

介護予防サービス・支援計画書(1)

帳票様式No. 2

被保険者番号 222158 利用者氏名 御殿場 花子

初回 紹介・継続 認定済 申請中 要支援1 要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 御殿場 太郎 委託の場合計画作成事業者・事業所名(連絡先)

計画作成(変更)日 令和 3 年 2 月 16 日 (初回作成日 令和 3 年 2 月 16 日)

担当地域包括支援センター: 認定年月日 令和 3 年 2 月 14 日 認定有効期間 令和 3 年 1 月 14 日 ~ 令和 4 年 1 月 31 日

アセスメント領域と現在の状況 【箇条書きでの表現も可】	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景と原因) 【健康状態・心理価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態】	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>運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/></p> <p>活動(運動・移動)について</p> <ul style="list-style-type: none"> R2.12.8右大腿骨転子部骨折後 室内での歩行:手すりや家具につかみながら歩行 屋外での歩行:1本杖を使用 転倒:浴室にて転倒があったので、住宅改修により手すりを取り付ける予定 移動手段:家族の車での送迎、付き添い 	<p>(本人)以前に比べて筋力の低下は感じている。転倒しないように注意したい。 お風呂が好きなので、浴槽に浸かりたい。 (家族)居宅内、屋外とも何とか杖などを使いながら自分で歩行しているが転倒の危険があり心配。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>立ち上がりの際に支える必要がある 起き上がりの際に支える必要がある 安全に入浴できる環境ではない</p>	<p>1、下肢筋力の低下を防ぎ、安定した歩行を行えるようになる</p> <p>2、自宅での入浴に不安がある</p>	<p>1、筋力低下の予防のために運動する機会を設ける。デイケアにてリハビリを行う。</p> <p>2、福祉用具にて環境を整え、自宅です安全に入浴できるようにする。</p>	<p>1、(本人)疲れるから行きたくない。(家族)家族以外の人の関わりも出来るし、筋力低下の予防にもなるから、ぜひ行ってほしい。</p> <p>2、(本人、家族)自宅で入浴できるのなら環境を整えたい。</p>
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <ul style="list-style-type: none"> 買い物、本格的な調理、洗濯、掃除は家族が行う 電子レンジでの温めや炊飯等簡単な調理は自分で行える 金銭管理はでき、通院時の会計は自分で行う 	<p>(本人)テレビでドラマを見るのが楽しい</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>			
<p>社会参加・対人関係 コミュニケーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 通院以外で外出することがほとんどなくなり、家族以外の人と交流することがほとんどなくなった。 意思疎通は行える 	<p>(家族)家族以外の人とも関わりを持ってほしい</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>本人の外出に対する意欲の低下がある</p>			
<p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> 月に1回定期受診があり、薬を指示通り飲む 入れ歯を使用しており、洗浄も自分でやっている 食事は3食食べているが、以前に比べて食が細くなっている。嚥下に支障はない トイレにて排泄。夜間は紙おむつを使用している 入浴はシャワー浴。浴槽が深く、1人で入れない 	<p>(家族)今後も自分で出来ることは自分でやってほしい。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>			

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	心の健康

健康状態について ○主治医意見書・検診結果・観察結果等を踏まえた留意点

歩行は不安定な所があり、入浴時は介助が必要である。福祉用具のレンタル、介護サービスの利用が必要である。
転倒、骨折、移動能力の低下、閉じこもり、意欲低下に注意が必要である。

介護予防サービス・支援計画書(2)

被保険者番号

222158

利用者氏名

御殿場 花子

《目標とする生活》

1日: 自宅で入浴できるようになりたい。	1年: 安全に歩行できるようになりたい。
----------------------	----------------------

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	<u>介護保険サービス</u> 又は 地域支援事業	サービス種別	事 業 所	期 間
1、下肢筋力の低下を防ぎ、安定した歩行を行えるようになる	1、屋内での安全な歩行を行えるように、福祉用具や住宅改修によって住環境を整えていく。	1、(本人)転倒しないように慌てずに慎重に歩行する。 (家族)危険予測をして、住環境を整えていきたい。 (家族:できればデイサービスやデイケアなどでリハビリをリハビリをしたり、外出の機会を増やしていきたいが、本人が嫌がっているので、今後少しずつ考えていきたい。)	居間・玄関・廊下手すり、福祉用具レンタルや住宅改修で住環境を整えていく。	介護予防福祉用具貸与 住宅改修	〇〇事業所 △△工務店	R3.2.17~R4.1.31
2、自宅で安全に入浴できるようにする。	2、1人でも入浴が出来るように、福祉用具や住宅改修によって住環境を整えていく。	2、(本人)自宅で入浴したい。 (家族)危険予測をして、住環境を整えていきたい。	手すり、浴槽台等、本人に合ったものを選定し、福祉用具購入や住宅改修を検討していく。	特定介護予防福祉用具購入 住宅改修	〇〇事業所 △△工務店	R3.2.17~R4.1.31

《総合的な方針:生活不活発発病の改善・予防のポイント》

本人が楽しみにしている自宅での入浴を実施できるように、住環境を整えて転倒を防止していくとともに、高齢であるので体力・筋力の維持、向上ができるように自宅でのトレーニング等を考えていき、在宅生活が維持できるように支援していく。

《計画に関する同意》

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日

氏名 _____

印

《本来行な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

地域包括 支援センター 年 月 日	[確認印]
	[意見]