

事例1

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. \_\_\_\_\_

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

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) \_\_\_\_\_ 歳 認定年月日 H28年 9月 6日 認定の有効期間 平成28年9月29日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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 H28年 10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	ご自身でできる家事を継続する。	1年	現在の生活を維持し、地域生活を継続していく。
----	-----------------	----	------------------------

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・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] 網膜剥離及び白内障等により視力低下があり、自宅は伝い歩行可能だが、転倒することが多く、転倒後に方向が分からなくなり困ることが多い。屋外は単独の移動は困難。	食事の確保が一番困っている。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 網膜剥離による視力低下。	網膜剥離による視力低下が原因で  ①1人で外出できない	目標：サービスを利用して外出することができる。 具体策：同行援護（買い物、散歩等）の利用。		サービスを利用することで外出することができる。	天候や本人の体調を考慮し実施する。	本人：購入する物の内容、余暇や散歩の行先を事前に考え、決めておく。 受診日が決まり次第、サービス事業所と調整を行う。	・障がい福祉サービス 同行援護 30時間/月 買い物や通院、余暇活動への同行支援。 買い物：月・水・金（1h） 散歩：木（2h） 余暇活動：月2回（3h）	障がい福祉サービス		H28.11.1～ H29.4.30
日常生活（家庭生活）について 洗濯等簡単な家事は自分で行うことができるが、視力低下により、掃除や買い物、調理などの家事全般に支障が出ている。	自分でできそうな事は続けていく。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 網膜剥離による視力低下。	②調理ができない	目標：専門家の支援を受け環境を整備する。 具体策：予防訪問サービスで、家事指導を受ける。		ヘルパーと一緒に調理ができる。	工夫する事で本人ができてそうな物事について指導を行う。	本人：食べたい物やメニューなどを考える。 専門職と一緒に出来る家事を行い、できることを増やす。	・介護保険サービス 介護予防型訪問サービス 調理支援（2日分）	介護予防型訪問サービス		H28.11.1～ H29.4.30
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 単独での外出が困難であるため、社会参加や対人交流の機会も減少している。	一人で外に出ることが出来ない。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 独居で家族の支援が困難	③1人で生活することができない	目標：サポートを受けながら在宅での生活が続けられる。		サポートを受けながら在宅での生活が続けられる。			・インフォーマルサービス（ふれあいハートサービス） 掃除（2週に1回）			
健康管理について 病院受診や服薬の管理は支援により問題なく行うことができている。	通院の支援はこれまで通りの事業所を利用したい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 網膜剥離による視力低下。										

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

転倒のリスクが高いため、注意を心がける。外出時には支援が必要。  
通所サービスを利用し、対人交流の機会を増やし心身浴機能の維持向上を心がける。

【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

通所サービスを利用することで、対人交流の機会を増やし、心身機能の維持に繋がる。

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

自身で行う事の出来ることは継続していき、行う事が難しい事柄については専門職の支援や指導を受けながら、できる事を増やしていくよう工夫する。

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	4 / 5	0 / 2	0 / 3	1 / 2	1 / 3	1 / 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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_