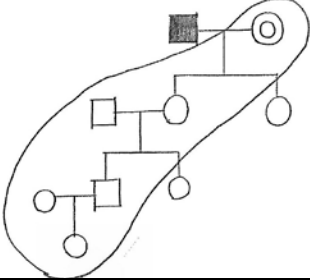
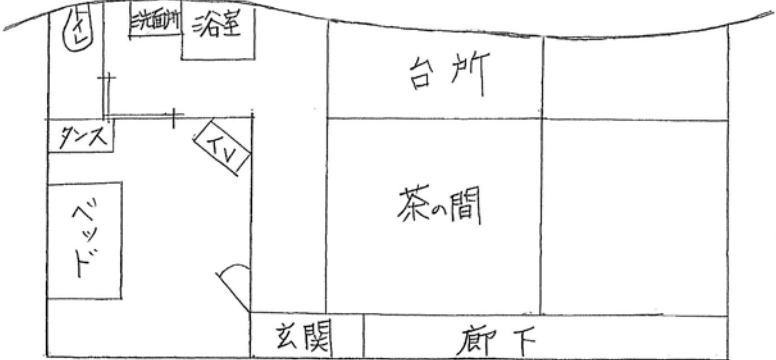


## 基本情報

利用者名	気仙沼 D子さん	性別	女	生年月日	昭和12年 1月11日
住 所				電話番号	
主 訴	<b>【相談内容】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・徐々に日常生活の動作が低下してきて、日中一人にしておくのが心配になった。</li> <li>・寝たきりになるのではないかと心配。</li> </ul>				
	<b>【本人・家族の意向】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人：・今の状態がこれ以上悪くならないようにしたい</li> <li>・家族：・一人で出かけられなくなったので、出かける機会を作ってあげたい</li> <li>・できるだけ自分でできる状態でいてほしい</li> </ul>				
生活状況	<b>【性格・職業等】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・働き者で農業（田，蚕）をしていた</li> </ul>			<b>【家族の状況】</b> <div style="text-align: right;">6人家族</div> 	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	B 1		認知症高齢者の日常生活自立度	自立
居住環境等					
サービスを決定する人	D子さん（本人），E子さん（娘）				

# フェイスシート

R 2 年 4 月 1 日

フリガナ	ケセンヌマ ディーコ	生年月日	昭和 12年 1月 11日 (83才)
氏名	気仙沼 D子 様	性別	女
住所	〒	電話	( )
		FAX	( )
介護保険	保険者 No.	被保険者 No.	
	介護度	要介護3	有効期間 R2年 4月1日～R4年3月31日
主治医	医療機関名	〇〇 病院	電話 ( )
	医師名	〇〇 先生	FAX ( )
病名	頸椎症性脊髄症	H26年 月発症	備考 H26年6月、頸椎症脊髄症の為手術を行った。 R2年2月23日～3月11日まで腸閉塞の為入院した。
	骨粗鬆症	H27年 5月発症	
	腰部脊柱管狭窄症	H26年 月発症	
	多系統萎縮症オリブ 橋小脳萎縮症	H29年10月発症	
		年 月発症	
A D L	移動	一部介助	思うように足が運べず歩幅が狭い。手引き歩行で何とか短距離歩くのがやっと。
	食事	自立	手に力が入らず食べこぼしが多い。
	排泄	自立	昼夜トイレ使用。間に合わず失禁するのでリハ`リハ`ソツとパ`ットを使用濡れたら自分で交換している。
	入浴	一部介助	手引き歩行で入浴。洗身は力が入らず一部介助を受けている。
	更衣	一部介助	思うように力が入らず時間がかかる。ズボンが十分に上げられず後から介助してもらっている。
	整容	自立	
記憶	特になし。		
行動	特になし。		
介護上の	入浴	(血圧) 160/90以上の時中止	(その他)
	・	(体温) 37.0℃以上の時中止	
	清拭	(感染症) なし。	
医学的	移動	(カテーテル・酸素・ストーマ・じょく創 等)	
留意事項	食事		
	排泄	排尿障害を起こす可能性あり。現在は内服薬で様子をみている。	
	その他	症状については徐々に進行していくので症状にうまく付き合っていく事を考える必要がある。	
特記事項	◎娘夫婦、孫夫婦、曾孫の6人家族。日中は、孫嫁、曾孫と過ごす。 多系統萎縮症オリブ 橋小脳萎縮症のため現在通院中。手足に力が入らず自力歩行が困難になってきている。 筋力維持の為には運動をした方がいいが、転倒に注意が必要。		
	主介護者 気仙沼 E子 様 続柄 娘		
緊急連絡先	電話	090-	氏名 気仙沼 E子 続柄 娘

〇〇居宅介護支援事業所 (担当: M )

TEL / FAX

<p>1 健康状態</p> <p>(1)観察・管理の必要な病気</p> <p>(2)症状</p> <p>①身体症状</p> <p>②精神症状</p> <p>(3)痛み</p> <p>(4)病状の変化</p> <p>(5)薬</p> <p>(6)医療機器</p> <p>(7)保健予防</p> <p>(8)健康生活</p> <p>(9)予定されたケア・治療の順守</p> <p>《意向》</p>	<p>H26 年から頸椎症性脊髄症と腰部脊柱管狭窄症のため2度手術を受けた。H27 年には骨粗鬆症と診断を受ける。H29 年には多系統萎縮症オリーブ橋小脳萎縮症と診断を受けて定期的に受診している。徐々に手足に力が入りにくくなってきている。多系統萎縮症により排尿障害（神経因性膀胱）がでており、内服にてコントロールしている。</p> <p>R2 年 2 月 23 日～3 月 11 日までは腸閉塞のため入院した。</p> <p>神経因性膀胱があり服薬中。下痢，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れの身体症状はみられなかった。</p> <p>妄想，幻覚等の精神症状はない。</p> <p>身体が痛いという訴えはない。</p> <p>R2 年 2 月 23 日～3 月 11 日まで，腸閉塞の為に入院した。その後腸閉塞の症状は落ち着いている。多系統萎縮症による排尿障害（神経因性膀胱）がでている。多系統萎縮症の症状が進行しており徐々に手足に力が入りにくくなってきている。</p> <p>主治医により管理され，決められた通りに服薬している。</p> <p>（別表）服薬状況。</p> <p>使用していない。</p> <p>家族の付き添いで定期的に受診し管理されている。</p> <p>喫煙，飲酒もなく，特に問題ない。</p> <p>食事や運動等，主治医の指示に沿って生活している。</p> <p>（本人）大変な病気になってしまった・・・でも，できるだけ自分で行える状態で行いたい。</p> <p>（家族）できる限り自分でやれる状態でいて，寝たきりにならないでほしい。（娘さん）</p>
<p>2 ADL</p> <p>(1)寝返り</p> <p>(2)起き上がり</p> <p>(3)乗り移り</p> <p>(4)家の中の移動</p>	<p>ベッドの手すり等につかまらないと自分でできない。</p> <p>ベッドの手すり等につかまらないと自分でできない。</p> <p>何かにつかまる所などの支えがあれば自力でできる。</p> <p>自力歩行は困難なため一人でいる時は車椅子を使用している。手引きの介助で数m位なら歩くことができる。</p>

<p>(5)屋外の移動  (6)上半身の更衣  (7)下半身の更衣  (8)食事  (9)排泄  (10)整容  (11)入浴  (12)ADLの低下  (13)活動・健康増進  (14)自立度改善の可能性  (15)要介護状態の変化  (16)転倒    &lt;&lt;意向&gt;&gt;</p>	<p>通院時には手引きの介助で車まで移動している。  準備をしてもらえば時間はかかるが自分で行っている。  準備をしてもらえば時間はかかるが自分で行っているが、ズボンを十分に上げられず後から上げる介助を受けている。  食べこぼしが多いがスプーンを使用して自分で食べている。  昼夜トイレを使用しているが間に合わず失禁することがあるため、常時紙パンツを使用している。濡れたら自分で交換しているがズボンが十分に上げられない。  車椅子で洗面所まで行って自分で行っている。  手引きの介助を受けて入浴している。洗身は、前の方は自分で洗えるが、髪・背中、足先を自分で洗うことができず介助を受けている。  徐々に手足に力が入らなくなってきた。2月末の入院以来自力歩行が困難になった。  車いす使用。通院以外で外出することはなく普段は家事や運動などで身体を動かすことはない。階段の昇り降りもしていない。  本人も家族もできるだけ今の身体の状態を維持したい、維持してほしいと思っている。主治医からは、改善は難しいが維持するための運動は良いと言われている。  2月末の入院以来自力歩行が困難になった。日常の動作は時間がかかるができるだけ自分で行うように頑張っている。  腸閉塞で入院する前まで(約2ヶ月前)はシルバーカーを使用して歩いており、時々転ぶことがあったが怪我はしていない。現在は一人で歩くことがないので転倒することはない。    (本人)少しでも今の身体の状態を維持したい。  できるだけ自分で動きたい。  (家族)自分でやれる状態でいてほしいけど、少しずつできなくなってしまって困った。これからは一人にするのも心配。  お風呂に入れてあげたい。(娘さん)</p>
<p>3 IADL  (1)炊事  (2)家事一般(掃除・洗濯・整理等)  (3)金銭管理  (4)薬の管理  (5)電話使用  (6)買い物</p>	<p>手に力が十分に入らず支えなしでの立位も困難なことにより、自分で行うことができない。全て娘さんと孫嫁さんが行っている。  手足に力が十分に入らず立って活動することができないため自分で行うことはできない。全て娘さんと孫嫁さんが行っている。  小遣い程度は自分で管理している。  処方された通りに自分で管理して飲んでいる。  手元に子機を置き使用している。  選ぶ・支払うことには問題はないが、買物に行くことができない。</p>

<p>(7)交通手段の利用</p> <p>《意向》</p>	<p>交通手段を利用することがない。通院時は家族が送り迎えをしている。</p> <p>(本人) これからもできることはできるだけ自分でやっていきたい。</p> <p>(家族) できないことは手伝いたいが、これからもできることは自分でしてほしい。(娘さん)</p>
<p>4 認知</p> <p>(1)認知障がい</p> <p>①複雑性注意</p> <p>②実行機能</p> <p>③学習と記憶(即時, 近時, 遠隔)</p> <p>④言語(失語)</p> <p>⑤知覚-運動(失認, 失行)</p> <p>⑥社会的認知</p> <p>⑦見当識</p> <p>(2)せん妄</p> <p>《意向》</p>	<p>問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>会話の中の受け答えもしっかりしていて問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>ない。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>
<p>5 コミュニケーション能力</p> <p>(1)聴覚</p> <p>(2)相手に理解させること</p> <p>(3)相手を理解すること</p> <p>(4)コミュニケーション能力の低下</p> <p>(5)視覚</p> <p>《意向》</p>	<p>会話の声の大きさも普通でテレビも普通の音量でみており問題はない。</p> <p>問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>ない。</p> <p>新聞や本は老眼鏡を使用して読んでいる。</p> <p>(本人) 眼鏡を使えば見えるので不自由は感じていない。</p> <p>(家族) 本人に支障はないようなのでこのままでいい。(娘さん)</p>

<p>6 社会との関わり</p> <p>(1)関わり</p> <p>(2)気分</p> <p>《意向》</p>	<p>H26 年頃から歩くのが大変になり一人で外出ができなくなり人と会う機会が少なくなった。明るい性格で、誰とでも仲良くなる。普段は孫嫁とひ孫がおり近所の昔からの友人も月に2回位は会いに来てくれる。</p> <p>元々話し好きで、明るい性格で、病気になったことを嘆くこともない。不安や悲しみ、落ち込み等気分の変化はみられない。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>
<p>7 排尿・排便</p> <p>(1)尿失禁</p> <p>(2)おむつ使用</p> <p>(3)便失禁</p> <p>《意向》</p>	<p>排尿の回数が頻繁で内服薬にて回数を減らしている。動作がゆっくりでトイレに間に合わない。思った時には失禁してしまう。トイレを使用しているが、紙パンツとパットを併用している。濡れたら自分で交換している。</p> <p>失禁はない。下剤でコントロールしている。</p> <p>(本人) 何度もトイレに行くのは大変だが、薬も飲んでるのでこのまま様子をみたい。 (家族) 薬を飲んでるので様子をみたい。(娘さん)</p>
<p>8 褥瘡・皮膚の問題</p> <p>《意向》</p>	<p>褥瘡，皮膚疾患はない。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>
<p>9 口腔衛生</p> <p>《意向》</p>	<p>自分で歯磨きもしており，清潔が保たれている。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>
<p>10 食事摂取</p> <p>《意向》</p>	<p>体重増減はない。食事は一日三食ほぼ全量食べている。嚥下にも問題はない。好き嫌いもない。</p> <p>(本人) 特になし。</p>

	(家族) 特になし。
<p>1 1 問題行動 (行動障害)</p> <p>(1)行動障害</p> <p>①迷うこと</p> <p>②怒ること (言動)</p> <p>③怒ること (行動)</p> <p>④混乱する行動</p> <p>⑤ケアを嫌がる断る</p> <p>⑥行動障がいの悪化</p> <p>(2)向精神薬</p> <p>《意向》</p>	<p>ない。</p> <p>ない。</p> <p>ない。</p> <p>ない。</p> <p>ない。</p> <p>ない。</p> <p>服用していない。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>
<p>1 2 介護力</p> <p>(1)介護者</p> <p>(2)介護負担・ストレス</p> <p>《意向》</p>	<p>娘 (E 子さん) や孫嫁 (F 子さん) が家事全てを支援している。娘さんは仕事をしており平日の日中の支援は困難だが、朝夕や休みの日は歩行時の手引きやズボンを上げる介助をしている。孫嫁さんは小さい子供の世話で忙しく家事以外の支援は難しくこれ以上増やすことも難しい。</p> <p>通院については、同居の娘さんか近くに住む娘さんが対応している。</p> <p>自宅でお風呂に入れることができない。</p> <p>娘さんは、これからも大変な所はサービスを受けながら仕事と介護を両立させていきたいと考えているが、本人のゆっくりしかできない動作や徐々にできなくなっていく状況を見て複雑な心境と同時にイライラすることもある。時々休める時もほしいと思っている。</p> <p>(本人) できるだけ家族に迷惑をかけないようにしたいので、できることはできるだけ自分で行いたい。</p> <p>(家族) 少しずつできなくなっていく母の姿を見るのは本当に辛い。今仕事を辞める訳にもいけないので、これからも仕事と介護を両立させていきたい。</p> <p>お風呂に入れてあげたい。(娘さん)</p>

13 居住環境 《意向》	必要な手すりはついており，特に問題はない。  (本人) 特にない。 (家族) 特にない。
14 特別な状況 《意向》	ない。  (本人) ----- (家族) -----
その他 《意向》	ない。  (本人) ----- (家族) -----

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
バップフォー錠 10	隔日朝 2 錠	トイレの回数が多い時服用
アクトネル錠 2.5 mg	起床時 1 錠	骨粗鬆症の治療薬
ロカトルカプセル 0.5	朝, 夕各 1 錠	ビタミンDの薬, 骨の病気の治療薬
オパールモン錠 5 mg	朝昼夕各 1 錠	血栓ができるのを抑える薬
プルゼニド錠 12 mg	就寝前	便秘の薬
ベシケア錠 5 mg	隔日朝 2 錠	トイレの回数が多い時服用

2020. 10. 30. mk



## アセスメントのための情報収集シート 128 (居宅)

利用者氏名	基準日	担当者名
気仙沼 D子 様	R 2年 4月 1日	m

- ※ 1. 「具体的状況」の欄には、情報項目に関しての能力評価をしてその状況を記入します。生活の支障がある場合はその具体的状況と気付いたコメントを記入します。  
(例えば：身体を支えられれば4～5メートル歩く。2週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等)
- ※ 2. 「検討」の欄は、具体的状況が生活に支障がある場合や、詳しく検討する必要があると判断した場合は○を付けます(支障がない場合は×を付けます。)  
太字の番号で、○が付いた「具体的状況」を、課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記し、「自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性」を検討します。(細字の項目は、検討する時の参考にします。)
- ※ 3. \*の付いた項目は、概ね3ヶ月間の状況で判断します。それ以外は1週間前後の状況で判断します。
- ※ 4. 可能性の提案をしながら、その領域に関する生活の意向を把握し、課題検討用紙の「本人、家族の意向」に転記します。(生活上の支障がない領域に関する「意向」は、聞き取る必要はありません。)

## 1 健康状態

No	情報項目	具体的状況	検討
観察・管理の必要な病気			
1	循環器	ない。	×
2	神経・認知	多系統萎縮症オリーブ橋小脳萎縮症と診断を受けて定期的に受診している。徐々に手足に力が入りにくくなってきている。	○
3	骨関節	骨粗鬆症	○
4	眼科	ない。	×
5	精神科	ない。	×
6	感染症	ない。	×
7	糖尿病その他	多系統萎縮症により排尿障害(神経因性膀胱)がでており、内服にてコントロールしている。 R2年2月23日～3月11日までは腸閉塞のため入院した。	○

症状			
8	身体症状（下痢，排尿障害，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れ等）	神経因性膀胱があり服薬中。	○
9	精神症状（妄想，幻覚等）	ない。	×
痛み			
10	痛みの頻度	ない。	×
11	痛みの強さ	ない。	×
12	痛みによる生活の支障	ない。	×
13	痛みの箇所	ない。	×
14	痛みに対する薬の効果	ない。	×
病状の変化			
15	入院*	年2月23日～3月11日まで，腸閉塞の為に入院した。	○
16	緊急受診*	〃	○
薬			
17	医師による薬の管理	主治医により管理され，決められた通りに服薬している。	×
18	薬の服用の順守	〃	×
19	服薬状況（別表）		○
医療機器			
20	医療機器の取り扱い・管理	使用していない。	×
保健予防			
21	健康診断の受診*	定期的に受診し管理されている。	×
健康生活			
22	喫煙	ない。	×
23	飲酒による問題	ない。	×
24	健康状態が悪い	ない。	×
25	生活に支障のある体調の変動や悪化	多系統萎縮症による排尿障害（神経因性膀胱）がでている。多系統萎縮症の症状が進行しており徐々に手足に力が入りにくくなってきている。	○
26	慢性症状の悪化	〃	○
27	急性症状の発生	ない。	×
28	新たな病気による治療の変更	ない。	×
ケア計画			
29	予定されたケア・治療の順守*	食事や運動等，主治医の指示に沿って生活している。	×
健康状態に関する意向			

(本人)できるだけ自分で行える状態でいたい。  
 (家族)できる限り自分でやれる状態でいてほしい。(娘さん)

## 2 ADL

ADL			
30	寝返り	ベッドの手すり等につかまらないと自分でできない。	○
31	起き上がり	ベッドの手すり等につかまらないと自分でできない。	○
32	乗り移り	何かにつかまる所などの支えがあれば自力でできる。	○
33	家の中の移動	自力歩行は困難なため一人では車椅子を使用している。手引きの介助で数m位なら歩くことができる。	○
34	屋外の移動	通院時には手引きの介助で車まで移動している。	○
35	上半身の更衣	準備をしてもらえば時間はかかるが自分でやっている	×
36	下半身の更衣	準備をしてもらえば時間はかかるが自分でやっているがズボンを十分に上げられず後から上げる介助を受けている。	○
37	食事	食べこぼしが多いがスプーンを使用して自分で食べている	×
38	排泄	昼夜トイレを使用しているが間に合わず失禁することがあるため常時紙パンツを使用している。濡れたら自分で交換しているがズボンが十分に上げられない。	○
39	整容	車椅子で洗面所まで行って自分でやっている。	×
40	入浴	手引きの介助を受けて入浴している。洗身は前の方は自分で洗えるが、髪・背中、足先を自分で洗うことができず介助を受けている。	○
41	ADLの低下*	徐々に手足に力が入らなくなってきている。2月末の入院以来自力歩行が困難になった。	○

活動・健康増進			
42	移動手段	通車いす使用。	○
43	階段昇り降り	していない。	○
44	外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。）	通院以外は外出していない。	○
45	体を動かす活動	普段は家事や運動などで身体を動かすことはない。階段の昇り降りもしていない。	○
自立度改善の可能性			
46	自立度改善の本人意識	本人も家族もできるだけ今の身体の状態を維持したい、維持してほしいと思っている。主治医からは、改善は難しいが維持するための運動は良いと言われている。	○
47	自立度改善の介護者意識	〃	○
48	健康状態改善の可能性	〃	○
要介護状態の変化			
49	介護状態の悪化*	2月末の入院以来自力歩行が困難になった。	○
転倒			
50	転倒の回数*	腸閉塞で入院する前まで（約2ヶ月前）はシルバーカーを使用して歩いており、時々転ぶことがあったが怪我はしていない。	○
51	転倒の危険性	現在は一人で歩くことがないので転倒することはない。	×
ADLに関する意向 （本人）少しでも今の身体の状態を維持したい。できるだけ自分で動きたい。 （家族）できる限り自分でやれる状態でいてほしい。お風呂に入れてあげたい。（娘さん）			

### 3 IADL

IADL				
		現 状	困難度	
52	炊事	手に力が十分に入らず支えなしでの立位も困難なことにより自分で行うことができない。全て娘さんと孫嫁さんが行っている。	高	○

53	家事一般（掃除・洗濯・整理等）	手足に力が十分に入らず立って活動することができないため自分で行うことはできない。全て娘さんと孫嫁さんが行っている。	高	○
54	金銭管理	小遣い程度は自分で管理している。	問題なし	×
55	薬の管理	処方された通りに自分で管理して飲んでいる。	問題なし	×
56	電話使用	手元に子機を置き使用している。	問題なし	×
57	買い物	選ぶ、支払うことには問題はないが買物に行くことができない。	中	○
58	交通手段の利用（使う必要のない場合も×）	利用することはない。通院時は家族が送り迎えをしている。	高	×
IADLに関する意向 （本人）これからもできることはできるだけ自分でやっていきたい。 （家族）できないことは手伝いたいが、これからもできることは自分でしてしてほしい。 （娘さん）				

#### 4 認知

記憶				
60	①複雑性注意	問題ない。		×
	②実行機能	問題ない。		×
	③学習と記憶（即時、近時、遠隔）	問題ない。		×
	④言語（失語）	会話の中の受け答えもしっかりしていて問題ない。		×
	⑤知覚-運動（失認、失行）	問題ない。		×
	⑥社会的認知	問題ない。		×
	⑦見当識	問題ない。		×
62	認知機能の低下*	ない。		×
意識障害				
63	せん妄	ない。		×
認知に関する意向 （本人）——— （家族）———				

## 5 コミュニケーション能力

コミュニケーション			
64	聴覚	会話の声の大きさも普通でテレビも普通の音量で見えており問題はない。	×
65	相手に理解させること	問題ない。	×
66	相手を理解すること	問題ない。	×
67	コミュニケーション能力の低下*	ない。	×
視覚			
68	視力	新聞や本は老眼鏡を使用して読んでいる。	×
69	視覚障害	問題なし。	×
70	視力低下*	ない。	×
コミュニケーションに関する意向 (本人) _____ (家族) _____			

## 6 社会との関わり

関わり			
71	人との関わり	明るい性格で、誰とでも仲良くなる。普段は孫嫁とひ孫がおり近所の昔からの友人も月に2回位は会いに来てくれる。	×
72	周りの人への不満・怒り	ない。	×
73	社会活動の悩み	ない。	×
74	社会活動の減少*	H26年頃から歩くのが大変になり一人で外出ができなくなり人と会う機会が少なくなった。	×
75	日中一人の時間	普段は孫嫁とひ孫がおり近所の昔からの友人も月に2回位は会いに来てくれる。	×
76	寂しさ	ない。	×
気分			
77	不安心配	元々話し好きで、明るい性格で、病気になったことを嘆くこともない。不安や悲しみ、落ち込み等気分の変化はみられない。	×
78	悲しみ	〃	×
79	落ち込み	〃	×
80	怒り	ない。	×

81	体調不良の訴え	ない。	×
82	涙もろい	ない。	×
83	興味活動の減少	ない。	×
84	社会交流の減少	ない。	×
85	気分の悪化*	ない。	×
社会との関わりに関する意向 (本人) —— (家族) ——			

## 7 排尿・排便

失禁			
86	尿失禁	排尿の回数が頻繁で内服薬にて回数を減らしている。動作がゆっくりでトイレに間に合わない。思った時には失禁してしまう。	○
87	おむつ使用	トイレを使用しているが、紙パンツとパットを併用している。濡れたら自分で交換している。	○
88	尿カテーテル使用	ない。	×
89	便失禁	ない。下剤でコントロールしている。	○
排泄のコントロールに関する意向 (本人) 薬も飲んでいるので、このまま様子をみたい。 (家族) 本人と同じ。(娘さん)			

## 8 褥瘡・皮膚の問題

皮膚・褥瘡			
90	皮膚の問題	ない。	×
91	褥瘡	ない。	×
92	褥瘡の既往	ない。	×
93	皮膚のケア	ない。	×
褥瘡・皮膚の問題に関する意向 (本人) —— (家族) ——			

## 9 口腔衛生

口腔ケア			
94	口腔状態の問題	自分で歯磨きもしており清潔が保たれている。	×

口腔衛生に関する意向

(本人) \_\_\_\_\_

(家族) \_\_\_\_\_

## 10 食事摂取

栄養・水分摂取			
95	極端な体重減少	ない。	×
96	栄養不良	ない。	×
97	極端な体重増加	ない。	×
98	食事量、回数の不足	食事は一日三食ほぼ全量食べている。	×
99	食事摂取の減少	ない。	×
100	水分不足	ない。	×
101	経管栄養、胃ろう	ない。	×
嚥下			
102	嚥下問題	問題ない。	×
食事摂取に関する意向 (本人) _____ (家族) _____			

## 11 問題行動（行動障害）

行動障害			
103	迷うこと	ない。	×
104	怒ること（言動）	ない。	×
105	怒ること（行動）	ない。	×
106	混乱する行動	ない。	×
107	ケアを嫌がる断る	ない。	×
108	行動障害の悪化*	ない。	×
向精神薬			
109	抗精神病薬	服薬していない。	×
110	抗不安薬	〃	×
111	抗うつ薬	〃	×
112	催眠薬	〃	×
行動障害に関する意向 (本人) _____ (家族) _____			

## 12 介護力



介護力		主介護者	副介護者	
113	介護者（氏名・続柄）	娘（E子さん）	孫嫁（F子さん）	
114	支援の分野（ADL、IADL、精神的支援等）	家事、介護、精神的支援	家事	
115	介護者が介護量を増やすことの可能性		小さい子供の世話で忙しく家事以外の支援は難しくこれ以上増やすことも難しい。	○
116	介護者が介護を続けられる可能性	これからも大変な所はサービスを受けながら、仕事と介護を両立させていきたいと考えている		○
117	介護者の周りの人に対する不満	ない。		×
118	介護者のストレス・負担	自宅でお風呂に入れることができない。 本人のゆっくりしかできない動作や徐々にできなくなっていく状況を見て複雑な心境と同時にイライラすることもある。時々休める時もほしいと思っている。		○
<b>同居者</b>				
119	同居者の増減*	ない。		×
120	施設入所についての同居者の意向	娘さんはこれからも仕事と介護を両立させていきたいと考えている。		×
介護力に関する意向 （本人）できることはできるだけ自分で行いたい。 （家族）これからも仕事と介護を両立させていきたい。 お風呂に入れてあげたい。（娘さん）				

## 13 居住環境

居住環境			
121	身体状態から見た居住環境問題	必要な手すりはついており特に問題はない。	×
居住環境に関する意向 (本人) _____ (家族) _____			

## 14 特別な状況

虐待			
122	家族・介護者に対する恐れ	ない。	×
123	劣悪な衛生状態	問題ない。	×
124	不明な怪我, 骨折, 火傷	ない。	×
125	放置, 暴力, 搾取等	ない。	×
126	身体抑制	ない。	×
ターミナル			
127	ターミナル期	ターミナルでない。	×
特別な状況に関する意向 (本人) _____ (家族) _____			

## ※ その他

その他			
128		ない。	×
介護や自立生活に関する全般的な意向 (本人) _____ (家族) _____			

## (別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
バップフォー錠 10	隔日朝 2 錠	トイレの回数が多い時服用
アクトネル錠 2.5 mg	起床時 1 錠	骨粗鬆症の治療薬
カトールカ <sup>®</sup> セル 0.5	朝, 夕各 1 錠	ビタミンDの薬, 骨の病気の治療薬
オパルモン錠 5 mg	朝昼夕各 1 錠	血栓ができるのを抑える薬
プルゼニド錠 12 mg	就寝前	便秘の薬
ベシケア錠 5 mg	隔日朝 2 錠	トイレの回数が多い時服用

気仙沼 D子 様

居宅ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日： 令和 2年 4月 1日

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた、改善（回復）の可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ケアの方向性
1 健康状態	① 既往歴	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>多系統萎縮症オリーブ橋小脳萎縮症と診断を受けて定期的に受診している。徐々に手足に力が入りにくくなってきている。</li> <li>骨粗鬆症</li> <li>多系統萎縮症により排尿障害（神経因性膀胱）がでており、内服にてコントロールしている。</li> <li>R2年2月23日～3月11日までは腸閉塞のため入院した。</li> <li>神経因性膀胱</li> </ul>	多系統萎縮症	(本人) ・できるだけ自分でできるだけ自分で行える状態を以たい。 (家族) ・できる限り自分でやれる状態でいてほしい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医からは現在の治療法はなく、徐々に進行してくると思われるのでその都度症状に合わせた対応が必要と言われている（*ADLの項目で検討）</li> <li>神経因性膀胱、腸閉塞については内服にてコントロールできている</li> </ul>		
	② 主傷病	○						
	③ 症状	○						
	④ 痛み	×						
	⑤ その他	○						
2 ADL	① 寝返り	○	①②ベッドの手すり等につかまらなると自分でできない。 ③何かつかまる所などの支えがあれば自力でできる。 ④自力歩行は困難なため一人でいる時は車椅子を使用している。手引きの介助で数m位なら歩くことができる。 ⑤準備をしてもらえば時間はかかるが自分でやっているがズボンに十分に上げられず後から上げる介助を受けている。 ⑥手引きの介助を受けて入浴している。洗身は前の方は自分で洗えるが、髪・背中、足先を自分で洗うことができず介助を受けている。 ⑦昼夜トイレを使用しているが間に合わず失禁することがあるため常時紙パンツを使用している。濡れたら自分で交換しているがズボンが十分に上げられない。 ⑧通院以外は外出していない。普段は家事や運動などで身体を動かすことはない。腸閉塞で入院する前（約2ヶ月前）はシルバーカーを使用して歩いており時々転ぶことがあったが怪我はしていない。現在は一人で歩くことがないので転倒することはない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>多系統萎縮症により、手足に力が入らないため</li> <li>入院中動かないでいたため</li> </ul>	(本人) ・できるだけ自分で動きたい。 ・少しでも今の身体状態を維持したい (家族) ・できる限り自分でやれる状態でいてほしい ・お風呂に入れてあげたい	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉用具を活用することにより寝起きや移動の動作が自分で行える可能性がある。</li> <li>多系統萎縮症のためADLの改善は難しいが、主治医より筋力を維持するための運動は可と言われており、本人も家族もできるだけ今の状態を維持していきたいと望んでいるので運動により身体の状態を少しでも維持していく必要がある。</li> <li>ADLの改善は難しく更衣の部分的な介助や自宅での入浴は困難なため補う介助が必要である。</li> <li>排泄については、更衣と合わせて対応する。</li> <li>活動や運動の機会がないことについては歩行と一緒に対応する。</li> <li>転倒については現在一人で歩くことがないのでプランにしない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>できるだけ自分で動きたい</li> <li>少しでも今の身体の状態を維持したい</li> <li>お風呂に入れてあげたい</li> <li>更衣の一部介助が必要です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分で寝起きや移動の動作が行えるよう支援します。</li> <li>歩行や運動の機会を持ち、筋力が少しでも維持できるよう支援します。</li> <li>入浴できるよう支援します。</li> <li>更衣ができるよう支援します。</li> </ul>
	② 起きあがり	○						
	③ 移乗	○						
	④ 歩行	○						
	⑤ 着衣	○						
	⑥ 入浴	○						
	⑦ 排泄	○						
	⑧ その他	○						
3 IADL	① 調理	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>調理、掃除は手に力が十分に入らず、支えなしでの立位が困難なことから自分で行うことができない。全て娘さんと孫嫁さんが行っている。</li> <li>買物は、選ぶ、支払うことには問題はないが、買物に行くことができない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多系統萎縮症により、手足に力が入らないため</li> </ul>	(本人) ・特になし。 (家族) ・特になし。	<ul style="list-style-type: none"> <li>今以上にできるようになることは難しいことと、家事の代行については家族と同居しているためプランにしない。</li> </ul>		
	② 掃除	○						
	③ 買物	○						
	④ 金銭管理	×						
	⑤ 服薬状況	×						
	⑥ その他	×						
4 認知	① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度	×	・問題なし					
5 コミュニケーション能力	① 意思の伝達	×	・問題なし					
	② 視力	×						
	③ 聴力	×						
	④ その他	×						
6 社会との関わり	① 社会的活動への参加意欲	×	・問題なし					
	② 社会との関わりの変化	×						
	③ 喪失感や孤独感	×						
	④ その他	×						

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	利用者(家族)の意向	自立に向けた、改善(回復)の可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	ケアの方向性
7 排尿・排便	① 失禁の状況	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排尿の回数が頻繁で内服薬にて回数を減らしている。動作がゆっくりでトイレに間に合わない。思った時には失禁してしまう。</li> <li>・トイレを使用しているが、紙パンツとパットを併用している。濡れたら自分で交換している。</li> <li>・排便は下剤でコントロールしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多系統萎縮症による排尿障害(神経因性膀胱)</li> <li>・腸閉塞</li> </ul>	(本人) ・薬も飲んでいるので、このまま様子をみたい。 (家族) ・本人と同様。(娘さん)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・神経因性膀胱及び排便については、内服にてコントロールできているのでプランにしない。</li> </ul>		
	② 排尿排泄後の後始末	×						
	③ コントロール方法	○						
	④ 頻度	○						
	⑤ その他	×						
8 褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし</li> </ul>					
	② 皮膚の清潔状況	×						
	③ その他	×						
9 口腔衛生	① 歯の状態	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし</li> </ul>					
	② 口腔内の状態	×						
	③ 口腔衛生	×						
10 食事摂取	① 栄養	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし</li> </ul>					
	② 食事回数	×						
	③ 水分量	×						
	④ その他	×						
11 問題行動(行動障害)	① 暴言暴行	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし</li> </ul>					
	② 徘徊	×						
	③ 介護の抵抗	×						
	④ 収集癖	×						
	⑤ 火の不始末	×						
	⑥ 不潔行為	×						
	⑦ 異食行動	×						
	⑧ その他	×						
12 介護力	① 介護者の有無	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・娘さんは、これからも大変な所はサービスを受けながら仕事と介護を両立させたいと考えている。</li> <li>・自宅ではお風呂には入れることができない。本人のゆっくりしかできない動作や徐々にできなくなっていく状況を見て、複雑な心境と同時に行方する事もある。時々休める時がほしいと思っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・孫嫁は小さい子供がおり、その世話で忙しくて家事以外の援助はできない</li> </ul>	(本人) ・できることはできるだけ自分で行いたい。 (家族) ・これからも仕事と介護を両立させていきたい。 ・お風呂に入れてあげたい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族による介護を増やすことができないため補う介護が必要である。 (*ADLの項目で検討)</li> </ul>		
	② 介護者の介護意思	○						
	③ 介護負担	○						
	④ 主な介護者に関する情報	○						
	⑤ その他	×						
13 居住環境	① 住宅改修の必要性	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし</li> </ul>					
	② 危険個所等	×						
14 特別な状況	① 虐待	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし</li> </ul>					
	② ターミナルケア	×						
	③ その他	×						

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

## 居宅サービス計画書（2）

利用者名 気仙沼 D子 殿

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
できるだけ自分で動きたい	スムーズに寝起きや乗り移りの動作ができる	2/4/1 ～ 3/3/31	自分で寝起きや乗り移りの動作ができる	2/4/1 ～ 6/30	特殊寝台, 移動バーレantal	○	福祉用具貸与	〇〇の森	必要時	2/4/1 ～ 6/30
	自分で移動できる	2/4/1 ～ 3/3/31	自分で移動できる	2/4/1 ～ 6/30	車椅子レンタル	○	福祉用具貸与	〇〇の森	必要時	2/4/1 ～ 6/30
少しでも今の身体の状態を維持したい	筋力ができるだけ維持できる	2/4/1 ～ 3/3/31	手引きを受けて歩くことができる	2/4/1 ～ 6/30	運動支援（ストレッチなど） トイレ移動時等の歩行介助	○	通所介護	〇〇デイサービスセンター	3回/週	2/4/1 ～ 6/30
					トイレ移動時等の歩行介助	○	短期入所生活介護	〇〇苑	2回/月	2/4/1 ～ 6/30
お風呂に入れてあげたい	お風呂に入れる	2/4/1 ～ 3/3/31	お風呂に入れる	2/4/1 ～ 6/30	入浴介助（一般浴），洗身一部介助（髪，背中，足先）	○	通所介護	〇〇デイサービスセンター	3回/週	2/4/1 ～ 6/30
						○	短期入所生活介護	〇〇苑	2回/月	2/4/1 ～ 6/30
更衣の一部介助が必要です	更衣ができる	2/4/1 ～ 3/3/31	更衣ができる	2/4/1 ～ 6/30	更衣一部介助（ズボン上げる）	○	通所介護	〇〇デイサービスセンター	3回/週	2/4/1 ～ 6/30
						○	短期入所生活介護	〇〇苑	2回/月	2/4/1 ～ 6/30

※1 「保険給付対象か否かの区分」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（1）

初回・紹介・**継続****認定済**・申請中

利用者名 気仙沼 D子 殿 生年月日 昭和12年 1月11日 住所 \_\_\_\_\_  
居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ○○居宅介護支援事業所 宮城県○○市○○  
居宅サービス計画作成（変更）日 令和 2年 4月 1日 初回居宅サービス計画作成日 平成29年 4月 1日  
認定日 令和 2年 3月15日 認定の有効期間 令和 2年4月 1日 ~ 令和 4年 3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) 少しでも今の状態を維持したい。  
できることはできるだけ自分で行いたい。  
(家族) お風呂に入れてあげたい。  
できる限り自分でやれる状態でいてほしい。できることは自分でしてほしい。

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

- ・ 自分で寝起きや移動の動作が行えるよう支援します。
- ・ 歩行や運動の機会を持ち、筋力が少しでも維持できるよう支援します。
- ・ お風呂に入れるよう支援します。
- ・ 更衣ができるよう支援します。

家事援助中心型  
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 ( )