

介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)

NO.

利用者名 周南 花子	様	認定年月日 29年 4月 1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
------------	---	-----------------	----------------------	----------	---------	-------------	-------

計画作成者氏名 堀家 幸美 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29年 4月 1日(初回作成日 平成〇〇年 〇月 〇日) 担当地域包括支援センター:周南西部地域包括支援センター

目標とする生活	1日	1年
	起床、散歩、三度の食事など1日の行動計画を立て、規則正しい充実した日々を送る。	以前のように大正琴の友人と食事をしたり、外出ができるようになる。

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(民間サービス)	介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間	
<b>運動・移動について</b> 平成27年に脳梗塞を発症。後遺症はなく歩行はフラツキはあるが杖なしでなんとか歩くことはできる。	本人：なるべく自分で動いて筋力が低下しないようにしたいです。	■有 □無 加齢や脳梗塞の発症後の入院などで下肢筋力が低下しており転倒の危険性が高い	1料理・掃除など家事が自分でできるようになる。	1. 目標：週に3回は自分で料理できるようになる。 具体策：(本人) ①ヘルパーの調理を見ながら作り方を学ぶ。 ①簡単な片付けやゴミ捨ては自分で行う。 ②できない部分の掃除や調理はヘルパーを利用する。 ③体調維持の為に配食サービスを利用する。	1 (本人)自分でできることはやります。できないところを手伝ってほしいです。食べてくれる人がいれば、作り甲斐があります。(長男)久しぶりに母の手料理を食べてみたいです。	1.三度の食事を規則正しく食べる。	1. 三度の食事を規則正しくとれているか、意識的に声かけしていく。	【本人】 ①カレンダーに食事チェックをつける。 ②食事メモをつける。 【家族】 1週間に1回は電話で声かけする。	①ヘルパーが本人に調理方法を伝えるようにする。 ②作れそうなメニューはできるだけ一緒に行く。 ③食事について声かけをし確認していく。 ④配食サービスを毎日夕方のみ利用する。	総合事業訪問介護(調理)月・金 9:30～10:30 配食サービス(実費)毎日 夕食のみ	訪問介護ステーション銀座 周南弁当	H29年4月1日～ H29年9月30日	
<b>日常生活(家庭生活)について</b> 家事は、ほとんど自分で行ってはいたが、脳梗塞発症後は、長時間の立位保持が困難なため、調理や掃除機をかけることが困難になっている。	本人：住み慣れた自宅でもこれからは暮らしたい。でも、掃除機をかけるのが辛い。 家族：本人の意欲に任せたいと思うが、体力も低下しているしできるだけ見守りが必要だと思いま	■有 □無 脳梗塞発症後は家事行為には体力低下により負担が大きい為、援助が必要である。	2以前のようにサロンに行けるだけの足腰の筋力を維持する。	2. 目標:休みながら30分程度歩ける体力と足腰の筋力を維持する。 具体策：(本人) ①通所介護で機能訓練を行う。 ②集会所で行われているいきいき100歳体操に参加する。 ③三度の食事を規則正しく食べる。	2 (本人)ふらつきも多くなっている。病気のせいもあるだろうけど、まずは足腰の筋力をつけたいね。自宅で体操もします。このままじゃ散歩さえもできなくなるからね。(長男)母は結構几帳面なところもあるので、カレンダーにつけるなどして習慣化できればと思います。私も声かけしていきたいと思っています。	2.身の周りのことは自分で片づけ、週1回は掃除を行うことができる。	2. 苦手な行為(洗濯物を干す、掃除機をかけるなど)を明らかにし、さまざまな工夫を行う。	【本人】 ①身の周りのことは自分で片づける。	①本人の負担感が強い掃除について支援を行う。 ②本人が一人でもやっているか、できている確認をしていく。	自立支援訪問介護(掃除)木 9:30～10:30	シルバー人材センター	H29年4月1日～ H29年9月30日	
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b> 長女は県外に在住で、電話で安否確認はしてくれて入るが、年に数回帰省する程度。近所付き合いは良好。いきいきサロンや、集会所に定期的に通っていたが、最近は休みがちである。	本人：以前のようにサロンに行けたらと思います。	■有 □無 外出して近所の人や色々な人と交流を図ることで、閉じこもりがちになるのを防ぐことができる。				3. 6か月後には大正琴の友人と食事ができるように脚力を取り戻す。	3. 足腰を強くすることを通所サービスや地域のいきいき百歳体操に参加することで意識的に行う。	【本人】 ①通所サービスを定期的に利用する。 ②週1回集会所で行われているいきいき百歳体操に参加し、地域の人と交流する。 ③散歩は続ける。	①サービス事業所で週ごとの改善や変化を記録していく。 ②いきいき百歳体操を通じて、知り合いづくりを行う。	総合事業通所介護 火 9:00～16:00 周南いきいきサロン 土 10:00～12:00	銀座デイサービスセンター 周南集会所	H29年4月1日～ H29年9月30日	
<b>健康管理について</b> 脳梗塞発症後、治療は行えており後遺症は見られない。服薬管理や定期受診は行える。昨年5月に隣人宅で一過性の眩暈で救急搬送された。長女とは連絡が取れ対応ができた。痩せており、食の確保が必要である。	本人：薬は自分で管理できます。調理がおっくうになっています。 家族：受診はできたから誰かに付き添ってもらおうと安心です。また、食事は配食を利用できたらと思います。	■有 □無 定期受診や、服薬管理は今後も継続していく必要があり、脳梗塞の再発防止につながる。食生活の安定は健康維持に必要である											

**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

**【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**

○体調の変化に留意しながら、自分のできる家事を行いましょう。  
 ○地域の中に出ていくことで、他者との交流を図りましょう。  
 ただし、6か月の評価後、支援計画の内容に変更がなく継続の必要性が認められればこのプランを平成30年3月31日まで継続する。

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
5/5	0/2	0/3	1/2	0/3	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。

平成 29年 4月 1日 氏名 周南 花子 印