



4月1日から、介護保険では新たに看護職員による相談・支援サービス「居宅療養管理指導」が始まりました。日本看護協会では、この仕組みを「My ナース」と名づけ、ご自宅で療養されている方が安心して毎日を過ごせるよう、普及に努めてまいります。

利用者のためにも、まずは看護職員が制度を理解し、活用を広げていくことが重要です。改めて「My ナース」(居宅療養管理指導)の内容をご紹介します。

【居宅療養管理指導】

看護師による相談等の評価 (400 単位 / 回)

准看護師は所定単位数に 90/100 を乗じた単位数

居宅療養をしている要介護者(要支援者)や、その家族の療養上の不安や悩みを解決し、円滑な療養生活を送ることを可能にするため、生活上の支援を目的とした看護職員による相談等を評価する。

■算定要件

・通院が困難な在宅の利用者のうち、医師が看護職員による居宅療養管理指導が必要であると判断し、同意が得られた方に、看護職員が療養上の相談・支援を行い、内容を医師や居宅介護支援事業者に情報提供した場合に算定。

・要介護新規認定、要介護更新認定または要介護認定の変更に伴い作成された居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービスの提供が開始されてからの2カ月に1回限り算定。

・利用者が定期的に通院している場合、定期的に訪問診療を受けている場合、利用者が訪問看護等のサービスを受けている間は算定しない。

「My ナース」が訪問できるのは、利用者が①初めて要介護認定・要支援認定を受けたとき②要介護認定・要支援認定を更新したとき③要介護認定・要支援認定の区分が変更になったときです。

その際、医師による「訪問看護指示書」は必要ありません。導入にあたっては「主治医意見書」の「看護職員の訪問による相談・支援」の項目にチェックがあるかどうか、または「特記すべき事項」の記載内容などが参考となります。

また、「主治医意見書」で「訪問看護」と「看護職員の訪問による相談・支援」の両方の項にチェックがある場合、どちらか一方のサービスのみ算定できるようにになっています。利用者などの意向を確認した上で、サービス担当者会議でどちらのサービスを提供することが利用者にとって適切であるかを検討して選択することになります。

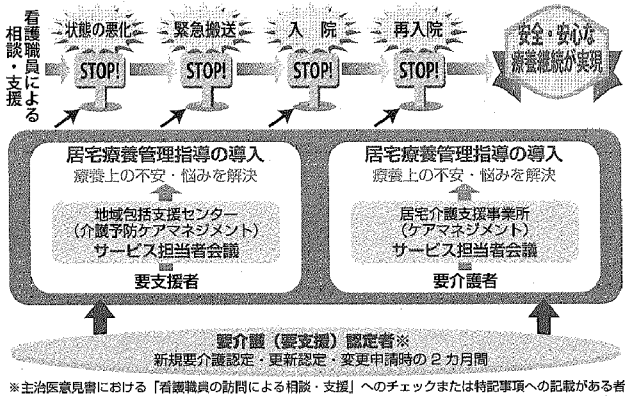
「My ナース」(居宅療養管理指導)をはじめ、改定についてのお問い合わせは、本会政策企画部でも受け付けています。Eメール (kaigo@nurse.or.jp) でご連絡ください。

■本会HPで「たかがい理事のめざせ、看護維新」公開中
http://www.nurse.or.jp/ishin/

たかがい理事のめざせ、看護維新



「居宅療養管理指導」の仕組み—“My ナース”は在宅療養者の「命綱」
利用者及びその家族の療養上の不安や悩みを解決し、円滑な療養生活が可能に



※主治医意見書における「看護職員の訪問による相談・支援」へのチェックまたは特記事項への記載がある者

「居宅療養管理指導」って何？

在宅療養者を支

平成21年度の介護報酬改定で、新たに看護職員による「居宅療養管理指導」が評価されることになった。このサービスは、看護職員が、自宅で療養生活を送る要介護者(要支援者)のもとに出向き、利用者1人1人の“My ナース”として支援を行うもの。新しく認定を受けたり、

「訪問看護の利用促進に向けたモデル事業」実施事業所インタビュー

日本看護協会は、平成20年度、厚生労働省の委託事業として訪問看護の利用促進に向けたモデル事業を実施した(関連記事2・3面)。

モデル事業では、「居宅療養管理指導」の開始に先立ち、訪問看護をあまり利用しない軽度の方を対象に、看護職による相談・支援を行った。今回、モデル事業を実施した「東電さわやかケア中野」で、実際にモデル事業を体験した看護師に話を聞いた。

東京・中野区を中心に、訪問看護・居宅介護支援事業を展開する「東電さわやかケア中野」。利用者の2割近くが要介護2までの軽度の方で、もともと予防やリハビリテーションに重点をおいたサービスを行っていたことから、モデル事業に参加した。

施設の開業当時から勤務して

いる鈴木敦子さんは、5年余りのキャリアを持つ訪問看護師。以前は病棟に勤務していたが、退院した患者さんがすぐに再入院してくるケースを目にして、退院支援や地域でのケアの重要性を意識するようになった。

「訪問看護が入ることによって、利用者の方に地域とのつながりができます。老老介護や独居が社会問題となっていますが、訪問看護は高齢者が周囲とのかかわりを持つための、いいきっかけになれるのではないのでしょうか」と振り返る。

■ 看護師の訪問で不安が軽減

今回、モデル事業で鈴木さんが担当した利用者は、80歳の男性。同年代の妻との2人暮らしで、処置などが必要な段階ではないものの、要介護1の認定を受けており日常の介護に不安を感じる状態だった。

地域包括支援センターがモデル事業の案内をし、夫妻の承諾を得て、東電さわやかケアに連絡。鈴木さんの訪問が始まった。月2回のサービスで、日常生活を観察し、介護や服薬管理の相談に乗る。並行してヘルパーやデイケ

モデル事業の利用者に笑顔でケア

モデル事業の概要

- 実施期間:平成20年11月~21年2月
- 対象区域:東京都内(訪問看護ステーション5カ所、地域包括支援センター10カ所)
- 対象者:要支援1~2程度で、健康上の不安のある者
- サービス内容:月2回の訪問と月2回の電話により、健康相談、服薬管理を含むトータルな健康管理、療養上の相談を行う。

アセンターなどを紹介し、社会とのつながりを保つように努めた。「私たちが生きている間は、ずっと来てほしい。訪問看護師が来てくれて、本当によかった」という夫妻は、モデル事業の終了後、継続して訪問看護の利用を始めている。

■ 予防的ケアも看護の役割

今回のモデル事業は、病気や体調について看護職に相談することで、安心して療養生活を送ることができたと、

える“Myナース”

認定区分が変更になったりした方の不安や悩みに応える「お試し版訪問看護」としても活用できる。

特集では、インタビューや調査結果などから、“Myナース”制度の仕組みを紹介する。

利用者からおおむね好評を得た。ただ、サービスの利用で症状の改善が見られた人もいれば、もともと軽度のしっかりした方を対象にしたために、効果ははっきり分からない利用者もいた。鈴木さんは「居宅療養管理指導」では、訪問の必要度の見極めが重要」と指摘する。地域包括支援センターのケアマネジャーとの連携で、今後、適切な対象者を選択していくことが求められる。



事業所で訪問スケジュールの打ち合わせをする鈴木さん

また、モデル事業を体験した看護職からは、医療的なケアを伴わない訪問に、戸惑いの声もあった。「当事業所は、もともと予防事業も重視していたので、看護の役割を広く捉えています。ターミナルケアなどを重点的に行っている事業所では、もっと重度の方のほうに手が必要と感じた方もいらっしやるのでは」と鈴木さん。

モデル事業後の評価では、ケアマネジャーのほうが、訪問看護師より、このサービスを高く評価する傾向が見られた。本人はまだ元気だと思っても、周囲が不安に思うような場合や、自分では症状や血圧などの数値をどう評価したらよいか分からない場合などは、看護職が相談に乗ることで、本人のみならず、家族も安心できる。

鈴木さんは「利用者の中には、薬の管理が自分では難しい方や、病院では遠慮してしまっ質問ができないという方もいます。『看護職が行く』ということに意味がありますし、予防ケアがきちんとできて悪化が防げれば、それが一番だと思います」と、軽度の方への訪問看護の有効性を語ってくれた。

東電さわやかケア中野

- 開設日:平成19年4月
- 所在地:東京都中野区
- 事業内容:居宅介護支援、訪問看護、訪問介護
- 看護職員:常勤4人、非常勤1人
- 訪問看護利用実績/月:約100人

ネジャーへのPRです。「Myナース」制度として仕組みを普及させていくためには、地域包括支援センターのケアマネジャーが運用方法を理解し、利用者に説明したり、訪問看護師と連携をとって、利用者にとの相談に乗り、在宅へのソフトランディングをサポートする新しいサービスとして、ぜひ病院の看護師も“Myナース”の仕組みを理解し、ご活用ください。

同時に、制度を広く活用していくためには、サービスの需要に応えられるような、訪問看護師の安定的な確保も必要だ。

月に2回、利用者宅を訪れていたモデル事業と異なり、「居宅療養管理指導」は訪問看護の導入に向けて、1度の訪問で利用者の体調や、どこに問題を抱えているかという点を把握することが求められる。

今回、「東電さわやかケア中野」のモデル事業で訪れた6人のうち、3人が定期的な訪問看護の利用を始めた。「利用者の方に、何かあったら来てくれる看護師さんがいるんだ、という認識を持っていただくことが大事」と鈴木さん。今後の“Myナース”たちの活躍が期待される。

“Myナース”の普及に向けて

まだ取り組みが開始されたばかりで、実際に「居宅療養管理指導」を導入する訪問看護ステーションの数は多くない。東電さわやかケアでも、年度内の開始に向けて、情報収集の段階だ。同制度を普及させるためには、大きく3つの課題があると、鈴木さんは言う。

「1つ目は、人員の問題。ターミナルや重症の方の依頼があると、そちらが優先になってしまうし、新しい制度で事務作業の負担が増えると、どうしても導入しづらい面があります。また、2つ目の課題は、運用方法がまだよく分からないこと。3つ目はケアマ

モデル事業の成果と課題～ケアマネジャーの立場から

深沢あだしんすこやかセンター 管理者 清水みどり

今回、モデル事業に参加して、今後の訪問看護の利用促進につながる成果を出すための課題が見えてきた。看護師の訪問によって、認知症の進行とともに出現する周辺症状に驚きと不安でいっばいの介護者と、在宅サービスに抵抗のある本人にアプローチできたのは予想どおりだった。この成功の裏には少なくとも2つの要因がある。1つは面接技術、特に初期の情報収集のためのインターク面接における技術。もう1つは認知症の利用者およびその家族への対応である。重度者と違って身体的ケアがほとんどないので、医療処置など技術提供から得る信頼感ばかりで立ち向かうのだから、コミュニケーション力がものを言う。たった1回の面接場面を生かし、訪問看護の導入につなげるためには、こうした看護師の能力の育成が課題となる。

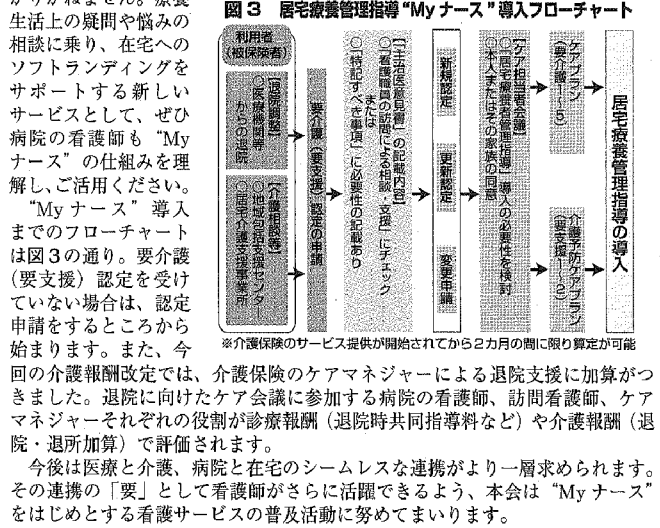
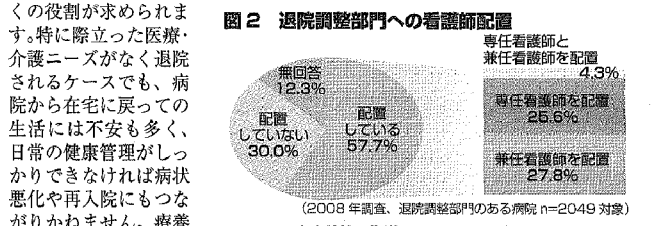
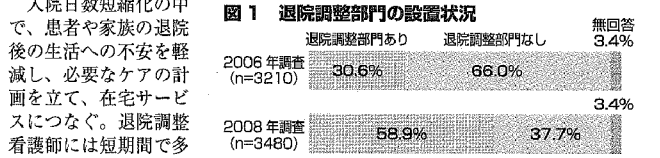
一方、ケアマネジャーは、訪問看護サービスが必要かどうかのアセスメントを、看護師が現場に向かい行ってやってくれる、という気持ちでプランニングしてよいと思う。また、在宅生活を支援する体制づくりの困難ケースに、ぜひ看護師との強力な連携による効果を期待したい。

退院調整で“Myナース”(居宅療養管理指導)の活用

日本看護協会 政策企画部 堀川尚子

平成20年度診療報酬改定で「退院調整加算」が新設されて1年。「院内に退院調整部門を設置し、退院調整の十分な経験がある専従の看護師等を1人以上配置」が算定要件です。退院後の生活を見越してケアの計画を立て、訪問看護など関係機関との連携を図る、看護師の専門技術が評価された加算です。

退院調整への取り組みの活発化はデータにも表れています。本会が全国の病院を対象に毎年実施している「病院における看護職員需給状況調査」では、退院調整部門を持つ病院は2006年の30.6%から2008年の58.9%へ、ほぼ倍増しています(図1)。退院調整部門に看護師を配置している病院は約6割で、その半数以上が専任の看護師を配置するに至っています(図2)。



今後、医療と介護、病院と在宅のシームレスな連携がより一層求められます。その連携の「要」として看護師がさらに活躍できるよう、本会は“Myナース”をはじめとする看護サービスの普及活動に努めてまいります。