介護予防サービス

**記載内容は１つの例として活用下さい**

ＮＯ．

利用者名　三田　秀雄　　様（ 男 ・ 女 ）　８２歳　　　　　　　認定年月日　平成　　年　　月　　日

計画作成者氏名　原田　直子　　　　　　　　　　　　　　　　　委託の場合：

計画作成（変更）日　平成２７年　４月　３　日　（初回作成日　平成　２７年　４月　３日）

目標とする生活

|  |  |
| --- | --- |
| １日 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| （運動・移動について） | (本人)コーヒーが好きで喫茶店に行くのが楽しみ。最近、つまづきやすくなってる。（妻）脳梗塞もしてるので、歩き方が不安定なのが心配。 | ■有　□無脳梗塞後遺症及び認知症の進行による独特の歩行を呈しているが、バランス・筋力共にアップすることにより、転倒リスクが軽減できる可能性はある。 |  |  |  |
| 歩幅が小さく、膝が突出し、前傾姿勢で転倒不安がある。ひょこひょことリズムをとり、自宅から駅前まで半時間かけて歩いている。時々行先を忘れて目に留まる喫茶店に入る。 |
| 日常生活について | (本人)できることは何でもしているよ。（妻）声掛け・指示が必要なことが増えてきた。できることはお願いしています。 | ■有　□無声掛けをして見守ることでできる役割がある。認知症の進行を緩やかにするためにも、家庭内での役割を持ち続けることは大切である。 |
| 妻と一緒に買い物に行き、荷物を運ぶ手伝いをしている。家事は妻に任せ、ゴミ捨てと洗濯物の取り入れ・たたむのを自身の役割としている。 |
| （社会参加、対人関係・コミュニケーションについて） | (本人) 最近、よく忘れるので、迷惑かけると思って参加しない。以前のように人に役立つことがしたい。（妻）刺激を与えろと医師に言われているがどうしていいか、わからず、悩んでる。 | ■有　□無物忘れの自覚もあり、人に迷惑をかけたくないという思いも強くある。何ができて何ができないかを見極めることにより、他にも役割が再獲得できる可能性を探ることが大切である。 |
| 地域活動には積極的で自治会長・老人会長を長年つとめ、グランドゴルフやカラオケ、囲碁などを近隣の人と楽しんできたが、半年前から参加しなくなっている。携帯電話に出ることはできる。近隣の人はよく声をかけてくれている。 |
| （健康管理について） | (本人)物忘れが増えて困っている。妻に申し訳ない。（妻）夫も辛い思いをしているのですね。興味あったこともしなくなってるようです。 | ■有　□無楽しみにつながる社会参加の場を見出すことにより、脳の活性化が図られ、うつ症状を軽減でき、また物忘れの進行を緩やかにする可能性がある。 |
| 脳外科に1回／月と内科に1回／月定期受診・内服加療を受けている。物忘れが増えてきており、妻の声掛けや見守りの頻度が増している。うつ予防３/５該当。 |

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

|  |
| --- |
| 運動時の血圧に留意。180／100ｍｍＨｇ、100／50ｍｍＨｇで運動禁止。 |

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。

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

・支援計画書

資料３－５

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 地域支援事業 |

認定の有効期間　　　　年　　　月　　　日～　　年　　　月　　日　事業対象者：平成27年4月1日～

計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）　Ｘ市Ｓ町３－２－１

担当地域包括支援センター：地域包括支援センターＳ

|  |  |
| --- | --- |
| １年 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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*(民間ｻｰﾋﾞｽ)* | 介護保険サービス又は地域支援事業*(総合事業のｻｰﾋﾞｽ)* | サービス種別 | 事業所*（利用先）* | 期間 |
|  |  |  |  |  |  |  |

【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

|  |
| --- |
|  |

計画に関する同意

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地域包括支援センター | 【意見】 |  | 上記計画について。同意いたします。平成　　年　月　日　　氏名　　　　　　　　 印 |
| 【確認印】 |