

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 4 月 24 日
	受付対応者	G (S 居宅介護支援事業所)
	受付方法	電話
	氏名・性別・年齢・ 住所・電話番号	島 福男さん 男性 80 歳 長崎県 諫早市〇〇丁目〇〇番地 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	家族状況	妻(76 歳)と二人暮らし。妻は、家にいることが多い。あまり社交的ではない。 長女(52 歳)はスーパーで働いており、孫(20 歳)は、専門学校で毎日のように 本人宅を訪れるなど、昔から仲がよかったという。 次女(50 歳)は、他県で夫の両親の介護をしており年に 2 度来訪する程度である。
2	これまでの生活と 現在の状況	諫早市に生まれ育つ。大学を卒業後、数員(高校教師)として定年まで働く。現役のときは生活指導の担当で、本人曰く「厳しい教員だった」と。妻とは職場結婚し、二人の娘を授かる。隣町に長女が住んでおり、専門学校に通っている孫が毎日のように本人宅を訪れ、孫の訪問とおしゃべりを楽しみにしている。 令和 6 年頃までは、時々長女宅を訪れることもあったが、現在出かける回数がかかなり減った。一度、道を間違え、警察が捜索することがあり、それ以来ほとんど外出をしなくなってしまった。 退職後、非常勤講師としてしばらく高校に出向き、また毎週スポーツジムに通う。町内会の行事にも積極的に参加していたが、71 歳の頃より日時を間違えたりし、町内会のほかの役員から指摘があり、長女の勧めで受診。認知症発症後、外出や会合の準備に時間がかかるようになり、他者との交流に支障をきたし(同じ話を何度も繰り返し収拾がつかなくなる)、妻の判断で町内会行事への参加を取りやめた。長女は、認知症の親をもつスーパーの同僚からいろいろと教えてもらい、自分でも調べて、脳神経外科の医師と話し、認知症専門病院を受診となった。令和 3 年、認知症専門病院を受診しアルツハイマー型認知症と診断を受け、以降 3~4 か月に 1 回受診している。脳神経外科で月 1 回フォローしていたが、今年に入ってから急激にもの忘れが進んでいる。
3	利用者の社会保険 制度の利用情報	I 割負担 医療情報:後期高齢者医療保険 障害手帳なし 生活保護なし 公的年金:月 22 万
4	現在利用している 支援や社会資源 の状況	特になし
5	日常生活自立度 (障害)	J2
6	日常生活自立度 (認知症)	II b

7	主訴・意向	【相談内容】 B病院(脳神経外科)の医療相談室の社会福祉士より、認知症の方の在宅ケアマネジメント依頼と情報提供があり。要介護認定は済み、要介護1。令和6年、認知症専門病院を受診しアルツハイマー型認知症と診断を受け、以降3～4か月に1回受診している。脳神経外科で月1回フォローしていたが、今年に入ってから、外出の機会も減少してからは特に急激にもの忘れが進んでいる。健康状態は安定している。妻の介護負担が大きいので介護保険でのサービスを利用したいとのこと。 【本人・家族の要望】 本人:家で頑張って自分のことは自分でやり生きていきたいが、妻がいなくて何もできない。 妻:夫には家で頑張ってもらいたいが、昨年に比べると筋力がかなり落ちている。どんどんできなくなることが多くなるのではないかと心配である。何か好きなことを続けさせてあげたいが、付きっきりでは私も何もできない。世話がいつまでできるか自信がなく施設も考えたが、家で過ごさせてあげたい。 長女:昨年までは、一つとなりの町(である長女宅)まで来て孫の顔を見ることを楽しみにしていたのに、今では道に迷うため、一人では来させていない。医師から体力も落ちているからリハビリテーションに通ってはどうかと言われているので利用させたい。 長女から「妹(次女)は、向こうの両親と同居して介護しているため、父のことは私に任せたいと言ってくれている。ただ心配しているため、常時、連絡は取り合っている」とのこと。「息子のJ男(孫)もおじいちゃん子で何でも手伝うから、おじいちゃんにはまだまだ元気でいてほしいと願っている」と話している。
8	認定情報	認定日 令和6年9月1日 認定の期間 令和6年9月1日～令和7年8月31日 要介護1
9	今回のアセスメントの理由	新規居宅サービス計画作成 在宅生活継続アセスメント

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	疾患名:膝関節炎、アルツハイマー型認知症 身長・体重:160cm 56kg BMI:21.9 血圧:110/70～120/70～80mmHg、服薬:鎮痛鎮静剤(毎食後3回)、認知症治療薬(ドネペジル5mg)(朝食後1回、時々飲み忘れがあり、妻が服用を確認する)、胃保護剤(毎食後3回)、漢方(朝、夕)、睡眠導入剤(夕食後1回) 認知機能が低下していくことは、自分で調べて理解している。体を動かし頭も使いたいが、間違いを指摘されるのが嫌だ、と妻に話した
11	ADL	○寝返り:自立 ○起き上がり:自立 ○移乗:自立

		○歩行:自立 妻:今までより歩くスピードが遅くなってきた ○排尿・排便:トイレ洋式 自立 行為に問題なし ○更衣:自立 ○入浴:自立 ○洗身:自立 ○食事:自立 妻と一緒に ○洗面:自立
12	IADL	○調理:簡単な調理はできていた ○服薬:妻が管理し、準備・確認している ○掃除:時々妻を手伝う ○洗濯:もともと習慣がない ○整理・物品の管理:妻 ○金銭管理:お小遣い程度の管理 ○買い物:近くのコンビニには行く
13	認知機能や判断能力	1年前まで一人でバスに乗り、B病院脳神経外科を受診できていた。もの忘れが多くなり、質問することが多くなってきた。不安な様子がみえる(妻談)。バスには乗れるが降りる場所がわからなくなる。また長女の家へ行く道を間違える。(一度警察介入あり)朝食の準備を手伝うが、時間がかかるようになった。
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	視力:老眼のため眼鏡使用 聴力:普通の声で応答 自分の携帯電話を持っており、孫とよく話す(簡易登録している)。操作はできている。 意思疎通:何度も同じ質問を繰り返すことが多くなっている。
15	生活リズム	妻の生活に合わせて起き、妻と一緒に外出しないときは、ほとんど自宅内でテレビを見て過ごす。夜間1回程度起きているが、不安になると妻を起こし、なかなか眠れない様子。 妻も膝が痛いこともあり、ストレスになってきている。
16	排泄の状況	尿意・便意あり 日中6～7回、うち夜間1回、排便は1日1回
17	清潔の保持に関する状況	妻が入浴を促し、その日の服の準備や洗濯もしている。寝具は季節相応で日常的に妻が調整している。爪切りは、まめに自ら行っている(習慣のようである)。
18	口腔内の状況	口腔の状態:齲歯、痛み、出血はないが、歯茎の腫れあり。全部自分の歯。乾燥傾向。自分で歯磨きをしているが、妻は確認していない。定期的に年1回妻と歯科検診を受けている(但し、今年はまだ行っていない)。
19	食事摂取の状況	好き嫌いはないが、どちらかというと肉を好んで食べる。食欲はある。朝6時(パンやサラダ)、昼は12時、夕飯(晩酌お酒コップ1杯)18時と大体同じ時間に摂取している。朝食はできる範囲、自分で準備し、妻は好きなようにさせている。間食の習慣はあまりない。水分(1800mL程度:朝は、牛乳+コーヒー500mL、昼は、コーヒー300mL、夜は、お酒500mL、食事から水分摂取)
20	社会との関わり	昨年春まで町内会の行事にも積極的に参加していたが、認知症発症後、準備に時間がかかるようになり退会した。認知症の症状が進行するとともに、他者

		との交流に支障をきたし(同じ話を何度も繰り返し収拾がつかなくなる)、妻の判断で参加を取りやめる。 詩吟が趣味。昭和64年に資格を取得したが、認知症発症で詩吟の会に通えなくなった。 車の免許は返納。外出の機会もほとんどなくなった。
21	家族等の状況	主介護者:妻(膝が痛いことがある) 家族の状況:妻がいないとAさんは不安になる。長女は、隣町ですぐ来られるが働いているため、休みのときにほぼ毎回様子を見に来ている。他県在住の次女は同居する義理の両親の介護をしており、直接の支援を毎回は望めない。しかし、長女とは頻回に連絡は取り合っている。長女は、認知症の親をもつスーパーの同僚からいろいろと教えてもらい、自分でも調べて、認知症への関心や知識がある。また専門学校生の孫と本人の関係もよい。 周囲のサポート:日頃から地域とのかかわりがあり、関係はよい。 本人の意思よりも、妻がほとんどのことを決定している。長女は、認知症介護の情報から、父親であるAさんの意思を大事にして支援していきたいと考えている。
22	居住環境	住宅:持ち家。1階で生活している。子供部屋だった2階は使用していないが、時々2階に行く。2階に行く際、手すりはもともと付いているが、ここ1年つまりくようで、転落の危険がある。浴室やトイレ、玄関には大きい段差はない。ベッド使用。 トイレは洋式。 日当たりはよい。大きな庭があり、その手入れをしていた。 近くにコンビニエンスストアがあり、買い物はできる距離にある。
23	その他留意すべき事項・状況	特になし。

※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)