

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (8/11)

●6- ⑤社会生活 (への適応) 力

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------|---------------|
| 要 介 護 認 定 項 目 | 5-1 薬の内服 | 1 ② 3 | →6- ⑥医療・健康関係へ |
| | 5-2 金銭の管理 | 1 ② 3 | |
| | 5-3 日常の意思決定 | 1 ② 3 4 | |
| | 5-4 集団への不適応 | ① 2 3 | |
| | 5-5 買い物 | 1 2 3 ④ | |
| | 5-6 簡単な調理 | 1 2 ③ 4 | |
| | 5-7 電話の利用 | 1 ② 3 | |
| | 5-8 日中の活動(生活)状況等 | ① ② 3 | |
| | 5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化 | ① 2 | |

| 6- ⑤5-2 5-5~5-6関係 | 援助の現状 | 希望 | 要援助 →計画 |
|----------------------|-------|----|------------|
| 1) 金銭管理 | ○ | | |
| 2) 買い物 | ○ | | |
| 3) 調理 | ○ | | |
| 4) 準備・後始末 | ○ | | |

| 6- ⑤5-7 5-8関係 | 援助の現状 | 希望 | 要援助 →計画 |
|------------------|-------|----|------------|
| 1) 定期的な相談・助言 | ○ | ○ | ⊙ |
| 2) 各種書類作成代行 | ○ | | |
| 3) 余暇活動支援 | | | |
| 4) 移送・外出介助 | ○ | | ✓ |
| 5) 代読・代筆 | ○ | | |
| 6) 話し相手 | ○ | | ✓ |
| 7) 安否確認 | ○ | | ✓ |
| 8) 緊急連絡手段の確保 | ○ | | |
| 9) 家族連絡の確保 | ○ | | |
| 10) 社会活動への支援 | | | |

<社会活動の状況 (6- ⑤5-8、5-9関係) >

ア. 家族等近親者との交流
あり () □なし

イ. 地域近隣との交流
あり () なし

ウ. 友人知人との交流
あり () なし

緊急連絡・見守りの方法

【特記、解決すべき課題など】

- 5-1 夫が管理している。
- 5-2 夫が管理、財布は持っていないと落着き、常に11番は持っていない。
- 5-3 出歩きの一部あり。
- 5-4 夫が外へ出るため不明だが生活から判断した。
- 5-5 一人で買い物に行き、夫が買い物に行く時、連れ買いをすることもある。
- 5-6 決まるところで外出は、出歩きのしやすさ、必ず夫と行く。
- 5-7 自分へはかたし、ヘルパーの電話をしながら、回答を伝えることはできない。
- 5-8 何となく、椅子、座、このことなど。
- 5-9 この年齢では洗う必要はない。

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (9/11)

※計画をする際には主治医の意見を求める必要あり

●6- ⑥医療・健康関係

| 要介護認定項目 | 処置内容 | 援助の現状 | | | 希望 | 要援助 →計画 | 現 状 ↓ 計 画 | 具体的内容 |
|---------|---------------------------------------|-------|--------|--|----|-------------------------------------|---|-------|
| | | 家族実施 | サービス実施 | | | | | |
| 要介護認定項目 | 1. 点滴の管理 | | | | | | <input type="checkbox"/> バイタルサインのチェック | |
| | 2. 中心静脈栄養 | | | | | | <input type="checkbox"/> 定期的な病状観察 | |
| | 3. 透析 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 内服薬 | |
| | 4. ストーマ(人工肛門)の処置 | | | | | | <input type="checkbox"/> 坐薬(緩下剤、解熱剤等) | |
| | 5. 酸素療法 | | | | | | <input type="checkbox"/> 眼・耳・鼻等の外用薬の使用等 | |
| | 6. レスビレーター(人工呼吸器) | | | | | | <input type="checkbox"/> 温・冷あん法、湿布貼付等 | |
| | 7. 気管切開の処置 | | | | | | <input type="checkbox"/> 注射 | |
| | 8. 疼痛の看護 | | | | | | <input type="checkbox"/> 吸引 | |
| | 9. 経管栄養 | | | | | | <input type="checkbox"/> 吸入 | |
| | 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) | | | | | | <input type="checkbox"/> 自己注射(インスリン療法) | |
| | 11. じょくそうの処置 | | | | | | <input type="checkbox"/> 経管栄養法 | |
| | 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等) | | | | | | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養法 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 酸素療法 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 人工呼吸療法 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ管理 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 自己導尿 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル管理 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱管理 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 疼痛管理 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 褥瘡管理 | |

【特記、生活上配慮すべき課題など】

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

| |
|--|
| (1)移動 屋外歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない 車いすの使用 <input checked="" type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) <input checked="" type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 室内で使用 |
| (2)栄養・食生活 食事行為 <input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助 現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 → 栄養・食生活上の留意点(食事量が低下している。訪問栄養指導が必要) |
| (3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 閉じこもり <input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食 嚥下機能低下 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他() → 対処方針(定期的な経過観察が必要) |
| (4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し <input checked="" type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明 |
| (5)医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。) <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス() |
| (6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ・血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり() 移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり(転倒時に注意) ・摂食 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり() 運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり(運動量が低下) ・嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり() その他() |
| (7)感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 不明 |

-9-

(全社協 在宅ケアプラン作成方法検討委員会作成)

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (10/11)

7 全体のまとめ

< ケービスの方向性 >

- ① 夫が生活全荷役を担、そのことから 夫が1人で本人は生活が
できない状況に陥っている。
負担が大きいことを夫自身認識できていない、様子から山登り、階段使用を
悪く感じたり、階段のリスクも大きいことから、夫へ理解を求め、後継り対応と
あわせて検討が必要
- ② 水分量・汗量量の低下から 認知症状が変化することが見られ
て、ケービスを利用し、経過をみながら方法を検討していく。

< ストレンス >

< 身体機能面 >

- 1-1 椅子に座し 腰痛あり 1-4 腰痛が強い時、歩くと
- 1-5 正座はできない、椅子使用時背伸びをしては保持可能
- 1-7 歩行不安定に杖の使用が少なくない、歩行時は安全な杖(棒)を使用している。
- 1-10 腕の浴槽で入浴している。入浴準備は夫がやる、浴槽の出入りは足で下り、杖が補助
- 1-11 自分でしている。介助はしていない、現時点で自立している。

- 1. 安全確保への対応の必要性 なし あり
- 2. 権利擁護に関する対応の必要性 なし あり

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (11/11)

■1日のスケジュール

| | 本人の生活リズム | 本人が自分で していること | 援助の現状 | | 要援助と判断される場合に ✓ / 計画した場合に ○(確認) |
|----|----------|------------------|-------|--------|--------------------------------------|
| | | | 家族実施 | サービス実施 | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

◎:排便 △:食事 □:起床
 ○:排尿 ☆:入浴 ■:就寝

参考資料4 Aさん事例 ケアプラン (第1表)

| | |
|-----------------------------|---|
| 第1表 | 作成年月日 平成23年10月23日 |
| 居宅サービス計画書(1) | |
| 利用者名 A 殿 | 生年月日 年 月 日 住所 |
| 居宅サービス計画作成者氏名 | |
| 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 | |
| 居宅サービス計画作成(変更)日 平成23年10月20日 | 初回居宅サービス計画作成日 平成23年10月20日 |
| 認定日 平成23年10月1日 | 認定の有効期間 平成23年11月1日 ~ 24年10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 | 本人) できることは自分でしていきたい。楽しんで暮らしたい。夫の負担をかけたくない。 夫) 夫婦ふたりで安全に健康にこれからも暮らしていきたいです。 |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 | |
| 総合的な援助の方針 | ①在宅での暮らしが安全に快適に続けられるよう、今後ご本人・ご家族と相談し必要なサービスを検討し提供させていただきます。 ②ご主人さまも健康を害せず、生活できるような支援させていただきます。 ③転倒をせず安全に暮らすことができるよう増強整備もお手伝いさせていただきます。 緊急連絡先: 娘さん 主治医: M先生 |
| 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() |

参考資料4 Aさん事例 ケアプラン第2表

作成年月日 平成23年10月23日

居宅サービス計画書(2)

第2表

利用者名 A 監

| 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) | 目標 | | サービス内容 | 援助内容 | | | |
|--------------------|--|--------------------------------------|---|---------|------------------|------------|-----|
| | 長期目標 (期間) | 短期目標 (期間) | | ※1 | ※2 | 頻度 | 期間 |
| 夫と一緒に在宅生活を続けていきたい。 | 長期目標 6ヶ月 夫と一緒に健康で今の生活を続けることができる。 | 短期目標 3ヶ月 夫の介護負担が増えずに介護することができ。 | サービス内容 日常生活全般の見守り 生活全般に必要な介助 夫の休息時間の提供 | ※1 ○ | ※2 ○特養 △デイ | 不定期 2/週 | 3ヶ月 |
| 体ぎれいにしたい | 6ヶ月 安全に入浴し身体が清潔に保てる。 | 3ヶ月 シャワーや入浴介助で定期的に入浴することができ。 | 入浴の促し・入浴介助 全身状態の観察 健康チェック | ○ | ○特養 △デイ | 不定期 2/週 | 3ヶ月 |
| 転倒しないで生活したい | 6ヶ月 転倒せずに安全に暮らすことができる。 | 3ヶ月 安全に移動が出来ることができ。 | 腰への負担を減らすこと 浴室内や室内で必要な手すりを設置する。 | ○ | ○工務店 | 随時 | 3ヶ月 |

※1「保険給付の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。

参考資料4 Aさん事例 ケアプラン第3表

| 第3表 | | 週間サービス計画表 | | | | | | | 作成年月日 平成23年10月23日 平成23年11月分より |
|------------|-------|---|---|---|-----------------|---|---|---|----------------------------------|
| 利用者名 | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動 |
| 深夜 | 4:00 | | | | | | | | |
| 早朝 | 6:00 | | | | | | | | |
| 午前 | 8:00 | 通所介護 9:30~16:30 | | | | | | | |
| 午前 | 10:00 | | | | 通所介護 9:30~16:30 | | | | |
| 午後 | 12:00 | | | | | | | | |
| 午後 | 14:00 | | | | | | | | |
| 夜 | 16:00 | | | | | | | | |
| 夜 | 18:00 | | | | | | | | |
| 間 | 20:00 | | | | | | | | |
| 深夜 | 22:00 | | | | | | | | |
| 深夜 | 24:00 | | | | | | | | |
| 深夜 | 2:00 | | | | | | | | |
| 深夜 | 4:00 | | | | | | | | |
| 週単位以外のサービス | | <ul style="list-style-type: none"> 短期入所生活介護 (不定期: 夫の体調に合わせて) 住宅改修 (相談後検討) | | | | | | | |