

入退院時等における医療との連携に関する事例

基本情報に関する項目

受付年月	令和3年8月12日	
受付担当者	介護支援専門員 A	
受付経路		
氏名・性別・年齢・住所・電話	N 氏女性 昭和〇〇年〇〇月〇〇 (76 歳)	
家族状況	夫、長女と3人暮らし。 長女は就労しており、不定期勤務。長男は他県在住。 少し離れたところに仲のよい妹が住んでいる。妹はこれまで介護にかかることはなかった。今回の本人の入退院・状態の変化をきっかけに、調理などの協力を得られるようになった。	
生活歴	東京都出身。3人姉妹の長女として育つ。27歳で結婚し、1男1女をもうける。実家は印刷業を営んでおり、長年事務手伝いをしていたが、印刷所閉鎖とともに退職する。夫は会社員で仕事一筋だったため、「家庭のことは何も手伝ってもらった記憶がない」と本人は話す。	
保険・他法情報	介護保険 (要支援1→要介護5。令和4年7月に区分変更) 難病による特定医療受給者証あり	
現在利用しているサービスの状況	なし (現在入院中)	
障害高齢者の日常生活自立度	A2	
認知症である高齢者の日常生活自立度	II a	
主訴	初回相談者	夫 入院中の医療機関より依頼を受ける。
	相談内容	段々と身体の動きが悪くなってきたので、リハビリをして悪くならないようにしたい。
	本人・家族の要望	本人：段々と歩けなくなってきた、転ぶことも増えた。子どもたちも仕事をしているし、今はまだ家事を続けて家族の食事も準備してあげたい。 家族：足元が不安定で心配。一人で外出もできないし、医師からもそろそろリハビリを始めたほうがよいと言われた。
認定情報	要介護5 認定の有効期限：令和4年7月1日～令和5年6月30日	
課題分析理由	区分変更申請後、要介護度確定。退院支援 (令和4年8月19日)	入院中にてんかん発作を繰り返し、身体機能・認知機能ともに低下、要支援1からの区分変更申請により要介護5となる。退院後、自宅での生活を再開するにあたり、これまでの担当介護支援専門員にお願いしたいとの依頼を受け、新規アセスメントを実施する。

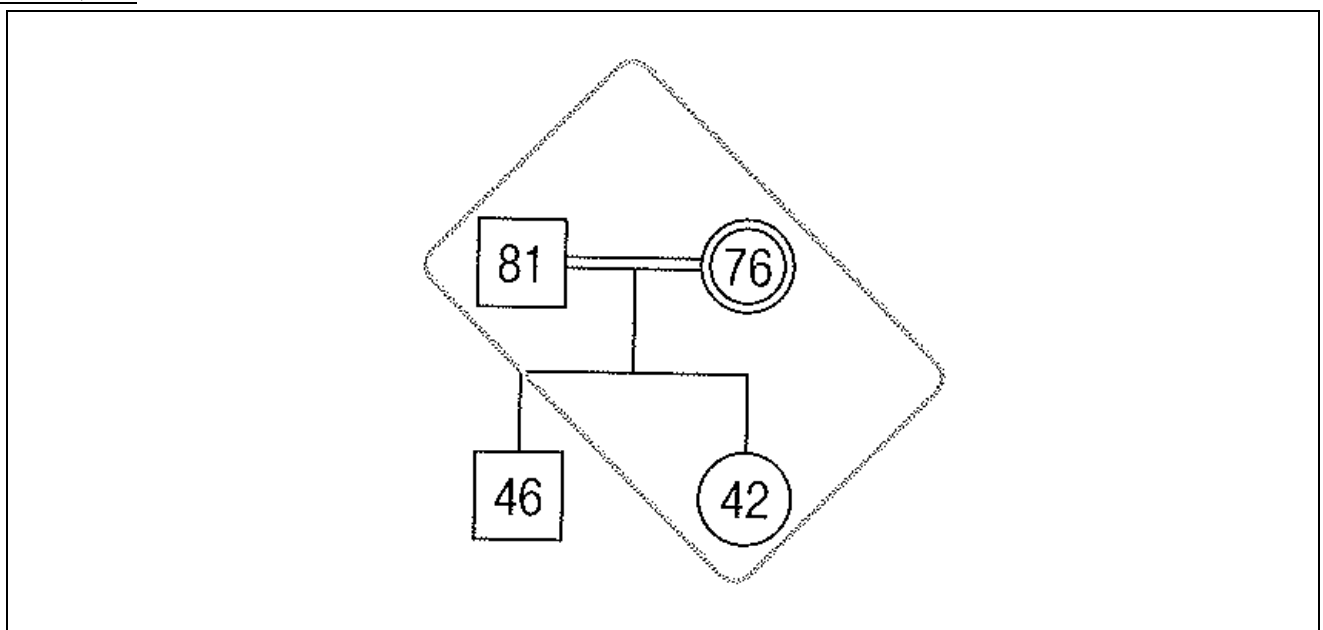
健康状態	病名	令和2年6月 パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度類ステージⅣ） 令和4年6月 症候性てんかん・排尿障害
	既往・病歴等	脳動脈瘤・脳底動脈閉塞・大脳根元高度狭窄症
	主治医	〇〇クリニック〇〇医院 通院困難となり、訪問診療により診察を行う。

アセスメントに関する項目

ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・寝返り：できない。 ・起き上がり：できない。 ・移乗：できない。 ・立位：ふらつきが強く不可。 ・座位：背もたれがあれば座位保持可能だが、血圧が下がることもあるため、15分程度が限界 ・歩行：できない。 ・着衣：衣類を準備すれば、腕を通す程度の協力動作あり。 ・入浴：入院中は機械浴により入浴。退院後は、訪問入浴介護で入浴予定。 ・洗身：全介助 ・食事：手を口までもっていきことが思うようにできず、全介助。 ・洗面：全介助 ・排泄：バルーンカテーテルを使用。排便もベッド上で全介助（おむつ交換）。
IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・調理：妹・長女が行う。 ・掃除：夫・長女が行う。 ・洗濯：夫・長女が行う ・買い物：夫・長女が行う。 ・金銭管理：夫が行う。 ・服薬状況：夫が管理。錠剤を口までもっていきことができず、介助者が口の中に入れる必要がある。
認知	入院中はせん妄がみられた。発言も少なく、どの程度物事を理解できているかは不明。自宅に退院することは認識できている。
コミュニケーション能力	意識がはっきりしていれば簡単な会話は可能。自ら意思表示することは少ない。
社会との関わり	もともと近所に家族以外の知り合いは少ない。
排尿・排便	バルーンカテーテルを使用。入院中に抜去を試みたが、排尿障害がみられたため、つけたまま退院となる。 緩下剤を使用し、排便は2日に1回ある。
じょく瘡・皮膚の問題	時々皮膚に赤みがみられる。入浴中はエアマットを使用。横になる時間が長いいため、褥瘡発生のリスクがある。
口腔衛生	部分義歯。口をゆすぐことはできる。食後は食物残渣があるため、歯みがきに関する一連の介助が必要。

食事	<p>入院中は経口摂取が難しく点滴をしていた。退院に向け経口摂取を始めたばかり。一度に食べられる量は少量。嚥下機能に支障があるため、食事形態に注意が必要。退院後はとろみをつけ、こまめな水分補給が必要。</p> <p>身長 150cm、体重 45kg (BMI : 20.0)。入院前の体重は 56kg (BMI : 29.9)。入院中に体重が大幅に減少している。</p>
問題行動	入院中はせん妄がみられた。退院し、症状は落ち着くかどうか観察が必要。
	夫も高齢で腰痛がある。台所仕事は慣れていない。長女は就労しており不規則勤務のため、長女による定期的な支援は難しい。少し離れたところに仲のよい妹が住んでおり、健康上の問題もないため、退院後は食事づくりに来てくれることになっている。
居住環境	県営住宅の2階。エレベーターなし。新築募集時に転居し現在に至る。40年以上住んでいる。共有の階段の幅は広い。トイレ手すりがなく狭い。車いすでトイレに行くことができる広さではない。浴室には段差があり、また手すりがなく浴槽は深い。
特別な状況	
家屋図	

ジェノグラム



居宅サービス計画書（1）

作成年月日

令和4年8月19日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 N 殿 生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日（76歳） 住所 〇〇県〇〇市〇〇

居宅サービス計画作成者氏名 A

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 W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8月19日 初回居宅サービス計画作成日 令和4年8月19日

認定日 令和4年8月14日 認定の有効期間 令和4年7月1日～令和5年6月30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:ようやく退院できほっとしている。家でゆっくりしたい。 妹:様子が急変し一時はどうなるかと心配でしたが、退院できるまでに回復できたことをうれしく思う。 まだまだ様子が不安定であり心配な点も多くあるが、少しずつ元気になれるよう、家族全体でサポートしていきたい
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
総合的な援助の方針	退院となりましたが、様子が不安定な部分もあり、今後も体調管理が必要な状態にあります。 状態変化が見られた時には適宜対応できるよう、ご自宅でも医療との連携を張っていくとともに、食事や補正に関する部分をサポートしながらリハビリも行っていくことで、体を動かす元気を取り戻していけるよう支援していきます。 緊急連絡先: 夫〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 主治医〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
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 N

殿

作成年月日

令和4年8月19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
てんかん発作を繰り返したり、感染書を起こしたりせずに、自宅で生活したい	安定した体調で、自宅で生活することができる	R4. 8. 19 ～ R5. 6. 30	体調の変化が見られた際、すぐに医療職人連絡、報告することができる	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31	・ 体調管理、服薬管理、医師への報告等		本人、家族	本人、夫、長女	毎日	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31
					・ 定期診察、薬の処方、生活上の指導助言、緊急時対応	○	居宅療養管理指導	〇〇クリニック	月2回	
		身体や口の中を清潔にし、感染症を予防する	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31	・ おむつ交換・尿は行き、正式、更衣介助、口腔ケア等 ・ 体調確認、入浴介助（状況により全身清拭） ・ 食後の歯磨き介助（誤嚥性肺炎の予防）	○	訪問介護	D訪問介護センター	毎日	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31	
					○	訪問入浴介護	E事業所	週1回		
リハビリをして、少しずつ自分で体を動かせるようになりたい	ベッドで端座位がとれるようになる	R4. 8. 19 ～ R5. 6. 30	少しでも自分で寝返りや起き上がりできる	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31	・ 体調確認、拘縮予防・身体状況に合わせた機能訓練の実施 ・ 寝返り、起き上がり動作補助のための特殊寝台・特殊寝台付属品の貸与 ・ 正しい姿勢で食事を摂るためのサイドテーブル貸与 ・ 褥瘡発生予防のための床ずれ防止用具の貸与	医	訪問看護	B訪問看護ステーション	週2回	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31
					○	福祉用具貸与	C事業所	毎日		
					○	福祉用具貸与	C事業所	毎日		
					○	福祉用具貸与	C事業所	毎日		
しっかり食事をして、元気になりたい	健康に必要な食事・水分摂取量を維持できる	R4. 8. 19 ～ R5. 6. 30	介助を受けて、むせることなく食事や水分をとることができる	R4. 8. 19 ～ R4. 1. 31	・ 本人に合わせた食事形態での食事準備 ・ 水分補給、状況に応じた食事介助・見守り、服薬介助 ・ 定期的な水分摂取の介助、見守り、服薬介助（長女在宅時は長女にて）	○	訪問介護	D訪問介護センター	毎日	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31
					○	家族	妹、長女	毎日		
						家族	夫、長女	日4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4年8月19日

利用者名 N 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								
	6:00								
早朝	8:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	起床。食事作り(妹または長女) モーニングケア・朝食・服薬
	10:00								
午前	12:00						訪問入浴		水分摂取 入浴
	14:00	訪問看護(医)			訪問看護(医)				昼食 水分摂取
午後	16:00		訪問看護(リハビリ)			訪問看護(リハビリ)			リハビリ 水分摂取
	18:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	食事づくり(妹) 夕食・服薬
	20:00								水分摂取 就寝
夜間	22:00								
	24:00								

週単位以外のサービス	特殊寝台貸与・特殊寝台付属品貸与・床ずれ防止用具貸与 居宅療養管理指導(水曜日、月2回)
------------	---

支援経過記録

年月日		内 容
R4. 11. 22 (金) 14 : 00～	自宅訪問 本人・家族 (夫) と 面談	<p>モニタリングを実施する。詳細はモニタリングシート参照。</p> <p>12月分利用票・別表について説明し、同意、捺印いただき交付する。現在の支援継続を希望される。</p> <p>リハビリの時間に合わせ訪問。身体機能がかなり回復しており、ベッドで端座位がとれるようになってきた。立ち上がり練習もしている。パーキンソン症状の出方により水分摂取量も異なるようで、尿量が減り、若干脱水気味。反応が鈍い時の水分の取り方について、ご家族に対し理学療法士よりアドバイスあり。</p> <p>中略</p>
R4. 12. 19 (木) 13 : 00～	自宅訪問 本人・家族 (夫) と 面談	<p>モニタリングを実施する。詳細はモニタリングシート参照。</p> <p>1月分利用票・別表について説明し、同意、捺印いただき交付する。現在の支援継続を希望される。</p> <p>訪問看護に合わせ訪問。3週間くらい前からカテーテルを抜く練習を開始。膀胱に尿をため、尿意を感じる練習をしているが、夜間の方が尿量が多く、思うように行えていないとのこと。</p> <p>中略</p>
R5. 1. 8 (水) 10 : 00～	自宅訪問 本人・家族 (夫) と 面談	<p>モニタリングを実施する。詳細はモニタリングシート参照。</p> <p>退院後、夫がつきっきりで介護していることもあり、夫の疲労が増している様子である。本人には体力もついてきているため、デイケア利用を提案。同意される。医師にも確認をとると、「現状であれば大丈夫でしょう」との回答。</p> <p>介護支援専門員からC事業所に、電話にて福祉用具使用について相談する。</p> <p>1階から2階の間の階段昇降の為に階段昇降機を使用したい旨を伝え、環境的に可能かどうかを確認。夫は使用対象年齢の上限を超えるため、該当しない。担当ヘルパーに使用方法を指導し、使用許可が下りれば使用可能とのこと。その旨、D訪問介護センターに伝え、指導を受けてもらえるか相談する。</p> <p>また、デイケア事業所として数件あり。本人の状況を考慮し、体力やリハビリ内容等考慮しリスクも考え、どの事業所が良いか迷い、主任介護支援専門員へ相談する。</p>

評価表

利用者名

N

殿

作成年月日 令和5年1月20日

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (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		
体調の変化が見られた際、すぐに医療職人連絡、報告することができる	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31	・体調管理、服薬管理、医師への報告等	本人、家族	本人、夫、長女	△	何度かカテーテルが抜けたり発熱も見られたが、早期対応ができています。
		・定期診察、薬の処方、生活上の指導助言、緊急時対応	居宅療養管理指導	〇〇クリニック	△	
		・体調観察・療養指導、カテーテル管理・尿量確認、必要に応じておむつ交換など、緊急時対応	訪問看護	B訪問看護ステーション	△	
身体や口の中を清潔にし、感染症を予防する	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31	・おむつ交換・尿は行き、正式、更衣介助、口腔ケア等	訪問介護	D訪問介護センター	△	デイケアでの入浴に切り替えるため、今回にて終了とする。
		・体調確認、入浴介助（状況により全身清拭）	訪問入浴介護	E事業所	○	
		・食後の歯磨き介助（誤嚥性肺炎の予防）	家族	夫	△	
少しでも自分で寝返りや起き上がりできる	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31	・体調確認、拘縮予防・身体状況に合わせた機能訓練の実施	訪問看護	B訪問看護ステーション	◎	予想を上回り、立ち上がり、手引き歩行練習まで取り組んでいる。
		・寝返り、起き上がり動作補助のための特殊寝台・特殊寝台付属品の貸与	福祉用具貸与	C事業所	○	パーキンソン症状の出方にもよるが、手すりにつかまり起居動作ができるようになっている。
		・正しい姿勢で食事を摂るためのサイドテーブル貸与	福祉用具貸与	C事業所	◎	起立性低血圧を起こすことなく、ベッドで端座位をとり食事摂取できている。
		・褥瘡発生予防のための床ずれ防止用具の貸与	福祉用具貸与	C事業所	○	時々皮膚に赤みが見られたが、悪化せずに経過している。
介助を受けて、むせることなく食事や水分をとることができる	R4. 8. 19 ～ R5. 1. 31	・本人に合わせた食事形態での食事準備	家族	妹、長女	◎	退院当初はおかゆやとろみのあるものを食べていたが、現在は常食になっている。
		・水分補給、状況に応じた食事介助・見守り、服薬介助	訪問介護	D訪問介護センター	◎	しっかり端座位を取れるときは、介助せずに食事ができている。途中から介助を要する時もある。
		・定期的な水分摂取の介助、見守り、服薬介助（長女在宅時は長女にて）	家族	夫、長女	△	むせる回数も減り、適切に介助できている。

※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）

