

京都府看護協会基金事業

在宅療養移行 支援ガイド

～医療依存度の高い患者を中心に～



はじめに

日本は世界一の長寿国となり、慢性疾患や障害を持ちながらも自分らしくQOLの高い人生を送りたいという人々のニーズは高まっている。

一方、多死社会の到来が間近に迫るなか、「どこでどのように生きて、どのように死んでいくか」がすべての人々にとって身近な問題となっており、病気を受容し、今後の生き方を自己決定できるよう支援していくこと、在宅での看取りを希望する人に医療・看護を提供できる体制づくりが求められている。そのような中で、人々の多様な価値観に寄り添うことができる看護師への期待は、今後ますます大きくなっていく。

京都府看護協会では、京都府地域包括ケア推進事業の一環として、「在宅療養移行支援事業」に取り組んでいる。これは、病院を退院する患者や通院中あるいは在宅療養している患者に対して、医療ニーズを見据えたマネジメントを行い、患者・家族の意向に沿って介護サービスとの連携・協働により在宅療養を安定させ、在宅での看取りを可能にするための支援を行っていくことを目的としている。

「在宅療養移行支援ガイド」は、京都府内の退院調整に従事している看護師が訪問看護師と協力し、経験に基づいて特に医療ニーズの高い患者について、入院から在宅への移行期において看護師が提供するマネジメントの体系化を図ったものである。

このガイドの目的は、①看護師等が患者・家族と入院時や各治療過程において、又、退院時のプロセスを共有して在宅療養のイメージが持てるようにすること ②地域連携のポイントを共通理解し、ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携・協働に役立てること ③地域の訪問看護ステーションと“病気の将来的な変化を予測して看護を提供していく”看護連携のツールとして活用することである。

これらの退院支援・調整を通して、患者・家族の自己決定を支え、住み慣れた地域で家族とともに人生を再構築していくことを地域の関係者がチームで支える体制づくりにつなげたいと考えている。

なお、この「在宅療養移行支援ガイド」は、平成23年度に初版されたが、数年を経過し診療報酬や制度の改定に伴い、この度ガイドの改訂版を作成する事となった。

しかし、限られた紙面で理解を得るために事例を用いて作成しているため、患者の状況により具体的な対応が異なってくることをあらかじめお断りしておきたい。

1	がん患者（終末期）	06
1)	入院中のがん患者 通院支援が必要となる患者とは 第一段階～第二段階～第三段階※	
2)	外来通院中のがん患者 モデル事例 第一段階～第二段階～第三段階※	
3)	訪問看護によるマネジメント 導入期・安定期・終末期・臨死期 死別期・死別後	
2	マスク式人工呼吸器管理が必要な患者	16
	モデル事例 第一段階～第二段階～第三段階※	
3	摂食・嚥下障害のある患者	20
1)	経口摂取を継続の場合 モデル事例 第一段階～第二段階～第三段階※	
2)	PEG 管理の場合 モデル事例 第一段階～第二段階～第三段階※	
4	医療処置の継続と保育者支援が必要な患儿	28
1)	超低出生体重児 モデル事例 第一段階～第二段階～第三段階※	
2)	医療依存度の高い患儿 モデル事例 第一段階～第二段階～第三段階※	

※ 第一段階～第二段階～第三段階とは

第一段階：支援の必要性のアセスメント

第二段階：在宅療養へ移行するためのアプローチ

第三段階：在宅療養を継続するための制度・社会資源の調整

1	在宅中心静脈栄養法（HPN）	36
2	在宅酸素療法（HOT）導入	37
3	マスク式人工呼吸器（NPPV）導入	38
4	膀胱留置カテーテル・自己導尿	39
5	経腸栄養法（胃ろう・経鼻カテーテル）	41
6	ストーマ造設	42
	退院支援・退院調整に向けて京都府内の地域別情報が知りたい （在宅医療サポートセンターの紹介）	43
	退院調整と訪問看護	45

用語の説明

IADL：Instrumental Activity of Daily Living

ADLを基本とした日常生活上の複雑な動作のこと。買い物や掃除、洗濯、電話、薬の管理、金銭管理等。最近では趣味活動なども含まれる。

ADL：Activities of Daily Living

日常生活で行われている諸動作のこと。食事動作、排せつ動作、更衣動作、移動動作、コミュニケーションなどからなる。

DNR指示：Do Not Resuscitate Order

末期状態や脳死状態の患者に、心肺機能が停止しても蘇生術を行わないこと。これは医療者側の意向ではなく患者あるいは家族の意志で決定され、医療者はそれを遵守することが求められる。

IC：Informed Consent

十分な情報を与えられたうえでの同意。説明と同意。納得同意。

BSC：Best Supportive Care

抗癌剤治療などの積極的治療は行わず、症状を和らげる治療に徹すること。対症療法。QOLを高めることを目的とし、症状が出現してきたらその症状にあわせたケアを行う。

HOT：Home Oxygen Therapy

在宅酸素療法。慢性閉塞性肺疾患（COPD）、特発性肺繊維症など種々の疾患により発症し、現在は症状の安定状態にある慢性の呼吸器不全患者に対して在宅で酸素療法を実施し、患者のQOLを改善し社会復帰を可能にする。

NPPV：Noninvasive Positive Pressure Ventilation

気管内挿管または気管切開をせず、マスクによって人工呼吸を行う非侵襲的陽圧呼吸。睡眠時無呼吸症候群や神経筋疾患で慢性呼吸不全の患者に適用。CPAPの呼吸相に補助圧を加えて吸気を補助するPSVの機能を加えた圧調節型の補助呼吸。挿管していないので、会話が可能で、侵襲が少なく、在宅で患者による自己管理も可能。

VE：嚥下内視鏡検査 Video Endoscopic examination of swallowing

VF：嚥下造影検査 Video Fluoroscopic examination of swallowing

バリウムを混ぜた食事で透視をする。

NGチューブ：Nasogastric tube 経鼻胃管チューブ

HPN：Home Parenteral Nutrition 在宅中心静脈療法

出典：看護学事典 第2版 日本看護協会出版会 2011.7.25
総編集／見藤隆子 小玉香津子 菱沼典子

看護・医学事典 第6版 医学書院 2002.12.15
編集／中西睦子 大石実

退院支援計画モデル

病名	※疾患・症状・入院目的も記入
治療方針	
患者・家族・介護者の思い	患者： 家族： 介護力評価：
〈第1段階〉 退院支援の必要性のアセスメントやチーム間での共有	下記の□にチェックし、適宜内容を右欄（ ）に記入 <input type="checkbox"/> 再入院の恐れがある・病状不安定（がん末期・難病等） <input type="checkbox"/> 退院後も医療処置が必要（医療処置名： ） <input type="checkbox"/> 入院前に比べADL・IADLが低下（ ） <input type="checkbox"/> 独居・家族がいても介護が十分提供できない（ ） <input type="checkbox"/> 通常の制度利用が困難（ ）
〈第2段階〉 生活の場に帰すための医療・看護のアプローチ ●退院にかかわる問題点・課題など ●退院へ向けた目標支援期間・支援概要	〈医療上の検討課題〉 *①～④の課題を列挙し、①～⑤の視点で解決策、とその担当者を考える。 ① 病状確認・治療方針・今後の予測 ② 退院時も継続する医療管理・処置内容 ③ 患者・家族への説明内容・理解・受け止め ④ ②の自己管理能力・家族のサポート体制 ⑤ 患者・家族への教育・指導～服薬・療養生活・医療処置など（担当者： ） ⑥ 生活の場で実施可能なシンプルケア～投薬の簡素化など（担当者： ） ⑦ 症状緩和ができていないか（担当者： ） ⑧ 在宅医・訪問看護の必要性判断（担当者： ） ⑨ 現実と希望のすり合わせ（合意形成）（担当者： ） 〈ADL・IADLから生活介護上の課題〉 * i～vの観点で退院時にめざす状態像を患者・家族と共有する。 そのとき、「入院前の状態⇒現在の状態⇒退院時にめざせる状態」と時系列に整理し、そのために必要な支援も考えること i 食事 / ii 排泄・排尿・排便 / iii 移動に介助要 / iv 保清 / v 家屋評価
〈第3段階〉 退院を可能にするための制度・社会資源への調整 ●予測される退院先や退院後に利用が予測される社会福祉サービスなど	*ここは退院調整部署の役割だが、病棟ナースも知識として知っておきたい。 ●利用する必要性のあるサポート 医療：□訪問看護 □在宅医 □リハビリ □薬局 □地域医療機関 介護：□住宅環境調整 □介護サポート □生活支援サポート ●入院前からの地域資源 □介護認定 / □ケアマネ / □訪問看護 / □在宅医 / □かかりつけ医 □自立支援（担当CW： / 利用サービス： ） □難病施策（担当保健師： / 利用サービス： ） □生保（担当CW： ） ●地域の窓口： / 依頼する在宅サービス調整：
退院前カンファレンスと退院時期	●退院前カンファレンス（退院時共同指導）開催時期： 月 日 〈参加者チェック〉□ケアマネ / □在宅医 / □訪問看護 / □患者 / □家族 / □その他： 病院側：□医師 / □看護師 / □リハビリスタッフ / □退院調整部門 / □その他： ●退院時期： 月 日
退院までに準備すること 在宅への準備	●病院側が準備すること ※医療依存度の高い事例・末期がんは必要性を判断！ 入院中： / 退院日当日・翌日： ●患者・家族がすること： ●在宅スタッフが用意すること： ●準備する医療材料・衛生材料・手配・退院後の入手方法： ●退院までに必要な療養環境の整備（電動ベッド・車椅子・歩行器等・工事要）：
退院後の治療計画	受診頻度や初回受診日 / 訪問日など
療養上の留意点	例）「〇〇のような症状があれば、早めに受診しましょう」 「内服を忘れないよう注意しましょう」
利用する医療・福祉サービス	実際に利用するサービス（訪問看護 / 訪問介護 / デイサービスなど）を記載

point1

入院直後の超急性期は「標準看護計画」で対応できます。
その後の個別の「看護計画」と「退院支援計画」を連動させましょう。

この青い色の部分、個別の「看護計画」になっていますか？

point2

入院早期の「退院支援カンファレンス」が大切。定期的に開催し、「気になる患者」をチームで検討しましょう。それが「退院前カンファレンス」にもつながります。

このグレーの色の部分も追加すると「退院支援計画」が「退院療養計画」も兼ねることが出来ますよ！

状態別

退院支援：患者が自分の病気や障害を理解し、退院後の継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか（療養場所の選択）、どのような生活を送るか（暮らし方）を自己決定するための支援

★第1・2段階…外来・病棟の役割が大きい

退院調整：患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて、環境・人・物を社会保障制度や社会資源につなぐ

★第3段階…退院調整部門が適時・効果的に関わる

退院支援・退院調整における3段階プロセス

第1段階：【外来での入院申し込み時・入院後48時間以内】

退院支援が必要な患者の特定

スクリーニングシートや患者情報からアセスメントする

退院支援の必要性を医療チーム内・患者・家族と共有、動機づけをする

第2段階：【入院3日～1週間以内に方向性を共有する～退院】

生活の場に帰るためのチームアプローチ

治療方針・経過・病態予測をチームで行い「退院時の状態」をイメージし患者・家族と共有、必要な支援を行う

チームカンファレンスを中心に展開する

第3段階：【退院まで】

退院調整 何らかのサポートが必要になった場合

社会保障制度・社会資源・地域医療との調整

このガイドは、病院側の看護師が3段階プロセスに沿って
どのようにマネジメントすればよいかを示した案内図である

1 がん患者（終末期）

1) 入院中のがん患者

退院支援が必要になるがん患者は下記の3つの状態像がある。

③は他の場合と異なり、退院調整に時間をかける事ができない事、「看取り」につながるため、病院と在宅医療との連携が重要である事から、特に事例提示はせずに、必要なマネジメントを紹介する。

- ①医療管理・医療処置が必要で、在宅医・訪問看護のサポートが必要な場合。
(例：ストーマ造設後にパウチ交換にサポートがいる)
- ②病態の影響や、高齢者で、ADL・IADL^{*1}低下をきたし、生活・介護のサポートが必要な場合。
(例：脳転移・骨転移によりADLが低下している)
- ③積極的治療が困難となり、今後の療養先・療養方法の決定・調整が必要。

※1 目次の用語の説明を参照

第1段階

退院支援の必要性のアセスメント・チーム間での共有
入院申し込み時・入院時
下記に該当するかをアセスメントする。

<input checked="" type="checkbox"/>	再入院の恐れがある・病状不安定（がん末期・難病等）	
<input checked="" type="checkbox"/>	退院後も医療処置が必要	
	(医療処置名：))
	《下記の3点は個別性により対象となる》	
<input type="checkbox"/>	入院前に比べADL・IADLが低下)
	()
<input type="checkbox"/>	独居・家族がいても介護が十分提供できない)
	()
<input type="checkbox"/>	通常の制度利用が困難)
	(40歳未満のがん末期)

患者情報収集の場面 マネジメントのポイント

- 入院目的・病態・治療方針から、どのような状態で退院になるか。
⇒医師からの医療情報からアセスメントし
病名・病態・入院期間・外来カルテより推測、**医師との共有を行う**
- 入院前の状態はどうだったか？…患者・家族の受け止めを知る！

【医療上の検討課題】

- ・入院前の病状把握とそれによるどのような生活のしづらさがあったか
⇒患者・家族からの聞き取りを行う事で、生活場面の共有・病状理解について知る事ができる。(痛み・倦怠感・呼吸困難・経口摂取減少等の症状と既に実施している緩和ケア)



POINT →

- POINT**▶▶ 「既にターミナル期にさしかかって、治療効果は望めない状況・症状コントロールを中心に自宅療養をしていた」
⇒この情報から家族に「落ち着いたら帰りましょう」と介入開始するポイントになる

【生活・介護上の検討課題】

- ・がんの病態によりADL・IADLに既に影響がある場合…自宅での生活状況・サポート体制

- POINT**▶▶ ・患者・家族は、病態と症状をつなげて理解できているか
・住環境情報を聞き取る…病態予測と合わせて聞き取りする。

例：肺がん等で呼吸症状の悪化が予想される場合、トイレまでの距離・外出頻度によって、HOT導入する可能性も予想する。
脊椎転移や脳転移の部位により、大きくADLが低下した場合の環境もイメージする。

○在宅利用の確認・連携同意

既に介護保険を利用している場合、ケアマネジャーの確認・利用サービスの把握・かかりつけ医・訪問看護といった医療系サービスの利用状況を確認する。

- POINT**▶▶ ⇒在宅関係者との連携をしていく事を患者・家族に説明し、情報公開の同意を取る。
(書面でのサイン等は不要)

第2段階

生活の場に帰るための医療・看護のアプローチ

○病棟看護師チームの日々のカンファレンス

- POINT**▶▶ ⇒医師・緩和ケアチーム・退院調整チームを交えた多職種カンファレンスへ発展させる！
第1段階での情報やアセスメント内容から支援が必要な患者について検討する。

【医療管理上の検討課題】

①今回の入院になった原因病態はどうか？

今後も起こりうる病態である可能性も高いので「原因・治療法・効果・今後も起こりうるか」を主治医に確認する

⇒退院後の管理を入院していた病院でフォローできるか、在宅医療を導入するかを判断

②今後の病態予測を行う

主治医との確認作業になるがここを病棟看護師と一緒に医療スタッフ間カンファレンスで確認する

どのような緩和ケアが可能か。

★緩やかな変化…何が出来る？生活のしづらさは？

★急激な変化（いわゆる急変）

…何が出来る？ここでDNR^{※2}の確認はどうなっているか？その時どうするのか
⇒救急搬送？在宅看取り？⇒絶対在宅医は導入する！

※2 目次の用語の説明を参照

- 看取りの話をする時、患者は基本的には入れずに話すか、経過によって患者自身と話す事もある。…家族へのIC^{※3}で②は確認する。

※3 目次の用語の説明を参照

第3段階
退院調整

**この①②が、重要な「合意形成」のプロセス！
このプロセスを経て、③介護問題への調整へと進む。**

③ 継続する医療管理・看護がある場合…誰がするか

⇒在宅医・訪問看護へ依頼、適切な事業所を選択

- ★疼痛管理⇒痛みの評価のみならず、内服管理・それによる排便管理も必要
- ★補液・HPN管理・経腸栄養⇒導入手順に従う (P36・41参照)
- ★ストーマ管理⇒まずは自立だが、状態悪化時の家族サポートも必要
- ★ドレーン管理⇒患者・家族で可能なケア・在宅医療に依頼すること
交換・アクシデント時の緊急対応医療機関を準備する

今は自立していても
出来なくなる時が来る
訪問看護を利用する
きっかけになりますね



【生活・介護上の検討課題】

○入院前との変化

○病態予測から生活はどう変化するか…骨転移・脳転移、がん性髄膜炎、肝性脳症等

⇒食事は？排泄は？保清は？

- ★「排泄方法」を患者の自宅環境を聞き取りながら、「どのような方法なら自立できるか」を患者とともに考える。
- ★ここでポイントになるのは、病状により介護者評価も併せて介護度が高くなった時に
見えるかどのようなケアが必要になってくるか

第3
段階

退院調整

退院を可能にするための制度・社会資源への調整

【医療上の検討課題】

①在宅医

- ・かかりつけ医・紹介医へ移行できるか。
患者に必要な医療管理をサポート可能か、24時間体制か。
確認の上、難しければ新たな在宅医を紹介する必要がある。
- ・入院していた病院でも通院継続する場合は、在宅医との役割分担を明確にする。
- ・他の疾患がある場合の、医学管理をどちらが担うかを検討・調整。

②訪問看護

…末期がんの訪問看護は「医療保険」対象となり、限度額や回数制限がない。

第2段階のアセスメントを受けて調整

⇒在宅医・訪問看護へ依頼、適切な事業所を選択

③入院支援病院

- 同意が取れれば「緩和ケア病棟」入院検討。
総合的に判断して、入院支援病院を検討・調整する。
- ★在宅医と相談し入院病床の確保をしておく（緩和ケア・近隣医療機関）

【生活・介護上の検討課題：介護保険利用について】

- ①既に担当ケアマネジャーがいる場合は、入院時から連携する
- ②新規：どのようなサポートが必要かを考える

POINT

訪問看護は医療保険

環境整備に関連するサービス 状況を見てヘルパー支援を導入

→電動ベッド・車椅子「介護2」以上の認定が必要

医師の所見により必要性があれば貸与可能な場合もある。

★がん患者はADL低下する時期が亡くなる1カ月以内になる事が多い。

→地域毎の訪問看護と地域包括支援センターの連携が重要である

退院時に、すべてのサービスを入れなくてはいけないと思う必要はない。退院後の状況を見ながら、サービス調整を訪問看護に引き継ぐ。

【退院支援・調整のポイント】

- ①末期がんの場合は、可能な限り短時間で調整し、家にいる時間が少しでも長くなるように配慮する必要がある。
- ②「帰りたい・連れて帰りたい」という意思表示をされていても、具体的な在宅療養のイメージを持っているとは限らないので、イメージ化し準備して行く過程が大事。

- ③このイメージ化の過程に「デイリーケア」を家族と一緒に組みたてるとよい。

★24時間の医療提供・看護・介護の内容を書きだす。

★末期がんは病状変化があり、家族のストレスは大きいことから、病状判断のできる訪問看護を中心にしたプランが必要。

★生活介護的なヘルパー利用は在宅療養が一定落ち着いた時点でケアマネジャーにプランニングしてもらう⇒一人暮らしの場合は家事支援も含めたプランも検討する。

- ④介護者への支援

同居家族をはじめ、「主な介護者」と「支える家族」の存在が重要。

中には、親戚や近所から「何故連れて帰ってきた」と在宅決定さえ否定されるような事を言われて家族が亡くなった後、失った悲しみ以上の辛さを抱えることになるので、退院を決める時に介護者を支える人の存在は明確にする。

モニタリング 退院後を知る

退院後1週間目(終末期であれば2、3日後)に、訪問看護・在宅医へ電話で様子を聞く

あなたを支えてくれる人は誰ですか？



2) 外来通院中のがん患者

疾患名：大腸癌 肺転移 肝転移 60歳代女性

治療方針：化学療法の効果が見られず、BSC^{※4}の方向となったケース

家族背景：小料理屋を経営しており、本人のライフワークとなっている。店を手伝っている夫との二人暮らしで、息子は府外に在住している。

経過：大腸癌の術後ストーマ造設。現在は外来での化学療法中であるが、今回が最終段階で、その効果がなければ、今後はBSCの方向へと方針を変更する予定である。現在のADLは歩行時に若干の呼吸困難がある程度で日常生活は自立している。患者が定期の外来通院の診察を受けた後、主治医より退院調整看護師へ在宅療養への移行について、支援依頼があった。2週間後の次回の外来で、本人・夫・息子との初回面接を行い、訪問診療・訪問看護を依頼することになった。電話・書面の情報提供を行い初回面接の1週間後より訪問診療を開始した。

※4 目次の用語の説明を参照

第1段階

支援の必要性のアセスメント

■化学療法の効果がみられず、BSCの方向となった場合

- 骨転移・脳転移等の所見が見つかり、今後の療養についての支援が必要
- 緩和する症状が強く、在宅医療や訪問看護の導入が必要
- 高齢でADL・IADLの低下に伴い通院が困難となり、きめ細やかな医療サポートが必要

*医師からの支援依頼により在宅療養支援をスタートしたが、外来看護師の「気づき」を記録に残し、医師や関係者とその情報を共有し、退院調整看護師へつなぐことが大切である。

第2段階

在宅生活を継続するための医療・看護のアプローチ

【医療について】

①病状の確認と治療方針の確認、今後の病状変化への予測をイメージする。

これまでの治療経過をカルテより情報収集し、今後の治療方針を主治医へ確認したところ、化学療法は最終段階であるが効果が見られず、今後はBSCの方向となる見込みであった。

*退院調整看護師は、患者・家族からも現在の病状や生活のしづらさを確認することで、生活の様子や現在の病状を理解することができる。今後、通院の継続が難しくなると考えられるため、在宅医療導入のタイミングを図ることがポイントとなる。

②必要となってくる医療上の管理、処置内容と自己管理能力や家族のサポート力をアセスメント。

今後、肺転移の進行が顕著で呼吸困難が強くなると考えられ、HOT^{※5}の導入が予測される。息子夫妻は遠方に住んでいるため、実質的なサポート者は夫のみであり、サポート力としては弱く、病状の進行とADL低下が進めば在宅生活の継続も難しくなるかもしれない。

※5 目次の用語の説明を参照

訪問看護へ託すこと

この先起こりうる病態変化・症状を予測する。(主治医との確認作業)

- ・疼痛管理の必要性、HOTの導入の必要性、摂食困難による補液の必要性などを確認する。
- ・ストーマ管理は、現在は自己管理が可能であっても、状態が悪化することで家族のサポートが必要となってくると予測されるため、自己管理の状況をアセスメントする。
- ・今後どのような経過をたどるのか、また残された時間はどの程度かなども伝える。

③患者・家族への説明内容とその理解の程度や受け止めを知る

今回の化学療法が最終段階であり、その効果がなければ後はBSCへと治療方針の移行が説明された。

…患者の反応；「できるだけ入院したくない、お家で死ねたら本望」「酸素を使うとお店に出られなくなるので、できるだけ使いたくない」「最期は先生に看取ってほしいから、ここに入院させてもらえるかな」

…家族の反応；「この人が納得できるようにやってほしい」

患者・家族の思いを受け、「今後のBSCに向けて在宅医や訪問看護師と早くから関係性を築いておきませんか」と主治医より提案される。

POINT

⇒患者にとって家で過ごす事の意味や目的を表現してもらい、その事を家族や医療チームが共有する場面を持つ

※病院での主治医と在宅医の二人の主治医が連携をし、サポートすることを強調する。

在宅医療やホスピスを提案されると、見捨てられたと受け止めるケースも少なくないため配慮が必要である。

※残された時間を『どこで』『誰と』『どのように過ごしたいか』について本人・家族の意向を確認する。

《合意形成のプロセス》が大切！

【生活・介護について】

POINT

1. ここ最近の変化を確認する。

POINT

2. 病態予測から生活がどのように変化するか介護マネジメントが大切である！

現在はADLは自立しているが、介護者は夫であり、介護度が高くなった場合、対応は難しくなると予測される。

訪問看護へ託すこと

・がん性疼痛・呼吸困難、浮腫等、がんの進行に伴う種々の症状により引き起こされる生活障害の程度をアセスメントする。

例えば、食事摂取は可能か、排泄とストーマ管理はどうか、身体保清といった基本的ニーズの充足状況はどうかなど。

・病状の進行により介護者が対応できるかどうかのアセスメントも必要である。

在宅療養を継続するための制度・社会資源への調整

【利用する資源】

訪問診療

訪問看護…医療保険で対応する

介護保険サービス…介護ベッド・車椅子などの福祉用具の利用
介護者の介護力を評価し、今後どのような福祉用具を活用するか、ケアの必要性による予測も含めてイメージする。

将来の入院病床の確保（緩和ケア・一般病床など）

このケースの場合は、訪問診療の時点で調整を行った。在宅医との関係性が築けたところで、在宅医と連携の取りやすい訪問看護ステーションに依頼した。この時点では、患者はお店にも出ている状態であり、介護サービスの必要性はないと判断されたが、今後病状が急激に進行する可能性があるため、この時点で介護認定申請は行っておくことが望ましいと判断した。

家族のサポート力は決して強いわけではなく、最終段階では在宅での対応は難しくなると思われるため、入院支援病院として通院病院への入院が可能であることを患者・家族へ説明した。

※在宅ターミナルの支援で鍵になるのは「在宅医」と「訪問看護」である。

介護保険サービスの利用は、生活環境の調整が大きな目的となる。また、家族の介護力の状況で、生活支援や身辺介護も検討する必要がある。

カンファレンス

外来から在宅ターミナルへの移行では、カンファレンスに代わる方法により病院から在宅への連携をはかることが大切である！

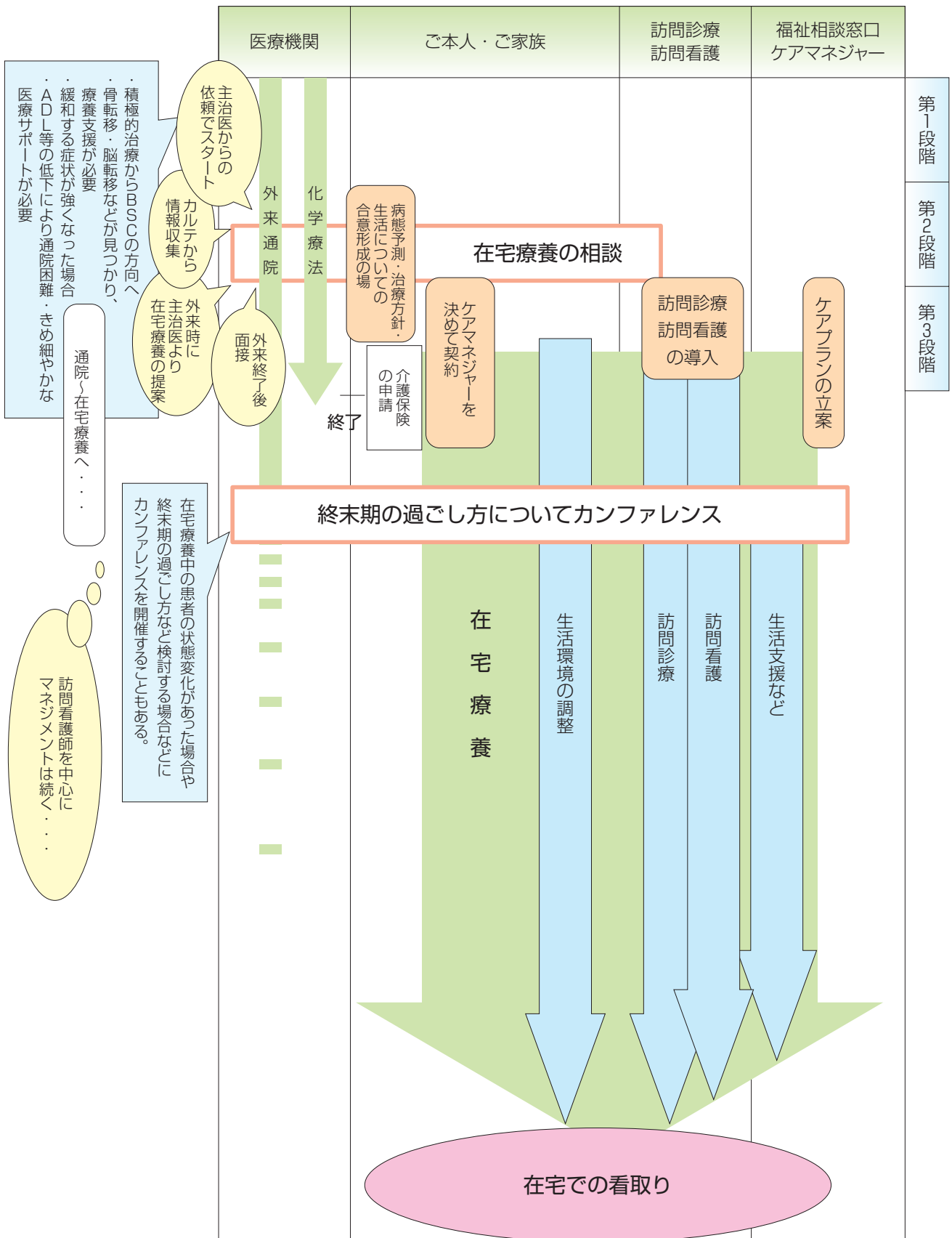
- ・ 外来では、本人・家族と面接できる時間は限られているため、通常は1～2回の面接で、アセスメントし、合意形成のプロセスを展開しなければならない。その後は、電話や書面での訪問診療・訪問看護との相談・依頼・情報共有が中心となる。
- ・ ケースによっては、在宅療養中の患者の状態変化があった場合や終末期の過ごし方を検討する際など、カンファレンスを開催する場合もある。



Q：介護認定申請のタイミングはいつ頃がいいでしょうか？

A：通常は、訪問診療や訪問看護を導入する時期に、並行して申請することが大半です。稀にADLが保たれている場合は、先に訪問診療や訪問看護を導入しておき、介護認定申請のタイミングは在宅医や訪問看護師に委ねることもあります。

外来通院中のがん患者への支援 フロー図



3) 訪問看護師におけるマネジメント

		ケアの目標	看護のポイント
導入期	<p>【準備期】 相談・依頼・情報入手 退院前カンファレンス</p> <p>【開始期】 初回訪問</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・スムーズな移行 ・医療管理の継続化 ・本人・家族が早期に安心感を得ることができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養導入の課題の明確化 ・病院退院調整部署からの情報を本人・家族の言葉で確認 ・在宅療養のイメージ共有 ・症状マネジメント ・生活状況のアセスメント
安定期	<ul style="list-style-type: none"> ・数日～1～2ヶ月、あるいはそれ以上(この期間は病状により異なる) ・安堵感と共に今までと異なる自力で動けない不自由さ、他者の助けが必要な事に対する惨めな気持ちと交叉し、イライラや焦燥感、スピリチュアルな苦痛が表出される時期でもある 	<ul style="list-style-type: none"> ・症状コントロールを図りながら実現可能な生活を送る事ができるような支援 ・訪問看護師が支えとなる存在になれる 	<ul style="list-style-type: none"> ・実現不可能でも、一旦病気を忘れ、本人と家族の希望を聞いたり、対話をする事は重要 ・対話や気分転換等の時間を重視したケア内容の時間配分 ・終末期への過渡期の見極め ・緊急時の対応を適切に行うことが、このまま家で過ごしたい、看取りたいという意味決定に繋がる
終末期・臨死期	<p>2週間～数日</p> <p>数時間</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期に出現する諸症状のコントロール ・家族を看取る人に育てる ・介護負担の軽減 ・安心感の維持、継続 ・水入らずの看取りができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状、今後起こりうる症状の説明と対処法の説明 ・せん妄への対応 ・安楽なケア提供 ・本人、家族との十分な対話 ・家族調整(手伝える親族への依頼、意見の相違がないか等の確認など) ・緊急時の対応、看取りの心得の説明 ・死亡確認時の連絡方法 ・エンゼルケアの説明
死別期	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が臨終を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りやこれまでの看病への達成感、肯定感が持てるように支援 ・家族が悲嘆や様々な思いを表出できるように支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族を労い、在宅医が死亡確認、病状経過の最終的な説明 ・家族と共にエンゼルケアの実施 ・エンゼルケア時のコーディネート
死別後	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡から約30～40日後 	<ul style="list-style-type: none"> ・遺族が悲嘆を克服できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問し、遺族を労い、共に語る時間を持つ ・悲嘆の経過をどのように辿っているかアセスメント ・遺族の気持ちの表出(悲しみ、悔い、喜び、今後の自らの生き方等) ・健康状態の確認 ・電話をかける、カードや手紙を送る

・ ケア内容	デスエデュケーション	多職種連携
<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護提供のプランニング ・ 介護サービス導入の見極め 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅で過ごす事の意味の共有 ・ 本人、家族と医療者の信頼関係の早期構築 ・ 在宅医療体制の説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院主治医、病棟NS ・ 退院調整NS ・ ケアマネジャー ・ 介護サービス事業者 (本人、家族の負担やストレスにならないよう配慮、特にサービス担当者会議の開催の仕方)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 予期悲嘆へのケア ・ 安定期がないことも多いため、あわてる場面も多い。 ・ 予測される症状や病状変化に対処できるように症状アセスメントを的確に行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 残された時の過ごし方の大切さを学び、自分たちらしい過ごし方ができるように支援 ・ 同じような患者の紹介や本の紹介(他の人はどんな感じ?という問いが多い) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病状や希望によっては訪問入浴、ヘルパー等のサービス導入 ・ ボランティアの導入など ・ 我々が手伝えることは何だろうと考えること多い(工夫を凝らす、提案する、他者に依頼する等)だからネットワークは大切
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が病状変化の気づきをどの程度しているかアセスメント ・ それに基づき病状説明と共に今できる事、今後起こりうる症状、死が迫っていることの説明とケア方法の実践と説明 ・ 家族で安らかに看取れるようにする ・ 死のプロセスの説明 ・ これまでの経緯を振り返り「これで良かった」と思える対話の時間を家族と持つ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ せん妄症状が続く家族の疲労が大きい時には、夜間に家政婦の泊まり込みの利用等を提案 ・ ケアマネジャーへの情報提供 ・ エアマット導入が多い時期、スピーディな対応が必要
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共にエンゼルケアを行い、家族との語らいを重視する ・ 丁寧な心こもったケアはグリーフケアとなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーへ連絡 ・ 在宅医、関わったサービス事業者と在宅緩和ケア成果を共有 ・ 退院調整看護師へ連絡、経過報告、労い等
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 同じ体験をした方たちを対象にした催しものの案内、遺族会等の紹介

病院から連絡を受けた時から看取り、死別後の家族の支援まで、私達は関わっています。



2 マスク式人工呼吸器管理が必要な患者

症 例：A氏 女性 80歳代

疾 患 名：COPD（慢性閉塞性肺疾患）

家族背景：夫と2人暮らしだが、夫も肺がんのため在宅療養中。

長女が近所に住み、毎日訪問してくれている。

経 過：COPD急性増悪、肺炎にて入院。呼吸状態が悪く高濃度の酸素吸入をしながらNPPV^{※6}の導入となった。酸素は徐々に減量できたが、NPPVは外せず導入したまま退院となる。

ADL状況：何かにつかまりながら、室内歩行可能。

※6 目次の用語の説明を参照

第1段階

退院支援の必要性のアセスメント・チームで共有

【退院支援が必要な患者】についてアセスメント

- 再入院の恐れがある・病状が不安定（在宅療養上の問題がある）
- 退院後も医療処置が必要（医療処置名：NPPV）
- 入院前に比べADL・IADLが低下
- 独居・家族がいても介護が十分提供できない
- 通常の制度利用が困難
- その他

①病態・治療方針からどのような状態で退院となるか

- ・呼吸不全のためNPPVを導入して帰らなければならない。
- ・NPPV装着は夜間8時間、NPPVを外している時には酸素0.5L吸入（カニューラ）が必要。
- ・定期的な吸入が必要。

POINT

NPPVは患者の協力なくして実施することができない呼吸療法のため、病態や治療について患者の理解と協力を得ることが重要である。また、経済的負担についても説明しておく。

* 診療報酬	費用負担
在宅人工呼吸療法指導管理料2800点/月	3割 27,840円
機器加算6480点/月	2割 18,560円
合計 9280点/月	1割 9,280円

②家族状況、介護体制、住宅環境

- ・同居の夫は肺がん療養中のため介護力としては期待できない。近所に住む長女が日中は毎日訪問してくれる。
- ・入院前はADLが自立していたので、介護保険は申請していない。
- ・一戸建の持ち家で専用の居室がある。
- ・玄関、浴室、トイレに段差がある。

⇒[住環境から自立度に合わせた家屋改修の必要性を検討](#)

POINT

自宅以外からの入院の場合、NPPV管理が可能かどうか元の施設に確認する。

生活の場に帰るための医療・看護のアプローチ

【医療管理上の課題】

①病状確認・治療方針・今後の予測

- ・ COPDによる肺胞低換気のため人工換気療法が必要な状態。高齢のため呼吸不全改善の見込みは低く、今後も継続してNPPVが必要である。
- ・ 低流量（0.5L/分）の酸素吸入も必要である。
- ・ NPPVでは急激な呼吸状態の悪化への対応が困難である。

POINT

退院調整看護師は入院から現在までの病状の経過を把握し、患者が現状についてどのように説明を受けており、NPPVを導入して帰ることを理解しているのか確認する。呼吸不全が進行した場合にはNPPV治療の限界があるため、今後は気管内挿管や気管切開を希望するのか、しないのか確認する。

②退院後も継続する医療管理、医療処置

- ・ NPPV導入のためマスクの着脱や機器の管理が必要
- ・ 吸入（吸入薬の種類、吸入時間、噴霧量の確認）
- ・ 内服管理

③患者・家族への説明内容、理解、受け止め

- ・ 本人はNPPVを装着したままで退院しなければならないことは受け入れている。できることは自分でやろうと思っている。
- ・ 家族も病状を理解し、NPPV導入についても受け入れができています。

④管理能力、サポート体制

- ・ マスクの着脱は自己管理できる。
- ・ 呼吸器の管理や装着による身体面、精神面でのトラブル時の対処は夫や長女では困難である。
- ・ 夫は自分のことをするので精いっぱい介護はできない。
- ・ 本人は「長女には自分の家庭があるので迷惑はかけたくない」と思っている。しかし、長女は買い物などの家事援助に関してはできるだけ協力していきたいと思っている。

POINT

NPPVは生きるために必要なだけでなく、呼吸困難感を軽減させ、より快適な生活をするために必要なものである。よって、患者主体で活用できるように理解してもらう。NPPVを導入する際、マスク着脱が自立できるかどうかカギとなる。本人や家族ができないときはどうするのかを検討する必要がある。マスク装着に伴う鼻の皮膚トラブルやマスク装着による不快感、緊急時の対応についても検討が必要となる。

【生活・介護上の課題】

①ADL/IADL評価

- ・ 買い物は長女が援助してくれるので、調理のみヘルパーに行ってもらおう。
- ・ 自宅の浴室での入浴が可能。しかし、入浴動作時にはSPO₂低下を認めるため訪問看護師の援助が必要。
- ・ 洗面、歯磨き、更衣、整容、排泄（排便、排尿）動作は自立できている。

②家屋評価

- ・ 床からの起き上がりが困難なため、介護用のベッドを導入する。
- ・ 玄関に段差があるが、外出する機会が少ないので、手すりをつけるのみでよい。
- ・ NPPV導入により呼吸困難感が改善され、ADLの拡大が図れる。

POINT

入浴や排泄など負荷のかかる動作については評価をおこない、できることとできないことを具体的にし、できないことを誰にサポートしてもらうのか検討する。

⇒今後病状の進行に伴い、排泄動作の変更を余儀なくされるため、退院後の継続マネジメントが重要

第3段階

地域社会資源との連携調整

【医療管理上の課題】

①医療の管理をどうするか

・呼吸困難感があり長時間の外出は困難なため、在宅医療が必要。

POINT▶ 医療管理をどうするか検討する際、入院していた病院へ外来通院してもらうのか、元のかかりつけ医に管理してもらうのか、訪問診療が必要かということマネジメントする。医療管理を他院に引き継ぐときには、在宅療養指導管理料が発生するので、物品の準備や管理料をどうするのか明らかにしておく。

②訪問看護が必要か否か

・入浴介助、呼吸器の管理、緊急時の対応、NPPV導入による日常生活の相談など医療的な援助を行ってもらうため、訪問看護を利用する。

POINT▶ 24時間緊急時対応ができるかかりつけ医や訪問看護ステーションを利用する。NPPVは在宅人工呼吸器となるため、訪問看護の利用は医療保険となる。

③リハビリテーションの継続は

・訪問看護によりリハビリテーションの継続を行う。

POINT▶ まずは今後もしリハビリテーションが必要なのかを検討する。必要となった場合は

- ①本人や家族に指導し、自身でリハビリテーションを行ってもらう
- ②訪問看護や訪問リハビリに訪問してもらう
- ③デイケアやデイサービスのように通所で行うなど、患者のADLや希望に応じた方法を選択する。

リハビリテーションの内容については、サマリー等を利用し継続する。

ケアマネジャーと連携しよう

【生活・介護上の課題】

- ・長女が毎日訪問し買い物を担当、他の日常生活援助は訪問介護に依頼する。
- ・訪問介護と福祉用具レンタルを利用するため、介護保険の申請を行う。

退院前カンファレンス

出席者：本人、長女、かかりつけ医、看護師、訪問看護師、ヘルパー、調剤薬局薬剤師、ケアマネジャー、主治医、病棟責任者、担当看護師、退院調整看護師

内容：入院中の経過と今後の病状予測、退院指導内容について説明し、医療の継続と在宅サポート体制について検討した。

POINT▶ 患者、家族はNPPVを導入して在宅療養を行うことに不安を持っている。これから在宅療養を支えてくれるスタッフと顔を合わせ、具体的に何が不安でその不安に対し誰がどのようにサポートしてくれるかということ明らかにし、退院前カンファレンスを行うことで不安の軽減につなげる。

＊ 訪問看護師から病棟ナースへのメッセージ

病棟ナースの皆さん！！在宅って本当に不思議な力が潜んでいるんですよ。病院のベッドでお会いした時と違って、自宅での表情は、とても穏やか、顔の艶も良い。食べれなかった食事が、「あっ！ちょっとお腹空いた、食べてみようかな」と気が向いた時に少しずつでも口にされる。それがたこ焼きやお好み焼きであったりする。

「がん、治ったんかと思うほどや」「寝てばかりいたら足弱るよね」と、服に着替え、庭先に出られる。「今日は調子良いし、シャワーしようかな」と言われ、ご家族はあわてて着替えなどの用意を下さる。子供さんやお孫さんが、「ただいま」って元気に挨拶をしに来てくれる。近所の方やお友達が「調子はどうや？」と気楽に立ち寄って下さる。

部屋が狭かったり、日当たりが悪いなど、決して療養に適した環境でなくても、住み慣れた家、愛着のある我が家は、痛みやしんどさ、不安などをいつの間にか和らげてくれる、そんな力があるんです。



【引用・参考文献】

在宅療養指導とナーシングケア～退院から在宅まで～

4 在宅人工呼吸（気管切開口／鼻マスク）／在宅持続陽圧呼吸療法
医歯薬出版株式会社 2004

在宅酸素療法の手引き 京都医療用酸素株式会社

3 摂食嚥下障害のある患者

1) 経口摂取継続の場合

症 例：A氏 女性 80歳代
 疾 患 名：誤嚥性肺炎 脳梗塞
 家族構成：長女と二人暮らし
 経 過：誤嚥性肺炎で入院、肺炎治療後、食形態を調整し経口摂取の方法を指導して在宅へ退院となる。

第1段階

退院支援の必要性のアセスメント・チームで共有

- 医療管理・医療処置等が継続する
- ADL/IADLが低下し、自立した生活が送れない
- がんや難病のように、進行する症状を抱えながら療養継続する
- 再入院を繰り返す（在宅療養上の問題がある）

①病態・治療方針からどのような状態で退院となるか

肺炎の症状が治まり、経口摂取が可能となれば退院となる。

POINT →

誤嚥性肺炎で入院の場合、摂食・嚥下障害認定看護師等と病棟看護師とで摂食嚥下の状態をアセスメントして、主治医と相談のうえ食事の形態などを決定してゆく。

②入院前の状態について情報をとる

食事の内容……主食[重湯、ペースト、全粥、軟飯、米飯]
 副食[ゼリー状、ペースト、キザミ（とろみ 有 無）一口大]
 水分の飲み方……とろみ剤 有 水100mlにとろみ剤（ ）を（ ）g
無
 摂食器具……（はし、スプーン、コップ）
 食事の方法……介助方法 自力 一部介助 全介助
 姿勢 リクライニング（角度 度）座位
 食事の状況……回数 1日（ ）回 食事に要する時間（ ）分
 むせ（有 無 時々）
 お口のケア……うがい（可 不可）
 義歯 上あご：有 なし あるが使っていない 安定剤使用
 下あご：有 なし あるが使っていない 安定剤使用
 歯磨き 自立 一部介助 全介助
 用具（歯ブラシ、スポンジブラシ）
 睡眠時の姿勢……（ベッドアップ 度）
 睡眠時のむせ……咳 有 無
 他の疾患の情報…コントロールの状況
 利用していたサービスの状況

第2段階

生活の場に戻るための医療・看護のアプローチ

【医療上の検討課題】

①病状の確認・治療方針・今後の予測

- 肺炎が誤嚥性のものであるかの確認
- 食事を再開しても炎症反応や発熱の上昇がないことを確認
- 痰の状況 吸引の必要性
- 栄養状態の把握（ 体重・血液データ等 ）

②今後の病態予測を行う

POINT▶ 神経難病や認知症などある場合は、今は経口から食べられるが、今後それが困難になってくることなどを主治医や認定看護師、リハビリ担当者とカンファレンスで確認をする。今後の人工的栄養補給についての意向を本人・家族と確認しておく。

【介護上の検討課題】

①摂食嚥下の状態のアセスメント

- 食事の形態、水分の形状のアセスメント
- ポジショニングのアセスメント
- 口腔ケア

②家族への説明、指導



患者自身、家族のどうありたいか

A氏の場合、嚥下障害としては軽度である。車いすにての摂取は可能。食形態はペーストにして水分はとろみが必要。

自力で摂取可能だが、多い量をかきこむ傾向にあるため見守りは必要と思われる。ひとくち量を少なくするために小さめのスプーンが良いと思われる。

吸引は必要ない状態。

家族は出来るだけ在宅で経口摂取をさせたい。ミキサーなどを購入して食形態も工夫していきたい意向がある。

経口摂取についての食形態や、介助が必要なことについてどのように思っているかを確認する。

本人のQOLをどのように保障するか。

第3
段階

退院を可能にするための制度・社会資源への調整

【医療管理上の課題】

- ①医療の管理をどうするか
 - 入院していた病院へ外来通院する場合
 - 元のかかりつけ医が管理する場合
 - 訪問診療が必要な場合
- ②訪問看護が必要か否か
- ③リハビリテーションの継続は可能か

【生活・介護上の課題】

- ①退院後に関わるサービスとの調整・連携
 - 通所介護や短期入所やホームヘルパーなどにも指導が必要

食事の内容……………主食[重湯、ペースト、全粥、軟飯、米飯]
副食[ゼリー状、ペースト、キザミ（とろみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）ー□大]
水分の飲み方……とろみ剤 <input type="checkbox"/> 有 水100mlにとろみ剤（ ）を（ ）g <input type="checkbox"/> 無
お薬の飲み方……□水 <input type="checkbox"/> とろみ水 <input type="checkbox"/> ゼリー埋め込み
摂食器具……………（はし、スプーン、コップ）
食事の方法……………介助方法 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
姿勢 <input type="checkbox"/> リクライニング（角度 度） <input type="checkbox"/> 座位
食事の状況……………回数 1日（ ）回 食事に要する時間（ ）分 むせ（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々）
お口のケア……………うがい（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可）
義歯 上あご： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あるが使っていない <input type="checkbox"/> 安定剤使用
下あご： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あるが使っていない <input type="checkbox"/> 安定剤使用
歯磨き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
用具 （歯ブラシ、スポンジブラシ ）
睡眠時の姿勢……（ベッドアップ 度）
睡眠時のむせ……咳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

- ②必要な医療材料、衛生材料の手配
 - とろみ剤、口腔ケアの材料 ペースト食、ミルミキサー 栄養補助食品
 - 吸引器、吸引カテーテル、等
 - 退院までに必要なもの等入院中に手配、退院後の購入方法も伝える。

退院前カンファレンス開催

摂食について指導内容を確認する。

サービス利用時等の注意点を確認する。

退院後も、継続できるように家人だけでなく利用しているサービスの方々にも指導する機会を作ることが大切。場合によっては食事の形態を見ていただくように食事の時間に來てもらったりする場合もある。

とろみの付け方やお茶ゼリーの作り方を実際に作ってもらったりして確認をする。

- ③口腔サポートセンターとの連携の情報提供

* 退院前カンファレンスで
ぜひ、ケアマネジャー・訪問看護師を呼んでください、
参加出来るよう努力します。

- ・ 時間調整をお願いすることもあります。
- ・ どうしても参加不可能な時は、詳細な情報をお願いします。

◇患者、家族の在宅への不安が、病棟看護師と訪問看護師の連携を目の当たりにして頂くことで安心につながります。

2) PEG管理

症 例：Bさん 80歳 女性 二女世帯と同居
 疾 患 名：誤嚥性肺炎 経口からの摂取が困難となり家族本人と話し合いを重ねて胃ろうで在宅に退院となる。

第1段階

退院支援の必要性のアセスメント・チームで共有

- 医療管理・医療処置等が継続する
- ADL/IADLが低下し、自立した生活が送れない
- がんや難病のように、進行する症状を抱えながら療養継続する
- 再入院を繰り返す（在宅療養上の問題がある）

①病態・治療方針からどのような状態で退院となるか

肺炎の症状は治まったが、「開始食」より開始するが炎症反応が上がるため経口からの摂取は困難となる。

POINT▶▶ 摂食・嚥下障害看護認定看護師等と受け持ち看護師とで食事の嚥下状況のアセスメントをする。

②入院前の状態について情報をとる

食事の内容……主食[重湯、ペースト、全粥、軟飯、米飯]
 副食[ゼリー状、ペースト、キザミ（とろみ 有 無）一口大]
 水分の飲み方……とろみ剤 有 水100mlにとろみ剤（ ）を（ ）g
無
 睡眠時の姿勢……（ベッドアップ 度）
 睡眠時のむせ……咳 有 無
 利用していたサービスの状況
 入院前は在宅かどうか

③胃瘻造設時嚥下機能評価加算あり（H26年度診療報酬改定により）但し、VF^{※7}または、VE^{※8}による評価が必要

※7、8 目次の用語の説明を参照

第2段階

生活の場に帰るための医療・看護のアプローチ

主治医と、言語聴覚士、摂食嚥下障害看護認定看護師、受け持ち看護師等とで栄養摂取の方法をどうするか？訓練は可能か？お楽しみだけの摂取は可能か？などカンファレンスで確認をする。

【医療上の検討課題】

①病状の確認・治療方針・今後の予測

POINT

肺炎が誤嚥性のものであるかの確認

経口摂取が不可の場合の今後の方針について検討、(NGチューブ^{*9}、胃ろう、HPN^{*10})

経口摂取が困難であることを本人家族に説明する。

今後どのように過ごしたいかを確認する。

重要な合意形成の場面

*9、10 目次の用語の説明を参照

経口に代わる方法についてメリット、デメリット
在宅以外の入院前の施設によっては受け入れが可能かどうかを確認する
在宅で利用していたサービスが退院後も利用できるか確認が必要
在宅での看取りも視野に入れる場合もある

吸引の必要性の有無

②今後の病態予測を行う

今後、唾液誤嚥などにより肺炎を繰り返す可能性がある。

注入時に逆流を起こしてくる可能性がある。

【胃ろう造設の場合の検討課題】

①注入のアセスメント

ポジショニング

在宅での生活の様子を確認して、ベッドか？リクライニングの車椅子か？など検討する。

注入食の検討

栄養食品、医事薬品かを検討

液体か半固形かを検討

水分の注入方法について

②家族への説明、指導

注入方法の指導、口腔ケアの指導

吸引の必要な場合は指導

次回の胃ろうの交換についての指導

Bさんの場合
本人は胃ろうを作ることに拒否をしている。「食べられなければそのままでもいい。死んでもいいので食べたい。」
二人の娘は胃ろうにしてもう少し生きていてほしい・・・と思っている。
本人、家族の思いにずれがあるので何度も話し合いをして胃ろうを作る方向になる。

退院を可能にするための制度・社会資源への調整

【医療管理上の課題】

- ①医療の管理をどうするか
入院していた病院へ外来通院する場合
元のかかりつけ医が管理する場合
訪問診療が必要な場合
- ②訪問看護が必要か否か
在宅に退院後、手技の自立をサポートするために必要
- ③リハビリテーションの継続は必要か
言語聴覚士や歯科衛生士の介入も検討

【生活・介護上の課題】

介護保険が必要な場合はケアマネに依頼

サービスを利用する場合には、サービス担当の方にも注入に関する注意点がある場合には指導を行う。

退院前カンファレンス開催

現在の指導の状況や、在宅でのサービスの調整、注入食の今後の購入方法、PEGの交換の時期やどこですか…等を確認する。

【引用・参考文献】

- 才藤 栄一 摂食・嚥下リハビリテーション 第2版 医歯薬出版株式会社 2007
- 小山 珠美 早期経口摂取実現とQOLのための摂食・嚥下リハビリテーション
急性期医療から「食べたい」を支援するために～
メディカルレビュー社 2010
- 植松 宏 セミナーわかる！食・嚥下リハビリテーション 3巻
栄養管理と障害へのアプローチ
医歯薬出版株式会社 2006

* 訪問看護師はこんな情報を求めています

病状以外にも、下記の詳細な情報提供を求めます。

- ◇病状・予後についての説明と患者・家族それぞれの受け止め方
- ◇患者・家族の終末期に対する思い
- ◇現在の食事・排泄・清潔状況
- ◇継続される看護問題
- ◇出来れば、医師の情報提供書（データーなども）の添付も希望

4 医療処置の継続と保育者支援の必要な患児

1) 超低出生体重児

疾患名：超低出生体重児

家族背景：両親30代 祖父母は遠方
児は第2子

経過：帝王切開で出生 在胎24週 770g アプガースコア 1分2点 5分5点

- ・子育て支援医療を申請
- ・未熟児養育医療を申請 ※詳細は第三段階利用する制度参照

第1段階

退院支援の必要性のアセスメント・チーム間での共有

状態が安定した時

下記に該当するかを病棟看護師がアセスメントする

- 退院後も継続が必要な医療処置がある（医療処置名：経管栄養・在宅酸素）
- 地域資源との連携が必要（保健所）
- 児の発達面で長期的なフォローが必要
- 家族の不安が強い
- 家族のサポート体制が不足
- 家族の疾患の理解・育児能力が不十分である

①病態・治療方針からどのような状態で退院となるか

SPO₂が不安定なため在宅酸素が必要

ミルクの経口摂取が全量できないため経管栄養管理が必要

内服薬の管理が必要

POINT▶▶ 親が子どもの病気を正しく理解できているか（現状と今後の見通し）確認する

②養育上の検討課題

- 夫の協力が得にくい
- 親以外のサポートがない
- 兄弟がいる
- 親の育児能力が不十分である
- 経済的な問題がある

POINT▶▶ 養育者は母が中心で年齢も若く判断力や体力があり、主治医・病棟看護師の指導で医療処置の手技獲得は比較的スムーズに修得できることが多い。しかし24時間育児や医療処置が必要であり、退院後の生活のイメージが持ちにくく不安が強い。病棟看護師が養育者である母の心理面のサポートをすることは重要である。

保健所や訪問看護師等の導入・社会福祉制度の利用が必要な場合は退院調整部門に介入を依頼する。

第2段階

生活の場に戻るための医療・看護のアプローチ

【医療上の検討課題】

- ①病状確認・治療方針・今後の予測
入院から今までの病状や治療内容を主治医に確認
- ②退院後も継続する医療管理・医療処置
在宅酸素（酸素ボンベの管理・カニューラの固定方法・SPO₂モニターの装着方法）
経管栄養（胃管カテーテルの挿入方法・ミルクの注入方法・カテーテルの固定方法・固定テープの種類）
内服管理（時間・溶解方法）
- POINT**▶ 家族の負担軽減のため子どもの処置と家族の生活リズムのすり合わせを行う必要がある。病院でのスケジュールをそのまま持ち帰るのではなく、子どものミルク回数・内服投与時間・沐浴時間等を家族の生活リズムに合わせてコーディネートする。
- ③患者・家族への説明内容、理解、受け止め
経過の理解は良好
- ④②の親の管理能力・サポート体制
父母共に指導し技術の獲得に問題なし。検討した結果訪問看護の導入は行わず
- POINT**▶ 子どもは病状が変化しやすく在宅療養を支える家族の不安は大きい。介護保険を利用する大人のコーディネート役であるケアマネジャーのような、サポート体制が整っていないのが現実である。育児のアドバイスや母自身の健康相談ができるように保健師と連携をとり、必要時訪問看護の導入を検討することは重要である。

第3段階

退院を可能にするための制度・社会資源への調整

利用するサポート

- 保健師

制度について

- 子育て支援医療（担当窓□ 市町村担当課）
子どもが医療機関にかかったときに、保険診療の医療費の自己負担額を公費で負担。ただし、一部負担金がある。
- 未熟児養育医療（担当窓□ 市町村担当課）
出生時体重が2000g以下または、生活機能が未熟なままで生まれた赤ちゃんの入院に必要な医療費と入院時食事療養費（ミルク代）の給付を行う制度。世帯の所得税額に応じて自己負担額が決まる。

退院前カンファレンス

参加者：両親・保健師・医師・病棟看護師・退院調整部門担当者

内 容：・入院中の経過と今後の見通しについて

- ・退院後の在宅環境が整っているか確認
- ・予防接種について確認
- ・かかりつけ医の確保
- ・退院日の決定
- ・退院後の外来受診について
- ・緊急時の対応について

今後在宅療養を支えてくれるスタッフと養育者が顔を合わせ、退院前カンファレンスという話し合いの場を持つことは、自宅に帰っても相談できる人がいると実感できる機会となり養育者の不安の軽減となる。

2) 医療依存度の高い患儿

疾患名：キアリ奇形Ⅱ型（脊髄髄膜瘤・水頭症）

家族背景：両親20代 祖父母は別居だが協力的
児は第1子

経過：胎児エコーにて水頭症指摘される。

帝王切開で出生 在胎39週 2700g アプガースコア 1分8点 5分9点

Day 1 脊髄修復術施行

Day10 V-Pシャント造設術施行

Day25 無呼吸発作重積の為挿管し人工呼吸器装着

気管切開管理となる

- ・子育て支援医療申請
- ・自立支援医療申請（育成医療） ※詳細は第3段階 利用する制度参照
- ・小児慢性特定疾患

第1段階

退院支援の必要性のアセスメント・チーム間での共有

状態が安定した時

下記に該当するかをアセスメントする

- 退院後も継続が必要な医療処置がある
(医療処置名：人工呼吸器・在宅酸素・吸引・経管栄養・間欠的導尿・腹部ケア)
- 地域資源との連携が必要（保健師・往診医・訪問看護師・福祉事務所等）
- 児の発達面で長期的なフォローが必要
- 家族の不安が強い
- 家族のサポート体制が不足
- 家族の疾患の理解・育児能力が不十分である

①病態・治療方針からどのような状態で退院となるか

人工呼吸器管理・気管切開・吸引が必要

呼吸器を外している間は酸素が必要

SPO₂モニターの管理が必要

経管栄養管理が必要

腹部ケア（ガス抜き・洗腸）が必要

間欠的導尿が必要

内服薬の管理が必要

緊急時の対応の指導が必要

POINT

親が子どもの病気を正しく理解できているか（現状と今後の見通しについて）確認する。継続しなければならない医療処置があっても在宅で生活できることを早期から説明し、在宅療養を医療者・家族共通の目標としていく。しかし子どもをサポートする社会資源はまだ限られており、家族が人工呼吸器や吸引、経管栄養などの医療処置の手技獲得をしなければ在宅療養への移行が難しいことを理解してもらう必要がある。

②生活育児上の検討課題

- 夫の協力が得にくい
- 親以外のサポートがない
- 兄弟がいる
- 親の育児能力が不十分である
- 経済的な問題がある

夫は就労しているが残業はなく、祖父母も近所に住んでおりサポート体制はある。

POINT 医療費の負担は成人に比べ制度でカバーできることが多いが、母が就労を断念しなければならぬ事もあり、将来にわたる経済的な不安が続く可能性があることを考慮する。ヘルパーや訪問看護師による支援が必要な場合や、社会福祉制度等のサポートが必要な場合は退院調整部門に介入依頼する。

第2段階

生活の場に帰るための医療・看護のアプローチ

【医療上の検討課題】

①病状確認・治療方針・今後の予測

入院から今までの病状や治療内容を主治医に確認
在宅療養を目指し医療処置の手技獲得のための指導を開始することを確認

POINT 根治できる病状と障害として残る病状の確認、その病状が成長発達や今後の治療で改善できるものであるか等正しく疾患が理解できているのか確認する。

②退院後も継続する医療管理・処置内容

- 人工呼吸器管理（呼吸器の取り扱い・トラブル時の対応）
- 気管切開管理（消毒とカニューレ管理）
- 吸引（回数・吸引圧・吸引方法・吸引のタイミング・カテーテルの消毒方法）
- 在宅酸素（酸素ボンベの管理・カニューラの固定方法・SPO₂モニターの装着方法）
- 経管栄養（胃管カテーテルの挿入方法・ミルクの注入方法・カテーテルの固定方法
- 固定テープの種類）
- 腹部ケア（回数・方法・観察項目）
- 間欠的導尿（回数・方法・観察項目）
- 内服管理（時間・溶解方法）

POINT 指導しなければならない項目が多い場合、担当看護師は指導計画を立て面会時に処置の指導を行う。第1子の場合は面会時間も十分に取ることができ指導もスムーズであるが、兄弟がいる場合や自宅が遠方の場合に限られた時間内で指導しなければならない為、指導計画を充実させる必要がある。退院後の生活をイメージしながら病棟看護師が母の理解度や気持ちに合わせて細やかに指導することで、医療者でなくとも様々な処置ができるという自信がつながり不安の軽減になる。退院後の母の休息の確保のため、支援者にも指導をすることが重要である。医療機器の取り扱いについてはME担当者の協力も得ながら指導する。

③患者・家族への説明内容・理解・受け止め

児の状態・治療についての理解は良く、わからない事は質問できている。両親共に自宅に連れて帰りたいという思いは強く持っているが、急変時や自分たちが処置の継続ができるかどうかの不安は非常に大きい。

POINT 障害や継続必要な医療処置を持ちながらも「退院し家で家族と共に暮らすこと」が実現できるように繰り返し医療者が説明し理解を得ることが重要。

④②の親の管理能力・サポート体制

父母共に指導し技術の獲得に問題なし

退院後は母の実家でしばらく過ごすことが決まっており祖父母にも医療処置の指導を行った。

POINT

医療処置が多い場合は相談できる往診医や訪問看護の導入が必ず必要。

子どもを往診してくれる医師は限られており、また訪問看護ステーションやヘルパー事業所も同様である。退院直前に検索するのではサービス調整が難しい為、早期から探す必要がある。

第3段階

退院を可能にするための制度・社会資源への調整

利用するサポート

- 往診医 訪問看護師 保健師 相談支援専門員

制度について

- 子育て支援医療（担当窓口 市町村担当課）
子どもが医療機関にかかったときに、保険診療の医療費の自己負担額を公費で負担。ただし、一部負担金がある。
- 自立支援医療（育成医療）（担当窓口 市町村担当課）
手術等によって障害や疾患の改善が見込こまれる児童の手術や補装具に必要な医療費の一部を給付する制度。ただし所得制限あり。
- 小児慢性特定疾患治療研究事業（担当窓口 保健所・保健センター）
特定の慢性疾患の診断がついている児童に、入院、通院に必要な医療費と入院時食事療養費、指定訪問看護にかかる費用の給付を行う制度。所得税額に応じて自己負担限度額が決まる。
日常生活用具給付事業を利用し吸引器やパルスオキシメーター等用具が給付できる。
- 身体障害者手帳（担当窓口 市町村障害担当課）
障害の程度により等級があり、障害の種類・程度などにより、手当など様々な制度、事業がある。
- 重症心身障害児（者）医療費の助成（担当窓口 市町村担当課）
心身に重度の障害を持つ方が安心して暮らせるよう、医療費の一部又は全部を助成する制度。所得制限がある。
- 特別児童扶養手当（担当窓口 市町村担当課）
重度又は、中度の障害のある20歳未満の児童を養育する方に支給される。
- 障害児福祉手当（担当窓口 市町村担当課）
重度の障害のため日常生活において在宅で常時の介護を必要とする方（満20歳未満）に支給される。
制度により申請から承認まで時間がかかることを考慮し、退院時期に間に合うように申請する事が必要。退院時にサービス調整や物品をそろえる為には出来るだけ早く退院調整部門に介入依頼することが大切である。

退院までに準備すること 在宅への準備

- ・ NICUでは両親の24時間付き添いが困難な環境のため、入院中に自宅に近い状況で子どもに関われるよう一般小児科の病棟へ転棟した。
- ・ 退院後の必要物品がそろっているか、申請中の制度の進行状況を確認した。吸引器だけでなく、医療材料・衛生材料について指導管理料から支給する物品・個人購入する物品かを整理した。購入の物品は購入の手配をした。
- ・ 外出時の移動手段の確認・練習を行う。
- ・ 外泊を行い、困ったことを入院中に話し合えるようにした。外泊時に訪問看護師が自宅訪問され、在宅環境が整っていると連携室に報告があった。

退院前カンファレンス

参加者：両親・往診医・病院主治医・訪問看護師・訪問リハビリ担当者・保健師・相談支援専門員・福祉事務所担当者・病棟看護師・外来看護師・ME担当者・退院調整部門担当者

内容：・入院中の経過と今後の見通し、指導内容、退院日について説明。
・ 予防接種開始の時期・接種の順番・どの施設で接種するかを確認。
・ 今後利用可能な社会資源（リハビリやヘルパー等）について確認。
・ 緊急時もしくは急変時の対応について確認。
・ 医療的なこと・社会福祉制度のことなど相談内容に応じたそれぞれの窓口を確認。

子どもは成長発達するという特徴を持つため、疾患の事だけでなく、子どもの成長や能力をのばすための関わり方についても十分に検討しておく必要がある。

地域の関係機関との連携だけでなく、院内の外来部門との連携も大切である。

【参考文献】

お家ですこそう～医療処置のある子どもの在宅支援のために～

社団法人 全国訪問看護事業協会

お父さんお母さんのためのわかりやすい医療・保健・福祉制度ガイドブック

京都府乙訓保健所

【参考文献】

宇都宮宏子 三輪泰子 編：これからの退院支援・退院調整
日本看護協会出版会2011

宇都宮宏子 編著：退院支援実践ナビ 医学書院2011

医療処置別



1 在宅中心静脈栄養法 (HPN)

1. 在宅中心静脈栄養法 (HPN) が必要と判断

主治医より患者・家族に説明 自宅での療養をイメージして合意形成をおこなう

2. 病棟看護師が患者・家族に管理方法を指導

- ①概要・清潔操作・医療廃棄について
 - ②刺し方・針の交換・消毒 ⇒在宅医等医療機関が実施する事が多い
 - ③プライミング・輸液製剤の交換
 - ④刺入部消毒方法
 - ⑤シャワー保護
 - ⑥ロックの方法
 - ⑦輸液ポンプの使用方法 (活動性による。在宅では自然滴下の場合も多い)
 - 自院へ通院するのか、紹介医へ戻すのか、或いは新たな在宅医等の導入かについて調整 (自院以外で管理される場合、契約業者を確認する必要がある)
 - 在宅用の輸液ポンプの場合、業者より練習用のポンプを持参依頼し、入院中に患者・家族への説明を行う。(病棟ナースも同席しアドバイスを行う)
- 地域医療機関・在宅医で管理する場合は退院調整部署が対応する

3. 在宅療養移行に向けて

患者・家族の手技獲得状況や理解度に合わせて訪問看護・在宅医導入を検討する
一見自立可能でも、移行期に訪問看護でサポートする事が安心・安全につながる

4. 必要物品の準備

- ・病院が供給する物品 (処方する医療機関が支給) と患者の自己購入となる物品を整理する
 - ・患者の栄養状態・活動性・外出頻度・介護力から把握する
- ①24時間持続…1~2回/週 ルート交換
 - ②間欠的に使用…毎日ポートへの刺入、終了時のロックが必要な場合もある

〈診療報酬上の留意点〉

在宅療養指導管理料

在宅中心静脈栄養管理料	3000点 (衛生材料・固定テープ類はここに含まれる)
輸液セット加算	2000点
注入ポンプ加算	1250点

- ★在宅医移行する場合も、退院月は2か所の医療機関で請求可能
- ★間欠式で輸液セットを1か月に多量に使う場合、7組以上は特定保険医療材料として算定可能

2 | 在宅酸素療法 (HOT) 導入

1. 在宅酸素療法 (HOT) 導入が必要と判断

主治医が患者・家族に説明

2. 病棟看護師が患者・家族に管理方法を指導

- ①酸素濃縮器・携帯用酸素ポンベの取り扱い
- ②火気への注意 禁煙・暖房・調理器具の検討
- ③トラブル時の連絡先確認 (業者)
- ④生活療養指導

3. 在宅療養移行に向けて

自院へ通院するのか、紹介医へ戻すのか、或いは新たな在宅医等の導入かについて調整 (自院以外で管理される場合、契約業者を確認する必要がある)

- ①1か月に一回の受診が必要 (往診の場合は初回訪問日確認)
- ②業者による器械のメンテナンスについて
- ③呼吸機能低下に伴う排泄・入浴動作評価を行うために、訪問看護を導入することが望ましい
- ④カニューレ・マスク類は業者から配布、加湿器の精製水は薬局で購入する
- ⑤呼吸機能障害による身体障害者認定が受けられた場合、医療的・社会的・経済的なサービスが受けられる

4. 必要物品の準備

酸素処方・介護力・療養生活の過ごし方・外出方法 (頻度)・自宅環境等から酸素供給装置を決定し、業者へ連絡…看護師によるアセスメントが重要!

〈診療報酬上の留意点〉

在宅酸素療法指導管理料

チアノーゼ型先天性疾患 (加算はなし)	1300点
その他の場合	2500点

酸素ポンベ加算

1. 携帯用酸素ポンベ	880点
2. 1以外の酸素ポンベ	3950点

酸素濃縮装置加算

4000点

液化酸素装置加算

1. 設置型液化酸素装置	3970点
2. 携帯型液化酸素装置	880点

呼吸同調式デマンドバルブ加算 300点

移行先へは診療情報提供書や看護サマリー等で情報提供を行う

3 | マスク式人工呼吸器 (NPPV) 導入

1. マスク式人工呼吸器 (NPPV) が必要と判断

主治医が患者・家族に説明

2. 病棟看護師が患者・家族に管理方法を指導

〈病棟看護師が患者・家族の理解度を考慮し行う〉

- ① 器械の取り扱い説明：回路の接続等
- ② マスクの着脱方法・マスクの管理方法
- ③ トラブル時の連絡先確認（業者）
- ④ 生活療養指導 排痰ケア・怒責を予防するための排便コントロール等

3. 在宅療養移行に向けて

自院へ通院するのか、紹介医へ戻すのか、或いは新たな在宅医等の導入かについて調整（自院以外で管理される場合、契約業者を確認する必要がある）

- ① 1か月に一回の受診が必要（往診の場合は初回訪問日確認）
- ② 業者による器械のメンテナンスについて
- ③ 病状観察・トラブル時の対応等のため、訪問看護の導入が望ましい
- ④ 在宅人工呼吸器の利用となるため、訪問看護の利用は医療保険となる
- ⑤ マスク・固定ベルトは業者から配布、加湿器の精製水は薬局で購入する

4. 必要物品の準備

病状・介護力・療養生活の過ごし方・外出方法（頻度）・自宅環境等から機種とマスクを決定し、業者へ連絡……看護師によるアセスメントが重要！

〈診療報酬上の留意点〉

・在宅人工呼吸指導管理料 2800点 ・機器加算 6480点

移行先へは診療情報提供書や看護サマリー等で情報提供を行う

4 | 膀胱留置カテーテル・自己導尿

膀胱留置カテーテル

1. 膀胱留置カテーテルが必要と判断

主治医より患者・家族に説明

2. 病棟看護師が患者・家族に管理方法を指導

〈病棟看護師が患者・家族の理解度を考慮し行う〉

- ①カテーテルの取り扱い 尿の廃棄方法について
- ②水分摂取の必要性、カテーテル挿入部の清潔について
- ③トラブル時（出血、自然抜去）の対応について
- ④観察ポイント、排尿日記の活用など
- ⑤就寝環境（逆流を防ぐ）歩行可能な場合はレッグバッグを使用するなど
在宅での管理を患者家族と共にイメージしながら考える

3. 在宅療養移行に向けて

患者・家族の手技獲得状況や理解度に合わせて在宅医や訪問看護師導入の検討を行う
病院が供給する物品と患者の自己購入となる物品を整理する

4. 必要物品の準備

膀胱留置カテーテル
閉鎖式蓄尿バッグ

高齢者世帯や独居の認知症の方などは、退院後自宅に帰った際、カテーテルの存在を忘れ、蓄尿バッグが一杯に膨れ上がったり、自己抜去、切断事例などがあります。

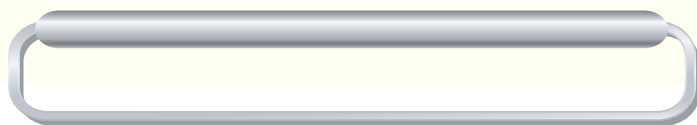
〈診療報酬上の留意点〉

特定保険医療材料：膀胱留置用ディスプレイカテーテル
使用したカテーテルが請求でき、種類により点数が決まっている（詳細は医事課に確認）

在宅療養指導管理料：在宅寝たきり患者処置指導管理料／1050点／月
供給する材料の例：尿道カテーテルを2週間に1回交換する場合

・閉鎖式蓄尿バッグ 2個 ・10mlシリンジ 2本 ・蒸留水 20ml 2個

- ・移行先へは診療情報提供書や看護サマリー等で情報提供を行う
（チューブの種類・サイズ・最終交換日）
- ・医療廃棄物の処分（市町村ゴミとして回収が可能）



自己導尿

1. 自己導尿が必要と判断

主治医より患者・家族に説明

2. 病棟看護師が患者・家族に管理方法を指導

〈病棟看護師が患者・家族の理解度を考慮し行う〉

- ①カテーテルの取り扱い
- ②導尿回数
- ③水分摂取の必要性
- ④カテーテルの管理（洗浄・消毒・乾燥方法・交換の頻度など）
- ⑤トラブル時の対応について
- ⑥観察ポイント、排尿日記の活用など
- ⑦活動環境にあわせ、職場や学校・外出先の公衆トイレでも実施可能となるように情報提供や助言を行う

3. 在宅療養移行に向けて

患者・家族の手技獲得状況や理解度に合わせて在宅医や訪問看護師導入の検討を行う
病院が供給する物品と患者の自己購入になる物品について説明する

4. 必要物品の準備

セルフカテーテル・間欠導尿用カテーテル
清浄綿 アルコール手指消毒剤
尿器など、尿をうけるもの

〈診療報酬上の留意点〉

在宅療養指導管理料：在宅自己導尿指導管理料／1800点／月

供給する材料の例

- ・セルフカテーテル 1本
- ・カテーテル用消毒液1本（ジアミトール、BCグリセリン液等）

☆間欠導尿用ディスポーザブルカテーテル加算／600点／月

- ・移行先へは診療情報提供書や看護サマリー等で情報提供を行う
（チューブの種類・サイズ・1日の導尿回数）
- ・医療廃棄物の処分（市町村ゴミとして回収が可能）

5 | 経腸栄養法（胃ろう・経鼻カテーテル）

1. 経腸栄養法（胃ろう・経鼻カテーテル）が必要と判断

主治医より患者・家族に説明

2. 病棟看護師が患者・家族に管理方法を指導

〈病棟看護師が患者・家族の理解度を考慮し行う〉

①物品の準備“注入時のポジショニング”注入の方法 注入後の取り扱い（洗浄）
（パンフレットを用いるとよい）

◆困難事例については、摂食・嚥下障害看護認定看護師に相談してみよう

3. 在宅療養移行に向けて

患者・家族の手技獲得状況や理解度に合わせて在宅医や訪問看護師導入の検討を行う

退院後の交換をいつ、どこの医療機関で行うのかを調整する

胃ろうは種類によって交換の期間が変わるので注意

経鼻カテーテルは透視下での交換が必要なことが多い

4. 必要物品の準備

イルリガードル・シリンジ

注入食の種類（医事薬品の場合は退院処方で準備）

◆栄養食品の場合は購入の方法を家族に説明。数日かかるので余裕を持って

〈診療報酬上の留意点〉

在宅療養指導管理料

栄養剤により下記に分かれる

①在宅寝たきり処置指導管理料 1050点

エンシュア・ラコール等未消化態タンパクを含むもの、半固形注入食

★イルリガードル・シリンジ等注入物品は管理料から準備

★在宅ではなく受診時に交換・管理等を実施する場合は、管理料算定せず、材料等を患者負担で購入する事が可能

②在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2500点：栄養素成分の明らかなもの

⇒（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし未消化態タンパクを含まないもの）を用いた場合のみであり、単なる流動食について鼻腔栄養を行ったもの等は該当しない。

【エレンタール・エレンタールP：ツインライン】

在宅成分栄養経管栄養法栄養管セット加算（月1回）：2000点

注入ポンプ加算（月1回）：1250点

★①と違い、特定保険医療材料の請求は不可

・退院後は調剤薬局でも注入の物品は購入できるところもある

移行先へは診療情報提供書や看護サマリー等で情報提供を行う

6 | ストーマ造設

1. ストーマ造設が必要と判断

主治医より患者・家族に説明

皮膚・排泄ケア認定看護師がいる場合は介入開始

2. 病棟看護師が患者・家族に管理方法を指導

〈病棟看護師が患者・家族の理解度を考慮し行う〉

- ①ストーマについて ②食生活について ③装具の装着方法について ④入浴について
- ⑤日常の皮膚の手入れとスキントラブル ⑥スポーツ、仕事、旅行・外出などについて
- ⑦漏れへの対応

◆困難事例については、皮膚・排泄ケア認定看護師と連携しよう

3. 在宅療養移行に向けて

①患者・家族の特技獲得状況や理解度に合わせて在宅医や訪問看護師導入の検討を行う

②身体障害者手帳の認定申請（いつの時期にどこに行けばよいか）

永久ストーマを造設した人は、部位に関係なくストーマの造設直後より、身体障害者福祉法による障害認定を受けることで、身体障害者手帳を取得することができる
手帳があると補装具の交付、税の免除、鉄道・航空運賃の割引などを受けることができる
※通常は4級、合併する障害の程度により、3級もしくは1級が認定される場合がある

③身体障害者福祉法の日常生活用具交付制度の適用

身体障害者手帳が交付されると、使用するストーマ用品の交付を申請できる

この給付申請に基づいて、市町村から日常生活用具費支給券が交付され、この支給券で、指定業者よりストーマ装具、ストーマ用品、洗腸用具を購入することができる

◆支給額は市町村により支給額の設定が異なるため、各担当窓口で確認を

※多くの場合は、ここに1割の自己負担が課されることが多い

（福祉事務所等で申請）

※ストーマ装具等のすべてを購入できるものではない。あくまで各市町村が設定する限度額内での支給、超える場合はすべて自己負担となる

④障害年金について

障害年金を受給できる場合がある。この障害年金は身体障害者手帳とは別に、社会保険庁または、市区町村から支給される

⑤税金の免除

障害者控除医療費控除（ストーマ装具の購入費用は医療費控除の対象となる）

⑥オストミー協会の紹介（インターネットで検索可能）

4. 必要物品の準備

ストーマの形態、ストーマ周囲の状況（雑などがあるかなど）、周囲の皮膚の状態などにより装具の形態やアクセサリ類の選択を行う

資料

退院支援・退院調整に向けて
京都府内の地域別情報が知りたい

一般社団法人京都府医師会

在宅医療・地域包括ケア サポートセンター のホームページを活用しよう

<http://www.kyoto.med.or.jp/member/support/index.html>

◆医師会員向け情報

- ▶ 京都府訪問看護ステーション協議会会員情報
地域別一覧（24時間対応の有無 小児・精神・難病受け入れ可能かなど）
- ▶ 京都府内地域包括支援センター・京都市内地域包括支援センター
- ▶ 在宅薬剤管理指導可能薬局名簿
- ▶ 京都府歯科医師会（在宅訪問診療可能な歯医者さんが検索できます）
- ▶ 病院連携窓口

◆看護師・ケアマネジャー関係者向け情報

（パスワード問い合わせ必要）

- ▶ 京都府内病院連携窓口検索
- ▶ ケアマネタイムリスト検索

◆各種研修・講座の案内及び申し込み

『あなたらしく生きる』を支える

退院調整と 訪問看護

～病院とわが家をつなげる…かけはし～
～それは、退院調整と訪問看護です～



公益社団法人京都府看護協会
京都府訪問看護ステーション協議会

※ダウンロードできます [京都府看護協会ホームページ](#) → [訪問看護](#) → [退院調整と訪問看護 \(PDF\)](#)

Message

わが家が一番！
あなたのお宅に看護を届けます！

退院支援は、患者さんの人生と一緒に考える看護です。

病気は治らなくても、たとえ寝たきりでも、

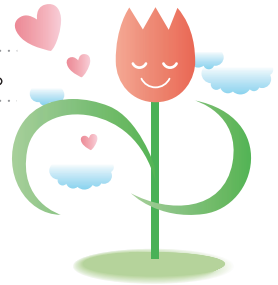
人生を生きる、輝く時間を過ごすことができます。

病院の看護師から、訪問看護師へ…
看護をつなぎます！

あなたは、誰と何処で過ごしたいと願っていますか。

私たち看護師は患者さんに、寄り添って、

退院後の生活をいっしょに考えていきます。



患者Aさん(80歳)

入退院を何度も繰り返しているうちに、病気や年老いて出来なくなることが多くなりました。その生活の工夫を訪問看護師さんにアドバイスしてもらったことで、安心して家で暮らせるようになりました。やっぱり家が落ち着きます。



訪問看護師Bさん

家でご主人を看取った70代のYさん。自宅にこもりがちでしたが、グリーフケア（遺族ケア）訪問で健康相談や夫の思い出話を共有しているうちに、今では以前から趣味としていたお茶のお稽古にも出かけられています。訪問看護をやっていて良かったなあと感じています。



病棟看護師Cさん

「家に帰りた〜んや」と手を合わせる患者さん。主治医から「この状態での退院はまだ無理かな」と言われ、どう対応していいか困っていました。

そんな時、退院調整看護師のサポートを受けて訪問看護ステーションに相談し、在宅医との連携も図れ、退院できることになりました。

一カ月後、家族に見守られ最期を迎えられたと訪問看護師から連絡を受けました。看護のバトンタッチ、その人らしく生きることに寄り添う看護。退院時の患者さんの笑顔は忘れません。



自宅や老人ホーム・ケアハウス・高齢者専用住宅など、家にかわる「生活の場」に訪問看護師は出向くことができます。

退院後の不安定な時期で、疾病管理や療養生活の自立を目指す「移行期訪問看護」、医療依存度の高い小児や難病疾患の患者さんへの在宅医療のサポート、そして最期を生き切る「看取りの看護」を訪問看護にお任せください！

病気や障害があっても、
大人も子どもも「わが家が一番」
病気や老いと向き合いながら
「あなたらしく生きる」を
訪問看護はサポートします。



病棟から 在宅へ

退院後、自宅に戻ったら…

自宅に看護師が行き、看護を提供します！

- ① **症状観察・療養相談・介護相談**
 - ② **医療処置が必要**⇒ストーマ管理・自己注射・創処置・ドレーン管理・
点滴管理（CVポート）・在宅酸素療法・人工呼吸器管理
気管切開・内服管理など
 - ③ **療養生活支援** ⇒自宅療養における生活支援 清潔（入浴・清拭・口腔ケア）・
食事・排泄
 - ④ **リハビリ** ⇒「口から食べたい」嚥下訓練
「寝たきりにならない」筋力低下防止訓練・呼吸リハビリテーション
- 「家に帰って自分でできるかな？」
 - 「自分でできるようになるまでサポートしてほしい」
 - 「自分や家族でできる様になったけれど、定期的に看護師に来てほしい」
 - 入院中のリハビリを、生活場面でも継続したい。
 - 入浴や室内移動を、介護用品等を活用して自立したい。

在宅 ホスピス

『最期まで家で暮らしたい』を支えます！

がん患者さん **老衰の高齢患者さん**

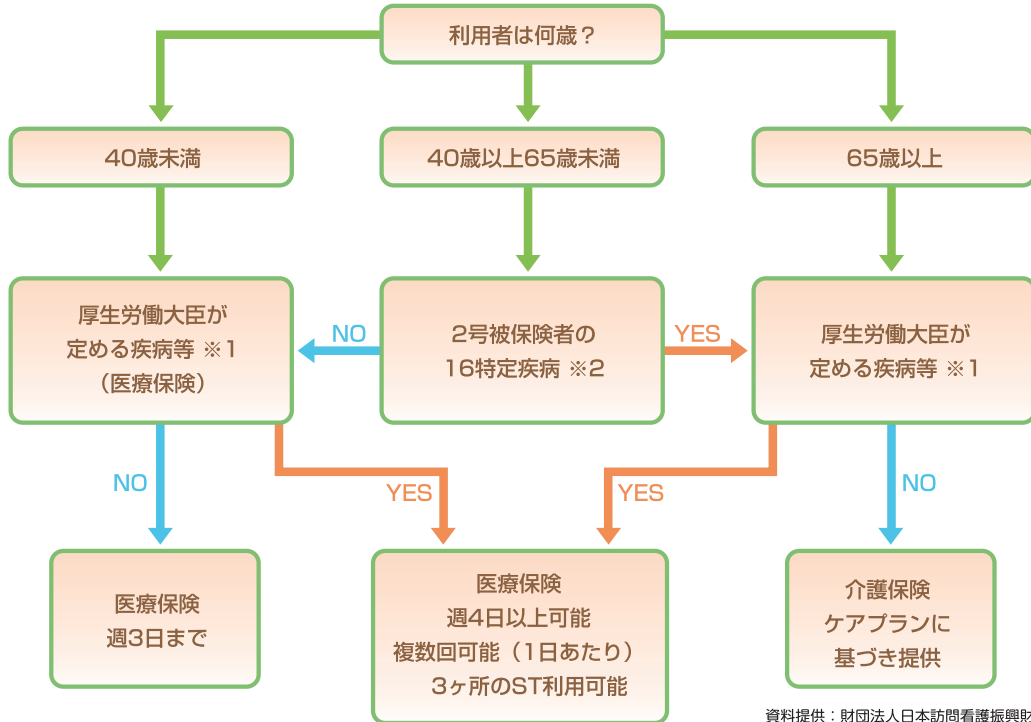
在宅ホスピスは最後まであなたらしく生きる事をそっとお手伝いします。
又、ご家族の心配や不安を365日24時間サポートします。

- ① **訪問看護師は、患者さんの状態を見ながら必要な症状緩和のための方法を主治
医と密に連携して提供します。**
 - ② **点滴・ドレーン類などの医療処置も家族の負担を最小限にサポートします。**
- がん患者さん：医療保険で回数制限なし
 - 老衰の高齢患者さん：「介護保険」「医療保険・特別訪問看護指示書」の併用
 - 在宅医との連携が必須です！⇒かかりつけ医はいますか？

どちらの対象？

介護保険と医療保険

制度（サービス）は活用するためにあります。フルに活用しましょう。



資料提供：財団法人日本訪問看護振興財団

* 状態が悪くなり（急性増悪期）、病状が不安定でひんぱんに訪問看護が必要な方は医療保険で訪問看護を利用することがあります。
* 65歳以上で介護認定を受けていない方は医療保険による訪問看護を利用することができます。

厚生労働大臣が定める疾病等（※1）

- | | | |
|---------------|---|-----------------|
| ①末期の悪性腫瘍 | ⑨パーキンソン病関連疾患
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって、生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る） | ⑪プリオン病 |
| ②多発性硬化症 | ⑩多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群） | ⑫亜急性硬化性全脳炎 |
| ③重症筋無力症 | | ⑬後天性免疫不全症候群 |
| ④スモン | | ⑭頸髄損傷 |
| ⑤筋萎縮性側索硬化症 | | ⑮人工呼吸器を使用している状態 |
| ⑥脊髄小脳変性症 | | ⑯ライソゾーム病 |
| ⑦ハンチントン病 | | ⑰副腎白質ジストロフィー |
| ⑧進行性筋ジストロフィー症 | | ⑱脊髄性筋萎縮症 |
| | | ⑳慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |

厚生労働大臣が定める16の特定疾病（※2）

- | | | |
|--|--------------------------------|------------------------------|
| ①がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る） | ⑥初老期における認知症 | ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症 |
| ②関節リウマチ | ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病 | ⑬脳血管疾患 |
| ③筋萎縮性側索硬化症 | ⑧脊髄小脳変性症 | ⑭閉塞性動脈硬化症 |
| ④後縦靭帯骨化症 | ⑨脊柱管狭窄症 | ⑮慢性閉塞性肺疾患 |
| ⑤骨折を伴う骨粗しょう症 | ⑩早老症 | ⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
| | ⑪多系統萎縮症 | |

※訪問看護業務の手引きより
社会保険研究所出版（平成26年度4月版）

 **利用者さまのページ** 

あなたのかかりつけ医は？

_____ 医院 ・ _____ 病院

連絡先（電話 ☎ _____）

担当医 _____

訪問看護にお願いしたいこと

訪問看護ステーション名 _____

連絡先（電話 ☎ _____）

あなたの願い 家族へのメッセージ

京都府内訪問看護ステーション一覧

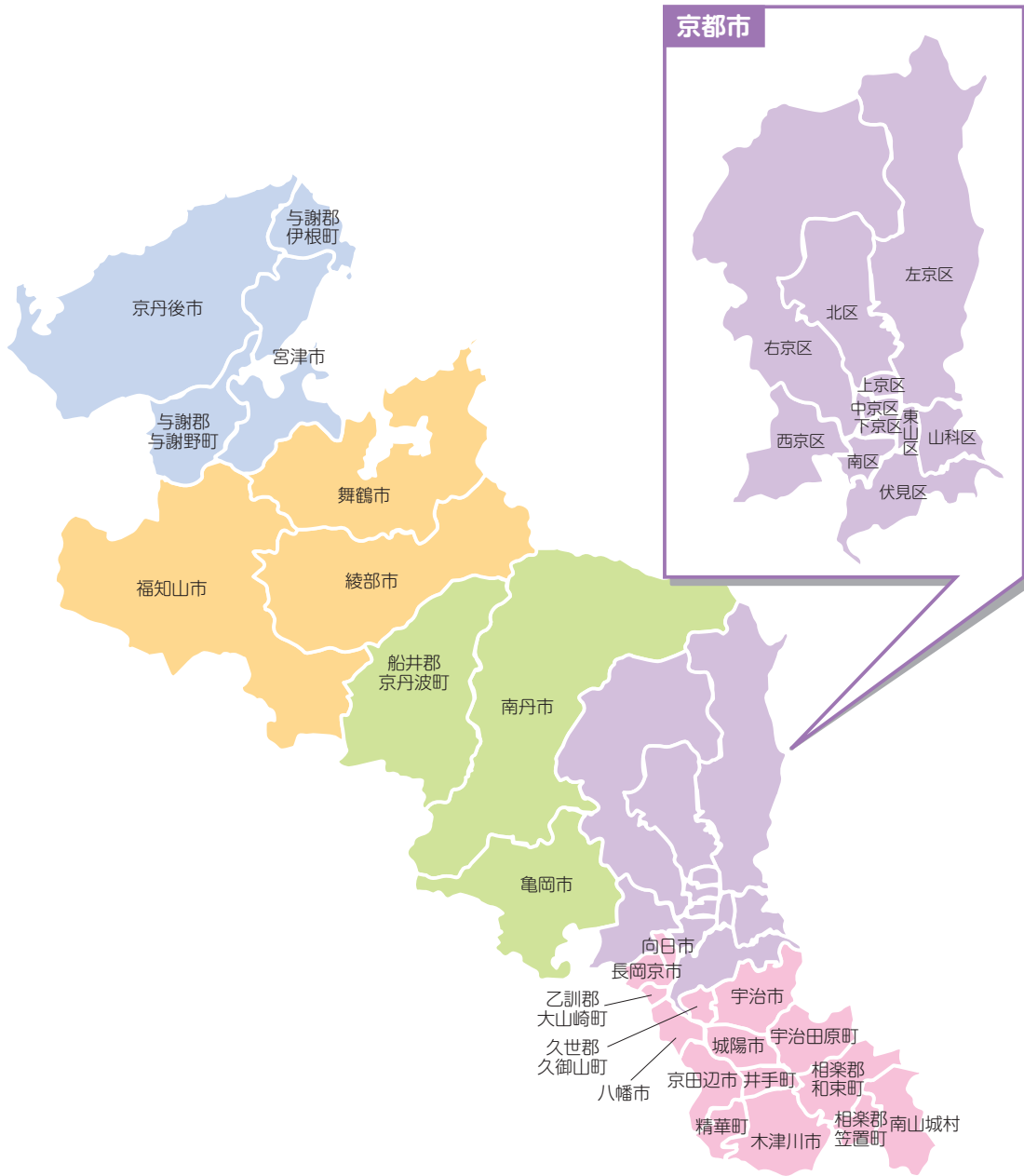
事業所の名称		住	所	電話番号	FAX番号
丹後					
京丹後市	京丹後市久美浜訪問看護ステーション	629-3411	京丹後市久美浜町新谷2371	0772-82-5151	0772-82-1681
	京丹後市立弥栄病院訪問看護ステーション ふれあい	627-0111	京丹後市弥栄町溝谷3452-1	0772-65-3393	0772-65-4674
	公益社団法人京都保健会訪問看護ステーション ゆたかの	627-0005	京丹後市峰山町新町1968番地	0772-69-5151	0772-69-5152
	特定医療法人三青園丹後ふるさと病院訪問看護ステーション	629-3113	京丹後市網野町小浜673番地	0772-72-5055	0772-72-5059
宮津市	公益社団法人京都府看護協会宮津訪問看護ステーション	626-0003	宮津市宇漁師1690番地23	0772-20-2345	0772-22-6122
与謝郡	伊根町訪問看護ステーション	626-0425	与謝郡伊根町字日出646	0772-32-3051	0772-32-3052
	公益社団法人京都府看護協会天の橋立訪問看護ステーション	629-2262	与謝郡与謝町字岩滝2104の2	0772-46-5477	0772-46-4665
	訪問看護ステーション さくら	629-2402	与謝郡与謝町字算所14番地6	0772-44-3987	0772-44-3988
中丹					
舞鶴市	一般社団法人舞鶴医師会訪問看護ステーション はまなす	625-0080	舞鶴市字北吸1055番地の3	0773-63-8826	0773-63-8827
	一般社団法人舞鶴医師会訪問看護ステーション はまなす西	624-0912	舞鶴市字上安481番地	0773-78-2411	0773-78-2424
	舞鶴赤十字訪問看護ステーション	624-0906	舞鶴市字倉谷427	0773-78-2384	0773-78-2385
	公益社団法人京都保健会ふれあいステーション ゆきわり	624-0912	舞鶴市字上安小字水力199番地の29	0773-78-2717	0773-78-2718
	荒木クリニック訪問看護ステーション	624-0823	舞鶴市字京田45番地の2	0773-78-9007	0773-75-9307
	有限会社ピア・サポート訪問看護ステーション	625-0034	舞鶴市竜宮町3番地の18	0773-64-4335	0773-64-4337
綾部市	公益社団法人京都保健会在宅ケアステーション げんき	623-0066	綾部市駅前通1番地	0773-43-1133	0773-43-1222
	綾部市立病院 訪問看護ステーション	623-0011	綾部市青野町大塚20番地の1 綾部市立病院内	0773-43-0238	0773-43-0977
福知山市	医療法人福富士会訪問看護ステーション「コスモス」	620-0054	福知山市末広町1丁目44	0773-23-6366	0773-23-6362
	訪問看護ステーション いわた	620-0987	福知山市鴨野町10番地	0773-33-3155	0773-33-3724
	訪問看護ステーション みわの里	620-1442	福知山市三和町字千束375	0773-58-3101	0773-58-3101
	訪問看護ステーション いすず	620-0324	福知山市大塚町二俣1607	0773-56-9025	0773-56-1983
	ハートケア訪問看護ステーション	629-1304	福知山市夜久野町額田1394-1	0773-37-0033	0773-37-8008
	公益社団法人京都保健会ほっとステーション きぼう	620-0808	福知山市字土1番地	0773-20-4155	0773-20-4156
	医療法人静寿会訪問看護ステーション すまいる	620-0913	福知山市字牧490番地	0773-33-0303	0773-33-0202
訪問看護ステーション ひまわり	620-0301	福知山市大江町河守186番地	0773-56-0101	0773-56-0187	
南丹					
南丹市	医療法人丹医会そのべ訪問看護ステーション	622-0002	南丹市園部町美園町5号8番地の7	0771-63-2903	0771-63-5519
	明治国際医療大学附属訪問看護ステーション	629-0392	南丹市日吉町保野田ヒノ谷6番地の1	0771-72-9010	0771-72-9011
亀岡市	医療法人亀岡病院訪問看護ステーション	621-0865	亀岡市新町1番地の2	0771-25-8100	0771-25-8100
	訪問看護ステーション「亀岡シミズ」	621-0834	亀岡市篠町広田2丁目9番13	0771-25-2308	0771-25-2308
	訪問看護ステーションこころ	621-0834	亀岡市篠町広田1-37-12 メソソH&DIV1階	0771-23-6723	0771-23-6723
	リハ&ナースステーション ami	621-0815	亀岡市古世町向嶋11-57	0771-22-8401	0771-22-8401
	亀岡中央訪問看護ステーション	621-0821	亀岡市篠町柏原久保内1-3	0771-22-7756	0771-22-7767
訪問看護ステーション オリーブ	621-0021	亀岡市曾我町町重利矢折55番地3	0771-21-1877	0771-21-1878	
京都市					
左京区	医療法人社団行徳会訪問看護ステーション たかの	606-8181	京都市左京区一乗寺地蔵本町44-1 ヘルロード高野102	075-703-8665	075-703-0755
	公益社団法人信和会訪問看護ステーション たんぽぽ	606-8201	京都市左京区田中玄京町106の2 田中ビル2F	075-712-9103	075-712-9139
	医療法人社団行徳会訪問看護ステーション 宝ヶ池	606-0085	京都市左京区上高野隣好町10	075-724-6788	075-724-6818
	一般財団法人日本リハビリテーション協会訪問看護ステーション	606-8273	京都市左京区北白川上別当町3番地7 MBCビル2階	075-702-5946	075-702-5979
	稲門会訪問看護ステーション いなほ	606-0017	京都市左京区岩倉上蔵町16番地3	075-711-2209	075-711-2209
	医療法人社団恵心会訪問看護ステーション聖護院	606-8392	京都市左京区聖護院山王町33番地	075-762-1212	075-771-7115
	訪問看護ステーション ゆりかもめ	606-0834	京都市左京区下鴨狗子田町5番5	075-706-0839	075-706-0839
	訪問看護ステーション えいむ	606-8357	京都市左京区聖護院蓮華蔵町29	075-585-5769	075-761-4377
	訪問看護ステーション かんご屋	606-0096	京都市左京区上高野山ノ内町13番地の1 タイエン高野ビル3F	075-701-1882	075-701-1883
	医療法人社団ウエ/診療所訪問看護ステーション ひかり	606-8101	京都市左京区高野藤原町43番地1	075-708-1616	075-708-1617
	訪問看護ステーション ひのき	606-8322	京都市左京区岡崎上江町18-4	075-761-7336	075-761-7338
	カノンしもがも 訪問看護ステーション	606-0807	京都市左京区下鴨京川町36-21	075-724-2974	075-320-2081
	バプテスト訪問看護ステーション しおん	606-8273	京都市左京区北白川山ノ内町47番地	075-277-8282	075-277-8283
	右京区	医療法人社団洛和会訪問看護ステーション 右京山ノ内	615-0071	京都市右京区山ノ内西裏町15番	075-325-5772
公益社団法人京都保健会訪問看護ステーション 太秦安井		616-8071	京都市右京区太秦安井藤ノ木町2番2	075-283-0112	075-283-0115
訪問看護ステーション右京医師会		615-0902	京都市右京区梅津神田町57番地	075-872-1010	075-872-1843
健光園あらしやま訪問看護ステーション		616-8363	京都市右京区嵯峨柳田町36-5	075-882-0450	075-882-0451
社会医療法人太秦病院附属うすまき訪問看護ステーション		616-8152	京都市右京区太秦堀ヶ内町1番地1	075-873-2373	075-862-3773
ステーションイルカ		615-0084	京都市右京区山ノ内山ノ内町15-13	075-323-5623	075-323-5613
訪問看護ステーション「あい24」		616-8363	京都市右京区嵯峨柳田町11番地 エアールハイツ105号	075-871-5433	075-871-5422
訪問看護ステーション 南風		615-0913	京都市右京区梅津南上田町14番地 梅津マンション308号	075-882-0717	075-882-9971
訪問看護ステーション ゆとり		615-0845	京都市右京区西京極末広町6番地 ルミエール西京極217号	075-321-5847	075-313-5402
医療法人社団洛和会訪問看護ステーション 西京極		615-0854	京都市右京区西京極南大入町1番地4	075-325-1362	075-322-7365
訪問看護ステーション にしお		616-8156	京都市右京区太秦西野町15番地35	075-468-6100	075-468-9310
優心訪問看護ステーション		616-8044	京都市右京区花園扇野町22番地7	075-200-7005	075-200-9568
京都市立京北病院訪問看護ステーション		601-0533	京都市右京区京北下中町鳥谷3番地	075-854-7171	075-851-0825
訪問看護ステーション あかり		615-0004	京都市右京区西院下花田町5番地1 レジデンス・オザック508号	075-555-7719	075-555-7719
訪問看護ステーション あき	616-8104	京都市右京区太秦下町181番地 パティナ太秦天神川2階	075-862-1200	075-862-1515	
メッセージナースステーション京都	615-0883	京都市右京区西京極南大入町72 フレ・レガロ西京極1階	075-325-5737	075-325-5738	
独立行政法人国立病院機構訪問看護ステーション うたの	616-8255	京都市右京区鳴滝音戸山町8番地	075-461-5121	075-464-0027	
ケア21訪問看護ステーション び〜す西院	615-0026	京都市右京区西院北矢掛町1番地の11 ボナール館2-C	075-323-6621	075-323-9921	
ピース・トラスト訪問看護ステーション	616-8132	京都市右京区太秦滝ヶ花町20番地の24	075-406-1211	075-406-1335	

* 府内の訪問看護事業所は他にもありますが、下記は平成27年4月現在の協議会入会事業所および看護協会会員施設について掲載しています。

	事業所の名称	住 所	電話番号	FAX番号
北 区	訪問看護ステーション「かくさい」	603-8214 京都市北区紫野雲林院町76番地	075-431-6154	075-431-6164
	医療法人葵会総合ケアステーション	603-8473 京都市北区大宮南山ノ前町36番地1	075-495-2241	075-495-2242
	社会福祉法人京都博愛会訪問看護ステーション はくあい	603-8041 京都市北区上賀茂ケシ山1番地	075-781-2711	075-781-2711
	訪問看護ステーション 春うらら	603-8828 京都市北区西賀茂大栗町6番地	075-495-4078	075-495-4083
	医療法人社団都会訪問看護ステーション にしがも	603-8832 京都市北区大宮南田尻町59番地	075-493-2124	075-493-5584
	訪問看護ステーション 碧い音	603-8364 京都市北区平野桜木町18-1	075-467-3245	075-467-3135
	医療法人三幸会訪問看護ステーション からすましめい	603-8151 京都市北区山下総町5番地1 部落解放センター1F	075-411-9080	075-411-9099
	京さくら訪問看護ステーション 北大路	603-8149 京都市北区小山西上総町45番地2	075-366-6075	075-384-0075
	ナーシングケアホーム おとく	603-8149 京都市北区小山西上総町7番地	075-411-9371	075-411-9372
	医療法人社団行徳会訪問看護ステーション 平野	603-8342 京都市北区小松原南町10番地	075-466-6565	075-466-6560
上 京 区	社会医療法人西陣健康会ほりかわ訪問看護ステーション	602-8382 京都市上京区今小路通七本松西入末之口441番地の1	075-463-0622	075-465-2064
	社会福祉法人京都社会事業財団訪問看護ステーション「西陣」	602-8318 京都市上京区五辻通七本松西入上老松町103-57	075-465-7340	075-465-7331
	公益社団法人京都保健会総合ケアステーション わかば	602-8304 京都市上京区千本通上立売上ル作庵町506	075-451-0001	075-451-1181
	訪問看護ステーション せせらぎ	602-0018 京都市上京区上御堂前町通室町西入玄番町28番地1	075-452-8624	075-452-8641
	訪問看護ステーション そうま	602-8386 京都市上京区御前通今小路下ル南馬喰町911番地	075-463-4315	075-463-4308
	訪問看護ステーション ひすい	602-0898 京都市上京区上御堂通中町西入下ル御堂前町670番地の11 1F 京都市保健101号室	075-746-3377	075-746-3378
	訪問看護ステーション まごのて西陣	602-8205 京都市上京区千本通五辻上ル牡丹鉾町571番地	075-417-1180	075-417-1189
	結ノ歩訪問看護ステーション	602-8054 京都市上京区丁馬町88-1 ロイヤルレジデンス・パイン&ベア401	075-415-2711	075-415-2712
	訪問看護ステーション 太陽	602-8215 京都市上京区元誓願寺通黒門東入寺今町506番地の2	075-200-2364	075-200-2364
	訪問看護ステーション のどか	602-0074 京都市上京区下天神町658番地の2	075-451-6280	075-451-6281
中 京 区	洛和会訪問看護ステーション 府庁前	604-0091 京都市中京区丸太町通西洞院東入梅屋町171番2 町田ビル	075-254-7960	075-254-7961
	康生会柳馬場訪問看護ステーション	604-8113 京都市中京区柳馬場六角下る井筒屋町407番地 シティハウス407.1F	075-212-7266	075-212-7321
	ねこのて訪問看護ステーション	604-0981 京都市中京区御幸町通竹屋町上る見沙門町557-2 ACT-Kビル2F	075-241-1781	075-254-3078
	訪問看護ステーション らくよう	604-0012 京都市中京区衣通通夷川下る野大恩寺町733番地1	075-212-0432	075-212-0463
	医療法人博友会むろまち訪問看護ステーション	604-8165 京都市中京区室町通三条下る烏帽子屋町493番地	075-252-5656	075-252-0055
	訪問看護ステーション 京さくら	604-8272 京都市中京区釜座通三条上る釜座町21番地2	075-254-3010	075-254-3013
	くつろぎ訪問看護ステーション	604-0082 京都市中京区西洞院通上る見沙門町397-2 二条城東グラウンド101F	075-231-3131	075-231-3121
	訪問看護ステーション すばる	604-8454 京都市中京区西ノ京小堀池町4-2 ルネ・ニッセイコーポラス301	075-406-1341	075-406-1341
	訪問看護ステーション とわ	604-8433 京都市中京区西ノ京北小路町17-2	075-802-5211	075-802-5233
	洛和会訪問看護ステーション 壬生	604-8852 京都市中京区壬生東大竹町44番地の1	075-803-1552	075-803-1553
下 京 区	かなえるリハビリ訪問看護ステーション 都	604-8371 京都市中京区御池通神泉苑西入神泉苑町1-11 コマ・ビル3階	075-803-0536	075-803-0537
	訪問看護ステーション アドナース壬生	604-8846 京都市中京区壬生西櫓町3番地の1	075-874-3904	075-874-3948
	訪問看護ステーション デュンニ条	604-8412 京都市中京区西ノ京南聖町7-17 南聖町テナント	075-801-6001	075-801-6002
	医療法人回生会訪問看護ステーション かいせい	600-8814 京都市下京区中堂寺庄ノ内町8番地の1	075-323-2585	075-323-2585
	訪問看護ステーション みなみ	600-8876 京都市下京区西七条中野町8番地 七条御前公園402号	075-312-0062	075-312-0068
	医療法人社団洛和会訪問看護ステーション 四条鉾町	600-8461 京都市下京区仏光寺通油小路東入木賊山町165番地	075-353-8878	075-353-8883
	訪問看護ステーション こもれび	600-8844 京都市下京区朱雀裏畑町73	075-313-0502	075-313-0511
	訪問看護ステーション 虹	600-8302 京都市下京区蛭子町136-1	075-354-7277	075-354-7278
	ケアサポート 京	600-8355 京都市下京区来迎堂町713番地1	075-803-6361	075-803-6362
	医療法人稲門会訪問看護ステーション こくーる	600-8411 京都市下京区烏丸通四條下る水鏡屋町628番地の1 フクヤビル5階	075-353-8741	075-353-8707
西 京 区	社会福祉法人京都社会事業財団訪問看護ステーション「桂」	615-8256 京都市西京区山田平尾町17番地	075-393-6957	075-393-6957
	医療法人弘正会訪問看護ステーション 秋桜	615-8231 京都市西京区御陵溝浦町21番地の7	075-393-7558	075-393-7559
	医療法人清仁会訪問看護ステーション「シミズ」	610-1106 京都市西京区大枝香掛町13番地の222 野中ビル4F	075-332-0032	075-332-0024
	指定訪問看護ステーション「ケアネットよしだ」	615-8004 京都市西京区桂畑ケ田町102	075-391-8525	075-874-4224
	リゅうじん訪問看護ステーション 京都	615-8085 京都市西京区桂千代原町12-8	075-874-4560	075-874-4494
	訪問看護ステーション アドナース	610-1146 京都市西京区大原野西境町二丁目14番地6 ビソ・シエ境谷	075-925-7212	075-925-7237
	訪問看護ステーション ひなた	615-8051 京都市西京区牛ヶ瀬西柿町70番地	075-203-7302	075-203-7302
	訪問看護ステーション さくら	615-8282 京都市西京区松尾大利町15-10-2	075-393-4321	075-393-4321
	公益社団法人京都保健会吉祥院訪問看護ステーション	601-8314 京都市南区吉祥院井ノ口町43番地	075-661-7319	075-661-7395
	京都九条病院訪問看護ステーション・مام	601-8454 京都市南区唐橋経田町16 メディナ唐橋1F	075-661-3820	075-661-3835
南 区	十条訪問看護ステーション	601-8107 京都市南区上烏羽南唐戸町7番地 kビル1階表・中号	075-671-2415	075-671-2435
	訪問看護ステーションユニネット・まちかど	601-8437 京都市南区西九条比永城町11-5	075-692-3183	075-692-3189
	社会福祉法人京都福祉サービス協会訪問看護ステーション はたとあすな	601-8449 京都市南区西九条大國町48番地の2	075-694-1915	075-662-3011
	訪問看護ステーション いっぽ	601-8438 京都市南区西九条東比永城町33番地	075-691-0319	075-748-6018
	訪問看護ステーション 開く	601-8439 京都市南区西九条開ケ町202番地の1	075-644-9914	075-644-9797
	さんさんリハビリ訪問看護ステーション	601-8321 京都市南区吉祥院西定成町16番地 第2峰本マンション1F	075-574-7813	075-574-7814
	公益社団法人信和会訪問看護ステーション どんぐり	605-0971 京都市東山区今熊野柳ノ森町7番地14	075-561-6367	075-561-6366
	訪問看護ステーション かけはし	605-0812 京都市東山区東大路通松原上ル4丁目見沙門町37-6	075-468-8872	075-468-8873
	訪問看護ステーション かんのみ	605-0877 京都市東山区岩谷通本町東三丁目上新シ町382-3 11東山103号室	075-531-2028	075-531-2108
	医療法人社団洛和会訪問看護ステーション 21	607-8115 京都市山科区小山北林町1番1	075-595-9821	075-595-9820
山 科 区	医療法人社団洛和会訪問看護ステーション 勤修	607-8163 京都市山科区柳辻東濃27 SUN-YOUI1F	075-582-4630	075-582-4631
	一般社団法人愛生会訪問看護ステーション	607-8086 京都市山科区竹鼻四丁野町23番地の18	075-595-2505	075-595-2505
	訪問看護ステーション すずらん	607-8183 京都市山科区大宅辻協町5番地 サンフーラ山科102	075-592-6428	075-592-6429
	公益社団法人信和会訪問看護ステーション ひまわり	607-8258 京都市山科区小野西浦68番地8 レジデンス1階奥	075-575-5570	075-575-5571

	事業所の名称		住 所	電話番号	FAX番号
伏見区	医療法人医仁会おもいやり訪問看護ステーション	601-1434	京都市伏見区石田森南町9番地	075-574-1621	075-574-1622
	一般社団法人伏見医師会訪問看護ステーション しらゆり	612-0046	京都市伏見区深草大亀谷八島町13番地	075-647-1231	075-647-1232
	蘇生会訪問看護ステーション	612-8248	京都市伏見区下鳥羽上三栖町134番地	075-611-7135	075-611-7135
	医療法人社団育生会訪問看護ステーション ふかくさ	612-0029	京都市伏見区深草西浦町8丁目15番地	075-645-5450	075-645-5455
	医療法人社団高安医院訪問看護ステーション 神川	612-8456	京都市伏見区中島中道町75番地	075-644-5010	075-644-5015
	社会医療法人岡本病院(財団)訪問看護ステーション ふれあい	612-8083	京都市伏見区京町9丁目50番地	075-603-7643	075-622-5567
	洛和会訪問看護ステーション 桃山	612-8006	京都市伏見区桃山町大島38-528	075-622-3073	075-622-2182
	ふじのもり訪問看護ステーション	612-0877	京都市伏見区深草借坊町41	075-646-5377	075-646-5379
	訪問看護ステーション「ひだまり」	613-0911	京都市伏見区淀津町197-1 エイジングコート淀城公園1階	075-631-8707	075-631-8720
	社会医療法人弘仁会訪問看護ステーション おおしま	612-8034	京都市伏見区桃山町泰長老110-1	075-601-7113	075-605-6326
	訪問看護ステーション ケアネットすばる	612-0031	京都市伏見区深草池ノ内町7番地15	075-646-3631	075-646-3632
	医療法人社団高安医院あゆみ訪問看護ステーション	612-8072	京都市伏見区丹波橋町914	075-605-0632	075-605-3312
	訪問看護ステーション あおぞら 京都	612-8311	京都市伏見区奈良屋町408 香珠マンション303	075-748-7355	075-604-5717
	訪問看護ステーション こころの木	612-8154	京都市伏見区京町9丁目101番地の1	075-922-5272	075-601-2737
	メディケア・リハビリ訪問看護ステーション 京都	612-8226	京都市伏見区桃山町金井戸島3番地の8	075-604-6044	075-604-6045
	訪問看護ステーション アソシア	612-0844	京都市伏見区深草大亀谷東古御香町33番地TORONTO HOUSE101	075-748-8381	075-748-8382
	訪問看護ステーション デューン京都	612-8414	京都市伏見区竹田段川原町236番地 竹田駅前第一ビル403号	075-646-5610	075-646-5611
	訪問看護ステーション 伏見	612-8365	京都市伏見区車町297番地ピア車町2階	075-748-8372	075-748-8372
	まるお訪問看護ステーション	601-1375	京都市伏見区醍醐高畑町30番地の1 パセオダイゴロ-西館2F	075-585-8603	075-585-8602
	訪問看護ステーション こすもす	612-0881	京都市伏見区深草稲荷御前町90番地 西クリックビル2階・3階	075-641-6251	075-643-0781
訪問看護ステーション あじさいのもり醍醐	601-1435	京都市伏見区石田桜木21-30 T's桜木	075-575-3330	075-575-3331	
医療法人松寿会共和病院訪問看護ステーション	601-1378	京都市伏見区醍醐川久保町30	075-573-2122	075-573-0517	
山城					
向日市	医療法人回生会訪問看護ステーション 第二かいせい	617-0001	向日市物集女町中海道19番地の5	075-934-6886	075-934-6886
	訪問看護ステーション むこうまち	617-0002	向日市寺戸町東野辺24-1	075-925-0808	075-925-2828
	てらど訪問看護ステーション	617-0002	向日市寺戸町西田中瀬19-3	075-922-5033	075-922-5034
長岡京市	京都府済生会訪問看護ステーション	617-0814	長岡京市今里南平尾10番8	075-956-9461	075-956-9461
	訪問看護ステーション アゼリア	617-0843	長岡京市友岡4丁目20番15号	075-957-6174	075-957-6172
	医療法人総心会訪問看護ステーション「ふれあい」	617-0826	長岡京市開田4丁目9番12号	075-955-1221	075-955-1224
	千春会訪問看護ステーション	617-0826	長岡京市開田2丁目12番15号	075-958-6400	075-958-2705
	あいケア・コミュニティ訪問看護ステーション	617-0844	長岡京市調子1丁目19番22号	075-959-1050	075-959-1051
	訪問看護ステーション きりしま	617-0823	長岡京市長岡2丁目3-32	075-959-1122	075-959-0734
乙訓郡久世町	洛和会訪問看護ステーション 大山崎	618-0091	乙訓郡大山崎町明栄1丁目26-3 ミッド・トッジョール102号	075-958-6911	075-958-6922
	医療法人八仁会「あおぞら」訪問看護ステーション	613-0043	久世郡久御山町島田堤外31番地の24	075-631-8860	075-631-8986
八幡市	医療法人社団聖会訪問看護ステーション 梨の里	614-8036	八幡市八幡柿木垣内25-1	075-982-0125	075-982-0208
	美杉会訪問看護ステーション 男山	614-8366	八幡市男山泉19	075-972-2661	075-972-2661
	八幡市訪問看護ステーション やまばと	614-8365	八幡市男山金振24番地1	075-982-8000	075-982-8899
	栄仁会訪問看護ステーション おうぼく	611-0011	宇治市五ヶ庄戸ノ内7番地の25	0774-31-6464	0774-31-6528
宇治市	社会医療法人岡本病院(財団)訪問看護ステーション ひまわり	611-0025	宇治市五ヶ庄新開9-1 宇治アロームI103号室	0774-46-1711	0774-46-2213
	医療法人仁心会訪問看護ステーション うじがわ	611-0042	宇治市小倉町老ノ木31	0774-20-7941	0774-20-7941
	医療法人徳洲会宇治徳洲会訪問看護ステーション	611-0041	宇治市横島町石橋145	0774-20-3222	0774-20-3222
	医療法人社団一心会訪問看護ステーション とくら	611-0021	宇治市宇治山本27番地	0774-22-4520	0774-22-4520
	医療法人和松会訪問看護ステーション「まごころ24」	611-0001	宇治市六地蔵奈長町9番地	0774-33-1721	0774-33-1708
	一般社団法人宇治久世医師会訪問看護ステーション	611-0021	宇治市宇治戸の内32-2 ユニチカ社員倶楽部内	0774-24-2840	0774-24-2840
	有限会社メンタルサポーター	611-0011	宇治市五ヶ庄寺界道80番地	0774-33-8578	0774-32-8590
	訪問看護ステーション 絆	611-0002	宇治市木幡西浦34番地4	0774-66-1795	0774-66-1796
	ケア・アルファ訪問看護ステーション	611-0011	宇治市五ヶ庄新開9-1 宇治アロームI103号室	0774-33-8914	0774-66-5262
	訪問看護ステーション ふくろう	611-0041	宇治市横島町大川原35-5	0774-25-2050	0774-25-2160
	宇治病院訪問看護ステーション	611-0011	宇治市五ヶ庄芝ノ東28-3	0774-32-7007	0774-32-7036
	訪問看護ステーション 八口	611-0033	宇治市大久保町平盛28-9 ノースヒルズ101号室	0774-41-1225	0774-41-1245
	訪問看護 はーとステーション	611-0031	宇治市広野町中島33-2 コージースクエア・広野207号	0774-66-7770	0774-66-7771
訪問看護ステーション かぐら	611-0042	宇治市小倉町神楽田14-1 ジュネス神楽田5F	0774-25-5151	0774-25-5161	
城陽市	医療法人正信会訪問看護ステーション ゆりかご	610-0121	城陽市寺田垣内後43番地の10	0774-56-6730	0774-56-6731
	医療法人啓信会訪問看護ステーション きつ川はろー	610-0101	城陽市平川西六反46番地1	0774-52-0086	0774-52-2016
	公益社団法人京都府看護協会南京都訪問看護ステーション	610-0113	城陽市中芦原11	0774-54-7273	0774-54-7275
京田辺市	医療法人社団石鏡会訪問看護ステーション やすらぎ	610-0313	京田辺市三山高飛35-1 サザンネス三山木1階A-2号室	0774-63-5276	0774-63-5523
	栄仁会訪問看護ステーション 京たなべ	610-0361	京田辺市河原受田46番1	0774-68-4086	0774-68-4086
	緩和ケア訪問看護ステーション 架け橋	610-0313	京田辺市三山木柳ヶ町17番4	0774-63-0331	0774-63-0342
木津川市	(医)健和会訪問看護ステーション いずみ	610-0222	木津川市相楽城下100-1	0774-73-0169	0774-73-3279
	栄仁会訪問看護ステーション そうらく	619-0214	木津川市木津上戸60-1 吉田ビル2階	0774-72-1211	0774-72-1211
	訪問看護ステーション「スターライフ」	619-0221	木津川市吐野野間11-1	0774-73-4880	0774-73-4882
	訪問看護ステーション あじさい	619-1154	木津川市加茂町駅東4丁目1番地3	0774-76-0234	0774-76-8461
	訪問看護ステーション こころ	619-0222	木津川市相楽城西71番地1 クラシティビル山田川216号	0774-66-4704	0774-66-4704
綴喜郡相楽郡	訪問看護ステーション かおり	610-0255	綴喜郡宇治田原町大字郷之口小字本町10番地1	0774-88-6451	0774-88-6452
	訪問看護ステーション 笑	619-0241	相楽郡精華町祝園一丁目15番地4	0774-26-2018	0774-26-5040

※上記の表の色分けは次頁の地図と連動しています。



公益社団法人 京都府看護協会

〒606-8111 京都市左京区高野泉町40-5

TEL 075-723-7195

<http://www.kyokango.or.jp>

| 作 | 成 | 者 |

在宅移行支援事業協議会委員

宇都宮 宏子 在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス 代表
空閑 みゆき 恩賜財団 済生会京都府病院 入退院支援センター 退院支援看護師
阪本 君代 淀川キリスト教病院 療養支援課 主任
團野 一美 訪問看護ステーションひなた 管理者 訪問看護認定看護師
光本 かおり 京都府立医科大学附属病院 地域医療連携室 副看護師長
吉岡 春美 社会医療法人 岡本病院 (財団)
訪問看護ステーションひまわり 管理者

| 協 | 力 | 者 | ・ | 協 | 力 | 団 | 体 |

濱戸 真都里 緩和ケア訪問看護ステーション架け橋 緩和ケア認定看護師
足立 千恵子 在宅療養支援診療所 川村クリニック 看護師長
下條 美佳 恩賜財団 済生会京都府病院 摂食・嚥下障害看護認定看護師
中島 輝美 京都府立医科大学附属病院 新生児集中ケア認定看護師
徳田 幸子 京都府立医科大学附属病院 周産期診療部NICU 新生児専門医
中村 昌恵 社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院
看護管理室 教育担当科長

京都府訪問看護ステーション協議会

発行元 公益社団法人京都府看護協会

2012年 3月 初版発行
2012年10月 第2版発行
2015年 7月 第3版改定
発 行 公益社団法人 京都府看護協会
制作・印刷 為国印刷株式会社

本書の無断複写は、著作権法上での例外を除き、禁じられています。



公益社団法人 京都府看護協会

〒606-8111 京都市左京区高野泉町40-5

TEL 075-723-7195

<http://www.kyokango.or.jp>