

訪問介護計画書

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 サービス提供責任者 _____

利用者名	男 様 女	住所		
生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日		電話 (_____)		
居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー		
認定有効期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	介護認定区分 要介護 (_____)			
課題	1 2			
長期目標	1 2	期 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
短期目標	1 2	期 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
サービス内容	生活援助	身体介護		
	1 サービスの準備・記録等 2 掃除 3 洗濯 4 ベッドメイク 5 衣類の整理・補修	6 一般的な調理 7 配下膳 8 買い物 9 薬の受け取り	10 サービスの準備・記録等 11 排泄（トイレ・Pトイレ・おむつ交換） 12 食事介助 13 調理（特段の専門的配慮） 14 清拭（全身・部分） 15 部分浴（手浴・足浴・洗髪） 16 全身浴 17 洗面等 18 身体整容	19 更衣介助 20 体位交換 21 移乗・移動介助 22 通院・外出介助 23 起床介助
提供曜日	提供時間	サービス区分	サービス内容	
目標を達成するための具体的内容	サービス内容	留意点および手順など	標準所要時間	

【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。

事業所名 : _____
 所在地 : _____ 電話番号 : _____ (_____)
 説明日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者 : _____ 印

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。

同意日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者名 _____ 印 代理人名 _____ 印 (続柄 : _____)

介護予防訪問介護計画書

作成日 年 月 日 サービス提供責任者

利用者名 男 様 女 生年月日 T・S・H 年 月 日	住所 電話 ()				
地域包括支援センター 担当者	居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー				
認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	介護認定区分				
サービス提供期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	要支援 ()				
課題 1 2					
長期目標 1 2					
短期目標 1 2					
サービス内容	生活援助	身体介護			
	1 サービスの準備・記録等 2 掃除 3 洗濯 4 ベッドメイク 5 衣類の整理・補修	6 一般的な調理 7 配下膳 8 買い物 9 薬の受け取り	10 サービスの準備・記録等 11 排泄（トイレ・Pトイレ・おむつ交換） 12 食事介助 13 調理（特段の専門的配慮）	14 清拭（全身・部分） 15 部分浴（手浴・足浴・洗髪） 16 全身浴 17 洗面等 18 身体整容	19 更衣介助 20 体位交換 21 移乗・移動介助 22 通院・外出介助 23 起床介助
提供曜日	提供時間	サービス区分	サービス内容		
具体的内容 目標を達成するための	サービス内容	留意点および手順など			標準所要時間

【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。

事業所名 :

所在地 :

電話番号 : ()

説明日 : 令和 年 月 日

説明者 : _____ 印

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。

同意日 : 令和 年 月 日

利用者名

印 代理人名

印 (続柄 :)

訪問介護計画書

作成日 令和 4 年 3 月 29 日 サービス提供責任者 横浜 港太

利用者名	男	住所			
港 みらい 様 女		横浜市中区山下町			
生年月日 T S H 14 年 2 月 29 日		電話 045 ()			
居宅介護支援事業所 赤レンガ居宅支援センター		担当ケアマネジャー 山下 公子			
認定有効期間 令和 4 年 4 月 1 日 ~ 令和 5 年 3 月 31 日		介護認定区分 要介護 (3)			
課題	1 自宅のお風呂に入りたいが、一人での入浴に不安がある。 2 かがむ姿勢ができないので、トイレや浴室の掃除とシーツ交換を手伝ってほしい。				
長期目標	1 安全な入浴により、身体の清潔が保持できる。 2 家事支援により、気持ちの良い生活が送れる。	期	令和 4 年 4 月 1 日 ~ 令和 5 年 3 月 31 日		
短期目標	1 安全に自宅のお風呂に入ることができる。 2 定期的にトイレや浴室の掃除とシーツ交換ができる。	期	令和 4 年 4 月 1 日 ~ 令和 5 年 3 月 31 日		
サービス内容	生活援助	身体介護			
	1 サービスの準備・記録等 2 掃除 3 洗濯 4 ベッドメイク 5 衣類の整理・補修	6 一般的な調理 7 配下膳 8 買い物 9 薬の受け取り	10 サービスの準備・記録等 11 排泄 (トイレ・Pトイレ・おむつ交換) 12 食事介助 13 調理 (特段の専門的配慮)	14 清拭 (全身・部分) 15 部分浴 (手浴・足浴・洗髪) 16 全身浴 17 洗面等 18 身体整容	19 更衣介助 20 体位交換 21 移乗・移動介助 22 通院・外出介助 23 起床介助
提供曜日	提供時間	サービス区分	サービス内容		
月	15:00~15:59	身体介護 2	10 サービスの準備・記録等、16 入浴介助		
木	14:00~15:29	身体 2 生活 1	10 サービスの準備・記録等、16 入浴介助、2 掃除、4 ベッドメイク、		
目標を達成するための具体的内容	サービス内容	留意点および手順など			標準所要時間
	10	サービスの準備・記録			5 分
	16	入浴介助：シャワーチェア使用、浴槽の出入り見守り、洗体は膝から下助。			54 分
	2	トイレは床のみ、浴室は浴槽と床のみ行う			20 分
	4	シーツ交換とベッドメイク			9 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。

事業所名 : 元町ヘルパーサービス

所在地 : 横浜市中区元町 7 丁目

電話番号 : 045 ()

説明日 : 令和 4 年 3 月 29 日

日 説明者 : 横浜 港太



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。

同意日 : 令和 4 年 3 月 29 日

利用者名 港 みらい



代理人名

印 (続柄 :)