

目次

◆総合的な援助の方針

ヘルパー利用者	P2	認知症高齢者	P12
デイサービス利用者	P5	病状管理が必要な利用者	P13
ショートステイ利用者	P8	リハビリが必要な利用者	P29
住環境の整備が必要な利用者	P10	意欲低下がみられる利用者	P33
独居高齢者	P11	住宅型老人ホーム	P34

◆居宅サービス計画書 ニーズ 長期目標・短期目標

移乗・移動・歩行動作	P36	コミュニケーション	P43
排泄関係	P37	うつ 不安 精神症状	P43
入浴関係	P38	口腔衛生	P43
食事関係	P39	経済状態	P43
交流の機会確保	P40	整容	P44
意欲向上	P40	住環境	P44
介護者の負担軽減	P41	独居高齢者	P44
病状管理	P42	認知症高齢者	P45

◆居宅サービス計画書 ニーズ

身体機能	P47	住環境	P62
食事	P49	家事・生活援助	P64
入浴	P50	独居生活	P65
排泄	P51	認知症	P66
整容	P52	精神状況	P67
外出・生きがい	P53	睡眠	P67
コミュニケーション	P54	口腔衛生	P68
病状管理	P55	経済状況	P68
介護負担	P61		

◆居宅サービス計画書 長期目標・短期目標

移乗・移動	P70	介護者の負担軽減	P84
リハビリ	P71	生活・住環境	P85
食事	P72	家事・生活援助	P86
入浴	P74	独居生活	P87
排泄	P75	認知症	P87
整容	P76	精神状況	P88
生きがい	P76	口腔衛生	P89
コミュニケーション	P77	経済状況	P89
病状管理	P78	睡眠	P89
身体機能	P84	インフォーマル	P90

◆居宅サービス計画書 サービス内容

デイサービス デイケア	P92	住宅改修	P110
ホームヘルパー	P95	認知症高齢者	P112
病状管理	P98	独居高齢者	P116
ショートステイ	P104	口腔ケア	P117
福祉用具レンタル（理由付き）	P107	インフォーマルサービス	P118
福祉用具購入（理由付き）	P109		

◆サービス担当者会議の要点

スタンダード	P120	ヘルパー（家事全般）	P130
介護認定更新時	P121	ヘルパー（買物 調理）	P130
退院に向けて	P122	ヘルパー（掃除）	P131
初回サービス利用	P123	ヘルパー（入浴介助）	P131
デイサービス①	P124	ヘルパー（通院介助）	P132
デイサービス②	P125	ショートステイ①	P133
デイサービス新規利用	P126	ショートステイ②	P134
デイサービス・ヘルパー利用	P127	緊急ショートステイ	P135
デイサービス・福祉用具貸与	P128	ロングショートステイ	P136
デイサービス・ショートステイ・福祉用具貸与	P129	福祉用具貸与（レンタル）	P137

◆支援経過記録

初回面談・インタビュー	P139	医療機関との連携	P145
契約時	P140	末期がんの利用者	P147
アセスメント	P141	特定事業所加算	P147
ケアプラン	P141	要介護認定関係	P148
介護サービスの提案	P142	ケアマネ変更引継ぎ	P148
サービス担当者会議	P143	その他	P148
モニタリング	P144	ケアプラン軽微な変更	P149
利用票・提供票	P145		

居宅サービス計画書（第1表）

総合的な援助の方針

第1表	居宅サービス計画書（1）		作成年月日	年	月
			初回・紹介・継続	認定済・申請中	
利用者名	殿	生年月日	年	月	日
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					
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
認定日		年	月	日	認定の有効期間
		年	日	～	年
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結果					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針	ココ！				
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（				

- ヘルパー利用者 P2
- デイサービス利用者 P5
- ショートステイ利用者 P8
- 住環境の整備が必要な利用者 P10
- 独居高齢者 P11
- 認知症高齢者 P12
- 病状管理が必要な利用者 P13
- リハビリが必要な利用者 P29
- 意欲低下がみられる利用者 P33
- 住宅型老人ホーム P34

総合的な援助の方針

◆ヘルパー利用者

ヘルパー 家事援助 独居
これからも住み慣れた自宅で、安心して在宅生活を継続できるように、下記の点に注意しながら支援させていただきます。 <ul style="list-style-type: none">・ヘルパーによる支援を受けながら、困り事を減らし生活を安定させていきます。・残存機能を活用し、心身機能の維持・向上を目指します。・緊急時に対応が取れるように連絡体制を整備します。 【緊急連絡先】 長女携帯電話：（TEL：000-000-0000） 主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院 〇〇先生
ヘルパー 独居 家事援助 自立支援
これからも安心して安全に在宅生活を継続できるように、下記の点に注意しながら支援させていただきます。 <ul style="list-style-type: none">・一人暮らしでの不安を無くし、安心して生活できる環境を整えます。・出来ることはしていただき、出来ない部分をヘルパーによる支援で補っていきます。・緊急時に対応が取れるように体制を整えます。 【緊急連絡先】 長女携帯電話：（TEL：000-000-0000） 主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院 〇〇先生
ヘルパー 健康・安否確認 デイサービス
これからも安心して安全に在宅生活を継続できるように、下記の点に注意しながら支援させていただきます。 <ul style="list-style-type: none">・病気の再発を予防するため、日々の健康状態を確認して行きます。・ヘルパーによる側面的な支援を受けながら在宅生活を継続します。・他者との交流や外出の機会など、生活に楽しみが出来るように支援をしていきます。 【緊急連絡先】 長女携帯電話：（TEL：000-000-0000） 主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院 〇〇先生
ヘルパー 家事援助 自立支援 生きがい
これからも安心して安全に在宅生活を継続できるように、下記の点に注意しながら支援させていただきます。 <ul style="list-style-type: none">・家事などをヘルパーに支援してもらうことで日常生活に支障が起きないようにします。・できることはご自分でしていただき、残存機能の維持向上に努めます。・毎日に楽しみを取り入れながら生きがいのある生活を継続できるようにします。 【緊急連絡先】 長女携帯電話：（TEL：000-000-0000） 主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院 〇〇先生
認知症 独居 ヘルパー 生活援助
認知症の進行に伴い、身の回りのことをご自分でされることが難しくなってきております。日中も自宅で過ごされることが多く、ご自分で家事をする気力や体力もなくなってきております。今後も自宅での生活を継続していくには、日常生活全般にわたる家事支援が必要です。ヘルパーによる援助を受けることで、日常生活上の困りごとを解決し、少しでも以前のように自分でできることが増え、気力や体力が回復していくように支援していきます。 【緊急連絡先】 長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）

総合的な援助の方針

<p>配偶者死亡 ヘルパー 生活援助</p> <p>長年連れ添った奥様が〇〇年に亡くなられて以来、息子さんとの2人暮らしとなっています。同居の息子さんは日中就労があり、身の回りの家事を十分に行うことは出来ません。ご本人も奥様を亡くして以来、精神的な落ち込みが激しく、ご自分で家事をする気力や体力もなくなってきております。今後はヘルパーによる家事援助をはじめ、各関係機関がチームとなって、日常生活の困りごとを解消することで、生きがいを持って生活できるように支援していきます。</p> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p> <p>主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院</p>
<p>夫婦二人暮らし 介護負担 ヘルパー 生活援助</p> <p>これまで夫婦二人三脚で在宅生活を継続してこられました。しかし、加齢とともに身体機能が低下し、家事等が徐々にご自分でできなくなってきています。主たる介護者である奥様も高齢で、持病の腰痛悪化などもあり、ご自分の身の回りのことをするのが精一杯で、十分な介護力がある状況とは言えません。今後も夫婦での生活を継続していくには、ヘルパーによる側面的なサポートにより、家事の困りごとを解消し、いつまでも夫婦で生活できることを目指していきましょう。</p> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p> <p>主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院</p>
<p>ヘルパー 生活援助 通院介助</p> <p>これまでご自分のことは何とか自分で行き、在宅生活を継続してこられました。しかし、徐々に自分一人ではできないことが増えてきていますので、ヘルパーの援助を受けることで、日常生活の困りごとを解消できるよう支援していきます。</p> <ul style="list-style-type: none">・ヘルパーの買い物援助により、日常生活の必需品を調達できるようにします。・ヘルパーによる通院介助により病状が悪化しないようにします。・医師の療養上の指示や助言を聞き、ご本人の生活に反映できるようにします。 <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p> <p>主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院</p>
<p>ヘルパー 買物 通院</p> <p>関節リウマチにより両下肢の可動域に制限があり、歩行状態が不安定なため、一人で買物や通院することは困難な状況です。ヘルパーによる介助を受けながら安全に通院や買物を行うと同時に、ご自分でできることはやっていたことで、自立した日常生活が送れるように支援していきます。</p> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p> <p>主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院</p>
<p>ヘルパー 買物 掃除 自費サービス</p> <p>『いつまでも自分の家で生活したい』という強い思いを実現するために、ご自分でできることはしていただきながら、出来ない部分（買物 掃除）はヘルパーによる側面的な支援で生活をサポートさせていただきます。一人暮らしを継続していくには介護保険サービスだけでは補いきれない部分もあるので、地域住民の協力や自費サービスにて対応し、在宅での生活を支援していきます。</p> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p>
<p>退院後 ヘルパー 家事 リハビリ</p> <p>長期にわたる入院生活のため体力が落ちて、身の回りの家事を自分一人で行うことは限界になっております。特に掃除や買物のご本人にとって大きな負担となっており、在宅生活継続の阻害要因となっています。ヘルパーの家事援助を受けることで、日常生活の負担を軽減すると同時に、少しでも体力や筋力が回復するようにリハビリに行き、在宅での生活を安全に安心して継続できるようにしましょう。</p> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p>

居宅サービス計画書（2表）

ニーズ 長期目標 短期目標

第2表		居宅サービス計画書（2）												
利用者名		殿								作成年月日		年	月	日
生活全般の解決す		目 標				援 助 内 容								
べき課題(ニーズ)		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	期間			
ココ！		ココ！		ココ！										

- 移乗・移動・歩行動作 P36
- 排泄関係 P37
- 入浴関係 P38
- 食事関係 P39
- 交流の機会確保 P40
- 意欲向上 P40
- 介護者の負担軽減 P41
- 病状管理 P42
- コミュニケーション P43
- うつ 不安 精神症状 P43
- 口腔衛生 P43
- 経済状態 P43
- 整容 P44
- 住環境 P44
- 独居高齢者 P44
- 認知症高齢者 P45

◆移乗 移動 歩行動作

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標	短期目標
転倒せずに安心して生活を続けたい	安全に生活できる	転倒を予防し、移動動作が安心・安全に行うことができる
安全に生活できるように現在の歩行能力を維持していきたい	安全・安楽に歩行できる	福祉用具を使用して歩行が維持できる
起居動作を安全に行いたい	生活環境を整備し、安全に生活できるようにする	起居動作が少しでも出来るようになる
自宅内で安全に移動（歩行）出来るようになりたい	1人で自宅内での移動が安全にできる	介助により安全に移動ができる
身体状況が不安定である為、支援を受けながら家事を行いたい	少しずつ自分で家事ができるようになる	ヘルパーと一緒に家事が出来るようになる
ベッドからの起き上がりや立ち上がりが出来ようになりたい	身体に負担なく就寝・起床動作が出来るようになる	バランスを崩すことなく、起き上がりや立ち上がりができるようになる
安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができる	安心・安全に生活ができる	毎日車椅子に移乗することができる
外出の時、歩行が安全に行えるようになりたい	散歩など外出の機会が増え、気分転換を図れるようになる	歩行器を使用して安全に外出できるようになる
起居動作、移乗が出来るようになってトイレで排泄をしたい	介助なしで安全にトイレで排泄できるようになる	介助により安全にトイレで排泄できるようになる
拘縮や筋力低下が起こらないようにしたい	拘縮の進行、筋力低下を少しでも遅らせる	毎日歩行練習を取り入れる
出来る範囲の家事や買い物、散歩を継続して行いたい	家事や買い物・散歩が毎日できる	家事や買い物・散歩が少しでも出来るようになる
杖歩行ができるようになる	下肢筋力をつけ見守りの中安全に歩けるようになる	まずは室内で安全に歩行できるようになる
寝たきりになりたくない	足腰に負担を掛けずに無理なく生活出来るようになる	自宅のトイレでも安全に動作が出来る
寝たきりにならないようにしたい	足腰に負担を掛けずに無理なく生活出来るようになる	起き上がり、立ち上がり動作が楽に行える
寝返り、起き上がり、立ち上がり動作を安全に行いたい	安定した寝返り、起き上がり、立ち上がりができる	寝返り、起き上がり動作が安全に安楽にできる
整容を毎日きちんとやっていきたい	生活のメリハリをつけ清潔に暮らすことができる	毎日整容が少しでも出来るようになる
転倒の不安があるので部屋の掃除を手伝ってほしい	清潔な住環境で安心して生活ができるようになる	室内の整理を行うことで安全に室内を移動することができる
歩行が不安定で心配だが買い物や外出が出来ようになりたい	安心して、買い物や外出が出来るようになる	介助を受けて安全に買い物・外出が出来る
歩行が不安定で転倒が心配、リハビリで体力・筋力をつけたい	歩行状態が安定する	リハビリをする機会を確保し、身体を動かすのが楽になる
歩行不安定時に転倒の危険があるため、安全な生活環境を整備したい	安心して自宅内を歩くことができる	自宅内の必要な個所を整備し、転倒を防止する
本人の負担が少ない状態で起居動作、移乗を行いたい	起居動作、移乗動作が安全にできるようになる	介助により安全な起居動作、移乗動作ができるようになる

◆排泄関係

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標	短期目標
尿意便意がないが、清潔が保たれた排泄をしたい	紙おむつを使用することで衛生的な安心して生活する	紙おむつを使用して家族の負担を軽減できるようにする
安全な管理の元、排尿時にバルーンカテーテルを使用したい	自宅介護の中で医療面の相談や管理ができる	バルーンカテーテルの交換や排尿状況等が観察できる
オムツ内に排泄しているため、衛生環境を保ちたい	排泄が自立し、常に清潔を保持できる	定期的なオムツ交換および陰部洗浄にて衛生状態を保つ
カテーテルが留置してあるので、安全に衛生管理をしてもらいたい	感染症を予防する	感染の防止及び早期発見が出来る
自分で排泄が出来るようにしたい	規則的な排泄の習慣が身につく	規則的な時間にトイレに行けるようになる
自力で排泄が出来るようになりたい	自分でトイレにて排泄が出来るようになる	日中だけトイレで排泄できるようにする
生活リズムを整え、安心して排泄したい	排便が定期的になり気持ちよく過ごせる	定期的に排便ができ排泄のコントロールができる
出来る限りトイレでの排便したい	トイレで排尿が出来る	介助によりトイレで排尿が出来る
出来る限りトイレでの排便したい	日中夜間ともにトイレで排尿が出来る	日中はトイレで排尿が出来る
トイレで安全に排泄できるようにする	排泄の環境整備を行い、安全に排泄できるようにする	転倒しないように、介助を受けながらトイレで排泄する
尿意便意はないが、トイレで排泄できるようにする	トイレでの排泄行為を維持する	排泄間隔に留意し、トイレへの声掛け、誘導を行う
尿意便意はないが、排尿コントロールにより排泄したい	オムツを使用せず、声掛けによりトイレで排泄することが出来る	排尿間隔を理解し適切に排泄の声掛け、誘導ができる
夜間の排泄時に転倒の危険性がある	安全に排泄ができる	夜の排泄の心配がなくなり安心して睡眠がとれる
健康管理の継続と排便コントロールの管理を受けて気持ちよく生活をしたい	排泄管理ができるようになる	専門職による管理指導を受ける
自然排便ができないので、定期的に排便できるように援助してほしい	排泄管理ができるようになる	定期的な介助を行う事で、安心して過ごせるようになる
自然排便ができないので、定期的に排便できるように援助してほしい	排便のコントロールができ、規則正しい生活が送れる	専門職による管理指導を受ける
退院後便秘症状で苦しい思いをしたので便秘にならないようにしたい	医学的な管理を行い、排便コントロールができ、体調管理ができる	便秘をしないで定期的な排便が出来るようになる
排尿が間に合わないときがあるので、声かけや見守りをしてほしい	安心して排泄できるようにする	トイレにて少しずつ自力で排泄出来るようにする
便秘症状があるので、安心して排泄できるようにになりたい	体調の変化に気をつけ健康の管理ができる	援助を受けながら不安なく受診できる
歩行不安定で転倒の危険があり、夜間排尿時が不安	日中夜間ともにトイレで排尿が出来る	日中はトイレで排尿が出来る
立ち上がり動作が不安定で、転倒の危険性が高い	歩行・移動時の動作を安全に出来るようになる	立ち上がり、移動動作がふらつき無く安全に出来る

居宅サービス計画書(第2表)

ニーズ

第2表		居宅サービス計画書(2)								
利用者名		殿			作成年月日 年 月 日					
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
					※1	サービス種別	※2	頻度	期間	
ココ！										

- 身体機能 P47
- 食事 P49
- 入浴 P50
- 排泄 P51
- 整容 P52
- 外出・生きがい P53
- コミュニケーション P54
- 病状管理 P55
- 介護負担 P61
- 住環境 P62
- 家事・生活援助 P64
- 独居生活 P65
- 認知症 P66
- 精神状況 P67
- 睡眠 P67
- 口腔衛生 P68
- 経済状況 P68

◆身体機能に関するニーズ

歩行

フラツキがあるが、屋外での移動時に安全に移動できるようになりたい	ふらつかずに歩行したい
フラツキがあるが、自宅内の移動時に安全に移動できるようになりたい	歩行状態が安定しトイレで排泄をしたい
痛みと負担が少ないように移動したい	物にぶつからずに移動したい
移動時にも安全に動作を行いたい	安全に生活できるように現在の歩行能力を維持していきたい
屋外も安全に移動したい	長期入院により歩行状態が不安定なので、安定して歩けるようになりたい
移動・移乗の介護負担を軽減させたい	転倒せずに安心して生活を続けたい
移動時にふらつきがあり転倒の危険性がある	転倒の不安を無くして安全に安心して生活を送りたい
移動時に転倒・骨折等にあわないようにしたい	転倒の危険性なく安全に移動したい
外出して人と交流が持ちたい	日常生活に支障のないように現在の歩行能力を維持・継続させたい
外出の時、歩行が安全に行えるようになりたい	入院により歩行状態が不安定になったが、以前のように安定して歩ける様になりたい
外出時、歩行が安全に行えるようにしたい	歩行が不安定で転倒が不安だが、外出ができるようになりたい。
自宅内で安全に移動（歩行）出来るようになりたい	歩行が不安定で心配だが買い物や外出が出来るようになりたい
自宅内で歩行が安全に行えるようになりたい	歩行が不安定で転倒が心配、リハビリで体力・筋力をつけたい
自宅内の移動を安全に行いたい	歩行が不安定で転倒することが心配なので、リハビリで体力・筋力をつけたい
自力で移動ができるようになりたい	歩行が不安定なので転倒を予防したい
自力歩行が困難なため、少しでも自分で歩けるようになりたい	歩行の機能低下を予防したい
自力で歩行ができるようになりたい	歩行訓練をして歩行状態を安定させたい
出来る範囲内で散歩を継続して歩行を安定させたい	歩行不安定時に転倒の危険があるため、安全な生活環境を整備したい
出来る範囲の家事や買い物、散歩を継続して行いたい	両下肢のマッサージを受けて歩行状態を安定させたい
杖歩行ができるようになりたい	

寝返り 起き上がり

起き上がり・立ち上がりが安全に出来るようになりたい	自分で寝返りや起き上がりができるようになりたい
安全に起居動作が出来るようになりたい	自力で移乗ができるようになりたい
安全に立ち上がれるようになりたい	自力で階段昇降ができるようになりたい
移乗時にも安全に動作を行いたい	自力で起き上がりができるようにしたい
体に負担なく安全に立ち上がれるようになりたい	自力で体位を保つことができるようにしたい
転倒の危険なく安全に立ち上がりたい	自力で立ち上がりができるようにしたい
2人の介助で安全に移乗したい	自力で立位保持ができるようにしたい
ベッドからの起き上がりや立ち上がりが出来るようになりたい	寝たきりにならないようにしたい
安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができるようになりたい	寝返り、起き上がりを自分で行いたい
寝返り、起き上がり、立ち上がり動作の負担を軽減させたい	寝返り、起き上がり、立ち上がり動作を安全に行いたい
起居動作、移乗が出来るようになってトイレで排泄をしたい	寝たきりにならないようにしたい
起居動作が出来るようになってトイレで排泄をしたい	本人の負担が少ない状態で起居動作、移乗を行いたい
起居動作を安全に行いたい	立ち上がり動作が不安定で、転倒の危険性が大きい
拘縮や筋力低下が起こらないようにしたい	起き上がり・立ち上がりが安全に出来るようになりたい
ベッドからの起き上がりや立ち上がりが出来るようになりたい	ベッドからの起居動作が出来るようになりたい
自力で起き上がりができるようにしたい	自力で立ち上がりができるようにしたい

車いす

車いすですぐに移動したい	車いすですぐに外出できるようにしたい
車いすに安全に移乗したい	車いすですぐに通院できるようになりたい
車いすの操作を安全に行いたい	車いすですぐに買い物に行けるようになりたい
車いすへの移乗時に足の巻き込みを予防したい	車いすですぐに自宅内を安全に移動したい
車イスでの移動が出来るようになり、介護者の負担を軽くしたい	車いすですぐに屋外を安全に移動したい
自力で車いす移動が出来るようになりたい	車いすでの移動動作能力を向上させたい

移動 移乗

移動時にも安全に動作を行いたい	自宅では身体を動かす機会が少ないので、体を動かして運動機能を向上させたい
車いすですぐに移動したい	両下肢のマッサージを受けて歩行状態を安定させたい
車いすに安全に移乗したい	杖歩行ができるようになりたい
車いすの操作を安全に行いたい	体力、足腰が弱くならないように運動をしたい
車いすへの移乗時に足の巻き込みを予防したい	長期入院により歩行状態が不安定なので、安定して歩ける様になりたい
車いすの生活だが、リハビリをして少しでも歩けるようになりたい	転倒せずに安心して生活を続けたい
移乗時にも安全に動作を行いたい	転倒の不安を無くして安全に安心して生活を送りたい
痛みと負担が少ないように移動したい	転倒の危険性なく安全に移動したい
安全に立ち上がれるようになりたい	日常生活に支障のないように現在の歩行能力を維持・継続させたい
屋外も安全に移動したい	歩行が不安定で心配だが買い物・外出ができるようになりたい
体に負担なく安全に立ち上がれるようになりたい	歩行が不安定で転倒が心配、リハビリで体力・筋力をつけたい
自力で寝返りがうてるようになりたい	歩行が不安定で転倒することが心配なので、リハビリで体力・筋力をつけたい
段差につまずくことなく安全に移動したい	歩行が不安定なので転倒を予防したい
転倒することなく安全に生活したい	歩行訓練をして歩行状態を安定させたい
転倒の危険性がある	本人の負担が少ない状態で起居動作、移乗を行いたい
転倒の危険なく安全に立ち上がりたい	2人の介助で安全に移乗したい
自力で歩行ができるようになりたい	自力で車椅子移動ができるようになりたい
自力で立位保持ができるようにしたい	自力で移乗ができるようになりたい
物にぶつからずに移動したい	自力で移動ができるようになりたい
立位が不安定で転倒の危険性がある	自力で階段昇降ができるようになりたい
安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができるようになりたい	拘縮や筋力低下が起こらないようにしたい
安全に生活できるように現在の歩行能力を維持していきたい	出来る範囲の家事や買い物を継続して、歩行を安定させたい
ベッドから転落せずに安全に生活したい	自力で食堂まで行きたい
移動時にふらつきがあり転倒の危険性がある	自宅内で安全に移動（歩行）出来るようになりたい
外出の時、歩行が安全に行えるようになりたい	自宅内で歩行が安全に行えるようになりたい
外出時、歩行が安全に行えるようにしたい	自宅内の移動を安全に行いたい

居宅サービス計画書(第2表)

長期目標・短期目標

第2表		居宅サービス計画書(2)											
利用者名		殿							作成年月日		年	月	日
生活全般の解決す	目 標				援 助 内 容								
べき課題(ニーズ)	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	期間				
	ココ!		ココ!										

- 移乗・移動 P70
- リハビリ P71
- 食事 P72
- 入浴 P74
- 排泄 P75
- 整容 P76
- 生きがい P76
- コミュニケーション P77
- 病状管理 P78
- 身体機能 P84
- 介護者の負担軽減 P84
- 生活・住環境 P85
- 家事・生活援助 P86
- 独居生活 P87
- 認知症 P87
- 精神状況 P88
- 口腔衛生 P89
- 経済状況 P89
- 睡眠 P89
- インフォーマル P90

◆移乗・移動に関する長期・短期目標

歩行

外出の機会を持ち、メリハリのある生活を送る	買い物や外出が出来るようになる
居宅内での移動が安全にできる	リハビリで体力・筋力をつける
腰痛が軽くなり、安定した歩行ができる	残存機能を活用し、自力で歩行ができるようにする
残存機能を活用し、自力での移動ができるようする	1人で安全に外出できるようになる
室内での移動に自信が持てる	1人で自宅内での移動が安全にできる
転倒しないで安定して歩くことができる	〇〇まで歩いていくことができる
歩行・移動時の動作を安全に出来るようになる	安全に移動ができるようになる
歩行時の転倒事故を防止する	ふらつくことなく安定して歩くことができる
歩行状態が安定する	安心して、買い物や外出が出来るようになる
歩行動作能力の維持・向上ができる	安心して自宅内を歩くことができる
フラツキがあるが、屋外での移動時に安全に移動できるようになりたい	安全・安楽に歩行できる
フラツキがあるが、自宅内の移動時に安全に移動できるようになりたい	安全な歩行ができるようになる
痛みと負担を軽減しながら歩くことができる	安全に移動ができるようになる
移動・移乗の介護負担を軽減させる	安全に一人で外出できるようになる
転倒・骨折ないように安全に移動できる	安全に屋外での移動ができるようになる
外出時、歩行が安全に行えるようになる	安定した歩き方ができる
自宅内で安全に移動（歩行）出来るようになる	下肢筋力をつけ生け花教室までの距離が歩くことが出来る
少しでも自分で歩けるようになる	下肢筋力をつけ囲碁教室までの距離が歩くことが出来る
〇m歩けるようになる	下肢筋力をつけ見守りの中安全に歩けるようになる
トイレまで歩けるようになる	下肢筋力をつけ将棋教室までの距離が歩くことが出来る
玄関まで歩けるようになる	家の中でも、安全に移動出来るようにする
近くの公園まで歩けるようになる	家の中でも、安全・安心・安楽に移動出来るようになる
出来る範囲内で散歩を継続して歩行を安定させる	家事や買い物・散歩が毎日できる
杖歩行ができるようになる	安全に生活できるように現在の歩行能力を維持していく
歩行器を使って歩けるようになる	日常生活に支障のないように現在の歩行能力を維持・継続させる
物にぶつからずに歩行できるようになる	入院により歩行状態が不安定になったが、以前のように安定して歩ける様になる

車いす

残存機能を活用し、自力で車いすでの移動ができるようになる	車いすへの移乗時に足の巻き込みを予防する
自分で車いすへ移乗できる	車いすでの移動が出来るようになり介護者の負担を軽減する
車いすでの移動動作能力の維持・向上ができる	自力で車いす移動が出来るようになる
車いすで外出できるようになる	車いすで散歩できるようになる
車いすで移動することができる	車いすで買い物に行けるようになる
車いすで安全に移動できる	車いすで通院できるようになる
車いすに安全に移乗できる	車いすを使って夫婦で外出できるようになる
車いすの操作を安全に行うことができる	車いすを使って家族で旅行に行く

起居動作 寝返り 起き上がり

階段の昇り降りが、安全にできる	立ち上がり動作能力の維持・向上ができる
起き上がり動作能力の維持・向上ができる	廊下の段差で転倒することなく移動できるようになる
起居動作、移乗が安全にできる	ベッドからの起き上がりや立ち上がりができるようになる
起居動作、移乗動作が安全にできるようになる	安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができるようになる
残存機能を活用し、自力での階段の昇降ができるようになる	安全に移乗ができるようになる
残存機能を活用し、自力での起き上がりができるようになる	座位で過ごせる時間を増やす
残存機能を活用し、自力での体位保持ができるようなる	ベッドからの起き上がり動作が安全にできる
残存機能を活用し、自力で移乗ができるようにする	ベッドからの転倒が起きないようにする
寝たきりの状態を少なくする	安定した寝返り、起き上がり、立ち上がりができる
身体に負担なく就寝・起床動作が出来るようになる	移乗や移動時の転倒を防止する
麻痺による日常生活への支障が軽くなるようにする	移乗動作能力の維持・向上ができる
無理なく座位がとれ、好きな花を見たりすることができる	移動時の転倒を防止する

◆リハビリに関する長期・短期目標

歩行

歩行が不安定で心配だが買い物・外出ができるようになる	下肢筋力をつけ見守りの中安全に歩けるようになる
歩行が不安定で転倒が心配、リハビリで体力・筋力をつける	外出時、歩行が安全に行えるようになる
歩行時の転倒事故を防止する	自力で歩行ができるようになる
歩行動作能力の維持・向上ができる	杖歩行ができるようになる
安全・安楽に歩行できる	段差につまずくことなく安全に移動できるようになる
下肢筋力・機能向上を図る事が出来る	定期的に運動をおこなうことにより、日々の運動不足が解消される

車いす

家族の車いすでの移動介助の負担を軽減する	車いすで安全に移動できるようになる
自力で車いす移動が出来るようになる	車いすに安全に移乗できるようになる

起居動作

ベッドからの起き上がりや立ち上がりができるようになる	起居動作、移乗動作が安全にできるようになる
ベッドから転落せず安全に生活する	自力で階段昇降ができるようになる
安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができるようになる	自力で起き上がりができるようになる
安全に移乗ができるようになる	自力で寝返りがうてるようになる
安定した寝返り、起き上がり、立ち上がりができる	自力で立ち上がりができるようになる
移乗動作能力の維持・向上ができる	自力で立位保持ができるようになる
家族の座位保持介助の負担を軽減する	身体に負担なく就寝・起床動作が出来るようになる
関節可動域の維持・向上を図る	体力、足腰が弱くならないように定期的に運動をする
基本動作能力の維持・向上を図る	立ち上がり動作能力の維持・向上ができる
起き上がり・立ち上がり安全に出来るようなる	立位保持動作能力の維持・向上ができる
起き上がり動作能力の維持・向上ができる	残存機能を活用し、自力での起き上がりができるようになる

居宅サービス計画書(第 2 表)

サービス内容

第2表		居宅サービス計画書(2)											
利用者名		殿							作成年月日		年	月	日
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	期間		
						ココ！							

- デイサービス デイケア P92
- ホームヘルパー P95
- 病状管理 P98
- ショートステイ P104
- 福祉用具レンタル(理由付き) P107
- 福祉用具購入(理由付き) P109
- 住宅改修 P110
- 認知症高齢者 P112
- 独居高齢者 P116
- 口腔ケア P117
- インフォーマルサービス P118

サービス内容

◆デイサービス デイケア

入浴

洗身、洗髪介助及び見守り	足浴・手浴・整容
洗身・洗髪一部介助及び見守り・声かけ	シャワーチェアの活用
洗身・洗髪の見守り及び介助	バスボードの活用
洗身・洗髪介助(特浴で対応)	浴槽台の活用
洗身、洗髪介助及び見守り(体調不良時は中止し、清拭が可能ならば清拭を行う)	手すりの活用
洗身・洗髪一部介助及び見守り・声かけ(体調不良は無理をせず介助を行う)	着替えの見守り及び介助
手の届くところは自分でやってもらい、手の届かない所は職員が介助する	着替えの見守り及び声かけ
前側は自分で洗い、後ろ側(背中やお尻)は職員が介助する	更衣・整容の介助
必要に応じて二人で介助を行う	更衣・整容の一部介助
入浴の見守り及び一部介助	更衣・整容の見守り、声掛け
入浴の見守り及び声かけ	衣服の着脱は健側から脱いで、患側から着る
特浴(機械浴)では動作の前に声掛けをする	着脱しやすい衣類を選択する
座位姿勢の保持	入浴前のバイタルチェック(血圧・体重測定)
立位姿勢の保持	入浴後の水分補給
浴室内の移動の見守り	入浴後の軟膏塗布
浴室内の移動の一部介助	入浴後のワセリン塗布
浴槽への移乗動作の見守り	入浴後の整容(爪切り・薬の塗布)
浴槽への移乗動作の一部介助	入浴後の整髪
浴槽からの立ち上がり一部介助	入浴が行えない時は清拭または部分浴対応
脱衣所の移動介助	入浴できない時はシャワー浴、清拭対応
全身状態の確認 しっかり声かけを行いながら行う	入浴出来ない時の対応(手浴・足浴・軟膏塗布・清拭)
全身皮膚状態の確認	デイサービス利用時の着替えを準備する
全身または部分清拭	入浴動作のりハビリ実施

食事

食事の一部介助・見守り・声掛け	食事量・水分量の確認
食事の見守り及び介助、	少しでも自分で食べられる様に食器を工夫する
食事介助	少しでも自分で食べられる様に食事形態を工夫する
食事の自力摂取を促す・声掛け・見守り	食べやすい食器の工夫をする
自分で食べられない時は介助する	食べやすい食事形態の工夫をする(刻み食 ころみ食 やわらか食)
できる限り自分で食べてもらうようにするが、難しい場合は介助する	食べやすい、飲み込みしやすい献立の工夫
食事中に声掛けをする	栄養管理(カロリー 塩分等)
食事形態の検討(刻み ころみ)	食後の口腔ケア
食事姿勢の保持(椅子とテーブルの高さ調整)	食後の歯磨き、うがいの声かけ
食事中に座位が保てるように、椅子やクッションを工夫する	食後の歯磨き介助
食事時の姿勢(座位)を検討する(座面の高さや テーブルの高さ)	服薬の声かけ・見守り
座席の配置に配慮する	薬を手渡す
食事を一緒に食べる	

サービス内容

外出の機会確保・交流・アクティビティ

アクティビティの実施・参加	他の利用者とコミュニケーションを取る
リハビリテーションへの参加	傾聴による不安の解消
リハビリ体操の参加	会話は耳元で話しかけるようにする
レクリエーション・行事への参加	コミュニケーションは筆談を行う
レクリエーションの参加(体操・お茶会の参加・季節行事の参加)	いろいろな人とコミュニケーションをとる
レクリエーション等に参加し、楽しい時間を過ごす。	利用者同士の会話を仲介する
外出行事への参加	利用者と会話ができるよう働きかける
活動の場への参加/声掛け/他者との交流	会話が弾むような雰囲気づくりを行う
社会的交流、アクティビティ、行事の参加	ジェスチャーで会話をする
趣味の活動を行う	スタッフとの雑談
余暇活動への参加	受容的な態度で接する
囲碁に参加する	職員が間に入って会話をサポートする
将棋に参加する	職員と雑談をする
カラオケに参加する	他の利用者と雑談する
お菓子作りに参加する	本人の興味がある者を傾聴する
園芸に参加する	本人の昔の話(仕事 子育て等)を傾聴する
手芸に参加する	本人の思いを傾聴する
陶芸に参加する	相談対応・傾聴による不安の解消
書道に参加する	相談対応による不安の解消
ゲームに参加する	交流の場の情報提供
カードゲームに参加する	趣味の会などの情報提供
外出行事(買い物 花見等)に参加する	地域交流の場の情報提供
ティータイムを楽しむ	

排泄

排泄の声掛け、見守り、一部介助	更衣(紙パンツの交換)見守り及び介助
排泄介助・紙パンツの交換・着替えの介助	清拭(汚染がひどい時はおしりを洗う)
排泄後の後始末を行う	トイレに行くタイミングを把握して声かけをする
ズボンおよびパンツの上げ下げ介助	落ち着かない状況になったらトイレ誘導する
パット交換	尿量の確認
オムツ交換	尿の色の確認
定時のオムツ交換	尿漏れの確認
陰部の洗浄	腹部膨満感・残尿感の確認
陰部の清拭	看護師による留置カテーテルの交換
定期的なトイレ誘導・声かけ	看護師による尿量・尿の色確認
定時のトイレ誘導・声掛け	尿バッグ内の尿の廃棄
〇時間ごとのトイレ誘導・声かけ	カテーテルが抜けていないか確認
排泄間隔の把握	尿器を使用して排泄する
排泄パターンの把握	自己導尿の声かけ・トイレ誘導
便座への移乗介助	カテーテルの挿入・消毒
排泄動作介助・見守り	自己導尿の必要物品準備
便座への立ち座りの一部介助	ポータブルトイレでの排泄介助
便座への移乗介助	ポータブルトイレの設置(移乗しやすい位置)
汚染した衣類、シーツ、布団の交換	

サービス担当者会議の要点

第4表

サービス担当者会議の要点						
利用者名	_____様	作成担当者	_____	作成年月日	____年 ____月 ____日	
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	ココ！					
検討内容	ココ！					
結論	ココ！					
残された課題 (次回の開催時期)	ココ！					

- スタンダード P120
- 介護認定更新時 P121
- 退院に向けて P122
- 初回サービス利用 P123
- デイサービス① P124
- デイサービス② P125
- デイサービス新規利用 P126
- デイサービス・ヘルパー利用 P127
- デイサービス・福祉用具貸与 P128
- デイサービス・ショートステイ・福祉用具貸与 P129
- ヘルパー（家事全般） P130
- ヘルパー（買物 調理） P130
- ヘルパー（掃除） P131
- ヘルパー（入浴介助） P131
- ヘルパー（通院介助） P132
- ショートステイ① P133
- ショートステイ② P134
- 緊急ショートステイ P135
- ロングショートステイ P136
- 福祉用具貸与（レンタル） P137

◆介護認定更新

検討した項目

- ①ケアプラン原案に対して本人・家族の意向確認
- ②これまでの生活、サービス利用状況の確認
- ③利用するサービス内容、頻度、利用料金等の確認
- ④ケアプランの修正と最終決定（承認）と各事業所の役割分担の確認。

検討内容

- ①ケアプラン原案に対して本人・家族の意向確認

「居宅サービス計画書（1～3表：※別紙参照）」についての説明を行う

本人⇒「今のサービスにとても満足している。これからも継続して〇〇を利用したいと思っている。ケアプラン内容について合意を得る」

家族⇒「今の〇〇サービスは職員さんも良くしてくれるし、主人も利用を楽しみにしています。できればこれからも継続指定利用させてもらいたいです。ケアプラン内容について合意を得る」

- ②これまでの生活、サービス利用状況の確認

サービスの利用状況の確認⇒ 〇〇サービス〇〇氏より報告

生活状況⇒ 夫婦で協力しながらなんとか生活されています。身体状況もなんとか維持できており、自分で出来ることは自分で努めてするようにされています。家族も出来る限り在宅生活を継続出来るように協力的です

生活ニーズ⇒ 居宅サービス計画書2表の生活ニーズで確認

- ③利用するサービス内容、頻度、利用料金等の確認

別紙「サービス利用票6表 7表）」に添って、今後のサービス内容等について確認・情報共有の場を会議出席者間で設けた。

- ④ケアプランの修正と最終決定（承認）と各事業所の役割分担の確認

事業所⇒

本人・家族の意向・思いを確認のもと、本日の担当者会議の中で話し合い検討した結果、ケアプランのサービスを継続していく事で了承を得た。

結論

1. 今回提示したケアプランについて、ご本人及び家族、事業所からの合意を得た。
2. 今後も継続して居宅サービス計画書にある内容に沿ってサービスを提供していく事になる。
3. サービス内容については、原案で提案した通り〇〇デイサービス週〇回 〇〇ヘルパーによる〇〇援助を週〇回 〇〇用具をレンタルする。
4. 身体機能及び精神面での機能低下リスクも予想し、主治医等との連携を行い、医療チームからのアドバイスをもとに、病状の安定と状態変化の早期発見に努めるようにする
5. 本人だけでなく、介護者の負担軽減にも十分配慮して、モニタリング時に確認する
6. 各サービス事業所に対して個別援助計画の提出を依頼する。

残された課題⇒なし。

（現状はしばらく状態観察とし、短期目標の期限までにサービス担当者会議を開催して検討する。ただし、問題が発生した場合にはサービス担当者会議は随時開催する。）

支援経過記録

(第5表)

第5表		居宅介護支援経過記録	
利用者名 _____ 様		居宅サービス計画作成者氏名 _____	
		作成年月日 年 月 日	
年月日	内 容	年月日	内 容
	ココ！		ココ！

- 初回面談・インテーク P139
- 契約時 P140
- アセスメント P141
- ケアプラン P141
- 介護サービスの提案 P142
- サービス担当者会議 P143
- モニタリング P144
- 利用票・提供票 P145
- 医療機関との連携 P145
- 末期がんの利用者 P147
- 特定事業所加算（多様なサービスを位置付けない理由） P147
- 要介護認定関係 P148
- ケアマネ変更引継ぎ P148
- その他 P148
- ケアプラン軽微な変更 P149

※支援経過記録はあくまでも記載例です。加算算定要件、減算については保険者に確認してください

◆初回面談・インテーク

初回面談
<p>【初回電話相談】</p> <p>利用者の長女より電話あり。一人暮らしの母の介護のことで悩んでいるとのこと。電話では長女の悩み、主訴を聞くことに専念し、詳しい内容は後日自宅に訪問し面談にて確認することにした。〇月〇日に自宅に訪問することにする。</p> <p>※詳細はアセスメントシート参照</p>
<p>【初回面談実施】</p> <p>利用者宅を訪問し、介護支援専門員証の提示を行い、自己紹介をした後にインテーク面接およびアセスメントを実施する。利用者の主訴及び家族の希望、身体状況や介護力、生活環境等についてアセスメントを実施する。</p> <p>(アセスメント面接を実施することについてその趣旨を説明し、同意を得る) ※別紙参照</p>
<p>【病院での面談実施】</p> <p>〇〇病院の病室を訪問し、介護支援専門員証の提示を行い、自己紹介をした後にインテーク面接およびアセスメントを実施する。利用者の主訴及び家族の希望、身体状況や介護力、病状、生活環境等についてアセスメントを実施する。</p> <p>(アセスメント面接を実施することについてその趣旨を説明し、同意を得る) ※別紙参照</p>
<p>【病院での情報収集実施】</p> <p>〇〇氏の担当ケアマネジャーである事を伝えたくて、〇〇病院のスタッフ〇〇氏より医療情報を聴取する。病状、退院の見込み、リハビリ計画、退院前カンファレンスの日程などの確認を行う。</p> <p>※詳細は別紙参照</p>
<p>【介護保険者被保険者証の確認】</p> <p>利用者および家族の同意を得て、被保険者証の内容(要介護度、有効期間、審査会の意見欄、給付制限等)を確認した。</p>
<p>【介護保険負担割合証の確認】</p> <p>利用者および家族の同意を得て、負担割合認定証を確認した。(〇割負担)</p>
<p>【身分証の携行】</p> <p>利用者および家族に対して介護支援専門員証を提示し、今後担当介護支援専門員としてケアマネジメントを実施していくことについて同意をもらう。</p>

◆契約時

契約時
<p>【契約について】</p> <p>サービス利用開始にあたり、契約書および重要事項説明書等について利用者本人及び家族に説明し、同意の署名・捺印を頂き交付する。</p>
<p>【複数の事業所選択と選定理由】</p> <p>利用者及び家族に対し、複数の指定居宅サービス事業者等の中から利用者又はその家族がサービスの選択が可能であることを説明した後、サービス事業所の選定理由について介護支援専門員に対して求めることが可能であることを説明する。（重要事項説明書に同内容を記載しており、同意の捺印・署名をもらう）</p>
<p>【契約書 口頭同意】</p> <p>家族が遠方にいるため、サービス利用開始にあたり契約書および重要事項説明書等の内容について、文書での同意が困難なため、電話にて同内容を説明し口頭で同意を得た。後日面談してあらためて文書で説明する予定。（※本人は認知症があり契約内容等について理解できない）</p>
<p>【契約について】※家族の代理署名</p> <p>サービス利用開始にあたり、契約書および重要事項説明書等について、代理で家族に説明したのちに、同意の署名・捺印を頂き文書を交付する。（※本人は認知症があり契約内容等について理解できないため家族に代理で署名をもらう）</p>
<p>【重要事項説明書の変更同意について】</p> <p>令和〇年〇月の介護報酬改定に伴い利用料が変更となったため、重要事項説明書の変更同意書を用いて、利用者本人及び家族に説明し、同意・捺印を頂き交付する。</p> <p>※居宅介護支援は保険から10割給付されるため、利用者負担はないことも説明する。</p>
<p>【複数の事業所選択と選定理由】</p> <p>利用者及び家族に対し、複数の指定居宅サービス事業者等の中から利用者又はその家族がサービスの選択が可能であることを説明した後、サービス事業所の選定理由について介護支援専門員に対して求めることが可能であることを説明する。（重要事項説明書に同内容を記載しており、同意の署名をもらう）</p>
<p>【個人情報の同意】</p> <p>利用者及び家族等の個人情報の取り扱いについて、その利用目的、第三者への提供等の説明をした後、文書により同意を得た。※個人情報同意書参照</p>
<p>【金品收受の禁止】</p> <p>介護保険法において、利用者や家族等からの介護支援専門員に対する金品（心付け・進物）の收受は固く禁止されていることについて説明し理解を求める。</p>
<p>【認定調査票および主治医意見書の同意】</p> <p>要介護認定調査票および主治医の意見書がケアプランを作成するうえで必要であることについて説明を行い、保険者より情報提供を受けることの同意を利用者及び家族から得る。</p>
<p>【入院時のお願い】</p> <p>入院時、その入院先（医療機関）に担当介護支援専門員の氏名および連絡先を伝えるよう、利用者（家族）に協力を依頼した。（※担当介護支援専門員の名刺を保険証やお薬手帳とセットで保管してもらうよう提案）</p>
<p>（新）サービスの割合の説明義務</p>
<p>【サービス割合等の説明】</p> <p>居宅介護支援の提供に際して、下記の2点について利用者及び家族に口頭で説明を行い、理解が得られた後に署名をいただき、文書にて交付する。</p> <p>①前6ヵ月間に作成したケアプランについて、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合 ②前6ヵ月間に作成したケアプランについて、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合（上位3位まで） ※期間は前期（3月1日から8月末日） 後期（9月1日から2月末日）</p>