



「ケアプラン点検支援マニュアル」に基づく
ケアプラン自己点検シート

※ 「ケアプラン自己点検シート」の使い方

- A = 求められている理解や実践が問題なくクリアできている状況。
- B = 求められている理解や実践に若干の課題が残っている状況。
- C = 求められている理解や実践に若干の課題が何とか行えている状況。
- D = 求められている理解や実践がおぼつかない状況。
- E = 求められている理解や実践がほとんどできていない状況。

また、自己評価は自身のケアマネジメント全体の平均値としての自己評価とする。

I. 「ケアプラン点検支援マニュアルの指標」について

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
課題分析表	1	「自立支援」とは何かの説明ができる					
	2	アセスメントをすることとアセスメント表を記載することの違いが理解できている					
	3	「望む生活」とは何かを理解できている。					
	4	「望む生活」をアセスメントから導き出せている					
	5	「望む生活」を導き出すために必要な情報収集ができている					
	6	「望む生活」を導き出すために必要な情報分析ができている					
	7	「望む生活」を導き出すために利用者・家族と専門的援助関係が構築されている					
	8	「望む生活」を導き出すためにコミュニケーションができている					
	9	利用者・家族の「強さ」をアセスメントできている					
	10	利用者・家族の「強さ」を活用した自立支援に向けたアセスメントができている					
	11	利用者のできないことだけをアセスメントしていない					
居宅サービス計画書（1）	12	何のために・どのような支援を提供しようとしているのかが分かるように記載されている					
	13	「生活の意向」に利用者・家族の「望む生活」が表現されている					
	14	利用者の生活の意向、家族の生活の意向と書き分けできている					
	15	認定審査会意見が付されている場合のルールが理解でき、意見に沿った計画作成ができている					
	16	総合的援助方針に具体的なサービス種別が記載されていない					
	17	総合的援助方針がサービス提供者間で協議の上で合意がされて、共有できている					
	18	総合的援助方針が支援者チーム全体の進むべき方向性として表現されている					
	19	「生活援助中心型」の算定根拠が明確になっている					
	20	「生活援助中心型」の根拠を明確にするために、追加のアセスメントを実施するなどの根拠の明確化をしている					
	21	利用者・家族に計画の具体的な内容を、わかりやすく説明し、同意を得ている					
居宅サービス計画書（2）	22	「望む生活」の実現のために解決が必要な課題が設定されている					
	23	課題（ニーズ）は解決可能な具体的な課題として設定されている					
	24	課題は優先順位の高いものから設定されている					
	25	優先順位の設定根拠が明確にされている					
	26	優先順位の設定方法が理解できている					
	27	課題が利用者や家族が理解し、自分の（自分たちの）課題としてとらえやすい表現になっている					
	28	長期目標は課題解決のための「中間ゴール」として設定されている					
	29	長期目標は到達した状況が客観的に評価できる、具体的な状態像として設定されている					
	30	長期目標の達成期間は、目標到達のために必要な「時間」として設定されている。単に認定有効期間を設定していない					
	31	短期目標は、長期目標に到達するための「当面の目標」として、解決可能な具体的な目標として設定されている					
	32	短期目標は到達した状況が客観的に評価できる、具体的な状態像として設定されている					
	33	短期目標の達成期間は、目標到達のために必要な「時間」として設定されている。単に認定有効期間の半分としていない					

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
居宅サービス計画書(2)	34	サービス内容は短期目標を達成するために必要な支援が計画している					
	35	サービス内容の中に利用者自身の役割、家族の役割、インフォーマルな支援も必要に応じて位置付けられている					
	36	サービスの種別がサービス内容を提供するために必要な設備・人員配置・機能を有している種別が選定されている					
	37	サービス提供事業所は、サービス内容を提供するために必要な設備・人員配置・機能を有している事業所が選定されている					
三表	38	週単位以外のサービスが記載されている					
	39	利用者の生活リズムや家族の生活リズムが表記されている					

Ⅱ. 「ケアプラン点検支援マニュアル各論」について

1. 居宅サービス計画書(1)について							
項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問1について	40	認定情報が被保険者証を確認して記載されている					
	41	利用者の生活に対する意向が、単に面接開始時点の主訴としてだけではなく、「望む生活」として記載されている					
	42	家族の生活に対する意向が、家族として利用者がどのような暮らしをしてほしいのかが記載されている					
	43	利用者と家族の「生活の意向」が相反するものであった場合、表明されたまま記載されているとともに、調整してもなお相反する場合にはその内容を支援経過記録に記載されている					
	44	介護保険被保険者証を用いて認定審査会意見の有無及び内容を確認し、それが記載されている					
	45	総合的援助方針がサービス担当者会議の場で、専門職の意見を加えて協議され、合意された結果として記載されている					
	46	総合的援助方針が利用者の「望む生活」の実現のための支援全体の方向性を示している					
	47	「同居家族がいる場合の生活援助」の算定が必要な場合、事前に保険者と算定の是非について協議している					
質問2について	48	居宅サービス計画への同意の証として利用者もしくは法定代理人の同意印がある					
	49	課題が単に表明された要望を出発点としてその根拠や背景を探り、そこから「望む生活」を導き出し、その実現のために解決が必要な課題として、利用者・家族と共有されている					
	50	課題に対する利用者の課題解決能力を把握している					
	51	課題に対する家族の課題解決能力を把握している					
	52	例えば「告知されていないガン」のようなケースで、それに配慮したケアマネジメントが実践できている					
	53	心身の状況によって利用者自身の「望む生活」を十分に表明できないケースの場合、家族に代弁してもらう等の代替策をとっている					
	54	利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションの取り方を工夫し、情報を得やすくする対応を行っている					
	55	必要に応じて利用者・家族以外の関係者から、利用者・家族の了解を得て情報収集を行っている					

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問3 について	56	家族を「介護を提供する人」としてのとらえ方と、「介護を受ける人」というとらえ方の両方からとらえ、情報収集・分析をしている					
	57	家族の抱える「困難性」を把握している					
	58	家族の抱える困難性の解消のために必要な様々な情報提供やアドバイスを行っている					
	59	家族のエコマップを描いている					
	60	家族関係に配慮した情報提供やアドバイスを行っている					
	61	在宅介護の限界点について家族と協議している					
	62	在宅介護継続の中でのリスクを家族と協議し、その場合の対応を話し合っている					
	63	必要に応じて施設等の在宅介護以外の情報の提供をしている					
	64	介護費用について、負担上限額を確認し、その範囲内でケアマネジメントを展開するようにしている					
	65	負担の関係で支援が不足する場合、その不足をどうやって補うのかを家族や利用者と協議をし、決定している					
	66	家族の持つ「力」を増進するために必要な方策を提示し、家族と協議し、支援に取り入れている					
	67	「家族は介護して当然だ」というような価値観を押し付けていない					
	68	支援の中で家族の果たすべき役割を明確にしている					
69	支援者と家族との関係を明確にし、主体はだれかをはっきりとさせ、役割を明確にしている						
質問4 について	70	「語られた主訴」の背景分析ができ、求めていることが明確にされている					
	71	制度の仕組みやルールをわかりやすく説明し、介護保険給付として「できること」「できないこと」を明確にしている					
	72	介護保険給付でできないことを補うための手段を提示し、その利用方法などの説明をしている					
	73	到達可能なレベルの予後予測をし、利用者・家族に提示をしている					
	74	要望(デマンド)と課題(ニーズ)の違いが説明できる					
	75	「困っていること」とニーズとの関係性を説明できる					
質問5 について	76	「生活の意向」を実現するために関係者全体の進むべき方向性が明確に定まっている					
	77	方針の決定のために専門的見地に基づく意見を担当者会議の中で意図的に求めている					
	78	方針の決定段階において、利用者・家族の意向や意見を改めて確認し、それに沿った協議が行われている					
	79	ケアプラン原案に対して、サービス提供者からの意見を加えて修正がおこなわれている					
	80	総合的援助方針が利用者・家族が理解できる表現を用いて記載されている					
	81	総合的援助方針の決定にあたって、サービス担当者会議に欠席した専門職に、事前に意見を募り、その意見も加えた協議を行っている					
質問6 について	82	「生活援助中心型」とはどのような状況なのか理解している					
	83	同居親族がいる場合の生活援助の算定根拠を明確にするために「川崎市方式」などのツールがあることを理解している					
	84	保険者を納得させることができる根拠を明確にしている					
	85	訪問介護以外の選択肢を提示した上で、それらの方法では充足困難であることを確認している					

2. 居宅サービス計画書(2)について

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問1について	86	利用者の「していること」「できること」を分析し、そこからニーズを検討している					
	87	利用者の可能性を活用するような課題を設定している					
	88	「できない」の二面性を理解し、「不可能なこと」と「可能性があるけど活用していないこと」の違いに応じた支援を検討している					
	89	課題を生み出している直接的な原因だけではなく、その背景にある状況も把握して課題をとらえている					
	90	サービスを利用することを目的・目標とした課題設定にしていない					
	91	課題の表現に際してPCソフトにプレ・インストールされている「例文」をそのままの形で用いてはいない					
	92	課題が利用者や家族の問題点のみをとらえてはいない					
	93	自立支援の視点で課題が設定できている					
	94	課題が「変化することを求める課題」と「維持することを求める課題」の違いを理解し、違いに応じた課題設定をしている					
質問2について	95	優先順位決定根拠が説明できる					
	96	生命に直結する危険性があれば、最優先課題としている					
	97	介護支援専門員の考える優先順位と、利用者家族の考える優先順位との「すり合わせ」を行い、協議した結果として優先順位を決定している					
	98	支援を加えないと状況が悪化するであろう課題を利用者・家族と共有し、対策が講じられている					
	99	家族の介護負担の軽減も優先順位決定過程で協議されている					
	100	優先順位決定に際してサービス提供者も交えて協議をし、その結果で決定している					
質問3について	101	「安全」「安楽」などの抽象的な言葉で課題表現していない					
	102	課題が「望む生活」の実現に向けた課題として設定されている					
	103	「不可能なことの解決」を課題にしていない					
	104	課題が解決できた状況が利用者・家族にもイメージできるように設定されている					
	105	課題が単に「～できる・したい」という抽象的に表現されているのではなく、利用者にとって具体的な状況で表現されている					
	106	課題の根拠、課題がどのように導き出されているのかが説明できる					
	107	課題が利用者にとっての「自立支援」に結びつくものとして設定されている					
	108	課題が利用者や家族にとって「身近なもの」として理解されている					
	109	課題の設定の妥当性が担当者会議の中で協議され、合意されたものになっている					
質問4について	110	「できないこと」「困っていること」の違いが説明できる					
	111	「なぜ困っているのか」の原因や背景の分析をしている					
	112	「困っていること」の解決手段の提案がされ、それを利用者・家族と協議をして計画に反映している					
	113	「困っていること」の原因を解明し、そこから「自立支援」に向けた支援を計画している					
	114	困っていることの原因や背景を利用者・家族と一緒に考え、支援の方向性を定めている					
	115	困っていることの解消のために利用者自身や家族が果たすべき役割や活動を自ら考えられるような働きかけをしている					
	116	困難の原因を多角的に分析している					

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問5について	117	長期目標が「利用者の到達する状態」として設定されている。					
	118	長期目標が支援者の目指す目標やサービス内容(支援内容)のように設定されていない					
	119	長期目標は達成可能な状態として設定されている					
	120	目標到達のプロセスが確認できるように設定されている					
	121	長期目標がサービス担当者会議の中で協議され、合意されている					
	122	「期間に合わせた目標設定」ではなく、「目標の達成のために必要な期間」として期間が設定されている					
	123	期間設定に際して、必要に応じて専門職のアドバイスを求めている					
質問6について	124	短期目標が「利用者の到達する状態」として設定されている					
	125	短期目標が支援者の目指す目標やサービス内容(支援内容)のように設定されていない					
	126	短期目標は長期目標に到達するための当面の目標として、実現可能なものとして設定されている					
	127	サービス提供者や介護支援専門員だけでなく、利用者や家族も目標到達のプロセスが確認できるように設定されている					
	128	短期目標がサービス担当者会議の中で協議され、合意されている					
	129	「期間に合わせた目標設定」ではなく、「目標の達成のために必要な期間」として期間が設定されている					
	130	期間設定に際して、必要に応じて専門職のアドバイスを求めている					
	131	長期目標の達成のために短期目標が段階的に検討されている					
	132	短期目標がサービス提供者の個別サービス計画の目標になることを理解し、事業所が何を旨とするかが明確に示されている					
	133	「やらされている」目標、「与えられた目標」ではなく、「自らやりたいと思う目標」として設定されている					
質問7について	134	サービス内容は短期目標の達成のために必要な内容として設定されている					
	135	「サービス提供上の留意事項」や「サービスを提供する際のポイント」が記載され、それについて事業所と協議され、合意されている					
	136	サービス内容が事業所の丸投げしているように設定していない					
	137	サービス内容が事業所ごとの役割分担を明確にしたうえで、協力体制が構築されるように設定されている					
	138	医療系サービスを位置づける場合、主治医に確認をして指示を受けている					
	139	サービス内容に加算サービスが位置付けられている					
	140	加算サービスの必要性の根拠が明確にされている					
	141	インフォーマルな支援を位置づけている時、何ができて・何ができないのかを把握し、インフォーマル支援の限界を考慮して設定している					
	142	サービス(支援)が何を行うのかが具体的に、かつ明確に記載されている					
	143	サービス種別の選択根拠が明確に説明できる					
	144	種別の選択に当たって、利用者・家族に種別の機能・設備・人員配置などを説明し、理解が得られるような工夫をしている					
	145	事業所の選択にあたって、事業所の特徴やマイナスを伝え、利用者や家族の自己決定を支援している					
	146	短期目標を達成するために必要な頻度が設定できている。あるいは事業所の都合で必要な頻度が満たされない場合の代替策が講じられている					
	147	短期目標期間に連動したサービス提供機関が設定されている					

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問8について	148	エコマップが描ける					
	149	地域の社会資源の情報、利用方法を把握している					
	150	資源が不足している場合、アクションを起こしている					
	151	資源が不足している場合の代替策が検討されている					
	152	サービス提供事業所の特徴や機能を把握している					
	153	利用者のニーズ充足のために最も適した社会資源を提案している					
	154	一対一の関係性の中だけで種別選択をしていない					
質問9について	155	例えば通所介護と通所リハビリテーション、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションのように、機能的に似ている種別の利用の際に、ニーズに応じて使い分けをしている					
	156	計画作成の段階からモニタリングの計画を考慮している					
	157	いつ・どこで・誰から・どのような方法で・何を・何のために情報を得るのかが明らかになっている					
	158	頻度や回数設定にあたっては、サービス提供者の意見を確認し、利用者や家族の希望も確認して決定している					
	159	利用者や家族の希望通りの頻度や回数が満たされなかった場合、その後の対応を検討している					
	160	モニタリングとは何をすることなのか説明できる					
	161	サービス開始直後とサービス開始から時間が経過した段階とのモニタリングの視点の違いを説明できる					
162	モニタリングの結果を活用することが何をすることなのか説明できる						

3. 週間サービス計画について

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問1について	163	利用者の週間単位での生活リズムを把握している					
	164	利用者の週間単位での支援の全体構造を、利用者・家族、支援者間で共有できている					
	165	週単位以外のサービスの頻度や時間も記載されている					
質問2について	166	利用者の1日の生活のリズムや流れを把握している					
	167	家族の1日の生活のリズムや流れを把握している					
	168	1日の中で利用者が不安に感じている時間帯を把握している					
	169	1日の中で家族が不安や負担に感じている時間帯を把握している					
	170	利用者が「望む1日の生活リズム」を把握している					
質問3	171	家族が考える「利用者の望む1日の生活リズム」を把握している					
	172	利用者・家族が週単位の新しい生活の流れのイメージが持てたかを確認している					
質問4	173	週単位の支援体制の終了時期を明確にし、合意を得ている					
質問4	174	福祉用具を期間限定で利用する場合にはいつまで(どのような状態になるまで)の利用なのか分かるようになっている					

I. 「ケアプラン点検支援マニュアルの指標」について

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問1 について	175	使用しているツールでできること・できないことの説明ができ、できない部分の補足ができている					
	176	アセスメントにおける自分自身の得手不得手を把握でき、不得手な部分を補うために何をすべきかが理解できている					
	177	ICFモデル図、ジェノグラム、エコマップを活用してアセスメントをしている					
	178	利用者・家族との関係性が深まることによって新たに得られた情報を用いてアセスメントの見直しをしている					
	179	利用者の心身の負担を考慮したアセスメント時間になるように配慮している					
	180	短い時間の中でより精度の高いアセスメントが行えるようにトレーニングしている					
	181	収集した情報の関連性を検討し、表面的な課題や原因だけでなく、背景を明らかにした情報分析をしている					
質問2 について	182	アセスメントの際に、利用者・家族の許可を得て、他の関係者からの専門的な情報を入手し、アセスメントに活用している					
	183	認定調査結果、主治医意見書を入手し、アセスメントに活用している					
	184	認定調査結果、主治医意見書の取り扱いルールを理解し、ルールにのっとった対応をしている					
	185	「利用者のプラスの側面」を説明できる					
	186	「介護者のプラスの側面」を説明できる					
	187	利用者のケアマネジメントの展開のために、誰から・どのような情報を・何のために収集するのかが説明できる					
質問3 について	188	利用者にとってキーとなる情報が何だったのかが説明できる					
	189	利用者にとってキーとなる情報の根拠が説明できる					
	190	主訴が把握され、その背景にある情報の整理と理解ができている					
	191	ツールで示されている情報以外の情報も収集でき、アセスメントに活用できている					
	192	「利用者の生活の全体像」を描くために必要な情報が収集できている					
質問4 について	193	どのような経路で自事業所に相談が持ちかけられてきているのかを把握している					
	194	相談経路によって利用者側の期待していることの違いがあることを理解し、期待に応えるように対応している					
	195	相談開始時点で緊急性を評価し、対応している					
	196	インテーク段階で相談を介する上で必要な最低限度の情報を得ることができている					
	197	利用者が認定申請をしていない場合、申請の手続きの説明をし、申請に向けた支援をしている					
	198	表出された「相談内容」に対して、背景などを分析することなく支援を計画していない					
質問5 について	199	利用者の生活状況を、時系列に沿って把握している					
	200	利用者の「望む生活」が、利用者自身の価値観や周辺環境によって左右されることを理解し、価値観や周辺環境の情報を把握している					
	201	「していること」「できること」の違いが説明できる					
	202	「できること」を「していること」にするための方策が検討されている					

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問5について	203	「生活機能」とは何かを説明できる					
	204	「生活機能」と健康状態や利用者個人の価値観や生活歴、周辺の様々な環境の影響を把握している					
	205	利用者の生活歴や個人の価値観などを把握できるコミュニケーションができています					
質問6について	206	利用者がサービスを利用することによって自分の求めていた暮らしに近付いていると実感しているかを確認している					
	207	家族がサービスを利用することによって家族として求めていた暮らしに近付けているかを確認している					
	208	利用者・家族が満足できていない場合、その原因を協議し、原因を解明して対応している					
	209	介護保険給付以外の支援策の必要性を検討している					
	210	利用者自身が活躍できる場を設けている					
	211	家族の「介護力」が高まったかを確認している					
	212	家族の介護負担が軽減できたかを確認している					
質問7について	213	寝たきり老人日常生活自立度を適切に判断できる					
	214	認知症老人日常生活自立度を適切に判断できる					
	215	日常生活自立度を常に確認している					
	216	日常生活自立度に変化が生じた場合、どのような対応をしたらよいのかが理解している					
	217	日常生活自立度の変化に応じた対応ができています					
質問8について	218	相談開始時点の主訴の内容を利用者・家族に確認し、共有している					
	219	主訴の原因や背景情報を確認し、主訴の根拠を明らかにしている					
	220	緊急性の有無を確認し、必要に応じた対応をしている					
	221	真に求めていることを明らかにし、利用者・家族と協議し、合意形成している					
	222	課題や困難状況に応じた専門機関や専門職に関する情報提供を行っている					
	223	実際に支援が開始されるまでの間の対応のアドバイスなどを提供している					
質問9について	224	認定調査の判断基準を理解している					
	225	認定有効期間を確認し、期間に応じた計画作成をしている					
	226	認定結果と実際の現在の状況との間に「不整合」があった場合の対応を理解し、状況に応じた対応をしている					
	227	認定調査の状況を妄信するのではなく、実際に自分の目で状況を確認している					
	228	認定調査の特記事項や主治医意見書の内容をアセスメントに取り入れている					
質問10について	229	アセスメントの理由が明確にされている					
	230	アセスメントの理由によって集める情報が異なることを理解している					
	231	利用者の状態の急変によるアセスメントの場合、可及的速やかに必要なアセスメントが終了できるように努めている					
	232	少なくとも更新時のアセスメントの場合、これまでの支援の評価結果をアセスメント情報に加えている					
	233	どのような場合に再アセスメントが必要になるのかが説明でき、必要な場合に再アセスメントしている					
質問11	234	利用者の疾病の状況から、予後予測を考えている					
	235	疾病の悪化予防の方策が検討されている					
	236	健康状態に配慮した「望む生活」の支援ができています					

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問11について	237	健康状態と「望む生活」の支援の中で、重要視すべきことを主治医に確認し、対応している					
	238	健康状態に関する一般常識に基づいて、利用者の生活上に不必要な制限をしていない					
	239	健康状態の情報を単に疾病に関する情報だけではなく、疾病に伴う精神心理的な情報も確認できている					
	240	利用者の「普段の状況」を確認し、異常の発見ができている					
	241	家族の心身の健康状態を常に把握している					
質問12について	242	利用者のADLやIADLについて、「している活動」「できる活動」、「できないことのなかでも可能性のある活動」「現状では不可能な活動」というとらえ方をしている					
	243	ADLやIADLが場面や状況によって変動する場合、どのような時に・どのような状況になるのかを把握している					
	244	現在のADLやIADLの状況と居住環境の関連性を把握している					
	245	危険性に配慮した上で、実際に動作をしてもらって状況を確認している					
	246	利用者の予後について、家族の望んでいる予後を確認し、その妥当性を評価し、すり合わせをしている					
質問13について	247	認知症の中心症状と周辺症状の違いを理解している					
	248	認知症状に対する家族の受容の状況を把握し、状況に応じた支援をしている					
	249	医療の情報などを提供している					
	250	認知症の周辺症状による家族の負担やストレスを把握している					
	251	家族の負担やストレスの解消のためのアドバイスを提供したり、相談に乗っている					
	252	在宅介護の限界点を把握し、限界に到達した後の対応について協議をしている					
	253	利用者自身の生活の中での役割を考えている					
	254	利用者とのように接するとよいのかを考え、それについて支援者全体で情報の共有化を図っている					
255	状況に応じて地域包括支援センターに相談し、地域ぐるみでの支援を計画するなど、介護支援専門員が一人で悩み、抱え込まないように留意している						
質問14について	256	言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションを使い分けてコミュニケーションができている					
	257	利用者のコミュニケーション能力を把握している					
	258	利用者のコミュニケーション能力の低下を補う支援を計画している					
	259	利用者と地域の方々とのかかわり方を把握している					
	260	聴力や理解力以外にもコミュニケーション能力の低下が発生することを理解し、状況を確認している					
	261	利用者の生活環境の変化がコミュニケーションに及ぼす影響を把握している					
質問15について	262	利用者が疾病や障害によって関ることができなくなったり、関りが減った活動の有無を確認している					
	263	関りの変化に対する利用者や家族の気持ちを把握している					
	264	関りの改善が可能な場合、そのための手段を講じている					
	265	利用者の生活環境の変化の有無と、その影響を確認している					
	266	利用者の趣味や生きがいを今後の支援の中で活用するように計画をしている					
	267	社会参加の状況と利用者の心理の関連性を把握している					

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問16について	268	現在の排泄方法に至っている経緯を把握し、改善の可能性を検討している					
	269	家族の介護負担の軽減のできる排泄介助の方法について、専門職を交えて相談し、対応している					
	270	動線の工夫、環境の工夫など様々な検討を加え、排泄動作の自立性を高めるための支援を検討している					
	271	利用者の安心感を高め、自信の回復が可能になる支援を検討している					
	272	自宅での排泄だけではなくサービスの提供場所においても「連続した支援」「継続した支援」になるよう、支援の在り方を工夫している					
質問17について	273	食事の自己動作を維持改善するために必要になる食事の形態、自助具、食事介助の方法などを専門職を交えて協議をし、介護力を高めるための支援を提供している					
	274	経管栄養など医学的管理が必要な場合、医療との連携を図り、家族と医療とのパイプ作りをしている					
	275	医学的管理が優先され、食事の楽しみが阻害されないように配慮している					
質問18について	276	認知症などに伴う様々な活動が、「誰にとって・どのような問題」となっているのかの分析ができています					
	277	認知症のある利用者の行動の「意味・理由」の分析を、関係者全体で行っている					
	278	周囲の対応の状況と行動との関係性について注目し、情報収集し分析されている					
	279	近隣の方々の感じていることなどの情報収集ができています					
	280	「問題のある行動」の予後予測をし、リスクを共有している					
質問19について	281	ジェノグラムを作成するなど、家族間の関係性をアセスメントしている					
	282	家族の介護に対する意向・意欲を把握している					
	283	家族間におけるキーパーソン、介護におけるキーパーソンを把握し、必要な時に必要な人との連携が取れている					
	284	家族全体の心身の健康状態を把握している					
	285	介護者の休養を視野に入れたアセスメントをしている					
質問20について	286	家族の介護に対する実際にしていること・しようと思ってもできないこと、可能性の有無を把握している					
	287	介護負担の軽減のための情報を提供している					
	288	家族のストレスの解消のための支援を提供している					
	289	家族の介護力を高めるための支援の提供や、情報の提供をしている					
	290	家族の本音を聞き出せる関係が構築されている					
	291	家族の心身の健康状態などを継続的に把握している					
質問21について	292	自立した生活のためにはただだんにバリアフリーであることが大切ではないことを理解している					
	293	利用者の自立性を損なったり、事故の可能性のある居住環境を把握し、その解消のための方策が検討されている					
	294	福祉用具の利用や住宅改修の目的が明確にされている					
	295	福祉用具や住宅改修の目的に沿った支援が提供されている					
	296	福祉用具の選択根拠が明確にされている					
	297	福祉用具の利用の終了段階が明確にされている					
	298	福祉用具や住宅改修について、専門職からも情報を収集してアセスメントをしている					

項目	No.	確認項目と点検の視点	日付と評価結果				
質問22について	299	利用者にとって特に配慮すべき状況等が把握できている					
	300	利用者にとって特に配慮すべき状況等に応じた支援が展開できている					
	301	必要に応じて「家族全体の支援」を行うなど、利用者とその周辺環境全体を支援の対象と考えることができている					
	302	例えば「本人に告知されていない疾患」などの状況がある場合、その徹底のために必要な手段を講じている					
	303	リスクへの対応のために多くの関係者の関与が必要と思われるような場合、事前に情報提供や関与について了解を得ている					
質問23について	304	アセスメント結果について利用者・家族の合意を得ている					
	305	アセスメント場面において利用者・家族が遠慮することなく積極的にかかわるよう配慮している					
	306	利用者や家族が「頑張ってみたい」「やってみたい」と思えるように関わっている					
	307	守秘義務を徹底している					
	308	自己決定を行うために必要な情報が提供できている					
	309	相互の信頼関係を維持強化していくための配慮をしている					