

事業所名: [REDACTED]

### 介護予防訪問介護計画書

作成者: \_\_\_\_\_

作成日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

氏名		様	男・女	生年月日	歳	住所
				M.T.S	年 月 日	
				介護度		電話
介護予防訪問介護の目標						
訪問の目的						
援助内容 No.						
援助内容 No.						
援助内容 No.						
曜日・時間						
援助内容		頻度	内容・方法・留意点			所要時間
			本人がする事、できる事		ヘルパーがする事	
1	観察記録	健康チェック				
		環境整備				
		相談助言等				
		記録など				
2	掃除	居室内やトイレ				
		卓上等の清掃				
		ゴミだし				
3	洗濯	準備・後片づけ				
		洗濯機または手洗いの洗濯				
		乾燥(物干し)				
		取り入れ収納				
		アイロンがけ				
	寝具手入れ	シーツ交換				
		カバーの交換				
		ベットメイキング				
		布団干し				
	衣類	衣類の整理				
被服の補修						



## 訪 問 介 護 計 画 書

		計画作成者氏名	作成年月日	年 月 日
氏 名		男 女	生年月日	年 月 日
			要介護度	
住 所			電 話	

[援助目標]

	⇒援助内容 No. ⇒援助内容 No. ⇒援助内容 No
--	------------------------------------

[援助内容]

No.	派遣曜日	曜 日	派遣時間	: ~ :	
1	サービス区分	サービス内容		予定所要時間	留意事項
	<生活援助>			分	
	<身体介護>			分	
				分	
				分	
				分	
	合計時間			分	

No.	派遣曜日	曜 日	派遣時間	: ~ :	
2	サービス区分	サービス内容		予定所要時間	留意事項
				分	
				分	
				分	
				分	
		合計時間			

No.	派遣曜日	曜日	派遣時間	:	~	:
3	サービス区分	サービス内容		予定所要時間	留意事項	
				分		
				分		
				分		
				分		
				分		
		合計時間		分		

[説明・同意・交付署名欄]

上記の訪問介護計画に基づきサービス提供を行います。

訪問介護事業所名：

説明日：           年       月       日                           説明者： \_\_\_\_\_

上記の訪問介護計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

利用者等署名欄： \_\_\_\_\_

# 訪問介護計画書(1)

(1/2)

〒248-0014

TEL:

FAX:

作成日: 年 月 日 ( 新規・更新 ) 作成者:

氏名	様	生年月日	年	月	日	性別
住所	鎌倉市		TEL	0467-		

## 総合的な援助方針

--

ニーズ/課題	目標	評価

次項の「訪問介護計画書(2)」の「サービス内容(介護手順書)」も確認をしてください。⇒

- ※ 計画書の内容、サービス内容等の変更をご希望の際は、ご相談ください。
- ※ 当事業所は、適切なサービスを円滑に提供するため、本訪問介護計画書を担当ヘルパー、担当介護支援専門員に配布します。

〈 事業所 〉

本訪問介護計画書の内容に基づき訪問介護サービスを提供します。

年 月 日

\_\_\_\_\_:

印

〈 ご利用者 〉

本訪問介護計画書の内容について説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日

印

# 訪問介護計画書(2)

(2/2)

特養鎌倉静養館 訪問介護

〒248-0014 鎌倉市由比ガ浜4-4-30 TEL: 0467-23-9120 FAX: 0467-22-8053

(介護手順書)

時間/援助内容	手順/流れ	注意事項

事業所名：

## 訪問介護計画書

計画作成者		作成年月日	平成 年 月 日
ご利用者氏名		生年月日	年 月 日( )歳
住 所	〒	要介護区分	支1・2：介1・2・3・4・5
		電話番号	
居宅介護支援事業所		担当者	
認定の有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日		

### 【援助目標】

解決すべき課題	
長期目標	
短期目標	
本人・家族の希望	
留意点	

### 【サービス提供に関する評価】

評価を行った日	年 月 日
---------	-------

【援助内容】

サービス区分	サービス内容	予定所要時間	留意事項
		分	
		分	
合計時間		分	援助 NO ;
派遣曜日	曜日	派遣時間	: ~ :

サービス区分	サービス内容	予定所要時間	留意事項
		分	
		分	
合計時間		分	援助 NO ;
派遣曜日	曜日	派遣時間	: ~ :

サービス区分	サービス内容	予定所要時間	留意事項
		分	
		分	
合計時間		分	援助 NO ;
派遣曜日	曜日	派遣時間	: ~ :

【説明・同意・交付署名欄】

上記の訪問介護計画に基づきサービス提供を行います。

訪問介護事業所名：

説明日：平成 年 月 日

説明者； \_\_\_\_\_ 印

上記の訪問介護計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

利用者等署名欄； \_\_\_\_\_ 印



# 訪問介護計画書

新規

	計画作成者氏名	作成年月日	NO.	平成	年	月	日
ご利用者様名	様	生年月日			年	月	日
		要介護度					
住所	〒	電話					

**【援助目標】**

1		→援助内容No.( )
短期目標		期間
長期目標		期間
本人の意向		
家族の意向		

**【援助内容】**

No.	派遣曜日	曜日	派遣時間	: ~ :
1	サービス区分	サービス内容	予定所要時間	留意事項
	身体介護2	ご挨拶、準備 → → → → → →	分 分 分 分 分 分	
	記録		5分	
合計時間			分	

**【説明・同意・交付署名欄】**

上記の訪問介護計画に基づきサービス提供を行います。

訪問介護事業所名 :

説明日 : 平成      年      月      日      説明者 : \_\_\_\_\_

上記の訪問介護計画書について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

ご利用者様等署名欄 : \_\_\_\_\_ 印

# 訪問介護計画書

貴方の「居宅サービス計画」に基づき、以下の通り訪問介護計画をご提案いたします。

	計画作成者氏名 <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>	作成年月日	平成 年 月 日
利用者氏名	様	生年月日	大正 年 月 日 (歳)
住所		介護度	
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

### 【援助目標】

解決すべき課題	
利用者・家族の意向	本人： 家族：
短期目標	
長期目標	

### 【援助内容】

サービス区分	サービスの具体的内容	予定所要時間	留意事項
<>			
	合計時間		
派遣曜日	月・火・水・木・金・土・日	派遣時間	

サービス区分	サービスの具体的内容	予定所要時間	留意事項
<>			
	合計時間		
派遣曜日	月・火・水・木・金・土・日	派遣時間	

### 【説明・同意・交付署名欄】

上記の訪問介護計画書に基づきサービス提供を行います。

説明日	平成 年 月 日	訪問介護事業所名
説明者	印	

上記の訪問介護計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

利用者同意書名欄	年 月 日	印
----------	-------	---

# 訪問介護計画書

様式1

作成年月日：平成 年 月 日

作成担当者：

利用者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日	歳
住所	〒				
電話番号					

**【援助目標】**

  
  

**【本人及び家族の希望】**

身体に関する希望

  
  
  

生活に関する希望

  
  

**【本人及びご家族へのお願い】**

  
  

**【週間予定表】**

サービス名称	提供時間帯	提供時間	サービス内容	月	火	水	木	金	土	日

備考

  
  
  

上記の訪問介護計画書に基づき訪問介護サービスを提供いたします。

説明・同意日	
事業所名	
説明担当者	

訪問介護計画書について説明を受け同意し、交付を受けました。	お客様同意署名	印
-------------------------------	---------	---



# 訪問介護計画書

作成年月日

計画作成者氏名

利用者名	様	住所			
		生年月日	0 歳	介護度	

本人・家族のニーズ	援助によるご本人の目標	援助内容
ご本人：  ご家族：		

週 間 予 定	曜日	時間	担当	曜日	時間	担当
			分			60 分
		分			分	
		分			分	

援助内容								
サービス区分	①		②		③		④	
	身体	生活	身体	生活	身体	生活	身体	生活
時間	分		分		分		分	
準備・記録	【 分】		【 分】		【 分】		【 分】	
身体介護	(排泄)							
	(食事)							
	(調理)							
	(清拭)							
	(部分浴)							
	(洗髪)							
	(全身浴)							
	(洗面)							
	(身体整容)							
	(更衣)							
	(体位変換)							
	(移乗・動)							
	(通院)							
	(外出)							
	(起床)							
(就寝)								
(服薬)								
(自立生活)								
時間計	【 分】		【 0 分】		【 分】		【 分】	
生活援助	(掃除)							
	(洗濯)							
	(ベッド)							
	(衣類)							
	(調理)							
	(買物)							
	(薬受取)							
(その他)								
時間計	【 分】		【 分】		【 分】		【 分】	
備考								

**【説明・同意・交付書名欄】**

上記の訪問介護計画に基づきサービスを提供を行います。

事業所名：

上記の訪問介護計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。

説明日：

説明者：

利用者署名欄



## 介護予防訪問介護サービスの内容

自立支援の観点から、利用者ができる行為は利用者本人が行い、  
できない部分をヘルパーが支援することを基本とします。

	利用者	ヘルパーの支援内容
調理		
洗濯（繕い）		
掃除		
整理整頓		
買い物		
衣服の入れ替え		
その他		

(利用者が) できる ○、一部できる △、できない ×

# 訪問介護計画書 (暫定) ※緊急の時用

	身体介護の内容	生活援助の内容
サービスの種類	<input checked="" type="checkbox"/> ①排泄介助 <input type="checkbox"/> ②清潔介助 <input type="checkbox"/> ③移動介助 <input type="checkbox"/> ④食事介助 <input type="checkbox"/> ⑤自立支援 <input type="checkbox"/> ⑥その他	<input checked="" type="checkbox"/> ⑦掃除 <input checked="" type="checkbox"/> ⑧洗濯 <input type="checkbox"/> ⑨調理 <input type="checkbox"/> ⑩買物 <input type="checkbox"/> ⑪適時の用 <input type="checkbox"/> ⑫その他

## 提供するサービスの内容と曜日・時刻

曜日	時間	身体介護	生活援助	備考
月	10:00-10:50	30分 ① 身体1	20分 ② ⑧ 生活1	
火				
水				
木				
金				
土				
日				
備考				



## 訪問介護サービスの内容

### 1 サービス内容の区分

#### (1) 身体介護：身体に関わるサービス

サービス区分	サービス内容	留意事項
①排泄介助	○おむつ、リハパン、パット交換、陰殿部（清拭・洗浄）、失禁の世話、採尿器や差し込み便器の介助、 <u>トイレ</u> 、 <u>ポータブルトイレへの移動介助</u> 、 <u>見守り</u> 、 <u>誘導など</u>	
②清潔介助	○身体の清拭、部分浴（手浴、足浴、シャンプー）、VC、全身浴、洗面等、整容（身繕の介助、整髪、爪切り）、更衣（寝間着や日常着の着脱介助）	
③移動介助	○体位変換、移乗、移動、外出、乗降、通院	
④食事介助	○食事介助、専門的調理、服薬介助、口腔ケア	
⑤自立支援		
⑥その他		

(2) 生活援助：家事に関わるサービス

サービス区分	サービス内容	留意事項
⑦掃除	⑦掃除、ゴミ分別、ゴミ出し、日常生活用品等の整理整頓。ご利用者が日常使用している居間、(台所)、(トイレ)、寝室、浴室に限定されます。(ご家族の方との共用部分は含まれません)	
⑧洗濯	⑧ご利用者の日常的な衣類の洗濯、干す、取り入れ、たたみ、収納アイロンかけ	
⑨調理	○食事の調理、下ごしらえ、配膳、下膳、食品の管理等。ただし、ご利用者以外の家族等の食事調理は含まれません。	
⑩買物	○日用品や食品等の買物をします。買物の整理収納、薬の受取（ご利用者宅から買物に出かけるのが原則です。）	
⑪適時の用	○衣類の整理、繕い、ベットメイク、布団干し	
⑫その他		

その他の注意事項やご利用者の要望

# 訪問介護計画書

作成日 20 年 月 日

氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日( 歳)	介護度(1・2・3・4・5)
住所	鎌倉市	TEL	独居・夫婦・その他	認定期間

総合的な援助方針

ニーズ	援助目標 (①短期目標②長期目標)	期間	サービス内容 (目標に至る為の方法・手段)	留意点

サービス利用状況・ヘルパー名	コーディネーター名						
	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

年 月 日 上記の計画書に基づき説明をし、交付しました  
事業所 鎌倉市 TEL

サービス提供責任者名 \_\_\_\_\_ 印  
上記の計画書に基づき説明を受け同意し、交付を受けました

氏名 \_\_\_\_\_ 印

事業所名

## 訪問介護計画書

作成氏名		作成年月日		平成 年 月 日	
ご利用者氏名		生年月日			
介護度		認定期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日	
住所			電話番号		
居宅介護支援事業所			介護支援専門員		
ご利用者の希望					
ご家族の希望					
課題 現状は、独居で、上下肢が〇〇である					
目標期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日					
目標					

記録等	体調確認・準備・片付け・記録	5分	訪問時に必ず行う行為
サービス曜日	月	サービス時間	10時00分～10時55分
サービス曜日	木	サービス時間	15時00分～15時55分
サービス区分	サービス内容と流れ	予定所要時間	留意事項
身体介護	排泄介助 声かけ→移動→脱衣→排泄→後始末→着衣 →利用者の手洗い→移動→ヘルパーの手洗い	10分	
身体介護	入浴介助 声かけ→移動→脱衣→入浴→着衣→移動 →……	25分	
身体介護	排泄介助	10分	
		分	
		分	
		分	
合計時間		分	

サービス曜日	火	サービス時間	15時00分～15時55分
サービス区分	サービス内容と流れ	予定所要時間	留意事項
生活援助	掃除	寝室の掃除	20分
生活援助	ベッドメイク	シーツ交換	5分
生活援助	洗濯	洗濯→干す	5分
生活援助	調理	下ごしらえ→調理	20分
			分
			分
合計時間		分	55分

説明日: \_\_\_\_\_

説明者: \_\_\_\_\_

訪問介護計画書の内容について説明を受け同意し、交付を受けました。

平成 年 月 日 ご利用者様サイン 印

## 自費利用内容

サービス日時	時 分 ～ 時 分	(月・火・水・木・金・土)
分	生活援助 = 調理・掃除・洗濯・買物・衣類整理・ゴミ出し・他	
分	身体介護 =	

備考

所要時間 分

作成日 平成 年 月 日 作成者【サービス提供責任者】

利用者氏名	様	被保険者番号	
生年月日	年 月 日生( )	要介護度	性別
生活全般の解決すべき課題			
ご本人・ご家族の意向			
長期目標		実施期間	年 月 ~ 年 月
短期目標	#1 #2 #3		年 月 ~ 年 月
サービス区分・種類	サービス内容	サービス提供に当たっての留意点	
基本サービス	健康チェック・環境整備・相談		
サービス提供頻度			
備考 (特記事項等)			
※ 評価 (目標達成)			

※ 評価欄は、実施期間が経過した後に記載し、次回の計画書作成に役立てるものとする。  
 上記計画書の説明を受け、訪問介護サービスの提供を受ける事に同意し、交付を受けました。  
 平成 年 月 日

利用者名	所在地
	事業者名
	管理者名
	サービス提供責任者

事業者名： \_\_\_\_\_

## 訪問介護計画書

作成者氏名		作成年月日 平成 年 月 日	要支援 1 2 申請中	要介護 1 2 3 4 (5)
利用者氏名	様 女 (男)	有効期間		H26年5月22日～H27年5月31日
		生年月日		(T) S 年月日 歳
住所	鎌倉市	電話番号		0467-

【長期目標】

【短期目標】

ご本人及びご家族の希望

【ご本人】

【ご家族】

【援助内容】

No	派遣曜日	派遣時間		
1	担当ヘルパー			
	サービス区分	サービス内容	予定時間	
		挨拶→状態確認→ヘルパーの身支度	分	留意事項
		記録→退室	5分	
合計時間		分		

※ヘルパーが交代になる事があります。

※交通事情により訪問時間が前後する事があります。

※短期目標期間終了後、計画の見直しの必要性がない場合は長期目標の実施期間ま短期目標を継続とさせていただきます。

【説明・同意・交付署名欄】

上記の訪問介護計画に基づきサービス提供を行います。

訪問介護事業所名 : \_\_\_\_\_

説明日：平成 年 月 日 説明者 : \_\_\_\_\_

上記の訪問介護計画書について説明を受け、同意しました。  
又、当該計画書を受け取りました。

利用者等署名欄 \_\_\_\_\_

# 訪問介護計画書

様式1

作成年月日：平成26年10月15日

作成担当者：

利用者氏名	様	男	・	(女)	生年月日	昭和	年	月	日	歳	
住所											
電話番号											

**【援助目標】**

**【本人及び家族の希望】**

身体に関する希望

生活に関する希望

**【本人及びご家族へのお願い】**

**【週間予定表】**

サービス名称	提供時間帯	提供時間	サービス内容	月	火	水	木	金	土	日

備考

上記の訪問介護計画書に基づき訪問介護サービスを提供いたします。

説明日	
事業所名	
説明担当者	

お客様同意署名	印
---------	---





# 訪 問 介 護 計 画 書

作成日	平成 年 月 日	作成者(サービス提供責任者)		⑩
お客様名	様	保険者番号	被保険者番号	
		要介護度	要介護	性別
		生年月日		
居宅介護支援事業所				介護支援専門員

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)			
お客様の希望			
ご家族の希望			
長期目標			
実施期間			
短期目標			
実施期間			
継続実施期間	~	~	~

サービス名	頻度	開始 (h)	終了 (h)

サービス内容の詳細			
サービス名	実施項目	手順 / 留意事項	所要時間
援助上の留意点			

※上記計画の交付/説明を受け、訪問介護サービスの提供を受けることに同意いたしました。  
 ※家族が行なう介護方法について説明を受けました。  
 ※短期目標期間終了時のモニタリングの際、計画の見直しの必要がない場合は、長期目標の実施期間まで短期目標を継続といたします。

年 月 日

お客様名 ⑩
事業者名 ⑩

代筆者名 ⑩
管理者名 ⑩

作成年月日 平成●年●月●日

# 訪問介護計画書

利用者:  
No. 1  
作成年月日:平成 年 月 日  
作成者:

利用者氏名	性別	生年月日	年 月 日	年齢	歳	要介護度
被保険者番号	保険者番号	認定の有効期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日		
住所	〒					電話番号
連絡先	住所	〒				電話番号
	続柄	氏名				電話番号
主治医	医療機関名	主治医名			電話番号	

居宅介護支援事業所名 担当ケアマネ:  
TEL:

【援助目標】

【本人及び家族の希望】

【本人及びご家族様へのお願い】

## 援助内容

サービス区分	サービス内容	派遣曜日・時間

【サービス提供に関する評価】

上記の訪問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

事業所名称

印

事業所連絡先

上記の訪問介護計画について説明を受け、同意しました。

上記訪問介護計画書の内容を説明し、交付しました。

同意日 年 月 日

交付日 年 月 日

利用者同意署名欄

印

交付者署名欄

印

### 訪問介護計画書

作成者氏名	作成年月日 平成 年 月 日	要支援 1 2 申請中	要介護 1 2 3 4 ⑤
利用者氏名	様 女 男	有効期間	H26年5月22日～H27年5月31日
		生年月日	① S 年月日 歳
住所	鎌倉市	電話番号	0467-

【長期目標】

--

【短期目標】

--

ご本人及びご家族の希望

【ご本人】

--

【ご家族】

【援助内容】

No	派遣曜日	派遣時間	
1	担当ヘルパー		
	サービス区分	サービス内容	留意事項
		挨拶→状態確認→ヘルパーの身支度	分
		記録→退室	5分
		合計時間	分

※ヘルパーが交代になる事があります。

※交通事情により訪問時間が前後する事があります。

※短期目標期間終了後、計画の見直しの必要性がない場合は長期目標の実施期間まで短期目標を継続とさせていただきます。

【説明・同意・交付署名欄】

上記の訪問介護計画に基づきサービス提供を行います。

訪問介護事業所名： 

説明日：平成 年 月 日 説明者： \_\_\_\_\_

上記の訪問介護計画書について説明を受け、同意しました。  
又、当該計画書を受け取りました。

利用者等署名欄 \_\_\_\_\_

### 訪問介護計画書 <別表>

利用者氏名		男	作成年月日	H	年	月	日
		女	計画作成者氏名				

**【援助内容】**

No.	派遣曜日	曜日	派遣時間	～	
	サービス区分	サービス内容		予定 所要時間	留意事項
1				分	
				分	
				分	
				分	
				合計時間	

No.	派遣曜日	曜日	派遣時間	～	
	サービス区分	サービス内容		予定 所要時間	留意事項
2				分	
				分	
				分	
				分	
				合計時間	

**【説明・同意・交付署名欄】**

上記の訪問介護計画に基づきサービス提供を行います。

訪問介護事業所名： \_\_\_\_\_ 印

説明日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 説明者： \_\_\_\_\_ 印

上記の訪問介護計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

利用者同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 利用者同意署名欄： \_\_\_\_\_ 印