別紙様式３－４

【（地域密着型）通所介護計画書】

作成日：　　年　　月　　日	前回作成日：　　年　　月　　日	初回作成日：　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名	性別	大正　/　昭和 年　　月　　日生　　歳	要介護度	計画作成者： 職種：

障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症高齢者の日常生活自立度：自立 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M

Ⅰ 利用者の基本情報

通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)	
利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	
利用者の居宅の環境（利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入）★	
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★

Ⅱ　サービス利用目標・サービス提供内容の設定

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

サービス提供内容（※）						
	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		
①	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		プログラム（1日の流れ）	
					(予定時間)	(ｻｰﾋﾞｽ内容)
②	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施			
③	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施			
④	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施			
⑤	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		送り（有・無）	

特記事項
実施後の変化(総括)　再評価日：　　年　　月　　日

※サービス提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なプログラムとなるよう、具体的に設定すること。
※入浴介助加算（Ⅱ）を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。

利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日	
説明者	説明・同意日
	年　　月　　日

（地域密着型）通所介護 ○○○　　〒000-0000　住所：○○県○○市○○ 00-00　　管理者：
事業所No.000000000　　Tel.000-000-0000/Fax.000-000-0000