

ケアプランチェックに係るケースに関する事前報告シート(介護支援専門員記入用)

事業所番号		事業所名	
介護支援専門員氏名		介護支援専門員番号	
利用者氏名		被保険者番号	

1	アセスメントやサービス担当者会議に同席を求めることができる家族はいない。	はい	いいえ
2	アセスメントやサービス担当者会議に同席以外の方法(電話、メール等)で連絡のとれる家族はいない。	はい	いいえ
3	モニタリングに同席を求めることができる家族はいない。	はい	いいえ
4	モニタリングに関し、同席以外の方法(電話、メール等)で連絡のとれる家族はいない。	はい	いいえ
5	当該利用者の水分摂取状況を確認したことがある。 ※「はい」の場合、記載した書面の写しを添えて提出。複数枚ある場合には1ページで可。	はい	いいえ
6	当該利用者は、朝8時頃～19時頃までの時間帯で、常に離床して過ごしている。	はい	いいえ
7	当該利用者は、感染症等など外出できない特段の理由がある。	はい	いいえ
8	家族は、同居・別居を問わず、また頻度を問わず何らかの形で本人の介護に関わっている。	はい	いいえ
9	利用している事業に全てに○印。(あんしん見守り事業・緊急通報システム事業・紙おむつ給付事業・他))		
10	No.9 以外のインフォーマルサポートの利用がある。ある場合は記載する。)	はい	いいえ
11	平成30年8月のケアプランの変更の有無。	はい	いいえ

評価指標		評価	CMシート	評価基準	
項目		有・無・他	該当項目No.		
基本事項に関する記載	1	受付日			受付日又はアセスメント実施日の記載があれば「有」
	2	受付対応者名			
	3	被保険者情報等			介護保険情報、健康保険、障害者手帳の有無、その他公費情報の有無
	4	課題分析の理由			初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等
	5	本人と面談の実施に関する記録			
	6	家族と面談又は連絡に関する記録	1	2	CMシート1、2のいずれか「はい」なら「他」に該当
	7	面談場所は自宅であることの記録			本表4。退院時作成のCPに対するアセスメントは、病院でも「有」に該当
	8	生活歴			病歴の記載のみは「無」に該当
	9	現在の生活状況			病気や通院に関する記載のみは「無」に該当
	10	障害高齢者の日常生活自立度			
	11	認知症高齢者の日常生活自立度			
	12	利用者の主訴や要望			
	13	家族の主訴や要望	2		連絡のつく家族もいない場合は「他」に該当
	14	No.13の主訴を記載した家族の続柄	2		連絡のつく家族もいない場合は「他」に該当
	15	家族の連絡先	2		CMシート2が「はい」なら「他」に該当
	16	経済状況			収入(年金の種類又は金額)、利用可能な介護費用額等あれば「有」
	17	ジェノグラム			「ジェノグラム」において以下の場合には、「無」とみなす。 (例1) 独居の場合、本人だけの記載の場合は「無」とみなす。 (例2) 家族構成は記載していても年齢未記入の場合、「無」とする。ただし別途、家族連絡先等に年齢記載があれば「有」とする。
	18	エコマップ			「エコマップ」において、以下のいずれかの記載がある場合には「有」と判断する。 ○家族・親族以外の記載がある場合(介護サービス、保険外サービス、知人・近隣・関係者等) ○関係性を示す、矢印、線の工夫がある場合
	19	キーバソン			ジェノグラム上、家族連絡先その他に「KP」等わかる記載があれば「有」
	20	間取り図			
	21	シートは課題分析項目を網羅			使用しているアセスメントシートは課題分析23項目を網羅している。
	22	アセスメントシートの全ての項目への記入			未記入項目は、聴取又は記入できない理由の記載があれば「有」
アセスメント項目評価	23	かかりつけ医			1か所以上記載されていれば「有」
	24	かかりつけ薬局			かかりつけではなくても処方箋薬局の記載があれば「有」
	25	既往歴の有無と内容の記載			主治医意見書「既往歴」欄に病歴の記載なければ「他」に該当
	26	主傷病			
	27	内服薬・処置			内服薬、処置が無い場合、その旨の記載があれば「有」に該当
	28	「一部介助」項目の特記			何が一部できて、できないのかの記載があれば「有」。 一部介助を選択した項目はなければ「他」
	29	「見守り」項目の特記			何を「見守り」するのか記載があれば「有」。 「見守り」を選択した項目がなければ「他」
	30	排泄は排尿と排便を分けている			
	31	排尿は「日中」、「夜間」の状態を分けて記載している			
	32	その利用者が一日に摂取すべき水分量の記載	5		その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている場合「有」 ※アセスメントシート以外の別紙がある場合はそちらでも可。※CMシートの「No.5」に関連。
	33	実際に摂取した水分量	5		その利用者が実際に摂取している一日の水分量の記載があれば「有」 ※アセスメントシート以外の別紙がある場合はそちらでも可。
	34	一日の食事の回数			
	35	各食事の時間			
	36	食事の大まかな内容又はカロリー数			大まかな食事内容やカロリー数は、ケアマネジャーや介護職が確認した内容も可。 カロリー数は、一食ごとでも、1日単位等でも可。
	37	BMI			
	38	口腔ケアの自立の程度			
	39	歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無			
	40	義歯ありの場合「動揺」の有無			義歯無の場合は、「他」に該当。「動揺」とは会話時、食事の際に義歯が不安定である状態。
41	一日の過ごし方			利用者の24時間の過ごし方。少なくとも起床、食事、排泄、服薬、入浴、他出、就寝等の主な生活状況の記載。	
42	離床、臥床の別の記載	6		No.41の24時間の過ごし方の記載欄がなければ「無」。24時間の過ごし方の活動状況に離床・臥床の別が明示されている場合「有」。CMシート6が「いいえ」の場合は、「他」に該当	
43	外出頻度と外出先	7		外出頻度と外出先の両方が記載されている場合に「有」。外出していない場合、外出の有無の記載があれば「有」。CMシート7が「はい」の場合は「他」に該当。	
44	本人の役割			本人の現在の役割又は希望・想定する役割が記載されていれば「有」。 役割は自宅内、自宅外を問わない。	
45	項目ごと、項目間で関連する分析結果を項目や分類ごとに確認(課題の有無チェックのみ)				
46	項目ごと、項目間で関連する分析結果を文章で記載			アセスメントシートに記載はなくても、課題整理総括表等の分析用紙を活用して抽出している場合は、「有」に該当	
サービス担当者会議項目評価	47	サービス担当者会議を開催している			
	48	開催理由			例：新規・更新・区変・退院・CP変更・課題の共有や検討等が「検討した項目」等に記載されていれば「有」
	49	本人の出席			
	50	家族の出席	1	2	CMシート1・2のいずれかが「はい」の場合は「他」に該当。
	51	サービス担当者の出席			①全ての担当者に会議招集の声をかけ、かつ②欠席者からサービス担当者会議開始前に照会の回答を受理している場合「有」。 ※照会依頼はかけても、サ担当前迄に回収していなければ「無」。
	52	開催時間は、介護保険サービス提供の時間外である			カレンダーとサービス利用票を照らし合わせる。 新規でサービス開始前の場合には「他」に該当。
	53	議題(検討項目)が明示されている			「検討した項目」又は「検討内容」に議題の記載があれば「有」とする。
	54	議題(検討項目)に沿った結論が記載されている			No.53「議題が明記」されていなければ、No.54は「無」 No.53「議題が明記」されており、かつそれにそった結論があれば「有」
	55	参加者の意見が記載されている			一議題に対していずれかの担当者の意見の記録があれば「有」とする。
	56	福祉用具貸与・販売に関する検討内容			福祉用具貸与・販売はCPに位置付けられていない場合「他」に該当
	57	残された課題			結論に至らない、時期を見て議論すべきこと等に関する記載がある場合は「有」。 特段課題がない場合は、担当者会議要点的「残された課題欄に『残された課題はない』旨の記載」があれば「有」と評価。何も記載されていなければ「無」と評価。
	58	次回開催時期			具体的な時期、又はどのようなタイミングで開催するか想定の記載があれば「有」

評価指標		評価	CMシート	評価基準	
項目		有・無・他	該当項目No.		
C P 1 表	59	ケアプランがある			
	60	作成年月日、同意年月日、署名・押印		No.60は、以下①～③の全てが○の場合、「有」に該当する。 ①作成及び同意年月日は、アセスメントと同日か、それより後である。 ②同意年月日は、作成年月日の同日またはそれ以降の日付である。 ③同意の署名と押印の両方がある。署名・押印ともに被保険者本人の氏名である。	
	61	利用者及び家族の生活に対する意向	2	No.61は、以下①～③の全てが○の場合、「有」に該当する。 ①本人の意向は、「本人によって語られた内容である」 ※本人が意思表出できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している。例えば「失語症のため（認知症重度のため）意思表示ない」といった記載は不可。 ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。 ※ただし、CMシート「No.2」が「はい」の場合には、記載がなくても「有」に該当。 ③本人の意向、家族の意向ともに、『生活に対する意向』を記載するものであり、単なるサービス種別やサービスの利用意向に関する記載のみではなく、現在あるいは将来に向けた生活に関する意向の記載がある。 ※例えば、一方には生活の意向はあるが、一方には生活に関する意向の記載がない場合は「無」に該当する。	
	62	審査会の意見		空欄は、「無」に該当。 審査会の意見がない場合には、「意見なし」、あるいは「無し」等を記載する。 審査会の意見の記載がある場合には、そのまま記載していること。	
	63	総合的な援助の方針は、その利用者にとっての自立の姿を描いている		以下のような記載ぶりの場合には、「無」に該当。 ・サービスの種別を記載し、「自立を支援します」、といった記載 ・本人の「らしさ」を言語化することなく、単に「『○○さんらしい』生活できるよう支援します」、といった記載。 ▶良い例 ・在宅生活を継続することで、大切にされてきたご家族の声や生活の音を聞きながら穏やかな気持ちで過ごせるよう、ご本人の安楽と介護負担の軽減を図る生活環境の整備、24時間体制の訪問看護と訪問診療による医療的なサポートが受けられる体制を整えます。 緊急連絡先：○○○-○○○○	
	64	緊急連絡先（家族）	2	4	CMシートNo.2、No.4が「はい」の場合は「他」に該当
	65	緊急連絡先（医療機関）			
	66	生活援助中心型の算定理由			・生活援助中心型に該当しない場合は「他」に該当 ・「その他」を選択している場合、具体的な理由の明示があれば「有」 ※点数除外項目
	67	No.66について「有」の場合、一定の回数を超えているか			・生活援助中心型に該当しない場合は「他」に該当 ・生活援助中心型に該当していても、介護度別の一定回数以上に達していなければ「他」に該当 【参考】2018/10/1以降、ケアプランの届け出が必要となる生活援助中心型の回数 (2018/5/10厚労省通知より、要介護1-3のみ抜粋) 要介護1：27回/月、要介護2：34回/月、要介護3：43回/月
	C P 2 表	68	アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの内容が記載されている。		
69		利用者に理解できる表記か			
70		目標の期間は適切か（長期目標）			開始・終了日ともに、認定の有効期間内であるか。
71		目標の期間は適切か（短期目標）			目標の開始・終了年月は認定の有効期間内であるか。
72		短期目標は、達成可能な目標か			以下①～③のいずれにも該当しない場合「有」 ①状態像から明らかに達成不可能な内容。 ②長期目標と同じ内容 ③サービスを利用することが目標とされている短期目標 例：「○○に通う」、「○○サービスを受ける」等
73		担当者欄に本人の役割設定			・サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」「利用者名」等記載されていれば可 ・本人の役割とは、どんなに小さなことでも良い。
74		担当者欄に家族の役割設定	1	2	・家族の介護への参加がある場合には、サービス種別、提供を行う事業所欄に記載されていれば可 ・CMシート「No.8」が「いいえ」の場合には、「他」に該当。 ・サービス付き高齢者向け住宅等に同居している場合には「他」に該当。
75		福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由			・福祉用具貸与・販売の利用がある場合は記載が必要。 「利用の理由」でなくとも「利用内容」でも可。 ・利用がない場合は「他」に該当
C P 3 表	76	介護保険外サービスの記載	9	10	・CMシートNo.9、No.10で「利用あり」で、2表に記入がなければ「無」 ・CMシートNo.9、No.10で「利用なし」の場合は「他」 ・CMシートNo.9、No.10に利用サービスの記載がなくても2表に記載されていれば「有」 ・サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは、ここでいう保険外サービスには該当しない。
	77	一日の過ごし方			・一日の過ごし方は、少なくとも①起就床、②食事、③服薬、④排せつに関する記載があること。 ・アセスメントの服薬状況や服薬管理で服薬の有無を確認し、服薬はしているのに3表に服薬に関する記載がもれていれば「無」に該当。 ・①～④の全ての項目について記載がある、またはそれ以上記載されている場合は「有」に該当。
	78	2表の内容に対応する週間計画の記載			・介護保険サービス、インフォーマルサポートを含め、2表に記載の内容に対応する週間計画の記載と内容・回数が同様であれば「有」。 ※週単位以外の記載は2表に記載されていないが、3表に記載されている場合も良しとする。 ・全て記載されていない・回数が異なる等違う点があれば「無」
	79	No.74家族の役割設定の3表への記載			・No.74。家族の役割設定がない場合には「他」に該当。 ・No.74。家族の役割設定がある場合には、毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄に記載されていれば「有」。 ・▶毎日のことなら「1日の過ごし方」に記載、曜日ごとなら「週間計画」、月単位のことなら「週単位以外」の欄
	80	サービス利用票・別表との連動			ケアプラン2表、3表とサービス利用票の記載は一致している。適宜生じる時間帯のずれは可とするが、適当たりの回数が異なるのは不可。

評価指標		項目	評価 有・無・他	CMシート 該当項目No.	評価基準	
居宅 介護 支援 経過	81	居宅サービス計画交付の記録（利用者）			<ul style="list-style-type: none"> ・交付の記録は、居宅介護支援経過以外の方法（記録シートや一覧表）でも可。 ・ただし今回は、別紙の提出を求めているため、本事業における判断としては、居宅介護支援経過上に交付に関する記載があれば「有」、なければ「無」とする。 ・ケアプランの交付の時期が提出された居宅介護支援経過の期間外の場合には「他」に該当。 	
	82	居宅サービス計画交付の記録（担当者）			<ul style="list-style-type: none"> ・交付の記録は、居宅介護支援経過以外の方法（記録シートや一覧表）でも可。 ・ただし今回は、別紙の提出を求めているため、本事業における判断としては、居宅介護支援経過上に交付に関する記載があれば「有」、なければ「無」とする。 ・ケアプランの交付の時期が提出された居宅介護支援経過の期間外の場合には「他」に該当。 	
	83	サービス担当者会議の招集			<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の開催時期が提出された居宅介護支援経過の期間外の場合には「他」に該当。 	
	84	欠席予定の担当者の意見照会			<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画に記載されたサービスの担当者が、サービス担当者会議に出席している場合には、居宅介護支援経過に招集の記載がなくても「有」とする。 ・居宅サービス計画に記載のサービス担当者のうち担当者会議に出席していない者がいる場合の取り扱いは次のとおり。 <p>今回のケアプランチェックではCMに対し負担感を考慮し照会依頼の文書の提出は求めている。従って判断方法は、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の要点を参照し、「欠席者の意見の共有や照会」に関する記載があれば「有」。 ・記載がなければ「無」に該当。 ・欠席者がいない場合、「他」に該当 ・サービス担当者会議の開催時期が提出された居宅介護支援経過の期間外の場合には「他」に該当。 	
	85	月1回以上の利用者宅へ訪問した記録			<ul style="list-style-type: none"> ・いつ（日付）、どこで（自宅）、誰（本人）と面談した事実の記載があること。 ・モニタリング内容の詳細は別紙でも可 	
	86	サービス事業所との連絡に関する記録			<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの記録に記載されている場合は「有」に該当 ※内容の詳細は問わない。サービス事業所からの報告書など連携の記録があれば「有」 	
居宅 介護 支援 経過	87	利用者との面談は自宅において月1回以上実施したモニタリングの記録			<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援経過の「モニタリングの記録」との相違は、モニタリング「内容の記載」の有無を確認する。モニタリングシートへの記載、モニタリングシートが無い場合には、居宅介護支援経過へのモニタリング内容の記載（短期目標の達成度、満足度等）があれば「有」。 ・利用者の入院等利用者の理由により実施できない場合は「他」に該当 	
	88	変化を捉える視点があるか			<ul style="list-style-type: none"> ・変化がわかる記載である ※全て同じ記載の場合には「無」に該当（いわゆるコピーペーストの状態） ※レ点チェックでも意見が付されていれば「有」 	
	89	本人から聴取しているか				
	90	家族からの聴取もしているか		3	4	CMシートNo.3.、No.4が「はい」の場合、「他」に該当。
	91	目標の達成度は評価されているか				
モ ニ タ リ ン グ	92	事業所からのモニタリング評価内容			<ul style="list-style-type: none"> ・当該月に行ったサービス事業所との連絡調整・利用者に関する情報の記載が居宅介護支援経過に記載がある場合は、「有」に該当 ・当該月のモニタリングシート、居宅介護支援経過のいずれにも記載されていない場合は「無」に該当。 	
	93	CM自身がモニタリングで収集した、又はサービス事業所から報告された服薬状況や口腔機能その他の本人の心身状態に関する変化を医療者に報告しているか			<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング情報、事業所からの提供情報として、以下のような内容がある場合、医療者への報告の記録がのこっていれば「有」に該当。 ・情報はあってもかかわらず、医療者への報告をしていなければ「無」 ・情報自体なければ「他」に該当 ※居宅介護支援経過に記載がある場合も「有」とする。 <p><医療者への報告事項に該当する情報例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している ・薬の服用を拒絶している ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている ・口臭や口腔内出血がある ・体重の増減が推測される見た目の変化がある ・食量や食事回数に変化がある ・下痢や便秘が続いている ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにもかかわらず提供されていない状況 	
	94	CPの変更を示唆する記載がある		11		<ul style="list-style-type: none"> ・CMシートNo.11が「はい」の場合に、モニタリングの記録又はケアプランを変更する前の段階の居宅介護支援経過にケアプランを変更する必要性を示唆する記載があれば「有」 ※レ点チェック、コメントいずれか又は両方あれば「有」 ・CMシートNo.11が「いいえ」の場合は、「他」に該当

※【評価基準の通則】

- ケアマネシートと提出された一連の書類の内容に齟齬がある場合、提出されたケアマネシートではなく、一連の提出されたケアプランを正とする。例えば、ケアマネシートNO.10ケアプラン変更の有無についてケアマネシートでは「いいえ」であっても実際のケアプランの帳票から実際のケアプランが変更されたことがわかった場合は、ケアプランは変更されているものとみなす。
- 書類に明記がなく、推し量らないとわからない場合は「無」とする。