

## 脳血管疾患のある方のケアマネジメント

### 課題分析標準項目

#### 基本情報に関する項目

No	標準項目名	基本情報
1	受付年月	令和 7 年 9 月 20 日
	受付対応者	S 介護支援専門員
	受付方法	電話
	氏名・性別・年齢・	A・男性・77歳
	住所・電話番号	○○市○○町○-●・○○-○○○○-○○○○
2	これまでの生活と現在の状況	<p>自宅は持ち家。同居家族は妻(71歳)のみ。1か月半前に脳梗塞で倒れ、現在、回復期リハビリテーション病院に入院中。発症前の ADL、IADL は自立。家事は妻が実施。買い物は自分で行っていた。家庭菜園が趣味で、もともと日曜大工など細かい作業が好きだった。近所の人とはあいさつ程度。令和3年から週3回の血液透析を施行。</p> <p>既往歴：35歳で高血圧症 57歳で2型糖尿病、インスリン自己注射にて管理 74歳で糖尿病性腎症の診断。 現在は脳梗塞後遺症のため ADL に制限があり、構音障害のため会話は困難である。</p>
	利用者の社会保障制度の利用情報	介護保険：要介護 2、医療保険：国民健康保険、生活保護：なし、身体障害者手帳：Ⅰ級
	現在利用している支援や社会資源の状況	回復期リハビリテーション病院に入院中。リハビリテーション科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士から治療やリハビリテーションを受けている。
	日常生活自立度(障害)	ランク B
	日常生活自立度(認知症)	自立ランク I
7	主訴・意向	<p>本人：体重管理は苦手。好きなものは食べるし、喉が渴いたら飲む。退院したら自宅の庭で、趣味の野菜づくりをしたいが、今の身体では無理だと思う。入院中は毎日リハビリテーションで、もう疲れた。退院したら運動のリハビリテーションはしないで、ゆっくりしたい。言葉のリハビリテーションは楽しいので続けたい。自分で話せるようになりたい。(構音障害のためこちらの問い合わせの頷きで判断)</p> <p>妻：主人は、もともと、体重管理など無頓着で、医者から言われても気にしない性格。私も食事面は本人の好きなようにさせてしまっていた。今回の病気で、言葉が話せなくなったので、こちらが何を話しても「ああ」とか「うん」しか言わないからコミュニケーションがうまくできない。家で看るつもりだが、身体の麻痺があるので、家で転んだら私の力では起こせない。週3日の透析は、多分、</p>

		本人一人では行けない。 本人・家族ともに在宅生活継続の意向有。本人は家庭菜園の再開を希望するとともに運動のリハビリテーションへの拒否感がある。言葉のリハビリテーションは楽しんでおり、自分で話せるようになりたいという意向がある。妻は、食生活の改善とともに、コミュニケーションに関すること・転倒時の対応・通院などの懸案事項の訴えあり。
8	認定情報	要介護 2 (令和 7 年 8 月 17 日～令和 8 年 8 月 31 日)
9	今回のアセスメントの理由	初回 (在宅復帰に向けて) 新規居宅サービス計画原案作成のため

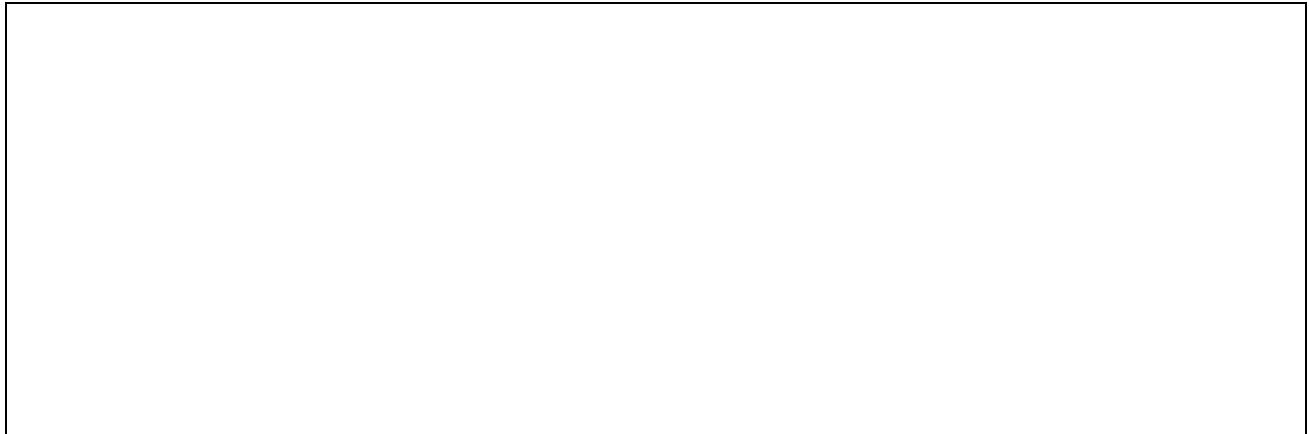
### アセスメントに関する項目

No	標準項目名	基本情報
10	健康状態	167.2cm・68.8kg・BMI：24.6(発症前 71.5kg・BMI 25.6) 入院中の体重減少あり。 血圧：122／73mmHg (収縮期 130 以下、拡張期 90 以下)。 糖尿病あり：血糖値 (食後)：130mg/dl、HbA1c：6.6%。 令和 3 年から糖尿病性腎症により週 3 回の血液透析を施行。 ドライウェイト (DW) からの体重増加率は 3～5%が目標。DM 食。1 日 1850kcal 目安。たんぱく質は 1 日 50g～60g まで。塩分制限 (1 日 6g 以下)。 透析中のため水分制限あり (1 日 800ml：食事以外)。 半年前に脳梗塞で倒れ、左半身麻痺と構音障害を発症。現在は薬物治療とリハビリテーションを受けており、歩行は改善傾向にあるが、構音障害はほとんど回復していない。 本人に病識はあるようだが、構音障害のため確認できず。 自宅に血圧計はあるが、入院前は気が向いたら測るのみで、習慣的な測定は行っていなかった。
11	ADL	○寝返り：右側へ可能、左側へ不可。 ○起きあがり：右手でベッド柵を使用して可能。 ○移乗：右手と右足で自立。 ○歩行：杖を右手に持って、左下肢にプラスチック製の短下肢装具をつけて歩行可能。15m 程度の短距離移動は杖と装具を使用して、自立。数メートルなら杖なしでの歩行可能。屋外は理学療法士の付き添いのもとで実施。階段昇降は、訓練用階段にて、理学療法士の介助下で練習中。 ○排尿・排便：自尿なし。排便は失禁なし、自立。排せつ後の後始末も自立できる。自室からトイレへの移動 (15m) は装具を装着し、杖歩行で自立。 ○更衣：時間はかかるが、右手で自立。装具の着脱も自立。 ○入浴：シャワー浴自立。浴槽の出入りは看護師の介助が必要。 ○洗身：身体の洗浄や拭き取りは自助具があれば自立。時折洗い残しあり、看護師介助(右上肢・背中)。 ○食事：右手で箸を使って自分で口に運ぶことができるが、左手でお椀を持ったり支えたりすることが困難で時間がかかる。

		○洗面：自立。 入院前：すべて自立。
12	IADL	○調理：不可。 ○服薬：看護師が包装紙を開けて、手渡し。 ○掃除：不可。 ○沈灌：不可。 ○整理・物品の管理：看護師が管理。 ○金鍼管理：不可。 ○買い物：不可。 入院前：すべて自立。週3日の透析は一人で通っていた。
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知能力は正常。
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	意思の伝達：言葉ではなくジェスチャーや表情で伝えることが多い。質問にはうなずきや首振りで答えることができる。構音障害により発話に困難がある。構音障害があるため孤立感や不安感を抱えていることがある。 視力：正常 聴力：正常
15	生活リズム	入院中のため規則どおり。昼食後、午睡（15分）。睡眠、21時～6時。 午前リハビリ2時間、夕方リハビリ2時間。
16	排泄の状況	失禁の状況：なし、排せつ後の後始末：自立、頻度：自尿なし（透析週3回実施）。排便は自立しており3日に1回程度。
17	清潔の保持に関する状況	浴槽のまたぎは看護師の介助が必要。入浴時は左下肢の装具を外す。洗髪は自立。洗身は片麻痺用のループ付きタオルで自立。 下着・衣類の着脱は一人で行えるが、左手の麻痺のために右手で行う。
18	口腔内の状況	歯。口腔内の状態：義歯なし。自分で3食後に歯磨きを行っている。歯の汚れ、舌苔・口臭なし、口腔乾燥は軽度あり。腫れ・出血なし。
19	食事摂取の状況	DM食。1日1850kcal目安。塩分制限（1日6g以下）、たんぱく質は1日50g～60gまで。水分制限あり（1日800ml：食事以外）。食事は自力で摂取可能。食事回数は1日3回、残さず摂取。嚥下障害やアレルギーなどの問題なし。
20	社会との関わり	社会的活動への参加意欲：在宅復帰後は家庭菜園を再開したいという希望がある。 社会とのかかわりの変化・喪失感や孤独感：入院中は近所の人との交流がない。 入院前：近所の人とあいさつを交わす程度。自治会の仕事をしていた。あまり自分から積極的にかかわる性格ではない。
21	家族等の状況	妻は専業主婦で日中は在宅。本人と妻の関係は良好。市内の長男と県外の次男は年に数回実家を訪ねる程度。長女は子育てで忙しいが、よく連絡をくれて、月に数回は孫と一緒に遊びに来る。
22	居住環境	住宅改修の必要性：自宅は2階建ての持ち家。寝室・居室スペースは1階にあり、2階の子ども部屋は、現在空室。玄関に段差があり。浴室の出入り口段差あり。手すりがなく、入浴時に転倒する危険性がある。庭は広く家庭菜園ができるが、不整地ででこぼこしている。 エアコンが設置されているが、冬場の脱衣場と浴室の温度差が大きいので、血圧の上昇を防ぐためにヒーターなどの設置が必要。

23	その他留意すべき 事項・状況	特別な状況はなし。
----	-------------------	-----------

**※住宅の見取り図(必要に応じて)**



長崎県介護支援専門員協会(転用禁止)

第1表

## 居宅サービス計画書（1）

作成年月日

令和 6年 11月 10日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名	A 殿	生年月日	昭和20年8月10日	住所	○○市○○丁○一●
居宅サービス計画作成者氏名	S				
居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地	L 居宅介護支援事業所				
居宅サービス計画作成(変更)日	令和 6年 11月 10日	初回居宅サービス計画作成日	令和 6年 11月 10日		

認定日	令和 6年 8月 17日	認定の有効期間	令和 6年 8月 17日 ~ 令和 6年 8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	<p>本人：体重管理は苦手。好きなものは食べるし、喉が渴いたら飲む。退院したら自宅の庭で、趣味の野菜づくりをしたいが、今の身体では無理だと思う。退院したら運動のリハビリテーションはしないで、ゆっくりしたい。言葉のリハビリテーションは楽しいので続けたい。自分で話せるようになりたい。(構音障害のためこちらの問い合わせの聞き方で判断)</p> <p>妻：主人は、もともと、体重管理など無頓着で、医者から言われても気にしない性格。私も食事面は本人の好きなようにさせてしまっていた。今回の病気で、言葉が話せなくなってしまったので、こちらが何を話しても「ああ」とか「うん」しか言わないからコミュニケーションがうまくできない。家で見るつもりだが、身体の麻痺があるので、家で転んだら私の力では起こせない。週3日の透析は、多分、本人一人では行けない。</p> <p>課題分析：本人は自宅での生活を望んでいるが、左上下肢の麻痺と痛み、言語障害などの身体的・精神的な障害により、日常生活に困難が予想される。また、運動のリハビリテーションに対する拒否感や自己効力感の低さがあり、在宅復帰後の機能回復や維持に不利な要因となっている。一方、言葉のリハビリテーションに対する意欲や趣味の家庭菜園への関心は高く、これらを活用して、本人のモチベーションや自己肯定感を高めることが重要である。妻は夫とのコミュニケーションや介護に不安を抱えており、夫の自立度向上や介護負担軽減を望んでいる。また、糖尿病及び糖尿病性腎症に対するセルフマネジメントへの意欲をより強く持つてもらうための専門的な助言が必要である。これらを踏まえて、本人と家族の生活に対する意向を尊重しつつ、身体的・精神的・社会的な側面から支援する必要がある。</p>

介護認定審査会の意見 及びサービス種類の指定	記載なし
---------------------------	------

総合的な援助の方針	<p>身体的な側面：脳梗塞の再発予防と糖尿病の管理を目的として、血圧・血糖・体重・水分摂取量などの日常的なモニタリングと指導を行う。また、運動のリハビリテーションに対する拒否感や自己効力感の低さを克服するために、不安を軽減する工夫や、本人の関心や目標に沿った運動プログラムを提供する。さらに、屋外歩行練習や家庭菜園の再開など、本人が楽しめる活動を促進することで、日中の運動量を確保し、歩行能力や生活機能を向上させる。</p> <p>言語的な側面：言語障害により、本人は自分で話せるようになりたいという強い意志があるが、夫婦間のコミュニケーションはうまくできずに不満や不安がある。言語療法士などの専門職と連携して、言葉のリハビリテーションを継続し、本人の自己表現力を高める支援を行う。また、家族や地域とのコミュニケーションを改善するために、補助的なコミュニケーション方法（イラスト・ジェスチャーなど）やコミュニケーションスキル（話題つくり・聞き方・反応の仕方など）を検討する。</p> <p>社会的な側面：本人は自宅での生活を望んでいるが、妻は不安が大きいので、妻への介護指導や相談支援を行うとともに、介護負担や不安感を軽減するために、サービスの利用や調整を行う。また、家族以外の支援者（友人・近隣・地域団体など）との連携や協力を促進することで、社会的なネットワークを強化し、孤立感や不安感を減らす支援を行う。</p> <p>【緊急時の対応方法】日常と異なるとき：○○内科クリニック 意識喪失時：救急搬送 ○○訪問看護ステーション：○○-○○○○-○○○○ 転倒・低血糖発作・シャント／止血不良時：○○訪問看護ステーション：○○-○○○○-○○○○</p> <p>※妻の体調不良時は、医療機関入院・介護施設入所（長期・短期）で対応。</p> <p>妻：○○○-○○○○-○○○○ : ○○○-○○○○-○○○○</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 ( )
--------------	----------	---------------	------------

第2表

## 居宅サービス計画書（2）

利用者名 A 殿 作成年月日 令和 7年 11月 10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	
脳梗塞の再発を予防したい	日々の血圧管理と服薬管理を徹底する	R7.11.10～R8.4.30	体調の変化に気づき、家族に伝えられるようにする	R7.11.10～R8.1.31	①診察・治療・検査・処方・療養上の助言・指示 ②毎日の体調を妻に伝える		①通院（主治医） ②本人	K 病院	①月1回 ②毎日	R7.11.10～R8.1.31	
			指示どおりに服薬をする	R7.11.10～R8.1.31	①服薬状況の確認、服薬管理の指導 ②妻の見守りの上、服薬オムツ	○	①訪問看護（看護師） ②本人	J 訪問看護ステーション	①週1回（水） ②毎日	R7.11.10～R8.1.31	
			血圧を測り、家庭（日常）血圧（収縮期130以下、拡張期90以下）を把握する	R7.11.10～R8.1.31	①起床時の血圧測定と記録		①本人・妻		①起床時	R7.11.10～R8.1.31	
体重や全身状態を管理することで、体調を安定させたい	体重・血糖値の管理を徹底する	R7.11.10～R8.4.30	DWからの体重増加率3～5%内を維持する	R7.11.10～R8.1.31	①1日2回の体重測定 ②状態の確認、助言・指導 ③水分摂取量（1日 800ml）の管理		①本人 ②医師・看護師 ③本人・妻	H 血液内科クリニック	①起床時・就寝時 ②週3回（透析治療時） ③毎日	R7.11.10～R8.1.31	
			栄養カロリーを1日1850kcal、たんぱく質1日50g～60g、塩分1日6g以下を維持する	R7.11.10～R8.1.31	①栄養量・塩分量を管理した献立の作成、栄養指導 ②栄養量・塩分量に配慮した食事の提供	○	①居宅療養管理指導（管理栄養士） ②妻	K 病院	①月2回 ②毎日	R7.11.10～R8.1.31	
			インスリン注射を指示どおりに実施する	R7.11.10～R8.1.31	①状態の確認、助言・指導 ②インスリン注射の実施	○	①訪問看護（看護師） ②本人	J 訪問看護ステーション	①週1回（木） ②食前	R7.11.10～R8.1.31	
			自宅でできる運動の継続	R7.11.10～R8.1.31	①自主トレーニングの提案・指導 ②膝の屈伸運動	○	①訪問看護（作業療法士） ②本人	J 訪問看護ステーション	①週1回（火） ②朝食後・夕食後	R7.11.10～R8.1.31	
コミュニケーションを円滑にとれるようになりたい	自分の意思を伝えられるようにする	R7.11.10～R8.4.30	体調の変化を家族に伝えられるようにする	R7.11.10～R8.1.31	①コミュニケーションボードやジェスチャーによる伝達方法の指導、助言 ②コミュニケーションボードの利用、ジェスチャーによる伝達方法の改善		①外来受診（言語聴覚士） ②本人・妻	Nリハビリテーション病院	①週1回（土） ②毎日	R7.11.10～R8.1.31	

自宅内で自立した生活を送れるようになりたい	転倒せずに、屋内を移動できる	R7.11.10～R8.4.30	補助具の管理自分で行い、起居動作を行える	R7.11.10～R8.1.31	①手すりの設置、動線の安全性の確認 ②補助具の取り扱い確認、補助具の状態確認 ③転倒時の立ちあがり方確認、妻への介助方法指導 ④補助具の管理	○	①住宅改修 ○ ②福祉用具販売（福祉用具専門相談員） ○ ③訪問看護（作業療法士） ○ ④本人	I リフォーム I 福祉用具レンタル J 訪問看護ステーション	①住宅改修時 ②点検時	R7.11.10～R8.1.31
	自宅の浴槽に入って入浴ができるようになる	R7.11.10～R8.4.30	浴槽をまたげるようになる	R7.11.10～R8.1.31	①浴槽またぎ動作の練習、立位バランス練習 ②入浴時の見守り	○	①訪問看護（作業療法士） ②妻	J 訪問看護ステーション	①週1回（火）	R7.11.10～R8.1.31
	食事動作を向上させ、食事を楽しむことができる	R7.11.10～R8.4.30	快適な姿勢で食事をとることができ	R7.11.10～R8.1.31	①食事姿勢の確認・クッション等環境整備の提案 ②食具別の取り扱い練習、左手把持動作の練習	○	①訪問看護（作業療法士）	J 訪問看護ステーション	①②週1回（火）	R7.11.10～R8.1.31
趣味の家庭菜園を楽しみたい	再び家庭菜園に取り組めるようになる	R7.11.10～R8.4.30	自宅の庭を歩行する	R7.11.10～R8.1.31	①屋外の歩行練習 ②妻への歩行介助の指導 ③歩行介助	○	①②訪問看護（作業療法士）	J 訪問看護ステーション	①②週1回（火） ③毎日	R7.11.10～R8.1.31
			家庭菜園に必要な動作ができる	R7.11.10～R8.1.31	①想定される動作時での右上肢を使用した巧緻動作の練習 ②左手の把持動作の練習	○	①訪問看護（作業療法士） ②本人	J 訪問看護ステーション	①週1回（火） ②毎日	R7.11.10～R8.1.31

※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

作成日年月日 令和 7年 11月 10日

利用者名 A 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								
	8:00								起床、着替え 朝食 自主トレーニング
	10:00				訪問看護(看護師)				
	12:00	透析治療		透析治療		透析治療	外来リハビリテーション(言語聴覚士)		
	14:00		訪問看護(作業療法士)						昼食
	16:00								入浴 長女と電話 夕食
	18:00								自主トレーニング
夜間	20:00								
深夜	22:00								歯磨き 就寝
	24:00								

週単位以外 のサービス	通院(主治医:月1回)、居宅療養管理指導(管理栄養士:月2回)、福祉用具貸与(特殊寝台・特殊寝台付属品(マットレス・別途用手すり・サイドレール)・車いす)、福祉用具販売 (シャワーチェア)、住宅改修(手すりの設置)
----------------	--

第4表

## サービス担当者会議の要点

利用者名	A様	居宅サービス計画作成者(担当者)氏名	○○ ○○	作成年月日	令和 7年 11月 10日
開催日	令和 〇年 〇月 〇日	開催場所	自宅	開催時間	14:00 ~ 15:30
開催回数	1回				
会議出席者 利用者・家族の出席 本人:【 A 】 家族:【 B 】 (続柄:妻) ※備考	所属(職種) J訪問看護ステーション (看護師)	氏名 ○○ ○○	所属(職種) I福祉用具レンタル (福祉用具専門相談員)	氏名 ○○ ○○	所属(職種) K病院 (管理栄養士)
	Nリハビリテーション病院 (言語聴覚士)	○○ ○○	L居宅介護支援事業所 (介護支援専門員)	○○ ○○	
検討した項目	<p>①現状について、②本人・家族の意向、③居宅サービス計画書原案について            リハビリテーション病院・医師への照会: 身長 167.2cm、体重 68.8kg BMI: 24.6、血圧: 120-130/70-80mmHg で安定。糖尿病あり、BS(食後): 130mg/dl、HbA1c: 6.6%。透析中・後の低血糖症状はなし。透析日と非透析日によってリハビリテーションプログラムを変更。リハビリテーション実施中に一度だけ低血糖症状が出現したためドウ糖を経口摂取した。左上下肢の運動麻痺と構音障害あり。上下肢の麻痺は中等度、構音障害による表出が困難、理解は良好。言語聴覚療法の継続は必要と判断されるので、外来(医療保険での)STを継続する。ADLは入浴動作を除き、自立。歩行は左足装具をつけて、屋内T字杖自立(杖は入院中に購入)入院中は理学療法、作業療法、言語聴覚療法実施。安静度に制限はないが、低血糖に注意しながら運動リハビリテーションは継続し、退院後は転倒に注意すること。</p>				
検討内容	<p>①現状について            ・H血液内科クリニックH医師からは、DM食。1日 1850kcal目安。塩分制限(1日 6g以下)。たんぱく質は1日 50g~ 60gまで。透析中のため水分制限あり(1日 800ml : 食事以外)。DWからの体重増加率は3~ 5%が目標。血圧は安定している。運動耐用が低下しているので、低負荷の運動を継続する必要がある。非透析日における有酸素運動療法は重要。            ・糖尿病性腎症による透析をしており、カロリーや水分摂取制限があるが本人家族ともに自覚が薄く自己管理が徹底できていない。医師の指示のもと、管理栄養士の介入による食生活の見直しが必要。            ②本人・家族の意向            ・本人からは「趣味の家庭菜園ができればいい。入院中は毎日リハビリ3時間で、もう疲れたから運動のリハビリはしたくない。言葉のリハビリは楽しいから続けたい。」との発言あり。            ・妻からは初めての介護への不安と転倒時の対応についての不安が聞かれた。また、本人とのコミュニケーションについて、「返事が返ってこないので、イライラしてしまう。」との発言と車いすで移動しているところを近所の人に見られたくないと本人が思っていること、またそれに対しては自分も同調する旨の発言あり。            ・長男からは、「できることは手伝いたいが、プロのスタッフの方に任せられるところはお願いしたい」との発言あり。本人と家族の意向と現状からサービス計画について確認を行う。            ③居宅サービス計画書原案について            ・脳梗塞の再発予防と体重増加の予防に重点を置く。食事内容を見直し、日々の体重管理、血圧管理、血糖値管理、水分摂取量は共有のノートを用いて本人・家族・チームで管理していく必要あり。            ・服薬についても自己管理を目指していくが、当面家族・訪問看護師がチェックしていく必要あり。            ・コミュニケーションについては、Nリハビリテーション病院のSTがつくってくれたコミュニケーションボードを利用し、本人・妻の負担を軽減していく。言葉のリハビリテーションは本人の意欲もあり積極的に取り組んでいく。            ・運動のリハビリテーションについて、本人はやりたくないということだが、訪問看護(OT)に入ってもらい、本人の受容できる範囲で、屋内活動性の評価と日中の活動量確保のための過ごし方などをアドバイスしてもらう。室内的ADLについて、寝具は2モーターの特殊寝台、移動は手すり伝い歩きとし、OT来訪時に、起居動作・移動能力の再確認を行っていく。移動能力の再評価を行い、室内移動が安定してたら、屋外(庭)での移動・作業が可能か判断していく。            ・入浴は、当面は妻の見守りのもとでのシャワー浴。浴槽での入浴は当面は訪問看護(OT)の日に合わせて、浴室の出入りと浴槽のまたぎ動作について確認・練習する。屋外歩行能力は低い状態なので、通院時に車いすが必要となる。通院は訪問介護による移動支援を利用。</p>				
結論	居宅療養管理指導(管理栄養士) 月2回 訪問看護(看護師) 週1回 訪問看護(作業療法士) 週1回 外来リハビリテーション(Nリハビリテーション病院: 言語聴覚士) 週1回 訪問介護(移動支援) 週3回 福祉用具貸与: 特殊寝台、シャワーチェア、車いす 福祉用具購入: シャワーチェア 住宅改良: 手すり、段差解消 居宅サービス計画書の原案に変更なし。本人・家族からはサービス計画書の内容について同意・承諾あり。				
残された課題	医師より、運動は重要だが、低血糖にも注意すること。訪問看護(OT)の評価を待って、再度検討していく。				
(次回の開催時期)	次回3か月後開催予定。				

# 課題整理総括表

利用者名 A 殿

作成日 令和 7 年 10 月 10 日

自立した日常生活の阻害要因(心身の状態、環境等)	①左下肢の運動・感覚障害 ④水分・塩分の摂取制限	②コミュニケーション能力の低下 ⑤活動範囲の狭小化	③高血圧や糖尿病の基礎疾患 ⑥妻と二人暮らし(妻の不安)
状況の事実※1			
	現在※2	要因※3	改善/維持の可能性※4
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	T字杖と下肢装具を使用して短距離(15m)程度なら自分で歩行可能。数mなら杖なしで歩行可能。長距離は院内車いすで自走。
	屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助	①⑤ 改善 維持 悪化	屋外歩行は理学療法士の見守りの下、練習中。
食事	食事内容 支援なし 支援あり	③④ 改善 維持 悪化	1日3食DM食 1日1850kcal目安。タンパク質は1日50g~60gまで、塩分制限(1日6g以下)あり。透析中のため水分制限あり(1日800ml:食事以外)。
	食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	右手で箸を使い自分で口に運ぶことができるが、左手でお椀を持つ、支えることが難しく時間がかかる。
	調理 自立 見守り 一部介助 全介助	①⑥ 改善 維持 悪化	もともと行っていない。妻が実施
排泄	排尿・排便 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化	自尿なし。排便は自立。排泄後の後始末も自立できる。自室からトイレへの移動は車いすを自走している。
	排泄動作 自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化	義歯なし。右手を使用し自分で歯磨きを行っている。口腔衛生状態不良(磨き残しあり)。
	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	①③ 改善 維持 悪化	包装を外し、手渡せば自分で飲める。
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	シャワー・浴自立。浴槽の出入りは看護師の介助が必要。身体の洗浄や拭き取りは自助具があれば自立。時折洗い残しあり。看護師介助(右上肢・背中)
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	時間はかかるが、右手で自立。装具の脱着も自立。
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	①⑥ 改善 維持 悪化	妻が実施
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	①⑥ 改善 維持 悪化	妻が実施
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	①⑥ 改善 維持 悪化	妻が実施
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	①⑥ 改善 維持 悪化	妻が実施
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	①⑥ 改善 維持 悪化	妻が実施
コミュニケーション能力	支援なし 支援あり	② 改善 維持 悪化	言葉ではなく、ジェスチャーや表情で伝えることが多い。質問にはうなずきや首振りで答えることができる。発話に困難がある。
認知	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化	日常の意思決定を行うための認知能力は正常。
社会との関わり	支援なし 支援あり	①②⑤ 改善 維持 悪化	入院中は失語症のためほかの患者との交わりは少ない。
褥瘡・皮膚の問題	支援なし 支援あり	① 改善 維持 悪化	下肢～足背に浮腫あり。褥瘡なし。装具あたりなし。末梢神経障害による両下肢表在感覚鈍磨および脳梗塞による左下肢深部感覚低下あり。
行動・心理症状(B P S D)	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)	支援なし 支援あり	①②⑥ 改善 維持 悪化	妻が完全な介護者。介護者の介護意思：在宅復帰を支援したいが、自分も高齢で体力に不安がある。
居住環境	支援なし 支援あり	① 改善 維持 悪化	玄関・浴槽に段差あり。浴槽には手すりがなく、入浴時に転倒する危険性がある。

利用者及び家族の生活に対する意向	(本人)構音障害で発語困難(体調管理は苦手、自宅で趣味の野菜づくりをしたい。退院したら運動のリハビリテーションはないで、ゆっくりしたい。言葉のリハビリテーションは好き。言葉がうまく話せるようになりたい)。 (妻)リハビリテーションでどうにか歩けるようになったが、生活のいろいろなことに介助が必要な状態。本人は言葉が話せず、うなづくだけであり、何を思っているのかわからない。これから自宅で介護ができるのか心配。
見通し※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】
	①日々の血圧の管理、服薬コントールにより脳梗塞の再発を予防していく必要がある。 ②体重およびDM(低血糖を含めた血糖の管理)と食事量(摂取カロリー)、水分量などを含めた全身状態の管理を徹底する必要がある。 ③セルフケアの意識が希薄であり、食事や水分量、皮膚状態の観察など、セルフケア・セルフマネジメントの意識を高める必要がある。 ④左麻痺と感覚障害がある。歩行時の転倒に注意が必要であり、住環境を評価し、転倒につながる危険を取り除く必要がある。また、浴槽の環境も整える必要がある。 ⑤趣味活動の再開を含めた、アクティビティ向上の支援が必要である。 ⑥運動のリハビリテーションへの意欲が低く、屋外歩行など長距離の歩行練習ができていない。 退院後の活動範囲が狭小化する可能性があるため、体力の低下とともに、運動不足によるBSおよび体重の不安定化が懸念されるため、本人の意欲に併せた運動量と活動量を維持していく必要がある。 ⑦構音障害によるコミュニケーション障害のため、円滑な意思疎通が難しく、本人・家族のストレスが増加してしまう可能性がある。 ⑧妻の介護不安感が強いので、転倒予防のための歩行介助方法や転倒時の起き上がり方などを指導していく必要がある。
	脳梗塞の再発を予防したい。 1 体重や全身状態を管理することで体調を安定させたい。 2 自宅内で自立した生活を送れるようになりたい。 4 コミュニケーションを円滑にとれるようになりたい。 3 趣味の家庭菜園を楽しみたい。 5

※1 本書式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。選択肢に〇印を記入。

※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〇印を記入する。

※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。

## 居宅介護支援経過

年月日	項目	内 容
令和7年 9月20日	新規依頼	Nリハビリテーション病院医療相談室ソーシャルワーカー 内容:Nリハビリテーション病院医療相談室ソーシャルワーカーX氏より、退院支援相談依頼あり。現在、脳梗塞で入院加療中のAさんについて、入院中に要介護2の認定を受け、11月上旬に自宅へ退院予定であり、在宅復帰の準備を進めたい旨、依頼あり。新規依頼受付表に記入、担当者を決定し、9月25日に病院へ訪問する旨、伝える。
令和7年 9月25日	K病院医療相談室 で初回アセスメント	<p>①本人・妻に重要事項説明書を説明。介護支援専門員の自己紹介。介護保険制度、居宅サービス計画等について説明し、本人・妻の同意を得る。重要事項説明書、契約書、個人情報利用承諾書を説明、同意を得て、署名をしてもらい交付。 介護保険被保険者証、負担割合を確認。</p> <p>②本人・妻の意向 (本人) 介護支援専門員の自己紹介に対し、「こ・ん・に・は」と発語する。構音障害で会話は難しい。以下、妻からの聴取と本人の聞き取り等により把握(体重管理は苦手。好きなものは食べるし、喉が乾いたら飲む。退院したら自宅の庭で、趣味の野菜作りしたいが、今の体では無理だと思う。入院中は毎日リハビリで、もう疲れた。退院したら運動のリハビリはしないで、ゆっくりしたい。言葉のリハビリは楽しいので続けたい。自分で話せるようになりたい。)。 (妻) 主人は、もともと体重管理などに無頓着で、医者から注意されても気にしない性格。私も食事面は本人の好きなようにさせていた。リハビリでどうにか歩けるようになったが、生活のいろいろなことに介助が必要な状態。本人は言葉が話せず、こちらが何を話しても「ああ」とか「うん」しか言わないので、コミュニケーションがうまくできない。これから自宅で介護ができるのか心配。身体の麻痺があるので、家で転んだら私の力では起こせない。希望としては、家の中で、自分でできることを増やしてほしい。</p> <p>③リハビリテーションの様子を見学 本人・妻とともに、作業療法室に移動。作業療法士より現状のADLについて説明あり。本人はほかの患者とテーブルを囲みながら、左手でボールを握る練習をしている。真剣な表情で取り組み、作業療法士の声掛けに頷く。</p> <p>④今後の予定 Nリハビリテーション病院医療相談室ソーシャルワーカーと退院時カンファレンスの日程調整。 10月1日13:00～退院時カンファレンスが設定される。</p>
令和7年 10月1日	Nリハビリテーション病院にて退院時 カンファレンス開催	<p>医師:脳梗塞後左上下肢麻痺。身長167.2cm、体重68.8kg BMI:24.6、血圧:120～130、70～80で安定。収縮期130以下、拡張期90以下を維持する。糖尿病あり。BS(食後):130mg/dl、HbA1c:6.6%。透析中・後の低血糖症状はなし。透析日と非透析日によってリハビリテーションプログラムを変更。リハビリテーション実施中に一度だけ低血糖症状が出現したためブドウ糖を経口摂取した。左上下肢の運動麻痺と構音障害あり。上下肢の麻痺は中等度、構音障害で意思表出が困難。理解は良好。ADLは入浴動作を除き、自立。屋内歩行は左足装具をつけて、T字杖を使用し、自立(杖は入院中に購入)入院中は理学療法、作業療法、言語聴覚療法等実施。安静度に制限はないが、低血糖に注意しながらリハビリテーションを継続し、退院後は転倒に注意する。</p> <p>看護師:病棟での生活は落ち着いている。ADLについて、入浴はシャワー浴自立。浴槽の出入りは介助が必要。食事は右手箸で摂取可能。時間はかかる。服薬は看護師が包装紙から出して渡し、接種は自分で可能。トイレ動作は、自室から杖歩行でトイレまで自力で移動し、自力で排泄可。排泄後の処理も自立。ここ1か月失敗はない。夜間はパッド使用。睡眠は良好。コミュニケーションは、理解は良好。表出は頷きやジェスチャーでほぼ対応でき良好。STにコミュニケーションボードを借りているが、使わなくてもやり取り可能なので病棟ではあまり使用していない。</p>

		<p>栄養士(日程調整つかず書面参加) : 発症後は、食事制限・水分制限があるも、自己管理が不十分だった。入院中は持ち込み間食などせず、医師の処方通りの摂取ができた。1日 1850kcal 目安。塩分制限(1日 6g 以下)。たんぱく質は1日 50g~60g まで。水分制限(1日 800ml: 食事以外)。退院後も血糖値と血圧の管理のために、食事内容や接種に気を付けること。特に、塩分は1日 0. 15g/kg、たんぱく質は1日 1. 0 ~1. 2g/kg、カリウムは1日 1. 5g、リンは1日 700mg、カルシウムは1日 600mg を目安に。動物性たんぱく質(肉・魚・卵・乳製品)と植物性たんぱく質(大豆製品・穀類・野菜)のバランスを考える。カルシウムは、透析日以外は1日 600mg を目安に摂る。乳製品や小魚などのカルシウム源を選ぶが、カリウムやリンの含有量にも注意する。乳製品や肉・魚・卵などのリン源は適量にし、添加物やチーズなどの高リン食品は控える。</p> <p>作業療法士 : 食事は箸で可能。食事には時間がかかる。短下肢装具(プラスチック製)は自分で着脱可能。足背ベルトの締め込みが甘いときがあるので、家族にも確認するよう指導している。更衣動作は自立しているが、ボタンシャツは時間がかかる。入浴動作は浴槽のまたぎ動作に介助が必要。洗体はシャワーチェアに腰かけて片麻痺用のループ付きタオルの使用で自立。左下肢の感覚障害があるので、浴槽へは健側から入るように指導。本人の性格として、新しい課題を提示すると消極的になってしまう。OT の拒否はないが、本人の性格なのか、やる前に無理だと言って首を振ることもあり、自分の能力を過小評価している部分あり。</p> <p>言語聴覚士 : 時々 ムセがみられるが、概ね 嘐下機能は保たれている。VF 実施済み。構音障害があり、理解は良好だが、長く複雑な文章は聞き手が工夫する必要あり。また 表出面では、発語は「わかりました」「こんにちは」「ごはん」などの高頻度語のみで、うなずきなどジェスチャーによる意思表示の正確性はあり。ST では発語練習、絵カード、書字ドリルなどの教材を用いてコミュニケーションの練習をしている。コミュニケーションボードを病棟に貸出中。家族に対しては、ゆっくりと話しかけることや、本人が伝えようとしていることに対して耳を傾ける姿勢を持つことの重要性を説明している。また、毎日の日常生活でコミュニケーションを積極的に行うよう勧めている。ただし、ストレスがコミュニケーションの妨げになることもあるので、そこを理解し、リラックスした状態でコミュニケーションに取り組むことを強調している。医師の指示により、退院後も週1回で外来リハビリテーション実施。</p> <p>理学療法士 : 運動療法はエアロバイク(麻痺側は理学療法士が介助)など有酸素運動を中心に実施。起居動作は自立。床からの立ち上がりは台や手すりを使用すれば自分で可能。歩行は、右手にT字杖、左足に短下肢装具を装着して、自室内および自室から病棟トイレの移動(15m)は自立している。手すりを伝っての歩行も自立。数 m であれば杖がなくても移動可能。実際の動きは、家屋調査(退院前訪問指導)にて確認する。屋外は近位見守りにて歩行可能だが、実用レベルではない。左下肢の深部感覚障害があるので、麻痺側への転倒には注意している。 退院に向け、現在は屋外歩行を中心に実施しているが、20m~30m したところで疲労に訴えあり。バイタルチェックするも著変ないので、精神的なものが要因ではと考えている。ここ2週間は、理学療法の時間に自室に迎えに行くと、首を横に振ることが多い。現状、屋外の長距離移動は車いすが適当である。T字杖は入院中に購入済み。</p> <p>10月10日の家屋調査(退院前訪問指導)に理学療法士と同行することとする。</p>
令和7年 10月5日	家屋調査(退院前訪問指導)の日程確認	10月10日に予定されており、同行することを本人・妻と病院側に承諾を得る。福祉用具・住宅改修事業所の選定について、本人・妻と打ち合わせ。IリフォームとI福祉用具レンタルに依頼することとする。

令和7年 10月10日	家屋調査実施 14:00～15:00 本人・対応者：B・ 理学療法士・福祉用具専門相談員・ 介護支援専門員・ 住宅改修業者	<p>本人の起居動作、移動、トイレ動作、入浴動作、動線を確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅駐車場から玄関までは3m程度、玄関前に1段段差あり(5cm程度)。本人は右手杖を使用し自分で移動、段差も自力で昇降。</li> <li>・玄関段差20cmあり、靴箱に手をかけて自分で昇降可。本人により立位での靴の着脱は難しい訴えあり。PTと確認のうえ、靴の着脱のため玄関スペースに椅子を設置し、座位で靴の着脱を行うこととする。</li> <li>・自宅内移動は壁や机に手をかけながら、杖なしで移動可能。</li> <li>・自室(寝室)からトイレまでの動線に段差なし。杖なしで移動可だが、左下肢への荷重不十分で転倒リスクがあるので、廊下に手すりを設置することとする。</li> <li>・トイレ前のカーペットはつまずく可能性があるので、撤去。</li> <li>・自室(寝室)の寝具は、布団からベッドへ変更。</li> <li>・浴室出入口に段差10cm、本人および理学療法士と動作を確認し、右側壁にL字手すりを設置することとする。手すりがあれば、浴室の出入り可能と見込む。また、シャワーチェアに着座してもらい、洗体動作を模倣。シャワー浴なら可能と判断。当面は妻の見守りのもとで実施していく。また浴槽のまたぎ動作は介助が必要。</li> <li>・2階は子供部屋。本人入院前から2階に上ることはほとんどなかったとのこと。</li> <li>・屋外移動(玄関から庭)は、理学療法士の介助にて実施、庭は広く不整地であり足元が不安定。</li> </ul> <p><b>本人・家族の意向を踏まえた退院後の支援</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①通院は入院前から透析で通院しているH血液内科クリニックの○○医師とする。</li> <li>②体重・食事内容の評価指導を管理栄養士が実施。</li> <li>③血圧・血糖値の管理、入浴動作などの評価・指導を訪問看護で実施。</li> <li>④言葉のリハビリテーションを継続する。⇒言語聴覚士のいる通院リハビリテーション(外来)で検討。</li> <li>⑤自宅以外での入浴・日中の活動量保持のために、デイサービスを利用する。</li> <li>⑥屋内移動・屋外移動・自宅での自主運動・食事動作・入浴動作・趣味活動(家庭菜園)の評価・練習のため、訪問リハビリテーション(作業療法)を導入する。</li> <li>⑦起居動作を円滑に行うため、特殊寝台を貸与。外出時の車いすの貸与。入浴時の洗体動作安定のためシャワーチェアの購入(特定福祉用具購入)。</li> <li>⑧手すりの設置(住宅改修)。</li> </ol>
令和7年 11月5日	病院訪問・退院日決定	退院日は11月10日に決定(家屋調査⇒改修が必要な理由書作成・図面等見積書作成⇒本人・家族の承諾⇒住宅改修費の支給申請⇒申請⇒住宅改修工事)。 サービス利用票交付
令和7年 11月10日	サービス担当者会議開催 居宅サービス計画書交付 サービス利用票交付	退院 インターク⇒アセスメント⇒ケアプラン原案作成⇒サービス担当者会議⇒ケアプラン原案同意⇒ケアプラン交付・サービス利用票を説明し、同意・交付 自宅にてサービス担当者会議実施(詳細はサービス担当者会議の要点参照)