各論1 多職種協働・地域連携

各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

i）訪問看護

佐藤 美穂子

要　旨

訪問看護とは、主治医が訪問看護の必要を認めた傷病者や要介護者等に対して、訪問看護ステーションや病院・診療所等の看護師等が居宅を訪問し、療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービスである。具体的には、病状等健康状態の観察、重症化予防、療養生活の相談・助言、リハビリテーション、点滴等医療処置、痛みの軽減、服薬管理、緊急時対応、多職種連携など24時間体制で行う。主治医とは訪問看護の指示書、訪問看護計画書及び報告書、必要時連絡等により連携する。

○介護保険制度の訪問看護

◆利用者：①65歳以上（第1号被保険者）と②40歳以上64歳（第2号被保険者）の16特定疾病の方で、要支援または要介護と認定された方。

◆利用法：ケアプランに訪問看護サービスを位置付け、主治医から訪問看護指示書が交付された訪問看護ステーションの看護師等（または主治医から訪問看護の指示を受けた病院・診療所の看護師等）が訪問看護を提供する。1回当たりの訪問時間は、20分未満、30分未満、1時間未満、1時間30分未満の4区分となる。理学療法士等の場合は1回当たり20分以上（週6回まで）となる。

○医療保険制度の訪問看護

◆利用者：介護保険法の訪問看護が利用できない方。①40歳未満と②40歳以上64歳までで16特定疾病以外の方、③介護保険法の介護認定の結果非該当となった方、④厚生労働大臣が定める疾病等の方、⑤精神科訪問看護の対象者（認知症除く）、⑥病状の急性増悪等による特別訪問看護指示期間にある方。

◆利用法：主治医から訪問看護指示書が交付された訪問看護ステーション（または主治医から訪問看護の指示を受けた病院・診療所の看護師等）が訪問看護を提供する。1回当たりの訪問時間は30分～ 1時間30分程度（精神科訪問看護は30分未満又は30分以上）で通常は週3日まで。病状の急性増悪等による特別訪問看護指示期間、がん末期など厚生労働大臣が定める疾病等および特別管理加算に該当する方では毎日、さらに1日3回まで訪問看護を提供できる。

内　容

1. 訪問看護制度の発展経緯（あらまし）
2. 訪問看護制度とは
3. 訪問看護提供機関とは
4. 訪問看護師の活動
5. 安全な在宅医療の実践
6. 参考資料・添付

1　1. 訪問看護制度の発展経緯（あらまし）

年代	社会の動向	地域の看護活動
1960年～	・脳卒中が死因の1位 ・国民皆保険制度	病院が自主的に退院患者への訪問看護を開始
1970年～	・高齢者医療費無料化 ・病院入院患者・外来患者に高齢者が増加	・行政が寝たきり高齢者に対して、潜在看護師活用による訪問指導事業を試行 ・病院からの訪問看護が拡大
1980年～	・高齢者医療費一部負担の導入等（老人保健法）	・病院からの訪問看護・指導に老人診療報酬点数化（1983） ・市町村から訪問指導事業開始
1990年～	消費税3% 新ゴールドプラン（1994）	訪問看護モデル事業を経て、医療保険で訪問看護ステーション開始（1992）
2000年～	・介護保険制度開始 ・消費税8%に引き上げ ・地域包括ケアシステム	・介護保険サービスに訪問看護を導入 ・訪問看護と介護の一体的提供の推進

わが国では、1960年頃から、後遺症のある退院患者をフォローする訪問看護が始まった。1982年に制定された老人保健法のもと、1983年に老人診療報酬において「退院患者継続看護・指導料（100点）」が新設され、病院から訪問看護・指導が始まった。

1991年の老人保健法等の一部改正により、「老人訪問看護制度」が創設されて、1992年から「老人訪問看護ステーション」からの訪問看護が始まった。1994年には健康保険法等の一部改正により「訪問看護制度」が創設され、全年齢層への訪問看護が行われるようになり、「訪問看護ステーション」と呼ぶようになった。

1997年に制定された介護保険法において、訪問看護は居宅サービスの一つと位置付けられた。2000年以降、訪問看護ステーションは健康保険法等医療保険と介護保険の両制度により訪問看護を提供することとなった。

2　2. 訪問看護制度とは

■医療保険制度(健康保険法、高齢者医療確保法等)

〇対象者：居宅の傷病者
　　治療の必要の程度につき主治医が認めた者

〇看護内容：療養上の世話又は必要な診療の補助

■介護保険制度(介護保険法)

〇対象者：居宅の要支援者・要介護者
　　※治療の必要の程度につき主治医が認めた者であり、居宅介護支援事業者等の介護（予防）サービス計画に位置付けられた者

〇看護内容：療養上の世話又は必要な診療の補助

医療保険制度では、健康保険法や、高齢者の医療の確保に関する法律等のもとに訪問看護を行う。対象者は、居宅の傷病者で、主治医が治療の必要の程度につき認めた者である。

①介護保険制度の非該当者（40歳未満、40歳以上65歳未満で16特定疾病以外の者、介護認定の結果で非該当の者）
②末期の悪性腫瘍等別に厚生労働大臣が定める疾病等の者
③精神科訪問看護の対象者（認知症除く）
④特別訪問看護指示期間の者

介護保険制度では、予防給付の介護予防訪問看護と介護給付の訪問看護を行う。対象者は、居宅の要支援者、または要介護者で、主治医が治療の必要の程度につき認めた者であり、居宅介護支援事業者等の介護（予防）サービス計画に位置付けられた者である。介護保険制度で給付しない者は医療保険制度の訪問看護となる。

3　3. 訪問看護提供機関とは

■主な訪問看護提供機関

●保険医療機関（病院・診療所）
●訪問看護ステーション
●定期巡回・随時対応型訪問介護看護（みなし指定）
●看護小規模多機能型居宅介護（みなし指定）

【参考】

■在宅看護
必要な看護を人々の生活の場で提供して、健康人でも病人でも、健康な生活（あるいは安らかな看取り）をささえる

■訪問看護
在宅看護を実現する方法のひとつとして生活の場への訪問による看護を提供する

訪問看護提供機関は、医療保険の訪問看護と介護保険の訪問看護を対象者に応じて使い分ける。病院・診療所は、介護保険制度では「みなし指定事業者」として、介護保険制度の訪問看護を行うことができる。定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、「一体型」と、別の訪問看護事業者と連携して訪問看護を提供する「連携型」とある。一体型の事業者は2.5人以上の看護職員を配置しており、指定訪問看護事業者とみなされて、医療保険制度と介護保険制度の訪問看護を対象者に応じて提供できる。看護小規模多機能型居宅介護も同様である。

4　3−1）　病院・診療所の訪問看護の特徴

・実施者：保険医療機関（病院・診療所）
・従業者：看護職員のみ
・業　務：医師の指示に基づく訪問看護
・特　徴：当該病院の退院患者・外来患者の訪問看護・指導を主とする。
・報　酬：（1）医療保険制度
　　診療報酬（点数）
　　（2）介護保険制度（みなし指定訪問看護事業者）
　　介護報酬：訪問看護費（単位）

病院・診療所の訪問看護では、訪問看護従事者の人員配置基準や管理者の配置基準、設備基準はない。

医療保険制度では、看護職員の所属する病院等の主治医からの指示で、訪問看護を提供する。報酬は医科点数表に基づく「在宅患者訪問看護・指導料」、精神科の場合は「精神科訪問看護・指導料」等の診療報酬になる。介護保険制度では、みなし指定訪問看護事業者として、居宅介護支援事業者等の介護サービス計画に沿って、訪問看護計画書を作成して、訪問看護を実施し、実施結果を報告する。報酬は「訪問看護費」の介護報酬になる。

訪問診療や往診とは別時間帯で看護職員が訪問看護を提供する。

5　3−2）　訪問看護ステーション

・実施者：医療法人、営利法人等で、都道府県知事等の指定を受けた訪問看護事業者
・従業者：常勤換算看護職員を2．5人以上配置
　　※理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を適当数配置できる
・管理者：看護師又は保健師
・業　務：医師の指示書に基づく訪問看護
　　※居住系施設との契約による健康管理（介護保険）ができる
・特　徴：地域に開かれた、独立した訪問看護事業所
・報　酬：①医療保険制度：訪問看護療養費（円）
　　②介護保険制度：介護報酬　訪問看護費（単位）

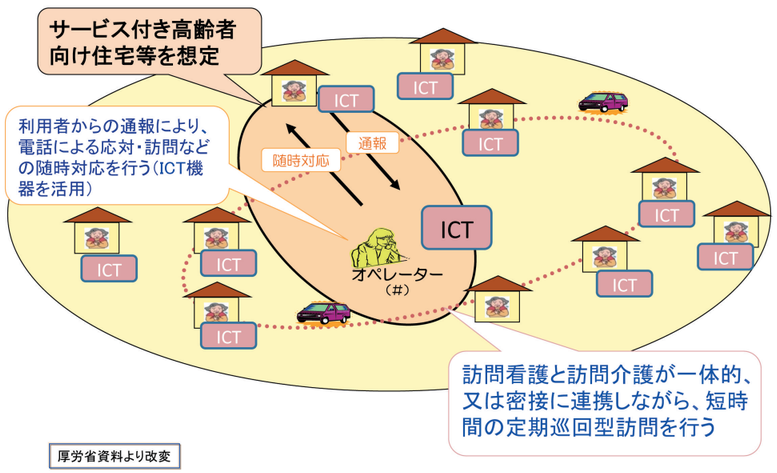
機能強化型訪問看護ステーション
常勤看護職員7人以上、24時間対応体制、ターミナルケア療養費・ターミナルケア加算算定数（年に20回以上）、別表第7の該当利用者数（月に10人以上）、居宅介護支援事業所の設置、地域への活動　　（機能強化型訪問看護管理療養費1の要件）

訪問看護ステーションは、医療法人、営利法人等法人格を有し、都道府県知事等の指定を受けた事業所で、みなしで公費負担医療制度も適応される。常勤換算看護職員は2.5人以上、常勤の看護師または保健師を管理者とする。理学療法士等は適当数配置とされ、訪問看護の範疇でリハビリテーションを行い、介護保険制度の「訪問リハビリテーション」とはならない。

また、訪問看護ステーションは独立した事業所であり、あらゆる医療機関の主治医から指示書が交付され、連携が必要となる。医療保険制度では、訪問看護ステーションに、「訪問看護療養費」が支払われる。介護保険制度では介護報酬の「訪問看護費」が支払われる。

なお、医療保険では、機能強化型訪問看護ステーションとして、常勤看護職員を7人以上配置し、看取り件数は年間20件以上、別表7（参考資料）の重症度の高い在宅療養者への訪問看護を行うことなどを評価した、機能強化型訪問看護管理療養費1（または2）が設定されている。

6　3−3）定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（みなし指定の訪問看護事業所）



厚労省資料より改変

市町村長が指定する地域密着型サービスで、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が密接に連携してサービスを提供する。事業所は、「介護・看護一体型」と「介護・看護連携型」の2種類がある。利用者は要介護者。従業者には1以上のオペレーターを配置し、いつでも利用者が通報ができるように利用者宅には端末機を配備する。「介護・看護一体型」で、常勤換算看護職員が2.5人以上（1以上は常勤の看護師または保健師）配置されている場合はみなし指定訪問看護事業者となり、医療保険の訪問看護や当該サービス登録者以外の者への訪問看護も行うことができる。

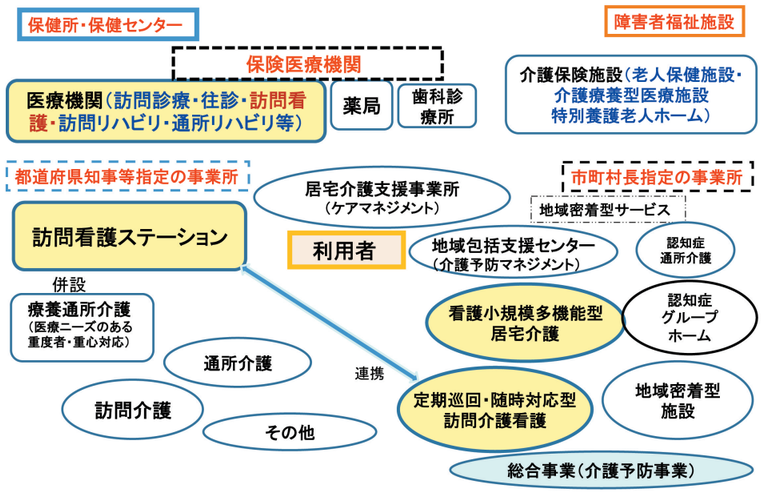
7　3−4）看護小規模多機能型居宅介護（みなし指定の訪問看護事業所）

神奈川県金沢八景 ふくふく寺前

市町村長が指定する地域密着型サービス。小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスで、医療ニーズの高い要介護者を利用者とする。利用定員は29人以下で、その場合の通いサービスの利用定員は18人以下となる。管理者、介護支援専門員を配置し、日中通いサービスは利用者3人に対して1以上（そのうち1以上は看護職員）とする。訪問サービスは2以上（そのうち1以上は看護職員）などで、従業者のうち、常勤換算看護職員は2.5人以上必要とするが、指定訪問看護事業所との兼務ができる。

看護サービスの提供に際し、主治医から指示書が交付される。主治医とは計画書・報告書で連携する。

8　3−5）訪問看護等在宅ケア提供機関



訪問看護等在宅ケア関連の機関である。訪問看護提供機関は、訪問看護ステーションの他に、病院・診療所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護がある。市町村が地域支援事業の一環として実施するサービスに総合事業がある。予防給付から外れた「介護予防訪問介護」が「訪問型事業」となり、「介護予防通所介護」は「通所型事業」となる。その他、配食サービスなどもある。利用者は介護認定審査会を経ることなく「基本チェックリスト」に基づき、総合事業対象者となると、サービスが利用できる。

9　4−1）訪問看護師の活動

訪問看護師は、多様なニーズのある人とその家族のQOL（またはQOD）の向上をめざし、
①健康状態を観察して、疾病や介護状態の予防・悪化防止
②在宅移行支援
③在宅療養生活支援
（緊急対応・24時間体制、症状マネジメント）
④エンド・オブ・ライフケア等を
本人・家族・介護職員・医師等医療従事者と協働してチームで行います。

訪問看護師の活動は本人のみならず家族も対象として、予防、在宅移行支援、在宅療養支援、そして在宅看取りを行う。24時間体制で緊急訪問も行い、特に医師との連携を密にしながら在宅医療を担う。特に経験がある看護師は、細かい症状の変化も観察し、医師に報告・相談するなど、密な連携で在宅療養者を最期までみまもる。

10 ①訪問看護の「予防」の機能を発揮

在宅療養者に限らず認知症のグループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などの入居者に対しても、慢性疾患や障がいなどの悪化防止に努める。

看取りの後の遺族訪問も介護予防、疾病の悪化防止に重要である。特に高齢夫婦世帯で夫が遺族となった場合、閉じこもりがちになり、食事摂取も不十分、降圧剤などの飲み忘れなどの状況になりやすい。訪問看護師は、訪問してグリーフケアを行い、本人を支え、主治医に報告するなど、介護予防、健康状態の悪化防止を行っている。

褥瘡などは予防が第一で、そのために訪問看護師が栄養状態や動作などのアセスメントから相談支援を早期に進めることが重要で、主治医との協働が欠かせない。

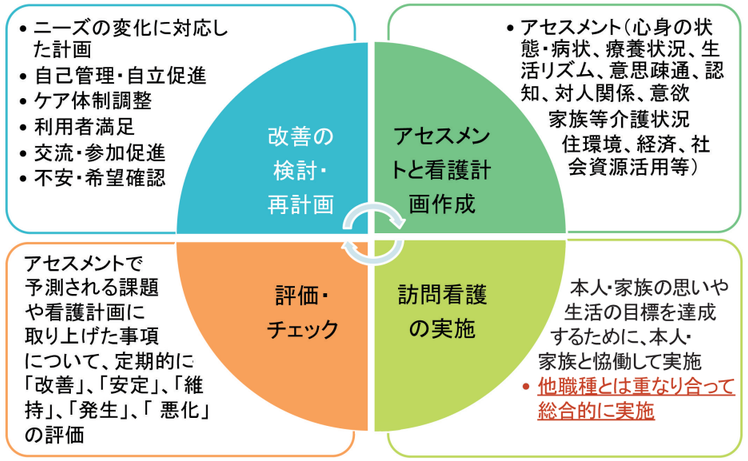
11 ②在宅移行支援における役割

資料:日本看護協会　　資料:日本訪問看護財団

病院から退院して、在宅療養への切り替えは、医師同士の病診連携が重要で、退院患者も訪問看護師も安心して在宅療養環境を整えることができる。がん末期などでは退院時期が遅くなると、わずかな期間で看取りとなる。できるだけ、わが家での生活が長く続けられるように、早めに退院させて訪問看護師など在宅医療チームに任せて頂きたい。

医療と生活の両方に関わることができる訪問看護師が、24時間体制で在宅医療・ケアを担う。病院に入院中には訪問看護師が出向いて退院時共同指導ができ、退院日の訪問看護や退院翌日から2週間の特別訪問看護指示書の交付による毎日訪問もできる。在宅は「すぐに行きます」と言ってもなかなか行けない。本人・家族の潜在能力を見つけ、引出し発揮して頂けるように自己管理力を支える。利用者が最期まで生ききれるよう、多職種が重なり合って支援できるチームケアをめざす。

12 ③在宅療養生活支援（訪問看護過程）



在宅では慢性的な状態の症状マネジメントが主となるが、がん末期、重症児など重症度の高い在宅療養者も多い。心身状態、病状、家族、療養環境などアセスメントを徹底して課題を導き出し、看護計画を作成して看護を行い、成果を定期的に評価するなどの看護過程を展開する。訪問看護ステーションが多い地域では在宅看取りが多いことや、訪問看護ステーションが受け皿として整備されてきたことで在院日数を短縮できるなど、成果を上げている。

13 （参考）在宅療養生活支援
訪問看護における病状変化・急変時対応

◆利用者の健康状態が急激に悪化して緊急性が高い＝急変
◆予測される場合は急変とは言わない？
　エンド・オブ・ライフケアでは、予測されるなかで起こる症状の変化

〇家族や主治医から緊急訪問を要請されたとき

携帯によるオンコール当番（電話対応又は訪問） → 必要時管理者・担当者に報告（必要時訪問等） → 必要時主治医に連絡 指示を受け対応

※訪問看護師には電話での対応力と判断力が一層問われる。
※通常の訪問看護の質が問われる。家族や介護職員と予測される状態や病状変化時の対応を共有し連携を密にする　⇒緊急訪問は少なくなる！

〇ケア中の事故・急変

主治医に連絡し指示を受け対応、病院搬送、又は救急車出動要請等 → 管理者等関係者に報告（必要時訪問等）

24時間体制では、携帯電話によるオンコール体制がほとんどである。訪問してから、主治医の指示を受けて対応することもあれば、救急車での搬送などもある。特に看取りでは、多職種がケアのプロセスを共有することが重要となる。訪問した介護職員が「急変」ととらえ、救急車出動要請にならないようにする。ケア中の事故では転倒が最も多い。訪問看護の研修などでリスクマネジメントの徹底を図っている。

14 ④在宅での看取りの実際（訪問看護師）

◆訪問看護師のアセスメントと訪問看護計画作成

○身体面のアセスメント（フィジカルアセスメント）
例：痛みなどの症状、ADL, IADL、食事・排泄・呼吸など
○精神面のアセスメント
例：不安・抑うつ、孤独感、いらだち
○社会生活面のアセスメント
例：仕事、人間関係、家族関係、療養環境等
○スピリチュアル面のアセスメント
例：人それぞれの価値観、希望と絶望、宗教など

◆症状マネジメント、緩和ケア、臨時応急の手当て、家族等支援

◆多様なニーズに対応するための多職種協働

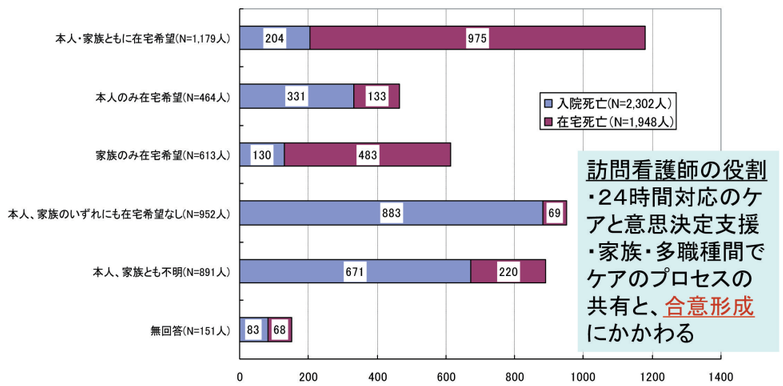
○主治医との連携を密にし、症状等の連絡・相談ができる体制
○身近に頻繁に状態観察ができる家族や訪問介護職員との密な情報交換
⇒急変の不安を軽減し、予測される事態への対応力を強化するための支援

どのような状況にあっても寄り添い続ける

看取りの過程では、たとえ医学が見放しても、訪問看護師は最期まで寄り添い続ける。

15 （参考）本人の希望を尊重し在宅看取りへの合意形成

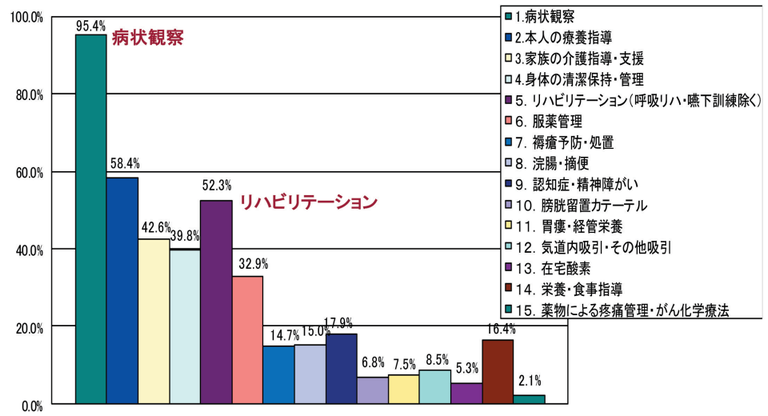
本人より家族等の意思で決まる在宅看取りの実態



※平成16年度老人保健健康増進等事業「訪問看護利用者における終末期ケアに関する調査」（財団法人医療経済研究機構）のデータをもとに厚生労働省において作成されたものを改変

本人が在宅での最期を希望しても、家族が対応できず病院で死を迎えることが多い。主治医から入院を勧められて、病院で死を迎えることもある。これから独居が増えると、いかに近隣やボランティアを巻き込み、医師、看護師など多職種協働でみまもっていくかが重要となる。訪問看護師は医療・介護の連繋の要となりチームがより良い看取りに向かうように黒子的な役割を果たす。遺族は、悲しみの中にも看取った後の達成感や感謝の気持ちを話すことが多い。

16 4−2） 訪問看護の内容（複数回答）



※訪問看護ステーションの利用者数：418,629人の看護内容
（医療処置に係る看護は全体の63.3%）

緊急時対応は8.9%ある

資料：厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」より作成

病状観察はほとんど100%実施しており、地域ではリハビリテーションニーズへの対応も多くなっている。訪問看護師は本人や家族の持てる力を見つけ、引出し、発揮できるように療養生活や介護に関する相談支援も行っている。

一方で、24時間体制で緊急時対応も行いながら、頻回な訪問による在宅医療を担う看護が増加しつつある。例えば、がん末期、精神疾患のある在宅療養者、重症児、看取り期などである。

17 5. 安全な在宅医療の実践

●主治医からの訪問看護指示書による連携
⇒必要時主治医に内容確認
治療上、主治医が必要とする情報は何かを確認し、経過報告

●訪問看護計画書・報告書の作成・提出
⇒定期的に主治医に提出、看護の評価

○在宅療養者および家族の不安、希望、できること等を良く聴き、在宅医療のプロセスを共有する。医師と在宅療養者との橋渡し
⇒主治医への情報の提供・プロセスの共有・報告・相談

○必要十分な衛生材料、安全性の高い機材等の使用
⇒主治医への情報の提供・衛生材料等の確保

○プロトコール、マニュアル等の整備・活用
⇒主治医との連携に活用、訪問看護ステーションの質向上に活用

○地域ケア会議、研修会等に参加し、在宅医療関連情報の共有
⇒地域包括ケアシステムに積極的に参画

地域で暮らす人で、医療と介護の必要な人、それは看護の必要な人である。小児から高齢者まで全ての人が最期まで住み慣れた地域で生ききることを支援するため、看護力を発揮したい。

18 （参考資料）別表第7 （基準告示第2の1に規定する疾病等）

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、オリーブ橋小脳変性症、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、又は
人工呼吸器を使用している状態の者

19 （添付）訪問看護関連団体の活動 （訪問看護推進連携会議）

訪問看護推進連携会議を構成する3団体（日本看護協会・日本訪問看護財団・全国訪問看護事業協会）が「訪問看護推進10ヵ年戦略」を見直し、「訪問看護アクションプラン2025「を作成しました。Ⅰ～Ⅳを 紹介します。

Ⅰ 訪問看護の量的拡大

1. 訪問看護事業所の全国的な整備
   - ●地域偏在をなくす ●24時間365日体制 ●規模
2. 訪問看護師の安定的な確保
   - ●目標15万人 ●新卒看護師確保 ●WLB
3. 医療機関と訪問看護ステーションの看護師の相互育成
   - ●人材育成 ●人事交流

Ⅱ 訪問看護の機能拡大

1. 訪問看護の提供の場の拡大
   - ●介護施設やグループホームの訪問看護
2. 訪問看護事業所の機能の拡大
   - ●機能強化型訪問看護ステーションを二次医療圏に1か所以上 ●療養通所介護の拡充
   - ●住民への予防活動等
3. 看護小規模多機能型居宅介護の拡充
4. 訪問看護業務の効率化
   - ●ICT活用による他職種との情報共有 ●業務効率化

20 続き

Ⅲ 訪問看護の質の向上

1. 健康の維持・回復、生活や穏やかな人生の最終段階を支える視点を持つ専門家の育成
   - ●在宅ターミナルケア、緩和ケア ●認知症
   - ●精神科疾患 ●重度心身障害児 ●退院支援等
2. 看護の専門性を発揮して多職種と協働
   - ●多職種と共に学び、考える場づくり
3. 訪問看護ステーション管理者のマネジメント力の向上
   - ●管理者研修の充実
4. 看護基礎教育への対応強化
   - ●教育機関との協力体制 ●在宅看護論の実習指導力

Ⅳ 地域包括ケアへの対応

1. 国民への訪問看護の周知
   - ●訪問看護の機能・役割の情報発信
2. 地域包括ケアシステムの構築
   - ●地域ネットワークづくり ●市町村の事業や会議への参加
3. 地域での生活を包括的に支援する訪問看護ステーションの機能強化
4. 訪問看護の立場からの政策提言
   - ●政策策定プロセスへの参加 ●地域特性に合った政策提言

【引用情報】
●2015年版 訪問看護関連報酬・請求ガイド．日本訪問看護財団，2015.
●訪問看護業務の手引き 平成27年4月版．社会保険研究所，2015.
●厚生労働省大臣官房統計情報部：平成26年介護サービス施設・事業所調査の概況（平成27年10月22日）
●厚生労働省大臣官房統計情報部：平成25年介護サービス施設事業所調査（平成27年3月16日）
●佐藤美穂子，他：系統看護学講座 統合分野 在宅看護論．医学書院，2015.