

【参考事例概要】

脳内出血で倒れた後、リハビリを実施。要介護2の状態退院。几帳面なしっかり者のKさんは、別居の息子の協力、近隣の支援も受けながら介護保険以外のサービスも活用して一人暮らしを再開した。

利用者基本情報

記入日:平成 24年 9月 6日

担当者:〇〇〇〇

氏名	K	男(女)	生年月日	明治・大正・昭和	19年 〇月 〇日	68歳	
現住所	東京都 〇〇市 △△ 〇丁目 〇番地 〇号				TEL 00-0000-0000		
本人の現況	(在宅) (H24.8.24 Tリハ病院から退院) ・ 入院又は入所中(						
相談(初回)	経路: 平成24年9月6日(水) 14時 30分 (来所) 電話 訪問 その他( ) 相談者(紹介者):〇〇 〇〇(次男) 内容・主訴:母が平成23年10月に倒れ、1か月後に退院し在宅で暮らしていたが、平成24年6月不調をきたし、再度Tリハビリ病院に入院していたが8月24日退院。右片麻痺と失語症があるが、リハビリの結果、機能は良くなっている。入院中に介護保険の申請をしていたところ、8月29日要介護2と認定された。母が家で一人暮らしを続けられるようにしたい。						
世帯区分	1. 単身 2. 高齢者夫婦 3. 高齢者のみの同居世帯 4. その他( )						
家族の状況	Kさんの夫は平成18年に他界、息子が2人いるが、2人とも都外に在住。キーパーソンは長男。月に一度は、長男か次男が帰省し、本人のできない事務手続きや買物を手伝っている。義理の妹等の親戚の協力もある。						
家族構成			氏名	続柄	年齢	同別居	特記事項
			〇〇 〇〇	長男	40歳	別居	会社員 健康状態良好
			〇〇 〇〇	次男	38歳	別居	会社員 健康状態良好
			<緊急連絡員>				
			〇〇 〇〇子		60歳代	近隣	00-〇〇〇〇-〇〇〇〇
			〇〇 〇〇理事長		親戚		00-〇〇〇〇-〇〇〇〇
連絡先	①氏名 〇〇 〇〇		TEL 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		自宅 東京都〇〇市		
	②氏名		TEL		自宅・職場		
	③氏名		TEL		自宅・職場		
認定情報	1. 未申請 2. 申請中 3. 認定済 (認定日 平成24年8月29日)						
	非該当 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要支援3 要支援4 要支援5						
	有効期限: H24年 8月 1日 ~H25年 8月 31日						
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2 (評価日24年8月 日)						
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 (I) IIa IIb IIIa IIIb IV M (評価日24年8月 日)						
制度利用	(身体障害者手帳) 1種2級 脳出血による右下肢機能全廃右上肢機能障害) 交付年月日 平成24年 8月						
経済状況	本人の収入:(25万円/2ヵ月)			内訳(遺族年金)			
本人及び家族の意向	本人:サービスを利用しながら今の生活を続けたい。これからも自分で出来ることは自分でしていきたい。						
	家族:元気で今の生活を続けてほしい。						
生活歴等	M県生まれ。結婚して東京で生活するようになる。2児を授かり、内職やスーパーの仕事をしていた。 本人の趣味、好きなこと、習慣にしていたことも情報収集しましょう						
【健康管理】							
病名	発症年月日	医療機関・医師名 (主治医意見書作成者に☆)		経過・備考			
・脳出血後遺症 (左被殻) ・高血圧症	H23年10月	Tリハ病院 〇〇医師 TEL 00-〇〇〇〇-〇〇〇〇		☆ 1回/月定期的に受診。かかりつけ医の近医〇〇クリニックには、従来から風邪等がかかっている。往診可能			
既往歴	今まで大きな病気はしたことがない。						

## 課題分析(アセスメント)概要

平成 24 年 9月 6日

健康状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳内出血後遺症(左被殻)にて、右上下肢機能全廃レベル。(右半身麻痺)</li> <li>・右肩・右腕に重みが常にあり、右手首から指先まで内側に曲がり伸びない。</li> <li>・失語症があり、頭で分かっているが、なかなか言葉に出せなくイライラすることがある。</li> <li>・聞いた事を忘れてしまう事がある。また、突発的な事が起きると、判断が出来なくなる。</li> <li>・高血圧症にて降圧剤服用。</li> <li>・訪問マッサージを週3回利用し、何とか体調維持したいと考えている。</li> <li>・身長155cm・体重54kg。</li> </ul>	
ADL	<p>【歩行】右足から指先まで内側に曲がり、装具をつけ室内でも靴を履き、手すりや杖を使用し、右足を引きずりながら歩く。軸足の左足にも痛みがある。</p> <p>【移動】自立だが、転倒の危険がある。寝返りが出来ない。起き上がりは、左手でベッド柵をつかまり行う。</p> <p>【座位】右側に傾くため、クッションを抱えて右足を置く。手すりや杖につかまれば、立位可能だが不安定。</p> <p>【立位】手すりや杖につかまれば、立位の保持は可能。</p> <p>【入浴】自宅で行う。左手の届く所は自分で洗身。残りは介助が必要。シャワーチェアを使用し、片足を上げる介助をすれば、浴槽にも入れる。</p> <p>【着脱】介助者に上着を持ってもらい、袖や腕を通すことはできる。ズボンは持ってもらえば、足を通すことはできる。</p> <p>※生活動作全般に、時間がかかる。</p>	
IADL	<p>【掃除】棚や手すりの拭き掃除は自分で行える。掃除機がけ等は一人ではできない。</p> <p>【洗濯】シーツな大きい物でなければ自分で干したり取り込むことは出来る。</p> <p>【買い物・調理】ヘルパーに期待している。</p> <p>【金銭管理】通帳は息子が管理し、必要な分だけ息子の帰省時に現金を置いていく。</p> <p>【薬の管理】支分けをしてもらえば自分で服薬可能。</p>	
認知	<ul style="list-style-type: none"> <li>・判断に時間はかかるが、問題なし。</li> </ul>	
コミュニケーション能力	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理解力は良好。人と話をする事を好み、人当たりも良い。電話を受けたり簡単な息子からのメールは受信できる</li> <li>・失語症があり、なかなか言葉が出ないため思いが伝わらないことがある。</li> </ul>	
社会との関わり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣者・親戚との付き合いも良好(ゴミ捨て援助や、差し入れがある。)</li> <li>・配達飲料・マッサージ・シルバー人材センター等の活用は従来から行っていた。</li> </ul>	
排尿・排便	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿意・便意があり自立。</li> <li>・トイレまでの移動や、ズボン・下着を下げるのに時間がかかり、間に合わず失敗することがあるが、パット使用し、交換は自分で出来る。</li> </ul>	
褥瘡・皮膚の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし。</li> </ul>	
口腔衛生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・部分義歯。自歯4本あり。</li> <li>・うがいは自分で出来るが、義歯洗浄は介助が必要。通所リハビリ利用時やヘルパーにしてもらいたいと考えている。</li> </ul>	
食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> <li>・惣菜や果物を1回分ずつ小分けにし、プラスチック容器に保存しているものを自分で出して食べている。(左手でスプーンを使用。)</li> </ul>	
問題行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし。</li> </ul>	
介護力	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居。都外在住の2人の息子が、月に1度はどちらかが帰省して、本人の出来ないこと(事務手続きや買い物)を手伝っている。</li> <li>・義妹や、近隣の協力(ゴミ捨てや差し入れ)がある。</li> </ul>	
居住環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一戸建て。持家。</li> <li>・退院を前に、長男がアプローチ・玄関・廊下・トイレ・浴室に手すりを付けた。(自費)</li> </ul>	<p>【住宅見取り図】</p>
特別な状況		

第1表

初回紹介・継続認定済申請中

該当項目の○を忘れないようにしましょう。

作成年月日 平成24年9月10日

居宅サービス計画書(1)

利用者名 K 様 生年月日 昭和19年 月 日 住所 東京都〇〇市□□ 〇-△-〇

認定年月日 平成24年8月29日 認定の有効期間 平成24年8月1日 ~ 平成25年8月31日

居宅サービス計画作成者氏名 ○〇 ○〇 初回居宅サービス計画作成日 平成24年9月10日

居宅介護支援事業所事業所名及び所在地 東京都〇〇市□□△ ☆-△-〇

計画作成(変更)日 平成24年9月10日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人： これからも自分でできることは自分でしたい。</p> <p>家族： 離れて暮らしているので心配であるが、サービスを利用しながら生活して欲しい。電話でこまめに連絡を取りながら、月に1回は〇〇市に来て母の様子を見てほしい。サービスの利用は母の言うとおりにしてほしい。様子をみてできることは援助します。</p> <p>家族とは、長男ですか、次男ですか、続柄を書きましょう</p> <p>「なし」と記載しましょう</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型・通所型サービスを利用してご自分でできることは継続し、在宅での生活が安心して継続できるよう支援していきます。</li> <li>・心身機能の低下を防ぐリハビリテーションも意識して生活の中に取り入れていきます。</li> <li>・突発的な出来事にも対応できる体制を予め考えておき、安心して快適に過ごせるように、介護保険以外のサービスや支援の活用も一緒に考えていきましょう。</li> </ul> <p>緊急時の連絡先 近隣〇〇子 長男・次男 住所 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇 親戚〇〇理事長</p>
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他( )

【同意欄】居宅サービス計画書に同意します。

平成24年9月10日 氏名 ○〇 K

印





週間サービス計画表

利用者名 K 様

利用者名	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00							起床
早朝	6:00							テレビ、体操 朝食
午前	8:00							
	10:00	訪問マッサージ (10:00頃)	訪問マッサージ (10:20頃)	通所リハビリ (9:30~13:45)	訪問マッサージ (9:40頃)			リハビリ、体操、散歩
	12:00							昼食
午後	14:00	訪問介護(身2生1) (14:00~15:20)	訪問介護(生活3) (14:00~15:00)			訪問介護(生活3) (14:00~15:20)		テレビ鑑賞 入浴(火・金)
	16:00	訪問介護(生活2) (15:00~15:40)				訪問介護(生活3) (14:00~15:00)		
夜間	18:00							夕食 庭の花に水やり
	20:00							就寝
深夜	22:00							夜中の排泄状態はどうですか
	0:00							
	2:00							
	4:00							

月1回、曜日が決まっていれば記載  
しましょう。

週間単位以外のサービス

長男・次男が1回/月 訪問している 近所の方による惣菜の提供(不定期)、ゴミ出し支援あり 義理の妹による訪問(不定期)  
 定期受診1回/月 〇〇市高齢者軽度生活援助 緊急通報システム オムツ支給事業

第4表

サービス担当者会議の要点

利用者名 K 様

作成担当者 ●●●●

作成年月日 24年 9月 10日

開催日 24年 9月 10日

開催場所 自宅

開催時間 13:00～13:30

開催回数 1回目

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
本人		K さん	〇〇事業所(訪問介護)	△△ △△△	介護支援専門員	●●●●
長男		〇〇さん	〇〇デイケア	□□ □□□		
検討した項目	①初回ケアプラン原案の確定 ②各サービス担当者と利用者・家族の意向確認					
検討内容	①家事を手伝って欲しい…掃除場所に玄関を追加。ズボンのゴム通し等延長してほしい時があるので利用可能な回数をおしえてほしい。 ②自宅で安全に入浴したい…ヘルパーの介助のもと安全に入浴する。 ③転ばないで歩きたい。…リハビリの内容としてスリングセラピー、上肢の体操、渦流浴を行う ④脳出血の再発を防ぎたい…当分は長男が次男が月1回の受診に同行する。3ヶ月に1回採血 ⑤緊急時に迅速に対応できるようにしてほしい…□□市身体障害者緊急通報装置を申請中 ⑥その他・通所やリハビリ利用時外履きから内履きかえるのが大変					
結論	①出来るだけ自分でするようにして、できないことをヘルパーさんに手伝ってもらう。 ②週2回は入浴する ③上肢の体操、渦流浴を行い様子見る。 ④定期健診を継続し、健康管理に努める ⑤緊急通報装置を貸与し安心して生活できるようにする ⑥本人のストレスにならないように靴の履き替えは様子を見て手伝う。					
残された課題 (次の開催時期)	問題発生時にタイミング良く対応できるように、迷った時は速やかに情報共有する。 初回の計画なので1カ月後に実施状況の情報を持ち寄る。10月中旬、確定次第連絡する。					

年月日	方法	相手	内容	ケアマネとしての判断・対応	モニタリング(プラン修正の必要性)
平成24年9月6日 (金曜日) 11:30	電話受け	長男から	本日のアセスメントに同席したいと考えていたが、仕事の調整ができない。次男の都合も悪いよう。 母はゆっくり話してもらえれば、自分の考えを伝えることはできるので、直接聞いてください。 つじつまが合わないことや、ケアマネさんとして確認したいことがあれば、お電話をください。 協力できることはしますので、よろしく願っています。	ケアマネとしての判断・対応 本日のアセスメントの結果をケアプランに反映させて9月10日(月)にサービス担当者会議を予定していることを伝えた結果、仕事を調整してなるべく出席する由。近中にはお母さん宅を訪問してどのような変化があるか、確認して欲しいと依頼した。	
平成24年9月7日 (金曜日) 13:30	訪問	本人と面談	目的 不足情報の収集と家族からの情報を得るため2回目のアセスメント(別紙アセスメント概要の記録参照) 「先日、シルバーさんに窓ガラスをふいてもらったが、きれいに拭ききれていなかった。ヘルパーさんに拭いてもらいたい。」	質問にはスムーズに答えられた。窓ガラスを改めて見たところ、ひどい汚れではないので気になるのであれば、シルバーさんが来ているときに声をかけて拭いてもらったら早く気持ちが良いなりましたね」と伝えたら了解した。清潔好きなタイプのようだ。	
平成24年9月10日 (月曜日) 13:00~13:30	訪問	本人と長男	サービス担当者会議開催 (要点記録は別紙のとおり)	サービス担当者会議の席で変更案については、修正して後日確認する。	
平成24年9月28日 (金曜日) 15:10	TEL	〇〇訪問介護	訪介、〇〇氏より状態報告受ける。 訪問に入った際、風邪で体調が良くない。入浴日だったが中止し、30分早く退室したと報告あり。 身2生1→身1生1に変更してよいかどうかの確認。 明日も風邪で体調が悪いようでしたら、受診されたほうが良いと思われるご連絡あり。	〇〇訪問介護 〇〇氏身1生1に変更依頼、了解	
17:00	訪問	本人	状態確認とモニタリング 2~3日前より喉が痛い、頭痛(+) 熱(-) 入浴中止し、着替えだけしてもらった。受診はしなくても大丈夫と本人は判断。 暖かくして無理をしないように注意をうながしたところ「明日長男が来るので、良くならなかつたら、お医者さんに連れて行ってもらう。」 通所リハ、今までの訪問介護等についてモニタリング。	モニタリング> 訪問介護を利用し、本人の出来ない家事を手伝ってもらうことができている。また健康チェック、介助を受け安全に入浴でき保清が出来ている。通所リハ、訪問でマッサージを利用し、機能低下痛みの軽減が図れている。服薬管理も出来ている。	
			~~~~~部分は「ケアマネとしての判断・対応」欄に記入しましょう。		