

訪問看護報告書（別添含む）の ルールと記載例

*テキスト、画像等の無断転載・転売・二次使用を固く禁じます。

*お住いの地域や所属会社の方針等により、記載例やルールは異なることが考えられます。使用の際は、予め関係各所に確認することを推奨します。

*記載例使用等における責任は一切負いかねますので、何とぞご了承くださいたくお願い申し上げます。

目次

訪問看護報告書の様式.....	7
訪問看護報告書とは.....	8
訪問看護報告書のルール.....	9
① 基本情報.....	10
② 訪問日.....	10
③ 病状の経過.....	11
④ 看護の内容.....	12
⑤ 家庭での介護の状況.....	12
⑥ 衛生材料関係.....	13
⑦ 情報提供.....	13
⑧ 特記すべき事項.....	14
⑨ 作成者と管理者名.....	14
訪問看護報告書の記載例（病状の経過・看護の内容）.....	15
脳血管疾患.....	16
体調変化をきたす可能性がある利用者.....	16
内服飲めていないことから再発の恐れある利用者.....	16
ふらつきあることから転倒のリスクが高い利用者.....	16
ADLに介助が必要な利用者.....	17
活動性低く廃用症候群の恐れがある利用者.....	17
寝たきりのため褥瘡発生のリスクがある利用者.....	18
介助量が大きく家族の介護負担が大きい利用者.....	18
高次脳機能障害・嚥下障害がある利用者.....	19
整形外科疾患.....	19
体調変化をきたす可能性がある利用者.....	19
内服飲めていないことから痛みコントロールが困難な利用者.....	20
ふらつきあることから転倒のリスクが高い利用者.....	20
ADLに介助が必要な利用者.....	21
活動性低く廃用症候群の恐れがある利用者.....	21
寝たきりのため褥瘡発生のリスクがある利用者.....	22
介助量が大きく家族の介護負担が大きい利用者.....	22

認知症	23
体調変化をきたす可能性がある利用者	23
内服が飲めていない利用者	23
ふらつきあることから転倒のリスクが高い利用者	23
ADLに介助が必要な利用者	24
活動性低く廃用症候群の恐れがある利用者	24
寝たきりのため褥瘡発生のリスクがある利用者	25
介助量が大きく家族の介護負担が大きい利用者	25
認知症症状（中核症状）を認める利用者	26
認知症症状（周辺症状）を認める利用者	26
精神疾患	27
体調変化をきたす可能性がある利用者	27
内服が飲めていない利用者	27
ふらつきあることから転倒のリスクが高い利用者	28
ADLに介助が必要な利用者	28
活動性低く廃用症候群の恐れがある利用者	29
寝たきりのため褥瘡発生のリスクがある利用者	29
介助量が大きく家族の介護負担が大きい利用者	30
統合失調症の利用者	30
気分障害の利用者①	30
気分障害の利用者②	31
（アルコール）依存症の利用者	31
不安障害の利用者	32
内部障害	32
体調変化をきたす可能性がある利用者	32
内服が飲めていない利用者	33
ふらつきあることから転倒のリスクが高い利用者	33
ADLに介助が必要な利用者	33
活動性低く廃用症候群の恐れがある利用者	34
寝たきりのため褥瘡発生のリスクがある利用者	34
介助量が大きく家族の介護負担が大きい利用者	35
心臓機能障害の利用者	35
腎臓機能障害の利用者	36
呼吸器機能障害の利用者	36
肝臓機能障害の利用者	37

とあるコメディカル

膀胱・直腸機能障害の利用者	37
がん（終末期）の利用者	37
皮膚疾患（皮膚トラブル）	38
皮膚の外傷がある利用者	38
発赤はあるも褥瘡には至っていない利用者①.....	39
発赤はあるも褥瘡には至っていない利用者②.....	39
褥瘡あり処置が必要な利用者①	39
褥瘡あり処置が必要な利用者②	40
介助量が大きく家族の介護負担が大きい利用者	41
難病疾患	41
体調変化をきたす可能性がある利用者	41
内服が飲めていない利用者	42
ふらつきあることから転倒のリスクが高い利用者	42
ADLに介助が必要な利用者	42
活動性低く廃用症候群の恐れがある利用者	43
寝たきりのため褥瘡発生のリスクがある利用者	43
介助量が大きく家族の介護負担が大きい利用者	44
パーキンソン病の利用者	44
多系統萎縮症の利用者	45
筋萎縮性側索硬化症の利用者	45
筋ジストロフィーの利用者	46
脊髄小脳変性症の利用者	46
廃用症候群	46
体調変化をきたす可能性がある利用者	46
内服が飲めていない利用者	47
加齢により廃用症候群を生じている利用者	47
長期入院により廃用症候群を生じている利用者	48
主疾患により活動性が低下している利用者	48
主疾患治療中で活動性が制限されている利用者	49
介助量が大きく家族の介護負担が大きい利用者	49
（別添）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細の様式 ...	50
（別添）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細のルール	51
①利用者氏名	52
②日常生活自立度	52

③認知症高齢者の日常生活自立度.....	53
④理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容.....	54
⑤評価.....	54
⑤-1 活動.....	54
⑤-2 参加.....	57
⑤-3 看護職員との連携状況、看護の視点からの利用者の評価.....	58
⑥特記すべき事項.....	59
⑦作成者（氏名・職種）.....	59
(別添) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細の記載例	60
脳血管疾患.....	61
「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」部分の記載例.....	62
整形外科疾患.....	64
「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」部分の記載例.....	65
認知症.....	67
「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」部分の記載例.....	68
精神疾患.....	70
「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」部分の記載例.....	71
内部障害.....	73
「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」部分の記載例.....	74
皮膚疾患（皮膚トラブル）.....	77
「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」部分の記載例.....	78
難病疾患.....	79
「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」部分の記載例.....	80

とあるコメディカル

① 基本情報

「利用者氏名」「生年月日」「年齢」「要介護認定の状況」「住所」を記載しましょう。

電子カルテを使用しているステーションは、利用者名を入れるとその他の情報も自動的に入力してくれるかと思います。

記載例

ふりがな 利用者氏名	とある りょうしゃ とある 利用者	生年月日	S11年 11月 11日 (85) 歳
要介護認定の 状況	自立	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 ③ 4 5)
住 所	東京都〇〇区〇〇11-11-11		

② 訪問日

訪問した日を、以下のルールに則って印をつけます。

看護師、准看護師、保健師、助産師が訪問した場合：○

リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）が訪問した場合：◇

特別訪問看護指示書で訪問した場合：△

1日に2回以上訪問した場合：◎

長時間訪問看護加算を算定した場合：□

緊急時訪問看護加算を算定した場合：×

精神科訪問看護で介入している利用者で30分未満の訪問看護を実施した場合：✓

例えば、令和3年2月に下記のように訪問したとします。

1日に2回以上訪問した日：4日、8日、18日、22日、25日

リハビリ職が訪問した日：13日、27日

長時間訪問看護加算を算定した日：1日、15日

とあるコメディカル

この場合、訪問看護報告書の訪問日は下記のように記します。

記載例

訪問日	令和3年2月	
	□ 2 3 ○ 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	○ 9 10 11 12 ◇ 14	8 9 10 11 12 13 14
	15 16 17 ○ 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21
	○ 23 24 ○ 26 ◇ 28	22 23 24 25 26 27 28
	29 30 31	29 30 31
	保健師、助産師、看護師又は准看護師による訪問日を○、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問日を◇で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。	

ちなみに、1日2回以上訪問した日は、「看護師＋看護師」、「看護師＋理学療法士」のどちらの組み合わせでも◎で記します。

また、1日2回以上訪問した日でも、いずれかの訪問で長時間訪問看護加算を算定した場合は、◎ではなく□で記します。

同様に、緊急時訪問看護加算を算定した場合も◎ではなく×で記します。

一般的な訪問看護報告書のテンプレートでは、カレンダーが2ヶ月分出力されます。

対象月のみの訪問日が記載されていれば構わないので、上記記載例の場合、右側のカレンダーは空白で構いません。

③ 病状の経過

病状の経過には、利用者の病状の経過や日常生活動作の状況などを記載します。

「その月にあったことのみを報告する」「報告事項のみ記載する」「文章量は出来るだけ少なくする」ことを心がけて作成しましょう。

記載例

病状の経過	KT: ○○℃ P: ○○/分 BP: ○○mmHg SpO2: ○○% 脳梗塞後遺症により、左片麻痺を呈しているが屋内歩行は強い歩きにて自立、屋外歩行はT字杖を使用して自立している。ADLも概ね自立しているが、階段昇降、入浴時の浴槽またぎでふらつきを要するため、ご家族様の見守りのもと行っている。内服薬は飲み忘れなく服用できているが、朝方収縮期血圧150台を示すことあり。今月受診の際、自覚症状がないことから内服変更なく経過観察となる。今後もバイタル留意しながら体調変化なく在宅生活が送れるよう介入継続していく。
-------	--

「病状の経過」の記載例→P.15～

訪問看護報告書の記載例（病状の経過・看護の内容）

訪問看護報告書の「病状の経過・看護の内容」部分の記載例・文例集です。疾患別でまとめています。

あくまでも一例ですので、みなさまが担当している利用者用にカスタマイズしてご活用ください。

別紙様式 2

訪問看護報告書

ふりがな 利用者氏名	とある りょうしゃ とある 利用者	生年月日	S11年11月11日(85)歳																																																																						
要介護認定の 状況	自立	要支援(1 2)	要介護(1 2 ③ 4 5)																																																																						
住 所	東京都〇〇区〇〇11-11-11																																																																								
訪問日	<p>令和3年 2月</p> <table border="1"> <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>⑳</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> <p>保健師、助産師、看護師又は准看護師による訪問日を○、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問日を◇で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、左表は訪問日が2日にかわる場合使用すること。</p>			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	⑳					29	30	31				
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	⑳					29	30	31																																																																
病状の経過	<p>KT:〇〇℃P:〇〇/分 BP:〇〇mmHg SpO2:〇〇%</p> <p>脳梗塞発症後により、左片麻痺を呈しているが室内歩行は短い歩幅にて自立、屋外歩行はT字杖を使用して自立している。ADLも概ね自立しているが、階段昇降、入浴時の浴槽まで歩む必要があるため、ご家族様の見守りのもと行っている。内服薬は飲み忘れなく服用できているが、翌方夜間期血圧150台を示すことあり。今月受診の際、自覚症状がないことから内服薬変更なく経過観察となる。今後もバイタル観察しながら体調変化なく在宅生活が送れるよう介入継続していく。</p>																																																																								
看護の内容	<p>バイタルサイン、全身状態の観察、内服薬の確認(量/回数/残量)・管理・指導、ADL状況の確認、血液検査データの確認</p>																																																																								
家庭での介護の状況	<p>介護は同様の様様がしている。心身ともに安定している。</p>																																																																								
衛生材料等の使用量および使用状況	<p>衛生材料等の名称: () 使用及び交換頻度: () 使用量: ()</p>																																																																								
衛生材料等の種類・量の変更	<p>衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性: 有・無</p> <p>変更内容</p>																																																																								
情報提供	<p>訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先: () 情報提供日: ()</p>																																																																								
特記すべき事項(頻回に訪問看護が必要な理由を含む)	<p></p>																																																																								



上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

令和3年 2月 28日

事業所名 〇〇訪問看護ステーション
管理者氏名 訪問トコロ

殿



脳血管疾患

体調変化をきたす可能性がある利用者

<p>病状の経過</p>	<p>KT : ○○℃ P : ○○/分 BP : ○○mmHg SpO2 : ○○%</p> <p>脳梗塞後遺症により、左片麻痺を呈しているが屋内歩行は伝い歩きにて自立、屋外歩行はT字杖を使用して自立している。ADLも概ね自立しているが、階段昇降、入浴時の浴槽またぎでふらつきを要するため、ご家族様の見守りのもと行なっている。内服薬は飲み忘れなく服用できているが、朝方収縮期血圧150台示すことあり。今月受診の際、自覚症状がないことから内服変更なく経過観察となる。今後もバイタル留意しながら体調変化なく在宅生活が送れるよう介入継続していく。</p>
<p>看護の内容</p>	<p>バイタルサイン、全身状態の観察、内服状況の確認（量/回数/残量）・管理・指導、ADL状況の確認、血液検査データの確認</p>

内服飲めていないことから再発の恐れある利用者

<p>病状の経過</p>	<p>KT : ○○℃ P : ○○/分 BP : ○○mmHg SpO2 : ○○%</p> <p>過去に脳出血の既往があるも、内服の飲み忘れが多い。今月は、10日分飲み忘れあり。脳神経症状の悪化は認めないが、収縮期血圧130~170台と変動あり。内服カレンダーを使用しているが、本人の内服に対する意識の低さから定期的な内服には繋がっていない。今月の受診時に上記状況を医師に伝達したところ、内服が一方化となる。訪問看護介入時に内服セット、内服促しを行い飲み忘れの頻度を減らせるよう、介入継続していく。</p>
<p>看護の内容</p>	<p>バイタルサイン、全身状態の観察、内服状況の確認（量/回数/残量）・管理・指導、ADL状況の確認、血液検査データの確認</p>

ふらつきあることから転倒のリスクが高い利用者

<p>病状の経過</p>	<p>KT : ○○℃ P : ○○/分 BP : ○○mmHg SpO2 : ○○%</p>
--------------	---

	<p>脳梗塞後遺症により右片麻痺を呈していることから、歩行時にふらつきがあり転倒リスクが高い状態。今月は転倒なし。皮膚の外傷なく経過していることを確認。内服は飲み忘れなく飲めており、バイタルも安定している。看護訪問時にリハビリスタッフに処方された自主トレーニングを一緒に行っているが、大変意欲的で効果的に出来ていると評価している。引き続き、リハビリスタッフと情報共有しながら転倒なく在宅生活が送れるよう支援継続していく。</p>
看護の内容	<p>バイタルサイン、全身状態の観察、内服状況の確認（量/回数/残量）・管理・指導、ADL 状況の確認、自主トレーニングの確認、リハビリスタッフとの情報共有</p>

ADL に介助が必要な利用者

病状の経過	<p>KT : ○○°C P : ○○/分 BP : ○○mmHg SpO2 : ○○%</p> <p>脳梗塞後遺症により左片麻痺、左上下肢の関節拘縮を呈していることから、ADL 全般に介助を要す。着替え、トイレ動作時の介助量が大きく、夜間はオムツ対応をしているが皮膚トラブルなく経過している。今月は日中の失禁なし。内服は奥様介助のもと飲み忘れなし。バイタル安定、体調の変化なく経過している。</p>
看護の内容	<p>バイタルサイン、全身状態の観察、内服状況の確認（量/回数/残量）・管理・指導、ADL 状況の確認、清潔ケア、着替え介助、リハビリスタッフとの情報共有</p>

活動性低く廃用症候群の恐れがある利用者

病状の経過	<p>KT : ○○°C P : ○○/分 BP : ○○mmHg SpO2 : ○○%</p> <p>脳梗塞後遺症により左片麻痺あり。日中はほとんどベッドで横になっている。今月介入時（○日）の体重は、○kg で前月比-2kg。見た目もやせ細ってきた印象。皮膚トラブルはなく経過。食事は1日2食でコンビニ弁当やカップラーメン中心。今月受診時の検査データでは、栄養値正常範囲内ではあるも</p>
-------	--

(別添) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細のルール

別紙様式2-(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の詳細 別添

利用者氏名											
日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M			
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容											
評価	項目	自立	一部介助	全介助	備考						
	食事	10	5	0							
	イストベッド間の移乗	15	10	←監視下							
		座れるが移れない→		5	0						
	整容	5	0	0							
	トイレ動作	10	5	0							
	入浴	5	0	0							
	活動	平地歩行	15	10	←歩行器						
		車椅子操作が可能→		5	0						
		階段昇降	10	5	0						
		更衣	10	5	0						
		排便コントロール	10	5	0						
		排尿コントロール	10	5	0						
		合計点				/100					
	コミュニケーション										
	参加	家庭内の役割									
		余暇活動 (内容及び頻度)									
		社会地域活動 (内容及び頻度)									
		終了後に行いたい 社会参加等の取組									
	看護職員との連携状況、看護の視点からの利用者の評価										
特記すべき事項											
作成者	氏名:					職種:	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士				

- ①利用者氏名
- ②日常生活自立度
- ③認知症高齢者の日常生活自立度
- ④理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容

- ⑤評価（活動・参加・看護職員との連携状況、看護の視点からの利用者の評価）

- ⑥特記すべき事項
- ⑦作成者（氏名・職種）

(別添) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細は、大きく7つの項目に分類されます。
それぞれにルールがあるのでしっかりと抑えておきましょう。

①利用者氏名

利用者の氏名を書きましょう。

②日常生活自立度

該当する利用者の日常生活自立度（寝たきり度ランク）を○で囲みます。

生活自立	ランク J	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる J1：交通機関などを利用して外出できる J2：隣近所へなら外出できる
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出できない A1：介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活している A2：外出の頻度が少なく、日中も寝たりおきたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる B1：車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行うことができる B2：車椅子への移乗に介助を要する
	ランク C	日中はベッド上で過ごし、食事・排泄・着替えにおいて介助を要する C1：自力で寝返りがうてる C2：自力で寝返りがうてない

③認知症高齢者の日常生活自立度

該当する利用者の認知症の状況を○で囲みます。

ランク	判断基準	症状・行動の例
I	何らかの認知症の症状が見られるが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
IIa	家庭外において、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られているも、誰かが注意していれば自立できる。	道に迷う、買い物や金銭管理にミスが目立つなど
IIb	家庭内において、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られているも、誰かが注意していれば自立できる。	服薬管理のミスが目立つ、電話の対応や訪問者の対応ができないなど
IIIa	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 (日中を中心)	食事・排泄・着替えなど日常生活動作が上手にできない、時間がかかるなど徘徊・失禁・奇声・火の不始末・不潔行為など
IIIb	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 (夜間を中心)	*ランク IIIa と同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	*ランク IIIa と同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄・妄想・自傷（他害）行為など精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態

とあるコメディカル

④理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容を具体的に記載します。

記載例

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容	右片麻痺、筋力低下によりバランス能力が低下しているため、歩行時のふらつきが大きく転倒のリスクが高い。そのため、リハビリでは筋力トレーニング、歩行練習、バランス練習を中心に実施。リハビリ前後でのバイタルサインは良好。易疲労性により最大歩行距離は50mほどで頻回な休憩を要すことから、受診など外出時は車椅子移動をするように家族へ指導。また、夜間不眠時はふらつき増強するため、頻回に休憩を取るように伝えている。自主トレーニングも処方しており、毎日欠かさず行えている。
--	--

「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」の記載例→P.60～

⑤評価

「評価」は、「活動」「参加」「看護職員との連携状況、看護の視点からの利用者の評価」の3項目に分けられます。

⑤-1 活動

この項目は、ADLの自立度を Barthel Index に則って記載します（表参照）。該当する各日常生活動作の自立度を○で囲み、項目最下部の「合計点」に囲った数値の合計を記載します。

「備考」には具体的な介護状況を記載します。

脳血管疾患

見本
脳血管疾患

別紙様式2-(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の詳細

別添

利用者氏名	〇〇 〇〇 様									
日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容	右片麻痺、筋力低下によりバランス能力が低下しているため、歩行時のふらつきが大きく転倒のリスクが高い。そのため、リハビリでは筋力トレーニング、歩行練習、バランス練習を中心に実施。リハビリ前後でのバイタルサインは良好。易疲労性により最大歩行距離は50mほどで頻回な休憩を要することから、受診など外出時は車椅子移動をするように家族へ指導。また、夜間不眠時はふらつきを増強するため、頻回に休憩を取るよう伝えていく。自主トレーニングも処方しており、毎日欠かさず行っている。									
評価	項目	自立	一部介助	全介助	備考					
	食 事	10	5	0	箸使用不可。スプーンにて自立					
	イストベッド間の移乗	15	10	0	方向転換時にふらつきあり 座れるが移れない→5					
		10	5	0						
	整 容	5	0	0	時間はかかるが自立					
	トイレ動作	10	5	0	下衣着脱時にふらつきあり					
	入 浴	5	0	0	浴槽を跨ぐ際に介助が必要					
	平地歩行	15	10	0	T字杖を使用。ふらつきあり近位見守りが必要。 車椅子操作が可能→5					
		10	5	0						
	階段昇降	10	5	0	手すりは必須。2足1段。					
	更 衣	10	5	0	巧緻性を伴うものに介助必要					
	排便コントロール	10	5	0	良好					
	排尿コントロール	10	5	0	良好					
	合計点	70 /100								
	コミュニケーション	構音障害を認めるが、日常会話は問題なく可能である。								
参加	家庭内の役割	家事は妻が行っている。ペットへの餌やりが主な役割。 移動、立ち上がり動作が必要なことからリハビリ効果に繋がっている。								
	余暇活動 (内容及び頻度)	読書 (2時間/日)、テレビ鑑賞 (5時間/日)								
	社会地域活動 (内容及び頻度)	自治体主催のお祭り (2回/年)								
	終了後に行いたい 社会参加等の取組	通所介護、通所リハへの参加 市開催の介護予防教室								
看護職員との連携状況、看護の視点からの利用者の評価	訪問時の状態を報告・共有している。リハビリ介入による活動性向上に伴い、排便コントロールが良好になってきている。									
特記すべき事項	定期訪問日時 理学療法士：木曜日14:00-15:00 (週1回)									
作成者	氏名： 訪問 太郎	職 種： 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士								

「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」部分の記載例

ふらつきあることから転倒のリスクが高い利用者

右片麻痺ありバランス能力が低下しているため、歩行時に見守りを要する。屋内であれば手すりを使用して歩行可能だが、屋外はT字杖を使用して軽介助が必要である。また、易疲労性により最大歩行距離は50mほどで頻回な休憩を要することから、受診など外出時は奥様介助のもと車椅子移動をしている。リハビリでは関節可動域練習、筋力トレーニング、屋内外歩行練習を中心に行い、転倒なく生活ができるよう支援継続していく。

ADLに介助が必要な利用者

重度左片麻痺、左上下肢の拘縮を認め歩行は不可である。トイレ動作は、車椅子を使用してトイレまで移動、立位保持は手すりを使用して可能だが下衣の着脱は介助を要する。奥様よりトイレ介助が一番大変とのことで、リハビリでは関節可動域練習、筋力トレーニング、移乗練習、立位保持練習、トイレ動作練習を中心に行なっている。徐々に立位保持の能力が向上しておりふらつきが軽減していることから、安定してトイレ動作介助ができるようになっている。

活動性低く廃用症候群の恐れがある利用者

左片麻痺は軽度で歩行、ADLともに自立レベルの能力は有している。しかし、易疲労性と本人のモチベーションの低さから、活動範囲は狭小しており、歩行はベッドとトイレ間のみである。体重減少に伴い、筋力低下も進行している。リハビリでは、筋力トレーニング、屋外歩行練習中心に介入をしている。自主トレーニングも処方しているが定着は難しく、運動機会はリハビリ介入時のみになっている事から、今後はリハビリの頻度増回を視野に廃用症候群が進行しないよう、介入継続していく。

寝たきりのため褥瘡発生のリスクがある利用者

重度意識障害でADL全介助状態からベッド上であることが長いため、リハビリでは車椅子への離床と関節可動域練習中心に介入している。今月は左大転子、仙骨部の除圧が図れるよう、カットテーブルを使用して体幹前傾を促した状態で離床を行う。離床をすると若干ではあるが覚醒向上。○日の訪問時は、「お花・・・」との発言あり。ご家族様より、観葉植物を育てることが趣味だったとの情

報あり、車椅子乗車してベランダへ移動したところ笑顔を認める。ご家族様も「笑えるんだね」と嬉しそうな表情。今後も褥瘡発生のリスクを軽減できるよう、離床と少しでも本人の表情や感情を表出できるよう介入継続していく。

介助量が大きく家族の介護負担が大きい利用者

重度意識障害で ADL 全介助状態からベッド上であることが長いため、リハビリでは車椅子への離床と関節可動域練習中心に介入している。関節拘縮の悪化、皮膚トラブルの出現なく経過している。看護師より、奥様が介助時に腰痛出現したと情報あり。中腰姿勢で体交を行っていたため、介護の内容によってベッドの高さを変えること、腕の力だけで体交するのではなく、体全体を使って（体重を利用して）体交を行うよう伝えた。その後の腰痛出現はなく経過している。

高次脳機能障害・嚥下障害がある利用者

中等度の失語症と嚥下障害あり。単語理解は良好だが文字を使用してのコミュニケーションは確立していない。自発後はほとんどないものの、挨拶言葉、YES/NO でのコミュニケーションは可能。日常生活は状況理解に頼っている。徐々に 2 文語の発話も認められている段階。文字理解は良好なことから、文字チップを使用し訓練継続していく。摂食に関して、〇日に病院で VF 実施。口腔内残渣による咽頭侵入あり。食形態変更の指示あるも、本人の趣向により変更は拒否。そのため食形態は変更しないものの、一気に詰め込む様子あるため一口ずつゆっくり食べるよう指導を受ける。今後も誤嚥症状留意しつつ、間接的訓練中心に介入していく。

訪問看護計画書のルールと記載例

- *テキスト、画像等の無断転載・転売・二次使用を固く禁じます。
- *お住いの地域や所属会社の方針等により、記載例やルールは異なることが考えられます。使用の際は、予め関係各所に確認することを推奨します。
- *記載例使用等における責任は一切負いかねますので、何とぞご了承くださいたくお願い申し上げます。

目次

訪問看護計画書の様式.....	6
訪問看護計画書とは.....	7
訪問看護計画書のルール.....	8
① 基本情報.....	9
② 看護・リハビリテーションの目標.....	9
③ 年月日/問題点・解決策/評価.....	11
年月日.....	11
問題点・解決策.....	12
評価.....	12
④ 衛生材料等が必要な処置の有無.....	13
⑤ 訪問予定の職種.....	14
⑥ 備考.....	14
⑦ 作成者名と管理者名.....	14
訪問看護計画書の記載例（看護・リハビリテーションの目標）.....	15
在宅生活全般に関する目標.....	16
疾患別の目標.....	17
脳血管疾患.....	17
整形外科疾患.....	18
認知症.....	18
精神疾患.....	19
廃用症候群.....	19
皮膚疾患.....	19
内部障害.....	20
難病疾患.....	20
転倒・転落に関する目標.....	21
ベッド上.....	21
車椅子.....	21
歩行.....	22
ADLに関する目標.....	22
食事.....	22

とあるコメディカル

整容	22
着替え	23
入浴	23
階段昇降	23
トイレ動作	23
歩行	24
IADL に関する目標	24
趣味活動に関する目標	25
復職に関する目標	26
介護負担に関する目標	26
訪問看護計画書の記載例（問題点・解決策・評価）	27
脳血管疾患	28
体調変化・再発の可能性がある利用者	28
後遺症別	29
褥瘡がある利用者	39
家族の介護負担がある利用者	40
整形外科疾患	41
体調変化の可能性がある利用者	41
疾患別	42
家族の介護負担がある利用者	47
認知症	48
体調変化の可能性がある利用者	48
中核症状を認める利用者	50
周辺症状を認める利用者	55
家族の介護負担がある利用者	60
精神疾患	61
体調変化・症状悪化の可能性がある利用者	61
病名別	62
家族の介護負担がある利用者	69
内部障害	70
体調変化の可能性がある利用者	70
障害別	71
家族の介護負担がある利用者	84
皮膚疾患（皮膚トラブル）	85

体調変化の可能性がある利用者	85
原因別	86
家族の介護負担がある利用者	91
難病疾患	91
体調変化の可能性がある利用者	91
疾患別	93
家族の介護負担がある利用者	103
廃用症候群	104
体調変化の可能性がある利用者	104
原因別	105
家族の介護負担がある利用者	115

① 基本情報

「利用者氏名」「生年月日」「年齢」「要介護認定の状況」「住所」を記載しましょう。

電子カルテを使用しているステーションは、利用者名を入れるとその他の情報も自動的に入力してくれるかと思います。

記載例

ふりがな 利用者氏名	とある りょうしゃ とある 利用者	生年月日	S11年 11月 11日 (85) 歳
要介護認定の 状況	自立	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 ③ 4 5)
住 所	東京都〇〇区〇〇11-11-11		

② 看護・リハビリテーションの目標

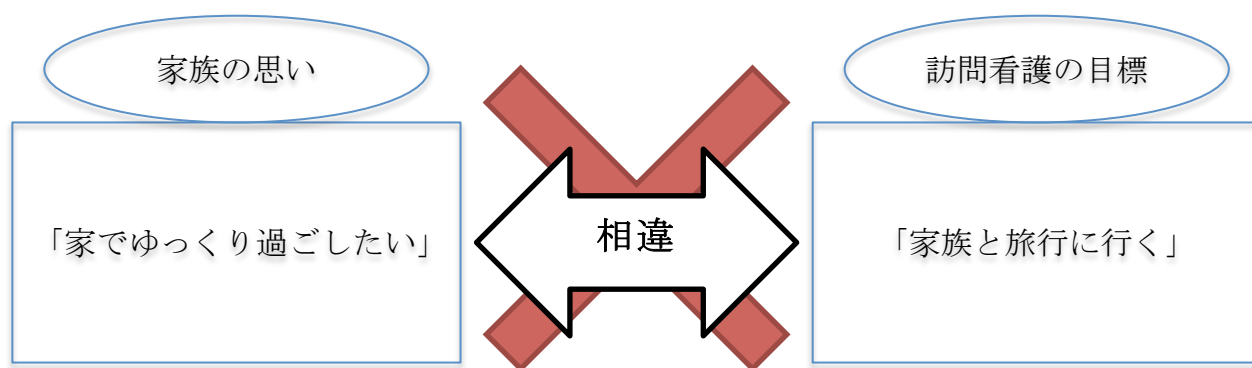
「看護・リハビリテーションの目標」には、訪問看護が介入することによって、どのような状態になることを目指しているかを記載します。

この時に注意すべき点は、以下の3つです。

- ・利用者と家族の希望を取り入れているか？
- ・主治医の指示と相違がないか？
- ・ケアプランと相違がないか？

例えば、本人と家族が「高齢なので無理はせず家でゆっくり過ごしたい」という目標があるにも関わらず、看護・リハビリテーションの目標が「家族と旅行に行けるように」や、「外出の機会を増やす」といった目標を立ててしまったら、目標に相違が生じてしまいます。

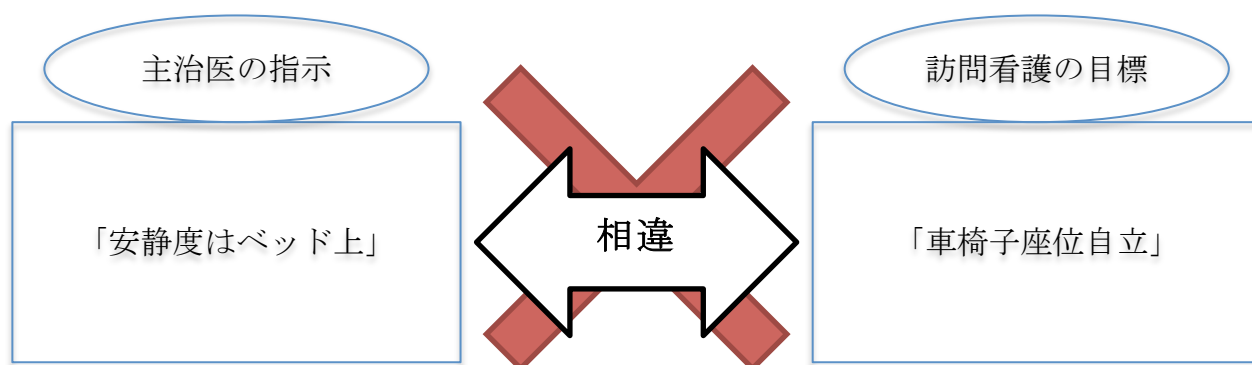
看護・リハビリ視点で、「旅行にでも行けばいいのに～」と書いていても、本人や家族が望んでいなければただの押し付けになってしまうのです。



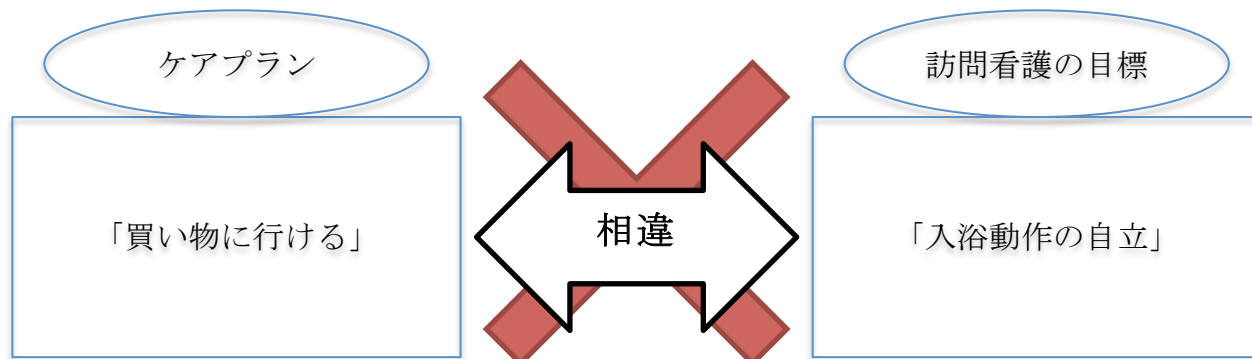
また、訪問看護ステーションは、「主治医からの指示（訪問看護指示書）」と「ケアマネジャーが作成するケアプラン」がないと業務をすることができません。

そのため、訪問看護の目標も、主治医の指示とケアプランに沿ったものを立てなければなりません。

例えば、主治医から「安静度はベッド上」と指示を受けているにも関わらず、「車椅子に座れるようにする」といった目標は相違があるため、立てるべきではありません。



同じように、ケアプランの目標が「近くのスーパーに買い物に行ける」といったものに対し、訪問看護では「入浴動作の自立」といった目標を立てるのは、相違があると考えます。



あくまでも、「利用者・家族の希望」「主治医の指示」「ケアプラン」に沿った目標を立てましょう。

もし、ケアプランに現実的ではない目標が立っている場合は、担当者会議を開催してプランの見直しをするよう働きかけましょう。

記載例

看護・リハビリテーションの目標

【看護】 規則正しい生活習慣が身につき、脳梗塞の再発を予防できる

【リハビリ】 身体機能の維持・向上を図り、転倒することなく安全に生活できる

「看護・リハビリテーションの目標」の記載例→P.15～

③ 年月日/問題点・解決策/評価

「看護・リハビリテーションの目標」を踏まえて、訪問看護を行う上での問題点と解決策、評価を具体的に記載します。

「年月日」「問題点・解決策」「評価」のそれぞれにルールがありますので抑えておきましょう。

年月日

年月日は、訪問看護計画書の作成日、もしくは計画の見直しを行った日付を記載します。間違いやすいのが、初回介入時の年月日です。

初回介入時に作成する計画書の年月日は、「初回介入日の日付」を記載します。

2月21日に初回介入するのであれば、訪問看護計画書の年月日は2月21日の記載をします。

「2月1日になっていた」ということはよくありますので気をつけましょう。

次月以降、継続して作成する場合は、当該月1日の日付で作成して構いません。

訪問看護計画書の記載例（看護・リハビリテーションの目標）

訪問看護計画書の「看護・リハビリテーションの目標」部分の記載例・文例集です。

あくまでも一例ですので、みなさまが担当している利用者用にカスタマイズしてご活用ください。

別紙様式1

訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名	とある りょうしゃ とある 利用者	生年月日	S11年 11月 11日 (85) 歳
要介護認定の 状況	自立	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 ③ 4 5)
住 所	東京都〇〇区〇〇11-11-11		
看護・リハビリテーションの目標			
<p>【看護】 規則正しい生活習慣が身につき、脳梗塞の再発を予防できる</p> <p>【リハビリ】 身体機能の維持・向上を図り、転倒することなく安全に生活できる</p>			
2021/02/01	看護 #1 喫煙・飲酒の頻度が高く、脳梗塞再発の危険性がある	#1 【観察】 バイタルサイン、内服状況の確認 (量/回数/残量)、血圧表の確認、脳神経症状の確認、喫煙・飲酒の頻度確認 【ケア】 脳梗塞のリスク説明、内服管理・指導、食事管理・指導、栄養管理・指導	喫煙20本/1日、飲酒ビール500ml2本/1日と頻度変わらず経過している。プラン継続。
2021/02/01	リハビリ #1 脳梗塞後遺症による右片麻痺があり、転倒リスクが高い状況である	#1 【ケア】 関節可動域練習、筋力トレーニング、バランス練習、歩行練習、階段昇降練習、自主練習の指導、環境整備、他職種との情報共有、家族への転倒防止についての指導	歩行時のふらつきが引き続き認められているが、転倒せず経過している。プラン継続。
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
訪問予定の職種 (※当該月に理学療法士等による訪問が予定されている場合に記載)			
看護師：木曜日 14:00~14:30 理学療法士：月曜日 10:00~11:00 金曜日 14:00~15:00			
備考			

この部分です

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。

令和3年 2月 1日

事業所名 〇〇訪問看護ステーション
管理者氏名 訪問トコル

殿

印

在宅生活全般に関する目標

異常の早期発見をすることができる
他職種と連携し症状変化の早期発見ができる
内服を確実にすることで、症状の悪化を予防することができる
症状増悪することなく在宅生活を送ることができる
内服を確実にすることで、身体症状に伴う苦痛が緩和できる
内服管理が自己ででき、定期的な通院ができる
内服が確実にでき、通院をしながら安心して在宅生活を継続できる
自宅で安心した生活を送ることができる
体調崩さず安全に地域で過ごせる
ご本人様らしく生活を送ることができる
自宅で安心した生活を送ることができる
サポートに頼りながら安心して生活することができる
症状増悪することなく在宅生活を送ることができる
安定した状態をなるべく維持して、安楽な生活を送ることができる
体調が安定した状態で自宅での生活を送ることができる
住み慣れた環境の中で、自身の役割を持ちながら生活を継続することができる
合併症を起こすことなく安定して在宅生活を送ることができる
心身ともに安定し、穏やかに在宅生活を送ることができる

現在の身体機能・活動量を維持・向上できる
運動習慣を定着させ、身体機能が維持・向上できる
自身でできることを増やせる
身体機能維持に努め在宅生活を継続することができる
活動量を維持し安全に在宅生活を送れる
本人の思いに寄り添い、前向きな気持ちで過ごすことができる

疾患別の目標

脳血管疾患

内服が確実にできて、脳梗塞の再発を予防できる
規則正しい生活習慣が身につき、脳梗塞の再発を予防できる
糖尿病が自己管理でき、脳梗塞の再発を予防できる
運動習慣が定着して、脳梗塞の再発を予防できる
嚥下機能の維持・向上を図り、誤嚥性肺炎を起こすことなく生活できる
身体機能の維持・向上を図り、転倒することなく安全に生活できる
身体機能の維持・向上を図り、日常生活動作が自立できる
身体機能の維持・向上を図り、家事動作が安全に行える
関節拘縮を予防して、家族の介護負担軽減を図る
てんかん発作コントロールを行い、日常生活を安全に送ることができる

訪問看護計画書の記載例（問題点・解決策・評価）

訪問看護計画書の「問題点・解決策・評価」部分の記載例・文例集です。疾患別でまとめています。

あくまでも一例ですので、みなさまが担当している利用者用にカスタマイズしてご活用ください。

別紙様式1

訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名	とある りょうしゃ とある 利用者	生年月日	S11年 11月 11日 (85) 歳
要介護認定の 状況	自立	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 ③ 4 5)
住 所	東京都〇〇区〇〇11-11-11		
看護・リハビリテーションの目標			
【看護】規則正しい生活習慣が身につき、脳梗塞の再発を予防できる 【リハビリ】身体機能の維持・向上を図り、転倒することなく安全に生活できる			
年月日	問 題 点 ・ 解 決 策		評 価
2021/02/01	看護 #1 喫煙・飲酒の頻度が高く、脳梗塞再発の危険性がある #1【観察】バイタルサイン、内服状況の確認（量/回数/残量）、血圧表の確認、脳神経症状の確認、喫煙・飲酒の頻度確認 【ケア】脳梗塞のリスク説明、内服管理・指導、食事管理・指導、栄養管理・指導		喫煙20本/1日、飲酒ビール500ml2本/1日と頻度変わらず経過している。プラン継続。
2021/02/01	リハビリ #1 脳梗塞後遺症による右片麻痺があり、転倒リスクが高い状況である #1【ケア】関節可動域練習、筋力トレーニング、バランス練習、歩行練習、階段昇降練習、自主練習の指導、環境整備、他職種との情報共有、家族への転倒防止についての指導		歩行時のふらつきが引き続き認められているが、転倒せず経過している。プラン継続。
衛生材料等が必要か加算の有無			
処置の内容	衛生材料（種類・サイズ）等	必要量	
訪問予定の職種（※当該月に理学療法士等による訪問が予定されている場合に記載）			
看護師：木曜日14：00～14：30 理学療法士：月曜日10：00～11：00 金曜日14：00～15：00			
備考			



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。

令和3年 2月 1日

事業所名 〇〇訪問看護ステーション
管理者氏名 訪問トコル

殿



脳血管疾患

体調変化・再発の可能性がある利用者

問題点	解決策	評価
# 1 体調変化の可能性がある	<p>【観察】 バイタルサイン、全身状態の観察、内服状況の確認（量/回数/残量）、食事摂取量や排便状況の観察、脳神経学的所見、ADL 状況、疼痛の有無、血液検査データの確認、他サービス利用時の状況確認</p> <p>【ケア】 必要時に内服指導・管理、食事指導、栄養指導、他職種との情報共有</p>	<p>体調変化なく経過している。プラン継続。</p>
# 1 病状進行による症状出現の可能性がある	<p>【観察】 バイタルサイン、全身状態の観察、内服状況の確認（量/回数/残量）、食事摂取量や排便状況の観察、脳神経学的所見、ADL 状況、疼痛の有無、血液検査データの確認、他サービス利用時の状況確認</p> <p>【ケア】 必要時に内服指導・管理、食事指導、栄養指導、他職種との情報共有</p>	<p>病状進行による症状の出現・悪化なく経過している。プラン継続。</p>
# 1 内服の飲み忘れが多く脳梗塞再発の危険がある	<p>【観察】 バイタルサイン、内服状況の確認（量/回数/残量）、血圧表の確認、脳神経症状の確認、血液検査データの確認</p> <p>【ケア】 血圧表の書き方指導、内服カレンダーの使い方指導</p>	<p>血圧は120-150台で経過している。プラン継続。</p>
# 1 血圧の変動が大きく脳出血再発の危険がある	<p>【観察】 バイタルサイン、内服状況の確認（量/回数/残量）、血圧表の確認、脳神経症状の確認、血液検査データの確認</p> <p>【ケア】 血圧表の書き方指導、内服カレンダーの使い方指導</p>	<p>内服が飲めているにもかかわらず、収縮期血圧90～170台と変動がある。アムロジピン OD錠 5 mg 0.5 錠</p>

		(夕)開始。プラン継続。
# 1 喫煙・飲酒の頻度が高く、脳梗塞再発の危険性がある	<p>【観察】バイタルサイン、内服状況の確認（量/回数/残量）、血圧表の確認、脳神経症状の確認、喫煙・飲酒の頻度確認</p> <p>【ケア】脳梗塞のリスク説明、内服管理・指導、食事管理・指導、栄養管理・指導</p>	喫煙 20 本/1日、飲酒ビール 500ml 本/1日と頻度変わらず経過している。プラン継続。
# 1 既往歴に糖尿病があり、脳出血再発の危険がある	<p>【観察】バイタルサイン、内服状況の確認（量/回数/残量）、血糖値表の確認、脳神経症状の確認、血液検査データの確認</p> <p>【ケア】インシュリン注射の指導・介助、血糖値表の書き方指導、内服管理・指導、食事管理・指導、栄養管理・指導</p>	HbA1c 6.2～6.6%で推移している。プラン継続。
# 1 肥満体質であり脳梗塞再発の危険がある	<p>【観察】バイタルサイン、体重(BMI)、ウエスト周径測定、食事内容・頻度・量の確認、内服状況の確認（量/回数/残量）、脳神経症状の確認、血液検査データの確認</p> <p>【ケア】体重測定、内服管理・指導、食事管理・指導、栄養管理・指導</p>	BMI34 前後で経過している。プラン継続。

後遺症別

摂食・嚥下障害

問題点	解決策	評価
# 1 脳梗塞による構音・嚥下障害があり、胃ろう造設しているが、間食は経口摂取してお	<p>【観察】バイタルサイン、呼吸音・喀痰の状況、吸引実施状況、血液検査データの確認、経口摂取状況の確認、胃ろう注入量の確認、胃ろう挿入部の確認、排便状況の確認、口腔内状況の確認、口腔ケア実施状況の確認、嘔吐の有無</p> <p>【ケア】胃ろう管理、口腔ケア、歯磨きと口腔内の清潔保持、</p>	口腔内感染は認めず経過している。プラン継続。