

(別紙)

自己点検評価リスト

事前確認	
<input type="checkbox"/>	利用者の被保険者証（要介護度、認定の有効期間、給付制限記載の有無）を確認していますか。 （有効期間の満了が近い場合は、要介護認定申請に必要な援助を行いましょう。）
<input type="checkbox"/>	利用者の負担割合証（あれば負担限度額認定証等）を確認していますか。
<input type="checkbox"/>	居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を提出していますか。
課題分析（アセスメント）	
<input type="checkbox"/>	適切な時期にアセスメントを行っていますか。
<input type="checkbox"/>	アセスメントツールが課題分析標準項目（23項目）を満たしており、適切に使えていますか。
<input type="checkbox"/>	利用者の身体・心理状態、生活環境等を情報収集し、利用者の姿や状況がわかるものとなっていますか。
<input type="checkbox"/>	利用者の残存能力や家族の介護力、望む生活の姿を把握し記載していますか。
<input type="checkbox"/>	利用者の困りごとやどうしていいかわからないという混乱の原因や背景を把握し、記載していますか。
<input type="checkbox"/>	利用者が今後どうなっていくのか、支援導入によりどのようになっていくのか予測していますか。
<input type="checkbox"/>	利用者の課題が明らかになっていますか。
居宅サービス計画書 第1表	
<input type="checkbox"/>	利用者の基本情報、居宅サービス計画作成者氏名、居宅サービス計画作成（変更）日、初回居宅サービス計画作成日、認定の有効期間、要介護区分などに記載漏れはありませんか。
<input type="checkbox"/>	利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果を適切に捉えていますか。
<input type="checkbox"/>	利用者及び家族が支援を受けて改善される生活を具体的にイメージできていますか。
<input type="checkbox"/>	単に利用者が発する言葉やサービスの希望のみの記載になっていませんか。
<input type="checkbox"/>	総合的な援助の方針はアセスメントにより抽出された課題に対応していますか。
<input type="checkbox"/>	利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認しあえる内容が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	緊急時が想定される場合、連絡先を記載していますか。
<input type="checkbox"/>	生活援助中心型を算定している場合は理由に○印をつけ、「その他」の時はその根拠を簡潔に明記していますか。
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書について、本人又は家族に説明し同意の上、「同意年月日」の記載と署名・押印による同意を得ていますか。
居宅サービス計画書 第2表	
<input type="checkbox"/>	アセスメントにより抽出された課題が生活全般の解決すべき課題（ニーズ）として記載されていますか。

<input type="checkbox"/>	「在宅生活を続ける」など、抽象的で誰にでも通用する課題（ニーズ）になっていませんか。
<input type="checkbox"/>	「〇〇を利用したい」など、単に利用者・家族の要望や困りごとをそのまま記載していませんか。
<input type="checkbox"/>	緊急性の高いものや、利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題から記載していますか。
<input type="checkbox"/>	長期目標は、抽出された課題ごとに、支援を受けながら利用者自身も努力する到達点として、具体的に記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	短期目標は、長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか。
<input type="checkbox"/>	「異常が早期発見できる」などと支援者側の目標ではなく、利用者自身の目標となっていますか。
<input type="checkbox"/>	「ヘルパーと買い物に行く」など、利用しようとするサービスを目標としていませんか。
<input type="checkbox"/>	「安全・安楽」や「できることは続ける」などといった抽象的な表現を使っていませんか。
<input type="checkbox"/>	援助内容は短期目標を達成するために必要なサービス内容になっていますか。
<input type="checkbox"/>	アセスメントに根拠が示されていないサービス内容になっていませんか。
<input type="checkbox"/>	家族を含むインフォーマルな支援や、セルフケアの位置付けはありますか。
<input type="checkbox"/>	サービス種類・頻度・期間が適切に記載されていますか。
週間サービス計画表 第3表	
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書（第2表）と週間サービス計画表の内容とが合っていますか。
<input type="checkbox"/>	家族を含むインフォーマルサービスなどの支援も記載していますか。
<input type="checkbox"/>	利用者の一日の生活リズムがわかるように、主な日常生活上の活動について記載していますか。
<input type="checkbox"/>	週単位以外の支援やサービスについて記載していますか。ない場合は「なし」と記載していますか。
サービス担当者会議の要点 第4表	
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議は適切な時期に開催されていますか。
<input type="checkbox"/>	各サービスの担当者の参加、もしくは欠席者への照会がありますか。
<input type="checkbox"/>	検討した項目や内容を具体的に記載し、担当者の役割分担が確認できる内容ですか。
<input type="checkbox"/>	医療系サービスを計画する必要性等について、主治医等の意見を聞き取り記載していますか。