

【番号： 】

自己点検評価シート

自己評価記入日： 年 月 日

被保険者番号		事業所名	
被保険者氏名		担当ケアマネ氏名	

できている：○ 不十分：△ できていない：× わからない：空白

内 容		チェック	確認事項等
課題分析 (アセスメントシート)	1 適切な時期にアセスメントを行っている。		
	2 アセスメントツールが課題分析標準項目（23項目）を満たしている。またツールを正しく使用している。		
	3 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る。		
	4 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る。		
	5 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る。		
	6 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なようになっていくのか予測している。		
	7 利用者の課題が明らかになっている。		

内 容		チェック	確認事項等
居宅サービス計画書 第1表	8	基本情報の漏れがない。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・要介護区分等	
	9	利用者及び家族の生活に対する意向	
	9-1	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られている。	
	9-2	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る。	
	9-3	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ない。	
	10	総合的な援助の方針	
	10-1	アセスメントにより抽出された課題に対応している。	
	10-2	利用者および家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。	
	10-3	緊急時が想定される場合、連絡先を記載している。	
	11	生活援助中心型の算定理由が該当する場合に1. 2. 3に○印をつけ、「その他」の時はその事情の内容（根拠）を簡潔明瞭に明記している。	
	12	居宅サービス計画書について、年月日の記載と署名・押印による同意がある。	

内 容		チェック	確認事項等
13	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）		
13-1	アセスメントにより抽出された課題がニーズに出ている。		
13-2	「在宅生活を続ける」等、抽象的で誰にでも通用するものとなっていない。		
13-3	「〇〇を利用したい」等と、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ない。		
13-4	緊急性の高いものや、利用者およ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る。		
14	長期・短期目標		
14-1	長期目標が、課題（ニーズ）ごとに、支援を受けながら自分自身も努力する到達点として、具体的に記載できている。		
14-2	短期目標が、長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっている。		
14-3	「異常が早期発見できる」等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る。		
14-4	「リハビリを続ける」「ヘルパーと買い物に行く」等、利用しようとするサービスを目標としない。		
14-5	目標に「安全・安楽」「できることは続ける」等といった抽象的な表現を使っていない。		
15	援助内容		
15-1	短期目標達成するために必要なサービス内容になっている。		
15-2	アセスメントに根拠が示されていないサービス内容を入れている。		
15-3	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がある。		
15-4	サービス種別・頻度・期間が適切に記載されている。		

居宅サービス計画書 第2表

内 容		チェック	確認事項等
週間サービス計画表 第3表	16	介護保険サービスが第2表と整合している。	
	17	家族を含むインフォーマルサービス等の支援も記載している。	
	18	主な日常生活上の活動について記載している。 (一日の生活リズムが分かる。)	
	19	週単位以外の支援やサービスについて記載している。ない場合は「なし」と記載している。	
サービス担当者会議の要点 第4表	20	適切な時期に開催されている。	
	21	各サービス担当者の参加もしくは照会がある。	
	22	検討した項目・内容が具体的に記載され、担当者の役割分担が確認できる記録となっている。	
	23	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る。	

【番号：記入しないでください】自己点検評価シート

自己評価記入日： ** 年 ** 月 ** 日

被保険者番号		事業所名	*****
被保険者氏名		担当ケアマネ氏名	** **

できている：○ 不十分：△ できていない：× わからない：空白

内 容		チェック	確認事項等
課題分析 (アセスメントシート)	1 適切な時期にアセスメントを行っている。		チェック欄で「不十分」や「できていない」と評価した場合は、その理由や気づいたことを記入してください。該当しない場合は空白でかまいません。
	2 アセスメントツールが課題分析標準項目（23項目）を満たしている。またツールを正しく使用している。		
	3 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る。		
	4 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る。		
	5 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る。		
	6 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る。		
	7 利用者の課題が明らかになっている。		

内 容		チェック	確認事項等
居宅サービス計画書 第1表	8	基本情報の漏れがない。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・要介護区分等	
	9	利用者及び家族の生活に対する意向	
	9-1	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られている。	
	9-2	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る。	
	9-3	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ない。	
	10	総合的な援助の方針	
	10-1	アセスメントにより抽出された課題に対応している。	
	10-2	利用者および家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。	
	10-3	緊急時が想定される場合、連絡先を記載している。	
	11	生活援助中心型の算定理由が該当する場合に1. 2. 3に○印をつけ、「その他」の時はその事情の内容（根拠）を簡潔明瞭に明記している。	
	12	居宅サービス計画書について、年月日の記載と署名・押印による同意がある。	

内 容		チェック	確認事項等
13	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）		
13-1	アセスメントにより抽出された課題がニーズに出ている。		
13-2	「在宅生活を続ける」等、抽象的で誰にでも通用するものとなっていない。		
13-3	「〇〇を利用したい」等と、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ない。		
13-4	緊急性の高いものや、利用者およ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る。		
14	長期・短期目標		
14-1	長期目標が、課題（ニーズ）ごとに、支援を受けながら自分自身も努力する到達点として、具体的に記載できている。		
14-2	短期目標が、長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっている。		
14-3	「異常が早期発見できる」等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る。		
14-4	「リハビリを続ける」「ヘルパーと買い物に行く」等、利用しようとするサービスを目標としない。		
14-5	目標に「安全・安楽」「できることは続ける」等といった抽象的な表現を使っていない。		
15	援助内容		
15-1	短期目標達成するために必要なサービス内容になっている。		
15-2	アセスメントに根拠が示されていないサービス内容を入れている。		
15-3	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がある。		
15-4	サービス種別・頻度・期間が適切に記載されている。		

居宅サービス計画書 第2表

内 容		チェック	確認事項等
週間サービス計画表 第3表	16	介護保険サービスが第2表と整合している。	
	17	家族を含むインフォーマルサービス等の支援も記載している。	
	18	主な日常生活上の活動について記載している。 (一日の生活リズムが分かる。)	
	19	週単位以外の支援やサービスについて記載している。ない場合は「なし」と記載している。	
サービス担当者会議の要点 第4表	20	適切な時期に開催されている。	
	21	各サービス担当者の参加もしくは照会がある。	
	22	検討した項目・内容が具体的に記載され、担当者の役割分担が確認できる記録となっている。	
	23	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る。	

チェックのリスト

-
- △
- ×