

講師・事務局提出用

この表紙を必ずつけて提出してください。

東京都介護支援専門員研修 実習報告

居宅・施設・介護予防のいずれかに○をつけてください。

提出プランの種別(いずれかに○) 居宅プラン・施設プラン・介護予防プラン

- 1 提出資料内訳 ・下記一覧の作成プラン欄に○がついているページの提出が必要です。提出前に必ず確認をしてください。
 ・提出対象ページがない場合、後期研修の受講ができない場合がありますので注意してください。
 ※の資料2点は、講師・事務局用にのみ提出が必要な資料です。

資料名称		選択プラン別 作成資料提出ページ一覧		
		居宅プラン	施設プラン	介護予防プラン
必須	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (1~4ページ)※	○	○	○
	<input type="checkbox"/> 課題分析表 (5ページ)	○	○	○
プランにより提出ページが異なる部分	《居宅ケアプラン作成者》			
	<input type="checkbox"/> チェックポイントシート (6ページ)	○	—	—
	<input type="checkbox"/> 住宅の見取り図 (7ページ)	○	—	—
	<input type="checkbox"/> 社会資源調査票 (8・9ページ)	○	—	—
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 (10~12ページ)	○	—	—
	《施設ケアプランの作成者》			
	<input type="checkbox"/> チェックポイントシート (6ページ)	—	○	—
	<input type="checkbox"/> 住宅の見取り図 (7ページ)	—	○	—
	<input type="checkbox"/> 社会資源調査票 (8・9ページ)	—	○	—
	<input type="checkbox"/> 施設サービス計画 (13~16ページ)	—	○	—
	《介護予防プランの作成者》			
	<input type="checkbox"/> 社会資源調査票 (8・9ページ)	—	—	○
	<input type="checkbox"/> 支援計画表1/3~3/3(17~20ページ)	—	—	○
<input type="checkbox"/> 情報収集シート1/3~3/3(21~23ページ)	—	—	○	
<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト (24ページ)	—	—	○	
必須	<input type="checkbox"/> 事例検討表 (25ページ)	○	○	○
	<input type="checkbox"/> 実習のまとめ(実習報告用) (26ページ)※	○	○	○

2 提出方法

後期1日目、受付で1部を事務局に、教室で1部を講師に提出してください。

受講番号

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

氏名

東京都介護支援専門員研修 実習報告

居宅・施設・介護予防のいずれかに○をつけてください。

提出プランの種別(いずれかに○) 居宅プラン・施設プラン・介護予防プラン

- 1 提出資料内訳 ・下記一覧の作成プラン欄に○がついているページの提出が必要です。提出前に必ず確認をしてください。
 ・提出対象ページがない場合、後期研修の受講ができない場合がありますので注意してください。

	資料名称	選択プラン別 作成資料提出ページ一覧		
		居宅プラン	施設プラン	介護予防プラン
必須	<input type="checkbox"/> 課題分析表 (5ページ)	○	○	○
プランにより提出ページが異なる部分	《居宅ケアプラン作成者》			
	<input type="checkbox"/> チェックポイントシート (6ページ)	○	—	—
	<input type="checkbox"/> 住宅の見取り図 (7ページ)	○	—	—
	<input type="checkbox"/> 社会資源調査票 (8・9ページ)	○	—	—
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 (10～12ページ)	○	—	—
	《施設ケアプランの作成者》			
	<input type="checkbox"/> チェックポイントシート (6ページ)	—	○	—
	<input type="checkbox"/> 住宅の見取り図 (7ページ)	—	○	—
	<input type="checkbox"/> 社会資源調査票 (8・9ページ)	—	○	—
	<input type="checkbox"/> 施設サービス計画 (13～16ページ)	—	○	—
	《介護予防プランの作成者》			
	<input type="checkbox"/> 社会資源調査票 (8・9ページ)	—	—	○
	<input type="checkbox"/> 支援計画表1/3～3/3(17～20ページ)	—	—	○
<input type="checkbox"/> 情報収集シート1/3～3/3(21～23ページ)	—	—	○	
<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト (24ページ)	—	—	○	
必須	<input type="checkbox"/> 事例検討表 (25ページ)	○	○	○

2 提出方法

後期1日目、講師の指示によりグループ内で配布してください。

受講番号

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

グループ討議用

この表紙を必ずつけてください。

氏名

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ください。

テキストP.222～224に記載例

保険者番号

被保険者番号

認定調査票(概況調査)

I 調査実施者(記入者)

実施日(必須)

グレーの網掛けは記入不要部分です ※以下同様です

面接場所(必須)

実施日時	平成 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外 ()
ふりがな		記入者氏名	受講者氏名(必須)
			要介護度(必須)

II 調査対象者

過去の認定	初回 (前回認定 年 月 日)	2回目以降 (年 月 日)	前回認定結果 性別(必須)	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	年齢(必須)
対象者氏名	実習協力者名(必須) ※実名不可 例:Aさん				年 月 日 () 歳	
現住所	〒 -		連絡先がある場合のみ ※実名不可 例:Bさん、娘/息子	電話	-	-
家族等 連絡先	〒 -			電話	-	-
	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ください。

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月の品目数を記載]

<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	該当するサービスがある場合のみ(複数回答可)		居宅介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	※要介護度が出ていてもサービス未利用、これからサービスを利用する場合など、選択がない場合はチェックなし		居生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)			生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)			入所者生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護			
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []			
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス []			

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設	施設名 郵便番号 施設住所 電話 - -

該当するサービス1つを選択

※要介護度が出ていてもサービス未利用、これからサービスを利用する場合など、選択がない場合はチェックなし

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。

P.5「課題分析表」の家族状況・生活状況に関連するよう面接時に見聞きしたことを記入(必須)

【記入方法】

それぞれの調査項目について、当てはまる番号または項目に一つだけ○印を付ける
「複数回答可」とされた調査項目については、当てはまる番号すべてに○印を付ける

認定調査票(基本調査)

1 身体機能・起居動作に関連する項目

【参照資料】

テキスト:P.74~84
紫本:P.30~99

記事項→1

1-1 麻痺等の有無(複数回答可)	1 ない	2 左上肢	3 左下肢	4 右下肢	5 その他(四肢の欠損)
1-2 拘縮の有無(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	1 つま先	2 足裏	3 両足裏	4 両手	5 両手両足
1-4 起き上がり	1 つま先	2 足裏	3 両足裏	4 両手	5 両手両足
1-5 座位保持	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	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	1 つま先	2 足裏	3 両足裏	4 両手	5 両手両足
1-8 立ち上がり	1 つま先	2 足裏	3 両足裏	4 両手	5 両手両足
1-9 片足での立位保持	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	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	1 介助されていない	2 一部介助	3 全介助		
1-12 視力	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	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 聞いているのか判断不能

2 生活機能に関連する項目

特記事項→2

2-1 移乗	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	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	1 できる	2 見守り等	3 できない	
2-4 食事摂取	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	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	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	1 介助されていない	2 一部介助	3 全介助	
2-8 洗顔	1 介助されていない	2 一部介助	3 全介助	
2-9 整髪	1 介助されていない	2 一部介助	3 全介助	
2-10 上衣のの着脱	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	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	1 週1回以上	2 月1回以上	3 月1回未満	

原則として「1.介助されていない」以外に○をつけた場合はSheetP.4「特記事項2」に状況を具体的に記載

3 認知機能に関連する項目

【参照資料】
テキスト:P.84~89
紫本:P.100~157

特記事項→3

3-1 意思の伝達	1 調査対象者が意思を他者に伝達できない 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	原則として「1.介助されていない」以外に○をつけた場合はSheetP.4「特記事項 3」に状況を具体的に記載 2 できない
3-3 生年月日や年齢を言う	2 できない
3-4 短期記憶	2 できない
3-5 自分の名前を言う	1 できる 2 できない
3-6 今の季節を理解する	1 できる 2 できない
3-7 場所の理解	1 できる 2 できない
3-8 徘徊	1 ない 2 ときどきある 3 ある
3-9 外出すると戻れない	1 ない 2 ときどきある 3 ある

4 精神・行動障害に関連する項目

特記事項→4

4-1 物を盗られたなどと被害的になること	原則として「1.介助されていない」以外に○をつけた場合はSheetP.4「特記事項 4」に状況を具体的に記載 3 ある
4-2 作話をする	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	1 ない 2 ときどきある 3 ある
4-4 昼夜の逆転	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	1 ない 2 ときどきある 3 ある
4-6 大声をだす	1 ない 2 ときどきある 3 ある
4-7 介護に抵抗すること	1 ない 2 ときどきある 3 ある
4-8 「家に帰る」等といい落ち着きがないこと	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	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、無断で持つてくる	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	1 ない 2 ときどきある 3 ある
4-12 ひどい物忘れ	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	1 ない 2 ときどきある 3 ある
4-14 自分勝手に行動すること	1 ない 2 ときどきある 3 ある
4-15 話がまとまらず、会話にならないこと	1 ない 2 ときどきある 3 ある

5 社会生活への適応

特記事項→5

5-1 薬の内服	原則として「1.介助されていない」以外に○をつけた場合はSheetP.4「特記事項 5」に状況を具体的に記載 2 一部介助 3 全介助
5-2 金銭の管理	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	1 できる(特別な場合でもできる) 3 日常的に困難 2 特別な場合を除いてできる 4 できない
5-4 集団への不適応	1 ない 2 ときどきある 3 ある
5-5 買い物	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	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(複数回答可)

該当するサービスがある場合のみ

特記事項→6

処置内容	1 点滴の管理 2 中心静脈栄養 3 透析 4 ストリープ療法 6 レスプレーター(人口呼吸器) 7 気管挿入 9 経管栄養
特別な対応	# モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) # じょくそうの処置 # 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 日常生活自立度に関連する項目

テキストP.88参照(必須)

特記事項→7

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立・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・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV

テキストP.89参照(必須)

テキストP.225参照

調査日

保険者番号

被保険者番号

認定調査票(特記事項)

※このページは全て特記事項として記入することがなければ「なし」と記入

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 特別な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

()
 ()
 ()
 ()

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい。

課題分析表

◎ 基本情報に関する項目

受付年月日	平成 年 月 日	※実習協力者と面接した日を記入してください。
受付担当者	実習協力者名(必須) ※実名不可 例:Aさん	性別(必須) 年齢(必須)
受付経路	氏名	性別 男・女 年齢 歳
氏名・性別・年齢	住所	電話
住所・電話	家族状況 生活状況(必須)	
家族状況	生活状況	
保険・他法情報	医療保険:	加入医療保険(必須)
	介護保険:	要介護度(必須)P1「概況調査」と同じ
	身障等級:	身障手帳の等級記入(必須)・なしの場合は「なし」と記入
現在利用しているサービス	利用中の介護保険サービス記入(必須)・なしの場合は「なし」と記入 P1「概況調査」のチェック項目と同じ	
障害高齢者の日常生活自立度判定基準	ランク: 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	P.3「基本調査 7」と同じ(必須) テキストP.88参照
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	ランク: 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	P.3「基本調査 7」と同じ(必須) テキストP.89参照
主訴	主訴(必須)	
認定情報	要介護度:	要介護度(必須)P.1「概況調査 II 前回日程結果」と同じ
	審査会意見:	・被保険者証を確認し、審査会意見が付されている場合に転記 ・意見がなければ「なし」と記入
課題分析理由	分析理由(必須) ※初回のアセスメント方針等	

◎ アセスメントに関する項目及びチェックポイントシート

テキストP.226～229記載例

平成 年 月 日現在

アセスメント項目		状態	原因	問	一般の解決すべき課題(ニーズ)	ニーズ番号 (優先順位)
健康状態				利用者 家族 意見		
本人のADL	寝返り			利用者		
	起き上がり			利用者		
	移乗			利用者		
	歩行			利用者		
	着衣			家族		
	入浴			家族		
	洗身			意見	意見:ケアマネジャーとしてのご自身の意見 (必須)	
	洗面			意見		
	食事摂取			意見		
	排尿・排便			意見		
本人のIADL	調理			利用者		
	掃除			利用者		
	買物			家族	家族:単身者で「家族」不在等の場合は、「家族の意見聴取できず」などと記入	
	金銭管理			家族		
	服薬状況			意見		
認知				利用者 家族 意見		
コミュニケーション能力				利用者 家族 意見		
社会との関わり				利用者 家族		
褥瘡・皮膚の問題						
口腔衛生						
問題行動				利用者 家族 意見		
介護力				利用者 家族 意見		
居住環境				利用者 家族 意見		
特別な状況				利用者 家族 意見		

テキストP.152参照
テキストP.175記載例

意見:ケアマネジャーとしてのご自身の意見
(必須)

P.11「居宅ケアプラン第2表」
P.14「施設ケアプラン第2表」
と内容が関連するように

家族:単身者で「家族」不在等の場合は、「家族の意見聴取できず」などと記入

介護予防ケアプラン作成者
作成不要です

住宅等の見取り図

▲＝段差

介護予防ケアプラン作成者

作成不要です

居宅・施設ケアプラン作成者

作成が必要なページです

見取り図、または文章で住宅等の状況を記入。(必須)

・書き方は、テキスト223・230ページを参考にしてください。

・病院に入院中の方を協力者にする場合等で、見取り図を書くことが困難な場合には、自宅の居住環境(居室の様子、玄関・廊下・部屋等の段差有無、トイレの状況(和式・洋式)、居室からトイレ、浴室の動線の状況など)を、文章で記入することも可能です。

・施設にいる方を協力者にする場合、施設の情報(建物が階建等)、協力者の居住スペース及び活動範囲について間取り図を作成してください。

社会資源調査票 ([] さんの住む地域とその社会資源)

実習協力者名(必須)※実名不可 例:Aさん

No.1

地域の特徴		
(必須)		
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	実名不可	
訪問看護		テキストP.231記載例 (グリーンは必須)
通所介護		
訪問入浴介護		
福祉用具貸与		
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		
医療機関型 (通院型・入院入所型)		
医療機関等の状況		
種類	医療機関名	特 徴
訪問診療		
病院・診療所		

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
(短期入所サービス)		
短期入所生活介護 (ショートステイ)	実名不可	
短期入所療養介護 (医療ショート)		
(長期入所系サービス)		
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		テキストP.232記載例 (グリーンは必須)
介護老人保健施設		
特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等)		
認知症対応型共同生活 介護(グループホーム)		
その他(ケアハウス等)		
その他のサービスやボランティア活動の状況		
サービスの種類	サービス名	特 徴
自治体サービス		
有料サービス (配食、家事援助、介護 援助等)		
ボランティア活動		
日用品の購入等		
種 類	店 名	特 徴
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		
		機関名等は実名不可
相談機関その他		

作成年月日 年 月 日
(必須)

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

住所

第 1 表

【テキスト】
P.160～162/179～182 概念
P.193記載例
P.233～235参照
(居宅プラン選択の方は必須)

利用者名 実習協力者名(必須)
※実名不可 例:Aさん 殿 生年月日

居宅サービス計画作成者氏名 受講者氏名(必須)

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

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 年 月 日

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 (必須)

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
課題分析表の結果を記入(必須)
介護認定審査会の意見がないときには「なし」と記載

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 家族等が障害、疾病等 3 その他()

第 3 表

週間サービス計画表

実習協力者名(必須)
※実名不可 例:A

利用者名 殿

【テキスト】
P.187~188 概念
P.194記載例
P.238~239参照
(居宅プラン選択の方は必須)

必須

必須

年 月分より

12

		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								

週単位以外のサービス	【例】福祉用具貸与(ベッド・付属品)
------------	--------------------

必須

第 1 表

施設サービス計画書(1)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名	<div data-bbox="324 287 582 359" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 実習協力者名(必須) ※実名不可 例:Aさん </div> 殿	生年月日	年 月 日	住所	【テキスト】 P.160～162/P.189～191/P.234～ 235 概念 P.196記載例 (施設プラン選択の方は必須)
施設サービス計画作成者氏名及び職種	(必須)				
施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地					
施設サービス計画作成(変更)日	年 月 日	初回施設サービス計画作成日			
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 <div data-bbox="1299 638 1377 686" style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">必須</div>
---------	---

利用者及び家族の生活に対する意向	<div style="border: 1px dashed black; height: 100px;"></div>
------------------	--

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	<div style="border: 1px dashed black; height: 100px;"></div>	<div data-bbox="873 877 1411 1236" style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 10px;"> 課題分析表の結果を記入(必須) </div>	<div data-bbox="1848 989 2094 1101" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護認定審査会の意見がないときには「なし」と記載 </div>
------------------------	--	--	---

総合的な援助の方針	<div style="border: 1px dashed black; height: 100px;"></div>
-----------	--

第 3 表

週間サービス計画表

実習協力者名(必須)
※実名不可 例:A

テキストP.194記載例
(施設プラン選択の方は必須)

必須

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								<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>【テキスト】 P.192/P.238～239 概念 P.197記載例 (施設プラン選択の方は必須)</p> </div>
	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								

15

週単位以外のサービス	クラブ活動(喫茶・外出)、誕生会、理髪	週単位以外のサービスを利用している場合記入
------------	---------------------	-----------------------

(注)「日課計画表」との選定による使用可。

実習では、第3表と第4表の両表とも作成してください

第 4 表

日課計画表

必須

利用者名

実習協力者名(必須)
※実名不可 例:A

殿

【テキスト】
P.192参照資料
P.197記載例
(施設プラン選択の方は必須)

作成年月日

年 月 日

		共通サービス	担当者	個別	生活上の活動	共通サービスの例	
深夜	4:00					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	
	6:00						
早朝	8:00						
	10:00						
午前	12:00						
	14:00						
	16:00						
	18:00						
午後	20:00						
	22:00						
	24:00						
	2:00						
夜間	4:00						
深夜							
随時実施するサービス							
その他のサービス							

16

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可

実習では、第3表と第4表の両表とも作成してください

A表

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

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名 実習協力者名(必須)
※実名不可 例:A 様

認定年月日 年 月 日

認定の有効期間

【参照資料】
 テキストP.332～337
 前期5日目講義の際の配布資料
 (介護予防プラン選択の方は必須)

計画作成者氏名 必須

委託の場合：
担当地域包括支援センター

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 必須 年 月 日

(初回作成日 年 月 日)

17

目標とする生活	1日、1週間、または1月	
	1年	
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)		

【地域包括支援センター記入欄】

担当地域包括支援センター	名称		確認印
	意見		

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名 _____ 印

B表

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(2/3)

利用者名 実習協力者名(必須)
※実名不可 例:A 様

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【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】

--

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

100

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
運動・移動について		□有 □無		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #ffffcc;"> <p>【参照資料】 テキストP.332～337 前期5日目講義の際の配布資料 (介護予防プラン選択の方は必須) ※グリーン欄は全て必須</p> </div>	
日常生活(家庭生活)について		□有 □無			
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			
その他の事項について		□有 □無			

C表

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

利用者名 _____ 様

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【参照資料】
 テキストP.332～337
 前期5日目講義の際の配布資料
 (介護予防プラン選択の方は必須)
 ※グリーン欄は全て必須

目標	目標についての支援のポイント	具	別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間	
19	()	本人の取組				例:〇〇年△△月 ××日～〇〇年 ◇◇月◎◎日	
		家族・地域の支援、民間サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					
	()	本人の取組					予防給付対象サービスの場合、介護保険のケアプランで○のつくサービスが必要となります。
		家族・地域の支援、民間サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					
	()	本人の取組					
		家族・地域の支援、民間サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防特定高齢者施策の場合は、○をつける。

【本来行うべき支援が実施出来ない場合:当面の方針】

任意

D表

No.

介護予防週間支援計画表

利用者名

実習協力者名(必須)
※実名不可 例:A

様

【参照資料】
テキストP.238～239
前期5日目講義の際の配布資料
(介護予防プラン選択の方は必須)
※グリーンの欄は全て必須

グリーンの欄はすべて必須

	4:00	月	火	水	木	金		活動
深夜								
早朝	6:00							
	8:00							
午前	10:00							
	12:00							
午後	14:00							
	16:00							
	18:00							
夜間	20:00							
	22:00							
深夜	0:00							
	2:00							
	4:00							

週単位以外のサービス	
------------	--

氏名： 様 年齢： 歳 性別

(介護予防プラン選択の方は必須)
※グリーン欄は全て必須

1. 運動・移動について			
自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手すりや杖に頼らないと不安である <input type="checkbox"/> 介助を受けている		留意点
屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自宅の周辺なら歩ける <input type="checkbox"/> 杖や補助具が必要である <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等	
交通機関を利用して外出することができますか	<input type="checkbox"/> ひとりできる 《利用している交通機関》 電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他() <input type="checkbox"/> 介助がないとできない	介助の状況	本人・家族の意向
階段・段差の昇降は壁や手すりを伝わずできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		その他
1週間にどのくらい外出していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日程度 <input type="checkbox"/> 4～5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	外出理由	
2. 日常生活(家庭生活)について			
日用品の買い物を自分で選んでいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	考えられる原因
預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	留意点
公的書類の届けや契約などを自分で行っていきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	
場面や季節・天気に合わせて着るものや履くものなどを着用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	主な決定者	本人・家族の意向
献立を考え自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	その他
掃除を自分で行っていきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
洗濯・ゴミ捨てなどを自分で行っていきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
花木・ペットなどの世話を自分で行っていきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	

※各項目のチェック欄の右欄に具体的な状況等の特記事項を記入する。

介護予防支援マネジメント用情報収集シート(2/2)

(介護予防プラン選択の方は必須)
※グリーン欄は全て必須

氏名： 様 年齢： 歳 性別：

3. 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		留意点
趣味や楽しみ、好きでやっていることはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	趣味や楽しみの内容	
家族と良く話をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
友人や近隣の人たちとの関係は良いですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
友人を招いたり、友人の家を訪問したりしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		本人・家族の意向
仕事を続けていますか (自営業や簡単な作業)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	仕事の内容	その他
ボランティア活動や老人クラブ・町内会の活動に参加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	参加の状況	
家庭や地域での役割を持っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な役割	

4. 健康管理について

健康であると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	疾病状況	考えられる原因
運動をしたり休養をとったりしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等	留意点
定期的に受診していますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等	
身だしなみや身体の清潔を心がけていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		本人・家族の意向
喫煙・飲酒の状態はどうか	<input type="checkbox"/> 両方ともしない <input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 飲酒する	喫煙 1日 本 飲酒量	その他
トイレの失敗はありますか	<input type="checkbox"/> 良くある <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> ない		
良く眠れていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	睡眠時間	
薬を飲み忘れず管理していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	服薬の内容・管理している人	
自分で物忘れがあると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

※各項目のチェック欄の右欄に具体的な状況等の特記事項を記入する。

基本チェックリスト

テキストP.352記載例
 (介護予防プラン選択の方は必須)
 ※グリーンの欄は全て必須

No.	質問項目		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上体重の減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長(cm) 体重(kg) (※BMI18.5未満なら該当) ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	1.はい	0.いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまでに楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

事例検討表

テキストP.241記載例
グリーンの欄は必須

事例のタイトル(実習対象者の状況を簡潔に把握できる表題にする。)	
利用者の生活歴	
家族状況(ジェノグラム)及び利用者の周辺状況(エコマップ) ※社会資源を含む。 年 月 日作成	
<p style="text-align: center;">テキストP.122参照</p>	
利用者及び家族の希望・要望	
<p style="text-align: center;">P.10「居宅プラン1表」に関連 P.13「施設プラン1表」に関連 P.18「介護予防プランB表」に関連</p>	
(課題分析:アセスメント内容)	
利用者の状態 (健康等)	
原因	
問題	
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	
総合的な援助の方針	
ケアプラン作成において特に留意した点	

居宅・施設・介護予防プラン選択の方はグリーンの欄、全て必須

まとめ(実習報告用)

番号 実習者氏名

<p>実習協力者の選定</p> <p>1 どなたを実習協力者に選びましたか。 <input type="checkbox"/> ア 家族・親戚 <input type="checkbox"/> イ 知人 <input type="checkbox"/> ウ 近所の人 <input type="checkbox"/> エ 勤務先の利用者・患者 <input type="checkbox"/> オ その他(<input type="text"/>)</p> <p>2 実習協力者をどのように選びましたか。 <input type="checkbox"/> ア 自分で探した <input type="checkbox"/> イ 紹介してもらった(具体的に: <input type="text"/>)</p> <p>3 実習協力者を探すことは困難でしたか。 <input type="checkbox"/> ア はい(具体的に: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> イ いいえ</p>	
<p>面接の実施</p> <p>1 面接にかかった時間 約 <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分</p> <p>2 面接場所 <input type="checkbox"/> ア 実習協力者宅 <input type="checkbox"/> イ 施設 <input type="checkbox"/> ウ 病院 <input type="checkbox"/> エ その他 (<input type="text"/>)</p> <p>3 面接ではどのようなことに気がつけましたか。 <input type="text"/></p> <p>4 面接ではどのような点を学びましたか。 <input type="text"/></p>	
<p>要介護認定調査票の作成</p> <p>1 認定調査票の作成にかかった時間 約 <input type="text"/> 時間</p> <p>2 認定調査票のまとめは難しかったですか。 <input type="checkbox"/> ア はい(具体的に: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> イ いいえ</p> <p>3 認定調査票の作成を通じて学んだ点について記入してください。 <input type="text"/></p>	
<p>課題分析表の作成</p> <p>1 利用者のおかれている状態を十分に把握することができましたか。 <input type="checkbox"/> ア はい <input type="checkbox"/> イ いいえ</p> <p>2 把握しやすかった(しにくかった)項目は何ですか。(家族状況、主訴、本人のADL、居住環境など) 把握しやすかった項目: <input type="text"/> 把握しにくかった項目: <input type="text"/></p> <p>3 利用者のおかれている状態を把握するためには、どのような点に留意する必要があると考えますか。 <input type="text"/></p>	
<p>社会資源調査票の作成</p> <p>1 どのように調査を行いましたか。(複数回答可) <input type="checkbox"/> ア インターネット <input type="checkbox"/> イ 自治体の窓口・発行物 <input type="checkbox"/> ウ 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> エ 事業所に直接問合せ <input type="checkbox"/> オ 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> カ 利用者・家族から聞いた <input type="checkbox"/> キ その他(<input type="text"/>)</p> <p>2 社会資源調査を通じて学んだ点について記入してください。 <input type="text"/></p>	
<p>ケアプラン(サービス計画書)の作成</p> <p>1 アセスメント内容に基づき、どのような点を考慮してケアプランを立てましたか。 <input type="text"/></p> <p>2 ケアプランの作成は難しかったですか。 <input type="checkbox"/> ア はい(具体的に: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> イ いいえ</p>	

介護支援専門員研修 実習承諾書

私は、 さんが介護支援専門員研修の実習として、下記の「誓約書」に基づき、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。

- 要介護認定調査票
- 課題分析表
- 居宅・施設サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画表

実習協力者の承諾

 年 月 日

住所

氏名

介護支援専門員研修 実習誓約書

私は、介護支援専門員研修の実習を さんを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)課題分析表、(3)サービス計画書又はサービス計画表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、実習以外の目的には使用いたしません。また、実習以外の場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、個人名や個人が分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、あなた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、あなた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。

本人の誓約

 年 月 日

住所

氏名