施設サービス計画書の作成手引き

介護保険施設
（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院）

特定施設入居者生活介護

2025/6_日向市　高齢者あんしん課

目　次

１）課題分析（アセスメント）に関する考え方　…　Ｐ．３

２）施設サービス計画書原案の作成に関する考え方　…Ｐ．９

３）サービス担当者会議等による専門的意見の聴取に関する考え方　…Ｐ．１３

４）施設サービス計画書の説明・同意・交付に関する考え方　…Ｐ．１４

５）施設サービス計画書の実施状況等の把握及び評価等（モニタリング）に関する考え方
…Ｐ．２３

６）施設サービス計画書標準様式及び記載要領　…Ｐ．２８

施設サービス計画書の作成に関する考え方

1)課題分析(アセスメント)に関する考え方

第１２条第３項（課題分析の実施）

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、**適切な方法**により、入所者について、**その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。**

第１２条第４項（課題分析における留意点）

計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、**入所者及びその家族に面接して行わなければならない。**この場合において、計画担当介護支援専門員は、**面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。**

【特別養護老人ホーム】　指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３９号）第１２条　第３・４項
【介護老人保健施設】　介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成１１年厚生省令第４０号）第１４条　第３・４項
【介護医療院】　介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成３０年厚生労働省令第５号）第１７条　第３・４項
【特定施設入居者生活介護】　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３７号）第１８４条　第２項

施設サービス計画書の作成に関する考え方

1)課題分析(アセスメント)に関する考え方

課題分析表（アセスメントシート）を使用する際には、厚生労働省が示す課題分析標準項目（２３項目）を網羅する。

課題分析標準項目について

Ⅰ　基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、「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について」（平成１１年７月２９日老企第２２号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。）第二の３（運営に関 する基準）の（８）⑥において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることと するものである。

Ⅱ　課題分析標準項目（次ページ参照）

※課題分析を行うにあたっては、厚生労働省が示す課題分析標準項目（23項目）を網羅していることが必須。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

1)課題分析(アセスメント)に関する考え方

課題分析標準項目　〔基本情報に関する項目〕

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目
5	日常生活自立度（障害）	「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度（認知症）	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等）について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）について記載する項目

施設サービス計画書の作成に関する考え方

1)課題分析(アセスメント)に関する考え方

課題分析標準項目　〔課題分析（アセスメント）に関する項目〕

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ＡＤＬ	ADL（寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	ＩＡＤＬ	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	１日及び１週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目

施設サービス計画書の作成に関する考え方

1)課題分析(アセスメント)に関する考え方

課題分析標準項目　〔課題分析（アセスメント）に関する項目〕

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わりの状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

施設サービス計画書の作成に関する考え方

1)課題分析(アセスメント)に関する考え方

課題分析は、介護支援専門員が行う。

入所者と直接、面接を行いながら、施設に従事する他職種（介護職・看護職・理学療法士・作業療法士・管理栄養士等）と協働し、より重層的なアセスメントを行うことが求められる。

課題分析は、入所日までに行う。

【新規入所者の場合】

最低でも入所日（サービス開始日）までには、施設サービス計画の説明・同意・交付が必要であることを踏まえて、アセスメントを行う。

【前入所者の退所から新入所者の入所までの時間がない場合】

●入所までの時間がない時のアセスメントのタイミングと方法について

〔一例〕入所が決定する前に、入所者の居場所を訪問して、アセスメントを行い、入所が決定した時点で、電話連絡等を行い、アセスメントした日以降の変化を聞き取り、把握し、必要に応じて直接、面接する。

課題分析は、入所者に直接、面談して行う。

課題分析は、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。

直接、入所者及びその家族と対面し、信頼関係、協働関係を構築していくことが重要である。

なお、家族への面接は、テレビ電話等の通信機器等を活用により行われるものも含む。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

2)施設サービス計画書原案の作成に関する考え方

第１２条第５項（施設サービス計画原案の作成）

計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

【特別養護老人ホーム】　指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３９号）第１２条　第５項
【介護老人保健施設】　介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成１１年厚生省令第４０号）第１４条　第５項
【介護医療院】　介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成３０年厚生労働省令第５号）第１７条　第５項
【特定施設入居者生活介護】　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３７号）第１８４条　第３項

施設サービス計画書の作成に関する考え方

2)施設サービス計画書原案の作成に関する考え方

サービス担当者会議には、入所者及び家族が参加できるように配慮する。

施設サービス計画書は、入所者自身のものであり、入所者が目指すべき目標を記した正式書類である。

サービス担当者会議では、施設サービス計画書原案に対して専門的見地から意見を得ることも重要である。

しかし、それと同じく、施設サービス計画書の主役（当事者）である入所者及び家族の出席により、意向を確認することも求めれている。

※サービス担当者会議の方法や時間帯、曜日や場所などを検討しつつ、介護保険施設では入所者本人とサポートする専門職が基本的には同一の建物にいるという強みを活かした工夫が必要である。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

2)施設サービス計画書原案の作成に関する考え方

目標期間は、入所者の状態の応じて設定する必要がある。

目標期間は、本来、入所者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）や目標を鑑みて、いつまでに、どのレベルまで達成（実現）できることを見込んで定めるもの。

目標期間の設定ルール

※目標期間について、令和7年6月1日から下記のとおり、取り扱いを変更とする。

長期目標	**※「身体的な状態変化」・「家族の変化」・「生活環境の変化」が長期的（２年以上が目安）にない場合のみ、「認定有効期間の満了日を期間の最長」とすることは可能。** ➡「認定有効期間の満了日を目標期間の最長」に設定する場合は、「介護支援専門員・他職種（介護職・看護職・理学療法士・作業療法士・管理栄養士等）」で協議した判断根拠を「第６表　施設介護支援経過」に記載する。 ※第１表　施設サービス計画書（１）の作成区分が「初回」の場合は、６か月～１２か月を目安とする。
短期目標	「１年以内の期間」とする。 ※第１表　施設サービス計画書（１）の作成区分が「初回」の場合は、3か月～6か月を目安とする。

※留意事項

この取り扱いについては、日向市の被保険者のみ適用であることから、他市町村の被保険者はそれぞれの自治体の方針に則ってケアプランの作成してください。

〔参考〕令和7年4月1日以降の要介護認定の有効期間について

<table>
<tr><th colspan="2">申請区分</th><th>現行</th><th>改正</th></tr>
<tr><td colspan="2">新規申請</td><td rowspan="2">12か月</td><td rowspan="2">12か月</td></tr>
<tr><td colspan="2">区分変更申請</td></tr>
<tr><td rowspan="6">更新申請</td><td>① 〔前回〕要支援 ➡ 〔今回〕要支援</td><td rowspan="6">24か月</td><td rowspan="4">24か月</td></tr>
<tr><td>② 〔前回〕要支援 ➡ 〔今回〕要介護</td></tr>
<tr><td>③ 〔前回〕要介護 ➡ 〔今回〕要支援</td></tr>
<tr><td>④ 〔前回〕要介護 ➡ 〔今回〕要介護</td></tr>
<tr><td>⑤ 〔前回〕要介護4 ➡ 〔今回〕要介護4</td><td>48か月</td></tr>
<tr><td>⑥ 〔前回〕要介護5 ➡ 〔今回〕要介護5</td><td>48か月</td></tr>
</table>

⑴ 要介護(要支援)認定の有効期間は、原則として上表のように定められていますが、介護認定審査会では全ての申請に対し、適切な有効期間の検討をします。

⑵ 一人ひとりの状況により有効期間が決められますので、一律に同じ期間が設定されるわけではありません。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

3)サービス担当者会議等による専門的意見の聴取に関する考え方

第１２条第６項（サービス担当者会議等による専門的意見の聴取）

計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入所者又はその家族（以下この号において「入所者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該入所者等の同意を得なければならない。）をいう。

【特別養護老人ホーム】　指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３９号）第１２条　第６項

【介護老人保健施設】　介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成１１年厚生省令第４０号）第１４条　第６項

【介護医療院】　介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成３０年厚生労働省令第５号）第１７条　第６項

【特定施設入居者生活介護】　運営基準上規定なし

施設サービス計画書の作成に関する考え方

4)施設サービス計画書の説明・同意・交付に関する考え方

第１２条第７項（施設サービス計画原案の説明及び同意）

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

第１２条第８項（施設サービス計画の交付）

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。

【特別養護老人ホーム】　指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３９号）第１２条　第７・８項

【介護老人保健施設】　介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成１１年厚生省令第４０号）第１４条　第７・８項

【介護医療院】　介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成３０年厚生労働省令第５号）第１７条　第７・８項

【特定施設入居者生活介護】　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３７号）第１８４条　第４・５項

施設サービス計画書の作成に関する考え方

4)施設サービス計画書の説明･同意･交付に関する考え方

第１表　施設サービス計画書（１）作成日と入所者等の同意日は、必ずしも同日とは限らない。

作成日は、介護支援専門員が施設サービス計画書を作成した日であり、必ずしも入所者等に同意を得る日とは限らないので、無理に合わせる必要はない。

【例】

介護支援専門員が施設サービス計画書を作成した日	４月２日
入所者の入所日	４月３日
入所者等の同意日	４月４日以降　➡× ４月３日　➡〇

施設サービス計画書の説明・同意・交付は、施設サービス開始前までに行う。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

4)施設サービス計画書の説明・同意・交付に関する考え方

施設サービス計画書の同意の署名は、入所者本人から得ることが原則。

◆入所者又は家族に説明し、文書により入所者の同意を得て、その旨を施設介護支援経過に記録すること。

◆同意の署名を入所者本人から得られない場合は、以下の方法で同意の署名を得て、署名方法の根拠（入所者の判断能力・記載能力からの有無）について施設介護支援経過に記録すること。

入所者		同意方法	署名方法
判断能力	記載能力		
有	有	入所者の同意	入所者氏名
有	無	入所者が同意し、家族が代筆する	入所者氏名 代筆者氏名（続柄もしくは関係性）
無	―	家族・後見人等が代筆する	入所者氏名 代筆者氏名（続柄もしくは関係性）

身寄りがいない判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合。または、成年後見制度を申立手続き中の入所者の施設サービス計画書の説明・同意について、以下のとおり、取り扱いとする。

※以下の取り扱いは、何らかの支援・制度（日常生活自立支援事業・成年後見制度等）を活用するまでの期間限定の手続きであることが前提である。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

NEW

4）施設サービス計画書の説明・同意・交付に関する考え方

①本人が自ら意思決定できるよう支援する。

（引用）認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

（1）本人が意思を形成することの支援 （意思形成支援）	（2）本人が意思を表明することの支援 （意思表明支援）	（3）本人が意思を実現するための支援 （意思実現支援）
●まずは、以下の点を確認する。 ・本人が意思を形成するのに必要な情報が説明されているか。 ・本人が理解できるよう、分かりやすい言葉や文字にして、ゆっくりと説明されているか。 ・本人が理解している事実認識に誤りがないか。 ・本人が自発的に意思を形成するに障害となる環境等はないか。 ●認知症の人は説明された内容を忘れてしまうこともあり、その都度、丁寧に説明することが必要である。 ●本人が何を望むかを、開かれた質問で聞くことが重要である。（脚注xi） ●選択肢を示す場合には、可能な限り複数の選択肢を示し、比較のポイントや重要なポイントが何かをわかりやすく示したり、話して説明するだけではなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表を使って示すことが有効な場合がある。（脚注xii） ●本人が理解しているという反応をしていても、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。 〈脚注xi〉開かれた質問とは、例えば、「外出しますか」という質問ではなく、「今どんなことをしたいですか」というものなどをいう。 〈脚注xii〉 その他、音、写真、動画、絵カードやアプリケーションを示すことも考えられる。	●本人の意思を表明しにくくする要因はないか。その際には、上述したように、意思決定支援者の態度、人的・物的環境の整備に配慮が必要である。 ●本人と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要であり、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければならない。 ●複雑な意思決定を行う場合には、意思決定支援者が、重要なポイントを整理してわかりやすく選択肢を提示するなどが有効である。 ●本人の示した意思は、時間の経過や本人が置かれた状況等によって変わり得るので、最初に示された意思に縛られることなく、適宜その意思を確認することが必要である。 ●重要な意思決定の際には、表明した意思を、可能であれば時間をおいて確認する、複数の意思決定支援者で確認するなどの工夫が適切である。 ●本人の表明した意思が、本人の信条や生活歴や価値観等から見て整合性がとれない場合や、表明した意思に迷いがあると考えられる場合等は、本人の意思を形成するプロセスを振り返り、改めて適切なプロセスにより、本人の意思を確認することが重要である。	●自発的に形成され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させる。 ●自発的に形成され、表明された本人の意思を、意思決定支援チームが、多職種で協働して、利用可能な社会資源等を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映させる。 ●実現を支援するにあたっては、他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表明された意思が、他から見て合理的かどうかを問うものではない。 ●本人が実際の経験をする（例えば、ショートステイ体験利用）と、本人の意思が変更することがあることから、本人にとって無理のない経験を提案することも有効な場合がある。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

4)施設サービス計画書の説明・同意・交付に関する考え方

②本人が自ら意思決定できるよう支援したが、『自ら意思決定することが困難な場合』は、以下のとおり、取り扱いとする。

（1）入所者の意思決定に関する情報の把握方法を検討

◆関係機関（入所前に担当していた居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等）からの情報収集

（2）アセスメント

◆入所者の意思確認　◆日常生活の様子の観察
◆入所者の判断能力、自己理解、心理的状況等の把握
◆入所者の生活歴　◆緊急連絡先となれる親族・友人・知人の確認　等

（3）意思決定支援会議の開催（サービス担当者会議と兼ねて開催可）

意思決定支援会議は、入所者の参加の下で、アセスメントで得られた意思決定が必要な事項に関する情報やサービス担当者会議出席者が得ている情報を持ち寄り、入所者の意思を確認したり、意思及び選好を推定したり、最善の利益を検討する（※1：次頁参照）仕組み。

●サービス担当者会議出席者が入所者の意思を推定できる場合（※2：次頁参照）には、その推定意思を尊重し、入所者にとって一番望ましいと思われるケアの方針をとることを基本とする。

●サービス担当者会議出席者が入所者の意思を推定できない場合には、入所者にとって一番望ましいと思われるケアの方針をとることを基本とする。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

NEW

4）施設サービス計画書の説明・同意・交付に関する考え方

（※1） 最善の利益の判断

入所者の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、入所者にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。最善の利益の判断は最後の手段であり、次のような点に留意することが必要である。

(1)メリット・デメリットの検討

最善の利益は、複数の選択肢について、入所者の立場に立って考えられるメリットとデメリットを可能な限り挙げた上で、比較検討することにより導く。

(2)相反する選択肢の両立

二者択一の選択が求められる場合においても、一見相反する選択肢を両立させることができないか考え、入所者の最善の利益を追求する。

例えば、健康上の理由で食事制限が課せられている人も、運動や食材、調理方法、盛り付け等の工夫や見直しにより、可能な限り本人の好みの食事をすることができ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合などがある。

(3)自由の制限の最小化

入所者の生命または身体の安全を守るために、入所者の最善の利益の観点からやむを得ず行動の自由を制限しなくてはならない場合は、行動の自由を制限するより他に選択肢がないか、制限せざるを得ない場合でも、その程度がより少なくてすむような方法が他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

その場合、入所者が理解できるように説明し、入所者の納得と同意が得られるように、最大限の努力をすることが求められる。

（※2）身寄りがない判断能力が不十分である者の意思決定の考え方

「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」に基づく事例集（P．５抜粋）

２）本人の意思決定を支援する仕組みの活用

障害者権利条約の理念に照らし、本人が自ら~~医療~~（「ケア」に読み替える。）に関する決定を行うことができるよう支援する仕組みを利用していくことが求められている。そのひとつに、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）があげられる。

ACPとは、患者（「利用者」に読み替える。）の~~将来の医療及び~~ケアについて、本人が主体となって、その家族等や~~医療・~~ケアチームと繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのことである。

近時は、このACPを利用して、患者（「利用者」に読み替える。）と意思疎通を図りながら~~将来の医療~~（「ケア」に読み替える。）について決定していく手続をとることが望ましいとされている。~~医療従事者~~（「介護支援専門員等」に読み替える。）は、身寄りがない者についても、本人との間で継続的に意思確認を行う。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

4)施設サービス計画書の説明・同意・交付に関する考え方

（４）意思決定支援の結果を反映したサービスの利用開始

意思決定支援によって確認又は推定された入所者の意思や、入所者の最善の利益と判断された内容を反映した施設サービス計画等を作成し、入所者の意思決定に基づくサービスの提供を行うことが重要である。

※意思決定支援会議（サービス担当者会議）での協議の結果、「**サービスを利用しなければ、最低生活を維持することができない状況である**」と**サービス担当者会議出席者**で判断した場合は、以下の取り扱いとする。

〔日向市の見解〕

①施設介護支援における契約締結について

入所者には、**内容及び手続の説明を運営規定の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を用いて説明を行い**、**施設介護支援における契約の署名は求めない。**
※自ら意思決定することが困難な入所者からの形だけの施設介護支援における契約締結は、何の意義もない。

●施設介護支援における契約時の説明は、複数人で対応することが望ましい。

●施設介護支援における契約時の説明の経緯は、施設介護支援経過記録にまとめておくこと。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

4)施設サービス計画書の説明・同意・交付に関する考え方

②(第1表)施設サービス計画書の取り扱いについて

【利用者同意欄】

●年月日欄：**意思決定支援会議(サービス担当者会議)開催日**

（※年月日欄の記入は、介護支援専門員等が代筆する。）

●署名欄：**判断能力が不十分である利用者の署名や専門職種等の支援者(地域包括支援センター職員・施設長等)の代筆署名は求めない。**

※介護支援専門員は、署名欄に以下のように**朱書き**で記載しておくこと。

（記入例）意思決定支援の結果を反映した施設サービス計画書

（例）

成年後見人等選任後、成年後見人等に対して、運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得る。

施設介護支援における契約について	施設サービス計画書について
◆**契約日**：成年後見人等に上記内容を説明し、同意を得た日 ●**署名欄**：入所者氏名　（代筆）成年後見人　□□　□□	◆**施設サービス計画書の利用者同意**： 「成年後見人等選任後の契約締結月」の施設サービス計画書の「余白」に以下のとおり、成年後見人等に同意を得る。 ●**年月日欄**： 入所者（成年後見人等）と介護支援専門員等（援助者）との間で、施設サービス計画書原案について説明・同意（共通認識）がなされた日 ●**署名欄**：入所者氏名　（代筆）成年後見人　□□　□□

施設サービス計画書の作成に関する考え方

4)施設サービス計画書の説明・同意・交付に関する考え方

（５）モニタリングと評価及び見直し

意思決定支援を反映したサービス提供の結果をモニタリングし、評価を適切に行い、次の支援でさらに意思決定が促進されるよう見直すことが重要である。

モニタリングと評価及び見直しについては、**意思決定の結果を反映した施設サービス計画等に基づくサービス提供を開始した後の入所者の様子や生活の変化について把握するとともに、その結果、入所者の生活の満足度を高めたか等について評価を行うことが必要**である。

それらのモニタリング及び評価の情報を記録に残すことで、**次に意思決定支援を行う際の有効な情報となり、見直しにつながる。**

意思決定支援は、Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Act（改善）で構成されるいわゆるＰＤＣＡサイクルを繰り返すことによって、より丁寧に行うことができる。

※時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて入所者の意思が変化しうるものであることから、ケア（意思決定支援）チームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、入所者が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

5)施設サービス計画書の実施状況等の把握及び評価等(モニタリング)に関する考え方

第１２条第９項（施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

第１２条第１０項（モニタリングの実施）

計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

一　定期的に入所者に面接すること。

二　定期的にモニタリングの結果を記録すること。

【特別養護老人ホーム】　指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３９号）第１２条　第９・１０項

【介護老人保健施設】　介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成１１年厚生省令第４０号）第１４条　第９・１０項

【介護医療院】　介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成３０年厚生労働省令第５号）第１７条　第９・１０項

【特定施設入居者生活介護】　運営基準上規定なし

施設サービス計画書の作成に関する考え方

5)施設サービス計画書の実施状況等の把握及び評価等(モニタリング)に関する考え方

チーム力を活かす。

モニタリングを定期的に行う際に、介護支援専門員だけで行うのではなく、他職種から評価を聴取する等して、「チームモニタリング機能」を発揮する。

モニタリングを入所者の状況及び目標の内容等を加味し、実施する。

居宅介護支援の運営基準では、少なくとも月１回以上モニタリングを行うことが義務付けられているが、介護保険施設等の運営基準では、「定期的」という文言であり、「定期的」の具体的な頻度の指定などはない。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

5)施設サービス計画書の実施状況等の把握及び評価等(モニタリング)に関する考え方

短期目標の終了月には、「評価」を行う。
その内容は、短期目標に対する達成状況を踏まえ、ニーズの変化、目標の見直しの必要性を評価する。
また、他の専門職からも「短期目標に対する専門職としての評価」を得る。

短期目標の評価の際には、短期目標の達成状況を確認し、入所者の状態や環境の変化、ニーズの変化等がないか等検討する。

短期目標の評価については、評価結果を入所者及び家族と共有する。

居宅介護支援の運営基準では、少なくとも月1回以上モニタリングを行うことが義務付けられているが、介護保険施設等の運営基準では、「定期的」という文言であり、「定期的」の具体的な頻度の指定などはない。

長期目標期間が終了する月には、長期目標に対する評価を踏まえ、再度、必要に応じて課題分析を実施する。

長期目標に対する期間終了時には、目標に対する評価を行うとともに必要に応じて、課題分析を実施する。

施設サービス計画書の作成に関する考え方

5)施設サービス計画書の変更に関する考え方

第１２条第１１項（施設サービス計画の変更）
計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。 一　入所者が法第２８条第２項に規定する要介護更新認定を受けた場合 二　入所者が法第２９条第１項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
第１２条第１２項（施設サービス計画の変更の準用）
第２項から第８項までの規定は、第９項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

【特別養護老人ホーム】　指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３９号）第１２条　第１１・１２項

【介護老人保健施設】　介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成１１年厚生省令第４０号）第１４条　第１１・１２項

【介護医療院】　介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成３０年厚生労働省令第５号）第１７条　第１１・１２項

【特定施設入居者生活介護】　運営基準上規定なし

施設サービス計画書の作成に関する考え方

要介護更新認定時のサービス担当者会議の開催による施設サービス計画書の変更の必要性を協議の前提して、長期目標の評価を実施する。

入所者を含めたチームは目標に向かってきたわけであることから、その結果を明らかにせず、次の計画がスタートすることは目標志向型という考え方にはならない。

目標に対する評価を実施し、見直しを行うことが望ましい。

要介護更新認定時の施設サービス計画書の見直しに対して、目標に対する評価や課題分析等の実施、サービス担当者会議の開催の結果、施設サービス計画書を変更する際に、入所者及び家族への説明・同意・交付を行う。

第１表　施設サービス計画書（１）

第１表

施設サービス計画書（１）

作成年月日　　年　　月　　日

【初回】当該入所者が、当該介護保険施設において初めて計画を作成する場合。
【紹介】他の介護保険施設又は居宅介護支援事業所から紹介された場合。
【継続】当該入所者が既に当該介護保険施設で計画を作成している場合。

初回　・　紹介　・　継続

認定済　・　申請中

「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。

利用者名　当該施設サービス計画の入所者名を記載する。　殿

生年月日　　年　　月　　日　当該入所者の生年月日を記載する。

住所　当該入所者の住所を記載する。

施設サービス計画作成者氏名及び職種　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。

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地　当該施設サービス計画作成者の所属する介護保険施設名及び所在地を記載する。

施設サービス計画作成（変更）日　当該施設サービス計画を作成または変更した日を記載する。　　年　　月　　日

初回施設サービス計画作成日　当該施設において当該入所者に関する施設サービス計画を初めて作成した日を記載する。　　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

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

「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。
認定に伴い当該施設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。

利用者及び家族の生活に対する意向	入所者及びその家族が、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、入所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	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。
統合的な援助の方針	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、当該施設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。

●入所者が話した言葉(セリフ)を可能な限り、そのまま具体的に表記する。
●入所者が意向を語ることが困難な場合には、「入所者に尋ねましたが、明確な回答を得ることができませんでした。」という表記もある得る。
●家族の意向については、続柄(例:長男・長女)を記載する。

●ニーズを総合的に捉えた上で、支援チームとしての共通方針を具体的に記載する。
※共通方針とは、入所者の複数のニーズに共通している支援チームのメンバー全員が共有しておく支援ポイント。
●支援チームのメンバー全員が共通事項として、「観察」・「配慮」・「対応」が必要なことは何かを記載する。

第２表　施設サービス計画書（２）

第２表

施設サービス計画書（２）

作成年月日　　年　　月　　日

利用者名　　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

①「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」	入所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。 ●「○○したい」「○○なりたい」は、ニーズを解決したいという入所者の意欲（望み）がある場合に記載する。 ●者の意欲等が確認できない場合には、「○○の状況にある」「○○が困難な状況」等の現状を示す記載をする。 ●ニーズは優先順位（そのときの入所者の状況を総合的に評価した上で設定）の高いものから記載する。
②「目標（長期目標・短期目標）」	「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。
③（「長期目標」及び「短期目標」に付する）「期間」	「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」	「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、当該施設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、入所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。
⑤「担当者」	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。 ●入所者に分かりやすく記載する。（ケアマネ・NS・OT・ST等の略語は使わない。）
⑥「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する。 ●日・週・月という単位で記載する。必要時・随時という表現はしない。 「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。 ●短期目標の期間と連動する（同一になる）。期間は、○年○月○日～○年○月○日で表記する。 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。

第３表　週間サービス計画表

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

年　　月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
午後	12:00								
	14:00								
	16:00								
夜間	18:00								
	20:00								
深夜	22:00								
	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	

（注）「日課計画表

①週単位以外の介護保険サービスや医療保険等の公的サービスを記載する。
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する。
※入所者を取り巻くサポートの全体像がわかるように記載する。

「主な日常生活上の活動」

入所者の起床や就寝、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。

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。

また、第４表「日課計画表」との選定による使用を可能とする。

※平均的な生活スケジュールを把握することで、生活リズム等を加味したケアマネジメントが可能となる。

活動量についても記載する。

※ホールで過ごす、日中もベッドで寝ているという内容も暮らしの一部ととらえて把握し、記載することが望ましい。

単語や短文で簡潔に記載する。

第４表　日課計画表

第４表

日課計画表

作成年月日　　年　　月　　日

利用者名　　殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動
深夜	4:00					
	6:00					
早朝						
	8:00					
午前	10:00					
	12:00					
午後	14:00					
	16:00					
	18:00					
夜間	20:00					
	22:00					
深夜	24:00					
	2:00					
	4:00					
随時実施するサービス						
その他のサービス						

（注）「週間サービス計画表」との選定による使用可

共通サービスの例

- 食事介助
  - 朝食
  - 昼食
  - 夕食
- 入浴介助（　曜日）
- 清拭介助
- 洗面介助
- 口腔清掃介助
- 整容介助
- 更衣介助
- 排泄介助
- 水分補給介助
- 体位変換

日課計画表は、入所者の２４時間の基本的な予定を一目で確認できる。
これにより、入所者や家族、支援チームは、具体的に入所者の生活の全体像を把握することができる。

①支援内容を時間軸に合わせ記載する。
（その際に略語は使用しない。）

②介護保険サービス以外のインフォーマルサポート（家族・ボランティアなど）も記載する。

「共通サービス」及び「担当者」には、日常の業務として他の入所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。

※施設の生活においてすべての入所者に約束された共通のサービス内容を記載する。

※入所者や家族にわかりやすい表記とし、時系列でサービス内容を把握できるようにする。

※担当者の欄には、職種を記載する。

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

※一人一人の入所者に提供されるサービス内容を記載する。

※入所者や家族にわかりやすい表記とし、専門用語は平易な言葉に置き換える等の工夫をする。

※担当者の欄には、職種を記載する。

①週単位・月単位などで継続的に行われているフォーマルサービス・インフォーマルサポートを記載する。

②内容・頻度・担当者を記載する。

【随時実施するサービス】
①時間や場所が明確でない日常場面で生じる入所者の異変等に対応したサービスを記載する。

②担当者の欄は、想定される専門職等を記載する。

（例）「急に不安が強くなり大きな声を出して混乱する。」
「自宅に帰りたいと言い、興奮する。」
➡上記のような入所者の変化に、その都度行うべきサービス（ケア）を記載する。

第5表　サービス担当者会議の要点

第５表

作成年月日　　年　　月　　日

サービス担当者会議の要点

利用者名　　殿　　施設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

検討した項目	
検　討　内　容	
結　　論	
残された課題 （次回の開催時期）	

【作成のポイント】

①検討する項目は明確ですか。
②検討した項目、検討内容や結論が分かりやすく記載されていますか。
③結論や今後の課題は、ケアチーム全体で共有できる内容となっていますか。
④会議に出席できないサービス担当者の所属・氏名・出席できない理由を記載していますか。
⑤欠席者に検討項目の照会をした年月日、内容および回答を記載していますか。
⑥入所者や家族の意向や満足度を確認していますか。

第６表　施設介護支援経過

第６表

施設介護支援経過

作成年月日　　年　　月　　日

利用者名　　殿　　施設サービス計画作成者氏名

年 月 日	内　　容	年 月 日	内　　容
	【作成のポイント】 ①項目ごとに整理され、誰が見ても分かりやすい記録になっていますか。 ②ケアプラン作成や変更時の判断や根拠について記載されていますか。 ③利用者や家族の感情や意向なども記載されていますか。		**※モニタリングには、「計画通りにサービスが提供されているか」という側面と「サービスが提供されて利用者の状態は目標に近づいたか」という側面の、２つの側面がある。** **※モニタリングのポイントは、施設ケアが常に適切であるかどうかを確認することが必要。** **【モニタリング（実施状況の把握と評価等）】** **（初動期のモニタリング）** □　利用者が、生活環境の変化に適応しているかどうか確認したか。 □　環境の変化や集団で生活するようになった利用者の状況を把握しているか。 □　利用者に予想外の反応やサービス利用に対する拒否はないか。 **（継続的なモニタリング）** □　時間の経過に伴う利用者の状態の変化を把握しているか。 □　状態変化の兆候の早期発見を心がけているか。 □　利用者の状態確認と、必要な情報交換を組織として行っているか。 □　定期的に施設ケアプランの評価・見直しを行っているか。