

この用紙は計画作成者のための帳票。
利用者本人やサービス提供事業者に見せるため
のものではないことに注意。

介護予防サービス・支援評価表

●実際に評価をし
た日を記載する。
終了日ではない。

評価日 年 月 日

利用者名

氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成状況に対する評価		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	
<p>●「介護予防サービス・支援計画表（C表）」の目標を転記</p> <p>●「介護予防サービス・支援計画表（C表）」の「期間」欄でサービス提供開始日の最も早い日からサービス提供終了日の最も遅い日を評価期間として転記する。計画の途中で見直す場合は次のケアプラン開始の前日を終了日とする。</p>		<p>●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に記載する。</p> <p>●評価の際は、サービス事業者等のモニタリングと、計画作成者のモニタリングを併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行う。</p>	<p>●目標を達成した場合には○印、未達成の場合は×印を付ける。</p> <p>●目標を達成した場合、感想や満足度を記載する。 例) 一人で○○まで行くことができるようになった</p> <p>●目標を達成しなかった場合、何故目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。 例) 一人では行けないが、誰かが付き添えば行けるようになった</p>	<p>●目標が達成された場合、取り組みに対する成果や達成状況に対する評価を記載。</p> <p>●目標が達成されなかった場合、何故目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含めてケアプラン作成者としての評価を記載する。</p> <p>●評価の際は、利用者・家族の意見、事業所のモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。同時に、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。 例) ○○が原因で××しづらくなったために、目標の△△には至らなかったが、□□の段階までは到達できた</p>	<p>●目標達成状況や評価から、今後の方針について、目標ごとに、専門的な観点を踏まえて記載する。 例) 目標は達成され、歩行能力の改善もみられて、ご本人の生活意欲も向上している。そのためあきらめかけていた趣味のサークル再開にも希望を持ち始めている。本人の取り組み内容を見直すことで、サークルに通えるように支援を変更する。</p>	

●基本的に『プラン変更』になる。
同時に、変更後に該当する制度にもチェックをする。

●『終了』は死亡、転出、ケアプランが不要になった時。

●『継続』はケアプラン中に一時的な入院等のためにサービス終了をして評価をしたが、退院後の本人状態・目標等の変更がなく、改めて同じケアプラン内容を実施する場合など稀なケース。

●高齢者総合相談センターの意見を踏まえていずれかにチェックをする。

<p>総合的な方針</p> <p>今後の支援の総合的な方針について専門的な観点から方針を記載する。(次に立てるケアプランの総合的な方針につながる)</p>	<p>地域包括支援センター意見</p> <p>委託の場合に高齢者総合相談センター職員が計画作成者に対して記載する。</p>	<p><input type="checkbox"/> プラン継続</p> <p><input type="checkbox"/> プラン変更</p> <p><input type="checkbox"/> 終了</p> <p><input type="checkbox"/> 介護給付</p> <p><input type="checkbox"/> 予防給付</p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策</p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策</p> <p><input type="checkbox"/> 終了</p>
---	---	---

「介護予防特定高齢者施策」→「**おこやか生活プラン**」
「介護予防一般高齢者施策」→「**一般介護予防事業**」
で読み替える（必要に応じて脇に記載）