

# ケアプランの基本的な考え方と書き方

令和6年3月作成版

## はじめに

小田原市では、介護支援専門員及び地域包括支援センター職員等のケアマネジメント技術の向上を支援するため、平成26年度よりケアプラン点検事業を実施してきました。

ケアプラン点検を実施してきた中で、ケアプランの基本的な考え方や書き方に対する助言や指摘が多く見受けられます。

その理由として、ケアプランを作成するための考え方や書き方が具体的に示されていない現状があります。

また、小田原市では、平成29年度から、高齢者の介護予防活動をより一層推進し、要介護状態の重度化を防ぐことで、誰もが自分らしい生活を続けられるよう支援する取組を進めています。この取組の一環として、ケアプラン作成の際、利用者の抱える課題を細やかに把握し、今後の生活の質を高めるための具体的な目標を立てることが大切だと感じています。

そこで、小田原市としての1つの“指標”として示すことで、ケアプランの質の向上を図ることを目的とし、運営基準や、厚生労働省の通知等を軸とした、ケアプランの基本的な考え方と書き方のマニュアルを作成しました。

本紙に掲載しているケアプランの内容は、居宅サービス計画書（第1表から第3表）に関するものですが、居宅（介護予防支援含む）と施設のケアプランに関する厚生労働省からの通知は類似する点が多いので、施設サービス、介護予防支援サービスのケアプランを作成する際もご参考にしていただければと思います。

令和2年度にケアプランの考え方と書き方のマニュアルを示したことにより、「利用者の自立支援に資するわかりやすい具体的なケアプラン作成が推進されています。さらに利用者等にわかりやすいケアプラン作成を目指し、皆様からいただいた意見を踏まえ、令和6年3月版として作成しました。

# 目次

◆居宅サービス計画書とは .....	1
◆過去のケアプラン点検で助言や指摘が多かった事項.....	1
◆凡例 .....	1
<b>第1表 居宅サービス計画書（1） .....</b>	<b>3</b>
1. 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果 .....	4
2. 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 .....	8
3. 総合的な援助の方針 .....	10
4. 生活援助中心型の算定理由 .....	15
5. 同意について .....	15
<b>第2表 居宅サービス計画書（2） .....</b>	<b>13</b>
1. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） .....	14
2. 長期目標 .....	18
3. 短期目標 .....	23
4. 長期目標及び短期目標に付する期間 .....	27
5. 長期目標と短期目標の整合性 .....	29
6. サービス内容 .....	34
7. サービス種別 .....	38
8. 頻度 .....	40
9. 期間 .....	42
<b>第3表 週間サービス計画表 .....</b>	<b>45</b>
1. 週間サービス .....	46
2. 主な日常生活上の活動 .....	48
3. 週単位以外のサービス .....	50

◆ケアプランの記載例 .....	53
事例 1. 独居・軽度認知症の事例.....	54
事例 2. 変形性膝関節症・家族等が障がいの事例 .....	58
事例 3. うつ病の事例 .....	62
事例 4. 独居・骨粗鬆症の事例 .....	66
事例 5. 施設入居者の事例（認知症共同型生活介護）	
事例 6. 施設入居者の事例（介護老人福祉施設）	

**第1表 居宅サービス計画書(1)** 作成年月日 \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 股 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

【利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果】  
4ページから

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

【介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定】  
8ページから

【総合的な援助の方針】  
10ページから

【生活援助中心型の算定理由】  
15ページから

【同意欄】  
17ページから

生活援助中心型の算定理由 \_\_\_\_\_

【生活全般の解決すべき課題（ニーズ）】  
14ページから

【長期目標及び短期目標に付する期間】  
27ページから

【サービス種別】  
38ページから

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目 標		援 助 内 容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1 サービス種別	※2 頻度	期間
	【長期目標】 18ページから		【短期目標】 23ページから		【サービス内容】 34ページから		【頻度】 40ページから	
					【長期目標と短期目標の整合性】 29ページから			【期間】 42ページから

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内  
※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

**第3表 週間サービス計画表** 作成年月日 \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 股 \_\_\_\_\_

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								

【週間サービス】  
46ページから

【主な日常生活上の活動】  
48ページから

【週単位以外のサービス】  
50ページから

週単位以外のサービス \_\_\_\_\_

## ◆居宅サービス計画書とは

居宅サービス計画書とは、利用者及び家族の「望む生活」を具現化するための計画書といえます。「望む生活」の実現に向けて、ケアチーム（利用者及び家族も含む）が目指す方向性や果たすべき役割、提供するサービスやセルフケア及び家族支援等が具体的に書面に表されたものであるといえます。

したがって、第1表・第2表・第3表は、連動した帳票であることを押さえておく必要があります。

「ケアプラン点検支援マニュアル」（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課より編集）

## ◆過去のケアプラン点検で助言や指摘が多かった事項

ケアプランの書き方を向上させることで、利用者にとってわかりやすいケアプランの作成につながります。はじめに、これまでのケアプラン点検の中で、ケアプランの書き方に関してとくに助言や指摘が多かった下記の項目について改めて確認しましょう。

- ① **誤字脱字**がある（変換ミスなど）。
- ② **専門用語**（例：**バイタルサイン**）が**多すぎ**て利用者には理解が難しい。
- ③ **略語**（通りハ 訪看 生活Ⅱなど）があり、内容がわかりにくい。
- ④ **和暦と西暦が混同**していてわかりにくい。
- ⑤ 利用者やその家族への**配慮に欠けると思われる表現**がある（例：認知症・徘徊・拒否・訴えなど）。
- ⑥ 使用するソフトの状況によって利用者にとって**分かりにくいケアプラン**になっている（例：罫線から**文字が切れて**いたり、**ずれて**いたりする。**枠内に収まりきっていない**等）

## ◆凡例

- ・「法」：介護保険法（平成9年法律第123号）
- ・「運営基準」：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（平成11年3月31日厚生省令第38号）
- ・「厚生労働省通知」：介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（令和3年3月31日老認発0331第6号厚生労働省老人保健福祉局認知症施策・地域介護推進課長通知）



# 第1表

## 居宅サービス計画書（1）

1. 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果
2. 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定
3. 総合的な援助の方針
4. 生活援助中心型の算定理由
5. 同意欄

第1表		居宅サービス計画書（1）		作成年月日	
		初回・紹介・継続		認定済・申請中	
利用者名		殿	生年月日	住所	
居宅サービス計画作成者氏名					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地					
居宅サービス計画作成（変更）日		初回居宅サービス計画作成日			
認定日		認定の有効期間			
要介護状態区分		【利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果】 4ページから			
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果		【介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定】 8ページから			
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		【総合的な援助の方針】 10ページから			
総合的な援助の方針		3. その他（			
生活援助中心型の算定理由		【生活援助中心型の算定理由】 15ページから		【同意欄】 17ページから	



# 1. 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

## 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのかについて意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

## （1）基本的な考え方

1. 最初に何に困っているか、困難を感じているかを聴き取ります。
2. その困りごとに対して、「どうしたい」「どうなりたい」という解決後の姿を面談のなかで探り、共有します。
3. 解決後の姿（目標）を目指すうえで、**利用者等のモチベーション（動機付け）となる生活像は何か**を引き出します。  
（例：以前と同じように月1回は妻と外食に行けるようにしたい。だから、「歩行訓練」を頑張る。）
4. 上記3を踏まえて、利用者や家族等の意向等に対して、課題分析の結果と照らし合わせ、「まず、何から始めればよいのか」という内容を記載します。  
（例：第1に転倒に十分に気をつけながら、「歩行訓練」に力をいれていきます）。
5. 仮に、利用者等の意向が実現困難だとしても「実現できる」「実現できない」と紋切型の判断（表記）をせず、意欲（課題に取り組む意欲・頑張るという動機付け）に繋がるよう留意します。

## (2) わかりやすい書き方

### 1) わかりやすい書き方をするために

利用者やその家族が、介護サポート等を受けながら、どのような生活をしたいと望んでいるのか、また、生活での困りごとについて、明確に把握することが重要であるため、「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」の項目があります。

この項目には、「(どのような生活をしたいと望んでいるのか) 自分が発した事実(意向)として受け止めること」が容易にできるように、利用者等が自分自身の言葉で語った意向を可能な限りそのまま記載します。

また、利用者の意向を十分に把握し、課題分析を行ったうえでケアマネジャーとしての判断内容をも記載します。記載にあたっては、利用者等の望む暮らしに対して、本人の状況と本人がもつ力・可能性を十分に考慮し、利用者等が望む暮らしに対して、「まず、何から始めればよいのか」という今後の方向性を記載します。単に「利用者の課題を羅列するのではない」ということに気をつけることが必要です。そして、利用者の意向が「実現できる」「実現できない」とジャッジすることのないよう留意します。

**重要なのは、最初の面接において、「どのような生活をしたいか」という希望を聞く前に「何に困っているか」を深く聴取することです。**いきなり、「どのような生活をしたいか」を問われても、利用者や家族は、「今までどおりの暮らしをしたい」「できることは継続したい」といった曖昧で抽象的な答えになってしまいます。困りごとに十分に耳を傾け、アセスメントをすることで、「どうなりたい」「どうしたい」「こうなりたい」「これはしたくない」といった具体的な思いを引き出し、これを生活に対する意向へと結びつけることが必要です。

まずは利用者等が認識している「困りごと」に耳を傾け、最終的には利用者の意欲やモチベーション(動機付け)につながる真の意向を引き出すよう努めることが求められます。

また、ケアマネジャーは、抽象的な回答に対しては、「具体的にどんなことを継続したいと考えていますか」といった**深掘りをする質問を行うことにより、生活の意向を明確かつ具体的なものとして引き出すことも求められます。**

なお、利用者の意向は、「こうなりたくない」「これはしたくない」といった否定的な感情も含まれることに留意します。

## 2) わかりにくい書き方の傾向

利用者や家族からの意向の聞き取りが十分にできていないと、利用者や家族の言葉（意向）が抽象的になります。また、**利用者の言葉をケアマネジャーの言葉に置き換えているものも見受けられます**。利用者の意向をケアマネジャーの言葉に置き換えると、その思いの大小にかかわらず齟齬が生まれます。例えば、家族は「月1回は一人の時間を持ちたい」と言ったことに対して、「介護負担を軽減したい」としてしまうと意味は似ていても違うことに気づかされます。

なお、**利用者や家族が発した支援チームへのお礼言葉**（「お世話になります」、「感謝しています」）は**生活に対する意向ではありません**。利用者等の言葉をできる限りそのまま表記することは重要ですが、感謝の言葉は本欄には不要です。また、意向を踏まえた課題分析の結果に対して、単に利用するサービス内容を表記したり、「実現は難しい」というような利用者の意欲やモチベーション（動機付け）にマイナス影響があると考えられる表記には注意が必要です。

## 3) 書き方のポイント

- ①利用者や家族が発した**言葉（セリフ）を可能な限りそのまま具体的に記載**します。
  - ②誰の意向であるかを**続柄で記載**します。（例：長男、長女）
  - ③利用者が意向を語る事が困難な場合（例：認知症等による会話困難）には、「利用者  
に尋ねましたが明確な回答を得ることができませんでした」という記載もあり得ます。
  - ④記載の**順番は利用者（上段）、家族（下段）**とします。
  - ⑤利用者及びその家族の生活に対する**意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載**  
します。
  - ⑥課題分析の結果については、利用者や家族等の意向等に対する利用者のもつ力や可能性  
を加味し、また課題分析の結果を踏まえて、利用者等の意向等を実現するために、ど  
のような方向性や方針等が考えられるかを記載します。
- (注) 利用者及び家族の意向については、意向を十分に聞き取ったうえでケアプランに利  
用者と家族と分けて記載します。意向を記載したうえで「今後の方向性（課題分析の結  
果）」を記載します。

## (3) 書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方

#### 【利用者及び家族の意向】

- （本人）令和6年5月までできていた編み物や裁縫を家族のためにやりたい。
- （本人）月1回は、長女と一緒に رفتっていたファミリーレストランにまた行けるようになりたい。畑で野菜をつくり、孫に送りたい。
- （本人）介護してくれる妻の健康だけは自分のことよりも大切にしたい。
- （本人）自宅で暮らしたいが、長男には迷惑をかけたくない。長男がたまには休めるようにサービスを利用したい。
- （本人）トイレは何としてでも自分で行きたい。
- （長女）毎日、髪の手と髭だけは清潔にしてほしい。
- （長男妻）本人ができることには、手を出し過ぎないで見守ってあげてほしい。
- （夫）集団で行う体操等をするを押し付けないであげてほしい。

#### 【今後の方向性（課題分析の結果）】

- ・ 自宅で生活を続けていくために「薬を1日3回」飲めるようにしましょう
- ・ 長女様と旅行をするために、まず座れる時間を長くできるようにしましょう
- ・ 転ばないで生活するために、正しい姿勢で歩ける訓練をしていきましょう
- ・ 調理ができるようになるために、主に右手を動かす訓練と機会を増やします
- ・ 自分で歩く生活が継続できるよう、3食食べることを第一に考えます
- ・ 1日も早く歩けるようになるため、頑張りすぎず、決められた運動量（1日3回の体操、足上げ）を守って、回復を目指します

## 2) わかりにくい書き方

### 【利用者及び家族の意向】

#### 抽象的で具体性がない

- ×（本人）今までどおりに暮らしたい。
- ×（本人）まわりに迷惑をかけないようにしたい。
- ×（本人）特に何も言うことはない。
- ×（家族）できることは自分でできるようになってほしい。

#### 支援チームへのお礼等が記載されている

- ×（本人）支援していただき、ありがとうございます。
- ×（家族）皆さんにお世話になって申し訳ない気持ちです。

#### 介護保険サービスに対する意向のみが記載されている

- ×（本人）通所介護は週2回で良い。
- ×（長女）引き続き、週3回デイサービスを利用したい。
- ×（本人）訪問介護をもっと利用したい。
- ×（次女）今のサービスをそのまま継続したい。

### 【今後の方向性（課題分析の結果）】

- ・現段階では、意向を実現することは難しいと考えます  
（利用者の希望や意向を頭から否定するような表記）
- ・服薬を時々忘れるため脳梗塞の再発の恐れがあります  
（正当な課題ではあるが、危険・リスクのみを指摘するような表記）
- ・転倒の危険、病気の再発、食事摂取に課題があります  
（ニーズをただ羅列するような表記）

## 2. 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。

### （1）基本的な考え方

1. 被保険者証を確認し、意見や指定の記載有無を確認します。
2. 本欄が未記載だった場合にも「意見なし」等と記載することで、介護保険被保険者証を確認したという事実、そして、記載がなかったという事実が明確になります。

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

被保険者証を確認し、認定審査会の意見がある場合は、意見を加味してケアマネジメントを行います。サービスの種類の指定がある場合は、指定に従いケアマネジメントを行います。（第1表「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」に転記）**被保険者証を確認し、この欄が未記載であった場合も「特になし」「意見なし」等と記載します。**

#### 2) わかりにくい書き方の傾向

そもそもケアマネジャーが被保険者証を「確認する必要がある」ことを知らず、被保険者証を確認していないことがあります。また、**被保険者証を確認していないだけでなく、様式から「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」の欄を削除しているケースもあります。**

法第80条第2項（指定居宅介護支援事業者は、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定居宅介護支援を提供するように努めなければならない）、法第73条第2項（指定居宅サービス事業者は、被保険者証に認定審査会意

見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定居宅サービスを提供するように努めなければならない)とされています。

つまり、ケアマネジャーの責務として認定審査会意見を確認し、その記載内容に応じてケアマネジメントを行うことが規定されているのです。そのため、様式から本欄を削除すると、被保険者証に「記載があった場合」に、認定審査会の意見及びサービスの種類の指定に基づいたケアマネジメントを行っていたとしても、その事実と内容をケアプランから読み取ることができなくなります。

また、本欄を使用して医療情報（今までの病歴等）や利用に至る経緯等を記載しているケースも散見されます。本欄使用の目的に沿った使用方法に留意します。

### 3) 書き方のポイント

- ①被保険者証を必ず確認し、「意見」及び「サービスの種類の指定」の有無や内容を確認し、明記がある場合には転記します。
- ②「意見」及び「サービスの種類の指定」がない場合には、「特になし」「意見等なし」と記載します。
- ③介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載してある内容（意見及びサービスの種類の指定）以外は記載しません。

## 3. 総合的な援助の方針

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

### （1）基本的な考え方

1. **支援チーム全員が共有すべき支援方針**を記載します。
2. **緊急連絡先等**は、利用者の状況等に応じて**記載の必要可否を検討、判断**します。
3. 緊急連絡先の記載にあたっては、状況を判断したうえで、「どのような場合を緊急事態と考えているか、また、その場合の対応方法」について記載します。どのような場合を緊急事態と考えているかについては、必要に応じて医師等に「どのような状態が想定されるか」等について助言を得ることも検討します。
4. 現時点で利用予定がないサービス等であるため、第2表への表記は必要ないが、今後、利用の可能性がある。また、家族等が緊急時の不安が強い等の場合には本欄にその旨を記載することも可能です。

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

各ニーズを総合的に捉えたうえで、支援チームとしての共通方針を具体的に記載します。共通方針とは、利用者等のもつ複数のニーズに共通しており、支援チーム（利用者や家族含む）のメンバー全員が共有しておくべき支援ポイントです。例えば、認知機能の低下やフレ



イルなど様々な生活ニーズにより、機能訓練等や生活援助等のサポートを受けている利用者がいるとします。そのとき、転倒などの問題が起きる要因の多くは「服薬忘れによる眩暈が原因」によるものだとすれば、服薬サポートを実施する専門職だけでなく、利用者にかかわるすべての専門職（支援チームのメンバー全員）が、服薬の確認・観察等を常に総合的な支援方針（支援ポイント）として認識しておくことが必要です。

また、**対応機関や連絡先は「緊急事態が発生する可能性」の判断をしたうえで記載します。**「緊急事態が発生する場合」については、世帯状況や介護力、また、疾患等による急変の可能性や救急搬送の可能性等を鑑みて、総合的に判断します。記載しておくことで利用者や家族が安心できることにも留意して判断します。

併せて、どのような場合を緊急事態と考えているのかや、その場合の対応方法について記載します。

さらに、本欄の活用方法として**現在は利用予定がないサービスであるが、将来的に利用する可能性がある場合にその旨を記載しておくこともできます。**例えば、「今は必要ありませんが、介護者に急な出張等が想定される場合に、短期入所生活介護を利用します」などです。また、家族等の不安を軽減するために「何かがあれば（例：妻の体調により）即座にお泊まり等のサポートをします」という明記が望ましい場合にも本欄を活用できます。

総合的な援助方針は、利用者の意向（希望）や第2表に掲げたニーズと目標を実現するために支援チームのサポート方針を記すものであります。それは同時に利用者や家族等にとっても総合的な援助方針となります。利用者や家族等も支援チームの方針と同じような気持ちと行動で、ともに望む暮らしや目標の実現を図っていくためのものになることにも留意します。

## 2) わかりにくい書き方の傾向

サービス名とサービス内容が羅列されていることや、入院歴や生活歴などの経過のみが記載されているなどがあり、支援の方針がわかりにくくなっています。

また誰にでも当てはまるような文章（例：ご本人の意向をうかがい、速やかに関係機関で連携を図りサポートさせていただきます。）となっており、具体的な支援方針がわかりにくい場合もあります。

なお、緊急連絡先や主治医の情報等が必要性の判断なく明記されていることがあります。「緊急事態の発生する可能性」など、利用者や家族等の状況を鑑みて、記載の判断をします。

また、生活歴を記載する場合には、作成した時点では最新ですが、長期目標期間（例：3年）のうちに情報も状況も非常に古いケアプランになっていることもありますので、ケアプランの期間等も加味して記載します。

### 3) わかりやすい書き方のポイント

#### 1. 【支援チームとしての共通方針】を記載します。

「支援チームとしての共通方針」とは、支援チームとして、全員が理解・共有し、観察・配慮し、サポートする内容です。

##### ① 課題の中核（根本原因）を記載します

（例）服薬を忘れる

##### ② 課題の中核（根本原因）から日常生活への影響を記載します

（例）服薬を忘れることにより、足元がふらつくことがあります

##### ③ 課題解決に必要であって、②の日常生活への影響を防ぐために行う支援チームの共通方針を記載します

（例）服薬を忘れることにより、足元がふらつくことがありますので、「服薬（残薬）の確認と声かけ」を行います

#### 2. 生活の経過（例：令和5年に脱水を起こしたなど）を記載する場合には、ケアプランの期間等も加味して明確に年月を記載します（作成したときは最新ですが、長期目標期間1年のうちに情報も状況も非常に古いケアプランになっていることもあり、「1年前」等の表記は分かりにくい場合があります）。

#### 3. 緊急事態が想定される場合については、どのような状態が緊急事態であるか、また、その場合の対応方法について記載します。

#### 4. 短期目標期間内において、即座にサービスを必要とはしないがニーズが発生すると見込まれる場合については、短期目標期間を一つの目安として記入します。

（例：同居家族妻の体調不調があるが、即座にサービス導入は必要ではないが、短期目標期間内にニーズとして出現すると見込まれる短期入所生活介護）

#### 4の場合の留意点

##### ① 永続的な不安や可能性ではなく、短期目標期間を一つの目安とします。

② 位置付ける場合には、アセスメントにおけるニーズ抽出（起こりえる可能性）を行い、サービス担当者会議にて専門的見地から意見を求めるようにしてください。

##### ③ 短期目標終了期間には、ニーズの継続及び必要性を再アセスメントします。

### 3) 書き方の具体例

#### 1) わかりやすい書き方

##### 【支援チームとして何を行うかが明確】

- 昨年（令和5年7月）、脱水症状がありましたので、「飲水の量」について常に確認と声かけをします。
- 食事の量が2023年12月より低下しており、体重も減っています。「食事の有無・食事の量・内容等」の状況とそれに伴う歩行状態の観察を行います。
- 服薬を忘れることがあり、それが原因で頭痛・ふらつきがみられることがありますので、「服薬（残薬）の確認と声かけ」を行います。
- 前回（2024年2月まで）のケアプランの目標（昼食は自分でスーパーまで買いに行く）を達成されました。一方、「杖を持つ」「歩幅を広く」については、~~を頭において歩くことを忘れてしまう~~こともありますので、支援スタッフも継続して声かけ等のサポートをします。
- 今後について、家族や家庭の状況変化に応じて、泊まり等の相談をしていきます。

##### 【あらかじめ緊急事態が想定される場合】

- △△クリニック 電話番号 （長女）電話番号
- 会話をして呂律が回っていない場合には、速やかに救急車を要請します
- 歩けないほどの右膝の痛みがある場合には、○○医師に速やかに連絡し、指示を仰ぎます ○○整形外科 ○○医師 ◇◇-0120
- 食量と飲量が○○以下で口腔内や皮膚乾燥がある場合には、☆☆医師に連絡し、その後、長女様に連絡します ☆☆医師（★★-0210）長女（▲▲-0210）

#### 2) わかりにくい書き方の具体例

##### 【誰にでも当てはまるような内容】

- ×関係機関と連携しながら支援にあたります。
- ×自宅で暮らしていけるよう支援します。

##### 【抽象的で具体性がない】

- ×認知症により不安の訴えがあった場合には、丁寧に話を聞きます。
- ×安心、安全に生活ができるよう支援してまいります。

##### 【必要性の判断をせずに全ての利用者に一律に記載している】

- ×△△病院 電話番号 （長男）電話番号

**【緊急事態の状況及び対応方針が曖昧となっている】**

- ×具合が悪そうな場合には、関係機関に連絡して対応します
- ×元気がない場合には、必要に応じて医師等に連絡します
- ×体調不良がある場合には、随時対応します

## 4. 生活援助中心型の算定理由

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。「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」（平成12年2月10日厚生省告示第19号）別表の1の注3に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「1. 一人暮らし」に、「家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2. 家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

事情の内容については、例えば、

- ・ 家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
- ・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
- ・ 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合

などがある。（「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」（平成21年12月25日老振発1224第1号）参照）

### （1）基本的な考え方

1. 訪問介護の生活援助を利用している場合は記載します（回数を問わない）。
2. 一人暮らし、家族等が障害・疾病等の場合でも、アセスメントにて個別事情を十分に把握・分析します。
3. その他の「事情の内容」については、個々の状況がわかるよう簡潔に記載します。

## (2) わかりやすい書き方

### 1) わかりやすい書き方

訪問介護の生活援助の回数を問わず、生活援助を利用している場合には記載します。必要な理由について、①1人暮らし、②家族等が障害・疾病等、③その他（やむを得ない事情により家事が困難な場合等）に○を付します。その他については簡潔明瞭に記載します。

重要なことは、1人暮らしであっても、家族等に障害・疾病があっても、それぞれの状況は異なることから、アセスメントにおいて具体的な状況の把握と原因分析を十分にすることです。つまり、「1人暮らし=生活援助が必要」という根拠にはならないことに注意が必要です。

その他の「事情の内容」については、多くの人に当てはまるような内容ではなく、個別の事情がわかるような表記が望ましいといえます。

### 2) わかりにくい書き方の傾向

生活援助を活用している場合でも○を付していない場合や、その他の理由が記載されていない場合があります。その他の事情の内容に関する書き方は、多くの人に当てはまるような表記や、個別の状況がわからない表記があります。

### 3) わかりやすい書き方のポイント

①訪問介護（生活援助）を利用している場合には、回数を問わず、該当する欄に○を付けます。

②その他の「事情の内容」については、個別の状況を簡潔明瞭に記載します。

## 3) 書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方

【その他の「事情の内容」が簡潔明瞭になっている】

- 妻の持病（リウマチ）があり、寒い季節は痛みが強く家事が難しくなります
- 同居の長女夫妻が共働きであり、利用者は家事が十分にはできません（特に掃除）
- 同居の次男は月1回、1週間程度の出張があり、その期間は家事全般が困難です
- 隣市の次女が週1回家事を手伝いに来ますが、頻度として洗濯等の家事が十分ではありません。

### 2) わかりにくい書き方の具体例

【その他の「事情の内容」が誰にでも当てはまるような内容となっている】

- ・家族就労
- ・家族での家事支援が困難
- ・家族が高齢

## 5. 同意欄

ケアプランは、利用者に対して説明・同意・交付が必要です。ですので、ケアプランの説明、同意（署名等）、交付をした上で、サービス提供を開始します。

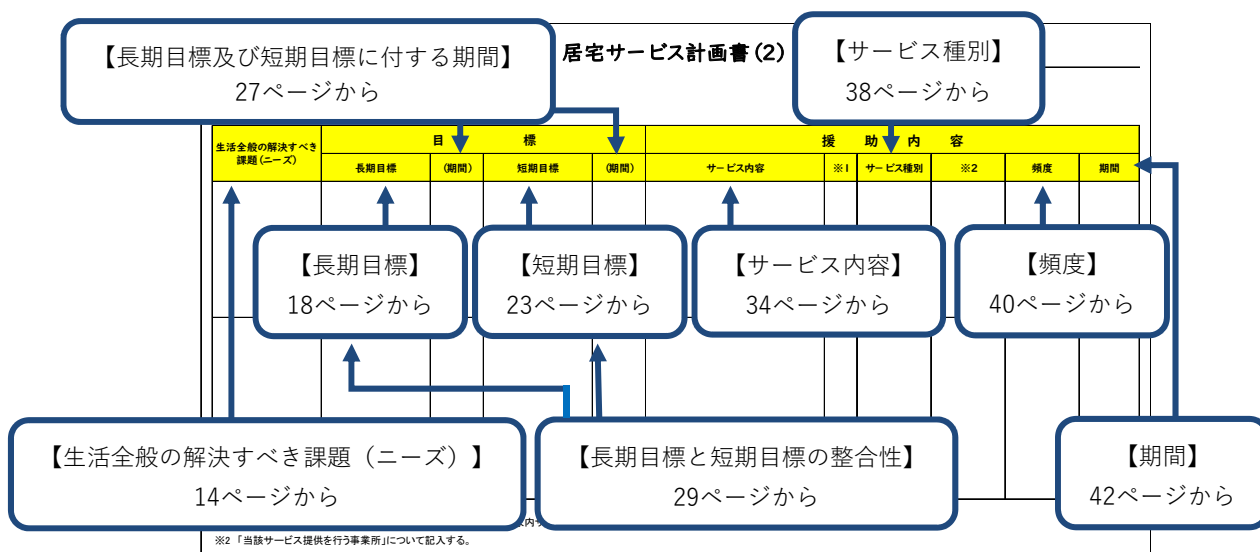
### わかりやすい書き方のポイント

- ①利用者の疾患等の状況に対して、必要に応じて家族等からも同意を得るようにします。
- ②代筆の際は、代筆者が利用者本人氏名欄に記載し、代筆者は、代筆者欄に代筆者氏名・利用者との続柄を記載し記載します。

## 第2表

### 居宅サービス計画書（2）

1. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）
2. 長期目標
3. 短期目標
4. 長期目標及び短期目標に付する期間
5. 長期目標と短期目標の整合性
6. サービス内容
7. サービス種別
8. 頻度
9. 期間





# 1. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

## 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- ・利用者自身の力で取り組めること
- ・家族や地域の協力のできること
- ・ケアチームが支援すること

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定する。

## （1）基本的な考え方

1. 「したい」・「なりたい」という表記は、ニーズ（解決すべき課題）に対して利用者自身の意欲を高め、それらをケアマネジャー等が引き出した結果として、「**〇〇したい**」「**〇〇になりたい**」という記載となります。
2. **自立を阻害している解決すべき課題（ニーズ）**を記載します。（例：〇〇だが、〇〇になりたい）
3. **優先順位の高い順に記載**します。
4. サービス活用に対して、「加算（例：入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算）」を算定している場合には、ニーズとして位置付けます。また、居宅療養管理指導についてもニーズ設定が必要であることに留意します。

## (2) わかりやすい書き方

### 1) わかりやすい書き方をするために

生活全般の解決すべき課題とは、**利用者の自立を阻害するもの、また、その人らしい暮らしを阻害しているような事柄を指します。**疾患やADLの低下から起きること、環境の変化や介護力等の低下から生じることなど様々です。また、**すでに課題になっていることや、現況が続くことで課題となることが予測されることも含みます。**

さらに、生活全般の解決すべき課題には「可能性」も含まれます。利用者等がもつ能力や可能性や強みが十二分に発揮されているか否かという視点です。これらの可能性を課題分析から適切に導き出すことが重要です。

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の欄には「○○したい」「○○になりたい」と書くように指導を受けたという言葉が非常に多く聞きますが、その理由を答えられる人は少ないです。○○したいという記載は重要ですが、その前提は利用者自身が「したい・になりたい」と望んでいることが必要です。具体的には、ケアマネジャーが利用者のニーズを抽出していく過程で、利用者自身がその事実等を自覚し、その上で今後の生活を意欲的にとらえ、抽出されたニーズを自身の生活の目指す姿として、「○○になりたい・取り戻したい」というモチベーションを有した状態であることが求められます。

単に書き方としての「○○したい・○○になりたい」という記載はしません。また、単に「○○したい」ではなく、「**現在の状況に対してなりたい姿（具体的な状態像）**」を記載します。理由を明記することが重要です。（例：ふらつくことがあるが、トイレに自分で行きたい。）

ニーズ（解決すべき課題）だけでなく、改善する可能性がある状況についても抽出し、ニーズ欄に記載します。（例：付き添いがあることで徒歩での買い物が可能になる。一人で歩くのは転倒する危険があるが、いずれは歩いて買い物に行きたい。）

ここで重要なことはケアマネジャーが利用者の意欲を高め、引き出すようなソーシャルワークをどこまで実践し追及しているかという課題にあります。

ただ単に「100m歩けるようになること」が目標ではなく、「100m歩ける能力を取り戻す」ことで「妻と買い物にいけるようになる」という生活行為に結びつけていくことが重要なのです。

**ニーズに対して意欲的でない場合（意欲の有無が確認できない・意欲が低い等）やニーズに対する認識や自覚がない（乏しい）場合については、無理に「したい・になりたい」と書くことは不自然な記載となるため不要です。**この場合は、**状態や状態像を記載**します。具体

的には、「お尻に〇〇cm程の床ずれがあります」「週に数回ほど薬を飲み忘れることがあります」と起きている事実を記載します。

また、**ニーズは優先順位の高いものから記載**します。優先順位は、そのときの利用者の状況を総合的に評価した上で設定します。具体的には、薬が飲めないことによる疾患増悪や命を脅かす危険がある場合や、食事を作れないために体重が数か月で何kgも減少している場合（低体重及び低栄養）には、必然的に医療の優先順位は高くなります。

医療的なニーズを一番先に書くように指導されたという「医療ファースト」の記載はよくみられます。例えば、現時点では疾患の状態も落ち着いており、定期的に受診もできているケースに対して、医療の優先順位が最も高く設定されている必要はありません。疾患に対する対応は大切ですが、常に第1位の優先順位ということではありません。

利用者側に明確なニーズがないにも関わらず介護支援専門員がサポートする内容を記載している場合があります（例：相談することができる）。ついては、利用者側に個別ニーズがある場合には記載し、そうでない場合は、必ずしも位置付ける必要はありませんので、利用者の状況に応じて判断してください。

## 2) わかりにくい書き方の傾向

**利用者の解決すべき課題（ニーズ）ではなく、希望（デマンド）のみを記載**していることがあります。（例：〇〇を利用者が希望している）特に、サービスの利用希望のみが示されていることもあります。例えば、「通所介護を週2回利用したい」は、「生活の課題」ではなく、その課題等を解決するための手段や頻度に対しての「利用者等の希望」であるため、そもそも本欄に記載する目的とは異なります。

また、ニーズの内容が**誰にでも当てはまる個別性のないものとなっている**ことがあります。（例：自宅で暮らしたい、元気に暮らしたい）その背景には、単にADLの能力評価をしている、起きている事実の原因分析が十分でないといった課題分析の不足や不十分さがあります。利用者が持つ個別ニーズを記載することが重要です。

さらに、**複数の課題が1つの文章に含まれていてわかりにくい**ことがあります。例えば、【日常生活全般のサポートを受けたい】という内容で記載されている場合、食事や排泄、掃除や入浴などすべてが含まれた内容となるため、何がニーズかがわかりにくく、目標設定との連動性や整合性がみえにくいということもあります。必ずしも1つずつニーズを分ける必要はありませんが、目標やサービス内容等との連動性や整合性、そして、利用者等へのわかりやすさを考慮してニーズ表記の工夫をします。

### 3) 書き方のポイント

- ①課題（自立を阻害している要因）が何であるかが明確にわかるような記載をします。
- ②「〇〇したい」「〇〇になりたい」については、ニーズを解決するために利用者の自覚と意欲（希望）がある場合に「〇〇したい」と記載します。利用者の意欲等が確認できない場合には「〇〇の状況にある」「〇〇が難しい状況」等の現状を示す記載をします。
- ③1つのニーズごとに記載します。（関連のない複数のニーズを同時に併記しません）

【本人がニーズを解決する意欲がある（自覚がある）】

○現時点で暮らし（体調）を脅かしている場合

	現在の状況	+	なりたい姿(具体的な状態像)
(例1)	食欲が湧かないが	+	体重を平常に戻したい
(例2)	服薬を忘れることがあるが	+	入院をしない生活をしたい

○維持が見込まれる場合

	現在の状況	+	なりたい姿(具体的な状態像)
(例1)	ふらつくこともあるが	+	トイレまでの移動を維持したい
(例2)	右手に不自由さはあるが	+	調理を継続して行いたい

【本人がニーズを解決する意欲がない（自覚がない）】

○現時点で暮らし（体調）を脅かしている場合

現在の状況

- (例1) お尻に床ずれ(縦4cm、横2cm)があります
- (例2) 体重が減っています(1月～6月で4kg減)
- (例3) 右足首の痛みがあり家事(掃除・洗濯)が難しい状況です
- (例4) 自宅内で転倒することがあります(9月～10月で3回)

## (3) 書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方

#### 【個別的で具体的な内容】

##### ■ニーズを改善したい意欲がある場合

- ポータブルトイレを使用しているが、トイレに行けるようになりたい
- 一人での外出は転倒の不安があるが、スーパーまで買い物に行きたい
- 浴槽を一人でまたぐことが難しいが、自宅の浴槽で入浴がしたい
- ふらつくこともあるが、トイレまでの移動を維持したい
- 右手に不自由さはあるが、調理を継続していきたい

##### ■ニーズに対しての意欲はあるかわからないが解決する必要がある場合

- 床ずれが仙骨部（お尻）にあり、治療が必要です
- 食事が1日1食であり体重が減少しています（4月からの6か月で3kg減少）
- 水分が摂れず、脱水症状になる心配があります（過去2回、脱水症状あり）

## 2) わかりにくい書き方

### 【利用者（家族）の希望（デマンド）のみ】

- ×入浴したい（本人）
- ×掃除ができないのでしてほしい
- ×家族の休みがほしい

### 【誰にでも当てはまるような内容】

- ×安心して生活したい
- ×病気にならないようにしたい
- ×自宅で生活を続けたい

### 【サービスの利用希望のみ】

- ×週2回、デイサービスで〇〇事業所へ行きたい
- ×週3回、デイサービスを継続したい
- ×リハビリテーションを〇〇事業所でやりたい
- ×福祉用具（ベッド）を借りたい

### 【複数のニーズが1つの文章に含まれている】

- ×病気が安定して、自宅で暮らしていきたい
- ×身体機能を維持して食事を美味しく食べたい
- ×身体の清潔と安全に移動や移乗ができるようになりたい
- ×転倒をせず、栄養をとりながら自宅で暮らしていきたい
- ×家族の不在時に買い物と調理をしてもらい、トイレにも自分でいけるようになりたい

## 2. 長期目標

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。

ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

### （1）基本的な考え方

1. ニーズを解決した際の状態像（生活像）を記載します。
2. ニーズと連動した内容となるように記載します。
3. 具体的で、かつ利用者がサービスを受けつつ目指す目標であることに留意した内容を記載します。

厚生労働省通知（居宅介護支援運営基準 解釈通知 第二3（7）⑧居宅サービス計画原案の作成（八号）より編集）

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

基本的に個々の解決すべき課題（ニーズ）に対して、長期目標を設定します。その内容は、読み手の価値観によって、その捉え方が変動してしまうことがないように、抽象的・曖昧な表現は避け、具体的かつ明確に記載します。さらに、目標には、利用者がサービスを受けつつ到達しようとするゴールを指すものであり、サービス提供事業者側の個別の行為を意味するものではないことに留意する必要があります。

長期目標の内容は、ニーズに対応して設定することから、ニーズを解決した際の状態像が明記されます。具体的には「ふらつくことがあるが、トイレに自分で行きたい」というニーズに対し、「トイレに自分で行けていること」という目標になります。また、目標については、「実現可能であること」を予測（判断）した設定が必要です。「達成したらいいな」

という現実的ではない願望や「明らかに難しい」という内容は、利用者への過度な期待やプレッシャーとなります。そのような意味からも**サービス担当者会議等を通じて、専門的見地から意見を得ることも重要となります。**

## 2) わかりにくい書き方の傾向

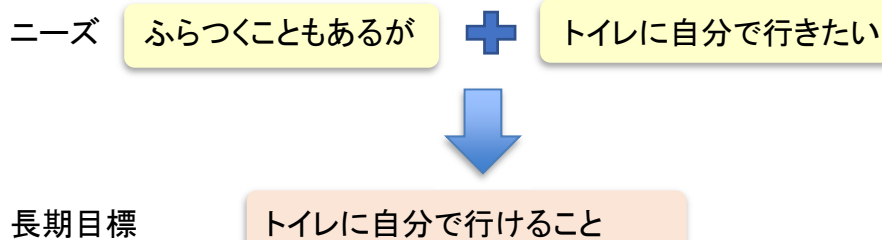
内容に**具体性や個別性がなく、誰にでも当てはまるようなもの**となっていることがあります。目標が具体的でない利用者自身が何を指して課題解決に取り組むのか、また、支援者も目指すべき目標が不明瞭なため、「何となく支援する」という曖昧な支援を行うこととなります。

また、**目標の記載が利用者の生活における状態像ではなく、サービス利用中における状態像となっていたり、目標ではなく利用者の希望（「〇〇になりたい」という書き方）**になっていることがあります。長期目標と短期目標の内容が全く同じなど、そもそもの目標としてふさわしくない書き方も散見されます。

## 3) 書き方のポイント

- ①**長期目標はニーズと対**であり、ニーズを解決した際の具体的な**状態像**を記載します。  
(数値化できる目標は**数値化**します)
- ②**実現可能な状態像**を記載します。
- ③個々のもつ**価値観で捉え方が変動する**ような用語の使用は避けます。(例：安心・安全・健康)
- ④ニーズを解決した際の状態像をイメージして具体的に設定します。
- ⑤基本的には【**個々の解決すべき課題（ニーズ）に対応**】して設定します。

長期目標とニーズは「対（つい）」です





### (3) 書き方の具体例

ニーズに対する予後予測として、改善が見込まれる場合と、現状の維持が見込まれる場合の書き方を記載しました。

わかりやすい書き方	わかりにくい書き方
<b>【個別的で具体的な内容】</b>	
<b>■清潔保持</b>	
<b>【改善が見込まれる場合】</b>	
○自分で身体を拭くことで、全身にかゆみがないこと	×身体の清潔が保たれ皮膚トラブルがない
○掃除機をかけることが週1回から週2回に増えていること	×居室内の環境整備ができて気持ち良く生活できる
<b>【現状維持が見込まれる場合】</b>	
○見守りを受けて一人での入浴が継続できていること	×安全で安心な入浴ができる
<b>■家事</b>	
<b>【改善が見込まれる場合】</b>	
○掃除用具を工夫して、かがむことなく床ふきを自分で行えること	×身のまわりの片づけや整理は自分で行う
○洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）ができること	×着替え、家事（洗濯・食器洗い）
<b>【現状維持が見込まれる場合】</b>	
○立った姿勢のまま自分で調理することが継続できていること	×自分ではできない部分を手伝ってもらい、できる家事は継続できていること。

わかりやすい書き方	わかりにくい書き方
<b>【個別的で具体的な内容】</b>	
<b>■日常生活</b>	
<b>【改善が見込まれる場合】</b>	
○一人でバスに乗り、出かけていること	×外出していること
○身だしなみ（ひげと頭髪）を整えることができること	×自分のことが自分でできるようになること
<b>【現状維持が見込まれる場合】</b>	
○トイレに一人で行けることが継続していること	×転倒せずに歩行できること
<b>■歩行</b>	
<b>【改善が見込まれる場合】</b>	
○杖を使用して一人で自宅の周囲を散歩できるようになること	×体調によって自宅近くを散歩できている
○屋外の段差につまずかずに歩行できること	×安定した歩行ができるようになり元気でいられる
<b>【現状維持が見込まれる場合】</b>	
○立ち上がりからの歩行が自力で継続できていること	×動きが悪くならない程度の歩行を維持できる
<b>■保健医療</b>	
<b>【改善が見込まれる場合】</b>	
○服薬カレンダーを活用し、飲み忘れをしないこと	×間違いなく薬が飲める
○嚥下機能（飲み込む力）を維持し、誤嚥性肺炎を起こさないこと	×むせ込むことが少ないこと

わかりやすい書き方	わかりにくい書き方
<b>【個別的で具体的な内容】</b>	
■保健医療	
<b>【現状維持が見込まれる場合】</b>	
○糖尿病（血糖値110mg/dL以下）が悪化しない状況を継続していること	×糖尿病が悪化しないこと
<b>【数値化されている】</b>	
<b>【改善が見込まれる場合】</b>	
○体重が55kg（標準内）から増えていること	×体重が増えていること
○500m先の娘の家に歩いて行けること	×娘の家に行けること
<b>【現状維持が見込まれる場合】</b>	
○夜は6時間の睡眠が今まで同様に継続してとれていること	×夜間よく眠れていること
<b>【本人の状態像が記載されている】</b>	
○虫の発生を予防することにより、全身のかゆみがないこと	×虫の発生を予防できる
○友人をつくり、楽しい時間を過ごすことで日中は起きて過ごすことができる	×友人をつくり、楽しい時間をつくる
○通院治療ができることで、血圧が安定し、めまいを起こさない	×通院治療ができる

## 3. 短期目標

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

### （1）基本的な考え方

1. 長期目標を実現するための段階的な目標（具体的な状態像）を記載します。
2. 目標は、具体的な内容であり、実現可能な内容で記載します。

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

記載内容は、個々の価値観等でとらえ方が変わってしまうことがないように明確かつ具体的な内容となるよう心がけます。例えば、健康や安全という抽象的な言葉を用いると利用者や支援者の個々の価値観や感じ方、判断により状態像や目標像が変わってしまいます。

短期目標の内容は、長期目標を実現するための段階的な到達点です。ニーズに対して、現在のリスクや不足しているものを明確にし、それらを補うことで到達できること（長期目標）に対して、短期目標は、長期目標を達成するための段階としての状態像を記載します。具体的には、更衣をすべて自分でできるようになるという長期目標に対する段階的な目標として「上着を自分で着ることが出来る」「上衣のボタンを自分で掛けられるようになる」などとなります。

## 2) わかりにくい書き方の傾向

長期目標と短期目標の内容がまったく同じになっていることがあります。

また、内容が具体性や個別性がなく、誰にでも当てはまるものとなっており、具体的な目標（状態像）がわかりにくくなっていることがあります。

さらに、長期目標と短期目標の内容に整合性がない場合があります。短期目標は長期目標を実現するための段階的な目標であるため、一つの長期目標に対し、複数の短期目標を設定することがありますが、それぞれに整合がとれるよう注意します。

## 3) 書き方のポイント

- ①具体的な状態像で記載します（数値化できる目標は数値化します）。
- ②実現可能な状態像を記載します。
- ③個々のもつ価値観でとらえ方が変動するような用語の使用は避けます（例：安心・安全・健康）。
- ④長期目標を実現するための段階的な目標（具体的な状態像）を記載します。

ニーズ + 長期目標 + 短期目標

<改善の場合>

ニーズ

ふらつくこともあるが



トイレに自分で行きたい

長期目標

トイレに自分で行けること

短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標

短期目標

- ①自室からリビングまで歩いて行けること
- ②便座に回転しながら腰かけられること

### (3) 書き方の具体例

わかりやすい書き方	わかりにくい書き方
<b>【個別的で具体的な内容】</b>	
<b>■清潔保持</b>	
○「皮膚トラブル（全身のかゆみ）」が起きていないこと	×身体の清潔が保たれていること
○髪を自分でとかすことができること	×身だしなみが整っていること
○渡された歯ブラシを持ち、自分で歯磨きができていること	×歯磨きができていること

わかりやすい書き方	わかりにくい書き方
<b>【個別的で具体的な内容】</b>	
<b>■家事</b>	
○洗濯物をたたみ、タンスに整理することができること	×衣類の整理ができていること
○奥様と一緒に玄関の掃除ができていること	×定期的に掃除ができる
○ベッドの周りを整理整頓できていること	×整理整頓ができていること
<b>■日常生活</b>	
○足りない日用品や必要な修繕を定期的に確認し、必要物品リストがつくれること	×生活で必要なものが不足することがないこと。
○靴ひもが自分で結べていること	×身だしなみを整えることができる。
○トイレに行くときに奥様に声をかけるようになること	×安全にトイレに行けること

<b>■歩行</b>	
○右足の引きずり歩行をしないで歩けていること	×安全に歩行できる
○新聞を玄関まで取りに行くことができること	×無理のない範囲で家の事を続けることができる
○寝起きや立ち上がり、手すりにつかまりながら自分でできること	×トイレの立ち上がりがしやすくなる
<b>■食事</b>	
○食事の半分は自分で食べられるようになること	×おいしく食べられて毎日の食生活が整う
○食事時に服薬カレンダーから薬を出せること	×処方どおりの薬が服用でき病状も安定する
○3食バランスの良い食事が摂れていること、血圧が標準値であること	×3食、バランスの良い食事が摂れている
<b>わかりやすい書き方</b>	<b>わかりにくい書き方</b>
<b>【数値化されている】</b>	
○体重が49kgになること	×体重が減少していること
○自宅前のごみ集積場所（約10m）にごみを捨てることができること	×ゴミ捨てができていること。
○自宅からバス停（約200m）まで一人で歩くことができること	×自宅からバス停まで歩けること
<b>【本人の状態像が記載されている】</b>	
○毎日3食の食事を確保し、適正な体重を維持できる	×毎日3食の食事が確保できる
○レクリエーションに参加し身体を動かすことで、トイレに通える回数が増えていること（1日3回以上）	×レクリエーションに参加し身体を動かす
○行事に参加し、楽しく過ごすことで洋服を自分で選ぶようになる	×行事に参加し、楽しく過ごせる

## 4. 長期目標及び短期目標に付する期間

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

### （1）基本的な考え方

1. 期間設定は、要介護認定の有効期間を考慮しつつ、**利用者の状態や目標の内容に応じた設定**をします。
2. 期間設定は、**年月日まで記載**します。
3. 新規利用者等の場合であつて、仮に要介護認定有効期間が迫っている（例：更新申請まで残り3か月）時であっても、長短期の期間を同一期間とすることなく、原則として、長期目標及び短期目標期間を設定します。ケアマネジャーの判断により同一期間とした場合には、同一期間と判断した理由等を支援経過記録に記載します。

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

**長期目標の期間は解決すべき課題（ニーズ）を解決するまでにかかる期間**を記載します。

**短期目標の期間は、長期目標の達成のために踏むべき段階として設定した期間**を記載します。

要介護認定の有効期間を画一的に位置づけることは望ましくありません。

期間の記載については、長期目標、短期目標ともに「○年○月○日から○年○月○日」とすることで利用者等にとってもわかりやすくなります。



期間設定については、要介護認定の有効期間を考慮しつつ、利用者の状態や目標の内容に応じた設定をします。長期間改善が見込まれない、サービスを中止すると生活が維持できない等の場合であっても、開始年月日、終了年月日を記載します。また、新規利用者等の場合であっても、仮に要介護認定有効期間が迫っている（例：更新申請まで残り3か月）時であっても、長短期の期間を同一期間とすることなく、原則として、長期目標及び短期目標期間を設定します。ケアマネジャーの判断により同一期間とした場合には、同一期間と判断した理由等を支援経過記録に記載します。

緊急事態でのサービス利用については、長期目標期間を設定した上で、一時的に短期目標期間の設定を行わず、緊急対応が落ち着いた段階で短期目標及び期間の設定を行うこともあります。（P24厚生労働省通知より）

## 2) わかりにくい書き方の傾向

期間設定が、利用者の状態や目標の内容ではなく、画一的に長期目標を認定期間とし、その半分の期間を短期目標に設定していることがあります。また、短期目標を理由もなく6か月に設定していることもあります。

また、「未設定」「〇年〇月～〇年〇月」「12か月」と曖昧で不明瞭な記載となっており、明確な期間を示して目標到達を目指すという観点がないものもあります。その他、緊急事態でのサービス利用がされた場合において、緊急対応が落ち着いているにも関わらず、期間設定せずにいることもあります。

## 3) 書き方のポイント

- ①利用者の状況と目標内容により**無理のない実現可能な期間設定**を検討・判断します。
- ②「年月日～年月日」とし、明確に目標期間がわかるような記載をします。
- ③**緊急対応（新規サービスの利用等）については、長期目標及び期間を設定し、緊急対応が落ち着いた段階で短期目標及び期間を設定することを検討・判断します（短期目標を設定しない場合には、支援経過記録等に判断理由や今後の方針等を記載します）。**

### (3) 書き方の具体例

#### 1) わかりやすい書き方

- \_\_年\_\_月\_\_日～\_\_年\_\_月\_\_日
- 短期目標期間は、支援期間と連動（同一）であること

#### 2) わかりにくい書き方

- ×6か月
- ×\_\_年\_\_月～\_\_年\_\_月
- ×未記載
- ×短期目標（設定なし）が、緊急対応等の判断や根拠なく設定されている（判断内容の記録がない）

## 5. 長期目標と短期目標の整合性

### (1) 基本的な考え方

1. 解決すべき課題（ニーズ）に応じて設定期間の判断をします。
2. 長期目標を解決するための段階的目標（短期目標）が、何段階（例：6か月では、このような状態になる。12か月では、このような状態になる。そして、24か月で長期目標に到達する）にもなる場合には、短期目標の内容を変更します。

### (2) わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

目標は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して設定されるべきものです。また、解決すべき課題の達成は、段階的に行われるものと考えられ、長期目標と短期目標は整合性がとれるようにする必要があります。

#### 【具体例1】

ニーズ	歩行時に転倒の不安はあるが、自分で昼食を買いに行きたい
	↓
長期目標	300m先のコンビニまで歩行器で行くことができる (期間 2024年1月18日から2025年1月31日)
	↓
短期目標	100m先の電柱まで歩行器で行くことができる (期間 2024年1月18日から2024年4月30日)

現時点では歩行に不安（危険）があり、買い物に行くことは難しい状況です。しかし、サービスを活用することにより、長期目標を実現するための段階としての短期目標は「100m先の電柱まで歩くことが2024年4月30日までにできる」と設定します。そして、100mという段階を経て、サービスを継続し、2025年1月31日には、自分で昼食を買いに300m先のコンビニまで行けるようになるという、ニーズを解決するための長期目標を達成することになります。

## 【具体例2】

ニーズ お尻（尾てい骨）に床ずれ（縦3cm・横2cm）があるため、痛みを緩和したい。



長期目標 床ずれが完治します  
（期間 2024年5月1日から2024年10月31日）



短期目標 床ずれの大きさが縮小します（縦2cm・横1cm）  
（期間 2024年5月1日から2024年7月31日）

現時点で尾てい骨に褥瘡があり治癒することが必要な状況です。

利用者自身は、発語や判断が難しく、意思表示が困難です。

褥瘡は、サポートを受けることで6か月後には完治が見込まれます（長期目標）が、その段階的な到達点（短期目標）として、2024年7月31日までに褥瘡の大きさが縮小していることを設定します。

## 2) 整合性をとるためのポイント

- ①利用者のもつニーズを、いつまでにどのレベルで解決するのか（長期目標）を判断することが重要です。（期間設定もその内容に連動します）
- ②ニーズを解決した状態とは、具体的な現時点での状態像（何ができているか・どの程度継続できているか等）をふまえて検討・判断します。（長期目標）
- ③短期目標は、最終的な状態像（長期目標）に対して、**段階的な到達点を設定**します。長期目標を実現するためには、「いつまでに〇〇ができている（している）ことが必要」という判断をもとに**具体的な状態像を設定**します。

## （3）書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方

【短期目標・長期目標が連動し、計画的支援になっている】

#### ■清潔保持

<例1>

- 長期 ⇒身体の清潔（全身にかゆみがない）が保てていること
- 短期①⇒1日おきに入浴できていること

短期②⇒左手でタオルを持ち、身体を拭けること

<例2>

○長期 ⇒見守りを受け、自分で入浴ができること

○短期①⇒背中・頭以外は、自分で洗うことができること

短期②⇒衣類を自分で脱ぐことができていること

■家事

<例1>

○長期 ⇒ごみ集積場所にゴミを自分で持っていけること

○短期①⇒ゴミの区分けができること

短期②⇒自宅から玄関までゴミを出すことができること

<例2>

○長期 ⇒かがむことなく床ふきを自分で行えること

○短期①⇒食卓やテーブルを拭くことができている

短期②⇒立った姿勢を10分は継続できていること

<例3>

○長期 ⇒洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）ができていること

○短期 ⇒見守りをうけながら、洗濯物を干すこと、取り込むことができること

<例4>

○長期 ⇒自分で調理ができるようになること

○短期 ⇒座った姿勢で調理の下準備（洗う・切る等）ができるようになること

■生活動作

<例1>

○長期 ⇒身だしなみ（ひげと髪）を整えることができていること

○短期①⇒頭や口の近辺まで、手を動かすことができていること（可動域）

短期②⇒鏡をみて、クシをもって髪をとかせていること

<例2>

○長期 ⇒車の乗り降りができるようになること

○短期①⇒車に乗る際に片足を車内外で補助を受けることで、車の乗り降りができること

短期②⇒玄関から車まで歩行器で移動できていること

<例3>

- 長期 ⇒トイレで用を足すことができること
- 短期①⇒居室からトイレまで歩けること
- 短期②⇒居室からリビングまで手すりを設置することで移動できること

<例4>

- 長期 ⇒夜に6時間の睡眠がとれていること（日中に寝ないこと）
- 短期 ⇒日中横になる時間が4時間から2時間になること

■歩行、移動

<例1>

- 長期 ⇒一人でバスに乗り、スーパーへ出かけられること
- 短期 ⇒バス乗り場まで行くことができること

<例2>

- 長期 ⇒屋内の移動が自分でできること
- 短期 ⇒付き添があれば、居室からリビングへの移動ができること

<例3>

- 長期 ⇒浴室に一人で入ることができていること
- 短期 ⇒部屋から脱衣室まで移動できること

<例4>

- 長期 ⇒杖を使用して屋内が歩けていること
- 短期 ⇒歩行器を使用して屋内歩行ができていること

<例5>

- 長期（12か月）⇒1 km先の娘の家に歩いて行けること
- 短期（6か月）⇒歩行器を使い、一人で500m歩くことができること
- 短期（3か月）⇒付き添いと歩行器の使用で500m歩くことができること

<例6>

- 長期（12か月）⇒800m（最寄り駅までの距離）歩行できていること
- 短期（6か月）⇒500m歩行できること
- 短期（3か月）⇒見守りを受け、屋外を300m歩行できること

## ■保健医療

### <例1>

- 長期 ⇒自分で服薬カレンダーを活用し、薬が飲めていること
- 短期 ⇒声かけを受けて、服薬カレンダーから薬を取り出し、服用できていること

### <例2>

- 長期 ⇒糖尿病が原因で入院しないこと（空腹時の血糖値110mg/dL以下）
- 短期 ⇒糖尿病の薬を飲み忘れることなく、ヘモグロビンA1cが5.6%を維持できること

### <例3>

- 長期（12か月）⇒55kg（標準内）の体重になること
- 短期（6か月）⇒体重が52kg→53kgになること
- 短期（3か月）⇒体重が50kg→52kgになること

### <例4>

- 長期（12か月）⇒血圧が上130mmHg・下70mmHg以下になること
- 短期（6か月）⇒血圧が上140mmHg・下80mmHg以下になること

## 6. サービス内容

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。この際、できるだけ家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

~~なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。~~なお、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載する必要があるが、その理由を当該欄に記載しても差し支えない。

### （1）基本的な考え方

1. サービス内容は、適切・簡潔にポイントを絞って記載します。
2. インフォーマルサポートは、明記の可否や範囲について利用者等と相談します。
3. 利用者が「していること、できていること」はセルフケアとして位置づけます。
4. 訪問介護（生活援助）を利用している場合には、生活援助とわかるような記載をします。
5. 訪問介護（生活援助）が必要な理由を本欄に記載しても差し支えありませんが、第1表の「生活援助中心型の算定理由」欄の記載内容も加味し、簡潔明瞭に記載します。
6. 「加算算定」している項目に対して、サービス内容を具体的に明記します。

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

サービス内容を適切・簡潔に、支援内容のポイントを絞って記載します。具体的には、「リビングの清掃・浴室の清掃」「トイレの介助」「歩行の訓練」「手指を使用したリハビリテーション」「床ずれの処置」などと記載します。



家族等によるインフォーマルサポートなど介護保険サービス以外のサービス・サポートも記載します。ただし、近隣住民等によるインフォーマルサポートについては、明記してよいかどうかなどを利用者等に確認等を行った上で記載します。インフォーマルサポートを位置づける場合には、定例的なサポートであることと、月単位程度で行われていることなどに留意してください。~~を軸として記載します。~~（例：月1回 週2回 1日2回）

利用者自身が「していること、できていること」はセルフケアとして記載します。加算項目（例：個別機能訓練加算）を記載する必要はありませんが、利用者（又はその家族）及びサービス担当者との認識を共有する場合等、必要に応じて記載することが望ましいです。

生活援助中心型の訪問介護を利用する際には、生活援助とわかるような表記をし、身体介護と混同しないよう表記します。生活援助が必要な理由を本欄に記載しても差し支えありませんが、読みやすさやわかりやすさに配慮し、簡潔明瞭な記載が望ましいです。

また、介護保険サービスの「加算算定」している場合（例：入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算）、算定項目に対して、要件を満たしたうえで「どのようなサービスを行うのか」を具体的に記載します。

## 2) わかりにくい書き方の傾向

サービス内容が簡潔すぎるために支援内容がわからないことや（例：機能訓練）、目標に対しての整合性がない支援内容となっていることがあります。また、介護保険以外のサービスや家族等のインフォーマルサポートがあるにもかかわらず記載がないことがあります。さらに、利用者がしていることやできていること（セルフケア）があるにもかかわらず、その記載がないこともあります。

時に、サービス内容欄に加算名（例：入浴介助加算Ⅰ・個別機能訓練加算等）を記載してほしいとサービス事業所から求められるケースもありますが、加算項目を記載することは必ずしも重要ではなく、加算にかかわるニーズ等が適切に設定され、適切なサポートが行われていることが重要です。

加算算定している項目に関するサービスについて、どのようなニーズ（課題）に対してサービスを提供しているのかや、なぜ加算算定する必要があるのかといったことがわからない書き方になっていることもあります。加算算定している場合、本欄に算定項目に対するサービス内容を具体的に明記する必要があります。

### 3) 書き方のポイント

- ①サービス内容が複数になる場合には①、②と箇条書きにするなど見え方の工夫をします。
- ②どこの身体部位のどんなサービスか、など適切・簡潔（例：下半身のリハビリテーション）に記載します。
- ③支援者が行う内容とセルフケアのそれぞれの違いがわかるよう記載方法を工夫します。
  - （ヘルパー）洗濯干し
  - （ヘルパー）大きな衣類等のたたみと整理・収納
  - （本人）衣類を脱ぎ、洗濯（洗剤入れて洗濯機を回す）  
取り込みと小さな衣類たたみ
- ④生活援助と身体介護が混合しないような記載方法にします。
  - リビング・部屋の掃除（生活）
  - 買い物（コンビニ）（生活）
  - 3日分の調理（生活）
  - 洗濯干しを一緒に実施（身体）
- ⑤加算算定している場合、算定している理由がわかるようなサービス内容を具体的に記載します。（加算名の記載ではなく、加算項目にかかわるサービス内容を記載）

## （3）書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方

#### 【簡潔で具体的な内容】

##### ■訪問介護

- 掃除（寝室・リビング）を一緒に行います（身体）
- 服薬について声かけし、服用をサポートします（身体）

##### ■リハビリテーション

- 下半身の訓練を行います（歩行）
- 手指が動かしやすくなる訓練を行います
- むせ込みを予防（軽減）するための嚥下訓練を行います

##### ■福祉用具貸与

- 4点杖を活用して歩行します（本人）
- ベッドを活用して生活します（本人）

- 3か月に1回は特殊寝台（3モーター）、その他付属品（マットレス、サイドレール）の活用状況と点検をします（事業者）

#### ■福祉用具購入

- シャワーチェアを活用して入浴します
- ポータブルトイレを活用してトイレをします

#### ■住宅改修

- 階段の右側に手すりを設置し歩行します
- 部屋からリビングに出るドアにある段差をなくし、移動範囲を拡大します。

#### ■セルフケア

- 薬の袋を自分で切って飲みます
- 玄関まで新聞を取りに行きます
- 洗濯物をたたみます
- 朝と夕方に歩行の自主訓練をします（自宅から200m先の公園の往復）

#### ■インフォーマルサポート

- △△病院の受診に同行します（長女）
- 3丁目のサロンまで送迎します（次男）
- 夕方に民生委員が訪問します（民生委員）
- お尻をタオルで拭きます（妻）

#### ■加算項目に対するサービス内容

- ・身体の前面部を自分で洗い、浴室内移動をサポートします（入浴介助加算Ⅰ）
- ・平地と階段昇降の歩行訓練（生活行為向上リハビリテーション実施加算）
- ・歯周病を予防する歯磨き訓練（口腔機能向上加算）

## 2) わかりにくい書き方

#### 【簡潔すぎて支援内容がわからない】

- ×家事を支援します
- ×入浴、診察、リハビリテーション（単語のみ記載）
- ×個別機能訓練加算・入浴介助加算Ⅰ（加算項目のみ記載）

## 7. サービス種別

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。

### （1）基本的な考え方

1. 介護保険サービスは**正式名称・正式事業所名**で記載します。
2. **セルフケア**は、「**本人**」と記載し、**家族の場合には「続柄」**を記載します。

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

介護保険サービスは**正式名称・正式事業所名**を記載します。介護保険以外のサービスについても正式名称・正式事業所名を記載します。**家族が行う部分は続柄（例：次女）で記載し、セルフケアの場合には「本人」と記載**します。ケアプランは利用者にわかりやすいことが前提であり、かつ正式書類であるため、略字や専門用語は使用しません。

#### 2) わかりにくい書き方の傾向

**略語が使用されていること（例：訪看・訪介）や続柄でなく「家族」という記載になっている**ことがあります。また、**サービス内容が多く、誰が支援するかがわからない**こともあります。「使用しているソフトが原因」という話も聞かれますが、その場合でも利用者にわかりやすい表記の工夫と配慮が必要です。

サービス種別でよくある間違いは、訪問診療と居宅療養管理指導が併記されていないことがあります。訪問診療は医療保険、居宅療養管理指導は介護保険であり、それぞれ異なる支援となるため併記します。また、居宅療養管理指導が提供されていてもケアプランに位置づ

けられていないことがみられるため、必ず明記します。（給付限度額内か限度額外かは影響しない。）

### 3) 書き方のポイント

- ①利用者にわかりやすく記載します。（略語は使用しない。（訪看・地通介））
- ②利用者は、「本人」、家族等は、「続柄・間柄」で記載します。
- ③訪問診療（医療保険）と居宅療養管理指導（介護保険）は併記します。

## （3）書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方

- △△の里（サービス付き高齢者向け住宅）（正式名称）
- △△の森（住宅型有料老人ホーム）
- 訪問診療 △△医院
- 居宅療養管理指導 △△医院
- 三男

## 8. 頻度

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。

#### （1）基本的な考え方

1. 緊急時（突発的・一時的）等の想定を含まず、**標準的な回数**を記載します。
2. 同サービスが1日複数回になる場合などは、**記載の仕方を工夫**します。

#### （2）わかりやすい書き方

##### 1) わかりやすい書き方をするために

頻度は、**標準的に想定されている回数や時間を記載**します。突発的（一時的）な変更については、理由等を支援経過記録に記載します。突発的（一時的）な変更が利用者側の都合により頻回にあるようであれば、標準事項とし、ケアプランの見直しを行います。

**週単位（月単位）の回数と実施曜日を記載**します。1日に複数回の場合には、1日何回と記載します。随時・必要時ではなく、可能な限り「想定される場面や状況」を記載します。具体的に、「歩行時」「トイレ時」「睡眠時」等、その場面や状況で記載します。

同様のサービス（例：訪問介護）を複数回にわたり利用している場合には、わかりやすく、曜日や時間等を明記します。（例：火曜・水曜 10：00～11：00）

##### 2) わかりにくい書き方の傾向

「必要時」という記載に対して必要な状況が記されず、必要な理由が不明瞭ことがあります。また、「週3～4回」「週1回～」と記載されていることがありますが、なぜ、3回と4回の週があるのか、また、週1回～という記載において1回以上の必要性や1回以上と範囲を設定した必要性がケアプランから読み取れないことがあります。

### 3) わかりやすい書き方のポイント

- ①日・週・月という単位で記載します。
- ②必要時・随時という書き方はせず、「場面や状況」を想定して記載します。

## (3) 書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方の具体例

- 週1回（火曜日）
- 月2回（第1・3木曜日）
- 1日3回（10：00・12：00・18：00）
- 月7日程度（短期入所の場合）
- トイレ時
- 歩行時（福祉用具貸与 歩行器等）
- ベッド使用時又はベッド滞在時（福祉用具貸与 ベッド等）

### 2) わかりにくい書き方の具体例

- ×随時
- ×必要時
- ×未記載
- ×週1－2回
- ×週3回～

## 9. 期間

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

### （1）基本的な考え方

1. 期間は、**短期目標と同一期間**で記載します。
2. 期間は、**年月日～年月日**と表記します。

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

期間は、**基本的に「短期目標の期間」と同一**とします。「サービス内容」に記載する内容は、「短期目標」の達成に必要な最適なサービスであるためです。また、期間は、「年月日～年月日」で記載し、原則ケアプランの同意日以降の日が期間のスタート日となるよう留意します。緊急対応等の場合は、暫定的な（実施）期間として設定します。例えば、介護者の急な入院や葬儀等による短期入所時等が想定されます。

#### 2) わかりにくい書き方の傾向

**長期目標の期間と同一期間の設定**になっていることがあります。前述のように、「サービス内容」に記載する内容は、「短期目標」の達成に必要な最適なサービスであるため、短期目標と同一期間になります。

また、**年月日～年月日という記載ではなく「6か月」などの記載**は、利用者等が始まりと終わりがわかりにくいことから使用しません。



### 3) 書き方のポイント

- ①短期目標の期間と連動するようにします。
- ②期間は、年月日～年月日で記載します。
- ③説明・同意・交付日以降の期間設定にします。
- ④新規サービスの追加時には、新規サービス以外の期間についても、新規サービスの期間との整合性を図り記載します。

## (3) 書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方

- 2024年1月1日～2024年6月30日
- 令和6年1月1日～令和6年6月30日

### 2) わかりにくい書き方

- ×3か月
- ×未記載
- ×長期目標期間と同一期間
- ×2024年1月～5月（月までの記載）

# 第3表

## 週間サービス計画表

- 1. 週間サービス
- 2. 主な日常生活上の活動
- 3. 週単位以外のサービス

第3表		週間サービス計画表							作成年月日
利用者名		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
早期	4:00								
	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
午後	12:00								
	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	0:00								
週単位以外のサービス									

【週間サービス】  
46ページから

【主な日常生活上の活動】  
48ページから

【週単位以外のサービス】  
50ページから

## 【厚生労働省通知】（令和3年3月31日老認発0331第6号）

第2表「居宅サービス計画書（2）」の「援助内容」で記載したサービスを保険給付内外を問わず、記載する。なお、その際、「援助内容」の頻度と合っているか留意する。

# 1. 週間サービス

## （1）基本的な考え方

1. サービス名を記載します。
2. 週単位のサービス等は介護保険給付以外のサービス・サポート内容も記載します。

## （2）わかりやすい書き方

### 1) わかりやすい書き方をするために

週間サービス計画表は、利用者の1週間と24時間の基本的な予定を一目で確認できるものです。これは、利用者や家族、支援チームにとっても具体的に利用者の生活の全体像が把握できることとなります。

サービス名（例：訪問介護）は時間軸に合わせ記載します。週単位の介護保険サービス等の公的サービスを記載し、週単位のインフォーマルサポート（家族・ボランティア等）も記載します。

また、サービス名は正確に記載し、略語（例：地通 訪介 訪看）は使用しません。利用者等にとってわかりやすいことを最優先にします。

世帯において複数の要介護者等がいる場合、利用者とその他の要介護者等のサービス状況をケアプランに記載します。（例：本人 火曜・金曜 通所介護/妻 水曜・土曜 訪問看護）。対象の利用者のサポートを軸に記載しますが、対象者以外の世帯員（要介護者等）のサービスの組み合わせ等により、生活形成がされている場合には、本欄にわかるように位置づけることもできます。（例：要介護状態の配偶者のための訪問介護ではあるが、訪問介護員が行くという行為だけで、結果的に利用者の「安否確認」になっている等）

## 2) わかりにくい書き方の傾向

過去のケアプラン点検で助言や指摘が多かった事項にも記載しましたが、**罫線がずれていて見えにくい**（罫線に言葉が重なっている）、**略語での記載**（例：訪介・地通・訪看）、また、算定項目のみ表記されている（身体1・生活2）といった、利用者にとりわかりにくい記載となっていることがあります。

上記を事業所で使用しているソフトを理由にするケアマネジャーがいますが、利用者へのわかりやすさという点において、それは理由にはなりません。

第2表に位置付けているサービスが未記入であったり、頻度に相違がある場合等があります。また、**サービス名と事業所名の記載の有無が不統一**（例：サービス名の記載があるが、事業所名の記載がない）な場合もあるため、注意します。

## 3) 書き方のポイント

- ①**サービス名を時間軸に合わせ記載**します。（事業所名は不要。略語は使用しません。）
- ②介護保険サービス以外の**インフォーマルサポートも記載**します。
- ③**サービス名が入りきらない等の場合**には、時間軸にとらわれずに記載し、時間軸も併記します。（例：訪問リハビリテーション 13：00－14：00。）

## (3) 書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方

- 訪問介護 14：00－15：00（罫線の枠におさまらない場合は時間を明記し、罫線枠を広くとる等の工夫をする）
- 通所リハビリテーション
- 配食サービス
- 受診（整形外科）
- 次女（買い物）

## 2. 主な日常生活上の活動

### 厚生労働省通知（令和3年3月31日老認発0331第6号）

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。  
なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

### （1）基本的な考え方

1. 利用者の平均的な1日の過ごし方を記載します。
2. 「ベッドで寝ていること」が平均した生活状況であれば記載します。
3. 夜間のトイレ等も頻度が多ければ記載します。

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

利用者の1日の平均的な過ごし方について記載します。平均的な生活スケジュールを把握することで、生活の全体像がみえるだけでなく、サービスを活用する際の提供時間等について、生活リズム等を加味したマネジメントが可能となります。具体的には、起床や就寝、食事やトイレ等だけでなく、活動量（例：散歩、30分）も記載します。また、リビングで過ごす、ベッドで寝ているという内容も暮らしの一部と捉えて記載します。

なお、夜間に何度もトイレに通っている等がある場合は、「夜間のトイレや介護者の介護状況」を必要に応じて記載します。

1回の面談では、十分に聞き取れない（把握できない）場合においては、モニタリング等を活用しながら、より具体的な把握が求められます。

#### 2) わかりにくい書き方の傾向

未記載や食事のことのみのみが記載されていることがあります。これは、利用者の暮らしを把握（理解）していないことを示唆し、利用者の暮らしのリズム等を加味したケアマネジメン

トになっていないということです。また、**利用者の活動ではなく、支援者の行う支援内容や介護保険サービスが記載されている**こともあります。ここでは、利用者の暮らしに焦点を当てることが重要で、介護する側の予定を記載する欄ではないことに留意します。

### 3) 書き方のポイント

- ①利用者の1日の**平均的な過ごし方**について記載します。
- ②**活動量**についても記載します。
- ③単語や短文で**簡潔**に記載します。
- ④**夜間のトイレ等も頻回の場合には活動として**記載します。

## (3) 書き方の具体例

### 1) わかりやすい書き方

#### 【簡潔に活動量が示されている】

- 昼食の調理 (20分)
- 昼寝 (60分)
- 屋外の散歩 (30分)
- 自主トレーニング (45分程度)
- トイレ (21時ごろから2時間おき)

### 2) わかりにくい書き方

#### 【支援者の予定が記載】

- ×口腔ケア
- ×入浴介助
- ×夜間巡回

#### 【食事のみが記載】

- ×朝食・昼食・夕食

#### 【介護保険サービスが記載】

- ×通所介護 週3回

## 3. 週単位以外のサービス

### 【厚生労働省通知】（令和3年3月31日老認発0331第6号）

各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。

### （1）基本的な考え方

1. 介護保険サービスだけでなく、フォーマルサービス・インフォーマルサポートを問わず**全体像がわかるよう記載**します。
2. 世帯に**複数の要介護者等がいる場合**には、**世帯としてのサポート状況がわかるよう工夫**します。

### （2）わかりやすい書き方

#### 1) わかりやすい書き方をするために

利用者が活用している医療保険や介護保険等の公的サービスだけでなく、**ボランティア等によるインフォーマルサポートについても記載**し、利用者を取り巻くサポート状態の全体像がわかるように記載します。インフォーマルサポートを明記する場合は、必要に応じてサポーターの承認を得るようにします。無許可であることで不和が生じる、書かれたことで義務のように感じるなどの可能性があります。

また、世帯に複数の要介護者等がいる場合（夫婦で要介護状態等）、あくまでも個々のサポートを軸に実践されていても、双方のサービスの組み合わせ等により生活が可能な場合には、本欄にわかるように位置づけることもできます。（例：要介護の配偶者のための訪問介護ではあるが、訪問介護員が行くという行為だけで、結果的に利用者の「安否確認」になっている等。）

利用者以外の世帯員の状況が、利用者の暮らしやニーズ等に影響している場合は、必要に応じて可能な範囲で世帯員の状況を把握します。利用者の了解を得た上で、相談支援専門員

や生活保護ケースワーカー、医療機関のソーシャルワーカー等から状況を確認する方法等も考えられます。

## 2) わかりにくい書き方の傾向

記載がまったくないこと（未記載）や、記載があったとしても介護保険以外のサービスや医療機関への受診状況が記載されず、**頻度の記載がない**こともあります。これでは、利用者の暮らしやサービス、サポートの活用状況に対する全体像の把握が不十分です。

また、**加算項目（例：入浴介助加算・個別機能訓練加算）だけが羅列されている**ことがあります。「ソフトで勝手に反映される」という声も聞かれますが、本欄は加算項目を羅列することが目的ではなく、利用者の暮らしにおけるサービスやサポートの全体像を示すことが目的であることを意識します。

## 3) わかりやすい書き方のポイント

- ①**週単位以外**の介護保険サービスや医療サービス等の**公的サービスを記載**します。
- ②**週単位以外**の家族やボランティア等による**インフォーマルサポートを記載**します。

# (3) 書き方の具体例

## 1) わかりやすい書き方

### 【週単位以外のサービスの記載】

- 短期入所生活介護（月7日程度）
- 訪問診療（月2回）
- 居宅療養管理指導（薬剤師 月2回）
- 福祉用具貸与（手すり）

### 【受診等の記載がある】

- △△クリニック 外来（月1回）
- △△整形外科 外来（3か月に1回）

### 【インフォーマルサポートが位置づけられている】

- 助け合い見守りサポート（2週間に1回 民生委員）
- 大きなゴミ捨てサポート（月1回 第2火曜日 隣人）
- 美容院（2か月に1回 次女）





## ケアプランの記載例

事例 1. 独居・軽度認知症の事例

事例 2. 変形性膝関節症・家族等が障がいの事例

事例 3. うつ病の事例

事例 4. 独居・骨粗鬆症の事例

事例 5. 施設入居者の事例（認知症共同生活介護）

事例 6. 施設入居者の事例（介護老人福祉施設）

※本書の記載例については、本書に記載されているケアプランの基本的な考え方と書き方に  
基づいて作成したものです。アセスメントや支援内容の具体例ではありません。  
書き方の参考として活用してください。

## 事例 1. 独居・軽度認知症の事例

---

### 事例概要

【性別】 男性

【医療情報】 軽度認知症

【環境】 一人暮らし。昔から近隣住民とのつながりがある。

【支援計画】 訪問介護等の利用と近隣住民等からの声かけサポートでゴミ捨てや洗濯などの家事を継続する。

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和6年1月20日

初回・紹介  継続  
 認定済  申請中

利用者名 A 殿 居宅サービス計画作成者氏名 ○○ ○○ 住所 神奈川県小田原市

居宅サービス計画作成者氏名 ○○ ○○

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 A居宅介護支援事業所・神奈川県小田原市

居宅サービス計画作成(変更)日 令和6年1月20日 初回居宅サービス計画作成日 平成30年3月20日

認定日 令和6年1月6日 認定の有効期間 令和6年2月1日～令和8年1月31日

要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
---------	------	------	------	------	------

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

本人：先日、間違えてごみを出してしまったり、近所の人に教えてもらい、助かりました。平成29年に妻が亡くなり一人暮らしになってしまったので、自分でできること(調理・洗濯・散歩)はして、長年暮らしてきたこの家を守ってほしいです。

長女：最近、電話で話していると忘れっぽくなったと感じ、心配になります。生活環境を変えてしまうと混乱するので、長年暮らしてきた家で、できる範囲の家事(特に調理)を行いつつ生活が続けてほしいです。私も都合がつくときは、美術館や父の好きな花を見に行きたいと思っています。

今後の方向性：自宅を守っていくためにも、いま、行っていること(調理や洗濯など)を継続して行っていきましょ。忘れっぽいという点については、ご自分でも「一つひとつ確認」するようにしていただき、支援チームも一緒に確認できるような工夫を提案していききたいと思っています。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 記載なし

総合的な援助の方針

ご本人にも自覚がありますが、「忘れっぽい」ことが増え、家事(特に洗濯とゴミ出し)をすることを忘れてしまうことがあります。

支援チームは、家事(洗濯とゴミ出し)の状況を確認させていただき、ごみ出し時や洗濯物を干すときの声かけ、冷蔵庫内の賞味期限の確認などを行います。

医療機関 ○○クリニック xx先生 0000-0000-0000 ○○ ○○ (長女) 1111-1111

- 生活援助中心型の算定理由
- 一人暮らし
  - 家族等が障害、疾病等
  - その他

※標準様式にこの欄はありませんが、利用者の同意・署名は必要です。

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日	年	月	日	利用者署名
				(代筆者氏名) (続柄)

## 居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和6年1月20日

利用者名 A 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		目 標		援 助 内 容					
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
<p>ゴミを出す日を忘れたり、間違えたりすることもあるが、(実施確認の声かけ等の支援を受けつつ)、ゴミ出しは自分で行いたい。</p>	令和6年2月1日～令和7年1月31日	<p>ゴミの分別を行い決まった日にごみ収集場所へ捨てることができていること。</p>	令和6年2月1日～令和6年7月31日	<p>①ごみの日に声をかけます。 ②ごみを分別し、指定の場所に捨てます。 ③燃せるごみの日・燃せないごみの日・カン類の日を確認するよう、ごみ出しの前日に声をかけます。</p>	※1	①自治会の仲間 ②本人 ③長女	※2	①週2回(月・木) ②週2回(月・木) ③週2回	令和6年2月1日～令和6年7月31日
<p>洗濯手順や方法を忘れてしまうことがあるので、(実施確認の声かけ等の支援を受けながら)、洗濯を自分で行いたい。</p>	令和6年2月1日～令和7年1月31日	<p>一連の洗濯行為(洗濯物を分ける、洗濯機に入れる、干す、たたむ、しま)う)ができていること。</p>	令和6年2月1日～令和6年7月31日	<p>①洗濯物を洗濯機に入れます。 ②洗濯機をセットし、回します。(生活) ③脱水が終わったことを知らせ、洗濯物を一緒に干します。(身体) ④乾いた衣類の取り込み・たたみを一緒にいきます。(身体)</p>	○	①本人 ②-④ 訪問介護	〇〇訪問介護	①週2回(火・土) ②-④ 週2回(火・土)	令和6年2月1日～令和6年7月31日

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 令和6年1月20日

利用者名 A 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00							
	2:00							
	4:00							起床・着替え・洗面
早朝	6:00	近隣の方の声を かけて (可燃ごみ)出し						化粧・雨戸明け・仏壇にお茶
	8:00	近隣の方の声を かけて (可燃ごみ)出し		近隣の方の声を かけて (可燃ごみ)出し				朝食の支度・朝食
午前	10:00					訪問介護		テレビ・ニュース(30分)
	12:00							ごみをまとめる・ごみ出し
	14:00							昼食の支度・昼食
午後	16:00							昼寝(30分)
	18:00							体操・趣味活動
	20:00							散歩30分から1時間(近隣知人と庭先で会話)
夜間	22:00							洗濯物の取り込み・たため・整理
	0:00							夕食の支度・夕食
深夜								長女宅へ電話
								就寝
								(夜間2時間おきにトイレ)

①〇〇クリニック通院(月1回・長女同行) ②ごみ出し支援(毎月第2金曜日(不燃ごみ) 自治会仲間) (毎月第1水曜日(かん類))  
 ③△△地域サロン(毎月第3金曜日 10時-12時)

週単位以外のサービス

## 事例 2. 変形性膝関節症・家族等が障がいの事例

### 事例概要

【性別】女性

【医療情報】変形性膝関節症

【環境】同居する次男が買い物や洗濯を行っていたが、事故で高次脳機能障害となった。

【支援計画】次男が担っていた買い物や洗濯を訪問介護で補う。

変形性膝関節症が悪化しないよう、自宅でのストレッチを行い、杖歩行の状態を維持する。

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和5年12月25日

初回・紹介 **継続** 申請中

利用者名 B 殿 居宅サービス計画作成者氏名 ◇◇◇◇◇◇ 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 B居宅介護支援事業所・神奈川県小田原市 住所 神奈川県小田原市 生年月日 昭和18年3月29日 初回居宅サービス計画作成日 令和元年7月1日

認定日 令和5年12月20日 認定の有効期間 令和6年1月1日～令和7年12月31日

要介護状態区分 **要介護1** ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

本人：膝の状態の悪化と転ぶことが何よりも怖いので、今後も自分でストレッチを行い、杖で歩いている状況が続けていきたいです。

母親として、できる家事(調理・掃除)は自分の役目としてやっていたが、息子(次男)と協力しながら暮らしていきたいです。

次男：自分の事故で母のサポートができなくなってしまったため、自分がやっていたことをヘルパーさんをお願いして、母との生活を継続したいです。

今後の方向性：足の状況(痛み)と家事を行うという責任感を全うしていただけるよう、今まで同様に【医師の膝に対する判断】をもとに一つ、杖で歩きながら屋内外を移動し、次男様のために美味しい食事をふるまっていたきたいと思えます。

特になし

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

変形性膝関節症があり、膝(特に右足)に負担がかかると動作に痛みが伴う状況ですが、できる家事(調理・掃除等)をされています。

支援チームとしては、痛みを我慢して自主トレーニングをしたり、家事をすることを心配していますので、移動時・歩行時の足の運び等を確認し、右足の引きずりと痛みが確認された場合には、声掛けをし、必要に応じて医師に相談等いたします。

また、「もし、もう少し歩くのが難しくなったら」というご本人の心配については、必要がある場合には福祉用具等の活用も相談させていただきます。

生活援助中心型の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ( )

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日 年 月 日 利用者署名 (代筆者氏名) (続柄)

第2表

## 居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和5年12月25日

利用者名 B 殿

目		標		援助内容					
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)									
歩行が不安定であるため、(受診と自主トレにて)、杖での歩行を維持していきたい。	令和6年1月1日～令和6年12月31日	①1日2回のストレッチが継続できていること。 ②自宅の回りを歩く(約15分)ことができていること。	令和6年1月1日～令和6年6月30日	①右膝の状態の観察・治療 ②自宅で行う体操等の指導(膝伸ばし、足上げ) ③体操(膝伸ばし、足上げ) ④自宅の前にある公園内(約15分)を杖で歩く(天候不良時は行いません。) ⑤受診に同行 ⑥膝や歩行状態の確認や見守り		①② 受診(外来) ③④ 本人 ⑤ 長男 ⑥ 次男	※2 〇〇整形外科	①②月1回 ③④1日2回 ④ 昼食後 ⑤ 月1回 ⑥ 体操時	令和6年1月1日～令和6年6月30日
膝に負担と痛みがあるが、(洗濯、買い物を手伝ってもらうことで)、できる家事は維持していきたい。(調理・掃除は可、洗濯も部分的にできます。)	令和6年1月1日～令和6年12月31日	① 昼食づくりが継続できる。 ② 自室とリビングの掃き掃除・拭き掃除が継続できる。 ③ 洗濯物をたたみ、タンスにしまうことが継続できる。	令和6年1月1日～令和6年6月30日	①洗濯(干す)、購入品目リストをもとに買い物。 ②洗濯機のスイッチを入れる。たたむ・タンスにしまう ③購入品目のリスト作成とお金の準備 ④調理、掃除 ⑤不足品の買い物	〇	①訪問介護(生活援助) ②③④本人 ③ 次男 ⑤ 長男	〇〇訪問介護事業所	①④週2回(火・木) ②⑤週2回(火・木) ③週2回(火・木) ⑤週1回(土)	令和6年1月1日～令和6年6月30日

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては〇印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。



第3表

週間サービス計画表

作成年月日 令和5年12月25日

利用者名 B 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00							(夜間はトイレに起きない)
	2:00							
	4:00							
早朝	6:00	訪問介護 (洗濯・買い物)		訪問介護 (洗濯・買い物)				起床 洗面・整容・着替え
	8:00							朝食・片づけ・食休み・新聞読み
午前	10:00							ストレッチ(30分) 掃除(30分・週3回)・お茶・テレビ鑑賞
	12:00							昼食・片付け・食休み・テレビ鑑賞
午後	14:00					買い物(長男)		ストレッチ(30分)
	16:00							〇〇公園まで散歩(15分) お茶・テレビ鑑賞・昼寝(1時間)
夜間	18:00							夕食準備・夕食 テレビ鑑賞等
	20:00							口腔ケア・トイレ・着替え
深夜	22:00							就寝
	0:00							

週単位以外のサービス ・〇〇整形外科(月1回 長男の車にて) ・美容院(偶数月の2か月1回 長男同行)

## 事例 3. うつ病の事例

---

### 事例概要

【性別】女性

【医療情報】うつ病

【環境】三女と同居。夫の死亡によりうつ病を発症し、孤独感、不安感が強い。

【支援計画】訪問介護を利用して生活を整え、通所介護を利用することで、会話する相手や息抜きできる時間をつくり、不安感の軽減を図る。

## 居宅サービス計画書(Ⅰ)

作成年月日 2024年1月5日

認定済 申請中

初回・紹介・継続

利用者名 C 殿 生年月日 1950年3月1日 住所 神奈川県小田原市

居宅サービス計画作成者氏名 △△△△

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 C居宅介護支援事業所・神奈川県小田原市

居宅サービス計画作成(変更)日 2024年1月5日 初回居宅サービス計画作 2024年1月5日

認定日 2023年12月24日 認定の有効期間 2024年1月1日～2024年12月31日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

(本人)今は何もしたくないけど、もし、その気になる日がきたら趣味だったノッチワーク教室に行きたいです。

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

一緒に住んでいる娘のためにも家事をしっかりとやりたいが、元気がでないので申し訳なく思っています。

(長女)以前のように外出好きな母に戻ってほしいです。三女のサポートが減るように介護保険のサービスを使ってほしいです。買い物は手伝います。

(三女)一人で介護するのは心配だし無理がかかるのでサービスを使ってほしいです。母には以前のように、ノッチワーク教室に通えるようになってほしいです。

今後の方向性:今は非常に悲しく、元気が出ないことに共感します。ご自身も言われているよう、少しずつ元気な気持ちになって、娘さんたちのためにも家事をしたり、趣味活動をしていきたいと思います。その「外に出ること」「体を動かす機会」だけは継続していただきたいと思います。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 記載なし

総合的な援助の方針

ご主人が逝去(2020年10月)されてから、ご本人も自覚されているように、元気がなく意欲的にない生活が続いています。

支援チームとしては、ご本人の心情に共感しながらも、体力低下しないよう、また、家事ができる状況でいられるよう、意欲の面、身体能力の面などの観察と声かけをします。今の活動量が維持できないと心配されるときには、医師と相談させていただきます。

〇〇メンタルクリニック △△医師 123-4567

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他(

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日 年 月 日 利用者署名 (代筆者氏名) (続柄)

## 居宅サービス計画書(2)

作成年月日 2024年1月5日

利用者名 C 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目		標		援			助			内		容	
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間	サービス種別	※2	頻度	期間
いまは、何をしたいか、何をしたいか、(家族等と調理や家事をすること)でいつかは以前のようになりたい。	家事(掃除・洗濯・調理)ができるようになること。	2024年 1月15日 ～ 2024年 12月31日	三女のために夕食をつくること。	2024年 1月15日 ～ 2024年 6月30日	①三女と一緒に3日分の献立を考えます。 ②献立を見ながら、一緒に調理をします。(身体) ③買い物にいきます。	○	①本人・三女 ②訪問介護 ③長女(本人)	※2 〇へル パー事業所	①週2回 ②週2回(月・木) ③週1回(日)	2024年 1月15日 ～ 2024年 6月30日	〇へル パー事業所	※2 〇へル パー事業所	①週2回(火・金) ②週2回(火・金) ③週2回(火・金) ④週2回(火・金) ⑤週2回(月・木)	2024年 1月15日 ～ 2024年 6月30日
自分でも分かっているけど、何をしたいか、何をしたいか、(家族等と調理や家事をすること)でいつかは以前のようになりたい。	毎日、洋服を選び替えていること。	2024年 1月15日 ～ 2024年 12月31日	三女と選んだ洋服に週2回は着替えをして外出していること。	2024年 1月15日 ～ 2024年 6月30日	①自宅で通所介護に行くための荷物の準備を一緒にしていきます。(身体) ②色々な方と話ができるよう支援します。 ③集団体操・ゲームへの参加で体を動かします。 ④通ったときの話を夕食時に三女に話します。 ⑤外出する洋服を選びます。	○	①訪問介護 ②③通所介護 ④本人 ⑤本人・三女	〇へル パー事業所 〇〇デイ サービス 業所	①週2回(火・金) ②週2回(火・金) ③週2回(火・金) ④週2回(火・金) ⑤週2回(月・木)	2024年 1月15日 ～ 2024年 6月30日	〇へル パー事業所	〇〇デイ サービス 業所	①週2回(火・金) ②週2回(火・金) ③週2回(火・金) ④週2回(火・金) ⑤週2回(月・木)	2024年 1月15日 ～ 2024年 6月30日

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 2024年1月5日

利用者名	C	殿	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00									
	2:00									
早朝	4:00		訪問介護				訪問介護			
	6:00		訪問介護			訪問介護	通所介護			起床 朝食・歯磨きなど
午前	8:00			通所介護						
	10:00									自室の掃除(布団を片づける) (午前は、布団で横になることが多い)
午後	12:00								長女(買い物)	昼食
	14:00									洗濯物をしまう・たたむ
夜間	16:00									テレビを観る
	18:00									調理(三女と一緒に) 夕食
深夜	20:00									入浴
	22:00									就寝
	0:00									(夜間トイレ1~2回起きる)

週単位以外のサービス ××メンタルクリニック(月1回・次女付き添い)

## 事例4. 独居・骨粗鬆症の事例

### 事例概要

【性別】男性

【医療情報】骨粗鬆症、亀裂骨折（足首）

【環境】一人暮らし

【支援計画】訪問介護を利用して買い物や掃除を行う。

低体重、低栄養で体力がない状態であったため、配食サービスや、居宅療養管理指導を利用し、栄養状態の改善と体重の増加を図る。

## 居宅サービス計画書(1)

作成年月日 2024年4月15日

初回 紹介・継続 認定済 申請中

利用者名 D 殿 生年月日 1946年5月17日 住所 神奈川県小田原市

居宅サービス計画作成者氏名 □□□□

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 D居宅介護支援事業所・神奈川県小田原市

居宅サービス計画作成(変更)日 2024年4月15日 初回居宅サービス計画作 2024年4月15日

認定日 2024年4月12日 認定の有効期間 2024年3月5日～2025年3月31日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

(本人)長く暮らしているこの家で生活を続けるために、家事が手助けがなくなってしまうようにしたいです。

(長男)遠方(〇〇県〇〇市)に暮らしており、仕事柄休みがとりづらくなかなか手伝いができません。

近所に友人もいて、活動的に過ごしていたのですが、2024年2月あたりから元気がなく心配しています。体重が減っていると聞いて驚いています。

とにかく、体重を戻して自分のことは自分でできていた母の生活に戻って欲しいです。電話は、土日は必ず、また、できるだけ1日おきにします。

今後の方向性: 長く暮らした自宅での生活や家事ができるようになるためにも、**第一に「3食を食べる」**ことを当面の目標にしたいと考えます。

**同時に足腰が弱くならないように、最低週2回は「動く機会(体操教室)」には参加していただきたいと思っています。**

介護認定審査会の意見及びサービス計画の指す特になし

総合的な援助の方針

2023年12月に左足首にヒビが入ってから、思うように動けなくなり、また、食事の量が少し減ってしまいました。(2024年4月現在 体重38kg)

支援チームとしては、食事の内容や量について確認し、体重の推移を確認させていただきます。仮に食欲不振が続けば体重が現在より低下する場合には、管理栄養士と医師に報告、相談をさせていただきます。

□□町内科クリニック(××医師) 22-2222 ○〇▲▲(長男) 333-3333-3333

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他(

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。  
説明・同意日 年 月 日 利用者署名  
(代筆者氏名) (続柄)

第2表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 2024年4月15日

利用者名 D 殿

目 標		援 助 内 容							
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)									
食欲がないため3食摂らないことや簡単に済ませしてしまうことが多く、体重の減少や栄養の不足がみられます。(2024/4月1日 体重38キロ)	2024年4月15日～2025年3月31日	①1日3食の食事を食べていること。 ②体重が40キロになっていること。	2024年4月15日～2024年10月31日	①栄養管理された食事を配達します。 ②食べやすい食事内容や食生活についての相談と助言を行います。 ③毎朝、体重を計り、記録します。 ④食事内容を食事ノートに記録します。	○	①配食サービス ②居宅療養管理指導(栄養) ③④本人	クック◎◎ ▲▲病院	①週5日(月～金) ②週1回(火) ③毎日 ④毎食後	2024年4月15日～2024年10月31日
左足首の骨折(ひび)後、疲れやすくなっている(体力が低下している)が、家事(買い物・掃除)が1人でできるようになりたい。	2024年4月15日～2025年3月31日	近所の○○スーパーで買い物を持ち帰ることができていること。	2024年4月15日～2024年10月31日	①買い物(○○スーパー)を手伝います。(身体) ②水回り(トイレ・浴室)の掃除を手伝います。(身体) ③買い物リストをつくります。 ④室内(リビング・寝室)の掃除をします。	○	①②訪問介護 ③④本人	○○訪問介護	①②週2回(水・金) ③④週2回(水・金)	2024年4月15日～2024年10月31日
		近所の○○スーパー(1km)まで、1人で歩いて行くことができていくこと。	2024年4月15日～2024年10月31日	①体操教室に参加し、足腰の強化を図ります。 ②テレビ体操を1日1回以上します。 ③自宅の庭に1日1回以上出て、歩きます。		①-③本人	シニア体操 ○○の会	①週2回(月・木) ②③毎日	2024年4月15日～2024年10月31日

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。



第3表

週間サービス計画表

作成年月日 2024年4月15日

利用者名 D 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00							
	2:00							
	4:00							起床(5時)・体重測定
	6:00							テレビ体操 朝食
早朝	8:00					長男(電話)	長男(電話)	洗濯
	10:00	居宅療養管理指導(栄養)	訪問介護	体操教室	訪問介護			食事の献立を考える
午前	12:00							昼食準備・昼食
	14:00							
午後	16:00							テレビ体操 自宅の庭を歩く(15分程度)
	18:00	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	長男(電話)	長男(電話)	夕食
夜間	20:00							テレビ体操 入浴 就寝
	22:00							
深夜	0:00							(夜間トイレ1回程度)

週単位以外のサービス ▲▲整形外科外来受診(月1回) □□町内科クリニック(月1回)

## 事例 5. 施設入居者の事例（認知症共同生活介護）

### 事例概要

【性別】女性

【入所日】令和4年3月10日入所

【現在の状況】自宅で生活をしていた時は、料理を作ることが好きで、家族のために美味しい料理を振舞っていたが、認知症状の進行に伴い一人で料理をすることに不安や長時間の立位が辛くなっている。

【支援計画】生活の中での本人の役割が継続できる支援

第1表

作成年月日 令和6年 5月 11日

施設サービス計画書(1)

初回 紹介 **継続** **認定済** 申請中

利用者名 E 殿 誕生日 昭和11年 2月22日 住所 神奈川県小田原市

施設サービス計画作成者氏名及び職種 〇〇〇〇 介護支援専門員

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 グループホーム△△・神奈川県小田原市

施設サービス計画作成(変更)日 令和6年 5月11日 初回施設サービス計画作成日 令和4年 3月10日

認定日 令和5年4月24日 認定の有効期間 令和5年 6月1日 ~ 令和9年5月31日

要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
---------	------	------	------	------	------

利用者及び家族の生活 に対する意向	<p>(本人) ①庭で育てている果実を使った梅シロップや干し柿、畑の野菜を育て、料理に使いたい。                  ②最近、忘れっぽくなっているが、料理は続けていきたいので職員さんに手伝いをお願いしたい。                  ③今後も、家族や入居者の皆さんに喜んでもらえるように料理を続けていきたいが、時々やる気がなくなってしまう。</p>				
	<p>(長女) 母は、お料理をたくさんつくり、皆さんに振る舞うことが好きです。しかし、徐々に料理の手順がわからなくなり、寂しい気持ちがあるようです。母が料理を通じて、自信を取り戻してもらいたいですし、また、母の手料理を食べられたら嬉しいです。                  (今後の方向性) 「皆に料理を振る舞いたい」というご本人の思いがあります。料理メニューや調理については、介護職員と必要な材料や手順を確認しながら進めていきたいと思います。また、その思いを継続していくために、「体を動かす機会が減らない」よう1日の活動量を決めて、体を動かしていきたいでしょう。</p>				

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の設定	記載なし。
------------------------	-------

総合的な 援助の方針	<p>季節の変わり目などは活動量と少し元気がなくなり、得意としていた調理からも離れてしまう状況があります。                  支援チームは、生活のなかでご本人が取り組める活動(役割)と活動の量が減らないようサポートいたします。                  特に、生活に対する(今日の)気持ちや歩行時の足の運びに注意を払います。</p>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

施設サービス計画書(2)

利用者名 E 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		目標		援助内容			
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
季節の変わり目になり、少し元気がなくなり、活動量も減ってしまいが、料理作りが続けられる体力を維持していきたい。	令和6年6月1日～令和7年5月31日	屋内を自力で移動していること。	令和6年6月1日～令和6年11月30日	①公園まで(300m程度)介護職と一緒に歩きます。 ②屋内で食後の歩行練習をします。(約200m×2往復) ③部屋で手指の体操をします。	①② 本人 長女 散歩ボランティア ③ 本人	①月2回第2・4(日) ②1日2回朝屋食後 ③1日3回朝屋夕食前	令和6年6月1日～令和6年11月30日
忘れられることもあるが、料理を続けていきたい。	令和6年6月1日～令和7年5月31日	調理をすること(野菜の皮むき・具材を切る・具材を炒める)ができること。	令和6年6月1日～令和6年11月30日	①本人と一緒に料理のメニューを考えます。 ②本人へ調理の手順を確認して、調理のサポート(食材の準備・固い食材を切る・味つけ等)と配膳をします。 ③メニューを決めて、調理(野菜の皮むき・切る・具材を炒める等)をします。 ④食事の配膳をします。 ⑤キッチンでの片づけ(食器洗い)をします。 ⑥テーブルを拭きます。 ⑦梅シロップ(5月)、干し柿(10月)をつくりまします。	①②⑦ 介護職員 ③～⑦ 本人 ⑦ 長女	①②1日1回(昼) ③～⑥ 1日1回(昼) ⑦5月・10月	令和6年6月1日～令和6年11月30日

## 事例 6. 施設入居者の事例（介護老人福祉施設）

### 事例概要

【性別】男性

【入所日】令和5年4月23日入所

【現在の状況】脊髄損傷による下半身麻痺があり、生活全般に対して介助が必要な状況。  
背骨、仙骨に褥瘡があり、体重減少も見られている。

【支援計画】褥瘡の改善等の健康維持に向けた支援。

## 施設サービス計画書（1）

初回 紹介 継続 認定済 申請中

利用者氏名 F 様 生年月日 昭和9年 8月 10日 住所 神奈川県小田原市

施設サービス計画作成者氏名及び職種 ☆☆ 介護支援専門員

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 特別養護老人ホーム◇◇ 神奈川県小田原市

施設サービス計画作成（変更）日 令和6年4月20日 初回施設サービス計画作成日 令和5年4月23日

認定日 令和6年 4月 10日 認定の有効期間 令和6年5月1日 ～ 令和10年4月30日

要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
---------	------	------	------	------	------

（本人）ご本人に尋ねましたが、明確な回答を得ることができませんでした。

（妻）元々は、よく食べ、人とにぎやかに過ごすことが好きな夫でした。この2年（令和4年～令和5年）で食事が減り、痩せてしまいました。元気がなくなり、食事をとるのに苦労しています。これからは、人の輪のなかで過ごしてほしいし、私も夫と過ごす時間を大切にしたいです。そのためにも、夫に必要な医療や介護のサポートをお願いしたいです。

（今後の方向性）ご本人の想いを推測し、その想いに寄り添う奥様のご本人への気持ちがよく伝わります。奥様と一緒に暮らす入居者の方々とにぎやかな時間を過ごすためにも、車いすで食堂に行き、みなさんと一緒に食事できることを続けていきたいと思います。自律神経の調整が難しい状況がありますので、その日の体調に応じて「3食を食べること」と「座る練習」を続けていきたいと思います。

介護認定審査会の意見及びサービス種類の指定  
記載なし。

総合的な援助の方針  
脊髄損傷による下肢の麻痺、排泄機能の障害、自律神経の調整が難しい状況に加え、廃用症候群での体力の低下があります。自分で身体を動かすことが難しく、現在、低体重（44kg、BMI値17.5）のため床ずれができる心配があります。支援チームでは、「皮膚の状態観察」「食事の有無・食事の量・内容」「体重の推移」の確認をします。万が一、皮膚に赤みや傷が見つかった場合には、主治医（〇〇クリニック：000-0000-0000）へ連絡し、指示を仰ぎます。

## 施設サービス計画書（2）

F 殿

利用者氏名

生活上の課題（ニーズ）	生活の目標			支援内容		
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービ内容	担当者	頻度	期間
食の細さがあります等が、飲み込みの練習を続けることで、適正な体重で生活します。 (令和6年4月15日現在、44kg、BMI値17.5)。	令和6年 5月1日 ～ 令和7年 4月30日	体重が46.5kgになること (BMI値18)。	①飲み込みの評価と練習をします。 ②体重と血液データから栄養状態の観察をします。 ③栄養バランスのとれた食事を提供します ④食事と残食量・食形態を確認します。 ⑤体重を測定します。 ⑥お粥のトッピング（梅びしお・海苔の佃煮）を選びます。 ⑦体操をします。 ⑧本人の好きな食事を差し入れます。	①歯科医師 ②医師・管理栄養士 ③管理栄養士 ④管理栄養士 ⑤介護職員 ⑥介護職員 ⑦本人 ⑧妻・長女	①月2回 ②月2回 (管理栄養士は月1回) ③食事時 ④食事時 ⑤月1回 ⑥食事時 ⑦食前 ⑧週1回(日)	令和6年 5月1日 ～ 令和6年 10月31日
自分で寝返りをすることが難しいです が、床ずれ予防のケア（皮膚の清潔・身体への向きを変える）を受けけることにより、床ずれを予防します。	令和6年 5月1日 ～ 令和7年 4月30日	皮膚に赤みができ ないこと（令和6年4月20日現在、 背骨・仙骨 部に赤みができ ます）。	①排泄ケア（オムツ交換・陰部の洗浄）をします。 ②皮膚の状態を観察し、必要に応じて、保護フィルムを貼る、軟膏を塗ります。 ③皮膚の状態に応じて、清拭・手浴・足浴をします。 ④体調を確認して、浴室内外での入浴ケア（着替え・洗浄）をします。 ⑤身体への向きを変えます。 ⑥体位交換マットやクッションを使用できるように します。 ⑦手を洗います。	①看護師・介護職員 ②看護師・介護職員 ③看護師・介護職員 ④看護師・介護職員 ⑤看護師・介護職員 ⑥介護職員 ⑦本人	①日2回 ②日2回 ③週2回 水・金 ④週2回 水・金 ⑤2時間ごと ⑥就寝時 ⑦入浴時	令和6年 5月1日 ～ 令和6年 10月31日
血圧の下がりやすさ があり、座る練習を続けること で、食事時（30分） は車いすに座る生活 が可能です。	令和6年 5月1日 ～ 令和7年 4月30日	30分は座った姿勢 で過ごすこと ができること。	①首や四肢の関節のストレッチをします。 ②座る姿勢を保つ練習をします。 ③車いすに座る30分前にベッドを45度へ背上げ します。 ④ベッドから車いすへの乗り移りの支援をします。 *③④実施時は、急な血圧の低下がないか、顔色を 観察します。	①理学療法士 ②理学療法士 ③介護職員 ④介護職員	①週2回 火・木 ②週2回 火・木 ③日4回 ④日4回	令和6年 5月1日 ～ 令和6年 10月31日
排泄機能の障害があり、 尿路感染症や便秘 になる心配があり ます。	令和6年 5月1日 ～ 令和7年 4月30日	1日に1000ml の水分を摂ること ができること。	①尿量や色、浮遊物の有無を確認します。 ②排便状況に応じて下剤等の内服薬を処方します。 ③膀胱留置カテーテルの管理をし、尿量や色、浮遊 物の有無を確認し、尿廃棄をします。 ④排便状況に応じて下剤等の内服薬の調整をしま す。 ⑤1日の水分の摂取量を確認し、水分補給を促しま す。 ⑥1日1000mlの水分（トロミ付き）を飲みます。	①医師 ②看護師・介護職員 ③看護師・介護職員 ④看護師・介護職員 ⑤本人	①月2回 ②月2回 ③日2回 ④食事時 ⑤食事時 ⑥食事時	令和6年 5月1日 ～ 令和6年 10月31日
体温調整が難しい ですが、環境に合わせ た衣服を着ること で、平熱（36度台） で過ごすことが可能 です。	令和6年 5月1日 ～ 令和7年 4月30日	気温に合った衣 服に着替えるこ とができること。	①室温（26度前後）を保ちます。 ②気温に合った衣服を本人と一緒に選びます。 ③衣服を選びます。	①介護職員 ②介護職員 ③本人	①日2回朝・夕 ②日2回朝・夕 ③日2回朝・夕	令和6年 5月1日 ～ 令和6年 10月31日





小田原市  
ケアプランの基本的な考え方と書き方  
令和6年（2024年）3月作成版

[編集]  
小田原市  
小田原市福祉健康部高齢介護課  
〒250-8555 小田原市荻窪300番地  
電話0465-33-1827