

## 看取り等における看護サービスの活用に関する事例

### 課題分析標準項目

#### 基本情報に関する項目

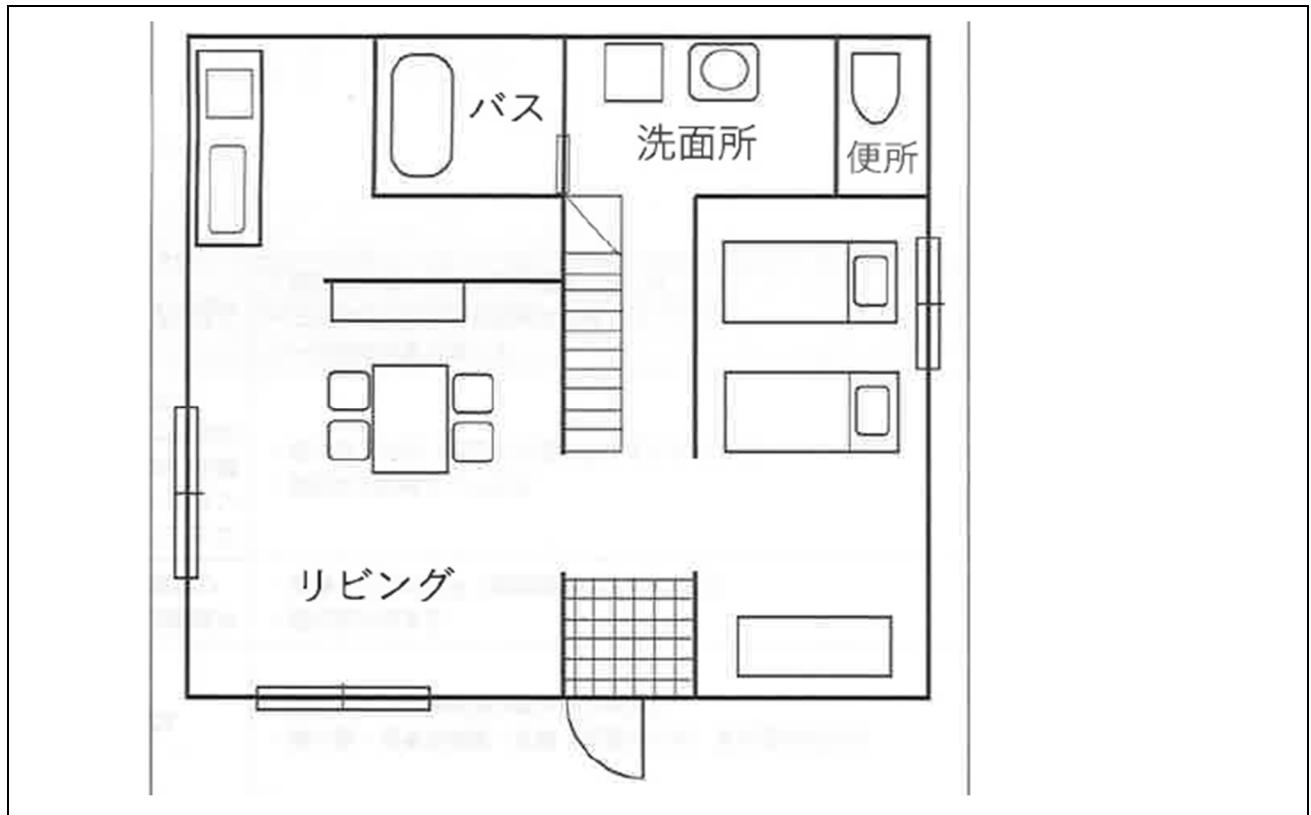
No	標準項目名	基本情報
1	受付年月	令和7年4月22日
	受付対応者	介護支援専門員
	受付方法	長女から事業所へ、直接電話で連絡が入る
	氏名・性別・年齢・住所・電話番号	S 氏 男性 83歳
	家族状況	妻と2人暮らし。子どもは2人。長女。長男は近くに在住。
2	これまでの生活と現在の状況	<p>長年、会社勤めをしており、定年を迎えて、再雇用され70歳まで仕事をしていた。</p> <p>活動としては、テニスや卓球が好きで、今までではしていた。(以前は妻と一緒に行っていた。)</p> <p>日中はテレビを観て過ごすことが多い(主にスポーツ観戦)。</p> <p>ここ数か月で体重が4キロ減っている。</p> <p>K病院(腫瘍内科)へ通院。</p> <p>今後のことK病院の主治医からは、緩和ケア必要時にはM病院を紹介されている。</p> <p>当初は緩和ケア病院での療養を勧められ、今後の生活について迷っていたが、本人、家族ともできるだけ在宅での生活を希望される。</p> <p>看取りも在宅を希望。妻は看護師をしていた。「私がいるから大丈夫」と言われる。</p>
3	利用者の社会保障制度の利用情報	年金:厚生年金(月20万程度)
4	現在利用している支援や社会資源の状況	なし
5	日常生活自立度(障害)	C1
6	日常生活自立度(認知症)	自立
7	主訴・意向	<p>本人:自宅で生活をしていく上で、痛みを何とかしてほしい。</p> <p>長女:できるだけ、自宅での生活ができるような支援をしてほしい。</p>
8	認定情報	要介護1(令和7年4月26日～令和8年4月30日)
9	今回のアセスメントの理由	病状悪化により、介護保険などの利用を考え、長女から支援希望があったため。

## アセスメントに関する項目

No	標準項目名	基本情報	
10	健康状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年3月、椅子から落ちて尾てい骨骨折した</li> <li>K病院（腫瘍内科）通院</li> <li>令和4年、陰のうパジェット病（主に汗を生産する汗器官由来の細胞が癌化する表皮内癌の一種）の診断あり。骨転移している。手術不可能。</li> <li>現在の症状は疼痛、性器出血がある。炎症が陰部中心に広範囲にあり、擦れると痛みが強い</li> <li>令和6年K病院の主治医より、今後のこととして、緩和ケアの話がある。</li> <li>初回訪問時、ステージIV</li> </ul>	<p>本人:痛みを何とかしてほしい。 長女:介護保険の支援を何か利用ができるなら、していきたい</p>
11	ADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>寝返りはできない。身体をねじると痛みが強い</li> <li>歩行はしづらい。</li> <li>右下肢の浮腫があり、足が上げづらい</li> <li>横になれる。寝起きは、関わり当初はリクライニングチェアで寝ていた。そのため熟睡できない</li> <li>座ることがつらい(2~3分可能)</li> <li>移動は何とか可能</li> <li>移乗・着脱・入浴も何とか可能（一部介助は必要、足の屈曲がきにくい）</li> <li>横たわりひっくり返ると起き上がれない</li> </ul>	<p>本人:臀部の痛みをまずは何とかしてほしい。 (ベッド利用を希望、姿勢に合うものを検討) 長女:普段は、自宅には母か私がいるようにしています。</p>
12	IADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>買い物・食事の準備・家事・洗濯などは、妻と長女が行う</li> <li>服薬管理・金銭管理は妻と長女が行う</li> </ul>	<p>本人:家のことは妻や、長女に頼んでいます。 長女:私たちでできることはやっていきます。</p>
13	認知機能や判断能力	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知能力はある</li> <li>意識レベルは低下(短期間で低下していく)</li> </ul>	
14	コミュニケーションにおける理解と表現の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>会話など問題なくできる</li> <li>話は好きな方。気さくに受け答えをしてくれる</li> </ul>	<p>長女:父宅に行けるときには行って、話し相手にはなれると思います。</p>
15	生活リズム	<ul style="list-style-type: none"> <li>一日ほぼ自室で過ごす</li> <li>三食食事をとり、毎食後の服薬あり</li> <li>部屋では昼からはテレビを観て過ごす</li> </ul>	<p>本人:野球とか相撲とかスポーツは観るのも好きなので、観ています</p>
16	排泄の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>排泄は自分でできる(ADL低下に伴い、自力での排泄ができなくなっていく)</li> <li>排尿はバルーン留置</li> </ul>	
17	清潔の保持に関する状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>臀部に褥瘡あり</li> <li>爪は看護師に切ってもらう</li> <li>当初は、訪問看護で入浴介助を行い、その時に褥瘡の処理も行っていた</li> <li>ベッドメイキングは長女がしている</li> </ul>	<p>本人:臀部の痛みをまずは何とかしてほしい。 長女:できることはしていきたい。</p>
18	口腔内の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分でできている</li> <li>義歯なし</li> </ul>	

19	食事摂取の状況	・下膳・配膳は妻が行っている。食べることはできる	妻:そのくらいは私がやります。
20	社会との関わり	・家族との関わりあり ・外出が通院のみ ・近所との付き合いはあるが。今は会う機会がなくなってしまっている。	本人:家族以外とは、しんどいので会いたくない。
21	家族等の状況	・妻が介護者 ・キーパーソンは長女 ・妻は軽度の認知症がある ・長男。長女ともに近くに住んでいる ・長女は時間のある時は父親宅に来ている	長女:できるだけ来られるときには私が来ます。母は軽いもの忘れや病気があり、任せられないところがある。 妻:私ができるところはやります。何か連絡を取るときは私に連絡をしてください。
22	居住環境	・戸建てで持ち家 ・玄関は段差がある。自宅内の段差は少ない	本人:ここに最後までいたい。
23	その他留意すべき事項・状況	・がん治療について、本人に対しては病名のみ告知済み ・K病院の主治医から緩和ケアの話もあったが、在宅での療養を希望され、I診療所で訪問診療をうけることになる	長女:K病院の主治医からは、病名、予後などを聞いて理解している。最後まで自宅での生活を望みます。

#### ※住宅の見取り図(必要に応じて)



第1表

(実務研修前期6日目長崎県介護支援専門員協会(転用禁止)

## 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 令和 7年 5月 27日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名	S 殿	生年月日	昭和14年2月17日	住所	○市 ○区
------	-----	------	------------	----	-------

居宅サービス計画作成者氏名	M介護支援専門員
---------------	----------

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地	M居宅介護支援事業所
---------------------	------------

居宅サービス計画作成(変更)日	令和 7年 5月 25日	初回居宅サービス計画作成日	令和7年 5月 25日
-----------------	--------------	---------------	-------------

認定日	令和 7年 5月 20日	認定の有効期間	令和 7年4月 26日 ~ 令和 8年 4月 30日
-----	--------------	---------	----------------------------

要介護状態区分	要介護1	・	要介護2	・	要介護3	・	要介護4	・	要介護5
---------	------	---	------	---	------	---	------	---	------

利用者及び 家族の生活に対する 意向を踏まえた 課題分析の結果	本人：安楽な姿勢で大好きなスポーツ観戦をしたい。 長女：父が楽な状態で生活を送ってもらえるように考えていきたい。  まずは、住環境を整備。自宅で過ごしやすい環境を作っていく。
------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

介護認定審査会の意見 及びサービス種類の指定	なし
---------------------------	----

総合的な援助の方針	自宅での生活を送るうえで、姿勢や体勢など本人の楽な状態で過ごすことのできる状況や、生活環境・医療体制を作るための支援をしていきます。 また、今後の身体状況を考えて、必要な時に必要な支援ができるよう関係機関が連携していきます。  緊急連絡先（長女：△△△－△△△△－△△△△） I 診療所（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 ( )
------------------	----------	---------------	------------

第2表

## 居宅サービス計画書（2）

利用者名 S 殿 作成年月日 令和 7年 5月 25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、自宅で生活したい。	病状悪化を早期発見、対処できるようにする。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	現在の生活状態にあった治療（服薬など）を行っていく。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	居宅療養管理指導 訪問による診療 ・病状管理や状態の説明 ・身体の皮膚状態の観察 ・病状観察（意識レベル・呼吸状態）	○	訪問診療	I 診療所	月 1回	R7. 5. 25～R7. 12. 31
			主治医の訪問のないときに訪問し、その時の状態を確認し、主治医と病状の連携をしていく。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	・バイタルチェック 病状観察（意識レベル・呼吸状態・栄養状態） ・陰部処置 ・疼痛管理 ・麻薬管理 ・内服管理 ・バルーン管理		訪問看護（医療）	Y 訪問看護	週 2回	R7. 5. 25～R7. 12. 31
			できるだけ以前と同じような状態で、妻との生活を持続できる。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	・家族に対する支援（療養上の不安に対して、情報提供や悩みを聴く）	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	必要時	R7. 5. 25～R7. 12. 31	
安眠できる体制を確保したい。	寝やすい状態を作ることで安眠できる。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	自分で横に向くことができると、痛みも軽減できるので、身体にあつた特殊寝台を使用する。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	・特殊寝台および付属品の貸与（安全に負担なく、起き上がり立ちあがり動作を行うこともできる） ・また、座位が一番楽な姿勢になるので、座位の取れる離床支援ベッドの貸与 ・マットレスを身体に合ったものを使うことで除圧ができ、安眠できる体制が作れる。	○	福祉用具貸与	P 福祉用具	毎日	R7. 5. 25～R7. 12. 31
自宅で入浴したい。	安心して、自宅で入浴することができる。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	見守りある中、浴槽のまきや洗身を手伝ってもらうことで、気持ちよく入浴することができる。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	病状を観察しながら、入浴の支援を行う。（一部介助）		訪問看護（医療）	Y 訪問看護	週 2回	R7. 5. 25～R7. 12. 31
トイレ内の移動動作を自分でしたい。	トイレ内の移動動作が自分でできる。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	トイレから立ち上がるときに、つかむ所を作ることで、自分で立ちあがができる。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	トイレ床面に置く手すりを借りることで、立ち上がりがしやすくなる。	○	福祉用具貸与	P 福祉用具	毎日	R7. 5. 25～R7. 12. 31
自宅でスポーツ観戦したい。	テレビでスポーツの感染ができる。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	テレビを観ることのできる環境を作っていく。	R7. 5. 25～R7. 12. 31	新聞等で番組予約を把握し、自分の見たいテレビを選択する。		セルフケア	本人	毎日	R7. 5. 25～R7. 12. 31

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

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

## 週間サービス計画表

作成日年月日 令和 7年 5月 25日

S 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00							
	2:00							
	4:00							
	6:00							
	8:00							起床 朝食・服薬
	10:00							
	12:00	訪問看護(医療)			訪問看護(医療)			昼食・服薬
	14:00			I 診療所				テレビを観て過ごす ↓
	16:00							
	18:00							夕食・服薬
夜間	20:00							テレビを観て過ごす ↓
	22:00							就寝
	24:00							

週単位以外 のサービス	福祉用具の貸与：特殊寝台・特殊寝台付属品(介助バー・マットレス)・トイレ内の手すり 毎週、I 診療所(週 1 回の訪問・居宅療養管理指導)
----------------	--------------------------------------------------------------------------

第4表

## サービス担当者会議の要点

利用者名 S 様

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 M介護支援専門員

作成年月日 令和 7年 5月 27日

開催日 令和 7年 5月 27日

開催場所 自宅

開催時間 15:00~16:00

開催回数 1 回

会議出席者 利用者・家族の出席 本人: [ ✓ ] 家族: [ ✓ ] (続柄: 長女)	所属(職種) 本人	氏名 S	所属(職種) I 診療所	氏名 I 医師	所属(職種)	氏名
	長女	C	M居宅介護支援事業所	M介護支援専門員		
	P福祉用具	P				
検討した項目	新規申請後 ケアプラン原案の確認と今後の予測 ・自宅で生活を送る上で必要なことを考える。本人の身体状態を確認して、利用できそうなクッションと、特殊寝台などを検討する。 5/24商品納品(5月はお試し利用) (意見: 5/24) P福祉用具: 安心して眠れたり、本人にとって安楽な姿勢ができるベッドを借りてもらう。トイレ内には置き型の手すりを置いて、便座からの立ち上がり時に活用してもらう。					
検討内容	①自宅の療養環境の確認の検討 →本人にとって、最善の療養環境を考える ②医療面の支援体制の検討 →医療体制をしっかりと構築しておく					
結論	(環境) 今のところADLなどは生活する上での支障は少ない。ただ、姿勢に問題あり。座っているときと、寝ているときに同じ姿勢を続けられなくなっている。痛みやしびれが強い。そのため座位はクッションなどを検討、寝る時はベッドとマットレスを検討。ただ、3モーターのベッドは下腹部に圧がかかるとしんどいのと、背上げだけするのも体制が厳しくなることから、椅子の形になるベッドを貸与予定。 (医療) 病院へ受診するその道中がつらい(姿勢の問題)。本日から、訪問診療となる(K病院から紹介されている)。身体面のケアを含め、今後のことも考えて訪問看護の支援も検討。 ○主治医より、在宅療養を行うのなら訪問看護は必要であるとのこと。主治医よりY訪問看護へ連絡、依頼をかけることになる。看護師には、褥瘡の処置や、疼痛緩和・保清(入浴支援)などをしてもらう。 ○(本人・長女) 主治医の説明に納得。(訪問診療・訪問看護を医療保険で支援していく) →今後様々な変化に対応できるような支援を行って行く。 →本人・家族の希望は在宅で最期まで医療をしていくことだと確認。主治医もその旨を説明。ただし、今後入院を希望されればその手配もする。					
残された課題 (次回の開催時期)	・必要時の入院体制はK病院へ依頼している ・身体状態の変化に対して、必要な支援を検討できるようにしておく ・キーパーソンである長女に介護負担が生じないか確認 ・訪問看護が入れば、緊急時連絡先を確認 ・今後の治療のあり方などを踏まえ、本人と支援チーム間での確認が必要 次回開催は、状態に変化があつた際に開催予定。					

# 課題整理総括表

利用者名 S 殿

作成日 令和 7 年 5 月 27 日

自立した日常 生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	①痛みがあることで、動きに制限あり	②褥瘡があり処置が必要	③下肢筋力低下がある
	④玄関の上りかまちが40cmほどあり超えられない		

状況の事実※1		現在※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化	起き上がりれば、室内の移動は何とかできる。
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③	改善 維持 悪化	歩いて外出はできない。
食事	食事内容	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	食事量は、だんだん低下している。
	調理	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③	改善 維持 悪化	妻・長女が行う。
排泄	排尿・排便	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化	今後は、排泄はトイレ利用も難しくなると考える。トイレ内の立ち上がりは難しい。バルーン留置している。
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	長女が確認し、薬を渡す。	
入浴	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③	改善 維持 悪化	長女が介助して入浴。	
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化	妻・長女が行う。	
掃除	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③	改善 維持 悪化	妻・長女が行う。	
洗濯	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③	改善 維持 悪化	妻・長女が行う。	
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③	改善 維持 悪化	妻・長女が行う。	
金銭管理	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③	改善 維持 悪化	妻・長女が行う。	
買物	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③	改善 維持 悪化	妻・長女が行う。	
コミュニケーション能力	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化	今後、容態の悪化とともに、低下が考えられる。	
認知	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化	今後、容態の悪化とともに、低下が考えられる。	
社会との関わり	支援なし 支援あり	①③	改善 維持 悪化	今後、容態の悪化とともに、低下が考えられる。	
褥瘡・皮膚の問題	支援なし 支援あり	②	改善 維持 悪化	臀部褥瘡あり、処置を行っている。	
行動・心理症状 (B P S D)	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化		
介護力 (家族関係含む)	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化	長女が近隣に住んでいて、必要時の連絡も取りやすい。支援のキーパーソンもある。	
居住環境	支援なし 支援あり	④	改善 維持 悪化	玄関、上がりかまちで段差がある。基本、出入りはしない。	
			改善 維持 悪化		

利用者及び家族の生活に対する意向	本人は、安楽な姿勢で眠りたいと考えていて、長女や妻は、父が楽な状態で生活を送ってもらいたいと考えている。
------------------	------------------------------------------------------

見通し※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
がんの症状とともに、機能の低下が考えられる。また、身体機能の低下により、在宅療養での不安が生じてくる可能性があるので、支援者と家族で本人を見守るような関りと、状態の説明することで、少しでも不安を軽減してもらう。	安心して不安なく療養生活を送りたい。	1
本人の身体の状態に合わせて、自宅の環境を合わせていくことで、少しでもよく眠れるようになってもらう。	安眠できる体制を確保したい。	2
自宅での入浴は、機能面や褥瘡の具合など含め今後難しくなると考えられる。自宅浴槽での入浴ができにくくなってきた場合には、訪問入浴の利用も検討していく。	自宅で入浴したい。	3
立ち上がり動作は、何もつかむところがないとしにくい状態。トイレ内には手すりがなく、何もつかめないので、立ち上がりしにくいため、手すりの貸与を検討。	トイレ内での動作を自分でしたい。	4
全体的に今後はできなくなることが増えていくことが考えられる。状態確認については主治医や各事業所と連携していく、必要に応じて、その時々の状況で見直しをしていくことが必要。	外出の機会が減り、自宅にいることが多くなる。妻との仲は良好なので、妻との時間が大切になる。また、日中はテレビでスポーツ観戦することが好きなので、身体の体勢も考えながらその環境を状態の変化とともに考えていく。	自宅でスポーツ観戦したい。

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。

※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況（目標）を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

## 居宅介護支援経過

年月日	項目	内 容
令和7年 4月 22日 14:30~14:40	電話	長女から連絡。 K 病院に通院している父が癌末期。今後の癌治療で近くの M 病院を紹介された。今後どうしたらいいのか相談したいとのこと。26日 10 時に訪問することになる。
令和7年 4月 26日 10:00~10:40	訪問	インテーク。 自宅を訪問する。長女さんと奥さんから状況を確認する。癌があり、ステージIVであることを確認。本人・長女ともに病名と予後の説明を受けていることを長女さんから聞く。今後、皮膚科 N 医院と内科O診療所の訪問が可能だということは長女さんで確認をしている。本人は、今は臀部の痛みが強いとのこと。痛みがあるところに対してはクッションを検討。いくつかの福祉用具の事業所を紹介し、長女さんに選んでもらう。次回、P 福祉用具の担当者と訪問する約束をする。 →退出後、市役所へ行き介護保険の新規申請の手続きを行う。
令和7年 4月 28日 11:00~11:30	訪問	初回のアセスメントを行う。 本人とのコミュニケーションは良好。「とにかく痛いのが辛いからなんとかしたい」とのこと。福祉用具の担当者と共に自宅へ訪問。 担当者会議を行う(要点別紙あり)。暫定プラン(原案)を確認。臀部の下にひくクッションを持っていく。何種類か試してもらう。(1週間程度お試しで使ってもらい、クッションを選定していく。) →重要事項説明書の説明と、契約書の説明を行い署名してもらう。
令和7年 5月 13日 14:00~14:10	電話	福祉用具担当者から連絡が入る。 28日に持参したクッションを確認したが、本人から「使い心地はいまいち」だったとのこと。新たにジェルのクッションを持って行っています、という報告。また、本人からベッドの利用希望あり。ベッドもお試しでまずは利用してもらう。その後、様子を見てプランへ入れていく。
令和7年 5月 21日 10:00	SNS	要介護 1 が出ていると SNS で長女さんから連絡が入る。 連絡後、自宅へ行き、保険証の確認を行う。これからの手続きの流れを、長女さんに説明。ベッドに関しては軽度利用となるため、事前に主治医の意見が必要であることを説明して、こちらから K 病院の主治医に意見照会をかけることを長女さんに説明する。 →ベッドは 20 日に納品がありましたとのこと。担当者会議の日程調整をしており、27 日 15 時に担当者会議を開催する。
令和7年 5月 25日 10:00	SNS	長女からSNSで連絡が入る。 K 病院の医師から I 診療所を紹介されたとのこと。在宅で診られる医師として紹介を受けている。長女から、後日 I 診療所から連絡が入るということを確認。
令和7年 5月 25日 11:00~11:30	訪問	福祉用具 P 事業所と同行。 離床支援ベッドを使ってみての確認をする。本人「しばらくは、これを使ってみます」とのこと。また、トイレ内の手すりも設置レンタルをする。福祉用具の貸与は 6 月からということで確認する。在宅医が決まる。 (本人)「家で治療が受けられるとありがたい」 (長女)「できたら、最期まで自宅で治療ができるならそうしたい」
令和7年 5月 26日 13:00~13:10	電話	I 診療所から事業所に連絡が入る。 明日 15 時に訪問予定。I 診療所から、事前に情報が欲しいということで、確認できている情報を FAX する。明日、同時刻介護支援専門員も訪問する。
令和7年 5月 27日 15:00~16:00	訪問	担当者会議(初回)(居宅介護計画書の原案を確認) I 診療所から初回訪問。本人や家族さんに対して今後の治療方針の説明がある。今後の服薬については、処方は院外になるとのこと。お薬は S 薬局に家族が取りに行くことになる。訪問診察は 6 月 1 日 ~ (I 診療所で、居宅療養管理指導を算定) サービス担当者会議の要点を作成。P 福祉用具は 25 日の同行訪問の情報を活用。(今日は不参加)
令和7年 5月 27日	訪問	今後もし入院が必要になった時には、家人が決める。(現段階では本人も家族も決められない。) その時は、M 病院へ紹介する。 入浴はしてもいいが、入浴後調子を崩しやすくなる…。どういう方法がよいかは今後検討する。本人の現状は、食欲はあまりなく吐き気が強くなっている。訪問看護も 6 月から医療で導入。訪問看護は主治医から紹介があり、Y 訪問看護を利用してほしいとのこと。連携が取りやすい所とのこと。

令和7年 6月7日 13:30~14:00	訪問	本日から訪問看護開始なので、同行する。 訪問看護からは週2回、体調管理、入浴介助で支援していくということを確認する。本人から身体の痛みがあるということを聞く。できたら、マッサージとかしてもらえないだろうかとのこと。 →マッサージは医師の同意が必要になるので、まずはI診療所の主治医に確認をとることを伝える。
令和7年 6月7日 14:30	FAX	I診療所の主治医に、マッサージの利用について意見照会をする。 主治医からFAXでOKの返事をもらう。 長女へSNSで連絡する。在宅医からOKの返事が来たことを伝え、マッサージの施術を行ってくれる事業所を、今から確認していくことを伝える。
令和7年 6月7日 15:00~15:10	電話	Aマッサージに連絡を取る。 現在の状況を話して、主治医からは同意を得ていることを伝える。その後、詳細な情報提供を行う。初回に関して無料体験が可能なので、こちらから家族に連絡し、体験の日程を調整し、改めて連絡をすると伝える。 →長女とSNSで連絡。9日に来てほしいとのこと。そのことをAマッサージに連絡する。
令和7年 6月9日 13:00~13:10	電話	Aマッサージの担当者から連絡。 無料体験は上手くいきましたとのこと。今後、施術は毎週水曜 11:30~ と、金曜 11:40~で行いますとのこと。初回は、主治医の先生から指示書が届き次第開始しますとのこと。
令和7年 6月11日 13:00~13:20	訪問	自宅を訪問し、モニタリングを行う。(モニタリング内容は別紙) 本人・長女に対してマッサージの体験の確認。本人は「気持ちよかったです」、長女も「来てくれる」とありがたいです」とのこと。また、長女へ在宅での治療と看取りの意向を確認すると、以前と気持ちに変わりはなかった。 夕方、事業所にAマッサージの担当者が来られる。施術の計画書をもらう。 ○マッサージを入れた居宅介護計画書を作成(居宅支援計画書変更) →再アセスメント
令和7年 6月21日 14:00~14:20	訪問	訪問前に看護師が来ている。 人浴もY訪問看護で介助して自宅で入浴ができている。調子は落ち着いていて、食事もとれている。痛みのコントロールもできている。ベッドも上手く活用できている。マッサージをすると楽になるとのこと。支援については、現状維持で様子を見ていく。
令和7年 6月23日 13:00~13:15	電話	Aマッサージから電話。 施術に行ったときに、本人のベッドからのずれ落ちがあった。その時は妻もいたがどうにもできず、その時は長女に来てもらったとのこと。介護支援専門員から、Y訪問看護へずれ落ちがあったことを報告する。
令和7年 6月27日 10:10	SNS	長女さんからSNSで相談。 お風呂のイスのことで相談を受ける。お風呂までなかなか行けなくなってきた。購入を検討したい。
令和7年 6月28日 15:00~16:00	自宅を訪問 今日はお孫さんも来ている。	自宅を訪問しモニタリングを行う。 午前中、長女からSNSで連絡があり、相談したいことがあるとのこと。 ・入浴のための移動手段を考えたい。自分では行けなくなっている。 ・トイレ・浴室の立ち上がりのため、P福祉用具にシャワーキャリーを依頼。 ・褥瘡のケア→エアーマットが必要な状態になっている。P福祉用具でムートンの褥瘡予防用具を借りられるか確認。 ○この日から訪問看護が、月曜、水曜、金曜になる。 (居宅支援計画書変更する)→再アセスメント
令和7年 7月9日 9:40	電話	Aマッサージから電話がある。 長女さんから連絡が入って、しばらくは施術を中止してほしい。本人がしんどくなってきたこと。
令和7年 7月9日 15:00	電話	長女から電話があり、最近、本当に動けなくなってきた。褥瘡が肘と踵にできている。住環境の調整が必要。 Y訪問看護に連絡。褥瘡ができてきている。主治医から薬の処方があったとのこと。この時に入浴介助が2人必要になっているとのこと。P福祉用具へ連絡し、ベッドエアーマットを手配してもらう。

令和7年 7月10日 9:20	電話	P 福祉用具から、ベッドを本日交換すると連絡が入る。 (3モーターの特殊寝台に変更し、エアーマットをレンタルする。) 長女さんから、本人の移乗がしにくくなっていると聞いているので、介助ベルトを持って行って見てもらいますとのこと。
令和7年 7月11日 11:00~12:00	訪問	自宅を訪問する。 変更後のベッド納品後、エアーマットなど確認する。エアーマット(褥瘡予防)の追加プラン。長女さんに状況を確認する。ADL低下・意識レベル低下・褥瘡悪化あり。今後、入浴の検討と訪問看護の回数増加を検討するとともに、主治医に対して意見を確認していく。 (居宅支援計画の変更)→再アセスメント ○在宅療養の確認を長女に行う。このまま、できるところまで在宅での生活を継続したいとのこと。各事業所にもその旨連絡。できる支援は行っていく方向。
令和7年 7月12日	電話	Y 訪問看護から電話。 長女さんの不安もあり、今日から訪問が毎日になると連絡あり。今後の生活を考え、福祉用具再検討を行っていく。 →今の状態に合わせて、必要なものとそうでないものを検討する。 →居宅支援計画を変更する。(福祉用具の変更・訪問看護の追加・マッサージの中止) →入浴は浴槽での入浴がしづらくなっている。訪問入浴を検討。
令和7年 7月13日	電話	訪問看護。在宅医へ入浴をしていいかの確認を取る。 →両方から可能だとの意見をもらう。(FAX) D 訪問入浴の事業所へ電話で問い合わせをする(現状で利用が可能かどうか)。利用できるということだったので、お試し利用の依頼をFAXする。P 福祉用具に電話連絡して、トイレ手すりを返却したいことを伝える。現状では、本人が使うことができなくなったことを伝える。
令和7年 7月13日 17:00	FAX	I 診療所からFAXが入る。 長女さんから依頼あり、鎮静を開始。ベッド上の生活が主体になるので、早期の訪問入浴の導入を検討してくださいとのこと。
令和7年 7月14日 10:00	FAX	D 訪問入浴へ依頼。 17日11時で訪問入浴の日を予定。長女へSNSで確認。17日11時で可能と確認を取る。 Y 訪問看護にも訪問入浴の日程を報告(FAX)する。
令和7年 7月16日 0:30	SNS	夕方、長女から呼吸状態が変わっているとSNSでY 訪問看護に連絡が入る。Y 訪問看護から介護支専門員にメールが入る。本人、自宅で呼吸停止しましたとのこと。その後、家族さんとエンジェルケアを行っていますとのこと
令和7年 7月16日 3:00	SNS	長女よりSNSで「今、亡くなりました」と連絡が入る。午前中に訪問しますと返事をする。
令和7年 7月16日 10:00~10:20	訪問	自宅を訪問する。本人のお顔を見にいく。最後のお別れをする。 長女「自宅で最期看取れてよかったです」とのこと。 妻も「寿命だし、これでよかったです」とのこと。 →関係機関に連絡を入れる。 →本日で、ケースを終了とする。