

認知症に関する事例

基本情報に関する項目

	受付年月	令和4年10月8日	
基本情報	受付担当者	介護支援専門員 Y	
	受付経路	地域包括支援センターK氏より連絡あり。	
	性別・年齢	T氏 女性 昭和14年9月25日(83歳)	
	家族状況	15年前に異父姉を看取ってから一人暮らし。結婚歴はない。	
生活状況	生活歴	他県で生まれる。高等学校卒業後上京。接客業に就く。何回か転職し、60歳の定年まで働く。現住所には35年前から住んでいるので、顔見知りが多い。	
	家族状況	15年前に異兄弟を看取ってから一人暮らし。結婚歴はない。	
保険・他法情報	介護保険(要介護2→更新認定で要介護3) 後期高齢者医療制度 厚生年金(14万円/月)		
現在利用しているサービス	通所介護:週3回(水・金・日)		
障害老人の日常生活自立度	J2		
認知症である老人の日常生活自立度	Ⅲa		
主訴	初回相談者等	地域包括支援センター 主任介護支援専門員	
	相談内容	もの忘れや排泄の失敗があり、生活が大変になってきている。 自宅で生活できるように介護サービスを利用したい。	
	本人・家族の要望	本人 :一人でいると不安になることがあり、Hさんに頼ってしまっている。早くよくなりたい。 Hさん:近隣在住の元同僚(70代、女性)。 できるだけ今の暮らしを続けることができるように今後もサポートしていきたいが、自分の体調もつらくなってきたので、介護サービスの相談をしたい。お金のことはいろいろな事件もあるので、(自分以外の)他人にまかせるのは心配です。	
認定情報	要介護3 認定の有効期間:令和4年11月1日～令和6年10月31日		
課題分析理由	更新認定 (令和4年10月21日)	自宅にて、本人、Hさん、地域包括センター社会福祉士と面接。 更新認定で要介護2から要介護3となった。認知症の進行に伴い、ケアプランの変更を行う。	

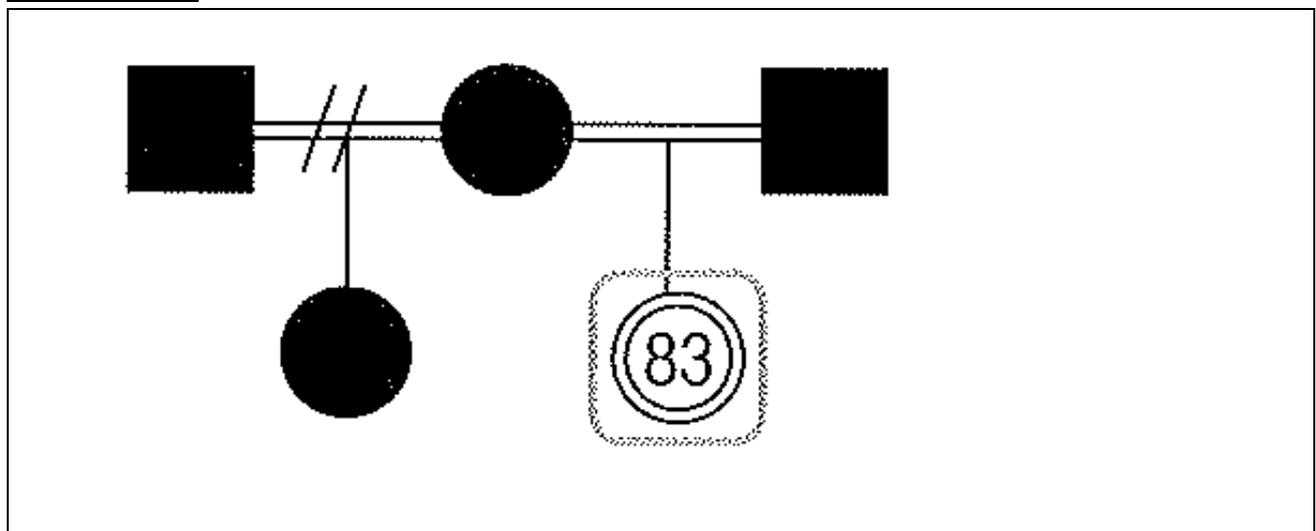
アセスメントに関する項目

健康状態	病名	令和3年 アルツハイマー型認知症(MMSE14点) 処方:ドネペジル塩酸塩 OD 錠 10 mg朝 1 錠
	既往・病歴等	不明 高血圧症 62歳 変形性膝関節症、変形性脊椎症 78歳 左大腿骨頸部骨折 82歳 通帳の紛失や、ごみ出しができないことに困った近隣住民が地域包括支援センターに相談し、受診につながった。 アルツハイマー型認知症の診断を受ける。
	主治医	T 医院 T 医師(月 1 回受診)
本人のADL	<ul style="list-style-type: none"> ・寝返り :本人のベッドを使用し、自力で寝返りを行う。 ・起き上がり:ベッドマットに手をつき、自力で起き上がる。 ・移動 :膝に痛みがあり、足はあまり上がらない。 家具などを支えに立ち上がる。室内は杖を使用したり、家具や壁に手をつきながら移動する。玄関の段差、階段は這って上がり、お尻をつきながら降りている。 屋外はシルバーカーを使用し移動しているが、先月 2 回の転倒が確認されている。 ・立位 :家具につかまれば可 ・座位 :室内は杖を使用したり、家具や壁に手をつきながら移動する。テーブルに肘をつき、保持できる。 ・歩行 :室内は杖を使用したり、家具や壁に手をつきながら歩行する。 ・着衣 :更衣動作は可能だが、尿失禁後に汚れたパンツ型おむつを脱いだまま、パンツ型おむつを穿かずズボンやスカートを穿いていることがある。 ・入浴 :週 3 回、通所介護で入浴している。手指の拘縮と膝の痛みで洗身や洗髪は十分に行えないため、一部介助する。 ・洗身 :背中等の手の届かないところは、一部介助する。 ・食事 :手指の変形があり、スプーンやフォークを使用し自力で摂取している。おにぎりやパンを好む。 ・排泄 :パンツ型おむつを使用。トイレに行けば一連の動作は行えるが、間に合わず失禁することが多くなっている。汚れたパンツ型おむつの交換や衣類の交換は十分ではない。トイレ以外の場所で排泄することがある。 	
本人のIADL	<ul style="list-style-type: none"> ・調理 :行っていない。 ・掃除 :H さんが整頓をしているが十分ではない。ごみを決められたとおりに出すことができず、近隣から苦情が出ている。 ・洗濯 :全自動洗濯機はあるが、使用方法がわからなくなっている様子で、手洗いをしている。 ・買い物 :毎日早朝に近くのコンビニエンスストアに一人で出かけ買い物をする。 日用品の購入は H さんが見繕ったり、一緒に出かけて行く。支払いは本人が行う。 ・金銭管理 :H さんの同行で預貯金の出し入れを行う。少額を自分で管理するが、自宅内 	

	<p>でお金をなくすことがある。最近特に、預金額の把握を含めた金銭管理全般が困難になっている。</p> <p>・服薬状況：日時の感覚が曖昧なため、管理できない。服薬動作は、本人に手渡せば行える。内服の状況を確認する必要がある。</p>
認知	<p>人の認識が曖昧になっている。</p> <p>日時の感覚が曖昧なため、夜間や早朝に電話をし、Hさんを困らせている。夜遅くに独り言を言いながら歩いている姿が近隣住民に確認されている。</p> <p>道に迷ったり、自宅と間違えて近所の家に入ってしまうことが年に数回あった。2日連続で通所介護がない日が続くと、友人へ連絡が多くなる様子。</p> <p>言語機能の低下がみられる。混乱すると他者の話や支持の理解が困難になる。</p>
コミュニケーション	<p>視力は問題ない。聴力については、やや難聴だが、大きな声で話せばその場の会話は行える。言葉がうまく出ないことがあり、言い直そうと焦ると混乱してしまう。</p> <p>携帯電話は使用できない。</p>
社会との関わり	<p>職場の同僚だった知人(Hさん)に相談したことがきっかけで、週2～3回、訪問による生活面の支援を受けている。</p> <p>近所の人に訪問したり、道で行きかうと話をしていたりしている。屋外での失禁については、近隣から苦情が出ている。</p>
排尿・排便	<p>トイレの場所がわからなかったり、他のことに気を取られ遅れたりして、失禁することがある。</p> <p>パンツ型おむつを使用。汚れたおむつを脱ぐことはできるが、新しいものに置き換えることはできない。</p> <p>Hさんの訪問時に尿・便でトイレの周辺を汚したり、トイレ以外で排泄することがある。</p>
じよくそう・皮膚の問題	問題なし。
口腔衛生	<p>声かけがあれば歯みがき動作は可能。すべて自歯。以前の転倒で前歯が1本欠けている。</p>
食事摂取	<p>コンビニエンスストアの弁当や用意してある物を食べる。Hさんと外食することもあるが、食事の時間や量、回数はばらばらで、昼間からお酒を飲んでいることもある。</p> <p>Hさんの訪問時に便の失敗(便失禁)が何度かみられており、食事量に問題がある可能性がある。むせはない。</p> <p>身長147cm、体重34.9kg(BMI:16.2)</p>
問題行動	<p>夜中や早朝にHさんに電話をかけてしまう。</p> <p>泥棒に入られたと近所に吹聴する。</p> <p>うまく話ができず、感情が不安定になる。</p> <p>ごみ出しができないことを指摘した近隣住民に対し、攻撃的な感情をもっており、かかわりを避けている。</p>
介護力	<p>生活を助けてくれる親族はいない。Hさんが週2～3回訪問し、毎日の電話連絡による安否確認をしている。</p> <p>近所の住民が本人の様子を気にかけて、ごみが正しく出されていないときは、そっと処理してくれている。</p>
居住環境	<p>古い戸建て(2階建、持ち家)。</p> <p>階段は急で手すりはない。玄関の段差がある。</p>

	<p>掃除はあまりできておらず、物が散乱している。 虫が入るからと、常時閉めている。</p>
特別な状況	<p>最近 3 か月の間に、通帳の管理を含む金銭管理が、自分でできなくなった。H さんが本人を助けているが、収支等が曖昧になっている。</p> <p>H さんは成年後見制度の利用に積極的である。H さんは、少額の利潤を得ることも含めて本人を支援している印象があるため、急な管理の変更は、H さんが本人に対する支援を減らす危険性がある。成年後見制度を市長申立て年内に行えるよう、丁寧に説明し準備する必要がある。</p> <p>H さんと言い合いになり、外に出てしまうことがある。</p>
家屋図	

ジェノグラム※



居宅サービス計画書（2）

利用者名 T 殿

作成年月日

令和4年10月24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
体調管理をしながら、周りの人に心配をかけずに暮らしたい。	体調の管理ができる	R4.11.1 ～ R5.4.30	食事や服薬ができる	R4.11.1 ～ R5.1.31	・定期受診をし、近況や心配事を伝える		本人 T病院	T医師	月1回	R4.11.1 ～ R5.1.31
					・医師に生活の状況を伝える	○	居宅介護支援	Tケアプランセンター	受診時	
					・食事摂取・内容の確認、冷蔵庫内の食品の確認、服薬介助をする。	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	毎朝	
					・食材や日用品の在庫の確認と購入する。		Hさん		訪問時 (不定期)	
					・昼食の提供をする。	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	週3～4回	
					・体重測定をする。	○	通所介護	Rデイサービス	週3～4回	
	自分の気持ちを伝えるたい。	R4.11.1 ～ R5.4.30	あわてずに話をする ことで自分の気持ちを伝えることができる	R4.11.1 ～ R5.1.31	・電話で1日の報告を聞く		Hさん		毎日	R4.11.1 ～ R5.1.31
					・ゆっくり話をするように促す。1つずつ行動できるように声をかける		Hさん		随時	
					・他者との会話の支援をする。	○	全サービス	A事業所、Rデイサービス、Tケアプランセンター	常時	
						○	通所介護	Rデイサービス	週3～4回	
							Hさん		毎朝	
						○	通所介護	Rデイサービス	週3～4回	
今日の予定の確認や、昼夜の区別ができる	R4.11.1 ～ R5.4.30	日中に用事を済ませ、19時頃まで起きていることができる	R4.11.1 ～ R5.1.31	・電話での声掛けを行い、今日の予定を伝える		Hさん		毎朝	R4.11.1 ～ R5.1.31	
				・日中の活動を楽しむ ・転倒予防体操、腰のリハビリ ・週間スケジュールの把握、必要に応じて声掛け、変化があれば介護支援専門員へ連絡する	○	通所介護	Rデイサービス	週3～4回		
				・カーテンを開けるように促す。	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	毎朝		
				・本人不安時のコール対応を行い、予定の確認や昼夜の確認を行う	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	随時		
						地域住民	自治会長、民生委員、隣家Wさん	必要時		
						Hさん		毎朝		

※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 T 殿

作成年月日

令和4年10月24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
なじみの人とおしゃべりや集まりを楽しみたい	身の回りを清潔にし、なじみの人と過ごすことができる	R4. 11. 1 ～ R5. 4. 30	着替えや入浴ができる	R4. 11. 1 ～ R5. 1. 31	・手の届かないところや、洗いにくいところの洗身、洗髪の介助をする。爪切り、排泄の誘導をする。	○	通所介護	Rデイサービス	週3～4回	R4. 11. 1 ～ R5. 1. 31
		・排泄介助、整容の確認する。		○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	週9～11回			
	洗濯や掃除を続けることができる	R4. 11. 1 ～ R5. 1. 31	洗濯や掃除を続けることができる	R4. 11. 1 ～ R5. 1. 31	・洗濯、掃除の実施状況の確認する。	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	週3～4回	R4. 11. 1 ～ R5. 1. 31
		・洗濯、片付けを一緒に行う			Hさん		訪問時			
地域のルールを守って生活できる	R4. 11. 1 ～ R5. 4. 30	決められた日にごみを捨てることができる	R4. 11. 1 ～ R5. 1. 31	・一緒にごみ出しを行う	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	月～金	R4. 11. 1 ～ R5. 1. 31	
				・ごみ出し状況の見守り		地域住民	自治会長、民生委員、隣家Wさん	随時		
書類や通帳の管理に不安をなくしたい	R4. 11. 1 ～ R5. 4. 30	書類やお金の管理と今後の生活について考える	R4. 11. 1 ～ R5. 1. 31	・本人と一緒に書類を確認する					必要時	R4. 11. 1 ～ R5. 1. 31
				・利用できる制度の検討と、制度利用への支援	○	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所	〇〇地域包括支援センター ケアプランセンター	月1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。

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4年10月24日

利用者名 T 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								起床
早朝	6:00	※通所介護と定期巡回・随時対応型訪問介護看護を1日おきに利用							
	8:00	Hさんと電話							食事
午前	10:00	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	服薬、トイレ、ごみ出し
	12:00								買い物
午後	14:00	デイサービス		デイサービス		デイサービス		デイサービス	食事
	16:00		ヘルパー		ヘルパー		ヘルパー		トイレ
	18:00	Hさんと電話							食事
夜間	20:00								(デイサービスの無い日就寝)
	22:00								(デイサービスの日就寝)
深夜	24:00								

週単位以外のサービス	外来受診(月1回)。コール対応(随時)。地域包括支援センター(月1回) ごみ出し(月・木:可燃、火:ビン・缶、水:古紙、金:不燃(月2回))
------------	---

支援経過記録

年月日		内 容
R4. 11. 2(水) 16:00～	自宅訪問 本人・Hさん	ヘルパー初回訪問のため同席。Hさんも訪問している。カレンダーに記載されたデイサービスの予定を見て納得している様子。
R4. 11. 7(月)	電話発信	隣家Wさん宅へ訪問し、ケアプランの変更を伝える。(Y) 訪問時は在宅しており入室はスムーズ。「排泄は大丈夫」との言葉どおり、パンツ型おむつの交換はできている。薬も拒否なし。(Y)
R4. 11. 10(木)	電話受信 Hさんより近況報告	本人もサービス事業所の職員の双方ともにまだ慣れないところもあるようだがあるようだが、大丈夫そう。 お金の管理については、自分(Hさん)ではなくほかの人が管理する制度について本人に話しているが、拒否している。自分がしているようにしてもらえるのか?とのこと。 →一度、制度の説明と実際に支援している状況を聞く機会をつくるよう提案したところ、Hさんからは了解が得られた。(Y)
R4. 11. 21(月) 9:30～	受診同席 本人・Hさん	昨夜本人に受診の予定を伝えたところ、夜中に何度もHさんに連絡がきた。本人は早朝の暗いうちに2回、病院に行ったようである。診察時は血圧が高いが、デイサービスでの測定値を伝え、様子を見ることとなる。 →次回はデイサービス終了後の予約とした。(Y)
R4. 11. 25(金) 17:00～	モニタリング 自宅訪問し本人と面談	もう寝ようとしていた様子。ヘルパーにはまだ慣れていない。「夕べは寒くて眠れなかった」と話す。水で洗濯しており、エアコンも冷房のまま。「荷物を盗まれた」「毎日のように泥棒が来る」「近所のあいつが盗るんだよ」と話す。 →隣家Wさんへ状況確認。「収集場に何かが置いてあると違う種類のごみでも出してしまおう。まあ、そのくらいだったら片づけておくよ」「デイサービスでは楽しくやれているの?」と気にかけている様子。 詳細はモニタリングシート参照 (Y)
R4. 12. 2(金)	電話発信 デイサービスより聞き取り	体重測定 34.9 kg (増減なし)。食事は毎回しっかり食べている。時々、時間の途中に帰るのだと思っていることがあり、Hさんも知っていることだと説明すると納得する。(Y)
R4. 12. 27(火) 17:00～	受診同席 本人・Hさん	受診のことは今朝本人にデイサービス前に伝え、デイサービスに迎えに行くことを説明したところ、混乱がなかったとのこと。 MMS E 14点 (前回と同得点)。処方継続。 Hさんより、怒り出したりお金をなくしたりすることはみられないとのこと。以前は「お金に対し、人がかわり自由にならない」と本人から不満が聞かれたが、最近では、Hさんのお金と思っている様子。数え方もわからないようである。 1日おきにデイサービスに行くことについては、本人への説明が簡潔にできているので混乱が少ないようである。今のペースは本人にあっている様子。電話でも会話が続くとのこと。(Y)

R4. 12. 28(水) 13:00～	モニタリング 自宅訪問し本人と 面談	衣服に違和感を感じているようだが、うまく伝えられずタンスの引き出しをすべて開けて探している。「これだから病院にいつてるのよね」と悲しそうな表情で話す。 詳細はモニタリングシート参照。(Y)
R5. 1. 8(金)	電話受信 Hさんより近況報告	正月は1度自分(Hさん)の家に呼んだが、トイレの失敗があり大変だった。「あの人はいいって言った」とわからないことを言ったり、自分に謝罪を要求したりしたとのこと。認知症について説明し、やはりお金のことも専門的な支援が必要ではないかと話す。(Y)
R5. 1. 16(月)	電話受信 定期巡回へ聞き取り	洗濯物が整頓されておらず、汚れた衣類と一緒にになってしまっている。替えの衣類に困ることがある。訪問時に洗濯を対応したほうがよいのではないかと、との連絡を受ける。食事に関し、冷蔵庫の中のもの減っており、食べている様子がある。(Y)
R5. 1. 20(金) 13:00～	モニタリング 自宅訪問し本人・H さんと面談	本人は「デイサービスは食事もおいしいみんな面白い。足は先生が来てやってくれるので、よくなってきたよ。お金のことはHさんができないなら、おねえさん(介護支援専門員)がやってくれればいいよ。家の人がいる人はいろいろやってもらえる。私は一人で大変」と漏らす。Hさんより、最近一人が大変と言うようになったと聞き取る。また、洗濯について、自分(Hさん)が必ず来なければならない日が少ないと助かるとのこと。 →隣家Wさん・民生委員へ状況確認。「デイサービスから帰ると、すぐに出かけて外を歩いているよ。この間は結構遅い時間に歩いてみたい。相変わらず『泥棒は入るなんて』と言っている。周りの人には、介護サービスを利用しいろいろしてもらっていることや、事実ではないことは説明するようにしているが、そんなことを皆に言ってけんかになるのではないかと心配している。何かあれば連絡しますね」と話す。(Y)
R5. 1. 23	FAX 受信 デイサービスより 聞き取り	デイサービスでは声かけでトイレにも行っており、失禁もほとんどない。周りの人が食後にトイレに行くためか、本人から訴えることもある。体重測定 36kg (前回 34.9kg)。 詳細はモニタリングシート参照。(Y)
R5. 1. 27	電話受信 Hさんより	民生委員さんや隣のWさんから連絡があり、暗くなり出かけて、近所の特定の人か盗るという言動がありいることがここ1週間頻回にあり、暗いので心配があるとのこと。、どうしたらいいか…近所の特定の方は本人の症状を理解はしているが、みんなに言って回られると気持ちがいいものではない…と。 と相談があった。 今後、どのように支援していったらいいか、主任介護支援専門員へ相談する。

評価表

利用者名 T 殿 作成年月日 令和5年1月23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		
食事や服薬ができる	R4.11.1 ～ R5.1.31	・ 定期受診をし、近況や心配事を伝える	本人 〇〇病院	〇〇医師	○	処方開始されたが、副作用の症状は見られない。通院について事前に伝えると、本人の不安が強くなり混乱が見られた。当日の朝に伝え、デイサービス終了後に受診すると、本人も落ち着いていたので、今後は予約日を工夫する。また、診療時には緊張のため上手く受け答えができず、診察を嫌がる傾向があるので、同席者は必要である。デイサービスでの食事は全量摂取し、不足感の訴えはない。暴食の様子もみられない。ヘルパーに自ら購入品の依頼をすることはないので、定期的な確認が必要である。定期巡回については、処方開始され服薬環境を整えるためにサービスの利用を開始したが、「いつまで飲むのか？」という発言はあるものの、拒否は見られない。訪問時には、既に飲食はすすんでいる。冷蔵庫の中に賞味期限切れのものが有り、確認が必要である。体重は10月は34.9Kg (BMI: 16.2)、1月は36kg (BMI: 16.7)と少し改善している
		・ 医師に生活の状況を伝える	居宅介護支援	Tケアプランセンター	○	
		・ 食事摂取・内容の確認、冷蔵庫内の食品の確認、服薬介助	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	○	
		・ 食材や日用品の在庫の確認と購入	Hさん		○	
			定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	○	
		・ 昼食の提供	通所介護	Rデイサービス	○	
		・ 体重測定	通所介護	Rデイサービス	○	
あわてずに話をするができる	R4.11.1 ～ R5.1.31	・ 電話で1日の報告を聞く	Hさん		○	デイサービスや友人との連絡のやりとりを思い出し、話す機会も増えている。最近では会話が楽しく感じ、とHさんは評価している。通常と異なる予定や排せつ面での対応が無かったため、Hさんの訪問の時間も減っており、Hさんの休息につながっている。
		・ ゆっくり話をするように促す。1つずつ行動できるように声をかける	Hさん		△	
			全サービス	A事業所、Rデイサービス、Tケアプランセンター	○	
		・ 他者との会話の支援	通所介護	Rデイサービス	○	
日中に用事を済ませ、19時頃まで起きることができる	R4.11.1 ～ R5.1.31	・ 電話での声掛けを行い、今日の予定を伝える	Hさん		△	曜日の間隔は曖昧だが、デイサービス利用日をカレンダーに記していることで、視覚的に安心感が得られている。デイサービスの利用にも慣れ、楽しみにしている。迎えに来ないという連絡もなくなった。当初、開けることを拒否していたカーテンも半分は開けている状況になっている。通常と異なる予定がなければ、夜間や早朝の電話は少なくなっているとのこと。定期巡回への緊急コールは無かったが、今後災害時などに活用ができる可能性がある為、関係者間で共有しておく必要がある。
		・ 日中の活動を楽しむ ・ 転倒予防体操、腰のリハビリ	通所介護	Rデイサービス	△	
		・ 週間スケジュールの把握、必要に応じて声掛け、変化があれば介護支援専門員へ連絡する	地域住民	自治会長、民生委員、隣家Wさん	○	
		・ カーテンを開けるように促す。	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	◎	
		・ 本人不安時のコール対応を行い、予定の確認や昼夜の確認を行う	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	△	
着替えや入浴ができる	R4.11.1 ～ R5.1.31	・ 手の届かないところや、洗いにくいところの洗身、洗髪の介助。爪切り、排泄の誘導	通所介護	Rデイサービス	○	1日おきに拒否なく入浴できている。皮膚トラブルもない。洗濯物は本人とHさんの支援のみになっているが、整頓されていない状況がある。
		・ 排泄介助、整容の確認	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	×	
洗濯や掃除を続けることができる	R4.11.1 ～ R5.1.31	・ 洗濯、掃除の実施状況の確認	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	○	エアコンの設定ができなかったり、名前を書くことが困難になったりしたことがあった。洗濯は手洗いをしている。片付けも支援がないと困難な状況であり、今はHさんの支援を受けているが、今後は本人の役割について考えていく必要がある。
		・ 洗濯、片付けを一緒に行う	Hさん		×	
決められた日にごみを捨てることができる	R4.11.1 ～ R5.1.31	・ 一緒にごみ出しを行う	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	A事業所	△	ヘルパーが曜日に合わせ促すが、「自分で確認して後で出す」と言い、声掛けだけで捨てることができている。しかし、ごみ置き場にごみがあると違う種類でも出してしまうため、地域の人による対応を得ているが、おむつのごみの対応を求めることは難しい。ごみ出しについて分からなくなり、相談に乗ることは減っている。
		・ ごみ出し状況の見守り	地域住民	自治会長、民生委員、隣家Wさん	○	

※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 T 殿

作成日

令和4年10月24日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①認知症の進行	②一人暮らし。身寄りなし	③不規則な食事	
		④変形性膝関節症による痛み	⑤指の変形	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		改善 維持 悪化	・自宅を間違えることがあった。出かける予定が不安になり、一人で早朝に出かけて確認したことがある。腰の痛みがあり室内は杖、屋外はシルバーカーを使用
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり	①②③	改善 維持 悪化	・コンビニの弁当や常備品を食べる。回数や量はばらばらで、バランスも偏りがある。昼間の飲酒もあり。手指の変形があり、スプーンなどを使用。 ・調理は自分で行っていない。 ・間に合わずトイレの周辺を汚すことがある。異所排泄あり。知人の訪問時に介助を受けることが多い。失禁後の衣類の交換は適切に行えない。
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	①②③⑤	改善 維持 悪化	
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	①④⑤	改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	①④	改善 維持 悪化	・間に合わずトイレの周辺を汚すことがある。異所排泄あり。知人の訪問時に介助を受けることが多い。失禁後の衣類の交換は適切に行えない。
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	①②④⑤	改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり	①	改善 維持 悪化	・声掛けにより実施。一つの動作に集中できないと完結できない。 ・知人やデイサービスの職員が、本人に手渡し飲み込みを確認する。電話で服薬を促すこともあるが、服用できていないことがある。服薬治療の意欲がある。 ・週3回デイサービスで入浴。自宅では入浴しない。更衣動作は可能だが、膝の曲げ伸ばしの稼働制限や手の握りづらさがあり、動作に時間がかかる。
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助	①②③	改善 維持 悪化	・洗濯機の使い方が分からず、手洗いをしている。 ・知人が行うが、あまりきれいではない。しまい忘れがある。 ・少額を所持するが、残高の把握は出来ない。知人が管理している。知人は成年後見制度への不信感がある。 ・自分でも毎日のように出かけ購入するが、日用品は知人が管理し補充している。
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	①②④⑤	改善 維持 悪化	
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助	①②④⑤	改善 維持 悪化	・記憶障害あり。日時があいまいで夜間や早朝に知人に頻繁に連絡をしてしまう。 ・うまく言葉にならず興奮することがある。
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助	①②④⑤	改善 維持 悪化	
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	・失禁やゴミ出しができていない、被害妄想を言いふらすため、近所からの苦情がある。本人が話好きで顔見知りが多い。 ・身寄りがなく一人暮らし。そのため声をかけて見守れば自分でできることができない。
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	・支障なし 支障あり
買物		自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり	①	改善 維持 悪化	・支障なし 支障あり
認知		支障なし 支障あり	①②	改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり	①②	改善 維持 悪化	・支障なし 支障あり
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり	①	改善 維持 悪化	・支障なし 支障あり
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり	①②	改善 維持 悪化	
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	・支障なし 支障あり
		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	

利用者及び家族の 生活に対する意向	近所の人やHさんとこれからも仲良くお付き合いしていきたい。そのために治療をして、少しでも良くなりしたい
----------------------	---

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
・生活状況の変化に早期に気付く体制を整え、本人のペースに合わせた対応ができることで、穏やかに過ごすことができる。	体調管理をしながら、周りの人に心配をかけずに暮らしたい。	1
・家の中での支援を増やすことで、声掛けや見守りでできることが増える。	なじみの人とおしゃべりや集まりを楽しみたい。	2
・地域の協力を得ることで、地域から孤立せず楽しみのある生活を送ることができる。	書類や通帳の管理に不安をなくしたい。	3

※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。