事　例　検　討　シ　ー　ト

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 提出者氏名   （所属機関名）   1. 介護支援専門員以外の保有資格 2. 実務経験 | （　　　　　　　　　　　　　　　　）  （ 　　）　役職（ 　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　年） |
| 施設・機関の特徴 |  |

●**事例タイトル**

|  |
| --- |
|  |

**●事例を提出した理由「なぜこの事例をえらんだのか？」**

|  |
| --- |
|  |

**●何を検討したいのか？**

|  |
| --- |
|  |

* **ケアマネージャーが把握している利用者の状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者の仮称 | （　　　　　　　　）さん | 年齢 |  | 性別 |  |

**（家族）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家族構成図 | 同居 |  |
| 別居 |  |

**（既往歴・病歴）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月 | 年令 | 内容 | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| 要介護度 |  | | 障害の有無 | 身障・知的（　　　）級・度 |
| 自立度 | J・A1・A2・B1・  B2・C1・C2 | | 主な障害・  疾病の現状 |  |
| 認知症 | 無・I・Ⅱa・Ⅱｂ・Ⅲa・Ⅲｂ・Ⅳ・Ⅴ | | 認知症の状況 |  |
| 日常生活  動作（ＡＤＬ） | 移動・移乗 | | | |
| 食事 | | | |
| 排泄 | | | |
| 入浴 | | | |
| 更衣・その他 | | | |
| 家事（ＩＡＤＬ） |  | | | |
| 経済状態 | （推定月収） | | | |
| 現在利用しているサービス |  | | | |
| 本人と家族の意向 |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （生活歴～現在の状況）  年  齢  生  活  歴  （事例の概要） |  |

**●支援を開始した経緯**

|  |
| --- |
|  |

**●初回面接でケアマネージャーによる利用者・家族等の印象・感じたこと**

|  |
| --- |
|  |

**●ケアマネージャーが考える事例における問題点と援助の方向性**

|  |
| --- |
|  |

* **援助経過（援助の転機ごとに記入）**

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月 | 要約 |
|  |  |

**●　考察（シートを記入して感じた事）**

|  |
| --- |
|  |