

第4節 介護予防ケアマネジメントの事例

Aさんの事例紹介

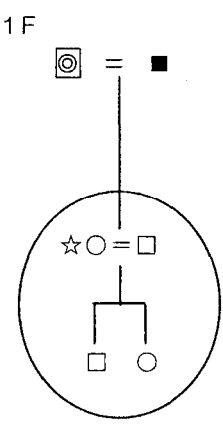
75歳女性。独居世帯。二世帯住宅の1階に居住しており、2階には娘家族が居住している。60歳の時の交通事故により脊椎管狭窄症となり、現在、歩行することはなんとかできるが、天候や体調によっては背部から腰部にかけての疼痛が悪化する。

現在の生活は、病院への定期的に通院するほか、老人ホームに入っている友人の世話や孫の面倒をみて過ごしている。家事は、苦手であることと屈曲姿勢で疼痛が強くなるため、2階に居住する娘の援助と月1回の訪問介護を利用しているが、マイペースに身の回りのことができればよいと思っている。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 〇〇

《基本情報》

相談日	平成〇〇年〇〇月〇〇日()	来所・電話 その他()	初回 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中()			
フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇〇〇 Aさん	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	M・T・S 5年 〇月〇〇日生(75)歳	
住所	〇〇県〇〇市 〇〇-〇〇	Tel	〇〇(〇〇) 〇〇〇〇	
		Fax	〇〇(〇〇) 〇〇〇〇	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・ <input checked="" type="checkbox"/> J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・ <input checked="" type="checkbox"/> 要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：18年04月01日～18年09月30日 (前回の介護度 要介護1)			
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()			
本人の 住居環境	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・ <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金・障害年金・生活保護・ <input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金			
来所者 (相談者)	本人・長女		家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	同上	続柄 本人		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	〇〇 〇〇	長女		同上
1F  2F 家族関係等の状況				

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	40歳～60歳まで新聞社勤務で忙しい日々を送っていた。60歳の時に交通事故で脊椎狭窄となり背部～腰部にかけての疼痛が強くなり数箇所の病院を転々としていた。現在は、歩行する事はなんとかでき定期的に通院するようになっている。天候や体調によっては疼痛が悪化し精神的にも落ち込み不眠の訴えが日によっては強い。家事（掃除）は苦手な分野である事と屈曲姿勢で疼痛が強くなるため、娘の援助及び訪問介護を利用している。				
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	友人や親戚の叔母の世話や自分の体の事で病院通院を行っている。			元気な頃はスポーツをする事が好きだった。現在は保養旅行に行く事が楽しみ。	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係 友人や孫の面倒をみる事が生きがいになっている。	
	8時～8時30分	起床（体調が良い日） 体調が悪い日は一日中ベットで臥床している。	体調が悪い日は食事を運んでいる。		
午前中 午後 夕方 22時頃	病院通院が多い 友人の老人ホームを訪問 孫の面倒をみている 就寝	送迎介助 食事の準備			

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
H2年10月1日	脊椎管狭窄症	〇〇病院→△△ 医院(〇〇Dr)	☆	Tel 00-000-0000	治療中 経観中 その他	湿布薬や眠剤処方 ある
H11年10月3日	乳腺腫瘍 (左)	国立病院		Tel 00-000-0000	治療中 経観中 その他	治療終了
H12年5月5日	乳腺腫瘍 (右)	//		Tel 00-000-0000	治療中 経観中 その他	治療終了
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
訪問介護 1回/月 家事支援	娘による外出支援

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成〇〇年〇月〇〇日 氏名 A 印

介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名 Aさん

様

認定年月日

平成18年 4月 1日

計画作成者氏名 ○○ ○○

計画作成(変更)日 18年 4月 1日(初回作成日 18年 4月 1日)

目標とする生活

1日 自分の部屋を片付けるなど身のまわりのことができる。知人のお見舞いと孫の世話が続けられる。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案
<p>活動・移動について</p> <p>臥床している状態から起き上がる時は、時間をかけてテーブルに捕まっている。室内や平坦な所では200m程度の歩行ができる。長距離の歩行や物を持って歩行することは腰痛が強くなる為に不安である。痛み止めは使用しておらず、湿布と眼剤を利用しており、現在は近所の病院に娘の運転する車で通院している。</p>	<p>本人:以前のようにバスを利用して自由に外出したい。 長女:以前のように楽しく外出をして欲しいと思っている。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 自由に動きたいという希望はあるが、腰痛や背部痛が悪化するのではないかと不安が強く、外出できない。痛み止めは使用しておらず、痛みの理由が原疾患なのか、姿勢が適切でないことからくる痛みなのか、あるいは不安からくるものかわからない。痛みの原因を知ることは重要である。</p>	<p>痛みの原因がはっきりしないが、痛みがあることにより、活動性が低下している。</p>	<p>1.(目標)腰の痛みの調子をみながら自分の部屋の掃除を行う。(具体策) ①痛みの性状を把握する。 ②洗濯や掃除の用具や方法の工夫を行う。 ③無理のない運動により痛みを軽減する。(医師と相談し、介護予防通所リハビリの活用の適応を確認)</p>
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <p>短時間なら台所に立つことは可能だが、15分を超えると腰痛がでてくる。洗濯は自分で何とか行っている。掃除はあまり好きでないのと腰痛の不安もあるので、長女に頼んでいる。</p>	<p>本人:家をきれいにしておきたい。 家事はもともと苦手だが、マイペースに身の回りのことができると思う。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 料理と洗濯はしたいという希望があり、自分で炊事をしてる。掃除については好きでないということから、誰かにお願いしたいと思っている。また、無理な姿勢で身の回りのことを行うことにより、痛みが悪化する可能性がある。</p>		
<p>社会参加(人間関係、コミュニティ参加)について</p> <p>老人ホームに入っている友人の身元受入人になり、会計や身の回り世話をしている。友達は多く、以前は静養をかねた旅行にでかけていたが、最近は腰や背中が痛くなるのが怖くて出かけていない。また、娘家族とも仲が良く、孫の面倒をみたり、毎日の夕食は娘の家で食べている。</p>	<p>本人:いつまでも友人や家族に頼りにされたい。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 友人、家族との関係もよく、皆に頼りにされたいという気持ちが強い。腰痛の不安から外出が減り、友人らとの交流が減ってきている。長時間の立位や歩行によって痛みは増強するという一方で、友人の身の回りの世話をしていたりと、活動的な一面もある。</p>		
<p>健康管理について</p> <p>痛みがコントロールできず、不眠が続くと自分の判断で眼剤の量を調節する事があるが、痛み止めは内服していない。脊椎が悪いのでリハビリには消極的で自分で行える日常的なリハビリも少ない。食事は娘の支援もあるため、栄養面でも安定している。</p>	<p>本人:夜ぐっすり眠りたい。 背部の痛みがなくなると生活したい。 長女:無理をせず、運動を続けて欲しい。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 痛みのコントロールがつかないということが、大きな課題であるが痛みのコントロールをつけることで、活動することに楽しみをもてる環境を作り無理のない日常的な運動を継続する必要がある。主治医との連携が重要となってくる。</p>		

健康状態について

主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

主治医意見書では、介護に対する意見に、転倒・骨折に留意する必要がある。その他特記すべき事項には、背部痛に関しては、継続的な内服薬の服用。脊椎管狭窄症自体は、軽度であり、痛み止めを内服するほどではない。痛みの原因として、疾患以外の原因も考えられるため、どんなときに痛みが強くなるかなどを把握し、痛みのコントロールについて十分に医師との連携を図る必要がある。下肢筋力低下は、廃用症候群に留意する。

必要な食事プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	物忘れ予防	認知力アップ	同じもの予防	栄養改善	うつ予防
○					

地域包括支援センター

介護予防サービス・支援計画表

認定の有効期間 18年 4月 1日～ 18年 9月 30日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) ○○ 居宅介護支援センター

担当地域包括支援センター： ○○地域包括支援センター

1年

腰や背中が痛みが、コントロールでき、知人や友人との交流が継続でき、旅行にまた行くことができる。

具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
		目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、 インフォーマルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
<p>本人：痛みに対する不安はあるが、自分で自由に外出できるようになりたいので、無理の無い運動を教えてください。</p> <p>長女：痛みが強い時の母の様子が大変つらそうなので、本人の意向を大切にしたい。あまり無理しなくても良いのではないかと。</p> <p>本人：自分の身の回りのことは、マイペースで行いたいですが、体調が心配である。本当はヘルパーさんに少し手伝ってもらいたいが、自分でできない訳ではないから、できることは自分でやっていかなければならないね。掃除は長い柄のほうきとか使えば、自分で行える。</p> <p>長女：ヘルパーさんに来てほしいが、やれることは支援していきたい。</p>	<p>1. 腰の痛みの調子をみながら自分の部屋の掃除を行う。</p>	<p>(1) 医師との情報交換を密に行い、無理のないように運動を継続し、活動性の高い生活をめざす。</p>	<p>自分で痛みが強くなる姿勢や時間帯、その時何をしていたか行動などをメモしておく。</p> <p>洗濯機や掃除は台や棒などの道具を工夫して使う。</p> <p>トイレ掃除や風呂掃除などの本人ができないことは長女に協力してもらう。</p>	<p>腰や背部に無理のない運動を行う。</p>	<p>介護予防通所リハビリ(介護予防通所介護)</p>	<p>○○事業所</p>	<p>3か月 平成○月○日～平成○月○日</p>
		()					
		()					

【本来行うべき支援ができない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

長年の身体の苦痛に対し不安が強いが、痛みのパターンを知って無理のない運動や健康管理に興味をもってもらい、生活の中でできることをどんどん増やし、知人や孫の世話など好きなことを行っていくよう支援する。

【意見】まずは、家族との役割分担、協力体制を整理し、本人が自信をもって生活できるよう支援する必要がある。

上記計画について、同意いたします。

【確認印】 ○○

平成 18年 4月 1日 氏名 A 印

Bさんの事例紹介

89歳男性。妻との2人世帯。元々親交のあった会社の元同僚やゴルフ仲間なども皆高齢となったため交流は減少し、現在は概ね家族と家庭内の生活が中心となっている。家事については、食事の準備、掃除、買い物など身体が弱い妻を手伝い、自分でも健康には気を付けているが、自身も膝が痛くなったり、腰が重くなったりで足腰が弱くなってきていることは年々感じており、また、布団を干したりという力仕事が多くなってきたことから、支援をお願いして、夫婦での生活を継続させたいと思っている。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 〇〇

《基本情報》

相談日	平成〇〇年〇〇月〇〇日()	来所・電話 その他()	初回 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中()			
フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇〇 Bさん	男・女	M・T・S 5年〇〇月〇〇日生(89)歳	
住所	〇〇県〇〇市 〇〇〇-〇〇〇	Tel	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
		Fax	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：18年04月01日～18年09月30日 (前回の介護度 要介護1)			
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			
来所者 (相談者)	本人・妻		家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	同上	続柄 本人		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	〇〇 〇〇	義弟		〇〇市〇〇〇-〇〇〇 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
家族関係等の状況 子供はいない。義弟夫婦が同敷地内に在住				

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	山形県出身。戦時中は衛生兵として従軍。戦後から横浜在住 65歳まで商社勤め。定年後も関連会社にて役員。 結核に罹患する70歳を期に引退。 H12年胆嚢炎、肺炎で入院するまで、趣味のゴルフは続けていた。 その後は妻の家事を手伝いながら、概ね自宅のみで過ごす生活。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	起床前のベッドでの軽い体操 寝具の整頓（ベッド） 庭の掃除、買物 近所を20～30分杖なしで散歩		骨董品や民芸品の観賞 今はできないがゴルフ
	時間	本人	介護者・家族
	6:30	起床体操、ベッドメイキング	妻も一緒に行く 買物は妻と一緒に
7:30	朝食の手伝い、食事、ゴミ出し	会社の元同僚やゴルフ仲間との交流が皆高齢で、減少	
10:00	庭・室内掃除		
12:00	昼食		
15:00	散歩、買物		
18:00	夕食、あとかたづけ TV観賞 読書		
22:00	就寝		

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容	
H12年10月	胆嚢炎・肺炎	〇〇病院	Tel 〇〇-〇〇〇 -〇〇〇	治療中 経観中 その他	胆嚢切除。1年経過観察し治療終了
S61年	肺結核	国立病院	Tel 〇〇-〇〇〇 -〇〇〇	治療中 経観中 その他	ストマイにて治療、完治
S30年	不整脈	会社の検診(現在 〇〇クリニック)	☆ Tel 〇〇-〇〇〇 -〇〇〇	治療中 経観中 その他	検診の度、指摘されるが治療の必要はなく、経過観察中
S22年	肺結核	陸軍病院	Tel 〇〇〇-〇〇 〇-〇〇〇	治療中 経観中 その他	5年間気胸療法、ストマイにて治療

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
訪問看護（週1回、家事援助1時間）妻にも同じ	

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成〇〇年〇月〇〇日 氏名 _____ B _____ 印

介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名 Bさん

様

認定年月日 平成18年4月1日

計画作成者氏名 OO OO

計画作成(変更)日 平成 18年 4月 1日(初回作成日 平成 18年 4月 1日)

目標とする生活

1日	腰痛や膝関節痛が悪化せず、散歩や買い物などの家事ができる。
----	-------------------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案
活動・移動について 下肢の筋力が低下し、目的の場所への移動は時間がかかるが、平坦地は杖を利用しないで歩行ができる。交通機関を利用した外出はまれにしかしない。20～30分程度の散歩と近所の商店街への買物が日課である。自宅の階段の昇り降りは手すりを利用して可能である。	本人：すぐ、膝や腰が痛くなったり重くなったりで、足腰が弱くなっていることは年々感じている。何とか今歩けるぐらいの状態を維持できればと、散歩は続けたいと思っている。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 体力、筋力の低下を自覚しており、今のままの生活をしていると更に筋力・体力の低下のおそれがある。自らもそのことを予測し、運動の必要性を理解している。筋力低下を予防し、歩行能力を低下させずに活動性を維持する必要がある	1. 筋力・歩行能力の低下によって転倒の危険が今後予測される。 2. 力仕事など、負担の重い家事等については、本人が行うことによる骨折等を起こす可能性がある。	1. (目標) 毎日、散歩や買い物等近所への外出を行えるようになる。 (具体策) ①毎日散歩に行く習慣をつける。 ②下肢の筋力をつける。
日常生活(家庭生活)について 体力のない妻を助けて買物の同行やゴミ出し、ベッドメイキングなどを行っている。腰痛が強いときには、義弟に頼んだりしている。布団を干したりという力仕事は、困難になってきている。	本人：妻の手伝いや自分の事が、苦痛なく行なえて、二人で暮らしていければと思う。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 力仕事は行うことはできないが、できることを行っていないと生活機能が低下してしまう可能性がある。自らはできることと、支援を要することを整理し、腰痛の悪化を予防しながら生活していくことが重要と思われる。		2. (目標) 体に負担の大きい家事をのぞき、日々の家事は基本的には夫婦でできるようにする。 ①布団は家の中で日の差す場所におく。 ②夫婦で出来ない掃除は支援をお願いする。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 対人関係に問題はないが、概ね家族と家庭内での生活が中心である。	本人：口下手なので、皆と一緒に何かをというのとはどちらかというと苦手。気心の知れた者同士で、マイペースに生活できれば充分だと思っている。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 夫婦での生活が主であるが、機会があったら地域の活動に参加していくことが望ましい。		
健康管理について 治療の必要な疾病はなく、誕生日を目安に妻と共に健康診断を定期的を受診している。腰痛や膝関節痛が起きやすいので休みながら、運動や家事を継続している。	本人：妻が丈夫ではないので、自分なりに体操や散歩を続けて、健康には気をつけている。妻の健康状態が心配である。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 健康状態の把握と相談の継続で疾病予防と健康管理が行えている。今後も継続していけるよう時期が来たら、見守っていく必要があるが現在は問題ないと考えられる。		

健康状態について

主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

主治医意見書の介護に関する意見では、転倒・骨折に対する留意が必要であるという意見がある。医学的管理の必要性やその他特記すべき事項は特にない。

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
○					

地域包括支援センター

介護予防サービス・支援計画表

認定の有効期間 平成18年4月1日 ~ 18年9月30日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) ○○ 居宅介護支援センター

担当地域包括支援センター: ○○地域包括支援センター

1年	夫婦の穏やかな生活をずっと続けていきたい。
----	-----------------------

具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
		目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<p>本人: 日々の散歩や体操を、自分のペースで継続するのはよい。わざわざ出かけて、皆と一緒にいろいろするのはおっくうである。ただ、効果的に運動ができると聞いて、参加しようか迷っている。妻: お父さんが、丈夫になると頼もしい。</p>	1. 毎日、散歩や買い物等近所への外出を行えるようになる。	(1) 大人数で何かするということは、好きではないのであるべく、ご夫婦で行うことを中心に支援をしていく。	夫婦そろっての運動・散歩の継続、社会参加による運動や活動性の拡大(転倒予防教室など地域サービへの参加)	筋力向上、運動機能向上をする	介護予防通所介護	○○事業所	3か月 平成○月○日~平成○月○日
<p>本人: 夫婦でやりきれない掃除や力仕事などの家事の負担が少なくなれば、疲労もたまらないので、現在の生活を維持できると思う。体をこわすことはないし、助かります。</p>	2. 体に負担の大きい家事をのぞき、日々の家事は基本的には自立する。	(2) 出来るだけ現在の生活を維持しながら、足腰の機能低下を防止していく。家事で工夫してできることについては、夫婦で行ってもらい、負担がかりすぎることについては支援を行っていく	妻と協力しての家事分担 重いものを動かすなどは、自分でやらず、誰かに頼む	大きなものを動かす必要がある掃除等負担の大きい家事援助。	住民ボランティア 介護予防訪問介護	○○ケアサービス	3か月 平成○月○日~平成○月○日
		()					
		()					

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針

ご夫婦が楽しいと思われる地域のサービスがあれば、ぜひ、参加してもらえよう声をかけていく。力仕事などは、住民ボランティア活動がこの地域にはまだないため、当面介護予防訪問介護を活用していく。

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

二人の生活機能が低下しないように支援し、体調不良をなつたときには、早期把握・対応をしていけるようご近所等の地域の支援者も作っていく。

【意見】 疾病のコントロールに留意し、現状を維持しご夫婦2人が協力した生活が維持できるよう支援する。地域での社会参加を実現して欲しい。

【確認印】 ○○

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 18年 4月 1日 氏名 B 印

Cさんの事例紹介

80歳女性。夫と死別後、市内に居住している長女と横浜在住の長男夫婦に支えられながら、自分の趣味である水彩画の教室参加、友人とのスケッチ旅行、カラオケなどを楽しみながら独居生活をしている。

自宅玄関先で転倒し腰椎圧迫骨折により3ヶ月間の入院後、一時、介護サービスを利用していたが、「デイサービスは自分には合わない」とサービスの利用は続かなかった。半年後にはベッドの貸与なども不要になるほど回復した。

一方で「また転倒するのでは」という不安が、外出頻度を減少させた。

「外出できなくても自分の趣味の水彩画なら描けるから」と水彩画の作成に熱中するあまり、深夜まで水彩画の作成に興じることが続き、生活リズムを崩し、欠食・服薬忘れなどを繰り返し、次第に状態の悪化を来たしてしまった。

タイミングよく介護予防を目的とした教室や、宅老所の利用により体力や歩行能力にも自信をもち、得意の水彩画のセンスを活かして宅老所の「ものづくり」の講座でボランティアを依頼されるまでに回復している。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 〇〇〇

《基本情報》

相談日	平成〇〇年 〇月〇〇日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇〇〇 Cさん	男・女	M・T・S 13年 〇月 〇日生 (80) 歳
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇号	Tel	〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
		Fax	〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：18年04月01日～18年09月30日 (前回の介護度 要支援)		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護		
来所者 (相談者)	長女		
住所 連絡先	〇〇県〇〇市〇〇〇	続柄	長女
	〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	続柄	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	〇〇 〇〇	長男	〇〇市 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
	〇〇 〇〇〇	長女	〇〇市〇〇〇
		家族構成	<p>◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</p> <p>◎ = ■ ○ = ○</p> <p>□ = ○ □ = ○ ○ ○</p>
		家族関係等の状況	<p>長男は全国範囲で転勤のある会社員。電話のやり取りは頻回にあり。お正月・お盆にはお互いを自宅に招きあうなどの交流がある。市内の長女との交流もあり。</p>

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	〇〇市生まれの〇〇市育ち。高校の美術教師をしていた夫に先立たれた後、一人暮らしをしている。夫の定年退職後にスケッチ旅行に同行する事をきっかけに自分自身も水彩画を始める。夫亡き後も、絵画教室受講生仲間とスケッチ旅行を楽しむ生活を送っていた。行動的で明るい女性であるが、自宅玄関先の階段で転倒。腰椎圧迫骨折でしばらく入院。骨折は完治したが歩行の不安定さは残っている。要支援1と認定。			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	退院直後には、長女が頻りに訪問して身の回りの世話をしていた。体調の回復とともに、長女の訪問が減った時期頃から、「お天気が悪いと腰が痛い」「寒いと頭が痛い」と日中も自宅でゴロゴロとして過ごしてしまう。			趣味：水彩画 楽しみ：カラオケ
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係
	日課が定まらない状況			

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
H17年1月	腰椎圧迫骨折	市立病院		Tel 〇〇-〇〇〇〇	治療中 経観中 その他	入院し3ヵ月後退院
60歳頃より	高血圧症	〇〇医院		Tel 〇〇-〇〇〇〇	治療中 経観中 その他	降圧剤服用(3回/1日)
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
民生委員の訪問	絵画教室仲間の訪問は時折あるが頻度は減ってきた。

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成〇〇年〇月〇〇日 氏名 _____ C _____ 印

介護予防サービス・支援計画表

NO. 1234567

利用者名 Cさん

様 認定年月日 平成 18年 4月 1日

認定の有効期間

計画作成者氏名 OO OOO

計画作成(変更)日 平成18年 4月 1日(初回作成日 18年 4月 1日)

目標とする生活

1日	不規則な生活を改め、絵手紙式日記に簡単なスケッチを入れる生活を送る。	1年
----	------------------------------------	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
<p>運動・移動について</p> <ul style="list-style-type: none"> 転倒に対する不安があるため、手すりを利用したり室内の家具につかまるなどして移動するが、歩行は安定して 長距離の歩行は、1年あまり実施していないので自身が歩ける能力は20分くらいはできる能力があると思われる。 現在ベッド・杖等のサービスは利用していない。 	<p>本人: 歩く事は苦はないが、転ぶのが怖い</p> <p>長女: 長女と一緒に買い物に行くと、20分くらいはスパ内を歩いても平気なので歩く事はできると思う。以前のような元気な母に戻ってほしい。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>以前の転倒の経験から、不安が大きいと考えられる。不安を克服するためには以下の課題が考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 転倒不安の解消 歩行能力への自身の確保 歩行に関する筋力・体力の回復 	<p>1. 生活リズムの乱れによる服薬忘れ、欠食の長期化により体調を崩しやすい。</p> <p>2. 外出やある程度の歩行をおこなわないことにより、転倒・外出の不安が高まり、本人の本来の生活能力以下の生活を繰り返してしまう。(悪循環)</p>	<p>1. 生活リズムを整えることによって、内服や受診もできるようになり、友人連との交流も再開できる可能性がある。対策: 規則的な生活と確実な服薬(服薬の工夫と支援)</p> <p>2. 歩行すること、外出することに対し、自信をつけ、外出をすることができるように、しばらくは体力・筋力を付ける工夫をしましょう。(歩行能力・筋力向上のための教室の参加)</p>	提案通り
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <ul style="list-style-type: none"> 水彩画に熱中すると、深夜までも絵を描き生活リズムを崩してしまう。 生活リズムの乱れは、欠食や降圧剤の服用忘れ、回数を間違えて服薬などを招いている。 頭痛・倦怠感などが顕著になり娘にSOSの電話をして受診する状態。 	<p>本人: 水彩画に熱中しすぎてはいけないと思うが、つい時間を忘れてしまう</p> <p>長女: 不調から回復するまでの時間が長くなった事が長男・同居を申し出る程心配している。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>炊事、洗濯等の家事は自立しおこなえているが、以下の点の課題の克服が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活リズムを崩さない範囲の趣味の楽しみ方にして行く 欠食・服薬忘れ・薬の飲みすぎ 定期的な受診ができにくい 			
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 明るく楽しい人柄で、水彩画教室仲間、カラオケ仲間もいたが入院後は行き来が減った。 生活リズムが乱れると、洋服や化粧などにも気を配れなくなる為、友人の突然の訪問は困る。(悪循環になっている) 絵手紙を交換する友人とは今後も交際していきたい。 	<p>本人: 教室仲間やカラオケ仲間との交流はなくなってきたくない。</p> <p>長女: 母の趣味には賛成・応援したいと思っている。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>体調さえ整えられ、転倒不安による閉じこもりが解消されれば交流は以前のようにできると考えられる。また、人前に出るときには「綺麗にしたい」という気持ちは、意欲につながる大きな可能性を含んでいる。</p>			
<p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活リズムの乱れによって、欠食や降圧剤の服用忘れを招いている。さらに、薬の飲み忘れが多いと、次回受診が億劫になってしまう。 最近「忘れっぽく」なっており、薬の飲み忘れはその影響もある。 	<p>本人: 薬の必要性はわかっているが、つい忘れてたり、食事しないと飲んではいけなと思ってしまう。</p> <p>長女: 他の事では忘れる事は無いので、なぜ薬を忘れるのか? 支援していきたいと思っている。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活リズムを整え、内服、受診の習慣をつける必要がある。 物忘れを本人が心配しているようだが、これについては今後経過を見ていかないとわからない。 			

健康状態について

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

① 主治医意見書情報: 転倒に配慮する。

必要な事業の下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
○			○		

地域包括支援センター	【意見】 主治医の先生との連絡を密にしていきたいと思います。
	【確認印】 ○○市地域包括支援センター

介護予防サービス・支援計画表

平成18年 4月1日 ~ 18年 9月 30日

初回・紹介・**継続**

認定済・申請中

要支援1 要支援2

地域支援事業

委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) ○○市地域包括支援センター 電話 ○○○○-○○-○○○○

担当地域包括支援センター: ○○市地域包括支援センター

水彩画のスケッチ旅行できるを再開できるだけの体力を身につけたい。

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス 介護予防事業	サービス種別	事業所	期間
1. 規則正しい生活の中で、食事・内服・趣味・運動の時間をしっかりもつことができる。	薬の飲み忘れと重複服薬防止のために、服薬薬箱の活用と管理に長女さんの支援を受ける。服薬回数等については主治医に調整を依頼する。	本人: 規則正しい生活(趣味の時間を自分で決める)、日常的な運動の励行、薬は部分的に自己管理 長女: 薬箱の用意と管理支援。 主治医: 服薬回数の相談				1ヶ月間
2. 歩行や外出することに対し、自信をつけ、外出し友人との交流する時間を作ることができる。	生活を見直す「きっかけ」と継続の支援があれば、ひとりでの外出も不可能ではないと考えられる。本人に自信と余裕が付くまで支援が必要。体調さえ整えられれば、社会性と心の豊かな方なので、社会交流への特別な支援は必要ないと考えますが、「教室」の場の確保は重要と考える。	本人: 外出の機会を持つ 長女: 買い物等の同行 水彩画仲間: 絵手紙交換 本人: 市民文化祭出品を目標に作品準備 文化協会: 作品申込の情報入手 民生委員: 文化協会からの情報提供	外出したり、歩く機会を作る	介護予防通所介護	○○センター	6ヶ月間
				宅老所利用	社会福祉協議会	6ヶ月間

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

- ① 生活リズムを整え、欠食・服薬忘れをなくし、体調が改善するようにしていく。
- ② 歩行に慣れ、体力と自信をつけ、徐々に1人で外出できるようにする。
- ③ 趣味をともに楽しめる会などに参加し、活動的になることをめざす。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 18年 4月 1日 氏名 C 印

