Ⅵ．参考資料

Point

＊この章では、Aさんの在宅移行支援を進める中で、参考となる資料をまとめています。

連携ツール

病院の看護職の方へ
～こんなときは訪問看護を～

以下のような項目に一つでも該当する場合は、訪問看護の利用について
是非、患者様とご一緒にご検討ください。

[生活指導及び療養管理が必要な疾患や病状は？]

□糖尿病　□肝疾患　□腎疾患　□脳血管障害　□心疾患　□精神疾患
□ＣＯＰＤ　□肺炎　□脱水症　□パーキンソン病関連疾患　□ＡＬＳ　□リウマチ
□その他の神経難病　□癌　□認知症

[患者様の現在の栄養状況は？]

栄養状態　：　□食事療法が必要　□誤嚥しやすい　□脱水をおこしやすい
排　　泄　：　□排尿障害がある　□排便調整が困難で、浣腸や摘便が必要
清　　潔　：　□入浴や清拭の介助が必要　□口腔内の清潔保持が難しい
　　□入浴時に血圧や脈が変動しやすい
移　　動　：　□介助が必要　□転倒しやすい

[退院後も継続する医療処置がある？]

□インスリン療法等の自己注射　□経管栄養　□点滴　□中心静脈栄養
□創や褥瘡の処置　□疼痛管理　□軟膏処置の継続（感染症・皮膚疾患）
□尿路系管理（留置カテーテル、自己導尿、人工膀胱）　□ストマケア
□在宅酸素療法　□人工呼吸器（マスク式・気管切開下）　□痰や唾液の吸引

[服薬管理は大丈夫？]

□うまく薬が飲めない
□薬に対する理解が不十分であり、間違った飲み方をする可能性が高い。

[リハビリテーションは退院後も必要？]

□自宅に戻ると廃用症候群が予想される
□継続したリハビリが必要

[介護を取り巻く、ご本人やご家族の状況はいかがでしょうか？]

□日中は家族の方が仕事等で一人で過ごす時間が長い　□一人暮らし
□在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい　□介護者も高齢または要介護者である
□病状が不安定で、入退院を繰り返している　□ご自宅での看取りを希望
□かかりつけ医や主治医がはっきりしていない　□通院継続が困難
□在宅で受けられる地域の介護サービスの現状がわからない