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）

見直し分

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

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 _____

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

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	洗濯（干し、取り込み）を行う。	1年	友人と〇〇まで買い物や食事に行けるようになる。
----	-----------------	----	-------------------------

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
<p>運動・移動について</p> <p>平らな場所は歩行器で移動できるが痛みの為時間がかかる。5分立つのがやっただが支えが必要。そのため、入浴動作もまたぎが出来ず歩行や立ち座りに支障がある</p>		<p>■有 □無</p> <p>右大腿部頸部骨折で人工骨頭置換術を受ける。痛みがあるのと同時に支えがないと加重や歩行が難しい。</p>	<p>右大腿部頸部骨折の術後間もない事から加重動作や歩行、立ち座り時に痛みを伴い時間を要している。また、何を行うにも支えが必要であり日常生活にも支障がでている。</p>	<p>1. 家事が一人でできる</p> <p>【具体策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門的な日常生活動作訓練を受ける ・福祉用具を利用する ・家族に手伝ってもらう 		<p>1. 一人で起き上がり10分程度の家事動作ができる。</p>	()	<p>福祉用具を利用しながら起き上がり立ち上がり、歩行等の動作時間を短縮する。</p> <p>家族：買い物同行調理支援等（退院時から少しずつ回数を減らす）</p>	<p>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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活動作訓練 ・立位、方向転換、階段昇降等の機能訓練 <p>福祉用具貸与（歩行器、介護ベッド、マット、サイドレール、介助バー）</p>	<p>通所型サービスⅡ</p> <p>予防福祉用具貸与</p>	<p>〇〇デイ</p> <p>△△用具</p>	
<p>日常生活（家庭生活）について</p> <p>骨折前は家事全般問題なく行っていたが退院後は一人で家事を行うことが不安である。</p>		<p>■有 □無</p> <p>受傷後歩行器を利用しているが支えが必要のため簡単な家事にも支障があり不便さや困難さを感じている。</p>	<p>痛みの緩和や再骨折を予防するためにも専門的な指導が必要と考える。</p>	<p>2. 一人で入浴できる</p> <p>【具体策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介助を受けながら入浴動作訓練をする 		<p>2. またぎ動作ができるようになる。</p>	()	<p>入浴指導を受ける</p> <p>家族のいる時に入浴をする</p>	<p>自宅の浴室確認</p> <p>入浴介助を行いながらまたぎ動作等の訓練</p>	<p>通所型サービスⅡ</p>	<p>〇〇デイ</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>友人たちと一緒に1カ月に1度は買い物や食事に行っていたが今はどこにも行けず自宅にこもりがち</p>		<p>■有 □無</p> <p>歩行や立ち座りに時間がかかるため友人に迷惑をかけると思ひ、外出に自信が持てない。</p>		<p>3. 骨折の再発防止ができる</p> <p>【具体策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期受診（骨密度の測定） ・専門的な食事内容の指導。 		<p>3. 食事内容の見直し（牛乳、小魚など週3回とる）ができる。</p>	()	<ul style="list-style-type: none"> ・友人に電話をかける ・友人を家に招いて友人と一緒に調理する等食事会をする。 ・宅配サービス等の利用方法を教えてもらう 				
<p>健康管理について</p> <p>定期受診はできており薬の飲み忘れもないが傷が痛くて眠れない事がある。</p>		<p>■有 □無</p> <p>定期受診や痛み緩和の必要性あり。食事等についても見直す必要がある。</p>				()	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みがある時は痛み止めを服用する等コントロール方法を医師に相談する。 ・献立の内容、間食等栄養士から必要な量を指導してもらい摂取量を覚える。 	<p>定期受診（骨密度測定や服薬相談等）</p> <p>栄養指導（栄養士）</p>	<p>医療機関</p>	<p>××病院</p>		

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】

妥当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 _____