

◎基本情報に関する項目

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）	◎本人・家族の意向
1	基本情報	初回受付：R6年10月 M様。S19年生まれ80歳女性。夫・長女と3人暮らし。 現病：脳腫瘍（膠芽腫）既往：高血圧。 R6.10月飲食店の駐車場で転倒、顔面受傷し救急搬送され、上記の通り診断を受ける。転倒の半年ほど前から、左手に力が入らず、以降だんだんと身体が左に傾くようになる。1週間ほど前には傾きが顕著となり近日中にMRI検査を受ける予定であった。入院中、2泊3日の外泊で一時帰宅され、本人・家族とともに「自宅へ帰りたい」との想いから、在宅での療養を選択される。	本人の思い： 痛いことは嫌いなので、手術はしたくない。他人に介助してもらうことは、基本的には嫌。家族に迷惑をかけることに申し訳なくて心が痛い。それでも、病院でなくして、家に帰りたい。
2	生活状況	岐阜県揖斐川町の出身。一人っ子。県内の小学校教員として勤めていた。夫の職場が豊橋であったため、子供たちが小学校に上がったころに愛知県安城市へ転居。豊田市内の小学校でも教員として勤めていたが、早期退職をして実母との旅行を楽しむ。数年前に刈谷駅前のマンションを購入し転居。新聞を読むことが習慣。歴史が好きで、大河ドラマは欠かさず見ている。	
3	被保険者情報	要介護4、負担割合1割。	
4	現在利用しているサービス状況	【医療保険】訪問診療（月2回）、訪問薬剤（月2回）、訪問看護（週3回10時・医療保険） 【介護保険】福祉用具（電動ベッド式、リクライニング車椅子）、定期巡回ヘルパー（毎日3回、7時・13時・21時）	家族の思い： 長女：入院中の外泊で一時帰宅した時には、介護ベッドもなく、介護の方法もわからず、民間のヘルパーに手伝ってもらった。本人のプライドの高さから拒否があつたり、「～してほしい」という言動に振り回されたり、大変な想いをした。今後も大変なのはわかっているけれども、本人の「家に帰りたい」という気持ちを尊重して自宅で一緒にいてあげたい。これから、介護についていろいろ教えてほしい。
5	障害高齢者の日常生活自立度	B2	
6	認知症高齢者の日常生活自立度	II b	
7	主訴	本人：家族にお世話してもらうことに申し訳なくて胸が痛いが、やっぱり自宅に戻りたい。 家族：本人の気持ちを尊重して、自宅で一緒に過ごす時間を作ってあげたい。やれることはやってあげたいと思うが、自宅での療養や介護に不安があるため、教えてほしい。	夫：自宅で過ごさせてあげたい想いは長女と一緒に。ただ、長女も日中仕事で不在にしてしまうことがあり、自分も持病があるので身体介護は難しい。妻のためにいくらかでもいい、誰かに1日中留守番をして、見ていてほしい。
8	認定情報	要介護4（R6.10.3～R7.10.31）	長男：自分も遠方に住んでいるので、姉に介護を任せることになってしまう、姉に倒れられては困るので負担を軽くしてあげたいと思う。
9	課題分析（アセスメント）の理由	退院後のサービス利用	

◎課題分析（アセスメント）に関する項目

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）	多職種の意見
10	健康状態	現病：右頭頂葉脳腫瘍（膠芽腫）既往：高血圧症 明らかな麻痺はないが、身体が左側に倒れることあり。左側の認識も乏しい。 受診：家族の希望で現在の担当医との関わりを切りたくないため、通院：月1回。訪問診療：月2回。 服薬内容：抗菌剤（バクタ配合顆粒）、ステロイド（デカドロン）、抗てんかん薬（レベチラセタム）、便秘薬（酸化マグネシウム細粒）、眠剤（デエビゴ）。	主治医：悪性脳腫瘍であり、予後は半年程度（早ければ1か月）、ステージ4。本人・家族とも手術は希望されず、内服治療のみ。今後、病状の進行に伴い、寝たきり、意識障害、食事摂取も不可能になると思われる。（退院前カンファレンスにて聴取）
11	ADL	日によってムラがある。寝返りは自身で可能だが、有効な体位変換は行うことができない。座位保持は車椅子やベッドの背があれば保持できるが、左に傾き姿勢が崩れるため、枕等でポジショニングが必要。立ち上がりも抱えて介助しているが、調子が良ければ、介助者の腕に掴まるなどして立位保持が可。車いすへの移乗も介助者が抱えて行う。歩行は指示が通らず、足を踏み出すことができない。口腔ケア・洗顔はベッド上でセッティングをすれば自身で行う。入浴は、入院中に拒否強かったためしておらず、看護師やヘルパーによる清拭を実施、ベッドサイドで洗髪。	訪問看護：離床時間の確保のため、移乗の機会は必要。ポジショニングの確認や家族への介助方法指導のためにも、自宅での生活に慣れてきたらリハビリ支援を受けられるといよ。
12	IADL	内服薬の処方については薬剤師が訪問。家族管理。全介助。食事の際に介助するが、口に含んだまま飲み込まず拒否が強い。調理、掃除、買い物、洗濯、身の回りのことは家族が行う。	薬剤師：服薬拒否が強く、形態を錠剤から粉薬へ変更してみましたが、今度はまずいと言って飲まれないようです。次回甘みのある薬に変更します。
13	認知	指示が通りにくいことがある。1人でぶつぶつと話すことがある。	
14	コミュニケーション能力	コミュニケーションは可能だが、プライドが高く、介助には拒否的なことが多い。	
15	社会との関わり	入院する前には、「足の上りが悪い、転倒が怖い」との理由で、パーソナルトレーナーをつけて、週1回歩行練習をしていた。（その時も介護保険サービスの利用には拒否的） もともと来訪者はほとんどなく、友人との付き合いもない。外出機会は受診のみ。家族・親族との付き合いはあり、千葉に住む長男が孫を連れて帰省することがある。	
16	排尿・排便	排泄はオムツ+パット使用。本人は「トイレじゃないと出ない」！とオムツ内ですることには拒否的だが、尿意・便意は曖昧。「出たから変えて」というが出ていない。便秘がち、便秘薬の処方があるが嫌いで飲まないことが多い。	病棟リハビリ：自宅のトイレの広さと、介助量の問題から、原則オムツ介助。2人体制が確保できるのであればトイレへの移乗にトライしてみてもよい。（退院前カンファレンスにて聴取）
17	褥瘡・皮膚問題	仙骨付近に赤みがみられるがすぐに消失。ヘルパー・訪看にて清拭実施。	訪問看護：プロテクトを塗布して様子をみていきましょう。
18	口腔衛生	部分入れ歯はあるが使用していない。本人のこだわりがあり、歯ブラシで磨こうとしない。ガーグルベースを使用してベッド上で嗽する。不衛生ではない。	
19	食事摂取	車椅子に移乗し、食卓で食べる。長女が作る普通食を箸で自己摂取。本人介助されることに拒否あり、こだわりが強くスプーンも使わない。家族が見守りながら1食2時間程かけて食べる米飯（10割）。副菜は4割程度。左側に注意が向きにくいため、セッティングが必要。食事中も車椅子上では身体が左に傾くため注意が必要。	訪問看護：長女は、本人の様子を大学ノートに記載していく「ご飯〇〇g、人参〇〇g」と事細かに記載あり。食べられるもの食べればよいこと、もう少し力を抜くように話をしていきます。
20	問題行動	特に問題なし。	
21	介護力	夫、長女の3人暮らし。家族に介護の経験なし。 夫：7月に大動脈瘤開腹手術をしたばかり。高齢のため、身体介護は難しいが、食事の見守りをしてくれる。介護にいくらかかってもいいので、何でもしてあげてほしい。 長女：主介護者。独身。絵本出版社の営業職。介護休暇・介護休業の取得ができる（最大180日・時短勤務も可）ためタイミングを検討中。腰部ヘルニアあり負荷がかけられないが、介護について積極的に勉強される。 長男：千葉県在住（妻・2人の子あり）。在宅ワークが可能な仕事であるため、刈谷市内にウィークリーマンションを借り、介護に参加。	定期巡回訪問介護：長女はヘルパーの介助の様子を細かに観察されている。夫からは、何でもやってあげてほしいと聞かれるが、長女の負担が大きいように感じるため、介助のなかで「抜き方」を伝えるようにしている。
22	居住環境	刈谷駅前の高層マンション16階。4LDK。バリアフリーで段差なし。本人居室は5畳ほど。扉を開閉すればLDKから居室の様子が見える。駅前のため駐車スペースなし（近隣パーキング使用）	
23	特別な状況	特になし	
24	経済状況	本人の金銭管理は夫。 本人：具体的な年金額は不明だが、教員で働いていた際の年金あり。 家族：夫は年金収入あり。長女は絵本出版社の営業職、長男はIT関連（フリーランス）の仕事をしており、収入も貯金もあり。金銭的な支援に躊躇はなく、自費サービスを利用することに抵抗もなし。	

◎根拠・ケアマネの考え方

根拠： 病状の管理をしながらも、本人・家族の望む最期の時間を支援するためにはどうしたらよいか検討していきたい
ケアマネの考え方： 短期間に病状が急激に変化する可能性があるなかで、家族も本人のために介護をしてあげたい気持ちで一生懸命になっている。関係機関と連携を図りながら、家族の負担や不安を確認することで、負担軽減に努めているが、家族の想いに押されて本人の気持ちが置いてけりになりがち。本人は残された時間で何を望んでいるか、どういった最期を迎えるのか、介護サービスの利用を開始することで家族に申し訳なさを感じている本人にどのような心情の変化があるのかなど、直接的な言葉以外の方法でも意向をくみとりながら、本人が主役になれる支援ができるといよと考えている。