

専門課程 I

事例の提出方法

7月24日、25日の「ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び学習課題の設定」では、自分のケアマネジメントとプロセスを振り返るために事例を持参していただきます。

(事例の処遇検討が目的ではありません)

1. 事例の概要

通常業務で自分が課題分析（アセスメント）し、その結果を踏まえて作成した介護サービス計画書などを提出してください。

- (1) 事例概要（様式1）
- (2) 基本情報（様式2）
- (3) 課題分析（アセスメント）概要（様式3、その他各自業務で使用しているアセスメントシート）
- (4) 課題整理総括表・評価表
- (5) 介護サービス計画書（各事業所で使用しているもの）

居宅 居宅サービス計画書 第1表 第2表 第3表 支援経過記録

施設 施設サービス計画書 第1表 第2表 第3表又は第4表 支援経過記録

グループホーム・小規模多機能・特定施設

認知症対応型共同生活介護・特定施設サービス計画等、指定の様式はなく、各事業所が使用しているもので可ですが、標準様式（施設）第1表～第4表、支援経過記録に相当するもの

介護予防支援事業所

介護予防サービス・支援計画書、介護予防サービス・支援評価表、介護予防支援経過記録

- (6) 計画作成時の主治医意見書、認定調査（特記事項）

※ (1)～(5)までを1セットにして、左上をホチキスで留めてください。 (6) 及び支援経過記録はアセスメントに至る経緯等の補足のために使用していただきます。支援経過記録に関しては提出プランの作成時の前後2か月分程度を用意してください。

※ 課題整理総括表の記入については、「課題整理総括表・評価表の手引き」（参考 厚生労働省 介護保険最新情報 Vol. 379）を参照してください。

2. 個人情報保護

資料には、利用者の個人情報保護のため、氏名、住所は伏せて（仮名、黒塗り）、その他個人を特定する情報についても同様に配慮して下さい。

(例) 住所：A市、B市 氏名：C様、D様 医療機関：〇〇内科、△×医院
職業や生活歴は特定できないよう配慮する。

3. 提出方法

研修日(7/24)に上記(1)～(5)を1セットにしたものを8部忘れずに持参してください。

4. 留意事項

- ・研修の目的上、提出した事例を用いての演習となります。提出できない場合は他の受講生にも迷惑をかけることとなりますので必ず持参して下さい。
- ・書式については特に指定はありません。
- ・事例提出について不明な点は、下記事務局までお問い合わせ下さい。

■問い合わせ先■

青森県介護支援専門員協会事務局 【業務時間：平日 AM9:00～PM5:00】
〒030-0801 青森県青森市新町2丁目8-21 青森県医師会館6階
TEL：017-721-3731 FAX：017-721-3732

様式1

事例概要

事例のタイトル

事例の概要（わかるように簡潔に）

基本情報

受付（平成 年 月 日） 受付者（ ） 受付方法（ ）

利用者名		性別		生年月日	年 月 日生
住 所				電話番号	
主 訴	(相談内容)				
	(本人・家族の要望)				
生活歴・ 生活状況	(生活歴)			(家族状況)	
	(経過・病歴等)			(主治医)	
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度	
認定情報				認定日	
課題分析 (アセスメント) 理由					
障害等の認定・その他					
現在利用しているサービス					

様式3

課題分析（アセスメント）概要

健康状態		
ADL		
IADL		
認知		
コミュニケーション能力		
社会との関わり		
排尿・排便		
褥瘡・皮膚の問題		
口腔衛生		
食事摂取		
問題行動		
介護力		
居住環境		住宅見取り図
特別な存在		

課題整理総括表

利用者名

殿

作成日

① 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		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	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	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	全介助	改善 維持 悪化	
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助	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	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	全介助	改善 維持 悪化	
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助	全介助	改善 維持 悪化	
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助	全介助	改善 維持 悪化	
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助	全介助	改善 維持 悪化	
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助	全介助	改善 維持 悪化	
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助	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	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	全介助	改善 維持 悪化	
買物		自立	見守り 一部介助 全介助	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	

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6
利用者及び家族の生活に対する意向		

※1 本表式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別紙に詳細な履歴取集・分析を行ふこと。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各観的事実を記載する。選択後に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」である場合は「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後に○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り見込まれる効果の状態(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。

