

ア) 基本情報・アセスメント

研修	専門研修課程Ⅰ・更新研修B1	受講番号 ※受講決定通知に記載	氏名	
----	----------------	--------------------	----	--

作成日: 20 年 月 日

1	基本情報(受付年月日、受付担当者、受付経路、氏名・性別・年齢・住所・電話)				
2	これまでの生活と現在の状況		7	主訴・意向	
3	利用者の社会保障制度の利用状況		8	認定情報	
4	現在利用している支援や社会資源の状況		9	今回のアセスメントの理由	
5	日常生活自立度(障害)	6			

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・家族の思い・意向	考える視点(原因、強み、可能性、リスク)	ケアの方向性(複数の提案)
10	健康状態		【健康状態】	【健康状態】
11	ADL			
12	IADL			
13	認知機能や判断能力		【心身機能・身体構造】 【活動】 【参加】	【心身機能・身体構造】 【活動】 【参加】
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況			
15	生活リズム			
16	排泄の状況			
17	清潔の保持に関する状況			
18	口腔内の状況			
19	食事摂取の状況		【背景因子(環境因子・個人因子)】	【背景因子(環境因子・個人因子)】
20	社会との関わり			
21	家族等の状況			
22	居住環境			
23	その他留意すべき事項・状況			

「考える視点 原因 強み 可能性 リスク」「ケアの方向性 複数の提案」は 演習時に作成するため 空欄のまま提出

【イ 事例検討用紙】① ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定

研修： 専門研修課程 I・更新研修 B1 受講番号： _____ 氏名： _____

1. 事例タイトル			
2. 事例提出の理由 (何を検討したいのか)			
3. 事例概要	Aさん 年齢： 代 前半 半ば 後半		
	介護区分		障害手帳：有（ ）・無
	現病歴		既往歴
	ジェノグラム		生活歴
	現在の生活状況 ・ADL ・IADL ・コミュニケーション ・居住環境 ・社会との関わり ・その他		
4. 利用者・家族の生活に対する意向			
5. 介護支援専門員の関わり			
6. 考察・所感			

第1表

居宅サービス計画書(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 _____ 様 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 令和 _____ 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 令和 _____ 年 月 日

認定日 令和 _____ 年 月 日 認定の有効期間 令和 _____ 年 月 日 ~ 令和 _____ 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	
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()

利用者名 _____ 様

居宅サービス計画作成者 氏名 _____

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				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

※1 「保険給付対象かどうかの区分」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。

週間サービス計画表

利用者名 _____ 様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
	16:00								
	18:00								
午後	20:00								
	22:00								
夜間	24:00								
	2:00								
深夜	4:00								

週単位以外のサービス