

通所介護計画書

計画作成者氏名		作成年月日	今年	年	月	日			
利用者氏名	性別	男・女	住所	(電話番号 - -)					
生年月日	年	月	日(才)	要介護認定日	年	月	日	要介護度等	要介護1・2・3・4・5・経過的要支援1・2
主たる介護者	(続柄:)			連絡先	住所:		電話番号:		
居宅介護支援事業所(事業者番号)	()			担当の介護支援専門員					

【援助目標】

長期目標		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
短期目標		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日

【本人及び家族の意向・希望】

日常生活上に関すること (入浴及び食事に関することなど)
病状に関すること (治療中・既往症の疾病に関する留意事項、禁忌など)
その他

【本人及びご家族様へのお願い】

--

【援助内容】

プログラム	
	迎え（有・無）
9:30	サービス提供開始
10:00	バイタルチェック
11:00	入浴
12:00	
13:00	昼食
14:00	レクリエーション
15:00	
16:00	機能訓練
16:30	サービス提供終了
	送り（有・無）

【個別援助内容】

項目	内容	留意事項

【選択的サービス】

サービス種別	サービス内容等	サービス従事者
個別機能訓練	サービス概要：（サービス内容の詳細は、別紙個別機能訓練計画書のとおり） 見直しの時期：〇〇年〇〇月〇〇日	資格 氏名
栄養マネジメントサービス	サービス概要：（サービス内容の詳細は、別紙栄養ケア計画書のとおり） 見直しの時期：〇〇年〇〇月〇〇日	資格 氏名
口腔機能向上サービス	サービス概要：（サービス内容の詳細は、別紙口腔機能向上計画書のとおり） 見直しの時期：〇〇年〇〇月〇〇日	資格 氏名
若年性認知症ケア	サービス概要：（サービス内容の詳細は、別紙若年性認知症ケア計画書のとおり） 見直しの時期：〇〇年〇〇月〇〇日	資格 氏名

【送迎方法等】

送迎方法：送迎車（○○コース）・車いす・その他（ ）送迎担当者：（氏名）
 送迎の予定時間：（往路）○○時頃（復路）○○時頃
 送迎に関する留意事項：（ ）

【報酬算定及び週間予定表】

提供時間帯 ： ～ ： （ 時間）	報酬算定区分 ○時間以上 ○時間未満	個別機能 訓練加算 有・無	入浴介助 加 算 有・無	選択的サービス等			
				栄養マネジメン トサービス 有・無	口腔機能向 上サービス 有・無	若年性認 知症ケア 有・無	
曜日別 提供予定	月	火	水	木	金	土	日
	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用
	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事
	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴
	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎
	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練
	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント
	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上
	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア

【サービス提供に関する評価】

（目標達成度）	評価を行った日 年 月 日
（利用者満足度）	評価を行った日 年 月 日
（計画見直の必要性）	評価を行った日 年 月 日

上記の通所介護計画に基づきサービス提供を行います。

説明日	年 月 日	説明者	職・氏名
-----	-------	-----	------

事業所名称：
 事業者番号：
 連絡先：（ ） —

利用者同意署名欄