

平成 23 年 6 月 11 日（土）施設ケアマネジャー研修会

グループワーク検討事例について

- グループワークで検討する事例を 2 ページ目以降に掲載いたしておりますので
ご参照ください。

2 ページ：施設入所時の医療機関からの看護サマリー

3 ページ：入所 1 ヶ月目の施設サービス計画書（1）

4 ページ：入所 1 ヶ月目の施設サービス計画書（2）

5 ページ：基本情報に関する項目

6 ページ：課題分析に関する項目

7・8 ページ：直近の担当介護職員ケース台帳 抜粋

- ※ グループワークでは、次期の施設サービス計画書（1）（2）を作成していただきます。

看護サマリー

氏名	K・S 様 女			生年月日	昭和3年00月 0日	82歳
住所	宮崎県東臼杵郡00町00			TEL	0000-00-0000	
入院	平成22年 10月15日	退院予定日	施設入所が決まり次第			
診療科				担当	00Dr	00PT
診断名	脳梗塞					
現病歴	H22年10月1日、右不全麻痺・呂律障害が出現した為、00病院を受診、脳血管障害を疑われて、延岡市内00脳神経外科へ緊急入院された。脳梗塞と診断、入院翌日には、完全麻痺となった。保存的に治療を行い、状態安定する。更なるリハビリ目的にて10月15日、当院へ転院となる。					
家族背景	夫(85歳)・長男夫婦の4人暮らし 夫：要介護2 長男：建築業 長男嫁：看護師 長女：名古屋在住 次女：青森在住 キーパーソン：長男嫁 0000子 電話					
保険種別	後期高齢者医療保険			経済状況	国民年金	
住宅状況	持家					
趣味	木や花を育てること					
制度・サービス利用状況	介護保険：要介護 3 認定有効期間 (H22年11月1日～H23年10月31日) サービス：特養利用申し込み中					
日常生活状況						
食事	左手スプーン使用にて自己摂取可能 こぼすことも時々見られる。			排泄	日中：トイレ誘導しているが、尿意、便意ははっきりしないため、失禁状態 夜間：オムツ対応	
整容	一部介助必要			更衣	一部介助	
入浴	一般浴使用			起居動作	声かけにて可能	
移乗	一部介助			移動	車椅子自操可能	
視力	問題なし			聴力	問題なし	
会話	可能だが、失語症も残っている			認知症	物忘れ等	
処置	無し					
希望・意向など	家に帰りたい、せめて地元に戻りたい。					
降圧剤・血栓を予防する薬服用	看護師管理					

第2表

利用者名 K・S 殿

施設サービス計画書（2）

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標				援助内容			
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
病気の再発が心配。	安心して毎日を過ごす。	H23.3.1 ～ H23.10.31	血圧をコントロールし、脳梗塞の再発防止に努める。	H23.3.1 ～ H23.5.31	降圧剤の服薬管理を行なう 1日4回の血圧測定を行なう 日々の一般状態の観察	本人 看護職員 介護・看護 介護・看護	朝食後 5時・9時 14時・19時 随時	H23.3.1 ～ H23.5.31
車椅子から便座へ移る時とズボンの上げ下げがうまく出来ない。 (失禁あり)	トイレ動作の自立	H23.3.1 ～ H23.10.31	日中はトイレ 夜間はポータブルで排泄ができる。	H23.3.1 ～ H23.5.31	トイレまで車椅子移動ができたなら、コールを鳴らす。 一部介助しながら、出来る部分はやってもらう。 ポータブルの準備・かたづけ 夜間もコールで知らせる。	本人 介護職	毎日	H23.3.1 ～ H23.5.31
自分で食事が出来るようになる。	こぼさずに食べることができる。	H23.3.1 ～ H23.10.31	左手用スプーンとフォークを使い上手に食べることが出来る	H23.3.1 ～ H23.5.31	左手用の自助具を用事する テーブルと車椅子の高さを調節する 食事中的見守り 食事摂取量のチェック	栄養士 理学療法士 介護職 介護職	毎食時	H23.3.1 ～ H23.5.31
話し相手が出来てうれしい	他の利用者と交流ができ、楽しい時間を過ごす。	H23.3.1 ～ H23.10.31	午前・午後とも2時間の離床を目標とし他者との交流をはかる。	H23.3.1 ～ H23.5.31	体調を考えながら、離床をうながす。 行事への参加を勧める。 会話の出来る環境をつくる。	介護職 看護職 相談員 本人	毎日	H23.3.1 ～ H23.5.31

上記サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。

同意年月日平成 年 月 日署名

印

基本情報に関する項目

再記入（平成23年2月26日）

①基本情報	初回受付日	平成22年11月2日		
	受付者	生活相談員		
	氏名（性別）	K・S（女性）		
	生年月日（年齢）	昭和3年00月0日（82歳）		
	住所	宮崎県東臼杵郡00町00		
	その他			
生活状況	生活歴	<p>00村に出生する。</p> <p>22歳のころに、現在の夫と結婚し、3人の子供に恵まれる。農林業を中心に夫と二人で生計をたて、子育てをされる。夫と長男夫婦、孫の5人で暮らしていた。現在、孫は嫁いでいるため、4人暮らしである。平成19年に夫が脳梗塞で倒れて以来、自宅でお世話をしていた。庭には花がいっぱい咲いており、ご本人が育てていたとのこと。老人クラブや地区のゲートボール大会には常に顔を出していた。</p> <p>平成20年に脳梗塞を発症したが、予後が良好であり生活に支障は無く、夫の世話を続けていた。平成22年10月1日脳梗塞再発、M病院→S病院へ移り、リハビリを実施、退院許可がおりたが、車椅子の生活が中心であり、夫も病弱、長男夫婦も就労しており、自宅での生活は無理と判断され、当施設入所となる。（平成23年2月1日～）</p>		
	家族状況	<p>長男夫婦と同居</p> <p>キーパーソン 長男嫁</p> <p>長女 名古屋在住 次女 青森在住</p>		
利用者の被保険者情報	<p>介護保険（要介護3）</p> <p>後期高齢者医療保険</p>			
現在利用しているサービスの状況	介護老人福祉施設入所中			
障害高齢者の日常生活自立度	B1	認知症高齢者自立度	I	
主訴	初回の相談者等	長男の嫁		
	相談内容	<p>二度目の脳梗塞でS病院に入院していますが、退院できたとしても車椅子の生活だと思います。父も自宅で介護が必要であり、母までは介護する自信がないので、施設入所を希望します。自宅の廊下は車椅子が通れる幅が無くトイレも歩かなければ行けない状況です。</p>		
	本人・家族の要望	<p>本人・・・生まれ育った町に帰れることは嬉しいが、何も出来ない</p> <p>嫁・・・脳梗塞を2度おこしており、心配しています。今回は、言葉もはっきりしないし、病院では、あまえて何もできなかった。身の回りのことが少しでも出来るようになるといいのですが。</p>		
認定情報	<p>要介護3</p> <p>認定有効期間（平成22年11月1日～平成23年10月31日）</p>			

課題分析に関する項目

健康状態	病名	① 脳梗塞（平成20年・平成22年） ② 高血圧 ③ 失語症（言葉は出るがはっきりしない） ④ 右不全麻痺（立つことは可能）
	既往・病歴等	平成2年ごろ 高血圧を指摘されるが、放置する。 平成20年 脳梗塞発症、予後が良好であったため、まもなく普通の生活にもどる。 平成22年10月 脳梗塞2回目、
	主治医	施設の嘱託医師
ADL	移動は車椅子自操。入浴時はチェアインバス使用、一部介助。平行棒内歩行は可能であるが、実用性は今のところ無い。立位は可能。	
IADL	自分のタオル類はたたむことができる。 午後の離床時に気が向いたときにタオルたたみをお願いしている。（2月26日）	
認知	物忘れがあり、生活に支障になるほどではない。 他の利用者と交流ができています。言葉も以前より解る様になった。（2月26日）	
コミュニケーション能力	言語障害があり、言葉がすぐに出てこない。時間がかかるが、返事は出来る。筆談は可能。 最近では、他の利用者と簡単な話しができる。（2月26日）	
社会との関わり	発症前は、老人クラブ活動やゲートボールを楽しんでいた。花も育てていた。 何もかも出来なくなったと話される。 同じ地区のデイサービスの方々との交流ができています。（2月26日）	
排尿・排便	昼はトイレ、夜間はポータブルにて対応。立位可能。 トイレは声かけをしないと中々行こうとしない。ケアパットに出ていることが多い。（2月26日）	
褥瘡・皮膚の問題	特になし	
口腔衛生	自歯である。左手で歯ブラシをにぎり、磨く。 一部分しか磨くことが出来ないため、一部介助が必要。（2月26日）	
食事摂取	左手用スプーン使用で自力摂取をする。 左手用自助具を用意したので、こぼす量が減ってきた。上手に食べるができる。	
問題行動	特になし	
介護力	夫・長男家族と同居。夫は病弱であり、長男夫婦も就労しており、自宅での介護は難しい。 2月20日に夫が肺炎で入院。（2月26日）	
居住環境	持ち家である。庭が広く、畑と花壇等がある。玄関からローカが真直ぐ伸び、突き当たりに洋式トイレと風呂がある。玄関からトイレまでは、手摺がついている。 車椅子が利用できるローカではない。	

● 担当介護職員ケース台帳 抜粋（4月から担当になる）

- 4月3日 日中トイレ介助、コールでトイレに行ったが、ケアパットに多量の排尿あり、トイレに座らせたが、少量であった。ズボンの上げ下げ介助。
- 4月7日 デイサービスの利用者が尋ねてきて笑顔が見られた。地元の友人と出会うことで元気になる。（木曜日は、出身地区のデイ）
- 4月18日 トイレにて中々立てないため、介助する。今日もケアパットに出ている。下肢に力が入らないことがあると話す。ズボンの上げ下げ介助。
- 4月19日 左用自助具を使い、上手に昼食をとることができた。ただ、テーブルの高さがまだ合っていないようだ。調節をお願いします。
- 4月25日 テーブルの高さ調節がうまく出来ている。エプロン無しで食事をしていただく。本人は少し不安そうである。こぼすことはあっても、トレイの中だけです。
- 5月1日 夜勤者より、ポータブルの前に座り込んでいたと報告あり。骨折などは無かったようなのでホッとした。病院では夜間オムツ対応であったので、夜間オムツ対応にしたら本人も安心すると考える。
- 5月11日 夜勤時にポータブル使用確認、コールを鳴らすことなく移乗していた。ズボンを上げることが難しく介助する。コールを鳴らすようお願いする。
- 5月20日 最近、利用者の洗濯物（タオル類）をたたんでくれるようになる。本人も役割だと考えているようだ。

看護主任より

服薬管理は、医務室で行なっている。配膳のときに渡すようにしている。飲み忘れも無く血圧も安定しています。水分も多めにとられております。

介護主任より

毎朝、欠かさず降圧剤を服用しており、飲み忘れも無く、血圧も安定していると報告あり。

排泄については、昼食前にトイレ誘導したときは、ケアパットもぬれておらず、できた。

定時の声かけ誘導も必要と思われる。特に食事前の声かけが効果的と考える。

夜間のポータブルについては、コールを鳴らしていただくよう話をする。

そのほか・・・・・・・・・・・・・・・・・・。

食事については、自助具をうまく使い食べていただいている。エプロンなしでしょくじができるようになったことは、良かったと思う。テーブルや車椅子の高さ調節がうまくいったようだ。

他者との交流については、デイサービスの利用者との話が楽しいと話される。他の利用者が、言葉がうまく出ないことを理解していただいたことが、プラスにはたっている。

自宅の庭の花がきれいだと話を聞くたびに、帰ってみたいと話される。

相談員より

降圧剤服用にて、血圧安定していると医務より報告を受ける。しかし、一般状態の観察は必要と考える。

排泄については、コールを鳴らしてから行動に移るよう気長に話をするべきと考える。夜間のポータブルの使用については、座り込んでいたと2回ほど報告を受けたが、だからといって、オムツ対応はいかがなものか？

食事については、車椅子とテーブルの高さの調節がうまくいき、自助具を使い自力摂取できている。

コミュニケーションの方法として、お絵かきボードを用意したが、現在は必要ない。「月に1度でいいから、日帰りで家に帰り、庭の花を見たり、墓参りがしたい」と話すことが多くなった。生活に自信が出てきたようだ。次の日、家族（長男嫁）面会にこられたので、その話をしたら、トイレが問題だと話される。玄関が上がったり、廊下を歩ければ、可能だけど、今は無理よねと話される。現在、平行棒内歩行はできるようになったと伝える。ご自宅訪問を実現させたい。

（玄関からトイレまで7m玄関の上がり口高さ20cm）