

【通所介護計画書】

作成日：平成 年 月 日		前回作成日：平成 年 月 日		計画作成者：					
ふりがな	性別	大正 / 昭和		介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名		年 月 日生 歳							
通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)		本人の希望			障害老人の日常生活自立度				
		家族の希望			認知症老人の日常生活自立度				
健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)		ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項							
自宅での活動・参加の状況 (役割など)									

利用目標				
長期目標	設定日	年 月		目標達成度
	達成予定日	年 月		達成・一部・未達
短期目標	設定日	年 月		目標達成度
	達成予定日	年 月		達成・一部・未達

サービス提供内容						
①	目的とケアの提供方針・内容	評価			迎え(有・無)	
		実施	達成	効果、満足度など	予定時間	サービス内容
	月 日 ~ 月 日	実施	達成			プログラム (1日の流れ)
		一部	一部			
		未実施	未実施			
②	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
③	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
④	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
⑤	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			送り(有・無)

特記事項	実施後の変化(総括) 再評価日：平成 年 月 日
------	--------------------------

上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月 日	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 平成 年 月 日
ご本人氏名：	
ご家族氏名：	介護支援専門員様/事業所様

通所介護 ○○○ 千000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00	管理者：
事業所No. 000000000	Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000
	説明者：

通所介護（介護予防通所介護）計画書

資料2

(参考様式)

事業所名

計画作成氏名

作成 年 月 日

氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所			要介護度 要支援度	
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
電話		サービスの提供を行う期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
居宅（介護予防）サービス計画			（介護予防）通所介護計画（長期・短期目標等）	
長期				
短期				
利用者及び 家族の意向				
サービス利用上 の留意事項				

援助内容

個別援助内容

援助内容			項目	内容	留意事項					
迎え	自宅発 事業所着	:								
プログラム（日課）										
(予定時間)	(サービス提供内容)	各プログラムの 所要予定時間								
9:30 ~	健康チェックほか	0:30 程度								
10:00 ~	入浴・整容	1:00 程度								
11:00 ~	リハビリ体操	0:30 程度								
11:30 ~	昼食	1:15 程度								
12:45 ~	口腔ケア等	0:15 程度								
13:00 ~	レクリエーション	1:30 程度								
14:30 ~	おやつ	1:00 程度								
15:30 ~	帰りの会	0:30 程度								
16:00	サービス提供終了 (サービス提供終了)									
	合計所要時間	6:30 時間								
送り	事業所発 自宅着	:	利用日	月	火	水	木	金	土	日

報酬算定区分

3-5時間・5-7時間・7-9時間

通所介護計画（介護予防通所介護計画）について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者同意欄

氏名

印

説明者

氏名

運動器機能向上実施計画書

資料3

利用者名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

目標とする生活	計画作成者
	職 種

健 康 状 態	握力 (_____ kg 右・左)	痛み (部位と程度)
	片足立ち (開眼) (_____ 秒)	
	通常歩行時間 5 m (_____ 秒)	運動に際してのリスク
	【補装具使用 (有 無) 種類 (_____)】	

本人の希望	課題に対する目標と具体策の提案
-------	-----------------

方 法	実施回数 (_____ 日/週)	内訳 個別 (_____ 日/週)・集団 (_____ 日/週)
	1回運動時間 (約 _____ 分)	運動強度 (高・中・低) 負荷方法 (漸増・一定)

	初期 (_____ カ月)	中期 (_____ カ月)	後期 (_____ カ月)
目 標			
プ ロ グ ラ ム			
評 価			

--

口腔機能改善管理指導計画書

資料 4

利用者氏名	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	担当ケアマネ

計画内容

I 口や偽場の手入れ・リハビリ体操など	頻度
<input type="checkbox"/> ①歯みがき・舌みがき・入れ歯の清掃	1日に()回 (食後)
<input type="checkbox"/> ②口の動きや飲み込みのためのリハビリ (健口体操や舌・唇・頬の運動など)	1日に()回 (食後)

II 基本的サービス: 関連職種(介護職員等)が行う	頻度
<input type="checkbox"/> ①口腔清掃の実施観察・介助	週・()か月に()回
<input type="checkbox"/> ②日常的にできる口腔機能向上のための訓練	週・()か月に()回

III 専門的サービス: サービス担当者が行う	頻度
<input type="checkbox"/> ①口腔機能向上のための教育	週・()か月に()回
<input type="checkbox"/> ②口腔清掃の指導	週・()か月に()回
<input type="checkbox"/> ③口腔清掃の実施・介助	週・()か月に()回
<input type="checkbox"/> ④接触・嚥下機能に関する機能訓練の指導・実施	週・()か月に()回

目標

特に気を付けること

計画策定日 平成 年 月 日 計画策定者氏名 _____