

00_提出事例表紙

提出日： 年 月 日

受講者氏名：	受講コース：
勤務先事業所名：	受講番号：24W

(1)研修科目のいずれに関連する事例か、該当する科目全てに○をして、検討・研究するポイントを記入してください。

※選択した科目のいずれかで事例提供をしていただきます。提出する事例に含まれる要素を下記7科目から2科目以上選択して、検討・研究するポイントまで記載してください。原則、提出後の科目変更はお断りしております。

※単独要素の事例を2事例提出される場合は、各事例に本紙を添付してください。

科目	検討・研究するポイント（1～2行程度で簡潔に記載）
脳血管疾患のある方のケアマネジメント	
認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	
大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	
心疾患のある方のケアマネジメント	
誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	
看取り等における看護サービスの活用に関する事例	
家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント	

(2)次ページの<記入例>を参照の上、必要な提出事例の様式が揃っているかをチェックしてください。

【★事例提出に関する誓約書】は、別紙(PDFファイル)となります。

居宅 (要介護認定を受けた在宅の利用者)	予防 (要支援認定を受けた利用者)	○ 施設 (施設入所中の利用者)
★事例提出に関する誓約書(別紙)	★事例提出に関する誓約書(別紙)	★事例提出に関する誓約書(別紙)
00_提出事例表紙(本紙)	00_提出事例表紙(本紙)	00_提出事例表紙(本紙)
01_基本情報_基本情報に関する項目	01_基本情報_基本情報に関する項目	01_基本情報_基本情報に関する項目
02_基本情報_アセスメントに関する項目	02_基本情報_アセスメントに関する項目	02_基本情報_アセスメントに関する項目
03_支援経過記録	03_支援経過記録	03_支援経過記録
04_主治医意見等記載用	04_主治医意見等記載用	04_主治医意見等記載用
05_課題整理総括表	05_課題整理総括表	05_課題整理総括表
06_住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ	06_住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ	13_施設見取り図・ジェノグラム・エコマップ
07_サービス担当者会議の要点	07_サービス担当者会議の要点	14_施設サービス担当者会議の要点
08_【第1表】居宅サービス計画書(1)	10_介護予防支援計画書	15_【第1表】施設サービス計画書(1)
09_【第2表】居宅サービス計画書(2)		16_【第2表】施設サービス計画書(2)
11_【第3表】週間サービス計画表	11_【第3表】週間サービス計画表	11_【第3表】週間サービス計画表 もしくは17_【第4表】日課計画表
12_評価表	12_評価表	18_施設評価表

※小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護利用者は認定の状況により、居宅または予防の様式を使用してください。

※認知症対応型共同生活介護(グループホーム)利用中の方は施設の様式を使用してください。

【 記入方法については<記入例>をご確認ください 】

00_提出事例表紙

提出日： 令和6年 00月 00日

受講者氏名：介護 太郎	受講コース：H
勤務先事業所名：京都府介護支援専門員会	受講番号：24W0000

(1)研修科目のいずれに関連する事例か、該当する科目全てに○をして、検討・研究するポイントを記入してください。

※選択した科目のいずれかで事例提供をしていただきます。提出する事例に含まれる要素を下記7科目から2科目以上選択して、検討・研究するポイントまで記載してください。原則、提出後の科目変更はお断りしております。

※単独要素の事例を2事例提出される場合は、各事例に本紙を添付してください。

科目	検討・研究するポイント（1～2行程度で簡潔に記載）
脳血管疾患のある方のケアマネジメント	
○ 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	多彩な BPSD に対し、状況を安定させるための医療連携や効果的な介護サービスの活用を検討する。
大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	
心疾患のある方のケアマネジメント	
誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	
看取り等における看護サービスの活用に関する事例	
○ 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント	多彩な BPSD に疲弊する家族支援とサービス拒否が強い利用者の尊厳との両立を検討する。

(2)次ページの<記入例>を参照の上、必要な提出事例の様式が揃っているかをチェックしてください。

【★事例提出に関する誓約書】は、別紙(PDF ファイル)となります。

居宅 (要介護認定を受けた在宅の利用者)	予防 (要支援認定を受けた利用者)	○ 施設 (施設入所中の利用者)
○ ★事例提出に関する誓約書(別紙)	★事例提出に関する誓約書(別紙)	★事例提出に関する誓約書(別紙)
○ 00_提出事例表紙(本紙)	00_提出事例表紙(本紙)	00_提出事例表紙(本紙)
○ 01_基本情報_基本情報に関する項目	01_基本情報_基本情報に関する項目	01_基本情報_基本情報に関する項目
○ 02_基本情報_アセスメントに関する項目	02_基本情報_アセスメントに関する項目	02_基本情報_アセスメントに関する項目
○ 03_支援経過記録	03_支援経過記録	03_支援経過記録
○ 04_主治医意見等記載用	04_主治医意見等記載用	04_主治医意見等記載用
○ 05_課題整理総括表	05_課題整理総括表	05_課題整理総括表
○ 06_住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ	06_住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ	13_施設見取り図・ジェノグラム・エコマップ
○ 07_サービス担当者会議の要点	07_サービス担当者会議の要点	14_施設サービス担当者会議の要点
○ 08_【第1表】居宅サービス計画書(1)	10_介護予防支援計画書	15_【第1表】施設サービス計画書(1)
○ 09_【第2表】居宅サービス計画書(2)		16_【第2表】施設サービス計画書(2)
○ 11_【第3表】週間サービス計画表	11_【第3表】週間サービス計画表	11_【第3表】週間サービス計画表 もしくは 17_【第4表】日課計画表
○ 12_評価表	12_評価表	18_施設評価表

○をした項目に必要な様式を作成して、チェックする。

※小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護利用者は認定の状況により、居宅または予防の様式を使用してください。

※認知症対応型共同生活介護(グループホーム)利用中の方は施設の様式を使用してください。

【 記入方法については<記入例>をご確認ください 】

01_基本情報_基本情報に関する項目

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W
受講者氏名：	提出事例作成日：	年 月 日

受付年月	令和 年 月	受付担当者	
年齢		性別	
主訴・意向			
これまでの生活と現在の状況			家族状況
病歴	疾病名		主治医
			服薬状況
日常生活自立度(障害)			日常生活自立度(認知症)
認定情報			
今回のアセスメント理由			
利用者の社会保障制度の利用情報			
現在利用している支援や社会資源の状況			

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、区在住、C 居宅介護支援事業所…)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

02_基本情報_アセスメントに関する項目

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
-------------	--------	----------	--------	----------------

課題分析 標準項目	現在の状況 (できること・できないこと)	本人・家族の 想い・意向	考える視点 (原因・可能性・リスク)	ケアの方向性 (複数の提案)
健康状態				
ADL				
IADL				
認知機能や 判断能力				
コミュニケーションに おける理解と 表出の状況				
生活リズム				
排泄の状況				

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。
4. アセスメントや経過記録については、研修中に内容を読み込みます。研修資料として活用することを念頭に精査していただき、必要な情報をまとめて記載してください。第三者が見て分かりやすいように、記入することがない項目も空欄にはせず、「特になし」等を記入してください。

02_基本情報_アセスメントに関する項目

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
-------------	--------	----------	--------	----------------

課題分析 標準項目	現在の状況 (できること・できないこと)	本人・家族の 想い・意向	考える視点 (原因・可能性・リスク)	ケアの方向性 (複数の提案)
清潔の保持 に関する 状況				
口腔内の 状況				
食事摂取の 状況				
社会との 関わり				
家族等の 状況				
居住環境				
その他留意 すべき 事項・状況				

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。
4. アセスメントや経過記録については、研修中に内容を読み込みます。研修資料として活用することを念頭に精査していただき、必要な情報をまとめて記載してください。第三者が見て分かりやすいように、記入することがない項目も空欄にはせず、「特になし」等を記入してください。

03_支援経過記録

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
-------------	--------	----------	--------	----------------

年月日(時間)	項目	内容	関係機関・介護支援専門員の判断 (判断の視点:生活の資質向上・秘密保持・アドボカシー・専門性の向上・適切な連携など)	利用者・家族の考え方

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。
4. アセスメントや経過記録については、研修中に内容を読み込みます。研修資料として活用することを念頭に精査していただき、必要な情報をまとめて記載してください。第三者が見て分かりやすいように、記入することがない項目も空欄にはせず、「特になし」等を記入してください。

04_主治医意見等記載用

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W
受講者氏名：	提出事例作成日：	年 月 日

最終診察日	令和 年 月 日
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
1. 傷病に関する意見	
(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日	
1. _____	発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2. _____	発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3. _____	発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕	
2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)	
処置内容 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)	
3. 心身の状態に関する意見	
(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない	
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]	

<事例作成の際の注意事項>

- 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
- 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
- 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

04_主治医意見等記載用

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W
受講者氏名：	提出事例作成日：	年 月 日

<p>(5) 身体の状態</p> <p>利き腕 (□右 □左) 身長＝ _____ cm 体重＝ _____ kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)</p> <p>□四肢欠損 (部位： _____)</p> <p>□麻痺 □右上肢 (程度：□軽 □中 □重) □左上肢 (程度：□軽 □中 □重)</p> <p>□右下肢 (程度：□軽 □中 □重) □左下肢 (程度：□軽 □中 □重)</p> <p>□その他 (部位： _____ 程度：□軽 □中 □重)</p> <p>□筋力の低下 (部位： _____ 程度：□軽 □中 □重)</p> <p>□関節の拘縮 (部位： _____ 程度：□軽 □中 □重)</p> <p>□関節の痛み (部位： _____ 程度：□軽 □中 □重)</p> <p>□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左</p> <p>□褥瘡 (部位： _____ 程度：□軽 □中 □重)</p> <p>□その他の皮膚疾患 (部位： _____ 程度：□軽 □中 □重)</p>		
<p>4. 生活機能とサービスに関する意見</p>		
<p>(1) 移動</p> <p>屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない</p> <p>車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している</p> <p>歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用</p>		
<p>(2) 栄養・食生活</p> <p>食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助</p> <p>現在の栄養状態 □良好 □不良</p> <p>→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)</p>		
<p>(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針</p> <p>□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊</p> <p>□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)</p> <p>→ 対処方針 (_____)</p>		
<p>(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し</p> <p>□期待できる □期待できない □不明</p>		
<p>(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)</p> <p>□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導</p> <p>□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導</p> <p>□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス (_____)</p>		
<p>(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項</p> <p>・ 血圧 □特になし □あり (_____) ・ 移動 □特になし □あり (_____)</p> <p>・ 摂食 □特になし □あり (_____) ・ 運動 □特になし □あり (_____)</p> <p>・ 嚥下 □特になし □ありあり (_____) ・ その他 (_____)</p>		
<p>(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)</p> <p>□無 □有 (_____) □不明</p>		
<p>5. 特記すべき事項</p>		

<事例作成の際の注意事項>

- 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
- 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
- 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

05_課題整理総括表

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W
受講者氏名：	提出事例作成日：	年 月 日

【左側】

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	
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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
	屋外移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
食事	食事内容	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
排泄	排尿排便	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
口腔	口腔衛生	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
服薬		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
更衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
掃除		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
洗濯		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
整理・物品の管理		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
金銭管理		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
買物		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
コミュニケーション能力		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
認知		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
社会との関わり		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
褥そう・皮膚の問題		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
介護力(家族関係含む)		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
居住環境		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	

※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、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。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 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に☑を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」意外である場合に、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 今回の認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に○印を記入する。

05_課題整理総括表

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W
受講者氏名：	提出事例作成日：	年 月 日

【右側】

利用者及び家族の 生活に対する意向		
見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	
		優先順位※6

※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事後の状況を記載する。

※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。

13_施設見取り図・ジェノグラム・エコマップ

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W
受講者氏名：	提出事例作成日：	年 月 日

施設見取り図

施設建物のフロー図ではなく、居室内の配置図
及び食堂・トイレ等の動線がわかるよう記載

ジェノグラム

○ = 女性 □ = 男性
◎回 = 本人 ●■ = 死亡

エコマップ

←→
実践の太いものほど
重要若しくは強い結合

希薄な関係

++++++
ストレスのある、若し
くは葛藤のある関係

→
資源・エネルギー・
関心のフロー

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

14_施設サービス担当者会議の要点

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
-------------	--------	----------	--------	----------------

開催日	開催場所	開催時間	開催回数	回
会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
利用者・家族の出席 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄:)				
検討した項目				
検討内容				
結論				
残された課題				
次回の開催時期				

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

15_【第1表】施設サービス計画書(1)

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W	受講者氏名：	提出事例作成日： 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 _____

施設サービス計画作成者氏名及び職種 _____

施設介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

施設サービス計画作成(変更)日 _____ 年 月 日 初回施設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	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他
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	

<事例作成の際の注意事項>

- 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
- 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
- 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

16_【第2表】施設サービス計画書(2)

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W	受講者氏名：	提出事例作成日： 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	担 当 者	頻 度	期 間

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

11_【第3表】週間サービス計画表

※17【第4表】日課計画表とのいずれかを選択して使用

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
-------------	--------	----------	--------	----------------

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00							
	2:00							
	4:00							
早朝	6:00							
	8:00							
午前	10:00							
	12:00							
	14:00							
午後	16:00							
	18:00							
	20:00							
夜間	22:00							
	24:00							

週単位以外のサービス	
------------	--

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C 居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

17_【第4表】日課計画表

※11【第3表】週間サービス計画表とのいずれかを選択して使用

受講する研修：課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
------------	--------	----------	--------	----------------

	共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
0:00						
深夜						
2:00						
4:00						
6:00						
早朝						
8:00						
10:00						
午前						
12:00						
14:00						
午後						
16:00						
18:00						
20:00						
夜間						
22:00						
深夜						
24:00						

週単位以外のサービス	
その他のサービス	

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

18_施設評価表

受講する研修： 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：24W	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
-------------	--------	----------	--------	----------------

短期目標	(期間)	援助内容		結果 ※1	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	担当者		

※1 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。