

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
①病気の再発を防ぎ、再入院しないようにしたい	再入院しない	4/14～9/30	通院介助を利用して、定期的な通院ができる	4/14～6/30	通院介助	○	訪問介護	A訪問介護	週3回	4/14～6/30
②普段の生活で家族に負担をかけないようにしたい	トイレまで1人で行けるようになる	4/14～9/30	室内の移動が安全にできる	4/14～6/30	日常生活の評価・指導 移動介助 移動の見守り	○ ○	訪問リハビリテーション 訪問介護	B病院 A訪問介護 妻	週1回 週3回	4/14～6/30
③自分で排泄したい	排泄動作が自立する	4/14～9/30	日中はトイレ、夜間はポータブルトイレで排泄ができる	4/14～6/30	排泄介助 ポータブルトイレ導入	○ ○	訪問介護 福祉用具貸与	A訪問介護 C事業所	週3回 随時	4/14～6/30
④これからも自分らしくすごしたい	家族から頼られる存在でいられる	4/14～H26/3/31	ストレスを感じずに生活ができる	4/14～6/30	本人の言葉を傾聴する	○	居宅介護支援	Eケアプランセンター	随時	4/14～6/30

※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。