

令和2年度介護支援専門員更新研修(実務未経験者)及び再研修 演習ワークシート・演習(ケアプラン) 様式1

表紙

更新研修(実務未経験者) 受講番号	
再研修	受講番号

※該当する研修の受講番号を必ず記入してください。

氏名: _____

※演習に関する動画を参考に、この演習様式を記載して、1部提出してください。

1部はお手元に残るよう、コピー等で残しておいてください。

※演習に関する動画で記載を求められている項目について空欄や記載が不十分と考えられる場合、修了証書を発行できない場合があります。

目次

- P1 科目5 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅰ ワークシート
- P2 科目7 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅱ ワークシート
- P9 科目7 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅱ ケアプラン作成様式
- P11 ケアプラン作成様式の予備

科目5 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅰ 演習ワークシート

受講番号
氏名

①の事例

1. どのような困りごとが発生しますか。

--

①の事例

2. 「どうしても諦めたくないこと」などがありますか。

--

②の事例

1. どのような困りごとが発生しますか。

--

②の事例

2. 「どうしても諦めたくないこと」などがありますか。

--

③の事例

1. どのような困りごとが発生しますか。

--

③の事例

2. 「どうしても諦めたくないこと」などがありますか。

--

科目7 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅱなど 演習ワークシート①

受講番号
氏名

演習 私たちの支援する対象者は、どんな人でしょうか？

演習 セリフを埋めてください。

演習 「私の病気は良くなるかね？」にどのように返答しますか。

演習 「ケアマネさん、帰るついでに銀行まで車に乗せて行ってほしいな」にどのように返答しますか。

演習 ↓の情報で、もっと知りたいところなど、気になるところにアンダーラインを引いてください。

短期入所中の85歳の鈴木さんは介護度3でアルツハイマー型の認知症があり、毎日決まって夕方になると、
玄関先にやってきて「帰ります」と大声で訴えて困ります。

演習 ↑の情報をもとに鈴木さんの思いを想像して、↓へ文章を作りなおしてしてください。

科目7 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅱなど 演習ワークシート②

受講番号
氏名

演習1

	あれ！講師が涙を流している	

科目7 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅱなど 演習ワークシート③

受講番号
氏名

演習2 「体調を崩さない」人の絵を描いてください。



科目7 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅱなど 演習ワークシート④

受講番号
氏名

演習3 「こたけさん」の言動の背景を察する

	最近外へ出ていない	

科目7 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅱなど 演習ワークシート⑤

受講番号
氏名

演習4リフレーミングを活用したアセスメント

	きちんとした姿	

科目7 自立支援のためのケアマネジメントの基本Ⅱなど 演習ワークシート⑥

受講番号

氏名

演習5 こたけさんのストレングス

環境（関係）のストレングス

個人のストレングス

第 1 表

居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 令和 年 月 日

受講番号

氏名

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 (歳) 住所

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

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

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 2 表

居宅サービス計画書 (2)

受講番号

氏名

作成年月日 令和 年 月 日

利用者名 殿

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

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○を付ける。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第 1 表

予備

居宅サービス計画書 (1)

受講番号

作成年月日 令和 年 月 日

氏名

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 (歳) 住所

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

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

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 2 表

予備

居宅サービス計画書 (2)

受講番号

氏名

利用者名 _____ 殿

作成年月日 令和 年 月 日

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

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○を付ける。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。