

## 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17日
	受付対応者	F 介護支援専門員
	受付方法	電話
	氏名・性別・年齢・ 住所・電話番号	A・男性・75歳 H市 ○○○-○○○○-○○○
	家族状況	一人暮らし。 妻Bは、60歳の時にA氏が仕事中に脳梗塞を発症し、A氏が帰宅して倒れているのを発見。そのまま緊急搬送、入院した。入院中の妻の世話はほぼ次女が実施。妻は治療中、肺炎を発症し令和5年6月に死去する。次女は、事務職としてA氏の会社手伝いをしていたが、子育てのため退職。隣に住んでいることもあり、ほぼ毎日のように行き来をしている。 長男と長女は、お盆と年末に顔を出す程度である。子ども同士はかなり仲がよく、いつも連絡を取り合っている。
2	これまでの生活と 現在の状況	H市に生まれる。地元の大学卒業後、建築士として建築会社に勤務し、26歳のとき、同じ会社の事務職をしていたBと結婚し、3人の子どもに恵まれた。独立して小さな建築会社を立ち上げ、会社を軌道に乗せるために働きづめて妻にも苦勞をかけたと話す。 60歳のとき、健診で血圧やレントゲンにて循環器の受診を指摘されていたが放置。A氏の父親は心筋梗塞で死去していた家族歴がある。65歳のとき、仕事の休憩時、喫煙中に心臓の強い痛みがあり、声も出せずにいたところ、次女が来て救急車を呼び、搬送された。即日G循環器病院にて急性心筋梗塞と診断を受け、冠動脈ステント留置術、6日間の入院。それから禁煙するとともに、少しずつ仕事を減らし、次女の婿に会社をほぼ任せていた。 A氏は自治会長を務め一生懸命であったが、心筋梗塞発病後は自治会長を退き、自治会の集まりや行事への参加をやめている。仕事は軽く継続(事務・監督)していたが疲れやすく、体力や筋力も低下傾向であった。車でドライブが好きだが、次女から免許の返納を促されている。特に趣味といったものもなく、仕事一筋。次女の子どもが生まれたことで、孫との時間が楽しみであり、孫と一緒に旅行したい、まだまだ働きたいと思っていた。
3	利用者の社会保 障制度の利用情 報	I 割負担 医療情報：後期高齢者医療保険 障害者手帳なし 生活保護なし 公的年金:月17万
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)	A2
6	日常生活自立度 (認知症)	I
7	主訴・意向	<p>【相談内容】</p> <p>令和 5 年 12 月に妻が脳梗塞で入院。食事管理していた妻が入院してから、A 氏は食べたり食べなかったりし、外食も増え、生活が乱れ始めた。令和 5 年 6 月に妻が死去後、葬儀等の諸手続きなどによるストレスから、タバコとアルコールが進み、令和 5 年 11 月中旬に呼吸困難が出現し、緊急入院となった。急性心不全で胸水貯留があり、ICU で人工呼吸管理・薬物療法で全身状態が改善し、冠動脈造影で狭窄があったため、冠動脈ステント留置術を行った。ICU で 10 日ほど臥床を強いられ、ADL 低下がみられたため、リハビリテーション、内服薬の調整を行った。塩分制限が必要であり、慢性心不全看護認定看護師をはじめとする心不全患者医療チームが介入し、令和 7 年 1 月下旬、心臓リハビリテーション目的で回復期病棟に転棟。その後、在宅への目途が立ち 5 月 1 日に退院の運びとなる。退院後の生活について相談したい旨の相談があった。</p> <p>【本人・家族の要望】</p> <p>A 氏: 今回のように症状が出ることを心配している。再発しないように、しっかり制限などは守っていきたい。次女には迷惑をあまりかけたくはないが、少しの間、助けてもらい、体力を戻したい。</p> <p>次女: ダメなものはダメとしっかり言ってほしい。今回のことで一緒に住むことを強く勧めているが、本人は相変わらず生活は一人で大丈夫と言う。上の二人(長男と長女)も心配している。</p>
8	認定情報	<p>認定日 令和 7 年 4 月 25 日</p> <p>認定の期間 令和 7 年 5 月 1 日～令和 8 年 4 月 30 日</p> <p>要介護 2</p>
9	今回のアセスメントの理由	<p>新規居宅サービス計画作成</p> <p>退院時アセスメント</p>

## 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>入院中。疾患名：急性心不全</p> <p>身長・体重：165 cm 76 kg BMI ; 26.9</p> <p>血圧 130-140/90-100 服薬 抗凝固薬・血栓予防薬(1日2回朝・夕)、降圧薬・心不全治療薬(1日3回)、胃保護剤(朝食後1回)、漢方(朝、夕)、利尿剤(朝食後1回)</p> <p>(アスピリン錠 100mg 1日1回(血栓・塞栓形成の抑制)、プラスグレル塩酸塩錠 10mg 1日1回(4か月後、同 5mg 1日1回)(抗血小板剤)、ボノプラザンフマル酸塩錠 10mg 1日1回(消化性潰瘍薬)、サグビトリルバルサルアン錠 50mg 1日2回(100mg)(心不全治療)、カルベジロール錠 12.5mg 1日1回(持続性高血圧・狭心症治療剤)、アトルバスタチンカルシウム錠 40mg 1日1回(家族性高コレステロール血症薬)、アムロジピン錠 5mg 1日1回(持続性 Ca 拮抗薬)、ニコランジル錠 5mg 1日3回(15mg)(狭心症治療剤)、アゾセミド錠 60mg 1日1回(利尿作用)、トルバプタン錠 7.5mg x 1(腎集合管でのバソプレシンによる水再吸収を阻害)、エサキセレノン錠 2.5mg 1日1回(高血圧症))</p>
11	ADL	<p>○寝返り：自立</p> <p>○起きあがり：自立</p> <p>○移乗：自立</p> <p>○歩行：自立、すぐ疲れる。入院中はリハビリテーション実施。</p> <p>○排尿・排便：トイレは洋式、自立、行為に問題なし</p> <p>○更衣：自立</p> <p>○入浴：院内は、見守り、自宅で湯に入り長風呂(肩までゆっくりつかる)。週3回入浴している。</p> <p>○洗身：自立</p> <p>○食事：自立</p> <p>○洗面：いすに座り自立</p>
12	IADL	<p>○調理：もともと習慣がない。次女が塩分に気をつけ、調理したものを持参。あとは総菜を食べている。配食を頼んだが妻が入院してから食べずに残すため、やめた。</p> <p>○服薬：自立。定期的に指示どおり服薬していたが、不規則な生活になって服薬も不規則になった。</p> <p>○掃除：もともと習慣がない(次女)。</p> <p>○選択：もともと習慣がない(次女)。</p> <p>○整理・物品の管理：妻がしていた。仕事での管理は本人がしていた。</p> <p>○金銭管理：家のことは妻がしていた。会社の経費等は本人が実施。</p> <p>○買い物：次女。簡単な総菜は近くのコンビニエンスストアで買い物をする。</p>
13	認知機能や判断能力	特になし
14	コミュニケーションにおける理解と表	聴力：老眼のため眼鏡を使用しはじめ、新聞よりテレビを多く見るようになった。

	出の状況	聴力：普通の声で応答 意思疎通、会話に問題なし。
15	生活リズム	妻の入院・死去がストレスとなり、生活リズムが不規則になった。睡眠時間が短くなり、休息が十分とれなくなった。
16	排泄の状況	尿意・便意あり 日中 5-6 日、夜中 2 回、排便は 3-4 日に 1 回、便秘傾向。
17	清潔の保持に関する状況	入浴は、長湯で週 3 回行っている。肩までゆっくりつかる。
18	口腔内の状況	口腔の状態：総入れ歯、出血なし。歯肉の腫れはなし。義歯洗浄は自分で実施（義歯洗浄剤使用）。夜は外す。入れ歯はつくり直している。就寝前に歯磨きをしているが夜遅いとそのままにしていることもある。
19	食事摂取の状況	次女が塩分に気をつけて調理したものを持参。あとは総菜を食べている。配食弁当を食べていたが、妻の入院後、食べずに残すためやめた。 入院中は心臓病食。塩分制限 6g 未満。味が無いと言ひ、残すことが多い。 入院前はタバコは 1 日 15-20 本。一時期、禁煙していたが妻の死後、また吸い出した。 アルコールは晩酌で毎日毎晩ビール 500ml を 3-5 本は欠かせない。水分のバランスが崩れている。
20	社会との関わり	もともと人とかかわりを大事にしている。自治会会長として若い人にも頼られ、面倒見がよかった。地域の会合などには次女の婿が参加してくれるようになり、あまり参加しなくなったと話す。
21	家族等の状況	主介護者：次女 家族の状況：長男・長女は、他県在住のため、介護は望めないが協力的であり、次女との関係もよい。次女は隣に住んでおり、すぐ駆けつけられるが、育児の真っ最中である。1 回目の発症時に、次女は心筋梗塞についていろいろ調べたり、周りに聞いたりし、A 氏に口うるさく指導していた。A 氏の妻が脳梗塞で入院してから育児と介護にかかりきりとなった。時々、長男嫁と長女が手伝いに来る。 周囲のサポート：日頃より地域とかかわりがあるため、協力は得られそうである。
22	居住環境	住宅：持ち家。隣続きで会社があり、寝室は 2 階。1 度目の発症時に、タイル浴室だったが、温度設定できる脱衣室・浴室に改修し、トイレも同じく改修している。その際、2 階の寝室にベッドを入れ、階段には手すりが設置されている。玄関に大きい段差はない。玄関フードつき。トイレは洋式。会社を挟んで隣の家が次女宅。 日当たりはよい。地域柄、寒暖差がある。冬はストーブを利用している。
23	その他留意すべき事項・状況	特になし。

## 居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和 7年 4月 17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25年11月19日 住所 H市

居宅サービス計画作成者氏名 F

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 F居宅介護支援事業所・〇〇市〇〇町

居宅サービス計画作成(変更)日 令和 7年 4月 17日 初回居宅サービス計画作成日 令和 4年 10月 26日

認定日 令和 7年 4月 25日 認定の有効期間 令和7年 5月 1日 ~ 令和 8年 4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	A氏：今回のように症状が出ることを心配している。再発しないように、しっかり制限などは守っていきたい。次女には迷惑をあまりかけたくはないが、少しの間、助けてもらい、体力を戻したい。 次女：ダメなものダメとしっかり言ってほしい。今回の入院で一緒に住むことを強く勧めているが、本人は相変わらず生活は一人で大丈夫と言う。上の二人（長男と長女）も心配している。  今後の方向性：心臓に負担のかからない生活機能を維持できるよう、服薬・症状や疾患に対する不安への支援をしつつ、体調の変化、ストレスを早期発見・早期対応ができる体制を整え、適切な活動ができるようにしていく必要がある。
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	再発の予防ができるリスク管理と生活機能を維持できる支援をし、また再発の早期発見・早期対応が可能になるようケアチームで態勢を整えます。医療との連携を図りながら新機能の評価に基づく適切なリハビリテーションにより体力・筋力を維持し、Aさんが望んでいる交流や仕事・家庭での役割を持ち、友人等とも交流できるよう支援していきます。 環境や体調の悪化（ストレス、息切れ、咳、呼吸困難、動機、不眠、体重増加など）が見受けられた場合は、下記へ連絡する。 次女 ⇒ 訪問看護 ⇒ G循環器病院 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 胸痛・意識低下 ⇒ 救急車にてG循環器病院 長男 〇〇-〇〇〇〇 長女 〇〇-〇〇〇〇
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 4月 17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
再発・再入院を予防したい	再発を予防できるよう自己管理ができる。	R7. 5. 1～ R7. 10. 31	指示どおり服薬ができ、日常の状態を把握し、異常に早く気が付く。	R7. 5. 1～ R7. 7. 31	①日常の状態把握 ②薬の管理・服薬 ③定期受診介助 ④手帳（セルフモニタリング）に服薬状況の記載		①②③④ 本人・次女夫婦		毎日	R7. 5. 1～ R7. 7. 31
			定期的な受診（月1回）により体調を整える。	R7. 5. 1～ R7. 7. 31	①診察・治療・検査・処方、療養上の助言・指示 ②緊急時の対応 ③処方・服薬管理の指導	○	①②③G医師、外来看護師、かかりつけ薬局 ①②③訪問看護 ③かかりつけ薬剤師	G病院 薬局 J訪問看護ステーション	①②③ （月1回） 週1回	R7. 5. 1～ R7. 7. 31
	再入院の予防ができるように食生活をコントロールできる。	R7. 5. 1～ R7. 10. 31	塩分6g未満の食事を維持できる。	R7. 5. 1～ R7. 7. 31	①食事の準備 ②ビールは500ml 1本以下にする ③体重測定 ④栄養バランスのとれた夕食の提供 ⑤ヘルパーとともにコンビニエンスストアでの買い物、昼食メニューを考え、一緒に作る	○	①通所リハビリテーション ②③本人 ④次女 ⑤訪問介護	K通所リハビリテーション Mヘルパーステーション	①週3回 （午後のみ） ②③④ 毎日 ⑤週3回	R7. 5. 1～ R7. 7. 31
	心臓に負担がかからない入浴ができる。	R7. 5. 1～ R7. 10. 31	次女の見守りのもと、心臓に負担がかからない入浴ができる。	R7. 5. 1～ R7. 7. 31	①室温、湯の温度確認 ②湯に入る時間の確認 ③入浴後の安静確保		①②③本人・次女		①②③ 週3回	R7. 5. 1～ R7. 7. 31
生活リズムを整えたい。	心機能に適した活動量を維持し、生活リズムを整える。	R7. 5. 1～ R7. 10. 31	心機能に適した活動量を維持できる。	R7. 5. 1～ R7. 7. 31	①運動・活動評価と指導 ②運動メニューの実施 ③自己リハビリの実施 ④手帳（セルフモニタリング）に運動状況の記載	○	①②通所リハビリテーション ③④本人	K通所リハビリテーション	①② 週3回 ③④毎日	R7. 5. 1～ R7. 7. 31
			仕事や消防団の仲間と交流する。	R7. 5. 1～ R7. 7. 31	①事務仕事の維持 ②次女の夫とともに自治会の行事に参加		①本人・次女夫婦 ②本人・次女の夫	Mヘルパーステーション	①週3回 ②年2回	R7. 5. 1～ R7. 7. 31
ストレスを防ぎ、ストレスが生じた場合は、早めに対応したい。	不安や心配事が生じた場合はケアチームや家族に相談できる。	R7. 5. 1～ R7. 10. 31	休養・睡眠が十分取られ、生活リズムが維持できる。	R7. 5. 1～ R7. 7. 31	①不安や心配事は、ケアチームや家族に相談する ②手帳（セルフモニタリング）に睡眠状態の記載		①②本人・家族		毎日	R7. 5. 1～ R7. 7. 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。

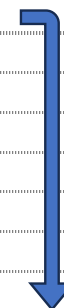
第3表

## 週間サービス計画表

作成日年月日 令和 7年 4月 17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								排尿
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	朝食・服薬
午前	10:00							自己リハビリ	事務仕事 自己リハビリ
	12:00	通所 リハビリ	コンビニ・リハビリ 食事(ヘルパー)	通所 リハビリ	コンビニ・リハビリ 食事(ヘルパー)	通所 リハビリ	コンビニ・リハビリ 食事(ヘルパー)		排尿 昼食 事務仕事
午後	14:00		訪問看護						
	16:00								排尿 自己リハビリ
	18:00		入浴		入浴			入浴	排尿・孫の世話
夜間	20:00	夕食(次女宅)	夕食(次女宅)	夕食(次女宅)	夕食(次女宅)	夕食(次女宅)	夕食(次女宅)	夕食(次女宅)	義歯洗浄・服薬 次女と共に実施
	22:00	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	セルフモニタリング	
深夜	24:00								排尿・就寝



週単位以外  
のサービス

月 1 回 G 病院受診（次女夫婦同行）、緊急通報システム

## サービス担当者会議の要点

利用者名 A殿

作成担当者 F介護支援専門員

作成年月日 令和7年 5月 1日

開催日 令和7年 5月 1日

開催場所 自宅

開催時間 14:00～16:00

開催回数 1

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者,家族の出席 本人:【 A 】 家族:【 E次女 】 E次女の夫	K通所リハビリテーション (理学療法士)	看護師:G	G病院神経外科 (慢性心不全看護認定看護師)	G	Mヘルパーステーション (管理者)	M
	K通所リハビリテーション (相談員)	介護支援専門員F	居宅介護支援事業所 (介護支援専門員)	F		
	G病院脳神経外科 (社会福祉士)	I	J訪問看護ステーション	J		
検討した項目	①入院時の状況と留意点、リスク ②本人と家族の意向③居宅サービス計画原案について ④その他モニタリング事項					
検討内容	<p>①慢性心不全看護認定看護師:呼吸困難が出現、急性心不全のため緊急入院し、冠動脈ステント留置術を行った。治療の継続と生活習慣の見直しが必要とされる。体力低下・筋力低下がみられる。回復期病棟にて心臓リハビリテーションを進めていたところ。入院中に心不全手帳を用いて生活についての留意点や自分で管理チェックを習慣にもらえるように指導・助言し、一緒に検討した。また、外来診察時には心不全手帳を確認し、退院後には、内服薬をきちんと飲んでいるか、心不全兆候はないかなど確認してほしい。退院後、自宅に帰り、生活に沿った内服方法やセルフ管理方法、活動方法に不安がある場合は、外来を通して一緒に話し合いながら、QOLを低下させないよう、うまく生活できる方法を考えていく。</p> <p>退院カンファレンスでは、ご本人から、突然死への備えに向けた相談の言葉があった。当院取組のアドバンス・ケア・プランニングノートを説明し、記載してもらっている。これはいつでも書き直しは可能である。どんな思いも在宅の看護師に言ってもらい不安を軽くしていきたい。今後も再発リスクが高く、過度な運動は避けつつも必要なリハビリテーションの継続、訪問看護等の医療的介入が必要な状態である。心臓に負担のかかるタバコや入浴、食事などに気をつけ、規則正しい生活を心がけてほしい。禁煙と、アルコールは1日500mlビール1本以内に抑えてもらいたい。また、心筋梗塞手帳(セルフモニタリング)を記載し、自己管理に努めて、環境や体調の悪化(ストレス、息切れ、咳、呼吸困難、動悸、体重増加など)が見受けられた場合は、対応が必要</p> <p>②本人:ノートについては、書いてみたら、自分の気持ちが整理されたようで、E(次女)と婿と話すきっかけとなり、よかった。会社の今後のことも話せた。死ぬ気はないから再発しないように、しっかり制限などは守っていききたい。体力が落ちたように感じるから、風邪を引かないよう力はつけていきたい。</p> <p>次女:一緒に住むことを勧めているが、本人は、大丈夫と言うから、ケアマネジャーの提案で、食事と入浴はうちでしてもらうことにした。そのほうが私も楽。食事の間、孫の面倒をみてもらえるし。上の二人(長男と長女)も賛成してくれた。</p> <p>次女の夫:窃盗が多くなってきたので会社と自宅に警備会社のセキュリティを設置することにした。そこで、義理の父(A)の自宅にも非常押し装置を追加した。発作時の備えにも安心してもらえる。</p> <p>↓</p> <p>本人:一人でいたい、症状が出た苦痛を考えると不要だったが、これで安心できた。長女と次女の申し出により設置費用と次女宅と自宅の通路にフード設置を負担してもらえた。行き来もしやすくなったし、何とんでも自分の家が一番居心地がいい。できる仕事を継続したい。心臓に負担をかけないまいにしながら生活したい。</p> <p>③心臓に負担のかからない生活習慣を維持できるよう、服薬・症状や疾患に対する不安への支援をしつつ、早期発見・早期対応ができる体制を整え、適切な活動ができるようにしていく必要がある。緊急時の体制・連絡方法について確認する。</p> <p>④気を付ける兆候や生活について、慢性心不全看護認定看護師より再度説明を受ける。</p>					



<p>結 論</p>	<p>①②④関係者全員が、再度意向を確認したうえで、将来予測と課題分析の結果を基に今後の支援方針を共有した。  ③Aさんは居宅サービス計画書原案に同意、全員で合意した。※訪問看護指示書あり※リハビリテーション指示書あり  ○日頃の症状は空くと活動の維持が大切なため、セルフモニタリングとして朝、確認してもらい、夕方賛助と一緒に確認する時間を入れる。手帳に血圧、食事、体重、薬、症状、活動などを記載する。サービス提供時にチームの専門職で確認し、以上の早期発見に努める。→G病院を中心に行い、入院が必要な場合は、訪問看護師からI社会福祉士へ相談する。  ○定期受診と服薬管理：受診時は、次女の夫に車の運転協力してもらう。受診時には次女が同行し、情報を共有する。  ○食事：朝食はA氏の希望で自ら作り、昼食は通所リハビリテーションでの提供もしくはヘルパーと共に簡単に作る。夕食は次女が対応する。配食サービスは、あまり好まなかったようで、簡単でも自分で作る方がいいとのこと。リハビリテーションも兼ねて近くのコンビニエンスストアで総菜一品と食材を購入することにした。  ○簡単な事務仕事を自宅ですてもらう。自治会の行事に可能な範囲で次女の夫と参加する。  ○入浴：家でゆっくり入りたいとのこと、温度や時間は次女に確認してもらう。</p>
<p>残された課題  (次回の開催時期)</p>	<p>活動量・範囲による評価と実施状況の確認  本人のセルフモニタリング実施状況と次女の育児状況と併せて、必要時にはサービス増加や長男・長女の協力も検討していく。生活リズムの変化が見られたり、ストレスが掛かってきた兆候が見られたときは、速やかに受診とサービス担当者会議を開催する。   次回会議は、短期目標期間終了時。</p>

課題整理総括表

利用者名 A 殿

作成日 令和 7 年 4 月 17 日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①急性心疾患		②生活機能の低下		③体力・筋力低下	
		④喫煙・飲酒		⑤ストレスによる負荷		⑥過剰な塩分や水分摂取	
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		
	屋外移動	自立	(見守り) 一部介助 全介助	①②③	(改善) 維持 悪化	再発を恐れた過度の安静	
食事	食事内容	支援なし (支援あり)		①②③④ ⑤⑥	(改善) 維持 悪化	入院中でカロリーや塩分に配慮された病院食。 総菜等による偏った食事、ビール1日500mlを3～5本の飲酒とアルコール摂取量が多く、水分のバランスが崩れている。	
	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	①②③⑥	(改善) 維持 悪化	もともと習慣がない（次女が実施）。	
排泄	排尿・排便	支援なし (支援あり)		①②④⑥	(改善) 維持 悪化	不規則な食生活と生活リズムにより便器傾向。	
	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	(支援なし) 支援あり			改善 (維持) 悪化		
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化	不規則な就寝となると、歯磨きを忘れる。	
	服薬	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化		
	入浴	自立	(見守り) 一部介助 全介助	①②③	(改善) 維持 悪化	長湯しがち。	
	更衣	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化		
	掃除	自立	見守り (一部介助) 全介助	①②③	改善 (維持) 悪化	もともと習慣がない（次女が実施）。	
	洗濯	自立	見守り (一部介助) 全介助	①②③	改善 (維持) 悪化	もともと習慣がない（次女が実施）。	
	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	次女が実施	
	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	近くのコンビニに歩いていく。	
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		
認知		(支援なし) 支援あり			改善 (維持) 悪化		
社会との関わり		支援なし (支援あり)		①②③④ ⑤⑥	(改善) 維持 悪化	自治会活動は引退。疲れやすく、行事にも参加していない。	
褥瘡・皮膚の問題		(支援なし) 支援あり			改善 (維持) 悪化		
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)		①②⑤	(改善) 維持 悪化	次女は育児で手のかかる時期でもあるが、隣に住んでいることもあり、ほぼ毎日のように行き来している。長男と長女は、お盆と年末に顔を出す程度である。子供同士はとても仲が良く、いつも連絡を取り合っている。Aの妻Bの入院時は、手伝いに来ていた。遠方であるため、頻回の訪問は厳しい状況である。	
居住環境		(支援なし) 支援あり		①②③	改善 (維持) 悪化	1度目の発症時に、タイル浴槽だったが、温度設定できる脱衣室・浴室に改修し、トイレも同じく改修している。その際、2階の寝室にベッドを入れ、階段には手すりか設置されている。玄関に大きい段差はない。	
ストレス		支援なし (支援あり)		①⑤	(改善) 維持 悪化	妻の入院・死去がストレスとなり、生活リズムが不規則となった。	

利用者及び 家族の 生活に対する 意向	A氏：今回のように症状が出ることを心配している。再発しないように、しっかり制限などは守っていきたい。三女に迷惑をあまりかけたくはないが、少しの間、助けてもらい体力を戻したい。 次女：ダメなものはダメとしっかり言ってほしい。今回のことで一緒に住むことを強く勧めているが、本人は相変わらず、生活は一人で大丈夫という。上の二人（長男と長女）も心配している。
------------------------------	--

見通し※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
・過度の制限をせず、安心して活動範囲を広げ体力を向上させる。 ・塩分を制限し、バランスのよい規則正しい食事を摂ることで体力・体調が安定する。 1日のアルコール量は、医師の指示で1日500ml以下。楽しむ程度とする。 ・塩分を抑え、食欲を低下させずに、適切に食事をとることができる。 ・薬を服用するほどではないが、生活リズムと食生活を整えることで予防ができる。  ・不規則な生活リズムとならないよう支援していく。  ・心臓に負荷のかからない入浴の仕方を理解することで、安心して入浴できる。  ・見守りも兼ねて日常生活支援を検討する。	①再発・再入院を予防したい。	1
	②生活リズムを整えたい。	2
	③ストレスを防ぎ、早めに対応していきたい。	3
・自治会活動の参加の仕方や社会での役割を検討していくことで、社会参加や地域とのかわりを少しでも維持できるよう支援する。 ・A氏が頼りにしている次女の役割とサービスによる代替えを検討し、継続した見守りがケアチームでできるよう支援していく。 ・室内気温差が出ないように継続して確認・配慮し、心臓への悪化が防げる。 家族の問題や、生活への変化など、心理的にストレスがかかる出来事に留意していくことで、早期に介入できるようにする。不安なことへの対処に最善の意思決定ができるよう支援していく。		

※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。

## 居宅介護支援経過

年月日	項目	内 容
令和7年 4月17日	相談	G循環器病院の連携課社会福祉士I氏より、退院が決定したため在宅ケアマネジメント依頼と情報提供があり。次女には迷惑をかけないでまだ自分で生活したいという希望にて、次女の支援は受けつつ、在宅に戻る決心をした。5月退院を予定しているとのこと。そのため、在宅サービス調整のためのケアマネジメント依頼あり。4月19日(金)家族の都合にて退院時カンファレンス開催となる。長女も参加するの事を伝えられる。
令和7年 4月17日	長女と電話	退院時カンファレンス参加と今後について連絡し、意向の確認をする。 長女:施設に入るには年齢的に若いから、「家にいたい」「現役でいたい」気持ちもわかるが、まだ大丈夫と思って無理をしてしまうのが心配。突然死も考えてしまう。次女にもずいぶんと苦勞をさせている。結婚してからも家が近いからと言って頼りっぱなしになっている。金銭面の援助しかできていない。前回の入院時とは違い、今回はずいぶんと小さくなってしまった。医師からは、今度発作が起きたら命にかかわると言われている。それが不安で仕方がない。長男も同じように言っている。会社をたたんで、どんなに同居を勧めても頑固で聞き入れない。
令和7年 4月19日	退院時カンファレンス	本人、長女、次女、主治医、担当看護師、担当理学療法士、慢性心不全看護認定看護師、薬剤師、管理栄養士は参加。訪問リハビリテーション、訪問看護ステーション、介護支援専門員が参加。 医師:11月中旬、呼吸困難が出現し、緊急入院となる。急性心不全で胸水貯留があり、ICUで人工呼吸管理・薬物療法で全身状態を改善し、冠動脈造影で狭窄があったため、冠動脈ステント留置術を行った。ICUで10日ほど臥床を強いられ、ADL低下があったため、リハビリテーション、内服薬の調整を行った。塩分制限が必要であり、慢性心不全看護認定看護師をはじめとする心不全患者医療チームが介入し、令和7年1月下旬心リハビリテーション目的で回復期病棟に転棟した。その後、在宅への目途が立ち5月1日に退院の運びとなる。今後も再発リスクが高く、リハビリテーションの継続、訪問看護等の医療的介入が求められる。 本人・長女・次女の意向を再確認。長女より長男の意向確認。  A氏:今回のように症状が出ることを心配している。再発しないように、しっかり制限などは守っていききたい。次女には迷惑をあまりかけたくはないが、少しの間、助けてもらいたい体力を戻したい。 次女:ダメなものはダメとしっかり言ってほしい。今回の入院で強く一緒に住むことを勧めているが、本人は変わらず生活は一人で大丈夫と言う。上の二人(長男と長女)も心配している。  慢性心不全看護認定看護師:入院中に心不全手帳を用いて生活についての留意点や自分で管理チェックを習慣にもらえるように指導している。また、外来診察時には心不全手帳を確認し、退院後には、内服薬はきちんと飲んでいるか、心不全兆候はないかなどを確認してほしい。退院後自宅に帰り、生活に沿った内服方法や、セルフ管理方法、活動方法に不安がある場合は、外来を通していつでも一緒に話し合いながら、QOLを低下させないように見える。どんな思いも在宅の看護師に言ってもらい不安を軽くしていきたい。  理学療法士:安静レベルに応じリハビリテーションを実施しているが、自宅でも継続的な実施が必要。現在の身体活動や生活環境を評価し、適切な運動療法や動作指導を継続実施してもらう。在宅と病院(医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、社会福祉士、理学療法士ら)で情報共有し、Aさんの生活を維持してもらいたい(医師・理学療法士から在宅リハビリテーションへ指示の引継ぎ)。

		<p>管理栄養士: 今回の安静で栄養や体重が落ちている。もともと塩分が多い食事習慣のようだったので初回から指導はしていたが、栄養管理ができなくなり元の食事生活の戻ってしまっていた。今回は、次女さんの協力が得られるようなので、入院中に指導を受けてもらった。塩分制限により、食欲も低下しがち。必要な栄養量が低下しないよう楽しみながら食事を継続できるように外来でフォローしていきたい。</p> <p>(通所リハビリテーション・訪問看護: 栄養状態・体重の状況を確認していく)</p> <p>(本人: 好き嫌いはないが食事が味気ない)</p> <p>薬剤師: 治療に必要な薬剤が処方されている。指示どおり正しく服用することが、治療の効果を最大限にしてくれる。生活リズムが崩れ、体調が悪くなった場合には、すぐ処方先の薬局窓口に相談してほしい。また訪問看護師でもいい。</p> <p>風邪やほかの病気で処方が新たに出た場合は、必ずこちらの処方されている薬を伝えることが必要。</p> <p>(訪問看護: 薬剤の管理、経過観察)</p> <p>医師: 家での生活では禁煙、入浴や運動、食事については専門職から指導を受けて守ってほしい。体力低下や体調不良時には、無理をせず、すぐ訪問看護師に相談し、受診すること。生活状況や家族の状況で生活のリズムが崩れることがある。十分注意し、早期発見に努めてほしい。</p> <p>A 氏: 突然死もあると聞いた。妻が入院して何もしないうちに、何もできないうちに亡くなったそういうことがないように、悪くなったときのことも考えておきたい。</p> <p>慢性心不全看護認定看護師: 悪くなったときのことを考えておくことも安心して生活する一つの支えになる。自分がどのようなことを望み、何を希望するのか、書きまとめておく当院独自のノート(アドバンス・ケア・プランニングノート)もある。後ほど、家族も一緒に聞いてもらい説明したい。</p> <p>退院時カンファレンスの後、慢性心不全看護認定看護師 G から手帳をもとに急性心不全の説明とアドバンス・ケア・プランニングノートについて説明がある。そういうことを考えていることに次女は驚いていたが、A 氏とともに真剣に聞いていた。A 氏と家族の承諾のもと、説明を一緒に受ける。A 氏は「先生(医師)から説明を受けてもよくわからなかったが、G(慢性心不全看護認定看護師)さんから聞いてわかりやすかった。今後のことはじっくり考えて記入する」と話す。</p> <p>退院は、令和 7 年 5 月 1 日(月)午前中。初回受診は 1 週間後。</p> <p>午後にサービス担当者会議を開催することとした。</p>
令和 7 年 4 月 22 日	A 氏外出、同行訪問	<p>自宅訪問および次女宅訪問: 院内・通所リハビリテーションの管理者(OT)と PT 同席入浴環境の確認: 段差などや脱衣所と併せて、環境温度の差も確認する。次女宅の浴室もバリアフリーとなっており、脱衣室や浴室も温度調整完備。元々一緒に住むことを想定して建築したとのこと。</p> <p>トイレの確認: こちらの温度差も確認する。次女宅の裏口から A 氏宅の裏口にフード(通路)をつけたことで移動時はスムーズである。</p> <p>仕事場の確認: 設定温度が悪い。現場の職人を中心にしているため、出入りがあり、一定の温度が保てていない。事務仕事は家の居間でしてもらうよう、場所の確保を確認する。A 氏や次女と一緒に温室の確認の必要性や実際を見ていく。買い物におけるコンビニエンスストアまでの距離や食事の簡単な準備、孫の世話 1 時間などから作業量を判定してもらう。A 氏と一緒に確認する。</p>
令和 7 年 5 月 1 日 午前中	次女付き添い介護タクシーにて退院	<p>アドバンス・ケア・プランニングノートを見せてもらう。すでに、慢性心不全看護認定看護師が確認済みであり、いつでも意向をいいと言われたと話す。今は、これで行きたい。書いてみたら、自分の気持ちが整理されたようで、次女と話すきっかけとなりよかったとのこと。</p>

午後	自宅訪問  サービス担当者会議	自宅にてサービス担当者会議を開催。本人、次女、慢性心不全看護認定看護師、通所リハビリテーションの PT と相談員、訪問看護師、社会福祉士、ヘルパーステーションの管理者、介護支援専門員が参加。 詳細は、別紙サービス担当者会議の要点参照。