

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 |
| 1 健康状態について | | | | | | | | |
| ・「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 | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | |
| ・該当項目がプランに反映されているか | | | | | | | | |
| 3 アセスメント領域と現在の状況 | | | | | | | | |
| ・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 | | | | | | | | |
| (1) 運動・移動について | | | | | | | | |
| ・手段、場所、距離、頻度等が具体的に記入されているか | | | | | | | | |
| (2) 日常生活（家庭生活）について | | | | | | | | |
| ・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 | | | | | | | | |
| (3) 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて | | | | | | | | |
| ・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 | | | | | | | | |
| (4) 健康管理について | | | | | | | | |
| ・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 | | | | | | | | |
| 4 課題に対する目標と具体策の提案 | | | | | | | | |
| ・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 | | | | | | | | |
| 5 目標 | | | | | | | | |
| ・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） | | | | | | | | |
| 6 自立支援を見据えたプランについて | | | | | | | | |
| ・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） | | | | | | | | |
| 7 社会資源の活用について | | | | | | | | |
| ・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 | | | | | | | | |
| 8 総合的な方針 | | | | | | | | |
| ・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った場合は、次回チェックが付くようお願いいたします。