ケース1

枠が足りなければ、ご自由に増やしてご使用ください。

福智町地域ケア会議

事例提供者事前確認シート

会議日：令和　　年 月　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 担当者名 |
| 事例提供者 |  |  |
| サービス提供事業所 |  |  | 出・欠 |
|  |  | 出・欠 |
|  |  | 出・欠 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出書類 | チェック | 提出書類 | チェック |
| １事例提供者事前確認シート |  | ４生活課題整理票 |  |
| ２利用者基本情報 |  | ５サービス支援計画表 |  |
| ３基本チェックリスト |  | ６事業所の実施計画書 |  |

＊利用者概要

|  |
| --- |
| 年齢：　　　性別：　　　要介護状態区分：・利用者の概要・書類にない情報があれば追加頂けると分かりやすい |

＊利用者の望む生活・目標など

|  |
| --- |
|  |

＊地域ケア会議で検討したいこと

|  |
| --- |
|  |

＊フォーマルサービス・インフォーマルサポート（介護サービス・配食・医療保険の利用等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内　容 | 利用日 | 内　容・介護サービスの利用日・医療保険の利用・自費サービス　等あれば記入 | 利用日 |
| 〇〇デイサービス | 火・金・土 | 配食（自費） | 月～土 |
| 訪問看護〇〇（医療保険） | 月・木 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

記入例

＊あったらいいな（今回の事例に関して、福智町にあると便利な社会資源についてご意見を

　　　　　　　　　　お聞かせください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| あったらいいな | 理由 | その他備考 |
| 例1移動販売 | ・家族が県外在住のため普段の買物支援が困難・運転免許は返納した・ふくーるバスで買物に行けるが、荷物を持っての乗り降りやバス停から自宅までの歩行が厳しい（腰痛・下肢筋力低下）・近所に販売に来てもらえると助かる |  |
| 例2通院支援 | ・独居。支援してもらえる家族や親族はいない・運転免許は返納済み・透析のため週3回通院する必要がある・現病院は送迎がない・他の疾患で他科受診もあるし長年通院しているため、他の病院に変わりたくない・これまでは公共交通機関を利用し通院していたが、下肢筋力低下に伴い難しくなってきた・タクシー利用は多額の費用がかかり、生活ができなくなる |  |
| 例3麻雀がしたい | ・他者との交流が苦手・普段他者との交流はない・一言もしゃべらない日がある・デイには行きたくない・麻雀は好き・麻雀ができる所があれば行きたい |  |

ケース1

福智町地域ケア会議

事例提供者事前確認シート

会議日：令和6年 月　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 担当者名 |
| 事例提供者 |  |  |
| サービス提供事業所 |  |  | 出・欠 |
|  |  | 出・欠 |
|  |  | 出・欠 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出書類 | チェック | 提出書類 | チェック |
| １事例提供者事前確認シート |  | ４生活課題整理票 |  |
| ２利用者基本情報 |  | ５サービス支援計画表 |  |
| ３基本チェックリスト |  | ６事業所の実施計画書 |  |

＊利用者概要

|  |
| --- |
| 年齢：　　　性別：　　　要介護状態区分： |

＊利用者の望む生活・目標など

|  |
| --- |
|  |

＊地域ケア会議で検討したいこと

|  |
| --- |
|  |

＊フォーマルサービス・インフォーマルサポート（介護サービス・配食・医療保険の利用等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内　容 | 利用日 | 内　容 | 利用日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

＊あったらいいな（福智町にあると便利な社会資源をご記入ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| あったらいいな | 理由 | その他備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |