提出事例の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 | 受講者氏名 | 所属事業所区分（該当するものに○印） |
| － |  | 1.居宅介護支援 2.老人福祉施設　　3.老人保健施設　 4.療養型病床  5.小規模多機能 6.グループホーム 7.特定施設　 8.地域包括支援センター  9.その他（　　　　　　　　　　　　　） |

１．事例タイトルとキーワード

|  |
| --- |
| 事例のタイトル「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」  事例の特長を表すキーワード　　①　　　　　　　　　②　　　　　　　　　③ |

２．事例概要

|  |
| --- |
|  |

３．提出理由（この事例を選んだ理由）

|  |
| --- |
|  |

４．利用者の現在までの要介護度の経緯

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 初回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回 |
| 認定年月日 |  |  |  |  |  |
| 要介護度 |  |  |  |  |  |
| 寝たきり度 |  |  |  |  |  |
| 認知症自立度 |  |  |  |  |  |

５．担当の介護支援専門員と事業所について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員としての経験年数　　　年　　月 | | 当該利用者の担当になって　　　年　　　月 | |
| 介護支援専門員以外の資格 | ① | ② | ③ |
| 事業所にいる介護支援専門員の人数：専任　　人＋兼任　　人＝計　　人（うち主任介護支援専門員　　人）  該当するものに○印　→　管理者で　　ある　　ない | | | |

特定事業所加算取得状況（担当の介護支援専門員が所属する事業所について、該当するものに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １取得している　　２取得していない | 加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ ・ 加算Ⅲ ・ 加算Ａ ・ 特定事業所医療介護連携加算 |

６．提出事例資料の確認　（提出した書類を揃え、個人情報消し込みを確認したらチェック欄に○）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **順番** | **様式名** | **備　考** | **チェック欄** |
| ① | 提出事例の概要 | ※本用紙 |  |
| ② | 利用者基本情報 | (　　年　　月現在） |  |
| ③ | アセスメント概要 | (　　年　　月現在） |  |
| ④ | 医療情報シート | (　　年　　月現在） |  |
| ⑤ | 課題整理総括表 | (　　年　　月現在） |  |
| ⑥ | ケアプラン（居宅1～3表、施設1～4表） | (　　年　　月現在） |  |
| ⑦ | サービス担当者会議の要点 | (　　年　　月現在） |  |
| ⑧ | 支援経過記録 | (　　年　　月～　　年　　月） |  |
| ⑨ | 自己評価表 | (　　年　　月実施） |  |
| ⑩ | モニタリング | (　　年　　月実施） |  |
| ⑪ | 評価表 | (　　年　　月実施） |  |
| ⑫ | その他の書類 | ※提出は任意。必要だと思う資料があれば追加 |  |

７．管理者の承認　　：　　上記受講者が主任介護支援専門員の研修事例として個人情報をマスキングしていることを確認し、提出することを承認いたしました。　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　年　　　月　　　日