

ケアプランの書き方のポイント

ケアプラン作成にあたっては、以下の書き方ポイントを参考にしてください。

〔ケアプランの基本的考え方と書き方〕

〔ケアプランの考え方〕について

ケアプランを作成する最大の目的は、「利用者の生活に寄り添い、利用者の自立を支援すること」です。

利用者にとってわかりやすい具体性のある記述力を向上させ、現ケアプランにかかわる課題改善を図ることは、ケアプランの統一性と質を推進することにつながります。

また、介護支援専門員にとっては、効果的・効率的なケアプランの作成を推進することになります。

そして何より、利用者の自立支援に資するケアプランの作成につながります。

〔ケアプランの書き方〕の基本の「き」

ケアプランは、正式な書類（利用者等に対して説明・同意・交付を行う等）として制度に位置づけられ、利用者、支援者両者にとって重きをおかれているものです。

そのことを踏まえたとき、正式な書類として、基本の「き」に注意することが必要です。

- ① 誤字脱字がある（変換ミスなど）。
- ② 専門用語が多すぎて利用者には理解が難しい。
- ③ わかりにくい略語（通介 生活Ⅱなど）がある。
- ④ 和暦と西暦が混同していてわかりにくい。
- ⑤ 利用者やその家族への配慮に欠けると思われる表現がある（認知症・徘徊・拒否・訴えなど）。
- ⑥ 使用するソフトの状況によって利用者にとってわかりにくいケアプランになっている（例：罫線から文字が切れていたり、ずれていたりする。枠内に収まりきっていない等）。

令和5年度 集団指導資料

〔高齢者あんしん課 介護認定係〕

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

・認定日は、介護保険被保険者証で確認。
 ・認定の有効期間内のプランであるか。
 ・認定更新、認定区分変更、サービス変更時に作成していますか。

利用者名 _____ 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

当該事業所が初めて居宅介護支援を受ける場合「初回」、他の事業所または介護保険施設で居宅介護支援を受けていた場合は「紹介」、過去に一度でも当該事業所が居宅介護支援を受けたことがあれば「継続」とします。

要介護状態区分	要支援	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
---------	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

サービス提供前に作成していますか。

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

・利用者や家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのかについて明確に記載していますか。
 ・利用者と家族の言葉は区別して記載していますか。
 ・利用者と家族の意向が異なり、かつ秘匿にしている内容は、第5表「支援経過記録」に記載します。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

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、それを転記します。記載がない場合は「特に記載なし」と記載します。

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)」に対して、チーム(本人、家族、近隣住民、介護支援専門員、各種サービス事業者等)がどのようなチームケアを行うのか記載していますか。
 ・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、緊急連絡先について記載していますか。

訪問介護のうち「生活援助中心型」を算定する場合は○をつけます。

家族等に障害、疾病がない場合にあっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合等は、「その他」に○をつけ、その事業を簡潔明瞭に記載する。判断した事情や理由は第5表もしくはアセスメントシートに記載します。

有料老人ホーム等の入居者は、「1. 一人暮らし」ではなく、「3. その他」に○をし、入居施設を記入します。

・説明・同意日を記入、署名を記入します。署名があれば押印は不要です。
 ・同意日はサービス開始前になっていますか。
 ・認知症自立度の高い利用者は、家族の同意も必要です。

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 ()

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日

年 月 日

利用者同意欄

居宅サービス計画書（2）

利用者名 殿

長期目標：概ね1年～6か月 短期目標：概ね6か月～3か月 ※年月日まで記載

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標				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
	<ul style="list-style-type: none"> ・目標は抽象的な言葉ではなく誰にでもわかりやすい具体的な内容になっていますか。 ・目標は、実際に解決が可能と見込まれるものになっていますか。 ・サービスの利用が目的になっていませんか。 ・短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標になっていますか。 ・期間は「認定の有効期間」も考慮して設定していますか。 ・期間について、開始時期と終了時期を特定していない場合は開始時期のみでも可。 				<ul style="list-style-type: none"> ○印のついているサービスについては、第6、第7表の内容と一致していますか。 		<ul style="list-style-type: none"> 短期目標を達成するために、左記「サービス内容」に挙げたサービスをどのぐらいの期間実施するかを記載します。 			
<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援に向けた適切なアセスメントになっていますか。 ・利用者が意欲的に取り組めるような表現で、わかりやすく簡潔に記載していますか。 ・利用者・家族と相談して緊急性、優先度が高い順に記載していますか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・短期目標達成に必要なサービス内容になっていますか。 ・利用者自身のセルフケアの記載をしていますか。 ・家族の支援、インフォーマルな支援についても記載していますか。 ・福祉用具の種類は記載はしていますか（車椅子、歩行器等）。 ・手すり・・・設置場所の記載はしていますか。 ・サービス事業者が個別援助計画を立てるのに必要なサービス項目（送迎、食事等）や体制加算以外の加算（入浴等）も記載していますか。 ・訪問介護を必要とする場合にはその旨を記載していますか。 				<ul style="list-style-type: none"> ・サービスをどの程度、回数等で行うかを記載していますか。 ・短期目標を達成するために必要なサービスを利用者の無理のない頻度で組んでいますか。 					
	<ul style="list-style-type: none"> ・正式なサービス名称を記載していますか。 ・介護保険外のサービス等も記載していますか。（家族が行う場合は、誰が行うかも記載します。） ・サービスや特定の事業所による偏りはありませんか。 ・主治医意見書、サービス担当者会議の意見を反映していますか。 									

※1 「保険給付対象かどうかの区分」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者」について記入する。

週間サービス計画表

	0 : 0 0	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	2 : 0 0								・利用者の平均的な1日の過ごし方を記載していますか。 (起床、就寝、食事、服薬、排せつ等) ・日中独居の場合は、家族の出勤時間、帰宅時間も記載します。
	4 : 0 0								
	6 : 0 0								
早朝	8 : 0 0								
	10 : 0 0								
	12 : 0 0								
午前	14 : 0 0								
	16 : 0 0								
	18 : 0 0								
午後	20 : 0 0								
	22 : 0 0								
	24 : 0 0								

・利用者にわかりやすい形で記載していますか(色分け、文字の拡大等も可)。
 ・第2表の「援助内容」に記載したサービスを、保険給付内外を問わず、記載していますか。
 ・第2表の「援助内容」の「頻度」と合っていますか。

・週単位以外のサービス(福祉用具)、各月に利用する短期入所等、及び医療機関等への受診状況、その他の外出やインフォーマルなサービスを記載していますか。

週単位以外のサービス

・会議に出席できないサービス担当者の所属・氏名、参加できない理由について記載していますか。(他の書類で確認できる場合は、記載省略可。)

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 _____

開催日 年 月 日 ← サービス開始前に開催していますか。 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者 利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名

・所属は正式名称で記載していますか。
・職種も記載していますか。

検討した項目	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の開催目的が明確になっていますか。 ・検討する上で、テーマが明確になっていますか。 ・次の事項を記載していますか。
--------	---

{ 会議に出席できないサービス担当者に照会した年月日、内容及び回答
 やむを得ず担当者会議を開催しない場合は、その理由、サービス担当者に照会した年月日、内容及び回答、
 更新時における福祉用具貸与継続の必要性及び検討

検討内容	<ul style="list-style-type: none"> ・本表の「検討した項目」に対応する形で記載していますか。 ・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、具体的に記載していますか。
------	--

※会議の要点を簡潔に記載

結論	<ul style="list-style-type: none"> ・テーマにあった結論になっていますか。 ・検討したことについて、結論が明確に記載されていますか。
----	---

残された課題 (次回の開催時期)	<ul style="list-style-type: none"> ・結論が出なかったことについては、その旨を記載していますか。 ・次の開催時期と方針が記載されていますか。
---------------------	---

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

- ・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、電話、ファックス等）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していますか。
- ・サービス担当者との連携内容について記載していますか。
- ・サービス事業者からの利用者に関する情報を記載していますか。
- ・記入者名を記載しているか。
- ・項目別に整理して記載していますか。
- ・サービス担当者会議を開催したことを記載していますか。
- ・月に一度、利用者宅を訪問し、モニタリングの結果を記載していますか。
(モニタリング表を別途作成していない場合は本表への記載でも可)
- ・モニタリング結果を次の居宅サービス計画に反映していることを記載していますか。
- ・本人やサービス事業者に知られたくないことがある場合は、ここに記載していますか。

分 サービス利用票（兼居宅（介護予防）サービス計画）

保険者番号						保険者名	居宅介護支援事業者事業所名 担当者名	作成年月日	
被保険者番号						フリガナ 被保険者氏名		届出年月日	
生年月日		性別	要介護状態区分等		区分支給 限度基準額		限度額 適用期間	から	前月までの短期入所利用日数
			変更後 要介護状態区分等 変更日						

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計回数	
			曜日																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	

・本表に記載している内容が第2表、第3表にも位置付けられていますか。
 ・1部を利用者に交付し、控えを保管していますか。
 ・同意を得た後速やかに事業所に提供票を交付していますか。

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と望んでいるのかについて、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必要があります。

基本的考え方のポイント

1. 最初に、利用者等が何に困っているか、困難を感じているかを聴き取ります。
2. その困難に対して、「どうしたい」「どうなりたい」という解決後の姿（目標）を面談のなかで共有します。
3. 解決後の姿（目標）を目指すうえで、利用者等のモチベーションとなる生活像は何かを引き出します。
(例：月1回は妻と外食に行くことを取り戻したい。だから、「歩行訓練」を頑張る)。
4. 上記3を踏まえて、利用者や家族等の意向等に対して、「まず、何から始めればよいのか」という今後の方向性をケアマネジャーが判断した分析結果として記載します。
(例：第1に転倒に十分に気をつけながら、「リビングまで歩くこと」に力をいれていきます)。

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」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できるようにする。)
6. 課題分析の結果については、利用者や家族等の意向等に対する利用者の持つ力や可能性を加味し、また課題分析の結果を踏まえて、意向等を実現するために、どのような方向性や方針等が考えられるかを記載します。

(注) 利用者及び家族の意向については、意向を十分に聞き取ったうえでケアプランに利用者と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。

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

介護保険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）。

介護保険被保険者証を確認し、この欄が未記載であった場合にも「特になし」「意見なし」等と記載します。

基本的考え方のポイント

1. 介護保険被保険者証を確認し、意見や指定の記載有無を確認します。
2. 本欄が未記載だった場合にも「意見なし」等と記載することで、介護保険被保険者証を確認したという事実、そして、記載がなかったという事実が明確になります。

書き方のポイント

1. 介護保険被保険者証を必ず確認し、「意見」及び「サービスの種類の指定」の有無や内容を確認し、明記がある場合には転記します。
2. 「意見」及び「サービスの種類の指定」がない場合には、「特になし」「意見等なし」と記載すると、本欄を確認した事実が明確になります。
3. 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載してある内容（意見及びサービスの種類の指定）以外は記載しません。

③ 総合的な援助の方針

【厚生労働省通知】（令和3年3月31日老認発0331第6号）

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認・検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。

例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

● 基本的な考え方

各ニーズを総合的に捉えたうえで、支援チームとしての共通方針を具体的に記載します。

共通方針とは、利用者等のもつ複数のニーズに、支援チームのメンバー全員が共有しておくべき支援ポイントです。

例えば、認知機能の低下やフレイルなど様々な生活ニーズにより、機能訓練等や生活援助等のサポートを受けている利用者がいるとします。

そのとき、転倒などの問題が起きる要因の多くは「服薬忘れ」によるものだとすれば、服薬サポートを実施する専門職だけでなく、利用者にかかわるすべての専門職（支援チームのメンバー全員）が、服薬の確認・観察等を常に総合的な支援方針（支援ポイント）として認識しておくことが必要です。

また、対応機関や連絡先は「緊急事態の発生する場合」の判断をしたうえで記載します。「緊急事態が発生する場合」については、世帯状況や介護力、また、疾患等による急変の可能性や救急搬送の可能性等を鑑みて、総合的に判断します。

記載しておくことで利用者や家族が安心できることにも留意して判断します。併せて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、その場合の対応方法について記載します。

さらに、本欄の活用方法として現在は利用予定がないサービスであるが、将来的に利用する可能性がある場合にその旨を記載しておくこともできます。例えば、「今は必要ありませんが、介護者に急な出張等が想定される場合に、短期入所生活介護を利用します」などです。

また、家族等の不安を軽減するために「何かがあれば（例：妻の体調により）即座にお泊まり等のサポートをします」という明記が望ましい場合にも本欄を活用できます。

総合的な援助方針は、利用者の意向（希望）や第2表に掲げたニーズと目標を実現するために支援チームのサポート方針を記すものであります。それは同時に利用者や家族等にとっても総合的な援助方針となります。

利用者や家族等も支援チームの方針と同じような気持ちと行動で、ともに望む暮らしや目標の実現を図っていくためのものになることにも留意します。

基本的考え方のポイント

1. 支援チーム全員が認識すべき【支援方針】を記載します。
2. 緊急連絡先等は、利用者の状況等に応じて記載の必要可否を検討、判断します。
3. 緊急連絡先の記載にあたっては、状況を判断したうえで、「どのような場合を緊急事態と考えているかや、また、その場合の対応方法」について記載します。
4. 現時点で利用予定がないサービス等は、第2表への表記の必要はないが、今後、利用の可能性がある場合、また家族等が緊急時の不安が強い等の場合には、本欄にその旨を記載します。

書き方のポイント

1. 【支援チームとしての共通方針】を記載します。

「支援チームとしての共通方針」とは、チームとして、全員が理解し、共有し、観察し、配慮し、サポートする内容です。

- ① 課題の中核（根本原因）を記載します。
（例）服薬を忘れる。
 - ② 課題の中核（根本原因）から日常生活への影響を記載します。
（例）服薬を忘れることにより、足元がふらつくことがあります。
 - ③ 課題解決に必要であって、②の日常生活への影響を防ぐために行う支援チームの共通方針を記載します。
（例）服薬を忘れることにより、足元がふらつくことがありますので、「服薬（残薬）の確認と声かけ」を行います。
2. 生活の経過（例：令和3年に脱水を起こしたなど）を記載する場合には、ケアプランの期間等も加味して記載します（作成したときは最新ですが、長期目標期間1年のうちに情報も状況も非常に古いケアプランになっていることもあります）。
 3. 緊急事態が想定される場合については、どのような状態が緊急事態であるか、また、その場合の対応方法について記載します。
 4. 今すぐにサービスを利用せず「何かあったとき」のために備える旨は、第2表に記載するのではなく、本欄を活用することも可能です（例：家族の状況と相談しながら短期入所等の検討をします）。

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。

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。

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「妻と庭いじりができる」という生活行為が重要なのです。

ニーズに対して意欲的でない（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、「お尻に〇〇cm程の褥瘡があります」「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、そのニーズが何かがわからないため、「ニーズに対して〇〇したい」という考え方で記載します。（例：自宅の風呂だと浴槽をまたぐことができないため、入浴して清潔を保ちたい）。

ニーズ（解決すべき課題）だけでなく、改善する可能性がある状況についても抽出し、ニーズ欄に記載します（例：付き添いサポートを受けることで徒歩での買い物が可能になる/1人で歩くのは転倒する危険があるが、歩行訓練を行うことで、いずれは歩いて買い物に行きたい）。

また、ニーズは優先順位の高いものから記載します。優先順位は、そのときの利用者の状況を総合的に評価したうえで設定します。例えば、薬が飲めないことによる疾患増悪や命を脅かす危険がある場合、また、食事を作れないために体重が数か月で何kgも減少している場合には、優先順位は高くなります。

医療的なニーズを一番先に書くように指導されたという「医療ファースト」の表記もよくみられます。

例えば、現時点では疾患の状態も落ち着いており、定期的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。

基本的考え方のポイント

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

書き方のポイント

- ① 課題が何であるかが明確にわかるような記載をします。
- ② 「〇〇したい」「〇〇なりたい」については、利用者の意欲（望み）がある場合に「〇〇したい」と記載します。利用者の意欲等が確認できない場合には「〇〇の状況にある」「〇〇が困難な状況」など、現状を示す記載をします。
- ③ 1つのニーズごとに記載します（関連のない複数のニーズを同時に併記しません）。

【本人がニーズを解決する意欲がある(自覚がある)】

○現時点で暮らし(体調)を脅かしている場合

	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)	足の痛みがあり家事(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)

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、自宅の浴槽で入浴したい」というニーズに対して、「自宅の浴槽を自分でまたい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得ることも重要となります。

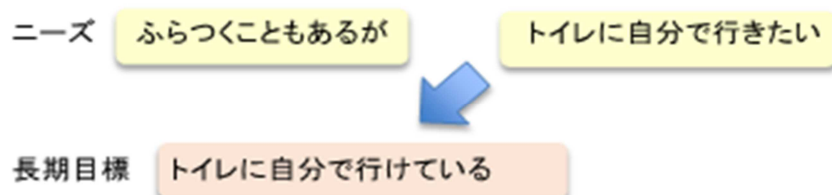
基本的考え方のポイント

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）。

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に対応】して設定します。

長期目標とニーズは「対（つい）」です



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。

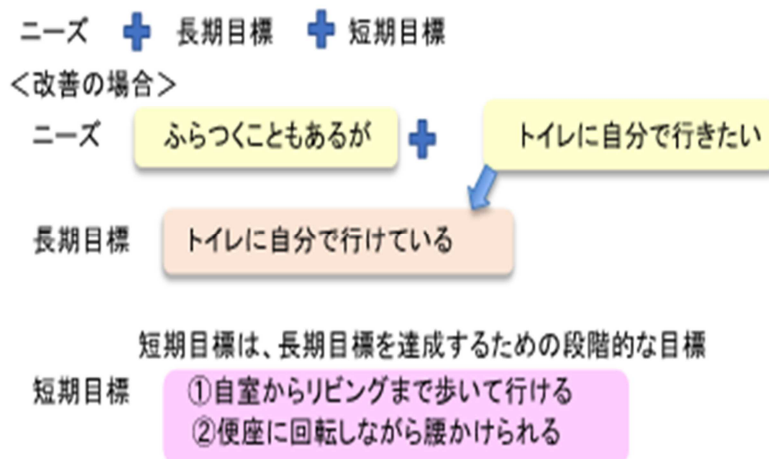
具体的には、更衣をすべて自分でできるようになるという長期目標に対する段階的な状況として「上着を自分で着ることができる」「上衣のボタンを自分でできるようになる」などとなります。

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。

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。



④ 長期目標及び短期目標に付する期間

【厚生労働省通知】

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

● 基本的な考え方

長期目標の期間は、解決すべき課題（ニーズ）を解決するまでにかかる期間を記載します。

短期目標の期間は、長期目標の達成のために踏むべき段階として設定した期間を記載します。要介護認定の有効期間を画一的に位置づけることは望ましくありません。

期間の表記については、長期目標、短期目標の期間ともに「年月日～年月日」と記載することで利用者等にとってもわかりやすくなります。

期間設定については、要介護認定の有効期間を考慮しつつ、利用者の状態や目標の内容に応じたものとします。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。

緊急事態でのサービス利用については、目標として確定しない場合、長期目標期間を設定したうえで、一時的に短期目標期間の設定を行わず、緊急対応が落ち着いた段階で短期目標及び期間の設定を行うこともあります。

基本的考え方のポイント

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

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）。

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。

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。

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。

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が求められます（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。

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。
（ホームヘルパー）洗濯物干し
（ホームヘルパー）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（生活援助）
 - ・買い物（コンビニ）（生活援助）
 - ・3日分の調理（生活援助）
 - ・洗濯物干しを一緒に実施（身体介護）
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）

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。

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。

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。

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。

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」に掲げる内容は、「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。

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。

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。

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れない等の場合には、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）。

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。

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。

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。

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。