|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出者氏名 |  | 所属 |  | |
| 基礎資格 |  | 介護支援専門員経験年数 | |  |
| ◆事例のタイトル　→どういった事例なのかを表すタイトルをつける | | | | |
|  | | | | |
| ◆事例の選定理由　→多くの事例の中からなぜこの事例を選定したのか（事例提供者自身の気がかりや検討してほしいこと、相談したいこと） | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　例　の　概　要 | Ａさん | 性　別 | 男　・　女 | 年　齢 | 歳 | 要介護度 |  | | |
| 障害高齢者の  日常生活自立度 |  | 認知症高齢者の  日常生活自立度 | |  | 世帯構成 | | 独居・高齢者世帯・その他 | |
| ◆経済状況　　　国民年金　　・　　厚生（共済）年金　　・　　生活保護受給　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ◆生活歴 | | | | | | | | |
| 主たる疾病 | ◆既往歴・現病歴 | | | | ◆受診状況・治療の状況 | | | |  |
| 家族構成・家族の状況など | ◆家族構成図　\*□=男　○=女，■●=死亡，◎=本人など | | | | ◆家族の状況と家族の関係性（介護力） | | | | |
| ◆地域の状況（どのような地域か） | | | | |
| 支援体制 | ◆介護保険サービス | | | | ◆インフォーマルな支援 | | | | |

【事例】

|  |  |
| --- | --- |
| アセスメント項目 | 項目の主な内容 |
| 健康状態 |  |
| 食事摂取 | （栄養・食事回数や水分摂取状況等） |
| ＡＤＬ | （寝返り・起き上がり・移乗・歩行・更衣・入浴等） |
| 排尿・排便 | （失禁の状況、排泄後の後始末、コントロールの状況、頻度等） |
| 口腔衛生 | （歯・口腔内の状態や口腔衛生等） |
| ＩＡＤＬ | （調理・掃除・買い物・金銭管理・服薬管理状況等） |
| 認知面・BPSD |  |
| ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ能力 | （聴力・視力・意思の伝達等） |
| 社会との関わり | （社会交流・参加） |
| 褥瘡・皮膚の問題 | （褥創の程度、皮膚の清潔状況等） |
| 居住環境 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主訴 | ◆Aさんの気持ち |
| ◆家族の気持ち |
| ◆担当ケアマネジャーとして今後のAさん、ご家族の生活に対する思い | |