

令和6年度
介護支援専門員
現任研修・更新研修Ⅰ
専門課程Ⅱ

事前課題 事例選定について

専門課程Ⅱの演習では、個別のケースを分析し、地域課題を抽出していく事例研究を展開します。この演習をすすめるにあたって、事前課題として受講者自身が担当されている事例を提出いただきます。目的を踏まえ、受講者のみなさんにとって演習がより学びの深いものになるよう、事前課題の作成にあたってください。

目的

- 1 ケアマネジメント能力の向上につながるよう、自己の実践を振り返る。
- 2 類似した別の事例や状況に対応する力を身につける。
- 3 地域資源を再確認し、地域における課題の抽出や解決に向けた取り組みや提案につなげる。

類型を選ぶにあたっての注意事項

- ① 受講生自身がケアマネジメントした事例を事前課題として作成してください。
- ② 裏面「選定の際に押さえる視点」をよく読んでください。ご自身の事例が類型に合致するか検討の上、担当したことがなく、作成できない類型がある場合のみ、該当類型に×印を記入してください。
- ③ 作成提出していただく事例は1事例です。その類型に関しては受講決定時にお知らせいたします。事務局にてグループワークに必要な事例数に調整します。
- ④ 「選定の際に押さえる視点」に合致しない事例、記入が不十分な場合、個人情報に記載されている場合は再提出をしていただくことがあります。

注意！

2～3ページ「選定の際に押さえる視点」をよく読んで選んでください。それぞれの視点にあった事例での作成が必要です。くれぐれもご注意ください。合致しない場合は、再作成をお願いすることになります。

番号	類型	選定の際に押さえる視点
①	脳血管疾患のある方のケアマネジメント	<p>■①～⑤のすべてに該当する事例を提出してください。</p> <p>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（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）</p> <p>② 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</p> <p>③ 望む暮らし、生活歴、生活習慣の情報収集ができていない事例</p> <p>④ 再梗塞、再出血の予防のため多職種との連携が図れている事例</p> <p>⑤ 計画書に社会資源の利用が位置づけられている事例</p>
②	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	<p>■大腿骨頸部骨折の確定診断がされており、①～④のいずれかに該当する事例を提出してください。但し、活動制限があり寝たきりの状態像の事例は対象としない。</p> <p>① 退院・退所時のカンファレンスに参加し、在宅（施設）生活に向けて多職種連携を行い、それをケアプランに位置付けた事例（カンファレンス開催がない場合、別の方法により退院・退所時に多職種連携が来ていること）</p> <p>② 利用者の活動・参加に着目し、多職種との連携を図りながら社会資源（インフォーマルサービス）を位置付けている事例</p> <p>③ 日常的な専門職との連携や環境調整により、サービスの終結を目標に、セルフマネジメントに向けた支援に移行出来ている事例</p> <p>④ 施設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た支援が出来ている事例</p>
③	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	<p>■①～⑤のすべてに該当する事例を提出してください。</p> <p>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、レビー小体型認知症、血管性認知症など）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わからないケースは含まない）</p> <p>② 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）</p> <p>③ 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ない</p> <p>④ 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ない</p> <p>⑤ 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ない）</p>

④	心疾患のある方のケアマネジメント	<p>■①～④のいずれかに該当し医療職をはじめとする多職種連携や社会資源を活用した事例を提出してください。</p> <p>※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。</p> <p>※継続して様々な社会資源を活用し、その関係機関と日常的に連携が図れていること。また位置づけの根拠が明確になっている(説明できる)こと。かつ、定期的にその活用状態や状況、効果を評価していること。</p> <p>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ている事例</p> <p>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ている事例</p> <p>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っている事例</p> <p>④ 地域のインフォーマルサポート（配食サービス、見守り体制や安否確認、生活支援サービスなど）や行政と連携をした事例</p>
⑤	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	<p>■①～⑤のいずれかに該当する事例を提出してください。</p> <p>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った事例</p> <p>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した事例</p> <p>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口腔リハビリテーションを活用した事例</p> <p>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に支援できた事例</p> <p>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った事例</p>
⑥	看取り等における看取りサービスの活用に関する事例	<p>■①～③のいずれかに該当する事例を提出してください。</p> <p>① 居宅・各施設等で終末期に差し掛かってきている医療管理（中心静脈栄養・経鼻経管栄養・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）が必須の状態が家族の不安が強く、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や施設支援が実施できた、または支援中の事例</p> <p>② 居宅・各施設等で終末期の支援ができた事例</p> <p>③ 居宅・各施設等で終末期の支援を行っていたが、病院へ入院に至った事例</p>

⑦	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	<p>■①～⑧のいずれかに該当する事例を提出してください。</p> <p>① 利用者自身が難病に罹患しており、課題がある事例</p> <p>② 利用者自身が障害者制度を利用しており、課題がある事例</p> <p>③ 利用者自身が生活困窮である、生活困窮制度を利用しており、課題がある事例</p> <p>④ 利用者自身が介護保険以外の他法他制度（仕事と介護の両立支援施策・ヤングケアラー支援関連施策・重層的支援体制整備事業関連施策等）を利用しており、課題がある事例</p> <p>⑤ 利用者自身がインフォーマルサポートを利用しており、課題がある事例</p> <p>⑥ 利用者自身が第2号被保険者であり、介護保険サービスの利用だけでは、課題がある事例</p> <p>⑦ 現在、介護保険以外の他法他制度を利用していないが、利用を検討する必要があるのではないかと考えている事例</p> <p>⑧ 家族に課題があり家族への支援の視点が必要で、本人の生活に支障があると考えている事例</p>
---	--	---