
居宅サービス計画 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

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

第1表

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

1
利用者名 _____ 生年月日 年 月 日 住所 _____

居宅サービス計画作成日 _____

居宅介護支援事業所 _____

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

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

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

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。

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	<p>2. 利用者及び家族の意向を把握する</p> <p>①利用者の意向を記載する ・利用者は、どこで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</p> <p>②家族（続柄明記）等の意向を記載する ・家族は、利用者にどこで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をアセスメント結果をふまえて記載する ・意見が異なる家族がいる場合は、各々の意見を記載する</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	<p>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）</p>
総合的な援助の方針	<p>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</p> <p>②各種サービス担当者がどのようなチームケアを行うのか、総合的な視点で目指すべき方向性を記載する</p> <p>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（認知症、昼間独居、医療の頻度が高い方など）は、対応機関やその連絡先について記載する</p> <p>5. 該当する場合は1、2、3に○印を付け、「3. その他」の時は、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する</p> <p>6. 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。</p>
5 生活援助中心型の算定理由	<p>1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（</p>

居宅サービス計画書原案について説明を受け、同意します。平成 年 月 日 署名

(印)

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	※1	サービス種別	※2	頻度
<p>1. 課題内容</p> <p>①課題分析結果をもとに、優先順位で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</p> <p>（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（家族や介護者、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表の居宅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間を現期間の下に（ ）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>④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、介護内容や種類を決定する</p> <p>④サービス提供事業者に対して、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家族による援助や保険給付以外のサービスを記載する</p> <p>⑦主治医の指示を反映させた、必要な医療系サービスを盛り込む</p> <p>⑧期間は短期目標の期間と連動させる</p> <p>⑨短期目標を達成するために位置付けた「サービス種別」や「利用頻度」を継続することが適切である期間を記載する</p>						

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

6. 福祉用具貸与や販売のサービスが必要な理由
目標達成のために福祉用具の貸与または特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、「生活全般の解決すべき課題」や「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する

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	<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医療や保健福祉サービス、地域住民が行う自発的な活動、家族の支援なども記載する</p> <p>②夜間や土曜日・日曜日のサービスや支援内容についても、適切かどうか考える</p> <p>③サービスの内容（調理、入浴介助等）を記載すると利用者が分かりやすい</p>																				
	6:00																					
早朝	8:00																					
	10:00																					
午前	12:00																					
	14:00																					
午後	16:00								<p>2. 主な日常生活上の活動について、状況が把握できるよう記載する （サービスを利用しない日、夜間の状況、介護内容も記載する）</p> <p>①利用者の起床・就寝・食事・排泄（夜間も）・入浴・昼寝や介護者の帰宅時間などの平均的な一日の過ごし方を記載する</p> <p>②主な介護者の平均的な一日の過ごし方を把握して記載する</p> <p>③主な日常生活上の活動に合わせて、サービスの利用時間等を決定する</p>													
	18:00																					
夜間	20:00																					
	22:00																					
深夜	24:00	<p>3. 週単位以外の支援やサービス、医療、保健福祉サービスについて記載する。ない場合は、「なし」と記載する</p> <p>①居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、その他のサービスで、隔週や月単位で提供されるものについて記載する</p> <p>②医療や保健福祉サービス、地域住民が行う自発的な活動（近隣の訪問等）等についても記載する</p>																				
	2:00																					
夜	4:00																					
週単位以外のサービス																						

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿
 開催日 年 月 日

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名
 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	6. サービス担当者会議の未開催理由や、会議に参加できなかったメンバーの理由・意見などを記載する ※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					
検討内容	7. 医療系サービス利用の場合、主治医の意見及び医療系サービスについての検討内容を記載する ※検討項目番号に対応させて記載する ※サービス内容だけでなく、サービス提供方法・留意点・頻度・時間数・担当者など、具体的に記載する					
結論	※検討項目番号に対応して記載する ※「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					
残された課題 (次回の開催時期)	8. 残された課題・次回の開催時期を記載する (社会資源が地域に不足しているため未充足なサービス、利用者の希望で利用しなかったサービス等も記載する)					

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

2. 事前にケアプラン原案を関係者に配布し、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

居宅介護支援経過

利用者名

殿

居宅サービス計画作成者氏名

年月日	内 容	年月日	内 容
〇.〇.〇 訪問(自宅)	居宅サービス計画書を利用者・事業者に交付した。	〇.〇.〇 電話連絡	
	<p>1. 居宅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</p> <p>①利用者・家族に交付したことが確認できる内容にする</p> <p>②各サービス事業所毎に交付したことが確認できる内容にする</p>		<p>①利用者及び家族、事業所等から連絡があった内容について記載する</p> <p>②サービス事業者には知られたくないことや、利用者と家族の隠された真実等を記載する</p>
〇.〇.〇 訪問(自宅)	<p>2. 少なくとも1月に1回、利用者の居宅で面接を行い、内容を記載する(利用者、家族から情報収集等モニタリングを行う)</p>		<p>○認知症高齢者日常生活自立度： 「主治医意見書」や主治医等から収集した情報を、第1表「要介護認定区分」の右端に記載、又は、第5表介護支援経過記録に記載しましょう (チームアプローチする上で重要な情報です)</p>
〇.〇.〇 モニタリング	<p>3. 少なくとも1月1回、モニタリングを行い、内容を記載する(短期目標の達成及び評価で、生活状況の変化をとらえる)</p> <p>①利用者、家族の意向、満足度等を記載する</p> <p>②援助目標の達成度を記載する</p> <p>③事業者との調整内容を記載する(事実、判断、その結果どうするのか等)</p> <p>④居宅サービス計画の変更の必要性等を記載する(軽微な変更の場合にもその根拠を記載する)</p> <p>⑤モニタリング結果をプラン変更に反映する</p> <p>⑥項目毎に整理して記載する</p> <p>⑦モニタリングを単純に前月のものをコピーしたり、評価数字のみにしない (サービス事業所のモニタリングを写さない)</p>		<p>(記載内容) 主治医意見書の判定した医師名、判定日、主治医との面談等の日付、内容 など</p>
〇.〇.〇 訪問(△事業所)	<p>4. 計画作成やサービスに必要な情報(利用者の変化を含め、得られた状況や家族の状況等)を記載する</p>		

第7表

サービス利用票別表

作成年月日 年 月 日

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス 単位/金額	種類支給限度基 準を超える単位 数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度基 準を超える単位 数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 単価	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)				
					率%	単位数																
1. サービス提供事業者ごとに記載し、同一事業者で複数のサービスを提供する場合は、サービスコードごとに記載する 2. 短期入所サービス利用の日数は、前月の利用も合わせて連続して 30 日を超えないように計画し、超えない場合でも要介護 認定等の有効期間の概ね半数を超えないように計画する（特に必要と認められる場合は除く） 3. 合計欄に記載する（1月の単位数合計、保険給付額合計、利用者負担額合計など）																						
			区分支給限度 基準額（単位）				合計															

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基 準を超える単位 数	サービス種類	種類支給限度 基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基 準を超える単位 数
訪問介護				短期入所生活介護			
訪問入浴介護				短期入所療養介護			
訪問看護				夜間対応型訪問介護			
訪問リハビリテーション				認知症対応型通所介護			
通所介護				認知症対応型共同生活介護			
通所リハビリテーション				合計			
福祉用具貸与							

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数