ケアプラン自己点検表（令和3年4月改定版）

利用者氏名		被保険者番号	
ケアプラン作成日		点 検 日	

〇適切である　△一部適切でない
×不適切である　／　該当なし

点検項目		結果
課題分析（ｱｾｽﾒﾝﾄ）	ケアプラン作成前に利用者の居宅を訪問したうえで、利用者及びその家族に面接して行い、課題分析項目をすべて確認できている（生活全般・ケア部分・総括部分）	
	心身状況の変化等に応じて、課題分析を随時行っている。	
居宅サービス計画書（ケアプラン）		
	原案の内容について、利用者等に説明し、利用者の同意を得て、ケアプランを交付している。 ※ケアプラン作成の流れ：原案作成→サービス担当者会議→同意を得る→ケアプラン作成→交付	
	作成日と同意日は同日である。（作成日は利用者とケアマネとの間で原案について説明・同意がなされた日）	
第1表	利用者及び家族の生活に対する意向はアセスメントの結果と合致し、利用者と家族の主訴を区別している。	
	生活援助を位置付ける場合、生活援助中心型の算定理由について記載している。また、その理由は明確かつ適切である。	
第2表	（生活全般の解決すべき課題）	
	課題分析票に記載された結果をもとに本人の課題を導きだしている。	
	優先度合いの高いものから順に記載し、課題の整理が行えている。	
	（長期目標・短期目標の内容）	
	誤った目標（支援者側の目標やサービス内容が目標となっている等）や「安全に暮らす」等の抽象的な目標を設定していない。	
	短期目標は長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。	
	（援助の内容）	
	短期目標を基本として、介護内容や種類を決定している。	
	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。	
	サービスに偏りがない。	
	第3表及び利用票と一致している。（加算等の必要性も位置づける。）	
	サービス内容は適正である。（内容、時間、頻度等）	
	（その他）	
	家族等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。	
	自立支援・重度化防止の観点で利用者本人が「できること」「できるようになること」に着目したケアプランとなっているか。できることまで介助してしまっていないか。	
	先にサービス内容や回数から設定せず、「生活全般の解決すべき課題」から作成している。（右からではなく、左から作成）	

点検項目		結果
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。また、内容は第2表及び利用票の予定と一致している。	
	「主な日常生活上の活動」について記載している。また、位置付けたサービスと整合性がある。	
	下欄に週単位以外の支援やサービスについて記載している。	
サービス担当者会議の要点・サービス担当者に対する照会内容		
第4表	必要な時期にサービス担当者会議を開催している。	
	医療系サービス利用の場合は、主治医の参加または指示を確認し記録している。	
	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。参加できなかったメンバーの意見等を照会し記載している。	
居宅介護支援経過・モニタリングの結果		
第5表	サービス担当者会議の開催、ケアプランを作成し、利用者に交付したこと等、行ったケアマネジメントについて記載している。	
	少なくとも月1回居宅で利用者と面接し、面接内容を記載している。	
	「軽微な変更」がある場合、その内容及び必要性を明確に記載している。	
ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞの結果	少なくとも1ヶ月1回、モニタリング結果として以下の内容を記載している。 ①利用者やその家族の意向・満足度等、②援助目標の達成度、③事業者との調整内容、④新たな課題、在宅における介護の状況の変化等によるケアプランの変更の必要性等についての結果	
	ケアプラン変更に至った経緯がﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞの結果で明らかにされている。	
サービス利用票及び利用票別表		
第6表 第7表	利用票の予定について、ケアプランと一致している。	
	利用票の実績について、実際のサービス利用実績と一致している。	
	必要に応じてケアプランとともに再作成している。	
	予定と実績が異なる場合、その内容の詳細を居宅介護支援経過等に記録している。	
【訪問介護】を位置付ける場合		
	生活援助を位置付ける場合は、利用者が単身である場合等の理由がある。	
	生活援助中心型について一定の回数を超えて位置付ける場合は、市に届出を行っている。	
	サービス頻度や提供時間は適切で、算定する単位数の時間区分を満たしている。（例：身体1生活3は20分以上30分未満の身体介護＋70分以上の生活援助）	
	「直接本人の援助」に該当しない行為や「日常生活の援助」に該当しない行為等、介護保険の範囲を超えたサービスを位置付けていない。	
【乗降介助】を位置付ける場合		
	適切なアセスメント等を通じて、以下についてケアプランに記載している。 ①病院等に必要であることその他車両への乗降が必要な理由②利用者の心身の状況から乗降時の介助行為を要すると判断した旨③総合的な援助の一環として、解決すべき課題に応じた他の援助と均衡していること	
	「通院等のための乗車又は降車の介助」と「身体介護中心型」の区分については適切である。	

点検項目		結果
【医療系サービス】を位置付ける場合		
	主治医の指示（傷病・必要性・実施内容・実施期間など）を確認している。また、確認した指示内容を記録している。	
	ケアプランを医師に交付している。	
【福祉用具貸与・販売】を位置付ける場合		
	サービス担当者会議を開催し、ケアプランに福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載している。また、必要性を検討し選定した過程を別途記載している。	
	軽度者にかかる貸与について、調査票で判断する場合は、調査票を入手し、その内容について福祉用具貸与事業所に文書で報告している。それ以外の場合は、主治医の意見を聴取し、サービス担当者会議で検討し、市に理由書を提出している。	
	ケアプランに貸与・販売の品目（特殊寝台付属品、車いす付属品を含む）を記載している。	
	必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、貸与の必要性を検証している。	
認定が出るまでの間、介護サービスを位置付ける場合		
	一連のケアマネジメントを経て、暫定ケアプランを作成している。	
	認定決定後、確定ケアプランを作成している。	
その他		
	サービスの変更にあたっては、ケアプランを変更し、作成時と同様の一連の業務を行なっている。	
	居宅介護支援の提供開始に際し、利用者に対して、利用者は複数のサービス事業者を紹介するよう求めることができること、サービス事業者の選定理由の説明ができること等、文書を交付して説明を行っている。	
	サービス事業所の選択について、サービス内容を担えるもっともふさわしい事業所を利用者及び家族が選べるよう、公平な立場で情報提供している。	
	ケアプランをサービス事業所に交付している。	
	ケアプランに位置付けた居宅サービスの個別サービス計画を受領し、ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性について確認している。	
	給付管理票の作成にあたり、キャンセルの有無等、サービスの実施状況を確認している。また、サービス事業所の請求内容がケアプランの範囲内であることを確認し、適切に管理している。	
加算		
通院時情報連携加算	利用者が医師の診察を受ける際に同行し、必要な情報提供を受けたうえでその内容等を記録している。	
入院時情報連携加算	様式（国様式またはそれに準じたもの）に情報提供の内容等を記録している。	
	利用者が入院してから（Ⅰ）3日以内、（Ⅱ）7日以内に情報提供した場合に算定している。	
	一月に1回を限度に算定し、（Ⅰ）と（Ⅱ）の区分は適切である。	

点検項目		結果
退院・退所加算	情報提供書（国様式またはそれに準じたもの）に情報を記録している。	
	算定区分は適正である。（（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）イ、（Ⅱ）ロ、（Ⅲ））	
	（規定するカンファレンスの要件） ・入院中の医療機関の医師等が入院中の患者に対し、同意を得て退院後の在宅での療養上の指導を行うとき、在宅療養を担当する医師等、歯科医師等、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、介護支援専門員の5者のうち、いずれか3者以上と共同して指導を行ったもの。 ・退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じてカンファレンスに福祉用具専門相談員や作業療法士等が参加するもの。	
緊急時居宅ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ加算	カンファレンスの内容（実施日、カンファレンス参加者、要点等）が記録されている。	
	必要に応じてケアプランを変更し、サービスの調整を行っている。	
ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ加算	在宅にて死亡した末期がんの利用者である。	
	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上訪問している。	

点検結果
□ すべて○　　□ △（　　）個、×（　　）個 □ 網掛けのチェックに△または×がある→運営基準減算に該当する可能性あり
（運営基準減算に該当） □ あり（減算期間：　　～　　）　□ なし
（改善すべき事項）
（備考）