

令和3年度山梨県主任介護支援専門員研修 提出事例について

過日、お申込み時に提出いただきました事例につきまして、確認をさせていただきました。その際に気づいた事項です。ご留意いただき、研修事例の作成をお願いします。

<p>共通事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・マスキング 自身の居宅介護支援事業所（地域包括支援センター）もマスキング 居宅サービス計画書のサービス事業所名 居宅サービス計画書の第2表、第3表の利用者名
<p>基本情報</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の要望、望む生活が書かれていない。 ・生活歴が少ない、薄い。 ・ジェノグラムが正確に書けていない。 ・服薬情報が少ない。（例：薬剤名のみ、用法用量の記載なし。） ・病名と内服薬に整合性がない。（例：内服薬にドネペジルがあるが、認知症の病名がない。）
<p>課題分析 (アセスメントの概要)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントの情報量が少ない <p>事例の検討に必要な情報が不十分。（例：健康状態－病名だけでなく、疾病の経過や現在の状態等を記載。認知－認知症の有無ではない。認知機能の状況（客観的事実）を記載。排尿・排便－問題の有無や自立状況（これはADL）ではない。排泄の回数や性状、排泄コントロールの状況、おむつ使用状況等を記載。）</p>
<p>課題整理総括表</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・書き方が理解出来ていない。（『課題整理総括表・評価表の活用の手引き 平成26年3月 厚生労働省老健局』の記載要領を参照。） ・[自立した日常生活の阻害要因]は、病気や状況の“何が、阻害要因になっているのか”を書く。（例：認知症が阻害要因ではなく、認知症による何が阻害要因になっているのか。独居が阻害要因ではなく、独居による何が阻害要因になっているのか。） ・[改善/維持の可能性※4]は、必要な支援が行われた際の改善、維持の可能性を記載する。悪化が想定されるのは、進行性の病気やがんの末期。 ・[見通し※5]は、なぜ現在の状況が起きているのか、このままだとどうなってしまうのか、そのような状態にならないために必要な支援は何か（デイサービスやヘルパーなど手段ではない）、必要な支援が行われた際に見込まれる状況を記載。 ・[生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（案）]は、基本的に居宅サービス計画書第2表の[生活全般の解決すべき課題（ニーズ）]に連動する。 ・ニーズが整理、統合されていない。
<p>サービス計画書 第1～3表</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・第2表の[生活全般の解決すべき課題（ニーズ）]が、本人のニーズではなく、家族のニーズになっている。 ・長期、短期目標が本人の目標になっていない。（誰の目標か？） ・本人が取り組むことが計画書に盛り込まれていない。 ・短期目標が手段になっている。 ・サービス内容が細かく、個別サービス計画のようになっている。 ・主治医の意見の[医学的管理の必要性]に<input checked="" type="checkbox"/>のある医療系サービスが、居宅サービス計画書に位置付けられていない。（例：通所リハビリテーションに<input checked="" type="checkbox"/>があるが、居宅サービス計画書のサービスは福祉用具のみ。） ・生活全般の解決すべき課題（ニーズ）と長期、短期目標の内容が同じ。（例：ニーズ「お風呂に入りたい」－長期目標「自宅でお風呂に入る」－短期目標「手伝ってもらってお風呂に入る」）