

初回計画		改訂更新 ()	
記入者	審査印	承認印	

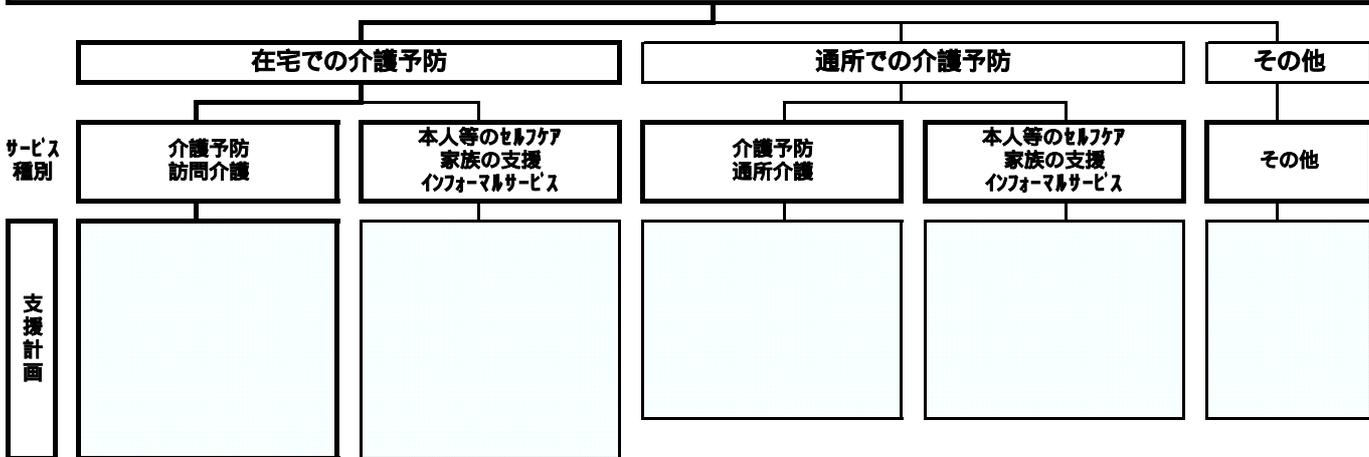
介護予防訪問介護計画書 (1) - 1

ご利用者名	様	生年月日	性別
住所	〒	電話番号	

a. 介護予防サービス計画の「目標とする生活」 (ケアプラン内容) 初回サービス開始日 : 平成 年 月 日

1日・1週間 または1月	
1年	

b. 介護予防サービス計画の「目標」 (ケアプラン内容)



今回のサービス提供期間

c. 介護予防訪問介護サービスの目標

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

d. 介護予防訪問介護の目標とサービス提供内容

領域	運動・移動について	日常生活(家庭生活)について	社会参加・対人関係・コミュニケーションについて	健康管理について
目標				
サービス内容(番号)	1 体操・歩行訓練などの見守り 2 その他()	3 掃除(できない部分・共に行う部分) 4 洗濯(洗う・干す・取込む・たたむ) 5 調理(下ごしらえ・献立・味付け) 6 配膳・下膳 7 居室移動の見守り 8 布団干し 9 買い物に関すること 10 入浴・シャワーでの清潔介助 11 身体整容に関すること 12 更衣に関すること 13 排泄に関すること 14 起床・就寝に関すること 15 その他()	16 外出介助 17 その他()	18 通院介助 19 薬の受取り 20 食事内容確認 21 水分摂取確認 22 服薬確認 23 口腔ケアに関すること 24 その他()

e. 週間サービス計画と具体的内容

週間サービス計画	曜日	月	火	水	木	金	土	日
	提供時間帯	~	~	~	~	~	~	~
	サービス内容 (番号)							
	曜日	月	火	水	木	金	土	日
	提供時間帯	~	~	~	~	~	~	~
目標を達成するための具体的内容	サービス内容 (番号)	留意点および手順など						

f. サービス利用料金

曜日	サービス類型	サービス提供回数	単位
		週 回	

1ヶ月の費用総額(× 1単位あたりの単価)	=	円
1単位あたりの単価 = 円		(小数点以下、切り捨て)
うち保険内自己負担額 (自己負担 無し 有り 負担率 %)	=	円
うち保険外自己負担額	=	円
1ヶ月の交通費(1回のサービスの往復交通費 円 × 1ヶ月 回)	=	円
1ヶ月の自己負担額合計(+ +) (概算)	=	円

上記のサービス料金は、介護保険法に基づき定められた「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に基づく金額です。

介護保険の訪問介護サービスを利用する場合は、原則として費用総額の1割負担となります。

(居宅介護サービス費等の額の特例などを除きます。)

交通費は事業所の通常のサービス地域をこえる場合にのみ必要となります。

(通常のサービス地域については、事業所へお問い合わせください。)

平成 年 月 日

本計画に同意し交付を受けました。

(利用者) 氏名 (印)

(代理人) 氏名 (印)

続柄

株式会社やさしい手