滋賀県版プロセスシート
解説書

R3.5.20

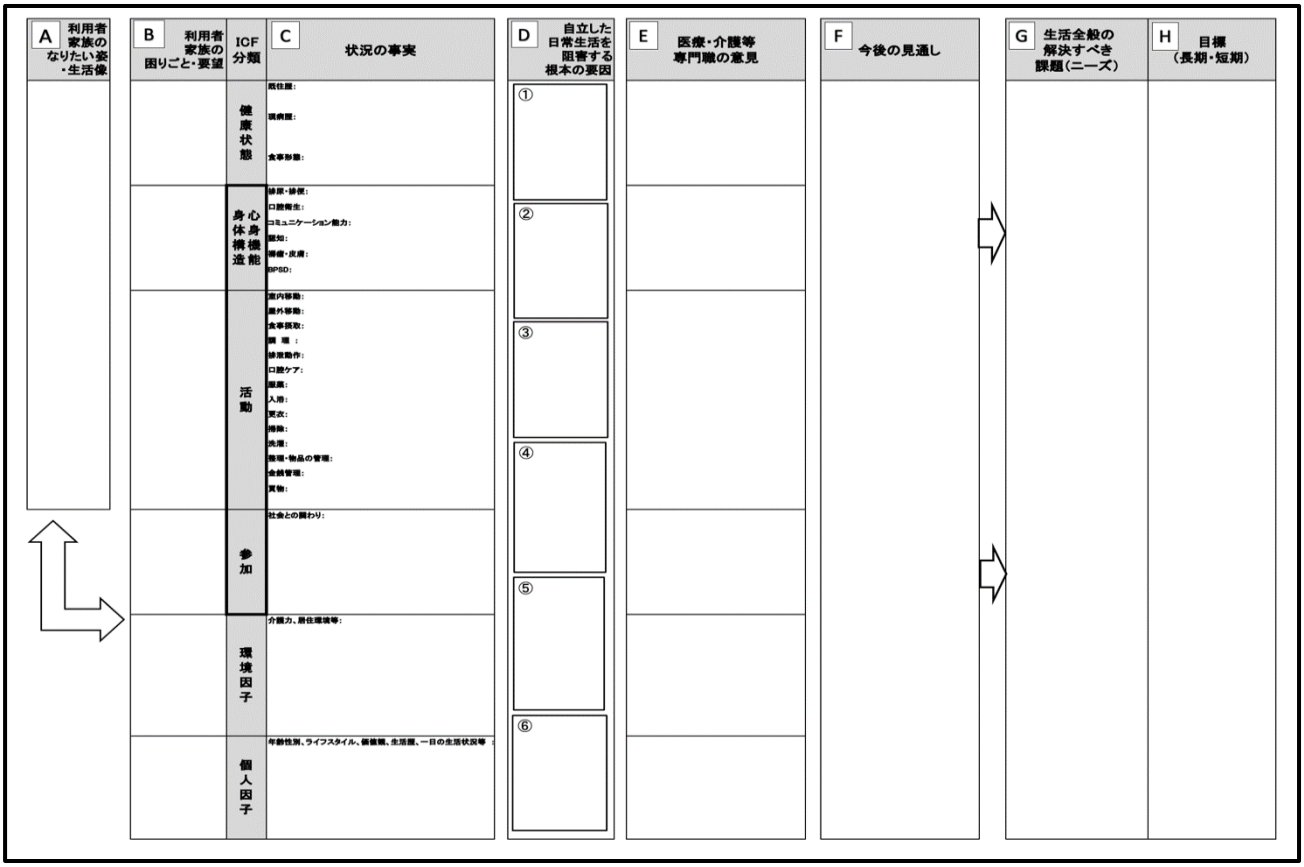
■はじめに：このシートが出来上がった経緯とねらい

平成 28 年度より介護支援専門員の研修制度が変わり、介護支援専門員が日々の業務で遭遇する場面のうち、典型的な場面を７類型に分けて、それぞれの類型ごとに事例を深めることになりました（入退院時における医療との連携／リハビリテーション及び福祉用具の活用／看取り等における看護サービス／認知症／家族への支援／社会資源の活用／状態に応じた多様なサービス）。

それに伴い、各類型において指導者が創意工夫しながら講義・演習を組み立ててきましたが、使用するアセスメントとその関連を探る使用シートはさまざまでした。本来ケアマネジメントプロセスはどの類型でも同じはずです。それならば各類型で使用してきたそれら主要シートをまとめ、同じシートを土台に各類型毎に演習を重ねることで、ケアマネジメントプロセスがより明確になるのではないか。こうした経緯から「滋賀県版プロセスシート」の作成に至りました。

このシートを使用するねらいは、利用者及びその家族の自立した生活とは何か、その実現にはどのようなプランが必要なのかを１枚のシート上で考え議論することで、利用者及び家族の望む姿を捉えつつ、現状の情報収集から課題分析を行いニーズと目標を立てるというケアマネジメントプロセスの思考過程を可視化することにあります。

■滋賀県版プロセスシート（以下プロセスシート）の全体像



■プロセスシートについて

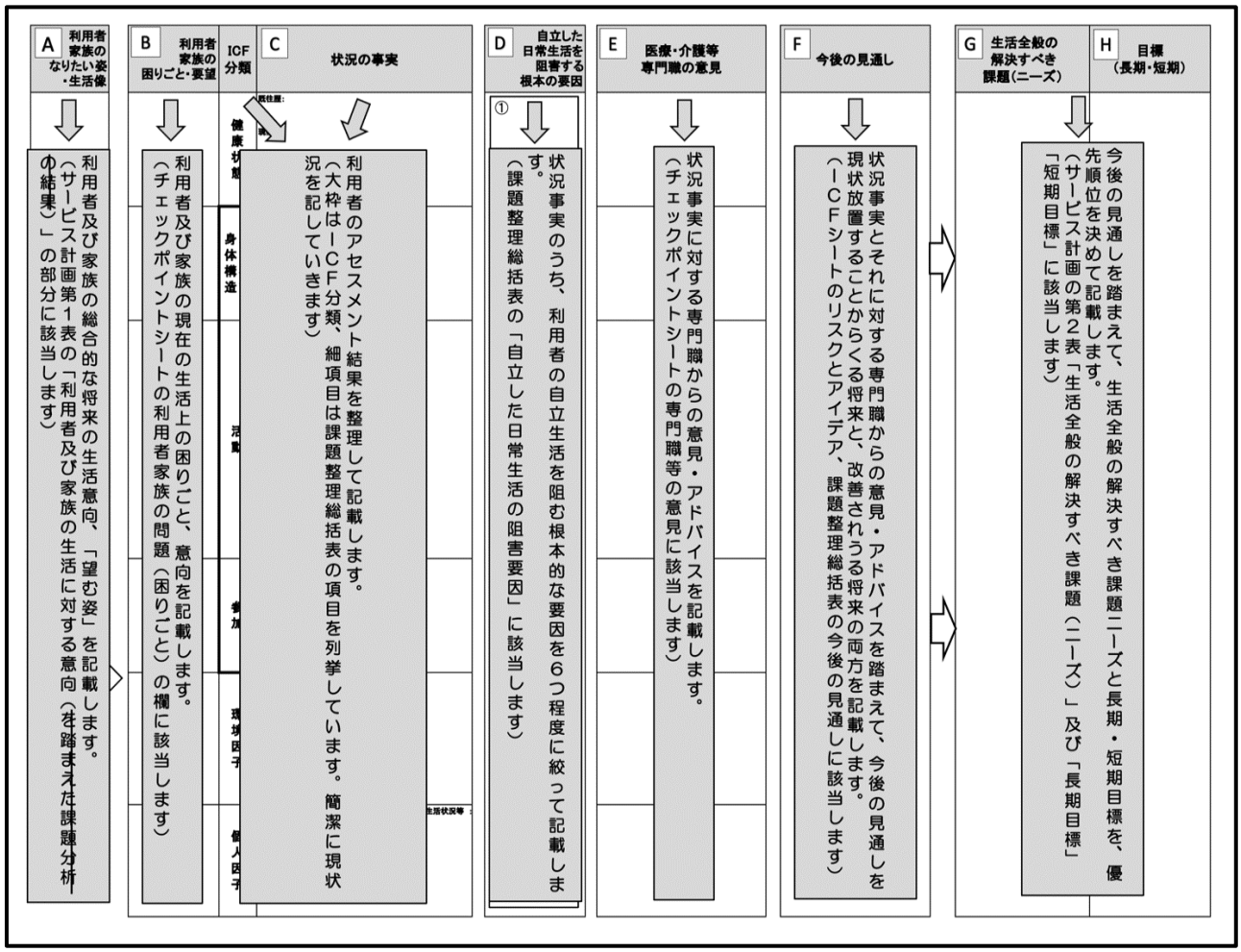
●プロセスシートの目的

・介護支援専門員の「ケアマネジメントプロセス」「思考過程」が可視化されること。
・本人及びその家族の「望む姿」「現状」「その差を埋めるアイデア」が一覧で示せること。
・シートを使って多職種での検討に使えること。

●工夫点

・介護支援専門員実務研修テキストで示されているチェックポイントシート・ICF シート・課題整理総括表（様式は後述）に、兵庫県で発行されている専門研修課程Ⅰ・Ⅱの演習ワークブックの中の「プロセスシート」も加え、各々のシートの各要素を細かく分析検討し、まとめました。
・１枚完結のシートとして、一目で可視化できるものを目指しました。

●プロセスシートの各欄の解説



●プロセスシート記入上のポイント

A．利用者及び家族のなりたい姿・生活像
利用者及び家族の総合的な将来の生活意向、「望む姿」を記載します。 （サービス計画第１表の「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の結果~~）」の部分に該当します）
ex.「（本人）「腰の痛みや心配なくスムーズに動けて、気のあった人と楽しく過ごせたらいいですね。」 （長女）「退院してきて本人がこの家で過ごしたいと言っている限りはそのようにさせたい。私でできる部分は手伝います。でも私も家族がいて限界があるのでそこは福祉の力を借りたいです。」

B．利用者及び家族の現在の困りごと・要望
利用者及び家族の現在の生活上の困りごと、意向を記載します。 （チェックポイントシートの利用者家族の問題（困りごと）の欄に該当します）
ex.「（本人）痛みで腰が曲がってしまって恥ずかしいし、移動しにくく体力も落ちてとても困っています。 （家族）筋力低下と幻覚の訴えが非常に気になっています。」

C．状況の事実（ICF 分類に沿って）
利用者のアセスメント結果を整理して記載します。 （大枠は ICF 分類、細項目は課題整理総括表の項目を列挙しています。簡潔に現在の状況を記していきます。）
ex.「室内移動：起き上がり・立ち上がりに苦労しているが支えを持ち可能／座位保持は可／移動は伝い歩き・杖・歩行器で可 屋外移動：老人車を使用して 30m は可 食事摂取：自力摂取可能 調　理　：自立だが立位保持困難からのしにくさあり　　」

D．自立した日常生活を阻害する根本の要因
状況の事実のうち、利用者の自立した日常生活を阻害する根本的な要因を６つ程度に絞って記載します。 （課題整理総括表の「自立した日常生活の阻害要因」に該当します）
ex.「①脊柱管狭窄症からの腰痛」　「②時折出てくる幻覚・妄想」 「③本態性振戦からくる掴みづらさ」「④一人暮らし」 「⑤段差のある家の造り」　「⑥心配性な性格」

E. 医療・介護等専門職の意見
状況の事実に対する専門職からの意見・アドバイスを記載します。 （チェックポイントシートの専門職等の意見に該当します）
ex.「（医師）・心肥大傾向はあるが落ち着いている。しっかり服薬していってほしい。 （理学療法士）・腰の痛みをかばってかなり負荷のかかる歩行姿勢となっている。自宅には敷居もかなりあり、自宅環境に合わせて本人に合う歩行器を考えていく必要がある。また下半身の筋力強化は大事」

F. 今後の見通し
状況の事実とそれに対する専門職からの意見・アドバイスを踏まえて、今後の見通しを現状放置することからくる将来と、改善されうる将来の両方を記載します。 （ICF シートのリスクとアイデア、課題整理総括表の今後の見通しに該当します）
ex.「①の腰痛からかがめずに掃除がしにい部分に関しては、援助者での代行にて解消できる。また浴槽がまたぎづらい、浴槽が深くて出られないことに関しては、浴槽環境の工夫や、介助者の援助で解消できる。」

G. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） H. 目標（長期・短期）
今後の見通しを踏まえて、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）と長期・短期目標を、優先順位を決めて記載します。 （居宅及び施設サービス計画書の第２表「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」及び「長期目標」「短期目標」に該当します）
ex.（ニーズ）「痛みやしんどい思いをせずに自宅で過ごしたい」 （目標）「（長期）今の健康を保ったまま過ごせる。 （短期）・定期的に持病が進行していないか確認できる。 ・薬が確実に飲める。」

●プロセスシートの参考例

A 利用者家族のなりたい姿・生活像	B 利用者家族の困りごと・要望	ICF分類	C 状況の事実	D 自立した日常生活を阻害する根本の要因
（本人） 「腰の痛みや心配なくスムーズに動けて、気のあった人と楽しく過ごせたらいいですね。」 （家族：長女） 「退院してきて本人がこの家で過ごしたいと言っている限りはそのようにさせたい。私でできる部分は手伝います。でも私も家族がいて限界があるのでそこは福祉の力を借りたいです。」	（本人） この腰の痛いのは何とか治らないものですかね。これだけ医者にかかっているのに。またおばあさんや少女がじっと立っているのは何とも気味が悪い。 （家族） 医者にも4箇所通っているが良くなる兆しが見えないのがしんどいですね。	健康状態	**既往歴**：第4腰椎すべり症、上腕骨骨折、骨粗しょう症 **現病歴**：脊柱管狭窄症、高血圧、コレステロール血症、狭心症、本態性振戦、レビー小体型認知症？ ・幻覚がみられるが、原因は特定されておらず。 **食事形態**：主食は普通食、副食は一口大。	①脊柱管狭窄症からの腰痛
	（本人） 痛みで腰が曲がってしまって恥ずかしいし、移動しにくく体力も落ちてとても困っています。 （家族） 筋力低下と幻覚の訴えが非常に気になっています。	心身機能 身体構造	**排尿・排便**：尿意・便意あり／やや便秘傾向 **口腔衛生**：支障なし **コミュニケーション能力**：日常会話は普通に可能 **認知**：物忘れはそれほどない／「少女や老人が見える」とリアルに話す **褥瘡・皮膚**：特になし **BPSD**：特にないが、夜間は見えている人に怒鳴っていると話す	②時折出てくる幻覚・妄想
	（本人） 腰の痛みで生活全般に影響が出ています。誰かいてくれれば助かるのに、主人も死んでしまい、仕方ないですね。 （家族） 部屋から部屋、トイレへの移動がまず大変で、私が来た際には買物や届いた封筒の整理、薬の仕分けなど本人ができづらい部分を手伝っています。	活動	**室内移動**：起き上がり・立ち上がりに苦労しているが支えを持ち可能／座位保持は可／移動は伝い歩き・杖・歩行器で可 **屋外移動**：老人車を使用して30mは可 **食事摂取**：自力摂取可能 **調　理**　：自立だが立位保持困難からのしにくさあり **排泄動作**：自立だが、トイレまでの移動が間に合わないことがあるためPADのみ使用 **口腔ケア**：歯磨きは毎朝自立／部分入れ歯あり **服薬**：飲み忘れはそれほどないが取りこぼしあり確認が必要 **入浴**：またぎ動作は介助が必要／洗身は自立 **更衣**：ゆっくりとなら自立 **掃除**：中腰になれないため掃除機が使えない **洗濯**：洗濯機は使えるが腰を伸ばして干すことができない **整理・物品の管理**：できる部分は自己対応、大きな物品は家族対応 **金銭管理**：通帳は自己管理だが外に出られないため記帳等は娘に依頼している **買物**：娘が対応	③本態性振戦からくる掴みづらさ ④一人暮らし
	（本人） もともとはよく出かけて行ったんですよ。でも今は無理です。一回溝にハマってからはもう怖くて。 （家族） 婦人会やサロンにも行かなくなって閉じこもりなのが心配です。	参加	**社会との関わり**： もともとは社交的で、地域のサロンや教室へ積極的に出ていた。腰を悪くしてからは家に閉じこもりになり、世間から「あの人もとうとう悪くなってしまった」と噂されていると被害妄想的な発言もある。	⑤段差のある家の造り
	（本人） 一人は本当に寂しい。誰かいませんかね。 （家族） 一人で居てくれるのはありがたい反面心配もあります。かといって私にも生活があるので引き取れないし。	環境因子	**介護力、居住環境等**： ・一人暮らし。 ・長女夫妻は近くに在住。長女がキーパーソン。週に2回ほど定期的に寄っているほか、本人からの電話で緊急的に何度か出向いている。 ・次女夫妻は他市に在住。子育てもありそれほど出向くことはなく、電話をたまにかけるくらい。 ・家屋は建ててから40年ほど経つ。玄関上り框や各部屋入口に敷居等の段差あり。	⑥心配性な性格
	（本人） （世間体をそれほど気にする必要ありませんよとの返事に）私はそんなに気にしてますか？でもやはり(世間から)色々言われるのは嫌です。 （家族） 気にするなとは話しているんですけれどもねぇ。	個人因子	**年齢性別、ライフスタイル、価値観、生活歴、一日の生活状況等**： ・隣町で出生。3人兄弟姉妹の一番上。小学校2年の時に終戦。高校を卒業し洋裁・編物・お針をしつつ就職。24歳で結婚。その後現住まいを新築し現在まで過ごす。ご主人は学校の先生。26歳で長女を、29歳で次女を出生。その後は専業主婦をしていたが80歳の時ご主人が逝去。81歳の時骨折し病院通いとなる。 ・物事をきっちりさせないと気が済まない性格。また心配性で何度も確認する。	

E 医療・介護等専門職の意見	F 今後の見通し	G 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	H 目標（長期・短期）
（整形外科医） ・脊柱管狭窄症からくる痛みはそれほど変わらないだろう。むしろ筋力を衰えさせないことが大事。あまりに痛みが強く耐えられないようなら手術という手もある。 **（循環器内科医）** ・心肥大傾向はあるが落ち着いている。しっかり服薬していってほしい。 **（精神科医）** ・過去2回の入院の際には幻覚はみられなかったが、自宅に帰るとみられる傾向にある。レビー小体型認知症の可能性もあるが検査まではできていない。 **（薬剤師）** ・各科より大事な薬が出ているので、確実な服用が必要。 **（主任介護支援専門員）** ・4つの専門医にかかっているため、緊急時の対応方法につき先生とも密に連携していく必要がある。	①の腰痛により、現状のままでは屈めずに掃除がしにくく衛生が保てないが、そこは介助者が代行することで解消できる。 →3へ ・また現状のままでは浴槽が跨ぎづらく、また浴槽が深くて出られないので入浴ができないままだが、またぎ動作訓練や、浴槽環境の工夫、介助者が援助することで解消できる。 →2･3へ ・さらに腰痛からすぐに動けないためトイレに間に合わず衛生状態の悪化や尿路感染のリスクがあるが、病状の確認、ポータブルトイレの検討、PAD等の使用、援助者の確認や介助で解消できる。 →1･3へ ②の幻覚妄想が時折出てくることに関しては、現状のままでは頻回になるリスクがあるが、定期的に専門医の指示を受けると共に、友達や知人が居る場へ外出するなど交流の機会を増やすことにより解消できる可能性がある。 →1･4へ ③の掴みづらさについては、現状のままでは服薬や調理や書類記入に影響し自立生活が困難となるが、作業療法や家族や介助者がその部分を手伝うことにより解消できる。 →1･2へ ④の一人暮らしが続くと、淋しさや不安の増大から②の幻覚妄想を増長させ、無理をすることで①腰痛をさらに悪化させる恐れがあるが、②の解決策同様交流の機会を増やすことで解消できる。 →4へ ⑤段差ある家の造りに関しても、そのままでは転倒のリスクを増大させるが、本人と場所に合った杖や歩行器・手すり・スロープ等の取付けの他、リハビリの継続にて解消できる。 →2へ ⑥心配性な性格についても、現状のままでは余計に増大していき自立生活の不安につながるが、本人のことを理解しながら傾聴し丁寧に接していく者が増えることで、不安を軽くしていくことができる。 →4へ	**1.** **痛みやしんどい思いをせずに自宅で過ごしたい**	（長期） 今の健康を保ったまま過ごせる。 （短期） ・定期的に持病が進行していないか確認できる。 ・薬が確実に飲める。
（理学療法士） ・腰の痛みをかばってかなり負荷のかかる歩行姿勢となっている。自宅には敷居もかなりあり、自宅環境に合わせて本人に合う歩行器を考えていく必要がある。また下半身の筋力強化は大事。 **（訪問介護）** ・部屋のゴミは取れるが隅の掃除は困難、物を置くことはできるが細かい整理はできにくい、同様に風呂掃除や洗濯物干しなども本人一人では困難。また包丁を使う調理もかなり負担がありサポートが必要。 **（主任介護支援専門員）** ・一人暮らしなので、生活するうえで自分で最低限行わなければならないことを見極めた上で、家族へのお願い、専門職へのお願いを考えていく必要がある。		**2.** **スムーズに歩きたい**	（長期） 不安なく動けることで自信を取り戻せる。 （短期） ・移動や生活できる筋肉が保てる。 ・転倒なく動ける身体に合った補助具が見つけられる。 ・安心して移動ができるような部屋の環境にできる。
（民生委員） ・昔から社交的で積極的でしたし、できればまた外出できる機会が持てるとよい。人と話すことが大好きなので、友達さんのいるところがあれば意欲も湧くかもしれない。 **（主任介護支援専門員）** ・民生委員さんのほか、ご近所さん、自治会長さん、サロン仲間に声を掛けておくとよいかもしれない。		**3.** **身ぎれいにして、整った環境で過ごしたい**	（長期） 清潔で居られる （短期） ・安全にお風呂に入れる。 ・汚さず排泄できる。 （長期） 整った部屋で衛生的にも見た目も快適に生活できる。 （短期） ・道具を揃えたり人の助けを借りることで掃除ができる。
（福祉用具業者） ・玄関上がり框はそれほど高くないので、手すりの取り付けで対応できるのでは。 ・杖のほかに歩行器も屋内用、屋外用それぞれ分けた方がよいかもしれない。 ・転倒防止のため、つかまり立ちできるところ、手すり取り付けの必要なところがある。 ・敷居には取り付けスロープなどで対応する方がよいかもしれない。		**4.** **以前のように友達と交流して楽しみたい。**	（長期） 楽しく生きがいを持って過ごすことができる。 （短期） ・隣人や友達の居る場に出向いて会話したり一緒に過ごすことで気分転換ができる。 ・これまでの生活歴や不安な気持ちを理解し傾聴してもらえる。

●プロセスシートの利用が想定される場面

・利用者の初回アセスメントでの聞き取りシート
・多職種でプランを検討する際のサービス担当者会議
・すでに作られたケアプランの点検

※参考１：平成 28～30 年の間にそれぞれの類型で使用していたシートの状況

入退院	課題整理総括表、医療連携気づきｼｰﾄ、医療情報収集ｼｰﾄ、ｻｰﾋﾞｽ計画
リハビリ	ICF ｼｰﾄ、多職種連携ｼｰﾄ、課題整理総括表、ｻｰﾋﾞｽ計画
社会資源	ｴｺﾏｯﾌﾟｼｰﾄ、ｼﾞｪﾉｸﾞﾗﾑ･ｴｺﾏｯﾌﾟｼｰﾄ、地域関わりｼｰﾄ、望む暮らしと資源ｼｰﾄ
認知症	ICF ｼｰﾄ、ｻｰﾋﾞｽ計画、自己振り返りｼｰﾄ
家族	主介護者のﾆｰｽﾞのｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄ、家族支援についての振り返りｼｰﾄ
多様	支援困難理由ｼｰﾄ、課題整理総括表、ｻｰﾋﾞｽ計画、自己振り返りｼｰﾄ
看取り	課題整理総括表、ｻｰﾋﾞｽ計画、自己振り返りｼｰﾄ

※参考２：シートを作成するために参考とした主要シート

①チェックポイントシート（七訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻 P447～）

チェックポイントシートの特徴は、状態、原因、問題、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）をアセスメント標準項目ごとに利用者本人、家族、専門職それぞれの意見も合わせてとらえることができ、そのずれが明確に分かりやすいことです。

②ICF シート（七訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻 P453～）

ICF(国際生活機能分類)の考え方は、利用者の生活機能が健康状態と背景因子との相互作用によってもたらされるという生活全体の把握の視点をもっていることから、特に本人のストレングスを探る上で介護支援専門員にとって欠かせない視点です。

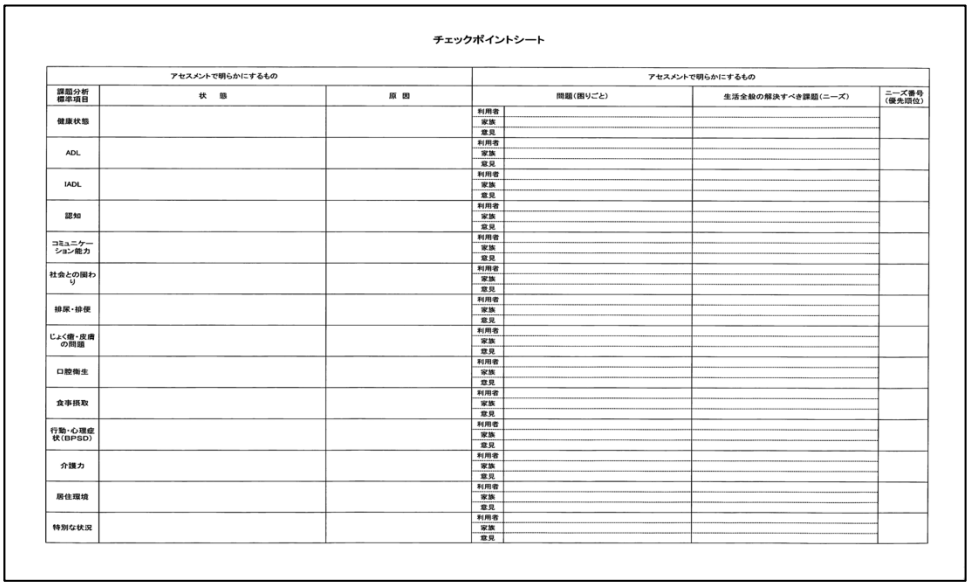
③課題整理総括表（七訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻 P473～）

課題整理総括表は、状況の事実欄からその阻害要因と改善可能性を考え、状況がどのように変化することが見込まれるかの見通しを可視化できる点で、特に多職種協働の場で本人の情報を整理し共有しやすい点にその特徴があります。

④兵庫県版プロセスシート

兵庫県社会福祉協議会が発行している「介護支援専門員専門研修課程Ⅰ演習ワークブック」で示されているシートで、兵庫県では専門課程Ⅰ研修は全てこのシートを元にして演習がなされています。

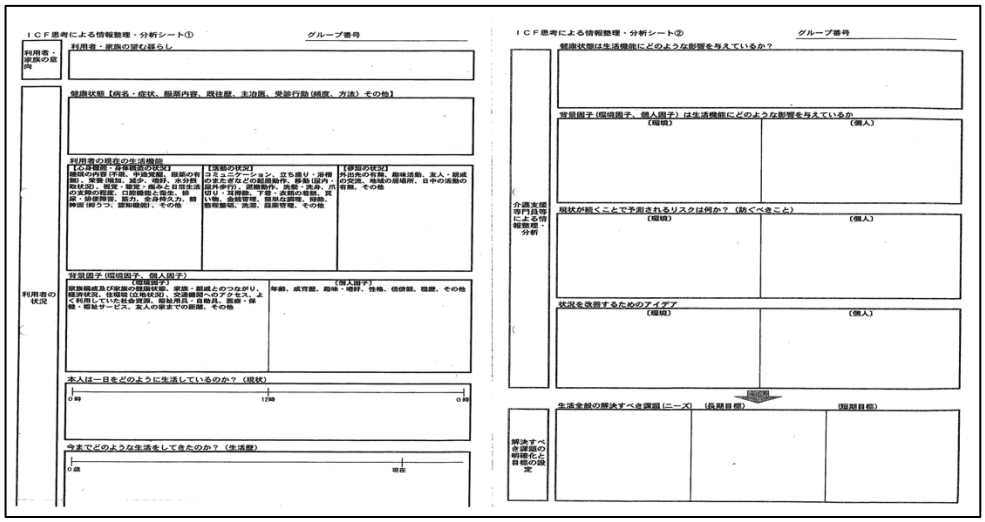
●チェックポイントシート



チェックポイントシート

アセスメントで明らかにするもの			アセスメントで明らかにするもの			
課題分析標準項目	状　態	原　因		問題（困りごと）	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ニーズ番号（優先順位）
健康状態			利用者			
			家族			
			意見			
ADL			利用者			
			家族			
			意見			
IADL			利用者			
			家族			
			意見			
認知			利用者			
			家族			
			意見			
コミュニケーション能力			利用者			
			家族			
			意見			
社会との関わり			利用者			
			家族			
			意見			
排尿・排便			利用者			
			家族			
			意見			
じょく瘡・皮膚の問題			利用者			
			家族			
			意見			
口腔衛生			利用者			
			家族			
			意見			
食事摂取			利用者			
			家族			
			意見			
行動・心理症状（BPSD）			利用者			
			家族			
			意見			
介護力			利用者			
			家族			
			意見			
居住環境			利用者			
			家族			
			意見			
特別な状況			利用者			
			家族			
			意見			

●ICF シート（滋賀県版）



ＩＣＦ思考による情報整理・分析シート①　グループ番号

利用者・家族の意向

利用者・家族の望む暮らし

利用者の状況

健康状態【病名・症状、服薬内容、既往歴、主治医、受診行動（頻度、方法）その他】

利用者の現在の生活機能

【ＩＣＦ要素・生活機能の状況】
疾病の内容（不眠、中断覚醒、服薬の有無）、栄養（摂取、嚥下、咀嚼、水分管理）、視覚・聴覚・嗅覚、感覚・痛み、皮膚の状態、口腔機能と歯牙、排尿・排便障害、筋力、全身持久力、精神症（鬱うつ、認知機能）、その他

【医師の状況】
コミュニケーション、立ち振り・歩行（屋外歩行）、起居動作、洗髪・洗身、爪の手足の状態、口腔機能と歯牙、排泄物の管理、食事摂取、服薬管理、排尿・排便、排泄物整理、洗濯、居室管理、その他

【家族の状況】
外出先の有無、趣味活動、友人・親戚の交流、地域の居場所、日中の活動の有無、その他

背景因子（環境因子、個人因子）

【環境因子】
家族構成及び家族の健康状態、家族・親戚とのつながり、経済状況、住居環境（ＩＡＤＬ状況）、交通機関へのアクセス、よく利用していた社会資源、居住用具・自助具、医療・保健・福祉サービス、友人の家までの距離、その他

【個人因子】
年齢、成育歴、趣味・嗜好、性格、価値観、信仰、その他

本人は一日をどのように生活しているのか？（現状）

0時　12時　0時

今までどのような生活をしてきたのか？（生活歴）

0歳　現在

ＩＣＦ思考による情報整理・分析シート②　グループ番号

介護支援専門員等による情報整理・分析

健康状態は生活機能にどのような影響を与えているか？

背景因子（環境因子、個人因子）は生活機能にどのような影響を与えているか

【環境】　【個人】

現状が続くことで予測されるリスクは何か？（防ぐべきこと）

【環境】　【個人】

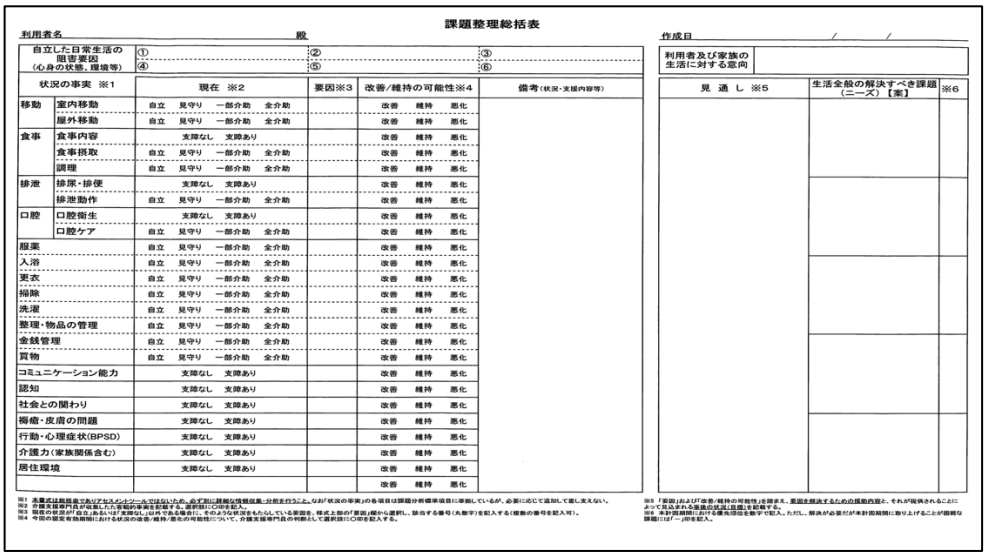
状況を改善するためのアイデア

【環境】　【個人】

解決すべき課題の明確化と目標の設定

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）　（長期目標）　（短期目標）

●課題整理総括表



課題整理総括表

利用者名　　殿　　作成日　　／　　／

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）	①	②	③
	④	⑤	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）
移動	室内移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
食事	食事内容	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	食事摂取	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	調理	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	口腔ケア	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
服薬		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
掃除		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
洗濯		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
整理・物品の管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
金銭管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
買物		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
コミュニケーション能力		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
認知		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
社会との関わり		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
介護力（家族関係含む）		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
居住環境		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
				改善　維持　悪化	

見　通　し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6

※1　本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に課題分析標準項目表・分析表を作ること。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2　介護支援専門員が見出した客観的事実を記載する。選択肢はICDを記入。
※3　現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。
※4　今回の設定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢はICDを記入する。
※5「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる改善の状況（目標）を記載する。
※6　本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。

※介護保険最新情報：令和３年３月３１日付 Vol.958「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について

介護サービス計画書標準様式については、平成 11 年 11 月 12 日老企発第 29 号で提示されてから長らく変更がありませんでしたが、このたび令和３年３月 31 日老認発 0331 第６号において、様式及び記載要領において改正がなされました。

詳しくは通知を参照して頂くとして、ここではプロセスシートに関わる部分として介護サービス計画第１表の大きく改正された部分を掲載しておきます（改正部分はこれのみではありません。第３表、第４表、第５表、第７表及びその記載要領も変更になっていますので、必ず通知を確認して下さい）。

【今回変更された様式（第１表）】

第１表

居宅サービス計画書（１）　作成年月日　年　月　日

初回 ・ 紹介 ・ 継続　認定済 ・ 申請中

利用者名　殿　生年月日　年　月　日　住所

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　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を踏まえた課題分析の結果	
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	
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（　）

【生活の意向（下線部分が今回の追加部分）】

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の結果	

［記載要領（下線部分が今回の追加及び削除部分）］

⑬「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の結果」

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~~について~~意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。

その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

【総合的な援助の方針】

総合的な援助の方針	

［記載要領（下線部分が今回の追加部分）］

⑮「総合的な援助の方針」

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員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、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。