

訪問看護活用マニュアル～医療機関との連携～ 発刊に寄せて

神奈川訪問看護ステーション協議会では、2018 年 4 月の介護・医療の報酬改定に伴い『私たちの訪問看護ステーションマニュアル～資料編』の修正に引き続き、『訪問看護活用マニュアル～医療機関との連携～』『同～ケアマネジャー編～』の修正と確認を繰り返し、この度ようやく 2018 年度版の完成に至りました。

訪問看護を行っていく上で、主治医はもとより関係職種の方々（多職種）との情報共有と連携は必要不可欠です。医療機関との連携編・ケアマネジャー編ともに、訪問看護の仕組み・利用する上でのポイントや留意点に加え、事例紹介により具体的にイメージしていただけるよう今回も工夫しました。

このマニュアルが、訪問看護に対する理解を深める一助となりさらに、多職種の皆様とより良い連携を図ることが、ご利用者・家族の安心につながると思います。

医療機関の方々やケアマネジャーはもちろんのこと、訪問看護ステーションの管理者の方やスタッフの皆様にもご活用いただければ幸いです。

2019 年 11 月

神奈川訪問看護ステーション協議会

質の向上委員会 一同

目 次

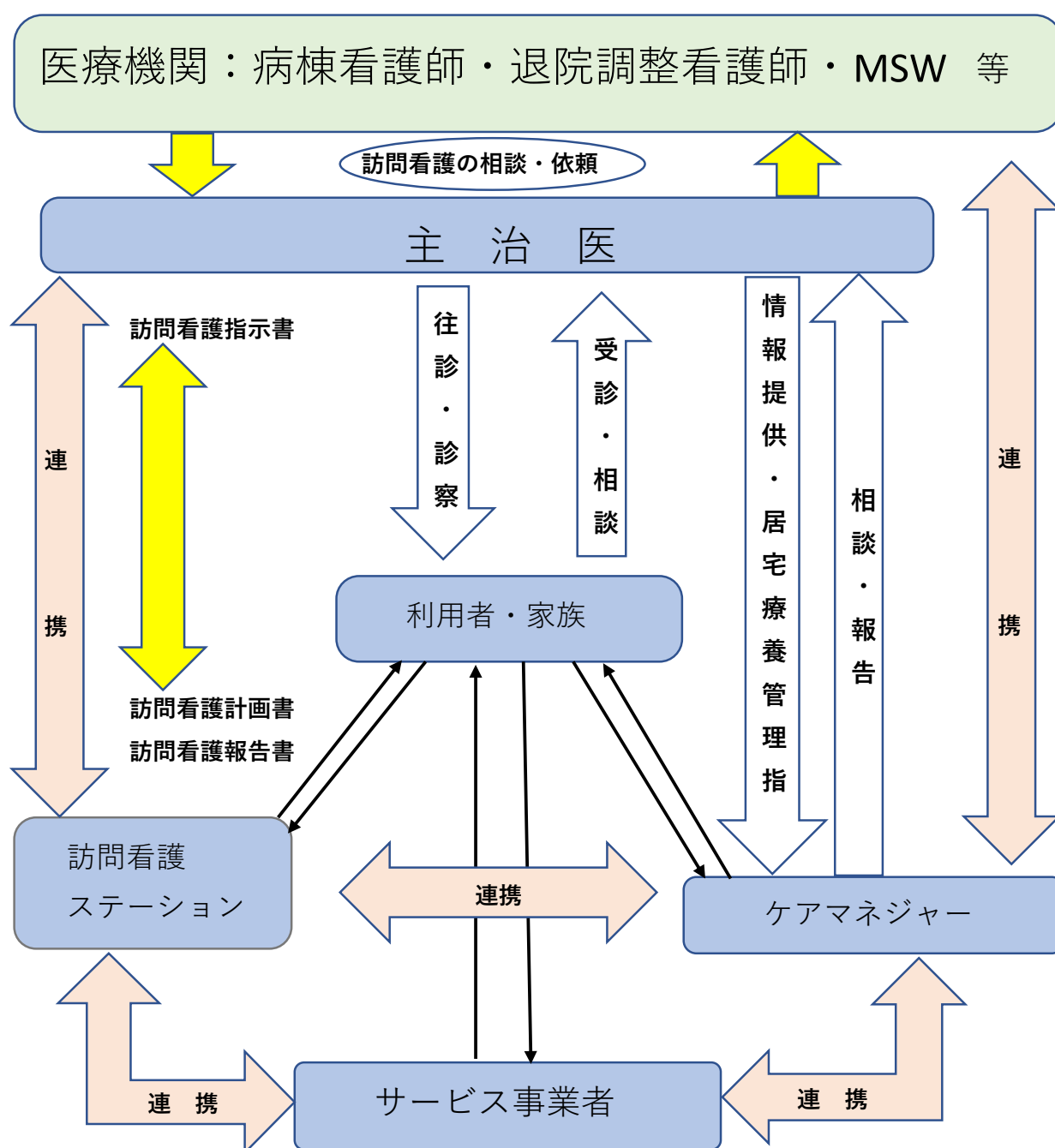
1. 訪問看護を利用する流れ	p. 1
2. 訪問看護サービスの内容	p. 2
3. 訪問看護ステーション選択のポイント	p. 2
4. 医療機関と訪問看護ステーションとの連携上のポイント	p. 3
(1) 訪問看護の必要性の判断は入院時から	p. 3
(2) 病棟看護師には、こんなことをお願いしたい	p. 3
(3) 退院前に訪問看護師は、こんなことを行いたい	p. 3
(4) 訪問看護依頼時には、このような情報が欲しい	p. 4
(5) 医療処置が必要な患者が退院する場合	p. 5
(6) ケアマネジャーからの相談もあります	p. 5
(7) 退院後も「訪問看護指示書」を継続する場合は	p. 5
(8) 複数の医療機関や診療科を受診している利用者の対応は	p. 5
(9) 介護保険と医療保険の対象者の違いがあります	p. 6
5. 訪問看護サービス利用のメリット	p. 6
(1) 医学的視点に基づいた判断と予後予測が可能	p. 6
(2) 合併症の予防や病状の悪化を防止することができます	p. 6
(3) 病状の不安定な方にも安全なケアや支援が提供できます	p. 7
(4) 医学的根拠に基づいた介護予防や自立支援が実施できます	p. 7
(5) 在宅生活における介護指導ができます	p. 7
(6) 在宅での看取りを支援できます	p. 7
(7) 在宅で医療行為が実施できます	p. 7
6. 事例紹介 (12 事例)	p. 8
7. 介護保険と医療保険の制度の違い	p. 21
8. 訪問看護の費用について	
(1) 訪問看護費 (介護保険)	p. 22
(2) 訪問看護療養費 (医療保険：精神科以外と精神科)	p. 23

資 料

◆ 特別管理加算	p.
◆ 特定疾病・厚生労働大臣が定める疾病等、指定難病医療費助成制度	p. 25
◆ 医療費助成対象疾病 (指定難病) 一覧	p. 27
◆ 障害高齢者、認知症高齢者、パーキンソン病の分類度	p. 32
◆ 医師・看護師以外の者が行える医療的行為について	p. 33
◆ 褥瘡基準、DESIGN-R (褥瘡経過評価用)	p. 34
◆ 日本語版 STAR スキンケア分類システム	p. 36
◆ 訪問看護に関連する診療報酬について	p. 37
◆ 医療費控除の対象となる介護保険制度下での居宅サービス	p. 45
◆ 在宅療養支援診療所とは	p. 46
◆ 訪問看護指示書の種類と注意点、訪問看護指示書 (4 種類)、記載例 (2 種類)	p. 47

1. 訪問看護を利用する流れ

- 病院から退院し在宅療養を始める際に、必要な治療や看護等を継続的に行うには入院時から訪問看護の必要性を判断することが重要です
- 訪問看護の利用対象者は、主治医が指定訪問看護の必要性を認めたものに限られます。そのため訪問看護ステーションは訪問看護の提供に際し、主治医から「訪問看護指示書」の交付を受ける必要があります
- 訪問看護の実施にあたっては慎重な状況判断が要求されることを踏まえ、主治医との密接な連携を図ることが重要です。適切な訪問看護を提供するために定期的に「訪問看護計画書」及び「訪問看護報告書」を主治医に提出します
- 介護保険対象の訪問看護についてはケアマネジャーとの密接な連携により、利用者の状態に応じた看護を提供します。



2. 訪問看護サービスの内容

訪問看護ステーションでは主に次のようなサービスを提供します。

- ①病状の観察
- ②家族への介護指導
- ③身体の清潔（清拭、入浴介助など）
- ④排泄の支援（排便の介助など）
- ⑤食事・栄養の支援、指導
- ⑥リハビリテーション（生活範囲の拡大など）
- ⑦医療処置（カテーテル交換、点滴など）
- ⑧医療機器の管理、指導
- ⑨褥瘡の予防や処置、創傷処置など
- ⑩服薬管理、指導
- ⑪ターミナルケア
- ⑫利用者及び介護者への精神的ケア



3. 訪問看護ステーション選択のポイント

訪問看護ステーションごとに特徴があります。事業所を選ぶ際には、次の点を参考にして、相談してください

- ☆訪問エリア
- ☆空き状況
- ☆24時間対応体制（緊急時訪問看護体制）の有無
- ☆営業日、時間
- ☆活動の特徴や専門性
 - 得意なケア（緩和ケア、認知症ケア等）
 - 専門的看護（精神看護、小児看護等）
 - 専門看護師・認定看護師の在籍
 - 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
 - 地域との連携状況
- ☆連携のとりやすさ

神奈川県訪問看護ステーション協議会のホームページ
「ステーション検索」が参考になります。

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！

- どのような患者さん・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」「5. 訪問看護利用のメリット」を参照してください。

訪問看護が必要と判断されたら、入院中に面会に伺ったり退院時共同指導などで情報を共有することができ、在宅療養にスムーズに移行することが可能です。

(2) 病棟看護師には、こんなことをお願いしたい！

- 安心して在宅での生活ができるよう、自立度を高める看護
 - ・在宅療養を始めるための心構えと励まし
 - ・病気を理解し、服薬が自己管理できる指導と評価
 - ・入院生活により低下したADLを入院前の状態に近づけるリハビリテーションの実施
 - ・医療的処置を本人と家族が実施できる指導（ストーマ、自己導尿、創傷処置など）
 - ・自助具や福祉用具、医療機器などを本人や家族が使いこなせる指導
- 退院後の生活を具体的にイメージした退院指導の実施（個別性に配慮）（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取得など、必要な制度利用のための支援
- 退院日から初回の訪問看護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のか
 - ・退院後、最初の受診はいつか
 - ・受診までに薬や医療材料は足りるのか
 - ・病状悪化時（緊急時）の連絡先
 - ・訪問診療の必要性の判断やそれに伴う情報提供 等

(3) 退院前に訪問看護師は、こんなことを行いたい！

- 退院時共同指導への参加
 - ・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の確認
 - ・退院後の生活による問題予測や解決方法の検討
 - ・療養計画の立案と、サービス事業所の検討
 - ・退院後の緊急時の連絡方法の確認（体調不良時、夜間・休日、緊急時等）
- 訪問看護師の退院前訪問の実施
 - ・継続される処置等の確認
 - ・安心して在宅療養ができるように顔合わせを行う

事前訪問することでできる具体的な内容

- 1) アセスメント ⇒ 創処置等はだれが行うのか、必要な物品は何か、誰が行うのか、介護の協力者はいるのか、キーパーソンは誰なのか
- 2) 退院指導の評価とアドバイス ⇒ 処置等に関する評価と手技の確認、トラブル時の対応方法の確認
- 3) 在宅の医療環境調整 ⇒ 必要な福祉用具の選択、医療機関や医師との連携、継続的な管理のための看護計画立案と実施
- 4) 必要物品等の確認と準備 ⇒ 退院時に持ち帰る物品の確認、在宅で用意する必要物品の確認や物品がどこで手に入るのか等の確認

(4) 訪問看護依頼時には、このような情報が欲しい！

○基本情報

- ・ 氏名、生年月日、住所、連絡先、連絡相手
- ・ 主治医（かかりつけ医）、医療機関名と住所、連絡先（電話番号等）
- ・ 医療保険情報、介護保険情報（認定の有無）、障害者手帳の有無、公費負担医療の確認、利用しているサービスや制度情報 等

○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障害の有無や程度、意思の伝達能力
- ・ 最終の身体情報（最終排便日、ストーマやカテーテルの交換日等）
- ・ 最新の検査データ

○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事項
- ・ 必要と思われるケア内容

○介護力や家族の状況

- ・ 家族構成（独居の有無）
- ・ 家族の支援体制（主介護者の有無やキーパーソンなど）
- ・ 家族への指導内容と理解度、ケアの習熟度
- ・ 家族の在宅介護に対する心構えや受け止め方

○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

○医療処置の必要性和内容

- ・ 継続して行う医療処置内容や使用機器の有無
- ・ 医療機器（器具）の有無と最終交換日、種類やサイズ、設定値、連絡先等
- ・ 処置を行うのは本人や家族か又は訪問看護かの確認
- ・ 処置の指導内容と習熟度

○その他、訪問看護に依頼したい内容

(5) 医療処置が必要な患者が退院する場合！

- 退院前に在宅ケアを支える機関と連絡を取り、退院後の医療環境の調整、医療材料の調達、家族も含めた処置等の指導が必要です。退院時共同指導を行うと情報共有ができます
- 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
- 可能な限り、在宅で使用する機器や物品での退院指導をお願いします
- 退院時に持ち帰る物品は、次回受診や在宅診療時まで足りる量をお願いします

医療行為は、医師や看護師の業務です。ヘルパーが行うことはできません。ただし平成17年7月26日に厚生労働省医政局長より「医師・看護師以外の者が行える医療的行為について」が通達されています。ご参照ください。

(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）に医療系のサービス（訪問看護・リハビリテーションなど）を位置付ける場合には、ケアマネジャーは利用者と家族の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」を継続する場合は！

- 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が直接やり取りをする場合
⇒担当窓口や担当者をお知らせください
 - ・本人や家族が外来受診時に持参して医師や受付に渡し、後日郵送となる等

(8) 複数の医療機関や診療科を受診している利用者の対応は！

- 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」である医師がほかの医師の指示を集約して「訪問看護指示書」に記載します。（「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した場合

- ・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する

例2)

主治医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は、訪問看護指示料の算定は可能です

(9) 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か医療保険かで、利用者負担金が違ってきます
詳しい料金体系は、料金表をご参照ください
- 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対象者

- ・要介護認定の申請を行い、要介護又は要支援の認定を受けた方で、主治医が訪問看護を必要と認めた人

◆医療保険の訪問看護対象者

- 1) 介護保険の要介護者等ではない人（未申請、非該当、40歳未満）
- 2) 介護保険の要介護者・要支援者であっても次に該当する人
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（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三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、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、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
- 3) 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場合 ⇒ 主治医が「特別訪問看護指示書」を発行した場合
- 4) 認知症を除く精神科訪問看護対象者

ステーションによって体制や専門性に特徴があります。訪問看護ご利用の際に、管理者にご相談ください。

5. 訪問看護サービス利用のメリット

(1) 医学的視点に基づいた判断と予後予測が可能！

- 訪問時の定期的な病状観察により、健康管理とともに病状変化への対応が速やかにできます
- 常に主治医と連携をとっているため、受診のタイミングなどの判断が適切にでき、重症化防ぐことができます
- 病気や障害をもって生活する利用者や介護者への精神的サポート（医療的側面による課題や不安を踏まえた）が、できます

(2) 合併症の予防や病状の悪化を防止することができます！

- 低栄養や寝たきりの利用者に対して、褥瘡や肺炎等の予防、早期発見、対応ができます
- 病気に対する治療食や栄養管理の必要な方に、栄養指導ができます
- 嚥下機能に問題がある方には、食形態の工夫や嚥下訓練などを行うことができます
- 慢性呼吸器疾患の方に、呼吸訓練や生活指導により呼吸機能低下や肺炎等の予防ができます
- 精神疾患や認知症等により正しく服用できない方には、服薬管理やアドバイスをを行うことで、病気の悪化を予防し病状の安定を得ることができます
- 難病や進行性疾患の方に、病状の予測ができるので変化を踏まえた早めの対応ができます

(3) 病状の不安定な方にも安全なケアや支援が提供できます！

- 利用者の全身状態の変化に応じて、安全にケアを提供できます
⇒ 心不全や呼吸器疾患の利用者への入浴介助等

(4) 医学的根拠に基づいた介護予防や自立支援が実施できます！

- 機能回復の可能性の判断と自立するためのケアを提供できます
⇒ 自宅での入浴の仕方、自力での食事、Pトイレや自宅トイレでの排泄、日常生活動作や外出方法の工夫等
- リハビリテーション導入の提案とともに、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士と連携しリハビリテーションを継続的に実施できます
- 福祉用具導入の判断、利用効果のアセスメントができます

(5) 在宅生活における介護指導ができます！

- 退院指導で行われた療養指導や生活指導を在宅で継続できます
- 家族の介護状況や健康状態に配慮した介護指導や精神支援ができます
- 初めて介護等をされる家族へ、介護負担が軽減できるような指導や支援ができます
- 多職種と連携を図り、情報を共有することで不安の軽減を図ることができます

(6) 在宅での看取りを支援できます！

- 利用者や家族が望む生き方を全うできるよう支援します
- 医療ニーズが高くなるとともに介護者へのサポートが重要になる終末期において、多職種が連携をとり、チームケアの中で「看護の専門性」を発揮します
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を活用します
- 24時間対応体制を届け出ている訪問看護ステーションには、緊急時の電話相談と必要に応じた訪問看護を実施でき、利用者や家族の安心につながります

(7) 在宅で医療行為が実施できます！

- 本人や介護者等が行う医療処置の手技や管理方法の確認ができ、安心して生活するための療養環境を整備することができます
- 必要な医療処置や医療的な管理、セルフケアの指導が実施できます
⇒ 人工肛門、膀胱留置カテーテル、膀胱瘻・腎瘻、経管栄養・胃ろう、褥瘡処置や創傷処置、点滴や注射・中心静脈栄養、気管カニューレ、吸引・吸入、人工呼吸器、在宅酸素、血糖測定・インシュリン注射、輸液ポンプ管理 等
- 主治医や医療機関との連携により、異常時や緊急時の対応が可能です

6. 事例紹介

- 事例 1) 本人の望むことを情報共有することで
穏やかな時間を過ごすことができたケース (p. 9)
- 事例 2) 退院調整に十分時間をかけることで
希望通りの在宅療養ができたケース (p.10)
- 事例 3) 入院中に在宅での看取りに向けた支援ができなかったケース
希望通りの在宅療養 (p.11)
- 事例 4) プライバシー保護への配慮をしたケース (p.12)
- 事例 5) 多職種連携により妻の不安軽減を図り、
ターミナルケアへ繋げることができたケース (p.13)
- 事例 6) 退院時のアセスメント不足により
再入院となったケース (p.14)
- 事例 7) 入院中に在宅環境のアセスメントができたケース (p.15)
- 事例 8) 「口から食べたい」というニーズを情報共有することで
胃ろうが抜去されたケース (p.16)
- 事例 9) 在宅看取りの希望をしていたにもかかわらず
再入院となってしまったケース (p.17)
- 事例 10) 医療ニーズが高いにもかかわらず当初、
訪問看護が導入されなかったケース (p.18)
- 事例 11) 訪問看護が開始することで
安心して在宅療養ができたケース (p.19)
- 事例 12) 「回復は見込めないだろう」と言われていたが
多職種連携によりADLが向上したケース (p.20)

事例 1

【利用者及び家族の状況】

利用者) 76 歳女性 すい臓がん末期 寝たきり度 C1 認知症なし 要介護 5
家族構成) 75 歳夫と二人暮らし 近隣に長男・次男が在住

【訪問看護依頼までの経過】

食欲不振が続き家族が受診を勧めていたが、本人の拒否が強く在宅で経過をみていた。体重減少と腹痛が出現したため説得して受診すると「すい臓がん」の診断を受け入院。本人は IVH 以外の治療やケアを拒否。

未告知であったが「自分は病気ではないから病院にいる必要はない」と退院を強く希望。「IVH 管理とサポート、在宅での看取りを視野に入れたケア、往診医との連携、夫への身体的精神的サポート」目的で、医療連携室より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・依頼より二日後に退院時共同指導のため病院へ訪問
- ・IVH 手技確認と家族への退院指導や訪問診療、退院後必要なサービスの確認を行った
- ・IVH 薬液交換や管理は、入院中に夫と息子が指導を受け退院となった
- ・退院後、往診医の訪問時にサービス担当者会議を開催してほしいとケアマネジャーに依頼した
- ・認知症ではないが病状の割に苦痛を訴えることがなかったため、バイタルサインの変化や体調など気になることは往診医に報告し、苦痛の緩和に努めた
- ・「自分は病気ではない」といい続けていたが、訪問を続けていく中で少しずつ心情を吐露し始めたため、傾聴による精神支援をていねいに行った

【結果】

訪問看護とベッドレンタルのみのサービス利用だったが、家族の介護を受けながら自宅で療養することができた。関わる全員が、本人の望むことを情報共有してケアを進めることができ、穏やかな時間を過ごすことができた。家族もそれぞれの役割をもって介護を続けることができ、退院 1 か月後に家族に見守られながら安らかに自宅で永眠された。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

- * 本人の強い意思に早期に対応し医療の連携体制が出来ていたことで、本人や家族の安心と信頼の下にケアを継続できた
 - 入院中に本人の希望を理解し、前向きに対応した
 - 医療連携室が訪問看護の機能を理解し、その必要性を本人や家族に正しく伝えてくれた
 - 入院中から早期に訪問看護を依頼してくれた

事例 2

【利用者及び家族の状況】

利用者) 63 歳男性 胃がん末期 (余命 6 か月～1 年) ADL 自立 認知症なし
家族構成) 60 歳の妻と二人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

胃がん末期で余命 6 か月～1 年と説明され「できることは自分でしたい」「週に 1～2 回通勤したい」「妻と一緒に旅行に行きたい」という希望があり、退院調整が始まる。嘔気と嘔吐により経口摂取ができないため、1 日おきに夕方～朝まで輸液ポンプを使用し IVH を行うことを予定 (日中の活動を妨げないため)。

本人は、IVH や輸液ポンプのマニュアルを自ら作成し、その通りに実施するなど几帳面な性格。退院 1 か月前に、病院の退院調整看護師より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院に向けて IVH 管理が自宅でできるように、退院時共同指導が実施された
 - *本人の訪問看護師への希望 → 医療処置、輸液ポンプトラブル時の 24 時間対応、疼痛緩和
 - *病院側からの依頼 → 全身状態の管理、ターミナルケア、家族支援
- ・長年診てもらっている近医が在宅の主治医となったが、麻薬や IVH 管理に不慣れであったため訪問看護が間に入り、医療機関と連携をとった
- ・医療連携室の MSW 及び退院調整看護師と訪問看護が連携し、必要物品の調整を行った
- ・訪問看護時に、本人のルートセットの手技確認とニードル針の刺入を実施した
- ・介護不安軽減のために、妻への傾聴支援を丁寧に実施した
- ・食事摂取量が徐々に増え体調が安定しているときは、週 1 回 1 時間半の通勤と自宅での仕事、友人との会食、夫婦旅行などができるよう支援した

【結果】

綿密な計画と本人の気力により、希望通りの在宅療養ができ、一時期 IVH を止めて食事ができるまでになった。がんの進行に伴い嘔吐と疼痛が増強したため、麻薬が増量となり ADL の低下がみられ、本人の希望で入院しそのまま永眠された。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

- *本人の明確な意思があり、介護者と共に理解力が高かった
 - 残された時間をどのように使いたいかという意思がはっきりしていた
 - 指導した内容を的確に実施でき、判断能力もあった
- *退院調整のための十分な時間があった
 - 退院指導を本人の納得がいくまで実施できた
 - 必要物品の準備が十分できた
- *訪問看護が間に入ることで、医師同士の連携がスムーズにできた
 - 今後、医療依存度の高い療養者を支える関係作りができた

事例 3

【利用者及び家族の状況】

利用者) 70 歳男性 肝臓がん末期 寝たきり度 C1 介護保険申請中 自営業

家族構成) 長男及び長男妻 (介助者) と三人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

胸水と腹水の貯留による呼吸苦がみられ、バルーンカテーテル留置。疼痛コントロールには麻薬を使用。病院側は「末期がんでこれ以上は回復に見込みはない」として退院を促していた。本人には病名を告知しており、「数日の命しかないのなら自宅に帰りたい。会社経営の引継ぎをしたい」という希望が聞かれた。長男家族も「本人の気持ちを考え自宅で看取りたい」と決心するが、どこに相談してよいかわからずインターネットで訪問看護ステーションを探し「本人が自宅に帰りたいと希望しているので介護方法など教えてほしい」と相談。

【訪問看護開始後の経過】

- 1 日目 (土曜日) 家族からステーションへ直接訪問看護の依頼があった。主治医の「訪問看護指示書」が必要であることをていねいに説明し、病院側へ指示書の依頼をするよう伝えた
- 2 日目 (日曜日) 家族が在宅希望を病院側に伝え「訪問看護指示書」を依頼
- 3 日目 (月曜日) 訪問看護師が地域包括支援センターへ相談し、ケアマネジャーが決まる
病院の地域連携室から連絡があり、「退院時共同指導」の調整が行われる
- 4 日目 (火曜日) ケアマネジャーと訪問看護師が、退院時共同指導に出席。その場で、ケアマネジャーが介護保険の申請を行うことや往診医の手配、訪問介護や福祉用具などを手配しそれぞれの契約が行われた
- 5 日目 (水曜日) 退院前にベッドが搬入される。退院と同時にサービス担当者会議 (往診医・ケアマネジャー・訪問看護・福祉用具・訪問介護が参加) を開催し、今後の方針が決まる。往診医が診察し、家族に病状と残された時間が少ないことが説明された。引き続き、訪問看護との契約や病状観察とケアが行われた。その後休息をとり、会社経営の引継ぎもでき安堵の表情がみられた
- 6 日目 (木曜日) 意識がなく呼吸状態が悪いと訪問看護に連絡があり、緊急訪問。血圧低下・努力様呼吸がみられたため家族に「苦しそうに見えるがこのような状態は、あまり辛さを感じていないことが多いと言われている」と説明し、残された時間をご家族でお過ごしくださいと伝え、往診医へ報告。3 時間後「呼吸が停止してようだ」と家族から連絡があり再び緊急訪問。呼吸停止を確認し往診医へ連絡。往診医が死亡確認を行った後、家族と共にエンゼルケアを行った

【結果】

本人が希望していた通り自宅に帰って会社経営の引継ぎが無事終わり、退院翌日の永眠となった。家族は本人の希望がかなえられたことで「自宅で看取ることができてよかった」と話されていたが、「もう少し早く退院させてあげればよかった」との思いも吐露されていた。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

※ターミナルケアが必要な人へ病院側が行う退院支援

- 主治医より、現在の病状と今後予測される状況の説明
- 本人や家族の意思確認と選択肢の提案 (施設・療養型・在宅など)
- 在宅希望の場合、病棟看護師は早く地域連携室に相談する
- 地域連携室の看護師は在宅関係者と連絡を取り、「退院時共同指導」により情報を共有し安心して退院できるよう手配する

事例 4

【利用者及び家族の状況】

利用者) 30 歳男性 HIV 感染 ターミナル状態 寝たきり度 B2

家族構成) 両親と姉の四人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

HIV 感染によるカリニ肺炎罹患後悪性リンパ腫を発症し、化学療法で一時小康状態となり外泊もできていたが再発。本人が退院を強く希望し、急遽退院することになり退院調整看護師から「ターミナルケア」目的で訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院調整看護師から訪問看護へ情報提供があった
- ・在宅での看取りを考えているため、退院調整看護師は地域の往診医を探して依頼し、あわせて退院翌日の往診を依頼し了解を得ることができた
- ・在宅で看取りをする予定だが、急変時や希望時は入院の受け入れが可能と病院側に確認が取れた
- ・退院調整看護師が、看護サマリーと訪問看護指示書を訪問看護に郵送
- ・麻薬に関しては、病院の医師が処方することになった
- ・訪問看護師は往診医と同行訪問し、契約と情報収集を行った
- ・「近所に訪問看護が入ることを知られたくない」「できれば自宅で看取りたい」などの希望を往診医とともに確認した
- ・往診医と連携し自宅で看取りができるよう相談に乗り「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づき、本人と家族の意思を尊重し関わっていくことを説明した
- ・訪問看護が入ることを知られたくないという気持ちを尊重し、事業所名の入っていない車で訪問、上着の着用、インターホンでは看護師の名前のみ名乗るなど配慮した

【結果】

当初在宅での看取りを決めていたが、呼吸苦が増強し「見ているのがつらい」と家族から訴えがあり、本人に意思を確認した。「自宅で最後まで過ごしたい気持ちはあるが、トイレに行くのもしんどくなった。家族にこれ以上迷惑をかけたくないので入院も考えたい」との意思表示があった。在宅酸素の説明・麻薬の増量など病院の医師に相談できることをていねいに説明すると「自宅でできることはやりたい」と希望したため、往診医が在宅酸素を導入、病院の医師から医療用麻薬の増量が行われた。その後再びトイレに楽に行けるようになったが、数日後呼吸苦が出現し「入院したい」と再度希望が聞かれ、家族に確認したところ「本人の希望通りにしたい」と話されたためその場で往診医へ連絡。往診医より病院の医師に情報が提供され、訪問看護師は退院調整看護師に本人と家族の意向を伝え、受け入れの確認後救急搬送され翌日永眠された。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

＊在宅での看取りを希望したケースに対してのアプローチ

→ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づく確認
心身の状態の変化に応じて本人の意思は変化しうるものであること

情報を適切に共有し、医療ケアの方針を本人・家族・往診医・訪問看護師・退院調整看護師・病院の医師と共に慎重に行うこと

＊プライバシー保護への配慮

→ 事業所名を伏せての訪問は可能（事業所名の入らない車、制服の配慮、看護師名のみ名乗るなど）

事例 5

【利用者及び家族の状況】

利用者) 65 歳男性 慢性心不全 肝臓がん末期（肺転移・骨転移） 介護保険未申請
家族構成) 63 歳の妻と二人暮らし 近隣に長男と次男在住

【訪問看護依頼までの経過】

肝臓がん発症後、通院で抗がん剤治療を受けていたが効果が低下し転移もみられ、治療を中止して外来通院のみ継続していた。妻がベッドのレンタルを希望し地域連携室に相談すると、地域包括支援センターを紹介され相談するが、介護保険未申請のためレンタルは難しいと言われてしまい、諦めて通院を継続。病状の進行に伴い通院困難となり、どこに相談してよいかわからずインターネットで往診医を探して相談。その際、介護保険の申請やケアマネジャー、さらに訪問看護も必要といわれ再度地域連携室に相談すると、ケアマネジャーと訪問看護を紹介される。

【訪問看護開始後の経過】

- ・訪問看護ステーションが情報収集のため、地域連携室と地域包括支援センターへ連絡を取り状況の把握を行った
- ・往診医と情報共有し、肝臓がん末期の確認を取り「訪問看護指示書」を依頼した
- ・初回訪問時、疼痛のため食事摂取も十分にできていなかったため、往診医に報告し内服薬と医療用麻薬等が検討された
- ・妻は在宅療養に関する知識も浅く不安や焦りもみられたため、往診医・ケアマネジャー含めカンファレンスを開催して在宅療養の方針を話し合い、疼痛増強時の対応や食事形態・介助方法について詳しく説明し、妻の不安軽減を図った
- ・数日後には食事水分共に摂取困難となり、在宅で点滴が開始された
- ・在宅療養について「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づき、心身の状態変化に応じて話し合いを行った

【結果】

往診医やケアマネジャーとの連携により妻の不安軽減を図り、在宅で疼痛コントロールや点滴療法を行い、ターミナルケアへ繋げることができた

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*相談を受けた部署が、本人や妻のニーズをキャッチする

- 訪問看護依頼時の情報は少なかったが、本人と妻の真意を引き出すためのカンファレンスを実施することが出来た
- 地域包括支援センターやケアマネジャーとの十分な連携が必要である
- 多職種で情報を共有することで妻の不安軽減を図り、ターミナルケアにつなげることができた

事例 6

【利用者及び家族の状況】

利用者) 86 歳男性 慢性心不全 閉塞性動脈硬化症 寝たきり度 B1 介護保険申請中
家族構成) 80 歳の妻 (要介護 2)、長女夫婦 (就労) と四人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

慢性心不全の診断を受け、近医へ通院治療しながら高齢の妻の介護も行っていた。下肢の痛みが出現し足趾の壊死創が認められ、近医の紹介で病院を受診。「閉塞性動脈硬化症」の診断で入院となる。治療後、退院に向けて介護保険の申請を行い、妻と同じケアマネジャーを依頼。「壊死創ケアの継続」目的で、地域連携室より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・地域連携室と皮膚科医は「入院中認知症状なし」との認識だった
- ・初回訪問時、家族から短期記憶障害が気になると相談があった。薬の残数も合わないため、服薬管理の必要があることを家族に説明し協力を依頼した
- ・薬がなくなるため本人に受診を勧めたが拒否され、家族の都合もつかず受診できずに服薬が中止となり、心不全悪化のため再入院となった
- ・在宅での認知症状の状況や家族の介護力不足について地域連携室に報告。この時に初めて、前回入院時から服薬拒否があったことが判明した
- ・退院時共同指導を行った。壊死創の処置が毎日必要だが妻や家族では無理であること、および心不全再発予防のためにも症状が安定して在宅生活が送れるよう、退院直後は頻回な訪問が必要であることが話し合わせ、「特別訪問看護指示書」が発行されることとなった

【結果】

退院時共同指導の際に、認知症状の状況を確認。在宅サポート体制と役割分担ができたうえで退院できた。「特別訪問看護指示書」により毎日適切な処置が受けられ服薬管理ができたことで病状が安定し、多職種での情報共有により安心して在宅療養が継続できた

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

＊入院中と退院後の生活環境を適切に把握しアセスメントする

- 本人のセルフケア能力や認知症状の把握を適切に行い、必要なサービスの提案が重要
- 家族の生活状況や介護力を適切に判断した退院調整が必要
- 「特別訪問看護指示書」により毎日の創処置や服薬管理を行いながら、介護保険との併用により在宅療養をサポートする

事例 7

【利用者及び家族の状況】

利用者) 81 歳女性 アルツハイマー型認知症 糖尿病 寝たきり度 J2 要介護 3
認知症自立度 M

家族構成) 85 歳の夫と二人暮らし

長男が隣区に一人暮らしで自営業を営んでおり、仕事の合間に時々顔を出している

【訪問看護依頼までの経過】

腰痛のため近医で鎮痛剤の処方を受けたが、多量に摂取してイレウスとなり入院。入院中、腎不全となり膀胱留置カテーテル挿入となった。退院に向けて膀胱訓練したが自尿がみられず、カテーテル挿入のまま退院することになった。入院中より軽度の物忘れなどを認めたため、地域連携室の看護師が家族から入院前の状態を確認したところ、「同じものを買ってくる、絶えず食べている、昼夜逆転し夜中に TV をみている、何度も同じことを言う」など、家族が困っていたことが判明した。認知症を疑い、入院中に精神神経科を受診したところ「アルツハイマー型認知症」と診断され、アリセプトの服用が開始となった。「膀胱留置カテーテルの管理、認知症に関する介護者への支援」目的で、地域連携室より訪問看護依頼となる。

【訪問看護開始後の経過】

- ・初回訪問時、室内汚染がみられ同じ食品が山積みされていた
- ・病院からの情報と夫からの話は同じ内容であり、病状は理解されていると判断した
- ・夫の介護負担軽減を図るため、訪問介護を導入。清潔保持及び他者との交流により認知症進行予防目的で、通所介護も開始した
- ・膀胱留置カテーテルを夫が管理することは困難であり、本人が接続部を外すなどの行為もみられたため、主治医と相談しカテーテル抜去。自然排尿促し、残尿みられず経過している
- ・夫と長男に認知症理解と対応について説明し、症状に応じて指導を行った

【結果】

夫は介護にも慣れ長男も認知症への理解が深まり、対応ができている。本人も嫌がることなく介護サービスを利用できおり、安心して在宅生活を送っている。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*入院中、本人と家族に対し在宅環境のアセスメントができ、退院後の生活の組み立てにつながった

→ 認知症に関するアセスメントを退院前に訪問看護とケアマネジャーが情報共有することができた

事例 8

【利用者及び家族の状況】

利用者) 70 歳女性 認知症 大腿骨頸部骨折 顎関節症（開口・嚥下障害あり） 胃ろう造設
仙骨部褥瘡（DESIGN[®] D4） 寝たきり度 C1 認知症自立度 IV 要介護 5
家族構成）78 歳の夫と二人暮らし 長女夫婦（就労）が隣市に在住

【訪問看護依頼までの経過】

自宅で転倒骨折し、手術目的で入院。入院前から認知症による経口摂取量の低下、嚥下困難があり胃ろう造設。しかし栄養状態が不良であったため入院中に褥瘡形成。長女から「口から食べられるようにして、褥瘡を治してあげたい」という希望で、病棟と地域連携室が連絡を取り合い退院指導を実施。地域連携室より「褥瘡管理、胃ろう管理、介護指導」の目的で訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院時共同指導を開催し、訪問看護やケアマネジャーなど在宅サービス関係者が、医師から病状の説明と退院指導の内容や家族の希望等を確認し、今後の方向性を情報共有した
- ・訪問診療医は、病院からの紹介となった
- ・ケア内容の難易度が高く、連携が密に必要なケースでありながら、長女と各事業者間との間はほとんど夜間かメールでしか連絡をとれず、ケアマネジャーが積極的に連携を図った
- ・専門医に嚥下機能の評価と指示を受けた。嚥下体操のビデオを準備し、訪問看護師の指導により訪問介護者が本人とビデオを見ながら取り組んだ
- ・医師から許可のあった食品や量を守りながら、入院中に実施していた経口摂取訓練を訪問看護師が継続し、夫も一緒に取り組んだ
- ・病院医師の指示が往診医に伝えられ、訪問看護師や夫・長女の役割分担によって褥瘡処置を行った
- ・週 1 回の PT 評価と指導により、ADL 拡大のためのリハビリメニューに訪問看護と訪問介護が本人と一緒に取り組んだ

【結果】

退院後少しずつ ADL が向上し、コミュニケーション能力も回復した。退院 6 か月目に褥瘡完治、8 か月目には胃ろうが抜去され、経口摂取だけで必要な栄養を摂取できるようになり、室内と庭は見守りで歩行できるまでに回復した。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*経口摂取という共通の目標を関係各所との連携と役割分担により達成できた

- 「口から食べさせたい」という介護者のニーズを病棟看護師がキャッチできていた
- 病棟から地域連携室、地域連携室から訪問看護や往診へ、また、在宅サービス提供者間の連携と情報共有が十分にできていた
- それぞれの専門職が、必要な役割を適切に遂行した

事例 9

【利用者及び家族の状況】

利用者) 67 歳女性 ALS 高血圧 喘息 NIPPV 使用 指定難病申請中 要介護 5
寝たきり度 B1
家族構成) 65 歳の夫と二人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

秋頃から歩行障害が出現。複数の医療機関を受診し翌年 4 月に検査入院の結果「ALS」と診断される。入院直後から NIPPV 使用開始、短時間であれば立位保持は可能。日中は車いすで院内を自力移動、指先の力は弱くなっているが箸で食事はとれる状態。リハビリ中に呼吸苦が出現することがある。一般的な病態は本人に告知しているが、気管切開下で呼吸器を装着するかどうかは、本人の精神状態がまだ不安定なため外来でフォローすることになった。「病状観察、保清支援や精神支援」目的で、病院の主治医より訪問看護に依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院時共同指導が行われないまま同年 6 月に退院し、週 1 回通院（神経内科とリハビリ）、訪問看護（NS/PT とともに週 1 回）、訪問介護（週 3 回）の利用開始
- ・訪問看護でシャワー浴を介助する際、移動は軽介助・洗身は一部介助で可能。また、NIPPV と同調しないことが増え呼吸苦の訴えが多くなる
- ・7 月初旬には下肢筋力低下で移動全介助、握力低下のため自分で洗身が出来なくなる
- ・7 月中旬に介護用ベッドを導入。シャワー浴は看護師とヘルパー二人体制となる
- ・病状が進行しているにもかかわらず、病院側から本人への説明がなく不安を吐露されるが、連携室が関わっていないため病院との連携窓口がなく、外来や主治医は忙しいためコンタクトが取れず、病院と在宅スタッフとの間に隔たりが生じてきた
- ・7 月下旬に神経内科主治医より夫が病状説明を受けるが、夫婦間の話し合いがうまくいかず、治療方針が決まらないため訪問看護師が間に入り調整。夫婦ともに、延命拒否と在宅での看取り希望を確認。
- ・8 月初旬に病院の主治医から診療情報と共に往診医を紹介されたが、初回訪問で胃ろう造設を勧められ不信感を持ってしまった

【結果】

本人は病状や予後についてその都度説明を受けることが出来ず、在宅看取りの希望をしていたにもかかわらず再入院となってしまう

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

＊刻々と変化する状況に専門職が適切な役割で対応できていたか

- 主治医 : 本人の意思決定のためのインフォームドコンセント（病状や予後説明・告知）
- 病棟・外来・連携室 : 十分な情報交換をし対象者の調整や支援をする、退院時共同指導の開催
- ケアマネジャー : 状況変化に沿って柔軟にサービス担当者会議を開催し、迅速に対応する
- 訪問看護師 : 本人や家族の状況をアセスメントし、全体の調整や情報共有を図る

事例 10

【利用者及び家族の状況】

利用者) 82 歳男性 慢性硬膜下血腫 嚥下障害 胃ろう 要介護 5 寝たきり度 C2
家族構成) 82 歳の妻と二人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

慢性硬膜下血腫による嚥下障害と誤嚥性肺炎のため、胃ろう造設し退院。栄養剤の注入は退院前に妻が指導を受けたが、恐るおそる実施している。痰が多く吸引が必要だが入院中に吸引指導されなかったため、妻は口腔ケア用のスポンジで痰をからめとっていた。構音障害のためコミュニケーションがほとんどとれない。退院時に地域連携室がケアマネジャーに支援を依頼し、看護サマリーを受け取っていたが訪問看護は導入せず、訪問介護の介入のみだったが自己負担額が増え、病状も不安定だった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院翌日より発熱が続き、吸引が頻回に必要であることと、訪問看護が必要であると判断され主治医より訪問看護の依頼があった。老々介護であり病状も不安定であるため「特別訪問看護指示書」も交付された
- ・妻が医療処置や本人の体調について不安が強く介護疲労も顕著であるため、傾聴による精神支援と介護方法等のていねいな指導を毎回行った。また、不安な時は随時緊急対応で訪問した
- ・胃ろう管理や栄養剤注入の手技、オムツ交換など基本的な介護方法を指導することで、妻が上手に介護できるようになった

【結果】

訪問看護による医療処置や介護指導、精神支援により、妻は徐々に介護に慣れ訪問介護を減らすことができた。介護保険限度額範囲内でのサービス体制が整備され、安定した療養生活を過ごしている。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

＊退院調整は適切であったか、安心して在宅療養が行える環境を整えることが大切

- 医療的ニーズが高い場合、介護者の状況（理解力や介護力、退院後の療養環境、他の家族支援の有無）を把握し、退院時共同指導を通して情報を共有し、必要なサービスが受けられるよう調整する。
- 退院指導で必要な医療処置や介護の指導を行い、介護者の取得状況を把握し、不安がある場合は在宅チームと連携を図る
- 看護サマリーを有効に活用。ケアマネジャーが保管するのではなく、在宅で関わる事業所が情報共有できるようにする

＊ケアマネジャーは、訪問看護の必要性をどのように考えていたのか

- 医療的ニーズや介護力を判断し、十分なアセスメントを行う

事例 11

【利用者及び家族の状況】

利用者) 69 歳男性 胃がん 寝たきり度 B1 要介護 5

家族構成) 65 歳の妻、長女と三人暮らし（長男と次男は、別世帯）

【訪問看護依頼までの経過】

胃がんの診断を受け本人は手術を希望しセカンドオピニオンを受診するが、「手術適応外」といわれ化学療法を受ける。病状進行に伴い自宅近隣の病院に転院し治療を継続するが、多臓器に転移がみつかると。右鎖骨下に中心静脈ポートを挿入して高カロリー輸液が開始になり、本人と家族が管理していた。その後、化学療法を受けるときだけの入院を7回繰り返していたが、在宅療養中にポートからのヘパリンフラッシュができなくなり発熱もみられたため緊急受診し、そのまま入院となる。中心静脈ポートを抜去し、左鎖骨下に再挿入して1か月後退院となった。病棟で指導の下管理していたが、本人家族ともに感染に対する不安が大きく「中心静脈ポートの管理、感染兆候の早期発見、体調管理」の目的で、地域連携室より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・全身状態はペインコントロールにより落ち着いていたが、本人と家族は中心静脈ポート管理にかなり慎重になっていて、緊張感を感じた。訪問看護師は、感染予防に関する知識をわかりやすくていねいに説明した。
- ・ガイドラインを参考にアセスメントし、訪問看護師間で統一したかわりとケアを心掛けた
- ・訪問看護師の手技を見て「もっと早く訪問看護師のことを知っていたら、感染しなくて済んだのに・・・」と心情を吐露されていた
- ・少しずつADLの低下がみられ日常生活に支障をきたすようになり、本人や家族の意向を確認しながら介護用ベッドのレンタルを開始し、ケアマネジャーと相談しながら生活環境を整えるために福祉用具の検討を開始した。
- ・療養環境が整うことで本人と家族に心の余裕ができ、残された日々をどのように過ごすかなど話し合うことなど、それぞれが大切な時間を過ごすことができた。

【結果】

訪問看護開始後、心配していた感染等起こすことなく過ごすことができ、家族に見守られながら自宅で永眠した。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

＊病院側の訪問看護利用に対する意識は、どうであったか

- 訪問看護利用のメリットを知り、どのような対象者に訪問看護を利用するとよいか検討する
- 医療機器を装着して退院する場合は、訪問看護に正確な情報を提供する(退院時共同指導の開催)
- 感染を起こさず在宅療養を安全に継続するために、主治医の指示を確認する

＊本人や家族に対する医療機器処置等の指導後、手技取得の確認は誰がいつ行うのか

- 退院時共同指導等で退院指導がどこまで行われているのか、手技の取得状況を確認する
- 退院後は、在宅に沿った内容で変更があることも伝えておくことが大切

事例 12

【利用者及び家族の状況】

利用者) 58 歳男性 くも膜下出血 多発性脳梗塞 遷延性意識障害 意思表示困難
寝たきり度 C2 要介護 5 気管切開 吸引 胃ろうによる経管栄養
家族構成) 56 歳の妻と二人暮らし (自営業しながらの介護) 娘二人は独立している

【訪問看護依頼までの経過】

ADL すべてに介助が必要だが車いすの座位保持はできる状態。遷延性意識障害のため、はっきりとした意思表示は困難。気管切開をしており常に吸引が必要な状態、さらに胃ろう周囲からの出血があり処置が必要。医師から「これ以上の回復は見込めないだろう」と言われているが、妻は少しでも回復してほしいと願い、退院後も仕事をしながら在宅で介護したいと希望。「医療的な管理指導と在宅環境の整備」目的で、地域連携室より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院時共同指導に主治医・ケアマネジャー・訪問看護等のサービス事業者が参加し、情報の共有を行った
- ・ケアマネジャーは、訪問診療と訪問看護の初回訪問に同行し状況の確認を行った
- ・訪問看護は、退院翌日から週 3 日の訪問を開始し、話しかけながら気管切開部や胃ろうのケア、口腔ケアや拘縮予防のためのリハビリを行った
- ・孫娘も絵本の読み聞かせを行い、本人に根気よく働きかけた
- ・身体状況が安定するとともに表情に変化がみられてきたため、病院の地域連携室に連絡し言語聴覚士による機能評価と訓練のプログラムを依頼。訪問看護が指導を受け実施した。
- ・訪問看護ステーションの理学療法士による身体評価とリハビリにより、四肢の緊張がほぐれ端坐位の保持が可能になった
- ・端坐位の安定とともに、訪問看護師は排便を促すためにポータブルトイレの使用を試み、自然排便が出来るようになった
- ・嚥下能力も少しずつ向上し少量のチョコレートやご飯を摂取することができ、声を発せられるまでに回復してきた

【結果】

多職種間の連携により ADL が少しずつ向上し、コミュニケーション能力の回復もみられ、はっきりとした意思表示の確認ができるようになった。妻も介護の負担を感じず、仕事との両立ができています。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*介護の不安なく在宅療養ができるための有益な退院時共同指導ができた

- 多職種での身体状況の確認と情報共有、予測を含めた計画の立案ができた
- 退院後すぐに、計画に沿ってケアを実践することができた

*退院後も地域連携室と連絡を取り合うことで、病院の資源を在宅で有効活用できた

- 言語聴覚士による評価とプログラムにより、コミュニケーション能力が向上し経口摂取が可能となり、生活に必要な能力を引き出すことができた

介護保険と医療保険の制度の違い

2018 年 9.1

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	● 2ヶ所以上の訪問看護ステーションから訪問可能	● 同月に 2ヶ所までの訪問看護ステーションから訪問可能な場合 ① 厚生労働大臣が定める疾病等 ② 特別管理加算の対象者 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 ● 同月に 3ヶ所までのステーションから提供可能な場合 ① 厚生労働大臣が定める疾病等 ② 特別管理加算の対象者 であって、週 7 日の指定訪問看護を計画
	※複数の訪問看護ステーションからの加算等の算定⇒P 参照 (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 (指示書料の算定は利用者 1 人に月 1 回)	
訪問回数の制限	● 1 日・1 週間ともに制限なし (居宅サービス計画に基づく)	● 原則、週 3 日が限度 ● 別表第 7(厚生労働大臣が定める疾病等)、別表第 8(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
休日・時間外の訪問看護に対する差額料金	● 早朝・夜間・深夜加算の算定 ・ 居宅サービス計画に位置づけられている場合 * 月 1 回目の緊急訪問の場合は算定できず所定の単位数のみ算定 * 特別管理加算対象者でなくても、2 回目以降の緊急訪問から算定できる ● 差額料金は徴収できない	● 早朝・夜間・深夜加算の算定 ● 差額費用の徴収(その他の利用料) ・ 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 ・ 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
交通費の徴収	● 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 ● 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	● 「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

訪問看護費(介護保険)

2019. 10. 1

介護保険単位数(1単位:10円～11,40円)			訪問看護費	介護予防訪問看護費
訪問看護費	20分未満	訪問看護Ⅰ 1	312単位	301単位
	30分未満	訪問看護Ⅰ 2	469単位	449単位
	30分以上1時間未満	訪問看護Ⅰ 3	819単位	790単位
	1時間以上1時間半未満	訪問看護Ⅰ 4	1122単位	1084単位
	理学療法士等 20分以上	訪問看護Ⅰ 5	297単位	287単位
		訪問看護Ⅰ 5 2超	267単位	258単位
	○准看護師と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の1日2回以上訪問の場合と集合住宅の場合は単位数の90%で算定			
加算	※緊急時訪問看護加算(月1回)		574単位	
	※特別管理加算(月1回)	特別管理加算(Ⅰ)	500単位	
		特別管理加算(Ⅱ)	250単位	
	退院時共同指導加算		600単位	
	初回加算		300単位	
	夜間・早朝加算、深夜加算		夜間(午後6時～午後10時) 早朝(午前6時～午前8時) ⇒所定単位数の100分の25を加算 深夜(午後10時～午前6時) ⇒所定単位数の100分の50を加算	
	長時間訪問看護加算		300単位	
	複数名訪問看護加算(Ⅰ)	30分未満	254単位	
		30分以上	402単位	
	複数名訪問看護加算(Ⅱ)	30分未満	201単位	
		30分以上	317単位	
	※ターミナルケア加算		2,000単位	
	看護体制強化加算	(Ⅰ)	600単位	
		(Ⅱ)	300単位	
	※サービス提供体制強化加算(1回につき)		6単位	
	看護・介護職員連携強化加算(月1回)		250単位	

訪問看護療養費(医療保険・精神科以外)

2019.10.1

医 療 保 険〔精神科以外〕			料 金	基本利用料(利用者負担金)			
				1割負担	2割負担	3割負担	
基本療養費(Ⅰ) 訪問看護	保健師、看護師、助産師、PT/OT/ST (1日につき)	週3日目まで 週4日以降	5,550 円 6,550 円	555 円 655 円	1,110 円 1,310 円	1,665 円 1,965 円	
	准看護師 (1日につき)	週3日目まで 週4日以降	5,050 円 6,050 円	505 円 605 円	1,010 円 1,210 円	1,515 円 1,815 円	
	専門性の高い看護師との同行訪問(管理療養費算定不可)		12,850 円	1,285 円	2,570 円	3,855 円	
	基本療養費(Ⅱ) 訪問看護	保健師、看護師、助産師、PT/OT/ST (1日につき、同一建物に2人訪問の場合)	週3日目まで 週4日以降	2,780 円 3,280 円	278 円 328 円	556 円 656 円	834 円 984 円
		准看護師 (1日につき、同一建物に2人訪問の場合)	週3日目まで 週4日以降	2,530 円 3,030 円	253 円 303 円	506 円 606 円	759 円 909 円
専門性の高い看護師との同行訪問(管理療養費算定不可)		12,850 円	1,285 円	2,570 円	3,855 円		
訪問看護基本療養費(Ⅲ)		入院中1回の外泊時	8,500 円	850 円	1,700 円	2,550 円	
イ:機能強化型訪問看護管理療養費 1 月の初日		12,530 円	1,253 円	2,506 円	3,759 円		
ロ:機能強化型訪問看護管理療養費 2 月の初日		9,500 円	950 円	1,900 円	2,850 円		
ハ:機能強化型訪問看護管理療養費 3 月の初日		8,470 円	847 円	1,694 円	2,541 円		
ニ:訪問看護管理療養費 1・2・3 以外 月の初日		7,440 円	744 円	1,488 円	2,232 円		
訪問看護管理療養費(イ～ニ共通) 2日目以降		3,000 円	300 円	600 円	900 円		
	乳幼児加算	6歳未満	1,500 円	150 円	300 円	450 円	
	難病等複数回訪問加算	1日2回	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円	
		1日3回以上	8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円	
	緊急訪問看護加算(1日につき)		2,650 円	265 円	530 円	795 円	
	複数名訪問看護加算(週1回迄)	看護師等と訪問	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円	
	(週1回迄)	准看護師と訪問	3,800 円	380 円	760 円	1,140 円	
	(週3回迄)	看護補助者と訪問	3,000 円	300 円	600 円	900 円	
	長時間訪問看護加算(週1回迄)		5,200 円	520 円	1,040 円	1,560 円	
	24時間対応体制加算(月1回)		6,400 円	640 円	1,280 円	1,920 円	
	特別管理加算(月1回)	欄外※の方	5,000 円	500 円	1,000 円	1,500 円	
		それ以外の方	2,500 円	250 円	500 円	750 円	
	退院時共同指導加算		8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円	
	特別管理指導加算		2,000 円	200 円	400 円	600 円	
	退院支援指導加算		6,000 円	600 円	1,200 円	1,800 円	
	在宅患者連携指導加算(適応時/月1回迄)		3,000 円	300 円	600 円	900 円	
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(適応時/月2回迄)		2,000 円	200 円	400 円	600 円	
	夜間・早朝訪問看護加算	夜間(午後6時～午後10時) 早朝(午前6時～午前8時)	2,100 円	210 円	420 円	630 円	
	深夜訪問看護加算	深夜(午後10時～翌午前6時)	4,200 円	420 円	840 円	1,260 円	
	訪問看護情報提供療養費 1, 2, 3 (月1回)		1,500 円	150 円	300 円	450 円	
	訪問看護ターミナルケア療養費 1		25,000 円	2,500 円	5,000 円	7,500 円	
同上2 (介護老人福祉施設等で看取り介護加算算定)		10,000 円	1,000 円	2,000 円	3,000 円		

訪問看護療養費(医療保険・精神科)

2019.10.1

医 療 保 険〔精神科〕			料 金	基本利用料(利用者負担金)			
				1割負担	2割負担	3割負担	
精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ) 保健師、看護師、作業療法士 (1日につき)	週3日目まで (30分以上)		5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円	
	週3日目まで (30分未満)		4,250 円	425 円	850 円	1,275 円	
	週4日以降 (30分以上)		6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円	
	週4日以降 (30分未満)		5,100 円	510 円	1,020 円	1,530 円	
精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ) 准看護師 (1日につき)	週3日目まで (30分以上)		5,050 円	505 円	1,010 円	1,515 円	
	週3日目まで (30分未満)		3,870 円	387 円	774 円	1,161 円	
	週4日以降 (30分以上)		6,050 円	605 円	1,210 円	1,815 円	
	週4日以降 (30分未満)		4,720 円	472 円	944 円	1,416 円	
精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ) 保健師、看護師、作業療法士 (1日につき、同一建物2人訪問の場合)☆1	週3日目まで (30分以上)		2,780 円	278 円	556 円	834 円	
	週3日目まで (30分未満)		2,130 円	213 円	426 円	639 円	
	週4日以降 (30分以上)		3,280 円	328 円	656 円	984 円	
	週4日以降 (30分未満)		2,550 円	255 円	510 円	765 円	
精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ) 准看護師 (1日につき、同一建物2人訪問の場合)	週3日目まで (30分以上)		2,530 円	253 円	506 円	759 円	
	週3日目まで (30分未満)		1,940 円	194 円	388 円	582 円	
	週4日以降 (30分以上)		3,030 円	303 円	606 円	909 円	
	週4日以降 (30分未満)		2,360 円	236 円	472 円	708 円	
精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)		入院中1回の外泊時	8,500 円	850 円	1,700 円	2,550 円	
イ:機能強化型訪問看護管理療養費 1		月の初日	12,530 円	1,253 円	2,506 円	3,759 円	
ロ:機能強化型訪問看護管理療養費 2		月の初日	9,500 円	950 円	1,900 円	2,850 円	
ハ:機能強化型訪問看護管理療養費 3		月の初日	8,470 円	847 円	1,694 円	2,541 円	
ニ:機能強化型訪問看護管理療養費 (イ～ハ以外)		月の初日	7,440 円	744 円	1,488 円	2,232 円	
訪問看護管理療養費(イ～ニ共通)		2日目以降	3,000 円	300 円	600 円	900 円	
加 算	精神科緊急訪問看護加算(1日につき)		2,650 円	265 円	530 円	795 円	
	複数名精神科訪問看護 加算(30分未満除く)	保健師・看護師と 他の保健師・看護師・作業療法 士 (週3日・又 は回数制限なし)	1日1回	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円
			1日2回	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円
			1日3回以上	14,500 円	1,450 円	2,900 円	4,350 円
		保健師・看護師と 准看護師(週3日又は回数制限 なし)	1日1回	3,800 円	380 円	760 円	1,140 円
			1日2回	7,600 円	760 円	1,520 円	2,280 円
			1日3回以上	12,400 円	1,240 円	2,480 円	3,720 円
	保健師・看護師と看護補助者・精神保健福祉士と訪 問		3,000 円	300 円	600 円	900 円	
	長時間精神科訪問看護加算(週1回迄)		5,200 円	520 円	1,040 円	1,560 円	
	24時間対応体制加算(月1回)		6,400 円	640 円	1,280 円	1,920 円	
	特別管理加算 (月1回)	欄外※の方	5,000 円	500 円	1,000 円	1,500 円	
		それ以外の方	2,500 円	250 円	500 円	750 円	
	退院時共同指導加算		8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円	
	特別管理指導加算		2,000 円	200 円	400 円	600 円	
	退院支援指導加算		6,000 円	600 円	1,200 円	1,800 円	
	精神科重症患者支援管理連携加算 2	イ	8,400 円	840 円	1,680 円	2,520 円	
		ロ	5,800 円	580 円	1,160 円	1,740 円	
	精神科複数回訪問加算	1日2回	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円	
		1日3回以上	8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円	
	在宅患者連携指導加算(適応時/月1回迄)		3,000 円	300 円	600 円	900 円	
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(適応時/月2回迄)		2,000 円	200 円	400 円	600 円	
	夜間・早期訪問看護加算	夜間(午後6時～午後10時) 早期(午前6時～午前8時)	2,100 円	210 円	420 円	630 円	
	深夜訪問看護加算	深夜(午後10時～翌午前6時)	4,200 円	420 円	840 円	1,260 円	
看護・介護職員連携強化加算(特定業務)		2,500 円	250 円	500 円	750 円		
訪問看護情報提供療養費 1、2、3 (月1回)		1,500 円	150 円	300 円	450 円		
訪問看護ターミナルケア療養費 1		25,000 円	2,500 円	5,000 円	7,500 円		
同上2(介護老人福祉施設等で看取り介護加算算定)		10,000 円	1,000 円	2,000 円	3,000 円		

特別管理加算

特別管理加算

2018年4月1日現在

特別管理加算（医療保険）：特掲診療科の施設基準等・別表第八に掲げるもの

【特別管理加算 5,000 円/月】

- ・在宅悪性腫瘍患者指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある利用者
- ・気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある利用者

【特別管理加算 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もしくは在宅肺高血圧疾患指導管理を受けている状態にある利用者
- ・人工肛門又もしくは人工膀胱を設置している状態にある者
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある者
 - ① NPUAP 分類Ⅲ度又はⅣ度 ② DESIGN (R) 分類-D3、D4、D5
- ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※複数のステーションが関わっている場合、すべてのステーションで算定可能

特別管理加算（介護保険）：厚生労働大臣が定める状態

【特別管理加算Ⅰ 500 単位/月】

- ・在宅悪性腫瘍患者指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態
- ・気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態

【特別管理加算Ⅱ 250 単位/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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ・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
 - ① NPUAP 分類Ⅲ度又はⅣ度 ② DESIGN (R) 分類-D3、D4、D5
- ・点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

※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。

特定疾病・厚生労働大臣が定める疾病等

特定疾病

- ・第2号被保険者（40歳以上65歳未満）が要介護認定の申請をするための要件
- ・「要介護状態の原因である身体上又は精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病（16の特定疾病）」に限定
- ・次の病名が介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書及び主治医の意見書に記載されていれば、第2号被保険者が要介護認定を受けることができる

①がん【がん末期】、②関節リウマチ、③筋萎縮性側索硬化症、④後縦靱帯骨化症、⑤骨折を伴う骨粗鬆症、⑥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】、⑦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】、⑧脊髄小脳変性症、⑨脊柱管狭窄症、⑩早老症【ウェルナー症候群等】、⑪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、オリブ橋小脳萎縮症】、⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、⑬脳血管疾患【脳出血、脳梗塞等】、⑭閉塞性動脈硬化症、⑮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】、⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

厚生労働大臣が定める疾病等

- ・訪問看護の回数制限が除外され、医療保険優先の対象者
- ・訪問看護指示書に下記の疾病や状態が記載されている必要がある

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、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、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

指定難病医療費助成制度

- ・医療費助成の対象疾患（指定難病）は、2019年7月現在：333疾患
- ・この難病法に基づく医療費（特定医療費）助成制度により、自己負担割合が3割から2割になる
- ＊訪問看護ステーションは、都道府県知事に対して申請を行い指定医療機関となる必要がある
（指定は、6年ごとの更新）
- ・利用者が支払う自己負担は、自己負担限度額管理表を用いて管理する
- ・入院、入院外の区別を設定せず、また、複数の指定医療機関で支払われた自己負担すべてを合算したうえで、自己負担上限額を適用することになる。

医療費助成対象疾病（指定難病）一覧（333疾病）

病名	番号	病名	番号
あ		ウルリッヒ病	29
アイカルディ症候群	135	え	
アイザックス症候群	119	HTLV-1 関連脊髄症	26
IgA 腎症	66	ATR-X 症候群	180
IgG4 関連疾患	300	エーラス・ダンロス症候群	168
亜急性硬化性全脳炎	24	エプスタイン症候群	287
悪性関節リウマチ	46	エプスタイン病	217
アジソン病	83	エマヌエル症候群	204
アッシャー症候群	303	遠位型ミオパチー	30
アトピー性脊髄炎	116	お	
アペール症候群	182	黄色靱帯骨化症	68
アラジール症候群	297	黄斑ジストロフィー	301
α 1-アンチトリプシン欠乏症	231	大田原症候群	146
アルポート症候群	218	オクシピタル・ホーン症候群	170
アレキサンダー病	131	オスラー病	227
アンジェルマン症候群	201	か	
アントレー・ビクスラー症候群	184	カーニー複合	232
い		海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	141
イソ吉草酸血症	247	潰瘍性大腸炎	97
一次性ネフローゼ症候群	222	下垂体性 ADH 分泌異常症	72
一次性膜性増殖性糸球体腎炎	223	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症	76
1p36 欠失症候群	197	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症	77
遺伝性自己炎症疾患	325	下垂体性 TSH 分泌亢進症	73
遺伝性シストニア	120	下垂体性 PRL 分泌亢進症	74
遺伝性周期性四肢麻痺	115	下垂体前葉機能低下症	78
遺伝性腓炎	298	家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）	79
遺伝性鉄芽球性貧血	286	家族性地中海熱	266
う		家族性良性慢性天疱瘡	161
ウィーバー症候群	175	カナバン病	307
ウィリアムズ症候群	179	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群	269
ウィルソン病	171	歌舞伎症候群	187
ウエスト症候群	145	ガラクトース-1-リン酸ウルリシルトランスフェラーゼ欠損症	258
ウェルナー症候群	191	カルニチン回路異常症	316
ウォルフラム症候群	233	肝型糖原病	257

医療費助成対象疾病（指定難病）一覧（333 疾病）

間質性膀胱炎（ハンナ型）	226	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	45
環状 20 番染色体症候群	150	好酸球性副鼻腔炎	306
完全大血管転位症	209	抗糸球体基底膜腎炎	221
眼皮膚白皮症	164	◎後縦靱帯骨化症	69
き		甲状腺ホルモン不応症	80
偽性副甲状腺機能低下症	236	拘束型心筋症	59
ギャロウェイ・モワト症候群	219	高チロシン血症 1 型	241
球脊髄性筋萎縮症	1	高チロシン血症 2 型	242
急速進行性糸球体腎炎	220	高チロシン血症 3 型	243
強直性脊椎炎	271	後天性赤芽球癆	283
巨細胞性動脈炎	41	広範◎脊柱管狭窄症	70
巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）	279	コケイン症候群	192
巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）	280	コステロ症候群	104
巨大膀胱短小結腸管蠕動不全症	100	骨形成不全症	274
巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）	278	5p 欠失症候群	199
◎筋萎縮性側索硬化症	2	コフィン・シリス症候群	185
筋型糖原病	256	コフィン・ローリー症候群	176
筋ジストロフィー	113	混合性結合組織病	52
く		さ	
クッシング病	75	鰓耳（さいじ）腎症候群	190
クリオピリン関連周期熱症候群	106	再生不良性貧血	60
クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群	281	再発性多発軟骨炎	55
クルーゾン症候群	181	左心低形成症候群	211
グルコーストランスポーター 1 欠損症	248	左肺動脈右肺動脈起始症	314
グルタル酸血症 1 型	249	サルコイドーシス	84
グルタル酸血症 2 型	250	三尖弁閉鎖症	212
クロウ・深瀬症候群	16	三頭酵素欠損症	317
クローン病	96	し	
クロンカイト・カナダ症候群	289	CFC 症候群	103
け		シェーグレン症候群	53
痙攣重積型（二相性）急性脳症	129	色素性乾皮症	159
結節性硬化症	158	自己貪食空胞性ミオパチー	32
結節性多発動脈炎	42	自己免疫性肝炎	95
血栓性血小板減少性紫斑病	64	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症	288
限局性皮膚異形成	137	自己免疫性溶結性貧血	61
原発性高カイロミクロン血症	262	シトステロール血症	260
原発性硬化性胆管炎	94	シトリン欠損症	318
原発性抗リン脂質抗体症候群	48	紫斑病性腎炎	224
原発性側索硬化症	4	脂肪萎縮症	265
原発性胆汁性胆管炎	93	若年性特発性関節炎	107
原発性免疫不全症候群	65	若年発症型両側性感音難聴	304
顕微鏡的多発血管炎	43	シャルコー・マリー・トゥース病	10
こ		重症筋無力症	11
高 IgD 症候群	267	修正大血管転位症	208
好酸球性消化管疾患	98	ジュベール症候群関連疾患	177

医療費助成対象疾病（指定難病）一覧（333 疾病）

シュワルツ・ヤンペル症候群	33	先天性副腎皮質酵素欠損症	81
徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症	154	先天性ミオパチー	111
神経細胞移動異常症	138	先天性無痛無汗症	130
神経側索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症	125	先天性葉酸吸収不全	253
神経線維腫症	34	前頭側頭葉変性症	127
神経フェリチン症	121	そ	
神経有棘赤血球症	9	早期ミオクロニー脳症	147
◎進行性核上性麻痺	5	総動脈幹遺残症	207
進行性骨化性繊維異形成症	272	総排泄腔遺残	293
進行性多巣性白質脳症	25	総排泄腔外反症	292
進行性白質脳症	308	ソトス症候群	194
進行性ミオクローヌステんかん	309	た	
心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症	214	第 14 番染色体父親性ダイソミー症候群	200
心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症	213	ダイヤモンド・ブラックファン貧血	284
す		◎大脳皮質基底核変性症	7
スタージ・ウェーバー症候群	157	大理石骨病	326
スティーヴンス・ジョンソン症候群	38	高安動脈炎	40
スミス・マギニス症候群	202	◎多系統萎縮症	17
せ		タナトフォリック骨異形成症	275
脆弱 X 症候群	206	多発血管炎性肉芽腫症	44
脆弱 X 症候群関連疾患	205	多発性硬化症/視神経脊髄炎	13
成人スチル病	54	多発性嚢胞腎	67
脊髄空洞症	117	多脾症候群	188
◎脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）	18	タンジール病	261
脊髄髄膜瘤	118	単心室症	210
脊髄性筋萎縮症	3	弾性繊維性仮性黄色腫	166
セピアプテリン還元酵素（SR）欠損症	319	胆道閉鎖症	296
前眼部形成異常	328	ち	
全身性アミロイドーシス	28	遅発性内リンパ水腫	305
全身性エリテマトーデス	49	チャージ症候群	105
全身性強皮症	51	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	134
先天異常症候群	310	中毒性表皮壊死症	39
先天性横隔膜ヘルニア	294	腸管神経節細胞僅少症	101
先天性核上性球麻痺	132	て	
先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症	330	TNF 受容体関連周期性症候群	108
先天性魚鱗癬	160	低ホスファターゼ症	172
先天性筋無力症候群	12	天疱瘡	35
先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症	320	と	
先天性三尖弁狭窄症	311	禿頭（とくとう）と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症	123
先天性腎性尿崩症	225	特発性拡張型心筋症	57
先天性赤血球形成異常性貧血	282	特発性間質性肺炎	85
先天性僧帽弁狭窄症	312	特発性基底核石灰化症	27
先天性大脳白質形成不全症	139	特発性血小板減少性紫斑病	63
先天性肺静脈狭窄症	313	特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る）	327
先天性副腎低形成症	82	特発性後天性全身性無汗症	163

医療費助成対象疾病（指定難病）一覧（333 疾病）

特発性大腿骨頭壊死症	71	ヒルシュスブルング病（全結腸型又は小腸型）	291
特発性多中心性キャスルマン病	331	ひ	
特発性門脈圧亢進症	92	ファイファー症候群	183
ドラベ症候群	140	VATER 症候群	173
な		ファロー四徴症	215
中條・西原症候群	268	ファンコニ貧血	285
那須・ハコラ病	174	封入体筋炎	15
軟骨無形成症	276	フェニルケトン尿症	240
難治頻回部分発作重積型急性脳炎	153	複合カルボキシラーゼ欠損症	255
に		副甲状腺機能低下症	235
22q11.2 欠失症候群	203	副腎白質ジストロフィー	20
乳幼児肝巨大血管腫	295	副腎皮質刺激ホルモン不応症	237
尿素サイクル異常症	251	ブラウ症候群	110
ぬ		プラダー・ウィリ症候群	193
ヌーナン症候群	195	プリオン病	23
ね		プロピオン酸血症	245
ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）/LMX1B 関連腎症	315	へ	
の		閉塞性細気管支炎	228
脳腱黄色腫症	263	β-ケトチオラーゼ欠損症	322
脳表ヘモジデリン沈着症	122	ベーチェット病	56
膿疱性乾癬（汎発型）	37	バスレムミオパチー	31
嚢胞性繊維症	299	ペリー症候群	126
は		ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く）	234
◎パーキンソン病	6	片側巨脳症	136
バージャー病	47	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	149
肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症	87	ほ	
肺動脈性肺高血圧症	86	芳香族 L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症	323
肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）	229	発作性夜間ヘモグロビン尿症	62
肺胞低換気症候群	230	ポルフィリン症	254
バッド・キアリ症候群	91	ま	
ハンチントン病	8	マリネスコ・シェーグレン症候群	112
ひ		マルファン症候群	167
PCDH19 関連症候群	152	慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー	14
非ケトーシス型高グリシン血症	321	慢性血栓塞栓性肺高血圧症	88
肥厚性皮膚骨膜症	165	慢性再発性多発性骨髄炎	270
非ジストロフィー性ミオトニー症候群	114	慢性特発性偽性腸閉塞症	99
皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症	124	み	
肥大型心筋症	58	ミオクロニー欠神てんかん	142
ビタミン D 依存性くる病/骨軟化症	239	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	143
ビタミン D 抵抗性くる病/骨軟化症	238	ミトコンドリア病	21
ビッカースタッフ脳幹脳炎	128	む	
非典型溶血性尿毒症症候群	109	無虹彩症	329
非特異性多発性小腸潰瘍症	290	無脾症候群	189
皮膚筋炎/多発性筋炎	50	無βリポタンパク血症	264
表皮水疱症	36		

医療費助成対象疾病（指定難病）一覧（333 疾病）

め		ラスムッセン脳炎	151
メープルシロップ尿症	244	ランドウ・クレフナー症候群	155
メチルグルタコン酸尿症	324	り	
メチルマロン酸血症	246	リジン尿性蛋白不耐症	252
メビウス症候群	133	両大血管右室起始症	216
メンケス病	169	リンパ管腫症/ゴーハム病	277
も		リンパ脈管筋腫症	89
網膜色素変性症	90	る	
もやもや病	22	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む）	162
モワット・ウィルソン症候群	178	ルビンシュタイン・ティビ症候群	102
や		れ	
ヤング・シンプソン症候群	196	レーベル遺伝性視神経症	302
ゆ		レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症	259
遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	148	レット症候群	156
よ		レノックス・ガストー症候群	144
4p欠失症候群	198	ろ	
ら		ロスムンド・トムソン症候群	186
ライソゾーム病	19	肋骨異常を伴う先天性側弯症	273

2019年7月1日追加

膠様滴状角膜ジストロフィー（332）、ハッチンソン・ギルフォード症候群（333）

* 太字は、医療保険の訪問看護となり回数制限がない

○パーキンソン病は、ホーエン・ヤールの重症度分類が3以上であって、生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の者に限る

○筋ジストロフィー症は、進行性筋ジストロフィー症に限る

* ◎は、介護保険第2号被保険者（8疾病）

障害高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク		判定基準
生活自立	J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1、交通機関等を利用して外出する 2、隣近所へなら外出する
準寝たきり	A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1、介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて行う 2、外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドでの生活が主体であるが座位を保つ 1、車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2、介助により車いすに移乗する
	C	1日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1、自力で寝返りをうつ 2、自力では寝返りをうたない

(平成3年11月18日 老健102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知より)

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる
	IIa：家庭外で上記IIの状態がみられる IIb：家庭内でも上記IIの状態がみられる
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする
	IIIa：日中を中心として上記IIIの状態がみられる IIIb：夜間を中心として上記IIIの状態がみられる
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする

(平成18年4月3日老発第0403003号「「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」の一部改正について)

パーキンソン病における「ホーエン・ヤールの重症度分類等」

ヤール分類	生活機能障害度
ステージ 1：片側だけの障害で、軽度	I 度：日常生活・通院に殆ど介助を要しない
ステージ 2：両側性で、日常生活が不便	
ステージ 3：姿勢反射障害・突進現象があり、起立・歩行に介助を要する	II 度：日常生活・通院に殆ど介助を要する
ステージ 4：起立や歩行など、日常生活の低下が著しく、労働能力は失われる	
ステージ 5：車いす移動または寝たきりで全介助状態	III 度：起立不能・日常生活全介助

医師・看護師以外の者が行える医療的行為について

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（通知）

H17.7.26

（１）原則として医行為ではないと考えられるもの

通 知 項 目	通 知 内 容
体温計測	水銀体温計・電子体温計により腋下で計測 耳式電子体温計により外耳道で測定
血圧測定	自動血圧測定器により測定
動脈血酸素飽和度測定	新生児以外のものであって入院治療の必要がないものに対して、パルスオキシメーターを装着する
軽微な切り傷、擦り傷、やけど等の処置	専門的な判断や技術を必要としない処置(汚物で汚れたガーゼの交換を含む)をする
医薬品使用の介助 ・皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く） ・皮膚への湿布の貼付 ・点眼薬の点眼 ・一包化された内服薬の内服（舌下錠の使用も含む） ・肛門からの座薬の挿入 ・鼻腔粘膜への薬剤噴霧	◆患者の状態が以下の３条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認している ①患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること ②副作用の危険性や投薬量の調整のため、医師または看護職員による連続的な容態の経過観察が必要ではないこと ③内用薬について誤嚥の可能性、座薬について肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法について専門的な配慮が必要でないこと ◆免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを、本人又は家族に伝えている ◆事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導を受ける ◆看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助する

（２）原則として医行為の規制の対象とする必要がないと考えられるもの

通 知 項 目	通 知 内 容
爪を爪切りで切る 爪ヤスリでやすりがけ	爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合
歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にする	重度の歯周病などが無い場合 歯ブラシや綿棒または巻き綿子などを用いる
耳垢を除去する	耳垢塞栓の除去を除く
ストマ装具の交換	ストマ及びその周辺の皮膚状態が安定している場合等、専門的な管理が必要とされない場合
自己導尿の補助	カテーテルの準備、体位の保持などを行う
市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸する	挿入部の長さが５～６cm 程度以内グリセリン濃度 50%、成人用の場合で 40g 程度以下、６～12 歳未満の小児用の場合で 20g 程度以下、１～６歳未満の幼児用の場合で 10g 程度以下

（３）上記（１）（２）において、医行為であるとされる場合

- ・病状が不安定等により専門的な管理が必要な場合（サービス担当者会議等で確認する）
- ・測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行う場合

（４）その他、注意点

- ・上記（３）においては、医師、歯科医師又は看護職員に連絡、報告し必要な処置を速やかに講じる
- ・業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練を行うことが望ましく、事業者等は安全にこれらの行為が行われるよう監督する
- ・看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、結果について報告、相談するなどの密接な連携を図る
- ・事故発生の場合、刑法、民法等の法律規定による刑事上、民事上の責任は別途判断される

褥瘡基準

訪問看護指示書に記載する『褥瘡の深さ』について

◎重度の褥瘡(真皮を超える褥瘡の状態)にある場合にチェックを入れます。

◎以下の判定基準(NPUAP分類、DESIGN分類)を参考にしてください。

重度の褥瘡(真皮を超える褥瘡状態)とは

①NPUAP分類：Ⅲ度またはⅣ度

Ⅲ度：皮膚全層及び皮下組織に及ぶ損傷、筋膜には至らない

Ⅳ度：筋肉、骨、支持組織に及ぶ損傷

②DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの):D3、D4またはD5

D3:皮下組織までの損傷

D4:皮下組織を超え筋肉、腱などに至る損傷

D5:関節腔、体腔に至る損傷または、深さが判定できない

NPUAP分類

分 類	説 明
ステージⅠ	圧迫が関連した(表皮が欠損していない)皮膚の変性である。 周囲の皮膚、または反対側皮膚と比較して示される以下のひとつ以上の変化である。 皮膚温(暖かい、または冷たい) 組織の密度(硬い、または泥のような感じ) 知覚(痛み、痒み) ステージⅠの褥瘡は、皮膚の色によって異なるので、白い皮膚の場合は持続する赤色の、黒い皮膚の場合は、持続する赤色、青または紫色の色調変化として出現する場合もある。
ステージⅡ	部分層創傷で皮膚の損傷は表面的である。表皮剥離、水疱、浅い潰瘍の状態。
ステージⅢ	筋膜まで及ぶ筋膜を超えない皮下組織に至る全層創傷で組織の壊死や損傷を含む。深さのあるクレーター上のポケットがみられることもある。

色調別分類

黒色	創の表面に黒い痂皮が形成されている状態。皮膚および皮下の組織が壊死を起こしている。
黄色	黒い痂皮が除かれた創表面の黄色の壊死組織、不良肉芽、膿などが現れた状態。多量の浸出液を伴い、また感染の危険が最も高まる。
赤色	壊死組織や不良肉芽が除かれ、赤い顆粒状の良性肉芽組織が増生してくる状態。
白色	赤い肉芽組織が組織欠損を埋めるにつれ縁辺縁から表皮形成が始まる。この上皮は、周りの皮膚より白っぽいのが特徴。

DESIGN-R (褥瘡経過評価用)

氏名				日時	/	/	/	/
Depth 深さ 創内の一番深いところで評価する								
d	0	皮膚損傷なし・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷			
	1	持続する発赤		4	皮下組織を超える損傷			
				5	関節腔、体腔に至る損傷			
	2	真皮までの損傷		U	深さ判定が不能の場合			
Exudate 浸出液 ドレッシングの交換回数								
e	0	なし	E	6	多量：1日2回のドレッシング交換を要する			
	1	少量：毎日のドレッシング交換を要しない						
	2	中等量：1日1回のドレッシング交換を要する						
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定【長径 (cm) × 短径と直交する最大径 (cm)】								
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上			
	3	4未満						
	6	4以上16未満						
	8	16以上36未満						
	9	36以上64未満						
	12	64以上100未満						
Inflammation/Infection 炎症/感染								
i	0	局所の炎症兆候なし	I	3	局所の明らかな感染兆候あり (炎症兆候・膿・悪臭など)			
	1	局所の炎症兆候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)		9	全身的影響あり (発熱など)			
Granulation 肉芽組織								
g	0	治療あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	4	良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める			
	1	良性肉芽が表面の90%以上を占める		5	良性肉芽が創面の10%未満を占める			
	3	良性肉芽が創面の50%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない			
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する								
n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり			
				6	硬く厚い密着した壊死組織あり			
Pockt ポケット 毎回同じ体位でポケットの全周(潰瘍面も含め)を測定し 【長径 (cm) × 短径 (cm)】から潰瘍の大きさを差し引いたもの								
なし	0	ポケットなし	6	6	4未満			
				9	4以上16未満			
				12	16以上36未満			
				24	36以上			
部位【仙骨部・坐骨部・大転子部・踵部・その他()】					合計			
※深さ (Depth:d、D)								

日本語版STAR スキンテア分類システム

STAR スキンテア分類システムガイドライン

1. プロトコルに従い、出血のコントロールおよび創洗浄を行う。
2. (可能であれば)皮膚または皮弁を元の位置に戻す。
3. 組織欠損の程度および皮膚または皮弁の色をSTAR分類システムを用いて評価する。
4. 周囲皮膚の脆弱性、腫脹、変色または打撲傷について状況を評価する。
5. 個人、創傷、およびその治癒環境について、プロトコル通り評価する。
6. 皮膚または皮弁の色が蒼白、薄黒い、または黒ずんでいる場合は、24から48時間以内または最初のドレッシング交換時に再評価する。

STAR 分類システム



カテゴリー 1a

創縁を(過度に伸展させることなく)正常な解剖学的位置に戻すことができ、皮膚または皮弁の色が蒼白でない、薄黒くない、または黒ずんでいないスキンテア。



カテゴリー 1b

創縁を(過度に伸展させることなく)正常な解剖学的位置に戻すことができ、皮膚または皮弁の色が蒼白、薄黒い、または黒ずんでいるスキンテア。



カテゴリー 2a

創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができず、皮膚または皮弁の色が蒼白でない、薄黒くない、または黒ずんでいないスキンテア。



カテゴリー 2b

創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができず、皮膚または皮弁の色が蒼白、薄黒い、または黒ずんでいるスキンテア。



カテゴリー 3

皮弁が完全に欠損しているスキンテア。

Skin Tear Audit Research (STAR). Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and midwifery, Curtin University of Technology. Revised 4/2/2010.

Copyright (C) 2013 一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会All rights reserved.

- スキンテア：「主として高齢者の四肢に発生する外傷性創傷であり、摩擦単独あるいは摩擦・ずれによって、表皮が真皮から分離（部分層創傷）、または 表皮および真皮が下層構造から分離（全層創傷）して生じる。

一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会

訪問看護に関連する診療報酬について

詳細は『**医科点数表**』でご確認ください。

1. 訪問看護指示料・精神科訪問看護指示料 300 点

在宅で療養を行っている通院が困難な患者の主治医が診療に基づいて、訪問看護の必要性を認め、患者が選ぶ訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合に算定できます。算定は患者 1 人につき月 1 回に限られます。有効期間については主治医が 6 ヶ月以内の月日を記載しますが、患者の病状等に応じてその期間は変更できます。複数のステーションに指示書を交付しても、指示料は患者 1 人につき月 1 回が限度です。

2. 特別訪問看護指示加算 100 点

患者の主治医が診療に基づいて、病状の急性増悪・退院直後や終末期などにより、一時的に週 4 回以上の頻回な訪問看護の必要性を認め、その旨を記載した特別訪問看護指示書を訪問看護ステーションに交付した場合に、特別訪問看護指示加算を算定する事ができます。この加算は月 1 回に限って算定できます。ただし、厚生労働大臣が定める者（「気管カニューレを使用している状態にある者」「真皮を越える褥瘡の状態にある者（P21 参照）」）については、月 2 回算定できます。

3. 衛生材料等提供加算 80 点

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に月 1 回算定できます。

※ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護点滴注射管理指導料、在宅療養指導管理料を算定している患者は算定できません。

4. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100 点

在宅で療養を行っている通院困難な患者の主治医が、診療に基づき、週 3 日以上点滴注射を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに在宅患者訪問点滴注射指示書（訪問看護・特別訪問看護指示書と共通様式）に指示期間（診療日から 7 日以内に限る）と指示内容を記載して指示を行った場合に算定できます。

1 週間のうち、3 日以上点滴注射を実施した場合に 3 日目に 60 点を、週 1 回にかぎり保険医療機関が算定します。この場合、保険医療機関は点滴注射と併せて使用する薬剤・回路など必要十分な保険医療材料や衛生材料を供与する必要があるため、薬剤以外の費用がこの指導料に含まれます。介護保険で訪問看護を受けている患者が点滴注射が必要となった場合も同指導料を算定できます。主治医は、在宅患者訪問点滴指示書に指導内容や有効期間（7 日以内に限る）を記す必要が

あります。

5. 在宅患者連携指導料 900 点

医療保険で訪問診療を受けている利用者の診療情報を医療関係職種間で文章などで共有し、各職種が診療情報を踏まえて対応することを評価した加算です。准看護師の場合は算定できません。※医療関係職種とは、①訪問診療を実施している医療機関 ②歯科訪問診療を実施している医療機関 ③訪問薬剤管理指導を実施している薬局。月2回以上、共有した情報を基に患者に指導することが要件です。医療機関の主治医との間のみでの情報共有した場合は算定できません。診療情報の共有は、電子の内容、情報提供日、指導内容の要点や指導日を訪問看護記録に記載します。

情報メールやファクシミリなどの手段でも認められます。医療機関の主治医との間のみで情報共有した場合は算定できません。平成30年から特別の関係にある医療等ののみとの情報共有でも同加算を算定できるようになりました。

6. 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200 点

利用者の状態の急変などに伴い、看護師等(准看護師は除く)が主治医の求めにより医師等、歯科医師等、薬局の薬剤師、ケアマネジャー、相談支援専門員とカンファレンスに参加して共同で指導を行った場合に算定できます。カンファレンス参加者の氏名、カンファレンスの要点、実施日を訪問看護記録書に残す必要があります。

当該患者の診療を担う医療機関の医師と、訪問看護を担う看護師等の2者によるカンファレンスでも算定できます。複数の訪問看護ステーションのみでのカンファレンスは算定できません。カンファレンスは原則、関係者全員が利用者の居宅に赴き行うが、平成30年度改定によりやむを得ない事情により参加できない場合は関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定できるようになりました。(その場合は、①カンファレンスに3者以上が参加すること ②3者のうち2者以上が利用者の居宅に赴きカンファレンスをおこなうこと。やむを得ない事情とは、天候不良や急患の対応により間に合わなかった場合などをいいます)

関係者のいずれかが医療資源の少ない地域(2018年3月5日保険医初0305第2号、別添3の別紙2)の医療機関などに所属する場合にも、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することにより算定が可能となりました。(この場合、①カンファレンスを月2回実施する場合の2回目のカンファレンスであること ②カンファレンスに3者以上が参加すること ③3者のうち1者以上が利用者の居宅に赴きカンファレンスを行うこと)

7. 退院時共同指導料

入院中の患者が退院後の在宅療養を担う医療機関と入院医療機関の医師または医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師などが共同で退院後提出した場合の報酬です。特別な関係にある医療機関や訪問看護ステーションによる指導でも算定は可能です。1人の患者につき入院中に1回算定します。「厚生労働大臣が定める状態等」に該当する患者は2回算定できます。ただし、2回のうち1回はそれぞれの医療機関の医師または看護師、准看護師が共同して指導を行います。

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
退院時共同指導料 1 (紹介元の医療機関が算定)	1,500 点	900 点
退院時共同指導料 2 (入院先の病院が算定)	400 点＋加算（下記①又は②） ① 医師による共同指導の場合 300 点加算 ② 退院後の保険医療機関の医師（看護師等）、歯科医師（歯科衛生士）、薬剤師、訪問看護師、薬局の薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援相談員、相談支援専門員のいずれか 3 人以上と共同指導の場合 2,000 点加算	
特別管理指導加算	厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態にある者 200 点	

8. 在宅がん医療総合診療料

末期の悪性腫瘍の患者に対して、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が総合的な在宅医療計画を策定し、訪問診療または訪問看護を週 4 日以上（週 1 回以上の訪問診療を含めて週 4 回以上の訪問診療及び訪問看護）行った場合に、1 週間を単位として在宅療養支援診療所が、在宅がん医療総合診療料（1 日につき）を算定できるものです。医師または看護師の配置が義務付けされている施設の入所者は算定外対象外です。往診および訪問看護により 24 時間対応できる体制を確保し、在宅支援診療所または在宅支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先、電話番号、緊急時の注意事項などについて文書により提供していることが算定要件となっています。

平成 30 年度から主治医がケアマネジャーに対して、患者の予後や今後想定される病状の変化、変化に合わせて必要とされるサービス等の情報を提供することが要件化されました。①訪問診療回数が週 1 回以上 ②訪問看護回数が週 1 回以上 ③訪問看護回数が週 1 回以上 ④訪問診療と訪問看護の合計日数が週 4 日以上のをすべてを満たすことが要件となります。訪問看護に要する費用は在宅がん医療総合診療料に含まれているため、訪問看護ステーションから訪問看護療養費を請求することはできません。

したがって、診療報酬は在宅療養支援診療所が在宅がん医療総合診療料を請求し、訪問看護に要した費用は訪問看護ステーションが在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に請求し、支払いを受けることとなります。但し、この場合の交通費は実費であり、在宅療養支援診療所（病院）、訪問看護ステーションそれぞれが請求する事ができます。

※死亡診断書と特に規定するものを除き、診療にかかる費用はすべて在宅がん医療総合診療費に含まれます。

1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

①病床を有する場合

院外処方箋を交付する場合：1,800 点

処方箋を交付しない場合：2,000 点

②病床を有しない場合

処方箋を交付する場合：1,650 点

- 処方箋を交付しない場合 : 1,850 点
- 2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1) に規定するものを除く)
- 処方箋を交付する場合 : 1,495 点
- 処方箋を交付しない場合 : 1,685 点

9. 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050 点

在宅において療養を行う寝たきり又はこれに準ずる状態の患者が、在宅において患者自ら、又は家族等が処置を行うにあたり、医師が居宅を訪問して処置に関する指導管理を行った場合に、1月に1回を限度として算定するものです。

これらの処置に必要なカテーテル等の費用は、特定保険医療材料料として医療機関が別途算定できるようになっており、またそれ以外の衛生材料、消毒液、カテーテル等は当該点数に含まれているため、これらの処置に要する衛生材料等は医療機関が提供することになっています。(以下、通知参照)

在宅医療に係る衛生材料等の取扱いについて (通知)

(平 15.3.31 保医発 0331014)

標記については、「診療報酬点数表 (平成 6 年 3 月厚生省告示第 54 号) 及び老人診療報酬点数表 (平成 6 年 3 月厚生省告示第 72 号) の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(保医発第 0308001 号) 及び「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」(平成 12 年 11 月 10 日保険発第 186 号) により取扱われているところであるが、今般、下記について関係者に対し改めて周知徹底を図られたい。

記

在宅療養指導管理料は必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定することとなっており、保険医療機関は訪問看護ステーションとの連携等により在宅医療に必要な衛生材料等の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を支給すること。

10. 特別管理加算等に関連する指導管理料について

在宅療養指導管理料は、「当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。ただし、当該保険医療期間に来院された患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。

① 在宅自己腹膜灌流指導管理 4,000 点

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要が

ある場合は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。

注：「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

- ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
- イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
- ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
- エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
- オ その他医師が特に必要と認めるもの

② 在宅血液透析指導管理 8,000点

在宅血液透析とは、維持血液透析を必要とし、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する血液透析療法をいい、関係学会のガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

③ 在宅酸素療法指導管理

チアノーゼ型先天性心疾患の場合：520点、 その他の場合：2,400点

在宅酸素療法を実施している入院外の患者に対して在宅酸素療法に関する指導管理をおこなった場合に月1回に限り算定します。在宅酸素療法の算定に当たっては、PaO₂の測定を月1回程度実施し、その結果を診療報酬明細書に記載します。

在宅酸素療法を算定する月は、喀痰吸引など関連する処置料は算定できません。

平成30年度改定から在宅酸素療法指導管理料に遠隔モニタリング加算(150点)が新設されました。遠隔モニタリング加算は「その他の場合」を算定し、かつCOPDの病期がⅢ期またはⅣ期の患者について、前回受診月の前月まで、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合に月1回、2ヵ月に限り算定できます。

④ 在宅中心静脈栄養指導管理 3,000点

対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者となります。

在宅中心静脈栄養法を行う患者に同法の指導管理をした場合、在宅中心静脈栄養法指導管理料を月1回算定できます。

※在宅中心静脈栄養法輸液セット加算(月1回):2,000点

注入ポンプ加算(月1回):1,250点

⑤ 在宅成分栄養経管栄養指導管理 2,500点

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために主として栄養素の成分の明らかなもの(アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの。以下同じ。)を用いた場合のみであり、栄養維持のために主として単なる流動食(栄養素の成分の明らかなもの以外のもの。)を用いており、栄養素の成分の明らかなものを一部用いているだけの場合や単なる流動食について鼻腔栄養を行った場合等は該当しません。

※注入ポンプ加算(月1回)：1,250点 在宅経管栄養セット加算：2,000点

⑥ 在宅小児経管栄養法指導管理 1,500 点

在宅療養中の小児患者で、特に経管栄養が必要な患者に指導管理を行った際に算定します。(対象は①経口摂取が著しく困難な15歳未満の者②15歳以上で、経口摂取が著しく困難な状態が15歳未満から続く(体重20kg未満に限る)のいずれか)

⑦ 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理 2,500 点

在宅半固形栄養経管栄養法を行う入院外の患者への指導管理として算定できます。

⑧ 在宅自己導尿指導管理 1,800 点

対象となる患者は、下記の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって在宅自己導尿を行うことが必要と医師が認めた者となります。

ア 諸種の原因による神経因性膀胱

イ 下部尿路通過障害(前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄等)

ウ 腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後

※カテーテルの費用は所定点数に含まれるが、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルなどを使用した場合は特殊カテーテル加算を算定できます。

⑨ 在宅人工呼吸指導管理 2,800 点

在宅人工呼吸とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法をいい、次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定します。

月1回の算定となります。

ア 患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと(委託の場合を含む。)

イ 装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。

ウ 夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。

エ その他、療養上必要な指導管理を行うこと。

対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者は対象にはなりません。

⑩ 在宅持続陽圧呼吸療法管理指導管理 250 点

在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいい、対象となる患者は、以下の全ての基準に該当する患者とする。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、イの要件を満たせば対象患者となります。

ア 無呼吸低呼吸指数(1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう)が20以上

イ 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例

ウ 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

また、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後1、2か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象となります。

※遠隔モニタリング加算：平成30年度より在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料に遠隔モニタリング加算(150点)が新設されました。在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定し、CPAPを用いる患者に、前回受診月の翌月から今回受診月の前月まで、遠隔モニタリングにより療養上必要な指導を行った場合、月1回、2ヶ月に限り算定できます。

⑪ 在宅自己疼痛管理指導管理 1,300点

在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

⑫ 在宅肺高血圧症指導管理 1,500点

肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンⅠ2製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。「プロスタグランジンⅠ製剤の投与等に関する指導管理等」とは、在宅において、肺高血圧症患者自らが携帯型精密輸液ポンプを用いてプロスタグランジンⅠ2製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行うことをいう。

⑬ 在宅悪性腫瘍患者指導管理 1,500点

「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なものの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

鎮痛療法とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤又はフルビプロフェンアキセチル製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤又は複方オキシコドン製剤を使用できるのは、以下の条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要な応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア 薬液が取り出せない構造であること

イ 患者等が注入速度を変えることができないものであること

また、化学療法とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは埋込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

対象となる悪性腫瘍の患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。なお、化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。

⑭ 在宅気管切開患者指導管理 900 点

「在宅における気管切開に関する指導管理」とは、諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施する気管切開に関する医学管理をおこなった場合に算定します。同指導管理料には、気管切開患者用人工鼻加算が設定されています。

11. 精神科在宅患者支援管理

平成 30 年度から精神科重症患者支援管理料に代わり精神疾患患者への訪問支援をする評価する観点から新設されました。精神科を標榜する医療機関への通院が困難な者、精神症状のより単独での通院が困難な者に対して、精神科医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が計画的な医学管理の下に月 1 回以上の訪問診療及び定期的な精神訪問看護を実施するとともに、必要に応じ、急変時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価しています。

精神科在宅患者支援管理料の点数一覧			
	患者の状態	単一建物の診療患者数	
		1人	2人以上
精神科在宅患者支援管理料1 (自院単独) (月1回)	イ) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援が必要な患者	3,000点	2,250点
	ロ) 別に厚生労働大臣が定める患者	2,500点	1,875点
	ハ) 上記以外	2,030点	1,248点
精神科在宅患者支援管理料2 (訪問看護ステーションと連携)(月1回)	イ) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援が必要な患者	2,467点	1,850点
	ロ) 別に厚生労働大臣が定める患者	2,056点	1,542点

医療費控除の対象となる介護保険制度下での居宅サービス

	居宅サービス等の種類
医療費控除の対象となる居宅サービス	・訪問看護 ・介護予防訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・介護予防訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導 ・介護予防居宅療養管理指導 ・通所リハビリテーション ・介護予防通所リハビリテーション ・短期入所療養介護 ・介護予防短期入所療養介護 ・定期巡回 ・随時対応型訪問介護看護（一体型事業所で訪問看護を利用する場合に限る。） ・複合型サービス（上記の居宅サービスを含む組合せにより提供されるもの（生活援助中心型の訪問介護の部分を除く。）に限る。）
上記の居宅サービスと併せて利用する場合のみ医療費控除の対象となるもの	・訪問介護（生活援助中心型を除く。） ・夜間対応型訪問介護 ・介護予防訪問介護 ・通所介護 ・地域密着型通所介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・介護予防認知症対応型通所介護 ・介護予防小規模多機能型居宅介護 ・短期入所生活介護 ・介護予防短期入所生活介護 ・定期巡回 ・随時対応型訪問介護看護（一体型事業所で訪問看護を利用しない場合及び連携型事業所に限る。） ・複合型サービス（上記の居宅サービスを含まない組合せにより提供されるもの（生活援助中心型の訪問介護の部分を除く。）に限る。） ・地域支援事業の訪問型サービス（生活援助中心のサービスを除く。） ・地域支援事業の通所型サービス（生活援助中心のサービスを除く）
医療費控除の対象外となる介護保険の居宅サービス等	・訪問介護（生活援助中心型） ・認知症対応型共同生活介護 ・介護予防認知症対応型共同生活介護 ・特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等） ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・介護予防地域密着型特定施設入居者生活介護 ・福祉用具貸与 ・介護予防福祉用具貸与 ・複合型サービス（生活援助中心型の訪問介護の部分） ・地域支援事業の訪問型サービス（生活援助中心のサービスに限る） ・地域支援事業の通所型サービス（生活援助中心のサービスに限る） ・地域支援事業の生活支援サービス

1. 指定居宅サービス事業者等が発行する領収書（居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した事業者名が記載されたもの）に、医療費控除の対象となる医療費の額が記載されることとなっています。
2. 交通費のうち、通所リハビリテーションや短期入所療養介護を受けるため、介護老人保健施設や指定介護療養型医療施設へ通う際に支払う費用で、通常必要なものは医療費控除の対象となります。
3. 高額介護サービス費として払戻しを受けた場合は、その高額介護サービス費を医療費の金額から差し引いて医療費控除の金額を計算することとなります。
4. 上記2の居宅サービス（1の居宅サービスと併せて利用しない場合に限りです。）又は3の居宅サービスにおいて行われる介護福祉等による喀痰吸引等の対価（居宅サービスの対価として支払った額の10分の1に相当する金額）は、医療費控除の対象となります。

在宅療養支援診療所とは

以下の要件を満たす保険医療機関が、地方厚生（支）局長に届け出た場合に、在宅療養支援診療所として認められます。介護保険・医療保険訪問看護業務の手引より抜粋

24 時間連絡体制の確保	当該診療所において、24 時間連絡を受ける医師または看護職員（以下「連絡担当者」という）をあらかじめ指定するとともに、連絡担当者や連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者や家族に説明し、文書により提供する
24 時間往診体制の確保	当該診療所において、または別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む）の保険医との連携により、患家の求めに応じて 24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医氏名・担当日等を文書により患家に提供する
24 時間訪問看護体制の確保	当該診療所において、または別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む）や訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む）との連携により、患家の求めに応じ、当該診療所の保険医の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者氏名・担当日等を文書により患家に提供する
緊急時の病床確保	当該診療所において、または別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む）との連携により、緊急時に在宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保する
診療情報の提供・共有	別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む）や訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む）との連携する場合には、連携先において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携先に文書（電子媒体を含む）により随時提供する
その他	・患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること ・地域において、他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること ・年 1 回、在宅看取り数等を地方厚生（支）局長に報告していること
機能強化型在支診が満たすべき基準	単独型：①在宅医療を担当する常勤の医師 3 人以上 ②過去 1 年間の緊急往診の実績 10 件以上 ③過去 1 年間の看取りの実績又は 15 歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 4 件以上 連携型：①在宅医療を担当する常勤の医師連携内で 3 人以上 ②過去 1 年間の緊急往診の実績連携内で 10 件以上、各医療機関で 4 件以上 ③過去 1 年間の看取りの実績又は 15 歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2 件以上

訪問看護指示書の種類と留意点

(1) 訪問看護指示書

- ◎ 通常使用される訪問看護指示書です。
- ◎ 主治医は訪問看護ステーションに訪問看護指示書の原本を交付します。
- ◎ 指示期間は、最長6ヶ月までです（記載がない場合の指示期間は1ヶ月）
- ◎ 訪問看護指示書交付の際、月1回主治医が『300点』を算定できます。
- ◎ 2カ所以上の訪問看護ステーションから訪問看護を提供する場合は、各訪問看護ステーションに交付することになっています（算定は1回分のみ）
- ◎ 指示書は利用者1人に対して複数の医師から交付されることはありません。
- ◎ 主治医は、在宅療養に必要な衛生材料及び保健医療材料の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を患者に支給することも大事です。

(2) 特別訪問看護指示書

- ◎ 特別訪問看護指示期間中の訪問看護は医療保険での対応になります。
- ◎ 患者の急性増悪や退院直後、頻回の訪問看護が必要になった場合に交付します。
→介護保険対象の利用者の場合、医療保険による訪問看護に切り替わります。
- ◎ 特別訪問看護指示書による訪問看護は「訪問看護指示書【上記(1)】」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の交付は原則として月1回、主治医が『100点』を算定できます。
- ◎ 指示期間は14日間、指示は月をまたいでもかまいません。
- ◎ 急性増悪の症状が改善し、指示期間を訂正していただいた場合の訪問看護は介護保険対応に戻ります
- ◎ 厚生労働大臣が定める者（・気管カニューレを使用している状態にある者・真皮を越える褥瘡の状態にある者（①NPUAP分類Ⅲ度又はⅣ度②DESIGN-R分類(日本褥瘡学会によるもの)、D3、D4、D5の状態の者については、月2回まで交付できます。（14日間×2回）

(3) 在宅患者訪問点滴注射指示書

- ◎ 週3日以上点滴注射を行う必要を認め、訪問看護ステーションに対して指示を行う場合に交付します（書式は【上記(1)(2)】と共通）
- ◎ 患者1人につき週1回（指示期間7日以内）に限り月に何回でも交付できます。
- ◎ 週3日以上点滴を実施した場合、在宅患者訪問点滴注射管理料として、主治医が『60点』を算定できます。
- ◎ IVHは対象外です。
- ◎ 当該指示による点滴終了日及び必要を認めた場合には在宅療養を担う保険医へ速やかに報告を行います。その連絡方法は電話連絡等でも差支えありません。

(4) 精神科訪問看護指示書

- ◎ 精神科を標榜する医療機関の精神科の保険医が診療に基づき、訪問看護の必要性を認め、訪問看護ステーションに対し、訪問看護指示書を交付した場合に、月1回に限り、300点を算定します。
- ◎ 1か月の指示を行う場合には、精神科訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しません。
- ◎ 共同生活援助事業所に入所する精神障害を有する複数の利用者に対して指定訪問看護を行う場合は、それぞれに対して個別に訪問看護を行い、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅲ）を算定します。

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示書期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）
点滴注射指示期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名			生年月日	年 月 日（ 歳）	
患者住所	電話				
主たる傷病名					
現在の状況	病状・治療 状 態				
	投薬中の薬剤 の用量・用法	1	2		
		3	4		
		5	6		
	日常生活 自 立 度	寝たきり度 認知症の状況	☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
要介護認定の状況	☐ 要支援 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5				
褥 瘡 の 深 さ	NPUAP分類 ☐ Ⅲ度 ☐ Ⅳ度 DESIGN分類 ☐ D3 ☐ D4 ☐ D5				
装置・使用 医療機器等	☐ 自動腹膜灌流装置 ☐ 透析液供給装置 ☐ 酸素療法（ /min） ☐ 吸引器 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 輸液ポンプ ☐ 経管栄養（ ☐ 経鼻・ ☐ 胃瘻：チューブサイズ、日に1回交換） ☐ 留置カテーテル（サイズ、日に1回交換） ☐ 人口呼吸器（ ☐ 陽圧式・ ☐ 陰圧式：設定） ☐ 気管カニューレ（サイズ） ☐ ドレーン（部位：） ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ その他（）				
留意事項及び指示事項					
Ⅰ 療養生活指導上の留意事項					
Ⅱ 1. リハビリテーション					
2. 褥瘡の処置					
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理					
4. その他					
在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）					
緊急時の連絡先 不在時の対応方法					
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応訪問介護看護及び総合型サービス利用時の留意事項等があれば記載してください。）					
他の訪問看護ステーションへの指示 （ 無 ・ 有 ： 指定訪問看護ステーション名 ） たんの吸引等実施のため訪問介護事業所への指示 （ 無 ・ 有 ： 訪問介護事業所名 ）					

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所 〒

電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

事業所

指定訪問看護ステーション

殿

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示書期間（平成 年 月 日～ 年 月 日）

点滴注射指示期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

患 者 氏 名		生年月日		年	月	日（	歳）
主 た る 傷 病 名							
病状・主訴：							
一時的に訪問看護が頻回に必要な理由							
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。）							
点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)							
緊急時の連絡等							

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所 〒

電話
(FAX)
医師氏名

印

事業所

指定訪問看護ステーション

殿

精神科特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示書期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）
点滴注射指示期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名				生年月日	年 月 日（ 歳）
主たる傷病名					
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： 					
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。） （該当する項目に○をつけてください） （複数名訪問の必要性）あり・なし 理由：) （短時間訪問の必要性）あり・なし 理由：) 特に観察を必要とする項目（該当する項目に○をつけてください） 1 服薬確認 2 水分および食物摂取の状況 3 精神症状（観察が必要な事項） 4 身体症状（観察が必要な事項） 5 その他					
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等） 					
緊急時の連絡等 					

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所 〒

電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

精神科訪問看護指示書

指示期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名			生年月日	年 月 日（ 歳）	
患者住所	電話				
主たる傷病名					
現在の状況	病状・治療状況				
	投薬中の薬剤の用量・用法				
	病名 告知				
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし			
	短時間訪問の必要性	あり ・ なし			
	複数回訪問の必要性	あり ・ なし			
日常生活自立度	認知症の状況（ I IIa IIb IIIa IIIb IV M）				
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項					
1、生活リズムの確立 2、家事能力、社会技能等の獲得 3、対人関係の改善(家族を含む) 4、社会資源活用の支援 5、薬物療法継続への援助 6、身体合併症の発症・悪化の防止 7、その他					
在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤 ・ 投与量 ・ 投与方法等）					
緊急時の連絡先 不在時の対応方法					
主治医との情報交換の手段					
特記すべき留意事項					

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所 〒

電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式16)

指示期間:1ヶ月～6か月

指示期間以外の訪問看護はできない

点滴注射指示期間は1週間単位

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

記入する際の注意点

* 該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

点滴注射指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平		年 月 日		(歳)			
患者住所			電話()		—						
主たる傷病名	(1)		ここに書かれる傷病名が、介護保険対象か医療保険対象かの判断基準となる								
現在の状況・該当項目に○等	病状・治療状態										
	投与中の薬剤の用量・用法	1、		2、							
	日常生活自立度	寝たきり度		J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	認知症の状況			Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M		
要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)								
褥瘡の深さ	DESIGN分類		D3	D4	D5	NPUAP分類		Ⅲ度	Ⅳ度		
装着・使用医療機器等	1、自動腹膜還流装置		2、透析液供給装置		3、酸素療法(l/min)						
○をつけた際()内は必ず記入	4、吸引器		5、中心静脈栄養		6、輸液ポンプ						
	7、経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ				日に1回交換)						
	8、留置カテーテル (部位: サイズ				日に1回交換)						
	9、人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定										
	10、気管カニューレ (サイズ)										
	11、人工肛門		12、人工膀胱		13、その他()						
留意事項及び指示事項											
Ⅰ 療養生活指導上の留意事項 全体的な注意点を包括的に記載する											
Ⅱ 1、リハビリテーション											
2、褥瘡の処置等											
3、装着・使用医療機器等の操作援助・管理											
4、その他											
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)											
投与薬剤・投与量・点滴の速度・投与方法・注意事項などについて具体的に記載する											
緊急時の連絡先											
不在時の対応法 夜間も含め緊急時の連絡先を記載する											
特記すべき事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往・定期巡回・随時対応型訪問介護・看護及び複合型サービス利用時の留意事項があれば記載して下さい)											
感染症等についても記載する											
他訪問看護ステーションへの指示 複数の訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付している場合に記載する											
(無 有: 指定訪問看護ステーション名											
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 介護事業所に指示を出している場合に記載する											
(無 有: 訪問介護事業所名											

上記の通り、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

医師氏名

依頼先の訪問看護ステーション名を記載する

指示日は、指示期間開始日以前であること

事業所名

殿

(別紙様式17)

精神科訪問看護指示書

内科の医師は「精神科訪問看護指示書」を書けない

指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	生年月日		指示期間は、1～6か月以内		日 (歳)
患者住所	電話() -		施設名		
主たる傷病名		(1)	(2)	(3)	
現在の状況	病状・治療状況	認知症患者でも「精神科在宅患者支援管理料」を医療機関が算定している場合は、医療保険となる(算定要件は業務の手引きP128～130参照)			
	投与中の薬剤の用量・用法				
	病名告知	あり・なし			
	治療の受け入れ				
	複数名訪問の必要性	あり・なし			
	短時間訪問の必要性	あり・なし			
日常生活自立度		認知症の状況(I II a II b III a III b IV M)			
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項					
1、生活リズム確立 2、家事能力、社会技能等の獲得 3、対人関係の改善(家族含む) 4、社会資源活用の支援 5、薬物療法継続への援助 6、身体合併症の発症・悪化の防止 7、その他					
緊急時の連絡先					
不在時の対応法					
主治医との情報交換の手段					
特記すべき留意事項					

ここに記載されなければ
加算は取れない

上記の通り、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

医師氏名

指定訪問看護ステーション

殿