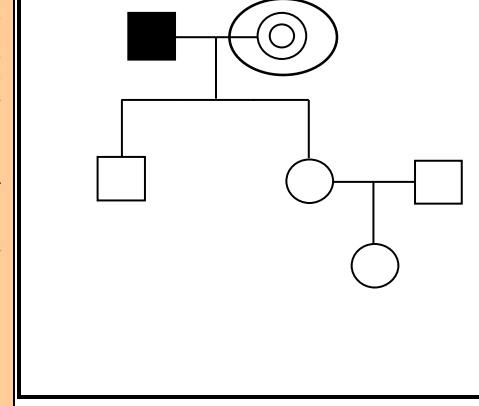


# 基本情報シート

作成日	令和6年4月1日	現在	作成者		
受付日		受付対応者	A居宅介護支援事業所	受付方法	電話 ( )
相談者氏名	B総合病院	続柄	( )	連絡先	
アセスメント理由	初回	( 退院調整		実施場所	自宅 ( )

利用者情報	被保険者番号					
	ふりがな氏名	こうち はなこ	性別	女	生年月日	昭和20年10月16日 ( 78 歳)
	住所	〒		Tel/Fax	000-000-0000	
		C市D町O-△-□		携帯		
				E-mail		

**相談の経緯**  
R6年2月自宅庭で倒れているところを近所の人が発見。B総合病院に救急搬送。狭心症にて入院し、冠動脈形成術施行。多量の服薬ばかり、血圧、血糖コントロール不良が判明。両下肢末梢神経障害による軽い痺れが出現。現在、回復期病棟に移りリハビリ加療中。施設入所も視野に入れた自宅への退院調整を行う事となった。

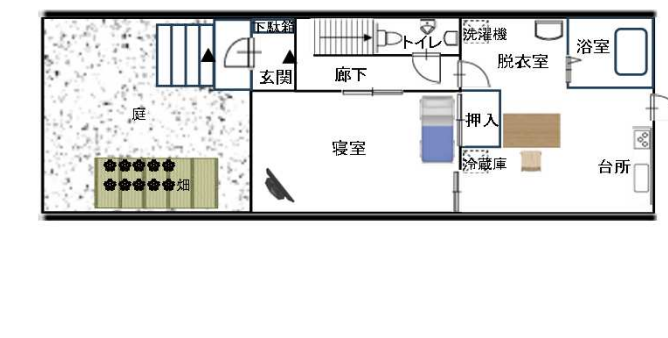
利用者・家族の望む生活	相談の経緯	世帯	( )
	利用者及び家族の生活に対する意向	家族関係等で特記すべき事項	家族状況 (シエノグラム)
(利用者)	家で畑や裁縫をしたい。自分で作ったご飯を食べたい。早く家に帰りたい。	本人は夫や子供の服を作っていた。年に1~2回の家族旅行も楽しみで行っていたが、長男成人後、長男と夫との関係性が悪化したことをきっかけに長男との交流が途絶え、長女とは電話のやりとりと、月に1回程度の外食程度の交流は継続していた。夫の死去後、長男も月一回程度本人の様子を見に来るようになり交流再開している。その頃から週一回長女も訪れて買い物やゴミ出しの支援を行うようになった。	
(家族)	長女: 母の希望でもあるので、一度は自宅に帰り、母の望む生活をさせてあげたい。自分もできるだけの支援はするが、介護の知識も無く不安。 長男: 妹ばかりに負担をかけられん。週末は手伝う気はあるが、もの忘れも進んで、一人で置いておくのは心配。母にどう関わったら良いかわからん。施設に入ってくれたら安心。		

家族情報	介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先
	○		長女	別居	同市内。車で15分程度の距離。	Tel/Fax ※携帯 E-mail
			長男	別居	隣町。車で1時間程度の距離。	Tel/Fax ※携帯 E-mail
					Tel/Fax 携帯 E-mail	

緊急搬送先 (主治医)	医療機関名	主治医名	住所	連絡先
-------------	-------	------	----	-----

今までの生活	生活歴 (これまでの職歴、家庭生活、習慣など)	趣味・好きなこと
	D町出身。一人娘として大事に育てられた。20歳頃、同じ地域で兼業農家をしていた夫と結婚し1男1女を授かる。主婦として家事や育児をしながら、夫と米や野菜作りをしてきた。手先が器用で裁縫が好きであったため、家族の服を作り、作った服や編み物などを近所の友人にプレゼントし、服の繕い等も引き受け、人に喜んでもらう事が本人の喜びでもあった。年に1~2回の家族旅行に行くことが楽しみであったが、長男成人後、長男と夫との関係が悪化し、長男との交流は途絶えたが、長女とは電話のやりとりと、月に1回ほど外食程度の交流は継続していた。67歳で糖尿病を患うも、通院、内服治療にて病状は安定していたが、本人が74歳の時に夫が他界。一人暮らしとなり、徐々にもの忘れが進行し、76歳でアルツハイマー型認知症と診断。夫が他界後、長男も月一回程度本人の様子を見に来るようになり、この頃から週一回長女が訪れ買い物やゴミ出しの支援を行うようになる。今年の2月に自宅庭で倒れている所を近所の人が発見。かかりつけのB総合病院に救急搬送。狭心症の診断を受け入院し冠動脈形成術を受ける。入院をきっかけに多量の服薬ばかり、血圧、血糖コントロール不良が判明。また両下肢の末梢神経障害による軽い痺れが出現。現在はB総合病院の回復期病棟に移りリハビリ加療中であるが、インスリン注射にて血糖コントロールも良好のため、令和5年7月末、施設入所も視野に入れた自宅への退院調整を行うことになった。	裁縫や畑仕事が好きであった。

現在の生活状況	1日の過ごし方	(起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など)																										
	現在入院中。午前中にリハビリを行い、夕食前に血糖値測定とインスリン注射を実施。	<table border="1"> <tr> <th>時間</th> <th>本人</th> <th>介護者・家族</th> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td>起床</td> <td></td> </tr> <tr> <td>07:00</td> <td>朝食</td> <td></td> </tr> <tr> <td>09:00</td> <td>リハビリ</td> <td>面会</td> </tr> <tr> <td>12:00</td> <td>昼食</td> <td>仕事</td> </tr> <tr> <td>14:00</td> <td>血糖値測定、インスリン注射</td> <td>仕事</td> </tr> <tr> <td>17:00</td> <td>夕食</td> <td>面会</td> </tr> <tr> <td>20:00</td> <td>就寝</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22:00</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	時間	本人	介護者・家族	06:00	起床		07:00	朝食		09:00	リハビリ	面会	12:00	昼食	仕事	14:00	血糖値測定、インスリン注射	仕事	17:00	夕食	面会	20:00	就寝		22:00	
時間	本人	介護者・家族																										
06:00	起床																											
07:00	朝食																											
09:00	リハビリ	面会																										
12:00	昼食	仕事																										
14:00	血糖値測定、インスリン注射	仕事																										
17:00	夕食	面会																										
20:00	就寝																											
22:00																												

認定情報	認定区分	要介護4	認定年月日			
	区分支給限度額	30万9,380円	認定期間	~ 12ヶ月		
障害高齢者の日常生活自立度		B2	認知症高齢者の日常生活自立度	II a 診察日(判定日)		
現在の受診状況	病名	2型糖尿病	アルツハイマー型認知症	狭心症	高血圧症	
	発症年月日	H24年頃	R3年頃	時期不詳	R5年2月	
	薬の有無	有 (インスリン投与あり)	( )	( )	( )	
	受診	状況				
		頻度	(定期的場合⇒ 月 回)	(定期的場合⇒ 月 回)	(定期的場合⇒ 月 回)	(定期的場合⇒ 月 回)
	医療機関	B総合病院	B総合病院	B総合病院	B総合病院	
	主治医					
	連絡先					
	特記・備考	(症状、痛み、生活上配慮すべき課題など) 食事は1日1,400kcal、塩分控えめで1日1回の血糖値測定とインスリン注射の実施。低血糖に注意。朝・昼・夕の服薬の継続管理が必要。退院後は週1日、訪問診療で糖尿病やその他の疾患の治療を継続予定。半年後にB総合病院で狭心症の経過観察の検査を行う予定。退院後1日1回食前の血糖値測定とインスリン注射を継続する必要があるが、自己管理が困難なので、看護師による管理・実施・確認は必要。HbA1cは入院時12であったが、現在は7~8まで下がっている。今後も8以下で抑えてきたい。体重は入院時67kgであったが入院で食事の管理とリハビリをすることで62kgになっている。膝への負担も考えると、退院後も1日1,400kcal・塩分控えめの食事継続が望ましい。				
	住居の状況	住居	戸建 (2階建以上)	( )	[間取図]	
所有形態		エレベーター				
居室		専用居室	有 (畳)		段差	無
		手すり	寝具		ベッド	冷暖房
トイレ浴室		他				
	便器	洋式	段差		無	手すり
	他					
シャワー	有	段差	無	手すり		
特記事項	閑静な住宅街で、電停も近くにあり交通の便は良い。持ち家。20m先に以前交流のあった隣家あり、100m先に地域の公民館もあり、そこで百歳体操開催されたりと地域交流の場としても使用している。スーパーやドラッグストア等は車で数分の所にある。庭から玄関までは25cmの高さの階段が4段ある。玄関の上がり框以外に屋内に段差はない。庭はコンクリート舗装されており、道路との境に段差はない。庭の一角に畑があって野菜や花を育てていた。					
住宅改修	( )	福祉用具購入	( )			
制度利用状況	年金種別	厚生年金 (16万/月)	指定難病	( )	療育手帳	
	介護保険負担割合	1割	生活保護		障害福祉サービス等	身体障害者手帳
	介護保険限度額認定証	医療保険負担割合	日常生活自立支援事業		成年後見制度	
利用しているサービス	特記	心臓機能障害で身体障害者手帳取得予定				
	サービス内容	頻度	事業所・ボランティア団体等	特記 (TEL・FAX等)		
フォイナル						
インフォイナル	長女が買い物、ゴミ出し。 長男が様子を見に来る。	1/週 長女 1/月 長男		同市内。車で15分程度。 隣り町、車で1時間程度。		
終末期における本人・家族の意向確認 ACP・リビングウィル等		ACPについては本人、家族共に未確認				

氏名 高知 花子 様 ( 初回 : 退院調整 ) 作成者

アセスメント実施日 令和6年4月1日  
ケアプラン作成年月日(同意日)

Table with 6 columns: 健康状態, 1. 2型糖尿病, 2. アルツハイマー型認知症, 3. 狭心症, 4. 高血圧症, 5. 両変形性膝関節症, 6. 高コレステロール血症, 7. 根本的な原因・要因, 8. 自立した日常生活の阻害要因, 9. 心身の状態・環境等, 10. アルツハイマーによるもの忘れ, 11. 両下肢痺れ・両膝の痛み, 12. 家族に介護や病気の知識が無い, 13. 意欲低下, 14. 肥満傾向, 15. 廃用による身体機能低下

Main assessment table with 9 columns: 7 原因, 8 項目, 9 現在, 10 備考・詳細な状況, 11 状況の事実(状態), 12 5 できること・できそうなこと, 13 8 問題・ストレンクス, 14 問題, 15 ストレンクス, 16 9 見通し. Rows include 心身機能・身体構造, 活動, 参加, その他, 特別な状況.

Table with 3 columns: 3 環境因子, 3 個人因子, 3 個人因子. Rows include 1. 屋内に段差が無い, 2. 地域生まれ育ち結婚後も生活しており顔なじみが多く心配してくれる, 3. 庭に畑がある. 携帯電話を持っている, 4. 介護に協力してくれる長男と長女がいる, 5. 隣が20m先で、近隣にはドラッグストアや公民館がある.

利用者氏名	高知 花子 様
-------	---------

## 課題整理総括表

作成日	令和6年4月1日	現在	作成者
-----	----------	----	-----

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	1	アルツハイマーによるもの忘れ	2	両下肢痺れ・両膝の痛み	3	家族に介護や病気の知識が無い
	4	意欲低下	5	肥満傾向	6	廃用による身体機能低下

生 活 に 者 対 す び る 家 意 族 向 の 利 用 者	利用者	家で畑や裁縫をしたい。自分で作ったご飯を食べたい。早く家に帰りたい。
	家族	長女：母の希望でもあるので、一度は自宅に帰り、母の望む生活をさせてあげたい。自分もできるだけ支援はするが、介護の知識も無く不安。 長男：妹ばかりに負担をかけられん。週末は手伝う気はあるが、もの忘れも進んで、一人で家に置いておくのは心配。母にどう関わったら良いかもわからん。施設に入ってくれたら安心。

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因 ※3	備考 (状況・支援内容等)	できること・できそうなこと	改善/維持の 可能性※4
移動	室内移動	見守り	2.5.6	病院内車椅子。膝サポーター装着し歩行器で20mの歩行訓練中。	サポーターをつけて自宅内を伝い歩きができる。	改善 /
	屋外移動	全介助	2.5.6	入院中のため行えていない。	サポーターを付けて20m先の隣家まで歩行器で行く事ができる。	改善 /
食事	食事内容	支障あり	1.4	1日1400kcal・塩分控えめの指示。	間食は一日一回にする	維持 →
	食事摂取	自立		セティングあれば箸など使用して自力摂取。		維持 →
	調理	調理しない	1.2.6	入院前の自宅では行っていた。	長女と一緒に料理を作る事ができる。	改善 /
排泄	排尿・排便	支障なし		尿意・便意ある。		維持 →
	排泄動作	一部介助	2.6	リハビリパンツ使用し、スポンの上げ下げが不十分のため失敗する事がある。	トイレの時にスポンの上げ下げが間に合うようになる。	改善 /
口腔	口腔衛生	支障あり	1.2	磨きなおし必要。欠損あるが自歯。	毎食後の歯磨きを洗面台で行う事ができる。	改善 /
	口腔ケア	一部介助	1.2.6	(義歯)	毎食後の歯磨きを洗面台で行う事ができる。	改善 /
服薬		一部介助	1	手渡して服薬確認。インスリン注射全介助。	セティングすれば自分で服薬ができる。	改善 /
入浴		一部介助	1.2.6	2/週シャワー浴。洗身・洗髪など声掛けで可能。	声掛けて洗身・洗髪が自分でできる。	改善 /
更衣		全介助	1.2.6	上半身の更衣を行う能力はあるが、声掛けや準備が必要。病院では全介助。	準備があれば座位状態で更衣ができる。	改善 /
掃除		全介助	1.2.6	入院前は、床掃除は自分、ゴミ捨ては近所の声掛けが長女が持ち帰っていた。	座ってクイックルワイパーで床を掃除する事ができる。	改善 /
洗濯		全介助	1.2.6	入院中のため、長女が2/週持ち帰る。	取り込まれた洗濯物を座って畳む事ができる。	改善 /
整理・物品の管理		全介助	1.2.6	入院中のため行っていない。		維持 →
金銭管理		全介助	1	入院前から長女が行っている。	長女と一緒に通帳を見て毎月の収支を確認することができる。	維持 →
買物		全介助	1.2.6	長女が来た時に買ってきてもらう。	車椅子で長女と一緒に買い物に行ける。	改善 /
コミュニケーション能力		支障なし		携帯電話をもっており長男、長女に電話ができる	用事があれば長男、長女に電話をかける事ができる	維持 →
認知		支障あり	1.3	指示や声掛けの理解はおおむね可能だが、5分前の事を忘れる。会話は可能。	専門医に受診をする。処方通りに服薬する。	改善 /
社会との関わり		支障あり	1.2.6	夫の死後近所との交流が減り、自分から近所宅を訪れることはなくなっていた。	20m先の隣家に行き交流する事ができる。	改善 /
褥瘡・皮膚の問題		支障なし				維持 →
行動・心理症状 (BPSD)		支障なし				維持 →
介護力		支障あり	3	家族は介護に対して知識が無く不安を感じている。		改善 /
居住環境		支障あり	2.6	庭から玄関まで25cmの段があり、玄関にも段あり。	手すりをつかんで段差の昇降ができる。	改善 /

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6
服薬やインスリン注射、三食の食事を確実にし、間食を減らす事で、体重を維持し、糖尿病の悪化を予防することができる。	服薬やインスリン注射、三食の食事を確実にし、間食を減らす事で、糖尿病を悪化させない。	1
両膝の痛みをコントロールし、体幹や下肢の筋力アップをする事で、隣家や公民館に行く事ができる	100m先の公民館に行き、百歳体操に参加する事ができる	2
家族が病気や介護に対する知識を深めることで、長女の不安が減り、一緒に調理ができる。	家族が病気や介護に対する知識を深め、長女と一緒に調理することができる。	3
野菜作りや裁縫を再開し家族や近所の人にプレゼントする事で喜んでもらう事ができる	野菜作りを再開し家族や近所の人にプレゼントし喜んでもらう事ができる	4

※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✓を記入する。  
 ※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✓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。