

別紙２ 基準緩和型サービス事業所における個別計画の作成について

訪問型サービスＡ及び通所型サービスＡ（いずれも基準緩和型サービス）を実施する事業所は、利用者の状況を踏まえ、個別計画を作成します。

伊予市介護予防・生活支援サービス事業における第１号訪問事業及び第１号通所事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（抄）

（訪問型サービスＡ個別計画の作成）

第１０条 サービス提供責任者（第６条第２項に規定するサービス提供責任者をいう。）は、必要に応じ、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、訪問型サービスＡ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、訪問型サービスＡの提供を行う期間等を記載した訪問型サービスＡ個別計画を作成するものとする。

（通所型サービスＡ個別計画の作成）

第２４条 通所型サービスＡ事業所の管理者は、必要に応じ、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、通所型サービスＡの提供を行う期間等を記載した通所型サービスＡ個別計画を作成するものとする。

訪問型サービスＡ及び通所型サービスＡの利用者のうち、要支援の方で「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）」が作成されている方は、当該ケアプランに則して個別計画を作成してください。

なお、個別計画は各事業所で作成したもので構いませんが、基準に則した内容となるよう注意してください。（参考様式を参照）

訪問型サービスA個別計画書（参考様式）

※事業所名（ロゴ）等の表示

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	氏 名					
	住 所					
	認定状況	総合事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2	認定有効期間（認定日）	年 月 日～ 年 月 日		

個別計画の策定（更新）日	年 月 日	サービス提供責任者氏名	
--------------	-------	-------------	--

※介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）がある場合は、当該ケアプランを踏まえて作成すること。

利用者の日常生活の状況

利用者の日常生活における自立支援に対する希望

家族の希望（同居家族へのサービスは提供できません。）

訪問型サービスAの実施により達成すべき目標

上記目標を達成するための具体的な予定及びサービス内容

週間予定

曜日	時間帯	サービス項目（以下の生活援助のみ）	従事者氏名
	: ~ :	清掃・ごみ分別搬出・洗濯・買物・調理	
	: ~ :	清掃・ごみ分別搬出・洗濯・買物・調理	
	: ~ :	清掃・ごみ分別搬出・洗濯・買物・調理	
	: ~ :	清掃・ごみ分別搬出・洗濯・買物・調理	
	: ~ :	清掃・ごみ分別搬出・洗濯・買物・調理	
	: ~ :	清掃・ごみ分別搬出・洗濯・買物・調理	
	: ~ :	清掃・ごみ分別搬出・洗濯・買物・調理	

支援内容及び期間

生活援助	項目	内 容	期 間
	清 掃		
	ごみ分別搬出		
	洗 濯		
	買 物		
	調 理		

年 月 日

利用（申込）者又はその家族の同意を得て、上記計画に基づきサービスを提供します。

事業所名		電話	- -	FAX	- -
住 所					印
代表者氏名		責任者氏名			

私は、事業者から事業所の運営規程の概要、勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等を記した重要事項の説明とそれを記した文書交付を受け、上記計画に同意します。

利用（申込）者（家族）の同意署名欄

印

通所型サービスA個別計画書（参考様式）					※事業所名（ロゴ）等の表示							
利用者	ふりがな		生年月日	年	月	日	性別	男	・	女		
	氏 名											
	住 所											
	認定状況	総合事業対象者・要支援1・要支援2		認定有効期間（認定日）		年 月 日～ 年 月 日						
個別計画の策定（更新）日			年 月 日		管理者氏名							
※介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）がある場合は、当該ケアプランを踏まえて作成すること。												
利用者の心身の状況及び社会環境												
通所型サービスAを受けて改善又は叶えたい目標												
上記目標を達成するための具体的な予定及びサービス内容												
日課												
予定時間		所要時間		サービス内容（身体介護を伴わないものに限る）								
：		～		時間								
：		～		時間								
：		～		時間								
：		～		時間								
：		～		時間								
：		～		時間								
：		～		時間								
合計所要時間		時間										
個別支援内容（身体介護を伴わないものに限る）												
項 目			支 援 内 容					期 間				
こころ（精神・気分）に関するもの												
からだ（機能維持）に関するもの												
介護報酬算定区分												
通所AⅠ（1時間30分以上3時間未満） ・ 通所AⅡ（3時間以上）												
年 月 日												
利用（申込）者又はその家族の同意を得て、上記計画に基づきサービスを提供します。												
事業所名					電話		- -		FAX		- -	
住 所											印	
代表者氏名					管理者氏名							
私は、事業者から事業所の運営規程の概要、勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等を記した重要事項の説明とそれを記した文書交付を受け、上記計画に同意します。												
利用（申込）者（家族）の同意署名欄						印						