**指導事例提出シート**

【受講番号：　　　　　　　氏名：　　　　　 　　　　　　　　】

|  |
| --- |
| ※下記の7つのカテゴリーから事例の内容に含まれるカテゴリー１つ以上に☑を入れてください。(複数可)  **【カテゴリー】**  □**看取り** □**大腿骨頸部骨折** □**家族支援** □**脳血管疾患** □**認知症** □**心疾患** □**誤嚥性肺炎** |
| **この指導事例を選択した理由** |
| 主任ＣＭ・指導者の所属機関種別や役割：　　　　　　　　　　　（ＣＭ経験　　年；主任ＣＭ取得年度　　　年度） |

**担当****CM（バイジー）の基本属性**※居宅介護支援事業所または地域包括支援センターに勤務されている方

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 |  | ＣＭ経  験年数 | 約　　年 | 基礎  資格 |  | 所属  機関 | 種　別：  ＣＭ数： |

**担当CM（バイジー）の基本属性**　※上記以外（居宅・地域包括支援センター以外）に勤務されている方

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 |  | 実務経  験年数 | 約　　年 | 基礎  資格 | 現在の職種： | 所属  機関 | （事業所種別など） |
| 担当ＣМ（バイジー）の役割・担当業務など | | | | | | | |

**主任ケアマネジャーとしての支援の経過と結果**

|  |
| --- |
| ① バイジー（担当CM・担当者）の相談内容 |
| ② 利用者の現在の生活の概要（担当ＣＭ・担当者（バイジー）の見立て） |
| ③ 利用者が何を問題と考えているのか（担当ＣＭ・担当者（バイジー）の見立て） |
| ④ 家族が何を問題と考えているのか（担当ＣＭ・担当者（バイジー）の見立て） |
| ⑤ バイジー（担当CM・担当者）が何を問題と考えているのか |
| ⑥ 利用者・家族の主観による問題とバイジーが考える問題とのギャップは何か（担当ＣＭ・担当者（バイジー）の見立て） |
| ⑦ 担当ＣＭ・担当者（バイジー）が望ましいと考える利用者・家族の生活像 |
| ⑧ 担当ＣＭ・担当者（バイジー）が望ましいと考える利用者・家族の生活像と現状とのギャップの要因は何か（バイジーとともに考える） |
| ⑨ バイジーとともに要因分析した結果をふまえて、主任ケアマネジャーとしての事例の分析結果 |
| ⑩ 主任ケアマネジャーとしての事例の分析結果を踏まえてのバイジーへの具体的な支援内容 |
| ⑪ 主任ケアマネジャーが支援した後に、バイジー支援の内容が具体的にどう変化したか |
| ⑫ バイジーの支援にもたらされた効果と残された課題 |
| ⑬ 主任ケアマネジャーとしてのバイジー支援の振り返り（効果と残された課題） |

**フェイスシート・アセスメントシート**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情報(フェイスシート)** | | | | | | | |
| 利用者名：　Ａ氏 | | | 性別： | | 年齢：　　　　才 | | |
| 家族構成　※主たる介護者もしくはキーパーソンに☆ | | | ジェノグラム | | | | |
|  | | |  | | | | |
| 要介護状態区分 | | 障害高齢者の日常生活  自立度判定基準 | | | | 認知症高齢者の日常生活  自立度判定基準 | |
| □要介護１ □要介護２ □要介護３  □要介護４ □要介護５  □要支援１ □要支援２ | | □自立　□Ｊ１　□Ｊ２  □Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１  □Ｂ２　□Ｃ１　□Ｃ２ | | | | □自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb  □Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ｍ | |
| 既往症・現症 | 発症年月 | | | 医療機関名 | | | 医師名 |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| 現在使用している薬剤 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 現在使われているフォーマルサービス | | | 現在使われているインフォーマルサポート | | | | |
|  | | |  | | | | |
| 相談に至った経緯 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **課題分析用　アセスメントシート** | | | | | | | |
| 生活史　　※輝いていた日々、つらかったこと、好きなこと、嫌いなこと等も | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 主訴(困りごと・要望)　※本人・家族別々に　なるべく“語り”そのままに | | | | | | | |
| 本人：  家族： | | | | | | | |
| 健康(疾患)　※増悪時の注意点、日々の生活におけるチェックポイント等 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 精神機能(精神機能障害)　※ＢＰＳＤ、気分・感情障害等含む | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 身体機能・身体構造(身体機能障害・身体構造障害)　※褥瘡等も | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **活動『ＡＤＬ(日常生活動作** **)』・活動制限** | | | | | | | |
| 基本動作(基本動作の制限)　※寝返り・座位・歩行・持つ等どこで、どのように | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| コミュニケーション (コミュニケーションの制限) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 睡眠・入浴・食事・排泄・整容(洗顔・口腔ケア・整髪等)・更衣・ＡＤＬの制限  ※どこで、どのように | | | | | | | |
| 睡眠：  入浴：  食事：  排泄：  洗面・口腔内保清：  整容：  更衣： | | | | | | | |
| 活動『ＩＡＤＬ(手段的日常生活動作)』・活動制限 | | | | | | | |
| 服薬・金銭管理・外部連絡・社会的諸手続き・移動・買物・調理・洗濯・掃除等 | | | | | | | |
| 受診・服薬：  金銭管理：  外部との連絡(緊急時等)：  社会的諸手続き：  移動：  買物：  調理・洗濯・掃除： | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **参加(役割)・参加(役割)制約** | |
|  | |
| **環境因子** | |
| 人的環境（促進的・阻害的） | |
|  | |
| 物的環境(促進的・阻害的) | |
| 住居※持ち家・マンション・段差・危険箇所等　居宅周囲の環境、近隣環境(病院・店舗等)  ※施設入居者の場合は、施設内外の環境がわかるように記載してください | |
| 住宅平面図　　↓ | (居宅周囲の環境、近隣環境などを記述) |
|  |
| 制度的環境(導入されている制度)年金・障害者施策・成年後見制度等 | |
|  | |
| 個人因子（プラス・マイナス） | |
| 個性（ものの考え方・習慣・趣味・嗜好・宗教等） | |
|  | |

**ジェノグラム・エコマップ図**

**< ジェノグラム・エコマップの例 >**

