

市町村職員等在宅医療・介護連携 基礎研修（盛岡会場）	資料9
平成28年11月29日	
長寿社会課 地域包括ケア推進担当	



# 在宅医療の実際

市町村職員等在宅医療・介護連携基礎研修 平成28年11月29日

## 3. 急変時の対応 訪問看護ステーションもりのみやこ 森明子



## 在宅医療の役割

- ① 安定期の健康維持管理  
診察 検査 投薬 連携者間の調整 人工呼吸器管理
- ② 急性疾患に至らぬよう予防指導  
脱水予防 尿路感染予防 褥瘡予防 誤嚥予防
- ③ 在宅での医療的な処置の実施指導  
チューブ交換 褥瘡処置
- ④ 終末急性疾患に至った場合は在宅で診断及び治療もしくは後方病院との連携  
肺炎の治療 尿路感染の治療 脱水症の治療
- ⑤ 末期のがん患者などの緩和ケアプログラムの実施
- ⑥ 疼痛緩和ケア 腹水、胸水除去 モルヒネ持続注射 補液の実施
- ⑦ 看取りの実施



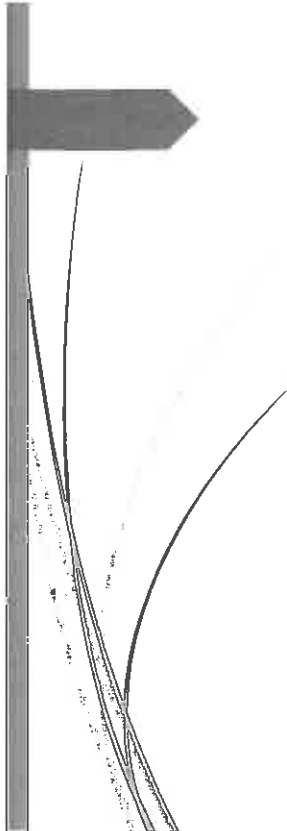
## 訪問診療患者疾患別割合

- がん終末期（23%）
- 脳血管疾患（20%）
- 認知症（17%）
- 老化に伴う疾患（9%）
- 呼吸器疾患（6%）
- 神経難病（6%）
- 心疾患（5%）
- 整形外科疾患（4%）
- その他



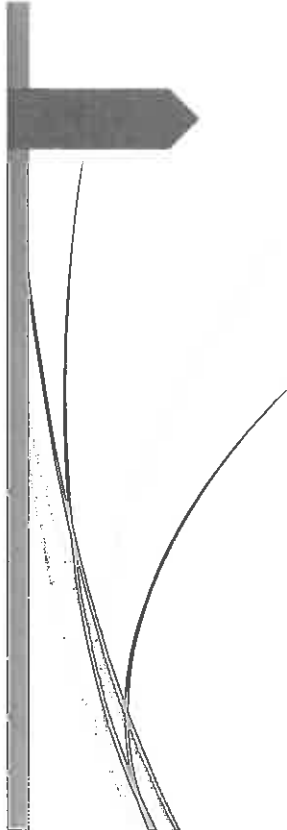
## 高齢者における慢性疾患で生じる「急変」の具体例

- 発熱（誤嚥による肺炎、尿路感染など）
- 呼吸器障害（息が苦しい、ゼイゼイする）心不全？気管支喘息？
- 意識障害（呼んでも答えない）脳梗塞？低血糖？（インスリン注射の場合）
- 嘔気嘔吐・吐血
- 尿管トラブル（尿が出ない、詰まった）
- 腹痛（イレウス）
- 便秘
- タール便・黒色便・下血（消化管出血）
- 食欲不振・脱水症
- 痙攣



## がん末期？ 非がん？の症状観察と対応

- ▶ がん末期の痛みのケア → (事前に医師と決めておく)  
看取りの場所など → (本人・家族の意向確認)
- ▶ 非がん (心不全・肺炎・尿路感染・在宅酸素使用の場合  
脳梗塞・イレウス・消化管出血・転倒による骨折)
- ☎ 訪問看護実施により主治医に状態報告し指示薬を投与  
→ (予測した処方薬があることが望ましい)
- ☎ 医師の往診の必要性？ 救急車なのかを判断？



## 事前に <緊急時連絡表> を自宅に置く → (119)

- ▶ 氏名 生年月日 年齢
- ▶ 住所 電話番号 (電話している人は誰か)
- ▶ 現在の状況 (息が苦しい・意識がない)
- ▶ 病名
- ▶ かかりつけ医師名
- ▶ 決まっている場合は入院先病院 (後方支援病院)
- ▶ 自宅の目印や隣の家の名字 等を記載しておく。

## 病院に行くということは

- 医療的な処置をしてほしい  
という意思表示
- もう十分です、  
という理屈が通りにくい
- 医療関係者は患者が来れば、  
何かしないといけないと思ってしまう。

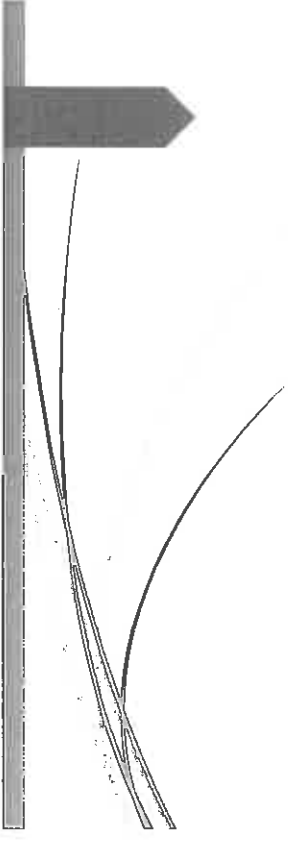
## 24時間365日をささえる 訪問看護サービス

- 急変するのは、
- 日中よりも夜間や土曜日・日曜日が多い。
- 急変時の連絡（ファーストコール）の  
殆どが訪問看護ステーション！  
実は、継続的に行うには、  
身体的・精神的ストレスが多い。



## 訪問看護は 熱意と工夫と体力です！ 緊急訪問が多いと大変です！

- 小規模事業所が多い（看護師2.5人～）
- 常時、緊急携帯を持ちながら就寝するのはストレスが大きい
- 地域格差がある（地域に事業所が無い所もある）
- 出来るだけ緊急訪問がないように症状の予測をアセスメントし、家族教育をすることも必要である



## 今後、独居が増えた場合に誰が異常に 気づき、誰が連絡をくれるのか？

- 超高齢者・多死時代
- 少子化（家には介護する人が居ない）
- 独身者が増えている
- 年金が減る（お金がないと入院も施設入所もできない）
- 結果 → 病気にならないようにするには？  
→ 地域住民の意識を変えることも必要？  
◎ご近所の元気な高齢者が元気じゃない高齢者を  
ささえてくれるだろうか・・・