

様式1

事例概要（主任研修用）

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）

様式1

事例概要（主任更新研修用）

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（      ）

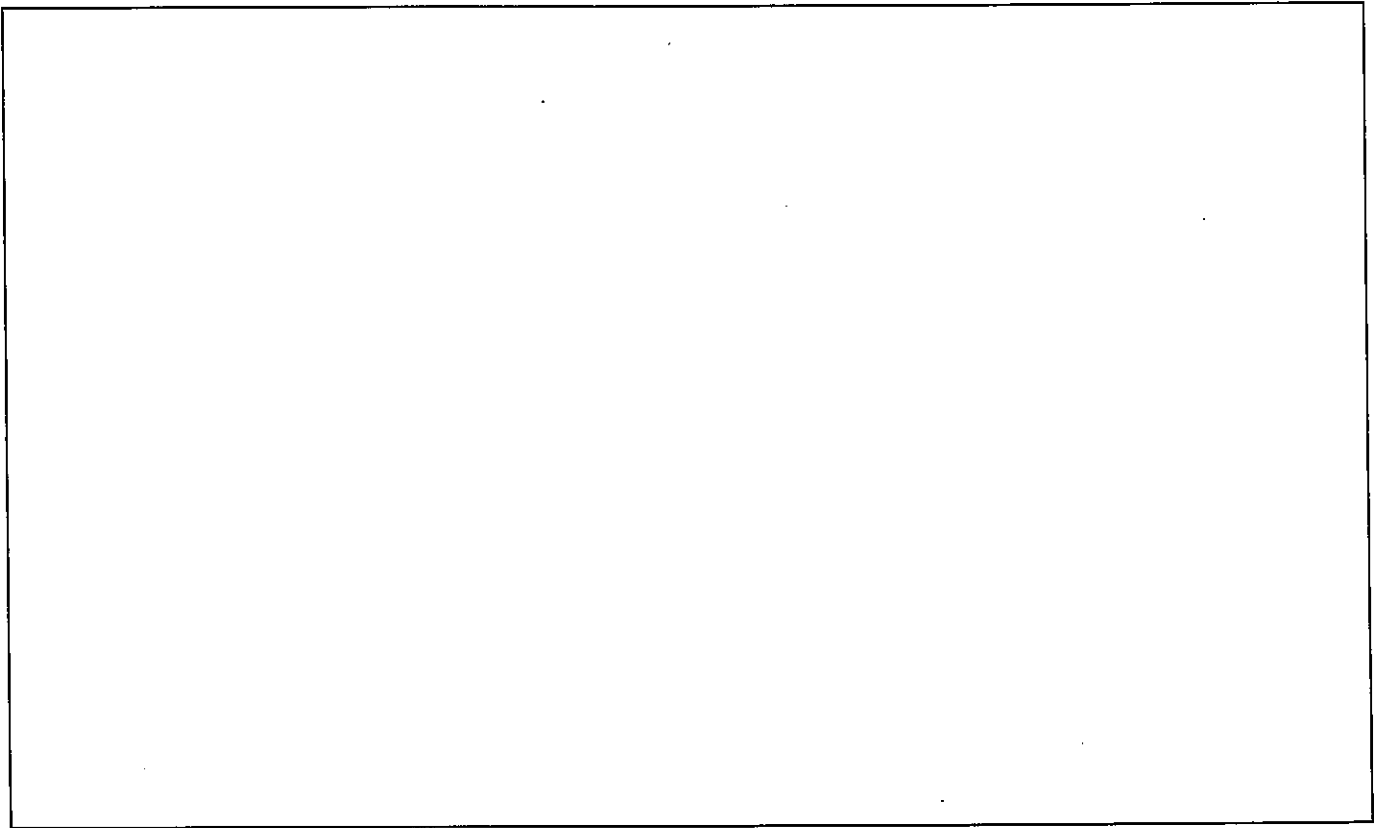
利用者名		性別		生年月日	年    月    日生
主    訴	(相談内容)				
	(本人・家族の要望)				
生活歴・ 生活状況	(生活歴)		(家族状況)		
	(経過・病歴等)		(主治医)		
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		
認定情報				認定日	
課題分析 (アセスメント) 理由					
障害等の認定・その他					
現在利用しているサービス					

様式3-1

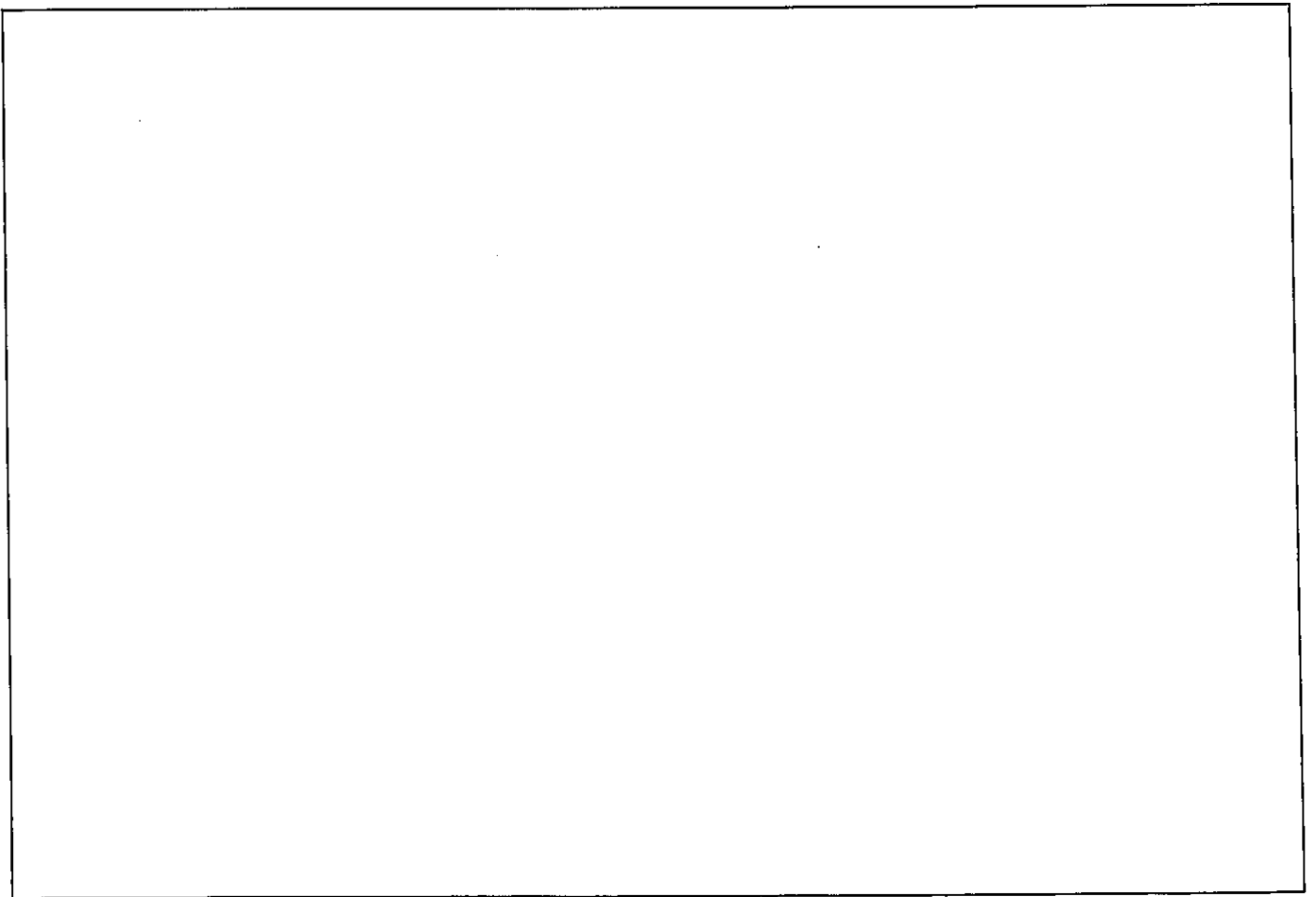
課題分析（アセスメント）概要

健康状態		
ADL		
IADL		
認知機能		
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		
BPSD (行動、心理症状)		
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

股

① 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		② 現在 ※2		③ 要因※3		④ 改善/維持の可能性※4		⑤ 備考(状況・支援内容等)		⑥ 利用者及び家族の生活に対する意向		⑦ 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】		⑧ ※6	
移動	室内移動 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 食事摂取 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 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 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		支援なし	支援あり			改善 維持	悪化								
認知		支援なし	支援あり			改善 維持	悪化								
社会との関わり		支援なし	支援あり			改善 維持	悪化								
褥瘡・皮膚の問題		支援なし	支援あり			改善 維持	悪化								
行動・心理症状(BPSD)		支援なし	支援あり			改善 維持	悪化								
介護力(家族関係含む)		支援なし	支援あり			改善 維持	悪化								
居住環境		支援なし	支援あり			改善 維持	悪化								

※1 本表では日常生活でもありケアレスミスやコンプライアンス違反は含まないため、必ず別紙に詳細な課題整理・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分類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課題の事実を記載する。選択肢に○印を記入。  
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「見守り」以外である場合に、そのような状況をまとめている要因系、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(大数字)を記入する(複数の番号を記入可)。  
 ※4 今回の改善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」を指し、悪化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悪化の速減(自覚)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。

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 (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		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 短期目標の表現度合いを5段階で記入する。 ◎:短期目標は予定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、期間延長を要する、×:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する

様式5 主治医意見等記載用 (1 / 2)

研修名：	
受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
最終診察日	年 月 日
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>1. 傷病に関する意見</b>	
(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日	
1. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	
<b>2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)</b>	
処置内容 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)	
<b>3. 心身の状態に関する意見</b>	
(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない	
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状名： _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無)	

<事例作成の際の注意事項>

- 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
- 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
- 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。



様式5 主治医意見等記載用 (2 / 2)

研修名:	
受講者氏名:	提出事例作成日: 年 月 日

(5) 身体の状態  
 利き腕 ( 右 左 ) 身長= \_\_\_\_\_ cm 体重= \_\_\_\_\_ kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少 )  
四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)  
麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)  
右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)  
その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
関節の拘縮 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左  
褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動  
 屋外歩行 自立 介助があればしている していない  
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している  
 歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活  
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助  
 現在の栄養状態 良好 不良  
 → 栄養・食生活上の留意点 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針  
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊  
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 → 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し  
期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)  
訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導  
訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導  
通所リハビリテーション その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項  
 ・血圧 特になし あり ( \_\_\_\_\_ ) ・移動 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
 ・摂食 特になし あり ( \_\_\_\_\_ ) ・運動 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
 ・嚥下 特になし ありあり ( \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)  
無 有 ( \_\_\_\_\_ ) 不明

5. 特記すべき事項

<事例作成の際の注意事項>

- 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
- 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
- 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。