

# ケアプランの基本的な考え方と書き方

令和6年度版

長崎市

長崎市介護支援専門員連絡協議会

## はじめに

長崎市では、介護支援専門員等のケアマネジメント技術の向上を支援するため、ケアプラン点検事業を実施するなど、介護支援専門員の資質向上に対する事業を実施してきました。一方、長崎市介護支援専門員連絡協議会では、介護支援専門員の資質向上を図るため、平成12年2月に前身の「長崎市居宅介護支援専門員連絡協議会」を設立し、今日まで多くの研修や学びを会員と共に研鑽してきました。

今までの歩みの中で、常にテーマとなっていたことの一つに【ケアプランの書き方】がありました。「書き方が難しい」、「指導者により言うことに相違があり分からない」というような声も聞かれました。ケアプランは利用者のものであり、具体的で分かりやすく書くものとは分かってはいるけれど難しい。そのような日々の中で今日を迎えています。

長崎市と長崎市介護支援専門員連絡協議会は、その解決策の一つとして、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（運営基準）や「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」（平成11年11月12日老企第29号）及び『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）等を基本とした【ケアプランの基本的な考え方と書き方】を作成することとしました。

本誌に掲載している内容については、介護支援専門員等のケアプランの質が向上すること、長崎市に暮らす要介護者等の自立に資するケアマネジメントが更に推進することを目的としています。本誌の考え方や書き方を一つの参考としてご活用ください。

本誌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ため、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させていただければと思います。

ケアプランの考え方や書き方については、更なる専門性の向上を図るため、年度ごとに見直しをしていきます。介護支援専門員の皆様には、よりよいケアプラン立案を今後目指していく中で本誌の内容に関する建設的な提案をいただきたいと思います。

本誌の作成にあたっては、アドバイザーとして合同会社介護の未来（神奈川県）様の多大なる協力とアドバイスを得られたことにより作成されたことを申し添えたいと思います。

# 目 次

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
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
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
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
② 長期目標	15
③ 短期目標	21
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
⑥ サービス内容	32
⑦ サービス種別	35
⑧ 頻度	36
⑨ 期間	38
第 3 表 週間サービス計画表	39
① 週間サービス計画表	39
② 主な日常生活上の活動	41
③ 週単位以外のサービス	43
参考資料	
ケアプランの記載例	45

# 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）。

## 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

#### 【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。

#### ○基本的な考え方

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、明確かつ具体的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。

まず、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」を深く聞き取ることが重要です。十分に困りごとに耳を傾け、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がみえます。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。

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ります。また、ケアマネジャー自身もそういった抽象的な回答に対して、具体的な質問ができないと、生活の意向が曖昧かつ抽象的なものとなります。

そのため、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（モチベーション）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。なお、利用者の意向は、「これはしたくない」といった感情もあります。内容を吟味した上で必要に応じたアプローチが必要になります。例えば、ご本人の今までの生き方・暮らし方の中で「行いたくないこと」「してほしくないこと」については、意向として尊重すべきことですが、一方で、消極的な気持ちが強いという意味での「これはしたくない」という場合には、積極的な気持ちとなるよう援助する必要があります。

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持つ力・可能性を十分に考慮し、「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、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。

## 【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。

## ○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、「利用者に見つけ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。

## 【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) 集団で行う体操等をするの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」飲むようにしましょう
- ・ 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、確認したかがわ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。



## 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いるとします。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。

## ☆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。

### 〇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の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)。

## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

#### 【チームとして何を行うかが明確になっている】

- ・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（長期目標1年）
- ・食事の量が令和5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（長期目標1年）
- ・服薬を忘れることがあり、そのせいで頭痛・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（令和6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対して、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】

- ・〇〇クリニック 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 〇〇整形外科 △△医師 ◇◇-0120
- ・食事量と飲量が〇〇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）

### ○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となっている】

- ・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

#### 【必要性の判断なく誰にでも記載している】

- ・〇〇病院 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(令和3年3月31日老認発0331第6号)

### 【厚生労働省通知】

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)

### ○基本的な考え方

訪問介護の生活援助の回数を問わず、生活援助が必要な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。

#### 【基本的考え方のポイント】

1. 訪問介護の生活援助を利用が必要な場合は記載します(回数を問わない)。
2. 1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。

## ○わかりにくい書き方の傾向

生活援助を利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。

### 書き方のポイント

1. 訪問介護(生活援助)が必要な場合には、回数を問わず、該当する欄に○を付します。
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。

## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

#### 【その他の「事情の内容」が簡潔明瞭になっている】

- ・妻は持病（リウマチ）があり、寒い季節は痛みが強くなり家事が難しくなる。
- ・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。（特に食事の準備）
- ・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ない。

### ○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



## 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)

#### 【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。

#### ○基本的な考え方

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。その内容は、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。これらの課題と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。○○したいという表記は重要ですが、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。具体的にいえば、ケアマネジャーが抽出したニーズの説明をしていくなかで、利用者が今後の生活を意欲的(前向き)にとらえ、ニーズを自分自身の生活の目指す姿として、「○○になりたい・取り戻したい」というような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。

しかし、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もあります。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(意欲の有無が確認できない・意欲が低い等)場合やニーズに対する認識や自覚がない(不十分)場合については無理に「したい・になりたい」と書くことで不自然な表記となります。その場合には、状態や状態像を記載します。具体的には、「お尻に○○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。

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、そのニーズが何か分からないため、「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、定期的に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)。については、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」「になりたい」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」「になりたい」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。

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

	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)が困難な状況です
- (例4) 自宅内で転倒することがあります(9月～10月で3回)



## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

#### 【個別的で具体的な内容になっている】

##### ○ニーズを改善したいなどの意欲がある場合

- ・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
- ・1人での外出は転倒の危険があるが、スーパーまで買い物に行きたい
- ・浴槽を1人でまたぐことは難しいが、自宅の浴槽で入浴がしたい

##### ○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る（過去2回、脱水症状あり）

### ○わかりにくい書き方の具体例

#### 【利用者(家族)の希望(デマンド)のみで記載されている】

- ・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になっている】

- ・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が記載されている】

- ・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てわかりにくい】

- ・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、トイレにも自分で行けるようになりたい

## ②長期目標

### 【厚生労働省通知】

「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。

### 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について【平成 11 年7月 29 日老企第 22 号】第二 3(8)⑧居宅サービス計画原案の作成(第八号)より抜粋

提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業者側の個別のサービス行為を意味するものではないことに留意する必要がある。

### ○基本的な考え方

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、具体的かつ明確に記載します。抽象的であったり、曖昧な表現であったりすることにより、読み手の価値観によって、そのとらえ方が変動してしまうからです。目標は、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されていることから、そのニーズが明確であることと対で考える必要があります。つまり、前述したように「〇〇したい」だけでは、その「〇〇をしたい」を阻害している要因がわからないため、まずは、その阻害要因を明確にします。その阻害要因に対して、介護保険等のサービス等を活用することになるため、長期目標は、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、「浴槽をまたぐことに危険はあるが、自宅の浴槽で自力で入浴したい」というニーズに対して、「1人で自宅の浴槽で入浴ができること」という目標になります。また、目標は、「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、利用者本人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することも重要となります。

### 【基本的考え方のポイント】

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. 具体的な内容であり、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(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について【平成 11 年7月 29 日老企第 22 号】第二 3(8)⑧居宅サービス計画原案の作成(第八号)より抜粋)。

## ○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で利用者自身が何を目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状況が不明瞭になり、「何となく」という曖昧な支援を行うこととなります。

また、目標が本人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（「○○になりたい」という書き方）になっていたりします。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。

### 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・安楽・健康・再発)。
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



## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

ここでは、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など、それぞれの書き方を記載しています。

#### 【個別的で具体的な内容になっている】

##### ○清潔保持

###### 【改善が見込まれる場合】

- ・ゴミ捨てを自分で行うことができる
- ・自分で身体を拭くことで、全身にかゆみがない
- ・1人で入浴できる

###### 【現状維持が見込まれる場合】

- ・ゴミ捨てを自分で行うことで、清潔な環境が継続できている
- ・自分で身体を拭くことで、かゆみのない生活が継続できている
- ・1人での入浴が継続できている

##### ○家事

###### 【改善が見込まれる場合】

- ・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
- ・洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）ができる
- ・立った姿勢で調理ができるようになる

###### 【現状維持が見込まれる場合】

- ・工夫した掃除用具を使用し、かがむことなく床ふきを毎日継続できている
- ・洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）が継続できている
- ・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

##### ○生活動作

###### 【改善が見込まれる場合】

- ・1人でコミュニティバスに乗り、出かけることができる
- ・トイレに1人行ける
- ・身だしなみ（ひげと頭髪）を整えることができる
- ・自家用車の乗り降りが1人でできるようになる
- ・畑で野菜作りができる

###### 【現状維持が見込まれる場合】

- ・1人でコミュニティバスに乗り、出かけることが継続できている
- ・トイレに1人行けることが継続している
- ・身だしなみ（ひげと頭髪）を整えることが継続できている
- ・1人での車の乗り降りが継続できている
- ・畑で野菜作りが継続できている

##### ○歩行、移動

###### 【改善が見込まれる場合】

- ・杖を使用して、1人で自宅内の歩行ができるようになる
- ・屋外（玄関前）の段差につまずかずに歩行できる
- ・立ち上がりからの歩行が1人でできる
- ・自宅前の階段 30 段の昇降ができ駐車場に行ける

**【現状維持が見込まれる場合】**

- ・杖を使用して、1人で自宅内の歩行が継続できている
- ・屋外の段差につまずかずに歩行することが継続できている
- ・立ち上がりからの歩行が自力で継続できている
- ・自宅前の階段 30 段の昇降ができ駐車場に行ける状態を維持できている

**○保健医療****【改善が見込まれる場合】**

- ・嚥下（飲み込み）状態が改善され、誤嚥性肺炎を起こさない
- ・服薬カレンダーを活用し、飲み忘れをしない
- ・糖尿病が悪化せず入院しない（血糖値 110mg/dL 以下）

**【現状維持が見込まれる場合】**

- ・嚥下（飲み込み）状態を維持し、誤嚥性肺炎を起こさない生活が継続できている
- ・服薬カレンダーを活用し、飲み忘れがない状態が維持できている
- ・糖尿病が悪化しない状況を継続できている（血糖値 110mg/dL 以下）

**【数値化されている】****【改善が見込まれる場合】**

- ・55 kg（標準内）の体重になる
- ・500m先の娘の家に歩いて行ける
- ・700m（最寄りバス停までの距離）を休憩しながら歩行できる
- ・血圧が上 120mmHg・下 80mmHg 以下になる
- ・夜は6時間の睡眠がとれるようになる（日中に寝ない）

**【現状維持が見込まれる場合】**

- ・55kg（標準内）の体重を維持できている
- ・500m先の娘の家に歩いて行くことを継続できている
- ・700m（最寄り駅までの距離）を休憩しながら歩行することを継続できている
- ・血圧が上 120mmHg・下 80mmHg 以下を維持できている
- ・夜は6時間の睡眠が今まで同様に継続してとれている

## ○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となっている】

- ・自宅で暮らすことができる（長期目標がこの1点のみということがあります）
- ・定期的な医学管理を受けることで、自宅での生活ができる（すでに定期的に受診等しているにもかかわらず、医学管理を受けることが目標になっている）
- ・体調管理をしながら1人暮らしが続けられる（体調管理の結果（状態）が不明）
- ・生活支援を受けることで1人暮らしが続けられる
- ・できる限り自宅での1人暮らしが続けられる
- ・病気に対する不安の軽減ができて、在宅生活が維持できる
- ・移乗動作が安定して、在宅生活が維持できる
- ・心身の健康を保ち、在宅生活を継続する
- ・介護サービスを使って、在宅生活が継続できる
- ・活気をもって生活ができる（活気にあたる生活像がわからない）
- ・明るい気持ちで生活することができる（明るい気持ちにあたる生活像がわからない）

### 【目標でなく利用者等の意向になっている】

- ・家族の負担を軽くしながら自宅での生活を継続したい

### 【複数の目標が同時に表記されている】

- ・病状が安定し自宅での生活が送れる（病状の安定と自宅での生活継続という複数の目標が同時に記載）
- ・気になることは相談して自宅で過ごすことができる（気になることは相談することと自宅での生活継続という複数の目標が同時記載）
- ・福祉用具を利用することで寝たり起きたりするときの転落や転倒を防ぎ、ケガなく、自宅での生活を続けることができる（転落・転倒予防と自宅での生活継続という複数の目標が同時に記載）
- ・両手で支えながら歩行することで転倒を防ぎ、不安なく外出でき、性格も明るくなる（転倒予防と性格が明るくなることという複数の目標が同時に記載）
- ・床ずれを予防し、よく眠れることで自宅での生活ができる（床ずれ予防と熟眠と自宅での生活継続という複数の目標が同時に記載）
- ・ベッドから離れて過ごすことができるようになり、明るい生活が送れる（ベッドから離れて過ごすことと明るい生活という複数の目標が同時に記載）

### 【目標の背景となる状況が目標になっている】

- ・虫の発生等を予防できる
- ・日用品の不足や家電の故障等により生活に支障がでることを予防する
- ・友人をつくり、楽しい時間を過ごせている（それにより、「自宅で日中は起きて過ごすことができる」）
- ・通院治療ができる（通院治療ができることにより、「血圧が安定し、めまいを起こさない」）

### 【曖昧な表現や抽象的な内容になっている】

#### ○清潔保持

- ・居室内の環境整備ができて気持ちよく生活できる
- ・身体の清潔が保たれ皮膚トラブルがない
- ・安全で安心な入浴ができる
- ・定期的にデイサービスで入浴ができる

### ○家事

- ・自分ではできない部分を手伝ってもらい、できる家事を増やしていく
- ・身のまわりのことが自分でできる
- ・身のまわりの片づけや整理は自分で行う
- ・着替え、家事（洗濯・食器洗い）

### ○日常生活

- ・生活のなかで役割を見つけ、生活のなかに取り戻し、続ける
- ・規則正しい生活により、生活リズムが安定する
- ・ショートステイ先でできるようになったことを、自宅の生活に活かしていく
- ・コミュニケーション量を確保し、今の心身機能でできていることを継続できる

### ○歩行

- ・体調によって自宅近くを散歩できている
- ・可能な範囲で外出機会をつくり気分転換ができる
- ・安心して好きな散歩が続けられる
- ・安定した歩行ができるようになり元気でいられる
- ・動きが悪くならない程度の歩行を維持できる

### ○認知機能

- ・もの忘れが悪化せず他者と協調できる
- ・もの忘れを進行させない

### ○保健医療

- ・体重の増加を予防する
- ・医師から指示されている体重を維持する（体重が未記載）
- ・間違いなく薬が飲める
- ・転倒によるケガを予防する

### 【利用者以外の目標になっている】

- ・医療との連携体制ができて、主治医に安心して相談できるようになる
- ・緊急連絡体制を確保し、ご本人の不安を取り除く
- ・継続的な医学管理により健康状態の維持を図る
- ・体調管理と疾病の対応ができる
- ・家族が、自分の時間を持っている

### ③短期目標

#### 【厚生労働省通知】

「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。

#### ○基本的な考え方

個々の価値観等でとらえ方が変動しないような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、判断によって状態像や目標像が変わります。

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。長期目標は、ニーズから、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状態です。それに対して、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状況として「上着を自分で着ることができる」「上衣のボタンを自分でできるようになる」などとなります。

#### 【基本的考え方のポイント】

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。

#### ○わかりにくい書き方の傾向

長期目標と短期目標の内容(文言)が全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、複数の目標になることがありますが、整合性がとれるよう注意します。



## 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・安楽・健康・再発)。
- 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ている

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  
②便座に回転しながら腰かけられる

## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

#### 【個別的で具体的な内容になっている】

##### ○清潔保持

- ・「皮膚トラブル（全身のかゆみ）」がない
- ・髪を自分でとかすことができる
- ・渡された歯ブラシを持ち、自分で歯磨きができる
- ・自分でタオルを持ち、左半身を拭くことができる
- ・お尻が赤くなったりしない（床ずれにならない）
- ・全身に塗薬（かゆみ止め）を自分で塗る
- ・タオルを左手に持ち、自分で顔を拭ける

##### ○家事

- ・洗濯物をたたみ、タンスに整理することができる
- ・洗濯機に脱いだ衣類を入れることができる
- ・ベッドの周りを整理整頓できる
- ・奥様と一緒に玄関の掃除ができる

##### ○日常生活

- ・足りない日用品や必要な修繕を確認し、必要物品リストがつくれる
- ・靴ひもが自分で結べている
- ・トイレに行くときに奥様に声をかけることができる

##### ○歩行、移動

- ・右足の引きずり歩行をしないで歩ける
- ・新聞を玄関まで取りに行くことができる
- ・週2回以上の屋外で歩行ができる
- ・寝起きや立ち上がりを柵につかまりながら自分でできる

##### ○食事

- ・食事の半分は自分で食べられるようになる
- ・食事時に服薬カレンダーから薬を出せる

#### 【数値化されている】

- ・ベッドから部屋明かりのスイッチ部（約3m）まで歩ける
- ・自宅前のゴミステーション（約10m）にゴミを捨てることができる
- ・自宅からバス停（約200m）まで1人で歩くことができる
- ・1人で移動スーパー（300m先）に買い物に行くことができる
- ・30分程度の散歩（片道500mの公園まで）ができる
- ・毎日40分程度の時間をかけてコンビニへ新聞を買いに行くことができる
- ・体重が49kgになる
- ・1日2000ccの水分を飲んでいる（脱水症状がない）

## ○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になっている】

- ・膝の痛みを軽減し、在宅生活を継続できる
- ・風呂場やトイレの掃除などの支援を受けながら、在宅生活を継続できる
- ・自分でできることは自分で行い、1人暮らしを続ける

### 【複数の目標が同時に表記されている】

- ・食事を全量食べることで、歩行時にふらつかない
- ・体調のよいときに簡単な調理をしたり、買い物に行ったりすることができる

### 【目標の背景となる状況が目標になっている】

- ・毎日3食の食事が確保できる（3食確保できることで、適正な体重が維持されている）
- ・他者との交流やレクリエーションに参加し身体を動かす（身体を動かすことで、スーパー（300m先）まで買い物に行ける）
- ・他者と話をしたり行事に参加したり楽しく過ごせる（楽しく過ごせることで、洋服を自分で選ぶようになる）

### 【曖昧な表現や抽象的な内容になっている】

#### ○清潔保持

- ・トイレ・浴室の掃除をしてもらう
- ・安全に入浴ができ、さっぱりした気分になる
- ・湯船でリラックスできる

#### ○家事

- ・重労働の家事を手伝ってもらう
- ・定期的に掃除ができる

#### ○日常生活

- ・家族と離れて過ごす時間をもつ
- ・介助により外出し交流の機会を得る
- ・レクリエーションや塗り絵などの楽しみの時間をもつ

#### ○歩行、移動

- ・安全に歩行できる
- ・思い立ったとき、自分の好きなときに1人でも外出できる
- ・トイレの立ち上がりがしやすくなる

#### ○認知機能

- ・もの忘れにより他人に迷惑をかけない
- ・もの忘れを予防し、服薬忘れを防ぐ

#### ○保健医療

- ・痛みが軽減している
- ・血糖値、血圧のコントロールができる
- ・処方どおりの薬が服用でき病状も安定する
- ・飲み忘れが減らせる

### ○食事

- ・おいしく食べられて毎日の食生活が整う
- ・食事の塩分を控える
- ・3食、バランスのよい食事が摂れている

### ○身体機能

- ・通い慣れたデイサービスで運動ができ、心身とも健康になれる
- ・痛みのないときは、デイサービスでの上肢機能訓練を行う
- ・機能訓練をして維持する

### 【利用者以外の目標になっている】

- ・緊急時の対応ができる
- ・安否確認ができるようにする
- ・定期的に病状管理をして異常の早期発見ができる

## ④長期目標及び短期目標に付する期間

### 【厚生労働省通知】

「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、終了年月を記載します。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、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。

## ○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。

### 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表記とします。
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も検討・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等を記載します)。

### 【書き方の具体例】

#### ○わかりやすい書き方の具体例

- ・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

#### ○わかりにくい書き方の具体例

- ・6か月
- ・年月～年月
- ・未記載
- ・短期目標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

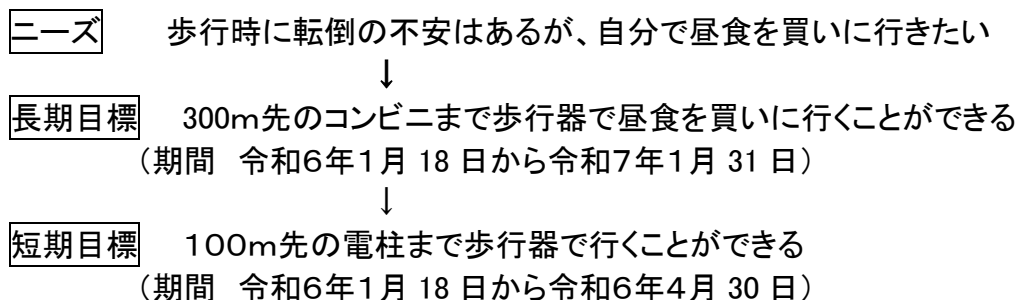
### ○基本的な考え方

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。以下は、その具体例です。

#### 【基本的考え方のポイント】

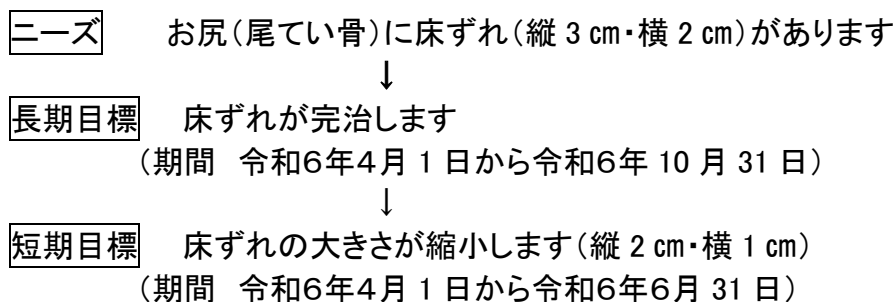
1. 解決すべき課題（ニーズ）に応じて設定期間の判断をします。
2. 長期目標を解決するための段階的目標（短期目標）が、何段階にもなる場合（例：6か月では、〇〇の状態が達成する。そして、12 か月で長期目標に到達する）には、短期目標の内容を変更します。

#### 【例1】



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、長期目標の段階として短期目標は「100m先の電柱まで歩くことが令和6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、令和7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。

#### 【例2】



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、6月30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。

## 書き方のポイント

- 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)を踏まえて検討・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。



## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

#### 【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

- ・長期 ⇒身体の清潔（全身にかゆみがない）が保てる
- 短期①⇒1日おきに入浴できる
- 短期②⇒左手でタオルを持ち、身体を拭ける
  
- ・長期 ⇒見守りを受け、自分で入浴ができる
- 短期①⇒背中・頭以外は、自分で洗うことができる
- 短期②⇒衣類を自分で脱ぐことができている

##### ○家事

- ・長期 ⇒洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）ができる
- 短期 ⇒見守りを受けながら、洗濯物を干すこと、取り込むことができる
  
- ・長期 ⇒自分で調理ができるようになる
- 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
  
- ・長期 ⇒ごみ捨て場にごみを自分で持っていける
- 短期①⇒ごみの区分けができる
- 短期②⇒自宅から玄関までごみを出すことができる
- ・長期 ⇒かがむことなく床ふきを自分で行える
- 短期①⇒食卓やテーブルを拭くことができる
- 短期②⇒立った姿勢を10分は継続できる

##### ○生活動作

- ・長期 ⇒身だしなみ（ひげと髪）を整えることができる
- 短期①⇒頭や口の近辺まで、手を動かすことができる（可動域）
- 短期②⇒鏡をみて、クシを持って髪をとかせる
  
- ・長期 ⇒車の乗り降りができるようになる
- 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
- 短期②⇒玄関から車まで歩行器で移動できる
  
- ・長期 ⇒トイレで用を足すことができる
- 短期①⇒居室からトイレまで歩ける
- 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
  
- ・長期 ⇒夜に6時間の睡眠がとれる（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
  
- ・長期 →1人で外出ができる
- 短期 →でかける準備ができる

## ○歩行、移動

- ・長期 ⇒1人でコミュニティバスに乗り、スーパーへ出かけられる
- ・短期 ⇒バス乗り場まで行くことができる
  
- ・長期 ⇒屋内の移動が自分でできる
- ・短期 ⇒付き添いがあれば、居室からリビングへの移動ができる
  
- ・長期 ⇒浴室に1人で入ることができる
- ・短期 ⇒部屋から脱衣室まで移動できる
  
- ・長期 ⇒杖を使用して屋内が歩ける
- ・短期 ⇒歩行器を使用して屋内歩行ができる
  
- ・長期 (12 か月) ⇒1 km 先の娘の家に歩いて行ける
- ・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
- ・短期 (6 か月) ⇒歩行器を使い、1人で 500m 歩くことができる
  
- ・長期 (12 か月) ⇒800m (最寄りバス停までの距離) 歩行できる
- ・短期 (3 か月) ⇒見守り 屋外を 300m 歩行できる
- ・短期 (6 か月) ⇒500m 歩行できる

## ○保健医療

- ・長期 ⇒自分で服薬カレンダーを活用し、薬が飲めている
- ・短期 ⇒声かけを受けて、服薬カレンダーから薬を取り出し、服用できる
  
- ・長期 ⇒糖尿病が原因で入院しない (空腹時の血糖値 110 mg/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
  
- ・長期 (12 か月) ⇒血圧が上 130mmHg・下 70mmHg 以下になる
- ・短期 (6 か月) ⇒血圧が上 140mmHg・下 80mmHg 以下になる
  
- ・長期 (12 か月) ⇒55 kg (標準内) の体重になる
- ・短期 (3 か月) ⇒体重が 50 kg→52 kg になる
- ・短期 (6 か月) ⇒体重が 52 kg→53 kg になる

## 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、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、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。

### ○基本的な考え方

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」というように記載します。

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したうえで記載します。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(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。加算名(例：個別機能訓練加算)を記載する必要はありません。

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。

#### 【基本的考え方のポイント】

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表記をします。
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。

## 〇わかりにくい書き方

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、加算名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。

### 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. どの身体部位のどのようなサービスか、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。  
※利用者が分かりやすいよう、専門職特有の具体的な支援内容の表記は避けます。  
（大腿四頭筋等の特定の部位名や、アリセプト等の薬品名など）
3. 支援者が行う内容とセルフケアの違いがわかるよう表記を工夫します。  
（ヘルパー）洗濯物干し  
（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表記にします。  
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）  
洗濯物干しを一緒に実施（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）

## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

#### 【簡潔で具体的な内容になっている】

##### ○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

- ・安定して歩けるよう4点杖を貸し出します
- ・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

##### ○福祉用具購入

- ・夜間一人での歩行が不安定のため、ポータブルトイレを設置します
- ・立ち座りが容易にできるようシャワーチェアを設置します

##### ○住宅改修

- ・階段での移動が安定するよう、階段の右側に手すりを設置します
- ・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
- ・一週間の献立を検討します
- ・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

- ・〇〇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）

### ○わかりにくい書き方の具体例

#### 【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（単語のみ表記）
- ・個別機能訓練加算・入浴介助加算（加算項目のみ表記）

## ⑦サービス種別

### 【厚生労働省通知】

「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。

### ○基本的な考え方

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、わかりにくい略字や専門用語は使用しません。

### 【基本的考え方のポイント】

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。

### ○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」という表記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。

サービス種別のなかでよくある間違いとして、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（介護保険の支給限度額内か限度額外かに関わらず明記します）。

### 書き方のポイント

1. 利用者にわかりやすく記載します（略語は使用しません（訪看・地通介））。
2. 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。

### 【書き方の具体例】

#### ○わかりやすい書き方の具体例

- ・○○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】

「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。

### ○基本的な考え方

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、標準事項として検討し、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。具体的には、「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）。

### 【基本的考え方のポイント】

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、わかりやすい表記の工夫をします。

### ○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ておらず、必要な理由が不明瞭なことがあります。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。

### 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。

## 【書き方の具体例】

### ○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の木曜日）
- ・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）
- ・ベッド使用时又はベッド滞在時（福祉用具貸与 ベッド等）

### ○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～



## ⑨期間

### 【厚生労働省通知】

「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。

### ○基本的な考え方

期間は、基本的に「短期目標の期間」と同一とします。その理由は、「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～年月日で表記し、原則ケアプランの同意日以降が期間のスタート日となるよう留意します。緊急対応等の場合においては、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。

#### 【基本的考え方のポイント】

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。

### ○わかりにくい書き方の傾向

長期目標の期間と同一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～年月日という表記でなく「6か月」というような表記は、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。

#### 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～年月日で表記します。
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。

#### 【書き方の具体例】

##### ○わかりやすい書き方の具体例

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

##### ○わかりにくい書き方の具体例

- ・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

### 【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つたりする場合もあるため、注意します。

## 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)。

## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

- ・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。

### ○基本的な考え方

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)についても記載します。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把握(記載)します。

夜間に何度もトイレに通っている等がある場合には、「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。

#### 【基本的な考え方のポイント】

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。

### ○わかりにくい書き方の傾向

未記載や食事のここのみ記載されていることがあります。それは、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になります。また、本人の活動ではなく、支援者の行う支援内容や介護保険サービスのみ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あり、介護する側の予定を記入する欄ではないことに留意します。

#### 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。

## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

#### 【簡潔で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)
- ・ (45 分程度) 立ち上がり練習、スクワット
- ・ トイレ (21 時ごろから 2 時間おき)

### ○わかりにくい書き方の具体例

#### 【支援者の予定が記載されている】

- ・ 口腔ケア
- ・ 入浴介助
- ・ 夜間巡回

#### 【食事のみが記載されている】

- ・ 朝食・昼食・夕食

#### 【介護保険サービスのみが記載されている】

- ・ 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。

#### ○基本的な考え方

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には、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、世帯において複数の要介護者等がいる場合に（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）。

本人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。本人の了解を得たうえで、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。

#### 【基本的考え方のポイント】

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。

#### ○わかりにくい書き方の傾向

記載がまったくない（未記載）ことがあり、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ておらず、頻度の記載がないことがあります。それは、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あることとなります。

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。

## 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。

## 【書き方の具体例】

### ○わかりやすい書き方の具体例

#### 【週単位以外のサービスの記載がある】

- ・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）
- ・移送支援（2 週に 1 回）
- ・グランドゴルフ、カラオケ（2 週 1 回）
- ・美容院・ネイルサロン（2 か月に 1 回、次女）

#### 【受診等の記載がある】

- ・〇〇クリニック 外来（月 1 回）
- ・△△整形外科 外来（3 か月に 1 回）
- ・原爆検診 外来（6 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】

- ・友愛訪問（2 週間に 1 回 民生委員、自治会、）
- ・買い物移動販売・配達（週 1 回 木曜日）
- ・ゴミ捨て（週 2 回 第 2 火曜日 隣人）

# 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



居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 令和 6年 1月 20日

利用者名	外海周作	殿	生年月日	昭和 13年 5月 1日	住所	長崎市
居宅サービス計画作成者氏名	〇〇 〇〇					
居宅介護支援事業者・事業所名氏名及び所在地	A居宅介護支援事業所・長崎県長崎市					
居宅サービス計画(変更)日	令和 6年 1月 6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 5年 1月 6日			認定の有効期限	令和 5年 2月 1日 ~ 令和 8年 1月 31日	

初回・紹介・継続・認定済・申請中

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、間違えてごみ出しをしてしまったとき、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1人暮らしになってしまったので、自分のできること（調理・洗濯・散歩）はして長年暮らしてきたこの家を守っていかうと思います。

長女：最近、電話で話していること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出来る範囲の家事（特に調理）を行いながら生活を続けて欲しい。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）を継続していきたいでしょう。忘れっぽいという点については、自分でも「一つひとつ確認」するようにしていきたいでしょう。

**介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定**

特になし

**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、家事をすることがあるのを忘れてしまいますことを忘れないように一緒に確認できるような工夫の提案を行います。支援チームは、家事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掛け、冷蔵庫内の消費期限の確認などを行います。また、安心カード（急変時・災害時対応版）を確認し災害時に備えていきます。

医療機関 〇〇クリニック △△△△先生 0000-0000-0000 〇〇〇〇（長女） 111-1111-1111

**生活援助中心の算定理由**

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）

上記サービス計画について説明を受け、内容を同意し受領しました。

同意年月日 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)

要介護度	要介護 2	作成年月日	令和	年	月	日
利用者名	外海周作 殿					

生活全般の会消すべき課題 (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ごみを出す日を忘れていたり、間違えたりすることもあるが、声かけ等の支援を受けながら、ゴミ捨ては自分で行いたい。	決まった日のゴミ出しが継続できる。	令和6年2月1日 ～ 令和7年1月31日	ゴミの分別を行い、決まった日にごみ収取場所へ捨てる事ができる。	令和6年2月1日 ～ 令和6年7月31日	①ごみの日に声掛けをする。 ②ごみを分別し、指定の場所に捨てます。 ③燃やせるごみの日・燃やせないごみの日・生類の日を確認するよう、ゴミ出しの前日に電話をかけます。	①自治会の仲間 ②本人 ③長女		①②③ 週3回 (月・水・木)	令和6年2月1日 ～ 令和6年7月31日
②洗濯手順や方法を忘れてしまふことがあるので、声かけ等の支援を受けながら、自分で洗濯をしたい。	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、しまふ)ができる。	令和6年2月1日 ～ 令和7年1月31日	声かえや確認をしてもらうことで、洗濯物を洗濯機に入れること等を継続できる。	令和6年2月1日 ～ 令和6年7月31日	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脱水が終わった事を知らせ、洗濯物を一緒に干します。(身体) ④乾いた衣類の取り込み・たたみを一緒にします(身体)	①本人 ②一④ 訪問介護		①週2回 (火・土) ②一④ 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 外海 周作 様

	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								起床・着替え・洗面 雨戸開け・仏壇にお茶 朝食の支度・朝食
8:00	自治会の方の声かけで 燃やせるごみ出し		自治会の方の声かけで 燃やせるごみ出し	自治会の方の声かけで 燃やせるごみ出し				テレビ・ニュース(30分) ごみをまとめる・ごみ出し
10:00		訪問介護				訪問介護		洗濯
12:00								昼食の支度・昼食 昼寝(30分) 体操・趣味活動
14:00								散歩30分から1時間 (近隣知人と随先で会話)
16:00								洗濯物の取り込み
18:00								夕食の支度・夕食 長文宅へ電話
20:00								就寝
22:00								(夜間2時間おきトイレ)
0:00								

①○○クリニック通院(月1回 長女同行)  
②サロン(毎月第3金曜日 10時-12時)

週単位以外の  
サービス

居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 令和5年 12月 25日

利用者名	稲佐山 美子	殿	生年月日	昭和 18年3月 29日	住所	長崎県長崎市
居宅サービス計画作成者氏名	◇◇	◇◇				初回・紹介 ・ <b>継続</b>
居宅介護支援事業者・事業所名氏名及び所在地	B居宅介護支援事業所・長崎県長崎市					
居宅サービス計画(変更)日	令和5年12月25日					
認定日	令和 4年12月20日		認定の有効期限	令和 6年 1月 1日 ~ 令和 8年 12月31日	初回居宅サービス計画作成日	令和 元年 7月 1日

要介護状態区分	<b>要介護1</b> ・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>本人：膝の状態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、杖で歩いている状態を続けていきたいです。</p> <p>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、息子と協力して暮らしていきたいです。</p> <p>二男：自分の事故で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。</p> <p>今後の方向性：家事を行うという責任感を全うしていただけたら、今まで同様に[医師の膝に対する判断]をもとにしつつ、杖で歩きながら屋内外を移動し、二男様のために美味しい食事作りを続けていきたいと思います。</p>
------------------------------	--

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
------------------------	------

総合的な援助の方針	<p>変形性膝関節症があり、膝(特に右足)に負担がかかる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。</p> <p>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せんので、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、必要に応じて医師等に相談いたします。</p> <p>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。</p>
-----------	---

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

上記サービス計画について説明を受け、内容を同意し受領しました。

同意年月日	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)

要介護度	要介護1	作成年月日	令和 5年 12 月 25日
利用者名	稲佐山 美子	殿	

生活全般の会消すべき課題 (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
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きたい	杖を使用して一人で外出することが維持できている。	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 ②自宅の回りを歩く(約15分)ことが継続できている	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自宅前にある公園内の(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)	〇〇整形 外科	①② 月1回 ③ 1日2回 ④屋敷後	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おうことで、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せん。	できない部分は無理をせず、自分で行っている家事(調理・掃除・洗濯の一部)が継続できている。	令和6年 1月1日 ～ 令和6年 12月31日	1日3食ごはんを作って二男に食べさせることができている。	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洗濯物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	①④ 訪問介護(生活援助) ②③④ 本人 ③二男 ⑤長男	〇〇訪問 介護事業所 (火・木)	①④ 週2回 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 稲佐山 美子 様

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

①〇〇整形外科通院(月1回 長男の車にて)  
②美容院(隔数月の2か月に1回 長男同行)

週単位以外のサービス

居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 令和 6年 1月 5日

利用者名	出島 蘭子	殿	生年月日	昭和 25年 3月 1日	住所	長崎県長崎市	初回・紹介・継続	認定済・申請中
居宅サービス計画作成者氏名	△△△△							

居宅介護支援事業者・事業所名氏名及び所在地	C居宅介護支援事業所・長崎県長崎市							
-----------------------	-------------------	--	--	--	--	--	--	--

居宅サービス計画(変更)日	令和 6年 1月 5日	初回居宅サービス計画作成日	令和 5年 1月 5日
認定日	令和 4年 12月 24日	認定の有効期限	令和 5年 1月 1日 ~ 令和 6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	<p>(本人) 今は何もしたくないけど、もし、その気になる日があったら趣味だったパッチワーク教室に行きたいです。一緒に住んでいる娘の為に家事をしっかりとやりたいが、元気がないので申し訳なく思っています。</p> <p>(長女) 以前のようには外出好きな母に戻ってほしいです。三女の負担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。</p> <p>(三女) 1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いきたいです。母には以前のようには、パッチワーク教室に通えるなってほしいです。</p> <p>今後の方向性：少しづつ元気が戻って来たら、三女さんたちの為にも専門学校や、趣味活動をしていきたいと思います。外に出て身体を動かさず働きは続けていきたいと思います。</p>
------------------------------	---

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
------------------------	------

総合的な援助の方針	<p>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サポートいたします。</p>
-----------	--

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

上記サービス計画について説明を受け、内容を同意し受領しました。

同意年月日	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)

要介護度	要介護 1	作成年月日	令和 6年 1月 5日
利用者名	出島 蘭子 殿		

生活全般の会消すべき課題 (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
いまは、何をすることも気乗りしないが、(家族等と調理をすることで) いつかは以前のようにならないうに三女の為に家事を行いたい。	家事(掃除・洗濯・調理)ができる。	令和6年1月1日～令和6年12月31日	三女の為に夕食をつくることができる。	令和6年1月1日～令和6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)	〇〇ヘルパー事業所	①週2回(月・木) ②週2回(月・木) ③週1回(日)	令和6年1月1日～令和6年6月30日
自分でもわかっているけど、何をすることも気乗りがせず、着替えるのも億劫な状況です。	毎日、洋服を選び着替えが出来る。	令和6年1月1日～令和6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が出来る。	令和6年1月1日～令和6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掃します。(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	〇〇ヘルパー事業所  〇〇デイサービス事業所	①週2回(火・金) ②③週2回(火・金) ④週2回(火・金) ⑤週2回(月・木)	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○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。



週間サービス計画表

作成年月日

令和5年1月5日

利用者名 出島 蘭子 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動 (夜間はトイレ1~2回起きる)
深夜								
早朝								起床 朝食・着替えなど
午前		訪問介護			訪問介護			自室の掃除 午前中は布団で横になることが多い
午後	訪問介護	通所介護		訪問介護	通所介護		買い物(長女)	昼食 洗濯物をしまし・たたむ テレビを観る
夜間	三女と一緒に洋服を洗ふ 3日分の服立を授かる			三女と一緒に洋服を洗ふ 3日分の服立を授かる				調理(三女様と一緒に) 夕食
深夜								入浴 就寝
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								

①〇〇メンタルクリニック(月1回 次女付き添い)

遅単位以外のサービス

居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 令和 5年 9月 15日

利用者名	南山手 龍馬 殿	生年月日	昭和 21年 5月 17日	住所	長崎県長崎市	初回・紹介・継続	認定済	申請中
居宅サービス計画作成者氏名	□□ □□							
居宅介護支援事業者・事業所名氏名及び所在地	D居宅介護支援事業所・長崎県長崎市							
居宅サービス計画(変更)日	令和 5年 9月 15日	初回居宅サービス計画作成日	令和 5年 9月 15日					
認定日	令和 5年 9月 13日	認定の有効期限	令和 5年 10月 1日 ~ 令和 8年 9月 30日					
要介護状態区分	要介護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	<p>(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てもできるようにしたいです。</p> <p>(長男) 遠方(〇県〇市)に暮らしており、仕事疲れみがとリ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、令和4年7月あたりから元気がなく心配していました。体重が減っていると言っていて驚いています。体重を戻して自分のことは自分でできていた父の生活に憧れて欲しいです。服薬は土日以外は必ず、できるだけ1日おまにします。</p> <p>今後の方針: 長く暮らした自宅での生活を続けていくためにも「3食を食べる」ことを当面の目標にしたいと考えます。</p> <p>同時に足腰が弱らないように最低週2回は「動く機会(リハビリ)」に参加するようにしていきたいです。</p>							
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし							
総合的な援助の方針	<p>令和4年6月に右足首にヒビが入ってから思うように動けなくなり、また、食事の量が減ってしまいました。(令和4年9月現在 体重38kg)</p> <p>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、仮に食欲不振が続き体重が現在より低下する場合には、管理栄養士と医師に相談させていただきます。</p> <p>□□町内科クリニック (■医師) 22-2222 南山手〇〇(長男) 333-3333-3333</p>							
生活援助中心の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他( )							

上記サービス計画について説明を受け、内容を同意し受領しました。

同意年月日 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)

利用者名	南山手 龍馬 殿	作成年月日	令和 5年 9月 15日
------	----------	-------	--------------

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
食欲がないため3食摂らないことや簡単にすませていることが多く、体重の減少や栄養不足がみられます。 (令和5年9月1日 体重38kg)	体重が標準体重(43kg)になる	令和5年 10月1日 ～ 令和6年 9月30日	①体重が40kgになる	令和5年 10月1日 ～ 令和6年 3月31日	①栄養管理された食事を配します。 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 ⑤買い物(オスパー)を手伝います(身体) ⑥買い物リストを作ります	①配食サービス ②居宅療養管理指導 (管理栄養士)	クック⑥⑦ □□内科 クリニック	①週5日 (月～金) ②週1回 (火) ③毎日 ④毎食後 ⑤⑥週2回 (水・金)	令和5年 10月1日 ～ 令和6年 3月31日
右足首の骨折(ヒビ)後、疲れやすくなっていく(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。	近所のオスパーで買い物し、荷物を持ち帰ることができる。	令和5年 10月1日 ～ 令和6年 9月30日	②近所のオスパー(1km)まで1人で歩いていくことができる	令和5年 10月1日 ～ 令和6年 3月31日	①リハビリ計画書を作成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回以上出で歩きます ④階段の昇り降りが右足首の負担にならないようお手伝いします	①通所リハビリ ②③本人 ④移送支援サービス	△△デイケア (月・木) ②③毎日 ▽▽事業所	①週2回 (月・木) ②③毎日 ④週2回 (月・木) <small>送迎に合わせて</small>	令和5年 10月1日 ～ 令和6年 3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5年9月15日

利用者名 南山手 龍馬 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動 (夜間・トイレ・回程度)
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								5時起床・体重測定 テレビ体操
8:00								朝食
10:00	移送支援サービス		訪問介護	移送支援サービス		長男(電話)	長男(電話)	洗濯 食事の献立を考える
12:00	通所リハビリ	居宅療養管理指導 (栄養士)		通所リハビリ				昼食準備・昼食
14:00								
16:00	移送支援サービス			移送支援サービス				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	配食サービス	長男(電話)	長男(電話)	夕食 テレビ体操
20:00								入浴
22:00								就寝
0:00								

①□□町内科クリニック(月1回)通院

②○○整形外科(月1回)

週単位以外のサービス



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 (I)

初回 紹介 継続 認定済 申請中

利用者名 E 殿 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 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	(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。
	(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	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。
-----------	---

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ると、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ほしい。	屋外へ買い物にでかけられていること。	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 女 散歩ボラン ティア ③ 本人	①月2回 第2・4 (日) ②1日2回 朝食後 ③1日3回 朝食前	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。	長女や他の入居者のために料理づくりが続けられていること。	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食卓の配膳をします。 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梅シロップ(5月)、干し柿(10月)をつくりま	①②③ 介護職員 ④～⑥ 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

第 1 表

作成年月日 令和6年 4月 20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
---------	-------	-------	-------	-------	-------

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>（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。</p> <p>（妻）元々は、よく食べ、人にとぎやかに過ごすことが好きで夫でした。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。また、バナナとパイナップルが大好きで、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。</p> <p>（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。</p>				
------------------	--	--	--	--	--

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

総合的な援助の方針	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>				
-----------	--	--	--	--	--



第2表

施設サービス計画書（2）

利用者氏名 F 殿

		生活の目標			支援内容			
生活上の課題（ニーズ）	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
食の細さがあります。が、飲み込みの練習等をして、適正な体重で生活をします。（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48.5kgになること（BMI値18）。	令和6年5月1日～令和6年10月31日	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食事量と残食量・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（梅ひしお・海苔の佃煮）を選びます。 ⑦体標をします。 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本人 ⑦本人 ⑧妻・長女	①月2回 ②月2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・身体の向きを変える）を受けたいことにより、床ずれを予防します。	床ずれが起きない生活が続いていること。	令和6年5月1日～令和7年4月30日	皮膚に赤みができていること（令和6年4月20日現在、背骨・仙骨部に赤みができます）。	令和6年5月1日～令和6年10月31日	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、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ます。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。	食事時（30分）は車いすに座り、食堂で食事をすることが継続できていること。	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すことができること。	令和6年5月1日～令和6年10月31日	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分前にはベッドを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。 ⑤実施時、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。	尿路感染症や便秘にならない生活が継続できていること。	令和6年5月1日～令和7年4月30日	1日に1000mlの水分を摂ることができていること。	令和6年5月1日～令和6年10月31日	①尿量や色、排泄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膀胱留置力テールの管理をし、尿量や色、排泄物の有無を確認し、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（トクミ付き）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。	平熱（36度台）で過ごすことが継続できていること。	令和6年5月1日～令和7年4月30日	気温に合った衣服に着替えることができること。	令和6年5月1日～令和6年10月31日	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



一部分記載例

週間サービス計画表

作成年月日 令和6年 4月 20日

第3表

利用者名 F 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	
深夜								
2:00	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	
4:00	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	
6:00	尿量確認・尿廃棄 起床声かけ・聲容 更衣介助・義歯装着 ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・朝食・服薬介助 歯磨き・補水	尿量確認・尿廃棄 起床声かけ・聲容 更衣介助・義歯装着 ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・朝食・服薬介助 歯磨き・補水	尿量確認・尿廃棄 起床声かけ・聲容 更衣介助・義歯装着 ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・朝食・服薬介助 歯磨き・補水	尿量確認・尿廃棄 起床声かけ・聲容 更衣介助・義歯装着 ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・朝食・服薬介助 歯磨き・補水	尿量確認・尿廃棄 起床声かけ・聲容 更衣介助・義歯装着 ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・朝食・服薬介助 歯磨き・補水	尿量確認・尿廃棄 起床声かけ・聲容 更衣介助・義歯装着 ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・朝食・服薬介助 歯磨き・補水	尿量確認・尿廃棄 起床声かけ・聲容 更衣介助・義歯装着 ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・朝食・服薬介助 歯磨き・補水	(日中尿量:600ml程度) 起床・整容・衣服を選び、着替える 車いすに座り、食堂へ行く 体操・朝食・服薬・歯磨き お茶を飲む、ベッドで横になる
10:00	集団体操 ベッド変更上げ・体位交換 ベッドへ移動	集団体操 ベッド変更上げ・体位交換 ベッドへ移動	集団体操 ベッド変更上げ・体位交換 ベッドへ移動	集団体操 ベッド変更上げ・体位交換 ベッドへ移動	集団体操 ベッド変更上げ・体位交換 ベッドへ移動	集団体操 ベッド変更上げ・体位交換 ベッドへ移動	集団体操 ベッド変更上げ・体位交換 ベッドへ移動	集団体操(週2回) 火・木、入浴(週2回 水・土)
12:00	食堂へ移動 体操・昼食・服薬介助 歯磨き・補水 ベッドへ移動	食堂へ移動 体操・昼食・服薬介助 歯磨き・補水 ベッドへ移動	食堂へ移動 体操・昼食・服薬介助 歯磨き・補水 ベッドへ移動	食堂へ移動 体操・昼食・服薬介助 歯磨き・補水 ベッドへ移動	食堂へ移動 体操・昼食・服薬介助 歯磨き・補水 ベッドへ移動	食堂へ移動 体操・昼食・服薬介助 歯磨き・補水 ベッドへ移動	食堂へ移動 体操・昼食・服薬介助 歯磨き・補水 ベッドへ移動	車いすに座り、食堂へ行く 体操・昼食・服薬・歯磨き お茶を飲む、ベッドで横になる
14:00	ベッド変更上げ ベッドへ移動 食堂へ移動 おやつ・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ ベッドへ移動 食堂へ移動 おやつ・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ ベッドへ移動 食堂へ移動 おやつ・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ ベッドへ移動 食堂へ移動 おやつ・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ ベッドへ移動 食堂へ移動 おやつ・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ ベッドへ移動 食堂へ移動 おやつ・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ ベッドへ移動 食堂へ移動 おやつ・補水 ベッドへ移動	車いすに座り、食堂へ行く お茶を飲む、ベッドで横になる
16:00	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	
18:00	ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・夕食・服薬介助・歯磨き・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・夕食・服薬介助・歯磨き・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・夕食・服薬介助・歯磨き・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・夕食・服薬介助・歯磨き・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・夕食・服薬介助・歯磨き・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・夕食・服薬介助・歯磨き・補水 ベッドへ移動	ベッド変更上げ 食堂へ移動 体操・夕食・服薬介助・歯磨き・補水 ベッドへ移動	車いすに座り、食堂へ行く 体操・夕食・服薬・歯磨き おやつ・お茶を飲む ベッドで横になる
20:00	更衣介助 尿量確認・尿廃棄 就寝	更衣介助 尿量確認・尿廃棄 就寝	更衣介助 尿量確認・尿廃棄 就寝	更衣介助 尿量確認・尿廃棄 就寝	更衣介助 尿量確認・尿廃棄 就寝	更衣介助 尿量確認・尿廃棄 就寝	更衣介助 尿量確認・尿廃棄 就寝	パジャマへ着替える 就寝
22:00	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	(夜間尿量:400ml程度)
0:00	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	
深夜								

○診療所訪問診療(医師)(月2回 第1・3水曜日)、○デンタルクリニック往診(歯科)(週1回(金))  
訪問理美容○(1~2か月に1回)、レクリエーション(月2回 第2・4(木))、  
妻と長女の来訪(週1回 毎週日曜日)