

社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例

基本情報に関する項目

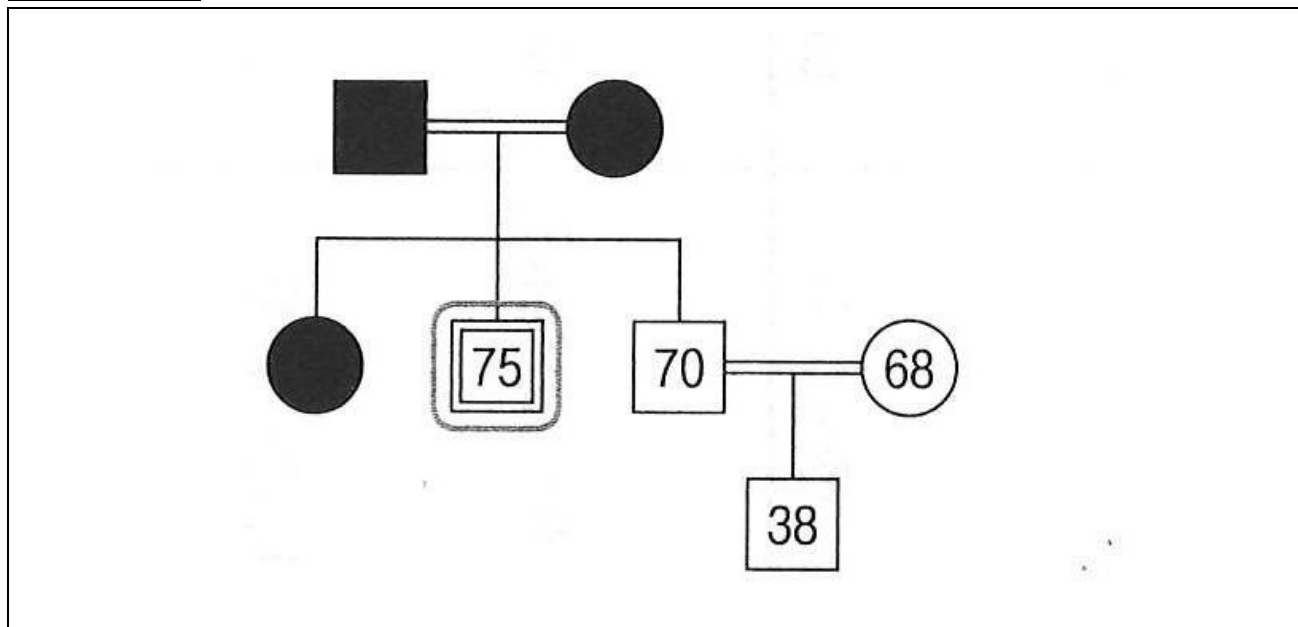
	受付年月	令和4年10月30日
基本情報	受付担当者	介護支援専門員 K
	受付経路	入院中に MSW から地域包括支援センター職員に連絡があり、要介護認定の申請に至った。退院後に要介護認定を受けたため、地域包括支援センター職員から服薬の支援と生活リズムを整えることを進めてほしいと依頼がある。
	性別・年齢	S氏 男性 75歳
	家族状況	一人暮らし
生活状況	生活歴	地元の中学校を卒業後、親せきを頼り、上京。若いころは職を転々としたが、20歳代後半からは内装業の職人として働き、50歳になったころ、県内に転居し製鉄所で58歳まで働いた。作業中、機械に足を挟まれる事故にあい退職した。 回復後は実家に戻り、一人暮らしであった母と同居していたが、7年ほどで母が亡くなり、65歳の時に一人暮らしとなった。
	生活状況	独居。詳細不明であるが、症候性てんかんがあり、1年前からのみ忘れがあった様子。R4.8にくも膜下出血発症し救急搬送され、加療。その後リハビリを経て11月に退院予定となる。
保険・他法情報	介護保険（要介護1） 国民年金（5万円/月） 生活保護受給（平成22年から。医療扶助、介護扶助）	
現在利用しているサービス	なし（新規認定）	
障害老人の日常生活自立度	A2	
認知症である老人の日常生活自立度	II b	
主訴	本人：今年に入ってから物忘れをするようになってきたため、薬を飲むこととお金の管理が自分では出来なくなってきている。病院からの勧めもあり、手伝ってほしい。施設等への入所はまだしたくない。 弟：近くに住んでおらず、あまり兄とは折り合いが良くない。しかし、自分が学生の頃にお金を送ってもらっていたこともあり、何かしてあげたいという気持ちはある。	
認定情報	要介護1 認定の有効期間：令和4年10月10日～令和5年10月31日	
課題分析理由	10月30日：院内で本人、主治医と面接。重要事項を説明した後、退院時カンファレンスに参加。 11月6日：自宅で本人と面接。円滑な自宅退院に向けた情報収集と連絡調整。	

アセスメントに関する項目

健康状態	くも膜下出血術後 症候性てんかん
本人のADL	<ul style="list-style-type: none"> ・寝返り：自立。布団を使用している。敷きっぱなし。 ・起き上がり：自立。つかまらなくても可能。 ・移乗： ・立位：自立。布団からの立ち上がりは周囲の物につかまっている。 ・座位：自立。居室は畳であり、座椅子を使うか、壁に寄りかかっていることが多い。 ・歩行：自立。屋外では小さな段差につまずきそうになることがある。右足を少し引きずる。 ・更衣：動作は自立しているが、同じものを何日も来ており、就寝時も寝間着に着替えない。 ・入浴：10日に1回程度、ガス釜で自分でお湯を沸かし入浴しているが、お湯につかるのみで体は洗わない。 ・洗身：湯につかるのみで洗身はしていない。 ・食事：自立。 ・洗面：汚れた時に洗う ・排泄：週に1回程度、トイレまで間に合わず、少量の尿失禁がある。尿取りパッドは使用していない。
本人のIADL	<ul style="list-style-type: none"> ・調理：インスタントコーヒーを飲むためにお湯を沸かすのみ。炊飯器、電子レンジは無い。 ・掃除：掃除機はあるが使用しておらず、掃除自体を行っていない。埃だらけで、雑然としている。ごみも袋には一応入れてあるが、捨てておらずたまっている（分別していない） ・洗濯：洗濯は部屋の中で干している。月に1～2回程度。 ・買い物：8月の入院前までは、自転車でスーパーマーケットまで行き（片道30分程度）、タバコ、総菜、弁当などを購入していた。自転車に乗れなくなったため、今後は自分では買い物に行けず、知り合いのタクシードライバーにお金を払い買ってきてもらっている。 ・金銭管理：あまり気にせずお金を使っていたとのことで、月末にはお金が無くなり、4,5日食べないことも頻繁にあったとのこと。 ・服薬状況：毎日薬は飲めておらず、残薬が多かった。てんかん発作の再発につながった。
認知	1年ほど前から物忘れが気になるようになって居り、本人は薬を飲んだつもりで居ても、忘れて飲めていなかったという事の繰り返しであった様子である。そのことが、てんかん発作の再発に繋がった。本人は薬の効能もあまり理解していない。
コミュニケーション	視力・聴力は年相応であると考えられ、日常生活に支障はない。しかし、物忘れが目立ち、会話がちぐはぐになったり、かみ合わなかったりすることが生じている。理解力も低下しているようで、家電の操作方法などは理解できないものもある。
社会との関わり	実家に戻って生活しているため、同級生や知り合いが道で会うと声をかけてくれる。民生委員（〇〇商店自営）の定期訪問も受けている。

排尿・排便	尿意・便意は問題なし。排便も毎日ある。洋式便座。
じょくそう・皮膚の問題	問題なし。
口腔衛生	義歯を使用しているが、夜間も外さない。気が向いたときにうがいをする程度。洗面台に歯ブラシの用意はある。
食事摂取	主に弁当や総菜を食べており、食事は偏っている。また、飲み物はコーヒーが多く、そのほかの水分をあまりとらない。 身長 165cm、体重 55kg (BMI : 20.2)。仕事をしていたころは体重が 70kg 近くあり太り気味であったが、10 年前に一人暮らしとなってから食事を抜くことも増え、徐々に体重が減少した。
問題行動	たばこを楽しみとしており、月末にお金が無くなった時には、喫煙所の吸い殻を拾ってまでたばこを吸うことがある。
介護力	弟とは折り合いが悪く、通常の行き来は無い。電話でも何年も話していない。入院を機に弟が身元引受人となっている。
居住環境	一戸建ての平屋。地区 40 年程度で老朽化している。 田んぼの中の一軒家であり、病院やスーパーマーケットまで自転車で片道 30 分程度の立地。 調理家電がほぼなくガス台のみ。
特別な状況	1 年前までは、何とか帳尻を合わせ、月末まで食料を買うお金を持ち越せたが、今年に入りそれができなくなった。本人も公共料金の支払いなどが分からなくなってきており、「自分で管理ができなくなっている」と話している。
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5年11月7日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 S 殿 生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日（75歳） 住所

居宅サービス計画作成者氏名 K

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 A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11月7日 初回居宅サービス計画作成日 令和4年11月7日

認定日 令和4年10月31日 認定の有効期間 令和4年10月10日～令和5年10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：これまで通り自由にしたいが、ある程度尾は生活を整えたい。また、相談する人がいなくてこの先不安なので、生活やお金のことなど相談できる人が欲しい。施設等への入所は今は考えたくない。</p> <p>弟：近くに住んでおらず疎遠となっている。しかし、何かしてあげたいという気持ちはある。</p>
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	<p>①生活のリズムを整え病気の再発を防ぐことで、自宅での生活を継続できるよう支援します。</p> <p>②多職種が連携することで相談できる人を多くし、一人暮らしに対する不安が軽減されるよう支援します。</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 ()

居宅サービス計画書（2）

利用者名 S 殿

作成年月日

令和4年11月7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
入院をせず、体調管理を自分でやりたい。	てんかんの再発作を起こさず、入院しない	R4. 11. 12 ～ R5. 10. 31	毎日、忘れずにてんかん発作の予防薬を飲む	R4. 11. 12 ～ R5. 2. 28	・服薬確認・声かけ	○	訪問介護	Sヘルパーステーション	毎日	R4. 11. 12 ～ R5. 2. 28
					・毎日忘れずに薬を飲む		本人		毎日	
					・通院乗降介助 ・通院日の確認・声掛け	○	訪問介護	Sヘルパーステーション	月1回	
迷惑をかけないように、自宅で自分の力で生活を続けたい	生活のリズムを整え、以前のように家事を自分で行う	R4. 11. 12 ～ R5. 10. 31	食事を3食きちんと摂る	R4. 11. 12 ～ R5. 2. 28	・買い物	○	訪問介護	Sヘルパーステーション	週1日	R4. 11. 12 ～ R5. 2. 28
					・買い物の内容・献立の相談		本人		毎日	
			週に1回は洗濯と掃除を行う	R4. 11. 12 ～ R5. 2. 28	・洗濯・掃除の補助	○	訪問介護	Sヘルパーステーション	週1日	R4. 11. 12 ～ R5. 2. 28
					・自分でできる範囲の掃除・洗濯物はヘルパーと一緒に干す。		本人		週1日	
近所の人や同級生と話ができ、周りの人と相談しながら生活をしたい	日常生活について、相談できる人を増やす	R4. 11. 12 ～ R5. 10. 31	週に3日は散歩し、〇〇商店に顔を出す	R4. 11. 12 ～ R5. 5. 31	・来店時の声掛け		民生委員（〇〇商店の店主）	〇〇民生委員	週3日	R4. 11. 12 ～ R5. 5. 31
					・情報共有		地域包括支援センター	社会福祉士	随時	
					・運動と散歩を兼ねて〇〇商店まで歩いていく		本人		週3日	
			毎週月曜日に社会福祉協議会にお金を取りに行く	R4. 11. 12 ～ R5. 5. 31	・金銭管理の助言		日常生活自立支援事業（社会福祉協議会）	専門員	週1日	R4. 11. 12 ～ R5. 5. 31
・情報共有及び生活指導		生活保護（福祉事務所）			ケースワーカー	随時				
・1週間分の小遣いの管理		本人				毎日				

※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。

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11月7日

利用者名 S 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	7:30 起床、着替え・洗面 8:30 食事の支度・朝食
	10:00								(週に1回程度)買い物、洗濯・掃除
午前	12:00								12:00 昼食・昼寝
	14:00	社会福祉協議会へお金を取りに行く	〇〇商店へ散歩		〇〇商店へ散歩		〇〇商店へ散歩		14:00 散歩(〇〇商店へ) テレビ
午後	16:00								
	18:00								17:00 夕食・晩酌 テレビ
夜間	20:00								
	22:00								21:00 就寝
深夜	24:00								

週単位以外のサービス	〇〇総合病院への通院(月1回。訪問介護:通院乗降介助) 地域包括支援センター社会福祉士・社会福祉協議会専門員・福祉事務所ケースワーカーの訪問(随時)
------------	---

年月日		内 容
R5. 2. 10 10:00～10:40	情報交換 地域包括支援センター 社会福祉士来所	<p>福祉事務所のケースワーカーは2月1日(土)15時頃訪問。洗濯物が干しっぱなしになっている。ヘルパーと一緒に干したもののこと。本人には取り込んで、しまう様子はなかった。毎週の小遣いはたばこと缶コーヒーを買う程度で問題ない。</p> <p>民生委員からは、天気の悪い日以外は店に顔を出すとのこと。今まではあいさつ程度であったが、最近は天気の話などをするようになっている。</p> <p>社会福祉士は2月9日16時訪問。早い時間から飲酒し、寝てしまっていた。夕食も摂っていない。頻回であれば心配であるとのこと。(K)</p>
R5. 2. 13 14:00～	電話発信 〇〇総合病院MSW	<p>サービスを利用していても3食きちんと食事が摂れていないことが多いことを相談する。</p> <p>主治医にも報告し、体重測定を行い体重が減っていないか確認してみてもどうか?という提案を受ける。</p> <p>明日2月14日の通院日に、病院で体重測定を行う。(K)</p>
R5. 2. 18	電話受信 社会福祉協議会専門員	<p>曜日を間違え本人が来所した。月曜以外に来たのは初めてなので念のため報告したが、緊急性はないと考えている。</p> <p>曜日を間違えていることを伝え、ロビーでしばらく話してから帰宅したとのこと。(K)</p>
R5. 2. 20 17:00～	電話発信 Sヘルパーステーション サービス提供責任者M氏	<p>服薬については、朝食後声かけをしなくても、自らお薬カレンダーから取り出して飲むようになっている。「薬を毎日飲むようになってから体調がよい」と話しているとのこと。</p> <p>買い物は好きな総菜があり、毎日頼まれる。翌日の訪問時に夕食が残っていることがたびたびあり、食べていない様子である。(K)</p>
R5. 2. 25 13:20～	モニタリング 自宅訪問 本人と面接	<p>昼食はパンを食べた。汚れたタオルが投げられている。</p> <p>家事については、ヘルパーと毎日相談はするが、実行できていない。「今までは家に人が来ることは滅多になかった。昨年末からはいろいろな人が来るようになって忙しいけれど、うれしい。」と話す。</p> <p>詳細はモニタリングシート参照。(K)</p> <p>夕方、飲酒することも多くなり夕食を食わずに寝ることもある。体重が1.8kg減少している。ヘルパーにはお酒購入の依頼はないとのこと。</p> <p>モニタリングの状況から主任介護支援専門員へ今後の方針を含め相談する</p>

評価表

利用者名

S

殿

作成年月日 令和5年2月25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		
毎日、忘れずにてんかん発作の予防薬を飲む	R4. 11. 12 ~ R5. 2. 28	<ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬確認・声かけ ・ 毎日忘れずに薬を飲む ・ 通院乗降介助 ・ 通院日の確認・声掛け 	訪問介護 本人 訪問介護	Sヘルパーステーション Sヘルパーステーション	○ ○ ○	当初は声掛けのみで服薬を忘れることがあった為、1週間後からお薬カレンダーを導入。本人と確認することで、飲み忘れを防ぐことができた。通院日も本人が覚えており問題なかった。医師からは退院後の体調は良好とのこと。今後も服薬確認は継続する。
食事を3食きちんと摂る	R4. 11. 12 ~ R5. 2. 28	<ul style="list-style-type: none"> ・ 買い物 ・ 買物の内容・献立の相談 ・ 食事の確認・声掛け 	訪問介護 本人 訪問介護	Sヘルパーステーション Sヘルパーステーション	△ △ △	買物の内容は本人からの希望があり、その都度相談しながら決めた。しかし、朝食はヘルパーが見守りを行うため取れているが、昼食、特に夕食は、翌日に食べ物が残っていることがあり、食べていないこともある様子である（飲酒し、そのまま寝てしまう）
週に1回は洗濯と掃除を行う	R4. 11. 12 ~R5. 2. 28	<ul style="list-style-type: none"> ・ 洗濯・掃除の補助 ・ 自分でできる範囲の掃除・洗濯物をヘルパーと一緒に干す 	訪問介護 本人	Sヘルパーステーション	△ △	ヘルパーが朝の時間に訪問することで、昼まで寝ていることはない。しかし、ヘルパーと相談しその日の家事を決めるものの、一人の時間に行う家事については行っていない。しばらくはサービス時間中に一緒に行う事を続ける。

※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）

課題整理総括表

利用者名 S 殿

作成日 令和4年11月7日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①もの忘れがある	②お金にルーズ	③多職種が連携していない	
		④自分の生活に関心がない	⑤家が市外から離れている	⑥弟と疎遠になっている	
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		改善 維持 悪化	・歩くときに右足を少し引きずる。自転車に乗れなくなった。
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	・月末にお金が無くなり、数日間食べないことがたびたびある。 ・ガスでお湯を沸かす程度。調理家電がほとんどない。 ・週に1回程度、少量の尿失禁がある。
	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		改善 維持 悪化	・薬を飲んだか忘れてしまう。薬の効能もあまり理解していない。残薬が多かった。
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		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	・10日に1回程度。お湯につかるのみで身体は洗わない。 ・動作は自立しているが、何日も着替えなし。就寝時も寝間着に着替えなし。 ・掃除は行っておらず、ごみは袋に入れてはいるがたまってきたまま。 ・洗濯機はある。1か月に1~2回程度選択する。かごに汚れ物がたまっている。 ・物は多くないが整理はされておらず、部屋の中は雑然としている。 ・計画的に支出することや、定期的な支払いができなくなっている。 ・スーパーマーケットが遠く、自分で歩いて買い物に行くことができない。知り合いのタクシードライバーに頼んでいる。
	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	・話がかみ合わないことが出てきている。 ・1年ほど前から物忘れが出ている。自分でもこれからが不安だと話している。 ・一人暮らしで孤立してしまっているように感じているとのこと。
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	・弟と折り合いが良くない。しかし、弟には何かしてあげたいという気持ちはある。 ・病院やスーパーマーケットまで自転車で片道30分程度の立地。民生委員や同級生からの見守りはある。
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助		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		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		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		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		改善 維持 悪化	
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	

利用者及び家族の生活に対する意向	本人、これまで通り自由にしてほしいが、ある程度尾は生活を整えたい。また、相談する人がいなくてこの先不安なので、生活やお金のことなど相談できる人が欲しい。施設等への入所は今までは考えたくない。 弟：近くに住んでおらず疎遠となっている。しかし、何かしてあげたいという気持ちはある。
------------------	---

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】	※6
【心身機能/身体構造】 ・薬をきちんと飲むことで、てんかん発作を予防し、入院のたびにADLが低下することを防ぐことができる。	入院をせず、体調管理を自分で行いたい。	1
【活動】 ・専門職から日常生活上の助言を受けたり、専門職と相談したりすることにより、生活のリズムを整えることができる。	迷惑をかけないように、自宅で自分の力で生活を続けたい。	2
【参加】 ・多職種や地域が連携し、統一された声掛けなどの働きかけにより、孤立感が解消される可能性がある。	近所の人や同級生と話ができて、周りの人と相談しながら生活をしたい。	3
【環境】 ・本人の意向を重視し、本人と一緒に環境を整えることで、自己肯定感を増すことができる。 ・弟との橋渡しをすることで、関係が回復すれば、安心感を得られる可能性がある。	弟やおいとの交流を再開したい。	-

※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。