多職種による在宅チーム医療のための地域リーダー研修

2015年10月11日

筑波大学　医学医療系
医療連携患者相談センター
浜野　淳

セッションの内容

- **在宅医療と在宅ケアの現状**
- **生活を支える在宅医療と在宅ケア**
- **在宅に必要な連携・多職種協働**

在宅医療の現状：超高齢社会

➢65歳以上の高齢者人口が・・・

7%以上：高齢化社会　14%以上：高齢社会

21%以上：超高齢社会 ➡ 長寿社会

➢身近な地域の高齢化率は・・・

茨城県　65歳以上：24.8%　75歳以上：11.7%

水戸市　23.4%　土浦市　25.1%

常総市　25.3%　つくば市　17.6%

2013年10月現在

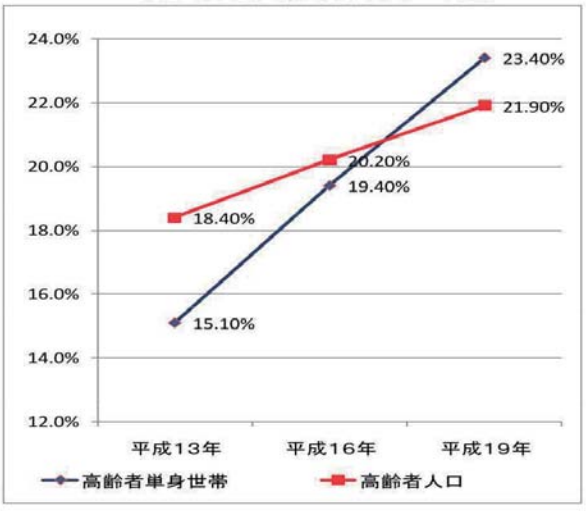
在宅医療の現状：独居の増加

高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移

（※）介護を要する者のいる世帯数1万対

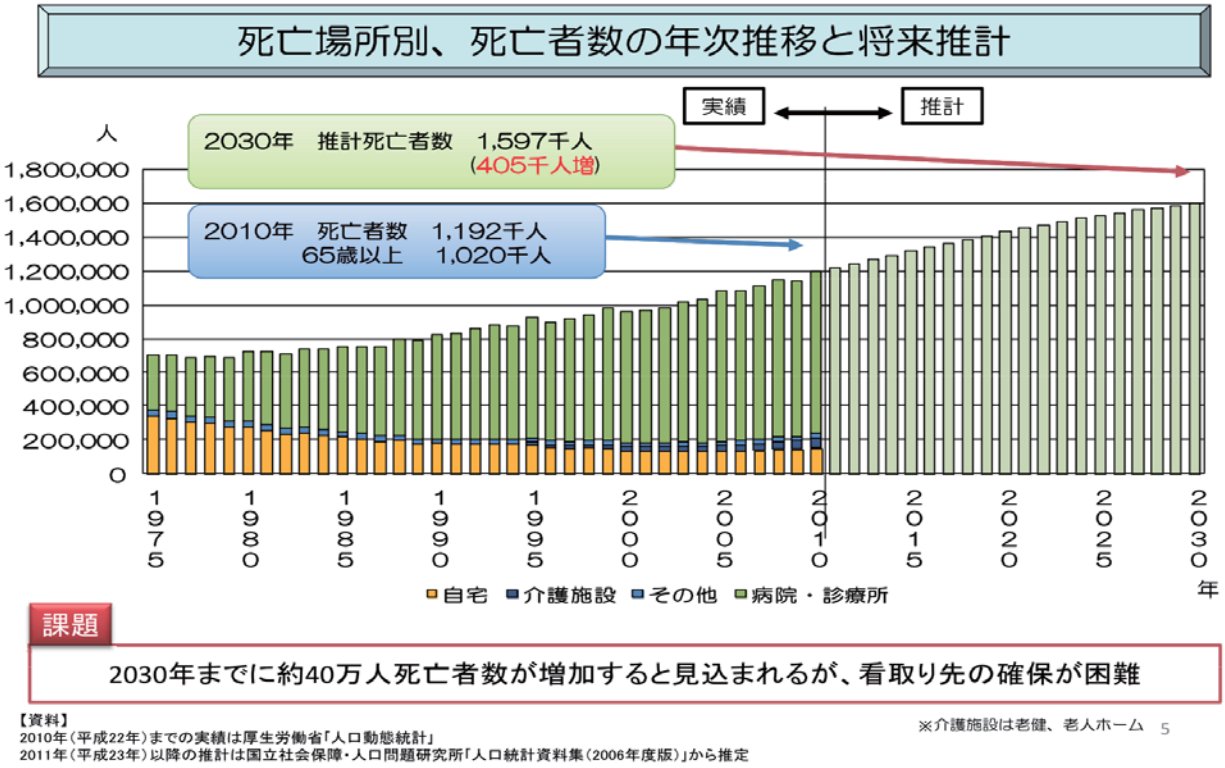
高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



（出典）国民生活基礎調査から作成

4

在宅医療の現状：死亡者数の増加



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】
2010年（平成22年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2011年（平成23年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム　5

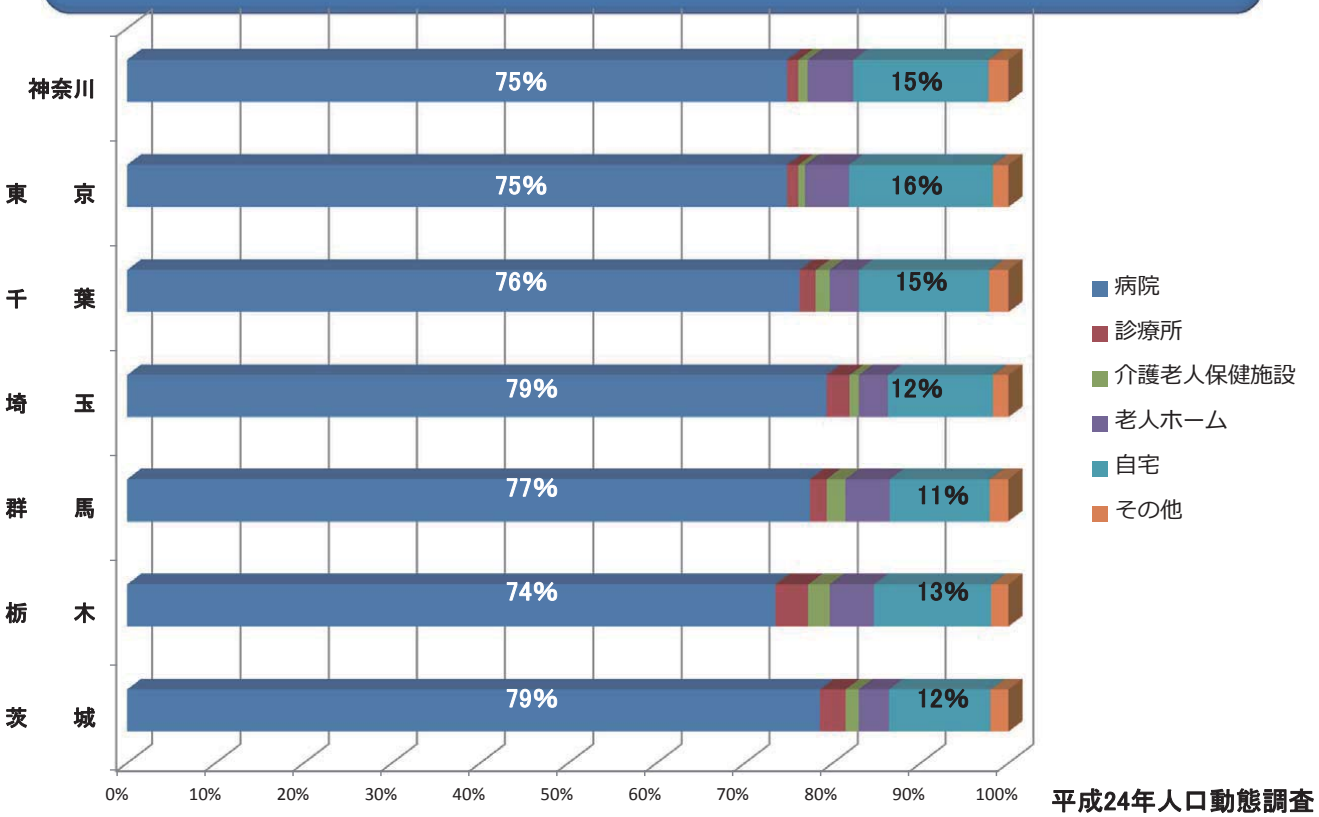
在宅医療の現状：希望と現実の乖離

- 高齢者の多くは療養場所としては、63.3%が自宅を希望している
- 最期を迎える場としては国民の54.6%が自宅を希望している
- 自宅で最期を迎えているのは全死亡者のうち12.5%となっている

高齢者の健康に関する意識調査
平成19年度内閣府

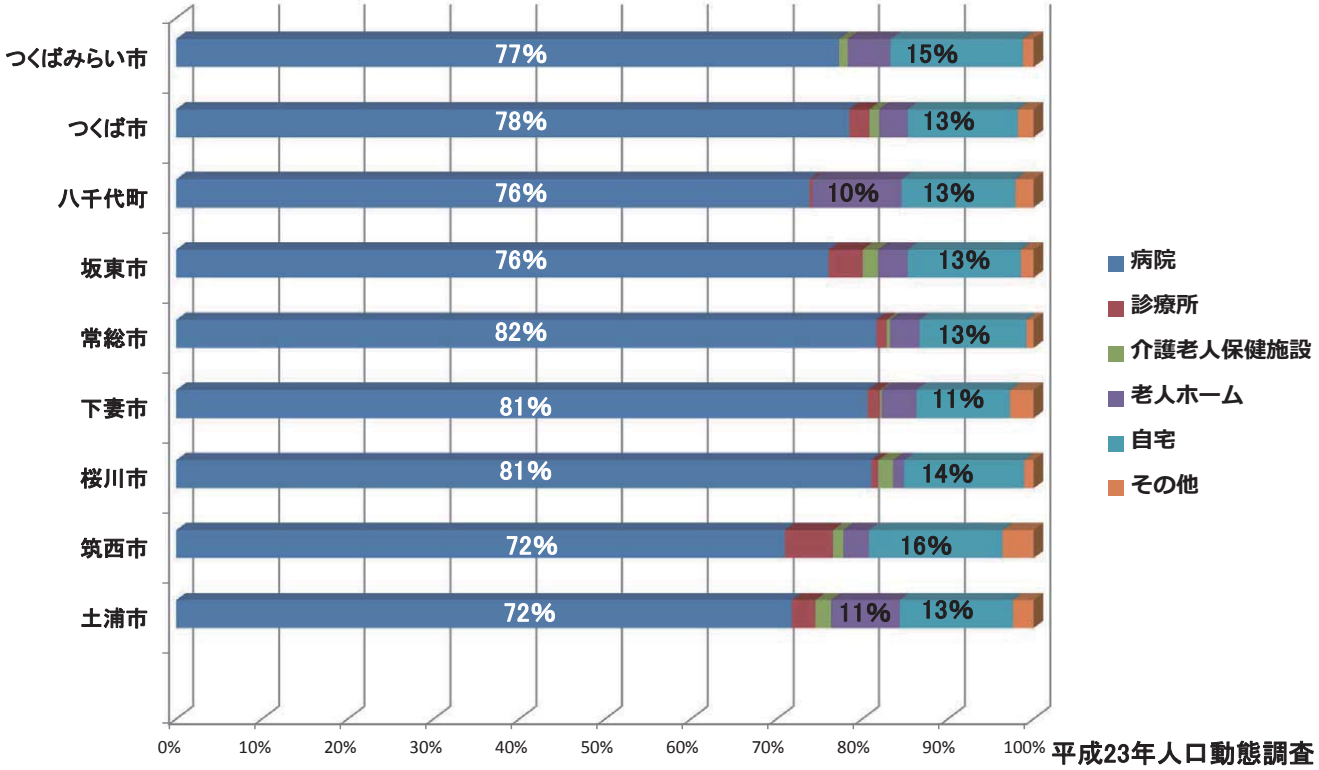
平成23年度人口動態調査

都道府県別：死亡の場所別にみた死亡割合



平成24年人口動態調査

市町村別：死亡の場所別にみた死亡割合

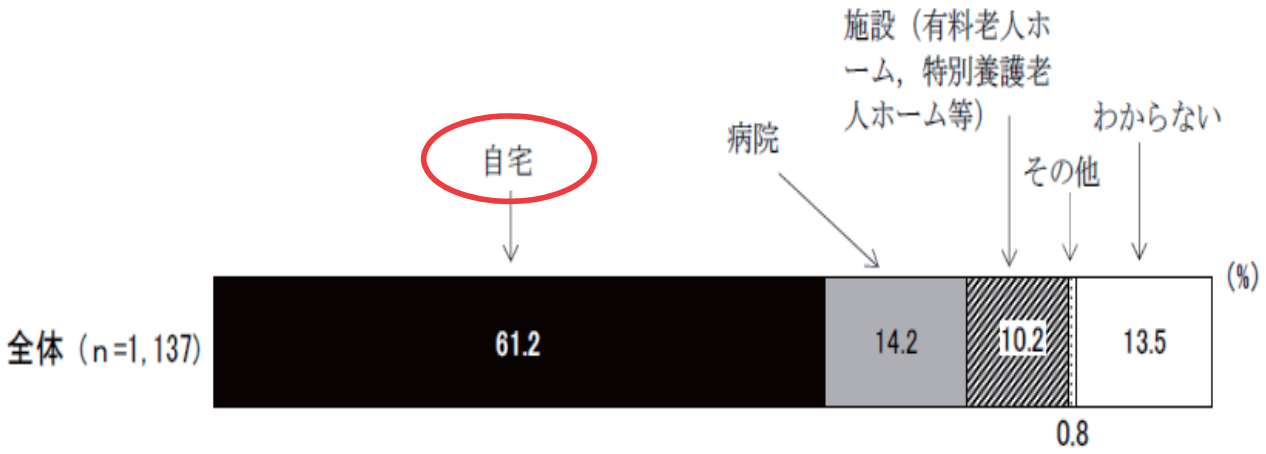


平成23年人口動態調査

在宅医療の現状：県の調査

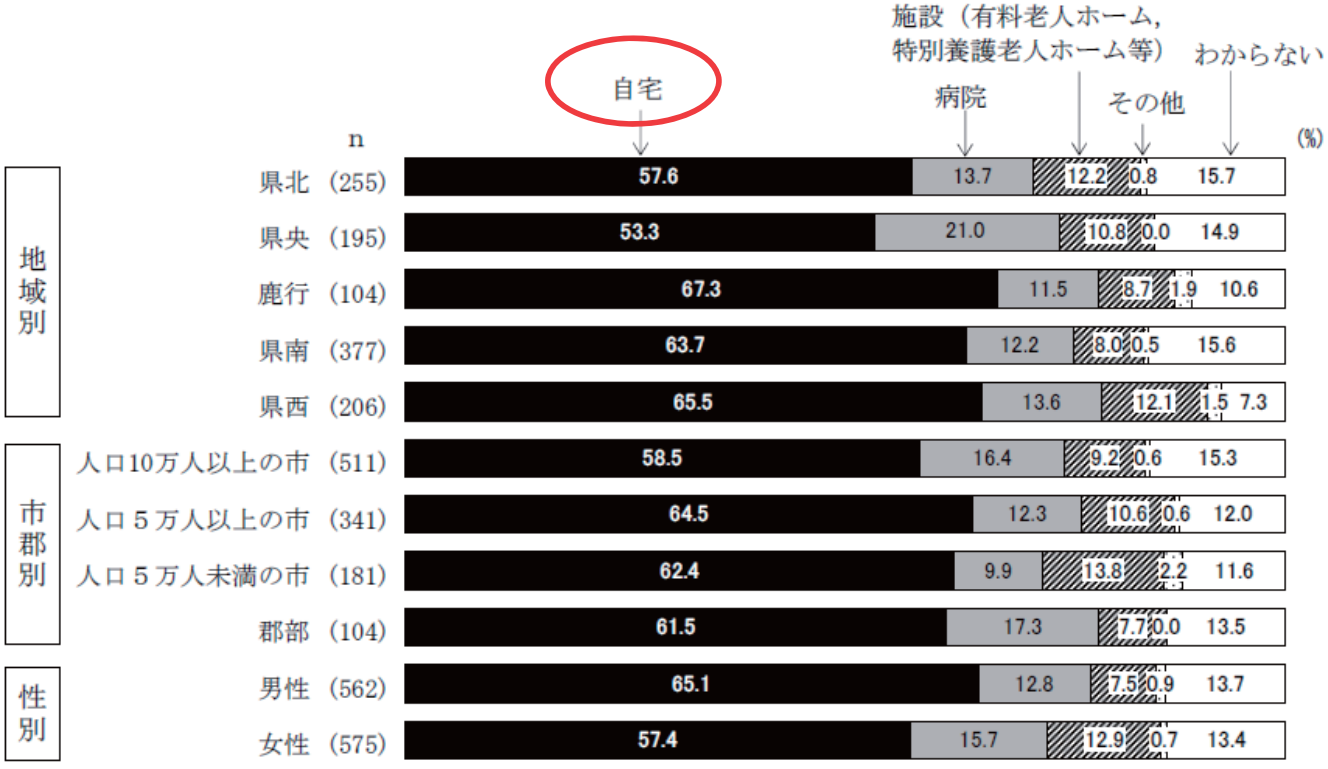
問20　急速な高齢化の進展などから，住み慣れた環境で医療を受けられるよう在宅医療（※）のサービスの充実に取り組んでいますが，あなたは，将来，どこで最期を迎えたいと思いますか。次の中から一番近いものを１つだけ選んでください。

※　在宅医療とは，自宅での療養を希望する患者さんが，医師の往診や治療，訪問看護などの医療サービスを自宅で受けながら療養生活を送ることです。



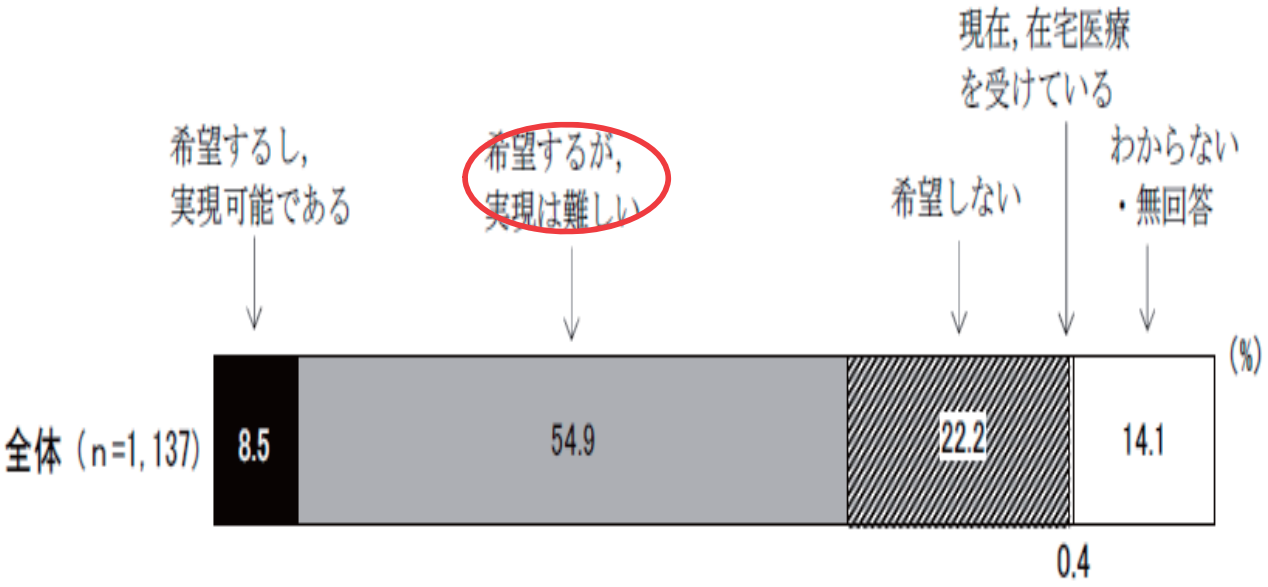
在宅医療の現状：自宅で生活

図Ⅸ　20－１　終の棲家について（地域別，市郡別，性別，性・年齢別，職業別）



在宅医療の現状：現実は厳しい

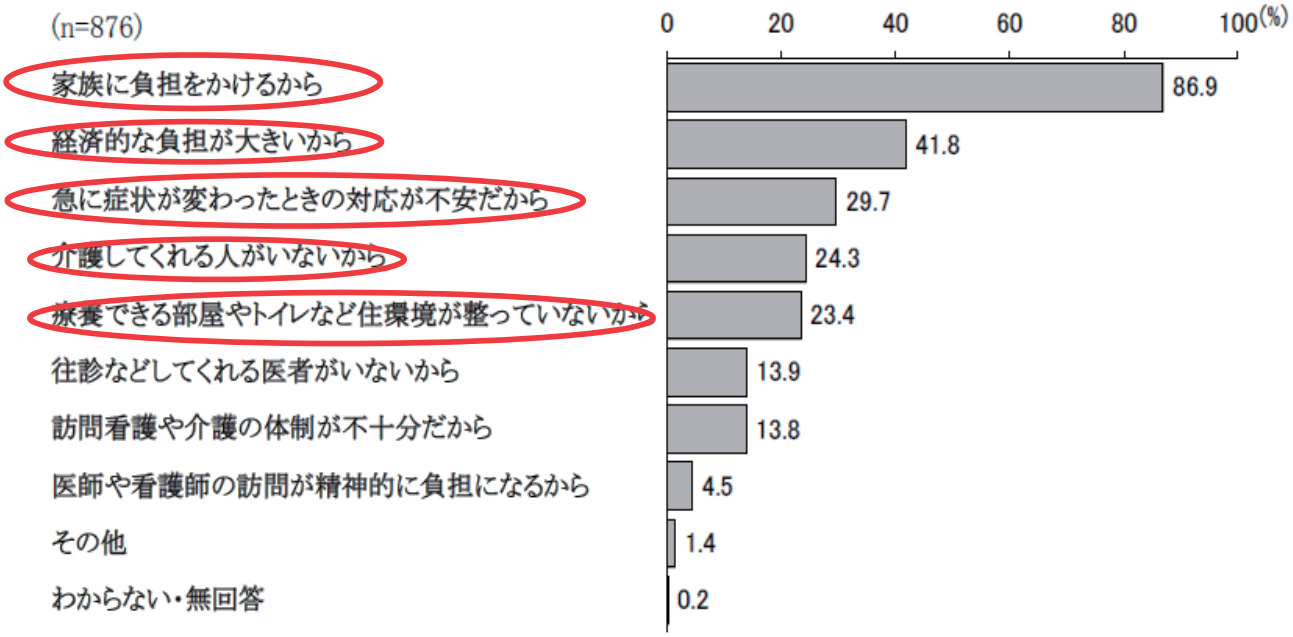
問21　あなたは，脳卒中やがんなどで長期の療養が必要になった場合，在宅医療を希望しますか。また，その実現は可能だと思いますか。次の中から１つだけ選んでください。



在宅医療の現状：負担と不安

（問21で，「２．希望するが，実現は難しい」か「３．希望しない」と回答した方のみ）

問21－１　在宅医療の実現が難しい，または希望しない理由は何ですか。次の中から３つまで選んでください。



事　例

- 85歳　女性
- あなたのクリニックに高血圧で長年通院している
- ここ1-2年間は、不眠とうつ状態を訴え、日常生活動作（ADL）が少しずつ低下したため、家族が付き添って通院していた
- 自宅内の生活は自立しているが、最近は通院が負担になり、家族が時々薬を取りに来て、生活の様子を伝えている

事　例

- 皆さんは、この事例で訪問診療などの在宅医療や在宅ケアを検討しますか？

在宅医療・在宅ケアの適応

- H20年3月28日「厚生労働省事務連絡」によれば、在宅医療・在宅ケアの適応は
  - 寝たきり、またはこれに準ずる状態で通院困難なもの
  - 少なくとも独歩で家族等の助けを借りずに通院ができる者などは通院は容易である

※疾患の重症度、ADL、要介護度などによる基準はない

在宅医療・在宅ケアを始めるポイント

- 一般に外来に通院している患者さんに、いつ在宅医療・在宅ケアを始めるのが良いでしょうか？

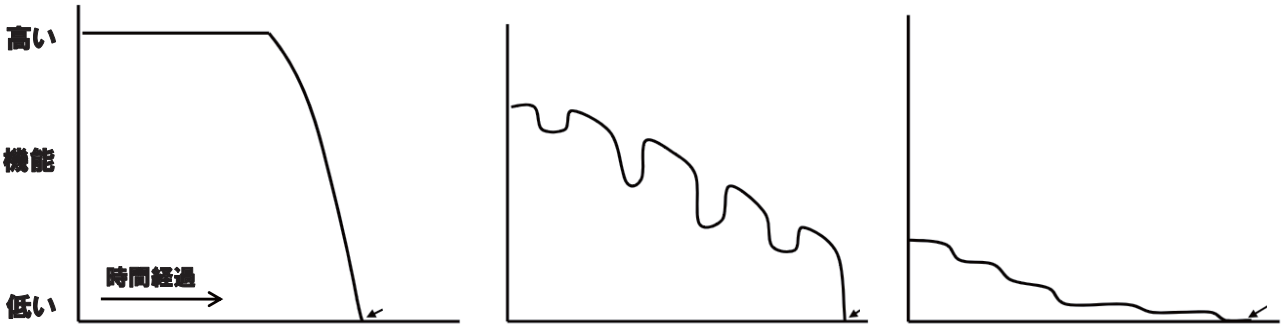
在宅医療・在宅ケアを始めるポイント

- 定期的な通院が困難になったとき
  - 生活に変化が起きている可能性
- 本人が訪問診療を希望したとき
  - 家族と本人の希望が一致しない可能性

在宅医療・在宅ケアを始めるポイント

- 医療やケアに「切れ目」ができたとき
  - 専門職が継続的に関わっていない
  - 家族だけでサポートしているとき
- 医療やケアに「切れ目」ができそうなとき
  - 病気の軌跡（Illness trajectories）の変化
  - 家族生活の変化
  - 内服コンプライアンスの変化

病気の軌跡（Illness trajectories）



がん等	心・肺疾患末期	認知症・老衰等
比較的長い間機能は保たれる 最後の1～2ヶ月くらいで急速に機能が低下する	急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能が低下する 最後は比較的急に低下	機能が低下した状態が長く続き、さらにゆっくりと機能が低下

Lynn J, et al. JAMA 2001

切れ目のない医療・ケア

- 「病気の軌跡」を意識して患者を診る
  - 「病気の軌跡」のイメージでどの病状にいるのか？
- 保健医療福祉との繋がりに切れ目を作らないようにする
- 「病気の軌跡」を患者本人や家族への病状説明、今後の見通しの説明に活用する

事例　つづき

- 85歳　女性
- あなたのクリニックに長年通院している患者さんに家族を通して、在宅医療について意向を聞いた
- 患者さんは「家族に迷惑をかけてまで通院したくない」とのことで「往診」を希望した
- あなたは「訪問診療」を開始し、「訪問看護」を依頼することとした

訪問診療・訪問看護を始めるとき

- 訪問看護を依頼するにあたって、訪問看護師から家族関係のことを聞かれたが、十分な情報を伝えられなかった
  - 在宅医療・在宅ケアでは、なぜ家族の情報が必要なのでしょうか？

訪問診療・訪問看護を始めるとき

- 患者の問題を解決するためには、家族も医療・ケアの対象者として考える
  - 家族の思い、ペースを尊重した関わり
  - 家族の強みを引き出す関わり
  - 患者と家族の主体性を尊重した関わり

家族を知る

- 現在の状況を家族がどのように考えているか
  - 病気のこと
  - 生活のこと
  - 家族自身のこと
- 医療者が聞きたいことから聞かなくても良い
  - 患者や家族が話しやすいことから

家族を知る

- 家族構成
- これまでと現在の患者と家族の関わり
- 患者と家族の関わりで上手くいっていること、困っていること
- 患者が一番頼りにしているご家族は誰か？
- 家族の仕事、収入状況

在宅に必要な連携・多職種協働

- 在宅医療・在宅ケアは「切れ目のない医療・ケア」を実践するための手段
  - 生活の場で医療・看護・介護を実践する
  - 在宅での療養環境を整えてこそ、継続した療養が可能となる
- 在宅医療・在宅ケアの担い手として多職種チームが期待されている
  - 保健医療福祉のさまざまな専門職から構成されるチーム

多職種で関わるために

- （いわゆる）地域連携
- 顔の見える関係

地域連携の３水準

1. 治療・ケアや情報が完全に地域内で一元化されている
   - **完全な集約**
2. 治療やケアは個々の施設で行われ情報も個々の施設が保有するが、どういう時にどこに受診するかなどのコーディネーションを行う明確な責任部署がある
   - **コーディネーション**
3. 集約もコーディネーション機能も明確にはされていないが、地域のどこで何が行われているかについての認識が共有されている
   - **緩やかな連携（Linkage）**

Leutz WN, 1999より引用

緩和ケアに関する地域連携評価尺度

1. 他の施設の関係者と気軽にやりとりできる
2. 地域の他の職種の役割が分かる
3. 地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる
4. 地域の多職種で会ったり話し合う機会がある
5. 地域の相談できるネットワークがある
6. 地域のリソースが具体的に分かる
7. 退院前カンファなど病院と地域の連携が良い

森田ら, Palliative care Research, 2013より引用

緩和ケアに関する地域連携評価尺度

1. 他の施設の関係者と気軽にやりとりできる
    1. 安心して相談ややりとりができる
    2. 躊躇せずに相談ややりとりができる
2. 地域の他の職種の役割が分かる
    1. 互いの役割やその重要性が分かるようになる
3. 地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる
    1. 名前と顔、人となりが分かるようになる
    2. 互いの考え方や状況が分かるようになる

森田ら, Palliative care Research, 2013より引用

緩和ケアに関する地域連携評価尺度

4. 地域の多職種で会ったり話し合う機会がある
    1. みんなで集まる機会が増え、ついでに相談ややり取りができる
    2. 正式な場所でなく、ついでに聞ける機会がある
5. 地域の相談できるネットワークがある
    1. 窓口や役割が分かるようになる
    2. 誰に相談すれば良いか分かるようになる
    3. 相談先が増える

森田ら, Palliative care Research, 2013より引用

緩和ケアに関する地域連携評価尺度

6. 地域のリソースが具体的に分かる
    1. 地域のリソースが分かり、患者に具体的に紹介できる
7. 退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が良い
    1. 退院前カンファレンスをするようになる
    2. 緊急時の連絡先を決めておくようになる

森田ら, Palliative care Research, 2013より引用

顔の見える関係とは？

1. 顔が分かる関係
    1. 会ったこともない人たちの顔が
       とりあえず分かるようになること
2. 顔の向こう側が見える関係
   （人となりが分かる関係）
    1. どういう考え方をする人で、
       どういう人となりかが分かるようになること
3. 顔を通り超えて信頼できる関係
    1. 信頼感をもって一緒に仕事が
       できるようになること

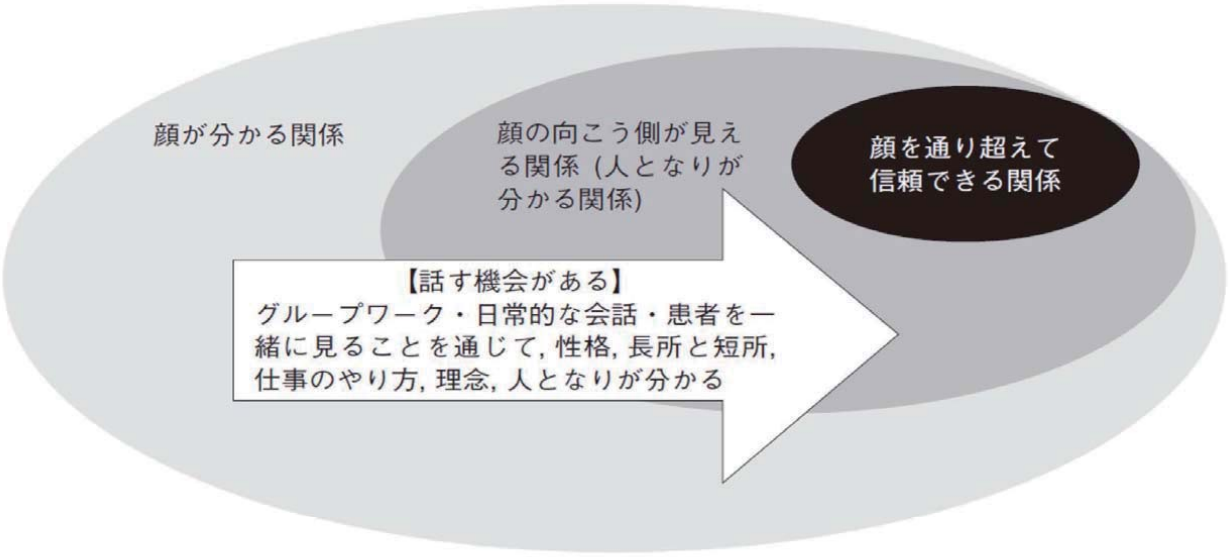
森田ら, Palliative care Research, 2012より引用

顔の見える関係ができると

1. 連絡しやすくなる
2. 誰に言えば解決するか、役割が分かる
3. 相手に合わせて自分の対応を変えるようになる
4. 効率が良くなる
5. 親近感を覚える
6. 責任を感じる

森田ら, Palliative care Research, 2012より引用

顔の見える関係とは？



「顔が分かるから安心して連絡しやすい」
「役割を果たせるキーパーソンが分かる」
「相手に合わせて自分の対応を変えるようになる」
「同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる」
「親近感がわく」
「責任のある対応をする」

→ 連携しやすくなる

森田ら，Palliative care Research，2012より引用

まとめ

- **在宅医療と在宅ケアの現状**
  - **超高齢社会×独居**
  - **希望と現実の乖離：在宅死≪病院死**
- **生活を支える在宅医療と在宅ケア**
  - **切れ目のない医療・ケアの提供：多職種**
  - **生活を意識した目標設定：家族**
- **在宅に必要な連携・多職種協働**
  - **地域のリソース・ネットワーク**
  - **人となりが分かる関係→信頼関係**

平成27年10月11日
多職種協働による在宅チーム医療のための
地域リーダー研修会

在宅医療における褥瘡対策

筑波メディカルセンター病院
在宅診療科　鈴木 將玄

在宅医療の現場では

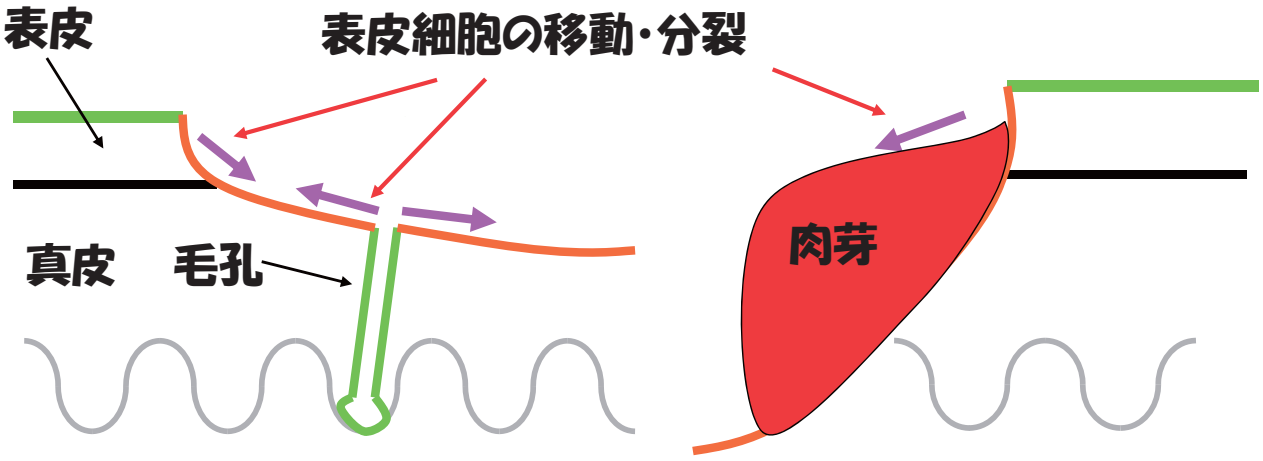
1. なるべく簡単に
2. なるべく安く
3. なるべく患者さんの負担なく
4. 使えるものは何でも使う！

本日お話しすること

1. 傷が治るということ
2. 褥瘡について
3. 褥瘡の予防について
4. 現場でして欲しいこと

傷が治るということ

皮膚欠損創の治り方



浅い皮膚欠損創　　深い皮膚欠損創

創傷治療の3原則

その1　消毒しない。
その2　水で洗う。
その3　傷を乾かさないように
　　被覆する。

消毒薬の効果

1. 消毒薬はなぜ細菌を殺せるのか？

細菌の細胞を破壊するからです。

じゃあ、人の細胞に消毒薬を使ったら？
人の細胞と細菌はどちらが強いでしょう？

2. 消毒薬の効果持続時間は？

皮膚や粘膜に使った場合、通常3時間でもとの細菌数に戻ると言われています。

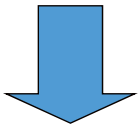
じゃあ、残りの21時間は？

創傷治療の3原則

その1　消毒しない。
その2　水で洗う。
その3　傷を乾かさないように被覆する。

傷にバイキンがついた

傷に細菌がいる＝感染？



皮膚や腸にはごく普通に細菌がいます

傷に細菌がいても悪さをしなければ別に問題ありません。

創が 感染している （=Infection）	≠	創面に 細菌がいる （=Colonization）

★ *Infection* →患者に有害な状態

★ *Colonization* →患者に無害な状態

じゃあ感染って何？

感染とは、傷に細菌がいて

炎症

を起こしている状態のこと

炎症の4つのサイン

赤く　腫れて　熱を持ち　痛い

赤く

腫れて

熱を持って

痛い

これは感染している傷です!

この褥瘡は感染している？

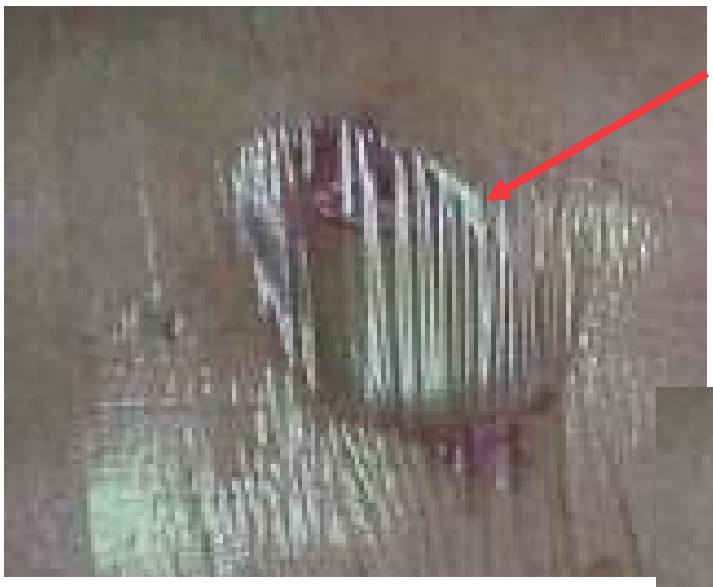
感染していない

感染している

この違いを見極められる

ようになってください

とにかく創の観察を！



正しく治療している傷

フィルムの下に膿が貯まっているように見えますが・・・

フィルムを取ってみると…

赤くも腫れても熱を持ってもいません。もちろん痛みもありません。

感染するのはどんなとき？

感染するのは

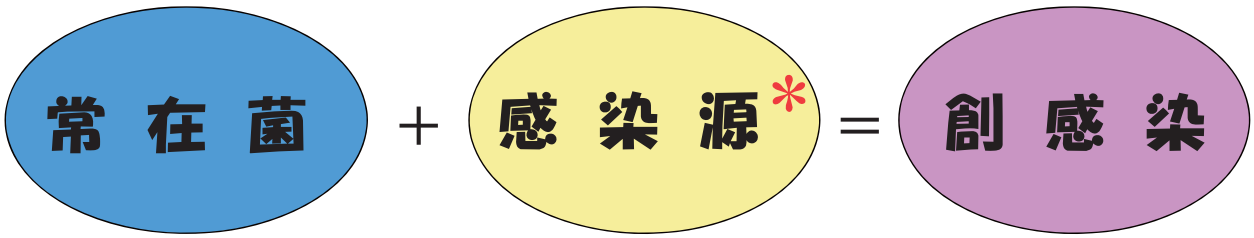
★組織1gに10万個の細菌がいる場合

または

★組織に異物が混じっていて

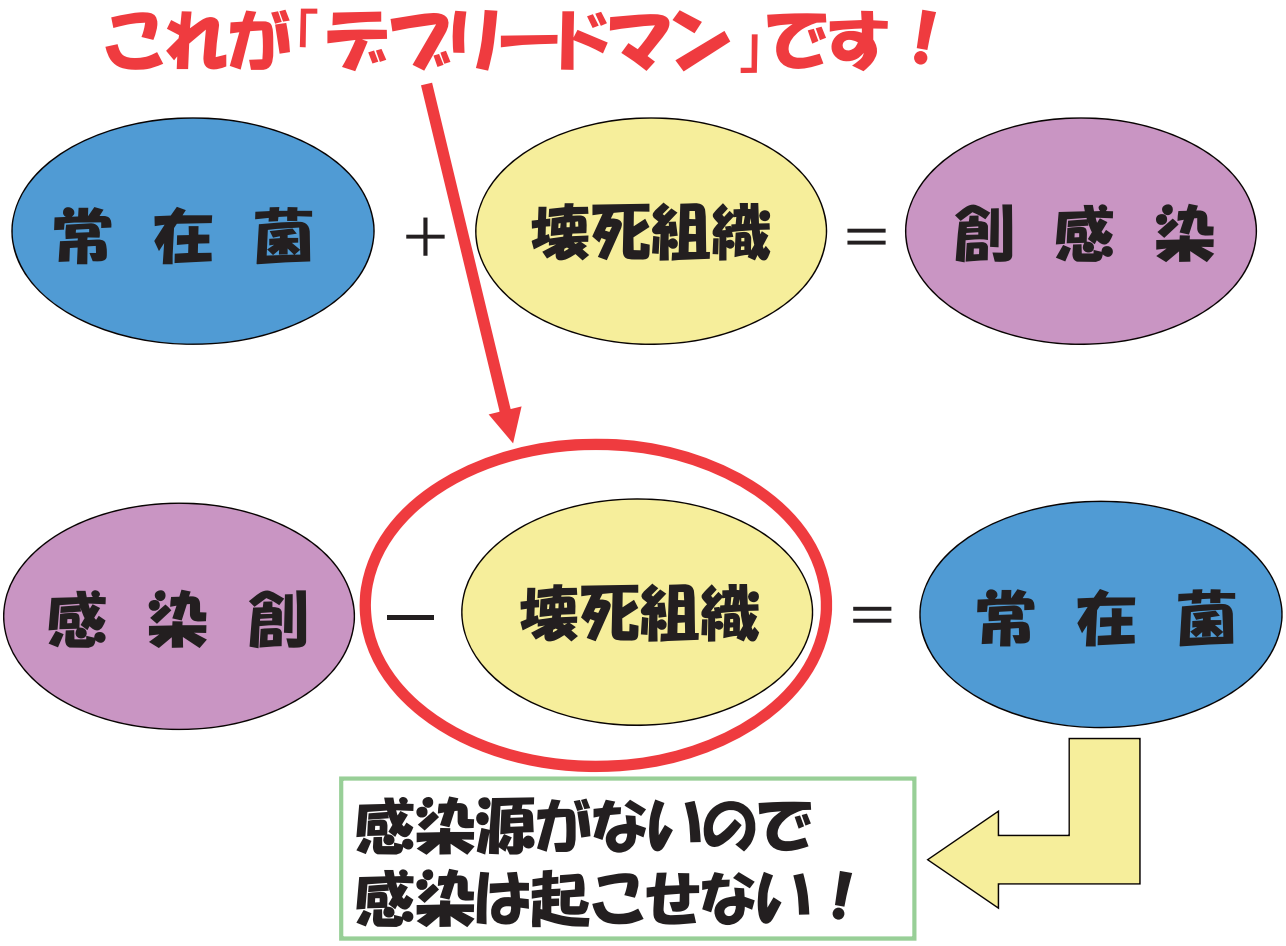
組織1gに200個の細菌がいる場合

細菌と異物、どちらが問題だと思いますか？



＊異物・壊死組織・血腫など

問題なのは・・・？



異物にはどんなものが？

1. 外から入った異物
（木片、砂、木の葉、さび etc…）
2. ガーゼや糸（特に絹糸）
3. 死んだ組織や血液（血腫）

創感染の予防

・古い考え方

細菌がいる
から感染する → 細菌を除去
すればいい

・今の考え方

異物・壊死組
織がなければ
感染しない → 異物・壊死組
織を除去
すればいい

感染創の治療

抗菌薬の全身投与
が原則です！

○ンタシン軟膏等の外用では治りません。

創傷治療の3原則

その1　消毒しない。
その2　水で洗う。
その3　傷を乾かさないように
　　被覆する。

傷はなぜジクジクする？

生体が損傷を受ける

↓

「創傷治癒促進物質（＝細胞成長因子）」
を創面に分泌して傷を治そうとする

↓

創面が「ジクジク」してくるのは
細胞成長因子が分泌されているため

上皮化は細胞培養と同じ

5日後

肉芽・真皮表面で
細胞培養と同じ
現象が起きている

↓

培養液がないと
細胞は死滅する

↓

培養には
培養液が必要

傷は治ったら乾燥する

のであって・・・

乾燥させると治りません

傷を乾燥させないためには

覆う。

ワセリン＆被覆材

ワセリン

乾いていない創面に
使う必要はありません

皮膚の保護目的などはもちろん別。

もう一つ大事なのは・・・

浸出液を適度にコントロールすること

少なすぎると：

傷が乾燥する、サイトカインが足りない

多すぎると：

皮膚がかぶれる、ふやける（浸軟）

肉が上がり過ぎて上皮化しにくくなる

傷を“早く”治すには…

1. 消毒しない
2. 良く洗って異物を残さない
3. 乾燥させない
4. 浸出液を適度にコントロール

創傷被覆材って？

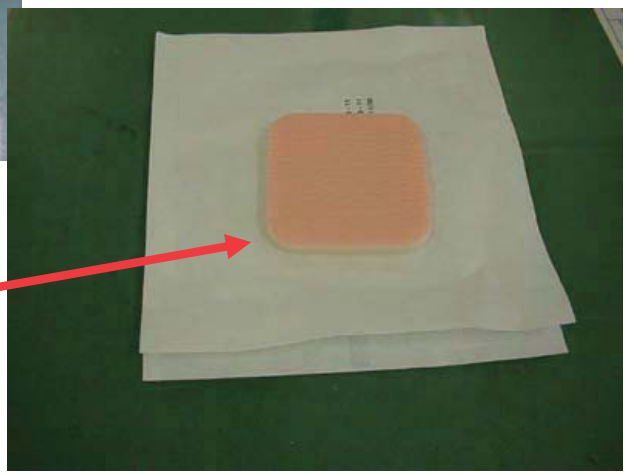
（ガーゼの代わりに）傷を覆うものです

1. 傷にくっつきにくい
2. 傷を乾かさない
3. 浸出液を適度に吸ってくれる

・・・という特徴が理想的

ポリウレタンフィルム

空気（水蒸気）は通すが
水は通さない



ポリウレタンフォーム

浸出液を適度に吸収する

この他にもいろいろなものが
創傷被覆材として発売されています

創傷被覆材あれこれ

オプサイト、バイオクルーシブ、

ハイドロサイト、デュオアクティブ、

エスアイエイド、ソーブサン、

アクアセル、メロリン、

モイスキンパッド／シートなどなど。

褥瘡だって「傷」です。

同じように考えましょう。

そもそも褥瘡とは・・・

・一定の場所に一定以上の圧が一定時間以上加わることにより発生する、皮膚・皮下組織の損傷全てのことをいう

（米国褥瘡諮問委員会 NPUAP：National Pressure Ulcer Advisory Panel の定義）

要するに「圧がかかってできた傷」ということです

・・・てことは、

創部の処置方法も大事ですが・・・

・褥瘡の一番の敵は「圧力」です

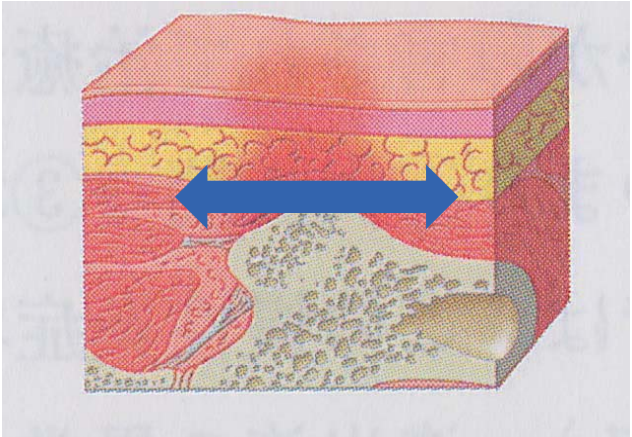
・「圧力（＝体圧）」のコントロールが一番重要になります

一言で「圧力」と言っても

- 体にかかるあらゆる力が褥瘡の原因となる
- 座位やBed upによるずり応力
  → Deep Tissue Injury
- チューブ類など医療器機による圧迫
  → 急性期病院ではこれが多い

見えない「力」も・・・

- Deep Tissue Injury
  表皮だけ見ると大したことないが
  内部は・・・

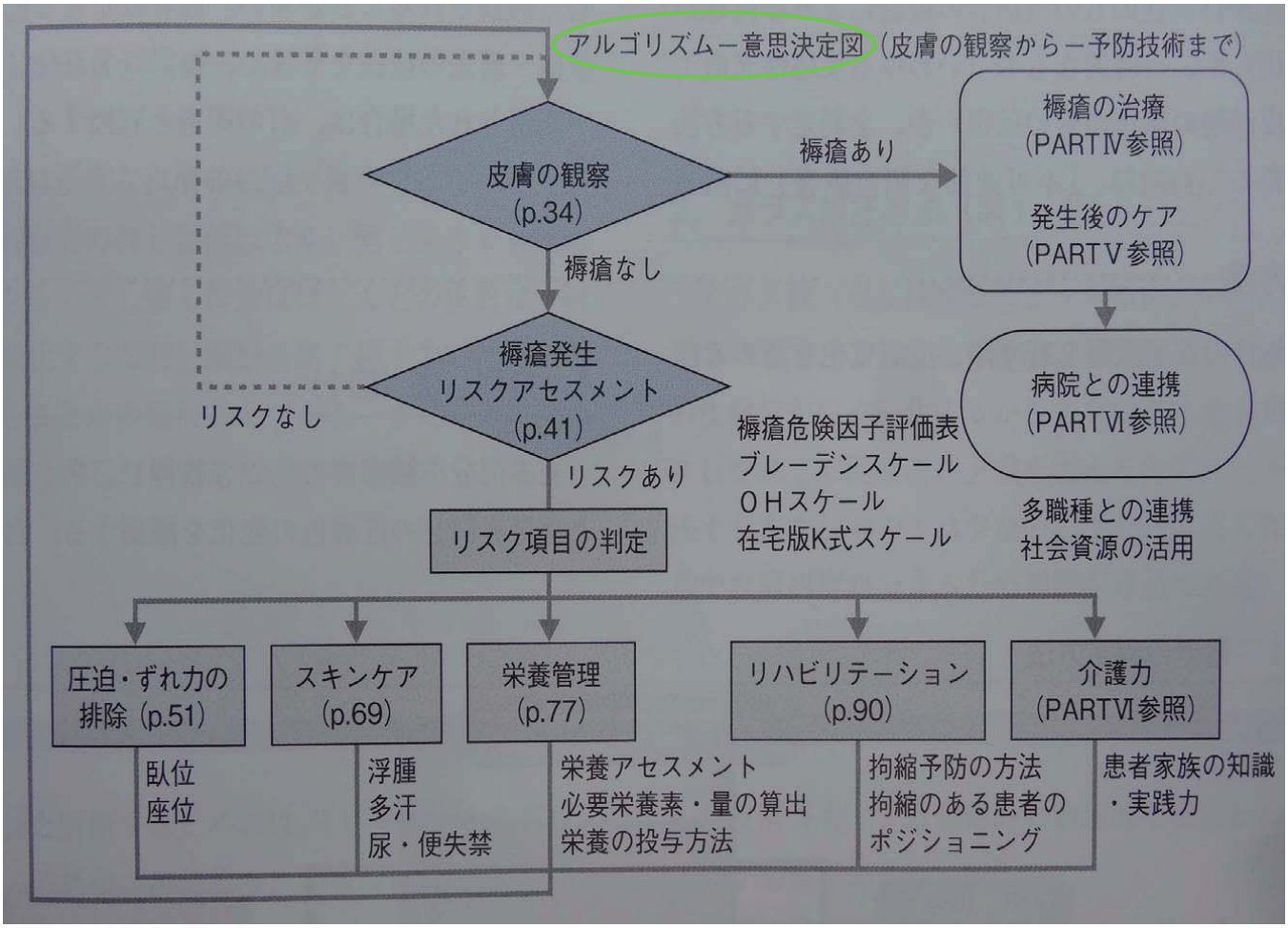


褥瘡を予防する

褥瘡予防のポイント

1. 皮膚の観察
2. リスクアセスメント
3. 圧迫・ずれ力の排除（除圧）
4. スキンケア
5. 栄養管理
6. リハビリテーション

在宅 褥瘡予防・治療ガイドブック（第3版） 2015、日本褥瘡学会編 より引用

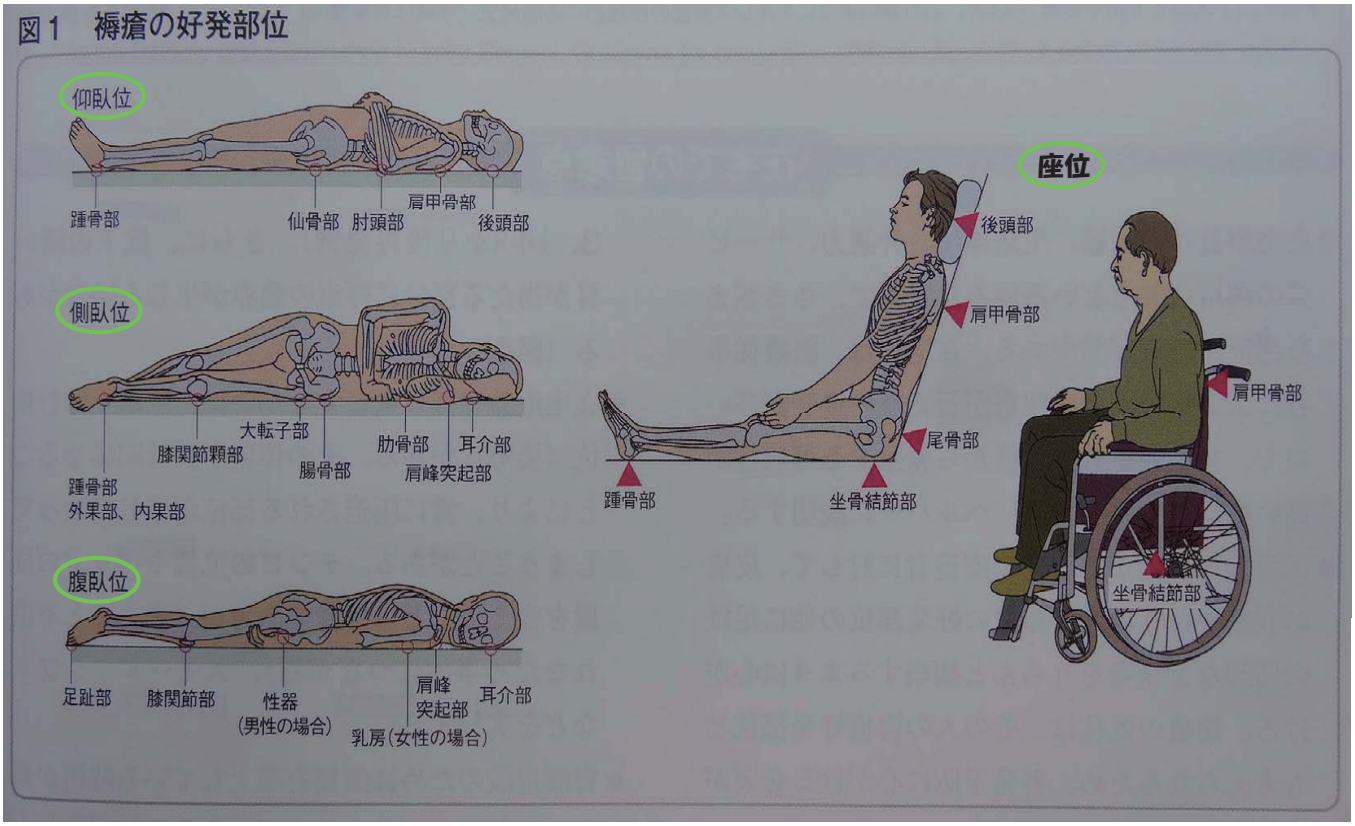


在宅 褥瘡予防・治療ガイドブック（第3版） 2015、日本褥瘡学会編 より引用

皮膚の観察

- これが基本中の基本
- そもそも褥瘡なのかどうか？
  → 圧迫して発赤が消退するかどうか
- 見るべき場所は？
  → 好発部位を知る
- 感染しているか否か？
  → 炎症の4徴（発赤、腫脹、発熱、疼痛）
- 循環障害による皮膚障害との鑑別
  → けっこう難しい

褥瘡の好発部位



在宅 褥瘡予防・治療ガイドブック(第3版) 2015、日本褥瘡学会編　より引用

リスクアセスメント

- 褥瘡発生の要因は個体要因と環境・ケア要因で分け、さらに外力・湿潤・栄養・自立の観点から考える
- 個体要因：外力(病的骨突出、関節拘縮)、湿潤(多汗、尿便失禁)、栄養(低栄養状態、浮腫)、自立(日常生活自立度、基本的動作能力(自力体位変換、座位姿勢の保持、除圧等)の可否)
- 環境・ケア要因：外力(体位、体圧分散用具)、湿潤(スキンケア)、栄養(栄養補給)、自立(リハビリテーション、介護力)

リスクアセスメント

- 在宅ではさらに、介護者の疲労、介護力不足、介護者の無関心、などが二次的危険因子となる
- リスクアセスメントツールがいろいろある
  → 観察視点の統一、経時的評価、早期介入
  → 誰が、いつ評価するか？
- ブレーデンスケール、OHスケール、在宅版K式スケールなど

圧迫・ずれ力の排除

- **体位変換**：自力で体位変換不可ならば体圧分散マットレスを使用し定期的に体位変換を行う
- **頭側挙上**：30度まで
- **体圧分散マットレス**：リスクあれば使用、円座は×
- **皮膚の保護**：適切なドレッシング材や外用剤を使用する
- **姿勢保持**：特に車椅子乗車の場合に注意
- **圧力分散**：除圧動作不可の場合、適切なクッションを使用

スキンケア

- 浮腫を伴う皮膚の清潔保持は優しくおこなう
- 皮膚乾燥予防のため、保湿外用薬を用いる
- 皮膚外傷予防：ベッド周囲の環境を整える（巻き込みや下敷きの防止、ベッド柵にカバーをつける、寝具のしわを伸ばすなど）、皮膚の露出を最小限にする、医療用テープの使用は最小限にする、（療養者・介護者ともに）爪を切る

スキンケア

- シーツやマットは吸水性・熱放散性が高いものを使用する
- 発汗時には速やかに皮膚の清潔を図り、衣服を交換する
- 皮膚洗浄後、排泄物が付着する範囲に皮膚保護のためのクリームなどを用いる
- 排泄物の水分吸収が良いパッド、またはパッドへの吸収を促進するポリエステル繊維綿を用いる

栄養管理

- 定期的に適切な栄養アセスメントを行う
  → 評価ツールいろいろある
- 必要栄養素・栄養量を算出する
- 適切な経路で栄養を投与する。なるべく生理的に
  → 経口＞経腸＞経静脈
- 食事摂取量50％以下、Alb 3.5 g/dL以下で褥瘡発生リスク↑→低栄養状態の改善が必要
- 微量元素、ビタミンなどの補充も検討
- 意図的でない体重減少を認めた場合、原因検索が必要
- 摂食嚥下機能の評価やリハビリ、口腔ケアも重要

リハビリテーション

- 関節拘縮予防のために、なるべく他動運動を行う
- 体圧分散マットレスに加えて、接触面積を増やし体圧の分散と姿勢の安定を図るために、個々の状態に応じて適切にピローを用いる
- 体の部位同士が接触しないように、クッション等を用いる

現場に戻って…

現場でして欲しいこと

1. 除圧/ポジショニング
2. 観察：デブリしなくてよいか？
3. 観察：感染していないか？
4. 観察：治り具合はどうか
5. 処置方法の工夫
6. 介護者への指導

非医療用材料も有用

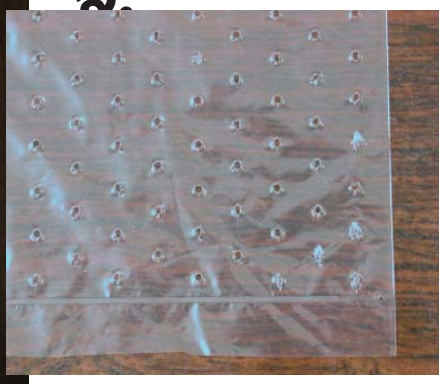
利点：傷や皮膚にくっつかない。傷を乾燥させない。傷の観察が簡単。安価で手に入りやすい。とにかく薄い。

欠点：浸出液を吸収しない。蒸れやすい。浸出液が多いと臭うことも。

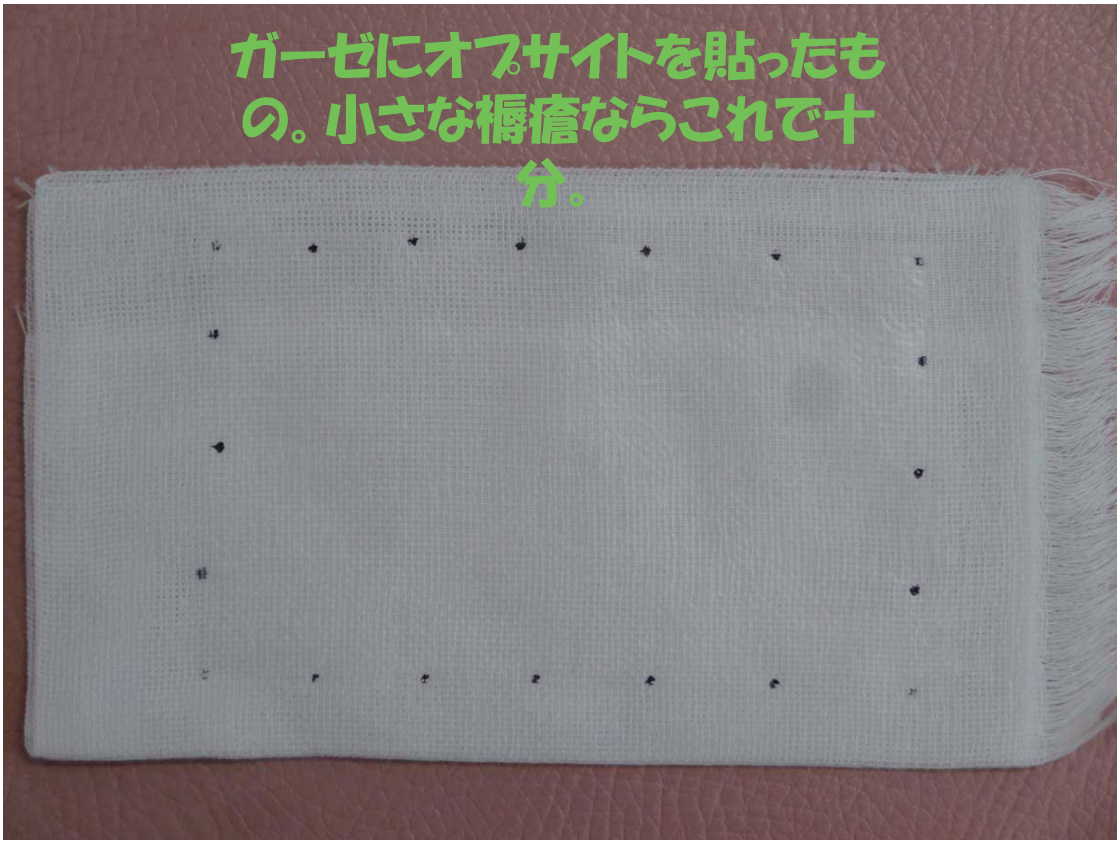
こんなのも

ラップにはない利点：
浸出液 を適度に外に逃がしてくれる。

欠点？：
オムツなど併用する必要がある。



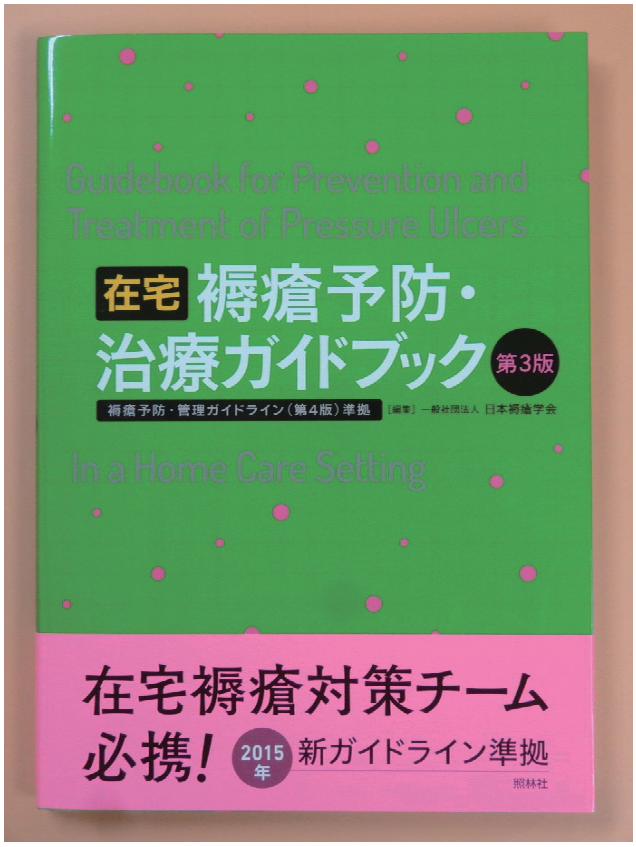
オプサイトガーゼ



オプサイトおむつ

2005年(平成17年)7月26日
傷に「湿潤療法」広がる
消毒せず よく洗い シートで保湿
痛み少なく 治りも早く
家庭向けシートも
欧米では40年前から
家庭での傷の対処法
傷ができたらまず水でよく洗い、異物などを除く
クールビズ8割が支持
空調メーカー、800人に調査
ひとときの
料理メモ
Book
タンゴの国で益踊り
牧田繁子 著

参考図書


Guidebook for Prevention and Treatment of Pressure Ulcers
在宅 褥瘡予防・治療ガイドブック 第3版
褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版)準拠
[編集] 一般社団法人 日本褥瘡学会
In a Home Care Setting
在宅褥瘡対策チーム必携!
2015年 新ガイドライン準拠
照林社

褥創治療の常識非常識
ラップ療法から開放性ウエットドレッシングまで
鳥谷部俊一
三輪書店

まとめ

1. 皮膚をよく観察しましょう。
2. 何はともあれ「除圧」が大事。
3. 原則を理解した上で、実情に合わせて知恵を絞って考えましょう。
4. なるべく医師を巻き込んでください。

ご清聴
ありがとう
ございました

平成27年10月11日
多職種協働による在宅チーム医療のための地域リーダー研修会
事例（褥瘡）

筑波メディカルセンター病院
在宅診療科　鈴木將玄
筑波メディカルセンター
訪問看護ふれあい　伊東香

事例

- 92歳　女性　要介護4
- 診断名：変形性関節症　認知症　緑内障
  右踵部、左背部褥瘡（Ⅲ度）
- 受診状況：近くの開業医がかかりつけ
  定期的な通院なし
  定時薬の服用なし
  風邪を引いたときなどに受診する
- 家族構成：長男夫婦との３人暮らし
- 主介護者：長男嫁　難聴で補聴器使用

事例

- 介護保険サービス利用状況
  デイサービス：週２回
  ショートステイ：必要時（最低でも1週間/月）
  福祉用具貸与：介護用ベッド、体圧分散マット
  手すり、車いす、スロープ
  ＊褥瘡ができてからエアマットに変更
- 日常生活動作：全面的な介助が必要
- 寝ている時間も多くなり食事摂取量は減っている

訪問看護導入まで

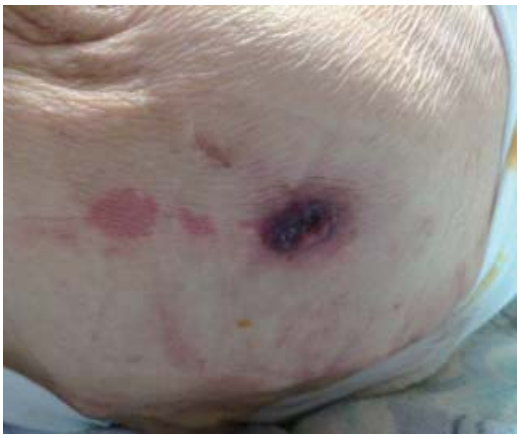
- デイサービスとショートステイを利用しながら在宅で療養してきた。
- デイサービス利用時、右踵部と左背部に褥瘡が発生しており、職員からの促しで皮膚科を受診した。
  右踵部は黒色化しておりデブリードマン実施された。
  イソジンシュガーパスタが処方され、家族は毎日処置するよう説明を受けて帰宅した。
- 翌日～（予定されていた）ショートステイを２週間利用した。
- 担当ケアマネジャーが、在宅での褥瘡の処置と全身状態のフォローが必要であるとアセスメントした。
  ショートステイ利用後、訪問診療と訪問看護導入となる。

初回訪問時の創部の状況

（右踵部）

（左背部）

←足側　　→頭側



＊どちらもガーゼがずれて創部が保護されていない
＊寝具や衣類は浸出液や薬剤で汚れている

初回訪問時の本人の様子

- 痛みはない
- 聞かれたこと以外、ほとんど発語はない
- 円背が強く身体は左側に傾きやすい
- 自力での食事摂取は難しい

考えてみましょう

- 家族は、どのようなことに困るでしょう？
- ケア方法にはどのような工夫が必要でしょう？
- 連携では、どのような工夫が必要でしょう？

※自分だったら、他の職種にどのような連携を
してほしいですか？

訪問看護の実際①

- 家族の言葉
  - ・毎日傷を洗うよう言われたが、どう洗えば良いのかわからない。
  - ・これでいいのかわからない
  - ・傷を見たり触るのは少し怖い

訪問看護の実際②

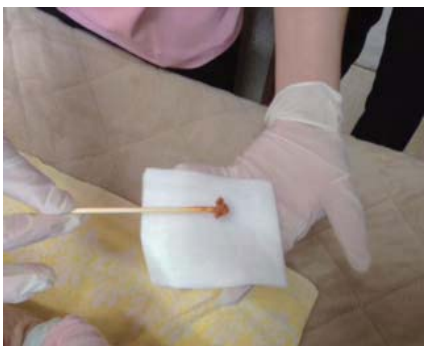
- 処置方法の検討（簡易的な方法、低コスト）
  →石鹸を使用してよく洗浄する
  踵のガーゼ固定が難しいため母乳パッドを使用
- 訪問看護利用回数の検討
  →週2回（ショートステイ利用中は休み）
- 家族への指導（具体的で無理のない方法）
  → 一緒にケアを行いながら洗い方や薬の量を説明する
  石鹸を使用せず微温湯のみで洗浄してもらう
  500mlのペットボトル1本分使用してもらう
  負担を考慮し臥床したままオムツ使用して洗う
  右↔仰臥位のポジショニングを実演しながら説明する

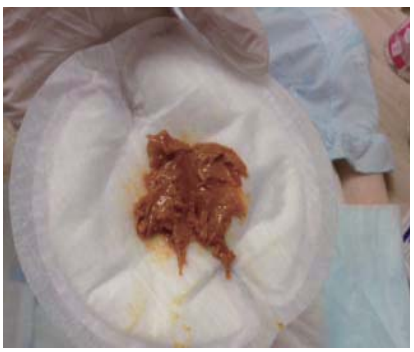
訪問看護の実際③

- 医師の指示を確認
  →皮膚科：２～３週間ごとに受診
  訪問診療：月２回　全身状態確認
  ＊褥瘡の処置については皮膚科の方針に従う。
  踵部は母乳パッド、背部はガーゼでの保護可となる。

訪問看護の実際④

- デイサービス、ショートステイ先との連携
  →処置方法を統一するために画像を添付し、
  具体的な情報提供に努める





↑　↑
外用薬の使用量をわかりやすく

↑
固定方法

その後の経過　～1か月後～

２週間ショートステイ利用し毎日の洗浄と処置を継続。

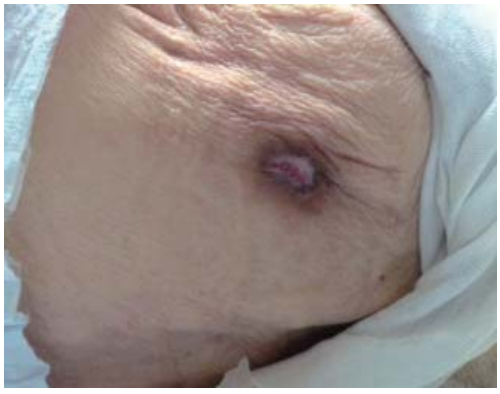
イソジンシュガーパスタの使用を継続

母乳パッドのズレはない

ガーゼのズレは軽度

その後の経過　～2か月後～

この4週間ショートステイを利用していた。
訪問看護の利用なし。施設では毎日の処置を継続。
皮膚科受診で薬剤がアクトシン軟膏へ変更となる。



平成27年10月11日
多職種協働による在宅チーム医療のための
地域リーダー研修会

実践　多職種カンファレンス　事例
服薬指導　訪問薬剤指導

みらい平クリニック院長　小松崎八寿子
あおやま薬局　　入村直也

事例紹介

Kさん　92歳　男性　要介護　２

【診断名】　COPD、慢性心不全、
　　脳血管性認知症、不眠症
【家族構成】　夫婦2人　子供はいない
【性格】　短気
【意思疎通】　大きな声で話せば大丈夫
【キーパーソン】　甥（千葉在住）
【サービス】　訪問介護（週3回）、
　　ディサービス（週3回）

【治療薬】

・シムビコートタービュヘイラー
吸入気管支拡張剤+ステロイド剤　1日2回　1回2吸入

・ムコダイン錠250mg
去痰剤　1日3回　1回2錠　毎食後

・アーチスト錠2.5mg
慢性心不全治療剤　1日2回　1回1錠　朝夕食後

・シロスタゾール錠100mg
抗血小板剤　1日2回　1回1錠　朝夕食後

・クレストール錠2.5mg
脂質異常改善剤　1日1回　夕食後

・ブロプレス錠4mg
高血圧治療剤　1日1回　1回1錠　夕食後

・ユーロジン錠2mg
睡眠導入剤　1回1錠　1回1錠　就寝前

【日常生活動作】

歩行	杖使用
移乗動作	一部介助
起き上がり動作	一部介助
食事	自力摂取 （嚥下機能低下）
排泄	自力で行う

【経過・状況】
89歳まで、近くの医療機関に自家用車で通院。
90歳で自損事故起こし、近医が往診することに。
長谷川式簡易スケール（HDS-R)　15点/30点
『夫婦で穏やかに田舎で余生を暮らしたい』という希望

訪問薬剤管理指導の経緯

妻からきちんと飲めていない事、自己調節することがあることを何度か聞いていた。
薬はそのままいつも同じ量投薬されていた。
薬剤管理の問題があると判断し、主治医に直接話して訪問薬剤管理指導行うことになった。

【問題点】

・ディサービスは面倒だと言って、行かなくなってしまった。
・薬は飲み忘れが多く残っていて、古い薬も捨てずに残している。
・薬が多いので、医師には内緒で自己調節している。
・嚥下に問題が出てきている。
・薬は奥さん（脳梗塞後遺症で片側麻痺あり）が一応管理しているが、あちこちに薬が置いてあり、どこに置いたかわからなくなっている。

【検討内容】

①薬をきちんと服用しないのは
なぜだと考えられますか？

②この状況で、訪問薬剤管理を入れ
てどの様にしたら良いでしょうか？

注意！高齢者に目立つ
薬の包装シートの誤飲事故

【事例1】

処方された薬を、包装ごと飲みこんで、喉が痛く救急車で病院行ったが、喉頭隆起の裏側に薬が引っかかってレントゲンでは見つからず、数時間　かけて内視鏡で取り出した。

【事例2】

貧血検査のため内視鏡を飲んだところ、十二指腸球部にPTP包装が刺さっていた。取り出したが穿孔（せんこう）しており、手術した。

高齢者の薬の包装シート
誤飲・誤食事故原因

- 薬を1錠分ずつハサミで切り離して保管し、そのまま飲んでしまう。
- 視覚や味覚などの衰えに加え、認知症による判断力低下も一因

高齢者の薬の包装シート
誤飲・誤食事故を防ぐために

- 食品や薬とそれ以外のものを分けて保管する
- 投薬時、１錠に切ったもので渡すこと避ける。
- 保管時、１錠に切っておかない。
- 高齢者や自ら薬の管理難しい方には、必要に応じて1回分ずつの薬を袋にまとめる「一包化」とする。

平成27年10月11日
多職種協働による在宅チーム医療のための
地域リーダー研修会

実践　多職種カンファレンス　事例
服薬指導　訪問薬剤指導
その後の経過

みらい平クリニック院長　小松崎八寿子
あおやま薬局　　入村直也

実際の対応

- 古い薬を使えるもの駄目なものと分けて、駄目なものを了解を頂き廃棄しました。
- 使えるものを、再利用して、残薬調節しました。
- お薬カレンダーでは駄目だったので、お薬の分別ケースをつくり居間に置きました。
- その後も毎回残薬確認して、医師にフィードバックして処方量調節して頂きました。
- 病識、何の為に飲むのか理解がないので、それを毎回説明しました。
- ふらつき傾眠強くみられたので、医師ともよく相談しユーロジン減量することにしました。

その後、まとめ

- 風邪からか、誤嚥でなったか？だが肺炎引き起こし入院。肺炎は改善したが、痩せてしまい歩行も困難になり、自宅に戻すことはできないとの判断。そのまま入院中に誤嚥性肺炎起こし、94歳で亡くなられました。

- 医師が往診に行くようになった際に、在宅での訪問薬剤管理をその時点で行えた方が良かった。
- 在宅での療養されている方を知った場合、介入している多職種の方々に情報を得て、訪問薬剤管理指導の必要性を考えることも大切。