
施設サービス計画 作成の手引き (ケアプラン)

平成 29 年 8 月(修正)
香川県長寿社会対策課

施設サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

第1表

初回・紹介・継続

認定済・申請中

認定の始期（初回であれば申請日）

*システム上、被保険者証の「認定年月日」が印字される場合は、修正の必要はない

利用者名 _____ 年月日 年 月 日 住所 _____

施設サービス計画作成日

1. 必要事項を全て記載し、記載する日付等の整合性をとる

施設サービス計画作成日

施設サービス計画作成（変更）日 _____ 年 月 日 初回施設サービス計画作成日 _____ 年 月 日

認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

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

利用者及び家族の生活に対する意向

2. 利用者及び家族の意向を把握する

- ①利用者の意向を記載する
 - ・利用者は、どのようなサービスを受けてどのような生活がしたいのか
- ②家族（続柄明記）等の意向を記載する
 - ・家族は、利用者にどのようなサービスを受けてどのような生活を送って欲しいと思っているのか等、アセスメント結果を踏まえて記載する
 - ・意見が異なる家族がいる場合は、各々の意見を記載する

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

3. 被保険者証より転記する（指示の無い場合は「なし」と記載する）

総合的な援助の方針

4. ①課題分析により抽出された課題に対応させる

- ・利用者が最終的に到達すべき方向性や状況が示され、改善可能な課題・解決の方法を具体的に記載する

 ②施設サービス担当者がどのようなチームケアを行うのか、施設におけるサービスの質と量を勘案し、総合的な視点で実現可能な援助の方針を記載する
 ③あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先について記載する

5. 利用者又は家族に説明したこと、利用者が同意したことを証明する文言、年月日、署名もしくは押印が必要

6. 家族の署名を得るのに時間を要する場合、施設サービス計画書の内容について電話で説明を行い、同意が得られた年月日、同意者等を記載。（事前の同意が得られていれば、署名の年月日が施設サービス計画作成（変更）日より遅くなくても差し支えない）

施設サービス計画書原案について説明を受け、その内容に同意します。

平成 年 月 日 署名 _____ (印)

電話にて、 _____ 氏（続柄： _____）に施設サービス計画書原案について説明を行い、その内容に同意を得ました。 平成 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		
<p>1. 課題内容 課題分析結果をもとに、優先順位をつけて利用者の課題を記載する</p> <p>2. 課題表現</p> <p>①利用者の状態に合わせて具体的に表現する</p> <p>②実際に行われているケアの内容や介護目標そのものをニーズにしない</p> <p>③利用者が主体的・意欲的に取り組める表現にする(合意された課題)</p> <p>④解決が可能な課題であること</p> <p>例 ○○できるようになりたい ○○したい ○○の状態である 等</p> <p>注：利用者の合意が難しい場合は、注意してニーズを記載すること</p>	<p>3. 長期目標 (目標は長期・短期に分化できない場合もある)</p> <p>①課題に対応した最終的に目指す目標や結果について期間を考慮して記載する</p> <p>②実際に行われているサービス内容を目標にしない</p> <p>③利用者を主語にした表現にする(家族やサービス担当者、介護支援専門員を主語にしない)</p> <p>④期間の始期は、第1表の施設サービス計画作成日と整合性をとる</p> <p>⑤長期目標の設定期間切れに注意する</p> <p>*長期目標の期間は、初回に設定した有効期限を現期間の下に()で示すことも可能である</p>				<p>4. 短期目標</p> <p>①実現可能なものであり、かつ、評価できる目標であること。サービスの内容を目標にしない</p> <p>②ADL・IADLの援助が必要な場合、その目標を具体的に立てる</p> <p>③期間は、長期目標を達成するための段階的な期間にする(概ね3か月。課題によって長短あり)</p> <p>③短期目標の設定期間切れに注意する</p> <p>*短期目標は、具体的で、誰にでも同じイメージができること</p>			<p>5. 援助の内容</p> <p>①短期目標を達成するために必要で、最適なサービス内容を具体的に記載する</p> <p>②何に気をつけるべきかを具体的に記載する</p> <p>③短期目標を基本として、介護内容や担当者を決定する</p> <p>④サービス担当者に対して、正確に伝わる内容にする</p> <p>⑤利用者が取り組むべき事項を記載する</p> <p>⑥保険給付対象外のサービスを記載する(理美容、家族資源を活用して行う援助等)</p> <p>⑦期間は短期目標の期間と連動させる</p> <p>⑧短期目標を達成するために位置付けた「担当者」、「利用頻度」、継続することが適切である「期間」を記載する</p>		

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

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00	<p>1. 第2表の援助内容に掲げたサービスを、介護保険給付対象の内外を問わず全て記載する ※わかりやすく週間サービスを記載する</p> <p>①地域住民等が行う活動（ボランティア、利用者の話し相手、会食等）、家族の支援がある場合なども記載する</p> <p>②夜間・深夜・早朝のサービスについても記載する</p> <p>③具体的なサービスの内容（食事、入浴介助等）及び担当を記載する</p>							
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00	<p>2. 主な日常生活上の活動 利用者の入所生活の様子が把握できるよう記載する ※利用者の起床・就寝・食事・排泄（夜間も）・入浴・午睡などの平均的な一日の過ごし方を記載する</p>							
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00	<p>3. 週単位以外の地域住民等が行う活動（ボランティア、利用者の話し相手、会食等）や理美容など、保険給付対象外のサービスで月単位や隔週で提供されているものを記載する ない場合は、「なし」と記載する</p>							
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								
週単位以外のサービス									

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	<p>1. 第2表の援助内容に掲げたサービスを、介護保険給付対象の内外を問わず全て記載する ※わかりやすく日課計画を記載する</p> <p>①地域住民等が行う活動（ボランティア、利用者の話し相手、会食等）、家族の支援なども記載する</p> <p>②夜間・深夜・早朝のサービスについても記載する</p> <p>③具体的なサービスの内容（食事、入浴介助等）及び担当を記載する</p>				
	6:00					
早朝	8:00					
午前	10:00					
	12:00					
午後	14:00	<p>2. 共通サービス 日常の業務として他の利用者と共通して実施するサービスとその担当者を記載する</p>		<p>4. 主な日常生活上の活動 利用者の入所生活の様子が把握できるよう記載する ※利用者の起床・就寝・食事・排泄（夜間も）・入浴・午睡などの平均的な一日の過ごし方を記載する</p>		
	16:00	<p>3. 個別サービス 当該利用者に個別に実施するサービスとその担当者を記載する</p>				
夜間	18:00					
	20:00					
深夜	22:00					
	24:00					
夜	2:00					
	4:00	<p>5. その他の地域住民等が行う活動（ボランティア、利用者の話し相手、会食等）や理美容など、保険給付対象外のサービスで月単位や隔週で提供されているものを記載する</p>				
随時実施するサービス						
その他のサービス						

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	<p>6. サービス担当者会の未開催の理由や会議に参加できなかったメンバーの理由・事前照会内容・回答等を記載する</p> <p>※開催の「目的」を簡潔に書き、「検討した項目」をわかりやすく番号をつけて記載する</p>					
検討内容	<p>※検討項目番号に対応させて記載する</p> <p>※サービス内容だけでなく、サービス提供方法・留意点・頻度・時間・担当者など、具体的に記載する</p>					
結論	<p>※検討項目番号に対応して記載する</p> <p>※「いつまでに誰が〇〇をする」など具体的に結論を記載する</p>					
残された課題 (次回の開催時期)	<p>7. 残された課題・次回の開催時期を記載する (目標達成等には必要だが、利用者が希望しなかったサービス、開催方針等も記載する)</p>					

1. 必要な時期に開催し、開催月日等必要事項を記載する
(認定、更新、区分変更認定時、施設サービス計画変更時等)

- 2. 事前にケアプラン原案を作成し、サービス担当者会に臨む
- 3. 欠席予定者には、サービス担当者会までに意見を聞き、専門的意見として会議で紹介する
- 4. (介護) サービスを、より効果的・効率的に利用者に提供するため、必要な要点を絞り、話し合いをする
- 5. 検討した内容や結論を、明確に記載する

第6表

施設介護支援経過

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
〇.〇.〇 面接	施設サービス計画書を利用者（家族）に説明し、交付した。 1. 施設サービス計画書をいつ、誰にどのような状況で交付したかを記載する （利用者（家族）に交付したことが確認できる内容にする） 2. 利用者や家族に面接を行った内容について記載する	〇.〇.〇 電話連絡	※家族等から連絡があった又は連絡した内容等について記載する
〇.〇.〇 受診	※状態の変化が把握された場合に記載する	〇.〇.〇 担当者 （看護職員等）	※計画作成やサービス提供に必要な情報（利用者（家族）の状況や変化等）担当者から得られた情報を記載する
〇.〇.〇 モニタリング	1. 入所後（初動期）にモニタリングを行い、内容を記載する。 ① 利用者の状態を観察して、施設サービス計画に組み込まれたサービスが的確に提供されているか、確認して記載する ② サービス内容が適切で、目標に対して的確に提供されているか確認して記載する ③ 利用者がサービスの導入に、うまく適合できるかどうか確認して記載する ④ サービスを利用しながら、新しい生活に入った利用者の状況を把握して記載する 2. 継続的なモニタリング （短期目標の達成及び評価で、生活状況の変化をとらえる） ① 利用者・家族の意向、満足度等を記載する ② 短期目標の達成度を記載する ③ 時間の経過とともに利用者の状態や取り巻く環境（家族の状況など）の変化を把握し記載する ④ 継続的な介護状況の把握による、状態変化の兆候の早期発見を心がけて記載する ⑤ 担当者から利用者の状態や第2表のサービスの実施状況等を確認し記載する ⑥ 項目毎に整理して記載する ⑦ モニタリング結果をプラン変更に反映する ⑧ ケアプラン作成時に残された課題があった場合、経過の確認や今後の対応を検討し記載する	〇.〇.〇 関係機関	※関係機関との連絡事項を記載する