

訪問看護師と薬剤師が 連携した事例紹介

大阪府訪問看護ステーション協会 理事
(シャローム訪問看護ステーション)

松井 由加里

2018年11月10日（土）

医療機器の安全性確保対策講習会

大阪私学会館

事例紹介

- u A様 68歳 男性
- u 病名 胃がん末期 肝転移 骨転移あり
- u 家族構成 妻との二人暮らし 長女と次女は近所で独立して世帯を持っている。
それぞれにお子さん（孫）が2人ずついる。
- u 経過：20××年10月胃がんが見つかる。手術したが再発。肝臓や骨に転移しており抗癌剤治療で入退院を繰り返していたが、効果なく本人の希望もあって緩和ケアに切り替えて自宅での療養をすることになった。家族は予後1～2か月程度と説明を受けている。
入院先の主治医から中心静脈からの高カロリー輸液を自宅でも継続できるように勧められ在宅医と訪問看護を紹介されて自宅に戻られた。
初回面談：医療機関で退院カンファレンス実施。参加者は本人様、入院先の主治医と病棟看護師、担当のケアマネージャー、在宅医、訪問看護師、家族様（妻、長女、次女）

退院後の自宅での担当者会議

- u 参加者：本人様、家族様（妻と長女）、在宅医（以後主治医）、訪問診療の看護師
担当ケアマネージャー、訪問看護師、薬局から薬剤師、福祉用具相談員、
輸液ポンプの業者
- u 本人の希望：最後まで**自宅で生活を続けたい**。病院には**入院したくない**。
妻や娘には迷惑はかけたくないが自宅に毎日誰かが来るのは嫌。
- u 家族の希望：本人が痛みや苦しみがないようにしてあげたい。
食事がほとんどとれなくなってきているので**点滴はしてあげたい**。
自分たちで出来ることは教えてもらえたらやります。
- u 総合的な支援：本人が望む生活を支持し、痛みや苦しみをできるだけ感じないように
したい。家族様のサポートも含めて療養上の相談に応じる体制を
それぞれの職種が心得ておく。
身体的な緊急時の窓口は訪問看護または在宅医へ。
輸液ポンプ等医療機器に関する事は業者さんに連絡する。

担当者会議での具体的な打合せ

u 点滴について：主治医から24時間1500mlの点滴の指示が出た。

《薬局》ポートの針の製品やサイズの確認、点滴の内容、量、針交換方法と頻度、
ロックの確認、配達方法、本体その他輸液セットや衛生材料についての確認、
回収方法など

・受け渡しは主治医が処方箋を1週毎で作成するという事なので、それに合わせて1週分を自宅へ配達していただく事になった。点滴本体以外のビタミン類や痛み止め等も混注した状態で保管できるようにセットして配達していただける事になった。

・初日から3日は訪問看護が毎日訪問して家族様に指導しながら点滴の更新と、輸液ポンプの取扱について指導する事になった。初日に薬剤師さんも同席した。

・火曜日と金曜日は訪問看護の看護師が訪問してヒューバー針と点滴ルートの変更をする事になった。

・輸液と輸液セットやその他の点滴器材の在庫確認は適宜訪問看護と薬局が連携して行う事になった。

連携の実際：週間スケジュール①

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後	訪問診療	訪問看護		薬局	訪問看護		
不定期：福祉用具相談員、ケアマネージャー訪問							

本人の意思を尊重し比較的ゆっくりとした時間が持てるようなスケジュール

初回訪問～3日目は訪問看護は毎日訪問した。

連携の実際

時期	状態	連携の実際
初回訪問～	<p>意識しっかりしている。トイレまで自分で行ける。食事は少量のスープか粥。全身倦怠感と嘔気が徐々に強くなってきた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 牝° 牝ト`鎮痛薬貼付剤開始 ☞ 点滴内に吐気止め混注 ☞ 便秘に対して坐薬処方 ☞ 訪問回数が徐々に増える(週2回⇒週5日) 	<p>訪問看護⇔主治医（電話またはFAX） ：状態報告2～3日毎。点滴処方追加指示やその他指示</p> <p>主治医⇔薬局（FAX）：処方箋写し</p> <p>薬局⇔訪問看護（電話）：在庫確認連絡、点滴やその他材料の配送に合わせて訪問日の確認など追加変更があった薬剤の配達確認</p> <p>牝° 牝ト`鎮痛薬や便秘に対する坐薬使用数と残数の報告</p>
訪問から1ヶ月半～	<p>ほぼベット上で寝ている。排泄はオムツ内。全身倦怠感強く身の置き所がない倦怠感があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 点滴内にステロイド混注 ☞ 牝° 牝ト`鎮痛薬貼付剤増量 	<p>薬局⇔家族様（往訪）：点滴受渡し、状態確認、薬剤効果の評価など</p> <p>主治医⇔医療機器業者（電話）：酸素器機導入</p> <p>各サービス関係者⇔ケアマネージャー（電話またはFAX）：特変時状態報告</p>
訪問から2か月頃 （1週間程度）	<p>☞ 訪問回数が毎日になる 意識混濁⇒意識無し 3日後、ご逝去される</p>	

連携の実際：週間スケジュール②

	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護
午後	訪問診療 薬局		往診	薬局	往診		
	訪問看護			訪問看護	訪問看護		
不定期：福祉用具相談員、医療機器業者、ケアマネージャー訪問							

ご逝去される1週間前のスケジュール

訪問診療も本人の状態によっては臨時往診していた

臨時：訪問看護は本人の状態によっては午後の訪問も実施した

在宅の現状

1) 医療機器と医療材料類の選定

医療機器の機種等はおおむね主治医からの提案になりますが、医療材料類などは本人様の状態に合わせて、こちらから選定について相談することも多い。

2) 在宅で使用する医療材料類の補給および管理

医療材料類の残数確認などに時間がかかり訪問滞在時間が長くなる。利用者様の状態に合わせた管理方法を選択。在宅ならではの管理で、ベストよりもベターを目指す。訪問介護や通所介護、ケアマネージャーと連絡をとりながら管理。

3) 医療機器の基礎的な知識の習得

医療機器は業者から直接説明を受ける。在宅搬入時に時間を合わせて同行させてもらう等の工夫。入院中の人は病院へ行き直接情報収集する事もある。地域で行われる研修会への参加などで新しい情報を入手。

4) 医療機器の安全対策

緊急時の窓口を確認しておく。緊急時の初期対応方法を主治医に確認。関係者の連絡先を把握。医療機器については点検の日程とチェック項目をマニュアル化。