

令和5年度医療施設運営費等補助金（看護職員確保対策特別事業）

在宅療養患者の病状変化対応における  
**訪問看護ステーション**  
**好事例集**



令和6（2024）年3月

一般社団法人 全国訪問看護事業協会

# 目次

<b>1. 事例集について</b> .....	1
1) 事例集作成の背景と目的 .....	2
2) 事例の内容について .....	3
3) 本事例集における用語の定義 .....	4
<b>2. 事例の紹介</b> .....	5
事例1 咽頭がん末期利用者の疼痛コントロール ～レスキュー薬の投与量とロックアウトタイムの包括的指示～ .....	6
事例2 肺がん末期利用者の呼吸困難感増強への対応 ～経皮的動脈血酸素飽和度に応じた酸素流量変更に関する包括的指示～ .....	8
事例3 心不全利用者の心不全悪化の予防 ～体重増加に対応する利尿剤服用の包括的指示～ .....	10
事例4 医療的ケア児の痙攣および発熱の予防 ～発熱時および痙攣発作時の薬剤使用と受診タイミングに関する包括的指示～ .....	12
<b>3. 訪問看護指示書・包括的指示の再掲</b> .....	15
事例1 訪問看護指示書 .....	16
オピオイド製剤点滴指示箋（レスキュー薬の投与量とロックアウトタイムの包括的指示） .....	17
事例2 訪問看護指示書 .....	18
訪問看護指示書（経皮的動脈血酸素飽和度に応じた酸素流量変更に関する包括的指示） .....	19
事例3 訪問看護指示書（体重増加に対応する利尿剤服用の包括的指示） .....	20
事例4 訪問看護指示書 .....	21
退院時共同指導記録用紙 （発熱時および痙攣発作時の薬剤使用と受診タイミングに関する包括的指示） .....	22
<b>4. 連携図の再掲（事例1～4）</b> .....	23
<b>5. 検討委員会名簿</b> .....	26



# 1. 事例集について

---

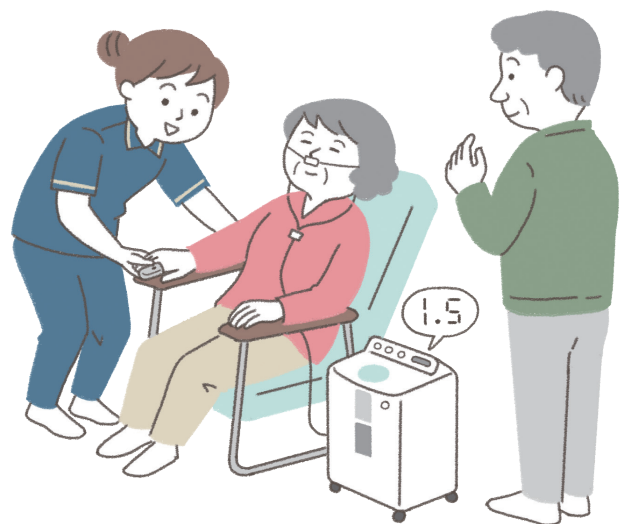
## 1) 事例集作成の背景と目的

在宅において、療養者の状態に変化があった時に、すぐに医師の指示が得られなかったり、必要な薬剤等がスムーズに入手できず、適時適切な医療・看護の提供が難しいことがあります。

規制改革実施計画書（令和5年6月16日）より、①患者に対し適時に適切な医療が行われることを確保するための包括的指示について、現場のニーズがあること、②看護師限りで実施可能な療養上の世話について、医師に都度確認があることから、医師・看護師の双方にとって負担になっていること、がわかりました。

現場からの声を踏まえ、全国訪問看護事業協会では、厚生労働省医政局看護課から令和5年度看護職員確保対策特別事業の補助を受け、4か所の訪問看護ステーションにヒアリングを実施し、訪問看護師が専門職としてのアセスメント力や判断力を発揮して、在宅療養患者の病状変化時に適切に対応している好事例を収集し、「在宅療養患者の病状変化対応における訪問看護ステーション好事例集」としてまとめました。

本事例集では、訪問看護師が医師の「訪問看護指示書(包括的指示)」とともに「病状変化時の包括的指示」を受けて、適時適切な診療の補助（定義はP4参照）を提供するための対応方法、医師との適切な連携のもと看護師自身の判断で実施可能な療養上の世話（定義はP4参照）、利用者を在宅で支えるための多職種連携について、具体例を紹介します。



## 2) 事例の内容について

### (1) 事例の構成

各事例は、主に以下の内容で構成されています。

#### ●医師からの包括的指示に基づく診療の補助と看護の提供

訪問看護師は、利用者の心身の状態のアセスメントをもとに、病状がどのように変化する恐れがあるのかを予測し、医師からあらかじめ「病状変化時の包括的指示」を受けておきます。利用者の病状に変化が起きたとき、都度医師に確認することなく、訪問看護師は「病状変化時の包括的指示」に基づいて症状緩和に努め、早期に対応を行います。



#### ●包括的指示に基づいた多職種連携

訪問看護師は、多職種と連携し、利用者の病状変化に対応します。



#### ●看護の専門性を生かした療養上の世話

訪問看護師は、医師の指示を必要としない看護の独占業務として、看護の専門性を生かした療養上の世話をを行い、利用者の暮らしを尊重した支援をします。



### (2) 事例に関する留意点

- ・本事例集で取り上げた事例は、実際の事例を元にしてはいますが、理解しやすさに配慮し、内容の簡潔化と最低限のアレンジを行った『モデル事例』となっています。
- ・訪問看護師は、利用者の様々な症状をアセスメントして対応していますが、本事例集で取り上げた事例の内容は、**病状変化時の包括的指示**に基づいた診療の補助と看護の提供及び多職種連携に限定して記述されています。
- ・療養上の世話を例の内容は、診療と補助と療養上の世話を明確に区別して記述していない内容も含まれています。

### 3) 本事例集における用語の定義

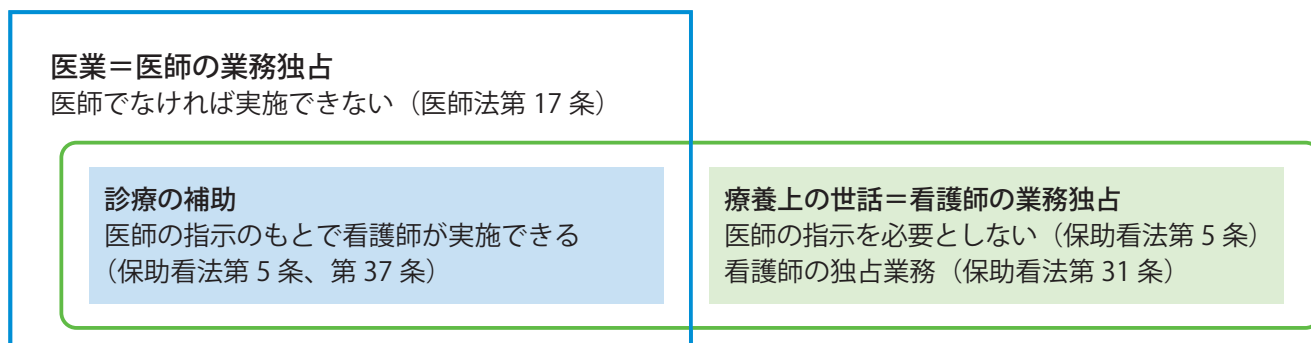
本事例集において使用される以下の用語は、以下のように定義します。

#### ◆診療の補助

能力の範囲内で実施できるか否かに関する医師の医学的判断を前提とする医師の指示に基づいて、看護師も実施することができる（保助看法第5条、第37条）一定の医行為<sup>1)</sup>。

#### ◆療養上の世話

医師の指示を必要としない（保助看法第5条）看護師の独占業務（保助看法第31条）で、療養者に対する生活評価、認知機能評価、生活習慣病患者に対する指導等であり、具体例としては、清潔の援助、食事援助、睡眠を促す援助や安楽に対する配慮などが挙げられる<sup>2)</sup>。

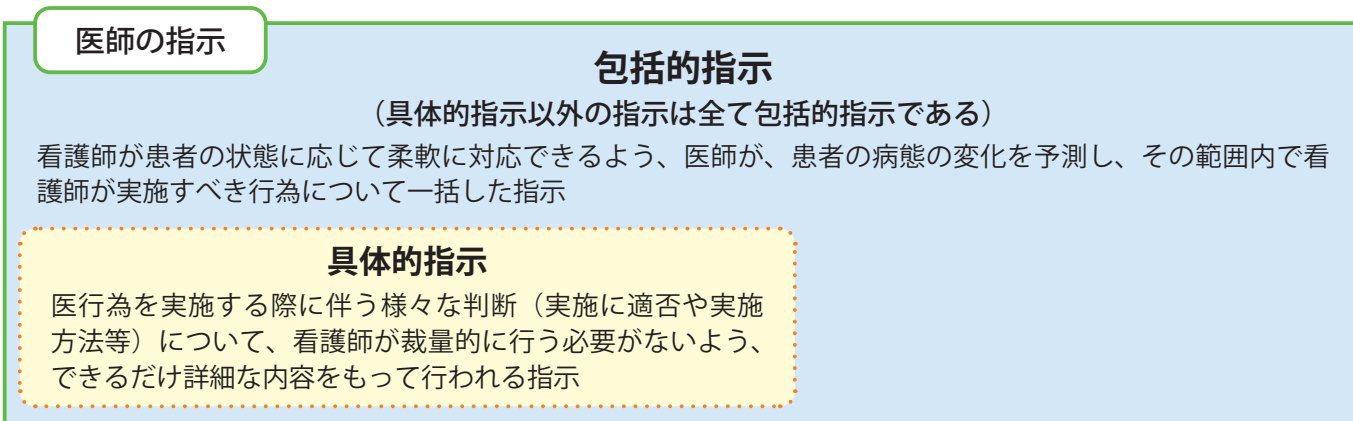


#### ◆具体的指示

医行為を実施する際に伴う様々な判断（実施の適否や実施方法等）について、看護師が裁量的に行う必要がないよう、できるだけ詳細な内容をもって行われる指示<sup>3)</sup>。

#### ◆包括的指示

具体的指示以外の全ての指示であり、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、医師が、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括した指示<sup>3)</sup>。



<参考資料>

- 1) 日本看護協会「看護師の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに関するガイドライン及び活用ガイド」
- 2) 日本看護協会出版会「看護学事典 第2版」
- 3) 厚生労働省「第2回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会 参考資料2」

## 2. 事例の紹介

---

# 咽喉がん末期利用者の疼痛コントロール

～レスキュー薬の投与量とロックアウトタイムの包括的指示～

利用者の概要

Sさんは60歳代の男性、妻と二人暮らし。咽喉がんの末期（骨転移あり）で最期まで在宅で療養することを希望している。腫瘍が頸部の表面まで露出しており通過障害と出血の危険性もある状態。A訪問看護ステーションはオピオイド等による疼痛コントロールと出血への対策などを行いながら、Sさんが最期まで喜びを持って生活ができ、家族が満足感や達成感を得られるケアができるようサポートしている。



## 予測される病状変化

### 初回訪問時のSさんの状態と訪問看護師のアセスメント

咽喉部痛と腫瘍増大に伴う通過障害により経口内服困難であるためフェントステープ8mgを使用していた。疼痛マネジメントのため情報収集すると、薬効の24時間より短い20～21時間間隔で疼痛が増強し（Numerical Rating Scale : NRS 8～9）、レスキュー薬のオキノーム15mgを胃瘻から注入していた。このことからフェントステープの血中濃度が低下する時間に疼痛が増強していると判断し、疼痛が起きる前にレスキュー薬を使用するよう助言した。

### 看護師が予測した病状変化と包括的指示の授受

その後も疼痛緩和ができず、フェントステープを10mgに増量したが、おおよそ20時間間隔で疼痛が増強する様子から経皮投与による除痛が難しいと判断し、投与経路変更について医師に相談した。  
⇒ 医師より、輸液ポンプを使用してのオキファスト注射液による持続皮下注射（0.5mL/ 時間）への投与経路変更の指示と、**レスキュー薬の1回投与量0.5mL/ 回、ロックアウトタイム15分の包括的指示**を受けた。

## 訪問看護指示書と包括的指示（P16・17再掲）

(別紙様式16) 訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと  
 訪問看護指示書期間（令和○年○月○日～令和○年○月○日）  
 点滴注射指示書期間（ ）年（ ）月（ ）日～（ ）年（ ）月（ ）日

患者氏名	S
患者住所	△△△ △△△ △△△ △△△ △△△ △△△
主たる病名	(1) 咽喉がん 骨転移
病状・治療 状況	末期。腫瘍増大に伴い気管の圧迫による呼吸困難や通過障害の可能性あり。 頸部の皮膚転移している腫瘍増大が著しく、大出血の危険性がある。 がん性疼痛強く、オピオイドの経腸薬・経皮投与を経て持続皮下注射を使用。
現在の 投与中の薬剤 の用量・用法	1. 疼痛・発熱時：ボルタレン薬またはアンピバ坐薬 2. 不眠時：ゾルピデム内服またはセニラン坐薬 3. 輸液ポンプによる持続皮下注射及びレスキュー
日常・生活 機能の状況	1 J2 A1 A2 B1 B2 C2
検査 結果	要支援(1) 2 3 4 (6)
薬 品	D E S I G N 分類 D3 D4 D5 N/A A/F 分類 速度 容量
医療機器 等	① 吸引器 ② 輸液ポンプ ③ 経胃栄養（胃瘻：サイズ イーディアルホーン 24Fr 8.5cm 6ヶ月に1回交換） ④ 人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定 ） ⑤ 気管カニューレ（サイズ レイテナ ） ⑥ 人工肛門 ⑦ 人工膀胱 ⑧ その他 ( )
留意事項及び指示事項	1 療養生活上の留意事項 ① 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 輸液ポンプによる持続皮下注射 オピオイド製剤充填時にカセット交換 気管カニューレ・胃瘻の管理 過時吸引 4. その他
在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）	レスキュー薬の量とロックアウトタイムの範囲で調整
緊急時の連絡先	○〇クリニック 主治医携帯電話○○○-○○○-○○○
不在時の対応先	○〇病院へ連絡

他の訪問看護ステーションへの指示  
 (○) 有：指定訪問看護ステーション長  
 (△) 有：巡回訪問看護ステーション長  
 (◇) 有：訪問介護事業所名

上記のとおり、指示いたします。 令和○年○月○日

医療機関名 ○〇クリニック  
住 所 ○〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  
電 話 (△△△) △△△△△-△△△△  
(FAX) (△△△) △△△△△-△△△△  
医 師 氏 名 ○〇 ○〇 印

A訪問看護ステーション ○○○○ 殿

オピオイド製剤点滴指示箋

療養者氏名	S 様
指示箋記入日	令和 ○年 ○月 ○日
指示開始日	令和 ○年 ○月 ○日～(※指示あるまで) ・ 月 日まで
投与経路	<input checked="" type="checkbox"/> 持続皮下注射 (CSI) <input type="checkbox"/> 経皮下注射 <input type="checkbox"/> 持続静脈注射 ( 静脈 PICC カテ ポート ) <input type="checkbox"/> 頓用静脈注射 ( 静脈 PICC カテ ポート )
投与内容	<input checked="" type="checkbox"/> 塩酸モルヒネ塩酸液 (モルヒネ液®) □ 注射液のみ ( mL ) □ 生食 ( ) + ( ) mL ) <input checked="" type="checkbox"/> オキシコドン ( オキファスト ) <input checked="" type="checkbox"/> 注射液のみ ( 100 mL ) □ 生食 ( ) + ( ) mL ) <input type="checkbox"/> フェンタニール (フェンタニル硫酸®) □ 注射液のみ ( mL ) □ 生食 ( mL ) + ( ) mL )
輸液ポンプ機種名	<input checked="" type="checkbox"/> CADD-Legacy PCA Model <input type="checkbox"/> バルン式携帯型ディスポーザ注入ポンプ □ その他 ( )
ポンプ設定項目	<input checked="" type="checkbox"/> 持続注射 持続注入量 ( 0.5 mL/時間 ) レスキュー薬1回投与量 ( 0.5 mL/回 ) ロックアウトタイム ( 15 分 ) レスキュー回数 ( 回/時間 ) 1回量 ( mL/回 ) ロックアウトタイム ( 分 ) <input type="checkbox"/> 頓用のみ 頓用回数 ( 回/ )
調剤薬局名・電話番号	薬局名：△△△△△ TEL：△△-△△△△△-△△△△△
上記のとおり指示します。	
医療機関名	○〇クリニック
住 所	○○○○○○○○○○○○○○○
電話・FAX	△△-△△△△△-△△△△
医師氏名	○○ ○○ 印

A 訪問看護ステーション 殿

〔ポンプ製の保管場所・保管者〕 A 訪問看護ステーション 金庫：○○○○○○

オピオイド製剤点滴指示箋はA訪問看護ステーション独自作成



## 包括的指示を受けた後の看護師のアセスメントと具体的な看護の提供

### ■ オピオイドの投与経路変更後の S さんの疼痛の状況と看護の提供

経皮薬のフェントステープ 10mg から、オキファスト注射液による持続皮下注射（0.5mL/時間）に変更し、安静時の痛みは落ち着いていた（NRS1～2）。

訪問時は、レスキュー薬の使用状況を輸液ポンプ情報から確認し、薬剤残量と薬剤充填必要時間を推定した上で、医師と薬剤師に連絡し、安全にオピオイドの持続皮下注射が行えるようサポートした。

### ■ 包括的指示（レスキュー薬）に基づいた症状緩和のアセスメントと看護の提供

#### ● 夜間の熟睡と QOL の維持への支援

夜間に途中何度も覚醒しており熟睡感を得ることができず末期特有の倦怠感が增强している状況から、WHO の除痛目標である夜間の睡眠確保が必要であるとアセスメントし、就寝前に 1 回分のレスキュー薬を使用することと併せ、ゾルピデム（入眠剤）を胃瘻から注入するよう妻に指導した。その結果、中途覚醒することなく明け方まで熟睡することができ、日中には家族や知人との時間を過ごすなど QOL を維持することができた。

#### ● 苦痛なく入浴できるための支援

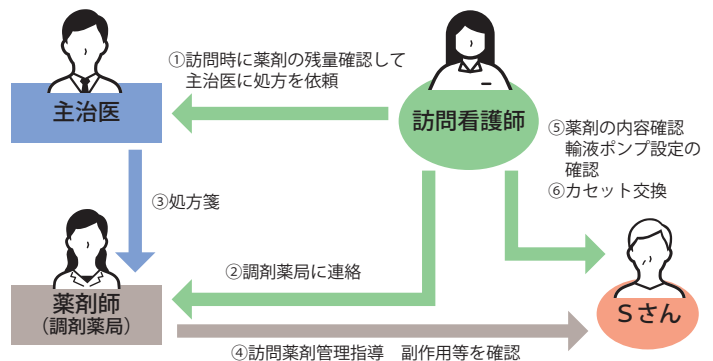
体動時の疼痛が增强していたため、訪問入浴が来る 30 分前に 1 回分のレスキュー薬を使用するよう指導し、オピオイドの最高血中濃度に達する時間に入浴できるように配慮したことで、苦痛なく安楽に入浴することができた。

## 構築した多職種連携<P24 再掲>

### ■ がん性疼痛悪化に対応するための訪問看護師・医師・薬剤師の連携

オピオイドの持続皮下注射やレスキュー薬のための適切な量の薬剤がタイムリーに S さん宅へ届けられるよう、訪問看護師・医師・薬剤師の連携体制を構築した。

具体的には、①訪問看護師が訪問した際に輸液ポンプの薬剤残量を確認して主治医に処方依頼すると共に、②調剤薬局に連絡し、③主治医が薬剤を処方すると、④薬剤師が S さん宅に薬剤を届け、副作用等を確認し、⑤訪問看護師が訪問時に「オピオイド製剤点滴指示箋」で薬剤内容と輸液ポンプ設定を確認して、⑥訪問看護師がカセット交換を行っている。



## 訪問看護師が行った療養上の世話の例

### ● 便秘への対応

オピオイドの副作用の一つである便秘に対しては、下剤の服用状況や、前回の訪問からの排便の頻度や量、性状などを確認し、下剤の服用頻度やタイミングを指導した。また、S さんの特徴として疼痛時はグリセリン浣腸が刺激になり負担になりやすかったため、刺激の少ないオリーブオイル浣腸を使用したり、グリセリン浣腸を半量のみ使用するなどの工夫を行った。

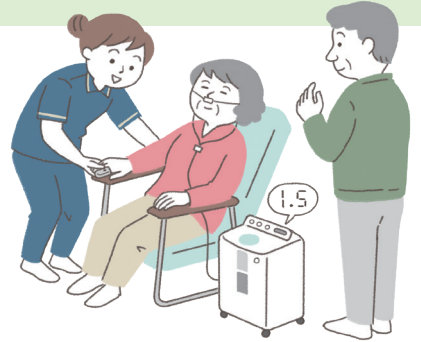
### ● 腫瘍からの出血への対応

腫瘍のガーゼ交換時の出血を予防するため、非接着性ガーゼを使って創処置をした。また、腫瘍破裂時の大量出血に対する S さんや妻の心理的動揺を和らげるために、独自で作成したパンフレットを用い、出血の可能性の説明と出血時の対応（血液が目立たないように寝具やタオルを紺色または茶色にしたり、ティッシュ等を捨てる黒いビニール袋を準備するなど）の指導を行った。

上記の内容は、訪問看護報告書に記載し、医師と情報共有を図っている。

# 肺がん末期利用者の呼吸困難感増強への対応

～経皮的動脈血酸素飽和度に応じた酸素流量変更に関する包括的指示～



利用者の概要

Tさんは80歳代の女性、夫と二人暮らし。肺がんで入院中から鎖骨下と背部の痛みがあり、内服薬によるコントロールが難しかったが、本人の希望で退院。在宅では、輸液ポンプによるオピオイドの持続皮下注射で疼痛緩和し、末期に出現した経皮的動脈血酸素飽和度（以下、SpO<sub>2</sub>）の低下と呼吸困難感に対して訪問看護師と酸素供給器業者及び訪問介護員と共に支援し、Tさんの希望通り在宅で最期を迎えることができた。

## 予測される病状変化

### 訪問時のTさんの状態と訪問看護師のアセスメント

退院直後は、息苦しさはなく、内服薬による疼痛緩和で様子を見ていた。肺がんの進行に伴い、食事が減少し臥床時間が長くなってきたことにより、内服が困難になっていると判断し、医師の指示で輸液ポンプによるオピオイドの皮下注射に変更した。また、今後、末期に近づくにつれ、全身状態の悪化とオピオイドによる呼吸抑制や呼吸困難感が増強することが予想され、訪問時には、全身状態の観察とSpO<sub>2</sub>の測定を行い、医師に報告をした。

### 看護師が予測した病状変化と包括的指示の授受

終末期になると、全身状態が徐々に悪化し、90～94%を保っていたSpO<sub>2</sub>が80%台後半に下がり、息苦しいという訴えがあった。訪問看護師は、肺がんの進行による呼吸困難の増強を予測し、医師に酸素供給器の導入について相談した。→医師より酸素供給器の設置指示と初期設定1L/minの処方が出され、SpO<sub>2</sub>が90%以下の時0.5L/minずつ増量（最大5L/min）するという酸素流量変更に関する包括的指示を受けた。

## 訪問看護指示書と包括的指示（P18・19再掲）

<輸液ポンプ導入時>

(別紙様式16) 訪問看護指示書  
在宅患者訪問看護指示書

当該指示書は○で囲むこと  
訪問看護指示期間 (令和○年○月○日～令和○年○月○日)  
点検注射指示期間 ( 年 月 日 ～ 年 月 日 )

患者氏名 T 生年月日 大( ) 小( ) 平( ) 寄( ) 年( ) 月( ) 日( ) (歳)

患者住所 △△△ △△△ △△△ 電話 (△△) △△△△-△△△△

主たる傷病名 (1) 右肺がん末期 骨転移 (2) 便秘症 (3) 慢性胃炎

病状・治療  
病状 がん性疼痛あり、輸液ポンプによるオピオイドの持続皮下注射にて疼痛コントロール良好。オピオイド使用による便秘、食欲不振あり。

現在中の薬剤の用量・用法  
1. スインプロロク錠 0.2mg  
2. ラベプラゾールNa錠 20mg  
3. プルゼニド錠 12mg

日常生活  
寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

自立度 認知症の状況 I II III IV V M

自立支援  
自立支援 (1) 2) 3) 4) 5)

療養の経過 DESIGN分類 D3 D4 D5 NPEAF分類 Ⅲ度 Ⅳ度

療養・使用  
1. 自動脈脈流装置 2. 遠隔医療装置 3. 酸素療法 ( )  
4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ  
7. 経管栄養 (胃薬: サイズイディアボタン 24Fr 8.5cm 6ヶ月に1回交換)  
8. 留置カテーテル (部位: サイズ 月に1回交換)  
9. 人工呼吸器 (簡式/簡式: 設定 )  
10. 気管カニューレ (サイズ レイナ )  
11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( )

留意事項及び指示事項  
I 療養生活指導上の留意事項  
緊急時の対応、ファーストコール対応をお願いします。  
病状観察、日常生活状況の確認、残薬の確認、服薬状況の確認。  
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護  
( 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 )  
2. 褥瘡の処置等  
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理  
オキファスト (50mg) 5mL・20A  
輸液ポンプ使用し、持続 0.3mL で持続皮下注射  
レスキュー薬 0.3mL ロックアウトタイム 15分  
4. その他

在宅患者訪問看護に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先 ○○病院 電話○○○-○○○-○○○

不在時の対応  
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬剤アレルギーの既往、アレルギー・アレルギー関連疾患  
治療歴及び検査結果に基いて医師の留意事項等があれば記して下さい。)  
本人・家族は積極的な治療はせず、苦痛なく穏やかに過ごせる緩和ケアを希望されています。  
(BSC)

他の訪問看護ステーションへの指示  
(○) 有: 指定訪問看護ステーション名 ( )  
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示  
(○) 有: 訪問介護事業所名 ( )  
上記のとおり、指示いたします。

令和○年 ○月 ○日

医療機関名 ○○クリニック  
住 所 ○○○○○○○○○○  
電 話 (△△) △△△△-△△△△  
(FAX) (△△) △△△△-△△△△  
医師氏名 ○○ ○○ 印

B訪問看護ステーション 院

<酸素供給器導入時>

(別紙様式16) 訪問看護指示書  
在宅患者訪問看護指示書

当該指示書は○で囲むこと  
訪問看護指示期間 (令和○年○月○日～令和○年○月○日)  
点検注射指示期間 ( 年 月 日 ～ 年 月 日 )

患者氏名 T 生年月日 大( ) 小( ) 平( ) 寄( ) 年( ) 月( ) 日( ) (歳)

患者住所 △△△ △△△ △△△ 電話 (△△) △△△△-△△△△

主たる傷病名 (1) 右肺がん末期 骨転移 (2) 便秘症 (3) 慢性胃炎

病状・治療  
病状 がん性疼痛あり、輸液ポンプによるオピオイドの持続皮下注射にて疼痛コントロール良好。がんの進行に伴い、SpO<sub>2</sub>低下と呼吸困難感出現し、在宅酸素導入。

現在中の薬剤の用量・用法  
1. スインプロロク錠 0.2mg  
2. ラベプラゾールNa錠 20mg  
3. プルゼニド錠 12mg

日常生活  
寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

自立度 認知症の状況 I II III IV V M

自立支援  
自立支援 (1) 2) 3) 4) 5)

療養の経過 DESIGN分類 D3 D4 D5 NPEAF分類 Ⅲ度 Ⅳ度

療養・使用  
1. 自動脈脈流装置 2. 遠隔医療装置 ( )  
3. 酸素療法 (1/1min)  
4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ  
7. 経管栄養 (胃薬: サイズイディアボタン 24Fr 8.5cm 6ヶ月に1回交換)  
8. 留置カテーテル (部位: サイズ 月に1回交換)  
9. 人工呼吸器 (簡式/簡式: 設定 )  
10. 気管カニューレ (サイズ レイナ )  
11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( )

留意事項及び指示事項  
I 療養生活指導上の留意事項  
緊急時の対応、ファーストコール対応をお願いします。  
病状観察、日常生活状況の確認、残薬の確認、服薬状況の確認。  
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護  
( 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 )  
2. 褥瘡の処置等  
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理  
オキファスト (50mg) 5mL・20A  
輸液ポンプ使用し、持続 0.3mL で持続皮下注射  
レスキュー薬 0.3mL ロックアウトタイム 15分  
4. その他  
在宅酸素: 1.0L/min 開始。SpO<sub>2</sub>が90%以下の時、酸素0.5Lずつ増量。MAX5L/min。

在宅患者訪問看護に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先 ○○病院 電話○○○-○○○-○○○

不在時の対応  
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬剤アレルギーの既往、アレルギー・アレルギー関連疾患  
治療歴及び検査結果に基いて医師の留意事項等があれば記して下さい。)  
本人・家族は積極的な治療はせず、苦痛なく穏やかに過ごせる緩和ケアを希望されています。  
(BSC)

他の訪問看護ステーションへの指示  
(○) 有: 指定訪問看護ステーション名 ( )  
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示  
(○) 有: 訪問介護事業所名 ( )  
上記のとおり、指示いたします。

令和○年 ○月 ○日

医療機関名 ○○クリニック  
住 所 ○○○○○○○○○○  
電 話 (△△) △△△△-△△△△  
(FAX) (△△) △△△△-△△△△  
医師氏名 ○○ ○○ 印

B訪問看護ステーション 院

## 包括的指示を受けた後の看護師のアセスメントと具体的な看護の提供

### 酸素供給器導入後のTさんの状況と看護の提供

退院直後はトイレへ行くなど室内移動ができていたが、呼吸状態が悪くなり酸素供給器を導入してからはベッド上でほぼ安静にしており、酸素 1L/min で SpO<sub>2</sub> は 90～94% だった。

訪問看護師は毎日訪問して、全身状態や呼吸状態の観察、SpO<sub>2</sub> 低下時の酸素流量の変更、清拭や足浴などの清潔支援を行った。また、同居の夫は高齢によりTさんの身体的な介護が難しかったため、ケアマネジャーと相談して毎日2回（朝・夕）の訪問介護によりおむつ交換と環境整備を行い、夫をサポートした。

### 包括的指示（酸素流量）に基づいた症状緩和のアセスメントと看護の提供

#### ● SpO<sub>2</sub> 値と呼吸困難感に合わせた酸素流量の変更

訪問看護時に SpO<sub>2</sub> が 89% だったため、包括的指示に従って酸素流量を 0.5L/min 増量し、1.5L/min に変更した。SpO<sub>2</sub> は 92% に上昇し、Tさんの息苦しさは和らいだ。意識レベルが低くなってくると、SpO<sub>2</sub> が 90% くらいにまで下がってもTさんの呼吸困難感の訴えがないときには酸素流量を増やさずに様子を見た。夫には、酸素を上げすぎると二酸化炭素が溜まってしまうということもあるため、本人が苦しくなければこのまま様子を見まじょうと説明し、安心してもらった。

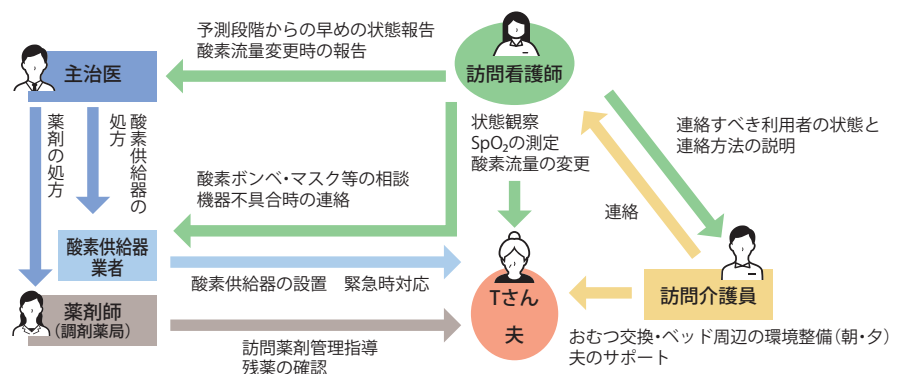
#### ● 呼吸困難感なく清潔援助を受けられる支援

清潔ケアの前後には必ず SpO<sub>2</sub> の測定、呼吸状態の観察と自覚症状の確認を行った。清拭や足浴時には体を動かすため、酸素消費量が上がり、SpO<sub>2</sub> が低下することを予測し、ケア前に酸素流量を一時的に 0.5L/min 増やして実施することで、Tさんは呼吸困難感なく清潔ケアを受けることができた。

## 構築した多職種連携<P24 再掲>

### 呼吸困難感に対応するための訪問看護師・医師・酸素供給器業者・訪問介護員の連携

医師に対して早めに状況報告するとともに、包括的指示に従って酸素流量を変更した際はその都度報告した。また、訪問介護員には呼吸の状態がいつもと違うときは訪問看護ステーションに連絡をもらうように伝え、スムーズな対応により呼吸困難感の増強を予防する体制を整備した。



## 訪問看護師が行った療養上の世話の例

### ● 食事摂取量低下への対応

がん末期になると味覚の変化があり嗜好が変わったり、食事が摂れなくなることに対して、どのようなものなら食べられるかをTさんや夫と相談し、栄養補助食品を紹介した。また、栄養バランスよりも、Tさんが食べたいものや味が濃いもの、とろみ剤を使った食べやすい方法、プリンやアイスクリームなど少量でカロリーアップできる食品を助言した。

### ● 呼吸困難感緩和のための生活の仕方や環境整備への指導

空気が冷たいほうが気持ちよく呼吸できること、扇風機で風を壁に当てると楽になることもあると助言し、呼吸困難感の増強を予防した。また、移動時は消費エネルギーが増すため、一時的に酸素流量を上げてから動くように指導した。排便時にいきむと息苦しくなってしまうことが多いので、緩下剤を服用してもらい、便を少し緩めに調整した。



## 包括的指示を受けた後の看護師のアセスメントと具体的な看護の提供

### ■ 定期的な利尿剤服用後のUさんの状況と看護の提供

水分制限は800mLと本人に伝えているが、高齢で認知症があるため、どこまで守られているかは不明確。週1回の訪問看護で、体重測定をして心不全徴候を把握し、「体重・血圧・息切れ・むくみ・水分摂取量」を心不全手帳に記載するようにした。また、家族の付き添いで定期受診する際には心不全手帳を持参し、受診時の状況や医師からの指示を記載してもらい、関係機関で共有して連携することで、Uさんの在宅生活を支援した。

### ■ 包括的指示（体重と利尿剤）に基づいた心不全悪化予防のアセスメントと看護の提供

#### ● 心不全悪化を予防するための水分と体重の管理

Uさん自身による水分摂取量の把握が難しいため、使用するコップを決めて、訪問看護時に「1日に何杯くらい飲むか」「朝昼晩でだいたいどのくらいか」と聞いて水分摂取量を把握した。また、訪問時に体重測定をして、39Kgより増えている時には、浮腫の増強もあったため、包括的指示に従って、ラシックス（20mg）を1錠服用させ、医師に報告した。次の訪問の時にも体重が39Kgを超え、2週続けて利尿剤を服用した時は、心不全悪化を予測して、受診を促した。

#### ● 利尿剤服用後の頻尿と脱水予防への指導

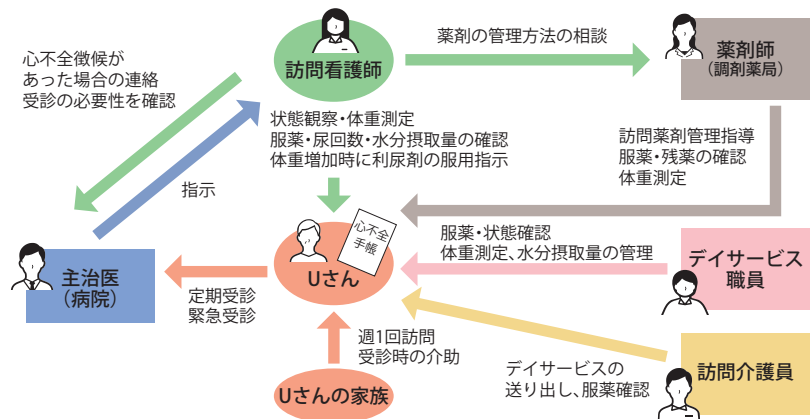
利尿剤服用後は尿量や尿回数が増えるため、午前中に訪問して対応し、夜間に頻尿にならないよう配慮した。また、頻尿による失禁への対策として尿取りパッドの使用を提案したり、尿回数が頻繁になっても、脱水にならないように飲水は制限せず、普段通り飲むように指導した。

## 構築した多職種連携<P25 再掲>

### ■ 心不全悪化を予防するための訪問看護師・医師・薬剤師・デイサービス職員・訪問介護員の連携

訪問薬剤時やデイサービス利用時にも体重測定をして、心不全手帳に記載してもらい、お薬カレンダーを活用して、内服薬の飲み忘れがないかを関係者全員で確認する。

訪問看護師が訪問時にUさんの体重・浮腫・呼吸状態を観察した上で、包括的指示による利尿剤を服用させ、主治医に報告する。その状況を心不全手帳に記載し、関係機関で共有して、心不全悪化を予防する支援をしている。



## 訪問看護師が行った療養上の世話の例

### ● 塩分摂取や食事に対する指導

Uさんは、調子が良い時は自身で買物に出かけ、好きな食品を購入して食べ、飲酒していた。訪問時に家にある調味料などを確認して、「より塩分の少ない、こちらを使った方がむくみも増えずに楽に動くことができるし体調も良くなる」と伝えたり、配食サービスの利用を勧めたりして、Uさんの自由に暮らしたいという希望に沿う形で栄養指導を行った。

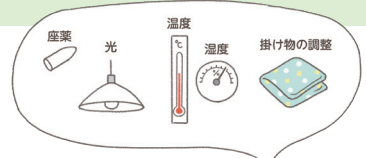
### ● 安全に暮らせる日常生活への支援

入院した際は認知症によるせん妄があったということだが、在宅ではせん妄を起こすことなく、物忘れなどは年齢相応と判断できた。ただし、高齢の一人暮らしであるため、日常生活に危険がないよう、室内とUさんの行動範囲や生活導線を確認して、段差解消や手すりの設置、火災警報器や緊急通報システムの導入などをケアマネジャーに相談した。その結果、転倒やけがをすることなく、安全に生活できている。

上記の内容は、訪問看護報告書に記載し、医師と情報共有を図っている。

# 医療的ケア児の痙攣および発熱の予防

～発熱時および痙攣発作時の薬剤使用と受診タイミングに関する包括的指示～



利用者の概要

Yちゃん（生後6カ月）は重症新生児仮死で生まれ、痙攣発作を起こしやすい医療的ケア児で、周産期医療センターから中山間地域にある自宅に退院するにあたり、病状変化に対応する医療支援として、医療機関医師、訪問看護師、地域の調剤薬局の薬剤師、救急隊員との間で連携体制を構築した。また、自宅近くのD訪問看護ステーション（以下、D-st）は小児の訪問看護の経験がないため、市中心部のZ訪問看護ステーション（以下、Z-st）のサポートによりYちゃんと家族（特に母親）の在宅療養を支援している。

## 予測される病状変化

### 退院前のYちゃんの状態と訪問看護師のアセスメント

Yちゃんは、啼泣すると痙攣発作を起こしやすく、消化不良による胃食道逆流症や嘔吐があり、気管切開していないため、喀痰喀出困難により上気道感染・肺炎のリスクが高い状態にある。退院時カンファレンスにて、在宅療養中に予測される病状変化（痙攣・発熱）への対応方法や受診の目安について検討し、チェックリストを作成して、母親や在宅支援を行う多職種間で共有した。

### 看護師が予測した病状変化と包括的指示の授受

啼泣による痙攣発作、胃食道逆流症や嘔吐に起因する肺炎と併せ、体温調節が難しいことから、うつ熱による発熱の可能性があり、痙攣を誘発することが予測された。これらの予測される病状変化への対応と病院搬送する目安等について、退院時カンファレンスで検討した。

- 医師より、**発熱時と痙攣発作時の水溶性抗痙攣薬及び脂溶性解熱剤（坐薬）の包括的指示**を受けた。
- 医師より、**経皮的動脈血酸素飽和度（以下、SpO<sub>2</sub>）、体温、胃残量を目安にした病院受診タイミングの包括的指示**を受けた。

## 訪問看護指示書と包括的指示<P21・22再掲>

(別紙様式16) 訪問看護指示書  
在宅患者訪問看護指示書

※該当する指示書を○で囲むこと  
訪問看護指示期間 (令和○年○月○日～令和○年○月○日)  
点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ～ 年 月 日 )

患者氏名 Y 生年月日 大・期・平・○ 年 ○ 月 ○ 日 ( 〇 歳 )  
患者住所 △△△ △△△ △△△ △△△ 電話 ( △△△ ) △△△△△-△△△△△

主たる病名 (1) 重症新生児仮死 (2) 胃食道逆流症 (3) 痙攣性てんかん

病状・治療  
重症新生児仮死にて退院。啼泣により痙攣発作を起こしやすい。経管栄養による胃腸機能低下、消化不良による嘔吐・食道への逆流や嘔吐の危険性があり、上気道感染や肺炎を起こす可能性が高い。

現在の状況  
投与中の薬剤の用量・用法  
1. デバケン細粒 400mg 分3  
2. ラミクタール 30mg 朝夕  
3. モソプリドエン酸塩錠 5mg 0.5錠朝夕

日常生活  
寝たきり状態 (1) F2 A1 A2 B1 B2 C1 (3)  
自立 認知症の徴候 (1) (2) (3) (4) (5) 要支援 (1) (2) 要介護 (1) (2) (3) (4) (5)

療養の環境  
居室 1. 居室乾燥機設置 2. 窓新設換気装置 3. 換気扇設置 (1/F/min)  
医療機器等  
① 吸引器 5. 中心静脈栄養 ⑥ 輸液ポンプ  
⑦ 経管栄養 (経鼻: サイズ 6Fr 21cm 固定 28日に1回交換)  
⑧ 留置カテーテル (固定: サイズ 21cmに1回交換)  
⑨ 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定)  
⑩ 気管カニューレ (サイズ)  
⑪ 人工肛門 ⑫ 人工膀胱 ⑬ その他 ( )

留意事項及び指示事項  
I 療養生活指導上の留意事項  
啼泣や刺激による痙攣発作、消化不良による逆流で肺炎を起こしやすいため、注意してケアを実施していただき。  
① 1日あたり ( 40 ) 分を ( 1 ) 回  
2. 痙攣の処置等  
③ 装着・使用医療機器等の操作援助・管理  
母親が行う経管栄養のチューブ交換の確認、挿入困難時の対応  
4. その他

在宅患者訪問看護に関する指示 (投与薬物・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先 周産期医療センター 電話 ○○○○-○○○○-○○○○  
不在時の対応先 不在時の対応先 (注: 緊急時利用・前利用についての連絡先、業務システムへの接続、緊急連絡・医師対応等詳細は患者様及び関係機関に利用目的の届出事項等があれば記載してください。)

他の訪問看護ステーションへの指示 (無) ( ) 指定訪問看護ステーション D 訪問看護ステーション  
あなたの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ( ) ( ) 訪問介護事業所  
上記のとおり、指示いたします。

令和○年○月○日  
医療機関名 周産期医療センター  
住 所 ○○○○-○○○○-○○○○  
電 話 ( △△ ) △△△△-△△△△  
( F A X ) ( △△ ) △△△△-△△△△  
医師 氏名 ○○ ○○ 印

Z 訪問看護ステーション 取

退院時共同指導 記録用紙

利用者名: Y 様 記載者: △△△△

開催 月日・時間 令和○年○月○日 : □□時 □□分 ~ ◇◇時 ◇◇分

場所 ( 周産期医療センター )

参加者 家族 (母親)  
医師 (周産期医療センター主治医、地域の医療機関)  
病院看護師 (担当看護師・小児 CNS)・MSW  
訪問看護師 (D 訪問看護ステーション管理者・Z 訪問看護ステーション管理者)  
地域の薬剤師 (調剤薬局)・救急隊員・地域の保健師

指内容  
病名: 重症新生児仮死 胃食道逆流症 痙攣性てんかん  
退院予定日: ○月○日 ( ○ )

◆医療処置や介護指導について  
・入院中に、母親に対して、吸引、経管栄養チューブの交換、ミルクや薬の注入、沐浴、おむつ交換については、指導済み。自宅での手技の確認を訪問看護で実施してほしい。

◆具体的なケアや環境整備について  
・痙攣発作を誘発する啼泣や刺激因子 (音、光、気温等の急激な変化) を極力避けるような環境に配慮する。  
・消化不良による胃食道逆流や嘔吐に注意 (上気道感染や肺炎のリスク)。  
・体温調節が不安定なので、部屋の室温 (24~26℃) や湿度に留意し、掛物等での調整を細やかに行ってほしい。  
・筋緊張は強くないが、将来的な割傷等を予防するため、良肢位の保持に努める。

◆異常時の対応と医療機関の受診について  
・軽症の症状については、地域の医療機関を受診する。  
・周産期医療センターへの定期受診は月1回で、以下の場合は、訪問看護師に連絡して対応し、改善がない場合は、緊急搬送する。  
→38℃以上の発熱時は、アンピバ50mg 挿入して様子を見る。  
→発熱と痙攣発作が起こった時は、ジアゼム坐薬 (水溶性の抗痙攣薬) をまず挿入し、30分後にアンピバ50mg (脂溶性の解熱薬) を入れる。  
→下痢や嘔吐が続く場合で掛物を調整しても体温 38℃以上が続き、SpO<sub>2</sub>が90%台まで下がらない時には搬送する。  
→胃腸 10cc 以上が引いたり、内容物として緑色から赤褐色のものが出た場合はすぐに周産期医療センターに連絡する。

検討事項と課題

## 包括的指示を受けた後の看護師のアセスメントと具体的な看護の提供

### ■ 退院後のYちゃんの状況と看護の提供

退院後、D-stは週4回の訪問看護、Z-stは週2回（内、1回は理学療法士訪問）の訪問看護とD-stのサポートを行った。気温計や湿度計を準備して、気温（24～26℃）や湿度（50～60%）を一定に保つよう環境整備を行い、母親が行う処置やケアの支援、相談に対応することで、Yちゃんは痙攣発作や緊急搬送されることなく、安定して育っている。

### ■ 包括的指示（痙攣・発熱）に基づいた症状予防のアセスメントと看護の提供

#### ● 痙攣発作予防への対応

痙攣発作予防は、定期薬の確実な注入と痙攣誘発因子（音・光・接触等）の除去が重要。テレビの音を大きくしないこと、掃除機をかける時はYちゃんを別室に移動させること、暗がりのなかでカーテンを急に開けないこと、掛物を急に剥がないことなどに配慮するよう指導した。その他、良肢位の保持、気温や湿度にも留意し、発熱による脱水を予防することで、退院後は痙攣発作を起こすことはなかった。

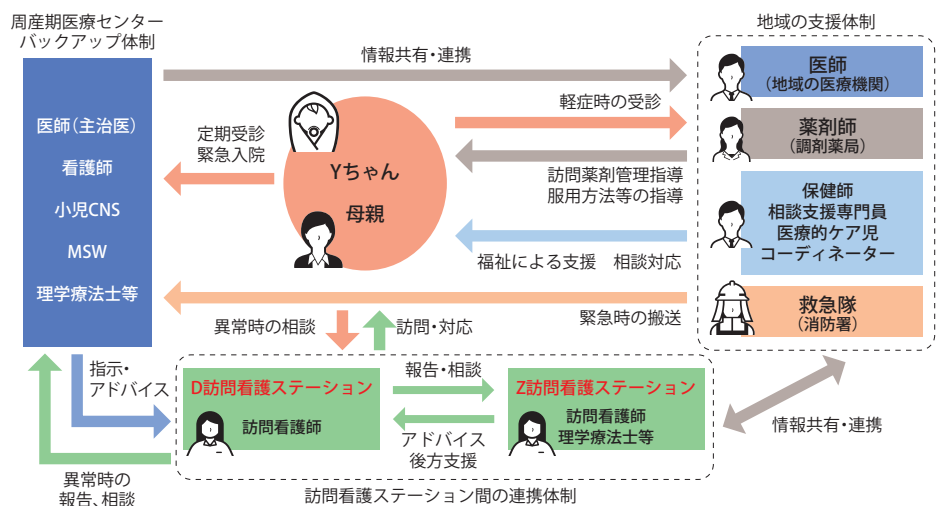
#### ● 発熱時の対応

母親から体温が38℃以上と連絡があり、D-stが訪問して状態観察を行った。SpO<sub>2</sub>は95%、鼻汁や痰はなく、機嫌は悪くないとのことで、緊急搬送には至らないと判断し発熱時の包括的指示である解熱剤アンヒバを挿入した。周産期医療センターに連絡して翌日に受診することになり、予防的に包括的指示である抗痙攣剤ジアゼパム坐薬（水溶性の抗痙攣薬）を挿入し、30分後に解熱剤アンヒバ50mg（油脂性の解熱薬）を挿入したことで、遠距離の移動中に痙攣や体温上昇を起こすことなく、入院せずに帰宅できた。

## 構築した多職種連携〈P25再掲〉

### ■ 医療的ケア児を地域で支えるための多機関・多職種の連携

医療資源の少ない中山間地域の自宅で療養するため、日常的な支援はD-stを中心とした地域の支援体制で、そのバックアップをZ-stと周産期医療センターで行う体制を構築した。



## 訪問看護師が行った療養上の世話の例

### ● 退院後の母親のケア確認と相談対応

退院後に母親が日々行うケアは、経管栄養チューブからのミルクや薬の注入、吸引、沐浴（風呂）、排泄の世話。すべて周産期医療センターで指導を受けたが、自宅は病院と環境が違い、母親一人で行うことになるため、訪問看護の初回訪問で、母親が行う処置やケアの手順を確認した。また、掛物はどのような素材が良いか、環境整備はどうしたらよいか等、母親の相談に細やかに対応したことで、退院時には不安に思っていた母親も落ち着いてYちゃんに対応できている。

### ● 入浴への対応と母親の自立への支援

Yちゃんは、体温調節が未熟なため、うつ熱で体温が上昇することがあった。入浴前に38℃程度の体温であっても、着衣や掛物で調整して下がり、活気があって他に問題がなければ、うつ熱と判断して、入浴は実施した。退院当初は、訪問看護師と母親で入浴させていたが、母親が徐々に慣れ、父親と二人で、または母親一人で入浴させることが可能になった。

上記の内容は、訪問看護報告書に記載し、医師と情報共有を図っている。





### 3. 訪問看護指示書・ 包括的指示の再掲

---

事例1 訪問看護指示書

(別紙様式 16)

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (令和○年○月○日～令和○年○月○日)  
点滴注射指示期間 ( 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	S	生年月日	大(昭)・平・令 ○年 ○月 ○日 ( ○ 歳)
患者住所	△△△ △△△ △△△ 電話 ( △△ ) △△△△ - △△△△		
主たる傷病名	(1) 中咽頭がん 骨転移		
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療態	末期。腫瘍増大に伴い気管の圧迫による呼吸困難や通過障害の可能性あり。頸部の皮膚転移している腫瘍増大が著しく、大量出血の危険性がある。がん性疼痛強く、オピオイドの経胃瘻・経皮投与を経て持続皮下注射を使用。	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 疼痛・発熱時：ボルタレン坐薬またはアンヒバ坐薬 2. 不眠時：ゾルピデム内服またはセニラン坐薬 3. 輸液ポンプによる持続皮下注射及びレスキュー	
	日常生活自立度	寝たきり度	I 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
	要介護認定の状況	認知症の状況	(I) II a II b III a III b IV M
	褥瘡の深さ	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( 1 /min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (胃瘻:サイズ イディアルボタン 24Fr8.5cm 6ヶ月に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ 月に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ レティナ ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( )		
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項			
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ( 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 )			
2. 褥瘡の処置等			
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 輸液ポンプによる持続皮下注射 オピオイド製剤充填時にカセット交換 気管カニューレ・胃瘻の管理 適時吸引			
4. その他			
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等) レスキュー薬の量とロックアウトタイムの範囲で調整			
緊急時の連絡先 ○○クリニック		主治医携帯電話○○○-○○○○-○○○○	
不在時の対応法 ○○病院へ連絡			
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)			
他の訪問看護ステーションへの指示 (無) 有: 指定訪問看護ステーション名 ( ) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無) 有: 訪問介護事業所名 ( )			

上記のとおり、指示いたします。

令和○年 ○月 ○日

医療機関名 ○○クリニック  
住 所 ○○○○○○○○○○  
電 話 ( △△ ) △△△△-△△△△  
(FAX) ( △△ ) △△△△-△△△△  
医 師 氏 名 ○○ ○○ 印

A 訪問看護ステーション ○○○○○ 殿

事例1 オピオイド製剤点滴指示箋 (レスキュー薬の投与量とロックアウトタイムの包括的指示)

オピオイド製剤点滴指示箋

療養者氏名	S 様	
指示箋記入日	令和 ○年 ○月 ○日	
指示開始日	令和 ○年 ○月 ○日～ (☑指示あるまで ・ 月 日まで)	
投与経路	<input checked="" type="checkbox"/> 持続皮下注射 (CSI) <input type="checkbox"/> 頓用皮下注射 <input type="checkbox"/> 持続静脈注射 ( 静脈 PICC カテ ポート ) <input type="checkbox"/> 頓用静脈注射 ( 静脈 PICC カテ ポート )	
投与内容	<input type="checkbox"/> 塩酸モルヒネ塩酸液 (モルヒネ液 <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 原液のみ (                    mL ) <input type="checkbox"/> 生食 (                    ) + (                    ) <input checked="" type="checkbox"/> オキシコドン ( オキファスト ) <input checked="" type="checkbox"/> 原液のみ ( 100 mL ) <input type="checkbox"/> 生食 (                    ) + (                    ) <input type="checkbox"/> フェンタニール (フェンタニルクエン酸 <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 原液のみ (                    mL ) <input type="checkbox"/> 生食 (                    mL ) + (                    mL )	
輸液ポンプ機種名	<input checked="" type="checkbox"/> CADD-Legacy PCA Model <input type="checkbox"/> バルン式携帯型ディスプレイ注入ポンプ <input type="checkbox"/> その他 (                    )	
ポンプ設定項目	<input checked="" type="checkbox"/> 持続注射	持続注入量 ( 0.5 mL/時間 )
		レスキュー薬 1 回投与量 ( 0.5 mL/回 )
	<input type="checkbox"/> 頓用のみ	ロックアウトタイム ( 15 分 )
		レスキュー回数 (                    回/時間 )
1 回量 (                    mL/回 )		
		ロックアウトタイム (                    分 )
		頓用回数 (                    回/ )
調剤薬局名・電話番号	薬局名：△△△△△ TEL：△△-△△△△-△△△△	

上記のとおり指示します。

医療機関名	〇〇クリニック
住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
電話・FAX	△△-△△△△-△△△△
医師氏名	〇〇 〇〇 印

A 訪問看護ステーション 殿

【ポンプ鍵の保管場所・保管者】 A 訪問看護ステーション金庫・〇〇〇〇〇

事例2 訪問看護指示書

(別紙様式 16)

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (令和○年○月○日～令和○年○月○日)

点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ～ 年 月 日 )

患者氏名	T	生年月日	大(昭)・平・令	○年	○月	○日	(○歳)			
患者住所	△△△ △△△ △△△		電話 ( △△ ) △△△△ - △△△△							
主たる傷病名	(1) 右肺がん末期 骨転移 (2) 便秘症 (3) 慢性胃炎									
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	がん性疼痛あり、輸液ポンプによるオピオイドの持続皮下注射にて疼痛コントロール良好。オピオイド使用による便秘、食欲不振あり。								
	投与中の薬剤の用量・用法	1. スインプロイク錠 0.2mg 2. ラベプラゾール Na 錠 20mg 3. プルゼニド錠 12mg								
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	(J 2)	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	褥瘡の深さ	自立	要支援 (1 2)	要介護 (1 2)	3	4	5			
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( ) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 (6) 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (胃瘻:サイズ イディアルボタン 24Fr8.5 c m6 ヶ月に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ 月に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ レティナ ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( )									
留意事項及び指示事項										
I 療養生活指導上の留意事項 急変時の対応、ファーストコール対応をお願いします。 病状観察、日常生活状況の確認、残薬の確認、服薬状況の確認。										
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ( 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 )										
2. 褥瘡の処置等										
(3) 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 オキファスト (50mg) 5mL・20A。 輸液ポンプ使用し、時間 0.3mL で持続皮下注射 レスキュー薬 0.3mL ロックアウトタイム 15分										
4. その他										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先 ○○病院 電話○○○-○○○○-○○○○										
不在時の対応法										
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)										
本人・家族は積極的な治療はせず、苦痛なく穏やかに過ごせる緩和ケアを希望されています。(BSC)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無) 有: 指定訪問看護ステーション名 ( ) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無) 有: 訪問介護事業所名 ( )										

上記のとおり、指示いたします。

令和○年 ○月 ○日

医療機関名 ○○クリニック  
住 所 ○○○○○○○○○○  
電 話 ( △△ ) △△△△-△△△△  
( F A X ) ( △△ ) △△△△-△△△△  
医 師 氏 名 ○○ ○○ 印

B 訪問看護ステーション 殿

事例2 訪問看護指示書（経皮的動脈血酸素飽和度に応じた酸素流量変更に関する包括的指示）

(別紙様式16)

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間（令和○年○月○日～令和○年○月○日）  
点滴注射指示期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名	T	生年月日	大・昭・平・令	○年	○月	○日	(○歳)			
患者住所	△△△ △△△ △△△			電話(△△) △△△△-△△△△						
主たる傷病名	(1) 右肺がん末期 骨転移 (2) 便秘症 (3) 慢性胃炎									
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状	がん性疼痛あり、輸液ポンプによるオピオイドの持続皮下注射にて疼痛コントロール中。がんの進行に伴い、SpO <sub>2</sub> 低下と呼吸困難感出現し、在宅酸素導入。								
	投与中の薬剤 の用量・用法	1. スインプロロイク錠 0.2mg 2. ラベプラゾール Na 錠 20mg 3. プルセニド錠 12mg								
	日常生活 自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	要介護認定 の状況	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	褥瘡の 深さ	自立	要支援(1 2)		要介護(1 2 3 4 5)					
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌漐装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(1/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(胃瘻:サイズ イディアルポタン 24Fr8.5cm6ヶ月に1回交換) 8. 留置カテーテル(部位: サイズ 月に1回交換) 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定 ) 10. 気管カニューレ(サイズ レティナ ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他( )									
留意事項及び指示事項										
I 療養生活指導上の留意事項 急変時の対応、ファーストコール対応をお願いします。 病状観察、日常生活状況の確認、残薬の確認、服薬状況の確認。										
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 (1日あたり( )分を週( )回 )										
2. 褥瘡の処置等										
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 オキファスト(50mg) 5mL・20A。 輸液ポンプ使用し、時間 0.3mLで持続皮下注射 レスキュー薬 0.3mL ロックアウトタイム 15分。										
4. その他 在宅酸素: 1.0L/min 開始。SpO <sub>2</sub> が90%以下の時、酸素 0.5Lずつ増量。MAX5L/min。										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先		○○病院		電話○○○-○○○○-○○○○						
不在時の対応法										
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問 介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)										
本人・家族は積極的な治療はせず、苦痛なく穏やかに過ごせる緩和ケアを希望されています。 (BSC)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無)有:指定訪問看護ステーション名 ) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無)有:訪問介護事業所名 )										

上記のとおり、指示いたします。

令和○年 ○月 ○日

医療機関名 ○○クリニック  
住 所 ○○○○○○○○○○  
電 話 (△△) △△△△-△△△△  
(FAX) (△△) △△△△-△△△△  
医 師 氏 名 ○○ ○○ 印

B 訪問看護ステーション 殿

事例3 訪問看護指示書（体重増加に対応する利尿剤服用の包括的指示）

(別紙様式 16)

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (令和○年○月○日～令和○年○月○日)  
点滴注射指示期間 ( 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	U	生年月日	大(昭)・平・令 ○年 ○月 ○日 ( ○ 歳)
患者住所	△△△ △△△ △△△		電話 ( △△ ) △△△△ - △△△△
主たる傷病名	(1) 狭心症・心内膜下梗塞疑い (2) 高血圧 (3) 心不全		
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療態	外来で内服加療中。慢性心不全で入退院を繰り返している。内服薬の飲み忘れがあると、浮腫や胸水貯留の症状が出現する。○月○日退院。	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. プロブレス (8mg) 1錠×1朝 2. アダラート (20mg) 2錠×2朝夕 3. タンボコール (50mg) 1錠×1朝 4. ラシックス (20mg) 1錠×1朝 5. タケルダ 1錠×1朝 6. リクシアナ (30mg) 1錠×1朝	
	日常生活自立度	寝たきり度 (1) J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 認知症の状況 I II a (II) III a III b IV M	
	要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 (2) 3 4 5)	
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D 3 D 4 D 5 NPUAP分類 III度 IV度	
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (胃瘻:サイズ イディアルボタン 24Fr8.5cm6ヶ月に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ 月に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ レティナ ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( )	
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項 認知症により薬の飲み忘れあり。認知症を基本とするせん妄あり (HDSR11点)。訪問時に確認やサポートをお願いします。			
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ( 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 )			
2. 褥瘡の処置等			
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理			
(4) その他 内服薬・食事・心不全手帳 (血圧・体重) の管理及び全身状態の確認。			
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)			
緊急時の連絡先		○○病院 電話○○○-○○○○-○○○○	
不在時の対応法			
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)			
訪問時に体重測定し、39Kg を超えていたらラシックス (20mg) 1錠内服。			
他の訪問看護ステーションへの指示 (無) 有: 指定訪問看護ステーション名 ) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無) 有: 訪問介護事業所名 )			

上記のとおり、指示いたします。

令和○年 ○月 ○日

医療機関名 ○○クリニック  
住 所 ○○○○○○○○○○  
電 話 ( △△ ) △△△△-△△△△  
( F A X ) ( △△ ) △△△△-△△△△  
医 師 氏 名 ○○ ○○ 印

C 訪問看護ステーション 殿

事例 4 訪問看護指示書

(別紙様式 16)

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと  
訪問看護指示期間 (令和○年○月○日～令和○年○月○日)  
点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ～ 年 月 日)

患者氏名	Y	生年月日	大・昭・平・令	○年	○月	○日 ( ○ 歳)				
患者住所	△△△ △△△ △△△		電話 ( △△ ) △△△△ - △△△△							
主たる傷病名	(1) 重症新生児仮死 (2) 胃食道逆流症 (3) 症候性てんかん									
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療態	重症新生児仮死にて誕生。啼泣により痙攣発作を起こしやすい。経管栄養による栄養補給だが、消化不良による胃・食道への逆流や嘔吐の危険性があり、上気道感染や肺炎を起こす可能性が高い。								
	投与中の薬剤の用量・用法	1. デパケン細粒 400mg 分3 2. ラミクタール 30mg 朝夕 3. モサプリドクエン酸塩錠 5mg0.5 錠朝夕								
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	褥瘡の深さ	DESIGN分類	D 3	D 4	D 5	NPUAP分類	Ⅲ度	Ⅳ度		
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( 1 / min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻:サイズ 6Fr 21cm 固定 28日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ 月に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( )									
留意事項及び指示事項										
I 療養生活指導上の留意事項 啼泣や刺激による痙攣発作、消化不良による逆流で肺炎を起こしやすいため、注意してケアを実施してください。										
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ( 1日あたり ( 40 ) 分を週 ( 1 ) 回 )										
2. 褥瘡の処置等										
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 母親が行う経管栄養のチューブ交換の確認、挿入困難時の対応										
4. その他										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先 周産期医療センター 電話○○○-○○○○-○○○○ 不在時の対応法										
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 ( 無 (有): 指定訪問看護ステーション名 D 訪問看護ステーション )										
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ( 無 ) 有: 訪問介護事業所名 )										

上記のとおり、指示いたします。

令和○年 ○月 ○日

医療機関名 周産期医療センター  
住 所 ○○○○○○○○○○  
電 話 ( △△ ) △△△△-△△△△  
( F A X ) ( △△ ) △△△△-△△△△  
医 師 氏 名 ○ ○ ○ ○ 印

Z 訪問看護ステーション 殿

## 退院時共同指導 記録用紙

利用者名：  Y  様

記載者  △△△△△

開催 月日・時間	令和〇年 〇月 〇日 : □□時 □□分 ~ ◇◇時 ◇◇分
場所	( 周産期医療センター )
参加者	家族 (母親) 医 師 (周産期医療センター主治医、地域の医療機関) 病院看護師 (担当看護師・小児 CNS)・MSW 訪問看護師 (D 訪問看護ステーション管理者・Z 訪問看護ステーション管理者) 地域の薬剤師 (調剤薬局)・救急隊員・地域の保健師
指導内容	病名：重症新生児仮死 胃食道逆流症 症候性てんかん 退院予定日： 〇月 〇日 ( 〇 )  <b>◆医療処置や介護指導について</b> ・入院中に、母親に対して、吸引、経管栄養チューブの交換、ミルクや薬の注入、沐浴、おむつ交換については、指導済み。自宅での手技の確認を訪問看護で実施してほしい。  <b>◆具体的なケアや環境整備について</b> ・痙攣発作を誘発する啼泣や刺激因子 (音、光、気温等の急激な変化) を極力避けるような環境に配慮する。 ・消化不良による胃食道逆流や嘔吐に注意 (上気道感染や肺炎のリスク)。 ・体温調整が不安定なので、部屋の室温 (24~26℃) や湿度に留意し、掛物等での調整を細やかに行ってほしい。 ・筋緊張は強くないが、将来的な側弯等を予防するため、良肢位の保持に努める。  <b>◆異常時の対応と医療機関の受診について</b> ・軽症の症状については、地域の医療機関を受診する。 ・周産期医療センターへの定期受診は月1回で、以下の場合は、訪問看護師に連絡して対応し、改善がない場合は、緊急搬送する。 ⇒38℃以上の発熱時は、アンヒバ 50mg 挿入して様子を見る。 ⇒発熱と痙攣発作が起こった時は、ジアゼパム坐薬 (水溶性の抗痙攣薬) をまず挿入し、30 分後にアンヒバ 50mg (油脂性の解熱薬) を入れる。 ⇒下痢や嘔吐が続く場合で掛物を調整しても体温 38℃以上が続き、SpO <sub>2</sub> が 90%台まで上がらない時には搬送する。 ⇒胃残 10cc 以上が続いたり、内容物として緑色から赤褐色のものが引けた場合はすぐに周産期医療センターに連絡する。
検討事項と課題	



## 4. 連携図の再掲（事例1～4）

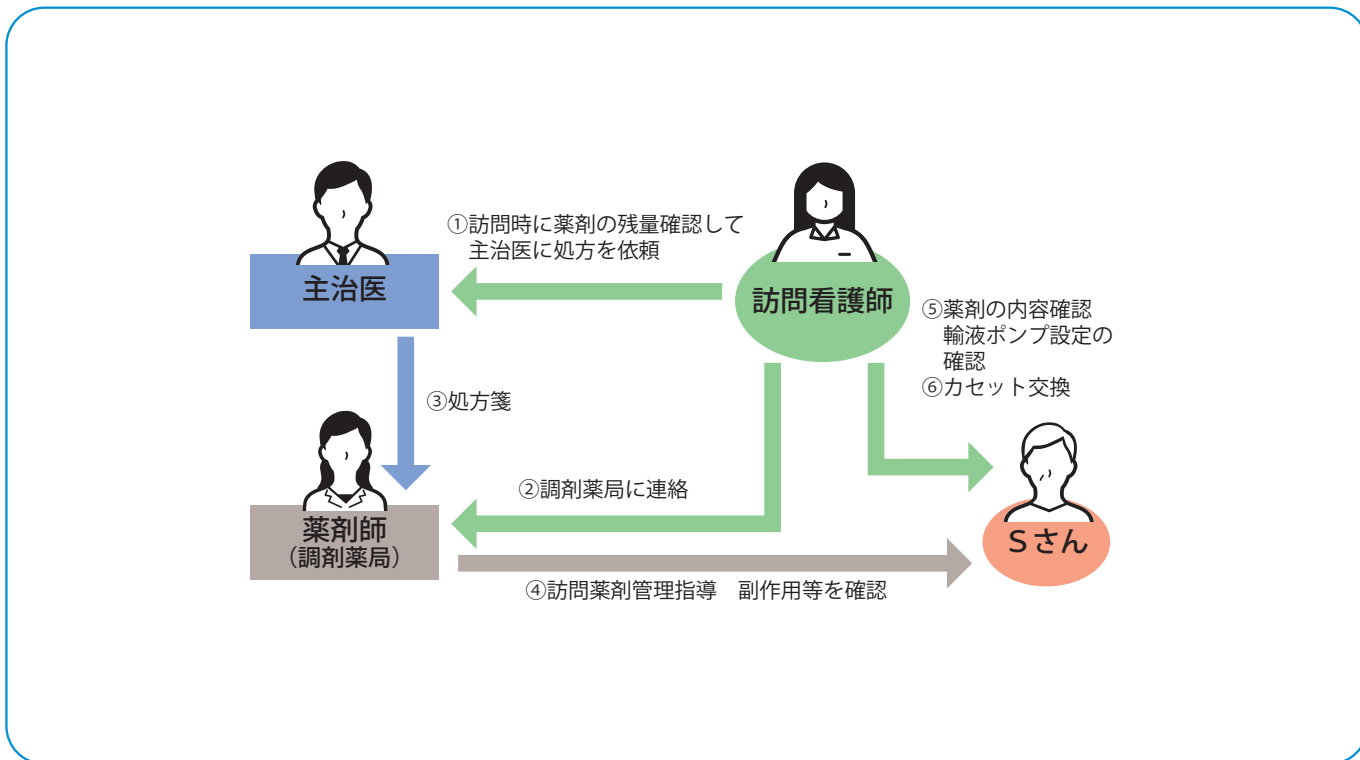
---

## 事例 1 咽頭がん末期利用者の疼痛コントロール

1

～レスキュー薬の投与量とロックアウトタイムの包括的指示～

### ■ がん性疼痛悪化に対応するための訪問看護師・医師・薬剤師の連携

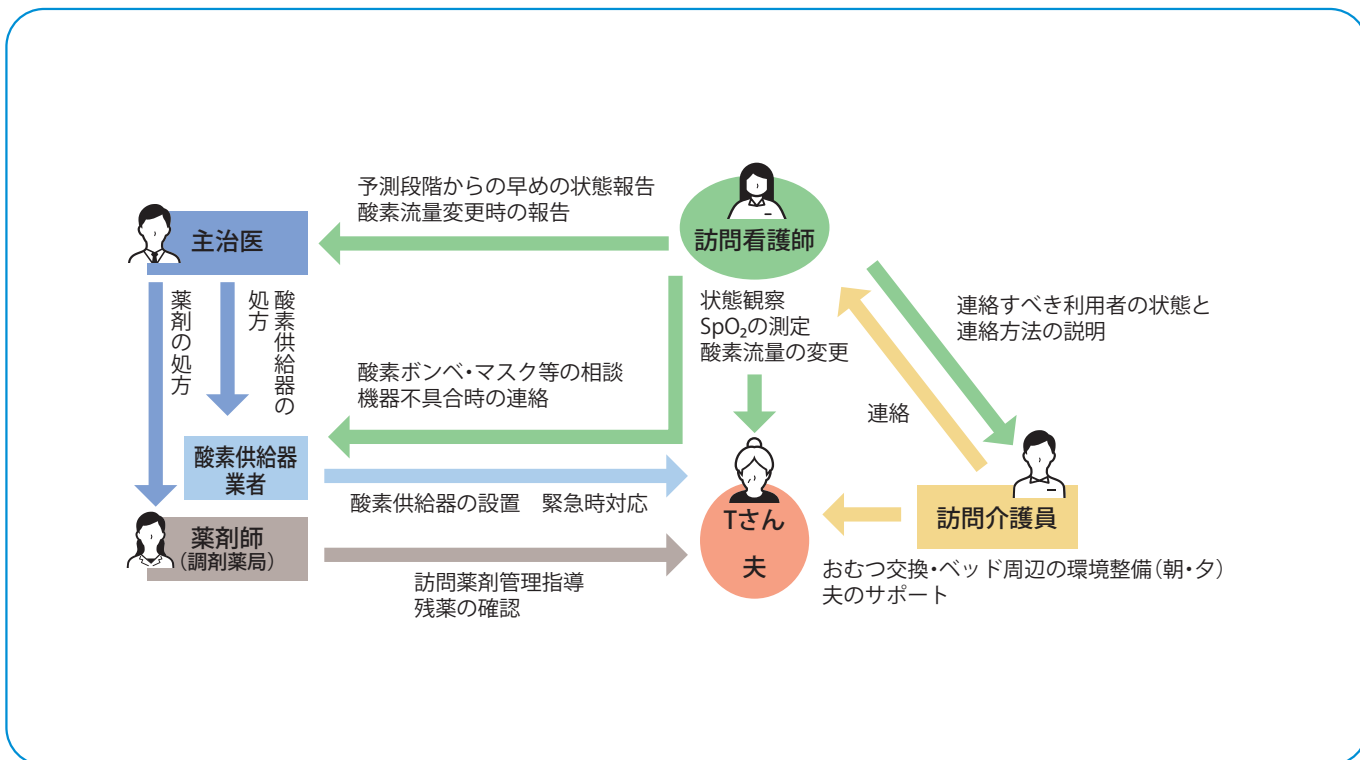


## 事例 2 肺がん末期利用者の呼吸困難感増強への対応

2

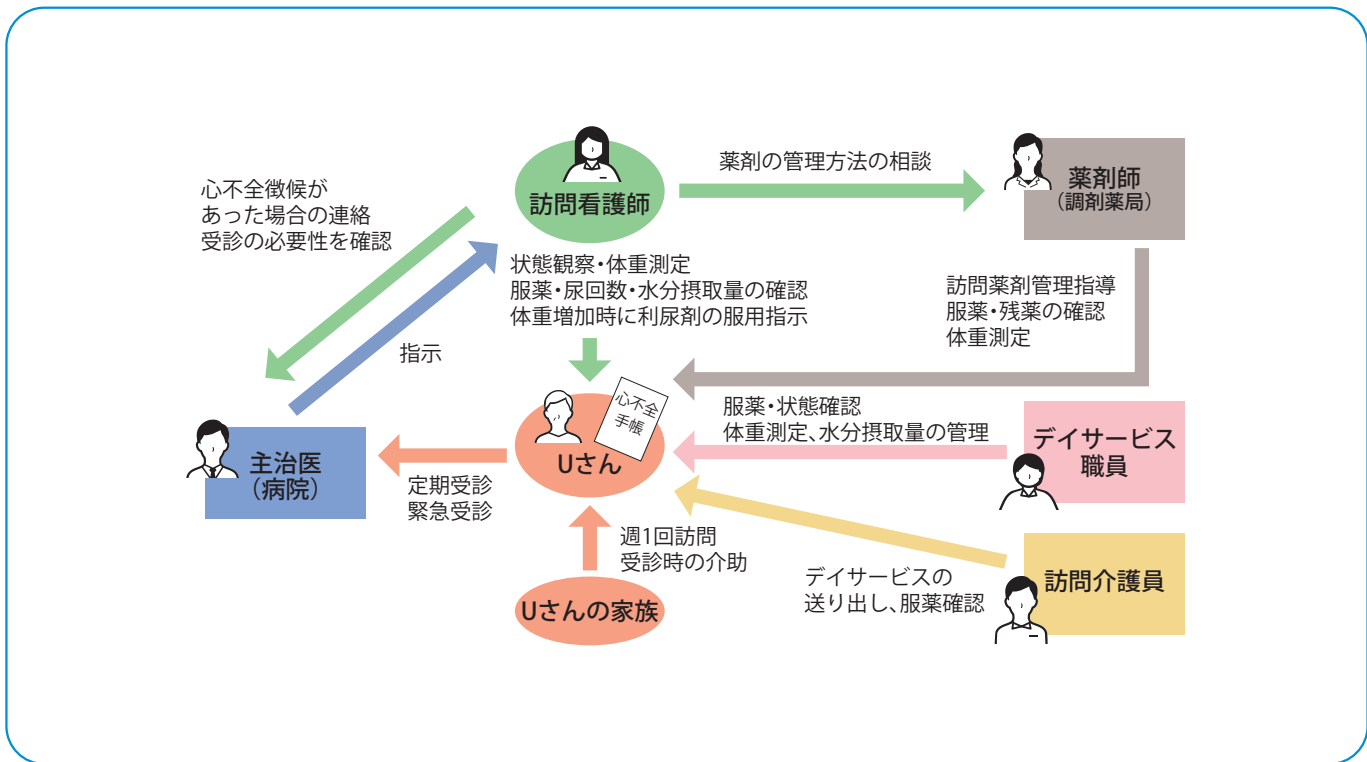
～経皮的動脈血酸素飽和度に応じた酸素流量変更に関する包括的指示～

### ■ 呼吸困難感に対応するための訪問看護師・医師・酸素供給器業者・訪問介護員の連携



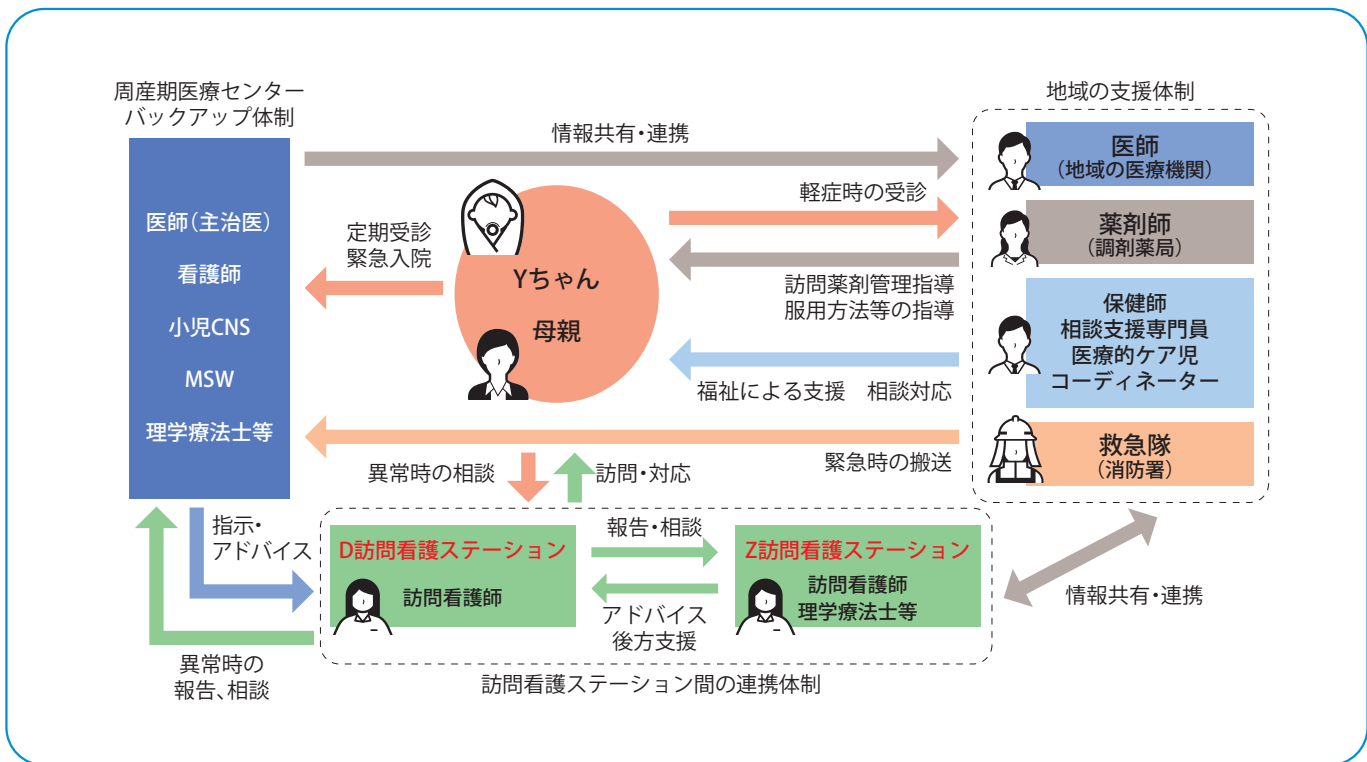
### 事例 3 心不全利用者の心不全悪化の予防 ～体重増加に対応する利尿剤服用の包括的指示～

#### ■ 心不全悪化を予防するための訪問看護師・医師・薬剤師・デイサービス職員・訪問介護員の連携



### 事例 4 医療的ケア児の痙攣および発熱の予防 ～発熱時および痙攣発作時の薬剤使用と受診タイミングに関する包括的指示～

#### ■ 医療的ケア児を地域で支えるための多機関・多職種連携



## 5. 検討委員会名簿

役 割	氏 名	所 属	役 職
委員長	尾崎 章子	東北大学大学院	教授
委 員	阿部 智子	全国訪問看護事業協会	常務理事
	阿部 恭宜	有限会社あじさい薬局	代表取締役社長
	佐々木 真理子	けいわ訪問看護ステーション大分	在宅事業管理部長
	高砂 裕子	全国訪問看護事業協会	副会長
	田母神 裕美	日本看護協会	常任理事
	中島 朋子	全国訪問看護事業協会	常務理事
	新田 國夫	医療法人社団つくし会 新田クリニック	院長

50音順、敬称略

オブ ザーバー	佐藤 美穂子	日本訪問看護財団	常務理事
	後藤 友美	厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室	室長
	初村 恵	厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室	補佐
	柿澤 満絵	厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室	専門官
	船津 朱	厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室	主査
	金田 絵美	厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室	研修生
	坂 弘康		

事務局	中村 昌夫	全国訪問看護事業協会	事務局長
	吉原 由美子	全国訪問看護事業協会	業務主任
	是木 美奈子	全国訪問看護事業協会	
	清崎 由美子	全国訪問看護事業協会	技術参与

# MEMO

---

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 20 lines spaced evenly down the page.

# MEMO

---

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 20 lines spaced evenly down the page.

令和 5 年度  
医療施設運営費等補助金（看護職員確保対策特別事業）  
在宅療養患者の病状変化対応における訪問看護ステーション好事例集

---

令和 6 年 3 月 発行  
発行者 一般社団法人全国訪問看護事業協会  
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1 丁目 3 番 12 号 壹丁目参番館 401  
TEL 03-3351-5898

---

