

基本情報に関する項目

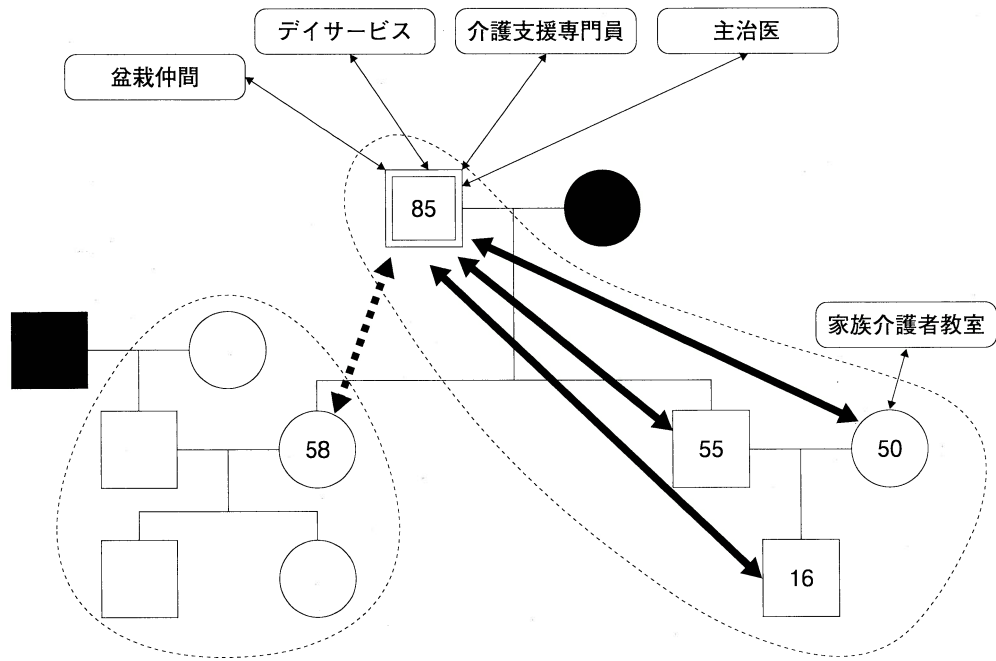
受付日：令和8年2月2日（月）

受付者 介護支援専門員C

受付方法：電話

利用者氏名	まるやま まさお 丸山 正男	性別	男性	生年月日	昭和18年1月8日(85歳)
住所	〇市〇町3丁目2番地1号			電話番号	000(123)4567
主訴	<p>[相談内容] 長男妻より、義父の認知症状が悪化して困っているとのこと。</p> <p>[本人・家族の要望] 本人：家でのんびりと暮らしたい。盆栽をやりたい。 長男：昔のように落ち着いて暮らしてほしい。できるだけ自宅で介護を続けるつもりです。 長男妻：介護は大変ですが、自宅でみていこうと思っています。もっといい介護方法があったら知りたいです。</p>				
生活歴・生活状況	<p>[生活歴] 〇県生まれ。大学卒業後、大手の会社に入社。役員まで務め人望があった。お見合いで結婚し、1男1女をもうけた。仕事が忙しく、子育ては妻に任せ教育にはほとんど干渉しなかった。長男は結婚後も同居。妻は15年前に亡くなった。 鷹揚な性格、仕事には厳しく、時間厳守。趣味は読書と盆栽、付き合いでゴルフなどをしていたが、最近はしていない。テレビで討論や旅行番組を観るのが好き。 会社では役員をしていたので、人から指示されることを嫌がる。 家事は長男妻がすべて行っている。本人は自分で身の回りのことをしているが、不十分なところが増えている。尿臭がするので着替えさせようとしても抵抗する。</p>		<p>[家族状況] □：男性、○女性 *数字は年齢</p> <p>長男夫婦、孫と同居。長女は隣県に嫁ぎ、姑の介護をしており手伝えない。長男は55歳の会社員、長男妻は50歳で専業主婦。孫は高校一年生で、祖父にかわいがってもらったため一緒に風呂に入るなど手伝ってくれるが、高校生となり部活が忙しくなった。妻は15年前に亡くなった。</p>		
病歴	<p>[経過・病歴等] 10年前に自宅を新築した頃からアルツハイマー型認知症を発症。最近、耳が遠くなってきたこともあり、思い通りではないと大きな声を出す。長男妻が介助しようとするとなり怒り出し、殴ることもある。高血圧症、前立腺肥大。</p>		<p>[主治医] S・S医師（〇病院）</p> <p>[内服薬] 降圧剤 朝食後 前立腺肥大治療薬 夕食後</p>		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 A2		認知症高齢者の日常生活自立度 III a		
認定情報	要介護3 令和8年3月1日～令和9年2月28日（2回目） 認定日 令和7年3月10日（初回）		<p>家屋状況</p>		
課題分析（アセスメント）理由	更新時のアセスメントであるが、最近増えてきたBPSDの対応方法を検討する。在宅介護継続の意思が強いため、家族だけで抱え込まないように配慮する。				
利用者の被保険者情報等	厚生年金 月額25万円 後期高齢者医療保険				
現在利用しているサービス	通所介護（週2回）				

◎エコマップ



主治医意見書

記入日 令和8年1月15日

申請者	(ふりがな) まるやま まさお	男 女	〒000-0000
	丸山 正男		〇市〇町3丁目2番1号
	明・大・昭 18年 1月 8日 (85歳)		連絡先 000 (123) 4567

上記の申請に関する意見は以下の通りです。
 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。
 医師氏名 S・S
 医療機関名 〇病院 電話 000 (123) 1212
 医療機関所在地 〇市中央町1-1-1 FAX 000 (123) 1212

(1) 最終診察日	令和 8年 1月15日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input checked="" type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()

1. 疾病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日
1. アルツハイマー型認知症 発症年月日 (昭和・平成) 30年 月 日頃
2. 高血圧症 発症年月日 (昭和・平成) 19年 月 日頃
3. 前立腺肥大 発症年月日 (昭和・平成) 27年 月 日頃
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 認知症が進行しており、BPSDの出現がみられる。
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護の影響のあったもの] 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入 60歳代から高血圧症があり治療を受けてきた。 前立腺肥大があり、泌尿器科を受診中。 最近になり、アルツハイマー型認知症が進行し、暴言、暴力などが出現し、家族の介護負担が増加している。 プロプレス4mg 1錠(朝食後)、カルブロック 1錠(朝食後)、バップフォー20mg 1錠(夕食後)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度について
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()

(4) その他の精神・神経症状
無 有 [症状名: _____] 専門医受診の有無 有 () 無]

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)
四肢欠損 (部位: _____)
麻痺 右上肢 (程度:軽 中 重) 左上肢 (程度:軽 中 重)
右下肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)
その他 (部位: _____ 程度:軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 両下肢 程度:軽 中 重)
関節の拘縮 (部位: _____ 程度:軽 中 重)
関節の痛み (部位: _____ 程度:軽 中 重)
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
褥瘡 (部位: _____ 程度:軽 中 重)
その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度:軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(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 (リハビリパンツの使用・見守りが必要です) (_____)

(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 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科治療
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 その他の医療系サービス (_____)

(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 (高血圧 _____) ・ 移動 特になし あり (歩行時の転倒に注意)
 ・ 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

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

・ 認知症が進行していて、生活全般に介助が必要である。
 ・ 家族は家庭で介護を続けたいと思っており、介護サービスの導入が必要と思われる。

要介護認定結果の情報提供を希望 する しない

アセスメントに関する項目

(アセス)

課題分析標準項目	状態	原因
健康状態	現病名：アルツハイマー型認知症、高血圧、前立腺肥大 受診：内科、泌尿器科 服薬：降圧剤、前立腺肥大治療薬服用。アリセプトは胃腸障害が出たので服薬していない。 麻痺：なし 筋力の低下：両下肢（軽度） 拘縮：なし 耳が遠くなってきた。 身長：170cm、体重：60kg、BMI：20.76。	アルツハイマー型認知症 高血圧、前立腺肥大 閉じこもり
ADL	食事：摂食は自立。好きなものはすぐ食べる。排せつ：排せつ動作は見守り。排せつ時の拭き残しがある。入浴：最近の入浴拒否が多くなって、自宅では入ってない。デイサービスでの入浴のみ。更衣：ボタンを掛け違えたりするので、介助が多い。移乗・移動：自立。整容：朝自分で櫛を使っている。口腔ケア：総入れ歯、なかなか洗浄させてくれない。介助しようとするど振り払う。	認知症による理解・判断力低下
IADL	調理・買い物・洗濯・掃除：しない。長男妻がしている。服薬管理：できない。長男妻が管理している。金銭管理：常に少額が入った財布はもっているが、実際にお金を使うことはない。	認知症による理解・判断力低下
認知	認知症は中等度、日常的な判断がだんだんできなくなってきている。家族の顔はわかり、場所の見当識は保たれている。	認知症による理解・判断力低下
コミュニケーション能力	視力：問題なし。聴力：耳が遠くなり、会話が成り立たなくなってきた。自分の話したいことは一方的に話す。	認知症による理解・判断力低下
社会との関わり	退職後は家にいることが多く、趣味の盆栽をしていたが、最近はやしていない。地域に友人・知人が少なく、最近ほとんど外出していない。	閉じこもり ももとの生活歴
排尿・排便	排せつ行為は一人で行っているが、尿漏れのため尿臭がする。時々下着に便がついており、排便後の後始末が適切にできていないようだ。	認知症による理解・判断力低下
じょく瘡・皮膚の問題	問題なし。	
口腔衛生	面倒がって入れ歯を洗淨しないことが増えたため、長男妻が手伝おうとするが嫌がる。口腔衛生は保たれていない。	認知症による理解・判断力低下
食事摂取	高血圧症であるが食事制限はない。 水分摂取量は不明。	
行動・心理症状 (BPSD)	自分の思うとおりにできなかつたりすると、すぐに大声を出す。尿漏れで衣類を交換しようとしても嫌がって怒り出す。気に入らなるとすぐに殴る。入れ歯を洗淨するときに長男妻が手伝おうとすると嫌がって大声を出し、手を払いのける。	認知症による理解・判断力低下
介護力	長男妻が主介護者。本人の耳が遠いため、説明しようとしてもなかなか伝わらない。介助のときに怒られたり、殴られたりする。長男は休みの日には介護を手伝うが、探し物をしているのをみてイライラし、本人と衝突することが多い。孫は、おじいちゃんっ子なので、一緒に風呂に入ることなどを嫌がらないが、部活などで家にいる時間が少なく、なかなか手伝えなくなっている。	今までの家族関係 家族の認知症の理解不足
居住環境	落ち着いた住宅地の戸建て（持ち家）。本人が1階の和室、家族は2階に居住。40年住んでいた家を10年前に長男が建て替えた。バリアフリーで必要なところには手すりがついている。	
特別な状況	なし	

第 1 表

居宅サービス計画書(1)<初回>

作成年月日令和7年3月23日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 丸山 正男 殿 生年月日 昭和 18 年 1 月 8 日 住所 ○市○町3丁目2番1号

居宅サービス計画作成者氏名 介護支援専門員C

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成(変更)日 令和 7年 3月23日 初回居宅サービス計画作成日 令和 7年 3月23日

認定日 令和 7年 3月10日 認定の有効期間 令和 7年 3月10日 ~ 令和 8年 2月28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	<p>本人：家でのんびりと暮らしたい。</p> <p>長男：排せつと入浴ができれば、まだ自分でできることが多いので、家で介護を続けるつもりです。</p> <p>長男妻：これからどうなるか不安ですが、家でみていこうと思っています。</p>
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	<p>本人の希望を中心に、在宅介護が続けられるように支援します。介護負担が大きくならないように医師との連携を図っていきます。</p> <p>緊急時連絡先：主治医 S・S医師（O病院）000（123）1212</p> <p>長男携帯 090（0000）0000</p>
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（ ）

第 2 表

居宅サービス計画書(2)<初回>

利用者名 丸山 正男 殿

作成年月日令和 7年 3月23日

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
失敗なく排せつができる	自分で排せつができる	R7. 3. 23~ R8. 2. 28	毎回トイレで排せつができる	R7. 3. 23~ R8. 8. 31	・時間ごとに誘導する ・リハビリパンツを着用して尿漏れを防ぐ	○	家族 通所介護	長男妻、長男 Dデイサービス	適宜 週2回	R7. 3. 23~ R8. 8. 31
入浴して気持ちよくなりしたい	自宅で入浴ができる	R7. 3. 23~ R8. 2. 28	週2回入浴する	R7. 3. 23~ R8. 2. 28	・浴室までの誘導 ・脱衣・着衣の介助 ・洗身の介助	○	通所介護	Dデイサービス	週2回	R7. 3. 23~ R8. 2. 28
入れ歯の洗浄を手伝ってほしい	口腔内を清潔に保つ	R7. 3. 23~ R8. 2. 28	毎日入れ歯洗浄を行う	R7. 3. 23~ R8. 2. 28	・入れ歯洗浄 ・入れ歯洗浄とうがい	○	本人 家族 通所介護	本人 長男妻 Dデイサービス	毎日 毎日 週2回	R7. 3. 23~ R8. 2. 28
着替えがきちんとできるように手伝ってほしい	身だしなみが整っている	R7. 3. 23~ R8. 2. 28	毎日衣服が整えられる	R7. 3. 23~ R8. 2. 28	・朝晩の着替えを手伝う ・失禁後の着替えを手伝う	○	家族 通所介護	長男妻 Dデイサービス	毎日 週2回	R7. 3. 23~ R8. 2. 28

※ 1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」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。

第 3 表

週間サービス計画表<初回>

作成年月日 令和 7年 2月22日

利用者名 丸山 正男 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								起床 朝食
午前	8:00								テレビ
	10:00								
午後	12:00		デイサービス			デイサービス			昼食 昼寝
	14:00								
夜間	16:00								テレビ
	18:00								夕食
深夜	20:00								
	22:00								就寝
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外 のサービス	定期受診(月1回)
----------------	-----------

第 5 表

居宅介護支援経過

利用者名 丸山 正男 殿

居宅サービス計画作成者 氏名 介護支援専門員C

年 月 日	内 容	年 月 日	内 容
R8.2.1 (水) 10:00~11:00	<p>【居宅訪問】</p> <p>更新時の再アセスメントのために訪問した。</p> <p>長男妻から「最近耳が遠くなってから認知症が進んで、ちょっとしたことでも怒ることが増えた。介助したくても、気に入らないと殴られるので、困っている。特に、入浴介助は私ではだめで、孫と一緒に入浴すると入ってくれる。孫はまだ学生で、いつも家にいるわけではないので、入浴介助できずに困っている」という訴えがあった。介護負担が増えているようなので、介護状況まで詳しくアセスメントすることになった。</p> <p>(アセスメント結果)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の進行によって、状況が理解できないときに、いらだちから激しい行動をとることが分かった。 ・介護者が声をかけているつもりでも、耳が遠くなって聞こえていないので、本人にとっては突然何かされたと感じられて怒ってしまう。 ・役員まで務めてプライドが高く、自分の思うとおりに行動できないことにイライラすると同時に、人から指図されることが受け入れられない。 ・長男妻は丁寧に介助しているが、認知症ケアについて学んだことがないため、さまざまなBPSDの対応に戸惑っている。 ・本人は盆栽など趣味をもっているが、毎日の生活のなかに上手くとり入れられていない。 		