

2021(令和3)年度 第2回 介護サービス事業者等集団指導

第2部

地域密着型通所介護計画書 作成のポイント

社会福祉法人 伊賀市社会福祉協議会	福祉サービス事業部	通所介護課
おおやまだデイサービスセンター「さるびの」	管理者	内田 由里
地域デイサービスセンター岡鼻	管理者	森田 実紀

2021(R3)年11月17日(水) 18:30~19:30 伊賀市役所 (501会議室)

はじめに、いきなりですが…

伊賀市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する 基準を定める条例

第3章の2 地域密着型通所介護

第1節 基本方針

第59条の2 指定地域密着型サービスに該当する地域密着型通所介護（以下「指定地域密着型通所介護」という。）の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

第4節 運営に関する基準

(指定地域密着型通所介護の基本取扱方針)

第59条の8 指定地域密着型通所介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

2 指定地域密着型通所介護事業者は、自らその提供する指定地域密着型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定地域密着型通所介護の具体的取扱方針)

第59条の9 指定地域密着型通所介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- (1) 指定地域密着型通所介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行うものとする。
- (2) 指定地域密着型通所介護は、利用者1人1人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行うものとする。
- (3) 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、次条第1項に規定する地域密着型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うものとする。
- (4) 指定地域密着型通所介護従業者は、指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。
- (5) 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うものとする。
- (6) 指定地域密着型通所介護事業者は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症（法第5条の2第1項に規定する認知症をいう。以下同じ。）である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えるものとする。

(地域密着型通所介護計画の作成)

第59条の10 指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した地域密着型通所介護計画を作成しなければならない。

- 2 地域密着型通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。
- 3 指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、地域密着型通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
- 4 指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、地域密着型通所介護計画を作成した際には、当該地域密着型通所介護計画を利用者に交付しなければならない。
- 5 指定地域密着型通所介護従業者は、それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。

老認発 0316 第 3 号
老老発 0316 第 2 号
令和 3 年 3 月 16 日

各都道府県介護保険主官部（局）長 殿

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する
基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 40 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しますので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

なお、本通知は、令和 3 年 4 月 1 日から適用するが、「リハビリテーションマ

ネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示」（平成 18 年 3 月 27 日老老発第 0327001 号）、「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成 17 年 9 月 7 日老老発第 0907002 号）、「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成 18 年 3 月 31 日老老発第 0331008 号）、「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成 18 年 3 月 31 日老老発第 0331009 号）、「通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成 27 年 3 月 27 日老振発 0327 第 2 号）及び「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」（平成 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号）については、本通知を新たに発出することから廃止することにご留意されたい。

記

<目次>

- 第 1 リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施に関する基本的な考え方及び様式例の提示について
- 第 2 リハビリテーションマネジメント加算等の基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について
- 第 3 通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について
- 第 4 施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について
- 第 5 居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について
- 第 6 口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について
- 第 7 口腔衛生の管理体制に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について
- 第 8 口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

- 第 1 リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施に関する基本的な考え方及び様式例の提示について
 - 1 リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施

言語聴覚士に対して、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

ヘ イからホまでの過程は概ね3か月毎に繰り返し、内容に関して見直すこととする。また、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。

管理者及び関連スタッフは、これらのプロセスを繰り返し行うことによる継続的なサービスの質の向上に努める。

④ サービス終了時の情報提供について

イ サービス終了前に、関連スタッフによるリハビリテーションカンファレンスを行う。その際、担当の介護支援専門員や居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求め、必要な情報を提供する。

ロ サービス終了時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行う。その際、主治の医師に対しては、診療情報の提供、担当介護支援専門員等に対してはケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で行う。なお、これらの文書は別紙様式2-6の様式例を参照の上、作成する(ただし、これらの文書は、リハビリテーション実施計画書、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第9条若しくは第50条において準用する第9条、健康保険法等の一部を改正する法律附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第10条若しくは第50条において準用する第10条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成30年厚生省令第5号)第13条若しくは第54条において準用する第13条に規定するそれぞれのサービスの提供の記録の写しでも差し支えない。)

第3 通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

通所介護及び地域密着型通所介護(以下「通所介護等」という。)における個別機能訓練加算を算定する利用者については、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的とし、生活機能の維

持・向上を図るために、個別機能訓練を実施することが求められる。

本加算の算定要件については、令和3年度介護報酬改定において、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、これまでの個別機能訓練加算の取得状況や加算を取得した事業所の個別機能訓練の実施状況等をふまえ、個別機能訓練の実施目的や実施体制、加算取得にあたっての人員配置について見直しを行ったところであり、今般、短期入所生活介護(介護予防含む)における個別機能訓練加算と併せて、改めて個別機能訓練加算の目的、趣旨の徹底を図るとともに、加算の実行性を担保するため、個別機能訓練加算の事務処理手順例及び様式例を示すこととする。

I 通所介護等における取扱い

1 通所介護等における個別機能訓練加算の目的

通所介護等留意事項通知において示しているように、個別機能訓練加算は、専ら機能訓練を実施する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)(以下「理学療法士等」という。)を配置し、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「機能訓練指導員等」という。)が共同して、利用者ごとに心身の状態や居宅の環境をふまえた個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に個別機能訓練を行うことで、利用者の生活機能の維持・向上を図り、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目指すため設けられたものである。

本加算の算定にあたっては、加算設置の趣旨をふまえた個別機能訓練計画作成及び個別機能訓練が実施されなければならない。

2 個別機能訓練の実務等

個別機能訓練加算の算定にあたっては、以下の(1)~(3)の実施が必要となる。通所介護事業所及び地域密着型通所介護事業所の管理者は、これを参照し、各事業所における個別機能訓練実施に関する一連の手順をあらかじめ定める必要がある。

(1) 加算算定にあたっての目標設定・個別機能訓練計画の作成

ア 利用者の社会参加状況やニーズ・日常生活や社会生活等における役割の把握、心身の状態の確認

機能訓練指導員等は、個別機能訓練の目標を設定するにあたり、以下の①～④により、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割の把握及び心身の状態の確認を行う。

- ① 利用者の日常生活や社会生活等について、現在行っていることや今後行いたいこと（ニーズ・日常生活や社会生活等における役割）を把握する。これらを把握するにあたっては、別紙様式3-1の興味・関心チェックシートを活用すること。またあわせて、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割に対する家族の希望を把握する。
- ② 利用者の居宅での生活状況（ADL、IADL等）を居宅訪問の上で確認する。具体的には、別紙様式3-2の生活機能チェックシートを活用し以下を実施する。
 - i 利用者の居宅の環境（居宅での生活において使用している福祉用具・補助具等を含む）を確認する。
 - ii ADL、IADL項目について、居宅の環境下での自立レベルや実施するにあたっての課題を把握する。
- ③ 必要に応じて医師又は歯科医師から、これまでの利用者に対する病名、治療経過、合併疾患、個別機能訓練実施上の留意事項についての情報を得る。直接医師又は歯科医師から情報が得られない場合は、介護支援専門員を通じて情報収集を図ること。
- ④ 介護支援専門員から、居宅サービス計画に記載された利用者本人や家族の意向、総合的な支援方針、解決すべき課題、長期目標、短期目標、サービス内容などについて情報を得ること。

イ 多職種協働での個別機能訓練計画の作成

アで把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割及び心身の状態に応じ、機能訓練指導員等が多職種協働で個別機能訓練計画を作成する。その際、必要に応じ各事業所に配置する機能訓練指導員等以外の職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等）からも助言を受けることが望ましい。

① 個別機能訓練計画書の作成（総論）

- ・ 個別機能訓練計画は別紙様式3-3を参考に作成すること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画又は地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。
- ・ また、個別機能訓練計画の作成にあたっては、居宅サービス計画、通所介護計画又は地域密着型通所介護計画と連動し、これらの計

画と整合性が保たれるように行うことが重要である。なお、通所介護計画書及び地域密着型通所介護計画書は別紙様式3-4を参考に作成すること。

② 個別機能訓練目標・個別機能訓練項目の設定

i 個別機能訓練目標の設定

- ・ アで把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割及び心身の状態に応じ、機能訓練指導員等が協働し、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえつつ、個別機能訓練目標を設定する。なお、目標設定にあたっては、当該利用者の意欲の向上に繋がるよう、長期目標・短期目標のように段階的な目標設定をするなど、可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。

<長期目標の設定>

長期目標は生活機能の構成要素である以下a～cをバランスよく含めて設定することが求められる。

a 体の働きや精神の働きである「心身機能」

b ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」

c 家庭や社会で役割を果たすことである「参加」

- ・ 具体的には、利用者が住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることができるよう、単に座る・立つ・歩くといった身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、居宅における生活行為（トイレに行く、自宅の風呂に一人で入る、料理を作る、掃除・洗濯をする等）や地域における社会的関係の維持に関する行為（商店街に買い物に行く、囲碁教室に行く、孫とメールの交換をする、インターネットで手続きをする等）等、具体的な生活上の行為の達成を含めた目標とすること。

<短期目標の設定>

長期目標を設定した後は、目標を達成するために必要な行為ごとに細分化し、短期目標として整理する。

（例）長期目標が「スーパーマーケットに食材を買いに行く」の場合必要な行為

- ・ 買いたい物を書き記したリストを作る
- ・ 買い物量を想定し、マイバッグを用意する
- ・ スーパーマーケットまでの道順を確認する
- ・ スーパーマーケットまで歩いて行く

別紙様式 3 - 4

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		要介護度	計画作成者:			
				年	月	日生	歳	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、呼吸疾患等)、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						目標 達成度	達成・一部・未達	
短期 目標	達成予定日	年	月						目標 達成度	達成・一部・未達	
長期 目標	設定日	年	月						目標 達成度	達成・一部・未達	
短期 目標	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)				
①	月	日	～	月	日	実施	達成	効果、満足度など	プログラム(1日の流れ)		
						一部	一部				
②	月	日	～	月	日	未実施	未実施		(予定時間)		
						一部	一部				
③	月	日	～	月	日	実施	達成		(サービス内容)		
						一部	一部				
④	月	日	～	月	日	未実施	未実施				
						一部	一部				
⑤	月	日	～	月	日	実施	達成		送り(有・無)		
						一部	一部				
特記事項						※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。					
実施後の変化(総括) 再評価日: 年 月 日						※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 ○○○ 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											

通所介護計画書とは？

- デイサービス提供において、利用者の心身の状況や利用者の希望、利用者が置かれている環境を踏まえて機能訓練などの目標や提供するサービスの内容、その実施状況などを記載
- 運営基準にも規程
- 居宅サービス計画書（ケアプラン）の内容に沿う
- 管理者が中心となって作成
- 作成後は、目標の達成状況を適宜評価・再アセスメント
- 利用者の変化に合わせて計画を見直す
- 管理者は、通所介護計画の内容について利用者やその家族に説明し、利用者の同意を得る
- 利用者へ計画書を交付

通所介護計画を作成する目的

- 1 基本報酬の算定のため
- 2 利用者・家族に安心感を与えるため
- 3 ケアマネジャーからの信頼を得るため
- 4 スタッフのケア・サービスの質を向上させるため
- 5 万が一の訴訟の時に証拠となるため

通所介護計画書の作成手順

- 1 ケアプランからの情報収集
- 2 本人・家族からの情報収集
- 3 通所介護計画書の作成
- 4 本人またはご家族への説明と同意
- 5 目標の見直し、実施後の変化の記載

通所介護計画書はケアマネジャーに提出していますか？

伊賀市指定居宅介護支援等の事業の人員、運営に関する基準を定める条例

第3章 運営に関する基準

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第16条 指定居宅介護支援の方針は、第3条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

(12) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等事業者に対して、訪問介護計画（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第24条第1項に規定する訪問介護計画をいう。）等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について

(平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

3 運営に関する基準

(7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針

⑫ 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第12号）

居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要である。

このため、基準第13条第12号に基づき、担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認することとしたものである。なお、介護支援専門員は、担当者と継続的に連携し、意識の共有を図ることが重要であることから、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性の確認については、居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましい。

さらに、サービス担当者会議の前に居宅サービス計画の原案を担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画案の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効である。

通所介護計画書の作成方法

4つのポイント

- ① 基本情報を書く
- ② サービス計画（目標）を書く
- ③ サービス提供内容を書く
- ④ 特記事項・実施後の変化を書く

利用者の基本情報

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		要介護度	計画作成者：
		年 月 日生 歳			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★		

利用者の基本情報

ケアプランや介護保険被保険者証、聞き取りから得た情報などを参考に、以下の項目に沿って利用者に関する基本的な情報を記載

- ・ デイサービス利用までの経緯(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
- ・ 健康状態
- ・ ケア上での医学的リスク

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、脳器疾患等)、服薬状況等)★			ケア上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項★		

サービス利用目標・サービス提供内容の設定

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		目標 達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年	月			
短期 目標	設定日	年	月		目標 達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年	月			

利用目標

- ・ 長期目標 ・ ・ ・ ケアプランの長期目標を参考に、デイサービスの利用を通じて、利用者がどのような生活を送れるようになりたいのかといった視点から目標を設定。
 設定期間の目安はケアプランに準じて作成
- ・ 短期目標 ・ ・ ・ ケアプランの短期目標を参考にした上で、上記の長期目標を達成するために日常的に取り組む目標を設定。
- ・ 目標達成度 ・ ・ ・ 計画書の更新時に、設定した目標の達成度を「達成」、「一部」、「未達成」の3段階で評価

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	目標 達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年	月		
短期 目標	設定日	年	月	目標 達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年	月		

サービス提供内容

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	達成		プログラム（1日の流れ）	
		一部	一部		(予定時間)	(サービス内容)
		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		送り（有・無）	
		一部	一部			
		未実施	未実施			

サービス提供内容

- ・ 目的とケアの提供方針・内容・・・目標に沿ったサービスの内容を具体的に記載します。デイサービスでの提供する1日プログラムの内容ごとに、ケアをする上での注意点やプログラムの目的を記載。
- ・ 評価・・・プログラムごとに利用者の様子や変化などを記載。
- ・ プログラム（1日の流れ）
デイサービス事業所の事業計画に則り、各利用者の心身の状態に応じて、プログラムを設定してください。
- ・ 送迎の有無・・・送り迎えの必要性をそれぞれ記載

特記事項・実施後の変化

特記事項		
実施後の変化(総括)	再評価日：	年 月 日

●特記事項

上記に記載仕切れない事項について、サービスを提供する職員らへの共有事項などを記載します。

●実施後の変化（総括）

計画の更新時にサービス提供した結果を振り返り、今後の方針などを記載します。

●利用者同意欄

通所介護計画書の作成時には利用者およびその家族等の同意が必要です。同意を得たらそれを証明するために同意欄に説明者と同意日を記載します。また、同意を得たら、居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーに報告します。

最後になりましたが、確認してみましよう！

デイの運営基準にみるチェックポイント

居宅サービス計画に基づいて通所介護計画書を立てているか

利用者の心身の状況、希望、環境をアセスメントしているか

通所介護計画を立てる前にアセスメントを行っているか

居宅サービス計画を丸写しにしていないか

利用者又は家族への同意はあるか

作成日、説明日、同意日は適切かで

目標の達成状況などを確認しているか