

演習「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」 に伴う事例提出の方法について（作成要領）

1 演習のねらい

受講者自身が担当しているサービス計画書等を持ち寄り、ケアマネジメントの視点（アセスメントの結果から課題（ニーズ）を導き出すまでの考え方、当該課題（ニーズ）に対するサービスの選定理由等）を発表し、相互の意見交換を通じて、サービス計画書作成におけるプロセス、支援方法の課題を認識・理解します。

2 提出期日（事前送付）

令和7年4月21日（月）消印有効 ※事務局に郵送でご提出ください。

3 当日（研修1・2日目）の準備

上記期日までに提出された資料は、研修1日目の演習用資料としてグループ単位（1グループ7人程度）で使用しますので、研修当日は「表紙」～「様式6 サービス計画書」までを必ず7部コピーしご持参ください。（ホッチキス等で1部ずつ留めること。）

4 様式データについて

様式データ（Word版）は下記ホームページからお取り寄せください。

愛媛県社協ホームページ【https://www.ehime-shakyo.or.jp/study/kaigoshien_kenshu01/】

『研修・資格』→『介護支援専門員研修』→『研修情報』→『01 介護支援専門員専門（更新）研修【研修課程Ⅰ】』→『事例研究・演習提出課題様式』

5 居宅（予防）サービス計画書を提出する方

【対象：地域包括支援センター（予防）、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所】

（1）提出事例の選定条件

現在の介護支援専門員証有効期間内の担当事例から選定してください。

受講者自身が、サービス計画書作成におけるプロセス、支援方法を振り返ることができるとともに、今後の支援方法等を担当指導者又は他の受講者から意見を伺いたい事例をご提出ください。

（2）提出物と留意点

No.	提出物	留意点
1	表紙	「演習日」、「所属事業所」、「氏名」、「受講No.」「連絡先」は、必ずご記入ください。
2	【様式1】課題分析表 基本情報項目 【様式2】課題分析表 アセスメント項目 【様式3】ジェノグラム ・エコマップ	（1）様式1「基本情報に関する項目」と様式2「アセスメントに関する項目」を各項目に従って記入してください。 日常生活自立度は、主治医意見書等の主治医等の判断と今回のプランのアセスメント時点の介護支援専門員の見立てを記載してください。 （2）様式2「アセスメントに関する項目」は、プラン作成時で作成してください。 （3） <u>特に生活状況等の項目に関しては、生活歴に加え、これまでの支援経過や利用者やその家族等の状態がわかるよう具体的に記入してください。</u> （4）様式1「基本情報に関する項目」の「家族状況」は、様式3「ジェノグラム・エコマップ」に詳細を記入してください。
3	【様式4-①】住宅の見取り図 （一般住宅用） 【様式4-②】施設の見取り図 （サービス付き高齢者住宅等用）	本人の住まい環境の平面図を作成してください。（手書き可） ※ <u>段差や部屋の扉等、利用者の生活動線がわかるよう詳しく記入してください。</u> ※一般住宅の場合は、様式4-①、サービス付高齢者住宅等の場合は、様式4-②を使用してください。

No.	提出物	留意点
4	【様式5】 I C F シート	課題分析表の情報に基づき、 I C F シートに分析してください。
5	【様式6】課題分析演習シート	各項目に従って記載を行ってください。
6	【様式7】居宅（予防）サービス計画書 （第1表、第2表、第3表） 又は介護予防サービス・支援計画表	様式は、事業所で使用している様式で構いませんが、第2表「課題（ニーズ）」欄に、【背景・要因】及び【本人・家族の思い】を必ず記入してください。 <u>※様式は居宅サービス計画書標準様式又は介護予防サービス・支援計画表（A3）とします。</u>
7	【様式8】誓約書・同意書	事例提出において個人情報保護の観点から、事例のケアプランを管理する事業所に使用目的を説明し、 <u>事例の内容を確認してもらった上で、誓約書・同意書を作成してください。</u> 切り取りしていない誓約書と同意書の写しを事例と合わせてご提出ください。 ※事業所に記載してもらふ欄も代表者氏名の欄はゴム印等の使用は不可。自署してください。

6 施設サービス計画書を提出する方

【対象：介護保険施設、特定施設入所者生活介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所】

(1) 提出事例の選定条件

現在の介護支援専門員証有効期間内の担当事例から選定してください。

受講者自身が、サービス計画書作成におけるプロセス、支援方法を振り返ることができるとともに、今後の支援方法等を担当指導者又は他の受講者から意見を伺いたい事例をご提出ください。

(2) 提出物と留意点

No.	提出物	留意点
1	表紙	「演習日」、「所属事業所」、「氏名」、「受講No.」「連絡先」は、必ずご記入ください。
2	【様式1】課題分析表 基本情報項目 【様式2】課題分析表 アセスメント項目 【様式3】ジェノグラム ・エコマップ	(1) No.1の「基本情報に関する項目」とNo.2「アセスメントに関する項目」を項目に従って記入してください。 日常生活自立度は、主治医意見書等の主治医等の判断と今回のプランのアセスメント時点の介護支援専門員の見立てを記載してください。 (2) No.2「アセスメントに関する項目」は、プラン作成時で作成してください。 (3) <u>特に生活状況等の項目に関しては、生活歴に加え、利用者の入所時や状態がわかるよう具体的に記入してください。</u> (4) 様式1「基本情報に関する項目」の「家族状況」は、様式3「ジェノグラム・エコマップ」に詳細を記入してください。
3	【様式4】施設の見取り図	本人の居室の詳細平面図を作成してください。（手書き可） <u>※段差や部屋の扉等、利用者の生活動線がわかるよう詳しく記入してください。</u> 併せて施設、ユニットの <u>平面図</u> を提出してください。既存パンフ等コピーの貼付又は添付可（枠内に入らない場合は、A4サイズ1枚ものを添付し冊子等の添付は不可）
4	【様式5】 I C F シート	課題分析No.1及びNo.2の情報に基づき、 I C F シートに分析してください。
5	【様式6】課題分析演習シート	各項目に従って記載を行ってください。

No.	提出物	留意点
6	【様式7】施設サービス計画書（第1表、第2表）、週間サービス計画書（第3表）又は日課計画表（第4表）	様式は、事業所で使用している様式で構いませんが、第2表「課題（ニーズ）」欄に、【背景・要因】及び【本人・家族の思い】を必ず記入してください。 ※様式は施設サービス計画書標準様式とします。 ※第3表、第4表は、いずれかで一方で結構です。
7	【様式8】誓約書・同意書	事例提出において個人情報保護の観点から、事例のケアプランを管理する施設に使用目的を説明し、 事例の内容を確認してもらった上で、誓約書・同意書を作成してください。 切り取りしていない誓約書と同意書の写しを事例と合わせてご提出ください。 ※事業所に記載してもらいたい欄も代表者氏名の欄はゴム印等の使用は不可。自署してください。

7 個人情報の取扱いについて

（1）事例提出の手順について

必ず自身が担当し、アセスメントや計画書等の作成をご自身で行った事例をご提出ください。
また、**事業所及び利用者から事例を提出するための同意を得てください。**事業所には、誓約書と同意書を作成してください。なお、同意が得られない等、事例提出が困難な場合、受講ができませんのでご注意ください。

（2）倫理的な情報配慮について

事例の提出時には、**特定の個人を識別できる情報に最大限の改変や隠匿を行ってください。**
注意が必要な情報には、氏名、居住地、年齢、利用施設名、援助者の氏名、職業等が含まれます。以下の点に留意してください。

- 個人や事業所等の固有名詞は、特定化できない記載方法（例：Aさん、B事業所など）としてください。
- 本人の生年月日は、記載しないこととし、年齢は「〇〇代後半」等の標記を行ってください。
- 県名、市町名や希少な場所等についても配慮を行ってください。（例：M市、O市、U市などは、松山、大洲、宇和島市と判定できるため、無作為なアルファベット標記とする。）
- 職歴に関しては、職場名などの詳細な情報の開示を控えてください。（例：会社員等）

8 その他留意点

- （1）受講者は**全員郵送で提出**してください。（事務局への持ち込み不可）
- （2）**手書きではなく、パソコンで作成してください（ジェノグラム・住宅・施設の見取り図等の作図は手書きでも結構です）。**
- （3）計画書は、事業所のソフトで作成されても結構ですが、実名等、個人情報の取扱いには十分ご注意ください。
- （4）項目事項において、特に記載事項がない場合は、特になし又は斜線等、空白のないようご注意ください。
- （5）提出の際は、片面印刷し、ホッチキスは使用しないでください。原本1部を提出期日までに下記事務局へ提出し、コピー1部を手元に残してください。
- （6）**提出課題は、折り目がつかないように、『角2の封筒』（縦33.2cm、横24cm）で提出してください。**

9 提出先・事務局

愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 長寿推進課（担当：平田・渡邊・久保）
〒790-8553 松山市持田町三丁目8番15号 愛媛県総合社会福祉会館2階
TEL 089-921-8359 / FAX 089-921-3398
Eメール caremane@ehime-shakyo.or.jp / URL <https://www.ehime-shakyo.or.jp/>

提出課題

居宅（予防）サービス計画書（居宅介護支援）

演習日	☐ A日程 【5月17日（土）】		
	☐ B日程 【5月18日（日）】		
所属事業所			
氏名		受講No.	
連絡先			

※連絡先は、日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。

1 提出物チェック（□にレ点を入れてチェックしてください。）

- ☐ 表紙
- ☐ 様式1 課題分析表（基本情報に関する項目）
- ☐ 様式2 課題分析表（アセスメントに関する項目）
- ☐ 様式3 ジェノグラム・エコマップ
- ☐ 様式4 見取り図
 - ☐ 様式4-① 住宅の見取り図（一般住宅用）
 - ☐ 様式4-② 施設の見取り図（施設（サービス付高齢者住宅等）用）
- ☐ 様式5 ICFシート
- ☐ 様式6 課題分析演習シート
- ☐ 様式7 サービス計画書
 - ☐ 【居宅】居宅サービス計画書（第1表・第2表・第3表）
 - ☐ 【予防】介護予防サービス・支援計画表（A3）
- ☐ 様式8 誓約書・同意書

2 提出期限

令和7年4月21日（月）消印有効

3 提出・問合せ先

愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 長寿推進課（担当：平田・渡邊・久保）
〒790-8553 松山市持田町三丁目8番15号 県総合社会福祉会館2階
TEL 089-921-8359 / FAX 089-921-3398
URL <https://www.ehime-shakyo.or.jp>

提出前にご確認ください！（□にレ点を入れてチェックしてください。）

- ☐ 片面印刷になっているか
- ☐ ホッチキス留めはしていないか（ホッチキス止めは不可）
- ☐ 個人情報の取扱いは遵守されているか

添付するケアプラン作成
時のアセスメント作成日

課題分析表

基本情報に関する項目

アセスメント日	令和 年 月 日 [初回 ・ 再 () 回目]			
居宅(施設)サービス計画作成時の状況				
氏名・性別・年齢・住所・電話	性別	生年月日	年※月※日 (歳)	
		電話番号		
家族状況	*ジェノグラム・家族状況等詳しい情報は別紙(様式3)に記載			
これまでの生活(生活歴)と現在の生活状況	※個人や事業所等の固有名詞は、特定化できない記載方法(例：Aさん、B事業所など)とする。 ※県名や市町名、希少な場所等についても配慮を行うこと。(例：M市、O市、U市などは、松山、大洲、宇和島市と判定できるため、無作為なアルファベット標記とする。) ※職歴に関しては、職場名などの詳細な情報の開示を控えること。(例：会社員・公務員等)			
利用者の社会保障制度の利用情報	医療保険種別： 障害種別： 種 級 (傷病名：) 年金種別： その他(生保、特定疾患等)：			
現在利用している支援や社会資源の状況	(介護保険、医療保険、社会福祉サービス、公的サービス、インフォーマルサポート等)			
日常生活自立度		障害高齢者	認知症高齢者	
	主治医意見書等			
	介護支援専門員			
利用者・家族の主訴・意向	介護支援専門員の欄は、アセスメント作成時のケアマネ自身の見立てを記入する			
認定情報	要介護度	年 月 日 ~ 年 月 日	申請	新規・更新・変更
	負担限度額認定	申請している・申請していない	負担割合	

アセスメントに関する項目	
健康状態 (現病歴や既往歴等日付など具体的に)	(健康状態及び心身の状況、受診、服薬、自身の生活に対する理解や意識の状況等) 「アセスメントに関する項目」は、プラン作成時で記入 (身長) (体重) (BMI)
本人のADL (「一部介助」のように一言にまとめず、状態や介助者等、具体的に記入すること)	寝返り： 起き上がり： 座位保持： 立位保持： 立ち上がり： 移乗： 移動方法： 歩行： 階段昇降： 食事： 整容： 更衣： 入浴： トイレ動作：
IADL及び介護(支援)の状況	調理： 掃除： 洗濯： 買い物： 服薬管理： 金銭管理： 電話： 交通機関の利用： 車の運転：
認知機能や判断能力	(認知機能の程度、判断能力、中核症状、周辺症状等)
コミュニケーションにおける理解と表出の状況	(視覚・聴覚等の能力、言語・非言語による意思疎通、コミュニケーション機器の使用等)
生活リズム	(1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、休息・睡眠の状況等)

排泄の状況	(排泄場所・方法、尿意や便意、排泄リズム、排泄内容等) 排尿： 排便：
清潔の保持に関する状況	(入浴・整容状況、皮膚・爪の状況、寝具・衣類の状況等)
口腔内の状況	(歯・義歯の状況、かみ合わせ、口腔内の汚れ・口臭・出血等口腔ケアの状況等)
食事摂取の状況	(食事摂取状況、水分量、摂食嚥下機能、食事制限の有無等)
家族や地域等 社会との関わり	(家族等との関わり、地域との関わり、仕事等との関わり等)
家族等の状況	(本人の日常生活・意思決定に関わる家族の状況、支援への参加状況、配慮すべき点)
その他留意すべき 事項・状況	(虐待、経済的困窮、医療依存度が高い状況、看取り等)

※必要に応じてスペースの幅を変更するなどしてください。

【ジェノグラム】

【家族状況の説明】（家族構成、関係性、家族の生活状況・健康状態・介護力等を具体的に記載）

【エコマップ】

【家族以外のサポート（フォーマル・インフォーマルを含む）について説明】

住宅の見取り図（※手書き可）

▲段差 →生活動線

※居宅内の生活スペースの環境も記載（生活動線・危険個所、整理整頓や住宅改修状況など）
※必要に応じてスペースの幅を変更するなどしてください。

本人の住まい環境の平面図を作成する。（手書き可）

※段差や部屋の扉等、利用者の生活動線がわかるよう詳しく記入。居宅内の生活スペースの環境も記入すること。

（生活動線・危険個所、整理整頓、家具の配置、住宅改修状況など）

居住環境
（自宅周囲の
環境及び利便
性も含む）

自宅周辺的环境等につい
て記入

施設の見取り図(本人の居室の詳細平面図) (※手書き可)

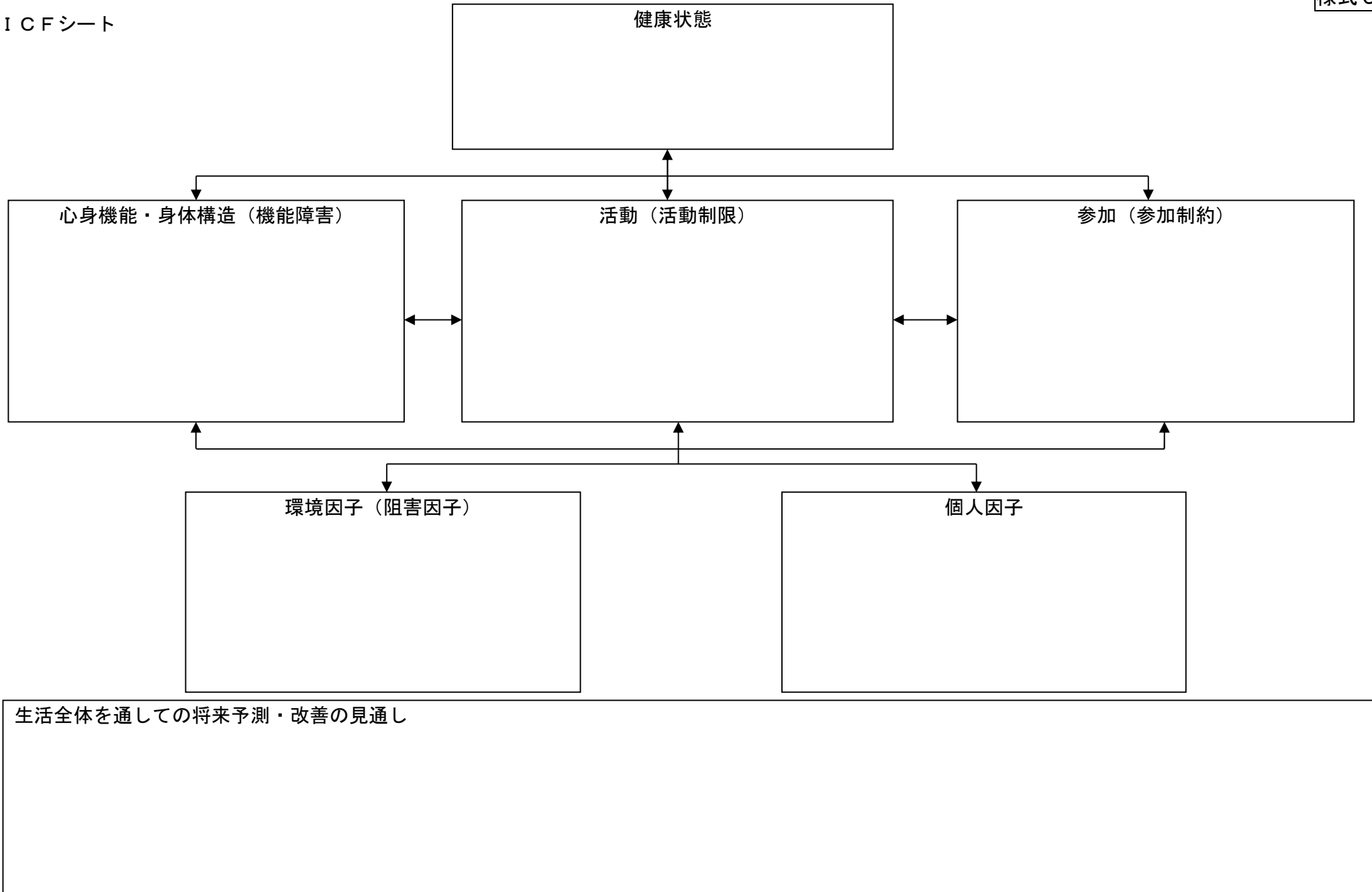
▲段差

→生活動線

※必要に応じてスペースの幅を変更するなどしてください。

(本人の居室の詳細平面図) 本人の居室の詳細平面図を作成。(手書き可) ※段差や部屋の扉等、<u>利用者の生活動線</u>がわかるよう詳しく記入。居宅内の生活スペースの環境も記入すること。(生活動線・危険個所、整理整頓、家具の配置など)	
(施設・ユニットの平面図) ※既存パンフ等コピーの貼付又は添付可 (枠内に入らない場合は、A4サイズ1枚ものを添付し、冊子等の添付は不可) ※施設周囲の環境も記載 施設、ユニットの平面図を記入。既存パンフ等コピーの貼付又は添付可 (枠内に入らない場合は、<u>A4サイズ1枚もの</u>を添付し、冊子等の添付は不可) ※パンフレットのコピーは住所や施設名等が分からないような配慮が必要。	
施設介護体制	
居住環境 (施設居室や公共部分等施設周囲の環境も含む)	

I C F シート



主 訴 または 相談時の思い	
----------------------	--

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状況・環境等)	① ③ ⑤ ⑦ ⑨ ⑪	② ④ ⑥ ⑧ ⑩ ⑫
------------------------------	----------------------------	----------------------------

現状の生活における 困りごと	現状の生活における困りごとの 原因・要因・背景	困りごとに対する 本人・家族の思いや希望	将来予測を踏まえた ケアマネとしての判断(見立て・見通し)		生活全般の解決 すべき課題(ニーズ)
(1)				➡	
(2)				➡	
(3)				➡	
(4)				➡	

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	
--	--

総合的な援助の 方針	
---------------	--

第 1 表

作成年月日 年 月 日

居宅サービス計画書（1）

利用者名（仮名） 様 生年月日 年 月 日 住所
 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. 家族等が障がい、疾病等 3. その他（ ）

第 2 表

作成年月日 年 月 日

居宅サービス計画書（2）

利用者名： 様

生活全般の解決すべき 課題(ニーズ)	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
(ニーズ)										
(背景・要因)										
(ニーズ)										
(背景・要因)										
(ニーズ)										
(背景・要因)										
(ニーズ)										
(背景・要因)										

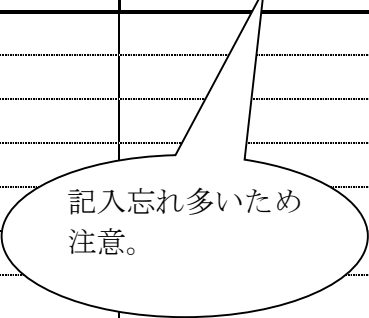
※1「保険給付の対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

作成年月日 年 月 日

週間サービス計画表

利用者名（仮名） 様

		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								
	14 : 00								
午後	16 : 00								
	18 : 00								
	20 : 00								
夜間	22 : 00								
	24 : 00								

週単位以外
のサービス

No. _____

利用者氏名 _____ 様

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援 1・要支援 2

地域支援事業

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） _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

1 日

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	介護保険 サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		□有 □無	1	1	1	1	()			事業所の名称の記載 不可。		
							2					
日常生活（家族生活） について		□有 □無	3	3	3	3	()					
社会参加・対人関係・ コミュニケーションに ついて		□有 □無					()					
健康管理について		□有 □無					()					

健康状態について

☐主治医意見書、生活機能評価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

必要な事業プログラムの下欄に○印を付けてください。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり防止	物忘れ予防	うつ予防

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。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

※本紙を切り取らずにコピーしたものを事例と併せて提出してください。
※自署でご記入ください。

様式 8

事例提出に関する誓約書・同意書

介護支援専門員（研修受講者）→事例を提供する事業所又は施設へ交付

誓 約 書

私（介護支援専門員）は、令和7年度介護支援専門員専門（更新）研修【研修課程Ⅰ】受講の際の事例提出において、以下のことをお約束し、研修修了後も誠実に守ることを誓います。

1. 利用者等の情報は、研修以外の目的で使用しません。また、研修以外の場所で情報を漏らすことはありません。
2. 事例を研修で使用する際は、個人名や個人が特定できる情報は記載しません。
3. 研修中の事例検討では、個人が特定される情報は話しません。
4. 研修中はもちろん、研修修了後においても、利用者に不利益になることはしません。

事例提出者
が記入

令和 年 月 日

介護支援専門員

所属事業所名

氏 名

（自署）

----- 切り取り -----

介護支援専門員（研修受講者）が保存

同 意 書

私は、令和7年度介護支援専門員専門（更新）研修【研修課程Ⅰ】を受講する介護支援専門員の事例提出にあたり、内容を確認しました。事例を提出し、研修で使用することに同意します。

事例のケアプランを管理
する事業所が記入。代表者
氏名の欄は手書きとする

令和 年 月 日

事例を提供する事業所又は施設

所属事業所（法人）名

代表者氏名

（自署）

※本人が事業所の代表者の場合、法人の代表者が記入すること。

（個人事業所の代表の場合は、一緒でも構わない。）

提出課題

施設サービス計画書（施設介護支援）

演習日	☐ A日程 【5月17日（土）】		
	☐ B日程 【5月18日（日）】		
所属事業所			
氏名		受講No.	
連絡先			

※連絡先は、日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。

1 提出物チェック（□にレ点を入れてチェックしてください。）

- ☐ 表紙
- ☐ 様式1 課題分析表（基本情報に関する項目）
- ☐ 様式2 課題分析表（アセスメントに関する項目）
- ☐ 様式3 ジェノグラム・エコマップ
- ☐ 様式4 施設の見取り図
- ☐ 様式5 ICFシート
- ☐ 様式6 課題分析演習シート
- ☐ 様式7-① 施設サービス計画書（第1表）
- ☐ 様式7-② 施設サービス計画書（第2表）
- ☐ 様式7-③ 週間サービス計画書（第3表）又は日課計画表（第4表）
- ☐ 様式8 誓約書・同意書

2 提出期限

令和7年4月21日（月）消印有効

3 提出・問合せ先

愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 長寿推進課（担当：平田・渡邊・久保）
〒790-8553 松山市持田町三丁目8番15号 県総合社会福祉会館2階
TEL 089-921-8359 / FAX 089-921-3398
URL <https://www.ehime-shakyo.or.jp>

提出前にご確認ください！（□にレ点を入れてチェックしてください。）

- ☐ 片面印刷になっているか
- ☐ ホッチキス留めはしていないか（ホッチキス止めは不可）
- ☐ 個人情報の取扱いは遵守されているか

添付するケアプラン作成
時のアセスメント作成日

課題分析表

基本情報に関する項目

アセスメント日	令和 年 月 日 [初回 ・ 再 () 回目]			
居宅(施設)サービス計画作成時の状況				
氏名・性別・年齢・住所・電話	性別	生年月日	年※月※日 (歳)	
		電話番号		
家族状況	*ジェノグラム・家族状況等詳しい情報は別紙(様式3)に記載			
これまでの生活(生活歴)と現在の生活状況	※個人や事業所等の固有名詞は、特定化できない記載方法(例：Aさん、B事業所など)とする。 ※県名や市町名、希少な場所等についても配慮を行うこと。(例：M市、O市、U市などは、松山、大洲、宇和島市と判定できるため、無作為なアルファベット標記とする。) ※職歴に関しては、職場名などの詳細な情報の開示を控えること。(例：会社員・公務員等)			
利用者の社会保障制度の利用情報	医療保険種別： 障害種別： 種 級 (傷病名：) 年金種別： その他(生保、特定疾患等)：			
現在利用している支援や社会資源の状況	(介護保険、医療保険、社会福祉サービス、公的サービス、インフォーマルサポート等)			
日常生活自立度	主治医意見書等 介護支援専門員	障害高齢者	認知症高齢者	
利用者・家族の主訴・意向	介護支援専門員の欄は、アセスメント作成時のケアマネ自身の見立てを記入する			
認定情報	要介護度	年 月 日～ 年 月 日	申請	新規・更新・変更
	負担限度額 認定	申請している・申請していない	負担割合	

アセスメントに関する項目	
健康状態 (現病歴や既往歴等日付など具体的に)	(健康状態及び心身の状況、受診、服薬、自身の病状に対する理解や意識の状況等) 「アセスメントに関する項目」は、プラン作成時に記入 (身長) (体重) (BMI)
本人のADL (「一部介助」のように一言にまとめず、状態や介助者等、具体的に記入すること)	寝返り： 起き上がり： 座位保持： 立位保持： 立ち上がり： 移乗： 移動方法： 歩行： 階段昇降： 食事： 整容： 更衣： 入浴： トイレ動作：
IADL及び介護(支援)の状況	調理： 掃除： 洗濯： 買い物： 服薬管理： 金銭管理： 電話： 交通機関の利用： 車の運転：
認知機能や判断能力	(認知機能の程度、判断能力、中核症状、周辺症状等)
コミュニケーションにおける理解と表出の状況	(視覚・聴覚等の能力、言語・非言語による意思疎通、コミュニケーション機器の使用等)
生活リズム	(1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、休息・睡眠の状況等)

排泄の状況	(排泄場所・方法、尿意や便意、排泄リズム、排泄内容等) 排尿： 排便：
清潔の保持に関する状況	(入浴・整容状況、皮膚・爪の状況、寝具・衣類の状況等)
口腔内の状況	(歯・義歯の状況、かみ合わせ、口腔内の汚れ・口臭・出血等口腔ケアの状況等)
食事摂取の状況	(食事摂取状況、水分量、摂食嚥下機能、食事制限の有無等)
家族や地域等 社会との関わり	(家族等との関わり、地域との関わり、仕事等との関わり等)
家族等の状況	(本人の日常生活・意思決定に関わる家族の状況、支援への参加状況、配慮すべき点)
その他留意すべき 事項・状況	(虐待、経済的困窮、医療依存度が高い状況、看取り等)

※必要に応じてスペースの幅を変更するなどしてください。

【ジェノグラム】

【家族状況の説明】（家族構成、関係性、家族の生活状況・健康状態・介護力等を具体的に記載）

【エコマップ】

【家族以外のサポート（フォーマル・インフォーマルを含む）について説明】

施設の見取り図(本人の居室の詳細平面図) (※手書き可)

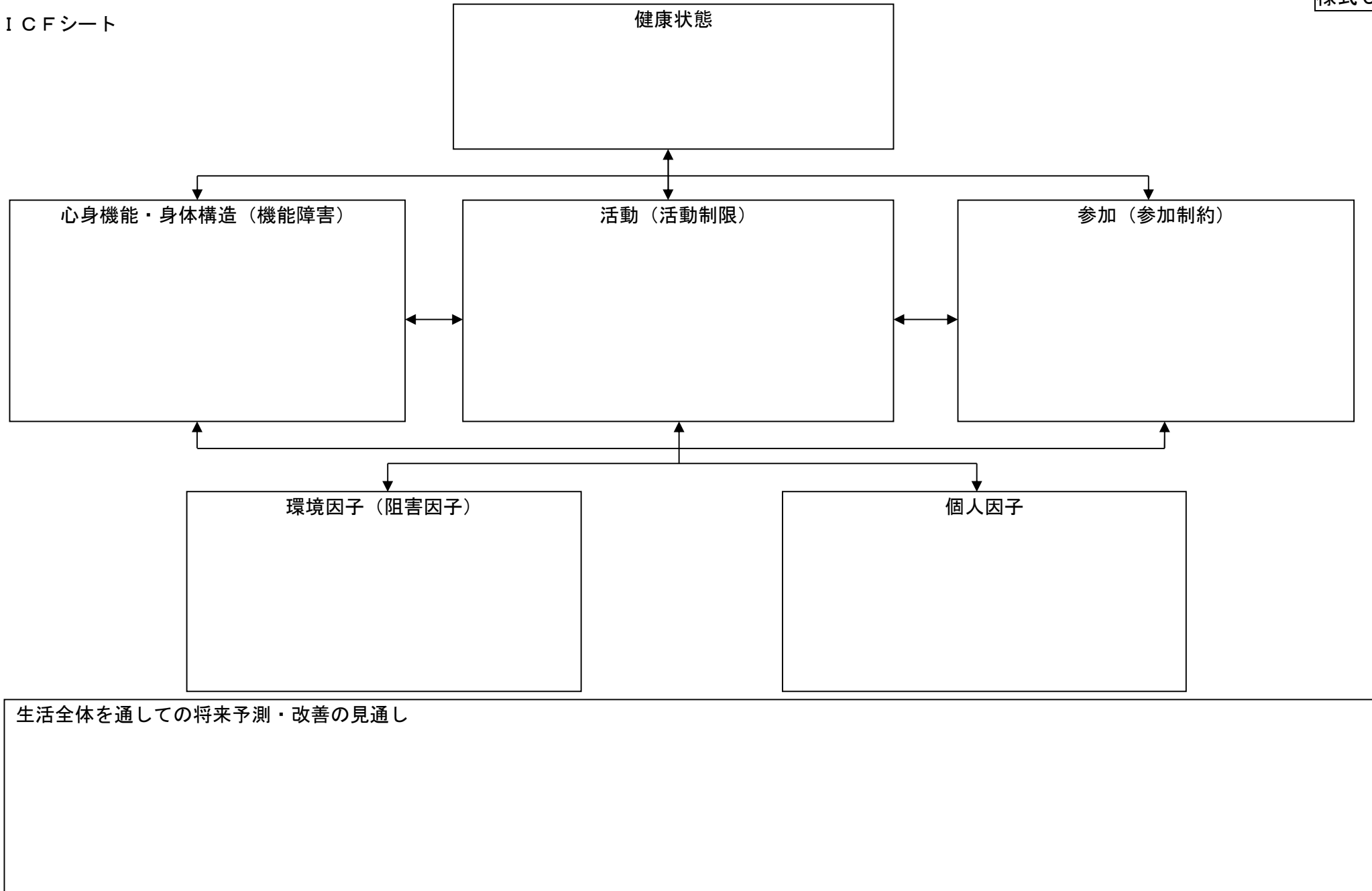
▲段差

→生活動線

※必要に応じてスペースの幅を変更するなどしてください。

(本人の居室の詳細平面図) 本人の居室の詳細平面図を作成。(手書き可) ※段差や部屋の扉等、<i>利用者の生活動線</i>がわかるよう詳しく記入。居宅内の生活スペースの環境も記入すること。(生活動線・危険個所、整理整頓、家具の配置など)	
(施設・ユニットの平面図) ※既存パンフ等コピーの貼付又は添付可 (枠内に入らない場合は、A4サイズ1枚ものを添付し、冊子等の添付は不可) ※施設周囲の環境も記載 施設、ユニットの平面図を記入。既存パンフ等コピーの貼付又は添付可 (枠内に入らない場合は、<u>A4サイズ1枚もの</u>を添付し、冊子等の添付は不可) ※パンフレットのコピーは住所や施設名等が分からないような配慮が必要。	
施設介護体制	
居住環境 (施設居室や公共部分等施設周囲の環境も含む)	

I C F シート



主 訴 または 相談時の思い	
----------------------	--

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状況・環境等)	① ③ ⑤ ⑦ ⑨ ⑪	② ④ ⑥ ⑧ ⑩ ⑫
------------------------------	----------------------------	----------------------------

現状の生活における 困りごと	現状の生活における困りごとの 原因・要因・背景	困りごとに対する 本人・家族の思いや希望	将来予測を踏まえた ケアマネとしての判断(見立て・見通し)		生活全般の解決 すべき課題(ニーズ)
(1)				➡	
(2)				➡	
(3)				➡	
(4)				➡	

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	
--	--

総合的な援助の 方針	
---------------	--

施設サービス計画書（１）

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	
--------------------------	--

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. 家族等が障がい、疾病等 3. その他（ ）
--------------	---

施設サービス計画書(2)

利用者名：様

作成年月日 平成・令和 年 月 日

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	担当者	頻度	期間
(ニーズ) (背景・要因)								
(ニーズ) (背景・要因)								
(ニーズ) (背景・要因)								
(ニーズ) (背景・要因)								

週間サービス計画表

利用者名：様

作成年月日 平成・令和 年 月 日

		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								
午後	16：00								
	18：00								
夜間	20：00								
	22：00								
深夜	24：00								
	2：00								
	4：00								

記入忘れ多いため
注意。

週単位以外の
のサービス

(注)「日課計画表」との選定による使用可。

日課計画表

利用者名：様

作成年月日 平成・令和 年 月 日

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活の活動	共通サービスの例
深夜	4：00						
早朝	6：00						食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助（曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換
	8：00						
午前	10：00						
	12：00						
午後	14：00						
	16：00						
	18：00						
夜間	20：00						
	22：00						
深夜	24：00						
	2：00						
	4：00						
	随時実施するサービス						
その他のサービス							

※本紙を切り取らずにコピーしたものを事例と併せて提出してください。
※自署でご記入ください。

様式 8

事例提出に関する誓約書・同意書

介護支援専門員（研修受講者）→事例を提供する事業所又は施設へ交付

誓 約 書

私（介護支援専門員）は、令和7年度介護支援専門員専門（更新）研修【研修課程Ⅰ】受講の際の事例提出において、以下のことをお約束し、研修修了後も誠実に守ることを誓います。

1. 利用者等の情報は、研修以外の目的で使用しません。また、研修以外の場所で情報を漏らすことはありません。
2. 事例を研修で使用する際は、個人名や個人が特定できる情報は記載しません。
3. 研修中の事例検討では、個人が特定される情報は話しません。
4. 研修中はもちろん、研修修了後においても、利用者に不利益になることはしません。

令和 年 月 日

介護支援専門員

事例提出者
が記入

所属事業所名

氏 名

（自署）

----- 切り取り -----

介護支援専門員（研修受講者）が保存

同 意 書

私は、令和7年度介護支援専門員専門（更新）研修【研修課程Ⅰ】を受講する介護支援専門員の事例提出にあたり、内容を確認しました。事例を提出し、研修で使用することに同意します。

事例のケアプランを管理
する事業所が記入。代表者
氏名の欄は手書きとする

令和 年 月 日

事例を提供する事業所又は施設

所属事業所（法人）名

代表者氏名

（自署）

※本人が事業所の代表者の場合、法人の代表者が記入すること。

（個人事業所の代表の場合は、一緒でも構わない。）