

令和3年度 介護支援専門員 実務研修
模擬ケアプラン作成実習報告書

受講番号		氏 名	
実習事業所名			
実習担当者確認日	月 日	実習担当者指名	印

必ず下記項目についてご自身で □ にチェック✓してから、実習担当者に内容を確認してもらって下さい。

1. 提出書類一覧です。書類はそろっていますか？

- ☐ この表紙も報告書と一緒に提出してください
- ☐ ①実習承諾書・実習誓約書【事務局提出用】 ※原本
- ☐ ②認定調査票

※特記事項はコピーし利用してください

- ☐ ③基本情報
- ☐ ④ICF 思考による情報整理・分析シート
- ☐ ⑤社会資源調査票
- ☐ ⑥課題整理総括表
- ☐ ⑦サービス計画書【第 1 表,第 2 表,第 3 表】
- ☐ ⑧サービス利用票
- ☐ ⑨模擬ケアプラン作成 事例概要
- ☐ ⑩模擬ケアプラン作成 実習まとめ
- ☐ ⑪事業所見学観察実習の振り返り

2. 再度確認を!!

- ☐ 協力者の個人名が入るのは、「実習承諾書・実習誓約書」のみ。
- ☐ 生年月日は、年と年齢のみ記入（月日は記入しない）。
- ☐ 府県名、市町名、事業所名はすべてイニシャルでなく A、B 等の記号。
- ☐ 居宅サービス計画書 第 2 表 の期間（長期目標、短期目標、援助内容）は日付を記入。
- ☐ ボールペンもしくはワープロ等で記入している。（鉛筆は不可）

3. 提出先

〒525-0072

滋賀県草津市笠山七丁目8-138

県立長寿社会福祉センター内

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会

滋賀県社会福祉研修センター あて

見学・観察実習報告書と一緒に郵送または
ご持参ください。

個人情報が含まれます。郵送される場合は
特定記録 か 簡易書留 をお願いします。

①令和3年度 滋賀県介護支援専門員 実務研修

実習承諾書

私は、実習生が、介護支援専門員研修の実習として下記の「誓約書」に基づいて次の文書を作成することに協力し、必要な情報を提供することを承諾します。

- 要介護認定調査書
- 課題分析票
- 居宅サービス計画書

令和 年 月 日

(実習協力者)

住所

氏名

印

実習誓約書

私は、介護支援専門員研修の実習を協力者にお願いするにあたり、以下のことをお約束し、また、実習後も誠実に守ることを誓います。

1. この実習は、(1) 要介護認定調査票 (2) ICF 分析表 (3) 居宅サービス計画書の作成が目的ですので、それと関係ないことはお聞きしません。
2. 実習で知った情報は、実習以外の目的は使用いたしません。また、実習以外で漏らすことはしません。
3. 実習で作成する上記の文書や、実習後に行う事例検討会に提出する実習報告書には個人名や個人がわかることは記載しません。
4. 実習事例検討会においても個人名等は言いません。
5. 私が知りたいことであっても、協力者の意に添わないことは聞きません。
6. 実習中はもちろん、実習後においても協力者に不利益になることはいたしません。

以上、お約束いたします。

令和 年 月 日

(実習生)

所属名

所属住所

氏名

①令和3年度 滋賀県介護支援専門員 実務研修

実習承諾書

私は、実習生が、介護支援専門員研修の実習として下記の「誓約書」に基づいて次の文書を作成することに協力し、必要な情報を提供することを承諾します。

- 要介護認定調査書
- 課題分析票
- 居宅サービス計画書

令和 年 月 日
(実習協力者)

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

実習誓約書

私は、介護支援専門員研修の実習を協力者にお願いするにあたり、以下のことをお約束し、また、実習後も誠実に守ることを誓います。

1. この実習は、(1) 要介護認定調査票 (2) ICF 分析表 (3) 居宅サービス計画書の作成が目的ですので、それと関係ないことはお聞きしません。
2. 実習で知った情報は、実習以外の目的は使用いたしません。また、実習以外で漏らすことはしません。
3. 実習で作成する上記の文書や、実習後に行う事例検討会に提出する実習報告書には個人名や個人がわかることは記載しません。
4. 実習事例検討会においても個人名等は言いません。
5. 私が知りたいことであっても、協力者の意に添わないことは聞きません。
6. 実習中はもちろん、実習後においても協力者に不利益になることはいたしません。

以上、お約束いたします。

令和 年 月 日
(実習生)

所属名 _____

所属住所 _____

氏名 _____

*2 通作成し、1 通を実習協力者に渡す。もう 1 通は、事務局に提出する。

家族が代筆する場合は、本人名の後に（長男〇〇が代筆）等と記入し、本人の印をもらう。

実習生の所属が記載出来ない場合は「実習誓約書」の所属住所欄には個人の住所を記載する。

調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 (実習のため記載不要) 被保険者番号 (実習のため記載不要)

②認定調査票(概況調査)

I 調査実施者(記入者)

実施日時	令和 年 月 日	実施場所	自宅内 ・ 自宅外 ()
ふりがな		所属機関	
記入者氏名			

II 調査対象者

過去の認定	初回 ・ 2回目以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果		非該当 ・ 要支援 () ・ 要介護 ()	
ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和
対象者氏名					年 — 月 — 日 (歳)
現住所	〒 — 実習のため記載不要			電 話	実習のため記載不要
家族等 連絡先	〒 — 実習のため記載不要			電 話	実習のため記載不要
氏 名 () 調査対象者との関係()					

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入して下さい。

在 宅 利 用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目を記載)					
(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月	回	(介護予防)福祉用具貸与	品 目	
(介護予防)訪問入浴介護	月	回	特定(介護予防)福祉用具販売	品 目	
(介護予防)訪問看護	月	回	住宅改修	あり・なし	
(介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	夜間対応型訪問介護	月 回	
(介護予防)居宅療養管理指導	月	回	(介護予防)認知症対応型通所介護	月 回	
(介護予防)通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	回	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 回	
(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 回	
(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	月 回	
(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 回	
(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	定期巡回・随時対応型訪問看護	月 回	
看護小規模多機能型居宅介護	月	日			
市町村特別給付 []					
介護保険給付外の在宅サービス []					

施 設 利 用	施 設 連 絡 先
介護老人福祉施設	施設名 実習のため記載不要 郵便番号 — 施設住所 電 話 — —
介護老人保健施設	
介護療養型医療施設	
認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	
特定施設入所者生活介護適用施設(ケアハウス等)	
医療機関(医療保険適用療養病床)	
医療機関(療養病床以外)	
その他の施設	

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境(外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

②認定調査票(基本調査)

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

1. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他 (四肢の欠損)
-------	--------	--------	--------	--------	----------------

1-2 拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

1. ない	2. 肩関節	3. 股関節	4. 膝関節	5. その他 (四肢の欠損)
-------	--------	--------	--------	----------------

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
--------	-----------------	----------------	---------

1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
-------------	---------	--------	-----------

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助
-------------	---------	--------

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|------------------------|
| 1 . 普通(日常生活に支障がない) |
| 2 . 約1m離れた視力確認表の図が見える |
| 3 . 目の前に置いた視力確認表の図が見える |
| 4 . ほとんど見えない |
| 5 . 見えているのか判断不能 |

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|-----------------------|
| 1 . 普通 |
| 2 . 普通の声がやっと聞き取れる |
| 3 . かなり大きな声なら何とか聞き取れる |
| 4 . ほとんど聞こえない |
| 5 . 聞こえているのか判断不能 |

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|--------------|----------|----------|---------|
| 1 . 介助されていない | 2 . 見守り等 | 3 . 一部介助 | 4 . 全介助 |
|--------------|----------|----------|---------|

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|--------------|----------|----------|---------|
| 1 . 介助されていない | 2 . 見守り等 | 3 . 一部介助 | 4 . 全介助 |
|--------------|----------|----------|---------|

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|---------|----------|----------|
| 1 . できる | 2 . 見守り等 | 3 . できない |
|---------|----------|----------|

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|--------------|----------|----------|---------|
| 1 . 介助されていない | 2 . 見守り等 | 3 . 一部介助 | 4 . 全介助 |
|--------------|----------|----------|---------|

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|--------------|----------|----------|---------|
| 1 . 介助されていない | 2 . 見守り等 | 3 . 一部介助 | 4 . 全介助 |
|--------------|----------|----------|---------|

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|--------------|----------|----------|---------|
| 1 . 介助されていない | 2 . 見守り等 | 3 . 一部介助 | 4 . 全介助 |
|--------------|----------|----------|---------|

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|--------------|----------|---------|
| 1 . 介助されていない | 2 . 一部介助 | 3 . 全介助 |
|--------------|----------|---------|

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|--------------|----------|---------|
| 1 . 介助されていない | 2 . 一部介助 | 3 . 全介助 |
|--------------|----------|---------|

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . 介助されていない

2 . 一部介助

3 . 全介助

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . 介助されていない

2 . 見守り等

3 . 一部介助

4 . 全介助

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . 介助されていない

2 . 見守り等

3 . 一部介助

4 . 全介助

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . 週1回以上

2 . 月1回以上

3 . 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . 調査対象者が意思を他者に伝達できる

2 . ととき伝達できる

3 . ほとんど伝達できない

4 . できない

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . できる

2 . できない

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . できる

2 . できない

3-4 短期記憶(面接調査の直前に何をしていたか思い出す)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . できる

2 . できない

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . できる

2 . できない

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . できる

2 . できない

3-7 場所の理解(自分がいる場所を答える)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . できる

2 . できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . とときある

3 . ある

3-9 外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-2 作話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-5 しつこく同じ話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-6 大声をだす事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-7 介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-12 ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない

2 . ときどきある

3 . ある

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない	2 . とどきある	3 . ある
--------	-----------	--------

4-14 自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない	2 . とどきある	3 . ある
--------	-----------	--------

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない	2 . とどきある	3 . ある
--------	-----------	--------

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . 介助されていない	2 . 一部介助	3 . 全介助
--------------	----------	---------

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . 介助されていない	2 . 一部介助	3 . 全介助
--------------	----------	---------

5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . できる(特別な場合でもできる)	2 . 特別な場合を除いてできる	3 . 日常的に困難	4 . できない
---------------------	------------------	------------	----------

5-4 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . ない	2 . とどきある	3 . ある
--------	-----------	--------

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . 介助されていない	2 . 見守り等	3 . 一部介助	4 . 全介助
--------------	----------	----------	---------

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1 . 介助されていない	2 . 見守り等	3 . 一部介助	4 . 全介助
--------------	----------	----------	---------

6 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。

(複数回答可)

処置内容	1 . 点滴の管理	2 . 中心静脈栄養	3 . 透析	4 . ストーマ(人工肛門)の処置
	5 . 酸素療法	6 . レスプレーター(人工呼吸器)	7 . 気管切開の処置	
	8 . 疼痛の看護	9 . 経管栄養		
特別な対応	10 . モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	11 . じよくそうの処置		
	12 . カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)			

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○をつけて下さい。

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自 立 ・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
認知症高齢者の日常生活自立度	自 立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M

②認定調査票(特記事項)**1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項**

1-1麻痺等の有無、1-2拘縮の有無、1-3寝返り、1-4起き上がり、1-5座位保持、1-6両足での立位、1-7歩行、1-8立ち上がり
1-9片足での立位、1-10洗身、1-11つめ切り、1-12視力、1-13聴力

()

()

()

()

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1移乗、2-2移動、2-3えん下、2-4食事摂取、2-5排尿、2-6排便、2-7口腔清潔、2-8洗顔、2-9整髪、2-10上衣の着脱
2-11ズボン等の着脱、2-12外出頻度

()

()

()

()

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1意思の伝達、3-2毎日の日課を理解、3-3生年月日を言う、3-4短期記憶、3-5自分の名前を言う、3-6今の季節を理解
3-7場所の理解、3-8徘徊、3-9外出して戻れない

()

()

()

()

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1被害的、4-2作話、4-3感情が不安定、4-4昼夜逆転、4-5同じ話をする、4-6大声を出す、4-7介護に抵抗、4-8落ち着きなし
4-9一人で出たがる、4-10収集癖、4-11物や衣類を壊す、4-12ひどい物忘れ、4-13独り言・独り笑い
4-14自分勝手に行動する、4-15話がまとまらない

()

()

()

()

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1薬の内服、5-2金銭の管理、5-3日常の意思決定、5-4集団への不適応、5-5買い物、5-6簡単な調理

()

()

()

()

6 特別医療についての特記事項

6特別な医療

()

()

()

()

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)、7-2認知症高齢者の日常生活自立度

()

()

()

()

③【基本情報】

受付・面接日（ 年 月 日）受付方法（電話・来所・同席者 ）受付者（ ）

[illegible]

障害高齢者の日常生活自立度		J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2								
認知症高齢者の日常生活自立度		自立 I II a II b III a III b IV M								
認定情報	申請中 要支援 1 要支援 2 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5									
	認定年月日	－ 年 － 月 － 日		認定期間	－ 年 － 月 － 日 ～ － 年 － 月 － 日					
課題分析 (アセスメント) 理由				現在利用 している サービス						
利用者の被 保険者情報										
住宅間取り図										

項 目	状 態
健康状態	
A D L	
I A D L	
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	

項 目	状 態
じょく瘡・ 皮膚の問題	
口腔衛生	
食事摂取	
認知症の行動・ 心理症状 (BPSD)	
介護力	
住宅環境	
経済	
ストレス	
特殊な状況	

利用者・ 家族の 意向	利用者・家族の望む暮らし		
利用者の 状況	健康状態【病名・症状、服薬内容、既往歴、主治医、受診行動（頻度、方法）その他】		
	利用者の現在の生活機能		
	【心身機能・身体構造の状況】 睡眠の内容（不眠、中途覚醒、服薬の有無）、栄養（増加、減少、嗜好、水分摂取状況）、視覚・聴覚・痛みと日常生活の支障の程度、口腔機能と衛生、排尿・排便障害、筋力、全身持久力、精神面（抑うつ、認知機能）、その他	【活動の状況】 コミュニケーション、立ち座り・浴槽のまたぎなどの起居動作、移動（屋内・屋外歩行）、運搬動作、洗髪・洗身、爪切り・耳掃除、下着・衣類の着脱、買い物、金銭管理、簡単な調理、掃除、整理整頓、洗濯、服薬管理、その他	【参加の状況】 外出先の有無、趣味活動、友人・親戚の交流、地域の居場所、日中の活動の有無、その他
背景因子（環境因子、個人因子）			
	【環境因子】 家族構成及び家族の健康状態、家族・親戚とのつながり、経済状況、住環境（立地状況）、交通機関へのアクセス、よく利用していた社会資源、福祉用具・自助具、医療・保健・福祉サービス、友人の家までの距離、その他	【個人因子】 年齢、成育歴、趣味・嗜好、性格、価値観、職歴、その他	
	本人は一日をどのように生活しているのか？（現状）		
	<div>0時</div> <div>12時</div> <div>0時</div>		
	今までどのような生活をしてきたのか？（生活歴）		
	<div>0歳</div> <div>現在</div>		

④ 【 ICF思考による情報整理・分析シート ② 】

受講者氏名： _____

健康状態は生活機能にどのような影響を与えているか？

--

背景因子（環境因子、個人因子）は生活機能にどのような影響を与えているか

〔環境〕	〔個人〕

現状が続くことで予測されるリスクは何か？（防ぐべきこと）

〔環境〕	〔個人〕

状況を改善するためのアイデア

〔環境〕	〔個人〕

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（長期目標）

（短期目標）



解決すべき課題の
明確化と
目標の設定

--	--	--

⑤ 社会資源調査票① ※中学校区程度で全ての項目を記載すること

(実習協力者の住む地域とその地域にある社会資源)

上巻P592～

実名不可

受講者氏名

■地域の特徴

- ・校区内に無い場合は範囲を広げる。
- ・表の書き方については
【介護支援専門員実務研修テキスト】上巻 P596～597 参照。
- ・介護支援専門員にとって社会資源の把握が重要であることを意識。

■居宅介護サービスの状況

サービスの種類	事業所名	特 徴
訪問介護		
訪問看護		
通所介護		
訪問入浴サービス		
福祉用具貸与		

各事業所の特徴が記載されているか

■リハビリテーションサービスの状況

サービスの種類	事業所名	特 徴
訪問リハビリテーション		
通所リハビリテーション		
医療機関等(通院型、入院入所型)		

■医療機関の状況

(訪問診療)

名称、特徴が記載されているか

(その他・総合病院等)

社 会 資 源 調 査 票②

■入所型介護サービスの状況		
サービスの種類	事業所名	特 徴
短期入所系		
(その他・介護施設等)		
■その他のサービスやボランティア活動の状況		
■日用品の購入		
(福祉用具等販売店)		
(住宅改修実施工務店)		
(その他日用品)		
■近隣との関係、地域との交流		
■相談機関その他		

⑥課題整理総括表

利用者名 殿

作成日

/ /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③		
		④	⑤	⑥		
状況の事実 ※1		現在 ※2		改善/維持の可能性※4	備考 (状況・支援内容等)	
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		支障なし 支障あり	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		支障なし 支障あり	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		支障なし 支障あり	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			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
認知			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
社会との関わり			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
居住環境			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
				改善 維持 悪化		

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

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析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た客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をあらわしている要因を、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 今回の認定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」を踏まえ、要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って見込まれる事後の状況(目標)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。

第1表

⑦居宅サービス計画書（１）

作成年月日 年 月 日

記号等で記入

年のみ記入

実際の作成日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名

殿

生年月日

年 月 日

住所

実習のため記載不要

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

実習のため記載不要

居宅サービス計画作成（変更）日

年 月 日

初回居宅サービス計画作成日

実習のため記載不要

認定日より後になっていること。作成日と同日となってもよい。

認定日

年 月 日

認定の有効期間

年 月 日

日（実習期間を含む日程）

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

※本人の言葉で記入

チェックし忘れがあるので注意！

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

※本人、家族にわかりやすく記入

生活援助中心型の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日

年 月 日

利用者同意欄

印

⑦ 住宅サービス計画書 ②

寝

生活全般の解決す ぐ課題(ニーズ)

長期目標	(期間)	知
目標		

豆期目標 (期間)

	サービス内容

※1 サービス種別

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

頻度	期間
----	----

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては〇印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

⑦週間サービス計画表

利用者名 _____ 殿

作成年月日 年 月 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								利用者の1週間の過ごし方を把握するために、サービスのみの記入ではなく、習慣としている事、楽しみ等も記入。
	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								

※通院、福祉用具等も忘れずに記入。

週単位以外のサービスの

⑧サービス利用票（簡易版）

利用単位数計算書

利用サービス種類名		1 回当たり単位	利用予定回数	単位数計
訪問系				
通所系				
短期入所系				
合計利用単位数				単位(a)
支給限度基準額単位数				単位
超過利用単位数				単位(b)

利用者負担額計算書

支給限度内負担額 (a) × 10 円 × 0.1	円
支給限度超過額 (b) × 10 円	円
その他利用者負担額	円
利用者負担額計	円

⑨模擬ケアプラン作成 事例の概要 【 演習シート 1 】

テキスト下巻 P15 参照

受講番号

受講者氏名

【事例のタイトル（事例の特徴）】		
【事例のプロフィール、家族状況、地域の資源など】		
【日常生活上の困り事、その背景・要因】		
【できていること・していること】	【本人の望む暮らし】	【現状が続くことで予測されるリスク】 <div>個人</div>
【状況を改善するための促進因子】		
【解決すべき課題】		
【考察、気づき、所感】		

※振り返り演習で使用

受講番号

受講者氏名

模擬ケアプラン実習協力者の選定（どのような方法や紹介経路で実習協力者を選定されましたか）
居宅での面接（日時、かかった時間、面接場所、同席者、気をつけたこと、学んだこと）
要介護認定調査票の作成（かかった時間、難しかった点、学んだことなど）
基本情報の作成（把握しやすかった項目、しにくかった項目、学んだことなど）
社会資源調査票の作成（調査方法…W A M N E T ・市町の窓口・事業所等、学んだことなど）
居宅サービス計画書の作成（どんな点を考慮して作成しましたか、難しかった点など）
模擬ケアプラン作成実習 全体を通して気付いたこと、反省、疑問点など

⑪見学・観察実習の振り返り**【 演習シート 3 】**

受講番号

受講者氏名

訪問の状況に合わせた配慮、学んだこと、気づき、困ったことなど
倫理的課題（利用者本位・選択の尊重・自立支援）
見学観察実習記録について（把握しやすかった項目、しにくかった項目、学んだことなど）
見学観察実習で気付いたこと、反省、疑問点など
実習指導者から受けた助言
今後の課題・目標

※振り返り演習で使用