

高齢者施設等と 訪問看護ステーションとの 連携ガイド

平成29年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「高齢者施設等と訪問看護事業所との連携の実態及び
看護の提供に関する調査研究事業」

一般社団法人
全国訪問看護事業協会

目次

CONTENTS

1	はじめに	1
	(1) 本ガイドの作成にあたって	2
	(2) 本ガイドのねらい	4
	(3) 本ガイドの対象と活用方法	4
2	高齢者施設等と連携する必要性・メリット	5
3	高齢者施設等との連携に関する具体的な好事例	7
4	高齢者施設等との連携プロセス	9
	(1) 施設等も含めた地域との関係づくり	10
	(2) 訪問に関する相談・依頼	11
	(3) 契約（入居者個人との契約又は施設との業務委託契約）	14
	(4) サービスの提供	17
	(5) サービスの評価・見直し	23
5	高齢者施設等との連携における課題と解決方法の具体例	24
6	高齢者施設等に関する解説	26
	(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	26
	(2) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	27
	(3) ケアハウス	27
	(4) 有料老人ホーム	27
	(5) サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・サ付き住宅）	27
	(6) 特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）	28
7	Q & A	29
	様式集	30
	(1) 業務委託の場合の契約書の例	31
	(2) ケア方針や責任範囲等の取り決め文書の例	34
	(3) 高齢者施設等が入居者に示す文書の例	37
	(4) ケア内容を共有する記録様式等の例	38
	参考資料	40

1

はじめに

我が国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの整備が進められています。

超高齢社会の到来に伴い、独居高齢者や高齢者のみ世帯が増加していく中、在宅療養者の住まいとしては、自宅だけではなく、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウスなどの施設（以下、「高齢者施設等」と言う。）に入居するスタイルも多くなりつつあります。そのような様々な形態の住まいにおいても、自分らしく、生きがいや役割をもって生活でき、どのような状態であっても最期まで同じ住まいで生活を継続できるように支援体制を整備していくことが大切であり、そのためには、医療と生活の両側面から支援することができる訪問看護は重要な役割を果たします。

一方、高齢者施設等に対する社会的ニーズがより一層高まる中、高齢者施設等においては、事業ごとに看護師配置や訪問看護の提供可否に違いがあり、また、今後さらに医療が必要な高齢者の増加が見込まれる中、介護分野で働く看護職員の数は十分とは言えない現状にあります。

そこで、当協会では、平成29年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「高齢者施設等と訪問看護事業所との連携の実態及び看護の提供に関する調査研究事業」の一環として、「高齢者施設等と訪問看護ステーションとの連携ガイド」を作成しました。本ガイドには、訪問看護ステーションの看護師が高齢者施設等に訪問して看護を提供する必要性やメリット、具体的な連携の好事例、高齢者施設等との連携プロセスのポイント、契約書等の様式や制度関連の説明が掲載されています。

訪問看護ステーションで働く皆様が、高齢者施設等における効果的・効率的な看護の提供や連携を具体的に進めていくために活用していただけることを期待しています。

一般社団法人 全国訪問看護事業協会
会長 伊藤 雅治

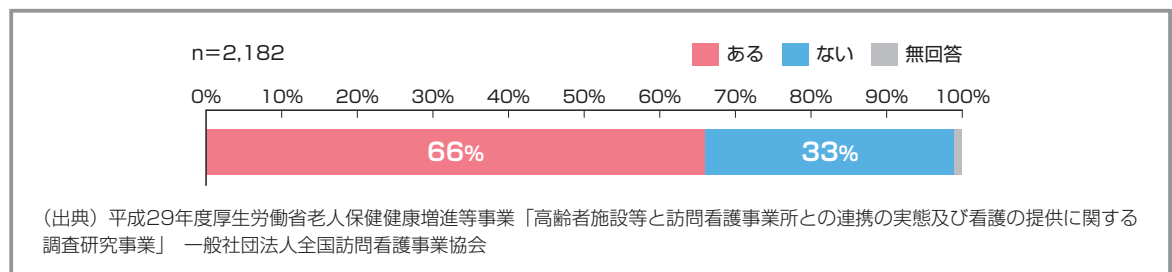
1 本ガイドの作成にあたって

超高齢社会の到来に伴い、独居高齢者や高齢者のみ世帯が増加していく中、在宅療養者の住まいとして、自宅だけではなく、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の施設に入居するスタイルも多くなりつつあります。そのような様々な形態の住まいにおいても、自分らしく、生きがいや役割をもって生活でき、どのような状態であっても最期までご本人が希望する場所で生活を継続できるようにすることが大切であり、生きがいや自己実現をもった生活を送ることができるように在宅療養者を支え、医療と生活の両側面から支援することができる訪問看護は重要な役割を果たします。

当協会の会員訪問看護ステーションを対象とした調査¹によると、高齢者施設等に訪問している訪問看護ステーションはおよそ7割であり（**図表1**参照）、具体的な各施設への訪問状況は**図表2**の通りでした。また、**図表3**に示すように、施設の種別によって看護師配置や訪問看護の提供方法に違いがあり、医療保険を含む訪問看護ステーションと施設との連携状況は様々と言えます。

そこで、本ガイドでは訪問看護ステーションと高齢者施設等の連携に活用できるよう、高齢者施設等への訪問看護師の訪問状況の調査やヒアリングを通して把握できた訪問看護ステーションにおける取り組みの内容や工夫、連携の効果等を示すこととしました。

図表1 訪問している高齢者施設等の有無

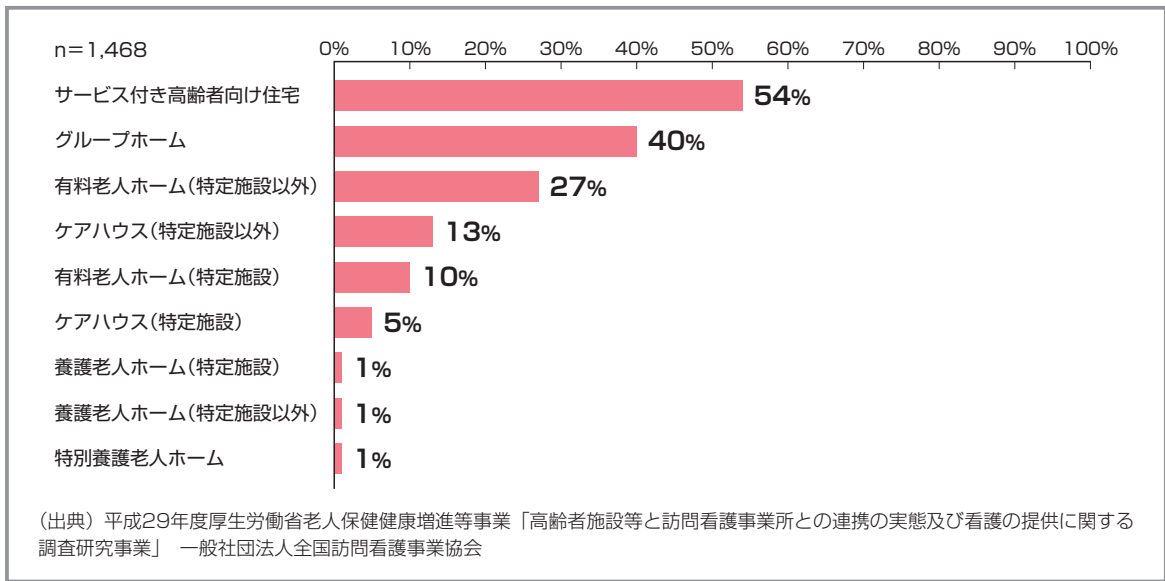


CHECK

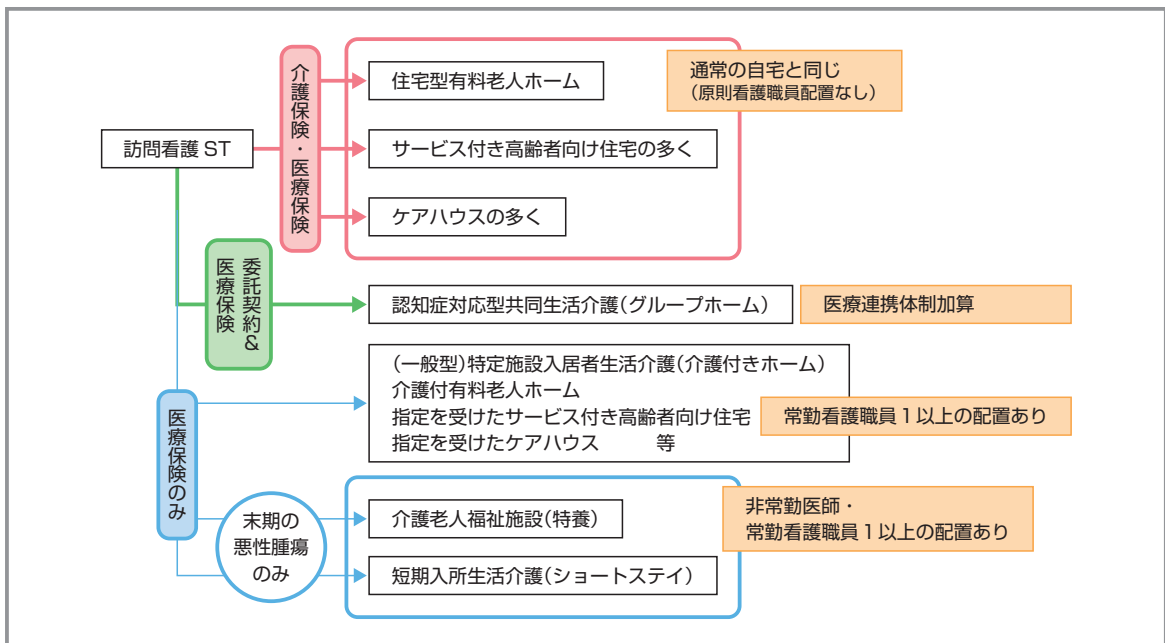
「高齢者施設等」とは、本ガイドにおいては、**特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・ケアハウス・養護老人ホーム・グループホーム・サービス付き高齢者向け住宅**を指します。高齢者施設等に関する制度の解説については6章を参照してください。

1 平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「高齢者施設等と訪問看護事業所との連携の実態及び看護の提供に関する調査研究事業」 一般社団法人全国訪問看護事業協会

図表 2 訪問している高齢者施設等



図表 3 高齢者施設等の入居者に対する訪問看護の提供例（主なもの）



2 本ガイドのねらい

本ガイドでは、訪問看護ステーションにおける高齢者施設等への訪問状況を踏まえ、高齢者施設等との連携のあり方を示します。

特に連携のプロセスに焦点をあて、具体的な進め方やポイント等を紹介します。

3 本ガイドの対象と活用方法

本ガイドは主に、訪問看護ステーションの管理者及び訪問看護師に活用いただくことを想定しています。

しかし、訪問看護ステーションと高齢者施設等の連携にあたっては、施設側の協力も不可欠であり、本ガイドの中では施設の施設長や管理者、看護職員、介護職員等の取り組み、工夫についても取り上げています。

本ガイドを連携先の高齢者施設等とも共有し、訪問看護ステーション、高齢者施設等の双方が連携のあり方についての理解を深め、地域の療養者に対してより良い支援が提供できる仕組みを構築するために、役立てていただければ幸いです。

本ガイドの活用方法

◆ 訪問看護ステーションの管理者向け

訪問看護ステーションと高齢者施設等が連携するにあたり、各々のあるべき連携体制、連携方法等を検討する参考にしてください。

◆ 訪問看護ステーションの訪問看護師向け

訪問看護師が高齢者施設等に訪問する際に、より良いケアの提供ができるように、ケアの提供方法や施設職員との連携方法等、現場で実践可能な取り組みを考える参考にしてください。

◆ 高齢者施設等の職員向け

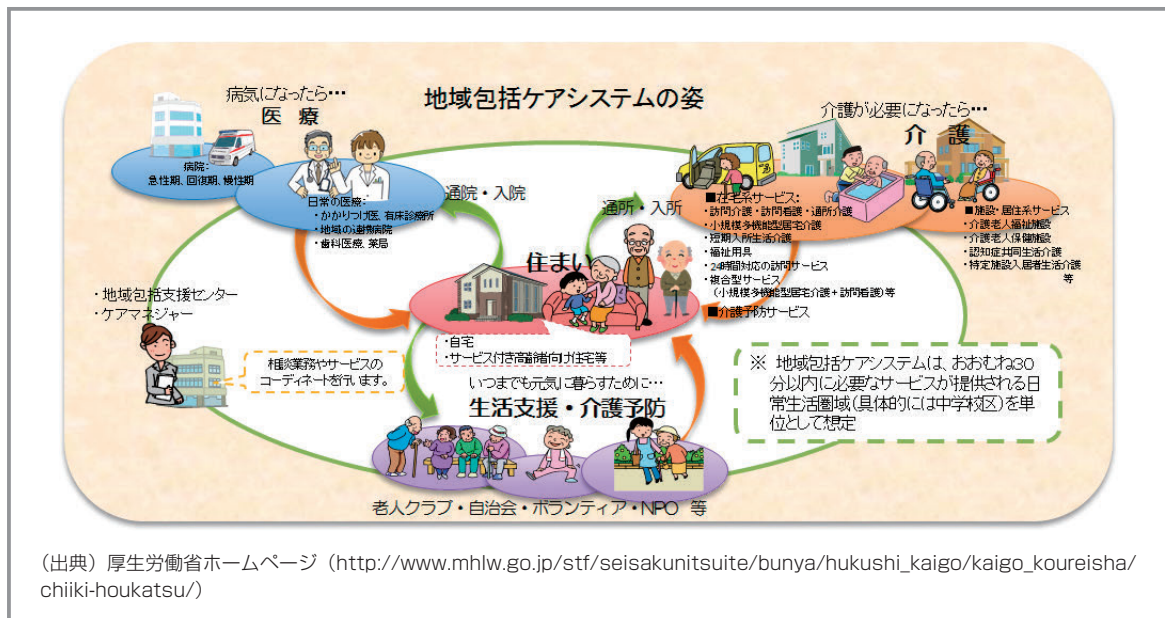
訪問看護師の高齢者施設等への訪問を受け入れる際に、入居者がより良いケアを受けられることができるように、施設職員の役割や訪問看護師との連携方法等、現場で実践可能な取り組みを考える参考にしてください。

2

高齢者施設等と連携する必要性・メリット

高齢者の健康状態は環境やケアによって大きく影響を受けます。介護と医療のニーズを有する高齢者に対しては、地域包括ケアシステムにより介護と医療等が一体的に提供され、住み慣れた自宅で生活を継続し、置かれた環境を維持することが重要です。その中で、在宅療養者を医療と生活の両側面から支える訪問看護は重要な役割を担います。さらに、本人の希望や健康状態に合わせて、介護・医療の整備された高齢者施設等に入居する場合も、自宅からのケアの継続が可能ないように、入居先の高齢者施設等と訪問看護の連携が必要です。

図表 4 地域包括ケアシステムの姿



当協会の会員訪問看護ステーションを対象とした調査²によると、訪問看護師の施設等への訪問について、次のようなメリットが挙げられています。

- ・入居者の生活の安心に繋がっている。
- ・医療ニーズや看取り等の専門的なケアに対応できている。
- ・訪問看護ステーションが地域に浸透している。
- ・施設のケアの水準が向上している。
- ・施設の評価が向上している。

2 平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「高齢者施設等と訪問看護事業所との連携の実態及び看護の提供に関する調査研究事業」一般社団法人全国訪問看護事業協会



訪問看護師が高齢者施設等へ訪問する具体的効果

<入居者の生活の安心>

- ・住まいのスタッフは入居者にとって家族のような存在である。ちょっとしたことでも共有し、医療と介護の両方の目で見ても入居者をみんなで支えることができている。
- ・ある入居者は介護職には心を開いてくれないが、医療職である訪問看護師が週1回1時間援助することで落ち着かれて生活されている。

<専門的なケアへの対応>

- ・病状変化を見逃したりしないよう、訪問看護師の「気付き」で主治医に繋いでくださる。この前は、帯状疱疹にすぐに気付いて処方にも繋がらなかった。
- ・主治医を中心に、訪問看護師と連携することで馴染みのある住まいの中で安心して看取ることができた。

<訪問看護ステーションの地域への浸透>

- ・当訪問看護ステーションが関わったことで対応できた入居者の事例等が地域の施設間で共有されることで、当訪問看護ステーションの知名度の向上に繋がっている。
- ・地域に対して様々な取り組みを行っていることが看護師間で情報共有され、職員の確保に繋がっている。

<施設のケア水準の向上>

- ・施設の職員にケアの方法等について助言することで、施設の職員も自分たちで考えて対応することができるようになり、入居者の状態改善にも繋がった。
- ・訪問看護の受け入れに際して、マニュアル等を作成し、各職種の役割を明確化することで多職種連携の深化に繋がった。

<施設の評価の向上>

- ・外部の訪問看護を受け入れることで、閉鎖的ではなく、地域に開かれた施設であるという評価に繋がっている。

3

高齢者施設等との連携に関する具体的な好事例

連携に関する好事例として、高齢者施設側からも次のような好意的な意見が挙げられています。

- ・訪問看護ステーションとの連携がなければ、当該入居者の受け入れはできなかった
- ・訪問看護の受け入れによって、入居者の状態悪化が防げており、今後も継続が必要である
- ・専門的なアドバイスを受けることで介護職も安心かつ自信をもって介護に従事できている
- ・連携を通して共に成長することができた



看護師がいない施設で訪問看護師の訪問が効果的であった事例 ～グループホームで看取りを行ったケース～

<事例>

- ・90歳代の女性。寝たきりで食事摂取に全介助が必要な状態。
- ・グループホームに入居中、発熱があり、医療機関を受診したところ、感染症と診断され入院。
- ・入院中、医師から経管栄養を提案されたが、家族もグループホームの職員もグループホームでの生活を希望し、嚥下に関するリスクを受け入れて、解熱した時点でグループホームに退院。
- ・退院後は、主治医と連携し、特別訪問看護指示書により、グループホームと医療連携体制加算を算定している訪問看護ステーションから看護師が訪問し、グループホーム内で看取りを実施。

<連携上のポイント>

- ・入院中、訪問看護ステーション管理者が、グループホームの職員から退院後の対応について相談を受け、訪問看護ステーションによるバックアップ体制を整備したことによって、グループホームではリスクを承知した上で退院を受け入れる決断ができた。
- ・以前から繋がりがある訪問看護師との連携は円滑であった。また、訪問看護師のバックアップにより、グループホームの職員にとって、夜勤時の対応等、緊急の際には訪問看護師に相談できるという大きな安心感があった。



看護師がいる施設で訪問看護師の訪問が効果的であった事例

～短期入所生活介護事業所で医療ニーズの高い利用者のショートステイが可能となったケース～

<事例>

- ・がん末期の診断を受け、家族からの依頼により、自宅で訪問看護を利用開始。
- ・家族が不在時の対応としてショートステイの利用を検討し、介護支援専門員から受け入れを依頼。
- ・依頼先の施設では、病状変化や医療処置等に対応できないため、当初は受け入れを躊躇したが、利用していた訪問看護ステーションの看護師が訪問することを条件として、施設も受け入れを了承。
- ・当初は家族不在時のショートステイのみの利用であったが、徐々に利用頻度が増え、家族の介護負担の軽減に繋がり、家族も復職することができた。

<連携上のポイント>

- ・ショートステイの利用開始前からの情報交換や利用者 - 施設の看護師 - 訪問看護師の三者ミーティング等により、同じ方向性で情報を共有し、本人への医療処置は訪問看護師、その他のケアは施設の看護師が担当するようお互いの役割を整理した。
- ・以前から本人を支えていた訪問看護師の支援があることで、自宅での生活時と同様のケアが引き続き実施でき、また本人への対応に関して訪問看護師に相談できるため、施設の看護師にとって安心感があった。

4

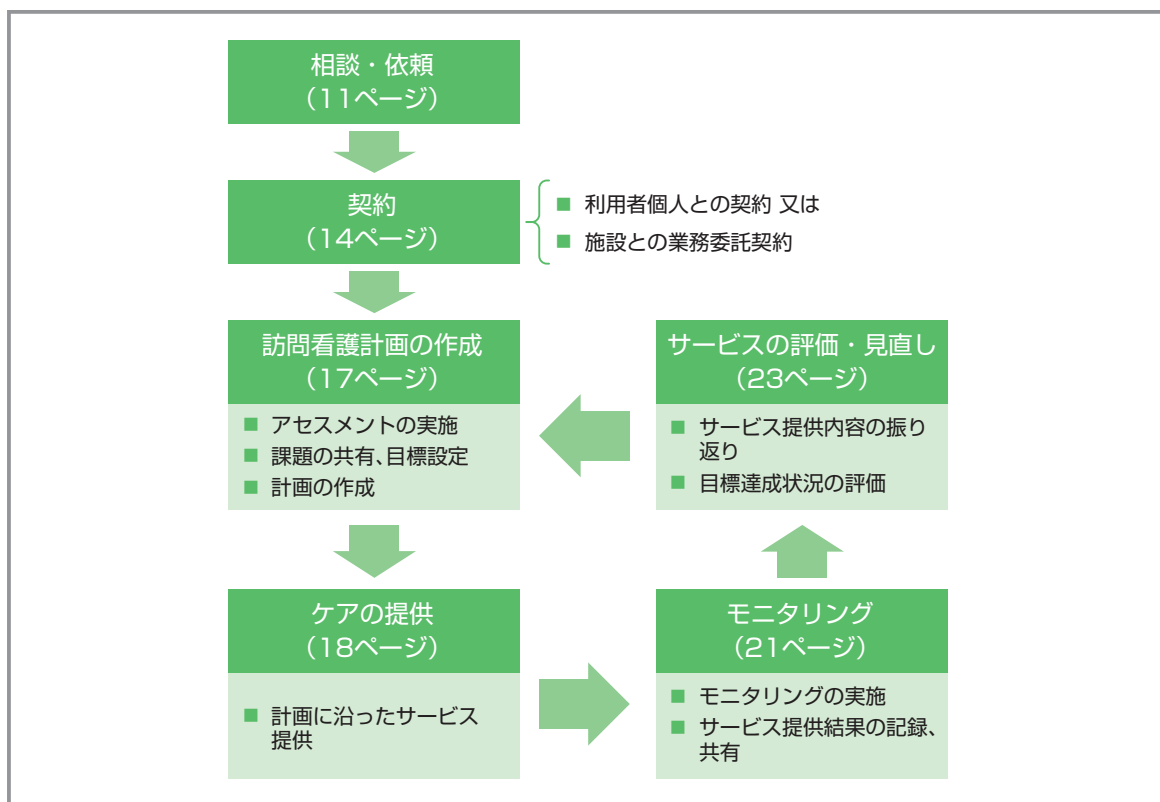
高齢者施設等との連携プロセス

高齢者施設等へ訪問して看護を提供するにあたって、まずは連携プロセスの全体像を確認しましょう。一般的に、利用の相談・依頼からサービス提供のプロセスは図表5の通りです。

施設側又は入居者からのサービス提供の打診を受け、施設等へ訪問することが決定したら、「契約」を締結します。その後、「訪問看護計画を作成」し、それに基づいて「サービス提供」をします。さらに、状態の変化を「モニタリング」し、「評価・計画の見直し」を行い、再びサービスの提供に繋がります。

以下では、このプロセスに沿って、訪問看護ステーションが高齢者施設等と連携するにあたって実施すべきことやポイント等について説明します。

図表5 訪問看護のサービス提供プロセス



1 施設等も含めた地域との関係づくり



- ◆ 訪問看護師が個々の利用者へのサービス提供を超えて、地域活動に貢献し、住み慣れた地域で利用者が安心して療養生活を継続できるように、地域全体を捉える視点をもって、関わるのが重要です。
- ◆ 地域活動への積極的な取り組みが新規利用者の獲得や看護師の人材確保にも繋がります。

○訪問看護ステーションと高齢者施設等が円滑に連携するためには、お互いを理解し、信頼関係を築くことが何よりも重要です。そのため、訪問看護ステーションにとって、施設等と事前に顔の見える関係ができていることは連携を促進するきっかけになります。

○そのためには、訪問看護ステーションが地域の医療的資源であることを認識し、訪問看護師は、地域包括ケアの推進に向けて、医療と介護を繋ぐコーディネーターとしての役割を果たすことが重要です。

○例えば、地域で開催される研修会や勉強会等に参加することで、地域の事業所や施設等、介護支援専門員、医療機関等との連携強化をはかることができます。また、参加するのみならず、自訪問看護ステーションが研修会や勉強会等を主催するのもよいでしょう。

地域活動の例

研修会・勉強会	<ul style="list-style-type: none">・事例の検討会・基準・報酬等に関する勉強会・喀痰吸引等研修・ターミナルケア研修 等
相談対応	<ul style="list-style-type: none">・地域相談室の設置・認知症カフェの運営の支援・遺族ケア 等

○研修会や勉強会等を開催する場合、会場として施設内のオープンスペースを活用させていただく等、地域の施設等に協力をお願いしてみましょう。施設等にとっても、地域の事業所や他の施設等、医療機関等との連携に繋がる良い機会となります。

○また、地域における活動を通して、地域の介護支援専門員や医療機関等との関係が築かれ、新規利用者の獲得に繋がることが期待されます。地域のニーズに積極的に応えている訪問看護ステーションとして、地域住民へのPR効果もあり、また勤務する看護師のモチベーションの維持・向上や新規入職希望者へのアピールにも繋がります。

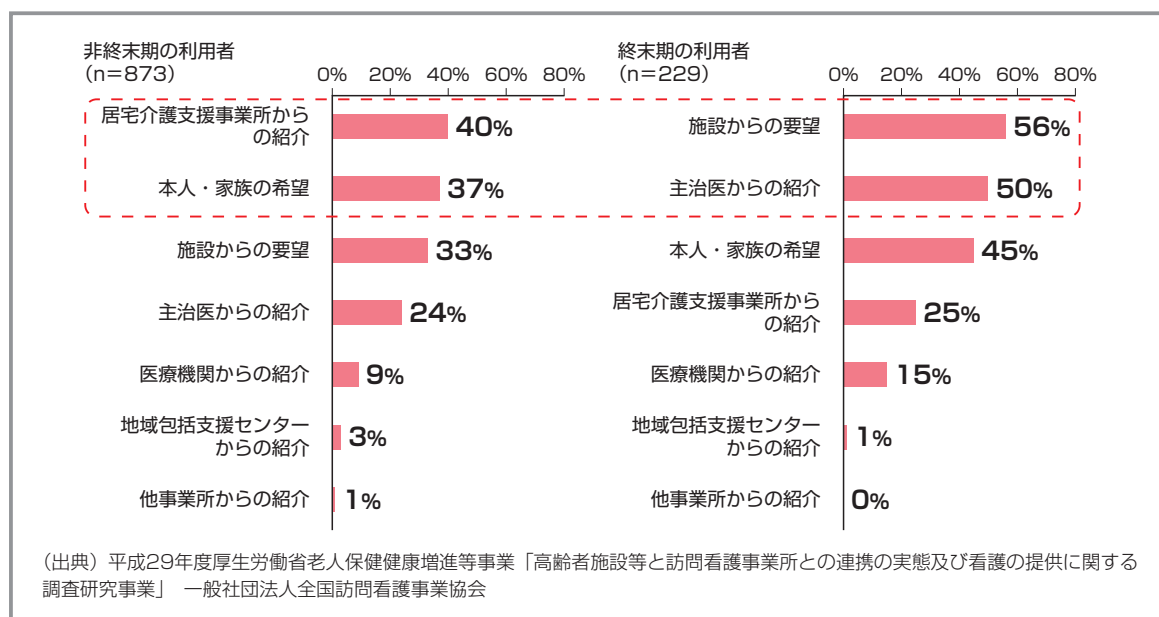
2 訪問に関する相談・依頼



- ◆ 介護支援専門員のほか、施設の職員、入居者の家族や主治医等からの相談・依頼も多く、地域との関係づくりが重要です。
- ◆ 連携した実績のない施設等に対しては特に交流を密にする等の工夫により、まずは信頼関係を構築することが必要です。
- ◆ 訪問看護ステーションができることと訪問看護ステーションに期待されていることは事前に摺り合わせをしておきましょう。

○通常、訪問看護の新規利用者受け入れの最初のアプローチは、介護支援専門員等からの電話等による相談・依頼です。当協会の調査³によると、高齢者施設等に居住している高齢者の場合、非終末期のケースでは居宅介護支援事業所からの紹介や本人・家族の希望による利用が多く、終末期のケースでは施設からの要望や主治医からの紹介が約5割となっています（図表6参照）。

図表6 訪問を開始した経緯



3 平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「高齢者施設等と訪問看護事業所との連携の実態及び看護の提供に関する調査研究事業」 一般社団法人全国訪問看護事業協会

- そのため、地域における活動を通して、地域の他の介護サービス事業所や施設等の従事者、介護支援専門員、医療機関等の医療関係者と関係を築いておくことが重要です。

- さらに、訪問開始後の連携を円滑にし、入居者へのより良いケアを行うために、訪問看護ステーションと施設等の信頼関係を深めることが重要です。特に、これまで連携していなかった施設等とは、まず施設長や施設の職員等と顔を合わせ、施設の状況を確認しましょう。訪問看護ステーションの管理者自らが施設等に訪問し、施設や入居者の状況を把握することは、施設の職員等に信頼感を与え、良好な関係を築く上で効果的です。

- 施設等には、訪問看護ステーションの職員数や体制・規模、施設等とのこれまでの連携実績等について情報提供するとよいでしょう。施設等の職員にとって、これらの情報は連携に際しての安心材料となります。

- また、施設の職員等や入居者本人・家族に対して、訪問看護の基準や報酬等の制度について勉強会を開催し、訪問看護に関する理解を深める取り組みも効果的です。

- 施設等が訪問看護ステーションに対して期待していることをもとに、訪問看護ステーション側が実施すること、施設側で実施すべきことを整理し、施設等と共有、摺り合わせをおこなしましょう。



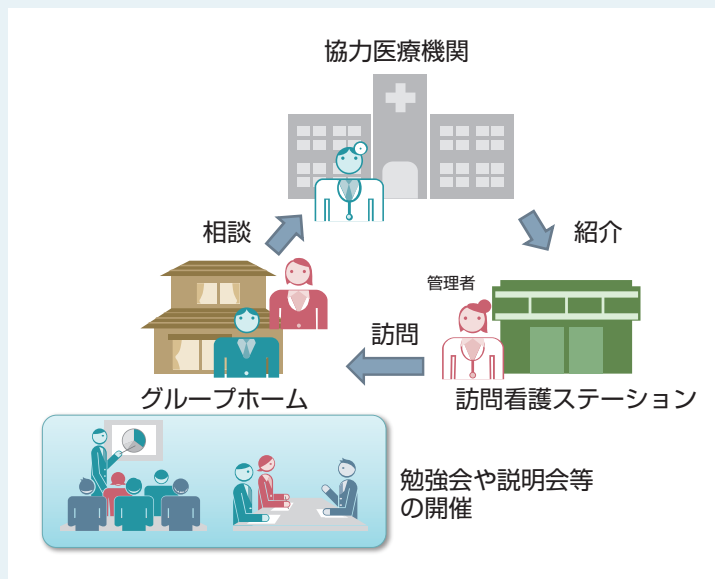
グループホームにおいて良好な関係を築くことができた事例

<事例>

- ・グループホームが入居者の現状から医療面もケアできる体制を整備する必要性を感じており、医療連携体制加算による連携先の訪問看護ステーションを探していた。
- ・当初、協力医療機関併設の訪問看護ステーションと連携する予定であったが、事業廃止となり、協力医療機関から他の連携先として紹介があった。
- ・現在、3ユニット分の委託契約を結び、入居者への日々のケアはグループホームの職員、医療的な内容に関する相談や対応は訪問看護師が担当することとして、それぞれの役割を分担し、円滑に連携している。

<連携のポイント>

- ・施設への訪問開始当初は訪問看護ステーションの管理者が、まずは良好な関係を築くために自ら訪問し、グループホームの職員と顔が見える関係を作る努力をした。
- ・医療連携体制加算についての勉強会や入居者の家族に対する説明等を訪問看護ステーションの管理者が実施することで、その熱心さがグループホームの職員や入居者、家族に伝わるとともに、職員の安心、信頼に繋がり、円滑な連携に繋がった。
- ・加算の算定要件である看取りに関する指針等はグループホームが主体的に作成するよう依頼し、グループホームと訪問看護ステーションの業務分担を明確化した。



3 契約（入居者個人との契約又は施設との業務委託契約）

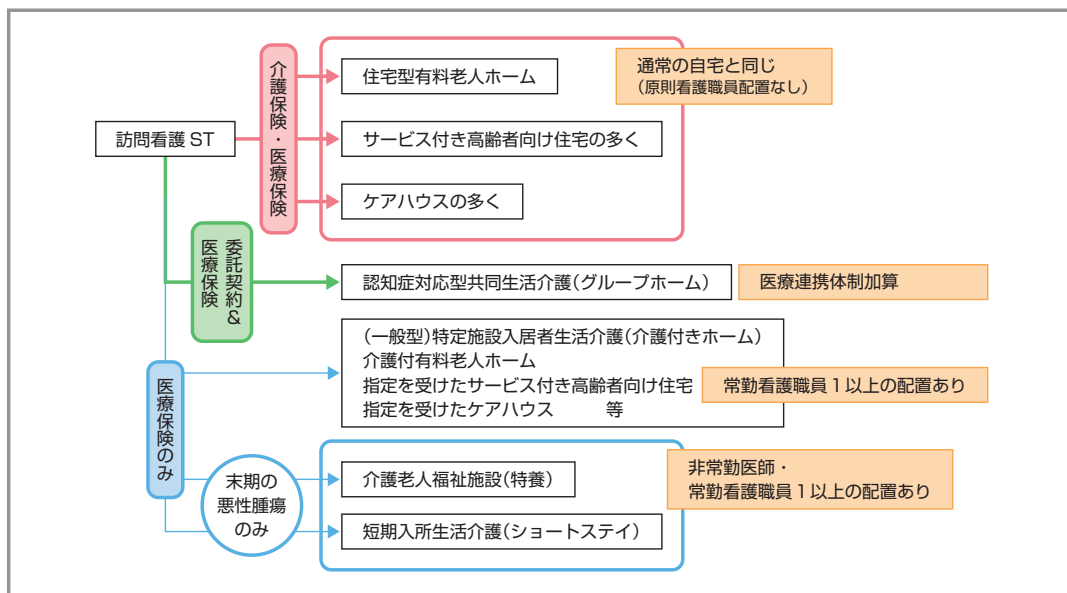
○高齢者施設等に対する訪問看護ステーションからの看護の提供にあたっては、以下の2種類の仕組みがあります。

- 1) 入居者個人への指定訪問看護サービスの提供
- 2) 施設が訪問看護ステーションと業務委託契約を結び、訪問看護師が入居者への日常的な看護を提供

CHECK

訪問先の施設種別や利用者の状況等により、利用できる仕組みが異なるため、指定基準や加算算定要件等を理解し、適切に運用しましょう。

高齢者施設等の入居者に対する訪問看護の提供例（主なもの）（再掲）



訪問看護ステーションと業務委託契約をできる施設等

1. 短期入所生活介護（ショートステイ）
2. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
3. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
4. 特定施設入居者生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護
（有料老人ホーム、軽費老人ホーム等）
5. 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護
6. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

1) 入居者個人との契約

入居者個人への指定訪問看護サービスによる施設等への訪問は以下の通りです。

◆介護保険による訪問

- ・特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）の指定を受けていないサービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホームの入居者に対しては、自宅にいる利用者と同様、介護保険による訪問看護サービスを提供します。
- ・入居者との個別契約で介護保険による訪問看護サービスを提供し、訪問看護ステーションは入居者から直接利用料金の支払いを受けます。

◆医療保険による訪問

- ・要介護者・要支援者であっても、末期の悪性腫瘍等の患者及び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者、または精神科訪問看護基本療養費（認知症を除く。（ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定できる患者にあってはこの限りではない。))を算定する者について、医療保険による訪問看護サービスを提供します。
- ・また、特定施設入居者生活介護事業所（介護付きホーム）やグループホームの入居者、特別養護老人ホームの入所者であっても、後述する必要な要件（参考資料を参照）を満たす場合には、医療保険による訪問看護サービスを提供することができます。

2) 施設との業務委託契約



- ◆施設等と業務委託契約を締結する場合は、契約にあたって、施設等との協議により、委託契約の業務範囲・内容を明確に定めます。
- ◆入居者本人や家族に対しても訪問看護師の役割等について説明、理解を得ることが重要です。

業務委託契約による施設等への訪問は以下の通りです。

- ・入居者個人との契約による指定訪問看護サービスの場合以外は、訪問看護ステーションと施設等が業務委託契約を締結する必要があります。訪問看護ステーションは委託契約の内容に応じて、施設等から契約料の支払いを受けます。訪問先の施設種別等によって要件等が異なりますので、本ガイド巻末の参考資料を確認し、適切に運用しましょう。

- ・契約にあたっては、訪問看護ステーションが実施すること、施設等が実施することを整理し、訪問看護ステーションの管理者と施設等の施設長や管理者等との協議により、委託契約の業務範囲・内容を明確に定めます。特に、責任範囲を契約等により定めることがトラブル等を防止する上でも重要です。
- ・訪問回数や訪問看護師が実施する業務内容等、入居者への直接的なケアのみならず、施設等の職員や家族等に対するケアの提供方法に関する専門的な助言や定期的な研修会・勉強会等の開催等も契約に含めることができます。
- ・契約料も協議の上、決定します。介護報酬に沿った料金設定とすることが考えられますが、施設等の職員の相談対応や施設等の職員、家族等に向けた勉強会・研修会等、入居者へのケアに付随する業務等、入居者にとって効果的なケアが提供できるように契約料を定めましょう。
- ・委託契約の業務範囲・内容については、施設等の職員や入居者本人・家族にも説明し、訪問看護師の役割等の理解を得ることが必要です。契約内容に関する説明会を行う、家族等が訪れている時間帯に合わせて訪問する、直接会えない場合にはまず資料を郵送する等の工夫もしつつ、確実に説明を行います。
- ・契約内容は実態に合わせて見直しを行うことも必要です。入居者や施設等の状況も勘案し、入居者のニーズに応えることができるよう、柔軟に対応することが望まれます。
- ・業務委託契約書等のサンプルを本ガイドの様式集に掲載していますので、参考にしてください。

CHECK

委託契約先の施設・事業所等で入居者の健康状態の確認や緊急相談対応をしている時間は、訪問看護に従事しているとみなすことはできません。すなわち、委託契約先の施設・事業所等で業務している時間を除くと、訪問看護ステーションの常勤換算数が2.5人を下回る場合は、委託契約を受けることができません。

4 サービスの提供

1) 訪問看護計画の作成



- ◆ 訪問看護計画の作成を通して、関係者間で課題や目標等を共有しましょう。
- ◆ 目標達成に向け、訪問看護師と施設等の職員の役割分担を明確にしましょう。

○訪問看護ステーションと高齢者施設等が連携し、入居者に対してより良いケアを提供するためには、施設等の職員と訪問看護師が入居者の課題や目標等を共有し、同じ方向を向くことが重要です。

○そのために、施設等の介護職員や、施設の看護師が実施できる処置等を把握し、施設等において対応可能な範囲を理解することが必要です。施設等のケアの方針、看取りの経験の有無、介護職員のスキル等について情報を収集します。

共有する情報の例

入居者に関すること	<ul style="list-style-type: none">・入居者や家族の思い・入居者の状態、病状・処置の手順・今後の状態予測 等
施設等に関すること	<ul style="list-style-type: none">・施設の方針・施設で実施可能な処置・職員の協力体制・看護師の有無と業務範囲・看取りの経験 等
訪問看護ステーションに関すること	<ul style="list-style-type: none">・訪問看護ステーションの体制・緊急時の対応体制 等

○その上で、施設等と訪問看護ステーション、特に施設に看護師がいる場合は看護師同士の役割分担に基づいて、訪問看護ステーションが実施することを整理し、訪問看護計画を作成します。

○まずは施設等の職員とお互いに顔が見える関係を築き、よく話し合うことから始めましょう。

2) ケアの提供



- ◆ 高齢者施設等におけるケアの主役は介護職員等であり、ケアの提供にあたって職員への技術的・専門的な助言も重要です。
- ◆ ケアの提供前後は施設等の職員と連絡を密に取り、連絡が取れない場合は後日改めて共有する等、関係者間で洩れなく情報を共有することが必要です。

○当協会の調査⁴によると、施設等において、訪問看護師は入居者への直接的なケアに加えて、施設等の職員に専門的な助言等も行っています。

高齢者施設等において訪問看護師が実施していること

- ・医療職による病状の観察、気づきから早期に主治医に繋げること
- ・点滴等の医療処置の管理・実施
- ・加齢に伴い不安を抱える入居者に対する精神的援助
- ・疾病・治療等に関する説明
- ・リハビリテーション
- ・排せつコントロール
- ・薬剤の管理や食事や栄養のケア、環境整備・調整等に関する専門的な助言
- ・介護相談
- ・家族の意思決定支援
- ・ターミナルケア 等

○高齢者施設等は、入居者の生活の場であり、生活面を支援する施設等の介護職員がケア提供の主役です。看護師は専門職として医学的知識を活かし、介護職員を支える役割を担うことが重要です。

○訪問看護師は高齢者施設等の職員が対応できない処置やケアを入居者に提供するのみならず、施設の職員等への専門的な助言により、施設等のケアの水準を向上させる役割も期待されます。

4 平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「高齢者施設等と訪問看護事業所との連携の実態及び看護の提供に関する調査研究事業」 一般社団法人全国訪問看護事業協会

- ケアの提供にあたっては、事業所内や訪問看護ステーションと施設等の間での情報共有が重要です。特に、訪問看護師が交代で施設等に訪問している場合は、誰が訪問しても同じケアが提供でき、入居者や家族、施設等の職員が安心できるような情報の共有と関係づくりを心掛けましょう。
- 訪問時には、施設の職員等から入居者の日常的な状況に関する情報を収集し、訪問看護師からは訪問時のケアの提供状況等について施設の職員等に共有します。情報の共有は訪問時に直接的に行うことが最も好ましいですが、緊急の業務で不在の場合等もあるため、情報共有のためのシステムや紙媒体の記録（カルテ、ノート等）を活用します。ただし、確認の電話をしたり、次回訪問時に改めて情報交換し、確実に情報が共有されるようにしましょう。
- 自宅と同様に、医師との連携が重要です。訪問看護師には、主治医や医療機関等と連携し、情報の提供や収集を行う等、医療と介護を繋ぐ役割も期待されています。疾病の悪化等により入居者の状態が重度化することを防ぐため、訪問時の正確な病状観察とともに、入院の可否等を判断できる情報を施設等から収集し、主治医に報告することが求められます。
- 施設等の職員は、主治医や医療機関等との連携について、入居者の状態変化時や緊急時にどのように対応すればよいか、主治医や医療機関等に連絡してよいかなど、不安を感じているときには、気軽に連絡・相談できる相手として訪問看護師によるサポートが重要です。
- 看護師同士であれば理解し合える言葉や説明が、介護職員には、理解できにくいこともあります。高齢者施設等では、職員がシフト体制を組んで勤務しています。具体的な物品の場所や処置の時間等、必要な事項が漏れなく伝わるよう工夫したり、専門用語を避けるなどの配慮をしましょう。必要なことを提案するだけでなく、お互いの職種を尊重し、認め合う関係づくりが重要です。
- ケアの提供にあたって、訪問看護ステーションと施設等の情報の共有方法、連携のあり方は様々です。施設等の状況や入居者の状況に合わせて、最も良い連携方法を考えるなど、施設等の職員とお互いによく話し合しましょう。



入居者に関する情報を施設等の職員と共有する際の工夫 ～特に看護師がいない施設での取り組み事例～

- ・ 緊急時の対応方法や連絡先・連絡フロー等を記載した緊急カードを訪問看護ステーションが作成し、施設に渡している。
- ・ 施設の全ての職員に情報が共有されるよう、管理者やリーダーを通じて情報共有・連携することとしている。
- ・ バイタルサインの記録シートを作成し、日々の記録を依頼し、報告を受けている。
- ・ 内服薬の処方依頼やインスリンの針、チップ等の物品の充足状況等を記載した受診連絡表を作成し、医療機関への受診時に施設等の職員から主治医に提示している。
- ・ 主治医の診察に同席し、診察結果を施設の職員に分かりやすく伝えている。また、家族に対しても、入院や治療の判断等、説明を通して意思決定の支援等も行っている。
- ・ 入居者ごとに1冊の連携ノートを作成し、利用している複数の居宅サービス事業所間で共有している。
- ・ 訪問看護師以外に家族やデイサービスの職員も内服ケアを行うため、服薬状況を管理する内服チェック表を作成し、服薬後にはチェック表に記入して関係者間で共有している。
- ・ 発熱時の体温測定や糖尿病に関連した入浴時の注意点等、施設においてケアを行う上での情報も共有し、助言している。
- ・ 施設の朝の申し送りに訪問看護師も参加し、夜間の入居者の状態について情報収集している。
- ・ パーキンソン病の入居者に対して、施設において振戦の頻度・回数等を記録するよう依頼する等、施設の職員に収集、把握してほしい情報を指示し、訪問時以外の状態把握を行っている。

3) モニタリング



- ◆カンファレンス等の場に限らず、ケアの提供の中で日常的に対処の見直しを検討し、関係者間で共有することが重要です。
- ◆緊急時の連絡先、対応フロー、体制等を共有しておくことで、施設等の職員の安心感に繋がり、訪問看護師は気軽な相談相手になることができます。

- モニタリングでは、直接的な入居者の状況把握とともに、日々の記録等から収集した情報により、ケアの提供状況や成果を把握し、課題を抽出します。関係者でカンファレンス（相談・会議）を開催し、目標の変更、サービス内容の見直し等、次のステップに向けた検討を行うこともあります。
- 入居者により良いケアを提供するため、カンファレンス等の場に限らず、日常的なケアの中で、関係者間で情報を共有し、対応やケアの見直しを検討することが重要です。
- 施設の職員等は、日常的なケアの中で入居者の異変に気付いた場合、対応について自ら判断することが難しかったり、大きな不安を抱くことがしばしばあります。その際、訪問看護ステーションの緊急連絡先や対応のフロー、対応体制等をあらかじめ共有しておくことで、気軽に連絡・相談することができ、施設等の職員の安心に繋がります。
- 訪問看護ステーションと連携を開始した当初は、施設の職員等から「主治医に連絡すべきか」、「健康状態はどうか」、「食事の形態や内服をどうするか」等、些細な内容での頻回な相談が増えることが想定されます。しかし、丁寧に対応することで、施設の職員等が知識を深め、徐々に自ら判断して対応することができるようになり、施設ケアの向上に繋がっていきます。入居者に良いケアを提供するため、介護職員を支えることも訪問看護師の役割と捉え、積極的な助言でサポートをしましょう。



日常的なケアの中で食事内容を見直した事例

<事例>

- ・90歳代の男性。認知症の妻と自宅で生活していたが、過呼吸の発作が出現し、健康面の不安からサービス付き高齢者向け住宅に入居。その後、本人の要望で訪問看護の利用を開始。
- ・訪問看護師が訪問した際に入居者の足のむくみに気づき、施設の職員に相談。
- ・さらに、塩分や水分の摂取状況等、入居者の食事の状況について情報を収集し、施設の職員を通して調理部門への対応（味噌汁の量を減らす等）を依頼した。
- ・訪問看護師からの相談を受けて、施設の職員は、食事時にお茶を飲みすぎることがないように、入居者に声掛けを行った。
- ・また、主治医へもすぐに相談することができ、重度化や入院を未然に防止することができた。

<連携上のポイント>

- ・訪問看護師と施設の職員は、訪問時に入居者の健康状態や次回訪問時までの処置や対応等について情報共有し、訪問時以外でも必要に応じて逐次連絡を取り合っていた。
- ・訪問看護師と施設の職員が密に情報共有することで、施設の職員が気付かなかった入居者の健康状態に関する異変を訪問看護師が早期に把握し、施設内、医療機関との連携まで迅速に対応することができた。
- ・入居者の主治医には、月2回、訪問看護師から報告書を提出し、入居者の健康状態を伝えていた。また、適宜、情報共有を行っており、訪問看護師を介して主治医に迅速に相談できる体制ができていた。

5 サービスの評価・見直し



- ◆カンファレンス等の場等を活用して、関係者間で振り返りを実施します。
- ◆振り返りでは、訪問看護ステーションと施設等の関係者間で、課題等を共有、議論することが重要です。

○訪問看護サービスの提供後は、モニタリング結果も踏まえ、サービス提供の評価、見直しを行うことが重要です。必ずしも新しい会議体を設ける必要はなく、サービス担当者会議やカンファレンス等の既存の場を活用して、関係者間で振り返りを行い、次のステップに繋げることが重要です。

○振り返りでは、訪問看護ステーションが一方向的に施設等のケアについて評価するのではなく、訪問看護ステーションと施設等のそれぞれの役割について振り返りを行い、今後に向けた課題等の共有、議論が重要です。課題解決を通して、訪問看護師と施設等の職員が互いに成長していきましょう。

5

高齢者施設等との連携における課題と解決方法の具体例

当協会の調査⁵によると、高齢者施設等との連携上で生じる課題・困難として、次の意見等が挙げられました。

- ・週1回程度の少ない定期訪問では入居者の状態を把握することが難しい。
- ・施設等の職員はシフト制で勤務しているため、訪問のたびに職員が異なり、連携が取りにくい。
- ・夜間呼び出しの頻度や責任範囲が分かりにくい。

課題①

週1回の定期訪問では入居者の状態を把握することが困難です。

解決方法の例)

日常的に関わっている施設の職員から、食欲の変化、排泄状況、皮膚トラブルの有無、ADLの変化、睡眠状況、痛みの有無など、入居者の様子を聞くことが重要です。把握した情報をもとに、看護師が観察することで、体調の変化を早期に発見し対応することにつながります。

訪問時以外にも、記録ノートの共有や電話、情報共有システムを活用し、積極的に施設の職員から情報を収集しましょう。収集してもらいたい情報や観察のタイミング等について、施設の職員に専門的な立場から助言することも効果的です。施設の職員は看護師の助言を受けることで安心してケアに携わることができます。タイミングや内容について具体的に伝えることで、早期発見ができ、介護職員の安心にもつながります。

5 平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「高齢者施設等と訪問看護事業所との連携の実態及び看護の提供に関する調査研究事業」 一般社団法人全国訪問看護事業協会

課題②

介護職員が頻繁に代わるため、施設の職員と連携することが困難です。

解決方法の例)

訪問時のケアの提供内容や申し送り事項など、施設内で全ての職員に情報が共有されるように、管理者やリーダーを通じて情報を共有するとよいでしょう。

また、施設の職員等への専門的な助言により、施設等のケアの水準を向上させる役割も訪問看護師に期待されているところです。例えば、施設内部での引き継ぎがしやすくなるように、ケアの手順を示した業務マニュアルや関係者間での情報共有を容易にするケアの記録様式等を施設が作成する際、専門的な立場から技術的助言等の支援を行うことも工夫として考えられます。

課題③

夜間呼び出しの頻度や責任範囲が分かりません。

解決方法の例)

施設からの夜間の緊急電話は一般的に数件～数十件と、自宅への訪問と比較して、極端に件数が多いということはありません。また、電話があったとしても、施設等の職員が対応可能であり、電話での相談のみで訪問は不要であるケースも多いです。ただし、施設等の職員に医療的判断を委ねてしまうことのないよう、まずは訪問看護ステーションに相談していただくようにした方が良いでしょう。

6 高齢者施設等に関する解説

高齢者施設等とは高齢者や要介護者を対象とした高齢者住宅です。

高齢者施設等には、介護保険法上の施設サービスを提供する介護保険施設として介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護医療院があり、その他、老人福祉法に規定されたケアハウス、養護老人ホーム、グループホーム、さらに有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等があります。

それぞれの高齢者施設等において利用可能な介護保険サービスは図表7の通りです。ケアハウス、養護老人ホーム、有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅を含む）については、特定施設入居者生活介護（通称、介護付きホーム）という介護保険サービスの指定を受けることができます。

図表7 高齢者施設等と介護保険サービスの関係

		老人福祉法			高齢者住まい法		
住まいの名称		特別養護老人ホーム（特養）	グループホーム	軽費老人ホーム（ケアハウス）	有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅	ご自宅
介護	運営	社会福祉法人	社会福祉法人 民間企業	社会福祉法人	主に民間企業	主に民間企業	
	内付け	介護老人福祉施設	認知症対応型 共同生活介護	特定施設入居者生活介護 “介護付きホーム”		介護付有料老人ホーム	
介護保険法	外付け			居宅介護支援（ケアプラン）、訪問介護（ホームヘルパー）・ 訪問看護、通所介護（デイサービス）等		住宅型有料老人ホーム	

1 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設は、介護保険施設の一つであり、要介護認定を受けた高齢者のうち、常に介護を必要とし、在宅で介護を受けることが難しい要介護者のための入所施設です。入所者に対し、入浴、排せつ、食事の介護等、日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話等を提供します。

2 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

グループホーム（認知症対応型グループホーム）は、指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護の指定を受け、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、認知症を有する要介護者がその能力に応じ自立した日常生活を営むための共同生活住居です。

3 ケアハウス

ケアハウスは、無料又は低額な料金で、身体機能の低下等により自立した日常生活を営むことに不安があり、家族による援助を受けることが困難な高齢者が入居する施設です。バリアフリー環境が整備されており、生活相談、入浴、食事の提供を行います。

介護保険の特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）の指定を受けたケアハウスと、指定を受けておらず、通常の居宅サービスが受けられるケアハウスがあります。

指定を受けていないケアハウスの入居者が介護保険サービスを利用する場合は、外部の居宅介護サービス事業所と個別に契約することが必要です。

4 有料老人ホーム

有料老人ホームは、高齢者が入居し、①入浴、排せつ又は食事の介護、②食事の提供、③洗濯、掃除等の家事、④健康管理のいずれかを提供する施設と定義されています。

介護保険の特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）の指定を受けた「介護付有料老人ホーム」と、指定を受けておらず通常の居宅サービスが受けられる「住宅型有料老人ホーム」があります。

住宅型有料老人ホームの入居者が介護保険サービスを利用する場合は、外部の居宅介護サービス事業所と個別に契約することが必要です（図表8）。

5 サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・サ付き住宅）

サービス付き高齢者向け住宅は、高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）に基づき、状況把握サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する住宅として登録を受けた住宅です。

サービス付き高齢者向け住宅のほとんどは、介護保険の特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）の指定を受けていませんが、一部は指定を受けている住宅もあります。

指定を受けていないサービス付き高齢者向け住宅の入居者が介護保険サービスを利用する場合は、外部の居宅介護サービス事業所と個別に契約することが必要です（図表8）。

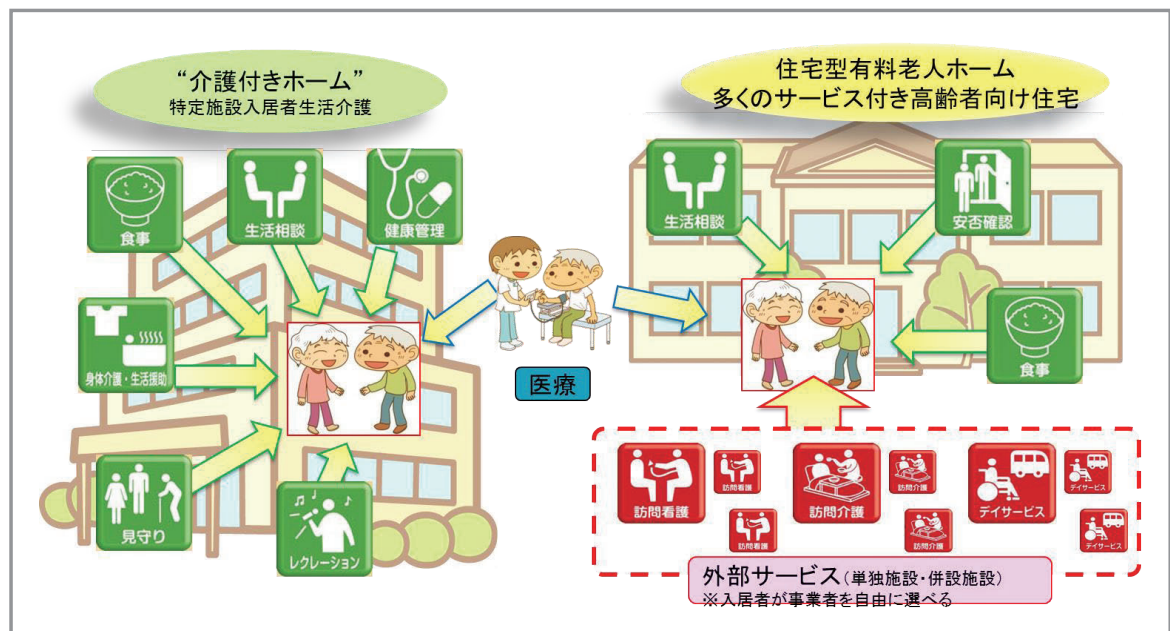
6 特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）

特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）は、ケアハウス、養護老人ホーム、有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅も含む）のうち、介護保険における特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設を指し、要介護認定を受けた入居者に対し、**図表8**に示したように、食事・入浴・排せつの介護、機能訓練（リハビリテーション）、療養上の世話等、必要な日常生活上の支援を提供します。

特定施設入居者生活介護には、一般型と外部サービス利用型の二種類があります。一般型の特定施設入居者生活介護では、施設の職員が入居者に対して介護サービスを提供します。一方、数は少ないですが、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護では、施設の職員が生活相談・ケアプランの作成、安否確認（緊急時対応）を行い、介護サービスについては当該施設と業務委託契約を結んだ外部の居宅サービス事業者が提供します（**図表8**）。

特定施設入居者生活介護の利用者は、当該介護サービスを受けている間は、居宅療養管理指導を除いて、他の在宅サービスの利用は保険給付の対象外となります。

図表 8 特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）と住宅型有料老人ホーム



7

Q & A

Q

高齢者施設等に訪問看護ステーションの看護師などが訪問することを「訪問看護」と呼んでいいのでしょうか？

A

特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）の指定を受けていないサービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの入居者に利用者個人への指定訪問看護サービスを行う場合は、一般の自宅と同様に「訪問看護」に該当します。グループホーム等と訪問看護ステーションの委託契約により、看護師が施設等において看護を提供する場合には、利用者個人への指定訪問看護サービスではないため、正確には「訪問看護」とは呼びません。

Q

委託契約に基づいて訪問看護ステーションが訪問する場合、主治医からの訪問看護の指示書はどうすればいいのでしょうか。また、その料金はどこが支払うのでしょうか？

A

委託契約の場合は、入居者個人との契約による「指定訪問看護」ではなく、事業者である施設・事業所等との契約であるため、訪問看護指示書は必要ありません。ただし、看護師が医療行為を行う場合には医師からの指示が必要です。訪問看護指示書料は保険請求することができませんので、料金は基本的に施設・事業所が支払いますが、利用者が支払う場合もあります。

Q

外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の利用者への訪問看護は、訪問看護ステーションが保険請求をするのでしょうか、それとも施設との契約になるのでしょうか。

A

外部サービス利用型の特定施設入居者生活介護を行う施設（有料老人ホーム等）に入居している場合、まず、施設と訪問看護ステーションが委託契約を結びその後、受託した訪問看護ステーションが利用者へのサービスを提供します。訪問看護ステーションが提供したサービスに応じて所定の単位数を施設が算定し、委託契約に基づき委託料を支払います。

なお、末期の悪性腫瘍等の患者及び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患者、または精神科訪問看護基本療養費を算定する者（認知症を除く。（ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者にあつてはこの限りではない。））については、医療保険による訪問看護を実施することができます。

様式集

(1) 業務委託の場合の契約書の例

業 務 委 託 契 約 書

（ 施 設 ）（以下、「甲」という。）と、（訪問看護ステーション）（以下、「乙」という。）は、医療連携として、次の通り甲が業務を委託し、乙が受託する業務委託契約（以下、「本契約」という。）を締結する。

第1条（契約の目的）

本契約は、甲乙のお互いの信頼関係をもとに、入居者の生活の質の向上を目的とする。

第2条（契約業務の内容）

本契約に基づく乙の業務内容は、別途定めるものとする。

第3条（業務委託料）

甲は、乙に対し、基本月額業務委託料と別途定める料金を支払うものとする。

第4条（支払い方法）

前条による対価の支払い方法は、毎月末日に締め切り、翌々月20日までに、甲は乙が指定する金融機関口座に該当月分を支払うものとする。

第5条（守秘義務）

甲および乙は、それぞれの提供業務の遂行に当たって知りえた利用者の直接的情報及び間接的な個人情報等の一切を、正当な理由なく第三者に開示・漏洩してはならない。

第6条（規律維持）

乙は、業務に当たる乙の担当者の指導を行い、安全衛生上及び乙事業所の服務規律の良好なる維持に努め、その責任を負うものとする。

第7条（法令上の責任）

乙は、業務履行にあたる乙の担当者に対する雇用者及び使用者として、労働関係法令による全ての責任を負うものとする。

第8条（損害賠償）

乙は業務履行中、乙の従事者の責に帰すべき事由により相手方もしくは利用者等に損害を与えた場合、損害を賠償しなければならないものとする。

第9条（社会紛争及び天災）

戦争、地震、風水害等、著しい社会秩序の混乱により、甲または乙の委託業務の履行が不可能になった場合、それによって生じた甲の損害に対して乙は責を負わないものとする。

第10条（契約期間）

この契約の契約期間は、契約締結日より1年とする。また、期間満了の1箇月前までに、甲および乙のいずれかからの通知がない場合は、自動的にその満了日より1年間更新されたものとし、以後同様とする。

第11条（解約解除）

1. 甲および乙は、相手方がこの契約に定める義務を履行しないときは、この契約を解除することができるものとする。
2. 甲および乙は、前項の規定により契約を解除したときは、相手方に対して損害賠償請求を行うことができるものとする。
3. 甲は、この契約を解除したときは、業務履行部分について未払い契約料を速やかに乙に支払うものとする。
4. 甲および乙双方共、やむを得ない事情がある場合、文書で通知することにより、1箇月間の予告期間において、この契約を解除することができるものとする。

第12条（暴排条項）

1. 次の各号のいずれかに該当し、又は報道等により該当する蓋然性が高いと一般に認められる場合には、甲および乙は何らかの催告を要せず本契約を解除することができる。なお、甲および乙が本項の規定により本契約を解除した場合、相手方に損害が生じても賠償責任を負わない。
 - (1) 甲および乙、甲および乙の役員若しくは実質的に経営に関与する者又は従業員等（以下「役職員等」という。）が、暴力団、暴力団員、暴力団関係者、総会屋、社会運動標榜ゴロ、政治活動標榜ゴロ、特殊知能暴力集団等といった反社会的勢力（以下「反社会的勢力」という。）である、又は反社会的勢力であった場合
 - (2) 甲および乙又は役職員等が反社会的勢力に対し、出資、貸付、資金若しくは役務提供等をしている場合又は反社会的勢力と何らかの取引をしている場合
 - (3) 前各号に掲げる場合のほか、甲および乙又は役職員等が反社会的勢力と何らかの関係をもっている場合
 - (4) 甲および乙又は役職員等が、自ら又は第三者を利用して、甲および乙に対して暴行、傷害、脅迫、恐喝、威圧等の暴力的行為又は詐欺的手法等を用いて不当な要求行為等を行った場合

2. 甲および乙が本契約に規定する業務の全部又は一部を第三者に再委託する場合には、甲および乙と再委託先との間で前項と同様の契約解除条項を含む契約を締結しなければならない。

第13条（合議管轄）

本契約に基づく権利義務に関する紛争については、被告の本社所在地を管轄する地方裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とすることに合意する。

第14条（協議事項）

本契約に定めない事項または本契約の各条項の解釈に疑義が生じた事項については、その都度甲乙速やかに協議の上、円満に解決するものとする。

この契約の証として本契約書2通を作成し、署名捺印の上、甲乙とも各自1通を保有する。

契約締結日 平成 年 月 日

契約者氏名 「甲」 所在地

名 称

代表者職氏名

印

「乙」 所在地

名 称

代表者職氏名

印

(2) ケア方針や責任範囲等の取り決め文書の例

※以下の様式例ではあらゆる施設等に適用する内容が記載されています。訪問する施設の種別に応じて、内容を選択してご使用ください。

覚 書

I. 契約業務の内容について

1. 週〇回、約〇時間定期的訪問を実施すること。

(1) 健康管理（心身状態の維持と悪化予防）

- 入居者に対する甲からの情報、介護記録、健康管理記録等からの把握
- 入居者の状態の観察（バイタルサイン測定）

(2) 医療処置の実施

- 入居者の薬の確認・服薬準備
- 必要に応じ、主治医の指示のもと褥瘡処置や点眼などの医療処置の実施

(3) 甲の職員への相談助言

- 乙は、入居者の健康状態を踏まえ、医療面からの適切な助言、援助を行う。

(4) 協力医療機関や主治医への報告・連携

- 乙は、甲とともに入居者の健康状態を甲の協力医療機関や主治医等が共有できるように整備し、特に状態悪化時において協力医療機関や主治医等との連絡調整連携を行うものとする。

(5) 記録の実施

- 乙は、入居者の健康状態や業務内容について所定の記録用紙に記載する。

(6) 認知症の入居者への対応

- 認知症の状態を勘案し、馴染みの関係を構築できるよう配慮する。

2. 看護師による24時間連絡体制を確保すること。

24時間、いつでも連絡が取れて相談ができ、必要時に訪問し、主治医への連絡・連携が可能な体制を確保する。また、その連絡方法を定めるものとする。

例えば、以下のような内容

- 入居者の病状の変化について、甲の管理者・責任者へ連絡する。
- 乙は、緊急時の連絡が取れる電話番号等を甲に提示する。
- 乙は、必要時には駆けつける、もしくは適切な助言を行う。

3. 入居者が重度化し、看取りの必要が生じた場合の対応を行うこと。
 - 入居者が重度化し、看取りの必要が生じた場合には、甲が定める「重度化ケア対応指針」に基づき、十分な連携の下、万全を期した対応をすること。
 - 甲は、重度化ケア対応指針の作成にあたり、乙と相談の上、主治医の指導の下に行い、本人あるいは家族等の同意を得ておくこと。さらに、その対応指針を両者で随時見直すこと。
 - 甲乙のみならず主治医や入居者家族を含めた話し合いを随時行うこと。

＜上記、重度化への対応を行うにあたっての留意事項＞

- (1) 診療の補助業務における医療処置の実施は、入居者主治医の指示によるものとし、十分な連携の下、万全を期すものとする。
- (2) 入居者の急性憎悪においては、主治医の特別訪問看護指示の下、健康保険法に基づく訪問看護を行うことができるものとする。
- (3) 入居者が、末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等および状態である場合は、その入居者個人に対して、主治医の指示の下、健康保険法に基づく訪問看護を行うことができるものとする。

II. 業務委託料について

1. 基本料は、〇〇〇につき、月額 定額〇〇〇〇〇〇円とする。
 - 在籍人数に関係なく定額とする。
 - 24時間電話での相談業務を含む。
 - 1箇月〇回までの定期以外の臨時の訪問を含む。(医療保険が適応しない場合の訪問)
 - 定期以外の臨時の訪問回数を超えた場合は、1訪問につき〇〇〇〇円とする。
2. 入居者の急性憎悪により、主治医から訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書が発行された場合は、健康保険法により、入居者（又は代理人）と乙との契約の上、その入居者個人が訪問看護を受け、別途料金を利用者(代理人)が乙に支払うものとする。
3. 入居者が、厚生労働大臣が定める疾病等および状態である場合に、訪問看護指示書が発行された場合は健康保険法により、入居者（又は代理人）と乙との契約の上、その入居者個人が訪問看護を受け、別途料金を利用者(代理人)が乙に支払うものとする。
4. その他の業務委託料
その他、乙による看護の必要が生じた場合（例えば、連日長期医療処置が必要な場合など。）は、その都度検討し合議の上、別途料金を定めるものとする。

契約締結日 平成 年 月 日

契約者氏名

「甲」 名 称
代表者職氏名
所 在 地

印

「乙」 名 称
代表者職氏名
所 在 地

印

(3) 高齢者施設等が入居者に示す文書の例

重度化ケア対応指針

■ 目的

入居者が、病状の重度化や加齢により衰弱し人生の終末期の状態になっても、馴染みの関係での生活を維持し、そして本人が望む場所で最期まで暮らしていくことができるように、医療関係者・家族等と協力して対応していく。

■ 重度化した状態・終末期の判断

主治医の判断が基本である。主には、①がんの終末期、②多様な疾患の重度化、③老衰、④その他である。

■ 基本的な姿勢

病状が重度化した入居者、あるいは人生の終末期の入居者が、疼痛や苦痛がなく本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、当施設での生活が継続できるように、そして当施設で死が迎えられるように最大限の対応をする。

■ 医療連携

・主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携していく。

・訪問看護ステーションとの連携

主治医と連携しながら、必要な医療を行いつつ、生活の継続を重視して、入居者が苦痛が少なく心地よい状態で生活できるようにしていく。

・薬剤師など地域の多様なサービスとの連携

がんの終末期ケアでは、疼痛等緩和ケアは必須で、地域の薬剤師（調剤薬局）との連携を進める。また、歯科医師との連携、栄養士（訪問栄養指導）との連携など、必要に応じて多様な専門職との連携で対応する。

■ 家族等の信頼・協力関係

重度化・終末期の対応を行っていくためには、家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族等といっしょになって入居者本人が満足するような看取りの支援をしていく。

■ 職員の教育・研修

医療関連専門職との連携で、重度化・終末期ケアが充実するように、職員教育・研修に努めていく。また、家族等の意向を重視した密な連携をもつことができるように努力する。

(4) ケア内容を共有する記録様式等の例

① 高齢者施設等の職員と訪問看護師間の情報共有に使用する様式の一例

経過一覧表

氏名 _____

平成 年		/	/	/	/	/	/	/
訪問時間								
担当者サイン								
バイタルサイン	体温							
	脈拍							
	血圧							
	呼吸							
	SpO2							
排泄	排尿回数(日中)							
	排尿回数(夜間)							
	排便							
ケア	服薬確認							
	飲み忘れの有無							
	残薬確認							
	次回受診日							
	体重							
	HbA1c							
	フットケア							
							
(例)他サービス								
デイ							
							
リハ							
							
他							
							
緊急カード								
物品関連								
連絡事項								

② 訪問看護師-高齢者施設等の職員-主治医間の情報共有に使用する様式の一例

様 受診連絡表	
・ 看護師からの連絡事項	
日付 / サイン	
・ 受診介助につくスタッフ様へ * お薬、物品等、処方されたものについては、〇〇〇〇〇においていただくようお願いいたします。	
・ 受診結果	
・ 次回受診日	
・ 備考	
日付 / サイン	

參考資料

介護サービスとの連携

介護サービスに該当する以下の施設等と訪問看護ステーションの契約により、訪問看護ステーションの看護師が施設等において看護を提供したり緊急時の連絡体制を整備することで、施設が看護体制加算やその他の加算を算定できます。なお、介護報酬の算定は、施設側が行い、訪問看護ステーションは施設との契約に応じて支払いを受けます。

訪問看護ステーションと業務委託契約をできる施設等

1. 短期入所生活介護（ショートステイ）
2. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
3. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
4. 特定施設入居者生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護
（有料老人ホーム、経費老人ホーム等）
5. 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護
6. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

1 短期入所生活介護（ショートステイ）

1) 委託契約による訪問

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などが、常に介護が必要な方の短期間の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供するサービスです。

短期入所生活介護を行う施設は、利用者の重度化や医療ニーズに対応するため、看護師の常勤配置や基準を上回る看護職員の配置がある場合、看護体制加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定することができます。看護体制加算（Ⅱ）の算定要件である24時間連絡体制の確保のため、訪問看護ステーション等との連携をすることができます。また、重度者の増加に対応するため、急変の予測や早期発見等のために、看護職員による定期的な巡視や、主治医と連絡が取れない等の場合における対応についての取り決めを事前に行うなどの要件を満たし、実際に重度な利用者を受け入れた場合には、医療連携強化加算を算定できます。

訪問看護ステーションから訪問看護を受けていた利用者がショートステイを利用する際に、それまで利用していた訪問看護ステーションの看護師による健康上の管理などを受ける場合には、在宅中重度者受入加算を算定することができます。この加算を算定するに当たっては、あらかじめ居宅サービス計画に位置づけた上で行うこととなりますが、サービス担当者会議を開催するなどサービス内容や連携体制等についてよく打合せを行った上で実施することが望ましいとされています。24時間連絡できる体制については、次の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）との連携を参考にしてください。

施設の算定項目	施設の算定要件
看護体制加算（Ⅰ） 4単位／日	常勤の看護師を1名以上配置
看護体制加算（Ⅱ） 8単位／日	①看護職員の数、常勤換算方法で、利用者の数が25またはその端数を増すごとに1以上であること（特別養護老人ホームが空床利用する場合は別の基準あり） ②当該施設の看護職員または病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること
看護体制加算（Ⅲ） イ 12単位／日 ロ 6単位／日 ※（Ⅲ）及び（Ⅳ）を同時に算定することは可能。（Ⅰ）及び（Ⅲ）を同時に算定することは不可。	①看護体制加算（Ⅰ）の算定要件を満たすこと ②前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること ③定員要件 イ 定員29人以下 ロ 定員30人以上50人以下
看護体制加算（Ⅳ） イ 23単位／日 ロ 13単位／日 ※（Ⅲ）及び（Ⅳ）を同時に算定することは可能。（Ⅱ）及び（Ⅳ）を同時に算定することは不可。	①看護体制加算（Ⅱ）の算定要件を満たすこと ②前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること ③定員要件 イ 定員29人以下 ロ 定員30人以上50人以下の施設
医療連携強化加算 58単位／日	①看護体制加算（Ⅱ）を算定していること ②急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていること ③主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っていること ④急変時の医療提供の方針について、利用者から合意を得ていること ※上記の事業所要件と別に、利用者要件あり ※在宅での訪問看護利用実績がなくても算定可 ※在宅中重度者受入加算との同一日の併算は不可
在宅中重度者受入加算 ①421単位／日 ②417単位／日 ③413単位／日 ④425単位／日	居宅で訪問看護を受けていた利用者がショートステイを利用する場合、それまで利用していた訪問看護ステーションから看護師の派遣を受けることができます。その場合の健康上の管理等に関する医師の指示は、指定短期入所生活介護事業所の配置医師が行います。 ①看護体制加算（Ⅰ）を算定している場合 ②看護体制加算（Ⅱ）を算定している場合 ③看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）をいずれも算定している場合 ④看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）をいずれも算定していない場合

2) 医療保険による訪問看護

短期入所生活介護（又は介護予防短期入所生活介護）（特別養護老人ホームに限る）に入所中の場合でも、以下の場合は医療保険による指定訪問看護を受けることができます。

ア 末期の悪性腫瘍の患者

→ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅱ）

イ 精神科訪問看護基本療養費を算定する者（認知症を除く。）

→ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅲ）

2 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

1) 委託契約による訪問

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、入所者が可能な限り在宅復帰できることを念頭に、常に介護が必要な方の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話などを提供するサービスです。

介護老人福祉施設の看護体制加算（Ⅱ）と看取り介護加算の算定要件である24時間連絡体制の確保のため、訪問看護ステーション等との連携をすることができます。

なお、「24時間連絡できる体制」とは、施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものです。具体的には、以下のような体制の整備が想定されます。

- イ 夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決めの整備
- ロ 看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）
- ハ 施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、イ及びロの内容が周知されていること
- ニ 施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等で入所者（利用者）の状態に関する引継ぎを行い、オンコール体制終了時にも同様の引継ぎを行うこと など

なお、看取り介護加算とは、医師、看護職員、生活相談員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、入所者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援することをめざして設けられました。以下の表内の施設基準に適合する指定介護老人福祉施設において、対象者の基準に適合する入所者について看取り介護を行った場合に算定します。

施設の算定項目	施設の算定要件
看護体制加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 6単位/日 <input type="checkbox"/> 4単位/日	常勤の看護師を1名以上配置 定員を超えていないこと・人員基準欠如に該当していないこと <input type="checkbox"/> 定員31人以上50人以下の施設 <input type="checkbox"/> 定員30名または51人以上の施設
看護体制加算（Ⅱ） <input type="checkbox"/> 13単位/日 <input type="checkbox"/> 8単位/日	①入所者数25またはその端数を増すごとに看護職員を1名以上配置 ②指定基準で置くべき看護職員数を1名以上上回って配置していること ③看護職員または病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡体制を確保していること ④定員を超えていないこと・人員基準欠如に該当していないこと <input type="checkbox"/> 定員31人以上50人以下の施設 <input type="checkbox"/> 定員30人または51人以上の施設

<p>看取り介護加算（Ⅰ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡日以前4～30日 144単位／日 ・死亡日の前日および 前々日 680単位／日 ・死亡日 1,280単位／日 <p>※退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない</p>	<p><施設基準></p> <ol style="list-style-type: none"> ①常勤の看護師を1名配置し、施設の看護職員または病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡体制を確保していること ②看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者または家族に説明し、その内容について同意を得ていること ③医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと ④看取りに関する職員研修を行っていること ⑤看取りを行う際に個室または静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと <p><対象者の基準></p> <ol style="list-style-type: none"> ①医師が、回復の見込みがないと判断した者 ②医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下、「医師等」）が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む）であること ③看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ、随時医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む）であること
<p>看取り介護加算（Ⅱ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡日以前4～30日 144単位／日 ・死亡日の前日および 前々日 780単位／日 ・死亡日 1,580単位／日 <p>※退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない</p>	<p><施設基準></p> <ol style="list-style-type: none"> ①入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていること ②複数名の配置医師を置いていること、又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること ③上記の内容につき、届出を行っていること ④看護体制加算（Ⅱ）を算定していること ⑤上記の看取り介護加算（Ⅰ）の施設基準①～⑤のいずれにも該当すること <p><対象者の基準></p> <p>上記の看取り介護加算（Ⅰ）の対象者の基準①～③に適合する入所者について看取り介護を行った場合、当該入所者が当該介護老人福祉施設内で死亡した場合に限り、算定するただし、看取り介護加算（Ⅰ）を算定している場合は算定しない</p>

2) 医療保険による訪問看護

介護老人福祉施設に入所中の場合でも、以下の場合は医療保険による指定訪問看護を受けることができます。

ア 末期の悪性腫瘍の患者

→ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅱ）

イ 精神科訪問看護基本療養費を算定する者（認知症を除く。）

→ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅲ）

3 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

1) 委託契約による訪問

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、入所定員30人未満の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が、常に介護が必要な方の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話などを提供します。施設において看護体制加算（Ⅱ）の算定要件である24時間連絡体制の確保、また看取り介護加算の算定要件である24時間連絡体制の確保のため、訪問看護ステーション等との連携することができます。なお、「24時間連絡できる体制」とは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の場合と同様です。

施設の算定項目	施設の算定要件
看護体制加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> イ 12単位／日 <input type="checkbox"/> オ 4単位／日	常勤の看護師を1名以上配置していること 定員を超えていないこと・人員基準欠如に該当していないこと <input type="checkbox"/> イ 地域密着型介護福祉施設入所者生活介護費またはユニット型地域密着型介護福祉施設入所者生活介護費を算定していること <input type="checkbox"/> オ 経過的サービス費を算定している場合
看護体制加算（Ⅱ） <input type="checkbox"/> イ 23単位／日 <input type="checkbox"/> オ 8単位／日	①看護職員を常勤換算で2名以上配置していること ②当該施設の看護職員または病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡体制を確保していること ③定員を超えていないこと・人員基準欠如に該当していないこと <input type="checkbox"/> イ 地域密着型介護福祉施設入所者生活介護費またはユニット型地域密着型介護福祉施設入所者生活介護費を算定していること <input type="checkbox"/> オ 経過的サービス費を算定している場合
看取り介護加算（Ⅰ） ・死亡日以前4～30日 144単位／日 ・死亡日の前日および 前々日 680単位／日 ・死亡日 1,280単位／日	（要件は、介護老人福祉施設の看取り介護加算（Ⅰ）と同様） ※退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない
看取り介護加算（Ⅱ） ・死亡日以前4～30日 144単位／日 ・死亡日の前日および 前々日 780単位／日 ・死亡日 1,580単位／日	（要件は、介護老人福祉施設の看取り介護加算（Ⅱ）と同様） ※退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない

2) 医療保険による訪問看護

地域密着型介護老人福祉施設に入所中の場合でも、以下の場合は医療保険による指定訪問看護を受けることができます。

ア 末期の悪性腫瘍の患者

→ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅱ）

イ 精神科訪問看護基本療養費を算定する者（認知症を除く。）

→ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅲ）

4 特定施設入居者生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護

1) 委託契約による訪問

一般型の特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護は、利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。

看護については、夜間看護体制加算の算定要件である24時間連絡体制の確保のため、訪問看護ステーション等との連携をすることができます。なお、「24時間連絡できる体制」とは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の場合と同様です。

施設の算定項目	施設の算定要件
夜間看護体制加算 10単位／日	<p>特定施設入居者生活介護費および短期利用特定施設入居者生活介護費、地域密着型特定施設入居者生活介護および短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護について、</p> <p>①常勤の看護師1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること</p> <p>②看護職員、または病院・診療所・指定訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること</p> <p>③重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること</p> <p>※外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費を算定している場合は算定しない。</p>
医療機関連携加算 80単位／月	<p>特定施設入居者生活介護費、地域密着型特定施設入居者生活介護について、看護職員が、利用者ごとに健康の状況を断続的に記録している場合において、当該利用者の同意を得て、協力医療機関または当該利用者の主治医に対して、当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合には、医療機関連携加算として、1月につき80単位を所定単位数に加算する。</p>
看取り介護加算 ・死亡日以前4日～30日 144単位／日 ・死亡日の前日および 前々日 680単位／日 ・死亡日 1,280単位／日 ※退去した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。また、夜間看護体制加算を算定していない場合は、算定しない	<p><施設基準></p> <p>①看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること</p> <p>②医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定特定施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと</p> <p>③看取りに関する職員研修を行っていること</p> <p><対象者></p> <p>①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること</p> <p>②医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む）であること</p> <p>③看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、随時医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む）であること</p>

2) 医療保険による訪問看護

特定施設に入居していても、以下の場合には医療保険による訪問看護を受けられます。

- ア 末期の悪性腫瘍等の患者及び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患者
 - 訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅱ）
- イ 精神科訪問看護基本療養費を算定する者（認知症を除く。（ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者にあつてはこの限りではない。))
 - 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅲ）

5 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護

1) 委託契約による訪問

外部サービス利用型の特定施設入居者生活介護は、特定施設入居者生活介護（介護予防含む）の指定を受けた施設（有料老人ホーム等）が、外部の指定介護サービス事業者（訪問看護、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、福祉用具貸与等）（以下受託居宅サービス事業所）と委託契約を結んで、受託居宅サービス事業所が利用者へのサービスを提供します。

介護報酬は、施設が外部サービス利用型特定施設入居者生活介護基本サービス費に加えて、受託居宅サービス事業所が提供したサービスに応じて所定の単位数を算定します。施設は、受託居宅サービス事業所との委託契約に基づき委託料を支払います。

訪問看護については、通院が困難な利用者（末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等第四号に規定する疾病等の患者（p52①参照）を除く）が対象です。

訪問看護ステーション（受託居宅サービス事業所）による訪問看護は、保健師、看護師（准看護師を除く）または理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士によるサービス提供に限られます。主治医が交付した文書による指示及び訪問看護計画書に基づき指定訪問看護を行い、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の90/100の単位数を算定します。ただし、所要時間が20分未満のものについては、指定訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている指定訪問看護事業所で、居宅サービス計画又は訪問看護計画書の中に20分以上の指定訪問看護が週1回以上含まれている場合に限り算定できます。

また、以下のものについては、訪問看護費の81/100に相当する単位数を算定します。

- ・ 所要時間が20分未満の訪問看護を准看護師が指定訪問看護を行った場合
- ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問について、1日に2回を超えて指定訪問看護を行った場合

施設の算定項目	施設の算定要件
訪問介護以外の訪問系サービスおよび通所サービス（通常の各サービスの基本部分の報酬単位の90/100）	特定施設入居者への介護サービスの提供は、特定施設が外部サービス提供事業者と委託契約することにより提供する。 ※訪問看護は保健師、看護師（准看護師を除く）または理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士によるサービス提供に限る。

2) 医療保険による訪問看護

特定施設に入居していても、以下の場合は医療保険による訪問看護を受けられます。

- ア 末期の悪性腫瘍等の患者及び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患者
→ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅱ）
- イ 精神科訪問看護基本療養費を算定する者（認知症を除く。（ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者にあってはこの限りではない。））
→ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅲ）

6

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

グループホームはグループホームの職員がケアをする体制に対して介護報酬が設定されており、グループホームが外部の事業者と相対で契約している場合を除き、グループホームの入居者が外部からのサービスを受けることはできません。ただし、医療保険の対象となる場合、医療保険による訪問看護サービスを利用することができます。

1) 委託契約による訪問

グループホームでは、医療連携体制加算を算定する場合に訪問看護ステーションと連携することができます。グループホームと訪問看護ステーションが業務委託契約を結ぶことにより、入居者の日常的な健康管理等を訪問看護師が担当します。

施設の算定項目	施設の算定要件
医療連携体制加算（Ⅰ） 39単位／日 ※（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかの加算を算定している場合には、（Ⅰ）～（Ⅲ）のその他の加算を算定できない	認知症対応型共同生活介護について、 ①事業所の職員、または病院・診療所・指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること ②看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること ③重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
医療連携体制加算（Ⅱ） 49単位／日 ※（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかの加算を算定している場合には、（Ⅰ）～（Ⅲ）のその他の加算を算定できない	認知症対応型共同生活介護について、 ①事業所の看護職員を常勤換算で1名以上配置していること ②看護職員、または病院・診療所・指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること ただし、①により配置している看護職員が准看護師のみである場合、病院・診療所・指定訪問看護ステーションの看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること ③算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上であること ・喀痰吸引を実施している状態 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 ④重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
医療連携体制加算（Ⅲ） 59単位／日 ※（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかの加算を算定している場合には、（Ⅰ）～（Ⅲ）のその他の加算を算定できない	認知症対応型共同生活介護について、 ①看護師を常勤換算で1名以上配置していること ②事業所の看護師、または病院・診療所・指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること ③算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上であること ・喀痰吸引を実施している状態 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 ④重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること

施設の算定項目	施設の算定要件
看取り介護加算 ・死亡日以前4日～30日 144単位/日 ・死亡日の前日および前々日 680単位/日 ・死亡日 1,280単位/日 ※退去した日の翌日から死亡日まで の間は算定しない。また、医療 連携体制加算を算定していない場 合は、算定しない	<施設基準> ①看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること ②医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定特定施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと ③看取りに関する職員研修を行っていること <対象者> ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること ②医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む）であること ③看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、随時医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む）であること

2) 医療保険による訪問看護

訪問看護が医療保険の対象となる場合（①主治医から特別訪問看護指示書が発行された場合、②厚生労働大臣が定める疾病等の場合）は、グループホームの入居者であっても、医療保険による訪問看護を利用することができます。その場合は、他の訪問看護利用者と同様に、入居者（あるいは家族）が訪問看護ステーションと契約すること、主治医から訪問看護指示書もしくは、訪問看護指示書と特別訪問看護指示書を発行してもらう必要があります。

(1) 主治医から「特別訪問看護指示書」が発行された場合

- ・ 特別訪問看護指示期間中は、医療保険による訪問看護を実施できます。

(2) 厚生労働大臣が定める疾病等の場合

- ・ 特掲診療料の施設基準・別表第7に掲げる疾病等に該当する入居者は、医療保険による訪問看護を実施できます。
- ・ 委託契約の看護内容ではなく、指定訪問看護を実施する場合には、主治医からの訪問看護指示書が必要です。

なお、医療保険による訪問看護を実施できる場合には、訪問看護指示書が発行した医療機関は、「訪問看護指示料」及び「特別訪問看護指示加算」を算定することができます。

参考

① 特掲診療料の施設基準・別表第7に掲げる疾病等（厚生労働大臣が定める疾病等）

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三以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度に限る））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、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、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

② 精神科訪問看護基本療養費

精神科訪問看護指示書が発行され、精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は、医療保険による訪問看護となります。ただし、認知症は、精神科訪問看護基本療養費の対象とはなりません。つまり、認知症の病名では医療保険の対象になりません。

7 サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）

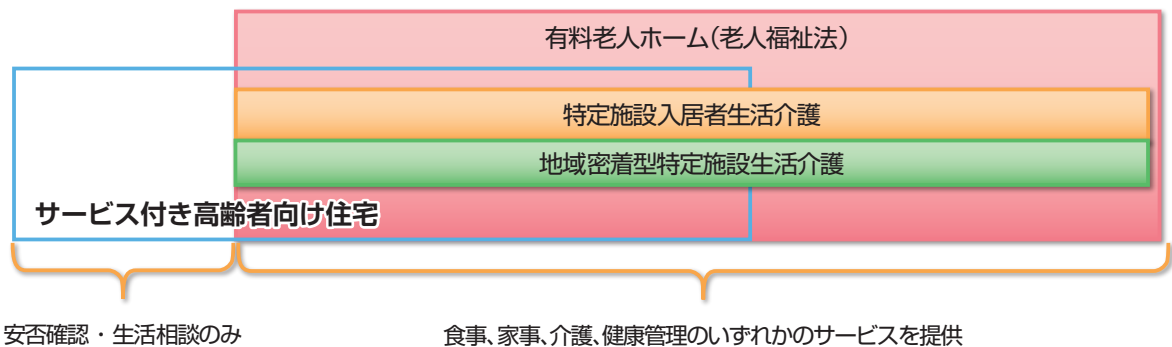
1) 委託契約による訪問

サービス付き高齢者向け住宅は、状況把握・安否確認・生活相談サービスなど高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅で、国土交通省・厚生労働省が所管する「高齢者住まい法」に基づく制度です。

サービス付き高齢者向け住宅の料金には、住居費と、基本となる生活支援サービス（状況把握・生活相談・安否確認）が含まれます。住宅によっては、その他の生活支援サービス（食事や家事サービス、健康管理等）も基本料金に含まれる場合や、入居者の希望によって有料で受けられる場合がありますが、基本となる生活支援サービスに含まれない食事サービスや介護サービスについては、原則として別契約となります。

訪問看護についても、自宅にいる利用者と同様に、入居者との個別契約で介護保険（医療保険の対象となる場合は医療保険）による訪問看護サービスを提供し、入居者から直接訪問看護ステーションが利用料金の支払いを受けます。

なお、食事、家事、介護、健康管理のいずれかのサービスを提供するサービス付き高齢者向け住宅は、老人福祉法上の有料老人ホームに該当し、特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている場合には、特定施設入居者生活介護の指定基準（人員、設備、運営基準等）に従ってサービスを提供します。この場合は、特定施設入居者生活介護と同様で、施設（サ高住）と訪問看護ステーションが委託契約を結んで、入居者への健康管理等を提供することになります。



2) 医療保険による訪問看護

以下の場合には医療保険による訪問看護を受けられます。

- ア 末期の悪性腫瘍等の患者及び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患者
→ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅱ）
- イ 精神科訪問看護基本療養費を算定する者（認知症を除く。（ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者にあつてはこの限りではない。））
→ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅲ）

平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業
高齢者施設等と訪問看護事業所との連携の実態及び看護の提供に関する調査研究事業

高齢者施設等と訪問看護ステーションとの連携ガイド

一般社団法人 全国訪問看護事業協会

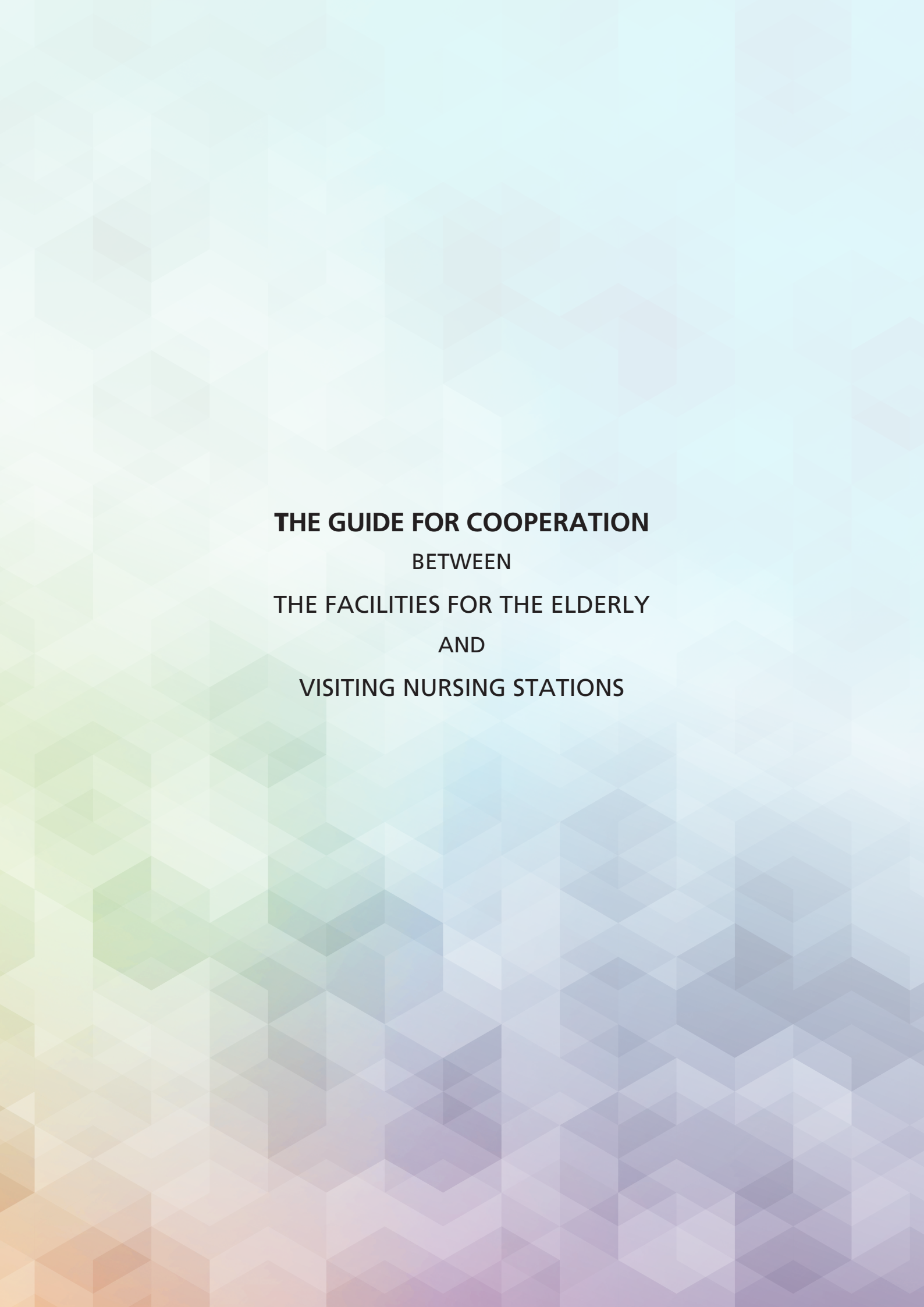
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壺丁目参番館 401

TEL 03-3351-5898 FAX 03-3351-5938

発行日：平成 30(2018)年 3月

<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/shiseturenkei-guide.pdf>

※[非売品] 本書を転載する場合はご連絡ください。



**THE GUIDE FOR COOPERATION
BETWEEN
THE FACILITIES FOR THE ELDERLY
AND
VISITING NURSING STATIONS**