

<「(3) 支援のポイント（生活不活発病の改善・予防の要点）」欄>

記載された「するようになる生活行為」について、保健師等・介護支援専門員の意見と本人や家族の意向が一致し、積極的に改善に取り組む場合を前提にしたとき、その生活行為を達成するために必要な、支援する上で留意すべきポイントを記載する。

<「(4) 支援要素」欄>

1. 「支援のポイント」を踏まえ、「するようになる生活行為」について、本人（本人自身の努力）、家族（家族のサポート）、地域（友人、知人、近隣住民、ボランティア、社協、NPO等のインフォーマルサービス）のサービス、介護保険サービス、介護保険以外の公的サービスがそれぞれどのような支援を行えば、その生活行為を達成できるかについて、本来必要と考えられる支援要素を記載する。

なお、ここには、具体的なサービス名（サービス種別）は記載してはならない。

2. この内容に本人と家族が合意した場合には、この内容が居宅サービス計画において具体的な支援内容となる。その場合には、この欄より右欄については記載を要しない。

<「(5) 当面（本来の支援できない場合）の支援要素」欄>

(4) の支援要素について、本人、家族と同意できない場合や、当該地域に必要な社会資源がない場合には、当面の支援要素として、本人、家族と合意できた、または、実現できる支援要素について記載する。

<「(6) 本来の支援を目指すための今後の方針」欄>

当面（本来の支援ができない場合）の支援は、あくまで当面であり本来の支援ではない。課題分析者としては、今後、本来の支援につなげるための方針（働きかけ）を記載する。こうして、本来の支援と当面の支援は両者が記載され、相違があること、本来の支援を目指すべきことを、利用者、家族、課題分析者が共通に認識しておくことが重要である。

<「合意に至らない残された重要な課題」欄>

「するようになる生活行為」について、課題分析者が利用者にとって重要な項目と考えながらも、利用者、家族とは、どうしても合意に至ることができなかった項目について記載し、課題分析者の専門的視点を明らかにしておく。

(居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書記載要領)

本様式は、当初の居宅サービス計画・介護予防サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、居宅サービス計画・介護予防サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

第 1 表

「居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書（１）」

<「利用者名」欄>

当該居宅サービス計画・介護予防サービス計画の利用者名を記載する。

<「生年月日」欄>

当該利用者の生年月日を記載する。

<「住所」欄>

当該利用者の住所を記載する。

<「サービス計画作成者氏名」欄>

当該居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成者の氏名を記載する。

<「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」欄>

当該居宅サービス計画作成者の所属する居宅介護支援事業者・事業所等の名前及び所在地を記載する（新予防給付において地域包括支援センターが直接行った場合には、当該地域包括支援センターの名前及び所在地を記載し、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が介護予防サービス計画を作成する場合には、当該居宅介護支援事業所の名前及び所在地を記載する）。

<「サービス計画作成（変更）日」欄>

当該居宅サービス計画・介護予防サービス計画を作成又は変更した日を記載する。

<「初回サービス計画作成日」欄>

当該居宅介護支援事業所等において当該利用者に関する居宅サービス計画・介護予防サービス計画を初めて作成した日を記載する。

<「初回・紹介・継続」欄>

当該利用者が、当該居宅介護支援事業所において初めて居宅介護支援又は介護予防支援を受ける場合は「初回」に、他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。以下同じ。）又は介護保険施設から紹介された場合は「紹介」に、それ以外の場合は「継続」を○で囲む。

なお、「紹介」とは、当該利用者が他の居宅介護支援事業所又は介護保険施設において既に居宅介護支援等を受けていた場合を指す。

また、「継続」とは、当該利用者が既に当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援等を受けている場合を指す。

おって、当該居宅介護支援事業所において過去に居宅介護支援を提供した経緯がある利用者が一定期間を経過した後介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方を○印で囲むものとする。

<「認定済・申請中」欄>

「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」を○で囲む。それ以外の場合は「認定済」を○で囲む。

<「認定日」欄>

「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。

「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画・介護予防サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

<「認定の有効期間」欄>

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

<「要介護状態区分」欄>

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を○で囲む。

<「利用者及び家族の生活に対する意向（私が創る生活・人生）」欄>

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いと考えているのか、私が創る生活・人生について課題分析の結果を記載する。

利用者及びその家族の介護に対する意向が異なる場合には、各々の意向を区別して記載する。

なお、要支援者の場合には、第0表の「私が創る生活・人生」欄を転記する。

<「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」欄>

被保険者証を確認し、「認定審査会の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。

<「私が創る生活・人生」を実現するための総合的な支援の方針」欄>

課題分析により抽出された、「するようになる生活行為」に対応して、当該居宅サービス計画作成者や利用者本人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、「私が創る生活・人生」を実現するための総合的な支援の方針を記載する。

<「地域包括支援センター確認欄」>

要支援者に対するケアマネジメントであって、居宅介護支援事業所等が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。

要支援者に対するケアマネジメントについて、基本的なプロセスは、要介護者に対するケアマネジメントと同様である。具体的には、①アセスメントを行い、②その結果等に基づき（第0表を活用）、介護予防サービス計画原案を作成する。③サービス担当者会議の開催等により、サービス担当者等から専門的な見地からの意見を求めるとともに、目的を共有し、互いの役割について確認する。④利用者に介護予防サービス計画原案の内容について十分な説明を行い、同意を得た後に、これを利用者に交付するというプロセスとなる。

地域包括支援センターが居宅介護支援事業所等に事務の一部を委託する場合、そのケアマネジメントの最終的な責任主体である地域包括支援センターは、介護予防サービス計画が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業所等は、介護予防サービス計画原案を作成し、サービス担当者会議の開催等を経た後に、その介護予防サービス計画原案（第1表、第2表、第3表）にアセスメント表、第0表を添付し、地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

#### < 「利用者による同意欄」 >

居宅サービス計画・介護予防サービス計画原案の内容を利用者又はその家族に対し、説明を行った上で、利用者本人との同意がとれた場合、利用者の氏名を記入してもらう。この場合、利用者が氏名を記入した原本は、事業所において保管する。

## &lt; 「するようになる生活行為」欄 &gt;

利用者が創る生活・人生を実現するために、本人の努力や支援が必要なことを記載する。

なお、利用者と合意できたことについては、利用者が意欲的に取り組めるよう利用者主体で記載する。要支援者の場合には、〇表の「(1) するようになる生活行為」で、５項目以内の生活行為を挙げることになっているので、それを転記する。

## &lt; 「「するようになる生活行為」を実現するための目標（長期目標・短期目標）」欄 &gt;

左欄の「するようになる生活行為」を実現するために必要な目標を記載する。

「長期目標」は、このケアプラン終了までの目標を、基本的には個々の「するようになる生活行為」に対応して設定するものである。ただし、「するようになる生活行為」が短期的に解決される場合やいくつかの生活行為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。

「短期目標」は、長期目標を達成するための段階的な目標であり、「するようになる生活行為」及び長期目標に段階的に対応し、達成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、実際に達成が可能と見込まれるものでなくてはならない。

## &lt; （「長期目標」及び「短期目標」に付する）「期間」欄 &gt;

「長期目標」の「期間」は、「するようになる生活行為」を、いつまでに、どのレベルまで達成するのかという「長期目標」の達成期限を記載する。

「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。

#### <「支援内容」欄>

「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、本人、家族、地域、介護保険のサービス、介護保険以外の公的サービスごと、それぞれがどのような支援を行うのかを明記し、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支援についても、その支援がニーズに反せず、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。

要支援者の場合には、0表の「本来の支援」の「支援要素」について利用者と合意できていればその内容を、合意できていない場合には、「当面(本来の支援ができない場合)の支援」の「支援要素」を転記する。

#### <「サービス種別」欄>

「支援内容」欄の「介護保険のサービス」及び「介護保険以外の公的サービス」について記載された「支援内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス、介護予防サービス等を選定し、そのサービス種別を記載する。

#### <「支援提供事業所等」欄>

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。

また、家族、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても、誰が行うのかを明記する。

#### <「頻度」・「期間」欄>

「頻度」は、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内の回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

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。