

外来や退院支援に関わる病院職員の皆様へ

患者さんの在宅生活について 悩みや困りごとありませんか？



本人は家で過ごしたいと希望しているけど…

- ・ 入退院をくり返している
- ・ 薬剤の自己管理が困難である
- ・ 医療機器を必要とする生活になる
- ・ 認知症、がんの終末期、難病など
- ・ 病状の進行でADLの低下が予測される
- ・ 家族のサポート力が弱い
または独居である



地域の訪問看護ステーションに ぜひ、ご相談ください



訪問看護に関する問合せ先

- | | |
|------------------------|---------------|
| ☎ 神奈川県看護協会 訪問看護従事者相談窓口 | 045-263-2934 |
| ☎ 神奈川県訪問看護ステーション協議会 | 045-671-9103 |
| ☎ 横浜在宅看護協議会（横浜市内のみ） | 080-6680-1133 |

訪問看護サービス導入のめやす

- 訪問看護導入の「めやす」となる項目を以下に示します。*
- 療養生活を継続するとともに、状態悪化を防ぐためにも、早めに、訪問看護ステーションへご相談ください。
- 必要に応じて、医師・歯科医師・薬剤師等と連携し、利用者さんが安心して暮らせる支援体制づくりをお手伝いします。



食事・栄養

- 食事の摂取量が少ない
- 食事療法が必要
- 水分の摂取量が少ない
- 脱水をおこしやすい
- 誤嚥しやすい

排泄

- 排尿障害がある
- 排便のコントロールがうまくできない
- 浣腸や摘便が必要

清潔

- 入浴や清拭の介助が必要
- 口腔内の清潔が保てない

移動

- 転倒の既往がある
- 移動時に介助が必要
- 一人で起き上がれない

医療管理

- 酸素を使用している
- 人工呼吸器
- 吸引
- 経管栄養
- インスリン療法等の自己注射
- 点滴
- 尿路系管理（膀胱瘻、留置カテーテル、自己導尿）
- ストマケア
- 疼痛コントロール
- 服薬の管理が必要

疾患や病状

- ターミナル期
- 創や褥瘡がある
- 難病や進行性の疾患
- 慢性疾患のコントロールが不良
- リハビリテーションが必要
- 入退院をくりかえしている

その他の状況

- 一人暮らし
- 介護度が高い
- 予防的な関わりが必要である
- 介護者の精神的支援が必要である



退院支援担当者

* 「めやす」となる項目は、
神奈川県訪問看護推進協議会「地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査報告書」
(平成28年3月) より、主な項目を抜粋し作成しています。