

夜間・早朝訪問看護申し送り表(FAX)

ID	年 月 日 ( )		
訪問日			
訪問者氏名			
時間	: ~	: ~	: ~
血圧			
脈拍			
体温			
排便の有無と量			
排尿の有無と量			
SPO2			
DX			
インシュリン			
痰の量と性状			
その他			
連絡事項			
備考			

## 夜間・早朝訪問看護実施マニュアル

2005.10 作成

### 出入り・更衣について

- ・ 各所定の位置にある鍵を使用する。
- ・ 不在時には、消灯・施錠し鍵は所定の位置に戻す。
- ・ \* 済生会訪問看護ステーション；〇〇
- ・ \* サテライト草津；〇〇
- ・ 仮眠室・更衣室（ロッカー）は、済生会を利用する。仮眠は、仮眠室又は研修室にて行う。

### 申し送り方法について

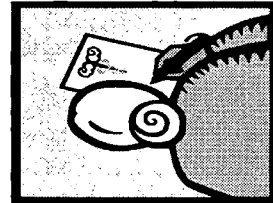
（日勤⇒夜勤）

※サテライト St・栗東市 St 所属の利用者は、17:30 までに日勤者が済生会へ FAX をする。

- ・ 日勤者；日中の訪問時の状態（記録書Ⅱ）を FAX する。  
済生会 St, FAX；077-551-28〇〇  
サテライト St, FAX；077-516-03△△  
栗東市 St, FAX；077-554-61××
- ・ 夜勤者；FAX や記録を見て情報収集を行い、状態を確認する。  
FAX にて分からない部分は、各担当者に問い合わせをする。  
済生会 St, TEL；077-552-27〇〇  
サテライト St, TEL；077-516-03△△  
栗東市 St, TEL；077-554-61××

（夜勤⇒日勤）

- ※ 8：45 までに夜勤者はサテライト St・栗東市 St へ FAX をする。
- ・ 夜勤者；夜間の訪問時の状態を未入力記録用紙に記入し、FAX する。
- ・ 日勤者；FAX を見て情報収集を行い、状態を確認する。



### 公用車の取り扱いについて

- ① 夜間専用の公用車を使用する。（No.30 予備として No.29）
- ② 公用車の鍵は、所定の場所から取り出し、使用後は必ず元の位置に戻しておく。
- ③ 勤務終了時に、公用車記録に走行距離等を記入する。（黄色のマークカーを引く）
- ④ ガソリン残量が 1/4 になったら、空きの時間に補給する。  
西日本宇佐美（カードあり）24 時間給油可能。
- ⑤ 事故発生時には事故対応マニュアル（公用車記録に貼付）を参照し、速やかに処理を行うと同時に、布施所長に報告し指示を受ける。
- ⑥ 交通規則を厳守し、事故・違反のないように注意する。

### 訪問中の注意

- ① 公用車は所定の場所に必ず止める事
- ② ドアの開閉は静かに！！  
必ず施錠すること！！
- ③ 鍵の束は音がしないように注意する
- ④ 車内に個人情報に関わる書類を置いたままにしない。
- ⑤ 公用車の鍵、利用者の鍵、ファイナルは、身体から離さないようにする。（玄関先や室内、車内に置かない）
- ⑥ 洗面所で手洗いをする；＜手順＞
  - 1、訪問先の洗面所で手洗い
  - 2、待参したハンドタオルで手を拭く
  - 3、ケア・処置の実施
  - 4、訪問先の洗面所で手洗い
  - 5、車内でウェルパス噴霧

※各家庭で購入しているウェルパスや手袋は、使用しない。
- ⑦ 私語は慎み、笑い声などはたてない
- ⑧ 訪問時間を厳守すること



### 緊急時の対応について

- ① 緊急時は、個人の緊急対応に従い対応する。
- ② 利用者についての相談や、判断に困る事があれば、各所属先上司に報告する。  
 済生会 St；〇〇所長  
 サテライト St；△係長（サテライト携帯）  
 栗東市 St；××所長（栗東市携帯）

### 時間のある時に…

- ・ 済生会訪問看護ステーションで入力する。
- ・ 洗濯。  
 使用後のハンドタオル、ユニフォーム等はハイターにつける。  
 ハイターにつけてあるハンドタオル、ユニフォーム等を洗濯します。（所定の物干しに！！）
- ・ 乾燥しているユニフォーム類は、取り入れたたみ、個人ロッカーの前において置く。
- ・ 済生会所属の利用者の情報収集を行う。
- ・ 済生会所属の利用者の指示書をコピー（適宜）し、夜間・早朝訪問看護個人データのファイルにとじる。

### 入力方法について

- ① 夜間・早朝データ入力用のパソコンの電源を入れる。
  - ② プリンターの電源を入れる。
  - ③ 訪問看護システムを開き、データ入力をする。
- ※ 入力方法の詳細は別紙参照。  
 ※ 4：00頃、サテライト St へ行き入力する。  
 17：00～4：00までのサテライト St 所属の利用者と、前日の 4：00～8：30までのサテライト St 所属の利用者分を入力する。

### 注意事項

- ・ 各ステーションの出入り時には、消灯・戸締り・鍵の管理をしっかりすること！！
- ・ 個人情報管理に注意！！個人情報類は、机の上に放置せず鍵のかかる所に保管する。
- ・ スケジュールで都合が悪くなった場合や、体調が悪い場合は、早い目に〇〇所長に連絡する。
- ・ 随時、マニュアルにあるスケジュールを確認しておく。
- ・ 訪問時異常があった場合は、緊急当番の携帯電話に電話し報告する。
- ・ 出勤時に、夜間・早朝業務日誌に目を通す。（前回出勤時までさかのぼって見ること！！）
- ・ 勤務終了時に、夜間・早朝業務日誌を記入する。

### 記録の保存について

- ・ 済生会 St 所属の利用者に関して…  
 記録書Ⅱを、カルテ内の夜間・早朝訪問看護記録のファイルに綴じる。
- ・ サテライト St 所属の利用者に関して…  
 ＊4：00～8：30のサテライト St 所属の利用者に関しては、未入力記録用紙を利用する。  
 未入力記録用紙は、サテライト St へ FAX する。  
 FAX 後、サテライト St 用訪問記録のファイルに綴じる。  
 ＊17：00～4：00までのサテライト St 所属の利用者に関しては、4：00頃サテライト St にて入力し、記録書Ⅱをカルテ内の夜間・早朝訪問看護記録のファイルに綴じる。

### サテライト St にて行う事

- ・ データ入力
- ・ サテライト St 所属の利用者の情報収集。
- ・ サテライト St 所属の利用者の指示書をコピー（適宜）し、夜間・早朝訪問看護個人データのファイルに綴じる。



記載日： 17 年 月 日

名前

個人データ 2

(手洗い場記載)

室内戻り図・物品配置場所

--	--	--

内服薬

☆ 疼痛時 ・ 血圧上昇時 ・ 発熱時 ・ 不眠時の指示薬  
 ☆ その他

注意事項 (備考)  
 (モデル事業ID )  
 (利用者ID )

個人データ 3

利用者氏名 様

週間サービス計画表

H17年 月 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活の活動	
深夜	0:00								起床:	
	2:00									
	3:15									
	4:00								入眠:	
早朝	6:00									
	8:00									
	午前	10:00								
		12:00								
午後	14:00									
	16:00									
	18:00									
	夜間	20:00								
22:00										
深夜	0:00									
週単位以外のサービス										



巡回訪問記録表(利用者宅設置用)

(使用時はA3)

氏名 ( )		訪問年月日																							
		年 月 日																							
時間	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	
職種																									
看護師																									
バイタルサイン	体温																								
	脈拍																								
	血圧																								
	呼吸																								
SPO2																									
ヘルパー																									
介護者																									
医師意見事項																									
尿量																									
便の有無																									
食事摂取量																									
採ずれの有無																									
本人の言動																									
介護者への連絡事項																									

夜間・早朝訪問看護タイムスケジュール

時間	9月15日	9月16日	9月17日	9月18日
17:00				
17:30				
18:00		ケース④(30分)		
18:30				
19:00			ケース⑤(30分)	
19:30				
20:00	ケース①(60分)			
20:30				
21:00		ケース④(30分)		
21:30				
22:00				
22:30				
23:00				
23:30				
0:00	ケース②(30分)			ケース⑥(30分)
0:30				
1:00				
1:30				
2:00				
2:30				
3:00	ケース②(30分)			
3:30				
4:00				ケース⑥(30分)
4:30				
5:00				
5:30	ケース①(30分)			
6:00				
6:30				
7:00			ケース⑤(30分)	
7:30				
8:00	ケース③(30分)			
8:30				

### 夜間・早朝訪問看護申し送り表 (FAX)

ID	年 月 日 ( )	
訪問日		
訪問者氏名		
時間	: ~ :	: ~ :
血圧		
脈拍		
体温		
排便の有無と量		
排尿の有無と量		
SPO2		
DX		
インシュリン		
痰の量と性状		
その他		
連絡事項		
備考		

### 夜間・早朝 業務日誌

平成 年 月 日 ( ) 時 分 記入者:

\*トラブル・困った事

*夜勤者からの要望事項	*要望事項への回答
-------------	-----------

平成 年 月 日 ( ) 時 分 記入者:

\*トラブル・困った事

*夜勤者からの要望事項	*要望事項への回答
-------------	-----------

平成 年 月 日 ( ) 時 分 記入者:

\*トラブル・困った事

*夜勤者からの要望事項	*要望事項への回答
-------------	-----------



利用者フエイスシート

利用者 ID

※該当する回答番号に○、もしくは( )内に記入をしてください。

1. 年齢	( )歳
2. 性別	1: 男性 2: 女性
3. 保険	1: 介護保険 2: 医療保険 3: 介護保険と医療保険 4: その他
4. 最近の入院	1: ( )年( )か月前 99: 不明
5. 主疾患	1: ( ) 2: ( ) 3: ( )
6. 要介護認定	0: 非該当 1: 要支援 2: 要介護 1 3: 要介護 2 4: 要介護 3 5: 要介護 4 6: 要介護 5 99: 申請中または未申請
7. 寝たきり度	0: 自立 1: Jランク 2: Aランク 3: Bランク 4: Cランク
8. 認知症度	0: 正常 1: I 2: II 3: III 4: IV 5: M 6: 不明
9. 受診状況	1: 通院( )回/月) 2: 訪問診療( )回/月) 3: その他( )回/月)
10. 利用サービス	0: なし 1: 訪問介護( )回/月) ( )回/月) ( )回/月) 2: 訪問看護( )回/月) →緊急時訪問看護加算(あり・なし) →過去3ヶ月の緊急訪問(あり・なし) 3: 訪問入浴( )回/月) 4: 訪問リハビリ( )回/月) 5: 通所介護( )回/月) 6: 通所リハビリ( )回/月) 7: 短期入所生活介護( )回/月) 8: その他( )回/月) 1: なし 2: あり →1)配偶者 2)配偶者以外の家族員 3)配偶者および家族員 4)その他 *家族人数 ( )人(本人を含む)
11. 同居者の有無	1: 配偶者 2: 娘 3: 息子 4: 息子の妻 5: その他( )
12. 主介護者の続柄	*主介護者は(75歳以上・65-74歳・50-64歳・50歳未満) *他の家族の協力は、(あり・なし)
13. 介護力	0: なし 1: 常時あり 2: 日中のみあり 3: 夜間のみあり 4: 週に何日かあり 5: その他( )
14. 本人と介護者関係	*介護力は、(十分である・十分でない) 1: よい 2: 普通 3: 悪い

訪問看護の必要性チェックシート Ver.6

ケアマネNo. \_\_\_\_\_

チェックシート

訪問看護利用の有・無

夜間・早期の訪問看護利用の有・無

番号 \_\_\_\_\_

性別 (男・女) \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

主疾患名 \_\_\_\_\_

1 8群の特別な医療等

以下の医療が実施されている →当てはまるものに○

処置内容	処置内容
1 点滴の管理	7 気管切開の処置
2 中心静脈栄養	8 疼痛の管理
3 透析	9 経管栄養
4 ストーマ(人工肛門)の処置	10 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)
5 酸素療法	11 じょくそうの処置
6 レスビレーター(人工呼吸器)	12 カテーテル(コドームカテーテル、留置カテーテル等)

調査票の8群以外に訪問看護が必要と考えられる処置について→当てはまるものに○

処置内容	処置内容
1 血糖測定	4 喀痰吸引
2 インスリン注射	5 吸入
3 服薬管理	6 その他

(処置内容)

2 感染症等の有無

以下の感染症が有る場合→当てはまるものに○

感染症の病名	感染症の病名
疥癬	梅毒
水虫	B型肝炎
MRSA	C型肝炎
結核	その他

3 病状悪化の可能性

疾患名(現疾患または既往疾患名)および症状・状態→当てはまるものに○

疾患(既往疾患を含む)	症状・状態
1 心疾患	8 寝たきり
2 脳梗塞	9 激しい痛み
3 肺炎	10 食事量の低下
4 転倒による骨折	11 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下
5 パーキンソン病	12 便秘
6 痴呆	13 退院直後
7 鬱または鬱状態	14 発熱
	15 ターミナル

4 他のサービス

心身の機能を向上すると考えられる医療系サービス→当てはまるものに○

処置内容	処置内容
1 訪問リハ	3 居宅療養管理指導
2 通所リハ	4 短期入所療養介護

生活機能を向上すると考えられるサービス→当てはまるものに○

処置内容	処置内容
1 訪問介護	3 通所介護
2 訪問入浴	4 短期入所生活介護

5 早期・夜間の訪問看護サービスの必要性

いずれかにチェックがつくと、早期・夜間に訪問看護の必要性がある。

処置内容
1 早期・夜間に医療的処置の必要性があり、対象者・家族では対応できない。
2 早期・夜間に看護師等のアセスメントが必要。
3 早期・夜間に訪問看護によって、身体機能の回復または生活機能の改善が考えられる。

訪問看護の必要性チェックシート (Ver.7)

※当てはまるものに○をつけてください

利用者ID: \_\_\_\_\_

記入者が判断して・夜間・早朝の訪問看護の必要性 (あり・なし)  
 夜間・早朝の訪問介護の必要性 (あり・なし)

記入者: 担当訪問看護師・その他( )

\*チェック1~4は必ずチェックしてください。

(チェック1) 医療処置(8群の特別な医療など)

1 点滴の管理	10 モニター測定(血圧、心拍等)
2 中心静脈栄養	11 じょくそうの処置
3 透析	12 カテーテル(留置カテーテル等)
4 ストーマ(人工肛門)の処置	13 血糖測定
5 酸素療法	14 インスリン注射
6 レスピレーター(人工呼吸器)	15 服薬管理
7 気管切開の処置	16 喀痰吸引
8 疼痛の看護	17 吸入
9 経管栄養	18 その他( )

○があれば

訪問看護  
不要  
No

○があれば

訪問看護  
必要

(チェック2) 現在・過去の疾患(特に注意すべき疾患に◎)

1 脳血管疾患	8 糖尿病
2 心疾患	9 消化器系疾患
3 高血圧性疾患	10 精神疾患
4 呼吸器疾患	11 筋骨格系の疾患
5 悪性新生物	12 腎疾患
6 痴呆	13 じょくそう
7 パーキンソン病	14 その他( )

◎があれば

(チェック3) 現在の状態

1 肺炎	7 食事量の低下
2 断続的な発熱	8 激しい痛み
3 転倒による障害	9 ターミナル
4 寝たきり	10 鬱または鬱状態
5 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下	11 退院直後
6 脱水	12 その他( )

○があれば

(チェック4)  
(チェック1~3以外に訪問看護が必要な理由があれば記入)

夜間・早朝に

1 鎮痛剤、眠剤、向精神薬を使用している
2 医療処置が必要
3 医療処置の実施状況の把握が必要
4 健康状態の把握・管理ができていない
5 就前のケアで夜間の安全・安楽を図ることができる

介護者について

1 夜間・早朝に介護者が不在
2 介護者が高齢 (65歳以上)
3 介護のために、介護者の仕事への影響がある
4 本人と介護者の関係が悪い

○があれば  
夜間・早朝  
訪問看護必要

(記入者の判断と、本シートの結果の相違がある場合の理由)

(東大・医・地域看護学教室)

訪問看護の必要性チェックシート (Ver.8)

利用者ID: \_\_\_\_\_ あなたご自身の権利を確保し、  
 訪問看護が必要とお考えですが、

①訪問看護の必要性 (あり・なし)  
 ②夜間・早朝の訪問看護の必要性 (あり・なし)

※(注)あなたのご判断と、チェックシートの結果に相違があった場合、右下の欄の※にもご記入下さい

※当てはまるものに○をつけてください  
 \*チェックI~IVは必ずチェックしてください。

(チェックI) 医学的管理

1 点滴の管理	10 継続的なモニター測定
2 中心静脈栄養	11 じょくそうの処置
3 透析	12 カテーテル(留置カテーテル等)
4 ストーマ(人工肛門)の処置	13 血糖測定
5 酸素療法	14 インスリン注射
6 レスピレーター(人工呼吸器)	15 服薬管理
7 気管切開の処置	16 喀痰吸引
8 疼痛の看護	17 吸入
9 経管栄養	18 排便コントロール(排便等)
19 その他( )	

1~19に  
○あり

(チェックII) 本人とご家族の状況

1 本人は医学的な手技や適切な対応が難しい	2 本人に医学的な手技に対する不安がある
3 家族は医学的な手技や適切な対応が難しい	4 家族に医学的な手技に対する不安がある

(チェックIII) 現在・過去の疾患のうち特に注意すべき疾患

1 脳血管疾患	8 その他の神経障害
2 心疾患	9 糖尿病
3 高血圧性疾患	10 統合失調症
4 呼吸器疾患	11 筋骨格系の疾患
5 悪性新生物	12 腎疾患
6 認知症	13 その他( )
7 パーキンソン病	

(チェックIV) 現在の状態およびハイリスク状態

現在の状態	1 ねたきり	3 ターミナル
	2 リハビリが必要	
ハイリスク状態(下記の理由で入院経験あり、など)		
	4 断続的な発熱	7 脱水
	5 転倒による障害	8 その他( )
	6 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下	

(チェックV)  
(チェックI~IV以外に訪問看護が必要な理由があれば記入)

訪問看護の必要性  
あり

(チェックI)~(チェックIV)  
1 いずれか1つでも○あり  
2 いずれにも○なし

訪問看護の必要性  
なし

夜間・早朝の  
訪問看護の必要性  
あり

チェックVの1~9のうち  
いずれか1つでも○あり

(チェックV) 夜間・早朝の訪問看護の必要性

夜間・早朝に

1 鎮痛剤、眠剤、向精神薬を使用している
2 医療処置が必要
3 医療処置の実施状況の把握が必要
4 夜間・早朝の健康状態の把握ができていない
5 就前のケアで夜間の安全・安楽を確保することが必要

介護者について

6 夜間・早朝に介護者が不在
7 介護者が高齢 (65歳以上)
8 介護のために、介護者の仕事への影響がある
9 本人と介護者の関係が悪い

チェックVの1~9のうち  
いずれにも○なし

夜間・早朝の  
訪問看護の必要性  
なし

※記入者の判断と、本シートの結果に相違がある場合の理由

(東大・医・地域看護学教室)

平成 20 年 1 月 21 日

ご家族さまへ

「特別養護老人ホームへの訪問看護サービス提供のあり方検討」モデル事業

ご協力をお願い

特別養護老人ホームにご入所していらっしゃる方々へ訪問看護を行い、皆様の療養生活を支援するという新たな試みをするモデル事業を実施します。

この事業は厚生労働省の委託を受けて行います。特別養護老人ホームへ入所していらっしゃる皆様の中には病気によって医療が必要な方がいらっしゃるやいます。このような医療を必要とする高齢者が特別養護老人ホームでもますます増加することが、全国的にも予測されています。このモデル事業の主旨は、入所されている方々が特別養護老人ホームにいても安心して医療を受けられるようにするということを目指しています。そこで、今回、このモデル事業として、期間を区切って、このような方々へ訪問看護師による看護を支援します。

ご家族の皆様には、次のことをご理解くださいますようお願いいたします。

1. 特別養護老人ホームの療養者様が夜間早朝定期的に訪問看護師から看護をうけます。
2. 訪問看護師は毎日療養者様のところに向います。
3. お一人お一人のご状態に応じて看護ケアを行います。
4. 訪問看護師は主治医の指示を受けています。
5. お一人について約 10 分～15 分くらいの時間で看護を行います。療養者様の状態によってこの時間は変わります。
6. 訪問看護師は、特別養護老人ホームの看護師、介護士、生活相談員などの皆様とよく相談し、方針や看護の行き違いが生じないように配慮します。
7. ご家族、療養者の皆様の情報がもれることにならないように慎重に扱い、秘密の保持を厳重に行います。
8. この事業の成果を公表しますが、施設名および個人がわからないようにします。

なお、このことについて、ご協力をいただいただけなくても、療養者様やご家族の皆様が不利益となることはありません。また、途中で訪問看護を拒否することが出来ますので、いつでもお申し出ください。

以上のことをご理解いただき、このモデル事業にご協力をお願いいたします。協力していただけます場合は、別紙にご署名をお願いいたします。

(統括代表者) 東京大学大学院医学系研究科 教授 村嶋幸代  
(研究代表者) 岐阜大学医学部看護学科 教授 後閑容子  
連絡先 岐阜大学医学部看護学科 (石原多佳子)  
電話 058-293-3247

同意書

岐阜大学医学部長殿

研究課題 : 特別養護老人ホームへの訪問看護サービス提供のあり方検討

研究者氏名 : 岐阜大学医学部看護学科 地域・精神看護学講座 後閑容子

説明事項

(□) にチェックを入れて下さい

モデル事業の内容について

個人情報保護、秘密保持について

モデル事業に参加しなくても不利益を被らないこと、撤回の自由があること

研究結果の公表について

問い合わせの連絡先

私は、別紙のとおり岐阜大学医学部看護学科 後閑容子からモデル事業について説明を受け理解いたしました。本人が自らの意思を表出できまので、本人に代わって代理人(家族)の意思でこの研究に同意、協力いたします。

平成 年 月 日

本人氏名

代理人署名

本人と代理人との関係

代理人住所

印

特別養護老人ホーム 体制調査票 (平成19年11月1ヶ月間の現状)

(1) 法人名・施設名及び事業開始年月	法人名	施設名	(特別養護老人ホームの) 事業開始年月 平成 年 月			
(2) 所在地及び連絡先	〒 _____ 電話 _____					
(3) 併設 <sup>注1</sup> 施設 <sup>注2</sup> の状況 (全てに○)	フラックス 1. 介護老人保健施設 2. 介護療養型医療施設 3. 上記以外の病院・診療所 (全てに○) 4. 訪問介護 <sup>注2</sup> 5. 訪問入浴 <sup>注2</sup> 6. 訪問看護ステーション <sup>注2</sup> 7. 訪問リハビリ <sup>注2</sup> 8. 通所介護 <sup>注2</sup> 9. 通所 <sup>注1</sup> リハビリテーション <sup>注2</sup> 10. 短期入所生活介護 <sup>注2</sup> 11. 短期入所療養介護 <sup>注2</sup> 12. 特定施設入居者生活介護 <sup>注2</sup> 13. 居宅介護支援・介護予防支援 <sup>注2</sup> 14. 小規模多機能型居宅介護 <sup>注2</sup> 15. 夜間対応型訪問介護 16. 認知症対応型通所介護 <sup>注2</sup> 17. 認知症対応型共同生活介護 18. 地域密着型特定施設 19. 地域密着型介護老人福祉施設 20. 地域包括支援センター 21. 在宅介護支援センター 22. その他 ( )					
(4) 入所定員	特別養護老人ホーム	短期入所	人			
(5) 要介護度別入所者数 (ショートを除く) (平成19年11月末日)	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	その他
(6) 協力 (嘱託) 病院の稼働状況	往診回数 (平成19年11月)	定期	緊急	分 ( )	分 ( )	m
(7) ユニットの状況	1. あり	1. ありの場合	1. ユニットの人数	人	人	人
(8) 加算届出の状況 (平成19年11月) (全てに○)	1. あり	1. ありの場合 (ついでに○)	1. 施設の有償職員により24時間連絡体制を確保 2. 病院(診療所)との連携により24時間連絡体制を確保 3. 訪問看護ステーションとの連携により24時間連絡体制を確保	1. (1)あり	2. (1)あり	3. なし
(9) 職員の状況 (ショートを除く) (平成19年11月)	看護職員	生活相談員	介護職員	栄養士	機能訓練指導員	専務職
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人	人

(10) 看護職員の勤務シフト

一般的に看護職員の勤務シフトについて、時間と人数がわかるように記入して下さい。

0時 4時 8時 12時 16時 20時 0時

【記入例】

オンコール (輪番) → Aさん(早番) → Bさん(早番) → Cさん(遅番)

(11) 夜間・早朝の看護体制 (1つに○)

1. 利用者のニーズによって一時的に夜間・早朝体制を組み勤務する  
2. 夜間・早朝は定常的に置換 (オンコール) でのみ対応している  
3. 全く対応していない  
4. その他 ( )

2. の場合

(12) 医療処置の実施状況

入所の可否 (いずれかに○)

1. 受け入れる 2. 条件が合えば受け入れる 3. 受け入れない

1. 点滴管理  
2. 中心静脈栄養  
3. 透析 (腹膜透析含む)  
4. ストーマ (人工肛門の処置)  
5. 酸素療法  
6. レスビレーター (人工呼吸器)  
7. 気管切開の処置  
8. 疼痛の看護  
9. 経管栄養  
10. モニター測定 (心拍、酸素飽和度等)  
11. 褥瘡の処置  
12. カテーテル (自己導尿も含む)  
13. 吸引・吸入等  
14. 洗腸・排便等  
15. 特養での看取り  
16. その他 ( )  
17. その他 ( )

実施人数 (平成19年11月)

(13) 特別養護老人ホームへの訪問看護の提供について、お考えやお気づきの点を自由にご記入下さい。



特別養護老人ホーム・訪問看護ステーション間 連携に関する打合せ記録 別添③

※主に、始める前に連携方法を定める等の打ち合わせ内容を記録して下さい。

回	日時 月 日 ( ) : ~ :	場所	議題	出席者(点線以下に職位と職種) 記入者( )	
				特養	ST
連絡内容					
決定事項					
メモ					

訪問看護ステーション 体制調査票 (平成19年11月1ヶ月間の現状)

調査票④

(1) 法人名・施設名及び事業開始年月	法人名	ステーション名	専業開始年月 平成 年 月		
(2) 所在地及び連絡先	〒	電話	ファックス		
(3) 併設 <sup>注1</sup> 施設 <sup>注2</sup> の状況 (全てに○)	特別養護老人ホームまでの距離・時間	徒歩 ( ) 分 車 ( ) 分	( ) Km		
	1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 上記以外の病院・診療所 5. 訪問介護 <sup>注2</sup> 6. 訪問入浴 <sup>注2</sup> 7. 訪問看護ステーション <sup>注2</sup> 8. 訪問リハビリ <sup>注2</sup> 9. 通所介護 <sup>注2</sup> 10. 通所介護・リハビリ <sup>注2</sup> 11. 短期入所生活介護 <sup>注2</sup> 12. 短期入所療養介護 <sup>注2</sup>	13. 特定施設入居者生活介護 <sup>注2</sup> 14. 居宅介護支援事業所・介護予防支援 <sup>注2</sup> 15. 小規模多機能型居宅介護 <sup>注2</sup> 16. 夜間対応型訪問介護 <sup>注2</sup> 17. 認知症対応型通所介護 <sup>注2</sup> 18. 認知症対応型共同生活介護 <sup>注2</sup> 19. 地域密着型特定施設 20. 地域密着型介護老人福祉施設 21. 地域包括支援センター 22. 在宅介護支援センター 23. その他 ( )			
(4) 利用者数 (平成19年11月)	利用者数	介護保険	医療保険		
(5) 加算届出の状況 (平成19年11月) (全てに○)	延べ訪問回数	人	回		
	緊急時訪問看護加算	1. あり ( ) 件	2. なし		
介護保険	特別管理加算	1. あり ( ) 件	2. なし		
	ターミナルケア加算	1. あり ( ) 件	2. なし		
医療保険	24時間連絡体制加算	1. あり ( ) 件	2. なし		
	重症者管理加算	1. あり ( ) 件	2. なし		
その他	ターミナル療養費	1. あり ( ) 件	2. なし		
	常勤	実人員	非常勤		
(6) 職員の状況 (平成19年11月)	保健師	人	人	人	人
	助産師	人	人	人	人
	看護師	人	人	人	人
	准看護師	人	人	人	人
	理学療法士	人	人	人	人
	作業療法士	人	人	人	人
	言語聴覚士 事務職 その他 ( )	人	人	人	人

(7) 届出営業日・営業時間 (平成19年11月1日現在)	月・火・水・木・金・土・日	平日 土 日	~ ~ ~
(8) 夜間・早期の看護体制 (○はいくつでも)	営業している曜日に○	1. 利用者のニーズによって一時的に夜間・早期体制を組み動かす 2. 夜間・早期は置話 (オンコール) で対応している 3. 全く対応していない 4. その他 ( )	
2. の場合	オンコールに対応する看護職員数	平日 夜間・早期	うち利用者宅に向いた回数 回
	オンコール対応回数	平日 土日祭日	うち利用者宅に向いた回数 回
	点滴管理	夜間・早期	うち利用者宅に向いた回数 回
	9. 経営栄養	夜間・早期	うち利用者宅に向いた回数 回
(9) 医療処置の実施状況 (対応している医療処置に○)	1. 点滴管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 (血液透析含む) 4. ストーマ (人工肛門の処置) 5. 酸素療法 6. レスビレーター (人工呼吸器) 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護	10. モニター測定 (心拍、酸素飽和度等) 11. 褥瘡の処置 12. カテーテル (自己導尿も含む) 13. 吸引・吸入等 14. 洗眼・簡便等 15. 在宅での書取り 16. その他 ( )	

特別養護老人ホームへの訪問看護記録票 A

履歴票①-1

月( )日( ) 記入者( )

※訪問看護対象者が施設IDの上記○をつけて下さい  
 ※内容ごとに所要時間(分)を書いてください。記入まとめて行った場合はまとめて要した時間○分と記載して下さい

ケア内容	ID	所要時間(分)	備考
バイタル測定	10		
心身の状態観察			
生活状況の観察	10		
声かけ、タッチ、談話			
一緒に○○をする：安寝、採薬、散薬、買い物、○○するのを見守る			
本人への療養指導・説明			
薬の副作用の観察			
整理、分包装			
医師への報告、調剤の請求			
点滴薬、軟膏、坐薬、湿布などの与薬			
点滴、IVHの実施	3		
注射、インシュリン注射の実施			
褥瘡の処置			
褥瘡予防のための対応	3		
創傷部の処置(褥瘡以外)			
結嚢摘出			
浣腸、排便			
人工肛門、人工膀胱の管理			
膀胱留置カテーテルの管理			
気道内吸引			
除菌療法(指消毒、授乳)			
その他( )			
ROM訓練			
マッサージ			
爪きり			
手浴、足浴、陰部洗浄	足20		
その他( )			
家族への説明、連絡			
認知症以外の疾患			
認知症の症状			
内服薬			
外用薬			
皮膚の観察			
尿清			
排便コントロール			
栄養・水分			
ADL維持・向上			
精神面へのケア(うつ等)			
悪化・再発・事故の予防			
その他( )			
合計			

特別養護老人ホームへの訪問看護記録票 B

履歴票①-2

月( )日( ) 記入者( )

※特別養護老人ホームに向く度に1枚記入して下さい。  
 ※ケア以外の内容は直接この用紙をメイン的に使用してください

訪問日時	午前・午後	時	分	午前・午後	時	分	(合計)	分間)
訪問種別	1. 定期訪問 2. 随時訪問 3. その他( )							
	申し込み 特養⇒ST 分間							
	ST⇒特養 分間							
情報収集	分間							
記録	分間							
ケアカンファレンス	分間							
連絡調整	分間							
その他	分間							
訪問対象者についての変化や気付いたこと等								
訪問看護対象者以外への対応内容(特養職員に対する助言、他の入所者のアセスメントなど)								
その他								





調査票⑦ モデル事業評価票

1. 対象者の状況

訪問看護が介入したユニット(またはフロア)数	( ) ユニット・フロアー
訪問看護が介入したユニット(またはフロア)の入所者数	( ) 人 ( ) うち訪問看護利用者数 ( ) 人 ( ) 当モデル事業対象者数

2. 一ヶ月間の受診者数、連絡回数等(人数・回数ない場合は0(ゼロ)をご記入ください)

	【モデル事業実施前の状況】 ※平成19年〇月の1ヶ月間の状況			【モデル事業実施中の状況】 ※平成20年11月〇日～2月〇日の1ヶ月間の状況		
	平日	土・日・祝日	夜間 早期	平日	土・日・祝日	夜間 早期
入院者数	①訪問看護対象者	人	人	人	人	人
	②訪問看護対象者が含まれるユニットの利用者(①以外)	人	人	人	人	人
	③その他の利用者	人	人	人	人	人
配置医の定型的な往診利用者数	①訪問看護対象者	人	人	人	人	人
	②訪問看護対象者が含まれるユニットの利用者(①以外)	人	人	人	人	人
	③その他の利用者	人	人	人	人	人
配置医の緊急往診利用者数	①訪問看護対象者	人	人	人	人	人
	②訪問看護対象者が含まれるユニットの利用者(①以外)	人	人	人	人	人
	③その他の利用者	人	人	人	人	人
医療機関への受診者数	①訪問看護対象者	人	人	人	人	人
	②訪問看護対象者が含まれるユニットの利用者(①以外)	人	人	人	人	人
	③その他の利用者	人	人	人	人	人
医師への電話相談件数	①訪問看護対象者	回	回	回	回	回
	②訪問看護対象者が含まれるユニットの利用者(①以外)	回	回	回	回	回
	③その他の利用者	回	回	回	回	回
施設看護師のコンコール対応回数	①訪問看護対象者	回	回	回	回	回
	②訪問看護対象者が含まれるユニットの利用者(①以外)	回	回	回	回	回
	③その他の利用者	回	回	回	回	回
うち、施設看護師が特業に出向いた回数	①訪問看護対象者	回	回	回	回	回
	②訪問看護対象者が含まれるユニットの利用者(①以外)	回	回	回	回	回
	③その他の利用者	回	回	回	回	回

3. どのような入所者に訪問看護サービスが必要と考えられますか。

4. 訪問看護サービスが入ることにより、入所者にどのような利点があると考えられますか。

5. 実際に今回のモデル事業を行ったことによる効果・評価

【モデル事業対象者について】

【訪問看護が介入したユニットについて】

【施設全体について】

6. 特別養護老人ホームと訪問看護ステーションとの連携上の課題・解決策



訪問看護対象者看護計画記録票

※アセスメント、計画等は随時追加してください  
 ※実施は毎日記載してください 用紙は随時追加してください

対象者 ID

日付	情報及びアセスメント	日付	計画	日付	実施 評価	記録者 サイン