

1 フェースシート

平成23年04月01日 受付 | (訪問) 電話・来所・その他 () 相談受付者 ○○

本人氏名	麻生 まもる	(男)・女	年齢	昭和15年10月08日 生れ(72 歳)
住所	〒215-0004 神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-1			TEL 044-281-8760 携帯
緊急連絡先	介護 幸	男 (女)	年齢(66 歳)	本人との続柄 妻
	同上			TEL 携帯
相談者	介護 幸	男 (女)	年齢(66 歳)	本人との続柄 妻
	同上			TEL 携帯
相談経路 (紹介者)	(主治医○先生からの紹介)妻からの相談電話			
居宅サービス計画 作成依頼の届出	届出年月日 平成23年04月05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：疾患の影響により十分な意思確認は難しいが、妻の話を聞きながら「風呂に入りたいですね」と話している。
 妻：娘たちが協力してくれたので、これまでどうか家族で介護してきたが、この1ヶ月で歩行の不安定さが増し、3月にも一人で道路に出て転倒し、入院して退院したばかりである。さらに、今度はガラス戸に突進して頭部に大怪我をした。外出することもままならない。主治医や娘たちに進められ、介護サービスを利用する気持ちになった。

■これまでの生活の経過

15年間単身赴任していたことで、調理や洗濯等の家事が得意だった。定年退職後3年間、近隣の福祉施設の管理人をしていたので、仕事を辞めてからも時折その施設にボランティアとして手伝いに出かけていた。
 娘たちは隣町・隣県に住んでおり、66歳の妻と二人暮らし。3月に転倒し入院した際に介護保険の申請・利用を勧められ、要介護認定は受けていたが、サービス利用にはいわず家族介護を続けてきた。

高額介護 サービス費該当	利用者負担 (<input checked="" type="checkbox"/> 第4段階 <input 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	→ 非該当・要支援 1・2・要介護 1・2・ <input checked="" type="checkbox"/> 3・4・5	認定日	平成23年04月01日		
	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 日
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	程度			交付日	年 月 日
精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	等級			交付日	年 月 日
障害福祉サービス 受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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・J1・J2・A1・ <input checked="" type="checkbox"/> A2・B1・B2・C1・C2	判定者	○○(麻生クリニック)	判定日	平成23年04月10日
	認知症	自立・I・IIa・IIb・ <input checked="" type="checkbox"/> IIIa・IIIb・IV・M		○○(麻生クリニック)		平成23年04月10日

アセスメント実施日

平成23年04月01日

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=□ 本人=◎、回 死亡=●、■ 同居はグレー</p>		<p>娘たちは介護に協力的で、月2回の定期通院の介助に交代で来ている。定期の通院介助は「主人が娘に会える機会を楽しみにしているから、これからも娘たちに頼みたい」と妻は話している。</p> <p>頭部外傷の処置のため、毎日通院しており、娘たちが来られない日には妻一人で通院介助している。</p> <p>妻も高血圧症のため、○クリニックに通院中である。</p> <p>妻は毎週月曜日、地区コミュニティーセンターで行われている「いきいき健康クラブ」に通うことを楽しみにしていたが、夫が一人で留守番できなくなってからは通えなくなり「とても残念」と話している。</p>				
図	氏名／介護者には※	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項
配	○ ※介護 幸	妻	同	無	通院中	降圧剤服用中
A	○○	長女	別	無		
B	△△	次女	別	無		
E						
F						
H						

■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
介護経験のある妻の友人	◇介護の相談相手 「健康クラブ」に一緒に通っていたが、妻が通えなくなってからは、クラブの帰りに自宅を訪ねてくれる。	「今後も相談に乗ってもらいたい」	「健康クラブ」では、介護相談や健康相談も行っており、妻の健康維持や介護ストレスの軽減を図る為にも、妻がクラブに通えるように支援する必要がある。

3 サービス利用状況

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ヶ月の品目数を記載)			
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	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 type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月	回	<input 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 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 月 回
<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 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	回	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	回	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	回	<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 <input type="checkbox"/> 洗濯サービス <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> 友愛訪問 <input type="checkbox"/> 老人福祉センター <input type="checkbox"/> 老人憩いの家 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> 身障/補装具・日常生活用具 []	月 回 月 回 月 回 月 回 月 回 月 回 月 回	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	}	月 回 月 回 月 回 月 回	
直近の 入所・ 入院	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(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)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設	施設名 _____ 所在地 〒 _____ TEL _____		
制度 利用 状況	年金 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 老齢関係→(国民年金) <input type="checkbox"/> 障害関係→() <input type="checkbox"/> 遺族・寡婦→() <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付 <input type="checkbox"/> 高齢者住宅整備資金貸付 <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()	健康 保険 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 国公共済 <input type="checkbox"/> 私立学校共済 <input type="checkbox"/> 労災保険→ [] 	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(旧・政管健保) <input type="checkbox"/> 日雇い <input type="checkbox"/> 地方共済 <input type="checkbox"/> 船員		

4 住居等の状況

<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 賃貸・所有・給与住宅・公営住宅・その他()		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 type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド ⇒ <input checked="" 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 type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 移動手段 福祉機器 <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 室内 福祉機器 <input 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 type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()	諸設備	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">洗濯機</td> <td style="width:20%;"><input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td style="width:20%;">湯沸器</td> <td style="width:20%;"><input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td style="width:20%;">冷蔵庫</td> <td style="width:20%;"><input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> </tr> </table>	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
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】

玄関先から門扉までの約2mの間、砂利や敷石が敷いてあるため、歩行が不安定な護さんは転びやすい。通院時は娘さんの協力を得ているが、妻だけで外出介助することは負担である。

