

地域連携連絡票（予防給付用）

氏名	様	生年月日	85 歳	かかりつけ医	〇〇〇〇【〇〇〇〇病院】						
住所	〇〇市〇〇〇	電話番号		ケアマネ-ジャー	〇〇〇〇【〇〇事業所】						
要介護度	支援2	認定期間	～	記載日	平成22年6月20日						
健康状態(原因疾患・発症日等)と経過				記入者	ケアマネ 〇〇〇〇						
#1. 変形性膝関節症・変形性脊椎症 (H10) #2. 椎骨脳底動脈循環不全 (H10) #3. 高血圧症・脂質異常症・逆流性食道炎 (H7) 経過: この数年で亀背。0脚が進み歩行が困難になってきた。前屈姿勢のまま自転車は乗れるが、歩方補助具なしで、屋外歩行はできない。開眼片足立ち:左4秒、右11秒。現在、疼痛の訴えなし。#2. 数年前よりフラツキが強く、ひどい時には食欲も低下する。生活の質を低下させる。 #3. 投薬下にコントロールされている。				家族状況・住環境などの環境因子: ・妻と二人暮らし ・2階建て住宅 ＊子供二人は県外在住。 帰省は年2回							
身体所見:身長155cm 体重59kg(BMI:25) 血圧102/58mmHg 脈拍84/分(整)				介護負担・経済的負担など: 夫婦二人なので、健康面で心配がある。元気でいたい。							
目標とする生活(参加・活動):本人/家族 1. 花作りができるようにしたい 2. 自転車に乗れ、写真を撮りに行きたい 3. 歩行が維持出来るように運動したい 4. 良い健康状態で自宅で生活したい				現在通院中の医療機関: 〇〇病院 1/月							
目標期間:平成〇〇年〇月				特別な医療処置(褥瘡/留置カテ-テル/酸素療法): 特になし							
日常生活活動能力		自立	見守り	声かけ	一部介助	全介助	行わず	使用用具 介助内容	内服薬など/薬剤コンプライアンス: *本人管理で指示通り服用 <〇〇病院より> テパス(0.5) 1錠分1 寝る前 ケタスカブセル(10) 2cap分2 朝夕食後 リト-ル(5) 1錠分1 朝食後 オメプラ-ル(10) 1錠分1 朝食後 プレミナ-ト 1錠分1 朝食後 ルバスク(2.5) 1錠分1 朝食後 かかりつけ薬局: 〇〇〇調剤薬局	感染症:なし 視力障害:軽度 聴力障害:軽度 皮膚疾患:なし 痛み:中度 両膝	
移動	屋内	●						独歩か杖	食事内容: 主食 米飯 副食 普通 食事制限 食事制限なし	配食の利用: なし 食欲の有無: あり	
	屋外	●						杖			
起居	階段昇降(20cm)	●						手すり	食事制限		
	起立(床から)	●						つかまって			
食事	起立(椅子から)	●						手をついて	配食の利用: なし 食欲の有無: あり		
	食事摂取	●									
排泄	嚥下	●							健康管理(心身機能)	一日の過ごし方(活動)(参加)	
	排尿(日中)	●									運動器の機能向上 有 趣味のパソコン・写真・園芸をしてい。以前は電動自転車に乗っていた。
入浴	排尿(夜間)	●							栄養改善 無 認知症・抑うつ対策 無		
	排便	●									
更衣	浴室内移動	⑥	●					つかまって	課題に対する支援内容	★支援を必要とする現状 ①屋外や長距離の歩行は困難 ②時々、フラツキがある ③更衣に時間を要す ④食べているが食べたいと思わない	
	浴槽出入り	⑥	●					つかまって			
	洗体	●									
整容(洗面・歯磨き等)	上着	●						時間かかる	★自立を阻む要因 ①②③→変形性膝関節症があり膝の痛みがある ①②→脊椎の変形の進行あり、立ち上がり・歩行動作低下の危険 ③→変形性脊椎症があり、亀背になっている ④→逆流性食道炎と亀背あり食事低下になる恐れがある	★自立支援の内容 1. 歩行動作の安定・膝の痛みの軽減 →通所リハ:下肢筋力強化・腹筋背筋の強化(亀背進行防止) →自宅:セルフストレッチ・園芸の継続・自転車 2. 健康管理 →定期受診・健康管理・食事水分・活動量保持・適度な運動	
	下着	●									
コミュニケーション	靴下	●							現在利用中のサービス(インフォーマル含む) ・通所リハビリ:〇〇〇リハビリ(1/週)		
	靴の着脱	●									
整容(洗面・歯磨き等)	差し歯3本	●									
コミュニケーション	理解	●									
IADL	掃除			⑥	●			庭掃除			
	洗濯					●					
	買い物	●						自分の物のみ			
	調理					●					
	整理					●					
	ゴミだし			⑥	●			集めるだけ			
	通院	●									
	服薬	●									
	金銭	●									
	電話	●									
社会参加				●							
●:実行状況 ○:目標状況(期間を○の中に明記)											
専門職からの留意事項・要望 主治医: 積極的に介護予防を行いたいという向上心があり、ご自分でも活動的に過ごすことを心掛けていらっしゃいます。脊椎の変形が進行しているため、今後、急速に立ち上がりや歩行などの動作性が低下することが懸念されますので、機能訓練の継続は必要です。無理せず趣味等も楽しみながら、活動してください。											
〇〇〇〇リハビリ 両下肢筋力の低下があり、機能訓練が必要です。向上意欲があり、ご自宅でも指導した運動をされています。両膝の痛みがある時は無理をしないで下さい。フラツキや眩暈があるようなので、転倒には注意をして下さい。											