

### 3 (特別) 訪問看護指示書等の書き方

かかりつけ医は診断の結果、急性増悪・終末期などの事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を、一時的に患者に対して行う必要性を認めた場合、患者の同意を得た上で、患者が選定する訪問看護ステーションに対し、1か月に1回を限度として特別訪問看護指示書（以下、指示書）を交付できる。

#### ● 訪問看護指示書に記載する内容

訪問看護によって提供されるケアは、症状観察や食事・排泄などの日常生活上の援助、服薬管理、各種のリハビリテーション、ターミナルケア、家族に対する介護指導など多岐にわたる。さらに必要な場合には、在宅酸素療法、経管栄養（経鼻カテーテル、胃瘻）、中心静脈栄養（IVH）、気管切開、腹膜灌流、人工肛門、人工膀胱、留置カテーテルなどの医療的処置や管理に対してのケアも実施されるため、これらのケアが円滑に提供されるように、必要な情報を指示書に記載しなければならない。

すなわち、指示書には患者の病状や主訴、および投与薬剤・投与量・投与方法などを詳細に記載し、なおかつ現在の治療方針まで伝達することが望ましい。また、特殊な医療的処置や管理に対しても、具体的な指示を行うべきである。あわせて、緊急の連絡先の記載は、緊急時の対応のため不可欠である。さらに言えば、医師が看護師に対して行う医療職間の医療行為に関する指示だけではなく、利用者が望むQOLの達成のための生活を支援するケアの提供全般についての医学的留意点や注意事項を表現したものであることが望まれる。具体的には、当面のQOLの目標、（在宅）リハビリテーションゴールの目標、その他生活機能の維持改善に関する具体策などが挙げられよう。

最近の医療制度改革や介護保険制度の改正では、「施設から在宅へ」と今後の医療・介護の方向性が示され、訪問看護を含む在宅医療の充実の必要性が高まっている。

また、急速な高齢化に伴う疾病構造の変化も見られる。他方、病院の在院日数の短縮化が医療費適正化を背景に促し進められ、急性期病床からの

退院は、かかりつけ医による在宅医療や療養病床での医療に引き継がれる場合が増加している。

とくに、医療依存度の高い療養者が安心して療養生活をおくれる為には、在宅医療における計画的な訪問診療、訪問看護の提供が不可欠である。この意味で適切な医療情報や看護指示を行うことが大切と考える。

今回、現在提供されている訪問看護指示書の一例と、介護予防導入も含めた訪問リハビリテーション指示書を提示した。今後、疾病毎の適切な指示書が確立され、これまで以上に訪問看護、訪問リハビリテーションを活用されることを望む。

現在は訪問リハビリテーション指示書の様式や発行の定めはないが、かかりつけ医が積極的に訪問リハビリテーションに参画していくという意義において、訪問リハビリテーション指示書の記入例を示す。

一資料一

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

おおよね  
6か月間が多い

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (平成 20 年 6 月 1 日～20 年 12 月 31 日)

点滴注射指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	○○○○○	生年月日	明・大・昭・平	○年○月○日 (○歳)
患者住所	○○○ ○○○○ ○○○○○○	電話 (○○)	○○○○-○○○○	
主たる傷病名	1. 閉塞性肺疾患(肺気腫) 2. 慢性呼吸不全 3. 栄養障害(胃瘻造設) 4. 肺性心 <small>※パーキンソン病は Yahr の重症度分類 1、生活機能障害度をご記入下さい。</small>			
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	呼吸機能障害があり、時々感染により増悪傾向がみられる。廃用性萎縮の進行もみられる。栄養及び摂取障害の為○月○日胃瘻造設術予定。		
	投与中の薬剤の用量・用法	1. ○○○○ (朝・夕食後) 2. ○○○○ (毎食後) 3. ○○○○ (毎日 1 回貼布)		
	日常生活自立度	寝たきり度	J1・J2・A1・A2・ <b>ⓑ1</b> ・B2・C1・C2	
		認知障害の状況	<b>ⓐ1</b> ・II a・II b・III a・III b・IV・M	
要介護認定の状況	要支援	<b>ⓐ1</b> (1 2 <b>ⓐ3</b> 4 5)		
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 <b>ⓐ3</b> 酸素療法 ( 1 ℓ / min ) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ <b>ⓐ7</b> 経管栄養 (経鼻・胃瘻:チューブサイズ、日に1回交換) <b>ⓐ8</b> 留置カテーテル (サイズ 前立腺肥大症の為、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. ドレーン (部位: ) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. 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 胃瘻造設術後の創周囲皮膚炎に注意、栄養状態の把握。				
II 1. リハビリテーション (呼吸リハビリテーション ) 2. 褥瘡の処置等 (胃瘻造設後チューブからのラコール液体注入 (毎回) ) 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 (在宅酸素療法装置の点検、なお留置カテーテルは泌尿器科外来で月1回交換) 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) 特になし				
緊急時の連絡法		携帯電話		
不在時の対応法		留守電話にて対応		
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等があれば記載してください。) ○○○服用後 30 分以内の体動は、心機能に負荷がかかる恐れがある。				
他の訪問看護ステーションへの指示 (無・有: 指定訪問看護ステーション名 )				

上記のとおり、指示いたします。 平成○○年○○月○○日

医療機関名 ○○○○○○○○  
住所 ○○○○○○○○  
電話 (○○) ○○○○-○○○○  
(FAX)  
医師氏名 ○○○○○ 印

指定訪問看護ステーション ○○○○○ 殿

一資料一 訪問リハビリテーション指示書例と記入の要点

注) 国は「訪問リハビリテーション指示書」の発行を義務付けてはならず、書式はありません。本例は主治医が的確な訪問リハの指示を行う場合を想定したものです。別の医療機関に依頼する場合は診療情報提供料(Ⅰ)に、訪問看護ステーションに指示する場合は「訪問看護指示書」に、添付するなどが考えられます。「訪問リハビリテーション指示書」は、「訪問看護指示書」とは異なり、報酬の算定は出来ません。

指示期間 (平成 21 年 1 月 5 日 ~ 21 年 3 月 4 日) ※3 か月を限度とする	
区分 (該当する項目に○を付すこと)	
患者氏名	○○○○○ 生年月日 明・大・昭・平 ○○年○月○日生 (83 歳)
患者住所	〒 ○○○○○○○○○○ 電話 (○○) ○○○○-○○○○
主たる傷病名 脳梗塞	
リハビリ歴 ・ 今回の傷病でリハビリを受けたことがある (期間: _____ どこで: _____) ○リハビリを受けたことはない	
現在の状況	A 病状・治療の状況 左不全麻痺
	投与中の薬剤 ○○○○ (5 mg) 1錠 1日1回朝食後に服用
	日常生活自立度 寝たきり度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 (B2) C1 C2 認知症の状況 自立 I (II a) II b III a III b IV M
	要介護認定 非該当 要支1 要支2 要介護 (1 2 (3) 4 5)
	装具・使用医療機器等 (なし)・気管切開・胃ろう・経管栄養・バルーンカテーテル留置・IVH・HOT・その他 ( )
B 主治医目標・紹介目的 自分でベッドから起き上がる。移乗を軽介助で行える。	
C 家族・本人希望 トイレまで行きたい。	
D	環境設定 <del>住宅改修 (手すり等)</del> 家具、補装具配置検討) その他 ( )
指示事項	リハビリテーション 訓練指導
	基本動作訓練 ベッド上動作 (移乗動作・端座位/座位・立位・歩行・階段昇降・屋外歩行・その他 ( ))
	体調維持訓練 関節可動域訓練・ホームプログラム指導) 生活パターンプランニング (閉じこもり予防)
	補装具管理 車椅子・義肢・装具・日常生活用具 (ポータブルトイレ等) ・その他 (介助パー検討)
	嚥下・摂食 嚥下障害) 摂食障害・その他
	言語・高次脳機能 失語症・コミュニケーション方法検討・その他
その他 介助方法指導	
緊急時の連絡先 診療時間内 (○○) ○○○○-○○○○ 診療時間外 (○○) ○○○○-○○○○ 休日 (○○) ○○○○-○○○○	
不在時の対応法 医療機関名○○○○ 医師名○○○○	
感染症の有無 無・有 [ _____ 型肝炎 ワ氏 MRSA 疥癬 他 ( ) ]	
E リハビリ上のリスク	循環器系 なし・あり: 高血圧、狭心症・陳旧性心筋梗塞・不整脈 ( )・浮腫・その他 ( )
	骨関節系 なし・あり: 腰痛・膝痛・その他関節痛 ( )・その他 ( )
	全身状態 なし・あり: 筋力低下・耐久性低下・意欲低下・内科的問題 (やや肥満)
	その他 (注意事項など) 入院中は肺炎を併発し、廃用も進行しているため、不全麻痺ながら基本動作も介助が必要な状態です。
上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。 平成○○年○月○日	
○○病院	医療機関 ○○○○○○○○
○○訪問看護ステーション	住所 ○○○○○○○○
○○○○ 殿	電話番号 (○○) ○○○○-○○○○ FAX
	医師氏名 ○○○○○○○○ 印