

# プロフィール

事業所名 ケアプランセンター美らさん

保有資格 介護福祉士 介護支援専門員 安全衛生責任者

氏名 勇 大樹

出身地 沖縄産まれの大阪育ち

好きな飲み物 爽健美茶

趣味、特技 子供とひき肉ダンスを踊る事



ひき肉です



# 発表のテーマ



① 暫定プランの難しさ

② 情報共有・連携・タイミング  
の重要性





# 基本情報シート

(沖縄県 共通アセスメント様式 Ver 2.0)

作成日	令和4年5月24日	現在	作成者	奥 大樹	
受付日	令和4年5月23日	受付対応者	受付方法	他 (訪問)	
相談者氏名	〇〇 〇〇	続柄	家族 (次女)	連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇
アセスメント理由	初回	実施場所	自宅		

利用者情報	被保険者番号	〇〇〇 〇〇〇
	ふりがな氏名	〇〇〇 〇〇〇 様 性別 男 生年月日 〇〇〇/〇〇/〇〇 (89歳)
住所	〒	〇〇 〇〇
	住所	沖縄〇〇〇〇〇〇
Tel/Fax		
携帯		090-〇〇〇〇-〇〇〇〇(長女)
E-mail		

相談の経緯	地域包括支援センター紹介	世帯	二世帯 (台名、一戸建て自営1階)
<p>令和4年3月にコロナ濃厚接触者となり自宅待機から下段に転落あり。5/9に酸素濃度低く水腎症と前立腺肥大症で入院となる。自力排尿困難で留置カテーテル使用となる。治療後5/13に退院。退院後は立ち上がり歩行に介助を必要としていたが約1週間後に自費で電動ベッド一式レンタル開始。歩行器、トイレ手すり、シャワーチェアをお試し利用する事で移動は見守り。入浴は子供が介助。</p>			
(利用者)	自分のできる事は自分でやりたい。自宅で生活したい。	家族関係等で特記すべき事項 難聴のため会話は筆談で行う。 長男夫婦。孫3人の6人家族。	
(家族)	現在、入浴介助を兄妹2名で行う。2名で行っているが、妹が妊婦であり負担をかけたくない。ヘルパーさん入浴介助をお願いして介護負担を減らしたいです。		

介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先
○	〇〇 〇〇	長男	同居	同上	Tel/Fax ※携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇 E-mail
○	〇〇 〇〇	次女	別居	〇〇〇〇	Tel/Fax ※携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇 E-mail
	〇〇 〇〇	長女	別居	〇〇〇〇	Tel/Fax 携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇 E-mail

緊急搬送先 (主治医)	医療機関名	主治医名	住所	連絡先
	〇〇病院		沖縄県〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇

これまでの生活	生活歴 (これまでの編歴、家庭生活、習慣など)	趣味・好きなこと												
	<p>沖縄で生まれ那覇市で生活していたが、長男さんと同居のため沖縄市に移り住む。長男さんと家族は共働きで日中は独りで生活。これまでは、生活動作自立しており、近くを散歩するなど元気に過ごしていたが、令和4年3月にコロナ濃厚接触者となり自宅待機を機に身体機能低下あり、歩行能力低下あり、介護保険・事業対象者同時申請を行う。65歳まで沖縄市で、自営で顔縁店を営む。日課は、毎日30分の散歩で、退院後も継続して散歩を行う。人との交流は苦手、外に出るよりも、家で過ごすことが多い。新しい人と出会うと緊張してしまう。以前は杖歩行で散歩もしていたが、現在は基本横になって過ごす時間が多い。</p>	<p>新聞を読むことが趣味。</p>												
現在の生活状況	<p>現在、自費でベッド一式レンタル、(歩行器、手すり、ベッドテーブル、シャワーチェア)をお試しして活用し、こ自分でできる事は、こ自分で行い、入浴は子供達に手伝ってもらう。トイレや日常生活動作は子供たちで見守りながら、行う。ここ最近では、元気ができて、新聞を読むこともたびたびある。食事は昼たいつも同じメニュー(ごはん、みそ汁、三枚肉、ごぼう、いも、ほうれんそう、きざみ)を食べる。朝は食べない。2日に1回入浴する。</p>	<p>日中の活動性 横になっていることが多い</p> <p>外出の頻度 月1回以上</p> <p>(起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など)</p> <table border="1"> <tr> <th>時間</th> <th>本人</th> <th>介護者・家族</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	時間	本人	介護者・家族									
	時間	本人	介護者・家族											

認定情報	認定区分	申請中	認定年月日	
	区分支給限度額	—	認定期間	~
障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	I	診療日(判定日)

現在の受診状況	病名	水腎症	めまい自立神経失調症	前立腺肥大膀胱	高血圧、高脂血症
	発症年月日	令和4年5月9日			
	薬の有無	有 ( )	有 ( )	有 ( )	有 ( )
	受診	状況 通院	通院	通院	通院
	頻度	不定期	定期	定期	定期
		(定期的場合⇒ 回)	(定期的場合⇒ 回)	(定期的場合⇒ 回)	(定期的場合⇒ 回)
医療機関	〇〇HP	〇〇クリニック	〇〇泌尿器科	〇〇クリニック	
主治医	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	
連絡先	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	

(症状、痛み、生活上配慮すべき課題など)  
 現在、水腎症のお薬服用(リグシアナ朝タ1錠、シロドシンOD朝1錠) ・身障4級2種、聴覚障害、語音明瞭度50%以下

住居の状況	住居	戸建(平屋)	( )	( )		
	所有形態	持ち家	エレベーター	無		
	居室	専用居室	有 ( )	段差	有	
	手すり	無	暖房	特殊暖台	冷暖房	有
トイレ	便器	ウォッシュレット	段差	有	手すり	有
浴室	浴槽	有	段差	有	手すり	有
シャワー	シャワー	有	他			

シャワーチェアは認定後購入の方向。ベッドは認定後も引き続き、自費でレンタル使用する。

住宅改修	無 ( )	福祉用具購入	無 ( )		
年金種別	国民年金 ( )	年額55万円程度	指定難病	無 ( )	
介護保険負担割合	生活保護	無	障害福祉サービス等	無	
介護保険認定証	不明	医療保険負担割合	1割	日常生活自立支援事業	無
				成年後見制度	無

利用しているサービス	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)
	福祉用具ベッド・歩行器・トイレ手すり ベッドテーブル、シャワーチェア)	必要時	〇〇〇事業所	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇
フットボール				
インフットボール				

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

# 基本情報シート

作成日	令和4年5月24日	現在	作成者	勇 大樹	
受付日	令和4年5月23日	受付対応者	受付方法	他 (訪問)	
相談者氏名	〇〇 〇〇	続柄	家族 (次女)	連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇
アセスメント理由	初回		実施場所	自宅	

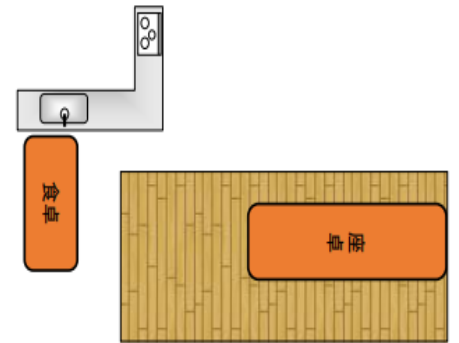
利用者情報	被保険者番号	〇〇〇 〇〇〇
	ふりがな氏名	〇〇〇 〇〇〇 様
	性別	男
	生年月日	〇〇〇/〇〇/〇〇 (89歳)
	住所	〒〇〇 〇〇 〇〇〇〇〇〇
	Tel/Fax	
	携帯	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇(長女)
	E-mail	

相談の経緯	地域包括支援センター紹介	世帯	二世帯 (自宅、一戸建て自室有1階)
<p>令和4年3月にコロナ濃厚接触者となり自宅待機から下肢に筋力低下あり。5/9に酸素濃度低く水腎症と前立腺肥大症で入院となる。自力排尿困難で留置カテーテル使用となる。治療後5/13に退院。退院直後は立ち上がりや歩行に介助を必要としていたが約1週間前に自費で電動ベッド式レンタル開始。歩行者、トイレ手摺り、シャワーチェアをお試し利用する事で移動は見守り。入浴は子供が介助。</p>			
利用者・家族の望む生活	<p>(利用者) 自分でできる事は自分でやりたい。自宅で生活したい。</p> <p>(家族) 現在、入浴介助を兄妹2名で行う。2名で行っているが、妹が妊婦であり負担をかけたくない。ヘルパーさん入浴介助をお願いして介護負担を減らしたいです。</p>	<p>家族関係等で特記すべき事項 難聴のため会話は筆談で行う。長男夫婦。孫3人の6人家族。</p>	

家族情報	介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先
	○	〇〇 〇〇	長男	同居	同上	Tel/Fax ※携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇 E-mail
	○	〇〇 〇〇	次女	別居	〇〇〇〇	Tel/Fax ※携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇 E-mail
		〇〇 〇〇			〇〇〇〇	Tel/Fax ※携帯 E-mail

認定情報	認定区分	申請中	認定年月日			
	区分支給限度額	—	認定期間	~		
	障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	I 診察日(判定日)		
現在の受診状況	病名	水腎症	めまい自立神経失調症	前立腺肥大頻尿	高血圧、高脂血症	
	発症年月日	令和4年5月9日				
	薬の有無	有 ( )	有 ( )	有 ( )	有 ( )	
	受診	状況	通院	通院	通院	通院
		頻度	不定期	定期	定期	定期
			(定期的場合⇒ 回)	(定期的場合⇒ 回)	(定期的場合⇒ 回)	(定期的場合⇒ 回)
	医療機関	〇〇HP	〇〇クリニック	〇〇泌尿器科	〇〇クリニック	
	主治医	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	
	連絡先	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	
	特記・備考	<p>(症状、痛み、生活上配慮すべき課題など) 現在、水腎症のお薬服用(リグシアナ朝夕1錠、シロドシンOD朝1錠) ・身障4級2種、聴覚障害、語音明瞭度50%以下</p>				

住居の状況	住居	戸建(平屋)	( )	[間取図]	
	所有形態	持ち家	エレベーター 無		
	居室	専用居室	有 (畳)	段差 有	
		手すり	無	寝具 特殊寝台 冷暖房 有	
		他			
	トイレ	便器	ウォシュレット	段差 有	手すり 有
		他			
	浴室	浴槽	有	段差 有	手すり 有
		シャワー	有	他	
	特記事項	<p>シャワーチェアは認定後購入の方向。ベッドは認定後も引き続き、自費でレンタル使用する。</p>			



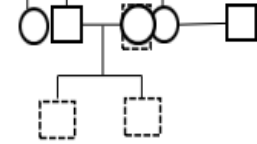
利用者・家族の望む生活

(利用者)  
自分でできる事は自分でやりたい。自宅で生活したい。

(家族)  
現在、入浴介助を兄妹2名で行う。2名で行っているが、妹が妊婦であり負担をかけたくない。ヘルパーさん入浴介助をお願いして介護負担を減らしたいです。

家族関係等で特記すべき事項  
難聴のため会話は筆談で行う。  
長男夫婦。孫3人の6人家族。

家族状況(シエノグラム)



家族情報

介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先
○	〇〇 〇〇	長男	同居	同上	Tel/Fax ※携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇 E-mail
○	〇〇 〇〇	次女	別居	〇〇〇〇	Tel/Fax ※携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇 E-mail
	〇〇 〇〇	長女	別居	〇〇〇〇	Tel/Fax 携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇 E-mail

緊急搬送先(主治医)

医療機関名	主治医名	住所	連絡先
〇〇病院		沖縄県〇〇〇〇	000-〇〇〇〇-〇〇〇

今までの生活

生活歴 (これまでの職歴、家庭生活、習慣など)  
沖縄で産まれ那覇市で生活していたが、長男さんと同居のため沖縄市に移り住む。長男さんご家族は共働きで日中は独りで生活。これまでは、生活動作自立しており、近くを散歩するなど元気に過ごしていたが、令和4年3月にコロナ濃厚接触者となり自宅待機を機に身体機能低下あり、歩行能力低下あり、介護保険・事業対象者同時申請を行う。65歳まで沖縄市で、自営で顔縁店を営む。日課は、毎日30分の散歩で、退職後も継続して散歩を行う。人との交流は苦手で、外に出るよりも、家で過ごすことが多い。新しい人と出会うと緊張してしまう。以前は杖歩行で散歩もしていたが、現在は基本横になって過ごす時間が多い。

趣味・好きなこと  
新聞を読むことが趣味。

日中の活動性	横になっていることが多い
外出の頻度	月1回以上

現在の生活状況

現在、自費でベッド式レンタル、(歩行器、手摺り、ベッドテーブル、シャワーチェア)をお試して活用し、ご自分でできる所は、ご自分で行い、入浴は子供達に手伝ってもらおう。トイレや日常生活動作は子供たちで見守りながら、行う。ここ最近では、元気がでてきて、新聞を読むこともたびたびある。食事は昼たいつも同じメニュー(ごはん、みそ汁、三枚肉、ごぼう、いも、ほうれんそう、きざみ)を食べる。朝は食べない。2日に1回入浴する。

(起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など)		
時間	本人	介護者・家族

記・備考

住居の状況

住居	戸建(平屋)				( )	(間取図)	
所有形態	持ち家	エレベーター	無				
居室	専用居室	有	( )	段差	有		
	手すり	無	寝具	特殊寝台	冷暖房		有
トイレ	便器	ウォシュレット	段差	有	手すり		有
	他						
浴室	浴槽	有	段差	有	手すり		有
	シャワー	有	他				
特記事項	シャワーチェアは認定後購入の方向。ベッドは認定後も引き続き、自費でレンタル使用する。						

住宅改修

住宅改修	無	福祉用具購入	無
------	---	--------	---

制度利用状況

年金種別	国民年金	指定難病	無	療育手帳	無		
介護保険負担割合	生活保護	無	障害福祉サービス等	無	身体障害者手帳	有(4級)	
介護保険限度額認定証	不明	医療保険負担割合	1割	日常生活自立支援事業	無	成年後見制度	無

利用しているサービス

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)
福祉用具(ベッド・歩行器・トイレ手摺り、ベッドテーブル、シャワーチェア)	必要時	〇〇〇事業所	000-〇〇〇〇-〇〇〇

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



第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和4年6月1日

利用者名 ○○○ ○○ 様 生年月日 昭和7年7月5日 住所 ○○○○○○ ○○ ○○○○

(初回)・紹介・継続

認定済・申請中

居宅サービス計画作成者氏名 勇 大樹

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ケアプランセンター美らさん 沖縄県沖縄市高原6-2-2

居宅サービス計画作成(変更)日 令和4年6月1日 初回居宅サービス計画作成日 令和4年6月1日

認定日 認定の有効期間 令和4年5月6日 ~ 令和5年5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
ご本人：ご自宅で福祉用具を活用し、ご自分でできる事は続けていき、安心した生活を送る。
ご家族：入浴の介護負担を減らしたい、訪問介護で入浴介助をお願いしたいです。福祉用具を活用し、安心した生活を送ってほしい。
<本人、家族の意向を踏まえた課題分析の結果>
住み慣れたご自宅で安心して生活が出来ますように、訪問介護や福祉用具等の、介護保険サービスを利用し、環境を整えて入浴の支援を行い、ご家族様と協力し ○○ 様にとってより良い状況が保てるようにする事が必要となります。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 特になし

総合的な援助の方針
①福祉用具を活用し、生活環境を整え住み慣れたご自宅で、安心して生活を継続できるように支援いたします。
※手すり、歩行器は、福祉用具貸与。シャワーチェア購入。ベッドは自費。
②訪問介護を活用することで、ご家族の介護負担軽減を図り、ご自宅で安心して入浴が出来るように、支援致します。
緊急搬送先：○○○○ 病院 ○○○○ ○○○○
かかりつけクリニック：○○○泌尿器科 ○○○-○○○-○○○
○○○クリニック ○○○-○○○-○○○
○○○クリニック ○○○-○○○-○○○
緊急連絡先
ご家族・○○○(次女さん)：○○○-○○○-○○○
○○○(長男さん)：○○○-○○○-○○○
介護支援専門員：ケアプランセンター美らさん (勇)070-5272-1143

生活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( )

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 令和4年6月1日 署名・捺印 印

第2表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和4年6月1日

利用者名 ○○○ ○○○ 様

※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。

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
安全に入浴と着替えを行いたい	身体の清潔を保つ事ができる	R4/6/1 ~ R5/5/31	気持ち良く入浴することができる	R4/6/1 ~ R4/11/30	・バイタルチェック ・洗身、洗髪介助 ・更衣の見守りや声かけ ・皮膚状態の確認、対応 ・介護負担軽減	○	訪問介護	○○○○	週に2回	R4.06.01~ R4.11.30
					・洗身、洗髪介助 ・更衣の見守りや声かけ ・皮膚状態の確認、対応		ご家族	ご家族(長男さん、長女さん、次女さん)	適宜	R4.06.01~ R4.11.30
					・洗身、洗髪自分で出来る事は行う ・上着の着脱 ・排泄動作		ご本人	ご本人	適宜	R4.06.01~ R4.11.30
					福祉用具シャワーチェア購入及び活用	○	福祉用具購入	○○○○ 営業所	毎日	R4.06.01~ R4.11.30
福祉用具を活用し、ご自分で出来る事はご自分でを行い、安心した生活を送りたい	転倒のリスクを軽減して安全に生活することが出来る	R4/6/1 ~ R5/5/31	日常生活の活動領域が拡大する	R4/6/1 ~ R4/11/30	【福祉用具貸与】 ・歩行器 ・トイレ手摺	○	福祉用具貸与	○○○○ 営業所	毎日	R4.06.01~ R4.11.30
					【福祉用具レンタル】 ベッド(自費)		介護保険サービス外	○○○○ 営業所	毎日	R4.06.01~ R4.11.30
			一人で排泄できる環境を整備する	R4/6/1 ~ R4/11/30	【福祉用具貸与】 ・歩行器 ・トイレ手摺	○	福祉用具貸与	○○○○ 営業所	毎日	R4.06.01~ R4.11.30
					【福祉用具レンタル】 ベッド(自費)		介護保険サービス外	○○○○ 営業所	毎日	R4.06.01~ R4.11.30

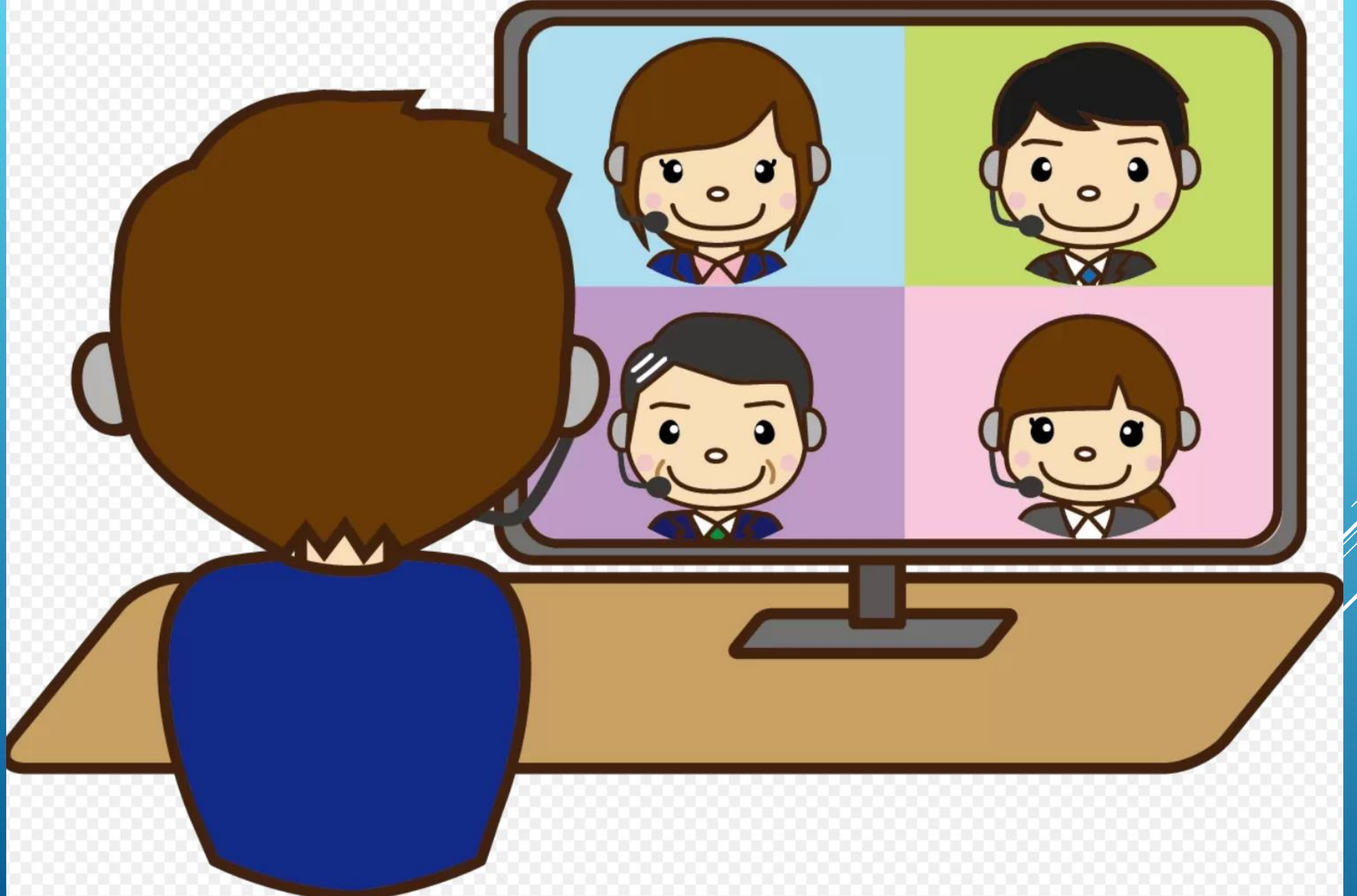


利用者名: ○○○ ○○○ 様

週間サービス計画表

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00		身体介護 訪問介護 ○○○		身体介護 訪問介護 ○○○				
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
週単位以外のサービス		訪問介護初回加算、歩行器貸与、手摺り貸与							









## 沖縄市ケアマネ掲示板

メンバー 56 ノート 0

 ケアプランセンター美らさん勇

#ケアマネの集いの場



トーク



ノート



ご清聴ありがとうございました





