

# 在宅医療と多職種連携

「福岡在宅医療  
事始め～さあ始めよう在宅医療～」



医療法人権頭クリニック 権頭聖  
2025年2月8日 福岡県医師会

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

|    | 月                 | 火           | 水  | 木                  | 金                 | 土  |             |    |    |
|----|-------------------|-------------|----|--------------------|-------------------|----|-------------|----|----|
| 9  | 外来・検査（内視鏡・エコー等）   |             |    |                    |                   |    |             |    |    |
| 10 |                   |             |    |                    |                   |    |             |    |    |
| 11 |                   |             |    |                    |                   |    |             |    |    |
| 12 |                   |             |    |                    |                   |    |             |    |    |
| 13 |                   |             |    |                    |                   |    | 昼休み         |    |    |
| 13 | 在宅                | 医師会         | 特養 | 認知症<br>グループ<br>ホーム | 医師会<br>(隔週)<br>有老 | 特養 |             |    |    |
| 14 |                   |             |    |                    |                   |    |             |    |    |
| 15 | 外来                | 在宅          |    |                    | 休み                | 外来 | 在宅          | 休み |    |
| 16 |                   | 外来          |    |                    |                   |    | サ高住<br>(隔週) |    | 外来 |
| 17 |                   | サ高住<br>(隔週) |    |                    |                   |    |             |    |    |
| 18 |                   |             |    |                    |                   |    |             |    |    |
| 19 | 医師会・学習・運動・読書・うたた寝 |             |    |                    |                   |    |             |    |    |

## かかりつけ医の延長 としての在宅医療

基本的には、**計画的な**訪問診療

往診も在宅医療の時間帯に

緊急往診は年間数回程度

在宅看取り（**深夜は避ける**）

# 多職種連携の重要性

- **患者の状態把握:** リアルタイムな**情報共有**により、適切な対応が可能。
- **効率的な役割分担:** 医師、看護師、介護職、薬剤師が**役割**を明確に分担。
- **ケアの一貫性:** 治療や介護**方針を共有**し、統一されたケアを実現。
- **安心感の提供:** 多職種連携により患者と家族が**安心して在宅療養**を続けられる。
- **状態変化への迅速な対応:** 看護師や介護職からの報告を基に、医療**方針の調整**が可能。
- **負担の軽減:** 医師が**診療に集中**できる環境を整え、効率的な診療を実現。
- **質の向上:** 連携することで**ミスやケアの漏れを防ぎ**、医療の質を向上。

# 在宅医療における多職種

- **医師**: 診断・治療方針の決定、緊急時の対応。
- **訪問看護師**: 患者の状態観察、医療処置、家族支援。
- **薬剤師**: 薬物療法の適正化、服薬指導、薬剤管理。
- **介護職**: 日常生活の支援、患者や家族の相談対応。
- **ケアマネジャー**: ケアプラン作成、サービス調整、支援の窓口。  
(**ソーシャルワーカー**: 福祉サービスの調整、経済的支援の助言)
- **リハビリ職 (理学療法士・作業療法士)**: 機能回復訓練、生活動作支援。
- **管理栄養士**: 栄養管理、食事指導。
- **歯科医師・歯科衛生士**: 口腔ケア、摂食・嚥下機能の改善。

# 医療機関の在宅医療における保険点数

## 診療報酬の例

- ケース1: 個人宅の月1回定期訪問(平日日中)
  - 訪問診療料: 888点
  - 在医総管: 1745点
  - 合計: 2633点 (自己負担1割で約2600円、3割で約8100円)
- ケース2: 同一建物内(集合住宅)の患者(2-9人の1人あたり)月1回定期訪問
  - 訪問診療料: 213点
  - 施設医総管: 710点
  - 合計: 923点 (自己負担1割で約900円、3割で約2700円)
- ケース3: 往診  
720点

+  
○

# 訪問看護

+  
○

# 訪問看護の主な内容

- **健康状態の観察** バイタルサイン（体温、血圧、脈拍など）の測定や病状の観察を行い異常の早期発見に努めます。
- **医療処置** 点滴や注射、服薬管理、傷の処置、ストーマケア（人工肛門・人工膀胱の管理）など、医師の指示に基づいて行います。
- **リハビリテーション** 日常生活動作の維持や改善を目的とした簡単なリハビリを行うことがあります。
- **療養生活の支援** 食事や排泄、入浴など日常生活に必要な介助やアドバイスをを行い、患者の生活の質（QOL）の向上を支援します。
- **家族へのサポート** 介護の方法や患者への対応についてアドバイスをを行い、家族の負担軽減を図ります。

特に高齢者や慢性疾患を持つ患者の在宅療養では、早期の異変発見や緊急時対応のために、訪問看護は重要な役割を果たします。



# 訪問看護の費用の具体例（2024年度目安）

医療保険の場合（負担割合：1～3割）

初回訪問：850点（8,500円相当、自己負担1割なら850円）

2回目以降の訪問：600～800点程度（地域や時間帯により変動）

緊急訪問：2,000点程度。

介護保険の場合（負担割合：1～3割 所得に応じて異なる）

20分未満：300～350円程度。

30～60分：800～900円程度。

60～90分：1,200～1,300円程度。

# 訪問看護記録書（例 90代独居 サルコペニア）

## ・利用者の状態(病状)

バイタルサイン 体温36.5℃ 脈拍72/分 呼吸/分 血圧136/68 SPO2/100 体重  
こたつでテレビを見られている。体調は変わりなし。食欲いつも通り 3食摂取。排便定期的にあり。  
セレコックス内服開始以降も長年の腰痛は日によって差があり変わらないと。カロナール頓内服なし。  
ふらつくのも変わらずとADL変わりなし。室内伝い歩きで、ふらつく時は用心して這って移動。  
お風呂も一人で入れている。  
食事は宅配の冷凍とネットスーパーで困ることなし。  
外出はできないが穏やかに規則正しく生活を送られている。

- ・今週末 1泊で息子さん帰省予定。12/7～8息子さん帰省、年末は息子さん家族が帰省予定  
介護認定結果はまだ届いていない。

## [看護・介助]

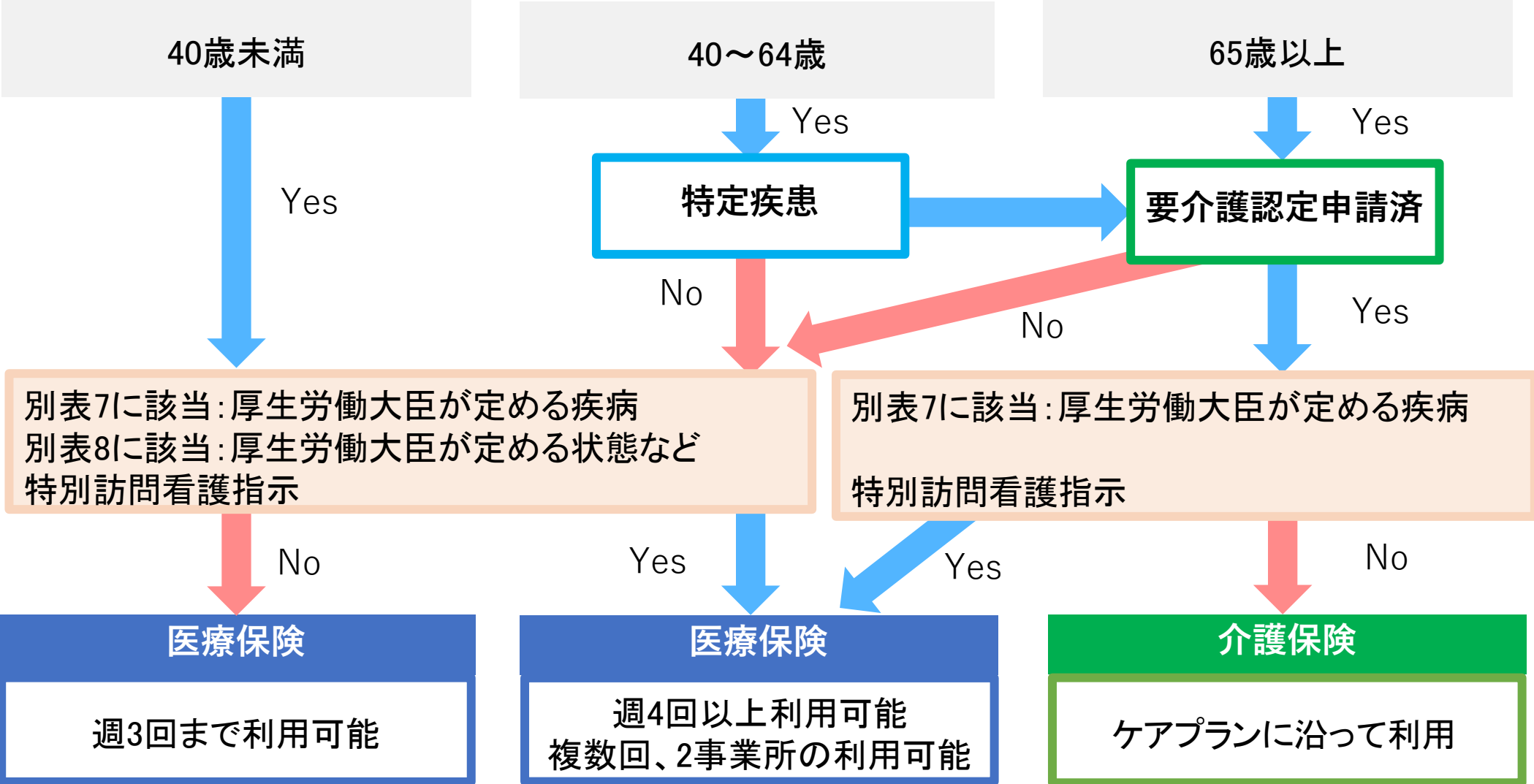
一般状態の観察,内服確認

## [リハビリ・その他]

ストレッチ、下肢筋力増強運動、立位でスクワットと歩行

# 訪問看護指示書

# 訪問看護で使用される保険の選択



# 訪問看護指示書（医療・介護保険共通）

- **目的:** 医師の指示に基づき、訪問看護師が適切なケアを実施するための  
必須の書類
- **記載内容:** 診断名、病状、処置内容、投薬の指示、緊急時対応方法など。
- **有効期間:** 原則6か月間以内（必要に応じて更新）
- **主な用途:** 医療処置（点滴、褥瘡ケアなど）  
観察（症状変化、バイタルサインなど）
- **重要性:** 医療と看護の連携を円滑化し、質の高い在宅ケアを実現する。

# 在宅患者訪問点滴注射指示書 (医療・介護保険共通)

- 目的:** 在宅患者に対し、主治医が週3回以上の点滴治療が必要と判断した際に交付点滴を訪問看護師が行う際に発行する指示書。
- 記載内容:** 使用薬剤、用量・用法、実施回数、目的（脱水補正、栄養補給など）。
- 有効期間:** 7日まで。必要があれば都度交付可能（交付回数制限なし）。
- 適用対象:** 病状安定のため点滴が必要な在宅患者。
- 主な用途:** 輸液補給、抗生剤投与、疼痛管理、栄養補助など。
- その他:** 同時に訪問看護指示書の発行が必要  
看護師、准看護師による点滴注射が対象であり、  
皮下や筋肉内注射、医師による点滴注射は算定できない。  
\* 使用する薬剤は、医師が必要と認め、訪問する看護師、准看護師に渡して  
在宅で点滴するものであれば、種類に制限はない。

# 特別訪問看護指示書（医療保険）

- 目的:** 緊急時や特別な処置が必要な場合に限り発行される訪問看護指示書。
- 有効期間:** 原則14日間で月1回交付  
(重度の褥瘡と気管カニューレ使用状態は月2回交付可)
- 対象患者:** 急性増悪や重度の褥瘡（深さD3またはステージⅢ以上の記載が必須）、退院直後、看取りの状態など週4日以上訪問が必要と認められる患者
- 作成日:** 診察日でなければならない 同時に訪問看護指示書の発行が必要
- 記載内容:** 症状や病状、具体的な処置内容、緊急対応の指示などを記載。
- 主な用途:** 点滴、排痰ケア、急変時の観察・処置など特別対応時に使用。

# 訪問看護指示書の 具体例



訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を☑すること

訪問看護指示期間（2024年12月12日から2024年12月31日）

点滴注射指示期間（年月日から年月日）

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 患者氏名  | 北九 太郎  | 生年月日   | 年 月 日 (91歳)  |
| 患者住所  | 福岡県北九州市八幡西区〇〇〇〇  | 電話   |  |
| 主たる傷病名  | 廃用症候群 フレイル 褥瘡・ステージⅠⅠⅠ  |  |  |
| 傷病名コード  | 8838910  |  |  |
| 現在の状況   | 症状・治療状態  | 右下肢の腸骨部大転子部下腿部に深さ D3 の褥瘡あり。毎日洗浄と薬剤塗布が必要である。  |  |
|   | 投与中の薬剤の用法・用量   | クラビット ゲーベンクリーム   |  |
|   | 日常生活自立度  | 寝たきり度  | <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2                   |
|   |  | 認知症の状況   | <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M  |
|   |  | 要介護認定の状況   | <input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) |
|   | 褥瘡の深さ  | DESIGN-R2020 分類 <input checked="" type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5 NPUAP 分類 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲ度 <input type="checkbox"/> Ⅳ度 |  |
| 装着・使用医療機器等  | <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( l/min)<br><input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃瘻: サイズ、日に1回交換)<br><input type="checkbox"/> 留置カテーテル (部位: サイズ、日に1回交換)<br><input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式: 設定 )<br><input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ)<br><input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |
| 留意事項及び指示事項  |  |  |  |
| Ⅰ 療養生活指導上の留意事項 栄養状態と感染症の有無について注意  |  |  |  |
| Ⅱ 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護<br>( 1日あたり ( 40 ) 分を週 ( 2 ) 回 )   |  |  |  |
| 2. 褥瘡の処置等 ( 洗浄後にゲーベンクリーム塗布 )  |  |  |  |
| 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 ( )   |  |  |  |
| 4. その他 ( しばらく毎日保清が必要 )  |  |  |  |
| 在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)<br>食事摂取量に応じて考慮する   |  |  |  |
| 緊急時の連絡先 院長携帯電話 〇〇〇〇   |  |  |  |
| 不在時の対応法 〇〇〇〇 または 〇〇〇〇 へ連絡   |  |  |  |
| 特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・臨時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等あれば記載して下さい。)<br>住環境の清潔化と衣服寝具類の確認が必要 |  |  |  |

- **呼吸器系** 肺炎 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の急性増悪、気管支喘息発作、呼吸不全（酸素療法やNPPVが必要な場合）
- **循環器系** 心不全の増悪、不整脈（特に急性発症や心拍数の管理が必要な場合）  
狭心症や心筋梗塞後の管理
- **消化器系** 消化管出血、急性膵炎や肝疾患の増悪、  
経管栄養中のトラブル（胃瘻部感染や閉塞）
- **神経系** 脳卒中の急性期（回復期も含む）パーキンソン病の悪化  
ALS（筋萎縮性側索硬化症）などの神経変性疾患
- **感染症** 感染症（尿路感染、敗血症、創傷感染など）  
新型コロナウイルス感染症などの感染症の管理
- **がん・終末期ケア** がん性疼痛のコントロール、終末期のがん（在宅緩和ケア）、  
悪液質や栄養不良の管理
- **その他** 退院直後  
褥瘡（特に重症例）  
糖尿病の急性合併症（糖尿病性ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧症候群）  
透析トラブル 血液疾患（貧血や血小板減少による出血リスク）

+  
○ ●

# ケアマネジャー

+  
● ○

# ケアマネジャーの役割

- **ケアプランの作成:** 医療・介護サービスを組み合わせた計画を立案。
- **多職種との調整:** 医師、看護師、介護職などとの連携を図る。
- **患者や家族の相談支援:** 介護や生活に関する悩みを聞き、助言を行う。
- **サービスの手配:** 訪問介護、訪問看護、デイサービスなどを調整。
- **状態変化の把握:** 患者の生活環境や健康状態を定期的に確認。
- **緊急時の対応支援:** 必要に応じて医療機関や関係者と迅速に連携。
- **生活環境の整備支援:** バリアフリー化や福祉用具の選定を助言。

# ケアプランの実例

# 居宅サービス計画書(1)

作成年月日

令和6年11月5日

2492

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 [REDACTED] 文子 殿 生年月日 昭和19年 [REDACTED] 日 住所 〒 807-0844 福岡県北九州市八幡西 [REDACTED]

居宅サービス計画作成者氏名 東 由佳子

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〒 805-0062 福岡県北九州市八幡東区平野2-1-1 八幡医師会介護保険総合センター

居宅サービス計画作成(変更)日 令和6年11月5日 初回居宅サービス計画作成日 令和6年11月5日

認定日 認定の有効期間 令和6年10月7日 ~ 令和7年10月31日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果 | <p>本人:一か月くらいから体の動きが悪くなりました。転倒への不安が大きく、外出ができず、家の中も這って動いています。今まで新生会病院に行っていましたが、通院ができないので、権頭先生に来てもらうようになりました。息子は遠方に住んで、息子には迷惑をかけたくありません。もっと動けなくなったら施設も考えますが、できるだけ家での生活を続けたいです。体調に不安があるので、看護師さんがきてくれると助かります。介護度が決まるまで、介護保険以外のサービスも利用していきたいと思います。</p> <p>家族:体の動きが悪くなっていて、体調のことなども心配です。私がすぐに来れる距離ではないので、看護師さんが関わってくれると何かあった時に安心なので、お願いします。</p> |
|------------------------------|--|

|                        |    |
|------------------------|----|
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 | なし |
|------------------------|----|

|           |  |
|-----------|--|
| 総合的な援助の方針 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療介護に関する相談に応じ、よりよい社会資源の情報提供などを行い安心して在宅生活が継続できるよう支援します。</li> <li>・訪問看護を利用し、病状、体調管理の支援や状態に応じたリハビリを受け在宅生活が継続できるよう支援します。</li> </ul> <p>緊急連絡先<br/>主治医:権頭クリニック 権頭 聖先生 093-692-5557</p> |
|-----------|--|

# 居宅サービス計画書(2)

作成年月日

令和06年11月5日

利用者名            文子 殿

| 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)                      | 目標                   |                      |  |                      | 援助内容   |                 |                  |                      |               |                       |
|--|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|-----------------|------------------|----------------------|---------------|-----------------------|
|  | 長期目標                 | (期間)                 | 短期目標   | (期間)                 | サービス内容   | ※1              | サービス種別           | ※2                   | 頻度            | 期間                    |
| 体が動きにくくなったりと体調に不安がある。安心して住み慣れた家で暮らしたい。 | 在宅生活が継続できる           | R6/11/5 ~<br>R7/4/30 | 状態の変化に早期に気づき対応ができる   | R6/11/5 ~<br>R7/1/31 | 診察、処方、日常生活上の留意点、指導   | ○               | 訪問診療<br>居宅療養管理指導 | 権頭クリニック              | 1回/月          | R6/11/5 ~<br>R7/1/31  |
|  |                      |                      |  |                      | 服薬   |                 | 本人               | 本人                   | 毎日            | R6/11/5 ~<br>R7/1/31  |
|  |                      |                      |  |                      | 処方薬の配達、服薬管理、主治医の指示による対応、連携、処方に関する相談、助言<br>※主治医の指示により追加訪問あり | ○               | 居宅療養管理指導         | 永犬丸調剤薬局              | 1回/月          | R6/11/5 ~<br>R7/1/31  |
|  |                      |                      | バイタルチェック、体調管理、服薬確認、病状に関する相談・助言、主治医の指示に基づく対応、主治医への報告<br>処置内容に応じて、提供時間の超過あり。<br>※緊急時訪問看護加算あり | ○                    | 訪問看護   | 八幡医師会訪問看護ステーション | 1回/週             | R6/11/5 ~<br>R7/1/31 |               |                       |
|  |                      |                      | 状態の変化に応じて必要な支援を受けられることができる   | R6/11/5 ~<br>R7/1/31 | 関係機関との連携、社会資源を含むサービスの提案・調整                                 | ○               | 居宅介護支援           | 八幡医師会介護保険総合センター      | 随時            | R6/11/5 ~<br>R7/1/31  |
| 一人で転倒せずに動きたい。                          | 目的の場所まで転倒せずに行くことができる | R6/11/5 ~<br>R7/4/30 | 動作の安定が図れ安全に移動ができる  | R6/11/5 ~<br>R7/1/31 | 家具や手すりを持って移動する   |                 |                  | 本人                   | 毎日            | R6/6/14 ~<br>R6/12/31 |
|  |                      |                      |  |                      | 身体機能の向上、動作の安定が図れるようなりハビリの実施・評価、自宅内の環境への助言<br>※振替利用相談可      | ○               | 訪問看護             | 八幡医師会訪問看護ステーション      | 1回/週<br>作業療法士 | R6/11/5 ~<br>R7/1/31  |

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。





+  
○

# 訪問薬剤師

+  
○

# 薬剤師の役割

- **薬物療法の適正化:** 副作用や相互作用を確認し、ポリファーマシーを防ぐ。
- **薬剤の供給と管理:** 処方薬の準備、配送、適切な保管方法の指導。
- **服薬指導:** 患者や家族に薬の使用方法や注意点を説明。
- **服薬支援:** 飲み忘れ防止策の提案や服薬状況の確認。
- **医療機器のサポート:** シリンジポンプや輸液などの使用方法を指導。
- **症状の確認と情報提供:** 副作用や症状の変化を確認し、医師に報告。

# 訪問薬剤管理指導記録 例

- 1. 基本情報** 訪問日: 2024年12月22日 訪問時間: 14:00~14:30 患者名: ○○○○様 年齢・性別: 78歳・女性  
診断名: 糖尿病、高血圧、慢性腎不全
- 2. 訪問目的** 血圧コントロールの状況確認 糖尿病薬の服薬状況の把握と副作用チェック  
腎機能低下に伴う薬剤調整の必要性評価
- 3. 患者の状況** バイタルサイン: 血圧: 138/82 mmHg 心拍数: 78 bpm 体温: 36.4°C  
患者の訴え: 口渇感あり (糖尿病症状の可能性) 最近、手足のむくみを自覚
- 4. 服薬状況薬剤リスト:** アムロジピン5mg (降圧薬) : 毎朝服用 メトホルミン500mg (糖尿病薬) : 毎食後  
フロセミド20mg (利尿薬) : 朝1錠  
服薬状況: メトホルミンの服用後、軽度の胃もたれを訴える。フロセミドの服用後に頻尿あり。
- 5. 薬剤に関する評価** 利尿薬の調整: むくみの軽減と腎機能への影響を評価しつつ、減量を検討。  
糖尿病薬の副作用: メトホルミンによる消化器症状が疑われるため、食後服用のタイミングや量の調整を検討。
- 6. 指導内容** 服薬指導: アムロジピンは毎朝同じ時間に服用するよう再確認。  
メトホルミン服用時、胃もたれが続く場合は主治医に相談。  
生活指導: むくみを軽減するため、夕方には足を高くして休むよう助言。  
水分摂取量を適切に保つよう指導 (腎機能に配慮)。
- 7. 多職種連携への提案** 主治医への報告: 腎機能を再評価し、利尿薬の調整を検討。  
看護師との連携: 足のむくみの状態を継続的に観察。
- 8. 次回訪問予定訪問日:** 2024年12月29日

+  
○

# 訪問介護士

+  
○

# 介護職の役割

- **日常生活支援** 食事、排泄、入浴、着替え、清拭などの身体介護を行う。
- **患者の見守り** 患者の体調や精神状態を観察し、変化があれば医療スタッフに報告する。
- **移動や外出のサポート** ベッドからの移乗や車椅子での移動、通院や外出の付き添いを行う。
- **リハビリの補助** 理学療法士や作業療法士の指導のもと、簡単なリハビリの補助を行う。
- **介護用品の管理** ベッドや車椅子、ポータブルトイレなどの介護用品の使用方法を指導し、管理
- **清掃や衛生管理** 患者が快適に過ごせるよう、居室やベッド周りの清掃を行い、衛生状態を保つ。
- **患者や家族への相談支援** 介護に関する悩みや困り事について、患者や家族の相談に応じる。

+  
•  
○

# 齒科醫師 · 衛生士

+  
•  
○

# 歯科医師・衛生士の役割

- **口腔ケアの実施:** 口腔清掃、感染予防、口腔衛生指導を行う。
- **摂食・嚥下機能の評価:** 飲み込みの状態を確認し、リハビリを提供。
- **義歯の調整・作製:** 適切な義歯使用のための調整や新規作製を実施。
- **虫歯・歯周病の治療:** 在宅で可能な範囲で口腔疾患の治療を行う。
- **誤嚥性肺炎の予防:** 口腔内の衛生管理を通じて全身の健康を支援。

+  
○ ●

# ソーシャルワーカー

+  
● ○



# ソーシャルワーカーの役割

- **福祉サービスの調整:** 患者が利用可能な介護保険や福祉サービスの手配・調整を行う
- **経済的支援の助言:** 医療費や生活費負担の軽減に向けた制度や支援策を案内。
- **生活環境の整備支援:** バリアフリー化や福祉用具の導入をサポート。
- **心理的サポート:** 患者や家族の不安や悩みに寄り添い、相談に応じる。
- **社会復帰の支援:** 社会参加や復職を希望する患者に適したサポートを提案。

# 在宅医療における 情報共有

# 情報共有手段

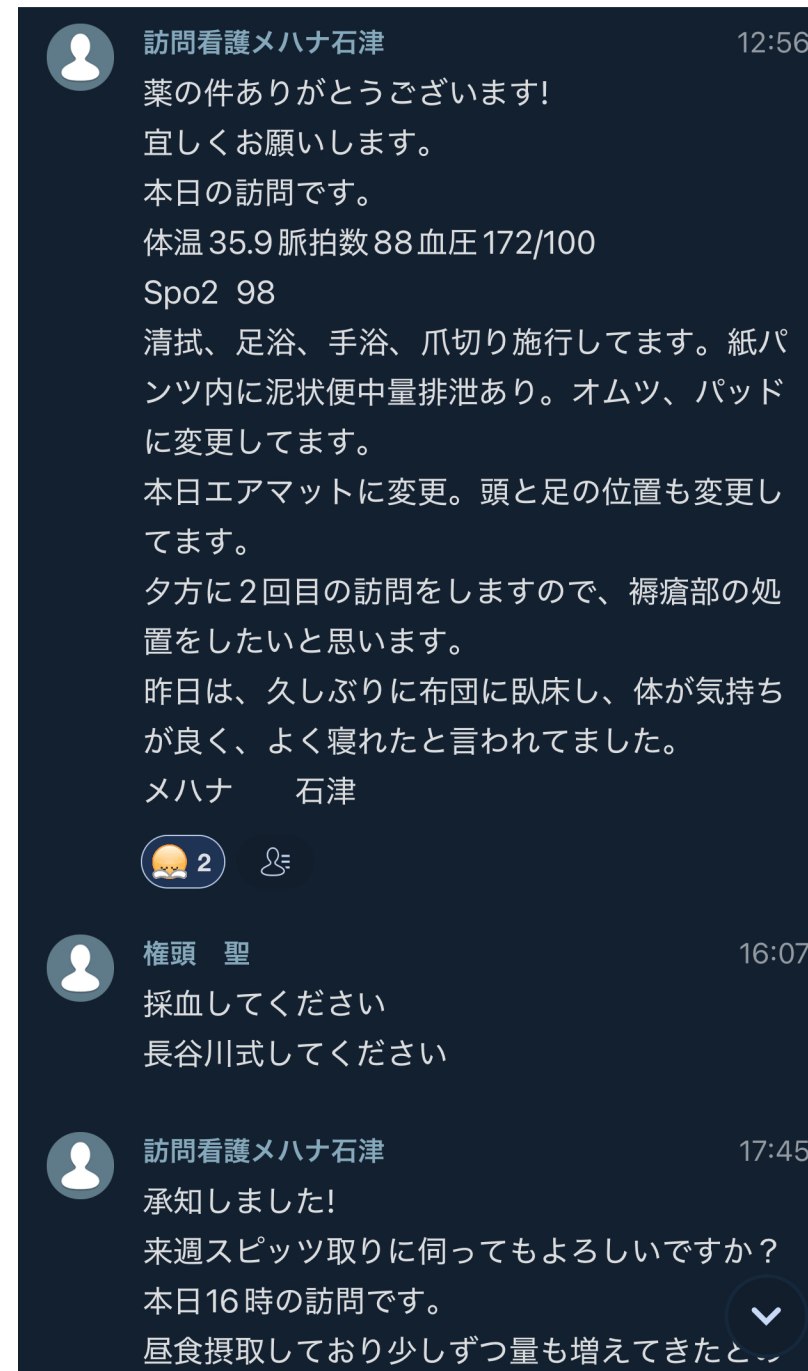
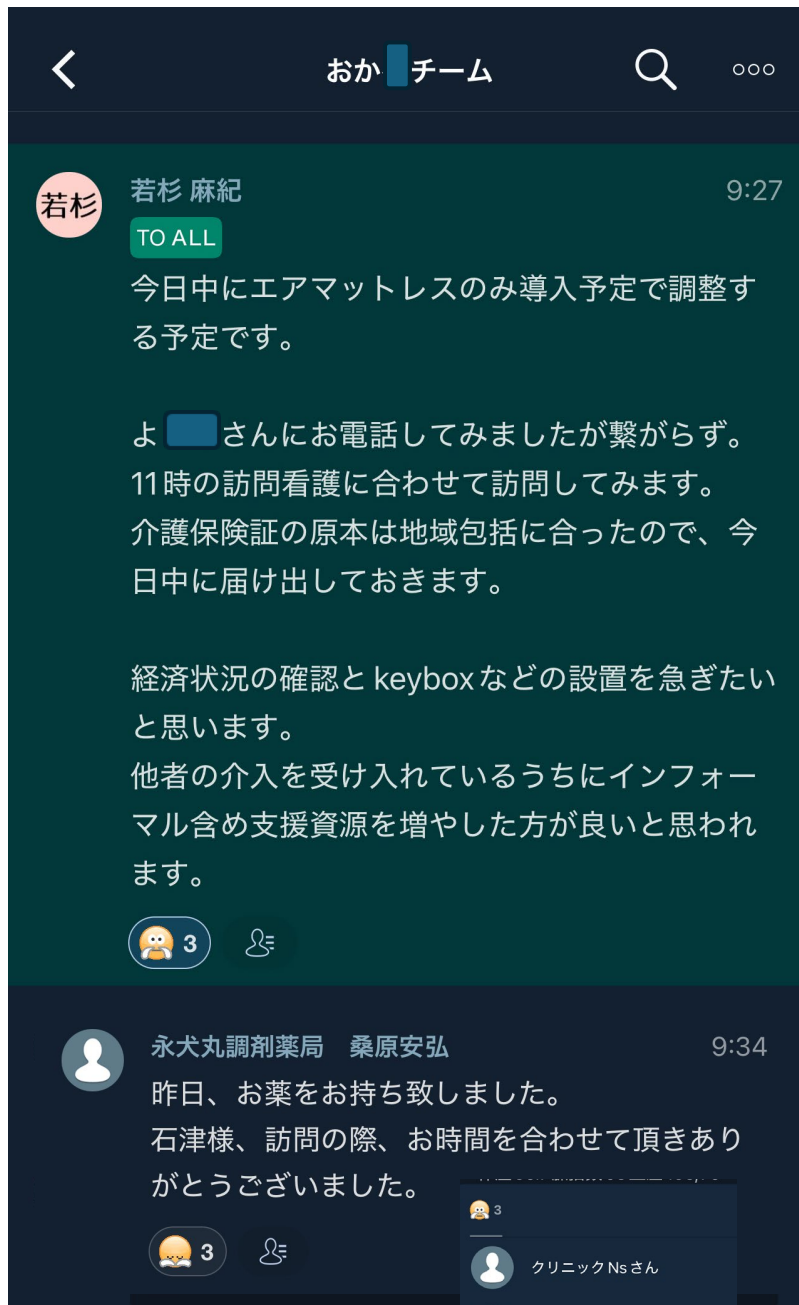
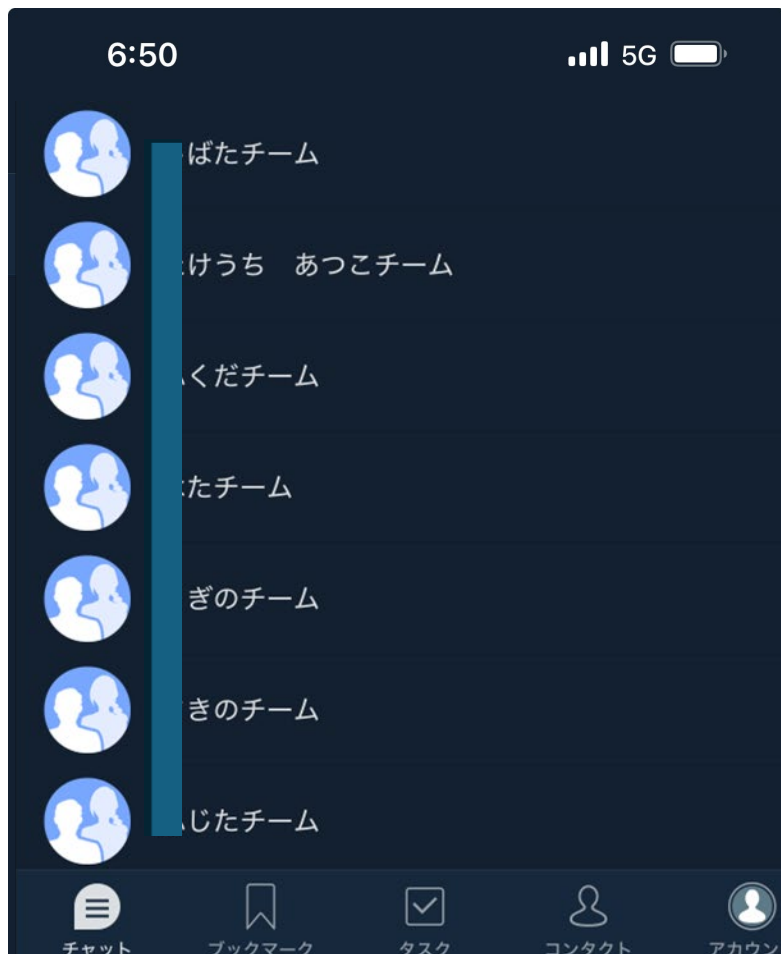
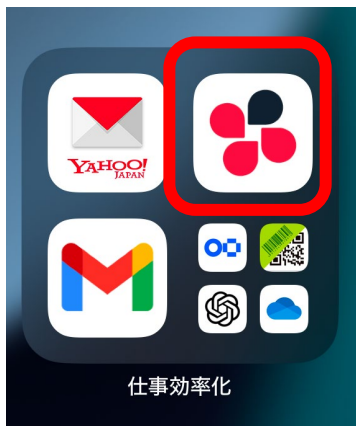
- **電話・FAX:** 緊急時に適するが記録が残りにくく情報漏れのリスクがある。
- **LINE WORKS・Chatwork・MCS:**  
リアルタイム共有が可能でセキュリティも高い。  
導入や操作習得に時間がかかる場合がある。
- **ケアカンファレンス:** 意見交換に優れるが、開催調整や移動、通信環境に課題がある
- **紙媒体:** 記録が簡単だが紛失や情報更新の遅れが発生しやすい。

**適切な手段を補完的に活用し、最適なケア連携を目指すことが重要。**

# 在宅医療でICTを活用することの利点

- 訪問看護師やケアマネジャーとの情報共有がリアルタイムで可能。
- 電子カルテやクラウドの活用で診療記録や指示書作成が効率化。
- 遠隔モニタリングにより訪問の必要性を適切に判断。
- 多職種間のコミュニケーションが強化され、連携がスムーズに。
- 医師の負担軽減と質の高いケア提供が可能に。
- 緊急時の連絡や指示が迅速に行える。

# ICT利用の実例供覧





訪問看護メハナ石津

承知しました!

来週スピッツ取りに伺ってもよろしい  
本日16時の訪問です。

昼食摂取しており少しずつ量も増えて  
ことでした。

右腸骨から大腿部にかけての褥瘡は出  
液なく経過してます。

ゲーベンクリーム塗布してます。

メハナ 石津



訪問看護メハナ石津



Photo\_24-12-13-17-49-07.439.jpg  
(286.84 KB)

権頭 聖

低栄養・感染症・糖尿病・高血圧・褥創  
機能低下疑い・股関節周囲の機能不全  
などが医療的に問題になるかと思ます  
感染制御と高浸透圧性糖尿病性昏睡の予  
始めます



訪問看護メハナ石津

お疲れ様です。

夕方の訪問です!

薬剤師さんと会いました!

ありがとうございましたm(\_\_)m

著変ありません。

オムツ交換施行し、尿多量、軟便少量排  
ました。陰部洗浄施行してます。

検査していいよとの事でHDS-Rしてま  
ど写真アップしますので宜しくお願い致



訪問看護メハナ石津

長谷川式は13点です



2024年12月19日 木曜日



権頭 聖

認知障害はありそうだが、アルツハ  
くない。

MRIなどしたいが本人の協力が得ら  
問

法定または任意後見のどれが本人に  
のか

CMの意見はどうか



若杉 麻紀

14:52



2024年12月19日 9:33

法定または任意後見のどれが本人にと  
のか

任意後見かと思います。



# まとめ

- 患者と家族のニーズと目標を確認して連携
- 多職種の専門性を活かし役割分担を明確化
- ICT活用は情報共有において効率的





多職種連携

付属資料

# 訪問看護指示書

## 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

|   |  |  |                                 |                   |  |
|---|--|--|---------------------------------|-------------------|--|
| 患者氏名  |  | 生年月日   | 年 月 日                           |                   |  |
| 患者住所  | 電話 ( ) -   |  |                                 |                   |  |
| 主たる傷病名  | (1)  | (2)  | (3)                             |                   |  |
| 傷病名コード  |  |  |                                 |                   |  |
| 現在の状況(該当項目に○等)  | 病状・治療<br>状   |  |                                 |                   |  |
|   | 投与中の薬剤<br>の用量・用法   | 1.<br>3.<br>5.                               | 2.<br>4.<br>6.                  |                   |  |
|   | 日常生活<br>自立度  | 寝たきり度  | J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 |                   |  |
|   |  | 認知症の状況                                       | I II a II b III a III b IV M    |                   |  |
|   | 要介護認定の状況   | 要支援 ( 1 2 )                                  |                                 | 要介護 ( 1 2 3 4 5 ) |  |
|   | 褥瘡の深さ  | DESIGN-R2020 分類 D 3 D 4 D 5 NPUAP分類 III度 IV度 |                                 |                   |  |
| 装着・使用<br>医療機器等  | 1. 自動腹膜灌流装置    2. 透析液供給装置    3. 酸素療法 (    1 /min )<br>4. 吸引器    5. 中心静脈栄養    6. 輸液ポンプ<br>7. 経管栄養 ( 経鼻・胃瘻 : サイズ    ,    日に1回交換 )<br>8. 留置カテーテル ( 部位 :    サイズ    ,    日に1回交換 )<br>9. 人工呼吸器 ( 陽圧式・陰圧式 : 設定    )<br>10. 気管カニューレ ( サイズ    )<br>11. 人工肛門    12. 人工膀胱    13. その他 (    ) |  |                                 |                   |  |
| 留意事項及び指示事項  |  |  |                                 |                   |  |
| I 療養生活指導上の留意事項  |  |  |                                 |                   |  |
| II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護<br>{ 1日あたり (    ) 分を週 (    ) 回 }<br>2. 褥瘡の処置等<br>3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理<br>4. その他 |  |  |                                 |                   |  |
| 在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)   |  |  |                                 |                   |  |
| 緊急時の連絡先<br>不在時の対応   |  |  |                                 |                   |  |
| 特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)                        |  |  |                                 |                   |  |
| 他の訪問看護ステーションへの指示<br>( 無 有 : 指定訪問看護ステーション名 )   |  |  |                                 |                   |  |
| たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示<br>( 無 有 : 訪問介護事業所名 )   |  |  |                                 |                   |  |

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

事業所

殿

表4 各種指示書の作成日と有効期間

| 指示書の種類            | 指示書作成日       | 有効期間   |
|-------------------|--------------|--|
| 訪問看護指示書           | 診療日でなくてもよい   | 指示書作成日と有効期間の開始日が同じで、有効期間は6カ月以内（1カ月の指示を行う場合は有効期間の記載は不要） |
| 特別訪問看護指示書         | 診療日でなければならない | 指示書作成日と有効期間の開始日が同じで、有効期間は <b>14日以内</b>                 |
| 在宅患者訪問<br>点滴注射指示書 | 診療日でなくてもよい   | 指示書作成日と有効期間の開始日が同じで、有効期間は医師が指示を行った日から <b>7日間</b>       |

肺炎、脱水症、脳梗塞後遺症、慢性心不全、認知症、  
がん末期など、患者のケアや医療処置に影響を与える疾患

訪 問 看 護 指 示 書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

|              |                  |     |     |
|--------------|------------------|-----|-----|
| 患者氏名         | 生年月日 年 月 日 ( 歳 ) |     |     |
| 患者住所         | 電話 ( ) -         |     |     |
| 主たる傷病名       | (1)              | (2) | (3) |
| 傷病名コード       |                  |     |     |
| 病状・治療<br>状 態 |                  |     |     |

厚生労働省の傷病名マスターから最新の傷病名  
コードをダウンロードし、使用する

患者の現在の病状や治療の経過、訪問看護で注意すべきポイントを具体的に記載  
 例：疾患名や症状の概要（例：慢性心不全、軽度の呼吸困難あり）  
 病状の進行状況（例：安定している、浮腫の悪化に注意、生命予後、認知障害の程度）  
 患者の状態をわかりやすく伝え、訪問看護師が適切に対応できる内容を書くことが重要

|     |                  |                |                |
|-----|------------------|----------------|----------------|
| 現在の | 病状・治療<br>状       |                |                |
|     | 投与中の薬剤<br>の用量・用法 | 1.<br>3.<br>5. | 2.<br>4.<br>6. |

薬剤名（一般名または商品名）、1回または1日の用量、服用回数、  
 投与経路（経口、貼付、注射など）を明記  
 例：「アムロジピン5mg 1日1回 朝食後 経口」や  
 「インスリン グラルギン 10単位 夕方 皮下注」のように簡潔に記載する  
 訪問看護師が薬剤管理や副作用の確認を円滑に行えるよう、必要な情報を正確に書く  
 重要性の高い薬剤から順番に

の状況(該当項)

|          |        |                             |      |      |                   |       |     |     |     |
|----------|--------|-----------------------------|------|------|-------------------|-------|-----|-----|-----|
| 日常生活自立度  | 寝たきり度  | J 1                         | J 2  | A 1  | A 2               | B 1   | B 2 | C 1 | C 2 |
| 要介護認定の状況 | 認知症の状況 | I                           | II a | II b | III a             | III b | IV  | M   |     |
| 褥瘡の深さ    |        | DESIGN-R2020 分類 D 3 D 4 D 5 |      |      | NPUAP 分類 III度 IV度 |       |     |     |     |



| DESIGN-R® 深さ    | d0<br>皮膚損傷・発赤なし | d1<br>持続する発赤   | d2<br>真皮までの損傷  | D3<br>皮下組織までの損傷   | D4<br>皮下組織を越える損傷   | D5<br>関節腔・体腔に至る損傷   | U<br>深さ判定が可能な場合   |
|-----------------|-----------------|--|--|---|--|---|---|
| NPUAP<br>ステージ分類 |                 | DTI疑い<br>圧力および/または剪(せん)断力によって生じる皮下軟部組織の損傷に起因する、限局性の紫または栗色の皮膚変色または血疱。 | ステージ I<br>通常骨突出部位に限局する消褪しない発赤を伴う、損傷のない皮膚。暗色部位の明白な消褪は起こらず、その色は周囲の皮膚と異なることがある。 | ステージ II<br>スラフ(水分を含んだ柔らかい黄色調の壊死組織)を伴わない、赤色または薄赤色の創底をもつ、浅い開放潰瘍として現れる真皮の部分欠損。破れていないまたは開放した/破裂した血清で満たされた水疱として現れることがある。 | ステージ III<br>全層組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。スラフが存在することがあるが、組織欠損の深度が分からなくなるほどではない。ポケットや瘻孔が存在することがある。 | ステージ IV<br>骨、腱、筋肉の露出を伴う全層組織欠損。黄色または黒色壊死が創底に存在することがある。ポケットや瘻孔を伴うことが多い。 | 判定不能<br>創底で、潰瘍の底面がスラフおよび/またはエスカー(黄褐色、茶色、または黒色の乾燥した硬い壊死組織)で覆われている全層組織欠損。 |

|                  |                |                        |            |           |          |
|------------------|----------------|------------------------|------------|-----------|----------|
| 目<br>に<br>○<br>等 | 装着・使用<br>医療機器等 | 1. 自動腹膜灌流装置            | 2. 透析液供給装置 | 3. 酸素療法 ( | l / min) |
|                  |                | 4. 吸引器                 | 5. 中心静脈栄養  | 6. 輸液ポンプ  |          |
|                  |                | 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ   |            |           | 日に1回交換)  |
|                  |                | 8. 留置カテーテル (部位 : サイズ   |            |           | 日に1回交換)  |
|                  |                | 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定 |            |           | )        |
|                  |                | 10. 気管カニューレ (サイズ       |            |           | )        |
|                  |                | 11. 人工肛門               | 12. 人工膀胱   | 13. その他 ( | )        |
|                  |                |                        |            |           |          |
|                  |                |                        |            |           |          |
|                  |                |                        |            |           |          |
|                  |                |                        |            |           |          |

#### 7. 経管栄養カテーテルの交換頻度

胃ろう: 一般的には4~6か月ごとに交換。ただし、使用状況により異なる場合もあり  
 経鼻経管栄養: 1~2週間ごとに交換が推奨

#### 8. 留置カテーテル

シリコン製は4週間（正確には30日以内）、ラテックス製は2週間  
 閉塞が起こった場合、もしくは起こる兆しがある場合には交換  
 症候性尿路感染症の治療前には交換を考慮

#### 9. 在宅医療における人工呼吸器の設定指示

モード: CPAP、BIPAP、SIMVなど。  
 設定値: 吸気圧(PIP10~20)、呼気圧(PEEP5~10)、吸気時間(Ti0.8~1.2)、呼吸回数(RR12~20)など。  
 酸素濃度: 必要に応じて設定（例: 21~40%）。  
 緊急時対応: 呼吸不全や異常があれば、訪問看護師が速やかに医師へ報告。  
 詳細な設定や管理方法については、専門医や関連ガイドラインを参照してください。

# 在宅酸素療法（HOT）の酸素流量設定

通常、目標とするSpO<sub>2</sub>は90～92%以上を維持できるように設定

安静時：1～3L/分が一般的。必要に応じて調整。

活動時：動作時の低酸素血症を補うため、1～2L/分の追加が必要な場合があります。

睡眠時：低酸素が進行する場合、流量を調整（例：+0.5～1L/分）。

患者の酸素飽和度（SpO<sub>2</sub>）や呼吸状態を基に決定します。

患者の呼吸状態や疾患（慢性閉塞性肺疾患など）により設定が異なるため定期的な評価を行います。



# 人工呼吸器の設定

一般的には、以下の項目を調整します。

- モード：容量補助換気（VCV）や圧力補助換気（PCV）、  
自発呼吸を補助するCPAPやBiPAPなど。
- 換気量：1回換気量（通常は6～8ml/kg）を患者の体重に基づいて設定。
- 呼吸回数：10～20回/分が一般的。
- 酸素濃度：必要に応じて21～100%で調整。
- PEEP（呼気終末陽圧）：5～10cmH<sub>2</sub>Oが目安。

設定は主治医と多職種、患者の状態を継続的に評価しながら最適化します。

|                                  |
|----------------------------------|
| 在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等） |
| 緊急時の連絡先<br>不在時の対応                |

## 脱水改善目的

改善内容：ソリタ-T3 500mLを4時間で点滴

頻度：毎日

## 感染症治療目的

治療内容：生理食塩水100mL＋セフトリアキソン1gを1時間で点滴

頻度：1日1回を5日間

# 療養生活指導上の留意事項

患者が在宅で安全かつ快適に療養生活を送るために、訪問看護師が注意すべき点や指導すべき内容

- 「浮腫の悪化や体重増加があれば早急に主治医へ連絡」
- 「血糖値が300mg/dL以上または100mg/dL以下の場合は報告」
- 「気管切開部や胃ろうの清潔を保つための手技指導を徹底」
- 「褥瘡予防のため、2時間ごとに体位変換を促す」
- 「軽い運動を取り入れ、ADL維持を目指す」
- 「歩行時には転倒防止のために必ず見守りを行う」
- 「認知症があり、日中は徘徊傾向があるため、家族への見守り指導」
- 「患者の不安が強い場合は傾聴を重視し、安心感を与えるケアを」
- 「在宅酸素療法：酸素流量2L/分を遵守。火気厳禁の指導を実施。」
- 「人工呼吸器のアラーム作動時の対応について家族へ再指導」
- 「必要時には訪問看護師がレスパイトケアの支援を提案」

記載のポイント簡潔かつ具体的に記載し、看護師が現場で迅速に対応できる内容にする。  
医療的な指示だけでなく、患者と家族の生活に即した配慮を盛り込む。  
これらを含めることで、患者のQOL向上と安全な療養生活を支える指示書となります。

# 「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護」

1. 理学療法士（PT）への指示記載：「筋力維持・向上を目的とした下肢筋力トレーニング」  
「関節可動域訓練を行い、拘縮の予防に努める」  
具体的内容：「起立・歩行練習を週2回実施。転倒リスクに注意。」  
「ベッドサイドでのストレッチングと体位変換指導」
2. 作業療法士（OT）への指示記載：「日常生活動作（ADL）の自立支援」  
「上肢機能向上を目的としたリハビリ」  
具体的内容：「食事動作や着脱衣動作の練習を週1回実施」  
「認知症に伴う不安を軽減する作業療法」
3. 言語聴覚士（ST）への指示記載：「嚥下機能の改善と誤嚥予防」 「構音障害への対応」  
具体的内容：「嚥下評価に基づく食事姿勢の指導と嚥下体操」  
「失語症に対するコミュニケーション訓練」
4. 目標の共有  
「在宅生活での自立を促進し、介護負担の軽減を図る」  
「リハビリ結果を定期的に医師と共有し、必要に応じて指示内容を見直す」

# リハビリテーション訪問の標準的な頻度と時間

パーキンソン病 頻度：初期は週2回、中期～進行期は週1～2回 時間：20～40分/回  
内容：理学療法士（バランス訓練）、作業療法士（ADL訓練）、言語聴覚士（嚥下機能維持）

サルコペニア・整形外科疾患 頻度：週1回 時間：40～60分/回  
内容：理学療法士（歩行・関節訓練）、作業療法士（ADL回復）

認知症 頻度：週1～2回 時間：20～40分/回  
内容：作業療法士（認知機能維持）、言語聴覚士（記憶訓練）

心不全・がん患者 頻度：週1～2回 時間：20～40分/回  
内容：理学療法士（有酸素運動・筋力維持）

注意：介護保険では要介護度に応じて制限があるのでケアマネ・PTと相談します

## 介護保険によるリハビリ

20・40・60分の20分単位で区切りがある。  
訪問看護のリハビリは週120分を超えてはいけない

## 医療保険によるリハビリ

30分から90分で指示し分単位の区切りはない  
頻度は1日1回週3回まで  
特定疾病・別表7・別表8の場合は「同日複数回・週4回以上可能」

# 褥瘡の処置方法

創洗浄：多量の微温湯で毎日洗浄し、感染予防に努める

外用薬：プロスタンディン軟膏/ゲーベッククリーム/イソジンシュガーを創の状態に応じて選択し塗布

被覆材：滲出液の量に応じて選択

滲出液が少なければ非固着性ガーゼやハイドロコロイド材

滲出液が多ければ吸収パッドやハイドロファイバー・ハイドロフォーム材を選択

【記載例】「創部を毎日微温湯洗浄後プロスタンディン軟膏を塗布。メロリンガーゼで被覆。」

「創部を多量の微温湯で洗浄後イソジンシュガーを塗布、吸収パッドで被覆してフィルム固定。」

「褥瘡部を微温湯で洗浄し、デュオアクティブCGFを貼付。週2回洗浄と貼り替え。」

「滲出液が多い場合はハイドロサイトプラスに変更。」

「必要に応じて抗菌剤外用。」「褥瘡の深さや状態に応じて、週2回の頻度で訪問しケアを実施。」

「必要時、医師が褥瘡の状態を再評価し、治療方針を見直す。」

「創面の感染兆候（発赤、膿性分泌物）が見られる場合は、直ちに主治医へ報告。」

# 除圧・ずれの排除に関する指示内容

適宜体位変換を実施し、クッションやエアマットレスを使用して適切なポジショニングを行い体圧分散を図る。

移乗・移動時のずれの排除に努める。＊体位変換の回数は適切なポジショニングが取れていれば少なくとも可。

【記載例】「体位変換をおむつ交換ごとに実施し、体圧分散マットレスの使用を継続。」

「車椅子上で体圧分散クッションを使用、座位はできるだけ短い時間とし、ベッド上で除圧。」

「仰臥位は禁止とし、おむつ交換の度に半側臥位を左右で変換。」

「体位変換を2時間ごとに実施し、体圧分散マットの自動体位変換機能を用いる。」

# 在宅患者訪問点滴注射に関する指示

(投与薬剤・投与量・投与方法等)

## 記載例

脱水改善目的の例：「目的：脱水改善のため」

「内容：ソリタ-T3 500mLを末梢静脈ルートから4時間かけて投与」

「頻度：毎日」

「注意事項：点滴中に寒気、発疹があれば中止し連絡。」

抗菌薬投与目的の例：「目的：感染症治療」

「内容：生理食塩水 100mL + セフトリアキソン 1gを末梢静脈ルートより2時間で投与」

「頻度：1日1回を5日間継続」

「注意事項：ルート部位の腫脹を観察し、異常時は報告。」



# 「緊急時の連絡先」と「不在時の対応」

患者の症状悪化や機器の異常時に対応するため、迅速に連絡が取れる連絡先を記載します。例として以下の内容を含めます。

緊急時には以下の連絡先に速やかにご連絡ください。

主治医直通番号：090-XXXX-XXXX クリニック代表番号：093-XXX-XXXX

休日・夜間の連絡先：自宅（093-XXXX-XXXX）

「不在時の対応」には、緊急時に備えた対応方針を明記します。

主治医が不在の場合は、代理医師△△（090-YYYY-YYYY）または  
連携病院（〇〇〇総合病院、093-XXX-XXXX）へご連絡ください。

必要に応じて救急搬送をご検討ください

これにより、緊急時の対応がスムーズになります。

**特記すべき留意事項**（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）

患者の安全や適切なケアの提供に関わる重要な情報を具体的かつ簡潔に記載します。  
これらの記載により、訪問看護師や他職種がリスクを把握し、適切なケアを提供できるようにします。

#### 1. 薬の相互作用・副作用に関する留意点

「服用中の抗凝固薬（ワルファリン）の効果を定期的に観察し、出血兆候に注意。」  
「降圧薬（カルシウム拮抗薬）の使用に伴うめまいや転倒リスクがあるため注意。」

#### 2. 薬物アレルギーの既往

「ペニシリン系抗生物質に対するアレルギーあり。投与時は代替薬を使用。」  
「シップ薬で皮膚炎を起こした既往あり。湿布の使用を避ける。」

#### 3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護および複合型サービス（小規模多機能型居宅介護）利用時の留意事項

「訪問介護スタッフと情報共有を徹底し、転倒リスクの高い環境では安全対策を強化。」  
「複合型サービス利用時は看護・介護スタッフ間で患者の食事状況を共有。」

#### 4. 患者や家族への特記事項

「患者は自己判断で服薬を中止する可能性があるため、訪問時に服薬状況を確認。」  
「家族が高齢のため、ケアの指導は簡潔で分かりやすく。」

# 装置・使用医療機器等の操作援助・管理 例文

「酸素流量2L/分を維持。チューブの接続部の緩みや損傷を確認。」

「人工呼吸器：設定値（例：PEEP 5cmH<sub>2</sub>O、酸素濃度40%）を遵守。

毎日アラーム機能の作動確認を行う。」

「吸引器：口腔・気管吸引の必要性を評価し、使用後はチューブを洗浄。」

「注入ポンプ：経管栄養を設定どおりに注入。残量確認と異常アラームへ対応」

「使用後のチューブやマスクは洗浄・乾燥を徹底。感染予防策を遵守。」

「気管切開カニューレ：週1回交換。患者状態に応じて早期交換を検討。」

「フィルター類は1～2週間ごとに交換。」

「機器の作動状況を訪問時に確認し、異常があれば主治医へ報告。」

「家族に酸素療法機器の使用法、注入ポンプの設定手順を指導。」

「呼吸器や酸素装置のアラーム作動時の対処法を説明。」

「在宅酸素使用中は火気厳禁であることを再指導。」

「注入ポンプやチューブ類は患者の動きに合わせて安全に固定。」

# 機器管理と安全指導の要点 例文

- 酸素療法：流量2L/分を維持し、接続部の緩みや損傷確認。火気厳禁を再指導。
- 人工呼吸器：設定値（例：PEEP 5cmH<sub>2</sub>O、酸素濃度40%）を遵守し、アラーム機能を毎日確認。
- 吸引器：必要性を評価し、使用後は洗浄を徹底。
- 注入ポンプ：設定通り注入し、残量確認や異常対応。
- 感染予防：チューブ・マスクの洗浄乾燥を徹底。
- 機器交換：気管切開カニューレ週1回、フィルター類は1～2週間ごとに交換。
- 家族指導：機器使用法、アラーム対応法、固定方法を指導。