

# リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例

## 基本情報に関する項目

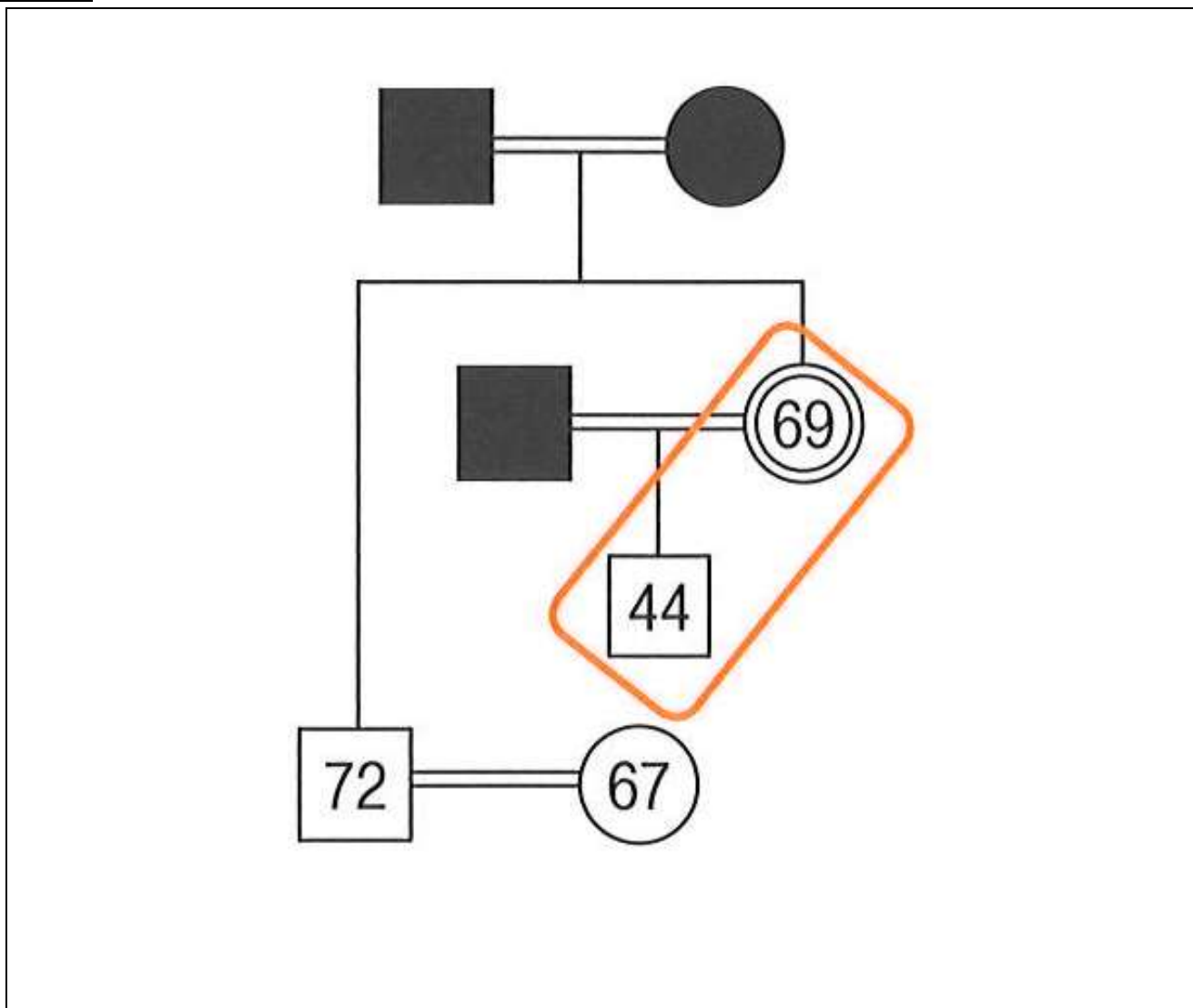
|                   |   |
|-------------------|---|
| 受付年月              | 令和4年7月5日  |
| 受付担当者             | 介護支援専門員 大村 和子   |
| 受付経路              | Y病院の担当医療ソーシャルワーカー(MSW)より<br>電話相談については本人も了承している。   |
| 氏名・性別・年齢・住所・電話    | 長崎 花子(女性) 昭和〇〇年〇〇月〇〇日(69歳)<br>〇〇県〇〇市〇〇<br>自宅 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇   |
| 家族状況              | 長男(44歳)と二人暮らし。<br>夫は20年前に死亡(享年59歳)<br>長男は、中学生の時から不登校となり、何とか高校は卒業。現在まで自宅に引きこもり、昼夜逆転の生活をしている。<br>長男は19歳で統合失調症と発達障害の診断を受け、内服薬治療開始。25歳から精神障害者保健福祉手帳を取得し、障害年金2級を受給中。本人の兄(70代)が隣県の実家で生活しているが、5年前に親の遺産分割でもめてからは、ほとんど交流が無い。 |
| 生活状況              | 〇〇市で長女として生まれる。高校卒業後、市内の会社に事務として勤務。友人を介して、夫と25歳で結婚。長男をもうける。長男が不登校になってからは仕事を辞め、長男の世話を時間を当てていた。また、その頃自治会もやめている。(詳細不明)近所付き合いはない。<br>令和4年3月に自宅玄関にて転倒し、右大腿頸部骨折にて入院加療となった。5月初旬に回復期病院へ転院し、4点杖歩行が可能となっている。                   |
| 保険・他法情報           | 介護保険(要介護2)<br>医療保険(国民健康保険)<br>遺族厚生年金(年200万円程度)  |
| 現在利用しているサービス      | なし(入院中)   |
| 障害高齢者の日常生活自立度     | B1  |
| 認知症である高齢者の日常生活自立度 | I   |
| 認定情報              | 要介護2<br>認定の有効期間:令和5年6月1日～令和6年5月31日<br>新規認定。介護認定審査会の意見はなし。現在は、認定調査を受けた時よりも、身体機能やADLは改善している印象を受ける。  |
| 課題分析理由            | 初回(退院に向けた情報収集と調整)   |
| 本人・家族の要望          | 本人:一日でも早く家に帰り、親の務めである長男の面倒を見たい。そのためには、入院前の状態に戻れるよう、治療を頑張りたい。私のことで長男を煩わせたくない。長男の連絡は控えてほしい<br>長男:入院前と同じ生活を送れるようになってから退院させてほしい、本人の関係者が自宅に出入りする時間は、午後(自分の起きている時間)にしてほしい(MSWが電話で聞き取り。介護支援専門員は連絡を取れていない)。                 |

アセスメントに関する項目

|             |   |
|-------------|---|
| 健康状態        | <p>病名 R4.3月初旬:右大腿骨頸部骨折</p> <p>既往・病歴等</p> <p>3月初旬:家の玄関で転倒。痛みで立ち上がれなかったため、自分で救急車を呼び、Z病院に緊急搬送・手術。</p> <p>5月初旬:Y病院の回復期病棟へ転院。四支点杖での屋内歩行が可能になる。日常生活動作に不安があったため介護老人保健施設への入所も検討したが、長男の世話をしたいと本人が強く希望し、7月末に自宅退院する予定。</p> <p>主治医:Y病院整形外科〇〇医師</p>  |
| ADL         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝返り・起き上がり:ベッド柵につかまればできる。自宅では、本人のベッドを使用(ベッドの高さなどは、病院の担当理学療法士が確認・助言済)。</li> <li>・移乗:見守り(不安定)。手すりなどにつかまり、ポータブルトイレや車いすに移乗する。</li> <li>・立位:自立</li> <li>・座位:自立</li> <li>・移動・歩行:院内は四支点杖で自力歩行し、屋外は車いす介助で移動。下肢への負担をかけないために、退院後に体重が増加しないよう、主治医から指示されている。</li> <li>・更衣:時間はかかるが、自力で可能。</li> <li>・入浴:腰の高さのシャワーチェア(キャスター付き)を使用。浴槽をまたぐときに介助が必要。Y病院では介助を受け入浴していたが、自宅では入浴する自信がない。</li> <li>・洗身:上半身の前面、洗髪は自立。両下肢と背面は介助が必要。</li> <li>・食事:自立</li> <li>・洗面:自立</li> </ul> |
| IADL        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・調理:本人が行う予定。</li> <li>・掃除:本人が行う予定。</li> <li>・買い物:本人が行う予定。日用品は、長男が週2回ネットスーパーで注文し、本人が受け取る。</li> <li>・金銭管理:本人が行う予定。</li> <li>・服薬状況:本人が行う予定。</li> </ul> <p>掃除、ゴミ出し、洗濯、趣味の買い物の支援を受けたい。</p>  |
| 認知          | <p>説明したことを忘れていたり、説明時に渡した紙をしまい込んで無くすことがあるが、入院生活では支障なし。</p>   |
| コミュニケーション能力 | <p>視力・聴力は支障なし(老眼鏡使用)。</p> <p>説明に対する理解は良好だが、自分の言いたいことを話し、人の話はあまり聞かない。</p> <p>MSWより、入院中に同室者といさかいを起こし、2回転室している(いさかいの理由は不明。いさかいの相手はそれぞれ別の人)と情報提供を受ける。本人からは、同室者とのトラブルや入院生活の不満などの話は出ていない。</p>   |
| 社会との関わり     | <p>現住所で40年以上生活しているが、長男が引きこもりになってから(20年以上)は、自治会もやめて、近所付き合いをしていない。日常的に行き来しあう友人・知人はいない。</p>  |
| 排尿・排便       | <p>排尿:尿意有。失禁無し。日中は7回、夜間は1~2回排尿。</p> <p>排便:便秘気味。3日間排便が無い場合には、下剤を服用し排便する。</p>   |
| じょく瘡・皮膚の問題  | <p>問題なし。</p>  |

|       |   |
|-------|---|
| 口腔衛生  | 義歯無し。朝食後と寝る前(1日2回)歯磨きをしている。   |
| 食事摂取  | 1日3食。常食。甘いものが好き。食事を残し、売店で購入した間食を楽しんでいたため、担当看護師に複数回注意されている。<br>身長145cm、体重50kg(BMI:23.8)。入院前は体重55kg(BMI:26.2)。入院後に体重が47kgまで減ったが、Y病院に転院後、2カ月で3kg増加した。退院後に体重が増加しないよう、主治医から指示されている。  |
| 行動障害  | 特になし。   |
| 介護力   | 精神疾患治療中の長男と二人暮らし。入院中の長男の面会はない。退院時カンファレンスにも欠席。本人の退院に際し、長男は「介護は出来ない。家に戻ってくるのなら、本人のことは本人でやってほしい」と言っている(MSWが電話で聞き取り)。<br>長男の精神科受診(月1回)の際には、10年以上、毎月本人が長男に同行していた。本人が長男の主治医と面接し、薬を受け取っていた。本人の入院中は、長男がタクシーを使い2回受診し、薬の処方を受けた。薬はきちんと飲んでいる。   |
| 居住環境  | 入り組んだ路地に建っている木造平屋住宅に40年以上住む。自宅から車が入れる道路までに距離がある。<br>もともと物が多かったが、本人の入院中は、掃除やゴミ捨てをしていなかったため、生活ごみが玄関にまであふれ、においも強い。足の踏み場が無い。<br>全ての居室と廊下には3cm程度の段差がある。玄関の上がり框は50cm程度。退院後は、屋内では四支点杖で降りることは可能。シャワーチェアなどを購入すれば、見守りにて自宅入浴も可能と理学療法士から助言を受けたが、転倒が怖く、また長男にも迷惑をかけるため、退院後は通所リハビリテーションで入浴し、他の日は自分で体を拭くだけにとすることを希望している。  |
| 特別な状況 | もともと物が多かったが、本人の入院中は、掃除やゴミ出しをしていなかったため、生活ごみが玄関まであふれ、においも強い。足の踏み場が無い。<br>→要介護2の本人と精神障害者保健福祉手帳2級の長男との二人暮らしのため、清掃センターのごみの出前回収サービス(通常のごみ回収の時間に家の前を出しておけば回収してくれる)の対象となる。普通ごみは無料。大型ごみは電話連絡をすれば有料で回収可能。本人は、退院後はすぐに長男の受診に同行したいと考えている。しかし、本人の入院中には、10年ぶりに長男1人で2回受診し、必要分の薬をまとめて受け取ることが出来た。本人は、退院後の長男の受診と薬の受け取りについて、長男は、「母(本人)にやってほしい」と口にしている」と話す。長男から直接、思いや状況などについての確認は出来ていない。 |
| 家屋図   |   |

ジェノグラム



長崎県介護支援専門員協会 (転用禁止)

## 居宅サービス計画書（1）

作成年月日

令和4年7月24日

初回・紹介・継続

認定済

申請中

利用者名 長崎 花子 殿 生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日（69歳） 住所 〇〇県〇〇市〇〇

居宅サービス計画作成者氏名 大村 和子

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 B居宅介護支援事業所 〇〇県〇〇市〇〇

居宅サービス計画作成(変更)日 令和4年4月24日 初回居宅サービス計画作成日 令和4年7月24日

認定日 令和4年6月25日 認定の有効期間 令和6年6月1日 ~ 令和5年5月31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を踏まえた課題分析の結果 | 本人:母としての役割を果たしたい。長男の負担にならないよう、まずは治療とリハビリテーションを頑張り、1日でも早く入院前の状態に戻りたい。<br>長男:母には入院前と同じ生活を送ってほしい。   |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定       | なし。  |
| 総合的な援助の方針                    | 治療やリハビリテーションに集中できるような環境を整え、入院前の状態に戻れるよう支援いたします。<br>①転倒などに気をつけながら、身の回りのことをできるだけ自分で行えるように環境を整えましょう。<br>②本人とご家族の負担が重くならないための生活の方法について、皆で一緒に考えていきましょう。 |
| 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 ( )  |

## 居宅サービス計画書（2）

利用者名 長崎 花子 殿

作成年月日

令和4年7月24日

| 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)    | 目標                 |                             |                          |                              | 援助内容                  |  |             |             |           |            |           |
|----------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------|--|-------------|-------------|-----------|------------|-----------|
|                      | 長期目標               | (期間)                        | 短期目標                     | (期間)                         | サービス内容                | ※1   | サービス種別      | ※2          | 頻度        | 期間         |           |
| 生活に必要な動作を身につけたい      | 療養生活を自分で管理することができる | R4. 7. 25<br>～<br>R5. 5. 31 | 主治医の指示を守り、療養生活を送ることができる  | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 12. 31 | ・ 治療、療養の指導・助言         |  | 主治医         | Y病院         | 第3水曜      | R4. 7. 25  |           |
|                      |                    |                             |                          |                              | ・ 内服を忘れない             |  | 本人          |             | 毎日        | R4. 12. 31 |           |
|                      |                    |                             |                          |                              | ・ 3日間排便が無い時は、下剤を服用する  |  |             |             |           |            |           |
|                      |                    |                             |                          |                              |                       | ・ 通院介助(受診同行)   | ○           | 訪問介護        | I訪問介護事業所  | 第3水曜       |           |
|                      |                    |                             |                          |                              |                       | ・ 院内介助   |             | 保険外サービス     | I訪問介護事業所  | (60分)      |           |
|                      |                    |                             |                          |                              |                       | ・ 歩行姿勢の確認、日常生活に必要な筋力強化、柔軟性獲得、入浴の提供(洗身できない部分の介助と入浴動作の確認、助言)など | ○           | 通所リハビリテーション | Fリハビリセンター | 週2回        | R4. 7. 25 |
|                      |                    |                             | 入浴とトイレに必要な動作を安定させる       | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 12. 31 | ・ 四支点杖を使用し、屋内の転倒を予防する | ○  | 福祉用具貸与      | Hサービス       | 屋内移動時     |            |           |
| ・ 車いすを使用し外出する        |                    |                             |                          |                              | 外出時                   |  |             |             |           |            |           |
| ・ 手すりを使用し、トイレ動作を楽にする |                    |                             |                          |                              |                       |  |             |             |           |            |           |
|                      |                    |                             | 退院時から体重を増やさない(50kgを維持する) | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 12. 31 | ・ 1日3回食事を摂る           |  | 本人          |             | 毎日        | R4. 7. 25  |           |
|                      |                    | ・ おやつは1日1回までにする             |                          |                              |                       |  |             |             |           | R4. 12. 31 |           |
|                      |                    | ・ 体重を量り記録する                 |                          |                              |                       |  |             |             |           |            |           |
|                      |                    | ・ 受診後の買い物同行                 |                          |                              |                       |  |             | 保険外サービス     | I訪問介護事業所  | 第3水曜(60分)  |           |
|                      |                    |                             |                          |                              | ・ ネットスーパーで食材の注文       |  | 長男          |             | 週2回       |            |           |
|                      |                    |                             |                          |                              | ・ 体重測定と体重維持の指導・助言     | ○  | 通所リハビリテーション | Fリハビリセンター   | 月2回       |            |           |

※1 「保険給付対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

## 居宅サービス計画書（2）

利用者名 長崎 花子 殿

作成年月日

令和4年7月24日

| 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) | 目標                 |                              |                        |                             | 援助内容                       |         |                   |              |                   |                             |
|-------------------|--------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------|-------------------|--------------|-------------------|-----------------------------|
|                   | 長期目標               | (期間)                         | 短期目標                   | (期間)                        | サービス内容                     | ※1      | サービス種別            | ※2           | 頻度                | 期間                          |
| 自宅の整理整頓を支援してほしい   | 自宅の整理整頓ができる        | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 12. 31 | 生活に必要なものを取捨選択する        | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 9. 30 | ・スムーズな生活動線を確認する            | ○       | 全員<br>本人・長男<br>本人 | 全事業所         | 早急に<br>早急に<br>依頼時 | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 9. 30 |
|                   |                    |                              |                        |                             | ・すぐに使用する物品を確認する            |         |                   |              |                   |                             |
|                   |                    |                              | ・清掃センターへの練習            | ・日常的でない掃除や本人の居室以外の掃除        | ・粗大ごみの回収                   | 保険外サービス | I訪問介護事業所          | 週2回<br>(20分) |                   |                             |
| 母としての役割を果たしたい     | 支援を受けて長男の生活の世話ができる | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 12. 31 | 日常的な整理整頓を続ける           | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 9. 30 | ・日常的な掃除とごみ出し               | ○       | 訪問介護              | I訪問介護事業所     | 週2回               | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 9. 30 |
|                   |                    |                              |                        |                             | ・本人の洗濯                     |         |                   |              |                   |                             |
|                   |                    |                              | ・ごみの出前回収               | 清掃センター                      | 清掃センター                     | 週2回     |                   |              |                   |                             |
| 母としての役割を果たしたい     | 支援を受けて長男の生活の世話ができる | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 12. 31 | 長男の療養の手伝いを自宅内で行うことができる | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 9. 30 | ・長男の薬の管理                   |         | 本人                |              |                   | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 9. 30 |
|                   |                    |                              |                        |                             | ・長男の身の回りの支援（調理）            |         |                   |              |                   |                             |
|                   |                    |                              |                        |                             | ・長男の受診準備の支援                |         |                   |              |                   |                             |
|                   |                    |                              |                        |                             | ・長男の主治医への連絡を記載する           |         |                   |              |                   |                             |
|                   |                    |                              |                        |                             | ・長男の身の回りの支援（長男の分の洗濯、居室の掃除） |         | 保険外サービス           | I訪問介護事業所     | 週2回               |                             |

※1 「保険給付対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

長崎県介護支援専門員協会研修資料

作成日年月日 令和5年7月24日

利用者名 長崎 花子 殿

|    |       | 月  | 火                                 | 水                                   | 木  | 金                                 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動                |
|----|-------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---|---|---------------------------|
| 深夜 | 0:00  |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   |                           |
|    | 2:00  |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   |                           |
|    | 4:00  |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   |                           |
| 早朝 | 6:00  |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   | 起床、トイレ、洗面、更衣<br>朝食、服薬     |
|    | 8:00  |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   | (長男:ポータブルトイレの<br>片付け後に就寝) |
| 午前 | 10:00 | 通所リハビリ<br>9:30~16:00<br>送迎・食事・<br>入浴・レク・<br>リハビリ |                                   | 外来受診<br>(第3のみ)<br>保険外(院内介助<br>・買い物) | 通所リハビリ<br>9:30~16:00<br>送迎・食事・<br>入浴・レク・<br>リハビリ |                                   |   |   | 外出の準備<br>トイレ、健康状態確認       |
|    | 12:00 |  | 訪問介護(生活援助2)<br>保険外(掃除)<br>ごみの出前回収 |                                     |  | 訪問介護(生活援助2)<br>保険外(掃除)<br>ごみの出前回収 |   |   | 昼食<br>(長男起床)              |
| 午後 | 14:00 |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   |                           |
|    | 16:00 |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   |                           |
|    | 18:00 |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   | 夕食、ニュースを見る、服薬<br>トイレ      |
| 夜間 | 20:00 |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   |                           |
| 深夜 | 22:00 |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   |                           |
|    | 24:00 |  |                                   |                                     |  |                                   |   |   | 更衣、トイレ、就寝                 |

|                |  |
|----------------|--|
| 週単位以外<br>のサービス | 福祉用具貸与(四支点杖、車いす、車いす付属品、手すり)、外来受診(月1回:第3水)<br>保険外サービス:居室外の掃除や部屋の模様替え(火・金:20分)、長男への支援の補助(火・金:20分)、院内介助・受診後の買い物同行(第3水:120分) |
|----------------|--|



支援経過記録

| 年月日   |    | 内 容  |
|---|----|--|
| R4.7.30<br>16:00～17:00<br>自宅訪問<br>本人と面談                               | 訪問 | 目的:モニタリング<br>「通所リハビリを頑張ります」との前向きな発言あり。玄関から自室までは片づけられたが、自宅内は物が多く、移動が不便な場所やにおいもある。訪問介護と協力して廃棄を勧めるが、長男の了解を得る必要があるため、いっぺんにまとめた破棄は難しい。廊下、トイレ、風呂の順番に、少しずつ廃棄を継続する。本人には、転倒などを起こさないよう、注意を促す。<br>詳細はモニタリングシート参照 (大村)   |
| R4.8.8<br>17:00～<br>通所リハビリ理学療法士W氏                                     | 電話 | 目的:連絡調整<br>退院後5回目の参加。右半身に負担の少ない、在宅生活をイメージした運動メニューをまじめにこなしている。<br>本人の意欲も高いため、現状のまま継続とする。  |
| R4.8.20<br>15:00～16:00<br>自宅訪問<br>本人、訪問介護事業所サービス提供責任者M氏と面談            | 訪問 | 目的:モニタリング (訪問介護の時間中に訪問)<br>退院直後の足の踏み場も無い状態は解消されたが。まだ物が多く、かたづいていない印象がある。<br>ここで掃除の支援をやめてしまうと元に戻ってしまう危険性もある為、「もう少し徹底しよう」と話すサービス提供責任者M氏の提案に本人もうなずく。<br>短期目標の予定期間通り、もう1カ月間継続する。<br>詳細はモニタリングシート参照。(大村)   |
| R4.9.20<br>15:30～16:30<br>自宅訪問<br>本人、訪問介護事業所サービス提供責任者M氏、通所リハビリ理学療法士W氏 | 訪問 | 目的:モニタリング (生活機能向上連携加算算定に係る調整)<br>自宅内の大きなごみは片付き、動線もスムーズになった。本人も満足し、「長男の快適な生活の為にも、今の状態を維持できるよう頑張りたい」と意欲を見せている。<br>来月以降は、通所リハビリテーションと自宅での動作が今まで以上に連動し、効果的な訓練ができるよう、生活機能向上連携加算の算定を伝え、了承を得る。まずは、短期目標2a1のサービス内容として、『自宅内の軽負荷の掃除』、『自力でごみ出しができる』を、ともに行う家事(身体介護)として追加する。詳細はモニタリングシート参照(大村) |
| R4.9.27(金)<br>短期目標の評価   |    | 3カ月で終了時期を迎える短期目標について評価。<br>詳細は評価表参照。(大村)<br>母親の役割もあり、意欲的にリハビリに取り組み、主体的に生活を送っている。通所リハビリテーション事業所より、トラブルはないが、他利用者との会話で一方的に話をし、相手の話を聞かない場面が見受けられ、職員介入する時が時々あると報告あり。入院中トラブルあったとの情報もあり、今後の対応方法等考慮していくため、主任介護支援専門員へ相談した。  |

## 評 価 表

利用者名

長崎 花子

殿

作成年月日 令和4年9月27日

| 短期目標                   | (期間)                        | 援助内容                       |         |          | 結果<br>※2 | コメント<br><br>(効果が認められたもの/見直しを要するもの)   |
|------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------|----------|----------|--|
|                        |                             | サービス内容                     | サービス種別  | ※1       |          |  |
| 生活に必要なものを取捨選択する        | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 9. 30 | ・スムーズな生活動線を確認する            | 全員      | 全事業所     | ○        | 短期目標は達成（短期目標を終了とする）。生活動線上のごみは撤去でき、室内を移動することが可能となった。ごみを捨てる手続き方法等もわかったので、次回以降は本人・家族だけで片付けていく予定 |
|                        |                             | ・すぐに使用する物品を確認する            | 本人・長男   |          | ◎        |  |
|                        |                             | ・清掃センターへの練習                | 本人      |          | ◎        |  |
|                        |                             | ・日常的でない掃除や本人の居室以外の掃除       | 保険外サービス | I訪問介護事業所 | ○        |  |
|                        |                             | ・粗大ごみの回収                   | 清掃センター  | 清掃センター   | ○        |  |
| 日常的な整理整頓を続ける           | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 9. 30 | ・日常的な掃除とごみ出し               | 訪問介護    | I訪問介護事業所 | ○        | 継続。次回のケアプランでは、本人自身が、簡単な掃除とごみ出しを行うために必要な動作の安定をサービス内容に追加する。                                    |
|                        |                             | ・本人の洗濯                     |         |          |          |  |
|                        |                             | ・ごみの出前回収                   | 清掃センター  | 清掃センター   | ○        |  |
| 長男の療養の手伝いを自宅内で行うことができる | R4. 7. 25<br>～<br>R4. 9. 30 | ・長男の薬の管理                   | 本人      |          | △        | 継続。次回のケアプランにおいても、このまま自宅内で実施までを目標として支援を継続する。本人と長男の能力、状況を再度アセスメントしながら支援する。                     |
|                        |                             | ・長男の身の回りの支援（調理）            |         |          |          |  |
|                        |                             | ・長男の受診準備の支援                |         |          |          |  |
|                        |                             | ・長男の主治医への連絡を記載する           |         |          |          |  |
|                        |                             | ・長男の身の回りの支援（長男の分の洗濯、居室の掃除） | 保険外サービス | I訪問介護事業所 | △        |  |

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する（◎：短期目標は予想を上回って達せられた、○：短期目標は達せられた（再度アセスメントして新たに短期目標を設定する）、△：短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1：短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2：短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する）

# 課題整理総括表

利用者名

長崎 花子殿

作成日

令和5年7月24日

| 自立した日常生活の<br>阻害要因<br>(心身の状態、環境等) |       | ①右大腿骨頸部骨折<br>④便秘症 |     | ②長男との二人暮らし<br>⑤本人なりのこだわりがある |     | ③肥満<br>⑥    |    |              |    |   |
|----------------------------------|-------|-------------------|-----|-----------------------------|-----|-------------|----|--------------|----|---|
| 状況の事実 ※1                         |       | 現在 ※2             |     | 要因※3                        |     | 改善/維持の可能性※4 |    | 備考(状況・支援内容等) |    |   |
| 移動                               | 室内移動  | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 | ①③          | 改善 | 維持           | 悪化 | ・本人のベッドを使用し、室内は四支点杖で移動。屋外は車いす介助<br>・転倒が怖いので、当面は通所リハビリテーション(週2回)と通院(月1回)以外の外出はしない。<br>・肥満で膝に負担がかかっている。<br>・甘いものが好き。3食しっかり食わずに間食が多い   |
|                                  | 屋外移動  | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 | ①③          | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 食事                               | 食事内容  | 支障なし              |     | 支障あり                        |     | ③④⑤         | 改善 | 維持           | 悪化 | ・便秘気味。3日間排便が無い場合には、下剤を服用している。<br>・下衣の上げ下ろしに時間がかかる。<br>・座位からの立ち上がり用にタッチアップを使用。   |
|                                  | 食事摂取  | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 |             | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
|                                  | 調理    | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 |             | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 排泄                               | 排尿・排便 | 支障なし              |     | 支障あり                        |     | ①④          | 改善 | 維持           | 悪化 | ・通所リハビリテーションで週2回入浴予定。<br>・自分で行うが時間がかかる<br>・訪問介護を利用予定。<br>・入院中に自宅内にごみが散乱。<br>・要介護の家庭は、ごみを家の前に出せば家の前まで取りに来てもらえる(出前回収の対象)。   |
|                                  | 排泄動作  | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 | ①④          | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 口腔                               | 口腔衛生  | 支障なし              |     | 支障あり                        |     |             | 改善 | 維持           | 悪化 | ・長男が週2回ネットスーパーで注文し、本人が受け取る。<br>・人の話を聞かずに話しつづける(専門職の話には若干耳を貸す)。<br>・近隣トラブルもあった様子で、20年前に夫が死亡してからは、近所との交流はない。<br>・精神疾患治療中で引きこもりの長男(44歳)と二人暮らし。<br>・築40年以上の日本家屋。段差有。持ち家だが住宅改修は希望しない。<br>・母としての責任であり、生きがいである長男の世話をしたい。 |
|                                  | 口腔ケア  | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 |             | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 服薬                               |       | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 |             | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 入浴                               |       | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 | ①           | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 更衣                               |       | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 | ①           | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 掃除                               |       | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 | ①②          | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 洗濯                               |       | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 | ①②          | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 整理・物品の管理                         |       | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 | ①②          | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 金銭管理                             |       | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 |             | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 買物                               |       | 自立                | 見守り | 一部介助                        | 全介助 | ①②          | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| コミュニケーション能力                      |       | 支障なし              |     | 支障あり                        |     |             | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 認知                               |       | 支障なし              |     | 支障あり                        |     |             | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 社会との関わり                          |       | 支障なし              |     | 支障あり                        |     | ②⑥          | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 褥瘡・皮膚の問題                         |       | 支障なし              |     | 支障あり                        |     |             | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 行動・心理症状(BPSD)                    |       | 支障なし              |     | 支障あり                        |     |             | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 介護力(家族関係含む)                      |       | 支障なし              |     | 支障あり                        |     | ②⑤          | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 居住環境                             |       | 支障なし              |     | 支障あり                        |     | ②           | 改善 | 維持           | 悪化 |   |
| 息子の世話                            |       | 支障なし              |     | 支障あり                        |     | ②⑤          | 改善 | 維持           | 悪化 |   |

| 利用者及び家族の<br>生活に対する意向  | 親の役割である長男の世話をしながら、自宅に戻り暮らしたい   |                     |
|---|--|---------------------|
| 見通し ※5  | 生活全般の解決すべき課題<br>(ニーズ)【案】   | ※6                  |
| (①右大腿骨頸部骨折、②長男との二人暮らし、⑤本人なりのこだわり)<br>・支援を受けて屋内の整理整頓を行う事で、入院前の環境に近づける。<br><br>(①右大腿骨頸部骨折、③肥満、④便秘症)<br>・専門職の助言を受けながら、訓練を継続することにより、身体の負担を減らし、事故を予防できる<br><br>(②長男との二人暮らし、⑤本人なりのこだわり)<br>・援助職の支援を受けることで、母としての責任であり、役割でもある長男の世話を続けることができる。 | 苦手な整理整頓を支援してほしい<br><br>まずは治療とリハビリテーションを最優先し、生活に必要な動作を身に着けたい。<br><br>母としての役割を果たしたい。 | 2<br><br>1<br><br>3 |

※1 本書は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。  
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。  
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。  
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。  
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。