

1 フェースシート

2011年06月14日受付 | 訪問 相談受付者 福祉山 花子

本人氏名	介護丸男	男	年齢	昭和20年03月03日生れ(66歳)
住所	〒1030001 東京都中央区日本橋小伝馬町9-9		03-3362-3490	携帯 なし
緊急連絡先	氏名 介護徳子	女	年齢 (45歳)	本人との続柄(娘)
	〒X23XXX6 住所 高知県 X市 町4-5		03-xx34-56xx	携帯 なし
相談者	氏名 介護徳子	女	年齢 (45歳)	本人との続柄(娘)
	〒同上 住所 同上		同上	携帯 なし
相談経路(紹介者)	娘 ×在宅介護支援センター			
居宅サービス計画作成依頼の届出	届出年月日 2011年06月10日			

■ 相談内容 (主訴 本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

(本人)
妻が今年4月に無くなり、1人になってしまったが、入院や入所はせず自宅で今まで通りの生活をしたい。

(家族および介護者)
娘は遠方で頻繁には通えない。しかし本人の希望通り、必要なサービスを利用しながらこれまで通り自宅で生活をさせたい。

■ これまでの生活の経過

二人兄弟の二男として出生。長男は2004年に死亡。
娘が1人いるが遠方に住んでいる。年に2、3回程度実家に帰省。
20年前から現住所に妻と居住。
妻が主に身の回りの世話をしていた。
出来ることは自分でやって行きたいという本人の希望はあるが、自分の身の回りの事をした事がないため、助けなく1人暮らしは難しく、
また身体機能の低下に伴い、介護を受けなければならない部分も増えてきた。

サンプル

高額介護サービス費該当	利用者負担 (<input type="checkbox"/> 第4段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階)					
要介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 済	要支援2			認定日	2011年06月14日
	<input type="checkbox"/> 未(見込み)	非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	等級	種	級	交付日	年 月
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	程度			交付日	年 月
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	等級		級	交付日	年 月
障害福祉サービス受給者証の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自立支援医療受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障害程度区分 ()		

日常生活自立度	寝たきり	自立	判定者	田実 (機関名 内科)	判定日	2011年04月15日
	認知症	I		田実 (機関名 内科)		2011年04月15日

アセスメント実施日 | 2011年06月14日

(全社協・在宅ケアプラン作成方法検討委員会作成)

2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

■ 家族構成と介護状況

家族構成図	家族の介護の状況・問題点
<p>女性 = ○, 男性 = □ 分かれば横に年齢を記載 本人 = ◎, □ 死亡 = ●, ■ 同居 = ○ で囲む</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・娘が1年に3度ほど実家に帰省し、何ヶ月か家事全般や本人の介護を行っているが、ずっといることは出来ず、娘がいない間は、本人の介護を行うものがない。 ・唯一の肉親の兄は4年前に他界。血縁者は娘の他にない。

氏名(主たる介護者には)	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項
介護徳子	女 娘	別	無	良い	遠方に住んでおり、子供が受験を控え、ずっと一緒には住めない。

サンプル

■ インフォーマルな支援活用状況(親戚・近隣・友人・同僚・ボランティア・地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援(必要と思われる)支援	特記事項
民生委員	見守り訪問、声かけ	見守り訪問、声かけ	
ゲートボール倶楽		自宅と公園の送り迎え	体調不良の為、最近是不参加が続いている。

(全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成)

3 サービス利用状況

(2011 年 06 月 14 日時点)

在宅利用(認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6カ月の品目数を記載)

<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス) 月90 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与 品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護 月 回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売 品目
<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護 月2 回	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション 月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導 月2 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス) 月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月2 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護 月 日	<input type="checkbox"/> 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業) 月 回
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []	<input type="checkbox"/> ふれあい・いきいきサロン 月 回
<input type="checkbox"/> 訪問食事サービス 月 回	<input type="checkbox"/> { } 月 回
<input type="checkbox"/> 洗濯サービス 月 回	<input type="checkbox"/> { } 月 回
<input type="checkbox"/> 移送サービス 月 回	<input type="checkbox"/> { } 月 回
<input type="checkbox"/> 友愛訪問 月 回	<input type="checkbox"/> { } 月 回
<input type="checkbox"/> 老人福祉センター 月 回	<input type="checkbox"/> { } 月 回
<input type="checkbox"/> 老人憩いの家 月 回	<input type="checkbox"/> { } 月 回
<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー 月 回	<input type="checkbox"/> { } 月 回
<input type="checkbox"/> 身障 補装具・日常生活用具()	

直近の
入所・
入院

<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適 用療養病床)	施設・機関名 所在地 〒
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> その他の施設	
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護専用施設(グループホーム)		
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)		

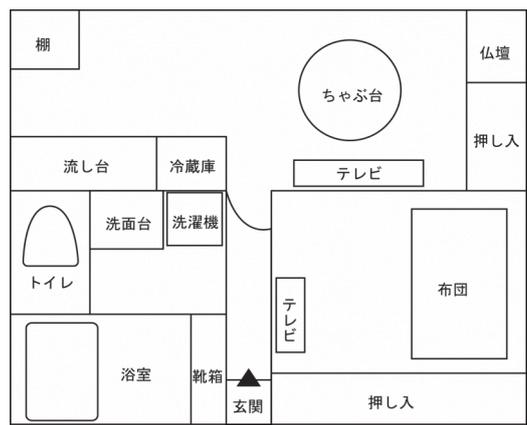
サンプリング

制度 利用 状況	年金	<input type="checkbox"/> 老齢関係 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(旧・政管健保)
		<input checked="" type="checkbox"/> 障害関係 (国民年金)	<input type="checkbox"/> 組合健保	<input type="checkbox"/> 日雇い
		<input type="checkbox"/> 遺族・寡婦 ()	<input type="checkbox"/> 国公共済	<input type="checkbox"/> 地方共済
	<input type="checkbox"/> 恩給		<input type="checkbox"/> 私立学校共済	<input type="checkbox"/> 船員
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当		<input type="checkbox"/> 労災保険 ()	
	<input type="checkbox"/> 生活保護			
	<input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付		老人 保健 事業	<input checked="" type="checkbox"/> 健康手帳の交付
	<input type="checkbox"/> 高齢者住宅整備資金貸付			<input type="checkbox"/> 健康診査
	<input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)			
	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 成年後見人等()			

(全社協・在宅ケアプラン作成方法検討委員会作成)

4 住居等の状況

<input type="checkbox"/> 1戸建て <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 公営住宅		家屋(居室を含む)見取図 段差には を記入	
居室等の状況	ア. <input checked="" type="checkbox"/> 専用居室あり <input type="checkbox"/> 専用居室なし イ. <input checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他()階 エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ウ. <input checked="" type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> その他() エ. 陽あたり <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪 オ. 暖房 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし カ.冷房 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	トイレ	ア. <input type="checkbox"/> 和式 <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> その他() イ. 手すり <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ウ. トイレまでの段差 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	室 外 移動 手段 福祉機器 <input checked="" type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない 使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()
浴室	ア. <input checked="" type="checkbox"/> 自宅にあり <input type="checkbox"/> 自宅になし イ. 手すり <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ウ. 浴室までの段差 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	室 内 福祉機器 <input type="checkbox"/> 使用している <input checked="" type="checkbox"/> 使用していない 使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()	
諸設備	洗濯機 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	湯沸器 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	冷蔵庫 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】 玄関に10cmほど段差があるが、玄関の幅が狭いため、手をつきながらの移動が可能			



サンプル

(全編・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成)

5 本人の健康状態・受診等の状況

既往歴・現症(必要に応じ 主治医意見書 を転記)				障害等の部位					
要介護状態に関係がある既往歴および現症 ・四肢の筋力低下が進行				(正面) (背面) △障害部位 ×欠損部位 ●褥瘡部位					
身長	165	cm	体重					52	kg
歯の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input checked="" type="checkbox"/> 局部義歯 6 - 生活機能(食事・排泄等)								
【特記事項】 筋力低下による運動障害が進行し、ますます日常生活に支障あり。 大好きなゲートボールも最近は出席できていない。体が思うように動かせないストレスによるうつ症状も見られる。 精神的介護も重要。									
主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。									
現在の受診状況									
病名	関節リウマチ								
薬の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
受診状況	発症時期 主治医意見書 を参考に記入	2011年3月頃							
	受診頻度	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 不定期
	受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 往診
受診病院	医療機関	×総合病院							
	診療科	整形外科							
	主治医	×太							
	連絡先	XX-XXXX-XXXX							
受診方法 留意点等									
往診可能な医療機関	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(×総合病院)	XX-XXXX-XXXX	
緊急入院できる医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()		
相談、処方を受けている薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()		
【特記、生活上配慮すべき課題など】 緊急時の主治医は特になし。緊急の際は娘へ連絡。									

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

6- 基本(身体機能・起居)動作

要介護認定項目	1-1 麻痺等(複数可)		2 3 4 5 6
	1-2 拘縮(複数可)		2 3 4 5
	1-3 寝返り		2 3
	1-4 起き上がり	1	3
	1-5 座位保持	1 2	4
	1-6 両足での立位保持	1 2	
	1-7 歩行	1	3
	1-8 立ち上がり	1	3
	1-9 片足での立位保持	1 2	
	1-10 洗身	1	3 4
	1-11 つめ切り	1 2	
	1-12 視力	1 2 3	
	1-13 聴力	1 2 3	
	1-14 関節の動き(複数可)	1 2 3 4 5 6 7	

体位変換・起居

	援助の現状		希望	要援助計画
	家族実施	サービス実施		
1)体位変換介助				
2)起居介助				☑

リハビリの必要性

あり P10

なし

【特記、解決すべき課題など】

本人は四肢機能が低下しないように、近所の散歩を日課にしている。マンションを出るときに段差があり、バランスを崩すことも多々ある。

入浴

6- -1-10 関係	援助の現状		希望	要援助計画
	家族実施	サービス実施		
1)準備・後始末				
2)移乗移動介助				
3)洗身介助				
4)洗髪介助				
5)清拭・部分浴				
6)褥瘡・皮膚疾患の対応				

2)移乗移動介助	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 介助必要
3)洗身介助	
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要

【特記、解決すべき課題など】

洗身・洗髪は問題ない。ただ腰を曲げつのがつらく、バランスも崩しやすい多、え、入浴の準備・後始末は介助が必要。入浴すると四肢の動きが楽になるため、毎日の入浴を希望している。

<コミュニケーションの状況・方法(6- 1-12、1-13関係)>

ア.視聴覚

眼鏡使用 コンタクト使用 補聴器使用

イ.電話

あり なし

ウ.言語障害

あり() なし

エ.コミュニケーション支援機器の使用

あり() なし

【特記、解決すべき課題など】

耳が聞こえにくくなっているが、補聴器を使用している限り問題ない。

6- 生活機能(食事・排泄等)

要介護認定項目	2-1 移乗	1	3 4
	2-2 移動	1	2 4
	2-3 えん下	1	3
	2-4 食事摂取		2 3 4
	2-5 排尿	1	2 4
	2-6 排便	1	2 4
	2-7 口腔清潔		2 3
	2-8 洗顔		2 3
	2-9 整髪		2 3
	2-10 上衣の着脱	1	3 4
	2-11 ズボン等の着脱	1	3 4
	2-12 外出頻度		2 3
	2-13 飲水摂取	1	3 4

食事

6- 2-1~ 2-4関係	援助の現状		希望	要援助 計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移乗介助				✓
2) 移動介助				✓
3) 摂取介助				

【特記、解決すべき課題など】

- ・移動は屋内外とも自分の足で歩く。ただ段差があるところでバランスを崩しやすい。
- ・食事は普通食を食べるが、脂っこいもの、生ものを食べるとおなかを下すことが多い。

主食	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 普通食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食
<input type="checkbox"/> 粥食	<input type="checkbox"/> 粥食
<input type="checkbox"/> 経口栄養	<input type="checkbox"/> 経口栄養
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
()	()
副食	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 普通食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食
<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> 刻み食
<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> ミキサー食
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
()	()
摂取介助	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要

排泄等

6- 2-5~ 2-11関係	援助の現状		希望	要援助 計画
	家族実施	サービス実施		
1) 準備・後始末				✓
2) 移乗移動介助				✓
3) 排尿介助				✓
4) 排便介助				✓
5) 口腔清潔介助				✓
6) 洗面介助				✓
7) 整容介助				✓
8) 更衣介助				✓

排尿介助 (2-5)	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要
<input checked="" type="checkbox"/> トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ
<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ
<input type="checkbox"/> 尿収器	<input type="checkbox"/> 尿収器
<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 導尿
<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ
排便介助 (2-6)	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 介助必要
<input checked="" type="checkbox"/> トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ
<input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ
<input type="checkbox"/> 差し込み便器	<input type="checkbox"/> 差し込み便器
<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ
<input type="checkbox"/> 摘便	<input type="checkbox"/> 摘便
<input type="checkbox"/> 浣腸	<input type="checkbox"/> 浣腸
<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工肛門

< その他食事の現状(6- 2-4関係) >

ア. 食事場所 食堂 居室ベッド上
 布団上 その他居室内
 その他 ()

イ. 食堂までの段差 あり なし

ウ. 咀嚼の状況 問題なし なし
 噛みにくい 時々噛みにくい
 とても噛みにくい

エ. 食事の内容
 一般食 糖尿病食 K₂P
 高血圧食 g 抗潰瘍食
 その他 ()

< その他排泄の状況(6- 2-5、2-6関係) >

ア. 尿意
 ある ときどきある ない

イ. 便意
 ある ときどきある ない

【特記、解決すべき課題など】

排泄はトイレまで自分で行けることができる。ただ、素早く歩けないためトイレに行く前に排泄をしてしまう事もある。その際の後始末等の介助が必要。おむつはまだしたくないとのこと。

外出

6- 2-12 関係	援助の現状		希望	要援助 計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移送・外出介助				✓

【特記、解決すべき課題など】

送り迎えをしてくれる人がいれば、出来る事ならゲートボールの会に顔を出し、友人たちと交流を持ちたい。

6- 認知機能

要介護認定項目	3-1 意思の伝達	2 3 4
	3-2 毎日の日課を理解する	2
	3-3 生年月日や年齢を答える	2
	3-4 面接調査の直前記憶	2
	3-5 自分の名前を答える	2
	3-6 今の季節を理解する	2
	3-7 自分のいる場所を答える	2
	3-8 徘徊	2 3
	3-9 外出すると戻れない(迷子)	2 3
	3-10 介護者の発語への反応	2 3

家族等からの情報と観察	以前出来なかったことからの不安からか、たまに当たってくることもある。 物忘れ等は無い。 気恥ずかしさからか、介護をしようとすると大声で怒鳴って反抗することもある。
-------------	---

6- 精神・行動障害

要介護認定項目	4-1 被害妄想(物を盗られたなど)	2 3
	4-2 作話をする	2 3
	4-3 感情が不安定になる	1 3
	4-4 昼夜の逆転	2 3
	4-5 しつこく同じ話をする	2 3
	4-6 大声を出す	2 3
	4-7 介護に抵抗する	3
	4-8 落ち着きがない(家に帰る...)	2 3
	4-9 外に出たがり目が離せない	2 3
	4-10 ものを集める、無断でもってくる	2 3
	4-11 物を壊す、衣類を破く	2 3
	4-12 ひどい物忘れ	2 3
	4-13 独り言や独り笑い	2 3
	4-14 自分勝手な行動	2 3
	4-15 話がまとまらない、会話にならない	2 3
	4-16 幻視・幻聴	2 3
	4-17 暴言・暴力	2 3
	4-18 目的なく動き回る	2 3
	4-19 火の始末・管理	2 3
	4-20 不潔行為	2 3
	4-21 異食行動	2 3

援助の現状	(家族) 年に2、3度娘が介護の為上京してくる。 その際は話し相手、買い物等身の回りの世話をしている。 それ以外の時は毎日電話で近況を確認している。	(サービス) 訪問看護...訪問看護時のコミュニケーション
-------	---	----------------------------------

援助の希望(本人)	毎日の食事の手配、買い物等の援助を希望
-----------	---------------------

援助の希望(家族)	
-----------	--

援助の希望	
-------	--

【特記、解決すべき課題など】	1人暮らしの上、補聴器無しではほとんど聞こえない為、緊急時の事をとても不安に思っている。
----------------	--

(全社協・在宅ケアプラン作成方法検討委員会作成)

6- 社会生活(への適応)力

要 介 護 認 定 項 目	5-1 薬の内服	1	3	→ 6 - 医療・健康関係へ	6- 5-2、 5-5~5-6関係	援助の現状		希望	要援助 計画
	5-2 金銭の管理		2 3			家族実施	サービス実施		
	5-3 日常の意思決定		2 3 4						
	5-4 集団への不適応		2 3						
	5-5 買い物	1	2 4						
	5-6 簡単な調理	1	2 3						
	5-7 電話の利用	1	3						
	5-8 日中の活動(生活)状況等	1	3						
	5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	1							
< 社会活動の状況(6- 5-8、5-9関係) >					6- 5-7~ 5-8関係	援助の現状		希望	要援助 計画
ア. 家族等近親者との交流					家族実施	サービス実施			
イ. 地域近隣との交流									
ウ. 友人知人との交流									
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 確保									
10) 社会活動 への支援									

緊急連絡・見守りの方法

サンプル

【特記、解決すべき課題など】

買い物・調理が出来ないため、配食サービスを希望している。

1人暮らしの為、いざという時のことなど大変不安に思っている。

(全社協・在宅ケアプラン作成方法検討委員会作成)

6- 医療・健康関係

計画をする際には主治医の意見を求める必要あり

要介護確定項目	処置内容	特別な対応	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					
	1. 点滴の管理						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	バイタルサインのチェック
	2. 中心静脈栄養					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	定期的な病状観察
	3. 透析					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	内服薬
	4. ストーマ（人工肛門）の処置					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	坐薬（緩下剤、解熱剤等）
	5. 酸素療法					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
	6. レスピレーター（人工呼吸器）					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	温・冷あん法、湿布貼付等
	7. 気管切開の処置					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注射
	8. 疼痛の看護					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸引
	9. 経管栄養					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	経管栄養法
	12. カテーテル（ Condomカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素療法
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工呼吸療法
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ管理
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己導尿
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己腹膜灌流
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル管理
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工肛門・人工膀胱管理
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疼痛管理
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	褥瘡管理

【特記、生活上配慮すべき課題など】

- 定期的な訪問診療・訪問看護により症状観察や状態の変化に対応できる体制がある。

サンプル

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 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 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) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2)栄養・食生活
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 栄養・食生活上の留意点()

(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
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他()
 対処方針()

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
期待できる 期待できない 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。)
訪問診療 訪問看護 看護職員による相談・支援 訪問歯科診療
訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生医指導
訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療サービス()

(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 特になし あり() ・移動 特になし あり()
 ・摂食 特になし あり() ・運動 特になし あり()
 ・嚥下 特になし 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。)
無 有() 不明

(全社協・在宅ケアプラン作成方法検討委員会作成)

7 全体のまとめ

遠方に住んでおり、子供が受験を控え、ずっと一緒には住めない。

玄関に10cmほど段差があるが、玄関の幅が狭いため、手をつきながらの移動が可能。

筋力低下による運動障害が進行し、ますます日常生活に支障あり。

大好きなゲートボールも最近では出席できていない。体が思うように動かせないストレスによるうつ症状も見られる。

精神的介護も重要。

緊急時の主治医は特になし。緊急の際は娘へ連絡。

本人は四肢機能が低下しないように、近所の散歩を日課にしている。

マンションを出るときに段差があり、バランスを崩すことも多々ある。

洗身・洗髪は問題ない。ただ腰を曲げつのがつらく、バランスも崩しやすい多、え、入浴の準備・後始末は介助が必要。

入浴すると四肢の動きが楽になるため、毎日の入浴を希望している。

耳が聞こえにくくなっているが、補聴器を使用している限り問題ない。

・移動は屋内外とも自分の足で歩く。ただ段差があるところでバランスを崩しやすい。

・食事は普通食を食べるが、脂っこいもの、辛いものを食べるとおなかを下りることが多い。

排泄はトイレまで自分で行けることができる。ただ、素早く歩けないためトイレに行く前に排泄をしてしまうこともある。その際の後始末等の介助が必要。

おむつはまだしたくないとのこと。

送り迎えをしてくれる人がいれば、出来る事ならゲートボールの会に顔を出し、友人たちと交流を持ちたい。

1人暮らしの上、補聴器無しではほとんど聞こえない為、緊急時の事をとても不安に思っている。

買い物・調理が出来ないため、配食サービスを希望している。

1人暮らしの為、いざという時のことなど大変不安に思っている。

・定期的な訪問診療・訪問看護により症状観察や状態の変化に対応できる体制がある。

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

■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	
(深夜)	4	排泄		排泄介助【時々】	☑
	5				
	6				
(早朝)	7	起床	洗顔・歯磨き		
	8	朝食	スプーン使用にて朝食	朝食準備、後片付け	☑
	9	排泄	トイレに行き排泄		
(午前)	10				
	11				
	12	昼食	スプーン使用にて昼食	昼食準備、後片付け	☑
	13	排泄	トイレに行き排泄		
	14				
	15	排泄	トイレに行き排泄		
(午後)	16				
	17	夕食	スプーン使用にて夕食	夕食準備、後片付け	☑
	18	排泄	トイレに行き排泄		
	19				
	20	入浴		入浴、着替え	☑
	21	排泄	トイレに行き排泄		
(夜間)	22	就寝			
	23				
	24				
	1				
(深夜)	2				
	3				
	4				

サンプル

:排便 :食事 :起床
 :排尿 :入浴 :就寝