



訪問看護×居宅介護支援



居宅介護支援事業所との密な連携を行っています

■ 居宅介護支援事業所との連携

2024年度の介護報酬改定から、オンラインでのモニタリングが解禁します。
あまてらす訪問看護ステーションでは「**情報提供シート**」を通してケアマネジャーとの連携を図っています。

利点

■ 利用者様や介護者の直近状況が把握できてモニタリングで活用できる

■ メール、FAXで送付を行うことでタイムレスに情報共有できる

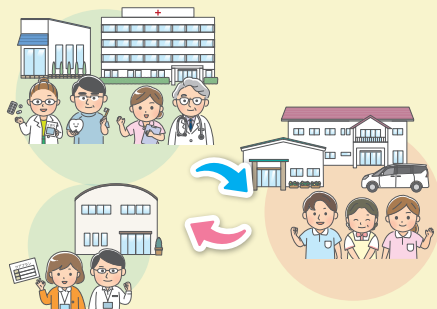
※具体的な相談が必要な場合は、直接事業所の方へ配布にお伺いしています
記載内容は利用者様の疾患・状態やリスク・課題に合わせて内容を変更

オンラインモニターでは...

「画面上から取得できる情報だけでは状態の変化に気づきにくい」

というデメリットもあります。

あまてらす訪問看護ステーションでは
正確で迅速な情報共有を行うことで、
利用者様へのより良いサービス向上を
目指します。



■ 情報提供シートの例（一部抜粋）

→ケアプランの目標に対して訪問で得た情報を記載しお届けします。

(例)91歳 女性 転倒による大腿骨骨幹部骨折

目標

- 身体機能が向上し、自宅で転倒なく安全に生活する事ができる。
→訪問リハビリにより自主練習指導しており、継続して運動できている。
転倒なく過ごしており、歩行器や手すりを有効に使用できている。
下肢の疼痛は残存している。
- 安心してお風呂に入る事ができる。
→ケアマネジャーさんが立案した
ケアプランの目標
→週1回のデイサービスで毎回入浴できている。
その他は自宅で長男嫁の介助でシャワー浴されており清潔保持できている。
- 安全にベッドからの起き上がりや立ち上がりができる。
→介護用ベッドとベッド柵使用し安全に起居～立ち上がりが行えている。
たちあつぷを検討したが、自室が狭い為実用性低いと思われる。

利用者状態

健康状態



睡眠状況



活動



食事



息切れ



倦怠感



浮腫



便秘



健康状態を記載

視覚的に分かりやすい
スケールを採用

情報提供の内容は毎月の報告書とともに、
ご希望に合わせて対応します。

訪問看護×医療機関



患者様の退院後の生活をお伝えします

■ 医療機関との連携

急性期、回復期、地域包括ケア病棟に加えて、2024 年度から「地域包括医療病棟」が開設されることとなりました。

あまてらす訪問看護ステーションでは「**退院後の生活状況提供シート**」を通して医療機関との連携を図っています。

利 点

■ 退院時の問題点の経過が分かる

※退院後の生活を知る機会となり、入院中のケア・リハビリに活用できる

■ メール、FAX で送付を行うことでタイムレスに情報共有できる

※記載内容は利用者様の疾患・状態やリスク・課題に合わせて内容を変更

当訪問看護ステーションスタッフも、

「**医療機関では退院後の患者様の生活が追いにくい**」

という経験があります…

類似した症例などは、**ケア・リハビリでの活用や、退院時のサービス選定などがスムーズに決まり**、在院日数の縮減に期待できます。

患者・家族様だけでなく医療機関にとっても望ましいことであると考えます。

■ 生活状況シートの例（一部抜粋）

〇〇様

令和△年△月△日ふらつきや意識レベル低下に伴い□□病院受診、脳梗塞の診断で入院。

△月△日●●病院入院、▲月▲日自宅退院

□生活リズム

0 時		12 時	ヘルパー(昼食介助)
		13 時	訪問看護(看護師)
5 時	起床	17 時	ヘルパー(夕食介助)
6 時		18 時	
7 時	朝食		長女さん帰宅
8 時	長女さん出社		
9 時	訪問看護(リハビリ)		
			就寝
11 時	訪問入浴(木曜日のみ)	23 時	

□1 週間の過ごし方

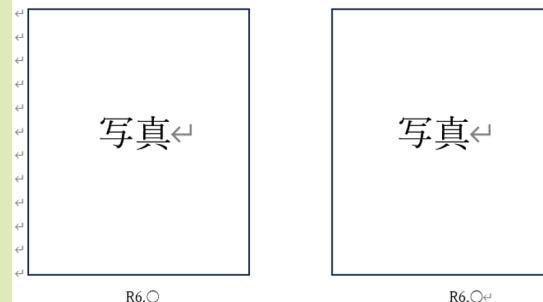
月	火	水	木	金	土	日
訪問看護 ヘルパー	訪問看護 ヘルパー	訪問看護 ヘルパー	訪問看護 訪問入浴 ヘルパー	訪問看護 ヘルパー	訪問看護 ヘルパー	訪問看護

□退院時に予測されていた問題点

①褥瘡の悪化や新たなスレントラブル

約 3 ヶ月をかけて左踵に生じていた褥瘡は治癒傾向。

新たな褥瘡も生じていない。(2～5 月上旬までエアマット使用)



R6.〇

R6.〇

医療機関との密な連携、利用者様のシームレスな関わりを目指します。