

基本情報・アセスメント

※ 個人名、事業所名、県名などはアルファベットで記入

※自身が受ける研修名(専Ⅱ、B2、又はB1)を記入

受講番号: 専Ⅱ

氏名: 静岡 花子

※この様式を作成した年月日を記入

作成日 20●●年 2月 15日

1	基本情報(受付年月日、受付担当者、受付経路、氏名・性別・住所・電話)・家族状況	20●●年1月30日 (1)受付担当者:K居宅介護支援事業所 (2)受付経路:Y病院医療相談室MSW→地域包括支援センター (3)氏名:T 性別:女性 年齢:82歳 住所:×市○町○○ 電話:○○○-○○○-○○○○ (4)家族状況:夫(85歳)と2人暮らし。長男(59歳)・長女(56歳)はそれぞれ結婚し独立。長男の家族は孫2人、車で30分程の隣接県在住。長女の家族は孫1人、電車で2時間の距離に在住。		7	主訴	○夫より相談 ・Tは退院後、家で夫婦2人の生活に戻りたいと考え、楽しみにしている。 ・夫は、妻が入院前よりも動きが悪く、何をすることも意欲がない。ぼーっとしていることもあるので、2人で生活できるか心配である。MSWから、そのために介護保険があるとされたので、相談に来た。病院からは、家に帰る準備ができしだい退院と言われているが、何から準備していけばいいのかわからない。ケアプランを作ってもらわなければ介護保険サービスは使えないと聞いたのでお願いしたい。
2	生活状況	○Tさんは3人姉妹の真ん中。両親・姉は逝去。高校卒業後、A県で事務の仕事をしていたときに結婚。その後、職歴はない。N県に住む妹は、親戚の冠婚葬祭で会う程度。妹は支援1の認定を受けているが、畑仕事を手伝ったりしている。 ○夫は兄と2人兄弟。大学卒業後、民間会社の営業関係に長年勤務。 Tさんとは見合い結婚。40・50代のときは、地方の支社に単身赴任したこともある。夫は器用なタイプ。夫の両親や兄は逝去、甥と年賀状のやりとりをする程度。 ○結婚後はA県で借家住まいをしていたが、35年前に現在地に家建てて転居した。宅地造成されたころの近所は、ほぼ同世代で似たような家族構成が多かった。現在は、1人暮らしやTさん宅のように高齢者世帯が多くなっているが、若い世代と入れ替わった家もある。		8	認定情報	○要介護2(認定年月日:20●●年2月13日、認定期間:20●●年1月30日~20●●年1月31日) ○介護認定審査会の意見等:なし
				9	課題分析理由	○初回居宅サービス計画作成のため
3	保険・他法情報	(1)医療保険:後期高齢者保健 (2)年金:国民年金		10	本人の望む暮らし	本人:自宅で転ばないように気をつけて、夫に手伝ってもらいながら食事作りをしたい。 夫:介護や家事の事を少しは覚えて、妻を助けたい。 長男・長女:自分たちの生活があるので同居して介護することはできないが、休日だけは協力したい。母の認知症が進まないように、また、父が介護疲れで倒れないように支援して欲しい。
4	現在利用しているサービスの状況	○入院中のためなし				
5	障害高齢者の日常生活自立度	A2	6			

課題分析標準項目	現在の状況(できること・できないこと)	本人・家族の思い・意向	考える視点(原因、強み、可能性、リスク)	ケアの方向性(複数の提案)	
11	健康状態	○左上下肢に軽度麻痺がある。 ○降圧剤服用にて血圧は安定。 ○骨折による歩行困難がある。 ○意欲低下、自発的な行動が減少。	本人:「脳梗塞の再発や転倒が不安。」	<p>考える視点:</p> <p>①利用者の自立に向けた希望や意思を阻害している要因(原因)を明らかにする。 ②利用者が元来持っている強さ(強み)を引出す。 ③本人の強みを生かし、阻害原因を回避する方法を考える事(可能性)で本人・家族の思いや意向に沿うことができる。 ④利用者がなぜ危険(リスク)にさらされているかを、また、今後起こりうる危険性(リスク)を予測(未来予測)することで、リスクが起こる前に回避する方向性を考える事ができる。本人・家族の思いや意向に合わせたケアの方向性を考える事ができる。</p> <p>【健康状態】 (1)認知症や環境の変化などにより、意欲が低下している。そのため、リハビリ効果が不十分となり転倒のリスクがある。 (2)服薬管理はできており、血圧は安定している。脳梗塞再発を予防するため、引き続き医学管理は必要である。</p>	<p>ケアの方向性(複数提案):</p> <p>原因・強み・可能性・リスクについて考えた上で、どのようなケアを行うと本人・家族の望む生活に近づけるかを記載。</p> <p>サービスを利用する主体は利用者本人であり、サービスを選択するのも利用者自身。そのため、複数の提案を行う必要がある。</p>
12	ADL	(1)寝返り:何かにつかまればできる。 (2)起き上がり:何かにつかまればできる。 (3)移乗:指示を受けて、手摺につかまればできる。 (4)歩行:リハビリ室内で平行棒を歩ける。院内の廊下は、介助者付きで歩行器により移動。 (5)着衣:ズボンの着脱は要介助、着衣の順番を間違えることがあり、確認が必要。 (6)入浴:院内でシャワー浴。自宅では介助が必要であると考えられるが、夫が適切な介助ができるかアセスメントが必要。 (7)洗身:要介助。 (8)食事:食器が動かなければ箸、スプーン、フォークで自力摂取、こぼす。 (9)洗面:促せば片手でできる。	本人:「また転んでしまうか不安。自分でどこまでできるか、自信がない。」 夫:「手助けしたいが方法がわからない。お風呂に入れてあげたいが、1人では難しそう。」	<p>【健康状態】 (1)根気よくリハビリを継続できるように、また、生活目標に向けて進んでいけるように、本人のモチベーションを高めるようなサポートをする。そのためには、現在のできることに努力の結果できることを予測して、本人が理解できるように、情報提供をする。 (2)脳梗塞再発を予防するために、退院後も定期受診や服薬支援をすることを提案する。</p>	

様式A-2(記載例)

	課題分析標準項目	現在の状況(できること・できないこと)	本人・家族の思い・意向	考える視点(原因、強み、可能性、リスク)	ケアの方向性(複数の提案)
13	IADL	○調理・掃除・洗濯・買い物・金銭管理について・退院後自宅でのアセスメントが必要。自分でしたいという気持ちはあるが、どこまでできるかまだ分からない。夫は手伝いたいという気持ちはあるが、入院前は妻に任せていたので、誰かに教えてもらう必要がある。 ○服薬は、指示されれば自分で飲める。 ○買い物は、入院前は食材を共同購入して週1回配達してもらっていた。その他の買い物は、夫の運転で近くのスーパーと一緒に掛けている。 ○調理は、台所に椅子を置いて夫に手伝ってもらいながらやっていたが、これからどこまでできるか分からない。	本人:「家に帰ってどこまでできるか不安。」 夫:「今まで妻に任せていたので、どこまでできるか不安。また、介護知識もないので不安。」	【心身機能・身体構造】【活動】【参加】 (1)骨折後による歩行能力の低下が見られ、玄関の上り框や玄関から道路まで段差があるので、転倒のリスクが高い。 (2)介護者の夫は、介護経験がなく頼る人もいないので、2人での生活でどこまでやれるか不安が大きい。しかし、夫は介護や家事に積極的なので、教えたり・手伝ったりしたら、不安は軽減すると思う。そうすることで、週1回の合唱団に夫は行くことができ、本人も夫に負担をかけてしまっているという思いも軽減するのではないかと？ (3)本人は心身機能の低下のため、以前のような共同購入の仲間との交流に不安がある。しかし、共同購入の仲間は協力的なので、本人が参加することに不安がないように、また夫と食事を一緒に作るという希望を手助けするように、交流ができるようにしたい。その交流が継続し、希望が実現することで、不安が楽しみに変化するのではないだろうか？	【心身機能・身体構造】【活動】【参加】 (1)転倒の不安がなくなることで、自宅で生活する自信や外出につながることで、下肢筋力強化のためのリハビリや段差解消などの住環境整備を提案する。 (2)安心して2人での生活ができるように、夫が介護指導を受けることの提案や必要な具体的なサービスの情報を提供する。 (3)退院後も共同購入の仲間から協力するという申し出があったので、仲間のところに行けるようになるまで、仲間に自宅に来てもらい、夫と一緒に料理などの交流をすることを提案する。
14	認知	○指示されないと行動しないことが多くなった。意欲が乏しい。手順がわからず動作がとまっていることが多い。時間をかけて説明すればわかる。 ○見当識障害はなし。	本人:(手順の間違えがあったり、説明が必要) 夫:「認知症が進むと困る。」		
15	社会との関わり	○近所とは挨拶する程度であるが、少し離れたところには入院前に共同購入していた仲間がいる。その仲間とおしゃべりや手料理の交換をしていた。退院後も仲間から協力するという申し出があったが、仲間に入れてくれるか心配である。 ○長男・長女は、入退院時の世話などあらかじめ頼んでおけば協力してくれる。入院中は父親の食事や疲労を心配して電話をかけてくれる。隔週程度に見舞いに来ている。	本人:「共同購入の仲間と以前のように交流できるか不安。」		
16	コミュニケーション能力	○話すことはできる。聞こえる。 ○眼鏡をかければ字や絵は読める。大き目の字で、簡単な字は書ける。			
17	排尿・排便	○尿意・便意はある。 ○病室内のトイレは使えるようになってきたが、失敗することがある。 ○排泄後の後始末は、流し忘れがあるので確認が必要である。			
18	じょく瘡・皮膚の問題	○皮膚のトラブルはなし。	夫:「清潔のためにのお風呂に入れてやりたいが、1人では難しい。」		
19	口腔衛生	○部分入歯は適合している。 ○促せばできるが、事後確認が必要である。			
20	食事摂取	○塩分の取り過ぎに注意が必要である。 ○水分摂取を心がける。 ○バランスの良い食事づくりをしたいと考えている。			
21	行動障害	○外出・大声・拒否・反発はない。 ○物忘れ、無気力・無関心、手順の間違いなどがある。	夫:「ぼーっとすることがあり、2人でやって行けるか心配である。」		
22	介護力	○主介護者は夫。Tさんへのいったりや思いやりはあるが、介護知識・技術は経験がないのでわからない。少々不安もある。夫は年相応の体力低下があるが、今のところ通院・服薬はない。また週1回午後、趣味の合唱団の練習に出かけることを楽しみにしている。 ○長男・長女は、介護協力者として精神的なサポートはできるが、平日の直接介護を分担することは、就労しているため困難である。	本人:「夫に負担をかけてしまうのではないかと心配である。」 夫:「介護の知識や技術がない。趣味の活動の参加できるか心配。」	【背景因子(環境因子・個人因子)】 ○本人は、夫婦2人の生活に戻ることを楽しみにしている。そして夫は、妻を助けたいという強い気持ちを持っている。しかし夫は、家事や介護の経験がなく、高齢で頼れる人がいないため、2人でやっていけるかどうか不安な気持ちが強い。2人がストレスなく在宅生活を継続するためには、本人のできることを増やすことはもちろんのこと、夫が負担なく家事や介護ができるような環境にしていく必要がある。	【背景因子(環境因子・個人因子)】 (1)夫が1人で抱え込むのは、心身共に疲弊し、2人での生活を困難にする要因になるので、相談できる親族が必要であり、長男・長女とも現状や変化を共有し、協力体制を構築できるよう提案する。 (2)共同購入の仲間と生活の困りごとを気軽に相談できる関係づくりをしていくことを提案する。 (3)夫が介護指導を受けることや指導者に相談することを提案する。
23	居住環境	○35年前に家を建て、現住所に住む。代替わりをしている家が多い。また、坂道も多く車がないと不便な土地がらである。 ○道路から玄関まで段差がある。玄関の出入りには不安感を持っている。	本人:「今のままでは外出は無理だと思う。玄関から外にでるのが不安。」		
24	特別な状況	○なし			