

見て・わかる訪問看護

(介護支援専門員向け)



平成29年度 在宅医療支援体制づくり事業

阿蘇地域訪問看護事業所連絡会
熊本県阿蘇保健所
平成30年4月改訂版



本スライドは、住民の在宅療養生活を支えている介護支援専門員の方が、訪問看護についての理解を深め、訪問看護を勧めたい対象者や関係者への説明の際、御活用いただくために作成しました。

訪問看護とはどんなサービスか、実際の事例を使い紹介しています。

職場内研修や利用者への訪問看護の説明資料作りにお役立ていただけると幸いです。

平成30年 3月



目次

- 訪問看護とは？・・・・・・・・・・・・・・・・（P4～14）
- 訪問看護のお仕事・・・・・・・・・・・・（P15～26）
- 具体的な看護アプローチ・・・・・・・・・・（P27～50）
- 訪問看護を利用するには・・・・・・・・・・（P51～67）
- 訪問看護と訪問介護の違いは？・・・・・・・・（P68～84）

（参考資料）

ケアプランに役立つ訪問看護サービス展開例（P85～89）





訪問看護とは？

ここでは、「訪問看護」の概要について説明します。



「医療連携」は、利用者のQOLの向上を願う介護支援専門員にとって重要不可欠なものです。

訪問看護師は、そんな介護支援専門員の方々と一緒に在宅療養を支えるパートナーとして、強い味方となります。

訪問看護とは

訪問看護は、利用者・家族のもつ力を引き出し、利用者・家族のセルフケア能力を高め、対象者が望む生き方や生活ができるように支援することを目的として、看護師自身の身体的諸器官をツールとして、また必要に応じて、道具や器具、器械、社会資源を駆使して健康回復と悪化防止および予防に向けて支援をしていきます。

引用) 日本介護支援専門員協会 『利用者が自分らしく生活するためのケアマネジメント』平成24年3月



訪問看護の対象となる方



あらゆる健康段階の、子どもからお年寄りの方が、訪問看護の対象となります。

✿ 療養生活チェック項目 ✿

栄養:

- 食事療法がうまくいかない
- 低栄養、脱水を起こしやすい
- 食事中にむせることが多い

排泄:

- 排尿障害がある
- 尿路感染を起こしやすい
- 排便コントロールがうまく行かない
- 浣腸や摘便をしている

清潔:

- 入浴や清拭に介助がいる
- 口腔内が不潔になりやすい

活動:

- 転倒の既往がある
- 移動の介助がいる
- リハビリを継続したい
- 体力や身体機能が低下し、寝ている時間が増えた
- 必要な福祉用具が分からない

その他:

- 物忘れが増えて、日常生活に支障がある
- よく眠れない
- 病気や治療のことがよく分からない
- 在宅療養に不安がある
- 病状が不安定で入退院を繰り返している
- 終末期を自宅で過ごしたい

介護状況チェック項目 ✿

- 一人暮らし、または(日中)介護をする人がいない
- 介護の方法がわからない
- 介護者が高齢、または介護者の健康に不安がある
- 家族の負担が大きい

✿ 服薬管理のチェック項目 ✿

- 決められたように服薬できない
- 薬を自己判断で中止している
- 飲んでいる薬のことがよく分からない

✿ 医療処置のチェック項目 ✿

- 在宅酸素療法
- 人工呼吸器管理
- 気管カニューレ
- 吸引・吸入
- 経管栄養(経鼻・胃ろう)
- 中心静脈栄養法
- 点滴・静脈注射
- インスリン自己注射
- 腹膜還流
- シヤント管理
- 膀胱留置カテーテル
- 腎ろう・膀胱ろう
- 人工膀胱
- 人工肛門
- 麻薬を用いた疼痛管理
- 床ずれ(褥創)処置

このチェックリストを、訪問看護導入の参考にしてください。



4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

- 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
現在の栄養状態 良好 不良
→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

- 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()
→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

- 期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

- 訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療
 訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導
 訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

- ・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()
・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()
・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

- 無 有 () 不明

主治医は、「主治医意見書」の記入の際、医学的管理の必要性が高い項目にチェックを入れています。チェックがある場合、介護支援専門員の方から、患者さんやご家族へ訪問看護のサービス利用について説明をお願いします。



訪問看護のサービス内容(1)



療養生活の相談・支援



家族の相談と支援



健康状態の管理と看護



リハビリテーション



医療処置・治療上の看護



24時間で電話相談を受付けています。

訪問看護のサービス内容(2)



緩和ケア・終末期(看取り)ケア



精神障がい者・認知症
看護



在宅移行支援



住まいの療養環境の
調整と支援



地域の社会資源の活用

介護予防・医療処置から、終末期ケアや看取り、遺族の精神的支援まで多岐にわたります。



訪問看護師は地域で療養する方々のパートナーです

「こんにちは～！」とドアを開けると、
あなたのためだけの大切なケアの時間が始まります。



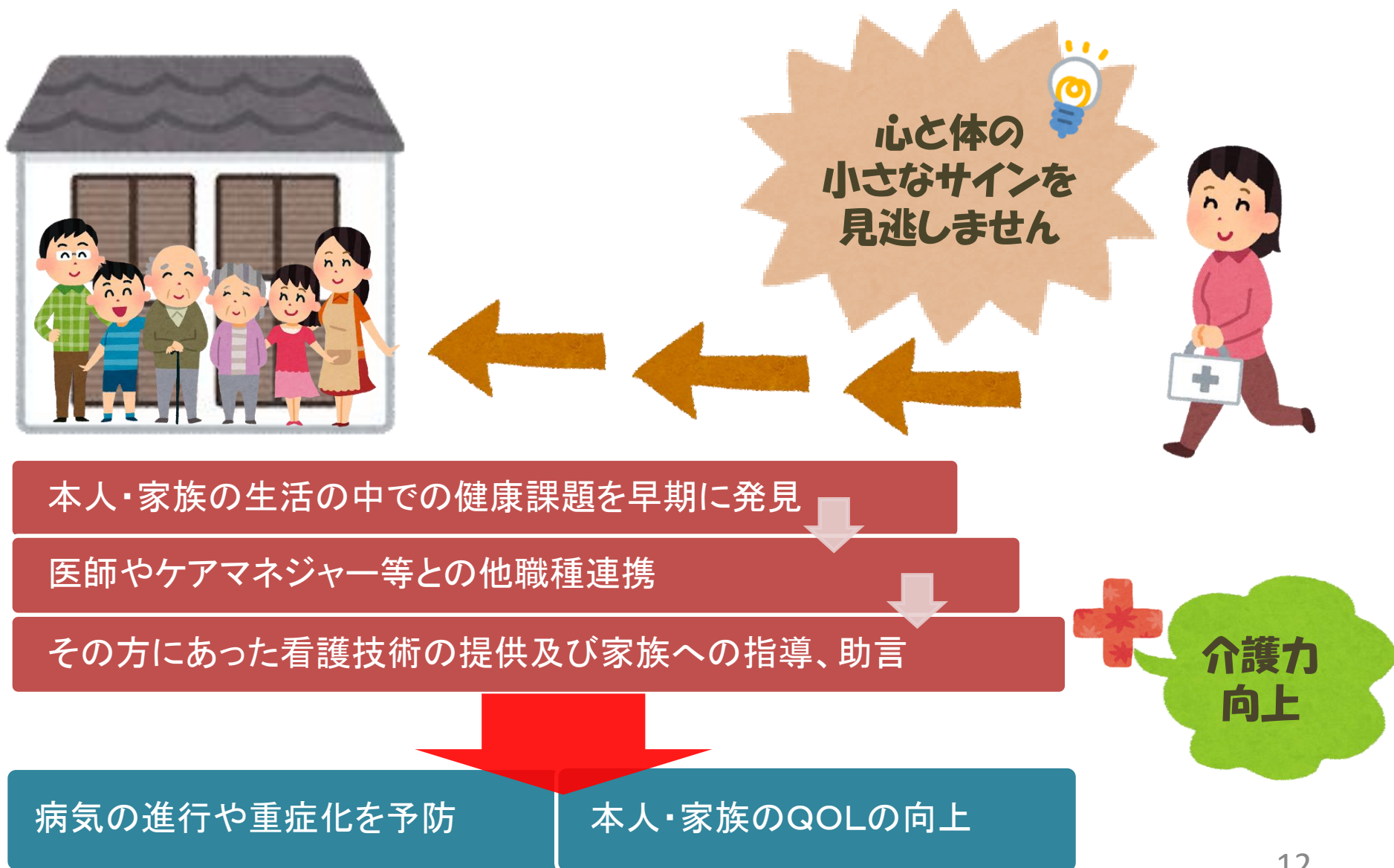
赤ちゃんから高齢者まで、
住み慣れた地域で安心して笑顔で暮らしたい……
そんなあなたを支えるのが訪問看護師です。

ご家族や他職種の方々と連携協働し、人間と人間の間を大切にしながら、
あなたらしい在宅療養生活をつくりあげていきます。

あなたが笑顔になるように。そこにオンリーワンの看護があるんです。



訪問看護師がご自宅でサービスを提供する意義



訪問看護のメリット (本人・家族)

介護の方法が分かり、
家族関係が良好に
なった。

他の在宅サービス
利用に繋がった。

看護師さんが、
先生に聞きたい
ことを聞いてく
れて、助かる。

入院が減って
うれしい。

生活に応じた
療養の工夫が
できた。

対応の仕方を
教えてくれたの
で穏やかな看
取りができた。

飲み残しの薬を
自分では持って
行けないけど、
看護師さん
にはお願いできる。

24時間いつで
も相談できて
介護の不安が
小さくなった。



訪問看護のメリット (居宅介護支援事業所)

主治医との橋渡し
をして貰えて、
助かった。



地域包括支援
センターのスタッフ
・保健師



介護支援専門員
(ケアマネジャー)

医療用語を
解説してもらえて、
助かる。

本人・家族の
医療情報を
得やすくなった。

緊急対応の業務
負担が軽減した。

訪問看護を入れて、
通所系のサービス
利用に繋がった。

入院する利用者が減って、
収入(居宅介護支援費)
の安定化に繋がった。

患者さんの生活状況に
応じたアドバイスをもら
えて、ケアマネジメント
の幅が広がった。



訪問看護の お仕事

ここでは、訪問看護の仕事について事例に基づき
イラストで説明します。





訪問看護のお仕事

1

対象者に在宅生活、ケアの視点でアセスメントし、解決しなければならない問題を見つけ出し、問題解決のために働きかける

2

専門分野における看護技術の提供および家族に対して指導、助言する

3

在宅ケアが継続できるように、介護力の向上、介護負担の軽減を図るとともに、介護者(家族等)の心身の管理をする

4

社会資源情報の提供、関連職種との連携をはかり、より効果的な在宅ケアが行われるように支援する

5

医療機関を結ぶパイプ役およびパートナーシップとして利用者を支援する

6

慢性疾患等のセルフコントロール(自己管理)の確立と悪化防止に向けて支援する

利用者紹介

訪問看護利用のためのチェックリスト

- ☑ 服薬の管理ができない
- ☑ 病状が不安定で入退院を繰り返している

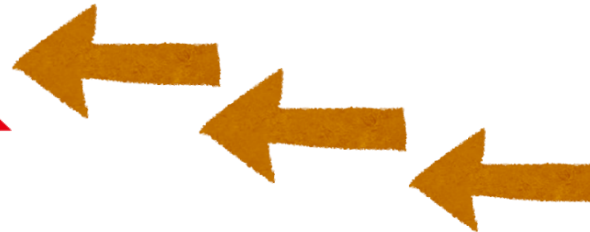


介護支援専門員
(ケアマネジャー)

要支援1の認定者(夫と二人暮らし)

本人が認知症で服薬状況に問題があり入退院を繰り返すため、訪問看護を依頼しました。

夫の介護負担を軽減するために、デイサービスの利用をプランにあげましたが、実現しませんでした。



訪問看護サービスの展開例 (認知症の方)



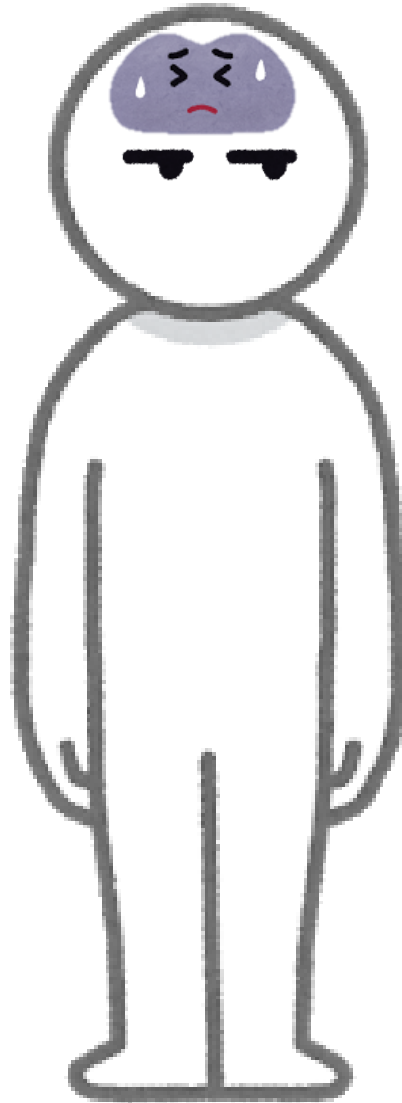
観察ポイント

- 表情、感情、記憶、判断能力
- 中核症状、周辺症状
- 服薬や受診の状況
- 食事、排泄、活動、睡眠、保清状況
- 家族や近隣者との人間関係
- 介護者の健康状況



判断

- 認知機能の低下による自宅療養の継続が可能か否か
- 社会資源(他のサービス)やインフォーマルサービスの必要性を判断



訪問看護のサービス内容

- 本人の心身の健康を支援
- 家族へ訪問状況の報告
- 療養生活の相談・支援
- 介護に関する相談・支援
- 本人・家族の関係の調整
- 処方薬を一日分ずつセットし、
確実な服薬を支援
- 保清行動を誘導
- 入湯時の見守り
- セルフケア能力の見極め
- 療養生活のリスクを回避
- 定期受診の管理・誘導
- 医療側と介護側、双方へ情報提供
- 地域での見守り体制を調整



訪問看護のお仕事

1

(アセスメント)

薬袋が多量にあり、薬袋の中の薬は手つかずのまま残されていました。服薬できない原因は、認知症によるものと思われますが、認知機能の低下から自分で出来ないことに対する苛立ちもあるようでした。本人は、自分のプライドを維持するために薬に触れることを頑なに拒絶されました。





訪問看護のお仕事

1

(問題解決のアプローチ)

主治医へ情報提供
薬の一包化を相談

- 一包化できない薬剤だった



多量の残薬について
調剤薬局へ相談

- 薬剤を回収され、薬剤管理が必要な患者としてリストアップ

お薬カレンダーの
利用を提案

- 本人管理では、ほとんど飲めなかった。





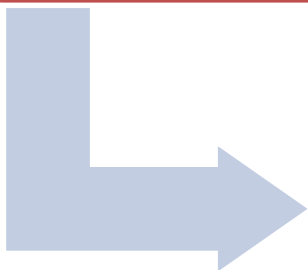
訪問看護のお仕事

(看護技術の提供及び家族への指導助言)

2

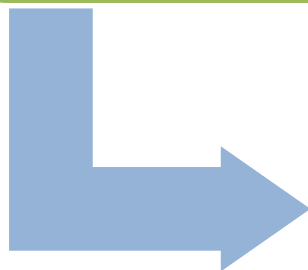
本人の認知機能が低下していることを夫へ説明し、協力を求める

- 本人の力だけでは、薬が飲めない現実を見て、了承された



箆笥の上に薬袋を保管し、夫が一日分を渡す

- 薬袋の場所を見つけ怒り出した



別の部屋に薬袋を保管し、朝食後に夫に飲ませて貰い、夕食分はカゴに入れる

- 夫がカゴに薬を入れ忘れることもあるが、どうにか薬が入るようになった。



訪問看護のお仕事



(介護者の心身の健康管理と介護継続に向けた支援)

介護者が高齢で、体調が万全でないことから、介護の問題を解決していくことが重要でした。本人(妻)に起こっていることは、認知機能の低下から起こっていること。介護者にも休息が必要なことをお話ししました。

自分も病気がある。
無理はできません。



妻が怒ってばかりで、
どのように介護
すれば良いのか、
分かりません。

妻の認知機能の状況を、夫が客観的に理解できるようになると、介護に対する考え方も変化して、無理のないような関係に変化が見られました。



訪問看護のお仕事

4

(社会資源情報の提供・関係機関との連携)

介護支援専門員から「デイサービスの利用をプランに加えたい」、と聞いていましたので、本人と看護師の信頼関係が築けた所で、本人にデイサービスを受けるメリットを伝えました。

夫はデイサービスに行くには、キッチンとした身なりでなければ利用できないと思っておられました。そこで、「パジャマのままでも送り出しても良い」と介護のハードルを下げる働きかけをした結果、サービスの利用に繋がりました。



介護支援専門員



デイサービスに行ってくれて助かるな。





訪問看護のお仕事

5

(医療を結ぶパイプ役)

訪問看護師は、本人・家族の意思や大切な思いを医師に伝える「代弁者」としての役割を果たします。また、医師が医療的な判断をしやすいように在宅での本人・家族の生活情報を正確に伝え、治療に繋がります。



患者さんと家族

例えば、診察の時に言い忘れたことを代わりに伝えます



かかりつけ医



介護支援専門員

例えば、医師の指示や治療方針等を自宅でゆっくり解説します



訪問看護のお仕事

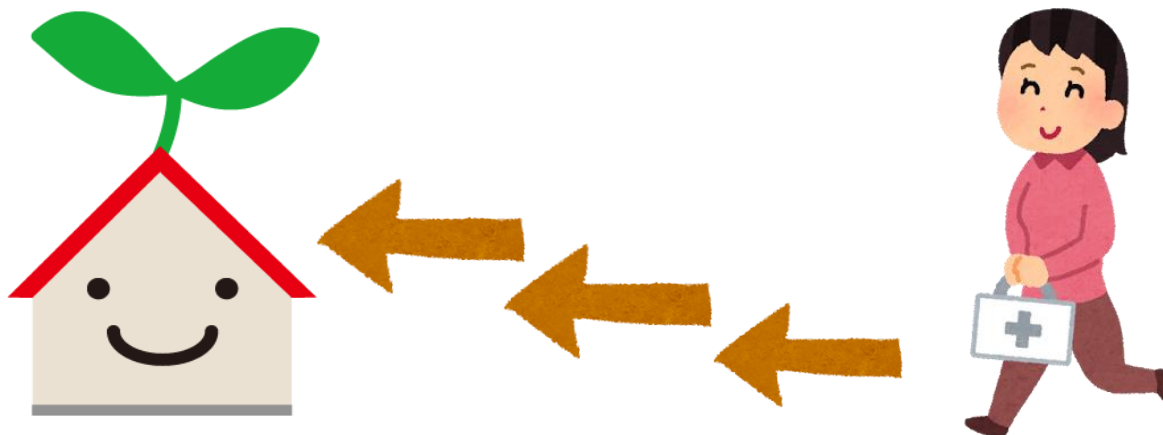


(セルフコントロールの確立と病状悪化予防への支援)

訪問看護師が関わることの最終目標は、本人・家族の健康管理に対する行動が改善し、本人・家族の力による健康管理が確立されることです。

本人・家族が自らコントロールできるようになるためにどうすべきか、ともに糸口を見つけ出すことを支援します。

このご夫婦の場合は、薬をキチンと飲めるようになることが大切だと考え、本人・家族と服薬管理に取り組みました。



訪問看護終了



介護支援専門員

訪問看護を利用して、ご家族で薬の管理ができるようになりました。

ご本人は、嫌がっていた通所サービスに抵抗なく行かれ、お知り合いの方との会話を楽しまれています。

ご主人は、本人が通所に行かれる時には、夫もグランドゴルフに行くことで気分転換できるようになりました。皆で協議した結果、訪問看護は終了になりました。



訪問看護師





具体的な 看護アプローチ

ここでは、阿蘇で実際に訪問看護を利用されている方々を通して
看護アプローチを紹介します。



❁ 療養生活チェック項目 ❁

栄養:

- 食事療法がうまくいかない
- 低栄養、脱水を起こしやすい
- 食事中にむせることが多い

排泄:

- 排尿障害がある
- 尿路感染を起こしやすい
- 排便コントロールがうまく行かない
- 浣腸や摘便をしている

清潔:

- 入浴や清拭に介助がいる
- 口腔内が不潔になりやすい

活動:

- 転倒の既往がある
- 移動の介助がいる
- リハビリを継続したい
- 体力や身体機能が低下し、寝ている時間が増えた
- 必要な福祉用具が分からない

その他:

- 物忘れが増えて、日常生活に支障がある
- よく眠れない
- 病気や治療のことがよく分からない
- 在宅療養に不安がある
- 病状が不安定で入退院を繰り返している
- 終末期を自宅で過ごしたい

❁ 介護状況チェック項目 ❁

- 一人暮らし、または介護をする人がいない
- 介護の方法がわからない
- 介護者が高齢、または介護者の健康に不安がある
- 家族の負担が大きい

❁ 服薬管理のチェック項目 ❁

- 決められたように服薬できない
- 薬を自己判断で中止している
- 飲んでいる薬のことがよく分からない

❁ 医療処置のチェック項目 ❁

- 在宅酸素療法
- 人工呼吸器管理
- 気管カニューレ
- 吸引・吸入
- 経管栄養(経鼻・胃ろう)
- 中心静脈栄養法
- 点滴・静脈注射
- インスリン自己注射
- 腹膜還流
- シヤント管理
- 膀胱留置カテーテル
- 腎ろう・膀胱ろう
- 人工膀胱
- 人工肛門
- 麻薬を用いた疼痛管理
- 床ずれ(褥創)処置

上記の状態にある方は、訪問看護の対象になります。



利用者紹介

心不全・介護1

訪問看護利用のためのチェックリスト

決められたように服薬できない

この頃、散歩や
マッサージで体調も
良いです。(本人)

- ・服薬の自己管理ができていないことを発見
- ・確実な服薬に向け主治医へ相談・調整、家族の協力の元、確実な服薬へ
- ・リハビリテーションで悪化防止





訪問看護利用のためのチェックリスト



病状が不安定で入退院を繰り返している

心不全・要支援2



どうもいかん時は入院するけど、入院はしたくない。

何かあれば、訪問看護師さんから家族に連絡が行くので、家族も安心しています。

ポイント



- ・家事のしすぎやおやつのとりにすぎで体調が悪化することを発見
- ・マッサージ等で体調変化を早期発見
- ・医師や家族との連絡調整で、体調の悪化を防ぎ、入院を回避

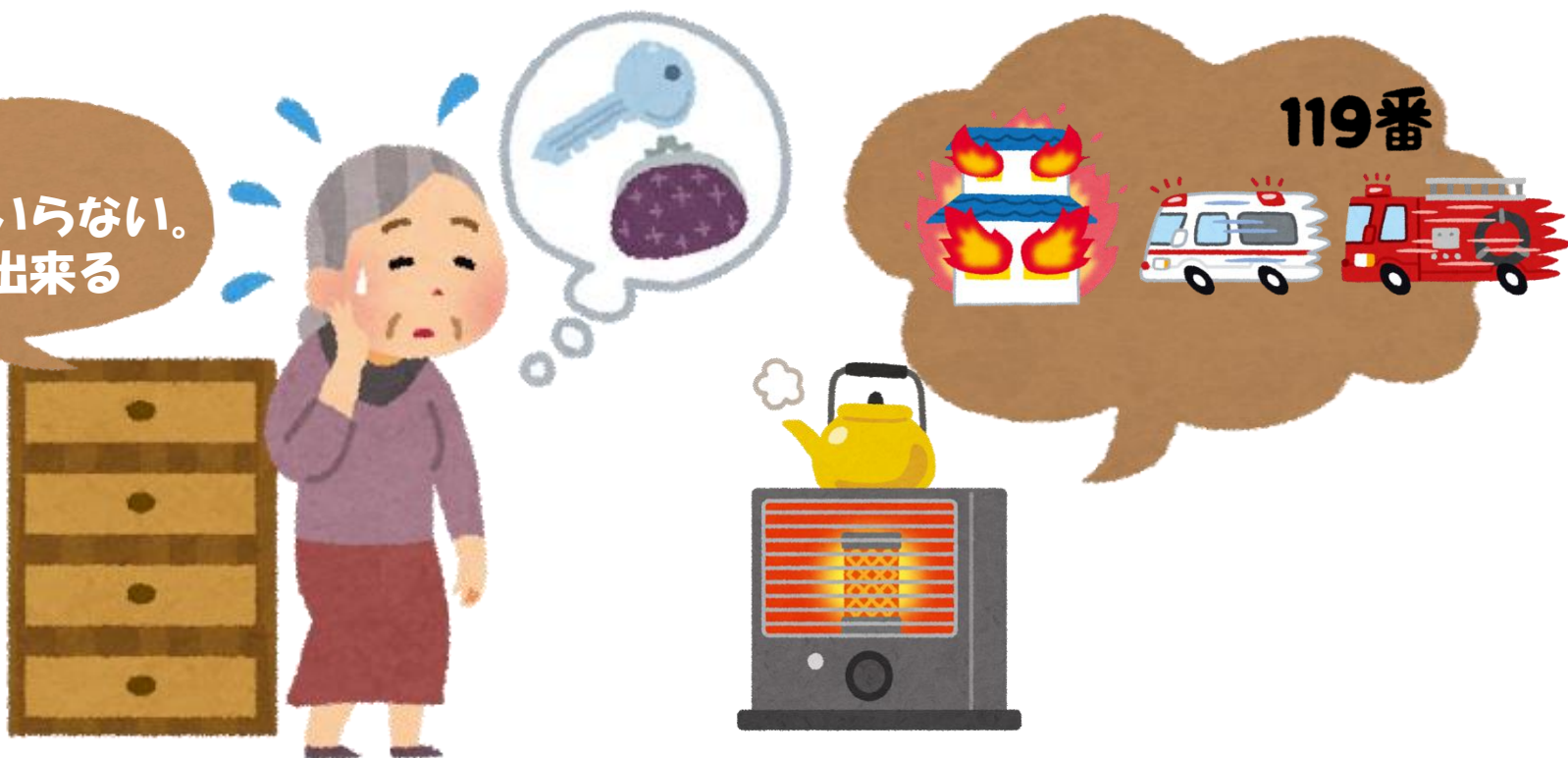


認知症・独居

訪問看護利用のためのチェックリスト

一人暮らし

サービスはいらない。
自分で出来る



ポイント



・まず訪問看護師が家庭に入り、馴染みの関係が
作れた所で、環境調整(湯沸しをやかんから電気
ポットへ)や通所等サービスの利用へ

糖尿病・腰の病気

訪問看護利用のためのチェックリスト

リハビリを継続したい

これをすると気持ち
良いです。歩くの
が楽になりました。
(本人)



ポイント



- ・退院時歩行困難があったため、歩行訓練・リハビリの実施
- ・血糖測定・体重測定・食事指導で、糖尿病の悪化防止



膀胱疾患・介護 1

訪問看護利用のためのチェックリスト

腎ろう・膀胱ろう

ポイント



・誤った手当への家族指導と消毒法の見直しにより皮膚の状態改善

・本人・家族への自立支援で、家業手伝い再開へ



要支援1・息子と2人暮らし

訪問看護利用のためのチェックリスト

- 介護をする人がいない（日中は家族の方が不在）



仕事の時も、母の病状が心配なんだよな～。

ポイント



- ・仕事で不在中の母の体調を心配され、訪問看護を開始。病状の変化があれば直ぐに介護者へ連絡。
- ・看護師に病状を聞けたり、相談できるので安心。体調を崩し不定期受診の際も、看護師が連絡をとってしてくれるので気兼ねなく受診できるので助かる。

吸引・吸入



ポイント



・長期入院で足が弱り、気管切開の傷もあるため、家に帰ることに不安を感じ、「1か月でもどる」と言って退院。

・看護師が、本人・家族の話を聞きながら療養生活をサポートすることで、家での生活に自信が付き「家が良い。もう戻らん」へ。





高齢者二人暮らし・在宅酸素

訪問看護利用のためのチェックリスト



在宅酸素療法

入浴や清拭に介助がいる



ポイント



- ・お風呂が好きな本人の病状を評価しながら、身体への負担が最小限になるよう保清の援助を実施。
- ・「看護師が見守るので安心。」

訪問看護利用のためのチェックリスト

ターミナル・在宅酸素



在宅療養に不安がある
在宅酸素療法



身の回りのことは
まだどうにか出来るから、サービス
は要らない



夫は先生の言う事を聞かないし、無理をするから心配
だけ。



困った時のために、
私のためにも訪問看護
を利用しよう。

ポイント



・夫が無理をして病状が悪化するのではないかと不安を抱えていた介護者の希望で訪問を開始。

・看護師が24時間いつでも相談できると思うと安心。実際、夫の様子が気になった時、相談できて助かりました。

難病・介護5

訪問看護利用のためのチェックリスト

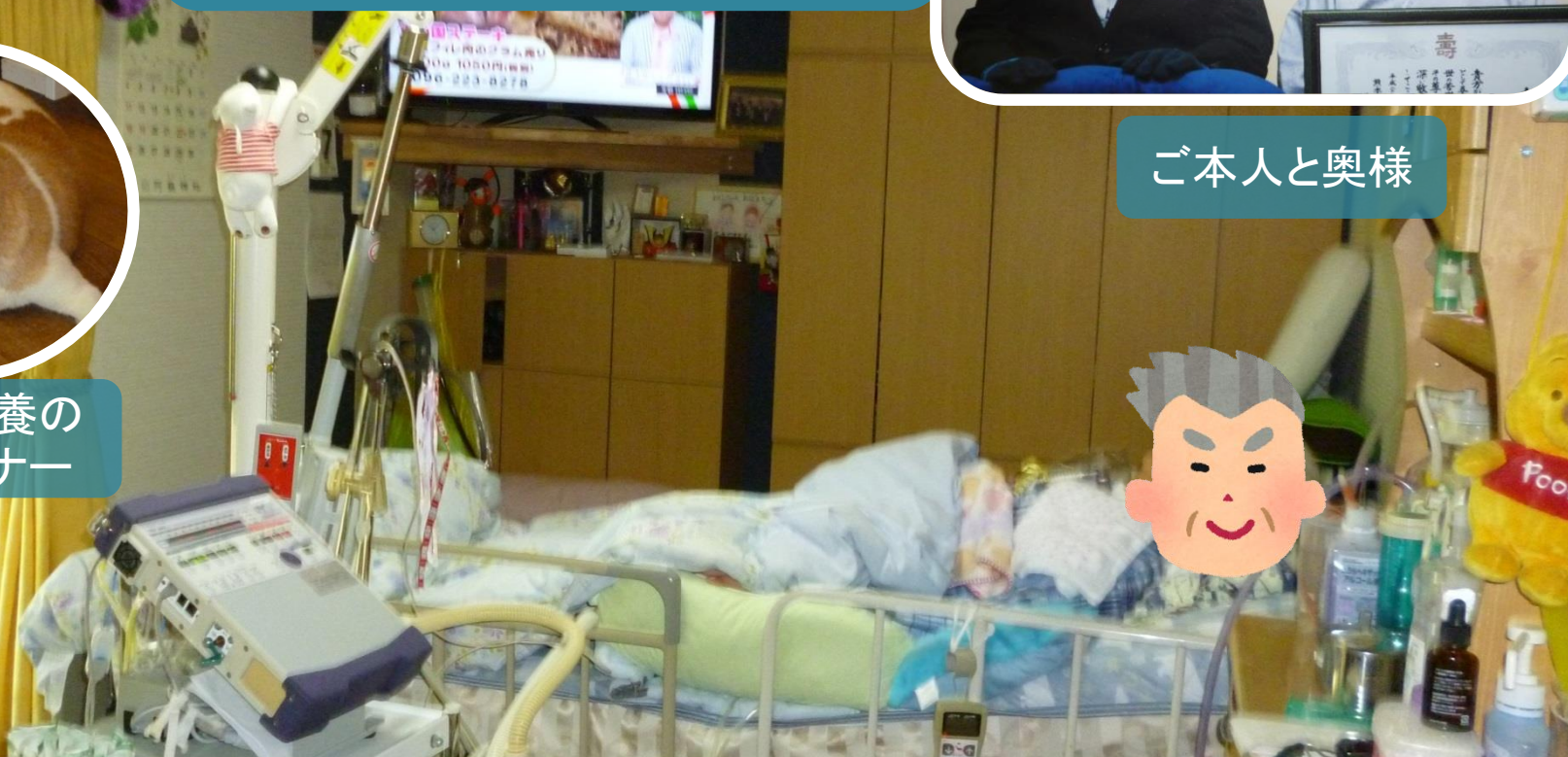
人工呼吸器管理
経管栄養



ご本人と奥様



在宅療養の
パートナー



ポイント



- ・病院のような病室ですが、窓越しには慣れ親しんだ景色と好きな花々、家族や愛犬に囲まれた暮らし
- ・金婚式には看護師らがサポートして二人揃って式場へ。



小児・嚥下障害

訪問看護利用のためのチェックリスト

- 食事中におせることが多い
介護の方法がわからない

職場復帰するから、
子供のお昼ご飯はお祖母ちゃんに任せたい。
(お母さん)



ミルクや離乳食を吐くし、目が離せない状態の孫のご飯を食べさせるなんて、怖い。(祖母)



ポイント



- ・母親の職場復帰で、日中の介護を担当することになった祖母の不安軽減のため訪問看護を開始。
- ・看護師は、食事介助に同席し、祖母をサポート。現在も、成長に合わせて家族の相談支援を実施中。

小児・先天性肺疾患

訪問看護利用のためのチェックリスト

人工呼吸器管理
経管栄養



・訪問看護師は退院前から支援準備を進め、退院直後には家族の不安を考えて2か所の訪問看護事業所が交替で家族の介護をサポート。





お父さんの手作りのストレッチャー

訪問看護には、
子供の成長を考えたア
ドバイスを貰ったり、
様々な関係書類の手續
きの相談ができて、
頼りになります。
(お母さん)

ポイント



- ・入浴の際に訪問看護師は、健康状態の観察や介助を担当。介護を担当されるお母さんの体調の確認も行います。
- ・対象の成長に応じた介護の方法を両親らと知恵を出し合いながら療養支援を行っています。



高齢夫婦・看取り

訪問看護利用のためのチェックリスト

終末期を自宅で過ごしたい



ご本人が愛した庭

・延命治療を希望せず我が家での療養を希望された本人と介護者のサポートのため、訪問看護を開始。

・看護師は24時間体制で妻の療養相談に対応し、在宅での穏やかな看取りを支援しました。

ポイント



服薬管理 の工夫例

AFTERNOON 昼 EVENING 夕 NIGHT ねる前

工夫例 No 1

水

WED

木

THU

金

FRI

土

SAT

日

SUN

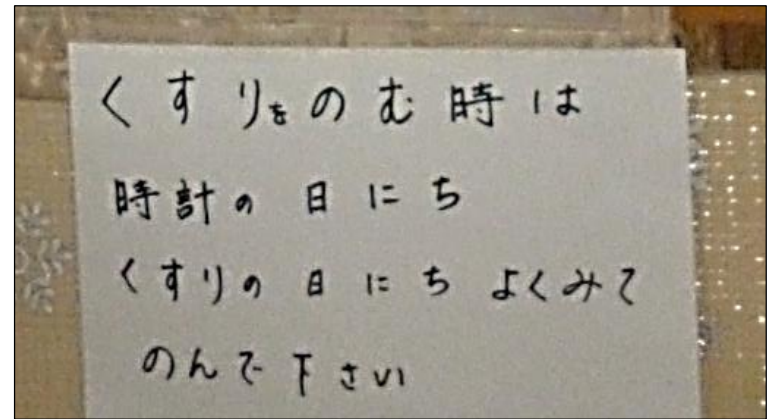


決められたように服薬できない
薬を自己判断で中止している
飲んでる薬のことがよく分からない

工夫例 No2



日時を確認する時計

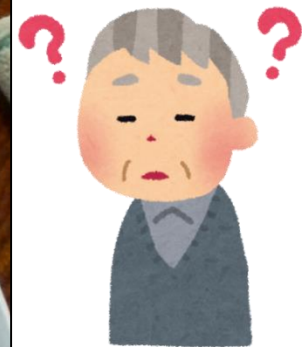




工夫例 No3



お菓子の空き箱
を再利用





工夫例 No4

ご本人分

ご家族分

The image shows a medication management calendar for two individuals. The calendar is divided into two main sections: 'ご本人分' (individual) on the left and 'ご家族分' (family) on the right. Both sections feature a grid with days of the week (日, 月, 火, 水, 木, 金, 土) and medication packets. A central note with a drawing of a person and a marker is pinned to the top.



御夫婦一緒に服薬管理



工夫例 No5



訪問時薬包の
空の日付を確認



工夫例 No6



酒精綿と針をテープで張り付け、日付を記載して目で見えるようにしています。

インスリン自己管理注射指導



その他工夫例 No 1



輸液カバーで、人目が気にならなくなりました。



その他工夫例 No2

御家族の方が転倒を心配し、
段差に蛍光のビニールテープ
を貼付





訪問看護を 利用するには…

ここでは、訪問看護の利用のしくみや手続きなどについて説明します。



訪問看護が利用できる制度



* 要支援・要介護認定を受けていても、医療保険の利用対象になる場合があります。

- ① 厚生労働大臣の定める疾患等をお持ちの方
- ② 精神科訪問看護が必要な方(認知症は除く)
- ③ 状態が悪くなり、病状が不安定で、頻繁に訪問看護が必要な方



介護保険または医療保険で 訪問看護を提供する時の流れ

介護保険で訪問看護を提供する場合
介護の認定を受けているか？

受けている

ケアマネジャーが
訪問看護を入れた
「ケアプラン」を作成

受けていない

介護保険のサービスを必要とする場
合には、介護認定の申請をすすめる

介護認定

医療保険で訪問看護を提供する場合

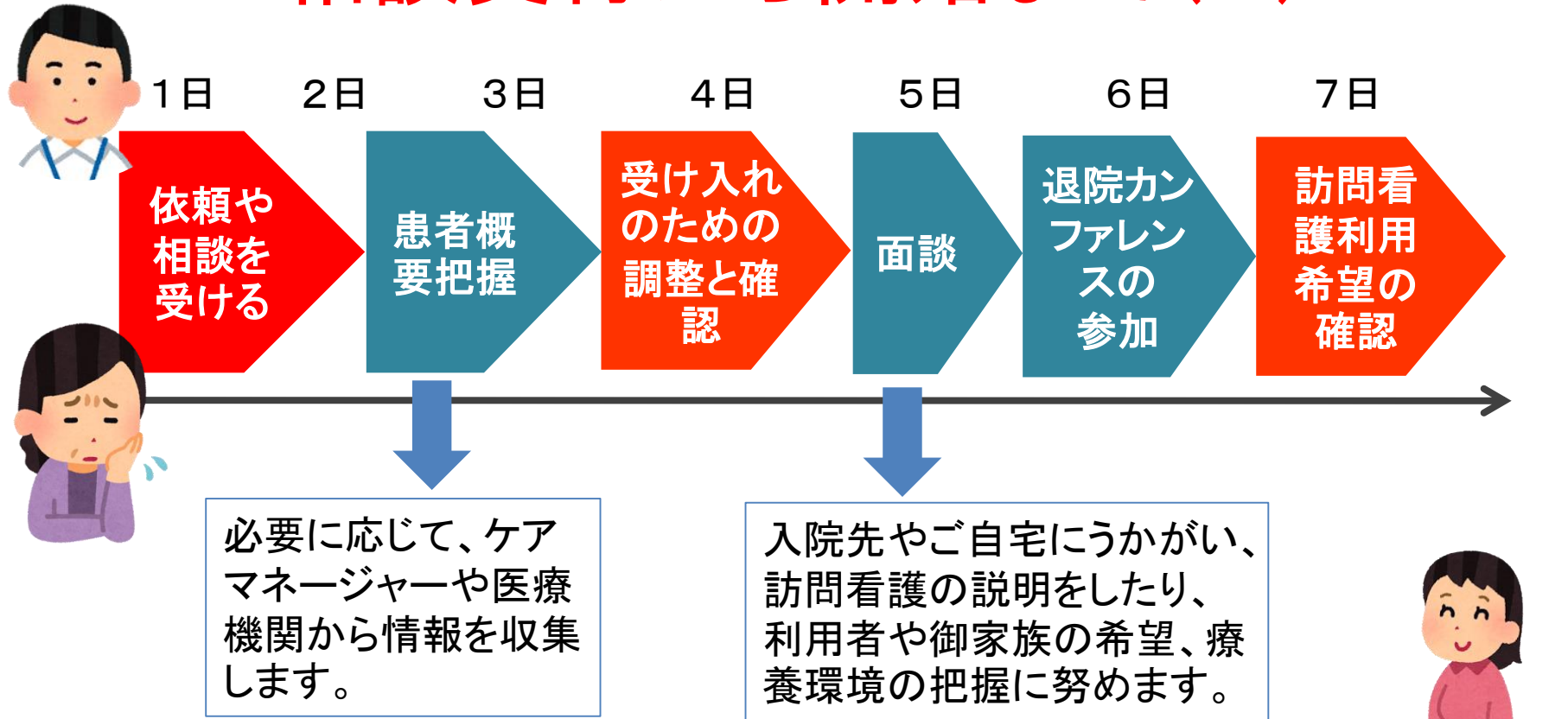
介護認定非該当

訪問看護事業所は、かかりつけ医から「訪問看護指示書」の交付を受ける

訪問看護事業所は、必要事項を説明・同意を得た上で契約する

訪問看護事業所は、「訪問看護計画書」を作成し、サービスを提供する

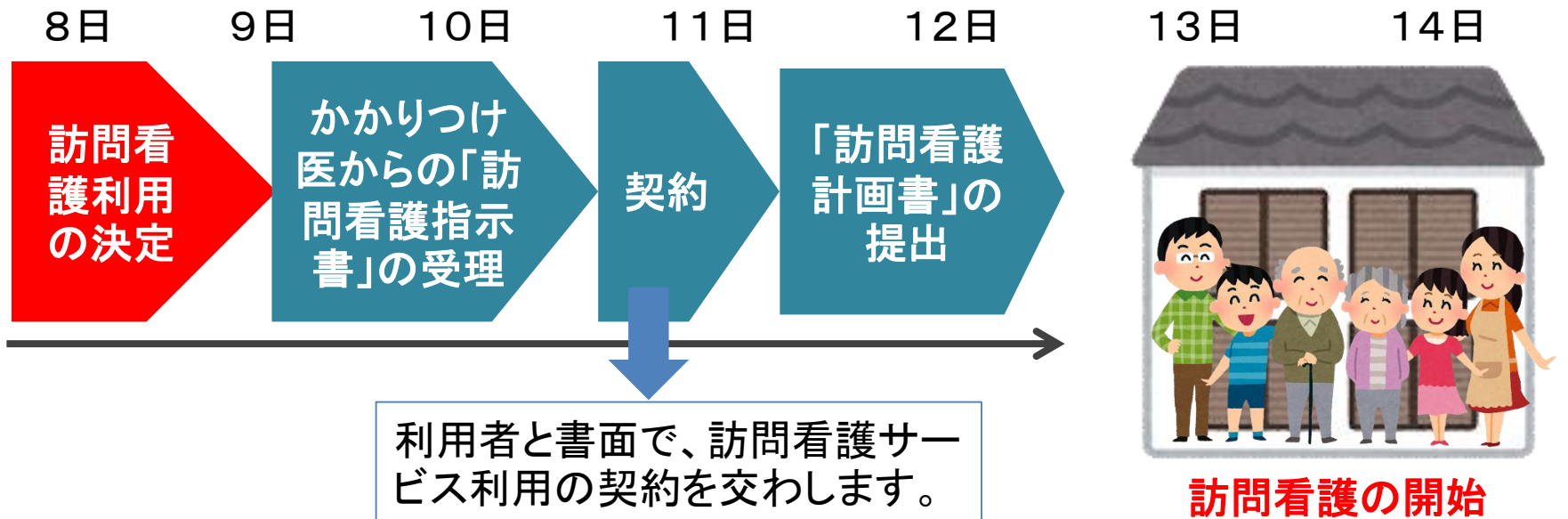
訪問看護事業所の 相談受付から開始まで(1)



希望により、訪問看護師が利用者の元へケアマネージャーさんと同行訪問し、訪問看護について説明します。
お気軽にご連絡ください。



訪問看護事業所の 相談受付から開始まで(2)



※ 訪問看護事業所は小規模のため人数が限られています。希望される回数 of 訪問看護ニーズに応えられない場合には、他の事業所との併用も可能です。

自宅療養に必要な物品の確保やスケジュール調整等のため、開始までに2週間程度の時間があるのが理想です。訪問看護をお考えの場合は早めにご相談ください。

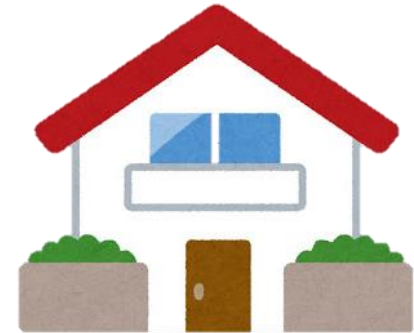


訪問看護事業所は2種類



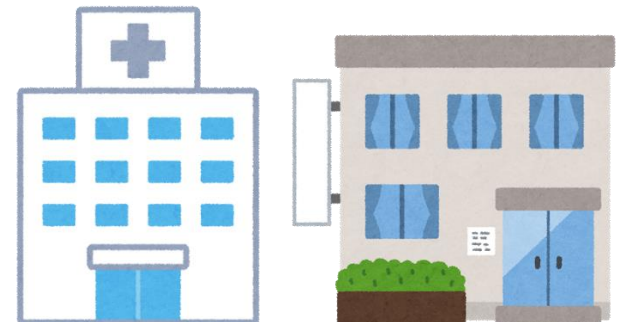
訪問看護師

訪問看護
ステーション



※かかりつけ医からの「訪問看護指示書」が必要です

病院または診療所の
指定訪問
看護事業所



※かかりつけ医からの「情報提供書指示書」が必要です



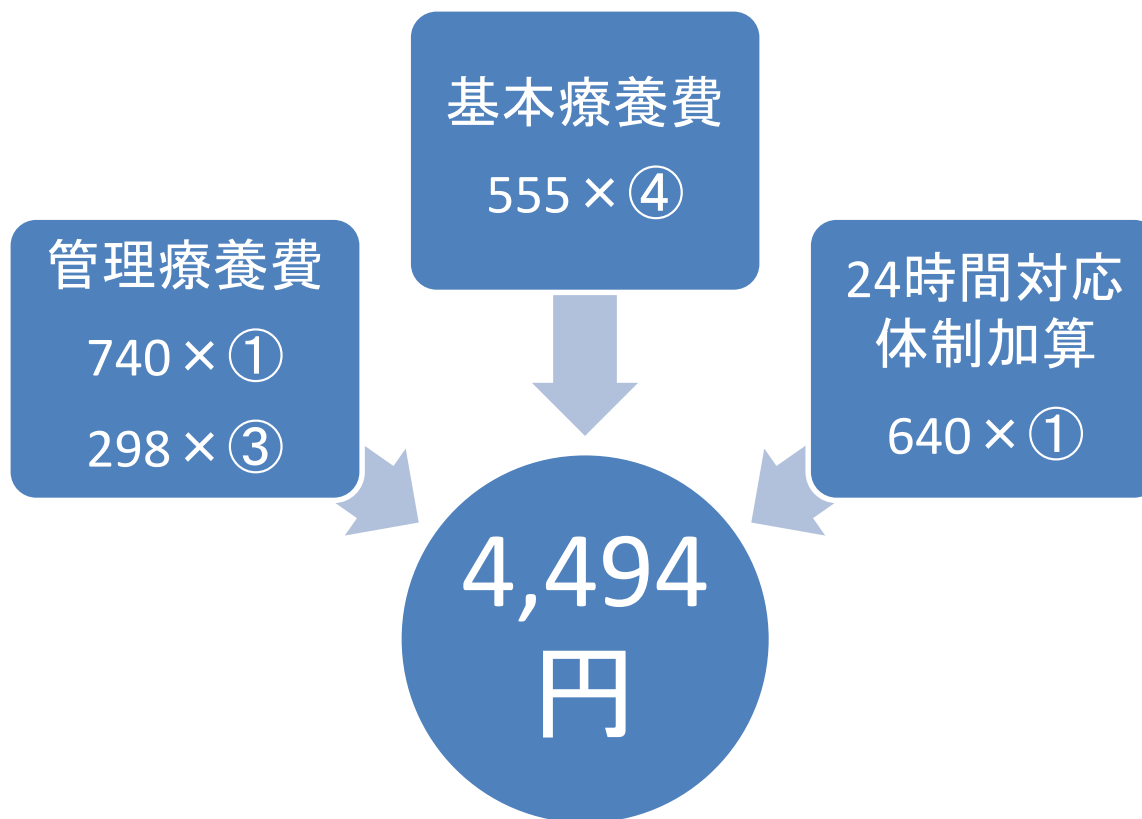
H30年4月現在

訪問看護療養費	訪問看護基本療養費Ⅰ	555円 (週3日まで、日に1回算定) 655円 (週4日以降)(厚生労働大臣が定める疾患等)
	訪問看護基本療養費Ⅱ (同一日の同一建物への訪問看護の費用)(同日に3人以上)	278円 (週3回まで) 328円 (週4日以降)
	訪問看護基本療養費Ⅲ (在宅療養に備えた外泊時)	850円 (入院時に1回) * 厚生労働大臣が定める疾病等は入院中に2回
	訪問看護管理療養費	740円/初回 + 298円 × 訪問回数
加算	○緊急時訪問看護加算	265円
	○難病等複数回訪問加算	450円(同日に2回) 800円(同日に3回以上)
	○長時間訪問看護加算	520円
	○乳幼児加算	150円
	○複数名訪問看護加算	450円
	○夜間・早朝訪問看護加算	210円
	○深夜訪問看護加算	420円
	○24時間対応体制加算	640円
	○特別管理加算	500円または250円
	○訪問看護ターミナルケア療養費	2500円(死亡月)
○訪問看護情報提供療養費	150円(情報提供月)	



(例) 利用料 「医療保険(負担割合1割)」

●訪問看護を週に1回利用した場合●



* 保険負担割合が2割の方はこの金額の2倍に、3割の方は3倍になります。



「介護保険(負担割合1割)」

平成30年4月現在

訪問看護費	20分未満	311円/回	
	30分未満	467円/回	
	30分以上60分未満	816円/回	
	60分以上90分未満	1,118円/回	
加算	サービス提供体制強化加算	6円/回	
	緊急時訪問看護加算	574円/月	
	特別管理加算 I・II	(I)500円, (II)250円/月	
	長時間訪問看護加算	300円/回	
	初回加算または 退院時共同指導加算	300円/月 600円または1200円/月	
	複数名訪問看護加算	30分未満	254円/回
		30分以上	402円/回
ターミナルケア加算	2000円/死亡月		

※ 准看護師が訪問する場合、上記金額の90/100となります。



「介護保険(負担割合1割)」

平成30年4月現在

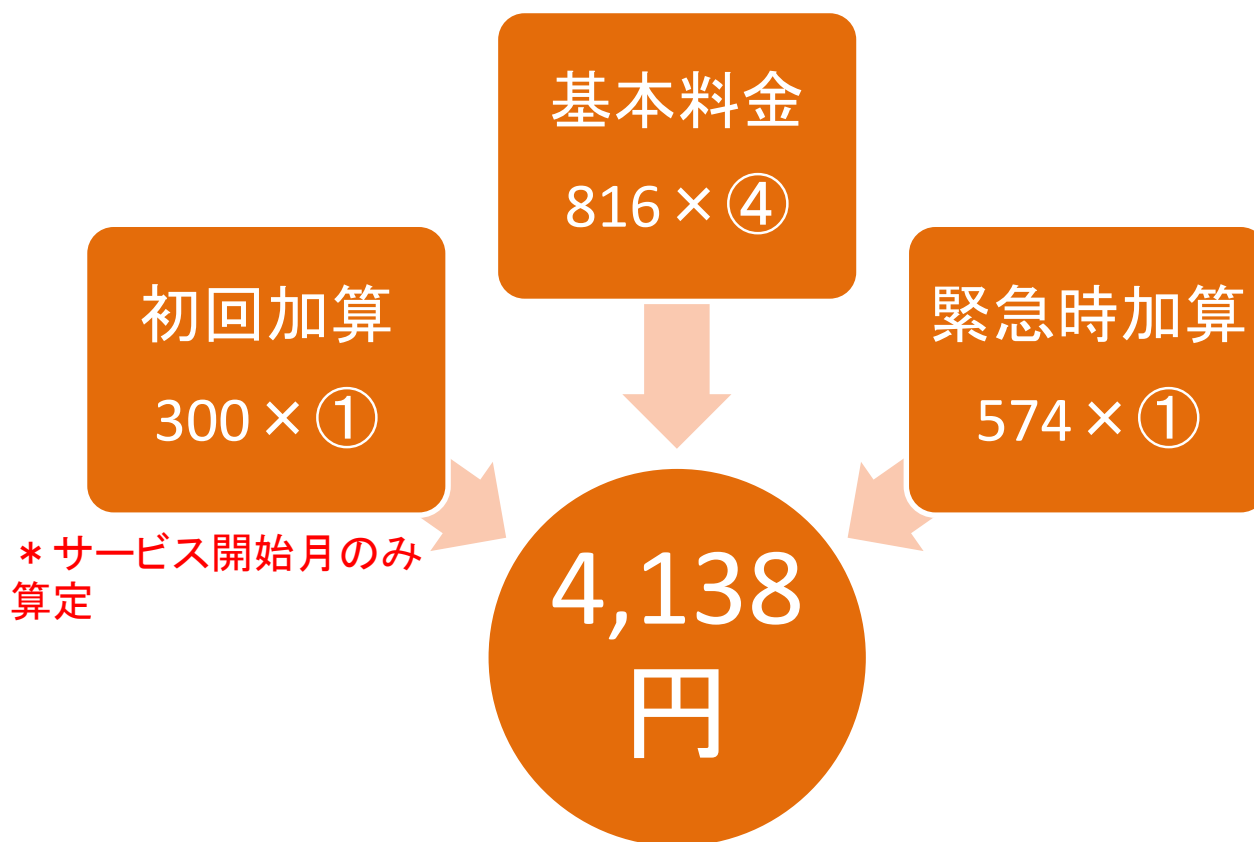
訪問看護費	20分未満	300円/回	
	30分未満	448円/回	
	30分以上60分未満	787円/回	
	60分以上90分未満	1,080円/回	
加算	サービス提供体制強化加算	6円/回	
	緊急時訪問看護加算	574円/月	
	特別管理加算Ⅰ・Ⅱ	(Ⅰ)500円, (Ⅱ)250円/月	
	長時間訪問看護加算	300円/回	
	初回加算または 退院時共同指導加算	300円/月 600または1200円/月	
	複数名訪問看護加算	30分未満	254円/回
		30分以上	402円/回
	ターミナルケア加算		2000円/死亡月

※ 准看護師が訪問する場合、上記金額の90/100となります。

(例)(要介護認定者)利用料 「介護保険(負担割合1割)」



●訪問看護(30分以上60分未満)を週に1回利用した場合●



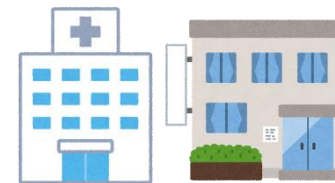
* 保険負担割合が2割の方は、この金額の2倍になります。

病院または診療所の

指定訪問
看護事業所

利用料

「医療保険(負担割合1割)」



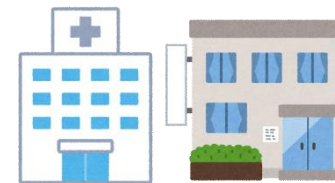
平成30年4月現在

在宅 患者 訪問 看護	保健師、助産師又は看護師	580円(週3日まで), 680円(週4日以降)
	准看護師	530円(週3日まで), 630円(週4日以降)
加算	○難病等複数回訪問加算	450円(同日に2回) 800円(同日に3回以上)
	○緊急時訪問看護加算	1日につき265円
	○長時間訪問看護・指導加算	週1回に限り(15歳未満の超重症児又は 準超重症児の場合にあつては週3回)520円
	○乳幼児加算	1500円
	○複数名訪問看護加算	看護師450,准看護師380,看護補助者300円
	○在宅患者緊急時等カンファレンス加算	月2回に限り200円
	○在宅ターミナルケア加算	2,500円
	○在宅移行管理加算	250円または500円
	○夜間・早朝訪問看護加算	210円
	○深夜訪問看護加算	420円
○緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門看護師	1,285円	

病院または診療所の

指定訪問
看護事業所

(例) 利用料 「医療保険(負担割合1割)」



●訪問看護を週に1回利用した場合●

看護師

580 × ④

2,320
円

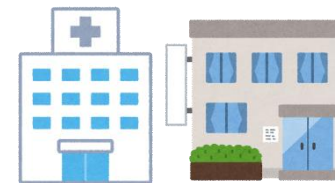
* 保険負担割合が2割の方は2倍に、3割の方は3倍の金額になります。64

病院または診療所の

指定訪問
看護事業所

要介護認定者

「介護保険(負担割合1割)」



平成30年4月現在

訪問看護費	20分未満	263円/回
	30分未満	396円/回
	30分以上60分未満	569円/回
	60分時間以上90分未満	836円/回
加算	サービス提供体制強化加算	6円/回
	緊急時訪問看護加算	315円/月
	特別管理加算 I・II	(I)500円, (II)250円/月
	初回加算	300円/月
	ターミナルケア加算	2000円/死亡月

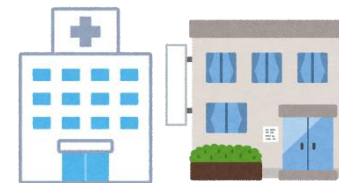
※ 准看護師が訪問する場合、上記金額の90/100となります。

病院または診療所の

指定訪問
看護事業所

要支援認定者

「介護保険(負担割合1割)」



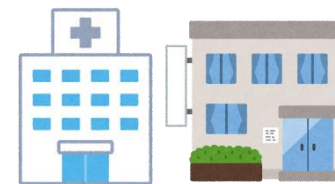
平成30年4月現在

訪問看護費	20分未満	253円/回
	30分未満	379円/回
	30分以上60分未満	548円/回
	60分時間以上90分未満	807円/回
加算	サービス提供体制強化加算	6円/回
	緊急時訪問看護加算	315円/月
	特別管理加算 I・II	(I)500円, (II)250円/月
	初回加算	300円/月
	ターミナルケア加算	2000円/死亡月

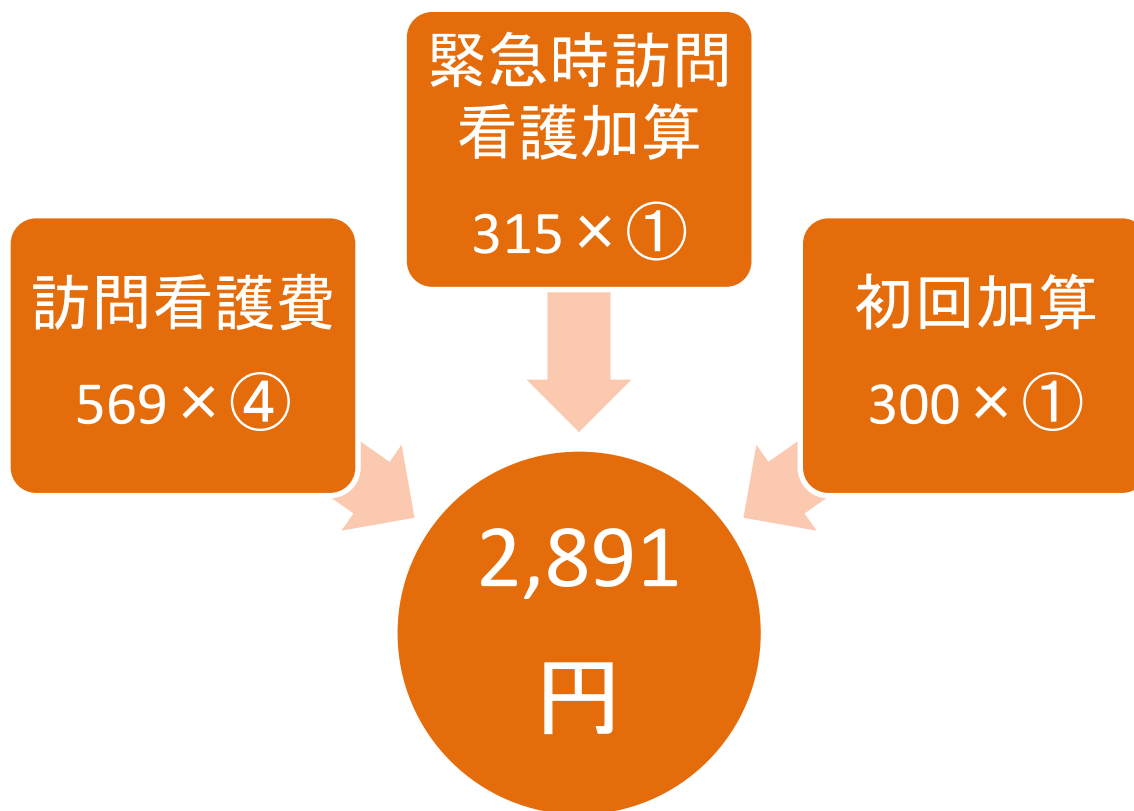
※ 准看護師が訪問する場合、上記金額の90/100となります。

病院または診療所の
指定訪問
看護事業所

(例)(要介護認定者)利用料 「介護保険(負担割合1割)」



●訪問看護(30分以上1時間未満)を週に1回利用した場合●



* 保険負担割合が2割の方は、この金額の2倍になります。

✿ 療養生活チェック項目 ✿

栄養:

- 食事療法がうまくいかない
- 低栄養、脱水を起こしやすい
- 食事中にむせることが多い

排泄:

- 排尿障害がある
- 尿路感染を起こしやすい
- 排便コントロールがうまく行かない
- 浣腸や摘便をしている

清潔:

- 入浴や清拭に介助がいる
- 口腔内が不潔になりやすい

活動:

- 転倒の既往がある
- 移動の介助がいる
- リハビリを継続したい
- 体力や身体機能が低下し、寝ている時間が増えた
- 必要な福祉用具が分からない

その他:

- 物忘れが増えて、日常生活に支障がある
- よく眠れない
- 病気や治療のことがよく分からない
- 在宅療養に不安がある
- 病状が不安定で入退院を繰り返している
- 終末期を自宅で過ごしたい

介護状況チェック項目 ✿

- 一人暮らし、または(日中)介護をする人がいない
- 介護の方法がわからない
- 介護者が高齢、または介護者の健康に不安がある
- 家族の負担が大きい

✿ 服薬管理のチェック項目 ✿

- 決められたように服薬できない
- 薬を自己判断で中止している
- 飲んでいる薬のことがよく分からない

✿ 医療処置のチェック項目 ✿

- 在宅酸素療法
- 人工呼吸器管理
- 気管カニューレ
- 吸引・吸入
- 経管栄養(経鼻・胃ろう)
- 中心静脈栄養法
- 点滴・静脈注射
- インスリン自己注射
- 腹膜還流
- シヤント管理
- 膀胱留置カテーテル
- 腎ろう・膀胱ろう
- 人工膀胱
- 人工肛門
- 麻薬を用いた疼痛管理
- 床ずれ(褥創)処置

このチェックリストを、訪問看護導入の参考にしてください。



訪問看護をお考えの場合は早めにご相談ください

受け入れに必要な調整と確認では・・・

本当はお受けしたいのだけど、今の利用者とスタッフの人数ではうちだけでは無理かな？



訪問看護師

カニューレなどの衛生材料はどのように確保するの？退院まで間に合うかな？

訪問依頼日時が、他の患者さんと重なっている。訪問日時の調整をお願いしよう。

訪問看護は最初抵抗が大きいから、入院中から信頼関係を築いておかななくちゃ。

訪問看護の入らない時間帯を、どのように管理できるかしら？

訪問看護事業所	訪問範囲	住所	電話番号
おぐに 訪問看護ステーション	小国町・南小国町	小国町宮原1742-1	0967-46-6050
みどりの里 訪問看護ステーション	小国町・南小国町・ 阿蘇市	小国町宮原425-5	0967-46-6650
阿蘇郡市医師会立 訪問看護ステーション	阿蘇市・産山村	阿蘇市黒川1178	0967-34-1086
訪問看護ステーション 春草苑	阿蘇市 (小国町・南小国町・ 産山村・南阿蘇村は 要相談)	阿蘇市内牧1112-5	0967-32-3255
訪問看護ステーション ハートナース	阿蘇市 (波野を除く)	阿蘇市小里249-2	0967-24-6262
産山村診療所	産山村	産山村山鹿489-5	0967-25-2011
阿蘇郡市医師会立 南部訪問看護 ステーション	高森町・南阿蘇村・ 西原村	高森町高森1612-1	0967-63-1255
阿蘇立野病院	南阿蘇村・阿蘇市西部・ 高森町・必要があれば 西原村も可	南阿蘇村立野185-1	0967-68-0111

訪問看護事業所のスタッフが直接説明にうかがうこともできます。
まずは、ご連絡ください。



訪問 **看**護と訪問 **介**護は
どこが違うの？

ここでは、訪問看護と訪問介護の違いについて、
写真やイラストで説明します。





病棟看護師



主治医

* 入院先の医師



かかりつけ医

* 生活の場で医療
を行う医師



訪問看護師



介護支援専門員
(ケアマネジャー)



歯科医師
歯科衛生士

訪問看護も、訪問介護も
「在宅医療の担い手」
です。



地域包括支援
センターのスタッフ
・保健師



薬剤師



管理栄養士



理学療法士
作業療法士



医療ソーシャル
ワーカー



訪問介護員
ホームヘルパー

介護保険法では・・・



訪問看護師

(介護保険法第8条4項)

療養上の世話 診療の補助

医師の指示に基づいた医療処置、血圧・体温・脈拍など健康状態の確認、入浴や排泄などの療養生活の支援、栄養指導、リハビリテーションなどを行います。



ホームヘルパー

(介護保険法第8条2項)

日常生活上の世話

家事や炊事など身の回りの生活全般のサポートや身体介護など、日常生活の支援を行います。医療的な処置を行うことはできません。

訪問看護



自宅での療養生活を支えるサービス

- 病状・障がいの観察と判断、健康管理
- 食事・清潔・排泄のケア、水分・栄養管理
- リハビリ、日常生活動作の訓練
- 医療的なケア
- 薬の飲み方と管理
- 療養生活、看護・介護方法に関する相談・助言
- 家族の悩みの相談
- 終末期ケア
- かかりつけ医師との連絡と調整

訪問介護



住み慣れた家で利用できる基本サービス

- 入浴、排せつ、食事等の介護（身体介護）
- 掃除、洗濯、調理等の家事（生活援助）
- 生活等に関する相談及び助言
- その他の日常生活上の世話

病状管理
医療相談

訪問看護の強みは、 (医療的な知識に基づく病態変化の予測力)



※患者さんの状態を観察し、体調の変化を察知して、今後起こり得る病態変化を予測し、医師と連絡をとったり、セルフコントロール(自己管理)の確立に向けた支援を行います。

訪問看護の強みは、 (介護と医療のパイプ役)

医師との
連携



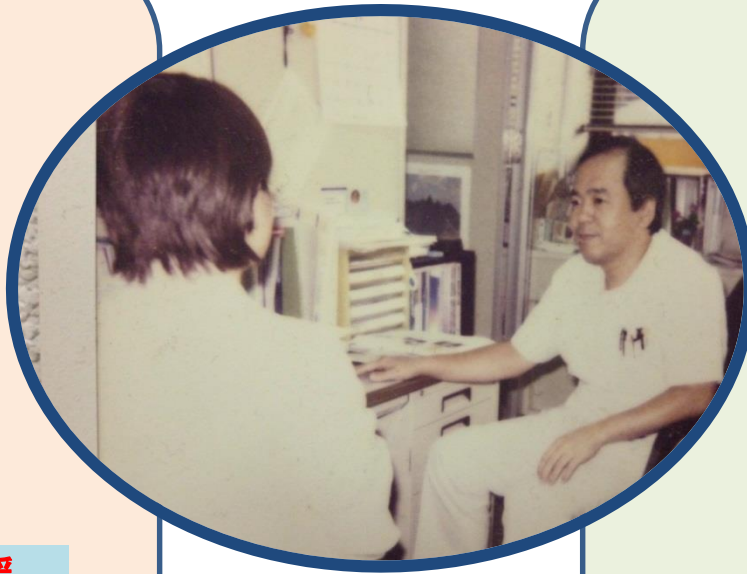
介護支援専門員
(ケアマネジャー)



地域包括支援
センターのスタッフ
・保健師



ホームヘルパー



かかりつけ医

* 生活の場で医療
を行う医師



主治医

* 入院先の医師



病棟看護師
外来看護師

「入浴介助」の支援例を通して、 訪問看護の強みを見ていきましょう！

- 訪問看護も、訪問介護も、対象者の方のために入浴介助を行います。



訪問看護師による「入浴介助」の支援例

訪問看護利用のためのチェックリスト

- ☑ 入浴や清拭に介助がいる
- ☑ 在宅酸素療法

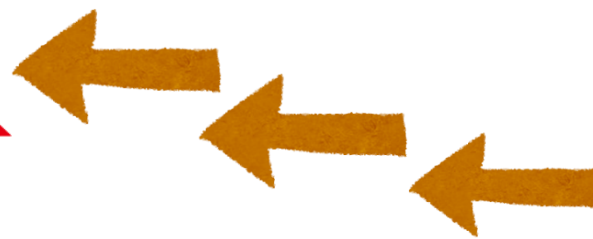


介護支援専門員
(ケアマネジャー)

要支援認定者(妻と二人暮らし)

在宅酸素療法中の方で、息苦しさのため入浴を嫌がられる事が多く、訪問看護にサービスを依頼しました。

安全に安楽に入浴ができるために、入浴介助、病状観察をお願いしました。

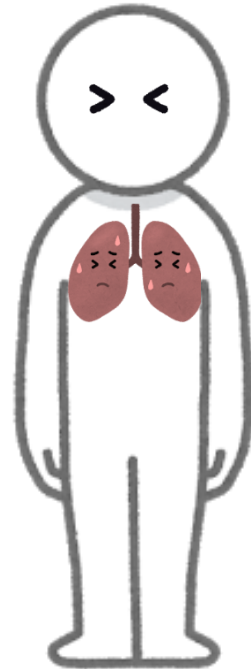


(入浴前)

訪問看護師は、五感(官)を使い観察し、
入浴可能か否か判断します。



室温、湿度、光彩
表情、整容状況
バイタルサインズ
呼吸動作
酸素吸入器
酸素流量
チューブ閉塞の有無
酸素の加湿状況
顔色・爪の色
酸素飽和度
記録(変化)
浴室環境



部屋の臭気
口臭・体臭



室温、湿度
体表温
乾燥・湿潤・発汗



生活の意欲
入浴する不安感
家族関係



発声状況
呼吸音(聴診)



清拭



洗髪



足浴



ポイント



訪問時のご本人の状況に応じ、ケアの見積もり(清拭、足浴、入浴等のどれが良いか)を行います。

(入浴中の観察ポイント)

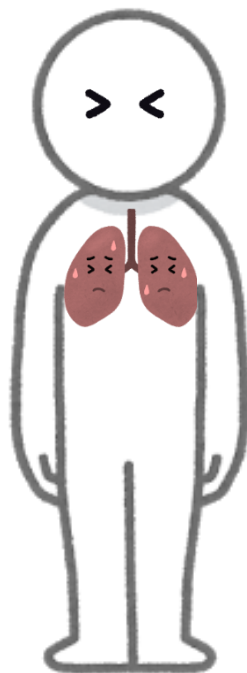
体力消耗を観察しながら、ケアを調整します。



浴室の温度、光彩
表情(負担感)
衣服着脱動作
洗身動作
皮膚の状態
呼吸動作
移乗動作
酸素吸入器の作動
酸素飽和度



発声状況
呼吸音



浴室や臭気



湯温、シャワー圧
洗髪や洗身時に感じる皮膚温、汚れ



入浴等による爽快感
や満足感
疲労感

(入浴後の観察ポイント)

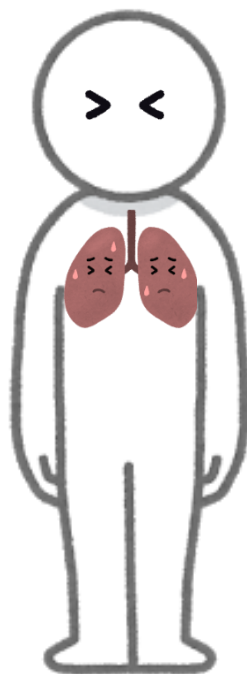
入浴後の注意点や対処の方法を伝えます。



表情(負担感)
バイタルサインズ
呼吸動作
移乗動作
酸素吸入器の作動
酸素飽和度



発声状況
呼吸音



保清の効果



皮膚温

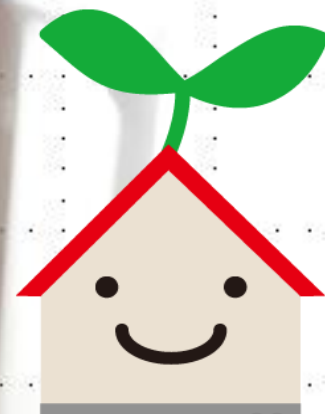


入浴等による爽快感
や満足感
疲労感

看護師さんが見守ってくれるので、安心して入れます。



訪問看護は、医療処置の必要な方ばかりではなく、高血圧や心臓疾患などで病状が不安定な方でも、安全に入浴を楽しめるよう見守り、急変時に備えています。



訪問看護を利用した 介護支援専門員の意見

- 1 入院を繰り返す方に訪問看護を勧めたら、再入院されなくなった
- 2 医師との面談に訪問看護師に同席してもらうと、医療用語の解説を受けられ助かった
- 3 在宅復帰が困難と思った方でも、訪問看護を入れて、元気に過ごされている
- 4 通所系のサービスと違い、訪問サービスなので確実にサービスが入るので安心
- 5 訪問看護を入れると、医療の視点が入り、アセスメントの幅が広がった
- 6 緊急時には、訪問看護が動いてくれて助かった

(介護支援専門員)

私は、このように説明します。

先生の意見書※
の「訪問看護」に
チェックが入って
いて、先生も勧
めておられます。

※主治医意見書の
訪問看護に関する
項目は、次ページ



いつでも
看護師さんに
相談できますよ。

タクシーを使って
不定期に病院に
行くよりも、訪問
看護の利用料だ
けですみますよ。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

- 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
現在の栄養状態 良好 不良
→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

- 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()
→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

- 期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

- 訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療
 訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導
 訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

- ・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()
・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()
・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

- 無 有 () 不明

主治医は、医学的管理の必要性が高い項目にチェックを入れています。
介護支援専門員の方から、患者さんやご家族へ訪問看護のサービス
利用に向けた働きかけをお願いしたいと思っています。



主治医意見書の 看護職員の訪問による相談・支援とは

看護職員による「居宅療養管理指導」

「居宅療養管理指導事業者」としての指定を受けた医療機関及び訪問看護ステーションの看護職員が訪問して、療養上の様々な課題・悩みに対する相談・支援を行うものです。

- * 要介護認定の(新規、更新、区分変更)された際、指定居宅サービスが開始されてから2ヶ月以内に1回利用できます。
- * 主治医意見書に「看護職員の訪問による相談・支援」にチェックがあれば、訪問看護指示書は必要ありません。
- * 400単位／回です。

看護職には、患者さんやご家族の日常生活の相談・支援をする他、日常生活に潜む課題を早期に発見して必要な医療に繋げて欲しいと思います。





ケアプランに役立つ
訪問看護サービス
展開例

ここでは、訪問看護のサービス内容の文例をあげています。
ケアプラン作成等にご利用ください。



慢性心不全の方の例



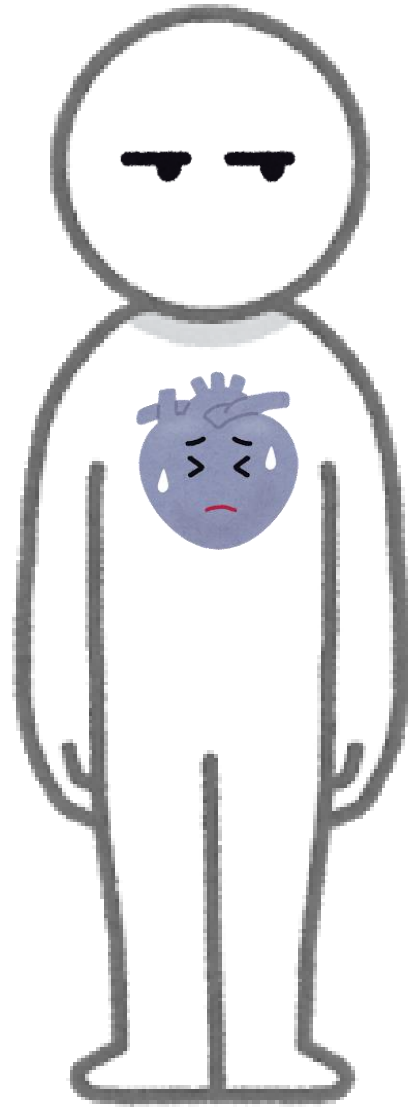
観察ポイント

- 呼吸苦、疲労感(主訴)
- うっ血所見(心肺音、頸動脈、浮腫等)
- 低灌流所見(脈圧、低血圧、四肢冷感)
- 皮膚温、発汗
- 利尿剤、尿量、体重
- 食事



判断

- 活動と心機能のバランス
- 病状変化を発見し、早期受診の必要性
- 栄養指導の必要性



訪問看護のサービス内容

- 食事(塩分)や、水分量に関する教育的支援を行います。
- 療養生活の相談に対応
- 身体保清
- 介護相談に対応
- 福祉用具の利用提案等による療養環境の調整
- 社会資源の紹介・調整
- 緊急時の相談・対応
- 服薬管理
- 判断内容に基づき、関係機関への情報提供及び調整

慢性呼吸器疾患の方の例

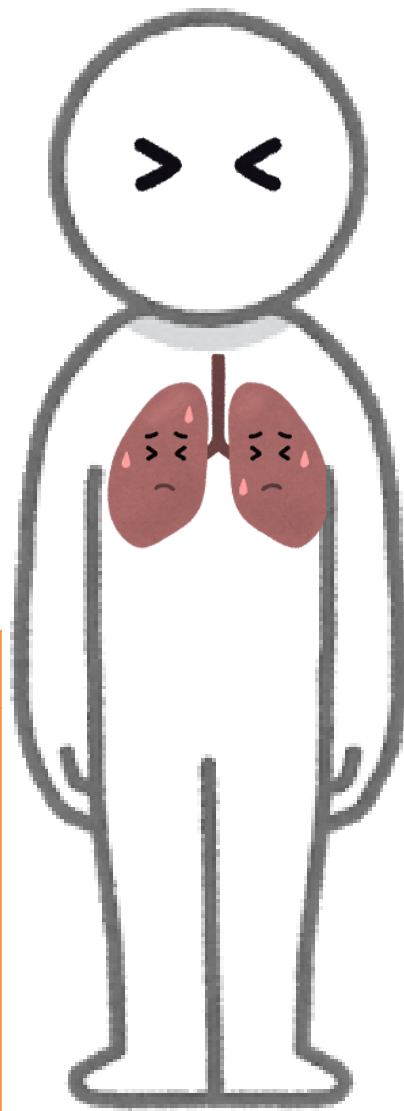


観察ポイント

- 酸素飽和度、顔色、爪甲色、手足の冷え、発汗
- 息切れ、疲労感
- 頭痛、動悸、睡眠状況
- 呼吸音、排痰の色や量
- 食事・服薬状況
- HOT管理状況、療養環境
- 介護状況

判断

- 心身状態(安定or医師への緊急報告の可否など)
- 入浴の可否、入浴方法の判断(入浴、シャワー、足浴など)
- 入浴中・後の変化
- 酸素の管理状況の判断・対応
- 介護者の健康・負担度・介護方法



訪問看護のサービス内容

- 健康状態の管理
- セルフケアの教育的支援
- 療養生活の相談に対応
- 身体保清
- 在宅酸素吸入器の管理
- 呼吸筋マッサージ等のリハビリテーション
- 介護相談に対応
- 福祉用具の利用提案等による療養環境の調整
- 社会資源の紹介・調整
- 緊急時の相談・対応
- 服薬管理
- 関係機関への情報提供及び調整

認知症の方の例



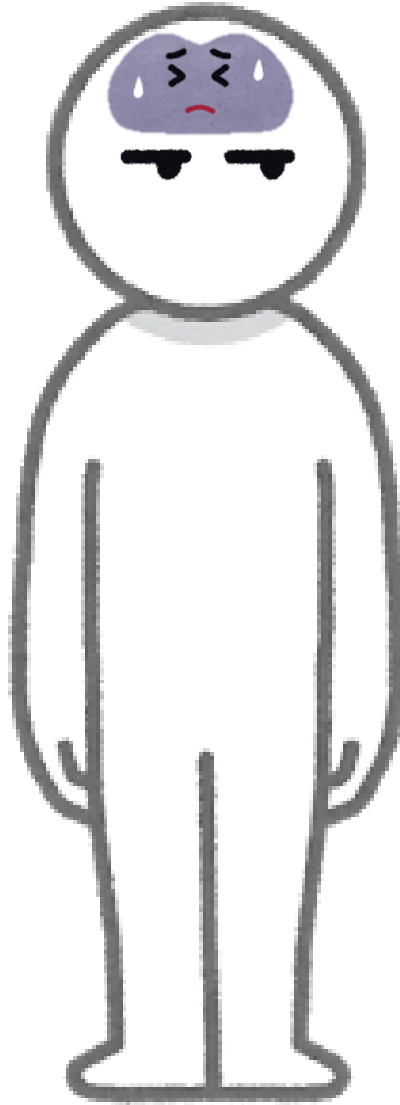
観察ポイント

- 表情、感情、記憶、判断能力
- 中核症状、周辺症状
- 服薬や受診の状況
- 食事、排泄、活動、睡眠、保清状況
- 家族や近隣者との人間関係
- 介護者の健康状況



判断

- 認知機能の低下による自宅療養の継続が可能か否か
- 社会資源(他のサービス)やインフォーマルサービスの必要性を判断



訪問看護のサービス内容

- 本人の心身の健康を支援
- 家族へ訪問状況の報告
- 療養生活の相談・支援
- 介護に関する相談・支援
- 本人・家族の関係の調整
- 処方薬を一日分ずつセットし、確実な服薬を支援
- 保清行動を誘導
- 入湯時の見守り
- セルフケア能力の見極め
- 療養生活のリスクを回避
- 定期受診の管理・誘導
- 医療側と介護側の双方へ情報提供
- 地域での見守り体制を調整

糖尿病の方の例



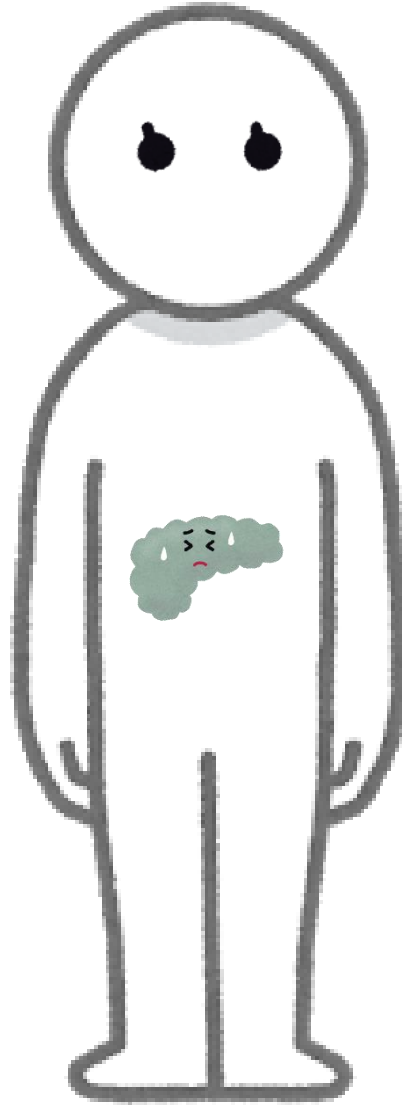
観察ポイント

- 血糖値、口渇、尿量
- 食事、体重、活動、休息
- 投薬の状況
- 手足のシビレ、冷え
- 目のかすみ
- 外傷、壊疽等の有無



判断

- 食事や活動量のバランスが適切か否か
- 病識をどの程度理解されているのか
- セルフケアがどこまで可能か



訪問看護のサービス内容

- 食事、服薬を含めた療養生活の相談・支援
- セルフケア能力に応じた療養生活の指導
- 食事バランスを考慮した惣菜の活用等、助言
- インスリン注射の自己管理状況の確認と助言
- 血糖測定の手技確認と助言
- スキンチェック、必要に応じてフットケア等の処置を実施
- 創処置と予後予測
- 神経症状や視力障害等に伴う療養環境の調整
- 長期療養の精神的支援

発行：平成30年3月31日

熊本県阿蘇保健所