

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2014（平成 26）年度在宅医療助成事業
看取り期における医療・介護の連携を中心とした事例研究

事例集

平成 28 年 2 月

一般社団法人
日本介護支援専門員協会

はじめに

わが国では、4人に1人が高齢者という超高齢化社会を迎えており、同時に社会保障費の増大により、高齢者だけでなく、社会保障の運用は全世代にとって避けては通れない非常に重要な課題となっております。国においては、税と社会保障の一体化政策により目指す将来像を掲げ、消費税率の改定等の政策を進めているところです。

そのような中、高齢者が住み慣れた地域でその人らしく生活を継続するためには、介護力の確保だけでなく、地域全体で支える仕組みが必要であり、地域包括ケアシステムの構築が進められています。

地域包括ケアシステムでは「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう」考えられています。その「人生の最期」を住み慣れた地域で迎えることができるためには何が必要なのかをこのたび21例の看取り事例を集めて検証してみました。

介護支援専門員をはじめ、関係部局・各職能団体等において本事例集をご活用いただき、「住み慣れた地域での看取り」の参考にしていただければ幸いです。

末筆になりますが、本事業の推進にあたり、事例提供のご協力をいただきました介護支援専門員のみなさま、委員のみなさまに感謝申し上げます。

平成28年2月

一般社団法人日本介護支援専門員協会
会長 鷲見 よしみ

目次

はじめに

第1章 本書の使い方 P. 1

第2章 看取り期における医療・介護の連携を中心とした事例研究

事例A	最期まで自宅で過ごしたい（独居末期がん利用者の看取り）	P. 5
事例B	施設入所していた妻が、末期がんと診断され、急遽在宅に戻り家族で看取った事例	P. 12
事例C	大脳皮質基底核変性症のために発語なく全介助の状態の夫を妻が介護したケース 病状の進行が激しかったがチームケアで本人、妻を支えることができた	P. 19
事例D	終末期における在宅という療養の場所を考える	P. 25
事例E	当初は病院で最期を迎えると考えていた家族が自宅での看取りを決断した要因	P. 31
事例F	畳の上で最期を迎えたい ～本人・家族の想いに寄り添う支援とは～	P. 38
事例G	家業の農業をしながら、末期がんの母親を看取った事例 ～急激なレベル低下についていかないご家族の気持ちを支えた～	P. 45
事例H	「早く死んでほしい」と言いながら最期まで自宅で介護を続けた事例	P. 53
事例I	本人に余命宣告されず終末期を考える事例	P. 59
事例J	仕事をしながら胆管がん、アルツハイマー型認知症の母親を家で最期まで支えた 家族の事例 ～デイサービスやショートステイの利用をおこない本人や家族の思いを支える～	P. 66
事例K	最期まで住み慣れた家に拘った思いを尊重した看取り支援 ～妻から天国の娘のもとへ～	P. 72
事例L	最期まで自宅に居たいという本人の希望をチームで支援した事例 ～介護力が弱く、支援拒否があるケース～	P. 79
事例M	最期まで「自宅で過ごしたい」と言う利用者の思いに添って医療、介護の連携を 図ることで食べることに着目した事例	P. 86

事例N	正常圧水頭症が進行していく様々な機能低下に在宅において介護者を支える事例 ～新たに出現する症状やそれに伴う介護者（妻）、家族の思いを支えるチームアプローチ～	P. 93
事例O	最期まで住み慣れた地域で生活を過ごしたかったが家族に反対され叶わなかった ～病気の不安と望む生活の両立～	P. 100
事例P	生活保護で身寄りなし　がん発症から看取りまで	P. 107
事例Q	在宅ケアを選択することにより、自主性と主体性を取り戻すことができた事例 ～本人の最後の願いを叶えるためのチームアプローチ～	P. 114
事例R	認知症の母の今後を心配して最後まで在宅で過ごした利用者の看取り支援について	P. 122
事例S	「娘の世話になるわけにはいかない。でも一人は孤独」と強い不安を訴えていた が穏やかな最期を迎えることができた事例	P. 129
事例T	最期まで在宅で過ごす意思の強い親子の看取りについて	P. 136
事例U	がん末期をご本人の希望により、娘の協力の元、自宅にて過ごされた女性の事例	P. 142

検討委員

第 1 章
本書の使い方

第1章 本書の使い方

人生の最期を医療分野ではターミナル期と称し、介護分野では看取り期と称し、一般的には終末期と称する。しかし、本人はただ、人生を懸命に生きているだけです。よって、私たちケアマネジャーは、どの時期にあっても生活を支えることに変わりはありません。ただ、不安定な時期であるために医療に関する支援は必要となり、生活面のみを支えることだけでは、支援内容に不足が生じます。ここにケアマネジメントの困難さがあります。

本書では、最期まで生活を続けるケアプランに医療の視点を加えた事例を集め、利用者が最期まで自宅において生活できるケアプラン例を示しました。

以下に本書の使い方をお示しします。

事例の構成

I. 事例フェイスシート

- ・タイトル・サブタイトル
- ・基本情報・主介護者情報・看取り期の希望
- ・本人の生活像（ICFの項目を中心に）
- ・ジェノグラム(下記の記号で表示)
 - ・☐ または◎：本人 ・主：主介護者
 - ・○：女性、●：亡くなっている女性
 - ・□：男性、■：亡くなっている男性

II. ケアプラン 第1表

- ・全体像を示したのではなく、看取り期に関する部分を抜粋して簡略化したものとなっています。
- ・事例に関わる経過がある中、看取り期に関する部分でポイントとなるものを提示しています。

III. ケアプラン 第2表

IV. ケアプラン 第3表（主介護者を入れた週間タイムスケジュール）

V. 支援経過記録

- ・支援経過の中で支援のポイントとなる場面について本人・家族の思い、ケアマネジャーの思考、動きを挙げています。
- ・事例に対する在宅での看取り期における支援ポイントについて書かれています。

VI. 振り返り

VII. 委員からのコメント

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名	殿	生年月日	年	月	日	住所								
居宅サービス計画作成者氏名	I													
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地														
居宅サービス計画作成(変更)日	平成	年	月	日	初回居宅サービス計画作成日	平成	年	月	日					
認定日	平成	年	月	日	認定の有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	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	利用者の思いや家族の希望をそのまま記載しております。 話しができない状態にある場合は、表情などを記載しております。				
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	介護認定審査会の意見が介護保険被保険者証に記載されておりますので、その内容をそのまま転記しております。				
統合的な援助の方針	ケアマネジャーが、今後マネジメントをしていくに当たっての方針を記載しております。 <div style="border: 2px solid black; width: 300px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div>				
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 ()				

個人情報が特定できないように日付等は、全て「〇年〇月〇日」といたしました。

緊急時の連絡先の記載がある場合は全て「〇〇〇-〇〇〇〇」といたしました。

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 年 月 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

長期目標・短期目標・援助機関の表示は全て「H〇.〇.〇～H〇.〇.〇」としてしております。

ケアマネジャーが本人・家族および関係者から得た情報を分析し、問題点を抽出し、それを課題としてものを記載しております。

左記の課題を受けて、今後その課題を解決するための目標を長期と短期に分けて記載しております。
 長期目標の目安は、6か月～1年で短期目標の目安は3ヶ月～6か月ですが、利用者それぞれによって異なります。

左記の目標を達成するために何をすればよいのかを記載しております。

左記の内容を誰が行うのかを記載しております。

左記のサービスの内容の頻度とその提供期間を記載しております。

各サービス種別、それぞれにサービス内容を記載している事例もありましたが、紙面の都合上、まとめさせていただいたものもあります。

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								利用者の一日の生活 （起床時間・食事の 時間・就寝時間・趣 味活動）を記載して おります。
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

滞在時間を塗りつぶした例や家族が介護に要した時間を記載した例や家族の生活時間を記載したものなどいろいろありますが、ケアマネジャーそれぞれの方法ですので、そのまま掲載しております。

利用者の一日の生活（起床時間・食事の時間・就寝時間・趣味活動）を記載しております。

週単位以外のサービス	
------------	--

第2章

看取り期における

医療・介護の連携を中心とした事例研究

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

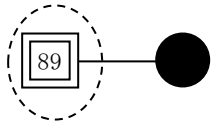
事例タイトル	最期まで自宅で過ごしたい(独居末期がん利用者の看取り)
---------------	-----------------------------

障害高齢者 日常生活自立度 (C2)	ADLの概要:平成25年1月、転倒により大腿骨骨折。手術をせず2月に退院。終末期を自宅で過ごすことになる。全く身体は動かさず、ベッド上の生活となる。
-----------------------------------	--

認知症高齢者 日常生活自立度 (IIIb)	退院当初は、自分の意向も言える状態であったが、2月中旬頃から認知症状も進行。年令も58才と言ったり、夜中も覚醒したりすることが多い。
--------------------------------------	--

本人基本情報	
89歳 男性 要介護5 身長160cm位 体重46kg	
家族構成	前年10月に妻を自宅で看取る。子どもはいない。
住環境・福祉機器等	マンションの5F(持家) 特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用マット
経済状況	厚生年金
性格	穏やか・真面目で曲がったことを好まず理を通す
生活歴・職業歴	大企業に勤務し、定年まで働く。
趣味・嗜好	読書・パソコン。元気な頃はパソコンで書類作りなどをしていた。

本人の生活像(10F)	
現病歴 健康面の強さ	上咽頭がん末期、肺がん 脳出血、左大腿骨部骨折
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	穏やかに自宅で過ごしたい
受診/服薬/処置	前年までは、電車に乗って受診をし、定期的に主治医による診察を受けていた。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	寝たきり
できる活動 できない活動	会話はできる。 動けない。 見えない。
参加・役割・交流	日常生活は、訪問介護。 医療面は、訪問診療・訪問看護。 書類・金銭は、成年後見人が定期訪問にて管理。
本人の希望・ 望む暮らし	終末期は、最期まで在宅で暮らしたい。
この生活に 生じている介護課題	自費にて住込のヘルパーを利用しているが、高額になってきている。

ジェノグラム


看取り期の希望(ご本人・ご家族)
【本人】 ベッド上での生活ができ、自宅で最期まで過ごしたい。

特記:長期間、難病(筋ジストロフィー症)の妻の介護をしてきた。夫婦二人三脚で難病と闘ってきた。

サービスの利用状況: 任意後見人・訪問診療(医療)・訪問看護(医療)・住込ヘルパー(自費)・訪問介護(自費)・福祉用具(特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用マット)(介護保険)・訪問入浴介護(介護保険)・オムツサービス
--

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 A 殿 生年月日 大正〇年 〇月 〇日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 平成〇年 〇月 〇日 初回居宅サービス計画作成日 平成〇年 〇月 〇日

認定日 平成〇年 〇月 〇日 認定の有効期間 平成〇年 〇月 〇日 ~ 平成〇年 〇月 〇日

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	本人：10月末に妻が亡くなり、一人の生活となった。生活全般に介助が必要なので援助をして欲しい。 後見人：難病の妻が亡くなり、一人での生活となったが、ご本人も大きな病気を抱えているためにできるだけ一人の時間を少なくするような援助をして欲しい。1月16日（水）に転倒し、大腿骨を骨折し、歩けなくなってしまったので、ベッド上で生活が楽に出来るように援助をして欲しい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
統合的な援助の方針	骨折により不自由な生活を強いられておられますが、在宅生活が最期まで継続できるように医療・福祉用具・自費によるサービスを中心に援助をしていきます。 主治医：〇〇クリニック TEL：0000-0000、〇〇大学病院 TEL：0000-0000 緊急連絡先：〇〇〇〇（任意後見人） TEL：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（ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

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
大腿骨骨折や目が見えないことによりできないことが増えてきた	在宅での生活を維持することができる	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	誤嚥の心配なく食事が摂取できる	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	買物代行・調理・後片付け・食事介助・吸引		住込ヘルパー（自費）	〇〇〇〇介護センター	毎日	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇
			室内やベッドがいつも清潔に保たれる	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	掃除・洗濯		住込ヘルパー（自費）	〇〇〇〇介護センター	毎日	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇
	病状が安定する	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	病状が悪くなったら、早めに対応してもらえる	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	バイタルチェック・吸引等		訪問看護（医療）	〇〇クリニック	毎日	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇
					病状の管理		訪問診療	〇〇クリニック	1回/週	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇
					通院介助		通院支援（区市町村の横出しサービス）	〇〇〇〇介護センター	必要時	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇
					通院による受診		受診	〇〇大学病院	必要時	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇

※1 「保険給付の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。

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

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
大腿骨骨折や目が見えないことによりできないことが増えてきた	在宅生活の維持	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	一人の生活に慣れ、精神的に安定する	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	ナイトケア・戸締まり。火の始末など。途切れることなく見守る。		住込ヘルパー（自費）	〇〇〇〇介護センター	毎日	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
畳からの立ち上がり不安定で安心して立ち上がりたい。また常時寝たきりの為背中にほっ赤が有りこれ以上悪化させたくない。	安心して起居動作ができ、床ずれができないようにする	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	起き上がりができ、一カ所に体重がかからないようにする	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	特殊寝台・特殊寝台付属品 床ずれ防止用マット	○	福祉用具貸与	〇〇〇〇	毎日	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
			身体の清潔を保つことができる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	入浴介助	○	訪問入浴介護	△△△△	週1回	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
				HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	オムツ交換・陰部洗浄・身体清拭		住込ヘルパー（自費）	〇〇〇〇介護センター	毎日	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
					オムツサービス		区市町村の横出しサービス	〇△〇		HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

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	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床 1日ベッド上
	10:00								
午前	12:00								朝食兼昼食
	14:00								
午後	16:00					訪問入浴介護			夕食
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								就寝
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								
	週単位以外のサービス		自費の訪問介護（24時間住み込み）、訪問診療、訪問看護（医療）、通院支援サービス、訪問マッサージ（医療）、 特殊寝台・特殊寝台附属品貸与・床ずれ防止用マット						

V. 支援経過記録

支援経過

平成19年2月 咽頭がん発症（～H19.8、H19.11～、H21.11～ 放射線治療）

平成23年6月 肺がん発症 → 温存療養

徐々に症状悪化。黄斑変性症発症。脊柱管狭窄症により歩行状態悪化。

平成24年2月 自費にて介護用ベッドレンタル

平成24年7月 要支援2から要介護1になる。

平成24年7月 後見人より、「耳鼻咽喉科の医師から『治療は難しくなり、在宅は困難。治療はないので、緩和しかない。入院は難しい。』と言われた。」との報告。

平成24年8月 ケアマネジャー、後見人と本人と一緒に大学病院に出向き、耳鼻咽喉科医師から「ホスピスを考える時が来た。」と告げられる。

平成24年9月 後見人より「妻が亡くなった場合を想定して緩和ケア病棟を申し込む予定」との連絡がある。

平成24年10月 妻の容態悪化。本人眠らず妻の介護。10月末。妻逝去。

平成24年11月 独居生活が始まる。

本人は、「もう大病院には行かない。」と言う。

平成24年12月 訪問医 週1回訪問。食事量減る。

平成25年1月 自宅で転倒。救急車にて大学病院へ。

左大腿骨骨折。右脳出血。手術はしないことになる。

本人、「気をつけていたけど、失敗したなあ。」と悔しがる。1月末、区分変更。

平成25年2月 特殊寝台・特殊寝台付属品。床ずれ防止マット搬入後、退院。住込ヘルパーを開始。

本人徐々に認知症状悪化。昼夜逆転、自分の年齢も分からなくなる。多弁になる。体位交換などを行うも左足踵部、腓腹部、仙骨部に軽度の褥瘡。食事はペースト状になる。

平成25年3月 訪問看護より状態が安定しているので、訪問入浴介護の利用の提案あり。3月15日入浴。

3月19日 訪問看護より17日より状態悪化の連絡。

訪問入浴介護中止となる。発熱、酸素療法24時間。

平成25年4月4日 主治医より電話にて「死亡確認」の連絡。各事業所に連絡を入れる。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：筋ジストロフィー症の妻より、「私一人になるか夫が一人になるかどちらになるのか。」と言われる。

後見人が本人と一緒に病院へ行き、医師からの話を伝達してくれたため、生活に密着した対応が早急にできた。

ケアマネジャー：妻の状態が悪化したことにより、

○一人での在宅生活

○緩和ケア病院への入院状態を想定し、選択肢を二つにした。

ケアマネジャー：骨折後の手術は、本人の意思で行わないことになり、退院となる。本人の意思を尊重し、後見人・主治医・ケアマネジャーと連絡し合い、主治医が中心になり、在宅で最期まで慌てず看取りまで過ごすことができた。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 訪問医が指示的立場で、中心になると宣言をしてくれたこと。
- チーム全体が、在宅で最期までという意識が行き渡り、落ち着いてケアに望むことができたこと。
- 現場の訪問介護・住込ヘルパーが、ゆったりとした気持ちをいつも醸し出していたこと。
- 亡くなる前に希望の入浴もでき、認知症状が出てもケアをする人々に不穏になるようなこともなかったこと。

VI. 振り返り

在宅での看取りは、チームのそれぞれが、自分の立ち位置をしっかり持ち、必要な時に自分のすべき仕事を行っていけば、何も慌てることもなくどんなときでも最期を迎えることができると思う。

VII. 委員からのコメント

事例提供者も仰っていますが、訪問医がこのチームを主導したことは大きなポイントだと思います。また、住み込みヘルパーの存在が心身両面において大きな要素ではないでしょうか。経済力も在宅看取りの一つの要素になると思われます。

独居で認知症が有る事例でも、しっかり主治医及びサービス事業者と連携が取れて本人の望む生活が出来た事例であると思います。

骨折後の手術は行わないなど本人の意思確認をその都度的確に行って情報共有していることが、チーム内の支援のありようを確実に方向づけている。ケアマネジャーがその段取りを推進していることがわかる事例です。

自費のヘルパー・成年後見人・医療保険によるサービス・介護保険によるサービスと多方面からの援助をマネジメントしなければならず、調整には時間がかかったと思いますが、本人の望み通り、最期まで自宅で過ごすことができたのは、ケアマネジャーの力量があったからかと思います。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

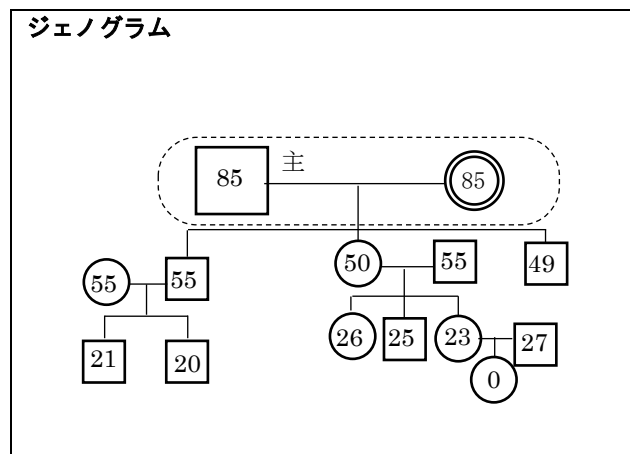
事例タイトル	施設入所していた妻が、末期がんと診断され、急遽退所し在宅にて家族で看取った事例
---------------	---

障害高齢者 日常生活自立度 (B 1)	ADLの概要 高度な認知症。入所中に膵がん末期・脊椎卵巣に転移と診断。日常生活全般に介助が必要な状態。
-------------------------------------	--

認知症高齢者 日常生活自立度 (IV)	認知状況の概要 BPSD症状が強く、徘徊・介護拒否・昼夜逆転・放尿等の問題行動があった。
-------------------------------------	---

本人基本情報	
85歳 女性 要介護4 身長150cm 体重48kg	
家族構成	同じ年の夫と二人暮らし 3人の子供がいる。
住環境・福祉機器等	ビルの3階に居住。ホームエレベーター付き。特殊寝台・ポータブルトイレ使用。
経済状況	資産運用にて生活。 介護費用については、特に上限は設けていない。
性格	元々は穏やかだったが、マイペースで攻撃的になることが多くなった。
生活歴・職業歴	裕福な家庭に生まれた。結婚後は、夫が本人の実家の家業を継ぎ、一緒に家業を営んでいた。途中で貸しビル経営に切り替えたため、主婦業に専念した。
趣味・嗜好	太極拳（指導も行っていた） バレエ・洋裁

本人の生活像（ICF）	
現病歴 健康面の強さ	平成16年アルツハイマー型認知症を発症。平成25年リウマチ性多発筋痛症。平成27年2月膵がん末期・脊椎卵巣がん転移。
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	疼痛コントロールが必要な状態。 家族：末期の宣告を受けたため、痛み等の苦痛がないように、寂しくないようにしてあげたい。
受診／服薬／処置	訪問診療を利用して疼痛管理を行なった。必要時に家族が連絡して訪問を依頼。 服薬は機嫌によりできる時とできない時がある。点滴・貼薬・座薬使用 後半吸引器を使用
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	痛みのコントロールができていない時は、多少の水分と好きなパンやフルーツを食べる。支えあれば座位可能。尿意あり。
できる活動 できない活動	全介助でポータブルに移乗し排泄ができる時もあった。調子が良ければ、好きな物を少し食べることができた。歩行不可。日常生活動作も全介助。
参加・役割・交流	夫をはじめ、子供達や孫、長女の友人が交代で介護をしていた。
本人の希望・望む暮らし	なるべくトイレで排泄したい。 家族に最期を見守られたい。
この生活に生じている介護課題	24時間、目が離せない状態のため、家族に介護疲れが見え始めていた。



看取り期の希望（ご本人・ご家族）
本人：一人は寂しい 夫：残されている時間が限られているなら自宅で看取りたい

特記

サービスの利用状況
訪問診療／（居宅療養管理指導）必要時 訪問看護（医療保険）／特別指示書にて毎日 訪問介護／（身体30分）月～土 1日2回 訪問入浴／週1回 福祉用具貸与/特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回・紹介・継続

認定済 申請中

利用者名 B 殿 生年月日 ○年 ○月 ○日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 I _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

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

認定日 平成 ○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ～ 平成○年 ○月 ○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	本人：一人は寂しいわ。 夫：施設入所中に末期がんと診断された。残されている時間が限られているのなら、自宅で看取りたい。 長女：朝と夜間の見守りはできるが、日中の介護はできない。痛みを取り除いて、清潔に過ごせるようにしてあげたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
統合的な援助の方針	認知症による周辺状態が悪化し、ご主人との2人の生活が難しくなったため、昨年5月に有料老人ホームに入所されていましたが、2月に意識を消失し検査の結果肺癌末期と診断されました。施設では、疼痛コントロールを行ないながらの看取りの体制がなく、それなら一刻も早く自宅での介護に切り替えたいと家族の希望があり本日自宅に戻られました。残された時間は、大切な家族と楽しく過ごせるようにサービスを調整します。 医療と連携を取りながら、清潔で安楽な生活が1日でも長く続くように支援をさせていただきます。 緊急連絡先 夫 ○○○-○○○-○○○○ 主治医 クリニック ○○○-○○○-○○○○
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（ _____ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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	
膀胱がん末期と診断。残された時間を家族と穏やかに過ごしたい。	最後まで大好きな家族と穏やかに過ごせたい。	HO.○.○ ～ HO.○.○	家でも医療を受けて安心できる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	診察・疼痛コントロール 服薬点滴の管理・緊急時の対応	○	訪問診療 居宅療養管理指導	○在宅 診療所	必要な時	HO.○.○ ～ HO.○.○	
					全身状態・点滴・服薬・疼痛の管理/排便コントロール・爪切り/家族支援/緊急時の対応		訪問看護 緊急時訪問看護加算 初月初回加算		○訪問 看護	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
			少しでも好きな物を食べる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	食事介助・水分補給	○	訪問介護 家族		○訪問 介護事業所 家族	1日3回 程度 適宜	HO.○.○ ～ HO.○.○
			きちんと服薬ができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	服薬介助（ゼリー使用）	○	訪問看護 家族		○訪問 介護事業所 家族		HO.○.○ ～ HO.○.○
			自分のリズムで排泄ができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	排泄介助（おむつ交換） ポータブルトイレの利用	○ ○	訪問介護 家族 祉用具貸与		○訪問 介護事業所 家族 ○事業所	1日3回 程度	HO.○.○ ～ HO.○.○
畳から安心して立ち上がりたい。	起位動作が安心してでき、床ずれができないようにする。	HO.○.○ ～ HO.○.○	楽に立ち上がりができ、ほっ赤が悪化しないようにする。	HO.○.○ ～ HO.○.○	特殊寝台3モーター 特殊寝台付属品 床ずれ防止用具	○	福祉用具貸与	○事業所	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○	
清潔に暮らしたい。	清潔に暮らしたい。	HO.○.○ ～ HO.○.○	清潔にして気持ち良いと感じる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	モーニング・イブニング ケア 更衣・部分清拭・ 口腔ケア	○	訪問介護 家族	○訪問 介護事業所	週6日 週1日	HO.○.○ ～ HO.○.○	
					入浴介助（状態により部分浴）	○	訪問入浴	○入浴	体調の良い時（週1～2回）	HO.○.○ ～ HO.○.○	

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 B 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	家族対応	起床モーニングケア・朝食
	10:00	訪問看(医療)	訪問看(医療)	訪問看(医療)	訪問看(医療)	訪問看(医療)	訪問看(医療)	訪問看(医療)	おむつ交換 点滴開始(訪問看護)
午前	12:00								昼食
	14:00					訪問入浴 <small>(体調により日時変更)</small>			点滴終了(家族) おむつ交換
午後	16:00								
	18:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	家族対応	イブニングケア おむつ交換
夜間	20:00								就寝
	22:00	夜間は長女が対応 必要に応じ吸引							
深夜	24:00								
	2:00								おむつ交換
夜	4:00								

週単位以外のサービス	居宅療養管理指導(訪問診療)・訪問看護(必要時)	福祉用具貸与(特殊寝台3M・特殊寝台付属品・床ずれ予防具)
	状態により自費ヘルパー利用	

V. 支援経過記録

支援経過

平成27年2月24日

昨年の5月まで6年間担当していたが、認知症の問題行動が悪化し夫による介護が難しくなったため、有料老人ホームに入所した。2/11に腓骨末端・脊椎・卵巣にも転移ありと診断される。ホームに、24時間医療の体制がないと言われ、「残された時間が限られているのなら自宅で看取りたい。可能ならなるべく早くサービスを調整して欲しい」と夫より相談を受ける。

平成27年2月25日

入所先にて本人・夫と面談しアセスメント実施。施設長・看護師より状態を確認。病状については、担当医と連絡を取り情報を得た。医療系は、一番近くてフットワークの軽い〇〇在宅診療所と24時間対応の〇〇訪問看護ステーションで調整する。状態と家族の介護力から考えて訪問介護・訪問入浴。福祉用具は、退所前に特殊寝台3モーター・特殊寝台付属品・現在殆ど起き上がれず食欲が低下しているため床ずれ防止用具・ポータブルトイレを準備。（本日夕方納品手配）〇〇在宅診療所・〇〇訪問看護ステーションへ取り寄せた診療情報提供書を送る。明日午前中の点滴を終えた14時に退所。その後、自宅にてサービス担当者会議を開催することにした。

平成27年2月26日

帰宅に合わせ、サービス担当者会議を開催。医療を中心とした看取りの体制のチームができた。痛みに合わせて、麻薬の量を調整して行くことに決まる。

平成27年2月27日

初めての訪問入浴。初めは拒否があったが、お湯に浸かったら機嫌が良くなり気持ち良さそうにしていたと夫から連絡が入る。ポータブルで排便もあったと訪問介護より報告あり。

平成28年2月28日 モニタリングのため訪問
痛みが強くなり、主治医と相談しモルヒネの座薬を使用。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

本人は、認知症で家族のことも余り認識していないが、一人では寂しいという発言あり。家族は、最期まで施設で介護してもらおうつもりだったが、それができなくなったことをきっかけに在宅での看取りに踏み切った。

ケアマネジャー：余命が1週間～1ヵ月程度といわれている。それなら家族は頑張れると考えた。

ケアマネジャー：短期間での連携構築が必要と思われ、主治医を含め、サービス事業者は、良く知っている所に頼み、家族の精神的な面の支援についてもお願いした。

医療系は、一番近くてフットワークの軽いところにした。

状態と家族の介護力から考えて訪問介護・訪問入浴も必要だと思った。

ケアマネジャー：10年以上続いている介護なので、なるべく家族の負担を減らし、満足感のある家族の時間を過ごしてもらいたいと思いケアプラン原案を作成した。細かい状態の変化等が簡単に共有認識できるように連絡ノートを活用した。

ケアマネジャー：何年も入浴拒否があり、上手くいくか心配だったが気持ち良さそうだったので安心した。

支援経過

日内変動あるが、訪問時本人の意識ははっきりしており、話しかけると「はいはいはいはい」とベッド上で返答する。疼痛コントロールはできていることを確認。

平成27年3月3日

主治医より居宅療養管理指導報告書

訪問看護STより報告書、訪問介護・訪問入浴からの報告書を確認。

本人が点滴を抜去するため、点滴は中止して、口から好きな物を摂るようにしていることを確認。1日2～3回は介助にてポータブルトイレで排尿できている。

平成27年3月4日

訪問看護サービス時にモニタリングのため訪問

寝ている時間が多くなってきている。家族の疲労が見え始めているが、次男の妻や、長女の友人が見守りを手伝ってくれている。好きなパンやフルーツを少量ずつ食べることができているが飲み込む力が弱ってきている。主治医に連絡して吸引器の導入について確認を行い、導入が決定する。モルヒネ座薬は3時間毎の指示が出ている。

平成27年3月5日

吸引機の納品に立会う。長女を中心に使用方法の説明を受ける。2回目の訪問入浴は、拒否なくできており気持ち良さそうにしていた。

平成27年3月6日

朝食食べたイチゴゼリーを誤嚥したため、訪問看護に連絡し吸引してもらったと長女より報告を受ける。

もう時間の問題で、家族は覚悟ができているとのこと。

平成27年3月9日

5時ごろに静かに息を引き取ったと夫から連絡があった。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

夫：急いでサービスを調整してくれて感謝している。夜間は娘が横に寝てくれているし、外出する時は娘の友人が来てくれているから何とかなっている。とにかく苦しい思いはさせたくない。

夫：必ず誰か傍にいて寂しくないようにしている。

ケアマネジャー：好きな物を食べてもらいたいが、誤嚥が死因にならないか心配。

ケアマネジャー：入浴は、体力を消耗するため、主治医に確認した。バイタルに異常が無ければ入って良いとの回答。

連絡を受けてから、直ぐに訪問。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 利用者が主体であることをケアチームで確認。
- 方向性の統一認識を図る。
- 利用者が意向を示せない場合は家族の意向に沿うが、予後予測を伝えながら、状態の変化に備えられるようにする。
- 状態が変化した場合、速やかに医療・介護・家族より状況を確認し、状態に合った環境やサービスをリアルタイムに調整する。

VI. 振り返り

家族が自宅で看取することを決断し、施設から在宅に戻って12日間という短い期間だったが、状態の変化に合わせ、疼痛コントロールや、吸引器の導入等、調整を行うことができた。

高額な入所一時金を支払って、看取りまでお願いする予定だったが、末期がんと診断され24時間の医療体制がないという理由で在宅に戻された事例。急な依頼だったが、過去に人間関係ができていたからこそ、直ぐにケアチームが整ったのだと思う。家族に寄り添うこともでき、家族も満足されていた看取りの事例だと感じた。

VII. 委員からのコメント

ご本人・ご家族のアセスメントと合わせて、事業者のアセスメントも大切ですね。そして、日頃から地域資源の情報収集を行い、関係性を築いていたことにより、迅速な支援ができたと思います。

急な在宅への移行に素早く対応しサービスを調整したのはケアマネジャーあってこそその連携です。最期にもう一度在宅でというケースは今後も考えられるので、その際にはケアマネジャーの存在が必須になります。

ケアマネジメントを進めるのにあたり、ラポール形成は必須でありしっかりラポール形成ができており、またインフォーマル(家族)も含めたプランで看取りができた事例だと思います。

ケアマネジャーの持つ情報として、地域にどのようなサービスが存在し、そして、そのサービスにはどのような特徴があるのかまで把握しておくことが必要です。加えて、在宅における看取りを支援するためには、スピード感をもってチームを作り上げることが必要になります。本事例では、それが十分に行われており、事例提供者の日頃の努力の成果であろうと推察します。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

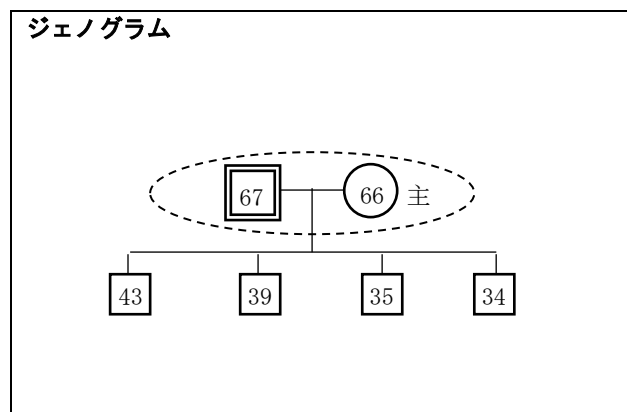
事例タイトル	大脳皮質基底核変性症のために発語なく全介助の状態の夫を妻が介護したケース 病状の進行が激しかったがチームケアで本人、妻を支えることができた
---------------	--

障害高齢者 日常生活自立度 (C2)	ADLの概要 難病のため立位保持できず 全身硬直して上肢、下肢に拘縮がある
-----------------------------------	---

認知症高齢者 日常生活自立度 (M)	認知状況の概要 発語なく問いかけに反応しないが嫌なことをすると身体 の拘縮が激しくなる
-----------------------------------	---

本人基本情報	
67歳 男性 要介護5 身長170cm 体重42kg	
家族構成	妻と二人暮らし 子は男4人
住環境・福祉機器等	エレベーターなしの3-4階
経済状況	本人の年金、貯蓄あり
性格	頑張り屋 リーダーシップがとれる
生活歴・職業歴	元、車関係の会社経営
趣味・嗜好	音楽 祭り

本人の生活像 (ICF)	
現病歴 健康面の強さ	大脳皮質基底核変性症 尿路結石
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	胃ろう造設 尿路結石 辛さがあるようで大声をあげる。妻は辛さの解決ができないことに悩んでいる
受診/服薬/処置	訪問診療月2回、訪問看護週3回 妻が胃ろうから服薬カテーテル交換状況に合わせてする 胃ろうカテーテルは3-4か月に1回交換し尿カテーテルは尿の流れが悪くなった時に交換する
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	発語なく意思表示困難 全身硬直しているが就寝時はやや軟らかくなる
できる活動 できない活動	工夫すればソファに一定時間座位保持できるが一般的には困難で妻の強い願いで実現している
参加・役割・交流	家族、孫が定期的に来てくれて本人は表情が和む
本人の希望・ 望む暮らし	妻：できるだけ生きていたい。車が好きなのでデイスービスの行き帰りのドライブ等喜ぶと思う
この生活に 生じている介護課題	介護に力が必要なので妻に全身の疲れがある。胃ろうがあるので長時間外出できない



看取り期の希望
(本人) どのようになっても生きていたい (妻) 夫の希望を叶えてあげたい。自宅で看取ってあげたい

特記

サービスの利用状況
訪問入浴週2回 福祉用具(ベッド 車いす 床ずれ防止用マット) 定期的レスパイト入院 訪問介護週6回 訪問リハビリ週2回 訪問看護週3回(医療 難病)

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 C 殿 生年月日 ○年 ○月 ○日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 I _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 居宅介護支援事業所 _____

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

認定日 平成○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ～ 平成○年 ○月 ○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	(本人) いつまでも生きていたい。 (妻) 夫は元気なころどんな状態でも生きていたいと話していた。できるだけ本人の意向に沿ってあげたい。 自宅で人間らしい生活を送らせてあげたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
統合的な援助の方針	疾患のためベッド上の生活が主になっておりますがご本人の願い、ご家族の願いが実現できるように介護サービスを計画して参ります。 病状が不安定ですので医療機関と連携して病状の安定を図り奥様に介護疲れがありますので一定時間外出できるようにいたします。 緊急連絡先 妻 ○○○-○○○-○○○○ 主治医 ○○病院 ○○先生 ○○○-○○○-○○○○
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 ()

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
病状を悪化させず維持する	自宅で変わらず生活できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	栄養、服薬がしっかりと摂れる	HO.○.○ ～ HO.○.○	①妻が胃ろう、服薬管理をする ②妻に代わって看護師が胃ろう、服薬管理をする ③医師が診察する		家族 訪問看護（医療） 訪問医療	妻 ○訪問看護ST ○病院	毎日 週3回 月2回	HO.○.○ ～ HO.○.○
身体状態を悪化させず維持する	拘縮が進まないようにする	HO.○.○ ～ HO.○.○	一定時間ソファに座っている	HO.○.○ ～ HO.○.○	①リハビリをする ②妻と家族が本人をソファに座らせる ③ヘルパーが本人をソファに座らせる	○ ○	訪問リハビリ 家族対応 訪問介護	○病院 ○事業所	週1回 週6回	HO.○.○ ～ HO.○.○
身体をきれいに保つ	いつもきれいな身体でいられる	HO.○.○ ～ HO.○.○	自宅で入浴できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	①訪問入浴利用して洗身する	○	訪問入浴	○訪問入浴	週2回	HO.○.○ ～ HO.○.○
必要な時に外出することができる	安全に階段昇降して外出できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	階段昇降し外出ができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	①ヘルパーが背負って階段昇降する ②介護タクシーを利用する	○	訪問介護 介護タクシー	○事業所 ○介護タクシー	利用時 利用時	HO.○.○ ～ HO.○.○
食べられる楽しみがある	好きな物を食べることが出来る	HO.○.○ ～ HO.○.○	ゼリー、プリン等食べることが出来る	HO.○.○ ～ HO.○.○	①経口で安全に食べられるようにリハビリする ②妻がゼリー、プリンをゆっくり食べさせる	○	訪問リハビリ 家族	○病院 本人 妻	週1回 毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
毎日妻に介護してもらえる	妻が毎日介護することが出来る	HO.○.○ ～ HO.○.○	妻が自分の時間を持ち介護する余力がある	HO.○.○ ～ HO.○.○	①病院に一定期間レスパイト入院する		医療機関	○病院	利用時	HO.○.○ ～ HO.○.○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 C 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								モーニングケア尿カテーテル管理 妻が胃ろう注入
	10:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護		週2-3回排便
午前	12:00	訪問看護		訪問看護		訪問看護			妻 看護師が胃ろう注入
	14:00	訪問入浴	訪問リハビリPT		訪問入浴				ソファに座る
午後	16:00		訪問リハビリST						
	18:00								妻が胃ろう注入 ベッドに移る
夜間	20:00								昼夜問わず大声を出す
	22:00								
深夜	24:00								夜間妻がおむつ交換
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	車いす 特殊寝台 床ずれ防止用マット 居宅療養管理指導 レスパイト入院 午前中妻はマッサージに行く
------------	---

V. 支援経過記録

支援経過

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

平成16年

言葉が縛れる・自動車事故（自分から道路に出てしまった）・経理が合わなくなったという症状が出た。

平成17年9月

若年性認知症と診断される。

平成19年4月

介護保険によるサービスの利用開始

毎日妻と散歩していたが困難になってきているので通所介護利用希望

平成19年5月

通所介護、短期入所生活介護利用するも本人の落ち着きがなくサービスが適切に受けられない。サービスを多く利用できないことで妻の不満が多かった。

平成19年9月

サービス担当者会議を開催。

担当者と話した結果、他の通所事業所に変更することになり毎日通所介護が利用できるようになる。

平成21年12月

顔が痙攣したと相談がありケアマネジャーの提案で神経内科を受診する。大脳皮質基底核変性症と診断される。同時に難病、身体障害者手帳申請。施設は本人の飲み込みに強い不安がある。

平成22年4月

ショートステイ中に食事摂取困難になり入院、胃ろう造設。担当医から在宅生活困難と判断されたが妻の強い意思で在宅生活に戻る。在宅医に変更。医療チームを中心としたサービスを計画する。

平成22年6月

嚥下の評価をしてもらいゼリーが摂取できることになった。

平成24年5月

体調悪く発熱が頻繁にあり排尿障害あり、入院。尿路結石、敗血症と診断され一時危篤状態になる。

平成25年6月

病状悪化。主治医はどこまで治療すべきか判断に苦慮したが本人が元気なころ「どんな形でも生きていたい」という言葉があったことを担当者で確認し治療継続する。

平成25年9月

レスパイト中に急逝。妻は自宅で看取ることができずショック状態。暫く病院近くに行けなかった。

妻：他の人はサービスを希望しただけ利用できるのに夫は何故できないのか？

ケアマネジャー：本人が多動で介護が難しい。受け入れてくれる施設が見つからない。本人、妻の希望に合ったプランが作成できず行き詰った。

精神科医：介護保険利用するために若年性認知症と診断しているが実は多動で検査できないので確定診断はできていない。

神経内科医：もう少し早く受診できていれば何とかなったが進行しているので難しい。

ケアマネジャー：相談できる医師が見つかったので安心した。

ケアマネジャー：妻は上手に食事の介助しているが施設は妻のようにできない。介護担当者は嚥下困難と判断しているが妻は経口で問題ないと介護の方法で意見が一致しない。どのように判断したら良いか苦慮しているうちに本人の状態が悪化してしまった。

妻：自宅は困難と主治医の判断があり絶望してしましたが医療中心の在宅チームができて夫は人間らしい生活ができているとプランについて納得している。

ケアマネジャー：医療、介護のチームケアが構築され情報交換も頻回に行われた。

主治医：何回も治療継続すべきか悩んだが本人の願いが生きていたいということだったので最後まで治療することにした。

ケアマネジャー：人間らしい生活を妻は希望していてそれがソファに座ること。経口摂取することだった。困難な状況であったが妻の思いに応えようと考えた

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 何回もサービス担当者会議を開催して顔の見える関係作りをおこなった。
- 関係者間でノートを活用して情報を共有した。することができた。
- 妻がケアマネジャーに対して常に本音で話してくれた。そして、その妻の本音をケアマネジャーから各担当者に「家族はこう考えている。これについては本音ではない」等と伝えた。
- 担当者から報告があれば頻回に自宅訪問して状況確認しケアマネジャーが自分の目で見て事実を関係者に伝えるように努力した。
- チームのそれぞれの担当者のスキルが高かった。

VI. 振り返り

今回の事例は本人の病気が進行してしまい自分の意思が表出できないため、本人を支える妻の強い思い、願いを担当者が支え、実現したケースであった。サービス開始時から病名が確定するまではサービスが上手く機能せず医療機関に相談しづらい状態であったためケアマネジャーとして限界を感じたことがあった。数年経ち、病気が進行したことがきっかけで神経内科を受診することができ、病名が確定してからは医療、介護連携ができるようになりチームケアの力強さを感じケアマネジャーとして本人、家族の願いが叶えられるかもしれないと思えるようになった。

妻は夫に「人間らしい生活をさせてあげたい」と願っていたが、医療、介護連携ができるようになってからは胃ろう、全身硬直して固くなっている身体にも関わらず「ソファに座る」「ゼリーを食べる」「通所する」ということもできるようになり妻の願う人間らしい生活が実現できたと感じている。最後は大声をあげて叫ぶ本人を支えるため、苦しさの原因の追究、緩和の方法等医療ができる限りの知識、技術を提供しその情報のもと介護が連携して素晴らしいケアができたと考えている。ただ残念なことはレスパイト中に突然亡くなり妻の自宅で看取ってあげたいという願いが叶えられなかったことであった。

終了後デスカンファレンスを開催しプラン提供について振り返りができ、今後の医療、介護連携について振り返りができたことは有意義であった。

VII. 委員からのコメント

正確な診断、適切な治療・処置はとても大切です。神経内科受診を勧めたことは有効な支援であったと思います。精神科医の意見をきちんと聴取していたからできたことではないでしょうか。そしてその後も、主治医や関係者と情報交換・共有を密に行うことで有効なチームが形成されたと思います。

本人と家族（妻）の想いに徹底的に寄り添うケアマネジャーの姿が見えます。病状の不安定さやそれに伴う支援者への対応の中で、ケアマネジャーが中心になったからこそできた終末期だったと思います。

本人・主介護者である妻の意向に沿って、医療との連携を図り利用者の望む生活を支援できた事例だと思います。

ケアマネジャーが関わる事例の中には、受診ができていない場合や主治医と上手くいっていない場合があります。しかし、医療なき介護はありません。本事例も当初は、医療情報のないまま勧められケアマネジャーはかなり不安だったと思います。しかし、主治医に相談できるようになってからは積極的な連携をし、それが功を奏したのではないかと思います。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

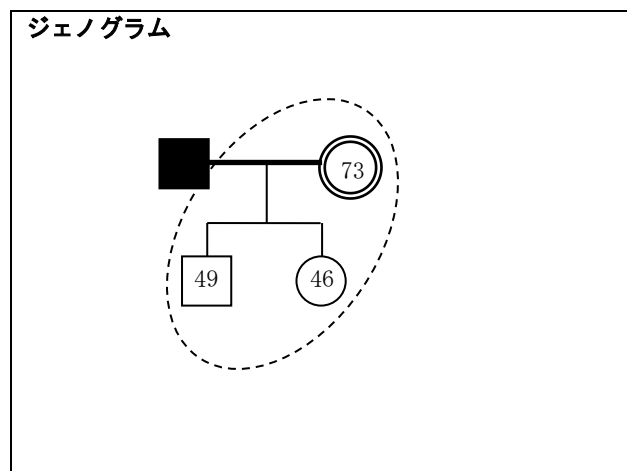
事例タイトル	終末期における在宅という療養の場所を考える。
---------------	------------------------

障害高齢者 日常生活自立度 (C 2)	ADLの概要 全身関節リウマチで骨萎縮、筋力低下が進行し、30年位は寝たきりの生活、身の回りはすべて介助が必要である。
-----------------------------	--

認知症高齢者 日常生活自立度 (II a)	首を縦・横に振ったり、口を動かし意思を伝えようとする。
-------------------------------	-----------------------------

本人基本情報	
73歳 女性 要介護5	
家族構成	本人・長男(未婚)・長女(未婚)の3人家族
住環境・福祉機器等	山間地域 母屋の続きに本人専用の部屋がある。在宅酸素機器、介護ベッド
経済状況	自営業、年金の生活
性格	精神力が強い、気分は変わりやすい
生活歴・職業歴	地域、親戚の付き合い、しきたりをも守ってきた
趣味・嗜好	話好き

本人の生活像(10F)	
現病歴 健康面の強さ	全身の関節リウマチが進行し40年間にわたる療養生活を続けている。呼吸不全、心肺機能低下で何度も危機的な状況乗り越えている
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	本人：苦しみは変わらない 娘：とても強い人なので、本人がしてほしいことはやっていく
受診/服薬/処置	週1回の訪問診療、経管栄養、気切部のガーゼ交換、ネブライザー、吸引は頻回である
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	声が出せるようになれば、自分の声で意思を伝えられるようになる
できる活動 できない活動	体を起こし座ったり、車椅子移乗ができない。
参加・役割・交流	子供たちにとっての母親であり、かけがえのない存在である。
本人の希望・望む暮らし	苦しみからは解放されたい 自分の家で暮らしたい
この生活に生じている介護課題	インフォーマルサポートや、必要なサービスの不足



看取り期の希望(ご本人・ご家族)
胃ろうの造設は拒否した 延命に係る処置(人工呼吸器など)はいらない

特記
吸引は頻回で粘稠痰が多い。経鼻カテーテルからは栄養と薬、水分の補給で心身には苦痛が強い

サービスの利用状況
居宅療養管理指導： 訪問診療 訪問看護： 週4日(介護) 訪問介護： 週3日 福祉用具貸与 (エアマット、テーブル) 在宅酸素機器、吸引器(レンタル)

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
自宅で安心して暮らしたい	好きなテレビやラジオを聞いて過ごす	HO.○.○ ～ HO.○.○	安定した状態で過ごす	HO.○.○ ～ HO.○.○	健康チェック 訪問診療 内服管理指導 緊急時の24h体制		居宅療養管理指導	○○内科	週1日	HO.○.○ ～ HO.○.○
					処置(ネブライザー、経管栄養、吸引、ガーゼ交換) 清拭ケア(着替え、洗髪、清拭) 排泄ケア 症状の把握と共有を図る	○	訪問看護	○○ST (24H連絡体制) ○○訪問看護	週2日 週2日	HO.○.○ ～ HO.○.○
常時寝たきりの為ほっ赤有り床ずれ予防をしたい	床ずれが出来ないように行う		ほっ赤が悪化しないようにする		エアーマットレス テーブルレンタル 吸引器レンタル 吸入器購入	○	福祉用具貸与	○○	1日/月	HO.○.○ ～ HO.○.○
					酸素1ℓ持続 栄養、水分、ポカリスエット注入によるエネルギー源の確保		医療 家族	○○病院 長女	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
清潔を保って気持ちが安定する	清潔な体で過ごす	HO.○.○ ～ HO.○.○	①気分が安らぎ安定する ②湿疹や床ずれなどの予防	HO.○.○ ～ HO.○.○	吸入 吸引 オムツ交換 清拭 着替え 皮膚観察 清拭 スキンケア	○ ○	訪問看護 訪問介護	○○ST ○○訪問看護 ○○訪問介護	週2日 週2日 週3日	HO.○.○ ～ HO.○.○
不安や苦痛を理解してほしい	家族と自宅で過ごせる	HO.○.○ ～ HO.○.○	本人の意見を理解できるように伝え合うことに努める	HO.○.○ ～ HO.○.○	気持ちをどう理解していけるか確認していく 家族介護の負担を軽減する レスパイト対応		居宅介護支援 チームケア 医療	○○ ○○病院	常に 必要時	HO.○.○ ～ HO.○.○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 D 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								ネブライザー 吸引 オムツ交換 朝食 薬 水 500ml
	10:00								吸引 オムツ交換
午前	12:00								
	14:00					訪問診療			昼食 薬 水 500ml
午後	16:00	訪問看護		訪問看護					清拭 スキンケア
	18:00		訪問介護			訪問看護	訪問介護	訪問介護	ガーゼ交換
夜間	20:00								ネブライザー 吸引 夕食 薬 水 500ml
	22:00								ネブライザー 白湯 200ml
深夜	24:00								吸引 オムツ交換
	2:00								吸引
夜	4:00								吸引

週単位以外のサービス	居宅療養管理指導：訪問診療 在宅酸素 24h 10
	福祉用具：エアーマットレス テーブル ネブライザー

V. 支援経過記録

支援経過

平成27年4月

呼吸不全で心肺機能の低下もあり一時危篤状態となり、人工呼吸器を装着し経過観察中である。

平成27年5月

気管切開し、酸素吸入している。経鼻カテーテルから栄養注入をする。意識状態清明でうなずき対応できる。

平成27年6月

人工呼吸器を外す。回復期病棟へ移り主治医・家族と今後の経過、治療方針について説明と相談をする。本人はベッドから離れられない、発声できず、食べられない状態になっている。酸素10/minにて24h。
粘調痰の吸引は頻回である。ネブライザー、流動食の管理など家族への医療指導と退院指導を実践していく。
入院中、退院に向けての医療連携カンファレンスを3回開催した。

平成27年7月

退院し、在宅療養となる。痰が多く吸引やネブライザーが頻回1週間程で栄養や薬のトラブルが発生した。ケアに時間がかかる。緊張と疲労で介護者（娘）は不安と自信をなくしてしまった。

・サービス担当者会議の開催

小康状態といえるが、吸引や処置も多く、家族は仕事と生活が忙しく、本人も声が出せない状態で表情が険しくなっている。「何もしないでほしい。死にたい。」と拒否反応もある。

平成27年8月

急に親戚に不幸があり、家の付き合いもあり兄妹で出席することを本人も望んでいる。娘より看護の応援を頼まれた。土日のほとんどを近所に住む親類に頼んで外出することになった。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

家族：娘も親戚も毎日病室を訪れ、これからどうなるのか不安な気持ちを抱えている。

本人：問いかけにうなずき「家に帰りたい」という意思表示を確認した。

ケアマネジャー：在宅医療、介護連携、生活サポートの体制は整えられるのか。

病棟（主治医、看護、退院調整看護師）、在宅医師、訪問看護、ケアマネジャーとで情報共有と、経過報告に努めていく。

本人：胃ろうは拒否している。早く家に帰りたい。

家族：本人が希望しているので、家に帰れるための話し合いをしてほしい。

ケアマネジャー：本人と家族の生活を支えるための医療の体制が地域資源として不足しており、家族の負担は大きくなっている。医療体制による指導、ケアの確認と管理が強くと長女が過度の緊張状態となってしまう。

本人の意思は尊重されているのだろうか。

ケアマネジャー：本人も親類付き合いを大切に守ってきた。今までも大変な思いをしてきた。地域や親戚の付き合いは絶対という意識が根付いている。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 本人と家族の意思決定のためのサポート
- 本人・家族の生活を支えるための医療提供
- 情報の伝達方法と意見交換の場をつくること（ネットワークシステム）
- 地域病院と在宅医療の関与

VI. 振り返り

医療ニーズの高い事例であり、本人の健康状態の低迷や悪化により、在宅看取り期のケアには医療・介護の情報共有・連携が重要である。しかし、延命により“生きながらえる”医療をどう納得するか、今後、本人の意思確認や合意を得るにはどうしていけばいいのか。在宅では生活全般において、家庭や地域、個人の抱える問題は様々で、急な対応を求められることも頻繁にあることがわかった。家族には生命にかかわる重要な医療行為への負担や緊張、重圧感が強くなり、親の死期を認めたくない気持ちが強まり、疲労や不安な気持ちから心身のバランスを崩し共倒れになる心配もある。

本人と家族を含め、看取りを含めたケアについては、医療・介護職は生きる力を支え、自尊心を高めることについて、寄り添う姿勢を持つことができるよう努めなければならない。

VII. 委員からのコメント

人は誰も必ず死を迎えるが、元気な時は意識することはない。病気などで現実的になると、この話題を避けようとする。「どんな最期を迎えたいか」＝「その時までどう生きたいか」であるので、このことを意識した本人・家族の意向確認を行う必要があると思います。

本人が考える親戚付き合いへの気持ちは、まさに本人の生きてきた背景や本人らしさを象徴しており、そこに迅速な対応ができることも、生活を支援するケアマネジャーの役割でもあることを感じさせられました。

しっかり医療との連携を図り支援している事例であり、今進められている地域ケア会議で地域の資源を開拓していく事に期待したいです。

家族であれば、資格がなくても医療行為ができてしまうことで、医療ニーズの高い利用者の家族は、かなりの負担を強いられることがあります。ケアマネジャーは、利用者自身のみならず、そのような家族も支える必要があります。また、事例提供者は、利用者の尊厳について触れています。尊厳の保持について疑問を呈するという事は、事例提供者自身が利用者の尊厳について常に意識を持っているからだと思います。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

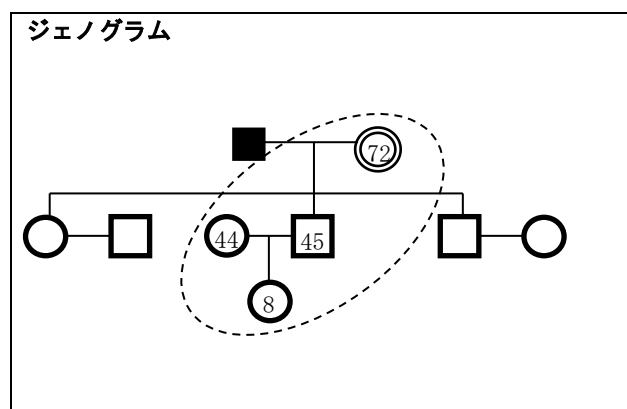
事例タイトル	当初は病院で最期を迎えると考えていた家族が自宅での看取りを決断した要因
---------------	-------------------------------------

障害高齢者 日常生活自立度 (B 2)	ADLの概要 全身倦怠感・腹水により自力での寝返りがやっとできる状態。意識レベルが良い時には移乗は軽介助にて可。
-------------------------------------	--

認知症高齢者 日常生活自立度 (II a)	眠剤や麻薬系鎮痛剤の服用中のため常に傾眠傾向。覚醒が良い時には会話での意思疎通可。認知力は年齢相応
---------------------------------------	---

本人基本情報	
72歳 女性 要介護2 身長152cm 体重54kg	
家族構成	夫他界後独居だったが病状悪化により他市長男宅で4人暮らし。長男嫁は介護施設に勤務し看取りに立ち会った経験あり
住環境・福祉機器等	一軒家 段差あり 専用寝室有 特殊寝台 床ずれ予防具 車いす スロープ
経済状況	厚生年金 長男夫婦の支援あり
性格	穏やか
生活歴・職業歴	主婦業をしていた 子育てが一段落してからは手芸を趣味にしていた
趣味・嗜好	地域の公共入浴場に通うことが楽しみ

本人の生活像 (ICF)	
現病歴 健康面の強さ	10数年前.直腸がん術 H23.11子宮体がん摘出 H24.12肝腫瘍 H26.6.2腹水貯留にて入院6.14 退院
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	病名告知はされているが治療法に関しては長男夫婦に任せている。疼痛は麻薬にてコントロールされている。退院後はかかりつけ病院変更となった。食事はパン・果物・トマト・プリンなど食べたい物を少しずつ食べており三回合わせても一食分には満たない
受診/服薬/処置	訪問診療管理 内服薬: オプソ (屯) マイスリー ファモチジンD錠・プルセニド・MSコンチン錠10mg (朝夕)
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	意思伝達可 疼痛は伝達可だが時には表情で介護者が判断
できる活動 できない活動	歩行困難 移乗は軽介助～全介助となる。尿便意は不明瞭。車いすにて食事や洗面等行なう。夜間せん妄にて床に座っていることあり。
参加・役割・交流	デイサービス利用時のみ外出。同居の孫娘が本人に声を掛けてくれる。本人の兄弟や嫁の両親が訪問する
本人の希望・ 望む暮らし	全部長男の妻に任している。ゆっくりとお風呂に入りたい。
この生活に 生じている介護課題	最期の看取りをどこで迎えるか。体調急変や疼痛出現時の対応を統一。夜間せん妄による危険行動への対応。



看取り期の希望 (ご本人・ご家族) 家族: 余命一ヶ月の告知を受ける。入院中不穏になったため退院した。今は自分たちで介護して最期は入院ということを考えている。 本人: (予後の件は告知されていない) 全部この人(長男の妻)に任せる。

特記

サービスの利用状況 *通所介護: 週1回 ⇒ 週2回 *福祉用具: 特殊寝台、床ずれ予防具、リクライニング式車いす、スロープ *居宅療養管理指導 *医療保険対応の訪問看護: 1日1回が基本で状況により訪問。
--

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 E 殿 生年月日 ○年 ○月 ○日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 I _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

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

認定日 平成○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ~ 平成○年 ○月 ○日

要介護状態区分	要介護1 ・ <u>要介護2</u> ・ 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：皆がいれば安心。嫁に任せている。 長男の妻：自宅で一人暮らしはこれからができないので、自分たちの家に引き取り一緒に暮らしていきたい。 大抵の介護はできるが、病気のことを相談したり、入浴のサービスも利用して、本人に無理の掛からないようにしてほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
統合的な援助の方針	今までは自宅で生活を送っていましたが、これからは長男宅での療養生活になります。 家族の介護と医療専門職・介護サービス等の利用で、本人の体に負担を掛けず療養生活を送ることができるよう支援していきます。 主治医：○○病院往診管理 TEL ○○○-○○○-○○○○ 家族連絡先： 長男嫁 TEL ○○○-○○○-○○○○
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（ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
本人に無理のない様にしてあげたい（家族）お風呂に入りたい（本人）	長男宅で穏やかに過ごすことができる。	H○.○ ～ H○.○	①体調や気持が安定し穏やかに過ごすことができる。	H○.○ ～ H○.○	体調確認・声かけ・内服管理・		家族	嫁	毎日	H○.○ ～ H○.○
					体調確認・体調に応じた対応と処置・介護相談、助言・医師との連絡調整		訪問看護（医療保険）	B事業所	毎日	H○.○ ～ H○.○
					体調確認・声かけ・休養出来る環境の調整・食事介助	○	通所介護	C事業所	週2回	H○.○ ～ H○.○
					身体に負担の掛からない特殊寝台やマット・車イスやクッションの貸与	○	福祉用具貸与	D事業所	毎日	H○.○ ～ H○.○
					訪問診療・緊急時対応		訪問診療	A病院	月1回	H○.○ ～ H○.○
ゆっくりお風呂に入りたい	お風呂を楽しむ	H○.○ ～ H○.○	②介助のもと入浴出来る	H○.○ ～ H○.○	入浴施設へ通う際利用する車イス・スロープの貸与	○	福祉用具貸与	D事業所	毎日	H○.○ ～ H○.○
					入浴介助・更衣介助・送迎介助	○	通所介助	C事業所	週2回	H○.○ ～ H○.○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 E 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床・朝食
	10:00	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	10:00～16:10 通所介護	訪問看護		体調良ければ居間で 日光浴
午前	12:00								
	14:00								軽食
午後	16:00								
	18:00								夕食
夜間	20:00								就寝
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	車イス貸与・車イス付属品貸与・特殊寝台貸与・特殊寝台付属品貸与・床ずれ防止用具貸与
------------	---

V. 支援経過記録

支援経過

H26年6月16日

A病院外来看護師より相談対応の依頼あり。本人と長男の妻とケアマネジャーと面談。

「一昨日までB病院に入院していた。肝臓がんと子宮体がんの治療を受けていたが予命1ヶ月と言われた。入院中は夜間せん妄がありこのまま一人暮らしの自宅には退院できないので私の所に引き取った。最終的には病院でと思っているが、それまでの間、家で過ごせるようにしたい。取り急ぎベッドと車いすを借りたい。本人はお風呂に入ることが楽しみなので入浴できるサービスを利用したい」と意向あり。

A病院より訪問診療・訪問看護ステーション・通所介護にてケアプラン作成。

H26年6月17日 サービス担当者会議開催

福祉用具・通所介護サービスの利用となる。

福祉用具は、3モーターの特殊寝台・エアーマット・車いすを利用。通所介護利用し初回の状況で今後の回数や利用時間を検討していく。

H26年6月20日 通所介護の初回利用

H26年6月21日 介護者不在時の支援方針について確認
介護者より「娘の運動会があるので、その間、本人を一人にしておくことができない」と相談あり。主治医に相談し、精査目的での入院となる。6月27日～7月2日の入院予約。在宅酸素が昨日より導入された。

初回通所介護利用の様子について長男の妻へ確認する
⇒ シャワー浴で体を温めてくれたせいか尿がいっぱい出て足の浮腫が減った。今朝は床に寝ていたが怪我はなかった。車いす座位で過ごす時間が多く取れた。腹部膨満あるので車いすは、リクライニング式が良いのではないかと通所介護より助言あった。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：B病院から引き取ったということで長男夫婦の覚悟を感じた。本人の病状・身体状況から福祉用具必要と判断。デイサービス利用は主治医の意見を確認。本人は長男の妻に任せてあるとのことなので今後はキーパーソンとして関わっていく。

ケアマネジャー：要介護2の認定があるがサービス利用量が多くないこと・余命1ヶ月であることから区分変更申請はしないこととする。車いすは今後の体調に合わせて機種変更を行なっていく。通所介護利用は体調確認しながら慎重に行なっていく。

ケアマネジャー：介護者不在時は本人一人で過ごすことができないため生活場所の検討が必要。体調不良のため短期入所サービスの利用は適切ではないと考える。入院という形が取れたので家族も支援者も安堵した。

ケアマネジャー：通所介護の利用は適宜休憩を取りながら一日体調を崩すことなく利用できて次回につなげられるか。車いすの変更をしていく。担当看護師が送迎や入浴介助をし、体調確認が適宜できた。本人が穏やかに過ごす場所になってもらいたい。
本人：シャワー浴ができて爽快感が得られた。また行きたい。

支援経過

H26年6月27日～7月2日までの入院予定であったが検査や処置が終わり本人の強い退院希望もあったので6月30日退院。

主治医：初診時と入院中の検査結果に大きな変化はない。入院中利尿剤の注射とフェンテステープ貼用のみで疼痛コントロール可。

H26年7月10日 訪問看護師からの情報

長男の妻の思い ⇒ 7月8日時点では在宅看取りに悩みがあったが、今日在宅看取りの意思を確認しエンゼルパンフレット（終末期に起こりやすい身体状況の変化と対応・家族の心構えへ等の助言が載っている）を渡した。本人の妹が来て入院を勧められたが実は保険金受取人名義が夫からその本人の妹に変わっていたこと「何も治療していなくて大丈夫か」「ただ寝かせておくだけではないのか」と言われ悔しい。

H26年7月14日 長男の妻と面接

「家で看取ることを考えている。引き取った以上は看取る意地がある。夫も協力してくれている。痛みがコントロールできていればお風呂に入れてあげたい。通所介護を利用している日には仕事に行きたい」

本人の様子：痛み消失時は会話ができている。時々、夜活発に動いている。あんパンや果物ゼリーを数口摂取可。通所介護管理者に現状報告しサービスの継続利用にあたり、緊急時の対応・送迎方法を家族と確認する。

H26年7月17日 緊急受診

通所介護利用中に血圧低下し緊急受診。長男の妻が厳しい状況と説明受け、家で看取りたいと意思確認する。そのまま帰宅となる。

H26年7月20日 長男夫婦に見守られ自宅で永眠される。長男の妻「夫は母の介護ができて良かったのではないかなと思う。ありがとうございました」と言葉聞かれる。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

長男の妻：運動会が予定通り済んだ。入院できて良かった。本人は帰りがたっているので退院したい。サービスは今まで通り継続したい。

ケアマネジャー：病状に大きな変化はない。サービス継続しながら本人・家族の状況を確認し支援していく。

本人：入浴したい希望あり

家族：通所介護利用している時には仕事に行くことができている。

ケアマネジャー：長男の妻の思いを訪問看護師から聞くことができた。支援方針を一緒に考えていきたい。

主治医：通所介護利用の可否の判断は現場で行なって良い。

通所介護：送迎は必ず2人体制で看護師が同乗する。急変時は直接受診出来る体制を取っていく。

ケアマネジャー：本人の「シャワー浴でも良いからデイサービスに行きたい」という思いと家族の思いを大事にしながら安楽に過ごすことができるよう支援していく。

訪問看護師：今後起こりうる症状を伝え、24時間体制で支援していくことを家族へ再度伝える。

ケアマネジャー：本人・長男夫婦が残りの時間を穏やかに過ごせるよう医療機関・訪問看護師と連携していく。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

□タイムリーな情報共有と連携

医療機関・訪問看護・通所介護・居宅介護支援事業所が同一敷地内にあることで変化を共有することができた。

□運営基準で定められている居宅介護支援のプロセスは、緊急的なサービス利用等やむを得ない若しくは効果的・効率的に行う事を前提としている場合は、業務の順序は前後しても差し支えないとされている。この解釈において支援を迅速に行い早急に用具の貸与ができた。

□通所介護事業所の選定のポイントとして、看護師が複数在籍しており体制が整っていることであった。

VI. 振り返り

本ケースは予命 1 ヶ月の宣告を受けたのちに医療機関と住まいの変更をして長男夫婦が引き取ることとなった。初回面接の際、長男の妻は、最期は病院で・・・と考えていたが亡くなる 1 週間前には自宅で看取ると決断し長男夫婦に見守られながら穏やかに息を引き取った。自宅で看取ることができた要因について考察する。

医療機関が同一法人であったため入院相談や緊急受診など柔軟に対応でき、本人にとっても家族にとっても早期対応や安心感につなげることができた。亡くなる 1 週間前からは疼痛が強くなりなり飲食の摂取量が少なくなった。主治医から体調や疼痛緩和コントロールの状況を逐一確認し、訪問看護師と通所介護事業所の看護師とで通所介護利用時の留意点や緊急時の対応方法の確認を行なった。家族にとって本人が通所介護サービスを利用するという事はただ単に入浴の提供や外出の機会を作ることだけではなく、家族が仕事をする事で介護から解放され、気分を新たにすることができると思われる。可能な限り通所介護サービスが利用できたことで家族が今までの生活を大きく変えることなく介護に向かうことができたのだと思う。

看取り期の利用者だけではなく体調が不安定な利用者に対しては、ケアマネジャーは的確なサービス事業所の選定や医療情報の提供や共有という支援が重要であると再確認できた。

VII. 委員からのコメント

同法人であるために連携がしやすいとありますが、単に同法人だからではないと考えます。何故連携がしやすいのか？何をどのように連携したか？を分析・検討することにより、事業所選定の幅が広がるのではないのでしょうか。

余命一か月の本人が可能な限り通所介護サービスを利用できたことがこの事例の情報共有や連携のよさを証明しています。同一法人による関連施設であることでの効果については、今後の終末期にある利用の有効性を検討する必要があるかもしれません。

在宅にて看取りを行うためには医療との連携は必須であるが、しっかり主治医・サービス事業者と連携を密にとり看取りができた事例だと思います。

ケアマネジャーに必要な技術として、交渉力があります。本事例では、長男の妻の「娘の運動会に是非出席したい」という希望を叶えるために検査入院を設定していました。病院との交渉もケアマネジャーはしなければなりません。本事例提供者は、かなりの交渉力のあるケアマネジャーかと思われます。

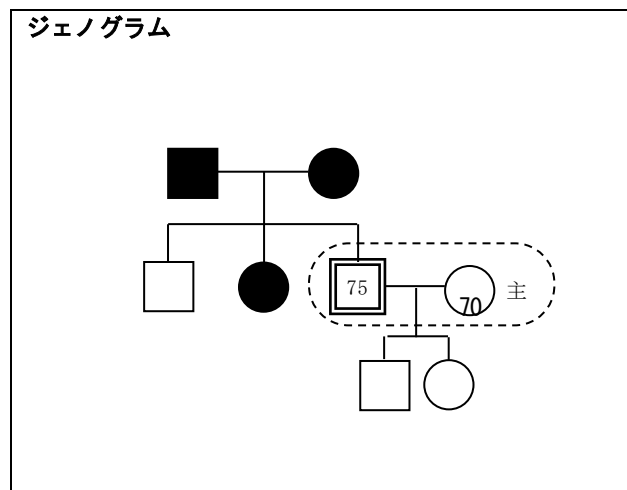
I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

事例タイトル	畳の上で最期を迎えたい ～本人・家族の想いに寄り添う支援とは～
---------------	------------------------------------

障害高齢者 日常生活自立度 (B1)	ADL概要:足の浮腫みと腰の痛みによりADLの低下があり日常生活動作全般に何らかの介助が必要な状態	認知症高齢者 日常生活自立度 (I)	意志疎通可能。時折せん妄あり理解や自己判断力の衰えがあり薬の管理や金銭管理に介助が必要な状況。
----------------------------	---	----------------------------	---

本人基本情報	
75歳 男性 要介護3 身長168cm 53kg	
家族構成	妻と二人暮らし、長男・長女結婚して県内在住
住環境・福祉機器等	持ち家。2階建て。1階が居室、寝室妻と共同。居室からトイレ近い、お風呂場リフォーム済 特殊寝台使用
経済状況	厚生年金
性格	亭主関白、プライドが高い 社交的
生活歴・職業歴	地元出身、恋愛結婚、実父引き取り介護した。定年まで会社勤務。
趣味・嗜好	読書・コーヒーを好む、タバコは発症後にやめた。

本人の生活像 (10F)	
現病歴 健康面の強さ	H20 肝臓がん 部分切除術 H25.11 がん再発 転移 H25.11 末期・2カ月の余命宣告受け悲観的になったが家族の支えがあり受け止めることができた。
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	痛みのコントロールにて入院。疼痛緩和できている。本人は足の浮腫を気にしている。がんに効く漢方取り寄せている。
受診/服薬/処置	入院中は看護師が服薬管理、退院後は妻が管理。 受診は訪問診療。 利尿剤・痛みどめ・かゆみどめ処方
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	意志の伝達可。身内には厳しいが他人に対してはやさしく接している。痛みが穏やかな時表情も柔らかく機嫌も良く妻へも優しい。
できる活動 できない活動	介助にてトイレ可。夜間は尿器使用。入浴は介助にてシャワー浴。食事は自立。
参加・役割・交流	同級生や近隣者との付き合いはなく、再発後もない。自宅での役割は毎朝新聞をとってくることと家庭内の事項の決定権があること。
本人の希望・望む暮らし	痛みが軽減したから家に帰って今までのような生活を、ゆっくり入浴したい。
この生活に生じている介護課題	在宅復帰できないことが意欲低下させている。介護者が妻一人のため介護負担大きく病状への不安もある。



看取り期の希望 (ご本人・ご家族)
本人：畳の上で最期を迎えたい 妻：家で暮らしたい本人の希望に添いたい 長男・長女：苦痛がないようにして自宅で過ごさせてあげたい

特記	本人への病気の告知、余命告知あり。
-----------	-------------------

サービスの利用状況 (退院後)
訪問看護 週3回 (医療) 訪問診療 2週に1回 訪問介護 身体介助 月～土/週 福祉用具貸与：特殊寝台 特殊寝台付属品

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

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
痛みがなく家で過ごしたい	入院せず自宅で過ごせる	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	痛みやかゆみがない	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	受診で体調管理・緊急時対応・痛みコントロール 緊急時の対応・主治医との連絡・ 体調管理・本人・家族の精神面のケア・痛みの評価・腹囲測定		訪問診療 訪問看護 訪問看護	〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇	1回/2週 緊急時 3回	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇
畳からの立ち上がり不安定なため安心して立ち上がりを行いたい	起立動作が安心して出来る	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	立ち上がりを安心して出来るまた毎朝新聞を読む	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	服薬管理・生活全般の介助 痒い部分に軟膏塗布 介護ベッドの利用で起居動作が身体に負担なくでき新聞が読める	○	妻 福祉用具貸与 本人	〇〇〇 〇〇〇	毎日 毎日 毎朝	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇
自宅のお風呂にゆっくりはいたい	自宅で入浴ができる	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	気持ちよくお風呂にはいれる 清潔に過ごす	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	入浴の一連の動作介助、浴槽への出入り介助。皮膚確認。整容介助 清拭・更衣介助・皮膚確認	○	訪問介護 妻・長女 訪問看護	〇〇〇 〇〇〇	2回/週 2回/週	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇
トイレで用が足せるようにしたいまた室内だけでも歩いて行けるようにしたい	トイレに行ける	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	日中はトイレで用がたせる	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	トイレまでの移動・排泄動作の介助 介助バー利用で転倒予防 夜間はポータブルトイレ・尿器使用。後始末介助	○ ○	訪問介護 福祉用具貸与	〇〇〇 〇〇〇	5日/週 毎日	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇
友人や知人と会って話がしたい	友人たちとの再会ができる	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	同級生や地域の仲間と話ができる	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇	友人への連絡 本人への声かけや励まし 介護者の相談援助	○	妻 長女・長男 兄弟 ケアマネジャー 訪問看護・地域包括支援センター	〇〇〇 〇〇〇	早目に連絡 週2回程度 適宜 適宜	H〇.〇.〇 ～ H〇.〇.〇

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

利用者名 F 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深 夜	4:00								
	6:00	妻	妻	妻	妻	妻	妻		
早 朝	8:00		訪問介護		訪問介護		訪問介護	妻	起床・洗面
	10:00	訪問看護		訪問看護		訪問看護			排泄 食事
午 前	12:00	妻	長女	妻	妻	長女	妻	長女	着替え 新聞読む
	14:00							長男	昼食 排泄 お昼寝
午 後	16:00		訪問介護			訪問介護			入浴 お茶
	18:00	訪問介護		訪問介護	訪問介護		訪問介護		排泄
夜 間	20:00	妻	妻	妻	妻	妻	妻	妻	夕食
	22:00								排泄 就寝
深 夜	24:00								
	2:00								排泄（尿器にて）

週単位以外 のサービス	隔週訪問診療 福祉用具貸与（特殊寝台・特殊寝台付属品）
----------------	--------------------------------

V. 支援経過記録

支援経過

平成20年肝臓がんの診断を受ける。

平成25年11月直腸・骨に転移あり余命2カ月の宣告をされ通院が大変だからと近医へ紹介あり。

平成26年1月 主治医変更

総合病院から自宅に近い病院に紹介され受診する。主治医から本人・家族に病状の説明と意向の確認があり介護保険の申請を勧められる。本人は介護認定を受ける必要はまだないと申請せず。

平成26年2月27日 転倒

一人で居る時、居間で転倒、足・前額部受傷。

翌日、主治医受診。歩行機能の低下と今後の病状の進行状況を医師より本人家族に説明。再度、介護保険申請を勧められた。

平成26年3月3日 要介護認定申請。初回訪問。

家族が地域包括支援センターへ相談、居宅サービス計画作成の依頼を受ける。

地域包括支援センターと一緒に自宅訪問しアセスメント実施。意向確認。布団からの寝起きが一人ではできなく、介助が大変。と妻よりあり、本人は「ベッドを借りるようになったらおしまいだ」と悲観的であったが実際の動作を確認してやはりベッドの方が動作しやすいことが解り借りることになった。

平成26年3月4日 医療連携

医療相談員・主治医に自宅での生活状況・本人・家族の意向を伝えた、相談員からこれまでの病気経過の情報を入手し連携する。訪問看護の必要性和緊急時の対応を確認した。

平成26年3月6日 サービス担当者会議

申請中にて暫定でプラン作成。腰痛と右下腿の浮腫がある。痛み止めの頓服使用。本人は「入院しないで家にいたい。」と言う。痛みの訴えが多く腹満あり訪問診療にて処方調整あり。訪問看護・特殊寝台の利用開始。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

本人：余命宣告をきいてから紹介のあった病院にはしばらく受診できないでいた。妻と長女の促しで2カ月後に受診することができた。

ケアマネジャー：下痢が続いていること、食事量が減少、腰痛出現等の症状により生活に支障となっている。早目に体調管理と環境整備が必要と判断。訪問看護・介護ベッドの提案を行った。気丈にされているが時々見せる表情から今後の病状の変化に対して本人・妻は不安を感じている。訪問看護は早急に利用必要。

主治医：症状が悪化したら急激なADL低下になる。訪問診療に切り替える。緊急時往診も可能。

ケアマネジャー：本人の想いを家族含めチームで共有サービス内容確認した。痛みの評価・緩和を訪問看護医療で位置づける。排泄や食事は妻の役割として関わっていきたいと妻より希望あり。負担が大きくなったら訪問介護の利用を検討することにした。

支援経過

平成26年4月2日 体調の変化 入院
腰痛・血便の症状悪化。本人は入院したくないが痛みが軽くなるならと痛みのコントロールのため入院となる。

平成26年4月14日 退院前のカンファレンス
今後についての検討会をサービス事業所も参加して行った。本人・妻の意向の確認。妻から長女も退院後時々泊ってくれるから安心して居る。治る見込みがないなら家に帰って見てあげたい。本人からは家のお風呂にはいつまでゆっくりしたい。家に帰りたい。強い要望があった。

平成26年4月21日 退院 サービス担当者会議
黄疸がでていたが表情はにこやかである。当日自宅でサービス担当者会議。本人の思い・したいことの確認。入浴の日程と留意事項確認。妻・長女の役割。近隣の昔からの仲間には妻が声をかけ体調のいい時間帯に来てもらい交流が持てるようにした。食事はスープや果物はのどごしが良く食べることができる。

平成26年4月末 自宅での入浴
訪問介護と家族の協力で自宅にて入浴。
初回は訪問看護も立ち会い入浴介助した。
本人はとても気持ちよさそうに入って満足していた。

平成26年5月初旬 友人との再会
ゴールデンウィークに同級生にも会うことができ楽しい時間が過ごせた。
1週間後：歩行が困難になりベッド上で過ごすことが多くなった。

平成26年5月中旬 夕方食事の準備をした後、妻が本人の呼吸の変化に気がつき訪問看護へ連絡、1時間後に家族に看取られ亡くなる。亡くなってから1週間後 自宅を訪問して妻と元気だったころの写真を見たり思い出話をして、泣いたり笑ったり共感した。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

妻：腰の痛みが強く入院の希望あり。
ケアマネジャー：妻の介護疲れあり少し休める時間が必要。

ケアマネジャー：妻は元気を取り戻しており長女の協力体制ができたことで安心して自宅で看取る覚悟をした。主治医より家族に看取り時の確認。1週間後の退院が決まった。

ケアマネジャー：退院日に家族を含めチームに招集かけサービス内容と各役割を確認。本人の意向・想いを再確認して全員で共有した。サービス提供者間は連絡ノートの活用で家族も記入してもらいなんでも書けるようにした。チーム全員で連絡を取り合いタイムリーに情報を共有した。

本人：大勢の人が関わって退院できたことに感謝していた。妻へも感謝の気持ちを伝えて素直な気持ちが出せていた。

ケアマネジャー：自宅の浴室は身体的に負担が大きかったがとても満足していたので良かった。

ケアマネジャー：体調の変化をご家族やサービス事業所と連絡取り合い共有してその時の状況でサービス内容も変更して対応した。

ケアマネジャー：5月連休後から体力低下が著明で傾眠傾向であった。訪問看護から主治医に連絡し、すぐに対応。週末であったこともあり家族で看取ることができた。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 本人の意向と家族の意向をその都度確認し、チームで共有する
- 日々の痛みの変化を看護師から情報提供してもらい、体調に合わせてサービス提供できるようにする。
- 情報の共有手段として連絡ノート活用、タイムリーな情報は電話にて連絡をする。
- 情報が確実に入るように役割分担はしっかり明確にしておく。
- 介護者の精神面のケアもプランに位置付ける。表には見えない感情をキャッチできる。
- 介護者が一人の時は他に協力者を見つけ介入しやすい環境を作る。

VI. 振り返り

この事例を振りかえり家族に看取られ自宅で最期を迎えられたことはとてもよかった。

私自身「看取り」について考えさせられた事例でもある。初対面で告知された人を目の前にしてなんて声をかけていいか戸惑う。コミュニケーションを図ることはとても難しい。寄り添うことで信頼関係が少しずつ築けた。「最期は自分の家で」と本人の想いには今まで生きてきた長年の思いが詰まっているように感じた。そして、その想いをチームメンバー全員で共有し本人の想いをかなえることができた。

看取り期では「本人の想い」に寄り添うだけでなく想いがかなえられるような支援が必要だと思う。そのためには医療職・介護職が同じ目標で連携しそれぞれの役割を担って支援することで達成できると思う。ケアマネジャーはそのつなぎ役だ。主治医や訪問看護の方の働きかけはとても心強く本人や家族だけでなく私の支えでもあった。

また、介護を担っている家族へは介護者の不安な心情をきめ細やかに支えることが必要と感じた。妻と長女の複数の介護者の態勢になったことで不安も半減し、自宅に戻ることができたと思われる。

今後、在宅で最期を迎える方が多くなると思う。それぞれの想いにこたえられるようチームケアの質を高め支援していきたいと思う。

VII. 委員からのコメント

予後告知を受け悲観的になり今後の生活への意欲が持てない方に対し、戸惑いながらも逃げることなく傍に居続け、身体的なケアに注意が向きがちになる状況の中、本人・家族の想いを引き出しチームで共有し実現させることにこだわり支援した。結果、本人・家族の想いを叶えることができたのではないのでしょうか。

ご家族が自宅で最期まで、と覚悟できたのはケアマネジャーによる細やかな精神的支援や具体的なサービス体制と役割の説明であったと思われます。支援の内容を具体的に説明していただくことが家族に自信を与えのだと思います。

高齢者二人暮らしでも、インフォーマル(家族)の支援を行い、主治医・サービス事業所との密な連携を図り看取りができた事例だと思います。

国民の中には、制度の内容が理解できず、また利用することに抵抗感のある方もいます。ケアマネジャーの役割の一つに制度の説明があり、必要な技術の一つに説明力というものがあります。本事例提供者の説明力の高さで、利用者はサービス内容を理解し、納得した上でサービス利用につながったのではないかと思います。

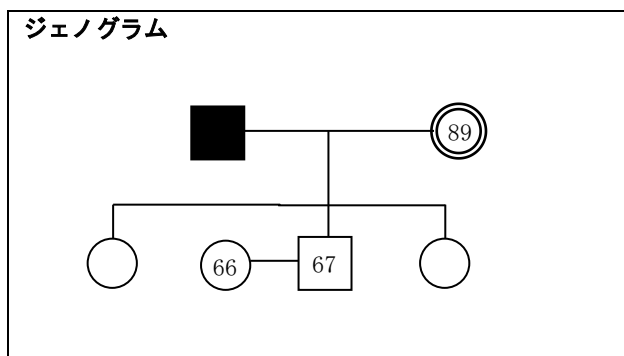
I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

事例タイトル	家業の農業をしながら、末期がんの母親を看取った事例 ～急激なレベル低下についていけない家族の気持ちを支えた～
---------------	---

障害高齢者 日常生活自立度 (A 2)	ADLの概要:急激な病状の悪化により1日を通してベッド上の生活である。	認知症高齢者 日常生活自立度 (II a)	簡単な会話等はできるが、難しい内容になると意志決定は困難である。
-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

本人基本情報	
89歳 女性 要介護4 身長150cm 体重40kg	
家族構成	夫が亡くなって一人暮らし同敷地内に長男、二人の娘は市外に住む。
住環境・福祉機器等	同敷地内の別棟に長男家族が住んでいる。平屋で玄関先に段差はあるが、自宅内はバリアフリーになっている。
経済状況	アパート経営、駐車場、土地も貸している。
性格	我慢強く頑固、表情豊かで気持ちが直ぐに顔に出る。仕切り屋で働き者。
生活歴・職業歴	農業をしてきた
趣味・嗜好	趣味は野菜作り。人に栽培した野菜をあげて喜ぶ顔を見るのが生きがかった。肉類はあまり好きではなかった。刺身は好きでお寿司もよく食べた。コーヒーは大好きで毎日飲んでいた。

本人の生活像(1CF)	
現病歴 健康面の強さ	肺がん末期
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	肺炎、心不全、脳梗塞後 認知症 退院後、認知症状は改善してきている
受診/服薬/処置	訪問診療(週1回) 内服困難なため内服薬なし フェントステープ1mgを1日1回貼付
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	意向は表情で確認できるが、発語がないため、判断が難しい。
できる活動 できない活動	体動にて痛みあり動かさない。表情あり。他動も痛みあり。耳元で話しをすれば理解はできている。経口での内服は困難にて座薬や麻薬テープで対応。自然排便もなく摘便対応。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	表情は表出できるが意向は伝えられない。
参加・役割・交流	子供達も寝泊りしてくれていて家族間の協力体制が整っている。近所との交流はない。
本人の希望・ 望む暮らし	最期まで自宅で暮らしたい。
この生活に 生じている介護課題	急激な変化により家族の気持ちが追いついていかないこと。農作業と介護生活とどちらを優先にすべきか悩む。



看取り期の希望(ご本人・ご家族) 本人:家に帰りたい 家族:できるだけ在宅で見ていきたい

特記

サービスの利用状況 * 居宅療養管理指導: 訪問診療 * 訪問看護ステーション: (医療) * 訪問介護: (連日) * 訪問入浴: (週1回) * 福祉用具: 特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防マット、車いす

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 G 殿 生年月日 ○年 ○月 ○日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 I _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

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

認定日 平成○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ~ 平成○年 ○月 ○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	本人：家に帰りたい、最期まで家で暮らしたい。（家族より聴取） 家族：数日間で様子が変わってしまいました。身体の痛みがあり動かすと痛い顔をするので痛みを取り除いてあげたいです。痰が絡み、吸引もしているが、夜間が心配です。これから畑も忙しくなり、いない時間もあるため家族で協力しながら自宅で見ていきたいと思います。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
統合的な援助の方針	肺の働きが悪くなり肺に水が溜まっています。両足の浮腫や臀部周辺に発赤が出現し経過観察中です。全身の機能面の低下が進行し始め、発熱・関節痛・褥瘡の発生の可能性が高く、医学的管理が重要となってきています。訴えることができないため、多職種間で連携を図りながら、異常時には早期の対応ができるようにしていきます。緊急時には訪問看護ステーションに連絡して落ち着いて対応ができるような体制を整えていきます。 緊急時連絡先：○○訪問看護ステーション ○○○-○○○-○○○○
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（ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 ○年 ○月 ○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
家にいたい	家族と一緒に生活できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	発熱等があったときに早めに対処してもらう	HO.○.○ ～ HO.○.○	病状・内服管理 病状説明、家族指導 状況に応じた入院提案 介護支援専門員連携		居宅療養管理指導	△△病院	1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○
					健康管理 主治医との連携 緊急時対応		訪問看護	〇〇訪問看護ST	1回/日	HO.○.○ ～ HO.○.○
					声掛けが聞こえたときは何か意思表示する		本人	本人	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
					状態観察(呼吸苦・浮腫みの確認) 生活全般の支援 異常時には訪問看護STへ連絡する		家族	家族	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
					主治医と訪問看護STとの連携	○	介護支援専門員	××居宅支援事業所	随時	HO.○.○ ～ HO.○.○
					おむつ交換(尿量・色の観察、連携ノート記載) 皮膚状態の観察 体位交換(発赤箇所確認) 声かけ、身体を摩るなど苦痛の緩和への配慮	○	訪問介護	B訪問介護事業所	1回/日	HO.○.○ ～ HO.○.○
					特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止マットの貸与 定期的な点検・評価しながら状態に応じた福祉用具の選定、交換	○	福祉用具貸与	D福祉用具貸与事業所	1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○

※1 「保険給付の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。

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
家にいたい	家族と一緒に生活できる	H○.○.○ ～ H○.○.○	お風呂に入ることができる	H○.○.○ ～ H○.○.○	入浴に必要な物品備品の準備 自宅での状況報告		家族	家族	1回/週	H○.○.○ ～ H○.○.○
					入浴全般の支援 皮膚状態の観察（浮腫み呼吸苦等の出現に注意） 状態を聞きながら提供内容を検討 緊急時には訪問看護STに連絡し対応指示を確認 連携ノート記載、確認	○	訪問入浴	A 訪問入浴事業所	1回/週	H○.○.○ ～ H○.○.○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 G 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動 *日常生活の流れは 本人の意向に合わせて その時に行う。
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00	訪問看護(医療)		訪問看護(医療)	訪問看護(医療)			訪問看護(医療)	
午前	12:00		訪問診療(医療)		訪問入浴				
	14:00		訪問看護(医療)			訪問看護(医療)			
午後	16:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								
	週単位以外のサービス		*訪問診療(週1回)、訪問看護S T(連日) → 医療保険で導入 *福祉用具貸与(特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、車椅子)						

V. 支援経過記録

支援経過

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

平成27年1月31日

病院の相談員より連絡あり。現在入院中。高齢でもあるため、検査はせずこのまま在宅での生活を望まれたため、要介護認定申請し、今後の調整を含め、ケアマネジャーへ依頼があった。

平成27年2月25日 退院時カンファレンス。

在宅で関わる事業所（主治医、訪看護ST、福祉用具、介護支援専門員）、主治医・看護師・OT・PT・家族・本人同席にて実施。これまでの経過含め情報収集行う。微熱はあるが病状は安定している。本人「自宅に帰りたい」と強い希望ある。長男の妻は介護生活に不安があり、表情は陰しく声も震えている。長男は自宅で見っていく覚悟はある様子。

平成27年2月27日 退院。

今後は現在の病院への通院が困難なため、通院する病院を変更し、訪問診療に移行するため受診。受診に同行し主治医との連携を図る。今後、主治医より呼吸苦も出現すると考えられるため様子観察して欲しいと依頼あり。また、家族も本人中心の生活などはじめから意気込むと大変なので、関わる方々に相談しながら在宅生活を支援していきましょうとのことだった。

平成27年3月6日

訪問入浴事業所より報告あり確認する。昨日初回利用であった。

ケアマネジャー：在宅に戻るにあたり、医療が中心となる。家族は病院側から在宅指導を受けている。

自宅で介護するに当たり、長男夫婦の間で思いが統一されておらず、現在の状況から考え介護できない状態ではないが、農繁期になると困難になると考えられる。その都度情報提供を行い、専門職と連携を図りながら在宅で生活できるように支援していく予定。

主治医：本人には病状説明はしていない。家族に病状説明や予後について説明される。家族に今後の治療について確認あり。点滴も心臓に負担がかかるので行わない。延命は希望しないと家族より返答あり。

ケアマネジャー：治療方針が決まり在宅療養がスタートする。家族はこれからどのような生活になるのか不安でいっぱいである。しかし、訪問看護STの24時間体制や緊急時の体制も整え、チームで支援していくことを説明し安心して頂く。

ケアマネジャー：訪問入浴利用当日、訪問看護STが提供時間に合わせて訪問、現在の状態、注意すべき点等と伝える情報交換を行う。

支援経過

平成27年3月19日 長男より電話があり自宅訪問。
退院してから主治医の先生から余命宣告があり、「3ヶ月もつかどうかですかね」と言われた。なるべく本人と一緒にいる時間を多くしようと、兄弟で協力しながら自宅で見ている。なるべく自宅で見てあげたいという気持ちはあるが、母のことで畑と両立はできない。長女次女からも、農繁期になることにあたり、その間だけでも施設などを利用してもらった方がいいのではないかと話があった。

平成27年3月19日

モニタリング実施・再アセスメント実施。

平成27年4月13日

病院より報告書が届き確認する。

平成27年4月27日 家族より電話あり。

今後の在宅生活について相談があるとのことで自宅訪問する。

農繁期が迫ってきた。家族は畑と介護の両立ができるかどうか悩んでいる。

平成27年5月8日 訪問介護事業所より報告

体調が悪く、動かすことができないということでサービス利用はキャンセルになったとのこと。

平成27年5月9日 家族より電話あり

2時38分に2回ほど深く深呼吸をしてそのまま苦しむことなく静かに旅立ちました。と連絡あり。その旨各サービス事業所へ連絡する。

平成27年5月19日 病院より報告書が届く。

5月9日午前2時頃「呼吸が止まりました」と連絡があり2時38分主治医にて「死亡確認」されました。「最後まで自宅で過ごせ、見守られてよかった」という言葉が家族より聞かれた。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：介護生活も始まったばかりだが、家族も今の状態を受け入れられるようになり、家族の結束が強くなってきている。しかし、痰などの家族では対処できないことへの心配があり、訪問看護STの助言や指導が家族に安心感を持たせてくれた。病状の進行や悪化により、施設利用ができなくなることも考えられるが、一応利用できる施設の検討を行う。

ケアマネジャー：農繁期が近づき、正直本人がここまで頑張ってくれるとは家族は予測していなかった様子。施設利用を相談員と検討予定。

ケアマネジャー：農繁期が迫ってきた。家族は畑と介護の両立ができるかどうか悩んでいる。病状の急激な悪化はなく、自宅で看られなくない。しかし、畑が忙しくなると夜も畑にいるとのことにて夜間帯の体制を整える必要あり。訪問介護もなるべく支援時間を遅くしておむつ交換の負担を軽減する。急変することは予測されるため、家族にもその旨伝える。常に傍にいることも大切であるが、部屋の臭いや、家族が自宅内を歩く足音、話声等は本人の耳に聞こえているため、家族には「いつも通りの生活をして下さい」と伝える。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 本人は自宅に戻れる喜びがあった。
- 家族は病状説明や予後の事などを説明され、わからない事が多く不安な状態であったが葛藤の中でも「とにかくやってみます」と言う前向きな言葉が聞かれた。
- 医師からの説明に加え、ケアマネジャーとして往診や訪問看護S Tによる 24 時間体制や各事業所やケアマネジャーが一緒になって支援していくことをわかりやすく説明した。
- 専業農家であり農繁期も重なり両方の生活ができるのかという不安や、長男の本人への思いが強いために妻はそれに従うしかない状態であり、精神的に不安定になり家族支援も重要であった。
- 長男の妻も義姉、義妹さんの手前介護しない訳にはいかない状況であった。休む時間を作り、任せられる部分はサービス利用や他の家族に協力してもらいながら継続できるように提案した。
- 本人の意向を確認する中で、各事業所間で連携をとり家族の介護への不安の解消を行い、終末期は自宅で看られるように関係を密にした。
- 多職種間での連携を持ち、緊急時の体制を各事業所に伝え統一していたため、円滑に支援ができた。

VI. 振り返り

余命数ヶ月を宣告された家族が、介護に対する不安はあったが自宅で看取ることを決意した。介護生活に向けて情報提供や介護指導を行い、何とか介護生活ができるようになった。しかし、次から次へと変化していく状態に家族は、身体的にも精神的にも追いついて行けなくなり、家族内の関係性も崩れてしまうこともあった。長男の妻のこれまでの苦労話等も傾聴した。本人も自分の病気を知らされてはいなかったが「表情も穏やかで感謝の言葉も聞かれ、人生の終わりを予知していたのだと思う」と家族から話を聞いた。訪問看護が主に関わっていたが、訪問介護、訪問入浴も家族と連携が図れていたため、家族が戸惑うことなく終末期まで自宅で過ごせたと考える。「延命はしない、最期は自然に」という意向を尊重し、家族も願っていたように苦しむことなく旅立つことができた。

家族の精神面のサポートは大変だったが、家族は自宅で看取ることができて満足しており、「約3ヶ月間の生活はあっという間であり、何が何だかわからないうちに終わってしまったが、振り返ってみると、ケアマネジャーがいたことで心の支えとなった。」という言葉が聞けた。常に近い存在でいられたことは良い経験になった。

VII. 委員からのコメント

介護者の意向を統一し介護体制を整えることは重要になります。長男の妻への精神的な支援は有効でした。また、病状が変化して行く中、訪問看護による助言・指導は介護者の大きな支えになったと思います。

農繁期の迫る中、いつも通りの生活の中でターミナルの支援を行えたことに家族は達成感を感じています。ケアマネジャーの細やかな情報の連携が家族にとっての「安心感」となっていることは素晴らしいです。

主治医・サービス事業所と共通目標を持ち、また本人の支援だけでなく家族の支援も行い看取りができた事例だと思います。

家族の職業によって家族への支援は異なるのだということがよくわかる事例です。ケアマネジャーは、本人はもちろんのこと家族のアセスメントも丁寧に行う必要があるということがよくわかりました。その結果、事例提供者のように家族からの信頼を得ることができるのだと思いました。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

事例タイトル	「早く死んでほしい」と言いながら最期まで自宅で介護を続けた事例
---------------	---------------------------------

障害高齢者 日常生活自立度 (C 1)	ADLの概要 アルコール性肝硬変に起因する肝性脳症・肝がん寝たきり
-----------------------------	--------------------------------------

認知症高齢者 日常生活自立度 (IV)	認知状況の概要 判断力低下、意思疎通は挨拶にこたえる程度。夜間せん妄
-----------------------------	---------------------------------------

本人基本情報	
70歳 男性 要介護5 158.3cm 74kg	
家族構成	妻・息子・娘2人4人暮らし
住環境・福祉機器等	一軒家、特殊寝台
経済状況	年金夫婦で18万円/月 入院していた病院の入院費の滞納あり・住宅ローンあり
性格	温厚・口数少ない・お酒が好き
生活歴・職業歴	自営業（楽器の部品製造）
趣味・嗜好	仕事が終わると晩酌・テレビ鑑賞

本人の生活像（ICF）	
現病歴 健康面の強さ	H20年頃より入退院を繰り返している。アルコール性肝硬変。
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	見当識障害・夜間せん妄 本人：積極的な治療は望まず 家族：現状維持と「ぼっくり逝ってほしい」との発言
受診／服薬／処置	H25年病院退院 H25年12月受診 H25年12月末入院 H26年5月訪問診療開始
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	ADL全介助・痛みや快適の差はわかる
できる活動 できない活動	日常生活全般に介護が必要な状態 発語はある
参加・役割・交流	H25年の頃は、通所リハビリテーションに行ったが反応を示すことなく終了した。
本人の希望・望む暮らし	H25年12月頃「元気になったら自分のお金で野球を見に行きたい」と言っていた。
この生活に生じている介護課題	経済的な問題があり、積極的な治療や介護が望めない。本人に対する思いが明確にならない。

ジェノグラム

看取り期の希望（ご本人・ご家族）
本人：不明 家族（妻）：お金をかけられないので、自宅で看るしかない。長引いたり、暴れたりすると疲れる。 長男：今まで親としてあまりいい印象はない。

特記

サービスの利用状況
H25年12月 週2回のデイケア H26年5月 往診週1回 週1回訪問看護 週1回訪問入浴 特殊寝台貸与

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 H 殿 生年月日 昭和○年 ○月 ○日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 ○○○○ _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ○○ ○○ _____

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

認定日 平成○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ~ 平成○年 ○月 ○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	本人：自宅での生活について問いかけると、ハイと首を縦に振る。介護サービスへの利用に関して「ありがとう」言葉あり。 妻：これからどうなるか不安。オムツ交換や食事を食べさせることも何とかできるようになった。ただ自分の時間がなくなってしまい、ストレスがたまることがある。自分の体力にも不安があるため、どこまでできるかわかりませんが、息子や娘にも支援してもらいながらなんとか自宅で介護していきたいと思います。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
統合的な援助の方針	経済的な理由で、最期まで自宅で介護するという状況にあるので、肝臓の疾患の悪化により起こりうる症状への対処方法など、常に確認し合い不測の事態に備えていきます。 ご本人の状態変化や家族の思いを関係機関が把握し、情報共有してその時に合ったサービスのご提案をしていきます。 緊急連絡先：B（妻） 主治医：○○クリニック C先生
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（ _____ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
自宅で最期まで看 ていきたい（妻）	体調の波を少なくし、安定した自宅での療養生活を送る。	H○.○.○ ～ H○.○.○	定期的な医療管理のもと、家族が適切な対応ができるようになる。	H○.○.○ ～ H○.○.○	バイタルの確認 体調の管理・情報発信 定期的な観察による日常生活の助言アドバイス		訪問診療	○○クリニック	週に1回	H○.○.○ ～ H○.○.○
					医療情報の共有	○	居宅介護支援	○○ケアプランセンター	随時	H○.○.○ ～ H○.○.○
					医療情報の共有	○	訪問入浴介護	○○訪問入浴センター	随時	H○.○.○ ～ H○.○.○
					バイタルのチェック 療養指導 家族へ介護方法を指導 ・主治医との連携	○	訪問看護	○○訪問看護ST	週に1回	H○.○.○ ～ H○.○.○
精神的・身体的・ 金銭的にも負担なく生活していきたい。	穏やかにご自宅での生活できる。	H○.○.○ ～ H○.○.○	家族が介護を容易に行うことができるようになる。	H○.○.○ ～ H○.○.○	【特殊寝台】 介護しやすい環境づくり 寝返りや起き上がりの補助 【体位交換機付エアマット】 寝たきりのため、褥瘡予防を行う	○	福祉用具貸与	○○福祉用具	継続	H○.○.○ ～ H○.○.○
					介護指導・助言 相談	○	訪問看護	○○訪問看護ST	随時	H○.○.○ ～ H○.○.○
			家族でできること、できないことを把握し、在宅生活が継続できる。	H○.○.○ ～ H○.○.○	【日常の支援】 体調の確認・排泄の介助 ・一日3回のお食事・薬の介助		家族	家族	毎日	H○.○.○ ～ H○.○.○
					入浴の準備 バイタルチェック 皮膚の観察 入浴介助	○	訪問入浴介護	○○訪問入浴センター	週に1回	H○.○.○ ～ H○.○.○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 H 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00	訪問看護					訪問診療		起床
午前	12:00								
	14:00								昼食
午後	16:00					訪問入浴			
	18:00								
夜間	20:00								夕食
	22:00								就寝
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	特殊寝台貸与、床ずれ防止用具貸与、特殊寝台付属品貸与×4
------------	------------------------------

V. 支援経過記録

支援経過

平成25年12月11日 病院より退院。
入院費の滞納あり、分割にて支払うこととする。

平成25年12月19日
頻繁に意識消失あり、入退院を繰り返す。
救急病院の支払も滞る。MSWと支払いについて相談。

平成25年12月 サービス担当者会議
両下肢浮腫があるため塩分制限の必要あり。
薬の種類が多いため今後一包化を依頼する。
特殊寝台・通所リハビリテーションをスタート。

平成25年12月30日
意識レベルが低下したため入院

平成26年5月
在宅復帰はないということで始まった入院だったが、治療もなく入院費の支払を減らす意味で、「自宅で最期を」と決断し退院。家族で支援するので最低限必要なサービスのみとした。訪問診療・訪問看護・訪問入浴・福祉用具利用。

平成26年12月
夜間せん妄がありなど妻の介護疲れは大だが、お金がないためサービスを使うことはできない。「2日ぐらい病院で預かってくれないかしら」と妻は言い提案するが、金額を提示すると無理なことがわかった。

平成27年2月
妻の介護疲れがピークに達する。

平成27年5月 訪問看護師より連絡あり
左第2趾にベットパットの紐が絡んで黒くなっていた。
紐を取り除いても、元に戻らず主治医往診。場合によっては処置が必要になる。

平成27年8月10日 訪問看護師より
昨日、妻より体調がおかしいとの電話連絡あり。訪問時
血圧低下。16:10 お亡くなりになる。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

家族：治療について消極的。
ケアマネジャー：入院中は夜間せん妄のため抑制されていたこともあり、ADLや能力を査定することができなかった。
入院費滞納にて「早く退院させたい」「支払いの確約をとりたい」という病院の意向が強く、適正な退院支援が難しい。

妻：今後はトイレだけは行けるようになってほしい。
ケアマネジャー：サービス事業所へこれまでの経緯や家族の人となりへの理解を求める。3ヶ所の病院に入院費の滞納があり新たな、借財を作らないためにも月々収入、支出などを一緒に管理する。
意識消失することがあるので、医療系の通所サービスを選択する。

ケアマネジャー：家族ではできない範囲のみサービス利用とし、食事、排せつ、服薬管理は妻が行うこととした。簡単な作業ではあるが、毎日のことでもあるので、妻の心身の負担は多いのではと心配がある。

妻：もう疲れた、毎日同じことをやっているの嫌になる。早く死んでほしい

妻：どうせ歩けないし、何の処置をしても
ケアマネジャー：毎日、おむつ交換しているが、妻は見落としている様子。虐待や無関心ではなく妻の資質（あまり細かくみない）からと判断する。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 入院費の滞納については、MSWと相談。
- サービス利用についても負担を最低限とする。
- 子供たちが若く、自分たちの生活に重きを置いているためあまり負担をかけないようにした。
- 主介護者である妻が理解するのに時間がかかるため、丁寧に説明し、より良い方向に導いていけるよう情報共有し、各サービスや医療スタッフからもアドバイスしていく必要があった。
- 「死んでほしい」という家族の言葉に対する返答に関しても、一貫性をもってやってきた。

VI. 振り返り

「最期を自宅で」と望まれる家族の真意を考えさせられた。また支援者側の価値観や利用者をどのように捉えるのかを共有できた事例でもあった。住み慣れた我が家で、最愛の家族と共に時間を送ると考えている家族でも、心の変化があったり家族間の葛藤があったりするものである。そういった意味では、一貫した「経済的な問題」から「自宅で看取るしかない」、自分たちでできることはお金をかけず、「大変でもやっていくしかない」という事実を踏まえ家族への支援をしていくこととなった。ともすると、虐待ではないか？娘なら、息子なら、妻なら「こうやるのが当たり前」と支援者自身の価値観が先行し、ジレンマを起こすのではと思う。チームの一人でも家族の価値観を理解していなければ、さらに葛藤生じる事例であったのではと振り返る。チーム全体が、客観的事実と、家族の主観を理解し、支援できたこと、定期的に家族の発言や行動を客観的に観察できたことが最期まで自宅で支援できた要因と考える。死に直面する事例では、支援する側の価値観を問われる場面が多いため、普段から自分自身を理解しておく必要があると感じた。

VII. 委員からのコメント

在宅療養を選択する理由として「経済的な問題」は今後増えて行くのではないかと思います。その場合、家族（介護者）の言動は消極的なものになるかもしれませんが、それをどう捉え判断し支援するか、考えさせられる事例でした。

支援者の自己覚知とともに利用者や家族の価値観、経済観、理解力の把握も重要な課題です。ギャップを感じながらも、チーム内のコンセンサスを取っていくケアマネジャーの役割が求められた事例でした。

本人だけでなく、家族の支援をサービス提供者側が共通認識を持ち、またサービス提供者側の価値観を押し付けるのではなく、家族の価値観を理解して看取りが行えた事例だと思います。

ケアマネジャーは、利用者の世帯の経済面も丁寧にアセスメントをする必要があります。アセスメントの結果、経済的に困窮している場合は、サービスが必要と思われても利用者負担を考えるとサービスを導入できない場合もあります。本事例提供者も病院のMSWをはじめとし、介護に関する支援のみならず他制度を活用し経済面への支援もしたのだと思います。

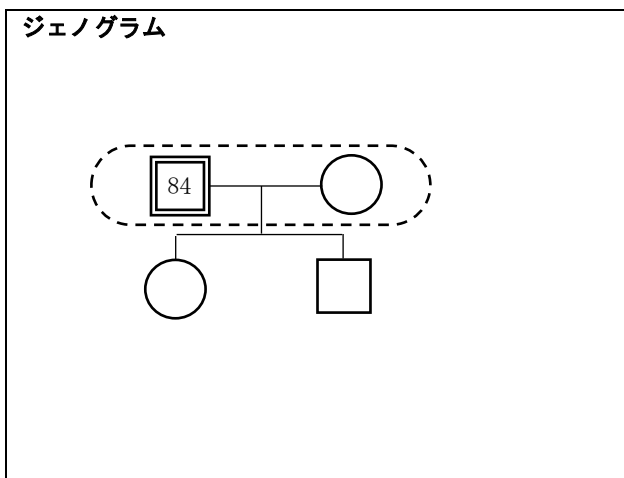
I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

事例タイトル	本人に余命宣告されず終末期を考える事例
---------------	---------------------

障害高齢者 日常生活自立度 (B2)	ADLの概要 肝細胞がんの診断を受け、移動などに家族の介護を要している。	認知症高齢者 日常生活自立度 (自立)	認知症の概要 耳が遠いが、意思疎通は可能である。
----------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------

本人基本情報	
84歳 男性 要介護4 身長165cm 体重45kg	
家族構成	妻と二人暮らし 長男と長女が同市内に在住
住環境・福祉機器等	一軒家 特殊寝台、車いす、歩行器
経済状況	年金生活
性格	温厚
生活歴・職業歴	繊維関係の事務をしていた
趣味・嗜好	相撲観戦 将棋

本人の生活像(10F)	
現病歴 健康面の強さ	H3年胃がん H13年咽頭がんの手術にて 気管切開 H26年肝細胞がん
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	がんの告知をされていない ため、今後もリハビリをして 歩けるようになりたいと希 望。
受診/服薬/処置	通院から訪問診療に切り替 える。 内服にて対応。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	気管切開のため声がない。 頸椎症性脊髄症、腰部脊柱管 狭窄症にて足のしびれあり。
できる活動 できない活動	車いすへ介助にて座らせて もらえば食事は自分で可能。 オムツ交換をしてもらって いる。
参加・役割・交流	週2回通所介護利用。 子供や孫との交流あり。
本人の希望・ 望む暮らし	身のまわりのことは手伝っ てもらわないといけませんが、 自宅で生活していきたい。
この生活に 生じている介護課題	声が出ないため、本人の要望 が伝わりにくい。 がんの告知がされていない。



看取り期の希望(ご本人・ご家族)
60歳代で胃がんになり手術されているが、本人告知はされていない。その頃も余命5年と言われたが現在25年経過しているため、妻は余命年内と言われたことに対して、現実的でない様子。しかし、最期は在宅困難で病院でと考えている。長男は最期に向けてどのような病院があるか検討中。

特記

サービスの利用状況
訪問看護 週1回 体調管理 訪問リハビリテーション 週2回 車いすへの移乗や立位保持訓練 通所介護 週2回 入浴 訪問介護 デイサービスの送り出し 福祉用具貸与 特殊寝台 車いす 歩行器など

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回・紹介・**継続**

認定済・申請中

利用者名 I 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名 A

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ○○居宅介護支援事業所

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

認定日 平成○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ～ 平成○年 ○月 ○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	本人 : 自宅での生活に不安はあるが、リハビリをしたりお風呂に入れてもらったりして自宅で暮らしていきたい。 妻・長男: 自宅で楽に暮らしていけるようにしてあげたい。長時間座っているのがしんどい時は、横になる時間を作ったり 本人が負担なく過ごせるように車いすを工夫していくことを考えていきたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	状態区分が当分の間継続すると認められるため、認定有効期間を12ヵ月に延長します。 なお、心身の状態が変化した場合は、状態区分変更等の申請をしてください。
統合的な援助の方針	ご本人の要望が伺えるようにコミュニケーションを図り、自宅で暮らしていけるように支援します。 福祉用具の工夫やリハビリテーションで立位保持訓練を行い、主介護者である妻の介護負担軽減を図れるようにします。 身体状態については主治医や訪問看護師と連携を図り、緊急時には訪問看護師に連絡してもらい体制を整えます。 緊急連絡先: 長男 ○○—○○○—○○○○ 訪問看護 ○○—○○○—○○○○ 主治医 ○○—○○○—○○○○
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 ()

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
転倒に気を付けて暮らしていきたい。	転倒しないように暮らす。	H0.0.0～ H0.0.0	ベッドから楽に立ち上がり、ふらつかず歩けるようになる。	H0.0.0～ H0.0.0	バランス訓練 関節可動域訓練 歩行訓練など 室内用すり 室内用歩行器貸与 室内用車いす貸与 特殊寝台 特殊寝台付属品貸与	○ ○	訪問リハビリテーション 福祉用具貸与	○訪問リハビリテーション ○福祉用具	2回/週 毎日	H0.0.0～ H0.0.0
体調が急に变化しないようにしたい。	体調を整える。	H0.0.0～ H0.0.0	体調の相談をする。	H0.0.0～ H0.0.0	バイタルチェック 排泄介助、清拭 皮膚の観察 家族へのアドバイス 緊急時対応	○	訪問看護	○訪問看護ST	1回/週 緊急時	H0.0.0～ H0.0.0
					治療の相談 体調管理 服薬指導		訪問診療	○○医院	1回/2週	H0.0.0～ H0.0.0
お風呂に入りたい。	お風呂に入る。	H0.0.0～ H0.0.0	身体を洗ってもらおう。	H0.0.0～ H0.0.0	入浴介助（着替え、洗身、浴室までの移動など）	○	通所介護	○通所介護	2回/週	H0.0.0～ H0.0.0
外出する機会を持ちたい。	外出する機会を作る。	H0.0.0～ H0.0.0	介護者に負担なく外出が行える。	H0.0.0～ H0.0.0	屋外用車いす 車いす付属品 スロープ貸与	○	福祉用具	○福祉用具	外出時	H0.0.0～ H0.0.0
				H0.0.0～ H0.0.0	デイサービスの準備 着替え、排泄介助 車いすへの移乗、移動など	○	訪問介護	○訪問介護	2回/週	H0.0.0～ H0.0.0

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 I 殿

	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	6:00								
早朝	8:00	訪問介護				訪問介護			起床、朝食、吸引 着替え、洗面、オムツ交換
午前	10:00	通所介護				通所介護			入浴（通所）オムツ交換 昼食
	12:00			訪問看護					
午後	14:00				訪問リハビリ テーション				オムツ交換
	16:00				訪問リハビリ テーション				
	18:00								夕食、吸引
夜間	20:00								オムツ交換
	22:00								吸引、就寝
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外 のサービス	往診 2週間に1回火曜日 福祉用具貸与（特殊寝台、特殊寝台付属品、車いす、車いす付属品、歩行器、手すり）
----------------	---

V. 支援経過記録

支援経過

平成24年4月

頸椎症性脊髄症のため入院し、リハビリを受けた後に在宅復帰となる。

平成26年4月

夜間ベッドからポータブルトイレに移乗する際転倒。昼間はトイレまで行けていたが、痛みで行けなくなる。

1週間後朝方に転倒し救急搬送、入院。恥骨骨折のためリハビリ目的にて転院。

平成26年6月 サービス担当者会議

退院されたため今後の在宅生活について話し合う。

入院前と身体状況が変わらないため機能訓練特化型通所介護にて経過をみることになる。

平成26年12月

昼食中に嘔吐あり受診。肝細胞癌のため入院となる。本人には告知なく治療が行われる。

ベッドから降りようとされるため、床にマットを引いてもらい横になっている。

年末に退院したが、頻回に嘔吐あり退院3日目で再入院となる。

平成27年1月 カンファレンス

肝細胞がんの症状は落ち着いている。排便コントロールができておらず浣腸を使用。食事もミキサー食で対応。嘔吐があると窒息が予測されるため吸引が必要。

平成27年1月 サービス担当者会議

退院。週2回訪問リハビリ、週1回訪問看護、週2回通所介護、週2回訪問介護、福祉用具貸与を調整する。

トイレに行くことができないためオムツで対応。本人はトイレまで行けるようにリハビリを頑張りたいとのこと。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：頸椎や膝関節の痛みには波はあったが、自立心の強い方だったため経過観察中であった。訪問リハビリについては平成24年に退院された病院から勧められていた。

本人：転倒しないように生活がしたいと考えられた結果の、機能訓練特化型通所介護の利用希望。

ケアマネジャー：1日利用はしんどいとのことで半日の通所介護を開始する。

ケアマネジャー：急な嘔吐での入院だったため、すぐに疾患がわからず退院前になって家族から癌であることを聞くことができた。退院の連絡を病院に依頼するが連絡がないまま退院日が決まってしまう。

ケアマネジャー：退院後すぐに訪問し年始からのサービス調整について相談していた。年末のため嘔吐の原因が聞けなかった。

妻：介護に対する不安が大きくなる。

ケアマネジャー：リハビリ、吸引、食事の形態の相談ができる通所サービスを検討する。

本人：がんの告知はされていないため、自立に向けてリハビリを頑張りたいと意欲あり。
ケアマネジャー：本人と家族の負担にならないようサービス調整を行う。

支援経過

平成27年2月

排尿できなくなり腹痛を訴え訪問看護が緊急対応する。前立腺肥大症の既往歴あり膀胱内カテーテル留置することになる。

平成27年4月

肝細胞がんの抗がん剤治療のため入院。ADL維持したまま2週間で退院となる。

平成27年4月

誤嚥性肺炎のため緊急入院される。翌日には食事も摂れて元気になる。そのため1週間で退院する。

平成27年5月

腹痛のため訪問看護に緊急対応を依頼。便秘のため浣腸、摘便の処置を受ける。

平成27年5月

長男より、妻を移乗させる際に支えきれずに転倒してしまったと連絡あり。福祉用具の選定を行う。

平成27年6月

肝細胞がんの抗がん剤治療のため入院。ADL維持したまま10日間で退院となる。

平成27年8月

抗がん剤治療の効果があるため再度入院することになる。2週間で退院となるが、今回は結果が思わしくなく予後も今年持たない可能性ありと家族が説明を受ける。そのため今後の看取りについて訪問看護も含めて相談。在宅診療に切り替えることと、最期は病院を希望。ホスピスも検討しているが本人へ未告知のため今後検討。

平成27年9月 サービス担当者会議

できるだけ通所介護が続けられるように、リクライニング式車いす貸与を検討する。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：訪問看護での対応が増えていた。在宅療養ノートを導入する。

ケアマネジャー：近隣に住む長男の対応が早く大事には至らなかったが、退院後も訪問看護の緊急対応も続くこととなった。

ケアマネジャー：妻の介護疲れが見え始める。長男の希望もありアームレストがはね上がる車いすに変更する。

主治医：抗がん剤治療は今回で終了。経過観察をするよう家族に話がある。

ケアマネジャー：抗がん剤治療の効果が出ていることで入院はないと思っていた。ターミナル期に入ったことを長男、妻から聞き、最期は病院で看取りたいと確認。
長男：行けるところまで通所介護にて入浴を希望、行けなくなった場合は訪問入浴をお願いしたいとのこと。
本人：告知されていないため、リハビリの意欲があり歩けるようになりたいと希望。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 本人告知がされていないことでリハビリテーションに対するモチベーションが下がっておらず、意欲的であるため、身体状態に配慮し本人の意思を尊重する。
- 最期を迎えるにあたり家族の思いは、出来る限り在宅で介護を行い最期は病院でお願いしたいと確認。
- 入院していた病院からの勧めもあり、在宅診療を依頼し緊急時は訪問看護と連携が図れる体制を整えた。
- 長男が希望しているように、介護者である妻の介護負担軽減も考えて通所介護の利用を継続し、座位保持困難など利用が行えない状況になった場合は、訪問入浴などに切り替える予定。

VI. 振り返り

60歳に胃がんの手術を受けた時から本人告知はされず、70歳で喉頭がんとなり気管切開をされたが、妻は胃がんの時に余命5年と宣告されたにもかかわらず、70歳まで生きたことで、今回、肝細胞がんで余命年内と宣告されたことを現実的に受け止められていないようであった。65歳で最期になると覚悟されていたようであるが、現在84歳となっており約20年という月日が流れている。長男は覚悟されているようで、緩和ケアについて考えており、苦しまずに最期を迎えてほしいと願っている。妻が現実的に受け止める日が近づいた時にはチームで支援していく体制が取れている。

今後も病院と自宅を行ったり来たりするか、病院で最期を迎えることになるか、どちらにしても在宅サービスにおけるチームでの本人と家族との関わり方が重要なポイントとなる事例である。

VII. 委員からのコメント

本人に告知されていない状況での支援は、本人の真意をうかがい知ることが難しいです。本人が、命にかかわる病気ではないと何の疑いもなければよいけれど、もし「何かおかしい」と思っているが誰に聞くこともできず孤立してしまうことがないように注意する必要があると思います。

「告知」するかしないかは家族の判断だと思われませんが、そのことによる本人への対応の統一はケアプランとケアチームにとって重要です。希望を持ったリハビリテーションは最期まで有効に活用したいところです。

高齢者二人暮らしで、主介護者も高齢であり介護者とキーパソンの意向を確認しながら支援を行っている事例であると思います。

病名が未告知の場合にケアマネジャーが一番気を遣うのは、ケアプラン作成の際の目標設定です。ケアプランを利用者と相談しながら一緒に作る際に、利用者は先々に向けて高い目標を持ちます。今回のケアプランもサービス提供者の立場としては、「体調管理」や「急変時の対応について」を優先順位の高いものにしたところですが、利用者自身の目標は「リハビリテーション」を行なうことの優先順位が高くなっています。しかし、ケアプランは利用者自身のものなので、ケアマネジャーとしては、利用者の希望通り、リハビリテーションに関連するものを一番に位置づけています。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

事例タイトル	仕事をしながら胆管がん、アルツハイマー型認知症の母親を家で最期まで支えた家族の事例 ～デイサービスやショートステイの利用をおこない本人や家族の思いを支える～
---------------	---

障害高齢者 日常生活自立度 (B1)	ADLの概要 廃用性筋力低下あり。移動は車いす介助走。移乗は一部介助
------------------------------------	---------------------------------------

認知症高齢者 日常生活自立度 (III b)	アルツハイマー型認知症 短期記憶障害著明、意思疎通は可能で自分の意向は伝えられるが、判断力は弱い
--	---

本人基本情報	
87才 女性 要介護3	
家族構成	長女夫妻と同居
住環境・福祉機器等	3階建てエレベーターつき
経済状況	遺族年金 75,000円/2月
性格	おだやか
生活歴・職業歴	自営業の夫を手伝う 独身の時は看護師
趣味・嗜好	買い物・編み物

本人の生活像 (ICF)	
現病歴 健康面の強さ	アルツハイマー型認知症 肝がん末期
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	原発S状結腸肝がん末期。便秘、腹水貯留から腹部膨満感あり。頻尿。本人に告知なし。主治医との信頼関係あり。
受診/服薬/処置	訪問診療2週に1回。病状に合わせ処方あり。服薬管理は長女。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	自分の意志を伝えることができる
できる活動 できない活動	できること：食事動作 できないこと：移動や移乗動作は支えが必要。緊急通報
参加・役割・交流	デイサービスショートステイを利用
本人の希望・ 望む暮らし	家にいるよりも、デイサービスが楽しみで利用を継続したい。
この生活に 生じている介護課題	動作が不安定であり介助が必要であるが、認識できず転倒となるため常時の見守りが必要であるが、家族は自営業で休めない。

ジェノグラム

看取り期の希望 (ご本人・ご家族)
本人：入院はしたくない。家で過ごしたい。 家族：認知症があり昨年入院した際に環境変化に対応できず早期退院となった。本人も入院を希望しておらず、家で最期まで過ごさせたい。

特記

サービスの利用状況
通所介護・・・週6日 短期入所生活介護・・・月2回 第2日曜日～火曜日 第4日曜日～火曜日 福祉用具貸与・・・特殊寝台、特殊寝台付属品、褥瘡予防マットレス

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○○年 ○月 ○日

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 J 殿 生年月日 ○○年 ○月 ○日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 I _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ○○居宅介護支援事業所 _____

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

認定日 平成○○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○○年 ○月 ○日 ～ 平成○○年 ○月 ○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	本人：家にいるよりもデイサービスやショートステイを利用している方がよい。他はべつにない 長女：先月末から排便困難と食欲不振あり。今後どうなっていくのかイメージがつかず不安である。 かかりつけ医の先生が往診にきてくれるとのことで安心である。また、看護師さんも家に来てもらえるので安心。認知症もあり、入院するのは難しいと思う。自営業で休めない。介護サービスの利用や、家族の協力を得て最期まで家ですごさせたいと思っている。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	状態区分が当分の間継続するとみとめられるため、認定有効期間を12か月に延長します。なお、心身の状態が悪化した場合は、状態区分変更等の申請をしてください。
統合的な援助の方針	ご本人様のデイサービスやショートステイを利用にて楽しく安心してすごせるように支援します。 訪問診療や、訪問看護を開始し、各事業所と連携を行い、病状の変化を早期で発見し、対応を行い悪化が防げるよう支援します。 環境を整え安全で安楽にすごせるよう支援します。 緊急時連絡先 ○○医院 ○○先生 ○○○-○○○-○○○○番 ○○訪問看護ST ○○○-○○○-○○○○番
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（ _____ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
腹部膨満感と腰痛、頻尿あり。主治医や看護師さんに診てもらい入院せずにすごしたい。	家で安楽に過ごすことができる	HQ○○ ～ HQ○○	痛みやお腹が張ったりしないようにする	HQ○○ ～ HQ○○	診察・処方・生活上の助言 A 点滴管理・抜針 B 体調管理 a 浣腸・坐薬・摘便 b 食事・水分量の確認。促し c 尿の状態と量の観察 d 皮膚状態観察と処置 e 痛みや嘔吐の有無の確認 f 内服薬の確認 C 主治医との連携（体調管理表作成）	○ ○ ○	訪問診療 A/B/C 訪問看護 B/C 通所介護 B/C 短気入所生活介護 A/B/C 本人・家族	○○ 医院 ○○ 訪問看護 ○○ デイサービス ○○ ショートステイ 本人・家族	1回/2週 2回/週 6回/週 6日/月	HQ○○ ～ HQ○○
体重減少と寝ている時間がながく背中に発赤あり。褥瘡を防ぎたい。	床ずれができないようにする	HQ○○ ～ HQ○○	床ずれができないようにする	HQ○○ ～ HQ○○	褥瘡予防マットレスの使用	○	福祉用具貸与	○○ 福祉用	毎日	HQ○○ ～ HQ○○
両下肢の筋力低下によりふらつき著明。一人でトイレへ行って転倒する。入浴や排泄は安全に行いたい	骨折をしないようにする	HQ○○ ～ HQ○○	ベッドからトイレまでの動作が安全に行える	HQ○○ ～ HQ○○	特殊寝台・特殊寝台付属品使用し起居動作の安定 補高便座やトイレ手摺の使用にて立ち座り動作の安定 車いす使用し家屋内移動 ポータブルトイレ使用し動作の安定 入浴介助（リフト浴） 移動動作介助	○ ○ ○	福祉用具 通所介護 短期入所生活介護	○○ 福祉用具 ○○ デイサービス ○○ ショートステイ	毎日 6回/週 6日/月	HQ○○ ～ HQ○○
一人でいるのは不安であり寂しい。楽しい時間をすごしたい。	不安なく過ごせる	HQ○○ ～ HQ○○	楽しい時間を過ごすことができる	HQ○○ ～ HQ○○	レクリエーションの参加 休眠の時間を提供 ナースコール対応 介護負担の軽減	○ ○	通所介護 短期入所生活介護	○○ デイサービス ○○ ショートステイ	6回/週 6日/月	HQ○○ ～ HQ○○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 J 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								トイレ介助
	6:00								
早朝	8:00	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅		起床・排せつ・洗面・更衣
	10:00	送り出し長女	送り出し長女	送り出し長女	送り出し長女	送り出し長女	送り出し長女		朝食
午前	12:00	デイサービス または 第2・第4	デイサービス または 第2・第4	デイサービス または 第2・第4	デイサービス または 第2・第4	デイサービス または 第2・第4	デイサービス または 第2・第4	第2・第4	昼食
	14:00	ショート 下剤服用	ショート 下剤服用	ショート 下剤服用	ショート 下剤服用	ショート 下剤服用	ショート 下剤服用	ショート 以外は自宅	入浴(通所・ショート)
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00	20時ごろ 訪問診療	デイ帰宅後 訪問看護	自宅	自宅	自宅	自宅		夕食 排泄・更衣・
	22:00	自宅	自宅						トイレ介助
深夜	24:00								トイレ介助
	2:00								トイレ介助
夜	4:00								トイレ介助

週単位以外 のサービス	通所介護 月曜日～土曜日 短期入所生活介護 第2・第4日曜日～火曜日
	福祉用具貸与(特殊寝台・特殊寝台付属品・褥瘡予防マットレス)

V. 支援経過記録

支援経過	本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え
<p>平成〇年〇月〇日 主治医から長女夫妻に「肝がん末期で余命半年程度」と告知あり。本人には告知しない。今後については、認知症もあり家で最期まで看る、高齢なので延命は考えていない。店は休めないなので、本人も気に入っているデイサービスやショートステイの利用が可能な限り利用継続を希望。</p>	<p>長女：今後のイメージがつかず不安である。 ケアマネジャー：長女が自営業を継続しながら認知症のある母親を家で最期まで看たいという思いに添う。施設利用が、どのような状態まで可能かを事業所ごとに確認。病状に対しての不安や排便困難に対しては、訪問看護が必要。主治医と面談</p>
<p>平成〇年〇月〇日 主治医と面談。 主治医から今の所排便困難に対して訪問看護導入。</p>	<p>ケアマネジャー：主治医に、家族の意向、各事業所の今後の方針を伝え、今後の計画について摺合せ。訪問看護決定。訪問看護と情報の共有。家族構成や価値観を伝える</p>
<p>平成〇年〇月〇日 サービス担当者会議開催 区分変更の必要性について検討。訪問看護導入。 病状とリスクについて共有、本人、家族の意向の確認、デイサービスとショートステイの利用が可能な状態像を確認。デイサービス、ショートステイ、ともにターミナル受け入れ可能だが、ショートステイ先は麻薬の管理は困難と返答あり。緊急時の連絡網の確認。病状の共有について各事業所の看護師と訪問看護と主治医にて行う。</p>	<p>ケアマネジャー：訪問看護を導入し、家族や各事業所が病状の理解とリスクについて情報の共有手段を決定。自宅や各事業所で緊急時の対応を検討してもらい共有し、それぞれの不安を軽減する必要あり。</p>
<p>平成〇年〇月〇日 サービス担当者会議開催 ショートステイやデイサービス利用中に心肺停止になった場合は、かかりつけ医が死亡診断してくれるのか？延命処置とはどの範囲か？との問い合わせあり。 主治医より、各事業所へ出向くことは可能。延命処置については、家族にて事前指示書作成する。</p>	<p>ケアマネジャー：両下肢ふらつきが強く転倒の危険性も高くなる。排便困難、腹部膨満感が一層増す。イレウスの危険性が高く各事業所での不安が強まっており再度担当者会議開催。</p>
<p>平成〇年〇月〇日 サービス担当者会議開催 経口摂取が困難となり、主治医から点滴の指示をうけ、訪問看護の増回および、訪問介護導入にて、ショートステイ、デイサービスの利用は中止となる。 訪問看護の点滴週3回と、ヘルパー毎日、長女の仕事の都合に合わせ調整となる。</p>	<p>長女：お店は休めないなので、昼間ヘルパーさんと有料ヘルパーを利用しその他の時間は、家族で介護します。 主治医：経口摂取が難しくなり、点滴が必要と判断。 ケアマネジャー：デイサービスとショートステイを中止し、自宅で点滴を行うことに家族は了承。店は休めないとのことで、訪問介護の導入を考える。</p>
<p>平成〇年〇月〇日 家で家族に看取られ永眠する。</p>	

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 主治医と本人、家族、ケアマネジャー、デイサービス、ショートステイの信頼関係ができていたこと。
特に、主治医と本人、家族との関係性は密であり、主治医に、医療情報だけでなく、介護状況や家族の思いも伝える事で、家族への生活上の指導も行え、本人・家族への不安が軽減した。
- デイサービス、ショートステイ、在宅での状態については、体調管理表を作成し主治医、各事業所間で共有を図った。
- 家族や本人の意向がぶれなかったこと、その意向に添うように主治医とケアマネジャーとで面談しその都度方針のすり合わせを図った
- ショートステイやデイサービスでの緊急時の対応を場面ごとに設定してもらい、家族、主治医、各事業所で共有した

VI. 振り返り

この事例のように、非常に速いスピードで病状変化が起こる方は、主治医が、病状を正確にとらえ、対応する必要がある。主治医を中心に訪問看護や、各事業所の看護師、家族と情報の共有を行える体調管理表を活用し、主治医から適切な判断や生活上の指導を得られ、家族の不安の軽減が図れた。

本人・家族だけでなく、各事業所から不安の訴えがある都度、各自の意見を聴取し摺合せを行い、担当者会議の開催や対応を行うことで不安の軽減を図り、チームの統一を図ることができた。

VII. 委員からのコメント

主治医が、本人・家族だけでなく、ケアマネジャーやサービス事業者と積極的に関わりを持ち情報を共有し指示が出されたことにより、本人が楽しみにしていたサービスの利用を継続することができたと考えます。

自宅で自営業を行いながらも看取りができた要因は、医療を含めた関係サービス機関の綿密な情報共有であったと思われます。各サービスの細かい疑問や緊急時の管理についてケアマネジャーが丁寧に対応した効果が表れていると思います。

主治医を中心にサービス事業者間の共通の目標を持ち、連携を密にとり家族の不安を取り除き看取りができた事例だと思います。

昨今の日本では、「人が死ぬ」場面に直面する機会は殆どありません。それは、家族にも福祉系サービススタッフにも言えることです。よって、「人が死ぬ」というのはどのような経緯をたどるのかということを家族にも福祉系サービススタッフにも伝える必要があると思います。そのような場合のケアマネジャーの役割は、医療従事者から家族や福祉系サービススタッフに「人が死ぬ」という場合どのような経緯をたどるのかということを説明する場を設けることだと思います。本事例提供者はそのことが完璧にできていたと思います。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

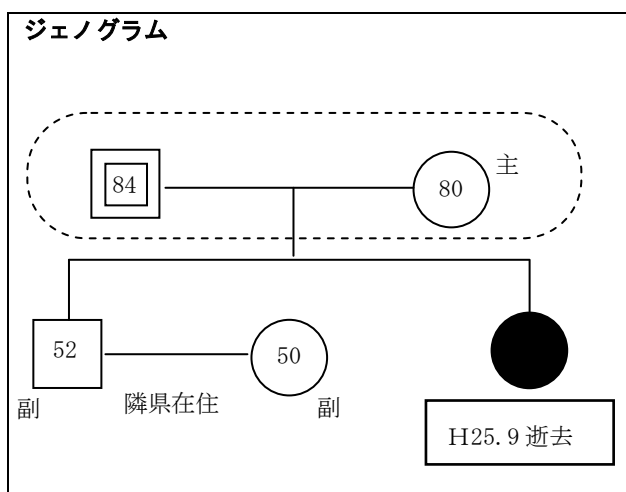
事例タイトル	最期まで住み慣れた家に拘った思いを尊重した看取り支援 ～妻から天国の娘のもとへ～
---------------	---

障害高齢者 日常生活自立度 (C1)	ADLの概要 妻への依存が強く、食事、排泄、移動、更衣はほぼ全介助。保清は主に清拭にて全介助。
------------------------------------	--

認知症高齢者 日常生活自立度 (II b)	認知状況の概要 頑固で年齢相応の物忘れは見られるが、認知症という症状は特に見られない。
---------------------------------------	--

本人基本情報	
84歳 男性 要介護3 身長160cm 体重60kg	
家族構成	妻と二人暮らし。長男夫婦隣県在住。長女平成25年9月逝去。
住環境・福祉機器等	一軒家。特殊寝台(3モーター)、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具。
経済状況	国民年金。週1回長男夫婦が帰省し不足部分援助。
性格	頑固。疾患発症以降、妻への依存が強い。
生活歴・職業歴	現住所で生まれ育つ。農業。
趣味・嗜好	農作業。寿司

本人の生活像(10F)	
現病歴 健康面の強さ	H24年肺気腫にて24時間在宅酸素療法導入(2l/m) 身障3級。転倒までは膝関節症あるが一点杖を両手に持ち室内移動可であった。
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	H25年9月精神疾患の長女死亡後、急激にレベル低下。妻への依存強く、妻の姿が見えないと不穏となり妻が外出等できない。
受診/服薬/処置	長男夫婦の介助にて通院受診していたが、H26年8月以降は訪問診療に変更。適宜病状に合わせた処方を行っている。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	意思伝達可。家で妻と暮らしたいという思いは強い。排泄や食事の訴えも可。
できる活動 できない活動	できる活動：寝返り可。ベッドで座位がとれれば食事摂取可。排泄はおむつだが、腰を上げることや側臥位への協力可。 できない活動：保清や更衣や服薬は全介助。
参加・役割・交流	年4回老人クラブへ参加していたが、H25年9月長女死亡後は出なくなった。交流は家族やサービス利用時のみ。
本人の希望・望む暮らし	住み慣れた家で妻と二人で暮らしていきたい。デイサービスへは行きたくない。
この生活に 生じている介護課題	妻への依存強く、妻が買物や農作業へ長時間出ることが困難。妻を探すため見守り必要で、転落の危険あり。



看取り期の希望(ご本人・ご家族)
本人・・・住み慣れた家で最期を迎えたい 妻・・・お父さんの思いを尊重したい 長男・・・父の思いを尊重したい

特記
長女は27歳の時に統合失調症を発症。H25年9月パンを喉に詰めたことが原因で50歳で逝去。

サービスの利用状況
平成26年7月まではサービス利用なく、平成26年8月より訪問リハビリ週2回開始。平成26年11月より訪問看護週2回、福祉用具(特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具)貸与開始。

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 K 殿 生年月日 昭和〇年 〇月 〇日 住所 B市 C町

居宅サービス計画作成者氏名 I

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 D居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成（変更）日 平成〇年 〇月 〇日 初回居宅サービス計画作成日 平成〇年 〇月 〇日

認定日 平成〇年 〇月 〇日 認定の有効期間 平成〇年 〇月 〇日 ~ 平成〇年 〇月 〇日

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	本人：このまま家内の介護を受けながら家で暮らしていきます。引き続きお願いします。 家族（妻）：主治医の先生からも訪問でのリハビリやベッドの利用、看護婦さんに見てもらって下さいと助言を頂いております。 家で最期を迎えたいという本人の意向を尊重したい。家族も出来る限りのことはします。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
統合的な援助の方針	高齢者夫婦のみ世帯。以前は長女と三人で暮らしていたが、平成25年9月に長女が逝去。以降生活の中での意欲減退が見られるようになった。平成26年6月に転倒があり異常なしとの診断であったが、以降臥床中心の生活となった。肺気腫により24時間酸素吸入（2l/m）している。平成26年8月主治医からも早急な支援が必要とのことで支援依頼あり訪問リハビリを開始。また先週末より食思（－）傾向も見られ、訪問リハビリ以外に訪問看護、福祉用具貸与の導入により、身体機能維持、生活改善に努めていく。 緊急連絡先：妻の携帯（〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇） 主治医：A医院 B医師携帯番号（〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）
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（ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

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
急にベッドでの生活となったが、自分で出来ることがあれば自分で行いたい	自力部分維持により生活レベルの安定に努める	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	下肢筋力維持に努め、排泄交換時の自力部分を維持できる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	日常生活の中で座位や側臥位など自身で動ける範囲を維持する		セルフケア	本人	適宜	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
					座位訓練、可動域訓練により下肢筋力維持に努める。嚥下訓練により食事摂取量を増やす	○	訪問リハビリ	E 訪問リハビリ事業所	週2日 (4回)	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
このまま家での生活を続けていきたい	在宅生活の維持、継続	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	日常の中での自力部分維持	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	日常生活の見守り、生活援助等		家族介護	家族	適宜	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
酸素吸入しているが、健康を維持して入院なく在宅生活を続けたい	入院しない	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	定期的な援助や見守りの下、健康維持に努める。	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	身体状況観察、体調不良時の主治医や訪問看護への連絡、緊急時の対応等		家族介護	家族	適宜	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
					身体状況確認、訪問看護やケアマネジャーとの調整や必要に応じての指示等		主治医	F 医院	適宜	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
			床ずれができないようにする。		清拭、皮膚の状況を含めた訪問時の全身状態観察 特殊寝台貸与、特殊寝台付属品貸与、床ずれ予防用具貸与による皮膚疾患予防	○ ○	訪問看護 福祉用具貸与	G 訪問看護ST H事業所	週2回 毎日	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

利用者名 K 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00	自宅にて家族介護	自宅にて家族介護	自宅にて家族介護	自宅にて家族介護	自宅にて家族介護	自宅にて家族介護	自宅にて家族介護	起床
早朝	8:00								朝食
	10:00	訪問看護			訪問看護				週2回訪問看護（月・木）
午前	12:00	自宅にて家族介護			自宅にて家族介護				昼食
	14:00		訪問リハビリ	訪問診療		訪問リハビリ			週1回訪問診療（水） 週2回訪問リハビリ（火・金）
午後	16:00		自宅にて家族介護	自宅にて家族介護		自宅			
	18:00								夕食
夜間	20:00								就寝
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	特殊寝台貸与、特殊寝台付属品貸与、床ずれ予防用具貸与、必要時の往診
------------	-----------------------------------

V. 支援経過記録

支援経過

平成26年1月21日

在宅介護支援センターSWとして毎月1回の訪問で実態把握するように地域包括支援センターから依頼あり、月1回実態把握のための訪問開始。

平成26年5月28日

5月上旬に自宅の居室で転倒し、暫くベッドでの生活であった。ようやく2～3日前から歩けるようになったと妻から確認する。

平成26年6月23日

6月11日に再度転倒し、以降は臥床中心の生活となっているが、入院が嫌なので病院へ行く事を本人は拒否していると妻から聞く。本人を説得して翌日整形外科へ介護タクシーを使用して受診するように調整する。

平成26年6月24日

妻と介護タクシースタッフだけでは困難なため、通院の送り出しの介助を行なうため訪問する。受診の結果、骨折等は見られないが痛みの訴えが強く、整形外科医師の指示もあり臥床にて過ごす。

平成26年8月4日

要介護3と認定されていたがサービス利用の拒否が強く、一時回復したが7月後半に再度転倒があり以降は臥床中心の生活となった。在宅酸素をしていることもあり、主治医から定期的な通院が必要だが困難とのことなので、訪問診療に切り替える旨の連絡あり。その際に主治医とも相談し、早急に訪問リハビリの調整が必要と判断し、本人や家族の了承のもと訪問リハビリテーションが開始となる。

平成26年8月11日 サービス担当者会議実施。

ケアプラン交付。週2日（20分2回ずつ計4回）の訪問リハビリ開始。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

本人：足が弱ってきたけど、できる限りデイサービスへ行くことなく、家で家内と暮らしていきたい。

妻：困った時には頼りにしています。

ケアマネジャー：現状は本人の意思が強く、サービス利用ではなく、見守り支援を進める。

本人：転倒したけどデイサービスへは行きたくない。

妻：徐々にできないことが増えてきて、私一人では限界かも・・・。

ケアマネジャー：通所の利用は困難。訪問リハビリや訪問看護の利用を検討する段階へ。

本人：転倒したけどデイサービスへは行きたくない。

妻：主治医の先生にも言われたし、ケアマネジャーへ頼る時期にきたのか・・・。

ケアマネジャー：ようやく受け入れ状況が整いつつある。今後も主治医や訪問リハビリスタッフの協力も仰ぎ、心身レベル低下の予防に努めていく。

本人：不本意だけど入院や施設へ入ることを考えればまし。なんとか元の状態に戻りたい。

妻：主治医から薦めてくれた訪問リハビリの利用で夫が元気になるのが良いが。

ケアマネジャー：一日も早くサービスに慣れて次の段階（活動範囲拡大）へ繋げる。

支援経過

平成26年11月17日

8月～10月はリハビリの効果もあり順調に回復していたが、11月に入り少しレベル低下を起こして、主治医より「妻から電話にて3～4日前から食事が摂れなくなり診て欲しい」と意向あり急遽往診する。救急搬送の必要性はないが、背部が褥瘡になりそうな糜爛直前の状態。ケアマネジャーが訪問し、アセスメント実施。訪問看護と福祉用具の必要性を伝え調整する。

平成26年11月18日 サービス担当者会議

変更プラン交付。週2回の訪問看護と福祉用具（特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具）貸与開始。

平成26年11月24日

訪問看護より吸引の必要性があるとの情報あり、本人および家族に説明し、承諾後、吸引器の自費レンタル開始。

平成26年12月8日 モニタリング実施。

酸素吸入増量するが反応は日々低下。食事も摂れなくなる。最期の意向を再度確認する。妻から自宅で最期を迎えたいとの意向。共有のため主治医及び訪問看護師へ情報提供する。

平成27年1月8日

訪問看護師より状態が悪く、近く緊急でターミナルケアの訪問の可能性もあるとの情報あり。

平成27年1月12日

訪問看護師よりケアマネジャー携帯へ電話があり、家族からの連絡で今朝永眠され、今から訪問するとのこと。ケアマネジャーも一緒に訪問する旨を伝え自宅を訪問。主治医確認後、訪問看護師によりエンゼルケア実施。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

本人：しんどい。食べる物も喉を通り難い。
妻：こういう状態になれば先生を頼るしかない。

ケアマネジャー：先月まで調子が良かったのだが、早急な見直しが必要。訪問看護と福祉用具の支援で急激な低下を予防する。また同時に家族支援へも繋げる。

本人：反応が少しずつ鈍くなる。

妻：なんとか頑張って、お父さん。

ケアマネジャー：看取りが近づいてきた。年末に入るが緊急での対応も必要になってくる。最期について意向確認を行うことが必要。

妻：いろいろお世話になりました。お父さんの希望通りの最期で良かった。今頃娘と仲良くしていると思います（涙）

ケアマネジャー：意向通りではあったが、本当にこの支援で良かったのか（自問自答）

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 本人や家族の意向と主治医や訪問看護といった医療職との調整が必要である。
- ケアマネジャーは調整役として間に入り、時には互いの代弁者となり本人や家族の望む最期を支援。
- ケアマネジャーに求められるのは医療の専門職へ繋ぐための知識等であり、ケアマネジャー自身で勝手に判断をして行動することではない。
- 医療職へ繋ぐ場合「疾患としてどういった注意が必要なのか」「どの段階で誰に繋ぐことが必要なのか」といった内容を確認し、共有することでよりスムーズな医療職の実践に繋げることができる。
- 医療職への適切なアプローチは重要であり、まずは医療職とケアマネジャーとの相互理解が重要である。

VI. 振り返り

今回のケースの場合、妻への依存度が強く、妻の顔が見えないと不穏になるという利用者。その様子に最大限対応する妻。主治医からは適宜の往診による状況確認と訪問看護師やケアマネジャーへの的確な指示。訪問看護師は寄り添う援助や妻への助言等最大の支援をしてくれた。その中でケアマネジャーとして利用者や家族の真のニーズを考え、望む最期を最大限支援していく必要があった。

今回のように関わるそれぞれがプロとして自身の役割を理解し、利用者や家族の望む最期へ支援していくことが重要であり、その調整にケアマネジャーは力を注いでいかなければならない。

また、常に情報共有に努めたことがそれぞれの役割の実践に繋がり、その結果利用者及び家族の望む最期に繋がったと考える。看取り期に入ると、より1分1秒が大切となり、それぞれの専門職が役割を考え、可能な限り本人や家族の望む最期に繋げていく。主治医としての役割、訪問看護師としての役割、その他の専門職の役割、そしてケアマネジャーの役割である。点（個別）の援助ではなく、線（対面）の援助でもなく、面（連携・つなぎ）の援助である。看取り期には、この面（連携・つなぎ）の援助が特に重要と考える。

今回のケースは利用者の望む暮らしの実現と同じように、利用者の望む最期への繋ぎを重要視することを学んだケースである。ただケアマネジャーとして看取り期に関わる際、いつも最後に思うことは「本当にこの支援で良かったのか」という自問自答である。

VII. 委員からのコメント

望む暮らしの延長線上に望む最期があると考えます。看取り期における医療の度合いは大きいかもしれませんが、より良い毎日を過ごす、そのために医療も介護も同じように大切、果たす役割、場面が違うだけなのだと思えます。

これでよかったのか、という思いをそのままにせずに常に検証していくことや、自己覚知につなげていくことが支援者としては重要です。今回の力を今後のケースや後輩育成に生かしていくことができると思えます。

主治医を中心にサービス提供者側が共通目標を持ち、高齢者の主介護を支え本人の望む生活を組み看取りができた事例だと思えます。

介護保険サービスの利用や受診を拒否し、自身のプライドを維持していたにも関わらず転倒を機に受診し、サービスを利用しなければならなくなった無念さを事例提供者は受け止め、的確な支援ができた事例だと思えます。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

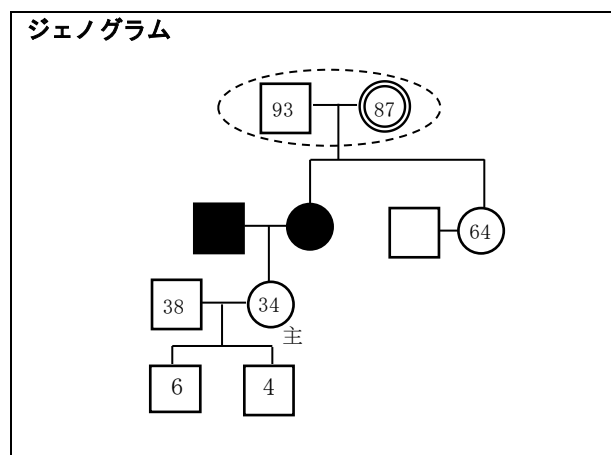
事例タイトル	最期まで自宅に居たいという本人の希望をチームで支援した事例 ～介護力が弱く、支援拒否があるケース～
---------------	--

障害高齢者 日常生活自立度 (B 2)	ADLの概要：起居動作、 食事は自分でできる。排 泄、入浴には支援が必要。
-----------------------------	---

認知症高齢者 日常生活自立度 (II b)	入院を機に物忘れが出てきて いる。金銭、服薬管理、生活管 理に支援が必要。
-------------------------------	---

本人基本情報	
87歳 女性 要介護4	
家族構成	夫(93歳)と2人暮らし。 夫は自立だが、1日の大半 は寝て過ごす。物忘れがあ り、妻の病気が理解できな い。長女は病死。次女は他 県在住。隣に孫家族が在住
住環境・福祉機器等	住宅街の一軒家。 特殊寝台、床ずれ予防用 具、スロープをレンタル。
経済状況	本人と夫の年金で生活。
性格	穏やか。人付き合いはあま りない。夫の言動を気にし ている。
生活歴・職業歴	隣県の生まれ。専業主婦。
趣味・嗜好	特になし。

本人の生活像(ICF)	
現病歴 健康面の強さ	H25年9月頃からADLが 低下、11月、近医の往診を 受けたところ、総合病院を紹 介され、悪性リンパ腫と診断 される。
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	本人：「血液の病気」と説明 を受けているが、治療に関 しては理解、判断が難しい。 家族：積極的な治療は望ま ない。
受診/服薬/処置	総合病院血液内科1回/月 悪性リンパ腫の経過観察。 かかりつけ医訪問診療2回 /月全身管理。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	時間の把握が曖昧。サービ スの決定には孫の支援が必要。 退院後、一時、移乗、移動自 立となるも、病状の悪化によ り、再度ADL低下してきた。
できる活動 できない活動	起居動作、屋内移動、食事は 自立していたが、H26年3月 頃からADLが低下し、床上で 過ごすことが多くなる。排泄 、入浴、家事に支援を要する。
参加・役割・交流	サービス開始前まで夫と2人 暮らしで、地域との交流はな い。ヘルパーと交流している。
本人の希望・ 望む暮らし	夫と2人で静かに自宅で暮 らしたい。夫の機嫌が悪くな らないようにしたい。
この生活に 生じている介護課題	・家族の介護力が弱い。 ・サービス導入について本人 が拒否している。



看取り期の希望(ご本人・ご家族)
本人：入院するより自宅に居たい。 家族(孫夫婦)：本人が家に居たいと言うので、 居させてあげるのが良いのだと思う。

特記

サービスの利用状況 (サービス開始当初)：訪問介護2回/日 福祉用具貸与：特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具、車いす、スロープ 特定福祉用具購入：腰掛便座
--

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 L 殿 生年月日 〇年 〇月 〇日 住所

居宅サービス計画作成者氏名 A

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 医療法人B病院居宅介護支援センター

居宅サービス計画作成（変更）日 平成〇〇年 〇月 〇日 初回居宅サービス計画作成日 平成〇〇年 〇月 〇日

認定日 平成〇年 〇月 〇日 認定の有効期間 平成〇年 〇月 〇日 ～ 平成〇年 〇月 〇日

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
 本人：自宅にいたい。
 家族：現在厳しい状況であるが、本人が家にいたいというのでそのようにさせてあげようと家族で決めた。
 サービスを利用し、最期の時まで自宅で過ごせるようにしていきたい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定
 状態区分が当分の間継続すると認められるため、認定有効期間を12ヵ月に延長します。
 なお、心身の状態が変化した場合は、状態区分変更等の申請をしてください。

統合的な援助の方針
 最期の時まで自宅で安心して、できるだけ安楽に過ごせるように支援いたします。
 ① 主治医の先生、訪問看護婦さんを中心に医療体制を整えていきます。（医療保険対応）
 ② 身の回りのこと（食事面、排泄面）の支援を1日3回ヘルパーさんで行います。
 ※緊急時連絡・・・別紙のとおり

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（ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

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	
最期まで自宅で生活したい。	最期まで自宅で安楽に過ごすことができる。	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	苦痛なく、心地よく過ごす。	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	体調チェック 関係への指示・助言など	○	医療機関 訪問診療 往診 訪問看護	○ ○ 総合病院 ○ ○ 医院 ○ ○ 訪問看護	月1回 週2回 必要時 週2回	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	
					①日々の記録確認 ②主治医との連絡、相談 ③家族、サービス事業所への助言						
					①声かけ ②精神的支援			家族（孫）		毎日	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
					①体温測定 ②服薬介助 ③モーニングケア・清拭 ④ポータブルトイレを使用し排泄。介助尿量測定		○	訪問介護	○ ○ 訪問介護 △ △ 訪問介護	1日3回	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
					○		特定福祉用具購入	○ ○ ○			
			特殊寝台の背上げ機能を使用しての起座位や外気に触れ気分転換をするためにスロープを使用。	○	福祉用具貸与	○ ○ ○	毎日	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇			
			食事、水分が確保できる。	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	本人の好きなものを聞いて準備する。 ①食事、水分摂取介助と量のチェックをし、シートへ記入する	○	家族（孫） 訪問介護	○ ○ 訪問介護 △ △ 訪問介護	毎日 1日3回	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

利用者名 L 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00	家族の朝食準備、長男小学校送り、次男幼稚園送り、家事など							
	10:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	体温測定、排泄介助、尿量測定 ポータブル片付け、モーニングケア
午前	12:00								食事・水分摂取介助、服薬介助 (訪問介護)
	14:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	食事・水分摂取介助 (訪問介護)
午後	16:00	訪問看護		訪問診療	訪問看護	訪問診療			健康チェック(往診・訪問看護) 清拭(訪問看護)
	18:00	次男幼稚園迎え、長男の塾の送り迎え、夕食準備							
夜間	20:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	体温測定、排泄介助、尿量測定 ポータブル片付け
	22:00								食事・水分摂取介助、服薬介助 (訪問介護)
深夜	24:00	孫はコンビニでアルバイト 22:00～5:00 (週3日程、曜日は決まっていない。)							
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	福祉用具貸与 特殊寝台、特殊寝台付属品、スロープ
------------	--------------------------

V. 支援経過記録

支援経過

平成25年11月14日

9月頃よりADL低下、炊事ができなくなり、10月下旬には立ち上がれなくなった。孫が九州在住の次女に相談し、次女が帰省、地域包括支援センターへ相談、介護申請とかかりつけ医へ訪問診療を依頼。主治医より総合病院で診察を受けるように言われ受診、入院となる。

平成25年12月11日 退院カンファレンス実施

悪性リンパ腫と診断されるが、高齢なので抗がん剤治療はできない。そろそろ退院をと言われる。

主治医より、退院後すぐに別の病院の専門外来を受診するように孫へ説明あり。

また、在宅時の注意事項について確認、出血傾向、貧血、感染しやすい状態であることを聞き取る。

平成25年12月27日 退院 サービス担当者会議

要介護4と認定される。福祉用具貸与と1日2回の訪問介護利用にて在宅サービス利用開始。

平成26年1月10日 サービス担当者会議開催

援助内容、時間変更なし。

援助内容の詳細部分について、本人・孫、2つの訪問介護事業所間で統一する。

また、本人が夫の様子を気にしているために、夫への対応方法（夫がいない部屋で本人への援助を行う、顔を合わせたら筆談にて援助に入っていることを説明する）についても統一する。

平成26年1月28日 サービス担当者会議

入浴方法について確認する。

両下腿の皮膚硬化、肥厚している部分が乾燥によるひび割れを起こし、浸出液が出ている状態。

皮膚科医に往診を依頼。入浴し皮膚を清潔にするように助言あり。入浴方法についてヘルパー、福祉用具業者と検討。シャワーチェア、浴槽台、バスボードを使用し入浴済み、問題なく入浴できた。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

本人：病気については『血液の病気』と説明を受けている。精神面での変化はみられない。

介護サービスについては家の中に人が入るのは嫌だとのこと。

ケアマネジャー：ADL面で介助量が多いが、本人は家に人が入るのを拒否し、入浴は病院でも拒否している。自宅に戻ってから身の回りのことがどの程度自分でできるか、介護サービスの利用を受け入れられるかを見て行きたい。

ケアマネジャー：年末年始体制に入るので、細かな調整ができないため、1日2回の訪問介護で実施し、本人の受け入れやADLについての情報を収集し、年明けに再調整とする。

本人：自分だけベッドで寝ていることやヘルパーが出入りすることに夫が不満を持っていることを気にしている。男性ヘルパーの時に排泄介助の拒否がある。

ケアマネジャー：本人と夫のこれまでの関係からか、本人は大変夫の様子を気にかけている。夫に対して、説明して理解を求めるとは難しいようだ。夫にも気持ちよく過ごしてもらえるように声かけ等気を配ることで本人の精神的負担を軽減していく。

本人：皮膚の清潔について相談、自宅での入浴を希望される。

ケアマネジャー：以前入浴介助拒否があったが、本人がヘルパーによる介助浴を希望された。本人とヘルパー間で信頼関係が築けている。

支援経過

平成26年2月19日 発熱
孫より発熱していると連絡あり。
往診医の調整、往診実施。抗生物質点滴、風邪薬の処方。

平成26年3月10日 専門外来受診
貧血が進んでいるために次回輸血が必要と説明あり。
2週間後の受診にて輸血実施。

平成26年4月1日～
38～39℃台の発熱、息苦しさ、自力での動きにくさなど
これまで見られなかった様子が見られる。
訪問介護よりTEL、FAXにて状態報告の連絡が入る。
主治医へ訪問診療に合わせて、報告する。
4月8日から訪問診療が週2回となる。

平成26年4月14日
訪問看護の導入について、本人、孫、主治医へ意見聴取。
訪問介護より「薬がよく変わるのでわかりにくい」との訴え
がある。
主治医より、急変する可能性があるため、最後の看取り
をどうするか、家族で相談して決めておくようにと孫へ
説明がある。

平成26年4月22日 サービス担当者会議
・訪問看護利用開始。
・訪問介護1日3回に増回。
・看取り期の連絡体制について打ち合わせ。
本人の意思を尊重し、最後まで在宅で看取ることを家族、
サービス関係者間で確認する。

平成26年5月4日 22時25分 死亡確認
永眠される。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

孫：現在総合病院の専門外来を受診しているが、連れて行くのが大変。以前からかかりつけの近医に訪問診療を依頼したいと考えていたが、11月に入院してから診察を受けていないために、病状や経過をどう説明したらよいのかわからないと相談される。
ケアマネジャー：本人は歩行が困難であり、今後体調悪化のリスクも高く、かかりつけ医の訪問診療は必要と思われる。総合病院のMSWと相談、まずは孫より近医へ11月以降の経過を説明してもらい、訪問診療が可能かどうか確認。了解ならば診療情報提供書を送付。

孫：本人の体調を心配しているが、どうしてあげたらよいのかわからず不安である。
ケアマネジャー：体調の変化が激しく、服薬内容や対応方法も頻繁に変更しているため、タイムリーな情報把握が必要である。訪問看護に入ってもらい必要がある。

ケアマネジャー：体調が急激に悪化してきたため、一番よく訪問しているヘルパーから、必要な情報を収集できるよう、体調チェックシートを作成した。用紙下部分には1日3回の食事、水分、様子の欄を設け、簡潔に記入できるようにした。医療職には一目でたくさんの情報が得られるように、介護職には専門的にならず、記入が負担にならないように配慮した。

ケアマネジャー：急変時の連絡体制を関係者間で統一しておく必要がある。特に夜間、休日の対応について主治医に確認する。緊急時の連絡先について統一できるように、用紙に記入し、自宅、各事業所へ渡した。
実際、亡くなられたのは祝日の夜間であったが、家族から訪問看護へ、訪問看護から医師へ連絡がスムーズにとれ、死亡確認が行われた。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 家族、医師、サービス事業所間での方向性の統一
- 適切な時期にサービス担当者会議の実施
- 本人の体調に関する情報収集と医療職者への伝達方法
- 体調チェックシートの作成
- ケアチームへのこまめな連絡、情報共有
- 情報不足によるチーム間での不安や不満が生じないよう配慮

VI. 振り返り

本人は生活全般にわたり介護を要する状態であったが、夫には物忘れや判断能力の低下があり、キーパーソンの孫は育児・就労のため、家族の支援はほぼ望めない状況のためサービスを利用する必要があったにもかかわらず、本人はサービス利用には否定的で、その必要性も理解できていないようだった。

また、訪問介護員から「本人は夫の言動を大変気にしている」という情報で夫婦の関係性に気づき、夫に対しても丁寧な対応を行うことで、妻が夫に気兼ねせず安心して介護を受けられる環境を作っていった。その結果、本人・夫との信頼関係が築け、支援開始1か月後には本人からヘルパーに「あなたたちが来てくれるから私は助かるわ」と感謝の言葉が聞かれた。

その後、主治医より看取りの場所について孫に確認され、本人の希望にて在宅での看取りを選択した。

ケアマネジャーとして、各職種の役割を明確にし、情報共有することで、チームワークづくりを行った。その1つに、体調を記入するシートを作成し、1日3回本人と関わっている訪問介護員から必要な情報を収集し、医療職へ短時間の訪問でより多くの情報が伝わるようにした。

支援困難と思われるケースであったが、信頼関係の構築ができたからこそ、終末期において、本人・家族の意向にチームが寄り添い、支援することができたのだと考える。ケアマネジャーは、それぞれの職種の役割をつないでいくことが重要な役割であると感じた。

VII. 委員からのコメント

出血傾向、貧血、易感染性があるので、退院時から訪問看護が関わればよかったのではないのでしょうか？ サービス利用に抵抗がある方でも、訪問看護は比較的受け入れがよいことを経験しています。早期に訪問看護を導入することで、お孫さんの不安や負担も軽減できたのでは、と思いました。

支援を拒否するケースにどのように関係づくりを行っていくかは、ケアマネジャーと介護職の連携と力量であったと思います。かかわる時間数の多い介護職の適格な情報をチームに還元する重要性を共有していきたいと思います。

ケアマネジャーに必要な資質として「創意工夫ができる」ということがあります。本事例提供者は、独自に訪問介護員も記入しやすい「体調チェックシート」を作成し、体調の変化の激しい利用者の情報の共有をするという創意工夫ができていました。

老々介護の世帯で、本人の望む生活に向けて主治医を中心にサービス事業者が共通の目標を持ち連携を図り看取りができた事例だと思います。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

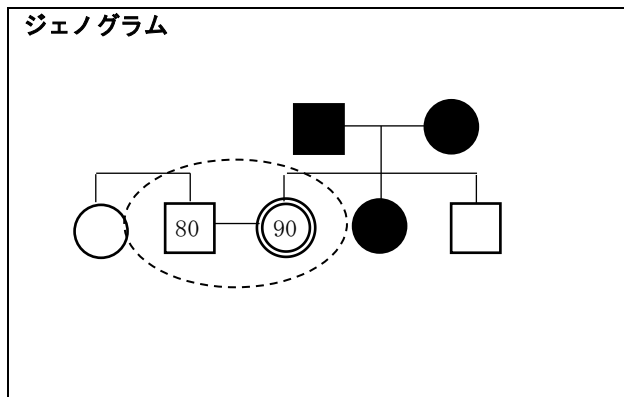
事例タイトル	最期まで「自宅で過ごしたい」という利用者の思いに添って医療、介護の連携を図ることで食べることに着目した事例
---------------	---

障害高齢者 日常生活自立度 (C 2)	ADLの概要 平成10年・平成12年 脳梗塞後遺症により右片麻痺、構音障害、リウマチ性多発筋痛症により常に痛みがある状態。寝たきりの状態となっている。
-----------------------------	--

認知症高齢者 日常生活自立度 (III b)	認知状況の概要 短期記憶は問題ない。被害妄想・昼夜逆転・本人の気に入らない介助には手を払うなどの抵抗がある。
--------------------------------	---

本人基本情報	
90才 女性	要介護5 155cm 53kg
家族構成	夫(80才)と二人暮らし 子供はない。夫もリウマチ
住環境・福祉機器等	マンション2F トイレは入居時改修し車いすで利用できる。バリアフリー。
経済状況	夫は大手会社退職。厚生年金生活。
性格	人見知りで 頑ななところがある。
生活歴・職業歴	多忙な夫を支えて主婦業に専念してきた。
趣味・嗜好	関西生活が長いので 関西風の味付けを好む。

本人の生活像(10F)	
現病歴 健康面の強さ	H10年、H12年 二度の脳梗塞を発症しその後遺症で右片麻痺、構音障害がある。リウマチ性多発筋痛症のため痛みがある。
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	本人:痛みが強く体を動かすことも辛い。 夫:痛みを軽くして、もっと動けるようにしたい。
受診/服薬/処置	訪問診療を受けている。服薬、点滴治療を受けている
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	自分の意思を伝えることはできるが強い難聴のため、コミュニケーションが取りにくい。
できる活動 できない活動	食べたいものを言う。自分の考えを伝える。座位保持は痛みのためできない。食事、口腔ケア、排泄の全てを介助されている。
参加・役割・交流	昔仲人をした人、関西時代の知人などの来訪を楽しみにしている。
本人の希望・望む暮らし	入院は嫌。外に行くのも嫌。自宅で過ごしたい。おいしい物を食べたい
この生活に生じている介護課題	負担の大きい介護は夫一人では支えられないが、夫への依存が強いいため他者の介入を拒否する。



看取り期の希望(ご本人・ご家族)
本人:何があっても自宅で生活したい。口に合ったおいしい物を食べたい。延命処置や入院は嫌。 夫:本人が望むようにしてあげたい。一人ではどうにもならない。具合が悪い時には すぐに対応してくれるようにしてほしい。安心して妻の介護をしたい。

特記

サービスの利用状況
訪問看護 2回/週 (+緊急時対応可) 訪問リハビリ 1回/週 訪問入浴 1回/週 訪問介護 6日/週 福祉用具貸与:特殊寝台・付属品、エアマット、体位交換器(クッション) 障害者総合支援 訪問介護(喀痰吸引等) 2回/週 訪問診療 内科 2回/月 訪問歯科診療 1回/週

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月 平成〇年 〇月 〇日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 M 殿 生年月日 大正〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市

居宅サービス計画作成者氏名 B

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〇〇〇〇〇〇居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成（変更）日 平成〇年 〇月 〇日 初回居宅サービス計画作成日 平成〇年 〇月 〇日

認定日 平成〇年 〇月 〇日 認定の有効期間 平成〇年 〇月 〇日 ~ 平成〇年 〇月 〇日

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	本人：自宅で過ごしたい。座って食事が摂れるようになりたい 夫：誤嚥の予防や痰吸引、リハビリを受けて、自宅で穏やかに過ごしてほしい。本人や私が解かりやすいように説明して欲しい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
統合的な援助の方針	医療的な関わりが増えてきているので、主治医C先生、歯科D先生と連携を図ります。 自宅でおいしく食事を食べて頂けるようにしていきます。 専門的な情報を解りやすく説明し、不安の解消を図っていきます。
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（ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

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
自宅で落ち着いて過ごしたい	心身の状態が安定して、過ごすことができる HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	今の状態で生活できる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	病状の観察 病状の観察、排泄のコントロール、療養相談・指導、緊急時の対応 喀痰の吸引（必要時） 吸引器のレンタル	○	訪問診療 訪問看護 訪問介護（総合支援） 医療機器レンタル	○ ○ △△ ○○ ○○ ○	2回/月 2回/週 6回/週 1回/月	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
			おいしく食事が食べられる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	訪問診療、嚥下・摂食の評価と指導 嚥下・摂食の指導 関節拘縮予防・座位保持のためのリハビリ 特殊寝台、寝具・褥瘡予防用具の貸与 水分摂取、食事の介助、口腔ケア、安楽な体位確保	○ ○ ○ ○	訪問歯科診療 訪問看護 訪問リハビリテーション 福祉用具貸与 訪問介護（総合支援） 訪問介護	○ ○ ○ ○ ○ ○	D ○○ ○○ ○○ ○○ △△ ○○ ○○ ○	1回/週 2回/週 2回/週 毎日 6回/週 6回/週
さっぱりとして、気持ちよく過ごしたい	穏やかな気持ちで、在宅生活が続けられる HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	清潔な体で過ごせる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	入浴の介助 身体機能、皮膚状態の観察・清潔ケア 排泄の介助・清拭・更衣	○ ○ ○	訪問入浴 訪問看護 訪問介護 訪問介護（総合支援）	○ ○ ○ ○ △△ △△ ○	1回/週 2回/週 6回/週 6回/週	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
			毎日の生活が整う	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	調理・掃除・洗濯・必要時の買い物	○	訪問介護 家政職	○ ○	○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○	6回/週 必要時

※1 「保険給付の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

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

利用者名 M 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床
	10:00	総合支援訪問介護 訪問介護	総合支援訪問介護 訪問介護	総合支援訪問介護 訪問介護	総合支援訪問介護 訪問介護	総合支援訪問介護 訪問介護	総合支援訪問介護 訪問介護	訪問介護	朝食 オムツ交換・更衣 お茶
午前	12:00	訪問看護			訪問看護				昼食
	14:00		歯科往診			訪問リハ			お茶
午後	16:00		訪問リハ	訪問入浴					夕食
	18:00	総合支援訪問介護			総合支援訪問介護				
夜間	20:00								就寝
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								
	週単位以外のサービス		福祉用具（特殊寝台 付属品 褥瘡予防用具 体位交換器）医療用具レンタル（たん吸引器） 主治医訪問診療 2回/月						

V. 支援経過記録

支援経過

平成23年3月（要介護4）

前ケアマネジャーの退職に伴いケアマネジャー交代の依頼あり。夫は家事などはやったことがないので生活支援中心のサービスを希望している。

（訪問介護4回/週 訪問看護4回/週 福祉用具:ベッド付属品貸与)バリアフリーの自宅トイレには介助をうけ車いすで移動している。食事は食卓で自立。坐位保持可。入浴は訪問看護の介助で行う。

平成24年4月（要介護4）

通院してリハビリを受けていたが 今後、介護保険での通所リハとなる。ヘルパーは〇〇さん、リハは〇〇さんと限定する傾向が強くなりそれ以外は受け入れが困難となる。

平成26年1月（要介護4）

頻回の嘔吐あり。「ヘルパーが炊飯器のコードを切った。帽子を持って行った。」など被害妄想あり。

平成26年7月

体重は45kg。6か月で5kg減少。緊急での訪問看護の依頼が増える。食事や水分量の減少、端坐位が困難な状態となり、内科C医師に往診を依頼。点滴を行うが、本人拒否にて2日間中止。夫はE病院の知人を介して入院を希望し、急遽、脱水で入院することとなる。

平成26年7月末

病院の対応に不満があり退院したいと本人の意向あり。

平成26年8月 退院カンファレンス開催。

ADLの低下あり、夜間のオムツ交換や入浴について検討。本人の同意を得ての計画変更も退院するとほとんどのサービスの変更は拒否。そこで訪問看護でシャワーキャリーを使つての入浴を提案するがそれも拒否される。通院から訪問診療へ変更。

平成26年9月

体調不良を訴え訪問看護で訪問するとバイタルは異常なく夫の介護への不満を口にするが増える。身体の痛みを訴え、寝たきりとなる。訪問入浴導入。夜間、頻回のオムツ交換あり、自費訪問介護を導入しオムツ交換などを行うが、結局夫を起こすため中止となる。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

本人：挨拶だけで無言
夫：周囲に気遣いなく、サービスを受けさせたい。家内は重い後遺症があり特別だから。支援者は限られた人にしてほしい
ケアマネジャー：人間関係を構築するのに時間がかかると予測し、できるだけ頻回の面談をお願いする必要がある。

本人：こんな身体になると食べるのだけが楽しみになる
夫：家内はヘルパーさんより私に言いやすいのでヘルパーさんも手が出し難いと思う
ケアマネジャー：支援者を限定する傾向が強くなり、夫への負担が大きくなると予想する。訪問介護事業所へ、本人や夫からの要望をその都度情報提供する必要がある。

ケアマネジャー：食への意欲を保持するため細かい嗜好を伺い訪問介護に情報を伝える。せん妄の出現あり、医療の関わりが早急に必要と考える。訪問看護と連絡を取り、主治医との連携を依頼する。

夫：具合が悪い時に主治医も訪問看護もすぐに来ないとはどういうことだ。

本人：そんなもの絶対使わない。夫：リハビリを増やし車いすに移りトイレで排泄させたい。
ケアマネジャー：本人の意思がはっきりしているのでそれに沿つての支援内容を適宜調整する必要があるため、再度自宅でアセスメントを行い、本人・家族の意向を確認する。

ケアマネジャー：痛みや思うように動けない事で意欲低下と廃用症候群の進行が予想される。

支援経過

義歯の調整で訪問歯科診療が開始。嚥下機能低下による食事量の低下。歯科医師から「主治医を中心として、チャットを開設し連携を図りたい」との提案あり。主治医がチャットを開設し、関係機関が登録。主治医から「老衰の進行」

平成26年10月

褥瘡発生のリスクが高くエアマットの導入となる。

平成26年11月 区分変更申請。

ペースト食の情報提供を行い食への意欲を支援する。

夫の介助での食事摂取が誤嚥のリスクが高いため、点滴と食事を併用。特別訪問看護指示書により訪問看護で点滴と痰の吸引を行う。障害者総合支援のサービスの申請を行う。

平成26年12月 サービス担当者会議

主治医から「老衰で廃用症候群進行のため、意欲低下、経口摂取の不良、栄養状態の不良がある。IVHや胃ろうは希望していない。点滴は3回/週実施する。春ごろまでもつかどうか」

訪問看護と喀痰吸引のできる訪問介護を増やす。チャットの活用によりタイムラグのない情報提供。

夫への対応として、混乱すると忘れてたり都合の良いように理解する傾向があるため、自宅に連絡ノートを置き、夫と支援者との意思疎通を図ることにする。

平成27年1月 （要介護5）障害者総合支援で（区分6）

訪問介護の喀痰吸引と身体介護を総合支援に移行する。

食事も徐々にとれるようになり「刺身が食べたい。」などの言葉が聞けるようになる。夫のリウマチが悪化。

平成27年2月

点滴中止。トマトや生卵、野菜や魚の煮物など、舌でつぶせるような食形態で食欲回復。訪問看護の緊急時訪問の回数が減った。

平成27年4月

夫の介護の部分を徐々に訪問介護に変更し、本人も受け入れる。

平成27年5月

食事量の低下・尿量の低下あり。浮腫あり、息苦しさ訴える。

平成27年6月〇〇日

朝、夫を呼び夫がベッドに行くと呼吸が停止。夫が看取った。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー:食への意欲を低下させないために 歯科医師と在宅サービスで連携を図り嚥下機能の向上と誤嚥などの予防を行う必要がある。

ケアマネジャー:医療的なケアや処置が増え、夫一人の介護力では「自宅で暮らしたい」という本人の想いがかなわないのではないか。主治医や訪問看護に相談し、障害者総合支援法を活用し、訪問介護の頻度を増やす。

ケアマネジャー:本人、家族の意向を尊重し、自宅での看取りをしていく方向で医療的ケアの支援を増やす。自宅での生活が不安なく送れるようにするため、情報を共有する場が必要。

夫:年金暮らしだから自費が大きいのは負担である。

ケアマネジャー:経済的な不安を解消することで夫の精神的な負担が軽減できた。

本人:おいしい物が食べたい。ウナギ、まぐろ、スイカが食べたい。

ケアマネジャー:本人の意欲的な言葉で夫は介護に意欲が持てている様子。主治医や歯科医師の指導内容を関係者全員で情報共有しケアの統一化を図る。

ケアマネジャー:夫の不安が増大している事が予測される。夫の精神的なサポートをさらに行っていくことが必要。夫の介護を認め、ねぎらいの言葉を伝える。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 本人、家族の意向をその都度確認する。
- 増悪期において、主治医、介護サービスの連携方法の再確認を行う。
- 主治医からの病状説明により、家族と支援者の方向性を統一する。
- 情報の共有の迅速さ。

VI. 振り返り

高齢の夫が一人で在宅にて看取りを行ったケースである。身体状況の変化とそれに伴い変化する本人・家族の想いに寄り添って、主治医、歯科医、介護サービス、障害者総合支援法のサービスが連携してケア体制を確立し、本人の意思を尊重した最期を迎えられたのではないかと思う。

徐々に意欲が低下して行くが、それでも「おいしい物が食べたい」と言う本人の想いを支援者全員がそれぞれの専門性を活かして支援した。

主治医主体の連携方法（チャット）を活用し、時間差なく情報の共有を図り、支援者が同じ情報を同じ時期に理解し、支援の方向を統一することができた。

夫の不安解消に務め、残された夫が満足して介護を終了できたのではないかと考えている。

VII. 委員からのコメント

刻々と変化する身体状況に対し、的確な医療的判断・指示が迅速に行われ、その情報を支援者・関係者がリアルタイムに共有できることは、看取り期におけるケアの質に大きく影響すると考えます。支援チーム内相互の情報提供・共有のため、ICTを積極的に活用して行くことが必要と思います。

情報共有のためのチャットの活用（ICTの活用）は今後さらに有効性が高まることが期待されます。本人の食べる意欲に沿った支援は最期までチームの目的を統一できた大きな要因であると感じました。

高齢者二人暮らしで、主介護者も高齢であることを踏まえ主治医を中心にサービス提供者側の共通目標を持ち本人・介護者の不安を取り除きながら看取りができた事例だと思えます。

ケアマネジャーは介護保険制度のみに精通しているというのではなく、関係する他の制度にも精通している必要があります。本事例提供者は、障害者総合支援法や医療保険制度などを駆使し、24時間体制のチームを作り、夫の経済的な不安も解消し、一時期は回復するまでのマネジメントをしています。それが、夫の満足にもつながったと思われれます。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

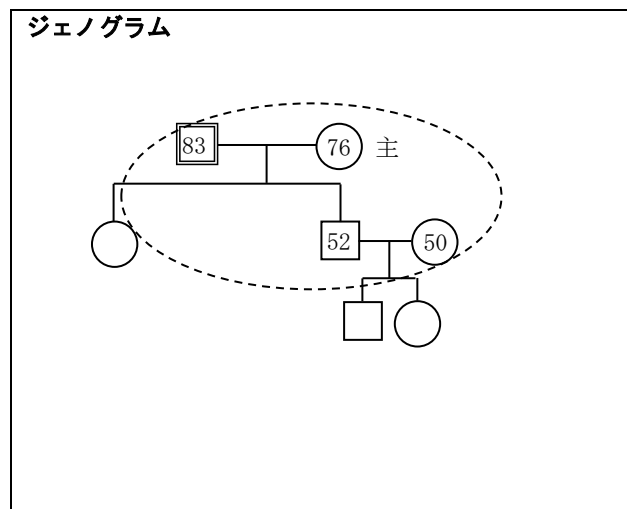
事例タイトル	正常圧水頭症が進行していく様々な機能低下に在宅において介護者を支える事例 ~新たに出現する症状やそれに伴う介護者(妻)、家族の思いを支えるチームアプローチ~
---------------	---

障害高齢者 日常生活自立度 (B2)	ADLの概要:日々ADL低下が著しく、本人の体格が良かったために介護者の負担となっている
----------------------------	--

認知症高齢者 日常生活自立度 (III b)	アルツハイマー型認知症が進行して、本人の意欲低下と短期記憶さらに周辺症状も出現している
--------------------------------	---

本人基本情報	
83歳 男性 要介護5 身長178cm 体重78kg	
家族構成	妻(1階) 子供夫婦(2階)
住環境・福祉機器等	一軒家 特殊寝台、車椅子、手すり
経済状況	特に問題なし
性格	おだやかだが 初対面に抵抗あり
生活歴・職業歴	電気工事会社 経営 すでに息子に代を譲っている
趣味・嗜好	音楽鑑賞、盆栽

本人の生活像(ICF)	
現病歴 健康面の強さ	H18年正常圧水頭症発症 H21年頃よりアルツハイマー型認知症が進行 H25年胸部大動脈瘤
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	進行する正常圧水頭症に対しては、積極的な治療はしない、気楽に家で過ごしてほしい
受診/服薬/処置	主治医以外に、定期的に大学病院を受診 今までに1回水頭症の水分排出術をしている
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	軽い言語障害もあり意思の伝達が思うようにできない時がある
できる活動 できない活動	床からの立ち上がりが自力ではできない 介助必要 室内の歩行移動も介助 洗面、歯磨きは一部介助 排泄、入浴は全面介助
参加・役割・交流	近所の役割をもっていたので妻が対応 会社の取引先の訪問あり
本人の希望・望む暮らし	気分よく自宅で過ごしたい 家族になるべく迷惑をかけたくない
この生活に生じている介護課題	主たる介護者の高齢化 他の介護力は、期待できない



看取り期の希望(ご本人・ご家族)
本人:できる限り自宅で(妻のもとで)過ごしたい
家族:医療機関での積極的な治療は、本人に苦痛を与えるので行わない

特記

サービスの利用状況
通所介護 週4回 訪問介護 週2回(入浴) 短期入所療養介護 毎月3~4日
往診(主治医) 月2回 通院(大学病院) 月1回 訪問看護 週2回
福祉用具貸与 特殊寝台、車いす、スロープ 住宅改修あり

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月 平成〇年 〇月 〇日

初回・紹介・**継続**

認定済・申請中

利用者名 _____ N _____ 殿 生年月日 _____ 〇年 〇月 〇日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____ 〇〇 〇 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____ 〇〇居宅介護支援事業所 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 平成〇年 〇月 〇日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 平成〇年 〇月 〇日

認定日 _____ 平成〇年 〇月 〇日 認定の有効期間 _____ 平成〇年 〇月 〇日 ~ _____ 平成〇年 〇月 〇日

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	本人：自分の思うまま気楽に自宅で暮らしたい 家族になるべく迷惑をかけたくない 昔の関係者とは、できるだけ会いたい 家族：健康管理に注意をし、穏やかに過ごしてほしい 定期的な通院をさせて、水頭症の経過を常におきたい 自分の趣味の会に時々出たいのでその間、施設利用をしたい
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
統合的な援助の方針	定期的な検診により健康を保つため、奥さまやヘルパーが通院を介助できるようにします。 清潔を保つため、通所介護の利用がない日に、入浴介助をヘルパーにより援助します 定期的な訪問看護により病状のチェックをし、緊急時には往診が可能な態勢を整えます。 在宅時の介護に、特殊寝台の利用により安全の確保と負担の軽減ができるよう援助します 緊急時連絡先：長男携帯 〇〇—〇〇 主治医：〇〇医院 〇〇—〇〇 通院：〇〇大学病院 〇〇Dr 〇〇—〇〇
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（ _____ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

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
定期的な通院ができて水頭症の経過を知ることができる	安定した経過を保つことができる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	安定した症状になり通院の負担が少なくなる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	通院検診の予約と通院の介助	○	通院介助 通院等乗降介助	介護者 〇〇センター	月1～2回	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
入浴が好きなのでなるべく多く入浴したい	介助（見守り）により定期的に入浴ができる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	介助により安全に入浴ができ清潔が保てる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	自宅での入浴介助 通所介護利用時に入浴介助	○	訪問介護 通所介護	〇〇センター 〇〇デイセンター	週2回 週2回	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
今までの関係者に会ったり、社会との交流により刺激を得たい	自分の生活のリズムを定期的な外出により保つ	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	はじめての人達との会話ができる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	定期的な通所介護	○	通所介護	〇〇デイセンター	週4回	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
毎日の介護と世話で自分の時間がとれなくて趣味の会にも行かない	残存の身体機能を生かして動くことができる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	施設での機能訓練を受けられる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	短期入所療養介護	○	短期入所（老健施設）	介護老人保健施設 〇〇の里	月4～5日	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
日々の症状変化に対応	夜間、早朝に安定した症状を保てる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	急な変化に気づく	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	訪問看護	○	訪問看護	〇〇訪問看護ST	週2回	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
自分で動いて安全に移動したい	横になっている時間を少なくできる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	声かけがなくても寝返りができる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	特殊寝台の貸与 車椅子の貸与	○	福祉用具貸与	有限会社 〇〇	随時	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇
体調の気づきを見極める	体調が安定している	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	体調に対し相談できる	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇	居宅療養管理指導		往診	〇〇医院	月2回	HO.〇.〇 ～ HO.〇.〇

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

利用者名 N 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00	自宅		自宅	自宅		自宅		
早朝	8:00								起床の声かけ
	10:00		自宅			自宅			朝食 デイ 離床
午前	12:00								
	14:00	通所介護 サービス		通所介護 サービス	通所介護 サービス		通所介護 サービス		昼食 口腔ケア 臥床
午後	16:00		訪問介護 入浴			訪問介護 入浴			帰宅 臥床 入浴
	18:00	訪問看護			訪問看護				
夜間	20:00								夕食 口腔ケア
	22:00	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅		就寝の声かけ
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外 のサービス	福祉用具 特殊寝台、車椅子 通院等乗降介助 (随時) 短期入所療養介護 (老人保健施設) 【月4～5日】
	居宅療養管理指導 訪問診療

V. 支援経過記録

支援経過

平成22年11月

妻より電話にて連絡があり、現在入院中の病院より退院して在宅生活になるが介護保険のサービス利用について相談したいとの依頼が入る。

翌日訪問をして要介護4の認定を確認して手続きについて説明をし、入院中にカンファレンスの依頼を家族からしてもらう旨を伝えた。

平成22年12月 退院時カンファレンス

在宅での暫定ケアプランを伝え、病院の主治医と在宅主治医からアドバイスをもらった。その中で訪問看護の必要性も示唆された。

平成22年12月 サービス担当者会議

妻も参加してもらい退院時には必要な特殊寝台、車いすを依頼し自宅での必要な手すりを住宅改修も合わせて手配した。

平成22年12月

入院中に介護保険 有効期限更新申請を代行にて提出し認定調査に立ち会った。

平成23年1月 サービス担当者会議

更新認定が要介護5になり各サービス内容の再検討を行い、それぞれの確認を行った。

平成23年4月 サービス担当者会議

本人の動きは、少し安定してきたが言葉が聞き取りにくくなってきたので認知症も進んできていると思われる。介護者の体調も腰痛があり負担になってきている。主治医からも、介護者の体調が心配との助言があり、ショートステイの利用を検討してみる事となった。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

平成18年12月に正常圧水頭症と診断され3年間は、症状が安定していたが平成22年10月に水分の除去術を行い退院のめどがついたので在宅生活の相談となった。

主治医とともに病院の退院時カンファレンスに参加し治療方針と在宅生活での注意と退院までの準備について家族、本人も交え話し合った。

ケアマネジャー：本人より自宅での気楽な生活の中で過ごしたいとの意思を確認し、そのために必要なサービスを伝え理解を得た。病院主治医から治療方法と一般的な対応を説明してもらった。

ケアマネジャー：退院が年末だったため、本人も家族も落ち着かなかった。自宅でのサービス担当者会議が開催できて、在宅主治医も参加いただき連携の始まりを認識できた。

予測したより身体機能が低下していたので、訪問介護、訪問看護を主治医の意見で多めに導入した。

通所介護も機能の回復に少しでも役立つように生活リハビリの項目を取り入れた。

ケアマネジャー：認知機能が低下して短期記憶が低下していると思われる。

妻が全てかかえているため体力的にも、大きな体の本人を介助するのはかなり大変と思われる。

支援経過

平成23年10月

排便の時に本人が痛み、スムーズに処理できないため、主治医に相談したところ尿によるただれの診断あり。入浴時に清潔にして軟膏の塗薬が処方され、訪問看護師などに塗布してもらう。ヘルパーなどへの連絡ノートを作成した。

平成23年12月 サービス担当者会議

介護者の負担が大きくなってきたので他の家族の協力も得られないか（一部分）検討してもらうことにした。ショートステイを毎月4～5日間利用するための検討を老人保健施設に依頼した。

平成24年7月 サービス担当者会議

本人食欲もあり安定した生活も送れていて笑顔も見られ車いすにより近隣への外出できている。

平成24年12月

食事中にむせこむことが多くなってきたので、病院への受診時に検査してもらうように勧めた。検査の結果、むせこみの直接的な原因ではないが胸部に大動脈瘤が見つかった、薬での要観察となり注意が必要と思われた。

平成24年12月 サービス担当者会議

長男の妻（パートの仕事あり）が介護の協力を少しだがしてもらえるようになったので助かると喜んでいて。

平成25年2月

高熱のため緊急に大学病院に連絡、肺炎を起こしているとのことで入院となる。

平成25年3月

死去

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

介護者：入浴時に清潔を保ち、入浴後は介護者がガーゼを貼りその様子を連絡ノートに記入する。

ケアマネジャー：定期的なショートステイの利用を（レスパイトだが）考え、本人の納得を得られるか試みた、妻への負担は本人も考えていたらしく見学に行くことを了承した。

ケアマネジャー：気候も良く本人から言語がはっきりと聞き取れることがすこしずつ多くなったように思える。

病院主治医：水頭症の症状は、少し進んでいるが胸部大動脈瘤のほうが少し心配とのこと。緊急時の入院受け入れ可能との返答をもらった。

ケアマネジャー：家族の協力は、時間がかかるが訪問のたびに本人の様子を知らせ、介護者の負担を気づかせることも必要と思った。

ケアマネジャー：緊急時の病院を確保するのは簡単ではないが、正常圧水頭症の基礎疾患があるからその状況をつくれたと思う。介護者のグリーフケアも実施して非常に喜ばれたことが唯一の納得である。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 在宅での看取りの確認のとり方のむずかしいことを認識した
- 急性期病院と在宅医療との連携も可能な限り行うと良い
- サービス担当者会議に医療職も必ず参加してもらう
- 看取り期は、介護者が負担をいっぱいかかえていることを認識し、可能な限り家族の協力を得られるよう動くこと
- 利用者本人の希望を代弁できるようサービス担当者に話す

VI. 振り返り

正常圧水頭症が主訴であったが、本人や家族が選択した手術でなく、在宅で気楽に過ごしたいとの思いに、そこに関わるケアチームがその思いを支えていく。そのようなチームアプローチを可能にするケア体制ができたのではないかと思われる。

退院時のカンファレンスに在宅主治医まで参加してもらえ、緊急時にも受け入れを可能にできたのも医療同志の連携ができ、連絡ノートの活用で介護との連携もスムーズにできたためと思える。

在宅での看取りを決めたが、必ずその方向に進められるとは限らないので、ケアマネジャーは臨機応変に本人家族に寄り添うことを忘れないことが大事である。

この事例では本人の他界後、グリーフケアを実施し非常に感謝されたことが印象に残りました。

VII. 委員からのコメント

病院主治医と在宅主治医の間での情報提供がきちんとなされ、役割分担が明確になっていることは、病状が変化する看取り期における大切な要素であると考えます。ケアマネジャーは、この役割分担をしっかり把握し、どのタイミングでどちらの医師と連携するかを見極めることが必要になると思います。

できる限り自宅という思いでも急変による入院となることも多くあります。だからこそケアマネジャーが本人や介護者の様子を長男家族に伝えて協力体制を少しずつでも広げていった努力は欠かせないものであったと思います。

主介護者が高齢であり、介護者の介護負担の軽減も含めて、本人の望む生活が出来るように支援した事例であると思います。

チーム作りは、最初が肝心かと思えます。本事例の場合、事例提供者の振り返りにもありますように退院時カンファレンスへ在宅の主治医が参加しています。このことはチーム作りに多大な効果があったと思います。恐らく、日頃より本事例提供者が在宅主治医との関係構築に努力をしていた結果だと思えます。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

事例タイトル	最期まで住み慣れた地域で生活を過ごしたかったが家族に反対され叶わなかった。～病気の不安と望む生活の両立～
---------------	--

障害高齢者 日常生活自立度 (A1)	ADL 概要 肝硬変の進行と変形性膝関節症があり日常生活が困難になっている。
-------------------------------------	---

認知症高齢者 日常生活自立度 (I)	認知状況の概要 物忘れはあるものの日常生活には支障がない程度で意思疎通も可能。
-------------------------------------	--

本人基本情報	
77歳 男性 要介護2 身長 160cm 体重 52kg	
家族構成	独居 妻とは 35 年前に離婚 息子 2 人別居
住環境・福祉機器等	アパート 1F 特殊寝台、手すり貸与
経済状況	年金小額・生活保護受給
性格	気難しいが女性には気をつかう
生活歴・職業歴	板金工として 65 歳まで勤務
趣味・嗜好	お酒好き、女性好き

本人の生活像 (ICF)	
現病歴 健康面の強さ	S61 年肝硬変 H27 年 4 月肝細胞がん発症 H22 年変形性膝関節症 H25 年肺気腫
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	膝と腰の痛みがあり歩行ふらつきがある。 病気に対する不安が強い。
受診／服薬／処置	内科および整形外科に 1 回／週通院。内科で点滴（肝硬変）実施。整形外科でブロック注射実施。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	意思表示などは自分でできる。
できる活動 できない活動	杖を使用して室内歩行可能。 起居動作は特殊寝台の手すりを使用して可能。 入浴はシャワー浴にて自立。 階段昇降は一部介助が必要。
参加・役割・交流	以前の住居は商店街の中にあつたために近所の方や銭湯、飲み屋に友人との交流があり
本人の希望・ 望む暮らし	住み慣れた地域にて最期まで生活をしたい。
この生活に 生じている介護課題	移動時には転倒を繰り返しており見守り介助が必要。病気の進行により急変の可能性はある。

ジェノグラム

看取り期の希望（ご本人・ご家族）
本人：亡くなる寸前までは自宅で生活して最期を病院で迎えたい。
家族：できる限り病院または施設で誰かに介護受けながら迎えて欲しい。

特記

サービスの利用状況
<訪問介護>生活援助（買い物・掃除・調理）週 3 回 <訪問看護>点滴、状態確認 週 1 回 <福祉用具貸与>特殊寝台・特殊寝台付属品・手すり

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月 平成〇年 〇月 〇日

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 〇 殿 生年月日 〇年 〇月 〇日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〇〇居宅介護支援事業所 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 平成〇年 〇月 〇日 初回居宅サービス計画作成日 平成〇年 〇月 〇日

認定日 平成〇年 〇月 〇日 認定の有効期間 平成〇年 〇月 〇日 ～ 平成〇年 〇月 〇日

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	本人：病気があるので心配しているが以前と同じような生活を暮らしたい。あまり家族には迷惑をかけたくない。 家族（長男）：父が安心して過ごせるような生活を維持させてあげたい。遠方に住んでいるので頻繁には訪問出来ないができる限りの支援を弟と一緒にしていきたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	状態区分が当分の間継続すると認められるため、認定有効期間を12箇月に延長します。 なお、心身の状態が変化した場合は、状態区分変更等の申請をしてください。
統合的な援助の方針	できる限り本人の望む暮らしを維持し安心して生活が過ごせるように、介護サービスと医療サービスを導入していきます。 また、主治医の先生とも連携をはかり病状の把握ができるようにしていきましょう。 緊急連絡先：長男 TEL〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 長男の嫁 TEL〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 主治医：〇〇医院 〇〇〇〇先生 TEL〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
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（ _____ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

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
病状の安定及び悪化を予防したい。	病気の悪化を予防し、独居生活の不安を軽減する	HQ〇〇 ～ HQ〇〇	病状の変化を早期に発見する	HQ〇〇 ～ HQ〇〇	定期的な往診 医療的な管理 服薬指導 病気に対する生活への助言		訪問診療	〇〇医院	週1回	HQ〇〇 ～ HQ〇〇
					バイタルチェック 主治医の指示による医療的処置対応 服薬管理 主治医との連携	○	訪問看護	〇〇訪問看護ST	週1回	HQ〇〇 ～ HQ〇〇
					緊急時の対応 入院等の支援		家族	長男・次男	必要時	HQ〇〇 ～ HQ〇〇
膝や腰が痛いので軽減したい。	安全に移動が出来る環境をつくる	HQ〇〇 ～ HQ〇〇	杖歩行にて安定した歩行ができる	HQ〇〇 ～ HQ〇〇	玄関・トイレに手すりの設置 特殊寝台・特殊寝台付用品の利用	○	福祉用具貸与	株式会社〇〇〇	毎日	HQ〇〇 ～ HQ〇〇
					生活援助 居室の掃除 洗濯 買い物代行 調理	○	訪問介護	〇〇ヘルパーST	週3回	HQ〇〇 ～ HQ〇〇
自宅で生活をしたい。	適切な介護が受けられ、在宅生活を継続できる	HQ〇〇 ～ HQ〇〇	独居生活が可能で能力を維持する	HQ〇〇 ～ HQ〇〇	無理のない程度に体を動かしながら筋力の低下を予防		本人	本人	毎日	HQ〇〇 ～ HQ〇〇

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

利用者名 〇 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								起床 朝食（内服）
午前	12:00								
	14:00	訪問介護	訪問診療	訪問介護	訪問看護	訪問介護			昼食（内服）
午後	16:00							家族訪問	入浴（シャワーのみ）
	18:00								夕食（内服）
夜間	20:00								
	22:00								就寝（内服）
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	福祉用具貸与 特殊寝台、特殊寝台付属品、手すり（玄関・トイレ）
------------	---------------------------------

V. 支援経過記録

支援経過	本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え
<p>平成26年2月 初回訪問 地域包括支援センターより紹介にて訪問する。 本人の希望と支援内容検討し訪問介護週3回にて生活援助（掃除・洗濯）を導入。</p>	<p>ケアマネジャー：初回訪問時、サービスの相談をするがあまり乗り気ではない様子。</p>
<p>平成26年6月 肝硬変悪化により黄疸が出現し緊急入院。 長男夫婦から退院後について相談あり。現在の住居は急な階段のみで退院後は難しいのではということで転居を希望。本人も長男夫婦から説得され納得する。</p>	<p>家族：本人のADLを考えて階段がある生活は困難と判断される。</p>
<p>平成26年7月 病院から一時外出にて長男夫婦とケアマネジャー同行にて不動産物件を探す。</p>	<p>本人：5物件ほど下見され第一希望は階段があり断念され第二希望の物件に決定。</p>
<p>平成26年8月 本人入院中のため、長男夫婦で引越し作業をする。 1週間後に退院し、新しい住居にて生活を再開する。 サービス担当者会議開催。ケアプランの見直しを行い、福祉用具貸与（特殊寝台・特殊寝台付属品・手すり）および訪問診療・訪問看護の利用開始。1回訪問看護師による点滴（肝硬変治療）実施。</p>	<p>ケアマネジャー：本人の状態にあわせ外出は困難と判断し自宅内でのサービスを増やす。</p>
<p>平成26年9月 膝痛の訴えがあり病院受診。ケアマネジャー同行。 経済的な不安を訴える。</p>	<p>ケアマネジャー：退院後、以前通っていた整形外科に受診できていないことに気づく。</p>
<p>平成26年11月 モニタリング時に「退院後1回だけスナックに飲みに行った。」と話あり。 スナックへ行くのは、飲酒のためではなく、経営者（ママ）に会いたいからであることを吐露する。</p>	<p>ケアマネジャー：この時、初めて利用者に信頼してもらうことができ、信頼関係ができたと感じた。主治医から飲酒については止められていることを説明。飲酒しないように説明。</p>

支援経過

平成27年1月

自宅で転倒されベッド手すりでも右胸を強打され肋骨骨折により入院。長男には連絡拒否され次男へ連絡をする。入院後、病室訪問した際に引越しをさせられたことを不満に感じていると話す。

平成27年3月初旬

退院後自宅にてサービス再開し過ごす。
現在の生活に対して不満を持っていることを吐露する。

平成27年3月下旬

スナックへ飲みに出かける。
スナックへ行ったことを笑顔でケアマネジャーに話しをする。

平成27年4月

自宅トイレで吐血し、自分で救急要請され入院となる。
肝硬変から肝細胞癌へ移行しており本人及び家族は延命治療を希望せず。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

本人：「今の生活は飼育殺し状態。自宅で生活したいが、あれでは・・・」

本人：「こんな生活になったのは自分が悪い。でも今の生活は飼育殺し状態。」涙を流して話す。

ケアマネジャー：とことん本人の話を傾聴し生活の不満と不安を聞きだす。しかしお酒については主治医から止められていると念押しをする。

ケアマネジャー：飲酒は主治医からも止められているが本人の望む暮らしではどうなのか？と悩む。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 以前は定期的を受診をされていたがその後受診困難な状態になったために訪問診療・訪問看護を導入して在宅での医療的ケア
- 生活状況の把握も含め訪問介護による生活支援を行う
- 最期をどのように過ごしたいかと確認したうえでの支援

VI. 振り返り

本人および家族が望む暮らしが違っておりその思いをどのようにすり合わせるかが大切。そして支援過程で病状の変化や環境の変化が発生した際にはその状況を把握し常に望む暮らしをどのようにするかを確認する必要があると思われる。

今回の事例では、自宅で最期まで生活をしていきたかったが病状が急激に変化したために本人の望みが叶わないという事例。最期まで自分が大切にしている生活スタイルを維持してそして最期を迎えることを強く望まれていたが、主治医や家族から止められ日常の生活からそぎ落とされていた状態。そのことにケアマネジャーも気づくのに時間がかかり本人を苦しめていた。もっと早くに気がついていれば、もっと満足のできる生活が過ごせたかと思われる事例だった。

VII. 委員からのコメント

お酒を飲んではいけないことは、本人が一番分かっていたと思います。それでもスナックに行くというその思いにどう寄り添えたか？ 医師はその責任を果たすため医療的に必要な指示をします。多くは本人にとって辛い内容ですが、それを受け止め、自ら生活の再構築ができるように支援しなければならないと思います。

病気であろうと命にかかわろうと変えられない本人の生活スタイルは本人の生き方のありようです。価値観でもあり尊重されるべきとも思います。ケアマネジャーはそのような内容も含めたアセスメントと本人理解を行う必要があると思います。

一人暮らしでターミナル期を過ごすには、家族・地域の支援がないと厳しい事が伝わり、今後の地域包括ケアの重要性を感じた事例だと思えます。

ケアマネジャーには、利用者の「真の思い」「本心」を聞き出す技術が必要です。スナックへ行く理由が「飲酒」ではなく「ママに会いたい」というものであったことを聞き出すことができた本事例提供者は相当の技術を持っていると思います。

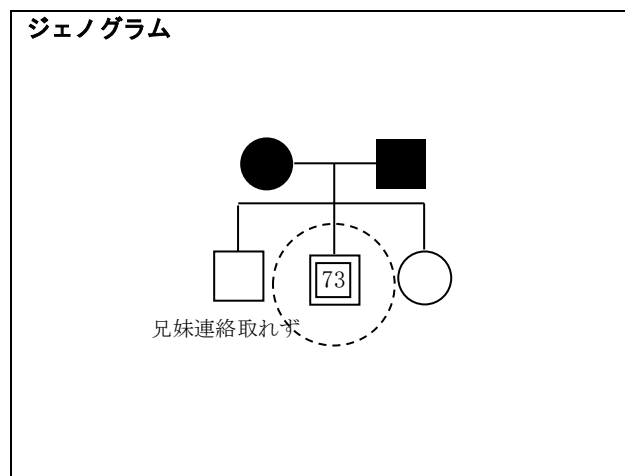
I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

事例タイトル	生活保護で身寄りなし がん発症から看取りまで
---------------	------------------------

障害高齢者 日常生活自立度 (C 2)	ADLの概要: 1日中をベッドで過ごし、自ら寝返りできない。	認知症高齢者 日常生活自立度 (M)	意思疎通困難で日常生活に介助を必要としている。
-----------------------------	--------------------------------	----------------------------	-------------------------

本人基本情報	
73歳 男性 要介護5	
家族構成	独居
住環境・福祉機器等	木造集合住宅1階 特殊寝台、付属品使用。
経済状況	生活保護
性格	頑固
生活歴・職業歴	日雇い労働
趣味・嗜好	釣り

本人の生活像 (ICF)	
現病歴 健康面の強さ	H26年11月胃がんの告知を受ける。腹空鏡下胃空腸バイパス術を受ける。
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	訪問診療を受け、訪問看護にて終末期ケアを行う。
受診/服薬/処置	訪問診療主治医の指示に基づき訪問看護と連携をとり処置、薬の処方を行う。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	自分の意思を伝えられる。
できる活動 できない活動	自室内どうにか動いて生活出来ていたが、癌末期となり全てのことに介助が必要となった。
参加・役割・交流	H27年5月中旬までは週3回の短時間デイサービス利用。
本人の希望・望む暮らし	自宅で生活したい。
この生活に 生じている介護課題	独居・生活保護の方の看取り



看取り期の希望 (ご本人・ご家族)
本人: 最期まで自宅で過ごしたい。

特記

サービスの利用状況
居宅療養管理(○●内科 ××薬局) 【医療】訪問看護(訪問看護□□ ○●内科) 訪問入浴 訪問介護(株△△ □□) 福祉用具(株○○)

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回・紹介・**継続**

認定済・**申請中**

利用者名 P 殿 生年月 昭和○年 ○月 ○日 住所 ○○市○○区○○

居宅サービス計画作成者氏名 I

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

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

認定日 平成○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ~ 平成○年 ○月 ○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	本人： 住み慣れたこの家で最期まで過ごしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし。
統合的な援助の方針	平成26年11月胃がんの告知を受ける。 本人が病院での抗がん剤治療を拒否し、自宅で過ごしたいとの強い希望があるため、本人の望む自宅での生活を安心して過ごせるようにする。 ① 疾患と身体状況の管理は主治医の指示に従い連携してまいります。 ② 生活機能の維持のために必要な支援体制を整えます。 主治医：○○内科 TEL ③ より適切なサービス提供のための各種情報を提供します。 緊急連絡先：大家 保護課
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（ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
病状にあった対応ができ安楽に過ごしたい。	安楽に過ごすことができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	状態の把握をしてもらうことができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	往診による病状管理	○	居宅療養管理指導	○○内科	2回/月(緊急時の対応)	HO.○.○ ～ HO.○.○
					病状の管理・服薬管理		(医療)訪問看護	訪問看護 □□		
							(医療)訪問看護	○○内科		
服薬管理を行いきちんと服薬したい。	病状の安定を図る。	HO.○.○ ～ HO.○.○	薬がきちんとのめる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	服薬管理・服薬確認	○	居宅療養管理指導	○○薬局	2回/月(緊急時の対応)	HO.○.○ ～ HO.○.○
起居動作が安楽にでき安全に過ごしたい。	安楽に在宅生活ができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	楽に座ることができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	特殊寝台・特殊寝台付属品の貸与	○	福祉用具貸与	(株)○○	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
終末期となり排泄の介助や不安があるので安心して過ごしたい。	安心して自宅で生活できる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	清潔に安心して過ごすことができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	オムツ交換・陰部洗浄・更衣介助	○ ○	訪問介護	(株)△△	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
							訪問介護	□□		
家事全般ができず手伝ってほしい。	安心して自宅で生活できる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	食事ができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	調理・食事準備、見守り摂取、洗濯、環境整備等	○	訪問介護	(株)△△	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
	清潔保持ができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	入浴できる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	入浴/バイタルチェック・皮膚の観察・洗身・洗髪・更衣介助等	○	訪問入浴	○○事業所	週1回 (木)	HO.○.○ ～ HO.○.○
不安なく生活したい。	安心して生活ができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	いつでも相談ができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	傾聴・相談援助	○	居宅介護支援	ケアプランセンター	適宜	HO.○.○ ～ HO.○.○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 P 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00	訪介□□	訪看□□	訪介□□	訪看□□	訪看□□	訪介□□	訪看□□	起床・オムツ交換
早朝	8:00								
	10:00	訪介□□	訪介□□	訪介□□	訪介□□	訪介□□	訪介□□	訪介□□	朝食・服薬 オムツ交換
午前	12:00	〇〇内科		〇〇内科			〇〇内科		
	14:00	訪看〇〇内科	訪介□□	訪看〇〇内科	訪介□□	訪介□□	訪看〇〇内科	訪介□□	昼食・服薬・オムツ交換
午後	16:00				訪問入浴				オムツ交換 木：入浴
	18:00	訪介□□	訪介□□	訪介□□	訪介□□	訪介□□	訪介□□	訪介□□	夕食・服薬 オムツ交換
夜間	20:00								
	22:00	訪看〇〇内科	訪看□□	訪看〇〇内科	訪看□□	訪看□□	訪看〇〇内科	訪看□□	服薬・オムツ交換
深夜	24:00								
	2:00								
深夜	4:00								
週単位以外のサービス		訪問診療 訪問薬局 訪問看護（医療） 福祉用具貸与（特殊寝台・付属品）							

V. 支援経過記録

支援経過	本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え
<p>平成26年2月14日 デイサービス管理者より電話 利用中に体調不良あり。本人へ電話「死んでもいい」と。 「1週間前から黒色便が出ている」と主治医に報告。</p>	<p>ケアマネジャー：独居で、栄養面の偏りありヘルパーによる調理や家事支援提案するが、頑固で聞き入れず。</p>
<p>平成26年2月18日 主治医より電話 吐血あり往診し入院を勧めるも拒否。点滴施行。大家が入院を勧め「10日くらいなら」と承諾。A病院入院。</p>	<p>ケアマネジャー：きわめて病院嫌いであるが、これまでも病状に不安があると電話してくることがあった。独居と言うことで大家の説得もあり入院することができた。</p>
<p>平成26年2月24日 A病院看護師長より電話 帰宅願望が強く主治医より消化剤を服薬すること、胃カメラ検査に来ることを約束し退院。大家も同席。</p>	<p>ケアマネジャー：体調が少し良くなったため、主治医の言うことを全く聞かず強引に退院する。</p>
<p>平成26年3月～9月 月2回の訪問診療を受け、週3回のデイサービス利用。</p>	<p>ケアマネジャー：退院後、以前の生活を送ることができていた時期である。頻回の訪問をおこなった。</p>
<p>平成27年10月27日 デイサービス管理者より電話 黒色の嘔吐あり、B病院へ緊急搬送。病院より低血糖症状で注射施行後状態回復し、帰宅。 サービス担当者会議開催し主治医より内服調整、消化管出血・低血糖時の対応について説明。</p>	<p>ケアマネジャー：デイサービス利用日で早い対応ができた。 食事の件もあり再度ヘルパーでの調理等提示するが聞き入れず。 緊急対応として本人の目に付くところに連絡先を貼った。</p>
<p>平成26年11月6日 本人より電話 「状態が良くない。何とかして欲しい。」主治医連絡、往診の結果、消化管出血の状態とのこと。A病院へ入院。</p>	<p>ケアマネジャー：「死んでもいい」と言うものの、少し体調が悪くなると気弱になり電話してくる。</p>
<p>平成26年11月10日 検査の結果、胃がんと診断。キーパーソンがいないとのことで今後の手術等について連絡を受ける。保護課担当へ報告。兄妹がいるが連絡は取れないとのこと。</p>	<p>ケアマネジャー：すぐに保護課に連絡し、連絡できる身内がいるのか確認する。いないとのことで本人と一緒に主治医の説明を受ける。</p>
<p>平成26年11月14日 手術を受けることに対しては納得しているとのこと。主治医から胃がん、肝臓、肺に転移あり。</p>	
<p>平成26年11月18日 腹空鏡下胃空腸バイパス術。がんに対しては、C病院転院後抗がん剤治療予定。</p>	
<p>平成26年11月27日 A病院MSWより電話 本人が「直ぐ退院する。」と言って困っているとのこと。</p>	<p>ケアマネジャー：認知面からかがんに関する説明は聞いていないと言い、再び強引な退院となる。</p>

支援経過

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

平成26年12月4日 主治医と自宅訪問。
C病院受診拒否にて、自宅で看取りになることを確認。
保護課：葬儀・家財処分等について依頼。

平成26年12月9日
A病院MSWより完治しての退院でないため、自宅で看取るにしてもC病院を一度受診して欲しいと連絡あり。

平成26年12月10日
C病院受診。内服(抗がん剤)処方。

平成26年12月11日 訪問看護利用開始。

平成26年12月16日 サービス担当者会議開催
訪問診療・訪問看護・訪問薬局と連携をとり在宅生活継続して行くこととなる。

平成27年2月5日
C病院受診。受診終了後一人で帰宅。NPO介護タクシーの担当が病院迎えに行き、いないことで大騒ぎとなる。

平成27年2月6日
保護課へ休日の対応について確認。書面入手。

平成27年2月12日 要介護2の認定。
介護用ベッドの導入)。

平成27年2月23日 サービス担当者会議
週3回のデイサービス利用も継続。

平成27年3月6日
C病院主治医に受診拒否。

平成27年5月29日 訪問介護開始

平成27年6月21日
自宅訪問。こん睡状態。

平成27年6月22日
訪問看護より訪問したら呼吸が止まっていたと報告あり。
主治医により死亡確認。保護課、担当に連絡する。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 独居で生活保護を受けているため、保護課への報告、相談をこまめに行う。
（身内の有無）（役所が休み・時間外の対応について）
- 訪問診療主治医との連携、相談。
- 本人に今後どのようにしたいか確認。
（ホスピス 在宅見取り）（知らせてほしい人はいるか）
- 金銭面の確認
（通帳・印鑑の保管場所）（現金での所持金額）（支払関係：家賃・公共料金等）
- 事業所間の連携
（伝達ノートの活用：主治医 訪問看護 訪問介護 訪問入浴 訪問入浴 ケアマネジャー）

VI. 振り返り

病院嫌いもあり、入院しても少し具合がよくなると強引に退院し自宅での生活を最後まで本人は望んだ。そのため多くの事業所にかかわっていただき細かなことも伝達ノートに記入し本人の状態を把握できそれに合わせたチームケアができたと思われる。

独居で友人もいないようで、頑固ではあるものの人懐っこい性格であったため、最期を迎えるまではこれまでの一人のさみしさを少しは補うことのできる多くの人のかかわりの時間が持てたと思う。

保護課・担当者に細かなことも報告し、事前に葬儀社等の対応についても相談していたため安心して見送ることができた。

しかしケアマネジャーとしての業務はどこまでなのか？保護課はどこまでしてくれるのか？あいまい。

住宅に関し大家との契約内容の中で敷金の有無の確認ができておらず、家財処分費用が浮いてしまった。保護で独居の方の看取りに関しては医療面だけでなく、保護課、大家と死後のことを詰めておく必要があることを学んだ。

VII. 委員からのコメント

治療途中で自主退院を繰り返し、受診の指示も守られない、病院としてはどうすることもできない患者さんです。積極的な治療ではなく自宅で“生活する”ことを望み、これを支えた。多くの支援者の関わりの中で穏やかな最期を迎えたのではないのでしょうか。

人生の最後を人の関係性の中で過ごすことができたことはケアマネジャーがいたからこそであり本当に有意義なことです。行政とタイアップしたソーシャルワーク的な内容の濃い支援が十分に行われていました。

独居で看取りを行うに当たり、しっかり主治医・サービス事業者との共通目標を持ち本人の望む生活を支え看取りができた事例と思います。

独居で身寄りがいない場合、財産管理と身上看護の問題があります。本来ならば成年後見人により行われるものですが、その手続きが行われていない場合に誰が行うのかは、本事例提供者が振り返りで問題提起しているように本来のケアマネジャーの仕事ではありません。しかし、現実としてケアマネジャーがやらざるを得ない場合があります。本事例は、事例提供者のフットワークの良さで最期を自宅で看取ることができました。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

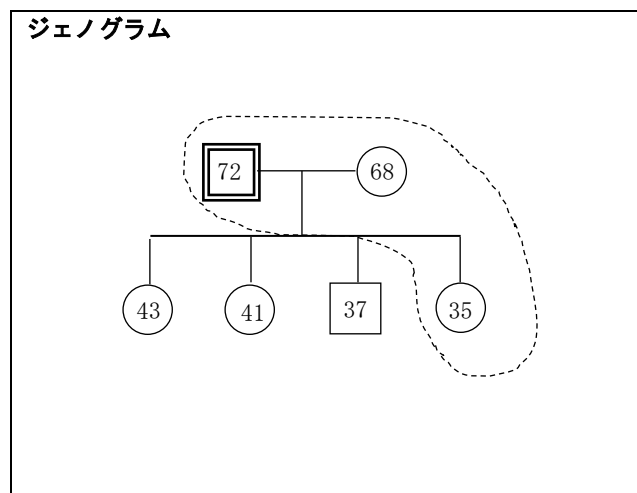
事例タイトル	在宅ケアを選択することにより、自主性と主体性を取り戻すことができた事例 ～本人の最後の願いを叶えるためのチームアプローチ～
---------------	---

障害高齢者 日常生活自立度 (B 2)	末期がんにて、ベッド上での生活。歩行器を使って5メートルほど歩くことができる。
-------------------------------------	---

認知症高齢者 日常生活自立度 (IIa)	記憶力や判断力に問題があるが、日常生活においては特に大きな問題はない。
--------------------------------------	-------------------------------------

本人基本情報	
72歳 男性 要介護4 身長170cm 体重51kg	
家族構成	本人・妻の二人暮らし。途中で三女が戻って3人暮らしとなる。
住環境・福祉機器等	エレベーターのない集合住宅の5階。特殊寝台、エアマット、歩行器、車いす、移動用リフトを使用。
経済状況	本人の厚生年金と貯蓄
性格	明るく前向き。病気発症前は荒っぽかったとのこと。
生活歴・職業歴	一時期自衛隊に入隊していたが退職後、印刷工場勤務。
趣味・嗜好	川釣り、飲酒 銀杏や栗拾い、野草摘み

本人の生活像 (ICF)	
現病歴 健康面の強さ	H25年 肺がん、胃がん、脳腫瘍。すでに末期で手術や抗がん治療の対象外。廃用症候群があり、心理面が影響していると思われる。運動障害はない。
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	疼痛はない。告知済み。病気に向き合いたい、という気持ちがある。
受診/服薬/処置	週1回の訪問診療。訪問看護師と妻が服薬介助を行う。訪問看護師にて処置。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	呼吸等および消化器等の障害はなし。脳機能については多少難あるも、日常生活への支障はない。
できる活動 できない活動	歩行器で3mほど歩行可能。更衣は一部介助。入浴、排泄は全介助。
参加・役割・交流	療養通所介護に週1回通う。家庭では夫・父親としての役割を果たしている。民生委員や親族との交流がある。
本人の希望・望む暮らし	もう、入院したくない。このまま、最期まで自宅で暮らしたい。最期は、身体が許す限り好きなようにさせてほしい。



看取り期の希望 (ご本人・ご家族)
本人：もう入院したくない。最期まで家族と自宅にいる。最期にもう一度、好きなものを食べたい。そして、外に出て空や木々を見たい。 家族：もう、お父さんの命が長くないのはわかっている。お父さんを、自宅で看取りたい。

この生活に 生じている介護課題	余命告知の日は過ぎており急変の可能性が大きい。
--------------------	-------------------------

特記
亡くなる4か月前の終末期ケアの中で、医療と介護が一番密に連携しあった時期を選択した。

サービスの利用状況
訪問診療(1回/週) 訪問看護(2回/週) 訪問リハビリ(2回/週) 訪問入浴(2回/週) 療養通所介護(1回/週) 在宅ホスピスボランティア(1回/週) 福祉用具貸与(特殊寝台、エアマット、歩行器、車いす、移動用リフト) 居宅介護支援(1回/月以上)

II. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 Q 殿 生年月日 昭和○年 ○月 ○日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ○○ケアプランサービス _____

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

認定日 平成○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ～ 平成○年 ○月 ○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	本人：今のまま、最期まで自宅で暮らそうと思っている。 最近、昇降機能付きの車いすが利用できるようになったので、外出して、空や木々や風をじかに感じたい。 妻：最近主人は体調が良いようなので、嬉しく思っている。この時間がずっと続いてほしい。 主人が望んでいることは、家族としてできる限り協力し叶えていくと共に、最期まで主人を支えたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	本人の状態を考慮し有効期間を12ヶ月とします
統合的な援助の方針	疾患をお持ちですが、現在病状は安定しており良い状態が保たれているので、これからも奥様との時間を大切にしながら、ご自宅でお二人、安心して暮らして頂けるように支援いたします。移動用リフトを利用することにより外出が可能となられたので、安全に外出できる機会を確保することで、ご本人の望まれる生き方の実現をはかります。 また、今後も急変の可能性があるため、小さな変化も見落とさないように注意すると共に、かかりつけ医を中心にご家族、民生委員さん、各サービス事業所が連携しあい、緊急時の対応に備えます。
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（ _____ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
自宅でも、十分な医療を受けたい	今の体調が維持できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	病状が安定する	HO.○.○ ～ HO.○.○	訪問診療、各種検査、疼痛管理、薬の処方、緊急時の往診		医療機関	○○医院	1回/週および急変時	HO.○.○ ～ HO.○.○
			体調や病状の変化の早期発見ができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	バイタルチェック、全身状態の観察、コミュニケーション、服薬管理、排泄コントロール、オムツ交換、清潔の保持、疼痛管理、看護に関する相談と助言、主治医への報告、主治医の指示による処置、緊急時の対応等		訪問看護	訪問看護ST○○	2回/週および急変時	HO.○.○ ～ HO.○.○
自分の足で、屋内を歩きたい	玄関まで歩くことができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	固定歩行器を使って歩けることができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	OTによる機能訓練、座位・立位および立ち上がりの訓練、可動域訓練、自主訓練のメニュー作成等		訪問看護	訪問看護ST○○	2回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○
					固定歩行器のレンタル	○	福祉用具貸与	○○福祉用具サービス	2回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○
					短時間の座位の確保（声かけ・励ましを行う）		家族介護 地域資源	奥様 在宅ホスピスボランティア○○の会	毎日 1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○
					自主訓練の見守り・声かけ・励まし		地域資源	在宅ホスピスボランティア○○の会	1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○

※1 「保険給付の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。

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
ずっと家の中にいたので、外に出たい	社会交流して他者と会話すると言う、ごく普通の生活を取り戻すことができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	安全に外出できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	バイタルチェック、全身状態の観察、コミュニケーション、オムツ交換、清潔の保持、機能訓練、外出行事 移動用リフトおよび車いすのレンタル	○ ○	療養通所介護 福祉用具貸与	○ ○療養サービス ○ ○福祉用具	1回/週 1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○
排泄が失敗しないようにしたい	排泄のトラブルを防ぐことができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	安心して排泄できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	オムツ交換、陰部洗浄もしくは陰部清拭		家族介護	妻	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
お風呂に入りたい	身体に生活が保持できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	安全に入浴できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	入浴介助（声かけ、衣類の着脱介助、移動介助、全身洗身、洗髪）	○ ○	訪問入浴介護 療養通所介護	訪問入浴 ○ ○ ○ ○療養サービス	2回/週 1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○
臥床時間が長い、快適に過ごしたい	身体に負担をかけないで過ごすことができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	床ずれが悪化せず楽な姿勢で過ごせる	HO.○.○ ～ HO.○.○	特殊寝台、サイドレール、介助バー、サイドテーブルのレンタル エアマットレスのレンタル	○	福祉用具貸与	○ ○福祉用具サービス	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
誤嚥を起こさないようにしたい	口腔内の清潔が保持できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	毎日歯磨きを行うことができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	歯磨きの準備、義歯の洗浄および手入れ		家族介護	妻	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
地域の支援体制を利用したい	見守り体制ができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	家族の不安が軽減する	HO.○.○ ～ HO.○.○	コミュニケーション、相談		地域支援	民生委員	随時	HO.○.○ ～ HO.○.○
			家族不在時でも安全が確保できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	見守り、話し相手		地域支援	在宅ホスピスボランティアの会	家族不在時	HO.○.○ ～ HO.○.○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 Q 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00		訪問看護 9:30~10:30			訪問看護 9:30~10:30			起床 8:30 朝食 ベッドで横になっている TVを見る
午前	12:00	訪問入浴 11:00~12:00		デイサービス 9:30~16:00		訪問入浴 11:00~12:00			昼食
	14:00	訪問看護(リハビリ) 13:00~14:00			往診 14:30~10:30		ホスピスボランティア 14:00~15:00		リハビリ・自主訓練 ベッドで横になっている
午後	16:00				訪問看護(リハビリ) 15:00~16:00				
	18:00								夕食
夜間	20:00								ベッドで横になっている
	22:00								就寝
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・特殊寝台、マットレス、サイドブレーキ、キャスター、サイドテーブル、歩行器、車いす、移動用リフトのレンタル ・民生委員の訪問
------------	---

V. 支援経過記録

支援経過

平成25年11月15日

妻と担当の民生委員よりケアプラン作成の依頼がある。入院中は寝たきり。意識レベル低く、食事はミキサー食。生活全般にわたり、全介助の状態であった。

退院に向けて、サービス担当者会開催

主治医より、「画像から判断すると、もう一度立てるようになるはずだ。立てないのは、心が折れたからだ」との意見がある。

平成25年11月21日 退院。

訪問診療、福祉用具レンタル、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護。仙骨部に褥瘡あり、訪問看護で処置を行う。

平成25年11月27日 訪問入浴開始。

平成25年11月30日

妻は左上肢不全麻痺がある。訪問看護と訪問介護が連携して評価しあいながら、介護技術を妻に指導し、オムツ交換等妻ができるようになればサービスを減らしていく。

平成25年12月13日

体調不良のため、主治医が院長を務めるD病院に入院。入院中に症状コントロールとリハビリを行った結果、ADLが改善する。

平成25年12月19日 D病院退院。

ADLが改善したため、ケアプランをリハビリ中心に変更し、訪問介護は終了とする。当初の予定通り、“もう一度歩くこと”を目標とする。まずは短期目標を“きちんと座位がとれる”に設定。

平成25年12月24日

在宅ホスピスボランティアの訪問開始。作業療法士が作成したメニューに添って本人が行う自主訓練の見守り・励ましを行って貰う。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

妻：「余命は年内」との告知あり。夫を自宅に連れて帰りたい。

本人：「妻に迷惑をかける」という理由で、最初は退院を拒否。しかし、周囲に説得され、後に退院に同意される。

ケアマネジャー：「立てるようになる」身体なのに、寝たきりになっているのはなぜ？今後、どうすれば立てるようになる？

本人：こんなに快適ならば、もっと早く退院すれば良かった

ケアマネジャー：家族の介護力を引き出すことが重要。妻が夫の介護にできるだけ関わることで、夫が亡くなった後の充足感・満足感が得られるはず。

ケアマネジャー：妻も緩和ケアチームの一員。

ケアマネジャー：後方支援病院が担保されていると、本人・家族は安心できる。必要時には、症状コントロールがつくまでの期間すぐに入院できる体制が確立

ケアマネジャー：当初の主治医の言葉、「もう一度立てるようになる」ことを確信する。

ケアマネジャー：訪問リハビリは週に6単位しか利用できない。足りない分はボランティアに見守りを依頼すれば、費用もかからないし、それ以上にきっと地域力の向上にもつながるはずと考えた。

支援経過

平成26年1月8日
 座位が可能となり、立ち上がりの訓練を開始。歩行器レンタル。訓練開始後12日目には、歩行器で1.5メートルの歩行ができるようになる。

平成26年1月21日
 移動用リフトを使い外出を提案。同意を得る。エレベーターもエスカレーターもない集合住宅の5階であるため、階段昇降の方法について検討。移動用リフトを使用。しかし、移動用リフトを利用するためには、デモンストレーションと実際に介助を行う訪問看護師に対する取扱い訓練で1月以上を要する。三女が同居。

平成26年3月4日 デイサービス利用開始。
 本人のADLはさらに向上。歩行距離が延び、歩行器利用で5m程度は歩行可能となる。また、デイサービスの外出行事で外出し、写真撮影。「自分のために毎日頑張っている」と話す。
 ただし、主治医からは「いつ急変してもおかしくない」との情報がある。

平成26年5月15日
 脳腫瘍による癲癇発作のため、D病院に救急搬送され、そのまま入院となる。意識レベルの低下が見られる。

平成26年5月20日 退院。
 声かけしても、ごく簡単なコミュニケーションしかとることができない状態。自力での寝返りも困難。
 デイサービスは終了し、訪問系サービスと福祉用具と在宅ホスピスボランティアのプランに変更。家族は状況を受け入れ、日々寄り添うように介護を続けられた。
 本人の状態としては、亡くなるまでほとんど変化はなかった。

平成26年8月10日
 家族に見守られながら、息を引き取られる。最期まで、穏やかであった。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：ADLが急激に改善。緩和ケアチームが上手く可動できた結果、本人のやる気を引き出すことに成功したと考える。本人のやる気が、さらに緩和ケアチームのモチベーションを上げていった。

本人：自然が好きだったので、もう一度外に出られるのならば嬉しい。
 妻：夫は数メートルしか歩けない。大丈夫だろうか？

ケアマネジャー：本人のQOLの向上のため、外出を実現させたい。

ケアマネジャー：末期がんなので、デイサービスの中でも療養通所を選択。

本人：外に出て「ああ！青空が見える！」。満足げな、やさしい表情をされる。
 妻：ずっと冗談を言われ、笑いが絶えない。

ケアマネジャー：リハビリを開始し、本人の本来の力が発揮できたものだと考える。主治医をはじめ、訪問看護師やデイサービスのスタッフなど、医療・介護の両職種、さらに民政委員・ボランティアなどが連携しあいながら本人の力を引き出していったと思われる。

本人・家族：死の受容ができています。

ケアマネジャー：家族が不安にならないように、今後起きるであろうこと・本人が亡くなる前にしておかねばならないこと・亡くなった後にしなければならぬこと等について事前に説明。

ケアマネジャー：医療と介護が連携しあうことで、看取り期の本人と家族を支えることができた。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 病状や身体機能、本人や家族の思いなど、あらゆることについて情報を共有する。
- 看取り期は病状や身体状況が短期間に著しく変化するので、必要なことはお互いに、間をおかずそのたびごとに情報交換を行う。
- 何でも言える、良い関係を構築する。
- お互いの業務内容を理解する。
- 他事業所に対し、専門職として敬意を表する。
- 顔の見える関係を作る。
- 医療と介護がうまく連携を取り合えるように、ケアマネジャーが必要な部分はフォローする。
- チームケアであることを認識し、チームとしての力を高める。
- モチベーションを上げる。

VI. 振り返り

肺がんの終末期という非常に厳しい状態であったが、家という環境に戻ることで本人の自主性と主体性をもう一度引き出し、家族と共に自分らしい生活を取り戻して頂くことができたケースである。

Q氏は、平成25年11月18日に退院して在宅に戻られ、翌年の8月10日に永眠された。自宅療養中も、病状が再度悪化することはだれもが分かっていたが、9か月近くにわたり、家族と素晴らしい時間を持つことができた。すべては在宅復帰というご本人およびご家族の決断と、それを支えるチームケアが上手くいった結果だと思われる。

ご本人に寄り添い、ご本人が望む生活スタイルを支援することが大切であり、心が動かないとリハビリも進まず、ADLやQOLの改善も不可能であるということを、Q氏より教えられた。

VII. 委員からのコメント

事例提供者も書かれているが、後方支援病院（バックベッド）が確保され、必要時に入院治療が提供されることにより、病状の安定や苦痛の軽減が図られ、本人・家族はもとより支援者全員の安心につながり、よりよい在宅療養生活が実現すると思います。

在宅生活の意義とはこういうことなのだろうという事例であり、希望の持てる事例です。それはケアマネジャーによる連携のフォローが行き届いたことによるものでもあり本人家族の力との相互作用でもあると思います。

末期がんの事例で病院・自宅とうまく医療と連携を図り、利用者の望む生活を支え自宅で看取りができた事例だと思えます。

ヒトは時に予想もつかない力を発揮することがあります。「火事場の馬鹿力」つまりアドレナリンの放出です。利用者自身がやる気を出し、周囲も信じ応援することで、とんでもない力を発揮します。本事例提供者も応援団の一人として、最後まで利用者のことを信じ支えた様子が支援経過から伺えます。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

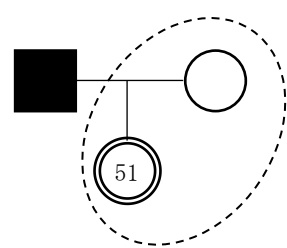
事例タイトル	認知症の母の今後を心配して最後まで在宅で過ごした利用者の看取り支援について
---------------	---------------------------------------

障害高齢者 日常生活自立度 (C1)	ADLの概要 上肢は自由に動かせるが、疾患により、下半身まひの状態 移乗移動は介助が必要
-------------------------------------	--

認知症高齢者 日常生活自立度 (自立)	生活全般に判断能力あり
--------------------------------------	-------------

本人基本情報	
51歳 女性 要介護5 身長154cm 体重40kg	
家族構成	母と二人暮らし
住環境・福祉機器等	マンションの12階
経済状況	生活保護
性格	温和
生活歴・職業歴	若いころは海外で仕事に従事。入院直前はブライダルサロンを経営していた
趣味・嗜好	

本人の生活像 (10F)	
現病歴 健康面の強さ	38歳 乳がん手術療法 50歳 脊椎管転移による下肢麻痺
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	48歳より痛みがあったが放置 歩けなくなり整形を受診した。
受診/服薬/処置	訪問診療利用 オキシコンチン内服 月一回ゾメタにて骨転移に 対する治療を行っている
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	自力で移乗はできないが指示、 することは可能。予後不良を 理解し、母の今後や所帯の整理 に前向きに取り組んでいる。
できる活動 できない活動	買い物の指示、 母親へ犬の散歩の指示を優 しく伝えることができる。
参加・役割・交流	ブライダルサロンの仲間とは 電話で交流。中国籍の男性と 交際。マンションは発症後、 引っ越しをしているため住人 とは疎遠
本人の希望・ 望む暮らし	病院ではなく、ここで最期ま で過ごしたいし、麻痺が進行 する前に電動車いすを利用 して母に買い物経路や浪費癖 を修正させたい。
この生活に 生じている介護課題	認知症の母がペットの介護 と今後について、母親が理解 できていない。

ジェノグラム


看取り期の希望 (ご本人・ご家族) 本人・・・夜は暗闇に引き込まれてこのまま死ぬんじゃないかと心配で眠れない。朝、人の気配を感じると安心して眠ることができる。ここで最期まで過ごしたい。入院は制約があるし、母の浪費が心配で眠れないから嫌です。 家族(母)・・・あの子は死ぬんかねえ・・・

特記

サービスの利用状況 訪問介護 身体介護2回/日 訪問入浴 1回/週 車いす、車いす付属品 特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具、リフト貸与 訪問看護(医療保険対応) 母親が介護認定後、買い物などは母の生活援助で利用

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 R 殿 生年月日 昭和○年 ○月 ○日 住所 K

居宅サービス計画作成者氏名 I

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

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

認定日 平成○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ~ 平成○年 ○月 ○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	本人：体調がいい日や天気がいい日は電動車いすを使って母と近所のスーパーまで買い物したり、散歩したりしたいです。 母の認知症が気になります。親子二人が安心して暮らせるようにお願いしたいです。 母：娘のことが一番心配。家事などあまりできませんが私でできることは、いろいろな人から聞きながら頑張っていきたい と思います
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
統合的な援助の方針	注射処置や健康管理は訪問診療にて褥瘡処置や服薬管理などは訪問看護にて主治医と連携を取りながら支援します。 骨折のリスクを避けて安全な入浴が行えるようにリフトや、訪問入浴で支援します。 外出する楽しみを持ち、日常生活が豊かに過ごせるよう、訪問介護、福祉用具を活用します。
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（ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
生活面医療面で大変ではあるが、母と犬猫との生活を少しでも長く続けたい。	病識の把握ができ、状況に合わせた生活ができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	褥瘡が小さくなる	HO.○.○ ～ HO.○.○	健康管理 病状の維持観察 注射処置 検査	○	居宅療養管理指導 定期受診	○○クリニック ○○病院	2回/月 1回/3か月	HO.○.○ ～ HO.○.○
					服薬管理・生活指導 排尿量の観察（留置カテーテルの交換） 排便コントロール 体位変換、清拭、褥瘡処置を行う。		訪問看護 （医療保険対応）	○○訪問看護ST	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
					体位変換・整容・更衣など身の周りの支援 排尿量の観察・清拭 食事への助言	○	訪問介護	○○訪問介護	毎日2回	HO.○.○ ～ HO.○.○
					皮膚の状態観察・対応 入浴介助	○	訪問入浴介護	○○訪問入浴	1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○
					特殊寝台および付属品 床ずれ予防用具 体位変換器	○	福祉用具貸与	○○福祉用具センター	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
					移動・移乗が安全にできる	HO.○.○ ～ HO.○.○	福祉用具の利用 （車いすおよび付属品、リフト）	○	福祉用具貸与	○○福祉用具センター
		清潔な環境で生活できる	HO.○.○ ～ HO.○.○	日常生活全般（買い物 掃除・洗濯・食事のセッティング・薬のセッティング）	○	訪問介護	○○訪問介護	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○	
母と一緒に外出できるようにしたい。	二人で外出できる。		安全に家から外出ができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	介助者と一緒に外出。 買い物の手伝いやリフトでの移乗電動車いすの操作補助、移動・移乗介助	○	訪問介護	○○訪問介護	1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 R 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床 朝食
	10:00	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	
午前	12:00	訪問看護（医療）	訪問看護	訪問看護	訪問看護		訪問看護	訪問看護	昼食
	14:00			身体介護（1時間）			訪問入浴		
午後	16:00					訪問看護			
	18:00	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	夕食
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	車いす貸与、車いす付属品貸与、特殊寝台貸与、特殊寝台付属品貸与、床ずれ予防用具、居宅療養管理指導2回/月 訪問介護（受診、3か月に一回）
------------	---

V. 支援経過記録

支援経過

平成24年1月 病院退院支援看護師より相談

「乳がんの骨転移、脳転移があり脊柱管の転移があり、下肢麻痺の状態、尿便意なく留置カテーテル使用褥瘡も深く毎日処置が必要だが、お見舞いに来る母親が認知症のようで病院に見舞いの来方がわからず、すぐにタクシーを使う。生活費に事欠いて生活保護を受けるようになったばかりで今後の経済破たんも心配なので一度自宅に退院したい。」と本人の強い希望があり退院となる。

退院に際し、在宅支援主治医と病院担当医も交えてカンファレンスを行った。骨転移に対しては、ゾメタ注射で進行の防止ができる。褥瘡ケアについてもフィブラストスプレー処置によって改善が見込まれる。退院の話が進んでいるだけで褥瘡が改善していると皮膚排泄ケア認定看護師からもコメントあり、退院当初より上記内容にて支援を開始した。

痛みについてはオキシコンチンを一日2回服用で緩和ケアできており、問題なし。

平成24年3月 退院

平成24年5月

不正性器出血。障害者手帳を取得し介護保険は福祉用具のみの利用となる。金銭管理のできなくなっていく母と買い物をもとにし節約したいと希望あり。電動車いす（ジョイスティックタイプ）を導入。何度か買い物に出かけた。

平成25年2月

痛みが増強しオキノーム内服開始となる。

平成25年3月9日から3月18日 検査入院。

平成25年4月

初旬ごろより性器出血量増量する。このころより自分の予後について自覚を持っておりかたくなまでに入院を拒否。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：退院については、本人の意欲は高いが、認知症？の母が介護保険の導入に同意を示さずなかなか受診しない。また、本人をほったらかして外出するなどがあり、訪問診療医に主治医になっていただき介護保険申請を5月ごろ導入できた。

ケアマネジャー：退院予定のアパートはごみ屋敷状態で、交際中の中国人の方の好意でマンションを、生活保護費の範囲内の家賃で借りることとなった。住居の決定で時間を要した経緯がある。

支援経過

平成25年4月16日、
「母がカラオケに行ってお酒を飲んで帰ってきたりするので私にもしものことがあったら施設を探してほしい」と依頼あり。

平成25年4月23日
血圧低下見え始め、手を合掌して「どうかこのままこの家に最期までいさせてほしい」と強い在宅の意思をケアマネジャーへ伝える。

平成25年4月25日永眠される

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：25日の看取り時には、担当ケースワーカーや介護サービス事業所、訪問看護職員など集まり、今後も母親への介入についてなどの担当者会議が行われた。施設選定ができるまで、現状のサービス利用で経過観察することになった。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 自己決定ができる末期がんの利用者に対して、本人の意向を尊重した。
- 本事例紹介には飼っているペットのことは触れていないが、老犬と猫6匹のお世話を母親、自費のサービスなどに振り分けたり介護保険では足りない生活支援も発生。
- 社会資源の活用
- 訪問診療医が障害認定医であったため障害でもサービスに切り替えることで生活保護費の削減にもつながった。

VI. 振り返り

いつもいつも猫をなでながら、モニタリングを受ける姿には在宅の幸せが感じられ、亡くなる二日前の訪問時、利用者本人から「夜はこのまま闇の中に引き込まれて死んでいくんじゃないかと思うと、眠れなくて、朝日がさして飼っている猫たちが動き出すと、ああ今日も生きているんだと安心するんですよ・・・」と私に話してくれた。

またケアマネジャーが入院を勧めに来たと思い、手を合わせて在宅を懇願された姿は今も目に焼き付いている。強い意志で在宅での死を希望した背景には母の今後のこともあるが、中国籍の彼と会えなくなるかもしれない不安があったのだと思う。「今日明日かもしれないので付き添ってください」と声をかけたところ、それまではあまり表に出てこない男性であったが、ずっとそばを離れず傍らで見守っておられた。50代と若い意志のしっかりした療養者の看取りで、さらに母親が認知力の低下のため入院にはならなかった。高齢な療養者の看取りには家族の意向が優先されることが多い。訪問診療医がいる看取りと訪問診療医が決まっていない看取りの差異を痛感させられる至高の終末支援であった。

VII. 委員からのコメント

訪問診療医が決まっていない看取り、と言うのは資源としてないのでしょうか？それとも、何らかの理由で導入できないのでしょうか？ 看取り期においては、訪問系の医療サービスは欠くことができないものであり、特に訪問診療医の存在は大きな要素であると考えます。

意志のしっかりした「療養者」にとって、ケアマネジャーは相談援助職としての役割が重要であったと感じます。人生の最期に立ち会い支援するケアマネジャーの役割の深さを痛感しました。

ターミナル期で、認知症の母親と二人暮らしの利用者の望む暮らしに医療と介護の連携をしっかりと行い自宅で看取りを行った事例だと思います。

介護保険法では「・・・その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる・・・」とあり、障害者総合支援法では「・・・可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保される・・・」とあります。よって、介護保険法では、本人の日常生活のみへの支援しかできません。本事例提供者は、障害者総合支援法も活用し駆使して利用者の生活全般を支援する努力をしたのだと思います。

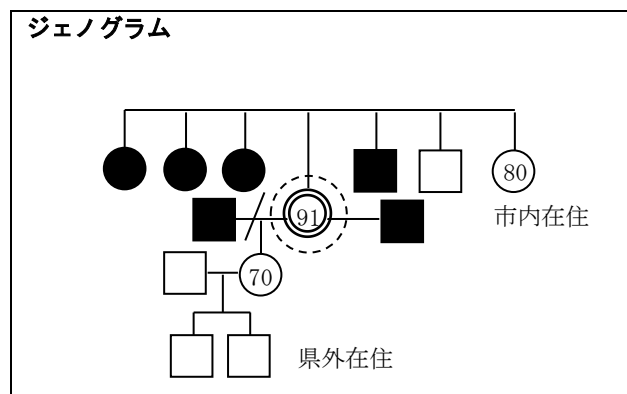
I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

事例タイトル	「娘の世話になるわけにはいかない。でも一人は孤独」と強い不安を訴えていたが、穏やかな最期を迎えることができた事例
---------------	--

障害高齢者 日常生活自立度 (C 2)	ADLの概要：強い倦怠感、全身的な筋力低下・体力低下あり。ADLはほぼ全介助の状態であるが、介助によりトイレ歩行はしている。	認知症高齢者 日常生活自立度 (IIIa)	気になることは何度も繰り返し尋ねる。意思疎通は可能で自分の意向は伝えられる。時間、場所の認識は曖昧。
-------------------------------------	--	---------------------------------------	--

本人基本情報	
91歳 女性 要介護4 (H27.5.1 区分変更申請)	
家族構成	独居 県外に長女在住
住環境・福祉機器等	一軒家の借家 借家と持ち家が混在する地域
経済状況	生活保護受給
性格	義理堅い。 物事をはっきり言う。
生活歴・職業歴	出生地で結婚し長女出産するが離婚。 再婚後は家業を手伝う。慣れない農作業も行い、義母を自宅で看取る。
趣味・嗜好	晩酌(赤ワインコップ1杯)

本人の生活像(ICF)	
現病歴 健康面の強さ	H21年悪性黒色腫手術。リンパ節転移あり。 H27年左腋窩リンパ節・左肩甲骨部の転移巣増大。 H14年胃がん手術後、左網膜剥離
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	悪性黒色腫転移によるターミナル状態。 本人：死ぬのは恐ろしくない。 長女：苦しまないようにしてあげたい。
受診/服薬/処置	診療所の内科主治医による訪問診療。 総合病院、皮膚科が窓口となり皮膚科と緩和ケア科が連携して対応。 疼痛、倦怠感に対して内服処方あり。皮下点滴施行。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	自分の意思は伝えられる。 左眼は網膜剥離のため暗闇が分かる程度。右眼は見えるが視力は低下している。
出来る活動 出来ない活動	倦怠感強く終日臥床しているが、尿意あり介助にてトイレ歩行している。
参加・役割・交流	長年、隣家との交流あり。何かと気にかけて支援をしてくれる。
本人の希望・望む暮らし	長女に迷惑はかけられないので、一人で頑張るしかない。
この生活に生じている介護課題	一人で居ることに強い不安あり。本人、長女ともに入院は望まない。



看取り期の希望(ご本人・ご家族)
本人：長女に迷惑はかけられない。でも、一人で居るのは孤独で不安。病院への入院は嫌。 長女：本人が安心できる場所で過ごさせてあげたい。痛みや苦痛はないようにしてください。

特記
長女とは疎遠だったが、胃がんの手術を機会に交流が再開し、悪性黒色腫の手術以降、頻回に訪れるようになっていた。しかし、2年程前から長女の夫が、介護が必要な状態となり訪問回数は減った。

サービスの利用状況
H27年4月まで—訪問介護、訪問看護、短期入所生活介護 H27年5月より—看護小規模多機能型居宅介護

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 S 殿 生年月日 大正〇年 〇月 〇日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 B _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 C（看護小規模多機能型居宅介護）_____

居宅サービス計画作成（変更）日 平成〇年 〇月 〇日 初回居宅サービス計画作成日 平成〇年 〇月 〇日

認定日 平成〇年 〇月 〇日 認定の有効期間 平成〇年 〇月 〇日 ~ 平成〇年 〇月 〇日

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	本人：一人は孤独だよ、誰かが傍に居てほしい。不安なく過ごしたい。 ----- ----- ----- 家族：痛みや苦しみがないようにして過ごしてほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし ----- -----
統合的な援助の方針	・ 病院（医師）と〇〇（看護小規模多機能型居宅）で連携を図り、痛みの緩和や日々の健康管理を行っていきます。 ----- ・ 他者との交流や檜浴での入浴、生活に楽しみができるように支援していきます。 ----- 【緊急時連絡先】 ----- (長女) 番 (末妹) 〇番 D 医院 (主治医) 〇番 E 県立病院 〇番 生活福祉課 (担当) 〇番 ----- C (看護小規模多機能型居宅介護) 〇番
生活援助中心型の算定理	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

Ⅲ. ケアプラン第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
痛みなく穏やかに過ごしたい。	穏やかに過ごす。	HO. ○. ○ ～ HO. ○. ○	病状の変化に早期に発見・対応される。 食べたい時に食べられる分の食事が摂れる。	HO. ○. ○ ～ HO. ○. ○	定期受診 訪問診療・往診 身体・精神・皮膚症状の観察（必要時軟膏塗布） 異常の早期発見と緊急時の対応 薬剤管理・内服薬服用確認・栄養強化食品摂取の把握・情報共有 皮下点滴による水分および栄養確保 相談・助言・指導支援 食生活のアセスメントの実施 嚥下状態に適した食材の確保と調理の工夫 口腔ケアの実施 体重管理を行う。	○	外来医療 在宅医療 看護小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	E病院 D医院 C C C C C	2/M(回) 1/W(回) 毎日 毎日 随時 毎日 1/W(回)	HO. ○. ○ ～ HO. ○. ○
気持ちよく過ごしたい。	定期的に清潔の保持ができ気持ちよく生活できる。	HO. ○. ○ ～ HO. ○. ○	檜のお風呂に支援を得て、安全に入浴ができる。	HO. ○. ○ ～ HO. ○. ○	入浴介助（移乗・移動・更衣・洗髪・洗身） 皮膚症状観察 口腔の清拭 排泄介助（移動・移乗・ポータブルトイレ部介助・陰部洗浄） 排便のコントロール	○	看護小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	C C C	2/W(回) 毎日 適宜	HO. ○. ○ ～ HO. ○. ○
起きている時間を有意義なものにしたい。	体調を見ながら定期的に外出し、気分転換が図れる。	HO. ○. ○ ～ HO. ○. ○	他者との会話にて楽しい時間が過ごせる。	HO. ○. ○ ～ HO. ○. ○	他者との交流 レクリエーション活動 や行事の参加 日常生活動作訓練 移動・移乗時の一部介助	○	看護小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	C C	毎日 毎日	HO. ○. ○ ～ HO. ○. ○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 S 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00	看護小規模多機能「通い」・「泊まり」サービス	看護小規模多機能「通い」・「泊まり」サービス	看護小規模多機能「通い」・「泊まり」サービス	看護小規模多機能「通い」・「泊まり」サービス	看護小規模多機能「通い」・「泊まり」サービス	看護小規模多機能「通い」・「泊まり」サービス	看護小規模多機能「通い」・「泊まり」サービス	
	6:00								起床
早朝	8:00								朝食（食べたい時に食べられる分だけ）
	午前								10:00
12:00									
午後	14:00								昼食（食べたい時に食べられる分だけ）
	後								16:00
18:00									夕食（食べたい時に食べられる分だけ）
夜間	20:00								ワインの晩酌
	22:00								就寝
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	訪問診療 週1回、 往診 随時、 外来受診
------------	-----------------------

V. 支援経過記録

支援経過	本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え
<p>平成27年2月 要介護認定更新 要介護2 → 要介護4</p>	<p>本人：福祉の所に入ったらどうなる？ 家（借家）がなくなると娘が来た時に泊まる所がなくなる。</p>
<p>平成27年4月9日 入院 転移巣の痛みは触ればある程度。食欲なく食事摂取は少量のみ。一人で歩こうとして転倒を繰り返す。</p>	<p>ケアマネジャー：内科主治医との連携を密に行う。</p>
<p>平成27年4月10日 退院時カンファレンス 参加者：長女、末妹、皮膚科医師・看護師、緩和ケア科医師・看護師、ケアマネジャー 皮膚科：免疫力向上の治療 緩和ケア科：痛みは軽度。低栄養では入院対象ではない。</p>	<p>ケアマネジャー：一人でいることの不安（特に夜間）が強く退院後自宅に戻るとは困難。退院後はショートステイを利用し経過を観る。 療養型病床の検討も必要。 入院とショートステイの繰り返しでは、住宅扶助が切られるのではないかと？</p>
<p>4月18日 ショート施設のスーパーバイザーと面談 看護師が緊急時の対応に納得なく現場と意見の相違がある。受け入れまでに統一する、と返事あり。</p>	<p>ケアマネジャー：衰弱が進行している。在宅復帰は無理か？環境が変わり少しでも食べられるとよいのだが。入院時とは表情が違う。残された時間はそれほど長くはない。穏やかな表情で過ごせる場を確保したい。</p>
<p>平成27年4月21日 退院、ショートステイ利用開始 ショート入所後の表情は穏やかで安心した様子となる。内科主治医による訪問診療再開。脱水に対し皮下点滴開始。</p>	<p>長女：入院は嫌がっていたので、本人が安心できるところがよい。 ケアマネジャー：看護小規模多機能型居宅は、日常生活の場であり本人が安心して過ごすことができると考える。こちらに移行する。</p>
<p>平成27年4月24日 看護小規模多機能型居宅の施設長・相談員と面談 今後の生活の場としたいと依頼。施設長より「家庭的で安心してもらえる場であり、看護師の体制もある」と受け入れ可能の返事あり。</p>	<p>ケアマネジャー：身体的アセスメントは看護師から情報を得る。不安があるため居室をオープンな部屋とする。</p>
<p>平成27年5月1日 看護小規模多機能型居宅に移行 平成27年5月8日 病院皮膚科受診－看護師と同行 腫瘍が大きくなっている様子もあり。 本人の希望もあり抗がん剤治療を施行する。施行中は環境変化に伴い「一人になったら困る」と不安も強いので、そばに付き添う。</p>	<p>ケアマネジャー：在宅医・皮膚科・緩和ケア科とそれぞれの役割と連携の方法について確認をする。看護師より症状報告をしてもらい対応策を検討してもらう。</p>
<p>平成27年5月21日 自宅へ戻る 「家はどうなっているか？帰りたい」と朝から自宅を気にするような言動あり、段取りをつけ自宅へ帰る。</p>	<p>ケアマネジャー：ベッドから離れての生活を心がける。家を気にするので帰宅する。この頃から食欲が少し回復し昔好きだった物を言うようになる。出来るだけ記憶をたどり、本人の意に添うようにケアを行う。</p>
<p>平成27年5月23日 自宅ではワインを晩酌にしていたため、「ワインを用意しておいてくれよ」ということもあり夕食の時間に少量飲んだりもした。</p>	

支援経過

平成27年6月2日 長女・末妹面会
・現在の状況を説明し、看取りの場を確認 → 症状悪化なければ看護小規模多機能型居宅での看取りを希望。手を握り話をする。長女が帰った後、長女が泊まる場所等の心配をする。

平成27年6月4日
喀痰喀出困難。呼吸困難感も出現。在宅主治医への相談にて去痰剤処方。加湿や吸引も行う。

平成27年6月10日 在宅主治医とカンファレンス
浮腫や痰の様子から見て、点滴を減量していく
主治医より、通院が大変になってきているので、抗がん剤治療の限界ではないか、受診時に確認してほしい
今後、症状コントロールが困難でなければ、ここでの看取り方向で。（看取り時、急変時、緊急時の連絡方法、処置のタイミングを確認する）

平成6月11日 病院皮膚科・緩和ケア科受診－看護師と同行。体力もおちてきて、通院も大変。治療は終了する。

平成27年6月下旬 長女、末妹面会 近所・知人の面会

平成27年6月30日 在宅主治医とカンファレンス
浮腫著明、呼吸困難感あり。少量の点滴も身体が受け付けなくなっている状況から、点滴は中止となる。
呼吸困難感や苦痛緩和のため、麻薬の使用を検討することとなり、病院緩和ケア科へ相談、医療用麻薬（座薬）の処方を受ける。疼痛時は坐薬を使用。

平成27年7月5日
朝から体を起こそうとする様子あり。
様子を見に来た主治医の「また明日来るから」との呼びかけにうなずき反応する。

21時20分 呼吸停止
スタッフに見守られて永眠

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：コントロール不能な状態がなければ、施設での看取りをして行く。看護師と受診同行。家族と連絡を取り最期をどこで迎えるか、長女と再度確認することの必要性を判断する。また、親しい方たちとお別れをする時期と判断する。

ケアマネジャー：皮膚科・緩和ケア科のそれぞれの今後の役割の確認。在宅主治医への報告、治療終了の結果を娘さんに連絡する。厳しくなっているため、会いに来てほしい旨を伝える。

ケアマネジャー：身体的には厳しい状態であり、今後、施設での看取りも考えているため、職員の情報共有とともに介護職に看取りのプロセス、身体の変化について看護師による学習会を企画する。

ケアマネジャー：今後は穏やかに過ごせるような本人の生命力や人とのかかわりによるケアが必要な時期である。
長女に点滴中止を伝え、厳しいこと、ここでの看取りの確認と、連絡方法、葬儀社、お寺などの確認をする。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 安心して過ごせる“生活の場”の確保。
- 本人、家族の明確な意向ー変化する本人・家族の想いに寄り添い、自己決定を支える。
- 本人、家族の意向を医療サイドに伝える支援、代弁。
- 訪問看護の導入、活用。
- 複数の医療機関が関わる場合、医療機関相互の情報交換がスムーズに行くように動く。（医療のキーパーソンになる医師を見極め働きかける。）

VI. 振り返り

前任介護支援専門員

今年に入り悪性黒色腫の転移巣が悪化し、衰弱が進んだ。自宅での療養は困難と判断し、馴染みのショートステイ施設を利用しながら過ごすことを計画したが、看取りに対して施設の合意が得られず、療養型病床しかないかと迷っていた。地域包括支援センターに相談したところ、看護小規模多機能型居宅介護が新設されたので相談してみても、との助言あり。依頼をするとすぐに受け入れられ、リラックスできる環境、多くの関わりのある中で非常に穏やかな最期を迎えることができた。

看護小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員

看護小規模多機能型居宅介護は 2012 年に創設された新しい制度である。訪問看護と小規模多機能居宅介護（通所・泊まり・訪問介護）を一体的に提供し、24 時間 365 日の一体的ケアを行い、医療ニーズの高い方のケアや看取りをおこなう。当施設では開設から半年で在宅 3 名、施設内 2 名の看取りを行った。施設の方針としては看取り以外、在宅を目標としない長期の泊まりは受けていない。今回は施設内での看取りの事例である。

看護小規模多機能型居宅介護は、泊まり前提であれば日中でも訪問診療を受けることができる。ここで看取れた大きな要因は前任の介護支援専門員も述べているように在宅主治医と病院の連携がスムーズにできたことそして、連携の要として看護師が大きな役割を果たしたことが挙げられる。また、看護小規模多機能の特徴ともいえる多職種による一体的ケアのもと、本人の希望に添いケアできたことが、穏やかに最後を迎えられた要因と考える。介護支援専門員として看護師と常に協働できること、介護職にとっても、看護職と常に協働できることは、看取りまで行うに当たり、心強いことであった。看護小規模多機能型居宅介護は今後、在宅での看取りには欠かせない存在になると考える。

VII. 委員からのコメント

このケースは、看護小規模多機能型居宅介護の施設内での看取りとなったが、医療と介護の連携がスムーズに行われるこのサービスは、在宅での看取りにおいても有効に機能すると考えます。

看護小規模多機能型居宅介護を自宅ではない在宅としてとらえ、安心できる居場所と医療的な支援を可能にしたことはこの方にとって最良の選択であったと思われます。今後、自宅でない在宅への期待は大きいと思われます。

高齢者の独り暮らしの利用者に対して、病・病連携、介護サービスとの連携を密に図り利用者の望む生活が行え、在宅での看取りができた事例だと思います。

他の職種との連携も必要だと思いますが、同職種の連携も必要だと思います。本事例は、在宅でのケアマネジャーと看護小規模機能型居宅介護のケアマネジャーの連携により看取ることができたのだと思います。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

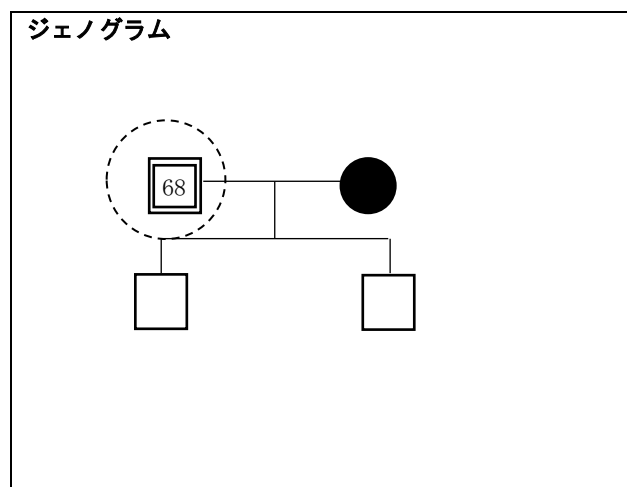
事例タイトル	最期まで在宅で過ごす意思の強い親子の看取りについて
---------------	---------------------------

障害高齢者 日常生活自立度 ()	ADLの概要： 当初 J2 死亡時 B1
-------------------------	----------------------------

認知症高齢者 日常生活自立度 ()	当初主治医・・・I 訪問調査員・・・IIIa 死亡時主治医・・・自立 訪問調査員・・・IIIa
--------------------------	--

本人基本情報	
68歳 男性 要介護4 身長164cm 体重52kg	
家族構成	独居
住環境・福祉機器等	分譲マンションの5階
経済状況	共済年金
性格	普段温和、病気により易怒性あり
生活歴・職業歴	大卒 県庁職員
趣味・嗜好	飲酒、喫煙、音楽鑑賞

本人の生活像(10F)	
現病歴 健康面の強さ	H7年糖尿病 H22年脳挫傷 2、3型進行胃がん 神経因性膀胱 右下腿蜂窩織炎 仙骨部褥瘡
健康状態 健康に対する本人・ 家族の意識	内服はきちんとできており、 インシュリンの自己注射も 行えている。原因を究明して 根治させるまでの希望はし ていない。
受診/服薬/処置	訪問診療 インシュリン自 己注射 褥瘡処置 内服は 自己管理できている
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	好きなCDを聴くと落ち着 く。両手で体重を支え移乗が でき、車いすを駆動し室内移 動する
できる活動 できない活動	仏壇のお供え パンを焼く 茶碗が洗えるようになった
参加・役割・交流	友人と飲みに出かける 父親としての威厳 マンションに友人はほとん どいない。高校時代の友人や 大学の同期、職場仲間が訪ね てくる
本人の希望・ 望む暮らし	ここで暮らせたらい。つべ こべ言うやつは嫌い。自分は エリート。たばこをやめるつ もりはない
この生活に 生じている介護課題	独居 すぐに怒鳴る



看取り期の希望(ご本人・ご家族) 本人・・・人からつべこべ言われるのは嫌。命令されるのも嫌。妻の法事は自分がする。 息子・・・母に胆管がんが見つかり入院治療したがあっけなくこの世を去って後悔しか残っていない。父にはそんな思いを残したくない。

特記

サービスの利用状況 ・・・退院当初は訪問介護、福祉用具、住宅改修を介護保険で利用。訪問診療、訪問看護は褥瘡が筋膜骨膜に及んでいたため医療保険で対応。その後通所介護週に一回利用となったが他の高齢者とけんかとなるため回数は増やせずに終末期まで同様なサービスで継続した。

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
糖尿病や褥瘡があるのできちんと治療を続けたい	現状の維持ができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	糖尿病の自己管理ができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	インシュリンの自己注射がきちんと行えているか確認する 栄養管理の指導を行う 専門的な助言を受ける		訪問看護 (医療保険対応) 訪問診療	○訪問看護ST ○医院	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
					本人の希望を取り入れながら、糖尿病に配慮した食事づくり、食材の購入を行う	○	訪問介護	○訪問看護 △訪問介護	2回・日	HO.○.○ ～ HO.○.○
		褥瘡が治癒する	HO.○.○ ～ HO.○.○	処置を行う。シャワー浴を行い創部の清潔を保持する	○	通所介護	○デイサービス	1回・週	HO.○.○ ～ HO.○.○	
				創処置を行う。シャワー浴を行い総武の清潔を保持する 専門的な診断助言を受ける		訪問看護 (医療保険対応) 訪問診療	○訪問看護ST ○医院	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○	
				床ずれ予防用具、車いすクッションを利用し除圧を図る	○	福祉用具貸与	○福祉用具センター	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○	
友人と積極的に外出したい	生活リズムを整え楽しみを見つける	HO.○.○ ～ HO.○.○	気軽に友人と出かけることができる	HO.○.○ ～ HO.○.○	介護ベッド、車いす、歩行器を利用し生活同船を確保する	○	福祉用具貸与	○福祉用具センター	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
					送迎の機会、通所先で歩行器を利用し、歩行距離を伸ばす	○	通所介護	○デイサービス	1回・週	HO.○.○ ～ HO.○.○
					歩行器を利用した歩行状態、立位状態を見守る	○	訪問看護 訪問介護			HO.○.○ ～ HO.○.○

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 ○年 ○月 ○日

利用者名 T 殿

	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	6:00								
早朝	8:00				訪問介護	訪問介護	訪問介護		インシュリン注射 朝食
午前	10:00	訪問介護 訪問看護	訪問介護 訪問看護	訪問介護 訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	通所介護	妻の仏壇の水替え
	12:00								インシュリン注射
午後	14:00								昼食
	16:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護		
夜間	18:00								インシュリン注射 夕食
	20:00								
深夜	22:00								土曜日夕方は息子さん が訪問
	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	床ずれ予防用具、特殊寝台、特殊寝台附属品、車いす、車いす附属品、歩行器貸与
------------	---------------------------------------

V. 支援経過記録

支援経過

平成21年3月 病院のSWより紹介。

「褥瘡がひどく、胃がんもあって入院加療が適切と思うが、本人に手術の拒否があり他院でも喫煙でトラブルとなり検査入院してきた経緯がある。

怒りっぽい、喫煙がありどこにも紹介できずにいたが主治医が転勤となるため退院を検討。長男も以前から退院を希望していたとのこと。

初回面談時、私立大学卒業後公務員であったこと、定年後も市のプロジェクトチームだったことなど嬉しそうに話すが、急に怒り出す行為あり。「とにかく家に帰ればいい」「お前らは、仕事でするんだから、言うこと聞けばいい！」などの暴言あり。長男は父の思うように残りの人生を過ごさせたいとの意向。外傷性脳出血後の高次脳機能障害ですぐに怒鳴ることも認識していた。サービス利用当初も、訪問介護、訪問看護スタッフにすぐに意味なく怒鳴るため、訪問事業所から担当を辞退したいとの発言があった。担当ケアマネジャー、主治医にも平気で罵声を浴びせる始末であった。唯一サービス利用が継続できた理由は妻の仏壇の朝の挨拶とご飯のお供えをするときの笑顔と長男の真摯な対応の賜物である。

平成21年9月

向精神薬の内服開始と通所介護の週1回の利用開始で温和な面がみられるようになった。また友人の誘いを断らず、夜の街に車いすでのみに出かけるなど活動が増えて意欲が増してきた。怒鳴っても理解してくれる通所介護の管理者との出会いで、歩行器歩行まで可能なレベルとなり夜の外出も交互歩行器での立位歩行が可能となった。褥瘡も改善し、医療での訪問看護に利用の終結を考えていた。胃がんの進行の状況は確認できず、

平成22年11月3日

珍しくケアマネジャーに電話があり、「なんか息ができない。すぐに来てくれ！」と喘鳴のある声で通話。すぐに訪問看護訪問したが、入院はしないと言って呼吸停止、その後すぐに主治医着、長男の到着を待って死亡確認する。（亡くなった日は妻の命日であった）

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：「在宅に退院はないですから・・・」と言い受け持ちはしたものの、訪問の度に気が重くなるケアマネジャー自身の内部の葛藤があった。息子の助けてくれてありがとうの言葉で救われた時期。

ケアマネジャー：飲酒の影響で高次脳機能障害が残存しており、また懲りずに夜出かけることが理解できなかったが、友人との交流がTさんのリハビリのモチベーションを上げていたと思う。実際の飲酒量はビール一杯程度。

ケアマネジャー：普段月一回のモニタリング以外は出向くこともなく、ケアマネジャーへ電話してきたのはこの時が初めて。急な旅立ちだったが思うとおりで家で最期を迎えられたと長男より感謝の意を述べられたとき、だんだんと穏やかになったT氏が一番自分の死期がわかっていたのかと感じた。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 高次脳機能障害について、サービス事業所と共有できた。
- 長男が、どんなに忙しくても電話対応に応じてくれた
- 普段から連携が取りやすい事業所とのチームケアだった。
- 趣味や好み、友人との夜遊びなど「介護を受けるんだから、慎むべき」という先入観がなかったことで歩行に対する意欲がめばえ、褥瘡の治癒促進となった。
- 亡くなった妻への想いが共有できるほど、支援期間があった。

VI. 振り返り

約2年間の受け持ち期間であった。褥瘡の改善で訪問看護の利用が自費になるかもしれないと事業所と話していた矢先の看取りとなった。訪問の度に怒鳴られるのが億劫で、担当をおろしてくれたらいいと思った時期があったのも正直な気持ちである。

「在宅に退院はないですから・・・」とかつこよく長男に宣言したものの。重たい足取り・・・

毎日訪問に出向くサービス事業所はもっと担当を変えてほしい気持ちがわいていただろう。と感じた。

高次脳機能障害を正しくアセスメントし、①怒っても1分怒りが持続できないこと ②サービスが撤退したらまた同じような苦しさを家族が味わうことを考え続行した。

最後に介護支援専門員に電話連絡をしたのはなぜか不明であるが、介護支援専門員の役割の重要性を理解してくれたのかもしれないと今も思っている。しかしながら、今回の事例では特別指示書が2回発行できる状態での在宅支援であり、看護介入が十分に行えた。介護支援専門員としては非がん患者の在宅看取りについて、医療保険の特別指示期間が2週間しかないことも、在宅支援の不安材料である。T氏は原疾患である胃がんについては検査が行われておらず、2年間の支援から勘案するとがんの進行は否めず、医療保険の訪問看護の対応が安定的に行えていたのではないかと考える。今後、認知症高齢者の増加で検査が実施できず医療介入が正しく行えない癌末期かもしれない認知症高齢者の支援に不安を抱える介護支援が潜在的に増加することが考えられる。

VII. 委員からのコメント

認知症高齢者の身体状況について、自覚症状の訴えができないことや検査が行えないことで正確な診断が難しいことはあるかもしれませんが。しかし、食欲や顔色、活動の様子など日常生活場面での観察を注意深く行う力、異常を感じた際に具体的に報告する力を付け、医療に繋げる意識を持つことが必要ではないでしょうか。

友人と夜遊びできるこの方の強さが歩行改善や褥瘡治癒を導いていることは興味深いです。怒鳴られてもケアマネジャーはしっかりと存在価値を示していたのかもしれないと感じられる最期の電話だったように思います。

一人暮らし高次脳障害の利用者に、医療との連携を行い本人の望む生活で自宅で看取れた事例であると思います。

振り返りの「在宅に退院はないですから・・・」という言葉が印象に残りました。事例提供者のプロフェッショナルとしての覚悟が垣間見えます。

I. 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

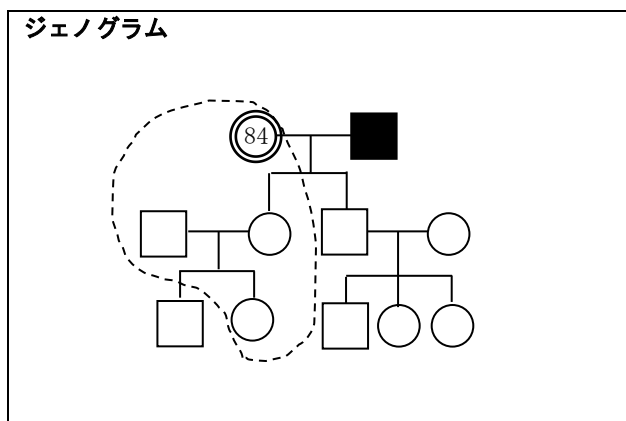
事例タイトル	がん末期をご本人の希望により、娘の協力の元、自宅にて過ごされた女性の事例
---------------	--------------------------------------

障害高齢者 日常生活自立度 (A 2)	ADLの概要 歩行が不安定で介助なしには外出できない。日中も寝たり起きたりの生活。
-------------------------------------	--

認知症高齢者 日常生活自立度 (II b)	服薬や新しいことへの決定には介助が必要。
---------------------------------------	----------------------

本人基本情報	
84歳 女性 身長 148.8 cm 体重 55.1 kg	
家族構成	娘家族と4人暮らし
住環境・福祉機器等	一軒家 特殊寝台、床ずれ予防用具
経済状況	経済状況に問題なし 共済年金
性格	おだやか
生活歴・職業歴	市役所にて30年、保健師として勤務
趣味・嗜好	手芸。テレビにて歌番組、野球観戦

本人の生活像 (ICF)	
現病歴 健康面の強さ	80歳 肝細胞がん
健康状態 健康に対する本人・家族の意識	専門医が発病から熱心に関わってくれるため、きつい治療や通院(市外)にも応じてきた。
受診/服薬/処置	がんの疼痛緩和のため貼付型経皮吸収剤を自分で張り替えを行う。抗がん剤治療は最終的に中止となる。
心身機能・身体構造 発揮できる機能能力	嘔気、疼痛あるも自分で立ち上がり、トイレまで歩く。転倒のリスクあり。
できる活動 できない活動	移動、トイレでの排泄、食事摂取はほぼ自立。疼痛時は、移動・移乗介助を要する。
参加・役割・交流	保健師として30年、市役所に勤務。知人は多いが、病気発症後は交流が途絶える。
本人の希望・望む暮らし	身体が不自由になり娘に手伝ってもらっているが、介護サービスを利用しながら在宅での生活を続けたい。
この生活に生じている介護課題	家族(長女)は献身的に看病するが、医療・介護に関する知識が乏しく、今後の生活に対する不安が大きい。本人も長女の関わりに感謝しているが、自分のことが重荷になっていると感じている。



看取り期の希望 (ご本人・ご家族)
本人、抗がん剤の治療は希望せず、延命治療もしたくない。これまできつかったため、きついことはしたくないとのことで、自宅での緩和ケアを行う。

特記

サービスの利用状況
・訪問看護…週2回 ・福祉用具貸与…特殊寝台、特殊寝台付属品、手摺り

Ⅱ. ケアプラン第1表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 ○年 ○月 ○日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 U 殿 生年月日 昭和○年 ○月 ○日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 I _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ○○居宅支援事業所 _____

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

認定日 平成○年 ○月 ○日 認定の有効期間 平成○年 ○月 ○日 ~ 平成○年 ○月 ○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	本人：入院中に体が不自由になった。身の回りのことが自分ではできないため、娘に手伝ってもらっている。 しかし、娘に頼ってばかりもいられないため、介護サービスを利用しながら、自宅での生活を続けていきたい。 家族：体調に不安があるため、家族のみで生活を支えるのは不安が大きい。本人の体調も変わったため、どのように対応して良いか分からない。介護保険で本人を支えられるようなサービスがあれば利用したい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
統合的な援助の方針	・持病があり、定期的に通院（入院）をされています。通院はA病院。自宅での医療的な管理は、○○クリニックと、訪問看護STが対応しています。 医療との連携を図りながら、日常生活で不足する部分を介護サービスで支援します。・疾患に伴う疼痛や下肢の浮腫みがあります。 安楽に静養できるよう、介護ベッドを導入します。 <緊急連絡先>長女…○○○○○○クリニック（訪問診療）…○○○○○○訪問看護ステーション（訪問看護）…○○○○ ○○病院（外来・入院）…○○○○
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（ _____ ）

Ⅲ. ケアプラン第2表

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 ○年 ○月 ○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
痛みや不安に苦しむことなく、自宅での生活を続けたい。	痛みや不安に苦しむことなく生活することができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	穏やかに毎日を過ごすことができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	外来受診・入院治療・薬処方 健康管理・医療処置・健康指導	○	医療	○○病院	随時	HO.○.○ ～ HO.○.○
							訪問診療	○○クリニック	1回/週	
							訪問看護	○○訪問看護ST	2回/週	
			夜間、ゆっくりと休むことができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	福祉用具の提供/ベッド・寝具・手すり・マットレス貸与	○	福祉用具貸与	○○事業所	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
			出来ない部分は介助を受けながら、自宅での生活を継続できる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	身体介護/食事・入浴・排泄・服薬・静養等			家族	適宜	HO.○.○ ～ HO.○.○
右腕が動かせるようになりたい。自分のことは自分ですることで、家族の負担を軽減したい。	身体機能を維持（向上）することができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	活動的に過ごすことができる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	リハビリ（リンパマッサージ）	○	訪問看護	○○訪問看護ST	1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○
			立ち上がりや起き上がり動作を楽に行えるようになる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	福祉用具の提供/ベッド・寝具等の貸与・手すり貸与	○	福祉用具貸与	○○事業所	毎日	HO.○.○ ～ HO.○.○
家族の負担や不安を軽減することで、自宅での生活を続けることができる。	在宅での生活を継続できる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	ご家族の肉体的な負担や精神的な不安を軽減できる。	HO.○.○ ～ HO.○.○	医療面での助言		訪問診療	○○クリニック	1回/週	HO.○.○ ～ HO.○.○
					緊急時の対応	○	訪問看護	○○訪問看護ST	適宜	

※1 「保険給付の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。

IV. ケアプラン第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 平成〇年 〇月 〇日

利用者名 U 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								朝食
午前	12:00								
	14:00								昼食
午後	16:00	〇〇訪問看護ST	〇〇クリニック		〇〇訪問看護ST				
	18:00								痛み止めテープ張り替え
夜間	20:00								夕食
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

V. 支援経過記録

支援経過

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

平成12年頃

定年退職後、健診にて肝機能上昇し〇〇クリニックで
INF- α （24週間）施行するもウイルス消失せず。

平成23年6月 肝内多発転移の肝細胞がんと診断される。

〈在宅療養上の経過と対応〉

平成24年1月頃より右肩の痛みが出現。2月に入り右肩
の拳上が困難となる。科学療法のため、〇〇病院へ定期
入院。専門医の勧めにて、自宅療養時は訪問診療医が関
わることとなる。また、往診医の指示にて、日常の健康
管理、処置等は訪問看護が対応するよう指示が出る。

平成24年2月20日 〇〇病院入院。

平成24年3月22日

地域包括支援センターより連絡あり。

居宅介護支援の依頼あり。

平成24年3月23日

自宅訪問。本人は入院中のため、家族（長女）・地域包括
支援センター・福祉用具事業者と退院後の支援について
確認する。起居動作に支障が出ていることから、特殊寝
台と手摺りのレンタルを検討する。認定結果が出るまで
は保険外（自費）での利用となる。

平成24年4月4日 〇〇病院退院。

7日～9日 〇〇病院入院。

10日 医師の初回訪問診療あり。右上肢脱力あり。右膝
人工関節、両下肢浮腫あり。食事はスプーン全介助、ト
イレ全介助、歩行介助精神的に不安強く、右手のリハビ
リをしたいとの希望がある。食事が入らない時の点滴希
望。訪問看護による対応を検討することとなる。

平成24年5月10日 要介護3の認定結果がでる。

ケアマネジャー：体調にもよるが、起居動
作を中心に ADL 低下傾向にある。福祉用
具貸与、訪問看護以外にも訪問介護による
入浴介助等も考えられたが、本人・家族共
に「自分達で対応したい」と言われる。本
人・家族の意向に沿うことが重要と考え、
様子をみることとする。

支援経過

平成24年5月14日 サービス担当者会議開催。
正式に訪問看護週2回、福祉用具貸与（特殊寝台、特殊寝台付属品、手摺り）を導入することとなる。訪問看護は特別指示書が出ている間は医療保険、それ以外は介護保険による対応となる。

平成24年6月18日 ○○病院へ入院。
放射線治療を行う。

平成24年7月4日 ○○病院退院となる。
吐気消失しており、食事少しずつ入っている。
構音障害変わりなし。両下肢浮腫、痛みあり。右上肢浮腫増強。右下腿部からの浸出液は透明黄色であり、処置継続となる。

平成24年7月12日 抗がん剤治療終了。

平成24年7月20日
訪問診療時、主治医に対し「フェントステープを増やしてもらいたい、抗がん剤はもうしたくない、もともと治療は望んでいなかった、緩和を望んでいたが、先生も一生懸命して下さっていたから。」と話し、緩和医療を希望。家族より専門医へ相談され、以降は緩和ケアの方針を確認する。

平成24年8月2日
本人一番つらいのは嘔気とのことで、朝に症状多く、吐き気止めを飲むのも苦しい。座薬使用で様子みる。
主治医の定期訪問が週2回となる。この頃より起居動作困難となり、移乗時に失敗し尻餅をつくことが増える。

平成24年8月23日
主治医の勧めにてサービス担当者会議を開催。現状や今後の対応（緊急時を含む）を確認する。

平成24年9月
嘔吐症状あり、食事摂取が難しくなる。疼痛も緩和されず、移動も困難になる。ベッドサイドにポータブルトイレを設置することとなる。

平成24年9月5日
吐血あり。往診にて血圧低下を認める。食道静脈瘤破裂が疑われたため、○○病院へ救急搬送。
そのまま永眠される。

本人・家族の考えとケアマネジャーの支援のポイントや考え

ケアマネジャー：専門医、訪問診療医、訪問看護がそれぞれ役割分担され、連動して関わる状況が構築される。

ケアマネジャー：本人・家族・関係者を交えて、現状の確認や今後の支援の方向性、緊急時の対応を確認する。本人の意向を尊重し、治療は行わず、緩和ケアを行うこととなる。看病には家族（主に長女）の負担が大きいと思われたが、「できる限り家族で関わりたい」との意向から、現状の訪問看護以外のサービス導入は見送ることとなる。

在宅での看取り期における医療・介護の連携による支援のポイント

- 病院・往診医・訪問看護がそれぞれの支援状況を素早く情報提供することで、関係者が現状を把握でき、同じ目標を共有するというチームアプローチが成立できたのだと考える。
- 訪問診療医も自宅での看取り事例を豊富に経験され、介護職との連携にも慣れていて（介護職が出来ることを適切に把握している）が、支援を行う上で大きかったと思われる。

VI. 振り返り

支援終了の直前まで入院加療を行っていたため、実際に自宅で過ごした時間は短かった。また、病院・訪問診療医・訪問看護が十分に連携できており、情報提供も素早く詳細だったため、ケアマネジャーとしては関係者へ情報を周知することが主な役割だった。今回の事例では、本人・家族共に他者の手を借りず、できる限り自分達で生活を続けたいという意向が強かったのであるが、もうすこし本人や家族に寄り添い、思いを傾聴することで、違った手だても見いだせたのではないかと感じている。

VII. 委員からのコメント

医療職同士の情報提供・連携がスムーズにできるのは、既に情報を共有するシステムが確立されているからと考えます。在宅療養の場面においては、多(他)職種での情報共有が必要であり、各地で新たなシステム作りが進んでいます。ここでケアマネジャーは、医療職との連携を率先して行う必要があると思います。

サービス利用量が少なく家族介護中心でのターミナルは時間が長引くと負担感が増す可能性もあります。そのバランスを客観視し、調整していくためにもケアマネジャーの役割は重要だと思います。

病院・自宅にて医療との連携を密に図り、本人の望む生活ができた事例だと思います。

医療従事者や介護職員が利用者になった場合、専門知識もあり対応に苦慮することが多々あります。本事例も保健師ということで、知識があり決断も的確になされていたようです。その中であって、事例提供者は臆することなく、関係機関との連携を行い、利用者の意向を十分に汲み取り支援できた事例だと思います。

検討委員

勇美記念財団 2014 年（平成 26 年）度 在宅医療助成金事業
看取り期における医療・介護の連携を中心とした事例研究 委員一覧

委員長	小島 操	特定非営利活動法人 東京都介護支援専門員研究協議会 副理事長
委員	吉良 厚子	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
委員	柴口 里則	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長
委員	茂木 そのみ	一般社団法人 山梨県介護支援専門員協会 理事

(50 音順 敬称略 所属は就任当時)

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2014（平成 26）年度在宅医療助成事業
看取り期における医療・介護の連携を中心とした事例研究
事例集

この事業は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて実施したものです。

平成 28 年 2 月発行

発行 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
会長 鷺見 よしみ

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 1-11 金子ビル 2 階
TEL : 03-3518-0777 FAX : 03-3518-0778
URL : <http://www.jcma.or.jp>
