認知症に関する事例

基本情報に関する項目

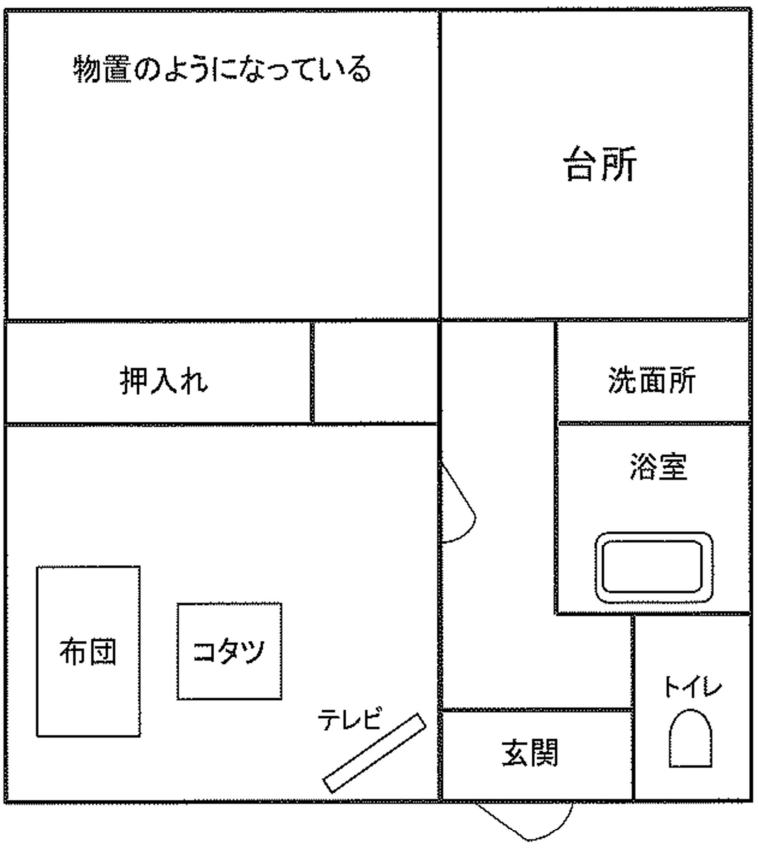
受付年月	平成 30 年 4 月 8 日
受付担当者	介護支援専門員
受付経路	Ｅ地域包括支援センター Ｆ主任介護支援専門員からの電話依頼
氏名・性別・年齢・住所・電話	Ａさん・女性・８０歳 ○市○○、０００－０００－００００
家族状況	独居、夫は平成 16 年に死亡。 長男：５８歳。近くのアパートに一人で暮らしている。統合失調症を患いG病院に通院している。月に１回は訪問看護師の訪問を受けている。
生活状況	【生活状況】 古い借家に一人で暮らしている。家具は少ないが色々なものが散乱している。近くに住む長男は統合失調症があり、他人と関わることが嫌なので、もともとは母と一緒に暮らしていたが、現在は近くのアパートで一人暮らしをしている。 【生活歴】 昭和１３年北陸地方で生まれる。２人姉妹の姉で、妹はすでに亡くなっている。中学在学中に父親がなくなったので進学をあきらめ地元で働いて家計を助けた。２１歳で結婚、２２歳で長男を出産した。夫と共に農業をしていたが、生活は苦しかった。平成１２年に夫が亡くなって一人暮らしをしていたが、平成２４年に長男を頼って転入してきた。夫の年金と掃除のパートをして暮らしていたが、平成２７年頃にパートができなくなって生活が成り立たなくなり生活保護になった。その頃長男は一緒に暮らすのが煩わしいので、近くにアパートを借りて一人で暮らし始めた。平成３０年２月頃に、長男を担当している訪問看護師がＡさんの様子がおかしいことに気が付いた。Ａさんは長男の所に行くことが楽しみで、毎日のように訪ねていたが、その日は、汗をかいて疲れた様子でやってきた。ちょうどその時、長男を訪問していたH訪問看護師がどうしたのか尋ねたら、「知らない町なので道が分からなくなった」など要領を得ない答えが返ってきた。また、以前は身綺麗な格好で長男宅を訪れていたＡさんが、最近は同じ洋服を着ていることや髪もボサボサな様子。
保険・他法情報	介護保険：要介護１ 生活保護受給者
現在利用しているサービスの状況	なし。
障害高齢者の日常生活自立度	Ｊ２
認知症である高齢者の日常生活自立度	Ⅱｂ

主訴	本人：「今のまま家で暮らし続けたい。大丈夫、なんでもできます。」と言っている。あまり関わられることが嫌な様子である。 長男:本人の言葉を信じていて「まだ一人暮らしができます。」と言っている。そして「母はもともと調理をしないで、ご飯を炊飯器で炊き買ってきた惣菜を食べるだけで、ポットでお茶を飲むような食生活だったので、火の心配もありません。」「配食サービスが利用できればいいですね。」と言っている。
認定情報	要介護１　（平成３０年３月３日～平成３１年３月３１日） 審査会意見なし
課題分析理由	初回アセスメント
本人の望む暮らし	長男の世話を続けながら、今のまま家で暮らし続けたい。一人で大丈夫です。

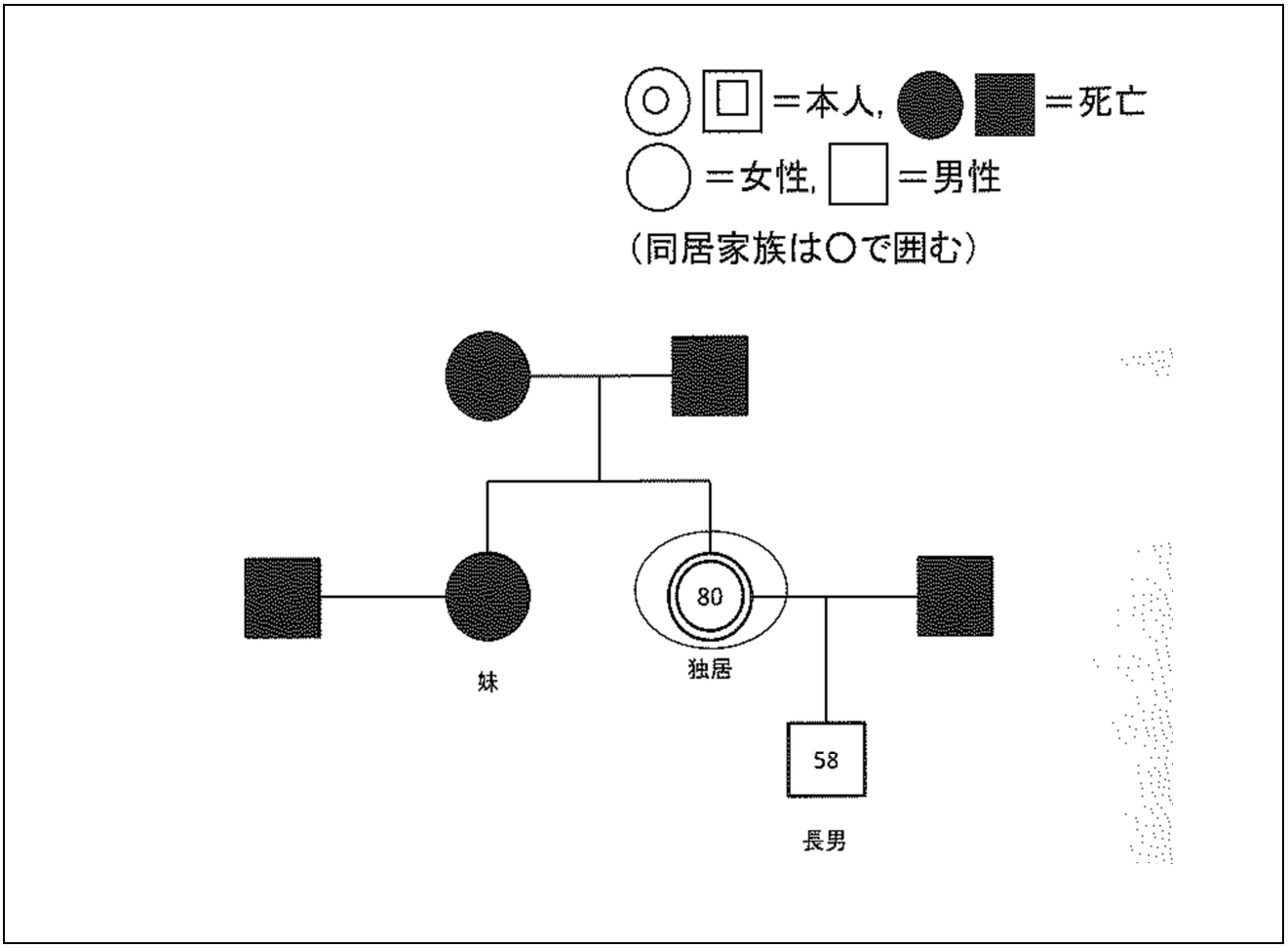
アセスメントに関する項目

健康状態	・アルツハイマー型認知症(不詳) ・身長 150ｃｍ　耐重 40ｋｇ　ＢＭＩ 17.8　主治医より、栄養状態の改善が必要との助言あり。 ・アリセプトD錠（5ｍｇ）1Ｔ：朝食後
ＡＤＬ	・起き上がり：自立。何もつかまらないで起き上がっている。 ・立ち上がり：自立。何もつかまらないで立ち上がっている。 ・歩行：５ｍ以上自立歩行している。 ・入浴：自宅の浴室は浴槽が深くて手すりがないので、沸かしたお湯を浴びるだけで入浴を済ませている。 ・食事:自立。箸でなんでも食べられる。 ・排泄:自立。トイレでできている。 ・更衣:自立。ジャージのような楽なものを着ている。いつも半纏を羽織っている。靴下は嫌いで履かない。以前は、きれいな格好で長男宅を訪問していた。 ・整容:洗面は気が向いた時にしているようだ。髪がボサボサしている。
ＩＡＤＬ	・掃除：家の中には物が散乱していて、片付けや掃除はされていない。掃除のパートをしていたころは、きれい好きだったとのこと。 ・洗濯：自立。洗濯物がたまった時にしていると話されるが、シミや食べカスが付着しており洗濯が不十分な様子が伺える。 ・調理:ご飯は炊飯器で炊いている。惣菜は近くの店から買ってきている。お湯は電気ポットで沸かしている。ガスレンジは全く使っていない。昔から調理はしないで、仕事の帰りに惣菜を買ってくる生活だった。 ・金銭管理:お金には細かいようだ。計算はまだできていると言われるが小銭が散らばっている。 ・電話:長男としか話さない。近くに暮らしているのでほとんど利用しない。
認知	・記憶障害：物忘れがある。 ・見当識障害:場所の見当識障害が出てきて、長男のアパートへ行く道が分からなくなったことがある。 ・理解・判断力障害:まだ理解しているようだ。

	平成３０年２月、いつも行っている長男のアパートに行こうとしたが、道に迷ってしまいかなり歩いたようだ。本人は「道が分からなくなった」と言っていた。前に話したことを覚えていないなど物忘れが目立つようになった。
コミニュケーション能力	日常的な会話は可能。
社会との関わり	・引っ越してきて６年ほどになるが、近所との付き合いはほとんどない。 ・行きつけの惣菜店とは、買い物時に子供の話題が出る。 ・担当の民生委員がたまに様子を見に来るが留守が多くほとんど会うことはない。道端で会うと挨拶をかわすくらいの付き合い。 ・大家さんは、高齢で関わりはない。家賃は口座引き落とし。 ・長男のことが気がかりで、毎日世話をしに長男宅へ通っている。
排尿・排便	尿・便意あり。自立。自分でトイレに行っている。
じょくそう・皮膚の問題	皮膚がカサカサしており、粉がふいている。
口腔衛生	自歯が残っているが、あまり丁寧に歯磨きをしていないようだ。
食事摂取	昔から、食事にはこだわりがなかったようだ。気が向いた時に食べて、１日３食は食べていないようだ。そのために栄養状態はあまりよくない。
行動障害	先日、長男のアパートへの道順がわからなくなって迷子になった。その時のことは本人も説明できない。
介護力	・長男は近くに住んでいるが統合失調症で長年治療を行っており、他者との関係を築くことが苦手である。母親が来訪した時、コンビニの弁当を一緒に食べるくらいの関わり。これから母親の介護は増える可能性があるが、自分でやると言っている。介護の必要性を充分に理解していない。 ・妹夫婦は死去、その子供たちとの交流も全くない。連絡先も知らない様子。他に相談できる親戚もいない。 ・近くに住む担当の民生委員が時々訪問を行い、様子を見ている。しかし留守が多くほとんど近所で顔を見かける程度しか接していない。
居住環境	・庭付きの一戸建て借家。 ・古い木造の２Ｋで、一部屋を居室にしていて、もう一部屋(以前長男がいた部屋)は物置になっている。 ・真ん中にこたつがあり、その横に布団が敷いてある。 ・こたつの上には色々な物が置いてあり、歩く所にも同じように物が散乱している。 ・浴室は据え置き型の浴槽があり、高さが６０㎝位。手すりはない。 ・トイレは和式で水洗である。 ・台所は古い食材などが置いてあり、片付いていない。 ・洗濯機は庭先に置いてある。 ・大家の家族は、今後この家を壊す予定。
特別な状況	なし

家屋図	

ジェノグラム



長崎県介護支援専門員連絡協議会（転用禁止）

第1表

居宅サービス計画書（１）

(初回)・紹介・継続	(認定済)・申請中

利用者名　A　殿　　生年月日　S13年〇月〇日　　住所　〇〇市〇〇

居宅サービス計画作成者氏名　D

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地　C居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成(変更)日　平成30年4月14日　　初回居宅サービス計画作成日　平成30年4月14日

認定日　平成30年3月28日　　認定の有効期間　平成30年3月3日　～　平成31年3月31日

要介護状態区分	要支援・(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	本人:今のまま家で暮らし続けたい。大丈夫、何でもできます。長男の世話も続けていきます。 長男:まだ一人暮らしができます。でも、健康のためには食事が大事だと思うので、きちんと食べてほしいです。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	栄養状態を良くするためにバランスの良い食事がとれるように支援します。清潔状態を保つために入浴できるように支援します。生き生きと暮らし続けることができるように支援します。健康が保てるよう、しっかり服薬し定期的に受診を行っていきましょう。 高齢であることをふまえ、緊急時の対応が迅速にできるように支援します。 緊急連絡先：長男　０００－００００－００００ かかりつけ医　G病院　０００－００００－００００ 長男担当訪問看護師　０００－００００－００００
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

長崎県介護支援専門員連絡協議会研修資料

居宅サービス計画書（２）

利用者名　A　　**殿**

居宅サービス計画作成（変更）日　平成30年4月14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
毎日食事をきちんととりたい	栄養不良を改善する	H30.4.14 ～ H31.3.31	体重が３ｋｇ増える	H30.4.14 ～ H30.10.31	・週４回配食を提供する ・食事量の確認 ・配食弁当を全部食べる		配食サービス 本人	Ｋ配食サービス事業所	週４回（月・水・木・土）	H30.4.14 ～ H30.10.31
					・週２回食事を提供する	○	通所介護	Ｉデイサービスセンター	週２回（火・金）	
					・配食のない日は長男と一緒に弁当を食べる		本人・長男		日曜日	
					・惣菜を偏らないよう買う(朝・夕食用)		本人			
					・同じものを買わないよう、声をかける		惣菜店		随時	
湯船に浸かりたい	体を清潔に保つことができる	H30.4.14 ～ H31.3.31	皮膚のカサカサが改善する	H30.4.14 ～ H30.10.31	・週２回入浴を提供する ・できるところは自分で洗う	○	通所介護 本人	Ｉデイサービスセンター	週２回（火・金）	H30.4.14 ～ H30.10.31
					・着替えの準備の声かけと確認 ・着替えを準備する	○	通所介護 本人	Ｉデイサービスセンター	週２回（火・金）	
					・帰宅時、汚れたものを洗濯機に入れるよう声をかける ・洗濯をする	○	通所介護 本人	Ｉデイサービスセンター	週２回（火・金）	
友達を作りたい	多くの人と交流して生き生きと暮らすことができる	H30.4.14 ～ H31.3.31	楽しみが増える	H30.4.14～ H30.10.31	・体を動かすレクリエーションに参加する ・参加者と交流する	○	通所介護 本人	Ｉデイサービスセンター	週２回（火・金）	H30.4.14 ～ H30.10.31
			長男の世話が続けられる	H30.4.14 ～ H30.10.31	・道を間違わないで長男宅へ行く ・ウロウロしているときに声をかける ・長男宅が分かるような名札や道順を作る		本人 民生委員 惣菜店 長男		随時 すぐに	H30.4.14 ～ H30.10.31
薬をきちんと飲めるようになる	病気の悪化を防止し安定して過ごすことができる	H30.4.14 ～ H31.3.31	月１回の受診で病気の悪化を防止する	H30.4.14 ～ H30.10.31	・診療 ・受診介助		医療機関 長男	Ｇ病院	月１回	H30.4.14 ～ H30.10.31
					・体調不良時や急変時連絡をする		長男			
					・母親の健康について長男から相談を受ける		長男担当訪問看護師	Ｇ病院	必要時	
			毎日処方薬を忘れずに飲むことができる	H30.4.14 ～ H30.10.31	・薬カレンダーから忘れずに飲む ・薬を薬カレンダーに入れる		本人 長男		朝食後 月１回	H30.4.14 ～ H30.10.31

※１「保険給付対象か否かの区分」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。

支援経過記録

年月日		内　　容
Ｈ３０年 ４月８日(火) 16：00～16：30	電話	Ｅ地域包括支援センター主任介護支援専門員Ｆさんより電話。 【依頼内容】 Ａさんは初期の認知症であるが、これまで介護保険を利用していない。独居で何とか暮らしていたが物忘れや場所の見当識障害が出てきたので、介護保険を申請して要介護１と認定された。子供は長男一人で統合失調症があり、あまり介護ができない状況である。介護支援専門員を引き受けてほしいということであった。 Ｅ地域包括支援センターのＦさんが連絡を取って、４月１０日に自宅を訪問することになる。長男の病気に配慮して長男を担当しているH訪問看護師も同席してくれた。
Ｈ３０年 ４月１０日(木) 14：00～15：30	訪問	Ａさん宅を訪問する。 本人、長男が同席し、契約を行う。認定情報開示の同意書に署名と印鑑をいただく。介護保険証は居宅サービス計画作成依頼届出書と共に役所へ提出するのでお預かりする。家中にいろいろなものが散乱しており掃除ができていないようだった。 初回アセスメントを行う。（アセスメント参照） 利用者及び同席した長男にも意向を聞く。 (利用者の意向) 今のまま家で暮らし続けたい。大丈夫、何でもできます。長男の世話も続けていきます。 （長男の意向） まだ一人暮らしができます。母はもともと調理をしないで、ご飯を炊飯器で炊いてお惣菜は買ってきて、ポットでお湯を沸かしてお茶を飲むような生活だったから、火の心配もありません。健康のためには食事が大事なので、きちんと食べてほしいです。自分を担当してくれる看護師さんから配食サービスについて聞いています。できれば利用したいと思います。
Ｈ３０年 ４月１１日(金) 9：30～10：00	訪問	市役所に介護保険証、居宅サービス計画作成依頼届出書、認定情報開示の同意書を提出。生活保護課によって、居宅サービス開始の依頼をする。
13：00～13：20	電話	Ｇ病院のＭＳＷを通し、利用者の主治医に介護保健サービス利用にあたっての留意点とサービス担当者会議出席依頼について伺いたいと面談を申し入れる。あいにく検査中で会えないとのこと、明日書面で留意点等伝えるとの返事をいただく。サービス担当者会議も診察日のため欠席との返事あり。
13：30～13：50	電話	Ｉデイサービスセンター Ｊ氏に週２回の利用が可能か、どの曜日が空いているか、いつから利用可能か問い合わせる。火、金なら利用可能ということで開始を４月１８日(金)に予定する。

14：00～14：15	電話	K配食サービスＬ担当者宅に昼食時の配食が可能かどうか問い合わせる。ちょうど回っている地域なので可能という返事で、出来れば週４回(月、水、木、土)を依頼する。
16：00～16：30	訪問	長男宅訪問 介護保険証を返すことと居宅サービス計画書の原案の説明をして、サービス担当者会議を開催する必要があるので、来週１４日月曜日に利用者宅で開催したいとお願いする。参加者はサービス提供事業者とできればG病院のH訪問看護師にも出席を依頼したい旨を説明して了解を得る。
17：30～17：40	電話	Ｉデイサービスセンター Ｊ氏にサービス担当者会議の日時を伝える。
17：45～17：55	電話	K配食サービスＬ氏にサービス担当者会議の日時を伝える。
18：00～18：20	電話	G病院H訪問看護師に利用者のサービス担当者会議に長男の認知症への理解を深めるためにオブザーバー参加の依頼をする。
Ｈ３０年 ４月１４日(月) 14：00～15：00	訪問	サービス担当者会議 利用者宅でサービス担当者会議を開催。 サービス担当者会議の要点を参照 通所介護の利用開始は４月１８日(金)で決定。 配食サービスは４月１６日(水)から開始する。
Ｈ３０年 ４月１５日(火) 10：00～10：30	訪問	利用者宅へ居宅サービス計画書と４月分利用票を届けて長男と一緒に説明し署名捺印をいただく。
Ｈ３０年 ４月１６日(水) 17：00～17：20	電話	K配食サービスから初回配食の報告あり。 利用者は覚えていなかったようだが、「息子さんからですよ」と言ったら喜んで受け取ってくれたとのこと。
Ｈ３０年 ４月１８日(金) 17：30～18：00	電話	Ｉデイサービスセンターに初回利用時の様子を問い合わせる。 迎えに行った時に長男が一緒にいて送り出してくれた。入浴準備は長男が行っており、一緒に確認させていただいたとのこと。最初は緊張していたが、昼食時には隣の人とも会話していた。入浴の誘いには最初は断っていたが、最後のころに再度勧めてやっと入ってもらった。洗髪ができていなかったようで２回シャンプーした。トイレやレクリエーションの様子を確認した。
Ｈ３０年 ４月２４日(木) 10：30～11：30	訪問	居宅訪問 利用者はこのところ頻回に会っているので何となく顔が分かるようだ。途中配食サービスの方が来て、嬉しそうに受け取っている。今回で６回目の配食だが、初めて受け取るような挨拶をするのが見受けられた。 【モニタリング】 〈短期目標〉体重が３kg増える 〈達成度〉今までの配食サービスの食事は全量食べている。通所介護でも全量食べている。日曜日や夕食は、今まで通り総菜を買い長男と一緒に食べている様子。まだ体重増加とは言えないが、食事を美味しく食べている様子が伺える。

		〈サービスの実施状況および満足度〉サービスは予定通り提供されていたので利用者は「お弁当はおいしいです。」と言っている。長男も母親が満足しているので、受け入れている。 〈今後のプラン・対応〉利用者の心身状態が安定してきたので継続する。 〈短期目標〉皮膚のカサカサが改善する。 ----------(略)----------
Ｈ３０年 ５月２９日(木) 14：00～15：00	訪問	居宅訪問 室内は相変わらずものが散乱している。転倒は見られていない。片づけは自分でしますと言い、一緒に片付けをしましょうと話してもやんわりと断られる。支援につながるまでは時間がかかると思われる。 ６月の利用票を交付して捺印をいただく。 【モニタリング】 〈短期目標〉体重が３ｋｇ増える 〈達成度〉配食サービス、通所介護共に食事を楽しんで食べているが、長男の所に弁当の余りものを夕方持ってくるようになっていると、長男担当の訪問看護師より情報あり。 〈サービスの実施状況および満足度〉 ・サービスは予定通り提供されていた。 ・利用者の顔色も良くなってきた。 〈今後のプラン・対応〉 ・配食サービスの弁当を残して夕食時や翌朝食べている可能性があるので、食中毒に注意してできるだけその時に食べてしまうように促す。残った場合は破棄するよう助言をする。「食中毒は大変だから捨てます。」と言われるが、不安が残る。 〈短期目標〉長男の世話が続けられる ----------(略)----------
Ｈ３０年 ７月１日(火) 9：00	ＦＡＸ 連絡	６月の実績報告の中に、「最近、配食サービスの配達時利用者不在が多くなった。食べ残しが多かったり、ほとんど手つかずのまま容器を回収することが多くなった」という内容が記載されていた。
9：15～9：30	電話	長男へ電話。 最近、配食サービスの食べ残しが増えていることを伝えた。６月中の体調は大きな変化はなかったことを確認する。
Ｈ３０年 ７月８日(火) 9：30～9：45	電話	長男から電話あり。 「デイサービスに行く日だったが、家にいないで自分の所に来ていた。デイサービスの職員が探して電話をかけてきて、ここに来ていることを伝えた。今日は、デイサービスは休みます。」ということだった。
9：50～10：00	電話	Ｉデイサービスセンターに電話。今朝の状況を確認する。「今朝迎えに行った時に家に鍵がかかっていておかしいと思い、外から何回も声をかけた。中で倒れている可能性もあり心配だったので、長男に電話したところ、長男宅に行っていたことがわかった。今日は休みますということだった。」と確認できた。
Ｈ３０年 ７月１４日(月) 10：00～10：30	電話	Ｐ商店(惣菜店)から電話。 「惣菜の買い物時に、お金の計算ができなくなり足りない金額なのに持って帰ろうとしたり、お金を払わないで持ち帰ろうとすることがあった。店

		員が注意すると興奮してしまうので、困っている。何とかしてほしい。」という内容だった。すぐに、長男に電話を取り不足分を払うように約束する。
11：00～11：15	電話	長男に電話。 Ｐ商店からの内容を伝え、一緒にお詫びに行くことになった。
12：30～13：30	電話	長男と一緒にＰ商店を訪問。 利用者の状況を確認し、不足分を払い謝罪する。Ｐ商店は利用者の認知症をあまり理解していないようだった。長男は母親がお金の計算ができなくなっていることに気が付いていたが、受け入れかねているようだった。
Ｈ３０年 ７月１８日(金) 10：00～10：30	電話	Ｉデイサービスセンターより電話。 「最近、入浴時下着の汚染が時々見られるようになった。尿臭もあるので、家で失禁しているのではないか、また、送迎の職員から家の中が一層乱雑になっていると報告が来ている。」ということだった。
Ｈ３０年 ７月２１日（月） 10：00～10：30	電話	担当の民生委員より電話。 昨日、迷子になっていて近所の人に連れられて家に帰ってきた。これまでにも何回か迷子になっている。また、Ｐ商店からも苦情が来ている、という内容だった。
Ｈ３０年 ７月２２日（火） 14：00～15：00	訪問	主任介護支援専門員と面談し、利用者の最近の変化が大きいので相談を行った。

第3表

週間サービス計画表

長崎県介護支援専門員連絡協議会研修資料

利用者名　　A　　様

作成日　平成30年4月14日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
早朝	6:00								起床
	8:00								朝食
午前									洗濯物を干す
	10:00		通所介護			通所介護			
		配食サービス		配食サービス	配食サービス		配食サービス		
	12:00								昼食(日曜日長男宅)
午後									昼寝
	14:00								テレビ
	16:00								
									通所介護帰宅後洗濯
	18:00								買い物・長男宅へ
夜間									夕食(長男と一緒に)
	20:00								
									就寝
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								
	6:00								

週単位以外のサービス	月1回受診G病院

E表（別紙）

サービス担当者会議の要点

利用者名　　A　　様　　作成担当者　　D

開催日　　平成30年4月14日　　開催場所　　自宅　　開催時間　　14:00～15:00　　開催回数　　1

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	本人	A	G病院（長男のため）	H訪問看護師	民生委員	M
	長男	B	Iデイサービスセンター	J		
	C居宅介護支援事業所	D	K配食サービス	L担当者		
検討した項目	初回居宅サービス計画の原案について ①食事について ②入浴について ③病気の進行防止について ④受診と服薬について		主治医より(診療で忙しい為、4月12日に書面にて助言をいただく。） ・アルツハイマー型認知症の初期だと思われる。それ以外には疾患はないので、アリセプトで様子を見ていく。 ・BMI17.8、痩せすぎで栄養状態が悪いので、きちんと食事が摂れるように注意してほしい。			
検討内容	①食事について ・長男より、昔から出来合いのものを買ってきて食べる生活だったとのことなので、いまさら自分で調理することはできないことがわかった。そこでH訪問看護師より、配食サービスを利用して栄養状態の改善を図る方法があると提案があり検討する。 ・朝食と夕食の確保について検討を行う。 ②入浴について ・借家で住宅改修が困難なため、自宅の浴槽では入浴が難しい。通所介護で入浴を行うことを検討する。 ・入浴の準備や汚染衣類の洗濯について検討する。 ③他者との交流や病気の進行防止について ・長男との関りだけになり、他者と交流することが少ない。認知症進行防止のため、日常生活の活性化を図る取り組みを検討する。 ・生きがいである長男の世話が続けられるよう、スムーズに長男宅へ行けるよう検討する。 ・地域の協力体制が得られるか検討する。 ④病院受診と内服管理について ・アリセプトが処方されているが、確実に内服できるよう検討する。 ・定期的に受診ができるか検討する。					
結論	①食事について ・週4回配食サービスを利用する。留守時は、介護支援専門員に連絡。長男宅にいる可能性があるので、自宅に帰るよう促す。帰宅後再度配達していただく。 配食サービスの担当者が食器の残量を確認、定期的に介護支援専門員に情報を提供する。 ・通所介護では栄養バランスのよい食事を提供する。 ・日曜日・夕食は習慣になっている惣菜店でお弁当を買い長男と一緒に食べる。惣菜店にお弁当が偏らない選択ができるよう声をかけてもらう。介護支援専門員が惣菜店にお願いをする。 ②入浴について ・入浴は週2階通所介護で行い、皮膚の状態を観察する。 ・入浴用のタオルや交換の衣類は本人に準備してもらうが、ちゃんと準備できているか通所介護迎え時に職員に確認をお願いする。 ・通所介護から帰宅後、職員にて着替えた衣類を洗濯機に入れるよう声をかけてもらう。また、入れたことを確認してもらい、本人が洗濯機を回す。 ③他者との交流や病気の進行防止について ・週2回通所介護で一緒に活動してたくさんの参加者と交流する。本人の興味のあるものを捜し、長男の世話以外の生きがいづくりを支援する。 ・今後も長男宅に行くとき迷子になるおそれがある。民生委員から地域の方へ、Aさんがウロウロしていたら声をかけてもらうよう、また気にかけてもらうようお願いする。 ・常にAさんとわかるよう、住所や長男宅が分かる名札づくりを長男にお願いする。 ④病院受診と内服管理について ・月1回G病院に長男が連れて行く。薬は長男が薬カレンダーに入れておき、朝食後飲んでいるか時々確認する。 ・長男の担当訪問看護師に母親のことや体調不良時の相談に乗ってもらう。訪問看護師から介護支援専門員へ情報提供を行い、双方で本人・長男の健康管理ができるよう支援していく。					
残された課題 （次回の開催時期）	配食サービス配達時、不在の心配。迷子から徘徊につながるおそれ。長男の役割が実行できるか等の問題がある。今回初めてサービスが導入されるので、各担当者間の情報共有と連携を図り様子を見ていく。 （次回の開催時期）プランがうまく進まないとき、関係者間だけで緊急に協議することもありうる。					