

## ターミナル期等で、病状が不安定な事例

- ・ Fさん (86歳 男性)
- ・ Gさん (37歳 男性)

## 肺癌のターミナル期を最期まで在宅で過ごしたFさん

### 1. 基本情報

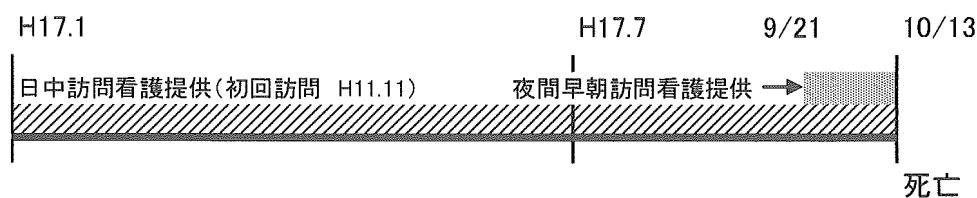
86歳男性。肺癌のターミナルであり、徐々にADLが低下してきている。入院せずに在宅で亡くなりたいという強い希望がある。日常生活自立度C。医療保険。妻と2人暮らしであるが、妻は虚弱であるため、介護はほとんどできない。別棟に息子夫婦が住んでいるが、ご本人が息子夫婦の手を借りることを希望しなかったため、民間のヘルパーを利用して身の回りの世話を賄っている。

### モデル事業開始時のFさんの基本情報

性別	: 男	同居家族	: 妻
年齢	: 86	主介護者	: 妻
主病名	: 前立腺肥大、 肺癌末期	介護者の状況	: 高齢、認知症 敷地内に養子夫婦が住むが、本人と 折り合いが悪く、サポートは望めない
要介護度	: 要介護5	生計	: 貯蓄、年金
日常生活自立度	: C	サービス	: 訪問介護41回/週
認知症自立度	: I	訪問看護	: 4回/日、27回/週
		加算	: 24時間、重症、特別指示

### 2. これまでの経過

平成11年11月から、日中の訪問看護を2週間に1回、入浴介助・膀胱洗浄の目的で利用していた。平成17年6月頃からのい瘦が著明となり、検査の結果、肺癌と診断された。7月には痰の量も増加しADLも低下してきたため、医師の往診を開始し、訪問看護師、民間ヘルパーの訪問回数も増やした。



図表F-1 Fさんの経過図

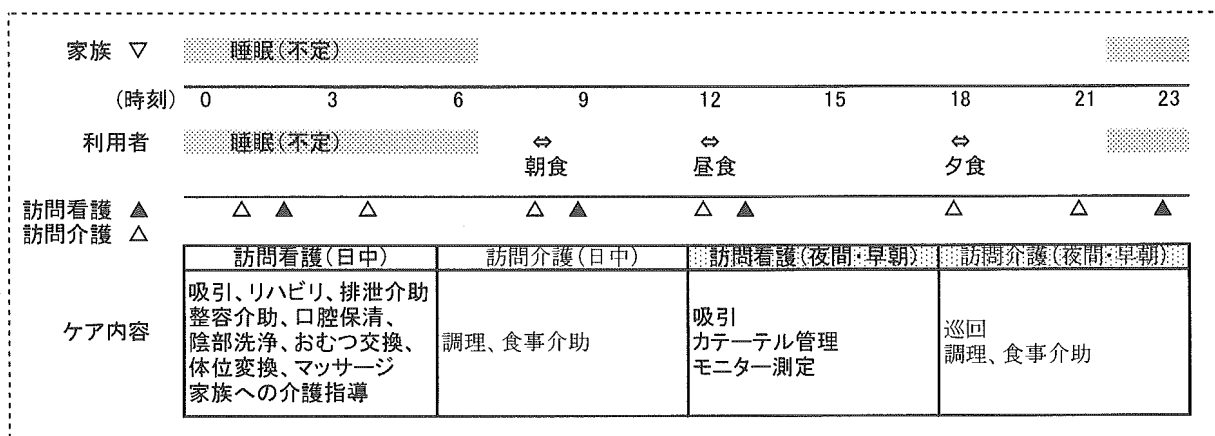
### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

痰の量が多く、時間帯に関係なく吸引が5分~15分おきに必要な時もあった。その上、常時傍にいた主介護者である妻は軽度の認知症であるため、実質的な介護を得

ることは困難であった。また、ターミナル期であり、疼痛の増大や状態の急変も考えられたため、①痛みのコントロール、②吸引、③ターミナル期の状態観察のために、平成17年9月21日より夜間・早朝の訪問看護を開始した。

利用時間帯：午後11時～11時30分、午前2時～2時30分（毎日）

評価指標：痛みや苦痛の程度、在宅で亡くなることができたか、家族の安心感、介護負担の軽減



図表F-2 Fさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）



図表F-3 Fさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

Fさんは往診医、訪問看護、訪問介護をフルにサービスを活用し、希望通り在宅で

最期まで過ごすことができた。

Fさんは最期まで意識がはっきりしており、時間帯に関わらず、痛み、呼吸苦が生じていたため、その訴えの多さに家族は疲弊していた。訪問看護師は、日中・夜間に定期的に訪問し、疼痛コントロールや吸引を行い、できる限りFさんの苦痛の軽減に努めた。また、Fさんの状態をアセスメントし、状態の変化に応じて主治医と連絡を取り合う等して、適切に対処した。これも、在宅で最期まで過ごすことを可能にした要因であったと考えられる。

#### <家族の評価>

ヒアリング対象者：妻

本当に介護は辛く、大変であった。Fさんは痛みや苦痛を訴えることが多く、状況も変動するため、不安になることが多かった。その中で、訪問看護師には、病状を見てもらい、大丈夫かどうかを判断してもらえるため安心できた。また、Fさんは自力で喀痰ができなかったため、痰を取るように言われるが、家族はなかなかFさんが思うようには吸引できず、15分くらい（短い時は5分）経つと再び吸引を求められていた。その点、訪問看護師が吸引を行うと、しっかりと痰が取れたのか、約1時間以上Fさんから吸引を求められずに済むということがよくあった。Fさんの希望通り、最期まで在宅で過ごすことができて良かったと思う。

#### <研究者のコメント>

ターミナル期は、早期に変化を察知することで、本人や家族の苦痛や負担を最小限にとどめることが可能になるため、夜間・早朝の定期的な訪問看護の果たす役割は大きいと考えられた。

## 介護者が在宅療養に自信を持つことができた事例（Gさん）

### 1. 基本情報

37歳、男性。ベーチェット病。日常生活自立度 C、認知症自立度Ⅳ。主介護者は母。弟夫婦と同居し、娘夫婦が別棟に住んでいるが、育児や仕事があるため、ほとんど母が介護している。Gさんの弟は、Gさんの予後が良くないこと（ターミナルであること）を医師から告知されてからは、Gさんの希望通りなるべく家で過ごせるようにと、自宅につれて帰る方針である。ただし、主介護者である母も高齢で継続して在宅で介護することは難しいという家族の意向により、1か月の在宅療養の後、再入院先が決まっている。

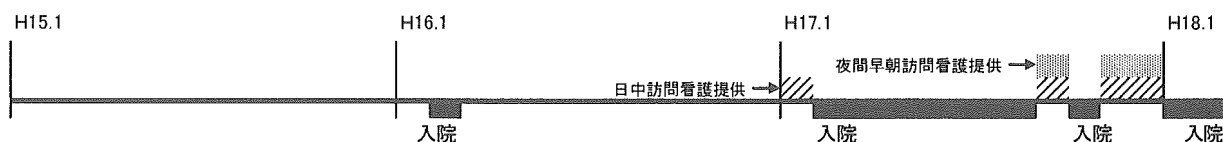
Gさんの病状は、ベーチェット病については神経症状と皮膚病変がある。歩行はできないが座位は可能であるため、1日中ベッド上でテレビを見て過ごす。食事は、おにぎりにしておけばゆっくり手づかみで食べることができる。排泄はおむつである。

### モデル事業開始時のGさんの基本情報

性別	: 男	世帯	: 3世代
年齢	: 36	同居家族	: 母、弟、妹夫婦と子3人
主病名	: 神経ベーチェット、 糖尿病	主介護者	: 母
要介護度	: -	介護者の状況	: 高齢（歳）、肝臓が弱い 他の家族も仕事や育児で多忙
日常生活自立度	: C	生計	: 年金
認知症自立度	: Ⅳ	サービス	: 訪問介護 6回/週、 配食サービス 3回/週
		訪問看護	: 3回/日、24回/週
		加算	: なし

### 2. これまでの経過

平成7年にベーチェット病と診断される。平成14年5月にめまい、瞳孔不同、頭痛が出現し、ステロイド治療を目的に入院した。その後、入退院を繰り返した。平成15年に会社を退職するのと同時に離婚して実家に帰り、母に介護を受けながら生活してきた。平成17年2月に病状（発熱、炎症症状）が再燃し8月まで入院した。この入院を機にADLは低下し、1日中ベッド上の生活となった。日中の訪問看護は、平成17年1月頃、家族が行政に相談したことをきっかけに開始となった。その他にも、訪問介護を週6回、配食サービスを週3回利用している。



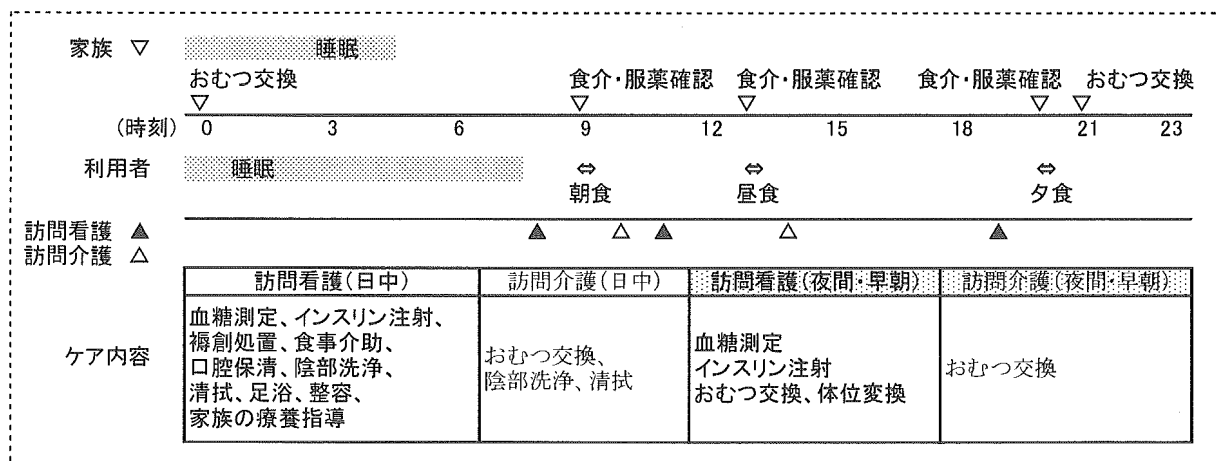
図表G-1 Gさんの経過図

### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

糖尿病に関して、平成17年8月からインシュリン注射と血糖測定が朝必要になったが、本人は細かい動作が難しいため自己注射はできない。母は注射の指導は受けたが、高齢であることから実施が困難である。また、これまで何度かベーチェット病の症状である発熱を起こして入院した経緯から、病状変化に対して不安がある。そこで、インシュリン注射および夜間・早朝の状態観察を目的に平成17年8月22日から訪問看護を開始した。

利用時間帯：午後7時～7時30分、午前8時～8時30分（毎日）

評価指標：在宅生活の継続、血糖コントロール、母の介護負担の軽減、安心感



図表G-2 Gさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）

	深夜			早朝	午前			午後			準夜		深夜
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	
月				■		■		□		■			
火				■		□		□		■			
水				■		■		□		■			
木				■		□		□		■			
金				■		■		□		■			
土				■						■			
日				■						■			

モデル事業で開始した訪問看護
  訪問介護

図表G-3 Gさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

##### <退院時の評価>

退院までに2回程サービス担当者会議を開催し、家族と関係機関（主治医・訪問看護師・病院のケースワーカー・市の保健師・障害福祉担当のケースワーカー）とで、在宅療養を実現させるにはどうしたらよいか話し合った。Gさんの在宅療養のためには、インシュリン注射を実施する人が必要であるが、家族には居なかった。やむを得ない場合は療養型病床に転院する話も出ていた。しかし、良いタイミングでモデル事業の話があり、夜間・早朝の訪問看護があれば在宅生活は可能であるとの判断で退院可能になった。つまり、夜間・早朝の訪問看護が無ければ在宅生活の実現そのものが難しい事例であったと言える。

##### <在宅療養時の評価>

Gさんは、平成17年2月に入院する前とは異なる身体状況で帰宅した。以前はトイレ歩行も可能であり、インシュリン注射もなかった。

今回の退院にむけて、訪問看護師は、退院日までに訪問看護と訪問介護サービスの調整を行っていたため、退院日からサービスが即導入された。さらに、退院日にも訪問し、Gさんの状態観察や家族の困りごとに対処するなど、スムーズに在宅に移行できるよう支援することで、これまで24時間体制で看護されてきた病院から、大きなトラブルはなく在宅療養生活をスタートさせることができた。

インシュリン注射は訪問看護師によつて的確に実施できていたが、食事制限がうま

くいかず、血糖値は不安定であった。

#### ＜家族の評価＞

家族は、以前とは身体状況が異なるGさんを介護することが可能かどうか不安を抱いていた。不安に思っていた血糖値チェックとインシュリン注射を、訪問看護師によって確実に実施してもらえたこと、発熱などの体調の変動も定期的に看てもらえたことは、家族の安心感につながっていた。おむつ交換等の訪問介護の支援も大変助かっていた様子である。このようにサービスを利用しながら、在宅生活を積み重ねていくうちに、在宅介護に自信がついてきたと述べている。

#### ＜研究者のコメント＞

当初の予定通り1か月の在宅生活の後、レスパイトケアのため入院となったが、「退院後は、再び在宅で看たい」と家族が希望するようになった。これは、家族の努力と訪問看護や介護の成果であり、夜間・早朝の訪問看護によるインシュリン注射や身体症状のチェックも在宅療養を可能にした重要な要素であったと言える。家族の希望通り12月初旬に一旦自宅に戻り、夜間早朝の訪問看護を開始したが、発熱のため再入院となった。

### 5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

在宅に戻ることがあれば、家族は継続を希望しているが、未だに入院中である。



## 難病等、医療依存度が高く、日常的なケアの際に病態の理解が必要な事例

- ・ Hさん（68歳 女性）
- ・ Iさん（59歳 女性）

## 家族に対する精神的負担が軽減でき、安全・安楽に移乗できるようになったHさん

### 1. 基本情報

69歳女性。筋萎縮性側索硬化症（ALS）であり、ADLは、寝たきりであり、生活動作全般に全介助を要す。コミュニケーション障害、嚥下障害はない。日常生活自立度C。医療保険。息子夫婦と同居しているが、共働きであるためサービスを利用しながらやりくりをしている状況である。本人は、家族に介護や経済な負担をかけてしまうことが最も気がかりである。

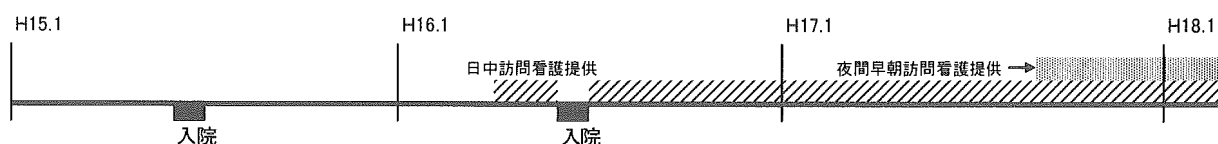
#### モデル事業開始時のHさんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 3世代
年齢	: 69	同居家族	: 息子夫婦、孫2人
主病名	: ALS、心疾患、 高血圧、糖尿病	主介護者	: 息子
要介護度	: 要介護4	介護者の状況	: 常勤
日常生活自立度	: C	サービス	: 訪問入浴、訪問リハ1回/週 デイサービス2回/週、
認知症自立度	: 自立	訪問看護	: 2回以上/日、3回/週
		加算	: 難病、看護管理、24時間

### 2. これまでの経過

平成14年7月頃から歩きにくさを感じていた。平成15年6月に精査入院し、9月にALSの診断を受けた。徐々に下肢・上肢の運動障害が進行し、平成16年6月には室内で車椅子移動できるよう住宅改修が必要となったため、1か月間入院した。

訪問看護は、平成17年1月から病状観察、入浴介助を目的に、週2回の訪問から開始となったが、ADLの低下に応じてサービスも変更され、平成17年8月からは、訪問介護週5回、訪問看護1日2回、デイサービス週2回、訪問入浴週1回の利用となった。往診は2週間に1回である。



図表H-1 Hさんの経過図

### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

病状の進行に伴って筋力が低下し、ベッド移乗の介助が一人では難しくなっている。息子は、力任せに移乗を行っているため腰痛を感じることもある。そのような負担を息子にかけていることに対して、本人は著しく精神的な負担を感じている。夜

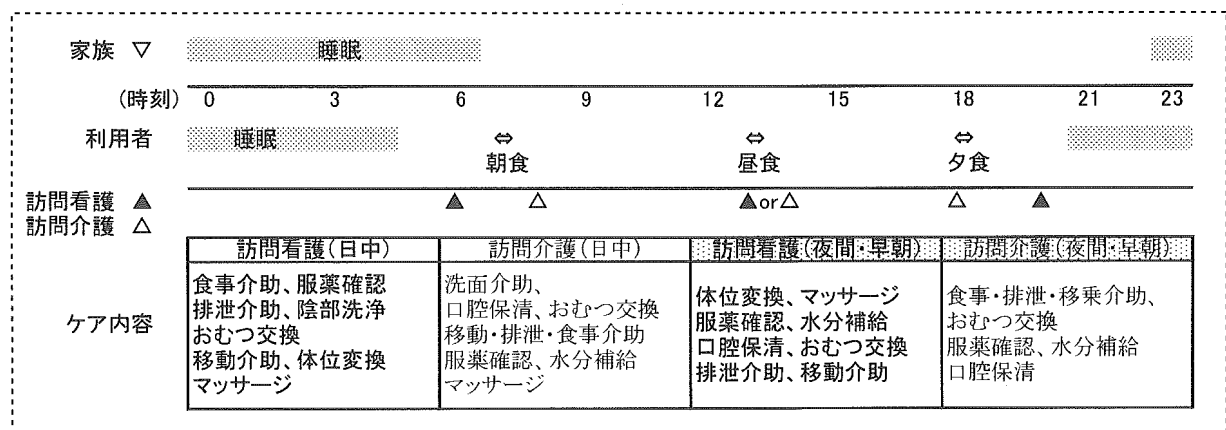
は、ベッド移乗の時間に合わせて息子が仕事を終わらせて帰宅しているが、たまに帰宅が遅くなると、本人は車椅子で眠ってしまうこともある。

そこで、平成 17 年 8 月 22 日より、夜間・早朝の訪問看護を導入した。その利用目的は、ベッド移乗を看護師が行うことで、①本人と息子の精神的・身体的負担を軽減できる、②安全に移乗することである。

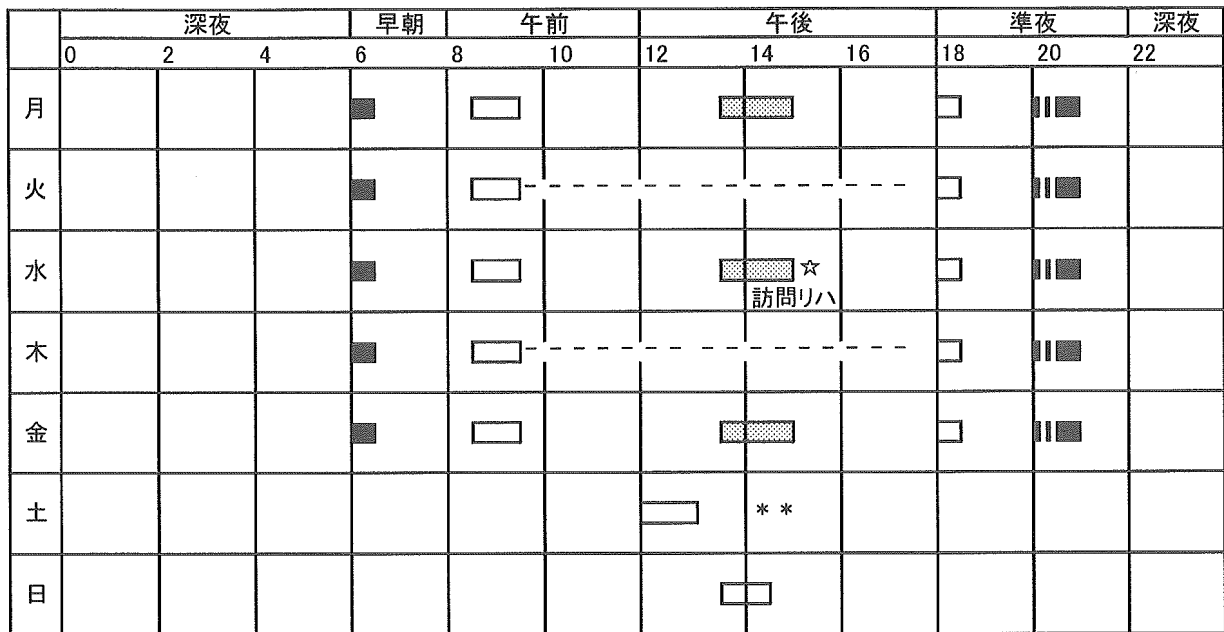
朝の訪問目的は、①起床時に血圧が高いことを心配しているため、状態観察や血圧測定により精神的な安心感を与えること、②朝のベッド移乗の前に筋肉のこわばりが強いいため、筋肉のこわばりを緩和させるためのマッサージを行うためである。

利用時間帯：午後 20 時～21 時、午前 6 時～6 時 30 分（月曜日～金曜日）

評価指標：息子の介護負担軽減、ご本人の朝の起床時の安心感、移乗時の筋肉の痛みの軽減



図表H-2 Hさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）



■ モデル事業で開始した訪問看護      ■ モデル事業以前からの訪問看護  
 ■■■■■ 訪問介護、モデル事業で開始した訪問看護  
 □ 訪問介護      \*\*\* 訪問入浴      ---- デイサービス

図表H-3 Hさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

夜間の訪問看護では、Hさんのベッド移乗を午後8時30分ごろ行った。それにより、息子の帰宅を待たずにベッド移乗することが可能になったため、Hさんの生活リズムに応じた支援が可能になったと言える。また、徐々に筋力が低下しているHさんの頸部や体幹を支持しながら、安全に、かつHさんの苦痛が最小限になるよう努めて移乗していた。この移乗は、看護師は解剖や病気の特徴を踏えた上で、ボディメカニクスを活かして行われていた。

また、早朝の訪問看護の主目的は、朝の筋肉のこわばりを緩和させるためにマッサージを行うことであった。マッサージによって、車椅子への移乗時には筋肉のこわばりが緩和されているため、移乗し易いという効果が見られた。

#### <家族の評価>

ヒアリング対象者：Hさん

夜の訪問は、息子に負担をかけずにベッド移乗ができることは精神的に楽になった。また、息子は力任せに移乗を行っていたため、移乗時には筋肉の痛みが強かったが、訪問看護師の移乗はしっかり支えてもらえるため、苦痛が少ないとのことであった。

朝の筋肉のこわばりを緩和させるためのマッサージは、車椅子への移乗時の筋肉の痛みを軽減させている。朝は5時ごろから目が覚めてしまい、体調等の不安をしてしまう。Hさんは、早朝にバイタルサインや血圧を測定してもらえることで、安心して1日をスタートできる。

#### 5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

これまでどおり、午後8時～9時、午前6時～6時30分（月曜日～金曜日）の訪問看護を継続する。

## 2時間ごとの体位変換と吸引に夫の睡眠が中断される事例(Iさん)

### 1. 基本情報

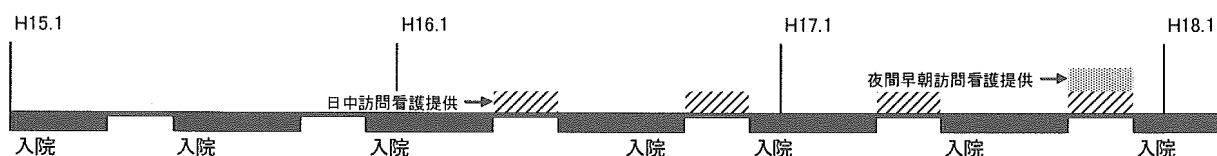
58歳、女性。筋萎縮性側索硬化症（ALS）。日常生活自立度 C、認知症はない。コミュニケーションは、眼球を動かすことでイエス、ノーを伝えられる程度。息子夫婦とは同居しているが共働きであるため、ほとんどの介護は夫が行っている。夫の介護負担を軽減するため、計画的に2か月の在宅生活と4か月の入院生活を繰り返している。

### モデル事業開始時のIさんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 3世代
年齢	: 58	同居家族	: 夫、長男夫婦、孫2人
主病名	: ALS	主介護者	: 夫
要介護度	: 要介護5	介護者の状況	: (仕事なし)
日常生活自立度	: C	生計	: 年金
認知症自立度	: 自立	サービス	: 訪問介護1回/週、訪問入浴、 配食サービス3回/週
		訪問看護	: 2回/日、10回/週
		加算	: なし

### 2. これまでの経過

平成9年より字の書きにくさを感じ、その後上肢を挙げることにも困難を感じるようになり、平成10年4月にALSと診断された。同年8月にはトイレ、移乗などが全介助になり、平成11年3月より経管栄養を開始した。同年4月には気管切開、人工呼吸器を装着、平成12年3月に胃ろうを造設した。訪問看護は、主に医療処置および状態観察の目的で開始となり、看護内容は、人工呼吸器の管理、胃ろうの管理、バルンカテーテルの管理、吸引、保清、摘便、注入食介助、介護者不在時の見守り等である。



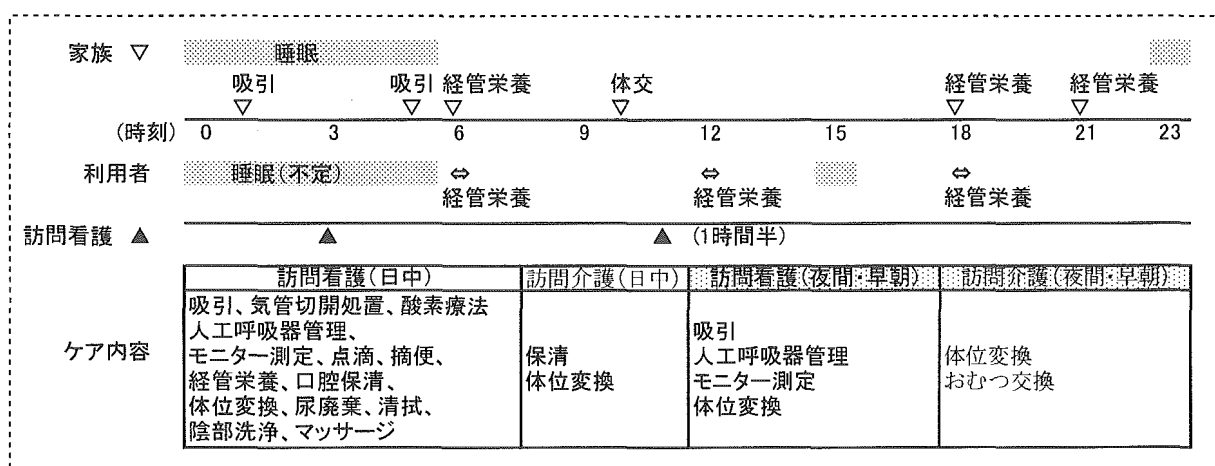
図表 1-1 Iさんの経過図

### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

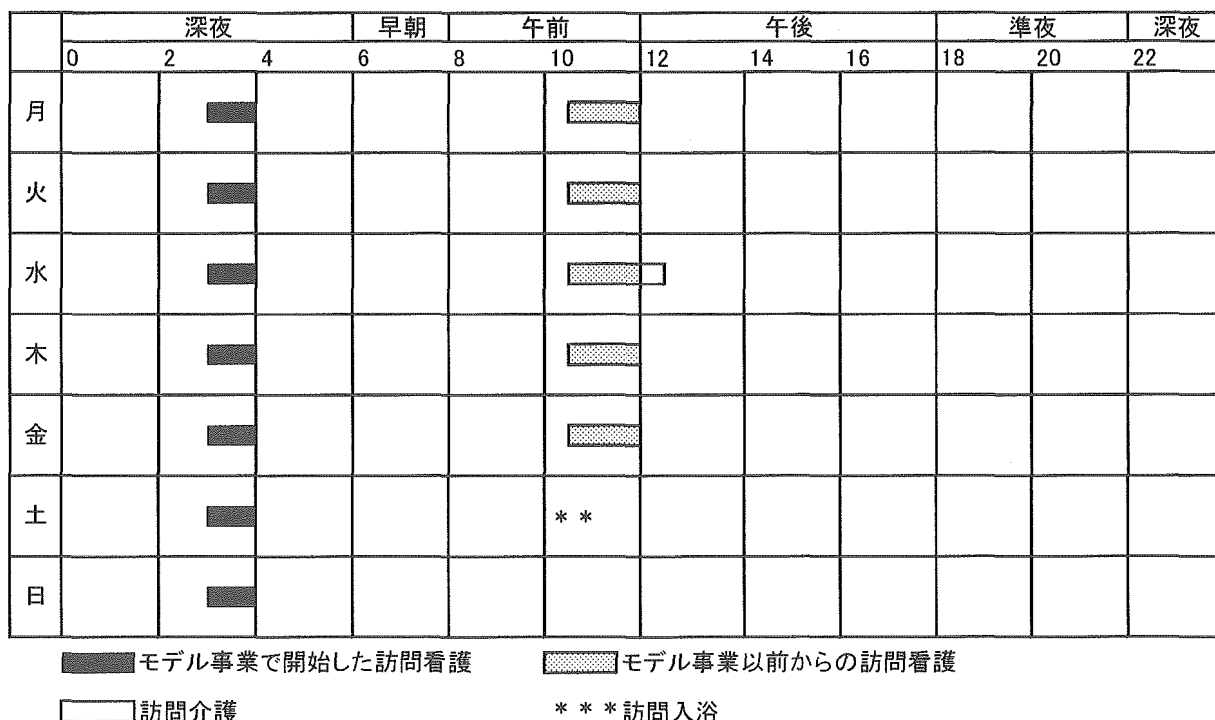
現在、時間帯に関わらず、吸引、体位交換が必要な状態である。そのため、同室に夫が寝て、2時間ごとに吸引と体位交換を行っている。夜はその度に睡眠が中断され、体力的に負担を感じている。そこで、少しでも夫の睡眠時間を確保できるよう、平成17年10月13日より夜中の訪問を行うことになった。

利用時間帯：午前3時～3時30分（毎日）

評価指標：夫の介護負担軽減、夫の安心感、在宅生活の継続



図表 1-2 Iさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）



図表 1-3 Iさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

これまで、2時間ごとに夫が吸引と体位交換を行っていた。午後11時に就寝すると、これまでは、午前1時、午前3時、午前5時に起きていたが、夜間の訪問看護を午前3時に利用することで、1回起きる回数を減らすことができると考えていた。しかし、夫はIさんと同室に休んでいるため、夜間の訪問で目を覚ましてしまうこともあった。

なお、夜間の訪問時に早期の発熱や留置カテーテルの尿漏れを発見したことにより、早めに対処できたこともあったため、予防的な効果もあったと考えられる。

##### <家族の評価>

ヒアリング対象者：夫

夫はIさんと同室に休んでおり、訪問看護師が来ると目を覚ましてしまう時もあったため、なかなか馴染めないまま2ヶ月が過ぎてしまったのが夫の感想であった。

##### <研究者のコメント>

夫は7年にわたって同じサイクルで介護を続けているため、夜間の訪問に慣れるまでは時間がかかると考えられた。他にも、夜間の訪問看護師が日々異なるためか、安楽な体位を確保できる時とそうでない時があり、結局は夫が安楽な体位を整える必要性が生じていた。

#### 5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

まだ自分で介護できそうだと理由から、利用は継続されなかった。



## 医療依存度が高く、病院から在宅への移行に支援を要する事例

- Jさん（58歳 女性）
- Kさん（26歳 男性）

## 安静を保った体位変換を提供することで退院が可能になったJさん

### 1. 基本情報

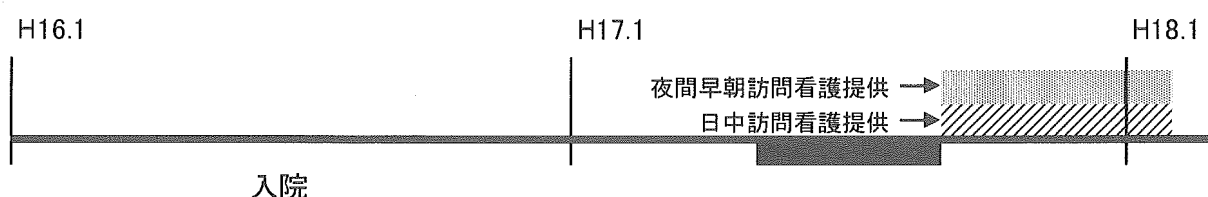
59歳、女性。主病名は胸椎椎間板炎である。日常生活自立度 A、認知症度は I。精神発達遅滞があるため、不安を感じると大声を上げることがある。主な介護者は75歳の姉、姉の長男の嫁であるが、姉は膝関節痛があり、一人では体位交換やコルセットの着脱は難しい状況である。姉の長男の嫁も子育てや仕事があるため介護に時間をかけるのは難しい。

### モデル事業開始時のJさんの基本情報

性別	: 女	世帯	: 2世代
年齢	: 59	同居家族	: 姉、姉の子2人 (別棟に姉の長男夫婦あり)
主病名	: 胸椎間板炎	主介護者	: 姉
要介護度	: 未申請	介護者の状況	: 高齢、変形性膝関節症あり
日常生活自立度	: A	生計	: 障害年金、姉の遺族年金
認知症自立度	: I	サービス	: 訪問介護 9回/週、 通所介護(入浴) 1回/週
		訪問看護	: 2-3回/日、17回/週
		加算	: 24時間 特別指示書

### 2. これまでの経過

入院前までは訪問看護の関わりはなかった。平成17年5月に、腰痛が悪化し、救急外来受診にて、胸椎椎間板炎と診断され入院となる。その後、同年8月に退院が決まったが、入院前の日常生活が自立していた時とは全く異なり、生活全般に介助が必要な状況で退院することへの不安が大きかった。病院では看護師が行ってきた体位交換やコルセットの着脱を家族が行うことへの不安が大きかったため、退院調整の末、平成17年8月23日より、日中と夜間の訪問看護を同時にスタートさせることになった。



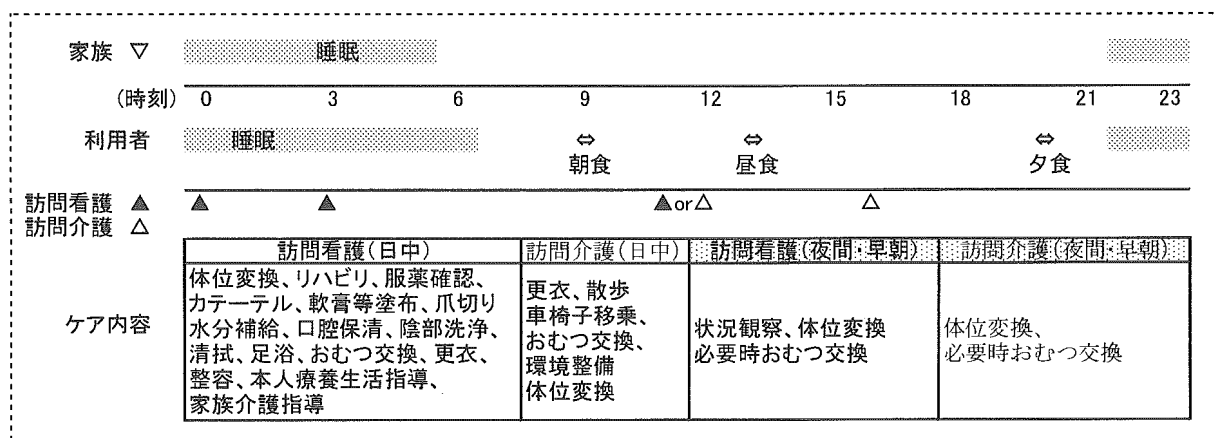
図表 J-1 Jさんの経過図

### 3. 夜間・早朝の訪問看護の必要性および目的

炎症が治まるまでは日中はコルセットの装着が必要である。夜間はコルセットを外して休むが、その際の体位交換は安静度を保ちながら行う必要があるため、医療的知識のある看護師が行う必要があった。家族は体位交換を行うことに対して恐怖心があった。そこで、本人の安静度が上がりコルセットが外れ、家族が体位交換に自信が持てるようになるまで、夜間の訪問看護を利用することとなった。

利用時間帯：午前0時～0時30分、午前3時～3時30分（毎日）

評価指標：家族が在宅介護に自信を持てる、在宅生活のスムーズな導入、褥創の有無、炎症が治まりコルセットを装着せずに生活できるようになる



図表 J-2 Jさんの1日の生活およびケア内容（モデル事業開始時）

	深夜			早朝		午前			午後			準夜		深夜
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22		
月	■	■				■			□					
火	■	■				□			□					
水	■	■				■			□					
木	■	■				**								
金	■	■				■			□					
土	■	■				□			□					
日	■	■				□			□					

■ モデル事業で開始した訪問看護

□ 訪問介護

\*\*\* デイサービス入浴

図表 J-3 Jさんの週間ケアプラン（モデル事業開始時）

#### 4. 夜間・早朝の訪問看護の評価

##### <退院時の評価>

退院の可能性を検討するサービス担当者会議では、在宅の環境整備や介護力不足が原因で退院できない現状があった。特に、夜はコルセットを外すため、安静を保ちながら体位交換を行う必要があった。これに対しては、モデル事業で夜間の訪問看護を提供することができたため、スムーズに退院することができたと言える。

入院前には歩行可能であったJさんとは状態が異なるため、家族の不安は大きかった。施設入所も精神遅滞や整形外科的疾患があると難しい。その様な状況の中、訪問看護師は、病棟看護師、理学療法士からJさんのADLや生活状況を聞き、在宅で起りうることを想定してサービス調整や在宅での環境整備を行った。介護保険適用外であり、障害者手帳がないため、サービスが限られていることも難点の一つであったが、利用できるサービスを話し合いを重ねて最大限活用することができた（車椅子やエアマット等）。

##### <在宅療養時の評価>

退院前の綿密な調整によって、スムーズに在宅生活をスタートすることができたと思う。Jさんは、日中と夜間のケアによって安静度を保つことができたため、平成18年2月には炎症も治まり、コルセットを外すことができた。さらに、夜間の訪問は、家族の睡眠時間を確保し介護負担を軽減していた。その後は夜間の訪問看護を終了させ、夜間の体位交換は家族の介護負担を考慮してヘルパーに移行させた。

安静度を保つ必要があった夜間の体位交換は、医療的知識のある看護師が行う必要があったため、夜間の訪問はJさんにとっては必要なサービスであり、目標も達成できたと思う。

#### 5. モデル事業終了後の夜間・早朝の訪問看護利用

モデル事業終了の頃には安静度が緩和され、コルセットの装着がなくなった。その為、夜間の訪問看護は訪問介護サービスへ移行した。