

## 解説：通所介護計画参考様式（改訂版）

---



# 1 通所介護計画作成のフロー

各参考様式の流れと位置づけ

計画作成の準備段階

通所介護フェイスシート

ケアプラン作成時のアセスメント情報を活用しながら、計画作成に必要な基礎的情報を整理分析します。

通所介護を安心してご利用いただくための確認・特記事項  
(前「通所介護利用に関する調査項目」)

上記のうち、特に通所介護利用開始・継続に必要な特有の情報について、確認します。

通所介護計画作成段階

通所介護計画書  
~

計画の本体です。

【通所介護計画書】

居宅サービス計画との整合を図りながら、通所介護からみた解決すべき課題と援助目標・内容を整理します。

居宅サービス計画書第3表で他のサービス利用状況などを把握します。

【通所介護計画書】

作成した計画について、居宅介護支援事業者の確認、利用者の同意を得て交付します。

計画の実施段階

通所介護実行表

日々の利用状況を記録することで、ニーズ変化や目標達成等のモニタリングを行い、計画を評価していきます。

## 2 通所介護フェイスシート作成のねらいと留意点

### 作成のねらい

お一人おひとりに最もふさわしい通所介護計画を作成するために必要な情報を収集し、整理します。このことは同時に、サービス利用時のリスク回避につながります。介護支援専門員からの情報があれば、それで代替してください。すでに事業所でフェイスシートをお持ちの場合は、それをご活用ください。

### 留意点、記入内容と方法など

居宅サービス計画書や居宅サービス計画作成時の課題分析表（アセスメントシート）から必要な情報を転記し、不足する情報については、居宅介護支援事業者に確認をします。

（同一法人内の居宅介護支援事業所など、様式が統一的に利用されている場合は、そちらを援用ください）

さらに、ご本人・ご家族の意向を含め、不足する情報については、通所介護計画（仮計画）作成前の段階で、必ず利用者に直接確認します。また、上記の関係書類から転記した情報、居宅介護支援事業者から得た情報についても、利用者に直接確認することが必要です。

記入する情報は、基本的にサービス提供開始前、通所介護計画（仮計画）作成時点の情報ですが、必要に応じて情報を更新していきます。

A D L、I A D L、行動障害等については、居宅サービス計画作成時の課題分析表（アセスメントシート）を流用することとし、とくに記入を要する場合以外は、通所介護フェイスシートには記入しません。利用者の通所介護段階の具体的な要望については、通所介護フェイスシートの「特記事項」欄や、通所介護利用に関する調査項目（シート）の「その他」欄に記入します。

以下、1～10の各記載事項ごとに、特に、記入の内容等について留意が必要な点について、確認します。

## 1. 利用者（アセスメントシートから転記）

項目	記載内容、留意点など
世帯類型	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の世帯の状況について、該当する類型の番号に 印を付けます。</li> <li>・該当項目に記入がない場合は、居宅介護支援事業者を確認します。</li> </ul>
付記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世帯類型について、とくに付記すべきことがあれば記入します。</li> <li>・また、世帯類型欄の選択肢に該当しない世帯の状況の場合、具体的に記入します。（ex. グループホームを利用している場合）</li> </ul>

## 2. 健康状態（\*印はアセスメントシートから転記）

項目	記載内容、留意点など
現症*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在かかっている主な傷病名や健康上の問題点を記入します。</li> <li>・発症時期の記入が必要な場合は、この欄か特記事項欄に記入します。</li> <li>・利用開始後、利用者の状況を確認します。</li> </ul>
既往症*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以前にかかったことのある主な傷病名を記入します。</li> </ul>
視力*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視力の数値、眼鏡の使用状況を記入します。</li> </ul>
聴力*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・聴力の状況、補聴器の使用状況を記入します。</li> </ul>
義歯*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・義歯の使用状況を記入します。利用開始後、状況を確認します。</li> </ul>
平常時バイタル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平常時の体温、脈拍、血圧の数値を記入します。利用者に確認します。</li> <li>・不明な場合は、利用者を通じてかかりつけ医に確認してもらいます。</li> <li>・かかりつけ医がない場合等、さらに不明な場合は、通所介護事業所で測定した数値を暫定的に記入し、利用日ごとのバイタルチェックの結果により修正していきます。</li> </ul>
通所介護利用時の服薬内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護事業所滞在中に使用（服薬）する薬剤の内容、使用（服薬）時刻、数量を記入します。</li> <li>・情報源の（チェックボックス）にレ点を付けることにより、情報源を明らかにします。</li> <li>・情報源が複数の場合は、複数チェックします。</li> </ul>
避けるべき薬剤・食材（・嗜好）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤・食材に対するアレルギー、その他摂取を避けるべき薬剤・食材名等を記入します。</li> <li>・また、食事の嗜好（好き嫌い）がある場合は、品名等を記入します。情報源の（チェックボックス）にレ点を付けることにより、情報源を明らかにします。</li> <li>・情報源が複数の場合は、複数チェックします。</li> </ul>
かかりつけ医*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主なかかりつけの医療機関名、医師の氏名、連絡先（電話番号）を記入します。</li> <li>・2件を超える場合で記載の必要がある場合は、「特記事項」欄に記入します。</li> </ul>
医師の指示・注意事項*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴の可否、皮膚疾患・移送時の留意点・その他制限事項の有無を記入します。</li> <li>・利用者の了解のもと、居宅介護支援事業者を通じて主治医意見書を入手できる場合は、同意見書から転記します。</li> <li>・情報が不足している場合は、利用者の承諾を得て、かかりつけ医に確認します。</li> </ul>
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記 から の各項に含むことができなかったこと、記入のスペースが足りなかった項目の内容を追加記入します。</li> <li>・また、利用者から服薬方法や食事の嗜好、その他健康面での配慮について、とくに希望がある場合は、この欄に記入します。</li> </ul>

### 3. 要介護状態区分等

記載内容、留意点など
<ul style="list-style-type: none"><li>・ から のいずれについても、居宅サービス計画作成時の課題分析表(アセスメントシート)から転記します。要介護・要支援認定(以下、「要介護等認定」)が実施される度に、欄をあらためて記入します。</li><li>・ から については、単に「3」あるいは「 a」と省略して記入するなどの工夫をすることができます。</li><li>・ 備考については、 から について、とくに付記すべきことがあれば記入します。また、必要に応じて要介護、要支援認定の有効期限を記入します。</li></ul>

### 4. 居宅サービス計画作成日

記載内容、留意点など
<ul style="list-style-type: none"><li>・ から のいずれについても居宅サービス計画書から転記します。居宅サービス計画が変更される度に欄をあらためて記入します。</li></ul>

### 5. 通所介護計画作成日

記載内容、留意点など
<ol style="list-style-type: none"><li>1 利用開始時(仮計画) 利用開始当初に作成する仮計画について、利用者と通所介護事業者間(以下、「当事者間」)の合意が成立した年月日、仮計画作成担当者名を記入します。</li><li>2 仮計画 利用開始後、2～3回の利用を経て仮計画を見直します。この見直しについて当事者間の合意が成立した年月日、担当者名、変更に至った理由、変更内容(概要)、居宅サービス計画変更の援助の有無を記入します。</li><li>3 変更 サービス提供開始後、利用者の状況の変化に応じて通所介護計画を見直すこととなります。計画変更の都度、変更内容に関して当事者間の合意が成立した年月日、計画変更の担当者名、変更に至った理由、変更内容(概要)、居宅サービス計画変更の援助の有無を記入します。</li></ol>
<ul style="list-style-type: none"><li>・ から のいずれについても居宅サービス計画書から転記します。居宅サービス計画が変更される度に欄をあらためて記入します。</li></ul>

### 6. 手帳の有無(アセスメントシートから転記)

記載内容、留意点など
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 身障手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳それぞれの有無、等級、判定年月日と手帳交付の対象となった障害等の内容を記入します。</li></ul>

## 7. 生活歴等（\*印はアセスメントシートから転記）

項目	記載内容、留意点など
生活歴*	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活歴は、プログラムの組み立ての検討や、会話を進めるうえで重要な情報です。利用者用者がこれまでどのような生活をしてきたか、どのような生活習慣があるかを記入します。</li> <li>利用者と日々かかわる中で得られた情報を随時記入していきます。</li> </ul>
性格・適応	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の性格、ものごとの考え方や感じ方、傾向、また、環境や変化への適応力について記入します。</li> </ul>
禁忌事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に不快感を与える話題や言葉、苦手とする活動等を記入します。健康面で制限を要する活動については、「2. 健康状態」中の「医師の指示、注意事項等」欄に記入します。</li> <li>情報が不足している場合は、居宅介護支援事業者を確認します。</li> </ul>

## 8. 家族の状況

項目	記載内容、留意点など
	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族の状況については、居宅サービス計画作成時の課題分析表（アセスメントシート）等、そのまま流用できる既存の資料があれば転記は不要です。</li> <li>家族の範囲は、利用者の生活に主に関わる者としませんが、<u>個別の判断</u>が必要です。</li> </ul>
家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>表に予め記入してある記号を使って家族図を記入します。</li> <li>同居家族は「.....（点線）」で囲みます。</li> </ul>
健康状態等	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族の健康状態を簡潔に記入します。</li> <li>とくに介護者の健康状態は、必ず把握するようにします。</li> </ul>
生活状況欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>通所介護利用日の利用者本人と介護者（主介護者、補助介護者）の生活状況（概要）を時間帯で区切って記入します。</li> <li>とくに送迎の前後の状況について、簡潔明瞭に記入します。この欄の記入は、通所介護計画の作成状況に合わせて進めることとなります。</li> <li>他の介護保険サービスや福祉サービスの利用状況については、居宅サービス計画書（週間サービス計画書）により把握します。</li> </ul>
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者と家族との関係等について、居宅介護支援事業者等、他の機関から得た情報や、日々サービスを提供していて気付いたことで、通所介護の提供に必要な情報を記入します。</li> <li>これらの情報については、積極的に利用者に聴き取りを行なうことが困難であるため、情報を得た段階で、随時記入することとなります。</li> </ul>

## 9. 住宅の状況

項目	記載内容、留意点など
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住宅の状況については、居宅サービス計画作成時の課題分析表（アセスメントシート）等、そのまま流用できる既存の資料があれば転記は不要です。</li> <li>・情報が不足している場合は、居宅介護支援事業者や利用者を確認します。</li> </ul>
エレベーター・昇降機	エレベーター・昇降機の有無について、該当する にレ点を付けます。（集合住宅の場合のエレベーターの有無、一戸建ての2階に利用者の専用居室がある場合の昇降機の有無等）
使用便座	・通所介護事業所での排泄介助の実施に当たり、利用者宅の使用便座の状況を把握する必要がある場合に記入します。
使用浴槽（特記）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護事業所での入浴介助の実施に当たり、利用者宅の使用浴槽の状況を把握する必要がある場合に記入します。</li> <li>・段差の有無や手すりの設置状況、浴槽の形態などについて簡潔に記入します。</li> </ul>
家屋見取り図	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の居室から玄関までの状況に加え、玄関から送迎ポイントまでの自宅周辺の状況の略図を記入します。</li> <li>・居室から玄関、送迎ポイントまでの段差や障害物、危険物の状況、周辺の道路の状況（車幅との関係等）を注記しておきます。</li> </ul>

## 10. 特記事項

項目	記載内容、留意点など
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画書、居宅サービス計画作成時の課題分析表（アセスメントシート）、居宅介護支援事業者や利用者から得た情報のうち、通所介護の提供にとくに必要な情報を記入します。</li> <li>・<u>居宅サービス計画作成時には現れなかった通所介護に対するより具体的な要望（希望する機能訓練や創作活動の種類等）についても、この欄に記入します。</u>ただし、通所介護に対する具体的な要望については、後段で説明する「<u>通所介護利用に関する調査項目</u>」の「<u>3. その他</u>」欄に記入することもできます。</li> </ul>

### 3 通所介護を安心してご利用いただくための確認・特記事項

#### 作成のねらい

ここでは、居宅サービス計画作成時の課題分析表（アセスメントシート）からは得られにくい、通所介護サービス利用に必要な特有の情報、例えば、送迎に必要な情報や、通所、活動プログラムへの適応に関する情報等を収集・把握します。こうした情報を丁寧に把握することが、利用者のスムーズなサービス利用や利用の継続につながると思われま

#### 作成の留意点、記入内容と方法など

通所介護利用に関する特有の情報としてとりあげるのは、以下の5項目です。

1. 通所介護利用に対する希望  
(通所介護に対する希望や不安、抵抗感など)
2. 介護者(家族)の理解  
(介護者の理解の状況、援助の必要性など)
3. 送迎  
(曜日・時刻の把握、身支度、移動、車両への乗降など)
4. 通所時の状況  
(活動プログラムへの参加状況、利用者との交流、集団への適応、休憩など)
5. その他  
(上記以外の特記事項)

まず、通所介護計画原案作成時に、上記のことについて確認します。

把握にあたっては、利用者の了解を得て、居宅介護支援事業者から居宅サービス計画作成時の課題分析表（アセスメントシート）を入手し、活用してください。不足している情報等については、直接、利用者、家族の方に確認して作成してください。その後、仮計画の完成と同時に実際にサービスの提供を開始した後、2、3回の利用状況を観察（短期モニタリング）した後の計画を見直す際に利用でき、かつ中期的な通所介護計画の変更時も利用できる資料となります。

以下、各確認事項ごとに記載する、～ の記入内容等について、留意点を確認します。

項目	記載内容、留意点など
現状(特記すべき事柄)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各項目に掲げられたこと、「3(1)通所日・送迎時刻の把握」や「3(2)身仕度」等が、どのような状況、状態なのか、客観的な事実のみ記入します。また、必要に応じて、現状に至った背景や要因を付記します。</li> <li>・たとえば、「日時、曜日の把握」であれば、利用者自身が通所日を把握できるのか、「身仕度」であれば、利用者が通所するための身仕度をすることができるのか、また、できない場合は何に原因があるのか、介護者の状況など周辺事実も含めて確認し、記入します。</li> </ul>
通所介護利用のために解決すべき課題(ニーズ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ の現状にあることにより、利用者が通所介護を利用するうえで、あるいはより効果的な通所介護とするうえで障害となること、解決すべきことは何か、何が問題になるのかを記入します。ここではあくまでも対象を「利用者が通所介護を利用する」「事業者が通所介護を提供する」場面に限定して、課題を捉えます。</li> <li>・「2.介護者(家族)の理解」「4.通所時の状況」については、利用者の性格等の背景や援助目標の内容により、同様の現状であっても、課題(ニーズ)として捉え、対応することが必要な場合と、必要としない場合があります。</li> <li>・利用開始時には、とくに現状と課題を明確に捉える必要があることから、それぞれの記入欄を分けています。</li> </ul>
計画への反映	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「通所介護利用のために解決すべき課題(ニーズ)」のうち、その対応を通所介護計画の内容に含めるべきものについては「」印を付け、通所介護計画の作成につなげます。家族の対応等により解決できるもの等、とくに通所介護計画の作成を要しないものについては、「」印を付けます。</li> </ul>
変更(短期モニタリング後)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護計画の変更を要するものである場合には「」印を付け、通所介護計画の変更につなげます。変更が必要でない場合には「」印を付けます。</li> </ul>

## 4 通所介護計画書作成のねらいと留意点

### 作成のねらい

これまで収集した情報や利用者の意向をもとに、通所介護サービス提供の要となる、通所介護計画書を作成します。

計画書はサービス提供の要であると同時に、契約書の一部をなすものです。この計画書で、作成～利用者の同意・交付まで、契約に必要な事項を記載し契約を行います。

計画書の作成にあたっては、利用者の意向を十分にくみ取りながら、利用者とともに作成することが重要です。

### 留意点、記入内容と方法など

今回参考提示する通所介護計画書様式は、通所介護計画書、の2点で構成されています。は、それぞれ次のような位置づけとなります。

#### 通所介護計画書

- ・計画書全体の表紙にあたるもので、通所介護計画書の取扱い確認事項を表記しています。また、計画書作成、変更の経緯を記入するものとなっています。

#### 通所介護計画書

- ・通所介護計画書の本体となるもので、居宅サービス計画で示された通所介護で提供するサービス内容、援助目標、解決すべき課題、「通所介護利用に関する調査項目」から抽出された課題、援助目標、サービス内容、それらに対する具体的な対応方法、留意点を記入します。
- ・通所介護計画書の実施状況、効果の評価、通所介護計画および居宅サービス計画の変更の要否を記入します。

作成にあたっては、様式\_\_\_\_の順で使用します。

ただし、居宅サービス計画書第3表（週間サービス計画表）を用いて、他のサービス利用の状況などを把握しながら、通所介護計画を作成することが必要です。

以下、計画書作成手順に沿って、～の順に、記入の内容等について留意が必要な点について、確認します。

## 1. 通所介護計画書

項目	記載内容、留意点など
番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>・解決すべき課題の優先順位を記入します。</li> <li>・優先順位は、利用者の希望、居宅介護支援事業者の意見を総合し、通所介護事業者が提案します。その際、より緊急度の高いものに配慮します。</li> </ul>
解決すべき課題 (ニーズ)	<p>「居宅サービス計画書」からの転記及び新たなニーズの発見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画書から、通所介護が対応するサービスの内容( )につながる「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を転記します。 ( =居宅サービス計画書上で対応するサービス種類が「通所介護」および「各居宅サービス」など通所介護を含む表記となっているサービス内容)</li> <li>・<u>居宅サービス計画書で記載された「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の具体的内容等がわかりにくい場合、他の課題を発見した場合など、居宅介護支援事業所に確認・提案します。</u></li> </ul> <p>「安心してご利用いただくための確認・特記事項」からの抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・標記を作成する中で、居宅サービス計画に反映されなかった課題が出され、さらに通所介護計画への反映が必要となった場合、その課題を記入します。</li> </ul>
援助目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画書から、上記 - で転記した各課題ごとに設定されている援助目標(長期目標、短期目標とそれぞれに設定されている期間)を転記します。</li> <li>・上記 ii のとおり、通所介護事業者が抽出し、通所介護計画への反映が必要と判断した課題については、通所介護事業者が援助目標と達成期間を設定し、それらを記入します。</li> </ul>
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画書から、上記 - で転記した各課題に対応するサービス内容のうち、サービス種類が通所介護となっているもの( =通所介護事業者が提供することになっているもの)を転記します。1つの課題に対して、通所介護対応のサービス内容が複数ある場合は、上から順に複数の欄を使用します。(状況に応じて優先順位をつけます)</li> <li>・<u>援助目標の達成に対してサービス内容が不足する場合、居宅サービス計画書に示されたサービス内容が抽象的な場合は、通所介護事業者が独自に必要なサービス内容を検討し、追加記入します。</u></li> <li>・また、上記 ii のとおり、通所介護事業者が抽出し、通所介護計画への反映が必要と判断した課題については、通所介護事業者がその課題を解決するためのサービス内容を検討し、その結果(提供するサービス)を記入します。</li> </ul>

項目	記載内容、留意点など
具体的な対応・留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記 のサービス内容を、通所介護事業所で具体化するには、どのような方法で対応するのか、その際の留意点は何か、利用者の希望をベースに通所介護事業所内で検討し、その結果を記入します。</li> <li>・具体的な対応方法についても、サービス内容と同様、援助目標に沿ったものである必要があります。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス内容の実施状況、具体的な対応方法の適否を評価し、その結果を記入します。</li> <li>・評価については、2、3回の利用後（短期モニタリング）、居宅サービス計画の援助項目ごとに設定された期間ごと、通所介護事業者ごとに設定する中長期的な評価期間ごとに行ないます。</li> </ul>
変更（ 1 ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価の結果、居宅サービス計画の変更を要すると考えられる場合にレ点をつけます。具体的には、通所介護事業所の対応方法の変更だけでは対応できず、居宅サービス計画から転記したサービス内容や援助目標の変更等の検討が必要な場合、あるいは居宅サービス計画における生活全般の解決すべき課題の捉え方に見直しが必要な場合などがこれにあたります。</li> <li>・ここにレ点をつけた場合は、利用者に対して居宅サービス計画の変更が必要である旨説明し、必要な援助を行ないます。</li> </ul>
変更（ 2 ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価の結果、通所介護計画の変更を要する場合にレ点をつけます。具体的には、上記 から の計画内容のうち、通所介護事業所で検討、記入した部分を変更することで対応できる場合がこれにあたります。</li> <li>・ここにレ点をつけた場合は、変更が必要な箇所について、変更前の計画内容と評価の結果をもとに、問題点を整理し、計画の変更（サービス内容の追加、具体的な対応方法の変更）を利用者に提案します。</li> </ul>

## 2. 通所介護計画書

項目	記載内容、留意点など
利用者氏名	・通所介護計画の作成対象となる利用者の氏名を記入します。
事業者名	・貴事業所名を記入します。
(確認事項)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護計画書の取扱いについて、確認が必要と考えられることを提示します。利用者に対して1項目ずつ丁寧に説明します。</li> <li>・計画変更の際にも説明、確認します。</li> </ul> 事業所の実情等により、項目を追加することもできますが、利用者の利益を損なうような項目の追加は適当ではありません。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護計画の内容については、通所介護計画書、により説明します。</li> </ul>
作成担当者	・通所介護計画を作成した職員の職名、氏名を記入します。
説明担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に対して、事業所で作成した通所介護計画の説明、合意の確認を行なった職員の職名、氏名を記入します。</li> <li>・作成担当者が説明する場合、職名、氏名を再度記入します。</li> </ul>
事業所責任者印	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の責任者(管理者)は、利用者に対して通所介護計画の内容を説明する前に、計画内容が適切なものであるか確認し、問題のない場合は確認済を示す印を押します。</li> <li>・これは、「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」99条により、通所介護事業所の管理者が通所介護計画を作成することとなっているためです。</li> </ul>
「通所介護計画」変更内容	・通所介護計画の内容を変更する場合、変更部分を含む通所介護計画書の番号(解決すべき課題の番号)と変更内容の要点を記入します。
介護支援専門員確認印	・作成した通所介護計画が、居宅サービス計画と整合性が取れていることを確認した上で、介護支援専門員の同意を得ます。
「通所介護計画」説明年月日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に対して、通所介護計画の内容・変更点を説明した年月日を記入します。</li> <li>・一度の説明で説明年月日に合意に至らず、再度説明を行なった場合は、一つの欄にそれぞれの説明日を記入します。</li> </ul>
同意交付年月日	・利用者に対して通所介護計画の内容を説明した結果、計画に対する利用者の同意が得られ両者の合意が成立し、計画書を交付した場合、その年月日を記入します。
契約同意署名欄(印)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護計画に対する同意の確認として、利用者の署名を受けます。基本的には利用者が署名(サイン)しますが、利用者による判断、署名が困難な場合もあることから署名欄については契約者としています。直筆による署名(サイン)、押印のいずれかでも構いません。</li> </ul>

## 5 通所介護実行表作成のねらいと記入方法

### 作成のねらい

通所介護実行表は、職員全員が利用者一人ひとりの通所介護計画を意識し、それぞれの計画に即した援助を行なうために、また、適宜計画の評価を行いながら、よりよいサービスにしていくための、計画の実行状況や利用状況の的確な記録として、不可欠なものです。

日々の実行記録の積み重ねを定期的に振り替えることで、サービス利用による効果や利用者の変化を客観的状态として把握できるとともに、そうした記録は、事業所内の業務改善のヒントにも繋がります。

万一の事故の際に検証のためにも、サービスの実行状況を明確に記録し、保管しておくことが必要です。

さらに、これら日々の記録を利用者(家族)との情報共有の場として活用することで、より深い利用者との信頼関係やサービスへの理解がうまれるものと思われます。

### 作成の留意点、記入内容と方法など

「通所介護実行表」は、複数枚にわたって作成、記入された通所介護計画の内容を時系列で記載し、併せて記録欄を備えたものです。

まず、左側の「介護内容、具体的な対応方法・留意点」欄に、1日のサービス内容とそれぞれの対応方法を通所介護計画書 から転記することにより、サービスの開始前、あるいは提供する中で、随時、それぞれの利用者の通所介護計画を確認することができます。また時系列でサービス内容が記載されているため、前後のサービス内容を確認することもできます。時系列表示は、サービスの実行状況を漏れなく記録する上でも効果的です。

この通所介護実行表をこれまで作成してきたケース記録に代えることもできますが、状態の変化が著しいなど、詳細な記録を要する利用者のケースについては、これまでのケース記録様式など、十分な記入が可能な様式を準備しておくことも必要です。

以下、各確認事項ごとに記載する記入内容等について、留意点を確認します。

項目	記載内容、留意点など
利用者氏名	・利用者の氏名を記入します。
初回利用日	・通所介護を初めて利用した年月日を記入します。一度利用を中止し、再開した場合は、再開後最初の利用日を記入します。
介護内容、具体的な対応・留意点	・通所介護計画の内容（サービス内容、サービスを提供する際の具体的な対応方法、留意点）を時系列で記入します。いずれも簡潔な表記を心掛けます。 ・また、具体的な対応方法には「( )」、留意点には「 」をつけるなどの工夫をしてください。
	・欄に記入したサービス等が通所介護計画に記載されている場合は、レ点や 印等の印をつけ、その実行および確認をより確かなものにするよう努めます。
時間	・ 欄に記入したサービス等の実施予定時刻を記入します。時間帯により、項目が集中する場合があるため、必ずしも時刻と時刻の間が等間隔である必要はありません。あくまで、 欄の記入を優先します。
年月日	・利用年月日、曜日を記入します。
担当、血圧、体温、脈	・担当欄には、利用当日の実行表記入担当者名を記入します。 ・利用当日のバイタルチェックの結果（血圧、体温、脈）を記入します。 ・フェイスシートに記入した平常時のバイタルと比較することができます。
実施	・ 欄に記入したサービス等を予定どおり実施できたか記録します。予定どおり実施した場合には 印、一部実施の場合は 印、できなかった場合は×印など、印をつけることにより、記録します。事業所の状況に応じて、どのような印にするかを検討することも必要です。 ・なお、とくに 印や×印などをつけた場合は、 欄に実施できなかった理由やそのときの状況を記入します。
活動時の様子	・ 欄に記入したサービス等が実施できなかった場合の理由やそのときの状況、また、具体的なサービス内容（提供したアクティビティ・サービスの内容等）を記入します。 ・食事摂取量は、主食と副食に分けて所定の欄に記入します。 ・また、送迎時に家族から得た情報（利用者の自宅での状況等）もここに記録します。
特記	・提供しているサービスの内容や、それぞれの対応方法について、特記すべき事柄（対応方法の見直しの必要、サービス内容の不足、新たに追加する留意点等）がある場合に、記入します。 ・また利用状況（通所に対する意欲や不安感、他の利用者との関係等）に関して特記すべき事柄があれば記入します。 ・特記の欄を、1日分、1週間、1ヶ月と数段設け、短期～中期の変化や留意点を記載することができます。 ・通所介護計画の変更を要すると考えられる場合は、その旨記入し、通所介護計画の見直しにつなげます。

別 表

參 考 樣 式

[ 改訂版 ]



# 通所介護フェイスシート

記入年月日 年 月 日

No.1

記入者

## 1. 利用者

(写真) 必要な場合のみ 貼付けする。	ふりがな		性別	生年月日	明治・大正・昭和
	本人氏名	様	男・女	年 月 日	( 歳)
	被保険者番号				
	世帯類型	1.同居世帯 3.高齢者夫婦世帯	2.同居世帯(日中ひとり) 4.ひとり暮らし		
現住所			電話番号	-	-
上記 以外の 連絡先	氏名	住所	本人との続柄 ( )		
	氏名	住所	本人との続柄 ( )		
	氏名	住所	本人との続柄 ( )		

## 2. 健康状態

現症			既往症		
視力			平常時 バイタル	体温	
聴力				脈拍	回/分
義歯	有 (上・下) ・ 無			血圧	mmHg ~ mmHg
服薬	通所介護利用時の服薬内容(時間・薬剤名・数量等)		避けるべき薬剤・食材(嗜好)		
	情報源 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他( )		情報源 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他( )		
かかりつけ 医	医療機関名			医師	
	医療機関名			医師	
医師の指示 注意事項等	入浴の可否	可・不可			
	皮膚疾患	有・無			
	移送時の 留意点	有・無			
	その他制限 事項等	有・無			
【特記事項】					

事業所名



## 6.手帳の有無

種別	有無	等級	判定日	障害等の内容
身障手帳	有・無	級	年 月 日	
療育手帳	有・無	級	年 月 日	
精神障害者保健福祉手帳	有・無	級	年 月 日	

## 7.生活歴等

生活歴
性格・適応
禁忌事項（避けるべき話題、言葉、活動等）

## 8.家族の状況（居宅サービス計画のアセスメントシート等既存のものがあれば記入は不要）

家族	氏名	性別	年齢	続柄	同・別居	介護者	健康状態等
男性 = 、女性 = 本人 = 回、 死亡 = 、 同居 = 「……(点線)」で囲む		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
主介護者		補助介護者		（上記介護者欄に記入）			

生活状況欄	本人	5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 1 - 2 - 3 - 4
	介護者	

【特記】



# 通所介護を安心してご利用いただくための確認・特記事項

本人の状況に関する課題分析(アセスメント)は、居宅介護支援事業者が居宅サービス計画を作成する際に行なった課題分析(アセスメント)の結果を活用する。☐ 居宅介護支援事業者に課題分析表(アセスメントシート)の提供を依頼する。  
 利用開始時に「1.」から「3.」について、調査、分析、評価。その後、2、3回の利用(短期のモニタリング)を経て、「4.」以下を実施する。  
 利用開始後に「1.」から「3.」の内容に変化がある場合は、所定の欄に修正記入する。  
 定期的に各項目について評価を行ない、状態の変化に対応する。(3～6ヵ月)

(利用開始時 年 月 日 / 担当 \_\_\_\_\_ 記入 ☐ 短期のモニタリング後 年 月 日 / 担当 \_\_\_\_\_ 記入)

項 目	現 状 (特記すべき事柄)	通所介護利用のために 解決すべき課題(ニーズ)	計画	変更
<b>1. 通所介護利用に対する希望</b>	上段は利用開始時に記入。下段は短期のモニタリング後、修正があれば記入。			
:本人、介護者(家族)の通所介護に対する不安感、抵抗感等を考えるための項目	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		
<b>2. 介護者(家族)の理解</b>	上段は利用開始時に記入。下段は短期のモニタリング後、修正があれば記入。			
:通所目的・内容、利用者の状況に関する介護者の気持ちを理解し、援助の必要性を考えるための項目	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		
<b>3. 送迎</b>	上段は利用開始時に記入。下段は短期のモニタリング後、修正があれば記入。			
(1) 日時・曜日の把握 :本人の把握の度合い、変更時の連絡の必要等を考えるための項目	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		
(2) 身支度 :通所介護利用時の身支度の可否等を考えるための項目	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		
(3) 移動 :介助の必要、度合い、補助機具等の使用等を考えるための項目 送迎地点、移動経路はフェイスシートに記入	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		
(4) 車輛への乗降 :介助、リフター等の特別な機器あるいは複数の職員による介助の必要性を考えるための項目	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		

項 目	現 状 (特記すべき事柄)	通所介護利用のために 解決すべき課題(ニーズ)	計画	変更
<b>4. 通所時の状況</b>	上段は利用開始時に記入。下段は短期のモニタリング後、修正があれば記入。			
(1) 活動プログラムへの参加状況 :声かけ、誘いの必要、心身の状況による個別対応の必要等を考えるための項目	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		
(2) 利用者との交流 :他の利用者との交流に関する調整、心身の状況等による個別対応の必要等を考えるための項目	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		
(3) 集団への適応 :集団の中での本人の状況、個別対応、その他援助の必要性を考えるための項目	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		
(4) 休憩 :定時休憩以外の休憩の必要、個別対応の必要等を考えるための項目	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		
<b>5. その他</b>	上記の他、通所サービス利用に関して解決すべき課題がある場合は、ここに記入する。			
	[モニタリング後の修正]	[モニタリング後の修正]		

# 通所介護計画書

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

事業所名 \_\_\_\_\_

(連絡先) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

確認事項

当事業所は、本通所介護計画書に基づき、通所介護サービスを提供します。

当事業所は、適切なサービスを円滑に提供するために、本通所介護計画書を担当介護支援専門員(ケアマネージャー)に提出します。

本通所介護計画書の内容に同意いただける場合は、契約者同意署名欄にご署名・押印ください。

本通所介護計画書およびサービスに関してご不明な点などございましたら、上記の事業所連絡先までお問い合わせください。

## 【初回説明】

作成担当者		説明担当者		事業所 責任者印	印
「通所介護計画」 変更内容				介護支 援専門員 確認印	印
「通所介護計画」 説明年月日	年 月 日	同意交付年月日	年 月 日	契約同 意署名欄 (サイン)	

## 【変更説明】

作成担当者		説明担当者		事業所 責任者印	印
「通所介護計画」 変更内容				介護支 援専門員 確認印	印
「通所介護計画」 説明年月日	年 月 日	同意交付年月日	年 月 日	契約同 意署名欄 (サイン)	

## 【変更説明】

作成担当者		説明担当者		事業所 責任者印	印
「通所介護計画」 変更内容				介護支 援専門員 確認印	印
「通所介護計画」 説明年月日	年 月 日	同意交付年月日	年 月 日	契約同 意署名欄 (サイン)	

## 【変更説明】

作成担当者		説明担当者		事業所 責任者印	印
「通所介護計画」 変更内容				介護支 援専門員 確認印	印
「通所介護計画」 説明年月日	年 月 日	同意交付年月日	年 月 日	契約同 意署名欄 (サイン)	

# 通所介護計画書

ご利用の曜日、時間帯（該当する曜日＝レ点）

月曜日      火曜日      水曜日      木曜日  
 ( : ~ : ) ( : ~ : ) ( : ~ : ) ( : ~ : )  
金曜日      土曜日      日曜日  
 ( : ~ : ) ( : ~ : ) ( : ~ : )

## 介護保険加算サービス項目

：介護保険で提供するサービスです。  
 （該当する加算サービス＝レ点）

- 送迎サービス
- 入浴サービス
- 食事サービス
- 機能訓練

\* 具体的なサービス内容、提供の方法等の詳細は、「通所介護計画書」に記載しています。

## 介護保険給付対象外サービス

：通所介護事業所で提供する基本的なサービス以外のサービスです。

\* 該当するサービスがない場合は、記入していません。

- ・{ }
- ・{ }
- ・{ }
- ・{ }

\* 下の表では、介護保健給付対象外のサービスに「」印をつけています。

曜日	月・火・水・木・金・土・日	月・火・水・木・金・土・日	月・火・水・木・金・土・日
時間	基本的なサービス内容	基本的なサービス内容	基本的なサービス内容
7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
必要に応じて提供するサービス（利用当日のご本人の状況にあわせて提供するサービスなど）			

- \* 一週間のご利用の曜日が複数の場合でも、曜日ごとのサービス内容、提供する時間帯が同一あるいはほぼ同一の場合は、「基本的なサービス内容」欄への記入のみとなり、最上部の「曜日」欄でご利用の曜日に「」印をつけることとしています。
- \* ご利用の曜日によって基本的なサービス内容、提供する時間帯が異なる場合は、「基本的なサービス内容」欄、同「」の欄を使用し、それぞれ「曜日」欄の該当する曜日に「」印をつけます。
- \* 介護保険給付対象外のサービスには、「」印をつけています。

# 通所介護計画書

番号	解決すべき課題（ニーズ）			
援助目標	長期目標 年 月 ~ 年 月	短期目標 年 月 ~ 年 月	変更 ( 1 )	
援 助 内 容				
	サービス内容	具体的な対応・留意点	評 価	変更 ( 2 )
1		_____ 年 月 日策定	_____ 年 月 日 : 担当者 (印)	
2		_____ 年 月 日策定	_____ 年 月 日 : 担当者 (印)	
3		_____ 年 月 日策定	_____ 年 月 日 : 担当者 (印)	

評価の結果、居宅サービス計画の内容に変更を要する場合は、変更（ 1 ）の欄にレ印を、通所介護計画の変更のみを要する場合には、変更（ 2 ）にレ印を記入する。

