

氏名:

被保険者番号:

介護予防ケアプラン チェックリスト

チェック日	令和	年	令和	年	令和	年	令和	年
	月	日	月	日	月	日	月	日
<b>1 健康状態について</b>								
・「主治医意見書」「基本情報の現病歴」を参考に、診断名、治療内容、身体の状態、今後発生する可能性の高い状態、生活機能改善の見通し（予後予測）やサービス提供上の留意点を記載しているか								
<b>2 基本チェックリストの（該当した質問項目数） / （質問項目数）</b>								
・該当項目がプランに反映されているか								
<b>3 アセスメント領域と現在の状況</b>								
・課題解決や生活機能向上のために、本人・家族の生活背景、状態像や趣味嗜好が具体的にアセスメントされているか								
<b>(1) 運動・移動について</b>								
・手段、場所、距離、頻度等が具体的に記入されているか								
<b>(2) 日常生活（家庭生活）について</b>								
・家事（買い物、調理、掃除、洗濯、ごみ捨て等）の状況、本人の役割、家族状況等が具体的に記入されているか								
<b>(3) 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b>								
・他者との交流状況、地域での役割（老人クラブや町内会）、趣味や楽しみが続けられているか、コミュニケーションの阻害要因について等が具体的に記入されているか								
<b>(4) 健康管理について</b>								
・受診、服薬、食事、飲酒、喫煙、入浴、口腔ケア、睡眠の状況等が具体的に記入されているか								
<b>4 課題に対する目標と具体策の提案</b>								
・アセスメントに基づいた課題抽出ができていますか								
・課題に対する具体案が提案できていますか								
<b>5 目標</b>								
・具体的かつ評価可能な目標になっているか								
・期間の設定は適切か（最長6ヶ月）								
<b>6 自立支援を見据えたプランについて</b>								
・本人が思い描く日常生活を実現するためのプランになっているか（本人や家族の意向が入っているか）								
<b>7 社会資源の活用について</b>								
・利用している社会資源が記入されているか								
・新たな社会資源を提案しているか								
<b>8 総合的な方針</b>								
・緊急時の連絡先及び主治医が記入されているか【柏市独自】								

柏市・柏市地域包括支援センターケアプラン向上委員会  
令和元年12月作成

- ・自立支援型のケアプランの作成、ケアプランの向上のためのチェックリストです。
- ・ケアプラン作成時やケアプランチェック時にご活用ください。
- ・必ずしも全ての項目に該当するわけではありません。該当する場合は記入してください。
- ・チェックが付かなかつた場合は、次回チェックが付くようお願いいたします。