

泉佐野市

介護予防ケアプランマニュアル

平成31年3月作成

泉佐野杜協地域包括支援センター

利用者基本情報

※変更があればその都度作成する

初回及び更新、相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載。変更があったらその都度作成

<<基本情報>>

相談日	年 月 日 ()	来所・電話・訪問 その他 ()	初回 再来(前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ			
本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住所	Tel ()		()
	Fax ()		()
日常生活	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身障 ()・療養 ()・精神 ()・難病 ()・その他 ()		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()		
来所者 (相談者)	続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所連絡先	家族関係等の状況		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先

入院または入所中の場合は、その施設名を記載

利用者氏名及び性別を記載。介護保険被保険者証と一致していることを確認

利用者と連絡の取れる電話番号を記載

現在居住している居住지를記載。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載

それぞれ、要介護認定で用いられた主治医意見書の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付す

介護保険証から記載

障がい等級等、特記することがあれば空欄に記載

自室の有無、自室がある場合は自室のある階を記載

該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記載

緊急時に連絡のとれる電話番号を記載。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡を取る必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載。家族が就労している場合は携帯電話や自宅の他に家族の職場等の連絡先を記載

介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載。当該利用者への家族支援の状況についても記載

利用者基本情報

<<介護予防に関する事項>>

今までの生活	現在までの生活について主要な出来事を経時順に記載。職業や転居、家族歴、家族との関係、居住環境、 <u>元気だった頃の暮らし</u> などについて記載。			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係 友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載。

以前に取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載。アセスメントの社会参加・コミュニケーションに反映させる。

起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買物・仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載。上段には生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴など毎日決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入。※ケアプランの「日常生活（家庭生活）について」で、この領域（趣味・楽しみ・特技・友人・地域との関係）をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載。

<<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 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
年 月		☆	Tel 治療中 経観中 その他	
年 月			Tel 治療中 経観中 その他	
年 月			Tel 治療中 経観中 その他	
年 月			Tel 治療中 経観中 その他	

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往歴と治療服薬、受診の状況について時間の経過順に記載。記載した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付す。治療を受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。主治医意見書を記載した医療機関または医師については☆印を付す。

<<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ときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、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ことに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

サービス種別と利用頻度について記載。ここでいうサービス・事業は行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公式なサービスを分けて記載。非公的サービス：配食弁当、社協サロン等

基本チェックリスト

基本チェックリスト

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

事業対象者に該当する基準

①様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
②様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③様式第一の質問項目No.11～12までの2項目のすべてに該当
④様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤様式第一の質問項目No.16に該当
⑥様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No.12に限る。) とは、BMI = 体重(Kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合をいう。

利用者自身に主観的に回答してもらい、聞き取った内容をケアマネジャーが妥当性があるかを判断し、アセスメント領域と現在の状況等に反映させる。
チェックリストを行うことでその人の弱みまたは強みもみつけ、それがサービス利用等判断できケアプランに生かすことができる。
・チェック項目の6～10は運動器、11～12は栄養状態、13～15は口腔機能、16～17は閉じこもり、18～20は認知症、21～25はうつとなっている。また事業対象者の判断は要支援で担当しているケアマネジャーが判定する。

6～10のチェック項目が多い場合は「運動器の機能向上」を目標とする。
高齢者が要介護状態になることを予防することを目的とする。身体や精神の活動低下が背景にあるため積極的な働きかけによって改善が期待できる。

13～15のチェック項目が多い場合は「口腔機能の向上」を目標とする。13は咀嚼機能評価、14は嚥下機能評価、15は肺炎リスク評価である。これらの向上で食べる楽しみ→低栄養予防→運動機能向上につながることを期待できる。

16～17のチェック項目が多い場合は「閉じこもり予防」を目標とする。自分のできる家事等から始めて人とのつながりをもち外出へつなげることが期待できる。

18～20のチェック項目が多い場合は物忘れ等で日常生活等に影響をきたしていないか等観察する。必要な場合は受診につなぐ。

21～25のチェック項目が多い場合は表情等の観察なども行い、認知症と関係していることも考えられる。必要な場合は受診等につなぐ。

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねてい

	少がありましたか	ます。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
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されますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
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	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

アセスメントシート

ふりがな	
氏名	男・女
T・S	年 月 日生 歳

チェックリスト点数

10項目(10/20)	運動器	栄養	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ
20	5	2	3	2	3	5

要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者

記入日 年 月 日

				特 記	領域における課題・改善の可能性	
運動・移動	1 (イスからの)立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない		
	2 起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない		
	3 歩行時の補助具の利用	<input type="checkbox"/> 必要ない	<input type="checkbox"/> つたい歩き	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	
	4 転倒傾向	<input type="checkbox"/> 転倒あり	<input type="checkbox"/> つまずき		<input type="checkbox"/> なし	
	5 外出手段 日用品を買う店まで	<input type="checkbox"/> 行ける(手段)	<input type="checkbox"/> 誰かに頼む		<input type="checkbox"/> 行けない	
	6 移動範囲 病院に行く時は	<input type="checkbox"/> 行ける(手段)	<input type="checkbox"/> 誰かに頼む		<input type="checkbox"/> 行けない	
	7 移動手段	<input type="checkbox"/> 近隣	<input type="checkbox"/> 市内		<input type="checkbox"/> 市外	
日常生活	8 献立を考える	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他()		
	9 食べる楽しみ	<input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない			
	10 調理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	11 掃除	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	12 洗濯	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	13 整理整頓・ごみ捨て	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	14 買物	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	15 金銭管理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	16 役所や金融機関等への手続き	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	17 家族の介護力	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし()			
社会参加	18 一日誰と過ごすことが多いか	<input type="checkbox"/> 家族・友人・知人	<input type="checkbox"/> ほとんど一人で過ごす			
	19 外出する頻度(通院以外)	()回/週・月	<input type="checkbox"/> ほとんど外出しない			
	20 親戚・友人と会う・連絡をとる頻度	()回/週・月・年	<input type="checkbox"/> ほとんど連絡しない			
	21 趣味の会や地域の集まりへの参加	<input type="checkbox"/> あり(内容)	<input type="checkbox"/> なし			
	22 電話の利用	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
健康管理	23 医師からの運動制限	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(内容)			
	24 医師からの運動以外の注意	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(内容)			
	25 外出・家事に影響のある痛み	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(部位)			
	26 入浴の状況	頻度()回/週・月	方法: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など			
	27 排泄の状況	介助 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 尿漏れ・失禁あり()			
	28 睡眠の状態	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> 眠れないことがある(睡眠薬服用 有・無)			
	29 服薬管理	<input type="checkbox"/> 指示どおり飲める	<input type="checkbox"/> 指示があれば飲める	<input type="checkbox"/> できない		
	30 服薬内容	()				
	31 物忘れの状況	物忘れ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	本人の認識 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	32 口腔機能の状況	<input type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい	<input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 口が渴く			
	33 歯磨き(義歯含む)	()回/(日・週・月)・方法()				
	34 水分摂取	<input type="checkbox"/> 気をつけている	<input type="checkbox"/> 特に気をつけていない			
	35 飲酒・喫煙	<input type="checkbox"/> 飲酒:頻度()回/週	<input type="checkbox"/> 喫煙:量()本/日			
	36 栄養状況	()				
	37 生活リズム	<input type="checkbox"/> 保たれている	<input type="checkbox"/> あまり保たれていない()			
	38 耳の聞こえ	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 補聴器などを利用		

総合的課題	提案する目標
①	

②	
---	--

③	
---	--

介護予防サービス・支援計画表

利用者名 様 (性別) 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)
 目標とする生活

1 日				1 年								
一年の目標を目指して、日々取り組むことができる具体的な目標とする。				生きがいや楽しみをもとにした本人が達成したいと思う目標を記載。								
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(背景と原因)	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					
		□有 □無				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、インフォーマル等の内容	介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	期間		
<p>[運動・移動について]</p> <ul style="list-style-type: none"> 移動の手段(屋内・屋外) 福祉用具の利用状況 交通機関利用の有無 外出可能な範囲 <p>課題につながるものやサービスにつながるものは必ず</p>	<p>・アセスメント領域ごとに本人、家族のそれぞれの認識とそれについての意向を確認し記載。</p> <p>・否定的、消極的な意向であった場合、その意向に対してただちにプランを立てるのではなくなぜ意向が消極的なのか、否定的な理由を明らかにする。</p>	<p>□有 □無</p> <p>・各アセスメント領域において生活上の課題となっていることへの背景・原因を分析する。分析は「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」の内容や面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、基本チェックリストの結果等をふまえて、健康状態、心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状況等の観点から整理し分析する。</p> <p>・現在課題となっていること、あるいはその状態にいると将来どのようなことが起こるか、改善の予測も含め記載。</p> <p>・その領域に課題がある場合は有にチェックし分析した内容を記載し、総合的課題につなげる。</p> <p>・課題が無いと判断した場合も「今回は課題としない」等理由を記載。</p>	<p>・各領域における課題から本人の生活全体の課題を探するため、直接的な背景や原因だけでなく、間接的な背景、原因を探り、各領域における課題共通の背景や原因を見つづける。そして、それらが引き起こす生活課題、危険性、可能性の予測を記載。</p> <p>・課題は1つにまとまることもあれば複数になる場合もある。場合は優先度の高い順で1、2、と番号をふる。</p> <p>・支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策は記載しない。</p>	<p>・「総合的課題」に対して目標と具体策を専門的観点から提案し記載。</p> <p>・【目標】は漠然としたものではなく、一定期間に評価可能な具体的な提案とする。(距離・時間・場所・回数等)</p> <p>・【具体策】は生活機能低下の原因となっていることへの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考えていく。</p> <p>・具体的なサービスや支援は、介護保険サービスだけでなく、生活機能の低下を改善するための本人自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスの活用や民間企業により提供される生活支援サービスについても記載。</p>	<p>・計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策の提案」について『取り組めるか』『継続可能か困難か』等、本人や家族の意向を確認し記載。提案したものに對する本人の意向の相違点を確認できるようにしている。</p> <p>・合意が得られなかった場合はその理由や根拠等について、本人や家族の考えを記載し、すり合わせを行っていく。</p> <p>・具体策を変更した場合は、「本来行うべき支援が実施できない場合」欄に反映させ、将来的取り組みとする。</p>	<p>前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から「課題に対する、目標と具体策」について合意が得られた場合にはそのまま転記する。一つの生活動作に向けた生活改善を目標とし、一年後の目標とつながりを作る。</p> <p>できることが増え、やる気になるよう提案をして、利用者や家族と共に考え、合意したものを記載する。目標は、理解しやすい具体的な設定する。距離・時間・場所・回数など数量目標があれば、達成したか評価しやすい。サービス事業所の作る計画へ反映される目標にする。</p>	<p>ケアチームとして配慮すべきことや役割分担の内容、支援実施における安全管理上のポイントや、主治医の指示、禁忌事項等記載。</p>	<p>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)自立支援の観点からセルフケア等から検討する。</p> <p>本人が普段取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載。</p> <p>誰か何をするのかがわかるように記載。例えば、本人が毎日散歩を行う。家族が病院への送迎を行う。近隣のひとと一緒にゴミ出しをするなど。</p>	<p>具体的なサービス内容を記載。</p> <p>・目標達成するための具体的なサービス内容を記載する。事業所で作成するサービス計画に反映すべき内容を記載。</p> <p>・訪問介護は、家事をひとくくりしないで、具体的なサービス内容を記載。(掃除・買い物・洗濯など)</p> <p>・福祉用具は、どの場所に何(品目)を置いて、どの目的で使用するか、使用してどう生活になるかを記載。</p> <p>・住宅改修はどの場所に何をするかを記載。</p> <p>・利用者ごとにつく加算の根拠を記載。</p>	<p>サービスをどの程度の期間にわたり実施するか、〇年〇月〇日～〇年〇月〇日と記載。</p> <p>週1回等回数も記載。</p>		
<p>[日常生活(家庭生活)について]</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族状況 家事(買い物、調理、掃除、洗濯、ごみ捨て等) 自分のできること 支援の内容 金銭管理 		<p>ここまでは領域ごとに左から右へと横並びで記載</p>					<p>・〇〇できるようになる</p> <p>・〇〇できる</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"> 家族や友人、近隣の人の人間関係、交流の状況 老人クラブ・町内会 趣味の活動など地域での役割、参加状況 												
<p>[健康管理について]</p> <ul style="list-style-type: none"> 清潔、整容、口腔ケア、爪の手入れ 病名受診、服薬管理状況 飲酒、喫煙のコントロール 食事、水分摂取、排泄、睡眠(睡眠薬の使用)、多剤服用等の有無 生活習慣 ライフスタイル 												
アセスメント				<p>【目標】</p> <p>・〇〇できるようになる ・〇〇できる</p> <p>【具体策】</p> <p>・～が〇〇する ・～が〇〇を行う</p>		ケアプラン						
				<p>専門家の提案した目標と具体策の提案に対する利用者の意向・意欲等の反応を見る段階</p>								

健康状態について:主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点
 主治医の意見書などから特に注意すべき事柄を記載。副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを記載。居宅療養管理指導を受けているなら何を指導してもらっているかを見えるように主治医の意見を反映させる。

必要な事業プログラム

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
------	------	-------	---------	-------	------

チェックリストの結果を参考に転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。

【本来行うべき支援ができない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針
 本来の支援が実施できない場合、利用者や家族の合意が取れない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等その内容の実現に向けた方向性を記載。必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性も記載。

地域包括支援センター	<p>【意見】本人へ交付前に包括のコメントを記載します。</p> <p>【確認印】泉佐野市社協地域包括支援センター</p>
------------	---

総合的な方針:改善・予防のポイント
 目標について、利用者・家族・ケアマネジャーが連携して取り組む、共通の方向性を記入する。

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 説明・同意日

年 月 日 氏名 印

～本人の意欲を大切にしながら

趣味の再開に向けて支援した事例～

Aさん、78才女性、夜間に自宅で転倒し右大腿骨頸部骨折し救急搬送され
右大腿骨頸部人工骨頭置換術を受け、1ヵ月の入院後に自宅に戻った。

手術後に認定調査を受け、退院10日後に要支援2の認定結果があり介護相談となる。

「夫にできるだけ迷惑をかけたくない、以前の生活に戻りたい。」という思いを抱いているが、術部の痛みがあり鎮痛剤の服用を1日2回行なっている状態。活動量が低下しており家事についても夫や息子の支援が必要な状態が見られる。

入院前は長生会のカラオケに友人たちと楽しく参加していたが、退院後の外出は、家族に付き添われての受診のみとなっている。

アセスメントから、「自分で調理したい」「友人と会いたい」というニーズを把握することができ、調理や掃除など家事動作のリハビリだけでなく、高血圧や高脂血症の悪化防止や友人と会う機会を設け、本人の意欲向上へ向けたプラン事例。

利用者基本情報

作成担当者:

<<基本情報>>

相談日	HO年O×月O×日 (O)	来所・電話 <u>その他</u> (訪問)	初回 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中(
フリガナ	A			
本人氏名	A 様	男・ <u>女</u>	M・T・ <u>S</u> ××年 O月 O日生 (78)歳	
住所	泉佐野市OO	Tel	OOO	
		Fax	OOO	
日常生活	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・ <u>A1</u> ・A2・B1・B2・C1・C2		
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	<u>自立</u> ・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・ <u>要支2</u> ・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: HO年 O月 O日 ~HO年 O月 O日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果:事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト実施日: HO年 ×月 ×日			
障害等認定	身障() 療養() 精神() 難病() その他()			
本人の住居環境	自宅・借家・ <u>戸建て</u> ・集合住宅・自室の有無(<u>有</u> ・無) 1階 住宅改修の有無(<u>有</u> ・ <u>無</u>) 浴室(<u>有</u> ・無) 便所(<u>洋式</u> ・和式) 手すりあり 段差の問題(<u>有</u> ・ <u>無</u>) 床材、じゅうたんの状況(床の上にじゅうたん) 照明の状況(明るい) 履物の状況(スリッパは履かない)			
経済状況	<u>国民年金</u> ・厚生年金・障害年金・生活保護・その他(
来所者(相談者)	B郎 様		家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む) 夫80歳 A78歳 長男:大津市 二男:尼崎市 日中独居(<u>有</u> ・ <u>無</u>) 家族関係等の状況 家族関係良好。 夫は健康で既往歴なし。運転可能。家事やシャワー浴の見守りを行っている。 長男は退院後1度訪問し受診の付き添い、金融機関等の手続き、買い物支援をしてくれている。 二男は不定期に電話連絡あり。	
住所連絡先	泉佐野市OO	続柄		夫
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	B郎 様	夫		泉佐野市OO TEL OOO
	C雄 様	長男		滋賀県大津市 TEL OOO
	D介 様	二男	兵庫県尼崎市 TEL OOO	

利用者基本情報

<<介護予防に関する事項>>

今までの生活	泉佐野市で生まれ、高校卒業後事務員として働く。24歳で結婚し専業主婦となり、2児をもうける。38歳からスーパーのレジ打ちのパートを始め、65歳まで続ける。○年○月、自宅で転倒し右大腿骨頸部骨折、人工骨頭置換術後在宅生活に戻る。入院中に介護保険申請し、要支援2の結果となる。骨折前は友人と共に週1回長生会のカラオケに参加したり、月1回食事に行ったりと交流していた。結婚後家事全般は本人が担っていた。長男・次男も入院前は年に2度ほど帰省する程度であった。		
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	退院後、外出は受診時のみで、日中身体を動かすのはトイレに立つ時ぐらいで、それ以外は自宅で座ったり横になって夫とともにテレビ鑑賞が中心の生活。		骨折前は、カラオケ、食事会に行っていた。
	時間	本人	介護者・家族
	6:30 起床 7:30 朝食 12:00 昼食 18:30 夕食 21:00 週2回シャワー 22:00 浴 就寝	夫:朝食準備、配膳、後片付け、シャワー時見守り	友人・地域との関係
		現在は交流はないが、65歳から3年間町内会の役員をしていた。相談にのってくれる昔からの友人がいるが会っていない。	

<<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 (主治医・意見作成者に☆)	(主)	経過	治療中の場合は内容	
平成○年○月○日	右大腿骨頸部骨折	Z病院 ××医師	☆	Tel ×××	治療中 経観中 その他	人工骨頭置換術後 鎮痛剤(カロナール1錠)2回/日服用 月1回受診
平成○年○月○日	高脂血症	Y診療所 ○○医師		Tel ○△○	治療中 経観中 その他	内服 リポバス 朝1錠 コレバイン 朝・夕 各1錠 月1回受診
平成○年○月○日	高血圧症	Y診療所 ○○医師		Tel ○△○	治療中 経観中 その他	内服 スピロラクトン 朝・夕 各1錠 月1回受診
年 月 日				Tel	治療中 経観中 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
	配食サービス(週7回 昼・夕)

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ときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、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ことに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

基本チェックリスト

利用者: A様

実施日: ○年○月○日

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0. はい	1. いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. <input checked="" type="radio"/> 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. <input checked="" type="radio"/> いいえ
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. <input checked="" type="radio"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. <input checked="" type="radio"/> はい	0. <input type="radio"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. <input checked="" type="radio"/> はい	0. <input type="radio"/> いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
12	身長150cm 体重55kg (BMI= 24.4)(注)	18.5以上	18.5未満
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. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. <input type="radio"/> はい	1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. <input checked="" type="radio"/> はい	0. <input type="radio"/> いいえ
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されますか	1. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
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. <input checked="" type="radio"/> はい	1. <input type="radio"/> 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. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
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. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. <input type="radio"/> はい	0. <input checked="" type="radio"/> いいえ

(注) BMI=体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に該当とする。

基本チェックリスト(○印:必要な支援)

1～5	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	合計
	運動器の機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症予防	うつ予防	
5	5	0	0	2	0	0	12
-	○			○			

アセスメントシート

ふりがな		男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
氏名	A	
T	S	**年 ○月 ○日生 78歳

チェックリスト点数

10項目(10/20)	運動器	栄養	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ
12 / 20	5 / 5	0 / 2	0 / 3	2 / 2	0 / 3	0 / 5

要支援1 要支援2 事業対象者

		特記			領域における課題・改善の可能性
運動・移動	1 (イスからの)立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない	片手で支持すれば可・痛みで長時間は不可 固定ベッドの縁を持って可 見守りがあれば5分程度の杖歩行は可 退院後はないが不安あり 外出していない 車送迎。乗り降りや杖歩行は見守り 退院後の外出はなし 屋内外の歩行は杖歩行で見守りがないと不安を訴える。
	2 起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない	
	3 歩行時の補助具の利用	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> つたい歩き	<input checked="" type="checkbox"/> 杖・歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	
	4 転倒傾向	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> つまずき	<input type="checkbox"/> なし	
	5 外出手段 日用品を買う店まで 病院に行く時は	<input type="checkbox"/> 行ける(手段) <input type="checkbox"/> 行ける(手段)	<input checked="" type="checkbox"/> 誰かに頼む <input checked="" type="checkbox"/> 誰かに頼む	<input type="checkbox"/> 行けない <input type="checkbox"/> 行けない	
	6 移動範囲	<input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	<input type="checkbox"/> タクシー	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅のみ	
	7 移動手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 車(運転) <input type="checkbox"/> 徒歩	
日常生活	8 献立を考える	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> その他(配食弁当を週7回依頼(昼・夕))			弁当の味付けが口に合わない 痛みのため、長時間立位ができない 掃除は夫が行う 洗濯ものをたたむことはできる テーブル上や身の回りは片付ける 買い物リストを用意している 家計簿は記載している・入出金は夫に依頼 夫や息子に依頼 自身で調理を再開することで食べる楽しみが増え、栄養バランスが整う可能性がある。 生活上の工夫で調理・洗濯・掃除等の家事を行うことができる。
	9 食べる楽しみ	<input type="checkbox"/> 感じる <input checked="" type="checkbox"/> 感じない			
	10 調理	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	11 掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input checked="" type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	12 洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input checked="" type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	13 整理整頓・ごみ捨て	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input checked="" type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	14 買物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input checked="" type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
15 金銭管理	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない		
16 役所や金融機関等への手続き	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない		
17 家族の介護力	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
社会参加	18 一日誰と過ごすことが多いか	<input type="checkbox"/> 家族・友人・知人	<input checked="" type="checkbox"/> ほとんど一人で過ごす	話し相手は夫のみ・一人で過ごすことが多い 退院後の外出はなし 友人が月1回程度電話をくれる 長生会のカラオケに骨折後は行っていない 自分からかけることはほとんどない 歩行が不安定なため、外出せず一人で自宅で過ごすことが多くなっている。 友人と会う機会を作ること、活動・外出意欲へつながる可能性がある。	
	19 外出する頻度(通院以外)	()回/週・月	<input checked="" type="checkbox"/> ほとんど外出しない		
	20 親戚・友人と会う・連絡をとる頻度	(1)回/週・月・年	<input type="checkbox"/> ほとんど連絡しない		
	21 趣味の会や地域の集まりへの参加	<input type="checkbox"/> あり(内容)	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	22 電話の利用	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
健康管理	23 医師からの運動制限	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある(内容 右大腿骨頭部に体重のかかる運動)	痛みがなくなったら外出したい		
	24 医師からの運動以外の注意	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある(内容 右大腿骨頭部の脱臼に注意)	脱臼するのが怖い		
	25 外出・家事に影響のある痛み	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある(部位 右大腿骨頭部の痛み)	鎮痛剤を日に2回服用		
	26 入浴の状況	頻度(2)回/週・月 方法: <input type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など 介助 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	脱臼が怖く浴槽へ入らず シャワー浴のみ・夫が見守る		
	27 排泄の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 尿漏れ・失禁あり()			
	28 睡眠の状況	<input checked="" type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 眠れないことがある(睡眠薬服用 有・無)			
	29 服薬管理	<input checked="" type="checkbox"/> 指示どおり飲む <input type="checkbox"/> 指示があれば飲む <input type="checkbox"/> できない	服薬管理可		
	30 服薬内容	(リボバス、コレバイン、スピロノラクトン、カロナール)			
	31 物忘れの状況	物忘れ <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 本人の認識 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	32 口腔機能の状況	<input type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 口が渇く			
	33 歯磨き(義歯含む)	(1)回/(日)週・月 方法(うがい、義歯を自分で洗う)	寝る前の洗浄のみ		
	34 水分摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 気をつけている <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない	気が付いたときに飲んでいる		
	35 飲酒・喫煙	<input type="checkbox"/> 飲酒:頻度()回/週 <input type="checkbox"/> 喫煙:量()本/日			
	36 栄養状況	(配食弁当を毎日配達してもらっているが味付けが好みでない為残してしまう、パンや菓子で空腹をしのぐ)	自分で作ったご飯が一番口に合う		
	37 生活リズム	<input checked="" type="checkbox"/> 保たれている <input type="checkbox"/> あまり保たれていない()			
	38 耳の聞こえ	<input checked="" type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器などを利用			

総合的課題	提案できる目標
①	筋力向上や痛みの軽減、生活環境の整備や工夫を行うことで、転倒への不安を軽減し、生活動作の改善や外出意欲の向上につながる。 夫と一緒に歩いて5分の公園に行く。
②	適切な治療継続や栄養バランスを整えることで、高血圧や高脂血症の悪化防止ができる。 自身で栄養バランスを考えた調理ができる。
③	浴室の環境整備や入浴動作の評価、助言を行うことで入浴動作を不安なく行える。 自宅の浴室にて、転倒の不安なく入浴することができる。

介護予防サービス・支援計画表

利用者名 A 様 (女) 78 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)

目標とする生活

1 日	1 日 1 回夫と共に自宅近くの公園に行く					1 年	歩いて長生会のカラオケに行く。				
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(背景と原因)	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、インフォーマル等	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	期間
[運動・移動について] 平成○年○月、夜間トイレ前で転倒し大腿骨頸部骨折。右大腿骨人工骨頭置換手術後で痛みがあり。固定ベッドの縁を持って起き上がり、片手で支持すれば、立位は可能であるが、痛みのため長時間保持できない。屋内は杖歩行で、転倒はしていないが、不安があり外出は受診のみしかしていない。夫の車で外出し、乗り降りや歩行時は見守りを要する。	本人：転倒しないか不安。痛みがなくなったら外に出たい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 活動量の減少により筋力低下となり再度転倒し骨折する危険性がある。筋力維持・向上することで、体幹や下肢筋力が安定し不安が軽減される可能性がある。	①筋力向上や痛みの軽減、生活環境の整備や工夫を行うことで、転倒への不安を軽減し、生活動作の改善や外出意欲の向上につながる。	【目標①】 夫と一緒に歩いて5分の公園に行く。 【具体策①】 ・屋内外の移動時の歩行バランス動作について安全に行えるようリハビリにて指導を受ける。 ・自宅で行えるリハビリや体操を行う。 ・夫の協力を得て、公園で散歩している友人と会う。	①本人：リハビリには行きたいと思う。夫と一緒に外へ出てみたい。公園に行ってみます。運動は苦手ですがやってみます。夫：本人と一緒に公園に行きます。運動も一緒にやってみようと思います。	夫と一緒に歩いて5分の公園に行く。	・医師との連携を図り下肢筋力低下や痛みの悪化に注意する。 ・痛みの状態に応じて動作の指導を行う。	本人：自宅でも毎日体調に合わせて歩行やセルフリハビリを行う。 家族：生活動作や歩行時の見守りを行う。 受診時の付き添いを行う。 友人：電話連絡を行い、公園で会う時間を決める。 長生会：カラオケやふれあいサロンの開催時には声掛けを行う。	立位保持・歩行・家事などの動作を評価し、医師の指示に基づき運動器機能向上のためのリハビリを行う。 ・立位・歩行のバランス訓練等 ・屋外の歩行訓練を行う ・他者との交流	介護予防通所リハビリ	○年△月1日～ ×年○月31日 (2回/W)
[日常生活(家庭生活)について] 夫と二人暮らし、退院後は夫が家事を行う。洗濯物たたみやテーブル上の片づけなど、座って行う家事はできる。痛みがあり長時間の立位ができないため配食弁当を頼み調理は行っていない。買い物は夫や息子に買い物リストを渡して依頼し、家計管理も行っている。金融機関等の諸手続きは夫や息子が行う。	本人：長時間台所に立つことができず調理が行えない。リハビリテーションにより立位の安定性や痛みを軽減することで、調理を再開し役割や楽しみを持つことができる。生活上の工夫で調理・洗濯・掃除等の家事を行うことができる。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 痛みがあるため、長時間立位ができず調理が行えない。リハビリテーションにより立位の安定性や痛みを軽減することで、調理を再開し役割や楽しみを持つことができる。生活上の工夫で調理・洗濯・掃除等の家事を行うことができる。	②適切な治療の継続や栄養バランスを整えることで、高血圧や高脂血症の悪化防止ができる。 ③浴室の環境整備や入浴動作の評価、助言を行うことで入浴動作を不安なく行える。	【目標②】 自身で栄養バランスを考えた調理ができる。 【具体策②】 ・受診時に医師に食生活について相談し助言を受ける。 ・バランスを考えた献立作りや薄味を心掛けて夫と一緒に休憩しながら調理を行う。 ・パンや菓子を減らし栄養バランスを意識する。 ・【目標③】 自宅の浴室にて、転倒の不安なく入浴することができる。 【具体策③】 ・浴室に手すり設置等の環境整備を行う。 ・入浴動作を安全に行えるよう福祉用具の導入を行う。 ・浴槽へのまたぎ動作等安全に行えるようリハビリにて指導を受ける。	②本人：先生に相談してみます。食事内容に気をつけていきたいです。座って休憩しながら調理をやってみます。夫：妻に味付けを教えてもらいながら、一緒に調理していきます。頼まれてもパンや菓子の購入は減らします。	自身で栄養バランスを考えた調理ができる。	・疾患についての相談をしやすいよう周囲が支援する。	本人：バランスを考えた献立作りや薄味を心掛けて夫と一緒に休憩しながら調理を行う。 家族：受診時に一緒に食事内容について話を聞く。 家事支援。	痛みの治療・助言を行う。	Z病院	○年△月1日～ ×年○月31日 (適宜)
[社会参加・対人関係・コミュニケーションについて] 長生会カラオケが楽しかった。退院後一人での外出は少なく、自宅で過ごすことが多い。話し相手は夫のみ。今後長男は受診や買物支援の協力あり。次男は不定期に電話連絡あり。友人は月1回程度電話をくれる。自分から電話をかけることはほとんどなし。	本人：友人からの連絡は嬉しいし、会いたい。夫：前のように楽しさを持ってほしい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 歩行が不安定なため、外出せず一人で自宅で過ごすことが多い。友人と会う機会をつくることで、活動・外出意欲へつながる可能性がある。			③本人：脱臼が怖いのでまだ浴槽には入れません。しばらくはシャワーだけでいいです。夫：本人が怖いなら無理に浴槽に入らなくてもいいです。	自身で栄養バランスを考えた調理ができる。	・疾患についての相談をしやすいよう周囲が支援する。	本人：バランスを考えた献立作りや薄味を心掛けて夫と一緒に休憩しながら調理を行う。 家族：受診時に一緒に食事内容について話を聞く。 家事支援。	各関係者と連絡を取り、相談支援を行う。	介護予防支援	○年△月1日～ ×年○月31日
[健康管理について] 右大腿骨骨折で人工骨頭置換術後、鎮痛剤を日に2回服用中。高血圧、高脂血症の数値は安定し服薬管理はできている。配食弁当が口に合わず、パンや菓子で空腹をしのいでいるが自分の味付けが一番口に合うとの発言あり。脱臼が不安で浴槽には入らず夫の見守りでシャワー浴を週2回。トイレ動作は現存の手すり支持で可。	本人：脱臼するのが怖いです。痛みがあるので、いつ治るのか不安です。良くないと思っていますが、ついついパンや菓子を食べてしまいます。夫：風呂に入るのは本人が怖がるので様子を見たい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食事内容に偏りがあり、今後高血圧、高脂血症が悪化する可能性がある。栄養バランスを整え、治療を継続することで悪化が防止できる可能性がある。浴室の環境整備を行うことで、転倒を予防し入浴動作の自立が見込まれる。							食事内容について指導・助言を行う。	Z病院	○年△月1日～ ×年○月31日 (適宜)

健康状態・リスク管理について: 主治医意見書、検診結果、観察結果等を踏まえた留意点
平成○年○月、右大腿骨頸部骨折により、人工骨頭置換術施行。退院後は術部の痛みがあり、鎮痛剤服用2回/日。リハビリについては早期に開始が必要。血圧は服薬にて安定。高脂血症については、入院中の検査ではコレステロール値は安定。

【本来行うべき支援ができない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針
今後主治医に入浴動作の確認、理学療法士への評価が必要であるが、今はまだ脱臼が不安で浴槽に入りたくないという意向のため、脱臼に対する不安が軽減した時点で再度提案していく。

総合的な方針:改善・予防のポイント
リハビリを行い、毎日無理なく身体を動かす事で、歩行の安定ができるよう支援します。また、家族の協力も得ながら自身で調理を行い、栄養バランスの整った食生活が再開できるよう考えていきたいと思います。

必要な事業プログラム

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
5 / 5	0 / 2	0 / 3	2 / 2	0 / 3	0 / 5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】 泉佐野市社協地域包括支援センター

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
説明・同意日
 年 月 日 氏名 印