

介護予防サービス・支援計画書

作成日 年 月 日 ( )

利用者名 横 (男) 77歳 認定年月日 平成30年06月21日 認定の有効期間 平成30年05月18日 ~ 平成31年05月31日 事業対象者 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

委託の場合：計画作成事業者・事業所名 藤井寺市地域包括支援センター

連絡先 937-2641

計画作成者氏名 所在地 藤井寺市北岡1-2-8

計画作成日 平成30年06月29日 (初回作成日 平成30年06月29日)

計画作成(変更)日 平成30年06月29日 担当地域包括支援センター 藤井寺市地域包括支援センター

実施する生活 野菜や花の水やりをする。  
立ち座り練習や歩行練習 (ウォーキングマシン) をする。

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	具体策にたいしての意向 本人・家族	目標	支援計画 介護員が実施するサービス (総合的支援サービス) (総合的支援サービス)	サービス種別	事業所 (利用先)	期間
<p>【運動・移動について】 別紙、いきいき笑顔アセスメントシート参照。</p> <p>【日常生活(家庭生活)について】 別紙、いきいき笑顔アセスメントシート参照。</p> <p>【社会参加、対人関係、コミュニケーションについて】 別紙、いきいき笑顔アセスメントシート参照。</p> <p>【健康管理について】 別紙、いきいき笑顔アセスメントシート参照。</p>	<p>足が弱ってきて転倒が増えたりしてきたので何とかしたい。</p> <p>妻) 自分は腰が悪いので、少し家事を手伝って欲しい。</p> <p>閉じこもりがちなので、自転車屋さん手伝いや、民謡の会を続けたい。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 足腰が弱り転倒するところが増えている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 仕事一筋でできて、家事のやり方が分からず、何をどうしようよいかわからない。</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>	<p>1 仕事一筋でできて、家事のやり方が分からず、何をどうしようよいかわからない。</p> <p>2 動作や思考が継続に思わぬように活動がでる。</p>	<p>1-1 野菜や花の水やりから始める家事を増やしていく。 ①野菜や花の水やり ②買い物と一緒に食器洗いや片づけを手伝う ③洗濯物を一緒にたたむ</p> <p>2-1 転倒しにくい体づくりをし娘さんの自転車を買ってほしい。 ①立ち座り練習毎日する ②ウォーキングマシンで毎日10分間歩く ③妻と散歩する ④恵美坂の自転車販売店に行く ⑤民謡の会や買い物等外出の機会を減らさない</p>	<p>本人) やったことがないので少しづつやっていきたい。 妻) 腰が痛いので少しづつ手伝って欲しい</p>	<p>野菜や花の水やりから始める家事を増やしていく。</p>	<p>本人等のセルフケアや家族の支援、インフォメーション(民間サービス) ○野菜や花の水やり ○買い物と一緒に食器洗いや片づけを手伝う ○洗濯物を一緒にたたむ</p>			H30.07.04~
							<p>身体機能評価と其れにあつた運動の提案・助言 モチベーションを高め運動が継続できるようにする 健康管理や後遺等で病状悪化しないようにする</p>	訪問(いきいき笑顔アセスメントシート参照) 訪問(いきいき笑顔アセスメントシート参照)	メデイケア リハビリ訪問看護ステーション	H30.07.04~ H30.09.30
								定期通院	田辺脳神経外科 島田病院等	H30.07.04~

健康状態について  
主治医意見書、健康診断結果、観察変更等を踏まえた留意点  
平成27年より、てんかん・海綿状血管腫にて服薬加療中。副作用により生活機能の維持が期待できる。サービス利用時は、移動や運動の際の転倒に注意が必要。

【本来的な支援がでない場合】  
受当な支援の実施に向けた方針  
生活不活発性の改善・予防のポイント  
H29年に預けを引渡し、娘夫婦に自転車販売店を任せ、後継者をサポートし役立ちたいという思いや今までのお父さまを大切にしたいと思つて、そのためにリハビリをして元気を取り戻したいと願う、さんをお願いいたします。

【意見】  
地域包括支援センター  
藤井寺市地域包括支援センター

【確認印】  
藤井寺市地域包括支援センター

説明・同意日 30年7月4日 氏名

計画に関する同意  
上記計画について、同意いたします。

基本チェックリストの(該当した項目) (質問項目) を記入して下さい。  
地域包括支援事業の開始は必要事項の記入に即座して下さい。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	予防	うつ予防
3/5	0/2	0/3	1/2	1/5

予防給付または地域支援事業