

平成29年度老人保健健康増進等事業

訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査研究事業

訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等の より良い連携のための手引き

平成 30 年 3 月

一般社団法人全国訪問看護事業協会

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。

重度な要介護状態となっても、一人ひとりがその個別性に応じた日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割を果たすことができ、生きがいや自己実現をもった生活をおくることができるように在宅療養者を支えることは、医療と生活の両側面からアプローチすることができる訪問看護の使命であるともいえます。

住み慣れた地域で自分らしく、生きがいや役割をもって生活できる地域の実現を目指すためには、生活機能の低下した高齢者に対して、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるという視点を踏まえた訪問看護の提供が重要です。現在、訪問看護ステーションには、看護職員だけではなく、理学療法士や作業療法士・言語聴覚士も数多く在籍していますが、理学療法士等による訪問看護については、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員による訪問を代替するものとして位置づけられています。理学療法士等による訪問を行う訪問看護ステーションの割合は近年増加傾向にありますが、そのなかで看護職員と理学療法士等が連携を図り、利用者の状況に応じた訪問看護サービスの提供にあたることが重要視されています。

そこで、当協会では、平成29年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査研究事業」の一環として、訪問看護事業所で行われる訪問看護の一環としてのリハビリテーションにおいて、看護職員と理学療法士等との連携の実態を調査し、効果的な連携のポイント、計画の立て方、評価の方法等、看護職員と理学療法士等のよりよい連携のための参考となるように、本冊子を作成しました。

地域の様々な現場のみなさんに活用され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

理事長 伊藤 雅治

■ 目 次 ■

はじめに

I	本手引きについて	2
1.	本手引きの背景	2
2.	本手引きの目的	3
3.	本手引きの位置付け（本手引きが想定する活用場面、読んでいただきたい方）	3
II	訪問看護における看護職員と理学療法士等の連携のあり方	4
1.	訪問看護事業所が提供する訪問看護	4
2.	理学療法士等による訪問看護の位置づけ	4
3.	看護職員と理学療法士等との包括的なアセスメントの重要性	5
4.	看護職員と理学療法士等による連携の効果	6
III	訪問看護における看護職員と理学療法士等の各ステップにおける連携のポイント	7
1.	理想的な連携プロセス	7
2.	各ステップにおける連携のポイント	8
	STEP0：訪問看護の利用開始まで	8
	＊理学療法士等の訪問について、利用者の同意を得ましょう	13
	STEP1：訪問看護計画書の一体的な作成	14
	STEP2：看護職員と理学療法士等による情報共有	15
	STEP3：定期的評価の実施・報告書の作成	19
	番外編：日頃からの連携の取組み	20
IV	連携のモデル例	21
	モデル1 同一の訪問看護事業所内に所属する看護職員と理学療法士等の連携のモデル例	21
	モデル2 他の訪問看護事業所内に所属する看護職員と理学療法士等の連携のモデル例	22
V	様式集	24
	訪問看護計画書	24
	訪問看護計画書【記載例】	25
	訪問看護報告書	26
	訪問看護報告書【記載例】	27

I 本手引きについて

■ 1. 本手引きの背景

全国の訪問看護事業所は約 10,100 か所にのぼります（介護給付費等実態調査 平成 28 年 4 月審査分）。特に訪問看護ステーション数の近年の増加が著しく、直近 5 年では 1.4 倍に増加し、訪問看護の利用者数は平成 28 年で約 42 万人に達したところです。

このような中、訪問看護ステーションにおける理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下「理学療法士等」という）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、保健師、看護師、准看護師（以下「看護職員」という）の代わりに訪問させるものであるという位置づけとされていますが、この割合は平成 21 年頃より増加傾向にあり、現在では訪問看護単位数の 3 割以上を占めるに至っています。

本事業において実施した実態調査※においても、1 か月の全訪問回数のうち 8 割以上を理学療法士等が提供したケースが「あった」と回答した事業所は半数近くに及び（図 1）、これらの事業所のうち、看護職員と理学療法士等の双方が訪問看護計画を「全く共有していない」と回答した事業所は約 5% ありました（図 2）。また、理学療法士等による訪問看護を提供している事業所において、看護職員と理学療法士等が利用者の日々の訪問看護の情報を「全く共有していない」と回答した事業所も約 6% を占めました（図 3）。

これらの調査結果から、理学療法士等による訪問看護を提供する一部の事業所において、看護職員と理学療法士等との連携が十分に図られていないという実態が明らかになりました。

図1 理学療法士等が8割以上訪問しているケースの有無
(n=2059)

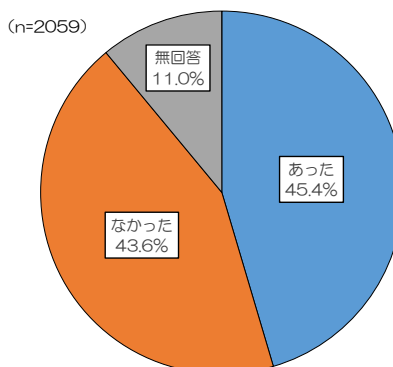


図2 看護職員と理学療法士等の看護計画の共有状況【複数回答】
(n=935)

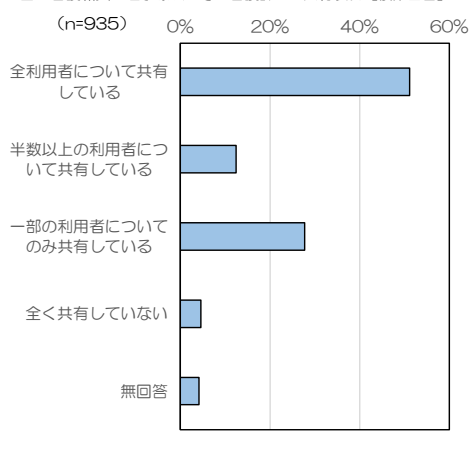
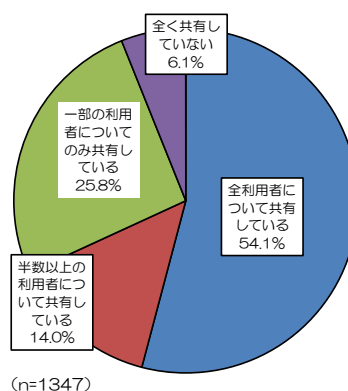


図3 看護職員と理学療法士等の日々の訪問看護の情報の共有状況
(同一事業所内)



■ 2. 本手引きの目的

前述の現状・課題等を踏まえ、理学療法士等による訪問看護を提供する訪問看護ステーションにおいて、看護職員と理学療法士等が十分に連携を図ることで、地域における利用者の生活をより効果的・効率的に支えていくための適切な訪問看護が提供されるよう、訪問看護における看護職員と理学療法士等の連携のポイント、連携のモデル例及び様式集等、その連携の具体的な方法等をお示しします。

■ 3. 本手引きの位置づけ

① 本手引きが想定する活用場面

本手引きは、訪問看護ステーションに所属する理学療法士等が訪問看護の一環としてリハビリテーションを中心とした訪問を提供する場合において、訪問看護の各業務プロセスのなかで看護職員と理学療法士等が十分な連携を図るため、どのように取り組むことが望ましいかについて、「訪問看護の利用開始前」から「定期的評価の実施」までのステップを想定して、どのような人であっても共通して把握しておくべき事項や、考え方、その具体的な手法等をまとめています。さらに、複数の事業所により訪問看護を提供する場合であって、そのどちらか一方が理学療法士等による訪問看護を行う際の看護職員と理学療法士等との連携のポイントについてもあわせてお示ししています。

ただし、看護職員と理学療法士等の連携にあたっては、地域の実情等により訪問看護の提供体制が異なることも想定されますので、それぞれの事業所の状況に合わせて柔軟に対応してください。

② 本手引きの対象（読んでいただきたい方）

本手引きにてお示しする内容は、訪問看護の提供にあたる看護職員と理学療法士等がより良い連携を行うためのヒントや 1 つのツールとして、訪問看護事業所で訪問看護に従事する管理者とすべての看護職員及び理学療法士等のみなさまに参考にしていただくことを目指しています。

※本事業において実施した実態調査

本事業では、一般社団法人全国訪問看護事業協会に加盟する全国の訪問看護ステーション 5,461 カ所に対し、看護職員と理学療法士等の連携の実態を把握することを目的としてアンケート調査「訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査」を実施し、2,058 カ所から回答（回収率 37.7%）を得た。

Ⅱ 訪問看護における看護職員と理学療法士等の連携のあり方

■ 1. 訪問看護事業所が提供する訪問看護

指定居宅サービスにおける訪問看護は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、療養生活を支援し、心身の機能の維持・回復及び生活機能の維持・向上を目指すものであり、その利用者に対して、主治医の指示書に基づき、食事（栄養）の管理・援助、排泄の管理・援助、清潔の管理・援助（清拭等）、褥そうの処置、カテーテル管理等の医療処置、リハビリテーション、ターミナルケア、利用者・家族への療養上の指導、家族の健康管理など、療養上の世話や診療の補助を行うものです。

■ 2. 理学療法士等による訪問看護の位置づけ

前述の訪問看護の具体的な実施は、訪問看護ステーションに所属（従事）する保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士あるいは言語聴覚士（健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションにおいては助産師を含む。）が担当することとなっています。そのうち、理学療法士等による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものです^注）。

理学療法士等による訪問看護の効果的な活用によって、利用者の生活機能の維持・向上をより効率的に行えること等が期待されています。

※ 医療機関に従事する理学療法士等による訪問は、指定居宅サービスにおける訪問看護には含まれません。

注）指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）抜粋
第二 居宅サービス単位数表

4 訪問看護費

（4）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について

- ① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置付けのものである。なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）の規定にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成九年法律第百三十二号）第四十二条第一項）に限る。
- ② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、一回当たり二十分以上訪問看護を実施することとし、一人の利用者につき週に六回を限度として算定する。

■ 3. 看護職員と理学療法士等との包括的なアセスメントの重要性

在宅療養支援にあたっては、利用者の生活の質の確保を重視し、全体的な日常生活の動作能力を維持・回復させるとともに、家族や地域からの支援により、住み慣れた地域で在宅での療養を継続できるようにすることが重要です。また、利用者の生活全体におけるセルフケアを高め、その利用者の希望が達成できるような支援が必要となります。

そのためには、訪問看護において看護職員や理学療法士等が実施する一時的な基本的動作訓練や機能回復訓練などだけではなく、利用者が生活を送る中での工夫、利用者自身が日常的に体操などを行うための支援や介護職員などにもリハビリテーションの視点の理解の促進など、利用者とともに実施するケアが求められます。また、利用者の意欲に働きかけながら、効果的な訪問看護サービスを提供するためには、看護職員と理学療法士等がそれぞれの視点を持ちながら連携することによる包括的なアセスメントが重要です。

看護職員の視点

- ・看護職員は、主に、利用者の健康状態や生活状況、家族の状況を包括的にアセスメントし、利用者の持つ力を最大限に発揮させることができるよう心身の健康管理や療養生活継続の支援を行うことが求められます。
- ・病状の予後予測をもとに、合併症の発症、生活状況の悪化を予防する視点からもリハビリテーションのニーズをアセスメントすることが重要です。

理学療法士等の視点

- ・理学療法士等は、主に、身体・精神機能、日常生活動作および住環境・福祉用具等の環境面をアセスメントすることが求められます。
- ・具体的に、理学療法士は主に基本動作の獲得、作業療法士は応用的動作能力や社会適応能力の獲得、言語聴覚士は音声・言語・聴覚機能の獲得を中心に様々な訓練を行うとともに、利用者の状態に合わせた環境調整への支援が期待されています。

参考文献・酒井郁子ら編集：リハビリテーション看護 改定2版、南江堂、2015

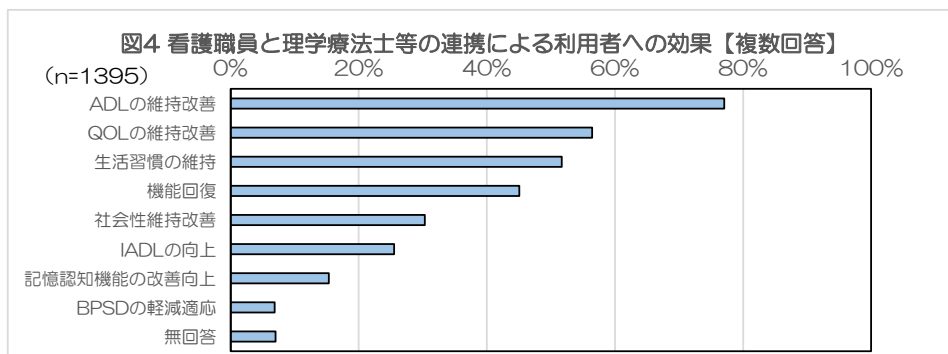
・石鍋圭子編集：最新訪問看護研修テキストリハビリテーション看護、日本看護協会出版会、2005

■ 4. 看護職員と理学療法士等による連携の効果

本事業で実施した実態調査から、看護職員と理学療法士等双方の視点からの連携による具体的な効果として、次のような結果が得られました。

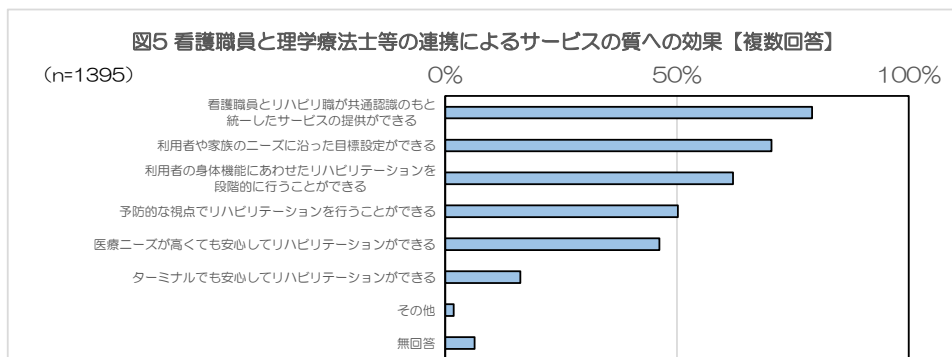
<① 利用者への効果>

- ・ 利用者への効果として、「ADL の維持改善」、「QOL の維持改善」、「生活習慣の維持」が比較的高い割合となっています。（図 4）



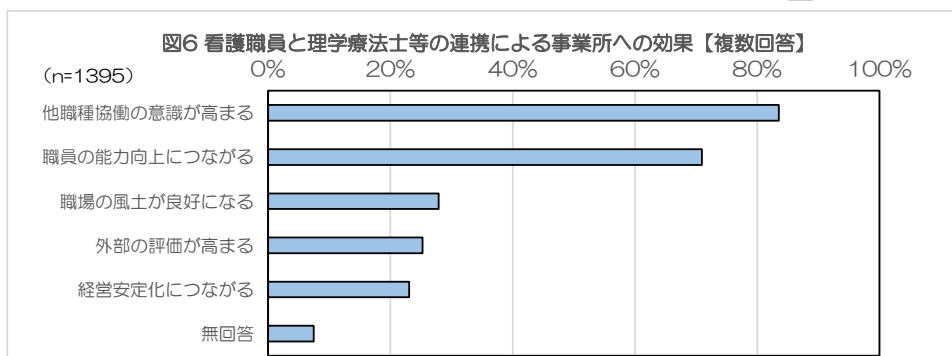
<② サービスの質への効果>

- ・ サービスの質への効果として、「看護職員と理学療法士等が共通認識のもと統一したサービスの提供ができる」、「利用者や家族のニーズに沿った目標設定ができる」、「利用者の心身機能に合わせた段階的なリハビリテーションの提供ができる」が高い割合となっています（図 5）。



<③ 事業所への効果>

- ・ 事業所への効果としては、「他職種協議の意識が高まる」、「職員の能力向上につながる」といった項目が高い割合となっています（図 6）。



Ⅲ．訪問看護における看護職員と理学療法士等の各ステップにおける連携のポイント

■ 1．理想的な連携プロセス

STEP0 訪問看護の利用開始まで

- ◆ リハビリテーションを中心とした訪問看護の依頼があった時には、看護職員と理学療法士等の視点を含めた訪問看護の提案を行いましょう
- ◆ 利用者や家族から情報収集をすることで、訪問看護および訪問看護の一環としてのリハビリテーションのニーズを把握しましょう
 - ✓ 看護職員が、看護の視点を踏まえてリハビリテーションのニーズを把握しましょう
 - ✓ 看護職員と理学療法士等が連携して、リハビリテーションのニーズを把握しましょう
- ◆ 利用者がどのような生活を送りたいかについて、利用者、家族、医療機関の主治医、ケアマネジャー等と目標を共有しましょう
- ◆ 目標に合わせた訪問看護サービスの内容や頻度等について検討しましょう

STEP1 訪問看護計画書の一体的な作成

- ◆ 看護職員と理学療法士等が訪問看護計画書を連携して作成しましょう
- ◆ 作成した訪問看護計画をケアマネジャーに情報提供しましょう

STEP2 看護職員と理学療法士等による情報共有

- ◆ 日常的な情報共有の方法を、看護職員と理学療法士等間で確認しておきましょう
- ◆ 定期的に行う看護職員と理学療法士等の合同でのカンファレンス等により情報を共有しましょう
- ◆ 利用者の心身の状態や生活状況の変化に、看護職員と理学療法士等が連携して対応しましょう
- ◆ 理学療法士等は利用者の状態を管理者や看護職員に報告しましょう

STEP3 定期的評価の実施・報告書の作成

- ◆ 看護職員と理学療法士等が連携して定期的評価を行いましょう
- ◆ 訪問看護報告書を看護職員と理学療法士等が連携して作成しましょう
- ◆ ケアマネジャーへ訪問看護計画に対する評価を報告しましょう

■ 2. 各ステップにおける連携のポイント

STEP0 : 訪問看護の利用開始まで

- 訪問看護の依頼を受けた時には、利用者の情報を包括的に把握し、訪問看護及び訪問看護の一環として提供されるリハビリテーションの必要性や、看護職員および理学療法士等の訪問の必要性について判断しましょう

◆ リハビリテーションを中心とした訪問看護の依頼があった時には、看護職員と理学療法士等の視点を含めた訪問看護の提案を行いましょう

- ・ 在宅において利用者の過ごし方の希望・要望、目標を叶えられるよう、看護の視点による広い視野での訪問看護のサービス内容の提案が必要になります。
 - ・ 看護職員の視点と理学療法士等の視点から包括的に情報を把握しアセスメントするために、退院前カンファレンスや契約のための訪問時等に看護職員と理学療法士等と一緒に参加することが重要です。一方のみが参加した場合であっても、双方で情報共有しながらアセスメントするようにしましょう。
 - ・ 訪問看護の一環として行われるリハビリテーションについて、理学療法士等へ依頼があった場合には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれが専門領域を持ちつつも、その領域にとどまらない支援を利用者のニーズに合わせて検討していくことが特に求められます。管理者は、利用者に適切な訪問看護のサービス内容の提案に向けて、従業員に専門領域にとどまらない検討の重要性を認識するよう、働きかける必要があります。
 - ・ 主治医からの訪問看護指示がリハビリテーションの指示だけの場合でも、病状、家族関係、精神状態等利用者の状況に応じ、看護職員のみによる訪問看護の提供についても総合的に判断することが必要です。
- ① 医療機関から退院予定の利用者について訪問看護の相談や依頼を受けた場合
- ・ 医療機関から退院予定の利用者について、訪問看護の相談や依頼を受けた場合、管理者等は、医療機関で開催される退院前カンファレンス等に参加し、利用者の病状や利用者・家族の意向等を把握した上で、看護職員と理学療法士等による訪問の必要性を判断しましょう。
- ② 在宅療養中の利用者について訪問看護の相談や依頼を受けた場合
- ・ 在宅療養中の利用者について、訪問看護の相談や依頼を受けた場合、担当ケアマネジャーやサービス担当者会議、利用者・家族から情報を収集する必要があります。

- 在宅療養中の利用者については、様々な状況でリハビリテーションを中心とした訪問看護の依頼を受けることがあるので、利用者の状況について十分に情報収集を行いましょう。

例えば・・・

- 転倒などのアクシデントによって安静を優先した結果、ADLが低下した場合
 - 退院後、病状が安定したことで、積極的なリハビリテーションを行う効果が高い状態となった場合
 - 利用者の心身の機能が安定したことにより、利用者の生活意欲が高まり、QOLの向上を希望している場合 など
- 在宅療養中の場合などは可能な方法で基本的な事項を確認し、利用者が医療機関から退院予定の場合は、確認事項を追加しましょう。

確認事項

【基本的な事項】

- ☐ 疾病・病状（予後予測を含む）、疾病や予後に関する利用者の認識
- ☐ 介護力（訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等の他の介護サービスの利用状況（予定）、家族等の介護力等）
- ☐ 障がいの状態、障がいに関する予後と利用者の認識
- ☐ 在宅療養の経過
- ☐ 医療機関・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションで受けているリハビリテーションの内容や治療の状況
- ☐ 主治医からの訪問看護指示書のリハビリテーションの内容（できるだけ具体的な内容）
- ☐ 利用者・家族の意向
 - ※利用者が在宅療養生活をイメージでき、利用者が希望する生活に関する意向を表現できるように支援しましょう。
- ☐ ADLのアセスメント項目：移動、食事、排泄、入浴、更衣、整容、意思疎通
- ☐ 寝たきり度：J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2
- ☐ 認知症の状況：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M

【医療機関から退院予定の利用者の場合】

- ☐ 入院中の看護計画やリハビリテーション計画の内容や目標の達成状況
 - 例）退院後の療養環境
 - ・入院中に住環境整備のため、入院している医療機関の看護職員や理学療法士等が自宅訪問を行うことがあるので、その状況や結果を退院前カフェレンス等で共有しましょう。
 - ・住環境整備や福祉用具の安全で効果的な活用の確認が必要な場合は、理学療法士等の訪問を検討しましょう。
 - ※手すりを設置する場合、1～3回程度訪問看護ステーションの看護職員と理学療法士等と一緒に訪問し、手すりの設置場所や動線の確認を行います。

◆ **利用者や家族から情報収集をすることで、訪問看護および訪問看護の一環としてのリハビリテーションのニーズを把握しましょう**

- ・ 退院前カンファレンス、サービス担当者会議、退院前等の訪問によって、利用者や家族の希望や要望、生活状況などについて情報収集しましょう。

✓ **看護職員が、看護の視点を踏まえてリハビリテーションのニーズを把握しましょう**

- ・ 看護職員が、利用者の力を引き出すケアを実施するためには、苦痛症状等に着眼するだけでなく、生活上の支障や生きがいの消失、医療的ケアの有無、状態悪化の防止、状態変化の早期発見を含めた予防的な視点、家族関係の調整など、全人的な関連性を把握した看護の視点からのリハビリテーションのニーズを把握することが大切です。

例えば・・・

- 褥瘡予防の視点では、疼痛の有無だけでなく、どの程度自分で動けるか
- ADL が低下している場合には、原因として、病状の悪化や合併症が出現していないか
- 介護力はどのくらいあるか など
- ・ 訪問看護サービスの利用開始時には、利用者の心身の状態等を評価する観点から、看護職員が訪問することが必要です。また、主治医からの訪問看護指示書の内容が変更する場合や利用者の心身状態・家族等の環境の変化の際など、利用者の状況の変化に合わせた看護職員による訪問を定期的に行うことで、利用者の状態の適切な評価を行うことが重要であり、その頻度は概ね1か月に1回程度を目安とすることが望ましいでしょう。

✓ **看護職員と理学療法士等が連携して、リハビリテーションのニーズを把握しましょう**

- ・ 看護職員と理学療法士等は、利用者や家族に対して多角的な視点でアセスメントを行い、廃用性症候群の予防、環境整備としての住宅改修や福祉用具の必要性等について検討しましょう。

① 廃用症候群の予防の視点

- ・ 自立支援・重度化防止等の予防的な視点を持ち、1日の活動量や運動量、介護力の変化なども含め、療養生活全体に目を向けたリハビリテーションのニーズを把握しましょう。
- ・ 長期にわたってベッド上臥床により安静にしていると廃用性症候群のリスクが高まり、心身の機能低下や利用者の活動の一層の低下につながることを、利用者や家族、ケアマネジャー等に説明し、利用者の状態に合わせたリハビリテーションの必要性を提案しましょう。

② 環境整備の視点

- ・ 自立を維持・促進する観点から以下の内容を確認し、住宅改修や福祉用具等の必要性や具体的な方法について検討しましょう。

確認事項

- ☐ 住環境活用可能な福祉用具の種類
- ☐ 利用者や家族の生活の快適さの程度
- ☐ 移動のしやすさ
- ☐ 住環境における生活動線と利用者のADL
- ☐ 今後予測される病状変化への対応の可否

◆ 利用者がどのような生活を送りたいかについて、利用者、家族、医療機関の主治医、ケアマネジャー等と目標を共有しましょう

- ・ 看護職員と理学療法士等が連携して、居宅における利用者の役割、生きがい把握し、利用者自らが実現可能な目標を設定できるよう支援し、訪問看護の目標を設定しましょう。
- ・ 看護職員と理学療法士等の役割分担を管理者とともに決めましょう。
- ・ 訪問看護の目標については、利用者や家族に説明するのみでなく、医療機関の主治医やケアマネジャー等と共有しましょう。

◆ 目標に合わせた訪問看護サービスの内容や頻度等について検討しましょう

- ・ 訪問看護の目標を明確にし、看護職員と理学療法士等双方、もしくはいずれかが中心に訪問することが適切かについて管理者とともに検討し、訪問看護サービスの内容や頻度等について検討しましょう。
- ・ 訪問看護の一環として理学療法士等が中心に訪問する場合は、以下の手順で、訪問看護サービスの内容や頻度等を検討しましょう。

① 依頼の内容の確認

- 依頼を受けた時点から訪問看護開始までの間に、利用者の希望や要望、ケアマネジャーのアセスメントやケアプランの方針、主治医の指示内容等を、管理者、看護職員、理学療法士等がそれぞれで確認しましょう。

※「1人で買い物に出かけられるように、理学療法士によるリハビリテーションをしてください」等と理学療法士等のみの訪問看護の依頼がされる場合もあります。

- 理学療法士等が初めて訪問する時には、事前に訪問している看護職員から情報を得るなどして利用者の状態や住宅環境を確認しましょう。

② 理学療法士等による訪問看護の頻度、内容、サービス提供時間の検討

- 利用者の心身の状態、希望や意欲、目標、住環境等を含めた生活状況全体をアセスメントした上で、理学療法士等の訪問頻度、内容やサービス提供時間を考えましょう。また、利用している他のサービスの内容や利用者の要介護度から適切なサービス提供時間等を総合的に判断し決定しますが、これらの決定は、退院前カンファレンス、サービス担当者会議、主治医や看護職員との情報共有を通じて行いましょう。
- ケアマネジャーから理学療法士等のみの訪問の依頼があった場合、管理者や看護職員が理学療法士等とともに訪問し、看護の視点を踏まえた包括的なアセスメントを行い、理学療法士等の訪問の頻度や看護職員の訪問の必要性や頻度について検討し、サービス担当者会議等で利用者や家族、ケアマネジャーに提案し、ケアプランを検討してもらうことが必要です。
- リハビリテーションは、漫然と継続するのではなく、利用者の目標を明確にし、その目標に向けて取り組むものであることを、利用者や家族、ケアマネジャーに説明しておきましょう。

*理学療法士等の訪問について、利用者の同意を得ましょう

- 理学療法士等の訪問については、利用者に訪問看護の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合、看護職員の代わりに行う訪問であることを説明して同意を得ることが必要です。
- 同意の確認方法としては、訪問看護計画書や重要事項説明書などを用いて説明し同意を得ること等が考えられますが、以下の確認方法の例を参考にしましょう。

(例)

- ◇ 訪問看護記録に利用者への理学療法士等の訪問についての説明と同意の意向を書き残す。
- ◇ 理学療法士等が訪問することを含めて訪問看護計画書について説明し、同意を得た場合は捺印をもらう。
- ◇ 重要事項説明書に「訪問看護の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に看護職員の代わりに理学療法士等が行うことがあること」を明記する。
- ◇ 任意の書式（例：『説明・同意書』等）に署名をもらう。

★POINT★ 訪問看護ステーションにおける管理者の役割

- 管理者の役割は、看護職員と理学療法士などすべての職員の管理を行い、利用者に対して適切な訪問看護を提供できるよう訪問看護の質の確保、向上を日々実践することです。そのため、管理者は訪問看護サービスを調整するだけでなく、多職種が効果的に連携できるよう利用者の変化やサービス内容をモニタリングし、評価することが必要となります。
- 管理者は、看護職員や理学療法士等が、利用者の状態や提供したサービス内容をしっかり共有し、意見交換し、専門性を尊重し合って活動できるようなシステムをつくり、訪問看護ステーション全体で利用者への適切なサービスを提供できるようにしましょう。

STEP 1 : 訪問看護計画書の一体的な作成

- 利用者の状況や看護職員および理学療法士等双方のアセスメント内容を相互に共有し、訪問看護計画書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成しましょう（⇒巻末の様式参照）

◆ 看護職員と理学療法士等が訪問看護計画書を連携して作成しましょう 《作成手順》

- ① 利用者の情報について看護職員と理学療法士等で共有しましょう（STEP2）。利用者や家族の目標や希望についても共有し、訪問看護計画の立案時は利用者や家族に参加してもらいましょう。
- ② 利用者や家族の希望に沿った目標を看護職員や理学療法士等がそれぞれの視点でアセスメントし、連携して訪問看護サービスの提案をしましょう。
- ③ 訪問看護計画は、同じ書面で立案し作成しましょう。その際、看護職員と理学療法士等がお互いに報告してほしい利用者の状態やタイミングを記載しておくことで情報共有がしやすくなります。なお、看護職員と理学療法士等がそれぞれ別の書面で作成する場合においても、お互いの情報を共有しあい、一体的な訪問看護計画を作成しましょう。
- ④ 看護職員と理学療法士等で作成した訪問看護計画書は、利用者に説明し同意を得ましょう。利用者の意見により、訪問看護計画に修正が必要な場合もあります。
- ⑤ 看護職員と理学療法士等が同一の訪問看護ステーションでない場合も、①～④の内容に準じて連携できるよう、管理者、看護職員と理学療法士等の双方で働きかけましょう。

★POINT★

- 看護職員が、利用者の病状や生活状況などの視点を踏まえた訪問看護計画を立案し、実際のリハビリテーションの具体的なメニューについては理学療法士等が作成するなど、看護職員と理学療法士等が連携してサービスを提供しましょう。
- 訪問時の情報で特に重要な項目は、訪問看護計画書に明記しましょう。
（例）心不全の利用者における目標体重との差、糖尿病の利用者における血糖値や低血糖に関連した振戦や動悸の症状 等
- ADL 等の変化に応じて、住環境の整備や福祉用具の新たな利用等を計画しましょう。

◆ 作成した訪問看護計画をケアマネジャーに情報提供しましょう

- ・ 訪問看護の目標・計画をケアマネジャーに共有し、ケアプランに反映してもらいましょう。
- ・ 看護職員は、利用者の心身の状況や治療に関して注意すべき点などについてケアマネジャーにも情報提供しましょう。

STEP 2：看護職員と理学療法士等による情報共有

➤ 利用者の情報がタイムリーに共有できるように、また、相互に連絡・相談がしやすいよう、日々の情報共有体制および利用者の状態変化時の迅速な情報共有体制を構築しましょう

◆ 日常的な情報共有の方法を、看護職員と理学療法士等の間で確認しておきましょう

① 同一の訪問看護ステーションの場合

- ・ 看護職員と理学療法士等双方の訪問記録を訪問前に確認しましょう。その内容について不明な点がある場合は、直接訪問者に確認してから訪問しましょう。
- ・ 利用者に関する情報提供が、主治医やケアマネジャー、サービス提供者からあった場合は、その内容を看護職員と理学療法士等で共有しましょう。
- ・ 看護職員と理学療法士等が訪問看護計画の実施状況を定期的に共有しましょう。

② 他の訪問看護事業所と連携している場合

- ・ 管理者は、他の訪問看護事業所から看護職員や理学療法士等が訪問していることがないかを、ケアマネジャー、利用者や家族に確認しましょう。
- ・ 他の訪問看護事業所から看護職員や理学療法士等が訪問している場合、訪問看護計画書についての話し合いの機会を持ち、共有しましょう。管理者も、担当者に任せるのではなく、積極的に共有の機会を設けるなどし、担当者を支援することが必要です。
- ・ 看護職員と理学療法士等が、お互いに連絡をとるべき利用者の状態および連絡方法（ファックスや電話、メール、利用者宅の記録、連絡ノートなど）を事前に決めておきましょう。
- ・ 看護職員と理学療法士間で共有した情報は、ケアマネジャーとも共有しましょう。他の訪問看護事業所から看護職員や理学療法士等が訪問している場合も、ファックスや電話、メール、利用者宅の記録（連絡ノートなど）など担当者間の連携方法を確立し、共有しましょう。

◆ 定期的に行う看護職員と理学療法士等の合同でのカンファレンス等により情報を共有しましょう

- 定期的（月に 1 回を目安）に、看護職員と理学療法士等による合同のカンファレンスや事例検討会を開催し、利用者の状態や各専門職からのアセスメントなどを共有しましょう。また、管理者は、このような機会を定期的に設けましょう。
- カンファレンスにおいて示された事例について、実際に訪問している看護職員、理学療法士等がそれぞれの見解を発表し合い、必要に応じて計画を変更しましょう。また、今後の目標に向けて支援が足りないと評価した場合は、積極的に看護職員と理学療法士等で計画の変更について話し合いましょう。
- カンファレンスでは、訪問している看護職員と理学療法士等が同一の事業所か否かを問わず、利用者や家族等の情報を共有しているかについて確認しましょう。
- 看護職員と理学療法士等が同一の事業所でない場合、訪問している看護職員と理学療法士等のみが情報共有などの連携をとるのではなく、それぞれの管理者も連携をとり、訪問看護として一体的なサービス提供を行うことが重要です。

◆ 利用者の心身の状態や生活状況の変化に、看護職員と理学療法士等が連携して対応しましょう

- ADL の低下、バイタルサインの変化、介護力の低下や心身の悪化の防止、危機管理、予後予測、予防的なアプローチが必要な場合など、心身や病状の悪化の予防のために看護の視点が必要な時も、心身や病状の悪化に対する防止策の目安を看護職員と理学療法士等が一緒に考えることが重要です。看護職員と理学療法士双方の視点から観察し、情報共有しましょう（次頁の「表 看護の視点が必要な状態」を参照）。
- 利用者の心身や病状の悪化の程度に応じて、リハビリテーションの実施内容の調整や中止について、理学療法士等と看護職員が連携して対応することも重要です。また、リハビリテーションの実施内容の調整や中止等の対応の検討は、管理者も一緒に行うと良いでしょう。

表 看護の視点が必要な状態

◎がついている項目は、どのような状態の利用者であっても、事前に訪問看護計画の中で理学療法士等から看護職員に報告してほしい状態やタイミングを共有しておくことが望ましいです。

看護の視点が 必要な状態	理学療法士等が看護職員に 相談・報告する具体的な状態	相談・報告を受けた後の 看護職員の対応
◎病状の変化	予測される疾患独自の症状の発現（糖尿病患者の低血糖症状など）について、あらかじめ看護職員と理学療法士等で情報を共有しておき、共有されていた病状の変化が起こったら、看護職員に報告する。	看護職員は、必要に応じて利用者宅を訪問し状態を確認する。必要時、医師に報告する。
◎病状の予後予測	予測される病状の変化と時期、予後予測をあらかじめ看護職員と理学療法士等で共有しておき、病状・精神状態・生活（ADL）に変化があった場合は、看護職員に報告する。	看護職員と理学療法士等で病状の変化に応じて、訪問看護計画書の見直しをする。
◎バイタルサインの変化	血圧、酸素飽和度などその利用者に予測されるバイタルサインの変化をあらかじめ看護職員と理学療法士等で共有しておき、変化のあった場合は、看護職員に報告する。	看護職員は、必要に応じて利用者宅を訪問し状態を確認する。必要時、医師に報告する。
◎服薬状況	服薬しなかったことに伴う病状の変化などについてあらかじめ看護職員と理学療法士等で共有しておき、薬の飲み忘れがあった場合には、看護職員に報告する。	看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。必要時、医師に報告し、服薬しなかった薬剤の服用について指示を受ける。 パーキンソン病等、服薬時間と利用者の状態が強く影響する薬剤の場合は、看護職員から理学療法士等に服薬時間や服薬のタイミングを情報提供する。
◎脱水	水分摂取量、熱発、倦怠感の出現などの観察項目をあらかじめ看護職員と理学療法士等で共有しておき、症状の出現時には、看護職員に報告する。	看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。経口摂取が可能な場合は、飲水を促す。経口摂取が困難な場合やその他必要時、医師に報告する。
浮腫	浮腫の出現や増強がみられた場合は、心不全の悪化の兆候である場合もあるので看護職員に報告する。	看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。また、バイタルサイン、水分量、体重、ADLの変化等を確認し、必要時、医師に報告する。心不全の悪化が疑われる場合は、医師からその後の運動量の指示を受け理学療法士等と共有する。

看護の視点が 必要な状態	理学療法士等が看護職員に 相談・報告する具体的な状態	相談・報告を受けた後の 看護職員の対応
精神的な変化（意欲など）	表情・言動・身だしなみ・生活状況などから抑うつ状態の出現やリハビリテーションへの意欲の減退など精神的な不安定さがある場合は、他の疾患の発現の場合があるので、看護職員に報告する。	看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。必要時、医師に報告する。看護職員と理学療法士等で精神症状への対応方法や、リハビリテーションの実施について検討する。
ADL の低下	ADL の変化が病状の悪化や利用者の状態に関連している場合があるので、変化があった時には看護職員に報告する。	ADL 低下の要因分析とケア方法の変更について、看護職員と理学療法士等が連携して検討する。
転倒が発生した場合	運動機能の低下のみならず、視力の衰え、病状の悪化や服薬によって転倒する可能性があるため、看護職員に報告する。	報告を受けた看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。必要時、医師に報告する。 転倒後の対応策について、看護職員と理学療法士等が連携して検討する。
介護力の低下	介護者の健康状態、介護方法、介護者の理解力などの変化があった場合は、看護職員に報告する。	看護職員が介護者の健康状態や介護状況を確認する。介護方法や介護体制について看護職員と理学療法士等が連携して検討し、ケアマネジャーに提案する。

◆ 理学療法士等は利用者の状態を管理者や看護職員に報告しましょう

- 理学療法士等は、リハビリテーション実施の判断や利用者の状態について不安に思った場合は、管理者に報告・相談しましょう。

例えば・・・

- 症状コントロールが不良で症状が落ち着かない状態の場合
 - 新たな症状が出現した場合
 - 医療機器にトラブルが生じた場合
 - 利用者の期待にリハビリテーションの効果がない場合
 - リハビリテーションへの意欲が減退している場合
 - 家族から利用者の変化について相談された場合 など
- 理学療法士等を中心とした訪問の場合、利用者の心身の状態を管理者に報告し、理学療法士等を中心とした訪問で良いのか、理学療法士等が何に不安を持っているのかを一緒に検討する機会を設けることが重要です。

STEP 3 : 定期的評価の実施・報告書の作成

- 看護職員と理学療法士等双方の視点から定期的な評価を行うことが必要です。特に、理学療法士等が中心に訪問している場合には、看護職員による定期的な評価を必ず行いましょう。
-

◆ 看護職員と理学療法士等が連携して定期的評価を行いましょう

看護職員の視点：看護職員が定期的に訪問し、バイタルサイン、コミュニケーション等を通じて、全身状態の変化の有無、麻痺の程度、病状の進行程度等について前回と比較して評価しましょう。看護職員から理学療法士等に観察した情報や利用者の状態に関する留意点などを提案し、一緒に訪問頻度の変更等を検討しましょう。

理学療法士等の視点：定期的に身体機能等について客観的なスケールで評価を行います。さらに、看護職員が評価した利用者の状態を共有し、看護職員とともに身体状態や ADL 等について話し合い、評価を行いましょう。

◆ 訪問看護報告書を看護職員と理学療法士等が連携して作成しましょう

- ・ 看護職員と理学療法士等が目標を確認し合い、連携して報告書を作成しましょう。（⇒巻末の様式参照）
- ・ 看護職員と理学療法士等が、ともに訪問看護計画に対する評価を月 1 回を目安に行い、訪問看護報告書に問題点や解決策の評価を記載することにより、情報共有のみならず、目標の再確認・再構築につなげることが重要です。

◆ ケアマネジャーへ訪問看護計画に対する評価を報告しましょう

- ・ 看護職員と理学療法士等が連携して行った評価は、ケアマネジャーに報告します。ケアプランの変更などの必要性がある場合は、評価の内容とケアプランの変更案をケアマネジャーに提案しましょう。
- ・ 看護職員や理学療法士等の訪問頻度や訪問時間などケアプランの変更に関しては、できるだけ具体的な内容を提案することが重要です。

番外編：日頃からの連携の取組み

◆ 看護職員、理学療法士等を交えた定期的な事例検討会や勉強会等による学習の機会を設けましょう

- 利用者をそれぞれの職種がどのように捉え、どのようにアセスメントし計画立案をするのかを事例検討会から学ぶことは重要です。職種の違いによる内容を共有することで、対象者を捉える視野が広がり、職種の特性を理解しお互いの意見を尊重できます。
- 看護職員の技術（服薬や褥瘡ケアなど）、理学療法士等の技術（移乗方法や運動訓練など）を相互に学び、それぞれスキルアップを図りましょう。

例えば・・・

- 理学療法士等による、コンディショニングケアの学習会の開催
- 理学療法士等による、基本的動作訓練や機能回復訓練の学習会の開催
- 看護職員による、心不全の利用者の日常生活の注意事項に関する学習会の開催
- 看護職員による、低血糖症状についての学習会の開催 など

IV 連携のモデル例

ここでは、看護職員と理学療法士等の連携のモデル例として、本手引きで示した連携のポイントに関する具体的な方法や工夫について示しています。

それぞれの訪問看護事業所の状況に合わせて連携体制を構築するための参考にしてください。

■ モデル1 同一の訪問看護事業所内に所属する看護職員と理学療法士等の連携のモデル例

STEP0 : 訪問看護の利用開始まで

- ・ 訪問看護の依頼を受けた際、利用者の状態像を把握した後、管理者が理学療法士等による訪問が必要か否かを一次的に検討し、必要と判断した場合には、理学療法士等の管理担当者に相談して訪問看護事業所としての判断を行います。
- ・ 理学療法士等へ訪問の依頼があった場合、訪問看護事業所として利用者の状態をみて、看護職員と理学療法士等がともに訪問看護の必要性の判断をし、必要と判断した場合には、退院前カンファレンス等で提案します。

STEP1 : 訪問看護計画書の一体的な作成

- ・ 看護職員は利用者の病状や生活状況から、理学療法士等はリハビリテーション内容から、訪問看護計画案を検討し、話し合い、訪問看護計画書を作成します。
- ・ 訪問する看護職員と理学療法士等が、訪問看護計画案を回覧等して意見を出し合い、訪問看護計画書を洗練させていきます。

STEP2 : 看護職員と理学療法士等による情報共有

- ・ 訪問看護事業所内で、1日1回（朝礼や昼食時間など）や週1回（カンファレンスなど）、定期的に看護職員と理学療法士等が合同で情報共有する機会を設けます。
- ・ タブレット型端末などのICTを活用し、看護職員と理学療法士等が訪問毎の情報を相互に把握します。また、理学療法士等が、利用者の褥瘡を発見し看護職員に報告する場合など、タブレット型端末にて写真を撮影し共有すると効率的です。

※ICTを活用する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参照しましょう。

STEP 3 : 定期的評価の実施・報告書の作成

- 利用者の状態に応じて、看護職員が評価する頻度、理学療法士等が評価する頻度を決めます。
- 利用者ごとに定期的にモニタリングする書式を事業所独自で作成し、看護職員と理学療法士等が共有し、お互いの評価を確認します。

番外編 : 日頃からの連携の取組み

- 事例検討会を月1回、看護職員と理学療法士等とで共同で行います。1人が年に1回担当し、事業所独自の書式を用いて事例を整理し発表します。効果として、各職種がお互いに何に困っているのかを理解することができます。

■ モデル2 他の訪問看護事業所内に所属する看護職員と理学療法士等の連携のモデル例

STEP 0 : 訪問看護の利用開始まで

- 看護職員と理学療法士等は、ケアマネジャーとともに退院前カンファレンスに参加します。また、退院後（または、在宅療養中に訪問看護が開始された時）、早期にサービス担当者会議を開くようケアマネジャーに提案します。看護職員と理学療法士等は、ケアマネジャーとともに利用者の目標を共有し、双方の役割分担や訪問頻度等について確認します。利用者は、退院後に意向や状況が変化することがあるため、退院前カンファレンスを実施した場合でも、退院後早期にサービス担当者会議を設けます。
- 医療機関の理学療法士等から訪問看護事業所の理学療法士等への情報提供においては、リハビリテーションに関連しない疾患については情報が提供されていない場合があります。そのため、訪問看護事業所の看護職員から他の訪問看護事業所の理学療法士等に対し、利用者の疾患や病状などについての情報提供をします。

STEP 1 : 訪問看護計画書の一体的な作成

- 看護職員の作成した訪問看護計画書と、他の訪問看護事業所の理学療法士等が作成した訪問看護計画書は、FAXなどを利用し相互に共有します。この共有により、新人も含めた看護職員が理学療法士等の実施しているリハビリテーションの内容を理解することが可能となり、理学療法士等にとっては、訪問時に観察すべき利用者の状態を理解することが可能となります。
- 看護職員は、理学療法士等が理解しやすいように利用者の心身の状況等で注意すべき点などを訪問看護計画書に記載します。

- ・ 看護職員と理学療法士等の訪問看護計画書の内容は、それぞれからケアマネジャーにも情報提供します。

STEP 2 : 看護職員と理学療法士等による情報共有

- ・ 看護職員と理学療法士等とケアマネジャー間で情報共有ができるように、サービス担当者会議において、相互に報告してほしい利用者の状態や連絡手段について確認しておきます。
- ・ サービス担当者会議について、看護職員と理学療法士等は、定期的な開催に加えて必要時に早期の開催をケアマネジャーに働きかけ、タイムリーな情報共有と訪問看護計画や訪問頻度の修正を行うようにします。なお、この必要時とは、利用者の状態が悪化・改善した時、利用者の目標が変わった時、訪問頻度を変更する時などです。
- ・ 理学療法士等は、利用者の状態に変化があった場合は、他の訪問看護事業所の看護職員に直接連絡し、対応を相談しあいます。

STEP 3 : 定期的評価の実施・報告書の作成

- ・ 訪問看護報告書や訪問看護計画書について、看護職員と理学療法士等がお互いに共有するタイミングを事前に決めておきます。例えば、利用者のケアプランの短期目標の評価の時期に合わせて、1 か月に 1 回程度とするなどです。

V 様式集

別紙様式 1

訪問看護計画書

利用者氏名		生年月日	年	月	日	() 歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)					
住 所						
看護・リハビリテーションの目標						
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策					評 価
衛 生 材 料 等 が 必 要 な 処 置 の 有 無						有 ・ 無
処置の内容			衛生材料（種類・サイズ）等			必要量
備考(特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等)						
作 成 者 ①	氏 名 :		職 種 : 看護師・保健師			
作 成 者 ②	氏 名 :		職 種 : 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士			

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

印

殿

利用者氏名	〇〇〇〇	生年月日	S △ 年 △ 月 △ 日 (7 4) 歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)		
住 所	× × 市 × × 区 × × 町 3-2-1		
看護・リハビリテーションの目標			
糖尿病が自己管理でき、脳梗塞の再発などを予防できる(低血糖や肺炎の予防)。 歩行耐久性低下を予防し、転倒なく安全に楽しく生活できる。 介護者が自分の時間を確保でき、介護が継続できる。			
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策		評価
H〇年〇月〇日	(問題点)	(解決策)	
	#1 脳梗塞による構音・嚥下障害があり、胃瘻造設しているが、間食は経口摂取しており、誤嚥性肺炎の危険性が高い。	※緊急時・異常時に看護職員と理学療法士等が互いに報告する内容を含む 観察：①バイタルサイン②呼吸音、喀痰の状態③血液検査結果の確認④経口摂取状況の確認⑤胃瘻注入量の確認⑥胃ろう挿入部の確認⑦排便状況の確認 ケア：①口腔ケア、歯磨きと口腔内の清潔保持 助言・指導：①呼吸リハビリテーションと意識を歌うなど発声練習②外出後の含嗽、手洗い③緊急時や異常時には、すぐに看護師又は医師に連絡する。 ※病状の変化(脳梗塞の再発、四肢麻痺) SpO ₂ =90%以下、T=38.5℃以上、P=120/分以上、Bp=200/120mmHg以上	口腔内感染認めず、ケア継続
	#2 血糖の自己管理(本人・家族)が不良で低血糖などを認めることがある。	観察：①血糖値、インスリン注射の手技の確認 ケア：①BS70mg/dl以下時は、ブドウ糖注入。PT訪問時は看護師に連絡②本人・妻とともに日課表から血糖・血圧・経口摂取の状況を一緒に評価する③空調などの環境調整④異常時は医師に連絡し、対応する 助言・指導：①日課が規則正しく送れる ※病状の変化(低血糖症状の出現) 手指の振戦、動悸、顔色蒼白、頻脈、発汗、不安の出現、脱力	今月は低血糖を4回認めず。薬剤の指示の変更はなく、プラン継続とする。
	#3 移動能力や日常生活動作が低下し、活動範囲が制限されている(全身耐久性の低下)。	観察：①自主訓練・活動範囲の確認②歩行・座位姿勢の確認③休息の状況の確認④セルフケアの確認⑤通所リハビリテーションでの状況 ケア：①リラクゼーション②関節可動域改善運動③ストレッチ④筋力強化運動⑤起居動作練習⑥歩行練習⑦階段昇降練習⑧環境整備及び福祉用具に対する相談・助言⑨入浴介助(浴槽の出入り・洗身・更衣など自分でできることは見守り)⑩足浴・フットケア 助言・指導：①ホームエクササイズとセルフケア	血糖値の変動が大きい時は、回数や歩行距離を減らすなど、負荷量の調節ができています。プラン継続。その都度、リハビリテーションの内容と量を調節する。
	#4 糖尿病、高血圧症で通院している妻が一人で介護している。	観察：①身体状況の確認②介護状況の確認③介護に対する負担感の確認 ケア：①サービス利用状況による負担軽減の状況②必要時にはケアマネジャーなどサービス提供者と連携を図る③必要時は息子さんへの介護の依頼	
衛生材料等が必要な処置の有無			(有) ・ 無
処置の内容		衛生材料(種類・サイズ)等	必要量
胃瘻からの注入		①栄養チューブ ②カテーテルチップ	①4本/月 ②4個/月
備考(特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等)			
作成者①	氏名： □□□□	職種： 看護師・保健師	
作成者②	氏名： △△△△	職種： 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

平成〇年 〇月 〇日

■■診療所
●●●● 先生

事業所名 □□訪問看護ステーション
管理者氏名 ×× ×× 印

別紙様式 2

訪問看護報告書

利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳																																																																																				
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)																																																																																						
住 所																																																																																							
訪問日	<table border="0"> <tr> <td colspan="7">年 月</td> <td colspan="7">年 月</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> </tr> <tr> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。			年 月							年 月							1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					29	30	31				
年 月							年 月																																																																																
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7																																																																										
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14																																																																										
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21																																																																										
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28																																																																										
29	30	31					29	30	31																																																																														
病状の経過																																																																																							
看護・リハビリテーションの内容																																																																																							
家庭での介護の状況																																																																																							
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()																																																																																						
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容																																																																																						
特記すべき事項																																																																																							
作成者①	氏 名：		職 種： 看護師・保健師																																																																																				
作成者②	氏 名：		職 種： 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士																																																																																				

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

印

殿

利用者氏名	〇〇〇〇	生年月日	S △ 年 △ 月 △ 日 (7 4) 歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)		
住 所	× × 市 × × 区 × × 町 3-2-1		
訪問日	平成 □ 年 □ 月 1 ② 3 ④ ⑤ 6 7 1 2 3 4 5 6 7 8 ⑨ 10 ⑪ ⑫ 13 14 8 9 10 11 12 13 14 15 ⑬ 17 ⑭ ⑮ 20 21 15 16 17 18 19 20 21 22 ⑯ 24 ⑰ ⑱ 27 28 22 23 24 25 26 27 28 29 ⑳ 31 29 30 31 訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。		
病状の経過	(主たる傷病名：1型糖尿病、多発性脳梗塞、前立腺肥大症) KT：36.2℃ P：51/分 BP：120/50mmHg SpO2：98% Wt：57.0Kg(-0.2)褥瘡なし 《看護職員》 #1 頭痛などの自覚症状、麻痺の進行など認めず。水分・飲料は、お茶・コーヒーにとろみを混ぜ500ml/日経口摂取している。吸引時、白色～淡黄色の喀痰を認める。排便コントロールはマグラックス1錠×3/日と2回/週の浣腸で2回/週普通便多量認める。胃ろう挿入部に一部発赤を認めるが疼痛なし。 #2 血糖値は、朝130～242・昼63～228・夕方63～248mg/dl。間食の申告はないが、昼食時にプリンを食べている。今月4回低血糖が、昼・夕の(血糖値63～86mg/dl)あり、ノボラビッドをラコール注入後に注射した(妻)。 #3 ホームエクササイズは、下肢筋力強化を主に、行い始めている。 #4 妻が主介護者であるが、常に見守りが必要な状態で、ストレス度は高い。 《理学療法士》 #1 運動前後でバイタルサインの異常を認めない。 #2 運動後に血糖値が急激に下がることがある。血糖値の日内変動は22～243mg/dlと大きくなっている。 #3 リハビリテーションの前に、血糖値や下肢の疲労感や不快感がないかなどの自覚症状を確認しているが、低血糖症状は認めず、安全にリハビリテーションが行えている。下肢は、抵抗運動ができる程度の筋力はあるが、体幹や股関節・膝関節の柔軟性は低く、立位バランス不良で、上を向いて歩行することや、話しをしながら歩くことは難しい。立ち止まって杖を使用し、姿勢を整えてから次の行動をとっている。 #4 体調は安定しているが、介護量に変化がなくストレスは続いている。		
看護・リハビリテーションの内容	病状の観察、環境整備・調整、リハビリテーション、家族指導、精神的支援、介護相談 《看護職員》 清潔のケア・指導、衣生活のケア・指導、食事や栄養のケア・指導、排泄のケア・指導、睡眠のケア・指導、ホームエクササイズの確認、疾病・服薬の管理・指導、カテーテルの管理、皮膚処置、吸引 《理学療法士》 リラクゼーション、ストレッチ、四肢・体幹筋力運動、座位訓練、立位バランス訓練、日常生活動作確認		
家庭での介護の状況	妻が1人で介護をしているため、自分の時間が得られにくく、時に、家事などにストレスを感じることもある。		
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称：(栄養チューブ、カテーテルチップ50ml) 使用及び交換頻度：(4回/月、4回/月) 使用量：(4本、4本)		
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ ③無 変更内容		
特記すべき事項			
作成者①	氏名： △△△△	職種： ③看護師・保健師	
作成者②	氏名： □□□□	職種： ③理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

平成〇年 〇月 〇日

■ ■ 診療所
● ● ● ● 先生

事業所名 □ □ 訪問看護ステーション
管理者氏名 × × × × 印

平成 29 年度老人保健健康増進等事業

訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査研究事業

《委 員》

委員長	藤 田 淳 子	順天堂大学大学院医療看護学研究科 准教授
委 員	荒 木 暁 子	日本看護協会 常任理事
	齋 藤 雅 子	(株)メディナス訪問看護事業部 部長
	佐 藤 美穂子	日本訪問看護財団 常務理事
	柴 本 千 晶	聖隷デイサービスセンター三方原 所長・理学療法士
	清 水 準 一	首都大学東京大学院 人間健康科学研究科看護学域 准教授
	鈴 木 邦 彦	日本医師会 常任理事
	高 砂 裕 子	南区医師会訪問看護ステーション 管理者
	土 田 裕	指定訪問看護アットリハ若林 理学療法士
	林 田 賢 史	産業医科大学病院医療情報部 部長
	福 井 小紀子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻看護実践開発科学講座 教授
(敬称略・五十音順)		

事務局	上 野 桂 子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 副会長
	清 崎 由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 事務局長
	吉 原 由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 業務主任
	山 崎 学	みずほ情報総研株式会社
	西 尾 文 孝	みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携の
あり方に関する調査研究事業

訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のための
手引き

2018 年 3 月 31 日発行

編：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 杏丁目参番館 401

<http://www.zenhokan.or.jp/>

〔非売品〕本書の内容を引用・転載する場合は、出典を必ず明記願います。