|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名・介護支援専門員名 |  | | |
| 利用者名 |  | 利用者被保険者番号 |  |
| 要介護度 | 要介護 1　2　3　4　5 | ケアプラン作成日 | 平成 年 月　　 日 |
| 認定日 | 平成　 年　 月　 日 | 同意日 | 平成　 年　 月　 日 |
| 認定有効期間 | 平成 年 月 　 日　～　平成 年 月 　 日 | | |
| 新規(認定済) ・ 有料(入所) ・ 有料(更新) | | 自己チェック日 | 平成 年 月 　 日 |

下記自己チェック欄に、できている場合はチェックしてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| アセスメントシート | 確認項目 | 自己 | 保険者 | 不適の事由等 |
| ①利用者の身体・心理状態・生活環境等を情報収集し、利用者の姿や状況を記載している。 | □ | □ |  |
| ②利用者の残存能力や家族の介護力、望む生活の姿を記載している。 | □ | □ |  |
| ③利用者の解決すべき課題を記載している。 | □ | □ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅サービス計画書　　第１表 | ①基本情報の漏れが無い。（居宅介護サービス計画作成者氏名・同意日等） | □ | □ |  |
| ②利用者及び家族の意向を具体的に記載している。（単に利用者が発した言葉を記載していない） | □ | □ |  |
| ③総合的な援助の方針 |  |  |  |
| 1.アセスメントにより抽出された課題に対応している。 | □ | □ |  |
| 2.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を記載している。 | □ | □ |  |
| 3.緊急連絡先①利用しているサービス事業所②主治医③家族を記載している。 | □ | □ |  |
| ④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）を簡潔明瞭に記載している。また、2・3の場合は町に届出をしている。 | □ | □ |  |
| ⑤居宅介護サービス計画書について、年月日の記載と署名・捺印による同意がある。本人が記載できない場合は、代筆者の氏名・続柄も記載している。 | □ | □ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第２表 | ①生活全般の解決すべき課題（ニーズ） |  |  |  |
| 1.アセスメントにより抽出された課題をニーズとして記載している。 | □ | □ |  |
| 2.ニーズの主語が本人である。 | □ | □ |  |
| 3.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。  （例）～できるようになりたい、～したい等 | □ | □ |  |
| ②長期・短期目標 |  |  |  |
| 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している。 | □ | □ |  |
| 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。 | □ | □ |  |
| 3.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。 | □ | □ |  |
| 4.利用しようとするサービスを目標としていない。 | □ | □ |  |
| 5.短期目標が長期目標を達成するための段階的な期間となっている。（新規・有料老人ホーム入所時は概ね３か月） | □ | □ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第３表 | ①介護保険サービスが第２表と整合している。 | □ | □ |  |
| ②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。 | □ | □ |  |
| ③主な日常生活上の活動について記載している。（1日の生活リズムが分かる） | □ | □ |  |
| ④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。 | □ | □ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第４表 | ①適切な時期に開催されている。 | □ | □ |  |
| ②検討した項目・内容が具体的に記載され、各サービス担当者の役割分担が確認できる。 | □ | □ |  |
| ③サービス担当者会議に参加できなかったメンバーの理由・意見等を照会して得られた回答文書を添付している。（欠席者がいない場合はチェック不要。） | □ | □ |  |
| ④医療系サービスを計画に位置付ける場合は、主治医等の意見を記載する。 | □ | □ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| その他 | ①ケアプランの作成にあたって情報提供をうけている。 | □ | □ |  |
| ②主治医意見書に記載されている医学的な管理の必要性や介護サービスにおける留意事項や特記事項がある場合はケアプランに反映している。 | □ | □ |  |

【保険者記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認日 | 平成　　 年　　　月　　　日 | 確認者 |  |
| 情報提供日 | 平成　　 年　　　月　　　日 |
| 改善点 |  | | |
| 改善・対策 |  | | |