



## 資料 1

### ケアプランの記載例

ケアプランは、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するための必要となる計画です。重要かつ必要事項を記載しているか確認しましょう。

- ① フェースシート
- ② 課題分析総括表
- ③ ケアプラン 第1表
- ④ ケアプラン 第2表
- ⑤ ケアプラン 第3表
- ⑥ 担当者会議の要点
- ⑦ 経過記録
- ⑧ 評価表（モニタリング表）

フェースシート(例)

		作成日	年 月 日
氏 名	おお 牟田男	男	女
生年月日	昭和8年8月8日	年齢	88歳
住 所	大牟田市八本町〇〇番地		
電話番号	0944-58-△△△△		
家族構成			80代の妻と次女と孫の4人暮らし。次女は離婚している。長女は、県内に在住。
病 歴	脳梗塞後遺症で、右片麻痺・高コレステロール血症・高血圧		
要介護度	非該当・要支援1・要支援2・要介護1・②・3・4・5		
認定期間	令和3年8月8日～令和4年8月31日		
障害高齢者自立度	正常	J1 J2 A1 A2 B1 ② C1 C2	
認知症高齢者自立度	正常	① IIa IIb IIIa IIIb IV M	

麻痺の有無	右片麻痺。右上肢は挙上出来ず、右手指・右足趾は自力で動かさない。右下肢は何とか挙上保持出来る。左上下肢は動きに問題なし。
移 動	左手で杖をつき、左足はすり足気味に歩行。自力歩行は可能だが、転倒の危険性が高く、見守りが必要。
食 事	左手でスプーンやフォークを使用し、自己摂取が出来る。
入 浴	週1回、自宅にて入浴。左手の届く範囲は洗身している。一部介助。
更 衣	妻が上下衣とも麻痺側は着せかけると左手足は通している。整え必要。
排 泄	間に合わない事があり、紙パンツ使用。昼夜ともに尿器を使用。廃棄は妻。排便はトイレ行き、ズボンの上げ下げは自分で行っている。
金銭管理 意思疎通	妻が管理している。自分の意向は伝える事が出来る。見え方・聞こえ方に問題はなし。
1日の生活	7:00 起床・朝食 13:00 昼食 18:00 夕食 22:00 就寝 ※外出せずに、一日中ベッド上で過ごしている。
相談内容	今年4月に脳梗塞にて右半身麻痺が出現した。病院で3ヶ月リハビリを行い、自宅に退院。退院当初は元の体に戻りたいと積極的に体を動かされていたが、思うように身体が動かず、今はやる気を失って、ベッド上で過ごす事が多くなった。そのため、自宅で介護している妻の介護負担が大きくなってきた。入院前から使っていた簡易ベッドを使用しているが、起き上がり動作が一苦勞になっている。娘や孫は仕事をしており、常時の支援が難しい。本人も妻の介護負担を軽くしたいと思っているふしがある。

# 課題整理総括表

利用者名 おお 牟田男 殿

作成日 / /

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①脳梗塞後の右片麻痺		②思うように回復せず意欲低下がある		③妻も高齢であること				
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3		改善/維持の可能性※4		備考(状況・支援内容等)		
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	①	改善	維持	悪化	*左手で杖をつき、左足はすり足気味に歩行。自力歩行は可能も転倒リスク高く見守りが必要。
	屋外移動	自立	見守り	部介助	全介助	①	改善	維持	悪化	
食事	食事内容		支障なし	支障あり			改善	維持	悪化	*調理は妻にて。左手でスプーンやフォークを使用し、自力摂取。
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化	
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化	
排泄	排尿・排便		支障なし	支障あり		①、③	改善	維持	悪化	*排泄間に合わないことがあり紙パンツを使用。 (小)昼夜とも尿器。廃棄は妻にて(大)トイレへ。スポンの上げ下げは自分で実施。
	排泄動作	自立	見守り	部介助	全介助	①、③	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	部介助	全介助	①	改善	維持	悪化	
入浴		自立	見守り	部介助	全介助	①	改善	維持	悪化	*入浴は週1回自宅で。左手の届く範囲は洗身。一部介助にて。妻の負担が大きくなっている。 *家事全般は以前より妻にて実施。
更衣		自立	見守り	部介助	全介助	①	改善	維持	悪化	
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	⑤	改善	維持	悪化	
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	⑤	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	⑤	改善	維持	悪化	*金銭管理も妻にて。
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	⑤	改善	維持	悪化	
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	⑤	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	*自分の意思は伝えられる。 *見え方、聞こえ方に問題なし。
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		①、②	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		②	改善	維持	悪化	*娘や孫も就労しており日頃の支援は難しい。妻の介護負担が増大している。
介護力(家族関係含む)			支障なし	支障あり		③、④	改善	維持	悪化	
居住	<p><b>課題整理総括表のポイント</b>                  情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現状と状態の維持・改善等の可能性に照らして課題のとらえ方に抜け漏れがないかどうかを、まとめる総括表です。                  アセスメントの結果からニーズを導き出す過程を可視化し、サービス担当者等において、介護支援専門員が把握したADL・IADL等の情報を多職種間で情報共有することを目的としています。</p>									

利用者及び家族の生活に対する意向 (本人)これからも住み慣れた自宅で元気に暮らし続けたい。自分の足でしっかり歩けるようにしたい。(妻)無理なく介護を続けたい。

見通し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】		※6	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○定期受診の継続やサービス利用時のバイタルチェック、服薬確認により体調維持を図る。</li> <li>○必要な箇所に手すりを設置することで自宅内の移動が安全に続けられる。</li> <li>○必要なリハビリを実施する機会を持ち残存機能の維持向上を目指す。</li> <li>○専門職の支援を得ながら、安全に入浴する機会を持ち、本人・家族の負担や不安の軽減を図る。</li> <li>○支援を得て外出し、他者との交流やレクリエーション、季節行事等へ参加することが楽しみとなり閉じこもりを改善する。</li> <li>○短期入所サービスを利用し、冠婚葬祭等急なご家族の不在時や自然災害時なども安心して生活を継続できる場所を確保しておくことで、妻の負担軽減を図る。</li> </ul>		病状の悪化を防ぎ、これからも住み慣れた自宅で元気に暮らしたい。		1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○安全に入浴する機会を持ち、閉じこもりを改善する。</li> </ul>		福祉用具を活用し、必要なリハビリを実施することで、出来るだけ自分の足でしっかり歩き続けたい。		2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○安全に入浴する機会を持ち、閉じこもりを改善する。</li> </ul>		安全に入浴する機会を持ちたい。		3	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○安全に入浴する機会を持ち、閉じこもりを改善する。</li> </ul>		外出する機会を持ち、閉じこもりを防ぎたい。		4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○安全に入浴する機会を持ち、閉じこもりを改善する。</li> </ul>		家族不在時や自然災害時でも安心して生活を継続できる場所を持っておきたい。		5	

※1 本  
 ※2 介  
 ※3 現  
 ※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に基づき該当の印を記入する。

※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り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

第 1 表

居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 年 月 日

ケアマネジメントにおいては、立案したケアプランが実際に実施されていきます。どのようにして生活をしていきたいのかといった目標とそれを実施するための具体的な計画内容となります。

計画No.:

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名: 三池 太郎 生年月日: 昭和8年8月8日

住所: 大牟田市八本町〇〇番地

居宅サービス計画書作成者氏名: 三池 太郎

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地: 大牟田ケアプランサービス 大牟田市有明町〇〇番地

居宅サービス計画作成(変更)日: 令和3年8月10日

初回居宅サービス計画作成日

認定日: 令和2年7月15日

認定の有効期間: 令和2年8月1日 ~ 令和4年7月31日

「初回」:初めて居宅介護支援を受ける場合  
「紹介」:他の居宅又は介護保険施設で支援を受けていた  
「継続」:それ以外の場合  
「紹介・継続」:過去に居宅介護支援を受けていた利用者が一定期間後に他の居宅等から紹介を受けて支援する場合です。

要介護状態区分

要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護3 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

本人:これからも住み慣れた自宅で元気に暮らし続けていきたい。  
入院前のように、転倒の不安なく、自分の足でしっかり歩けるようになりたい。  
奥様:出来るだけ自宅での介護を続けていきたいと考えていますが、いつまで出来るか不安はあります。  
介護保険のサービスを利用しながら、無理なく介護をやっていたら、と思います。  
※リハビリにて身体機能の向上が出来れば、

課題分析から得られた本人や家族それぞれの主訴や思いを区別して表現しましょう。また大事なことは本人や家族が発した言葉で書きましょう。  
課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認し、その為に、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしましょう。

自立に向けた個別性のある具体的な方針にしましょう。本人や家族が望む生活を目指して取り組めるようにわかりやすく記載しましょう。  
あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましいです。(例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法についてなど)

援助の方針

次女と孫は仕事をしながら、常時の支援は難しい。奥様が本人の介護と家事全般を行っている。徐々に本人の身体機能が低下してきており、介護負担が大きくなってきている。そのため、介護保険のサービスにて、本人の身体機能の維持向上を図り、奥様の介護負担の軽減を図り、在宅生活の継続を支援していく。  
【緊急連絡先】①かかりつけ医/大牟田内科医院(三池Dr.)...0944-58-〇〇△△  
②(奥様)...090-8765-□□〇〇

生活援助中心算定理由

「3. その他」の場合  
その事情の内容について簡潔明瞭に記載しましょう。  
(例えば)  
・ 家族が高齢で筋力が低下していて、行るのが難しい家事がある場合  
・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合  
・ 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合

疾病等 3. その他 ( )

私は、居宅サービ

同意日 年 月 日

署名・捺印

印

第 2

居宅サービス計画書（2）

作成年

受け止めた「ニーズ」を記載しましょう。本人家族にも理解やすい内容で記載し、優先順位の高いものから記入します。

・短期目標の達成に必要な支援内容、回数、サービスの種別を記載します。  
 ・援助内容には、送迎や食事、入浴（特殊浴等）、機能訓練等、加算の対象となるものが記載しましょう。  
 ・介護サービスに限らず、高齢者や障害福祉サービス、他の制度によるサービス、家族を含むインフォーマルサービスも記載しましょう。

利用者名：

生活全体の解決すべき課題（ニーズ）	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			
本人：自宅での生活を元気に続けていきたいです。	医学的な管理を行い、病状の悪化を防ぎ、在宅生活が継続する事が出来る。	R03.08 ～ R04.07	定期的な受診により、病状の管理が出来る。	R03.08 ～ R04.02	【主治医による往診】 ・定期的な診察、医療管理、薬の処方 ・緊急時の対応		主治医			～ R4.2.28
家族：私も色々な病気をもっていて、主人に何かあった時にすぐには対応出来ません。病院受診も大変です。			利用時の異常の早期発見・早期対応が出来る。	R03.08 ～ R04.02	【利用時の状態観察】 ・バイタルチェック ・様子観察、様態確認 ・服薬管理 ・急変時の対応	○	デイケア	△△通所 リハビリ テーション	週2回	R3.8.1 ～ R4.2.28
						○	短期入所生活 介護	介護福祉 施設□□	適宜	R3.8.1 ～ R4.2.28
本人：転倒する事なく自分の足でしっかり歩き続けたい。	自分の足で歩き続ける事が出来る。	R03.08 ～ R04.07	転倒の不安を解消し、安全に自宅内を移動する事が出来る。	R03.08 ～ R04.02	【手すりの設置】 ・ベッドサイド ・玄関の上がり框 ・トイレ内・廊下	○	福祉用具貸与	○×福祉 サービス	適宜	R3.8.1 ～ R4.2.28
家族：転倒して骨折しないか、が一番心配です。寝たきりにならないようにしてほしい。			リハビリにて残存機能の維持向上を図る。	R03.08 ～ R04.02	【個別リハビリの施行】 ・麻痺側上下肢の関節可動域訓練		デイケア	△△通所 リハビリ テーション	週2回	R3.8.1 ～ R4.2.28

利用者や家族が達成可能な目標の設定をしましょう。抽象的なものではなく、具体的な内容で記入します。また、2回目3回目と作成する中では、モニタリングの結果も踏まえて記載しましょう。

※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者」について記入する。

第 2 表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 年 月 日

利用者名： おお 牟田男 様

生活全体の解決すべき 課題（ニーズ）	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
					・麻痺側上下肢筋神経 筋再教育					
					・立位動作訓練					
					・歩行訓練					
					・段差昇降訓練					
家族：私たちが主人を 支えながらの入浴支援 は難しいです。デイ利 用時に入浴支援をお願 いしたい。	定期的な入浴の 機会を確保し、 清潔を保持する 事が出来る。	R03.08 ～ R04.07	本人・家族の入 浴に対する負担 の軽減や不安の 解消が出来る。	R03.08 ～ R04.02	【利用時の入浴支援】 ・入浴時の見守りや声 かけ ・浴室内の移動介助 ・洗身洗髪の一部介助 ・入浴中の見守り ・衣服の着脱の介助 ・入浴後の水分補給 ・全身状態の観察 ・口腔ケアの指導	○	デイケア	△△通所 リハビリ テーション	週2回	R3.8.1 ～ R4.2.28

※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者」について記入する。

第 2 表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 年 月 日

利用者名： おお 牟田男 様

生活全体の解決すべき 課題（ニーズ）	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
家族：介助が大変な で、なかなか外に連れ 出す事が出来ないでい ます。自宅に閉じこも りがちの生活になって しまっています。	閉じこもりを予 防するため、外 出の機会を確保 する。	R03.08 ～ R04.07	外出する事で、 楽しみや生きが いを見つける事 が出来る。	R03.08 ～ R04.02	【デイケアの利用】 ・他者との交流 ・配席の工夫 ・レクや季節の行事へ の参加支援	○	デイケア	△△通所 リハビリ テーション	週2回	R3.8.1 ～ R4.2.28
	家族：冠婚葬祭時に遠 方に行かなければなら ない時、自然災害等で 避難しないとイケない ような時などに、主人 と一緒に連れて行くの が難しい。主人が落ち 着いて過ごせる場所が あれば、安心して家を 空ける事が出来ます。	家族が必要時に 安心して家を空 ける事が出来る 。	R03.08 ～ R04.07	本人が落ち着いた て過ごせる環境 が確保できる。	R03.08 ～ R04.02	【日常生活全般の支援】 ・送迎支援 ・移動時の介助見守り ・起床介助 ・食事の提供 ・排泄時の介助 ・更衣の一部介助 ・夜間帯の様子観察 ・服薬介助や声かけ など	○	短期入所生活 介護	介護福祉 施設□□	適宜

※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者」について記入する。

第 3 表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名： おお 牟田男 様

・本人及び家族の生活リズムを考慮して問題解決に適したサービスの時間や時間帯を調整しましょう。介護サービスにこだわらず、日常の趣味活動や家族の支援体制などの記載を行います。  
 ・週単位以外のサービスの記入も忘れずにしましょう。

		月	火	水	木	金		
深夜	4:00							
	5:00							
早朝	6:00							
	7:00							起床
午前	8:00							
	9:00							朝食（デイの時は8時頃）
	10:00	【通所リハ】				【通所リハ】		
午後	11:00	△△				△△		
	12:00	通りⅡ142				通りⅡ142		昼食
	13:00	ー入浴Ⅰ				ー入浴Ⅰ		
	14:00							
	15:00							
夜間	16:00							
	17:00							
	18:00							夕食
	19:00							
	20:00							
深夜	21:00							
	22:00							
	23:00							就寝
	0:00							(夜間は1～2回排泄)
	1:00							
夜	2:00							
	3:00							

週単位 以外の サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉用具貸与…手すり（ベッドサイド・玄関の上がり框・トイレ内）</li> <li>・ショートステイ…必要に応じて利用</li> <li>・主治医による往診…月1回（4週間に1回）</li> </ul>
--------------------	--



第 4 表

サービス担当者会議の要点

担当者会議の場所や時間は、居宅に限らずサービス事業所や病院などで可能。  
 ※サービス事業所で開催する場合は、注意が必要。  
 ・サービス提供時間中に実施した場合は、サービス提供中止とみなす。

利用者名 おお 牟田男 様

開催日 令和 年 月 日 開催場所 自宅

開催時間 14時00～14時30分 開催回数 2回

会議出席者	所属（職種）	氏 名	サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない担当者へ照会をします。様式は、決まっています。 照会（依頼）先：照会する事業所、主治医、その他の社会資源を書きましょう。その場合は、正式名称で正確に、担当者がわかっている場合は氏名まで記載しましょう。 照会（依頼）内容：何を照会したいのか相手に伝わるように具体的に記載しましょう。 回答者氏名：照会先と回答者が異なる場合は、所属・氏名を記入しましょう。 回答内容：照会された内容について、自分がわかる範囲で状況を相手に伝わるように具体的に記入しましょう。 ※書類にて照会を行う場合は、回答者名や回答内容は空欄にて依頼します。
	本人	おお 牟田男	
	大牟田内科医院	三池 Dr.（照会）	
	妻	おお 牟田子	
検討した項目	開催の目的を簡単に書き、番号をつけてまとめておきましょう [ 検討項目例 ] ①利用者・家族の意向の確認 ②課題の確認 ③援助目標の決定、確認 ④サービス内容の決定、確認 ・その他 担当者会議の前に、何をどのように打ち合わせを事前に記入し流れを組み立てておくと、スムーズな進行ができます。		
検討内容	・検討項目番号に対応して書きましょう ・それぞれの機関の実施するサービス内容だけでなく、サービス提供方法・留意点・頻度・時間数・担当者などを検討しましょう。		
結論	会議内容は、利用者や家族とともにケアチーム全員が共通認識し、後に確認することができるよう、記録としてきちんと残しましょう。 ○ 記録は要点を整理して、文書にして保管します。 ○ 後日、参加出来なかった関係者に記録した第4表を送ります。手渡しが出来ない場合は、郵送しましょう。 ○ ケース記録として、ケースファイルに一元管理しましょう。		
残された課題 (次回の開催時期)	結論がまとまらなかった項目について記載しましょう 残された課題について、関係者全員が未解決であるという共通認識をもつため、また解決のための役割分担を明らかにするために、記録を留めておくことが重要です。次の開催等の予定も記載しておきます。		

## ⑦. 居宅介護支援経過（第5表）の書き方

### （1）記載上の留意点

- ①この居宅介護支援経過記録は、介護支援専門員個人のメモではありません。公的な記録として責任を持ちましょう。記載の際には、日時と曜日を記載しましょう。
- ②日常的な居宅サービス事業者との連絡事項を記載します。
- ③表現の方法として、虐待や介護放棄などの言葉ではなく、認識した事実と根拠を書きましょう。
- ④「訪問変化なし」などの一行だけでなく、訪問時の状況の変化を具体的に書きましょう。
- ⑤第1表の記載事項で、サービス事業者に知られたくないことや、家族間でも知られたくないことを記載します。
- ⑥ニーズで解決する必要があるにもかかわらず利用者や家族の理解が得られなかった場合は、経過記録に書きましょう。

#### ワンポイント

- ・虐待やDVなどのケース
- ・本人が、認知症だと理解されていない場合等

ケ

重要

分かりやすく記入しよう。

- ・経過記録は、他の介護支援専門員が見てもわかるように記載しましょう。
- ・介護支援専門員が振り返る際に必要な書類となります。
- ・重要なポイントでは、必ず記入しておくようにしましょう。

- ①医師との連携
- ②加算の算定時
- ③書類の配布（ケアプラン、利用表等）等

上記は一部です。「無い」と運営基準減算となるような部分は、しっかりと記録に取りましょう。

重要な利用者との約束事や説明した証拠となるようなものは、利用者の反応を含め、記録をしましょう。介護支援専門員が、身を守るための重要な証拠となります。

評価表

利用者名 おお 牟田男 殿

作成日 / /

短期目標	(期間)	支援内容			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)
		サービス内容	サービス種別	※1		
<p>ケアプラン第2表に記載されている短期目標と期間を転記する。複数の短期目標がありかつその期間が異なる場合、ここに記載する短期目標は本様式作成時点で終期を迎える短期目標のみで良いです。</p>					<p>介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業所からの報告を踏まえ、短期目標の達成状況を評価して該当する記号を記入します。なお、生活を維持するために必要な援助を使い続けることを見込んでいる場合は（例えば「～の状況を維持できる」といった内容の短期目標の場合）に、そのケアプランの終期で状況が維持されているのであれば「○」（短期目標は達せられた）を記入し、再アセスメントの結果生活状況に大きく変化がなければ、同様の短期目標を次のケアプランでも再設定します。</p>	
<p>モニタリングにおいて、ケアプランに位置づけられたサービスの実施状況を把握し、短期目標を達成するために位置づけたサービスの提供期間が終了した際に、その評価・検証を行いましょう。短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなります。</p>						

※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）