

## ケアプランチェックシート

記入者(チェック実施者)	事例提出者	事業所名	事例番号

\* チェック欄については、チェック項目の内容ができている場合は「○」、できていない場合(確認が必要な場合)は「×」、概ねできている場合(一部確認が必要な場合)は「△」を記入。

### 第1表 居宅サービス計画書(1)

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
1	①利用者・家族がどのような生活をしたいと考えているかについて、それぞれの意向がそのまま記載されているか。		
2	②具体的な生活目標になっているか。		
3	③アセスメントにより抽出された課題に対応しているか。		
4	④第2表、第7表のサービス内容に生活援助中心型が記載されている場合は、1・2・3の該当箇所に○が付けられているか。「その他」の場合、具体的に必要な理由が記載されているか。		
5	⑤記載事項に漏れがないか。		

### 第2表 居宅サービス計画書(2)

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
6	①アセスメントの結果導き出されたニーズであり、自立を阻害する要因を解決するものとなっているか。		
7	②課題表現は、具体的にポジティブに書かれているか。		
8	③課題に対応した「最終的に目指す結果」、「達成可能な目標」となっているか。		
9	④長期目標を段階的に分けた「身近で具体的な目標」になっているか。		
10	⑤達成可能な期間となっており、モニタリングの目安となっているか。		
11	⑥目標に応じた個性のある期間となっているか。また、長期・短期目標の期間が同じでないか。		
12	⑦短期目標を達成するための具体的な生活目標に基づいたサービスになっているか。		
13	⑧介護保険制度だけでなく、他制度によるサービスや家族の支援を含むインフォーマルサービス等が記載されているか。また、医療系サービスが必要な場合、医師の意見を求めるなど適切にサービスに盛り込まれているか。		
14	⑨サービス担当者会議で合意した内容について、具体的に記載されているか。		
15	⑩生活援助中心型の場合や通所サービスで加算がある場合等、必要な理由が記載がされているか。福祉用具購入や住宅改修なども記載されているか。		
16	⑪サービス内容に応じて、サービス種別・提供事業所の名称が記載されているか。		
17	⑫サービス種別・事業所に偏りがないか。		
18	⑬モニタリングでの評価も参考にし、必要に応じて見直しを行っているか。		
19	⑭頻度・期間の設定は適切か。		

### 第3表 週間サービス計画表

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
20	①利用者の生活リズムや、サービスの提供時間等が一目で分かるようになっているか。		
21	②第2表で挙げたサービスを介護給付、セルフケア、インフォーマルサービスなど種類に関わらず全て記載しているか。		
22	③利用者の起床や食事、排泄、入浴、就寝、介護者のスケジュールなど、平均的な1日の過ごし方が記載されているか。		
23	④週単位以外のサービスが、インフォーマルサービスも含めて記載されているか。		

**第4表 サービス担当者会議の要点**

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
24	①必要な時期に実施しており、開催日がサービス開始前であるか。		
25	②利用者、家族、主治医を含め、関係するサービス担当者が出席しているか。		
26	③（欠席者がある場合）参加できなかった理由が事業者ごとに記載されているか。		
27	④開催の目的や検討した項目が分かりやすく箇条書きで記載されているか。		
28	⑤（欠席者がある場合）適切な時期に欠席者全員に照会され、回答については氏名がきちんと記載されているか。 また、回答内容は、検討項目に対応したものであるか。		
29	⑥検討項目ごとに記載されているか。		
30	⑦検討項目に対応した結論が具体的に記載されているか。		
31	⑧利用者や事業所の都合で実施できなかったサービスや必要と思われるが実施できていないサービスなどについて記載できているか。		
32	⑨サービス提供で問題が変化するなどの予測が付く場合は次回の開催について記載しているか。		

**第5表 居宅介護支援経過**

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
33	①支援の内容が、5W1Hを基本として分かりやすく記載されているか。		
34	②月に1度訪問し、モニタリングを行った記録があるか。新規の場合、サービス導入直後にモニタリングが行われているか。		
35	③居宅サービス計画書の交付年月日と、誰にどのような状況で交付したかを記載しているか。		
36	④アセスメント－計画原案作成－担当者会議開催－計画の確定－計画交付の流れは適切か。		

**第6表 サービス利用票**

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
37	①作成年月日の記載があるか。利用者または家族のサイン、捺印があるか。		
38	②被保険者証から転記されているか。		
39	③認定期間内での前月までの短期入所利用日数が記載されているか。		
40	④第2表、第3表との整合性がとれているか。		
41	⑤予定と実績は一致しているか。計画以外のサービスが提供されている場合、プランを変更し再作成しているか。		

**第7表 サービス利用票別表**

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
42	①第6表の予定、実績をもとにすべて転記しているか。		
43	②1単位単価の高いサービスを保険対象外としていないか。		
44	③限度額超過や限度額いっぱいになっていないか。		
45	④請求単位は適正か。		

## アセスメント表

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
46	①アセスメント方式は適切か。最低限、23項目の情報収集ができていますか。		
47	②単に23項目の状況を聞き取るだけでなく、聞き取った情報をもとに課題を分析・整理ができていますか。		
48	③利用者や家族の意向を尊重しているか。		
49	④アセスメントは利用者の居宅を訪問して行ったか。また、必要に応じ、利用者・家族以外の関係者からも情報を得ているか。		
50	⑤相談の主題（理由）について把握ができていますか。誰から情報を得たかが記載されているか。		
51	⑥現在の生活状況のみでなく、過去の生活歴や学歴、職歴、趣味なども聞き取れているか。できれば経済状況も確認ができていますか。		
52	⑦被保険者証の記載事項をきちんと確認ができていますか。		
53	⑧医療保険や生活保護、身体障害者手帳の有無等、介護保険以外の情報も把握ができていますか。		
54	⑨医療や地域の高齢者サービスなどインフォーマルサービスの利用状況についても聞き取れているか。		
55	⑩面談した時のみでなく、身近に関わっている他者からの情報も参考にして判断ができていますか。		
56	⑪利用者、家族それぞれの訴えや考え（困っていること、要望等）を個別に聞き取れているか。		
57	⑫認定情報をきちんと把握した上で計画書を作成しているか。		
58	⑬アセスメント理由が具体的に記載されているか。		
59	⑭既往歴や通院状況、服薬内容などに加え、病気の現在の状況及び予後、治療方針、日常生活への影響等についても記載されているか。		
60	⑮利用者の障害や病気に対する思いや受容について、きちんとアセスメントができていますか。		
61	⑯ADL、IADLに関する項目1つ1つについて、利用者が「できること」「していること」「できそうなこと」「手助けを受けていること」等が把握ができていますか。		
62	⑰なぜその状態か、生活で困っていることは何かを把握ができていますか。		
63	⑱「認知症」と判断した理由や程度、中核症状、周辺症状の内容、日常生活での支障等が具体的に記載されているか。		
64	⑲利用者、援助者の病気に対する理解や受診状況、治療状況などが把握ができていますか。		
65	⑳コミュニケーション方法やコミュニケーションがとれる相手が具体的に記載されているか。		
66	㉑社会的活動の内容や活動の頻度等が具体的に記載されているか。		
67	㉒排尿・排便方法、頻度、利用者及び家族の意向や困りごと等が具体的に記載されているか。		
68	㉓なぜその方法をとっているのか、その原因や背景を把握しているか。		
69	㉔じょく瘡がある場合は、大きさや程度、医療的処置をしているかどうか記載されているか。		
70	㉕原因や背景が把握ができていますか。		
71	㉖口腔衛生に関する項目が具体的に記載されているか。		
72	㉗問題がある場合、原因や背景が把握ができていますか。		
73	㉘食事の内容、介助の状況等が記載されているか。		
74	㉙食事を食べる上での困りごとについて、原因や背景が把握ができていますか。		
75	㉚問題行動の内容や頻度、問題行動が起きる原因や背景の分析等が具体的に記載されているか。		
76	㉛家族・近隣の人等がそれぞれどのような行動に対して問題と考えているのかを把握ができていますか。問題行動に対するストレス等が把握ができていますか。		
77	㉜介護者の介護状況や心身の状況を把握ができていますか。		
78	㉝利用者が行動する上で困っていることが、自宅内だけでなく周辺環境も含めて把握ができていますか。		
79	㉞利用者、介護者の両方について、特別に配慮すべきこと（家族の特別な事情や病気に関する重要情報等）が聞き取れているか。		

**評価できる点**

様式・項目番号等	内 容

**チェックをつけた理由(確認が必要な内容)**

様式・項目番号等	内 容

**面接での確認結果**

様式・項目番号等	内 容

**助言内容**

様式・項目番号等	内 容

\* 記入スペースが足りない場合は、適宜、様式を追加して下さい。