



居宅サービス計画原案作成意義

(1) 利用者・家族の生活ニーズを解決し、利用者・家族の望む生活を実現するために作成されるものです。

居宅サービス計画原案は、利用者がサービスを利用しはじめる前に検討する計画のたたき台のことで、サービス担当者会議において、利用者・家族、そして、他職種の検討用に付されるため原案といわれています。

① アセスメント→② 居宅サービス →③ サービス担当者会議 計画原案作成

→④居宅サービス計画原案確定

м

居宅サービス計画原案作成の目的

- (1) 利用者の望む暮らし、自立した生活するための総合的な方針を提案・確認する。
- (2) 利用者の望む暮らし、自立した生活を実現し、維持・継続していくための課題とそれに対応する目標と具体策を、提案・確認する。
- (3) 具体策を実現するための手段、方法や介護サービスを明確にする。
- (4) 支援を実行するためのスケジュールや手順を明確にする。
- (5) 支援を担当する人や実施機関、事業者の調整を行う。

м

居宅サービス計画原案作成の留意点

- (1) 利用者・家族の現状をとらえる
- (2) 利用者の気持ちを受け止め意向を引き出す
- (3) ニーズの整理
- (4) 利用者の主体性を支える
- (5) ニーズを明らかにする

生活の変化の予測

- (1) チェックポイントシートによる整理
- (2) ICFシートによる整理
- (3) 課題整理総括表による整理



第1表から第7表の基本的性格

居宅サービス計画書の第1表・第2表・第3表は、先に行われる課題分析(アセスメント)の結果を踏まえて、利用者と家族及び介護支援専門員を含むケアチームが協同して作成します。第4表は、ケアマネジメントの進行に合わせてチーム全体の意思を確認・共有し、第5表は、介護支援専門員がその時々の判断を行っていくための根拠になる情報を、責任を持って記載するものです。



第1表から第7表の基本的性格

第6表は居宅サービス原案に位置付けられたサービスをもとに月単位で作成し、第7表は第6表の各行から、支給限度管理の対象となるサービスをすべて記載します。利用者に居宅サービス計画について説明し、同意を得るにあたっては第1表から第3表、第6表及び第7表を提示しなければなりません。

居宅サービス計画書(1)

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品									
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品	战 (変更) 日	年	月 日		初回居宅サーヒ	ごス計画作成日	年	月 日	
	手 月 <u>日</u>	認定の有効期間	年 月	B		且			
要介護状態区分	要支援 · 要介)護1 ・ 要介護2	2 · 要介	1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									
介護認定審査会の									
意見及びサービス の種類の指定									
統合的な援助の									
方針									
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. 70	の他 ()	7

利用者名

居宅サービス計画化 居宅介護支援事業者 居宅サービス計画化 認定日

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 記載要領:利用者及び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、どのような生活がしたいと考えているのか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む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。

介護認定審査会の 意見及びサービス の種類の指定 記載要領:被保険者証を確認し、「介護認定審査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。

統合的な援助の

方針

生活援助中心 型の算定理由 記載要領:課題分析により抽出されたニーズに対応して、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る場合には対応機関やその連絡先、また、どのような場合を緊急事態と考えてるかや、緊急時を想定した対応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。

第1表

利用者名

居宅サービス計画作成 居宅介護支援事業者 居宅サービス計画作成 認定由

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

介護認定審査会の 意見及びサービス の種類の指定

統合的な援助の

方針

記載要領: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、 「家族もしくは親族(以下「家族等」という。)と同居している利用 者であって、当該家族等の障がい、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」の場合に は「2.家族等が障がい、疾病等」に〇を付す。また、家族等に障が い、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、 家事が困難な場合等については、「3.その他」に〇を付し、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)

生活援助中心 型の算定理由

T. 一人春らし 2. 豕族寺が障害、疾病寺 3. その他

初回 • 紹介 • 継続

認定済・ 申請中

10

利用者名

居宅サービス計画(居宅介護支援事業) 居宅サービス計画(認定日

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

介護認定審査会の 意見及びサービス の種類の指定

統合的な援助の

方針

生活援助中心 型の算定理由

【書き方】利用者及び家族の生活に対する意向

1利用者・家族の意向を記載するとともに、意向を踏まえた上で自立支援に資するために解決しなければならない課題分析の結果を記載します。第1表は居宅サービス計画全体の方向性を示すものなので、方向性を示すうえで重要な項目のポイント(要旨)を記載します。

②利用者と家族の言葉は区別して書きましょう。また、家族間で意向に違いがあるときも、それぞれ区別して、例えば(妻)、(長女)などと書き分けましょう。様々な事情で表面化できない双方の意向の違いについては、重要な事項として第5表の「居宅介護支援経過」に明記します。

③利用者・家族が「居宅サービス事業者には知らせないでほしい」と表明する事柄で重要なことは第5表に明記します。

第1表

利用者名

居宅サービス計画作 居宅介護支援事業者 居宅サービス計画作 認定日

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

介護認定審査会の 意見及びサービス の種類の指定

統合的な援助の

方針

生活援助中心 型の算定理由

【考え方】介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

①介護認定審査会が居宅サービス計画に対する意見及びサービスの種類の指定をしたときは、被保険者証から転記し、利用者・家族に説明する必要があります。これに沿った居宅サービス計画を作成するとともに、サービス担当者会議においては、介護認定審査会の意見とサービスの種類の指定がされていることを踏まえた協議をする必要があります。

②利用者の拒否やサービスの資源の不足などのため「介護認定審査会の意見及びサービスの指定」が反映できない場合は、第5表の「居宅介護支援経過」にその理由を記載して、保険者に報告をする必要があります。この意見や指定に利用者が不服のある場合には、介護認定審査会に審査請求できることに注意する必要があります。

第1表

利用者名

<u>居宅サービス計</u> <u>居宅介護支援事</u> <u>居宅サービス計</u> 認定日

要介護状態区分

利用者及び家 の生活に対す。 意向を踏まえる 課題分析の結

介護認定審査会 意見及びサービ の種類の指定

統合的な援助の

方針

【考え方】生活援助中型の算定理由

利用者が望む在宅生活の継続を阻害する要因が家事等であるとアセスメントにより明らかになった場合は、生活援助中心型により解決可能なことであるならば、通知の主旨を十分に踏まえ、算定理由の根拠を押さえることが大切です。

【書き方】生活援助中型の算定理由

- 1「その他」を理由として算定する場合、理由を整理して記載します。
- ②第1表への記入が難しい事情がある場合、第5表の「居宅介護支援経過」に理由を記載するなどの配慮が必要です。

生活援助中心 型の算定理由

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 • 申請中

利用者名

居宅サービス計画(居宅介護支援事業: 居宅サービス計画) 認定日

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

介護認定審査会の 意見及びサービス の種類の指定

統合的な援助の

方針

【書き方】総合的な援助の方針

- ①「ケアチームとしての総合的方針」を書きます。 ケアチームが取り組む内容や支援の方向性をわかり やすく記載します。
- ②利用者家族が望む生活を目指し、自ら積極的に取り組むことができるように、なるべく専門用語の使用は避け、わかりやすく書きましょう。
- ③介護認定審査会の意見やサービス担当者会議などで、サービスを提供する際の専門的な視点に基ずく留意事項が示される場合があります。その場合には、この欄に「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ります。

生活援助中心 型の算定理由 第2表

居宅サービス計画書(2)

長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	ᄮᆙ규ᅘ			援助内容						
	12141 = 111 (1410s)	サービス内容	※1	サービス種別		頻度	期間				
,											
		-									
		-									
		-									
		-									
		•									
,	 			,							
	1		1	,	1 1		l .				

※1「保険給付対象か否かの区分」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。

居宅サービス計画書(2)

利用者名

記載要領:生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

生活全般の解決す	
べき課題(ニーズ)	長期
 	

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
- 家族や地域の協力でできること
- 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「保険給付対象か否かの区分」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2表

利用者名

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	(
	11.4
	(
	1

【書き方】生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

①自立支援を目指す計画ですから、利用者が主体的・意欲的に取り組める内容を個々の利用者が納得できるように書きましょう。 ②抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表記は避けましょう。利用者によってニーズの理解や考え方は異なるので、利用者が介護支援専門員とともに導き出したニーズを自分のニーズとして自覚し、再確認できるように具体的に記載することが大切です。ニーズは介護支援専門員の属人的な価値観や考えではなく、誰もが納得できる客観的な根拠に基づいたものであることが大切です。

③ニーズの記載方法の例として、利用者が主体的・意欲的に取り組めるよう「〇〇したい」「〇〇する」という表現があります。「〇〇したい」という表現は、単なる願望を示すこともあります。安易に「〇〇したい」と記載するのではなく、その背景にある様々な要因や事情などを踏まえて記載し、サービス担当者会議などでほかの専門職と共通認識を持つことで、利用者だけでなくほかの専門職の理解も深まりチームアプローチにつながります。また、第1表の意向として、「〇〇したい」と記載している場合、表現上は同じ表記になってしまいますので、内容の違いが分かるように留意する必要があります。

※1「保険給付対象

^{※2「}当該サービス

居宅サービス計画書(2)

生活全般の解決す		援助目	目標		援助内容						
べき課題 (ニーズ)	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	サービス内容 ※1 サービス種別					
						ļ					
						<u> </u>					
	【書きた	5] /	生活全部	s M	解決すべき課題	囯	(ー ー ブ)				
		J A -	ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	X U J F.							
									A		
	4利用者		家族のニ		ズが異なる場合	合に	第5表の 1	居宅	介護	支	
	接経過」	1,	書きとは	ار الم	意見の調整が	で言	ちるように働	きかり	ナま	1,	
								C/5 .			
	よう。									_	
	5利用者	るから	望む生活	らか	舌動の実現の液	こ と	りに解決する	必要	があ	る	
	にもかけ	いわ	らず理解	アナバイ	导られなかった	<u> </u>	ープは、第	5表	\mathcal{D}	居	
		• -							_		
					ハておき、その		受し計画的統	が出り	こ埕		
	が得られ	いる。	ように個	かきが	かけましょう。						
											

- ※1「保険給付対象か否かの区分」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。

生活全般の解決す		力目標				援助内容			
べき課題(ニーズ)	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
	記載要說	頁:目標	(長期日	目標・短期目	目標)				
		• - •	·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		すべき課題		_	
	設定する	るものです	す。た7	ごし、解決な	すべき	き課題が短期に	的に	解決	さ
	れる場合	かいくこ	つかの	果題が解決さ	されて	初めて達成	可能力	な場	合
	には、裕	夏数の長期	期目標為	が設定される	ること	こもある。			
	「短期E	目標」は,	解決	すべき課題及	及び長	長期目標に段	階的	二対	心
	し、解決	やに結び、	つける	ものである。					
	緊急対応	が必要は	こなった	に場合には、	— B	時的にサービ	スは	大き	<
	変動する	るが、目標	票として	て確定しなけ	けれに	ば「短期目標」	」を記	设定	せ
	ず、緊急	急対応が落	喜ち着し	ハた段階で,	再度	₹、「長期目	標」	• [短
	期目標」	の見直し	」を行し	ハ記載する。					
	なお、担	曲象的な言	言葉で	はなく誰にで	でもれ	かりやすい	具多的	的な	内
	容で記載	域すること	ととし、	かつ目標は	は、実	ミ際に解決が	可能。	ヒ見	込
	まれるも	らのでなく	くてはな	ならない。					

生活全般の解決す		援助内容
べき課題(ニーズ)	【書き方】目標(長期	期目標・短期目標)
	・ ①長期目標は、ニース	ズごとに支援を受けながら利用者も努力
	して達成する到達点で	であり、長期目標を達成した先に利用者
	の望む生活が実現する	ることを意識して書きましょう。ニーズ
	に対して利用者・家族	族が具体的に達成するべき結果としてイ
	- メージできるように !	記載します。
	②短期目標を積み上げ	ずた先に長期目標があります。短期目標
	は段階を踏んでニース	ズが解決できるよう計画性を意識して書
	きましょう。ただし、	ニーズによっては、早期に目標を達成
	- しなければならないt	易合もあります。
	■③短期目標は、モニタ	タリングの際に達成度がわかるように具
	- 体的に書きましょう。	

- ※1「保険給付対象か否かの区分」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。

短期目標の考え方

- 1短期目標の達成のためには具体的に何を行えばよいのか、何が必要なのかを考え、サービスを利用してどのような生活を送るのかを具体的にイメージしながら記載します。介護保険サービスや他制度による支援、また、家族等の協力が得られる場合などは家族等による支援を含むインフォーマルサポートの内容を検討しましょう。
- ②家族や近隣住民が行う生活上の支援や、特にポイントとなる利用者自身のセルフケアも含まれます。ただし、無理のない設定が必要です。③主治医意見書に、介護サービスにおける医学的観点からの留意事項が記入されている場合には、その留意点を尊重する必要があります。

短期目標の期間

長期目標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。原則として開始時期と終了時期を記入することとし「〇年〇月〇日~〇年〇月〇日」、終了時期が予測できない場合は開始時期のみでも可。

- ※1「保険給付対象か否かの区分」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2表

記載要領:長期目標及び短期目標に付する期間

生活全般の解 べき課題(ニー 「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っては、開始時期飲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

長期目標の期間

とする。

「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設定する。

- ※〇年〇月〇日~〇年〇月〇日
- 終了時期が予測できない場合は開始時期のみでも可。
- ※1「保険給付対象が否かの区分」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。

居宅サービス計画書(2)

利用者名 殿

生活全般の解決す		援助	目標		援助内容					
べき課題(ニーズ)	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		頻度	期間
										Ĺ

記載要領・サービス内容

「短期目標」の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・簡潔に記載する。この際、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、当該きょたく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、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っては、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「保険 ※2「当該

居宅サービス計画書(2)

生活全般の解決す		援助目標				援助内容				
べき課題(ニーズ)	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		頻度	期間	
	【書き方】	】サービス	人内容							
	الا الله		L i	у ¬ + + + + +	<i>*</i>	ナフフムブ	ha 15	≖ ∩		
	(1) サーヒ	人内容はサ		ごス事業者な)1作队	9 るそれぞ	r(0)10	可別	ワー	
	ビス計画	と連動して	1/12	ることから、	必要	な支援のポー	イント	~ せ:	江羊	
								• -		
				食事など)、						
	ビス項目	(□腔・栄	養、	リハビリテ	ニーシ	ョンマネジ	メント	~等))を	-
	せわたく	記載します	-					,		
			O		-		- 	_,_		
	(2)サービ	ス担当者会	議(で専門的な視	視点か	ら示された	当总点	だに、	フレ	١
	ても、サ	ービス提供	t の	条件として 記	つスしょ	きしょう。				
	_ •	S. —					~ 二十日		→ =	5
	3利用台	グ理解でき	S O H	目語で書きま	しよ	つ。川護文法	发导[〕貝	つ圧	<u>.</u>
	宅サービ	ス事業者が	でし	1慣れている	5専門	用語の羅列	こなら	5な1	ハよ	
		つけましょ								
					_ 1 —					
	※家族や	近隣住民力	¹ 打了	う生活上の支	を接や	利用者目身(のセル	レフィ	アሥ	,
	も含まれ	ます。ただ		組み込む場	場合は	無理のない。	ように	こ記	定し	,
※1「保険給付対※2「当該サービ	ましょう。)						2	:3	

第2表							での提供方		
利用者名		\	r.	行するこ	ことがで	きる居宅	サービス	事業者	等を選
1370 8 8		95	^	定し、身	具体的な	゙゙゙゙゚゙゚゚゚゙゚゚゙゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚	ビス種別」	及び当	該サー
生活全般の解決す		援助目	標	ビス提供	きを行う	「事業者	名」を記	載する	0
べき課題(ニーズ)	長期目標	(期間)					いても、		
				を明記す				• •	
		 	••••••	_ , , , , , ,			T		

記載要領:サービスの種別

【書き方】サービスの種別 ①ケアチームの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、番号を付 けたり工夫そして記載しましょう。 2正式なサービス名称を書きましょう。 例)訪問介護、通所介護、配食サービス(〇〇町) 〇〇サロン(社会福祉協議会など) ○○へルス事業(保健サービス)

- ※1「保険給付対象か否かの区分」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

	用者名	股			週間サービス	(計画表			
	4:00	月	火	水	木	金	±	B	主な日常生活上の活動
深	4:00								
夜	6:00								
早	0.00								
朝	8:00								
午	0.00								
Ι΄	10:00								
前	•0,00								
L.	12:00								
午	14:00			,-,-					
	16:00								
後									
	18:00								
夜									
	20:00								
間									
\vdash	22;00		***************************************						
_								,	
深	24:00								
_	2.00								
夜	2:00								
	4:00								

週単位以外	
のサービス	

/記載要領:週間サービス計画表

第2表「居宅サービス計画(2)」の「援助内容」で記載したサービスを保 険給付内外問わず、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。

【書き方】

- ①介護保険サービス、医療や保健福祉サービス、インフォーマルサポート、 家族の支援なども記載します。
- ②視力低下などがある場合は、サービスごとに色分けをするなど工夫をしま しょう。

記載要領:主な日常生活上の活動

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、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位交換、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。

【書き方】

- 1利用者の起床・就寝・食事・排泄(夜間も)・入浴・昼寝などを生活全体の流れが見えるように具体的に記載しましょう。
- ②主な介護者のかかわりと不在の時間帯等を把握して記載しましょう。

5.47	

サービス担当者会議の要点

利用者名	殿		居宅サービス	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 厲(職種)	氏名
検討した項目					<u>-</u>	
投影中家						
検討内容						
結論						
残された課題						
(次回の開催時期)						

記載要領:サービス担当者会議の要点

サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容等についても記載する。

【書き方】

- 1利用者・家族、会議出席者、出席できないサービス担当者が、明確に分かるように書きましょう。
- ②家族の場合、利用者との関係性が分かるように書きましょう。長男の妻、 次女など。

記載要領:検討した項目

当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がいる場合には、その者に照会(依頼)した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会(依頼)年月日もしくは照会(依頼)した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会(依頼)年月日もしくは照会(依頼)した内容及び回答について他の書類などにより確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

【書き方】

開催の「目的」を簡潔に書き、「検討した項目」にわかりやすく番号をつけましょう。

サービス担当者会議の要点

利用者名

殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

記載要領:検討した内容

当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。その際、サービス内容だけでなく、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する。

なお「検討した項目」及び「検討内容」については、一つの欄に統合し 、合わせて記載しても差し支えない。

【書き方】

検討内容は、検討した項目の番号に対応させて書きましょう。

記載要領:結論

当該会議における結論について記載する。

【書き方】

検討した項目の番号に対応して結論を書きましょう。「いつまでに誰が 〇〇をする。」という具体的に書き、結論も明記しましょう。

(次回の開催時期)

第4表

サービス担当者会議の要点

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

検討した

記載要領:残された課題

必要があるにもかか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や、必要と考えられるが本人の希望等によ 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 を記載する。

検討内

【書き方】

- 1残された課題について、誰がいつまでに何をするのか書きましょう。
- ②次回の開催目的や開催日などを、明記しておきます。

結論

- ③社会資源(サービス)が不足しているためにサービス利用 に結びつかなかった場合には、その旨を書きとめておきま しょう。
- 4この記録用紙に書ききれない場合は、別紙を用いましょう。

残された

(次回の開催時期)

第6表

居宅介護支援経過

村用者名	熈
1.33 II II II III	N/V

居宅サービス計画作成者氏名

年月日 内容 年月日 内容						
	年月日	内	容	年月日	内 容	
	L . l				L	
	I					
						
	-					
	L				L	
	[
					[
						
	L .					
	L]				L	
	-			<u>-</u>		

第5表

居宅介護支援経過

居宅サービス計画作成者氏名

年月日	内	容	年月日	内	容	

記載要領:居宅介護支援経過

簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、

- 文章における主語と述語を明確にする
- ・共通的でない略語や専門用語は用いない
- ・曖昧な抽象的な表現は避ける
- ・ 筒条書きを活用する

等分かりやすく記載する。なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を用いている場合については、例えば、「モニタリングシート等(別紙)参照」等と記載して差し支えない。(

重複記載は不要)

ただし、「(別紙)参照」については、多用することは避け、その場合本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。

※モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表記載でも可。

【書き方】居宅介護支援経過

- 1記入の際には、日時と曜日、対応者、記載者を記載するようにします。
- ②「〇〇月〇〇日計画変更なし」とだけ記載するのではなく、訪問した時に 状況の変化を把握して、例えば、「動作が緩慢になった」など具体的状況を 書きましょう。
- ③日常的な居宅サービス事業者との連絡事項も記載します。
- 4モニタリングの情報は、家族やサービス担当者など、誰からの情報か、誰の判断なのかを整理して記載します。この時、事実・判断・方針変更の有無の視点を持つことが重要です。すなわち、事実を書き、その結果を介護支援専門員がどう判断したのか、その結果どうしたのか、どうする予定なのかを書きましょう。
- 5第1表の「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」や第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」において、サービス事業者に知られたくないことや本人と家族の隠された事実があったり、認識の違いがある場合で計画作成やサービス提供において必要なことがあればこの表に記載しましょう。
- 6解決する必要があるにもかかわらず、利用者の理解が得られなかったニーズはこの表に書きましょう。

居宅介護支援経過

利用者	名	殿

居宅サービス計画作成者氏名

|--|

その他

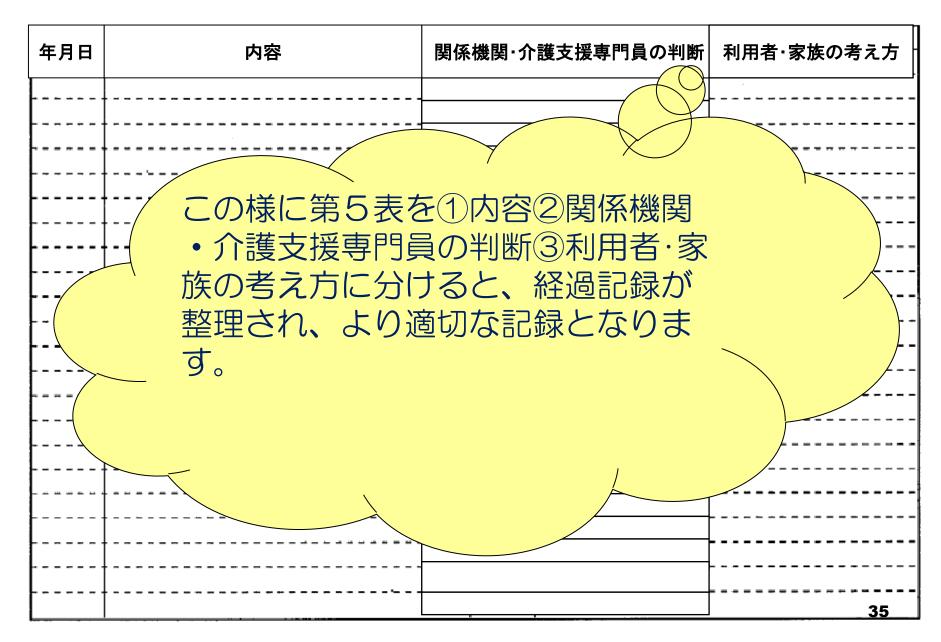
- ・実施状況の把握(モニタリング)情報はチームケアの関係機関ごとに区切って項目ごとに整理して記載してもよい。(別用紙を使用してもよい)この際には事実を記載しその結果を介護支援専門員がどのように判断し、その結果どうしたか(どうする予定なのか)を記載。
- この記録は個人メモではありません。公的な記録として責任を持つ。
- モニタリングは必要に応じて行う。少なくとも1ヶ月に1回は利用者の 居宅で面接を行い、モニタリングの結果を記載する。
- 訪問による情報だけではモニタリングは十分ではない。利用しているサ
- ービス事業者等からも居宅での利用者や家族の状況(変化)を捉える。
- ・記録はサービス提供終了後2年間保存(群馬県は県条例で5年間)。

ī	_		_	- 1	-	_		_			 	 	 	 	 		 	1	 	 	 	 		 	 	 	 	 		-1
-1																		- 1		ı										ı
- 1																		- 1		ı										- 1
ŀ	-	-	-		-	-	_	-		-	 	 	 -	 -	 	-	 		 	 	 	 		 	 	 	 	 		-1
-1																		- 1		ı										
- 1																		- 1		ı										- 1
ŀ	-		-		-	-		_			 	 	 	 	 		 		 	 	 	 		 	 	 	 	 		-1
- 1																		- 1		ı										- 1
- 1																		- 1		ı										- 1
L			_		l _	_					 	 	 	 	 		 		 	 L	 	 		 	 	 	 	 		-1
П	_		_		Г –	_		_			 	 						- 1		Γ -								_	_	- 1
- 1																		- 1		ı								3	4	- 1
-1																		- 1		ı								•	_	- 1
·		_		_	_			_	_		 		 					_			 	 	_				 	 		_

居宅介護支援経過

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者氏名



旧第5

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

利用者名		居宅サービス計画作成者(照会者)氏名
サービス担当者会議を開	催しない理由	
ないし会議に出席できなし	小理由	

照会(依頼) 先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。



第1表から第7表の基本的性格

居宅サービス計画書の第1表・第2表・第3表は、 先に行われる課題分析(アセスメント)の結果を踏まえて、利用者と家族及び介護支援専門員を含むケアチームが協同して作成します。第4表は、ケアマネジメントの進行に合わせてチーム全体の意思を確認・共有し、第5表は、介護支援専門員がその時々の判断を行っていくための根拠になる情報を、責任を持って記載するものです。



第1表から第7表の基本的性格

第6表は居宅サービス原案に位置付けられたサービスをもとに月単位で作成し、第7表は第6表の各行から、支給限度管理の対象となるサービスをすべて記載します。利用者に居宅サービス計画について説明し、同意を得るにあたっては第1表から第3表、第6表及び第7表を提示しなければなりません。

居宅サービス計画書作成の手引きより



まとめ

ケアプラン (居宅サービス計画書)

名称	内容
第1表	アセスメントをもとにまとめた、利用者や家族の意向や、
居宅サービス計画書(1)	総合的な援助の方針など
第2表	利用者の生活課題とそれに伴う長期と短期の目標、
居宅サービス計画書(2)	具体的な介護サービスの内容など
第3表	介護サービスを組み合わせた 1 週間の具体的なタイム
週間サービス計画書	スケジュール表
第4票	サービス 担当者会議 の出席者、話 し合った内容、結
サービス担当者会議の要点	論、残された課題など
第5表	日付と、介護サービスを行った内容などの経過をまとめ
居宅介護支援経過	る
第6表	介護サービスを提供する各事業者の情報と、実施計
サービス利用票	画の月間表
第7表	1 カ月の介護サービスを行う事業者ごとの利用数と費
サービス利用票別表	用一覧



ケアマネジャーがケアプランを作成する際のポイント

- 利用者や家族の意向や希望を反映させる
- ・利用者のニーズに優先順位をつける
- ・ニーズ、長期目標、短期目標の整合性を意識する
- 目標等期間の設定の際には介護保険被保険者証の有効期間も考慮する

利用者や家族の意向や希望を反映させる

ケアプランは、利用者のために作成するものです。そのため、利用者や家族の 意向に耳を傾けたうえで、ケアプランに記載した内容が利用者や家族の希望に 沿ったものになっているかを確認します。

利用者のニーズや課題を明確にする

利用者が生活の中で、何を大切にしたいのか、何ができるのかなど、利用者のニーズや課題を明確にすることで、より良いサービスの提供につながります。

定期的にケアプランを見直す

月1回以上、ケアマネジャーは利用者宅を訪問して最新の健康状態や生活状況 などを把握するとともに、適切にサービスが提供できているかを確認し、必要 に応じて新たなケアプランを作成します。



社会資源の活用方法

- ①フォーマルな資源 行政や専門機関、病院など
- ②インフォーマルな資源 家族、親族、友人、美容院、本屋、なじみ のレストラン、習い事教室など
- ③クライエント自身が持っている力 内的資源

