

令和6年度 群馬県主任介護支援専門員更新研修 事例の概要

受講番号	受講者氏名	所属（該当に○）		
	フリガナ	① 地域包括支援センター		
		② 居宅介護支援事業所		
		③ その他（		）
介護支援専門員としての実務経験年数		年	月	介護支援専門員としての基礎資格

1. 事例のタイトル

--

2. 事例の種類（提出事例について該当するものに○）

【注意事項】

2,3 の事例を選択可能な方は、指導事例の提出が行えない事由を受講申込書にて申告した方のみです。それ以外の方が2,3 を選択/提出することは認められていませんので選択しないようにしてください。

1. 指導事例	
2. 現在担当している又は過去に担当していた事例で「悩んだ事例」又は「誰かに相談したいと思った事例」で、実際に指導を受けた事例	
3. 現在担当している又は過去に担当していた事例で「悩んだ事例」又は「誰かに相談したいと思った事例」で、指導を受けたいと思う事例（指導を受けていない事例）	
上記「2. 事例の種類」が「2、3」の場合は当該利用者の担当期間	年 月

3. 事例の概要

--

4. 事例の種類

以下の項目の中から提出事例が関係すると思われる項目に○印、そのうち主となる項目には◎印をつけてください。

	1. 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント
	2. 生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント
	3. 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
	4. 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント
	5. 脳血管疾患のある方のケアマネジメント
	6. 看取り等における看護サービスの活用に関する事例
	7. 心疾患のある方のケアマネジメント
	8. 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント

5. 事例の提出理由（なぜこの事例を選んだのか） ※単なる事例紹介に留まらないよう注意してください。

--

6. 指導を受けたい理由（※「2. 事例の種類」で3を選んだ場合のみ記入してください）

--

7. 所属する事業所等について

所属事業所の介護支援専門員の人数：専任 人＋兼任 人＝計 人（うち主任介護支援専門員 人）	
特定事業所加算取得状況 1. 取得している 2. 今後取得予定である 3. 取得予定はない	※所属事業所について、該当するものに○ 加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ 加算Ⅲ ・ 加算A 加算算定を開始した年月日（予定を含む） （ 年 月）