【山梨県主任介護支援専門員更新研修】

主任更新－01

※演習時に他の受講者が読みやすいよう、丁寧に記入してください。

**提出指導事例の概要**

※この資料のテーマには◎　同一の事例には○を付けてしてください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 | 受講者氏名 |  |  | 指導事例である |
|  |  | 指導のテーマ |  | 1. リハビリテーション及び福祉用具
 |
|  | 1. 看取り等における看護サービス
 |
| 所属\*該当に○ |  | 1. 認知症
 |
| ①地域包括支援センター②居宅介護支援事業所③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 1. 入退院時等における医療連携
 |
|  | 1. 家族への支援の視点
 |
|  | 1. 社会資源の活用
 |
|  |  | 1. 状態に応じた多様なサービス
 |

**１．事例タイトルとキーワード**

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

**２．事例概要**

|  |
| --- |
|  |

**３．提出理由（この指導事例を選んだ理由）**

|  |
| --- |
|  |

**４．指導内容**

|  |
| --- |
|  |

**５．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 |  |  |  |  |  |

**６．担当及び主任介護支援専門員と事業所について　　　　　　　　事例提出時点での状況（　年　月　日現在）**

|  |
| --- |
| 担当介護支援専門員について |
| 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 |
| 主任介護支援専門員（受講者）について |
| 介護支援専門員としての経験年数　　　年　　月 | 主任介護支援専門員としての経験年数　　　年　　月 |
| 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） |

**７．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○印）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

**８．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** |
| 01 | 提出事例の概要 | ※本用紙　【指定様式①】 |  |
| 02 | 基本情報 | (　　年　　月現在）【指定様式②】 |  |
| 03 | 医療情報シート | (　　年　　月現在）【指定様式③】 |  |
| 04 | 課題分析（アセスメント概要） | (　　年　　月現在）【指定様式④】 |  |
| 05 | 課題整理総括表 | (　　年　　月現在）【指定様式⑤】 |  |
| 06 | サービス計画書 第1～3表 | (　　年　　月現在） |  |
| 07 | サービス担当者会議の要点 | (　　年　　月現在）(　　年　　月現在） |  |
| 08 | 支援経過記録 | (　　年　　月～　　年　　月） |  |
| 09 | 支援指導経過記録 | (　　年　　月～　　年　　月） |  |
| 10 | 自己評価表 | (　　年　　月実施）【指定様式⑩】 |  |
| 11 | その他事例の理解に欠かせない資料 | ※提出は任意。必要だと思う資料があれば追加してください。 |  |

09指導記録（例）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日時 | 場所（場面） | 実施内容（CM依頼内容） | 指導内容 | 指導の振り返り（指導結果、指導者自身、指導を受けたCMの変化等） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |