

〈作成上の視点〉

- 1 **本人本位の支援** 本人の「思い」や「願い」を受け止め、それを叶える方法を考える。
- 2 **継続的支援** 24時間、365日、切れ目のない支援で暮らしを支えること。
- 3 **地域で暮らし続ける支援** 地域との関係を大切に、知人等と共に暮らせる方法を考える。
- 4 **地域との支えあい** 本人を取り巻く機関、地域資源をつなぎ、地域で助け合う体制を考える。

[事前課題について]

各自が担当している事例から一事例を選び、選定事例の介護サービス計画・支援状況・利用者の変化等がプレゼンテーションできるように、以下の様式にまとめて提出して下さい。

提出事例は、**現在小規模多機能型居宅介護事業所を利用していない事例**であっても、「このようにすれば在宅で暮らせるのではないか」「このように在宅で暮らしてほしい」等の**視点**で計画を作成してみてください。例えば、「デイサービスに通う利用者について小規模多機能型居宅介護を利用した場合の計画を作成」「計画作成は未経験だが、自事業所の利用者について小規模多機能型居宅介護を利用する場合を想定して作成」など、**自分の言葉、自分の考えで作成した内容**で提出してください。

- ① 様式1 表題 ※別紙 所定様式
- ② 様式2 事例対象者の概要 ※別紙 所定様式
- ③ 様式3 課題分析(アセスメント)概要 ※別紙 所定様式
- ④ 様式4 居宅介護サービス計画書(1):第1表
- ⑤ 様式5 居宅介護サービス計画書(2):第2表
- ⑥ 様式6 週間サービス計画表:第3表

※上記以外の記録を添付しても構いません。

※上記様式①～⑥の電子データは、[苗場福祉会ホームページからダウンロード](#)できます。

「お知らせ」→「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 事前課題様式」

※④⑤⑥の様式は標準様式をアップロードしましたが、通常事業所で使用している様式を用いていただいても構いません。

- 提出期限は **7月15日(金)(※必着)**です。**郵送にてご提出**ください。提出は必須です。
-
- 個人の情報が特定されるような情報は**必ず**消去(塗りつぶし等)して、個人情報の保護には十分配慮して下さい。
- **7月27日(水)研修2日目当日**には、作成提出した様式を **3部コピー**し、①から順に重ね、**一部ずつ左上をホッチキス等で外れないように留めて持参**して下さい。当日グループメンバーに配布する資料として使用します。

事前課題提出先および問い合わせ先

社会福祉法人苗場福祉会 法人管理部 研修事務局 (担当:根津)

住所 : 新潟県十日町市川治 4525 番地

電話 : 025-761-7400

E-mail : kensyu@naebafukushikai.com (お問合せ用)



※メール送信の場合は、件名に必ず「小規模計画作成研修 課題の件」と記載ねがいます。

注目!

[各様式の作成要領について]

各様式の項目内容に沿って記載を進めて下さい。以下に要領を示します。

1. 様式1【表題】

- ①この事例を選定した理由を記載して下さい。
- ②ケアプランの特徴については何かこだわった事、優先したアプローチ等があれば自由に記載して下さい。
また、要介護度の改善の可能性や生活機能の改善などがあれば記載し、理由を考察して記入してください。地域の活動(インフォーマル資源)の取り込み状況等についても、あれば記載して下さい。
- ③課題や抱えている悩みなど自由に記入してください。

2. 様式2【事例対象者の概要】

- ・3 家族環境：ジェノグラム(家族図)を用いて記載して下さい。キーパーソンや地域との関係、協力体制等についても追記するとより良いと思われます。
- ・5 対象者の強み：支援者の立場から対象者を捉え、自由に記載して下さい。
- ・11 年金受給状況及びサービス費用：年金受給の概要とひと月に介護サービス費用として捻出できる金額概要意向を記載して下さい。

3. 様式3【課題分析(アセスメント)概要】

これは、財団法人長寿社会開発センターの「ケアマネジメントの原則に則った実践の確保方策に関する研究」報告書より、主に引用しました。

基本的な視点としては次に掲げる点です。

- ① 観察された事実、背景にある要因(原因)、検討が必要な具体的状況
- ② ご本人や家族の意向(訴え)**※本人がどのように暮らしたいかを主眼としてください。**
- ③ ご本人の状況から予測される自立に向けた可能性や危険性など

以下にそれぞれの項目に対する細目を記載します。

課題分析標準項目	項目の主な内容(例)
健康状態	利用者の健康状態に関する項目(既往症、主傷病、症状、痛み、受診状況、主治医からの指示内容、治療・処置状況など)
ADL	ADL支援が必要な状況を具体的に記入します。 (寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴等) 「している」動作と「していないけれど出来る」動作に違いがあれば整理して記載しましょう。
IADL	IADL支援が必要な状況を具体的に記入します。 (調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況、電話の応対など) 「している」動作と「していないけれど出来る」動作に違いがあれば整理して記載しましょう。また家族がいても支援が必要な場合はその状況も記載します。
排尿・排便	排泄の状況、失禁の状況、排泄後の後始末、コントロール方法、排泄頻度、介護者の都合や環境などを記載します。主治医からの指示事項があれば追記して下さい。

皮膚の問題	褥瘡などの程度や処置状況、主治医からの指示事項、皮膚の清潔状況に関する項目です。
口腔衛生	歯、口腔内の状態や口腔衛生に関する項目です。治療状況や咀嚼状況などについても記載します。
食事の摂取	食事摂取状況(栄養、食事回数、水分量、嚥下状況)や栄養不良、極度の痩せや肥満状況、脱水状況等具体的に記載します。食事摂取に関する主治医からの指示事項があれば記載します。
認知	日常の意思決定を行う為の認知能力の状況について記載します。(理解、意思決定、記憶等)認知の状況をどこまで出来てどこから出来ないかを具体的に記載します。
コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴覚などのコミュニケーションに関する項目です。コミュニケーション障害の程度や治療状況等を記載します。
社会(地域)との関わり	社会(地域)との関わり(社会活動への参加状況、友人知人等との関係、近所付き合い、意欲、役割・生き甲斐、社会(地域)との関わりの変化、喪失感や孤独感等)を記載します。
他利用者や職員との関わり	サービス提供時のご本人の様子(他の利用者や職員との交流の様子やご本人の好み等)を記載します。
認知症から生じる行動障害	認知症から生じる行動障害(暴言暴行、徘徊、介護への抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食など)を記載します。行動障害の程度、頻度、周囲に与える影響等具体的に記載します。主治医からの指示事項や向精神薬の服薬状況等も可能な範囲で記載します。
施設サービス以外の介護力	利用者を支える介護力(介護者の有無、介護者の意思、介護負担、主たる介護者に関する情報など)を記載します。介護力の変化や負担感の現状や介護負担の原因などについても可能な範囲で記載します。
居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載します。介護保険の対象となる場所のほか、照明・冷暖房・台所の支障や外道までのアクセスや降雪時の生活支障などがあれば記載します。身体状況、行動等と関連させて支障の度合い、原因を記載します。
その他	特別な状況(暴力・放置・搾取などの虐待、ターミナルケア、アルコールの問題)について記載します。※非常にデリケートな問題である為、十分な配慮が必要となります。緊急性、必要性、生活意欲・意向に配慮して介護支援専門員の立場からの見解も記載して下さい。

以上事前課題の作成要領となります。 **提出期限は厳守くださいますようお願いいたします。**

また、**研修2日目には前述の通りコピーのご持参**をお忘れなくお願いいたします。