

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者名 N 様 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援 1 ・ 要支援 2

事業対象者

計画作成者氏名

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター：

目標とする生活

1 日	転倒しない	1 年	転倒せず 100m歩くことができる
-----	-------	-----	-------------------

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	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（民間サービス）	介護保険サービス 又は地域支援事業 （総合事業のサービス）	サービ ス 種 別	事業所 （利用先）	期 間
運動・移動について 右大腿部頸部骨折のため、 痛みがあり動作緩慢 屋内外ともに支えが必要 長歩きも出来ず重い物も持 てない。すり足歩行		■有 □無 右大腿部頸部骨折の ため痛みが続き動作 が緩慢。長歩きや重 い物を持つての移動 はできない	右大腿部頸部骨 折の為、痛みが あり立ち座りに 支障がある。 また、外出も出 来ないため日常 生活に支援が必要 な状態である。	1. 転倒しないよう に100m歩く 【具体策】 ・デイスービス で訓練をうける。 ・介護ベッドや 歩行器をつかう。 2. 不安なく入浴 する 【具体策】 ・デイスービス で入浴介助を受 ける。 ・自分で洗える 範囲は自分です る。 3. 家事ができる ようになる。 【具体策】 ・ヘルパーによ る家事支援 ・できる家事は 自分でする。		1. 転倒しないように 100m歩く 2. 転倒の不安なく入浴が できる 3. 転倒の危険なく家事が できる。	()	歩行器を使ってデイス ービスに行く 起居動作時には、介護ベ ッドを使い、介助バーを しっかりつかむ	・送迎 ・血圧測定 ・転倒予防の機能訓練 福祉用具貸与 （介護ベッド、マッ ト、サイドレール、介 助バー）	通所型サー ビスⅡ 予防福祉用 具貸与	〇〇デイ △△用具	
日常生活(家庭生活)について 右大腿部頸部骨折の為痛み があり家事動作ができない		■有 □無 骨折後で痛みがあり 家事動作が出来ない ため支援が必要					()	自分で洗えるところは 自分で行う。	入浴介助	通所型サー ビスⅡ	〇〇デイ	
社会参加、対人関係・コミュニ ケーションについて 右大腿部頸部骨折の為痛み があり一人で外出が出来 ないが、家族との関係は良好		□有 ■無 外出は行っていない が家族との関係は良 好なため問題なし					()	できない所はヘルパー に手伝ってもらい、でき る所は一緒にする。	家事支援 調理、買物 掃除（居室、廊下、ト イレ、浴室、台所）支 援	訪問型サー ビスⅡ	□□ヘル パーステ ーション	
健康管理について 健康管理に不安があるが定 期受診や服薬はできている		□有 ■無 定期受診はできてお り薬の飲み忘れもな い。自己管理もでき る。					()					

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

【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

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数)／(質問項目数)を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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
予防給付または 地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括 支援セン ター	【意見】
	【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 年 月 日 氏名 印