|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 介護支援専門員名 |  | 被保険者番号 |  |
| 支給限度額に対する計画率 | 　　　　　　　　％　※80％以上が点検対象 | 自己点検日 | 令和　　年　　月　　日 |

該当する項目の「自己」欄に☑を記入するとともに、立案過程の概要についても記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認項目 | 自己 | 保険者 |
| アセスメント | ①国が定める課題分析標準項目（２３項目）のアセスメントの結果を記録しているか。 | □ | □ |
| ②アセスメントの結果から分析した課題を記録しているか。 | □ | □ |
| 第１表 | ①サービス提供前に被保険者等へ説明し、同意を得ているか。 | □ | □ |
| ②利用者及び家族の介護に対する意向は、被保険者と家族の言葉を区別して記載しているか。 | □ | □ |
| ③訪問介護の生活援助中心型を算定する場合は、算定理由を記載しているか。 | □ | □ |
| 第２表 | ①生活全般の解決すべき課題は、優先度が高い順に記載しているか。 | □ | □ |
| ②生活全般の解決すべき課題は、アセスメントシートから転記しているか。 | □ | □ |
| ③利用者自身のセルフケアや家族の支援、インフォーマルな支援について記載しているか。 | □ | □ |
| ④短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標になっているか。 | □ | □ |
| ⑤サービスを利用することを目標としていないか。 | □ | □ |
| ⑥目標は、期間経過後において客観的に評価できる内容となっているか。 | □ | □ |
| 第３表 | ①第２表の援助内容の頻度と整合はとれているか。 | □ | □ |
| ②主な日常生活上の活動に、起床、就寝、食事、服薬、排泄の１日の過ごし方を記載されているか。 | □ | □ |
| ③週単位以外のサービスに、福祉用具、短期入所、医療機関の受診、インフォーマルなサービスを記載しているか。 | □ | □ |
| 第４表 | ①サービス提供前までに開催しているか。 | □ | □ |
| ②ケアプランに位置づけているサービス担当者が全て出席しているか。　※欠席者に意見照会をし、回答を得ている場合は、出席したものとみなす。 | □ | □ |
| 立案過程の概要 | 介護サービスの利用により、改善が期待できる残存能力 |  |
| 個人の尊厳及び自立支援の観点から立案過程でこだわった点 |  |

【保険者記入欄　点検結果】

|  |
| --- |
|  |