

## Dさんの事例紹介

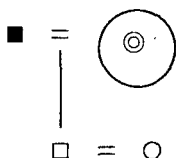
90歳男性。妻と二人で衣料品店を経営していたが、妻の介護が必要になり息子夫婦に店の経営を譲りました。その後、妻が亡くなり、「気ままがいい」と現在のケアハウスに入居とした。大腿骨骨折・急性腸炎等により何度か入退院を繰り返したが、身の回りのことはなんとか自分でできるのでケアハウスで生活を始めた。最近になって、体力・筋力の低下がみられ、頻回に＜風邪をひく＞＜腸炎をおこす＞などを繰り返すようになり自分の体力に自信がなくなってきた。息子夫婦は新たな商売のスタートを切ったばかりなので、同居により負担をかけることもできないこともあり、自分のことが自分でできるうちは、ケアハウスでの生活を送りたいと希望し、現在に至っている。

また、「自分の俳句人生の集大成として句集の自費出版」を果たした同人誌仲間もおり、自分も若い頃から、是非句集を作成したいと考えており、句集の出版の為にも、俳句の会にもう一度参加できるようになりたいと希望している。「体調が思わしくない為、今すぐに俳句の会の参加もできない状況だがなんとか支援できないか」とケアハウスから地域包括支援センターに連絡が入った。

## 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 〇〇〇〇 Dさん	男・女	M・T・S 4年〇〇月〇〇日生 (90) 歳	
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地〇	Tel	〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
		Fax	〇〇〇〇 (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 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 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)	在宅介護支援センター職員		<b>家族構成</b> <small>◎=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)</small>    <small>□ = ○</small>	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	〇〇 〇〇	長男		〇〇町 〇〇〇〇-〇〇-〇〇 〇〇
			<b>家族関係等の状況</b>  忙しいながらも、休日には長男のケアハウス訪問あり。	

## 利用者基本情報

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活	当市隣町に生まれ、家業の衣料品店を経営していた。60歳頃に妻に病気で先立たれる。妻に介護が必要になった時点で店を長男夫婦へ譲る。妻の死後は家業の忙しさ等の家庭の事情によりケアハウスに入居する。若い時から俳句に関心あり仕事の傍ら俳句同人会で活動していた。		
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
	人との交流を求めているが、ケアハウス内ではどうしてもマンネリ化した人間関係になりがちではあるが、本人なりに、仲間を誘って食堂や喫茶コーナーで談話を楽しんでいる。しかし、体調の波が大きく腰痛や気管支炎等を起こすと自室に閉じこもりがちになりやすい。		俳句づくりが趣味 楽しみは俳句、人との交流
	時間	本人	介護者・家族
	7時	起床後食堂で朝食・散歩	友人・地域との関係 俳句仲間のうち何人かとは現在も交流あり。毎月誰かがケアハウスを訪問してくれている。
	9時	ラジオ体操の会	
	10時	喫茶コーナーで談話	
	12時	食堂で昼食	
	14～16時	曜日によってイベントあり	
	18時	食堂にて夕食	
	20時	入浴時間（自由）	

### 《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
不詳	慢性気管支炎	市立病院	Tel 〇〇〇－ 〇〇〇	治療中 経観中 その他 気管支拡張剤処方有り
不詳	腰痛症	市立病院	Tel 〇〇〇－ 〇〇〇	治療中 経観中 その他 コルセット着用中
平成5年頃	腸炎癒着	市立病院	Tel 〇〇〇－ 〇〇〇	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
介護予防事業（低栄養教室）と宅老所（毎月第2・第4金曜日）	

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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日 氏名 \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ 印

介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名 D 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	毎日食事を美味しく食べられ、体を動かす生活をする	1年
----	--------------------------	----

アセスメント領域	本人・家族の意欲・意向	領域における課題	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
<b>運動・移動について</b> 地域の福祉巡回バスを活用し毎月1回受診して。受診以外は外出しない。  体調が悪くなると歩行がおぼつかない。  体調に合わせて杖・シルバーカー利用中。	本人:見守りや元気な友人等の同伴があれば外出したい。  家族:本人に無理の無い範囲で外出してほしい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 頻りに体調不良になるため、外出の機会が減り、体力・筋力ともに低下する可能性がある。	1. 義歯の不具合により、胃腸障害がおり、食事摂取量の減少や栄養状態が悪化し体力も低下する。  2. 体調の不安定さから、外出の機会も減り、体力の低下が考えられる。	1. (目標)一食分の食事摂取量が増加する(具体策) ①義歯の調整をする。 ②歯の状態にあった食べ物をとる。	本人:すべて、やってみます。 家族:本人の意向に任せます。
<b>日常生活(家庭生活)について</b> 衣食住に関する環境はケアハウスで整っている。	本人:特になし  家族:ケアハウスの環境は本人にとって負担が少なく良い環境と考えている	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 特に課題はない。	3. 趣味の俳句を一緒に楽しむ仲間との交流を求めている。	2. (目標)健康管理を自分で行う。(具体策)毎朝、ケアハウス内のラジオ体操に参加する。	
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b> 多くの人も交流を希望しているが、体調に不安があるためなかなか積極的になれない。 ケアハウス内では本人はボランティア的な役割も果たしている。	本人:家族には必要時連絡もできるが、家族以外の人たちとの交流を持ちたい。俳句を接点とした仲間を作りたい。 家族:ケアハウスでは、他者との交流もあり、楽しそう。積極的にいろいろして欲しい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 趣味の俳句を一緒に楽しめる仲間が欲しい。社会参加したいという希望があり、交流の意欲がある。		3. (目標)俳句の会で、仲間ができる。(具体策)①近くの宅老所で行っている趣味の俳句の会に出席する	
<b>健康管理について</b> 腰痛・下肢脱力感・胃腸虚弱などの体調不良がある。  体操・散歩などを行って健康管理には気をつけている。 義歯があわず、食事を途中で止めてしまうことがある。	自分の体調と上手に付き合えるようになりたい。  無理のない範囲で健康には気をつけてもらいたいと家族は思っている。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・義歯の調子が悪く、口腔関係のチェック項目すべて該当している。アルブミンも低下傾向であり口腔機能がこれ以上低下しないようにする必要がある。 ・義歯の不具合によって、胃腸障害がおりている可能性がある。 ・一旦体調不良を起こすと、安静の判断が難しいようである。体調を崩したときには早めに受診し、早期対応をする必要がある。			

健康状態について

口主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【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

主治医意見書より、貧血・アルブミンの低下有り。

現在、事業所では、口腔機能向上プログラムが行われていないため、早期に開催されるよう調整を依頼する。進める。また、サービス開始が1か月後の予定なので、当面歯科受診で口腔衛生の指導等行ってもらおう。

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】 ケアハウス職員や他の入居者の協力を得ながら実施することが重要であり効果的なものである場合には、全体の取り組みも含めて検討・調整をしていく。  【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)

担当地域包括支援センター: ○○市地域包括支援センター

腰痛、胃腸虚弱、気管支炎が悪化しない。俳句の良さを理解してくれる友人を見つけ一緒に俳句を楽しむ。

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
1. 一食分の食事摂取量が増加する	まず、歯科受診し、義歯が噛み合うようにしてもらうよう支援・調整が必要。	歯科受診をする。 食事後の義歯の洗浄	口腔の清潔や義歯の手入れについて学ぶ。 義歯の不具合状態にあった、食べ物を摂取す	歯科受診 介護予防通所介護 口腔機能向上【歯科受診】 栄養改善プログラム	○○歯科医院 ○○センター	6か月 平成○月○日～平成○月○日
2. 体調不良を起こす回数が減る。	定期的な受診や日常的な体力向上対策について提案する	ケアハウス内のラジオ体操に毎日参加する。				3か月 平成○月○日～平成○月○日
3. 俳句の会で、仲間ができる。	俳句の会をしている宅老所の往復は慣れるまでは家族や職員の見守りが必要である。	宅老所で行っている趣味の会に出席する			社会福祉協議会・宅老所	3か月 平成○月○日～平成○月○日

### 総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

まずは、口腔機能の改善を図り、その後体力づくりや多くの人と交流が持てるように支援していく。

### 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 D 印



## Eさんの事例紹介

77歳男性、独居世帯。妻の他界後、氣力を失い、趣味や生活を楽しむということから遠ざかり、外出をする機会も無くなる。行動範囲も狭くなり、足腰が弱くなり、最近下肢筋力の低下は著しい。また、食生活の偏りと、義歯の不具合及び残存歯の手入れが不良であることから口腔機能低下がみられ、体重も減少し、体力も無くなってきている。本人は生活機能評価も受けておらず、定期受診もしていない。

家族は娘が1人。娘は週1回訪問し、家事をまとめて行っているが、婚家にも高齢者を抱えヘルパーの家事援助を希望して相談にきた。

口腔機能向上教室や栄養教室への参加には消極的賛成だったが、自分の得意技術である電気技術を生かしたボランティア活動への参加を目標に、健康状態の把握・体力をつけるための学習や実践に取り組むことにした。

半年後の評価では、栄養状態、口腔機能が向上し、シルバー人材センター等での活躍が見られている。

例

### 利用者基本情報

作成担当者：〇〇 〇〇〇

《基本情報》

相談日	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 ( )			
フガナ 本人氏名	E さん	男・女	M・T・S 10年 〇月 〇日生 ( 77 ) 歳	
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇号	Tel	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
		Fax	〇〇〇 (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4月1日～18年9月30日 ( 前回の介護度 )			
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)	〇〇 〇〇		<b>家族構成</b> ◎=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	〇〇県〇〇市〇〇町〇番地 〇号	続柄 長女		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	〇〇 〇〇	長女		同上
	〇〇	弟	〇〇県〇〇市〇〇町 〇番地〇号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇 〇〇	
			<b>家族関係等の状況</b> 妻は、5年前に病死。長女は結婚して市外に居住している。子供は一人で、休日に本人宅へ家事に通っている。本人の出身地は遠く、弟がいるが交流はほとんどない。	



## 利用者基本情報

例

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活	本人は電気関係の技術職で、サラリーマンをしていた。60歳で定年後も、5年間嘱託で勤務。退職後は妻と旅行に行ったり、妻の勤めで釣りや水墨画などにも取り組んでいた。妻が亡くなってからは、趣味にも興味がなくなり、年1回の昔の同僚との旅行は出かけていたが、最近は体調を崩し参加していない。体調が悪くても医者には行かず、よく疲れたと寝ているため、体力も足腰も弱くなってきている。 長女が、休日に実家へ帰り家事をまとめて行うが、姑も高齢になっており、2人の介護はできない。最近、家事をしてくれるサービスを探しているという。		
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
	朝食後の散歩を日課にしていたが、最近は体調が悪く休みがち。日中テレビ、新聞を読んで自宅にすることが多い。午後はうとうと昼寝をしてしまうため、夜眠れないことがある。義歯の調子も悪くよくかめない。食事は朝食はパン、昼食は店屋物か麺類。夕食は刺身等のおかず日本酒2合でご飯は食べない。		テレビ。晩酌が楽しみ。釣りや水墨画は性に合わなかったとのこと。特技は電気製品の修理。
	時間	本人	介護者・家族
	6:30	起床・朝食	
	12:00	昼食	
		友人・地域との関係	
14:00	午睡		近所づきあいは挨拶程度。友人は市外のため、たまに電話をかける程度。
18:00	夕食		
21:30	就寝		
	空いてる時間はテレビ鑑賞		

### 《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
S63年 月 日	胃潰瘍	A 病院	Tel	治療中 経観中 その他	
S40年 月 日	痔疾手術	B 外科病院	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

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。

平成〇〇年〇〇月〇日 氏名 E 印

## 基本チェックリスト(案)

氏名

E 殿

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 172cm 体重 53 kg (注)	BMI	17.9
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

# 介護予防サービス・支援計画表

NO. \_\_\_\_\_

利用者名

**E**

様

認定年月日 18年4月1日

認定の有効期間

計画作成者氏名 ○○ ○○○

計画作成(変更)日 H18年 4月 25日(初回作成日) 年 月 日)

**目標とする生活**

1日	食事がおいしく食べられ、毎日散歩ができる。	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(背景と原因)	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><b>運動・移動について</b></p> <p>歩行はつかまらず行えるが、最近では長く歩くことができない。外出の機会は図書館や郊外のスーパーに月2〜3回くらい程度だが、最近減少傾向。</p>	<p>本人:どこに行くわけでは無いので、不自由ではない。</p> <p>家族:このままでは歩けなくなるのではと心配</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>機能的には、問題はないが、出かける目的もなく、歩くきっかけもないため、下肢機能が低下してきており、このままの生活を続けることにより、歩行に支障が生じるおそれがある。</p>	<p>1. 活動性が低下したことによる下肢筋力と体力の低下が生じている。</p> <p>2. 歯菌を含めた口腔状態や食生活が良くないことにより、低栄養や体力低下をきたす可能性がある。</p> <p>3. 活動性の低下や趣味にも興味がないので受診は必要ない。風邪を引きやすいのは年のせいと思いが、受診していない。タバコは1日1箱、飲酒は2合と決めている。運動は散歩を日課にしていたが、寒くなったことと風邪を引きやすくなり、中止している。テレビの健康番組は好んでみている。</p>	<p>1. (目標)図書館やスーパーなど週1回でかける。 (具体策)①運動器の機能向上教室などに行く機会を増やしていく。 ②自分で買い物に行く機会を増やしていく。 ③生活機能評価を受ける。</p> <p>2. (目標)歯菌を含めた口腔内状態を整えることで、おいしく食事が食べられる。 (具体策)①歯科医院を受診する。 ②口腔内状態を整える。 ③栄養についての情報を収集する。 ④地域の会食会に参加する。 ⑤娘と一緒に食事を作る。</p> <p>3. (目標)特技である電気技術でボランティア活動を行い、外出の機会を増やす。 (具体策)①市のボランティアセンターに相談する。 ②児童館でおもちゃ修理を行う。</p>	<p>1. 本人:どこも具合が悪くないが、健診(生活機能評価)なら行ってみたい。体力は落ち、足腰も弱っている。何処かに通うのは気が引けるが、このままでは、旅行にも行けない。家族:是非健診も受けて欲しいし、機能訓練にも行ってほしい。活動的になってくれるとよい。</p> <p>2. 本人:以前に何回も歯医者で調節したがうまくいかなかったの、歯医者に行っても治らないだろう。手入れは教えてもらいたい。娘と一緒に料理するのは恥ずかしい。会食も、毎年誘われるが女性ばかりで気が引ける。栄養の話は聞きたい。家族:ヘルパーさんにやってもらえれば、良いと思っていたが、それでは本人にとってあまり良くないよね。本人も少し興味もあるみたいだし、教室に参加することはよいことだと思う。今までお茶も入れない人だったので調理をするかわからないが、自分も、どんな勉強をしているか一緒に聞いてみたい。</p> <p>3. 本人:ボランティアなんて考えたこともなかったが、役に立つことがあればやってみよう。 家族:毎日テレビを見てより楽しいと思う。昔から子供相手人だったので、子供相手は良いのではないかと。</p>
<p><b>日常生活(家庭生活)について</b></p> <p>身の回りの行為は自立している。食事作りが行えず、娘が作り置きする惣菜の他は、購入したパンや店屋物で済ます。簡単な片付けやごみ捨て、洗濯は行う。娘が週1回来訪し、掃除や調理を行う。簡単な家電製品の修理は自分でしている。</p>	<p>本人:食事作りは面倒。家事はやれないのではなく、やらないだけ。</p> <p>家族:母親が亡くなってから心配でずっと手伝っている。誰かやってくれる人がいればお願いしたい。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>妻が死亡後、食生活の偏りから栄養状態が悪化している恐れがあるが、本人、家族ともに健康状態ともに問題意識はない。</p>			
<p><b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b></p> <p>老人会や、地域の行事には参加しない。昔の仕事仲間との電話や手紙のやり取りはあり、旅行にも2年前まで参加していた。普段は、娘の電話以外まったく会話をしないこともある。趣味も妻の薦めで始めたため、妻が亡くなってから趣味にも興味なくなった。</p>	<p>本人:高齢者の集まりに参加することは好まない。昔仲間との旅行は、参加したい。</p> <p>家族:万が一のときのために近所とも交流してほしい。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>本人は旅行への参加を希望しており、日常的な交流の拡大については、娘も希望しており、体力低下と共に閉じこもりにならないよう社会参加の方法を考える。本人の得意分野である電気修理技術を生かす方策も考慮する。</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

主治医意見書からは、貧血、低コレステロール血症、胃炎が診断されていますが、治療の必要は今のところない。体調をみながら、主治医と相談しながら介護予防サービスを受けていく。

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

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） なし

担当地域包括支援センター： T地域包括支援センター

昔の仲間との旅行したり、ボランティア活動ができる。

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
1.図書館やスーパーなど週1回でかける。	(1)急に機能訓練などに行くには、躊躇があるようなので、まずは生活機能評価、次に機能訓練の見学などを勤めていく。	たばこは自分で買いに行く。	生活機能評価を受ける 運動機能向上教室で下肢機能を強化する	生活機能評価 介護予防通所介護	Tセンター	3か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日
2. 義歯を含めた口腔内状態を整えることで、おいしく食事が食べられる。	(2)自分の健康状態を把握して、自分にあった体力向上のための方法を学び、実践できるようにする。	うがい・歯磨きを毎食後にする 家族は、調理技術や食事のとり方、本人が行う日課を確認する。	口腔機能評価と手入れを学ぶ  会食会や男の料理教室などきっかけがあったら声をかけてもらう。	介護予防通所介護  介護予防普及啓発事業		3か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日 3か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日
3.特技である電気技術でボランティア活動を始める。	(3)機会があったら、声をかけ本人の負担にならないように勤めていく。児童館でおもちゃの修理などの場を紹介する。	・ボランティアセンターに相談に行く。 ・昔の仲間と連絡を取ってみる。		地域介護予防支援事業		6か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日

【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

ボランティア活動などについては、外出することに慣れたり、良い機会があったときに支援に結びつけていくことにする。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

ご本人に興味があり、特技を活かしながら活動を促し、閉じこもり予防を行っていく。また、下肢筋力の向上や健康状態を改善した後、地域の活動に参加を促していく。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

【意見】 普及啓発事業などは興味のある催しの時にはきっかけを逃さないよう参加できるようにしていきます。

【確認印】  
T地域包括支援センター

平成 18年4月1日 氏名 E 印

介護予防支援経過（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名 E 様

計画作成者氏名 ○○ ○○○

年月日	内 容	年月日	内 容
18.○.○ (自宅)	本人宅で、本人・長女と一緒に介護予防サービス計画を作成し、同意を得られたため、同日にTセンターに連絡。口腔機能向上と栄養改善のプログラムの日程を確認した。両プログラム同時参加の調整が必要なため、後日Tセンターにて担当者会議を開催することになり、長女にも参加をお願いして、本人と一緒に出席することを決めた。		
18.○.○ (Tセンター)	担当者会議開催 時間：午後1時半～2時半 参加者：本人・娘・保健師・A歯科衛生士・B管理栄養士 検討テーマ：①目標の確認と方法の共有②日程や内容の調整 検討結果：①本人が主体的に体方向上に取り組めるよう、本人の好みや方法を取り入れて行うことが確認された。栄養プログラムは、生活機能評価後に参加する。口腔機能向上プログラムは歯科医師が講義と個別相談を行う予定である。 今後の予定：それぞれのプログラムでの指導内容・アセスメント内容などは個別の計画や介護予防手帳等で確認し、必要に応じて担当保健師に連絡を取るようにする。口腔機能向上プログラムは、3か月後に終了予定。栄養プログラムは6か月後に終了予定。 本人は、「自分のやり方を尊重する」という話に満足した様子。「がんばってみよう」と話していた。娘は「自分の家にも高齢者を抱えており、栄養の勉強をしたいので本人と一緒に参加したい」と希望したので、確認し、了解が得られた。		
18.○.○ (電話)	本人の様子を聞くと、「久しぶりの健診で緊張した。一緒に受けている人がみな元気そうで、毎年受けていると自慢していたのでまだまだ自分も負けれないと思った」と話していた。それはすばらしいことだと支持しボランティアセンター訪問と口腔機能向上プログラムの参加の日程の確認をした。		

※1 居宅介護支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・サービス評価表

評価日 平成〇〇年〇月〇日

利用者名 E 殿

計画作成者氏名〇〇 〇〇〇

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
1.図書館やスーパーなど週1回でかける。	3か月	生活機能評価は受けた。近所への買い物は自分で行くようになったし、体力もついてきた。図書館、スーパーだけでなく、今では、自分でバスに乗って、ボランティアセンターに行っている。	達成			運動機能については、ほぼ改善したと考えられる。外出の機会が確保されている限りにおいては、維持すると考えられる。運動機能については、サービス終了とする。
2. 義歯を含めた口腔内状態を整えることで、おいしく食事が食べられる。	3か月	うがいは忘れるが、歯磨き、治した義歯の手入れは毎食行う。	達成			義歯の手入れは、毎食後行えている。今後は、年一回の生活機能評価で口腔内の評価を行い、変化があったとき支援をしていくこととし、本サービスも終了とする。
	6か月	調理技術を覚え、最近レパートリーも多くなったため、長女は調理はしていない。毎年、夏ばてしていたが、今年の夏は体調を崩すことなく過ごせた。体重も4Kg増加した。	達成			評価期間はおわっていないが、目標はほぼ達成している。しかし、定着や自信をつけるためには、期間終了まで行うこととする。
3.特技である電気技術でボランティア活動を始める。	6か月	すでに、シルバー人材センターに登録し、おもちゃ病院への参加や、公営住宅の電気修理を行っている。また、民生委員からも時々高齢者宅の電球取替えやコンセント修理を頼まれている。	達成			プランを立てたときは、出かけるまでに時間がかかるかと思っただが、早く計画が進んだ。目標が達成したため、計画終了とする。地域の中で役割を持つようになってきた。

240

<p>総合的な方針 評価期間を迎える目標はほとんど達成できている。これを維持継続させるためにも、住民活動などの参加を勧めていく。</p>	<p>地域包括支援センター意見 栄養改善についてサービスが継続となる。介護予防事業と連携をとりながら、現状の維持向上を図っていく。</p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> プラン継続  <input type="checkbox"/> プラン変更  <input type="checkbox"/> 終了  <input type="checkbox"/> </p>	<p> <input type="checkbox"/> 介護給付  <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付  <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策  <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策  <input type="checkbox"/> 終了                 </p>
--	---	---	---