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】 |