

支援経過記録

年月日		内 容
R5. 3. 1 (水) 10:00～	電話受信	<p>〇〇有料老人ホームの介護支援専門員Cより電話で相談あり。東さんが、在宅での生活を希望されていて、居宅介護支援を依頼される。</p> <p>管理者と相談し、居宅介護支援を受ける。(N)</p>
R5. 3. 5 (日) 13:30～14:30	〇〇有料老人ホームを訪問	<p>本人・介護支援専門員Cと面談し、意向の確認と現状を把握する。(N)</p>
R5. 4. 3(月) 9:30～10:30	自宅へ訪問	<p>本人・妹と面接。訪問看護師の訪問に合わせて訪問する。妹は、昨日から明日まで泊りの予定。</p> <p>今朝、血糖値と体重の測定を行い、ノートに記入済み。看護師より、シャント部の観察について説明あり、確認。</p> <p>四点杖を慎重に使い、室内移動は安全にできている。(N)</p>
R5. 4. 20(木) 16:00～	電話受信	<p>M訪問看護ステーションの看護師Q氏より電話。</p> <p>血糖値も安定、主治医より慢性腎不全の悪化もないと説明があった。(N)</p>
R5. 4. 24(月) 15:30～16:30	自宅へ訪問	<p>本人・妹と面接。モニタリング実施（詳細はモニタリングシート参照）。</p> <p>病状は安定、本人も生活に少しずつ慣れてきている。</p> <p>妹より、「ヘルパーから、調理に必要な野菜や調味料が足りないと連絡を受けたが、臨機応変に対応してもらって助かった。以後気をつけたい」との報告あり。</p> <p>ノートの記入がしづらいとのことで表のマス目を大きく変更(N)</p>
R5. 5. 12(金) 17:00～	本人より電話受信	<p>このところ宅配Bのご飯が硬いことが多く、スタッフも不親切なので変更したい。</p> <p>→宅配の運営上、すべてを希望どおりにすることは難しいことも説明のうえ、制限食に対応しているC配食サービスに変更。(N)</p>
R5. 5. 26(金) 16:00～17:00	自宅へ訪問	<p>本人・妹と面接。モニタリング実施（詳細はモニタリングシート参照）。</p> <p>C配食サービスは、おいしくスタッフも皆気持ちが良いとのこと。主治医から、水分が多いときがあるので注意するよう言われた。</p> <p>本人より、少しずつ自身がついてきたので頑張りたいとのこと。妹も安心と話す。(N)</p>
R5. 5. 26(金) 18:00～	H 訪問介護事業所へ電話発信	<p>サービス提供責任者I氏と話す。担当後2か月が経過し、制限食の調理内容について検証できたらと思う。Y病院の管理栄養士から、本人と訪問介護事業所への栄養指導の機会を調整していく。(N)</p>
R5. 6. 22(木) 10:30～11:30	自宅へ訪問	<p>本人・妹と面接。訪問看護師の訪問に合わせて訪問する。</p> <p>モニタリング実施（詳細はモニタリングシート参照）。</p> <p>自己管理もできているので、これからは自己皮下注射ができるように指導予定。訪問看護より、透析から帰った夕方の内服忘れに注意するよう助言を受ける。昨日、知人Fさんが訪問。いつかFさんのつくった弁当が食べたいと話す。</p>

友人のJさんやGさんも交代で来ては、車いすで近所を散歩してくれている。先週は、車で自然公園に行こうと話合った。本人は、笑顔で日帰り旅行に行けるよう頑張りたいと話す。

短期目標期間終了に向けて評価実施へ。

(N)

本人が希望してる日帰り旅行ができるように支援していきたいと考えるが、現状を踏まえ具体的な支援内容をどうしていったらよいか、今後の対応について主任介護支援専門員へ相談した。

評価表

利用者名

M

殿

作成年月日 令和5年6月29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		
透析を継続できる	R5. 4. 1 ～ R5. 6. 30	・慢性腎不全の治療、病状管理、透析の実施	主治医	Y病院	○	達成。主治医より、慢性腎不全の悪化はないと言われている。
		・シャント部の観察	本人		△	観察方法を訪問看護師よりアドバイスされ、慣れてきているが、まだ継続が必要。
		・病院までの送迎	送迎サービス	Y病院	○	達成。本人も送迎があることでリズムがついている。継続。
血糖値が安定する	R5. 4. 1 ～ R5. 6. 30	・体調管理、本人指導、皮下注射の実施 ・主治医への報告、緊急時の連絡および訪問	訪問看護	M訪問看護ステーション	○	達成。急変はない。自己皮下注射に向けて指導を行っていく予定。
		・1日3回の確実な内服	本人		△	透析から帰った日は疲れの為に夕方方の飲み遅れがあった。
		・内服確認、声掛け	全員		○	内服確認の声掛けによって飲み忘れを防ぐことができています。継続。
制限食を守ることができる	R5. 4. 1 ～ R5. 6. 30	・調理に必要な買い物	家族	妹	△	ヘルパーから料理をするのに、足りない物の指摘があったが、妹の役割はこのまま継続。
		・専門的配慮をしながら調理	訪問介護	H訪問介護事業所	△	調理内容を検証するため、栄養指導を調整してく。このまま継続。
		・決められた制限食の配達	在宅業者	宅配B	△	C配食サービスに変更後は、満足しており問題もない。継続。
		・食事及び水分制限の厳守	本人		△	食事制限は守ることができているが、水分は多く飲んでしまうこともあり注意。
自分の体調を把握できる	R5. 4. 1 ～ R5. 6. 30	・体重、尿量、血糖値の測定（ノート記入）	本人		△	表のマス目を拡大して書きやすくなった。5月以降記入忘れ無し。継続。
		・ノート記入の声掛け、確認	全員		○	本人の励ましになり、意欲向上にもつながっている。継続。
		・医師・看護師との連絡、サービス調整	介護支援専門員	W居宅介護支援事業所	○	連絡を密にとることで、タイムリーな情報共有ができています。
		・ベッド柵につかまり、起き上がり・立ち上がりを自分で行う	福祉用具貸与	L福祉用具事務所	○	時々ふらつきがあるが、柵につかまることで安全にできています。継続。
		・四点杖を使用して自室内を移動する	福祉用具貸与	L福祉用具事務所	○	室内の歩行は、四点杖を使用することで安全にできています。継続。

※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）

評価表

利用者名

M

殿

作成年月日 令和5年6月29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		
身体を清潔に保つことができる	R5. 4. 1 ～ R5. 6. 30	・ シャワー浴、洗身	本人		△	洗い残しがあるようだが、介助せず、このまま継続し経過を見ていく。
		・ シャワー中の見守り、洗濯、掃除	訪問介護	H訪問介護事業所	○	達成。見守り、声掛けにより安心してシャワー浴を行うことができている。継続。
		・ シャワーチェアを使用し自宅で入浴	福祉用具購入	L福祉用具事務所	○	安全な立ち上がり動作と洗身を補助することができ、達成。継続。
		・ 歯周病の治療、口腔ケアの指導	居宅療養管理指導	K歯科クリニック	○	達成。歯周病の進行がなく、歯磨きもアドバイス通りできている。継続。
日々の生活の中で楽しみを感じることができる	R5. 4. 1 ～ R5. 6. 30	・ 友人・知人との会話	友人・知人	Jさん・Gさん・Xさん	○	友人・知人が度々の訪問や電話で励ましている。在宅を選択して良かったと本人。
		・ 屋外に出て外気浴	友人・知人	Jさん・Gさん	◎	日帰り旅行をしたいと笑顔で話す。次期ケアプランへ位置づける。
		・ 車いすを使用して安全に外出	福祉用具貸与	L福祉用具事務所	○	達成。車での外出になったら、車いすの変更を検討する必要あり。

※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 M 殿

作成日

令和5年3月23日

利用者及び家族の生活に対する意向	本人:自分のできることは頑張るので、自宅で生活したい。 妹:医師の言う事を守って、頑張してほしい
------------------	---

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】	※6
・シャント部の観察や血糖値の測定・体重測定、内服管理など、自分で可能なこともあり、病識を持ち自己管理ができれば、糖尿病と慢性腎不全を悪化させずに、自宅での生活を継続していくことができる。	病気を悪化させないために、自分と向き合いたい。	1
・友人や知人との良好な関係を継続しながら楽しみを見出し、趣味や生きがいを作っていくことで、自己管理への意欲を高めることにもつながる。	楽しみを見つけて、生きがいを感じながら生活したい。	2
・人生をやり直すつもりで在宅生活を決心した経緯がある為、興味のあるエンディングノートをまとめながら、これからどのような生き方をしていくのか、医師や看護師を含めたケアチームで繰り返し話し合っていくことで、ACPを実現していくことができる。	第2の人生を充実させたい。	-

自立した日常生活の阻害要因(心身の状態・環境等)	①糖尿病性網膜症による両眼視力低下 ④人工透析の実施・食事制限	②脳梗塞の後遺症による左上下肢麻痺 ⑤歯周病	③糖尿病性神経障害による感覚麻痺 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 <u>見守り</u> 一部介助 全介助	①②③	改善 <u>維持</u> 悪化	・手すりや四点杖を使用し、不安定だが可能。
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 <u>全介助</u>	①②③	改善 <u>維持</u> 悪化	・時々、車いす介助で散歩に行く。
食事	食事内容	支障なし <u>支障あり</u>	④	改善 <u>維持</u> 悪化	・1日1800Kcal、塩分6g、カリウム1500mg、水分1000ml以下の制限
	食事摂取	<u>自立</u> 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	・セティングしてもらい自力摂取
	調理	自立 見守り 一部介助 <u>全介助</u>	④⑥	改善 <u>維持</u> 悪化	・有料老人ホームの管理栄養士と調理師による。
排泄	排尿・排便	支障なし <u>支障あり</u>	④	改善 <u>維持</u> 悪化	・尿量測定のため、尿瓶を使用している。
	排泄動作	<u>自立</u> 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	・指先の感覚が鈍く、ズボンの上げ下ろしに時間がかかるが自立。
口腔	口腔衛生	支障なし <u>支障あり</u>	⑤	改善 <u>維持</u> 悪化	・部分義歯。2本の歯がぐらぐらしている。
	口腔ケア	<u>自立</u> 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬	自立 <u>見守り</u> 一部介助 全介助	①④	改善 <u>維持</u> 悪化	・一包化したものを手渡され、自分で内服する。	
入浴	自立 <u>見守り</u> 一部介助 全介助	①②③	改善 <u>維持</u> 悪化	・シャワー浴のみ。スタッフの見守りが必要。	
更衣	自立 <u>見守り</u> 一部介助 全介助	②③	改善 <u>維持</u> 悪化	・ボタンなどのないものを選んで着ている。	
掃除	自立 見守り 一部介助 <u>全介助</u>	①②⑥	改善 <u>維持</u> 悪化	・スタッフが実施。	
洗濯	自立 見守り 一部介助 <u>全介助</u>	①②⑥	改善 <u>維持</u> 悪化	・スタッフが実施。	
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 <u>全介助</u>	①②⑥	改善 <u>維持</u> 悪化	・スタッフが実施。	
金銭管理	<u>自立</u> 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	・通帳は拡大鏡を使用している。	
買物	自立 見守り 一部介助 <u>全介助</u>	①②⑥	改善 <u>維持</u> 悪化	・一人で外出できない。妹が行っている。	
コミュニケーション能力	<u>支障なし</u> 支障あり		改善 維持 悪化		
認知	<u>支障なし</u> 支障あり		改善 維持 悪化		
社会との関わり	<u>支障なし</u> 支障あり		改善 維持 悪化	・有料老人ホーム入居により多少の制限あり。	
褥瘡・皮膚の問題	支障なし <u>支障あり</u>	③④	改善 <u>維持</u> 悪化	・皮膚掻痒感あり。感覚鈍麻に注意が必要。	
行動・心理症状(BPSD)	<u>支障なし</u> 支障あり		改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)	支障なし <u>支障あり</u>	⑥	改善 <u>維持</u> 悪化	・一人暮らしにより、家事や見守りを要する。	
居住環境	<u>支障なし</u> 支障あり		改善 維持 悪化		
			改善 維持 悪化		

※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。