

事業所名		担当件数	予防	件	居宅	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・支援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	ケアプラン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	利用者や家族の意向でなく、専門家であるケアプラン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	具体策についての利用者・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、ケアプラン作成者と利用者・家族の3者が合意した目標を記載している。	
	13	目標は具体的で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	利用者が自ら行うことや、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	利用者の「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	利用者によるサービス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。	
	18	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	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。	
	20	特定福祉用具販売をケアプランに位置付ける場合は、ケアプランに必要な理由を記載している。	
	21	期間設定は認定の有効期間を考慮して設定している。（3～6か月） ※福祉用具貸与のみの場合、期間設定は最長1年。その場合、期間の中間（～6か月）で利用者の状態等を確認した上で、福祉用具事業者と連携して継続の必要性を検証し、その旨を支援経過に記載している。	

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）	
	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。）	
	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サービス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	ケアプラン原案の内容について利用者又は家族に説明し、文書により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	29	同意を得たケアプランを利用者及び担当者に交付している。	
	30	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	31	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。	
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態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	サービスの提供を開始する月から少なくとも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、支援経過等に記録している。	
	34	①サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回	
	35	②ケアプランの期間が終了する月	
	36	③利用者の状況に著しい変化があったとき	
	37	テレビ電話装置等を活用してモニタリングを行う場合は、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して、連続する6月に1回利用者の居宅を訪問し利用者に面接をしている。	
	38	訪問を実施しない月（テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月は除く）については、サービス事業者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。	
	39	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や歯科医師又は薬剤師に提供している。	
評価	40	ケアプランの期間終了時や状態の変化のあるときには、ケアプランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、ケアプランの見直しをしている。	

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。