

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 提出期間（1部送付）

【1～3クール】令和8年4月15日（水）～5月15日（金）

【4・5クール】令和8年6月24日（水）～7月24日（金）

※郵送にてご提出ください。消印有効・事務局持ち込み不可

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』→『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ものではありません。

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) 「受講クール」、「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>ケアプラン作成時の情報を記入してください。</p> <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、ケア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>【居宅】 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>【施設】 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
6	【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 第3表 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	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10A】 振り返りシート
3	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10B】 振り返りシート
4	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10C】 振り返りシート
5	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10D】 振り返りシート
6	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10E】 振り返りシート
7	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。	
3	【様式9】 事例の概要	(1) 各項目に従って記入してください。	
4	【様式10A】 「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10B】 「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10C】 「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】
7	【様式10D】 「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。	 【誤嚥性肺炎】

No.	提出物	留意点
8	【様式10E】 「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"> ・介護サービス以外の地域の社会資源を活用した事例 ・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
2	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"> ・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
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"> ・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
4	心疾患のある方のケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・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
5	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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
6	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"> ・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
7	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"> ・看取り等を含む看護サービスを導入している事例

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・公務員等）

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、折り目が見つからないよう、『角2の封筒』（縦33.2cm、横24cm）で提出してください。
- (7) ご提出いただいた事例は、介護支援専門員法定研修の指導者育成を目的とした研修において、個人情報等に十分配慮したうえで使用することがありますので、あらかじめご了承ください。

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

受講クール	<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大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	③脳血管疾患のある方のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	④心疾患のある方のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑤誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑥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"/>	⑦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 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

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					
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					
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)

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】

▲段差

→生活動線

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。

生活動線の記入忘れに
注意

居住環境
（自宅周囲の
環境及び利便
性も含む）

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。

<p>(本人の居室の詳細平面図)</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 <small>(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)</small> ※施設周囲の環境も記載</p>	
<p>施設介護体制</p>	
<p>居住環境 (施設居室や 公共部分等施設 周囲の環境 も含む)</p>	

作成年月日 年 月 日

第 1 表

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（ ）

居宅サービス計画書（2）

第 2 表

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	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O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

第 3 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
0 : 00								
2 : 00								
4 : 00								
6 : 00								
8 : 00								
10 : 00								
12 : 00								
14 : 00								
16 : 00								
18 : 00								
20 : 00								
22 : 00								
24 : 00								
深夜								
早朝								
午前								
午後								
夜間								
深夜								

記入忘れ注意

週単位以外のサービスの

作成年月日 年 月 日

第 1 表

施設サービス計画書（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	
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： 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標			援助内容				年月日	
	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								
早朝 6:00								
午前 8:00								
午前 10:00								
午後 12:00								
午後 14:00								
午後 16:00								
夜間 18:00								
夜間 20:00								
深夜 22:00								
深夜 24:00								
深夜 2:00								
深夜 4:00								

第3表で提出すること。
第4表(日課計画書)不可

記入忘れ注意

週単位以外のサービスの
(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。氏名の欄はゴム印等の使用不可。

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8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。

令和 年 月 日

介護支援専門員

所属事業所名

氏 名 (自署)

介護支援専門員（研修受講者）が保存

同 意 書

私は、令和8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。

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

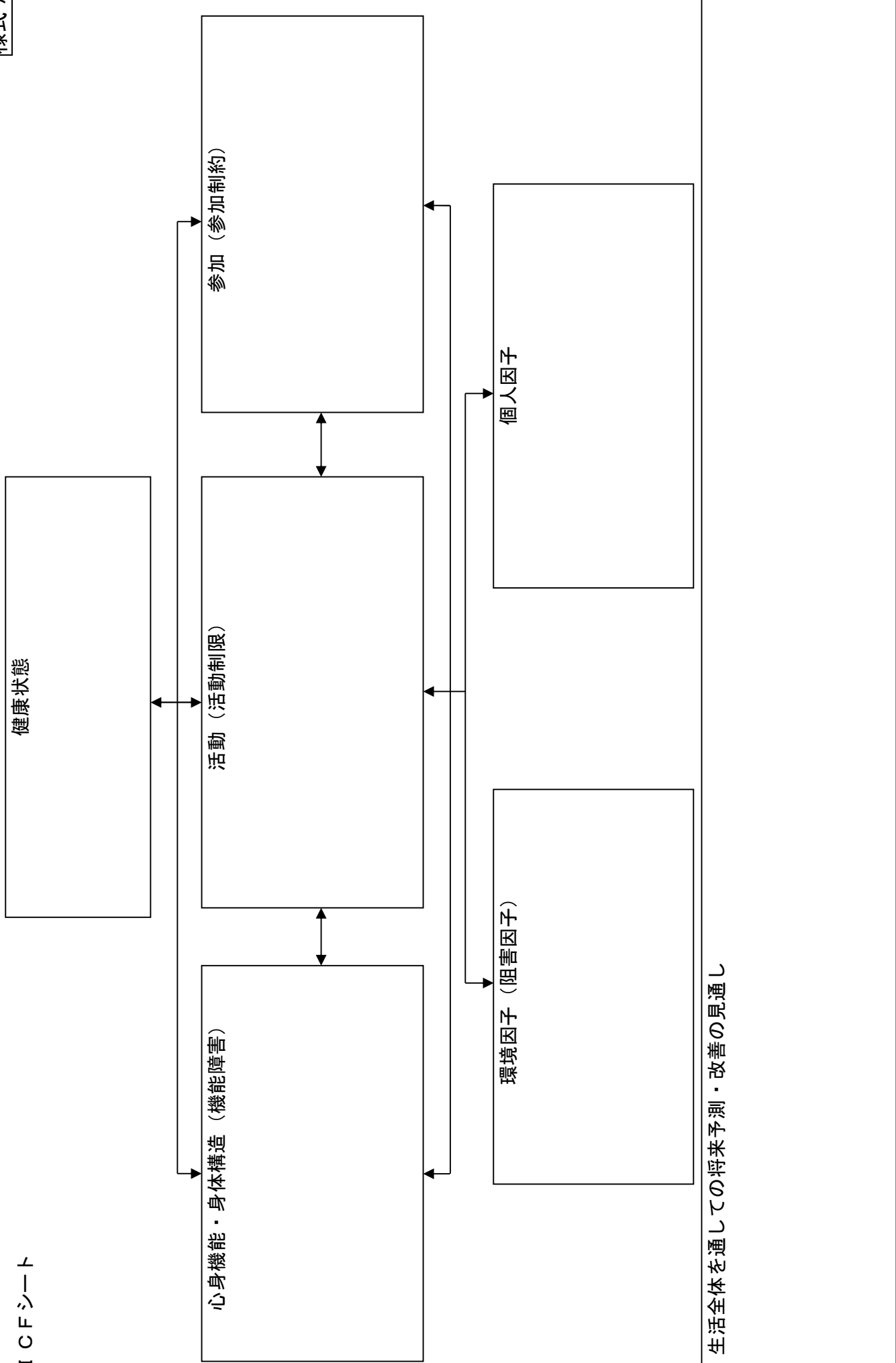
役 職 名

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。

項 目	内 容
<p>1 利用者の居住する地域の特性 (地理的なことや近所のつながり、行事や交通の状況等ど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>2 事例タイトル (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>3 議論によって深めたい内容 (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>4 事例の要約 (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>5 支援の要約 (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>6 事例をまとめたの気づきや学び</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。

項 目	内 容
<p>1 事例の要約 (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>2 支援の要約 (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>3 事例をまとめたの気づきや学び</p>	

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、記入して下さい。

○ 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、記入して下さい。

○ 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Ⅱ 心疾患のある方のケアマネジメント 振り返りシート

* 観察版(項目一) 心疾患1期 (退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状態にある時)

事例の特徴 (観察版大項目に照らし合わせ、事例を整理し課題と捉えた内容)		情報収集の有様		支援の必要性の判断			
大項目	中項目	小項目	① A: 収集した→ B: 収集していない→②へ	② Bの場合の理由	③ A: 必要と判断 B: 必要ないと判断→④へ		
1- 再入院の予防	1-1 疾患の理解と積極的な服薬 1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	決定される支援内容				
		1-1-2 服薬支援					
		1-1-3 合併症(腎臓病)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服薬を支援する体制を整える	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				
		1-2-1 体質管理	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が可能な体制を整える				
		1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	3 併存疾患(腎臓病)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服薬を支援する体制を整える				
		1-2-3 血圧の管理	4 体質管理の重要性を理解し、継続的に日々の体質管理ができる体制を整える				
		1-2-4 活動制限が守られることへの支援	5 適切な塩分・水分摂取量を理解できる体制を整える				
		1-2-5 急性増悪の予防	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				
		1-2-6 非自発的な活動のリハビリの管理	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				
		1-3-1 服薬を続けるための理解、服薬の習慣	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				
		2- 生活機能の維持・向上	2-1 心疾患の体質に合わせた生活・暮らし方の支援	2-1-1 リハビリテーションの実施	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		
				2-1-2 2-1-1 支援へ 2-1-3 本人・家族等が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する	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		
		3- 精神的な支援	3-1 本人・家族等の不安の軽減	3-1-1 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	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		
				3-1-2 気温差の増小(厚着と薄着、洗面所、トイレなど)がなされる体制を整える	12 気温差の増小(厚着と薄着、洗面所、トイレなど)がなされる体制を整える		
				3-1-3 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	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		
				3-1-4 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	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		
				3-1-5 医療的な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	15 医療的な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		
				3-1-6 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	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		
				3-1-7 入浴習慣や入浴環境を把握し、週に1回以上入浴を維持できる体制を整える	17 入浴習慣や入浴環境を把握し、週に1回以上入浴を維持できる体制を整える		
				3-1-8 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	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		
				3-1-9 禁煙を実現できる体制を整える	19 禁煙を実現できる体制を整える		
3-1-10 本人・家族等が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する	20 本人・家族等が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する						
3-2 精神的な支援	3-2-1 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					

心疾患は【期】と【期】で様式が違います。事例に合わせて様式を選択してください

専門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(項目一覽) 疾患別ケア(状態が安定から不安定な状況にある時期)

支援の特徴 (個別ケア項目に照らし合わせ、事例を採り上げ、事例を採り上げた内容)		情報収集の有様		支援の必要性の判断		
大項目	中項目	小項目	① A: 収集した ②へ B: 収集して ない③へ	② Bの理由	③ A: 必要と判断 ④へ B: 必要ないと 判断⑤へ	
① 指定される支援内容			④			
② 指定される支援内容			⑤ A: 必要と判断した場合に何処に依頼したか(ケアプラン、担当看護師、モニタリング等) B: 必要ないと判断した場合(どのような効果が見られたか)			
1 心疾患の予防 本人の予防 生活習慣の改善	1-1 生活習慣の改善	1-1-1 生活習慣の改善	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 生活習慣の改善	1-1-2 生活習慣の改善	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 生活習慣の改善	1-1-3 生活習慣の改善	3 併存疾患(腎臓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)を把握し服薬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 自己管理能力の向上とリスクの管理	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 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	5 適切な塩分・水分摂取量を理解できる体制を整える			
	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-3 自己管理能力の向上とリスクの管理	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			
	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-4 自己管理能力の向上とリスクの管理	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 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-5 自己管理能力の向上とリスクの管理	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			
	1-3 健康を維持するための環境・体制の整備	1-3-1 健康を維持するための環境・体制の整備	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			
	1-3 健康を維持するための環境・体制の整備	1-3-2 健康を維持するための環境・体制の整備	10 感染症の予防の必要性を理解する体制を整える			
	1-3 健康を維持するための環境・体制の整備	1-3-3 健康を維持するための環境・体制の整備	11 長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解を促す体制を整える			
	1-3 健康を維持するための環境・体制の整備	1-3-4 健康を維持するための環境・体制の整備	12 気運の溜り(廊下、浴室、洗面所、トイレなど)がなされる体制を整える			
	1-3 健康を維持するための環境・体制の整備	1-3-5 健康を維持するための環境・体制の整備	13 強く貴賓がかかるような動作の要因となる環境を整える			
	2 生活習慣の改善	2-1 生活習慣の改善	2-1-1 生活習慣の改善	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 生活習慣の改善	2-1-2 生活習慣の改善	15 必要なリ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 生活習慣の改善	2-1-3 生活習慣の改善	16 入浴習慣や入浴環境を把握し、適度におそれなく適切な入浴を維持できる体制を整える			
	2-1 生活習慣の改善	2-1-4 生活習慣の改善	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繋げられる体制を整える			
	2-1 生活習慣の改善	2-1-5 生活習慣の改善	18 禁煙を実現できる体制を整える			
	2-2 心理的支援	2-2-1 心理的支援	19 本人・家族等が生活習慣を改善することを受け入れられるよう支援する			
	2-2 心理的支援	2-2-2 心理的支援	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の準備	3-1-1 EOLの準備	21 末期心不全のEOLケアをどのようにするかを話し合う体制を整える		

心疾患は【期】と【期】で様式が違います。事例に合わせて様式を選択してください

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

【対象者(項目一)】経鼻胃管:誤嚥性肺炎の予防

事例の特徴 (研修課題大項目に属しない事例を記載し、留意すべき事例を捉えた内容)		事例の難関性 要因を挙げる		支援の必要性の判断								
0 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理由		1 中項目		3 ④		4 ⑤		7 ⑦				
1 リスクの(再)評価		0-1		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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ		B: 必要ないと判断した場合 →⑦へ				
2 日常的な肺炎及び肺炎の予防		0-1-1		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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ		B: 必要ないと判断した場合 →⑦へ				
3 専門的知識 (研修課題大項目に属しない事例を記載し、留意すべき事例を捉えた内容)		0-1-1		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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ		B: 必要ないと判断した場合 →⑦へ				
0 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理由	0-1	中項目	0-1-1	小項目	指定される支援内容	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1 リスクの(再)評価	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	誤嚥性肺炎の予防の必要性の理由	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
2 日常的な肺炎及び肺炎の予防	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理由	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
3 専門的知識 (研修課題大項目に属しない事例を記載し、留意すべき事例を捉えた内容)	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	2 日常の健康状態や生活状況の継続的な把握と共有	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
4 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理由	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	3 かみ合わせや咀嚼及び嚥下の状況等の継続的な把握と共有	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
5 リスクの(再)評価	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	4 誤嚥リスクが覆われる出来の把握	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
6 日常的な肺炎及び肺炎の予防	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	5 咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握と共有	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
7 専門的知識 (研修課題大項目に属しない事例を記載し、留意すべき事例を捉えた内容)	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	6 誤嚥リスクが覆われる出来の把握	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
8 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理由	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	7 口腔乾燥への支援	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
9 リスクの(再)評価	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	8 食事内容の把握と共有	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
10 日常的な肺炎及び肺炎の予防	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	9 食事のとり方や環境の整備	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
11 専門的知識 (研修課題大項目に属しない事例を記載し、留意すべき事例を捉えた内容)	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	10 食事内容や栄養摂取状況の把握と改善	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
12 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理由	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	11 口腔ケアの実施	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
13 リスクの(再)評価	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	12 一定期間ごとのリスクの再評価	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
14 日常的な肺炎及び肺炎の予防	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	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	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
15 専門的知識 (研修課題大項目に属しない事例を記載し、留意すべき事例を捉えた内容)	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	14 留意すべき状態を把握し共有する支援体制の整備	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」
16 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理由	0-1-1	中項目	0-1-1-1	小項目	15 入退院時における回復後の生活環境の見直しと共有	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・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	B: 必要ないと判断 →⑦へ	A: 必要と判断した場合、どこに位置付けたか (ケアプラン・担当看護婦・モニタリング等) →⑤へ	選出した専門職 →⑥へ	結果 (どのような結果がみられたか)	「B: 必要ないと判断した誤嚥性肺炎」

