【表紙（提出書類一覧表）】※７部全てに表紙が必要です。　　　　　　　書式Ａ

←必要書類を順に並べ左上をホチキスで綴じる　（１セット×７部）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受講者氏名** |  | **受付番号** |  |

|  |
| --- |
| ◆事例のタイトル（キーワードに色を付ける）※書式Ｂと同じタイトルを記載する |

【お願い：ご提出の前に必要書類があるか必ずチェックしてください】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 【　提出書類　】 | チェック☑ |
| **01**※上から順に綴じる | 【書式Ａ：表紙（提出書類一覧表）】　＊本紙 | □ |
| **02** | 【書式Ｂ：事例概要】 | □ |
| **03** | 【書式Ｃ：課題分析総括表、ジェノグラム、エコマップ】 | □ |
| **04** | サービス計画書（第１表） | （地域包括支援センター：介護予防サービス・支援計画書／小規模多機能型居宅介護の場合、現事業所で使用しているもので作成）（＊施設勤務で資料がない場合：現在施設で使用されている様式を添付） | □ |
| **05** | サービス計画書（第２表） | □ |
| **06** | サービス計画書（第３表） | □ |

作成事例にチェック

　＜７類型の事例提出確認表＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講日 | 科　　目 | 実践事例 | テキスト事例 |
|  | ①リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例 | □ | □ |
|  | ②認知症に関する事例 | □ | □ |
|  | ③入退院時等における医療との連携に関する事例 | □ | □ |
|  | ④家族への支援の視点が必要な事例 | □ | □ |
|  | ⑤看取り等における看護サービスの活用に関する事例 | □ | □ |
|  | ⑥社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例 | □ | □ |
|  | ⑦状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例 | □ | □ |

**事例概要**書式Ｂ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 性別：　 | 年齢： | 要介護状態区分： |
| 【事例のタイトル（キーワードに色を付ける）】 |
| 事例提出の理由 |
| ［主訴］ | ［生活歴］ |
| ［事例の概要］ |
| 望む暮らし（本人らしさ）、生活の希望・要望 |
| 本人：家族： |

**課題分析総括表**書式Ｃ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 現　状（現在の本人の状態および家族・生活の状況） | 介護支援専門員が把握した問題 |
| 健康状態 |  |  |
| ＡＤＬ |  |  |
| ＩＡＤＬ |  |  |
| 認　　知 |  |  |
| コミュニケーション能力 |  |  |
| 社会との関わり |  |  |
| 排尿・排便 |  |  |
| じょくそう・皮膚の問題 |  |  |
| 口腔衛生 |  |  |
| 食事摂取 |  |  |
| 行動・心理症状（ＢＰＳＤ） |  |  |
| 介護力 |  |  |
| 居住環境 |  |  |
| 特別な　状況 |  |  |

＊ジェノグラム

＊エコマップ

 **サービス計画書（１）　　　作成年月日　　　年　　　月　　　日**

**様式１**

**第１表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 初回 ・ 紹介 ・ 継続 |  | 認定済 ・ 申請中 |

利用者名　　　　　　　　　　　　　　様　　生年月日　　年　　月　　日　　住所

サービス計画作成者氏名

介護支援事業所・施設名及び所在地

サービス計画作成（変更）日　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　初回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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 統合的な援助の方針 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。　　説明・同意日　　　年　　月　　日　署名・捺印　　　　　　　　　　印**

**様式２**

**サービス計画書（２）**

**第２表**

**作成年月日　　　　年　　　月　　　日**

　　利用者名　　　　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | ※1 | サービス種別 | ※2 | 頻度 | 期間 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1　「保険給付対象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○印を付す。
* 2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

**作成年月日　　　　年　　　月　　　日**

**様式３**

**週間サービス計画表**

**第３表**

　　利用者名　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4:00 |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動 |
| 深夜6:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 早8:00朝 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午10:0012:00前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午18:0014:0016:00後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜20:0022:00間 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 深24:002:004:00夜 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 週単位以外のサービス |  |
|  |