

新(令和6年度版)	旧(令和5年度版)
表紙、はじめに(略)	
目次	
目 次	目 次
ケアプランの基本的考え方と書き方 1	ケアプランの基本的考え方と書き方 1
第1表 居宅サービス計画書(1) 2	第1表 居宅サービス計画書(1) 2
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	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
② 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 5	② 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 5
③ 総合的な援助の方針 6	③ 総合的な援助の方針 6
④ 生活援助中心型の算定理由 9	④ 生活援助中心型の算定理由 9
第2表 居宅サービス計画書(2) 11	第2表 居宅サービス計画書(2) 11
① 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) 11	① 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) 11
② 長期目標 15	② 長期目標 15
③ 短期目標 21	③ 短期目標 21
④ 長期目標及び短期目標に付する期間 26	④ 長期目標及び短期目標に付する期間 26
⑤ 長期目標と短期目標の整合性 28	⑤ 長期目標と短期目標の整合性 28
⑥ サービス内容 <u>32</u>	⑥ サービス内容 31
⑦ サービス種別 <u>35</u>	⑦ サービス種別 34
⑧ 頻度 <u>36</u>	⑧ 頻度 35
⑨ 期間 <u>38</u>	⑨ 期間 37
第3表 週間サービス計画表 <u>39</u>	第3表 週間サービス計画表 38
① 週間サービス計画表 <u>39</u>	週間サービス計画表 38
② 主な日常生活上の活動 <u>41</u>	主な日常生活上の活動 40
③ 週単位以外のサービス <u>43</u>	週単位以外のサービス 42
参考資料	参考資料
ケアプランの記載例 <u>45</u>	ケアプランの記載例 44

ケアプランの基本的考え方と書き方

○「ケアプランの考え方」について

ケアプランを作成する最大の目的は、「利用者の生活に寄り添い、利用者の自立を支援すること」です。利用者にとってわかりやすい具体性のある記述力を向上させ、現ケアプランにかかわる課題改善を図ることは、ケアプランの統一性と質を推進することにつながります。また、介護支援専門員にとっては、効果的・効率的なケアプランの作成を推進することになります。そして何より、利用者の自立支援に資するケアプランの作成につながります。

○「ケアプランの書き方」の基本の「き」

ケアプランは、正式な書類（利用者等に対して説明・同意・交付を行う等）として制度に位置づけられ、利用者、支援者両者にとって重きをおかれているものです。そのことを踏まえたとき、正式な書類として、基本の「き」に注意することが必要です。

ケアプラン点検においても、以下に掲げる基本の「き」に対する助言や指摘をすることが少なくありません。

また、『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』の一部改正について（令和3年3月31日老認発0331第6号）の記載要領前文にある【介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする（一部抜粋）】とあるように、利用者本人の計画であり、わかりやすく記載することを大切にします。

- 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 わかりにくい略語（通介 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（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わ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）。

ケアプランの基本的考え方と書き方

○「ケアプランの考え方」について

ケアプランを作成する最大の目的は、「利用者の生活に寄り添い、利用者の自立を支援すること」です。利用者にとってわかりやすい具体性のある記述力を向上させ、現ケアプランにかかわる課題改善を図ることは、ケアプランの統一性と質を推進することにつながります。また、介護支援専門員にとっては、効果的・効率的なケアプランの作成を推進することになります。そして何より、利用者の自立支援に資するケアプランの作成につながります。

○「ケアプランの書き方」の基本の「き」

ケアプランは、正式な書類（利用者等に対して説明・同意・交付を行う等）として制度に位置づけられ、利用者、支援者両者にとって重きをおかれているものです。そのことを踏まえたとき、正式な書類として、基本の「き」に注意することが必要です。

- ① 誤字脱字がある（変換ミスなど）。
- ② 専門用語が多すぎて利用者には理解が難しい。
- ③ わかりにくい略語（通介 生活Ⅱなど）がある。
- 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（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わ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）。

【基本的考え方のポイント】

1. 最初に、利用者等が何に困っているか、困難を感じているかを聴き取ります。
2. その困難に対して、「どうしたい」「どうなりたい」という解決後の姿(目標)を面談のなかで共有します。
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となる生活像は何かを引き出します。
(例:月1回は妻と外食に行くことを取り戻したい。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、**課題分析の結果と手照らし合わせ、「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、「リビングまで歩くこと」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。**

〇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ため、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よく見受けられます。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することにより、「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なります。一方で、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1人の時間をもちたい」と言ったことに対して、「介護負担を軽減したい」とすると意味は似ていても齟齬があることに気づかされます。

また、利用者や家族が発した支援チームへのお礼等(お世話になります等)を表記していることがあります。「お世話になります」「皆さんに感謝です」という言葉は「意向(希望)」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。**

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表記します。
2. 誰の意向であるかを続柄で記載します(例:長男、長女)。
3. 利用者が意向を示すことが困難な場合(例:認知症等による会話困難)には、「利用者に見ましたが明確な回答を得ることができませんでした」という表記もあり得ます。
4. 表記の順番は本人(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。(表記が難しい場合には支援経過記録に残すなど説明が出来るようにする)
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持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や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。

【基本的考え方のポイント】

1. 最初に、利用者等が何に困っているか、困難を感じているかを聴き取ります。
2. その困難に対して、「どうしたい」「どうなりたい」という解決後の姿(目標)を面談のなかで共有します。
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となる生活像は何かを引き出します。
(例:月1回は妻と外食に行くことを取り戻したい。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、「まず、何から始めればよいのか」という今後の方向性をケアマネジャーが判断した分析結果として記載します。
(例:第1に転倒に十分に気をつけながら、「リビングまで歩くこと」に力をいれていきます)。

〇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ため、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よく見受けられます。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することにより、「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なります。一方で、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1人の時間をもちたい」と言ったことに対して、「介護負担を軽減したい」とすると意味は似ていても齟齬があることに気づかされます。

また、利用者や家族が発した支援チームへのお礼等(お世話になります等)を表記していることがあります。「お世話になります」「皆さんに感謝です」という言葉は「意向(希望)」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、わかりやすい表記とするためには感謝の言葉は本欄には不要です。

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表記します。
2. 誰の意向であるかを続柄で記載します(例:長男、長女)。
3. 利用者が意向を示すことが困難な場合(例:認知症等による会話困難)には、「利用者に見ましたが明確な回答を得ることができませんでした」という表記もあり得ます。
4. 表記の順番は本人(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。(表記が難しい場合には支援経過記録に残すなど説明が出来るようにする)
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持つ力や可能性を加味し、また課題分析の結果を踏まえて、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や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。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【利用者及び家族の意向】

- ・(本人) 令和5年6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、長女と一緒に行っていっ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身体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) トイレは自分で何としてでも行きたい
- ・(長女) 毎日、髪の毛とひげ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) 集団で行う体操等すること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しょう
- ・ 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、回復を目指しましょう

○わかりにくい書き方の具体例

【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回でいい
- ・(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)

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【利用者及び家族の意向】

- ・(本人) 令和3年11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、長女と一緒に行っていっ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身体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) トイレは自分で何としてでも行きたい
- ・(長女) 毎日、髪の毛とひげ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) 集団で行う体操等することを強要しないでほしい

【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しょう
- ・ 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、回復を目指しましょう

○わかりにくい書き方の具体例

【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回でいい
- ・(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】

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。

○基本的な考え方

被保険者証を確認し、認定審査会の意見があれば、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には、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にも「特になし」「意見なし」等と記載します。

【基本的考え方のポイント】

1. 介護保険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。(長崎市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を定める条例施行規則第16条)。
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。

○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しておらず、被保険者証を「確認する必要がある」ことを知ら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。さらに、確認していたとしても確認した旨の記録(例:支援経過記録)がなく、様式上の記録にも未記入であるため、確認したかどうか分からないことがあります。

介護保険法第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」、介護保険法第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るため、本欄使用の目的に沿った使用方法に留意します。

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】

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。

○基本的な考え方

被保険者証を確認し、認定審査会の意見があれば、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には、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にも「特になし」「意見なし」等と記載します。

【基本的考え方のポイント】

1. 介護保険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。

○わかりにくい書き方の傾向

まず、被保険者証を確認していないことがあります。さらに、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。また、確認した旨の記録(例:支援経過記録)がなく、様式上の記録にも未記入であるため、確認したかどうか分からないことがあります。

介護保険法第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」、介護保険法第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ます。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)や利用に至る経緯を記載しているケースも散見されるため、本欄使用の目的に沿った使用方法に留意します。

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」と記載すると、本欄を確認した事実が明確になります。
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。

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」と記載すると、本欄を確認した事実が明確になります。
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際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

○基本的な考え方

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あります。そのとき、転倒などが起きる要因の多くは「**服薬忘れによる眩暈が原因**」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「緊急事態の発生する場合」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。

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際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

○基本的な考え方

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、支援チーム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あります。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「緊急事態の発生する場合」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。

☆安心カードの活用について☆

長崎市では「安心カード」が活用されています。緊急時(体調急変時・災害時・徘徊発生時等)に安心カードが適切に発動され活用できるよう、内容をサービス担当者会議等において周知、共有を図っていきましょう。(※利用者同意の上)

☆安心カードの活用について☆

長崎市では「安心カード」が活用されています。緊急時（体調急変時・災害時・徘徊発生時等）に安心カードが適切に発動され活用できるよう、内容をサービス担当者会議等において周知、共有を図っていきましょう。（※利用者同意の上）

【基本的考え方のポイント】

1. 支援チーム全員が認識すべき【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、疾患による急変が想定される場合には、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場合、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。

○わかりにくい書き方の傾向

わかりにくい例として、①サービス名とサービス内容が羅列されている、②入院歴や生活歴などの経過のみが記載されている、③誰にでも当てはまるような文章となっている（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）、④緊急連絡先や主治医の情報等が必要性的判断なく明記されているといったことがあります。

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、チームとして、全員が理解し、共有し、観察し、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. 今すぐにサービスを利用せず「何かあったとき」のために備える旨は、第2表に記載するのではなく、本欄を活用することも可能です(例:妻の状況と相談しながら短期入所等の検討をします)。

【基本的考え方のポイント】

1. 支援チーム全員が認識すべき【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や、また、その場合の対応方法」について記載します。
4. 現時点で利用予定がないサービス等は、第2表への表記の必要ないが、今後、利用の可能性がある場合、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します。

○わかりにくい書き方の傾向

わかりにくい例として、①サービス名とサービス内容が羅列されている、②入院歴や生活歴などの経過のみが記載されている、③誰にでも当てはまるような文章となっている（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）、④緊急連絡先や主治医の情報等が必要性的判断なく明記されているといったことがあります。

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、チームとして、全員が理解し、共有し、観察し、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3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. 今すぐにサービスを利用せず「何かあったとき」のために備える旨は、第2表に記載するのではなく、本欄を活用することも可能です(例:家族の状況と相談しながら短期入所等の検討をします)。

単に書き方としての「〇〇したい・〇〇になりたい」という表記はしません。また、「〇〇したい」だけでは、そのニーズが何かがわからないため、「ニーズに対して〇〇したい」という考え方で記載します。(例: 自宅の風呂だと浴槽をまたぐことができないため、入浴して清潔を保ちたい)。

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: 付き添いサポートを受けることで徒歩での買い物が可能になる/1人で歩くのは転倒する危険があるが、歩行訓練を行うことで、いずれは歩いて買い物に行きたい)。

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うえで設定します。例えば、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、また、食事をつくれないうえ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)は、必然的に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」の表記もよくみられます。例えば現時点では疾患の状態も落ち着いており、定期的を受診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ことがあります。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ケアマネジャー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。**

【基本的考え方のポイント】

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」という表記となります。**
2. 「したい」「なりたい」だけでは、それを阻害している内容(ニーズ)がわからないため、「ニーズに対して〇〇したい」という考え方で記載します。
(例: 今は〇〇だが、〇〇のサポートを受けることで〇〇になりたい)。
(例: 現在は▲▲だが、▲▲の訓練を受けることで▲▲をできるようになる)
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。

〇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」というのは、「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「利用者等の望み」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十分さがあります。利用者がもつ個別ニーズを記載することが重要です。

単に書き方としての「〇〇したい・〇〇になりたい」という表記はしません。また、「〇〇したい」だけでは、そのニーズが何かがわからないため、「ニーズに対して〇〇したい」という考え方で記載します。(例: 自宅の風呂だと浴槽をまたぐことができないため、入浴して清潔を保ちたい)。

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: 付き添いサポートを受けることで徒歩での買い物が可能になる/1人で歩くのは転倒する危険があるが、歩行訓練を行うことで、いずれは歩いて買い物に行きたい)。

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うえで設定します。例えば、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、また、食事をつくれないうえに体重が数か月で何kgも減少している場合には、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」の表記もよくみられます。例えば現時点では疾患の状態も落ち着いており、定期的を受診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ことがあります。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。

【基本的考え方のポイント】

1. 「したい」「なりたい」という利用者自身の意欲を高め、それを引き出した結果として、「〇〇したい」「〇〇になりたい」という表記となります。
2. 「したい」「なりたい」だけでは、それを阻害している内容(ニーズ)がわからないため、「ニーズに対して〇〇したい」という考え方で記載します。
(例: 今は〇〇だが、〇〇のサポートを受けることで〇〇になりたい)。
(例: 現在は▲▲だが、▲▲の訓練を受けることで▲▲をできるようになる)
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。

〇わかりにくい書き方の傾向

利用者の課題(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」というのは、「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「利用者等の望み」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十分さがあります。利用者がも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、具体的なニーズがわかりません。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ないですが、目標やサービス内容等との連動性や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。

書き方のポイント

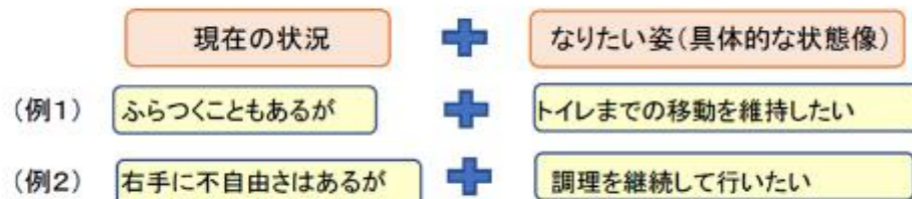
- ① 課題(自立を阻害している要因)が何であるかが明確にわかるような記載をします。
- ② 「〇〇したい」「〇〇になりたい」については、ニーズを解決するために利用者の自覚と意欲(望み)がある場合に「〇〇したい」と記載します。利用者の意欲等が確認できない場合には「〇〇の状況にある」「〇〇が困難な状況」など、現状を示す記載をします。
- ③ 1つのニーズごとに記載します(関連のない複数のニーズを同時に併記しません)。

【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

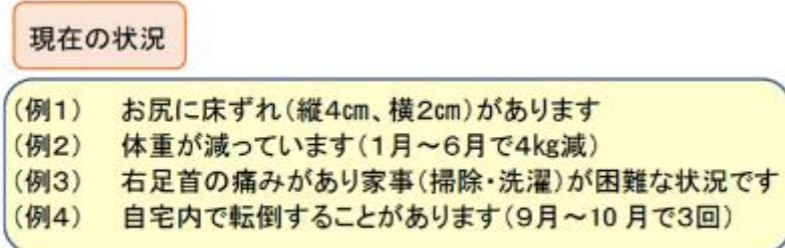


○維持が見込まれる場合



【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



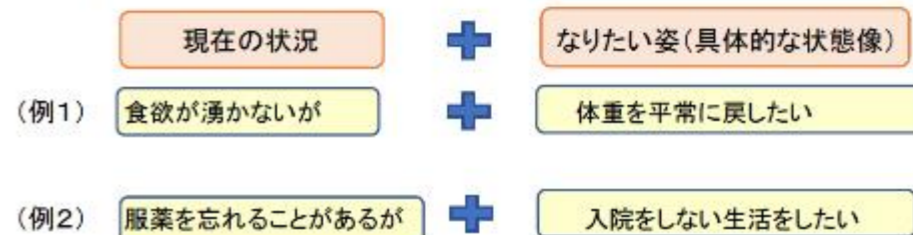
さらに、複数の課題が1つの文章に含まれていてわかりにくいことがあります。例えば、【日常生活全般のサポートを受けたい】という内容で記載されている場合、食事や排泄、掃除や入浴などすべてが含まれた内容となるため、何がニーズかがわかりません。目標設定との連動性や整合性がみえにくいということもあります。必ずしも1つずつニーズを分ける必要はないですが、目標やサービス内容等との連動性や利用者等へのわかりやすさを考慮してニーズ表記の工夫をします。

書き方のポイント

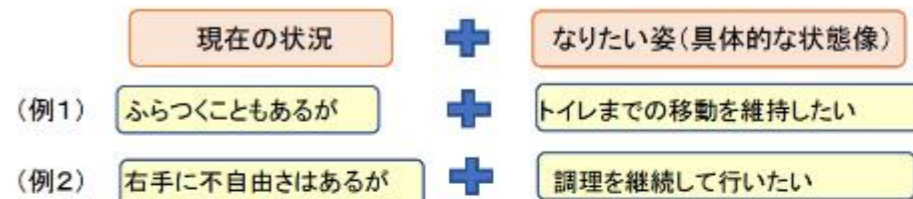
- ① 課題が何であるかが明確にわかるような記載をします。
- ② 「〇〇したい」「〇〇になりたい」については、利用者の意欲(望み)がある場合に「〇〇したい」と記載します。利用者の意欲等が確認できない場合には「〇〇の状況にある」「〇〇が困難な状況」など、現状を示す記載をします。
- ③ 1つのニーズごとに記載します(関連のない複数のニーズを同時に併記しません)。

【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

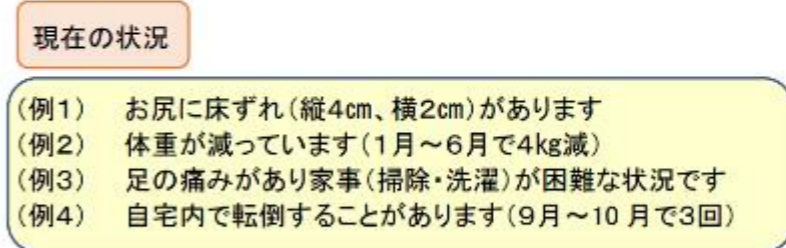


○維持が見込まれる場合



【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



④長期目標及び短期目標に付する期間

【厚生労働省通知】

「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。

○基本的な考え方

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。

期間の表記については、長期目標、短期目標の期間ともに「年月日～年月日」と記載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ものとし、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、終了年月を記載します。また、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。

緊急事態でのサービス利用については、目標として確定しない場合、長期目標期間を設定したうえで、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。

【基本的考え方のポイント】

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～年月日と表記します。
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。

④長期目標及び短期目標に付する期間

【厚生労働省通知】

「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。

○基本的な考え方

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。

期間の表記については、長期目標、短期目標の期間ともに「年月日～年月日」と記載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ものとし、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、終了年月を記載します。

緊急事態でのサービス利用については、目標として確定しない場合、長期目標期間を設定したうえで、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。

【基本的考え方のポイント】

1. 期間設定は、目標達成に必要な期間を第一に考え、一律に認定有効期間とすることは、望ましくありません。
2. 期間設定は、年月日～年月日と表記します。

○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有効期間とし、その半分を短期目標に設定していることがあります。また、短期目標を特段の理由なく6か月等に設定していることもあります。

さらに、期間が「未設定」になっていたり、「年月～年月」「12か月」などと曖昧で不明瞭な表記となっていたりし、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。

第3表 週間サービス計画表**【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週間サービス計画表**○基本的な考え方**

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ます。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には、本人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」になっているなど)。

【基本的考え方のポイント】

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・サポート内容も表記します。

○わかりにくい書き方の傾向

「ケアプランの書き方」の基本の「き」でも記載しましたが、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)、わかりにくい略語で記載している(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、利用者にとってわかりにくい表記となっていることがあります。

事業所で使用しているソフトが原因であったとしても、そのことは理由とならないため、利用者にとってわかりにくい表記となっている場合は改善する必要があります。

第2表に位置付けているサービスが未記載であったり、頻度に相違がある場合等があります。また、サービス名や事業所名の表記があつたりなかったりする場合もあるため、注意します。

第3表 週間サービス計画表**【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週間サービス計画表**○基本的な考え方**

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ます。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には、本人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」になっているなど)。

【基本的考え方のポイント】

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・サポート内容も表記します。

○わかりにくい書き方の傾向

「ケアプランの書き方」の基本の「き」でも記載しましたが、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)、わかりにくい略語で記載している(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、利用者にとってわかりにくい表記となっていることがあります。

事業所で使用しているソフトが原因であったとしても、そのことは理由とならないため、利用者にとってわかりにくい表記となっている場合は改善する必要があります。

また、サービス名や事業所名の表記があつたりなかったりする場合もあるため、注意します。

ケアプランの記載例

※本誌の記載例については、本誌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。なお、第2表は一部分のみ、全てのニーズについて掲載していません。書き方の参考として活用してください。

<維持事例>

事例1 外海周作さん 84歳 要介護2

一人暮らし・認知症(軽度)・裏は山で土砂災害特別警戒地域に指定されている。自治会の仲間とのつながりが昔からある。認知症の進行により、室内の掃除や調理が難しくなっている。訪問介護等の利用と自治会の仲間からの声かけサポート等でごみ出しや洗濯などの家事を継続している。

事例2 稲佐山美子さん 79歳 要介護1

変形性膝関節症・家族が障がい
二男と二人暮らし。同居する二男が事故で高次機能障害となり、二男が担っていた買い物や洗濯を訪問介護で補っている。
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、杖を使った歩行を維持している。

<改善事例>

事例3 出島蘭子さん 72歳 要介護1

うつ病により不安感が強い
三女と同居。夫の死亡によりうつ病を発症。三女はひきこもり状態。訪問介護を活用して生活を整え、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。

事例4 南山手龍馬さん 76歳 要介護1

低体重・低栄養状態・車道まで急こう配な階段が65段ある
一人暮らし。長男は遠方に暮らしており、仕事から休みがとりづらく、支援が難しい。
自宅での清掃中に転倒し、右足首にヒビがはいり、買い物や掃除が出来なくなる。
低体重・低栄養で体力がない状態であったため、通所リハビリや訪問介護、配食サービスの利用、体重の増加、栄養状態の改善を図る。

<施設入居者の事例>

事例5 認知症対応型共同生活介護のケース

事例6 介護老人福祉施設のケース

ケアプランの記載例

※本誌の記載例については、本誌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。なお、第2表は一部分のみ掲載していません。(全てのニーズについて掲載していません。)書き方の参考として活用してください。

<維持事例>

事例1 外海周作さん 84歳 要介護2

一人暮らし・認知症(軽度)・裏は山で土砂災害特別警戒地域に指定されている。自治会の仲間とのつながりが昔からある。認知症の進行により、室内の掃除や調理が難しくなっている。訪問介護等の利用と自治会の仲間からの声かけサポート等でごみ出しや洗濯などの家事を継続している。

事例2 稲佐山美子さん 79歳 要介護1

変形性膝関節症・家族が障がい
二男と二人暮らし。同居する二男が事故で高次機能障害となり、二男が担っていた買い物や洗濯を訪問介護で補っている。
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、杖を使った歩行を維持している。

<改善事例>

事例3 出島蘭子さん 72歳 要介護1

うつ病により不安感が強い
三女と同居。夫の死亡によりうつ病を発症。三女はひきこもり状態。訪問介護を活用して生活を整え、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。

事例4 南山手龍馬さん 76歳 要介護1

低体重・低栄養状態・車道まで急こう配な階段が65段ある
一人暮らし。長男は遠方に暮らしており、仕事から休みがとりづらく、支援が難しい。
自宅での清掃中に転倒し、右足首にヒビがはいり、買い物や掃除が出来なくなる。
低体重・低栄養で体力がない状態であったため、通所リハビリや訪問介護、配食サービスの利用、体重の増加、栄養状態の改善を図る。

事例 5

作成年月日 令和6年 5月 11日

初回 紹介 **継続** **認定済** 申請中

施設サービス計画書(1)

利用者名 E 姓 生年月日 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 OO OO 介護支援専門員

施設サービス計画作成施設名称及び所在地 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

(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、料理に使用したい。
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ふ。
(長女) 母は、お料理をたくさんつくり、皆さんに喜んでもらうことが好きです。しかし、徐々にお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、体を動かしていきます。

介護認定審査会の委員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 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ふ状況があります。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。

(新設)

一部分記載例

作成年月日 令和6年 5月11日

第2表

施設サービス計画書(2)

利用者の 殿

利用者の 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	担当者	頻度 期間
生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)					
季節の変わり目になると、少し元気がなくなると、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	短期目標 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(3000m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。	①月2回 第2・4 (日) ②1日2回 朝屋食後 ③1日8回 朝屋夕食前 令和6年 6月1日 ～ 令和6年 11月30日
忘れることもあるが、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・ 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キッチン片づけ(食器洗い)をします。 ⑥テーブルを拭きます。 ⑦備しロップ(5月)、干し柿(10月)をつくりま す。	①②1回 (星) ③～⑥ 1日1回 (星) ⑦5月・10月 令和6年 6月1日 ～ 令和6年 11月30日

(新設)

事例 6

作成年月日 令和6年 4月 20日

初回 紹介 継続 認定済 申請中

施設サービス計画書(1)

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 女性 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
---------	------	------	------	------	------

利用者及び家族の生活に対する意向

(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。

(要) 元々は、よく食べ、人にとぎやかに過ごすご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。バチナとパイナップルをよく食べるので、元気がつけられるように持っています。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英様のご本人への気持ちがよく伝わります。英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ながら「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提供の留意点

記載なし。

総合的な療育の方針

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て心配があります。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。

(新設)

一部分記載例

作成年月日 令和6年 4月 20日

施設サービス計画書(2)

F 附

第2表

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	(短期)	短期目標	サービス内容	担当者	頻度	期間
食の摂食があまりできず、飲み込みの練習等を行ってほしいこと、通正な体重で生活してほしいこと。 (令和6年4月15日現在、44kg、BMI値17.5)。	体重が47.5kgになること。(BMI値18.5)。	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飲み込みの習慣と練習をします。 ②作業者と血成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食事量と栄養量、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(幅広いお・雑音の他)を選びます。 ⑦好みをします。 ⑧本人の好きな食事を差し入れます。	①富科医師 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本人 ⑦本人 ⑧妻・長女	①月2回 ②月2回 ③食事時 ④月1回 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・身体の向きを变える)を受けたいことにより、床ずれを予防します。	床ずれがでないこと。	令和6年5月1日～令和7年4月30日	皮膚に赤みがないこと。(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、保護フィルムを貼ります。 ③軟膏を塗ります。 ④皮膚の状態に応じて、清拭・手浴・足浴をします。 ⑤体位を確認して、浴室内外での入浴ケア(着替え・洗浄)をします。 ⑥身体への向きを変えます。 ⑦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。 ⑧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月2回 ②月2回 ③週2回 水・金 ④週2回 水・金 ⑤2時間ごと ⑥食事時 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、食事時(30分)は座る生活が可能なことです。	食事時(30分)は座る生活が可能なこと。	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せること。	①背や四肢の関節のストレッチをします。 ②座る姿勢を保持練習をします。 ③重い椅子に座る30分前にはベッドを45度へ背上げします。 ④ベッドから降りずへの乗り移りの支援をします。 ⑤⑥⑦⑧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月4回 ④月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、尿意を感じたり、尿意を感じたときに排泄が難しいこと。	尿意を感じたり、尿意を感じたときに排泄が難しいこと。	令和6年5月1日～令和7年4月30日	1日に1000mlの水分を摂取できること。	①尿量や色、排泄物の異常を確認します。 ②排泄状況に応じて下着等の内服薬を処方します。 ③尿意を感じ、排泄準備をします。 ④排泄状況に応じて下着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医師 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本人	①月2回 ②月2回 ③月1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
体温調整が難しいこと、着ることで平熱(36度台)で過ごすことが難しいこと。	平熱(36度台)で過ごすことが難しいこと。	令和6年5月1日～令和7年4月30日	気温に合った衣服を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衣服を確認します。	①介護職員 ②介護職員 ③本人	①月2回 夕 ②月2回 夕 ③月2回 夕	令和6年5月1日～令和6年10月31日

