

<事例提出チェック表>

出典：茨城県介護支援専門員協会版一部改変

管理者承諾印

(氏名)

◎書類を提出する前に再度書類を点検し、不備がなければチェック欄に✓をしてください。

◎所属する事業所の管理者から事例提出の承諾印をもらってください。

◎事例は利用者名、家族の氏名、サービス事業所名、市町村などの個人が特定できる情報を伏せて作成してください。

No.	提出書類と確認事項		チェック
1	提出書類チェック表（本用紙）	上から順番に並べる	
2	事例様式1（提出事例）		
3	事例様式2（フェイスシート）		
4	課題整理総括表		
5	サービス担当者会議の要点		
6	介護予防サービス・支援計画書【地域包括支援センターに勤務の方のみ】		
7	介護サービス計画書（1表）【地域包括支援センター以外に勤務の方のみ】		
8	介護サービス計画書（2表）【地域包括支援センター以外に勤務の方のみ】		
9	介護サービス計画書（3表）【地域包括支援センター以外に勤務の方のみ】		
10	No.6またはNo.7～9の再作成した計画書（A'）※該当する場合に提出。		
11	事例様式3（支援経過）		
12	事例様式4（考察）		

※上記No. 1～12までの書類をナンバー順に重ねたものをクリップ留めをしてください。
 （ホチキス留めはしないでください）
 ※書類は必ずA4サイズで片面印刷にてお願いします。

主任介護支援専門員研修 提出事例

受講者氏名	
基礎資格 (主な資格を記載する)	
所属事業所種別 職名	☐ 居宅介護支援／ ☐ 小規模多機能／ ☐ 地域包括／ ☐ 介護老人福祉施設／ ☐ 介護老人保健施設／ ☐ 介護療養型病床／ ☐ グループホーム／ ☐ 特定施設／ ☐ その他 () 職 名 ()
介護支援専門員としての実務経験	年 月
事例提出者の所属機関の役割と主な業務内容	
事例提出者の置かれている状況・立場等	

支援困難になった主な要因3つまで選択 (表1より記載)				※該当○をつける 1.継続事例 2.終結事例
提出する事例を理解する上で参考となる地域特性について記載してください。				

提出事例フェイスシート

出典：茨城県介護支援専門員協会版一部改変

受講者氏名		所属機関の種別

事例タイトル						ジェノグラム
提出理由						
年 齢		性 別				
要介護認定区分		認定年月日				
身体障害者手帳	有 ・ 無	等級		取得年		
療育手帳	有 ・ 無	程度		取得年		
精神障害者保健福祉手帳	有 ・ 無	等級		取得年		
障害高齢者日常生活自立度		認知症高齢者日常生活自立度				
経済状況						

健康状態（既往歴・現病歴）	受診・服薬・医療処置等	健康に対する本人・家族の意識

生活歴（年齢と和暦） （例）出生時期・場所を記載する S ○ 年 隣市で出生 	
--	--

本人の意向・望む生活像（課題分析を通して可能な限り具体的に）	家族の意向・望む生活像（課題分析を通して可能な限り具体的に）
個人因子	環境因子

エコマップ

間取り

医療		福祉	
地域		家族	
心身機能・身体構造の状況 (睡眠、栄養・水分、視聴覚、痛み、口腔、排尿・排便、筋力、全身持久力、精神面など)		活動の状況 (立ち座り、浴槽のまたぎなどの起居動作、移動、運搬動作、洗髪・洗身、爪切り・耳掃除、着替え、買物、金銭管理、掃除など)	参加の状況 (家族の中での存在・本人の役割・友人、近隣との交流・集団活動への参加・交友関係など)
プラス面		プラス面	プラス面
差し障り・低下のある点		活動制限	参加制約

事例に対してあなたが介護支援専門員として捉えている課題	事業所レベルであなたが介護支援専門員として抱えている課題

※ジェノグラム、生活歴、エコマップ、間取りについては、手書きでも可。また、別な用紙に記載することも可。

課題整理総括表

利用者名 _____ 殿

作成日 / /

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			
褥瘡・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			
								改善	維持	悪化			

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】	※6

※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○印を記入。

※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○印を記入する。

※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(目標)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。

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 様 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

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 利用者:【 】 家族:【 】(続柄:) ※備考						
会議欠席者	所属(職種)	氏名	他の書類等の有無	出席できない理由		
			有 ・ 無			
			有 ・ 無			
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)						

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____ ～ _____

初回・紹介・継続 認定済 ・ 申請中 要支援1 ・ 要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ （初回作成日 _____ ）

担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

1日 _____ 1年 _____

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・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	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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無										
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無										
健康管理について		☐ 有 ☐ 無										

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

【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

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付 または 地域支援事業						

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____ 氏名 _____ 印

第1表

居宅(施設)サービス計画書(1)

作成年月日 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

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

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

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 ()

第2表

居宅(施設)サービス計画書(2)

利用者名

殿

年 月 日

[illegible]

第3表

週間サービス計画表(3)

利用者名 様

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								
午後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	0:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

出典：茨城県介護支援専門員協会版

支援經過

※ 1枚に収める必要はありません。適宜調整して下さい。

※ 相談者とは利用者・家族・事業者等のことです。

[illegible]

[illegible]