

令和8年度版ー令和7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8年度版）

旧（令和7年度版）

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【個別で具体的な内容になっている】

○ニーズを改善したいなどの意欲がある場合

- ・ポータブルトイレを使用しているが、トイレに行けるようになりたい
 - ・1人での外出は転倒の不安があるが、スーパーまで買い物に行きたい
 - ・浴槽を1人でまたぐことは難しいが、自宅の浴槽で入浴がしたい
- ニーズに対しての自覚が不十分、または、意欲があるか不明瞭だが解決する必要がある場合
- ・床ずれが仙骨部（お尻）にあり、治療が必要です
 - ・食事が1日1食であり体重が減少しています（4月からの6か月で3kg減少）
 - ・水分がとれず、脱水症状になる心配があります（過去2回、脱水症状あり）

○わかりにくい書き方の具体例

【利用者(家族)の希望(デマンド)のみで記載されている】

- ・入浴したい（本人）
- ・掃除ができないのでしてほしい
- ・家族の休みがほしい

【誰にでも当てはまるような内容になっている】

- ・安心して生活したい
- ・病気になるようにしない
- ・自宅で生活を続けたい

【サービスの利用希望のみが記載されている】

- ・週2回、デイサービスで○○事業所へ行きたい
- ・週3回、デイサービスを継続したい
- ・リハビリテーションを○○事業所でやりたい
- ・福祉用具（ベッド）を借りたい

【複数のニーズが1つの文章に含まれていてわかりにくい】

- ・病気が安定して、自宅で暮らしていきたい
- ・身体機能を維持して食事を美味しく食べたい
- ・身体の清潔と安全に移動や移乗ができるようになりたい
- ・転倒をせず、栄養をとりながら自宅で暮らしていきたい
- ・家族の不在時に買い物と調理をしてもらい、トイレにも自分で行けるようになりたい

ニーズとして、【家族等（介護者）のレスパイト（休息）等が必要な場合】
の基本的な考え方と書き方

- ①『介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について』（令和3年3月31日老認発0331第6号）の記載要領前文にある【介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする（一部抜粋）】とあり、ケアプランとは、「利用者本人」を軸として作成されるものです。
- ② 一方では、通所介護・短期入所生活介護等における運営基準（基本方針一部抜粋）によると、「家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るもの」

【書き方の具体例】

○わかりやすい書き方の具体例

【個別で具体的な内容になっている】

○ニーズを改善したいなどの意欲がある場合

- ・ポータブルトイレを使用しているが、トイレに行けるようになりたい
 - ・1人での外出は転倒の不安があるが、スーパーまで買い物に行きたい
 - ・浴槽を1人でまたぐことは難しいが、自宅の浴槽で入浴がしたい
- ニーズに対しての自覚が不十分、または、意欲があるか不明瞭だが解決する必要がある場合
- ・床ずれが仙骨部（お尻）にあり、治療が必要です
 - ・食事が1日1食であり体重が減少しています（4月からの6か月で3kg減少）
 - ・水分がとれず、脱水症状になる心配があります（過去2回、脱水症状あり）

○わかりにくい書き方の具体例

【利用者(家族)の希望(デマンド)のみで記載されている】

- ・入浴したい（本人）
- ・掃除ができないのでしてほしい
- ・家族の休みがほしい

【誰にでも当てはまるような内容になっている】

- ・安心して生活したい
- ・病気になるようにしない
- ・自宅で生活を続けたい

【サービスの利用希望のみが記載されている】

- ・週2回、デイサービスで○○事業所へ行きたい
- ・週3回、デイサービスを継続したい
- ・リハビリテーションを○○事業所でやりたい
- ・福祉用具（ベッド）を借りたい

【複数のニーズが1つの文章に含まれていてわかりにくい】

- ・病気が安定して、自宅で暮らしていきたい
- ・身体機能を維持して食事を美味しく食べたい
- ・身体の清潔と安全に移動や移乗ができるようになりたい
- ・転倒をせず、栄養をとりながら自宅で暮らしていきたい
- ・家族の不在時に買い物と調理をしてもらい、トイレにも自分で行けるようになりたい

でなければならないとされ、利用者を取り巻く状況に対してのサポートについても言及されています。

- ③ 以上のことを踏まえたとき、「家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る必要がある状況」については、ニーズとして抽出し、ニーズとして位置付けることが妥当と考えられます。
- ④ 留意すべき点は、サービス利用の目的が「家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る」ことのみでは、不十分と言えます。例えば、短期入所生活介護を活用する場合においても、「家族負担の軽減」だけが目的ではなく、利用者本人に対する支援内容についてもサービス内容等に記載することが必要です。(参考として、事例③に掲載)

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。

〇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、専門的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。

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 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）

【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】

- ・助け合い見守りサポート（2週間に1回 民生委員）
- ・大きなゴミ捨てサポート（月1回 第2火曜日 隣人）
- ・レストランで食事（月1回 第3金曜日 長男）
- ・美容院（2か月に1回 次女）

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 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）

ケアプランの記載例

事例1. 単身・軽度認知症の事例（継続）

事例2. 変形性膝関節症・家族等が障がいの事例

（継続）

事例3. うつ病の事例（初回）

（令和8年度版より変更：短期入所生活介護追加）

事例4. 単身・膠原病の事例（初回）

事例5. 施設入居者の事例（認知症対応型共同生活介護）

事例6. 施設入居者の事例（介護老人福祉施設）

※本書の記載例については、本書に記載されているケアプランの基本的な考え方と書き方に基づいて作成したものです。アセスメントや支援内容の具体例ではありません。書き方の参考として活用してください。

ケアプランの記載例

※本誌の記載例については、本誌に記載されているケアプランの基本的な考え方と書き方に基づいて作成したものです。アセスメントや支援内容の具体例ではありません。なお、第2表は一部分のみ、全てのニーズについて掲載していません。書き方の参考として活用してください。

<維持事例>

事例1 外海周作さん 84歳 要介護2

一人暮らし・認知症（軽度）・裏は山で土砂災害特別警戒地域に指定されている。自治会の仲間とのつながりが昔からある。認知症の進行により、室内の掃除や調理が難しくなっている。訪問介護等の利用と自治会の仲間からの声かけサポート等でごみ出しや洗濯などの家事を継続している。

事例2 稲佐山美子さん 79歳 要介護1

変形性膝関節症・家族が障がい
二男と二人暮らし。同居する二男が事故で高次機能障害となり、二男が担っていた買い物や洗濯を訪問介護で補っている。変形性膝関節症が悪化しないよう自宅でのストレッチを行い、杖を使った歩行を維持している。

<改善事例>

事例3 出島蘭子さん 72歳 要介護1

うつ病により不安感が強い
三女と同居。夫の死亡によりうつ病を発症。三女はひきこもり状態。訪問介護を活用して生活を整え、通所介護を利用することで会話する相手や息抜きできる時間をつくり、不安感の軽減を図る。

事例4 南山手龍馬さん 76歳 要介護1

低体重・低栄養状態・車道まで急こう配な階段が65段ある
一人暮らし。長男は遠方に暮らしており、仕事から休みがとりづらく、支援が難しい。
自宅での清掃中に転倒し、右足首にヒビがはいり、買い物や掃除が出来なくなる。
低体重・低栄養で体力がない状態であったため、通所リハビリや訪問介護、配食サービスの利用、体重の増加、栄養状態の改善を図る。

<施設入居者の事例>

事例5 認知症対応型共同生活介護のケース

事例6 介護老人福祉施設のケース

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和8年1月20日

利用者名	A	歳	昭和13年5月1日	住所	長崎県長崎市
居宅サービス計画作成者氏名	〇〇〇〇				
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地	A居宅介護支援事業所・長崎県長崎市				
居宅サービス計画作成(変更)日	令和8年1月20日	初回居宅サービス計画作成日	令和6年3月20日		
認定日	令和8年1月6日	認定の有効期間	令和8年2月1日～令和11年1月31日		

初回・紹介

認定済

申請中

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
---------	------	------	------	------	------

本人：先日、間違えてごみを出してしまったり、近所の人に教えてもらい、助かりました。令和6年に妻が亡くなり人暮らしになってしまったので、自分でできること(調理・洗濯・散歩)はして、長年暮らしてきたこの家を守っていこうと思います。

長女：最近、電話で話していると忘れっぽくなったと感じ、心配になります。生活環境を変えてしまうと混乱するのでは、長年暮らしてきた家で、できる範囲の家事(特に調理)を行いながら生活を続けてほしいです。私も都合がつくときは、美術館や父の好きな花を見に連れて行きたいと思っています。

今後の方向性：自宅を守っていくために、いま、行っていること(調理や洗濯など)を継続して行っていきたいと思います。忘れっぽいう点については、ご自分でも「一つひとつ確認」するようにしていただき、支援チームも一緒に確認できるように工夫を提案していきたいと思っています。

介護認定審査会の概要及びサービスの種類等の注記

記載なし

ご本人にも自覚がありますが、「忘れっぽい」ことが増え、家事(特に洗濯とゴミ出し)をすることを忘れてしまうことがあります。

支援チームは、家事(洗濯とゴミ出し)の状況を確認させていただき、ごみ出し時や洗濯物を干すときの声かけ、冷蔵庫内の賞味期限の確認などを行います。

38度以上の発熱等体調の異常が見られるときは、長女様に連絡後〇〇クリニックに連絡を入れる

〇〇〇〇(長女) 111-1111-1111 医療機関 〇〇クリニック XX先生 0000-0000-0000

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()

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

(代筆者氏名)

説明・同意日 年 月 日 利用者署名 (続柄)

事例1

事例1

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和7年1月20日

利用者名	外海周作	歳	生年月日	昭和13年5月1日	住所	長崎市
居宅サービス計画作成者氏名	〇〇〇〇					
居宅介護支援事業者・事業所名氏名及び所在地	A居宅介護支援事業所・長崎県長崎市					
居宅サービス計画(変更)日	令和6年1月6日	初回居宅サービス計画作成日	平成30年3月20日			
認定日	令和6年1月6日	認定の有効期間	令和6年2月1日～令和9年1月31日			

初回・紹介

認定済

申請中

要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

本人：先日、間違えてごみ出しをしてみました。近所の人に教えてもらい助かりました。平成29年に妻が亡くなり1人暮らしになってしまったので、自分でできること(調理・洗濯・散歩)はして長年暮らしてきたこの家を守っていこうと思います。

長女：最近、電話で話していると忘れっぽくなったと感じ、心配になります。生活環境を変えてしまうと混乱するのでは、長年暮らしてきた家で出来る範囲の家事(特に調理)を行いながら生活を続けて欲しい。私も都合がつくときは、美術館や父の好きな花を見に連れて行きたいと思っています。

今後の方向性：自宅を守っていくために、いま、行っていること(調理や洗濯など)を継続していきましよう。忘れっぽいう点については、ご自分でも「一つひとつ確認」するようにしていきましよう。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

記載なし

ご本人にも自覚がありますが、「忘れっぽい」ことが増え、家事をすることを忘れてしまったり、近所の人に教えてもらい助かりました。平成29年に妻が亡くなり1人暮らしになってしまったので、自分でできること(調理・洗濯・散歩)はして長年暮らしてきたこの家を守っていこうと思います。

長女：最近、電話で話していると忘れっぽくなったと感じ、心配になります。生活環境を変えてしまうと混乱するのでは、長年暮らしてきた家で出来る範囲の家事(特に調理)を行いながら生活を続けて欲しい。私も都合がつくときは、美術館や父の好きな花を見に連れて行きたいと思っています。

今後の方向性：自宅を守っていくために、いま、行っていること(調理や洗濯など)を継続していきましよう。忘れっぽいう点については、ご自分でも「一つひとつ確認」するようにしていきましよう。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

記載なし

ご本人にも自覚がありますが、「忘れっぽい」ことが増え、家事をすることを忘れてしまったり、近所の人に教えてもらい助かりました。平成29年に妻が亡くなり1人暮らしになってしまったので、自分でできること(調理・洗濯・散歩)はして長年暮らしてきたこの家を守っていこうと思います。

長女：最近、電話で話していると忘れっぽくなったと感じ、心配になります。生活環境を変えてしまうと混乱するのでは、長年暮らしてきた家で出来る範囲の家事(特に調理)を行いながら生活を続けて欲しい。私も都合がつくときは、美術館や父の好きな花を見に連れて行きたいと思っています。

今後の方向性：自宅を守っていくために、いま、行っていること(調理や洗濯など)を継続していきましよう。忘れっぽいう点については、ご自分でも「一つひとつ確認」するようにしていきましよう。

生活援助中心の算定理由

1. 一人暮らし

2. 家族等が障害、疾病等

3. その他()

上記サービス計画について説明を受け、内容を同意し受領しました。

同意年月日 年 月 日 利用者署名 (代筆者氏名) (続柄)

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和8年1月20日

第2表

利用者名 A 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容		期間	
	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		
ごみを出す日をおぼれたり、間違えたりすることもあるが、(実施確認の声かけ等の支援を受けつつ)ごみ出しは自分で行いたい。	令和8年2月1日～令和9年1月31日 決まった日のごみ出しが継続できていること。	令和8年2月1日～令和8年7月31日 ごみの分別を行い決まった日にごみ収集場所へ捨てることのできてきていること。	①ごみの日に声をかけます。 ②ごみを分別し、指定の場所に捨てます。 ③燃せるごみの日・燃せないごみの日・カン類の日を確認するよう、ごみ出しの前日に声をかけます。	※1 自治会の仲間 ②本人 ③長女	①週2回(月・木) ②週2回(月・木) ③週2回	令和8年2月1日～令和8年7月31日
洗濯手順や方法をおぼれ、間違えてしまうことがあるので、(実施確認の声かけ等の支援を受けながら)洗濯を自分で行いたい。	令和8年2月1日～令和9年1月31日 一連の洗濯行為(洗濯物をかける、洗濯機に入れる、干す、たたむ、しぼり)ができていくこと。	令和8年2月1日～令和8年7月31日 声かけや確認をしてもらうこと、自分自身で行うこと(洗濯物を洗濯機に入れる等)が継続されていること。	①洗濯物を洗濯機に入れます。 ②洗濯機をセットし、回します。(生活援助) ③脱水が終わったことを知らせ、洗濯物を一緒に干します。 ④乾いた衣類の取り込み・たたみを一緒にしていきます。(身体介護)	※1 本人 ②-④ 訪問介護	①週2回(火・土) ②-④ ○○訪問介護週2回(火・土)	令和8年2月1日～令和8年7月31日

※1 「実施確認の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
 ※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

一部記載例

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和7年1月20日

要介護 2
利用者名 外海 尚 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容		期間	
	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		
①ごみを出す日を忘れたり、間違えたりすることもあるが、声かけ等の支援を受けながら、ゴミ捨ては自分で行いたい。	令和7年2月1日～令和8年1月31日 決まった日のごみ出しが継続できる。	令和7年2月1日～令和7年7月31日 ゴミの分別を行い、決まった日にごみ収集場所へ捨てる事ができる。	①ごみの日に声掛けをする。 ②ごみを分別し、指定の場所に捨てます。 ③燃やせるごみの日・燃やせないごみの日・缶類の日を確認するよう、ゴミ出しの前日に電話をかけます。	※1 自治会の仲間 ②本人 ③長女	①②③ 週3回(月・水・木) 令和7年7月1日～令和7年7月31日	令和7年2月1日～令和7年7月31日
②洗濯手順や方法をおぼれ、間違えてしまうことのあるので、声かけ等の支援を受けながら、自分で洗濯をしたい。	令和7年2月1日～令和8年1月31日 一連の洗濯行為(洗濯物をかける、洗濯機に入れる、干す、たたむ、しぼり)ができていくこと。	令和7年2月1日～令和7年7月31日 声かけや確認をしても、洗濯物を洗濯機に入れること等を継続できる。	①洗濯物を洗濯機に入れます。 ②洗濯機をセットし回します。(生活) ③脱水が終わった事を知らせ、洗濯物を一緒に干します。(身体) ④乾いた衣類の取り込み・たたみを一緒にしていきます(身体)	※1 本人 ②-④ ○○訪問介護	①週2回(火・土) ②-④ 週2回(火・土)	令和7年2月1日～令和7年7月31日

※1 「実施確認の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 令和8年1月20日

利用者名 A 殿

利用時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
深夜								
2:00								
4:00								
6:00	近隣の車の声かけ で (可憐ごみ)出し			近隣の車の声かけ で (可憐ごみ)出し				起床・着替え・洗面 化粧・着戸明け・仏壇にお茶 朝食の支度・朝食 ごみをまとめる・ごみ出し テレビ・ニュース(30分)
8:00	訪問介護							
10:00								昼食の支度・昼食
12:00								昼寝(30分)
14:00								体操・趣味活動 散歩(30分)以上(散歩(同乗者人と履き足全履))
16:00								洗濯物の取り込み・たたみ・整理
18:00								夕食の支度・夕食 長女宅へ電話
20:00								就寝
22:00								
深夜								(夜間2時間おきトイレ)

①〇〇〇クリニック通院(月1回 長女同行) ②ごみ出し支障(毎月第2金曜日(不燃ごみ) 自治会仲間) (毎月第1水曜日(かん類))
③△△地域サロン(毎月第3金曜日 10時-12時)

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 令和7年1月20日

一部分記載例

利用者名 外海 周作 様

利用時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
深夜								
2:00								
4:00								
6:00								起床・着替え・洗面 着戸明け・仏壇にお茶 朝食の支度・朝食
8:00	■車道の車の声かけで 塵芥を落とすごみ出し			■車道の車の声かけで 塵芥を落とすごみ出し				エピソード(30分) ごみをまとめるごみ出し
10:00	訪問介護							洗濯
12:00								訪問介護
14:00								近隣の車の声かけ 散歩(30分)以上(散歩(同乗者人と履き足全履))
16:00								洗濯物の取り込み
18:00								夕食の支度・夕食 長女宅へ電話
20:00								就寝
22:00								
深夜								(夜間2時間おきトイレ)

①〇〇クリニック通院(月1回 長女同行)
②サロン(毎月第3金曜日 10時-12時)

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和7年12月25日

初回・紹介 継続 認定済 申請中

利用者名 B 殿 生年月日 昭和18年3月29日 住所 長崎県長崎市

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 B居宅介護支援事業所・長崎県長崎市

居宅サービス計画作成(変更)日 令和7年12月25日 初回居宅サービス計画作成日 令和元年7月1日

認定日 令和7年12月20日 認定の有効期間 令和8年1月1日～令和10年12月31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

本人:膝の状態の悪化と転ぶことが何よりも怖いので、今後も自分でストレッチを行い、杖で歩いている状況を続けていきたいです。
 母親として、できる家事(調理・掃除)は自分の役目としてやっけいき、息子(次男)と協力しながら暮らしていきたいです。
 次男:自分の事故で母のサポートができてきなくなってしまうため、自分がやっていたことをヘルパーさんにお願ひして、母との生活を継続したいです。
 今後の方向性:足の状況(痛み)と家事を行うという責任感を全うしていただけたらいいように、今まで同様に【医師の膝に対する判断】をもとにしつつ、杖で歩きながら屋内外を移動し、次男様のために美味しい食事をふるまっていたらいいと思います。

特になし

変形性膝関節症があり、膝(特に右足)に負担がかかる動作に痛みが伴う状況ですが、できる家事(調理・掃除等)をされています。
 支援チームとしては、痛みを我慢して自主トレーニングをしたり、家事をすることを心配していますので、移動時・歩行時の足の運び等を確認し、右足の引きずりや痛みが確認された場合には、声掛けをし、必要に応じて医師に相談等いたします。
 また、「もし、もう少し歩くと膝が痛くなる」というご本人の心配については、必要がある場合には福祉用具等の活用も相談させていただきます。

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

居宅サービス計画書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 利用者番号 (代筆者氏名) (続柄)

事例2

事例2

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和6年12月25日

初回・紹介 継続 認定済 申請中

利用者名 船佐山 美子 殿 生年月日 昭和18年3月29日 住所 長崎県長崎市

居宅サービス計画作成者氏名 ◇◇◇◇

居宅介護支援事業者・事業所名氏名及び所在地 B居宅介護支援事業所・長崎県長崎市

居宅サービス計画(変更)日 令和5年12月25日 初回居宅サービス計画作成日 令和元年7月1日

認定日 令和5年12月20日 認定の有効期限 令和6年1月1日～令和8年12月31日

要介護状態区分 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果
 本人:膝の状態悪化と転ぶことが何よりも怖いので、今後も自分でストレッチを行い、杖で歩いている状況を続けていきたいです。
 母親として、できる家事(調理・掃除)は自分の役目としてやっけいき、息子と協力して暮らしていきたいです。
 二男:自分の事故でサポートができてきなくなってしまうため、自分がやっていたことをヘルパーさんにお願ひして、母との生活を継続したいです。
 今後の方向性:家事を行うという責任感を全うしていただけたらいいように、今まで同様に【医師の膝に対する判断】をもとにしつつ、杖で歩きながら屋内外を移動し、二男様のために美味しい食事作りを続けていきたいと思います。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定
 特になし

総合的な援助の方針
 変形性膝関節症があり、膝(特に右足)に負担がかかる動作に痛みが伴う状況ですが、できる家事(調理・掃除等)をされています。
 支援チームとしては、痛みを我慢して自主トレーニングをしたり、家事をすることを心配していますので、移動時・歩行時の足の運び等を確認し、右足の引きずりや痛みが確認された場合には、声掛けをし、必要に応じて医師等に相談いたします。
 また、「もし、もう少し歩くと膝が痛くなる」というご本人の心配については、必要がある場合には福祉用具等の活用も相談させていただきます。

生活援助中心の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()
 上記サービス計画について説明を受け、内容を同意し受領しました。
 同意年月日 年 月 日 利用者番号 (代筆者氏名) (続柄)

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和7年12月25日

利用者名 B 殿

目 標		援 助 内 容				
長期目標 (期間)	短期目標	サービス内容	※1 サービス種別	※2	頻度	期間
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)						
杖を使用し、一人で受診することが継続できていること。	令和8年1月1日～令和8年12月31日	①自宅の回りを歩く(約15分)ことが継続できていること。	右膝の状態の観察・治療 ②自宅で行う体操等の指導(膝伸ばし、足上げ) ③体操(膝伸ばし、足上げ) ④自宅の前にある公園内(約15分)を杖で歩く(失速不良時は行いません。) ⑤受診に同行 ⑥膝や歩行状態の確認や見守り	①② 受診(外来) ③④ 本人 ⑤長男 ⑥次男	①②月1回 ③④⑤週2回 ⑥月1回 ⑦月1回 ⑧週2回 ⑨週1回(火・木) ⑩週2回(火・木) ⑪週2回(火・木) ⑫週2回(火・木) ⑬週1回(土)	令和8年1月1日～令和8年6月30日
左膝に負担と痛みがあるが、(洗濯、買い物)を手伝ってもらうことで、てき家事は維持していきたい。(調理、掃除は可、洗濯も部分的にできま	令和8年1月1日～令和8年12月31日	① 昼食づくりが継続できる。 ② 自宅トリピングの掃き掃除・拭き掃除が継続できていること。 ③ 洗濯物をたたみ、タンスにしまうことが継続できる。	①洗濯(干す)、購入品目リストをもとに買い物。 ②洗濯機のスイッチを入れの掃き掃除・拭き掃除が継続できていること。 ③ 洗濯物をたたみ、タンスにしまうことが継続できる。	①訪問介護(生活援助) ②③④本人 ⑤次男 ⑥長男	①④週2回(火・木) ②③④週2回(火・木) ⑤週2回(火・木) ⑥週1回(土)	令和8年1月1日～令和8年6月30日

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

要介護度 要介護1
利用者名 福佐山 美子 殿

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和6年12月25日

一部分記載例

生活全般の会済すべき課題(ニーズ)	目 標			援 助 内 容			
	長期目標 (期間)	短期目標	サービス内容	※1 サービス種別	※2	頻度	期間
歩行が不安定であるため(受診と自主トレにて)、杖での歩行を維持していきたい	令和7年1月1日～令和7年12月31日	①1日2回のストレッチが継続できている。 ②自宅の回りを歩く(約15分)ことが継続できている	①右膝の状態の観察・治療 ②自宅で行う体操等の指導(膝伸ばし、足上げ) ③体操(膝伸ばし、足上げ) ④自宅前にある公園内(約15分)を杖で歩く(失速不良時は行いません。) ⑤受診に同行 ⑥膝や歩行状態の確認や見守り	①② 受診(外来) ③④ 本人 ⑤長男 ⑥二男	①② 整形外科 ③ 本人 ④長男 ⑤二男	①②月1回 ③ 週2回 ④⑤週1回 ⑥月1回 ⑦週2回 ⑧週1回(土)	令和7年1月1日～令和7年6月30日
膝に負担と痛みがあるが、(洗濯、買い物)を手伝ってもらっている家事(調理、掃除)が継続できている。洗濯も部分的にできます。	令和7年1月1日～令和7年12月31日	1日3食ごはんを作っている。二男に食べさせることができている。	①洗濯(干す)、購入品目リストをもとに買い物 ②洗濯物のスイッチを入れる。たたむ・タンスに入れる。 ③購入品目のリスト作成とお金の準備 ④調理、掃除 ⑤不足品の買い物	①訪問介護(生活援助) ②③④ 本人 ⑤二男 ⑥長男	①④ 訪問介護事業所 ②③④ (火・木) ⑤ (火・木) ⑥週2回(火・木) ⑦週1回(土)	令和7年1月1日～令和7年6月30日	

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表 週間サービス計画表

作成年月日 令和7年12月25日

利用者名 B 殿

利用者名	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動 (夜間はトイレに起きない)
深夜	0:00							
	2:00							
	4:00							
早朝	6:00							起床 洗面・整容・着替え 朝食・片づけ・着替み・新聞読み
	8:00							ストレッチ(30分) 掃除(30分・週3回)・お茶・トイレ鑑賞
午前	10:00	訪問介護 (洗濯・買い物)		訪問介護 (洗濯・買い物)				昼食・片づけ・着替み・テレビ鑑賞
	12:00							
午後	14:00					買い物(長期)		ストレッチ(30分) OO公園まで散歩(15分) お茶・テレビ鑑賞・音楽(1時間)
	16:00							
18:00								夕食準備・夕食 テレビ鑑賞等
20:00								
22:00								口腔ケア・トイレ・着替え
0:00								就寝

運単位以外のサービス ・OO整形外科(月1回 長男の車にて) ・美容院(偶数月の2か月1回 長男同行)

一部記載例

第3表 週間サービス計画表

作成年月日 令和6年12月25日

利用者名 稲佐山 美子 様

月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動 (夜間はトイレに起きない)
0:00							
2:00							
4:00							
6:00							起床 洗面・整容・着替え 朝食・片づけ・新聞を読む
8:00							ストレッチ(30分) 掃除(30分・週3回) お茶・テレビ鑑賞
10:00	訪問介護 (洗濯・買い物)		訪問介護 (洗濯・買い物)				昼食・片づけ・テレビ鑑賞
12:00							ストレッチ(30分)
14:00					買い物(長男)		OO公園まで散歩(15分) お茶・テレビ鑑賞・音楽(1時間)
16:00							夕食準備・夕食 テレビ鑑賞
18:00							
20:00							歯磨き・トイレ・着替え
22:00							就寝
0:00							

運単位以外のサービス
①OO整形外科(週1回 長男の車にて)
②美容院(偶数月の2か月に1回 長男同行)

第1表

居宅サービス計画書(Ⅰ)

作成年月日 2026年1月5日

印刷・紹介・継続

認定済 申請中

利用者名 C 殿 生年月日 1950年3月1日 住所 長崎県長崎市

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 C居宅介護支援事業所・長崎県長崎市

居宅サービス計画作成(変更)日 2026年1月5日 初回居宅サービス計画作 2026年1月5日

認定日 2025年12月24日 認定の有効期間 2026年1月1日～2026年12月31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

(本人)今は何もしたくないけど、もし、その気になる日があったら趣味だったパッチワーク教室に行きたいです。
 一緒に住んでいる娘のためにも家事をしっかりとやらねばならないが、元気がないので申し訳なく思っています。
 (長女)以前のよう外出好きな母に戻ってほしいです。三女のサポートが渡るように介護保険のサービスを使ってほしいです。買い物は手伝います。
 (三女)1人で介護するのは心配だし無理がかかるのでサービスを雇っていききたいです。母には以前のよう、パッチワーク教室に通えるようになってほしいです。
 今後の方向性:今は非常に悲しく、元気が出ないことに共感します。ご自身も言われているよう、少しずつ元気を気持ちにならなう、娘さんたちのためにも家事をしたり、趣味活動をしていきましよう。そのためにも、「外に出ること」「体を動かす機会」だけは継続していただきたいと思っています。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類等の記載なし

ご主人が逝去(2025年10月)されてから、ご本人も自覚されているように、元気がなく意欲的にない生活が続いています。
 支援チームとしては、ご本人の心情に共感しながらも、体力低下しないよう、また、家事ができる状況でいられるよう、意欲の面、身体能力の面などの観察と声かけをします。**2026年1月時点の活動量について維持できるように必要時に医師と相談します。**
 三女の心身状況(仕事や体調)にも配慮して、現在の2人での生活が継続できるようにサポートさせていただきます。

〇〇メンタルクリニック △△医師 123-4567

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()

居宅サービス計画書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	利用者署名
(代筆者氏名)		
(続柄)		

事例3

事例3

居宅サービス計画書(Ⅰ)

作成年月日 令和7年1月5日

印刷・紹介・継続

認定済 申請中

利用者名 出島 蘭子 殿 生年月日 昭和25年3月1日 住所 長崎県長崎市

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 C居宅介護支援事業所・長崎県長崎市

居宅サービス計画(変更)日 令和6年1月5日 初回居宅サービス計画作成日 令和5年1月5日

認定日 令和6年12月24日 認定の有効期限 令和7年1月1日～令和9年12月31日

要介護状態区分 **要介護1** 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

(本人)今は何もしたくないけど、もし、その気になる日があったら趣味だったパッチワーク教室に行きたいです。
 一緒に住んでいる娘の為にも家事をしっかりとやりやれるようになりたいが、元気がないので申し訳なく思っています。
 (長女)以前のよう外出好きな母に戻ってほしいです。三女の負担が減るよう介護保険のサービスを使ってほしいです。買い物は手伝います。
 (三女)1人で介護するのは心配だし無理がかかるのでサービスを雇っていききたいです。母には以前のよう、パッチワーク教室に通えるようになってほしいです。
 今後の方向性:少しずつ元気を気持ちにならなう、娘さんたちのためにも家事をしたり、趣味活動をしていきましよう。外に出て身体を動かす機会を増やしていきたいです。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

特になし

総合的な援助の方針

支援チームとしては、ご本人の心情に共感しながらも、体力低下しないよう、また、家事ができる状況でいられるよう、意欲の面、身体能力の面などの観察と声かけをします。今の活動量が維持できないと心配されるときには、医師と相談させていただきサポートいたします。

生活援助中心の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

上記サービス計画について説明を受け、内容を同意し依頼しました。

同意年月日 年 月 日 利用者署名 (代筆者氏名) (続柄)

第2表 居宅サービス計画書(2)

作成年月日 2026年1月5日

利用者名 C 殿

生活全般の解消すべき課題(ニーズ)	目標		支援内容	※1 サービス種別	※2	頻度	期間
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)					
いまは、何をやるにも気乗りしないが、(家族等と調理や家事をするだけで)いつかは以前のよう(三女のために)家事を行いたい。	2026年1月15日～2026年12月31日 家事(掃除・洗濯・調理)ができていくことになること。	2026年1月15日～2026年6月30日 三女のために夕食をつくることのできることに。	①三女と一緒に3日分の献立を考えます。 ②献立を見ながら、一緒に調理をします。(身体介護) ③買い物にいけます。	①本人・三女 ②訪問介護 ③長女(本人) ○	〇〇ヘルパー事業所	①週2回(月・木) ②週2回(月・木) ③週1回(日) ④週2回(日)	2026年1月15日～2026年6月30日
自分でもかかっていないけど、何をやるにも気乗りしないが、(家族等と洗濯・着替えるのも億劫な状況です。	2026年1月15日～2026年12月31日 毎日、洋服を選び着替えていること。	2026年1月15日～2026年6月30日 三女と選んだ洋服に週2回は着替えをして外出していること。	①自宅で通所介護・短期入所に行くための着物の準備を一緒にに行きます。(身体介護) ②色々な方と話ができるよう支援します。 ③集団体操・ゲームへの参加を促します。 ④通ったときの話を夕食時に三女に話します。 ⑤外出する際の洋服を選びます。	①訪問介護 ②③通所介護・短期入所 生活介護 ④本人 ⑤本人・三女 ○	〇〇ヘルパー事業所 〇〇デイサービス事業所 〇〇特別養護老人ホーム	①週2回(火・金) / 月3日 ②③週2回(火・金) / 月3日 ④週2回(火・金) / 月3日 ⑤週2回(月・木) / 月3日	2026年1月15日～2026年6月30日
三女(同居)の体調が各様にならない、自分の生活リズムの崩れが、妻、自分の生活リズムの崩れに繋がっている(妻も有)	2026年1月15日～2026年12月31日 三女のサポートを受けながら、生活リズムを整える。	2026年1月15日～2026年6月30日 三女等のサポートに週2回は着替えを一緒にして、生活リズムを整える。	①三女の生活状況等について確認します。 ②生活リズムや身体に対する相談をします。 ③自宅で実施している着替え及び整容を行う。	①居宅介護支援 ②短期入所生活介護 ③三女 ④本人 ○	〇〇ケアセンター ①〇〇特別養護老人ホーム ②月1回 ③月3日	①月1回 ②月1回 ③月3日	2026年1月15日～2026年6月30日

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

要介護度 1
利用者名 出島 蘭子 殿

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和 7年 1月 5日

一部分記載例

生活全般の解消すべき課題(ニーズ)	目標		サービス内容	※1 サービス種別	※2	頻度	期間
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)					
いまは、何をやるにも気乗りしないが、(家族等と調理をすることで)いつかは以前のよう(三女の為に)家事を行いたい。	令和7年1月1日～令和7年12月31日 家事(掃除・洗濯・調理)ができていくことになる。	令和7年1月1日～令和7年6月30日 三女の為に夕食をつくることのできることに。	①三女と一緒に3日分の献立を考えます。 ②献立を見ながら、一緒に調理をします。(身体) ③買い物にいけます。 ④自宅で通所介護に行くための着物の準備を一緒にします。(身体)	①本人・三女 ②訪問介護 ③長女(本人) ○	〇〇ヘルパー事業所	①週2回(月・木) ②週2回(月・木) ③週1回(日)	令和7年1月1日～令和7年6月30日
自分でもわかっていないけど、何をやるにも気乗りがせず、着替えるのも億劫な状況です。	令和7年1月1日～令和7年12月31日 毎日、洋服を選び着替えが出来る。	令和7年1月1日～令和7年6月30日 三女と選んだ洋服に週2回は着替えをして外出が出来る。	①自宅で通所介護に行くための着物の準備を一緒にします。(身体) ②色々な方と話ができるよう支援します。 ③集団体操・ゲームへの参加を促します。 ④通ったときの話を夕食時に三女に話します。 ⑤外出する際の洋服を選びます。	①訪問介護 ②③通所介護 ④本人 ⑤本人・三女 ○	〇〇ヘルパー事業所 〇〇デイサービス事業所	①週2回(火・金) ②週2回(火・金) ③週1回(日) ④週2回(火・金) ⑤週2回(月・木)	令和7年1月1日～令和7年6月30日

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 2026年1月5日

利用者名	C 殿						
	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
深夜							
2:00							
4:00							
6:00							
早朝							
8:00							
午前	訪問介護	訪問介護			訪問介護		
10:00	訪問介護	通所介護					
12:00							
14:00							
午後							
16:00							
18:00							
夜間							
20:00							
22:00							
深夜							
0:00							
通所以外のサービス ××メンタルクリニック(月1回・次女付き添い) 短期入所生活介護(月3日程度)							

一部分記載例

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 令和7年1月5日

利用者名 出島 蘭子 様

利用者名	C 殿						
	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
深夜							
2:00							
4:00							
6:00							
早朝							
8:00							
午前							
10:00	訪問介護	訪問介護			訪問介護		
12:00							
午後							
14:00	訪問介護	通所介護			通所介護		
16:00							
18:00							
20:00							
夜間							
22:00							
深夜							
0:00							
通所以外のサービス ××メンタルクリニック(月1回・次女付き添い)							

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 2026年4月15日

第2表

利用者名 D 股

目		標	援助内容				
長期目標	(期間)	短期目標	サービス内容	※1 サービス種別	※2	頻度	期間
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)							
関節の痛みやこわばりにより思うような行動ができないことや、治療内容や服薬内容に対して不安になることがあります。	2026年4月15日～2027年3月31日	①痛みや不安が強くなった際も説明を受けながら生活ができていくこと ②痛みが強いなど、体調が悪い時は自ら医療専門職に相談できること	①病状などに応じた必要な治療処方を行います。 ②生活上の指導や助言を行います。 ③薬をカレンダーにセットと服薬の確認を行います。 ④痛みの程度、血圧や体温等全身状態の観察・確認を行います。 ⑤薬カレンダーより取り出し服薬する ⑥痛みが強い時は医療職に相談する ⑦服薬確認(電話)	※1 ①訪問診療 ②居宅療養管理指導(医師) ③居宅療養管理指導(薬剤師) ④訪問看護 ⑤⑥本人 ⑦長女	※2 ⑤⑥クリニック ▲薬局 ④訪問看護ステーション	①②月2回(第1・3火) ③④月2回(第1・3火) ④週1回(水) ⑤⑥毎食後10時31日 ⑦朝・夕	2026年4月15日～2026年10月31日
関節の痛みやこわばりがあるが、家事のサポートを受けて、自分でできる家事(調理・掃除・洗濯)が続けられていること	2026年4月15日～2027年3月31日	①2食(昼・夜)調理が行えていること ②部屋の整理整頓が行えていること ③洗濯物が干せるように準備が行えていること	①買い物・調理の下ごしらえ(生活援助) ②掃除機掛け・水回り(トイレ・浴室)の掃除(生活援助) ③洗濯(干す)(生活援助) ④買い物リスト作成・調理 ⑤室内の整理整頓 ⑥洗濯(干せるように準備する)	※1 ①②③訪問介護 ④⑤⑥本人	①②③週2回(火・金) ④⑤⑥週2回(火・金)	2026年4月15日～2026年10月31日	
関節に痛みがあり布団からの起き上がりや移動が難しく、生活動作に制限があります。	2026年4月15日～2027年3月31日	屋内で着替や移動に必要な活動ができていくこと	①特殊履台・サドルレールの設置 ②用具の調整、定期点検をします。 ③手すりにつかまり起き上がりを行うこと	※1 ①福祉用具 ②本人	①3ヶ月に1回 ②起き上がり時	2026年4月15日～2026年10月31日	

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和6年9月15日

一部分記載例

利用者名 前山手 龍馬 股

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1 サービス種別	※2	頻度
食欲がないため3食摂らないことや、食事に満足できず、体重が増えたり減ったりすることが多く、体重の減少や栄養不足がみられます。(令和5年9月1日 体重38kg)	体重が標準体重(43kg)になる	令和6年10月1日～令和7年9月30日	①体重が40kgになる	令和6年10月1日～令和7年3月31日	①栄養管理された食事を処方します。 ②食べやすい食事内容や食生活についての相談と助言を行います。 ③毎朝体重を計測し、結果を報告します。 ④食事内容を食事ノートに記録します ⑤異い物(〇スーバー)を干します(身体) ⑥異い物リストを作ります	※1 ①栄養サービス ②食品宅配 ③管理指導(管理栄養士)	①週5回(月・金) ②週1回(火) ③毎日 ④毎食後 ⑤週2回(水・金)	令和6年10月1日～令和7年3月31日
右足首の骨折(ヒビ)で、塵がやすくなる(体力が低下している)が、薬(買いや・掃除)が1人でできるようになりたい。	近所の〇スーバーで買いたい物、荷物を持ち帰ることができる。	令和6年10月1日～令和7年9月30日	①近所の〇スーバー(1km)まで1人で歩いていくことができる	令和6年10月1日～令和7年3月31日	①ハビリが通達を作成し、送達の手配を行います ②テレビ視聴を1日1回以上します ③自宅の扉は1日1回以上出て歩きます ④階段の昇り降りが右足首の負担にならないようにおまわしいします	※1 ①通所リハビリ ②本人 ③本人	①週2回(月・木) ②③毎日 ④週2回(月・木) ⑤週2回(月・木) ⑥週2回(月・木) ⑦週2回(月・木) ⑧週2回(月・木) ⑨週2回(月・木) ⑩週2回(月・木) ⑪週2回(月・木) ⑫週2回(月・木) ⑬週2回(月・木) ⑭週2回(月・木) ⑮週2回(月・木) ⑯週2回(月・木) ⑰週2回(月・木) ⑱週2回(月・木) ⑲週2回(月・木) ⑳週2回(月・木) ㉑週2回(月・木) ㉒週2回(月・木) ㉓週2回(月・木) ㉔週2回(月・木) ㉕週2回(月・木) ㉖週2回(月・木) ㉗週2回(月・木) ㉘週2回(月・木) ㉙週2回(月・木) ㉚週2回(月・木) ㉛週2回(月・木) ㉜週2回(月・木) ㉝週2回(月・木) ㉞週2回(月・木) ㉟週2回(月・木) ㊱週2回(月・木) ㊲週2回(月・木) ㊳週2回(月・木) ㊴週2回(月・木) ㊵週2回(月・木) ㊶週2回(月・木) ㊷週2回(月・木) ㊸週2回(月・木) ㊹週2回(月・木) ㊺週2回(月・木) ㊻週2回(月・木) ㊼週2回(月・木) ㊽週2回(月・木) ㊾週2回(月・木) ㊿週2回(月・木)	令和6年10月1日～令和7年3月31日

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 2026年4月15日

利用者名	D 殿						
	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
深夜							
2:00							
4:00							
6:00							
早朝							
8:00	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)
午前	訪問介護	訪問介護	訪問看護	訪問看護	訪問介護		
12:00							
午後							
14:00							
16:00							
18:00							
夜間	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)	電話(長女)
22:00							
深夜							
0:00							

※単位以外のサービス 居宅療養管理指導(医師・薬剤師 2回/月) 訪問診療 X×クリニック(月2回) 福祉用具貸与(特殊寝台・特殊寝台付属品)

一部分記載例

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 令和6年9月15日

利用者名 南山手 龍馬 様

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
深夜							
2:00							
4:00							
6:00							
早朝							
8:00						長男(電話)	長男(電話)
午前	移送支援サービス			移送支援サービス			
10:00		居宅療養管理指導(不働士)	訪問介護		訪問介護		
12:00							
午後	通所リハビリ			通所リハビリ			
14:00							
16:00	移送支援サービス			移送支援サービス			
18:00	配餐サービス	配餐サービス	配餐サービス	配餐サービス	配餐サービス	配餐サービス	配餐サービス
20:00						長男(電話)	長男(電話)
22:00							
深夜							
0:00							

※単位以外のサービス ①□□新内科クリニック(月1回通院) ②〇〇整形外科(月1回)

第1表

施設サービス計画書（1）

作成年月日 令和8年 5月 11日

 初回 紹介 継続 認定済 申請中

利用者名 E 殿 生年月日 昭和11年 2月22日 住所 長崎県長崎市
 施設サービス計画作成者氏名及び職種 OO OO 介護支援専門員
 施設サービス計画作成元（委託）日 令和8年 5月11日 初回施設サービス計画作成日 令和7年3月10日
 施設サービス計画作成場所 グループホーム△△・長崎県長崎市
 認定日 令和8年4月24日 認定の有効期間 令和8年 6月1日 ～ 令和10年5月31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

（本人）①庭で育てている果実を使った梅シロップや干し柿、畑の野菜を育て、料理に使いたい。
 ②最近、忘れっぽくなっているが、料理は続けていきたいので職員さんに手伝いをお願いしたい。
 ③今後も、家族や入居者の皆さんに喜んでもらえるように料理を続けていきたいが、時々やる気がなくなってしまう。
 （長女）母は、お料理をたくさんつくり、皆さんに振る舞うことが好きです。しかし、皆さんがお料理の手順がわからなくなり、寂しい気持ちがあるようです。母が料理を通じて、自信を取り戻してもらいたいですし、また、母の手料理を食べられたら嬉しいです。
 （今後の方向性）「皆に料理を振る舞いたい」というご本人の思いがあります。料理メニューや調理については、介護職員と必要な材料や手順を確認しながら進めていきますよう。また、その思いを継続していくために、「体を動かす機会が減らない」よう1日の活動量を決めて、体を動かしていきますよう。

介護認定要項の意見及びサービスの種類の指定 記載なし。

総合的な援助の方針 季節の変わり目などは活動量と少し元気がなくなり、得意としていた調理からも離れてしまう状況があります。支援チームは、生活のなかでご本人が取り組める活動（役割）と活動の量が減らないようサポートいたします。特に、生活に対する（今日の）気持ちや歩行時の足の運びに注意を払います。

事例5

第1表

施設サービス計画書（1）

作成年月日 令和7年5月11日

 初回 紹介 継続 認定済 申請中

利用者名 E 殿 生年月日 昭和11年 2月22日 住所 長崎県長崎市
 施設サービス計画作成者氏名及び職種 OO OO 介護支援専門員
 施設サービス計画作成元（委託）日 令和7年 5月11日 初回施設サービス計画作成日 令和4年 3月10日
 施設サービス計画作成場所 グループホーム△△・長崎県長崎市
 認定日 令和6年4月24日 認定の有効期間 令和6年 6月1日 ～ 令和9年5月31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

（本人）①庭で育てている果実を使った梅シロップや干し柿、畑の野菜を育て、料理に使いたい。
 ②最近、忘れっぽくなっているが、料理は続けていきたいので職員さんに手伝いをお願いしたい。
 ③今後も、家族や入居者の皆さんに喜んでもらえるように料理を続けていきたいが、時々やる気がなくなってしまう。
 （長女）母は、お料理をたくさんつくり、皆さんに振る舞うことが好きです。しかし、皆さんがお料理の手順がわからなくなり、寂しい気持ちがあるようです。母が料理を通じて、自信を取り戻してもらいたいですし、また、母の手料理を食べられたら嬉しいです。
 （今後の方向性）「皆に料理を振る舞いたい」というご本人の思いがあります。料理メニューや調理については、介護職員と必要な材料や手順を確認しながら進めていきますよう。また、その思いを継続していくために、「体を動かす機会が減らない」よう1日の活動量を決めて、体を動かしていきますよう。

介護認定要項の意見及びサービスの種類の指定 記載なし。

総合的な援助の方針 季節の変わり目などは活動量と少し元気がなくなり、得意としていた調理からも離れてしまう状況があります。支援チームは、生活のなかでご本人が取り組める活動（役割）と活動の量が減らないようサポートいたします。特に、生活に対する（今日の）気持ちや歩行時の足の運びに注意を払います。

第2表

作成年月日

令和8年 5月11日

施設サービス計画書（2）

利用者名 E 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標		実施内容		担当者	頻度	期間
	長期目標	短期目標	（期間）	サービス内容			
季節の変わり目になると、少し元気がなくなり、活動量も減ってしまうが、料理作りが続けられる体力を維持していたい。	令和8年 6月1日 ～ 令和9年 5月31日	屋内を自力で移動していること。	令和8年 6月1日 ～ 令和8年 11月30日	①公園まで（300m程度）介護職と一緒に歩きます。 ②屋内で食後の歩行練習をします。 （約200m×2往復） ③部屋で手指の体操をします。	①② 本人 長女 散歩ボラン ティア ②③ 本人	①月2回 第2・4 （日） ②1日2 回 散歩後 ③1日3 回 朝昼夕食 前	令和8年 6月1日 ～ 令和8年 11月30日
料理を続けていききたい。（時々、調理をすることを忘れていたりがあります）	令和8年 6月1日 ～ 令和9年 5月31日	調理をすること（野菜の皮むき・切る、具材を炒める）ができること。	令和8年 6月1日 ～ 令和8年 11月30日	①本人と一緒に料理のメニューを考えます。 ②本人へ調理の手順を確認して、調理のサポート（食材の準備・固い食材を切る・味つけ等）と配膳をします。 ③メニューを決めて、調理（野菜の皮むき・切る・具材を炒める等）をします。 ④食事の配膳をします。 ⑤キッチン片づけ（食器洗い）をします。 ⑥テーブルを試みます。 ⑦梅シロップ（5月）、干し柿（10月）をつくりまします。	①②⑦ 介護職員 ③～⑦ 本人 ⑦長女	①②1日1 回（昼） ③～⑥ 1日1回 （昼） ⑦5月・10 月 月	令和8年 6月1日 ～ 令和8年 11月30日

第2表

作成年月日

令和7年5月11日

施設サービス計画書（2）

利用者名 E 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標		実施内容		担当者	頻度	期間
	長期目標	短期目標	（期間）	サービス内容			
季節の変わり目になると、少し元気がなくなり、活動量も減ってしまうが、料理作りが続けられる体力を維持していたい。	令和7年 6月1日 ～ 令和8年 5月31日	屋内を自力で移動できる。	令和7年 6月1日 ～ 令和7年 11月30日	①公園まで（300m程度）介護職と一緒に歩きます。 ②屋内で食後の歩行練習をします。 （約200m×2往復） ③部屋で手指の体操をします。	①② 本人 長女 散歩ボラン ティア ③ 本人	①月2回 第2・4 （日） ②1日2回 朝昼後 ③1日3回 朝昼夕食前	令和7年 6月1日 ～ 令和7年 11月30日
料理を続けていききたい。（時々、調理することを忘れていたりがあります）	令和7年 6月1日 ～ 令和8年 5月31日	調理をすること（野菜の皮むき・切る、具材を炒める）ができる。	令和7年 6月1日 ～ 令和7年 11月30日	①本人と一緒に料理のメニューを考えます。 ②本人へ調理の手順を確認して、調理のサポート（食材の準備・固い食材を切る・味つけ等）と配膳をします。 ③メニューを決めて、調理（野菜の皮むき・切る、具材を炒める等）をします。 ④食事の配膳をします。 ⑤キッチン片づけ（食器洗い）をします。 ⑥テーブルを試みます。 ⑦梅シロップ（5月）、干し柿（10月）をつくりまします。	①②⑦ 介護職員 ③～⑦ 本人 ⑦長女	①②1日1 回（昼） ③～⑥ 1日1回 （昼） ⑦5月・10 月 月	令和7年 6月1日 ～ 令和7年 11月30日

一部分記載例

第1表

施設サービス計画書（1）

作成年月日 令和8年 4月 20日

初回 紹介 継続 認定済 申請中

利用者氏名 F 様 生年月日 昭和9年 8月 10日 住所 長崎県長崎市

施設サービス計画作成者氏名及び職種 ☆☆ 介護支援専門員

施設サービス計画作成・介護保険施設名及び所在地 特別養護老人ホーム◇◇ 長崎県長崎市

施設サービス計画作成（変更）日 令和8年4月20日 初回施設サービス計画作成日 令和6年4月23日

認定日 令和8年 4月 10日 認定の有効期間 令和8年5月1日 ～ 令和11年4月30日

要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5

(本人) ご本人に尋ねましたが、明確な回答を得ることができませんでした。

(妻) 元々は、よく食べ、人にとぎやかに過ごすことが好きな夫でした。この2年（令和7年～令和8年）で食事が減り、痩せてしまいました。また、バナナとパイナップルをよく食べるので、元氣をつけられるように持っています。これからは、人の輪のなかで過ごす（今後の方向性）ご本人の想いを推測し、その想いに寄り添う奥様のご本人への気持ちがよく伝わります。奥様と一緒に暮らす入居者の方々とにぎやかな時間を過ごすためにも、車いすで食堂に行き、みなさんと一緒に食事できることを続けていきたいと思います。自律神経の調整が難しい状況がありますので、その日の体調に応じながら「3食を食えること」と「座る練習」を続けていきたいと思います。

介護認定審査会の意見及びサービス要請の種類の指定

記載なし。

総合的な援助の方針

背筋損傷による下半身の麻痺、自律神経の調整が難しい状況に加えて、体力の低下があります。自分で身体を動かすことが難しく、現在、低体重（44kg、BMI値17.5）のため床ずれができる心配があります。支援チームでは、「皮膚の状態観察」「食事の有無・食事の量・内容」「体重の推移」の確認をします。万が一、皮膚に赤みや傷が見つかった場合には、主治医（〇〇クリニック：000-0000-0000）へ連絡し、指示を仰ぎます。

第1表

施設サービス計画書（1）

作成年月日 令和7年4月20日

初回 紹介 継続 認定済 申請中

利用者氏名 F 様 生年月日 昭和9年 8月 10日 住所 長崎県長崎市

施設サービス計画作成者氏名及び職種 ☆☆ 介護支援専門員

施設サービス計画作成・介護保険施設名及び所在地 特別養護老人ホーム◇◇ 長崎県長崎市

施設サービス計画作成（変更）日 令和7年4月20日 初回施設サービス計画作成日 令和5年4月23日

認定日 令和7年 4月 10日 認定の有効期間 令和7年5月1日 ～ 令和10年4月30日

要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5

(本人) ご本人に尋ねましたが、明確な回答を得ることができませんでした。

(妻) 元々は、よく食べ、人にとぎやかに過ごすことが好きな夫でした。この2年（令和5年～令和6年）で食事が減り、痩せてしまいました。また、バナナとパイナップルをよく食べるので、元氣をつけられるように持っています。これからは、人の輪のなかで過ごす（今後の方向性）ご本人の想いを推測し、その想いに寄り添う奥様のご本人への気持ちがよく伝わります。奥様と一緒に暮らす入居者の方々とにぎやかな時間を過ごすためにも、車いすで食堂に行き、みなさんと一緒に食事できることを続けていきたいと思います。自律神経の調整が難しい状況がありますので、その日の体調に応じながら「3食を食えること」と「座る練習」を続けていきたいと思います。

介護認定審査会の意見及びサービス要請の種類の指定

記載なし。

総合的な援助の方針

背筋損傷による下半身の麻痺、自律神経の調整が難しい状況に加えて、体力の低下があります。自分で身体を動かすことが難しく、現在、低体重（44kg、BMI値17.5）のため床ずれができる心配があります。支援チームでは、「皮膚の状態観察」「食事の有無・食事の量・内容」「体重の推移」の確認をします。万が一、皮膚に赤みや傷が見つかった場合には、主治医（〇〇クリニック：000-0000-0000）へ連絡し、指示を仰ぎます。

