

在宅緩和ケア・ターミナルケア

～宮城県仙南地域～

ふくし@JMI

主任介護支援専門員/社会福祉士 小 湊 純 一。

981-1505 宮城県角田市角田字栄町 22

TEL 0224-61-1266 FAX 0224-61-1277

Eメール jk@npjmi.com

ホームページ <http://www.npojmi.com>

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会

S.40年代 地域保健と医療連携
(角田市・丸森町)

H.5年 宮城県立がんセンター開設
・在宅医療
・ターミナルケア研究会



9

H.11年「仙南地区在宅ホスピスケア 連絡会」結成

目的(要約) : 地域における在宅ホスピスケアの推進を図り、
関係職種・機関の連携強化、患者家族の全人的な支援を
行うこと

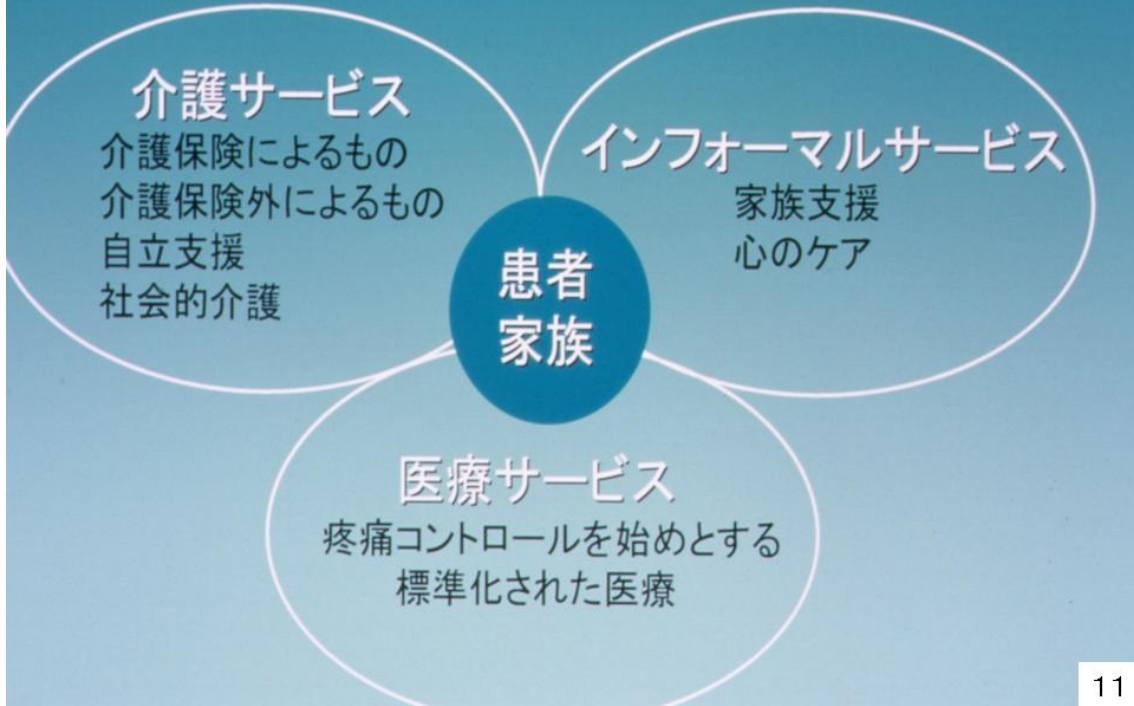
参加施設: 2市7町の各地域に

- ・ 訪問診療医(9施設)
- ・ 訪問看護ステーション(4)
- ・ 麻薬小売保険薬局(5)
- ・ 保健福祉行政



10

地域緩和医療



11

事業所の連携



12

治療期から在宅看取り期

- ・病状確認
- ・本人の意思確認
- ・今後の方向性について



15

病診連携カンファレンス

ケアマネ



16

ケアマネジャー研修資料

ケアマネジャーは、医師でもなく、看護師でもなく、薬剤師でもなく、医療機関の手伝いでもない。

ケアマネジャーは、要介護高齢者の介護支援・自立支援（残存能力活用支援、意思決定支援、あたりまえの生活支援）をする。

～ケアマネジメントの指針（抜粋）～

14-2 ターミナルケア・緩和ケア

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

在宅でのターミナルケア、緩和ケアを希望する、もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

介護保険と医療保険、その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。

また、医療との連携が重要になるので、利用者本人と家族、主治医、病院、薬剤師、訪問看護ステーション、介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ、話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

(2) ターミナル、緩和ケアについて把握するポイント

- ① 末期の病気であり、余命が半年以下である
- ② ターミナルケア・緩和ケアを受ける予定である（受けている）

(3) ターミナルケア・緩和ケアとは

末期状態にある人の広範囲なケアであり、回復を目的とした治療から、症状を緩和して残された日々の生活の質（QOL）を向上や確保するためのケアに移行します。

ターミナルケア・緩和ケア

- ① 回復に向けた治療やケアから、ターミナルケア・緩和ケアに移行する区分は明確ではありません。
- ② ターミナルケア・緩和ケアを提供するには、概ね次の要件があります。
 - ア 本人・家族が希望していること
 - イ 介護者がいること
 - ウ 管理する医師を含めた、在宅医療体制が整っていること
 - エ いつでも入院できる受け入れ態勢があること
- ③ ターミナルケア・緩和ケアを提供する場合には、利用者とその家族の持つ多様なニーズ（症候・機能のこと、心理面のこと、社会的なこと、経済的なこと、環境のことなど）に配慮する必要があります。
- ④ 緩和ケアは、単に身体的な痛みを緩和することではなく、全人的な痛みに対応することです。
 - ア 身体的痛み
 - イ 精神的痛み

- ウ 社会的な痛み
- エ 霊的・宗教的な痛み
- ⑤ ケアの目標は利用者のQOLの向上や確保，痛みの緩和，利用者及びその家族の希望などについて，身体的な限界の中で対応することです。
- ⑥ ターミナルケア・緩和ケアを受ける環境は，住んでいる地域の医療資源によって左右される場合があります。

(4) ターミナルケア・緩和ケア対応の指針

インフォームドコンセント

- ① インフォームドコンセントの重要性
緩和ケアを提供する場合には，常に利用者や利用者本人に代わって意思決定権のある家族などからの説明の上で了解を得ているかどうか重要です。
- ② インフォームドコンセントを得る
緩和ケアは，利用者本人だけでなく，関係者全員の納得と合意と明確な意思疎通のもとに行なわれることが望ましい。

ケアの方向

ケアプランが作成される前に，利用者（もしくは代理の人）は自分の病気や可能な治療，その治療の危険性や効果について知らせているか確認します。
また，提供されるケアは，出来る限り利用者の希望に沿ったものにします。

- ① 一般的なケア
 - ア 身だしなみに配慮します。
 - イ 本人と介護者の清潔に気を配ります。
 - ウ 栄養の確保と水分補給に配慮します。病気の進行や薬の副作用で支障がでる可能性があります。
 - エ 失禁の管理を工夫します。
 - オ 下痢と便秘へ対応します。
 - カ 移動と転倒について，可能な場合は介助や見守りをします。
 - キ 皮膚のケア，褥瘡の予防をします。
 - ク 睡眠障害については，医師に相談して対応します。
 - ケ 認知障害へ，原因への対応と，気持ちの安定に配慮します。
 - コ 焦燥感につて，原因に対応します。
 - サ 末期の呼吸について，起こりうる状況を把握して対応します。
 - シ けいれん発作への対応を確認します。
- ② 医療的なケア（薬の管理）
 - ア 服薬状況の変化を把握し，医師，薬剤師の指示を受けて対応します。
 - イ 鎮痛薬の使用について，医師，薬剤師の指示を受けて対応します。
- ③ 家族や介護者のケア
近い未来への不安，ストレスに配慮し，家族のニーズへの気を配ります。

在宅緩和ケアのための地域連携ガイド

緩和ケアにおけるケアマネジャーの役割

1) ケアプラン作成時の留意点

在宅移行時から終末期、そして看取りまでのプロセスのなかで、“その人らしく生きる”ことを大事にしてプランを作成する。たとえ終末期にあっても、“生活者”であり、患者・家族の生活を尊重・擁護することを忘れてはならないことはいうまでもない。

ケアマネジャーは主治医や担当看護師と情報を交換しながら、その患者がどう生きていきたいのか、療養の場所（在宅を継続するのか、緩和ケア病棟などに入院するのかなど）や受ける医療など、患者と家族が“自己決定”できるように関わり、その意向に沿ったケアプランを患者・家族と協働しながら作成していくことが大切である。

進行がん患者の場合、病状が急速に変化することも少なくない。病状変化の把握と、今後起こりうる変化を予測しながら、その患者・家族が希望する生活が、可能な限り継続、または実現できるよう生活支援計画を立てることが重要となる。医師、看護師などの意見を取り入れながらケアプランの修正・追加を行っていくことが大切である。患者・家族を含む多職種で構成されるチームがうまく機能できるよう、各チームメンバーがもつ専門性や力を発揮できるようコーディネートし、患者・家族が“その人らしく生きる”ことを支えていくことが、ケアマネジャーの大事な役割である。

また、がん患者の場合、ターミナル後期に入るまでADLが維持されているケースも少なくなく、要介護認定審査で介護度が軽度に判定され、必要な介護用ベッドなどが利用できない場合もある。ベッドや車椅子などが病状的に必要なときには、医師の医学的所見やサービス担当者会議、適切なスクリーニングなどによる判断のうえ、保険者（市町村）との協議により、軽度要介護者に対しても福祉用具の貸与などが可能になることもある。また、要介護認定審査結果が出る前に患者が亡くなってしまうこともある。この場合、暫定プランで利用していたサービスの費用は申請日に遡って支給されるが、介護保険の申請や、区分変更申請はタイミングを逃さず早めに行っていく配慮が必要となる（詳細は状況によって多少異なることがありうるため、保険者〈市町村〉に確認することが大切である）。

2) 家族への配慮

在宅ケアを受ける際など、患者本人と家族の間に希望や考え方に違いがあることがある。また、家族や親戚などの間でも考え方に相違がある場合も少なくない。家族成員それぞれの思いや考えも表出できるように関わり、家族間の調整や、家族と患者本人との調整を図ることも大事な役割である。家族にとって、進行がん患者を自宅で介護するということが大きな心の負担となることを忘れずに、家族の心身の状況にも留意することが大切である。

また、近い将来に大事な家族を亡くすという悲しみをもちながら、家族は介護している。患者を亡くす前から家族の悲しみは始まっているのである（予期的悲嘆）。この予期的悲嘆の感情表出が適切にできることで、患者が亡くなったときの悲嘆をうまく乗り越える力を得ることができる。ケアチーム全体で細やかな配慮をしながら家族を支えることも重要である。

また、緩和ケアチームは、患者が亡くなった後も引き続き家族（遺族）の支援を行っていく役割がある。遺族に対する悲嘆のケアをグリーフケアという。死別後の悲嘆は約4ヶ月～1年続くといわれている。悲嘆のプロセスとは、愛する人を失った悲しみを乗り越え、自らの人生を生きていく力を少しずつ備えていく作業である。

家族が正常な悲嘆のプロセスをたどっていけるように、医療と福祉が連携して地域で支えていくことが大切であり、緩和ケアの携わったケアマネジャーにもこういった役割があることを認識しておくことも大切である。家族が自らの喪失体験を肯定的に評価できるためには、まずは患者の療養中に、質の高い介護を提供できたかどうかの影響する。「安らかな死を迎えられた」「自分たちにできることは精一杯やった」「故人の望みを叶えることができた」な

ど、介護を振り返ったときに「良いケアを提供できた」と実感できることが家族の心の支えになることが多い。ケアマネジャーは、療養中により良いケアが提供できるようケアマネジメントを行うことが重要である。

悲嘆のプロセスには感情を表現できる場や、悲しみを共有してくれる人、そっと見守ってくれる人などが必要であり、医師や訪問看護師など、多職種と連携しながら地域で支えていくことが大切である。時には悲嘆過程が長引き、生活に支障を及ぼすような病的悲嘆に陥ることもある。抑うつ状態や自殺企図などを起こすこともあり、専門家につなげる必要がある場合も起こりうる。遺族会などを実施している医療機関もあるが、今後は地域包括支援センターなどとも協働して、地域での支援をより充実させていく試みも必要となるであろう。

看取りと医師法

医師の間でさえ「死亡前 24 時間以内に診察していないと、死亡診断書を書くことはできない」という誤解がある。いつ亡くなるかを予測することは、どれだけ経験を積んだ医師でも困難なことなので、在宅での看取りを考えた場合、「毎日の往診」を想像される医師が多数おられることと思う。確かに、尿量の低下などによりあと数日の予後となれば、訪問回数が増えることもあるが、法的には「診察後 24 時間以上経過した死」でも、診察中の患者は死後の診察で死亡診断書を書くことができるし、時間の長さについての規定もない。

したがって、在宅での看取りの一晚を家族が行い、翌朝、医師が診断書を持って家に伺うことは現在行われていることで、夜中に訪問看護師がエンゼルケアを行っているということも、看取りが予測される病状において事前に医師から指示があれば一連の流れのなかで行われていることであり、それが医師法違反となることはないのである。

さらに具体的なことでは、死亡時刻の考え方を紹介すると、死亡時刻を、ほどなく到着する医師による死亡確認時刻であるという考え方や、家族が記録した呼吸の止まった時刻とする考え方がある。「死亡診断書記入マニュアル」では「死亡したとき」は死亡確認時刻ではなく、死亡時刻を記入します。「死亡したとき」の一部が不明の場合でも分かる範囲で記入します」と記載されており、厳格な法的規制があるわけでもないため、柔軟な対応が可能である。また、死亡確認をする医師については、複数医師体制の場合、初めて訪問診療を行った副主治医がその患者の死亡診断書を書くことに法律上の問題はない。

もちろん、診療録に関して主治医と副主治医の間でとり決めが必要なことはいまでもない。だが、心情的には「かかりつけ医」の主治医に「看取り」に立ち会ってほしいという希望はあると思われる。本稿では、「在宅での看取り」に関して医師法第 20 条を紹介しながら、理解を深めていただきたい。

以上、よくたずねられることをまとめたが、そもそも医師法第 20 条の解釈について公にされている文書を引用して解説しておくので、確認願いたい。

医師法第 20 条

医師は、自ら診察をしなくて治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し、又は自ら検案しないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。
--

ここで重要なのは、但書に関する以下の厚生省医務局長通知こそが、誤解や戸惑いの解決になるという点である。

医師法第 20 条但書に関する件：各都道府県知事あて厚生省医務局長通知（昭和 24 年 4 月 14 日医発第 385 号）

標記の件に関し若干誤解の向きもあるようであるが、左記の通り解すべきものであるので、御諒承の上貴管内の医師に対し周知徹底方持に御配慮願いたい。

記

- 1, 死亡診断書は、診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから、苟しくもその者が診療中の患者であった場合は、死亡の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。但し、この場合においては法第二十条の本文の規定により、原則として死亡後改めて診察をしなければならない。法第二十条但書は、右の原則に対する例外として、診療中の患者が受診後二四時間以内に死亡した場合に限り、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。
- 2, 診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。
- 3, 死体検案書は、診療中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。

「死亡診断書」と「死体検案書」の区別は、前者は診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであり、後者は死亡の原因が診療にかかわる疾病と全然別のものである場合や、診療中の患者でないものが死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。また、旧国民医療法では、死亡診断書は交付の際に診察をしないでもこれを交付することが認められていたが、医師法では、たとえ診療中の患者であってもその者の死亡時が最後の受診から起算して24時間を越える場合には、改めて診察をしなければ死亡診断書を交付しないこととされていた。これは、診察をしないで交付する場合をなるべく制限しようとする趣旨である。

いずれにしても在宅死の取り扱いは、病院死とまったく同様である。在宅医は、異常死論議の余地がないように配慮し、必ず遺体を確認することが求められるし、訪問診療中から死を予告し、死に向かって起こりうる症状をよく説明し、医師以外のスタッフでもよいので、頻回に訪問することが重要だろう。在宅では、医療者と患者・家族との信頼関係のもと、常識的な「看取り」への移行がなされているということである。

引用文献

「緩和ケアのための地域連携ガイド」

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」班 2008年12月26日発行(非売品)

P85~87, P102~104

ターミナルケア・緩和ケアの医療

訪問看護の役割

1 訪問看護とは

看護師等が居宅を訪問し療養している利用者に看護を行うサービス。本人や家族の意思や、ライフスタイルを尊重して、生活の質が向上できるように予防的視点から看取りまでを支える。本人のみならず家族の健康状態もチェックし、一人々の健康課題を早期に発見し、医師と連携して疾病の発症や重症化を防止する。薬剤師、理学療法士等、ケアマネジャー等の多職種と連携し支援する。

2 訪問看護師の役割

～ 24時間・365日安心を支える訪問看護サービス ～

- ① 医師の指示による医療処置・治療上の看護
点滴・吸引吸入・胃瘻や経管による栄養・褥瘡予防と処置・服薬の管理観察
・人工肛門・気管カニューレ・チューブ類の交換など
- ② 医療機器の管理
人工呼吸器・在宅酸素・輸液ポンプ等
- ③ 病状や健康状態の管理と看護
バイタルチェック・感染症の有無・心身の健康状態・障害の状態など観察
脱水や肺炎等の早期発見、助言
- ④ 療養生活の相談・支援
高血圧、糖尿病など慢性疾患の自己管理支援等
- ⑤ ターミナルケア
最後までその人らしい尊厳のある療養生活を送ることが出来るよう援助
苦痛や倦怠感など緩和のための看護や医療処置、精神的な支援を行う。
緊急時の対応や看取りにかかわる支援を行う看取り後の遺族のグリーフケア
- ⑥ 在宅でのリハビリテーション看護
運動機能の回復、維持、低下予防・安楽な体位・嚥下機能回復、維持、低下予防・関節拘縮予防の支援助言・日常生活訓練・福祉用具利用相談や導入時は理学療法士等と連携
- ⑦ 認知症と精神障がい者の看護
認知症の症状を理解したうえで心身の健康状態を観察し、主治医と連携し服薬を調整し周囲とのコミュニケーションがスムーズにいくよう援助 家族や訪問介護・主治医と協働してケアを行う。
精神障がいでは、コミュニケーションに障がいがある場合が多いため、自分の生活や将来などを主体的に語れる機会をつくり援助する。心身の健康状態を観察し服薬の管理、治療の継続、生活リズムの調整、必要なサービスの活用をアドバイスする。
- ⑧ 精神的看護
気分の落ち込みやうつ状態などの精神状態を把握し、気分転換やリラクセス法、コミュニケーションの取り方などを助言
- ⑨ 介護予防など低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイス
転倒を防止し残された能力が十分発揮できるように支援、体調維持するための栄養指導等行う。
- ⑩ ご家族等への介護支援・相談
安楽な介護方法を助言したり、訪問介護員など他の職種と連携することで家族の介護負担を軽減し、より良い家族関係が保たれるように支援する。

3 在宅におけるターミナルケア（医療職の役割）

- ① 病名・病状・予後の説明について
以前は癌であることを患者に伝えることは心に強い衝撃を与え生きる希望を失うとして病名を本人に伝えることを敬遠してきた。医学の進歩とともに早期に発見して適切な治療を行えば癌は治療が可能な疾患となり、たとえ完治できなくても痛みをはじめとする諸症状を緩和して在宅で過ごせることが可能になった。
- ② 病名・病状・予後を伝えることの利点
患者自身が治療法を選択し納得した上で医療を受けることが出来る。患者の自己決定権を尊重できる。
真実を知ることによって患者と家族、患者と医療従事者との良好なコミュニケーションが築かれ信頼関係が維持できる
真実を知ることによって家庭内の問題を解決し仕事や財産などの社会的問題を整理し残された時間を有意義に過ごせる。
- ③ 人生の終末期をどのように過ごしたいか確認し支援する。
本人の気持ち 家族の気持ち（病気をどう捉えてどうしたいと思っているのか、本人がわがままを言える関係）
本人と家族が残された限られた時間の過ごし方を話し合うことが出来る。
痛みや苦痛の緩和や除去され、QOLの向上が図れる
タイムリーな日常生活の支援や療養環境の整備
身体がきれいできれいな気分でも過ごせるよう支援
- ④ 家族介護の支援（不安なく介護できる様）
家族等の介護力を評価し、自分たちが満足できる介護ができるように支援する。
利用者家族の持つ多様なニーズが解決できるように支援する。（生活者として普段の生活が出来るように）
在宅の支援者たちのネットワークがある。（情報の共有）
- ⑤ 医師の役割
常に患者さんや家族、医療関係者たちと連携をとりあらゆる相談役となって患者さんができるだけ快適な生活ができるように必要に応じ往診し、苦痛緩和のための治療を行い患者さんと顔を合わせ、会話をしながら患者さんの心配事や希望を聞いて療養の仕方を一緒に考えていく。
最期、医師は死亡を確認して死亡診断書を作成します。
- ⑥ 薬剤師の役割
薬の飲み方・使い方について薬剤師の視点でアドバイス
薬の飲ませ方の指導を行い飲みやすい形の工夫をしてくれる
別の薬や特別な食品が服用中の薬に与える影響についての指導
薬の効果や不都合について、保管方法について説明
- ⑦ 看護師の役割
病状の観察（症状のコントロールが適切にできているかどうかの確認）
日常生活の援助（必要により苦痛を緩和しながらの清潔の援助、食事指導、排泄のコントロール、環境整備等をする。）

緊急時の対応の確認や予測できる問題についての指導
困っていること、不安に思っていることへの相談
介護者への支援や精神的支援

※ ケアチームは情報を共有しそれぞれが役割を理解しサポートする意識が大切

4 ターミナル期の症状

① 終末期によくある症状

食事摂取量の減少(食事摂取量に影響を与えるトラブルが起きていないか)
排泄に対する対応 (体力低下とともにトイレへ行けなくなる)
睡眠に対する対応 (不眠の原因に対応したり、傾聴、就寝前の足浴マッサージ)
清潔に対する対応 (身体に負担のかからない方法で 本人の希望を優先)
環境に対する対応 (過ごす時間は家族のだんらんに近い場所で)

② 死期が迫った予兆

昼夜関係なく眠っていることが多くなる (就寝中の無呼吸出現)
時間や場所や愛する人の認識の混乱、幻影をみる (せん妄状態)
食欲低下 全身の倦怠感 (身の置きどころがない)
苦痛を訴えることが少なくなる
尿量の減少、尿や便の失禁
手や足先の冷感 皮膚が冷たい 身体の下になっている部分にチアノーゼ
呼吸時のガラガラ、ゴロゴロという音 (喘鳴)
身体の不随運動 ピクピク動く

※ 以上のような兆候が現れ始めた時、介護に携っている介護者は医療チームに連携を取る (情報提供)

③ 患者さんが死亡したという兆候

触ったり話しかけても反応がない
呼吸や心拍がない
眼球が動かない、瞳孔が拡大する
顎が弛緩し、口がわずかに開かれる
大小便の失禁

※ 慌てず、家族・医師、医療チームに連絡
看取りの合意がある場合 心肺停止や呼吸停止が起こった時、患者の負担となる蘇生術は行わない

訪問看護の制度について

1 訪問看護サービス

かかりつけ医の「訪問看護指示書」が必要です。

訪問看護指示書

利用者やその家族からの申し込みにより、かかりつけの医師 (主治医) が診察 (訪問看護の必要性の要否の判断) に基づいて交付するもの
利用者が複数の医師にかかっている場合、利用者に対して主として診療を行う医師が訪問看護の指示を行うことが原則とされる。なお、主治医とは利用者の選定により加療している医師だが、この医師は保険医療機関の保険医か介護老人保健施設の医師でなければならない。又利用者が公費負担医療を受ける場合は指定医療機関の医師の指示書が必要

- 2 要介護者等に対する訪問看護は原則介護保険
- 3 要介護認定で「非該当」は医療保険の訪問看護サービス
介護の必要性が低く「非該当」と判定されると、医療的な必要性で医療保険で必要な訪問看護のサービスを受けられる
- 4 介護保険の認定を受けても訪問看護が医療保険が適応される場合
厚生労働大臣が定める疾病等、癌の末期、急性増悪期（特別訪問看護指示書）

特別訪問看護指示書

主治医は診療により利用者が急性感染症等の急性増悪時又は末期の悪性腫瘍等以外の終末期で週4日以上頻回の訪問看護の必要性を認めた場合は特別訪問看護指示書を交付することができます。交付された日から14日以内は毎日訪問看護を行うことができます。（気管カニューレや真皮を越える褥瘡の状態にある利用者は2回/月まで可能）

- 5 介護保険での訪問看護
 - ① 65歳以上で、要介護・要支援になった人
 - ② 40～64歳で、加齢に伴う特定疾病によって要介護・要支援になった人

特定疾病

癌末期（医師が一般に認められている知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断した場合）、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症（アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病等）、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症（ウェルナー症候群等）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群、オリーブ橋小脳萎縮症）、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎、両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

- 6 医療保険の訪問看護
厚生労働大臣が定める疾病等の方、癌末期や急性増悪期の方

(1) 厚生労働大臣が定める疾病等

癌末期、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索、脊髄小脳変性症、ハンチントン舞踏病、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及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重傷度分類がステージⅢ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、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、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

- 7 訪問看護は週に何回、可能か？
 - ① 医療保険では通常、週3日まで
 - ② 急性増悪期はひと月に14日間以内であれば毎日でも可能
 - ④ 難病、癌の末期は連日でも可能

8 その他（医療保険）

- (1) 24時間連絡体制加算・24時間対応体制加算
24時間連絡体制加算は、電話等により看護に関する意見を求められた場合、常時対応できる体制にあるものとして、地方厚生局長に届けて受理されており、訪問看護ステーションの保健師、看護師が当該体制にある旨を説明し、同意を得た場合に算定24時間対応体制加算は、24時間連絡体制に加え、さらに必要に応じ緊急時訪問看護を行う体制にあるものとして地方厚生局長に届け出て受理されている場合に加算
- (2) 特別管理加
訪問看護ステーションが特別な管理を必要とする利用者から看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制でその他計画的管理を実施できる体制にあるものとして地方厚生局長届け出て、指定訪問看護を受けようとする利用者に対して指定訪問看護の実施に関する計画的管理を行った場合算定
- (3) 退院時共同指導
保険医療機関や介護老人保健施設に入院、入所中で退院、退所後に訪問看護を受けようとする利用者、又はその家族等に対し退院、退所時に訪問看護師等と入院、入所施設の職員が退院、退所後の在宅療養についての指導を入院、入所の施設において共同で行う（難病等や重症者管理加算を算定している利用者は2回まで算定できる）
- (4) 退院支援指導
難病等や重症者管理加算を算定している利用者に対し退院当日に訪問して支援指導をおこなう。
- (5) 在宅患者連携指導
訪問看護ステーションの看護師等が利用者の同意を得て訪問診療を実施している保険医療機関を含め歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と月2回以上文書等により情報を共有を行うとともに共有された情報を踏まえて療養上の指導を行う。
- (6) 在宅患者緊急時等カンファレンス
利用者の状態の急変や診療方針の変更等に伴い保険医療機関の保険医の求めにより開催されたカンファレンスに訪問看護ステーションの看護師等が参加して共同で利用者、家族に対して指導を行う。
- (7) 訪問看護ターミナルケア療養費
主治医と連家の下に訪問看護師等が在宅での終末期の看護を提供した場合を評価対象となるのは在宅で死亡した利用者のほか、ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した利用者も含まれる。

9 その他（介護保険）

- (1) 夜間・早朝加算、深夜加算
夜間（18時～22時）早朝（6時～8時）に計画的に基づいた訪問看護を実施した場合
- (2) 複数名訪問看護長時間訪問看護加算
同時に複数の看護師等が一人の利用者に対して訪問看護を行う
30分未満と30～60分未満算定あり
- (3) 長時間訪問看護加算
特別管理加算の対象となる利用者に対して所要時間1時間以上1時間30分未満の訪問看護を行った後に引き続いて訪問看護を行った場合

- (4) 初回加算
利用者が過去 2 月間において、当該訪問看護事業者から訪問看護の提供を受けていない場合であって（医療保険も含む）新たに訪問看護計画書を作成した場合
- (5) 退院共同指導加算
医療保険と内容同様
- (6) 看護・介護職員連携強化加算
訪問介護事業所の訪問介護員等に対し痰の吸引等を円滑に行うための支援を行った場合
- (7) 看護体制強化加算
在宅における中重度の要介護者・要支援者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から充実したサービスの提供体制の事業を評価する

支給限度基準額に含まれない加算

- (1) 特別地域訪問看護加算
サービスの提供の観点から離島等一定の地域に所在する事業所が行う訪問看護については特別地域加算として算定する
- (2) 緊急時訪問看護加算
医療保険の 24 時間連絡体制対応加算と内容同じ
- (3) 特別管理加算
医療保険と内容同じ
- (4) ターミナルケア加算
死亡日及び死亡前日 14 日以内に 2 回以上ターミナルケアを要介護者に対して行った場合に算定
- (5) サービス提供体制強化加算
職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から勤続年数 3 年以上の職員 30% 配置している場合算定 1 回につき 6 単位

引用文献

「訪問看護活用ガイド」
財団法人在宅医療助成勇美記念財団

2015.12.25. 《ターミナルケア・緩和ケアの医療》文責:内田 裕子。

利用者・患者に対する介護・医療連携

医療機関（医師，看護師，社会福祉士，OT・PT等） ～医療保険（診療報酬）～

退院支援加算 1（一般600点，療養1200点） 3日以内退院困難抽出，7日以内に本人・家族と面談，7日以内にカンファレンス実施
退院支援加算 2（一般190点，療養635点） 7日以内退院困難抽出，早急に本人・家族と面談，カンファレンス実施

退院時共同指導料 1-1 1500点 **1-2** 900点

・入院中の患者に対し，在宅医療を担う医師又は指示を受けた看護師が赴いて，担当医又は看護師と共同指導（文書で提供，入院中1回）

退院時共同指導料 2 400点

・退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等，保険医である歯科医師 若しくはその指示を受けた歯科衛生士，保険薬局の保険薬剤師，訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は**居宅介護支援事業者の介護支援専門員**のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に，2,000点を所定点数に加算

介護支援連携指導料：400点

・介護保険サービスを受ける上での医学的留意事項，療養上の留意点を共同指導（入院中2回まで）
 ・医師・看護師・社会福祉士等が**介護支援専門員**と共同
 ・入院中の患者からの同意必要
 ・患者の同意を得て，介護支援専門員からケアプランの写しを得る

退院前訪問指導料：580点

・在宅生活指導（OT・PT）

（退院支援加算の施設基準）

退院支援部門

1. 専従1，専任1（看護師，社会福祉士）
病棟配置，連携，

2. 専従1（看護師，社会福祉士）

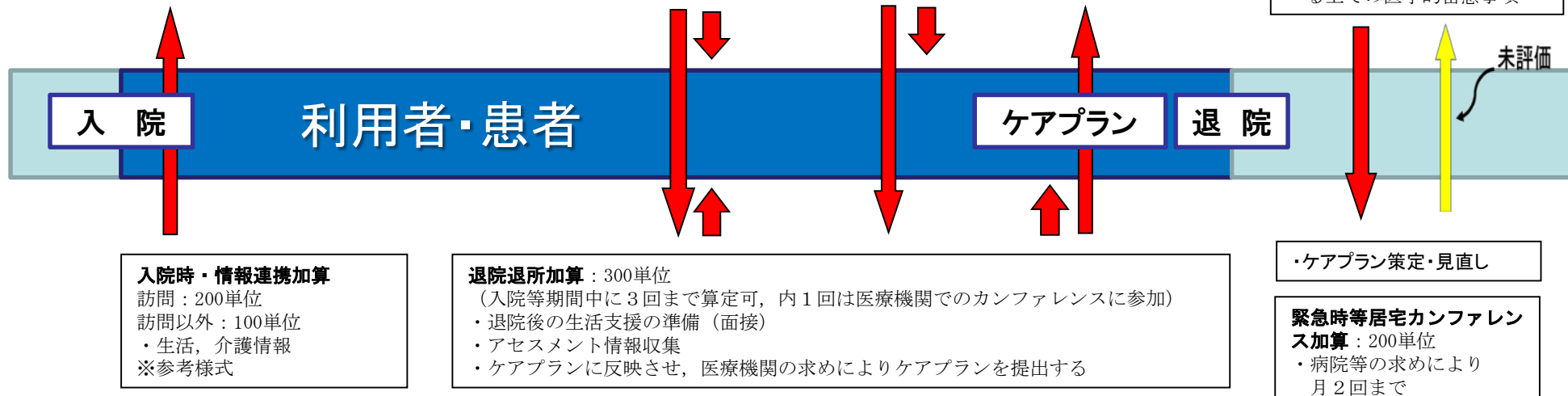
退院支援計画

・退院困難要因
 ・退院の問題，課題
 ・退院に向けた目標，支援概要等

・入院時スクリーニング
 ・退院計画

診療情報提供料：250点

・診療情報
 ・介護保険サービスを受ける上での医学的留意事項



入院時・情報連携加算

訪問：200単位
 訪問以外：100単位
 ・生活，介護情報
 ※参考様式

退院退所加算：300単位

（入院等期間中に3回まで算定可，内1回は医療機関でのカンファレンスに参加）
 ・退院後の生活支援の準備（面接）
 ・アセスメント情報収集
 ・ケアプランに反映させ，医療機関の求めによりケアプランを提出する

・ケアプラン策定・見直し

緊急時等居宅カンファレンス加算：200単位

・病院等の求めにより
 月2回まで

介護支援専門員 ～介護保険（介護報酬）～