

病院から

「家に帰りたい」

という人のために

病院看護師と訪問看護師、そして家族と医師

みんなが今できること



はじめに

機能障害、代謝障害そしてがんなど、終末期を迎える人たちの状態はさまざまですが、現在、そのうちの約80%は、病院で最期を迎えています。その一方で「最期は住み慣れた自分の家で過ごしたい」「最期は家につれて帰りたい」という希望を持つ患者さんや家族も少なくありません。

そうした希望を叶えるためには、患者さんや家族とともに、病院の看護師、訪問看護師、訪問看護の管理者、そして病院の医師、在宅医師、地域などが手をむすび、共通の意識をもってチームケアを行うことが必要です。なかでも病院看護師や訪問看護師、訪問看護の管理者は、支援体制をつくる上で重要な役割を果たすと考えられます。

そこで、実際にどうかかわっていくのか、どんなことを取り決めておけばいいのか、看護師の立場から在宅医療へのかかわり方をまとめました。

それぞれの役割を明確にし協働することが何よりも大事ですが、人生の最期というかけがえのないステージに立つ患者さんや家族が、少しでも安らぎ、そして、心温まる時間を過ごしてもらえるように、私たちが今できることは何か、それを考える参考になれば幸いです。

2008年11月

手をむすぼうプロジェクト 湯沢八江

病院から「家に帰りたい」という人のために

病院看護師と訪問看護師、そして家族と医師

みんなが今できること

2 …… はじめに

それぞれがまずやっておきたいこと

4 …… 病院の看護師なら

5 …… 訪問看護師なら

6 …… 訪問看護の管理者なら

7 …… それぞれが医師と確認しておくこと

それぞれが家族と合意しておくこと

家族の不安に対して

8 …… ●ケースA

「状態が不安定で退院してやっていけるだろうか」という不安が家族にあります

10 …… ●ケースB

「疼痛を伴うがんのターミナル期で、退院してやっていけるだろうか」という不安が家族にあります

12 …… ●ケースC

「病院での治療は終わったといわれたが、退院してやっていけるか」という不安が家族にあります

14 …… ●ケースD

「植物状態に近いけど家につれて帰りたい」と家族が希望しています

●ケースE

「医療依存度が高く、退院してやっていけるだろうか」という不安が家族にあります

よくある処置とその工夫

15 …… 緊急時の対応

16 …… 症状の変化があったとき

発熱 嘔吐 意識の消失 下痢 便秘

18 …… ◇経管栄養（胃瘻）を行っている

◇膀胱留置カテーテルを行っている

19 …… ◇吸引が必要

◇褥瘡がある

20 …… ◇人工呼吸器をつけている

22 …… ◇独居高齢者への対応

病院の看護師なら

- ▶あなたは、患者とその家族が「医療を継続しながら家で生活する」ことを、なぜ選ぶようとしているのか理解しているだろうか？
- ▶あなたは、在宅療養する患者とその家族の「生活」に視点をおいているだろうか？
- ▶あなたは、患者とその家族の退院後の生活をイメージしながら、「入院中から一緒に」退院準備を行っているだろうか？

- 目の前の患者さんが自宅に帰るために「何が必要か」を一緒に考える。
- 退院後の生活をイメージできる社会資源（在宅医療、訪問看護、介護保険制度、障害者自立支援法、難病医療制度、生活保護法、緩和ケア病棟、在宅ホスピスなど）について必要な情報を整理する。

- ▶あなたは、「病院と同じこと」を家に帰る患者とその家族に求めていないだろうか？
- ▶病院での医療処置とまったく同じことができなければ、家には帰れないという不安を患者や家族に与えてはいないだろうか？

- 在宅での医療処置は、生活を優先し、完全を求めない。

- ▶あなたは、退院調整を他職種の人と協働しながら進めているだろうか？

- 地域の人たちと手をむすんでいく。ただし、すべての準備が整わなければ帰れないとは思わないこと。



訪問看護師なら

- ▶あなたは、「家に帰りたい」という“ご本人の思い”、「家につれて帰ってあげたい」という“ご家族の思い”を確かめているだろうか？

●在宅療養を行うためには、患者本人や家族が自宅での生活を希望しているということが前提。納得できない退院であれば、その対応を考える。

- ▶あなたは、患者や家族が病状や予後などについて、「どのように説明されているか」を確かめているだろうか？

●医療用語は一度聞いただけでは理解しにくい。理解しているつもりでも、納得していない場合がある。正しく伝わっていない場合もある。

●患者本人と家族が別々の説明を受けている場合もある。それぞれの受け止め方や理解の程度を知り、補足することが必要となる。

- ▶あなたは、医療を受けながら家で生活することを、本人や家族がどの程度「具体的にイメージ」しているか確認しているだろうか？

- ▶あなたは、患者や家族が訪問看護に何を期待しているかわかっているだろうか？

●病院から勧められて訪問看護を導入した場合などは、訪問看護で何をしたいかわからず、受け入れ準備が整っていないことがある。

●訪問看護がどういう役割を担うのかを患者や家族に説明し、納得を得てから訪問を開始する。

- ▶あなたは、家族間の役割や友人、地域の協力体制について把握しているだろうか？

- ▶あなたは、患者や家族を支援する在宅ケアチームをいかに編成できるだろうか？

訪問看護の管理者なら

- 患者や家族が不安なく病院から在宅に移行できるように、退院前カンファレンスに参加する。
- スタッフがケアに専念できるように、人・もの・時間などあらゆる条件を整える。
- 退院にあたって主治医の変更があるのか、在宅医との連携はどうするのかを確認する。
- 病院の医療福祉相談窓口の担当者から情報を収集し、医療処置が必要な場合には、在宅療養に必要な条件を整備する。
- 担当訪問看護師を決定し、ケアのマニュアルを一緒に作る。
- 病院からの情報と生活の場で必要な情報にはズレがある。不足している情報を患者や家族から入手し、支援計画を立てる。
- 調剤薬局などと、どのように協働するのか調整する。
- 患者や家族、在宅ケアチームの皆でケアの全体像を確認し、皆が目的を共有できるようにする。そのための信頼関係を築く努力も必要。
- スタッフ個人の信条や人生観で、相手の状況を判断しないよう、訪問看護師の成長を支える。
- 本人や家族からの電話相談は、電話での対応でよいのか、訪問した方がよいのか、常に判断できるように準備しておく。
- 折に触れて、24時間在宅生活を支えている介護者や家族の労を、言葉にしてねぎらう。
- 家庭内のトラブルや経済的な問題、支援体制の崩壊など、重大な兆候が生じた時には、在宅療養の継続ができるのかどうか慎重に考える。
- 在宅療養の限界についても考えておく。



それぞれが医師と確認しておくこと (病院医師と在宅医師の役割分担)

- 医療処置別に病院で実施するもの、在宅医が実施するものを明確にしておく。
- 医療材料や衛生材料などの必要物品は、病院から持ち帰るもの、在宅医が調達可能なもの、家族が自費で購入するものにと整理する。
- 医療機器のトラブルや病状急変時に、誰がどのように対応するのか具体的に確認しておく。
- ある程度予測される事柄への、事前の指示・包括指示の内容を確認する。
- 入院の必要性が生じた時や緊急時などに、すぐに入院できる医療機関を確認しておく。

それぞれが家族と合意しておくこと

- 今までの健康状態と違う状態で退院することは、患者本人やその家族にとっての不安が非常に大きいことを知っておく。
- 病院でどんなに技術的な指導を受けていても、不安がなくなるものではないことを理解する。
- 新しい生活スタイルや介護方法を生活の一部として、家族が受け入れられるように工夫をする。
- 処置は家庭にあるものを利用し、家族が無理なく行える方法について一緒に考える。
- 医療者は「何かあったら連絡を」と声をかけがちだが、家族にはその「何か」の中身がわからないもの。「私に連絡をください」と、自分の名前と連絡先を知らせておく。
- 医師や看護師に連絡する場合の具体的な内容を個別に書き出し渡しておく。


 ケース...

「状態が不安定で、 退院してやっていけるだろうか」 という不安が家族にあります。

ねらい>トラブルを予測し、対処法をイメージしておく

病院看護師も、訪問看護師も、そして訪問看護の管理者も

- 何がどのように不安定なのか、その予測できる状況と対処法を明確にしておく。これは安定した状態を探すことにもつながる。
- 漠然とした「不安」は、家に帰ってから活用できる社会資源や介護サービスを知ることによって解決する場合がある。
- 訪問看護師が、あまりにも患者本人や家族の「不安」に共鳴してしまうと、不安が増大することもあるので注意が必要。
- 家族やかかわるスタッフの「不安」を表出させ、訪問看護師もその管理者も一緒に解決していくという姿勢を示す。

たとえば「まだ発熱が続いているけど大丈夫？」という不安

病院の医師から「時々発熱はありますが、心配ないので退院しましょう」といわれたら、まだ症状があるのに退院するのは不安だ、と思うのは当然のこと。

- ▶退院前に、患者や家族と在宅ケア担当者と顔合わせを行い、少しでも安心が得られるように努める。
- ▶クーリングなど、家族ができる対応方法を知らせておく。
- ▶容態に応じて用いる頓服薬などを主治医と事前確認し、家族に対処方法を知らせておく。
- ▶判断に迷った時には、在宅医や訪問看護師と連絡を取る方法を知らせておく。



家族と合意しておくこと

- 発熱など通常の数値よりも高い場合には、どこに連絡を入れるのか。
- 家族が不安な時、24時間いつでも対応可能なところはどこか。
- 対応方法は、電話での対応のみか、それとも訪問するのか。
- 病態によっては入院を希望するのか、在宅でどこまで行きたいと希望するのか。
- 在宅での治療が限界となり、看取りへの移行が必要になった時はどうするのか。
- 入院を希望する場合には、どこの病院に搬送するのか。
- 緊急入院時、空きベッドの状況を誰が確認するのか。

主治医と取り決めておくこと

- どのような症状、どのような全身状態になったら病院の主治医に連絡を取らなければならないのか、また、その際の電話連絡先を確認する。
- 在宅医と病院の主治医との役割を明確にしておく。

ケース..... B

「疼痛を伴うがんのターミナル期で、退院してやっていけるだろうか」という不安が家族にあります。

ねらい>痛みのコントロールに焦点をあてる

たとえば「痛みは取ってもらえるの?」という不安

- ▶ 痛みの治療は在宅でも十分に可能であることを伝える。
- ▶ さまざまな疼痛に応じて、内服薬・座薬・貼付薬などを利用し、痛みを緩和する。
- ▶ 医師と在宅ケアにかかわるスタッフが協働し、苦痛症状の緩和を図る。

たとえば「最期の看取りはどうしたらいいの?」という不安

- ▶ 患者にとって一番よいと思われることを一緒に考える。
- ▶ 患者はどこで最期を迎えたいと考えているのか、家族はどうしたいと思っているのか、折に触れ、確認する。
- ▶ 家族には、自宅で最期を迎えることだけがベストではないこと、そのため罪悪感を持たなくてもいいことも伝える。
- ▶ 在宅死を望むなら、在宅医にそのことを伝えておく。
- ▶ 死が近づいてくると容態が変化し、家族の不安が増すので、訪問看護師の力を借りることができることを家族に伝える。



病院の看護師なら

- 患者が自分の病状に対して理解しているかを確認し、患者の思いを受け止める。
- 患者の在宅生活のイメージを共有する。
- 在宅生活の不安を少しでも軽減できるように、利用可能な社会資源や介護サービスなどの情報を具体的に提示する。
- 疼痛緩和や病状に応じた治療が確実に継続できるように調整する。
- 看取りについて、患者とその家族の意向を捉えた上で、在宅チームと相談し調整する。

訪問看護師なら

- 病状や予後などの告知について、どのように説明されているのか、どのように理解しているのかを確認する。
- 患者とその家族の受け止め方に相違があるかどうかを確認する。
- 担当スタッフとチーム全員が、同じ認識で支援できるように方針を統一する。
- 予測される病状の変化を主治医とともに検討する。
- 苦痛を伴う症状や疼痛の緩和が図れるように調整する。

訪問看護の管理者なら

- チーム全員が、同じ認識で支援できるようにカンファレンスを行う。
- 患者や家族のニーズを満たすケアを実施するために、不安を取り除き、予測される事態への対処やアドバイスを行う。
- 変化する患者や家族の気持ちをそのつど確認し、思いに寄り添う。
- 疼痛や症状緩和の時期が過ぎ、悔いのない最期を迎えられるように精神的な支援に時間をかける。
- 担当看護師に過重なストレスがかからないようにサポートする。



家族と合意しておくこと

- 患者が望むことや、家族がしてあげたいことは何か。
- それを行うことで、どういうリスクがあるのか。
- 痛みの緩和や痛みが増強した時の対応は、どうするのか。
- 症状が悪化した時には入院を希望するのか、在宅療養の継続を希望するのか。
- どういう最期を迎えたいのか。
- 看取りの場所はどこか。

主治医と取り決めておくこと

- 鎮痛薬についての包括指示や、指示内容で疼痛が緩和されない時は、どこに連絡するのかを明確にしておく。
- 夜間・休日は、どこに連絡するのかを明確にしておく。
- 最期の時をどこで迎えるのか、患者と家族の希望を確認し、主治医と話し合っておく。



「病院での治療は終わったといわれたが、
退院してやっていけるか」
という不安が家族にあります。

ねらい>脳梗塞の後遺症などの長期療養に備える

病院の看護師なら

- 「病院での治療が終わった」という医師の説明を、患者本人や家族がどのように理解しているのかを把握し、その思いに向き合う。
- 病院での治療終了は、医療から見放されたことではないと伝えた上で、退院支援していく。
- 家族が病院に期待していること、患者の回復に期待していることについて具体的に理解する。
- 家族の「不安」な思いや考えを話してもらい、具体的に受け止め、理解する。
- 家族の「不安」を解決していくための援助と調整を行い支援する。
- 在宅療養の「見通し」について、在宅チームとの情報交換を行い、説明や指導を一致させる。
- リハビリを行う在宅チームを紹介しておく。



訪問看護師なら

- 患者や家族にはどのような説明がされているか、また、理解・納得しているかを確認する。
- 患者や家族の不安が何なのかを確認する。
- 病状や病態の把握を行う。
 - 残された問題点は何か。
 - 容態変化時の対応について確認ができているか。
 - 必要な医療機器の有無を確認する。
 - 整備が必要な療養環境を確認する。

訪問看護の管理者なら

- 「治療が終わった」という言葉を、患者本人や家族がどう受け止めているのかを理解する。
- 否定的な受け止め方をして傷ついていないかどうかを心にとめてかかわる。
- 在宅療養の意義やメリットについて安心できる材料を提供し、具体的ななかかわりの中で否定的な思いを和らげる。



家族と合意しておくこと

- 日常生活に慣れることがリハビリそのものであること、不便だと感じていた生活が不便だと意識しなくなる過程がリハビリであることを理解してもらう。
- 家屋内の事故防止対策について確認する。
- 家屋改造によるハード面でのバリアフリーについて検討する。
- 医薬品や衛生材料などの必要物品と入手先を検討する。
- 地域の福祉サービスなど必要な情報提供を行う。

主治医と取り決めておくこと

- 病院の主治医と連絡を取る必要のある具体的な症状や状態を確認する。
- 連絡が必要になった時の連絡先や方法を取り決めておく。
- 容態が悪化した時には、再入院が可能かどうかの取り決めを行っておく。

ケース...D

「植物状態に近いけど家につれて帰りたい」と家族が希望しています。

ねらい>希望が持てる目標を設定し、具体的なケアの提案をする

病院看護師も、訪問看護師も、そして訪問看護の管理者も

- 遷延性の意識障害の場合、自力で移動することや食べることも不可能で、尿便失禁もあり、声を発したとしても意味のある言葉を話すことができない。そのような人のニーズをくみ取る力をつける。
- 相談できる仲間を持つ。
- 「植物状態に近い」ということを家族がどのように受け止めているのかを知る。
- 日々必要なケアについて、一つ一つを具体的に示しながら、家族が行えるように繰り返し指導する。
- 家族の「家につれて帰りたい」という具体的な思いを受け止め、介護力を査定しながら、誰がどういうサポートを行うのか、家族と話し合いながら必要な援助を行う。



ケース...E

「医療依存度が高く、退院してやっていけるだろうか」という不安が家族にあります。

ねらい>家族の不安を受け止め、医療処置は生活の中で自然に受け入れられるよう工夫する

病院看護師も、訪問看護師も、そして訪問看護の管理者も

- 医療依存度が高い場合には、重度の合併症や病状の急変が起こる危険性が高い。在宅への移行時には、緊急事態に備え、詳細な情報を提供できるよう、また、得られるよう相互に連絡を密にする。
- 家族の「不安」な思いをしっかりと受け止める。
- 退院後に使用する医療機器は、できる限り入院中から使用できるようにする。
- 医療処置は、家族が行う部分、訪問看護師が行う部分を見極め、家族の負担を最小限にする。

緊急時の対応

- 緊急時対応は、在宅療養のサポート体制を充実させることであり、患者や家族が安全に安心して在宅生活を送ることができるサポートを整える。
- 医療者がすぐには駆けつけられない在宅では、患者や家族が伝えてくる状況を直接確認することは困難である。
- 緊急時に、患者や家族が混乱しながらかけてくる電話を通して「今何が起きているのか」を迅速に判断し、相手を落ち着かせながら、とりあえず患者本人や家族が実施可能な対処を指示する必要がある。



訪問看護師なら

- 緊急事態を連絡してくる患者や家族の不安な気持ちを理解した上で、訪問看護師が到着するまでの間に自分たちで行える対処方法を説明し、待ってもらう。
- 訪問看護師がどれぐらいで到着できるのか具体的な時間を伝える。
- 到着したら、まず、患者の不安やトラブルによる興奮を落ち着かせ、状況を把握し、迅速な判断を行って対処する。
- 観察した事実とともに自分の判断を伝え、医師が正確な診断が行えるように情報提供を行う。このときの訪問看護師の報告は、連絡なのか、相談なのか、指示の依頼なのか、的確に伝えることが大切である。
- 医療機器のトラブル、病状の急変、そのほか予測されるトラブルや対処方法については、まずどこに連絡をすればいいのかを患者や家族に明示しておく。
- 日頃の状態から、どのような場合が緊急なのか、緊急連絡する時の観察点や注意点について説明しておく。

訪問看護の管理者なら

- 緊急対応についての責任を持つ。
- 予測される緊急事態に対して対処方法を取り決め、対処に必要な物品や衛生材料などの準備、患者や家族が対処可能な方法を工夫しておく。
- 緊急受診先や入院受け入れ可能な医療機関を、医師と事前に調整しておく。
- ステーション全体で、利用者ごとの緊急時対応の具体的な項目と対処方法について情報を共有し、統一しておく。
- 常に、医師との連携を密に図り、タイムリーな報告を行う。

症状の変化があったとき

- 原因と考えられるものをアセスメントし、応急処置を行う。



1.発熱

- ◆水分補給を行う。
- ◆痰が多い時には、ネブライザーや吸引器による除去を行う。
- ◆熱が下がらず、呼吸状態が悪化している時には医療機関への搬送を検討する。

2.嘔吐

- ◆吐いたものの性状、におい、量を確認する。
- ◆呼吸状態を確認する。
- ◆声かけに応答できるか確認する。
- ◆腹部の状態や排便の状態を観察する。
- ◆窒息しないように体位を整える。
- ◆うがいができるようであれば、含嗽する。
- ◆うがいが無理であれば、ガーゼなどで口腔内をきれいに拭く。
- ◆吐物に異常があれば、医療機関への搬送を検討する。



3.意識の消失

- ◆名前を呼んで答えるか、刺激を与えて反応するかを確認する。
- ◆呼吸をしているかを確認する。
- ◆脈があるかを確認する。
- ◆顔色、痙攣、嘔吐、失禁などの観察を行う。
- ◆脈がない、呼吸をしていない時などは、一次処置を行いながら救急搬送する。

4.下痢

- ◆排便の回数、便の性状、色、においなどを確認する。
- ◆下痢の原因を探る。
- ◆随伴する症状がないかを観察する。
- ◆経口摂取が可能か観察する。水分摂取が可能であれば水分を補給する。
- ◆陰部がただれていないか皮膚の状況を観察する。
- ◆医師と連絡し、整腸剤などの処方を検討する。水分摂取が困難な時には、補液の検討を行う。

5.便秘

- ◆排便のない日数、吐き気、腹痛や腹部の膨満を確認する。
- ◆腹部マッサージや温罨法を行う。
- ◆冷たい牛乳の飲用や水分の摂取などで刺激を与え、排便を促す。
- ◆下剤を服用させる。
- ◆座薬や浣腸、摘便を実施する。
- ◆腹部の膨満や嘔吐が激しい時には、医療機関を受診させる。



吸引が必要

吸引器は難病対策、身体障害者手帳などによる取得が可能かを検討し、どちらも該当しない場合には、レンタルや自費での取得を行う。不要な清潔操作などは省き、最低限守るべきことを指導する。

●使用するもの

吸引器（その人の生活スタイルに合わせて準備する）、吸引チューブ、水道水を入れる容器、チューブを入れる容器、ティッシュペーパー

吸引の前に…

口の中に溜まっている唾液や痰は、指にガーゼなどを巻きつけて、ぬぐう。

背中や胸をトントンと軽く叩いて、痰などを出しやすくする。

家族でも簡単にできる排痰法を教えると、吸引への不安を減らすことができる。



褥瘡がある

病院で行っていた褥瘡処置の方法をどうすれば家庭で手軽に行えるのか、介護力や経済力をアセスメントしながら負担の少ない方法を考える。

●使用するもの

水道水、霧吹き、洗浄ボトル、オムツ、穴ポリエチレン袋、ドレッシング剤

洗浄ボトルは家にあるもので…

オムツ交換の時には、ペッドボトルのふたに数箇所穴を開けたものを使ったり、台所用洗剤の空容器を使うと便利。

<湿潤療法の参考サイト>

開放性ウェットドレッシング療法 <http://www.pressure-ulcer.net/>

新しい創傷治療 <http://www.wound-treatment.jp/>

人工呼吸器をつけている

人工呼吸器という生命に直結する器械を扱って介護することは、家族に大きな負担がかかるため、訪問看護師・在宅医・ヘルパーなど在宅介護支援チームが丸となって、患者や家族を支えることが重要となる。



1.在宅での医療環境の整備

- ◆在宅での医療環境を整えるため、在宅医と訪問診療の内容について、さまざまな取り決めを行う。
- ◆定期訪問診療、気管カニューレの交換を含む処置や緊急時対応については、訪問看護師をはじめ、多職種とのカンファレンスを開催し、役割分担などを明確にしておく。

2.人工呼吸器

- ◆人工呼吸器は、在宅人工呼吸器指導管理料を算定している医療機関からの貸し出しとなるが、メンテナンスや緊急時対応については、業者や訪問看護師、在宅医を交えて話し合いをする。

3.電力会社や消防署への届出

- ◆在宅で人工呼吸器を使用しているという届出を電力会社へしておく。停電復旧工事についての配慮がある。



4. 停電時の対応

- ◆ 内部バッテリーの充電状況を常に確認しておき、その充電によって人工呼吸器が何時間作動するのかを把握しておく。
- ◆ 長時間の停電に備えて自家発電を用意するか検討する。
- ◆ 復旧までに長時間かかる時は、医療機関への搬送も考える。そのため、停電時に救急外来の対応ができるか、緊急入院ができるかなど、医療機関と取り決めを行い、その時の移送手段を考えておく。
- ◆ 足踏み式吸引器や充電式吸引器を用意しておく。
- ◆ 停電時に訪問看護が可能か、担当の訪問看護ステーションと検討しておく。

★呼吸器のトラブル

- ◆ アンビューバックの使用方法を家族やヘルパーと確認し、練習する機会をつくる。
- ◆ 電話は子機を使い、ワンプッシュで主要なところと連絡がつくように設定しておく。
- ◆ 子機電話を使いながら呼吸器トラブルに対処する練習の機会をつくる。
- ◆ アラーム音の大きさや、アラーム音が鳴るまでの設定秒数を、家族と確認しておく。
- ◆ アラーム音が鳴った際の対処方法を知り、対処できる方法を練習しておく。



（ 独居高齢者への対応 ）

1.入院中に疾病の自己管理ができるようにする

- ◆自身の病名や病状を理解できるようにする。
- ◆薬の自己管理ができるようにする(ワンドースにすればできることも…)。
- ◆病状悪化時の連絡や対応ができるようにする。
- ▶課題が残れば、訪問看護師やホームヘルパーの導入を検討する。

2.退院するまでに行っておくこと

- ◆緊急連絡先を明確にしておく。
独居でも子供さんが多いと連絡先が数箇所あるので、誰に連絡すればいいのか、はっきりさせておく。
- ◆患者に連絡方法の指導をしておく。
退院後は連絡先の一覧を作成し、電話のそばに張り出すなど具体的に指導する。
- ◆訪問看護の必要性を判断する。
独居を継続させるために訪問看護が必要か判断し、早期に調整に入る。
- ◆情報共有用紙を記入する。
訪問看護が必要と判断された場合、情報共有用紙を記入し、看護師間の連携を図る(情報共有用紙がなければ看護サマリーを活用する)。
- ◆在宅医の必要性を判断する。
訪問看護と同様に、訪問診療が必要かどうかを判断し、早期に連絡調整に入る。
- ◆介護支援専門員との連携を考慮する。
介護保険の申請や利用について検討しておく。
- ◆在宅ケアチームの対応方法を明確にする。
在宅医・訪問看護師・介護支援専門員ともに連絡できる時間を明記し、連絡ができない時間の対応方法を明確にしておく。



企画：手をむすぼうプロジェクト

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| ■湯 沢 八 江 (国際医療福祉大学大学院) | ■大 澤 紀 子 (神楽坂訪問看護ステーション) |
| ■甲 州 優 (国際医療福祉大学大学院) | ■佐 藤 正 子 (厚生連仙北訪問看護ステーション) |
| ■中 村 祐 子 (在宅看護研究センター) | ■野口寿美子 (医療法人大植会 訪問看護ステーション・ヨシクロ・パ) |
| ■町屋千鶴子 (東京女子医科大学東医療センター) | ■村 松 静 子 (在宅看護研究センター) |
| ■若 林 和 枝 (国際医療福祉大学大学院) | |
- <順不同>

●お問い合わせ・お申し込み先

公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団事務局
 〒102 - 0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館5階
 TEL:03-5226-6266 FAX:03-5226-6269
 E-mail : yuumizaidan@nifty.com

●冊子をご希望の方は、ご氏名、ご所属、ご送付先、必要部数を明記のうえ、上記までファックスまたはE-mailでお申込みください(冊子・送料とも無料)。
 ©YUUMIKINENZAIDAN.2008 Printed in Japan
 ※文章・イラストの無断掲載、複製、複写(コピー)、翻訳を禁じます。

制作：健康と良い友だち社

〒108-0073 東京都港区三田2-14-4 三田慶応ビジネス6階
 TEL:03-5765-4891 FAX:03-5765-4892

E-mail:k.yoitomo@nifty.com

※この冊子は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の在宅医療助成を受けて作成しました。

2008年11月23日 第1刷発行

2010年4月8日 第9刷発行

