

## 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	〇〇 〇〇
	受付方法	訪問
	氏名・性別・年齢・住所・電話番号	A・女性・80歳・〇市〇町〇丁目・123-4567-8901
	家族状況	長男(49)と二人暮らし 夫は他界(2年前) 長女(53)は他県(遠方)に嫁いでおり、現在は、看護師をしながら夫の両親を在宅で介護している。2か月に1回程度で、訪問あり。長男の医療機関受診は16歳時のみ。以来、父親が生前時は医療への不信感から、長男を医療につなげることを拒否していたため、20年以上引きこもり状態が続く。長女と長男のかかわりはほぼない。 現在は入院中のため、3食摂っているが食べ残しが多い。また、入院後は左股関節痛のため歩行能力が低下している。身辺動作は自立しているが、IADL全般は行っておらず、入院前はできていた義歯の管理や服薬など、看護師に手伝ってもらっている状況である。
2	これまでの生活と現在の状況	長男との二人暮らし。過去に数回、転倒歴あり。骨折までは至らなかった。入院前の生活はADL・IADLともに自立。家事全般は本人が行う。近所のスーパー(500m)へ買い物に行き(ほぼ毎日)、地域の老人会主催のカラオケ教室(月2日)に参加していた。 長男の生活について：長男の食事・洗濯など生活に必要な家事は、本人が援助していた。 長男は自室(2階)にすることが多く、外出はほとんどしない。夕方に自室からダイニングへ降り、本人が用意した食事を自室へ運んでいた。 本人が入院中の生活は、食事については近所のコンビニやスーパーで弁当を買うくらいのことはできるので、何とかやっている様子で長女より。
3	利用者の社会保障制度の利用情報	・医療保険：国民健康保険 ・年金：国民年金
4	現在利用している支援や社会資源の状況	介護保険：要介護Ⅰ 医療保険：後期高齢者医療保険 生活保護：なし 身体障害者手帳：なし
5	日常生活自立度(障害)	AⅠ
6	日常生活自立度(認知症)	自立

7	主訴・意向	<p>本人：自宅の長男のことが心配。ただ、けがをする前と比べていろいろと体が不自由になってしまった。歩けるようになりたいが、痛みがあり、また転ぶかもしれないと思うと、歩けない。みんなが心配しているかもしれないので、老人会のカラオケ教室には参加したいと思っている。</p> <p>長女：母が要介護状態になったのはショック。弟のこともあるので、自分がもう少し協力できればいいが、自分の家族もあるし、遠距離なので2か月に1回、様子を見に行くのが精一杯。</p> <p>弟は20年前から自室に引きこもり状態。高校生のときに父の意向で精神科受診、定期通院していたが、父が状態改善の見込みがないと判断し、診療を中断した。その頃より弟と父の折り合いは悪かった。一方で、弟は母に高圧的になることはあったが暴力などはない。弟の介護力は期待できない。</p> <p>長男：(自室のドア越して)私にはどうすることもできないので、おっしゃっている意味がわからない。なるようにしかならない。</p>
8	認定情報	要介護1(令和7年9月25日～令和8年9月30日)
9	今回のアセスメントの理由	新規依頼(退院後の在宅復帰支援)

## 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	<p>左大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術後。身長:149cm 体重:38kg BMI:17.1。</p> <p>回復期リハビリテーション病院に入院中。サークル型歩行器を押して歩行可能。歩行時や足の曲げ伸ばしで左股関節痛あり。痛みの強さは10段階評価で5～6程度。消炎鎮痛剤を服用中。</p>
11	ADL	<p>○寝返り・起き上がり・移乗：自立。</p> <p>○歩行：短距離(2、3m)はゆっくりすり足で可能、それ以外はリハビリテーション科から貸与されているサークル型歩行器にて移動。屋外歩行は本人の恐怖心が強く、未実施。能力的には屋内・外ともに自立歩行可能なレベルだが、疼痛と転倒不安の強さから、自ら積極的に歩こうしないと理学療法士より聴取。</p> <p>○排尿・排便：失禁なし、自立。</p> <p>○更衣：上半身自立、下半身介助が必要(左股関節の屈曲制限+)。</p> <p>○入浴：浴槽への出入りに看護師の介助が必要。</p> <p>○沈身・洗面：自立。</p> <p>入院前のADLはすべて自立。</p>
12	IADL	入院前はすべて自立していた。家事、息子の食事の準備なども本人が行っていた。近所のスーパーにはほぼ毎日買い物に行っていた。
13	認知機能や判断能力	MMSE 29点。認知機能低下なし。
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	意思の伝達は問題なし。リハビリのない時間は、同室の他患者と談笑している
15	生活リズム	<p>6時起床。午前に1時間のリハビリ。午睡30分。</p> <p>午後に1時間のリハビリ。10時就寝。</p>

		下肢痛により熟睡できないため、午前中眠そうにしていることが多い。
16	排泄の状況	尿便意正常。失敗はない。しゃがみ動作時に左股関節痛あり、動作に時間がかかる。
17	清潔の保持に関する状況	入浴と下衣の更衣は看護師の介助が必要。 衣類は着脱しやすい伸縮性の高い素材のものを着ている。 洗顔と整髪は自立。寝具は病院のベッド(2 モーター)。
18	口腔内の状況	総義歯。管理は病棟看護師。入院前は、義歯の洗浄は自己管理していた。
19	食事摂取の状況	食事は自力で摂取可能。元来より食が細く、偏食あり(魚・野菜苦手)。食事回数は 1 日 3 回、1,250kcal。1,400kcal/日目標。間食多い(スナック菓子、せんべい)。同室のほかの患者と菓子を交換している。水分量は 1 日 1.0 リットル程度。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	入院中は同部屋の人と積極的に話す。特に隣のベッドの人と仲がいい。元来社交的であるが、息子のことを詮索されたくないという理由から、カラオケ教室以外の近隣との交流はあまりしていない。
21	家族等の状況	家事を本人がすべて担っていた。長男は長年引きこもりであり、長女は遠方、夫の親の介護もあり、支援を求めにくい状況。長女が入院中に 1 度訪問、長男の訪問はなし。
22	居住環境	持ち家。2 階建て一軒家。築 30 年。玄関前に三段段差がある。浴室には夫(故人)のために手すりが設置されている。
23	その他留意すべき事項・状況	長男が引きこもりで、精神科通院歴があるが、現在は医療・福祉のつながりなし。

※住宅の見取り図(必要に応じて)

## 居宅サービス計画書（１）

作成年月日 令和 7年 10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 19年 8月 11日 住所 O市O町O丁目

居宅サービス計画作成者氏名 OO OOO

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 D居宅介護支援事業所 ・ OOO市OO町OO丁目Oー●

居宅サービス計画作成(変更)日 令和 6年 10月 10日 初回居宅サービス計画作成日 令和 6年 10月 10日

認定日 令和 6年 9月 25日 認定の有効期間 令和 6年 9月 25日 ～ 令和 7年 9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) 家でこれまでのように暮らしたいです。けがをする前と比べていろいろと身体が不自由になってしまった。家にいる息子のことが心配。退院しても息子のことが心配なので、デイサービスなどには行きたくない。歩けるようになりたいが、痛みがあるので、あまり歩けない。また転ぶかもしれない恐怖感がある。みんなが心配してるかもしれないので、カラオケ教室には参加したいと思っている。

(長女) 母が介護状態になったのはショック。弟のこともあるので、自分がもう少し協力できればいいが、自分の家族もあるし、遠距離なので、2か月に1回、様子を見に行くのが精いっぱい、弟の介護力は期待できない。

(長男) 私にはどうすることもできないので、おっしやっている意味がわからない。

(今後の方向性)  
自宅で転倒することなく、過ごせるように、歩行のリハビリテーションと痛みの管理をしていく。

**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**

疼痛管理とリハビリテーションを継続するとともに、転倒不安による過度な抑制を生じないように支援を行う。また、転倒予防のために、手すりの設置や段差の解消などの在宅環境を改善する。同時に人工骨頭置換術後の脱臼予防に対する支援（脱臼肢位の確認、日常生活動作の指導）も実施する。さらに、栄養状態改善のため、3食をしっかり摂るように食生活習慣を見直す。特にデイサービスや訪問介護で昼食摂取を促すとともに、通院時に栄養指導を継続して受ける。また、社会参加の促進のために、デイサービスや通所リハビリテーションで外出機会を確保し、本人の趣味活動にはたらきかける支援をし、生活範囲の狭小化を予防する。

〔緊急時の対応方法〕 日常と異なるとき：OO内科クリニック 意識喪失時：救急搬送  
転倒時：OO訪問看護ステーションOO-OOOOO-OOOO 長女OOO-OOOO-OOOO

**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 10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
転倒をせずに自宅で生活をしたい	再転倒および再骨折を予防しながら、自宅で生活できる	R7. 10. 15～ R8. 4. 15	屋内環境における転倒リスクを除去する	R7. 10. 15～ R8. 1. 15	①手すりの設置 ②段差の解消 ③間接照明の使用 ④居間の絨毯の固定	○	①～④住宅改修業者 福祉用具専門相談員	①～④ Eリフォームハウス	①～④ 住宅改修時	R7. 10. 15～ R8. 1. 15
			バランス・歩行能力を高める	R7. 10. 15～ R8. 1. 15	①バランス練習、荷重練習をする ②寝る前にストレッチを行う	○	①訪問リハビリテーション（OT）	①F訪問リハビリテーション事業所	①週1回（土）	R7. 10. 15～ R8. 1. 15
			歩行距離を延ばす	R7. 10. 15～ R8. 1. 15	①目的を設定した歩行練習を行う ②歩行姿勢を確認	○	①②訪問リハビリテーション（OT） ②訪問看護（看護師）	①②F訪問リハビリテーション事業所・ G訪問看護事業所	①週1回（土） ②週1回（木）	R7. 10. 15～ R8. 1. 15
術部の管理を適切に行い、痛みがなく過ごせるようになりたい	疼痛をコントロールできる	R7. 10. 15～ R8. 4. 15	指示どおり、服薬する	R7. 10. 15～ R8. 1. 15	①服薬カレンダーの使用		①本人	①本人	①毎食後	R7. 10. 15～ R8. 1. 15
			痛みの出にくい姿勢や動作で生活できるようになる	R7. 10. 15～ R8. 1. 15	②股関節に負担のない姿勢動作の指導 ③家族、介護者の正しい姿勢の声かけ ④胸腰椎移行部の除圧指導	○	②訪問看護（看護師）  ③長女による電話での声掛け、訪問介護  ④訪問看護（看護師）	②G訪問看護事業所 ③長女、H訪問介護事業所 ④G訪問看護事業所	②週1回（木） ③月2回 週2回（火・木） ④週1回（月）	R7. 10. 15～ R8. 1. 15
						○				
栄養状態を改善し、体重が増加する	食べ残しを減らし、体重が4キロ増える	R7. 10. 15～ R8. 4. 15	食べ残しを減らし、体重が2キロ増える	R7. 10. 15～ R8. 1. 15	①食事量・食事内容の確認、指導 ②通院時の栄養指導 ③食事残量のチェック	○	①訪問看護（看護師） ②通院（管理栄養士） ③本人	①G訪問看護事業所 ②O整形外科クリニック	①週1回（木） ②月1回 ③毎食後	R7. 10. 15～ R8. 1. 15
			間食の習慣を改め1日三食をとることができる	R7. 10. 15～ R8. 1. 15	④配食サービス ⑤栄養バランスのとれた昼食の提供	○	④配食サービス ⑤訪問介護	④P配色サービス ⑤H訪問介護事業所	④1日2回（朝・夕） ⑤週3回（火・木・日）	R7. 10. 15～ R8. 1. 15
家庭での役割を取り戻したい	家事（掃除・洗濯調理）ができる	R7. 10. 15～ R8. 4. 15	股関節に負担をかけないで、調理できる	R7. 10. 15～ R8. 1. 15	①調理動作の指導	○	①訪問リハビリテーション（OT）	①F訪問リハビリテーション事業所	①週1回（土）	R7. 10. 15～ R8. 1. 15
趣味のカラオケ教室に参加したい	自宅からカラオケ教室まで（約300m）を歩くことができる	R7. 10. 15～ R8. 4. 15	自宅から公園まで（約150m）を歩くことができる	R7. 10. 15～ R8. 1. 15	①カラオケ教室までの歩行訓練	○	①訪問リハビリテーション（OT）	①F訪問リハビリテーション事業所	①週1回（土）	R7. 10. 15～ R8. 1. 15

※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 10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								起床、更衣、整容
早朝	8:00	配食	配食	配食	配食	配食	配食	配食	朝食
	10:00				訪問看護(看護師)				
午前	12:00						訪問リハビリテーション		
			訪問介護		訪問介護			訪問介護	昼食
	14:00								
	16:00								
午後	18:00	配食	配食	配食	配食	配食	配食	配食	夕食
夜間	20:00								入浴、更衣
	22:00								
深夜	24:00								就寝、義歯洗浄

週単位以外のサービス	福祉用具貸与（特殊寝台・特殊寝台付属品（マットレス・ベッド用手すり・サイドレール）・タッチアップ・車いす）、シャワーチェア
	○整形外科クリニック月1回

## 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10月10日

開催日 令和7年 10月 10日

開催場所 自宅

開催時間 10:00 ~ 11:30

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:長女) 同居の長男は自室から 出てこず、不参加 ※備考	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	D居宅介護支援事業所 (介護支援専門員)	○○ ○○	Eリフォームハウス (福祉用具専門相談員)	○○ ○○	F訪問リハビリテーション 事業所(作業療法士)	○○ ○○
	G訪問看護事業所 (看護師)	○○ ○○	H訪問介護事業所 (介護福祉士)	○○ ○○		
		○○ ○○		○○ ○○		
検討した項目	<p>①現状について、②本人・家族の意向、③居宅サービス計画原案について  リハビリテーション病院○○医師への照会内容:身長:149cm、体重:38kg、BM:17.1  左股関節頸部骨折に対する人工骨頭置換術実施。術式は前側方アプローチ。脱臼肢位は左股関節の伸展、内転・外旋の複合動作なので、生活のなかでその姿勢はとらないようにする必要がある。  しかし、脱臼リスクはそれほど高くないと考える。術後経過は良好で、在宅復帰に特に問題なし。歩行は短距離であれば自立。術創部における運動時・荷重痛の訴え強く、本人の歩行意欲も低いため、リハビリテーションが進んでいない。MMSEは29点、認知は正常。骨粗鬆症で骨の脆弱性あり。転倒歴あるので再転倒に注意。栄養は摂取目標が1日1400kcalだが、偏食が強く、食事が進まないこともあり、低栄養が懸念される。本人・家族に栄養指導済</p>					
検討内容	<p>①現状について  O整形外科クリニック○○医師からは、術後の経過は良好。本人痛みの訴えあるが、荷重や運動に制限ない。鎮痛剤を出しているので経過観察。血圧や脈拍は安定している。BM 17.1と痩せ型で食事量も少なく、低栄養が懸念される。栄養の改善を行い、体重の増加・BMI値の上昇を図っていく。適度な運動も必要。服薬は自己管理できている。複数回、転倒歴があり、再転倒のリスクがあるので要注意。また生活の中で誤って脱臼肢位をとらないように。  ②本人・家族の意向について  (本人)家で長男と二人で以前と同じように基らしたいと思っている。しかし、けがの影響で身体が不自由になり、家事ができなくなったため、自分と長男の生活に不安を感じている。  (長女)弟と母親の二人に生活について不安がある。同居の弟は20年以上引きこもり状態。入院前は母が弟の食事の準備などをしていたため、弟の介護力は期待できない。自分は遠方で義理の両親の介護もある為、力になれないことを悔やんでいる。  ③居宅サービス計画書原案について  ①食事面含め家事全般の支援現状:本人が家事全般を取り仕切るのは難しい。特に食事面は課題である。デイサービスおよび訪問介護と配食サービスを利用して三食摂取できるよう支援する。  家事については、訪問リハビリテーションにて、料理など軽負荷の家事動作から練習していき、手術前レベルのIADL獲得を支援していく。その過程において、訪問介護を導入し、掃除や洗濯、買い物などの支援を実施する。  ②栄養改善:間食習慣を改め、三食をしっかり摂る食生活習慣を整える。デイサービス・訪問介護によって、特に昼食摂取を促し、併せて、通院時の栄養指導を実施していく。1400kcal/日の摂取が目標だが、達成できていない場合は、食事内容の変更を検討していく。  ③転倒予防:手すりの設置、段差の解消、間接照明の導入、絨毯の固定など在宅環境を改善し、転倒リスクを減らしていく。過度な歩行の抑制を招かないために、訪問リハビリテーションを通じて、荷重・歩行への自己効力感を高めていく。同時に左下肢への荷重練習を中心としたバランス能力の向上支援をし、歩行能力向上を図っていく。  ④受傷前の生活レベル回復を目指した支援:訪問リハビリテーションにより、屋内歩行の安定および屋外歩行の再獲得を目指す。また家事動作の獲得について、調理などの比較的軽度で股関節への負荷量が少ない動作から再学習し、順次買い物や掃除など負荷量の多い動作を獲得していく。  ⑤同居の長男への対応・支援</p>					

結 論	居宅サービス計画書の原案に変更なし。本人・家族からは居宅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 (次回の開催時期)	転倒予防に対する対策をしっかりと行うように指示あり。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 8 日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①歩行能力の低下	②左股関節痛（運動時・荷重時）	③低栄養
		④引きこもりの長男	⑤	⑥
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 屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	短距離歩行（2、3m）可能。すり足。それ以上の距離は歩行器歩行
食事	食事内容 支援なし 支援あり 食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助 調理 自立 見守り 一部介助 全介助	③	改善 維持 悪化	元来より、食が細く、偏食あり（魚・野菜苦手）。食事回数は1日3回、1,250kcal。間食が多く、食事摂取量は少ない。水分量は1日1リットル程度。食事は自力で摂取可能。嚥下障害やアレルギーなどの問題なし。1,400kcal/日 目標
排泄	排尿・排便 支援なし 支援あり 排泄動作 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	尿得意正常。失敗はない。
口腔	口腔衛生 支援なし 支援あり 口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	舌・口腔内異常なし。
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	服薬管理を看護師が手伝うことあり。
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	入浴は浴槽への出入りに看護師の介助が必要。洗身は自立。
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	②	改善 維持 悪化	左股関節の屈曲制限のため下衣の着脱に時間がかかる。
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	入院中のため実施していない。
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	入院中のため実施していない。
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	自立。
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	入院中のため実施していない。
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	入院中のため実施していない。
コミュニケーション能力	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化	意思の伝達は問題ない。
認知	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化	MMS E 29点。認知機能の低下なし。
社会との関わり	支援なし 支援あり	④	改善 維持 悪化	元来社会的ではあるが、長男のことを詮索されたくないとの思いあり。
褥瘡・皮膚の問題	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化	異常なし。
行動・心理症状（BPSD）	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	①②④	改善 維持 悪化	家事を本人がすべて担っていた。長男は長年引きこもりであり、長女は遠方、夫の親の介護もあり、支援を求めにくい状況。長女が入院中に1週訪問、長男の訪問はなし。
居住環境	支援なし 支援あり	①②	改善 維持 悪化	持ち家、2階建て一軒家。築30年。浴室には手すり設置されている（夫が使っていたもの）。シャワーチェアやトイレ台座などの福祉用具が必要である。

※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「支援なし」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。

利用者及び家族の生活に対する意向	本人：自宅の長男のことが心配。痛みがあり、また転ぶかもしれない。みんなが心配しているかもしれないので、老人会のカラオケには参加したい。 長女：自分ももう少し協力できればいいが、自分の家族もあるし、遠距離なので2か月に1回、様子を見に行くのが精一杯。 長男：（自室のドア越しで）私にはどうすることもできないので、おっしやっている意味がわからない。なるようにしかならない。
------------------	--

見通し※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6
①室内の短距離移動は、膝に手を当て、すり足になるので、つまずき・転倒に注意が必要。	転倒予防および疼痛のコントロール	1
②歩行中、左足への体重負荷で痛みが出るため、歩行距離が伸びない。また転倒への恐怖心もあり。疼痛や転倒への過度な恐怖心が活動を制限している可能性あり。	栄養状態の改善	2
③BMIが17.1、偏食あり、また間食もあるので、適正な栄養が、量・質ともに摂れていないので、低栄養の懸念がある。体重の増加とBMIの改善を目指す必要あり。	骨折前の家庭内での役割	3
④服薬・栄養の管理をすることで骨粗しょう症の予防を図る。また、服薬によって疼痛のコントロールも行っていく。	趣味のカラオケ教室への参加	4
⑤同居の長男は、20年以上引きこもりであり、亡くなった夫の方針で、医療、福祉との接点もない状況であり、長男の支援も必要となる。		

※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
R7. 9. 20	新規依頼	Dリハビリテーション病院医療相談室 MSW 内容:D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。現在大腿骨頸部骨折術後で入院加療中の A さんについて、入院中に要介護1の認定を受けた。3月末で自宅退院予定であり、在宅復帰の準備を進めたい旨、依頼あり。新規依頼受付票に記入、担当者を決定し、9月22日に病院へ訪問する旨、伝える。
R7. 9. 22	Dリハビリテーション病院医療相談室で初回アセスメント	①本人に重要事項説明書を説明。介護支援専門員の自己紹介。介護保険制度や他制度等、居宅サービス計画について説明し、本人・長女の同意を得る。重要事項説明書、契約書、個人情報利用承諾書を説明、同意を得て署名をいただき交付。介護保険被保険者証、負担割合を確認。 ②本人・長女の意向 (本人):「家にいる長男のことが心配です。ただ、けがをする前と比べていろいろと身体が不自由になってしまいました。歩けるようになりたいのですが、痛みがあり、また転ぶかもしれないと思うと、あまり歩きたくないです。みんなが心配しているかもしれないので、老人会のカラオケ教室には参加したいと思っています。」 (長女):「母が要介護状態になったのはショック。弟のこともあるので、自分がもう少し協力できればいいが、自分の家族もあるし、遠距離なので2か月に1回で様子を見に行くのが精一杯。 弟は20年前から自宅に引きこもり状態。高校生のときに父の意向で精神科受診、定期通院していたが、父が状態改善の見込みがないと判断して診療中断した。その頃より弟と父の折り合いは悪かった。一方で弟の介護力は期待できない。 ③今後の予定 担当 OT の退院時訪問指導(家屋調査)に同行することとする。 家屋調査日:10月1日予定
R7. 9. 27	家屋調査日程調整	10月1日に予定されており、同行することを本人・長女と病院側に承諾を得る。福祉用具・住宅改善事業所の選定について、本人・長女と打ち合わせ。〇〇事業所に依頼することとする。長女は家屋調査に立ち会えなくなったと連絡あり。
R7. 9. 29	家屋調査日程調整	10月1日の家屋調査(退院前訪問指導)に作業療法士を同行することとする。
R7. 10. 1	家屋調査実施 14:00~15:00 本人・対応者:B・作業療法士・福祉用具専門相談員・介護支援専門員・住宅改修業者	入室後異臭あり。玄関先にゴミが散乱している。本人より「息子が放ったのだろう」と。長男は自室(2階)にいる様子。階下から家屋調査で訪問した旨声をかけるも反応なし。  2階に上がり、長男自室のドア越しで、本人の状況・退院に近いことを説明し、本日訪問の目的を伝える⇒ 長男:「私にはどうすることもできないので、おっしやっている意味がわかりません。なるようにしかありませんまい」  本人より再度説明すると、部屋の中から壁を2回叩く音あり。 本人より「これは、(長男が)わかったといをいう合図だ」と発言あり。長男の了解を得たと判断し、家屋調査を実施。  作業療法士(OT)と本人で動線確認。 本人は特に起居動作、移乗、トイレ動作、入浴動作についての不便や困難を報告していない。 玄関前の段差:20cmの段差があり、自力での昇降は不可能。 自宅内移動:壁や廊下に置かれている荷物を伝いながら移動可能。 居間の絨毯:転倒の原因となっている。 寝室の寝具:入院前より簡易ベッドを使用。 浴室:入口の段差が20cmあり、浴槽の深さは65cm。

		<p>トイレ:入院前と同様に使用可能。 屋外移動:疼痛のため長距離歩行が困難。</p> <p>評価として、玄関前の段差:自力で昇降可能だが、安全性を高めるために手すりが必要。 玄関の段差:自力での昇降が不可能で、ステップ台が必要。 自宅内移動:廊下に荷物が置かれていることが移動の障害となっている。 居間の絨毯:転倒のリスクがある。 寝室の寝具:立ち上がりが難しい。 浴室:浴室入口はすでに手すり設置あり(夫のために取りつけたとのこと)。浴槽の出入りは介助が必要。シャワー浴なら自立可能。転倒リスクが高い。 トイレ:立ち上がりに若干の困難がある。 台所:特に危険箇所はなし。食器の出し入れや調理動作を確認。簡単な料理ならできそうであると OT より。 屋外移動:疼痛と転倒不安感強い。 対応として、 玄関前:横壁に縦手すりを設置する。 玄関:視認性を向上させるため、実際に置く踏み台と玄関床と別色にする。 自宅内移動:新聞や広告類の束を撤去し、廊下に横手すりを設置する。 居間の絨毯:冬場の暖房効果も考え、撤去せずに、めくれ上がりを防ぐため端を固定する。床材と絨毯は明度と色相に差をつける。 寝室:高さが低く立ち上がりが難しいのでモーター付きベッドに変更する。タッチアップも設置。夜間の移動のために間接照明を設置する。 浴室:出入り口の段差については、手すりを設置しても転倒リスクありと OT 判断。 トイレ:便座からの立ち上がり補助のために縦手すりを設置する。 屋外移動:本人の疼痛と恐怖心があり、実施困難。</p>
R7. 10. 3	退院時カンファレンス日程調整	<p>D リハビリテーション病院医療相談室 MSW と退院時カンファレンスの日程調整。 10月8日 13:00～退院時カンファレンス設定される。</p>
R7. 10. 8	<p>退院時カンファレンス D 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 13:00～14:00</p>	<p>本人:「家にいる息子のことが心配です。退院しても息子のことが心配なので、デイサービスなどには行きたくないです。この前、OT の先生と一緒に久しぶりに自宅に帰り、ある程度移動できたので安心しました。屋外での歩行はまだ難しいので買い物には行けないと思います。風呂はシャワーで済ませようと思っています。あと、簡単な調理ならできそうです」</p> <p>参加者からの情報 医師:人工骨頭置換術(BHA)術後。 術後経過は良好で、特に問題ない。左股関節の伸展・内転・外旋の複合動作は、脱臼肢位なので禁忌だが、通常の生活動作をしていくなかでは特に危険はない。現状、在宅復帰可能。しかし、疼痛の訴え強く、本人の歩行意欲も低いため、リハビリテーションが進んでいない。MMSE29点。骨粗鬆症で骨の脆弱性あり。転倒歴多いので再転倒に注意が必要。身長149cm、体重38kg、BMI:17.1でやせ、低栄養疑い。栄養指導済み。</p> <p>看護師:室内、病棟内は歩行器を押して自立。自室内であれば歩行器にて移動可能。食事は偏食あり、残すことが多い。服薬管理は本人で管理可能。円背あり、長時間同じ姿勢で座っていると腰骨が出ているところに発赤が出現するので、入浴時に観察・軟膏湿布している。</p> <p>栄養士:食が細く偏食があるので、低栄養の可能性があり。以下の点を指導。①1日の摂取カロリーの目安は約1400kcal。②食事は1日3回、規則正しくバランスよく摂り、欠食や偏食は避ける。配色サービスも検討してみても。③カルシウムは牛乳や乳製品、小魚、緑黄色野菜、大豆製品などを多く摂る。1日に必要なカルシウムの量は約800mg。牛乳やヨーグルトなどの乳製品は吸収率が高いので、毎日摂る。④ビタミン D はカルシウムの吸収を促進するはたらきがあり、1日に必要なビタミンDの量は約5.5</p>

		<p>ug。晴れた日には外出して日光浴をする。どうしても間食が止められない場合、せんべいやスナック菓子、大福などではなく、果物やナッツ、チーズなどを選ぶ。⑤飲み物は水やお茶など無糖の物を選ぶ。3か月後のBMI(体格指数)を18.5以上にすることを目標とする。現在のBMIは17.1なので、体重を40kg以上に増やす。</p> <p>作業療法士:下衣の更衣動作が自立していない。左股関節を70度以上曲げると痛みの訴えが強くなるが、ベッド上で長座位をとれる。また、他動的に屈曲すると90度以上屈曲可能なので、逃避反射の疑いあり。同様に股関節を曲げる必要がある。浴槽まがなどの生活動作に支障あり。脱臼部位については、左足を後ろに強く反らしたり、高いところの物をとるなどするとき股関節の伸展と捻りが加わらないように指導している。イラスト入りの危険動作についてのパンフレットを渡している。家事動作については、ADL室にて調理の練習を行っている。20分くらいであれば立っていられるようになった。掃除などの股関節屈伸運動が入る家事動作は、禁止ではないがまだ難しい。</p> <p>理学療法士:歩行は歩行器を押して自立。左股関節の運動時・荷重時痛の訴え強く、長い距離の歩行訓練はできていない。痛みはVASにて5～6/10。また、両膝に手についての歩行も可能だが、左下肢荷重を避けるように歩くので、右下肢に負担がかかっている。その際は、すり足様の歩行となるため、つまずきなど転倒につながる危険性があり、両足均等に体重をかけて、下肢の振り出しを大きくするような練習をしている。能力的には屋内・外ともに自立歩行可能なレベルだが、疼痛と転倒不安の強さから、自ら積極的に歩こうとしない。</p> <p>MSW:長女から情報で、同居の長男は20年引きこもり状態であると。身体的な障害はない。長男の食事の準備や洗濯などの家事は本人がしていた。本人入院中は、長男が一人で家にいるが、食事などは自分で近所のコンビニに買い物に行っている様子。長男は医療や福祉サービスは利用していないとのこと。受診が必要なレベルなのかの判断もつかない。母への暴力等はないと長女より聴取している。</p> <p>※【本人・家族の意向を踏まえた退院後の支援】</p> <p>①通院はかかりつけ医の△整形外科クリニックの○医師とする。</p> <p>②服薬管理・背中の発赤観察のため訪問看護師の指導を受ける。</p> <p>③転倒予防のための住宅改修。手すりの設置や絨毯の変更</p> <p>④歩行能力・バランス能力向上。股関節可動域拡大、更衣動作能力・家事動作能力向上のために訪問リハビリテーション事業所で作業療法士の指導を受ける。</p> <p>⑤栄養改善のための訪問栄養食事指導を導入。調理が困難であるため、当面訪問介護・配食サービスを利用。</p> <p>⑥自宅での入浴はシャワーとする(特定福祉用具:シャワーチェア購入)。</p> <p>⑦起居動作を円滑に行うため、特殊寝台を貸与。通院時の車いすの貸与。</p> <p>⑧長男への接触については引き続きはたらきかける。</p>
R7. 10. 9	<p>長女に長男の様子について聞く</p> <p>地域包括センターに相談</p>	<p>長女と家屋調査の日程確認、なるべく当日は長女に参加してほしい旨伝える。また、入院中の居宅内の様子を聞く。自宅の中は、長男の衣類などが散乱していた。長男は食事はコンビニ弁当を食べている様子。空き容器も散乱していたので、片づけたが、家屋調査や今後サービスを利用した際に支援者が自宅を訪れることによる長男の反応が心配との発言あり。</p> <p>長女より、家屋調査について長男に伝えたところ、長男が支援者の訪問を拒否していると連絡あり。当日は必要最低限の人数で行くと再度伝えてもらうと、納得したと。包括と長男の支援について相談</p> <p>包括経由で基幹相談支援センターを紹介してもらう。</p> <p>現状では長男の情報が少ないので、本人への聴取を行い、基幹相談センターに相談することとする。</p>

R7. 10. 10	病院訪問・退院日 決定 サービス担当者会 議開催 所宅サービス計画 書交付 サービス利用票交 付	退院日10月15日に決定 住宅改修実施、特殊寝台・タッチアップ手配。 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に記載
------------	---	---