　　　　　　　　　　　　　　　　　　秋田市ケアプラン検討会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日実施

**ケアプランの概要について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 担当者名等 | 氏名： | | 資格： |
| 介護支援専門員実務経験年数：　 年 | | 当該利用者担当年数：　　　　　　 年 |
| 利用者氏名 | （被保険者番号：　　　　　　　） | | |
| 要 介 護 度 | | 要支援　１ ２　 　要介護　１　２　３　４　５ | |
| 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) | | 自立 　J1 　J2 　A1　 A2　 B1　 B2　 C1 　C2 | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | 自立 　Ⅰ　 Ⅱa 　Ⅱb 　Ⅲa　　Ⅲb　 Ⅳ　 Ｍ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | １．利用者および家族について、居住環境や介護者の健康状態、経済的状況など、特筆すべき事項を記載してください。 |  |
|  |
| ２．解決すべき課題と「利用者および家族の生活に対する意向」との関連性、課題　の優先順位を決める上でのポイントを記載してください。 |
|  |
| ３．長期目標をどのように設定したか記載してください。 |
|  |
| ４．地域資源など、介護保険外サービスのケアプランへの位置付け・活用について、どのように検討したか記載してください。 |
|  |
| ５．このケアプランを作成するにあたり、特に配慮した点、苦労した点等について記載してください。（自由記載） |
|  |
|
|  |  |  |