

自立支援ケアマネジメント検討会議 記録シート 兼 評価実施報告書

(様式1)

○記録シート

包括 通しNo. 訪問

日時		～		場所		ケ-№.	-
担当センター		サービス事業者	所属	司会	所属		
担当 ケアマネ	所属		氏名		氏名		
	氏名		所属		書記	所属	
			氏名			氏名	

利用者情報	対象者 インヤル	年齢	歳	介護度	プラン 評価年月	年 月	
	性別	家族環境		住まい (町丁目)	家屋環境	(階)	
	生活状況	生活支障をきたす 要因の因子及び本人の強み	健康状態				
			ADL・IADL				
	環境因子	生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子					
	主訴						
	問題・課題						
	プラン	ケアプラン原案のポイント・サービス内容					
助言を受けたいポイント							

助言者・助言内容	理学療法士		
	所属		
	氏名		
	作業療法士		
	所属		
	氏名		
	歯科衛生士		
	所属		
	氏名		
	保健師		
	所属		
	氏名		
主任ケアマネジャー			
所属			
氏名			

総括	
----	--

○評価実施報告書

(* 担当ケアマネジャーが作成)

作成日: 令和 年 月 日

ケアプラン確定後に記載	検討会議後 ケアプランへの影響	影響の有無 (特記事項)
	主な影響項目	
	担当者会議時の ケアプランへの 影響項目	
	ケアプランの 決定した目標	

ケアプラン評価実施後に記載	現在の生活状況 (身体面・生活面で の変化等)	
	目標の達成状況	
	今後の方針・目標 (または課題)	今後の状況

○プルダウン選択項目一覧

ケアプランへの影響		目標の達成状況
影響の有無	主な影響項目	
・変更なし ・変更あり ・強化・裏付け	①本人の意欲・意識 ②身体機能に関する事 ③認知・精神機能に関する事 ④疾患・病態に関する事 ⑤ADLに関する事 ⑥IADLに関する事 ⑦運動方法に関する事	⑧歩行・転倒に関する事 ⑨サービス内容に関する事 ⑩補装具・日常生活用具に関する事 ⑪環境調整に関する事 ⑫活動参加・社会交流に関する事 ⑬目標に関する事
		・達成した ・一部達成 ・未達成
		今後の状況
		・プラン継続 ・プラン変更 ・サービス終了