

令和 7 年度 集団指導

◎施設サービス計画

令和 7 年12月

富士市 福祉部 福祉総務課 福祉指導室

第1 施設サービス計画の作成

Ⅰ 「施設のケアマネジメント」の目的	P3
--------------------	----

Ⅱ 「施設のケアマネジメント」の流れ	P 4
--------------------	-----

Ⅲ 「施設のケアマネジメント」の開始	P5
--------------------	----

Ⅳ 地域密着型施設サービス計画の作成（富士市規則第 150 条）

★総合的な計画の作成	P7	★計画の交付	P13
------------	----	--------	-----

★課題分析の実施・留意点	P8・9	★計画の実施状況等の把及び評価等	P13
--------------	------	------------------	-----

★計画原案の作成	P9	★モニタリングの実施	P13
----------	----	------------	-----

★サービス担当者会議	P12	★必要性の専門的見地からの聴取	P14
------------	-----	-----------------	-----

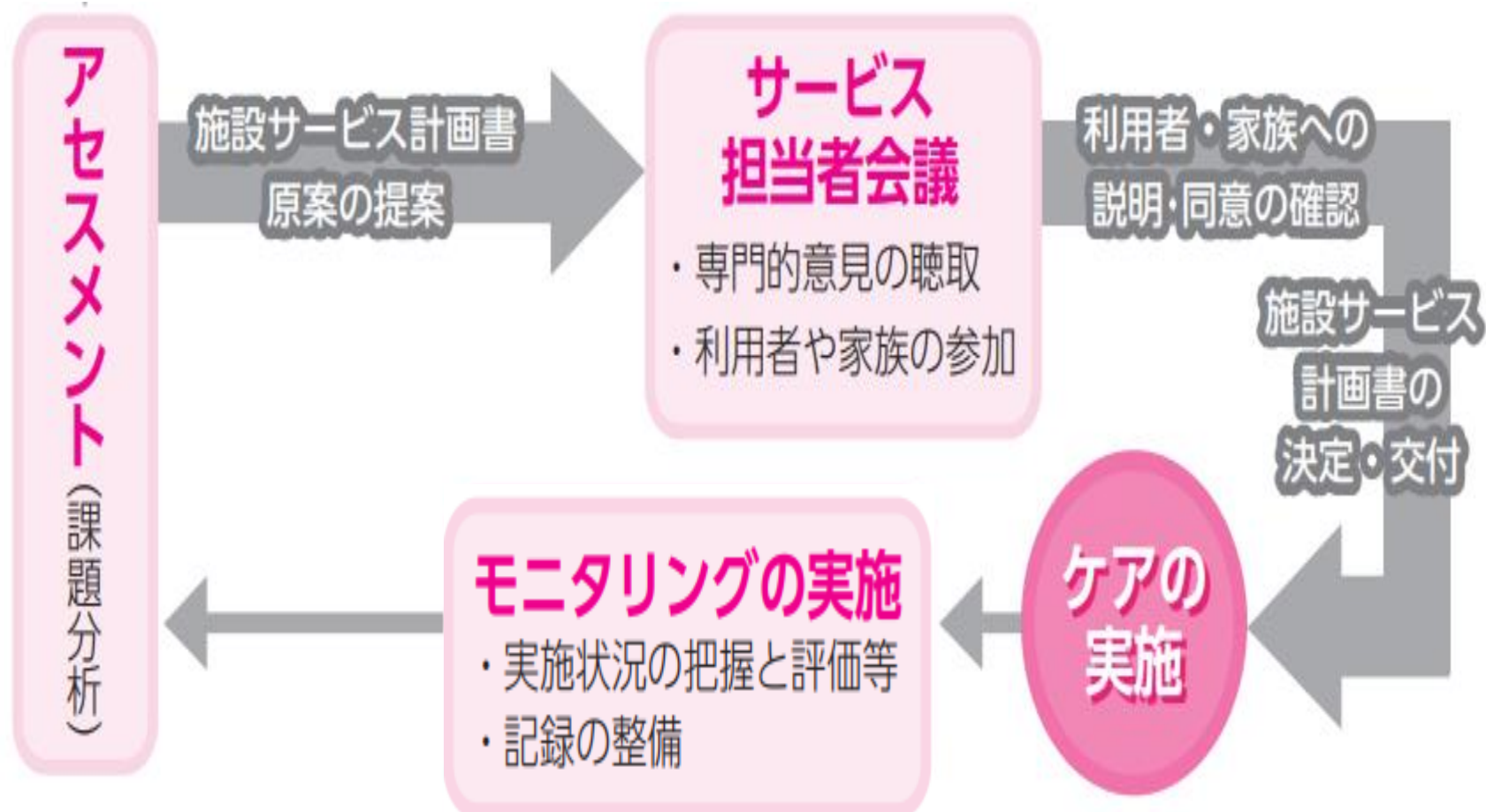
★計画原案の説明及び同意
P12
★計画の変更
P15

「施設のケアマネジメント」の目的

- ・「その人らしい自立」の自立の実現
- ・利用者本位で過不足のないケアサービスの提供
- ・「利用者の尊厳を支えるアドボカシー（代弁）の役割」
- ・チームアプローチによる切れ目のないケア
- ・安全なサービス提供とリスク予防
- ・地域や居宅介護等との連携

「施設のケアマネジメント」の流れ

施設の
ケアマネジメント
の開始



「施設のケアマネジメント」の開始

チェックポイント

- ① 丁寧な対応で利用者や家族に対して安心感を与えているか。
- ② 施設の位置付けや機能について説明し、入所（入院）の目的と合っているかどうかを確認しているか。
- ③ 施設での入所（入院）生活に伴う環境変化について説明しているか。
- ④ 受け入れ準備をするために必要な体制や情報は整理されているか。
- ⑤ ケアスタッフ等との協働作業で進めているか。
- ⑥ 個人情報の取り扱いについて説明しているか。
- ⑦ 終末期をどのように迎えるか本人・家族の意向を確認しているか。

1 総合的な計画の作成

計画担当介護支援専門員は、計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該**地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含め**て計画上に位置付けるよう努めなければならない。

計画は、入所者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。このため、計画の作成又は変更にあたっては、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、当該地域の住民による入所者の話し相手、会食などの自発的な活動によるサービス等も含めて計画に位置づけることにより、総合的な計画となるよう努めなければならない。

●運営指導● 助言事項

訪問理美容等のインフォーマルサービス（家族や友人、ボランティア等による非公的な支援）についても計画に位置付け、全体としてどのようなサービス体制が組みられているかを明らかにするよう努めてください。

2 課題分析の実施

計画担当介護支援専門員は、計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

計画は、個々の入所者の特性に応じて作成されることが重要である。このため計画担当介護支援専門員は、計画の作成に先立ち入所者の課題分析を行わなければならない。課題分析とは、入所者の有する日常生活上の能力や入所者を取り巻く環境等の評価を通じて入所者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、入所者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならないものである。

3 課題分析における留意点

計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、**入所者及びその家族に面接して行わなければならない**。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

4 計画原案の作成

計画担当介護支援専門員は、計画が入所者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、計画原案を作成しなければならない。したがって、計画原案は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、入所者の家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

また、当該計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス（機能訓練、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。さらに提供される施設サービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。なお、ここでいう施設サービスの内容には、当該施設の行事及び日課等も含むものである。

●運営指導● 指摘事項

要介護更新認定は、通常、更新前の認定有効期間の満了日の翌日から更新後の認定有効期間の初日が始まることから、利用者の都合等の特段の理由がない限り、更新日までに施設サービス計画を作成し、当該計画の説明及び同意を得ること。

●運営指導● 助言事項

施設サービス計画の期間については、認定有効期間を考慮した上で、長期目標（生活全般の解決すべき課題に対応した目標）及び短期目標（長期目標の達成のために踏むべき段階として設定する目標）の期間を設定してください。

なお、サービス内容については、短期目標の達成に必要なサービスの内容と方針を記載することから、サービス内容の期間は、短期目標と同じ期間になることに留意してください。

●運営指導● 助言事項

区分変更申請時の暫定ケアプランについて、認定結果が出たあとに日付を溯って施設サービス計画を作成するのではなく、認定結果が出た後にサービス内容を変更する必要がある場合には、利用者又はその家族に説明し、暫定ケアプランを本プランに移行してください。また、認定結果が出た後に改めて施設サービス計画を作成する際には日付を溯ることのないように留意してください。

●運営指導● 助言事項

区分変更申請については、認定の有効期間内に利用者の心身の状態が悪化・重度化する等により、介護の必要性が現に認定されている要介護状態区分に該当しなくなったときに市に申請を行いますが、サービス提供の内容が申請前と変わらず、利用者の費用負担のみが増加すること考えられることから、利用者又はその家族に対して、区分変更申請を行う前に十分に説明を行ってください。

●運営指導● 助言事項

服薬介助や服薬の確認等については、サービス提供にあたることから、施設サービス計画に必要な支援を必ず位置付けてください。

5 サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する施設サービスの提供に当たる他の担当者（以下「担当者」という。）を招集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、当該計画の原案の内容について、**担当者から、専門的な見地からの意見を求める**ものとする。

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

6 計画原案の説明及び同意

計画作成担当者は、計画を作成した際には、施設サービス計画を利用者に交付しなければならない。

□□ 利用者の同意について □□

利用者及び事業者双方の保護のために、計画書の書面に「説明及び同意を得た日」と「**利用者本人の署名（代筆の場合は、代筆者の署名を合わせて記載。）**」を記載し、記録として保存しておくことで、利用者の同意を得たことの証明になります。

施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

7 計画の交付

計画担当介護支援専門員は、計画を作成した際には、**当該計画を入所者に交付**しなければならない。

8 計画の実施状況等の把握及び評価等

計画担当介護支援専門員は、計画の作成後、**計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。）**を行い、必要に応じて計画の変更を行うものとする。

9 モニタリングの実施

計画担当介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

- ① 定期的に入所者に面接すること。
- ② 定期的モニタリングの結果を記録すること。

計画の作成後のモニタリングについては、定期的に入所者と面接して行う必要がある。また、モニタリングの結果についても定期的に記録することが必要である。「定期的に」の頻度については、入所者の心身の状況等に応じて適切に判断するものとする。また、特段の事情とは、入所者の事情により、入所者に面接することができない場合を主として指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

なお、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。

●運営指導● 指摘事項

施設サービス計画の作成後においても、施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて施設サービス計画を変更すること。

10 計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取

計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めるものとする。

- ① 入所者が法第28条第2項に規定する要介護**更新**認定を受けた場合
- ② 入所者が法第29条第1項に規定する要介護状態**区分の変更**の認定を受けた場合

サービス担当者会議の要点又は担当者への照会内容については記録すること。また、担当者からの意見により、計画の変更の必要がない場合においても同様である。

11 計画の変更

1 から 7 までの規定は、8 に規定する計画の変更について準用する。

計画担当介護支援専門員は、計画を変更する際には、原則として、基準に規定された計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。なお、入所者の希望による軽微な変更を行う場合には、この必要はないものとする。

ただし、この場合においても、計画担当介護支援専門員が、入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要である。