

6. 訪問看護を利用するにあたっての連携上のポイントQ&A

- ☆ ケアマネジャーが訪問看護ステーションと連携していく上で、迷うことや質問されることをQ&Aとしてまとめました
- ☆ ケアマネジャーと訪問看護師がより良い連携をはかり、チームの一員として、利用者の生活を支えていきたいと考えています

《 P20 》

- Q1 訪問看護の導入時期は？
- Q2 医療機関から在宅へ移行する利用者に訪問看護を導入するための連絡方法は？
- Q3 訪問看護の利用申し込み時に必要な情報は？
- Q4 訪問看護導入時の訪問看護指示書は、誰が依頼する？

《 P21 》

- Q5 特別訪問看護指示書は、どんな場合に交付される？
- Q6 訪問看護を開始する際に、医療保険対象か介護保険対象かの判断は？

《 P22 》

- Q7 医療保険と介護保険の訪問看護の取り扱いの違いは？
- Q8 サービス担当者会議に訪問看護師を呼ぶ場合の留意点は？
- Q9 医療保険で訪問看護が入っている場合も、サービス担当者会議に呼んだ方がよい？
- Q10 訪問看護指示書や訪問看護報告書のコピーが欲しいのですが・・・

《 P23 》

- Q11 医療ニーズの高い利用者について、訪問看護との上手な連携方法は？
- Q12 緊急時訪問看護加算は支給限度基準額を超える場合にも請求できる？
- Q13 利用者が緊急時対応だけの訪問看護を希望した場合は？
- Q14 定期の訪問の前に緊急訪問した場合、訪問看護費の請求は？
- Q15 褥瘡処置をヘルパーやケアマネジャーが行なってもよい？

《 P24 》

- Q16 利用者が主治医の変更を希望していますが・・・
- Q17 重症者管理加算または特別管理加算を算定できるのは？

Q 1 訪問看護の導入時期は、どのように判断すればよいでしょうか？

A 医療処置や医療機器の管理などが必要な場合は比較的早期に訪問看護の依頼がありますが、ADLの維持・向上などの予防的ケアや病気の悪化予防の目的での訪問看護についても、できるだけ早期の導入が理想的です。

また、ターミナル時期の利用者の場合、より良い終末期を過ごしていただくため、精神的な支援や予測に基づいた環境整備が重要です。良い信頼関係を築く必要がありますので、早期の導入が望まれます。

※詳しくは、「4. 訪問看護利用のメリット（P3～5）」を参照してください

Q 2 医療機関から在宅へ移行する際、訪問看護につなげたい利用者がある場合、医療機関の相談窓口と訪問看護ステーションとの連絡をどのようにしたらよいでしょうか？

A 医療機関から相談があり、訪問看護が必要と判断したらできるだけ早い時期に訪問看護ステーションに連絡してください。時間があれば入院中に面会に行つて状態や状況の判断ができ、また、医療機関の医師や看護師等と退院調整のための連携ができるので、スムーズに在宅に移行できます。

Q 3 訪問看護の利用申し込み時に必要な情報はどのような内容でしょうか？

A 病名、主治医、ADL、依頼内容、必要と思われるケア、介護保険情報、障害手帳の有無、家族情報（特にキーパーソンについて）、他サービス利用状況などです。訪問看護の利用が必要かどうかを判断するために、上記情報をいただくと大変参考になります。

Q 4 訪問看護導入時の訪問看護指示書は、誰が依頼するのがスムーズでしょうか？

A 本人や家族が主治医に依頼するのが原則です。しかし、状況によって、訪問看護ステーションやケアマネジャーが依頼する方がスムーズな場合もあるので、まずは訪問看護ステーションに相談してください。

また、申し込み前には主治医、利用者、家族に訪問看護利用の同意確認をお願いします。ケアプランの中に医療系のサービス（訪問看護・訪問リハビリなど）を位置づける場合は、ケアマネジャーは利用者やその家族に同意を得て主治医に意見を求めることになっています。

Q 5 特別訪問看護指示書は、どんな場合に交付されますか？ 交付について誰が判断するのですか？

- A 利用者の急性増悪などにより、頻回の訪問看護が必要になった場合に主治医の判断で交付されます。また、特別訪問看護指示書による訪問看護は「訪問看護指示書」が交付されていることが前提条件となります。
- 特別訪問看護指示書交付のための連絡等については、訪問看護ステーションにご相談ください。
- ※特別訪問看護指示書に関する詳細は、資料P27を参照

Q 6 訪問看護を開始する際に、医療保険対象か介護保険対象かの判断はどのようにしたらよいですか？

- A 医療保険と介護保険対象者の区別は次のようになっています。

◆介護保険の訪問看護の対象者

要介護認定の申請を行い、要介護者または要支援者の認定を受けた方で、主治医が訪問看護の必要を認めた人。

◆医療保険の訪問看護の対象者

- (1) 介護保険の要介護者等でない人（未申請、非該当、40歳未満）
- (2) 介護保険の要介護者等で次に該当する人
 - ① 厚生労働大臣の定める疾病等（下記）の人（訪問看護指示書に病名が書かれていること）
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度または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、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
 - ② 急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると主治医が認めた人
→主治医が「特別訪問看護指示書」を発行した場合（資料P27参照）
 - ③ 精神障害者の社会復帰施設等の複数の入所者に対し同時に行う訪問看護
 - ④ 居宅系施設入居者及び短期入所生活介護利用者に対し行う訪問看護

Q 7 医療保険と介護保険の訪問看護の取り扱いの違いを教えてください。

A 資料P31 を参照して下さい。

Q 8 サービス担当者会議に訪問看護師に参加して欲しいのですが、忙しそうで声をかけにくい状況があります。どのようなことに留意すればよいですか？

A 日時の調整が困難で出席できないこともあります。できるだけ参加したいと考えています。下記の点を考慮して連絡をいただくと助かります。

◎訪問予定などの調整が必要なので、担当者会議の連絡はできるだけ早めにお願ひします

◎利用者の訪問看護の日程にあわせて同一時間帯やサービス終了後に会議を設定する場合、必要なケアが滞ったり、次の訪問予定に支障が出たりしますので、ご相談ください

Q 9 医療保険で訪問看護が入っている場合も、訪問看護ステーションをサービス担当者会議に呼んだ方がよいですか？

A サービス担当者会議参加の義務はありませんが、医療保険で訪問看護をしている場合でも利用者さんを取り巻くチームの一員ですので、声をかけて下さい。医療保険で訪問看護を行っている場合は、健康状態が不安定である利用者が多いため、他のサービス提供者も利用者へ安全に関わるために看護師や医師の意見が必要となるからです。

また、ケアプランをいただくと全体の流れが見えるので、連絡や提案など連携がとりやすくなります。

Q10 訪問看護指示書や訪問看護報告書のコピーが欲しいのですが、もらえるでしょうか？

A 訪問看護指示書については、利用者及び主治医の許可がないとお渡しできません。ただし、訪問看護ステーションから「指示期間、指示内容」をお伝えすることは可能です。伝達方法については、お互いに手間のかからない方法を検討しましょう。

訪問看護報告書については、基本的に主治医への報告書として作成しているので、ケアマネジャーにとって有用な内容が記載されているとは限りません。毎月のサービス提供状況報告として兼用している場合もありますので、訪問看護ステーションにご確認ください。

Q11 福祉系のケアマネジャーで、医療知識に自信がなく、医療ニーズの高い利用者については、つい訪問看護にお任せになってしまうのですが、上手に連携していくためには、どのようなことが必要でしょうか？

A ケアマネジャーと訪問看護師が連絡を密にして、連携をとっていくことが重要だと思います。不明な点はお互い質問しあい、良い協力関係を築いていきましょう。訪問看護としては、医療的方面から医師と連携し、より安全に安楽に利用者の病状の変化に対応することができ、介護者へ適切な支援ができます。同時に、ケアマネジャーが訪問介護や福祉用具の利用等、介護環境の調整やマネジメントを行うことで、訪問看護師は看護ケアに専念することができます。在宅ケアは各サービスが連携をとり、チームで利用者を支えることが大切です。訪問看護師は、チームの一員として医療的視点からの予測や悪化防止、予防的ケア、医療処置等を通してチームを支援します。

Q12 緊急時訪問看護加算は支給限度基準額を超える場合にも請求できますか？

A できます。利用者が希望したり、必要な場合もあるので、内容をよく説明して同意を得る必要があります。限度額を超えた分の全額が自己負担となります。

Q13 利用者が緊急時対応だけの訪問看護を希望した場合、可能でしょうか？

A 定期的な訪問看護なしに、緊急時対応はできません。

Q14 定期の訪問の前に緊急訪問した場合、訪問看護費は請求できますか？

A 訪問に要した時間の訪問看護費と緊急時訪問看護加算が請求できます。

Q15 褥瘡処置をヘルパーやケアマネジャーが行なっているのですか？

A 褥瘡処置は医療行為なので、医師や看護師の業務です。従って、ヘルパーやケアマネジャーが行うことはできません。

★参考★

平成17年7月26日に厚生労働省医政局長より、これまで医師と看護師のみ行うことができるとされてきた医行為のうちの11項目を「原則として医行為でないもの」「原則として医行為の規則の対象とする必要がないと考えられるもの」として表示し、医師や看護師以外の者が行ってもよいとする通知が出されました。

※資料P36参照

Q16 利用者が主治医の変更を希望していますが、どうしたらよいですか？

- A 最終的には利用者が主治医を選択することになります。主治医の変更に関しては、訪問看護指示書の調整もあるので、事前に訪問看護ステーションにご相談ください。

Q17 重症者管理加算または特別管理加算を算定できるのはどのような対象者ですか？

- A 下記のような対象者です。重症者管理加算と特別管理加算では若干の違いがありますので、注意してください

重症者管理加算（医療保険）

【重症者管理加算 5,000 円/月】

在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理、気管カニューレを使用している状態にある者、留置カテーテルを使用している状態にある者

【重症者管理加算 2,500 円/月】

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、在宅肺高血圧疾患指導管理を受けている者、ドレーンチューブを使用している状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※計画的な管理をおこない、かつ月4日以上訪問看護を行なった場合に、1月につき上記の金額を加算します。

特別管理加算（介護保険）

- 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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態
- 気管カニューレ、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- 真皮を越える褥瘡の状態

※利用者一人につき1ヶ所の事業所のみが算定できます。2ヶ所以上の事業所から訪問看護を利用する場合には、事業所相互の合議により分配します。