

令和5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生のみなさんの担当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」をよくよんでください。ご自身の事例が類型に合致するか検討の上、6つの類型から希望する3つを選んで申込用紙に○をご記入ください。担当したことがなく、作成ができない類型がある場合は、該当類型に×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いたしますので、ご希望以外の事例提出をお願いする場合があります。
- 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」をよくよ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	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 医療管理(中心静脈・経鼻・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)に家族の不安が強く、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が実施できた、または支援中の事例</p> <p>② 今現在はがん末期ではないが、訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護を活用しており、今後がん終末期に入ることが予測される事例</p> <p>③ 現在がん末期で訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護を活用している事例(同居世帯・高齢世帯・独居等)</p> <p>④ 居宅・各施設等で看取りの支援ができた事例</p> <p>⑤ 居宅・各施設等で看取りの支援を行っていたが、病院へ入院に至った事例</p>
②	認知症に関する事例	<p>■下記の①～③全てに該当するケース</p> <p>①認知症(アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、脳血管疾患認知症など)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情報がしっかり把握できていて、アセスメントが十分できている</p>
③	入退院時等における医療との連携に関する事例	<p>■入退院時、医療連携を行った事例</p> <p>①慢性疾患等により日常生活の中で医療管理が必要なケース(糖尿病で血糖コントロール不良や在宅酸素療法等で医療的な管理が必要なケースなど)</p> <p>②入退院を繰り返しており医療との連携をしている事例(心不全・誤嚥性肺炎・尿路感染など)</p> <p>※骨、関節疾患は除く</p> <p>※精神疾患は除く</p> <p>※レスパイト入院、家族の都合による入院は除く</p> <p>※家族の介護力低下による退院困難ケースは除く</p>
④	家族への支援の視点が必要な事例	<p>■家族への支援の視点が特に必要な事例</p> <p>※家族の状況が把握できている下記の事例</p> <p>① 家族が介護離職した、または介護離職を考えているケース</p> <p>② 家族が若者、または高齢者のケース</p> <p>③ 家族が遠距離介護をしているケース</p> <p>④ 家族が心身の健康に問題があるケース</p> <p>⑤ 家族が介護を抱え込んでいると思われるケース</p> <p>⑥ 利用者・家族が、地域から孤立しているケース</p> <p>※家族史の中で形成された家族の構造を理解することは、なかなか困難なことです。しかし上記事例を通じ、それに取り組むことは利用者や家族への理解が深まり、支援の幅が広がると考えられます。そこで、提出事例を選ぶにあたり、家族の情報が得にくい、以下の事例は除きます。</p> <p>・身寄りのないケース(は除く)</p> <p>・利用者が介護保険施設、有料老人ホーム等に入所入居しているケース(は除く)</p>

⑤	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	<p>■様々な社会資源を活用、連携したケース ※継続して様々な社会資源(インフォーマルサポートなど)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。且つ、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公的制度(生活保護、障害福祉、財産管理に関する制度)を活用しており、その機関の担当者と日常的に連携を図っている事例 ②互助(民生委員の訪問、配食サービスを利用した安否確認、地域サロンや老人会などのインフォーマルサポート)をケアプランに位置付けており、日常的に連携を図っている事例 ③地域ケア会議などを活用し、地域や行政へ働きかけをした事例(どのような理由で、どのように連携を図り、どのような結果になったか説明ができること)</p>
⑥	状態に応じた多様なサービス(地域密着型サービス、施設サービス等)の活用に関する事例	<p>■下記①～⑥を活用または①～⑥に移行した事例 ※移行した事例については、なぜそのサービス利用に移行したかの根拠が説明できるもの(居宅介護支援経過の記録、サービス担当者会議の要点など)</p> <p>①「小規模多機能型居宅介護」を利用している、または「小規模多機能型居宅介護」へ移行した事例 ②「看護小規模多機能型居宅介護」を利用している、または「看護小規模多機能型居宅介護」へ移行した事例 ③「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を利用している、または「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」へ移行した事例 ④「認知症対応型共同生活介護」を利用している、または「認知症対応型共同生活介護」へ移行した事例 ⑤「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」に入所している、または「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」から退所して在宅で生活している事例(退所時の支援過程がわかるもの)、または「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」へ移行した事例 ⑥「介護老人保健施設」に入所している、または「介護老人保健施設」から退所して在宅で生活している事例(退所時の支援過程がわかるもの)、または「介護老人保健施設」へ移行した事例</p> <p>※この単元でいう「多様なサービス」とは、地域密着型サービス、施設サービスを指します。複数のサービス(デイサービスやショートステイなど多くのサービス)やサービス付き高齢者住宅を使っている事例ではありません。また、認知症対応型通所介護や地域密着型通所介護は、地域密着型サービスですが、今回の事例には含めないこととします。 ※「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」「介護老人保健施設」に入所している事例は、ショートステイを利用している事例は含まれません。入所している事例を指しています。</p>