

モニタリングシート

事業所名:

利用者		モニタリング実施日	令和 年 月 日	初回・前回	(月 日実施)
居宅介護支援事業所		介護支援専門員	様	サービス提供責任者	

実施状況				達成度と評価			
	短期目標	サービス内容	確認方法	利用者・家族の満足度			達成度評価
				利用者	家族	意見	
1			<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 職員連絡	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> わからない		<input type="checkbox"/> 達成した <input type="checkbox"/> ほぼ達成した <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/> その他
2			<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 職員連絡	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> わからない		<input type="checkbox"/> 達成した <input type="checkbox"/> ほぼ達成した <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/> その他
3			<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 職員連絡	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> わからない		<input type="checkbox"/> 達成した <input type="checkbox"/> ほぼ達成した <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/> その他
4			<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 職員連絡	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> わからない		<input type="checkbox"/> 達成した <input type="checkbox"/> ほぼ達成した <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/> その他

評価根拠項目	モニタリング結果	コメント	評価根拠項目	モニタリング結果	コメント
介護員は計画に沿って実施しているか	<input type="checkbox"/> 実施されている <input type="checkbox"/> ほぼ実施されている <input type="checkbox"/> 実施されていない		生活上の問題点	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
心身の状況の変化	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		苦情・要望	利用者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
家族(介護者)の変化	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		ADL・IADLの変化	<input type="checkbox"/> 良い変化 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化	

計画修正の必要性と理由 今後の方針・新たな目標	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
----------------------------	--	--