

介護予防サービス・支援評価表

評価日

No. 利用者氏名

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
<p>●「介護予防サービス・支援計画表」に記載していただける最終の具体的な目標を転記する。</p>	<p>●「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記する。</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転記する。</p> <p>●評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果等からの情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行う。</p> <p>[達成した場合]例) ・1人で～まで行くことができた。</p> <p>[達成できなかった場合]例) ・～までには○○のため、いたらなかったが、××まで行くことができた。 ・1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>●目標を達成した場合には○印。</p> <p>●未達成の場合には×印をつける。</p>	<p>●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。</p> <p>例) ・もう少しで○○まで歩けると思っていたが、天気の良い日が続く、思ったように外出できなかった。</p>	<p>●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、ケアプラン作成者としての評価を記載する。</p> <p>●本人・家族の意見、事業所から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。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。</p> <p>例) ・□□が原因で～を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。 ・目標達成のために歩行距離を伸ばそうと頑張っていたが、外出時に転倒したこと、不安が壮大し、意欲が低下してしまい、当初の目標に届かなかった。支援経過において、目標のハードルを少し下げるなどの工夫を検討する必要があるのではないかと考える。</p>	<p>●ケアプラン作成者としての意見をまとめる。</p> <p>●目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。</p> <p>例) ・当初の目標は達成され、歩行能力の改善も見られており、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ハイキングなどへの再開にも希望を持ち始めている。デイケアでの運度の選択メニューに関しては、もう少し継続し歩行能力の状況を勘案しながら、終了時期の検討を行って行く。</p> <p>●基本的に「プラン変更」になる。「継続」はまれなケース。例えばケアプラン中に一時的な入院等があり、プランのサービス利用ができなかったが、退院後本人の状態、意向の変化がなく、改めて同じケアプラン内容を実施する場合など。「終了」はサービスが不要になり、プランニングの必要なくなった時。</p> <p>●目標達成した場合、地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針で該当するものにレ点をつける。</p>
<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。</p>			<p>地域包括支援センター意見</p> <p>●居宅介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して、記載する。介護予防ケアプランに対する対象者の状況や事業所からの報告を受けて、効果が認められた、維持、悪化等の判定をし、その根拠も記載する。ケアプラン作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い地域包括支援センターと委託されたケアプラン作成者の方針の統一をはかる必要がある。</p>		<p><input type="checkbox"/> 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>	