

第5章 事例を通して理解する予防ケアマネジメント

第5章の要点

- ・ 予防給付ケアマネジメントの具体的支援を理解する
- ・ 各様式の活用方法を理解する

第1節 事例の概要

Aさん（72歳・女性）は現住所で生まれ育ちました。19歳の時に結婚し、4人の子供をもうけ、夫が経営していた工場の事務・経理をしていました。

Aさんは毎日しっかりと家事をこなし、またとても社交的な性格で町会や老人クラブの役員もこなしていました。このような活動は、Aさんの生きがいにもなっていました。

今年6月に入院。両側変形性膝関節症にて両側人工膝関節全置換術を受け、同年11月に退院をしました。

入院中に体力、下肢筋力が低下し、今まで自分で行っていた家事や生きがいとなっていた町会や老人クラブの活動に参加できなくなってしまいました。

精神的に落ち込んでいた本人から相談を受けた地域包括支援センターの主任介護支援専門員がアセスメントを行い、以前のように町会や老人クラブに参加することを目標として、本人の意欲を引き出しました。各サービス提供者がAさんの目標を共有したうえで、介護保険サービスの活用とともに、家族の協力によって家の中でもAさんが家事を行うことで、身体的にも精神的にもAさんは回復をしていきました。

その後、Aさんは生きがいであった老人クラブの活動に復帰することが出来ました。

第2節 Aさんへの支援の流れ

Aさんへの予防給付ケアマネジメントの流れを表しています。なお、使用した*の様式を掲載していますので、参考にしてください。

地域包括支援センター

プロセス	手順	利用帳票
1. 利用申込の受付 ● サービス利用の説明・申込	① Aさんから地域包括支援センターに相談 ・ 重要事項説明書を交付・説明して同意を得た。 ・ Aさんが利用申込書類に必要事項を記入。	「介護予防サービス計画作成依頼届出書」 「利用者基本情報」
2. 契約締結 ● 契約書類の作成	② Aさんと契約を締結 ・ 契約書類を作成し、Aさんと契約した。 ・ 区市町村に届け出た。 ・ 個人情報の取扱いについての同意を得た。	「基本チェックリスト」 「重要事項説明書」 「契約書」等



地域包括支援センター

<p>3. アセスメント ●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p>	<p>① Aさんの情報を把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定調査項目、主治医意見書を取り寄せた。 ・利用者基本情報* (p60、61)、基本チェックリスト* (p59)を確認。 ・アセスメント用情報収集シート* (p62～64)等を活用して、Aさんの状況を把握した。 <p>② Aさんおよび家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析した。</p>	<p>「利用者基本情報」 「基本チェックリスト」 「主治医意見書」 「認定調査結果」 「情報収集シート」等</p>
--	---	---



介護支援専門員

<p>4. 介護予防サービス計画の作成 ●目標、具体策、利用サービスなどの決定 ●利用者及び家族やサービス提供担当者などと共通認識</p>	<p>① Aさんおよび家族と面接しながら、「目標」や「具体策」を決定し、介護予防サービス・支援計画表* (p65～68)の原案を作成</p> <p>② サービス担当者会議の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターの参加のもと、Aさん及び家族やサービス提供担当者等と介護予防サービス計画の内容や目標について共通認識を得た。 ・その内容をサービス担当者会議の要点* (p69)にまとめた。 <p>③ 介護予防サービス計画原案について、Aさんの同意を得た上で、介護予防サービス計画を利用者に交付した。</p>	<p>「介護予防サービス・支援計画表」 「介護予防支援経過記録」</p>
---	--	---



サービス提供事業所

<p>5. サービス提供</p>	<p>① 事前アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各サービス提供者が事業実施前にアセスメントを行い、個別介護計画を立てた。 <p>② サービスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各サービス提供者が個別介護計画に基づき、サービスを提供した。 ・効果やサービスが適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別介護計画を見直した。 <p>③ 事後アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの実施後、その効果についてサービス提供事業所でアセスメントし、その結果を介護支援専門員に報告してもらった。 	<p>「介護予防支援経過記録」</p>
-------------------------	--	---------------------



介護支援専門員

6. モニタリング ●計画実施状況の確認	①サービス提供事業所と連携し、サービスの実施状況を確認するとともに、地域包括支援センターに報告した。 ②必要に応じてAさん宅を訪問する方法により、計画の達成状況等を把握した。	「介護予防支援経過記録」
7. 評価（介護予防サービス計画で定めた期間の終了時） ●目標達成状況の評価と今後の方針の決定	①サービス提供事業所から事後アセスメントの報告を受け、その効果を評価した。 ②介護予防サービス・支援評価表*（p70）を作成し、地域包括支援センターに報告した。	「介護予防サービス・支援評価表」



介護支援専門員

8. 給付管理	介護保険サービスの利用実績を確認し、給付管理票を作成し、地域包括支援センターに送付した。	「給付管理票」
----------------	--	---------



地域包括支援センター

9. 介護報酬の請求	介護報酬に関する所定の書類を作成して介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領した。	「請求書」
-------------------	---	-------

基本チェックリスト

フリガナ 本人氏名	A 様	男 女	明・大・昭 (満 歳)	年 月 日生
--------------	-----	--------	----------------	--------

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を 付けてください)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. はい え
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. はい 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. はい 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. はい 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. はい え
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. はい え
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. はい え
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. はい え
11	6ヶ月間で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 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
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. はい え
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. はい え
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. はい 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. はい 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いわれますか	1. はい	0. はい 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. はい え
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. はい 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. はい え
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. はい 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. はい 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1) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

利用者基本情報

計画作成者氏名: _____

《基本情報》

相談日	2011/11/〇〇		来所		初回						
把握経路	本人からの相談			認定情報	要支援1						
本人の状況	在宅				平成23年11月20日 ~ 平成24年4月30日						
フリガナ	A			女	生年月日	昭和14年4月20日		73才			
本人氏名	A										
住所	〒										
電話	固定				FAX						
	携帯				E-MAIL						
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	V	
障害認定	身障	なし	療育	なし	精神	なし	難病	なし			
	その他	なし									
本人の住宅環境	家屋	自宅	自室	有	住宅改修	無	浴室	有	ユニットバス		
	便所	洋式	段差問題	無	床材、絨毯の状況		畳				
経済状況	厚生年金										
来所者(相談者)				続柄	三女		〒				
						電話					
緊急連絡先	氏名			続柄	住所・緊急連絡先						
家族構成	<input type="checkbox"/> = 男性、 <input type="radio"/> = 女性、二重(◎など) = 本人、黒塗(●■) = 死亡、☆ = キーパーソン 主介護者 = 「主」、副介護者 = 「副」、同居家族 = 円で囲む										
								日中独居 家族関係等の状況 三女夫婦と3人暮らし。 家事はほとんど三女が行っているが、 本人も出来ることは行っていた。			

利用者基本情報

《介護（予防）に関する事項》

今までの生活	都内で生まれ育った。 昭和33年に結婚し、4人の子供を生んだ。 夫が経営していたメッキ工場の事務・経理をしていたが、平成19年に夫が他界し工場を閉めた孫が9人、ひ孫が4人いる。			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	一日の生活・過ごし方			
	午前中は洗濯や掃除など自分が出来る範囲で家事を行う。 午後は近隣への外出や老人会に出かける。			
	趣味・楽しみ・特技			
	着付け・裁縫 老人クラブ(カラオケ・踊り)			
	友人・地域との関係			
	近隣や老人クラブの友人との交流がある。			
	時間	本人	家族()	家族()
	6:00	起床		
7:30	朝食			
	家事			
12:00	昼食			
	外出・老人クラブ			
19:00	夕食			
21:00	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	経過	治療中の場合は内容
H23年6月	両変形性膝関節症	☆	経観中	H23年6月人工関節置換の手術を受ける。
			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時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、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事に同意します。

年 月 日 氏 名 印

介護予防支援アセスメント用情報収集シート

氏名: A 様 年齢: 72歳 性別: 男・女

平成23年11月23日

1.運動・移動について			
自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 手すりや杖に頼らないと不安である <input type="checkbox"/> 介助を受けている	転倒不安の内容 段差等は手すりが必要 ベッドからの立ち上がり時もふらつきあり	考えられる原因 平成23年6月に両側変形性膝関節症にて両側人工膝関節置換術を受けた。 可動域に制限がある。 また、下肢筋力の低下もある。 留意点 転倒に注意が必要である。 本人・家族の意向 本人: 足や膝が重く感じる。
屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自宅の周辺なら歩ける <input checked="" type="checkbox"/> 杖や補助具が必要である <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等 杖、歩行車を使用している。 家の周りであれば歩行可能	
交通機関を利用して外出することができますか	<input type="checkbox"/> ひとりでできる 《利用している交通機関》 電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他() <input checked="" type="checkbox"/> 介助がないとできない	介助の状況 手術前は一人で公共交通機関を利用し出かけていたが、現在は難しい。	
階段・段差の昇降は壁や手すりを伝わずできますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	段差の移動は手すりがないと難しい	
1週間にどのくらい外出していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 2～3日程度 <input type="checkbox"/> 4～5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	外出理由 家の周りを運動の為に歩行する。以前はほぼ毎日外出していた。	
2.日常生活(家庭生活)について			
日用品の買い物や自分で選んでしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者 買い物は同居の三女に頼んでいる。	考えられる原因 下肢筋力の低下と体力の低下から、以前のように家事が出来なくなりました。
預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者 外出時は三女に付き添ってもらう。	
公的書類の届けや契約などを自分で行っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	留意点 転倒に注意が必要である。
場面や季節・天気に合わせて着るものや履くものなどを着用していますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	主な決定者	本人・家族の意向 本人: 以前は何でも自分でやっていた娘が手伝ってくれるので助かる。出来るところはこれからも自分で行っていきたい。
献立を考え自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	支援内容等 以前は自分で調理もしていたが、退院後はしていない。三女が行っている。	
掃除を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等 自室は自分で行う。その他の部屋や出来ないところは三女が行う。	
洗濯・ゴミ捨てなどを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等 自分の分の洗濯は自分で行っている。 ゴミ捨て等は支援が必要である。	
花木・ペットなどの世話を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
※ 各項目のチェック欄の右欄に具体的な状況等の特記事項を記入する。			

介護予防支援アセスメント用情報収集シート

氏名: A 様 年齢: 72歳 性別: 男・女

平成23年11月23日

3. 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて			
テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		考えられる原因 平成23年6月に両側変形性膝関節症にて両側人工膝関節置換術を受けた。 可動域に制限がある。 また、下肢筋力の低下もある。
趣味や楽しみ、好きでやっていることはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	趣味や楽しみの内容 裁縫、老人クラブでのカラオケ、踊り	
家族と良く話をしていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
友人や近隣の人たちとの関係は良いですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	近所や老人クラブの友人との交流がある	
友人を招いたり、友人の家を訪問したりしていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	以前は友人の家にも頻繁に行っていたが今は行けなくなってしまった。友人が来てくれることが多い。	
仕事を続けていますか(自営業や簡単な作業)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	仕事の内容	
ボランティア活動や老人クラブ・町内会の活動に参加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	参加の状況 以前は老人クラブに参加していた。現在は休んでいる。	
家庭や地域での役割を持っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な役割 出来る範囲での家事は行っている。	留意点 以前は老人クラブに行っていたが、退院後はいけなくなりました。
			本人・家族の意向 また老人クラブに通いたい。
			その他
4. 健康管理について			
健康であると思いますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	疾病状況 平成23年6月 両側変形性膝関節症による両側人工膝関節置換術を受ける。	考えられる原因 平成23年6月に両側変形性膝関節症にて両側人工膝関節置換術を受けた。 可動域に制限がある。 また、下肢筋力の低下もある。
運動をしたり休養をとったりしていますか	<input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等	
定期的に受診していますか	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等 整形外科に月に1回通院している。	留意点
身だしなみや身体の清潔を心がけていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		本人・家族の意向 下肢や膝が重く感じる。 以前のように歩けるようになりたい。
喫煙・飲酒の状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 両方ともしない <input type="checkbox"/> 喫煙する <input checked="" type="checkbox"/> 飲酒する	喫煙 1日 本 飲酒量 時々飲む程度	
トイレの失敗はありますか	<input type="checkbox"/> 良くある <input type="checkbox"/> たまにある <input checked="" type="checkbox"/> ない		
よく眠れていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	睡眠時間 だいたい8時間は眠れている	
薬を飲み忘れず管理していますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	服薬の内容・管理している人 自己管理 飲み忘れはない	
自分で物忘れがあると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		その他

※ 各項目のチェック欄の右欄に具体的な状況等の特記事項を記入する。

介護予防支援アセスメント用情報収集シート

氏名: A 様 年齢: 72歳 性別: 男・**女**

平成23年11月23日

5. その他の確認事項について

自分のことは自分で決めていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 決めている <input type="checkbox"/> 決めていない	主な決定者	
住まいのことで何か問題がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点	
経済的な状況はどうですか	<input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点	
家族や友人、近隣の人たちから支援を受けることができますか	<input checked="" type="checkbox"/> 現在受けている <input type="checkbox"/> 現在は受けていないが受けることはできる <input type="checkbox"/> 受けられない	受けられない理由	

※ 各項目のチェック欄の右欄に具体的な状況等の特記事項を記入する。

No.

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名 A 様

認定年月日 平成23年11月20日 認定の有効期間 平成23年10月20日 ~ 平成24年4月30日

計画作成者氏名 _____
 委託の場合：
 担当地域包括支援センター

計画作成事業者
 事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 平成23年11月25日 (初回作成日 平成23年11月25日)

目標とする生活	1日、1週間、または1月	家事や外出など出来る範囲で身体を動かす。
	1年	町会や老人クラブの活動に参加出来るようになる。
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)		平成23年6月に両膝の手術を受け、11月に退院しました。退院後、体力、下肢筋力の低下が見られます。運動を行うことで、下肢筋力、体力の向上を図り、以前のように町会の活動や老人クラブに参加が出来るように支援させていただきます。

【地域包括支援センター記入欄】

担当地域包括支援センター	名称	確認印
	意見	

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名

印

【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】

平成23年6月に両側変形性膝関節症にて、両側人工膝関節全置換術施行。

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
5/5	1/2	1/3	0/2	0/3	1/5

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
<p>運動・移動について</p> <p>室内は伝え歩行をしている。屋外は家の周りは歩行車を利用して歩行しているが、長い時間の歩行は難しい。足元が不安定で特に立ち上がる時にふらついてしまう。</p> <p>日常生活(家庭生活)について</p> <p>自室の掃除や洗濯は出来る範囲で自分で行っている。その他の家事は同居の三女が行っている。入浴は気をつけながら、自宅に入浴しているが、浴槽が深く、浴槽への出入り時の転倒の危険性が高い。</p> <p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <p>町会や老人クラブの活動に参加することが楽しみであった。近所の知人や老人クラブの友人が心配してくれている。</p> <p>健康管理について</p> <p>平成23年6月に両側変形性膝関節症にて、両側人工膝関節全置換術を受けた。現在は整形外科に月1回通院している。</p> <p>その他の事項について</p>	<p>本人 膝が重く感じる。以前のように歩けるようになりたい。</p> <p>本人 以前はもともと自分で何でもできたのに出来なくなってしまう。</p> <p>本人 町会や老人クラブの活動が生きがい。早く参加できるようにしたい。</p> <p>本人 膝や足が重く感じる。</p>	<p>■有 <input type="checkbox"/> 無 両膝の手術と入院で下肢筋力、体力の低下がある。</p> <p>■有 <input type="checkbox"/> 無 両膝の手術と入院で下肢筋力、体力の低下がある。</p> <p>■有 <input type="checkbox"/> 無 体力、下肢筋力の低下から、以前のように外出することが難しくなってしまった。</p> <p>■有 <input type="checkbox"/> 無 両側変形性膝関節症にて両側人工関節全置換術を受けた。</p> <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>	<p>両膝が人工関節になり、膝の可動域に制限がある。 膝の違和感と下肢筋力の低下、体力の低下により日常生活や外出に支障がある。また、ベッドからの立ち上がり時や浴槽への出入り時の転倒の危険性が高い。自宅内での転倒事故を防止し、安全に生活が出来るように対策を図る必要がある。</p>	<p>1. 目標 老人クラブまで行けるようになる。 具体策 リハビリを行い、下肢筋力、体力の向上を図ります。</p> <p>2. 目標 転倒事故を防止する。 具体策 ・ベッドサイドに手すりを設置し、立ち上がり時の転倒を防止する。 ・浴室に手すりは設置済みである。浴槽台を使用し、浴槽への出入り時の転倒を防止する。</p>	<p>具体策についての本人・家族の意向 また老人クラブに通えるようになるならハビリを頑張りたい。 特にベッドからの立ち上がりや浴槽への出入りの時がふらついて怖かったので助かる。</p>

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

利用者名 A 様

計画作成(変更)日 平成23年11月25日

目標		支 援 計 画						
目標	目標についての支援のポイント	本人の取組	具体的な支援の内容	※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間
1. 目標 老人クラブまで行けるようになる。	() リハビリを行うことで、老人クラブに参加を目標として下肢筋力、体力の向上を図ります。また、歩行の安定を図り転倒事故を予防します。	本人の取組 家族・地域の支援、民間サービス等	自室の掃除や洗濯、近所への外出など、出来る範囲で身体を動かす。 ご本人様が出来る家事はご本人様に行っていただくように役割分担を行う。		本人	本人	毎日	H23.12.1～ H24.4.30
2. 目標 転倒事故を防止する。	() ご本人様が特に不安を感じているベッドからの立ち上がりや浴槽への出入り時の転倒事故の予防を図ります。	介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	リハビリを行う。	○	介護予防通所 リハビリテー ション	〇〇介護老人 保健施設	1回/週	H23.12.1～ H24.4.30
	()	本人の取組	転倒に注意しながら生活をする。		本人	本人	毎日	H23.12.1～ H24.4.30
	()	家族・地域の支援、民間サービス等	浴槽への出入り時など、転倒の危険性が高い場面での見守りを行う。		家族	家族	毎日	H23.12.1～ H24.4.30
	()	介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	・ベッドサイドに手すりを設置する。 ・浴槽台を使用する。	○	介護予防福祉 用具貸与/福 祉用具購入	〇〇福祉用具 センター	毎日	H23.12.1～ H24.4.30
	()	本人の取組						
	()	家族・地域の支援、民間サービス等						
	()	介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス						

※1 予防給付の対象サービス又は二次予防事業の場合は、○をつける。

【本来自ら行おうべき支援が実施できない場合：当画の方針】

介護予防週間支援計画表

利用者名 A _____ 様

利用者名	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							
	10:00							出来る範囲で家事を行う
	12:00			通所リハビリ テーション				昼食
午後	14:00							
	16:00							
	18:00							
夜間	20:00							夕食
	22:00							就寝
深夜	0:00							
	2:00							
	4:00							

週単位以外の
サービス

福祉用具貸与
整形外科受診(1回/月)

サービス担当者会議の要点

利用者名 A 様

作成担当者

作成年月日 平成23年11月29日

開催日 平成23年11月29日

開催場所 A様自宅

開催時間 14:30～15:40

開催回数 1

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	ご本人様	A様	〇〇福祉用具センター	N様		
	三女様	B様				
	〇〇介護老人保健施設	H様				
検討した項目	〇介護予防支援計画の目標とサービス内容について ・通所リハビリテーションの利用について ・福祉用具の利用について					
検討内容	<p>〇サービスの利用について</p> <p>・通所リハビリテーション 平成23年6月に面側人工膝関節全置換術を受けた。また入院中に体力、下肢筋力の低下が見られ介護認定の申請を行った。 本人:膝は90度までは曲がるけれど、それ以上は難しい。病院でのリハビリの時は120度まで曲がった。主治医からはそれ以上の回復は難しいと言われている。短い距離を歩くことは何とか出来るが、以前のように町会や老人クラブに行くことは難しい。町会や老人クラブが生きがいであったのでまた通えるようになりたい。</p> <p>通所リハビリテーション:下肢筋力の運動や膝の可動域訓練を行い、ご本人様がまた老人クラブに通えるようになることを目指します。</p> <p>・福祉用具について 本人:ベッドからの立ち上がりの時にふらつきが怖い。また浴槽が深く、浴槽への出入りも怖い。浴室やトイレに手すりはついていない。 福祉用具専門相談員:ベッドサイドに手すりを設置し立ち上がり時の転倒防止を図ります。また、浴槽台を使用し、安全に浴槽への出入りが出来るように図ります。 特に浴槽への出入りは転倒の危険性が高いので、ご家族の見守りがあると安心です。</p>					
結論	通所リハビリテーション:12月より週1回サービスを開始します。 福祉用具:ベッドサイドの手すりを設置します。また浴槽台を選定し納品します。 ご本人様も可能な範囲で家事や近所への外出を行い、身体を動かすようにします。 ご家族様もご本人様が可能な限り家事等が行えるように、見守り、支援を行う。浴槽への出入り時など、転倒の危険性が高い時には見守りを行う。					
残された課題						
(次回の開催時期)	平成24年4月					

介護予防サービス・支援評価表

評価日 平成24年4月21日

利用者名 A 様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成状況に対する評価		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	
老人クラブへ歩いて行けるようになる。	H23.12.1～ H24.4.30	リハビリを行い体力も向上した。下肢筋力も向上し、立ち上がりや歩行も安定してきた。老人クラブまでも杖を使用し歩いて行けるようになった。	達成	一度ベッド脇で転倒したが、通所リハビリで運動、リハビリをして良くなっていきます。筋力もついたと感じています。老人クラブまでも杖を使用し行けるようになったので、これからは自分で近所の散歩や老人クラブに参加して運動を継続していこうと思います。	12月に一度ベッド脇にて転倒してしまっただが、歩行状態は良くなり安定している。近所への外出や老人クラブへも歩いて行けるようになっていく。今後、老人クラブへの参加や毎日の家事を通して、身体を動かしていきたいこととする。	体力、下肢筋力も向上し、近所への外出や老人クラブへも一人でできるようなっていることから、通所リハビリテーションの利用は終了することとする。 今後は老人クラブへの参加や毎日の家事を通して、身体を動かしていきたいこととする。
転倒事故を防止する。	H23.12.1～ H24.4.30	12月にベッド脇で転倒してしまっただが、それ以降は転倒していない。浴槽への出入りも、転倒なく出来ている。	未達成	12月の後には転んでいない。転ばないように気をつけている。以前より歩くときも安定してきたと思う。	12月以降は転倒していない。下肢筋力も回復し、歩行状態も安定してきた。しかし、時々立ち上がる時にふらつくことがあるとのことなので、手すりはもうしばらく使用する必要があると思われる。	ベッドサイドの手すりは継続して使用し、立ち上がり時の転倒防止を図る。

総合的な方針

地域包括支援センター意見

体力や下肢筋力も回復し、近所や老人クラブへ行くことも出来るようになりましたが、転倒にはまだ注意が必要です。転倒の危険性が高いベッドからの立ち上がり時の転倒事故を予防します。

プラン継続
 プラン変更
 終了

介護給付
 予防給付
 二次予防事業
 一次予防事業
 終了