

5. 事例紹介

- ☆事例1 認知症と重介護状態の利用者への積極的なアプローチにより、ADLや生活状態が飛躍的に改善したケース (P 6)
- ★事例2 ケアプランの見直しに対しての訪問看護師からの強い提案により、利用者の状態に合わせたケアプランに変わったケース (P 7)
- ☆事例3 訪問看護師との連携により、病気の進行を予測しつつ、関係者全員が協働して支援をすることで、在宅生活を継続できているケース (P 8)
- ☆事例4 訪問看護師との連携により、段階的に機能評価を組み込むことで、生活の中でのADLが向上したケース (P 9)
- ☆事例5 的確な情報収集、状況に合わせたサービスの選択、効果的な訪問看護ケアにより、状態の安定につながったケース (P 10)
- ★事例6 訪問看護師からの提案があってもかかわらず、制度の運用を優先したために褥瘡が悪化し、入院につながってしまったケース (P 11)
- ☆事例7 介護放棄への緊急対応、適切な家族の力のマネジメントとサービスの調整により、安定した生活を獲得できたケース (P 12)
- ★事例8 癌末期利用者の状態把握と予後予測ができなかったことにより、訪問看護の依頼が遅れ、在宅生活が継続できなかったケース (P 13)
- ☆事例9 迅速なマネジメントと対応により、癌末期にもかかわらず、短期間で本人の希望をかなえることができたケース (P 14)
- ☆事例10 関係者全員が本人の意思を尊重し、情報共有と役割分担に基づいた丁寧なケアを行い、望み通りの最期をむかえることができたケース (P 15)
- ☆事例11 サービス調整と共に家族や近隣者へのアプローチにより、生活の安全が確保され、在宅生活を継続することができたケース (P 16)
- ☆事例12 訪問看護の導入をきっかけにサービス利用が広がって、問題行動が落ち着き、安定した在宅生活が継続できているケース (P 17)
- ☆事例13 家族・介護職・医療職の連携により、病状や生活の改善を図ることで、安定した生活を継続することができたケース (P 18)
- ★事例14 医療保険の対象者に対して介護保険での訪問看護を提供し、結果として保険請求ができなかったケース (P 19)

事例 1

認知症と重介護状態の利用者への積極的なアプローチにより、ADLや生活状態が飛躍的に改善したケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 80歳 認知症 大腿骨頸部骨折 顎関節症(開口、嚥下障害あり) 胃瘻造設
仙骨部褥瘡(グレードⅢ 4cm×4cm・ポケット形成3.5cmあり)
寝たきり度C1 認知自立度Ⅳ 要介護5

家族構成 80歳夫との2人暮らし、長男夫婦が隣市に在住

【依頼までの経過】

自宅にて転倒し骨折、手術目的にて入院。入院前から認知症による経口摂取量の低下、嚥下困難があったが、手術後更に症状が悪化し胃瘻造設した。入院中の不穏状態により体幹を抑制されていたことで褥瘡形成。そのままの状態でも退院することになったが、長男の「口から食べられるようにして褥瘡を治したい」という希望で、ケアマネジャーより「褥瘡管理、胃瘻管理、介護指導」の目的にて訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・訪問看護の初回訪問にてまず往診医が必要と判断、病院担当医に相談した後にリストから長男が往診医を依頼した
- ・ケアマネジャーは、初回の往診時にサービス担当者会議を開催し、訪問看護師を始めとする関係事業者が医師からの病状説明、指導、家族の希望を確認、今後の方向性を共有した
- ・ケア内容の難易度が高く、連携が密に必要なケースでありながら、各事業者間と殆ど夜間かメールでしか連絡をつけられない介護者との連絡調整をケアマネジャーが積極的に行った
- ・医師より、専門医(皮膚科、口腔外科、耳鼻科)の受診の紹介があったため、ケアマネジャーは安全な通院の手配をした
- ・皮膚科医師の指示が主治医に伝えられ、訪問看護師・長男・夫の役割分担によって褥瘡処置を行い、医師への状態の報告は訪問看護師が行った
- ・専門医に嚥下機能の評価と指示をもらい、嚥下体操のビデオを準備し、訪問看護師の指導によりヘルパーが本人とビデオを見ながら取り組んだ
- ・医師から許可のあった食品や量を守りながら、訪問看護師が少しずつ経口摂取を進め、長男も出来るだけ一緒に取り組んだ
- ・週1回のPT評価と指導により、ADL拡大のためのリハビリメニューを、訪問看護、訪問介護時に一緒に取り組んだ

【結果】

退院後、少しずつADLが向上、コミュニケーション能力も回復し、認知症による不穏は全くなかった。退院4ヶ月目に褥瘡完治、6ヶ月目に胃瘻抜去され、経口摂取だけで必要な栄養所要量を取れるようになり、室内と庭は見守りがあれば歩行できるまで回復した。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・利用者ニーズの的確なアセスメント、予後予測に基づくケアプランの作成をおこなった
→家族の希望を吸い上げ、真に必要なことに対して手当をおこなった
- ・各専門職の役割や提供できるサービス内容を熟知し、専門職を有効に活用した
→サービス担当者会議によりケアの方向性を共有した
→適切な段取りと連絡調整により専門職が自らの役割に専念でき、その力を最大限に発揮できた

事例2 ケアプランの見直しに対しての訪問看護師からの強い提案により、 利用者の状態に合わせたケアプランに変わったケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 84歳 男性 胃癌 貧血 要介護3 寝たきり度A2 妻と死別したのち独居
家族構成 別居の娘（62歳）が月に1回他県から帰省して介護している

【依頼までの経過】

これまで何とか自立した生活をしてきたが、買物が負担となってきたため訪問介護（週6日）の利用を始めた。食欲が低下し、週に1回訪問介護の介助で通院し点滴を受け始めたが、胃癌の進行と貧血により入浴や更衣動作時に息苦しさが出現。ケアマネジャーより「状態観察、入浴や清拭の介助、更衣の介助」の目的で訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・ケアマネジャーからは、「支給限度額が一杯のため、週1回30分か、2週間に1回1時間の訪問看護」、独居なので「緊急時訪問看護加算をつけて24時間の対応をしてほしい」という依頼
- ・訪問看護師は初回訪問で本人の状態を確認しアセスメントした上で、ケアマネジャーに連絡し、「病状が変化しやすい状態であるため、30分の訪問看護では依頼されたサービス内容を安全に行うことはできない。訪問看護の時間を延ばして欲しい」という提案をした
- ・ケアマネジャーからは「支給限度額が一杯なので、30分の訪問看護しか入らない。必要時は緊急時訪問で対応して欲しい」という返答
- ・ケアマネジャーと同一法人の訪問介護事業所が入っており、訪問介護の利用時間の見直しについては、事業主の方針により消極的であった
- ・訪問看護師はケアプラン全体の見直しについて根気強くケアマネジャーに働きかけた
- ・ケアマネジャーが改めて状況の確認をしたところ、訪問介護は『身体介護と生活介護の3時間』で計画したにもかかわらず、実際には身体介護を行っていないことがわかった
- ・ケアマネジャーはサービスの見直しを行い、身体介護が減った時間分を訪問看護に移行して毎週1時間の訪問看護（訪問看護2）を計画した

【結果】

1時間の訪問看護で、状態観察と入浴などの支援を本人のペースに合わせてできるようになり、本人も安心して入浴や更衣のケアを受けられるようになった。「できるだけ在宅で暮らしたい」という本人の希望通り、ぎりぎりまで在宅で過ごしたのちに入院した。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・病気や身体状況について、十分なアセスメントができていたか？
 - 食べられない、息苦しいという本人の言葉を受け止めた上で状況を確認する
 - 急激な状態変化、身体・精神的な負担の軽減など癌の進行に関する知識を身につける
- ・身体状況の変化に合わせた『予後予測』や迅速なケアプランの見直しができていたか？
 - 訪問看護からの情報提供を生かす、自分の目で確認する
 - 状態の変化時にはサービスの見直しを速やかに行う
- ・サービスの見直しに、事業主の利益（自社サービス）が邪魔をしていなかったか？
 - 事業所内の解決が困難な場合は、行政等の力を借りるなど、周囲へ相談をする

事例3 訪問看護師との連携により、病気の進行を予測しつつ、関係者全員が協働して支援をすることで、在宅生活を継続できているケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 65歳 男性 筋萎縮性側索硬化症 要介護5 寝たきり度C2

家族構成 専業主婦の妻（63歳）と二人暮らし。娘2人は独立している

【依頼までの経過】

病状の進行によりほぼ寝たきり状態ではあるが、本人は人工呼吸器を装着して自宅での生活継続を希望。介護者である妻は介護に熱心で介護サービスを積極的に活用しながら夫の希望をかなえたいと思い、「どのような生活になるのか不安がたくさんあるので、教えてもらいたい。」という目的で訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・訪問看護師は、今後の病状の進行と予測される医療機器の使用状況（人工呼吸器、胃瘻）を考え、住宅改修をケアマネジャー、利用者と検討した
- ・ケアマネジャーは、市のPTや住宅改修業者からの複数の改修案を元に利用者、訪問看護師と実際の生活を描いて検討し改修を行った
- ・訪問看護師は、退院前の病院でのケア会議や退院時の共同指導を踏まえ、準備する物品や配置などのアドバイスをし、生活のイメージを伝えて準備にあたった
- ・ケアマネジャーは、介護サービスの調整とサービス担当者会議により役割分担を行った
訪問介護（週4回） 訪問入浴（週2回） 訪問看護（週5回） 送迎サービス
福祉用具（電動ベッド、エアーマット、車椅子） ショートステイ（病院）
- ・退院後は週4日の訪問看護（医療保険）の中で、医療的ケアの実施や状況変化に応じたコミュニケーション手段の変更などの支援、介護者の吸引や気管カニューレ交換、呼吸器の回路交換などのバックアップをした。同時に日頃の身体状況の変化に対しては、往診医や専門医との連携を取りながら対応した
- ・ケアマネジャー中心に、ケア会議で関係職種一緒に緊急時の対応などの確認や勉強会を実施。病状の進行に伴い、コミュニケーション手段（合図）の変更があった時には関係者全体にスピーディーに周知し、対応した
- ・「娘の結婚式に出席したい（本人）。」「バージンロードを一緒に歩いてもらいたい（娘）。」との希望に対して、関係者全員で協力をして、車椅子の選択や調整、食事や洋服の工夫などの具体的な支援を行い、日頃の訪問で車椅子への移乗や外出の練習を重ねた

【結果】

人工呼吸器を装着しながらも、結婚式では無事に父親の役目を果たすことができ、安全に配慮された環境の中で、意欲的に安心して在宅生活を継続している。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・看護職との密な連携により、病状や身体状況の情報共有、予測を元に共同での計画立案を行った
→変化する病状への対応（進行に伴う医療機器の準備や生活環境の整備、コミュニケーション手段の選択等）、安全への配慮や準備（結婚式への参加や外出）
- ・本人や家族の声を聞き、関係者全員の力を最大限に活用して支援を行った
→本人や娘の希望（結婚式への参加）をかなえることができた

事例4 訪問看護師との連携により、段階的に機能評価を組み込むことで、生活の中でのADLが向上したケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 58歳 男性 くも膜下出血 多発性脳梗塞 遷延性意識障害 意思表示困難
要介護5 寝たきり度C2 気管切開、吸引、胃瘻による経管栄養

家族構成 妻は56歳で自営業をしながら介護。娘2人は独立している

【依頼までの経過】

ADLのすべてに介助が必要だが車椅子の座位保持ができる状態で、はっきりとした意思表示は困難。気管切開のため常時吸引が必要で、胃瘻周囲からの出血があり処置が必要。医師からはこれ以上の回復は見込めないだろうと言われているが、妻は本人に対し少しでも回復してほしいので退院後は仕事をしながら在宅で介護したい意向。「在宅で往診医と連携しながら合併症を起こさずに在宅生活ができるように支援して欲しい。」という目的で入院中に妻からの相談。

【経過】

- ・ケアマネジャー、主治医、サービス事業者が集まり、病院でケア会議を行ったあとに退院
- ・ケアマネジャーは、訪問診療と訪問看護の初回訪問に同行し、状況の確認を行った
- ・訪問看護師は週3回の訪問で話しかけながら気管切開部や胃瘻のケアを行い、口腔ケアや拘縮予防のリハビリテーションを行った。
- ・孫娘が絵本の読み聞かせをし、盛んに本人の意識へ働きかけた
- ・身体状況が安定すると共に表情に変化が見られてきたため、STによる言語リハビリテーションについて訪問看護師が主治医に相談し、機能評価をしてもらうことをケアマネジャーに提案。評価の結果、週1回の訪問リハビリテーションでSTの訓練を行うことになった
- ・訪問看護は週2回に減らし、STと連携をとりながらケアと言語リハビリテーションを実施した
- ・訪問看護師からケアマネジャーに市のPTによる機能評価を提案。評価の結果、新たなリハビリテーションメニューが開始された
- ・適切な評価と訓練により、四肢の緊張がほぐれ、端座位の保持が可能となったため、訪問看護師は定期的な自然排便を促すためにポータブルトイレの使用を試み、可能となった
- ・嚥下能力が向上し、少量だがチョコレートや納豆ご飯を摂取することができ、声を出すこともできるようになった

【結果】

退院後、順調にADLが向上し、コミュニケーション能力の回復も見られ、はっきりと意思確認ができるようになった。妻は仕事をしながら本人の介護をすることを生活の一部として楽しんでいる。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・退院前から看護職との密な連携で身体状況の情報共有、予測を含めた計画立案を行った
→病院でのケア会議、退院後の初回訪問同行、訪問看護からの情報の活用
- ・家族の声やサービス事業者の声を聞き、適宜ケアプランを見直し、修正した
→訪問看護師からの機能評価の提案を受け止め、PTやSTへの依頼を実現した
→訪問看護と連携して、段階的に具体的な目標とサービス内容をケアプランに組み込んだ

事例5 的確な情報収集、状況に合わせたサービスの選択、効果的な訪問看護ケアにより、状態の安定につながったケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 78歳 男性 肺気腫 在宅酸素使用 要介護3 寝たきり度B2

家族構成 腰痛をもつ妻（75歳）と二人暮らし

【依頼までの経過】

在宅酸素を使用しながら在宅で療養生活。気候の変化に応じた環境整備ができないために状態が悪化しやすく、入退院を繰り返していた。他人が家に入ることにに対してストレスがあるため介護サービスの利用は拒否。ケアマネジャーから「病状観察」の目的で退院前に訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・繰り返される入退院の中でケアマネジャーは、入院中や退院前に病院を頻繁に訪問し、その都度利用者の状態を確認
- ・訪問看護師は訪問看護の依頼に際し、入院中に病院を訪問して状態を確認したところ、仙骨部に発赤が発生していたためケアマネジャーに報告した
- ・ケアマネジャーが利用者と妻に褥瘡予防について説明し、本人が拒否している人的サービスではないエアーマットを退院前に導入した
- ・退院後、訪問看護師は肺気腫の観察を行いながら、褥瘡の予防のケア（栄養管理、清潔ケア、適度な運動等）を実施したことにより、仙骨部の発赤は改善した
- ・再入院中に痩せが進んだことで再び仙骨に発赤ができ、訪問看護師は妻の介護力を考慮すると、退院後に頻繁な体位交換を妻が担えるかどうかを心配し、ケアマネジャーに連絡した
- ・ケアマネジャーはすでに同じ情報を把握しており、自動体位交換の機能付のエアーマットに交換を手配していた

【結果】

状態に合わせた福祉用具の選択により褥瘡が改善し、同時に、訪問看護師によるケアの効果を実感できた利用者は、拒否していた訪問介護を受け始めた。それにより妻の身体的な介護負担が減ったことで、課題であった環境整備がなされ、安定した状態で在宅療養が継続できている。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・ケアマネジャーと訪問看護師がそれぞれ自分の目で状況を確認し、適切なアセスメントを実施
 - 状態に合わせたサービスの選択と導入
 - 全身状態が良くない中でも発赤は消失し、褥瘡を予防できた
- ・看護職、医療機関との密な連携を図り、病状や身体状況の情報共有を行った
 - 病状の変化に伴う迅速な生活環境の整備、福祉用具の活用
- ・介護力の評価とサービス調整を行ない、介護負担への配慮をした
 - 高齢の妻の介護負担の軽減、他人が家に入ることへの抵抗感を配慮してのサービス選択

事例6 訪問看護師からの提案があつたにもかかわらず、制度の運用を優先したために褥瘡が悪化し、入院につながってしまったケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 90歳 女性 脳梗塞（左片麻痺）誤嚥性肺炎 褥瘡 要介護4 寝たきり度C2
家族構成 次女（60歳）との二人暮らし 次女はパートで就労

【依頼までの経過】

電動ベッドと訪問介護を利用しながら、同居の次女の介護を受けて在宅で生活していた。訪問診療を行っている主治医より、肺炎予防の目的で離床時間を徐々に増やすよう指示があり、次女は自分なりの考えで食卓椅子への移乗を積極的に行っていた。しかし、仙骨部に褥瘡が発生したため、「状態観察、褥瘡処置」の目的でケアマネジャーより訪問看護の依頼があつた。

【経過】

- ・訪問看護の初回訪問で新たな課題として、嚥下困難と排泄障害があることがわかり、サービス担当者会議で訪問看護時間を延長してもらった
- ・介護者が行っていた『食卓椅子への移乗』では座位の安定性や椅子の素材に問題があること、褥瘡があるにもかかわらずエアーマット等の検討がされていなかったことから、さらなる褥瘡悪化につながることを予測されたため、訪問看護師が介護者へ褥瘡の悪化予防と改善のためにエアーマット等と車椅子が必要なことを説明し、理解していただいた
- ・ケアマネジャーに状況を報告したところ、「福祉用具は担当者会議を開催しないと提供できない、来月の更新月に同時に開催するので少し待ってもらってもよいか」との返答で、すぐに用具の導入ができなかった
- ・エアーマットと車椅子の導入には3週間を要した

【結果】

エアーマットと車椅子導入にもかかわらず、時期が遅かったため、褥瘡が悪化して入院した。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

・褥瘡の状態や介護状況を適切に判断し、対応ができていたか？

- 褥瘡の悪化予防についての基礎知識（除圧用具の検討、日常生活の過ごし方の把握、褥瘡予防のための体位や姿勢・栄養・清潔保持等）
- 安全な離床のための環境整備と確認（モニタリング）

・訪問看護師の提案（利用者の状態変化）と制度の運用のどちらを優先するのか？

- 必要なことを必要なときに情報提供もらえるように調整しておく
- サービス担当者からの情報を生かす（緊急性の判断、適切な時期の用具の導入）
- 新しいサービス導入の際のサービス担当者会議開催方法の工夫

事例7 介護放棄への緊急対応、適切な家族の力のマネジメントとサービスの調整により、安定した生活を獲得できたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 93歳 女性 褥瘡（背部、仙骨部、踵骨部、大転子部） 認知症 要介護5
寝たきり度 C1 認知症自立度 IIIa

家族構成 独身の次男及び離婚した四男との3人暮らし。次男：64歳、無職、母親の年金はパチンコや酒たばこに使う。日中から飲酒し、腰痛のため介護は困難という。四男：60歳、会社員、母親には世話になったと思っており、買物や簡単な調理を担当。

【依頼までの経過】

関西から転居後、次男及び四男との3人暮らしで、高血圧がある以外は元気で家事も行っていた。今回、腸閉塞で入院し手術を受けたが、経済的理由で自己退院。自宅に戻ったあと寝たきり状態で食事や排泄のケアも受けられず介護放棄されている状況（ビニールシートと新聞紙を敷いた上に寝かされていた）を民生委員が発見し、地域包括支援センターに連絡。ケアマネジャーが決まり、往診の調整と共に「褥瘡処置と状態把握」の目的で訪問看護の緊急依頼があった。

【経過】

- ・医師と共に訪問したところ、背部と仙骨部の褥瘡はステージⅢ、悪臭強く感染兆候あり。自宅での療養環境では治療が困難なため、緊急入院となった
- ・入院3ヶ月後に、経済的理由から家族の希望で退院することになり、ケアマネジャー中心にサービス担当者会議を数回実施し、下記のように在宅環境を整えた
 - ◆福祉用具貸与として、介護用ベッドとエアーマットを準備
 - ◆月1回の訪問入浴と訪問介護による保清、おむつ交換（毎日朝夕）
 - ◆毎日の訪問看護による褥瘡処置、全身状態の観察、尿留置カテーテルの管理、排便コントロール
 - ◆週1回の皮膚科訪問診療による褥瘡の管理
- ・ケアマネジャーが四男と話し合い、買物と同時に調理（お粥又はミキサー食）の担当を依頼し、作り方を指導した
- ・サービス事業所への支払いが滞らないよう次男にお金を残しておくよう交渉。結果、『ケアマネジャーが2ヶ月分の請求書を集めて四男に伝え、四男から次男にその金額を預金に残してもらう』ことで対応

【結果】

退院1年後に褥瘡はほぼ完治し、訪問看護や訪問診療の回数を減らすことができ、ヘルパーの支援と息子の介護で安定した生活を続けている。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・民生委員からの緊急コールに対して、地域包括支援センターと協働して迅速な対応を行った
→往診及び訪問看護への緊急訪問依頼
- ・ケアを継続させるための具体的な対応検討と、家族へのアプローチを行った
→サービス事業所と家族が行う内容の整理と役割分担、経済的部分の調整、適切なモニタリング

事例8 癌末期利用者の状態把握と予後予測ができなかったことにより、訪問看護の依頼が遅れ、在宅生活が継続できなかったケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 60歳 女性 肺癌末期 多発性骨転移 要介護3 寝たきり度C1

家族構成 独居、夫は死亡、長男夫婦が近隣に居住

【依頼までの経過】

病名の告知を受け、毎日2回の訪問介護を受けながら在宅療養。骨転移による全身痛あり、麻薬で疼痛コントロール。近所にある大学病院へ週1回抗癌剤治療のために通院していたが、疼痛が強くなり通院困難となってきたため訪問診療が導入となった。その後、排尿困難となりバルンカテーテル挿入、両下肢浮腫著明で仰臥位から側臥位とるにも疼痛を訴える。往診医より「状態悪化しているため、全身状態管理」の目的で訪問看護ステーションへ依頼があった。

【経過】

- ・ 医師からの訪問看護依頼の当日に、情報収集のため訪問を計画する
- ・ 訪問するにあたり、ケアマネジャーへ問い合わせるが、訪問看護を導入するような状態ではなく、トイレも自立されているとの話だった
- ・ 訪問看護師が訪問時、その1週間前より、食欲低下・排尿困難・活動力低下がみられており、痛みも増強していた。両下肢は尖足気味で拘縮傾向、骨転移による右下肢の骨折があったにもかかわらず、訪問の当日までヘルパーがポータブルトイレへの移乗介助をしていた
- ・ 刻々と変化している状況をヘルパーが報告していたが、ケアマネジャーはサービスの見直しや担当者会議を行っていなかった
- ・ 独居で末期癌、状態の変化もあるため週2回の訪問看護を実施しつつ、医師を含めたサービス担当者会議開催をケアマネジャーに依頼した結果、一週間後に開催することになった

【結果】

サービス担当者会議を開催する前に、痛みの増強と全身状態悪化により入院となり、2週間後に病院で他界した。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

・ 疾患から予測される状態の変化を適切に判断し、対応ができていたか？

- 日々利用者と接するヘルパーからの報告を受け、適切に状況把握を行う
- 状況が変化しているときは訪問し、自分の目で状況確認とアセスメントを元に迅速に対応する（医療との連携、介護体制の調整、サービス担当者会議による状況の共有と役割分担）
- 状況変化の予測をするために、疾患の基礎知識を身につけておく

・ 訪問看護の導入時期が適切であったか？

- 難病や癌末期の場合は状態の変化が早いので、医師と連絡を密にし、できるだけ早めに訪問看護につなげる
- 訪問看護の役割を知っておく
- 日頃から病気や医療的なことについて相談できる訪問看護ステーションを作っておく

事例9 迅速なマネジメントと対応により、癌末期にもかかわらず、短期間で本人の希望をかなえることができたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 83歳 男性 肝細胞癌末期 介護保険申請中 寝たきり度C1

家族構成 長男及び長男の妻（介護者）と3人暮らし

【依頼までの経過】

胸水・腹水により呼吸困難あり。バルンカテーテル留置。疼痛コントロールに麻薬を使用。病院側は癌末期で治療対象ではないため退院を促していた。本人には病名を告知しており「数日の命しかないなら自宅に戻りたい。老人会（会長）の引継ぎをしたい」という希望があり、長男家族は、本人の気持ちを考え在宅で看取りたいと決心するが、どこに相談してよいかかわからず、インターネットで訪問看護ステーションを探し、「本人が自宅に戻りたいと希望しているので、在宅介護方法について教えてほしい」という依頼があった。

【経過】

- ・ 1日目（土曜日） 家族から訪問看護の相談あり（週明けから対応可能と答える）
- ・ 2日目（日曜日） 家族が在宅希望を病院側に伝える
- ・ 3日目（月曜日） 訪問看護師が家族と相談の上、ケアマネジャーを依頼する
水曜日の退院決定
- ・ 4日目（火曜日） ケアマネジャーと訪問看護師が病院訪問し退院前カンファレンスに参加
ケアマネジャーが介護保険の申請手続き、サービス事業所や福祉用具の手配、往診医の依頼を行う
- ・ 5日目（水曜日） ベッド搬入後に退院
退院後にサービス担当者会議開催（往診医、訪問看護、訪問介護、福祉用具）し、今後の方針が決まる
訪問看護による状態観察とケアの実施
本人は老人会の引継ぎを行った
- ・ 6日目（木曜日） 午前中、家族に見守られながら永眠

【結果】

退院翌日の永眠となったが、本人は希望であった自宅に帰って老人会の引継ぎを無事終了できたことに安堵し、家族は在宅で看取ることができたことや本人の希望をかなえることができたことを喜び、関係者に感謝していた。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・ **病気の理解や予後予測のもと、依頼を受けてからの素早い対応を行った**
→依頼翌日の病院訪問による状況確認、サービスの調整、退院日のサービス担当者会議開催
- ・ **本人や家族の気持ち（ニーズ）を正確にくみ取った**
→家族の協力のもとに本人の最後の希望を実現できた
- ・ **介護保険サービスの調整のみならず、医療のマネジメントも実施した**
→往診医の調整、訪問看護（医療保険）との詳細な情報交換や連携

事例 10 関係者全員が本人の意思を尊重し、情報共有と役割分担に基づいた丁寧なケアを行い、望み通りの最期をむかえることができたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 56歳 女性 胃がん（余命3ヶ月）人工肛門、中心静脈栄養、
痛みのコントロール中 要介護5 寝たきり度C2 独居

家族構成 54歳の妹（准看護師）が結婚して近所に住み、パートで就業中 妹の娘の協力あり

【依頼までの経過】

余命3ヶ月の告知を受けて自宅退院後、家族が在宅療養について近医に相談し、医師からケアマネジャーと訪問看護を紹介される。本人の希望は「死ぬまでに身辺整理と北海道旅行をしたい」「最期は美しく死にたい」ことであり、「医療処置のサポートと状態観察、疼痛緩和、家族（妹）への支援」という具体的な訪問看護利用の依頼があった。

【経過】

- ・身辺整理に関してはケアマネジャーが中心となり、妹の手助けを受けて本人があまり動かずに片付けられるように配慮をした
- ・妹の負担軽減のため、家事や調理は訪問介護（日に3回）を利用した
- ・訪問看護師は週2回、状態観察と医療処置（中心静脈栄養の管理、人工肛門のケア、疼痛管理など）をサポートした
- ・北海道旅行の準備について、ケアマネジャーのリードのもと、訪問看護師は『医師の診療情報提供書の手配、看護サマリーの準備、旅行中の疼痛緩和について薬剤師との相談、同行する妹への医療処置の指導、物品の準備、連絡方法の確認』などを行った
- ・ケアマネジャーは旅行に関する様々な準備を本人、妹と相談しながら行ない、北海道旅行に出かけた
- ・旅行後、本人の「美しく死にたい」という希望に対し、その希望の実現のために訪問看護師は医師と連携して、中心静脈栄養の水分を少なくすることで腹水や浮腫の改善を図った

【結果】

妹とともに北海道旅行を実現して秋の紅葉を楽しみ、本人は十分満足して帰宅した。また、余命3ヶ月と告知されていたにもかかわらず約6ヶ月の在宅生活の後、自宅で最期を迎えた。水分を制限したことで、顔かたちや体型が変わることなく、本人が気に入って準備していた素敵な服を身に着けて『美しい姿』での最期を迎えることができた。妹は、精神的な負担は大きかったが、みんなの支えで後悔のない、満足のいく看取りをすることができたと話してくれた。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・看護職、医師、介護との密な連携で病状など状況の情報共有、ケアチームの構築をした
 - 医療処置や状態観察と緩和ケア
 - 「旅行に行きたい」「美しく死にたい」という本人の希望の実現に向けての意識の統一
 - 変化する病状への対応と緩和ケア（希望の実現への土台づくり）
- ・家族関係の理解と目標に向けた本人、家族へのサポートをおこなった
 - 北海道旅行の実現、独居ながらも自宅での看取り

事例 11 サービス調整と共に家族や近隣者へのアプローチにより、生活の安全が確保され、在宅生活を継続することができたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 86歳 女性 難治性下腿潰瘍 うっ滞性皮膚炎 要介護3 寝たきり度 C1
認知症自立度 IIIa

家族構成 独居（夫は死亡）、長男は隣市にひとり暮らし、無職（肝臓癌で通院中）、
次男は隣市に妻と居住（妻も就労）

【依頼までの経過】

アパートにひとり暮らしで、訪問介護の家事支援を受けて生活。下肢痛ある中、眼科・整形外科・皮膚科・循環器科の4科受診のため介護タクシーで毎日受診しているが、物忘れも多く服薬管理ができなくなっている。食欲低下あり一日一食の状態。6ヶ月ほど入浴できず、両下肢に3ヶ所の潰瘍が発生した。ケアマネジャーから「下肢潰瘍の処置、入浴介助、服薬管理」の目的で訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・訪問看護師が初回訪問時にキャッチした、現状の課題を整理してケアマネジャーに伝えた
- ・ケアマネジャーが訪問看護師からの提案をもとにサービス担当者会議を開催し、関係者間で現状の共有を行った上で、下記の点について対策を立てた
 - ◆介護タクシーによる多科受診に対して、主治医と相談をして往診に切り替えた
 - ◆薬カレンダーを作成し、ヘルパーの声かけによる飲み忘れや誤薬の防止を実施
 - ◆入浴介助時の訪問看護師とヘルパーの役割分担を行った
 - ◆栄養管理のため調理補助をヘルパーが行うことにした
- ・訪問看護師が潰瘍処置を実施しつつ、セルフケアの指導を行った結果、軟膏の整理と必要物品を揃えておけば本人ができるようになった
- ・ケアマネジャーが何度も長男と連絡をとり、家族の関わりや役割について調整を行った結果、週1回の買物を長男が行うようになった
- ・ケアマネジャーが町内会長と民生委員に相談し、隣人に毎朝声かけをしてもらい安否確認を依頼することができた

【結果】

現状を整理し具体的な対策と役割分担をしたことで、本人の状態改善を図ると共に、本人のセルフケア能力を高めることができた。さらに、実現可能な範囲で家族の力や地域の力を引き出したことで、安心して生活を続けることができています。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・何も言わない利用者の真のニーズを引き出して課題解決のための調整を行った
→訪問看護師との課題も含めた情報共有、適切な時期の担当者会議の開催、サービス間の調整
- ・家族の力を見積もりつつ、粘り強くアプローチした
→家族の力を引き出し、チームの一員としていく努力
- ・インフォーマルサービスのコーディネートを行った
→利用者が住む地域に関するインフォーマル情報（近隣、民生委員等）の収集と活用

事例 12 訪問看護の導入をきっかけにサービス利用が広がって、問題行動が落ち着き、安定した在宅生活が継続できているケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 70歳 男性 アルツハイマー型認知症（Ⅱa） 肝機能障害 要介護1
寝たきり度J

家族構成 次女（45歳）とその夫（50歳）孫2人と同居。近隣に住む長女も協力的。

【依頼までの経過】

若い頃から飲酒の量が多く、酔うと家族に暴言、暴行があった。最近になり飲酒していない時でも不穏状態になることがあり、専門病院でアルツハイマー型認知症の初期と診断される。本人は“自分で何でもできるし、老人扱いされたくない”との思いが強く、介護サービスの受け入れには拒否的だが、家族が対応に苦慮しており、主治医からの勧めもあって「病状の観察と家族への指導」の目的で、ケアマネジャーから訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・ケアマネジャーから依頼があった時点では介護サービス導入には本人が拒否的なため、とりあえず本人、家族と会って状況を確認した
- ・本人は「来てもらっても何もしてもらえないよ」と言いながらも、主治医からの指示もあり「看護師さんなら週に1回くらい健康状態をみてもらってもいいかな」と周りが心配するほど拒否はなく、訪問看護を導入することができた
- ・週1回の訪問看護時は病状観察と本人の話に傾聴。また、本人とは別に同居の次女や長女からの話を聴きつつ、認知症に関する理解を深めて上手に介護を行えるよう、本人への接し方などの指導や助言を行い、家族の介護負担軽減を図った
- ・家族が苦慮していた入浴介助を訪問看護で行い、慣れてきた頃に訪問介護へバトンタッチした
- ・ケアマネジャーは、デイサービスやショートステイなどの利用を勧め、家族の休息の時間を作ることで、在宅介護が継続できるように支援していった

【結果】

認知症状は徐々に悪化しており、不穏症状も時折みられるが、家族の対応が変わったことで暴言や暴行がエスカレートすることがなくなった。家族は当初「デイサービスなどの利用は無理」と言っていたが、ケアマネジャーの提案や看護師の指導により徐々に考え方が変わり、数ヶ所の施設を見学後、利用につながった。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

・指導という観点で訪問看護を利用し、介入への突破口にした

- 訪問看護による認知症に対する家族への助言、指導による介護負担の軽減
- 家族が認知症を理解し、適切にケアできることで問題行動がなくなった

・利用者や家族の状況に合わせて介入し、信頼関係が構築できた時点で、訪問看護と連携し次の提案を行っていった

- 訪問看護による入浴介助からヘルパー利用へとつながった
- ひとつのサービス利用から、他のサービス利用へとつながり、利用者や介護者への適切な支援体制が整備された

事例 13 家族・介護職・医療職の連携により、病状や生活の改善を図ることで、安定した生活を継続することができたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 60歳 男性 糖尿病性腎症 多発性脳梗塞 網膜症 要介護4 寝たきり度B1
認知症自立度Ⅲa 透析通院（週3回） インシュリン注射（毎日朝、夜）

家族構成 妻との2人暮らし。妻は両眼白内障による視力低下あり。長男夫婦が近所に在住

【依頼までの経過】

週3回の透析は、運動の目的も兼ねて妻の介助で通院していた（バス利用と徒歩往復30分）。徐々にADLが低下し、通院中に転倒する事が頻繁になってきた。また、障害を持つ夫婦2人暮らしで、服薬・インシュリン管理・食事管理・保清など生活面を含めた管理が不十分で、血圧や血糖コントロールが不安定となっていた。医師より入院を勧められていたが本人は拒否。ケアマネジャーから「インシュリン・服薬管理、療養指導」目的で訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・訪問看護師は、初回訪問でアセスメントした現状や課題を整理してケアマネジャーに伝えた
 - ◆通院に危険な箇所がある（停留所から病院まではかなり傾斜のある道で約800m）
 - ◆通院で歩かない事に対して「歩けなくなる」という不安がある
 - ◆食事の時間、内容、量がバラバラ
 - ◆インシュリン注射については視力低下により単位数や接種方法に間違いがあった
 - ◆住環境の問題、本人のADL状況、清潔観念の不足等の理由で、入浴していない
- ・ケアマネジャーは、サービス担当者会議を開催し、関係者間で現状と今後の方向性を共有し対策を立てた
 - ◆安全に通院が出来るように、ヘルパー付きの送迎車に切り替える
 - ◆訪問看護師が作成した運動の自主トレーニングメニューに沿って、ヘルパーと共に歩行練習を行う
 - ◆PT・看護師のADL評価、環境・金銭面の問題で自宅での入浴は困難と判断し、訪問入浴と訪問看護（週2回）時の足浴フットケアで清潔を保持する
 - ◆福祉用具貸与、住宅改修により居室内、トイレを安全に移動できるようにする
 - ◆食事やインシュリン注射については、長男夫婦の力をかりる
- ・ケアマネジャーが何度も長男夫婦と調整し、家族の関わりや役割について協力を促した

【結果】

インシュリン注射について、朝（長男夫婦が介助）、夜（ヘルパー見守り、看護師介助、長男介助）と分担することで安全に管理できるようになり、入院することなく全身状態が改善した。また、長男が声をかけたり介助することで意欲的に歩行訓練を行い、安定して歩けるようになり、夫婦二人で安定した生活を続けている。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・訪問看護師との連携により現状を把握し、整理した上で、具体的な対策と役割分担をした
 - 本人の病状の安定、生活の改善を図ることができた
 - 本人の不安をくみ取って対策を計画したことで、利用者本人もケアに協力的になった
- ・家族－介護職－医療職の連携のための調整を迅速に行った
 - サービス担当者会議の有効な活用とモニタリングによる確認

事例 14 医療保険の対象者に対して介護保険での訪問看護を提供し、結果として保険請求ができなかったケース



【利用者及び家族の状況】

利用者	45歳 女性 転移性肺癌末期 在宅酸素使用 要介護4 寝たきり度B2
家族構成	会社員の夫（45歳）との二人暮らし

【依頼までの経過】

家族は最後まで自宅で看取りたいと希望し、在宅酸素を使用しながら在宅療養を始めた。病状の進行に伴い呼吸困難が出現し、入浴が困難となったため、ケアマネジャーより「状態観察、入浴介助、在宅酸素管理」の目的で訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・ケアマネジャーから訪問看護の依頼があった際、年齢と病名により介護保険の2号被保険者であると判断した（癌末期は『16の特定疾病』に含まれる）
- ・訪問看護師から介護者に癌末期の場合『医療保険での訪問看護』になることを説明したが、介護者はケアマネジャーから『介護保険での訪問看護』の内容で説明されており、医療保険では利用料金が高くなることから理解を得られなかった
- ・訪問看護からケアマネジャーに上記の内容を伝えたが、「介護保険での訪問看護を受けてくれる訪問看護ステーションがある」と言い、医療保険優先での訪問看護開始の理解が得られなかった
- ・他の訪問看護ステーションから『介護保険による訪問看護』が提供され3ヶ月後に他界した

【結果】

癌末期の場合、訪問看護は医療保険対象であるため、介護報酬請求6ヶ月後に返戻になった。その訪問看護ステーションでは、利用者が死去された後に不足分の自己負担金（医療保険の3割負担だったため）の請求をしたが家族の理解は得られず、結局、訪問看護療養費の再請求もできなかった。

★事例から学ぶケアマネジャーとしての大切なポイント★

- ・この対象者が、第2号被保険者となる疾患名を理解していたか？

→『16の特定疾病（資料P32）』についての理解

- ・訪問看護の制度（介護保険と医療保険の対象者の違い）を理解していたか？

→訪問看護において、『医療保険が優先となる病名や状態（P21,資料P31）』を正しく知る

→訪問看護の利用にあたっては、制度的なことを訪問看護ステーションに確認すると共に、自分でも確認する

→利用者の不利益につながらないように、正しい情報を説明する

★事例から学ぶ訪問看護ステーションとしての大切なポイント★

- ・訪問看護制度を正しく理解し、説明ができていたか？

→『介護保険と医療保険の対象者の違い（資料P31）』や『16の特定疾病（資料P32）』について正しく理解し、ケアマネジャーにも説明できるようにしておく

→訪問看護指示書に書かれている病名だけで訪問看護の優先度を判断しない