

<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

(申込者氏名)

◎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)	
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)	

上から順番に並べる

※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	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 / <input type="checkbox"/> 小規模多機能 / <input type="checkbox"/> 地域包括 / <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"/> 介護医療院(療養型医療施設) / <input type="checkbox"/> グループホーム / <input type="checkbox"/> 特定施設 / <input type="checkbox"/> 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 (事例の作成に関する諸注意 p.2 表1 参照)				※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。				

主任介護支援専門員研修 提出事例

受講者氏名	○山 △美
基礎資格 (主な資格を記載する)	介護福祉士
所属事業所種別 職名	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援/ <input type="checkbox"/> 小規模多機能/ <input type="checkbox"/> 地域包括/ <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"/> 介護医療院(療養型医療施設)/ <input type="checkbox"/> グループホーム/ <input type="checkbox"/> 特定施設/ <input type="checkbox"/> その他 () 職名 (管理者)
介護支援専門員としての実務経験	7 年 4 カ月
事例提出者の所属機関の役割と主な業務内容	当法人は、○○を目指していることから、当居宅介護支援事業所でも同じ方針に沿って運営されている。特に、地域への貢献について力を入れている。事業所は、私も含め4人の介護支援専門員が所属している。私は、管理者としての業務と介護支援専門員として35人の担当をしている。その他、月 1~2 件程度の要介護認定調査も担っている。
事例提出者の置かれている状況・立場等	管理者として、3人の介護支援専門員が担当している方の把握、3人の介護支援専門員からの相談や支援についての指導をしている。3人とも、実務経験年数が異なることから、その経験に合わせて指導することは、自分自身の業務をしながら行うため、負担が大きく、きちんとできているか心配である。

支援困難になった主な要因3つまで選択 (事例の作成に関する諸注意 p.2 表1 参照)	3	11	15	※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。

○○市の高齢化は○%となっており、他の市町村と同じように人口が減っている。要介護認定率は○%台で県内でも低い方である。

特徴としては、○○をベッドタウンとする新興住宅地と農村地域とに分かれている。農村地域では、何代もそこで住んでいる方のため、地縁や血縁が強い地域である。近隣に親類縁者がおり、また幼少期から知っている間柄である方も多い。一方新興住宅地では、昭和 50 年代から整備された地域であることから、地縁や血縁はあまり強くない。サラリーマン家庭が多く、地域での行事もあまり活発ではない。今回の事例は、新興住宅地にお住まいの方である。その新興住宅地は、昭和 50 年代から整備されているが、世代が代わり住宅を建て直す家も出てきている。近隣は退職している方が多く、新興住宅地でも高齢者が増えてきている地域でもある。しかし、退職された方がボランティアや防災ボランティアなど活動が活発になってきているような面もみられる。

医療機関としては、二次救急医療機関が 1 か所ある。訪問診療については、いくつかのクリニックが行っており、相談しやすい環境にある。訪問看護ステーションは 2 か所しかなく、受け入れが出来ない場合もあるため、その場合は市外の訪問看護ステーションを依頼する場合もある。

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 ※手書き可	
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）※手書き可

(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 ※手書き可

間取り ※手書き可

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

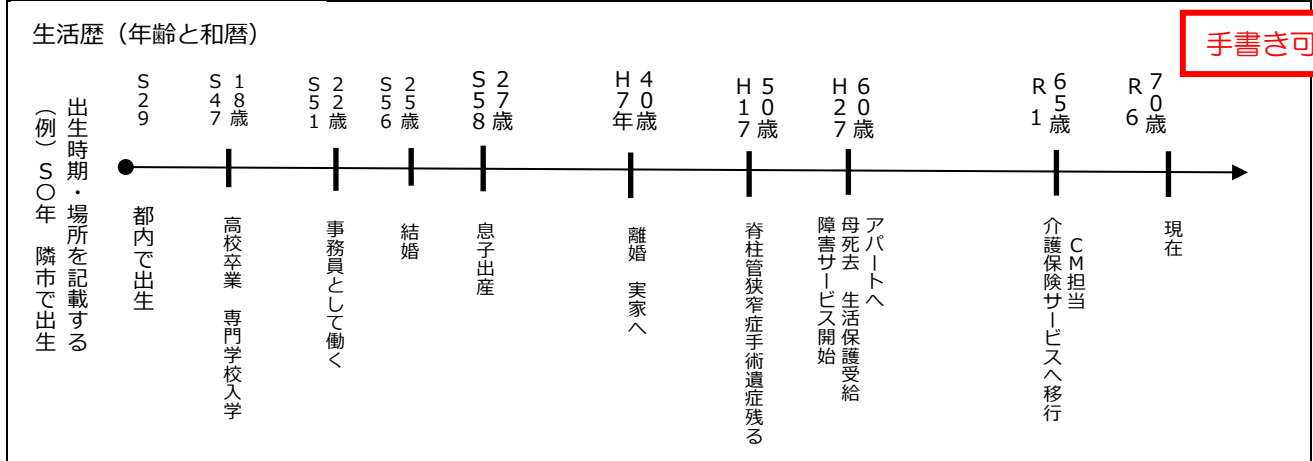
※ジェノグラム、生活歴、エコマップ、間取りについては、手書きでも可。また、別な用紙に記載することも可。

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	○山 △美				所属機関の種別	
					居宅介護支援	
事例タイトル	支援者が適切と思う支援ができていない独居の支援					ジェノグラム
提出理由	本人の意向で適切なサービス利用ができず、どのように支援していけばよいか悩んでいるため。					
年齢	70	性別	女性			
要介護認定区分	要介護2	認定年月日	R5.0月◎日			
身体障害者手帳	有・無	等級	2級	取得年	×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	A2	認知症高齢者日常生活自立度	自立			
経済状況	生活保護受給					

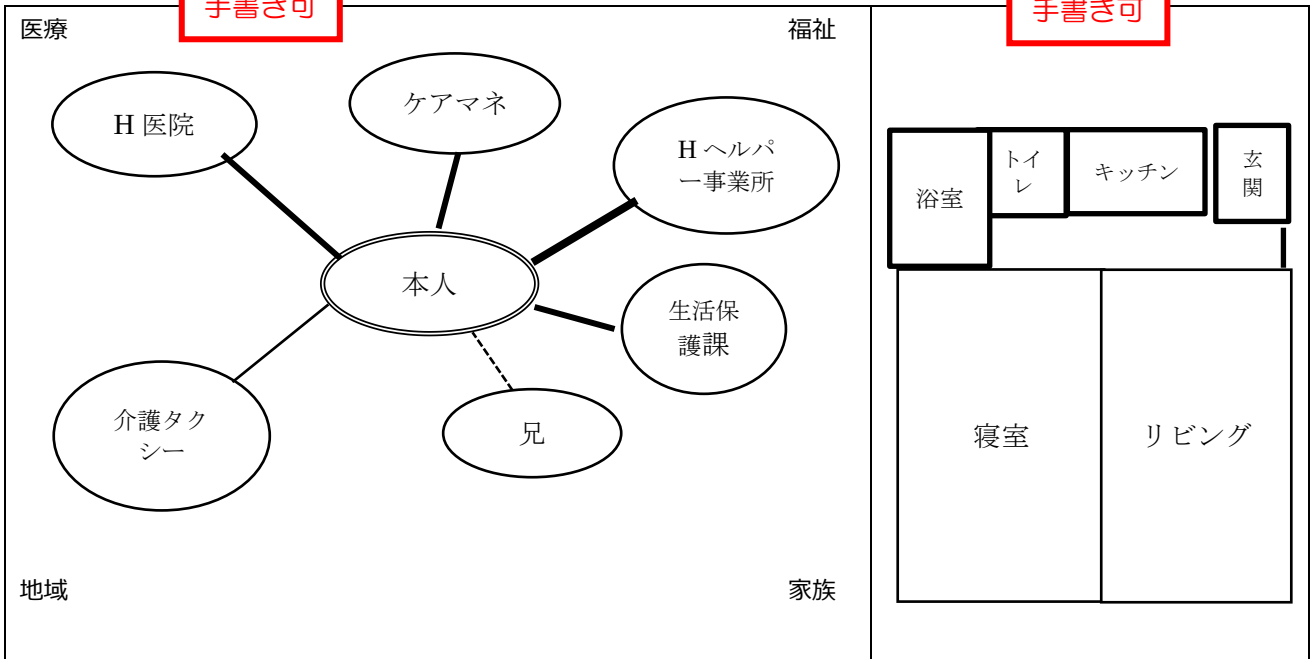
健康状態（既往歴・現病歴）	受診・服薬・医療処置等	健康に対する本人・家族の意識
既往歴 20××年 脊柱管狭窄症術後・坐骨神経痛 現病歴 20××年 脊柱管狭窄症後遺症による不全麻痺 19××年 高血圧 20××年 メニエール病 20××年 白内障	受診 H 病院 内科・眼科・耳鼻科 介護タクシーにて 3MI に 1 度通院 服薬 アムロジピン 5mg 1錠 朝食後 メコバラミン錠 500「トーフ」3錠 1日3回 毎食後 ヘスヒスチンシル酸塩酸 6mg 1錠 1日3回 ヒアルロン酸Na点眼液 0.1% 1日4回 両目	本人 脊柱管狭窄症の手術の後遺症でマヒが残り仕事ができなくなった。足の痛みがあるが整形外科には不信感がありかかりたくない。 通院は大変だけど通っている病院は信頼できるので通い続けたい。 家族（兄） 自分も高齢で遠方なので受診は付き添えない。足が悪くなっているので受診はしてほしいと思うが本人に任せている。



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） ・可能な限り施設に入らず、自分のペースで生活したい。 ・自分の子供とは疎遠。兄も高齢で遠方なので迷惑をかけたくない ・自分のペースを乱されたくない。	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） 兄： ・昔から自分の意向を曲げず、人の言うことを聞かないので本人の意向で支援してもらえればよいと思う。 ・転んだり体調が悪化したりして入院などしないでほしい。 ・自分も同居や介護は難しいのでできれば環境の整った施設で安全に暮らしてもらいたい。
個人因子 70歳女性。 25歳で結婚。子供を出産するが40歳の時に離婚。親権は夫が持ち、子供とは疎遠。 離婚後両親と住む。事務員をしていたが50歳の時に脊柱管狭窄症の術後の後遺症で仕事ができなくなる。親の死去後生活保護受給。 自身の生活ペースやスタイルを大切にする。感情の起伏が激しい。	環境因子 アパートの1階に居住。自宅内段差多し。 坂が多く、駅まで徒歩で15分だが歩行困難にて通院や外出は介護タクシー利用 買い物はヘルパーに頼んでいる 訪問介護週2回 自宅内に置き型手すり設置。 市の介護タクシー券交付 生活保護受給

手書き可

手書き可



<p>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)</p>	<p>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)</p>	<p>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)</p>
<p>プラス面</p>	<p>プラス面</p>	<p>プラス面</p>
<p>排尿・排便行為は自身で行えている 食事はおにぎりを自身で握って冷凍し、生協の総菜や冷凍おかずとともに温め食べている 夜は2回ほどトイレに起きるが、比較的眠れている 視聴覚は支障ない</p>	<p>自宅内の移動は這って行っている 着替えは自身でゆっくり行っている 起居動作は手すりがなくともゆっくり行っている 入浴は週3回 シャワー浴であるが自身で行えている 生協で頼むことはできる</p>	<p>ヘルパーとは良好な関係を築いている 時間をかけ自宅での家事を行っている 礼儀正しい几帳面な性格</p>
<p>差し障り・低下のある点</p>	<p>活動制限</p>	<p>参加制約</p>
<p>右の股関節や両ひざの痛みが悪化している。 両下肢の筋力が低下しており歩行が難しくなっている 気持ちの浮き沈みが激しく、特に自分のペースが乱されたり思い通りにいかないと怒りだしたりひどく落ち込んだりする</p>	<p>立ちあがりやひざを伸ばして行えない。 座位が左に傾いてしまい姿勢が不安定 浴槽への跨ぎは困難 買い物はできない 爪切りは自分でできない</p>	<p>一人暮らし 近隣に知人や友人はいない 兄は県外に居住ですぐに駆け付けられない 集団生活は苦手 子供とは疎遠</p>

<p>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</p>	<p>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</p>
<p>本人の困りごとの原因である整形疾患へのアプローチができていない 入浴支援や機能訓練などのサービスの導入を提案するが本人が希望せず、適切な支援が行えない。 介護者がおらず、緊急時の対応についてどのようにしたらよいか</p>	<p>意思決定支援 本人の望む暮らしの実現のためのアプローチ方法 身寄りのない方の緊急時の対応</p>

※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可。

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）
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
日常生活(家庭生活)について		<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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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									
夜間	18:00									
	20:00									
深夜	22:00									
	0:00									
週単位以外のサービス										

