**指導事例シート①　　　　　受講番号（　　　　　　　　）　氏名（　　　　　　　）**

**＜　脳血管疾患のある方のケアマネジメント　＞**

**■事例演習の修得目標**

|  |
| --- |
| ① 実践事例の意見交換・振り返りから、適切なケアマネジメント手法の考え方を踏まえつつ、課題や不足している視点を認識し分析できる。  ② 分析に必要な根拠を明確にし、改善策を講じ、介護支援専門員に対する指導・支援を実践できる。  ③ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントにおいて重要となる関係機関、多職種、地域住民との連携方法等ネットワークづくりを指導・支援できる。  ④ 連携やネットワークづくりにおいての課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑤ 脳血管疾患のある方への支援内容等を検討するにあたり、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントを指導・支援できる。  ⑥ ケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりを含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑦ 事例の指導・支援をする上で、必要な情報を収集できる。  ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、脳血管疾患のある方のケアマネジメントに関して、アセスメントや居宅サービス計画等の作成についての指導・支援ができる。  ⑨ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントに関する適切なケアマネジメント手法の考え方に基づいた指導・支援や地域づくり等の実践事例について、考察し、他の事例等への応用ができる。 |

■**事例を選定する際の視点**

|  |
| --- |
| ★さいしょに 本研修の事例とは、貴方が主任介護支援専門員として、指導・支援を行なった介護支援専門員とその担当利用者のことです。  **■ 脳血管疾患に関する指導事例のうち、下記の①②にすべて該当するもの**   1. 脳血管疾患の病名（脳出血、クモ膜下出血、脳梗塞）の診断がついている事例について、マネジメントプロセス、多職種（医療職）・地域住民との連携、入退院連携、ネットワークつくりについて指導・支援した事例**。**ただし、   ※ 診断があっても、事例内容が家族への支援ではないこと  ※ 脳血管性認知症、脳腫瘍は含まない  ※ 認知症を併発している、BPSDが激しいケース（認知症自立度Ⅱｂ以上）のケースは避ける   1. 担当利用者の、望む暮らし、生活歴、生活習慣の情報収集ができている指導事例 |

**■提出する事例を上記の指定された類型とする理由**

|  |
| --- |
| 理由例）   1. 病院より脳出血にて入院していた独居高齢者のケースが退院することで新規に受けた事例。担当する介護支援専門員と、情報収集やアセスメントを一緒に行い、病院との退院連携や退院後の計画作成などを指導した。   ②　担当していたケースが脳梗塞を発症し入院治療終了で退院となるのだが、感覚障害が出ているとのことで不安になった担当介護支援専門員より相談を受けた。これまでの計画・支援内容の見直しや、地域で住民との連携を含めたネットワークづくりなどを指導した。   1. または②のことを理由にし選定しました。 |

**指導事例シート①　　　　　受講番号（　　　　　　　　）　氏名（　　　　　　　　　）**

**＜　大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント　＞**

**■事例演習の修得目標**

|  |
| --- |
| ① 実践事例の意見交換・振り返りから、適切なケアマネジメント手法の考え方を踏まえつつ、課題や不足している視点を認識し分析できる。  ② 分析に必要な根拠を明確にし、改善策を講じ、介護支援専門員に対する指導・支援を実践できる。  ③ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントにおいて重要となる関係機関、多職種、地域住民との連  携方法等ネットワークづくりを指導・支援できる。  ④ 連携やネットワークづくりにおいての課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑤ 大腿骨頸部骨折のある方への支援内容等を検討するにあたり、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントを指導・支援できる。  ⑥ ケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりを含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑦ 事例の指導・支援をする上で、必要な情報を収集できる。  ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関して、アセスメントや居宅サービス計画等の作成についての指導・支援ができる。  ⑨ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関する適切なケアマネジメント手法の考え方に基づいた指導・支援や地域づくり等の実践事例について、考察し、他の事例等への応用ができる。 |

**■事例を選定する際の視点**

|  |
| --- |
| ■大腿骨頸部骨折後のケアマネジメントへの支援がされている指導事例  （※指導内容において、認知症による症状（例；BPSDによる転倒など）が要因となる事例は省く）  ①退院・退所時に、在宅（施設）生活に向けて多職種連携を行なう際に、指導・助言をおこなった事例  ②利用者の活動・参加に着目し、多職種連携や社会資源の活用などを行い、望む暮らしの実現やサービス終結に向けて、適切なケアマネジメント手法を用いて指導・助言をおこなった事例  ③施設（在宅）などで在宅復帰に向け、多職種連携を行い、生活機能の回復に向けて、指導・助言をおこなった事例  ④利用者に必要と思われる支援が繋がらず、フレイルなどを引き起こしている際に必要な指導・助言をおこなった事例 |

**■提出する事例を上記の指定された類型とする理由**

|  |
| --- |
| 記入例：  〇大腿骨頸部骨折後、介護保険サービスから社会参加に繋げる際に、適切なケアマネジメント手法を用いて指導・助言を行ったことで、地域の健康教室等への参加に繋がり、サービスを終結することができた。  〇大腿骨頸部骨折後、施設（在宅）で在宅復帰に向けて多職種で連携を行い、在宅復帰に結び付ける支援に対し、指導・助言を行い、在宅復帰することができた。 |

**指導事例シート①　　　　　受講番号（　　　　　　　　）　氏名（　　　　　　　　　）**

**＜　認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント　＞**

**■事例演習の修得目標**

|  |
| --- |
| ① 実践事例の意見交換・振り返りから、適切なケアマネジメント手法の考え方を踏まえつつ、課題や不足している視点を認識し分析できる。  ② 分析に必要な根拠を明確にし、改善策を講じ、介護支援専門員に対する指導・支援を実践できる。  ③ 認知症の要介護者等及び家族への支援に当たって重要となる関係機関、多職種、地域住民との連携方法等ネットワークづくりを指導・支援できる。  ④ 連携やネットワークづくりにおいての課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑤ 認知症の要介護者等への支援内容等を検討するにあたり、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントを指導・支援できる。  ⑥ ケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりを含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑦ 事例の指導・支援をする上で、必要な情報を収集できる。  ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、認知症の要介護者等のケアマネジメントに関して、アセスメントや居宅サービス計画等の作成についての指導・支援ができる。  ⑨ 認知症の要介護者等のケアマネジメントに関する適切なケアマネジメント手法の考え方に基づいた指導・支援や地域づくり等の実践事例について、考察し、他の事例等への応用ができる。 |

**■事例を選定する際の視点**

|  |
| --- |
| ■認知症に関する指導事例のうち、下記の①-⑤にすべて該当するもの   1. 主治医意見書や診療情報提供書において、認知症（アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など）と診断されている方   （困っている症状のみで、認知症なのか精神疾患なのかがわからないケースは含まない）   1. 本人の望む暮らしがわかる   （本人の意向がわかっている。家族が困っている事だけがニーズに上がっているものは含まない）   1. 本人ができること、できないこと、していること、していないことなどの情報が把握できており、アセスメントができている 2. 家族等の本人をとりまく支援者の情報が把握できており、アセスメントができている 3. 社会資源（インフォーマルサービス等）を活用している   （活用の目的や連携の状況、活用した経過が把握できている |

**■提出する事例を上記の指定された類型とする理由**

|  |
| --- |
| **記入例：**  **1.**アルツハイマー型認知症と診断された本人に対し、介護者である夫が自己流の関わりを続けており、　それがBPSDの要因となっていた。介護支援専門員は、夫の苦労を思うと、夫の介護方法の見直しをためらっていたが、その思いを受け止めた上で、介護支援専門員としての役割や適切な支援のあり方について指導・助言を行った。  **2.**レビー小体型認知症と診断された本人について、専門医による説明や基本的な情報収集は行われていたものの、介護支援専門員として認知症特有の症状や経過に対する理解が不十分であったため、疾患の特性を踏まえた支援の視点と対応について指導・助言を行った。  **3.**前頭側頭型認知症と診断された本人に関して、反社会的行動の背景にある疾患の特性や近隣や専門職などとの多職種連携の必要性について、指導・助言を行った。 |

**指導事例シート①　　　　　受講番号（　　　　　　　　）　氏名（　　　　　　　）**

**＜ 心疾患のある方のケアマネジメント ＞**

**■事例演習の修得目標**

|  |
| --- |
| ① 実践事例の意見交換・振り返りから、適切なケアマネジメント手法の考え方を踏まえつつ、課題や不足している視点を認識し分析できる。  ② 分析に必要な根拠を明確にし、改善策を講じ、介護支援専門員に対する指導・支援を実践できる。  ③ 心疾患を有する方のケアマネジメントにおいて重要となる関係機関、多職種、地域住民との連携方法等ネットワークづくりを指導・支援できる。  ④ 連携やネットワークづくりにおいての課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の導・支援ができる。  ⑤ 心疾患を有する方への支援内容等を検討するにあたり、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントを指導・支援できる。  ⑥ ケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりを含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑦ 事例の指導・支援をする上で、必要な情報を収集できる。  ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、心疾患を有する方のケアマネジメントに関して、アセスメントや居宅サービス計画等の作成についての指導・支援ができる。  ⑨ 心疾患を有する方のケアマネジメントに関する適切なケアマネジメント手法の考え方に基づいた指導・支援や地域づくり等の実践事例について、考察し、他の事例等への応用ができる。 |

**■事例を選定する際の視点**

|  |
| --- |
| ■心疾患を有する方のケアマネジメントにおいて、医療職をはじめとする多職種連携や社会資源を活用し、再発予防や再入院を予防する観点で指導・助言したケース  ※主治医意見書や診療情報提供書において、心疾患の診断を受けている方を対象とする。  ①心疾患（虚血性心疾患・不整脈・心臓弁膜症など）を有するが心不全を発症していない段階で心不全の発症予防をケアプランに位置付けることを指導・助言した事例  ②急性期からの退院後日常生活において健康管理を行い、かかりつけ医や循環器専門医、その他機関（サービス事業所含む）の担当者と再入院の予防をケアプランに位置付けることを指導・助言した事例  ③入退院を繰り返しており、常に医療職や、その他機関の担当者と日常的に連携を図れるよう指導・助言した事例  ④上記①～③に加えて、本人、家族のセルフケアをケアプランに位置付け、また社会参加を促すような地域のインフォーマルサポートの活用や行政、関係機関への相談や連携を指導・助言した事例であることが望ましい。 |

**■提出する事例を上記の指定された類型とする理由**

|  |
| --- |
| **記入例：**  ○心疾患の診断を受けているが、生活習慣や健康管理などセルフケアの重要性の理解を指導・助言することで、心疾患の特徴を意識し、疾患の悪化予防と自立支援のケアマネジメントを行うことができたため。  ○心疾患の急性増悪による入退院後に、医師、看護師、薬剤師などの医療関係者や多職種との連携に難しさを感じている介護支援専門員に指導・助言を行うことで、再発予防や再入院予防のための連携先や連携内容の気づきとケアプラン反映につながったため。  ○入退院を繰り返す利用者への支援に対して、医療職との連携や多職種と日常的に連携を図り、状態に応じた対応や家族への支援が行えるよう指導・助言を行い、EOL（エンドオブライフ）の準備に向けたチームケアの構築につながったため。 |

**指導事例シート①　　　　　受講番号（　　　　　　　　）　氏名（　　　　　　　　　）**

**＜　誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント　＞**

**■事例演習の修得目標**

|  |
| --- |
| ① 実践事例の意見交換・振り返りから、適切なケアマネジメント手法の考え方を踏まえつつ、課題や不足している視点を認識し分析できる。  ② 分析に必要な根拠を明確にし、改善策を講じ、介護支援専門員に対する指導・支援を実践できる。  ③ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおいて重要となる関係機関、多職種、地域住民との連携方法等ネットワークづくりを指導・支援できる。  ④ 連携やネットワークづくりにおいての課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑤ 誤嚥性肺炎のリスクが大きい方への支援内容等を検討するにあたり、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントを指導・支援できる。  ⑥ ケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりを含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑦ 事例の指導・支援をする上で、必要な情報を収集できる。  ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関して、アセスメントや居宅サービス計画等の作成についての指導・支援ができる。  ⑨ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関する適切なケアマネジメント手法の考え方に基づいた指導・支援や地域づくり等の実践事例について、考察し、他の事例等への応用ができる。 |

**■事例を選定する際の視点**

|  |
| --- |
| 1. 誤嚥性肺炎予防を目的とした栄養摂取状況や食事形態、食事の摂り方や環境整備をしたことで効果的な予防につながることを指導した事例。 2. 誤嚥性肺炎予防を目的としたかみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等を把握し、歯科医師や歯科衛生士と連携をするよう指導した事例。 3. 誤嚥性肺炎予防を目的とした摂食嚥下機能、発声、発話等の改善のための歯科医師等より提供される口腔リハビリテーション（摂食・嚥下評価等も含む）を活用するよう指導した事例。 4. 誤嚥性肺炎予防を目的とした咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握（アセスメント）について多職種で共有し、連携できたことで効果的な支援となるよう指導した事例。 5. 誤嚥性肺炎予防を目的とした専門職（加算要件に絡む）の指導を受けて、本人や家族が口腔ケアや口腔リハビリテーションを行ったことで効果的な予防につながるよう指導した事例。 6. 上記①～⑥の指導事例に加えて、地域資源を活用したり、不足している資源について関連する機関へ相談、提言するよう指導した事例。 |

**■提出する事例を上記の指定された類型とする理由**

|  |
| --- |
| 記入例：   1. 誤嚥性肺炎で入退院を繰り返していた利用者に、再発予防の観点から歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士等との連携が重要であることに気づいてもらい、ケアプランに反映させたことで再入院を防げるよう指導した事例であるため。 2. 寝たきりで、嚥下状態に問題のある利用者家族に、誤嚥性肺炎のリスクについて理解してもらうことの重要性に気づいてもらい、多職種と連携しながら、環境調整や口腔ケアの指導をすることで誤嚥性肺炎が予防できるよう指導した事例であるため。 |

**指導事例シート①　　　　　受講番号（　　　　　　　　）　氏名（　　　　　　　　　）**

**＜　看取り等における看護サービスの活用に関する事例　＞**

**■事例演習の修得目標**

|  |
| --- |
| ① 実践事例の意見交換・振り返りから、課題や不足している視点を認識し、分析できる。  ② 分析に必要な根拠を明確にし、改善策を講じ、介護支援専門員に対する指導及び支援を実践できる。  ③ 看護サービスを活用するにあたって重要となる医師や看護師等との連携方法等ネットワークづくりを指導できる。  ④ 連携やネットワークづくりにおいて、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導ができる。  ⑤ 看護サービスの活用を検討するにあたり、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントを指導できる。  ⑥ ケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりを含め課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導ができる。  ⑦ 看取り等における看護サービスの活用事例を指導する上で、必要な情報を収集できる。 |

**■事例を選定する際の視点**

|  |
| --- |
| 1. 医療管理（中心静脈・経鼻・胃瘻・カテーテル・在宅酸素・気管カニューレ・人工呼吸器・腹膜透析等）に家族の不安が強く、訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護を活用し在宅支援が実施できるよう指導した、またはしている事例 2. 今現在はがん末期等終末期ではないが、訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護を活用しており、今後がん終末期等終末期に入ることが予測される指導事例 3. 現在がん末期等終末期で訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護を活用している指導事例（同居世帯・高齢世帯・独居等） 4. 居宅・各施設等で看取りの支援の指導ができた事例 5. 居宅・各施設等で看取りの支援を行っていたが、病院へ入院に至った指導事例 |

**■提出する事例を上記の指定された類型とする理由**

|  |
| --- |
| **記入例：**今現在は終末期ではないが、かかりつけ医からターミナル期に近づきつつあることをつげられており、ご本人・ご家族とも自宅での生活を望まれているため、区分変更申請をしながら訪問看護も導入しつつ、終末期に備えている事例であるため |

**指導事例シート①　　　　　受講番号（　　　　　　　　）　氏名（　　　　　　　　　）**

**＜　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　＞**

**■事例演習の修得目標**

|  |
| --- |
| ① 実践事例の意見交換・振り返りから、課題や不足している視点を認識し分析できる。  ② 分析に必要な根拠を明確にし、改善策を講じ、介護支援専門員に対する指導・支援を実践できる。  ③ 課題が重層的な方のケアマネジメントにおいて重要となる関係機関、多職種、地域住民との連携方法等ネットワークづくりを指導・支援できる。  ④ 連携やネットワークづくりにおいての課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑤ 課題が重層的な方への支援内容等を検討するにあたり、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントを指導・支援できる。  ⑥ ケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりを含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善方法の指導・支援ができる。  ⑦ 事例の指導・支援をする上で、必要な情報を収集できる。  ⑧ 課題が重層的な方のマネジメントに関して、アセスメントや居宅サービス計画等の作成についての指導・支援ができる。  ⑨ 課題が重層的な方のマネジメントに関する指導・支援や地域づくり等の実践事例について、考察し、他の事例等への応用ができる。 |

**■事例を選定する際の視点**

|  |
| --- |
| ※以下の①～⑥に該当する指導事例について、提出してください。   1. 障害者制度を利用する必要があり指導した事例 2. 生活困窮制度を利用する必要があり指導した事例 3. 難病支援・対策を利用する必要があり指導した事例 4. 介護保険以外の他法他制度（①～③以外）を利用する必要があり指導した事例 5. 課題が重層的な方のケアマネジメントについて指導した事例 6. 他法他制度（仕事と介護の両立支援、ヤングケアラー支援、重層的支援体制整備事業など）における地域のネットワークづくり、地域づくりについて指導した事例 |

**■提出する事例を上記の指定された類型とする理由**

|  |
| --- |
| 記入例：④⑥  本人と娘の二人暮らし。娘は精神疾患を患っており、時々、精神状態が不安定になる。娘の精神状態が不安定になると、本人の介護ができなくなり、本人の生活に支障が出てきていた。バイジーは、娘が不安定になった時の代替ケアとして、ショートステイの利用を定期的に調整していたが、問題は一時的に解決するだけで、繰り返されていた。バイザーが、娘の支援者との関わりが必要であることをバイジーにアドバイスして、バイジーのネットワークづくりをサポートしたことから、娘の精神状態が安定、それに伴い、本人の介護に対する支障もなくなったことから、生活が改善された事例。 |