

令和6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。すべての欄に「**特記事項なし**」と記載してください。

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：24#

(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	
大腸直腸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	
換膿性膀胱の予防のケアマネジメント	
養老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】通関サービス計画表	11_【第3表】通関サービス計画表	11_【第3表】通関サービス計画表 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 】

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。
- 【居宅】【予防】【施設】で様式が異なります。グループホームの方は【施設】を選んでください。
- すべての帳票がそろっているか、チェックしてください。

01_基本情報_基本情報に関する項目

※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。

受付年月	令和	年	月	受付担当者	
年齢		性別			
主訴・意向	※相談内容や本人及び家族の意向を記載				
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	※介護保険の認定(支援・介護)情報を記載				
今回のアセスメント理由	※新規、更新、退院時等のアセスメント理由を記載				
利用者の社会保障制度の利用情報	※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				
現在利用している支援や社会資源の状況	※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				

<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詞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…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。

帳票01

- 基本情報に関する項目を記載するシートです。
- 年齢は〇才代前半・後半と記入してください。
- 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。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。

※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 (2 / 2)

※全ての項目に記載が必要。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。

※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)
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	虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項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。
- その他留意すべき事項・状況という箇所には利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関して記載してください。

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義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	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治療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"/> 無 ; <input type="checkbox"/> 有 { <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)	

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 (<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 右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 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(機が遊可) <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"/> かたん等による疼痛 <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	

帳票04

- 主治医の意見書を転記してください。
- お手持ちの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	<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
褥瘡・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 (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り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容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

※すべ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。

<p>住宅見取り図</p> <p>※家屋見取り図を記載する欄で、周辺地図を記載しないでください。</p> <p><施設の場合> ※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。</p>	<p>居室・トイレ・玄関・浴室などの 生活動線や設備記載</p>
<p>ジェノグラム</p>	<p>○=女性 □=男性 ◎=本人 ●=死亡</p>
<p>エコマップ</p>	<p>←→ 関係の強いものは太い線 重要度しくは強い線</p> <p>----- 有難な関係</p> <p>+++++ ストレスのある、または 苦しい関係</p> <p>→ 資源・エネルギー 関心のフロー</p>

<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詞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. 受託者の勤務(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 <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	※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イニシャル表記ではなく、アルファベット表記としてください。

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	<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
---------	---

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	<p>※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</p> <p>※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</p>
-----------	---

生活援助中心型の算定理由	<input type="checkbox"/> 1. 一人暮らし <input type="checkbox"/> 2. 家族等が障害、疾病等 <input type="checkbox"/> 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。
- 利用者・家族の生活に対する意向を記入し、その下に介護支援専門としての課題分析の結果を簡潔に記入してください。

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4年〇月〇日～令和5年〇月〇日	※「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4年〇月〇日～令和5年〇月〇日	※「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」に掲げたサービスのどの程度の「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詞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○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

※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:	<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詞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)
- 受贈者の勤務(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

※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】

		<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									
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			

【本来自らす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>

- 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名詞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)
- 受贈者の勤務(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								<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> ※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。 </div>
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	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。

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： <input type="checkbox"/> 課程Ⅰ <input type="checkbox"/> 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>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名義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及び職種、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

- 利用者・家族の生活に対する意向を記入し、その下に介護支援専門としての課題分析の結果を簡潔に記入してください。
- 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。

※固有名称があれば修正の必要あり

		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												
6:00												
早朝	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												
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。

※固有名称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。

帳票12

- 左から右へ記載します。
- 画面左側「短期目標」にケアプラン第2表に記載されている短期目標を転記してください。
- 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。短期目標の終了期間は事例提出日以前とし、終了時の評価を記載してください。
- 「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。
<http://www.kyotocm.jp/contents/kyotocpguideline/>
- 事例に関する質問はメールでご連絡ください。

【問い合わせ先】

メール：cm7504@kyotocm.jp

- 質問も研修の一環であり受講態度に含まれます。一方的に不満を述べたり、威圧的言動は研修受講の継続に影響する場合がありますのでご注意ください。