

# 在宅ターミナルにおける訪問看護と ケアマネジャーの連携

～住み慣れた在宅で最期までその人らしく過ごせるために～

訪問看護ステーション樹  
訪問看護認定看護師 高江洲 芳枝

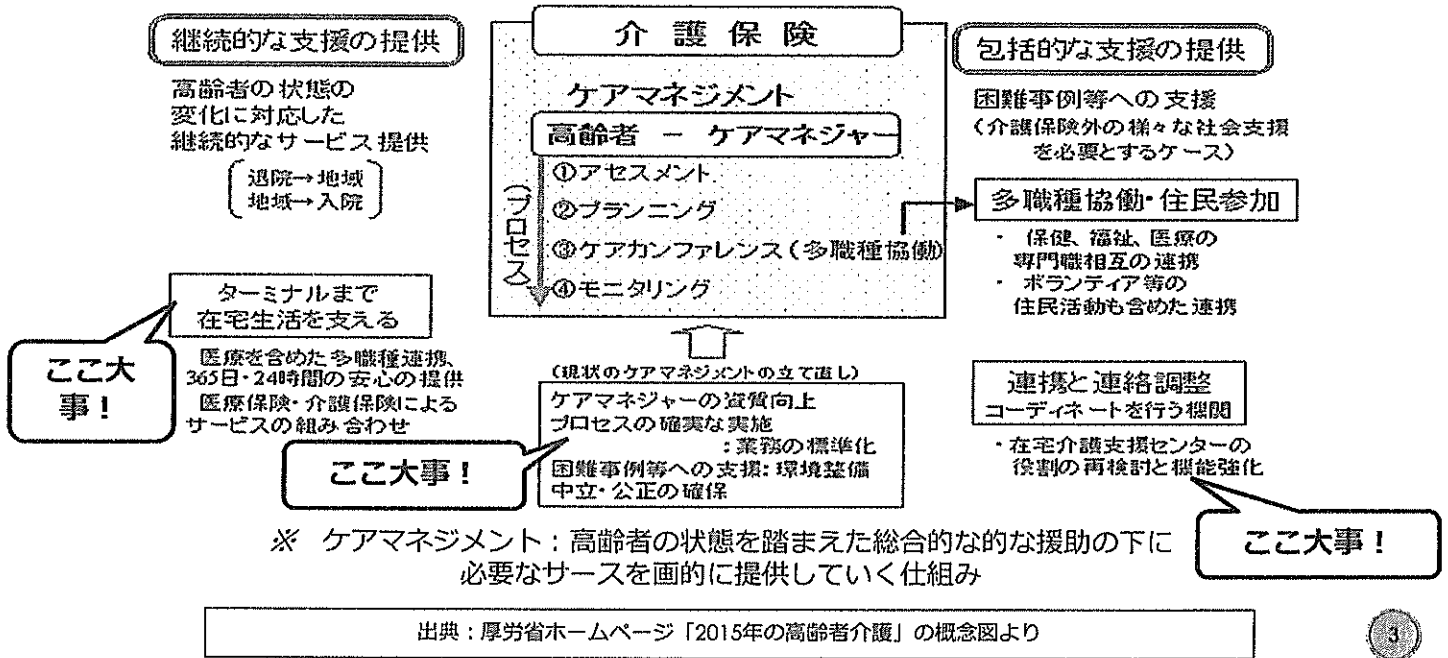
## はじめに

- 死を前にした人に、私たちが出来ることがあります
- それは、その人の顔の表情を大切にすること
- たとえ人は死を前にしても、おだやかな表情で過ごせる可能性があります
  
- 痛みが少ないこと、希望の場所で過ごせること、なるべく家族に迷惑をかけないこと、お風呂にはいれること、ふるさとの話をする事
- これらの条件を援助できるのは、一部の医療職だけではありません。関わるすべての人ができる事です

「死を前にした人にあなたは何かができますか？」小澤竹俊著より引用

## 地域包括ケアシステム

個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核とした様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み



## ターミナル (終末期) とは?

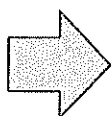
### 定義

老衰・病気・障害の進行により  
死に至ることを回避するいかなる方法もなく、  
近い将来の死が不可避となった状態

# ターミナルケアの考え方

ターミナルケアをめぐる言葉

- ターミナルケア
- ホスピスケア
- 緩和ケア
- エンドオブライフケア



共通認識の下で使われているように見えて、実際には意味が異なっていることがある

5

## ターミナルケア

- 死にゆく過程にある人が生きるためのケア**
- 1950年代からアメリカやイギリスで提唱された考え方で、人が死に向かってゆく過程を理解して、医療のみでなく人間的な対応をすることを主張したケア
- 身体的・精神的苦痛を緩和・軽減することによって、自分らしい生活を最後まで送り、QOL（生活の質）を向上すること。また、自分の人生に納得・満足して最期を迎えること。そして、残された家族が死を受け入れられる事を目的とする

6

# ホスピスケア

- **ホスピスは場所ではなくケアの考え方（哲学）**
- ホスピスケアは1960年代からイギリスで始まったホスピス（ターミナルケアを行う施設）での実践を踏まえて提唱された考え方で、死にゆく人々への全人的アプローチの必要性を主張したケア
- 在宅ホスピスケアという考え方

7

# 緩和ケア

- **病気の初期からでも提供されるという新しい定義**
- 1970年代からカナダで提唱された考え方で、ホスピスの考え方を受け継ぎ、国や社会の違いを超えて人の死に向かう過程に焦点をあて、積極的なケアを提供する事を主張
- 生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。

8

# エンド・オブ・ライフケア

## ▪ 高齢者を対象としたケア

- 1990年代からアメリカやカナダで高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱されている。
- 診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいは、いつか来る死について考える。
- 人が、自分の人生が終わる時まで最善の生き方ができるようにする支援すること。

## 在宅ターミナルケアとは？

- 患者の住み慣れた自宅において、死を前にして患者さんとその家族に、出来る範囲の中で「よりよく生きること」に手を貸すことである
- 残された時間が穏やかでかつ意味のあるものにできるよう疼痛の管理、症状緩和、心のケア（家族の精神的なケアやスピリチュアルケアを含む）を行い、患者さんや家族と共に我々医療者もが「その時間」を共有することと考える

出典：公益財団法人在宅医療助成勇美財団在宅ターミナルケア

## 具体的にどの状態がターミナル？

- 前期：余命半年～数か月（月単位）  
疾患により余命の差が大きい。  
始まりが明確でないことも多い。
- 中期：数週間（週単位）
- 後期：数日（日単位）
- 臨死期：（数時間）

11

## 前期（余命半年～数か月）

身体状況	患者に対するケア	家族に対するケア	ケアマネの役割
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADLは保ててはいることが多い</li> <li>• 精神的には悲嘆の時期</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 痛みやその他の症状コントロール</li> <li>• 精神的に支える</li> <li>• 身辺整理への慮</li> <li>• 緩和治療（輸液、輸血、放射線治療、在宅酸等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病名、病状告知に関する悩みへの配慮</li> <li>• 死の受容に対する援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• アセスメント</li> <li>• 担当者会議</li> <li>• プラン作成</li> <li>• 24時間対応の訪問診療及び24時間対応の訪問看護の導入</li> <li>• レスパイト入院</li> <li>• 環境整備</li> <li>• 必要時訪問介護</li> <li>• 福祉用具</li> </ul>

12

## 中期（数週間）

身体状況	患者に対するケア	家族に対するケア	ケアマネの役割
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 食欲不振</li> <li>• 動くことが少なくなる</li> <li>• 傾眠時間が長くなる</li> <li>• 浮腫の出現</li> <li>• 尿・便の減少</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 日常生活の援助</li> <li>• スピリチュアルケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 今後どのようなことが起こるのか、そして残された時間があとどれくらいなのか、いずれ来るであろうお別れの時期の予測を伝える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 訪問看護と連携をとり同行訪問や電話での状態を確認する</li> <li>• ケアプランの再検討（必要時担当国会議）</li> <li>• 本人・家族に寄り添う</li> </ul>

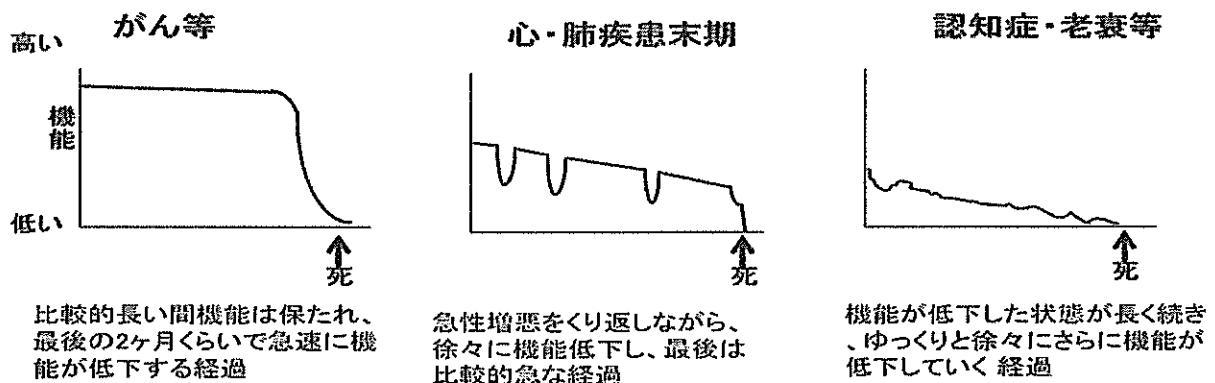
## 後期（数日）

身体状況	患者に対するケア	家族に対するケア	ケアマネの役割
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 苦痛症状やせん妄が強まる（約2週間）</li> <li>• 食べ物が喉を通らず水分や氷のみ（約1週間）</li> <li>• 反応が乏しくなり喘鳴が出る、呼吸が浅くなる（約3～1日前）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 安楽ポジショニングの工夫</li> <li>• せん妄への対応</li> <li>• 喘鳴に対する援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 看病疲れへの配慮</li> <li>• 今後の症状とその対応の説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 多くなる医師や看護師の緊急訪問を把握</li> <li>• 頻回の訪問により患者家族に安心を与える</li> </ul>

# 臨死期 (数時間)

身体状況	患者に対するケア	家族に対するケア	ケアマネの役割
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 手足の先が冷たくなりチアノーゼになる</li> <li>• 下顎呼吸</li> <li>• 瞳孔散大</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 人格を持つ人として接する</li> <li>• 非言語的コミュニケーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 死亡直前の症状の説明（苦しもうでも患者は苦しくない事の説明</li> <li>• 家族にできることを伝える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 本人・家族に寄り添う</li> <li>• 独居の場合は事前に福祉事務所に連絡</li> <li>• 各サービス事業所に連絡</li> </ul>

## 終末期の軌道





# 訪問看護ステーション樹の実績

過去2年間 訪問看護総数 242人

死亡者数	71人	
・病院での死亡	23人	
・ <u>在宅看取り</u>	<u>47人</u>	
癌死	29人	(61%)
心肺疾患	4人	(9%)
老衰、認知症	14人	(30%)

17

## 自宅での看取りが困難な理由

- ▶本人が、家族に迷惑をかけたくないと考える
- ▶本人と家族、あるいは家族内における意見が一致しない
- ▶本人が死を受け入れることができず、そのいざという場合に本人が延命治療を望むという事態が起こる
- ▶家族が弱っていく本人の様子を見ることに耐えられない、あるいは死を受け入れる心構えが出来ていない
- ▶本人・家族、ヘルパー、ケアマネジャ、医師、訪問看護師の間でコミュニケーションが十分行われない場合がある
- ▶家族が介護や看取りをできない状況にある

出典：内閣府の平成25年度高齢社会白書より

18

# 訪問看護における 介護保険と医療保険の違い

- ▶原則：要支援または要介護と認定された利用者は  
介護保険を優先的に利用
- ▶医療保険と比べ介護保険の方が自己負担割合が小さい  
(介護保険の自己負担は1割又は2割)  
(医療保険は1～3割)
- ▶医療保険は自己負担上限額がある  
70歳以上の1割負担の患者は、1か月の上限額は14,000円

19

## 医療保険での訪問看護

- ▶介護保険の認定を受けていない場合  
(1日1回週3回まで)
- ▶厚生労働大臣が定める疾病の場合  
末期の悪性腫瘍・パーキンソン病・人工呼吸器 等20疾患  
(1日複数回毎日可)
- ▶急性増悪期 (特別訪問看護指示書)  
(1日複数回毎日、14日間)

20

# 介護保険での訪問看護

- ▶原則としては介護保険での訪問看護
- ▶ターミナルでも非癌疾患の場合は介護保険が原則
  - ・認知症や老衰の場合は急性増悪ではないから。
  - ・心・肺疾患等で急性増悪を繰り返す場合は、一時的に医療での訪問看護（特別訪問看護指示書）に切り替えることができる。

21

## 癌ターミナルは医療保険



患者

3割負担はちょっと  
きついわ



ケアマネ

医療保険だと3割負担なので  
訪問回数が少ない時期は介護保険で  
訪問できませんか？

22

# 事例1：独居のがんターミナル患者の生活を支えた在宅チーム

■Aさん 75歳 男性、都営アパートに独居 生活保護  
前立腺がん 骨転移

4年前に前立腺がんで徐寧術施行。その後治療を自己中断。平成26年5月に息切れ、腰痛で精査したところ、骨転移の診断で、医療保険での訪問看護を開始した。

同時にケアマネジャに依頼し要介護認定を申請し、「要介護3」の認定を受けた。

23

## 経過（ターミナル前期） 8か月間

状態	訪問看護	ケアマネジャ	訪問介護
<ul style="list-style-type: none"> <li>腰痛・息切れあがるが買い物・ゴミ出しは辛うじて行ける</li> <li>入院したくない</li> <li>ここで最期まで暮らしたい</li> <li>1月頃より腰痛増強し麻薬の内服開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食欲不振に対して連日点滴の指示あり</li> <li>入浴介助、服薬管理、体調管理</li> <li>週2回訪問</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険申請</li> <li>アセスメント</li> <li>担当者会議（暫定要介護3）</li> <li>介護ベッド導入</li> <li>シャワーチェア購入</li> <li>訪問介護の導入（生活援助）</li> <li>要介護3の判定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活援助：買い物を中心だったが拒否されることが多く、必要時のみ入ることが多かった（週3回）</li> </ul>

24

## 経過（ターミナル中期） 3か月前より

状況	訪問看護	ケアマネジャー	訪問介護
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 炬燵で寝てしまふことが多く、起き上がれないことが増える</li> <li>・ ベッドでほぼ過ごす</li> <li>・ 疼痛が増強</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 週2回から徐々に回数を増やした</li> <li>・ 清拭・リハビリ・排泄の援助</li> <li>・ 麻薬の増量（途中より貼付剤に変更）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険の区分変更</li> <li>・ 担当者会（暫定介護5）</li> <li>・ 要介護5の判定</li> <li>・ 訪問介護の回数を増やす（3回/日）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活援助（買い物・食事の準備、掃除、洗濯）</li> <li>・ 身体介護（食事介助おむつ交換、服薬の援助）</li> </ul>

25

## 経過（ターミナル後期から臨死期）

1週間前より

状態	訪問看護	ケアマネジャー	訪問介護
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 寝たきり</li> <li>・ 食事量・水分量減少</li> <li>・ 尿量減少</li> <li>・ 努力様呼吸</li> </ul> <p>【2日前】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 意識レベル低下</li> <li>・ 痰絡み増強</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 呼吸状態観察</li> <li>・ 疼痛の評価と対策</li> <li>・ 誤嚥防止</li> <li>・ 口腔ケア</li> <li>・ 痰の吸引</li> <li>・ 保清</li> <li>・ 不安の除去</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護・訪問介護間の連絡調整</li> <li>・ 死亡時の連絡先の最終確認</li> <li>・ 頻回に訪問し不安を除去</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1日3回の訪問</li> <li>・ おむつ交換</li> <li>・ 口腔ケア</li> <li>・ 内服の援助</li> <li>・ 適宜清拭</li> </ul>

26

# Aさんのチームケアのポイント

## ■介護職との協働

- ・生活を支える介護職との協働は欠かせない。

ケアマネジャの調整

- ・当初、本人は介護職の訪問やケアに抵抗していたが、ターミナル中期にはヘルパーの訪問を楽しみにしていた。
- ・ヘルパーによるオピオイドの内服援助や貼付も適切だった。

27

## 事例2：肺癌末期患者及び家族の残された時間を ケアマネジャと支えた事例

Bさん 46歳 男性 妻・子共3人との暮らし  
肺腺癌 肝・脳への転移

5年前に肺癌の診断を受け治療を受けていた。治療困難で緩和ケアに移行し、症状コントロールで入院。余命1か月の告知を受ける。

最期に叶えたい希望があり、一時退院を希望。

在宅酸素、麻薬持続皮下注ポンプ使用。

28

## 経過（ターミナル後期） 約2週間

状態	訪問看護	ケアマネジャー
<ul style="list-style-type: none"> <li>室内移動可能</li> <li>シャワー浴介助</li> <li>自分の建碑式に参加</li> <li>疼痛強くレスキューを頻回に使用</li> <li>死ぬことへの不安や恐怖感が募りレスキュー回数が増える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>麻薬皮下注ポンプの管理</li> <li>建碑式参加に合わせて麻薬増量</li> <li>HOT管理</li> <li>本人と家族への精神的支援</li> <li>緊急時の対応</li> <li>イベント参加への支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>既に福祉用具で関わっており、良好な関係が構築されていた。</li> <li>退院時、訪問診療医、訪問看護と同行</li> <li>今後のケアを再確認</li> <li>適切なタイミングで訪問を行い、本人と妻への精神的ケアに努めた</li> </ul>

29

## 経過（ターミナル後期～臨死期）

状態	訪問看護	ケアマネ
<ul style="list-style-type: none"> <li>内服困難</li> <li>食事摂取困難</li> <li>不安増強し希望していた家族旅行前に一時入院を希望</li> <li>入院7日目に逝去</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事・薬の形態のアドバイス</li> <li>旅行先でのHOTの手配</li> <li>緩和病棟への連絡</li> <li>看護サマリー作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切なタイミングで訪問を行い、本人と妻への精神的ケアに努めた</li> <li>逝去の連絡を受け各事業所に伝えた</li> </ul>

30

## Bさんのチームケアのポイント

- 以前から患者の信頼を得ているケアマネと訪問看護の連携
- ターミナル期は医療職中心に動く例が多いが、信頼関係の出来ているケアマネジャが中心にすることで、スムーズに在宅療養に移行することができる。

31

## 事例3：職種間の連携が不十分だった非癌患者のターミナル例

- Cさん 78歳 男性 都営アパートに妻との二人暮らし 生活保護  
慢性心不全ステージ4  
急性増悪で緊急搬送・入院を繰り返している

中国残留孤児で30年前に家族と日本に帰国

夫婦とも殆ど日本語が話せない。

近くにキーパーソンの娘さんが住み、通訳をするが

普段は仕事をしていて時々しか会えない。

32



## 経過（ターミナル中期） 2か月前

状態	ケアマネジャー	訪問看護
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 夜間咳嗽・胸痛（心不全の悪化）</li> <li>・ 下肢の浮腫</li> <li>・ 本人：苦しくなく過ごしたい</li> <li>・ 娘：緊急時の対応希望</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険の認定結果を待ってから、契約・訪問開始との連絡あり（要支援の可能性があったから）</li> <li>・ 担当者会議（退院2週間後）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初回訪問時より心不全の悪化見られた</li> <li>・ 一般的な心不全看護にのっとり計画作成</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介入直後に急性増悪で2週間入院</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1週間後増悪見られ訪問診療医に連絡、緊急入院となった</li> </ul>

33

## 経過（ターミナル後期～臨死期） 2週間前

状態	ケアマネジャー	訪問看護
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 喀痰増加し心不全悪化</li> <li>・ 娘さんは急変について理解している。</li> <li>・ 夜に意識レベル300 脈拍触知不能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人や家族の意向を確認</li> <li>・ コミュニケーションが取りづらかった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緊急コールあり訪問</li> <li>・ 訪問診療に往診依頼</li> <li>・ 娘さんに症状説明し、急変もあり得ることを理解してもらう</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 娘：延命処置は望まないうが病院搬送希望</li> <li>・ 救急隊がAED施行搬送するも死亡</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急車要請</li> </ul>

34

## Cさんの事例から学ぶ大事なポイント

- ▶ 病院での退院前カンファランスが開催されず、ケアマネジャや訪問看護が、心不全の重篤性を事前に把握できなかった。
- ▶ ケアマネジャは介護認定結果が確定するまで、積極的な調整をためらったことから、その後の対応が後手に回った。



35

## おわりに

ケアマネジャとしてできることは

- ▶ チーム内の連携と信頼関係の構築
- ▶ 最期の望みや希望を聞き逃さない
- ▶ その人にとって最も必要なものは何かを見極め、
- ▶ チームの中心として、多職種調整に当たる

ターミナルに携わるチームとして

- ▶ 本人、家族とともに穏やかな死を迎えたいという理念の共有
- ▶ 適切な役割分担と互いに尊重しあう立場でのチーム参加
- ▶ 的確な情報の交換と共有

36

## IX. 医療保険の訪問看護

### 1. 訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費

訪問看護ステーションの指定訪問看護（健康保険法第 88 条第 1 項、高齢者の医療の確保に関する法律第 78 条第 1 項）は、主治医が交付した訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護について、1 人につき通常は週 3 日を限度として算定する。

ただし、厚生労働大臣が定める疾病等（別表第 7）と特別管理加算（別表第 8）の対象者、急性増悪その他主治医が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認めたことによる特別訪問看護指示書の指示期間では、訪問看護を週 4 日以上算定できる。特別訪問看護指示書が連続して交付される場合は訪問看護療養費明細書に記載する。真皮を越える褥瘡の状態又は気管カニューレを使用している状態にある要介護者等への特別訪問看護指示書は月 2 回交付でき、その期間は介護保険の訪問看護は医療保険の訪問看護となる。

訪問看護基本療養費（Ⅰ、Ⅱ又はⅢ）では 1 回の訪問看護がおおむね 30 分～1 時間 30 分とする。

一方、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ又はⅢ）では 30 分未満と 30 分以上の時間区分がある。同時に 5 人以上 8 人までの利用者に提供する精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）では 1 回あたり 2 時間以上で 3 時間を超え 5 時間までは延長時間の加算がある。精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）は、おおむね 30 分～1 時間 30 分とする。

訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）と、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する日を合わせて週 3 日を限度とする（ただし精神科病院退院後は週 5 日まで算定できる）。

#### ■ 基準告示第 2 の 1 に規定する疾病等（別表第 7、別表第 8）（厚生労働省告示第 54 号）

##### 第 2 指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等

##### 1 週 3 日を超えて訪問看護を行う必要がある利用者であって次のいずれかに該当する者

※3 日を超えない訪問も可、難病等複数回訪問加算、2 か所の訪問看護ステーションの訪問看護の算定可

##### (1) 特掲診療料の施設基準等「別表第 7」に掲げる疾病等の者

○末期の悪性腫瘍 ○多発性硬化症 ○重症筋無力症 ○スモン ○筋萎縮性側索硬化症 ○脊髄小脳変性症 ○ハンチントン病 ○進行性筋ジストロフィー症 ○パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)) ○多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群） ○プリオン病 ○亜急性硬化性全脳炎 ○ライソゾーム病 ○副腎白質ジストロフィー ○脊髄性筋萎縮症 ○球脊髄性筋萎縮症 ○慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ○後天性免疫不全症候群 ○頸髄損傷 ○人工呼吸器を使用している状態の者

##### (2) 特掲診療料の施設基準等「別表第 8」に掲げる者

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、又は、気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、又は、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者