

## 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8月21日
	受付対応者	T
	受付方法	電話
	氏名・性別・年齢・ 住所・電話番号	東川昭治氏・男性・81歳 〒0000-0000 TEL: 0000-00-0000 長崎県00市0丁目
	家族状況	妻(79歳)と二人暮らし。 妻が、変形性膝関節症で痛みが悪化し、膝の手術のため3か月間、入院。その間、長女は一時孫を連れて帰郷し、本人の世話をしていた。その後も、心配し、2～3日おきに1度は本人に連絡を入れている。 長男は、毎年繁忙期を過ぎた後、帰郷しているが、近年は、通年通して忙しいため帰宅できずにいる。未婚
2	これまでの生活と 現在の状況	長崎県に生まれる。高校卒業後、同県内のすし屋で修行し、40歳で長年の夢であった独立開業した。30歳で結婚。開業資金を貯めるため、夫婦で苦労を重ねた。35歳で長男、38歳で長女を設け、町内会の商店組合の活動にも力を入れ、75歳まで店を続けていた。長男が福岡県ですし店を開業したのを機に一線から退いた。商店組合の仕事を今まで手伝ってきた。 商店組合で大々的にお祭りを開催する計画を立て、委員として毎日のように会合に出ていたが、令和6年6月下旬、風邪様症状で発熱が続く。通院中のクリニックを受診し、肺炎の診断。主治医の紹介でH病院に入院となった。2週間ほどほぼ寝たきりとなり、かなり筋力低下が進んだ。7月から在宅でリハビリを継続しつつ、体力回復の目的で通所リハビリを利用し、順調に回復。 妻は5月膝痛が悪化、6月に入院し手術。リハビリのため3か月入院。6月は長女が1か月同居し、本人の世話をしていた。 令和7年7月、誤嚥性肺炎を発症し入院となる。入院中の臥床期間が長く、筋力低下、体重低下、嚥下機能低下があり、発熱によって、リハビリテーションも進まず、長期入院に。8月末退院となる。ちょうど妻の退院と重なる。
3	利用者の社会保 障制度の利用情 報	1 割負担 医療情報：後期高齢者医療保険 障害者手帳なし 生活保護受給なし 国民年金：月15万
4	現在利用している 支援や社会資源 の状況	通所リハビリテーション
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>肺炎を発症し、H病院へ7月19日に入院となる。入院中は、点滴治療を継続したが発熱が続き、臥床期間が長く、筋力低下、体重低下が顕著となる。嚥下機能も低下し、発熱によりリハビリテーションも進まず、長期入院となり8月末退院となる。同居する妻が、変形性膝関節症で入院していたこともあり、退院後の自宅での生活に不安があり、利用できるサービス等を相談したい。</p> <p>【本人・家族の要望】</p> <p>本人：妻と住み慣れた家で一緒に頑張って、生活を続けたい。妻にも元気になってもらい妻の料理や息子のつくるお寿司をたくさん食べたい。仲間(商店組合、町内会)と釣りにも行きたい。そのためにも、リハビリテーションを頑張って自分のことは自分でできるようになりたい。</p> <p>妻（長女からの情報）：夫には家で好きなことをさせてあげたい。一方、自分も自宅での生活に自信がなく、心配。前回の入院後に元気になったように、夫は頑張れるのではないかなと思う。</p> <p>長女：母も父も心配。一緒に倒れてしまうのではないかな。何かあったとき、自分もすぐ駆けつけられるかな不安。</p> <p>長男（長女からの情報）：父にはなんとか元気になってもらいたい。退院したら自分の寿司を食べてもらいたい。将来的には、自分の店をもっと大きくして自分が二人を引き取りたいと考えている。</p>
8	認定情報	<p>認定日 令和7年8月1日</p> <p>認定の有効期間 令和7年8月1日～令和8年1月31日</p> <p>要介護1</p>
9	今回のアセスメントの理由	<p>居宅サービス計画作成(初回)</p> <p>退院時アセスメント</p>

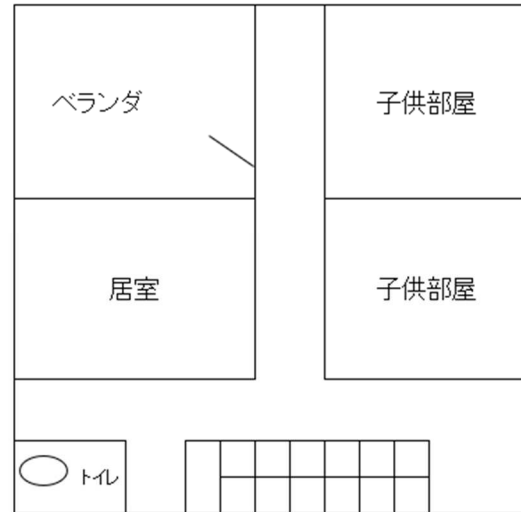
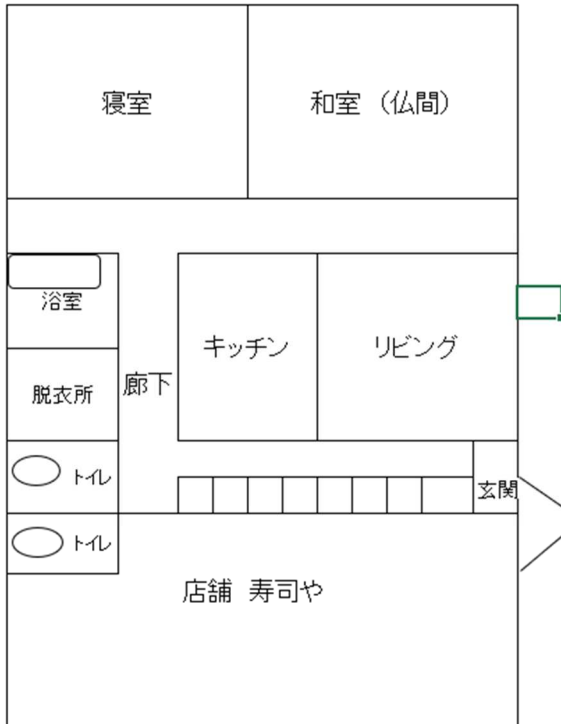
## アセスメントに関する項目

No	標準項目名	基本情報
10	健康状態	<p>疾患名：高血圧、誤嚥性肺炎</p> <p>身長・体重：163cm・44.0kg BMI：16.7 体重の増減 -10kg(今回入院時)</p> <p>54.0kg BMI：20.3</p> <p>血圧 120-130/80-90 服薬 降圧剤服用(朝食後1回)、下剤(就寝時)</p>
11	ADL	<p>在宅での状況</p> <p>○寝返：自立</p> <p>○起き上がり：自立</p> <p>○移乗：自立</p> <p>○歩行：自立、入院中は、ふらつきあり</p> <p>○排尿・排便：トイレ(洋式)、自立、排せつ行為に問題なし</p> <p>○更衣：自立</p> <p>○入浴：自立、入浴中に妻がときどき声をかける、入院中は見守り</p> <p>○洗身：自立</p> <p>○食事：自立、居間</p>

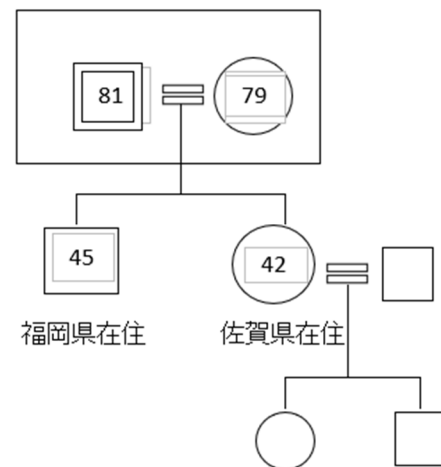
		○洗面：いすに座り、自立
12	IADL	○調理：元々習慣がない ○服薬：自立 ○掃除：元々習慣がない ○洗濯：元々習慣がない ○整理・物品の管理：妻（店や町内会の仕事での管理はしていた） ○金銭管理：家のことは妻 ○買い物：元々習慣がない（店をやっていたときは仕入れ）
13	認知機能や判断能力	特になし
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	視力：老眼のため、眼鏡を使用しはじめた 聴力：普通の声で応答 意思疎通、会話に問題なし
15	生活リズム	朝、定期的に起き、食事後散歩に出る。午前中は自宅内で過ごすことが多い。毎日入浴し 21 時には就寝するが、夜中 2 回くらいはトイレに起きる。
16	排泄の状況	尿意・便意あり 日中 5～ 6 回、夜中 2 回、排便は 2～ 3 日に 1 回
17	清潔の保持に関する状況	洗濯・衣類などの管理・調整は妻がしている。料理人だったこともあり衣服や整容は現在も整っている。
18	口腔内の状況	口腔の状態：齲歯、痛み、出血なし。義歯洗浄は自分で実施（義歯洗浄剤・歯ブラシ使用）。 1 回目の退院から定期的な歯科受診をはじめ、12 月に新しい入れ歯ができ、食事に支障はない。
19	食事摂取の状況	食形態は、入院中と同じように、主食・おかずともに柔らかめにしている。好き嫌いはないが刺身が好きである。毎食中・後にお茶を 2 杯（計 500ml× 3）は飲む。朝も新聞を読みながらお茶を 1 杯飲んでいる。居間にて摂取。
20	社会との関わり	令和 5 年 6 月末ごろに入退院してから体力が戻り、商店組合にお祭りの委員として、いろいろ手伝いに奔走していた。もともと人とのかかわりや話をするのが好き。商店組合（町内会）に仲間がいる。また、若い人にも頼られている。面倒見がよかった。
21	家族等の状況	主介護者：妻 家族の状況：長男は、福岡県在住で店を経営しているため、介護は望めない。しかし、父のことを思っており、本人は頼りにしている。長女も、佐賀県在住で夫の両親と同居、小学生の子ども 2 人の世話をしている。日常的な介護は望めないが、今回の入院に際して、積極的に本人と妻の介護に携わっている。本人、妻ともに、子どもたちには迷惑をかけたくないと言っている。本人をはじめ家族は、2 回目の入院について、その後の生活に不安をもっている。 周囲のサポート：日頃より地域とのかかわりがあるため、見守りや声かけなど頼める関係性がある。
22	居住環境	住宅：持ち家。もともと、寿司屋であったため、続きの奥の 1 階で生活している。子ども部屋だった 2 階は使用していない。子どもたちが帰ってきたときのみ使用している。店を閉めるときに、ある程度バリアフリー化しており、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。隣の家との間隔がなく、日当たりはいいほうではない。窓を開けてもすぐ隣家であり、風通しはあまりよくない。灯油代の高騰が気になってあまり暖房を使用していないとのこと。
23	その他留意すべき事項・状況	特になし

※住宅見取り図



※ジェノグラム



長崎県介護支援専門員協会（転用禁止）

## 居宅サービス計画書（１）

作成年月日

令和 7年 8月 22日

初回・紹介・継続

認定済

申請中

利用者名 東川 昭治 殿 生年月日 昭和 19年 11月 16日 住所 長崎県

居宅サービス計画作成者氏名 T介護支援専門員

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 長崎県 J居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成(変更)日 令和 7年 8月 22日 初回居宅サービス計画作成日 令和 7年 8月 22日

認定日 令和 7年 8月 8日 認定の有効期間 令和 7年 8月 1日 ～ 令和8年 1月 31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	<p>本人：妻と住み慣れた家で一緒に頑張って、生活を続けたい。妻にも元気になってもらい、妻の料理や息子のつくるお寿司をたくさん食べたい。仲間（商店組合、町内会）と釣にも行きたい。そのためには、リハビリテーションを頑張って自分のことは自分でできるようになりたい。</p> <p>妻（長女からの情報）：夫には家で好きなことをさせてあげたい。自分も自宅での生活に自信がなく、心配。前回の入院後に元気になったように、夫は頑張れるのではないと思う。</p> <p>長女：母も父も心配。一緒に倒れてしまうのではないか。何かあったとき、自分もすぐ駆け付けられるか不安。</p> <p>長男（長女からの情報）：父には何とか元気になってもらいたい。退院したら自分の寿司を食べてもらいたい。将来的には、自分の店を持ち大きくして、自分が二人と同居したいと考えている。</p> <p>今後の方針：肺炎による治療のため2回目の入院。体力が低下し、嚥下機能（飲み込むの低下がみられた。）嚥下機能の向上には、食事が大切であり、体力向上、再燃の予防にも気をつけていく。リハビリテーションを実施し、活動力の回復と、チームによる肺炎の早期発見に努める。</p>
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	<p>東川さんが望んでいる在宅生活の継続とともに息子のつくるお寿司が食べられるよう嚥下機能を向上させ、仲間（町内会）と釣りに行ける体力を回復すること。そのためには、リハビリテーションにより体力を向上させ、口腔衛生、食事や環境整備により体調を管理していける体制をとる。</p> <p>関係機関（通院先の病院の栄養士を含む医療食、介護サービス事業所）との連携を図る。</p> <p>体調の悪化（食欲不振、発熱など）や誤嚥性肺炎の兆候が見受けられた場合は、下記へ対応を連絡する。</p> <p>K訪問看護ステーション TEL：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 ⇒ TEL：Gクリニック〇〇-〇〇〇〇</p> <p>妻の体調不良時には、H一般病棟〇〇-〇〇〇〇で対応。</p> <p>妻 TEL 〇〇-〇〇〇〇</p> <p>長男 TEL 〇〇-〇〇〇〇</p> <p>長女 TEL 〇〇-〇〇〇〇</p>
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 東川 昭治 殿

作成年月日

令和 7年 8月 22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. 9. 1～ R8. 1. 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. 9. 1～ R7. 11. 30	①日常の状態把握する。 ②薬の管理・服薬をする。 ③定期受診介助 ④手帳（セルフモニタリング）に服薬状況の記載する。		①②③④ 本人・妻 ③ 本人・妻・長女		①②③毎日  ③適宜	R7. 9. 1～ R7. 11. 30
			定期的な受診（月1回）により体調を整える。	R7. 9. 1～ R7. 11. 30	①診察・治療・検査・処方、療養上の助言・指示をする。 ②緊急時の対応を統一する。 ③処方・服薬管理の指導をする。		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クリニック 薬局  K訪問看護ステーション	①②③ （月1回）  週1回	R7. 9. 1～ R7. 11. 30
			バランスよく3度の食事を食べ、栄養状態が改善する。	R7. 9. 1～ R7. 11. 30	①栄養状態の評価・指導をする。 ②定期的に嚥下機能を評価する。 ③定期的に体重測定をする。 ④栄養バランスのとれた食事・水分を促す。 ⑤看護師に相談しながら、一緒にメニューを考え工夫する。		①H病院 管理栄養士  ②～④通所リハビリ   ④⑤妻  ①～⑤訪問看護	H病院 L通所リハビリテーション    K訪問看護ステーション	適宜  ①週3回   毎日 ⑤週1回	R7. 9. 1～ R7. 11. 30
息子の作る寿司が食べられるように飲み込む機能を改善させたい。	飲み込む機能を改善し、美味しく食事ができる。	R7. 9. 1～ R8. 1. 31	毎日の口腔ケアを継続し、体調管理できる。	R7. 9. 1～ R7. 11. 30	①入れ歯の手入れができる。 ②口腔の状態を把握する。 ③自己嚥下リハビリの実施		①③本人 ②通所リハビリテーション  ②訪問看護	L通所リハビリテーション  K訪問看護ステーション	①③毎日 ①週3回 週1回	R7. 9. 1～ R7. 11. 30
生活リズムを整え、仲間と一緒に活動がしたい。	適した活動量を維持し、仲間と交流できる。	R7. 9. 1～ R8. 1. 31	本人に適した活動量を維持できる。	R7. 9. 1～ R7. 11. 30	①運動・活動評価と指導をする。 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）に運動状況の記載をする。		①②通所リハビリテーション  ③④本人	L通所リハビリテーション	①② 週3回 ③④毎日	R7. 9. 1～ R7. 11. 30
			商店街の仲間や消防団の仲間と交流する。	R7. 9. 1～ R7. 11. 30	①商店街の仲間と釣にいく計画をたてる。 ②長女の妻とともに消防団の年2回の行事に参加する。		①本人・妻 ②本人・妻・長女		①適宜 ②年2回	R7. 9. 1～ R7. 11. 30
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. 9. 1～ R8. 1. 31	休養・睡眠が十分取れ、生活リズムが維持できる。	R7. 9. 1～ R7. 11. 30	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）に睡眠状態の記載する。		①②本人・家族		毎日	R7. 9. 1～ R7. 11. 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

作成日年月日 令和 7年 8月 22日

東川 昭治

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	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	起床・排尿・体重・口腔体操
	8:00								朝食・服薬
午前	10:00								
	12:00	通所 リハビリ	自己リハビリ	通所 リハビリ	自己リハビリ	通所 リハビリ	自己リハビリ	自己リハビリ	自己リハビリ・散歩
	14:00								排尿・口腔体操
午後	16:00		訪問看護						昼食
	18:00		自己リハビリ		自己リハビリ		自己リハビリ	自己リハビリ	自己リハビリ
夜間	20:00								排尿・口腔体操
	22:00								夕食
	24:00								義歯洗浄・服薬
深夜	0:00	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	妻とともに
	2:00								下剤服用
	4:00								排尿・就寝

週単位以外 のサービス	月 1 回 G 病院受診（長女同行）、3 ヶ月に 1 回 H 病院受診、歯科受診 消防団の行事（4 月・9 月）
----------------	--

## サービス担当者会議の要点

利用者名 東川 昭治 様

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 J介護支援専門員

作成年月日 令和7年 8月30日

開催日 令和 7年 8月 29日

開催場所 自宅

開催時間 11:00 ～ 12:00

開催回数 1回

会議出席者 利用者・家族の出席 本人:【 東川昭治 】 家族:【妻・長女】  ※備考	所属(職種) K訪問看護ステーション (看護師) L通所リハビリテーション (理学療法士) L通所リハビリテーション (言語聴覚士)	氏名 K M L	所属(職種) J居宅介護支援事業所 (介護支援事業所) Gクリニック (外来看護師)	氏名 T G	所属(職種)	氏名
検討した項目	① H病院の関係者からの情報について、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て					
検討内容	<p>①外来看護師からの情報を得る。 意思もはっきりしており、薬もきちんと服用されていた。体力が低下している間は、見守りが必要であったが、体力が回復すると大丈夫である。熱があるときは、夜間眠れていない様子だったが、最近は、少しずつ眠れていた。もともと便秘気味であり、安静・食事量減少で便秘が続いている。そのため下剤が処方されている。</p> <p>②本人:妻と住み慣れたところで生活を続けたい。妻にも元気になってもらい息子の作るお寿司をたくさん食べたい。仲間(町内会)と釣りにも行きたい。そのためにも、リハビリを頑張って自分のことは自分でできるようになりたい。 妻:夫には、家で好きなことをさせてあげたい。自分も自宅での生活に自信がなく、心配。前回の入院後に元気になったように、夫は頑張れるのではないかと 思う。 長女:母も父心配。一緒に倒れてしまうのではないかと。何かあったとき、自分もすぐ駆けつけられるか不安。 長男(長女からの情報):父親にはなんとか元気になってもらいたい。まだまだ自分の寿司を食べてもらいたいと思っている。将来的に自分の店を大きくして、自分が二人を引き取りたいと考えている。</p> <p>③誤嚥性肺炎による治療のため入院中に体力が低下し廃用を起こした。退院後の食事が大切であり、口腔環境を整え、体力向上、体調管理に重点をおく。 東川さんが望んでいる在宅生活の継続や息子の作るお寿司をたくさん食べることや、仲間(町内会)と釣りに行くこと。そのためにも、リハビリにより体力を向上させ、口腔衛生、食事や環境整備により自分でできるよう体調を管理していける体制をとる。関係機関(通院先の病院の栄養士を含む医療職、介護サービス事業所)との連携を図る方針を立てた。</p>					
結論	<p>①②入院先の情報をもとに、在宅生活におけるそれぞれの専門職の役割について意見交換し下記のように決定した。関係者全員が、退院時カンファレンスでの現状と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もとに、今後の支援方針を共有した。</p> <p>③浦川さんは、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 ※リハビリ指示書あり</p> <p>○日頃の体調の把握と異常の発見:訪問看護→ Gクリニックを中心にに行い入院が必要な場合は、H病院へ。 ○栄養管理:訪問看護師、管理栄養士(自宅での状況) ○自宅でのリハビリの継続:通所リハビリテーションから指導と評価をしてもらう。移動状況から町内会活動や散歩の範囲等を評価</p>					
残された課題  (次回の開催時期)	<p>栄養改善の評価、口腔ケアの状況確認 活動範囲の評価と確認。誤嚥リスクの確認。本人の実施状況と妻の状態 次回は、短期目標期間終了時</p>					



# 課題整理総括表

利用者名 東川 昭治 殿

作成日 令和 7 年 8 月 22 日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①肺炎		②低栄養		③体力低下	
		④筋力低下（廃用）		⑤誤嚥		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	①②③	改善	維持 悪化	入院にて筋力・体力低下が低下している。ふらつきあり
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助	①②③	改善	維持 悪化	体力低下で外出していない
食事	食事内容		支援なし 支援あり	①②③④	改善	維持 悪化	入院中はカロリーに配慮された病院食 軟らかめである
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助	①②③⑤	改善	維持 悪化	むせがみられる
	調理	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（妻が実施）
排泄	排尿・排便		支援なし 支援あり		改善	維持 悪化	
	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	①②③④	改善	維持 悪化	
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助	①②③④	改善	維持 悪化	
	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	看護師による見守り
	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		改善	維持 悪化	もともと習慣がない（妻が実施）
	洗濯	自立	見守り 一部介助 全介助		改善	維持 悪化	もともと習慣がない（妻が実施）
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	妻と一緒にやる
	金銭管理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善	維持 悪化	家の事は、妻が行っている
	買物	自立	見守り 一部介助 全介助		改善	維持 悪化	もともと習慣がない（妻が実施）
コミュニケーション能力			支援なし 支援あり	①②③④	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	改善	維持 悪化	入院により、体力低下 以前は、人との関わりが好き
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 (B P S D)			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	①②③④	改善	維持 悪化	妻が入院中は、長女が介護 長男は難しい
居住環境			支援なし 支援あり	①②③	改善	維持 悪化	バリアフリー、住宅密集地

※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：また、妻と住み慣れた家で一緒に頑張って生活をしたい。妻にも元気になってもらい、妻の料理や息子の作るお寿司をたくさん食べたい。仲間（商店組合、町内会）と釣りにも行きたい。そのためには、リハビリテーションを頑張って自分のことは自分でできるようになりたい。妻（長女からの情報）：夫には家で好きなことをさせてあげたい。自分も自宅での生活に自信がなく、心配。前回の入院後に元気になったように、夫は頑張れるのではないと思う。	
見通し※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
③④ ・体力を向上させることで室内・屋外移動が安定してくる。	①誤嚥性肺炎を予防して毎日を過ごせるよう体力・体調を整えたい	1
②③④⑤ ・嚥下機能向上に併せて食形態を上げ、バランスのよい食事をとることで体力・体調が安定する。	②息子のつくる寿司を食べられるよう嚥下機能を改善したい	2
①⑤ ・誤嚥によるリスクを環境面・生活全体から評価し、咀嚼・嚥下機能訓練、リスクを除去することで誤嚥性肺炎の予防ができる。 ・かかりつけ歯科医をはじめとするケアチームにより、口腔の状態把握、口腔衛生の指導により口腔機能が保たれる。	③体力が落ちない程度に仲間と一緒に町内会の活動をしたい	3
③④ ・食事や口腔機能、体力が改善することで、コミュニケーション機能が向上することで地域活動へ自信が付き、相乗効果で自立が促進されることで介助が軽減する。		
①③④ ・住宅密集地で日当たりがあまりよくないが、暖房・加湿を適切に調整することで体調への悪化を妨げる。		

※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. 8. 19	相談	H 病院の連携課 社会福祉士 F 氏より、退院に際する在宅ケアマネジメント依頼と情報提供あり。自宅でも生活には不安があるが、妻も介護保険を利用するし、担当の介護支援専門員が共にサービスを調整してくれることもあり、本人も自宅に帰りたいという希望にて、自宅に戻る決心をした。8月下旬に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。8. 22(木)家族の都合にて退院時カンファレンス開催となる。
R7. 8. 21	長女と電話	退院時カンファレンスの参加について連絡し、意向の確認をする。長男は忙しく欠席とのこと。 本人:家に帰ってまた妻と住み慣れた所で一緒に頑張りながら生活をしたい。妻にも元気になるもらい妻の料理や息子のつくろお寿司をたくさん食べたい。仲間(町内会)とやっと思行けるようになった釣りにも行きたい。そのためにも、リハビリを頑張って自分のことは自分でできるようになりたい。 妻(長女からの情報):夫には家で好きなことをさせてあげたい。 自分も自信がなく心配している。前回の入院後はあれだけ元気になったから頑張るのではないか。今回は介護支援専門員の T さんがついている。 長女:母親も父も心配。一緒に倒れてしまうのではないか。私もすぐ駆け付けられるか不安。退院後1か月は介護のため滞在予定。 長男:(長女からの情報):父親にはなんとか元気になってもらいたい。今回はいけないが、退院したら自分の寿司を食べてもらいたい、と思っている。今回の件から、早く同居を考えている様子とのこと。
R7. 8. 22	退院時カンファレンス	本人、妻、長女、主治医、担当看護師、担当理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師が参加。通所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:R7. 7. 19、G クリニックより誤嚥性肺炎疑い診断に当院紹介にて受診、即日誤嚥性肺炎の診断で入院にて補液、抗生剤を開始する。症状が改善し、補液・抗生剤を中止した。しかし前回入院より体力低下が著しく食欲低下、廃用が進み、リハビリ目的で転棟。前回の退院後は、ADL は回復し自立していたが、現在は、栄養改善サポートチームによる集中支援で、栄養が改善しリハビリを継続し離床を進めているところである。時に発熱があり、ムセも見られ評価により嚥下機能低下が認められた。今後も再燃リスクが高く、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・長女の意向を再確認。 長女より入院中の妻と長男の意向確認。 担当看護師:意思もはっきりしており、服薬もきちんと服用されているが意欲低下がある。体力が低下している間は、見守りが必要であったが体力が回復すると意欲もあがってくると思われる。熱がある時は、夜間眠れていない様子だったが、前回同様、回復とともに少しずつ眠れるようになってきている。退院後も継続した方がよいのではないか。 担当理学療法士:熱が断続的に続き、意欲低下がありリハビリテーションが継続されなかった日が続いていた。自宅に戻ってから継続してもらえると十分回復可能である。(医師:血圧での制限はない) 言語聴覚士:体力が落ちてから、ムセが出てきており、嚥下機能評価をした結果、低下が見られている。もともと低下してきていたようだ。自宅に帰ってからは、続けて嚥下リハビリを継続するとよりよいが、生活全般で一度評価が必要である。また、はっきり嚥下の症状が出ていなくても、注意してみていくことが大切である。退院後、3か月後に嚥下機能を評価する。 歯科衛生士:前回の入院後に入れ歯をつくって頂き、そこは問題がない。手入れも歯ブラシと薬剤できちんとされていた。ただ、体調が落ちると手入れが不十分となるため、そこは気を付けて頂きたい。不顕性肺炎を引き起こさないためにも、できれば特

		<p>に臥床時や就寝前には丁寧にしてほしい。</p> <p>(通所リハ・訪問看護: 今後もサービス利用時にリハビリや口腔の状況を確認していく)</p> <p>(訪問リハビリ: 生活全般・食事環境等の評価をしていく)</p> <p>管理栄養士: 以前の体重にはまだ戻っていない。今回はなかなか食事摂取量が増えず体重、体力が戻り切れていない。軟食で様子を見つつ、食形態を戻して欲しい。退院時に補助栄養食を出す。バランスよく食べていくと徐々に体力はついていく。水分にも気を付けてもらいたい。</p> <p>(通所リハ・訪問看護・訪問リハ: 嚥下・栄養状態・体重の状況を確認していく)</p> <p>(本人・好き嫌いがないし自宅での食事の楽しみ)</p> <p>薬剤師: 下剤は出ているが、十分水分を摂って服用してほしい。</p> <p>あまり口腔が乾燥しているようであれば薬局に相談してほしい。</p> <p>または訪問看護師に伝えてもらいたい。</p> <p>医師: 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。一過性の誤嚥だと思われるが、誤嚥には十分注意し、早期発見に努めてほしい。</p> <p>退院は、R7. 8. 29(木)午前中、長女付き添い介護タクシーにて。</p> <p>初回受診は、1週間後。</p> <p>午後からサービス担当者会議を開催することとした。</p> <p>通所リハビリテーションの説明と契約。月曜日に通所リハビリテーションの管理者とSTとともに訪問の予定。</p> <p>食事の場所: 普段はテーブルだが、テレビをみながら低いテーブルソファに座りながら食べることもある。長女「6月に母が入院したとき、1ヶ月家事をした際、父は食べるのが早く、入れ歯ができるまでは、柔らかいものばかり食べていた。あまり水分はとっていないと思う。会合の時は、お酒を飲むが、普段お茶なども飲まない」</p> <p>空気がこもりがちで、長女がいるときは換気に気を付けている。間食はするほうではないが、会合が多くなると食べる機会も多かったと話していた。長女が帰った後は、そのまま寝てしまったり、リハビリもままならなかったようだ。今回のように一気に進んでしまうことにびっくりしていると話す。</p> <p>PT より生活の注意事項を長女に説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事は正しい姿勢でテーブルに足がきちんとついた状態で背をいすにつけて食べる。</li> <li>・ゆっくり時間をかけて食べる。</li> <li>・咳やムセが出たり、食事量が減るような場合は、それも前兆のことがあるため訪問看護師か通所リハビリの PT・ST かに伝える。</li> <li>・規則正しく食べて、口腔のケアをする。特に就寝前はしっかり行う。</li> <li>・室温・湿度に気をつけ、一定に保たれるようにする。</li> </ul>
R7. 8. 29		午前中に退院する。
R7. 8. 29	<p>午後、自宅にてサービス担当者会議を開催</p> <p>居宅サービス計画書の交付</p> <p>サービス利用票交付</p>	<p>詳細は、別紙サービス担当者会議の要点参照。</p> <p>本人、妻、長女</p> <p>G クリニック看護師、K 訪問看護ステーション(訪問看護師)、L 通所リハビリテーション(理学療法士・言語聴覚士)、介護支援専門員が参加。</p> <p>本人と同席の家族(妻・長女)に説明し、同意を得て交付する。退院後カンファレンスでほぼ同意が得られていたため、変更なく、同席したサービス事業所に交付した。</p> <p>9月分のサービス利用票・別表について説明し、同意を得る。</p>
R7. 9. 2	病院訪問	連携課へ、サービス計画書を渡す(主治医交付用)。歯科検診の件も伝える。