

00_提出指導事例表紙

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：23U

(1) 研修科目7科目のいずれに関連する指導事例か、該当する科目全てに○をしてください。

※選択した科目のいずれかで資料提供をしていただきます。提出する指導事例に含まれる要素を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	介護支援専門員に対して指導を行った内容について、研修で検討・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)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。

※指導事例提出に関する誓約書／指導事例提出に関する同意書および承諾証明書は、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）
指導事例提出に関する誓約書／指導事例提出に関する同意書および承諾証明書	指導事例提出に関する誓約書／指導事例提出に関する同意書および承諾証明書	指導事例提出に関する誓約書／指導事例提出に関する同意書および承諾証明書
00_提出事例（指導事例）表紙	00_提出事例（指導事例）表紙	00_提出事例（指導事例）表紙
S01_スーパービジョンの情報	S01_スーパービジョンの情報	S01_スーパービジョンの情報
S02_指導経過記録	S02_指導経過記録	S02_指導経過記録
▼バイジーの事例を転記（ただし、内容に不足がある箇所は追記すること）		
S03_基本情報アセスメントに関する項目	S03_基本情報アセスメントに関する項目	S03_基本情報アセスメントに関する項目
S04_主治医意見等記載用	S04_主治医意見等記載用	S04_主治医意見等記載用
▼受講者が指導したあとのバイジーの事例を転記、もしくは作成		
S05_指導後_課題整理総括表	S05_指導後_課題整理総括表	S05_指導後_課題整理総括表
S06_指導後_住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ	S06_指導後_住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ	S13_指導後_施設見取り図・ジェノグラム・エコマップ
S07【第1表】指導後居宅サービス計画書(1)	S12_指導後_介護予防支援計画書	S14【第1表】指導後施設サービス計画書(1)
S08【第2表】指導後居宅サービス計画書(2)		S15【第2表】指導後施設サービス計画書(2)
S09【第3表】指導後_週間サービス計画表	S09【予防版】指導後_週間サービス計画表	S09【第3表】指導後_週間サービス計画表 もしくは S16【第4表】指導後_日課計画表
S10_指導後_サービス担当者会議の要点	S10_指導後_サービス担当者会議の要点	S17_指導後_施設サービス担当者会議の要点
S11_指導後_評価表	S11_指導後_評価表	S18_指導後_施設評価表

S01_スーパービジョンに関する情報 (1 / 2)

受講コース：	受講者氏名：	提出事例作成日：
受講番号：		年 月 日

■主任介護支援専門員（バイザー）の基本情報

介護支援専門員の 経験年数		年 ヶ月	うち主任介護支援専門員の 経験年数		年 ヶ月	
基礎資格			基礎資格の実務経験年数		年 ヶ月	
相談受付時の 主任介護支援専門員 のポジション	所属事業所	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（看護小規模多機能型居宅介護） <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他				
	役職					
	地域活動					
所属事業所について	介護支援専門員数		名	うち主任介護支援専門員の数		名
	特定事業所加算	<input type="checkbox"/> 加算Ⅰ／ <input type="checkbox"/> 加算Ⅱ／ <input type="checkbox"/> 加算Ⅲ／ <input type="checkbox"/> 加算A／ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 該当なし				
	事業所所在地域の特徴					
		地域ケア会議参加の有無＜直近１年間＞ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
資質向上について （直近一年）	スーパービジョンに関する研修の受講歴					
	その他研修の受講歴					
	研究大会等での発表歴					
スーパービジョンの実践 （直近一年）	実践の場	<input type="checkbox"/> 地域 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他				
	対象者（複数選択）	<input type="checkbox"/> 同一法人の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()				
	頻度	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期				
	回数	直近一年で概ね　　回				

※□にチェック☑を記入（パソコン入力の方は□をクリック）してください。

S01_スーパービジョンに関する情報（2 / 2）

受講コース：	受講者氏名：	提出事例作成日：
受講番号：		年 月 日

■担当介護支援専門員（バイジー）の基本情報

介護支援専門員の 経験年数	年 ヶ月	性別		
基礎資格		基礎資格の実務経験年数	年 ヶ月	
相談時の 担当介護支援専門員 のポジション	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（看護小規模多機能型居宅介護） <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他			
担当介護支援専門員が これまで担当してきた ケースの特徴				
所属事業所について	介護支援専門員数	名	うち主任介護支援専門員の数	名
	特定事業所加算	<input type="checkbox"/> 加算Ⅰ／ <input type="checkbox"/> 加算Ⅱ／ <input type="checkbox"/> 加算Ⅲ／ <input type="checkbox"/> 加算A／ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 該当なし		
担当介護支援専門員の 直近一年における 研修等の履歴 （法定研修も含む）				

■担当介護支援専門員（バイジー）からの相談内容

受付年月日	
担当介護支援専門員からの 相談内容	
担当介護支援専門員との関係	<input type="checkbox"/> 内部（同一法人に所属） <input type="checkbox"/> 外部（別法人に所属）

■担当介護支援専門員（バイジー）への支援の内容・経過

主任介護支援専門員からみた 事例の問題点・課題	
主任介護支援専門員が考えた 担当介護支援専門員への 支援課題、支援（指導）の 目標と計画など	

※□にチェック☑を記入（パソコン入力の方は□をクリック）してください。

S02_指導経過記録 (1 / 2)

受講コース：	受講番号：	受講者氏名：	提出事例作成日：	年	月	日
--------	-------	--------	----------	---	---	---

※支援（指導）の経過の中で、担当介護支援専門員が「気づきを得た」ポイントや主任介護支援専門員として「気づきを与えたかった」ポイントを抽出し、分析する。「■分析するポイント」①②共に提出必須。

■分析するポイント①

「気づきを得た（与えたかった）場面」とその理由					
日時	指導事例の主な支援経過	相談及び指導した内容（バイジーとバイザーの逐語録）		主任介護支援専門員の視点・意図	
	例)利用者より相談の電話あり自宅訪問 ex	例)主任 CM:CM さんとしてはどのように支援していこうと考えておられますか？ バイジー:まずは家族負担を何とかしたいと思っています。		例)導入としてはまずバイジーの考えを聞き状況を把握する。	
担当介護支援専門員の変化・主任介護支援専門員の支援（指導）の評価					

- <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。

S02_指導経過記録 (2 / 2)

受講コース：	受講番号：	受講者氏名：	提出事例作成日：	年	月	日
--------	-------	--------	----------	---	---	---

※支援（指導）の経過の中で、担当介護支援専門員が「気づきを得た」ポイントや主任介護支援専門員として「気づきを与えたかった」ポイントを抽出し、分析する。「■分析するポイント」①②共に提出必須。

■分析するポイント②

「気づきを得た（与えたかった）場面」とその理由					
日時	指導事例の主な支援経過	相談及び指導した内容（バイザーとバイザーの逐語録）		主任介護支援専門員の視点・意図	
担当介護支援専門員の変化・主任介護支援専門員の支援（指導）の評価					

<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。

S03_基本情報_アセスメントに関する項目 (1 / 2)

受講コース：		受講番号：		受講者氏名：		提出事例作成日：		年	月	日
利用者情報	年齢：	歳	性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	要介護状態区分： <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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					

※指導後に把握した情報〔バイジ－の判断(変化)〕以外は指導前にバイジ－より聴取した情報を受講者がまとめて記載してください。

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)	指導後に把握した情報 [バイジ－の判断(変化)]
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。
- 5.特記すべきことが無い場合は「なし」、バイジ－が把握していない場合は「把握していない」など空欄が無いよう全ての枠に記載してください。

S03_基本情報_アセスメントに関する項目 (2 / 2)

受講コース：		受講番号：		受講者氏名：		提出事例作成日：		年	月	日
利用者情報	年齢：	歳	性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	要介護状態区分： <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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					

※指導後に把握した情報〔バイジ－の判断(変化)〕 以外は指導前にバイジ－より聴取した情報を受講者がまとめて記載してください。

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)	指導後に把握した情報 [バイジ－の判断(変化)]
じよく瘡 皮膚の問題					
口腔衛生					
食事摂取					
行動障害					
介護力					
居住環境					
特別な状況					

< 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。
- 5.特記すべきことが無い場合は「なし」、バイジ－が把握していない場合は「把握していない」など空欄が無いよう全ての枠に記載してください。

S04_主治医意見等記載用 (1 / 2)

受講コース:	受講者氏名:	提出事例作成日:
受講番号:		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 ☐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]

<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。

S04_主治医意見等記載用 (2 / 2)

受講コース:	受講者氏名:	提出事例作成日:
受講番号:		年 月 日

(5)身体の状態			
利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 身長＝ cm 体重＝ kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)			
<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: _____)			
<input type="checkbox"/> 麻痺			
<input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)			
<input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)			
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)			
<input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)			
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)			
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)			
4. 生活機能とサービスに関する意見			
(1)移動			
屋外歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用			
(2)栄養・食生活			
食事行為 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助 現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 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。)			
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(_____)・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(_____) ・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(_____)・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(_____) ・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____) <input type="checkbox"/> 不明			
5. 特記すべき事項			

<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。

S05 指導後 課題整理総括表 (1 / 2)

受講コース：	受講者氏名：	提出事例作成日：
受講番号：		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。

S05 指導後 課題整理総括表 (2 / 2)

受講コース：	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
受講番号：		

【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。

S06 指導後 住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ (1 / 1)

受講コース：	受講者氏名：	提出事例作成日：
受講番号：		年 月 日

<p>住宅見取り図</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 居室・トイレ・玄関・浴室 などの生活動線や段差記載 </div>	<p>ジェノグラム</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ○=女性 □=男性 ◎回=本人 ●■=死亡 </div>	
<p>エコマップ<指導前></p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-top: 20px; text-align: right;">  実践の太いものほど 重要若しくは強い結合 </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px; text-align: right;">  希薄な関係 </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px; text-align: right;">  ストレスのある、若し くは葛藤のある関係 </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px; text-align: right;">  資源・エネルギー・ 関心のフロー </div>		
<p>エコマップ<指導後></p>		

<事例作成の際の注意事項>

4. 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。
5. 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)
6. 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。

S12 指導後 介護予防支援計画書 (1 / 2)

受講コース：	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
受講番号：		

【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：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
日常生活(家庭生活)について	本人： 家族：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
健康管理について	本人： 家族：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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>

- 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。

S12 指導後 介護予防支援計画書 (2 / 2)

受講コース：	受講者氏名：	提出事例作成日：
受講番号：		年 月 日

【右側】

<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 継続		<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 申請中		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2		地域支援事業
目標とする生活 1年		支援計画				
目標	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。

S09_【予防版】指導後 週間サービス計画表 (1 / 1)

受講コース：	受講番号：	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。

S10_ 指導後 サービス担当者会議の要点 (1 / 1)

受講コース：		受講番号：		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	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。

受講コース：	受講番号：	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 ※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。