

訪問看護活用マニュアル～ケアマネジャー編～ 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 12 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際の流れ	・ ・ ・ ・ ・ 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. 訪問看護サービス利用のメリット	・ ・ ・ ・ ・ p. 3
5. 事例紹介(13ケース)	・ ・ ・ ・ ・ p. 5
6. 訪問看護サービス利用にあたっての連携上のポイント	・ ・ ・ ・ ・ p. 19
7. 介護保険と医療保険の制度の違い	・ ・ ・ ・ ・ p. 25
8. 訪問看護の費用について	・ ・ ・ ・ ・ p. 26

資料

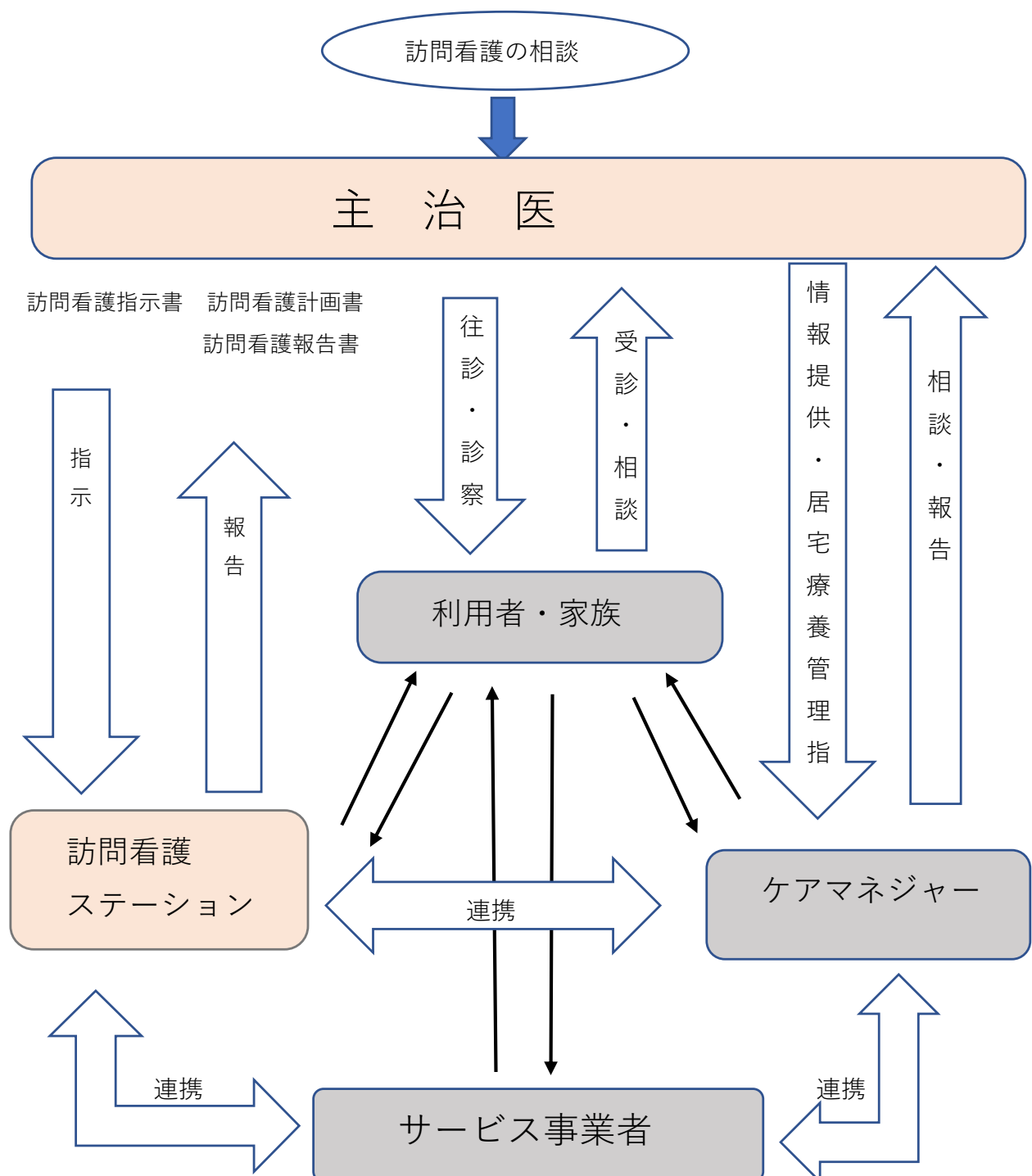
◆特別管理加算 厚生労働大臣が定める状態	・ ・ ・ ・ ・ p. 29
◆特定疾病・厚生労働大臣が定める疾病等	・ ・ ・ ・ ・ p. 30
◆障害・認知症高齢者の日常生活自立度・パーキンソン病	・ ・ ・ ・ ・ p. 36
◆医師・看護師以外の者が行える医療行為について	・ ・ ・ ・ ・ p. 37

【参考文献】

☆私たちの訪問看護ステーションマニュアル2019
☆訪問看護業務の手引き 平成30年4月版

1. 訪問看護を利用する際の流れ

- 訪問看護を利用する対象者は、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、訪問看護の開始に際しては、利用者の主治医が発行する「訪問看護指示書」の交付を受ける必要があります。
- 訪問看護ステーションは、定期的に「訪問看護計画書」および「訪問看護報告書」を主治医に提出します。また、主治医と密接かつ適切な連携を図ります。
- 介護保険上は、ケアマネジャーが作成する「ケアプラン」に基づいて、適切な訪問看護を提供するために「訪問看護計画書」を作成し、訪問看護を実施します。



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以下のようなサービス提供をします。

- ①病状の観察
- ②家族の介護指導
- 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
- 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、次の点を参考にご相談してください。

- ☆ 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



社団法人神奈川県看護協会が発行している
「かながわ訪問看護ステーション一覧」
が参考になります。

4. 訪問看護サービス利用のメリット

☆ 訪問看護を利用するメリットをまとめています。

訪問看護の利用に迷うときに活用してください。

☆ 事例もご参照ください。

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、訪問看護ステーションの管理者にご

(1) 医学的根拠に基づいた判断と予後予測が可能です！

1) 医療的視点での判断

○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ので、受診などのタイミングの判断が適切にでき、重度化を防ぐことができます。

○病気や障害を持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) 予防・悪化防止

○低栄養や寝たきりの療養者に対し、栄養に関してアドバイス、褥瘡予防、肺炎等の予防・早期発見・対応ができます。

3) 安全なケアや支援

4) 自立支援



(2) 在宅生活における介護指導や環境整備を支援できます！！

○入院中に医療機関で行なった療養指導、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も配慮し、生活全体を考えた介護指導、精神的な支援ができます。

○初めて介護を担う介護者への介護指導で、介護が上手にできるようになるための支援ができ、介護負担軽減につながるとともに介護者の不安の軽減も図れます。

○認知症の利用者家族が病気を理解し適切に介護ができるよう、指導・支援することで、安定したケア体制が構築できます。

○看護師の視点から利用者の状況変化を把握し、ケアマネジャーへの報告できるので、サービスの見直しの時期を逃さず、再アセスメントの時期を掴みやすくなります。

（３）在宅での看取りを支援



（４）在宅での医療処置、医療管理、セルフケアの指導

- ・ 人工肛門、膀胱留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、胃瘻
 - ・ 経管栄養、胃瘻
 - ・ 褥瘡処置、創処置、軟膏処置
 - ・ 点滴、注射、中心静脈栄養（IVH）
 - ・ 気管カニューレ、吸引、吸入、人工呼吸器、在宅酸素
 - ・ インシュリン注射
 - ・ 腹膜透析（CAPD）
- 等

5. 事例紹介

事例 1 退院時共同指導

事例 2 退院時共同指導

事例 3 連携と情報共有

事例 4 多職種連携

事例 5 退院時共同指導

事例 6 サービス担当者会議

事例 7 病状変化に伴う多職種連携

事例 8 在宅看取りに伴う多職種連携

事例 9 在宅看取りに伴う多職種連携

事例10 サービス担当者会議による役割り調整

事例11 訪問看護との連携

事例12 サービス担当者会議

事例13 制度の理解

事例 1

【利用者及び家族の状況】

利用者 80 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）胃瘻造設
仙骨部褥瘡（DESIGN 分類 D4）

家族構成 80 歳夫と 2 人暮らし、長男夫婦が隣市に在住

【依頼までの経過】

自宅で転倒し骨折、手術目的にて入院。以前から認知症による経口摂取量の低下、嚥下困難があったが、手術後さらに症状が悪化し胃瘻造設した。入院中の不穏状態により体幹を抑制されていたことも加わり、褥瘡形成し下肢筋力低下もみられ長期臥床状態となる。このままの状態では退院することになった。長男より「口から食べられるようにして褥瘡を治したい。庭の散歩ができるようになって欲しい」と希望あり。ケアマネジャーより「褥瘡管理・胃瘻管理・介護指導・リハビリ」目的にて訪問看護依頼があった。

【経過】

- ・ケアマネジャーから依頼を受け、退院前カンファレンスを訪問看護師が依頼する。
- ・カンファレンスの席上、通院困難なため訪問診療への切り替え、理学療法士によるリハビリテーションの実施、保清支援のための訪問入浴、褥瘡ケア、嚥下訓練、介護指導等を確認。
- ・初回の訪問診療日にケアマネジャーが担当者会議を開催。ケア内容を確認し今後の方向性を共有。
- ・多職種が関わるための連絡ノートを作成し、情報の共有、伝達をおこなう。
- ・長男との連絡は夜間のメールに限られるため、窓口はケアマネジャーとした。
- ・訪問診療医より、専門医（皮膚科、口腔外科、耳鼻科）の受診紹介があったが、可能な限り訪問診療とし、無理な場合のみ受診手配とした。
- ・皮膚科医師より褥瘡の処置方法が主治医に伝えられ、訪問看護師により処置を実施。訪問日以外は夫と長男が実施できるよう、指導を行なった。
- ・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、ヘルパーが本人とビデオを観ながら取り組んだ。医師から指示のあった食品や量を守りながら、訪問看護師により少しずつ経口摂取を進め、夫にも指導を継続した。
- ・理学療法士と連携を図りながら ADL の拡大を図り、リハビリメニューを可能な限り訪問看護師や家族も実施するよう心がけ、ヘルパーにも本人への声かけを実施してもらった。

【結果】

退院後少しずつ ADL が向上し、コミュニケーションも回復がみられ、認知症による不穏は全くなかった。退院 4 ヶ月後には褥瘡が完治。6 ヶ月後には胃瘻も抜去され、経口摂取だけで必要な栄養所要量が取れるようになる。室内は見守りがあれば歩行可能となり、息子さんが希望されていた自宅の庭にも出られるようになるまでに回復した。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・退院前カンファレンスによる正しい情報共有と必要なサービスの選択。
- ・サービス担当者会議で本人と家族の希望を吸い上げ、関係各所との情報共有と方向性の確認。

事例2

【利用者及び家族の状況】

利用者 84歳 男性 胃がん 貧血 要介護3 寝たきり度A2 妻と死別し独居

家族構成 別居の娘(62歳)が月に1回他県から帰省して介護している

【依頼までの経過】

何とか自立した生活をしていたが、買い物が増え負担となってきたため訪問介護（週6日）の利用を開始。食欲が低下し、週1回訪問介護の介助で通院し点滴を受け始めたが、胃がんの進行と貧血により入浴や更衣動作時に息苦しさが出た。ケアマネジャーより「状態観察、入浴や清拭、更衣の介助」目的で訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・ケアマネジャーからは、「支給限度額が一杯のため、週1回30分、2週間に1回1時間の訪問看護」、独居なので「緊急時訪問看護加算をつけて24時間の対応をしてほしい」という依頼があった。
- ・訪問看護師は初回訪問で本人の状態を確認。アセスメント後、ケアマネジャーに連絡。
- ・労作時の息切れが強く、入浴介助は疲労も伴い本人のペースに合わせて介助しなければ負担が大きく体調悪化が大きいこと、30分では依頼された内容のケアを安全に実施することは困難であることを伝え、訪問介護のケア内容の見直しをしてほしいと依頼。
- ・ケアマネジャーと同一訪問介護事業所が入っており、訪問介護の時間の見直しに関しては事業主の方針により消極的だった。しかし、利用者本人の負担軽減を第一に考え根気よくケアマネジャーに働きかけた。その結果、ケアマネジャーが改めて訪問介護事業所にケア内容を確認したところ「身体介護と生活介護の3時間」で計画したにもかかわらず、実際には身体介護をおこなっていないことが判明した。
- ・ケアマネジャーはサービス担当者会議を開催し、各事業所のケア内容の確認と情報共有をおこない、保清支援を訪問看護に組み入れ毎週1時間の訪問看護を計画した。
- ・理学療法士と連携を図りながらADLの拡大を図り、リハビリメニューを可能な限り訪問看護師や家族も実施するよう心がけ、ヘルパーにも本人への声かけを実施してもらった。

【結果】

訪問看護が毎週1時間となり、利用者本人のペースに合わせて入浴介助ができ、負担軽減を図ることができた。本人も安心して入浴や整容・更衣支援を受けることができ、「できるだけ家で暮らしたい」との本人の希望通り、体調悪化による入院ギリギリまで在宅での生活を続けることができた。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・病状や身体状況に関し、十分なアセスメントを実施できていたか？
 - プランに本人を合わせるのではなく、本人の体調にあったプラン作成を実施する。
 - 急激な体調変化や病状に関することは遠慮せず訪問看護師に相談することも大切。
- ・サービスの見直しに、事業所の利益（自社サービス）が邪魔していなかったか？
 - ケアプランの内容に関して、サービス担当者会議を開催して情報共有することも大切。

事例3

【利用者及び家族の状況】

利用者 65歳 男性 筋委縮性側索硬化症 要介護5 寝たきり度C2

家族構成 専業主婦の妻（63歳）と二人暮らし 娘二人は独立

【依頼までの経過】

病状の進行によりほぼ寝たきりではあるが、本人は人工呼吸器を装着して自宅での生活継続を希望。介護者である妻は介護に熱心で、介護サービスを積極的に活用しながら夫の希望をかなえたいと思い、「どのような生活になるのか不安がたくさんあるので教えてもらいたい」という目的で、訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・訪問看護師は今後の病状進行を考え、住宅改修を利用者と検討した。
- ・ケアマネジャーは、理学療法士や住宅改修業者からの複数の改修案をもとに、利用者・訪問看護師と実際の生活をイメージして検討し、改修を行った。
- ・訪問看護師は退院時共同指導で、準備する医療機器やベッドの配置などアドバイスして生活のイメージを伝えながら準備にあたった。
- ・ケアマネジャーは、介護サービスの調整とサービス担当者会議により役割分担を行った。
訪問介護（週4日） 訪問入浴（週2日） 訪問看護（週5日） 送迎サービス レスパイト入院 福祉用具（電動ベッド・エアーマット・車いす等）
- ・退院後は週5日の訪問看護（医療保険）で、状況変化に応じたコミュニケーション手段などの支援をした。
- ・介護者の吸引や気管カニューレのYガーゼ交換、胃瘻挿入部の皮膚状態の観察、排便コントロール、全身の皮膚状態観察、呼吸器回路交換などのバックアップを実施する。
- ・日頃の身体状況の変化に対しては、往診医や専門医と連携をとりながら対応した。
- ・サービス担当者会議で緊急時の対応方法の確認、情報共有を行った。
- ・病状の進行に伴いコミュニケーション手段（合図等）の変更があった場合は、ケアマネジャーから関係各所にスピーディーに周知し対応した
- ・「娘の結婚式に出席したい（本人）」「バージンロードと一緒に歩いてもらいたい（娘）」との希望に対し、関係者全員で協力し、車いすの選択や調整、洋服の工夫、人工呼吸器の配置・バッテリー持続時間の確認、当日持参する物品など具体的な支援を話し合い、日頃の訪問では車いすへの移乗練習や外出を重ねた。

【結果】

人工呼吸器を使用しながら結婚式に出席して無事に父親の役目を果たすことができ、その後も安全に配慮された環境の中で、安心して意欲的に在宅生活を継続している。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・看護職との密な連携により、病状や身体状況の情報共有・予測をもとに共同での計画立案を行った。
→ 変化する病状への対応（進行に伴う医療機器の準備や生活環境の整備、コミュニケーション手段の選択等）、安全への配慮や準備（結婚式への参加や外出）
- ・本人や家族の声を聞き、関係者全員の力を最大限に活用して支援を行った。
→ 本人や娘の希望（結婚式への参加）をかなえることができた。

事例 4

【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 遅延性意識障害 意思表示困難

要介護 5 寝たきり度 C2 気管切開 吸引 胃ろうによる経管栄養

家族構成 妻 56 歳 自営業をしながらの介護 娘二人は独立

【依頼までの経過】

ADL すべてに介助が必要だが、車いすでの座位保持はできる状態。はっきりとした意思表示は困難。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」と言われているが、妻は本人が少しでも回復してほしいと思い、退院後は仕事をつづけながら在宅で介護したい意向。

「往診医を入れ、合併症を起こさず在宅生活が継続できるよう支援してほしい」と在宅支援室の看護師より相談を受ける。

【経過】

- ・ケアマネジャー・主治医・退院支援看護師・病棟看護師・サービス事業者が集まり退院時共同指導を実施。訪問看護師からは、病院に対して吸引・胃ろう処置・気管切開部の Y ガーゼ交換など、退院前に家族に実施指導を依頼。
- ・妻が仕事をしている間訪問介護がどのように介入するか話し合い、午前・午後 1 回ずつのオムツ交換、体位変換、午前は陰洗・午後は更衣が行われることになった。
- ・栄養は妻が仕事の合間に注入できるよう、半固形栄養剤となった。
- ・ケアマネジャーは、訪問診療・訪問看護の初回に同行し状況確認を行った。
- ・訪問看護師は週 3 回の訪問で、気管切開部・胃ろう挿入部の皮膚状態の観察、Y ガーゼ交換、口腔ケア、排便コントロール、拘縮予防の関節可動域訓練を行った。
- ・身体状況が安定するとともに表情にも変化が見られてきたため、言語聴覚士による嚥下訓練について訪問看護師が主治医に相談し、了解を得られたことをケアマネジャーに報告。ケアマネジャーは、サービス担当者会議を開き、週 1 回言語聴覚士による機能訓練が開始となる。訪問看護師は言語聴覚士と連携をとりながらケアとリハビリテーションを実施。
- ・理学療法士によるリハビリを訪問看護師から主治医に相談し了解を得られたため、ケアマネジャーに報告。ケアマネジャーはサービス担当者会議を開き、週 1 回理学療法士による機能訓練が開始となる。
- ・四肢の緊張がほぐれて端座位保持が可能となり、訪問看護師がポータブルトイレの使用を試みたところ自然排便が可能となった。また、車いす使用時間の延長が図れた。
- ・嚥下機能が向上し、少量だがとろみをアップした水分を摂取することが可能となった。
- ・訪問看護師と言語聴覚士はケアマネジャーに歯科往診の検討を提案。口腔外科による嚥下検査を行う。とろみの調整をし定期的に嚥下機能検査が行われ、ゼリーの摂取が可能となった。

【結果】

退院後順調に ADL が向上し、ポータブルトイレでの排泄、車いすの使用時間延長、ゼリーの摂取が可能となり妻も仕事をしながら介護することが生活の一部として定着できるようになった。口から摂取、食事形態がアップすることも妻の介護の励みとなった。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・訪問看護師との密な連携により ST や PT の導入時期のタイミングを合わせたことで、利用者の順調な ADL 向上を図ることができた。
- 訪問看護師からの提案を受けてサービス担当者会議を開き、素早くプランに盛り込むことができた。また、介護者である妻の介護の励みとなった。

事例5

【利用者及び家族の状況】

利用者 78歳 男性 肺気腫 在宅酸素使用 要介護3 寝たきり度B2

家族構成 腰痛を持つ妻(75歳)と2人暮らし

【依頼までの経過】

在宅酸素を利用しながら在宅で療養生活。気候の変化に応じた環境整備ができないために状態が悪化しやすく、入退院を繰り返していた。他人が家に入ることに對してストレスがあるため介護サービスは拒否。ケアマネジャーから「病状観察」目的で訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・繰り返される入退院の中で、ケアマネジャーは入院中に病院を訪問し病状を確認、退院後は自宅へ訪問し状態観察を行っていた。
- ・訪問看護師は初回介入時に全身の状態を観察したところ、仙骨が発赤していることを発見。
- ・訪問看護師は食事の摂取状況を確認。最近食欲がないと知り、少量で栄養が取れる補助食品の紹介を行った。
- ・ケアマネジャーは訪問看護師から連絡を受けてマットレスの変更を福祉用具担当者に連絡し、褥瘡予防マットを導入した。
- ・補助食品の摂取で少しずつ体力の回復もみられ、褥瘡予防マットの効果もあり褥瘡の悪化なく経過した。
- ・食欲が再びなくなり、SpO₂の低下、呼吸苦が見られ再入院となる。
- ・入院中に体重減少、仙骨の発赤悪化し、表皮剥離と浸出液がみられるようになる。
- ・食事摂取状況は低迷しているが、点滴治療で肺の状態は回復が見られ、本人、家族の希望もあり退院の話が出る。
- ・退院前共同指導で妻の介護力、褥瘡の評価を行い、褥瘡予防マットからエアーマット(体位変換機能付き)への変更を決めて、体位変換に要する妻の負担軽減をはかった。
- ・入院中に褥瘡は改善して処置が必要ない状態となり退院。体重減少による褥瘡発生リスクが高い状態のため、訪問看護師は食事摂取状況と全身の皮膚状態観察をおこない、発赤部位の早期発見に努めた。

【結果】

他人が家に入ることにストレスを感じる利用者に対し、訪問看護師と福祉用具の担当者だけの介入で、褥瘡の悪化を最小限にとどめることができた。再入院後は褥瘡予防マットから体位変換機能付きエアーマットの導入をしたことで、体位変換を行うという、妻の負担軽減もはかることができた。退院前カンファレンスで妻の介護負担と褥瘡の評価をしたことでエアーマットの導入がスムーズにできた。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・他人を家に入れたくないという利用者の意を汲んで、必要最小限のサービスで褥瘡の悪化を防ぐことができた。
- 再入院するまでの訪問看護師による栄養評価、栄養補助食品の紹介、ケアマネジャーによる福祉用具の検討と、担当者への相談により適切なマットの交換。
- ・退院前共同指導で妻の介護負担を確認し、褥瘡評価を行い、退院後のマットの変更を検討、体位変換機能付きにしたことで妻の介護負担の軽減がはかれた。体位変換を訪問介護に依頼した場合の、他人が家に入ることによる本人のストレスの軽減にもつながった。

事例6

【利用者及び家族の状況】

利用者 90歳 女性 脳梗塞（左片麻痺） 誤嚥性肺炎 仙骨部褥瘡（DESIGN®分類-D3）

要介護4 寝たきり度C2

家族構成 次女（60歳）との二人暮らし 次女はパートで就労

【依頼までの経過】

電動ベッドと訪問介護を利用しながら、同居の次女の介護を受けて在宅で生活していた。訪問診療医（主治医）から、肺炎予防の目的で離床時間を徐々に増やすよう指示あり。次女は自分なりの考えで椅子への移乗を積極的におこなっていた。しかし、仙骨部に褥瘡が発生したため、「褥瘡状態観察と処置」の目的でケアマネジャーより訪問看護の依頼があった。

【開始後の経過】

- ・嚥下困難、排泄障害あり。飲み込みやすい食事形態・飲み物、食事介助方法について家族に説明した。
尿失禁にて褥瘡が悪化する可能性があるため、オムツ交換・排便コントロールにより尿汚染に対する保清を実施した。
- ・車椅子移乗には仙骨部の圧迫除去が必要であるため、車椅子用除圧クッションの導入を提案し使用した。
- ・サービス担当者会議を開催し、褥瘡悪化予防のため、介護用ベッド・エアーマット導入を依頼した。
- ・訪問介護が導入された。褥瘡ケアを目的とした介護サービスの内容を調整し、体位変換が適切に行われ、離床時間を増やすようにした。
- ・栄養状態が悪く痩せているので栄養指導、補助食品を活用し、状態改善につなげた。
- ・主治医と同行訪問し、デザインアセスメントを実施。特別指示書を依頼し、毎日処置（必要時2回／日）を実施しながら定期的に再評価した。

【結果】

特別指示書により訪問看護師が毎日処置を実施し、褥瘡の悪化予防に必要な介護サービスの調整や、エアーマット等福祉用具の導入・活用をすることができ、褥瘡改善に繋げることができた。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・褥瘡の状態や介護状況を適切に判断し対応することができた。
- ・サービス担当者の提案（利用者の状態変化）と制度の運用。
- ・特別訪問看護指示書交付により、適切な処置・アセスメントを行うことができた。

事例 7

【利用者及び家族の状況】

利用者	60 歳 女性 肺がん末期（医療保険対応） 多発性骨転移 要介護 3 寝たきり度 C1
家族構成	夫は死亡し独居 長男夫婦が近隣に居住

【依頼までの経過】

病名の告知を受け、毎日 2 回の訪問介護を受けながら在宅療養。骨転移による全身痛があり麻薬で疼痛コントロール。大学病院へ週 1 回抗がん剤治療のために通院していたが、疼痛が強くなって通院困難となり、訪問診療が導入されると同時に訪問看護に相談があった。その後排尿困難となり膀胱留置カテーテル挿入。両下肢浮腫著明で、仰臥位から側臥位への体位変換にも疼痛を訴えるようになる。訪問診療医より「状態悪化しているため全身管理」目的で指示書が発行される。

【経過】

- ・訪問看護依頼当日に情報収集のために訪問し、ケアマネジャーに連絡するが「訪問看護導入の状態ではない」という返答があった。しかし「肺がん末期」のため医療保険での訪問が適切であることを説明した。
- ・初回訪問の 1 週間前から、食欲低下・排尿困難・活動力低下及び疼痛増強・両下肢拘縮傾向がみられ、骨転移はあったが介助でポータブルトイレへの移乗はできていた。
- ・訪問介護より状態変化の報告があり、サービス内容に見直しを図るためサービス担当者会議が開催された。
- ・独居のため、医療保険（訪問診療と訪問看護）・介護保険（訪問介護・福祉用具など）を併用し、サービスの充実を図った。

【結果】

サービス担当者会議を開催したが、疼痛増強と全身状態悪化により在宅での看取りを断念し、入院となった

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・疾患から予測される状態の変化を適切に判断し、対応ができていたか。
 - 日々利用者と接する訪問介護からの報告を受け、状況把握を適切に行う。
 - 状況が変化しているときは情報共有し、自分の目で確認した上でアセスメントをもとに迅速に対応する（医療との連携・介護体制の調整・サービス担当者会議による情報共有と役割分担など）
 - 状況変化の予測をするために、訪問看護師へ相談する
- ・訪問看護の導入時期が適切であったか。
 - 難病やがん末期の場合は状態の変化が速いので、医師と連絡を密にしできるだけ早めに訪問看護につなげる。
 - 訪問看護の役割を知っておく。
 - 日頃から病気や医療的なことについて相談できる訪問看護ステーションをつくっておく。

事例8

【利用者及び家族の状況】

利用者 83 歳 男性 肝細胞癌末期 介護保険申請中 寝たきり度 C1

家族構成 長男夫婦と三人暮らし

【依頼までの経過】

胸水・腹水により呼吸困難あり。膀胱留置カテーテル挿入中。疼痛のため麻薬使用しコントロールできている。長男夫婦は入院継続を希望していたが、主治医から、治療の経過と終末期であることの説明がなされ、在宅へ帰るチャンスは今しかないこと、および余命数日であることが伝えられた。本人も病名を告知されており「数日の命しかないなら自宅に帰りたい。老人会会長の引継ぎをしたい」と自宅へ戻ることを強く希望。長男夫婦も父の希望を叶えたいと自宅での看取りを決心。終末期の患者を自宅で看取ることの大変さや家族の負担について説明し、家族の介護への意思を再確認した後、退院支援の看護師より訪問診療医と訪問看護、ケアマネジャーを紹介される。

【経過】

- 1 日目（土曜日） 病院よりケアマネジャー、訪問診療医と訪問看護（医療保険）に依頼あり。
- 3 日目（月曜日） ケアマネジャーと一緒に介護保険申請。ケアマネジャー、訪問看護師、本人及び家族、病院の退院支援看護師と話し合う。在宅医療が整い水曜日に退院決定となる。ケアマネジャーは福祉用具（ベッドや空気圧調整マット等）を手配し、設置や環境調整を行う。
- 4 日目（火曜日） 退院時共同指導に本人、長男夫婦、医師、病棟看護師、退院支援看護師、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問介護、福祉用具事業者、医療機器業者が参加する。
- 5 日目（水曜日） 退院日、長男夫婦に在宅での療養上必要な酸素機器の取り扱いや膀胱留置カテーテルの管理、疼痛時の服薬について指導を行った。また「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」に沿った説明を本人及び長男夫婦に行い、本人の意思決定がなされた。本人は息切れをしながらも念願の老人会の引継ぎを行うことができた。
- 6 日目（木曜日） 訪問看護師が朝・夕 1 日 2 回入り利用者の状態をその都度ケアマネジャーに報告。
- 7 日目（金曜日） 「息が苦しそう」と長男嫁より緊急コールがあり訪問。意識混濁あり、酸素飽和度 88%～91%と低値。主治医に報告して指示を受け、酸素流量 3 L→5 L/分に増量。長男夫婦に残された時間があとわずかであることを説明し、同時にターミナルケアを行った。
- 8 日目（土曜日） 午前中、家族に見守られながら永眠。

【結果】

家族は、本人の希望であった自宅に帰って老人会の引継ぎを無事終えたことに安堵され、在宅で看取ることや本人の希望を叶えることができたことを喜び、関係者に感謝していた。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・ターミナルの状態のため依頼を受けてから素早い対応を行った。
 - 依頼翌日の病院訪問による状況確認、サービス調整、退院日のサービス担当者会議開催。
- ・本人や家族の気持ち（ニーズ）を正確にくみ取った。
 - 家族の協力のもと本人の最後の希望を実現できた。
 - 「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。
- ・介護保険サービスの調整のみならず、訪問診療医・訪問看護（医療保険）との詳細な情報交換。

事例9

【利用者及び家族の状況】

利用者 66歳 女性 胃がん疼痛コントロール中（内服） 要介護3 寝たきり度B1

家族構成 独居 妹（54歳）が結婚して近所に在住、パート就業中 姪（妹の娘）の協力あり

【依頼までの経過】

がん告知を受け退院後、家族が在宅療養について近医に相談し、医師から訪問看護を紹介される。本人の希望は「死ぬまでに身辺整理と旅行をしたい」「最後は美しく死にたい」ということであり、「状態観察・疼痛緩和・家族（妹）への支援」という明確な訪問看護の希望があった。

【経過】

- ・退院翌日、本人・妹・姪・ケアマネジャー・訪問看護師・訪問介護・福祉用具事業所によるサービス担当者会議を開催。
 - ・身辺整理に関してはケアマネジャーが中心となり、本人があまり動かずに片づけられるように配慮した。
 - ・妹の負担軽減のため、家事や調理は訪問介護（日に3回）を利用した。
 - ・訪問看護師は週2日、状態観察と服薬管理、疼痛管理などをサポートした。
 - ・旅行の準備について、訪問看護師は「医師の情報提供書の手配と準備・旅行中の疼痛緩和について薬剤師との相談、同行する妹への医療処置の指導と物品準備、連絡方法の確認」などを行った。
 - ・ケアマネジャーは、旅行に関する様々な準備を本人・妹と相談しながら行い、妹と旅行に出た。
 - ・美しい姿で美しく死にたいという希望に対し、お気に入りの洋服などを把握、訪問日に髪の手入れなどを行った。
- 。

【結果】

妹とともに旅行を実現し秋の紅葉を楽しみ、本人は十分満足して旅行から帰宅できた。また、余命3か月と告知されていたが6か月の在宅生活の後、本人が望む「美しい姿」で最後を迎えることができた。妹は精神的な負担は大きかったが「みんな（多職種）の支えで後悔のない満足のいく看取りをすることができた」と話してくれた。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・医師・看護職・介護職との密な連携で病状などの情報共有、ケアチームの構築ができた。
 - 医療処置や状態観察と。緩和ケア
 - 「旅行に行きたい」「美しく死にたい」という本人の希望の実現に向けて多職種の意識共有。
 - 変化する病状への対応と緩和ケア（希望の実現への土台作り）。
- ・家族関係の理解と目標に向けた本人・家族へのサポートを行った。
 - 旅行の実現、独居での在宅看取り。

事例 10

【利用者及び家族の状況】

利用者	86 歳 女性 難治性下腿潰瘍 うっ滞性皮膚炎 要介護 1 寝たきり度 A2 認知症自立度 II b
家族構成	独居（夫は死亡） 長男は隣市に一人暮らし 無職（肝臓癌で通院中） 次男は隣市に妻と居住（妻も就労）

【依頼までの経過】

アパートに一人暮らし、訪問介護の家事支援を受けて生活。下肢痛あるが眼科・整形外科・皮膚科・循環器科の 4 科受診のため介護タクシーではほぼ毎日受診していた。物忘れも多く服薬管理ができなくなった。食欲低下あり 1 日 1 食の状態。6 か月ほど入浴できず、両下肢に 3 か所の潰瘍が発生。ケアマネジャーから「下肢潰瘍の処置、入浴介助、服薬管理」の目的で訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・初回訪問時に薬の飲み忘れや食欲不振、清潔保持が保てない、毎日の 4 科受診で負担が大きい等現状の課題を、訪問看護が整理してケアマネジャーに伝えた。
- ・訪問看護から提案をもとにケアマネジャーがにサービス担当者会議を開催し、関係者間で現状の共有を図り、対策を行った。
 - ◆介護タクシーによる多科受診に対して、主治医と相談をして訪問診療に切り替えた。
 - ◆薬カレンダーを作成し、訪問介護員の声掛けによる飲み忘れや誤薬の防止を実施。
 - ◆入浴は週 2 回訪問看護師により実施。
 - ◆栄養管理のため調理補助を訪問介護員が行うことにした。
- ・訪問看護師が潰瘍処置を実施しつつ、セルフケアの指導を行った結果、軟膏を整理し必要物品を揃えておけば本人が処置ができるようになった。
- ・ケアマネジャーが何度も長男と連絡をとり、家族の関わりや役割について調整を行った結果、週 1 回の買物を次男夫婦が行うようになった。
- ・ケアマネジャーが地域包括支援センターに相談し、地域包括支援センターから民生委員に連絡が入り隣人に安否確認を依頼することができた。

【結果】

現状を整理して具体的な対策をとり役割分担をしたことで、本人の状態改善を図るとともに、本人のセルフケア能力を高めることができた。さらに実現可能な範囲で家族の力や地域の力を引き出したことで、安心して生活が続けることができています。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・何も言わない利用者の真のニーズを引き出して課題解決のための調整を行った。
 - 訪問看護師との課題も含めた情報共有、適切な時期の担当者会議の開催、サービス間の調整。
- ・家族の力を見守りつつ、粘り強くアプローチした。
 - 家族の力を引き出し、チームの一員として協力が得られた。
- ・インフォーマルサービスのコーディネートを行った。
 - 利用者が済む地域包括支援センターの活用。

事例 11

【利用者及び家族の状況】

利用者 70 歳 男性 アルツハイマー型認知症（Ⅱa） 肝機能障害 要介護 1 寝たきり度 J

家族構成 次女（45 歳）とその夫（50 歳） 孫 2 人と同居 近隣に住む長女も協力的

【依頼までの経過】

若いころから飲酒量が多く、酔うと家族に暴言・暴行があった。最近になり飲酒していないときでも不穏状態になることがあり、専門病院でアルツハイマー型認知症の初期と診断される。本人は「自分で何でもできるし、老人扱いされたくない」との思いが強く、介護サービスの受け入れは拒否的。家族が対応に苦慮していたが主治医の勧めもあって「病状観察と家族への指導」目的で、ケアマネジャーから訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・ ケアマネジャーから依頼があった時点では、介護サービス導入には本人が拒否的なため、本人・家族と会って状況確認をした。本人は「来てもらっても何もしてもらうことはない」と言いながらも、主治医の指示もあり「看護師さんなら週 1 回くらい健康状態を見てもらってもいいかな」と周りが心配するほどの拒否はなく、訪問看護の導入となった。
- ・ 家族が苦慮していた入浴介助を訪問看護で行い、入浴時は皮膚状態の観察と共に定期的な入浴で身体の清潔を保ち、爽快感を得ることや寝衣交換も行いながら信頼関係を築くことができた。その後状態が安定し慣れてきたところに訪問介護へと移行した。
- ・ 週 1 回の訪問時は、病状観察と本人の話を傾聴。また、本人とは別に同居の次女や長女から話を聞きつつ、認知症に関する理解を深めて上手に介護を行えるよう、本人への接し方など指導や助言を行い家族の介護負担軽減を図った。
- ・ ケアマネジャーは、デイサービスやショートステイなどの利用を勧め、家族の休息の時間を作ることで在宅介護が継続できるよう支援した。

【結果】

認知症状は徐々に悪化しており不穏症状も時折みられるが、家族の対応が変わったことで暴言・暴行がエスカレートすることがなくなった。家族は当初「デイサービスなどの利用は無理」と言っていたが、ケアマネジャーの提案や看護師の指導により徐々に考え方が変わり、施設数か所の見学につながった。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・ 指導という観点で訪問看護を利用し、介護サービス介入への突破口にした。
 - 訪問看護から家族への助言・指導により、家族が認知症を理解し適切にケアができることで、家族に対する暴言や暴力がなくなった。介護負担が軽減し穏やかに過ごすことができた。
- ・ 利用者や家族の状況に合わせて介入し、信頼関係が構築できた時点で訪問看護と連携した次の提案を行っていった。
 - 訪問看護による入浴介助からヘルパー利用へとつながったことで、一つのサービス利用から他のサービス利用へとつながり、利用者や介護者への適切な支援体制が整備された。

事例 12

【利用者及び家族の状況】

利用者 64 歳 男性 糖尿病性腎症 多発性脳梗塞 網膜症 要介護 2 寝たきり度 B1
認知症自立度Ⅲa

家族構成 妻と 2 人暮らし。妻は両眼白内障による視力低下がある。長男夫婦が近所に在住。

【依頼までの経過】

自宅で転倒して骨折、手術目的にて入院。入院前から認知症による経口摂取量の低下、嚥下困難があったが、手術後さらに症状が悪化し胃瘻造設した。入院中の不穏状態により体幹を抑制されていたことで褥瘡形成し、下肢筋力低下もあり長期臥床状態となる。長男より「口から食べられるようにして褥瘡を治したい。庭の散歩ができるようになって欲しい」と希望があり、ケアマネジャーより「褥瘡管理・胃瘻管理・介護指導・リハビリ」目的にて訪問看護の依頼があった。

【経過】

- ・ケアマネジャーから依頼を受けたときに、退院前カンファレンスを開催して欲しい旨を依頼。
- ・カンファレンスの席上、通院困難なため訪問診療への切り替え、理学療法士によるリハビリテーションの実施、保清支援のための訪問入浴、褥瘡ケア、嚥下訓練、介護指導等を確認。
- ・初回の訪問診療日にケアマネジャーが担当者会議を開催。ケア内容を確認と今後の方向性を共有した。
- ・多職種が関わるための連絡ノートを作成し、情報の共有、伝達を行うようにした。
- ・訪問診療医より専門医（皮膚科、口腔外科、耳鼻科）の受診紹介はあったが、可能な限り訪問診療とし、無理な場合のみ受診手配とした。
- ・皮膚科医師より褥瘡の処置方法が主治医に伝えられ、訪問看護師により処置を実施。訪問日以外は夫と長男が実施できるよう指導を行なった。
- ・専門医による嚥下機能の評価と指示を受けて嚥下体操のビデオを準備し、訪問看護師の指導によりヘルパーが本人とビデオを観ながら取り組んだ。
- ・医師から指示のあった食品や量を守りながら、訪問看護師が少しずつ経口摂取をすすめ、夫にも指導を継続した。
- ・理学療法士と連携を図りながら ADL の拡大を図り、リハビリメニューを可能な限り訪問看護師や家族も実施するよう心がけ、ヘルパーにも本人への声かけを実施してもらった。

【結果】

退院後少しずつ ADL が向上し、コミュニケーションも回復がみられ、認知症による不穏は全くなくなった。退院 4 か月後には褥瘡が完治。6 か月後には胃瘻も抜去され経口摂取だけで必要な栄養所要量が取れるようになった。室内は見守りがあれば歩行可能となり、息子さんが希望されていた自宅の庭にも出られるようになるまでに回復した。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・退院前カンファレンスによる正しい情報共有と必要なサービスの選択。
- ・サービス担当者会議で本人と家族の希望を吸い上げ、関係各所との情報共有と方向性の確認をした。

事例 13

【利用者及び家族の状況】

利用者 45 歳 女性 転移性肺がん末期 在宅酸素使用 要介護 4 寝たきり度 B2

家族構成 夫（45 歳）との二人暮らし

【依頼までの経過】

家族は最後まで自宅で看取りたいと希望し、酸素を使用しながら在宅療養を続けていたが、病状の進行に伴い呼吸困難が出現し入浴が困難となる。ケアマネジャーより「病状観察、入浴介助、在宅酸素管理」目的で訪問看護への依頼があった。

【経過】

- ・ケアマネジャーから訪問看護へ依頼の際、介護保険での介入希望があった。
- ・年齢と病名により介護保険の 2 号被保険者であるが、主治医の指示書には「がん末期」と記載があり『厚生労働大臣の定める疾患等別表 7 に掲げる疾病等のもの』に含まれるため、医療保険での訪問対象になる。ところが介護者はケアマネジャーから「介護保険での訪問看護」の内容で説明されており、医療保険では利用料金が高くなると理解を得られなかった。
- ・訪問看護から医療保険優先での訪問看護対象であることを説明。主治医より「訪問看護のかかわりによって安心して在宅療養生活が送れるように介入が必要である」と説明を受ける。訪問看護療養費に関して丁寧に説明し、納得が得られたため訪問開始となる。

【結果】

医療保険では 3 割負担であったため訪問看護療養費など支払いが困難だった。高額療養費制度等の手続きも行い、ご本人やご家族の希望通りに最後まで在宅療養を続けることができた。ご家族に見守られながら 3 か月後永眠となった。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・退院前に地域連携室や退院支援室などと連携を図り、退院時共同指導を実施。
- ・第 2 号被保険者となる疾患名を理解していたか。
 - 厚生労働大臣の定める疾患等別表 7 に掲げる疾病（p 参照）について。
 - 高額療養費制度の理解（P 参照）について。
- ・訪問看護の制度——介護保険と医療保険の対象者の違いを理解していたか。
 - 「介護保険と医療保険の対象者の違い」（p 参照）や「特定疾患・厚生労働大臣が定める疾患等」（p 参照）について正しく理解する。
 - 訪問看護利用にあたっては、制度的なことを訪問看護ステーションに確認する。
 - 利用者の不利益につながらないよう正しい情報を説明する。

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にまとめました。

☆ケアマネジャーと訪問看護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。

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書類は？

Q4. 訪問看護導入時の訪問看護指示書は、誰が依頼する？

Q5. 訪問看護を開始される際に、医療保険対象か介護保険対象かの判断は？

Q6. 医療保険と介護保険の訪問看護の取り扱いの違いは？

Q7. 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？

Q8. 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ほうがよい？

Q9. 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・・・。

Q10. 医療ニーズが高い利用者について、訪問看護との上手な連携方法は？

Q11. 利用者が緊急時対応だけ訪問看護を希望した場合は？

Q12. 定期の訪問前に緊急訪問した場合、訪問看護費の請求は？

Q13. 褥瘡処置上をヘルパーやケアマネージャーが行ってもよいのか？

Q14. 利用者が主治医の変更を希望していますが・・・。

Q15. 特別管理加算を算定できるのは？

Q1. 訪問看護の導入時期は、どのように判断すればよいのでしょうか？

- A. 医療処置や医療機関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療養者の場合、終末期を安心していただくため、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。

Q2. 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いる場合、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のでしょうか？

- A. 医療機関から相談あり、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。必要があれば退院時共同指導を行えます。

Q3. 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、基本情報(名前、年齢、生年月日、性別、生年月日)等。

Q4. 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、家族の訪問看護利用の同意の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。

Q5. 訪問看護を開始する際に、医療保険対象者か介護保険の対象者かの判断はどのようにしたらよいのですか？

A. 介護保険と医療保険の対象者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、要介護または要支援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. 介護保険の要介護等でない人(未申請。非該当、40歳未満)

2. 介護保険の要介護等で次に該当する人

①厚生労働大臣の定める疾患等（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　亜急性硬化症全脳炎　後天性免疫不全症群　頸椎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p 参照)

③居宅系施設入所者及び短期入所生活介護利用者に対し行う訪問看護

（訪問看護療養費Ⅲを算定する場合）

（詳しくは訪問看護ステーションにご相談ください。）

Q 6. 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p を参照してください。

Q 7. 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が、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をお願いします。

○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 8. 医療保険で訪問看護が入っている場合でも、訪問看護ステーションをサービス担当者会議に呼んだほうがいいですか？

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を取り巻くチームの一員ですので、声をかけてください。

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の安全に関わるために看護師や医師の意見が必要になるからです。また、ケアプランを頂けると全体の流れが見えるので、連絡や提案など連携が取りやすくなります。

Q 9. 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。訪問看護ステーションにご確認ください。

Q10. 医療ニーズの高い利用者について、上手に連携していくためには、どのようなことが必要ですか？

A. ケアマネジャーと訪問看護師が密に連絡をして、連携をとっていくことが重要です。不明な点はお互いに質問しあい、良い協力関係を築いていきます。
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。
遠慮せず何でもご相談ください。

Q11. 利用者が緊急時対応だけ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、緊急時の対応はできません。

Q12. 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. 訪問に要した訪問看護費と緊急時訪問看護加算が請求できます。

Q13. 褥瘡処置をヘルパーやケアマネジャーが行ってもよいですか？

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。

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p 参照)

Q14. 利用者が主治医の変更を希望してていますが、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。

Q15. 特別管理加算を算定できるのはどのような方が対象ですか？

A. 対象者は以下に記載している方です。

厚生労働大臣が定める下記一覧の状態にあるものに対して、計画的な管理を行った場合に算定する。

特別管理加算（Ⅰ） 500単位/月

- ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理、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、留置カテーテルを使用している状態(経管栄養や中心静脈栄養状態にある利用者も該当)

特別管理加算（Ⅱ） 250単位/月

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている方、在宅酸素療法指導管理を受けている状態の方、在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態の方、在宅持続陰圧呼吸療法指導管理を受けている状態の方、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている方、人工肛門または人工膀胱を設置している状態の方、真皮を超える褥瘡状態の方、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の方

(利用者の状態変化等で3日以上実施できなければ算定不可)

※ 留置されているドレーンチューブは、留置カテーテルと同様に計画的な管理を行っている場合は（Ⅰ）を算定可。処置などのための短時間、一時的なドレーンチューブ挿入は算定不可

7. 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

8. 訪問看護の費用について

(1) 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	

(2)訪問看護療養費(医療保険・精神科以外)

2019.10.1

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	週3日目まで	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円	
	(1日につき)	週4日以降	6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円	
	准看護師	週3日目まで	5,050 円	505 円	1,010 円	1,515 円	
	(1日につき)	週4日以降	6,050 円	605 円	1,210 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	週3日目まで	2,780 円	278 円	556 円	834 円	
	(1日につき、同一建物に2人訪問の場合)	週4日以降	3,280 円	328 円	656 円	984 円	
	准看護師	週3日目まで	2,530 円	253 円	506 円	759 円	
	(1日につき、同一建物に2人訪問の場合)	週4日以降	3,030 円	303 円	606 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	
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・モフト症候群	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	シ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osis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04030003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