

6. 訪問看護事業所と地域連携

(1) 地域包括ケアシステムにおける連携

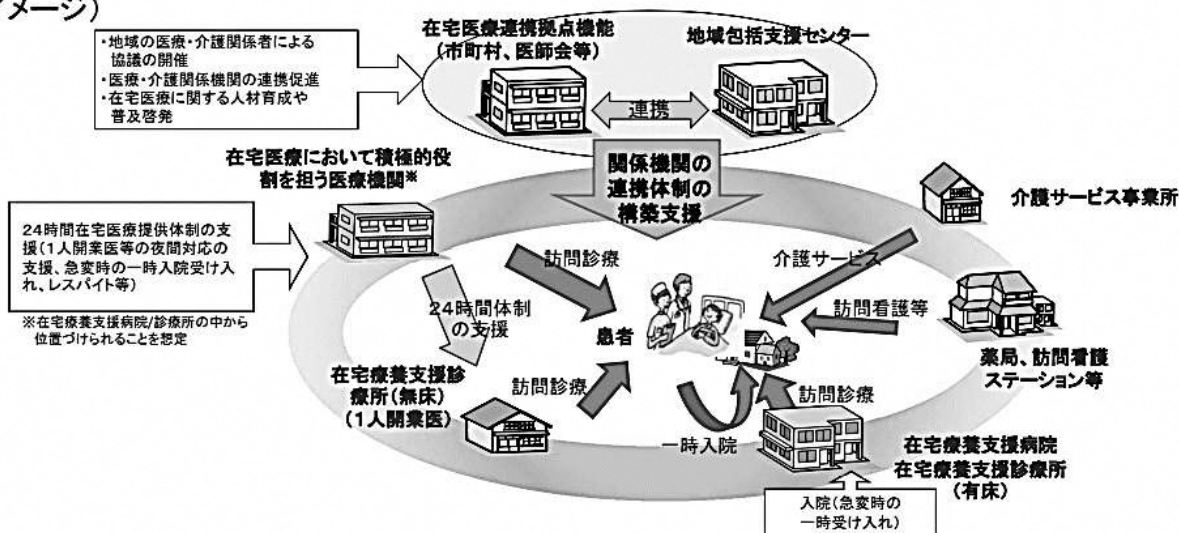
①地域包括ケアの必要性

猪飼周平教授の研究¹⁾においては、「20 世紀は病院を中心とした「医学モデル（治療モデル）」の医療システムが浸透」している時代であったとされています。20 世紀は人口構造が生産年齢層中心で、疾患構成も急性期疾患が中心であったため、このような医学モデル（治療モデル）が有効でした。しかし、20 世紀後半から 21 世紀にかけて人口構造が高齢者中心となり、慢性疾患中心の構造へシフトしたことで、「医学モデル」では対応できない社会環境に変化してきたとされます。

この中で、ICF（国際生活機能分類）モデルの社会的浸透を背景に、21 世紀は保健・医療・介護が統合した「生活モデル」が求められることとなり、「治す医療」から「支える医療」への転換が図られてきています。その結果、疾患を持つ人＝病人としての利用者ではなく、「生活者」を支えるという発想のもと、医療、介護を始めとした、その人の「生活」に関わるあらゆる社会資源が連携し、生活を支える視点が求められています。

なかでも在宅医療・介護については、以下のようなモデルを構築し連携を推進していくことが強く求められており、千葉市においても「地域包括ケア推進課」を設置し「医療・介護・生活支援などを一体的に提供するため・・・全庁横断的な体制の整備及び政策立案を推進」する体制を設け、2018 年から「保健福祉局健康福祉部在宅医療・介護連携支援センター」が設置されにより事業者の連携をサポートする体制を構築してきています。

(イメージ)



¹⁾猪飼周平「病院の世紀の理論」有斐閣 2010 年

②地域包括ケアと地域共生社会

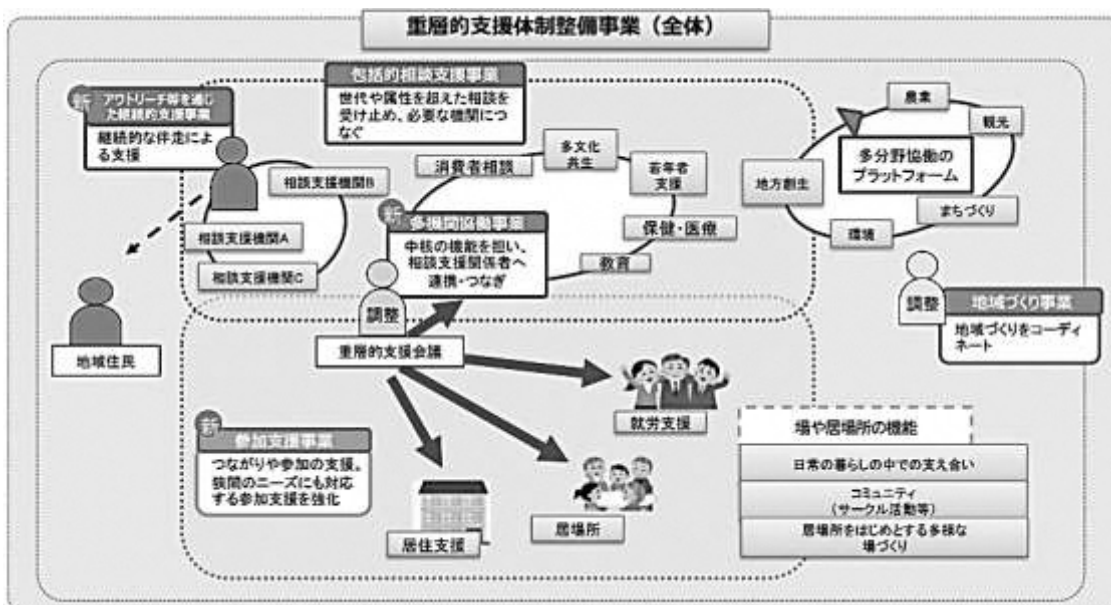
また近年では、「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を越えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく」概念として、「地域共生社会」の必要性が論議されてきました。

これを受けて2018年に成立した改正社会福祉法においては、地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指すことが明記されています。

市町村はこの理念に基づき「地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備」「住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制」「生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制」の整備を推進しています。

この流れを受け、2021年度から千葉市でも重層的支援体制整備事業が本格的に推進される予定です。長期化した引き籠もりの問題（8050問題）や、18歳未満の家族による家族介護の問題（ヤングケアラー）など、本事業においては介護保険や医療保険の枠組に留まらない、複合的な課題に対処すべく、障害者、子供、子育て、生活困窮等、様々な相談に対して包括的に対応できる体制が構築されます。

訪問看護においても、今後同様に医療・介護の提供に留まらない複合的な問題への対処が必要となる場面も想定されることから、多層的な連携・関与が必要とされてきています。



千葉市では障害福祉の領域では、「千葉市障害者基幹相談支援センター」を設置し、「障害のある方が住みなれた地域でその人らしく暮らしていくために、日常生活や社会参加などに関するさまざまなご相談を受ける体制」が構築されています。

以下の管轄区域を所管する相談支援センターにより、電話、FAX、Eメール、来所、訪問等により対応することができます。

今後、基盤の整備に伴い新たな支援サービスの充実も期待されることから、地域の情報をいち早く把握していくことが求められます。

参考：千葉市内の相談支援センター等については巻末参考資料に連絡先等を添付しています。

③訪問看護ステーションにおける連携の考え方

地域包括ケア、地域共生社会の実現の中で、訪問看護ステーションは、在宅での「生活を支える医療」の提供において、医療、介護、障害を横断し、中心的な役割を担う存在として期待されています。その中では、各事業のステークホルダー（利害関係者）の要望を的確に汲み取り、またスムーズに連携・相互支援する仕組みを地域で構築していくことが求められています。

例えば訪問看護ステーションの地域における重要な役割としては、以下のような内容が想定されますが、いずれも事業所単独で成り立つことではなく、相互の協力関係のもと成り立つものとなっています。

- ・病院から在宅への退院移行や在宅から病院への入院支援を推進する役割
- ・地域の福祉職と連携し、医療と生活に関する相談機能となる役割
- ・地域の健康づくり、疾病予防活動に取り組む役割
- ・地域の連携の基盤として地域ケアの力を高める役割

④訪問看護の導入プロセスと連携先との関連

訪問看護の導入は以下のようなプロセスを辿ると考えられますが、その中で様々な事業者との連携が必要となってきます。それぞれ訪問看護の導入時点での連携、また利用開始後のサービス提供プロセスにおける連携等の契機がそれぞれ想定されます。

また地域包括ケアシステムの実現には、地域の様々な経営資源が連携し介護保険や医療保険を超えた連携の仕組みも求められてきていますので、それぞれ順を追って確認します。

■訪問看護ステーションの導入からサービス提供に伴う主な連携先

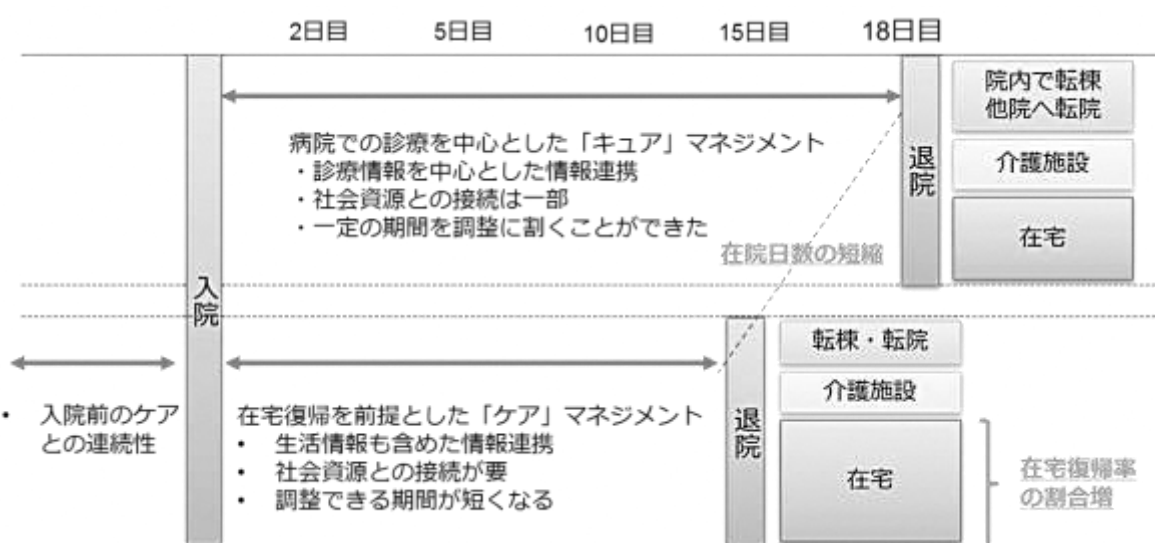
| No. | 契機 | 病院 | 在宅主治医 | 居宅介護支援専門員 | 他介護職 |
|-----|-------------------------|----|-------|-----------|------|
| 1 | 利用の前段階（入院等の契機） | ○ | ○ | | |
| 2 | アセスメント／退院前カンファレンス | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3 | 訪問看護指示書 | | ○ | ○ | |
| 4 | 利用者の申込み | | | ○ | |
| 5 | 被保険者証の確認 | | | | |
| 6 | 重要事項説明書による説明・同意・交付 | | | | |
| 7 | 契約の締結 | | | | |
| 8 | 心身の状況等の把握 | | ○ | ○ | |
| 9 | 担当者会議 | | ○ | ○ | ○ |
| 10 | 訪問看護計画書の作成・共有 | | ○ | ○ | |
| 11 | サービスの提供 | | ○ | ○ | ○ |
| 12 | サービス記録の整備・訪問看護報告書の作成・共有 | | ○ | ○ | ○ |
| 13 | 利用料の受領、領収書等の発行 | | | | |
| 14 | 継続提供し、契約の満了ないしは解除により終了 | | | | |

(2) 訪問看護ステーション導入時における病院との連携

地域包括ケアシステムの構築においては病院側も変化が求められており、平均在院日数の短縮や在宅復帰の推進、地域の在宅診療所や介護施設との連携が必要事項になってきています。

こうした中で、病院と在宅、病院と地域がよりスムーズな連携を図っていくうえでは入院前後におけるシームレス（切れ目の無い）な連携が図れていることが必要となっています。その点において、「入退院支援」への関与が重要です。

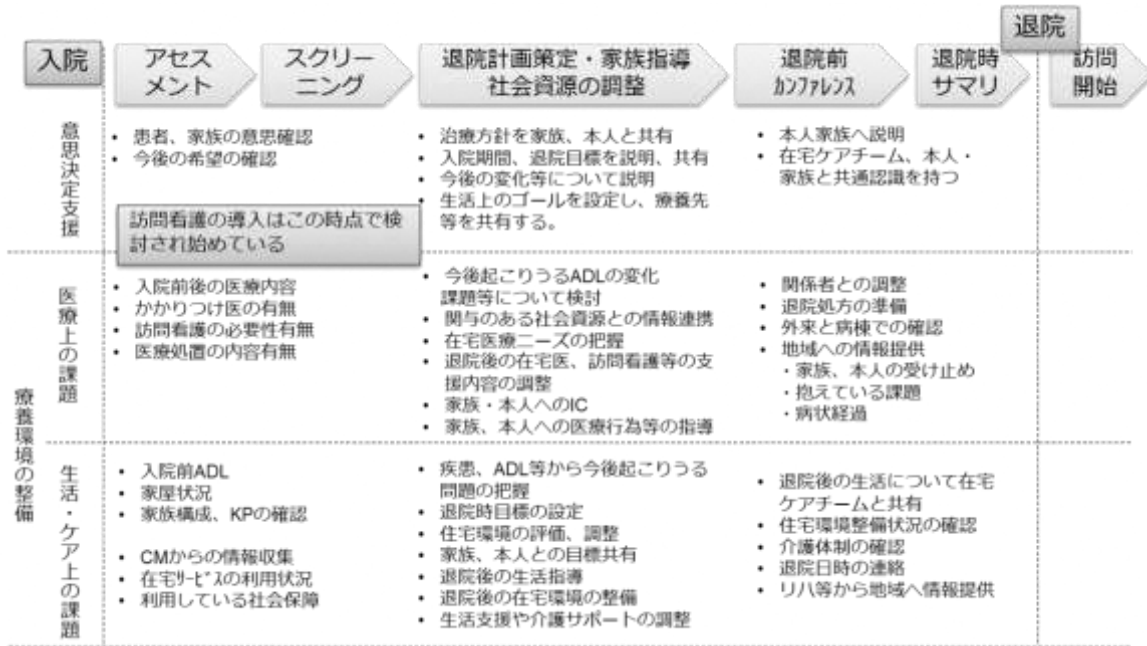
■在院日数の短縮に伴う、在宅復帰への影響



入退院支援とは、患者が入院した直後に、退院後の生活に合わせて療養計画等を設計し、その先の連携先となる介護施設や医療機関にスムーズにつなげる計画を組み立て、それぞれの事業者と連携を図っていくことをいいます。

以下に一般的な入退院支援の流れを示していますが、訪問看護の介入は、可能な限り入院直後に検討されていることが望ましいといえます。訪問看護の介入を前提とした、退院支援計画や社会資源の調整、家族指導等がなされることで、利用者にとってスムーズな在宅移行が促進されます。

■入退院支援に伴う主な取組み



一方で、このような体制が構築されるためには、病院の医療者側にも訪問看護の必要性や活用方法について一定の理解と協力を得る必要があるため、訪問看護ステーション側からの働きかけが必要となります。

具体的には、以下のような内容を病院側に理解してもらうことが重要です。

- 1) 訪問看護の内容やメリット
- 2) 事業者毎の特性
- 3) 訪問看護側として退院前にアプローチしたい内容

例えば、訪問看護側からは医療機関側に以下のような情報を求めているものと考えられますが²、その内容が病院側の担当者にも理解され、かつ必要な形で必要なタイミングに提供されているでしょうか。こうしたケースについては、訪問看護ステーション側からのアプローチが必要でしょう。

²神奈川訪問看護ステーション協議会「訪問看護活用マニュアル～医療機関との連携～」(2019)

■医療機関との連携に伴う主要な情報

○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

また、訪問看護の介入事例等についてもケース別に情報提供をすることにより、訪問看護の導入がスムーズになるものと考えられます。例えば退院した利用者の介入症例や事後の報告を担当の居宅介護支援専門員だけではなく、病棟の担当者等にも連携することで退院後の生活イメージを伝えていくことが可能です。

参考資料：千葉県地域生活連携シート

千葉県健康福祉部高齢者福祉課で作成している、「千葉県地域生活連携シート」は、「医療と介護サービスをスムーズに提供することを目的に、居宅介護支援事業所や介護老人福祉・保健施設等の居宅介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を共有するため」の参考様式とされています。³

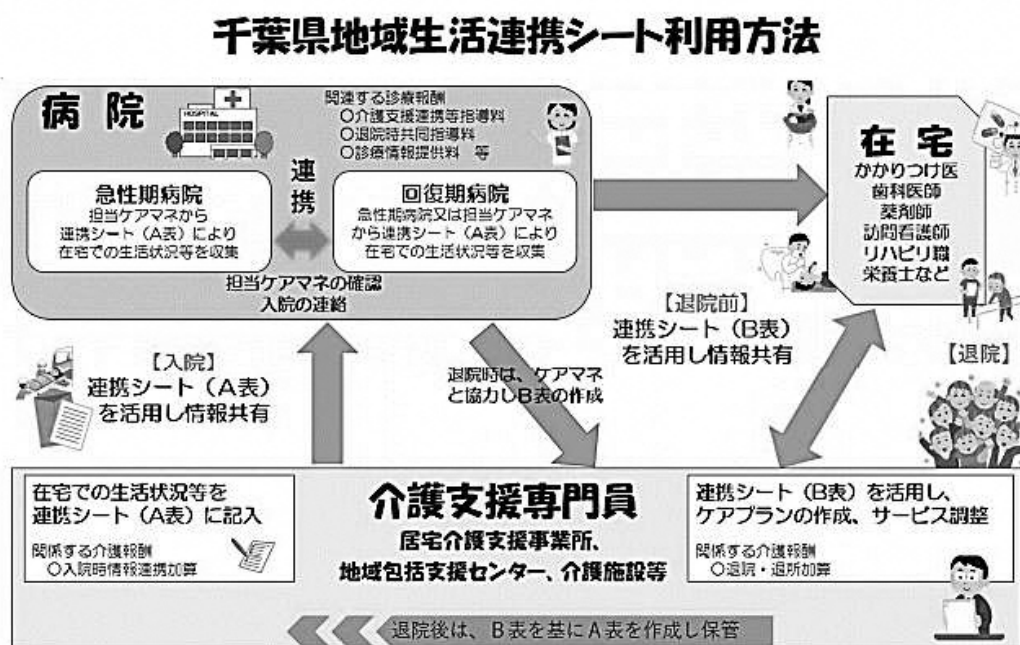
このシートは、

A表 【千葉県地域生活連携シート（入院時等）】 入院時情報提供(ケアマネ等→医療機関)

B表 【千葉県地域生活連携シート（退院時）】 退院時共同指導時

の2種から構成されており、A表は日常の状況を居宅介護支援専門員が把握しておき、入院等に至った場合の医療機関への情報提供として用いるもの、B表は利用者が退院する際に、医療機関や在宅介護等の関係事業者間での情報共有に活用するものとされていますので、参考としてください。（※これらにかかる介護報酬・診療報酬等については別途記載）

■千葉県地域生活連携シートの利用方法



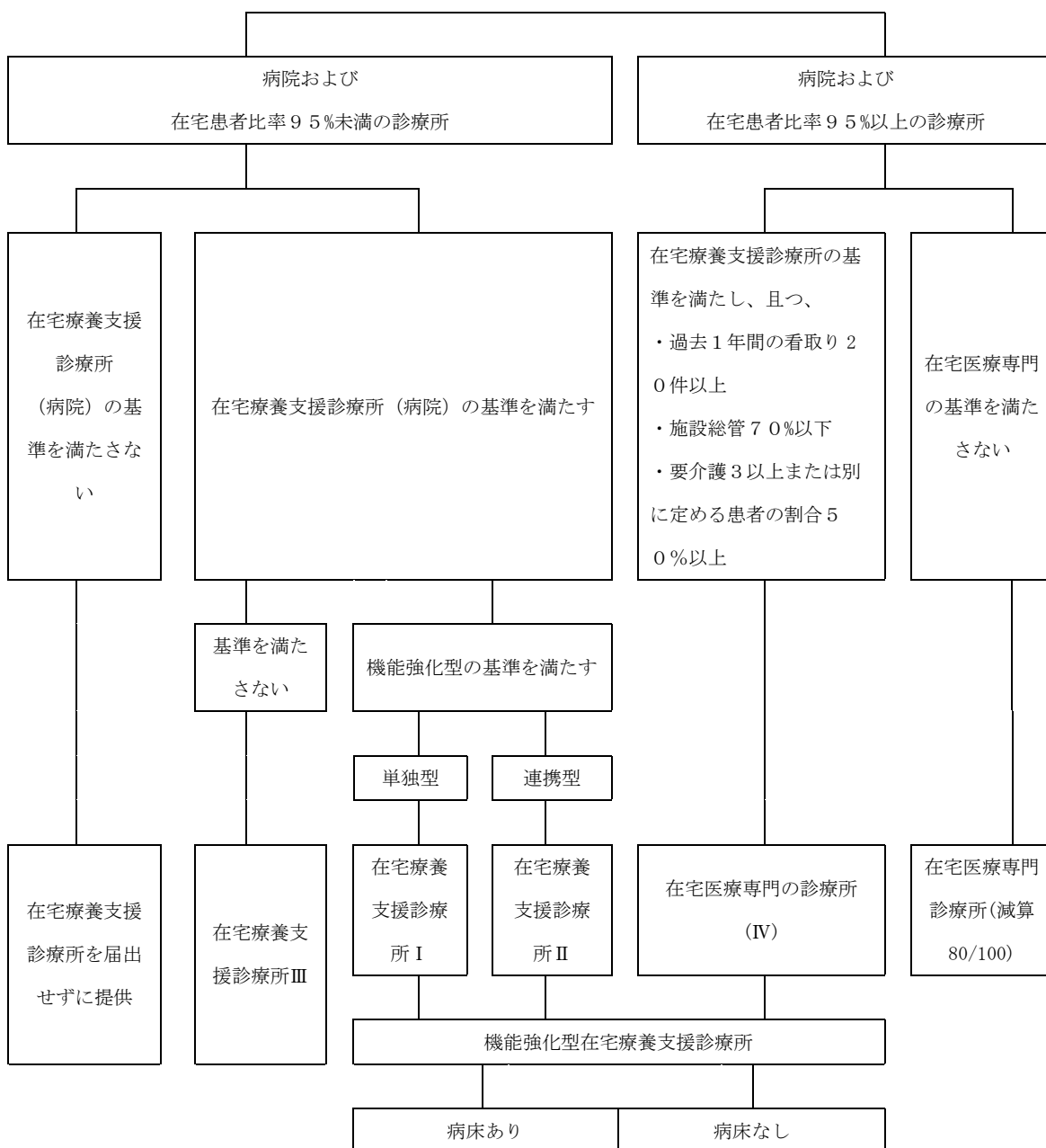
³ 千葉県健康福祉部高齢者福祉課「千葉県地域生活連携シート」（2018.3）

(3) 在宅医療提供機関との連携

① 在宅医療を提供する医療機関の類型

在宅医療を提供する医療機関は、利用者やサービスの提供実績に応じて診療報酬上細分化され、6つの類型に分類することができます。ただし連携先の病院または診療所がどの類型に区分されるかは、外観上判断がつかないため、連携時に医師の体制や24時間の連絡・対応指針（方法）、また通常時の連絡・連携方法を確認していくことになります。

■ 在宅医療提供機関の類型



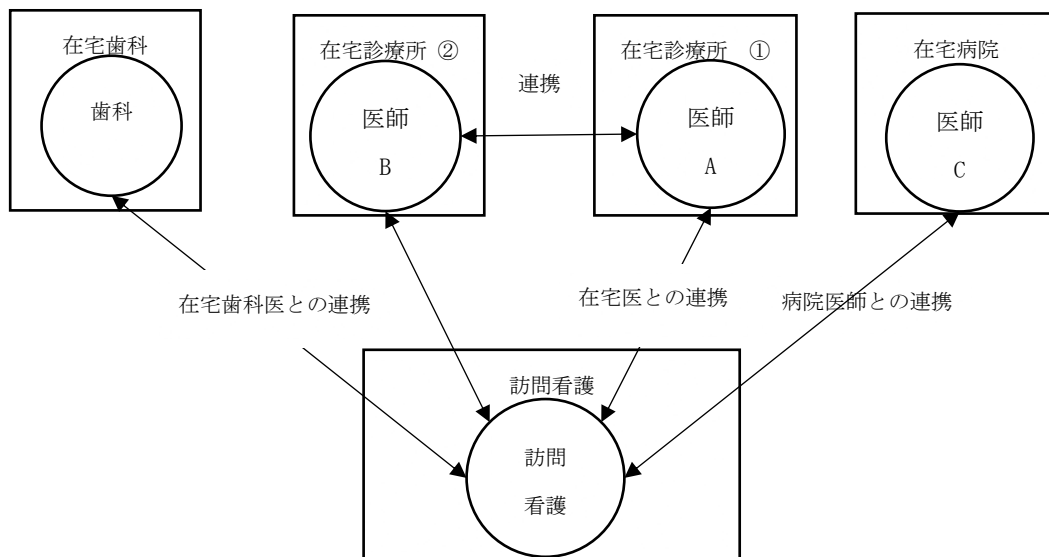
■在宅療養支援診療所の要件

| | 機能強化型在支診 | | 在支診 |
|------------------|---|---|-----|
| | 単独型 | 連携型 | |
| 全ての在支診が満たすべき基準 | ① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している | | |
| 機能強化型在支診が満たすべき基準 | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上 | |
| | ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 | ⑧ 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 | |
| | ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 4件以上 | ⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上 | |

②在宅医療を提供する医療機関との連携

在宅医療を提供する医療機関との連携は、以下のような模式図が想定されます。在宅の直接の主治医となる医師（医療機関）との連携、在宅医療を提供する歯科医療機関との連携等があります。連携先がそれぞれどのような背景を有した医療機関であり、どのような体制を有しているかを把握しておくことで、円滑な連携体制構築が期待されます。

■在宅医療提供機関と訪問看護ステーションの連携パターン



③連携にあたってのポイント（取決めをしておく事項）

医療機関の体制によって、異なった方針を有していることもあるので、以下のような必要事項を予め取決めておくことが有効です。

■医療機関との事前連携事項の例

| | |
|------------------------|--|
| 指示書の内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 指示期間、指示事項、介入頻度、緊急時の連絡方法。 ・ 事前約束指示等の実施有無について。 ・ 内容照会時の連絡方法等について（医師あて、看護あて、事務あて）。 ・ 特別訪問看護指示の確認。 |
| 医師・訪問看護の介入頻度 | <ul style="list-style-type: none"> ・ それぞれの介入頻度と予定時間帯。 ・ 医療保険について訪問診療を行う医療機関と特別な関係にある場合、同一日の算定が不可のケースもあるため確認。 ・ 在宅がん医療総合診療料等による連携を想定する場合については、それぞれの介入頻度について確認。 |
| 対応できる処置の共有 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーション側で対応が可能な処置、経験のある処置等についての連携・共有（看取り、麻薬点滴対応、バルン交換等、精神科合併症例等への対応等）。 |
| 対応できる時間帯の共有 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護側のウィークデイの早朝夜間深夜の対応体制。（人員体制） ・ 土日祝日等の対応体制。 ・ 医師側の昼間、夜間、土日祝日等の対応体制。 |
| 夜間オンコールの対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当利用者からのファーストコールを訪問看護とするか、主治医とするか。全件同様の対応とするか、利用者個別とするか。 ・ 訪問看護でファーストコールを受けた際に、医師側に指示を仰ぐ基準、目安等について。 |
| 情報共有の方法・頻度 | <ul style="list-style-type: none"> ・ どのような方法で情報を共有するか。（電話、FAX、メール、医療用 SNS 等の方法論の取決め）。 ・ 情報共有の頻度について。（医師に特記連絡をする基準・目安等について） |
| 必要物品の供給方法・タイミング等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 衛生材料、保険医療材料等を要する利用者について、訪問看護計画書等への記載方法や、それ以外の非定期的物品供給についての連絡方法について。 ・ 物品の供給方法について（医師直接、薬局経由等）。 ・ 点滴薬剤等の処方と供給方法について（医師直接、薬局経由等）。 |
| 適用する保険、あるいは診療報酬等の適用見込み | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関が「特別な関係」（開設者が同一である等）にあるかの確認 ・ 訪問看護の保険適用要件や状態変化した際の切り替えについての共有。 ・ 高額療養費等の適用可能性についての確認。 ・ 公費請求等に関する記載ルール等の共有。 ・ 在宅がん医療総合診療料等の適用判断。 |

※在宅がん医療総合診療料

在宅がん医療総合診療料は、在宅で療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍患者を対象とした診療報酬であり、在宅療養支援診療所／病院のみ算定が可能な項目です。通常の訪問診療が、1回1訪問診療につき報酬項目が定められているのに対して、本点数は「定期往診・緊急往診・訪問看護・処置・注射・検査」などの項目が、1週間を単位として計算する包括報酬となっていることが特徴です。算定にあたっての特徴として、医師による訪問と、看護師による訪問看護が合計で週4日以上実施されている必要があり、かつそれぞれ週1回以上の訪問が最低限必要となります。

末期の悪性腫瘍患者への手厚い診療を評価したものですが、実施にあたっては幾つかの確認事項があるので注意してください。

- 1) 歴週は、日曜日を始まりとして土曜日を終わりとする1週間とする。
- 2) 医師による訪問と、看護師による訪問が合計で週4日以上実施されている。
- 3) 医師による訪問と、看護師による訪問は、それぞれ週1日以上実施されている。
- 4) 訪問看護ステーションは、在宅がん医療総合診療料が適用され、その歴週において基準を満たしている場合には、訪問看護療養費等を算定することはできない。
- 5) 訪問看護ステーションは、在宅がん医療総合診療料が算定されている歴週における費用については、在宅がん医療総合診療料を算定する医療機関との合議精算をする。
- 6) 在宅がん医療総合診療料が適用されているが、条件を満たさなかった歴週について、訪問看護による訪問があった場合には、訪問看護療養費等を算定することができる。
- 7) 連携にあたっては事前に連携協定書等を締結しておき、精算条件等を確認しておくこと。
- 8) 衛生材料の供給について

<参考例>

算定可 医師2+看護3の合計5回訪問

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|----|----|----|----|----|---|
| - | 医師 | 看護 | 看護 | 医師 | 看護 | - |

算定不可 医師2+看護1の合計3回訪問

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|----|----|----|
| - | - | - | - | 医師 | 看護 | 医師 |

算定不可 医師0+看護4の合計4回訪問

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|----|----|----|----|---|---|
| - | 看護 | 看護 | 看護 | 看護 | - | - |

(4) 居宅介護支援事業所と訪問看護ステーションの連携

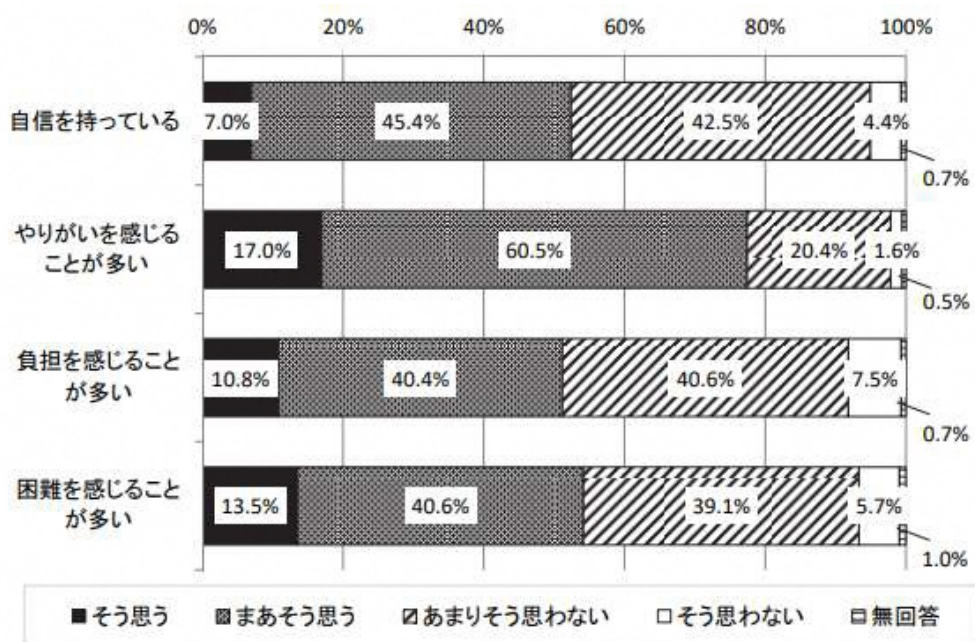
①居宅介護支援事業所と訪問看護ステーションの連携

介護支援専門員は在宅生活者のためのケアプランを作成するうえで、疾病の悪化予防や状態の維持・改善の観点が必要とされています。今後、後期高齢者の増加に伴い、こうした医療ニーズのある利用者は増加が予測されることから、介護支援専門員が適切なケアマネジメントを実施していくためには、より充実した相談支援体制が必要となってきています。

一方で、医療ニーズを有する利用者のケアマネジメントにおいては約 5 割を超える介護支援専門員が困難感や負担感を感じており、看護師による相談支援の必要性が求められているという調査もあります。⁴

こうした中で、安心して在宅での生活を送っていく上では、地域における医療需要に対して居宅介護支援専門員と訪問看護ステーションの看護師等が密接に連携し、地域のパートナーとしての関係性を密にしていく必要があります。

■医療ニーズを有する利用者へのケアマネジメントへの考え

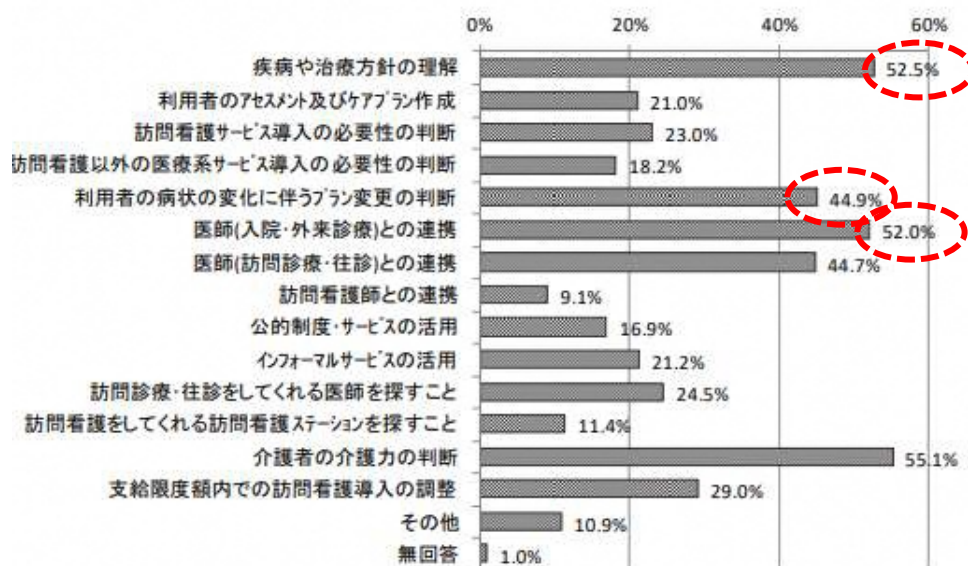


⁴公益財団法人 日本訪問看護財団「医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する調査研究事業」

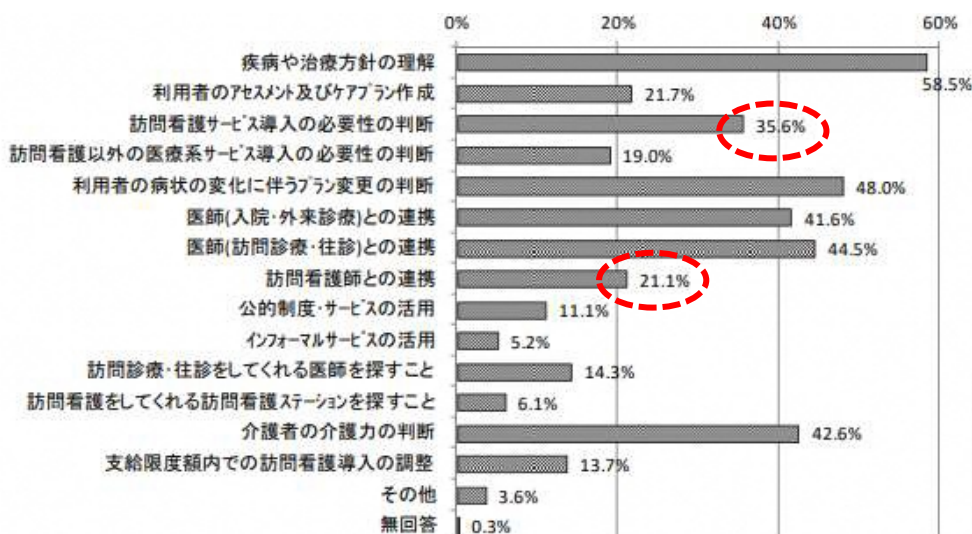
②医療ニーズのある利用者のケアマネジメントに困難を感じる内容

同調査によれば、居宅介護支援専門員が医療ニーズのある利用者に対するケアマネジメントにおいて困難を感じる内容として上位に位置づけられたのが「介護者の介護力の判断」(55.1%)に続き、「疾病や治療方針の理解」(52.5%)、「医師(入院・外来診療)との連携」(52.0%)、「利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断」(44.9%)などでした。またこれらの内容について、訪問看護師に相談したいと思った内容についても同様の傾向が示されていますが、「訪問看護サービスの導入判断」「訪問看護師との連携」については、相談したいと考えるニーズが高いようです。

■ケアマネジメントに困難を感じる内容



■困難を感じたときに「訪問看護師に相談したいと思った」内容



③相談に応えられる体制づくりとコミュニケーション

1) 相談に応えられる体制づくり

「訪問看護を行っている看護職員は医療と生活を統合的に捉え、予防・予測的観点からもアセスメントや助言が可能であること、医師の言葉をわかりやすく介護支援専門員に伝えるなど医療と介護のつなぎ役が期待できること、地域の医療・社会資源に精通しており在宅医療に関する知識と経験が豊富であることなど」から、居宅介護支援専門員の方にとっては相談相手としての期待が高いものと考えられます。

一方で、事業所運営の中でなかなか纏まった相談の時間が取りにくい、対応できるのが訪問看護ステーションの中でも限られた人材である、といった理由により十分に期待に応えきれない側面もあるようです。

こうした意味において、一つは相談に応えられる体制を作るという意味で事業所従業員の増員（ステーションの大規模化）が一つの解決策ではあります。ただし人員数の拡充には中長期的な対応が求められるものでもあります。

よって段階的には、事業所内部において居宅介護支援専門員からの相談を受けた際の対応方法の共通化や、実際の対応事例の共有等の機会を設けることで、スタッフ間共有知を高めて、現有スタッフの中で対応できる人員を増やしていくことが求められます。管理者だけではなく一般のスタッフであっても対応できる仕組みを作ることが必要です。

なお、相談を期待したい内容としては一般例としては、「疾病や治療方針の理解」「利用者の病状の変化に伴うケアプラン変更の判断」「訪問看護の必要性判断」等が挙げられておりますので、こうした内容について職員教育の面からも充実を図ることで、居宅介護支援専門員の方との連携の質が向上していくものと考えられます。

2) 訪問看護の必要性判断

訪問看護の必要性を判断し、利用者ないしはご家族に提案をしていく段階においては、利用者や家族に訪問看護の必要性を理解して貰うため材料が不足していること、どのような内容を看護師にフォローして貰えるかなどを、直接伝えることに困難を感じるケースもあります。例えばこうしたケースにおいて、対応の基準作りという意味では、以下のような情報共有方法や指針作成が参考になります。

訪問看護の必要性判定シート等に、居宅介護支援専門員の方に情報をあらかじめ記載していただき、それにより整理された情報を元に訪問看護の必要性や頻度、内容等を整理してお伝えすることができます。

またそれらを利用者やご家族に説明する上で、苦慮されるパターン毎に伝え方を整理し、訪問看護ステーションの職員間で共有しておくことで、相談対応の質を一定水準に担保でき対応者を限定しないことが期待されます。

■訪問看護の必要性判定シート

I 医療器具等を装着している状態

- セルフケアに課題のある人
- 膀胱カテーテル留置（尿管、腎も含む）
- 経管栄養チューブ挿入
- 胃ろう造設
- 総胆管チューブ留置（T-チューブ）
- 気管カニューレ装着
- 人工呼吸器を使用している
（侵襲（気管切開している状態）、非侵襲（マスク使用））
- 在宅酸素療法をうけている
- たん、唾液の吸引が必要な人
- ストマ装着者（大腸、尿路）
- 中心静脈栄養（NPN）
- 持続点滴をうけている
- 在宅腹膜透析をおこなっている
- 創傷ケアの必要な人
- 褥瘡のある人
- 難治性皮膚潰瘍がある（糖尿病性、末梢血管性、がん性など）
- 熱傷
- 爪に異常がある（陥入爪、感染等）

II 感染症がある

- 疥癬罹患
- MRSA感染者（尿、気道等検出）
- 尿路感染を繰り返している
- 結核治療中でコンプライアンスが低い
- 肺炎
- AIDS
- その他の感染症

III 慢性疾患でセルフコントロールに課題がある

- 病状悪化に伴い、入退院を繰り返している
- 糖尿病
- 腎疾患（腎不全等）
- 心疾患（心不全状態など）
- 肝疾患（肝不全状態）
- 肺疾患（閉塞性肺疾患など）
- 精神疾患（服薬、生活全般など）

IV 進行性難病で病状が進行のリスクがある

- ALS（筋萎縮性側索硬化症）
- パーキンソン病関連疾患
- 多系統萎縮症
- 悪性リウマチ
- 多発性硬化症
- 強皮症、皮膚筋炎及び多発筋炎
- ハンチントン病
- その他の難病

V 退院後の療養生活に不安がある

- 初めての退院でセルフケアに課題がある
- 脳血管疾患後にハンディキャップをかかえている
- リハビリを必要としている
- 再発、進行のリスクが考えられる
- 精神疾患（服薬、生活リズム、生活の仕方に課題があるなど）

VI 認知症がある

- 認知症の症状コントロールが困難
- 家族が疲弊し支援が必要
- 病状変化がつかみにくく日ごろの観察が必要
- 排泄コントロールが必要になった

VII 食べることに課題がある

- 飲み込みが悪く、誤嚥しやすくなった
- 食欲がなくなった

VIII ターミナルステージにある

- ターミナルケアに不安を感じている
- 非がんで終末期にあり、穏やかな最期を迎えたい
- がんで終末期にあり、穏やかに最期を迎えたい

IX 状態が急変し、在宅療養生活に支障がある

- 転倒し、打撲、骨折で臥床状態
- 急な病状変化で不安がある
- 急に閉じこもり、うつ状態にある

X 家族（介護）に課題がある

- 介護者がいない
- 介護力がない、あるいは弱い
- 介護者が疲弊している
- 現在よりもよりよい介護を目指し向上したいと思っている

■利用者や家族へのアプローチ例⁵

| 要因 | 伝えるべきポイント |
|---------------------------|---|
| 訪問看護を導入するかどうかの判断ができない | <ul style="list-style-type: none"> 家庭内で医療処置を受けるばかりでなく、療養状況を把握するためにも大切 身体状況が思わしくない場合は、入浴などの生活上も医療知識や支援が必要になる場合がある |
| 訪問看護が必要と思われるのに、主治医から反対された | <ul style="list-style-type: none"> 利用者本人の健康状況や生活のことで、医療者の目線から代わることで医師の知らなかった状況を知ることができ、診療の軌道にもなる。 |
| 訪問看護の必要性を理解していない | <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護が入る必要がある自分の病状に対する理解や受け入れの状況を把握。病状の予後の変化について説明 それに対する訪問看護の効果の説明。 |
| 人が家に来るのは嫌だからいらないと言われる | <ul style="list-style-type: none"> 利用者自身が関心のある事柄＝リハビリやマッサージという観点からであれば、導入しやすい可能性がある。信頼関係を構築する |
| 家族に医療職がいるからいらないと言われる | <ul style="list-style-type: none"> 家族が医療関係者であっても、仕事が忙しければ、日常的な服薬管理や医療処置が困難であったり、負担になったりする場合は軌道できる |
| 単価が高いからいらないと言われる | <ul style="list-style-type: none"> 専門職の持つ機能性の高さ、導入した場合の効果などをお伝えする。 状態が安定するまで…と期限を区切る、支援が必要なケアに限定する（時間、回数を区切る）などの配慮をする |

その他に以下のような相談事項等が想定されますので、あらかじめ事業所内での受け答えや対応指針などを事例として整理しておくことで、相談・連携が促進されるものと考えられます。

相談事項の例

＜医療者との関わりの中で＞

- 複数医師受診の必要性の有無。
- 退院時カンファレンスの情報が少なく、判断がしにくかった。
- 主治医がサービス内容を全て決めてしまい、調整がかえって大変になった。
- 家族が希望するサービスと医師が必要とみるサービスが一致せず、調整がうまくいかなかった。
- 医師・看護師が専門用語で会話を続ける退院時カンファレンスで十分な理解ができず、疎外感を感じた。
- 24時間のバックアップ体制について知りたい。
- ケアプラン作成時の留意点についての助言が欲しい。
- 主治医の専門外の領域について、どのように誰に確認すれば良いのかが知りたい。

⁵参考：一般社団法人 日本介護支援専門員協会「利用者が自分らしく豊かに生活するためのケアマネジメント」

- 主治医から見た良いケアプランを知りたい。
- 医師が必要と判断したサービスを知りたい。
- どのような時に報告が欲しいのかを知りたい。
- 家族にどのように余命を説明したらよいのかを知りたい。
- 本人や家族の強い拒否があった際にどのように対応したらよいのかを知りたい。
- 今後起こりうる症状や変化を知りたい。
- 日常生活で留意すべき点を知りたい。

<家族との関係の中で>

- 家族が医療的支援の必要性を感じていない。
- 病気を受容ができず、サービス導入が進められない。
- 家族の同意が得られない。
- 訪問看護のサービスが理解できない。
- 希望する時間帯でのサービス提供が困難。
- 身寄りの無い方の緊急時対応。
- 医療保険と介護保険の利用方法、導入理由の説明。

まずは、連携の中で相手方が必要としている情報を、訪問看護ステーション側から十分に提供できているのか、またその頻度や質は相互の業務を高める上で十分な内容であるのかを確認しておくことが重要です。

(5) 介護事業者と訪問看護ステーションとの連携

地域包括ケアシステムにおいては、利用者の生活や状態に合わせて様々な主体が、様々なサービスを複合的に提供することによって、自立的な生活を支援する仕組みが形作られています。その中で、訪問看護ステーションは地域の住民（利用者）に対しての看護を提供する役割を担っていますが、利用者の生活を総合的に支援する上では、他業種・他事業所との連携は欠かすことができません。

その上で、「情報連携の緊密さを高め、切れ目のないケアを提供する視点」、また「直接的な業務上の連携により質の高いサービスを提供する視点」が求められてきます。

①介護サービスとの連携

訪問看護ステーションは、在宅医療・介護サービスを提供する様々な主体との連携が期待されており、介護施設や障害福祉施設では介護保険（障害福祉サービス）上も多職種と連携して支援的なアプローチをすることが認められています。

例えば、介護関連サービスの中では以下のような内容が挙げられます。

■介護サービスの例

| 区分 | サービス名 | 間接的アプローチ | | 直接的アプローチ | | 保険適用 |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------------|--|
| | | 指導的 アプローチ | 協働 アプローチ | 健康管理 | 訪問看護サー ビスの提供 | |
| 訪問系 | 訪問介護 | 喀痰吸引等の 指導等の実施 | - | - | ※プランによ る | 看護・介護職員連携強化 加算 |
| | 定期巡回随時対応 型訪問介護看護 | - | - | アセスメント の実施 | 介護保険 医療保険 | 訪問看護費 |
| 通所系 | 通所介護 | - | ※健康状態の 確認 ※利用時の情 報共有等 | - | - | なし 委託費としての受取 |
| 居住系 | 介護老人福祉施設 (特養) | - | ※入所時の情 報共有等 | - | 末期悪性腫瘍 医療保険で可 | 医療保険の訪問看護 |
| | 短期入所生活介護 | - | ※健康状態の 確認 ※利用時の情 報共有等 | - | 末期悪性腫瘍 医療保険で可 | 医療保険の訪問看護 在宅中重度受入加算を算 定している施設について は、健康確認の介入 |
| | 特定施設入居者生 活介護 | - | - | - | 医療保険の訪 問看護 | 医療保険の訪問看護 |
| | 認知症対応型共同 生活介護（グルー プホーム） | - | 健康状態の確 認 | - | 医療保険の訪 問看護 | 委託元で医療連携体制加 算、訪問看護側は委託費 |
| サービス付き高齢 者向け住宅/住宅 型有料老人ホーム | - | - | - | 介護保険 医療保険 | 同一建物に居住する利用 者数に応じて点数が設定 されている。 | |
| 看護小規模多機能 小規模多機能 | - | - | アセスメント の実施(看多 機) | 介護保険 医療保険 | | |

<訪問系サービス>

○訪問介護

訪問介護事業所に対しては、訪問介護員が利用者の喀痰吸引等を行う際に、看護師が指導的役割として関与することで介護報酬上の評価がなされています。在宅でも中重度の利用者が生活を継続していく上で、介護職の医療関連行為についても一定の条件下において部分的に認められていますが（喀痰吸引や経管栄養等）、訪問看護ステーションにおいてはこれらのサポートが可能です。

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回随時対応型訪問介護看護は、訪問看護サービスを同一事業所で一体的に提供している「一体型」事業所と、訪問看護サービスを別事業所と連携して提供している「連携型」事業所があります。連携型の場合は介護部分を他事業所が担い、看護部分を訪問看護ステーションが連携して提供することが可能です。この際には、2つの関与方法が想定されます。

- 1) 訪問看護が必要な利用者について、介護保険の訪問看護費（定期巡回と連携して提供する）ないしは医療保険の訪問看護の提供をする。
- 2) 訪問看護の提供のない利用者について定期的な健康状態のアセスメントをする。

1) については、利用者への個別の保険請求となりますが、2) については委託元（定期巡回随時対応型訪問介護の事業所等）からの委託費によって実施されます。

<通所系サービス>

○通所介護

通所介護事業所は、指定基準においてサービス提供日に看護師の専従配置が求められます。ただし、以下の2点の要件を満たすことを条件として、「病院、診療所又は訪問看護ステーションとの連携」で看護職員の配置があったものとしてみなすことができます。

- 1) 看護職員が当該指定通所介護事業所内でサービス提供日ごとに利用者の健康状態の確認等を行うこと。
- 2) 提供時間帯を通じて、同一敷地内他事業所及び病院、診療所又は訪問看護ステーションと密接かつ適切な連携を図っていること。

密接かつ適切な連携とは「当該指定通所介護事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保すること」と定義されています。訪問看護ステーション側は通所介護事業所との間に協定書等を締結し、これに基づいた委託費等を対価として得ることができます。一方で、当該業務を担当している時間帯については、訪問看護ス

テーションの事業所としては「サービス外（介護保険外）」の行為となりますので、訪問看護ステーションの勤務時間に含めることはできません。

<居住系サービス>

○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

「末期の悪性腫瘍患者」については、医療保険での介入が可能です。介入の手順は、通常の医療保険の訪問看護の介入と同様です。また、特別養護老人ホームにおいて、その主治医の指示により、対象となる利用者の死亡日及び死亡日前 14 日以内に、2 回以上指定訪問看護を実施し、訪問看護におけるターミナルケアに係る合意を利用者・家族から得た上でターミナルケアを実施した場合には、ターミナルケア療養費 1・2 の算定が可能となります。

○短期入所生活介護

「末期の悪性腫瘍患者」については、医療保険での介入が可能です。また、短期入所生活介護を提供する施設側で「在宅中重度受入加算」の届出・算定を行っている場合については、健康管理での介入が可能となります。これについては、訪問看護ステーション側は「委託」扱いとなります。

なお委託業務を担当している時間帯については、訪問看護ステーションの事業所としては「サービス外（介護保険外）」の行為となりますので、訪問看護ステーションの勤務時間に含めることはできません。

○特定施設入居者生活介護

医療保険の訪問看護介入対象となる利用者については、訪問看護サービスの提供が可能です。

○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

訪問看護ステーション等との連携により、看護師により 24 時間連絡できる体制を確保し、利用者に対する日常的な健康管理、状態悪化時における医療機関との連絡や調整、看取りに関する指針の整備を行っている場合に、施設側で医療連携体制加算の届出・算定が可能です。訪問看護ステーションと事業所は委託契約書を締結し、定期的な訪問や随時対応を実施します。医療保険の訪問看護介入対象となる利用者については、訪問看護サービスの提供が可能です。

なお委託業務を担当している時間帯については、訪問看護ステーションの事業所としては「サービス外（介護保険外）」の行為となりますので、訪問看護ステーションの勤務時間に含めることはできません。

②障害福祉サービスとの連携

障害福祉サービスにおいても、医療的ケア（精神的ケアも含む）や健康管理が必要な利用者を対象として、訪問看護と連携した医療的サポートが提供できる体制が設けられています。

■障害福祉サービスの例

| 区分 | サービス名 | 間接的アプローチ | | 直接的アプローチ | | 保険適用 |
|-----------|-----------------|--------------|-------------|----------|-----------------|----------------------------|
| | | 指導的 アプローチ | 協働 アプローチ | 健康管理 | 訪問看護サ ービスの提供 | |
| 障害 通所系 | 放課後等 デイサービス | - | 健康状態の 確認 | - | ※在宅時の介 入は可能 | 委託元で医療連携体制加 算、訪問看護側は委託費 |
| | 児童発達支援 | - | 健康状態の 確認 | - | ※在宅時の介 入は可能 | 委託元で医療連携体制加 算、訪問看護側は委託費 |
| | 就労継続支援 A型・B型 | - | 健康状態の 確認 | - | ※在宅時の介 入は可能 | 委託元で医療連携体制加 算、訪問看護側は委託費 |
| | 就労移行支援 | - | 健康状態の 確認 | - | ※在宅時の介 入は可能 | 委託元で医療連携体制加 算、訪問看護側は委託費 |
| 障害 居住系 | 共同生活援助 | | | - | 主として医療 保険の介入 | 委託元で医療連携体制加 算、訪問看護側は委託費 |

<委託契約>

なお、上記において介護事業所や障害福祉事業所から訪問看護ステーションへの業務委託を実施される際には、事業所間での契約書を締結し、訪問の頻度、訪問時の実施内容、担当看護師を固定とするのか流動的とするのか、材料費が発生した場合の負担、キャンセル時の対応、緊急時連絡先や緊急対応の方法、委託料や支払方法等について定めをしておくことが必要です。（参考様式⁶）

また、業務委託に従事している間の時間は、介護保険法上、訪問看護ステーションにお

⁶ 日本訪問看護事業協会「高齢者施設等と訪問看護ステーションとの連携ガイド」に委託契約書の雛形が記載されている。

ける「訪問看護師」としての業務時間とはみなされませんので、人員配置基準から差し引いて計算しなければなりません。法定人員基準を割らないよう十分にご確認ください。

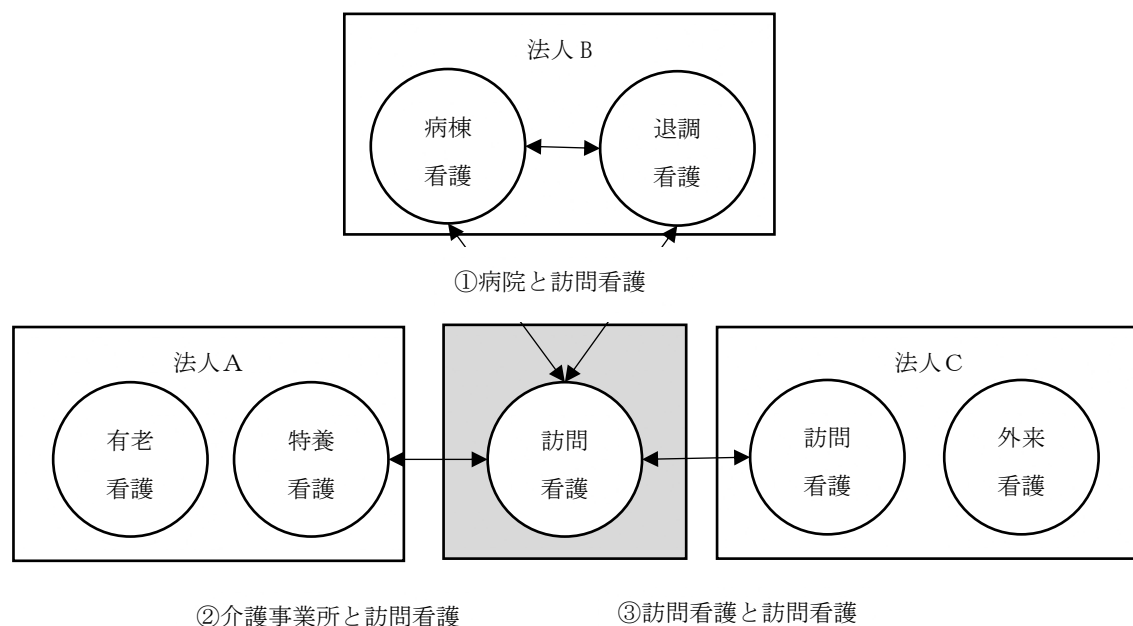
(6) 看・看連携、訪問看護事業所間の連携

地域包括ケアシステムにおいて医療・介護提供を行っていく上では、多職種連携を強化していくことが重要な取組みの一つですが、同時に、地域における同業者連携の推進も大きなテーマの一つです。

特に看護—看護間の連携（看・看連携）については、病院—在宅をつなぐ上で、最も重要な連携といえることができるでしょう。以下は、地域包括ケアシステムの各事業者間の看護職間の連携を模式的に表したものです。大別し3種の看・看連携を想定しています。

- ①病院の看護師との連携
- ②介護事業所の看護師との連携
- ③他法人の訪問看護との連携

■ 地域看護職間の連携



こうした看・看連携を推進する上では、以下のような取組みが有効であるとされており、連携主体毎に、Step1における連携体制構築の必要性の認識、Step2における連携体制

⁷地域包括ケアを支える看看連携を円滑にする体制の構築に関する研究 研究班「病院看護管理者のための看看連携体制の構築に向けた手引き」(構成労働行政推進調査事業) 2017年

構築に向けた働きかけ、Step3～Step5におけるPDCAサイクルにより取組みを高次化させていく取組みが必要となります。

では具体的にどのような連携の取組みが想定されるかの事例を確認しましょう。

①病院の看護師との連携

病院の看護部門のうち、主には「病棟看護師」、「入退院調整部門の看護師」、「外来看護師」との連携が想定されます。連携内容としては、以下の4点が想定されますが、それぞれの導入意義や目的、また方法論についての共通見解を事前に有しておくことが重要です。

1) 退院に伴う情報の連携、介入の調整等

退院後の療養生活をプランニングするにあたり、訪問看護の導入の必要性について病院の看護部門との連携を図ります。事前にどのような介入方法や介入頻度、介入内容を想定するか共通認識を持つておく必要があります。

病棟と在宅、双方の看護サービス内容について理解を深めるために、病棟看護師や退院調整部門の看護師等が訪問看護ステーションに同行訪問し、看護内容を確認する機会を設けることも有効な連携施策の一つです。

また相互で共通のアセスメントシート等を利用することも有効です。

2) 日常の療養の支援

利用者の外来受診時の対応や、病院の認定看護師（皮膚排泄ケア、緩和ケア、がん性疼痛看護、がん化学療法看護、乳がん看護）や、専門看護師（がん看護）による同行訪問などが想定されます。

認定看護師や専門看護師等による訪問については、訪問看護ステーション側でも必要性や方法論を確認し、介入要請や相談等のアプローチをしていくことも有効です。

3) 急変時の受入等による対応

急変時の受入等による対応については、日常の看護記録の連携をスムーズに実施できる仕組みが必要です。

4) 看取りの対応等

看取りの対応については、利用者や家族の意向等を確認した上で、入院～在宅においてどのような方法を望まれるのかについて、病院看護との共通認識を持てるよう、情報の連携が必要となります。

②介護事業所の看護師との連携

介護事業所の看護師との連携については、「デイサービスの看護師」「特定施設入居者生活介護の看護師」「介護老人福祉施設の看護師」等が想定されます。

居宅サービスを提供する介護事業所の看護師と訪問看護師との連携については、日常の健康管理の情報や在宅における生活等に関する情報と、通所介護時における看護師側の所見を訪問看護とどのように共有するかが論点となります。

近年では医療用SNS等を用いて、利用者に関わる介護事業者が共通のプラットフォームの中でサービス利用時の情報を共有することなどもあります。そのような体制が構築されていない場合であっても、訪問看護師は連絡ノート等を確認する等により訪問日以外の状態変化についても確認しておくことは重要です。

また、特定施設や介護老人福祉施設の看護師と訪問看護では、入所前後の看護サマリの共有や、場合によっては終末期対応等については施設への訪問看護の介入も可能であるため、入所時の看護情報の共有、また訪問看護による訪問のない日の対応指針や、緊急時の連携・連絡体制についても指針等を共有しておくことで相互補完できる体制が期待されます。

③他法人の訪問看護との連携

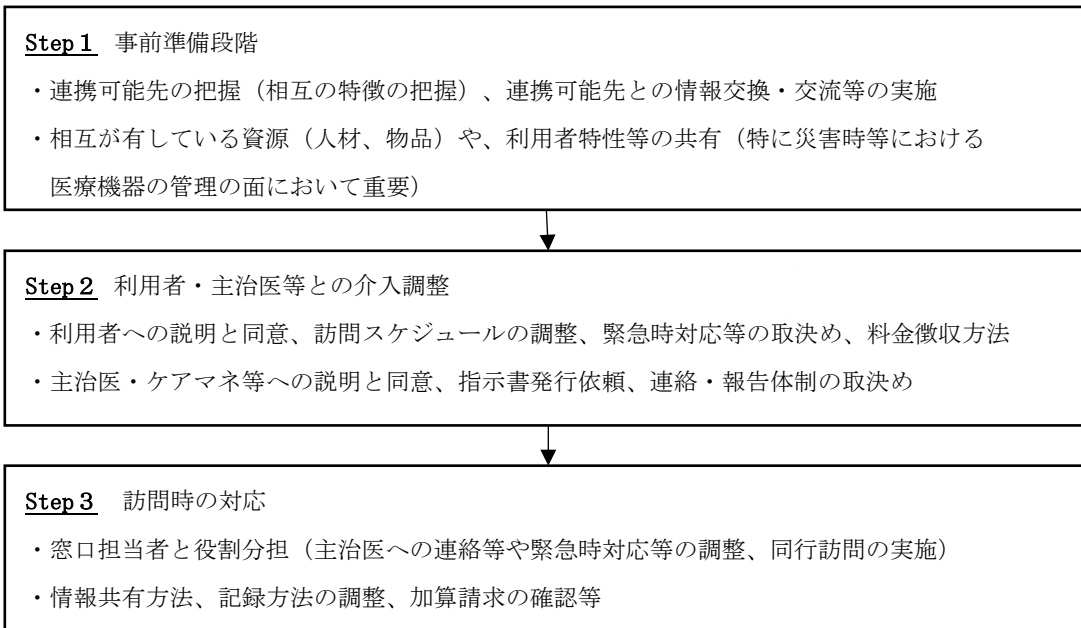
訪問看護に対する社会的な需要が高まり、それに呼応する形で訪問看護ステーションの件数も増加しているものの、1事業所あたりの看護師数は全国平均で5名程度となっており、夜間対応や365日の訪問体制に余裕のある事業所ばかりではありません。

そのため、単一の事業所だけで地域包括ケアシステムを支えるという発想ではなく、複数の訪問看護ステーションが同業種で連携して地域を支えるという発想が必要です。

また、昨今の大規模な自然災害の発生や感染症の流行等に伴い、「災害時における訪問看護サービスの持続的提供」が求められており、このためには「自事業所がサービスを継続する」だけでなく、「地域でサービスを継続する」視点が必要です。そのため、同業種間の連携がこれまで以上に重要な意味を有していくものと想定されます。

複数事業所による介入を選択する背景は、主として「利用者からの頻回な訪問の需要に対して、単一の事業所では対応が困難なケース」や、「休日等の訪問が必要な際に、単一の事業所では対応が困難なケース」、また「専門的なサービスや豊かな経験値を有している事業所と協調してサービス提供をするケース」あるいは、近年であれば「大規模災害等が発生した場合の事業所間連携」等が想定されます。

いずれのケースにおいても、以下のような段取りを経て展開していくことが望ましいと言えます。



また千葉県訪問看護ステーション協会においては、定期的に訪問看護に関する情報共有や地区部会での活動等を実施しているため、個別地域の課題を共有し解決を図っていく上で有効な交流を得られます。加入にあたっては、以下をご参照ください。

<問い合わせ先>

〒263-0054 千葉市稲毛区宮野木町 1752-15（緑が丘訪問看護ステーション内）

TEL：070-4106-8738（平日 9-17 時） FAX：03-6682-4171

■ 地区部会

| |
|------------|
| a.千葉市 |
| b.東葛北部 |
| c.東葛南部 |
| d.香取・海匝 |
| e.印旛・山武 |
| f.夷隅・長生・市原 |
| g.安房・君津 |

■ 事業内容

| |
|--------------------------------|
| ✓ 総会 |
| ✓ 地区部会議 |
| ✓ 訪問看護の質の向上のための講演会・研修会 |
| ✓ 訪問看護への理解の促進の為の PR 事業 |
| ✓ 訪問看護推進事業、看護協会合同会議への参加 |
| ✓ モデル事業への参加 |
| ✓ 地区部会や会員訪問看護ステーションからの各種要請への支援 |