
平成 29 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業」

訪問看護の情報共有・情報提供の手引き

～質の高い看取りに向けて～



◆ 目次 ◆

1. 本手引きの使い方	1
2. 情報共有・情報提供のあり方	3
(1) 訪問看護職員と介護職員との情報共有のあり方	3
(2) 本ガイドラインにおける看取りに向かう「時期」の区分	5
3. 在宅での看取りに向けた訪問看護職員と介護職員との情報共有のあり方	6
(1) 利用者の状態変化が月単位の時期（看取りに向けたチーム組成時）	6
(2) 利用者の状態変化が週単位の時期	11
(3) 利用者の状態変化が日単位の時期	17
4. 利用者の入院時における訪問看護から病院への情報提供のあり方	22
(1) 病状悪化や看取りが近い状態で入院した場合の情報提供のポイント	22
(2) 利用者の介護保険サービス利用の有無別の情報提供のポイント	22
(3) 情報提供のタイミングと方法	23
参考資料	25
(参考資料1) 利用者事例	25
(参考資料2) 情報共有のためのシートの活用例	29
(参考資料3) 情報共有の方法・ツール別の特性	30
(参考資料4) 訪問看護ステーション全国アンケートの結果	31



訪問・会議で・・・



ノートで・・・



1. 本手引きの使い方

(1) 目的

在宅で質の高い看取りを行うためには、主治医を中心とした医療職員と介護職員が連携し、利用者や家族等の意思決定に沿った形で療養生活を支えていくことが重要となります。利用者や家族等の意向を踏まえた主治医の方針に基づき、利用者や家族等と直接関わる頻度の高い看護と介護の専門職が様々な情報を共有し、連携していくことは、より質の高い看取りに必要な要素となります。また、関係者が適切な情報を適切なタイミングで共有することは、それぞれの専門職が自らの役割を十分に発揮することへと繋がります。

本手引きは、利用者、家族等が満足できるような質の高い看取りを実現するために、訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護事業所の介護職員や居宅介護支援事業所のケアマネジャー等からどのようなタイミングで、どのような情報を得たらよいのか、また提供したらよいのか、情報共有の方法について解説したものです。

(2) 本手引きを読んでいたきたい方

本手引きの主な読み手は『訪問看護事業所の看護職員』です。

訪問介護事業所の介護職員、居宅介護支援事業所のケアマネジャー等との終末期の連携に際して、伝えるべきことを理解しておきましょう。また、訪問看護事業所の看護職員から「このような時期になったら、このような情報が欲しい」「このような症状が現れたら知らせしてほしい」という情報共有のための働きかけを行っていきましょう。介護職員やケアマネジャーの中には、医療職員との情報共有のあり方に苦労している場合もあるでしょう。訪問看護事業所の看護職員から、介護職員やケアマネジャーに対し、提供してほしい情報について伝えておくなど、積極的に働きかけることで、医療職員と介護職員の情報共有がしやすくなります。

また、本手引きは訪問看護事業所の看護職員だけでなく、訪問介護事業所の介護職員、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、さらに、相談業務を行っている行政の相談窓口や地域包括支援センターの職員等にとっても参考となる内容となっています。在宅で質の高い看取りを行うために、地域全体でぜひ活用してください。

(3) 本手引きが対象とする場面

① 在宅での看取りに向けた訪問看護と他の介護サービスの情報共有のあり方

本手引きが対象とする場面として、まず『在宅での終末期』に焦点を当てています。中でも、看取りに向けたチームの形成期は「先に訪問看護、後から訪問介護等の介護サービスが導入された場合（主にがんの方等）」、「先に訪問介護等の介護サービス、後から訪問看護が導入された場合（主にがん以外の方等）」に分

けて、状態やチーム形成のプロセスに応じた情報共有のあり方を整理しています。

在宅での看取りに向けて、訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護事業所の介護職員や居宅介護支援事業所のケアマネジャーから終末期の段階に応じて必要な情報を得ることで、適切な対応がとりやすくなります。また、介護職員やケアマネジャーも、終末期のケアを行う際に不安を感じたり、疑問に思ったりしたことを、訪問看護事業所の看護職員に相談できることで、質の高いケアの提供に繋がります。

② 利用者の入院時における訪問看護から病院への情報提供のあり方

本手引きでは、もう一つの対象とする場面として『利用者の入院時』に焦点を当てています。訪問看護の利用者が入院する際、訪問看護事業所から病院に対して提供する情報について整理しています。入院先の情報提供の対象者は、病棟の看護師や入退院調整部門の医療ソーシャルワーカーなどが想定されます。

訪問看護事業所の看護職員には、病状等の医療的な情報から、在宅での生活の様子、家族関係、看取りに関する希望まで、日々関わっているからこそ把握している様々な情報があります。入院時は、急な対応が医療機関に求められることから、入院前の患者の多様な情報を把握している訪問看護事業所の看護職員は、医療機関に対して、貴重な情報を提供できる立場にあります。

(4) 特徴

本手引きは、看取りに向けてのチームを組成する時期からの利用を想定して作成しています。

一般的には、亡くなる1か月前くらいから、看取りへ向けて症状・状態が大きく変化していきます。訪問介護事業所の介護職員が訪問時にいつもと違うという変化を察知したら、訪問看護事業所の看護職員に伝えてもらうようにしておくことで、適切なタイミングで必要な対応を行っていくことができます。

また、終末期に際し、「このような状態になったら教えてほしい」という具体的な例、情報共有の方法など、現場で役立つ情報を紹介していますのでぜひ活用してください。

さらに、入院時については、本人や家族等のために、どのような情報を医療機関に伝えたらよいのか、医療機関側はどのような情報を求めているのか等、介護保険サービスの利用状況別に紹介していますので、入院の場面でご活用ください。

(5) 活用方法

本手引きは、多くの訪問看護事業所の皆様に活用いただくため、セミナーや研修会のテキストとして自由にコピーして配布いただけるようにしています。ホームページ (http://www.murc.jp/thinktank/rc/report/public_report) にも掲載しておりますので自由にダウンロードしてご活用ください。(ただし、文章の改編等をご遠慮いただくとともに出典を「平成29年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業『訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業』」と明記してください。)

2. 情報共有・情報提供のあり方

(1) 訪問看護職員と介護職員との情報共有のあり方

訪問看護職員と介護職員は、どちらも在宅ケアに携わる専門職ですが、日常的な用語や観察のポイントが異なることから、情報共有がうまくいかないことがあります。特に看取りに向けては、正確かつ詳しい内容の情報をタイムリーに共有する必要があります。利用者にかかわる関係者がチームとなり、お互いの業務等を理解した上で協力体制を構築し、情報共有を行うことが重要です。

① 訪問看護職員の方へ

＜介護職員へ情報発信するときのポイント＞

- 訪問看護職員は介護職員に対して、本人の病状を日常生活と関連させて伝えましょう。
専門用語や略語を使わないようにしましょう。
- 家族に伝える内容は、同時に介護職員にも伝えましょう。
- 訪問看護職員が介護職員へ情報を伝える際は、理由を述べた後に、「伝えたいこと」を具体的に伝えることを心がけましょう。



(悪い例) COPDがあるので感染に注意してほしい。

(良い例) COPD という呼吸器の疾患があるので、〇〇さんは、風邪を引きやすい状態です。予防のために、外出時はマスクをし、戻ったらうがいと手洗いをするように伝えて下さい。

② 介護職員・ケアマネジャーの方へ

＜訪問看護職員へ情報発信するときのポイント＞

- 訪問看護職員は、介護職員の方から伝えられる情報も含めて状態をアセスメントし、対応を判断しています。
介護職員は「伝えたいこと」を先に伝え、後からその理由や背景を言う方が、訪問看護職員はアセスメントしやすくなります。



(悪い例) 訪問したら本人がベッドから落ちていて、横になってもらっています。傷はないですが左膝が痛むようで・・・。

(良い例) 本人が左膝を痛めているので、この後どうしたらよいか相談したいです。実は訪問したらベッドから落ちていたので、横になってもらっています・・・。

③ 専門職のチーム力を高めるためのポイント

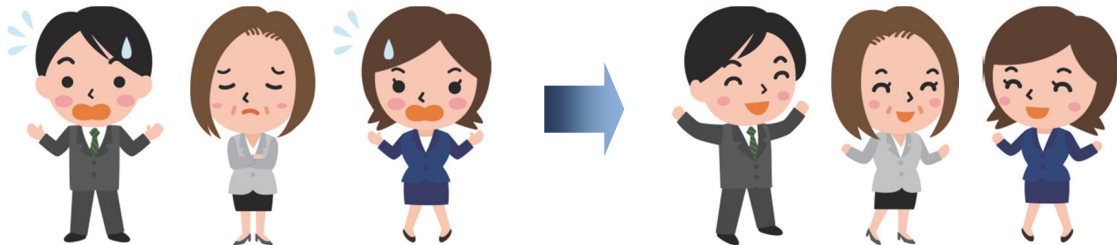
ご本人が望む「自分らしい最期の迎え方」を支える終末期のケアを行うためには、主治医を中心として、医療、介護の専門職それぞれが専門性を発揮し合い、一つのゴールに向かう「チーム」として機能することが重要となります。

良いチームの形成のためには、日々のやりとりを通してお互いが成長しあうという意識を持つとともに、情報提供してもらった際は感謝の気持ちを伝えるなど、円滑なコミュニケーションに努めることも大切です。

さらに、利用者が亡くなった後、関係者間で終末期のケアについて振り返りを行う等により、一層のチーム力の向上につながることもあります。

本手引きでは、終末期を支えるチームのうち、訪問看護職員と介護職員やケアマネジャーとの連携に着目し、チーム力を高めるために重要な点をあげていますので、手引きを読み進める際の視点として参照してください。

- お互いを専門性の異なる相手として尊重しましょう。
- 相手の役割を理解しましょう。
- いつ・何を・誰と「情報共有」するのかを把握しましょう。
- 情報共有すべき内容やタイミングを踏まえ、自らがどう対応したらよいかを明確にしましょう。
- 情報共有により、お互いが成長しあう機会となることを理解しましょう。
- 感謝の気持ちを伝えるなど、円滑なコミュニケーションに努めましょう。



④ 個人情報の取り扱いについて

利用者の情報の共有にあたっては、個人情報を取り扱うため細心の注意を払うことが必要です。特に、ICTを活用した情報共有などにおいては、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、個人情報が流出しないようセキュリティが確保されていることを確認する等の対応を行う必要があります。

(2) 本ガイドラインにおける看取りに向かう「時期」の区分

看取りを視野に入れた在宅療養においては、看取りに向かう時期に応じて情報共有するチームメンバー、共有の必要な情報の内容、情報共有の頻度・方法が変わってきます。利用者の状態と必要な対応が変わってくることから、これは当然の変化です。ただ、看取り後に逆算して時期を確認するのではなく、実際に在宅療養を行っている最中に情報共有のあり方を変えるタイミングを判断するには、利用者の状況を的確に把握し、リアルタイムで判断することが必要となります。

療養中の患者の予後を予測するためのツールについて検討がすすめられています⁽¹⁾。ツールの中で用いられている、在宅で非侵襲的に活用可能な指標としては、パフォーマンス・ステータス⁽²⁾（日常生活の制約の程度）、経口摂取の状況、呼吸状態、意識状態、浮腫などがあります。これらの指標と血液データなどの組み合わせにより、予後が1月末満、あるいは1週間末満といった予測を、一定の信頼性をもって行えることがわかっています。

在宅療養中の利用者において、チームが信頼性のある予後予測を行うことは難しいですが、上記の指標をはじめとする、利用者の心身の変化に注意することで、看取りに向けた時期の移行を判断することが、ある程度可能になると考えられます。

本ガイドラインでは、看取りに向かう時期を大きく3つに分けることとします（図表1）。

図表 1 看取りに向かう時期の区分

1. 変化が月単位	⇒	2. 変化が週単位	⇒	3. 変化が日単位
<ul style="list-style-type: none"> ●利用者の身体または生活の状態が前の年の同じ時期、あるいは前の季節より悪化していることに気づく時期。 ●チームの構築・見直しを行い、チーム内での意思疎通を図ることが必要となる。 		<ul style="list-style-type: none"> ●利用者の状態が前の月よりも悪化していることに気づく時期。 ●チーム内で看取りに向けた準備を進めることが必要となる。 		<ul style="list-style-type: none"> ●利用者の状態が前の週よりも悪化していることに気づく時期。 ●ケアに関わるメンバーすべてが、看取りがいつ起きてもおかしくないという認識を持ってケアを進めることが必要となる。

これらの区分は、在宅療養中の利用者が入院するタイミングについて主治医に進言する際や、訪問看護から医療機関に情報提供を行う際にも、そのタイムリーさや内容を考慮するうえで活用することができます。

3. 在宅での看取りに向けた訪問看護職員と介護職員との情報共有のあり方

ここからは、在宅で療養中の看取りに向かう利用者について、訪問看護職員と介護職員がどのようにチームを作り、情報を共有していけばよいかを、時期別に示していきます。

(1) 利用者の状態変化が月単位の時期（看取りに向けたチーム組成時）

① 月単位の時期とは

利用者の状態の変化が月単位の時期とは、生活や身体の状態は前の月とほぼ同じですが、前の年の同じ時期、あるいは前の季節より悪化していることに気づく時期です。看取りは一般的に2～3か月先と考えられます。

この時期には、医療と介護が連携した終末期ケアのチームの始動に向けて、まずは、チームの組成に向けて取り組んでいくことになります。



ただし・・・

医療機関から在宅に移行した段階で既に予後が数週間や1週間以内と考えられ、利用者の状態の変化が週単位、日単位であるケースもありえます。そのようなケースも含めた全てのケースにおいて、この終末期ケアのチーム組成に向けたステップは、共通して必要なプロセスとなります。

まず最初に、チームのメンバーとそれぞれの役割について理解し合い、情報共有の方法を含めて合意形成を行うことが重要なポイントです。

② 月単位の時期の見極め

月単位の時期は、先月と今月の生活にあまり変化がなく、ケアプランも大きく変更することがない時期ですが、利用者や家族等の様子や利用者のサービス利用状況に合わせて、チームを組成することを検討していきます。以下に、利用者のサービスの利用状況により《パターン1》《パターン2》《パターン3》に分けて確認項目の例を示します。

《パターン1》先に訪問看護、後から訪問介護等の介護サービスが導入された場合

主に、がんなど病気の進行が早い方で、病院での治療を終えて在宅に移行されてきた方等が想定されます。

＜訪問介護等のサービス導入を提案すべきタイミングに関する確認項目＞

- 身体症状のコントロールはできているが、生活環境のサポートが不十分である。
- 一人で日常生活を送ることが困難になり、援助が必要になってきている。
- 本人が困っている、または、家族が困っている。

＜生活の変化の具体例＞

- 室内外の移動（買い物に行く・トイレに行く）に困ることが出てきている。
- 食卓に向かって食事をしていたが、自分で食卓に向かわなくなっている。
- 食事介助をしてもらうことがある。
- 時々、食事を残すことがある。
- おむつに失禁するなど、トイレに間に合わなくなる。
- 入浴はしんどいと言って嫌がる等、入浴頻度が減る。
- おしゃれな人が、服装等を気にしなくなる。

《パターン2》先に訪問介護等の介護サービス、後から訪問看護が導入された場合

主に、在宅療養を長期間行ってきた方で、老衰などで終末期の状態になった方等が想定されます。このような場合は、訪問看護職員はまだ利用者に関わっていませんので、訪問看護事業所として普段から連携している事業所の介護職員やケアマネジャー等に対し、終末期に向けたステップとして、医療サービスの導入を提案・検討する時期や、考える目安となる項目例などを伝えておくなどするとよいでしょう。

＜そろそろ医療サービスにつなぐべきタイミングに関する確認項目＞

- 通院すること自体が難しくなってくる。
- 長く通っている病院の医師から、そろそろ地元の医師に診てもらう方が楽なのではないかという話が出る。
（参考：ケアマネジャーが行うこと）
 - ・ケアマネジャーは、「受診も難しくなってきましたね」と家族等に伝え、「専門医ではなく身体全般を診るかかりつけ医を探しませんか」と提案する。

＜生活の変化の具体例＞

- 体力的に医療機関に行くのが難しくなっている。
- 少し動くとぜいぜいする、息が荒くなるようになってきている。
- 仙骨部に発赤ができるようになってきている。
- 診察時の順番を落ち着いて待てなくなっている。
- 飲み忘れが増えるなど、自分で服薬管理ができなくなっている。
- 片付けられなくなり、部屋が散らかっている。
- 年齢が理由とはいええないような、何か変だなと感じることがある。
- 風邪などで体調を崩して回復した後、ADLの自立度が一段階下がった状態となる。
- 春と夏など、2シーズン続けて風邪や脱水を起こしている。

《パターン3》既に介護・医療サービス両方を利用している場合

《パターン1》《パターン2》の両方を読み、終末期に入ったことを認識するとともに、チーム組成を検討していきましょう。

③ チームとしての目標

終末期ケアのチーム形成を行うことが重要な時期となります。時期を逃さないよう、看護職員側も介護職員側も終末期に入ったことをできるだけ早くキャッチし、チームメンバー間で、その状況を共有しましょう。

<チームとしての目標>

- 訪問看護職員と介護職員、ケアマネジャー等が、チームを組んで終末期のケアを開始する時期であることに気づく（見逃さない）。
- 看取りケアに向けた医療・介護が連携した終末期のケアチームを構築する。
- チームメンバーによる初期ミーティング（退院時カンファレンス、サービス担当者会議）を行う。
- 主治医を含めた在宅療養に関わるチームメンバーと利用者本人・家族等の間で、利用者本人の病状について共通した理解をする。
- 主治医を含めた在宅療養に関わるチームメンバーと利用者本人・家族等の間で、支援方針について検討し、決定する。

④ 共有する内容についての詳細

この時期、チームとして在宅療養の支援の在り方等の全体の方向性について、利用者本人の意思を確認し、家族等やその他チームのメンバーと合意形成を行います。

特に重要なのは、利用者本人と家族等の意向です。利用者本人と家族等の意向をふまえて、ケアの方針をチームメンバーで共有した上で、終末期ケアを実施していくこととなります。

また、この時期は、徐々に病状が進み、病状に伴ってADLなどの生活の変化が生じてきます。生活の変化についての情報共有が重要になる時期ですので、介護職員等に対し積極的に訪問看護職員への情報提供をしてもらうよう、情報提供してほしい内容等について具体的に説明しておくなどしておきましょう。

<全体の方向性の確認や合意形成を行う内容>

- 家族等の中で窓口となる人（キーパーソンや主介護者）を確認する。
- 今までどのように生きてきたか、今後の在宅療養のあり方を含めどのように生きていきたいのかという利用者本人の意向（意思や価値観）を確認する。（本人が捉える意思決定の代理者の確認を含む）
- 利用者本人の意思を踏まえ、家族等に今後の在宅療養に関する意向を確認する。
- 看取りの対応について利用者本人、家族等に説明し同意を得る。
- 終末期の延命処置等に関する話し合いを行う、またはそのタイミングを意識しておく。
- 今後の予測される病状と対応について、チームメンバー内で共有し、それぞれの具体的な役割や対応について合意形成する。
- 利用者本人と家族等を含めたチームとしての方向性とチームメンバーそれぞれの役割を確認する。
- 24時間の連絡体制を構築する。
- 緊急時の連絡先（急変時は救急車を要請するかも含めて）を確認し、家族等に説明するとともに介護職員等や関係者間で共有する。

この時期は、ケアマネジャーに情報を集約、相談しつつチームを構築していくことが重要です。訪問看護職員と介護職員、ケアマネジャーの間で、情報共有が必要な内容について、時期を見逃すことなく適切な時期に、情報共有を行っていきましょう。

《パターン1》先に訪問看護、後から訪問介護等の介護サービスが導入された場合

<訪問看護職員から介護職員・ケアマネジャーへの情報提供>

- 病状や治療の変化に関する医師からの説明が、介護職員とケアマネジャーに伝わっているか、それを理解しているかを確認しましょう。
- 訪問看護職員から医師の説明を補足するなど、丁寧な説明をしましょう。
 - 病気の経過、既往歴
 - 病状・ADLの低下による、生活への影響と変化
 - （倦怠感の増強や筋力の低下によりトイレに行けなくなり、ベッド横のポータブルトイレの利用や床上での排泄となっていき、オムツの利用が始まるなど）
 - 具体的な日常生活上の注意点や介護方法

《パターン2》先に訪問介護等の介護サービス、後から訪問看護が導入された場合

＜訪問看護職員からケアマネジャーへの情報提供＞

□病状や今後の経過

（参考：情報共有をされたケアマネジャーが行うこと）

- 現在派遣されている訪問介護職員に継続して最期まで支えられるかを確認する（→必要に応じて、看取りの可能な介護事業所を調整する）
- 今後の予測を医師等を確認する（→訪問看護の頻度を増やすべきかを検討し、ケアプランに反映させる）
- 緊急時の対応の必要性を検討し、対応方法を確認する（→24時間体制や緊急時の対応の必要性について検討し、適宜、対応方法について、医師や看護職員に確認する）

＜介護職員・ケアマネジャーから訪問看護職員への情報提供＞

□ADLの低下による生活の変化

《パターン3》介護・医療サービス両方を利用している場合

《パターン1》と《パターン2》の両方を読み、必要な情報提供ができているかを確認しましょう。

⑤ 情報共有の方法

この時期は、利用者の病状の進行がゆっくりですので、リアルタイムでの情報共有といったスピードは求められず、利用者の状態に合わせて日常的な情報共有を行います。また、終末期に向けたチーム形成が重要な時期でもありますので、チーム形成後は、チーム間で決めた情報共有の手段を用いて、適切に情報共有を行っていきます。

＜情報共有の手段の例＞

- 連絡ノート
- FAX
- 電話
- 電子メール
- 同行訪問
- SNS（チームメンバー間で利用できるチャットや掲示板）



(2) 利用者の状態変化が週単位の時期

① 週単位の時期とは

週単位の時期とは、ある日とその1か月前の頃を比較したときに、ADLや症状に変化が見られる時期です。1か月前とADLや症状が異なるということは、1か月間の間にADLや症状が変化していることと推測され、1か月ごとのまとめでは考えることが難しい時期となります。このことから、1か月単位でケアやサービス提供を考えるのではなく、週を単位にこれらを考えなければならなくなります。最も速く悪化した場合、約1か月後に看取りとなる可能性があると考えられる時期となります。

この時期は、家族等や介護職員等が、「先月と様子が違う」、「先月は～ができていたのに、今はうまくできないがどうなってしまったのだろう」、「先月のようにケアしてよいのか」などの気づきにより、病状が悪化したことを認めざるを得なくなる時期です。また、終末期ケアに不慣れな介護職員等の場合は、これから起こるさらなる病状の悪化に不安や恐怖を感じることもあります。

疾患が異なっても、死亡の2週間ほど前に見られるADLの変化や新たに出現する症状は、比較的共通するといわれています。死亡の2週間前には、先週見られなかった変化が次々と起こるようになります。つまり、これは先週と今週が異なる日単位の時期になっていくということです。

週単位の時期は、日単位の時期に移行する前の大切な時期として位置づけられます。週単位の時期には、利用者に起きた変化をチームで共有することや、利用者と家族等の苦痛を少しでも緩和するためのケアを実施すること、看取りに向けて療養生活を支援のあり方を考えることが重要となります。

② 週単位の時期の見極め

週単位の時期に移る前の月単位の時期は、ケアプランや状態にもあまり変化がなく生活が安定していました。しかし、週単位になると、ある日とその1か月前を比べたときに色々な変化が見られるというのが特徴です。

週単位の時期を表す変化については、一つ一つの項目をみて、それだけで週単位になったと判断することはふさわしくありません。なぜなら、利用者によっては、月単位の時期から移動に障害がある人もいれば、長期に渡り便秘の症状をもつ人もいるからです。そのため、これらの変化が、先月と比較して悪化または増強した、あるいは新たに出現したという違いに着目するようにします。

週単位の時期からさらに進んで日単位の時期になると、さらに苦痛となる症状が増加し、急いで対応しなければならないことも増え、それらの毎日のように起こる変化についてチーム内で共有することも非常に困難になります。したがって、

まず週単位の時期の見極めをしっかりと行い、この時期より多職種からなるチームでケアを積極的に行うようにすることが重要です。

＜週単位の時期に見られる ADL の変化＞

移動の障害：

（例）先月まで歩いて居宅内を移動していたが、支えや杖・車椅子の使用など、移動に介助が増えた。

排泄の障害：

（例）先月までトイレで排泄していたが、介助が必要となり、ポータブルトイレやおむつが必要となった。

先月まで失禁がなかったのに、失禁がみられるようになった。

入浴（清潔）に伴う障害：

（例）先月までの方法が難しくなり、入浴から清拭のように清潔ケアの方法の変更が必要となった。

先月に比べて、入浴の回数の減少や 1 回の入浴時間の短縮がみられる。

外出機会の減少：

（例）先月まで通所サービスの利用や外出を行っていたが、その頻度が減少した。先月に比べて、散歩や買い物に行こうとしなくなった。

＜週単位の時期に見られる身体の症状＞

痛みの出現や増強：

（例）先月まで痛みを訴えていなかったが、痛みを訴えるようになった。

先月まで痛みに対して行っていた治療（鎮痛剤の内服や湿布）や生活の工夫（温冷罨法や休息）によっても、痛みが軽減しなくなった。

食欲不振の出現や増悪：

（例）先月まで見られなかった食欲不振を訴えるようになった。

先月に比べ食欲不振の増悪により、食事摂取量が低下するようになった。

先月に比べて食事摂取にこれまでより時間がかかったり、食事形態を飲み込みやすいものや柔らかいものに変更するようになった。

便秘の出現や増悪：

（例）先月まで見られなかった便秘をするようになった。

先月までの便秘の対処方法（下剤の内服や食事の工夫）では便秘が解消しなくなった。

③ チームとしての目標

週単位の時期には、疾患や利用者の状況によって、医療と介護のどちらのサービスが先に関わっていたかというチームの形成過程に違いがあります。しかし、この時期では、日単位の変化の時期に備えて、急いでチームを整え、チームの目標を一致させる必要があります。

＜チームとしての目標＞

- 利用者本人と家族等に関する情報を共有し、チームの形成あるいはチームとしての体制の強化を図る。
- 月単位の時期では見られなかった利用者本人と家族等の苦痛に対して、それぞれ緩和を図る。
- 日単位の時期に備え、看取りを視野に入れたケアの方向性を再度もしくは新たに確認する。

週単位の時期になるまでのチーム形成は、疾患等による状態や経過等によって異なる特徴が見られます。

《パターン1》先に訪問看護、後から訪問介護等の介護サービスが導入された場合

＜状態、経過等の特徴＞

- がん・心不全・呼吸不全・腎不全などの治療のため、通院していたり、入退院を繰り返していたりすることが多い。
- 利用者や家族等は、既に病院や診療所との関係が構築できている。
- ADL が比較的高く維持されていて、介護サービスを利用していないことが多い。
- 利用者の意思や希望により、介護サービスを利用していない場合もある。
- 麻薬の服用や医療処置、または医療機器を利用している場合がある。

＜チーム形成の特徴＞

- この時期に、在宅療養を開始すると、急遽チームが形成される。
- 訪問看護からケアマネジャー等への提案で、介護サービスを利用し始める。

《パターン2》先に訪問介護等の介護サービス、後から訪問看護が導入された場合

＜状態、経過等の特徴＞

- 脳血管障害や認知症などにより、ADL に介助が必要な状態が続いている。
- 利用者本人や家族等とケアマネジャーは既に関係が構築されている。
- 通所介護・通所リハビリテーション・訪問介護などのサービス提供者とも利用者本人や家族等は関係が築かれている。

＜チーム形成の特徴＞

- 介護サービスを主としたチームが既に形成されている。
- 訪問看護がこれまでのチームのメンバーに新たに追加される。

④ 共有する内容についての詳細

週単位の時期にチームとして共有する情報は、まずは利用者自身の ADL や身体
の症状に見られる変化です。その変化によって、家族等も不安や恐怖を感じる
等、ADL の低下は介護負担を増大させることに繋がるために、家族等に関する
情報も非常に重要となります。

在宅療養では、チームのメンバーが利用者本人や家族等に接する時間が断片的
にならざるを得ません。例えば、訪問看護や訪問介護では、同じ事業所からサー
ビスを提供したとしても、その日ごとの担当者が異なれば、前回の訪問での利用
者の情報を共有することが難しい場合さえあります。そこで、異なる事業所の異
なる職種であっても情報共有が適切に行えるよう、迅速に、かつ的確に伝わる方
法を考えていくようにするとよいでしょう。

1) 訪問看護職員と介護職員が共通して情報提供を行うこと

次に挙げる情報は、訪問看護職員と介護職員のどちらも得られる情報なので、
双方で、気づいたことを迅速に共有するようにします。介護職員は訪問回数が
訪問看護職員より多い傾向があるため、介護職員が先に変化を発見すること
もあるので、訪問看護職員は介護職員にこれらの情報を得たら教えてほしいと伝
えておきます。

介護職員は自分たちから訪問看護職員に報告するのを躊躇するという報告も
あるため、訪問看護職員から「何でも気づいたことは教えてください」とか「気
になることや心配なことは大切な情報だから共有しましょう」などと、日頃か
ら優しく丁寧に伝えておくことが重要です。

<利用者自身の情報>

- ADL に関する変化（移動、食事、排泄、清潔、睡眠など）
- 症状に関する変化（食欲不振、便秘、倦怠感、呼吸困難、痛みなど）
- 現在の苦痛（身体的痛みの部位と程度、心理的苦痛・社会的苦痛・スピリ
チュアルペインの有無と内容など）
- 利用者自身の療養に関する意向・要望（特に、入院希望の有無）

<家族等の情報>

- 介護を行う家族等のメンバーと役割
- 介護に関する不安や負担感
- 現在の家族等の生活状況（日常生活や就労など）
- 今後の生活に対する意向・要望（特に、入院希望の有無）

＜支えるチームの情報＞

- チームのメンバーである事業所・職種とサービス提供内容
- チームとしての支援方針や方向性
- 今後チームに新たに加わると推測されるメンバー
- チームのメンバーのケアに関する疑問や不安

2) 訪問看護職員から介護職員に情報提供を行うこと

下に挙げる情報は、医師とより密な連携の上でサービスを提供しており、かつ医療専門職である訪問看護職員が得られる情報やその情報に基づくアセスメント内容です。これらの情報を得た場合は、訪問看護職員は介護職員に迅速に情報提供を行いましょう。

＜今後の見通し＞

- 病状が悪化したときに推測される ADL や症状の変化
- 今後、必要となるであろう医療処置や医療機器等
- 病状が悪化していくときに生じる家族等の介護負担の変化

＜医師との連携状況及び内容＞

- 現在の病状や変化の速さの判断
- 医師や訪問看護職員の 24 時間対応の体制
- 介護職員から訪問看護職員への緊急時の連絡方法やタイミング

3) 訪問看護職員とケアマネジャーが共通して情報提供を行うこと

訪問看護職員とケアマネジャーの双方から、気づいたこと及び医師や介護職員等から得た情報について、迅速に共有するようにします。介護職員が先に変化を発見した場合等、ケアマネジャーに対応を相談していることもあるので、訪問看護職員は、ケアマネジャーが各介護サービス事業所より得た情報について細やかに教えてほしいと伝えておきます。

⑤ 情報共有の方法

週単位の時期は、先月までの生活とは異なるものの、先週や前日と状況が異なるほど変化は急速ではありませんが、どこかのタイミングで日単位の時期に移行するかもしれないという時期でもあります。そこで、週に1, 2回程度の情報共有の機会を作る等すると、チームのメンバー全体に確実に情報を伝えることができます。

一方、この時期は生活環境や医療処置等にも変化を生じやすい時期です。例えば、寝具をこれまでの布団から介護用のベッドに変更したり、いままで使っていなかった酸素吸入を新たに使い出したりすることもあります。そのため、新しくチームにメンバーが加わったり、ケアの方法に変化が生じたりした場合には、できるだけケアカンファレンスを行うなど丁寧な情報共有を行うようにします。

また、週単位の時期にチームがカンファレンス等で互いの顔を知っておくことや、チームでしっかりと方針を共有することは、日単位になった時に大変役立つものです。日単位の変化の時期には、毎日のように情報共有が必要となり、多くの場合は電話が使われます。また情報共有のスピードが速くなると、互いの不安や疑問に気づいたり、相手の立場を考慮したりすることが困難になっていくことから、週単位の時期に、互いに顔を合わせる機会を作る等により、その後も一体感を持ったチームとして終末期のケアを行うことができるでしょう。

<日常的な情報を共有する間隔>

- 週に1～2回

<目的別の情報共有の手段の例>

○日常的な情報共有のため

- 利用者宅に保管されている介護記録や介護ノート
- F A X
- 電子メール

○生活環境やケア提供方法に変化が生じたことを共有するため（適宜）

- 同行訪問
- 写真や画像が添付された資料、あるいは電子メール

○看取りに向けたチーム醸成のため（適宜）

- ケアカンファレンス
- 在宅療養を継続する可能性が高い場合、できるかぎり主治医とのカンファレンスや相談の機会を設定することを検討する



(3) 利用者の状態変化が日単位の時期

① 日単位の時期とは

利用者の状態変化が日単位の時期とは、利用者の状態が前の週よりも悪化していることに気づく時期です。「がん」か「がん以外」かといった疾患による明確な違いや特徴が消失し、身体症状は時期に依存して変化します。ADLの低下、経口摂取困難、意識の低下など日常生活が縮小していきます。したがって、この時期は訪問看護と訪問介護等の介護サービスの両方が利用されていることが多いです。

ケアの内容が急速に変化し、家族等の介護負担が増加しますので、家族等に対するケアの重要性が増します。利用者・家族等の意向に沿って、死を迎える準備を始める必要があります。

② 日単位の時期の見極め

利用者の心身の状態を踏まえて、看取りに向かう時期が一段階進んだことを的確に把握する必要があります。

今日の利用者の状態が1週間前の同じ曜日と比べて違いがあれば、利用者の状態の変化が日単位の時期に入ったと判断します(時に、回復する場合があります)。

昨日と比べて変化が見られれば、利用者の状態の変化が時間単位の時期に入ったと判断します。

<日単位の時期に見られる身体の症状>

- パフォーマンス・ステータスの低下
- 意識レベルの低下、水分の嚥下困難、呼吸状態の変化、皮膚色の変化、尿量の減少／等⁽³⁾

③ チームとしての目標

利用者が安らかな死を迎えられ、家族等も含め、看取りにかかわるチームのメンバーにとって悔いが残らない看取りができることがチームの目標となります。

<チームとしての目標>

- 利用者本人が最期まで安楽で尊厳の守られたケアが受けられる。
- 今後起こりうることを予測し、これからどうなるのかという家族等の不安を軽減するとともに、急速なケア内容の変化に伴う家族等の介護負担を軽減する。
- 情報内容・情報量の急速な変化に対応し、チーム内で情報をタイムリーに共有して共通認識を持ちながら、利用者本人・家族等の希望に沿った看取りに向け、サポート体制を整える。

④ 共有する内容についての詳細

この時期は、利用者の状態の変化が速く、情報の内容・量も急速に変わります。訪問看護の訪問回数も増え、情報共有の頻度も高くなります。

訪問看護職員から医師・介護職員・ケアマネジャーへは、訪問看護職員も予後予測しつつ、医師や家族等に利用者の状態変化に関する訪問看護職員としての判断を伝え、チームが共通認識を持てるよう働きかけます。

訪問看護職員は、日ごろ訪問している介護職員やケアマネジャーからタイムリーに必要な情報をもらい、訪問看護職員は医療専門職として介護職員やケアマネジャーに必要な情報提供を行い、チームとして看取りに向けた準備や対応を行うことが重要です。

利用者の心身の状態の変化には次のような特徴がみられることが多くなる時期であり、まず、相互にタイムリーな情報共有をしていきましょう。

<利用者自身の情報>

移動・姿勢

死の2週間前頃から全身倦怠感が出現することがある。

衰弱が進み、起き上がる力が低下する。

※介護職員からの「『面倒くさい』と言うようになった」などの情報は重要です。

介助を得ても立ち上がれなくなり、常時、臥床している状態となる。徐々に、寝返りを打つことも難しくなる。

がん患者の場合、歩行困難がみられる。(死の5日前頃から半数の患者に出現⁽⁵⁾)

経口摂取・水分摂取

死の7～10日前頃から、経口摂取量の著明な減少やむせがみられ、高カロリー流動食などを摂取する程度になる。

※介護職員からの「水を口に入れてから飲み込むまでに時間がかかった」などの情報は重要なサインです。

極度に衰弱が進行すると、嚥下そのものが困難となって飲み込みにくくなり、口を湿らす程度となる(死の2,3日前頃)⁽⁶⁾。

さらに意識レベルが低下し、昏睡になると口腔ケアのみとなる。

排泄

多くの場合、死の2,3日前頃になると尿量が減少(1日250ml以下)⁽⁶⁾する。前日では12時間で100ml以下⁽²⁾になる。

皮膚

□四肢末梢の冷感やチアノーゼ、顔の相（顔貌）の変化、発汗などがみられる。

※チアノーゼは手足、口唇、鼻、口腔粘膜などにみられる。足先を手でそっと握ると冷たい感じがして、しばらくすると色が変わってくるのが死亡前のチアノーゼです⁽⁴⁾。

※介護職員からの「下肢を清拭すると紫色になって、午前よりも午後の方が紫色の部分が増えた」などの変化を示す情報は重要です。

発熱

□この時期 38℃以上の発熱がみられることがある⁽⁶⁾。

意識・せん妄

□死の1週間前頃から傾眠傾向となります。声をかけると目を開けるが、すぐ閉眼してしまふ。

※「3日前に訪問したときには目を開けて話していたが、今日訪問したら眠ってばかりだった」「訪問時にはいつもは目を開けていた（覚醒していた）のに、今回は眠っていた」などの介護職員からの情報は重要です。

□徐々に意識レベルが低下して昏睡状態となり、死の1,2日～数時間前頃になると声をかけても目を覚ますことがなくなる。

※聴覚は最期まで保たれるといわれていますので、会話の内容に配慮が必要であることを家族等や介護職員に伝えましょう。

□せん妄は、意識狭窄・意識変容の一型であり、ほとんどの場合死亡直前にせん妄となる。

※家族等や介護職員の「つじつまの合わないことを言う」「昼にうとうとするけど夜眠れていない」などの訴えや「手足を動かす」「布団を蹴飛ばすなど落ち着かない」などの情報はせん妄に気づくきっかけになります。

※意識、認知機能、日内変動（症状に波がある、夜間に悪化する）、昼夜逆転など、観察してほしいポイントを介護職員に具体的に伝えておきます。

呼吸

□チェーン-ストークス呼吸や死前喘鳴が出現することがある⁽⁹⁾。

□呼吸がさらに弱くなると、喘鳴が聞こえなくなることがある。

※死前喘鳴が消失し、下顎呼吸に移行するという変化は死期が迫っていることを示しています。

疼痛

（参考：ホスピスに入院中の患者を対象とした調査⁽⁸⁾）

- 死亡前 48 時間に 18%の患者に疼痛があり、29.5%の患者に新たな疼痛が出現し、21.5%の患者はそれまで緩和されていた疼痛が増強した。
- 強オピオイドの投与量は、死亡前 48 時間以内に、40%の患者で増量、39%で量の変化はなし、12%で減量されていた。

また、次のような点について、再度、チームで情報を共有することが必要でしょう。

1) 訪問看護職員、訪問介護職員やケアマネジャーが共通して情報提供を行うこと

実際に利用者の最期が近づくと、利用者も家族等も不安になってこれでよいのかと心が揺れ動くことがあります。利用者や家族等に迷いがある場合はその理由を確認したり、利用者と家族等の意向が異なる場合は双方から別個に話を聴いたりするなどが必要となります。その際、具体的な会話や発言内容の共有も重要です。

- 最期の過ごし方についての利用者本人の考え方の変化
- 最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化
- 家族等の状況の変化、家族等の疲弊の状況
- 利用者本人・家族等からの相談内容

2) 訪問看護職員から訪問介護職員やケアマネジャーに情報提供を行うこと

次に挙げる情報は、医師とより密な連携の上でサービスを提供しており、かつ医療専門職である訪問看護職員が得られる情報が中心となる内容です。これらの情報について、訪問看護職員は介護職員やケアマネジャーに対してタイムリーに情報提供を行いましょう。

- 主治医の治療や療養上の方針
 - ※死の1週間前ごろから内服が困難^⑥になる。治療のメリット・デメリットを考慮して、治療の中止・変更の指示や、症状を緩和するための薬剤の処方・変更の指示が出ることがあります。
- 訪問看護職員が実施した看護ケアの内容・必要な処置
- 利用者の今後の状態変化の予測と利用者の状態に合わせた介護方法
 - ※介護職員等の不安や負担の軽減につながります。
- 死亡時の対応方法

⑤ 情報共有の方法

この時期に入ると、訪問看護を毎日利用する事例が多くなります。医師との密接な連携が必要になり、医師と訪問看護職員だけで終末期ケアの方針の共有や方針に基づく終末期ケアの提供が先行してしまう傾向がありますが、チームとして看取りができるように介護職員やケアマネジャーとも密接に連絡をとり、情報共有を行いましょう。

利用しているサービスの回数や時間帯を変更した方がよいと判断した場合は、ケアマネジャーにケアプランの変更について提案し、調整をしてもらいましょう。

医療保険の訪問看護を提供している場合も、訪問看護の回数や時間帯を変更する時は、介護職員やケアマネジャーに同様に連絡しましょう。また、訪問回数や時間帯等の予定が変わらない場合であっても、提供される看護ケアの内容が変わり、注意が必要な時は介護職員に直接伝え、その旨をケアマネジャーにも伝えておきましょう。

日単位で変化していく時期に入ると、数値には表れず、言葉でも表現できない変化を感じることがあります。特に、長い期間、療養者の日常生活をサポートしてきた家族等や介護職員が感じとる変化が判断の重要なポイントとなることがあります。客観的なエビデンスはなくとも、「昨日（前回の訪問）と違う」「何か変」といった些細な変化があれば躊躇せずに伝えてもらいましょう。また、そのような関係性を築くことが重要です。

情報内容や情報量が急速に変わるため、同時に多数で情報を共有できる SNS やメーリングリスト、オンラインシステムなどを利用するのもよいでしょう。特に文字データだけでなく、画像データや動画といった形式の情報を共有できるツールが有用と考えられます。ただし、これらのツールを使用する場合には、情報セキュリティに十分留意しましょう。

<情報を共有する間隔>

- 毎日（状態変化時）

<目的別の情報共有の手段の例>

- ケア提供方法に変化が生じたため（適宜）
 - 電話
 - FAX
 - 写真や画像が添付された資料、あるいは電子メール

<情報共有の進め方のポイント>

- 医師だけでなく、チームとして看取りができるように介護職員やケアマネジャーとも密接に連絡を取りましょう。
- 訪問看護の訪問の回数や時間帯の変更が必要と判断した場合は、ケアマネジャーに連絡してケアプランの変更に向けた調整をしてもらいましょう。医療保険の訪問看護の場合で、訪問の回数や時間帯を変更する時は、介護職員やケアマネジャーに直接伝えましょう。
- 訪問の回数や時間帯は変わらなくても看護ケアの内容が変わる場合は、介護職員に直接伝え、その旨をケアマネジャーにも伝えておきましょう。
- 情報の内容や量が急速に変わるため、同時に多数で情報を共有できる SNS などを利用するのもよいでしょう。

4. 利用者の入院時における訪問看護から医療機関への情報提供のあり方

利用者の病状悪化や看取りに向けた時期において、在宅療養をしていた利用者が入院を選択することがあります。療養の場を変える時には、これまでケアを行っていた在宅ケアのチームメンバーから、医療機関の看護師等に次のような情報提供を行う必要があります。また、ケアプランを作成するケアマネジャーの関与が前提である介護保険サービス利用の有無により、情報提供のあり方も異なります。（図表2）

情報提供の方法については、情報が多岐に渡るため文書による提供が望ましいですが、日単位の時期や状態の変化が速い場合などでは、できれば医療機関に訪問看護職員が出向いたり、電話等で連絡をしたりすることによって、医療機関の看護職員と訪問看護職員が双方向に情報共有できるとよいでしょう。

（1）病状悪化や看取りが近い状態で入院した場合の情報提供のポイント

- 入院後にさらに急速に変化する病状を推測する。
- 環境の変化や苦痛を伴う治療による影響のためにせん妄や見当識障害が出現する可能性を伝える。
- ケア提供者やケア用品の変更となるが、できる限り在宅でのケア方法を継続できるよう協議する。
- 利用者や家族等と医療機関の看護職員と関係が構築されていない場合は、事前に確認した利用者や家族等の意向を伝える。

（2）利用者の介護保険サービス利用の有無別の情報提供のポイント

＜介護保険サービスを利用している場合＞

- 訪問看護職員とケアマネジャーは、内容により入院時の情報提供を分担できる。
- ※ケアマネジャーが、適宜、訪問看護報告書等も活用して医療機関への情報提供を行うことを基本としますが、その情報に不足がある場合や専門的な内容については訪問看護職員が補足で情報提供を行います。
- ケアマネジャーは、利用者・家族等の概要や在宅ケアのチームの全体像を伝える。
- 訪問看護職員は、身体状況や医療情報を主として伝える。

＜介護保険サービスを利用していない（医療保険で訪問看護のみを利用）場合＞

- 訪問看護職員が中心となり、入院時に在宅における療養生活の情報提供を行う。

(3) 情報提供のタイミングと方法

<状態の変化が月単位の場合>

- 入院日または翌日に情報提供を行う。
- 文書による情報提供に加え、電話や訪問等による双方向での情報共有の機会を設定することが望ましい。

<状態の変化が週～日単位の場合>

- 入院と同時に情報提供を行う。
- 緊急性が高いため、まずは電話や訪問による双方向での情報共有の機会を設け、遅れてFAXや郵送による文書の送付となることもある。

図表2 介護保険サービスの利用の有無による訪問看護職員の医療機関への情報提供の違い

凡例 △：病状悪化や急変などによる入院の場合に訪問看護職員が行う
 ○：訪問看護職員が主に提供
 ★：入院と同時に提供が必要（★は、原則、週～日単位の場合とし、「状態変化の速さ」については日単位の場合を示す。）

介護保険サービスの利用		あり	なし
利用者の情報	利用者の基本情報（氏名・住所・生年月日等）		○
	かかりつけ医の情報（氏名・所属）		○
	主たる病名		○
	現病歴		○
	既往歴		○
	ADL 自立度及びその変化 （移動、食事、排泄、清潔、睡眠、コミュニケーションなど）	△	○
	身体症状 （食欲不振、便秘、倦怠感、呼吸困難、痛みなど）	○★	○★
	社会的・精神的背景	△	○
	入院直前の身体所見 （バイタルサイン、意識レベル、呼吸パターン、末梢静脈血酸素飽和度、チアノーゼの有無・部位、せん妄や見当識障害の有無・程度、褥瘡の有無・部位・程度など）	○★	○★
	状態変化の速さ（月単位、週単位、日単位）	○★	○★
利用者の療養に対する意向	△	○	
の家族情報等	家族等の情報（構成、連絡先）		○
	家族等の療養に対する意向	△	○
	家族等の看取りに対する意向	△	○
薬剤・医療処置等	現在の処方内容	○★	○★
	医療機器の使用の有無	○★	○★
	使用している医療機器の取り扱い方法	○	○
	医療処置の有無	○	○
	医療処置の方法	○	○
の利用社会資源	担当ケアマネジャーの氏名と連絡先	○	
	利用している社会資源 （介護保険サービス、社会福祉制度など）		○
	退院支援上の課題（介護力、住まい、経済面など）	△	○
の継続看護	看護上の問題点とその経過	○★	○★
	医療機関でも継続してほしい看護ケアに関する事項	○★	○★

参考資料

(参考資料 1) 利用者事例

ここでは、訪問看護職員と訪問介護職員やケアマネジャーの連携に焦点をあて、具体的なイメージとして、事例を掲載します。

(1) Aさん(末期のがん、独居、先に訪問看護(医療保険)を利用開始、退院から約3週間で死亡)の場合

① 基本情報

基本属性	72歳、男性、独居
要介護度	要介護3
傷病	尿管がん、多発性リンパ節転移、肝転移
経緯・サービスの利用状況	<ul style="list-style-type: none">・9月中旬に熱発で入院したところ、上記傷病の診断を受ける。医師から予後1～2か月という説明を受けた。・10月11日、「できるだけ、自宅で、1人で過ごしたい」という本人の意向もあり、退院。・退院時カンファレンスに訪問看護職員及びケアマネジャーが参加。(訪問介護は本人の意向により利用なし)・10月12日(退院翌日)から訪問看護(医療保険)を利用開始。週3回の利用。・10月19日、日常生活動作の低下により訪問介護を利用開始。1日3回(訪問看護を利用する日は2回)の利用。主に、体温測定、排泄介助、清拭、口腔ケア、環境整備等を実施した。・10月31日、自宅にて逝去



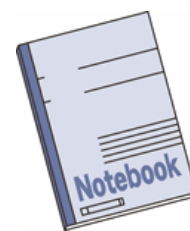
② 訪問看護職員と訪問介護職員等の連携の状況

<利用者の状態変化が週単位の時期>

- 10月19日、『サービス担当者会議』で、ケアマネジャーが利用者の概要や生活の状況を説明し、訪問看護職員が訪問介護職員(サービス提供責任者)に、『退院時カンファレンス』で主治医から説明を受けた内容と退院してからの状況として「疾病の経過」、「心身の現在の状態」、「今後の予測」について説明した。
- 訪問介護職員から訪問看護職員に対して、「自室が狭くさらに文庫本など物が多く、ベッドが入れられず布団で臥床している。本人の苦痛が少ない排泄介助の方法を聞きたい」という依頼があったので、訪問看護時に訪問介護職員に『同行訪問』してもらい、具体的な方法を説明した。
- 訪問看護職員は、訪問看護記録の一つである『経過表』に利用者の心身の状況を記載していた。訪問介護職員は「バイタル」「意識レベル」「水分・食事の摂取量」「尿量」「排便の有無や量、性状」「特記」をその都度記載した。さらに、訪問介



護事業所は利用者宅に『連絡ノート』を準備し、訪問時の様子や急を要さない場合の訪問看護職員への質問を記載するなど、ケアマネジャーや訪問看護職員と共用した。発語が少なくなり、痛みの訴えを認めた時は、必ずその部位等を『連絡ノート』に記載した。



<利用者の状態変化が日単位の時期>

- 10月24日、「日に日に、食事が減っている」と、訪問介護職員から訪問看護事業所に『電話連絡』があった。訪問看護職員からは「食事が減るのは仕方がないが、本人が食べたいものを聞いて食べられるようであれば食べさせて下さい。また、床ずれができないように皮膚の状態に注意して、赤くなっていないか等よく観察してください」と伝えた。
- 同日、訪問看護職員は、食事・水分量が減っていることを医師に報告し、指示内容を共有した。「主治医から経腸栄養剤が処方されました。薬局から今日届くことになっているので、飲んでもらってください」と『連絡ノート』に記載した。

ポイント！訪問介護職員からの情報を得て、対応を円滑にできたので、お礼の気持ちをこめてその後の対応経緯を連絡ノートに記載しています。

- 10月27日、「お尻に傷ができています」と訪問介護職員から訪問看護事業所に『電話連絡』があった。「今日訪問するので、確認して報告します」と伝えた。
- 訪問看護職員が訪問時に確認すると、発赤程度の褥瘡だったので皮膚保護剤を貼付した。また、ケアマネジャーに連絡し、エアマットの利用の調整を依頼した。『連絡ノート』に「お尻の傷の状況を確認し、～～を貼りました。皮膚全体が乾燥しているので、ローションを塗ってください。少しでも体を動かせるようでしたら、動かしてください」と記載した。

ポイント！サービス提供責任者のみへの連絡ではなく、現場で、連絡ノートを活用して、訪問介護職員と直接コミュニケーションできるとチームとしての力が高まります。


- 10月28日、訪問看護職員が訪問時に、「利用者が、『やっぱり、家がいいなあ』と言った際に本人に今後の療養のあり方に関する意向を確認し、このまま家で過ごすことを主治医に相談しました」とケアマネジャーとサービス提供責任者に『電話連絡』した。
- 訪問看護職員は、訪問介護職員にも「不安なことがあれば、いつでも連絡してください」と『連絡ノート』で伝え、いつでも直接連絡がとれる関係を築いた。

ポイント！利用者の状態変化により、相談・連携の具体的な方法を介護職と訪問看護職員とで確認しています。

- 10月31日、朝の訪問介護職員の訪問時に呼吸状態の変化を認め、訪問介護職員は訪問看護事業所に『電話連絡』し、主治医と訪問看護職員が到着後、呼吸停止・心停止となり、在宅で看取った。

(2) Bさん(がん以外、老々介護、長期間の在宅介護者)の場合

① 基本情報

基本属性	87歳、女性 89歳の夫(要介護1、認知症有)と同居※介護ができる同居家族はいない
要介護度	要介護4
傷病	肺炎、廃用症候群、高血圧、慢性心不全
経緯・サービスの利用状況	<ul style="list-style-type: none"> ・約1年半前から以下のサービスを利用。 訪問介護は1日2回の利用、主に、排泄介助、清拭、食事介助、買物代行、調理を実施した。 訪問看護(介護保険)は週1回の利用、バイタルチェック、排便コントロール、薬の管理を実施した。 訪問診療は、月1回の利用、薬の処方、体調管理を実施した。 通所介護は、週1回の利用 ・本人の意向は、「医師や訪問看護職員、訪問介護職員に来てもらい、通所介護で入浴し、福祉用具を使いながら、自宅で生活したい」 ・肺炎による熱発のため入院しADLが低下。退院後、通所介護は利用できなくなった。 ・2度目の熱発時は入院しなかった。本人、夫及び別居中の娘も在宅での看取りを希望し、夫と娘が見守る中、自宅にて、逝去 

② 訪問看護職員と訪問介護職員等の連携の状況

<利用者の状態変化が月単位の時期>

○訪問介護事業所と訪問看護事業所が直接連絡をとることはなかった。必要な場合には、ケアマネジャーを通して相談をしていた。

<利用者の状態変化が週単位の時期>

○熱発についてケアマネジャーからの『電話連絡』を受け、訪問看護職員が訪問し、「主治医と相談して、入院することとなった」とケアマネジャーに『電話連絡』した。ケアマネジャーは医療機関にへ利用者の基本情報等を『FAX』で連絡するとともに、訪問看護職員は、利用者の熱発前の身体状況、熱発時の状況などを医療機関に『電話連絡』した。

○医療機関での治療により肺炎は治癒して退院したが、ADLは低下し、通所介護の利用を中止した。

○本人の入院したくないという意思が強いこと、状態悪化時も救急車を呼ばずに主治医に連絡することとした取り決めを関係者間で共有した。また、緊急連絡先一覧を共有した。

<利用者の状態変化が日週単位の時期>

- 退院から約1か月後、再び、熱発したため、訪問看護職員は主治医に電話連絡し、往診してもらった。「主治医が、あと1週間くらいの状態かもしか、本人の意向を踏まえ、入院せずに経過をみると言っている」とケアマネジャーと訪問介護事業所に『電話連絡』した。
- 訪問介護職員から訪問看護職員への主な情報提供の内容として、「①排便・排尿（尿量）」「②水分摂取」「③栄養摂取」「④服薬等」「⑤その他（本人の痛み、要望等の訴えについて）」に関する観察・状況について確認した結果を伝えるよう、『電話連絡』と『連絡ノート』で依頼した。
- 訪問介護職員から訪問看護職員への情報提供の方法は、『電話連絡』『口頭』『連絡ノート』とし、方法に関するルールを次のように決めて『電話連絡』と『連絡ノート』で伝えた。

<急ぎの場合>

- ①『電話』をかける：呼吸が苦しそう、咳き込みが頻繁にみられた／等
- ②『口頭』（訪問看護事業所へ訪問）：緊急時の対応方法の確認（ご本人より「入院したくない」との意思があった）

<急ぎでない場合>

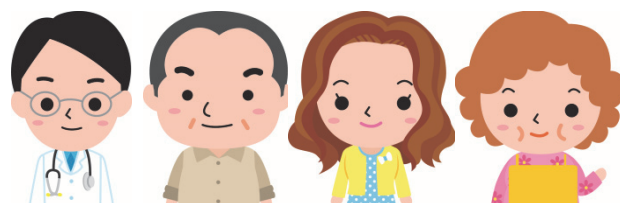
- ③『連絡ノート』：サービス時の様子、主に上記の5点の観察結果を記録

ポイント！急ぎ具合で情報提供の方法を使い分けること、また、そのルールを予め関係者間で決めておくといいです。

- 情報提供に関するルールを取り決めた後は、直接、訪問介護事業所から訪問看護職員に『電話連絡』により確認等を行うなど、素早い対応が行えた。
- 訪問看護職員は、状態変化時の主治医と訪問看護職員との連携状況をケアマネジャーだけでなく、訪問介護事業所にも『電話連絡』と『連絡ノート』で伝えた。

ポイント！肺炎発症前には、必ずケアマネジャーを通して連絡していましたが、必要に応じて、訪問看護職員と訪問介護事業所が直接連絡をする方法に切り替えました。

- 熱発による主治医の往診から約2週間後、夫と別居中の娘が見守る中、主治医と訪問看護職員で在宅で看取った。




(参考資料2) 情報共有のためのシートの活用例

情報共有のために、以下のようなシートを使って情報共有をするのも一例です。

「項目」欄に利用者の状態に応じた観察の視点を記載し、訪問看護職員と介護職員との情報のやりとりを「提供・報告／担当者名」の欄に記載していきます。訪問看護職員や介護職員に限らず、医師等の多職種が記載し、チーム内で活用することも可能です。

観察の視点である「項目」欄には、例えば、「食べる・飲む」、「口腔内ケア」「排泄」「睡眠・休息」「薬・点滴・処置」「意向の変更」等を記載してもよいでしょう。

このようなシートを利用者宅に置く連絡ノートとして使ってもよいですし、FAXや電子メール、オンラインシステムを活用してやりとりすることも可能です。

情報共有シート【利用者名：〇〇 〇〇 様】					
項目	提供・報告 ／担当者名	⇔	提供・報告 ／担当者名	⇔	提供・報告 ／担当者名
苦しい・ 痛い	29.11.10 10:30 痛みが強い為 本日からフェントステープ1mgを左 胸に貼りました。夕方訪問時には がれていないかと痛みの確認を お願いします／Ns△△	→ ←	17時 うつらうつら眠って ました。痛みは少し楽にな ったそうです。／ヘルパー 〇〇		
呼吸 状態	11.11 12:15 本日往診しま した。SPO290%にて在宅酸素導 入します。はじめは1Lですが状 態によってはアップしますので 報告下さい／Dr××	→ ←	13:00 呼吸状態確 認していきます／Ns△△	←	17:30 口腔内の 乾燥がありました口 腔内ケアを実施して います。／ヘルパー 〇〇
姿勢 ・ 移動	29.11.10 下肢の浮腫が強く歩 行状態が不安定です。両足をア ップしています。皮膚が脆弱に なりますので皮膚の観察と清拭 時に強すぎないように注意して ください。／Ns△△				
皮膚 ・ 清潔	9:30 清拭時に背部から臀部 に発赤がありました。痛みの訴 えはありません。／ヘルパー〇〇	→ ←	16:00 発赤が強くな っていますのでケアマネさん に予防マットの導入を進 めてもらいます。体位交 換で本人の苦痛がなければ 積極的に体位交換を お願いします。／Ns△△		
...
備考					

矢印で、情報の発信元、
発信先を示しています

(参考資料3) 情報共有の方法・ツール別の特性

情報環境の整備が進む中、関係者間での情報共有の方法・ツールは多様になってきています。ここでは、代表的な情報共有の方法・ツール例とその特性を提示します。効果的・効率的にサービスを提供するためには、状況に応じて、ツールを活用することが一層重要となります。

ICTを活用した情報共有は普及しているとは言い難い状況です。普及が進めば、いまよりも有効な手段となりえると考えられますが、個人情報が出漏らないよう、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にし、セキュリティ確保には十分注意をはらうことが必要となります。

<従来の情報共有手段>

情報共有の方法・ツール例	共有可能な情報形式	同時共有者	利用までの迅速性	伝達の確実性	普及状況	現状での活用度
電話	音声	1対1	中～高	中～高	高	高
FAX	紙面	回覧やコピー等が必要	高	中	高	高
(利用者宅に置く)連絡ノート	紙面	複数 (現場でのサービス提供者)	高	中	中	中
同行訪問	対面	数名 (同時訪問可能な人数)	低	高	高	低～中
面談・打合せ	対面	数名	中	高	高	高
カンファレンス	対面	多数	低	高	高	低～中

<ICTを活用した情報共有手段>

情報共有の方法・ツール例	共有可能な情報形式	同時共有者	利用までの迅速性	伝達の確実性	普及状況	現状での活用度
電子メール	文字データ 画像データ	同報で共有可	高	中	低～中	低
メーリングリスト	文字データ 画像データ	同時に多数での共有可	高	中	低	低
SNS	文字データ 画像データ 動画	同時に多数での共有可	高	中	低	低
映像付インターネット電話サービス	音声 参加者映像	1対1もしくは は数人での共有可	中	高	低	低
テレビ会議	音声 参加者映像	同時に多数での共有可	やや低	高	低	低
オンラインシステム	文字データ 画像データ 動画	多数での共有可	高	中	低	低

※ICTを活用した情報共有手段における「現状での活用度」は、利用環境や利用ルールによるところが大きい。

(参考資料4) 訪問看護ステーション全国アンケートの結果

全国の訪問看護ステーションに対して郵送によるアンケート調査を行い、介護サービスや医療機関などの情報共有や情報提供の実態について把握しました。アンケート調査結果から、この手引きに参考となるポイントをご紹介します。¹

(1) 他事業所との連携の実態について

各訪問看護ステーションに、利用者の中から条件にあてはまる「がん死亡者」「がん以外の死亡者」1名について、連携の実態を回答頂きました。

～連携方法～

- 関係者での情報共有のための、「利用者宅に設置された連絡ノート類」の有無について、がん死亡者の6割、がん以外の死亡者の場合65%程度が「有」と回答しています。
- 一方、「オンラインでの情報共有システム」の有無については、がん死亡者の2割、がん以外の死亡者の場合15%程度が「有」と回答しています。

【図表 4-1 関係者で情報を共有するため、利用者宅に設置された連絡ノート類の有無】

		有	無	無回答
がん死亡者	n=205	59.5%	34.6%	5.9%
	がん以外の死亡者	n=227	65.6%	28.2%

【図表 4-2 関係者間のオンラインでの情報共有システムの有無】

		有	無	無回答
がん死亡者	n=205	20.5%	78.5%	1.0%
	がん以外の死亡者	n=227	15.0%	83.7%

【図表 4-3 情報共有の範囲】

	医師	訪問看護 事業所職 員	訪問介護 事業所職 員	介護支援 専門員	本人・家 族	その他	無回答
がん死亡者	n=42	83.3%	40.5%	14.3%	26.2%	9.5%	0.0%
がん以外の死亡者	n=34	70.6%	41.2%	35.3%	61.8%	8.8%	2.9%

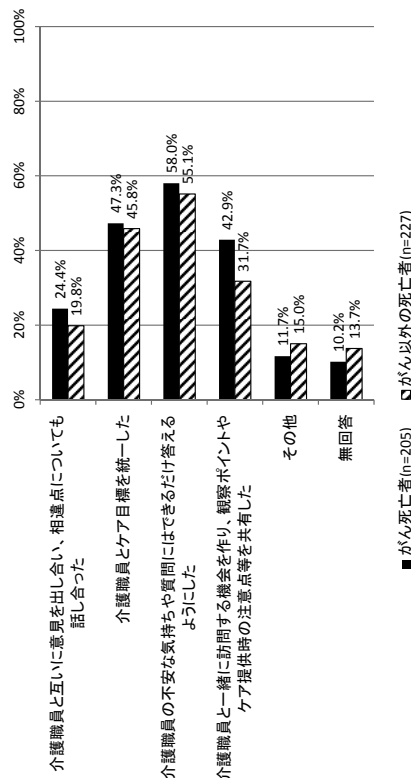
注1) 前問 (図表4-2) において「有」と答えた回答者のみ

¹ 調査概要について：介護情報公表システム上に掲載されている全国の訪問看護ステーションから、1,500カ所を無作為抽出し、郵送配布・郵送回収によるアンケート調査を実施した（実施期間：平成29年8月～10月）有効回収数は669件、有効回収率は44.6%。

～看取りに向けての訪問介護事業所の介護職員との連携に際しての取り組み～

- がん死亡者における、看取りに向けての訪問介護事業所の介護職員との連携にあたって実施した取り組みとしての上位項目は、「介護職員の不安な気持ちや質問にはできるだけ答えるようにした」「介護職員とケア目標を統一した」「介護職員と一緒に訪問する機会を作り、観察ポイントやケア提供時の注意点を共有した」がそれぞれ4～5割となっています。また、がん以外の死亡者についても、おおよそ同じ傾向がみられます。

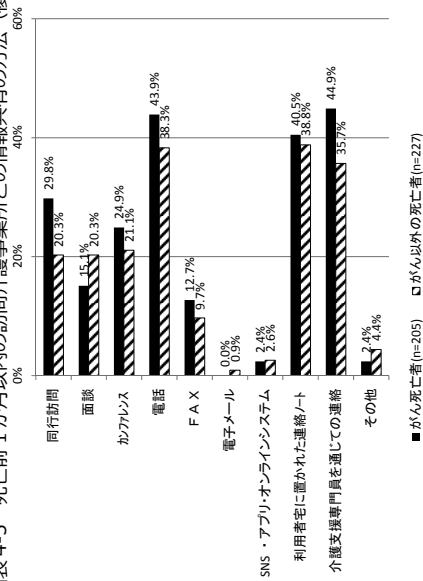
【図表 4-4 看取りに向けて訪問介護事業所の介護職員との連携に際して実施した取り組み（複数回答）】



～死亡前1か月以内の訪問介護事業所との情報共有の方法～

- がん死亡者における、死亡前1か月以内の訪問介護事業所との情報共有の方法は、「介護支援専門員を通じての連絡」「電話」「利用者宅に置かれた連絡ノート」がそれぞれ4割を超えています。また、がん以外の死亡者についても、おおよそ同じ傾向がみられます。

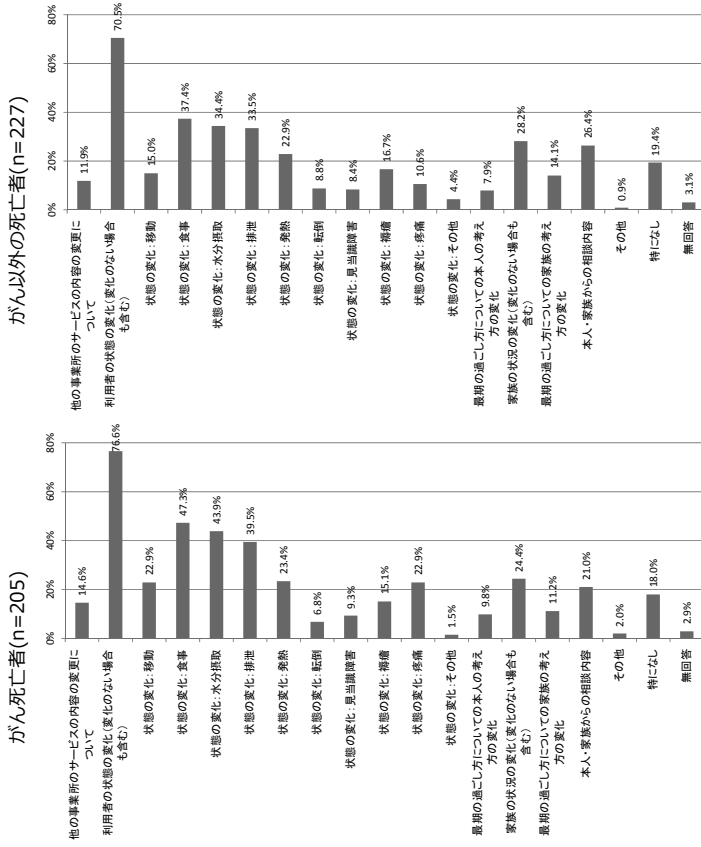
【図表 4-5 死亡前1か月以内の訪問介護事業所との情報共有の方法（複数回答）】



～死亡前1か月以内に訪問介護事業所の介護職員から得られた情報～

- がん死亡者において、訪問介護事業所の介護職員から得られた情報の上位項目として、「利用者の状態の変化」が約7割、「食事」「排泄」「水分摂取」がそれぞれ4割程度でした。
また、がん以外の死亡者についても、おおよそ同じ傾向がみられます。

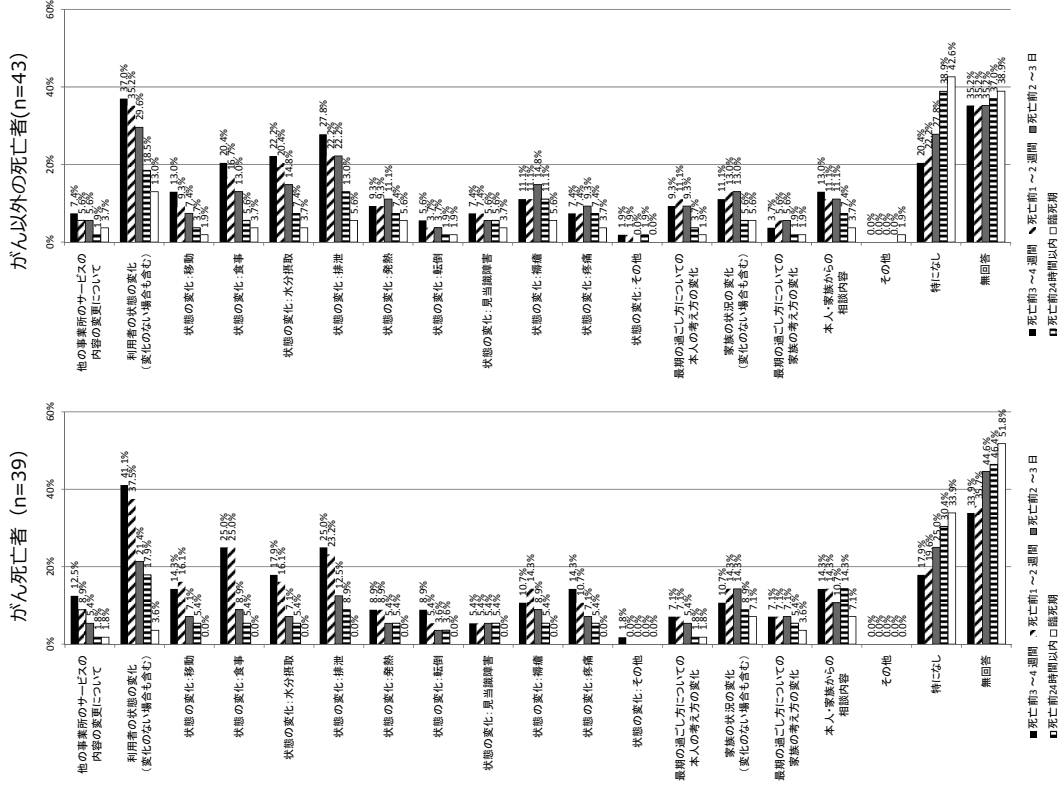
【図表 4-6 死亡前1か月以内に訪問介護事業所の介護職員から得られた情報（複数回答）】



～ほしかった情報と提供時期について～

- がん死亡者において、訪問介護事業所の介護職員からほしかった情報の上位項目としては、死亡前3～4週間、また、死亡前1～2週間の時期で、「利用者の状態の変化」が約4割でした。具体的には、「食事」「排泄」「水分摂取」が比較的高い割合でした。
また、がん以外の死亡者についても、おおよそ同じ傾向がみられます。

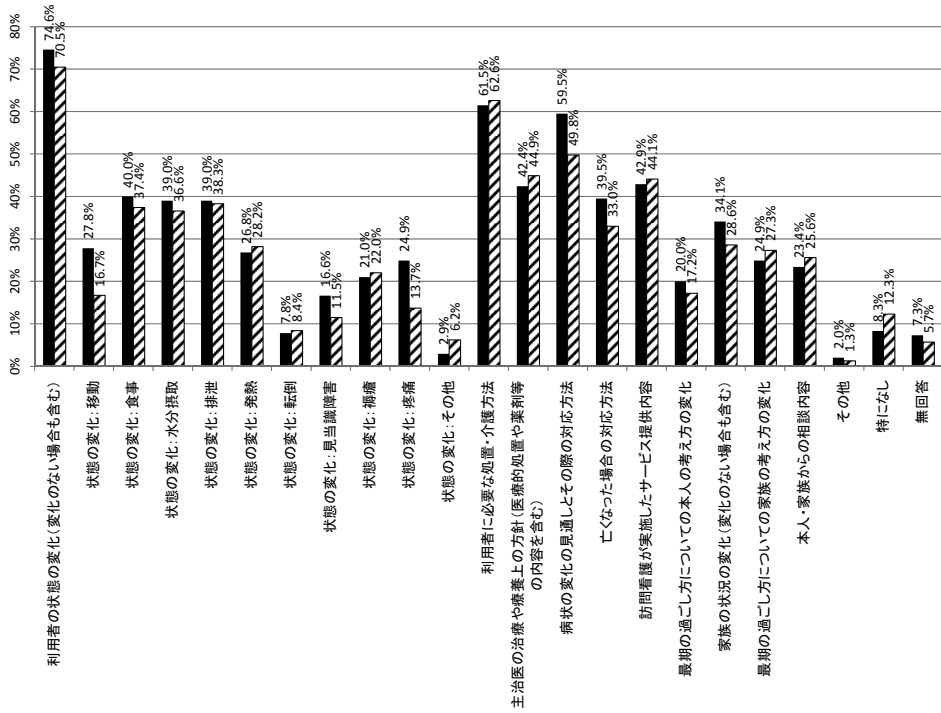
【図表 4-7 ほしかった情報の内容と提供時期（複数回答）】



～死亡前1か月以内の訪問介護事業所の介護職員への情報提供について～

- がん死亡者において、訪問介護事業所の介護職員へ提供した情報は、「利用者の状態の変化」が約4分の3にのぼりました。「利用者に必要な処置・介護方法」、「病状の変化の見通しとその際の対応方法」が約6割でした。
がん以外の死亡者については、「利用者の状態の変化」「利用者に必要な処置・介護方法」はほぼ同じ、「病状の変化の見通しとその際の対応方法」は約5割でした。

【図表4-8 死亡前1か月以内の訪問介護事業所の介護職員に提供した情報（複数回答）】

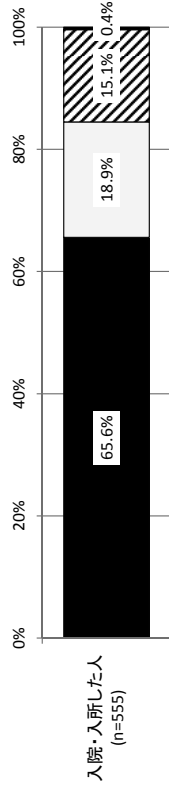


■がんと死亡者 (n=205) □がん以外の死亡者 (n=227)

～医療機関へ入院・老人保健施設へ入所した場合の情報提供について～

- 入院・入所先へ、在宅での状況等を連絡したかをたずねたところ、6割が「直接連絡した」として、4割が「電話」のほか、ファクスが3分の1、対面や郵送がそれぞれ4分の1程度となっています。
- また連絡した内容について、約8割が「訪問看護の提供状況・内容」、約7割が「疾患・病歴・病状」をあげています。

【図表4-9 入院・入所先への在宅での状況等の、連絡の有無】



■直接連絡した □訪問看護専門員を経由して連絡した ▨特に連絡しなかった ■無回答

【図表4-10 連絡方法（複数回答）】 【図表4-11 連絡内容（複数回答）】

連絡手段	構成比
電話	38.5%
ファクス	33.5%
対面	23.9%
郵送	23.6%
電子メール	0.3%
その他	16.8%

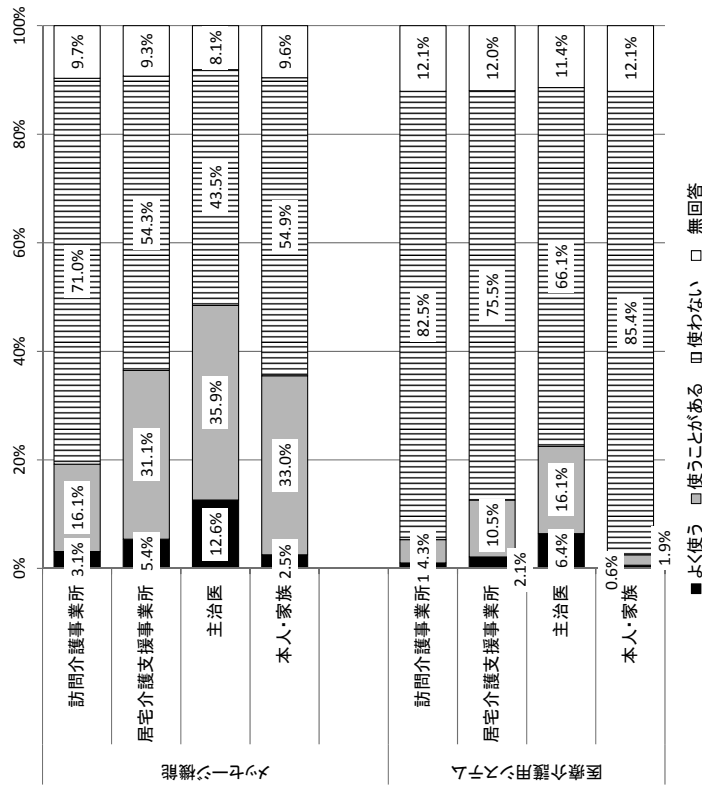
連絡内容(n=469)	構成比
訪問看護の提供状況・内容	82.3%
疾患・病歴・病状	76.8%
服薬状況	62.0%
自宅での生活の様子	59.1%
入院入所・退院退所に至った経緯	53.3%
継続して必要な医療の状況	46.3%
セルフケアの状況	45.4%
認知症の有無や問題行動の有無	40.7%
家族等の協力度	40.1%
コミュニケーションの状況	39.4%
生活や療養についての本人の意向	30.7%
家族・介護者による介護方法、療養方針	25.8%
生活や療養についての家族の意向	25.8%
福祉用具の活用状況及び住環境	19.2%
リハビリの状況	18.6%
家族による医療行為やケアの習得状況	17.5%
最期の過ごし方についての本人の意向	13.0%
最期の過ごし方についての家族の意向	12.2%
趣味・嗜好	10.2%
居宅介護サービス計画(ケアプラン)	8.1%
無回答	7.2%
その他	1.7%

(2) 訪問看護ステーションの利用者についての他事業所等との情報共有

～情報共有にあたっての、情報通信機器の利用頻度～

- 情報共有における「メッセージ機能（電子メールや SNS など）」の利用頻度をみると主治医に対しては「よく使う」「使うことがある」を合わせて約 5 割が回答しています。居宅介護事業所や本人・家族に対しては 4 割弱が「よく使う」または「使うことがある」と回答しています。
- 次に「医療介護用のアプリやオンラインシステム」の利用頻度をみると、メッセージ機能に比べ利用頻度は低くなっています。

【図表 4-12 情報共有における情報通信機器の利用頻度（相手先別）（n=669）】

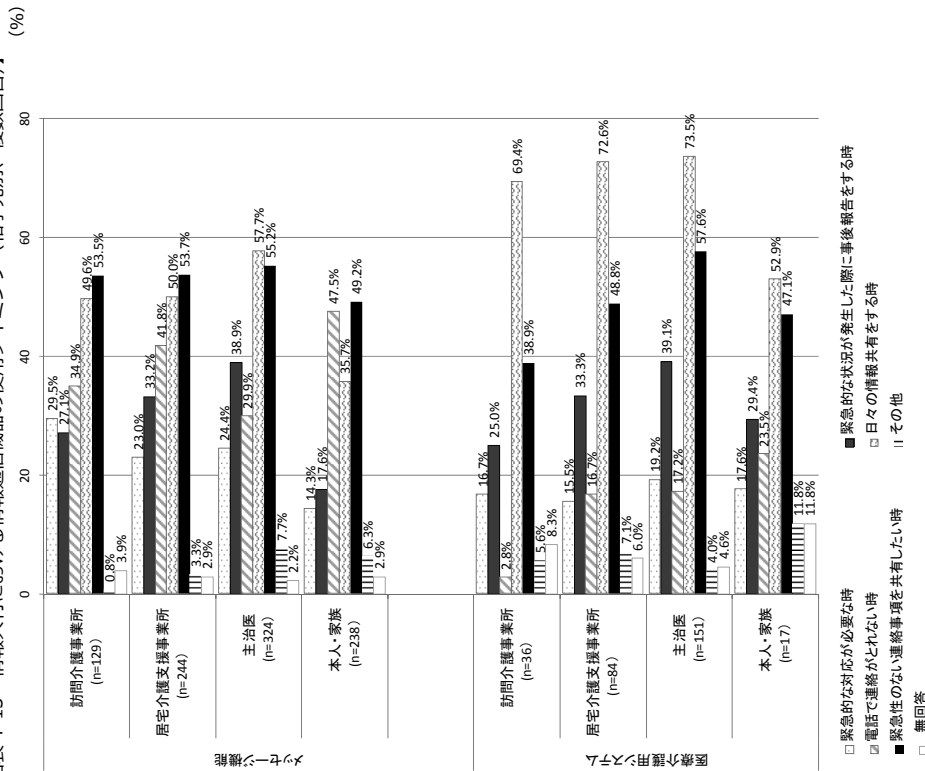


注1) メッセージ機能：電子メール、SNS など、医療介護用システム：医療・介護を対象に開発されたアプリやオンラインシステムなど

～情報通信機器を「よく使う」「使うことがある」回答者の利用のタイミング～

- 情報通信機器を「よく使う」または「使うことがある」と回答した事業所に対し、その使用タイミングを相手先別にたずねたところ、メッセージ機能については総じて「日々の情報共有をするとき」「緊急性のない連絡事項を共有したいとき」の割合が 4～5 割と高くなっています。
- これに対し医療介護用システムでは「日々の情報共有をするとき」の割合が 7 割前後と高くなっています。

【図表 4-13 情報共有における情報通信機器の使用タイミング（相手先別、複数回答）】



注1) メッセージ機能：電子メール、SNS など、医療介護用システム：医療・介護を対象に開発されたアプリやオンラインシステムなど
注2) 前問において「よく使う」「使うことがある」と答えた回答者のみ

本書の参考文献

- (1)関根 龍一：「予後予測」『Modern Physician～終末期の意思決定-アドバンス・ケア・プランニングの実践をめざして』, 36(8) , pp833-838, 2016.
- (2)国立がん研究センター：「がん情報サービス～パフォーマンスステータス」
https://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/Performance_Status.html(2018.2.1 アクセス)
- (3)池永昌之：「死が近づいてから死亡までの病態と症状緩和」, 柏木哲夫・今中孝信監修, 『死をみとる 1 週間』 pp20-30, 医学書院, 2002.
- (4)森田達也・白土明美：「死亡までの過程と病態についてのエビデンス 死亡までに生じる変化と機序」森田達也・白土明美編著, 『死亡特前と看取りのエビデンス』, pp2-22, 医学書院, 2017.
- (5)上林孝豊・日下潔他：「在宅末期がん患者の死の過程でみられる主要な身体徴候の出現時期の検討」, 日在医会誌, 18(1), pp5-9,2016.
- (6)恒藤暁・池永昌之他：「末期がん患者の身体症状を日常生活動作からみた予後予測」, 緩和医療学, 2(2) , pp192-198, 2000.
- (7)Hui D. et al. : Symptom expression in the last seven days among cancer patients admitted to acute palliative care units, J Pain Symptom Manage, 50(4) , pp488-94, 2015
- (8)Lichter I, Hunt E. : The last 48 hours of life. J Palliat Care, 6(4), pp7-15, 1990.
- (9)Hui D. et al. : Clinical signs of impending death in cancer patients, The Oncologist, 19, pp681-7, 2014

この手引きは、以下のメンバーにより、作成されました。

平成 29 年度老人保健健康増進等事業

「訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業」

【委員長】

(○：執筆者会議メンバー)

○永田 智子 慶應義塾大学教授

【委員】

阿部 智子 訪問看護ステーションけせら管理者

大崎 郁斗 株式会社やさしい手 東京南支社 世田谷統括部 責任者

○尾崎 章子 東北大学大学院 教授

○角田 直枝 茨城県立中央病院 看護局長

小林 聖子 医療法人社団志仁会 ラ・サンテふよう 訪問介護事業所 所長

小宮山 恵美 東京都北区健康福祉部介護医療連携推進担当課長

高砂 裕子 南区医師会訪問看護ステーション管理者

○福井 小紀子 大阪大学大学院 教授

水上 直彦 石川県介護支援専門員協会 副会長

【事務局】 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

星芝 由美子 主任研究員

鈴木 陽子 主任研究員

関 恵子 主任研究員

平成 29 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業」

訪問看護の情報共有・情報提供の手引き

～質の高い看取りに向けて～

平成 30 (2018) 年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2

電話：03-6733-1024

