

利用者名 K 様

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	※2	頻度	期間
以前のような生活をしたい	一人で入浴できる	7/1～12/31	シャワーの他に浴槽に入る	7/1～9/30	入浴動作の指導・訓練 入浴補助用品の導入	○	訪問リハビリ	B病院	週1回	7/1～9/30
						○	福祉用具購入または貸与	C事業所		
	一人で外出できる	7/1～12/31	杖をついて歩ける範囲を広げる	7/1～9/30	歩行の訓練と指導 屋外での歩行訓練の補助 自主訓練(屋内)	○ ○	訪問リハビリ 訪問介護	B病院 A訪問介護	週1回 週2回	7/1～9/30
							本人、家族		随時	
自分らしく過ごすことができる	7/1～12/31	一人で留守番できる	7/1～9/30	一人の時のリスクを検討し、対応策を考える		本人、家族 ケアマネ		随時 訪問時	7/1～9/30	
トイレで排泄できる	7/1～12/31	自分で排泄行為ができる	7/1～9/30	P-WC利用、安全な動作の確実な実行 動作の確認	○	本人(妻の見守り) 訪問リハビリ	B病院	随時 訪問時	7/1～9/30	
病気の悪化を防ぎ、今の体調を継続したい	7/1～12/31	病気とのつきあい方を理解し、病状の変化を見逃さない	7/1～9/30	診察及び指導 投薬 定期的な服薬と病状観察 通院介助	○	主治医 本人、妻 訪問介護	D病院M先生 A訪問介護	随時 毎日 月1回	7/1～9/30	

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

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。