

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れど・・・

- 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



退院支援担当者

**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 地域看護課 045-263-2909 (直通)

☎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

チラシの問合せ先：神奈川県健康医療局保健医療部保健人材課 045-210-1111(代)

# 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



\*「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。