

<記入例>

令和6年度京都府〔主任〕介護支援専門員〔更新〕研修

00_提出指導事例表紙

提出日： 令和6年 ○月 ○日

受講者氏名：京都 太郎	受講コース：W
勤務先事業所名：京都府介護支援専門員会	受講番号：24U 0000

(1) 研修科目7科目のいずれに関連する指導事例か、該当する科目全てに○をしてください。

※選択した科目のいずれかで資料提供をしていただきます。提出する指導事例に含まれる要素を2科目以上選択して、検討・研究するポイントまで記載してください。原則、提出後の科目変更はお断りしております。

※単独要素の事例を2事例提出される場合は、各事例に本紙を添付してください。

	科目	介護支援専門員に対して指導を行った内容について、研修で検討・研究するポイント（1～2行程度で簡潔に記載）
	脳血管疾患のある方のケアマネジメント	
	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	
○	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	医療連携が不慣れな介護支援専門員への、ターミナル期での訪問看護サービスとの連携についての指導実践の振り返り及び有効な指導方法を検討する。
	心疾患のある方のケアマネジメント	
	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	
○	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	医療連携が不慣れな介護支援専門員への、ターミナル期での訪問看護サービスとの連携についての指導実践の振り返り及び有効な指導方法を検討する。
	家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント	

(2)それぞれ必要な提出事例の様式が揃っているかチェックをしてください。

※指導事例提出に関する誓約書／指導事例提出に関する同意書および承諾証明書は、別紙（PDF ファイル）となります。

	○	
居宅 （要介護認定を受けた在宅の利用者）	予防 （要支援認定を受けた利用者）	施設 （施設入所中の利用者）
○ 指導事例提出に関する誓約書／指導事例提出に関する同意書および承諾証明書	○ 指導事例提出に関する誓約書／指導事例提出に関する同意書および承諾証明書	○ 指導事例提出に関する誓約書／指導事例提出に関する同意書および承諾証明書
○ 00_提出事例（指導事例）表紙	○ 00_提出事例（指導事例）表紙	○ 00_提出事例（指導事例）表紙
○ S01_スーパービジョンの情報	○ S01_スーパービジョンの情報	○ S01_スーパービジョンの情報
○ S02_指導経過記録	○ S02_指導経過記録	○ S02_指導経過記録
▼バイジーの事例を転記（ただし、内容に不足がある箇所は追記すること）	▼バイジーの事例を転記（ただし、内容に不足がある箇所は追記すること）	▼バイジーの事例を転記（ただし、内容に不足がある箇所は追記すること）
○ S03_基本情報アセスメントに関する項目	○ S03_基本情報アセスメントに関する項目	○ S03_基本情報アセスメントに関する項目
○ S04_主治医意見等記載用	○ S04_主治医意見等記載用	○ S04_主治医意見等記載用
▼受講者が指導したあとのバイジーの事例を転記、もしくは作成	▼受講者が指導したあとのバイジーの事例を転記、もしくは作成	▼受講者が指導したあとのバイジーの事例を転記、もしくは作成
○ S05_指導後_課題整理総括表	○ S05_指導後_課題整理総括表	○ S05_指導後_課題整理総括表
○ S06_指導後_住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ	○ S06_指導後_住宅見取り図・ジェノグラム・エコマップ	○ S13_指導後_施設見取り図・ジェノグラム・エコマップ
○ S07_【第1表】指導後_居宅サービス計画書(1)	○ S12_指導後_介護予防支援計画書	○ S14_【第1表】指導後_施設サービス計画書(1)
○ S08_【第2表】指導後_居宅サービス計画書(2)		○ S15_【第2表】指導後_施設サービス計画書(2)
○ S09_【第3表】指導後_週間サービス計画表	○ S09_【予防版】指導後_週間サービス計画表	○ S09_【第3表】指導後_週間サービス計画表 もしくは S16_【第4表】指導後_日課計画表
○ S10_指導後_サービス担当者会議の要点	○ S10_指導後_サービス担当者会議の要点	○ S17_指導後_施設サービス担当者会議の要点
○ S11_指導後_評価表	○ S11_指導後_評価表	○ S18_指導後_施設評価表

【 記入方法については<記入例>をご確認ください 】

研修科目7科目一覧

下記の＜キーワード例＞を参考に、提出する事例がどの科目の要素を含んでいるか、その科目で検討ができる内容かを確認してください。

科目	脳血管疾患のある方のケアマネジメント〔脳血管疾患〕
	脳血管疾患は再発しやすい疾患であり、利用者のQOLの維持・向上と再発予防、退院後の円滑な移行、退院直後の不安軽減、生活が安定した後の再発予防等の内容が含まれている事例
	＜キーワード例＞脳血管疾患の再発予防(血圧や疾患管理・服薬管理・生活習慣の改善)、生活機能の維持向上、血圧や服薬等の自己管理支援、セルフマネジメントへの移行、リスク管理 など
科目	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント〔認知症〕
	<u>アルツハイマー型認知症の診断があり(認知症高齢者生活自立度でⅡb 程度までの時期)</u> 、IADL/ADLは自立あるいは一部介助程度の利用者の認知症に由来する課題を支援した内容が含まれている事例
	＜キーワード例＞本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解、意思決定支援体制の整備、本人の役割の維持・拡充、持っている機能を発揮しやすい環境の整備、行動心理症状(BPSD)に対するアプローチ など
科目	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント〔大腿骨頸部骨折〕
	大腿骨頸部骨折による入院直後の再骨折の予防や生活機能の回復の支援、病状が安定した後にセルフマネジメントへの移行等を支援した内容が含まれている事例
	＜キーワード例＞転倒予防、リハビリテーションや福祉用具・住宅改修の効果的活用、骨粗しょう症の予防、生活機能や社会参加の回復、セルフマネジメントへの理解と促進、地域連携パス(クリティカルパス) など
科目	心疾患のある方のケアマネジメント〔心疾患〕
	心疾患による入退院時の病院との係わりや連携、状態が安定してから再発予防や何らかの制限・制約がある中でも参加と活動の場を維持することを支援した内容が含まれている事例
	＜キーワード例＞疾患の理解と確実な服薬、自己管理能力の向上、リスクの管理、療養継続のための環境・体制整備、病状に応じた生活の支援、心理的な支援、EOL(エンドオブライフ)に向けた準備 など
科目	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント〔誤嚥性肺炎の予防〕
	過去に誤嚥性肺炎を発症したことがある、もしくは総合的なアセスメントの結果として誤嚥性肺炎のリスクが大きいと判断された利用者を支援した内容が含まれている事例
	＜キーワード例＞誤嚥性肺炎の予防、リスクの評価・再評価、ADL や全身機能の低下、摂食嚥下機能の支援、誤嚥性肺炎のリスクの要因把握、日常的な発症予防や再発予防 など
科目	看取り等における看護サービスの活用に関する事例〔看取り〕
	看取り等における看護サービスを活用するに当たって医師や看護師等と連携した内容を含む事例
	＜キーワード例＞医療保険と介護保険の併用、訪問看護師との協働・連携、多職種との協働・連携、疼痛緩和、トータルペイン、家族(遺族)へのケア、ACP(人生会議)など
科目	家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント〔家族支援〕
	利用者との関係性や家族自身の課題などへの対応、他法他制度の活用が必要であり、関係機関や地域住民をはじめとする多職種と連携した内容が含まれている事例
	＜キーワード例＞他法他制度(難病施策、高齢者虐待防止関連施策、障害者施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策など)の活用 など

【 記入方法については＜記入例＞をご確認ください 】