**シート3－①**

|  |
| --- |
| **受講日提出** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講コード** | **2JK24-** | **介護支援専門員登録番号** |  | **氏名** |  |

**A：脳血管疾患のある方のケアマネジメント**

**≪事前学習≫**

**A事例をお持ちの方は、その事例の自己点検してください。  
A事例をお持ちでない方は、過去の実践事例から不足しやすいと考える内容を振り返ってください。**

[裏面あり]

|  |  |
| --- | --- |
| **小項目** | **見直しが必要（不足しがち）と考えた要因・根拠等** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**シート3－⑥**

**≪地域≫  
A：脳血管疾患のある方のケアマネジメント**

[表面あり]

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **皆さんの地域でのリハビリテーション・福祉用具・住宅改修の活用時の連携の課題** | |
| **≪事前学習≫** | |
| リハビリテーション活用時の連携の課題  （課題と考えた理由　含） | 介護支援専門員としての課題への対応  （アイデアや工夫 含） |
|  |  |
| 福祉用具・住宅改修活用時の連携の課題 （課題と考えた理由　含） | 介護支援専門員としての課題への対応  （アイデアや工夫 含） |
|  |  |
| 再発予防への取り組みでの連携の課題 （課題と考えた理由　含） | 介護支援専門員としての課題への対応  （アイデアや工夫 含） |
|  |  |