令和4年度
京都府介護支援専門員
実務経験者更新研修
〔課程Ⅱ〕

～事例の作成について～

公益社団法人 京都府介護支援専門員会

事例の作成について（全体）

- 事例シートに必要事項が記載されていないと今後の研修において情報が不足し有意義な検討ができない可能性があります。
- 研修材料として必要な情報が記載されたものになるよう、事例作成に取り組んでください。
- 記入もれがないようにお願いします。空欄は記載もれなのか、記載が不要なのかわかりません。「特記事項なし」と記載してください。
- 必要事項が全て記載されたものを研修当日コピーして持参してください。

事例の作成について（全体）

- 事例作成にあたって、利用者やその家族、関係者等の固有名詞についてはアルファベット表記を使用してください。

介護花子さん→　○　Aさん
　　　　　　　　×　Kさん　×K・Hさん

※イニシャル表記では個人が特定される可能性があります。

- 事例提供者の氏名、事業所名は記載して差し支えありません。

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：

(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）
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	
	認知症に関する事例	
	入退院時等における医療との連携に関する事例	
	家族への支援の視点が必要な事例	
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	

(2)事例の対象となる利用者の状況を「居宅」「予防」「施設」から選択（項目名の上に○）して、それぞれ必要な提出事例の様式が揃っているかチェックをしてください。

	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	事例提出に関する誓約書	事例提出に関する誓約書
	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、居宅または予防に○をしてください。
※認知症対応型共同生活介護（グループホーム）利用中の方は施設に○をしてください。

【　記入方法については<記入例>をご確認ください　】

帳票００（表紙）

- 課程Ⅱでは２つの要素を含む事例提出を必須としています。２つの要素についてなぜこの事例を提出したのか、何を検討したいと考えているのかを記入しましょう。
- すべての帳票がそろっているか、チェックしてください。
- 【居宅】【予防】【施設】どの事例なのかをチェックしてください。グループホームの方は【施設】を選んでください。

01_基本情報_基本情報に関する項目（1 / 1）

※全ての項目に記載が必要。未記入の箇所があれば追記する

※固有名詞があれば修正の必要あり

<table>
<tr><td>受付年月</td><td colspan="2">平成　　　年　　　月</td><td>受付担当者</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>年齢</td><td></td><td>性別</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>主訴</td><td colspan="5">※相談内容や本人及び家族の意向を記載</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生活歴
生活状況</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="3">家族状況</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">病歴</td><td colspan="2">疾病名</td><td colspan="3">主治医</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">服薬状況</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">障害高齢者の日常生活自立度</td><td></td><td colspan="2">認知症である高齢者の日常生活自立度</td><td></td></tr>
<tr><td>認定情報</td><td colspan="5">※介護保険の認定（支援･介護）情報を記載</td></tr>
<tr><td>アセスメント理由</td><td colspan="5">※新規、更新、退院時等のアセスメント理由を記載</td></tr>
<tr><td>利用者の
被保険者
情報等</td><td colspan="5">※医療保険や年金に関して、障がい者手帳の有無等について記載</td></tr>
<tr><td>現在利用
している
サービス</td><td colspan="5">※フォーマル、インフォーマル問わず、現在利用しているサービスを記載</td></tr>
</table>

＜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。

帳票０１

- 基本情報に関する項目を記載するシートです。
- 主訴の欄は本人、家族の意向を分けて記載します。
- 認定情報の欄には介護保険の情報を記載します。
- アセスメント理由の欄には、皆さんが事例を選ばれた理由を記載します。例えば退院に際してアセスメントを行ったのか、更新なのか、状態が変化して区分変更申請を行ったのか記載してください。
- 利用者の被保険者情報の欄には医療保険、障害者手帳の有無、年金の情報などを記入してください。
- 現在利用しているサービスの欄には、介護保険サービスを含むフォーマルサービスと、インフォーマルサービスについても記載してください。

02_基本情報__アセスメントに関する項目（1 / 2）

※全ての項目に記載が必要。ただし「現在の状況」が自立の場合は、未記入の箇所があっても差し支えない。自立以外の場合で空欄があれば追記する。

※固有名詞があれば修正の必要あり。

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				
コミュニケーション能力				
社会との関わり				
排尿 排便				

＜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ご自身で精査していただき、必要な情報をまとめて記載してください。

02_基本情報__アセスメントに関する項目 (2 / 2)

※全ての項目に記載が必要。ただし「現在の状況」が自立の場合は、未記入の箇所があっても差し支えない。自立以外の場合で空欄があれば追記する。
※固有名詞があれば修正の必要あり。

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)
じょく瘡 皮膚の問題				
口腔衛生				
食事摂取				
行動障害	※暴言暴行、徘徊、介護への抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動に関する項目として記載			
介護力				
居住環境				
特別な状況	※特別な状況とは虐待やターミナルケア等に関する項目として記載			

<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ご自身で精査していただき、必要な情報をまとめて記載してください。

帳票０２

- この帳票は、介護サービス計画作成の前提となる課題分析、アセスメントをまとめたものです。
- 厚生労働省はアセスメント、つまり課題分析を行うにあたり、適切な方法により行うこととし、課題分析標準項目２３項目を示しています。
  利用者と利用者の日常生活の全体像を把握し、利用者が日常生活を送るうえで解決すべき課題を明らかにする帳票です。

帳票０２

- それぞれの項目において現在の状況、本人・家族の思いや意向を記載、そして介護支援専門員として課題分析を行い、ケアの方向性を提案するというように左から右へ記入してください。
- 介護支援専門員として考える視点、今ある現状の原因はここにあるが、このようなことを行うことによって、このように改善する可能性がある、だからこのようなケアの方向性を提案するというふうに記載してください。
- 行動障害という箇所は暴言や暴行、徘徊、介護への抵抗など、認知症などからくる行動障害に関して記載してください。
- 特別な状況という箇所には虐待やターミナルケアの状況などを記載してください。

03_支援経過記録（1 / 1）

※全ての項目に記載が必要。未記入のところは追記する
※固有名詞があれば修正の必要あり

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。

帳票０３

- 提出事例のアセスメントから評価までの期間の支援経過を記入します。
- 年月日に加えて時間を書いていただいてもかまいません。もしかしたら深夜や早朝対応したことで、その事例の内容に大きな影響があった場合などは、時間を入れていただくことで事例検討が深まる可能性があります。
- 内容の欄には、介護支援専門員として皆さんが行ったことを記入してください。その右の、関係機関・介護支援専門員の判断には、左の内容欄に記入したことを、なぜ行ったのか、何をねらったのか、などを記載します。
- 介護支援専門員として行った内容とその理由を書きわけることが、この帳票では大切です。そして利用者・家族の考えはどうだったのか、一つの事象を書き分けてください。

帳票０３

- 介護支援経過は、介護支援専門員が専門職として残す記録であり、記載に際しては、項目毎に整理して記載することが必要です。「項目」欄を活用してください。

04_主治医意見等記載用 (1 / 2)

※主治医意見書をそのまま転記する。ただし、固有名詞があれば修正する必要あり

最終診察日	平成　　年　　月　　日
他科受診の有無	□有　□無 (有の場合)→□内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □リハビリテーション科 □歯科 □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　　年　　月　　日頃)

2.＿＿＿＿＿＿＿＿　発症年月日　(昭和・平成　　年　　月　　日頃)

3.＿＿＿＿＿＿＿＿　発症年月日　(昭和・平成　　年　　月　　日頃)

(2)症状としての安定性　□安定　□不安定　□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　□点滴の管理 □中心静脈栄養 □透析 □ストーマの処置 □酸素療法

□レスピレーター □気管切開の処置 □疼痛の看護 □経管栄養

特別な対応　□モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) □褥瘡の処置

失禁への対応 □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)　□自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2

・認知症高齢者の日常生活自立度　□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □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　□問題なし　□問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 □自立 □いくらか困難 □見守りが必要 □判断できない

・自分の意思の伝達能力　□伝えられる □いくらか困難 □具体的要求に限られる □伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

□無 □有 → {□幻視・幻聴 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行 □介護への抵抗 □徘徊

□火の不始末 □不潔行為 □異食行動 □性的問題行動 □その他 (　　　　)

(4) その他の精神・神経症状

□無 □有 〔症状名：　　　　専門医受診の有無 □有 (　　　) □無〕

04_主治医意見等記載用 (2 / 2)

※主治医意見書をそのまま転記する。ただし、固有名詞があれば修正する必要あり

(5)身体の状態

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)

□四肢欠損　(部位：＿＿＿＿＿＿)

□麻痺　□右上肢 (程度：□軽 □中 □重)　□左上肢 (程度：□軽 □中 □重)

□右下肢 (程度：□軽 □中 □重)　□左上肢 (程度：□軽 □中 □重)

□その他 (部位：　　程度：□軽 □中 □重)

□筋力の低下　(部位：＿＿＿＿＿＿　程度：□軽 □中 □重)

□関節の拘縮　(部位：＿＿＿＿＿＿　程度：□軽 □中 □重)

□関節の痛み　(部位：＿＿＿＿＿＿　程度：□軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左　・下肢 □右 □左　・体幹 □右 □左

□褥瘡　(部位：＿＿＿＿＿＿　程度：□軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位：＿＿＿＿＿＿　程度：□軽 □中 □重)

4．生活機能とサービスに関する意見

(1)移動

屋外歩行　□自立　□介助があればしている　□していない

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

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

(2)栄養・食生活

食事行為　□自立ないし何とか自分で食べられる　□全面介助

現在の栄養状態　□良好　□不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (　　　　)

(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

□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

□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 (　　　)

→ 対処方針 (　　　　)

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる　□期待できない　□不明

(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。)

□訪問診療　□訪問看護　□訪問歯科診療　□訪問薬剤管理指導

□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

□通所リハビリテーション　□その他の医療系サービス (　　　)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり (　　　) ・移動 □特になし □あり (　　　)

・摂食 □特になし □あり (　　　) ・運動 □特になし □あり (　　　)

・嚥下 □特になし □ありあり (　　　) ・その他 (　　　)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 (　　　　)　□不明

5．特記すべき事項

帳票０４

- 主治医の意見書を転記してください。
- 主治医の意見書をコピーするのではなく、必ずご自身で転記をお願いします。

05_課題整理総括表 (1 / 2)

※必要箇所に空欄があれば追記する

※固有名詞があれば修正の必要あり

【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	□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	
褥そう・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	

※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」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〇印を記入する。

05_課題整理総括表 (2 / 2)

※必要箇所に空欄があれば追記する

※固有名詞があれば修正の必要あり

【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。

帳票０５

- 課題整理総括表を作成してください。
- 記載方法がわからない方は厚生労働省が２０１４年に出している「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」をご一読ください。
- 課題整理総括表を作成する目的は、介護支援専門員が、情報の整理・分析を通して、課題やニーズを導き出した過程を可視化し、説明する、サービス担当者会議など多職種協働の場面で、介護支援専門員が把握したＡＤＬ、ＩＡＤＬ等の情報を共有するといった活用方法が挙げられます。
- 事例提供者は、自分の見立てを説明する際に有効ですし、参加者は事例を読み解き、事例提供者の思いをくみ取ることができます。

帳票０５

- 左側の状況の事実※１の項目について、現在※２に印を
つけます。ポイントは能力があるかどうかではなく、現在の状況を記入します。この欄はひとまず、上から下へと印をつけていきます。
- 次に利用者の現在の状況から、自立を阻害している要因を最大６項目に絞り込み、左上の「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）の欄に記載します。記入のポイントは、例えば「糖尿病」という疾患名を書くのではなく、「インシュリンの自己注射の管理困難」という記載が望ましいです。
- 左側の状況の事実に戻ります。要因※３に、先ほど記載した６項目に絞り込んだ、自立の阻害要因の番号を記入します。
- 引き続き改善・維持の可能性※４です。※２の欄で、自立、支障なし以外の、見守り、一部介助、全介助、支障ありを選択した項目について、必要な援助を利用した場合に現在の状況が改善するのか、維持の可能性があるのか印をつけます。印をつけた後、横に進み、備考（状況・支援内容等）の欄には具体的な支援内を記入してください。

帳票０５

- 右側横、見通し※５に移ります。ここではそれぞれの要因に対して、どのような援助をすることにより、現在の状況がどのように変化すると見込まれるか記入します。ポイントは、「デイサービスを利用することにより」、というようなサービス名を書くのではなく、「外に出る機会を持つことにより」といった方向性を記入することです。
- 右側の上、「利用者および家族の生活に対する意向」の欄を記入します。簡潔に記入してください。これはケアプラン第１表の「利用者および家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」と全く同じでなくてもかまいません。
- 見通し※５、隣の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）案」の欄は、見通し※５の内容を踏まえて記載してください。
- ここでは〇〇したいという記入をお願いします。「生活全般の解決すべき課題、（ニーズ）案」に書かれた内容は、そのままケアプラン第２表のニーズの欄に転記します。
- そして横に進み、右端の優先順位※６に優先順位をつけてください。利用者と相談の結果、ケアプランに反映しなかった内容には数字ではなく、－印を記入してください。

06_住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ（1 / 1）

※全ての項目に記載が必要。未記入のところがあれば追記する。

※固有名詞があれば修正の必要あり

住宅見取り図

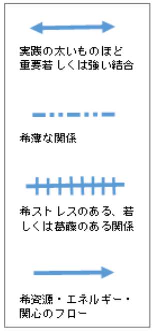
※家屋見取り図を記載する欄であり、周辺地図を記載しないで下さい。

＜施設の場合＞
※居室内見取り図を記載する欄であり、周辺地図を記載しないで下さい。

ジェノグラム

○＝女性　□＝男性
◎回＝本人　●■＝死亡

エコマップ



＜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。

帳票０６

- 住宅見取り図はご自宅内の見取り図を記載してください。
ご自宅のどの場所が寝室になっているのか、トイレまでの動きはどうなるかなど、事例検討でイメージできるように見取り図を記載してください。施設ケアプランも同様です。施設全体の見取り図ではなく、利用者の居室内の見取り図、家具の配置などがわかるように記載してください。
- ジェノグラムは利用者を中心とした家族関係を理解するために作成されます。ジェノグラムの書き方がわからない方はテキストの中にも載っていますので参考にしてください。
- エコマップは、利用者の周囲にある社会資源を一目でわかるようにしたものです。介護保険サービス事業者のみではなく、地域の社会資源もエコマップに記載されているでしょうか。今一度確認をお願いします。利用者を取り巻く社会資源を整理することで本人の強み、ストレングスを探していくことができます。
事例検討で活用してください。

07_サービス担当者会議の要点（1 / 1）

※全ての項目に記載が必要。未記入のところは追記する（ただし「次回の開催時期」に関しては未記入でも可）
※固有名詞があれば修正の必要あり

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	所 属（職種）	氏 名
利用者・家族の出席 ☐ 本人 ☐ 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	※ここだけは未記入でも可

＜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。

帳票０７

- サービス担当者会議の要点を記載します。検討内容、結論、残された課題についてまとめて記載してください。
- 次回の開催時期という項目は未記入でも可としますが、それ以外は全項目記載してください。
- 残された課題の欄は、必要にもかかわらず、社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが、本人の希望により利用しなかった居宅サービスなどを記載することとなっています。
- 会議出席者の欄で事例提供者ご自身の氏名、所属を記載いただいてかまいませんが、それ以外の出席者については全てアルファベット表記としてください。

平成31年度

08_【第1表】居宅サービス計画書(1) (1 / 1)

※全ての項目に記載が必要。必要時追記する

※固有名詞があれば修正の必要あり

初めて居宅介護支援を受ける場合は【初回】、他の居宅や介護保険施設からの紹介された場合は【紹介】、以外は【継続】。おって過去に当該居宅介護支援事業所において支援した経緯があり、一定期間経過した後に介護保険施設等から紹介を受けた場合には【紹介】及び【継続】両方に○を付す

☐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	※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、課題分析の結果を記載する。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
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	※介護保険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転記し、特に記載がない場合は「なし」と記載
総合的な援助の方針	※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、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想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載する事が望ましい ※家族等に障がい、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により家事が困難な場合等については、「3．その他」に○を付し、その事情の内容等について（　）へ簡潔明瞭に記載
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（　　）

<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。

帳票０８

- 初回、紹介、継続、認定済み、申請中にチェックを入れます。
- 利用者名、住所はアルファベット表記としてください。
- サービス計画者、居宅支援事業者・事業所名・所在地はご自身の氏名、施設や事業所名を書いてください。
- 「利用者および家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」の欄は本人と家族がどのような生活をしたいかを記載するとともに、意向を踏まえたうえで自立支援に資する課題分析の結果を記入します。利用者と家族の意向が異なる場合にはそれぞれの主訴を区別して記載します。また本人、家族の意向は「穏やかに過ごしてほしい」という様なあいまいな書き方ではなく、「〇〇できるようになりたい」「本人に〇〇はできるようになってほしい」というような、課題解決につながる意向を引き出し、記載しましょう。

帳票０８

- 介護認定審査会の意見およびサービス種類の指定の欄には介護保険被保険者証を確認し、記載されている場合はそれを転記してください。記載がない場合は「なし」と記載してください。
- 総合的な援助の方針については介護支援専門員、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、総合的な援助の方針を記載してください。
- あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定される場合には、その対応機関や連絡先についても記載してください。
- 施設サービス計画書についても同様に作成してください。

09_【第2表】居宅サービス計画書（2）（1 / 1）

※「期間」を含め、全ての項目に記載が必要。未記入のところは追記する。
※固有名詞があれば修正の必要あり

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	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
※利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）について、その相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載	※基本的には個々の「解決すべき課題」に対応して設定する。ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題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場合もあり	令和元年○月○日～令和２年○月○日	※「解決すべき課題」及び「長期目標」に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。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、かつ目標は実際に解決可能と見込まれるものでなくてはならない	令和元年○月○日～令和２年○月○日	※「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	○	※具体的「サービス種別」を記載	※当該サービス提供を行う「事業所名」を記載	※「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載	※「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載 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

※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」を考慮するものとする

※「サービス内容」中、介護保険給付対象内サービスについて○印を付す

※1　「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
※2　「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

<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。

帳票０９

- すべての項目について記載が必要ですが、長期目標と短期目標の修了時期が特定できない場合は、開始時期のみを記載することがあります。
- 左から右に記載していきますが、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の記載については、課題整理総括表で導き出されたニーズをそのまま転記することを原則としています。
- 長期目標は個々の解決すべき課題について設定します。いつまでにどのレベルまで解決するかを具体的に記載してください。目標の期間もニーズに即して設定してください。
- 短期目標は長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものです。長期目標を達成するためにいくつかの段階をクリアする必要があり、まずは達成する段階を短期目標を位置づけています。
- 目標は実際に達成可能と見込まれるものとし、内容は具体的でわかりやすい記載としてください。

帳票０９

- ニーズや目標を記載する際、曖昧な表現は控えることが望ましいとされています。たとえば安心、安全、安楽、安定、快適、継続、活発、穏やか、元気、意欲的、楽しく、などの抽象的な表現ではなく、安心と記載するかわりにその利用者にとって、どの状態が安心な状態なのかイメージして具体的に記載することが必要です。
- サービス内容についても同様です。
- サービス種別については提供する事業、※２には事業所名を、家族が担う場合もこの欄に記載します。介護保険サービスにのみ※１のところに〇を付けます。この事業所名については固有名詞が記載されていないか、点検してください。頻度についても短期目標を達成するために必要な頻度を記入してください。
- 一番右の欄の期間設定については短期目標の期間を越えないようにすることとされていますので、ご注意ください。
- 施設サービス計画書も同様に作成してください。

10_介護予防支援計画書（1 / 2）

※全ての項目に記載が必要。未記入のところは追記する。
※固有名詞があれば修正の必要あり

【左側】 計画作成（変更）日　　年　　月　　日（初回作成日　　年　　月　　日）

認定年月日　　年　　月　　日	認定有効期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
目標とする生活　1 日	

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景と原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について	本人： 家族：	☐有　☐無			
日常生活（家庭生活）について	本人： 家族：	☐有　☐無			
社会参加・対人関係 コミュニケーションについて	本人： 家族：	☐有　☐無			
健康管理について	本人： 家族：	☐有　☐無			

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
／5	／2	／3	／2	／3	／5

健康状態について　☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

<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。

10_介護予防支援計画書（2 / 2）

※全ての項目に記載が必要。未記入のところは追記する。
※固有名詞があれば修正の必要あり

【右側】

☐初回　☐紹介　☐継続	☐認定済　☐申請中	要支援	地域支援事業
目標とする生活　1 年			

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間

【本来行うべき支援が実施できない場合】妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

<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。

帳票１０

- 地域包括支援センター等に勤務されている方で、予防プランの事例作成された方はこの帳票を作成してください。
- 一番左の「アセスメント領域と現在の状況」は4つに分類されています。それぞれのアセスメント領域において、「本人・家族の意欲や意向」を聞き取り記載します。
- 課題があれば「領域における課題（背景と原因）」に記載してください。
- 各アセスメント領域での分析が終わったら、「総合的課題」を検討します。
- アセスメント領域で利用者の全体像を理解したうえで、生活全体としての総合的課題を記載します。「課題に対する目標と具体策の提案」は、本人の能力を大きく上回るような提案にはならないように留意してください。

帳票１０

- 提案した具体策については、本人と家族の意向を、「具体策についての意向　本人・家族」欄に記載します。その意向に基づき最終的な「目標」を作成します。
- 「支援計画」は左側で記載したアセスメントの結果に基づき、ご利用者が、どこでどのような介護サービスを利用することが最も適切であるのかを検討し作成するものです。最後に記入するのが、目標とする生活と総合的な方針になります。
- 目標とする生活は左側に1日、右側に1年とありますが、あまりこの期間にこだわらなくてもかまいません。1日は短期目標で、1年は長期目標という視点で目標を設定してください。
- これまでの情報を総合して、本人やそのご家族等、介護事業所等の関係者全員が目指すべき共通の方向性を、右下の「総合的な方針」の欄に記載します。

11_【第３表】週間サービス計画表（1 / 1）

※第２表の内容により必要な箇所すべてに記載。未記入のところは追記する。
※固有名詞があれば修正の必要あり

		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								
午前	8:00								
	10:00								
午後	12:00								
	14:00								
	16:00								
夜間	18:00								
	20:00								
深夜	22:00								
	24:00								

※利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な１日の過ごし方について記載。なお当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとっても構わない。

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。

帳票11

- 【第３表】週間サービス計画表です。介護予防の計画書を作成されている方も記載をお願いします。
- 利用者の１週間の予定を第２表の各サービス種別の頻度との整合性を図ったうえで記載してください。また保険給付対象以外のサービスについても記載してください。
- 一番右側の欄、「主な日常生活上の活動」には利用者の起床、就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載してください。
- 下の「週単位以外のサービス」には短期入所や福祉用具貸与、居宅療養管理指導などのサービス内容を記載してください。

15_【第１表】施設サービス計画書(1)（1 / 1）

受講する研修：□　課程Ⅰ　□　課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：	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

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	□ 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	

＜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。

帳票15

- 【第１表】施設サービス計画書(1)です。施設サービスの計画書を作成されている方は記載をお願いします。
- 初回、紹介、継続、認定済み、申請中にチェックを入れます。
- 利用者名、住所はアルファベット表記としてください。
- 施設サービス計画書作成者氏名、施設介護支援事業者・事業所名・所在地はご自身の氏名、施設や事業所名を書いてください。
- 「利用者および家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」の欄は本人と家族がどのような生活をしたいかを記載するとともに、意向を踏まえたうえで自立支援に資する課題分析の結果を記入します。利用者と家族の意向が異なる場合にはそれぞれの主訴を区別して記載します。また本人、家族の意向は「穏やかに過ごしてほしい」という様なあいまいな書き方ではなく、「〇〇できるようになりたい」「本人に〇〇はできるようになってほしい」というような、課題解決につながる意向を引き出し、記載しましょう。

帳票15

- 介護認定審査会の意見およびサービス種類の指定の欄には介護保険被保険者証を確認し、記載されている場合はそれを転記してください。記載がない場合は「なし」と記載してください。
- 総合的な援助の方針については介護支援専門員、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、総合的な援助の方針を記載してください。
- あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定される場合には、その対応機関や連絡先についても記載してください。

17_【第４表】日課計画表（1 / 1）

※全ての項目に記載が必要。未記入のところがあれば追記する。
※固有名詞があれば修正の必要あり

	時刻	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
深夜	0:00						
	2:00						
	4:00						
早朝	6:00						
午前	8:00						
	10:00						
午後	12:00						
	14:00						
	16:00						
夜間	18:00						
	20:00						
深夜	22:00						
	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。

帳票17

- 【第４表】日課計画表です。施設サービス計画書作成においては帳票１１で説明を行いました、週間サービス計画表と、日課計画表との選定による使用を可能としています。
- 「共通サービス」、「担当者」には、日常の業務として、他の利用者と共通して実施するサービスと、担当者を記載してください。
- 「個別サービス」「担当者」には、その利用者に個別に実施するサービスと担当者を記載してください。
- 個別サービスとしてされている活動をもう一度考えていただき、記載してください。

12_評価表（1 / 2）

※全ての項目に記載が必要。未記入のところは追記する。
※固有名詞があれば修正の必要あり

短期目標	（期間）	援助内容			結果 ※2	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	サービス種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 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

＜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。

帳票12

- 左から右へ記載します。
- 画面左側「短期目標」、「期間」に、ケアプラン第２表に記載されている短期目標と期間を転記してください。
- 但し、評価表ですので短期目標の期間終了後に評価した結果を記載することが必要です。短期目標の期間に注意してください。
- 「サービス内容」「サービス種別」は、第２表に記載されている援助内容、※１にはサービス種別を転記してください。

帳票12

- 「結果※２」は、短期目標は予想を上回って達せられた（より積極的な目標を設定できる可能性がある）という場合には◎、短期目標は達せられた場合には○、期間延長を要するが、短期目標の達成見込みはある場合は△、短期目標の達成は困難であり見直しを要する場合は×１を、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場合は×２を記載してください。
- コメント欄（効果が認められたもの/見直しを要するもの）」は、介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や個別サービスを提供している事業者からの報告事項、主治医意見書等での指摘事項などを踏まえ、短期目標の達成時期の根拠となる状況や、次回のケアプランを策定するにあたり留意すべき事項を簡潔に記載することとなっています。

さいごに

- ご自身の事例の内容をもう一度確認して、必要な箇所は加筆修正してください。
- 必須項目の記入漏れ等がないか、提出前に「京都式」ケアプランン点検ガイドラインを基に点検することを推奨しています。
- 事例に関する質問はメールかFAX等の**書面**でご連絡ください。

【問い合わせ先】
メール：cm7504@kyotocm.jp
ＦＡＸ：０７５－２５４－３９７１

- 講義・演習（1日目）には、完成した事例の原本1部とコピー4部を必ず持参してください。