**様式１**（様式１～様式４をセットにて提出）

主任介護支援専門員　フォローアップ研修　提出事例

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 事業所名 |  | 自己評価 | 点／10点満点中 |
| 自己評価＝ご自身の指導事例について自己評価し、10点満点とした際の点数をつけて下さい　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※評価基準は、ご自身の裁量にお任せします。 |
| 事例提供者が本事例に関わった時の事業所種別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【経験年数　　　　　年】□居宅介護支援事業所 □介護老人福祉施設 □介護老人保健施設 □介護療養型医療施設□地域包括支援センター □認知症対応型ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ □その他（ ） |

●事例テーマ（該当するテーマにチェックをつけて下さい）

※１つの事例で複数のテーマが該当する場合には、複数のテーマにチェックをつけて下さい

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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 |
| □ | 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状態像に応じた多様なサービスの活用に関する事例 |
| □ | ⑦認知症に関する事例 |

●本事例における考察　（当該テーマに焦点をあてた考察として下さい）

→本事例を通じて、介護支援専門員へ指導・助言を行う上で、学んだこと、考えたこと等

|  |
| --- |
|  |

**様式２**（様式１～様式４をセットにて提出）

指導事例概要シート　　　　「　１．継続事例　　２．終結事例　」

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　 名 |  | 所　 属 |  |
| 【相談の経緯】　 |
| 【タイトル】 |
| 【相談内容】 |
| 【指導の内容・期間】 |
| 【指導後の変化】 |
| 【その他・全体の所感】 |

**様式３**（様式１～様式４をセットにて提出）

事例概要シート

基本情報（その１） 　　　 氏名　　　 　　 事業所名

|  |
| --- |
| 相談者であるケアマネジャー（以下、相談者）が事例に関わった時点の所属及び施設の種別 【経験年数　　　　　年】□居宅介護支援事業所 □介護老人福祉施設 □介護老人保健施設 □介護療養型医療施設□地域包括支援センター □認知症対応型ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ □その他（ ） |
| ＜相談者について＞★資格や経歴等（わかる範囲で記入してください） |
| 利用者の基本情報 | 氏名：（ ） 性別：（ ） 年齢：（ ）　　世帯状況：（独居　・　　　人家族）介護度：（ ）　　障害高齢者自立度：（ ） 認知症高齢者自立度：（ ） |
| ア セ ス メ ン ト 情 報 |
| 利用者個人に関する情報 | 利用者を取り巻く環境の情報 |
| ＜既往歴、現病歴および内服薬等＞＜心身状況＞＜社会参加状況及びサービス利用状況＞ | ＜支援者の状況＞＜住宅状況・住環境＞＜地域の状況＞ |
| ＜生活歴＞ |
| ＜本人・家族の意向＞ |

**様式４**（様式１～様式４をセットにて提出）

事例概要シート

基本情報（その２） 　　　 氏名　　 　　 事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| ＜ジェノグラム＞ | ＜エコマップ＞ |

|  |
| --- |
| ＜相談者が支援を開始するに至った経緯（紹介経路など）＞　例：相談者の事業所（特定事業所　CM４名）に地域包括支援センターより相談があり、医療ニーズが高い利用者で管理者より、看護師資格を持つ相談者に担当の指示があり、利用者宅を訪問し、在宅医療支援を中心とした支援を開始することとなった） |
| ＜事例の概要（アセスメント、生活課題、解決すべき課題、支援困難となっている要因など）＞ |
| ＜援助目標及び方針、その設定理由＞★相談者が考えている援助の目標と方針及びその設定理由 |
| ＜検討すべき事項＞★相談者が、本事例において課題と感じている点 |