

改めて 介護予防プランを学ぶ

笠松町地域包括支援センター
センター長 荒木 篤

介護予防プランの創り

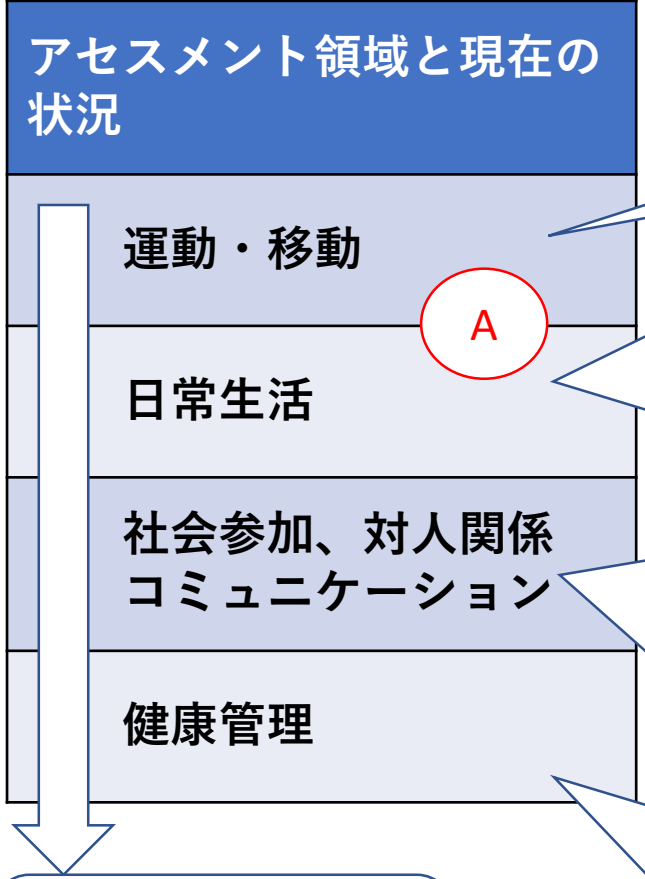
左半分がアセスメント

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	総合的課題
運動・移動 A	B	C	D
日常生活			
社会参加、対人関係 コミュニケーション			
健康管理			

アセスメント

介護予防プランの創り

- ・ 自らが行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか
- ・ 自宅や屋外にスムーズに歩行すること
- ・ 交通機関を使って移動することについての状況



- ・ 日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況
- ・ 献立を考え、調理することについての状況
- ・ 家事（掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）
- ・ 預貯金の出し入れを行うことについての状況

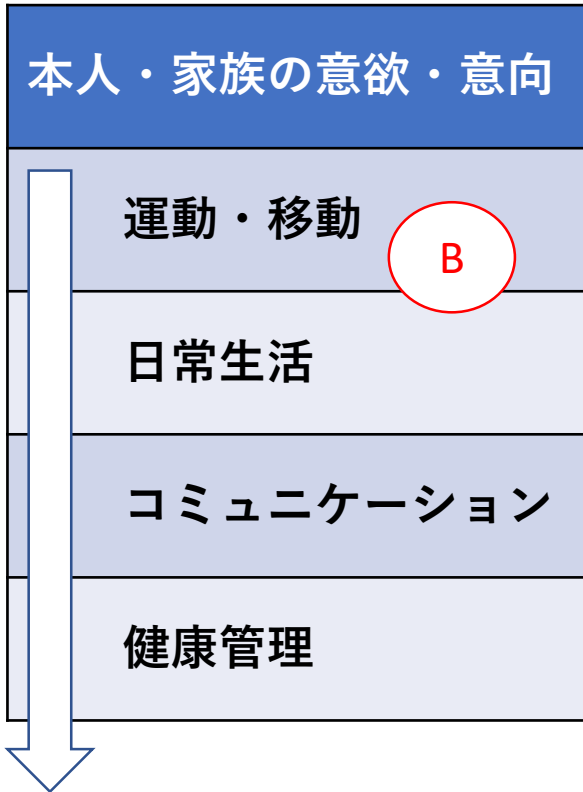
- ・ 家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況
- ・ 友人を招いたり友人宅を訪問する状況
- ・ 家族・友人などとの会話や電話での交流
- ・ 地域での役割があるか
- ・ 趣味や楽しみがあり続けられているか
- ・ 緊急時の対応状況

**専門職による
アセスメント**

- ・ 入浴やシャワーの状況
- ・ 肌、顔、歯、爪などの手入れ
- ・ 健康のために食事に気をつけている状況
- ・ 健康のために運動を行うことについての状況
- ・ 服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか

客観的

介護予防プランの創り



- ・各アセスメント領域において確認した内容について利用者、家族の認識を確認する
- ・「〇〇できるようになりたい」「〇〇をやりたいくない」と記載し、利用者、家族どちらかの認識が明確にし、その理由を記載する。
- ・利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する
- ・家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない
- ・否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対しただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。

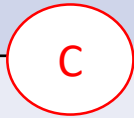
利用者・家族の
主観的な想いを
アセスメント



利用者・家族の
ストレングス（強み）をつかむ

介護予防プランの創り

領域における課題
運動・移動
日常生活
コミュニケーション
健康管理



- ・各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する
- ・課題がある場合「有」にレ点をチェックし、分析した内容を記載する。課題がない場合は「無」にチェックする。
- ・分析する場合は、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態、心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状況等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。
- ・ここまでは、各領域ごとに記載する

各アセスメント領域に、同じような課題を記載する場合もある。

例：両ひざ関節の変形症があり痛みがあるために○○
(運動・移動と日常生活に記載など)

介護予防プランの創り

総合的課題	
運動・移動	D
日常生活	
コミュニケーション	
健康管理	

- ・ 利用者の生活全体の課題を探するため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する。
- ・ 利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。
- ・ 複数の領域にそれぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題ではなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。
- ・ 意向や目標・具体策は書かない
- ・ 課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2と番号をふる

アセスメントの終着点（ゴール）

**利用者の生活機能を低下させる根本的な要因の分析
各領域に重複して現れる課題に注目**

総合的課題の例

1. 身体機能 ⇒ 関節の痛み・筋力低下・麻痺
⇒ 虚弱（体力低下）
2. 意欲低下 ⇒ 喪失・病理（精神疾患等）
3. 関係性 ⇒ 孤立・孤独
4. 環境 ⇒ 独居
⇒ 地域性

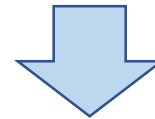
介護予防プランの創り

中央2つは 提案

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
E	F



アセスメント



ニーズ

見通しを立てる



〇〇さんなら△△を
利用すると
きっと元気なれますよ

介護予防プランの創り

課題に対する目標と
具体策の提案

E



より具体的な
提案
が求められる

- ・「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する
- ・この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。
- ・このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする
- ・また、具体策についても、総合事業や介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する
- ・具体策には「〇〇が必要」「〇〇を行う」と記載し提案をする。次の右側の項目で同意が得られた場合には、ここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる

例)

- ・目標 (3か月後には) ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。
- ・具体策 ①▼▼を利用して△△を行う
②誰々が■■を行う

介護予防プランの創り

課体策についての意向
本人・家族

F

- ・ 左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聴き記載する。
- ・ 具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が次の目標欄の根拠となっていく。
- ・ ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。

**より具体的な提案への合意
合意の場合、次の支援計画に反映させていく**

介護予防プランの創り

右半分がプラン

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	介護保険または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
G	H	I	J	K	M	N

目標達成に向けて、利用者自身が行う内容も意図的に記載していく

介護予防プランの創り

目標

G

- ・ 前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。
当初から「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合には、そのまま転記する。
- ・ 数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。

例)

- ・ ひとりで～まで歩いて行けるようになる
- ・ 1日に1度は、肉か魚を食べる

**提案した目標と具体策が合意の場合は、
そのまま「目標」を記載する。**

介護予防プランの創り

目標についての支援の
ポイント

H

- ・ 支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。



**目標に達成における安全管理や利用者に対する配慮や
関わり方の留意点等を記載する**

介護予防プランの創り

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



- ・ 本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを記載する
- ・ 本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載。
「当面の支援」がない場合は書く必要はない。

例)

- ・ 家族と一緒に鉢植えの手入れを行う
- ・ 近所の友人と連れ立って、買い物に一緒に出かける

**目標に達成における利用者自身が行う内容を記載
併せて、家族や近隣、ボランティア等の支援内容を記載**

インフォーマルサービスへの繋がりを意識する

介護予防プランの創り

右半分がプラン

支援計画			
介護保険 または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
J	K	M	N

居宅サービス計画と作りは一緒
目標達成に向けて

- ・何を ⇒ J欄
- ・誰が ⇒ K欄・M欄
- ・いつまでに ⇒ N欄

に記載する

介護予防プランの創り

右半分がプラン

支援計画

介護保険 または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
J			

- ・予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する（訪問介護等のサービス種類の記載ではない）
- ・自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする
- ・できる限り、日中は起き上がり、居室で座って過すなどベッドから離れる。

介護予防プランの創り

右半分がプラン

支援計画			
介護保険 または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
	K		

- 左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。
- 総合事業の訪問型・通所型 報酬区分を記載する
- 運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。

介護予防プランの創り

右半分がプラン

支援計画			
介護保険 または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
		M	

- ・当該サービス提供を行う、事業所名を記載する
- ・家族、地域、介護保険サービス以外の公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを記名する。

介護予防プランの創り

右半分がプラン

支援計画			
介護保険 または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
			N

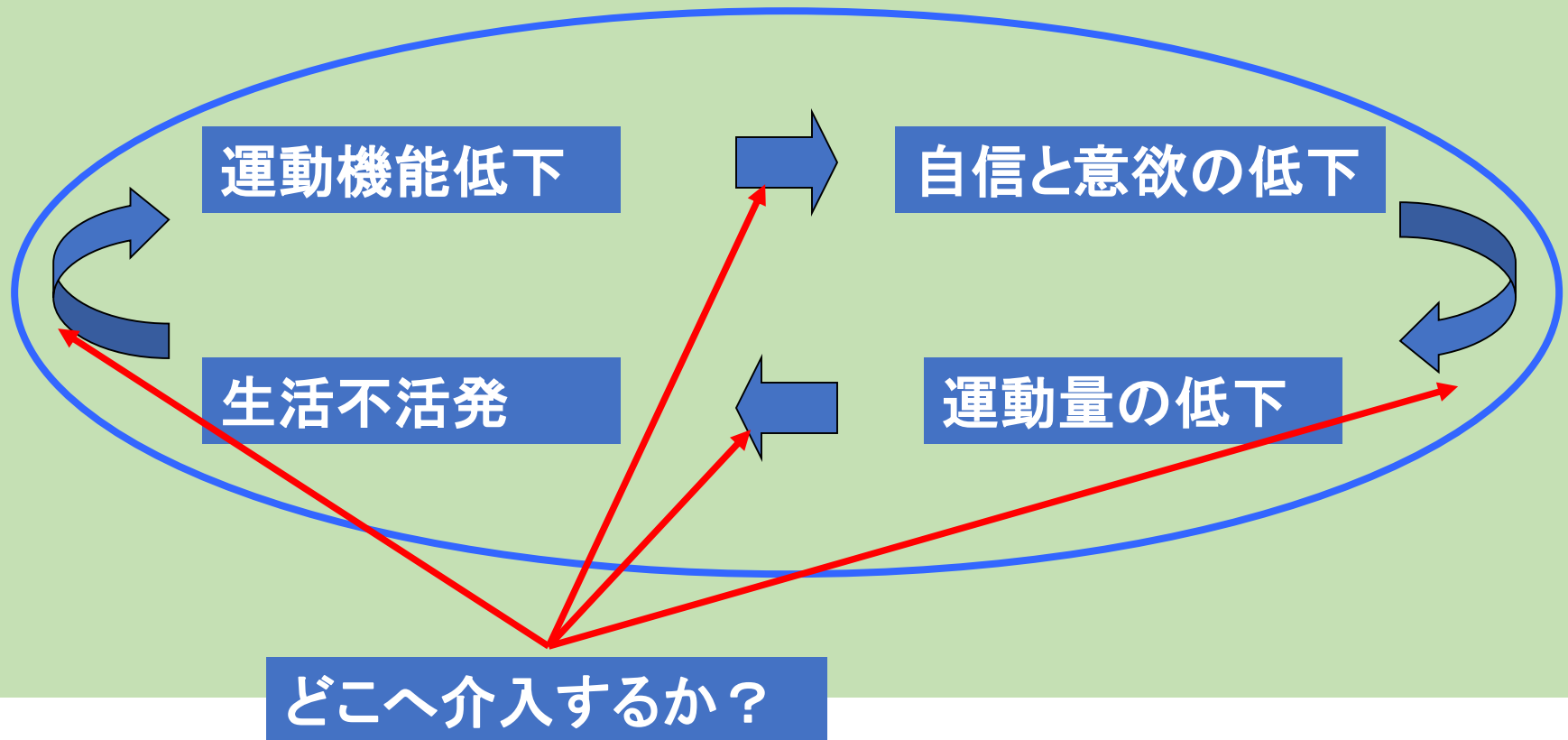
- 「期間」は左側に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。
- 「〇月〇日～〇月〇日」と記載する
- 「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。
- 回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。
→ サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうかを合意する。

基本チェックリストについて

- 25項目で生活機能低下を把握する
- 介護予防サービス計画の左側アセスメントでも活用し、各領域の課題分析に役立てる
- 運動器 → 歩行
- 閉じこもり → 運動力低下 → 歩行
- 栄養 → 体力低下 → 運動力低下
- 意欲 → 活動性低下 → 体力低下

加齢と廃用（不活発）の悪循環

循環を断ち切る



基本チェックリスト

できない場合に1点
できる場合は0点
で数値化

社会生活について

No.	質問項目
1	バスや電車で一人で外出していますか
2	日用品の買い物をしていますか
3	預貯金の出し入れをしていますか
4	友人の家を訪ねていますか
5	家族や友人の相談にのっていますか

基本チェックリスト

運動機能について

出来ない項目が

3つ以上で候補者に

No.	質問項目
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか
7	イス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
8	15分位続けて歩いていますか
9	この1年間に転んだことがありますか
10	転倒に対する不安は大きいですか

基本チェックリスト

栄養状態について

No.	質問項目
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありますか
12	身長 cm 体重 kg BMI 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 18.5未満

2項目全て該当する場合、
事業対象候補者

さらにアルブミン値
3.8g/dl以下

基本チェックリスト

口腔機能について

No.	質問項目
13	半年前にくらべ固いものが食べにくくなりましたか
14	お茶や汁物等でむせることがありますか
15	口の渇きが気になりますか

さらに

反復唾液燕下テストが

3回未満

2項目以上該当する場合、
事業対象候補者

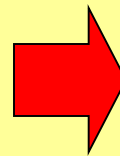
基本チェックリスト

閉じこもりについて

この項目は回数だけに注目。質は問わない

No.	質問項目
16	週に1回以上は外出している
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか

質問16に該当する場合
支援が望ましい。



質問17に該当する
場合は特に要注意

基本チェックリスト

認知症について

No.	質問項目
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。
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
20	今日が何月何日かわからない時がありますか

18～20のいずれかに該当する場合

基本チェックリスト

うつについて

21～25でいずれか該当する場合、支援が望ましい

No.	質問項目(ここ2週間で)
21	毎日の生活に充実感がない
22	これまで楽しんでやれていた事が楽しめなくなった
23	以前は楽にできていたことが、今はおっくに感じられる
24	自分が役にたつ人間だと思えない
25	わけもなく疲れたような感じがする

聞きづらい項目である

要介護状態の要因

廃用症候群（生活不活発病）

要素	内容
転倒リスク	筋力、バランス、関節の疾患、住環境
栄養不足	調理や食材の確保（買い物）力、知識
閉じこもり	意欲低下、身体機能低下、住環境、家族友人、知人
認知症の進行	早期発見、閉じこもり、生活意欲

基本チェックリストの聴き方

最後の項目は聞きにくい 質問の仕方で変わる

21. 毎日の生活に充実感がない

- ・ 毎日の生活に満足されていますか？
- ・ 満足できない「理由」は何なのでしょう？
- ・ 満足できない「ご事情」がありそうですね。
よかったらお話いただけませんか？

※ここで、高齢者の訴えに共感する姿勢を持って
充実感がない「理由」を聴いていく

基本チェックリストの聴き方

22. これまで楽しんでやれていた事が
楽しめなくなった。

会話の中から、趣味等が見つかれば、その趣味を
持っている事について賞賛しながら、それが今も
楽しめるか問う

※部屋に水墨画、写真、水彩画、書、人形等が
あれば、それを話題に

基本チェックリストの聴き方

23. 以前は楽に出来ていた事が、今では
おっくうに感じられる

身体的な疲労等を聴いて「〇〇さんのお体の調子は
どうですか？」

身体的な疲労等を訴える場合は、精神的な
疲労等も予測できる→ 2

5. 疲れやすい
に関連する

基本チェックリストの聴き方

24.自分が役立つ人間とは思えない

これは難しい

会話の中から、家族や友人の話が出ていれば、役割として「親」「祖父母」「友人」等が推測される。

設問5「家族や友人の相談にのっているか」と関連して聞き取り家族も友人もない、設問5も「いいえ」の場合、この設問が「はい」になる可能性はある。

事例から読み解く介護予防プラン

・エピソード

- ・虚弱になりつつある母親を心配した長女が、地域包括支援センターに訪れ相談となりました。

長女の話では、父親が要介護にて母親が介護していた時にお世話になったは〇〇ケアプランセンターとのことで、地域包括支援センターが連絡し、当該事業所が支援に入ることとなりました。父親の時の経験もあり、母親については認定申請をして、要支援2の認定がされています。

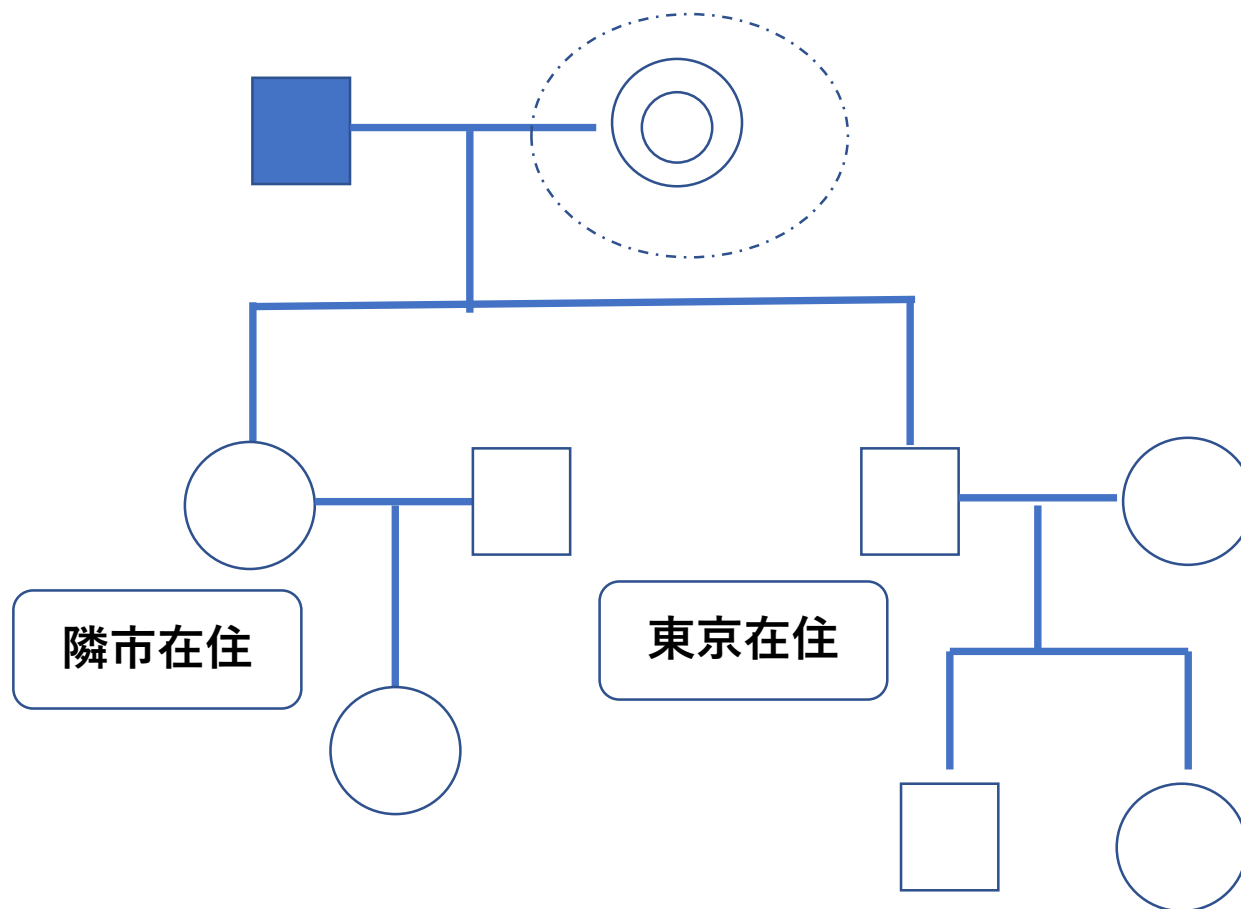
- ・父親の死去の喪失感や病気による体への影響、元気もなく、ひとり閉じこもっている生活状況をととても心配しています。かつては、近隣との交流もあり活気のあった母親が悪くなることについて、なんとか元気になってもらいたいと願っています。

事例から読み解く介護予防プラン

事例

- 別居の長女から相談
- 氏名：各務原 花子 (S25.3.26 78歳)
- 障害高齢者の日常生活自立度：J2
- 認知症高齢者の日常生活自立度：自立
- 障害の各種手帳：取得なし
- 要介護状態区分：要支援2
- 年金：厚生年金
- 疾患：間質性肺炎・変形性膝関節症
- 家族構成：独居 別居の長女と長男がいる

家族構成



今までの暮らし

- 夫と共に昔の電電公社（NTT）に勤務し、定年後、夫の家業である、お好み焼き店を継ぐ。町の商店街の一角で店を展開し、近隣では、「美味しい」と人気を博した。数年前に、体調が悪くなり、お好み焼きを焼くことを止めてしまった。
- 昨年11月より夫が病気となり、看病中に肺炎を発症し体調を崩す。今年5月に夫が死去し、ADLも、気持ちも低下している。

今後の生活の意向

- 血行が悪く、手先や足先が冷えて、感覚がなく生活している。また、膝の痛みもあり、歩行は不安定で杖を使用してる。日常生活を営む上で、何かと支障がある。
- 特に、掃除機が使用できない為、居室の清掃ができない。昨年の肺炎の影響もあり、住環境を清潔に保ちたい気持ち強い。かねてから膝関節の変形もあり痛みと付き合いながら暮らしている。
- 食事は、近所の八百屋が、惣菜等を運ぶ。ご飯のみ自分で炊き、食事をしているが、最近では食欲もなく、服薬のために食べている状況。

1日の過ごし方など

1日の生活・過ごし方	趣味・楽しみ・特技
<p>朝が辛い。目が覚めてから1時間くらいはじっとしている。</p> <p>食欲なく、服薬の為に食事を摂取している様子。入浴はシャワーのみ使用</p>	<p>・仕事ばかりしてきたので、趣味が何もないと本人は嘆く。</p>

時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係
6:30	眼をさますがじっとしている	ひとり暮らし	・時々、近くの神社まで散歩し、
7:30	朝食 パンなど テレビを観る	時々、娘が訪問	そこに集まっている人と話す。
12:00	昼食		最近では疲れるので回数が減っている。
13:00	散歩／テレビなど		・商店街の人々とは少し交流ある。
18:00	夕食		最近では疲れるので自宅にこもり
22:00	就寝		交流が疎遠になっている。
	夜中に数回トイレ		・娘が時々訪れる。

要介護認定結果

第1群 身体機能・起居動作

1	麻痺	(左上肢)	
		(右上肢)	
		(左下肢)	
		(右下肢)	
		(その他)	
2	拘縮	(肩関節)	
		(股関節)	
		(膝関節)	ある
		(その他)	
3	寝返り		
4	起き上がり		つかまれば可能
5	座位保持		
6	両足での立位		
7	歩行		つかまれば可能
8	立ち上がり		つかまれば可能
9	片足での立位		支えが必要

第1群 身体機能・起居動作

1 0	洗身	一部介助
1 1	つめ切り	一部介助
1 2	視力	
1 3	聴力	
第2群 生活機能		
1	移乗	
2	移動	見守り
3	えん下	
4	食事摂取	
5	排尿	
6	排便	
7	口腔清潔	
8	洗顔	
9	整髪	
1 0	上着の着脱	
1 1	ズボン等の着脱	見守り等
1 2	外出頻度	月1回以上

要介護認定結果

第3群 認知機能

1	意思の伝達	ときどきできる
2	毎日の日課理解	
3	生年月日をいう	
4	短期記憶	
5	自分の名前をいう	
6	今の季節を理解	
7	場所の理解	
8	徘徊	

第4群 精神・行動障害

1	被害妄想	
2	作話	
3	感情が不安定	
4	昼夜逆転	
5	同じ話をする	
6	大声を出す	
7	介護に抵抗	

第4群 精神・行動障害

8	落ち着きなし	
9	一人で出たがる	
10	収集癖	
11	物や衣類を壊す	
12	ひどい物忘れ	
13	独り言・ひとり笑い	
14	自分勝手な行動をする	

第5群 社会生活への適応

1	薬の内服	
2	金銭の管理	
3	日常の意思決定	特別な場合を除いて
4	集団への不適応	
5	買い物	
6	簡単な調理	

特別な医療 特になし

主治医意見書の抜粋

1. 傷病に関する意見

- ・ 診断名

間質性肺炎、高血圧症、変形性膝関節症

- ・ 病状としての安定性 不明

- ・ 治療内容

高血圧症、間質性肺炎に対し、現在、ステロイド、血管拡張剤を中心に薬物治療をしている。症状は、安定しているが、今後、呼吸苦など出現しADLが低下する可能性もある。

2. 特記事項

ひとり暮らしであり、食欲が低下しているため、低栄養の危険がある。医療面よりもホームヘルパーなどの介護保険サービスの有効な利用が望まれる。

最近、夫を亡くし精神的な落ち込みもあり、この点での関与が、少なからず必要と思われる。

○さんの介護予防プランを作ります

⇒ 先ずは専門職による客観的なアセスメント

アセスメント領域と現在の状況

運動・移動	膝に痛みがあり、歩く状態が不安定。何も捕まらずに、歩くことが困難。杖やシルバーカーが必要。長い距離は歩くことができない
日常生活	膝の痛みから、立ち上がり時にふらつく、立位が不安定等もあり、間質性肺炎の影響もあり、掃除等の家事全般が困難。掃除機の使用が難しくなってきたおり、居室内の整理整頓が出来ない。最近食欲も低下し服薬のために食べている状況。
社会参加、対人関係 コミュニケーション	商店街の人と少しは話しをするが、体が疲れるので、ここの所、家の中にいる事が多い。たまに近くの神社まで散歩をするが最近回数が減っている。
健康管理	何とか近くの診療所まで通っている。入浴は、シャワーのみである。

次は本人や家族への想い（主観）を聞き取ります

本人・家族の意欲・意向

運動・移動	本人：転ばないように気を付けている。膝の痛みが強く、ここの所、歩く事が大変になってきたので、外出回数が減った。でも、できれば昔のように外出をしてみたい。
	家族：出来るだけ希望どおりの生活を送ってもらいたいが、このまま、ひとりの生活が出来るのか心配している。
日常生活	本人：掃除が出来ない事が一番辛い。昨年、肺炎を患ったので、できるだけ、きれいな環境で過ごしたい。食事の準備も行うが、最近食欲がない。
	家族：食事の事を一番心配している。何とか出来ているので、このまま、頑張っ欲しい。
コミュニケーション	本人：人と話をすると気がまぎれると思うけれど、出かける事が大変
	家族：できるだけ顔を出したいが、夫の仕事を手伝っているので、時間がない。このまま、閉じこもってしまっ気持が外に向かわない事を一番心配している。
健康管理	本人：膝が痛く、歩くことが辛くなってきた。近いけれど通う事が大変になってきた。
	家族：なんとか頑張っ通院して欲しい

領域における課題

いよいよ状況からの課題分析（アセスメント）
となります

領域における課題
運動・移動
日常生活
コミュニケーション
健康管理

- アセスメントを行う上で「基本チェックリスト」も参考とします。

課題分析の視点

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
運動・移動			
日常生活			
社会参加、対人関係 コミュニケーション			
健康管理			

基本チェックリスト

客観的事実や基本チェックリストと主観的な想いの情報を
統合・分析をして各領域の課題を抽出します

基本チェックリスト

社会生活について

できない場合に1点
できる場合に0点で数値化

No.	質問項目	チェック
1	バスや電車で一人で外出していますか	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい
4	友人の家を訪ねていますか	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	1. いいえ

基本チェックリスト

出来ない項目が

3つ以上で候補者に

運動機能について

No.	質問項目	チェック
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1. いいえ
7	イス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	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	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
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい

5/5

基本チェックリスト

栄養状態について

2項目全て該当する場合、
事業対象候補者

No.	質問項目	チェック
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありますか	1. はい
12	身長 154cm 体重 48kg BMI 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) =20.2 18.5未満ではないが	20. 2

さらにアルブミン値
3.8g/dl以下

1/2

基本チェックリスト

口腔機能について

No.	質問項目	チェック
13	半年前にくらべ固いものが食べにくくなりましたか	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
15	口の渇きが気になりますか	0. いいえ

1 / 3

さらに

反復唾液燕下テストが

3回未満

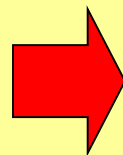
2項目以上該当する場合
事業対象候補者

基本チェックリスト

閉じこもりについて

No.	質問項目	チェック
16	週に1回以上は外出している	0. はい
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい

質問16に該当する場合
支援が望ましい。



質問17に該当する
場合は特に要注意

1/2

基本チェックリスト

認知症について

No.	質問項目	チェック
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言われますか。	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
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	0. いいえ

基本チェックリスト

うつについて

21～25でいずれか該当する場合、支援が望ましい

No.	質問項目(ここ2週間で)	チェック
21	毎日の生活に充実感がない	1. はい
22	これまで楽しんでやれていた事が楽しめなくなった	1. はい
23	以前は楽にできていたことが、今はおっくに感じられる	1. はい
24	自分が役にたつ人間だと思えない	0. いいえ
25	わけもなく疲れたような感じがする	1. はい

領域における課題

領域における課題	
運動・移動	■有 □無
	膝痛の影響から、運動・移動が困難になってきている。外出の回数も減り、以前に比べて、閉じこもりがちな生活になっている。
日常生活	■有 □無
	膝痛の影響もあり、掃除に限らず、生活全般において支障があると思われる。 ご主人の他界に対し、気持ちが整理できず、それも要因の1つとなって、意欲や食欲が低下している様子。
コミュニケーション	■有 □無
	自宅から外出する事が、膝の痛み等身体的な事柄と、気持ちの上でも難しくなっている。
健康管理	□有 ■無
	現在は、自力で徒歩にて可能であるが、今後、それが不可能となった場合の対応が必要。

領域に重複して課題となる事項を記載しても大丈夫です

介護予防プランの創り

アセスメントのゴールは総合的課題

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	総合的課題
運動・移動			各領域の課題を統合していきます。
日常生活			
社会参加、対人関係 コミュニケーション			
健康管理			

各領域の課題に重複して出現している課題を重視!!

介護予防プランの創り

アセスメントのゴールは総合的課題

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	総合的課題
運動・移動			<p>1. 膝痛の影響があり、歩行状態が不安定なため、外出の頻度も少なく閉じこもりがちな生活になっている。この状況が続くと、活動性が低下し、さらなる閉じこもり生活の助長が心配される。</p> <p>2. 食欲の低下、清潔な住環境の整備ができない等、間質性肺炎への予防的な対応が取れない事が、各務原さんの生活機能を低下させる心配がある。</p>
日常生活			
社会参加、対人関係 コミュニケーション			
健康管理			

プランニングへ

中央2つは 提案

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
E	F



アセスメント



ニーズ

見通しを立てる



〇〇さんなら△△を
利用すると
きっと元気なれますよ

各務原さんが住む地域の社会資源

予防給付

A訪問看護ステーション	介護予防訪問看護／OT・PT・ST配属
B内科医院	医師による介護予防居宅療養管理指導
C歯科クリニック	歯科医師による介護予防居宅療養管理指導
D薬局	薬剤師による介護予防居宅療養管理指導
Eデイケアセンター	介護予防通所リハビリテーション
H介護老人福祉施設	介護予防短期入所生活介護
I介護老人保健施設	介護予防短期入所療養介護
J苑	介護予防特定施設入居者生活介護
Kレンタルサービス	介護予防福祉用具貸与・特定福祉用具販売

医療機関

A市民総合病院	
B内科医院	訪問診療・往診 可能 各務原さんの自宅から徒歩7分
C歯科クリニック	訪問歯科診療 可能
D整形外科	各務原さんの自宅から徒歩10分

各務原さんが住む地域の社会資源

総合事業

A訪問介護ステーション	訪問型サービス
Bデイサービスセンター	通所型サービス
Cまごころ弁当	生活支援サービス（配食）

公民館サークル

わくわく教室	第1・3土曜日開催 なぜか「お好み焼き」が流行っている
--------	--------------------------------

その他

コミュニティバス	地域の福祉センターや公民館などを巡る公共施設を巡るバス。1時間に2本走っている。
シルバー人材センター	おおむね60歳以上の高齢者が会員となり、事務局が受けた仕事の内容や時間が合えば参加する。家事全般について時間700円で依頼できる
ふれあいいきいきサロン	商店街の空き店舗を利用して、月2回、ふれあいいきいきサロンが開催されている。一線を引いた商店街店主が集う

プランニングへ

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>膝痛の影響があり、歩行状態が不安定なため、外出の頻度も少なく閉じこもりがちな生活になっている。</p> <p>この状況が続くと、活動性が低下し、さらなる閉じこもり生活の助長が心配される。</p>	<p>目標 膝の痛みを緩和させ、週に1回以上は外出する機会を持ち語らいの場を得ることで、体を整える。</p> <p>具体策</p> <ul style="list-style-type: none">①膝の痛みに関して主治医と相談し整形外科への受診を考える②コミュニティバスを利用して、公民館のわくわく料理教室に参加する③週に2回、Eデイケアセンターに通う	<p>閉じこもりがちな毎日については自分でも、これではいけないと感じている。</p> <p>迎えにきてもらってリハビリができるのは嬉しい</p>

プランニングへ

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>食欲の低下、清潔な住環境の整備ができない等、間質性肺炎への予防的な対応が取れない事が、各務原さんの生活機能を低下させる心配がある。</p>	<p>目標 病気を悪くさせないよう、毎食きちんと摂るなどの生活習慣を取り戻す。</p> <p>具体策</p> <ul style="list-style-type: none">①日常生活における食事や掃除に関して生活援助の専門家である訪問介護員の援助を受ける。②病状に関しては、医療の専門家である訪問看護に相談できる環境を整備する。	<p>呼吸が苦しくなると何も手につかない。 心配も多いので看護師さんに相談できるのはうれしい。 独りなのでヘルパーさんと一緒なら調理も頑張れるかもしれない。</p>

介護予防プランの創り

右半分がプラン

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	介護保険または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
G	H	I	J	K	M	N

プランニングへ

課題に対する目標と具体策の提案

目標

膝の痛みを緩和させ、週に1回以上は外出する機会を持ち語らいの場を得ることで、体を整える。

具体策

- ①膝の痛みに関して主治医と相談し整形外科への受診を考える
- ②コミュニティバスを利用して、公民館のわくわく料理教室に参加する
- ③週に2回、Eデイケアセンターに通う

支援計画		
目標	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

提案に合意を得られたので、そのまま目標を転記します。

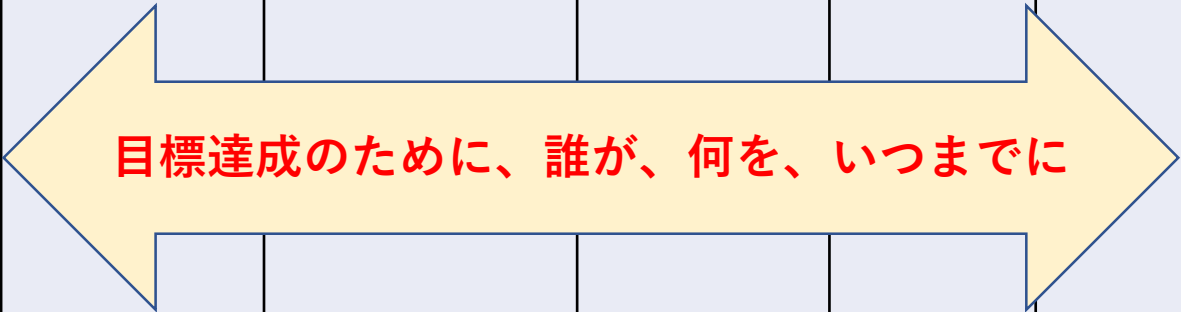
支援ポイント

目標	支援計画
	目標についての支援のポイント
膝の痛みを緩和させ、週に1回以上は外出し、語らいの場を持つことで体を整える。	膝の痛みに留意して、各務原さんに無理のないように、さらには安全に外出ができる環境整備に配慮する。

**安全面への配慮。本人の意向を重視
(無理しない・相談しながら)**

介護予防プランの創り

右半分がプラン

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 I	介護保険 または 地域支援事業 J	サービス 種別 K	事業所 M	期間 N
		 <p>目標達成のために、誰が、何を、いつまでに</p>				

介護予防プランの創り

課題に対する目標と具体策の提案

目標

膝の痛みを緩和させ、週に1回以上は外出する機会を持ち語らいの場を得ることで、体を整える。

具体策

- ①膝の痛みに関して主治医と相談し整形外科への受診を考える
- ②コミュニティバスを利用して、公民館のわくわく料理教室に参加する
- ③週に2回、Eデイケアセンターに通う

支援計画

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	介護保険または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
反映させる				

介護予防プランの創り

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 または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
<ul style="list-style-type: none"> ・各務原さんは、わくわく料理教室で、お好み焼きのコツを教える準備を 。 ・Eデイケアでは、頑張っって他の参加者と話をしてみる。 ・主治医と相談して整形外科の受診を考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各務原さんの心身機能を評価し、より適したリハビリプログラムを考える。膝の痛みへの対応を検討する。 す ・呼吸に関するリハビリプログラムについても提示を行う。 	介護予防 通所リハ ビリテー ション	Eデイ ケアセ ンター	

介護予防プランの創り

目標	支援計画					
	目標について支援のポイント	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	介護保険または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
病気を悪くさせないよう毎食きちんと摂るなどの生活習慣を取り戻す	病状が進行しないように留意し、各務原さんのペースに合わせ、相談しながら進める。	<ul style="list-style-type: none"> ・病気に関することはB訪問看護ステーションの看護師に相談。 ・毎日の生活に関してはA訪問介護事業所のヘルパーと相談し一緒に行く。 	<p>各務原さんの病状を把握し、主治医等との連携を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出来る所は任せ、さらには出来る事が増えるような関わりを持つ 	<p>介護予防訪問看護</p> <p>総合事業訪問型サービス</p>		

目標の関係性

1年の目標

大きな方向性
生活の目標

支援計画の
目標

1年の目標達成
のための
ワンステップ

1日の目標

支援計画の
目標達成のための
ワンステップ

目標の関係性

1年の目標

1年間頑張って、リハビリやわくわく教室に通い、健康な体になる。

支援計画の
目標

膝の痛みを緩和させ、週に1回以上は外出し、語らいの場を持つことで体を整える。

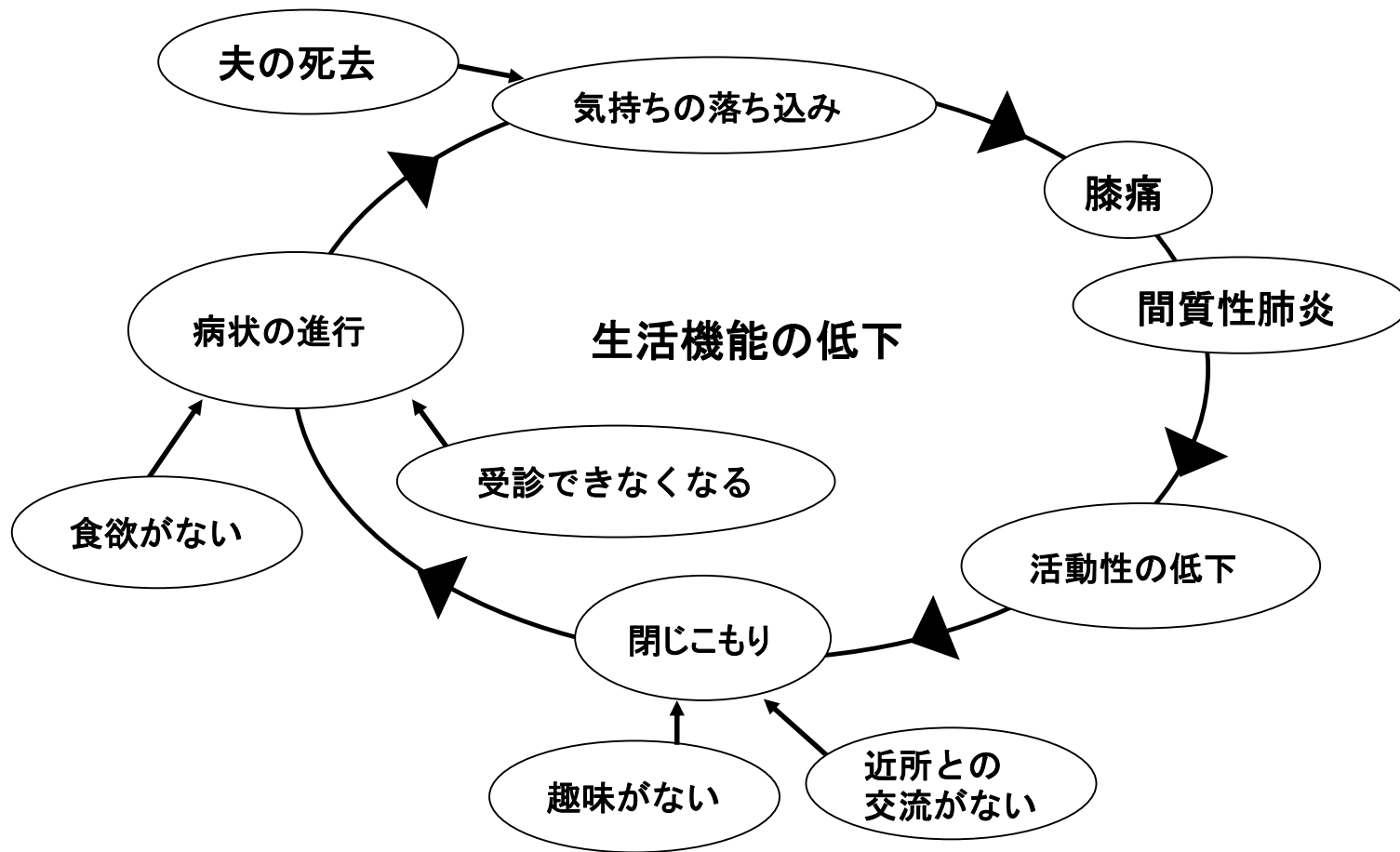
病気を悪くさせないように
毎食きちんと摂るなどの
生活習慣を取り戻す

1日の目標

朝昼夕の食事が美味しく
食べられるようになる

まとめ

各務原さんの事例全体像 循環理論の視点から



間質性肺炎について

難病の1つです。予後は悪く、早期に医療体制（往診可能な主治医と訪問看護の利用等）を構築する必要があります。関わる中で、区分変更が必要になる可能性もあります。費用については、保健所に申請し特定疾患の患者として認定証の発行がされると、介護保険上の訪問看護の1割負担が低額となる場合もあります。呼吸苦となりますので、呼吸のリハビリ等が有効となることが多くあります。