

# ケアプラン立案・作成に関する研修 (プランの自己点検)

(一社) 長崎県介護支援専門員協会  
法定研修委員会

2025 (R7) .9.8

# 目次

1. 介護保険の理念
2. ご自身の介護支援専門員としての価値観  
マネジメントで何を大切にしている？
3. アセスメントからサービス計画書までを確認していこう！  
アセスメント23項目  
ニーズの導き方（根拠のある）表現できている？
4. さいごに  
利用者の思い、家族の思い、介護支援専門員の思い

## 介護保険制度の基本理念

介護保険制度の導入によりサービスの利用が、措置から対等な当事者との間の契約関係に転換

### ①利用者本位

- 自らの選択に基づくサービス利用を可能にする
- 適切な介護サービス提供のためのケアマネジメント
- 利用者と事業者との間の利用契約制度
- 社会保険方式の基礎となる国民の共同連帯

### ②尊厳の保持

- 高齢者の希望を尊重し、高齢者が尊厳を保持して日常生活を営むことができるようにする
- 自立支援等の根底にある理念
- その人らしい質 (QOL) の高い生活の実現

### ③高齢者自身の選択による自己決定

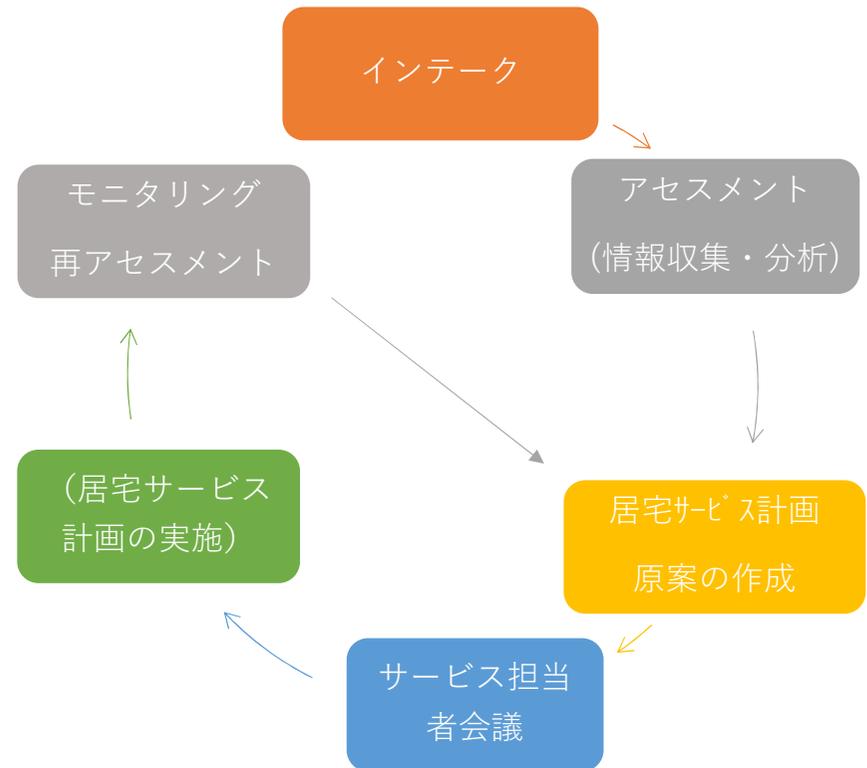
- 高齢者自身がサービスを選択する権利を有する
- 措置制度「与える福祉」から、介護保険制度「選ぶ福祉」への転換

### ④要介護高齢者等の能力に応じた自立支援

- 要介護高齢者等がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要なサービスを通じて自立を支援する
- 介護保険の各種設備および運営に関する基準のなかでは、「自律」的な日常生活の支援も規定されている
- 高齢者が居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮するという意味での、居宅における日常生活の維持も重要となる

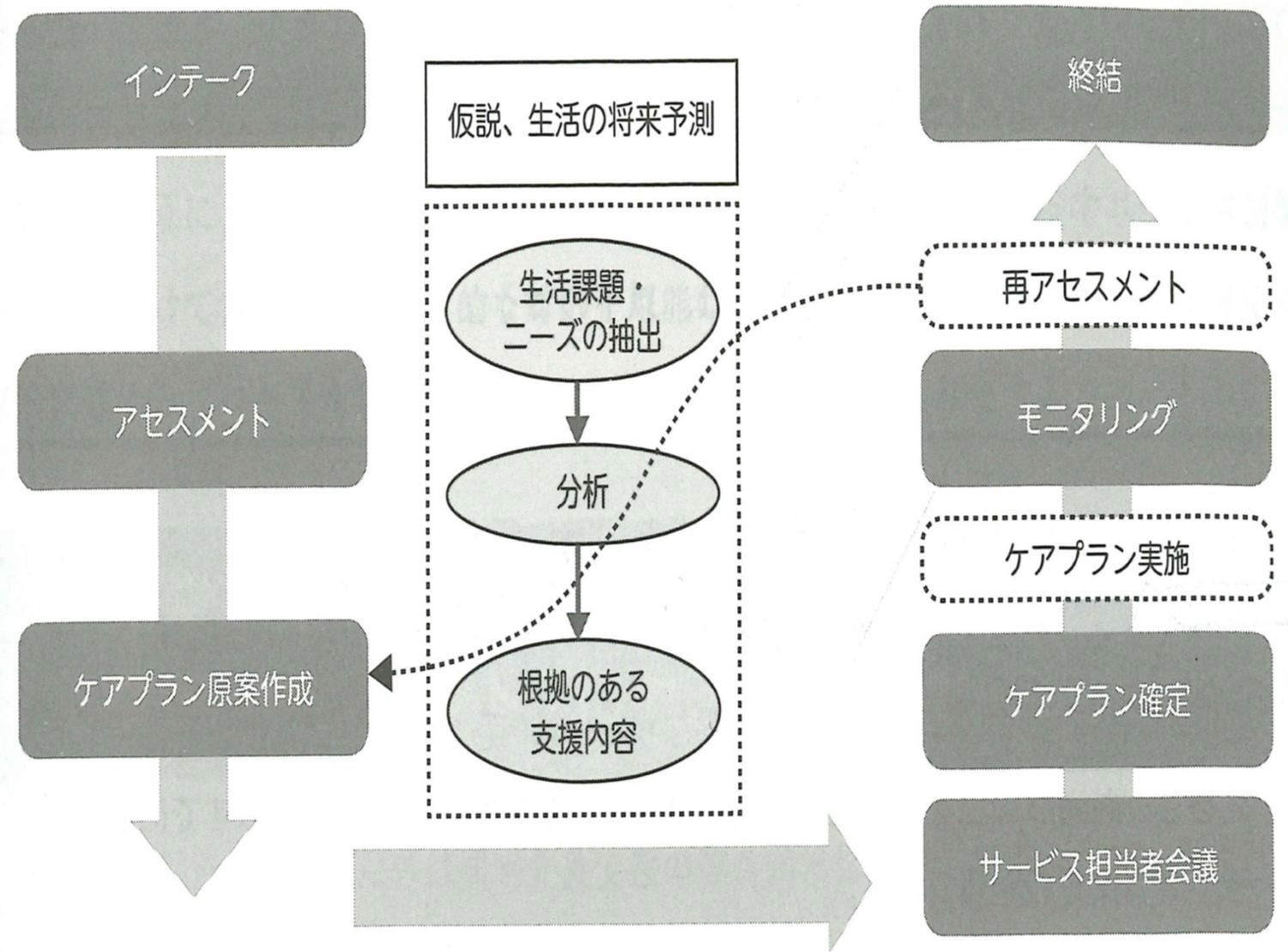
# ケアマネジメントプロセス

- インテーク
- アセスメント
- ケアプラン原案作成
- サービス担当者会議
- モニタリング（再アセスメント）
- 終結



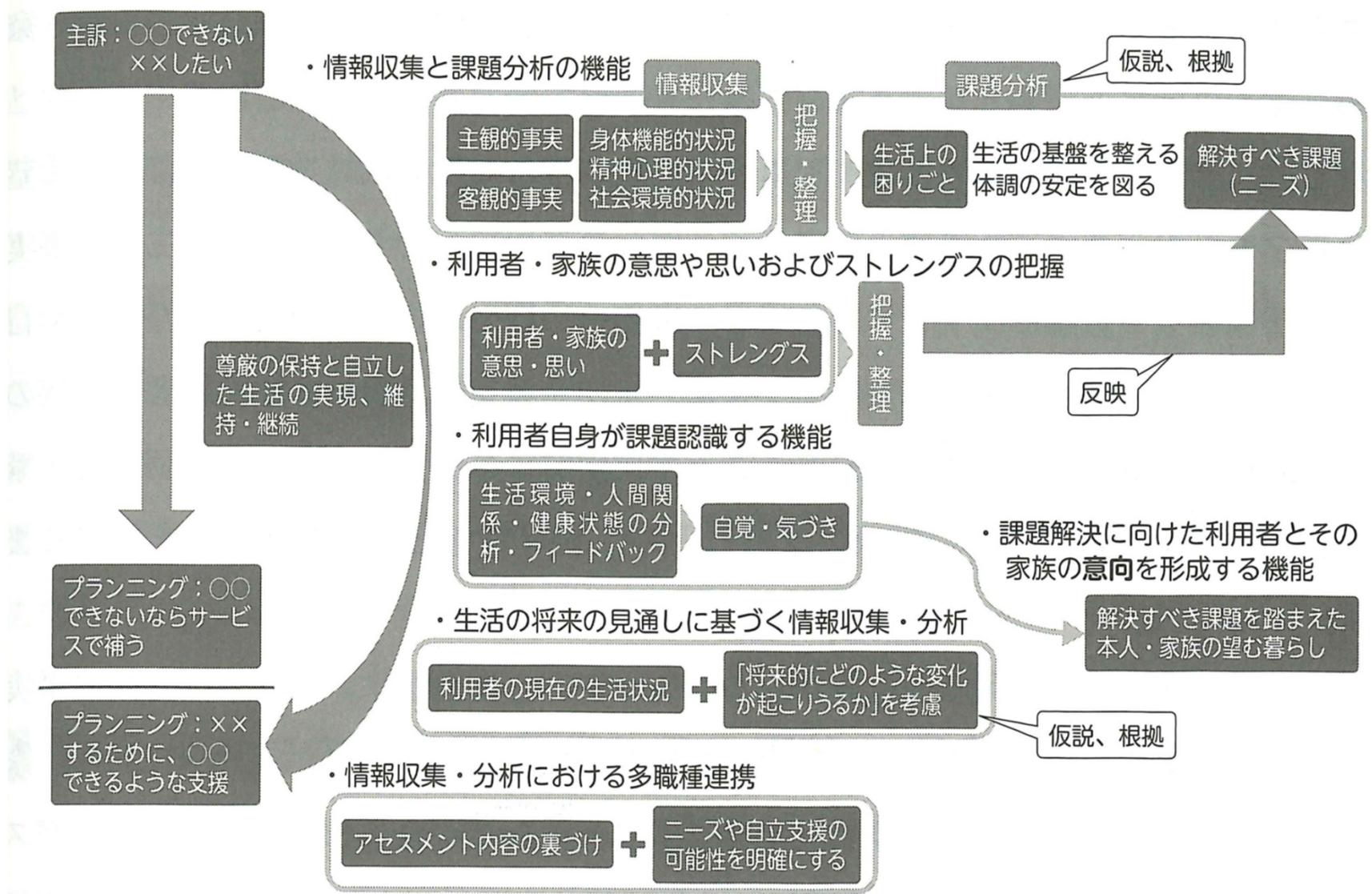
# ケアマネジメントプロセスの全体像

利用者の意思や人格を尊重  
 利用者中心の視点で自立支援・自律支援  
 ケアマネジメントプロセスを適切に実施



出典：八訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻 編介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会 長寿社会開発センター 頁207, 2024

# アセスメントの全体像



# 指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準について (平成11年老企第22条)

## 第二 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準

### 3 運営に関する基準

#### (8) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針

基準第13条は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。

課題分析標準項目

#### 第13条

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、**適切な方法**により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

## ○運営基準（支援） 解釈通知

課題分析は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、**利用者の課題を客観的に抽出するための手法**として合理的なものと認められる方法を用いなければならない

適切なケアマネジメント手法

○課題分析標準項目 = 23項目で構成

○2023（令和5）年度改正

⇒多様化する利用者像を地域社会や環境等  
マクロの視点でとらえる

⇒多職種協働を深化させるケアマネジメント

- ・要介護者が受けている支援を制度の垣根を越えて把握し支援につなげる
- ・要介護者のみならず世帯全体をとらえ、配慮する
- ・科学的介護情報システム（LIFE）を活用した多職種との情報共有、支援の検討につなげる
- ・適切なケアマネジメント手法を活用した情報収集と多職種協働

## 介護支援専門員が基本的に行う情報収集

○介護支援専門員個人の感覚ではなく、規定された項目を網羅的に収集すること。

⇒「課題分析標準項目」

○アセスメントやかかわりは、利用者の身体面・精神面・社会面など多角的側面から満遍なく確認。

○主治医意見書や医師、その他の医療従事者からの情報も収集し、生活の将来予測に活かす。

# アセスメント：課題分析標準項目23項目

## 【基本情報に関する項目】

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

## 【課題分析(アセスメント)に関する項目】

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

# 基本情報に関する項目（9項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
1	基本情報 （受付、利用等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目	<input type="checkbox"/> 受付日時 <input type="checkbox"/> 受付対応者 <input type="checkbox"/> 受付方法等 <input type="checkbox"/> 利用者氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号等の連絡先 <input type="checkbox"/> 初回又は初回以外
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目	<input type="checkbox"/> 現在の生活状況 <input type="checkbox"/> これまでの生活歴等
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療保険等 <input type="checkbox"/> 年金の種別等 <input type="checkbox"/> 生活保護受給の有無 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> 社会保障制度等の利用状況

# 基本情報に関する項目（9項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療保険サービス <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 公的サービス <input type="checkbox"/> 上記以外の生活支援サービス
5	日常生活自立度（障害）	「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目	<input type="checkbox"/> 現在の認定結果の判定 <input type="checkbox"/> 判定を確認した書類 <input type="checkbox"/> 認定年月日 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員からみた自立度
6	日常生活自立度（認知症）	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目	<input type="checkbox"/> 現在の認定結果の判定 <input type="checkbox"/> 判定を確認した書類 <input type="checkbox"/> 認定年月日 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員からみた自立度
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目	<input type="checkbox"/> 利用者の主訴や意向 <input type="checkbox"/> 家族等の主訴や意向

# 基本情報に関する項目（9項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等）について記載する項目	<input type="checkbox"/> 要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 審査会の意見 <input type="checkbox"/> 区分支給限度額等
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）について記載する項目	<input type="checkbox"/> 初回、更新、区変、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほかの生活上状況の変化、居宅事業所の変更等

# 課題分析（アセスメント）に関する項目（14項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
10	健康状態	<p>利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 身長</li> <li><input type="checkbox"/> 体重</li> <li><input type="checkbox"/> BMI</li> <li><input type="checkbox"/> 血圧</li> <li><input type="checkbox"/> 既往歴    <input type="checkbox"/> 主傷病    <input type="checkbox"/> 症状</li> <li><input type="checkbox"/> 痛みの有無</li> <li><input type="checkbox"/> 褥そうの有無等</li> <li><input type="checkbox"/> かかりつけ医</li> <li><input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医の有無</li> <li><input type="checkbox"/> その他の受診先</li> <li><input type="checkbox"/> 受診頻度</li> <li><input type="checkbox"/> 受診方法</li> <li><input type="checkbox"/> 受診時の同行者の有無</li> <li><input type="checkbox"/> かかりつけ薬局</li> <li><input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師の有無</li> <li><input type="checkbox"/> 処方薬の有無</li> <li><input type="checkbox"/> 服薬している薬の種類</li> <li><input type="checkbox"/> 服薬の実施状況等</li> <li><input type="checkbox"/> 健康に対する理解や意識の状況</li> </ul>

# 課題分析（アセスメント）に関する項目（14項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目	<input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 起き上がり <input type="checkbox"/> 座位保持 <input type="checkbox"/> 立位保持 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 移動方法 <input type="checkbox"/> 杖や車いすの利用の有無等 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> トイレ動作等

# 課題分析（アセスメント）に関する項目（14項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
12	I A D L	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 車の運転等
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目	<input type="checkbox"/> 認知機能の程度 <input type="checkbox"/> 判断能力の状況 <input type="checkbox"/> 中核症状及び行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 頻度・状況・背景
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）	<input type="checkbox"/> コミュニケーション理解状況 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚等の能力 <input type="checkbox"/> 言語・非言語の意思疎通 <input type="checkbox"/> コミュニケーション機器・方法等 <input type="checkbox"/> 電話、P C、スマートフォン

# 課題分析（アセスメント）に関する項目（14項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目	<input type="checkbox"/> 1日の生活リズム・過ごし方 <input type="checkbox"/> 1週間の生活リズム・過ごし方 <input type="checkbox"/> 活動の内容・時間、活動量等 <input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 睡眠の状況 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転等
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目	<input type="checkbox"/> 排せつの場所 <input type="checkbox"/> 尿便意の有無 <input type="checkbox"/> 失禁の状況等 <input type="checkbox"/> 後始末の状況等 <input type="checkbox"/> 排せつリズム <input type="checkbox"/> 日中・夜間の頻度、タイミング <input type="checkbox"/> 便秘や下痢の有無等

# 課題分析（アセスメント）に関する項目（14項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目	<input type="checkbox"/> 入浴や整容の状況 <input type="checkbox"/> 皮膚や爪の清潔状況 <input type="checkbox"/> 皮膚や爪の異常の有無等 <input type="checkbox"/> 寝具や衣類の状況 <input type="checkbox"/> 汚れの有無 <input type="checkbox"/> 交換頻度等
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目	<input type="checkbox"/> 歯の本数 <input type="checkbox"/> 欠損している歯の有無 <input type="checkbox"/> 義歯の有無 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ・破損の有無等 <input type="checkbox"/> かみ合わせの状態 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔・口臭の有無 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥の程度 <input type="checkbox"/> 腫れ・出血の有無 <input type="checkbox"/> 口腔ケアの状況

# 課題分析（アセスメント）に関する項目（14項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目	<input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 食事回数 <input type="checkbox"/> 食事内容 <input type="checkbox"/> 食事量 <input type="checkbox"/> 栄養状態 <input type="checkbox"/> 水分量 <input type="checkbox"/> 食事の準備をする人等 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能の状態 <input type="checkbox"/> 必要な食事量 <input type="checkbox"/> 栄養・水分量等 <input type="checkbox"/> 食事制限の有無
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わりの状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目	<input type="checkbox"/> 家庭内役割 <input type="checkbox"/> 家族等との関わり <input type="checkbox"/> 同居ではない家族等との関わり <input type="checkbox"/> 地域との関わり参加意欲 <input type="checkbox"/> 現在の役割 <input type="checkbox"/> 参加している活動内容等 <input type="checkbox"/> 仕事との関わり

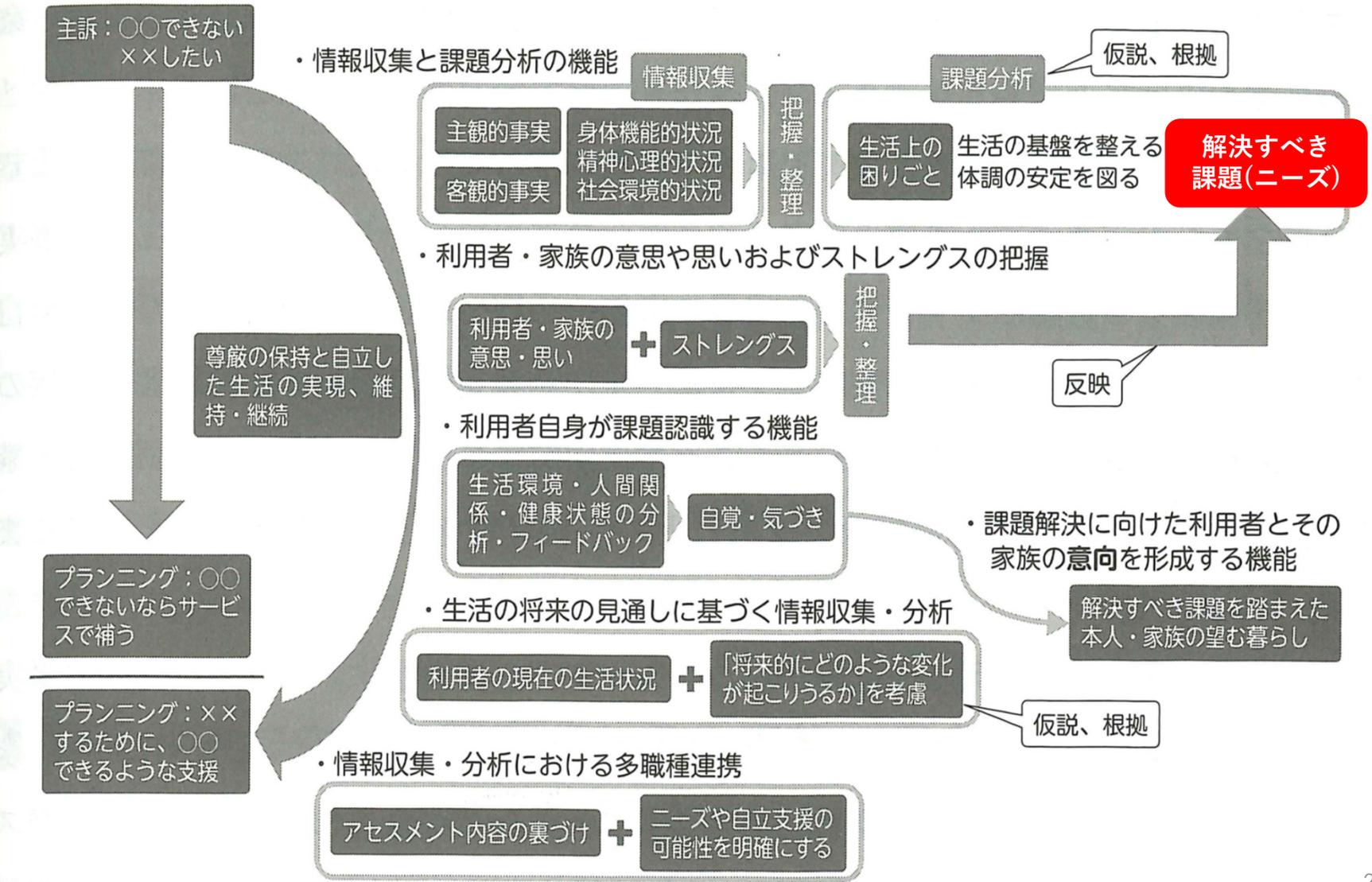
# 課題分析（アセスメント）に関する項目（14項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目	<input type="checkbox"/> 意思決定に関わる家族 <input type="checkbox"/> 本人との関係 <input type="checkbox"/> 居住状況 <input type="checkbox"/> 年代 <input type="checkbox"/> 仕事の有無 <input type="checkbox"/> 情報共有方法等 <input type="checkbox"/> 支援への参加状況 <input type="checkbox"/> 参加意思 <input type="checkbox"/> 負担感 <input type="checkbox"/> 支援参加による生活の課題等 <input type="checkbox"/> 家族等について配慮事項
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をする場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺環境やその利便性等について記載する項目	<input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食事をする場所 <input type="checkbox"/> 生活動線 <input type="checkbox"/> 居住環境のリスク <input type="checkbox"/> 危険個所の有無 <input type="checkbox"/> 整理や清掃状況 <input type="checkbox"/> 室温の保持 <input type="checkbox"/> 自宅周辺環境、利便性等

# 課題分析（アセスメント）に関する項目（14項目）

	標準項目名	項目の主な内容	確認してみてください
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目	<input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 経済的困窮 <input type="checkbox"/> 身寄りのない方 <input type="checkbox"/> 外国人の方 <input type="checkbox"/> 医療依存度が高い状況 <input type="checkbox"/> 看取り等 <input type="checkbox"/> 生活に何らかの影響を及ぼす事項

# アセスメントの全体像



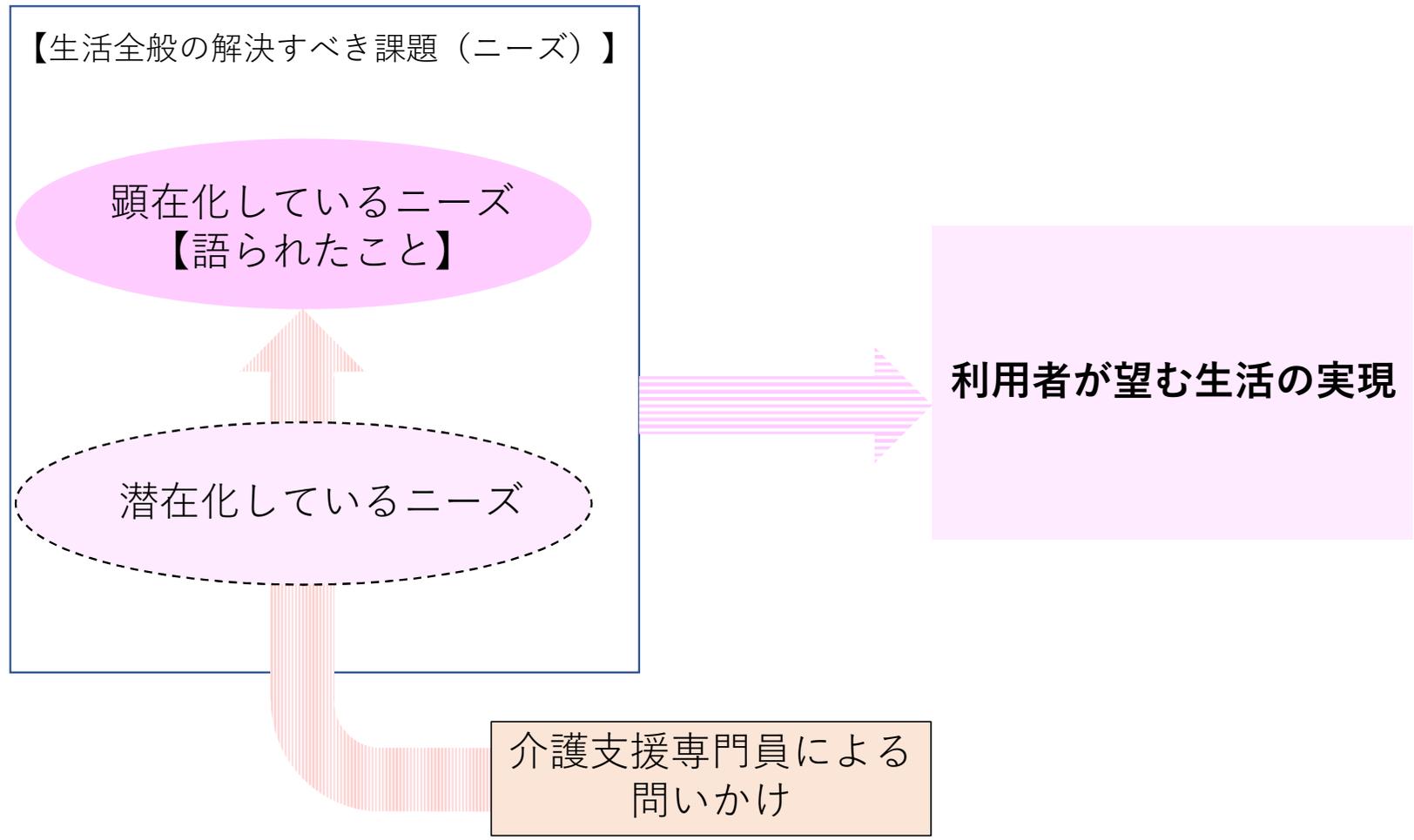
## アセスメントとは

- ①利用者の情報を収集する。 (情報収集)
- ②利用者の課題を分析する。 (課題分析)
- ③解決すべき課題 (ニーズ) を明らかにする。  
(解決すべき課題(ニーズ)の明確化)

利用者の全体像がわかるような情報収集が必要になる。

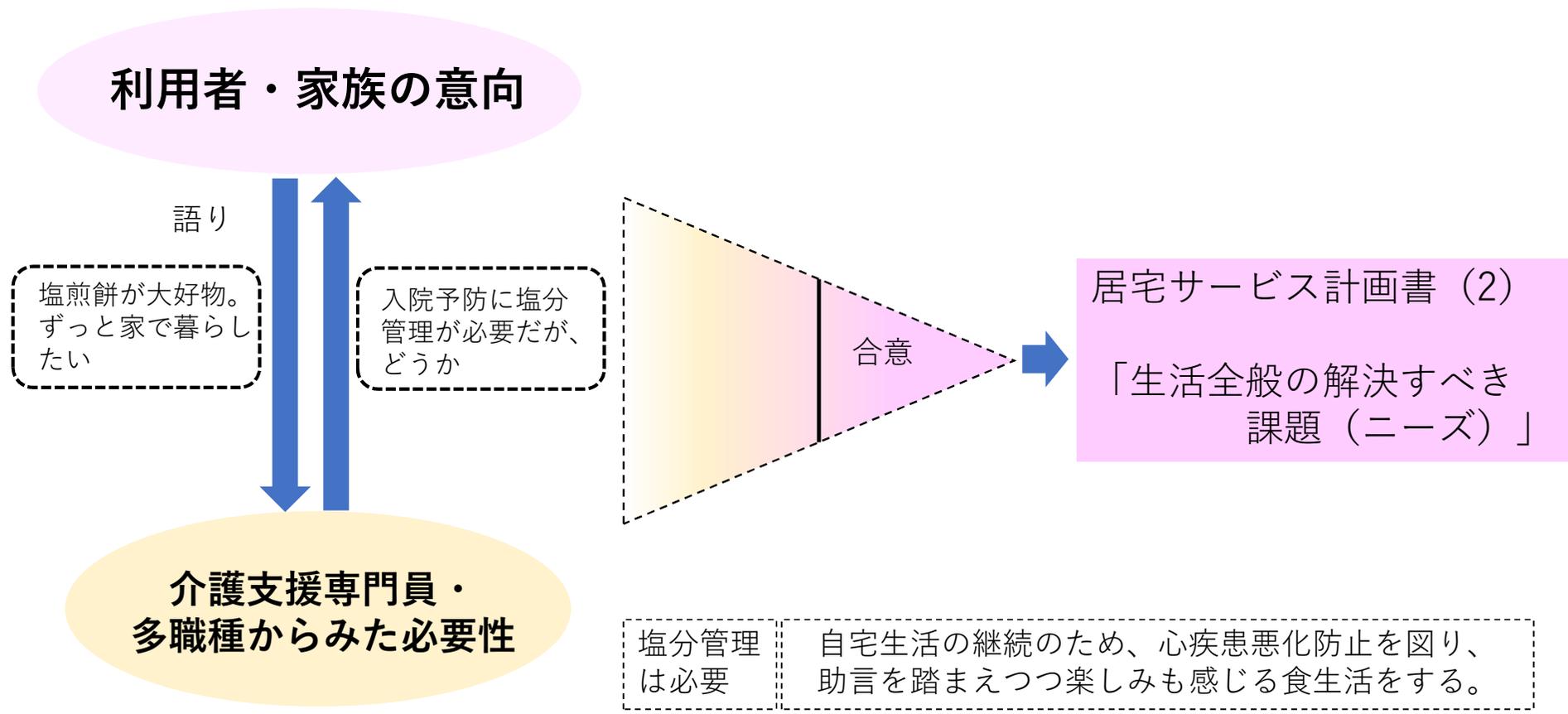
サービス計画原案の作成へ

# ケアマネジメントにおけるニーズと目標の関係



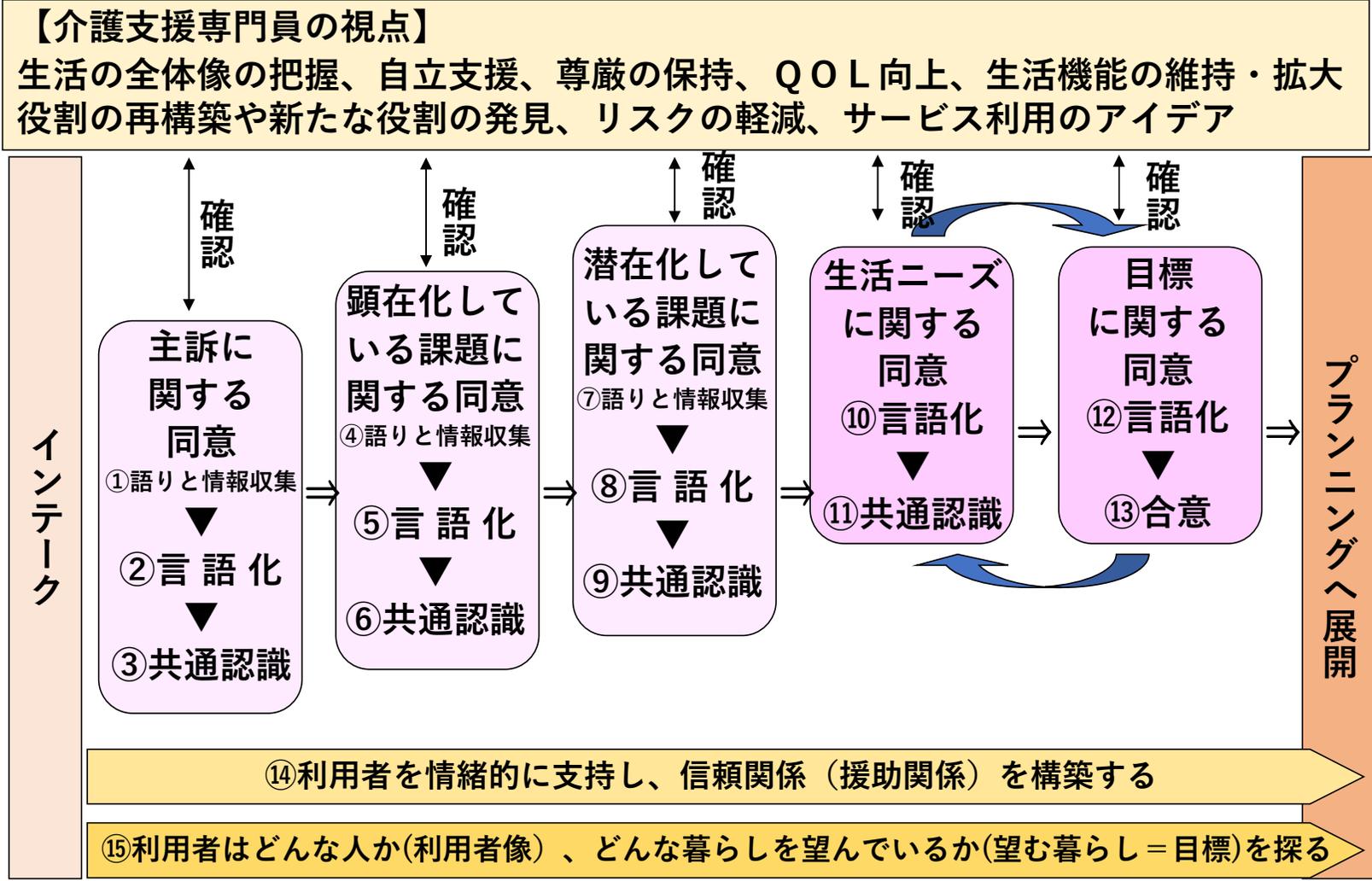
出典：八訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻 編介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会 長寿社会開発センター頁263.2024

# ニーズのすり合わせのプロセス

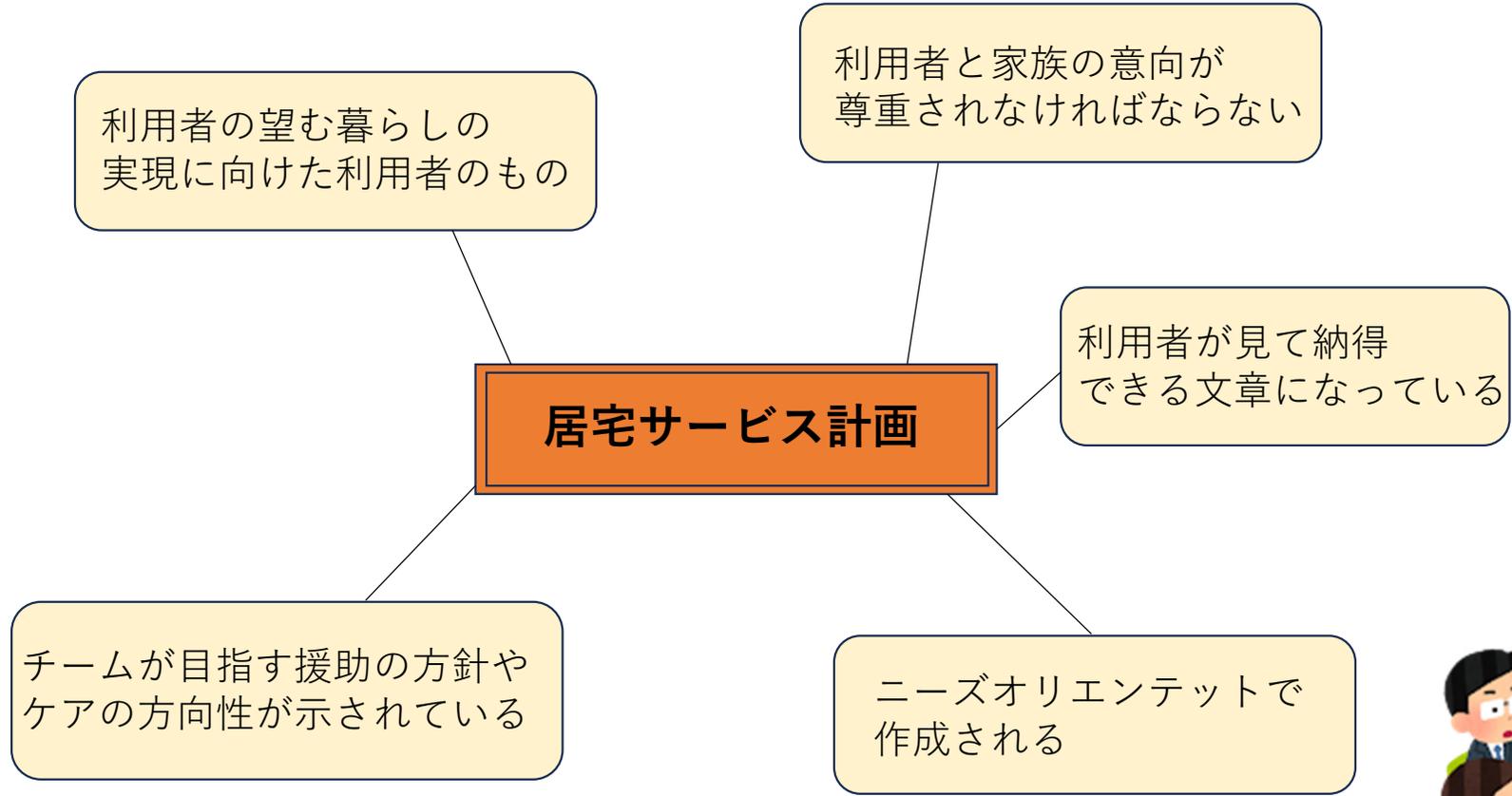


出典：八訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻 編介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会 長寿社会開発センター頁264.2024

# アセスメントの思考過程の全体像（例）



# 居宅サービス計画の意義・目的



# 記載要領・考え方・書き方

## 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 殿 生年月日 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・事務所名及び所在地

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

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 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	<p>1. 利用者や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をしながら、どのような生活をしたいと考えているのかを意向を踏まえた課題分析の結果を記載 自立支援に資するために解決しなげなければならない課題が把握できているか確認する</p> <p>2. 利用者や家族（妻、長女）の言葉は区別してかき分ける。表面化できない意向の違いは支援経過に明記</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	<p>1. 望む生活の実現に向けて支援していくために目指すべき方向、連携してケアを行うための交通の支援方針を記載。</p> <p>2. 支援の方向性を具体的に記載。</p>
総合的な援助の方針	<p>3. サービスを提供する上での専門的意な視点からさまざまな留意事項が示される場合もあり、その時はこの欄を活用し、サービス提供上の留意事項として特記し利用者・家族に説明する必要がある</p> <p>4. 緊急事態が想定される場合あらかじめ相談をしておき、対応方法、関係機関や連絡先など明記。（災害時にも留意）</p>
生活援助中心型の算定理由	<p>1. 一人暮らし      2. 家族等が障害、疾病等      3. その他（</p>

1.被保険者証を確認し転記する  
2.サービス担当者会議において記載されていることを踏まえ協議する必要がある。

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

第2表

利用者名

殿

居宅サ

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	

1. 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
2. 期間は、目標が達成できる期間とし年月日で記載する

1. 「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
2. 認定期間も考慮する
3. 目標達成の目安になる
4. 期間はケアチームメンバー間で十分協議して設定

1. 短期目標の期間と連動する
2. 同時開始とは限らないので、導入できる順序をよく考える。

1. 自立支援に資する内容かどうか考えながら誰もが納得する客観的な根拠に基づいてニーズを設定する。
2. 利用者や家族が主体として、意欲的に取り組めるように記載する。（主語は本人）
3. 背景要因や事情などを踏まえ記載する  
○○できるようにしたい。  
○○したい。等
4. 利用者や家族が課題として認識が一致しているニーズを記載
5. 課題の優先順位を見立て、目標を立て、  
利用者自身の力で取り組めること  
家族や地域の協力でできること  
ケアチームが支援できること  
できるようにすることを整理する

1. 解決すべき課題（ニーズ）に対応して設定。利用者が達成した望む生活の姿を記載（生活目標）
2. 短期目標を積み上げたものである事
3. 期間には、目標の達成すべき期間を開始時期と終了時期を年月日で記載する短期目標すべてがクリアできる総合的な期間
4. ...抽象的な言葉ではなく分かりやすい具体的な内容で記載。
5. サービスの種別（訪問介護や通所介護など）は特定しない。

1. 短期目標達成に必要であって最適なサービス内容とその方針を明らかにし適切・簡潔に記載
2. 必要な支援のポイントや主なサービス項目、留意点を具体的に記入する
3. サービスを提供する者が何をするかを利用者や家族が理解できるように記入する
4. 利用者自身のセルフケアも含まれる。
5. 名詞止めなど不明瞭な書き方はしないように。（リハビリ・栄養管理・服薬管理などは内容が広範囲でどこまでするか分かりづらい）

1. 短期目標の達成を目指し、根拠に基づいた適切な頻度を設定
2. 利用者・家族の受け入れられる気持ちや生活時間帯、体力・経済力等考慮
2. 事業所の都合を優先しないように注意。自立を資する頻度を設定

1. 長期目標に段階的に対応し解決にむずびつげもの。（活動目標）複数の場合もある
2. 各サービス事業者の計画の目標となる
3. モニタリングの際に達成度が分かるように具体的に記載（抽象的な言葉ではなく分かりやすい具体的な内容）
3. サービスの種別（訪問介護や通所介護など）は特定しない。

1. 計画したサービス内容を適切に提供できるサービス種別を選択
2. 誰が何をするのかわかるようにサービス内容とサービス種別を関連付け線で結んだり、番号をつけたり工夫をして記載。
3. 正式なサービス名称を記載。
4. 種別には市町村が実施する事業や介護保険対象外のサービス、インフォর্মルサポート等含む。
5. 家族の場合は誰が中心になって行うのか記載

1. 地域の社会資源を十分に把握すること
2. 目的にあったサービスを提供できる支援者や事業者を選択
3. 利用者・家族が選択できるように公平な立場で複数の情報を提供する。
4. インフォर्मルサポートも具体的な名称を記入

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について

※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

作成日年月日 年 月 日

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
深夜	0:00								<p>1. 生活パターンを把握し提供時間の適切さや配慮すべき留意点を考える(アセスメント不足している点を考える)</p> <p>2. 起床、就寝、食事、排せつ(夜間も)、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、昼寝、家族の来訪や支援、利用者のセルフケア等具体的に記載。</p> <p>3. 主な介護者の関わりと不在の時間帯等を把握して記載。</p>	
	2:00									
	4:00									
早朝	6:00									
	8:00									
午前	10:00									
	12:00									
午後	14:00									
	16:00									
	18:00									
夜間	20:00									
	22:00									
深夜	24:00									
週単位以外のサービス		<p>1. 利用者自身が生活全般の過ごし方を具体的にイメージできる。</p> <p>2. 分かりやすく医療や保健福祉サービスまたはインフォーマルサポート、家族の支援なども記入</p> <p>2. 夜間や土日のサービスや支援内容についても適切かどうか考える</p> <p>3. サービス提供者はお互いの状況を確認し、他の支援や役割を認識しチームケアを深めていく。</p> <p>4. 視力低下などがある場合、サービスごとに色分けするなどの工夫を。</p>								
週単位以外のサービス		<p>1. 週単位以外のサービスを記入 居宅療養管理指導、短期入所、福祉用具等、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、隔週や月単位で提供されるものについて記載。</p> <p>2. 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</p> <p>3. サービスの全体像、中長期的サービス計画を把握する事ができ、目標を持ったチームケアを進めることができる。</p>								

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

第3者が読んでも内容を把握、理解できるように記載

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日 年 月 日 開催場所 開催時間 開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄： )	1.利用者・家族、会議出席者、出席でない担当者が分かるように記載 家族の場合、利用者との関係性が分かるように記載					
※備考	1.開催の目的を簡潔に記載し検討した項目にわかりやすく番号をつける 2.出席できない担当者がある場合、予め照会依頼し回答を会議で共有。					
検討した項目						
検討内容	1.サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載 2.検討した項目、検討内容について、一つの欄に統合し、記載して差し支えない。					
結論	1.役割分担を確認し、ケアチームが効果的な支援を提供する 2.役割分担に漏れや重複がないか、計画がスムーズに進行するか、話し合った要点を記入 3.いつまでに誰が〇〇をすると具体的に記載し結論を明記					
残された課題 (次回の開催時期)	1.必要があるにも関わらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合、必要と考えられるが、本人の希望により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載。 2.結論がまとまらなかった項目についても記載 3.残された課題について誰がいつまでに何をするのか記載。 4.第3者が読んでも内容を把握、理解できるように記載					



# サービス計画作成の目的

**利用者の望む暮らしを実現する為の総合的な方針を提案する**

利用者の望む暮らしの実現に向けた利用者のもの

**自立した生活を実現し維持するための課題と目標、具体策を利用者が認識できるように整理する**

ニーズオリエンテッドで作成される

**具体策を実現する為の手段、方法を明らかにする**

**支援を実行するためのスケジュールや手順を明らかにし、生活の有り様を全員が把握する**



チームが目指す援助の方針やケアの方向性が示されている

**担当者や担当機関の調整内容を視覚的に確認する**

利用者が見て納得できる文章になっている

**利用者やケアマネ、支援者間との様々な合意の形成を明文化する**

利用者と家族の意向が尊重されなければならない

## 参考文献

- 八訂 介護支援専門員実務研修テキスト（上巻・下巻） 編介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会 長寿社会開発センター
- 新訂 居宅サービス計画書作成の手引 適切なケアマネジメント手法の導入と活用 長寿社会開発センター
- 介護支援専門員資質向上事業 ガイドライン 令和5年4月  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001089250.pdf>
- 厚生労働省HP ケアプラン点検について  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/hoken/jissi\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi_00005.html)[ケアプラン点検について](#) | [厚生労働省](#)
- 居宅サービス計画書作成の手引  
一般財団法人長寿社会開発センター 中央法規出版株式会社