令和３年度主任介護支援専門員「更新」研修　事例提出書式

【注意！】

こちらは令和3年度の内容となります。あくまでも「ご参考」にされてください。

令和4年度においては開催要項が決定次第、改めてご案内いたします。

「事例の作成について」及び「事例提出様式」については、必ず「令和4年度」のご案内をご確認下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 | |  | | | 受講者氏名 |  |
| 事業所名 | |  | | | | |
| 事業所所在地 | |  | | | | |
| 職 名 | |  | | | | |
| 介護支援専門員経験年数 | | | （通算　　　年　　　　ヶ月　※令和3年3月31日時点） | | | |
| 主任介護支援専門員研修修了年度 | | | | 平成　　　年度　　　　修了 | | |
| 保有資格 | |  | | | | |
| 主なスーパービジョン（指導）の実践の場 | | | | | 地域 ・ 事業所・その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| 勤務先  種別 | □居宅介護支援事業所　□地域包括支援センター　□施設（種別　　　　　　　　　　）  □その他 | | | | | |

**※提出事例については、以下A～G７つの領域から一つを選択し、○を入力してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選択 | 提出事例のテーマ（領域別） | |
|  | Ａ | リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例 |
|  | Ｂ | 看取り等における看護サービス活用に関する事例 |
|  | Ｃ | 認知症に関する事例 |
|  | Ｄ | 入退院時における医療との連携に関する事例 |
|  | Ｅ | 家族への支援の視点が必要な事例 |
|  | Ｆ | 社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例 |
|  | Ｇ | 状態に応じた多様なサービス（地域密着サービスや施設サービス等）の  活用に関する事例 |
| **【注意事項】**  １　「主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践」では、介護支援専門員  への指導事例をもとに研修を進めます。書式の項目を全て記入の上、提出してください。  ２　提出事例の選出条件は、自分自身が個別指導にあたった事例としてください。介護予防事例終  了事例でも構いません。  ３　個人情報の記述（取扱い）には十分に留意してください。個人が特定できないよう個人情報（個人名や、住所等）、サービス事業所名や施設名はイニシャル表記にしてください。  　　また、忘れずに当事者等の了解を得てください。  ４　提出された事例は返却いたしません。研修終了後、破棄します。  ５　事例提出様式以外の資料（居宅サービス計画書等）の添付はしないでください。  ６　手書きでの作成も可ですが、研修資料として使用できるようご留意ください。  ７　記入例は削除し、提出してください。 | | |

**主任介護支援専門員更新研修　事例提出書式**

※　提出する際には枠内の記入例は削除して提出してください。

●　主任ケアマネジャー（事例提供者）の情報

１．主任ケアマネジャー　氏名

|  |
| --- |
|  |

２．事業所及び地域でのあなたの立場

|  |
| --- |
| 記入例：役職、管理者兼務の有無やケママネ数など |

３．サービスを提供する地域の特性や課題

|  |
| --- |
| 記入例：高齢者が多く移動手段がないため買い物ができない等、地域課題があるなど |

４．事例のタイトル

|  |
| --- |
| 記入例：はじめて終末期（看取り）の利用者を担当するケアマネジャーの指導 |

５.　この指導事例を提出した理由（主任ケアマネとして振り返ってみたい点など）

|  |
| --- |
|  |

●　実際に事例を担当したケアマネジャーの情報

１．担当ケアマネジャーの性別、経験年数、基礎資格、これまで担当してきたケースの特徴など

|  |
| --- |
| 記入例：40代、女性、地域包括支援センター社会福祉士として２年勤務し、今年の４月に居宅介護支援事業所に異動。要介護者や新規利用者の持ち経験が少なく、要支援のケアマネジメントを主に担当してきた。 |

２．勤務先種別・事業所のケアマネジャーの数

|  |
| --- |
| ☐居宅介護支援事業所　　　　　　　　　　☐地域包括支援センター  ☐施設（種別：　　　　　　　　　　　）　☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

３．主任ケアマネジャー（事例提供者）と担当ケアマネジャーとの関係

|  |
| --- |
| 内部（同一職場）か外部かを記入すること  記入例：職場の上司・部下の関係、同一事業所の同僚、地域のケアマネ仲間など･･ |

４．担当ケアマネジャーからの相談内容

|  |
| --- |
| 担当ケアマネジャーの悩んでいることや抱えている問題、主任ケアマネジャー（事例提供者）への相談理由等  記入例：担当しているＡＬＳの利用者の筋力低下が進んでおり、本人やご家族から今後の生活に向けての要望や不安があった。どのように解決していけばよいか相談にのって欲しい。 |

**基本情報**

（利用者の状況、問題点、課題など：担当ケアマネジャーから聞き取った事例の概要）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【氏名】イニシャルで記載してください。 | 【年齢】 | | 【性別】 |
| 【家族状況】 | | | |
| 【家族構成図（ジェノグラム）】 | 【主な疾病、入院歴など】 | | |
| 【要介護度】 | 【障害者手帳等】 | | |
| 【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】 | | |
| 【住居状況】 | | | |
| 【生活歴】 | | | |
| 【担当ケアマネジャーが利用者の担当となった経緯】 | | | |
| 【身体状況・精神状況】※認知症等の状況も含む | | | |
| 【ＡＤＬ】（歩行、排泄、入浴、食事、着脱衣、移乗、起居動作など） | | | |
| 【ＩＡＤＬ】（家事、買物、服薬、金銭管理、通院等） | | | |
| 【介護状況・介護負担】 | | 【経済状況】 | |
|  | | | |
| 【家族関係・本人・家族の心理的負担】 | | 【経済状況】 | |
| 【社会交流（近隣、友人など）】 | | 【趣味・生きがい】 | |
| 【担当ケアマネジャーの援助の経過（要約）】担当ケアマネジャーが利用者をどう捉えていたか | | | |

ケアプラン情報（指導時）

居宅（又は施設）サービス計画（１）

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者及び家族の生活に対する意向 | 【利用者の意向】  【家族の意向】 |
| 総合的な援助の方針 |  |

利用者・家族の役割やサービス利用状況等（援助内容・サービス種別・頻度など）

|  |
| --- |
|  |

※介護予防の事例の場合は該当する項目に置き換えて記載して下さい。

**担当ケアマネジャーへの指導・支援内容（経過）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 担当ケアマネジャーの支援内容 | 主任ケアマネジャーの指導内容 | 指導の視点、根拠 |
| 記入例：提出する際には下記の記入例は削除して提出してください。  H30/7/3  7/4  7/5  7/6～9  7/9  7/18 | 記入例：  病院MSWより終末期利用者の受け入  れの相談。事業所内で担当できる  ケアマネジャーの検討。  ケアマネジャーに管理者主任ケアマネジャーがついて利用者を引き受けることを決める。  退院カンファレンス参加  退院カンファレンス後  本人、家族へ挨拶と簡単な役割説明、病院医師、NSからの情報収集、在宅医師へサービスの確認と助言をいただく、訪問看護へサービス内容とスケジュールの確認、退院日の確認、福祉用具等ほかサービス事業所へ調整の確認、台風時の停電の対応の確認  アセスメント、ケアプラン原案の作成  担当者会議前  担当者会議の段取りの確認、進行のイメージの確認、在宅医、看護師、家族へ緊急時の連絡体制について確認することを改めて確認  モニタリング訪問 | ケアマネジャーに管理者主任ケアマ  ネジャーがついて利用者を引き受け  ることを決める。  退院カンファレンス前  終末期の利用者の受け入れについて  指導（本人へ未告知であること、  家族の介護力や看取りに対しての  受け止め方のアセスメント、在宅医  師、訪問看護など医療系担当者との  連携の在り方、ケアマネの役割、ス  ピード感をもって対応など）  退院カンファレンス同行  アセスメント、ケアプラン原案の  確認  担当者会議前  担当者会議の段取りの確認、進行の  イメージの確認、在宅医、看護師、  家族へ緊急時の連絡体制について確  認することを改めて確認  担当者会議へ同行  モニタリング訪問の前後の聞き取り  と確認（本人の状態と主に家族の疲労  度など） | はじめてのターミナル事例を担当することに不安を感じているため予後予測、医療との連携の視点、支援方法のポイントを学べるようサポートする  夫々の医療従事者の役割と情報収集、連携方法を学ぶ  ケアマネジメントのプロセスを理解し実践できる  予後予測をふまえ関係者の役割分担を明確にする。状態変化に伴う本人、家族の不安、介護負担に留意する。  何をモニタリングするか視点を明確にする |

**考察・まとめ**

**●　担当ケアマネジャーの気づき**

|  |
| --- |
| １．指導・助言を受けて何に気がついたか |
|  |
| ２．担当ケアマネジャーの指導後の変化 |
|  |

**●　主任ケアマネジャーの気づき（指導・支援の振り返り）**

|  |
| --- |
| １．指導・支援で工夫した点 |
| 記入例：  ・ケアマネジャーの気持ちを尊重するように支持指導した。  ・ケアマネジャーが不安に思っていることが何なのか確認し、サポートできることを具体的提案をした。  ・課題の整理、優先順位を一緒に考えた。 |
| ２．指導・支援でうまくいった点 |
| 記入例：  ・指導者が初めてターミナルを担当した時の心境と失敗談を話した。  ・指導者が初めてターミナルを担当した時に在宅医から受けたアドバイスをそのまま伝えアドバイスした。  ・二人体制として同行し情報共有し臨んだことで、ケアマネジャー自身の休暇も取ることが出来た。 |
| ３．指導・支援でうまくいかなかった点（苦慮した点・迷った点） |
| 記入例  ・ケアマネジャーがそつなく対応しているので今回は特になし。 |

４．主任介護支援専門員として自分自身の課題、今後の目標

|  |
| --- |
| 今後、指導・支援をしていくために、必要な学びや取り組みについて記入してください。 |
|  |