

## 4. 医療機関と訪問看護ステーションとの連携上のポイント

### (1) 訪問看護の必要性の判断は、入院時から！

◎どのような患者（又は場合）に訪問看護が必要になるかは、「2. 訪問看護サービスの内容（P2）」「6. 訪問看護利用のメリット（P12～14）」を参照してください



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っ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

### (2) 入院中に病院看護師さんには、こんなことをお願いしたい！

◎在宅での生活を安心して迎えられるよう、患者の自立度を高める看護

- ・在宅療養を始めるための心構えを持てるような励まし
- ・病気を理解し、服薬や投薬などを自身で管理できる教育
- ・安静や治療、麻痺等により低下してしまったADLを入院前の状態あるいはそれ以上に向上させるリハビリテーション
- ・医療的処置が自分でできるような指導（ストマ処置、自己導尿、腹膜透析等）
- ・自助具や福祉機器などを自分で使いこなせるための訓練 等

◎退院後の生活を具体的にイメージして、個別性があり、在宅療養に役立つ退院指導を早め実施（病気の管理、服薬管理、生活指導、介護指導等）

◎要介護認定の申請や身体障害者手帳の取得など、必要な制度利用のための支援

◎退院日から次にケアが入る日までの間を安全に過ごせる配慮

- ・いつから訪問看護が入るか
- ・最初の病院受診はいつか
- ・受診までに薬や医療材料は足りるか
- ・病状悪化時はどこに連絡をするのか
- ・往診医導入の必要性の判断や情報提供 等

### (3) 退院前に訪問看護師は、こんなことを行いたい！

#### ◎退院前カンファレンスへの参加

- ・現状の共有、退院指導の確認と補足、退院前に準備することなどを確認する
- ・早期に在宅生活上の問題予測や解決方法の検討をする
- ・本人に合った療養計画の立案と、在宅ケア提供者側の調整をおこなう
- ・退院後の主治医との連携方法の確認（夜間、休日、緊急時等）

#### ◎訪問看護師の退院前訪問の実施

- ・退院前に在宅で必要な処置を目で見て確認し、在宅で安全に処置が出来るようにする
- ・在宅への準備を本人や介護者と共におこない、退院後の人間関係を作りやすくする

#### 【退院時における訪問看護師の役割と具体的内容】

役 割	具 体 的 内 容
アセスメントを行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅に戻った時に、その処置をどのような環境で、何を使って行うのか</li> <li>・在宅では誰が（本人又は介護者）、どのような人が（年齢、性別、理解力、健康状態、介護に当てられる時間など）行うのか</li> <li>・介護の協力者はいるか</li> <li>・専門的な管理が継続的に必要か</li> <li>・誰に指導を行えばよいか</li> </ul>
指導された結果の評価を行い、不足部分の指導を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処置に関する理解度</li> <li>・実際の手技の上達度</li> <li>・ひとりで実施できるかどうか</li> <li>・カテーテル類の種類や交換時期について</li> <li>・トラブル時の対応を理解して実施できるか</li> </ul>
在宅での医療環境を調整する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関や医師との調整</li> <li>・継続的な管理のための訪問看護計画と実施</li> </ul>
薬剤、医療材料、衛生材料などの準備をする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時に持参してもらう材料の確認</li> <li>・在宅で準備すべき物品の指導</li> <li>・医療保険で適応となる物品とそうでない物品の区別をしておく</li> </ul>

#### (4) 訪問看護依頼時には、このような情報が欲しい！

##### ◎患者さんの基本情報

- ・氏名、住所、連絡先、連絡相手
- ・主治医（かかりつけ医）の氏名、医療機関名、住所、電話番号
- ・医療保険情報、介護保険情報、障害手帳の有無、公費負担医療の有無、利用しているサービスや制度情報

##### ◎患者さんの身体症状

- ・病名、既往歴、特記すべき病状
- ・寝たきり度、ADL、麻痺の有無や程度、嚥下や視力聴力などの障害の程度  
意思の伝達能力
- ・最終の身体症状（最終排便日等）
- ・最後の検査データ

##### ◎生活支援の必要性

- ・食事、排泄、清潔等に関する自立度や特記すべきこと
- ・必要と思われるケア

##### ◎介護力や家族の状況

- ・家族情報（独居かどうか）
- ・家族の支援体制（特にキーパーソンについて）
- ・家族への指導内容と習熟度
- ・家族の在宅介護に対する理解や受け止め方、心構え

##### ◎病名、病状（場合によっては予後）

- ・医師や看護師等からの説明内容
- ・本人や家族の理解や受け止め方

##### ◎医療処置の必要性と内容

- ・在宅で継続して行う医療処置内容や使用機器
- ・使用している医療器具等のサイズ、種類、最終交換日、設定値、販売先など
- ・処置を行うのは本人か、家族か
- ・処置の指導内容と習熟度

##### ◎訪問看護に依頼したい内容

## (5) 医療処置が必要な患者さんが退院する時には！

- ◎医療依存度が高い患者の場合は、退院前に在宅ケアを支える機関と連絡をとり、退院後の医療環境の調整、医療材料の調達、家族も含めた処置指導を行ってください
- ◎病院で処方される物品と在宅で準備する物品を明確にしてください
- ◎退院後の生活に合わせ、使用する機器や物品で介護指導をしてください  
(在宅では、病院での指導内容をもとに支援しています)
- ◎退院時に持ち帰る物品は、次回受診や往診時までには足りる量を出してください



医療行為は、医師や看護師の業務です。従って、ヘルパーが行うことはできません。ただし、P41にある11項目の行為については、ヘルパーへの教育と事業所体制の整備により可能なこともあります

### ★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。

## (6) ケアマネジャーからの相談もあります！

- ◎介護保険における居宅サービス計画(ケアプラン)の中に医療系のサービス(訪問看護、訪問リハビリテーションなど)を位置づける場合には、ケアマネジャーは、利用者・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

## **(7) 退院後も訪問看護指示書を継続して出させていただく時は！**

◎医療機関内の決まり事をご連絡ください

- ・訪問看護ステーションと医療機関がやり取りをする  
→担当窓口や担当者をお知らせください
- ・患者が外来受診時に持参して医師や受付に渡し、郵送する

## **(8) 複数の医療機関や診療科を受診している利用者への対応は！**

◎利用者に主として診療を行う医師が「主治医」として訪問看護指示書を交付するのが原則です（訪問看護指示書を交付する医師は一人です）

◎主治医である医師が他の医師の指示を集約して訪問看護指示書を記載します（「診療情報提供書」の活用が推奨されています）

◎特別訪問看護指示書は、通常の訪問看護指示書を交付している医師が交付することになります

### **(例1)**

内科の主治医が訪問看護指示書を交付している利用者が熱傷となり皮膚科を受診、皮膚科の医師より毎日訪問看護で処置をしてもらう様にと利用者を通して相談があった場合。

- ・皮膚科医師から主治医に処置内容の「診療情報提供書」を出してもらう
- ・主治医は訪問看護指示書に熱傷処置の指示を記載し、訪問看護ステーションに交付します

### **(例2)**

主治医である A 医師の訪問看護指示書の指示期間中に、月途中で B 医師に主治医が変更になった場合。

- ・B 医師は訪問看護指示書を交付する必要があります
- ・指示期間が重なっていても、保険医療機関が変わった場合には、訪問看護指示書料の算定をすることができます

## (9) 訪問看護には、介護保険と医療保険の対象者の違いがあります！

◎訪問看護が介護保険対象か医療保険対象かで、利用者負担金が違ってきます。  
詳しい料金体系については、P10～11 をご参照下さい

◎介護保険対象者と医療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 厚生労働大臣が定める疾病等（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

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

2010年4月現在

## 介護保険と医療保険の制度の違い

事 項	介護保険	医療保険
同一利用者に対する複数のステーションによる訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2ヶ所以上のステーションから提供可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 同月に 2ヶ所までのステーションから提供可能な場合                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 厚生労働大臣が定める疾病等</li> <li>② 特別管理加算の対象者</li> <li>③ 特別訪問看護指示書交付期間中であって、週4日以上指定訪問看護を計画</li> </ul> </li> <li>● 同月に 3ヶ所までのステーションから提供可能な場合                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 厚生労働大臣が定める疾病等</li> <li>② 特別管理加算の対象者</li> </ul> </li> </ul> <p>であって、週7日の指定訪問看護を計画</p>
	※複数の訪問看護ステーションからの加算等の算定 （各ステーションで算定又は1ヶ所のステーションで算定の区別）	
	＊訪問看護指示書は事業所ごとに交付 （指示料の算定は利用者1人に月1回）	
訪問回数の制限	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1日・1週間ともに規定なし                              （居宅サービス計画に基づく）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 原則、週3日が限度</li> <li>● 厚生労働大臣が定める疾病等、特別管理加算の対象者、特別訪問看護指示書交付期間中は回数制限なく、難病等複数回訪問加算の算定も可能</li> </ul>
休日・時間外の訪問看護に対する差額料金	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 早朝・夜間・深夜加算の算定                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅サービス計画に位置づけられている場合</li> <li>・ 特別管理加算を算定する状態の者に対して月2回目以降の緊急訪問の場合</li> </ul> </li> <li>＊ 月1回目の緊急訪問の場合は算定できない</li> <li>● 差額料金は徴収できない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 早朝・夜間・深夜加算の算定</li> <li>● 差額費用の徴収（その他の利用料）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 営業日以外は、休日料金をステーションが定める額を利用者から徴収できる</li> <li>・ 早朝・夜間・深夜加算が算定できない時間外については、時間外料金をステーションが定める額を利用者から徴収できる</li> </ul> </li> </ul>
交通費の徴収	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 通常の訪問エリアへ訪問する場合は、交通費は介護報酬（訪問看護費）に含まれるため、徴収できない</li> <li>● 通常の訪問エリアを越える訪問の場合は、実費相当額を徴収できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「その他の利用料」として、ステーションが定める額（実費相当額）を利用者から徴収できる</li> </ul>