

(2) 全体としての留意事項

1) 各群に共通して注意すべきポイントと考慮すべき共通プログラムについて

軽度層高齢者では、前記の類別化に関わらず個人の状況に応じて次に示す共通プログラムを考慮する必要がある。

資料1に添付した「軽度層高齢者ケアプラン作成のための評価」により、①視力・聴力に困りごとがあるもの（設問項目 22・26）、②独居生活しているもの（基本情報）、③基本動作が困難で ADL・IADL 実施に困りごとのあるもの、④食事の栄養バランスや摂取量に問題のあるもの（設問項目 6）、⑤必要な医学的管理ができていないと思われるもの（設問項目 13）、に該当する軽度層高齢者のケアプランには必要な内容である。

①共通プログラム 1：聴力・視力の低下しているもの

認定調査項目 6 群の視力、聴力の項目で問題があり、「軽度層高齢者ケアプラン作成のための評価表」設問項目 22・23 で視力・聴力の低下のために外出が困難、他者との疎通性が低下している、と答えたものが対象となる。評価では、視力・聴力低下の様子を詳しく聴取し、日常生活上の問題に結びついていないかどうかを探る。視力低下はテレビ・新聞といったメディアからの情報が得にくくなったり、趣味が限定されたりするばかりでなく、転倒事故にもつながる可能性がある。聴力低下では、集団への参加が困難となって他者との交流を控える、電話の使用の困難から、友人との交流のみならず緊急時の連絡が出来ない、といった解決すべき問題を生じることもある。

このような高齢者には、医学的ケアの必要性、眼鏡・補聴器・集音器といった補助機器の使用の適応を検討するため、専門家への紹介や相談が必要となろう。聴力低下のため、他者との交流を控えてしまう高齢者には、他者からの配慮を得られるよう自分の不自由を適切に伝えるコミュニケーションスキルを教育することも重要である。また、通所サービス等での集団活動に参加できるような援助や、後述する家庭環境の調査や整備へと展開すべき場合もあろう。



聞こえる
聞こえる



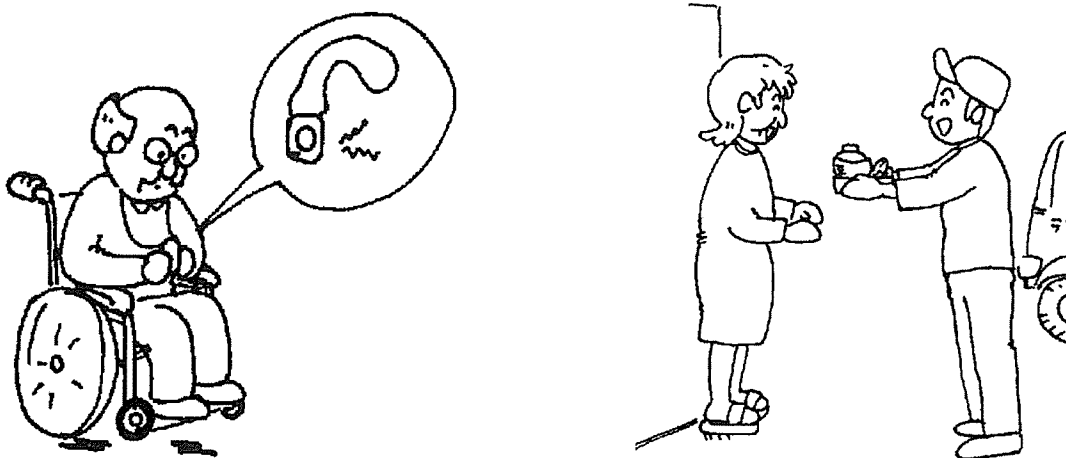
足元は気を
つけて、と。



②共通プログラム2：独居生活をしているもの

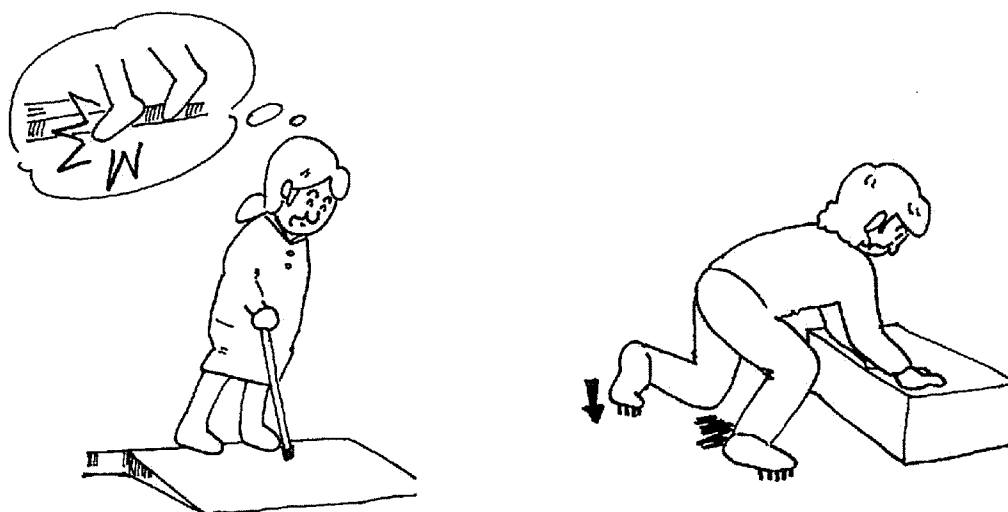
(家族と同居していても独居に近い生活を営むものも含む)

同居家族の有無や一人で過ごす時間の長さを聴取する。介護保険認定調査票その他の資料から情報収集しても良い。独居あるいはひとりで過ごす時間の長い在宅高齢者では、IADLの安全性や緊急時の連絡体制、安否確認の体制が構築されているかどうかを探る必要がある。IADLでは、コンロ・暖房器具・タバコといった火の管理が出来ているかどうか、掃除や洗濯物干し、ゴミの運搬で転倒するようなことはないか、などがチェックポイントとなる。「軽度層高齢者のケアプラン作成のための評価表」では、項目7(食事の準備と後片付け)・17(掃除や整理整頓)・19(洗濯)・20(自宅の施錠や火の管理)について詳しく聴取して状況を把握した上で次項に示すような家屋評価や環境調整、安否確認の体制構築、安全な方法の練習といったプログラムを考慮する。これには、介護保険サービスの他に、地域資源や介護予防・生活支援事業の利用が考えられる。即ち、緊急時の連絡や安否確認には、訪問介護等に加えて介護予防・生活支援事業の中の緊急通報装置設置事業の利用、民生委員の訪問、社会福祉協議会等によるボランティアの訪問のような地域資源の利用が考えられる。家屋評価や安全な動作方法の評価は訪問リハ、動作の獲得には、通所サービスにおける練習と訪問リハや訪問介護による生活環境での練習が有効であろう。



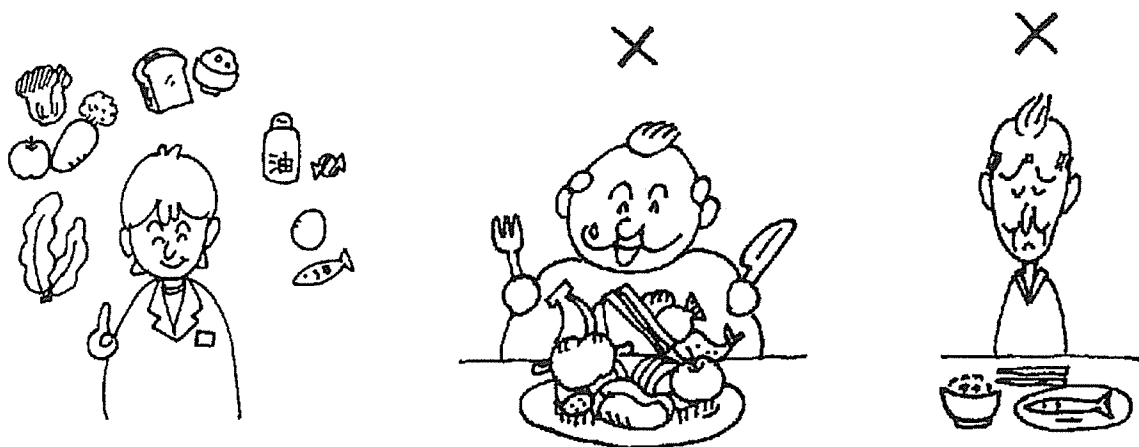
③共通プログラム3：福祉機器などの導入や生活環境の工夫などが有効なもの

基本動作困難群で ADL・IADL 実施に困りごとのある高齢者では、その実施方法や家庭環境を詳しく調査する。安全な実施方法への変更や福祉機器・道具の導入、家庭環境整備により転倒その他の事故が予防できる場合は、環境調整や通所・訪問での助言や練習等による援助をプログラムに加える。②共通プログラム2の独居者へのプログラムと重複するが、安全な起居・移動動作の方法や ADL・IADL を安全に遂行するための方法を通所サービスや訪問サービスで練習し、危険な場所に手すりを設置するなどの環境調整を実施する。



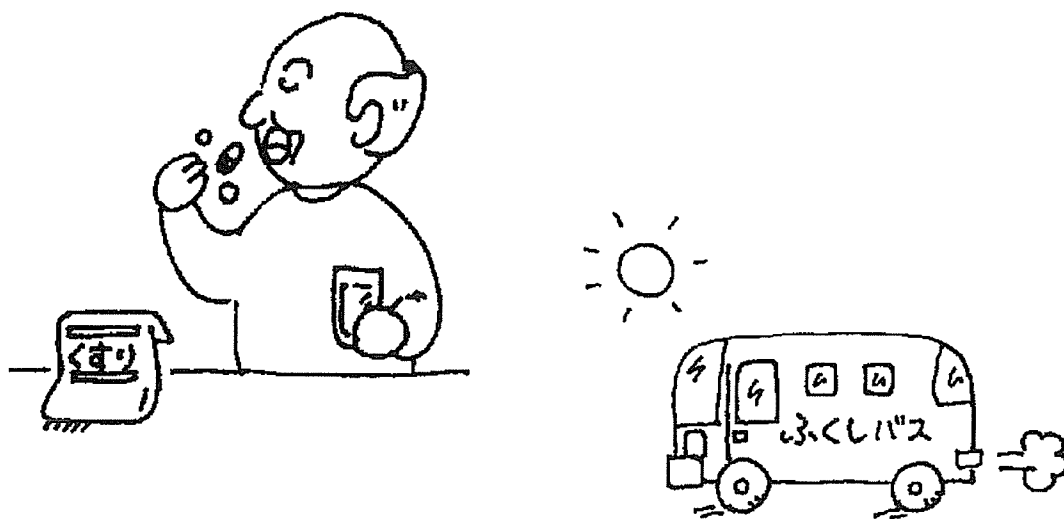
④共通プログラム4：食事の栄養バランスや摂取量に問題のあるもの

食事を自分で用意しているか、家族が用意しているのかに関わらず、「軽度層高齢者ケアプラン作成のための評価表」項目6（栄養のバランスと量を考えた食事）の際に、食事内容や量について聴取する。通所サービス等では体重や体脂肪率を測定して変化を観察する。栄養が偏っていたり摂取量が少なすぎる場合は、適切な栄養・量の摂取を確保できるように働きかける。これには訪問看護による指導や、訪問介護でバランスの取れた食事を一緒に作る、といったプログラムが考えられる。一人暮らしや高齢者世帯では、給食（食事）サービス事業（介護予防生活支援サービス）の併用も考慮する。逆に、過体重や体脂肪率が高く慢性疾患の増悪や骨・関節への過負荷が懸念される場合も指導の対象となる。いずれも栄養指導や食事指導のための講話への参加、通所における料理教室のようなプログラム、家庭での適度な運動を勧めることなどが考えられる。かかりつけ医療機関で栄養指導を受けるよう勧めることも考慮する。



⑤共通プログラム5：必要な医学的管理が出来ていないと思われるもの

「軽度層高齢者ケアプラン作成のための評価表」項目13（健康管理）において、服薬など慢性疾患への治療を受けていることわかった対象者には、診断名・服薬状況と、主治医の診察を受けているかどうかを確認する。長期間主治医の診察を受けていない場合、適切に服薬できていない場合は、必要性を説明し、適切に管理できるよう援助する必要がある。本人・家族に受診を勧める、服薬管理が適切に行えるようにピルケースの使用など代償手段を指導するといったことをプログラムに加える。交通手段がないために受診できない場合は、介護予防・生活支援事業の高齢者外出支援事業などの利用を勧める。また、医学的管理の重要性の意識が低下している場合は、医療機関での服薬指導のほかに、慢性疾患に関する講話への参加、一般向けのビデオを見るといった活動も考えてゆく。



(3) ケアプランの事例検討

1) 事例1 K氏(85歳・女性)

基本動作困難群

意欲の低下及び物忘れ自覚群

各群共通プログラム2(ひとりで過ごす時間が長いもの)

各群共通プログラム4(食事の栄養のバランスや摂取量に問題のあるもの) に該当

①事例説明

農業を営む長男夫婦との3人暮らしである。孫もそれぞれ独立し、曾孫は4人いる。隣町に実娘も住み、時々買い物や用足しを手伝ってくれる。長男夫婦は農業で忙しく、デイサービスのない日は夕食まで家族と顔をあわせないことも多い。

パーキンソン病の診断で、K大病院神経内科を定期的に受診し、服薬を続けている。観察からは顕著なパーキンソン症状は見られなかった。腰が曲がっており両肩、腰、両膝の痛みもあり、外用薬を塗布しているが、日常生活に支障をきたすほどの痛みではない。左肩は骨折の既往があり、可動域制限があるとのこと。左耳は難聴の状態だが、右耳はよく聞こえるので不自由は感じていない。通院は実娘が送迎してくれる。

日常生活活動は入浴も含めて自立している。自宅では両手を膝につき独歩で移動しているが、デイサービスや屋外ではバギーを使用している。自室では掘り炬燵に端座位(夏は掘りごたつにふたをして長座位)ですごしており、台につかまるなどして床から立ち上がる。トイレには行けるが和式のため、ポータブルトイレを部屋の隅において使用し、後始末はすべて自分で行っている(長男夫婦は離れのトイレを頻繁に使用しているとのこと)。

掃除・ごみ出しと夕食の料理は嫁に任せている。以前は浴室の掃除も自分でしていたが、危ないので嫁に頼むことにした。朝食と昼食は一人で準備する。朝はあまり食欲がないのでお茶とお茶菓子や餅で済ませ、デイサービスのない日の昼食はインスタントラーメンに野菜を入れて食べることが多い。夕食は嫁が作るが、自室に運んでくれるため、一人で食べ、皿洗いは歯磨きと一緒に流しで行う。自室のある場所(離れ?)は、流しやコンロが土間にあり、段差が大きいので歩行には注意している。洗濯機は嫌いなため、デイサービスのない日に手洗いで洗濯している。平日に下着や靴下などの小物、土日にシャツなどの大きなものを洗う。シーツや毛布などの大物は、実娘に頼んでいる。買い物は好きだが、バギーを押しての歩行には限界を感じており、娘や嫁の運転で行くのみとなってきた。

デイサービスに来るといろいろな人と話ができるが、家では家族や友人との交流が少ないので、物足りなく感じている。近所の友人との行き来も最近は途絶えてしまっている。自由時間には手芸をするのが好きで、縫い物や編み物での小物作りを楽しんでおり、人にプレゼントするのが楽しい。夏場は草むしりが役割となり、キャスターつきの腰掛を使っ

で草むしりをする。物忘れは時々気になる。苦勞して立ち上がって別室へ行っても何の用だったのか忘れてることがある、と話していた。

本人の困りごとは優先順に、1. 公共の乗り物が利用できない； 2. 立ち上がりが困難である； 3. 歩行能力の低下／買い物に行けない／家族や知人との交流が少ない／物忘れが気になる。

評価の結果 K 氏は、基本動作困難群・意欲の低下及び物忘れ自覚群に属すと考えられた。また、各群共通プログラム対象のうち、2. ひとりで過ごす時間が長いもの、4. 食事の栄養バランスや摂取量に問題のあるもの、に該当した。

②ケアプランの提案

パーキンソン病の診断だが、薬物療法の効果が現状で観察されるのは主に骨・関節系の問題である。

〈提案 1〉

本人は関節の痛みを理由に参加しないらしいが、運動機能の低下を予防するようなプログラムが必要と考えられる。本人の痛みの訴えを受け入れながら、軽い運動のプログラムで筋力低下予防や立位バランスの維持・向上に向けて働きかける。立位のゲーム類をプログラムに取り入れるのも一法である。また、食生活の様子から栄養バランスの乱れが生じる可能性も考えられる。立位の耐久性の訓練も兼ねて簡単な調理活動を加える。



基本動作困難群へのプログラム・共通プログラム

〈提案2〉

物忘れを自覚してはいるが、重大な問題ではなく、むしろ他者との交流や出かける機会の減少から精神活動が低下しているとも考えられる。外出が好きなので、近所に買い物をする場所や友人宅があれば、近所を歩くことも運動機能維持に役立つと考えられる。前記の運動プログラムを家庭で自主トレーニングとして行えれば、身体機能のみならず精神活動の維持・向上の効果も期待できる。



意欲の低下及び物忘れ自覚群へのプログラム

〈提案3〉

可能であれば、近所の友人との交際も再開できるとよいだろう。訪問リハ等で近所の歩行を練習し、友人宅への訪問が可能かどうかを評価する。また、自宅への訪問ボランティアの派遣事業の利用も検討する。手芸好きでもあり、高齢者センターや公民館での活動への参加も望ましい。但しこのような場の利用には、交通手段の確保が問題となるため、通所介護や通所リハのレクリエーション活動として、本人の好む手芸が出来るように計画するのも一考である。家庭ではひとりで過ごす時間が長い。転倒事故の防止や安全の確保に関しては、家庭環境の調整（トイレの洋式への改造、台所等へのアプローチに利用する手すりの設置の検討、浴室の環境確認）も望まれる。家庭環境の調査や本人の動作の安全性の評価のため、前記の自宅周辺の歩行評価とともに訪問リハなども数回実施し、その後は通所サービス等でフォローアップして必要に応じて訪問サービスを取り入れるようにする。

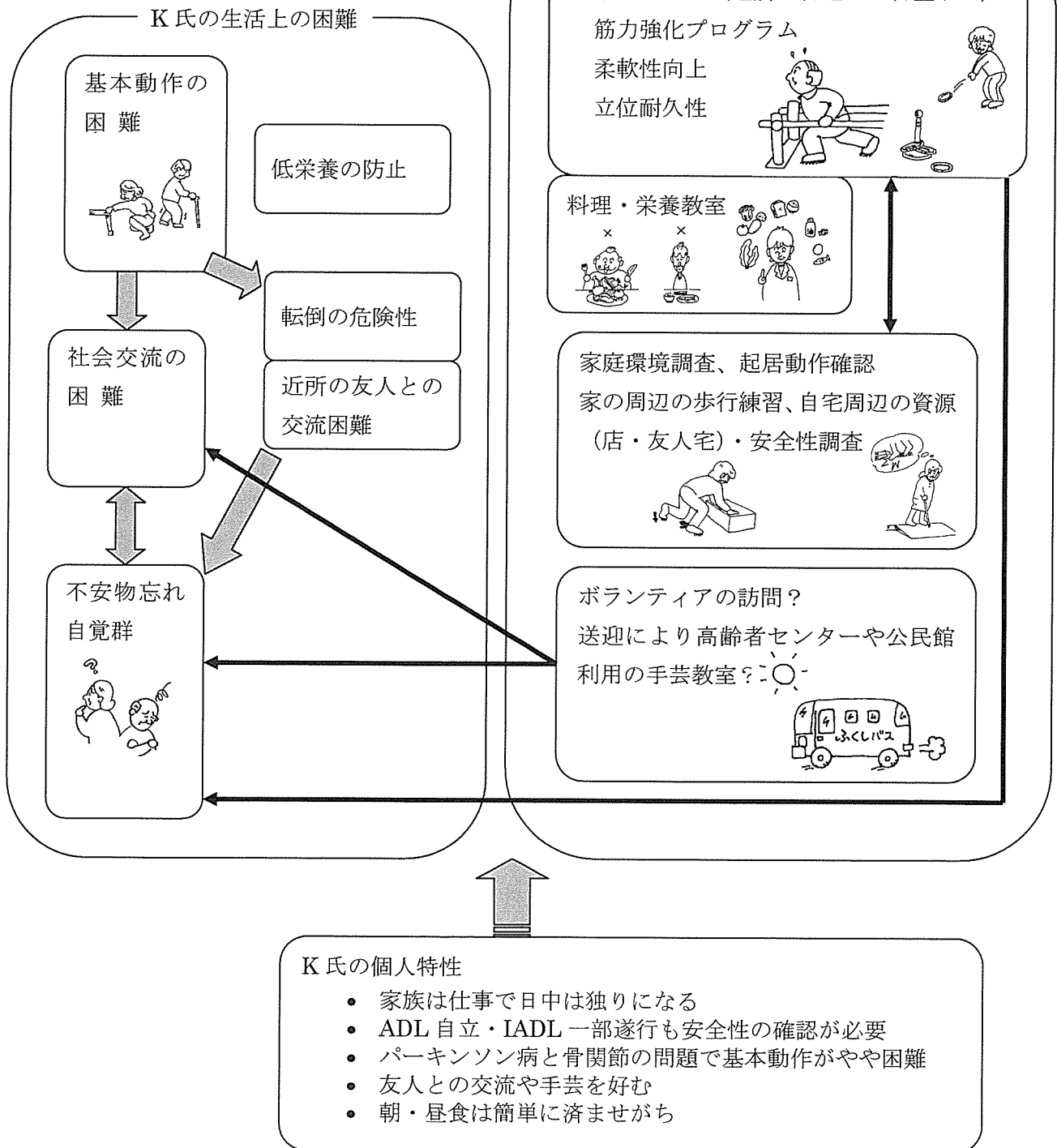


意欲の低下及び物忘れ自覚群へのプログラム・共通プログラム

本人の困りごと

1. 公共の乗り物が利用できない
2. 立ち上がりが困難である
3. 歩行能力の低下／買い物に行けない／家族や知人との交流が少ない／物忘れが気になる。

軽度層高齢者ケアプラン



2) 事例2 H氏 (88歳 女性)

家庭内役割無し群

意欲の低下及び物忘れ自覚群

**各群共通プログラム2 (ひとりで過ごす時間が長いもの)
に該当**

①事例説明

定年退職まで看護師として勤め、最後は師長であった。定年退職後、故郷のO市に帰り、養子の長男(入院中)と嫁(美容師)、孫とともに生活している。現在服薬は「心臓の薬」のみ一日に一回だけ服薬している。長距離を歩くと疲労してしまうのであまり遠くへは出かけられないが、特に痛みはなく、元気に生活している、とのこと。視力、聴力も日常生活で支障となるような低下はない。O市の中心部である住宅地に居住している。

家庭ではベッドと椅子の生活で、床に座ることはほとんどない。室内は杖を使うというが、一方で食事ののったお盆を両手で持って、台所から自室へ運んでいるとのことであり、屋内はつかまらずに歩くことができているようだ。日常生活活動はほぼ自立しているが、入浴が好きでないことと、「自宅の風呂は脱衣所が狭くて入る気がしない」とのことと、週2回のデイサービスで入浴している。また、夜間は自分でポータブルトイレをベッド脇において使用している。朝のポータブルトイレの処理も、自分で行っている。他の日常生活活動は自立している。朝起きると、嫁がポットを用意しておいてくれるのでお茶を入れて飲む。食事は朝、昼は嫁が用意したものを台所へとりに行き、お盆に載せて自室に運んで食べる。終わると自分で台所までは運んでおく。夕食は家族全員で取る。着替えは一人で行うが、その日に着るものは嫁が選んで出してくれる。毎日夕方には一本杖で近所を30分程度散歩している。この他の自由時間は、テレビを見たり、新聞を読んだり、嫁が持ってきてくれる雑誌を読んだりしてすごしている。時々、隣の(肉屋の)主婦が声をかけてくれるので、散歩の帰りに寄り、おやつにコロケを買ったりしている。

家事はすべて嫁に任せており、ほとんど行わない。自分の年金の管理も含め(月に2000円~3000円小遣としてもらう、とのこと)任せている。掃除、洗濯もすべて嫁に任せている。近所に「年寄りがいない」ため、友人は隣家の主婦くらいである。電話も妹から時々かかってくるが、自分からかけることはほとんどない。

以前は編み物などが好きだったが、編み目を見るのは億劫になり、最近はやらなくなった。外に出かけて自然の風景を見るのも好きだった。何かをやるという意欲はなくなってきたが、デイサービスのレクリエーションのように、誰か誘ってくれる人がいれば参加している。

本人は「今の生活に不満はない」とのことと困りごとは少ないが、あげられた優先順位では、1. 趣味がなくなってしまうこと 2. 物忘れをすること(最近、手提げ袋を

置き忘れてたりする) 3. 近所に友人がいないこと、である。

H氏は、家庭内役割なし群、意欲の低下および物忘れ自覚群に類別化された。また、各群共通プログラム対象のうち、2. ひとりで過ごす時間が長いもの に該当した

②ケアプランの提案

高齢であるにもかかわらず、杖歩行は安定しており、話をしてみると活発で身体・精神機能ともによく維持されている様子である。しかし、時に話のつじつまが合わなかったり、同じ話を繰り返したりといった様子が観察された。本人が自覚しているように、他者との交流も含めた様々な活動を用い、精神活動の維持を図ることは重要なプログラムのひとつとなりそうである。

<提案1>

もともとキャリアウーマンで独身を通してきた方であるので、家事に多くの時間を費やしてきたわけではないと思われる。しかし、家庭内役割なし群のプログラムに挙げてある、趣味的活動としての料理とその後の食事会のような社会交流を伴う活動は楽しむことは出来ると考えられる。以前好きだったという、編み物も、毛糸を太くする、指編みにする、といった変更を加えれば継続できるかもしれない。運動機能に大きな問題はないが、耐久性は低下していると考えられるため、地域での活動としては、腰かけたままで出来る公園での草むしりなど、身体的負荷の小さい活動を選択する。この地域活動は他者と交流する場ともなる。以上は趣味的活動や地域での役割活動であり、H氏が自分の能力を発揮して楽しめることを目的とした活動であり、より充実した生活の構築に役立つと思われる。また、次に示す認知症予防のための精神的活動としても役立つと期待される。



家庭内役割なし群へのプログラム

〈提案2〉

認知症予防に関しては、もともとの職業や志向性から、認知症予防としての学習療法やクロスワードパズルのような認知課題を勧めてみる。これは通所サービスの場で試し、本人がやる気になれば、通所のない日は宿題として家庭で続けてもらうことも考慮する。また、社会的交流や適度な運動による認知症予防や現在良好な運動機能の維持のため、近所への散歩は続けられるように援助する。時には集団プログラムとして公園の散歩や花見、紅葉狩り、日帰り温泉といった外出プログラムを企画して参加してもらうようにする。



意欲の低下および物忘れ自覚群へのプログラム

〈提案3〉

嫁が美容院を経営しているため、ひとりで過ごす時間が長い。現在重大な事故につながるような危険は予測できないが、念のため家庭での安全を確認するために、転倒の予防を意識した環境調査、必要に応じて動作方法の指導や環境調整を実施する。嫁は昼食時には自宅に戻るため、安否確認は必要ないだろう

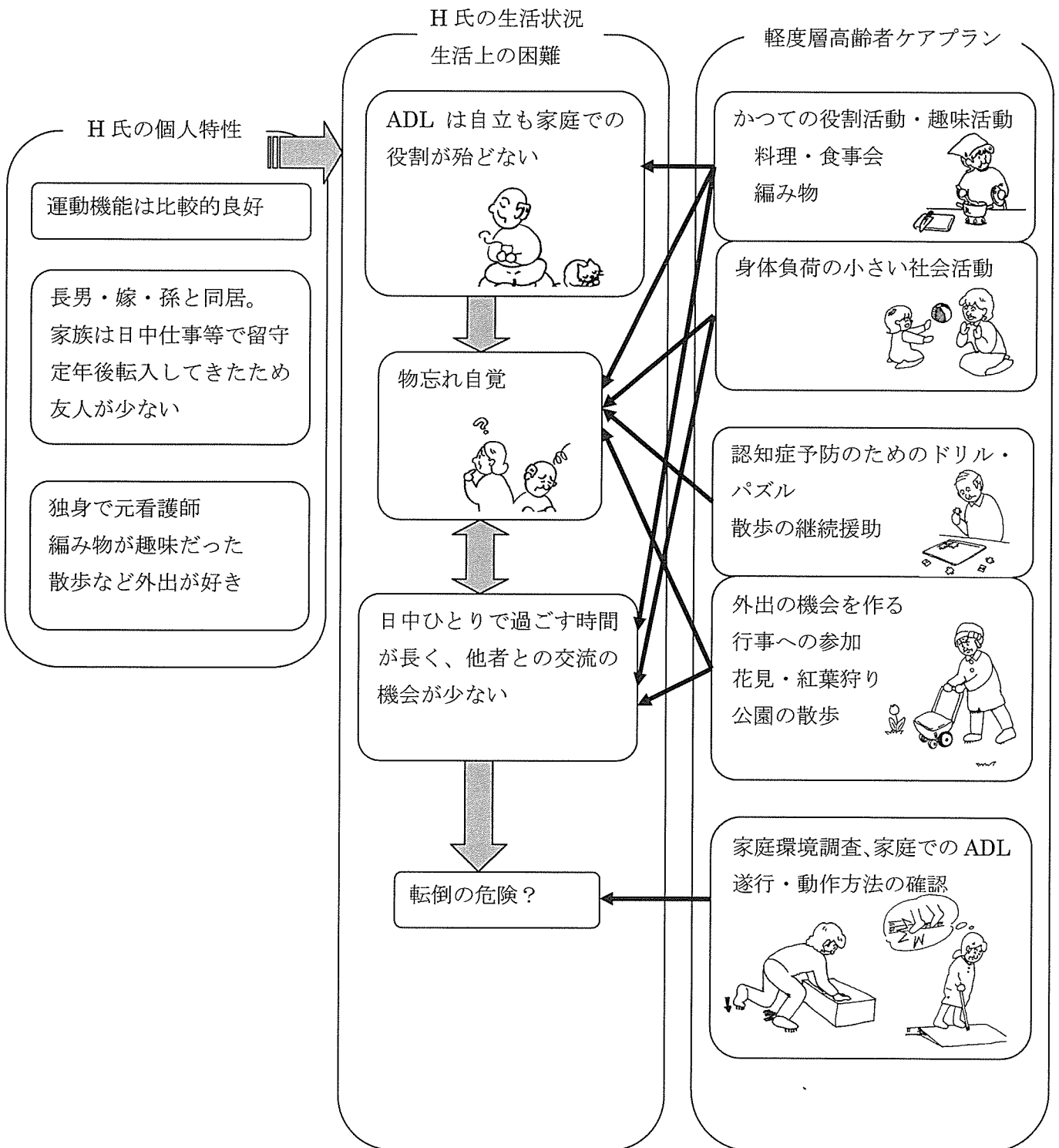


各群の共通プログラム

本人の困りごと

本人は「今の生活に不満はない」とのことで困りごとは少ないが、

1. 趣味がなくなってしまったこと
2. 物忘れをすること（最近、手提げ袋を置き忘れたりする）
3. 近所に友人がいないこと、である。



3) 事例3 S氏(81歳 男性)

基本動作困難群

家庭内役割なし群

各群共通プログラム3(基本動作が困難でADL・IADL実施に困りごとがあるもの)、各群共通プログラム5(必要な医学的管理が出来ていないと思われるもの)に該当し、基本動作困難群へのプログラムを中心に計画する例

①事例説明

妻(80歳、家事を行っている)、次男夫婦・孫との5人暮らし。長男・長女は近県、三男・四男は〇市周辺在住。元は大工で45歳時に仕事中の転落事故で両側大腿骨を骨折、その後は仕事には復帰できず自宅で内職などをしていた。50歳時に両側の大腿骨頭置換術を受けた。転落事故以後、歩行障害が続いており、外を歩くことはできなかった。加齢とともに、歩くのが遅くなったことは自覚しているが大きな機能の低下はない、と本人は考えている。15年前に右手のしびれのため右ひじの手術を受けた。痺れは取れたものの以後肘関節の可動域制限があり、上衣の第一ボタン等へは手が届きにくくなってしまった。

日常生活動作では、起居・移動動作に困難を生じており、自宅での活動性はかなり低い様子である。冬は掘り炬燵で胡坐や正座・横すわり等で過ごす(掘りごたつに足を入れてしまうと、立つのが大変なため)が、常に座り方を変えていないと膝が痛くなるので、ベッドで昼寝をしてしまうことも多い。夏は椅子に腰掛けてすごしている。椅子座位からも床からも、テーブル等につかまって立ち上がることはできる。屋内ではつかまり歩きやT杖歩行で移動している。廊下やトイレには手すりを設置しており、トイレには昼夜とも一人で行って用を足している。夏場のシャワー浴は、浴用椅子に腰掛けて可能だが、冬は寒いのでデイサービスで入浴するのみとしている。浴槽は40cmくらいあり、またぐのが困難である。更衣は一番上のボタンかけ(ひじが曲がらず手が届かない/妻が介助)以外は自立しており、着る服も自分で決めている。

家事は妻と嫁が行っており、今まで全く行ったことがない。降圧剤を服用中だが、かかりつけ医には2年ほど行っておらず、家族が薬を取りに行っている。郵便局や農協での出し入れは妻に頼むが、金銭は管理している。聴力はやや低下しているが、農協など2・3の決まった場所に、電話をかけることはできる。視力には問題なく、申込書等は自分で記入し、新聞は毎日じっくり読む。日中は妻と二人になるものの、会話は少ない。妻にも難聴があり、話すときには互いに大声を出さなければならない。昔から趣味はなく、テレビで時代劇や野球、相撲、ニュースなどを見るくらいだが、特に問題は感じていないし、特にやってみたいこともない。買い物には行かず、外出に関心はない様子だが、夏は縁側の腰掛に座って、通りかかる人と挨拶を交わしたりしている。

本人の困りごとは、優先順に、1. 関節の痛みがある； 2. 立ち上がるのが困難； 3. 歩行能力の低下； 4. 立位保持の困難/衣服の着脱の困難/入浴に介助が必要

S氏は、基本動作困難群／家庭内役割なし群／各群共通プログラム3（基本動作が困難でADL・IADL実施に困りごとがあるもの）、5（必要な医学的管理が出来ていないと思われるもの）に該当した。

②ケアプランの提案

壮年期の外傷後、長期にわたって活動性の低い状態が続いている様子である。骨・関節系の障害が中心である。評価結果からは、家庭内役割なし群にも属しているが、もともと家事を行う習慣はなく、IADLは未経験のため、家庭内役割なし群特有のプログラムは適当ではないだろう。従って、基本動作困難群へのプログラムが中心となる。運動機能のみでなく趣味も開発できるとよい。運動機能の低下から更衣と入浴に困難があり、本人も困っていると感じている。また血圧コントロールや整形外科のフォローアップもほとんど受けておらず、医学的管理が必要と思われる。

<提案1>

運動器に対するプログラムとして、筋力向上、柔軟性向上、立位バランス訓練、歩行訓練を行う。可能であれば通所のプログラムのみでなく、家庭でも続けられるように援助し、家庭での活動性向上も図る。立位を用いたゲーム類への参加も促す。趣味はないというが、毎日新聞を読み、書類への記入も行っていることから、時事問題を話し合うようなグループ活動や俳句のような読み書きを伴うレクリエーション活動も適当かもしれない。以前の仕事に関連して、手作業を伴うような趣味活動への導入も試みる。



基本動作困難群へのプログラム

<提案2>

本人はあまり問題と感じていない様子だが、降圧剤を処方されている医院への通院もしておらず、整形外科への通院もしていないため、健康管理が確立されていない様子である。血圧のチェックや手術を受けた股関節の状態も確認してもらうよう勧める。



共通プログラム5

<提案3>

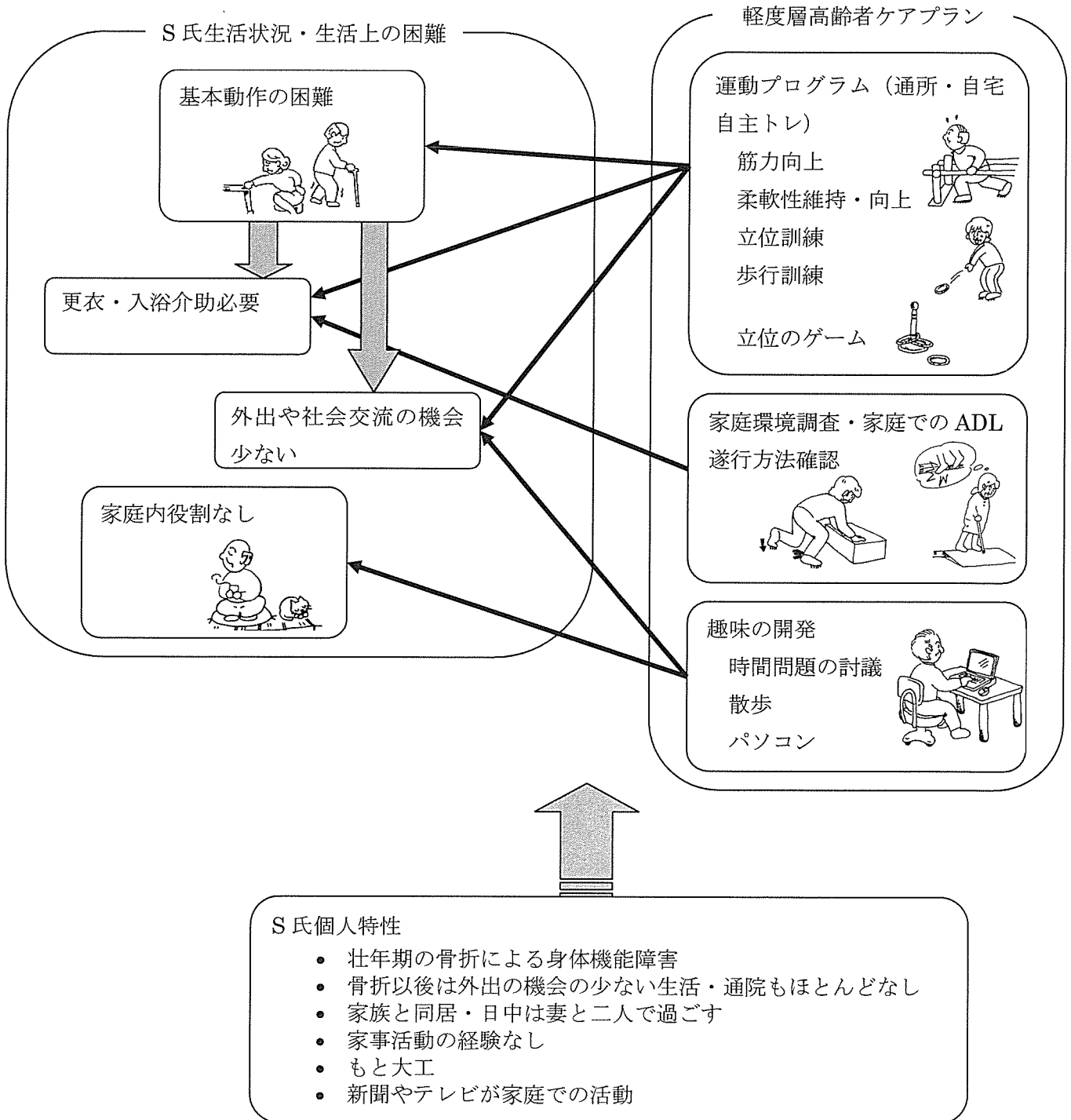
家庭では、特に冬場に活動性が落ちてしまうような環境にある。安全な起居動作や痛みのない座位方法を指導し、動きやすい環境に調整できれば臥床時間を減らすこともできるかもしれない。また、家庭の浴室環境を確認して、本人が入れるような調整ができないかどうか検討する。更衣は手の機能の問題で介助を受けている。自助具の紹介等で解決できるかどうか、家庭環境調査とあわせて検討する。



共通プログラム3

本人の困りごと

1. 関節の痛みがある
2. 立ち上がるのが困難
3. 歩行能力の低下
4. 立位保持の困難／衣服の着脱の困難／入浴に介助が必要



4) 事例4 K2氏 (65歳 女性)

基本動作困難群

社会参加高位群—この群には厳密には属さない(項目 30・32 が△)が社会参加もある程度できている

各群共通プログラム 3 (基本動作が困難で ADL・IADL 実施に困りごとがあるもの)

各群共通プログラム 4 (食事の栄養バランスや摂取量に問題のあるもの)

各群共通プログラム 5 (必要な医学的管理が出来ていないと思われるもの)

①事例説明

長年他県に在住していたが、夫の出身地である O 市に自宅を建設し、老後の生活を送ることとした。現在夫(身体障害者)、次男(O市内勤務)との3人暮らし。長男は結婚して近県に在住し、年3回孫を連れて遊びにきたり、こちらから会いに行ったりと行き来はある。夫は先天障害に転倒による外傷が加わり日常生活全般に介護が必要であり、本人にもポリオによる左下肢麻痺がある。自宅ははじめからバリアフリーの設計であった。

K2氏は、杖歩行あるいは伝い歩きでADLは自立している。通常はベッドと椅子の生活だが、床から立ち上がることもできる。持病はなく、服薬や定期的な受診・検診もしていない。長時間の立位は困難で屋外の歩行も不安定なため、屋外の移動には電動カーを使用する。郵便局や近くの店への買い物は電動カーで行く。屋外移動の困難は、銀行の外交員の訪問、次男への買い物依頼といった手段でも代償している。また週2回は農協の宅配食(材料のみ)を利用している。ごみだしは次男に頼み、掃除は週一回、訪問ヘルパーに頼む。洗濯は、一人でできるが洗濯物を入れたかごを運ぶのが大変で、休み休み運んだり、乾燥機を併用したりしている。縁側から手を伸ばして干しているが、物干し台が固定されていないため、大風で倒れることもある。

趣味は手芸で、ミシンでの小物作りや牛乳パック手芸を楽しむ。月2回の高齢者センターでの活動も楽しみだが、夫の介護や家事に追われ時間がないこと、経済的な余裕がないことなどの理由で、趣味を広げる機会は制限されている。読書も好きだが、図書館に行ったこともなく、時間もないと感じている。センターやデイサービスで他者との交流の機会はあるが、現住所に居を構えてからの年月が浅いためか、近隣の住人とは挨拶を交わす程度で付き合いはない。

本人の困りごとは、優先順位の高い順に、1. 栄養のバランスと量を考えた食事を取ることが困難(で、減量したいができない); 2. 歩行能力の低下; 3. 立位保持の困難

②ケアプランの提案

幼少期の障害に加齢による変化が加わり、一下肢の麻痺と骨・関節障害が出現している様子である。これらの障害により、家庭での役割である家事や夫の介護に困難が生じている。やや過体重の状況であり、運動機能低下の原因の一端となっている可能性もある。検

診も受けておらず、ポリオによる運動機能障害のフォローアップも受けていない。メタボリック症候群の有無や関節障害の悪化を防止するため、専門機関での定期的チェックが望ましい。精神的には安定しており、他者との交流の機会も保たれているが夫の介護や家事に追われ、自分の趣味活動の時間は制限されている。

〈提案1〉

運動プログラムとして、柔軟性向上、低負荷の筋力維持・向上を目指す体操を実施する。家庭でも継続できるとよい。家庭では家事や介護を行うなど、活動性は高いので、身体運動を伴うレクリエーション等を行う必要はないだろう。歩行困難に関しては、ポリオによる麻痺に骨・関節の問題が加わっている可能性があるため、整形外科など専門機関でチェックを受けることをすすめる。また、慢性疾患の検診を年一回は受けるように勧める。

現在の基本動作の困難や関節の問題は、過体重も原因となっている可能性がある。栄養指導など食生活の改善についても指導を受ける機会を作る。



基本動作困難群のプログラム・共通プログラム

〈提案2〉

家事や介護は訪問ヘルパーの助けを受けながら実施している。しかし洗濯物の運搬方法や物干しの場所など、身体的負担の軽減や安全性の向上のため変更できる部分もありそうだ。夫の介護についても身体的負担を軽減できるような方法がないかどうか検証する。以上は訪問リハや訪問看護を数回行うことで検討する。



共通プログラム

〈提案3〉

電動カーを利用して買い物に出かけたり、センターで趣味活動に参加しており社会参加はできている。ただし近所の友人等は少なく、夫の介護もあるため活動は制限されている可能性もある。現在の活動が継続できるように確認してゆく。また本人の希望を聞きながら、趣味的活動が拡大できるように地域の資源を紹介したり、可能であれば送迎ボランティアやサービスで、仲間作りや外出の機会を増やせるように援助する。本人が安心して外出するためには、夫の介護体制との連動も必要であり、夫への介護サービスの提供も勘案して計画する。



社会参加高位群へのプログラム