# 居宅サービス計画書（ケアプラン）における目標設定について

平素より本市の介護保険事業の推進にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

居宅サービス計画書（ケアプラン）は、利用者の自立した日常生活を支える重要な書類です。本市のケアプラン点検等において、目標の表現が抽象的なものや、段階的な設定が十分でない事例が見受けられました。このような場合、利用者が目指す生活の姿や、目標の達成状況が分かりにくくなることがあるため、支援内容の検討や目標の評価・見直しにつながる具体的な目標設定が大切です。

このため、ケアマネジメントの質の向上及び利用者の自立支援を目的として、目標設定の基本的な考え方や具体例を参考資料として取りまとめました。

各事業所におかれましては、本資料をご活用いただき、利用者一人ひとりの状態や意向に応じた適切な目標設定にお役立てくださいますようお願いいたします。

記

## 1. 目標設定の基本原則

【目標設定時の基本ルールと留意点】

- 利用者本人ができることや、自分で取り組めることを大切にし、本人の主体的な取り組みを支援する目標とすること。サービスによる支援だけでなく、本人ができることを続けられるよう意識すること。
- 利用者の希望やサービス利用意向をそのまま記載するのではなく、背景にある課題や自立を阻害する要因を明確にすること。また、「～したい」等の表現は本人の意欲が確認できる場合に用い、確認できない場合は、「～の状況にある」「～が難しい」等、客観的な現状を記載すること。
- サービス利用や福祉用具の使用そのものを目標とせず、それらを手段として、利用者の生活がどのように改善するかを具体的に設定すること。
- 長期目標と短期目標の内容が重複しないよう、目標の関連性を意識し、達成に向けた段階が分かる具体的な目標を設定すること。
- 前回の目標を漫然と継続したり、他の利用者と類似した目標を設定したりせず、心身の状態や生活状況の変化に応じて適切に見直すこと。
- 担当者会議では、サービスの手配にとどまらず、目標達成に向けた各担当者の役割分担や具体的な支援内容を協議・共有し、日々の支援に反映すること。
- 誤字脱字を防止し、専門用語や略語を避けるとともに、和暦・西暦等の表記を統一し、利用者に分かりやすい丁寧な表現とすること。

## 2. 目標の設定

長期目標は、解決すべき課題（ニーズ）に対応し、利用者が目指す生活の状態像を示すものです。

短期目標は、長期目標の達成に向けた段階的な到達点を示すものです。

- 長期目標は、利用者の生活全般を見据えた到達点とし、短期目標は、その達成に向けた具体的かつ現実的な段階を設定すること。
- サービス提供者の支援行為や利用者の意向そのものではなく、支援を通じて利用者の生活がどのような状態になるかを記載すること。
- 目標は具体的で、達成状況を客観的に評価できる内容とすること。必要に応じて、距離・回数・期間等の数値を用いること。
- 長期目標と短期目標の内容が重複しないよう、両者の整合性を確保し、段階的な達成過程が分かるように設定すること。
- 設定期間は、長期目標は半年～2 年程度、短期目標は数か月～1 年程度を基本とし、要介護認定の有効期間や利用者の状態等を考慮すること。
- 「安心して生活する」「安全に歩行する」等の抽象的な表現や、「介護負担の軽減」「安否確認を行う」等の支援者・家族側の目標は避け、利用者本人が目指す具体的な生活の状態像を設定すること。

【適切な設定例】

- 長期目標「300m 先のコンビニまで歩行器で昼食を買いに行ける」に対し、短期目標「100m 先の電柱まで歩行器で行ける」。（段階的な到達点が明確）
- 長期目標「自分の部屋の整理整頓が行える」に対し、短期目標「洗濯物をたたみ、タンスに整理できる」。（具体的な生活動作が明確）

【不適切な設定例】

- 長期目標「自宅で安心して生活する」、短期目標「安全に歩行する」。（目指す状態像が抽象的で、達成状況を評価しにくい）
- 長期目標「腰の痛みが少なくなる」、短期目標「腰の痛みが緩和する」。（目標が重複しており、段階的な到達点が不明確）
- 支援者・家族側の目標を記載「介護者の介護負担の軽減が図れる」、「非常時の連絡体制が取れ、不安を取り除く」（本人の目標になっていない）。

## 3. 目標達成の評価と見直し

### 3.1. 評価方法

- 定期的な進捗確認（モニタリング）：少なくとも月 1 回、介護支援専門員が利用者と面談し、目標の達成状況を客観的に評価します。
- 成果の記録：評価結果は具体的に記録し、次回の居宅サービス計画への変更や見直しに反映させます。
- 期間設定の明記：長期目標・短期目標の期間設定は、画一的に認定有効期間をあてるのではなく、利用者の状態や目標内容に応じて設定し、「年月日～年月日」と明確に表記してください（「6 か月」「年月～年月」「同上（〃）」「未記載」等の曖昧な表記は避けましょう）。ただし、終了時期が特定できない場合等にあっては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えありません。
- 計画開始日：目標およびサービス内容の期間開始日は、原則としてケアプランの説明・同意・交付日以降となるよう留意してください。

## 3.2. 見直し

- 短期目標は、利用者の状態や意向を踏まえ、一定期間で達成可能な具体的な目標を設定します。目標達成までの過程を意識し、必要に応じて段階的に設定することが重要です。
- 短期目標の期間終了時には、目標の達成状況や利用者の身体状況、生活状況等を評価します。状態や意向に変化がないことのみを理由として、同じ目標の期間を延長することは避けます。
- 短期目標が達成できていない場合は、単に期間を延長するのではなく、達成できなかった要因を再分析します。その結果を踏まえ、支援方法の見直しや、目標をより小さな段階に分けるなどの調整を行います。
- 利用者の身体状況や生活状況、意向、目標の達成状況等に変化があった場合は、その内容に応じて目標を柔軟に再設定・調整します。目標と支援内容が現状に合っているかを継続的に確認します。
- 長期目標、短期目標、サービス内容・頻度・期間が相互に整合しているか常に確認してください。（一般的には「長期目標の期間」≧「短期目標の期間」≧「サービス内容の期間」となります）。

## まとめ

適切な目標設定は、利用者の意欲（モチベーション）を引き出し、支援チーム全体（利用者・家族・多職種）が同じ方向を向いて自立支援に取り組むための根幹です。

各事業所におかれましては、本通知の内容等を活用いただき、個別性のある具体的で達成可能なケアプランの作成をお願いいたします。

# 長期目標及び短期目標の具体例

## 排泄・身体の清潔保持

【例 1:トイレ移動・排泄動作の改善】

ニーズ:ふらつくこともあるが、トイレに自分で行きたい

長期目標:トイレに自分で行けていること

短期目標:①自室からリビングまで歩いて行けること

②便座に回転しながら腰かけられること

【例 2:褥瘡(床ずれ)の改善】

ニーズ:お尻(尾てい骨)に床ずれ(縦 3cm・横 2cm)があります

長期目標:床ずれが完治します

短期目標:床ずれの大きさが縮小します(縦 2cm・横 1cm)

【例 3:身体の拭き上げ・清潔維持】

ニーズ:身体の皮膚トラブル(かゆみ)を防ぎ、自分で清潔を保ちたい

長期目標:身体の清潔(全身にかゆみがない)が保てていること

短期目標:①1 日おきに入浴できていること

②左手でタオルを持ち、身体を拭けること

【例 4:自立入浴(見守り支援)】

ニーズ:浴槽を 1 人でまたぐことは難しいが、自宅の浴槽で入浴がしたい

長期目標:見守りを受け、自分で入浴ができること

短期目標:①背中・頭以外は自分で洗うことができること

②衣類を自分で脱ぐことができていること

## 歩行・移動・外出

【例 1:近所への買い物(歩行器活用・段階的拡大)】

ニーズ:歩行時に転倒の不安はあるが、自分で昼食を買いに行きたい

長期目標:300m 先のコンビニまで歩行器で昼食を買いに行くことができる

短期目標:100m 先の電柱まで歩行器で行くことができる

【例 2:長距離歩行(家族宅訪問)】

ニーズ:歩行能力を高め、娘の家に歩いて行きたい

長期目標:1km 先の娘の家に歩いて行けること

短期目標:①付き添いと歩行器の使用で 500m 歩くことができること
②歩行器を使い 1 人で 500m 歩くことができること

【例 3:公共交通機関の利用】
ニーズ:1 人での外出は転倒の不安があるが、バスを利用して出かけたい
長期目標:1 人でバスに乗り、スーパーへ出かけられること
短期目標:バス乗り場まで行くことができること

【例 4:屋内歩行の自立・改善】
ニーズ:自宅内での移動を安全に行いたい
長期目標:杖を使用して、1 人で自宅内の歩行ができるようになること
短期目標:歩行器を使用して屋内歩行ができていること

## 家事・日常の生活動作

【例 1:洗濯動作(認知機能低下への声かけサポート)】
ニーズ:洗濯手順や方法を忘れてしまうことがあるので、(声かけ等の支援を受けながら)、洗濯を自分で行いたい
長期目標:一連の洗濯行為(洗濯物を分ける、洗濯機に入れる、干す、たたむ、しまう)ができていること
短期目標:声かけや確認をしてもらうことで、自分自身で行うこと(洗濯物を洗濯機に入れる等)が継続されていること

【例 2:調理動作(上肢機能維持)】
ニーズ:右手に不自由さはあるが、調理を継続して行いたい
長期目標:自分で調理ができるようになること
短期目標:座った姿勢で調理の下準備(洗う・切る等)ができるようになること

【例 3:ごみ出し(習慣化・自立支援)】
ニーズ:ごみを出す日を忘れたり、間違えたりすることもあるが、(声かけ等の支援を受けつつ)、ごみ出しは自分で行いたい
長期目標:決まったごみの日にごみ出しが継続できていること(またはゴミ捨て場にゴミを自分で持っていけること)
短期目標:①ゴミの分別ができること
②自宅から玄関までゴミを出すことができること

【例 4：掃除動作（環境調整）】
ニーズ：腰をかがめる動作が難しいが、工夫して自宅の清掃を行いたい
長期目標：掃除用具を工夫して、かがむことなく床ふきを自分で行えること
短期目標：①食卓やテーブルを拭くことができていること
②立った姿勢を 10 分は継続できていること

【例 5：身だしなみ・整容】
ニーズ：身のまわりのことを整え、清潔な身だしなみを保ちたい
長期目標：身だしなみ（ひげと髪）を整えることができていること
短期目標：①頭や口の近辺まで、手を動かすことができていること
②鏡をみて、クシを持って髪をとかせていること

## 保健医療・服薬管理・健康維持

【例 1：服薬管理（カレンダー活用）】
ニーズ：服薬を忘れることがあるが、再発や入院をしない生活をしたい
長期目標：自分で服薬カレンダーを活用し、薬が飲めていること
短期目標：声かけを受けて、服薬カレンダーから薬を取り出し、服用できていること

【例 2：持病（糖尿病等）の数値管理】
ニーズ：糖尿病のコントロールを行い、持病の悪化や入院を防いで自宅生活を継続したい
長期目標：主治医の指示範囲内（例：HbA1c 7.5%未満）で血糖がコントロールされ、入院せず生活できていること
短期目標：①糖尿病の薬を毎日決められた時間に飲み忘れることなく服用できていること
②主治医の指示に基づく食事療法（または指示された間食・栄養制限）を継続できていること

【例 3：血圧管理】
ニーズ：血圧を適正範囲に保ち、めまいや体調不良を予防したい
長期目標：血圧が収縮期 130mmHg 未満・拡張期 70mmHg 未満の範囲内に保たれていること
短期目標：血圧が収縮期 140mmHg 未満・拡張期 80mmHg 未満の範囲内に保たれていること

【例 4：低体重・栄養改善】

ニーズ：食欲が湧かないが、体重を平常に戻したい

長期目標：55kg（標準内）の体重になること

短期目標：体重が 50kg から 52kg になること

## 生活リズム・車乗り降り・生活リハビリ（意欲面）

【例 1：夜間睡眠と昼夜リズムの改善】

ニーズ：日中横になる時間を減らし、夜しっかりと睡眠をとりたい

長期目標：夜に 6 時間の睡眠がとれていること（日中に寝ないこと）

短期目標：日中横になる時間が 4 時間から 2 時間になること

【例 2：自家用車の乗り降り】

ニーズ：家族の車に安全に乗り降りし、通院や外出機会を維持したい

長期目標：自家用車の乗り降りが 1 人でできるようになること

短期目標：①車に乗る際に片足を車内外で補助を受けることで、車の乗り降りができていること

②玄関から車まで歩行器で移動できていること

【例 3：意欲減退からの段階的日常生活復帰】

ニーズ：いまは何をするにも気乗りしないが、（家族等と調理や家事をすることで）いつかは以前のように家族のために家事を行いたい

長期目標：家族のために毎日の夕食準備（または一通りの家事）を自分で行えるようになること

短期目標：①週に 2～3 回、家族と一緒に台所に立ち、野菜洗いや下ごしらえなどの調理補助ができること

②家族の声かけのもと、食後の食器下げやテーブル拭きを毎日行えること