

状態に応じた多様なサービス(地域密着型サービス、施設サービス等)の活用に関する事例

基本情報に関する項目

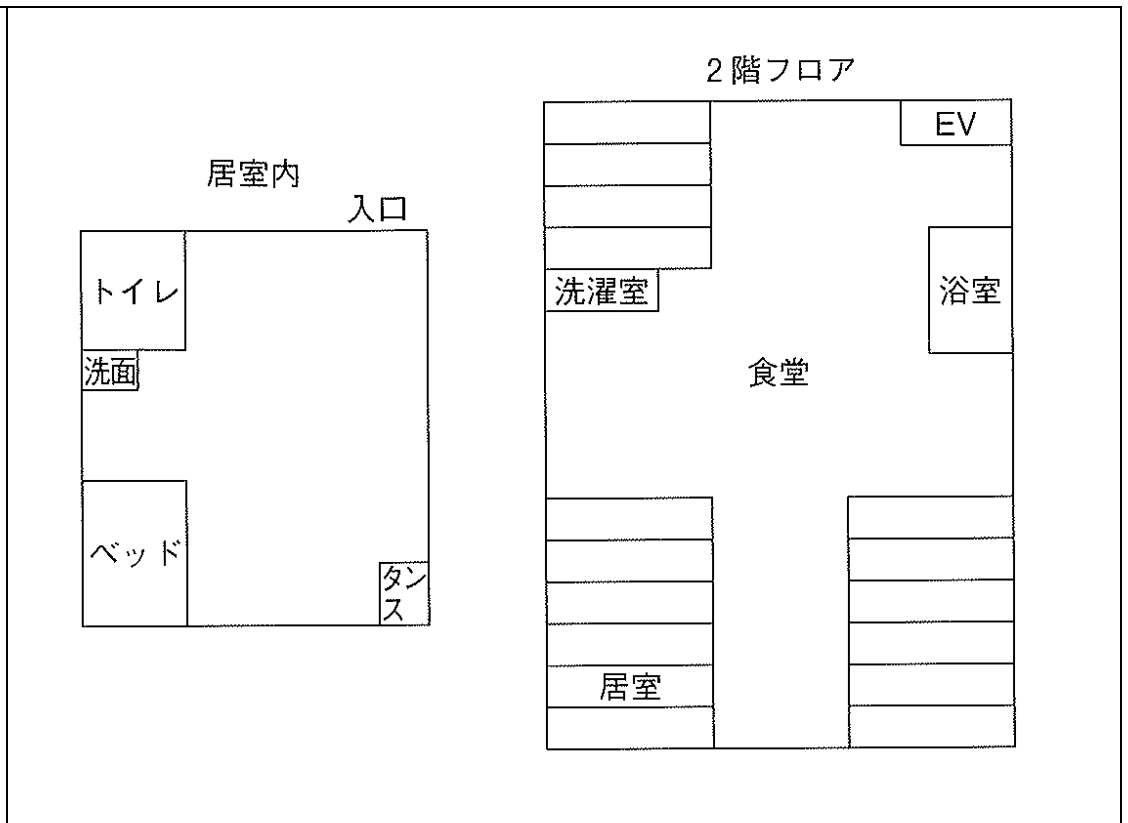
	受付年月	令和5年1月10日
基本情報	受付担当者	介護支援専門員 W
	受付経路	サービス付き高齢者向け住宅の施設長より紹介
	性別・年齢	J氏 男性 77歳
	家族状況	ひとり暮らし。妻は2年前に他界。長女夫婦は県内の他市在住 10歳離れた妹家族近所に住んでいる。
生活状況	生活歴	長崎市で生まれる。大学卒業し、就職し25歳のときに職場結婚。(妻は結婚退職)長女をもうける。営業職として60歳の定年退職まで勤める。趣味はマラソンで大会に参加していた。退職後は嘱託として2年間勤務を続けた。その後、シルバー人材センターに登録したが、体調不良により仕事を辞める。 妻が2年前に亡くなった後は、一人暮らしをしていた。近所に住む妹や姪の支援をうけてきたが、令和5年2月10日、長女夫婦の住む諫早市にサービス付き高齢者向け住宅に入居予定である
	家族状況	長崎市で一人暮らしをしていたが、令和5年2月10日、長女夫婦の住む諫早市のサービス付き高齢者向け住宅に入居予定。
保険・他法情報	介護保険(要介護3) 後期高齢者医療制度 厚生年金 難病患者医療費助成 障害者手帳(未申請。今後申請予定)	
現在利用しているサービス	現在は長崎市の自宅で、訪問診療、訪問看護(医療保険)、訪問介護、福祉用具貸与(特殊寝台・特殊寝台付属品・車いす・車いす付属品・手すり)を利用している。	
障害老人の日常生活自立度	B2	
認知症である老人の日常生活自立度	I	
主訴	初回相談者等	サービス付き高齢者向け住宅の施設長
	相談内容	これまで受けてきた妹の支援の継続が困難になり入居が決まった。 要介護認定を受けているので、介護保険サービスの利用について相談にのってほしい。
	本人・家族の要望	本人:今後、妹や長女夫婦が自分を介護することは無理だと思うので 入居を決めた。自分が希望するときに我慢することなく過ごしたい。 長女:新しい環境に早く慣れてくれるとよいと思っています。 父が望むようにリハビリをして、不便なく過ごしてほしい。
認定情報	要介護3 認定の有効期間: 令和5年1月1日～令和6年12月31日	
課題分析(アセスメント)理由	新規	長崎市より隣市諫早市に転入し、サービス付き高齢者向け住宅に入居予定。居宅介護支援事業所変更のため、当事業所で初回アセスメントを行う。 入居前の室内確認に本人・長女と同行し、面接。家具の配置などの環境確認も含め、アセスメントを実施。

## アセスメントに関する項目

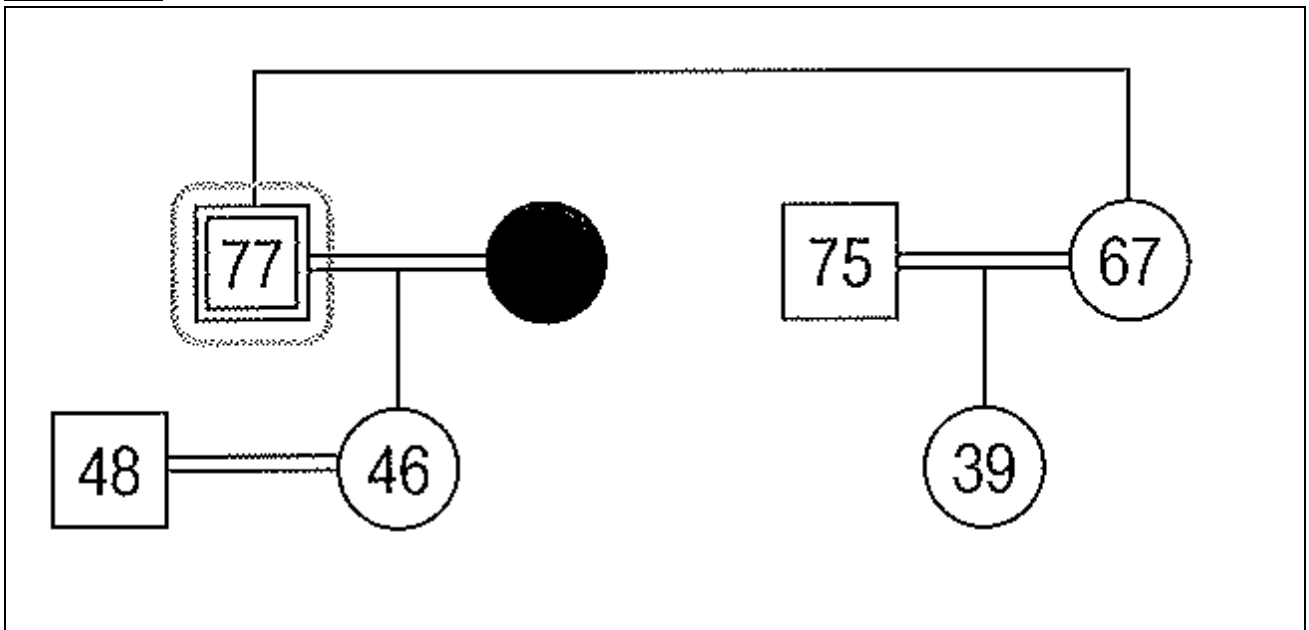
健康状態	病名	<p>逆流性食道炎、高血圧症</p> <p>多系統萎縮症(オリーブ橋小脳萎縮症)</p> <p>処方薬: 逆流性食道炎治療薬(オメプラール錠10mg 就寝前1錠) 高血圧治療薬(アジルバ錠20mg 朝1錠、アムロジピンOD錠5mg 朝1錠)</p> <p>その他: 市販の便秘薬、浣腸の使用あり</p>
	既往・病歴等	<p>73歳 逆流性食道炎、高血圧症。</p> <p>73歳秋頃 尿の出ずらさと歩きづらさ、話しづらさが出現し、複数の医療機関を受診したが原因がわからなかった。</p> <p>75歳 多系統萎縮症(オリーブ橋小脳萎縮症)の診断を受ける。症状は徐々に進行し、歩行困難である。構音障害により話が聞き取りにくい。最近飲み込みづらさを感じはじめている。排尿障害により自己導尿していたが、手杖が困難になりバルーンカテーテル留置となる。排便コントロールが不良。</p>
	主治医	<p>A在宅療養支援診療所(訪問診療)</p> <p>今後はBクリニックでの訪問診療を予定。</p>
本人のADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝返り: 支えにつかまり自力で可能。</li> <li>・起き上がり: ベッドで身体の位置を動かしにくく、介護ベッドを使用している。</li> <li>・移動: 自宅では室内は家具につかまり片手で足を持ち上げながら移動をしていた。 屋外は車いすを使用。常に頭の中は揺れている感じがしている。バリアフリーの状況であれば車いす操作は自分で行うことができる。転倒の不安から、一人のときはソファに座り動かないようにしていることが多い。入居する住宅の居室ではつかまるところがないため、歩行が困難。もっと歩く機会をもちたいと考えている。</li> <li>・立位: 手すりを持ち、反動をつけて立ち上がる。高さがないと立ちあがれない。</li> <li>・座位: 手で支え、座位を保持することができる。</li> <li>・歩行: 自宅では室内は家具につかまり片手で足を持ち上げながら移動。</li> <li>・着衣: いすに座り介助を受ける。協力動作あり。</li> <li>・入浴: 自宅で訪問看護の介助により入浴。</li> <li>・洗身: 手の届く、前のみ自身で洗身可能。他は介助。疲れているときは座位で精いっぱい。</li> <li>・食事: 手の震えがあり、スプーンで摂取している。声帯麻痺による飲み込みづらさがあるため、誤嚥に注意が必要。</li> <li>・排泄: ズボンがうまく上げられない。神経因性膀胱のため、バルーンカテーテルを留置している。歩行が不安なため、見守りがないとトイレには行かない。</li> </ul>	
本人のIADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調理: 行っていない。入居する住居の居室内に台所はなく、今後は住宅サービスでの提供を受ける予定。</li> <li>・掃除: 行っていない(ヘルパーが行っている。)</li> <li>・洗濯: 行っていない(妹とヘルパーが行っている。今後は長女が行う予定。)</li> <li>・買い物: 行っていない(今後は住宅サービスでの買い物代行を利用したり、長女が行ったりする予定)。</li> <li>・金銭管理: 金額の把握はできている。本人が依頼し、家族が預貯金の引き出しを行っている。</li> </ul>	

	・服薬管理:自分で管理し、シートから取り出して服用するが、週2〜3回飲みこぼしや飲み忘れがある。
認知	日常的な決定は自分で行える。
コミュニケーション	声帯麻痺による構音障害があり。聞きづらい。 思うように話ができず、一生懸命話そうとしてつい大声になってしまう。怒っていると思われてしまい、つらい気持ちになることもある。
社会との関わり	会社を退職した頃は、頻繁ではないものの、元同僚と連絡をとったり、趣味のマラソンに参加したりしていた。体調を崩してから行き来はない。
排尿・排便	排尿:排尿困難。バルーンカテーテル留置。手の震えがあり、尿の廃棄はできるが、周りを汚すことがあるため、介助を希望している。 排便:便秘がち。排便コントロール不良。市販の下剤や浣腸で調整しているが、効きすぎてトイレに間に合わないことがあるため、パンツ型おむつを使用している。
じょくそう・皮膚の問題	なし
口腔衛生	準備と後片付けを介助すれば、座った状態で自力で行う。毎食後の歯みがきは実施できていない。 歯の痛みはないが、虫歯がある。歯科治療は中断してしまっている。
食事摂取	むせはないが、飲み込みの際に引っかかる感じがすることがある。誤嚥のおそれがあり、見守りが必要。今後病状が進行したときの胃ろうの造設は拒否している。 1日2食。そのほかは菓子類をつまむことが多い。 身長165cm、体重73kg(BMI26.8)。
問題行動	なし。
介護力	近所に住む妹や姪が訪問し支援している。長女夫婦は諫早市に住み、定期的に訪問していた。妹からの支援の継続が困難になり、長女夫婦の住むサービス付き高齢者向け住宅へ入居し、今後の主な対応は長女夫婦が行う予定。親族関係は良好。
居住環境	サービス付き高齢者向け住宅の2階に転居予定。 施設内はバリアフリー。食堂までは10m以上の距離がある。浴室は共用。居室内にはトイレ、洗面所、冷蔵庫がある。トイレには手すりがある。
特別な状況	多系統萎縮症(オリーブ橋小脳萎縮症)の治療薬はなく、進行性の疾患で特に転倒に注意が必要。 舌根沈下により窒息等の突然死の可能性もあるため、将来は胃ろうが必要になるかもしれないと説明を受けたが、胃ろうは拒否している。

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5年2月4日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 J 殿 生年月日 (77歳) 住所 ○○県○○市

居宅サービス計画作成者氏名 W

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 居宅介護支援事業所 ○○県○○市

居宅サービス計画作成(変更)日 令和5年2月4日 初回居宅サービス計画作成日 令和5年2月4日

認定日 令和4年12月10日 認定の有効期間 令和5年1月1日～令和6年12月31日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ <u>要介護3</u> ・ 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：体が動かしづらくなり自由に動けない。進行する病気なので、転倒に気をつけながらリハビリをして、少しでも進行を遅らせ、寝たきりにならないようにしたい。 長女：新しい生活に早く慣れ、楽しく過ごしてほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	記載無し。
総合的な援助の方針	病状の変化の早期発見と対応ができるよう支援します。 新しい環境で意欲を持って過ごせるよう支援します。 緊急連絡先：R訪問看護ステーション（○○○-○○○-○○○○）
生活援助中心型の算定理由	<u>1.</u> 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 J

殿

作成年月日

令和5年2月4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	
体調を保ち、寝たきり予防に取り組みたい	病状の変化にあわせた対応ができる	R5.2.10～ R5.7.31	病気や病状について相談できる	R5.2.10～ R5.4.30	・診察療養生活の指導、助言	○	訪問診療	Bクリニック	月2回	R5.2.10～ R5.4.30	
					・緊急時の対応		居宅療養管理指導				
					・健康観察、薬の管理、服薬補助		住宅サービス	Aホーム	毎日		
					・病状の観察、療養生活の相談	医	訪問看護	R訪問看護ステーション	月1回 緊急時		
					・緊急時の対応						
			・夜間の安否確認		住宅サービス	Aホーム	夜間2時間毎（毎日）				
			転ばずに日中の活動の機会を増やすことができる	R5.2.10～ R5.4.30	・手先や足の運動、体操への参加		本人			随時	R5.2.10～ R5.4.30
					・移動、移譲、歩行、起き上がりの補助	○	福祉用具貸与	P事業所	毎日		
					・着替え、整容の介助	○	訪問介護	H訪問介護事業所	週14回		
					・リハビリの実施		訪問看護	R訪問看護ステーション	週1回		
・日中の移動支援、コール対応		通所リハビリテーション			K介護老人保健施設	週2回					
・入浴の介助	○	住宅サービス	Aホーム	随時							
					○	訪問介護	H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。

## 居宅サービス計画書（2）

利用者名 J

殿

作成年月日

令和5年2月4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
排泄の不安を減らしたい	トイレを気にせず過ごすことができる	R5.2.10～ R5.7.31	行きたいときにトイレに行くことができる	R5.2.10～ R5.4.30	・腹部のマッサージを試す		本人		随時	R5.2.10～ R5.4.30
					・日中の活動量を増やす					
					・排泄管理、バルーンカテーテルの管理	医	訪問看護	R訪問看護ステーション	週1回	
					・排尿の始末		住宅サービス	Aホーム	1日2回随時	
					・浣腸（市販薬）	○	福祉用具貸与	P事業所	毎日	
					・移動、移譲の補助		住宅サービス	Aホーム	随時	
					・排泄動作の介助	○	通所リハビリテーション	K介護老人保健施設	週2回	
・移動、以上、排泄動作のリハビリと評価	医	訪問看護	R訪問看護ステーション	週1回						
食事を美味しく食べたい	毎日の食事を美味しく食べることができる	R5.2.10～ R5.7.31	好きなメニューを楽しむことができる	R5.2.10～ R5.4.30	・食前体操に参加する		本人		毎食前	R5.2.10～ R5.4.30
					・嚥下のリハビリ、嚥下機能評価	医	訪問看護	R訪問看護ステーション	週1回	
					・歯の治療	○	訪問歯科	C歯科医院	月2回	
					・嚥下評価、食形態の評価		居宅療養管理指導			
					・食事の提供、見守り		住宅サービス	Aホーム	1日2回	
					・歯磨きの準備、後片付け	○	訪問介護	H訪問介護事業所	週14回	
		住宅サービス	Aホーム	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。

※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                                           殿

作成年月日

令和5年2月4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
新たな環境で居心地よく過ごしたい	会話を楽しむことができる	R5.2.10~ R5.7.31	自分の思いを遠慮なく伝えることができる	R5.2.10~ R5.4.30	・日常生活の不便を身近な人に伝える ・発話のリハビリ ・他社との会話の支援	医	本人 訪問看護 住宅サービス	R訪問看護ステーション Aホーム	随時 週1回 随時	R5.2.10~ R5.4.30
	快適に過ごすことができる	R5.2.10~ R5.7.31	部屋の整理整頓ができる	R5.2.10~ R5.4.30	・ベッド上の整頓 ・洗濯、片付け ・居室内の掃除	○	通所リハビリテーション	K介護老人保健施設	週2回	
							本人 家族 訪問介護	長女 H訪問介護事業所	週2回 週1回 週2回	R5.2.10~ R5.4.30

※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 2月 4日

利用者名 J 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00	見守りサービス							
	2:00	見守りサービス							
	4:00	見守りサービス							
早朝	6:00								起床(尿の廃棄)
	8:00								洗面、居室内で軽食(お菓子)
午前	10:00	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	服薬 更衣、髭剃り、歯磨き、掃除(月・木)
	12:00								体操 口腔体操・食事
	14:00	訪問看護(医) (リハビリ)	通所リハビリ			通所リハビリ			歯みがき
午後	16:00								(尿の廃棄)
	18:00								口腔体操・食事
夜間	20:00	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	更衣、歯磨き 服薬
	22:00	見守りサービス							就寝
深夜	24:00	見守りサービス							

週単位以外のサービス	居宅療養管理指導(訪問診療:第2、第4木曜、訪問歯科:第1、第3水曜)、緊急時訪問看護、福祉用具貸与(特殊寝台・特殊信大付属品・車いす・車いす付属品・手すり) 長女の訪問(主に土曜日)、住宅サービス:ごみ収集(毎日)・リネン交換サービス(水曜)・買い物代行サービス・健康観察・服薬管理
------------	---