



アセスメントから ケアプランの作成

考え方編

分析シート使い方編

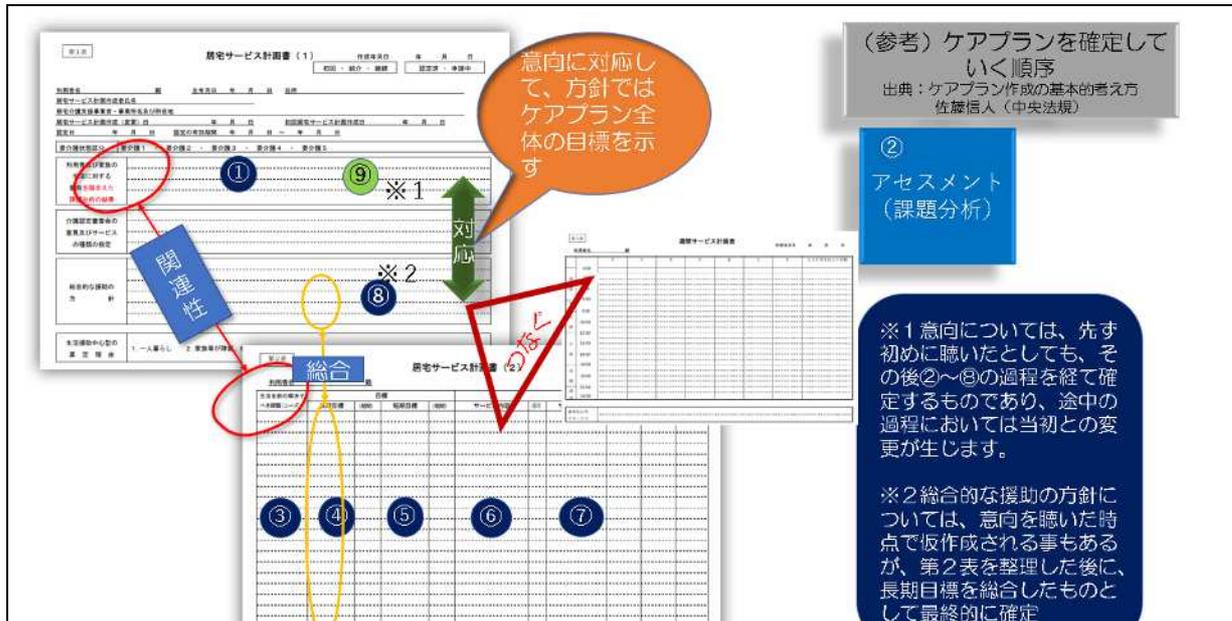
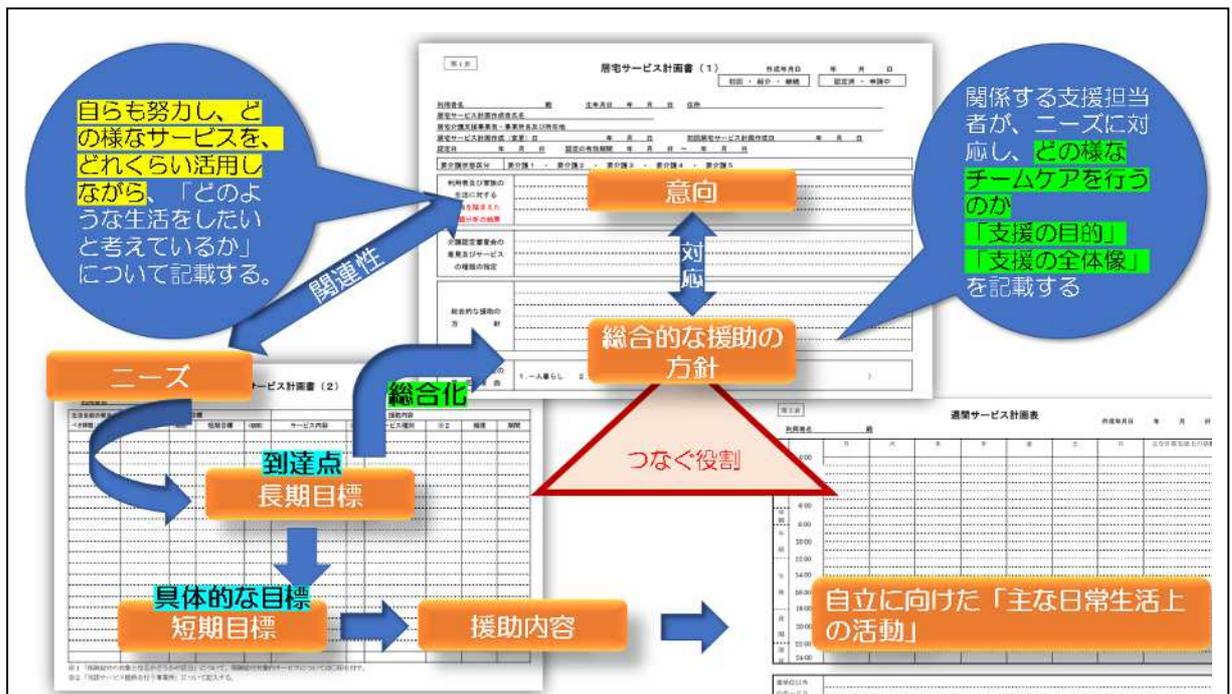
プラン作成編

VER 1.2

1. ケアプラン（原案）を作成します。

課題分析が終わりにになりましたら、ケアプラン原案を作成していきます。

ケアプランは（居宅サービス計画書記載要領）により行いますが、1表、2表、3表の順で作成するよりも「2表」⇒「1表」⇒「3表」そして「1表」の順で作成することにより、「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」「総合的な援助の方針」が整理しやすくまた、利用者家族の意向も的確にとらえることができる場合があります。



それは、3ページの図のように「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」は、介護支援専門員はアセスメントに必要な情報を収集し課題分析をし、生活ニーズを把握し、そして一つひとつの到達点（長期目標）を解決する為の介護サービス等の活用等の提案も受ける事で、自分の置かれている状況とそれをどこまで介護サービス等を活用し、自分でも努力することで到達できる可能性があるのか？費用負担はどれくらいか等介護支援専門員と一緒にイメージでき、到達点（長期目標）をクリアした先の、具体的な生活のイメージ「意向」が表出されやすくなるからです。

また、「総合的な援助の方針」についても、第2表作成後（案）を作成し、サービス担当者会議にて確認、検討し確定していきます。

なお、生活全般の課題・目標・援助内容との整合性が保たれているか確認しましょう。

理念も含んだチームの援助方針なので、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」を援助者の立場から捉えなおしたものととなります。

記載については、サービス毎に細かく書くのではなく、援助者が主体的に受け止めやすいように記載する欄となります。

1. ケアプラン 1表（原案）①～⑫、⑭までを作成します。

I 記載要領をもとに、居宅サービス計画1表の ①～⑫及び⑭までを記載します。

ここは主に介護保険証からの転記となりますが、間違わないように確認しながら行います。

2. ケアプラン 2表（原案）を作成します。

II 次にケアプラン2表を作成していきます。

① 既に作成してある課題分析シートを準備します。

② 優先順位を検討します。

優先すべき課題(例:緊急である課題、医師等の専門職からの課題等、本人の動機づけとなる課題、改善の効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題)

利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者及び家族の意向を組む。緊急性の高い課題として、例えば生命の危険が脅かされるような状況がある場合や虐待等のリスクが高い場合、また状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題があれば、それらを優先課題としてあげるなどの状況判断も必要となります。 ※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。

③-1 課題分析シートの生活ニーズ欄から ケアプラン2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）に転記します。

その際、分析時に「〇〇できない」と記載されていますので、そのままでも良いですし、到達点が前向きな内容であるならば「〇〇の為に□であり▽したい」等と背景は書かずに「〇〇したい」と端的に記載をします。

※1つのニーズを記載したら左に（長期目標）⇒（短期目標）と右に記載します。

③-2 上記のニーズに対応して、課題分析シートの④ 長期目標を転記します。

③-3 長期目標の「期間」を検討し記載します。「期間」は目標達成の目安です。計画が絵にかいた餅にならないように「年月日」までにできるようになる事を意識し記載します。

③-4 課題分析シートの⑤ 短期目標を転記します。

③-5 短期目標の「期間」を検討し記載します。「期間」は目標達成の目安です。長期目標との違いは長期目標が「到達点」であることに対して、短期目標は「具体的目標」です。

「長期目標」を達成するための各段階を「短期目標」として明確化していますので、期間も長期目標よりも短い期間になり、より綿密に達成状況をモニタリングしていきます。

※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。

③-6 サービス内容を検討し記載します。

サービス内容は「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・簡潔に記載します。

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す。

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、これも記載し、その意味や内容を利用者・家族に十分説明し合意できるようにします。

生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載します。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、その理由の妥当性を検討し、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ります。その理由を当該欄に記載しても良いことになっています。

なお、その際には第1表⑩「生活援助中心型の算定理由」に記載します。

③-7

「保険給付の対象となるかどうかの区分」を記載します。

「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて「○」印をつけます。

③-8 「サービス種別」を記載します。

「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」を記載します。その際に多数の事業者から選定できることを説明し、必要に応じて対応します。

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記します。

③-9 「頻度」・「期間」

「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します。

「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します。

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。

※福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由の記載

福祉用具については、利用者の心身の状況に合わない福祉用具が提供されることで自立を妨げてしまうおそれもあり、自立支援の観点から、適切な福祉用具が選定され利用されるように、福祉用具を必要とする理由を把握することが重要です。

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合には、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載します。

なお、理由については、別の用紙に記載しても差し支えありません。

3. ケアプラン 3表（原案）を作成します。

Ⅲ 次にケアプラン3表を作成していきます。

第3表は第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、記載します。

その際、「援助内容」の頻度と合っているか留意することが大切です。

①「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。

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します。

②「週単位以外のサービス」

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」などを記載します。

4. ケアプラン 1表（原案） ⑮ ⑬作成します。

Ⅳ ケアプラン3表が作成されました。

次に第1表の⑮「総合的な援助の方針」を記載します。

ここでは、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します。

なお、生活全般の課題・目標・援助内容との整合性が保たれているか確認しましょう。

理念も含んだチームの援助方針であり、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」を援助者の立場から捉えなおしたものです。

サービス毎に書くのではなく、援助者が主体的に受け止めやすいように記載します。

方針を記載する欄ですので、サービス毎に分ける事なく全てを包括してかきます。

サービスは目的を達成する「手段」であり、（方針）⇒ケアプランにおける全体の目的を言います。

また、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、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とされています。

最後に、第1表の⑬「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」を記載します。

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しな

がら、どのような生活をしたいと考えているのかについて意向を踏まえた課題分析の結果を記載する欄です。

2表でニーズに対しての到達点、それを段階的に目標立て自らも努力しつつ様々なサービスや支援を受けつつ何時までに「到達点」に達する事ができるかをイメージした先にある「その人」にとっての望ましい生活をイメージしての意向を記載します。

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記載します。また、その意向を根拠として介護支援専門員が課題分析の結果としてどのような支援が考えられるのか、あるいは望ましいのかを身体的、社会的、経済的等の視点から総合的に勘案した結果を記載します。

介護保険最新情報Vol.958の主なポイント①

「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)

(第1表)

○ 「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」の表現の整理や明確化、「総合的な援助の方針」の具体化や例示等を追加しております。

○ 「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」については、従前から記載要領において、当該欄は「課題分析の結果を記載する」旨、お示ししております。ケアプランは利用者本人の計画でありますので、本人の意向は大変重要で、意向があるのは大前提ですが、その意向を踏まえた上で(その意向を根拠に)、専門職である介護支援専門員は、課題分析として、どのような支援を検討し、提案できるのかを記載いただく必要があります。

○ 通知改正にあたっての一つの理由として、「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業」(令和2年度)の委員会の議論において、様式や記載要領のタイトルと、内容にずれがあるのではないか等のご意見がありました。

○ ついては、「ケアプラン点検支援マニュアル」の趣旨や、委員会の議論も踏まえつつ、今回、整理、明確化の観点から見直しを行いました。

○ 実際にどのように記載すればいいのか、“意向を踏まえた”という前提のため、その根拠として、意向は意向として記載(※)いただきつつ、その意向を踏まえて、アセスメントの観点から、どのような支援が考えられるのか、あるいは望ましいのかをアセスメントにおける身体的、社会性、経済的等の視点から、総合的に勘案した結果を記載することが必要です。

(※)ケアプランが利用者本人のものであることを踏まえれば、意向を記載することは重要なことです。

○ そのため、今回、当該部分の後段で、「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。」と具体的に補足しています。この内容もケアプラン点検支援マニュアルで記載されています。

○ 以上を踏まえ、課題分析の結果を踏まえた上で、第2表につなげていく必要があります。

5

1表から3表の記載方法

第1表

居宅サービス計画書（1）

本人の同意を得た日にちを記載します

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 氏 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

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

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

必要な情報を被保険者証等から転記します。

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	最初に利用者及び家族の意向を聴き、その後に2表の合意形成を経て（自らも努力し、サービスを受けるといつ頃までに課題が解決すだろう）そしてたらどういった生活がしたいか「意向」を記載します。発せられた言葉でそのまま書く。家族等と意向が違う場合には区分して書きます。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	介護保険審査会の意見などを記載。特にない場合は「なし」と記載します。
総合的な援助の方針	第2表作成後（案）を作成し、サービス担当者会議にて確認、検討し確定します。 なお、生活全般の課題・目標・援助内容との整合性が保たれているか確認しましょう。 理念も含んだチームの援助方針であり、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」を援助者の立場から捉えなおしたものです。サービス毎に書くのではなく、援助者が主体的に受け止めやすいように記載します。 方針ですからケアプランにおける全体の目的です。
生活援助中心型の算定理由	1. ー この欄は、生活援助中心型のケアプランを作成した場合にのみ記載します。身体介護を組み合わせた場合には記載しません。

項目	わかりやすい書き方	適切でない書き方
<p>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>	<p>娘と一緒に裏の畑で作っていた野菜をまた作りたい。 妻と二人で長年暮らしてきた家で、最後まで暮らしたい 自分で建てた家のお風呂に何としても入り続けたい 以前友人たち毎週やっていた将棋を指しに行きたい 来春にはできれば歩けるようになり、娘たちと桜がみたい 自宅で転ばない様子を気をつけて、夫にも手伝ってもらい食 事をつくりたい。 この家で暮らしていく為に、緊急の場合にも自分で連絡が できるようにしたい 自宅で褥瘡の治療をうけて、早く治したい (長女) 本人のできることは手を出さずに見守ってほしい (長男) 忙しい朝方に見守りをしてほしい</p>	<p>安全で安心した生活を続けたい (本人) 意向確認できず 不安のない生活を送りたい 安心して自宅で過ごしたい 楽しみをもって張りのある暮らしをしたい 家で健康に暮らしたい 今までどおりに暮らしたい 掃除が出来ずに困っている 身のまわりの事ができないで困っている 今のままでいいです。 デイサービスを利用したい お風呂も入れるのでデイサービスは楽しみです。 皆さんのおかげで助かってます 服薬及び食事管理を徹底して健康を維持したい (家族) 施設に入所してほしい 下肢筋力を向上し転倒なく過ごしたい</p>
<p>総合的な援助の方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の量が低下しており、体重も減っています。「食事の有無・食事の量・内容等」の摂食状況とそれに伴う歩行状態の観察を行います ・ 服薬を忘れることがあり、そのせいで頭痛・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ デイサービスにて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 ・ 不安を解消できるように訪問介護にて対応します。

	<p>「杖を持つ」「歩幅を広く」を頭に おいて歩くことを忘れてしまうこともありますので、支援スタッフも継続して声かけ等のサポートをします</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【あらかじめ緊急事態が想定される場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〇〇クリニック電話番号 (長女) 電話番号〇〇 	<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇病院 電話 番号 (長男) 電話 番号 (緊急性の判断なく全員に記載する。
--	---	--

加算の名称や単語ではなく、「いつ・どこで・だれが・何をする」のか具体的に記載します。

介護保険
給付対象
には「○」
を付す

第2表
利用者名 殿
居宅サービス計画
平成 年 月 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
<p>課題分析シートから転記します。</p> <p>「～できるようになりたい」と形式的に書くのではありません。</p> <p>「～したい」とは意欲を引き出した結果です。</p> <p>課題を記載する際には、要介護者の自尊心を傷つけたり、自己肯定感を下げたりしないように配慮する事が大切です。</p>	<p>支援を受けながら自らも努力し、なりたい自分「到達点」を記載します。</p> <p>分析シートから転記します。</p>	<p>長期目標を何時までに解決するか開始日～解決日を記載します。</p>	<p>長期目標を段階的に対応し、解決に結びつける「具体的目標」です。</p> <p>モニタリング時に達成状況が評価しやすいように記載します。</p>	<p>短期目標を何時迄に解決するか、開始日～解決日を記載します。</p>	<p>「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容簡潔に記載。</p> <p>例：入浴介助（洗身、洗髪、着脱）</p> <p>・家族等による援助、保険対象外についても記載。</p> <p>回数以上の生活援助の理由も記載して良い。</p>		<p>サービス内容と関連づけて「訪問介護」「通所介護」等正式なサービス名を記載します。</p> <p>介護保険給付サービス以外の他法やインフォーマルサービス、自身が行うセルフケアについても記載します。</p>	<p>サービスを提供する事業所名を記載します。</p> <p>家族の場合は「妻、長男</p>	<p>サービスを受ける頻度を記載します。</p> <p>毎日 / 1回 / 周 等</p>	<p>この欄は短期目標の期間と連動して記載します。</p> <p>開始日～終了日</p>

※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。

目標までを広義の生活ニーズと捉えます。

項目	適切な記載方法	適切でない記載方法
サービス内容	⇒短期目標達成の為に⇒ ○訪問介護 ・掃除（居間、台所）を一緒に行います（身体） ・服薬時に声かけし、確実に服用できるようにサポートします（身体） ○通所介護 ・室内のリハビリ機器を使い柔道整復師が下半身の訓練を行います（歩行） ・塗り絵や工作等にて手指が動かしやすい訓練を行います ・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 ・歩行器を活用して室内を歩行します（本人） ・ベッドを活用して起き上がりがしやすくします（本人） ○福祉用具購入 ・シャワーチェアを活用して入浴しやすくします ・自力でトイレに行けるまでポータブルトイレを活用してトイレをします ○住宅改修 ・玄関の上がり框に手すりを設置し昇降しやすくします ・居間と食堂の間の廊にある段差をなくし、転倒しないようにします。 ○セルフケア ・薬の袋を自分で切って飲みます ・入浴時には身体の前部を洗います ・洗濯物をたたみます ○インフォーマルサポート	（誰が行うか不明） ・家事を支援します ・掃除の介助をします。 ・むせない様に注意します。 （単語の羅列） ・入浴、診察、リハビリテーション ・検温、送迎、交流 （加算のみで本人は何かどうか不明） ・機能訓練加算・入浴加算

	<ul style="list-style-type: none">・〇〇病院の受診に同行します（長女）・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）	
--	---	--

「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します。

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します。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								起床 朝食 排泄 テレビ（趣味） 昼食 テレビ、通院等 夕食 就寝
	2:00								
早朝	4:00								
	6:00								
午前	8:00	訪問介護			訪問介護				
	10:00			通所介護		通所介護			
午後	12:00								
	14:00								
夜間	16:00								
	18:00						配食		
深夜	20:00								
	22:00								
	24:00								

週単位以外のサービス

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「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

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 _____

開催日 _____ 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名					
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)	当該会議の出席者の「所属(職種)」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入。記載方法については、「会議出席者」の欄に記載、もしくは、「所属(職種)」の欄を活用。										
※備考											

検討した項目	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します。 なお、⑩「検討した項目」及び⑪「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ありません。
検討内容	

当該会議における結論について記載します。

⑬「残された課題(次回の開催時期等)」

[記載要領]

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、開催方針等を記載します。

これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものなので、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載します。

以降のゴシック体は、老企 29 号、□で囲まれた部分で「明朝体」の部分はケアプラン点検マニュアルより転記したもの

(居宅サービス計画書記載要領)

本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。

但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

なお、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。

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

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

1 第1表：「居宅サービス計画書(1)」

・第1表とは

利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票です。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向が、はっきりと示される1番重要な帳票ともいえます。

質問1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか?

■確認ポイント

- 必要事項の記載がされている。
- 利用者及び家族の意向の記載がされている。
- 介護認定審査会からの意見及びサービスの種類が記載されている。
- 総合的な援助の方針が記載されている。
- 生活援助中心型の算定理由が記載されている。

■目的

- 記載すべき内容の理解及び記載漏れがないかを確認する。

■解説

- 第1表は、居宅サービス計画全体の方向性を示すものとなります。
- 介護認定審査会の意見については、単に転記するだけでなく、被保険者証に記載されている内容について、利用者及び家族と確認し合いながら転記を行うことが大切です。
- また介護認定審査会の意見及びサービス種類の指定に対し、利用者の拒否や資源の不足等があった場合には、その理由を第6表に記録しておく必要があります。

■留意事項

- 初めて介護保険のサービスを利用する利用者及び家族においては、被保険者証の記載事項の意味がわからないことも多々あります。必要に応じて介護保険のパンフレットなどを用いながら、わかりやすく丁寧に説明を行う工夫がなされているかも確認しておきます。
- 必要な内容に漏れがあったとしても、直ちにそのプランを否定するのではなく、必要な情報を記載することが、適正なケアプランを作成するために重要な作業の第1歩であることを、保険者として介護支援専門員に理解してもらうことも大切です。

①「利用者名」

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

②「生年月日」

当該利用者の生年月日を記載する。

③「住所」

当該利用者の住所を記載する。

④「居宅サービス計画作成者氏名」

当該居宅サービス計画作成者（介護支援専門員）の氏名を記載する。

⑤「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」

当該居宅サービス計画作成者の所属する居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地を記載する。

⑥「居宅サービス計画作成（変更）日」

当該居宅サービス計画を作成または変更した日を記載する。

⑦「初回居宅サービス計画作成日」

〔理由〕

当該様式は、基本的には初回の居宅サービス計画作成後、変更の都度に別葉に更新することを前提とするため、当該利用者が、いつの時点から継続して居宅介護支援を受けているか（いつからケアマネジメント関係にあるか）を明示する必要がある。

これによって、当該居宅サービス計画作成者である介護支援専門員はもとより、各種のサービス担当者に、サービス提供上の経過的な変化を観察するための動機が働き、モニタリングの不足による漫然とした不適切な処遇の継続を防止し、利用者及びその家族の介護に関する意向や介護の必要性の変化が常に居宅サービス計画に反映されることとなる。

〔記載要領〕

当該居宅介護支援事業所において当該利用者に関する居宅サービス計画を初めて作成した日を記載する。

⑧「初回・紹介・継続」

〔理由〕

当該利用者が、他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。）または介護保険施設から紹介されたものであるか、当該居宅介護支援事業所において初めて介護支援サービスを受けるものであるかを明らかにすることにより、例えば、サービス担当者会議の場において、紹介利用者であるにも関わらず、それまで居宅介護支援を行ってきた居宅介護支援事業所等における支援記録を参考としないような事態を防止できる。また、既に当該居宅介護支援事業所によって居宅介護支援を受けていることを明示するために「継続」を設ける。

〔記載要領〕

当該利用者が、当該居宅介護支援事業所において初めて居宅介護支援を受ける場合は「初回」に、他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。以下同じ。）又は介護保険施設から紹介された場合は「紹介」に、それ以外の場合は「継続」に○を付す。

なお、「紹介」とは、当該利用者が他の居宅介護支援事業所又は介護保険施設において既に居宅介護支援等を受けていた場合を指す。

また、「継続」とは、当該利用者が既に当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けている場合を指す。

おって、当該居宅介護支援事業所において過去に居宅介護支援を提供した経緯がある利用者が一定期間を経過した後に介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方を○印で囲むものとする。

⑨「認定済・申請中」

〔理由〕

認定により要介護状態区分が確定しているか、初回申請中又は変更申請中で要介護状態区分が変動する等の可能性があるかを明らかにしておく必要がある。

〔記載要領〕

「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。

⑩「認定日」

〔理由〕

当該居宅サービス計画作成に係る要介護状態区分が、いつから継続しているかを把握することにより、例えば、長期間にわたり要介護状態区分に変化がないような事例の点検に資する。

〔記載要領〕

「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。

「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

⑪「認定の有効期間」

〔理由〕

当該居宅サービス計画作成に係る要介護状態区分の有効期間が、いつまで継続するのかを把握することにより、例えば、長時間にわたり要介護状態区分に変化がないような事例の点検に資する。

〔記載要領〕

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

⑫「要介護状態区分」

〔記載要領〕

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

⑬「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」

〔理由〕

利用者とその介護を行う家族は不即不離の関係にある。介護や支援を受けつつ、利用者や家族が、家庭や地域社会の構成員として自立した主体的・能動的な生活を送ることが重要である。このため、利用者はもとよりその家族が、介護や支援を受けつつ、どのような生活をしたと望んでいるのかについて、明確に把握する必要がある。

このような主体的な生活への欲求と対応するサービスが一体となり初めて効果的な援助が可能となる。

また、時として、このような意向が消極的な場合があるが、そのような場合には自立意欲を高め、積極的な意向が表明できるよう援助する必要がある。

〔記載要領〕

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

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

質問2「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」と関連性がありますか？

■確認ポイント

標準課題分析項目等を活用し、課題の抽出が出来ている。

認定調査表、主治医意見書、被保険者証、サービス提供事業所・者・主治医からの情報提供等、利用者及び家族からの情報以外にも必要に応じて関係者からも意見を収集し、意向や課題が明確になるように支援している。

課題と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性がある。

■目的

○「課題(ニーズ)」と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性があるかを振り返り、アセスメントが適切に行われていたかを確認する。

■解説

○ケアプランは利用者の「要望」に沿うサービスを単に記載したものではなく、利用者がこれからの自立した生活に向けて希望が見い出せる計画書である必要があります。そのためには適切なアセスメント(客観的な指標)過程を経て、課題を抽出していくことが大切になります。

○利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援するためには、「解決すべき課題」がきちんと押さえられているかを確認する必要があります。

○ひとつひとつの問題が整理され、課題が集約されていく背景において重要なのは、利用者介護支援専門員がアセスメントの過程を通して信頼関係を構築していくことです。利用者が要望するサービスを単に組み込むのではなく、なぜそのサービスを要望しているかについて、掘り下げて確認していく中で、利用者に「気づき」が生まれることがあります。最終的には利用者の「望む生活」がより明確になり、利用者自らが課題解決へと積極的に望む姿勢を生み出すことにつながります。

■留意事項

- 利用者と家族の意向が異なる場合は、それぞれの意向を記載しておくことが大切です。ありのままの記載ができないとき(高齢者虐待等)には、第6表にその記録を残しておくなどの工夫も必要になります。
- すべき課題を把握するには、利用者の主訴や相談内容等をもとに利用者自身が持っている力や生活環境等の評価を含めて、利用者が現に抱える問題点を明らかにしたかどうかを確認することも必要になります。
- 初回プラン作成では、望む生活が直ちに全て明らかにならない場合もありますが、その課題を経る毎によって関係性を構築し、明らかになっていくということを介護支援専門員が認識しているかどうかも重要となります。

質問3「家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？」

■確認ポイント

- 家族が今一番困っていることを受け止めた上で、家族として「できること」「できないこと」を把握している。
- 家族が何気なくもらした「介護に対する言葉」をきちんと受け止め、意識している。
- 介護支援専門員個人が思い描く家族像を押し付けていない。

■目的

- 家族がどのような思い(意識)で利用者を支えていこうと考えているかを聴き取ることで、家族の「介護力(家族の支える力)」や介護に対するおもいを確認することができる。
- 家族としての役割を果たすことは考えつつも、本人との関係に悩んでいるなど、「家族としての葛藤」を理解しているかを確認する。

■解説

- 家族が利用者の現況をどのように受け止め、またどのように本人を支えていこうとしているかを知ることが、家族の持つ力を知る上で、アセスメントには欠かせないものです。
- 同じようなADL(日常生活動作)や一ADL(日常生活関連動作)の状況にある人でも、家族との関わり如何によっては、利用者の生活は異なるものです。またそのことは利用者だけの問題ではなく、介護者自身の健康や性格・価値観、時間的な余裕や経済力、介護に対するおもい、またそれまでの利用者との人間関係など、様々なものが複雑に影響しあいます。

■留意事項

- 介護に費やす時間や費用に関する考え方は、千差万別です。介護支援専門員側の価値観等を押すつけないように留意することが必要です。
- 単に介護サービスの利用を制限するために、家族が行うことを強要しないように留意します。

- 単に介護サービスの利用を制限するために、家族が行うことを強要しないように留意します。
- 初めて介護に直面した・少し慣れてきた・経験が長くなった家族等、介護に関する不安や悩みは様々です。そうした介護の期間や経験なども勘案し、情報収集・アセスメントが行われていたかを確認します。
- サービスの導入には、家族の介護負担の軽減という視点もありますが、介護サービスが入ると、家族は安心して介護は専門家に任せようと、今までしていたことをしなくなる場合もあります。
- 家族や身内が行うことの意義についても、十分説明を行いながらインフォーマルな支えがどの程度可能かを把握しておくことも大切です。

質問 4 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？

■ 確認ポイント

- 利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果が合致している。
- 介護サービスを利用するためだけの課題抽出になっていない。
- 利用者・家族が改善可能であろうと思う生活を具体的にイメージできている。

■ 目的

- 利用者及び家族からの要望をそのままサービス計画に反映させているだけでないかを確認する。

■ 解説

- 面接当初の利用者及び家族が訴える「生活に対する意向」では、今起こっている生活についての困り事やこうしてもらいたいという要望が中心に話されることがあります。その背景には、今の状況に対する「不安・悩み・焦り・介護者への気兼ね・遠慮・ストレス・介護負担」など様々な問題が利用者側・介護者側にあり、整理されないまま言葉に現してしまうことカ あるからです。
- アセスメントの過程においては、そうした利用者及び介護者自身が抱える問題の背景を明らかにし、情報不足からくる不安や悩み等に対して、必要な情報(介護の工夫、サービスの利用等)を提供していくことが必要になります。
- また、「予後予測の見立て(介護サービスを利用することにより改善される生活のイメージを持つこと)」が行えたかも非常に大切な視点となります。こうした視点があると、利用者及び家族も介護の見通しが立ち、生活や介護に対するイメージも変わっていくことがあります。

■留意事項

- 初回面接時からアセスメントを通じて「生活に対する意向」に大きな変化がみられないこともあります。変化がないことが、そのままアセスメント過程に問題があるとは限りません。
- 利用者及び家族によっては、介護保険やサービスに関する情報を新聞、本を通じて得ている場合など、解釈が主観的であったり(誤った理解)、知識が中途半端なために「誤解」が生じていることもあります。それらについて確認し、必要に応じて正しい情報提供ができていないかも把握する必要があります。

⑭「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」

〔理由〕

法第八十条第二項により、「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、その意見に配慮して、指定居宅介護支援を提供するよう努めなければならない」とされている。

また、法第七十三条第二項により、「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(指定居宅サービスの適切かつ有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項)が記載されているときは、その意見に配慮して、指定居宅サービスを提供するよう努めなければならない」とされている。

このため、介護支援専門員は、利用者について、法第二十七条(要介護認定)第五項第一号、第二号に係る認定審査会意見が付されているか否かを被保険者証により確認し、「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」が付されている場合には、これを転記し、これに沿った居宅サービス計画を作成するとともに、サービス担当者間の共通認識として確認しておく必要がある。

〔記載要領〕

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。

⑮「総合的な援助の方針」

〔理由〕

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、介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、利用者の自立を援助するために、どのようなチームケアを行おうとするのか、ケアチーム全体が共有する理念を含む援助の指針を具体的に明らかにする必要がある。

ここでは、利用者及びその家族の自立を阻害する要因や、問題の所在、自立に至る道筋を明らかにし、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の解決のための目標、具体策を示した上で、総合的な援助の方針が記される必要がある。

なお、「総合的な援助の方針」及び以下の「援助目標（長期目標・短期目標）」、「援助内容（サービス内容、サービス種別等）」などは、利用者及びその家族の状況の変動によって随時見直される必要があることは当然である。

さらに、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等について記載することが望ましい。

〔記載要領〕

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が多職種との連携を含む対応方法について記載する。

質問5 総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？

■確認ポイント

- 利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。
- 緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、対応の方法等についての記載がされている。
- サービス担当者会議の開催が行われたかを確認する。
- サービス担当者会議が開催できなかった場合に、どのようにケアチームの方向性を確認し合意形成したのかを確認する。

■目的

- 総合的な援助の方針は、介護支援専門員が目指す方針ではなく、ケアチーム(利用者及び家族を含む)としての総合的な援助方針であることが理解できているか、また緊急事態が想定される場合などの対応についてもケアチームで共有・調整できているかを確認する。

■解説

- 第2表の生活の課題にあがっていない内容が総合的な援助の方針に入っている場合は、アセスメントの過程を振り返る必要があります。
- 利用者や家族が「望む生活」を目指して、ケアチームが取り組む内容や支援の方向性がわかりやすい表現となっていることが大切です。
- 緊急事態が予測される場合(認知症や医療依存度の高い方など)には、利用者及び家族と相談したうえで、緊急時の対応機関やその連絡先等についても把握しておきます。あらかじめ支援者の中でも、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について、利用者家族・関係者といたったケアチームの中での共通認識を図っておくことで、スムーズな対応が図れます。

■留意事項

- 専門用語の使用はできるだけ避け、わかりやすい表現で記載するなどの工夫が必要です。
- 表現が抽象的でなく、各個別サービス計画の方向性やサービス内容が立てやすいような内容となっているかどうかを確認します。

第2表の生活の課題にあがっていない内容が総合的な援助の方針に入っている場合は、アセスメントの過程を振り返る必要があります。

- 利用者や家族が「望む生活」を目指して、ケアチームが取り組む内容や支援の方向性がわかりやすい表現となっていることが大切です。

⑩「生活援助中心型の算定理由」

〔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」（平成十二年二月十日厚生省告示第十九号）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）

質問6 生活援助中心型を算定した理由を教えてください

■確認ポイント

- 単に形式的な要件のみでサービス提供の有無を算定していない。
- 生活援助中心型の算定理由を、介護支援専門員が根拠をもって説明できる。
- 判断に迷う場合は、自分だけで判断せず、保険者、地域包括支援センター等に相談し、客観的な意見を求めている。

■目的

- 居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置づける場合、その算定理由となる根拠を押さえることができているかを確認する。

■解説

- 生活援助中心型の算定理由の欄には、「一人暮らし」、「家族等が障害・疾病」、「その他」の3つに分けられています。いずれにおいても生活援助中心型を算定する理由(必要性)はアセスメントから導き出されます。
- 比較的「一人暮らし」「家族等が障害, 疾病」による場合は、算定の理由が明確ですが、「その他」を理由として生活援助中心型を算定するには、理由をきちんと整理し、記載しておく必要があります。
- 算定の判断に迷う場合には、事業所内で検討したり、保険者や地域包括支援センターに相談することも大切になります。
- また、やむを得ない理由により生活援助中心型で算定したサービス内容も利用者及び家族の変化(病気が治る-虐待等が改善される等)に応じて、本人の自立支援に必要なサービスに切り替えていくことを忘れないように、モニタリングを適切に行うことが必要です。
- 算定理由については、どうしても第1表への記載が難しい事情のある場合については、第6表等にその理由を記載するなどの配慮が必要となります。

■留意事項

- 生活援助中心型の算定理由に対し、サービスの制限を示唆するような質問の仕方にならないように注意します。
- 特に専門職として判断した生活援助中心型の算定理由が「その他」の場合、十分にその内容に関して、保険者は介護支援専門員と共に検討する姿勢が大切です。

2 第2表：「居宅サービス計画書（2）」

・第2表とは

第1表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つひとつの生活課題を、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための手順を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

第2表は、利用者の生活課題(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1)利用者自身の力で取り組めること2)家族や地域の協力でできること3)ケアチームがお手伝いをすることで、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示した帳票です。

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-頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

2 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）」

〔理由〕

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を明確にすることは、居宅介護支援の最初の段階である。様式としては、「総合的な援助の方針」が先に掲げられているが、この「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を明確にせずには、「総合的な援助の方針」が立たないことは当然である。

なお、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」については、次の2点が重要である。

○生活全般にわたるものであること。

居宅サービス計画は、その達成により、介護や支援を受けながらも家庭や地域社会において可能な限り自立した生活を営むことができることを目的として作成するものであり、利用者及びその家族の解決すべき課題は、介護の問題のみにとどまらないこともある。

介護保険給付以外の社会的な制度やその他のサービス、私的な援助などにより解決されるべき課題についても、居宅サービス計画に位置付けるよう努めることが大切である。

○自立の阻害要因と利用者及びその家族の現状認識が明らかにされていること。

利用者の自立を阻害する要因等を分析し、解決すべき課題を設定するとともに、利用者及び家族の現状認識を明らかにする。また、多くの場合、解決すべき課題は複数の連動した相互関係を持つため、全体の解決を図るためには緻密なプログラムが必要となる。利用者の自立を阻害する要因等の相互関係を構成する個々の解決すべき課題について明らかにし、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

予測して優先順位を付した上で、解決すべき課題をとりまとめ、対応するサービスとしてどのようなサービスが、どのような方針で行われる必要があるかが思考されなければならない。ただし、この優先順位は絶対的なものではなく、必要に応じて見直しを行うべきものであることに留意する。

[記載要領]

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。

[参考条文]

- 厚生省令第三十八号第十三条第六号
- 厚生省令第三十八号第十三条第十二号及び第十五号

質問1 「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の原因や背景を教えてください。

■確認ポイント

- 状態(状況)の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとにそれぞれの課題(ニーズ)が導き出されたかを確認する。
- 介護サービスを利用するための課題抽出となっていない
- 課題の中にサービスの種類が記載されていない
- それぞれの課題(ニーズ)が導き出された原因や背景を押さえている

■目的

○それぞれの課題(ニーズ)が導き出された経緯(原因や背景)を振り返ることで、自立支援に向けた適切なアセスメントが行われていたかを確認する。

■解説

○第2表は、居宅サービス計画全体の中核になるものです。どのような課題(ニーズ)があり、それを解決するために何を指すのかということを確認していくことが必要になります。

○利用者及び家族の抱える問題点や困り事に対して安易に、即サービスで対応するというのではなく、利用者及び家族とともにその問題や困り事の本質(原因・背景)や解決するには何が必要なのかを明らかにしていく過程が大切になります。

○「できない」「できるのにしていない」「している」などの行為の現状把握だけではなく、その状況を招いている原因や背景についての整理が必要です。そのうえで、「できるようになる」「するようになる」など改善の可能性を探ります。

○サービスはニーズを解決するための一つの手段であることを理解し、利用者が自立を目指しているような内容となっていることが大切になります。

○また、生活する上で介護サービスの利用の必要性がない課題についても、網羅されていることが大切です。利用者及び家族が取り組んでいくセルフケアや家族支援等を含む生活全体の課題について、アセスメントがなされていることが必要です。

■留意事項

○個人的な視点やアセスメントソフト等によって、一律同じような表現や課題分析が行われていないことを確認します。

○課題設定と表現が、本人が「できないこと」を表記するものであるとの誤解をしていないかどうかを確認します。

○問題点の指摘ではなく、自立に向けた意欲に転換することが大切な視点であるということ 理解できているかを確認します。

質問2 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？

■確認ポイント

- 優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えている。
- 利用者及び家族に予後予測を立てた根拠を説明している。
- 課題の優先順位に支障や理解の違いが生じた場合、調整している。
- 利用者と家族のニーズの相違点については、第6表の「居宅介護支援経過」に書き留めるなどの工夫が行えている。
- 介護支援専門員が一方向的に提案した課題になっていない

■目的

○優先すべき課題(例:緊急である課題、医師等の専門職からの課題等、本人の動機づけとなる課題、改善の効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題)の整理が行えているかを確認する。

■解説

- 課題の優先順位をつける作業では、様々な視点からアセスメントした結果抽出された生活課題を関連付け、まとめていきます。その中で利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者及び家族の意向を組むことも必要です。
- しかし緊急性の高い課題として、例えば生命の危険が脅かされるような状況がある場合や虐待等のリスクが高い場合、また状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題があれば、それらを優先課題としてあげるなどの状況判断も必要になります。
- また改善の効果が見込まれる課題や悪循環を作り出す課題については、利用者及び家族に十分な説明を行い、将来的な予測や見立てを具体的に示すことが必要です。そうしたかかわりの中で、利用者及び家族が捉えていた課題の優先順位が変化していくことがあります。
- 一度計画をたてた優先順位が継続して同じということではなく、利用者及び家族の状況の変化によって、その都度優先順位が異なっていくものであるため、モニタリングが重要だということを改めて押さえておく必要があります。

■留意事項

- アセスメントの途中であっても緊急時には、サービスの手配を先に行い、アセスメントした内容の記録が後になることもあり得ます。
- ケアマネジメントは、利用者本位-利用者主体が原則ですが、時には利用者本位を貫くことに配慮しながらも、家族の介護負担軽減等が優先課題として先にあがることもあります。
- 課題の整理をする過程においても、利用者・家族が積極的に参加できるような工夫や配慮 大切です。

質問3 生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？

■確認ポイント

- 生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の関連付けが図られている。
- 肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載ができています。
- 利用者の取り組むべき課題が明確になっている。
- 利用者の望む生活を実現する課題となっている。

■目的

- アセスメントの結果を踏まえた内容であり、一定期間後に実際に達成できそうな課題をわかりやすい表現で記載されているかを確認する。

■解説

- 生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分達の課題(ニーズ)」として捉えられていることが重要です。利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語を避けるようにします。利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。
- 課題は、漠然としたまとめ方ではなく、利用者が主体的な取り組みを始めようと思えるようなわかりやすい記載の方法を心がけることが大切です。
- 病気や障害があっても、残された機能や能力で、できることはたくさんあります。介護支援専門員が積極的に利用者と一緒にできることを見つけていく作業を丁寧に行うことで、徐々にネガティブだった利用者自身の気持ちに変化が現れ、次第に気持ちがポジティブに変わっていくことがあります。その経過を大切にすることが利用者・家族との信頼関係をさらに構築することに繋がります。

■留意事項

- 「主訴」として始まったヘルパー利用の希望も、元気だった頃のように調理ができないことが不安要素だとわかれば、その方が安心して調理に取り組んでみようと思えるものを提案していくことができます。そうなれば「調理ができないので困っている」という課題ではなく、「片手での調理に不安はあるが、調理方法を工夫することにより、徐々に料理のレパートリーを増やしていく」ということを考えていくことができます。
- 「安全・安楽に過ごす」等の抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表現は極力避けていきます。利用者ひとりひとり安全、安楽の捉え方には違いがありますし、介護支援専門員がアセスメント等を通じて専門職の視点として、その人にとっての安全・安楽とは何かを共に考え、具体的にその内容を表現できることが大切です。

- 「〇〇できない」「〇〇に困っている」など、ネガティブな表現の方が、利用者に伝わりやすい場合もあります。全てを肯定的に記載するのではなく、利用者がニーズを理解できるような記載方法になっているかを確認する事が大切です。
- その上で、原因や背景に目を向け、どうしていくのか利用者・家族にとって、最良なのかを共に考えていく姿勢を持つことができたかを確認することが大切です。

質問4 利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？

■確認ポイント

- 利用者及び家族の要望をそのまま受け止め、十分アセスメントを行うことなく、サービス提供することへのリスク について理解し、利用者及び家族に対し説明ができています。
- 利用者及び家族の困り事を受け止め、その原因や背景に何があるのかを把握分析した上で、居宅サービス計画に反映している。

■目的

- 利用者及び家族の「困りごと」に対して、原因や背景を十分に分析することなく、サービス提供のみを目的とした計画書を立てていないかを確認する。
- 困りごとの原因や背景に何があるのかを、一緒に探していく作業を通じ、利用者自身が求めている生活、大切にしたいものが何かを把握した上で、専門職として積極的な働きかけができていますかを確認する。

■解説

- 介護支援専門員の業務の柱は、利用者の「自立支援」にあります。単に困りごとを聞いていたのでは「自立支援」にはつながりにくいものです。困りごとの事実・実態を把握した上で、どうしてそのような困りごとが生まれているのか、その原因や背景を利用者及び家族とともに探っていく作業が「自立支援」には欠かせないものです。
- その過程において、-一方的に介護支援専門員が気付いたことを伝えていくのではなく、大切なことは利用者や家族に「どうしてこんなことが起きているのか?どうして今、このことに困っているのか?どうしたらその困りごとは解消,改善されるのか?」と考えてもらう時間を意識的にとることも必要です。
- 人は他人から指摘,示唆された内容よりも自らが気付いた事柄に対しては、主体的になれるものです。利用者及び家族の言動・表情,声色,手振り・身振り等を観察しながら、語られた言葉だけに注視せず、表現されなかった内容については、言葉を引き出すきっかけを作るなどの工夫を行うことで、気づきを促せる場合があります。

○介護支援専門員も業務に慣れない間は、時に利用者及び家族の「困りごと」に振り回されることもありますが、要望を単に受け止めることへのリスクの高さを説明することも必要です。

例えば長時間立っていることが辛いという理由で、家事全般を訪問介護で担って欲しいという要望があったとします。

長時間という時間がどの程度の時間をさしているのか？

痛みのコントロールの方法はないのか？

その状態は今後、治療や生活上の工夫により改善できるものなのか？どの程度の家事ならできる範囲にあるのか？など、十分なアセスメントを行わず、安易にサービスを提供することで、さらに活動量が減少し、介護度が悪化することにもつながる恐れがあります。またそのことは利用者が望む生活への到達時間を遅らせるだけでなく、到達そのものが難しくなる可能性を秘めていることなど、簡単に要望を受け止めることへのリスクについて、説明することはとても大切です。

■留意事項

○利用者や家族の状況によっては、とりあえずは「困りごと」を解消するという関わりの中から徐々に介護支援専門員との信頼関係やサービス提供事業所・者との関係性を深めていくことで、本当に必要な支援が展開できるようになることがあります。

○「困りごと」の原因や、背景の状況が分析できていないような場合は、課題分析の項目にさかのぼって、再アセスメントを促す必要があります。

○一側面だけを捉えているような場合は、利用者や家族が話した言葉や、度・表情など様々な角度から、必要な項目についてもう一度再アセスメントをしてみるように促す事が必要です。

○介護支援専門員の個人的な感情や価値観等で判断をしているような場合は、客観的な根拠が必要であることを伝え、再アセスメントをしてみるように促す事が必要です。

○介護支援専門員は、「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(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)」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」の記載内容を十分に把握したうえで、居宅サービス計画書を作成することが大切です。

○介護度や身体の状態が同じだからといって、一律に同じサービスが必要というわけではありません。利用者のライフスタイルや生活環境によっても「できること」の可能性は多くあるという考え方が必要となります。

②「目標（長期目標・短期目標）」

〔理由〕

「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ある。

通常において、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、綿密な計画的支援の積み重ねが必要となる。「目標」を、「長期目標」と「短期目標」に区分するのはこのためである。

したがって、「長期目標」を達成するための各段階を「短期目標」として明確化し、計画的支援に結びつけるのがこの「目標」のねらいである。

すなわち、必要な「サービス内容（→④参照）」は、主として「短期目標」に対応して導き出されるものであり、明確な「短期目標」が設定されなければ必要な「援助内容」やその援助方針を明確にできないこととなる。

〔記載要領〕

「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。

「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。

質問5 長期目標は、どのように設定しましたか？

利用者自身が、課題(ニーズ)ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？

■確認ポイント

- 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。
- 認定期間も考慮しながら達成可能となる目標と期間の設定となっている。
- 目標達成時期の具体的な状態像を踏まえた記載となっている。
- 誤った目標設定になっていない。(例)支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等
- 目標の設定が利用者の状態像から妥当である。(高すぎる、低すぎる)
- 目標にわかりづらさ(抽象的、あいまい)はない。
- 目標が単なる努力目標になっていない。
- 単にサービスの利用が目標になっていない

■目的

- 長期目標は、短期目標が一つずつ解決できたゴール(結果)として利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現での記載ができていないか確認する。

■解説

- 「課題」とは利用者(家族)が解決したい事柄であり、自立支援にむけての最初の1歩になります。目標とは課題達成に向けての具体的に取り組む内容のゴール(結果)になります。そのためには、具体的に達成すべき内容がわかりやすくイメージできる記載が大切になります。
- 長期目標は、いつまでに、どのレベルまでに解決するのか(達成するのか)を記載したものです。利用者(家族)の取り組みの状況によっては、目標そのものが理解されているかを検討する必要性が生まれる場合や状況の変化に応じて目標を修正することも必要となります。
- 家族、ケアチームなど利用者とともに目標を目指す支援者の考えを利用者に押し付けまいよう注意が必要です。

■留意事項

- 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)とかけ離れた長期目標になっていないかどうかを確認します。
- 加齢や疾患の影響により心身の状態や体調が変化し、心身機能が低下することで、目標の期間や内容の設定にも影響がでてくる場合には、モニタリングを通して修正を行っているかを確認します。
- 長期目標は、課題に対して具体的に達成すべき「結果」としてイメージできる表現・記載が大切になります。

質問6 短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか?

■確認ポイント

- 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- サービス提供事業所・者が作成する担当者の個別サービスを立てる際の指標になっている。
- 抽象的な目標設定でなく、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージすることができる表記となっており取り組む内容がわかる記載になっている

■目的

○長期目標を達成するための具体的な活動(支援)の目標と期間の設定がおこなわれているかを確認する

■解説

○「短期目標」は、「長期目標」を達成するために段階的に計画する具体的な活動(支援)の目標となります。短期目標の積み上げの先に、長期目標の達成があり、長期目標の達成が課題(ニーズ)の解決に繋がり、課題の解決の先に利用者の「望む生活」が見えてきます。

○課題ごとに解決の要点を整理し、すぐに始められる「取り組み目標」として、的を絞った具体的な表記であることが大切です。目標ごとに番号をふるなどして、整理をした目標設定になる場合もあります。

○現在の状況を踏まえて、1～3ヶ月後には「〇〇まで改善したい」、1～3ヶ月間は「〇〇を取り組み、〇〇までできるようになる」など、利用者・家族にとって具体的な達成目標や取り組み目標を設定します。

○実際には取り組みを始めたことで早期に短期目標を達成することもあり、その場合は目標の前倒しも出てきます。また設定が高すぎる、早急すぎるなどもわかってくるので、短期目標の内容や目標期間の変更は随時行うことになります。

○利用者(家族)は心身の状態が不安定な場合もあり、将来への不安と戸惑い、後ろ向きな気分で日々を過ごすことがあります。そこに介護支援専門員の思い込みや決めつけで「高い目標」を設定し、結果として、できないことで自己否定や自信喪失にいたる場合もあります。

○高めの目標は短期目標で「小分け」にして、利用者(家族)に「ささやかな達成感」と「小さな成功体験」を得てもらうことは、生活への意欲を引き出す効果を期待できます。

○そのため、短期目標でのポイントは、利用者(家族)に「実感のわく内容」「まずやってみようと思える内容」もしくは「あまり気が進まなかったけど、必要なことなんだな」と思える内容にすることも大切です。また、利用者自身の取り組みを促す場合においては、その内容が客観的にも妥当であり、明確であることが大切になります。

■留意事項

○服薬や通院等の疾患・健康管理など、心身の状態に影響を及ぼしやすかつ緊急度の高い目標がある場合、ケアチーム(本人・家族・サービス提供事業所・者等)が果たす役割について、具体的にわかりやすい表現の記載を心がけているかを確認する。

○また短期目標は、サービス提供事業所・者がそれぞれに作成する個別サービス計画の目標となる場合もあるので、それらを意識した具体的な記載を心がけているか確認します。

③（「長期目標」及び「短期目標」に付する）「期間」

〔理由〕

「長期目標」・「短期目標」のいずれにも、「期間」を設定することになっている。目標は達成するために立てられるものであり、目標を達成するために居宅サービス計画があるものである。

この「期間」を設定する理由としては、計画的に支援するということと、期間の終期に目標の達成が図られているか居宅介護支援の評価を行うことにより、例えば、長期間にわたって漫然とした支援を行うようなことを防止するという二つがある。

〔記載要領〕

「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。

④「サービス内容」

〔理由〕

「短期目標」の達成に必要な最適のサービスの内容とその方針を明らかにする必要がある。

この際、同種の居宅サービスであっても、そのサービスの特性や利用者の希望などにより、いずれの居宅サービス事業者のサービスが最も相応しいかを評価・選択し、「サービス種別」欄に記載していく順番となる。

なお、この際、できるだけ家族が行う援助の内容も明確に記載し、外部サービスと併せて、全体として、どのようなサービス体制が組まれているかを明らかにすることが重要である。

また、特にインフォーマルなサービスや他の制度等に基づくサービス等においては、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があり、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、これに配慮し、調和のとれた居宅サービス計画とする必要がある。ただし、介護支援専門員は、必要性が少ない居宅サービスの漫然とした延長等については当該居宅サービスの意義等を十分説明し、理解を得る必要がある。

〔記載要領〕

「短期目標」の達成に必要な最適のサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、できるだけ家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。なお、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合には、その理由の妥当性を検討し、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。

質問7 課題を解決するための「単なるサービス内容」の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか？

■確認ポイント

- 短期目標達成に必要なサービス内容となっている。
- 家族を含むインフォーマルな支援の記載がある。
- 利用者自身のセルフケアも記載がある。
- サービス提供を行う事業所・者が担う役割等についても、必要に応じた記載がある。
- 主治医等の専門家から示された留意事項等の記載がある。

■目的

- 目標を達成するために必要な援助内容(サービス内容・種別・頻度・期間)かを確認する。
- サービスを利用することが目的ではなく、課題(ニーズ)を解決するための手段の一つとしてサービスがある事を理解できているかを確認する。

■解説

- 目標達成のために具体的に何を行うのかが明確であり、利用者の意欲が高まるような内容を提案したり、もしくは利用者自身にもどのような取組みが必要かを考えてもらった上で、合意した内容を援助内容として決定することが大切です。
- 「サービス内容」の記載には、利用するサービスの内容を単に記載するというより、目標を達成するために必要な支援のポイントやセルフケア・家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。
- 主治医意見書等から提案されている留意事項等もサービス担当者会議においてサービス内容を考える際に、勘案するなど大切なことです。
- サービス提供事業所、者が作成するそれぞれのサービス計画書を立てるのに必要なサービス項目(送迎や食事など)や、加算の対象になっているサービス項目(入浴-個別リハビリ-栄養マネジメント等)についても漏れなく記載ができていることも忘れてはなりません。
- 加算項目を記入するにはその必要性について説明できることが大切です。サービス提供事業所・者から言われただけで、機械的に記載していないか確認が大切です。

■留意事項

- 利用者及び家族が理解できる用語で記載できているかを確認します。
- 単なるサービス内容だけの記載になっているような場合は、そのサービス内容を入れた根拠を確認します。
- セルフケアや家族を含むインフォーマルな支援を含む場合、実行性を適正にアセスメントして無理や負担のないように留意しているかを確認します。
- インフォーマルな支援が入っていない場合に、直ちに不適切というのではなく、インフォーマルな支援に関して、検討の有無や、含まれていない理由を確認します。

⑤「保険給付の対象となるかどうかの区分」

〔理由〕

「サービス内容」には、保険給付の対象となる居宅サービスのみならず、市町村が実施する一般老人保健福祉施策、家族や近隣などのインフォーマルなサービスを含むため、保険給付対象内サービスのみを対象とする給付管理票への転記を容易にするため、本欄を設ける。

〔記載要領〕

「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。

⑥「サービス種別」

〔理由〕

「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を選定する必要がある。

なお、家族が担う介護部分については、介護者を特定して明らかにしておく必要がある。

〔記載要領〕

「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。

質問8 計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？

■確認ポイント

- 短期目標をまず達成するためのサービス種別となっている。
- 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも盛り込まれている。
- 特定のサービスによる偏りが無い。
- 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。
- サービス導入の目的が目標と合っている。
- 家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されている。

■目的

- 短期目標達成のために必要なサービス(フォーマル・インフォーマル含む) を検討されてきたかを確認する。
- 検討した結果、資源として不足しているサービス等がある場合は、介護支援専門員として状況を把握し、行政等に働きかけていく視点が求められていることを認識しているかを確認する。

■解説

- 「短期目標」の達成に必要なサービスの種類(資源)には、利用者(セルフケア)、家族支援、介護保険サービス、インフォーマルサービスで行うものなどがあります。
- サービス内容は、個別サービス計画書と連動していることから、主要なサービス項目(食事介助、清拭等)を漏れなく記載することも大切であり、本人の自立を支援するようなサービス内容でなければ目標の達成、課題の解決には繋がりません。そのためには、具体的なサービス項目を記載するとともに、そのサービスが利用者の自立支援にどのように結びついていくのかを理解し、サービス提供事業所・者と目指す方向性を共有できていることが大切です。
- サービス内容によっては通院、服薬、治療など医療サービスに関わる種別(例: 医院、病院、薬局、鍼灸院等)や実費で利用されるサービス(例: タクシー送迎、配食サービス等)もあります。これらの医療サービスや実費サービスも利用者(家族)にとっては「生活を支えてくれる資源」です。サービス内容と種別は介護保険給付の有無に関わらず、必要に応じてケアプランに記載するようにします。

■留意事項

- サービス種別では、できるだけ家族による援助(すでに行っていることも含む)も記載し、家族参加の動機づけを行うなどの工夫が必要です。サービス担当者会議で専門的な見地から示された留意点や配慮については、サービス内容の「条件」として記載することも大切です。
- サービス種別は正式なサービス名称と事業所名を記載し、内容と種別に番号を付ける、線を引くなどの工夫をして関連性が利用者(家族)にわかるようにします。

⑦「頻度」・「期間」

[理由]

「サービス内容」に掲げたサービスを、どの程度の「頻度」で実施するかを明らかにする必要がある。

「サービス種別」、「頻度」及び「期間」は給付管理に直結しており、「頻度」を明らかにすることによって、居宅サービス計画の内容を、利用者及びその家族、各種サービス担当者間で定期的に合意・確認することに役立つのみならず、支給限度額内外において如何に効果的にサービスを組み合わせるかを考える要点が明らかとなる。

[記載要領]

「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。

「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。

質問9 サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

■確認ポイント

- モニタリングでの評価も参考にし、必要に応じた期間での援助内容(サービス内容・種別・頻度, 期間)の見直しをおこなっている。
- 利用者及び家族の意向を考慮し、柔軟な対応が出来るようサービス導入にあたりサービス提供事業所・者との連携を図っている。
- サービス導入後の変化を予測できている。
- サービス時間・曜日がサービス提供事業所・者の都合が優先されていない

■目的

- サービス内容と種別ごとに、どのような根拠で利用頻度と期間を設定したのかを確認する。
- 利用期間については、モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定ができているかを確認する。

■解説

- サービスの利用頻度と期間については、「短期目標の期間」と連動し、短期目標の達成に必要な回数と期間設定になっているかが大切です。具体的な記載方法については、開始日と終了予定日を記入し、終了時期が特定できない場合等は、開始時期のみを記載します。

■留意事項

- 利用者(家族)の「サービスの受け入れ」の度合い(心理面、体力面)も配慮します。
- 必要に応じて介護保険サービス以外の家族支援、インフォーマル支援の頻度を増やすことへの検討の視点も必要となります。
- 利用者の「生活リズム」に合わせた利用時間帯と頻度、家族の介護負担軽減に配慮した利用頻度に留意します。
- 導入直後のモニタリングが行われているかを確認します。行われていない場合は、サービスが効果的に機能しているかを、初期段階での確認が大切であること、サービス提供事業所・者との綿密な報告・連絡・相談が今後の信頼関係に大きく影響し、チームケアの意識向上に繋がることを理解してもらうことも大切です。
- 利用頻度や時間帯など、効果的な導入方法については、サービス提供事業所・者の専門的意見を聞くことも大切です。
- 期間については、すべてのサービス内容や種別が同時並行で導入され利用されるものとは限りません。導入する「順序」に計画性をもっているかも確認する重要なポイントです。

⑧ 福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由

[理由]

福祉用具については、利用者の心身の状況に合わない福祉用具が提供されることで自立を妨げてしまうおそれもあり、自立支援の観点から、適切な福祉用具が選定され利用されるように、福祉用具を必要とする理由を把握することが重要である。

[記載要領]

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。

なお、理由については、別の用紙(別葉)に記載しても差し支えない。

3 第3表：「週間サービス計画表」

①「主な日常生活上の活動」

〔理由〕

利用者の起床や就寝、食事、排泄など主要な日常生活に関する活動を明らかにし、対応するサービスとの関係がわかるようにする。

〔記載要領〕

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。

②「週単位以外のサービス」

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。

3 第3表：「週間サービス計画表」

■第3表とは

第2票で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。

利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

質問1 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？

■確認ポイント

- 目標を達成するために取り組みが必要だと思われるサービスに偏りが無い
- 介護給付以外の取り組みについても記載ができており、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記載となっている。
- 夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容(整容・排泄・吸引, 吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等)が具体的に記載されている
- 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。

■目的

○介護保険サービスとインフォーマル、家族支援等のバランスがとれたケアプランになっているかどうか確認し、週間サービス計画表をたてる意義について理解しているか確認する。

■解説

○第2表のサービスや内容が第3表を通して、計画書そのものの全体的なバランスを把握することができ、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどないか確認できるものとなります。

○介護保険給付以外のセルフケアや家族介護などについても記載をしておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。

特に利用者自身がセルフケアで継続して取り組みを行っていることなどを記載し、ケアチームで共有しあうことは利用者のモチベーションを高めることにつながる場合があります。

○週間サービス計画表は、介護サービス利用の時間を一週間単位で確認できるので、生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができます。またサービス提供者(例:ヘルパー等)も、曜日や時間帯ごとのサービス利用の状況を確認することにより、他のサービスとの役割分担と連携を認識することができるので、チームケアを行う上においても効果的です。

○週間サービス計画表を作成する上においては、介護サービスの利用日と時間帯など利用者の希望や事情だけでなく、介護する家族の事情も影響します。またサービス提供事業所-者側の定員、送迎コース、受け入れ体制などもあり、すべて意向通りとはならない場合もあります。特に利用初期の1～3か月間はサービスに慣れない利用者(家族)とサービス提供事業所・者間の「調整」により再三動くこともあります。

○利用する一週間のサービス「量」を見ると、支給限度額や利用料の負担度も影響するので、「利用したい」が現実には減らさざるを得ないという利用者(家族)の事情もあれば、要望のみが先行し、ややもすれば「必要以上と思われるサービス」「支給限度額いっぱいのサービス」になっている場合もあります。

○週単位以外のサービス(居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、医療や保健福祉サービス、地域の活動等)についても記載しておくことが大切です。

■留意事項

○本人の心身の機能の改善・低下等で週間サービスをどのタイミングで見直すことになっているか、またそのことを利用者・家族に伝えておくなども同時に行えているかを確認します。

質問2 本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか?またその人らしい生活がイメージされていますか?

■確認ポイント

起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」(整容、食事、散歩、掃除、昼寝、買物、洗濯、入浴等)が具体的に記載されている。

夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容(整容-排泄-吸引・吸入・食事・移動、入浴・清拭・体位変換、移乗等)が具体的に記載されている。

一日の生活の中で習慣化していることが記載されている。

主たる介護者の「介護への関わり」や不在の時間帯等について記載されている

■目的

○本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないかを確認する。

■解説

○この欄には、利用者の平均的な-日の過ごし方をできるだけ具体的に記載します。記載することでその人らしい「-日の生活リズム」を基本においたサービス提供の曜日と時間の組み立て、家族を含めた関わるタイミング、配慮すべき留意点(例:夕方、不穏になる時間に訪問介護や家族の支援を入れるなど)に対応することが可能となります。

○この欄を記載することで、家族が本人の過ごし方を具体的に知る手立てにもなります。同居であっても、一日や一週間を把握しているようで案外知らない場合もあるので、把握してもらっておく必要があります。

○なお本人が認知症や意思を表せない場合は家族から情報収集します。家族から「一日の過ごし方」を情報収集することにより、家族の関わりをつくる効果も期待できます。

○現在の生活のイメージを持つことで、今の生活課題と生活リズムとの関係性を分析することができます。1日の生活をアセスメントすることで、課題の解決にむけて、きっかけ作りに繋がる場合があることを理解しておきます。

■留意事項

- 第3表の書式では、「主な日常生活上の活動」の欄が「右端」にあるために、介護サービス中心に一週間が組み立てられる印象があり、結果的に本人の「一日の過ごし方」が軽視されてしまう危険があるので注意が必要です。
- 基本的に本人から聴き取り、その際に現在だけでなく、要介護となる以前の過ごし方、本人が今後望む過ごし方も含めて把握することが大切です。
- 一度に全部を聞き出そうとせず、利用者の心身状況や性格等も考慮しながら、相手に不快感を与えないような把握の仕方ができているかを確認します。
- 主たる介護者の介護の関わりと不在の時間帯等についても記載をします。
- 一日の生活の流れが把握できていない場合には、なぜ出来ていないのかを確認することが大切です。

質問3 週間サービスには、利用者・家族の状況(意向、事情等)にあった計画になりましたか？

■確認ポイント

- 利用者及び家族が行う役割やセルフケアについて記載ができている。
- インフォーマル資源等の活用なども意識してアセスメントを行っている。
- 夜間・土日などの支援体制もきちんと考えている。

■目的

- 利用者、家族の意向と事情をくみ取った週単位の介護保険サービスになっているか、利用者・家族の同意を得られているかを確認する。
- 利用者の自立を支援するために、フォーマル・インフォーマル、家族支援等のサービスを考慮し、それらがバランス良く記載された効果的なケアプランになっているかを確認する。
- 介護サービス導入が前提と思えるようなケアプランになっていないか確認

■解説

- 課題(ニーズ)を解決していくためには、介護保険のサービス利用に頼るのではなく、自分でできることや家族ができることなどを整理しておくことが必要です。
- サービス内容については、介護保険のサービス内容を記載するだけでなく、利用者及び家族が取り組むもの、遠方の家族や近隣、ボランティア等を含むインフォーマルな資源が担う役割等も記載しておくことで家族を含めたチームが関わっているかを確認することができます。

■留意事項

- 利用者及び家族-近隣・地域の力量にも差がありますので、意向をくみ取ることなくインフォーマルな資源の活用についての記載を行うことがないように留意します。
- 夜間-土日は家族がいるからといって、サービスが必要でないとは限りません。介護負担の状況によっては、夜間や土日の支援体制を組む視点があるかどうかを確認します。

質問4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

■確認ポイント

「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。

■目的

○ 利用者の状態は変化するものであることを理解し、一時的に必要なサービスなども含めて記載する必要性や週単位以外のサービスにも介護保険サービスが含まれているため、利用している介護保険サービス全体を把握する 必要性を確認する。

■解説

○この欄には、サービス開始当初に導入した福祉用具や、隔月に利用する短期入所など、週単位以外のサービスを利用する場合に記載します。

○利用者の生活は、状態像や環境の変化で刻々と変わる場合があります。決して週単位のサービスだけで支えているわけではありません。一時的に必要な支援や、週単位ではないけれども定期的に必要な支援なども含めて、継続的に支援体制を構築していく必要があります。

○医療機関への受診や、保健サービスの利用、ボランティアの不定期な支援や近所の方々の支援なども記入しておくことは大切な情報です。

○週単位サービス以外の支援を記載しておくことで、期間限定で利用するサービス内容や、月単位で利用するサービスも含めて、利用者の生活を支援する体制の全体像を把握できます。

■留意事項

○定期的な受診や、訪問診療など、医療機関との関係を記載できているか確認する事も大切です。

○住宅改修や福祉用具購入など、一時的に利用したサービスに関しても把握しておくことで、今後のサービスのあり方の参考になります。○週単位サービス以外の支援を記載しておくことで、期間限定で利用するサービス内容や、月単位で利用するサービスも含めて、利用者の生活を支援する体制の全体像を把握できます。

4 第4表：「サービス担当者会議の要点」

①「利用者名」

〔記載要領〕 第1表から転記する。

②「生年月日」

〔記載要領〕 第1表から転記する。

③「住所」

〔記載要領〕 第1表から転記する。

④「居宅サービス計画作成者氏名」

〔記載要領〕 第1表から転記する。

⑤「開催日」

〔記載要領〕

当該会議の開催日を記載する。

⑥「開催場所」

〔記載要領〕

当該会議の開催場所を記載する。

⑦「開催時間」

〔記載要領〕

当該会議の開催時間を記載する。

⑧「開催回数」

〔記載要領〕

当該会議の開催回数を記載する。

⑨「会議出席者」

〔記載要領〕

当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入する。記載方法については、「会議出席者」の欄に記載、もしくは、「所属（職種）」の欄を活用して差し支えない。また、当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等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。

⑩「検討した項目」

[記載要領]

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ある場合には、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、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）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等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。

⑪「検討内容」

[記載要領]

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、⑩「検討した項目」及び⑪「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。

⑫「結論」

[記載要領]

当該会議における結論について記載する。

⑬「残された課題（次回開催時期等）」

[記載要領]

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開催時期、開催方針等を記載する。

なお、これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものであることから、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載する。

5 第5表：「居宅介護支援経過」

[記載要領]

モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。

漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。
第5表「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。

そのため、具体的には、

- 日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）
 - 利用者や家族の発言内容
 - サービス事業者等との調整、支援内容等
 - 居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。
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を避ける、
 - 箇条書きを活用する、等わ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活用し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への記載でも可。

V. 「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」について

居宅介護支援事業者は、IV に定める「居宅サービス計画書」において作成された居宅サービス計画の内、保険給付対象内のサービスについては、サービスの実績管理（給付管理票の作成）を月を単位として行い、その結果を国民健康保険連合会に提出するという、一連の「給付管理業務」を行うこととなる。

また、「居宅サービス計画」に位置づけた指定居宅サービス等は、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得なければな

らないとしており、「給付管理業務」が月を単位として行われるため、当該「居宅サービス計画の説明及び同意」についても月毎に確認を要することとなる。

このため、Ⅳに定める「居宅サービス計画書」のうち前記内容を踏まえ月毎単位で作成するのが「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」である。なお、利用者に「居宅サービス計画の説明及び同意」を得るにあたっては、当該「居宅サービス計画書」の第1表から第3表まで、第6表及び第7表を提示しなければならない。

[参考条文]

- 厚生省令第三十八号第十三条第十号

1 第6表：「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」

[記載要領]

「居宅サービス計画原案」に位置づけられたサービスをもとに、月単位で作成する。

①「認定済・申請中の区分」

「認定済」・「申請中」の区分のどちらかを○で囲む。「新規申請中」、「区分変更申請中」及び「更新申請中に当該認定有効期間を超えた場合」については「申請中」となり、その他の場合が「認定済」となる。

②「対象年月」

居宅サービス計画の対象となる年月を和暦で記載する。

③「保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

④「保険者名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑤「被保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑥「被保険者氏名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑦「生年月日」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑧「性別」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑨「要介護状態区分」

「認定済」の場合は、被保険者証に記載された要介護状態区分を○で囲む。

「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状

態区分を○で囲む。

⑩「変更後要介護状態区分・変更日」

月の途中で要介護状態区分に変更があった場合に、変更後の要介護状態区分を○で囲み、変更日を記載する。

⑪「居宅介護支援事業者事業所名担当者名」

居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者の名称及び担当者名を記載する。ただし、利用者が作成した場合は記載する必要はない。

⑫「作成年月日」

居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。

居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。

ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

⑬「利用者確認」

居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

⑭「保険者確認印」

利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が確認印を押印する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、押印する必要はない。

⑮「届出年月日」

利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が市町村に届け出た年月日を記載する。

ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、記載する必要はない。

⑯「区分支給限度基準額」

被保険者証に記載された支給限度基準額（単位数）を記載する。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた1月間当たりの支給限度基準額（単位数）（月途中の変更がある場合には、重い方の「要介護状態区分」に対応した額と一致する。）を記載する。

⑰「限度額適用期間」

被保険者証に記載された限度額適用期間を記載する。

⑱「前月までの短期入所利用日数」

計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「0」と記載する。

⑲「曜日」

対象月における日付に対応する曜日を記載する。

⑳「提供時間帯」

サービス提供開始から終了までの予定時刻を 24 時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順（0:00～4:00）に記載する。

ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない

㉑「サービス内容」

適用するサービスコードに対応するサービスの名称（「介護給付費単位数・サービスコード表」の省略名称）を記載する。

㉒「サービス事業者事業所名」

サービス提供を行う事業所の名称を記載する。

㉓「予定」

該当するサービスの提供回数（通常は「1」）を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

㉔「実績」

サービスを提供した事業所が実績を記載する。計画を作成する時点での記載は、必要ない。

㉕「合計回数」

各行の「予定」欄に記載された提供回数の合計を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

2 第7表：「サービス利用票別表」

〔記載要領〕

(1) 第6表「サービス利用票」の各行から、支給限度管理の対象となるサービスを全て転記する。記載は、サービス提供事業所毎に記載することとし、同一事業所で複数のサービスを提供する場合は、サービスコード毎に記載する。

また、事業所又はサービス種類（サービスコードの上二桁）が変わる毎に、その事業所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を1行ずつ挿入する。（1つのサービス種類について1つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。）

①「事業所名」

第6表「サービス利用票」の㉒「サービス事業者事業所名」欄から転記する。集計行にも対象事業所名を記載する。

- ②「事業所番号」
前記①「事業所名」に対応する事業所番号をWAMNETの『介護報酬情報提供システム』等により確認して記載する。集計行にも対象事業所の事業所番号を記載する。
- ③「サービス内容／種類」
第6表「サービス利用票」の⑳「サービス内容」欄から転記する。集計行には、サービス種類の名称を記載する。
- ④「サービスコード」
前記③「サービス内容／種類」に対応するサービスコードを『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。集計行には、記載する必要はない。
- ⑤「単位数」
前記④「サービスコード」に対応する1回当たりの単位数を『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。
- ⑥「割引後率（％）」
料金割引を行っている場合には、前記③「サービス内容／種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率（割引後率＝100％－割引率（％））をWAMNETの『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。
- ⑦「割引後単位数」
前記⑥の記載を行っている場合（料金割引を行っている場合）には、前記⑤「単位数」に前記⑥「割引後率」を乗じて算出した割引後の単位数（小数点以下四捨五入）を記載する。
- ⑧「回数」
第6表「サービス利用票」の㉓「予定」欄から1月間分の合計回数（同表の㉕「合計回数」欄）を転記する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。
- ⑨「サービス単位／金額」
前記⑤「単位数」（料金割引を行っている場合は、前記⑦「割引後単位数」）に前記⑧「回数」を乗じて算出した結果を、集計行を識別できるように括弧書き等により記載する。区分支給限度管理対象外のサービス（特別地域加算等）については、合計には含めないため、識別できるように記載する。福祉用具貸与の場合は、実際の費用額を単位数当たり単価で除した結果（小数点以下四捨五入）を記載する。

- ⑩「種類支給限度基準額（単位）」※「種類別支給限度管理」表市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「被保険者証」から、種類別の支給限度額を転記する。
- ⑪「合計単位数」※「種類別支給限度管理」表
市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑨「サービス単位／金額」欄から、サービス種類別に単位数を合計し記載する。
- ⑫「種類支給限度基準を超える単位数」※「種類別支給限度管理」表前記⑩及び⑪の記載を行った場合（市町村が種類支給限度基準を定めている場合）には、前記⑪「合計単位数」から前記⑩「種類支給限度基準額（単位）」を差引き、種類別に支給限度基準を超える単位数を算出する。
- ⑬「種類支給限度基準を超える単位数」
市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑫の「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるように単位数を種類別に振り分ける。
- ⑭「種類支給限度基準内単位数」
市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑨「サービス単位／金額」から前記⑬「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。
- ⑮「区分支給限度基準額（単位）」
「被保険者証」から、区分支給限度基準額を転記する。
- ⑯「区分支給限度基準を超える単位数」
種類支給限度基準が設定されていない場合は、前記⑮から前記⑨「サービス単位／金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。
種類支給限度基準額が設定されている場合は、前記⑮から前記⑭「種類支給限度基準内単位数」欄の合計欄を超える単位数を記載する。内訳については、合計欄に等しくなるように単位数を割り振る。
- ⑰「区分支給限度基準内単位数」
種類支給限度基準が設定されていない場合は、前記⑨「サービス単位／金額」から、前記⑯で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載する。
種類支給限度基準が設定されている場合は、前記⑩「種類支給限度基準（単位）」から、前記⑯で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。
- ⑱「単位数単価」
各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAM NET『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載

する。

⑱「費用総額（保険対象分）」

前記⑰「区分支給限度基準内単位数」に前記⑱「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

⑳「給付率（％）」

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載する。利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証等を参考にして記載する。

㉑「保険給付額」

前記⑱「費用総額（保険対象分）」に前記⑳「給付率」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

㉒「利用者負担（保険対象分）」

前記⑱「費用総額（保険対象分）」から前記㉑「保険給付額」を差引いて算出した額を記載する。

なお、端数処理の関係で、実際の事業者の徴収方法（毎回徴収するか、まとめて徴収するか）や、公費負担医療の適用によっては利用者負担が異なる場合があるので注意すること。

㉓「利用者負担（全額負担分）」

前記⑱「区分支給限度基準を超える単位数」に前記⑱「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

(2) 要介護認定期間中の短期入所利用日数

①「前月までの利用日数」

サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。

②「当月の計画利用日数」

当月中に計画に位置づけた短期入所サービスの利用日数のうち、限度額内の単位数に相当する日数を記載する。

③「累計利用日数」

①と②の累計日数を記載する。

VI 「施設サービス計画書」の記載項目について（「居宅サービス計画書」との相違点）

1 第1表：「施設サービス計画書（1）」

①「施設サービス計画作成者氏名及び職種」

〔記載要領〕

当該施設サービス計画作成者の氏名及び職種を記載する。

②「要介護状態区分」

[居宅サービス計画書との相違点]

経過措置入所者に対応するため「その他」を挿入。

[記載要領]

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

2 第2表：「施設サービス計画書（2）」

①「サービス内容」

[居宅サービス計画書との相違点]

理美容サービスや特別の食事など保険給付対象外のサービスについての記載。

[記載要領]

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、できるだけ家族による援助も明記し、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、理美容サービスや特別の食事など保険給付対象外のサービスについて○印を付すと管理しやすい。

②「担当者」

[居宅サービス計画書との相違点]

「援助内容」欄のうち、「サービス種別」を「担当者」欄に変更。

[記載要領]

記載した「サービス内容」に基づきサービスを提供する「担当者」を記載する。

3 第3表：「週間サービス計画表」

[居宅サービス計画書との相違点]

第4表「日課計画表」との選定による使用を可能とする。

4 第4表：「日課計画表」

[記載要領]

「共通サービス」及び「担当者」には、日常の業務として他の利用者と共通して実施するサービス（右欄「共通サービスの例」参照）とその担当者を記載する。

「個別サービス」及び「担当者」には、当該利用者に個別に実施するサービスとその担当者を記載する。