介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名　三田　秀雄　様	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)	地域支援事業

計画作成者氏名　原田　直子

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

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

担当地域包括支援センター：

目標とする生活

1日	洗濯物を取り入れ、たたむことができる。	1年	通所型Ｃのボランティアが継続できている。

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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について 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。	（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、バランスや筋力アップを図ることにより、転倒リスクが軽減できる可能性はある。	1. 物忘れや気分の落ち込みがあり、他者との交流の機会が減少している。歩行バランスも悪く、転倒リスクも高いため、歩行姿勢を正す機会を設けることにより、安定した歩行を獲得できる可能性は高い。また、新たな仲間と知り合うことにより、刺激を受け、できる役割を模索する中において、脳の活性化が図られ、楽しみが増え、うつ症状が改善できる可能性が高い。	1. （目標） 1. ボランティア活動ができるようになる。 （具体策） 1-1 通所型Ｃに2回／週に休まずに通い、筋力・バランス力を高めていく。 1-2　他の参加者となるべく会話し、教室の中でできる役割をスタッフと共に探していく。 1-3 教室に参加した日は、帰宅してから妻に教室の様子を話す。（妻が聞き出す） 1-4　最初は送迎を使いながら、徐々に自力で通えるかどうかを、スタッフと共に考えていく。 1-5　家庭での役割は継続していく。 1-6　物忘れ等についてのメカニズムについて、妻が少しずつ理解を深め、精神的な負担が少しでも軽減できるよう情報提供を受ける。	1. （本人） 1-1 1-2 1-3 1-4 1-5 概ね了承。 （妻） 1-1 1-2 1-3 1-4 教室への準備は私がします。 1-5 1-6 徐々に理解を深めていきたいと思いますので、また教えて下さい。 概ね了承	1 同左	・物忘れの自覚が強く、将来の不安を抱いているため、教室内では安心できる雰囲気を作り、馴染みやすい参加者・ボランティアとのグルーピングに配慮する。 ・高血圧症があるため、血圧の変動にも留意する。 ・できること・できそうなことの見極めをスタッフ間で共有していく。 ・三田さんの自信につながるような場面を想定し、作りだしていく。	（本人） ①日課を続ける。（散歩や洗濯物の取り入れとたたみ、ゴミだし等） ②教室に馴染んでこられたら、出来そうなボランティア活動としてのカウント読みから始めてもらう。 ③定期的な内服・受診を妻の支援を受けながら行う。 （家族） ①教室に通う準備を整える。 ②同じことを何度も聞かれても、初めてのような振る舞いを行う。 ③声掛け・指示・見守りの必要性を理解して、なぜ？を少しずつ減らしていく。 ④介護者の会や認知症カフェ等に参加してみる。	【通所型事業】 ①体力・筋力・バランス力アップ ②歩行姿勢の確認 ③認知機能評価 ④馴染みの関係性作り ⑤教室内での役割作り	1. 通所型C	K事業所 2回／週	平成27年 4月15日 ～6月30日
日常生活（家庭生活）について 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。	（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。							【訪問型事業】 ①歩行能力・姿勢の確認 ②外出時の安全面の確認 ③妻への助言 （認知症に関する理解について） ④妻への支援 不安の傾聴、	2. 訪問型Ｃ	市役所 2回／月	平成27年 4月15日 ～6月30日
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 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。	（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、他にも再獲得できる役割があるか、可能性を探ることが大切である。							【包括・認知症地域支援推進員】 ①家族会・認知症カフェへの誘い（妻） ②モチベーション維持への声掛け（妻） ③本人への支持 ④妻の不安を傾聴 ⑤教室参加に慣れた頃合いに三田さんを一緒に見に行く	3. 認知症カフェ 4. 家族会	社協 2回／月 包括・認知症地域支援推進員 1回／月 社協 2回／月	平成27年 4月15日 ～6月30日
健康管理について 脳外科に1回/月と高血圧症にて内科に1回/月定期受診・内服加療を受けている。物忘れが増え、内服管理を含め、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。	（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、うつ症状の軽減や脳の活性化が図られ、物忘れの進行を緩やかにし、妻の負担軽減にもつながる可能性がある。										

健康状態について
□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

運動時の血圧に留意。
180/100mm Hg、100/50mm Hg で運動禁止。

【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

必要な事業プログラムの下欄に〇印をつけて下さい。

(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)
3/5	0/2	0/3	0/2	3/3	3/5

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。

平成　年　月　日　氏名　　印