

令和 4 年度介護支援専門員研修の事例提出について

1【事例の対象】

- ・必ず自分が現在取り組んでいる事例又は、以前担当し、実践した事例を提出してください。
- ・事例検討、事例研究、地域ケア会議等で活用した事例でも構いません。
- ・予防マネジメント B 及び C 並びに総合事業に伴うマネジメントの提出は認めません。

※現在実務に従事しておらず、事例の提出が困難な場合はテキストの記載の事例などを活用していただく場合があります。

2【課題提出上の留意事項】

- ・研修の中で事例を活用した演習を行います。受講申込の際に、様式 1-①、1-②、1-③と添付書類を 1 セットとして A4 サイズ・片面印刷で左上をクリップ留め（ホチキス不可）して提出してください。
- ・アセスメントシートは事業所で使用しているもので差し支えありませんが、課題分析標準項目「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成 11 年老企第 29 号）」（23 項目）を満たすものを提出して下さい。
- ・上記の事例は必ずお手元に原本もしくはコピーを残してください。

受講者全体の事例に偏りがある場合は使用されない場合もありますのでご了承ください。

3【提出いただく事例のカテゴリー】

提出事例は下記の 7 項目の中から選択してください。下記の参考選択票をご覧ください、当てはまる①～⑦の内 2 つ以上選択可能な事例を準備し、選択した事例の項目の番号を様式 1-①に記入して下さい。複数のカテゴリーに跨る事例の提出をお願いします。主たる項目番号を優先しますが、事例の偏りによりその他の項目で事例発表して頂くこともあります。

	科目名	キーワード例
①	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	リハビリテーション（口腔リハビリテーション含む）、筋力低下・日常運動の強化・機能訓練・住宅改修・福祉用具利用・外出支援・閉じこもり症候群の予防・廃用症候群の予防・機能強化ロボット使用 等
②	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	看取り・訪問看護制度・緩和ケアチーム・多職種との連携・痛みの改善の取組・生活機能低下における対応・死の受容に関する事・緩和療法・葬儀に関する相談対応・遺品に関する相談対応・生きがいの実現・看護サービス利用について 等

③	認知症に関する事例	認知症の理解・環境変化における対応・行動障がいの取組・認知症治療に関する事・精神疾患における医学的、心理的な状況・地域の社会資源の活用・認知症初期集中支援チーム 等
④	入退院時等における医療との連携に関する事例	入退院時の場面に応じた各関係機関との連携・説明責任・難病の取組・医療の活用・入院における介護負担に関する事・入退所におけるコンプライアンスに関する事・高齢者に多い入院を伴う疾患、感染症・退院時カンファレンス 等
⑤	家族への支援が必要な事例	家族に疾患がある場合の対応・利用者と家族の受け止め方が違う場合の対応・家族が本人の生活機能に強く影響する場合の対応・家族間の関係性を対応した・介護離職の可能性・仕事と介護の両立の支援・介護と育児の両立・介護放棄・家族に対する地域の社会資源の活用 等
⑥	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	地域支援・社会資源の特徴と対応・社会資源（警察署、消防署、保健所、福祉事務所、病院、行政関係、地域包括支援センター、町内会長、民生委員、社協等など）との連携・社会資源介入と対応・地域特性と社会資源の関係・生活保護制度・成年後見制度利用・虐待事例 等
⑦	状態に応じた多様なサービスの活用に関する事例	住み替えの対応・生活機能促進・利用者の主体的な選択に関する対応・説明と同意に関する事・施設サービスの対応・地域密着サービスの対応・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・複合型サービス・小規模多機能居宅介護活用 等

3【提出事例の記入上の留意事項】

- ・受講申込者は提出書類の作成にあたり、事例対象者の個人情報を書きの形で記載して下さい。
- ☆個人名や住所はイニシャルを使用せず、アルファベット大文字 1 文字で、「A さん」「B 市」と記号化する。
- ☆電話番号は記載しない。
- ☆利用者の生年月日は、生まれた年だけを記載する。（年齢のみわかれば可）
- ☆個人に関する市町村名や地区名、家族等の具体的な職業名などにも注意する。
- ☆事業所名、病院名などはアルファベット大文字 1 文字にする。
- ☆介護保険をはじめ社会保険に係る保険者番号、被保険者番号等は記載しない。各種手帳等も同様とする。
- ☆提出者の氏名や事業所名なども記号化する。

個人名（利用者・家族・担当介護支援専門員・担当職員等）	山田さん→Y さんとはせず、アルファベットで A さん、介護支援専門員 B などと記号化する
住所	山形県山形市→Y 県 Y 市（イニシャル）とせず、アルファベットで C 県 D 市などと記号化する。
事業所・施設・病院の名称	E 居宅介護支援事業所、F 病院、G デイサービス、養護老人ホーム H などと記号化する

4【演習の事例について】

提出して頂いた事例は返却いたしませんので必ず控えをお取りください。

提出する事例については、利用者より事例使用の同意を得た上で提出してください。

講師および事務局保管以外、研修で活用した事例はシュレッダー等で確実に破棄してください。

5【提出する様式について】 ※必ず、すべてそろえて提出して下さい

提出書類チェックリスト			
<input type="checkbox"/>	様式 1-① 提出事例の概要		
<input type="checkbox"/>	様式 1-② アセスメント（課題分析）		
<input type="checkbox"/>	様式 1-③ 住宅見取り図		
	【居宅介護支援事業所】	【介護保険 3 施設及び居住系サービス】	【介護予防支援等】
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書（1） （2）（3）	施設サービス計画書（1）（2）	左記計画書に準ずるもの （基本情報、基本チェック リスト、介護予防サービス・ 支援計画書）
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の要 点	週間サービス計画書または 日課表	介護予防支援経過記録（サ ービス担当者会議要点の記 録を含む直近前後 3 ヶ月の 記録）
<input type="checkbox"/>	計画書作成前後 1 ヶ月の 支援経過記録（3 か月分）	サービス担当者会議の要点	介護予防サービス評価表
<input type="checkbox"/>	課題整理総括表	計画書作成前後 1 ヶ月の支 援経過記録（3 か月分）	課題整理総括表
<input type="checkbox"/>		課題整理総括表	

6【問い合わせ・連絡先】

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会 事務局

〒990-0021 山形市小白川町 2-3-31 山形県総合社会福祉センター内

TEL : 023-666-8506/FAX : 023-615-5570（問い合わせ時間 平日 9 : 00～16 : 00）

E-mail: care@scws.yamagata.jp