

付録

デイサービス計画書

オリジナル書式集

収録書式

基本情報（フェイスシート）	： 2 枚
自宅等での生活情報	： 3 枚
当面のデイサービス計画書	： 2 枚
計画書台紙	： 1 枚
デイサービスでの情報	： 6 枚
アセスメント要約票	： 1 枚
デイサービス計画書（1）	： 1 枚
デイサービス計画書（2）	： 1 枚
デイサービス計画モニタリング表	： 2 枚
宿泊サービス計画書	： 2 枚

付録の書式は

下記URLよりダウンロードすることができます。

http://www.jmp.co.jp/contents/day_service/

【基本情報（フェイスシート）】

①利用者本人の氏名・緊急連絡先等

作成日：平成 年 月 日

《氏名・住所》

作成者：_____

フリガナ		男・女	M	年 月 日 (歳)
本人氏名			生年月日	
住 所	〒 - - TEL: - - -	その他:		

《緊急連絡先》

第1 連絡先	氏名	男・女	年齢 (歳)	本人との続柄 ()
	住所:			
	自宅 TEL	-	-	携帯 TEL - -
	勤め先:	e-mail _____ @ _____		
	連絡方法・特記 ()			
第2 連絡先	氏名	男・女	年齢 (歳)	本人との続柄 ()
	住所:			
	自宅 TEL	-	-	携帯 TEL - -
	勤め先:	e-mail _____ @ _____		
	連絡方法・特記 ()			
主治医	氏名			
	医療機関名:	TEL	-	-
	所在地:	携帯 TEL	-	-
	その他 ()			
緊急時の希望搬送先	病院名 () 連絡先等 ()			

《家族等（緊急連絡先以外）》

【家族構成】	介護	性	歳	続柄	備考

「介護」欄…主介護者であれば○、副介護者であれば○、協力者であれば△をつける。

②担当の介護支援専門員

氏 名		事業所名:
連絡先	TEL:	FAX:
変更・備考		

③要介護度など

《要介護度》

要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5・申請中	H . . ~ H . .
【更新・変更】要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5	H . . ~ H . .

《日常生活自立度判定基準》

認知症状	なし・I・II _a ・II _b ・III _a ・III _b ・IV・M	判定日	H . .
寝たきり	J ₁ ・J ₂ ・A ₁ ・A ₂ ・B ₁ ・B ₂ ・C ₁ ・C ₂	判定日	H . .

《認知症状の確認》

※ 地域密着型デイサービス利用者のみ記入

確認先等		確認書類	(書類添付)
------	--	------	--------

《公的な支援制度の活用》

支援制度	<input type="checkbox"/> 成年後見人(補助・保佐・後見・任意) <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業) <input type="checkbox"/> 生活保護		
内容等			

《公費・手帳等》

--

④生活・住宅環境

【自宅前・周辺】	【自宅内】
住宅環境 住居形態 <input type="checkbox"/> 戸建て(階) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階) エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

⑤生活歴など

《生活歴》

【生まれ・出身地】
【家族・結婚】
【仕事】
【暮らしの様子】
【備考】

《性格》

--

⑥現在利用している介護サービス

《利用している介護保険サービス》

サービスの種類	事業所名	頻度・内容等

《利用している社会資源》

サービスの種類	事業所名	頻度・内容

⑦その他(利用の経緯など)

--

【自宅等での生活情報】

訪問日：平成 年 月 日

訪問者：

作成日：平成 年 月 日

作成者：

利用者名

①自宅等での生活の様子

《自宅等での生活の様子》

6	9	12	15	18	21	24

《ライフスタイル（日課・趣味等）》

生活の習慣	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし					
日 課	（ ）（ ）（ ）					
毎月イベント	（ ）					
年間・不定期 イベント	（年・不 ） （年・不 ）		（年・不 ） （年・不 ）			
趣 味	（現・昔／ ）		（現・昔／ ）		（現・昔／ ）	
夢・希望	（ ）					
外 出	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> よく出かける		<input type="checkbox"/> あまり好きではない <input type="checkbox"/> あまり出かけない		<input type="checkbox"/> 嫌い <input type="checkbox"/> ほとんど出かけない	
	好きな外出先	（ ）（ ） （ ）（ ）				
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う 時間帯等（ ）					<input type="checkbox"/> 吸わない
お酒	<input type="checkbox"/> 飲む 時間帯等（ ）					<input type="checkbox"/> 飲まない
好きな音楽等	歌手やバンド（ ）（ ）（ ） 歌・曲（ ）（ ）（ ）					
服 装	（ ）					
信 仰	（ ）					
その他 興味あること	（ ）（ ） （ ）（ ）					

②健康状態等

《主治医以外の通院先》

担当医	病院名	診療科目	連絡先

《障害等》

<p>【障害の部位】</p> <div style="text-align: center;"> </div>	<p>【身体状況】</p>
--	----------------------

《病気等》

※ 既・現に○印をつける

	病名	状態・症状等
既・現		
既・現		
既・現		
既・現		

《服薬》

薬名	服用方法等	薬名	服用方法等

《アレルギー・禁飲食関係》

あり () なし

③ADL・IADL等

項目	状態等
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば自立 () <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば自立 () <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば自立 () <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば自立 () <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
移動 (歩行等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 室内は自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 福祉用具：杖 ()・歩行器・シルバーカー・車いす ()
食事準備	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 時々している <input type="checkbox"/> 手伝うことはある <input type="checkbox"/> しない
食事形態	【主食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 () <input type="checkbox"/> パン食 <input type="checkbox"/> その他 () 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻む () <input type="checkbox"/> その他 () 【備考】 ()
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 補助具等：箸・スプーン・フォーク・補助具 () 食事時間： () 分程
口腔 (歯磨き)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 歯の状態：自分の歯 総義歯・部分義歯 () その他 ()
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 () ①失禁 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし ②オムツ類等 ()
入浴準備	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部自分でやる () <input type="checkbox"/> しない
入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
着替え準備	<input type="checkbox"/> 洋服は自分で選ぶ <input type="checkbox"/> () と一緒に選ぶ <input type="checkbox"/> () 選んでもらう
着替え動作	<input type="checkbox"/> 自分で着替える <input type="checkbox"/> () に一部手伝ってもらう () <input type="checkbox"/> 全介助
通所日の準備	<input type="checkbox"/> 着替え自立・送迎場所まで自分で向かう <input type="checkbox"/> 着替え自立・送迎場所への付き添いあり <input type="checkbox"/> 着替え介助・送迎場所への付き添いあり <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	

④コミュニケーションおよび理解・行動等

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字なら可 <input type="checkbox"/> 視野が限られている（ ） <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡 <input type="checkbox"/> あり（特徴等： ） <input type="checkbox"/> なし	
聴覚	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら可 <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない（左・右） <input type="checkbox"/> 不明 補聴器 <input type="checkbox"/> あり（使い方等： ） <input type="checkbox"/> なし	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 困難（ ） 手段： 言語 ・ 筆談 ・ 身振り手振り ・ その他（ ）	
行動	行動内容	介護者等の対応
	1. 作話 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし	
	2. 妄想 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし	
	3. 幻覚 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし	
	4. 異食 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし	
	5. 暴力等 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし	
	6. その他気になる行動	（ ）
	（ ）	
	（ ）	

⑤家族等の介護状況

《主介護者等の役割・状態等》

	主介護者	副介護者
氏名	（ ） 年齢： 歳	（ ） 年齢： 歳
世帯	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
健康状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
介護状況		
困難な介護場面		
解決したい状態		

《その他の介護者の状況》

氏名	介護状況等

⑥その他の情報

--

⑦まとめ

--

□デイサービス(通所介護)計画 □介護予防サービス(介護予防通所介護)計画
 ~当面のサービス計画書~

利用者名 : 様 生年月日 : M . T . S 年 月 日 歳 作成日 : 平成 年 月 日

説明相手 : 印 説明・同意日 : 平成 年 月 日

計画作成者 : 印/ 印/ 印

要介護認定区分 : 要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5 認定期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

【利用者本人の生活の全体意向やサービスに対する意向等】

【本人の意向】

【家族の意向】

【事業所の総合的介護サービスの方針】

【利用者の生活の意向およびサービス内容】

生活の場面	ニーズや現状	目標	具体的なサービス内容
健康状態等			
コミュニケーションおよび理解・行動			

移動				
送迎				
食事				
排泄				
入浴				
アクティビティⅠ (ライフスタイル)				
アクティビティⅡ (レクリエーション活動)				
家族支援				
生活相談・その他				

デイサービス計画書

デイサービス（通所介護）計画

介護予防デイサービス（介護予防通所介護）計画

利用者名： _____

アセスメント日【作成日：平成 年 月 日 担当者： _____】

計画作成日【作成日：平成 年 月 日 担当者： _____】

事業所名： _____

【デイサービスでの情報】

利用者名	
------	--

作成日	H	年	月	日
作成者				

《本人の生活全体の意向およびデイサービスへの意向等》

生活全体の意向	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特になし		
デイサービスに対する意向(希望)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特になし		
デイサービスへの意欲	<input type="checkbox"/> 楽しみにしている <input type="checkbox"/> 行きたくない	<input type="checkbox"/> 楽しくなってきた <input type="checkbox"/> 不明(理由:)	<input type="checkbox"/> 行くのは嫌ではない
利用日	月・火・水・木・金・土・日 その他 ()		

《介護予防への取り組み》

※ 要支援のみ

<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 希望あり () <input type="checkbox"/> 希望あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし
介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 運動器機能向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 留意点等 ()	

《事業所の関わり方～事業所の総合的介護サービスの方針～》

--

①健康状態・機能訓練等

【項目:1】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不明
<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	

《疾病等に対する留意点》

--

《服薬管理》

内服薬	持参する薬:朝食時用・昼食時用・夕食時用			
	①食前薬	<input type="checkbox"/> あり () 時用 ()		<input type="checkbox"/> なし
	②食後薬	<input type="checkbox"/> あり () 時用 ()		<input type="checkbox"/> なし
	③その他	<input type="checkbox"/> あり () 時用 ()		<input type="checkbox"/> なし
外用薬	<input type="checkbox"/> あり(時間: 薬: 備考:)			<input type="checkbox"/> なし
その他	<input type="checkbox"/> あり ()			<input type="checkbox"/> なし

《個別機能訓練》

※ 「個別機能訓練」加算の算定の場合は別紙へ。本箇所省略可。

機能訓練希望	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
実施する背景や理由	
機能訓練指導員記入欄	
実施内容	<input type="checkbox"/> 歩行・座位・立位・手の訓練 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> リハビリ(健康)体操 <input type="checkbox"/> 生活リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()

《備考/職員の所見や提案欄》

健康状態等の介護計画作成の必要	1	2

②コミュニケーションおよび理解・行動

【項目 :2】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

■本人	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし

《眼鏡・補聴器》

※ 眼鏡・補聴器を使用している方のみ記載

眼鏡	<input type="checkbox"/> 持参 (注意点:)	<input type="checkbox"/> 持参しない
補聴器	<input type="checkbox"/> 持参 (注意点:)	<input type="checkbox"/> 持参しない

《コミュニケーション》

1. 職員との意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 (言語・文字盤・身振り) <input type="checkbox"/> 話したくない	<input type="checkbox"/> ほとんど問題ない <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 困難 ()
2. 利用者との意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 (言語・文字盤・身振り) <input type="checkbox"/> 話したくない	<input type="checkbox"/> ほとんど問題ない <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 困難 ()

《理解》

1. デイでの1日の活動内容の理解	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> ほとんど理解している	<input type="checkbox"/> わからない
2. 各種活動場面の理解	<input type="checkbox"/> 時間になれば自ら席に向かう	<input type="checkbox"/> 声をかけてほしい	<input type="checkbox"/> その他 ()

《行動1》

<input type="checkbox"/> 大勢いて楽しい	<input type="checkbox"/> 大勢いると楽しいが気を遣うことはある ()
<input type="checkbox"/> 少人数なら楽しい	<input type="checkbox"/> 職員と一緒に安心 <input type="checkbox"/> 人が多いのは苦手 <input type="checkbox"/> 不明

《行動2》

1. 利用者とのトラブル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
2. 利用中でも家に帰りたと思う	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

《行動3》

※ 職員の観察

1. 作話	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし
2. 妄想	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし
3. 幻覚	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし
4. その他気になる行動	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし

《備考 / 職員の所見や提案欄》

理解・行動の介護計画作成の必要	1	2

③移動

【項目 :3】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

■本人	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし

《歩行等》

立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ()	<input type="checkbox"/> 全介助
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ()	<input type="checkbox"/> 全介助
歩行等	【室内】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 () 【室外】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ()	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 事業所用 杖 () 車いす () シルバーカー その他 ()	
機能訓練等留意点	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 特になし

《備考 / 職員の所見や提案欄》

移動の介護計画作成の必要	1	2

④送迎

【項目 :4】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

■本人	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし

《送迎ポイント》

迎え時	<input type="checkbox"/> 自宅前 (マンション等1階)	<input type="checkbox"/> 玄関前 (マンション等: 階)
	<input type="checkbox"/> 玄関内 <input type="checkbox"/> 自室内まで	<input type="checkbox"/> その他 ()
送り時	<input type="checkbox"/> 自宅前 (マンション等1階)	<input type="checkbox"/> 玄関前 (マンション等: 階)
	<input type="checkbox"/> 玄関内 <input type="checkbox"/> 自室内まで	<input type="checkbox"/> その他 ()

《送迎車両・乗降等》

※ 送迎時間の変更は随時連絡帳にて行う

曜日			
車種			
座席			
乗降介助			
備考			

《備考 / 職員の所見や提案欄》

送迎の介護計画作成の必要	1	2

⑤食事

【項目 :5】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

■本人	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり (禁食注意:)		<input type="checkbox"/> なし

《デイサービスでの役割》

<input type="checkbox"/> 役割あり	①テーブルを拭く	②お茶を入れる	③お茶を配る	④配膳する (自分・他の利用者分)
	⑤下膳する	⑥洗い物をする	⑦その他 ()	<input type="checkbox"/> なし

《栄養・食事内容等》

※ 「栄養改善」加算の算定の場合は別紙へ。本箇所記入省略可。

食事	<input type="checkbox"/> 事業所用意 <input type="checkbox"/> 一部事業所用意 () <input type="checkbox"/> 持ち込み
食事形態	【主食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 () <input type="checkbox"/> パン食 その他 () 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻む () その他 ()
栄養	カロリー制限 (kcal) その他 ()
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り () <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
自助具等	<input type="checkbox"/> 持参 () <input type="checkbox"/> 事業所用意 (箸・スプーン大・小・フォーク・おしぼり)
その他	
機能訓練等留意点	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特になし

《口腔》

そしゃく状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 嚙みにくい時あり（	）	<input type="checkbox"/> 嚙めない
嚙下状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 飲み込みにくい時あり（	）	<input type="checkbox"/> 口に溜めてしまう <input type="checkbox"/> 飲み込めない
歯磨き	<input type="checkbox"/> 食後自分で磨く	<input type="checkbox"/> 食後介助にて磨く（	）	<input type="checkbox"/> しない
その他				

《備考 / 職員の所見や提案欄》

食事の介護計画作成の必要	1	2

6排泄

【項目 :6】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

■本人	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> なし	

《排泄動作》

失禁	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> なし		
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助（	）	<input type="checkbox"/> 全介助
介助の時間	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> なし		
オムツ类等	オムツ類（	）			
	バルーン <input type="checkbox"/> あり（尿抜去時間：	）	<input type="checkbox"/> なし		
機能訓練等留意点	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> 特になし		

《備考 / 職員の所見や提案欄》

排泄の介護計画作成の必要	1	2

7入浴

【項目 :7】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

■本人	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> なし	

《入浴動作等》

入浴	<input type="checkbox"/> 好き	<input type="checkbox"/> あまり好きではない（理由：	）	<input type="checkbox"/> 嫌い		
入浴形態	<input type="checkbox"/> 大浴場	<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> チェアインバス	<input type="checkbox"/> その他（	）
入浴する時間	<input type="checkbox"/> 事業所指定時間	<input type="checkbox"/> 希望時間に入る（	）	<input type="checkbox"/> その他（	）	
入浴の準備	<input type="checkbox"/> 衣類（着替え）を準備する					
	<input type="checkbox"/> その他（	）	<input type="checkbox"/> しない（職員）			
着替え動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助（	）	<input type="checkbox"/> 全介助	
入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助（	）	<input type="checkbox"/> 全介助	
機能訓練等留意点	<input type="checkbox"/> あり（	）	<input type="checkbox"/> 特になし			

《備考 / 職員の所見や提案欄》

入浴の介護計画作成の必要	1	2

⑧ アクティビティⅠ～ライフスタイル～

【項目:8】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

■本人	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし

《事業所でも行うライフスタイル・自宅での日課等》

生活の習慣	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う (場所: 時間帯:)	<input type="checkbox"/> 吸わない
その他		

《備考 / 職員の所見や提案欄》

アクティビティⅠの介護計画作成の必要	1	2

⑨ アクティビティⅡ～レクリエーション活動～

【項目:9】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

■本人	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし

《活動の役割》

活動準備	<input type="checkbox"/> 活動の企画会議に出る <input type="checkbox"/> 活動の事前準備をする <input type="checkbox"/> 当日準備をする <input type="checkbox"/> 片づけを手伝う <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特にしない
活動中の役割	<input type="checkbox"/> プログラムによってリーダーとなる () () () <input type="checkbox"/> 隣の利用者の手伝いをする () () () <input type="checkbox"/> 時々手伝う () () <input type="checkbox"/> 特になし

《活動内容》

参加形態	<input type="checkbox"/> 大勢での活動が好き <input type="checkbox"/> 内容によって大勢が好き () <input type="checkbox"/> 少人数(～6名)での活動が好き <input type="checkbox"/> 1人でやる活動が好き <input type="checkbox"/> あまり活動には参加したくない/1人でいたい
好きな活動	<input type="checkbox"/> あり () () () () () () <input type="checkbox"/> なし
今後興味のある活動	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特になし
機能訓練等留意点	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特になし

《備考 / 職員の所見や提案欄》

アクティビティⅡの介護計画作成の必要	1	2

⑩ 家族支援

【項目:10】 内容変更あり 内容変更なし

《本人および家族の希望・介護支援専門員の留意点》

■本人	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし

《家族への配慮・支援》

配慮すること	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 今のところなし
支援すること	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 今のところなし

《備考 / 職員の所見や提案欄》

家族支援およびその他の介護計画作成の必要	1	2

☑生活相談・その他

【項目 :11】 内容変更あり 内容変更なし

■本人	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
■家族	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
■介護支援専門員	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし

《生活相談》

--

《その他》

--

《備考 / 職員の所見や提案欄》

生活相談・その他の介護計画作成の必要	1	2

《まとめ》

アセスメント要約票

項目 NO.	項目	作成有無		アセスメントの要約	計画への提案検討
項目 1	健康状態・ 機能訓練等	1	2		
項目 2	コミュニケーション および理解・行動	1	2		
項目 3	移動（歩行）	1	2		
項目 4	送迎	1	2		
項目 5	食事	1	2		
項目 6	排泄	1	2		
項目 7	入浴	1	2		
項目 8	アクティビティⅠ ～ライフスタイル～	1	2		
項目 9	アクティビティⅡ ～レクリエーション活動～	1	2		
項目 10	家族支援	1	2		
項目 11	生活相談・その他	1	2		

デイサービス (通所介護) 計画書 (1)
 介護予防デイサービス (介護予防通所介護) 計画書 (1)

初回 ・ 継続 ・ 再検討 ・ 一部修正追加

作成日：平成 年 月 日

利用者名： 様 生年月日： M ・ T ・ S 年 月 日 年齢： 歳

説明相手： 印 説明・同意日：平成 年 月 日 (説明者：)

計画作成者： 印 / 印 / 印

要介護認定区分：要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 認定期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

利用日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 (週 回)	備考
-----	---------------------------------	----

	ケアプラン	デイサービス
利用者の生活全体の意向		
利用者の介護サービスに対する意向		
家族の意向		

介護支援専門員からの留意点等	
目標とする生活 (介護予防のみ)	【1年】 【1日】

事業所の総合的介護サービスの方針	
------------------	--

事業所名： _____

通所介護計画書 (個別機能訓練計画書) の説明・交付を受けました。 平成 年 月 日 氏名： _____ 印

- デイサービス (通所介護) 計画書 (2)
- 介護予防デイサービス (介護予防通所介護) 計画書 (2)

利用者名： _____

ニーズや生活の現状	目標	サービスの内容等			
		サービス項目	具体的な内容	担当者	頻度 期間
(項目：)	(長期)				
	(短期)				
(項目：)	(長期)				
	(短期)				
(項目：)	(長期)				
	(短期)				

事業所名： _____

サービス計画モニタリング表

(記入日： 平成 年 月 日)

記入者：
記入者：

入居者名： 様

ニーズや生活の現状 (項目：)	サービス項目	実施状況	目標の達成度や本人の満足度	今後の方向性
(項目：)	<input type="checkbox"/> 計画通り実施できた <input type="checkbox"/> 一部実施できた <input type="checkbox"/> 実施していない ～具体的な理由等～	○短期目標の達成度 【利用者】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった 【職員】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった ～所見欄～ ○本人のサービス満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 不明 ～具体的な理由等～	<input type="checkbox"/> サービスを継続する <input type="checkbox"/> サービスの具体的内容を変更して継続する <input type="checkbox"/> サービスを中止する <input type="checkbox"/> その他 () ～備考～	<input type="checkbox"/> サービスを継続する <input type="checkbox"/> サービスの具体的内容を変更して継続する <input type="checkbox"/> サービスを中止する <input type="checkbox"/> その他 () ～備考～

(項目：)	<input type="checkbox"/> 計画通り実施できた <input type="checkbox"/> 一部実施できた <input type="checkbox"/> 実施していない ～具体的な理由等～	○短期目標の達成度 【利用者】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった 【職員】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった ～所見欄～ ○本人のサービス満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 不明 ～具体的な理由等～	<input type="checkbox"/> サービスを継続する <input type="checkbox"/> サービスの具体的内容を変更して継続する <input type="checkbox"/> サービスを中止する <input type="checkbox"/> その他 () ～備考～
(項目：)	<input type="checkbox"/> 計画通り実施できた <input type="checkbox"/> 一部実施できた <input type="checkbox"/> 実施していない ～具体的な理由等～	○短期目標の達成度 【利用者】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった 【職員】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった ～所見欄～ ○本人のサービス満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 不明 ～具体的な理由等～	<input type="checkbox"/> サービスを継続する <input type="checkbox"/> サービスの具体的内容を変更して継続する <input type="checkbox"/> サービスを中止する <input type="checkbox"/> その他 () ～備考～

サービスへの希望等	
モニタリングまとめ	

事業所名：

□宿泊サービス計画書

作成日：平成 年 月 日

入居者名： 様 生年月日： M・T・S 年 月 日 歳

説明相手： 印 説明・同意日：平成 年 月 日

計画作成者： 印/ 印/ 印

要介護認定区分：要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5 認定期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

【利用者の生活の全体意向やサービスに対する意向等／宿泊・宿泊サービスに対する意向】

【本人の意向】

【デイサービスに対する意向】

【家族の意向】

【事業所の総合的介護サービスの方針】

【利用者の生活の意向及びサービス内容】

生活の場面	ニーズや現状	目 標	具体的なサービス内容	頻 度	担当者
健康状態等					
コミュニケーション 及び理解・行動					

移動						
食事						
排泄						
入浴						
アクティビティ I (ライフスタイル) その他						
夜間特記						

宿泊サービス計画書の説明・交付を受けました。 平成 年 月 日 氏名： 事業所名：