

事業所名		担当件数	居宅 件	予防 件
介護支援専門員氏名		自己チェックリスト実施日		

※記入上の注意点	・日頃関わっている居宅サービス計画書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	利用者又は家族に重要事項・個人情報保護・契約書等についての説明を行い、利用者の同意を得て交付し、その旨を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。			
	4	利用者及び家族の困りごとを受け止め、その原因や背景を把握・分析した上でケアプランに反映させている。			
	5	アセスメントソフト等の都合により、一律同じような表現や課題分析になっていない。			
第1表	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	6	家族の「介護力（家族の支える力）」や、介護に対する思いを確認している。		
		7	利用者及び家族からの要望をそのままケアプランに反映させるだけでなく、その要望の背景や課題に注目して記載している。		
	総合的な援助の方針	8	利用者や家族が「望む生活」を目指して、ケアチームが取り組む内容や支援の方向性を分かりやすく記載している。		
		9	緊急事態が想定される場合は対応機関やその連絡先、対応の方法等を記載している。		
	生活援助中心型の算定理由	10	生活援助中心型の場合、算定理由を記載している。		
		11	生活援助中心型の判断に迷う場合は、保険者、地域包括支援センター等へ相談し、客観的な意見を求めるようにしている。		
	第2表	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	12	アセスメントにより抽出された「生活全般の解決すべき課題」と「利用者及び家族の生活に対する意向（第1表）」との間に関連性を持たせている。	
			13	自立支援に向けた分かりやすい内容で、利用者の取り組むべき課題が明らかとなった記載である。	
			14	利用サービスが先行した課題の抽出になっていない。	
			15	課題の中にサービスの種類を記載していない。	
長期目標		16	利用者及び家族の意向と介護支援専門員の見解を調整し、課題の優先順位を整理している。		
		17	個々の解決すべき課題に対応した達成可能な目標と期間設定になっている。		
		18	サービス内容を目標設定にしていない。		
短期目標		19	利用者目線の内容で、分かりやすく取り組みやすい目標設定にしている。		
		20	長期目標を達成するための段階的な目標と期間設定にしている。		
		21	サービス事業者が作成する個別サービス計画書を立てる際の指標となっている。		
サービス内容・サービス種別・頻度・期間	22	抽象的な目標設定でなく、利用者及び家族が具体的に何をするのかをイメージすることができる記載となっており、取り組む内容が分かるような記載になっている。			
	サービス内容	23	目標を達成するために必要な支援のポイントを記載している。		
		24	家族を含むインフォーマルな支援の記載がある。		
	サービス種別	25	利用者自身のセルフケアの記載がある。		
		26	サービスの利用頻度は「随時」「必要時」「希望時」ではなく、具体的な記載ができています。 ※定期巡回・随時対応型訪問介護看護の随時対応サービス及び随時訪問サービスは除く。		
	頻度・期間	27	加算の対象となっているサービス項目について漏れなく記載ができています。		
		28	サービス時間・曜日は利用者の必要性に応じて決定している。		

		確認項目	チェック
居宅サービス計画書原案作成	第3表	29	第2表の援助内容に記載したサービス（介護給付内外を問わない）の記載ができており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載をしている。
		30	夜間・土日のサービスの必要性も考慮している。
		31	主たる介護者の「介護への関わり」や不在の時間帯等について記載している。
		32	サービスを利用しない日の過ごし方を含め平均的な1日の過ごし方を「主な日常生活上の活動」「週単位以外のサービス」に記載し、利用者の生活を支援する体制の全体像が把握できている。
	その他	33	本人の単にやりたくないからという理由や、利用したいという理由だけで利用サービスを決定していない。
		34	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。
		35	医療サービスをケアプラン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、作成したケアプランを主治の医師等に交付している。
		36	福祉用具貸与をケアプランに位置付ける場合は、ケアプラン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。
		37	対象福祉用具をケアプランに位置付ける場合は、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供している。
		38	特定福祉用具販売をケアプランに位置付ける場合は、ケアプランに特定福祉用具販売が必要な理由を記載している。
サービス担当者会議	39	新規にケアプランを作成する場合又はケアプランを変更する（ケアプランの期間終了時も含む）場合、サービス担当者会議を開催している。（テレビ電話装置等を活用しての開催も含む）	
	40	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。	
	41	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。	
	42	サービス担当者会議には利用者・家族及びケアプラン原案に位置付けた全てのサービス事業者等の担当者等、必要なメンバーが出席している。（一部のサービス事業者の出席が望めない場合は照会している。）	
	43	サービス担当者会議の開催にあたっては、目的を明確に示している。	
	44	具体的な検討内容を記載しており、検討項目、検討内容、結論には関連性が見られる。	
	45	残された課題について確認をし、次回の開催時期の検討を行っている。	
説明及び同意	46	居宅サービス計画書（第1～3表、第6～7表）の原案の内容について、利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得て、その旨を支援経過に記録している。	
交付	47	同意を得たケアプランを利用者及びサービス担当者に交付している。	
	48	サービス担当者に対してケアプランを交付する際には、当該ケアプラン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	49	サービス担当者にケアプランを交付したときは、サービス担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、その旨を支援経過に記録している。また、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。	
モニタリング	50	モニタリングを行うにあたり、サービスの提供を開始する月から少なくとも月1回は利用者宅を訪問し、利用者に面接を行っている。	
	51	テレビ電話装置等を活用してモニタリングを行う場合、少なくとも2月に1回、利用者の居宅を訪問し利用者に面接している。	
	52	サービスの実施状況について、ケアプランに基づいて行われているかを確認している。	
	53	サービスの過不足の確認や、新たな課題の出現の有無について確認を行っている。	
	54	少なくとも月に1回、モニタリングの記録を残している。	
	55	サービス事業者等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認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師等又は薬剤師に提供している。	

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。

※ は運営基準減算の減算項目となります。この項目は適正なサービスの提供を確保するためのものであり、その他の運営基準に係る規定についても当然遵守してください。