

## 様式1

### 事例概要

事例のタイトル
事例の概要（内容がわかるように簡潔に記載してください）
主任介護支援専門員からみた事例の問題点・課題
主任介護支援専門員による指導支援の経過

## 基本情報

受付（      年    月    日）      受付者（      ）      受付方法（      ）

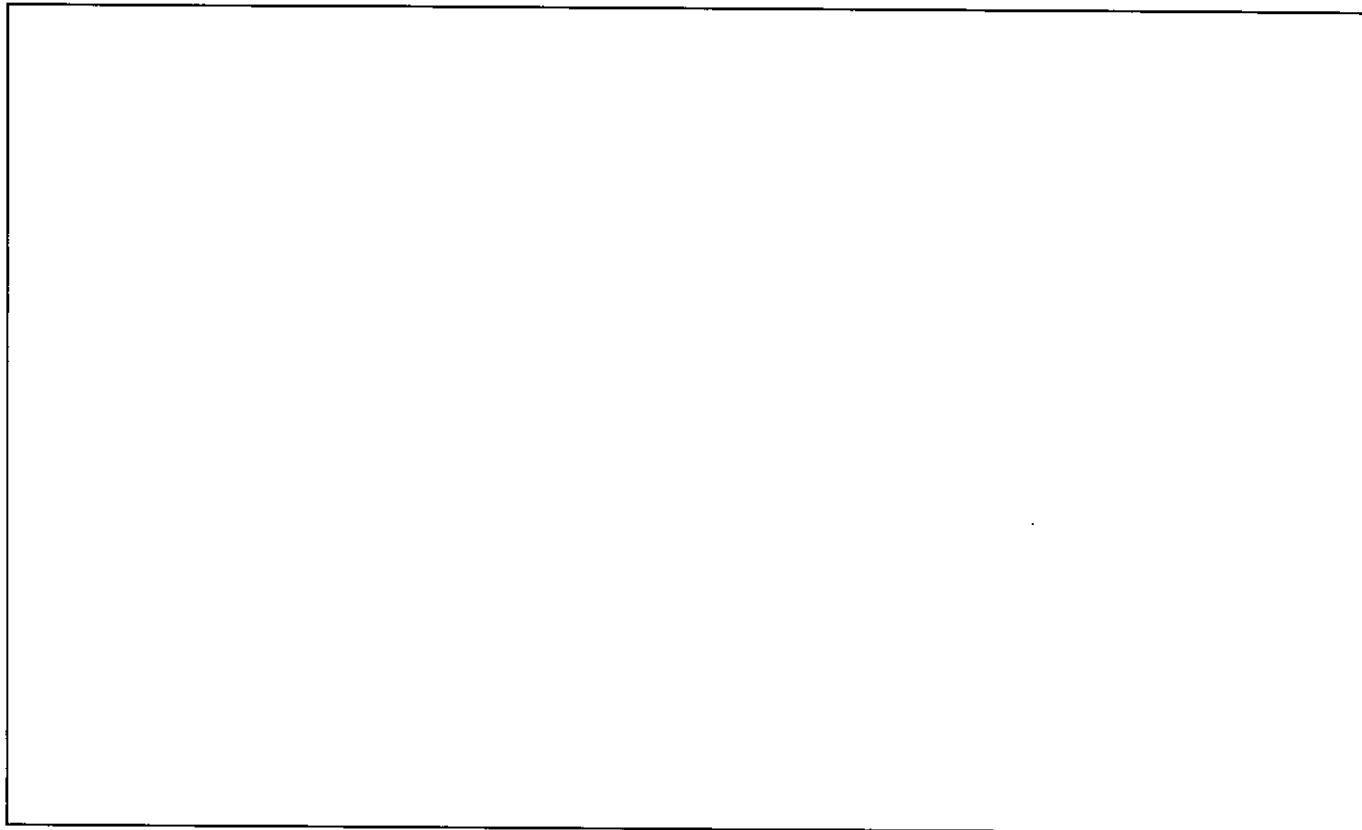
利用者名		性別		生年月日	年    月    日生
主    訴	(相談内容)				
	(本人・家族の要望)				
生活歴・ 生活状況	(生活歴)			(家族状況)	
	(経過・病歴等)			(主治医)	
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		
認定情報				認定日	
課題分析 (アセスメント) 理由					
障害等の認定・その他					
現在利用しているサービス					

様式3-1

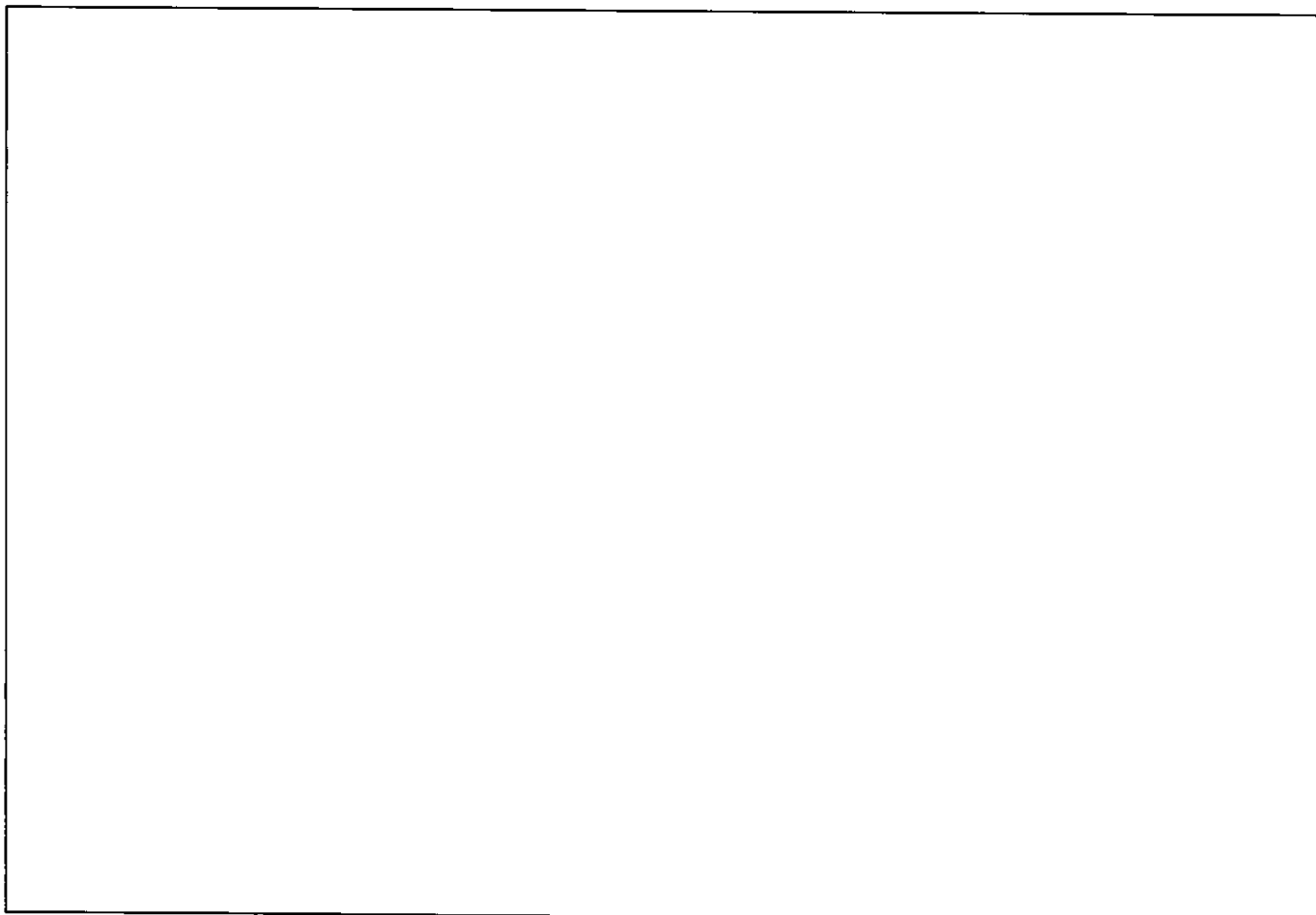
課題分析（アセスメント）概要

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
特別な状況		

様式3-2  
エコマップ



ジェノグラム



課題整理総括表

作成日

/ / 利用者名

殿

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)		見直し ※5	
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	自立 見守り	一部介助 全介助			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	自立 見守り	一部介助 全介助			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	自立 見守り	一部介助 全介助			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		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
認知		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
社会との関わり		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
褥瘡・皮膚の問題		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
行動・心理症状(BPSD)		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
介護力(家族関係含む)		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
居住環境		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					

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

※1 本表式は施設者でありケアマネジャーではないため、必ず別紙に詳細な経緯等を記載し、施設長に捺印して記入すること。なお「状況の事実」の各項目は詳細な評価項目に準拠して記入し、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。直筆(捺印)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、そのよう状況をもたらししている要因を、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 今回の影響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欄に○印を記入する。  
 ※5 「要因」および「対応策/維持の可能性」を詳述し、原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況(目標)を記載する。  
 ※6 本計画期間内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上げることが困難な課題には「-」印を記入。

# 評価表

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿      作成日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント <small>(効果が認められたもの/見直しを要するもの)</small>
		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短期延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけが困難であり見直しを要する