

居宅サービス計画書（1）

■ 初回 □ 紹介 □ 継続

● 認定済 ○ 申請中

利用者名 介護 太郎 様 生年月日 昭和20年03月15日 住所 〒 215-0021 神奈川県川崎市麻生区上麻生

居宅サービス計画作成者氏名 ★八木 かおり 被保険者番号 0012345670

〒 215-0021 神奈川県川崎市麻生区紙麻生10-20-30

居宅介護支援事業者・事業所及び所在地 居宅介護支援事業所ファーストケア

居宅サービス計画作成（変更）日： 平成29年12月01日 初回居宅サービス計画作成日： 平成29年12月01日

認定日： 平成29年03月22日 認定の有効期間 平成29年04月01日 ～ 平成31年03月31日

要介護状態区分

 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

(本人) 住み慣れた家で生活を続けたい。掃除や身の回りの事が一人ではできなくなってきたので介護サービスの支援をお願いしたい。
怪我や病気の際、頼れる安心感をもって生活したい。
(家族) 近くに住んでいるとはいえ、頻繁に様子を見てはられないため、身の回りのことは援助が受けられる様にしたい。
定期的な体調管理や怪我の予防ができるとうい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類

総合的な援助の方針

住み慣れた環境の中で生活できるよう、病院の受診や内服の管理を続けましょう。
家の中や外出時の杖歩行が安定するよう、体力維持を継続できるように支援します。
身の回りのことが不自由なく生活できるよう支援します。
ご家族とも連携しながら支援します。
(主治医：ゆりがおか診療所 044-000-0000 田中医師)

生活援助中心型の算定理由

■ 1. 一人暮らし □ 2. 家族などの障害、疾病 □ 3. その他

| | | | | |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 上記の内容について交付及び説明を受け同意いたします。 | 交付日 | 平成 年 月 日 | 説明・同意日 | 平成 年 月 日 |
| | 交付者署名・捺印 | | 利用者署名・捺印 | |
| | | 印 | | 印 |

課題整理総括表

作成年月日 平成29年12月01日

利用者名 介護 太郎 様 被保険者番号 0012345670

| 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態・環境等) | ① パーキンソン病 | ② 脳梗塞後遺症左半身拘縮 | ③ 家事経験なし |
|------------------------------|-------------------|---------------|--------------|
| 状況の事実 ※1 | 現在 ※2 | 要因 ※3 | 改善/維持の可能性 ※4 |
| 移動：室内移動 | 自立 (見守り) 一部介助 全介助 | ② | 改善 (維持) 悪化 |
| 移動：屋外移動 | 自立 見守り (一部介助) 全介助 | ①② | 改善 (維持) 悪化 |
| 食事：食事内容 | 支障なし (支障あり) | ③ | (改善) 維持 悪化 |
| 食事：食事摂取 | 自立 見守り (一部介助) 全介助 | ② | 改善 (維持) 悪化 |
| 食事：調理 | 自立 見守り 一部介助 (全介助) | ②③ | 改善 (維持) 悪化 |
| 排泄：排尿・排便 | 支障なし (支障あり) | ② | 改善 (維持) 悪化 |
| 排泄：排泄動作 | (自立) 見守り 一部介助 全介助 | | 改善 維持 悪化 |
| 口腔：口腔衛生 | (支障なし) 支障あり | | 改善 維持 悪化 |
| 口腔：口腔ケア | (自立) 見守り 一部介助 全介助 | | 改善 維持 悪化 |
| 服薬 | (自立) 見守り 一部介助 全介助 | | 改善 維持 悪化 |
| 入浴 | 自立 見守り (一部介助) 全介助 | ② | (改善) 維持 悪化 |
| 更衣 | (自立) 見守り 一部介助 全介助 | | 改善 維持 悪化 |
| 掃除 | 自立 見守り (一部介助) 全介助 | ②③ | (改善) 維持 悪化 |
| 洗濯 | 自立 見守り (一部介助) 全介助 | ②③ | (改善) 維持 悪化 |
| 整理・物品の管理 | 自立 見守り (一部介助) 全介助 | ② | (改善) 維持 悪化 |
| 金銭管理 | (自立) 見守り 一部介助 全介助 | | 改善 維持 悪化 |
| 買物 | 自立 (見守り) 一部介助 全介助 | ② | (改善) 維持 悪化 |
| コミュニケーション能力 | (支障なし) 支障あり | | 改善 維持 悪化 |
| 認知 | (支障なし) 支障あり | | 改善 維持 悪化 |
| 社会との関わり | (支障なし) 支障あり | | 改善 維持 悪化 |
| 褥瘡・皮膚の問題 | (支障なし) 支障あり | | 改善 維持 悪化 |
| 行動・心理症状 (BPSD) | (支障なし) 支障あり | | 改善 維持 悪化 |
| 介護力 (家族関係含む) | (支障なし) 支障あり | | 改善 維持 悪化 |
| 居住環境 | 支障なし (支障あり) | ② | 改善 (維持) 悪化 |
| | | | 改善 維持 悪化 |

| 利用者及び家族の生活に対する意向 | 見通し ※5 | 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) ※6 |
|---|---|--------------------------|
| (本人)住み慣れた家で生活を続けたい。掃除や身の回りの事が一人ではできなくなってきたので介護サービスの支援をお願いしたい。怪我や病気の際、頼れる安心感をもって生活したい。 (家族)近くに住んでいるとはいえ、頻繁に様子を見てはられないため、身の回りのことは援助が受けられる様にした。定期的な体調管理や怪我の予防ができるとよい。 | | |
| | 本人の体調に合わせて、腰や大腿部の筋力強化や歩行訓練を行うことで、姿勢の維持・歩行障害を軽減し、転倒防止に努めることができる。 | 転倒や怪我をせずに生活したい。 |
| | 口腔衛生・口腔ケアは自立だが、左半身拘縮もあり定期的に状態の確認が必要。 | |
| | 安全に入浴するためには福祉用具の利用が必要である。 | お風呂にゆっくり入りたい。 |
| | 定期的な受診の確認、服薬確認を行い、状態悪化を予防する必要がある。 | |
| | 支援者と掃除や物の整理を行い手順を覚え、自身でも行える事を増やしていく。 | 一人暮らしを続けるために出来ることを増やしたい。 |

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取上げることが困難な課題には「-」印を記入。

居宅サービス計画書（2）

利用者名 介護 太郎 様 被保険者番号 0012345670 認定の有効期間 平成29年04月01日 ~ 平成31年03月31日

居宅サービス計画作成者： ★八木 かおり 居宅サービス計画作成日： 平成29年12月01日 初回居宅サービス計画作成日： 平成29年12月01日

| 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | 援助目標 | | | | 援助内容 | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|--|----|--------|-------------------|-----|-------------------------|
| | 長期目標 | (期間) | 短期目標 | (期間) | サービス内容 | ※1 | サービス種別 | サービス事業所 | 頻度 | 期間 |
| 転倒や怪我をせずに生活したい | 転倒や怪我をせずに安全に生活する | H29.12.01～ H30.05.31 | 歩行訓練を行い安全に行動出来るようにする | H29.12.01～ H30.02.28 | 歩行訓練を行う | ○ | 通所介護 | ファーストケア通所介護サービス | 週3回 | H29.12.01～ H30.02.28 |
| | | | 他者との関わりから行動意欲を持つ | H29.12.01～ H30.02.28 | 導線の障害物を撤去する | ○ | 訪問介護 | 介護の手 | 週2回 | H29.12.01～ H30.02.28 |
| | | | | | レクリエーションや、他者と一緒に食事をしながら、行動意欲を高める。 | ○ | 通所介護 | ファーストケア通所介護サービス | 週3回 | H29.12.01～ H30.02.28 |
| お風呂にゆっくり入りたい | 安全を確保してゆっくりお風呂に入れるようにする | H29.12.01～ H30.05.31 | 補助器具を使って安全に入浴する | H29.12.01～ H30.02.28 | 福祉用具の活用 | ○ | 福祉用具 | 株式会社ファーストケア福祉用具 | 毎日 | H29.12.01～ H30.02.28 |
| | | | 安全に入浴できるように生活動作を訓練する | H29.12.01～ H30.02.28 | 機能訓練で姿勢維持、段差のある場所での動作を安定させる。 | ○ | 通所介護 | ファーストケア通所介護サービス | 週3回 | H29.12.01～ H30.02.28 |
| | | | | | 入浴の一部支援・浴室内での見守り・皮膚状態の観察も行い安心して入浴できるようにする。 | ○ | 通所介護 | ファーストケア通所介護サービス | 週3回 | H29.12.01～ H30.02.28 |
| 一人暮らしを続けるために出来ることを増やしたい。 | 家事全般の出来ることを維持できるようにする | H29.12.01～ H30.05.31 | 掃除・洗濯のサポートをしながら手順を覚える | H29.12.01～ H30.02.28 | ヘルパーと一緒に身の回りの掃除・洗濯で出来ることを確認する。 | ○ | 訪問介護 | 介護の手 | 週2回 | H29.12.01～ H30.02.28 |
| | 栄養管理・服薬管理を見守る | H29.12.01～ H30.05.31 | 服薬の管理や、栄養状態の確認を行い、健康維持に努める | H29.12.01～ H30.02.28 | 看護師より栄養管理、服薬管理を行う。 | ○ | 訪問看護 | ファーストケア訪問看護ステーション | 週1回 | H29.12.01～ H30.02.28 |

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

居宅介護支援事業者：居宅介護支援事業所ファーストケア

週間サービス計画表

利用者名 介護 太郎 様 性別：男性

| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動 |
|------------|-------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---|------------|
| 深夜 | 4:00 | | | | | | | | |
| | 6:00 | | | | | | | | |
| 早期 | 8:00 | | | | | | | | |
| | 10:00 | 通所介護 09:45~16:45 | 訪問介護 09:30~10:30 | 通所介護 09:45~16:45 | 訪問介護 09:30~10:30 | 通所介護 09:45~16:45 | 訪問看護 09:45~10:15 | | |
| 12:00 | | | | | | | | | |
| 午後 | 14:00 | | | | | | | | |
| | 16:00 | | | | | | | | |
| | 18:00 | | | | | | | | |
| | 20:00 | | | | | | | | |
| 夜間 | 22:00 | | | | | | | | |
| | 00:00 | | | | | | | | |
| 深夜 | 02:00 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 週単位以外のサービス | | 福祉用具：手すり | | | | | | | |

本帳票集は黒・赤2色刷りで印刷しています。
 カレンダーの印刷時、カラ 印刷を指定すると「土曜日」は青色で印刷します。

サービス担当者会議の要点

利用者名 介護 太郎 様 居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 ★八木 かおり

開催日 平成29年11月29日 開催場所 利用者宅 開催時間 13:30 ~ 14:30 開催回数 1 回目

| 会議出席者 | 所属（職種）氏名 | | 所属（職種）氏名 | | 所属（職種）氏名 | |
|------------|--|-------------|------------|---|-------------|---|
| | 介護 太郎（本人） | 印 | 栗田雅子（訪問看護） | 印 | 八木かおり（ケアマネ） | 印 |
| 尾形秀人（通所介護） | 印 | 松岡由香里（福祉用具） | 印 | | 印 | |
| 笹田有子（訪問介護） | 印 | 田中 和子（長女） | 印 | | 印 | |
| 検討した項目 | サービス導入にあたって実地確認と打ち合わせ。 | | | | | |
| 検討内容 | <ul style="list-style-type: none">・居室、屋内状況を確認し、導入福祉用具の確認。利用にあたっての注意事項の説明確認。・通所介護送迎場所の確認。・訪問看護担当者より主治医指示内容の確認 | | | | | |
| 結論 | 福祉用具は12月1日に搬入設置。 | | | | | |
| 残された課題 | | | | | | |

サービス担当者に対する照会（依頼）内容

利用者名 介護 太郎 様

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 ★八木 かおり

開催日 平成29年11月29日

開催回数 1 回目

| サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由 | | 次女）就業時間内のため欠席 | | | |
|-------------------------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|--|
| 照会（依頼）先 | 照会（依頼）年月日 | 照会（依頼）内容 | 回答者氏名 | 回答年月日 | 回答内容 |
| ファーストケア通所介護サービス | 平成29年11月28日 | 送迎時の鍵の管理について 施錠開錠は誰が行うのか | 尾形秀人 （デイサービスみ つばち） | 平成29年11月29日 | 施錠開錠はご本人にお願いします。 開錠し、ご自宅に入るの見届けてから出 発します。 |
| ファーストケア通所介護サービス | 平成29年11月28日 | 当日の欠席の連絡はいつまでにすれば よいか | 尾形秀人 （デイサービスみ つばち） | 平成29年11月29日 | お迎えの時間は9時半ごろになります。 9時までにご連絡いただければ助かります が、緊急の場合は、直前でも事業所にご連 絡ください。 |
| | | | | | |

モニタリング&評価

被保険者番号： 0012345670

利用者名： 介護 太郎 様

実施日：平成29年12月28日

| サービス評価項目 | | 実施状況 | | サービス実施状況と満足度 | | 備考（改善要望など） | |
|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|--|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| | | | | 満足度 | | | |
| 通所介護 | ①計画通り 2.計画通りではない | 本人 | ①満足 2.やや不満 3.不満 | 本人はデイサービス利用を楽しみにしている面もあり意欲的 も家族は機能訓練の内容をもっと多くして欲しいと思っている。 | 1.達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 | ①プラン維持 2.プラン変更 3.プラン終結 4.その他 | 1.達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 |
| | | 家族 | 1.満足 ②やや不満 3.不満 | | | | |
| 訪問介護 | ①計画通り 2.計画通りではない | 本人 | ①満足 2.やや不満 3.不満 | 主な生活場所になるリビングを中心に動線が確保でき、自分で身の回りの事が出来るようになった。 | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 | ①プラン維持 2.プラン変更 3.プラン終結 4.その他 | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 |
| | | 家族 | ①満足 ②やや不満 3.不満 | | | | |
| 福祉用具 | ①計画通り 2.計画通りではない | 本人 | 1.満足 ②やや不満 3.不満 | 補助杖の調整ないしは変更も検討したほうがよい。 | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 | ①プラン維持 2.プラン変更 3.プラン終結 4.その他 | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 |
| | | 家族 | ①満足 ②やや不満 3.不満 | | | | |
| 訪問看護 | ①計画通り 2.計画通りではない | 本人 | 1.満足 ②やや不満 3.不満 | 服薬の管理は、本人にはうるさく感じるよう | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 | ①プラン維持 2.プラン変更 3.プラン終結 4.その他 | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 |
| | | 家族 | ①満足 2.やや不満 3.不満 | | | | |
| サービスの満足度 (種類・回数・内容) | | 1.ほぼ満足 | ②一部変更・改善希望 | 3.どちらでもない・無関心 | | | |
| 考察 | | 福祉用具の再検討が必要と思われる。 | | | | | |
| 本人・家族・環境の変化 | | | | | | | |
| 変化項目 | | | | | | | |
| 本人 | 身体状況の変化 | 1.なし ②有り(③・悪) | デイサービスの利用が生活のリズムにもなり、意欲的。 | | | | |
| | 精神状況の変化 | 1.なし ②有り(③・悪) | | | | | |
| 家族 | 介護環境の変化 | ①なし 2.有り(良・悪) | 同居ではないため特に負担等の変化はない。 | | | | |
| | 介護負担の変化 | ①なし 2.有り(良・悪) | | | | | |
| 生活環境の変化 | | 1.なし ②有り(③・悪) | 主な生活場所になるリビングの動線が確保されたことで、自発的な行動が安全にできるようになった。 | | | | |
| 新しいニーズ | | 1.なし ②有り | 福祉用具の歩行補助杖の変更を検討。 | | | | |
| サービス実施状況と満足度 | | | | | | | |
| 生活全般の解決すべき課題 | | | | 長期・短期目標/サービス内容 | | | |
| 転倒や怪我をせずに生活したい | 【長期目標】 転倒や怪我をせずに安全に生活する | 【短期目標】 歩行訓練を行い安全に行動出来るようにする | 【サービス内容】 歩行訓練を行う | 達成状況 | 1.達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 | 所見 | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 |
| | | | | 今後の対応 | ①プラン維持 2.プラン変更 3.プラン終結 4.その他 | | |
| 転倒や怪我をせずに生活したい | 【長期目標】 転倒や怪我をせずに安全に生活する | 【短期目標】 他者との関わりから行動意欲を持つ | 【サービス内容】 ツヤ、他者と一緒に食事をしながら、行動意欲を高める。 | 達成状況 | ①達成 2.達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 | 所見 | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 |
| | | | | 今後の対応 | ①プラン維持 2.プラン変更 3.プラン終結 4.その他 | | |
| お風呂にゆっくり入りたい | 【長期目標】 安全を確認してゆっくりお風呂に入るようにする | 【短期目標】 補助器具を使って安全に入浴する | 【サービス内容】 福祉用具の活用 | 達成状況 | ①達成 2.達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 | 所見 | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 |
| | | | | 今後の対応 | ①プラン維持 2.プラン変更 3.プラン終結 4.その他 | | |
| お風呂にゆっくり入りたい | 【長期目標】 安全を確認してゆっくりお風呂に入るようにする | 【短期目標】 安全に入浴できるような生活動作を訓練する | 【サービス内容】 【サービ内容】 機能訓練で姿勢維持、段差のある場所での動作を安定させる。 | 達成状況 | 1.達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 | 所見 | ①達成 ②達成に向け前進 3.現状維持 4.後退 5.その他 |
| | | | | 今後の対応 | ①プラン維持 2.プラン変更 3.プラン終結 4.その他 | | |

モニタリング&評価

被保険者番号： 0012345670
利用者名： 介護 太郎

様

実施日：平成29年12月28日

| サービス実施状況と満足度 | | 達成状況・内容 | |
|--------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|
| 長期・短期目標/サービス内容 | 達成状況 | 達成状況 | 内容 |
| 生活全般の解決すべき課題 お風呂にゆっくり入りたい | 【長期目標】 安全を確保してゆっくりお風呂に入れるようにする | 達成状況 | 1. 達成 2. 達成に向け前進 3. 現状維持 4. 後退 5. その他 |
| | 【短期目標】 安全に入浴できるような生活動作を訓練する | 今後の対応 | 1. 達成 2. 達成に向け前進 3. 現状維持 4. 後退 5. その他 |
| 一人暮らしを続けるために出来ることを増やしたい。 | 【サービス内容】 入浴状態の観察も行うことができるようにする。 | 所見 | ようやくゆっくり入浴できるようになった様子。 |
| | 【長期目標】 家事全般の出来ることを維持できるようにする | 達成状況 | 1. 達成 2. 達成に向け前進 3. 現状維持 4. 後退 5. その他 |
| 一人暮らしを続けるために出来ることを増やしたい。 | 【短期目標】 掃除・洗濯のサポートをしながら手順を覚える | 所見 | |
| | 【サービス内容】 ヘルパーと一緒に身の回りの掃除・洗濯で出来ることを確認する。 | 今後の対応 | 1. 達成 2. 達成に向け前進 3. 現状維持 4. 後退 5. その他 |
| 一人暮らしを続けるために出来ることを増やしたい。 | 【長期目標】 栄養管理・服薬管理を見守る | 達成状況 | 1. 達成 2. 達成に向け前進 3. 現状維持 4. 後退 5. その他 |
| | 【短期目標】 服薬の管理や、栄養状態の確認を行い、健康維持に努める | 今後の対応 | 1. 達成 2. 達成に向け前進 3. 現状維持 4. 後退 5. その他 |
| 【サービス内容】 看護師より栄養管理、服薬管理を行う。 | 所見 | 本人はうるさく感じる様子だが、ご家族は満足。 | |
| サービス実施状況と満足度 | | | |
| プラン変更の必要性 | 1. なし 2. 有り | 再アセスメントの必要性 | 1. なし 2. 有り |
| 福祉用具補助材の利用について | 本人より変えたいと希望が出ている。 | | |
| 福祉用具担当者との調整 | 調整中 | | |

評価表

作成年月日 平成30年02月28日

評価日:平成30年02月28日

利用者名 介護 太郎 様 被保険者番号 0012345670

| 援助目標 | | 援助内容 | | | 結果 ※2 | コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの) |
|----------------------------|-------------------------|--|--------|-------------------|----------|---|
| 短期目標 | (期間) | サービス内容 | サービス種別 | サービス事業所 ※1 | | |
| 歩行訓練を行い安全に行動出来るようにする | H29.12.01～ H30.02.28 | 歩行訓練を行う | 通所介護 | ファーストケア通所介護サービス | ◎ | 積極的に取り組まれています。距離・時間を見直しを検討 |
| | | 導線の障害物を撤去する | 訪問介護 | 介護の手 | ◎ | |
| 他者との関わりから行動意欲を持つ | H29.12.01～ H30.02.28 | レクリエーションや、他者と一緒に食事をしながら、行動意欲を高める。 | 通所介護 | ファーストケア通所介護サービス | ◎ | 他の利用者との関わりで「来週」「来月」への意欲が見える。ご家族にも状況を自ら話すよう。 |
| 補助器具を使って安全に入浴する | H29.12.01～ H30.02.28 | 福祉用具の活用 | 福祉用具 | 株式会社ファーストケア福祉用具 | ○ | 貸与品の見直しにより、積極的に活用できるようになった。 |
| 安全に入浴できるよう生活動作を訓練する | H29.12.01～ H30.02.28 | 機能訓練で姿勢維持、段差のある場所での動作を安定させる。 | 通所介護 | ファーストケア通所介護サービス | ○ | 左足があまり上がらないためバランスを崩しやすい。無理のない態勢で実施すること。 |
| | | 入浴の一部支援・浴室内での見守り・皮膚状態の観察も行い安心して入浴できるようにする。 | 通所介護 | ファーストケア通所介護サービス | ○ | |
| 掃除・洗濯のサポートをしながら手順を覚える | H29.12.01～ H30.02.28 | ヘルパーと一緒に身の回りの掃除・洗濯で出来ることを確認する。 | 訪問介護 | 介護の手 | ○ | 今まで家事をやったことが無かっただけで、楽しみながら取り組んでいる |
| 服薬の管理や、栄養状態の確認を行い、健康維持に努める | H29.12.01～ H30.02.28 | 看護師より栄養管理、服薬管理を行う。 | 訪問看護 | ファーストケア訪問看護ステーション | ○ | 食事摂取量や栄養状態の把握が確実にできている |

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する (◎: 短期目標は予想を上回って達せられた、○: 短期目標は達せられた (再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△: 短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1: 短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2: 短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)