
30	排泄用具の使用・管理	トイレで排泄できていても、手すりを使っているのか、パットなどの使用用具はあるか。処分の方法について自分で処分することができるか、誰が対応（流しや後片付け等）しているかなど、本人の尊厳を踏まえたうえで確認ができていますか。
31	外出頻度・方法	これまでの外出習慣をふまえて、定期的に外出している場所があるか、その目的は何か、移動手段（徒歩、自家用車、公共機関等）、家族・関係者の支援の有無、付き添いの状況や杖・歩行器・車椅子などの用具についても確認する。廃用予防のための促しが必要な場合には、本人の意向を踏まえたうえでの支援の必要性について検討する。
32	認知症・ 精神疾患有無	「認知症・精神疾患」と把握するだけでなく、認知症の種類について把握しているか。それに添った支援を検討しているか。受診の状況や頻度、内服薬について確認ができていますか。
33	生活に支障のある BPSD等	異食・徘徊・自傷等、日常生活を送る上で支障になっている周辺症状の有無、家族関係者の認知症・BPSDに対する理解と心身の負担感についても確認する。
34	状態に合わせた 環境づくり・取り組み	その人らしい生活を送るために、周囲の環境を整える視点、必要に応じてICF（環境因子の視点）の活用などができているか（目標達成の視点）。
35	IADL確認 誰がサポートしているか	本人の家庭での役割や実態に応じた手段的日常生活動作の実施有無について、本人のストレングスを意識しながらどこまでできるのか、また、できない部分の支援を誰が行っているか確認する。
36	生活を継続する為に必要な 機能・環境について	単に、できる・できないかの判断でなく、その状況が本人の主体性に沿った望ましい状況にあるか、客観的に適切な状況か意識できているか。買い物や状況や、金銭管理、内服管理についても確認ができていますか。
37	生活の質を向上する為に必 要な機能・環境について	本人らしい生活を把握しているか。客観的な視点も持ちながら、生活環境に対する支援が必要か考慮し、不適切な状況である場合は、本人の思いや生活の中で大切にしていることを、リスク面から制限していないか（例：庭の手入れをしたいが可動域制限があり転倒リスクがあるなど）ふまえ、専門職と手段を考慮し、改善の必要性を検討ができていますか。
38	社会的な役割・活動、その他 交流状況（本人の希望含）	現在の交流状況、活動だけでなく、本人の生育歴・生活歴を確認しながら、趣味などについても確認する。活動制限がある場合は、それに代わる手段などについての視点を持っているか。
39	緊急時の対応 協力者・避難場所・方法	家族が遠方、関係者がいないなどの事情により、体調不良、災害時などに周囲に対応してくれる方がいるか、平時より、ハザードマップの確認や避難場所がどこなのか、移動方法などについて助言、確認ができていますか。
40	医療的な対応について	定期的に行っている医療行為はあるか、カテーテルなどの管理方法について、本人・家族が認識できているか。医療行為がある場合は、誰がどのような対応をしているか、今後の支援の必要性を確認しているか。
41	特別な状況に配慮する視点 虐待・生活困窮・外国人等	本人の状況だけでなく、関係する家族や関係者についても確認をし、本人や家族が特別な状況に置かれていることを把握しているか。緊急性がある場合など、サポート体制について検討ができていますか確認する。
42	1日の日課を 把握しているか	本人が行う定期的な日課（新聞を読む、好きなテレビを見る等）を把握しているか。現在できていなくても、本来やりたいこと、日課にしていたことなどがあれば把握ができていますか確認する。
43	1月以上の視点で 日課を把握しているか	仕事や地域の集まり、家族の来訪や帰省、年間を通した家族での行事、受診（定期・不定期を含む）などの予定を把握しているか。本来やりたいこと、今まで行っていたことなどがあれば把握ができていますか確認する。
44	各項目毎に必要な応じ特記 事項記載があるか	できている、できていないなどの状況について、必要に応じ、各項目で、ニーズを意識して特記事項等の欄を用いて自由記載を行っているか。特記する内容がない場合には、アセスメント帳票に「特記事項なし」と、専門職として、課題分析の判断、結果が記載されているか確認する。
45	これまでのアセスメントを 踏まえた上で、まとめて ニーズ記載しているか	アセスメントを踏まえた上でニーズを抽出しているか確認する。

No.	カテゴリ	実施 確認	指導 有無	No.	指導内容/気付き
	【アセスメント】				
46	ニーズ把握が不十分な場合、課題整理総括表の利用等をしているか	□	□		
【 ケアプラン1表 】					
47	作成日・説明・同意日等の整合性は適切か	□	□		
48	初回・紹介・継続・暫定などの理解	□	□		
49	本人・関係者の言葉・希望を具体的に意向に反映できているか	□	□		
50	本人・関係者の意向が十分に把握できない場合の配慮ができてきているか	□	□		
51	審査会意見の記載	□	□		
52	総合的な援助方針でチームの共通認識を明確にできているか	□	□		
53	生活援助中心型の記載 その他の場合具体的な理由	□	□		
【 ケアプラン2表 】					
54	本人主体・視点のニーズになっているか	□	□		
55	ニーズは優先度の高い順になっているか	□	□		
56	長期目標は具体的に目指すべき生活像になっているか	□	□		
57	短期目標は具体的な本人の活動像になっているか	□	□		
58	安心・安全を使うときにはその意味を説明できるか	□	□		
59	関係者・支援者の目標になっていないか	□	□		
60	目標期間・サービス実施期間は適切か	□	□		
61	サービス利用を前提とした目標になっていないか	□	□		
62	サービス内容は本人主体となっているか(セルフケア)	□	□		
63	家族・関係者の取り組み内容について考えているか	□	□		
64	インフォーマル支援の視点があるか	□	□		
65	アセスメント結果とサービスの頻度の整合性はあるか	□	□		
66	福祉用具の利用・購入の整合性・説明はできるか	□	□		
67	本人・家族の意向を踏まえた事業所を選定しているか	□	□		

No.	カテゴリ	確認する視点・ポイント
	【アセスメント】	
46	ニーズ把握が不十分な場合、課題整理総括表の利用等をしているか	ニーズの抽出が不十分な場合に、アセスメントフェースシートだけでなく、ICFの視点や適切なケアマネジメント手法の活用、課題整理総括表による分析、その他可視化できる手段を活用し、ニーズ把握に努める意識があるか。 ※この項目は、チェックではなく指導内容として確認する。
【 ケアプラン1表 】		
47	作成日・説明・同意日等の整合性は適切か	適切な記載になっているか。整合性があるか（例：アセスメントする前の日付でケアプランが作成されていないか等）。
48	初回・紹介・継続・暫定などの理解	初回・紹介・継続の理解の有無（当該事業所においてはじめて居宅介護支援を受ける場合【初回】/他の居宅事業所又は介護保険施設にて居宅介護支援を受けている状態から紹介の場合【紹介】/当該事業所において既に居宅介護支援を受けている場合【継続】/当該事業所において過去に提供した経緯があり、一定期間経過後に介護保健施設から紹介を受けた場合【紹介および継続の両方】）。申請中の場合は暫定プランがあるか。
49	本人・関係者の言葉・希望を具体的に意向に反映できているか	話した内容を記載するだけでなく、本人、家族関係者が具体的にこうなりたいというイメージを記載すると良い旨、説明する。（話している言葉が「主訴」として安易に考えない）どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのように生活したいと考えているのか。「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているかを確認する。
50	本人・関係者の意向が十分に把握できない場合の配慮ができてきているか	本人による意思決定が困難な場合、関係者に最大限ご本人の状況をイメージしてもらい、本人の意向が確認できるように努めているか確認する。※意思決定支援ガイドラインの内容の理解と活用
51	審査会意見の記載	意見があれば記載する。未記入の場合も「特になし」「意見なし」などと記載することができているか確認する。 ※介護保険法第八十条第二項「指定居宅介護支援事業者は、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、その意見に配慮して、指定居宅介護支援を提供するよう努めなければならない」より
52	総合的な援助方針でチームの共通認識を明確にできているか	本人、家族関係者を主体として、望む生活の体現、チームの方向性、取り組む内容を具体的に記載することができているか。必要に応じ、災害時や緊急時などの対応について触れることができているか。ネガティブな印象を与える表現や、専門用語、具体的サービス名をあまり使わず記載しているか。※本人を主役・中心としてとらえる
53	生活援助中心型の記載 その他の場合具体的な理由	生活援助中心型のヘルパー利用の場合、理由が記載できているか。その他の場合は、多くの人に当てはまるような内容ではなく、個別の事情がわかるように表記することが望ましい。 ※利用上の制限などをケアマネが適正に把握しているか確認する。
【 ケアプラン2表 】		
54	本人主体・視点のニーズになっているか	本人から見たニーズになっているかを確認する。
55	ニーズは優先度の高い順になっているか	本人の希望や緊急性を、専門職として判断し、ニーズの高い順に記載することができているか確認する。 ※どのようにして優先順位を決めているか（個々の解決すべき課題（ニーズ）と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原則として優先度合いの高いものから順に記載する）
56	長期目標は具体的に目指すべき生活像になっているか	食事や排泄、入浴などの日常基本生活動作、本人の意欲などを踏まえたうえで、抽象的な表現をできるだけ避けることができているか。短期目標とのステップとして生活像を意識した設定ができているか確認する。
57	短期目標は具体的な本人の活動像になっているか	その取り組みに対し、誰にでもわかりやすい具体的な内容かつ目標は実際に解決が可能と見込まれるものになっているか、評価しやすい状態像を意識した明確なものになっているか。支援者が主語となっている表現にならないように注意する。
58	安心・安全を使うときにはその意味を説明できるか	言葉の使用をしてはいけないわけではなく、利用者にとっての安心や安全を専門職としてどう捉えているかを確認し、それが説明できるか確認する。（何が本人にとっての安心・安全であるのか具体的に説明できるうえで使用しているか）
59	関係者・支援者の目標になっていないか	本来取り組むべき達成すべき人が誰なのかという視点がずれていないか。
60	目標期間・サービス実施期間は適切か	持病やケガなどの状況により改善できる部分は短く設定するなど、目標ごとに個別の期間設定が行えているか。また、その視点が持っているかの確認を行う。「長期目標期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。「短期目標期間」は「長期目標」の達成のために踏むべき段階として期間を設定する。期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。
61	サービス利用を前提とした目標になっていないか	そのサービスを受けたいからこの目標にするなど、安易な目標ニーズ設定になっていないか確認をする。なっていた場合には、どのような表現が適切か検討する。
62	サービス内容は本人主体となっているか(セルフケア)	本人の目標であることを認識し、原則として各項目に、本人の目標に対する意欲を踏まえて、自身が実施する行動等、内容の記載があるか。
63	家族・関係者の取り組み内容について考えているか	7番を把握したうえで、家族・関係者の意向をふまえた、関係性・役割の記載があるか。
64	インフォーマル支援の視点があるか	10番を把握したうえで、介護保険や公的サービス以外のインフォーマル支援を取り入れる視点があるか確認する。本人が居住する地域の社会資源などを把握しているか確認する。
65	アセスメント結果とサービスの頻度の整合性はあるか	ただ、望まれる回数ではなく、アセスメントの上、本人の状況や環境（家族支援・在宅生活等、幅広い視点）から判断した頻度で支援の計画が作成出来ているか確認する。
66	福祉用具の利用・購入の整合性・説明はできるか	福祉用具の利用について、必要とする理由が明らかになるように記載しているか。貸与と購入の違いの理解、終了の視点等が持てているか。心身の状況に合わないことで自立を妨げるおそれもあり、適切な福祉用具が選定され、利用されるようにすることが意識できているかを確認する。
67	本人・家族の意向を踏まえた事業所を選定しているか	安易に、併設事業所だから、近いから、といった理由ではなく、ニーズに対して取り組むべき事業所を紹介することができているか。また、ニーズを踏まえ、必要に応じ、複数の事業所の特色説明、紹介ができているか確認する。

No.	カテゴリ	実施 確認	指導 有無	No.	指導内容／気付き
	【ケアプラン3表】				
68	第2表と整合性はとれているか(頻度・時間等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
69	日課等についてアセスメントとの整合性があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
70	日課の記載と記載の必要性について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
71	家族やインフォーマル支援について記載があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
72	週単位以外のサービスの記載があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
【 ケアプラン4表／サービス担当者会議の要点 】					
73	担当者会議を開催しているか、しない場合の理由・照会内容が適切か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
74	本人・家族等の出席があるか、ない場合の理由・意見確認は適切か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
75	2表に記載のある関係者の出席があるか、ない場合の理由・意見確認は適切か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
76	本人を中心に参加者全員の意見が明確になっているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
77	議題の内容と結果に整合性があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
78	会議録を本人・家族・関係者に配布しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
【 支援経過（第5表）・その他 】					
79	相談を受けてからの経緯が記載してあるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
80	一連のマネジメントの経過の記載があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
81	定期訪問を月1回以上実施しているか(オンラインの場合も確認)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
82	定期訪問できない場合は理由が明確、適切か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
83	サービス事業所との連絡、状況共有、モニタリング実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
84	利用者の状況・状態の記載コピー＆ペーストではないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
85	ケアプランを本人・家族・関係者・主治医に提出しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
86	各事業所の個別サービス計画書を、内容確認の上保管し、適宜提出依頼しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

No.	カテゴリ	確認する視点・ポイント
	【ケアプラン3表】	
68	第2表と整合性はとれているか(頻度・時間等)	第2表に位置付けたサービスの種別や回数等と相違が無い確認する。
69	日課等についてアセスメントとの整合性があるか	アセスメントで確認した日課と3表に記載されている日課が相違ないか確認する。※「主な日常生活上の活動」欄への記載
70	日課の記載と記載の必要性について	公的サービス以外にも、本人のセルフケアを含む生活全体の流れ、活動内容、受診やその他の取り組みが記載されているか。活動内容を記載する必要性について理解しているか確認する。
71	家族やインフォーマル支援について記載があるか	本人の日課や活動だけでなく、同居家族や生活に関わりのある関係者の対応、家族の来訪や支援、仕事等の時間について、必要に応じ、記載することができているか確認する。
72	週単位以外のサービスの記載があるか	各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される日常生活全般を支援するサービス」など記載することができているか。
【 ケアプラン4表／サービス担当者会議の要点 】		
73	担当者会議を開催しているか、しない場合の理由・照会内容が適切か	担当者会議を開催しているか。また、要点を作成し開催時の記録を残しているか。開催していない場合は、理由とに妥当性があるか、照会等、情報共有のツールの活用の有無等について記録を残しているか確認する。
74	本人・家族等の出席があるか、ない場合の理由・意見確認は適切か	ケアプラン第2表に位置づけている家族・関係者（インフォーマルも含む）・主治医に出席を促しているか。出席がない場合、欠席の理由と意見が適切に確認され、支援に反映されているか確認する。
75	2表に記載のある関係者の出席があるか、ない場合の理由・意見確認は適切か	本人・家族の同意（計画原案）のもと、本人の意見を一つひとつ明確に確認しているか。また、参加者全員の意見をしっかり確認し、合意形成を図っているか。新規または更新（区変）時に開催した場合、計画原案の検討を目的としているか。その記載があるか確認する。
76	本人を中心に参加者全員の意見が明確になっているか	本人の意見を明確に確認することができているか、また、参加者全員の意見をしっかり確認することができているか。
77	議題の内容と結果に整合性があるか	議題に対する結論を記載しているか。目指すべき方向性が明確になっているか。それぞれの検討内容において、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載できているか確認する。
78	会議録を本人・家族・関係者に配布しているか	本人・家族・関係者・事業者等、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載しているか。参加できなかった者を含め、第2表に位置付けられた関係者と会議の内容について情報共有ができているか確認する。
【 支援経過（第5表）・その他 】		
79	相談を受けてからの経緯が記載してあるか	相談の経緯、目的等、記録ができているか確認する。
80	一連のマネジメントの経過の記載があるか	相談の受付・居宅契約・初回アセスメント・サービス担当者会議・定期的なモニタリング・評価の実施・再アセスメント、随時、本人、家族、関係機関等からの報告、その他手続を行ったこと等について記録しているか確認する。
81	定期訪問を月1回以上実施しているか(オンラインの場合も確認)	原則、月に一回の居宅訪問。居宅でない場合はその理由。また、オンラインで実施する場合も、理由や必要事項についての記録がされているか。訪問日時や「モニタリング訪問」といったように、モニタリングのための訪問であるとわかるように記載されているか。訪問の開始時刻および終了時刻を記録しているか確認する。
82	定期訪問できない場合は理由が明確、適切か	感染症や災害、入院しているなどの状況によりやむを得ず定期訪問ができない場合はその理由が記録されているか。訪問を拒否された場合は、具体的な状況や背景を把握し、改善についても検討されているか確認する。
83	サービス事業所との連絡、状況共有、モニタリング実施	各関係者、事業所から情報を得る取り組みを行っているか。短期目標達成に向けた進捗状況や評価を得ているか。専門職からの助言を得る意識があるか確認する。
84	利用者の状況・状態の記載コピー＆ペーストではないか	総評については、月々のモニタリングの中で、「①本人・家族等の意向」「②事業所のモニタリング内容」（NO.82・83）を踏まえ、支援目標に対する進捗状況を把握し、継続・変更の視点で「③担当CMの総評」が記載されているかを確認する。○ケアマネジャーとしての居宅サービス計画の継続・変更の必要性等について記載しているか。
85	ケアプランを本人・家族・関係者・主治医に提出しているか	主治医を含む関係者にケアプランを配布しているか確認する。
86	各事業所の個別サービス計画書を、内容確認の上保管し、適宜提出依頼しているか	サービス事業所からの個別サービス計画書を受け取り、ケアプランとの整合性を確認し、内容について事業所との照会ができて（ケアマネジメントの質の向上）いるか。また、提出が無い場合には、提出の依頼、促しをしているか確認する。