

令和7年度版—令和6年度版「ケアプランの基本的な書き方と考え方」 新旧対照表

新（令和7年度版）

旧（令和6年度版）

第1表 居宅サービス計画書(1)

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

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。

【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。

○書き方における基本的な考え方

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、また、利用者や家族が考えている生活での困りごとについて、明確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か」という希望を聞く前に「生活等の中で何に困っているか」を深く聴取することが重要です。十分に困りごとに耳を傾けることで、利用者や家族が「どうになりたい」「どうしたい」「こうになりたい」「これはしたくない」といった具体的な思いがみえます。

面談の場面等で、唐突に「どのような生活をしたか」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、介護支援専門員自身もそういった抽象的な回答に対して、「具体的にどのようなことを継続したいと考えていますか」といった深堀りをする質問ができないと、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やモチベーション（動機付け）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、希望や意向だけでなく、「こうなりたくない」「これはしたくない」「○○のために頑張る」、「○○に迷惑をかけたくない」といった感情も生活の意向であることに留意します。

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介護支援専門員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もつ力・可能性を十分に考慮し、利用者等が望む暮らしに対して、「まず、何から始めればよいか」という今後の方向性を記載します。単に「利用者の課題を羅列するのではない」ということに気をつけること、そして、利用者の意向に対して「実現できる」、「実現できない」とジャッジをすることのないよう留意します。

○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、また、生活での困りごとについて、明確かつ具体的に把握することが重要であるため、「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」の項目があります。

まず、最初の面接において、「どのような生活をしたか」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、「どうになりたい」「どうしたい」「こうになりたい」「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か」を問われても、利用者や家族は、「今までどおりの暮らしをしたい」「できることは継続したい」といった曖昧で抽象的な答えになります。また、ケアマネジャー自身もそういった抽象的な回答に対して、具体的な質問ができないと、生活の意向が曖昧かつ抽象的なものとなります。

そのため、まずは利用者等が認識している「困りごと」に耳を傾け、最終的には利用者の意欲（モチベーション）につながる真の意向を引き出すよう努めることが求められます。なお、利用者の意向は、「これはしたくない」といった感情もあります。内容を吟味した上で必要に応じたアプローチが必要になります。例えば、ご本人の今までの生き方・暮らし方の中で「行いたくないこと」「してほしくないこと」については、意向として尊重すべきことですが、一方で、消極的な気持ちが強いという意味での「これはしたくない」という場合には、積極的な気持ちとなるよう援助する必要があります。

また、利用者の意向を十分に把握し、課題分析を行ったうえでケアマネジャーとしての判断内容を記載します。記載にあたっては、利用者等の望む暮らしに対して、本人の状況と本人が持つ力・可能性を十分に考慮し、「まず、何から始めればよいか」という今後の方向性を記載します。単に「利用者の課題を羅列するのではない」ということに気をつけること、そして、利用者の意向が「実現できる」、「実現できない」とジャッジすることのないよう留意します。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【利用者及び家族の意向】

- ・(本人) 令和7年4月までできていた編み物や裁縫を家族のためにやりたい
- ・(本人) 月1回は、長女と一緒に行っていったファミリーレストランにまた行けるようになりたい。
- ・(本人) 畑で野菜(キュウリやトマト)をつくり、孫に送りたい
- ・(本人) 介護してくれる妻の身体だけは自分のことよりも大切にしたい
- ・(本人) 自宅で暮らしたいが、長男には迷惑をかけたくない。長男がたまには休めるようにサービスを利用したい
- ・(本人) トイレは自分で何としてでも行きたい
- ・(長女) 毎日、髪の毛と髭だけは清潔にしてほしい
- ・(長男妻) 本人ができることには、手を出し過ぎないで見守ってあげてほしい
- ・(夫) 集団で行う体操等することを押し付けしないであげてほしい

【今後の方向性(課題分析の結果)】

- ・ 自宅で生活を続けていくためにも「薬を1日3回」飲めるようにしましょう
- ・ 長女様と旅行をするために、椅子に座れる時間を長くできるようにしましょう
- ・ 転ばないで生活するために、正しい姿勢で歩ける訓練をしていきましょう
- ・ 調理ができるようになるために、主に右手を動かす訓練と機会を増やします
- ・ 自分で歩く生活が継続できるよう、3食食べることを第一に考えます
- ・ 1日も早く歩けるようになるため、頑張りすぎず、決められた運動量(1日3回の体操、足上げ)を守って、回復を目指します

○わかりにくい書き方の具体例

【利用者及び家族の意向】

○抽象的で具体性がない

- ・(本人) 今までどおりに自宅で暮らしたい
- ・(本人) まわりに迷惑をかけないようにしたい
- ・(本人) 特に何も言うことはない
- ・(家族) できることは自分でできるようになってほしい

○支援チームへのお礼等が記載されている

- ・(本人) 支援していただき、ありがとうございます
- ・(家族) 皆さんにお世話になって申し訳ない気持ちです

○介護保険サービスに対する意向のみが記載されている

- ・(本人) 通所介護は週2回でいい
- ・(長女) 引き続き、週3回デイサービスを利用したい
- ・(本人) 訪問介護をもっと利用したい
- ・(次女) 今のサービスをそのまま継続したい

【今後の方向性(課題分析の結果)】

- ・ 現段階では、意向を実現することは難しいと考えます(利用者の希望や意向を頭から否定するような表記)
- ・ 服薬を時々忘れるため脳梗塞の再発の恐れがあります(正当な課題ではあるが、危険・リスクのみを指摘するような表記)
- ・ 転倒の危険、病気の再発、食事摂取に課題があります(ニーズを羅列しているだけの表記)

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【利用者及び家族の意向】

- ・(本人) 令和5年6月までできていた編み物や裁縫を家族のためにやりたい
- ・(本人) 月1回は、長女と一緒に行っていったファミリーレストランにまた行けるようになりたい。畑で野菜をつくり、孫に送りたい
- ・(本人) 介護してくれる妻の身体だけは自分のことよりも大切にしたい
- ・(本人) 自宅で暮らしたいが、長男には迷惑をかけたくない。長男がたまには休めるようにサービスを利用したい。
- ・(本人) トイレは自分で何としてでも行きたい
- ・(長女) 毎日、髪の毛とひげだけは清潔にしてほしい
- ・(長男妻) 本人ができることには、手を出し過ぎないで見守ってあげてほしい
- ・(夫) 集団で行う体操等することを押し付けしないであげてほしい

【今後の方向性(課題分析の結果)】

- ・ 自宅で生活を続けていくために「薬を1日3回」飲めるようにしましょう
- ・ 長女様と旅行をするために、まず座れる時間を長くできるようにしましょう
- ・ 転ばないで生活するために、正しい姿勢で歩ける訓練をしていきましょう
- ・ 調理ができるようになるために、主に右手を動かす訓練と機会を増やします
- ・ 自分で歩く生活が継続できるよう、3食食べることを第一に考えましょう
- ・ 1日も早く歩けるようになるため、頑張りすぎず、決められた運動量(1日3回の体操、足上げ)を守って、回復を目指しましょう

○わかりにくい書き方の具体例

【利用者及び家族の意向】

○抽象的で具体性がない

- ・(本人) 今までどおりに暮らしたい
- ・(本人) まわりに迷惑をかけないようにしたい
- ・(本人) 特に何も言うことはない
- ・(家族) できることは自分でできるようになってほしい

○支援チームへのお礼等が記載されている

- ・(本人) 支援していただき、ありがとうございます
- ・(家族) 皆さんにお世話になって申し訳ない気持ちです

○介護保険サービスに対する意向のみが記載されている

- ・(本人) 通所介護は週2回でいい
- ・(長女) 引き続き、週3回デイサービスを利用したい
- ・(本人) 訪問介護をもっと利用したい
- ・(次女) 今のサービスをそのまま継続したい

【今後の方向性(課題分析の結果)】

- ・ 現段階では、意向を実現することは難しいと考えます(利用者の希望や意向を頭から否定するような表記)
- ・ 服薬を時々忘れるため脳梗塞の再発の恐れがあります(正当な課題ではあるが、危険・リスクのみを指摘するような表記)
- ・ 転倒の危険、病気の再発、食事摂取に課題があります(ニーズをただ羅列するような表記)

②介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

【厚生労働省通知】

被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。

○書き方における基本的な考え方

被保険者証を確認し、認定審査会の意見があれば、意見を加味してケアマネジメントを行います。サービスの種類の指定がある場合には、指定に従いケアマネジメントを行います（第1表「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」に転記）。被保険者証を確認し、この欄が未記載であった場合にも「特になし」「意見なし」等と記載します。

【基本的な考え方のポイント】

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（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（平成11年厚生省令第38号）第13条第24号）。
2. 本欄が未記載だった場合にも「意見なし」等と記載することで、介護保険被保険者証を確認したという事実、そして、記載がなかったという事実が明確になります。

○わかりにくい書き方の傾向

そもそも介護支援専門員が被保険者証を確認しておらず、被保険者証を「確認する必要がある」ことを知らないことがあります。また、被保険者証を確認していないだけでなく、様式から「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」の欄を削除しているケースもあります。さらに、確認していたとしても確認した旨の記録（例：支援経過記録）がなく、様式上の記録にも未記入であるため、確認したかどうか分からないことがあります。

介護保険法第80条第2項「指定居宅介護支援事業者は、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定居宅介護支援を提供するように努めなければならない」、介護保険法第73条第2項「指定居宅サービス事業者は、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定居宅サービスを提供するように努めなければならない」とされています。

つまり、ケアマネジャーの責務として被保険者証の記載欄（認定審査会意見）を確認し、その記載内容に応じてケアマネジメントを行うことが規定されているのです。そのため、様式から本欄を削除すると、被保険者証に「記載があった場合」に、認定審査会の意見及びサービスの種類の指定に基づいたケアマネジメントを行っていたとしても、その事実と内容をケアプランから読み取ることができなくなります。

また、本欄を使用して医療情報（今までの病歴等）や利用に至る経緯等を記載しているケースも散見されるため、本欄使用の目的に沿った使用方法に留意します。

書き方のポイント

1. 被保険者証を必ず確認し、「意見」及び「サービスの種類の指定」の有無や内容を確認し、明記がある場合には転記します。
2. 「意見」及び「サービスの種類の指定」がない場合には、「特になし」「意見等なし」と記載します。
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。

②介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

【厚生労働省通知】

被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。

○基本的な考え方

被保険者証を確認し、認定審査会の意見があれば、意見を加味してケアマネジメントを行います。サービスの種類の指定がある場合には、指定に従いケアマネジメントを行います（第1表「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」に転記）。被保険者証を確認し、この欄が未記載であった場合にも「特になし」「意見なし」等と記載します。

【基本的な考え方のポイント】

1. 介護保険被保険者証を確認し、意見や指定の記載有無を確認します。（長崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例施行規則第16条）。
2. 本欄が未記載だった場合にも「意見なし」等と記載することで、介護保険被保険者証を確認したという事実、そして、記載がなかったという事実が明確になります。

○わかりにくい書き方の傾向

そもそもケアマネジャーが被保険者証を確認しておらず、被保険者証を「確認する必要がある」ことを知らないことがあります。また、被保険者証を確認していないだけでなく、様式から「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」の欄を削除しているケースもあります。さらに、確認していたとしても確認した旨の記録（例：支援経過記録）がなく、様式上の記録にも未記入であるため、確認したかどうか分からないことがあります。

介護保険法第80条第2項「指定居宅介護支援事業者は、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定居宅介護支援を提供するように努めなければならない」、介護保険法第73条第2項「指定居宅サービス事業者は、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定居宅サービスを提供するように努めなければならない」とされています。

つまり、ケアマネジャーの責務として認定審査会意見を確認し、その記載内容に応じてケアマネジメントを行うことが規定されているのです。そのため、様式から本欄を削除すると、被保険者証に「記載があった場合」に、認定審査会の意見及びサービスの種類の指定に基づいたケアマネジメントを行っていたとしても、その事実と内容をケアプランから読み取ることができなくなります。

また、本欄を使用して医療情報（今までの病歴等）や利用に至る経緯等を記載しているケースも散見されるため、本欄使用の目的に沿った使用方法に留意します。

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も職種との連携を含む対応方法について記載する。

○書き方における基本的な考え方

各ニーズ（解決すべき課題）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ニーズに共通しており、かつ、支援チーム（利用者や家族含む）のメンバー全員が共有しておくべき支援ポイントです。例えば、認知機能の低下やフレイルなど様々な生活ニーズにより、機能訓練等や生活援助等のサポートを受けている利用者がいるとします。そのとき、転倒などが起きる要因の多くは「服薬忘れによる眩暈が原因」だとすれば、服薬サポートを実施する専門職だけでなく、利用者にかかわるすべての専門職（支援チームのメンバー全員）が、服薬の確認・観察等を常に総合的な支援方針（支援ポイント）として認識しておくことが必要となります。

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することもあります。併せて、どのような場合を緊急事態と考えているか、また、その場合の対応方法について記載します。

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考えられます。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は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認識と行動が伴うことにより、利用者等の望む暮らしや目標の実現に近づくこととなります。

☆安心カードの活用について☆

長崎市では「安心カード」が活用されています。緊急時（体調急変時・災害時・徘徊発生時等）に安心カードが適切に発動され活用できるよう、内容をサービス担当者会議等において周知、共有を図っていきましょう。（※利用者同意の上）

書き方のポイント

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

③総合的な援助の方針

【厚生労働省通知】(令和3年3月31日老認発 0331 第6号)

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

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際のも職種との連携を含む対応方法について記載する。

○基本的な考え方

各ニーズを総合的に捉えたうえで、支援チームとしての共通方針を具体的に記載します。共通方針とは、利用者等のもつ複数のニーズに共通しており、支援チーム（利用者や家族含む）のメンバー全員が共有しておくべき支援ポイントです。例えば、認知機能の低下やフレイルなど様々な生活ニーズにより、機能訓練等や生活援助等のサポートを受けている利用者がいるとします。そのとき、転倒などが起きる要因の多くは「服薬忘れによる眩暈が原因」だとすれば、服薬サポートを実施する専門職だけでなく、利用者にかかわるすべての専門職（支援チームのメンバー全員）が、服薬の確認・観察等を常に総合的な支援方針（支援ポイント）として認識しておくことが必要です。

また、対応機関や連絡先は「緊急事態の発生する場合」の判断をしたうえで記載します。「緊急事態が発生する場合」については、世帯状況や介護力、また、疾患等による急変の可能性や救急搬送の可能性等を鑑みて、総合的に判断します。記載しておくことで利用者や家族が安心できることにも留意して判断します。併せて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、その場合の対応方法について記載します。

さらに、本欄の活用方法として現在は利用予定がないサービスであるが、将来的に利用する可能性がある場合にその旨を記載しておくこともできます。例えば、「今は必要ありませんが、介護者に急な出張等が想定される場合に、短期入所生活介護を利用します」などです。また、家族等の不安を軽減するために「何かがあれば（例：妻の体調により）即座にお泊まり等のサポートをします」という明記が望ましい場合にも本欄を活用できます。

総合的な援助方針は、利用者の意向（希望）や第2表に掲げたニーズと目標を実現するために支援チームのサポート方針を記すものであります。それは同時に利用者や家族等にとっても総合的な援助方針となります。利用者や家族等も支援チームの方針と同じような気持ちと行動で、ともに望む暮らしや目標の実現を図っていくためのものになることにも留意します。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【チームとして何を行うかが明確になっている】

- ・令和6年7月に脱水症状がありましたので、「飲水の量」について常に確認と声かけをします
- ・食事の量が令和6年12月より低下しており、体重も減っています。「食事の有無・食事の量・内容等」の状況とそれに伴う歩行状態の観察を行います
- ・服薬を忘れることがあり、それが原因で頭痛・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
- ・令和6年2月までのケアプランの目標（昼食は自分でスーパーまで買いに行く）を達成されました。一方、「杖を持つ」「歩幅を広く」については、忘れてしまうこともありますので、支援スタッフも継続して声かけ等のサポートをします
- ・今後について、家族や家庭の状況変化に対して、泊まり等の相談をしていきます

【あらかじめ緊急事態が想定される場合】

- ・〇〇クリニック 電話番号（長女）電話番号
会話をして呂律が回っていない場合には、速やかに救急車を要請します
- ・歩けないほどの右膝の痛みがある場合には、〇〇医師に速やかに連絡し、指示を仰ぎます 〇〇整形外科 △△医師 ◇◇-0120
- ・食事量と飲量が〇〇以下で口腔内や皮膚乾燥がある場合には、〇〇医師に連絡し、その後、長女様に連絡します ☆☆医師（★★-0210）長女（▲▲-0210）

○わかりにくい書き方の具体例

【誰にでも当てはまるような内容となっている】

- ・関係機関と連携しながら支援にあたります
- ・自宅で暮らしていけるよう支援します

【抽象的で具体性がない】

- ・認知症により不安の訴えがあった場合には、丁寧に話を聞きます
- ・安心、安全に生活ができるよう支援してまいります

【必要性の判断なく誰にでも記載している】

- ・〇〇病院 電話番号（長男）電話番号

【緊急事態の状況及び対応方針が曖昧となっている】

- ・具合が悪そうな場合には、関係機関に連絡して対応します
- ・元気がない場合には、必要に応じて医師等に連絡します
- ・体調不良がある場合には、随時対応します

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【チームとして何を行うかが明確になっている】

- ・昨年（令和5年7月）、脱水症状がありましたので、「飲水の量」について常に確認と声かけをします（長期目標1年）
- ・食事の量が令和5年12月より低下しており、体重も減っています。「食事の有無・食事の量・内容等」の状況とそれに伴う歩行状態の観察を行います（長期目標1年）
- ・服薬を忘れることがあり、そのせいで頭痛・ふらつきがみられることがありますので、「服薬（残薬）の確認と声かけ」を行います
- ・前回（令和6年2月まで）のケアプランの目標（昼食は自分でスーパーまで買いに行く）を達成されました。一方、「杖を持つ」「歩幅を広く」については忘れてしまうこともありますので、支援スタッフも継続して声かけ等のサポートをします
- ・今後について、家族や家庭の状況変化に対して、泊まり等の相談をしていきます

【あらかじめ緊急事態が想定される場合】

- ・〇〇クリニック 電話番号（長女）電話番号
会話をして呂律が回っていない場合には、速やかに救急車を要請します
- ・歩けないほどの右膝の痛みがある場合には、△△医師に速やかに連絡し、指示を仰ぎます 〇〇整形外科 △△医師 ◇◇-0120
- ・食事量と飲量が〇〇以下で口腔内や皮膚乾燥がある場合には、☆☆医師に連絡し、その後、長女様に連絡します ☆☆医師（★★-0210）長女（▲▲-0210）

○わかりにくい書き方の具体例

【誰にでも当てはまるような内容となっている】

- ・関係機関と連携しながら支援にあたります
- ・自宅で暮らしていけるよう支援します

【抽象的で具体性がない】

- ・認知症により不安の訴えがあった場合には、丁寧に話を聞きます
- ・安心、安全に生活ができるよう支援してまいります

【必要性の判断なく誰にでも記載している】

- ・〇〇病院 電話番号（長男）電話番号

【緊急事態の状況及び対応方針が曖昧となっている】

- ・具合が悪そうな場合には、関係機関に連絡して対応します
- ・元気がない場合には、必要に応じて医師等に連絡します
- ・体調不良がある場合には、随時対応します

④生活援助中心型の算定理由

【厚生労働省通知】(令和3年3月31日老認発 0331 第6号)

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)

○書き方における基本的な考え方

訪問介護の生活援助の回数を問わず、生活援助を利用している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。

【基本的な考え方のポイント】

1. 訪問介護の生活援助を利用している場合は記載します(回数や時間数を問わない)。(例: 給付管理上、【身体1生活1】の場合も生活援助を利用しているので記載する)
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。

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。

【基本的な考え方のポイント】

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(回数や時間数を問わない)。
2. 1人暮らし、家族等が障害・疾病等の場合でも、アセスメントにて個別事情を十分に把握・分析します。
3. その他の「事情の内容」については、個々の状況がわかるよう簡潔に記載します。

○わかりにくい書き方の傾向

生活援助を活用している場合でも○を付していない場合や、その他の理由が記載されていない場合があります。その他の事情の内容に関する書き方は、多くの人に当てはまるような表記や、個別の状況がわからない表記があります。

書き方のポイント

1. 訪問介護(生活援助)を利用している場合には、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。但し、事情の内容がセンシティブ(注意を払う必要がある)な場合にあっては記載内容に配慮します。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【その他の「事情の内容」が簡潔明瞭になっている】

- ・妻の持病(リウマチ)があり、寒い季節は痛みが強く家事が難しくなります
- ・同居の長女夫妻が共働きであり、利用者は家事が十分にはできません(特に掃除)
- ・同居の次男は月1回、1週間程度の出張があり、その期間は家事全般が困難です
- ・隣市の次女が週1回家事を手伝いに来ますが、頻度として洗濯等の家事が十分ではありません。

○わかりにくい書き方の具体例

【その他の「事情の内容」が誰にでも当てはまるような内容となっている】

- ・家族就労
- ・家族での家事支援が困難
- ・家族が高齢

○わかりにくい書き方の傾向

生活援助を利用している場合でも○を付していない場合や、その他の理由が記載されていない場合があります。その他の事情の内容に関する書き方は、多くの人に当てはまるような表記や、個別の状況がわからない表記があります。

書き方のポイント

1. 訪問介護(生活援助)が必要な場合には、回数を問わず、該当する欄に○を付します。
2. その他の「事情の内容」については、個別の状況を簡潔明瞭に記載します。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【その他の「事情の内容」が簡潔明瞭になっている】

- ・妻は持病(リウマチ)があり、寒い季節は痛みが強く家事が難しくなる。
- ・同居の長女夫妻が共働きであり、利用者は家事が十分にはできません。(特に食事の準備)
- ・同居の次男は月1回、1週間程度の出張があり、その期間は家事全般が困難です。
- ・隣市の次女が週1回家事を手伝いに来ますが、頻度として洗濯等の家事が十分ではない。

○わかりにくい書き方の具体例

【その他の「事情の内容」が誰にでも当てはまるような内容となっている】

- ・家族就労
- ・家族での家事支援が困難
- ・家族が高齢

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、「自立を阻害する要因に対して〇〇したい」という考え方で記載します。(例：自宅の風呂の浴槽をまたぐことは難しいが、入浴して清潔を保ちたい)。

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

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

医療的なニーズを一番先に書くように指導されたという「医療ファースト」の表記もよくみられます。例えば、現時点では疾患の状態も落ち着いており、定期的を受診できているケースに対して、医療の優先順位が最も高く設定されていることがあります。疾患に対する対応は大切ですが、常に第1位の優先順位ということではありません。

利用者側に明確なニーズがないにも関わらず介護支援専門員がサポートする内容を記載している場合があります(例：相談することができる)。ついては、利用者側に個別ニーズがある場合には記載し、そうでない場合は、必ずしも位置付ける必要はありませんので、利用者の状況に応じて判断してください。

【基本的な考え方のポイント】

1. 「したい」「なりたい」という表記は、ニーズ(解決すべき課題)に対して利用者自身の**自覚と意欲が高まり、利用者自身がそのニーズを解決することで、「〇〇したい」「〇〇になりたい」という状況の場合に表記します。**
2. 「したい」「なりたい」だけでは、自立を阻害している要因(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▲▲をできるようにする)
3. 優先順位の高い順に記載します。**(必ずしも医療ファーストではない)**
4. サービス活用に対して、「加算(例：入浴介助加算 I・口腔機能向上加算)」を算定している場合には、ニーズとして位置付けます。また、居宅療養管理指導についてもニーズ設定が必要であることに留意します。

〇わかりにくい書き方の傾向

利用者の解決すべき課題(ニーズ)ではなく、希望(デマンド)のみを記載していることがあります(例：〇〇を利用者が希望している)。特に、サービスの利用希望のみが示されていることもあります。例えば、「通所介護を週2回利用したい」というのは、「生活の課題」ではなく、その課題等を解決するための手段や頻度に対しての「利用者等の望み」であるため、そもそも本欄に記載する目的とは異なります。

また、ニーズの内容が誰にでも当てはまる個別性のないものとなっていることがあります(例：自宅で暮らしたい、元気に暮らしたい)。その背景には、単にADLの能力評価をしている、起きている事実の原因分析が十分でないといった課題分析の不十分さがあります。利用者がもつ個別ニーズを記載することが重要です。

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、食事をつくれないうえに体重が数か月で何kgも減少している場合(低体重及び低栄養)は、必然的に優先順位は高くなります。

医療的なニーズを一番先に書くように指導されたという「医療ファースト」の表記もよくみられます。例えば現時点では疾患の状態も落ち着いており、定期的を受診できているケースに対して、医療の優先順位が最も高く設定されていることがあります。疾患に対する対応は大切ですが、常に第1位の優先順位ということではありません。

利用者側に明確なニーズがないにも関わらずケアマネジャーがサポートする内容を記載している場合があります(例：相談することができる)。ついては、利用者側に個別ニーズがある場合には記載し、そうでない場合は、必ずしも位置付ける必要はありませんので、利用者の状況に応じて判断してください。

【基本的な考え方のポイント】

1. 「したい」「なりたい」という表記は、ニーズ(解決すべき課題)に対して利用者自身の**意欲を高め、それらをケアマネジャー等が引き出した結果として、「〇〇したい」「〇〇になりたい」という表記となります。**
2. 「したい」「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▲▲をできるようにする)
3. 優先順位の高い順に記載します。
4. サービス活用に対して、「加算(例：入浴介助加算 I・口腔機能向上加算)」を算定している場合には、ニーズとして位置付けます。また、居宅療養管理指導についてもニーズ設定が必要であることに留意します。

〇わかりにくい書き方の傾向

利用者の解決すべき課題(ニーズ)ではなく、希望(デマンド)のみを記載していることがあります(例：〇〇を利用者が希望している)。特に、サービスの利用希望のみが示されていることもあります。例えば、「通所介護を週2回利用したい」というのは、「生活の課題」ではなく、その課題等を解決するための手段や頻度に対しての「利用者等の望み」であるため、そもそも本欄に記載する目的とは異なります。

また、ニーズの内容が誰にでも当てはまる個別性のないものとなっていることがあります(例：自宅で暮らしたい、元気に暮らしたい)。その背景には、単にADLの能力評価をしている、起きている事実の原因分析が十分でないといった課題分析の不十分さがあります。利用者がもつ個別ニーズを記載することが重要です。

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。

○書き方における基本的な考え方

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支援内容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、自宅浴槽にて1人で入浴したい」というニーズに対して、「自宅浴槽にて1人で入浴ができること」という長期目標になります。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「明らかに達成が難しい」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、専門の見地から目標に対する意見を得ることも重要となります。

【基本的な考え方のポイント】

1. ニーズを解決した際の状態像(生活像)を記載します。
2. ニーズと連動した長期目標の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)。

②長期目標

【厚生労働省通知】

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について【平成 11 年 7 月 29 日 老企第 22 号】第二 3(8)⑧居宅サービス計画原案の作成(第八号)より抜粋

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

○基本的な考え方

基本的に個々の解決すべき課題（ニーズ）に対して、長期目標を設定します。その内容は、具体的かつ明確に記載します。抽象的であったり、曖昧な表現であったりすることにより、読み手の価値観によって、そのとらえ方が変動してしまうからです。目標は、利用者がサービスを受けつつ到達しようとするゴールを指すものであり、サービス提供事業者側の個別の行為を意味するものではないことに留意する必要があります。

長期目標の内容は、ニーズに対応して設定されていることから、そのニーズが明確であることと対で考える必要があります。つまり、前述したように「〇〇したい」だけでは、その「〇〇をしたい」を阻害している要因がわからないため、まずは、その阻害要因を明確にします。その阻害要因に対して、介護保険等のサービス等を活用することになるため、長期目標は、ニーズを解決した際の状態像が明記されます。

具体的には、「浴槽をまたぐことに危険はあるが、自宅の浴槽で自力で入浴したい」というニーズに対して、「1人で自宅の浴槽で入浴ができること」という目標になります。また、目標は、「実現可能であること」を予測（判断）した設定が必要です。「達成したらいいな」という現実的ではない願望や「明らかに難しい」という内容は、利用者本人への過度な期待やプレッシャーとなります。そのような意味からもサービス担当者会議等を通じて、専門の見地から意見を得ることも重要となります。

【基本的な考え方のポイント】

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)。

〇わかりにくい書き方の傾向

内容に具体性や個性がなく、誰にでも当てはまるようなものとなっていることがあります。目標が具体的でない利用者自身が何を指して課題解決に取り組むのか、また、支援者も目指すべき状況が不明瞭になり、「何となく」という曖昧な支援を行うこととなります。

また、目標が本人の生活における状態像ではなく、サービス利用中における状態像となっていたり、目標ではなく利用者の希望（「〇〇になりたい」という書き方）になっていたります。長期目標と短期目標の内容が全く同じなど、そもそもの目標としてふさわしくない書き方も散見されます。

書き方のポイント

1. 具体的な状態像で記載します(数値化できる目標は数値化します)。
2. 実現可能な状態像を記載します。
3. 個々のもつ価値観でとらえ方が変動するような用語の使用は避けます(例:安心・安全・健康)。
4. ニーズを解決した際の状態像をイメージして具体的に設定します。
5. 基本的には【個々の解決すべき課題(ニーズ)に対応】して設定します。

長期目標とニーズは「対(つい)」です



【書き方の具体例】

〇わかりやすい書き方の具体例

ここでは、ニーズに対する予後予測として、改善が見込まれる場合と、現状の維持が見込まれる場合など、それぞれの書き方を記載しています。

【個別で具体的な内容になっている】

〇清潔保持

【改善が見込まれる場合】

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

【現状維持が見込まれる場合】

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

〇家事

【改善が見込まれる場合】

〇わかりにくい書き方の傾向

内容に具体性や個性がなく、誰にでも当てはまるようなものとなっていることがあります。目標が具体的でない利用者自身が何を指して課題解決に取り組むのか、また、支援者も目指すべき状況が不明瞭になり、「何となく」という曖昧な支援を行うこととなります。

また、目標が本人の生活における状態像ではなく、サービス利用中における状態像となっていたり、目標ではなく利用者の希望（「〇〇になりたい」という書き方）になっていたります。長期目標と短期目標の内容が全く同じなど、そもそもの目標としてふさわしくない書き方も散見されます。

書き方のポイント

1. 具体的な状態像で記載します(数値化できる目標は数値化します)。
2. 実現可能な状態像を記載します。
3. 個々のもつ価値観でとらえ方が変動するような用語の使用は避けます(例:安心・安全・安楽・健康・再発)。
4. ニーズを解決した際の状態像をイメージして具体的に設定します。
5. 基本的には【個々の解決すべき課題(ニーズ)に対応】して設定します。

長期目標とニーズは「対(つい)」です



- ・掃除用具を工夫して、かがむことなく床ふきを自分で行える
- ・洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）ができる
- ・立った姿勢で調理が**できる**

【現状維持が見込まれる場合】

- ・工夫した掃除用具を使用し、かがむことなく床ふきを毎日**継続できる**
- ・洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）が**継続できる**
- ・立った姿勢のまま自分で調理することが**継続できる**

○生活動作

【改善が見込まれる場合】

- ・1人でコミュニティバスに乗り、**出かけられる**
- ・トイレに1人で**行ける**
- ・身だしなみ（ひげと頭髪）を整えることができる
- ・自家用車の乗り降りが1人で**できる**

【現状維持が見込まれる場合】

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

○歩行、移動

【改善が見込まれる場合】

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

【現状維持が見込まれる場合】

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

○保健医療

【改善が見込まれる場合】

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

【現状維持が見込まれる場合】

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

【数値化されている】

【改善が見込まれる場合】

- ・55 kg（標準内）の体重になる
- ・500m先の娘の家に歩いて行ける
- ・700m（最寄り駅までの距離）を休憩しながら歩行できる

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

ここでは、ニーズに対する予後予測として、改善が見込まれる場合と、現状の維持が見込まれる場合など、それぞれの書き方を記載しています。

【個別的で具体的な内容になっている】

○清潔保持

【改善が見込まれる場合】

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

【現状維持が見込まれる場合】

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

○家事

【改善が見込まれる場合】

- ・掃除用具を工夫して、かがむことなく床ふきを自分で行える
- ・洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）ができる
- ・立った姿勢で調理ができるようになる

【現状維持が見込まれる場合】

- ・工夫した掃除用具を使用し、かがむことなく床ふきを毎日**継続できている**
- ・洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）が**継続できている**
- ・立った姿勢のまま自分で調理することが**継続できている**

○生活動作

【改善が見込まれる場合】

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

【現状維持が見込まれる場合】

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

○歩行、移動

【改善が見込まれる場合】

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

- ・ 血圧が上 130mmHg・下 80mmHg 以下になる
- ・ 夜は 6 時間の睡眠がとれるようになる（日中に寝ない）

【現状維持が見込まれる場合】

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

○わかりにくい書き方の具体例

【誰にでも当てはまるような内容となっている】

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

【目標でなく利用者等の意向になっている】

- ・ 家族の負担を軽くしながら自宅での生活を継続したい

【複数の目標が同時に表記されている】

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

【目標の背景となる状況が目標になっている】

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

【現状維持が見込まれる場合】

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

○保健医療

【改善が見込まれる場合】

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

【現状維持が見込まれる場合】

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

【数値化されている】

【改善が見込まれる場合】

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

【現状維持が見込まれる場合】

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

○わかりにくい書き方の具体例

【誰にでも当てはまるような内容となっている】

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

【目標でなく利用者等の意向になっている】

- ・家族の負担を軽くしながら自宅での生活を継続したい

【複数の目標が同時に表記されている】

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

【目標の背景となる状況が目標になっている】

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

【曖昧な表現や抽象的な内容になっている】

○清潔保持

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

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。

○書き方における基本的な考え方

個々の価値観等でとらえ方が変動しないような明確かつ具体的な内容となるよう心がけます。例えば、健康や安全という抽象的な言葉を用いると利用者や支援者の個々の価値観や感じ方、判断によって状態像や目標像が変わります。

短期目標の内容は、長期目標を実現するための段階的な到達点です。長期目標は、ニーズから、現在のリスクや不足しているものを明確にし、それらを補うことで到達できる状態です。それに対して、短期目標は、長期目標を達成するための段階としての状態像を記載します。具体的には、更衣をすべて自分でできるようになるという長期目標に対する段階的な状況として「上着を自分で着ることができる」「上衣のボタンを自分でできるようになる」などとなります。

【基本的な考え方のポイント】

1. 長期目標を実現するための段階的な目標(具体的な状態像)を記載します。
2. 目標は、具体的な内容であり、実現可能な内容で記載します。

○わかりにくい書き方の傾向

長期目標と短期目標の内容(文言)が全く同じになっていることがあります。また、内容が具体性や個性がなく、誰にでも当てはまるものとなっており、具体的な目標(状態像)がわかりにくくなっていることがあります。

さらに、長期目標と短期目標の内容に整合性がない場合があります。短期目標は長期目標を実現するための段階的な目標であるため、**状況に応じて複数の目標になる**ことがあります。整合性がとれていることが必須です。

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ための段階的な到達点です。長期目標は、ニーズから、現在のリスクや不足しているものを明確にし、それらを補うことで到達できる状態です。それに対して、短期目標は、長期目標を達成するための段階としての状態像を記載します。具体的には、更衣をすべて自分でできるようになるという長期目標に対する段階的な状況として「上着を自分で着ることができる」「上衣のボタンを自分でできるようになる」などとなります。

【基本的考え方のポイント】

1. 長期目標を実現するための段階的な目標(具体的な状態像)を記載します。
2. 目標は、具体的な内容であり、実現可能な内容で記載します。

○わかりにくい書き方の傾向

長期目標と短期目標の内容(文言)が全く同じになっていることがあります。また、内容が具体性や個性がなく、誰にでも当てはまるものとなっており、具体的な目標(状態像)がわかりにくくなっていることがあります。

さらに、長期目標と短期目標の内容に整合性がない場合があります。短期目標は長期目標を実現するための段階的な目標であるため、**複数の目標になる**ことがあります。整合性がとれるよう注意します。

書き方のポイント

- ① 具体的な状態像で記載します(数値化できる目標は数値化します)。
- ② 実現可能な状態像を記載します。
- ③ 個々のもつ価値観でとらえ方が変動するような用語の使用は避け(例:安心・安全・健康)。
- ④ 長期目標を実現するための段階的な目標(具体的な状態像)を記載します。

ニーズ + 長期目標 + 短期目標

<改善の場合>

ニーズ ふらつくこともあるが + トイレに自分で行きたい

長期目標 トイレに自分で行ける

短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標

- 短期目標
- ① 自室からリビングまで歩いて行けること
 - ② 便座に回転しながら腰かけられること

【書き方の具体例】

〇わかりやすい書き方の具体例

【個別的で具体的な内容になっている】

〇清潔保持

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

〇家事

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

〇日常生活

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

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(例:安心・安全・安楽・健康・再発)。
- ④ 長期目標を実現するための段階的な目標(具体的な状態像)を記載します。

ニーズ + 長期目標 + 短期目標

<改善の場合>

ニーズ ふらつくこともあるが + トイレに自分で行きたい

長期目標 トイレに自分で行けている

短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標

- 短期目標
- ① 自室からリビングまで歩いて行ける
 - ② 便座に回転しながら腰かけられる

○歩行、移動

- ・右足の引きずらずに**歩ける**
- ・新聞を玄関まで取りに行くことができる
- ・週2回以上は、屋外で**歩く**
- ・寝起きや立ち上がりを柵につかまりながら自分でできる

○食事

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

【数値化されている】

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

○わかりにくい書き方の具体例

【誰にでも当てはまるような内容になっている】

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

【複数の目標が同時に表記されている】

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

【目標の背景となる状況が目標になっている】

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

【曖昧な表現や抽象的な内容になっている】

○清潔保持

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

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【個別の具体的な内容になっている】

○清潔保持

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

○家事

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

○日常生活

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

○歩行、移動

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

○食事

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

【数値化されている】

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

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。

○書き方における基本的な考え方

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。そのことから、要介護認定の有効期間を画一的に位置づけることは望ましくありません。

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

期間設定については、要介護認定の有効期間を考慮しつつ、利用者の状態や目標の内容に応じたものとしします。長期間改善が見込まれない、サービスを中止すると生活が維持できない等の場合であっても、開始年月、終了年月を記載します。また、新規利用者等の場合であっても、仮に要介護認定有効期間が迫っている（例：更新申請まで残り3か月）時であっても、長短期の期間を同一期間とすることなく、原則として、長期目標及び短期目標期間を設定します。介護支援専門員の判断により同一期間とした場合には、同一期間と判断した理由等を支援経過記録に記載します。

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

【基本的な考え方のポイント】

1. 期間設定は、要介護認定の有効期間を考慮しつつ、利用者の状態や目標の内容に応じた設定をします。
2. 期間設定は、年月日～年月日と表記します。
3. 新規利用者等の場合であつて、仮に要介護認定有効期間が迫っている（例：更新申請まで残り3か月）時であっても、長短期の期間を同一期間とすることなく、原則として、長期目標及び短期目標期間を設定します。介護支援専門員の判断により同一期間とした場合には、同一期間と判断した理由等を支援経過記録に記載します。

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します。長期間改善が見込まれない、サービスを中止すると生活が維持できない等の場合であっても、開始年月、終了年月を記載します。また、新規利用者等の場合であっても、仮に要介護認定有効期間が迫っている（例：更新申請まで残り3か月）時であっても、長短期の期間を同一期間とすることなく、原則として、長期目標及び短期目標期間を設定します。ケアマネジャーの判断により同一期間とした場合には、同一期間と判断した理由等を支援経過記録に記載します。

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

【基本的考え方のポイント】

1. 期間設定は、要介護認定の有効期間を考慮しつつ、利用者の状態や目標の内容に応じた設定をします。
2. 期間設定は、年月日～年月日と表記します。
3. 新規利用者等の場合であつて、仮に要介護認定有効期間が迫っている（例：更新申請まで残り3か月）時であっても、長短期の期間を同一期間とすることなく、原則として、長期目標及び短期目標期間を設定します。ケアマネジャーの判断により同一期間とした場合には、同一期間と判断した理由等を支援経過記録に記載します。

○わかりにくい書き方の傾向

目標期間の設定が、利用者の状態や目標の内容に対する設定ではなく、画一的に長期目標を認定有効期間とし、その半分を短期目標に設定していることがあります。また、短期目標を画一的に6か月等に設定していることもあります。

さらに、期間が「未設定」になっていたり、「年月～年月」「12か月」などと曖昧で不明瞭な表記となっていたりし、明確な期間を示して目標到達を目指すという観点がないものもあります。その他、緊急事態でのサービス利用がされた場合において、緊急対応が落ち着いているにも関わらず、期間設定していないことや、**時が経過して短期目標及び期間設定をすることが失念していることもあります。**

書き方のポイント

1. 利用者の状況と目標内容により無理のない実現可能な期間設定を検討・判断します。
2. 「年月日～年月日」とし、明確に目標期間がわかるような表記とします。
3. 緊急対応(新規サービスの利用等)については、長期目標及び期間を設定し、緊急対応が落ち着いた段階で短期目標及び期間を設定することを検討・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や今後の方針等を記載します)。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

- ・年月日～年月日
- ・短期目標期間は、支援期間と連動(同一)していること

○わかりにくい書き方の具体例

- ・6か月
- ・年月～年月
- ・未記載
- ・短期目標(設定なし)が、緊急対応等の判断や根拠なく設定されている(判断内容の記録がない)

○わかりにくい書き方の傾向

期間設定が、利用者の状態や目標の内容ではなく、画一的に長期目標を認定有効期間とし、その半分を短期目標に設定していることがあります。また、短期目標を特段の理由なく6か月等に設定していることもあります。

さらに、期間が「未設定」になっていたり、「年月～年月」「12か月」などと曖昧で不明瞭な表記となっていたりし、明確な期間を示して目標到達を目指すという観点がないものもあります。

書き方のポイント

1. 利用者の状況と目標内容により無理のない実現可能な期間設定を検討・判断します。
2. 「年月日～年月日」とし、明確に目標期間がわかるような表記とします。
3. 緊急対応(新規サービスの利用等)については、長期目標及び期間を設定し、緊急対応が落ち着いた段階で短期目標及び期間を設定することも検討・判断します(短期目標を設定しない場合には、支援経過記録等に判断理由等を記載します)。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

- ・年月日～年月日
- ・短期目標期間は、支援期間と連動(同一)であること

○わかりにくい書き方の具体例

- ・6か月
- ・年月～年月
- ・未記載
- ・短期目標が緊急対応等の判断や根拠なく設定されている(判断内容の記録がない)

⑤長期目標と短期目標の整合性

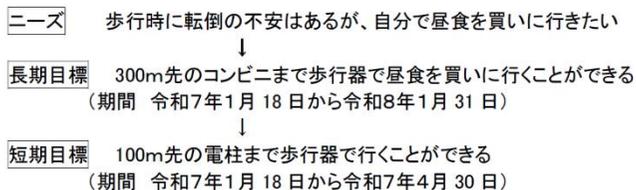
○書き方における基本的な考え方

目標は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して設定されるべきものです。また、解決すべき課題の達成は、段階的に行われるものと考えられ、長期目標と短期目標は整合性がとれるようにする必要があります。以下は、その具体例です。

【基本的な考え方のポイント】

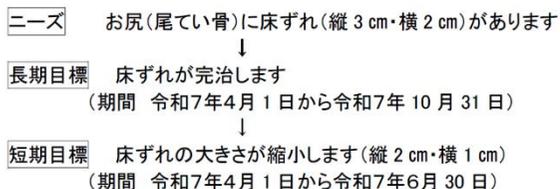
1. 解決すべき課題（ニーズ）と**目標達成に必要な期間**に応じて設定期間の判断をします。
2. 長期目標を解決するための段階的目標（短期目標）が、何段階にもなる場合（例：6か月では、このような状態になる。12か月では、このような状態になる。そして、24か月で長期目標に到達する）には、短期目標に対して適切に評価し、必要に応じて目標内容を変更します。

【例1】



現時点では歩行に不安（危険）があり、買い物に行くことは難しい状況です。しかし、サービスを活用することにより、長期目標を実現するための段階として短期目標は「100m先の電柱まで歩くことが令和7年4月30日までにできる」と設定します。そして、100mという段階を経て、サービスを継続し、令和8年1月31日には、自分で昼食を買いに300m先のコンビニまで行けるようになるという、ニーズを解決するための長期目標を達成することになります。

【例2】



⑤長期目標と短期目標の整合性

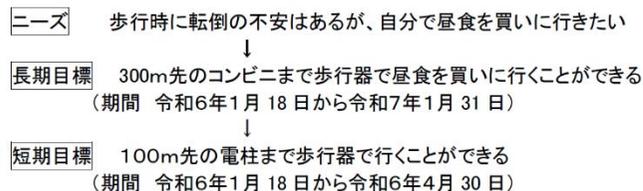
○基本的な考え方

目標は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して設定されるべきものです。また、解決すべき課題の達成は、段階的に行われるものと考えられ、長期目標と短期目標は整合性がとれるようにする必要があります。以下は、その具体例です。

【基本的な考え方のポイント】

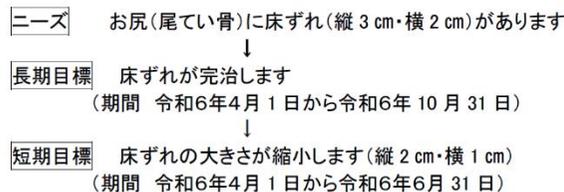
1. 解決すべき課題（ニーズ）に応じて設定期間の判断をします。
2. 長期目標を解決するための段階的目標（短期目標）が、何段階にもなる場合（例：6か月では、○○の状態が達成する。そして、12か月で長期目標に到達する）には、短期目標の内容を変更します。

【例1】



現時点では歩行に不安（危険）があり、買い物に行くことは難しい状況です。しかし、サービスを活用することにより、長期目標の段階として短期目標は「100m先の電柱まで歩くことが令和6年4月30日までにできる」と設定します。そして、100mという段階を経て、サービスを継続し、令和7年1月31日には、自分で昼食を買いに300m先のコンビニまで行けるようになるという、ニーズを解決するための長期目標を達成することになります。

【例2】



現時点で尾てい骨に褥瘡があり治癒することが必要な状況です。利用者自身は、発語や判断が難しく、意思表示が困難です。褥瘡は、サポートを受けることで6か月後には完治が見込まれます（長期目標）が、その段階的な到達点（短期目標）として、6月30日までに褥瘡の大きさが縮小していることを設定します。

現時点で尾てい骨に褥瘡があり治癒することが必要な状況です。利用者自身は、発語や判断が難しく、意思表示が困難です。褥瘡は、サポートを受けることで令和7年10月31日には完治が見込まれます(長期目標)が、その段階的な到達点(短期目標)として、令和7年6月30日までに褥瘡の大きさが縮小していることを設定します。

書き方のポイント

- ① 利用者のもつニーズを、いつまでにどのレベルで解決するのか(長期目標)を判断することが重要です(期間設定もその内容に連動します)。
- ② ニーズを解決した状態とは、具体的な現時点での状態像(何ができているか・どの程度継続できているか等)を踏まえて検討・判断します(長期目標)。
- ③ 短期目標は、最終的な状態像(長期目標)に対して、段階的な到達点を設定します。長期目標を実現するためには、「いつまでに〇〇ができている(している)ことが必要」という判断をもとに具体的な状態像を設定します。

【書き方の具体例】

〇わかりやすい書き方の具体例

【短期目標・長期目標が連動し、計画的支援になっている】

〇清潔保持

- ・長期 ⇒身体の清潔(全身にかゆみがない)が保てる
- 短期①⇒1日おきに入浴できる
- 短期②⇒左手でタオルを持ち、身体を拭ける

- ・長期 ⇒見守りを受け、自分で入浴ができる
- ・短期①⇒背中・頭以外は、自分で洗うことができる
- 短期②⇒衣類を自分で脱ぐことができる

〇家事

- ・長期 ⇒洗濯(干す・取り込む・たたむ・しまう)ができる
- ・短期 ⇒見守りを受けながら、洗濯物を干すこと、取り込むことができる

- ・長期 ⇒自分で調理ができるようになる
- ・短期 ⇒座った姿勢で調理の下準備(洗う・切る等)ができるようになる

- ・長期 ⇒ゴミ捨て場にゴミを自分で持っていける
- ・短期①⇒ゴミの区分けができる
- 短期②⇒自宅から玄関までゴミを出すことができる
- ・長期 ⇒かがむことなく床ふきを自分で行える
- ・短期①⇒食卓やテーブルを拭くことができる
- 短期②⇒立った姿勢を10分は継続できる

〇生活動作

- ・長期 ⇒身だしなみ(ひげと髪)を整えることができる
- ・短期①⇒頭や口の近辺まで、手を動かすことができる(可動域)
- ・短期②⇒鏡をみて、クシを持って髪をとかせる

【書き方の具体例】

〇わかりやすい書き方の具体例

【短期目標・長期目標が連動し、計画的支援になっている】

〇清潔保持

- ・長期 ⇒身体の清潔(全身にかゆみがない)が保てる
- 短期①⇒1日おきに入浴できる
- 短期②⇒左手でタオルを持ち、身体を拭ける

- ・長期 ⇒見守りを受け、自分で入浴ができる
- ・短期①⇒背中・頭以外は、自分で洗うことができる
- 短期②⇒衣類を自分で脱ぐことができている

〇家事

- ・長期 ⇒洗濯(干す・取り込む・たたむ・しまう)ができる
- ・短期 ⇒見守りを受けながら、洗濯物を干すこと、取り込むことができる

- ・長期 ⇒自分で調理ができるようになる
- ・短期 ⇒座った姿勢で調理の下準備(洗う・切る等)ができるようになる

- ・長期 ⇒ゴミ捨て場にゴミを自分で持っていける
- ・短期①⇒ゴミの区分けができる
- 短期②⇒自宅から玄関までゴミを出すことができる
- ・長期 ⇒かがむことなく床ふきを自分で行える
- ・短期①⇒食卓やテーブルを拭くことができる
- 短期②⇒立った姿勢を10分は継続できる

〇生活動作

- ・長期 ⇒身だしなみ(ひげと髪)を整えることができる
- ・短期①⇒頭や口の近辺まで、手を動かすことができる(可動域)
- ・短期②⇒鏡をみて、クシを持って髪をとかせる

- ・長期 ⇒車の乗り降りができるようになる
- ・短期①⇒車に乗る際に片足を車内外で補助を受けることで、車の乗り降りができる
- ・短期②⇒玄関から車まで歩行器で移動できる

- ・長期 ⇒トイレで用を足すことができる
- ・短期①⇒居室からトイレまで歩ける
- ・短期②⇒居室からリビングまで手すりを設置することで移動できる

- ・長期 ⇒夜に6時間の睡眠がとれる(日中に寝ないこと)
- ・短期 ⇒日中横になる時間が4時間から2時間になる

- ・長期 ⇒1人で外出ができる
- ・短期 ⇒でかける準備ができる

- ・長期 ⇒車の乗り降りができるようになる
- ・短期①⇒車に乗る際に片足を車内外で補助を受けることで、車の乗り降りができる
- ・短期②⇒玄関から車まで歩行器で移動できる

- ・長期 ⇒トイレで用を足すことができる
- ・短期①⇒居室からトイレまで歩ける
- ・短期②⇒居室からリビングまで手すりを設置することで移動できる

- ・長期 ⇒夜に6時間の睡眠がとれている（日中に寝ないこと）
- ・短期 ⇒日中横になる時間が4時間から2時間になる

○歩行、移動

- ・長期 ⇒1人でコミュニティバスに乗り、スーパーへ出かけられる
- ・短期 ⇒バス乗り場まで行くことができる

- ・長期 ⇒屋内の移動が自分でできる
- ・短期 ⇒付き添いがあれば、居室からリビングへの移動ができる

- ・長期 ⇒浴室に1人で入ることができている
- ・短期 ⇒部屋から脱衣室まで移動できる

- ・長期 ⇒杖を使用して屋内が歩けている
- ・短期 ⇒歩行器を使用して屋内歩行ができる

- ・長期（12か月）⇒1 km 先の娘の家に歩いて行ける
- ・短期（3か月）⇒付き添いと歩行器の使用で500m歩くことができる
- ・短期（6か月）⇒歩行器を使い、1人で500m歩くことができる

- ・長期（12か月）⇒800m（最寄り駅までの距離）歩行できる
- ・短期（3か月）⇒見守りを受け、屋外を300m歩行できる
- ・短期（6か月）⇒500m歩行できる

○保健医療

- ・長期 ⇒自分で服薬カレンダーを活用し、薬が飲める
- ・短期 ⇒声かけを受けて、服薬カレンダーから薬を取り出し、服用できる

- ・長期 ⇒糖尿病が原因で入院しない（空腹時の血糖値 110 mg/dL 以下）
- ・短期 ⇒糖尿病の薬を飲み忘れることなく、ヘモグロビン A1c が 5.6%を維持できる

- ・長期（12か月）⇒血圧が上 130mmHg・下 70mmHg 以下になる
- ・短期（6か月）⇒血圧が上 140mmHg・下 80mmHg 以下になる

- ・長期（12か月）⇒55 kg（標準内）の体重になる
- ・短期（3か月）⇒体重が 50 kg→52 kgになる
- ・短期（6か月）⇒体重が 52 kg→53 kgになる

○歩行、移動

- ・長期 ⇒1人でコミュニティバスに乗り、スーパーへ出かけられる
- ・短期 ⇒バス乗り場まで行くことができる

- ・長期 ⇒屋内の移動が自分でできる
- ・短期 ⇒付き添いがあれば、居室からリビングへの移動ができる

- ・長期 ⇒浴室に1人で入ることができる
- ・短期 ⇒部屋から脱衣室まで移動できる

- ・長期 ⇒杖を使用して屋内が歩ける
- ・短期 ⇒歩行器を使用して屋内歩行ができる

- ・長期（12か月）⇒1 km 先の娘の家に歩いて行ける
- ・短期（3か月）⇒付き添いと歩行器の使用で500m歩くことができる
- ・短期（6か月）⇒歩行器を使い、1人で500m歩くことができる

- ・長期（12か月）⇒800m（最寄りバス停までの距離）歩行できる
- ・短期（3か月）⇒見守り 屋外を300m歩行できる
- ・短期（6か月）⇒500m歩行できる

○保健医療

- ・長期 ⇒自分で服薬カレンダーを活用し、薬が飲めている
- ・短期 ⇒声かけを受けて、服薬カレンダーから薬を取り出し、服用できる

- ・長期 ⇒糖尿病が原因で入院しない（空腹時の血糖値 110 mg/dL 以下）
- ・短期 ⇒糖尿病の薬を飲み忘れることなく、ヘモグロビン A1c が 5.6%を維持できる

- ・長期（12か月）⇒血圧が上 130mmHg・下 70mmHg 以下になる
- ・短期（6か月）⇒血圧が上 140mmHg・下 80mmHg 以下になる

- ・長期（12か月）⇒55 kg（標準内）の体重になる
- ・短期（3か月）⇒体重が 50 kg→52 kgになる
- ・短期（6か月）⇒体重が 52 kg→53 kgになる

⑥サービス内容

【厚生労働省通知】(令和3年3月31日老認発 0331 第6号)

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。この際、家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

なお、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載する必要があるが、その理由を当該欄に記載しても差し支えない。

○書き方における基本的な考え方

サービス内容は、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・サポートもニーズに関する内容は記載します。但し、近隣住民等によるインフォーマルサポートについては、明記の可否を利用者等に確認したうえで記載します。また、インフォーマルサポートを位置づける場合には、定例的なサポートであることと、月単位程度で行われていることなどに留意してください（例：月1回 週2回 1日2回）。

利用者自身が「していること、できていること」はセルフケアとして記載します。加算名（例：個別機能訓練加算）を記載する必要はありません。ただし、利用者（またはその家族）及びサービス担当者との認識を共有する場合等、必要に応じて記載することもあり得ます。

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）、加算対象となるような利用者ニーズを明確にし、かつ、算定要件を満たしていることを確認したうえで「どのようなサービスを行うのか」を具体的に記載します。

【基本的な考え方のポイント】

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。

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に留意してください（例：月1回 週2回 1日2回）。

利用者自身が「していること、できていること」はセルフケアとして記載します。加算名（例：個別機能訓練加算）を記載する必要はありません。

生活援助中心型の訪問介護を利用する際には、生活援助とわかるような表記をし、身体介護と混同しないよう表記します。生活援助が必要な理由を本欄に記載しても差し支えありませんが、読みやすさやわかりやすさに配慮し、簡潔明瞭な記載が望ましいです。

また、介護保険サービスの「加算算定」している場合（例：入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算）、算定項目に対して、要件を満たしたうえで「どのようなサービスを行うのか」を具体的に記載します。

【基本的考え方のポイント】

1. サービス内容は、適切・簡潔にポイントを絞って記載します。
2. インフォーマルサポートは、明記の可否や範囲について利用者等と相談します。
3. 利用者が「していること、できていること」はセルフケアとして位置づけます。
4. 訪問介護（生活援助）を利用している場合には、生活援助とわかるような表記をします。
5. 訪問介護（生活援助）が必要な理由を本欄に記載しても差し支えありませんが、第1表の「生活援助中心型の算定理由」欄の記載内容も加味し、簡潔明瞭に記載します。
6. 「加算算定」している項目に対して、サービス内容を具体的に明記します。

〇わかりにくい書き方の傾向

サービス内容が簡潔すぎるために支援内容がわからないことや(例:リハビリ・入浴)、目標に対して整合性がない支援内容となっていることがあります。また、介護保険以外のサービスや家族等のインフォーマルサポートがあるにもかかわらず記載がないことがあります。さらに、利用者がしていることやできていること(セルフケア)があるにもかかわらず、その記載がないこともあります。

時に、サービス内容欄に加算名(例:入浴介助加算Ⅰ・個別機能訓練加算等)を記載してほしいとサービス事業所から求められるケースもありますが、加算名を記載することは必ずしも重要ではなく、加算にかかわるニーズ等が適切に設定され、適切な支援内容が明記されていることが重要です。

加算算定しているサービスについて、どのようなニーズ(課題)に対してサービスを提供しているのか、また、加算算定する必要性があるのかといったことがわからない書き方になっていることもあります。加算算定している場合、本欄に算定項目に対するサービス内容を具体的に明記する必要があります。

書き方のポイント

1. サービス内容が複数になる場合には①、②と箇条書きにするなど見え方の工夫をします。
2. どの身体部位のどのようなサービスかなど、適切・簡潔(例:下半身のリハビリテーション)に記載します。
3. 支援者が行う内容とセルフケアの違いがわかるよう表記を工夫します。
(ヘルパー)洗濯干し
(ヘルパー)大きな衣類等のたたみと整理・収納
(本人)衣類を脱ぎ、洗濯(洗剤入れて洗濯機を回す)
取り込みと小さな衣類たたみ
4. 生活援助と身体介護が混合しないような表記にします。
リビング・部屋の掃除(生活)
買い物(コンビニエンスストア)(生活)
3日分の調理(生活)
洗濯干しを一緒に行う(身体)
5. 加算算定している場合、**算定要件等に即した**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、**算定要件等に即した**サービス内容を記載)

【書き方の具体例】

〇わかりやすい書き方の具体例

【簡潔で具体的な内容になっている】

〇訪問介護

- ・掃除(寝室・リビング)を一緒に行います(身体)
- ・服薬について声かけし、服用をサポートします(身体)

〇リハビリテーション

- ・下半身の訓練を行います(歩行)
- ・手指が動かしやすくなる訓練を行います
- ・むせ込みを予防(軽減)するための嚥下訓練を行います

〇わかりにくい書き方

サービス内容が簡潔すぎるために支援内容がわからないことや(例:機能訓練)、目標に対して整合性がない支援内容となっていることがあります。また、介護保険以外のサービスや家族等のインフォーマルサポートがあるにもかかわらず記載がないことがあります。さらに、利用者がしていることやできていること(セルフケア)があるにもかかわらず、その記載がないこともあります。

時に、サービス内容欄に加算名(例:入浴介助加算Ⅰ・個別機能訓練加算等)を記載してほしいとサービス事業所から求められるケースもありますが、加算名を記載することは必ずしも重要ではなく、加算にかかわるニーズ等が適切に設定され、適切なサポートが行われていることが重要です。

加算算定している項目に関するサービスについて、どのようなニーズ(課題)に対してサービスを提供しているのかや、なぜ加算算定する必要性があるのかといったことがわからない書き方になっていることもあります。加算算定している場合、本欄に算定項目に対するサービス内容を具体的に明記する必要があります。

書き方のポイント

1. サービス内容が複数になる場合には①、②と箇条書きにするなど見え方の工夫をします。
2. どの身体部位のどのようなサービスか、など適切・簡潔(例:下半身のリハビリテーション)に記載します。
※利用者が分かりやすいよう、専門職特有の具体的な支援内容の表記は避けます。
(大腿四頭筋等の特定の部位名や、アリセプト等の薬品名など)
3. 支援者が行う内容とセルフケアの違いがわかるよう表記を工夫します。
(ヘルパー)洗濯物干し
(ヘルパー)大きな衣類等のたたみと整理・収納
(本人)衣類を脱ぎ、洗濯(洗剤入れて洗濯機を回す)
取り込みと小さな衣類たたみ
4. 生活援助と身体介護が混合しないような表記にします。
リビング・部屋の掃除(生活)
買い物(コンビニ)(生活)
3日分の調理(生活)
洗濯物干しを一緒の実施(身体)
5. 加算算定している場合、算定している理由がわかるようなサービス内容を具体的に記載します。
(加算名の記載ではなく、加算項目にかかわるサービス内容を記載)

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。

○書き方における基本的な考え方

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、標準事項とする必要性を検討・判断し、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日に複数回のサービス利用の場合には、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）。

【基本的な考え方のポイント】

1. 緊急時（突発的・一時的）等の想定を含まず、標準的な回数を記載します。
2. 同サービスが1日複数回になる場合などは、わかりやすい表記の工夫をします。

○わかりにくい書き方の傾向

「必要時」という記載に対して必要な状況が記されておらず、必要な理由が不明瞭なことがあります。また、「週2回～4回」「週1回以上」と記載されていることがありますが、なぜ、3回と4回の週があるのか、また、週1回～という記載において1回以上の必要性や1回以上と範囲を設定した必要性がケアプランから読み取れないことがあります。基本的には、標準的に想定される回数や時間を記載します。

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。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

- ・週1回（火曜日）
- ・月2回（第1・3の木曜日）
- ・1日3回（10：00・12：00・18：00）
- ・月7日程度（短期入所の場合）
- ・トイレ時
- ・歩行時（福祉用具貸与 歩行器等）
- ・ベッド使用時又はベッド滞在時（福祉用具貸与 ベッド等）

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）。

【基本的な考え方のポイント】

1. 緊急時（突発的・一時的）等の想定を含まず、標準的な回数を記載します。
2. 同サービスが1日複数回になる場合などは、わかりやすい表記の工夫をします。

○わかりにくい書き方の傾向

「必要時」という記載に対して必要な状況が記されておらず、必要な理由が不明瞭なことがあります。また、「週3～4回」「週1回～」と記載されていることがありますが、なぜ、3回と4回の週があるのか、また、週1回～という記載において1回以上の必要性や1回以上と範囲を設定した必要性がケアプランから読み取れないことがあります。

書き方のポイント

1. 日・週・月という単位で記載します。
2. 必要時・随時という書き方はせず、「場面や状況」を想定して記載します。

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。

○書き方における基本的な考え方

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、活動状況（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、「夜間のトイレ回数等」を必要に応じて記載します。

仮に初回の面談では、十分に聞き取れない（把握できない）場合においては、モニタリング等を活用しながら、より具体的な把握が求められます。

【基本的な考え方のポイント】

1. 利用者の平均的な1日の過ごし方を記載します。
2. 「ベッドで寝ていること」が平均した生活状況であれば記載します。
3. 夜間のトイレ等も頻度が多ければ記載します。

○わかりにくい書き方の傾向

未記載や食事（例：朝食・昼食・夕食のみ記載）のこののみが記載されていることがあります。それは、利用者の暮らしを把握（理解）していないことを示唆し、利用者の暮らしのリズム等を加味したケアマネジメントになっていないということになります。また、本人の活動ではなく、支援者の行う支援内容や介護保険サービスが記載されていることもあります。ここでは、利用者の暮らしに焦点を当てることが重要であり、介護する側（例：サービス事業者や家族）の予定を記入する欄ではないことに留意します。

書き方のポイント

1. 利用者の1日の平均的な過ごし方について記載します。
2. 活動内容及び実施時間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生活活動として記載します。

②主な日常生活上の活動

【厚生労働省通知】(令和3年3月31日老認発 0331 第6号)

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。

なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

○基本的な考え方

利用者の1日の平均的な過ごし方について記載します。平均的な生活スケジュールを把握することで、生活の全体像がみえるだけでなく、サービスを活用する際の提供時間等について、生活リズム等を加味したマネジメントが可能となります。具体的には、起床や就寝、食事やトイレ等だけでなく、活動量（例：散歩、30分）についても記載します。リビングで過ごす、ベッドで寝ているという内容も暮らしの一部と捉えて把握（記載）します。

夜間に何度もトイレに通っている等がある場合には、「夜間のトイレや介護者の介護状況」を必要に応じて記載します。

【基本的な考え方のポイント】

1. 利用者の平均的な1日の過ごし方を記載します。
2. 「ベッドで寝ていること」が平均した生活状況であれば記載します。
3. 夜間のトイレ等も頻度が多ければ記載します。

○わかりにくい書き方の傾向

未記載や食事のこののみ記載されていることがあります。それは、利用者の暮らしを把握（理解）していないことを示唆し、利用者の暮らしのリズム等を加味したケアマネジメントになっていないということになります。また、本人の活動ではなく、支援者の行う支援内容や介護保険サービスのみ記載されていることもあります。ここでは、利用者の暮らしに焦点を当てることが重要であり、介護する側の予定を記入する欄ではないことに留意します。

書き方のポイント

1. 利用者の1日の平均的な過ごし方について記載します。
2. 活動量についても記載します。
3. 単語や短文で簡潔に記載します。
4. 夜間のトイレ等も頻回の場合には生活活動として記載します。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【簡潔で活動内容や実施時間が示されている】

- ・ 昼食の調理 (20分)
- ・ 昼寝 (60分)
- ・ 屋外の散歩 (30分)
- ・ 自主トレーニング (45分程度)
- ・ トイレ (21時ごろから2時間おき)

○わかりにくい書き方の具体例

【支援者の予定が記載されている】

- ・ 口腔ケア
- ・ 入浴介助
- ・ 夜間巡回

【食事のみが記載されている】

- ・ 朝食・昼食・夕食

【介護保険サービスが記載されている】

- ・ 通所介護 週3回

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【簡潔で活動量が示されている】

- ・ 昼食の調理 (20分)
- ・ 昼寝 (60分)
- ・ 屋外の散歩 (30分)
- ・ (45分程度) 立ち上がり練習、スクワット
- ・ トイレ (21時ごろから2時間おき)

○わかりにくい書き方の具体例

【支援者の予定が記載されている】

- ・ 口腔ケア
- ・ 入浴介助
- ・ 夜間巡回

【食事のみが記載されている】

- ・ 朝食・昼食・夕食

【介護保険サービスのみが記載されている】

- ・ 通所介護 週3回

③週単位以外のサービス

【厚生労働省通知】(令和3年3月31日老認発0331第6号)

各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。

○書き方における基本的な考え方

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に配慮が必要です。

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、必要に応じて世帯員の状況を把握します。**その場合には、状況把握が必要な世帯員の同意を得ることが必要です。**また、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場合には、**本人からの同意を得るようにします。**

【基本的な考え方のポイント】

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、**週単位以外のサービスの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方が良いと判断した場合には、記載方法を工夫**します。

○わかりにくい書き方の傾向

週単位以外のサービスがあるにもかかわらず、記載がまったくない（未記載）ことがあり、記載があったとしても介護保険以外のサービスや医療機関への受診状況が記載されておらず、頻度の記載がないことがあります。それは、利用者の暮らしやサービス、サポートの活用状況に対する全体像の把握が不十分であることとなります。

また、加算項目（例：入浴介助加算・個別機能訓練加算）だけが羅列されていることがあります。「ソフトで勝手に反映される」という声も聞かれますが、本欄は加算項目を羅列することが目的ではなく、利用者の暮らしにおけるサービスやサポートの全体像を示すことが目的であることを意識します。

書き方のポイント

1. 週単位以外の介護保険サービスや医療サービス等の公的サービスを記載します。
2. 週単位以外の家族やボランティア等によるインフォーマルサポートを記載します。

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。

【基本的な考え方のポイント】

1. 介護保険サービスだけでなく、フォーマルサービス・インフォーマルサポートを問わず**全体像がわかるよう記載**します。
2. 世帯に複数の要介護者等がいる場合には、**世帯としてのサポート状況がわかるよう工夫**します。

○わかりにくい書き方の傾向

記載がまったくない（未記載）ことがあり、記載があったとしても介護保険以外のサービスや医療機関への受診状況が記載されておらず、頻度の記載がないことがあります。それは、利用者の暮らしやサービス、サポートの活用状況に対する全体像の把握が不十分であることとなります。

また、加算項目（例：入浴介助加算・個別機能訓練加算）だけが羅列されていることがあります。「ソフトで勝手に反映される」という声も聞かれますが、本欄は加算項目を羅列することが目的ではなく、利用者の暮らしにおけるサービスやサポートの全体像を示すことが目的であることを意識します。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【週単位以外のサービスの記載がある】

- ・短期入所生活介護（月7日程度）
- ・訪問診療（月2回 第2第4木曜日）
- ・居宅療養管理指導（薬剤師 月2回）
- ・福祉用具貸与（ベッド一式）
- ・住宅改修（自宅内及び玄関等の手すり）
- ・移送支援（2週に1回）
- ・グランドゴルフ、カラオケ（2週1回）
- ・美容院・ネイルサロン（2か月に1回、次女）

【受診等の記載がある】

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

【インフォーマルサポートが位置づけられている】

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

書き方のポイント

1. 週単位以外の介護保険サービスや医療サービス等の公的サービスを記載します。
2. 週単位以外の家族やボランティア等によるインフォーマルサポートを記載します。

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【週単位以外のサービスの記載がある】

- ・短期入所生活介護（月7日程度）
- ・訪問診療（月2回）
- ・居宅療養管理指導（薬剤師 月2回）
- ・福祉用具貸与（手すり）
- ・移送支援（2週に1回）
- ・グランドゴルフ、カラオケ（2週1回）
- ・美容院・ネイルサロン（2か月に1回、次女）

【受診等の記載がある】

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

【インフォーマルサポートが位置づけられている】

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

