**令和７年度岩手県介護支援専門員専門Ⅱ・更新研修　提出事例情報**

＊　研修手引き12～15ページ「事例提出について」をご確認のうえ作成願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講者氏名** |  | | **組** |  | | | | **全体**  **連番** | ※事務局記入 |
| **勤務先名** |  | | | | | | (従業員数：　　　　名) | | |
| **あなたの立場** | □管理者　　□管理者以外 | **基礎資格**※ | | |  | | | | |
| **主任資格** | □あり　　□なし　　□失効 | **実務経験年数** | | | 年　　　か月 | | | | |
| **プランの区分** | □居宅　　　　□施設　　　　□予防 | | | | | (□継続事例　　□終了事例) | | | |

※　上記の受講者氏名と勤務先名について、伏せ字にする必要はありません。

※　基礎資格とは、介護支援専門員の受験資格のことを指します。

**１　事例タイトル**

|  |
| --- |
|  |

**２　事例科目**(該当する科目全てにチェック✅してください)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ａ | □ | 脳血管疾患のある方のケアマネジメント | Ｂ | □ | 心疾患のある方のケアマネジメント |
| □ | 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント  ※他部位の骨折を含む | □ | 看取り等における看護サービスの活用に関する事例  ※看護サービスを導入している事例は全て該当 |
| □ | 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント  ※誤嚥性肺炎リスク大を含む | Ｄ | □ | 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ジメント  ※他法他制度の活用を含む |
| Ｃ | □ | 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント |

**３　事例の提出理由**（なぜ、この事例を選出したのか）

|  |
| --- |
|  |

**４　検討・研究課題**（何を研究したいか）

|  |
| --- |
|  |

**５　事例を通して地域課題となりうる事柄・事項**

|  |
| --- |
|  |

**６　利用者基本情報**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日作成

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 | Ａ　様 | 性　別 | |  | | 年　齢 | 歳 | |
| 主　　訴 | 〔相談内容〕 | | | | | | | |
| 〔本人・家族の要望〕 | | | | | | | |
| これまでの  生活と  現在の状況 | 〔生活歴〕 | | | | 〔家族構成（ジェノグラム）〕 | | | |
| 病　　歴 | 〔経過・病歴等〕 | | | | 〔主治医〕 | | | |
| 〔服薬状況〕 | | | |
| 日常生活自立度 | 日常生活自立度(障害) | |  | | 日常生活自立度(認知症) | | |  |
| 認定情報 |  | | | | | | | |
| 今回の  アセスメントの  理由 |  | | | | | | | |
| 利用者の  社会保障制度の  利用情報 |  | | | | | | | |
| 現在利用している  支援や  社会資源の状況 |  | | | | | | | |

**７　課題分析（アセスメント）概要**

〈記入上の留意点〉

研究資料として活用することを念頭に置いて内容を精査し、必要な情報をまとめて記入してください。

**※　全ての項目に記入してください。**

　　記入の必要がない項目及び記入できない項目については、「該当なし」「課題なし」「把握していない」等お書きください。

【③について】①現在の状態に係る、予測されるリスクとその原因を記入してください。

【④について】③のリスクを軽減し、②の本人・家族の望む生活に近づけるためには、どのようなケアが必要か記入してください。（そのケアによって改善が見込まれる理由も記載）

|  | ①現在の状態 | ②本人・家族の  思い・意向 | ③現状が続くことによるリスク | ④状況を改善する  ためのケアの方向性 | 優先順位 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康状態 |  |  |  |  |  |
| Ａ  Ｄ  Ｌ |  |  |  |  |  |
| Ｉ  Ａ  Ｄ  Ｌ |  |  |  |  |  |
| 認知機能や判断能力 |  |  |  |  |  |
| コミュニケーションに  おける理解と表出の状況 |  |  |  |  |  |
| 生活リズム |  |  |  |  |  |
| 排泄の状況 |  |  |  |  |  |
| 清潔の保持に関する  状況 |  |  |  |  |  |
| 口腔内の状況 |  |  |  |  |  |
| 食事摂取の状況 |  |  |  |  |  |
| 社会との関わり |  |  |  |  |  |
| 家族等の状況 |  |  |  |  |  |
| 居住環境 |  |  |  |  |  |
| その他留意すべき  事項・状況　※ |  |  |  |  |  |

※　その他留意すべき事項・状況：虐待や経済困窮、近隣トラブル等の上記以外の問題がある場合、記入してください。

**８　住宅（施設）見取り図**

|  |
| --- |
|  |

**９　情報の可視化**

(例)



|  |
| --- |
| 生活歴 |

|  |  |
| --- | --- |
| エコマップ | (例) |

**10　支援経過記録**　　※　内容を精査し、必要な情報をまとめ、**１枚に収めてください**。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　月　日 | 内　　　容 | 関係機関・  介護支援専門員の判断 | 利用者・家族の考え方 |
|  |  |  |  |