

東京都主任介護支援専門員更新研修
課題作成の留意点

- (1) 『受講決定通知書』内の「4. ご提出いただく課題のテーマ」に記載された指定のテーマを確認する。

- (2) 受講者自身が他の介護支援専門員への指導を行った事例の中から、指定されたテーマの内容を含むものを選定する。

【注意点】

- ・一度の指導ではなく、複数回指導した事例を選定
- ・原則「要介護」の事例を選定
- ・継続中の事例、終結した事例のどちらでも可

指導事例の概要（記入例）

※実務的な相談及び指導を除き、本研修で活用する事例は、ケアマネジメント展開上の相談・指導事例であり、複数回の相談・指導を行った事例を対象とする。

受講番号：13120SK10999 氏名 研修 太郎

1 事例のテーマ

1 リハビリ 2 看護サービス 3 認知症 4 医療連携 5 家族支援 6 社会資源 7 多様なサービス

2 指導者(主任介護支援専門員)と相談者(事例担当介護支援専門員)の関係

1 同一事業所 2 地域包括支援センターと管轄地域の事業所

3 相談者の介護支援専門員経験年数

(1年3ヶ月)

4 指導を開始した理由(指導事例として選定した理由)

- 同一事業所のH介護支援専門員がケアプランを見ながら悩んでいる様子だった。Hは、自分から積極的に相談する性格ではないため、こちらから困っていることがあるか確認したところ、困っていると回答があったため指導を開始した。
- 相談内容(下記5)を聞き、指導すれば事例の課題が改善すると判断した。
- Hは2年目の介護支援専門員であり、業務に慣れてきたところであるが、この事例に主任介護支援専門員として関わり複数回指導することで、Hのケアマネジメント能力の向上が期待できると判断した。

5 相談者(事例担当介護支援専門員)からの相談内容

平成26年7月からA(85才女性)さんの支援を行っているが、生活に対する意欲が低く、何もせずに寝てばかりいるため、ADLの低下が顕著である。要介護度は、更新の結果1から3に悪化した。どうしたら、生活に対する意欲を取り戻し、積極的にリハビリや日々の生活の中で自分のできることに取り組んでいただけるかがわからず困っている。

6 主任介護支援専門員からみたこの事例の課題

上記5の相談内容のとおり、事例の課題は、Aさんの意欲低下、それに基づくADLの低下、その結果の要介護度の上昇である。

該当するものに○をつけてください。

該当するものに○をつけてください。
該当がない場合は、
3に○をつけて、関係の詳細は括弧内に具体的に記入してください。

不明確な場合は、
「約○年」等と記入してください。

指導のきっかけや、
何故指導することにしたか等を
記入してください。

基本情報シート

受講番号 1320SK10999																															
受講者氏名 研修 太郎																															
利用者氏名 A	相談者氏名 Y医師 続柄 本人・家族(他) 主治医) 受付日 平成 26年 7月19日 受付対応者 H 受付方法 来所(電話)他()																														
前回アセスメント状況 実施年月日 平成 27年 5月14日 理由 初回(更新) 状態の変化 退院 退所 他() 実施場所 (自宅)病院・施設・他()																															
生年月日 明・大 昭 4 年 月 日 5歳 性別 男(女)	被保険者番号																														
現住所	要介護状態区分 要介護3																														
家族情報・緊急連絡先	家族状況(シエノグラム)																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>同居・別居</th> <th>住所</th> <th>連絡先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B</td> <td>夫</td> <td>同・別</td> <td>同上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>長女</td> <td>同・別</td> <td>同上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>長男</td> <td>同(別)</td> <td>S区在住</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>同・別</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>同・別</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先	B	夫	同・別	同上		C	長女	同・別	同上		D	長男	同(別)	S区在住				同・別					同・別			<p>世帯 単独・高齢者のみ(他) 3 大暮ら</p> <p>5人姉兄の末っ子。姉兄は、既に亡くなっている。</p>
氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先																											
B	夫	同・別	同上																												
C	長女	同・別	同上																												
D	長男	同(別)	S区在住																												
		同・別																													
		同・別																													
住居 戸建(平屋・2階建以上)・アパート・マンション・公営住宅()階・他()	生活歴																														
エレベーター 無(有) (7階) 所有形態 持ち家 貸家 トイレ 和式・洋式・ウォシュレット	趣味・好きなこと																														
(住宅間取図)	生活状況																														
	<p>生活歴</p> <p>T県生まれ。20代半ばで姉の紹介で知り合った同じ年の夫と結婚し一男一女をもうける。結婚後は、D区内で姉の営むスーパーで、夫と共に60過ぎて店を閉めるまで働いていた。若い頃は旅行が好きで、姉と海外などを巡ったこともある。また、歌舞伎や野球観戦にもよく出掛けていた。5年前に、現在のマンションに夫と娘と共に移り住んだ。平成25年に姉が亡くなったことで大きな喪失感があり、意欲や気力の低下が進んだ。</p> <p>趣味・好きなこと</p> <p>旅行や歌舞伎が好きで、姉とよく出かけていた。野球が好きで観戦に何度か行ったことがある。</p> <p>情報収集源・情報活用状況</p> <p>テレビや家族、姪などから情報を得ている。</p>																														
住居に対する特記事項	改修の必要性 (無)・有)																														
<ul style="list-style-type: none"> 5年前に新築で娘と共有名義で購入したマンションに在住。 バリアフリーではあるが、手すりは浴室に1か所のみ設置。 将来、マンションの売却を考えているため、住宅改修はして欲しくないという娘が希望。 	<p>改修の必要性 (無)・有)</p> <p>トイレに手すりがなく、立ち上がりや方向転換時に苦労していたが、突っ張り式手すりを用いることで移動や方向転換がしやすくなり、不安感も軽減された。</p>																														

利用者の氏名は「Aさん」と表記してください。

出生年のみ記入してください。

ジェノグラム(利用者の家族関係)を図で記入し、利用者の属する世帯を丸で囲んでください。

家族の氏名もアルファベット1文字で表記してください。

居住地はアルファベットで表記、職業は個人を特定されないように表記してください。

(注) 個人情報の記載が多いシートであるため、表記の仕方にお気を付けください。

利用者名	A										番号	1320SK10999												
	リ・アセスメント支援シート										氏名	研修 太郎												
コミュニケーション	状態										問題(困りごと)	意向・意見・判断					生活全般の解決すべき課題(ニーズ)			優先順位				
												整理前			関連			整理後						
	視力	問題あり	はっきり見えない	殆ど見えない	目が開かなくて見えないというが、顔を認識し周辺の状態も理解している。							利用者意向												
	眼鏡	無	有									意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻						
	聴力	問題あり	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない	通常の声の大きさと会話ができる。							家族意向												
	補聴器	無	有									意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻						
言語	問題あり	問題あり									医師・専門職等意見													
意思伝達	できる	時々できる	困難								CM判断													
維持・改善の要素、利点	自分の意思を相手に伝えることができる。家族以外の人には、ありがとうと感謝の気持ちを表せたり、相手を気遣いねぎらいの言葉をかけたりできる。										CMの利用者・家族の意向への働きかけ					実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難			
認知と行動	認知障害	自立	軽度	中度	重度	記憶力、判断力に若干の低下あり。					利用者意向													
	意思決定	できる	特別な場合以外はできず	困難	「できない」など否定的な返答が多い。							意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻						
	指示反応	通じる	時々通じる	通じない								家族意向												
	情緒・情動	問題あり	知ろう	不安	興奮	いつも苦虫をかみつぶしたような表情をしている。					医師・専門職等意見													
	行動障害	無	暴言	暴行	徘徊	多動	昼夜逆転	不潔行為	夜間徘徊	異食	不穏行為	トイレ以外は自ら動こうとせず、一日横になったままである。	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻					
	精神症状	無	妄想	幻覚	せん妄	見当識	無関心	「もうだめだ」「もうすぐ死ぬんだよ」など不安感の強い発言が多く聞かれる(うつ病)。					CM判断											
維持・改善の要素、利点	冗談を言うと、時々かわいらしく微笑む。気持ちが乗った時はハリハバリも一生懸命行う。										CMの利用者・家族の意向への働きかけ					実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難			
家族・知人等の介護力	介護提供	常時可	日中のみ可	夜間のみ可	不定期	無	夫(87才)が主介護者				利用者意向													
	介護者の健康	健康	高齢	病身	他	夫は40代頃は入退院を繰り返していた。現在は高血圧症あり。					家族意向													
	介護者の負担感	無	有	本人の前では口には出さないが、疲労感が感じられる。							医師・専門職等意見													
	維持・改善の要素、利点	夫が献身的に介護を行っている。口にはしないがお互いに感謝の気持ちを持っている。姪が週に1回程度訪問し気遣ってくれたり、時々、車で外に連れ出してくれる。										CMの利用者・家族の意向への働きかけ					実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難		

相談者である
介護支援専門員から聞き取って
記入してください。

居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・**継続**

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和4年 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日 平成27年 6月 26日 初回居宅サービス計画作成日 平成26年 8月 7日

認定日 平成27年 6月21日 認定の有効期間 平成27年7月1日 ～ 28年6月30日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ **要介護3** ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

本人：手足のしびれがあったり起きているのが辛く、いつも体調がすぐれません。病院に行く以外は外出したくないです。
 家での体操はマッサージもしてくれるので続けていきたいです。
 夫：妻の好きなように過ごさせてあげたいし、自分でできることはこれからもしたいと思いますが、自分も歳なのでだんだん大変になってきています。
 娘：日中はずっと二人きりで過ごしているので、介護者である父の体調が心配です。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 特になし

総合的な援助の方針

体調がすぐれず気持ちが後ろ向きになって、一日横になって過ごす日が多くあります。ご主人が献身的に介護をされていますが、ご高齢でもあり疲労感も増えています。

サービスを使って人が関わることで少しでも笑顔が増え、楽しいと思える時間を増やしましょう。
 また緊急時の対応等を含めてチームで連携し、安心して在宅生活を過ごせるよう支援します。

緊急連絡先：長女 主治医：Yクリニック

生活援助中心型の算定理由 1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他（ ）

個人情報は消去してください。
 また、固有名詞等はアルファベットで表記してください。
 ※個人情報の消去方法は「受講の手引き」を参照

（注）個人情報の消し忘れにお気を付けてください。なお、図の枠はあくまで例であるため、用紙全体をくまなくご確認ください。

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名

A

様

居宅サービス計画作成担当者

H

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援 助 内 容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
通院や服薬により、体調が安定し、心配事がなく過ごしたい。	やりたいこと、できることを見つけ、楽しいと感じる時間を増やす	H27/7/1 ～ H28/6/30	定期的に体のことをみてもらえ、安心できる	H27/7/1 ～ H27/12/31	定期的な通院による治療と病状の把握		医療	Yクリニック・A大学病院 夫(通院同行)	月2回	H27/7/1 ～ H27/12/31
					バイタルチェック 不定愁訴の傾聴 医師との連携 情報共有、爪切り	○	訪問看護	N訪問看護ステーション	週1回	H27/7/1 ～ H27/12/31
			入れ歯を治して食事を摂る	H27/7/1 ～ H27/12/31	口腔機能の評価 義歯の調整		訪問歯科	D歯科診療所	月2回	H27/7/1 ～ H27/12/31
			栄養バランスの良い食事を摂る	H27/7/1 ～ H27/12/31	夕食(弁当)の配達		配食サービス	B弁当	週5日	H27/7/1 ～ H27/12/31
身体機能の低下に伴い、家族の負担が増大している	家族が無理なく介護ができるようになる	H27/7/1 ～ H28/6/30	車椅子使用に慣れる	H27/7/1 ～ H27/12/31	身体に合わせた車椅子の選定	○	福祉用具貸与	株式会社C	毎日 外出時	H27/7/1 ～ H27/12/31
					介護用ベッドおよび付属品の活用	○	福祉用具貸与	株式会社C	毎日	H27/7/1 ～ H27/12/31
			起き上がりや立ち上がりが、一人でできるようになる。	H27/7/1 ～ H27/12/31	起居・移動動作訓練 歩行訓練 下肢筋力の増強 マッサージ	○	訪問リハビリテーション	R診療所	週1回	H27/7/1 ～ H27/12/31
					トイレ内突っ張り棒の設置	○	福祉用具貸与	株式会社C	毎日	H27/7/1 ～

個人情報は消去してください。
また、固有名詞等はアルファベットで表記してください。
※個人情報の消去方法は「受講の手引き」を参照

(注) 個人情報の消し忘れにお気を付けてください。なお、図の枠はあくまで例であるため、用紙全体をくまなくご確認ください。

第3表

週間サービス計画表

利用者名		A		殿					
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00	訪問リハビリ			訪問看護				
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00		訪問介護			訪問介護			火・金 入浴
	18:00	配食サービス							
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

個人情報は消去してください。
 また、固有名詞等はアルファベットで表記してください。
 ※個人情報の消去方法は「受講の手引き」を参照

週単位以外 通院 (Y)クリニック・(A)大学病院 月2回、(T)病院 年2回 訪問歯科 (D)歯科診療所月2回

(注) 個人情報の消し忘れにお気を付けてください。なお、図の枠はあくまで例であるため、用紙全体をくまなくご確認ください。

第 4 表

サービス担当者会議の要点

作成日 平成 27年6月26日

利用者名 **A** 殿居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 **H**

開催日 平成 27年6月26日

開催場所 自宅

開催時間 10:30～11:00 開催回数 3回

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
本人		A	D 歯科診療所	T 歯科医師	株 C (福祉用具専門相談員)	M 氏
夫		B	R 診療所(理学療法士)	O 氏	介護支援専門員	H
長女		C	N 訪問看護ST	N 看護師		
	Y クリニック	Y 医師	H 訪問介護	H 氏		

検討した項目 1 ケアプランの見直しについて

検討内容

1 ケアプランの見直しについて

- 平成25年以降、相次いで病気が発症したため、また病気が発症してしまうのではないかと不安が常にある状態なので、医療関係者等にいつでも相談できる体制を取れるようにする。また不安に対して安心してもらえるような声かけを家族や関係者が行えるようなことが必要ではないか。
- 意欲の低下や活動性の低下に関しては、理学療法士が現在のできるADLやIADLの能力評価を行い、本人ができる生活活動として以下の提案があった。①②について家族、訪問看護、訪問リハビリテーションと相談し、日常生活で実行できるように進めていく。
 - 入浴時は、洗身については背中が介助、他は見守り、衣類の着脱は基本的に見守り、浴室内移動は身体を支える。
 - 家事については、洗濯物たたみや夫の付添による買物の実施は実現の可能性が高い。
- 食事摂取に関しては、栄養状態が不良であり食事摂取量と食事内容の把握が必要である。

結論

1 ケアプランの見直しについて

- 定期的な通院により主治医に心配事を相談するとともに、訪問看護師による健康状態や生活状況の把握による助言を実施する。
- 本人が不安を訴えた際に、家族・関係者が本人が安心するような声掛けをする。
- 現状の能力で本人が実施できる可能性がある生活行為に取り組む支援をする。
- 食事摂取に関しては、歯科医師による嚥下機能の評価や義歯の調整及び、訪問看護師にバランスのとれた食事についての助言を受ける。

残された課題
(次回の開催時期)

- 3か月後に評価を実施し、その結果により次回の担当者会議を開催する

個人情報情報は消去してください。
また、固有名詞等はアルファベットで表記してください。
※個人情報の消去方法は「受講の手引き」を参照

主任介護支援専門員からみた相談者（担当介護支援専門員）の課題

HにTさんの意欲低下の原因や問題点等をどのように分析しているのか確認してみたが整理できていなかった。原因を整理できていないことが、意欲低下を改善するための具体的な取組を行えていないことに繋がっていると考えた。次に、何故、Tが原因を整理できていないかであるが、まだ経験が浅いため、情報を整理する方法が身につけていないことが課題であると考えた。

日付	相談内容	指導の視点と指導内容	指導結果・効果
H27年 9月4日	Tさんの支援を行っているが、生活に対する意欲が低く、何もせずに寝てばかりいるため、ADLの低下が顕著である。要介護度は、更新の結果1から3に上昇した。どうしたら、生活に対する意欲を取り戻し、積極的にリハビリテーションや日々の生活の中で自分のできることに取り組んでいただけたかわからず困っている。	指導では、Hが理解しているか表情を必ず観察し、批判し萎縮させないよう気をつけた。 <指導の視点> 相談内容を次の通り分析した。 ①Tさんの状態は、落ち着いており、緊急に対応しなければならないケースではない。 ②Tさんが自立した日常生活を送るには、阻害原因と考えられる意欲の落ち込みの理由をしっかりと分析する必要がある。 ③このケースの問題点を整理することがHのケアマネジメント力向上につながる。 <指導内容> ①情報を整理するシートを活用して、Tさんに関する情報を整理して、意欲低下の原因や問題点、ストレンクス（維持・改善の要素・利点）を分析すること。 ②①によって、どのような気づきがあったかをまとめること。	<指導の結果・効果> Hの分析後にTさんについて一緒に考えることに決まった。
H 27年 10月1日	シートを活用して情報整理を行ったので一緒に検証してほしい	<指導の視点> ①意欲低下の原因と意欲向上の可能性に気づいてもらう。 ②専門職である主治医やリハビリテーション職とどのようなことに関して連携を取ることが必要か気づいてもらう。 ③2表作成の際には、本人の意向である「夫と一緒にいたい」をどう活かし、現在の悪循環から脱却できるかをしっかり考えさせる。本人が少しでも意欲的になれるような目標や支援を取り入れる。PTによる動作能力の評価を位置づける。 <指導内容> ①情報整理したことで、H自身が気づいたことを説明してもらった。 ②脳卒中モデルと廃用症候群モデルに対するリハビリテーションの説明を行った。リハビリテーションの評価の重要性についても説明をした。理解できていないような表情をしたときには、丁寧に伝えるように努めた。	<指導の結果・効果> Hが次の点に気づくことができた。 ①Tさんは、夫と一緒にいたいという気持ちがとても強いということ。 ②本人に何ができるかをPTとも相談して確認する必要があること ③PTは気力をあげるのが上手なので、その方法を確認すること ④ADLの低下を防ぐためには、夫の過介助への対応が必要であること。 上記の気づいた点を踏まえたケアプラン(案)を作成した。

「指導の視点」と
「指導の内容」を分けて
記入する。

指導の視点一覧表

指導の視点	○:できている ×:できていない /:該当しない	できていない場合・該当しない場合の理由	改善指導策
脳卒中モデル・廃用症候群モデルに対してのリハビリテーションを理解しているか	×	Hに廃用症候群モデルについて、確認した(10月1日)ところ知らなかった。理由は、普段、二つのモデルを意識して仕事をしていなかったことと、学習する機会がなかったため。	以前、リハビリテーションの研修に参加した際の資料※1を活用して、両モデルについての説明を主任介護支援専門員として行った(10月1日)。今後は、両モデルを意識して仕事をするとのこと。
利用者が入院していた場合、入院理由、治療内容、リハビリテーションの提供体制を把握しているか	/	Tさんの事例は、入院していないため該当せず	
退院時カンファレンス・自宅訪問があった場合、参加し入院時の医療情報を得ているか	/	Tさんの事例は、入院していないため該当せず	
リハビリテーション導入にあたり、具体的なリハビリテーションの目的を利用者と相談しているか	○		
リハビリテーション開始にあたり、医療情報やリスクを踏まえた医師の指示をもらっているか	○		

可能な範囲で指導した日付を括弧で記入

テーマごとに「指導の視点」が異なるためシートの間違いのないように

視点が該当しない場合は該当しない理由を記入

作成年月日 27年11月10日

居宅サービス計画書 (1)

指導後

初回・紹介・**継続**

認定済・申請中

タイトルの横に「指導後」と記入

利用者名 殿 生年月日 昭和4年 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 平成27年 11月 10日 初回居宅サービス計画作成日 平成26年 8月 7日

認定日 平成27年 6月 21日 認定の有効期間 平成27年7月1日 ~ 28年6月30日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・ 要介護3 ・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人：いつも身体がだるくて、不安があるので、病院に行く以外は外出したくありません。 少しでも自分が出来そうなことをやって、いつまでも夫と一緒にいたい。 夫：自分でできることはこれからもしたいと思いますが、自分も歳なのでだんだんと大変になってきています。 以前のように明るくなって笑顔を見せて欲しい。 娘：日中はずっと二人きりで過ごしているので、介護者である父の体調が心配です。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
総合的な援助の方針	1. 体調に関する不安が少なくなるように専門家(医師や看護師等)にいつでも相談できるようにします。 2. 専門家(リハビリテーション職等)の意見を聞きながら自分で出来そうなことを見つけて少しずつ行えるようにしましょう。 3. 好きなもの以外もしっかりと食べられるようにしましょう。 緊急連絡先：長女 <input type="text"/> 主治医：Yクリニック <input type="text"/>
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

個人情報は消去してください。また、固有名詞等はアルファベットで表記してください。
※個人情報の消去方法は「受講の手引き」を参照

指導後もケアプランが変わっていない場合は不要です。様式Dの横に「指導後のケアプラン変更なし」と記入してください。

【同意欄】私は、この居宅介護サービス計画書(第1表、第2表、第3表)に同意し、受け取りました。平成 年 月 日 氏名 印

指導の効果

- ① 事例については、ADL面での能力が高いにも関わらず、意欲が低く何も行わないことが最大の課題であったが、家事(洗濯物畳み)に取り組めるようになった。
- ② Hについては、情報を分析する方法を身に付けさせることができた。他の事例でも、課題があった時には、このようにまずは自分で分析するようになった。
- ③ サービス担当者会議で、専門職に積極的に意見を確認するようになった。

ケースの課題

- ① 夫の過介助の問題については、まだ解決できていない。Hによると本人が不安を訴えると夫が過介助してしまうことが課題であるとのこと。3月10日以降Tが課題を再整理した結果、夫婦別々の時間の確保と、夫と同じ立場の介護者との情報交換による過介助の防止が必要であり、介護者の会等があればよいと相談された。

相談者の課題

今回指導したことで、指導の効果に記載したとおり、Hは課題がある場合は、積極的に分析し解決しようと努めるようになった。しかし、リハビリや福祉用具に関する知識は、十分身につけていないため、知識の身に着け方等を今後は教えていきたいと思う。

主任介護支援専門員の課題

- ① 普段、自分もたくさんのケースをもっているため、新人のHの指導をあまり行う事が出来ていなかった。事業所全体のケアマネジメントの質を向上させるために、今後も少しでも相談にのれる機会を設ける必要があると考えた。
- ② また、指導する際に、強い言い方をしてしまうことがあるので、気を付ける必要があると感じた。Hが相談しやすい雰囲気をもつようにする必要がある。

○事例を指導したことによって

- ・事例はどうなったか
- ・相談者である介護支援専門員はどう変わったか
- ・指導の方法はどうだったか
- ・それぞれに残された課題は何か

を記入する。

- 終結事例の場合も、残された課題がないかを考え、今後につなげていけるような課題を見出し、記入する。

○個人情報の消去が確実に行われていることをあらためてご確認ください。

- ・ 固有名詞はアルファベット表記にする等、特定されないような表記となっているか。
- ・ 書き込まれた個人情報は指定された消去方法により見えない状態となっているか。

〈個人情報の消去方法〉 ※詳しくは「受講の手引き」をご確認ください。

- ① 受講者自身の名前を除いた全ての固有名詞および個人情報等を修正液または修正テープで隠す。
- ② ①のコピーをとる。
- ③ コピーをとると固有名詞および個人情報等の箇所が白くなった用紙が出力されるため、こちらを提出課題として使用する。

○「提出前チェック用紙」を用いて、すべての様式が作成されていることをご確認ください。

- ・ すべての様式が揃っていることが確認できたら、「提出前チェック用紙」を表紙に様式を順に並べて、左上をホチキス止めしてください。
- ・ 様式を並べる際に横向きとなる様式は、様式の上部がページの左側で揃うように向きを整えてください。

提出方法

提出方法：郵送（普通郵便または簡易書留）

提出先：東京都介護支援専門員研究協議会

提出物：作成した課題のコピーを1部

※研修開始後に別途提出していただきますので、原本はお手元で保管してください。