

日介支専協第3-0150号
令和3年7月27日

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
都道府県支部長 殿

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会長 柴口 里則
[公印省略]

「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」
介護サービス計画書の記載例等の一部修正について（ご連絡）

拝啓 平素より当協会の活動に対し、格別のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

令和3年5月31日付『「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」介護サービス計画書の記載のポイントやモデル記載例（ご連絡）』（日介支専協第3-0066号）について、この度、一部加筆修正をしましたので、別添にてご連絡申し上げます。

貴支部におかれましては、地域支部および会員の皆様への周知をよろしくお願ひいたします。

敬具

記

- 「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
※居宅サービス計画書の記載のポイントやモデル記載例含む

以上

一般社団法人日本介護支援専門員協会
事務局 木村能子 担当：口野沙和・池田栄美
東京都千代田区神田小川町1丁目11番地 金子ビル2階
TEL:03-3518-0777 FAX:03-3518-0778
E-mail soumuka@jcma.or.jp

「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

介護保険最新情報 Vol.958



一般社団法人日本介護支援専門員協会

平成11年11月12日老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知により、「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」下記の通り説明がされています。（一部抜粋）



⑬ 「利用者及び家族の生活に関する意向」

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**課題分析の結果を記載する。**なお、利用者及びその家族の介護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。

⑯ 「総合的な援助の方針」

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、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等について記載することが望ましい。

令和3年3月31日 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知により、「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）について、以下のとおり一部改正となり、下記の通り説明がされています。（一部抜粋）



1 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

- 【居宅サービス計画書（1）標準様式】
「利用者及び家族の生活に関する意向」
↓
「利用者及び家族の生活に関する意向を踏まえた課題分析の結果」
- 【居宅サービス計画書（1）記載要領】
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」
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。（次ページ参照）

今回の改定では居宅サービス計画書記載要領の冒頭の文に以下の点が新たに加筆されています。

「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や施設サービス計画書は、「利用者本人の計画」とされ、あくまでも**利用者本人が主体的に作成に関与していくことが大切です。**

介護支援専門員は、専門的知識や技術を駆使して、利用者による計画書の作成の援助や、仲介や調整、情報収集と提供等を行う事で計画書に基づくチームケアが円滑に進むように利用者及びその家族を支援します。

計画を作成する場合は**利用者本人の目線**での記述を意識しましょう。

記載要領

第 1 表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日

※居宅サービス計画書記載要領（一部抜粋）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

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

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	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。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。
------------------------------	--

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

総合的な援助の方針	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。
-----------	---

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

「介護サービス計画書（1）」の記載のポイント

アセスメントの主訴は、利用者及びその家族の主訴や要望について記載するが、利用者及び家族の生活に対する意向は、利用者及びその家族の主訴や要望（フェルトニード）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意向（リアルニード）を記載します。

ケアマネジメントは、ケアマネジャーによる利用者の**生活を支える専門的な支援方法であり**、利用者との共同作業を通して、アセスメントから情報収集し、課題分析の結果として、合意形成を行う意向（リアルニード）へと導きます。

フェルトニード（感得されたニード、自覚ニード）

フェルト（felt）は「感じる（feel）」の過去分詞形で、「感得された」という意味なので、本人が自覚しているニードや欲求のことを指します。

エクスプレストニード（表明ニード）

主訴とは、エクスプレスト（expressed）は「表明された」という意味で、クライエントが他人にわかるように表明したニードのことです。

ノーマティブニード（規範的ニード）

ノーマティブは「規範的」という意味なので、価値基準や科学的判断に基づく絶対的基準との比較によって顕在化するニードのことを指します。

出典：ブラッドショー（Bradsaw,J.）が提唱したニード

※居宅サービス計画書記載要領（一部抜粋）

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 殿

作成年月日 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
					「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。				
					「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。				
					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。				
					「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」の達成のために踏る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。				
					「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				

※1 「保険給付の対象になるかどうかの区分」について、保険料印を付す

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について

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。

今回一部改正された記載要領で第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の記載について以下の点が加筆されました。

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ぬ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。



下線部については、全てを課題（ニーズ）の欄に書かなければならぬという意味ではなく、第2表の各項目を記載する場合に目標達成に向けた取組になる事を意識する事を解説したものです。

「目標」「サービス内容」「サービス種別」の項目に適切に記載しましょう。

※居宅サービス計画書記載要領（一部抜粋）

利用者名		殿							作成年月日	年 月 日
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
深夜	0 : 00									
深夜	2 : 00	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								
深夜	4 : 00									
早朝	6 : 00	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。								
午前	8 : 00									
午前	10 : 00									
午後	12 : 00									
午後	14 : 00									
午後	16 : 00									
夜間	18 : 00									
夜間	20 : 00									
夜間	22 : 00	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。								
夜間	24 : 00									
週単位以外 のサービス										

※居宅サービス計画書記載要領（一部抜粋）

第4表

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：)						
※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記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がいる場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、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。					
検討内容	当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。 その際、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載する。 なお、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。					
結論	当該会議における結論について記載する。					
残された課題 (次回の開催時期)	必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。					

※居宅サービス計画書記載要領（一部抜粋）

第5表

居宅介護支援経過

作成年月日 年 月 日

利用者名

殿

居宅サービス計画作成者氏名

年 月 日	項目	内 容	年 月 日	項目	内 容

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、
- ・ 暖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。

記載例について

参考までに、介護サービス計画書の記載例を示しています。記載例を作成した事例は、当協会が作成した「2訂／介護支援専門員研修テキスト」に掲載されています。

内容については、利用者や家族の状況や価値観、置かれた環境など複雑な要因があるので、そのような状況に応じた記載が必要となります。

記載例については「書き方」を例示したものではありません。
「考え方」を示したもので、記載例のとおりに書かなければならぬというものではありません。

記載例を参考にしていただき、利用者にとって最適なサービス計画書を作成していただきますようお願いします。

介護サービス計画書モデル記載例①

日本介護支援専門員協会「2訂介護支援専門員研修テキスト」専門研修課程Ⅰ
「看取り等における看護サービスの活用に関する事例引用」

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 平成 29年 11月 6日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 A 殿 生年月日 昭和 10 年 0 月 0 日 住所 ○○市○○町

居宅サービス計画作成者氏名 F

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 E 居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成（変更）日 平成 29 年 11 月 6 日 初回居宅サービス計画作成日 平成 29 年 11 月 6 日

認定日 平成 29 年 10 月 16 日 認定の有効期間 平成 29 年 10 月 1 日 ~ 平成 30 年 9 月 30 日

要介護状態区分	要介護 1 · <input checked="" type="checkbox"/> 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：めまいで転倒し入院していましたが、リハビリテーションを頑張りどうにか室内は移動ができるようになりました。しかし、元々の病気が進んでいると聞き、今後一人で暮らしていくことに不安があります。自分のペースでリハビリテーションを行ったり、調理をしたりと、体調を考えながら、今の家で暮らし続けられたら良いと思います。</p> <p>長男：遠方に住んでおり、仕事のことを考えると一緒に暮らすことは難しいと思います。電話での安否確認はできますが、母の健康状態を相談できる人が身近にいてほしいと思います。他の人と会話をすることで楽しみ事が増えると安心します。</p>
介護認定審査意見及びサインの種類の指	当初の主訴は「調理や買い物は自分で続けていきたいが、最近体調に波があり一人暮らしに不安がある。病気も進んでいると聞いているので、今後の健康について相談できる人がほしい。子供たちにはそれぞれ仕事があり、あまり迷惑をかけたくない。子供たちの考えもあると思うが、最期までこの家で過ごしていきたい。」、望む暮らしは「自宅で仏壇を守りながら、療養生活が続けられたらよい。子供に迷惑をかけずに、最期まで自宅で過ごすことができればよい。」であり、課題分析の結果、①病状進行に対する不安、②病状の進行や体力を考慮した活動性や社会参加の維持・向上、③急変時等、緊急時の対応等に課題があり、本人・長男と検討した結果、上記の内容で合意形成を図ることができた。

総合的な援助の方針	<p>主治医のアドバイスを受けながら、内服・食事管理をしっかりと行い、体調の波が少しでも安定するよう支援していきます。</p> <p>住み慣れた家で、入浴や食事作りをご本人の思いに沿って行えるよう支援しています。</p> <p>店頭の不安を少なくし庭先にも出られるよう、筋力維持のための運動やリハビリテーションに取り組んでいきましょう。</p> <p>今後体調の状態に合わせた大学病院と連携を図り、身近な病院でも治療ができるよう、相談を行っていきます。</p> <p>緊急連絡先 M 大学病院呼吸器内科 N 先生 G 訪問看護ステーション（24 時間対応）</p> <p>V（長男） W（次男）</p>
-----------	---

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

介護サービス計画書モデル記載例②

日本介護支援専門員協会「2訂介護支援専門員研修テキスト」専門研修課程Ⅰ
「認知症に関する事例引用」

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日

平成29年9月25日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名	A 殿	生年月日	昭和13年〇月〇日	住所	〇市〇町
居宅サービス計画作成者氏名	C				
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地	M居宅介護支援事業所				
居宅サービス計画作成（変更）日	平成29年9月25日		初回居宅サービス計画作成日	平成29年9月25日	
認定日	平成29年9月15日		認定の有効期間	平成29年8月10日～平成30年8月31日	
要介護状態区分	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護1・ <input type="checkbox"/> 要介護2・ <input type="checkbox"/> 要介護3・ <input type="checkbox"/> 要介護4・ <input type="checkbox"/> 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>Aさん：娘や息子に心配かけず、健康を保ち、これまで通り暮らしていきたいです。身の回りの事や家事はできるだけ自分でしたいし、買い物や散歩、友人と会食にも行きたいです。これからも、安心で安全に移動や歩行ができるように思います。</p> <p>長女：だんだん一人暮らし心配になっているので、サービスや見守りを受けながら、安全に暮らして欲しい。</p> <p>特に転倒が心配です。</p>				
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	<p>インターク面接の主訴は、本人「もの忘れが増え、膝の痛みで動きづらくなってきていて、これからが心配。いろんなことが億劫になってきた。人の多いところは苦手だし、家でゆっくり過ごすのが何よりも好きなので、今の生活が続いでほしい」。</p> <p>長女「今はまだいいけれど、これから認知症が進むと心配。早めにサービスや見守りを受けて安全に暮らしてほしい」。</p> <p>アセスメントの結果、主訴≠利用者及び家族の意向。主訴を踏まえて介護支援専門員がアセスメント、課題分析をし、その結果、本人及び家族はどのように生活したいか、潜在的ニーズも引き出した内容や本人及び家族の自尊心や自立心に配慮して記載する。</p>				
総合的な援助の方針	<p>ご自身のベースで生活を続けられるよう、健康面や生活面で必要な事を相談し、支援していきます。</p> <p>生活の殆どことはご自身でできておられます。ただ、以前のようにいかいことも少しでてきたご様子ですので、まずできていること、困りごとを確認しながら、できることは自身でしていただけるよう、環境を整えていきましょう。</p> <p>そのため必要な情報をわかりやすくお伝えし、「手助けがほしい」思ったことについては、希望に添えるように調整します。</p> <p>まずは、健康維持と、移動や歩行時の安全に必要な環境を整なながら、少しずつ今後のことを相談していきましょう。</p> <p>〈緊急連絡先〉長女：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 長男：△△△-△△△△△-△△△△△ D医師：×××-××××</p>				
生活援助中心型の算定理由	<p><input checked="" type="radio"/> 1. 一人暮らし <input type="radio"/> 2. 家族等が障害、疾病等 <input type="radio"/> 3. その他（ ）</p>				

介護サービス計画書モデル記載例③

日本介護支援専門員協会「2訂介護支援専門員研修テキスト」専門研修課程Ⅰ
「リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例引用」

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 平成 28年 10月 22日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 H 殿	生年月日 昭和 21年〇月〇日	住所 ○○市○○町
居宅サービス計画作成者氏名 M介護支援専門員		
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 M居宅介護支援事業所 ○○市○○町		
居宅サービス計画作成（変更）日 平成 28年 10月 30日	初回居宅サービス計画作成日 平成 28年 10月 30日	
認定日 平成 28年 10月 15日	認定の有効期間 平成 28年 10月 1日 ~ 平成 29年 9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を踏まえた課題分析の結果	<p>本人：できないことが多く負担をかけることが心配だが、夫の手助けを受けて、早く家に帰って暮らしたい。</p> <p>夫：家に帰れば少しでもよくなるのではないかと思っている。家事と介護の両立で不安があるが、助けてもらしながら家で生活をしていきたい。</p> <p>インターク面接での主訴は、「退院してからも、お風呂に入りたい。」、「移動できずトイレが心配。」で、本人の望む暮らしは、自宅で夫と暮らしたいが、夫の負担になるのであれば施設に入りたい。」であった。アセスメントにより、課題分析の結果、本人の気持ちを受容しながら、退院後のご自宅での介護についての不安や負担ができるだけ少なくなるよう見通し立てることで、ネガティブな心境からポジティブな意向となる。</p>	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		
総合的な援助の方針	<p>ご自宅の介護についての不安や負担ができるだけ少なくなるよう、必要なサービスが適切に使えるように支援を行っていきます。</p> <p>ご自宅での生活が継続できるように援助させていただきます。</p> <p>生活環境を整え、体調管理をしながら、できるだけ自分自身で移動・移乗ができるようにリハビリテーションを続けましょう。</p> <p>自分の好きな読書などの時間がとれるように援助させていただきます。</p> <p>緊急連絡先 夫 携帯電話 ●●●-●●●●-●●●●</p> <p>長女 携帯電話 ●●●-●●●●-●●●●</p>	
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他（ ）	

介護サービス計画書モデル記載例③

日本介護支援専門員協会「2訂介護支援専門員研修テキスト」専門研修課程Ⅱ

「状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービスや施設サービス等）の活用に関する事例引用」

第1表		施設サービス計画書（1）			作成年月日	年	月	日
			初回・紹介・継続			認定済・申請中		
利用者名	A 殿	生年月日	S10 年 ○ 月 ○ 日	住所	○○市○○			
施設サービス計画作成者氏名	D							
施設介護支援事業者・事業所名及び所在地								
施設サービス計画作成（変更）日	平成 年 月 日	初回施設サービス計画作成日	年 月 日					
認定日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日	～	年 月 日			
要介護状態区分	要介護1	要介護2	・	要介護3	・	要介護4	・	要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	本人：歩くことやトイレがもう少ししっかりできるようになって早く自宅に戻って生活したい。 妻：歩くことやトイレがもう少しできるようになってもらいたい。 長男：病院では絶食だった期間が長かったため弱ってしまった。ご飯をしっかり食べて、リハビリテーションもして入院前くらいの歩行まで改善してほしい。 長女：入院前の状態に戻ってくれると母も楽だと思います。							
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特に インターン面接での主訴は「リハビリテーションをがんばって、自宅に戻り妻とこれまで通り生活をしたい」であり、これを踏まえた課題分析を行った。課題分析を通じて、歩行は可能であるが杖や手すりを使用し不安定であること、起居・排せつ動作にも見守りが必要であることが明らかになり、本人にも自覚があることから記載例の通りとなる。							
総合的な援助の方針	胃の手術をしていますので、食事摂取の状況や胸やけ、胃部不快感などの不調がないか様子を観察し、医師との連携を図ります。本人もリハビリテーションへの意欲もあり、リハビリテーションスタッフ等と連携し、自宅への復帰を目指して生活訓練を提供していきます。							
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()							

自立支援に資するケアマネジメントプロセス

- 第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」は、当初の意向をそのまま記載するものではありません。
- アセスメントにより利用者と協働して、現状の生活状況を確認し、利用者・家族の意向を尊重し、信頼関係を築くよう努めながら、利用者の自立を阻害する要因を整理します。
- 「利用者が感じる困った状況を改善し、望む生活をしたい」と、利用者が主体的・意欲的に取り組めるよう解結すべき課題（ニーズ）を探ります。
- 課題分析の結果を踏まえて合意形成ができた最終的な本人・家族の意向を記載します。
- ケアマネジメントプロセスにおける初期面接相談の目的である信頼関係の構築したうえで、利用者・家族と介護支援専門員が一緒に居宅サービス計画書をつくります。
- 文章表現は、分析結果に寄り過ぎず、本人主体であり、目にした時に違和感を持ち過ぎず前向きに捉えられるように記載します。

出典 介護支援専門員実務研修テキスト七訂（上巻）P84～P85 居宅のケアマネジメントプロセス（一部改変）

今後の課題

標準様式第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」については、

「課題分析の結果を踏まえた利用者及び家族の生活に対する意向」に変更した方が利用者や家族も受け入れやすく、介護支援専門員も前向きな表現で記入しやすのではないかと思います。