

事業所名		担当件数	件
職員名		自己チェックリスト実施日	

※記入上の注意点	・日頃関わっている介護予防サービス計画等への取り組み全般についての自己評価を記入してください。 ・各設問に対し、○：「できている」△：「一部できていない」×：「できていない」のいずれかを記入してください。
----------	---

		確認項目	チェック
記載事項の確認	1	本人家族に重要事項・個人情報保護・契約書等についての説明を行い、同意を得て交付し、その旨支援経過に記録している。	
	2	記載事項に漏れがないか確認している。	
アセスメント	3	計画を立案するにあたり、利用者が入院中など物理的な理由がある場合を除き、利用者宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行っている。	
アセスメント領域と現在の状況	4	各アセスメント領域において、「自分でしているか」「介助を必要とする場合どのように実施しているか」等全般について聴取を実施している。	
	5	利用者と家族のそれぞれの意向を記載している。	
本人・家族の意欲・意向	6	意向が否定的・消極的である場合、その原因や背景を分析した上で具体的な対策を検討している。	
	7	現在の課題だけでなく、将来どのようなことが起こるか予測される課題（リスク）についても検討している。	
領域における課題	8	課題が複数抽出された場合、優先順位を明確にしている。	
総合的課題	9	本人や家族の意向でなく、専門家である計画作成者がアセスメントを実施した結果導きだされた「目標と具体策」を記載している。	
	10	実現可能なものであり、介護保険サービスだけでなく、セルフケアやインフォーマルサービスの活用が含まれている。	
課題に対する目標と具体策の提案	11	具体策についての本人・家族の意向を確認し記載している。	
具体策についての意向 本人・家族	12	利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の3者が合意した目標を記載している。	
	13	目標は具体的に達成可能なものであり、利用者の好みや価値観を考慮した分かりやすく取り組みやすいものである。（支援者目線の目標になっていない、サービス内容を目標としていない。）	
目標	14	本人が自ら行うことや、家族が支援すること、インフォーマルサービスについて、誰が何をするのか具体的な支援内容を記載している。	
	15	本人の「単に自分でしたくない」「サービスを利用したい」という理由だけでサービスを決定していない。	
支援計画	16	利用者の選択に資するよう、地域のサービス事業者のサービス内容や利用料について、特定の事業者に偏ることなく、適正に情報提供している。	
	17	医療系サービスを計画に位置付ける場合は、利用者の同意を得て主治の医師等に意見を求め、作成した計画書を主治の医師等に交付している。	
	18	介護予防福祉用具貸与を計画に位置付ける場合は、介護予防サービス計画に貸与が必要な理由を記載するとともに、その継続の必要性についてサービス担当者会議で随時検証している。	
	19	介護予防特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載している。	
総合的な方針	20	期間の設定は3～6か月になっている。 ※福祉用具貸与のみ利用の場合、期間設定は最長1年までとする。ただし、その期間の中間（～6か月）で福祉用具事業者と連携した上で、継続の必要性の検証を実施し、その旨支援経過に記録している。	
	21	「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、ケアチームが、生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や留意点を分かりやすく記載している。	

確認項目		チェック	
サービス担当者会議	22	新規に計画を作成する場合若しくは計画を変更する（計画期間終了時も含む）場合、サービス担当者会議を開催している。	
	23	要介護・要支援更新認定を受けた場合、サービス担当者会議を開催している。	
	24	要介護等状態区分の変更の認定を受けた場合、サービス担当者会議を開催している。	
	25	サービス担当者会議には利用者・家族及び居宅サービス計画原案に位置付けた全てのサービス提供事業所等、必要なメンバーが出席している。（都合のつかない場合は照会している。）	
	26	利用者の課題、目標、支援の方針等の情報を共有し、各サービスが共通の目的を達成するために何ができるかについて、相互に理解している。	
	27	サービス担当者会議の要点及び担当者への照会内容について、記録している。	
	説明及び同意	28	サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ている。
交付	29	同意を得たサービス計画を利用者及び担当者に交付している。	
	30	サービスの担当者に対してサービス計画を交付する際には当該計画の主旨及び内容について十分に説明を行い、共有ができています。	
個別サービス計画の提出依頼	31	担当者にサービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、サービス計画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。	
事業所からの報告聴取	32	サービス担当者からサービスの提供状況や、利用者の状況等に関する報告を少なくとも月1回は聴取している。	
モニタリング	33	サービス提供した月から少なくとも1月に1回、モニタリングの結果について記録を残している。	
		モニタリングを行うにあたり、以下の①～③に該当する場合は、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接にて状況把握し、支援経過に記録している。	
	34	①サービスの提供開始月の翌月から起算して3月に1回	
	35	②計画に定めた期間が終了する月	
	36	③利用者の状況に著しい変化があったとき	
	37	訪問を実施しない月については、サービス事業所等への訪問や利用者への電話等の方法により、計画の実施状況について確認し、記録している。	
	38	サービス事業者から利用者に関する情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に関する情報のうち必要と思われるものを利用者の同意を得て主治の医師や歯科医師又は薬剤師に提供している。	
評価	39	サービス計画で定めた期間の終了時や状態の変化のある時には、サービス計画の実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定している。	

この自己チェックリストは自立支援に資するケアマネジメントのための振り返りとしてご活用ください。

※ は運営等に関する必須業務です。