AICHI NURSING ASSOCIATION

訪問看護の活用のしかた

訪問看護は
安心の２４時間サポート

私たちは
良質な看護とまごころで
利用者の方とご家族の
生活を守ります。

健康であること、
幸福であること、
そのための看護。

公益社団法人 愛知県看護協会

はじめに

我が国は、超高齢社会を迎え、疾病や障がいをもちながら地域で生活する人が年々増加してきています。住み慣れた地域で「その人らしい生活」を目指し、在宅療養生活を支援する訪問看護へのニーズは今後ますます高まると考えられます。

訪問看護活用のパンフレットは、地域で療養生活を送る方々に訪問看護をより一層ご理解していただき、気軽にご相談やご利用をしていただくことを目的に、作成しました。

訪問看護は、医療保険制度と介護保険制度の中で運営されており、在宅療養生活を支援するサービスです。訪問看護がどのような方に必要であり具体的に何をしてもらえるのかなど様々な質問も聞かれます。パンフレットにはこういった質問等に答えられるよう事例を添付して分かりやすく記載しました。

是非、このパンフレットを病院（施設）で退院支援をされている看護師やMSW(相談員)の方々、地域のケアマネジャーの方々にご利用いただき、訪問看護の必要性や活用方法などの説明にお役立て頂きたいと思っております。

これからもこのパンフレットが活用され、各関係者間の連携・ネットワークの推進に結び付き、ご本人・ご家族が地域で安心して生活を送ることができるよう切に願っております。

公益社団法人　愛知県看護協会
（編集　訪問看護推進委員会）

目　次

はじめに

Ⅰ．訪問看護の対象と活用のタイミング　・・・

Ⅰ．　訪問看護の対象と活用のタイミング

―このようなとき、訪問看護をご利用ください―

１．こんな病気・こんな状態の人

（1）入退院を繰り返している（糖尿病、心不全、肺炎や尿路感染など）

入退院を繰り返している原因を考え、生活・療養環境を整えます。
入院中に医師や看護師などから指導されたことが、自宅で行えるかどうか不安や心配に思っている時に、自宅で再度指導します。

（2）がんの治療や病状の進行による苦痛・不安などがある

がんによる
◆症状や療養生活に不安が強い人
◆痛みや食欲不振など苦痛が強い人
（治療や通院をしている人も対象です）に対して
ご本人やご家族の訴えを聞き、不安や苦痛の原因を探り、症状が緩和するように、医師と連携しながら対応方法を考え、助言等を行います。

早期から訪問看護師が関わることで、状態の変化に対応することができます。また、末期状態でも、在宅療養が継続できるよう支援します。

（3）認知力の低下や認知症がある

◆物忘れ等の認知力の低下症状などでお困りの人
に対して、症状の出現する原因（病的、薬の副作用など）を探り、対応方法を助言します。

◆認知症の人の BPSD（行動・心理症状）の対応に困っている人
に対して、服薬や対応方法を探り、症状の緩和やご家族の負担が軽減できるように、医師やサービス関係者と連携して支援します。

認知症の症状によって専門医へ受診ができるように支援します。

（4）精神障がいなどで不安や不眠がある

◆うつ病や統合失調症などの疾病を持ち、生活に支障がある人
に対して、かかりつけ医と連携し、症状に伴う苦痛などを聞き、具体的な生活方法を一緒に考えます。

精神障がいを持つご家族の負担は大きいため、軽減を図るため精神面なサポートを行ったり利用できるサービスなどを一緒に考え助言します。

（5）嚥下機能が低下している

認知症や脳卒中等で麻痺のある人は、嚥下機能の低下による誤嚥の危険性が高く、誤嚥によって肺炎を引き起こす可能性があります。

◆飲み込めない
◆のどにつかえる
◆むせる（むせないで誤嚥している場合もあります）

などの症状に対して、誤嚥を防ぐため舌の動きを見ながら咀嚼機能などを総合的にアセスメントして

- 口腔ケア
- 嚥下訓練をして嚥下機能を高める
- 正しいポジションでの食事介助方法
- 食材の選択や形態など食事作りの工夫

について助言や実施を行います。

必要時ヘルパーさんが安心・安全に食事介助できるよう助言等も行います。

（6）栄養状態が良くないので改善したい

◆食事量や食欲の低下により健康状態や栄養状態に不安
◆急な体重の減少などが心配

このような状態に対して原因を探り、対応方法について一緒に考え助言や栄養管理を行います。

医師の指示にて持続点滴などの管理を行う場合もあります。

（7）脱水症状がある、または脱水状態になりそう

◆発熱や嘔吐、下痢症状の人
◆高齢者（のどや口の渇きを自覚しにくく、水分摂取量が減少する）
◆排尿回数が少ないなど脱水になりそうな人

に対して水分摂取を促し、環境を整えるなど、脱水症状を予防します。

医師の指示にて点滴なども行います。

（8）発熱・微熱がある

感染症、悪性腫瘍（がん）、血液疾患、膠原病、脳出血、脳腫瘍、外傷や神経症など発熱や微熱の原因は様々です。

発熱や微熱の経過、熱型を把握して、その対処方法を助言したり実施します。

治療等が必要な人は、医師の指示にて対応します。

(9)痛みや不快な症状(嘔気・嘔吐など)がある

◆痛みに対して

痛みによっては、日常生活を送ることが困難となる場合もあります。

- 痛みの程度、原因の確認
- 鎮痛剤の効果や副作用など

◆不快な症状がある人には、

- 嘔気、嘔吐など不快症状の原因を確認

これらの症状緩和方法を一緒に考えたり、医師の指示にて治療を継続できるように支援します。

また、吐物による窒息の危険がある場合、予防方法の助言や処置を行います。

(10)排泄で困っている(便・尿失禁・便秘・下痢・排尿困難など)

◆便秘や下痢でうまく排便コントロールができない人

内服状況や食事内容などの確認や必要があれば浣腸や摘便を行い、排便を促します。

◆便や尿の失禁で困っている人

◆頻尿や残尿感など排尿障害で困っている人

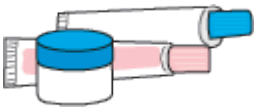
◆尿路感染で発熱を繰り返して困っている人

訴えの確認や症状の原因を探り、対応方法の助言や医師の指示にて処置を行います。

(11)褥瘡(床ずれ)がある、発生する危険がある

寝たきり状態や麻痺などで身体が不自由な人は、褥瘡（床ずれ）が発生する危険性があります。

- 栄養状態
- 皮膚の状態を観察
- 安楽な体位



を総合的にアセスメントして褥瘡の発生を予防したり、医師の指示にて処置等を行います。

(12)皮膚トラブルがある、または予防したい

皮膚のトラブル等で処置が必要な人に対して

- あせもやおむつかぶれ
- 疥癬
- 類天疱瘡やヘルペスなど

原因を探り予防や処置方法を助言したり処置等を行います。

2. 医療処置などの継続が必要な人

(1)医療処置を継続する必要がある

◆経鼻、胃ろう、膀胱留置等各種カテーテル
◆点滴や吸引
◆在宅酸素や人工呼吸器などの医療機器
◆インシュリンの自己注射など

上記のような医療機器や各種カテーテルの管理や関連する処置を実施します。また、ご本人やご家族に対して指導なども行います。

退院後（外泊時）、処置の継続が必要な場合には、入院先の医療機関職員と共同して、在宅への移行に向けて支援することができます。

入院中に在宅療養に備えて、外泊練習をされる人には、医療保険を適用して訪問看護を提供することができます。

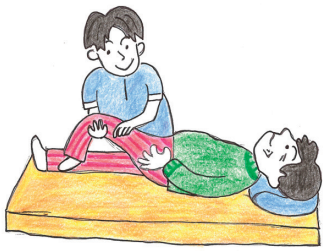
安心して療養生活を送っていただけるよう、24 時間連絡（対応）体制を整備している訪問看護ステーションでは、緊急時には夜間や休日でも対応します。

(2)服薬管理ができないので一緒に管理してほしい

◆認知力の低下による飲み忘れなどがある
◆薬の量の調整・確認が必要など

薬の効果・副作用の観察や確認を行ったり、飲み忘れに対して、どのようにしたら服用できるかなど、ご本人に合った服薬方法を一緒に考え、助言したり管理します。

(3)リハビリが必要・リハビリを希望する



体力の低下や麻痺などで

◆歩行が不安定
◆転倒する危険がある
◆関節痛や拘縮などにより、体の動きに制限がある

このような状態の人に看護師等が、日常の生活動作上(入浴・食事・排泄・移動・整容等）不自由な動作に対して、具体的な動作方法や改善点を一緒に考え、福祉用具・環境整備の提案をします。

◆公共交通機関や公共施設などの社会生活拡大目的のための同行訓練
◆関節可動域訓練、ストレッチ、筋力訓練などリハビリの継続

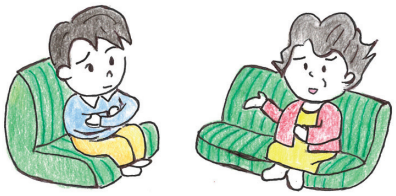
ご本人やご家族に方法を助言、実施します。

訪問看護ステーションによっては、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の職員が在籍している場合もあります。

提供者および内容はご相談・ご確認下さい。

３．家での療養生活に不安のある人やその家族

（1）療養生活に不安がある（外泊や退院時も含む）



家で療養生活を送るご本人およびご家族で、

◆病状の変化などに不安がある
◆外泊や退院後の療養生活に不安がある
◆病気のことで困ったときなど相談にのってほしい

このような方に対してご本人やご家族から話を聞き、不安などの原因解決に向けて助言や調整などをおこないます。

入院前の生活の変化を把握して、療養生活のイメージができるように支援します。

外泊や退院直後から、健康状態を観察して、主治医や薬剤師、ケアマネジャーなどと連絡を取り、必要に応じて助言や調整および処置を実施します。

ご家族に対して、必要な介護療養指導を行い、療養生活が送れるように支援します。

外泊や退院後の療養を含む生活全体の問題を想定して早い段階から病院関係者と連携（退院時カンファレンスの参加）し、ケアなどを引き継ぎます。

（2）通院が困難、受診のタイミングがわからない、在宅での主治医が不在

◆病状の変化などに不安を抱えながら通院をしている人
◆どんな状態の時に受診をしたらよいかわからない人
◆ADL が低下し病院に行くことができない人

など療養中の不安等についてご本人やご家族と一緒に考え、主治医と連携しながら在宅での療養生活を支援します。受診の時期がわからないときなどの相談に応じます。

訪問看護の利用を希望される人で在宅での主治医がいない場合、相談に応じます。

訪問看護は、通院の可否にかかわらず、
在宅での療養生活を送る上で支援が必要な人で、訪問看護の提供が必要と判断された場合に実施できます。
訪問看護が利用できるかわからないとき、
お気軽に訪問看護ステーションにご確認ください。

（3）療育支援を必要とする乳幼児、小児

◆小児慢性特定疾患などで医学的管理が必要
◆療育に対して不安に思っている

などに対して相談に応じ一緒に考え支援します。
主治医と連携しながら症状が安定し自宅で過ごせるよう支援します。
成長過程における就学など、学校や地域との連携も図っていきます。

（4）自宅で最期まで過ごしたい

がんや老衰など、様々な病気をかかえている方々が住み慣れた自宅で最期まで過ごせるように支援します。
今後、起こりうる症状を予測して対応します。
状態により主治医を含め地域の介護サービス担当者と連携しながら支援します。

4．法令等で訪問看護が可能な疾病

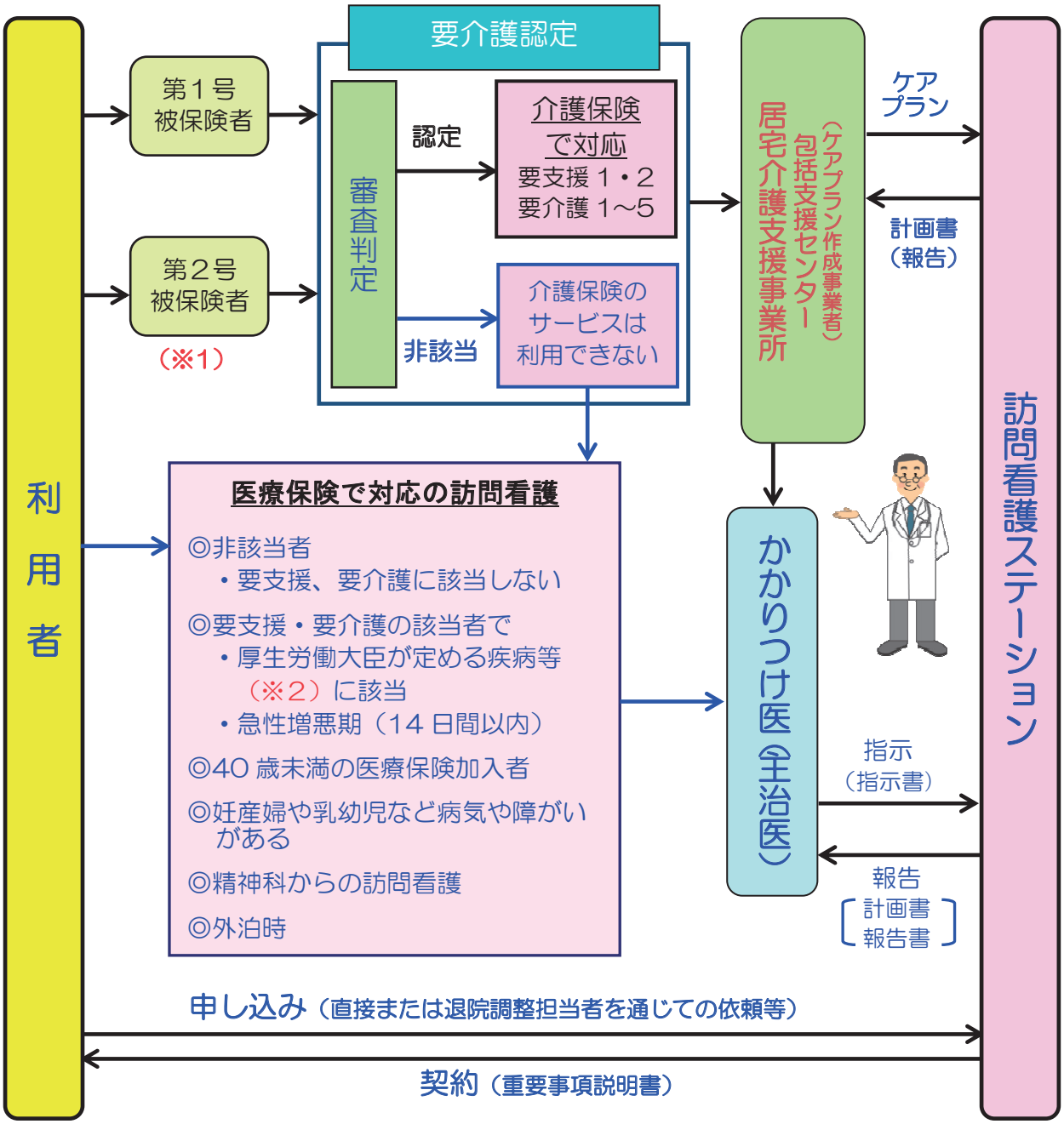
（※1）介護保険法施行令第２条に定める特定疾病
（40 歳以上で介護保険申請が可能な疾病）

（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）
（２）関節リウマチ
（３）筋萎縮性側索硬化症
（４）後縦靭帯骨化症
（５）骨折を伴う骨粗鬆症
（６）初老期における認知症
（７）進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
（８）脊髄小脳変性症
（９）脊柱管狭窄症
（10）早老症
（11）多系統萎縮症
（12）糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
（13）脳血管疾患
（14）閉塞性動脈硬化症
（15）慢性閉塞性肺疾患
（16）両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

（※2）厚生労働大臣が定める疾病（平成２４年４月１日から適用）

（1）末期の悪性腫瘍
（2）多発性硬化症
（3）重症筋無力症
（4）スモン
（5）筋萎縮性側索硬化症
（6）脊髄小脳変性症
（7）ハンチントン病
（8）進行性筋ジストロフィー症
（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））
（10）多系統萎縮症
（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症およびシャイ・ドレーガー症候群）
（11）プリオン病
（12）亜急性硬化性全脳炎
（13）ライソゾーム病
（14）副腎白質ジストロフィー
（15）脊髄性筋萎縮症
（16）球脊髄性筋萎縮症
（17）慢性炎症性脱髄性多発神経炎
（18）後天性免疫不全症候群
（19）頸髄損傷または人工呼吸器を使用している状態及び急性増悪期の場合

Ⅱ．　訪問看護サービスの流れ



＊　第１号被保険者（　６５歳以上　）
＊　第２号被保険者（　４０歳以上　６４歳以下の医療保険加入者で
　　16 特定疾病（※1）の診断を受けた者　）

（※１）（※２）の疾病内容は前ページに記載してあります。

Ⅲ．事　例

事例１　「心不全で入退院を繰り返していたＡさんへの支援」

Ａさん：７０歳代女性　慢性心不全・要支援１・長男と２人暮らし

Ａさんは、心不全で入退院を繰り返すため、病院の看護師やケアマネジャーから訪問看護の利用を勧められ、訪問看護の利用を開始しました。

初回訪問時Ａさんは、「入院すると体調は良くなるけど、家に帰るとすぐに調子が悪くなる。」「お薬が沢山あって大変。」「家事をすると疲れやすい。でも働いている息子のためにはちゃんと食事を作ってあげたい。」とお話しをされていました。自宅での過ごし方に心不全悪化の一因があるのではないかと考え、日常生活動作や生活環境を確認させてもらいました。結果、入浴は熱めのお湯に10分以上つかる、買い物袋を片手で持って歩く、膝をついて床拭きをするなど、心臓に負担がかかる動作をされていることが分かりました。また、内服薬の残数にばらつきがあることも分かりました。

訪問看護師として、心不全を悪化させる要因や予防方法、悪化徴候を示す症状の説明をしたり、Ａさんが「いつもと違う、何かがおかしい。」と感じた時に相談や受診ができるような関わりや支援を行いました。また、主治医や薬剤師と連携し、内服薬の一包化や日付の記入など工夫を行い、Ａさんが内服しやすいようにしました。

Ａさんがこれまで担っていた役割を継続できるように、心臓に負担をかけない家事の方法や自宅での過ごし方についてもアドバイスを行いました。

訪問看護を利用したことで、Ａさんは、体調管理や心不全悪化防止のための行動がご自身でとれるようになりました。その結果、これまで担ってきた役割を継続しながら、自宅での療養生活を維持できるようになりました。

＜訪問看護を活用してよかった点＞

- 日常生活動作（ADL）が自立している方、医療処置のない方でも訪問看護の利用ができます。
- 糖尿病や心不全など慢性的な経過をたどる病気がある方に、病気の悪化予防の観点から療養生活上のアドバイス・相談を行います。
- 病気があってもこれまで担ってきた役割や日常生活をできるだけ維持できるような方法のアドバイスや支援を行っていきます。

事例２「これが認知症？頑固な父」と思っていた娘さんへの関わり

Ｂさん：90 歳代男性　アルツハイマー型認知症
要介護３・娘夫婦と３人暮らし

Ｂさんは医者嫌いで、それまで医療機関の通院はしていませんでした。夏に動けなくなり病院に救急搬送され『熱中症』の診断をうけ点滴治療し帰宅されました。3 日後にも動けなくなり再度受診したところ、医師より訪問看護を勧められ利用開始となりました。

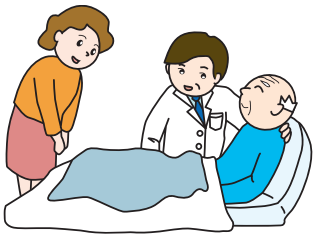
訪問当初Bさんは、「俺は、何でも自分の思うように考え実行してきた。誰の指図もうけない。点滴もしない。おまえら帰れ。」と怒鳴っていました。娘より、「夜中に独り言を言い、台所まではって行き冷蔵庫の中の物を食べ、時には１日中眠っていることもあり、飲食もせず失禁状態です。」という話を聞きました。

娘は昼間パート勤務しながらBさんの介護をしていました。「どうしてこうなったのか、何の病気なのか？」と看護師にたずねる事がありました。看護師は認知症とはどのような症状があり、今Bさんに起こっている事（認知症の中核症状・周辺症状）を説明しました。昼間独居になるBさんに必要なサービスを、娘とともに関係する職種で話し合い、デイサービス、ホームヘルパーのサービスも受けるようになりました。娘から「今まで父の行動に振り回されていたけどこれが認知症の症状なのですね。父なりの何らかの意図がありそれをやっていたのですね。」と納得され娘の対応にも変化が見られました。それにより定期的な医療機関への受診と内服の継続が可能となり周辺症状が落ち着きました。

訪問看護では、起こった症状に対しその都度対応方法等の説明を行い、娘の思いを確認しBさんにとってより良い治療と介護の選択ができるよう、関連する職種で連携を図り支援しています。

〈訪問看護を活用してよかった点〉

- 認知症症状の説明、対応方法を指導したことで必要なサービスが導入できます。
- サービスを利用することでＢさんの生活のリズムが整えられ、家族の生活も安定します。
- 起こった症状に対し、関連する職種で連携を図り支援できます。



事例３　胃瘻を選択せず口から食べたいと希望したＣさんの家族

Ｃさん：80 歳代女性　アルツハイマー型認知症
要介護５・娘と２人暮らし

Cさんは、アルツハイマー型認知症で意思の疎通が難しく、誤嚥性肺炎を繰り返していました。娘は夫の両親、夫を介護し看取った経験から在宅での介護には不安はなかったが、主治医からの勧めもあり訪問看護導入となりました。

退院前には、Cさんに関係する職種が集まり退院後に起こりうる症状と療養生活の注意点等を話しあいました。

娘はCさんが入院中胃瘻も勧められましたが、できる限り口から食べさせたいと希望しました。医療機関から指導されたとろみ剤を使用し、Cさんが食べたい時に食べられるだけ介助していました。訪問看護では、誤嚥せず食べられるように食べるときの姿勢やタイミング、口腔ケアや嚥下訓練などの指導を娘とともに行いました。しばらくの間、Cさんは娘の介助のもと誤嚥せずに食べたいときに食べられるだけ好きな物を食べていました。

３ヶ月経過した頃より、「眠ることが多くなりご飯を食べさせられない。１日中起きないことがある。口の中に入れても飲み込まない。大丈夫かしら？」と相談を受けるようになりました。看護師は娘に今後どのような経過をたどるか説明し、思いを聞きました。娘は「昔のように点滴も胃瘻もしないで自然に送りたい。他の兄、妹達も同じ思いです。」と意思表示をしました。医師をはじめ関係する職種間でも情報の共有を図り、娘の思いを尊重し、誤嚥性肺炎等で入院することなく過ごされ、自宅で看取ることができました。

〈訪問看護を活用してよかった点〉

- 変化する状況に看護師が適切にアドバイスし、介護の継続ができ、希望どおり自宅で看取ることができます。
- 口腔ケアや嚥下指導によって、「口から食べさせたい」という介護者の意思を尊重した支援ができます。

事例４　「慢性的な幻覚症状があり、睡眠剤の過剰内服をするDさんへの関わり」

Dさん：30歳代　女性　統合失調症

ひとり暮らしのDさんは 10 年ほど前から幻覚や幻聴が現れ、統合失調症と診断されました。内服薬を自分で管理していましたが、慢性的な幻覚妄想がひどくなったことと、不眠状態が続いたことで睡眠剤の過剰内服をしてしまい、病院へ救急搬送されることが多くなりました。仕事が長続きせず、生活のリズムが乱れ食事の準備や自分の身の回りのこともできなくなり自閉的な生活が続いていました。

相談支援専門員からの依頼で訪問看護を開始した時は、部屋の中は悪臭とゴミの山になっておりDさんは生きる気力を失って、自分でできることもできなくなっていました。

週 3 回の訪問の中で、Dさんの思いを丁寧に傾聴し、幻覚・妄想から感じられる不安や恐怖を理解し共感する姿勢で関わっていきました。内服薬の管理を一緒に行うと共に、Dさんが自分の感情コントロール方法について自分で気付けるよう、看護師が簡潔で分かりやすい表現を用い穏やかな口調で接することを心がけました。

少しずつでも前向きになれるように「Dさんができていること・できること」を一緒に考え、部屋の片づけや簡単な調理を行い、自宅周辺を散歩するなど体を動かすことで日常生活に必要なセルフケアが行えるよう支援していきました。

現在も幻覚や幻聴はあるものの、内服を適切に行い過剰内服はなくなりました。一人で買い物に出かけたり、調理や洗濯ができるようになっています。
精神面での不安定さはありますが、Dさんは「いつでも訪問看護師さんが支援してくれるという安心感がある」と言って自立に向けて前向きな気持ちになっています。

〈訪問看護を活用してよかった点〉

・療養者の不安や恐怖を受け止め共感する姿勢で接し、精神面での安定を図ります。
・日常生活を営むうえでのセルフケア能力低下に対する支援ができます。
・セルフケア、自己表現の仕方、他者との関わり方の援助を通し、幻覚・妄想の増長を防止し社会参加への復帰ができるように支援できます。

事例５　「医療依存度の高い小児Ｅちゃんの母親への対応」

Ｅちゃん：３歳女児　染色体異常（心室中隔欠損、肺高血圧症、肝腫瘍手術後）人工呼吸器装着　在宅酸素　経管栄養

Ｅちゃんは、生後４か月でNICUを退院し在宅酸素療法を受けながら家族と生活していました。３か月後に、心室中隔欠損と肺高血圧症の影響で低酸素症となり再入院し人工呼吸器を装着しました。肝腫瘍の手術後、両親は、自宅退院に向けて人工呼吸器の管理、痰の吸引、経管栄養の管理など医療処置の指導を受け、技術を習得しました。高度な医療管理を要し病状が不安定のため、主治医から訪問看護の利用をすすめられました。訪問看護師は、退院までに2回病院で話し合いを持ちました。主治医と病棟看護師から状態や医療処置の説明を受け、家族の不安や思いを聞きながら退院の準備を行い関係をつくりました。退院前の外泊で訪問看護を行い母親と一緒に療養環境を整えました。

退院当日から毎日訪問看護を行い、24時間いつでも連絡・相談ができる体制をとりました。医療機器の管理や処置技術の確認、全身状態・病状の観察、リハビリを含めた成長・発達に関わるケア、主治医、病院、保健所と連携し、家族、介護者への療養指導を行いました。

退院後しばらくは、発熱や状態の変化の度に訪問看護師に電話で相談があり、必要時には臨時で訪問しましたが、しだいに相談の電話が減っていきました。「心配な時にはいつでも相談にのってくれるので安心です。母親としての考えも尊重して対応してもらえるし、Ｅちゃんの成長や発達についても一緒に考えてくれるのでうれしい。」と話してくれました。

〈訪問看護を活用してよかった点〉

・家族（特に母親）の児に対する影響力を考え、家族の精神的な安定を第一に早い段階から関わります。
・医療機器の管理や医療処置だけでなく、状態の変化や緊急時の対応、アドバイスを受けることで、家族は自信を持って療育にあたることができます。
・不安を抱えている家族の精神的なサポートを行い、また、児の成長や発達にも一緒に関わりながら在宅療養が継続できます。
・児の成長や発達の状態や時期に応じたアドバイスを行い、必要に応じて保健・医療・福祉の窓口につなげることができます。

事例６　「高齢世帯でも自宅で看取りができたＦさんへの関わり」

Ｆさん:80 代男性　肺がん末期　主介護者は８１歳の妻　近所に娘がいる

症状が安定している時期（月単位の変化）

かかりつけ医の紹介で訪問看護の依頼がありました。高齢の妻との２人暮らしで、近くに住む娘が時々手伝いに来ていました。

初回の訪問看護で療養環境をみせて頂き、介護ベッドや手すりのレンタル等をケアマネジャーに依頼し、生活環境を整えました。医師と連携し、在宅酸素が入り、訪問看護で入浴介助を行いました。友人やお孫さんの訪問を楽しみに過ごしていました。いつでも相談できる環境が整い、妻も安心されました。また、看護師より娘に病状や様子を伝え、Ｆさんと過ごす時間が増えました。

病状の変化が現れた時期（週単位の変化）

Ｆさんの病状が進行し、食事量が減り点滴管理を行いました。このまま家で看るか、入院するか、家族の気持ちも揺れました。本心は家にいたいというＦさんの思いを尊重し、家族の思いや不安を受け止め、今後起こりうる状況や対応の仕方、２４時間いつでも相談できる事、難しくなったら入院もできることを伝え、最終的にＦさんの希望にそって、このまま在宅で看取ることに決めました。

亡くなる数日前（日～時間単位の変化）

Ｆさんの意識が低下し、呼吸状態も悪く、状態に応じたケアを家族と一緒に行い、これから起こる呼吸や身体の変化を伝え、連絡方法の確認を行いました。家族の悲嘆に寄り添い、現状を受け止められるようケアを行いました。そしてＦさんは、家族に見守られ、住み慣れた家で最期を迎えることができました。

死別後の対応（グリーフケア）

Ｆさんが亡くなってひと月たった頃に、自宅を訪問し家族がその悲しみを受け止めて、これからの生活に適応していけるよう精神的なケアを行いました。大きな混乱もなく、自宅で看取ることができたことに満足されていました。

〈訪問看護を活用してよかった点〉

・早期の訪問看護導入により信頼関係を築き、家族を含めた支援を行うことにより、苦痛の緩和をしながら、安心して自宅での生活を送ることができます。
・ご本人やご家族、状態の変化による不安を抱え込まないよう、寄り添いながら状況に応じて助言やアドバイスができます。
・悪化・進行していく病状を予測して、医師や他職種と連携し、療養環境を整えていくことができます。
・亡くなった後もご遺族の精神的サポートをしていきます。

このパンフレットをお読みの方へ

このパンフレットは、退院調整をしている看護師やMSW、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャー等だけではなく、一般の方々にもわかりやすい言葉を使って作成しました。

このパンフレットが少しでも役に立ち、訪問看護を身近に感じ、利用していただけることを願っております。

このパンフレットに関する問い合わせ・連絡先

公益社団法人 愛知県看護協会
訪問看護推進委員会
愛知県名古屋市昭和区円上町 26 番 18 号
Tel：052－871－0711
Fax：052－871－0757

訪問看護の活用のしかた

平成24年12月　発行
平成28年 8月　改訂版発行

編集・発行　公益社団法人 愛知県看護協会　〒466-0054 愛知県名古屋市昭和区円上町26番18号 TEL.052-871-0711