

認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No	標準項目名	基本情報
1	受付年月	令和 7 年 5 月 20 日
	受付対応者	G 介護支援専門員(G 居宅介護支援事業所)
	受付方法	電話
	氏名・性別・年齢・住所・電話番号	A 氏。男。81 歳 H 市・〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	家族状況	妻 E(76 歳)と二人暮らし。 妻は、家にいることが多い。あまり社交的ではない。長女はスーパーで働いており、孫(J,男 20 歳)は専門学校で A 氏とよく話し、昔から仲がよかった。次女は、他県で夫の両親の介護をしており、年 1 度来訪する程度である。仲のよい妹 M が他県に在住している。時々、泊まりに行っていたが、令和 6 年に妹 M が死亡。
2	これまでの生活と現在の状況	<p>H 市生まれ、H 市育ち。大学を卒業後、教員(高校教師)として定年まで働く。現役時は生活指導の担当で、本人いわく「厳しい教員だった」とのこと。妻とは職場結婚し、二女をもうける。隣町に長女が住んでおり、毎日のように専門学校に通っている孫が本人宅を訪れている。A 氏は孫の訪問とおしゃべりを楽しみにしている。</p> <p>令和 4 年頃までは、時々長女宅を訪れることもあったが、現在は道を間違えるため、出かける回数がかなり減った。</p> <p>退職後、非常勤講師でしばらく高校に出向き、また毎週スポーツジムに通う。町内会の行事にも積極的に参加していたが、71 歳頃より日時を間違えたりし、町内会のほかの役員から指摘があり、長女 F の勧めで受診。認知症発症後、外出や会合の準備に時間がかかるようになり退会した。長女は、認知症の親をもつスーパーの同僚からいろいろと教えてもらい、自分でも調べ、B 病棟の医師と話し、認知症専門 D 病院受診となった。</p> <p>令和元年、D 病院を受診し、アルツハイマー型認知症と診断を受け、以降 3～4 か月に 1 回受診している。B 病院脳神経外科で月 1 回フォローしていたが、令和 6 年に入ってから急激にもの忘れが進んでいる。</p> <p>令和 6 年 4 月、A 氏の妹 M の状態が悪化したとの連絡を受けて、他県の妹 M 宅(M の娘 N 夫婦宅)に 1 週間ほど滞在(サービスは落ち着くまで休むと G 介護支援専門員に連絡していた)。その間、つじつまが合わないことが頻発。夜中、急に帰るなどと言い出し、N 夫婦を困らせることも。妹 M が死去してから、夜中に 2～3 回程度起きるなど、認知症の悪化が懸念され、孫 J が迎えに来て、妻とともに帰宅。</p> <p>落ち着いたようにみえたが、夜中にトイレで尻もちをつき、失禁。何度も夜中に起こされていた妻は、おむつを履かせ、安静にさせた。2～3 日は普通に生活していたようだったが、徐々に痛みが悪化し、妹の葬儀を終えて帰ってきた長女 F に連絡。5 月 13 日に受診し、腰椎圧迫骨折と診断。日常生活もままなら</p>

		ず、痛みが軽減するまで、入院となる。
3	利用者の社会保障制度の利用情報	I 割負担 医療情報：後期高齢者医療保険 障害手帳なし 生活保護なし 公的年金：月 20 万
4	現在利用している支援や社会資源の状況	特になし
5	日常生活自立度（障害）	J2
6	日常生活自立度（認知症）	II b
7	主訴・意向	<p>【相談内容】</p> <p>B 病院(脳神経外科)の医療相談室の社会福祉士 G 氏より、今回の入院の情報提供があり。介護保険要介護認定は申請済み。痛みはよくなっているが、夜間せん妄が出て、これ以上の入院は、A 氏にとってはあまり好ましくないため、退院を進めている。</p> <p>【本人。家族の要望】</p> <p>A 氏：早く家に帰って、元のような生活がしたい。このまま入院しては、もったいの忘れがひどくなる。</p> <p>妻：妹のこともショックだったようだが、入院してから急にヨタヨタになった。ゴールデンウィークは孫との庭の剪定を楽しみにしていたのに、こんなことになってしまった。このまま悪くなってしまうのではないかと心配である。施設は考えたくないし、何とか家で通ごさせたい。この状態でつきっきりでは、私もどんどん具合が悪くなる。世話がいつまでできるか自信がない。</p> <p>長女 F：サービスを利用して、以前のように明るくなってこれで安心と思っていたところなのに、こんなことになってしまった。このまま、もの忘れが悪化してしまうのではないかと心配である。</p>
8	認定情報	<p>認定日 令和 7 年 5 月 24 日</p> <p>認定の期間 令和 7 年 6 月 1 日～令和 8 年 5 月 31 日</p> <p>要介護 2</p>
9	今回のアセスメントの理由	<p>居宅サービス計画更新作成</p> <p>在宅生活継続アセスメント</p>

アセスメントに関する項目

No	標準項目名	基本情報
10	健康状態	<p>疾患名：股関節炎、アルツハイマー型認知症</p> <p>身長・体重：160cm 55kg BMI：21.5 適正体重(56.3kg)</p> <p>血圧 110-120/70-80mmHg 服薬：鎮痛鎮静剤(食後 3 回)、認知症治療薬(ドネペジル 10mg)(毎食後 1 回)、胃保護剤(食後 3 回)、漢方薬(朝、夕)、入眠導入剤(夕食後 1 回)。</p>
11	ADL	<p>○寝返り：自立。</p> <p>○歩き上がり：自立(一時は介助が必要だったが、痛み軽減)</p>

		<p>○移乗：自立。</p> <p>○歩行：自立もふらつきあり 妻：いつもよりヨタヨタ歩いている。</p> <p>○排尿・排便：トイレ洋式 入院中はコールにて見守り 行為介助。</p> <p>○更衣：入院中は介助も退院時は自立。</p> <p>○入浴：入院中は見守り。</p> <p>○洗身：入院中は介助。</p> <p>○食事：入院中は普通食の 1/2～1/3 を摂取、在宅では自立、妻と一緒に摂る</p> <p>○洗面：自立。</p>
12	IADL	<p>○調運：簡単な調理はできていた。</p> <p>○服薬：妻が管理し、準備・確認している。</p> <p>○掃除：時々妻を手伝う。</p> <p>○沈濯：もともと習慣がない。</p> <p>○整理・物品の管理：妻。</p> <p>○金銭管理：お小遣い程度の管理。</p> <p>○買い物：近くのコンビニには行く。</p>
13	認知機能や判断能力	<p>長女の家へは孫が迎えに来て、一緒に行く。コンビニエンスストアには買い物に行き、知人とコミュニケーションをとっていた。妹の死からまた、夜中に時々起こされるようになり、 ストレスになってきている(妻)。</p>
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	<p>視力：老眼のため眼鏡使用 聴力：普通の声で応答</p> <p>自分の携帯電話をもっており、孫とよく話す(簡易登録している)。操作はできている。</p> <p>意思疎通：何度も同じ質問を繰り返すことが多くなってきた。</p>
15	生活リズム	
16	排泄の状況	<p>尿意・便意あり。入院中は便秘で処方あり。</p> <p>入院中の日中 6-7 回、 うち夜間 2-3 回、 排便は 3-4 日に 1 回。</p>
17	清潔の保持に関する状況	<p>妻が入浴を促し、その日の服の準備や洗濯もしている。</p> <p>寝具は季節相応で日常的に妻が調整している。</p> <p>爪切りは、まめに自ら行っている(習慣のようである)。</p>
18	口腔内の状況	<p>口腔の状態：齲歯、痛み、出血なし。全部自分の歯。乾燥傾向。自分で歯磨きをしているが、妻は確認していない。年 1 回、妻と歯科健診している(今年はまだ行っていない)。</p>
19	食事摂取の状況	<p>好き嫌いはないが、 どちらかという肉を好んで食べる。入院中は食欲低下。</p> <p>入院前は、朝 6 時(パンやサラダ)、昼は 12 時、夕飯(晩酌お洒コップ 1 杯)</p> <p>18 時と大体同じ時間に摂取している。間食の習慣はあまりない。時間がかかるが、朝食は食べたいものを準備して食べている。</p> <p>入院前：水分(1800ml 程度：朝は、牛乳+コーヒー500ml、</p> <p>昼は、コーヒー300ml、夜は、お酒 500ml、その他食事から)</p>
20	社会との関わり	<p>町内会の行事にも積極的に参加していたが、認知症発症後、会合等は参加していない。通所の詩吟の仲間とは交流に支障なく楽しんでいた。認知症発症で詩吟の会をやめていたが、また再開しはじめたばかりであった。車の免許は返納、もともじは運転は好きだった。</p>
21	家族等の状況	<p>主介護者：妻 家族の状況：妻がいないと A 氏は不安になる。長女は、隣町に</p>

		<p>住んでおり、すぐ来られるが働いているため、休みのときに時々様子を見に来ている。他県在住の次女は同居の義理の両親の介護をしており、直接の支援を毎回は望めない。しかし、長女とは頻回に連絡を取り合っている。長女は、認知症の親をもつスーパーの同僚からいろいろと教えてもらい、自分でも介護や疾患について調べ、認知症への知識をもとうとしている。また孫は A 氏との関係はよいものの、現在学校の実習が入り、なかなか来られない状況が続いている。周囲のサポート：もともと町内会に積極的に参加していたこともあり日頃から地域とのかかわりがあり関係はよい。</p> <p>本人の意思よりも、妻がほとんどのことを決定している。長女は、認知症介護の情報から、父親である A 氏の意思を大事にして支援していきたいと考える。</p>
22	居住環境	<p>住宅：持ち家。1 階で生活している。子ども部屋だった 2 階は使用していないが時々 2 階に行き転倒の危険がある。手すりは設置している。浴室やトイレ、玄関には大きい段差はない。ベッド使用。トイレは洋式。日当たりはよい。大きな庭があり、その手入れを孫としている。</p>
23	その他留意すべき事項・状況	特になし。

長崎県介護支援専門員協会（転用禁止）

居宅サービス計画書（１）

作成年月日 令和7年 5月21日

初回・紹介・継続

認定済

申請中

利用者名 A 殿 生年月日 昭和18年12月15日 住所 H市〇〇丁〇ー●

居宅サービス計画作成者氏名 G介護支援専門員

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 G居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成(変更)日 令和7年5月21日 初回居宅サービス計画作成日 令和6年8月29日

認定日 令和7年5月21日 認定の有効期間 令和7年6月1日～ 令和8年5月31日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び 家族の生活に対する 意向を踏まえた 課題分析の結果	<p>A氏：早く家に帰って、元のような生活がしたい。このまま入院しては、もっともの忘れがひどくなる。 妻：妹のこともショックだったようだが、入院してから急にヨタヨタになった。ゴールデンウィークは孫との庭の剪定を楽しみにしていたのに、こんなことになってしまった。このまま悪くなってしまうのではないかと心配である。施設は考えたくないし、何とか家で過ごさせたい。この状態でつきっきりでは、私もどんどん具合が悪くなる。世話がいつまでできるか自信がない。 長女F：サービスを利用して、以前のように明るくなってこれで安心とおもっていたところなのに、こんなことになってしまった。このまま、もの忘れが悪化してしまうのではないかと心配である。 今後の方針：妹さんの出来事により認知機能が低下。不穏行動、不眠につながっている。そのため、生活に支障が生じ、生活範囲や活動範囲の縮小、体力や筋力の低下を招いている。社会交流も縮小。人との交流が挟まることで、さらに、生活機能の低下等が生じる悪循環とならないよう、本人や家族の生活への不安・心配を軽減していく。また、AさんのADLやIADLを維持できるよう、ケアチームの支援を得て、活動範囲や量を確保しつつ、自分でできることを維持するよう支援していく。</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	記載なし
総合的な援助の方針	<p>Aさんが望んでいる朝食の準備や庭の手入れ、詩吟などを通して新しい仲間をつくることを維持していく。そのためにも、リハビリテーションにより体力・筋力を向上することで、自分のことは自分でできるよう体調を管理していける体制をとる。関係機関（通院先の病院の医療職、訪問看護や医学療法士）や家族との連携を図る。 体調の悪化（不穏症状や栄養の低下、意欲低下、腰・膝の痛みなど）が見受けられる場合は、下記へ対応を連絡する。 妻・長女・孫 ⇒ 訪問看護ステーション⇒ B病院TEL：〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ※妻の体調不良時には、B病院TEL：〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇で対応 妻 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 長女 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 孫〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</p>
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）

第2表

居宅サービス計画書（2）

利用者名 A 殿

作成年月日

令和7年 5月21日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
毎日を活動しながら過ごせるよう、生活リズム・体調を整えたい	活動を維持できるよう生活リズムや体調を整える	R7. 6. 1～ R8. 5. 31	生活リズムを整える	R7. 6. 1～ R7. 12. 31	①日常の状態把握 ②薬の管理、服薬介助 ③健康状態の観察		①②③本人・妻。 長女 (と孫)、訪問看護師	○訪問看護ステーション	毎B	R7. 6. 1～ R7. 12. 31
			定期的な受診により体調を整える	R7. 6. 1～ R7. 12. 31	①診察・治療・検査・処方、療養上の助言・指示 ②緊急時の対応 ③処方・薬管理 ④受診の付き添い		①②③かかりつけ医、外来看護師、かかりつけ薬局、訪問看護師 ③本人・妻・かかりつけ薬剤師 ④妻	B病院脳神経外科 ○訪問看護ステーション薬局	月1回	R7. 6. 1～ R7. 12. 31
転倒せず体力を維持したい	転倒せず生活機能・体力を維持できる	R7. 6. 1～ R8. 5. 31	身体機能の評価に基づきと機能訓練をする		①動作・自宅内動線の評価 ②個別リハビリ・集団体操の指導・見守り ⑤自主リハビリ	○	①②理学療法士（通所と訪問看護） ③本人	K通所リハビリ0訪問看護ステーション	①週3回 ②適1回 ③週3回	R7. 6. 1～ R7. 12. 31
			日々の活動を維持する		①毎日の運動 ②庭の散歩	○	①② 本人、理学療法士（訪問看護）	○訪問看護ステーション	適宜	R7. 6. 1～ R7. 12. 31
不安や心配事をすぐ相談して、気持ちを軽くしたい	不安や心配事を相談できる	R7. 6. 1～ R8. 5. 31	毎日ノートに記載し、不安や心配事を伝える		①毎日ノートの記載 ②相談・情報共有	○	①② 本人、訪問看護師	○訪問看護ステーション	週3回(午後のみ)	R7. 6. 1～ R7. 12. 31
			介護教室に妻とともに参加する		①介護教室への参加支援	○	①本人・妻、地域包括支援センター	介護教室	月1回	R7. 6. 1～ R7. 12. 31
趣味活動から、新たな友人をつくり、楽しみたい	趣味活動を通して、新たな友人とコミュニケーションをとることができる	R7. 6. 1～ R8. 5. 31	詩吟を始め友人とコミュニケーションをとる		④詩吟仲間の方の調整 ②詩吟に参加	○	①通所リハビリテーション ②本人	K通所リハビリテーション	週3回(午後のみ)	R7. 6. 1～ R7. 12. 31
			ボランティアの人と簡単な庭仕事をする		①ボランティアの調整支援 ②庭仕事の役割を決定 ③庭仕事の実施		①②③ボランティア ③本人	P生活支援コーディネーター	月2回	R7. 6. 1～ R7. 12. 31
			妻の見守りのもと、朝食の準備やコンビニエンスストアでの買い物ができる		①朝食の準備 ②コンビニでの買い物		①② 本人・妻	コンビニエンスストア	①毎日 ②週2回	R7. 6. 1～ R7. 12. 31

※1「保険給付対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

長崎県介護支援専門員協会研修資料(転用禁止)

第3表

週間サービス計画表

作成日年月日 7年 5月 21日

利用者名 A 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								排尿
	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床・排尿 食事・服薬 ノートの記入
午前	10:00		自主リハビリ		自主リハビリ		庭の手入れ (月2回)	自主リハビリ	自宅内リハビリ・散歩
	12:00	通所 リハビリ		通所 リハビリ		通所 リハビリ			排尿 食事・服薬
午後	14:00				訪問看護			介護予防教室	
	16:00		コンビニ				コンビニ		排尿
夜間	18:00								排尿・食事・服薬 入れ歯清掃(入浴)
	20:00								
	22:00								排尿・就寝
深夜	24:00								

週単位以外のサービス	月1回B病院脳神経外科・整形外科受診、3～4か月に1回D認知症専門病院(長女同行)、年1回歯科健診(妻とともに)、介護予防教室(第4日曜日)、庭の手入れ(第1、3土曜日)
------------	---

サービス担当者会議の要点

利用者名 A 様 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 G介護支援専門員 作成年月日 令和7年 5月21日

開催日 令和7年 5月21日 開催場所 自宅 開催時間 13:30～14:30 開催回数 3 回

会議出席者 利用者・家族の出席 本人:【 A 】 家族:【 B 】 (続柄:妻) ※備考	所属(職種) K通所リハビリテーション (理学療法士) K通所リハビリテーションコン (相談員) B病院 (社会福祉士)	氏名 K理学療法士 K相談員 C医療 ソーシャルワーカー	所属(職種) 居宅介護支援事業所 (介護支援専門員) O訪問介護ステーション 生活支援コーディネー ター	氏名 Gケアマネジャー O責任者 P	所属(職種) O訪問看護ステーション	氏名 O理学療法士
検討した項目	①入院における現在の状況に関するリスク、②本人との家族の意向、③居宅サービス計画書原案について、④追加の支援内容とアセスメント、⑤その他のモニタリング事項					
検討内容	<p>C医療ソーシャルワーカー:5月13日(月)受診し、腰椎圧迫骨折にて日常生活もままならず、痛みが軽減するまで入院となる。痛みはよくなっているが、夜間せん妄が出て、これ以上の入院は、A氏にとってはあまり好ましくないため、退院となったと痛みは現在消失している。膝通は時折あり。体力が落ちて筋力も弱くなっているため、自宅では、リハビリテーションを継続したほうがよい。</p> <p>②A氏:早く家に帰って、元のような生活がしたい。このまま入院しては、もっともの忘れがひどくなる。 妻:妹のこともショックだったようだが、入院してから急にヨタヨタになった。ゴールデンウィークは孫との庭の剪定を楽しみにしていたのに、こんなことになってしまった。このまま悪くなってしまうのではないかと心配である。施設は考えたくないし、何とか家で過ごさせたい。この状態でつききりでいては、私もどんどん具合が悪くなる。世話がいつまでできるか自信がない。 長女F:サービスを利用して、以前のように明るくなってこれで安心と思っていたところなのに、こんなことになってしまった。このまま、もの忘れが悪化してしまうのではないかと心配である。</p> <p>③妹さんの出来事により認知機能が低下。不穏行動、不眠につながっている。そのため、生活に支障が生じ、生活範囲や活動範囲の縮小、体力や筋力の低下を招いている。社会交流も縮小。人との交流が狭まることで、さらに生活機能の低下等が生じる悪循環とならないよう、本人や家族の生活への不安・心配を軽減していく。また、AさんのADLやIADLを維持できるよう、ケアチームの支援を得て、活動範囲や量を確保しつつ、自分のできることを維持するよう支援していく。</p> <p>④今回の出来事により、今後の将来的に本人および家族が心配・不安募らせていることから、日々の健康状態の観察を含めて、療養生活の助言・相談ができるよう、また予測をもって医療との連携を図ることができるよう、訪問看護ステーションにチームに加わってもらった。特にO訪問看護ステーションは、Aさんのような方をたくさん支援している経験がある。</p> <p>P生活支援コーディネーターには、今後地域とのかかわりや社会資源に関する助言をもらうこととする。地域で、介護者も一緒に介護予防教室を開催しているため、その参加を検討する。</p> <p>⑤嚥下機能や口腔機能、水分摂取に現在問題はないが、認知機能や全身状態、活動に影響を及ぼすため、継続的に確認(モニタリング)していく事項として共通認識する。</p>					
結論	<p>①②関係者全員が、再度意向を確認したうえで、将来予測と課題分析の結果をもとに、今後の支援方針を共有した。 ③Aさんは居宅サービス計画原案に同意、全員で合意した。 ※訪問看護指示書あり、 ※リハビリテーション指示書あり。</p> <p>O訪問看護: 毎日ノートを記載してもらう。その情報をチームで共有し、日常の把握と活動の維持に努める。 状態の把握と異常の発見に努める: B病院を中心に行い、入院が必要な場合は、訪問看護ステーションから医療ソーシャルワーカーへ相談する。 O定期受診: 月1回、長女と妻が同行し、受診する。必要時は、ケアマネも同行。服薬管理: 妻と訪問看護師に残薬を確認してもらう。3か月に1回、 D認知症専門病院の受診時には長女が同行し、情報を共有する。 O近くのコンビニエンスストアの店長: 以前から交流があり、夕方だと店長が対応してくれるとのこと。曜日を決め、継続して協力してもらうこととした。 退院直後のように家を出てしまうこともあり、事情は妻から話し、一人でいるところを発見した場合、伝えてもらえる。 O自宅でのリハビリの継続: 訪問看護ステーションPTと通所リハビリテーションPTの協力連携からの自宅内の指導と評価をしてもらう。 訪問看護: 看護師とPTが隔週交互に訪問する。 O地域包括支援センター: 庭仕事のボランティア。見守りを兼ねて来てもらえる。慣れるまで孫に協力を得る。 理学療法士: Aさんには、膝や腰に負担のかからない動作を指導する予定。 O訪問看護、通所リハビリテーション: 咀嚼・嚥下機能訓練、リスクを除去することで、誤嚥性肺炎の予防を継続的に確認(ケアプランには入れないが、 状況をモニタリングしていく)。 O入浴は、通所リハビリテーションで実施するが、自宅できそうであれば自宅とする。</p> <p>O年1回の歯科検診の後、ケアマネジャーが歯科衛生士と連絡をとり、かかりつけ歯科医により、口腔の状態把握、義歯調整、口腔衛生の指導により口腔機能が保 れていると情報を得た。(そのため、ケアプランには入れないが、状況をモニタリングしていく)。</p>					
残された課題	活動量・範囲による評価と実施状況の確認。 本人の実施状況と妻・長女・孫の介助状態。新たな活動の場と交流(詩吟等)。 今回は、短期目標期間終了時。					

居宅介護支援経過

年月日	項目	内 容
令和7年 5月20日	電話連絡	B病院の医療相談室の社会福祉士C氏より、自宅へ退院の連絡と情報提供あり。介護保険認定更新申請済み。現在、要介護1、2相当のこと（入院の経緯については、長女Fより電話連絡を受けて把握）。痛みはよくなっているが、夜間せん妄が出て、これ以上の入院は、A氏にとってはあまり好ましくないため、退院を勧めている。22日（水）退院前カンファレンスを予定しているため出席を求められる。状況確認のため、明日早速訪問予定とした。
令和7年 5月21日	病棟での面談（本人、妻E）	<p>本人と妻の意向確認。</p> <p>本人：夜になると急にどこかわからなくなる。早く家に戻りたい。妹のように病院では死にたくない。</p> <p>妻：妹のこともショックだったようだが、入院してから急にヨタヨタになった。ゴールデンウィークは孫との剪定を楽しみにしていたのに、こんなことになってしまった。このまま悪くなってしまうのではないかと心配。施設はまだ考えたくないし、何とか家で過ごさせたい。しかし、この状態でつきっきりでは私も倒れてしまいそうだ。世話がいつまでできるか自信がない。</p> <p>顔つきが変わり痩せた感じがあり、足元もおぼつかない様子がうかがえた（後から担当看護師に聴取85kg⇒55kg）。</p>
令和7年 5月21日	長女Fと電話	<p>「サービスを利用して、以前のように明るくなってこれで安心と思っていたところなのに、こんなことになってしまった。</p> <p>あのような父親は初めて。（自分が働く）施設では何度も経験していたようなことなのに、どこかで自分の父親は大丈夫だと思っていたのかもかもしれない。このまま認知症が悪化してしまうのではないかと心配。どうしても、家でみられない場合は、いよいよ施設を検討しなければならないだろうか」と不安や心配を口にする。しばらく受容して聞いてねぎらった。Aさんが自宅で過ごせるよう、支援やサービスを検討するの一つであることを提案する。一応施設の情報を得ておく旨、伝える。認知症ケアに詳しい訪問看護ステーションがあり、いろいろと日常生活で困ることにも相談に乗ってくれること、また医師との調整もしてくれることを伝え、ぜひ利用したいとのことであった。退院前カンファレンスに参加してもらうこととした。</p>
令和7年 5月22日	退院前カンファレンス	<p>A氏、妻E、長女F、G介護支援専門員、主治医、担当看護師、担当理学療法士、薬剤師、管理栄養士が参加。</p> <p>医師：レスパイトも兼ねて入院となった。痛みは軽減したが環境の変化や精神的なことが続いて不穏が続いた。このままでもいい影響はないため、ご自宅に戻れるのが一番だと思う。ただ、体力が落ちて筋力も弱くなっている為、ご自宅では、リハビリテーションを継続した方がよい。</p> <p>本人・妻・長女の意向を再確認。長女より次女の意向確認。</p> <p>A氏：早く家に帰って元のような生活がしたい。このまま入院しては、もっとうる覚えがひどくなる。</p> <p>妻：妹のこともショックだったようだが、入院してから急にヨタヨタになった。ゴールデンウィークは孫との庭の剪定を楽しみにしていたのに、こんなことになってしまった。このまま悪くなってしまうのではないかと心配である。施設は考えたくないし、何とか家で本人の好きに過ごさせたい。この状態でつきっきりでは私もどんどん具合が悪くなる。世話がいつまでできるか自信がない。</p> <p>長女F：サービスを利用して以前のように明るくなってしまった。このまま物忘れが悪化してしまうのではないかと心配である。</p> <p>医師：環境の変化で一時的に悪くなったことも考えられる。痛みと環境の変化に伴って、体力や食欲が低下している。生活のリズムが保たれるよう、体調にも気を配ってほしい。また、奥さんが「本人の好きに」と話したように本人の意向が表に出て実行できることが大切である。</p> <p>担当看護師：入院中は食欲低下で便秘もみられた。体調も物忘れに影響してくるため、気をつけてみてあげてほしい。夜間に不安が増すようなので、どうしても転倒のり</p>

		<p>スクが高まる。入眠導入剤も出しているが、日中の生活にも留意してほしい。</p> <p>(看護要約を介護支援専門員へ情報提供)</p> <p>担当理学療法士: 安静レベルに応じ、リハビリテーションを実施していたが、実施できない日が多かった。そのため、かなり筋力の低下が進んでいる。自宅に戻っても、継続して実施が必要である。身体活動や生活環境を評価し、在宅の理学療法士へ申し送りをし、適切な運動療法を継続して実施してもらう。</p> <p>(医師・理学療法士から在宅リハビリテーションへ指示の引継ぎ)</p> <p>管理栄養士: 今回の安静で栄養や体重が落ちている。元の環境に戻ると食欲がでると思うが、特に制限はない。一気に増やす必要はなく、これまでの体重が多かった。ただ、体力に影響のない程度に栄養をとってほしい。</p> <p>通所は、令和7年5月27日(月)午前中。初回受診は、1週間。</p> <p>明日、サービス担当者会議を開催することとした。</p> <p>訪問看護ステーションの〇氏と本人・長女・妻と面談。</p> <p>「地域の訪問看護協議会で生活マイノートを独自に作成していて、これに日々の気持ちや感じたこと、嫌だったことについて、毎日食事や排便・排尿、睡眠とともに簡単に記録することで、どのようなことが原因で不安になるのか、症状が悪化するのかがわかります」「何らかの状態が起きてAさんの意思がわからなくなった場合、このノートが参考になりますよ」と説明。家族も一緒に気づいたときに記入してもらうとよい旨を伝える。Aさんは、教員だったこともあり書くことには慣れているのではないか、という助言にAさん家族も賛成し活用することになった。</p> <p>〇訪問看護ステーションと契約する。</p>
令和7年 5月28日	サービス担当者会議	<p>自宅にてサービス担当者会議を開催。本人、E妻、F長女、通所リハビリテーション(相談員、理学療法士)、B病院の社会福祉士C氏、G介護支援専門員が参加。</p> <p>詳細は、別紙サービス担当者会議の要点参照。</p> <p>アルツハイマー型認知症の進行がみられた。会議前に長女から「昨日19時頃、家からいなくなって、コンビニエンスストアにいた知人が気づいて連れて来てくれた。自分の家に帰るといって外に出たらしい。その後は、何とか落ち着いて、普段の父に戻った。昨晩は泊まった。今後がとても心配である」</p> <p>と。お風呂に入れようと思ったが、病院で入ってきたから入らないと言う。</p> <p>意欲の低下がみられ何をするにも面倒になってきているように感じる。なるべく好きなことをさせて意欲をたかめたい。</p> <p>妹さんの出来事により認知機能が低下、不穏行動や不眠につながっている。そのため、生活に支障が出て生活の範囲、活動範囲が縮小、体力や筋力の低下を招いている。本人や家族の生活への不安・心配を軽減していく。また、A氏のADLやIADLを維持できるよう、ケアチームの支援を得て、活動範囲や量を確保し、自分のできることを維持していけるよう支援する。関係者・家族と連携を図る方針を立てた。</p> <p>居宅サービス計画書の交付</p> <p>本人と同席の家族に説明し、同意を得て交付する。変更なく、同席したサービス事業所に交付した。</p> <p>サービス利用票交付</p> <p>9月分のサービス利用票・別表について説明し同意を得る。</p>
令和7年 6月3日	病院訪問	<p>医療相談室へ、サービス計画書を渡す(主治医交付用)。</p>