

## 演習「ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表」 に伴う事例提出の方法

### 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、事例に関する分析内容の発表及び意見交換を行うことにより、適切なアセスメントの実施及びサービス計画書等の作成における留意点について再確認し、理解を深めます。

また、それらの留意点や、必要に応じて根拠となる各種統計データの活用等により、別の類似事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得します。

### 2 到達目標

- ・事例をまとめることにより、自身のケアマネジメント実践を振り返り、考察することができる。
- ・まとめた事例に関する課題を明確にして、課題に関連する事例の状況と自身の関わりを説明することができる。
- ・演習を通じて事例を客観的に見て分析することができ、類似した事例等に適用するために必要なポイントを理解できる。

### 3 提出期日（1部送付）

令和7年5月15日（木） ※郵送にてご提出ください。消印有効

### 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/](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』→『02 介護支援専門員専門（更新）研修【研修課程Ⅱ】』→『事例研究・演習提出課題様式』

### 5 提出事例の選定条件

現在の介護支援専門員有効期間内に受講者自身が一定の期間継続して担当した事例をご提出ください。

受講者自身が、**事例に関する支援方法を振り返ることができ、かつ分析内容を発表できるとともに**、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聴き、別の類似事例等にも広く対応させる知識・技術を修得できる事例とします。

単なる困難事例等を提出するのではなく、分析的に課題を抽出した上で何を検討したいか明確にして、領域（テーマ）について何らかの成果が認められ振り返ることのできる事例を提出してください。議論にも耐えうる内容となるよう記載してください

#### 【課題条件】

- （1）概ね過去2年以内に実践していること。
- （2）ケアプランの有効期限が終了し、**実践の振り返りができる事例**であること。  
（認定期間の終了ではない）
- （3）事例は、現在進行形か終了しているかは問わない。

※事例研究の内容を明確にかつ具体的に記載してください。

※現在、困っている事例や解決してほしい事例を出すではありません。  
実践の振り返りを行える事例を提出してください。

## 6 提出物と留意点

今回の提出様式は、居宅サービス計画書を提出する方（居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、小規模多機能型居宅介護事業所）及び施設サービス計画書を提出する方（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）ともに下記共通様式です。

なお、サービス計画書は標準様式で提出してください。他の様式では提出できませんので、ご注意ください。

### 【①必須資料】

No.	提出物	留意点
1	表紙	<p>(1) 「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。</p> <p>(2) 「事例の領域（テーマ）」は<u>受講決定時に指定した提出領域（テーマ）に○を記入してください。</u></p>
2	【様式1】 課題分析表 基本情報項目	<p>(1) 「基本情報に関する項目」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。</p> <p>(2) <u>特に生活状況等の項目に関しては、生活歴に加え、利用者の生活状況（施設については、施設入所前から入所後）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></p>
3	【様式2】 課題分析表 アセスメント項目	<p>(1) 「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。</p> <p>(2) <u>「アセスメントに関する項目」は、プラン作成時で記入してください。</u></p>
4	【様式3】 ジェノグラム・エコマップ	<p>(1) ジェノグラム・エコマップを作成してください。</p> <p>(2) 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。</p>
5	【様式4】 住宅（施設）の見取り図	<p><b>【居宅】</b> 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。居宅内の生活スペースの環境も記入してください。（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）</u></p> <p>-----</p> <p><b>【施設】</b> 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。居宅内の生活スペースの環境も記入してください。（生活動線・危険個所、整理整頓、家具の配置など）</u> ※併せて施設、ユニットの平面図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） ※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。</p>

No.	提出物	留意点
	【様式5】 介護予防サービス・支援計画表	様式は介護予防サービス・支援計画表（A3）とします。
	【様式5】 居宅サービス計画書（第1表、第2表）、週間サービス計画書（第3表）	様式は居宅サービス計画書標準様式とします。
	【様式5】 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）	様式は施設サービス計画書標準様式とします。 ※第3表と第4表との選定による使用が可能ですが、提出事例は <b>第3表</b> とします。
7	【様式6】 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、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。

## 【②各領域ごとの必須資料】

領域ごとに指示がある場合は、①の必須資料と合わせて提出してください。

No.	領域	提出様式
1	家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント	【様式7】 ICFシート 【様式8】 提出事例の概要
2	生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント	【様式9】 事例の概要 【様式10A】 振り返りシート
3	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	【様式9】 事例の概要 【様式10B】 振り返りシート
4	脳血管疾患のある方のケアマネジメント	【様式9】 事例の概要 【様式10C】 振り返りシート
5	心疾患のある方のケアマネジメント	【様式9】 事例の概要 【様式10D】 振り返りシート
6	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	【様式9】 事例の概要 【様式10E】 振り返りシート
7	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	【様式9】 事例の概要 【様式10F】 振り返りシート
8	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	【様式9】 事例の概要

提出様式

No.	提出物	留意点	
1	【様式7】 ICFシート	課題分析表（様式1・様式2）の情報に基づき、ICFシートで分析してください。	
2	【様式8】 提出事例の概要等	(1) 各項目に従って記入してください。 (2) 「利用者の居住する地域の特性」の項目に関しては、 <u>地域の特徴（住宅地か商店地域か、近隣住居との距離や交通の状況、コミュニティなど）</u> を具体的に記入してください。	
2	【様式9】 事例の概要	(1) 各項目に従って記入してください。	
3	【様式10A】 「生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント」振り返りシート	領域別の振り返りシートです。 「適切なケアマネジメント手法令和2年概要版」のQRコードから読み取った表を参考にして記入してください。	
4	【様式10B】 「大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント」振り返りシート	領域別の振り返りシートです。 『関連する小項目の内容と番号』の欄は「適切なケアマネジメント手法令和2年概要版」のQRコードから読み取った表を参考にして記入してください。	 【大腿骨頸部骨折I期】
			 【大腿骨頸部骨折II期】
5	【様式10C】 「脳血管疾患のある方のケアマネジメント」振り返りシート	領域別の振り返りシートです。 『関連する小項目の内容と番号』の欄は「適切なケアマネジメント手法令和2年概要版」のQRコードから読み取った表を参考にして記入してください。	 【脳血管疾患I期】
			 【脳血管疾患II期】
6	【様式10D】 「心疾患のある方のケアマネジメント」振り返りシート	領域別の振り返りシートです。 「適切なケアマネジメント手法令和2年概要版」のQRコードから読み取った表を参考にして記入してください。  ※振り返りシートはI期とII期で違う様式になります。ご自身の提出事例に合わせてどちらかのシートを提出してください。	 【心疾患I期】
			 【心疾患II期】

No.	提出物	留意点
7	【様式10E】 「誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント」振り返りシート	領域別の振り返りシートです。 「適切なケアマネジメント手法令和2年概要版」のQRコードから読み取った表を参考にして記入してください。
8	【様式10F】 「認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント」振り返りシート	領域別の振り返りシートです。 「適切なケアマネジメント手法令和2年概要版」のQRコードから読み取った表を参考にして記入してください。

## 7 提出事例の領域（テーマ）【居宅・施設共通】

提出事例は、受講決定時に指定した下記の領域（テーマ）に該当する事例を提出してください。

※決定した領域は原則変更できませんので、ご注意ください。

※事例研究（事例検討）の内容を明確にかつ具体的に記載してください。

No.	領域（テーマ）	例
1	家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護サービス以外の地域の社会資源を活用した事例</li> <li>家族への支援を含めた他制度（難病・障がいなど）を活用した事例</li> </ul>
2	生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>望むべき生活（具体的であること）の実現に向けてチームアプローチを実践し、生活の継続ができています事例</li> <li>家族への支援を行うことで、利用者の生活の継続ができています事例</li> <li>以下のNo.3～7に該当しない疾患を抱えている方のケアマネジメントに関する事例</li> </ul>
3	脳血管疾患のある方のケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>主に脳血管疾患が原因でケアマネジメントが必要となっている事例</li> </ul>
4	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関する事例</li> </ul>
5	心疾患のある方のケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>心疾患の罹患がある方のケアマネジメントに関する事例</li> </ul>
6	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎のリスクが高く、予防の必要性がある方のケアマネジメント</li> <li>誤嚥性肺炎の既往があり、再発予防が必要な方のケアマネジメント</li> </ul>
7	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>主に認知症が原因でケアマネジメントが必要となっている事例</li> </ul>
8	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取り等を含む看護サービスを導入している事例</li> </ul>

## 8 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変更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）

## 9 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（ジェノグラムや住宅・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、様式5と内容の相違がない場合は、事業所のソフトで作成されても結構ですが、実名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、『角2の封筒』（縦33.2cm、横24cm）で提出してください。

## 10 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：渡邊・平田・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

演習日	<input type="checkbox"/> 1クール	<input type="checkbox"/> 2クール	<input type="checkbox"/> 3クール	<input type="checkbox"/> 4クール
所属事業所				
氏名			受講No.	
連絡先	連絡が取れる電話番号を記入			

※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 提出事例の領域（主たる領域【テーマ】に○） ※受講決定時に指定された領域を作成してください。

<input type="checkbox"/>	①家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	②生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	③大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	④脳血管疾患のある方のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑤心疾患のある方のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑥誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑦認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑧看取り等における看護サービスの活用に関する事例

## 2 提出物チェック（□にレ点を入れてチェックしてください。）

【必須資料】※全員提出してください。

- 表紙
- 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
- 様式4 住宅の見取り図（様式4-①）又は施設の見取り図（様式4-②）
- 様式5 介護予防サービス・支援計画書（A3）  
居宅サービス計画書（第1～3表）  
施設サービス計画書（第1～3表）
- 様式6 誓約書・同意書

【添付資料】※提出事例の領域ごとに指示された様式名を記入してください。

- （ ）

## 3 提出・問合せ先

愛媛県社会福祉協議会 介護課（担当：渡邊・平田・久保）  
 〒790-0855 愛媛県総合社会福祉会館2階  
 TEL 089-921-3398  
 Eメール shakyo@ehime-shakyo.or.jp https://www.ehime-shakyo.or.jp

必ず確認し、チェックをすること。

## 提出前に確認してください！（□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	<p>※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。</p> <p>※県名、市町名や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。)</p> <p>※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)</p>				
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	<p>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</p>				
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、自身の健康に対する理解や意識の状況等)  (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)

「アセスメントに関する項目」は、プラン作成時に記入

<p>排泄の状況</p>	<p>(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：</p>
<p>清潔の保持に関する状況</p>	<p>(入浴・整容状況、皮膚・爪の状況、寝具・衣類の状況等)</p>
<p>口腔内の状況</p>	<p>(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)</p>
<p>食事摂取の状況</p>	<p>(食事摂取状況、水分量、摂食嚥下機能、食事制限の有無等)</p>
<p>家族や地域等社会との関わり</p>	<p>(家族等との関わり、地域との関わり、仕事等との関わり等)</p>
<p>家族等の状況</p>	<p>(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)</p>
<p>その他留意すべき事項・状況</p>	<p>(虐待、経済的困窮、医療依存度が高い状況、看取り等)</p>

※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）**

※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、家具の配置、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）

自宅周辺の環境等について記入

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)	
<p>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)</p>	
<p>(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</p>	
<p>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。</p>	
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)	

介護予防サービス・支援計画表

様式 5

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 \_\_\_\_\_ 包括の名称の記載不可。

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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1	1	1	1	( )					
			2	2	2	2						
日常生活（家族生活）について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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】  
 適切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

## 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

## 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。

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



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:

提出事例は第3表とします。  
(第4表は不可。)

作成年月日 平成・令和 年 月 日

		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					

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。

※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 6

## 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Ⅱ】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とはしません。
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Ⅱ】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

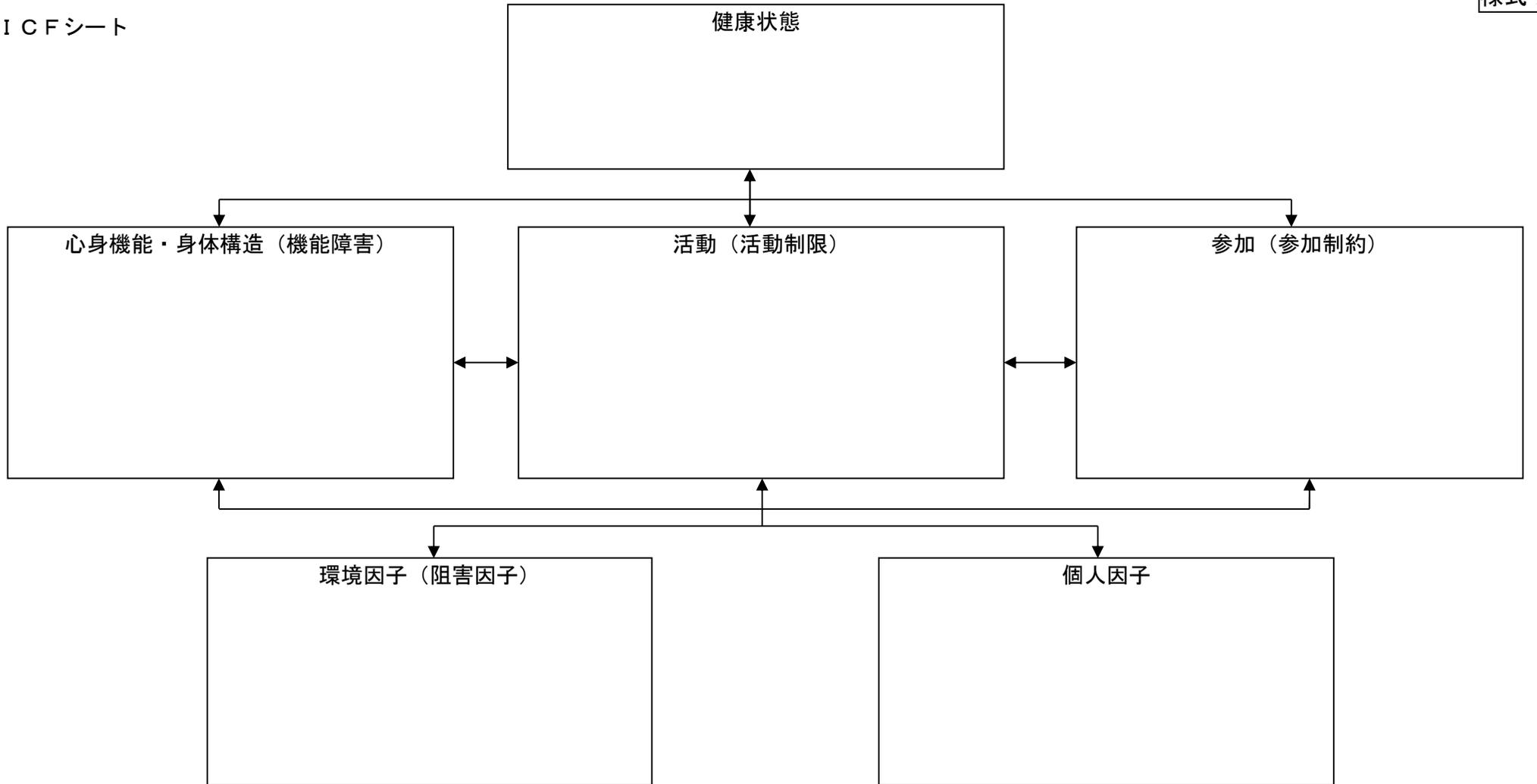
代表者氏名

（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。）

ICFシート



生活全体を通しての将来予測・改善の見通し

## 提出事例の概要等

※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。

領域が「家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例」の場合のみ提出

項目	内容
<p><b>1 利用者の居住する地域の特性</b>                      (地理的なことや近所のつながり、行事や交通の状況等のような地域に住んでいるのか詳しく記載してください。)</p>	<p>地域の特長ではあるが、固有名詞や地域の名称などは記入しない。</p>
<p><b>2 事例タイトル</b>                      (以下の3~6をふまえ、事例がイメージできるように端的に記載してください。)</p>	
<p><b>3 議論によって深めたい内容</b>                      (現在困っていることや解決してほしいことではなく、実践の振り返りを行いたい内容を記載してください。)</p>	
<p><b>4 事例の要約</b>                      (選択した領域に関連させ、事例全体の概観や大まかなあらすじ、利用者の置かれている状況が分かるように要約)</p>	
<p><b>5 支援の要約</b>                      (ケアマネジャーとしてどのように支援してきたか、提出時点までの実践のまとめ)</p>	
<p><b>6 事例をまとめたの気づきや学び</b></p>	

## 事例の概要等

※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。

領域が No2~8  
の場合はこ  
ちらの様式を使  
用

項 目	内 容
<p><b>1 事例の要約</b> (選択した領域に関連させ、事例全体の概観や大まかなあらすじ、利用者の置かれている状況が分かるように要約)</p>	
<p><b>2 支援の要約</b> (ケアマネジャーとしてどのように支援してきたか、提出時点までの実践のまとめ)</p>	
<p><b>3 事例をまとめたの 気づきや学び</b></p>	

専門Ⅱ 生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント 振り返りシート

「適切なケアマネジメント手法」基本ケアの項目				情報収集の有無		支援の必要性の判断				
想定される支援内容				A: 収集した B: 収集していない	B の場合の理由	A: 必要と判断 B: 必要ない	「A: 必要と判断」した場合、何処に位置付けたか (ケアプラン・担当者会議・モニタリング等)	結果 (どのような効果が見られたか)	「B: 必要ない」と判断した根拠	
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容							
Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援	Ⅰ-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	Ⅰ-1-1 疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援							
			2 併存疾患の把握の支援							
			3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保							
			4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認							
		Ⅰ-1-2 現在の生活の全体像の把握	5 望む生活・暮らしの意向の把握							
			6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援							
			7 食事及び栄養の状態の確認							
		Ⅰ-1-2 現在の生活の全体像の把握	8 水分摂取状況の把握の支援							
			9 コミュニケーション状況の把握の支援							
			10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援							
		Ⅰ-1-3 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測							
			12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測							
		Ⅰ-1-4 緊急時の対応のための備え	13 感染症の早期発見と治療							
			14 緊急時の対応							
	Ⅰ-2 意思決定過程の支援	Ⅰ-2-1 本人の意思を捉える支援	15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握							
			Ⅰ-2-2 意思の表明の支援と尊重	16 日常生活における意向の尊重						
			17 意思決定支援の必要性の理解							
		Ⅰ-2-3 意思決定支援体制の整備	18 意思決定支援体制の整備							
	Ⅰ-2-4 将来の生活の見通しを立てることの支援	19 将来の生活の見通しを立てることの支援								
Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援	Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-1 水分と栄養を摂ることの支援	20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援							
			21 水分の摂取の支援							
			22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援							

「適切なケアマネジメント手法」基本ケアの項目				情報収集の有無		支援の必要性の判断			
想定される支援内容				情報収集の有無		支援の必要性の判断			
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	A: 収集した B: 収集していない	B の場合の理由	A: 必要と判断 B: 必要ない	「A: 必要と判断」した場合、何処に位置付けたか (ケアプラン・担当者会議・モニタリング等)	結果 (どのような効果が見られたか)	「B: 必要ない」と判断した根拠
		II-1-2 継続的な受診と服薬の支援	23 継続的な受診・療養の支援						
			24 継続的な服薬管理の支援						
		II-1-3 継続的な自己管理の支援	25 体調把握と変化を伝えることの支援						
			II-1-4 心身機能の維持・向上の支援	26 フレイルを予防するための活動機会の維持					
		27 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施							
		II-1-5 感染予防の支援	28 感染症の予防と対応の支援体制の構築						
		II-2 日常的な生活の継続の支援	II-2-1 生活リズムを整える支援	29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援					
				30 休養・睡眠の支援					
			II-2-2 食事の支援	31 口から食事を摂り続けることの支援					
	32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援								
	II-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援		33 清潔を保つ支援						
			34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援						
	II-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-3-1 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援						
			II-3-2 コミュニケーションの支援	36 コミュニケーションの支援					
		II-3-3 家庭内での役割を整えることの支援		37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備					
			II-3-4 コミュニティでの役割を整えることの支援	38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備					
	39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備								
	III 家族等への支援	III-1 家族等への支援	III-1-1 支援を必要とする家族等への対応	40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備					
				41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援					
III-1-2 家族等の理解者を増やす支援			42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援						
III-2 ケアに参画するひとへの支援		III-2-1 本人をとりまく支援体制の整備	43 本人を取り巻く支援体制の整備						
			III-2-2 同意してケアに参画するひとへの支援	44 同意してケアに参画するひとへの支援					

振り返りシート（専門Ⅱ：大腿骨頸部骨折）（受講者番号：\_\_\_\_\_）（氏名：\_\_\_\_\_）

（Ⅰ期・Ⅱ期）←該当する時期に○を付けて下さい。

※「取り組んだ課題」は3項目以上記入して下さい。また、「概要版：疾患別ケア」の小項目の番号と内容を必ず、記入してください。

○ 提出事例について、どんな課題に対し、どのような取り組みを行い（どのような支援を展開し）、どんな結果になったか			
取り組んだ課題	関連する小項目の番号と内容	どんな取り組みを行ったか	結果（成果）
大腿骨頸部骨折の場合 （記入例） 日常生活活動能力の向上	2-1-1 ADL/IADLの回復	..... ..... ..... .....	..... ..... .....

○ 事例をまとめて見えてきた介護支援専門員（自分自身）の課題とこれからの取り組み

---

振り返りシート（専門Ⅱ：脳血管疾患） （受講者番号：\_\_\_\_\_） （氏名：\_\_\_\_\_）

（Ⅰ期・Ⅱ期）←該当する時期に○を付けて下さい。

※「取り組んだ課題」は3項目以上記入して下さい。また、「概要版：疾患別ケア」の小項目の番号と内容を必ず、記入してください。

○ 提出事例について、どんな課題に対し、どのような取り組みを行い（どのような支援を展開し）、どんな結果になったか

取り組んだ課題	関連する小項目の番号と内容	どんな取り組みを行ったか	結果（成果）
大腿骨頸部骨折の場合 （記入例） 日常生活活動能力の向上	2-1-1 ADL/IADLの回復	..... ..... ..... .....	..... ..... .....

○ 事例をまとめて見えてきた介護支援専門員（自分自身）の課題とこれからの取り組み

専門研修過程 II 心疾患のある方のケアマネジメント 振り返りシート

\* 概要版(項目一覧) 疾患別ケア:心疾患I期 (退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期)

想定される支援内容				情報収集の有無		支援の必要性の判断				
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	A:収集した B:収集していない	Bの場合の理由	A:必要と判断 B:必要ないと判断	「A:必要と判断」した場合何処に位置付けたか (ケアプラン・担当者会議・モニタリング等)	結果 (どのような効果がみられたか)	「B:必要ないと判断」した根拠	
1 再入院の予防	I-1 疾患の理解と 確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える							
		1-1-2 服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える							
		1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	3 併存疾患(腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病(糖尿病性腎症)、その他の疾患など)を把握し療養を支援する体制を整える							
	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1 体重の管理	4 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える							
		1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	5 適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える							
			6 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える							
			7 その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える							
		1-2-3 血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える							
		1-2-4 活動制限が守られることの支援	9 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える							
		1-2-5 急性増悪の予防	10 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える							
	1-2-6 非日常的な活動のリスクの管理	11 長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える								
	1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1 負荷のかかる環境の改善	12 気温差の縮小(居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど)がなされる体制を整える							
			13 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える							
2 生活機能の維持・向上	2-1 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援	2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える							
		2-1-2 リハビリテーションの実施	15 医療的リハビリテーションを受けることができる体制を整える							
			16 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える							
		2-1-3 入浴習慣の支援	17 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える							
		2-1-4 休養・睡眠の支援	18 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える							
		2-1-5 禁煙の実現の支援	19 禁煙を実現できる体制を整える							
	2-1-6 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援	20 本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいられるよう支援する								
2-2 心理的な支援	2-2-1 本人・家族等の不安の軽減	21 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える								

専門研修過程 Ⅱ 心疾患のある方のケアマネジメント 振り返りシート

\* 概要版(項目一覧) 疾患別ケア:心疾患Ⅱ期(状態が安定から不安定な状況にある時期)

想定される支援内容				情報収集の有無		支援の必要性の判断				
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	A:収集した B:収集していない	Bの場合の理由	A:必要と判断 B:必要ないと判断	「A:必要と判断」した場合何処に位置付けたか (ケアプラン・担当者会議・モニタリング等)	結果 (どのような効果が見られたか)	「B:必要ないと判断」した根拠	
1 再入院 の予防	1-1 疾患の理解と確 実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管 理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的に診察 が受けられる体制を整える							
		1-1-2 服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、 服薬が確認できる体制を整える							
		1-1-3 併存疾患の把握 と療養の支援	3 併存疾患(腎機能の低下にかかわる 疾患、糖尿病(糖尿病性腎症)、その 他の疾患など)を把握し療養を支援 する体制を整える							
	1-2 自己管理能力の 向上とリスクの管 理	1-2-1 体重の管理	4 体重管理の重要性を理解し、継続的 に日々の体重管理ができる体制を整 える							
		1-2-2 塩分量・水分量 のコントロール	5 適切な塩分・水分摂取量が理解でき る体制を整える							
			6 食事からの栄養の摂取状況を把握 できる体制を整える							
			7 その人と生活に合った水分の摂取、 排泄の状況と変化を把握できる体制 を整える							
		1-2-3 血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続的に実施 される体制を整える							
		1-2-4 活動制限が守ら れることの支援	9 活動制限と安静の必要性を本人・家 族等が理解し、その制限が守られる 体制を整える							
		1-2-5 急性増悪の予防	10 感染症の予防の必要性の理解をうな がす体制を整える							
	1-2-6 非日常的な活動 のリスクの管理	11 長時間の活動が必要な場合の注意 事項の理解をうながす体制を整える								
	1-3 療養を続けるた めの環境・体制の 整備	1-3-1 負荷のかかる環 境の改善	12 気温差の縮小(居室と廊下、浴室、 洗面所、トイレなど)がなされる体制 を整える							
			13 強く負荷がかかるような動作の要因 となる環境を把握する体制を整える							
2 生活機 能の維 持	2-1 ステージに応じた 生活・暮らし方の 支援	2-1-1 活動と参加に関 わる能力の維持・	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活 動・参加の状況を維持・改善する体 制を整える							
		2-1-2 継続的なりハビリ テーションの実施	15 必要なりハビリテーションとセルフケ アを継続できる体制を整える							
		2-1-3 入浴習慣の支援	16 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度 におそれることなく適切な入浴を維持 できる体制を整える							
		2-1-4 休養・睡眠の支援	17 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時 の状況の変化を把握して必要な支援 につなげられる体制を整える							
		2-1-5 禁煙の実現の支 援	18 禁煙を実現できる体制を整える							
		2-1-6 本人・家族等への 生活習慣を変え	19 本人・家族等が生活習慣を変えるこ とを受けいられるよう支援する							
	2-2 心理的な支援	2-2-1 本人・家族等の不 安の軽減	20 精神的な不安を把握し、必要に応じ て支援する体制を整える							
3 EOLの 準備	3-1 EOL(エンドオブ ライフ)に向けた準 備	3-1-1 末期心不全の EOLケアの対応・ 準備の支援	21 末期心不全のEOLケアをどのように するかを心構えをする支援を行う							

専門研修課程 II 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント 振り返りシート

【概要版(項目一覧)】疾患別ケア:誤嚥性肺炎の予防

想定される支援内容				情報収集		支援の必要性の判断				
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	A:収集した B:収集していない	Bの場合の理由	A:必要と判断 B:必要ないと判断	「A:必要と判断」した場合、どこに位置付けたか(ケアプラン・担当者会議・モニタリング等)	結果 (どのような効果がみられたか)	「B:必要ないと判断」した根拠	
0 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1-1 必要性の理解	1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解							
		1 リスクの(再)評価	1-1 リスクの評価	1-1-1 誤嚥リスクの評価に資する情報の収集	2 日常の健康状態や生活状況の継続的な把握と共有					
					3 かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有					
					4 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握					
				1-1-2 誤嚥による肺炎のリスクの把握	5 咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握と共有					
2 日常的な発症及び再発の予防	2-1 摂食嚥下機能の支援	2-1-1 摂食嚥下機能の改善・維持	6 摂食嚥下機能、発声・発話の維持・改善のための支援							
			7 口腔乾燥への支援							
	2-2 リスクを小さくする支援	2-2-1 嚥下トラブルなく食事をとることの支援	8 食内容の見直しの支援							
			9 食事のとり方や環境の整備							
			2-2-2 フレイル予防のために必要な栄養の確保	10 食事内容と栄養摂取状況の把握と改善						
	2-2-3 口腔ケアの実施	11 口腔ケアの実施								
	3 再評価	3-1 リスクの再評価	3-1-1 リスクの再評価	12 一定期間ごとのリスクの再評価						
4 変化を把握したときの対応体制の構築	4-1 変化を把握したときの対応体制の構築	4-1-1 変化を把握したときの対応体制の構築	13 短期的な変化を把握したときの連絡・対応体制の事前検討							
			14 留意すべき兆候を把握し共有する支援体制の整備							
	4-2 入院後の生活復帰の見通しの共有	4-2-1 入院後の生活復帰の見通しの共有	15 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有							

専門Ⅱ 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント 振り返りシート

「適切なケアマネジメント手法」認知症ケアの項目				情報収集の有無		支援の必要性の判断				
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	A: 収集した B: 収集していない	B の場合の理由	A: 必要と判断 B: 必要ない	「A: 必要と判断」した場合、何処に位置付けたか (ケアプラン・担当者会議・モニタリング等)	結果 (どのような効果が見られたか)	「B: 必要ない」と判断した根拠	
0 これまでの経緯の確認	0-1 これまでの経緯の確認	0-1-1 認知症と診断されるに至った経緯の把握	1 支援の前提としての認知症と診断れるに至った経緯の把握							
		0-1-2 これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握	2 支援の前提としての医療及び他の専門職の関わりの把握							
1 本人及び家族・支援者の認識の理解	1-1 本人と家族・支援者の認識の理解	1-1-1 本人が家族・支援者が抱く感情と想いの理解	3 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援							
		1-1-2 本人や家族・支援者の疾患に対する受け止めと認識	4 本人に対する受け止めや理解を深める支援							
			5 疾患に対する家族・試験車の受け止めや理解を深めることの支援							
	1-2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	1-2-1 変化していく事を念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	6 変化していく事を念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施							
			7 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握							
2 将来の準備としての意思決定の支援	2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-1 意思決定支援の必要性の理解	8 意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解をうながす支援体制を整える							
			9 意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報を提供される体制を整える							
	2-1-2 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	10 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握								
	2-2 意思決定支援体制の整備	2-2-1 意思決定支援体制の整備	11 意思決定支援体制を整える							
3 必要に応じた連携体制の構築	3-1 必要に応じた連携体制の構築	3-1-1 かかりつけ医や専門職との連携	12 かかりつけ医との連携							
			13 かかりつけ医以外の専門職等との連携							
		3-1-2 その他の関連する人との連携	14 サービス事業者や地域の関係する人との連携体制を整える							
4 基本的な生活の支援	4-1 日常生活における本人の意向の尊重	4-1-1 日常生活における意向の尊重	15 日常生活における意向の表明の支援							
			4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援	4-2-1 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	16 本人の生活リズムの把握					
				4-2-2 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援	17 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支援する体制を整える					

「適切なケアマネジメント手法」認知症ケアの項目				情報収集の有無		支援の必要性の判断			
想定される支援内容				情報収集の有無		支援の必要性の判断			
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	A: 収集した B: 収集していない	B の場合の理由	A: 必要と判断 B: 必要ない	「A: 必要と判断」した場合、何処に位置付けたか (ケアプラン・担当者会議・モニタリング等)	結果 (どのような効果が見られたか)	「B: 必要ない」と判断した根拠
	4-3 日常的に参加する役割を整えることの支援	4-3-1 家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援	18 本人がこれまで担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握						
			19 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備						
		4-3-2 コミュニケーションを取るための支援	20 日常生活においてコミュニケーションをとる事の支援						
		4-3-3 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援	21 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援						
	4-4 体調管理や服薬管理の支援	4-4-1 体調の変化を把握し伝えることの支援	22 体調管理の支援						
			23 日常と異なる状態の把握とそれを表明することの支援						
		4-4-2 服薬支援	24 薬の管理と服薬を一定の水準で継続できるようにする支援体制を整える						
	4-5 基本的なセルフケアを継続する事への支援	4-5-1 水分の摂取の支援	25 必要な水分量の把握と必要な水分量を摂取できるようにする支援体制を整える						
		4-5-2 栄養の摂取の支援	26 必要な栄養及び日常的な摂取状況(摂取方法を含む)の把握と必要な栄養を摂取することを支援する体制を整える						
		4-5-3 排泄を続けることの支援	27 できるだけ自立した排泄を続けられるようにすることの支援体制を整える						
	5 これまでの生活の尊重と重度化の予防	5-1 本人の役割の継続・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く環境の整備	28 活動と参加を通じた周囲の人びとの日常的な交流関係を実現するための支援					
				29 その人にとっての快・不快とその変化の状況					
5-1-2 持っている機能を発揮しやすい環境の整備			30 状態に合った活動と参加を実現する環境整備						
		31 新たな役割・機能を獲得する事の支援							
5-2 合併症や併発しやすい事故の予防		5-2-1 転倒の予防の支援	32 転倒の予防の支援						
		5-2-2 誤嚥の予防の支援	33 誤嚥の予防の支援						
6 行動・心理症状の予防・重度化防止	6-1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	6-1-1 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築	34 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制を整える						
		6-1-2 本人の不安やストレスの把握	35 本人の不安やストレスの把握						
	6-2 背景要因に対する取り組みの支援	6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援	36 背景要因に対する対応策の実施の支援						
			37 背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援						

「適切なケアマネジメント手法」認知症ケアの項目				情報収集の有無		支援の必要性の判断			
想定される支援内容				情報収集の有無		支援の必要性の判断			
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	A: 収集した B: 収集していない	B の場合の理由	A: 必要と判断 B: 必要ない	「A: 必要と判断」した場合、何処に位置付けたか (ケアプラン・担当者会議・モニタリング等)	結果 (どのような効果が見られたか)	「B: 必要ない」と判断した根拠
7 家族等への対応	7-1 家族支援に必要なサービス調整支援	7-1-1 家族等に対する支援体制の整備	38 家族等に対し相談支援が提供される体制を整える						
			39 家族等の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援						
		7-1-2 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援	40 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことへの支援						
	7-2 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	7-2-1 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	41 将来にわたり生活を維持できるようにすることへの支援						