

在宅医療関連文献

経管栄養・中心静脈栄養患者の退院指導

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

キーワード

経管栄養、中心静脈栄養、退院指導、胃瘻、感染予防

サマリー：

経口からの栄養摂取が困難な患者に対して経管栄養法や中心静脈栄養法が行われるようになった。患者・家族は安心感と正しい知識があればすばらしい治療者・介護者になることができる。従って分かり易い退院指導は重要である。中心静脈栄養を維持管理していく場合の最も大きな問題がカテーテル感染である。敗血症（菌血症）などの危険な合併症を起こす可能性があるため、患者・家族に対する十分な指導やスタッフによる定期的なチェックが欠かせない。

経鼻的と胃瘻増設が主な留置法であるが、それぞれの利点・欠点や予後（経口摂取できるようになるかどうかなど）を患者・家族に十分説明した上で選択が行わなければならない。自己抜去や嚥下性肺炎などのトラブルの発生しやすい前者よりも、手術が必要であるが肺炎などの合併症が少なく外から見えない胃瘻を積極的に勧めるものが少なくない。病状によっては、経口摂取の併用の可能性や、将来抜去できる可能性などが示唆されると、経管栄養を受け入れること自体に非常な精神的な負担を感じている当事者にとって精神的な救いになることもある。

2) チューブの管理

① 閉塞、脱落、抜去

薬剤や高濃度の流動食を注入したときに閉塞が起こりやすいので、沈殿しやすい薬剤などの注入には注意するよう指導する。脱落を見逃して流動食を注入すると、口内逆流や誤嚥を起こすので、カテーテルの位置を確認することや注入時に抵抗感のあるときには注入を見合わせる必要がある。

②カテーテルの定期的な交換

カテーテルが長期に留置されると圧迫による粘膜のびらんや潰瘍を作りやすくなる。また、カテーテルそのものも汚れて感染を引き起こす原因になるので、経鼻経管カテーテルは2～4週間に1回程度の交換が必要である。胃瘻カテーテルはそれぞれの製品によって決められているがほぼ3～4カ月に1回程度である

3) 胃瘻部位の消毒

胃瘻部位は皮膚が欠落しカテーテルの脇から胃液などが浸出してくるため、感染をおこしやすい。したがって、浸出物の除去とイソジン綿棒による消毒を定期的に行う必要がある。体外に出ているカテーテルの部分と皮膚とが密着して皮膚にびらんなどを起こすようであれば、切り込みガーゼなどをはさむとよい

4) 呼吸器感染症の合併に対する注意

経管栄養法に合併しやすい呼吸器感染症に対する注意が必要とされる。誤嚥性肺炎の予防と、嘔吐したとき窒息に素早く対応するために、吸引機の準備と適切な使用が必要である。特に、末期になると吸引機は必須となるので吸引機の使用法など指導が必要である。

II 中心静脈栄養の退院指導

HPN は静脈栄養以外には栄養維持が困難な患者を対象としており、悪性疾患患者が多くを占めるにいたっている。かつて取り扱いの困難さのために退院できず入院したまま最後を迎える患者も少なくなかった。最近では取り扱いが安全で容易なカテーテルや製剤が利用できるようになって、在宅で穏やかな療養が可能となり患者のQOLは高まった。他方、敗血症（菌血症）などの危険な合併症を起こす可能性のある HPN に関しては、患者・家族に対する十分な指導やスタッフによる定期的なチェックが欠かせない。

1) 退院時指導の内容

全く経験のない患者・家族は不安と戸惑いを感じているので、既にたくさんの患者・家族が行っている治療法であることを説明し、自宅に帰ってから訪問看護などの援助が継続することを説明して安心して実施できることを説明することが第一である。

各部の名称、薬剤の輸液バッグへの注入法、バッグと輸液ラインの接続法、輸液速度の調節、トラブルの対処方法と連絡の仕方、必要な物品と薬剤などの調達と保管法などの項目の指導を行う。紙面が足りないので主として最も重要な感染予防を中心に上げる。

2) 在宅中心静脈栄養法における感染予防

HPN を維持管理していく場合の最も大きな問題がカテーテル感染である。原因としては、穿刺した皮膚付近の細菌がカテーテルを伝わって皮下組織や血管内に侵入する場合と、注入ラインの接続部から侵入する場合、あるいは細菌で汚染された輸液剤などから注入される場合がある。

消毒する。

(2) 注入ラインからの感染予防

注入ラインとは、輸液バッグとカテーテルをつなぎ、輸液ライン、延長チューブ、フィルターなどで構成されるラインのことである。ライン接続部からの細菌感染や、接続部の緩み・脱落が見られセットする手間もかかるため、最近ではフィルターが組み込まれた一本化ラインもある。感染予防の視点からいっても一本化ラインを使うのが好ましい。

カテーテルと注入ラインとの接続は、従来は注入ラインのロックコネクターでカテーテ

ルと直接連結したが、ゴム付きロック栓（インジェクション・プラグ）と針付きフードを使用するのが感染予防のためには薦められる。

なお、インジェクション・プラグの交換は、原則として70回の穿刺後か、あるいはトラブルが発生した場合のみ行う。

（3）薬剤および輸液剤注入時の感染予防

- ①マスクを着用し、石ケンと流水で手をよく洗う
- ②輸液バッグに破損、液の変色・混濁・沈殿物などが無いことを確認する
- ③輸液バッグに薬剤を注入する場合には次の手順で行う。

注射器に注射針を汚染させないように注意して付ける。薬剤を注射器に吸引するとき、薬剤がゴム栓の場合はイソジン液をつけた綿棒で消毒する

- ④輸液バッグの排出口のシールをはがして、イソジン綿棒で消毒する。輸液セットの刺入針のキャップをはずして、輸液バッグの排出口に刺入する。

なお、バッグ交換の際、輸液セットの刺入針を抜くとき勢い余って刺入針が汚染された部分に触れないように、手首を固定するなど慎重に行うことが大切である。

万一、刺入針を汚染した場合は速やかに注入ラインを交換する。

- ⑤ヘパリンロックする場合は、体に最も近い側注管ゴム部分をイソジン綿棒で十分消毒する

3) 主なトラブルと対処方法

（1）ラインに関するトラブル

血液の逆流、閉塞、接続部のはずれなどがある。また、誤ってラインを汚染することがある。この場合は訪問看護婦や主治医に連絡をとって指示を受けるよう指導する。

（2）感染症状に対する注意

最もよく見られる症状は、原因不明の発熱である。カテーテル刺入部の発赤、硬結、浸出、出血、疼痛などが伴っているかをみる。カテーテルの皮下トンネルにそって発赤や痛みがみられることもあるので、普段から注意深く観察するよう指導する。

（2）代謝異常に関する注意

血糖異常、電解質異常が起こりやすいので、脱力、口渇感、頻尿、痙攣などの症状がでたら訪問看護婦や主治医に知らせるよう指導する。

終わりに

経管栄養・中心静脈栄養により患者・家族が穏やかな在宅生活が可能になったことは素晴らしいことである。そのためには医療者は患者・家族の不安を軽くして、自信を持って生活が送れるように援助しなければならない。緊急に対応できる体制や適切な指導が重要であることは言うまでもない。

参考文献

- 1) 在宅中心静脈栄養法マニュアル等作成委員会：医療用 在宅中心静脈栄養法ガイドラ

イン、文光堂、1995

2) 岡崎美智子、小田正枝：在宅中心静脈栄養法、在宅看護技術—その手順と指導のポイント、292～315、メヂカルフレンド社、1998

3) 関東逋信病院看護部編：患者指導マニュアル2 在宅ケア編、メヂカルフレンド社、1996

→

経管栄養・中心静脈栄養患者の退院指導

川崎幸クリニック 杉山 孝博

はじめに

経口からの栄養摂取ができないか、不十分な患者に対して行われる栄養補給の方法が経管栄養法や中心静脈栄養法である。1986年に在宅中心静脈栄養指指導管理料が、また1988年に在宅成分栄養経管栄養指指導管理料がそれぞれ社会保険診療報酬の在宅医療の部で認められたため、在宅においてそれぞれの栄養法が実施できるようになり、患者・家族のQOLが高まった。

しかし、在宅経管栄養法が鼻や胃瘻を通して異物であるチューブを留置していること、在宅中心静脈栄養法（home parenteral nutrition;HPN と略す）が皮膚を穿刺して中心静脈にカテーテルを留置していることから、感染予防をはじめ、その維持管理に関して患者・家族に対して十分な指導が退院までに実施されなければならない。

ところで、1977年から血友病の自己注射治療、78年から家庭透析、79年から在宅酸素療法などの在宅医療に取り組み、それぞれの自己管理治療を患者・家族が見事に実施するのを目の当たりにしてきた筆者の経験では、その治療法の意義を理解し、正しい知識をもち、支えてくれる人たちがいるという安心感があれば、患者・家族はすばらしい治療者・介護者になることができるものである。医療者は患者・家族に対する信頼を持つ必要がある。

以下、経管栄養・中心静脈栄養患者の退院指導にあたって配慮すべきチェックポイントを上げてみる。

I 経管栄養の退院指導

1) 経管栄養チューブの留置法の選択と説明

経鼻的と胃瘻増設が主な留置法であるが、それぞれの利点・欠点や予後（経口摂取できるようになるかどうかなど）を患者・家族に十分説明した上で選択が行わなければならない。自己抜去や嚥下性肺炎などのトラブルの発生しやすい前者よりも、手術が必要であるが肺炎などの合併症が少なく外から見えない胃瘻を積極的に勧めるものが少なくない。病状によっては、経口摂取の併用の可能性や、将来抜去できる可能性などが示唆されると、経管栄養を受け入れること自体に非常な精神的な負担を感じている当事者にとって精神的な救いになることもある。

2) チューブの管理

② 閉塞、脱落、抜去

薬剤や高濃度の流動食を注入したときに閉塞が起こりやすいので、沈殿しやすい薬剤などの注入には注意するよう指導する。脱落を見逃して流動食を注入すると、口内逆流や誤嚥を起こすので、カテーテルの位置を確認することや注入時に抵抗感のあるときには注入を見合わせる必要がある。

②カテーテルの定期的な交換

カテーテルが長期に留置されると圧迫による粘膜のびらんや潰瘍を作りやすくなる。また、カテーテルそのものも汚れて感染を引き起こす原因になるので、経鼻経管カテーテルは2～4週間に1回程度の交換が必要である。胃瘻カテーテルはそれぞれの製品によって決められているがほぼ3～4カ月に1回程度である

3) 胃瘻部位の消毒

胃瘻部位は皮膚が欠落しカテーテルの脇から胃液などが浸出してくるため、感染をおこしやすい。したがって、浸出物の除去とイソジン綿棒による消毒を定期的に行う必要がある。体外に出ているカテーテルの部分と皮膚とが密着して皮膚にびらんなどを起こすようであれば、切り込みガーゼなどはさむとよい

4) 呼吸器感染症の合併に対する注意

経管栄養法に合併しやすい呼吸器感染症に対する注意が必要とされる。誤嚥性肺炎の予防と、嘔吐したとき窒息に素早く対応するために、吸引機の準備と適切な使用が必要である。特に、末期になると吸引機は必須となるので吸引機の使用法など指導が必要である。

II 中心静脈栄養の退院指導

HPN は静脈栄養以外には栄養維持が困難な患者を対象としており、悪性疾患患者が多くを占めるにいたっている。かつて取り扱いの困難さのために退院できず入院したまま最後を迎える患者も少なくなかった。最近は取り扱いが安全で容易なカテーテルや製剤が利用できるようになって、在宅で穏やかな療養が可能となり患者のQOLは高まった。他方、敗血症（菌血症）などの危険な合併症を起こす可能性のある HPN に関しては、患者・家族に対する十分な指導やスタッフによる定期的なチェックが欠かせない。

2) 退院時指導の内容

全く経験のない患者・家族は不安と戸惑いを感じているので、既にたくさんの患者・家族が行っている治療法であることを説明し、自宅に帰ってからも訪問看護などの援助が継続することを説明して安心して実施できることを説明することが第一である。

各部の名称、薬剤の輸液バッグへの注入法、バッグと輸液ラインの接続法、輸液速度の調節、トラブルの対処方法と連絡の仕方、必要な物品と薬剤などの調達と保管法などの項目の指導を行う。紙面が足りないので主として最も重要な感染予防を中心に上げる。

2) 在宅中心静脈栄養法における感染予防

HPNを維持管理していく場合の最も大きな問題がカテーテル感染である。原因としては、穿刺した皮膚付近の細菌がカテーテルを伝わって皮下組織や血管内に侵入する場合と、注入ラインの接続部から侵入する場合、あるいは細菌で汚染された輸液剤などから注入される場合がある。

(1) カテーテル刺入部の感染予防（体外式カテーテルの場合）

- ①原則として週1～2回、刺入部の消毒をする。
- ②マスクを着用し、石ケンと流水で手をよく洗う
- ③カテーテルを引っ張らないように貼付してあるドレッシング材を剥がして刺入部を露出する。その時、発赤、硬結、浸出、出血のないことを確認する。
- ④滅菌綿棒にイソジン液をつけて、刺入部を中心に外側に向かって円を描くように消毒する。その後、刺入部にイソジンゲルを塗布する。
- ⑤カテーテル刺入部を小ガーゼ付きのドレッシング材で覆う。その時、カテーテルに外力が加わっても刺入部に直接力が加わらないように、またカテーテルが折れ曲がらないようにループをつくっておく。
- ⑥カテーテルが引っ張られないように余裕を持たせて、テープなどで皮膚に固定する。この時、テープを貼る位置を毎回かえること。
- ⑦入浴やシャワー浴の場合には、カテーテル刺入部をサランラップや防水フィルムドレッシングで覆い、刺入部に湯がかからないようにする。入浴後は必ず刺入部を上記の手順で消毒する。

(2) 注入ラインからの感染予防

注入ラインとは、輸液バッグとカテーテルをつなぎ、輸液ライン、延長チューブ、フィルターなどで構成されるラインのことである。ライン接続部からの細菌感染や、接続部の緩み・脱落が見られセットする手間もかかるため、最近ではフィルターが組み込まれた一本化ラインもある。感染予防の視点からいっても一本化ラインを使うのが好ましい。

カテーテルと注入ラインとの接続は、従来は注入ラインのロックコネクターでカテーテルと直接連結したが、ゴム付きロック栓（インジェクション・プラグ）と針付きフードを使用するのが感染予防のためには薦められる。

なお、インジェクション・プラグの交換は、原則として70回の穿刺後か、あるいはトラブルが発生した場合のみ行う。

(3) 薬剤および輸液剤注入時の感染予防

- ①マスクを着用し、石ケンと流水で手をよく洗う
- ②輸液バッグに破損、液の変色・混濁・沈殿物などが無いことを確認する
- ③輸液バッグに薬剤を注入する場合には次の手順で行う。

注射器に注射針を汚染させないように注意して付ける。薬剤を注射器に吸引するとき、薬剤がゴム栓の場合はイソジン液をつけた綿棒で消毒する
- ④輸液バッグの排出口のシールをはがして、イソジン綿棒で消毒する。輸液セットの刺入

針のキャップをはずして、輸液バッグの排出口に刺入する。

なお、バッグ交換の際、輸液セットの刺入針を抜くとき勢い余って刺入針が汚染された部分に触れないように、手首を固定するなど慎重に行うことが大切である。

万一、刺入針を汚染した場合は速やかに注入ラインを交換する。

⑤ヘパリンロックする場合は、体に最も近い側注管ゴム部分をイソジン綿棒で十分消毒する

3) 主なトラブルと対処方法

(3) ラインに関するトラブル

血液の逆流、閉塞、接続部のはずれなどがある。また、誤ってラインを汚染することがある。この場合は訪問看護婦や主治医に連絡をとって指示を受けるよう指導する。

(2) 感染症状に対する注意

最もよく見られる症状は、原因不明の発熱である。カテーテル刺入部の発赤、硬結、浸出、出血、疼痛などが伴っているかをみる。カテーテルの皮下トンネルにそって発赤や痛みがみられることもあるので、普段から注意深く観察するよう指導する。

(4) 代謝異常に関する注意

血糖異常、電解質異常が起こりやすいので、脱力、口渇感、頻尿、痙攣などの症状がでたら訪問看護婦や主治医に知らせるよう指導する。

終わりに

経管栄養・中心静脈栄養により患者・家族が穏やかな在宅生活が可能になったことはすばらしいことである。そのためには医療者は患者・家族の不安を軽くして、自信を持って生活が送れるように援助しなければならない。緊急に対応できる体制や適切な指導が重要であることは言うまでもない。

参考文献

- 1) 在宅中心静脈栄養法マニュアル等作成委員会：医療用 在宅中心静脈栄養法ガイドライン、文光堂、1995
- 2) 岡崎美智子、小田正枝：在宅中心静脈栄養法、在宅看護技術—その手順と指導のポイント、292～315、メヂカルフレンド社、1998
- 3) 関東逡信病院看護部編：患者指導マニュアル2 在宅ケア編、メヂカルフレンド社、1996

→

8. 在宅感染対策の基本手技

在宅中心静脈栄養・経管栄養

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

経口からの栄養摂取ができないか、不十分な患者に対して行われる栄養補給の方法が経

管栄養法や中心静脈栄養法である。1986年に在宅中心静脈栄養指指導管理料が、また1988年に在宅成分栄養経管栄養指指導管理料がそれぞれ社会保険診療報酬の在宅医療の部で認められたため、在宅においてそれぞれの栄養法が実施できるようになり、患者・家族のQOLが高まった。

しかし、在宅経管栄養法が鼻や胃瘻を通して異物であるチューブを留置していること、在宅中心静脈栄養法（home parenteral nutrition;HPN と略す）が皮膚を穿刺して中心静脈にカテーテルを留置していることから、感染予防に十分な注意が払われなければならない。

とりわけ、敗血症（菌血症）などの危険な合併症を起こす可能性のあるHPNに関しては、患者・家族に対する十分な指導やスタッフによる定期的なチェックが欠かせない。

1. 在宅中心静脈栄養法における感染対策

HPNを維持管理していく場合の最も大きな問題がカテーテル感染である。原因としては、穿刺した皮膚付近の細菌がカテーテルを伝わって皮下組織や血管内に侵入する場合と、注入ラインの接続部から侵入する場合、あるいは細菌で汚染された輸液剤などから注入される場合がある（図1）。

（1）カテーテル刺入部の感染予防（体外式カテーテルの場合）

- 1) 原則として週1～2回、刺入部の消毒をする。
- 2) マスクを着用し、石ケンと流水で手をよく洗う
- 3) カテーテルを引っ張らないように貼付してあるドレッシング材を剥がして刺入部を露出する。その時、発赤、硬結、浸出、出血のないことを確認する。
- 4) 滅菌綿棒にイソジン液をつけて、刺入部を中心に外側に向かって円を描くように消毒する。その後、刺入部にイソジンゲルを塗布する。
- 5) カテーテル刺入部を小ガーゼ付きのドレッシング材で覆う。その時、カテーテルに外力が加わっても刺入部に直接力が加わらないように、またカテーテルが折れ曲がらないようにループをつくっておく。
- 6) カテーテルが引っ張られないように余裕を持たせて、テープなどで皮膚に固定する。この時、テープを貼る位置を毎回かえること。
- 7) 入浴やシャワー浴の場合には、カテーテル刺入部をサランラップや防水フィルムドレッシングで覆い、刺入部に湯がかからないようにする。入浴後は必ず刺入部を上記の手順で消毒する。

（2）注入ラインからの感染予防

注入ラインとは、輸液バッグとカテーテルをつなぐ、輸液ライン、延長チューブ、フィルターなどで構成されるラインのことである。ライン接続部からの細菌感染や、接続部の緩み・脱落が見られセットする手間もかかるため、最近はフィルターが組み込まれた一本化ラインもある。感染予防の視点からいっても一本化ラインを使うのが好ましい。

カテーテルと注入ラインとの接続は、従来は注入ラインのロックコネクターでカテーテルと直接連結したが、ゴム付きロック栓（インジェクション・プラグ）と針付きフード（図

2) を使用するのが感染予防のためには薦められる。

なお、インジェクション・プラグの交換は、原則として70回の穿刺後か、あるいはトラブルが発生した場合のみ行う。

(3) 薬剤および輸液剤注入時の感染予防

- 1) マスクを着用し、石ケンと流水で手をよく洗う
- 2) 輸液バッグに破損、液の変色・混濁・沈殿物などが無いことを確認する
- 3) 輸液バッグに薬剤を注入する場合には次の手順で行う。

注射器に注射針を汚染させないように注意して付ける。薬剤を注射器に吸引するとき、薬剤がゴム栓の場合はイソジン液をつけた綿棒で消毒する

4) 輸液バッグの排出口のシールをはがして、イソジン綿棒で消毒する。輸液セットの刺入針のキャップをはずして、輸液バッグの排出口に刺入する。

なお、バッグ交換の際、輸液セットの刺入針を抜くとき勢い余って刺入針が汚染された部分に触れないように、手首を固定するなど慎重に行うことが大切である。

万一、刺入針を汚染した場合は速やかに注入ラインを交換する。

5) ヘパリンロックする場合は、体に最も近い側注管ゴム部分をイソジン綿棒で十分消毒する

(4) カテーテル感染症への対策

1) 感染症状に対する注意を怠らないこと

最もよく見られる症状は、原因不明の発熱である。カテーテル刺入部の発赤、硬結、浸出、出血、疼痛などが伴っているかを観察する。カテーテルの皮下トンネルにそって発赤や痛みがみられることもある

2) カテーテルの皮下トンネル感染

カテーテルという異物があるため抗生物質を投与しても感染が治まらないときが多く、結局カテーテルの抜去が必要になることが多い

3) カテーテル敗血症（菌血症）は、致命的な状態を引き起こすため、速やかな診断と治療が必要である。悪寒せんりつを伴う高熱が持続し全身状態が急激に悪化する。カテーテルを抜去し強力な抗生物質による治療を行う

2. 在宅経管栄養法における感染対策

無菌的処置が絶対的に必要な中心静脈栄養法と異なって、経管栄養法では感染に対して神経質になるほどの注意は必要ない。特に在宅では入院と違って細菌叢が単調なため、深刻な問題は少ないように思う。

1) カテーテルの定期的な交換

カテーテルが長期に留置されると圧迫による粘膜のびらんや潰瘍を作りやすくなる。また、カテーテルそのものも汚れて感染を引き起こす原因になるので、経鼻経管カテーテルは2週間に1回程度の交換が必要である。胃瘻カテーテルはそれぞれの製品によって決め

られているがほぼ3カ月に1回程度である

2) 胃瘻部位の消毒

胃瘻部位は皮膚が欠落しカテーテルの脇から胃液などが浸出してくるため、感染をおこしやすい。したがって、浸出物の除去とイソジン綿棒による消毒を定期的に行う必要がある。体外に出ているカテーテルの部分と皮膚とが密着して皮膚にびらんなどを起こすようであれば、切り込みガーゼなどをはさむとよい

3) 呼吸器感染症の合併に対する注意

経管栄養法に合併しやすい呼吸器感染症に対する注意が必要とされる。誤嚥性肺炎の予防と、嘔吐したとき窒息に素早く対応するために、吸引機の準備と適切な使用が必要である。特に、末期になると吸引機は必須となる

参考文献

- 1) 在宅中心静脈栄養法マニュアル等作成委員会：医療用 在宅中心静脈栄養法ガイドライン、文光堂、1995
- 2) 岡崎美智子、小田正枝：在宅中心静脈栄養法、在宅看護技術—その手順と指導のポイント、292～315、メヂカルフレンド社、1998

→

「4. 患者の状態と感染症

4) 低栄養

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

1. 栄養状態と感染症

戦後平均寿命が急激に伸びて男女とも世界第1位を占めることができた背景を考えると、住環境などの改善、抗生物質を初めとする医療技術の発展、衛生教育の徹底などとともに、栄養状態の改善も重要な要因としてあげられるであろう。「鼻垂れ小僧」に象徴される鼻副鼻腔炎、化膿性菌による皮膚感染症、乳幼児の下痢（低栄養に基づく）、若者の命を奪った結核症など多くの国民が経験した感染症が、栄養状態の改善に伴って過去の出来事のように感じられるようになった。

在宅医療に長く取り組む中で、食事がとれるようになったら見事に回復する在宅患者を多数診てきた経験から、「食欲イコール生命力」を実感している。

しかし、急性疾患、慢性疾患、あるいは老衰などのため低栄養状態に陥ると、呼吸器感染症、消化器感染症、泌尿器感染症などの感染症がたちまち問題になるのである。

2. 感染症の成立要因

感染は、いうまでもなく病原体と宿主との相互関係によって成立する場合も成立しない場合もある。病原体の感染力が宿主の感染防御能を上回った場合に感染が成立するのであ

る。また、院内感染の場合のように宿主の環境も要因の一つとして重要である。

感染症の成立要因をまとめると、図1のようになる。

宿主の要因としては、栄養、基礎疾患、生理的防御、体液性因子、食細胞、免疫（細胞性、体液性）をあげることができる。

3. 低栄養状態がもたらす感染防御力の低下

栄養状態が悪化することにより、全身に様々な影響があらわれる。そして、そのことが感染防御機構の活動を低下させ、感染の成立を容易にし、その回復を妨げることになる。

(1) 免疫力の低下

細胞性免疫や体液性免疫を担っているのが、マクロファージや好中球などの貪食細胞であり、リンパ球である。これらの細胞は、病原体を破壊するための酵素を作ったり免疫グロブリンを作って細胞外に放出するなど活発な代謝を行っている。低栄養になってアルブミンなどの蛋白質の供給が不十分になると材料不足に陥り免疫機能が減退するのである。

(2) 低栄養状態になると、粘膜や皮膚の新陳代謝が低下して傷つきやすくなり、強力な感染防御機構である皮膚や粘膜に病原体の付着、侵入を許すことになる。また、一旦できた粘膜や皮膚の欠損の修復が遅れる。褥瘡ができて肉芽が盛り上がるのが遅くなり、排膿いつまでも続いて、褥瘡そのものが治りにくい。

(3) 低蛋白血症や貧血により組織の栄養不足、酸素不足がおこると、器官や臓器の働きが低下する。呼吸器系では、嚥下機構、咳嗽反射、粘液線毛運動、消化器系では消化管運動、絨毛運動、上皮剥離などが感染防御の機械的バリアーとして働いているが、それらの働きが低下することによって感染の成立が容易になる。

(4) 低栄養により血漿浸透圧が低下して体液の循環が悪くなる。末梢の循環不全をきたすと組織の機能が低下して感染が成立しやすくなる。浮腫が出やすくなるが、浮腫の部位は感染に弱い。

(5) 低栄養状態により疲労感が強くなり、動きが少なくなり、したがって食欲低下をきたしやすい。このように悪循環を形成して感染症にかかりやすくなるのである。

(6) 口腔や腸管に常在する細菌叢は病原性細菌の繁殖を押さえる働きがあるが、低栄養状態になると常在細菌叢のバランスが崩れやすくなり、その合間をついて病原菌が繁殖しやすくなる。弱毒の病原体が免疫力の低下している患者に病気をひき起こす日和見感染の背景の一つである。

(7) 胃液や腔内の酸が病原菌の繁殖を押さえるが、低栄養により胃液の分泌や消化酵素の分泌が少なくなる。高齢者が胃腸障害を起こしやすい要因の一つとしてあげられている。特に胃液に含まれる塩酸は食べ物などに混入してきた病原体の多くを胃中で強力に殺菌する。

4. 食欲低下、低栄養への対応

- 1) 食物摂取の状態を把握していること。特に体重の減少に気をつける。また、血液検査により、総蛋白、アルブミン、貧血、総コレステロールなどの値に注意すること。
- 2) バランスのよい食事はもちろん望ましいが、摂取量が極端に減ってきたら例え毎日同じものであっても食べられるなら何でもよいという位に割り切ることも必要になることがある。
- 3) 慢性感染症による食欲低下→低栄養→感染症の持続・悪化という悪循環を形成している場合には、抗生物質の投与により全身状態が改善することがある
- 4) プリン、ヨーグルト、特殊栄養食品など既製品を利用することで、介護の負担を増さないで経口摂取が改善することがある。
- 5) 嚥下困難が強くなれば経管栄養法、小腸切除など栄養の吸収の困難な状態や消化器悪性腫瘍などの進行による著しい通過障害のため経口摂取が困難な状態になれば中心静脈栄養法が適応になる。
- 6) 栄養状態が悪く体力が低下している在宅患者が発熱、咳、痰などの感染症状を示していても、抗生物質入りの 500ml の点滴を自宅で 3～4 日実施するだけで状態が改善する場合が少なくない。抗生物質を使用するときには、院内感染を起しやすい入院より、細菌叢の単調な在宅の方が、環境条件としてはむしろ良いと考えている。

参考文献

黒川清他編：感染症および寄生虫疾患、2099～2227、E B M 現代内科学、金芳堂、1997
→

医学のあゆみ 178 巻 11 号 96. 9. 14 発行

キーワード

在宅ケア、褥瘡の在宅治療

褥瘡の在宅治療

川崎幸病院副院長 杉山 孝博

1. はじめに

筆者が大学医学部を卒業して 20 数年になるが、研修医のとき、退院する患者の家族に対して、看護婦が、「褥瘡を作るのは介護者の恥ですからね。少なくとも 30 分に一回ぐらいいは体位交換をしてください。頑張ってくださいね」などと指導し励ましているのを見聞きしたことがあった。看護婦の言葉の内容を介護者の立場に立って考えてみると、大変恐ろしいことを言っていることに気づいたのは、大学の医局に入局しないで、研修を終えてすぐ第一線の地域病院に勤務してからのことであった。エアマットもない当時で 30 分おきの体位交換を期待された介護者は 24 時間眠れないということになる。また、褥瘡は食欲など全身状態の結果であるので、介護者がいかに努力してもできるときには褥瘡はできてしまう。

確かに、褥瘡を全く作らずに一心不乱に介護している家族がいる。それが生きがい(?)のようになっている。筆者は、すばらしい介護者に感嘆の賛辞を捧げることにやぶさかでないが、必ずしもそれがノーマルであるとは思っていない。むしろ、介護者の負担を軽くすることを考えることが穏やかで安定した介護を保障するのである。

2 在宅ケアでは介護者の負担をいかに軽くするかが重要

在宅ケアはともすれば、病院や施設に長く入院・入所できないために止むを得ず家庭で介護するというように消極的なとらえかたが行われているように思う。しかし、1979年より訪問診療・訪問看護による在宅ケアにかかわりを持ち、現在も約150名の在宅患者の診療を担当し、自宅に帰り生き生きとした表情を回復し自宅で看取られている患者を数多く経験している筆者にとって、住み慣れた自宅で家族とともに過ごすことは自然であり、積極的に評価すべきであると思っている。

在宅ケアの問題は結局介護者の問題である。介護者の精神的・身体的・経済的負担をいかに軽くするかが最も重要な課題であると言える。

介護者の負担の一つが褥瘡のケアである。毎日の処置に介護者は苦勞する。在宅ケアにかかわる医療スタッフにとって褥瘡は重要な問題である。

3 在宅ケアにおける褥瘡のとらえかたと対応

(1) 全身状態の管理が第一

言うまでもなく褥瘡は作らないに越したことはないので、全身状態の管理・改善が第一である。

在宅ケアに取り組んでから、「食欲＝生命力、生命力＝食欲」ということを実感している。発熱していても食欲があればそれほど心配ない。食欲が低下していても自宅で数日間補液することで食べられるようになれば必ず回復すると言っても間違いではない。

食欲に影響し対応可能な問題である、慢性感染症、便秘、胃腸障害、口腔衛生などのチェックが必要である。経口、経管濃厚流動食を早めに取り入れることも有効である場合が多い。

衰弱が激しく全身状態が悪化すれば褥瘡ができるのは止むをえない。家族には、「痩せやむくみと同じように褥瘡も一つの症状であるので、仕方がないですよ。介護者の努力が足りないためではないですよ」と話すと介護者の気持ちの負担が軽くなる。

(2) 予防および早期治療

エアマットを早期に使う。地域保健部やさいわい訪問看護ステーションには、常に貸出用のエアマットが用意されていて、必要な状態になればその日から利用できるようにしている。日常生活用具の給付・貸与制度が利用できても、数日以内に支給されることはない。その間褥瘡はひどくなってしまう。即対応が重要である。制度によってエアマットが給付されれば、当方が貸し出したエアマットを返してもらえばよい。背中などに汗をかき

やすい患者には、空気吹き出し式のエアマットを勧めている。ただし、吹き出し式のエアマットは背中などを冷やすので、冬には使わない方がよい。

(3) あせらない

栄養状態が改善して、エアマットなどを使えば褥瘡はいつかは治るんだと介護者に安心するよう話すことは有効と思う。病院で行われているような急性期の対応を無理にとる必要はない。褥瘡はむしろ慢性疾患であるにとらえたほうがよい。

(4) 場合によって、膀胱にバルンカテーテルを留置する

介護者の負担が大きくなり頻回のオムツ交換ができなくて尿のため褥瘡が汚れていて治りが悪い場合は、膀胱留置カテーテルを褥瘡が治るまで留置しておくことも必要な場合がある。もちろん、褥瘡が治ってきたらバルンカテーテルを抜去する。

(5) 介護者は生活者でもあるという視点が必要

病人を中心に考えるあまり、介護者も生活者であるという視点を忘れると、介護者の精神的負を重くしてよい介護ができなくなる。すると、患者の状態も悪くなる。介護者の日常生活を尊重しながら過重な負担をかけないようある段階で割り切るとよい。完全でなく7割、8割の介護でよいのではないか。ホームヘルプ制度、ショートステイ、デイサービス、入浴サービスなどの在宅福祉サービスを利用するよう勧めるとよい。

療養環境にしても、患者にとっては日当たりのよい部屋が使えるのが好ましいが、家族構成や家族の都合などを基本的には尊重することが必要である。

(6) 将来への配慮も

慢性の感染症をもつ褥瘡に、局所投与であれ、全身投与であれ、抗生物質や化学療法剤を漫然と長期間使うことは慎重でなければならない。MRSAなどの耐性菌がパニック状態を引き起こして、在宅福祉サービスを利用できなくなった記憶はまだ新しい。急性期の病変に対して短期間に使用するよう限るが必要であり、在宅ケアにおいては原則として抗生物質はあまり必要としない。

(7) 寝たきり老人処置指導管理料を算定して治療薬品・衛生材料などを診療報酬から出せるようにして、家族の経済的負担をかるくするよう心掛ける。

4 褥瘡ケアの実際

(1) 早期発見が大切なので、介護者に予め褥瘡のできやすい部位を教えておき、発赤などの変化があれば早めに訪問看護婦や往診医に知らせるよう指導する。一般的に下肢の浮腫は全身状態に問題がなければ気にしないでよいが、褥瘡ができると悪化の要因になる。そのような場合は、浮腫の原因に対する治療をしたり、利尿剤を投与する。

(2) 褥瘡に対しては主として、イソジンシュガー（ユーパスタコーワ）を使用している。かつては、蔗糖のみを患部に振りかけていた。そのみでも十分治っていた。次にイソジンシュガーを薬局で作らせていた。最近いろいろな製剤が出されてきたが、単純なのがよいと思っている。

毎日使用するものなので自費としてかかる材料費も考慮することが大切である。できるだけ保険診療でつかえる材料を採用するとよい。

(3) 訪問看護婦が介護者と一緒に処置をしながら、処置の仕方を指導して、介護者が一人で出来るようにする。「在宅では病院と違って細菌叢が単純なので、手洗いなど基本的なことを守って下されば、感染の心配はしなくてもよいですよ。何かあったらすぐ連絡をくださいね」など介護者が安心してできる条件を訪問看護婦が作れば介護者はすばらしい看護者にもなれることを知るべきである。在宅ケアの主役は何と言っても患者・家族である。

(4) マニュアルを作って介護者に渡しておく。

早期発見のため後発部位の観察のポイント、予防の仕方、処置の方法などが書かれていることが必要である。

(5) 切開などの処置は自宅で行う

黒く堅い痂皮ができていて押すとぶよぶよしている場合には、膿がたまっているので、切開して排膿しなければならない。患者を医療機関に連れてくる手数を考えて家族の負担を軽くするため、原則として自宅で実施する。在宅医療に携わる医師は日常的な処置ができるようにならなければならないと思う。

(6) 介護者への説明と指導

一般的に見通しが見つからないことが介護者の精神的な負担をますので、大きな褥瘡ができて、「回りから肉が少しずつ盛り上がってきたでしょう。徐々に小さくなってきますよ」、ポケット状の褥瘡であれば、「どろどろした膿がなくなって肉芽が盛り上がってきたでしょう。日数はかかりますが、奥から次第にくっついてきて必ず閉じますよ」などと経過に応じて説明することが介護者を安心させるのである。

自分だったら、この介護者のように一日中介護できるかなど、いったん介護者の立場に立って考えることは、寛容な気持ちをもてるものである。努力を素直に評価すること。介護者にとって大切なことは、よい人間関係である。

(7) 手術などが適応であれば入院による治療を行う。

入院による患者の精神的混乱(特に痴呆性老人の場合)、院内感染の問題などを考慮して、積極的な治療法を選択したほうがよいかどうかを慎重に検討することが必要である。もちろん、患者自身・家族の希望を配慮する。

5. おわりに

高齢社会の到来、ノーマライゼーション理念の普及、医療経済問題と在宅福祉基盤整備の進展などを背景として、在宅ケアは今後ますます普及するであろう。たとえ障害があっても住み慣れた環境で療養生活をするのは自然であり好ましいものであるという考えかたをした上で、介護環境を整えることが重要である。介護環境が安定していれば患者本人の状態も必ず落ち着くものである。介護の負担を重くする要因のひとつがいったんできると長い期間介護者に負担を与え続ける褥瘡の問題である。生活者である介護者の立場や事情を考慮して安定したケアができるよう関係者は心掛けなければならない。病院・施設

内とは違った観点で行われなければならないのが、在宅の褥瘡ケアである

参考文献

杉山孝博、奥山則子監修『やさしくあたたかい家庭介護』 社会保険新報社

紅林みつ子編：別冊総合ケア 訪問看護ハート&アート、医歯薬出版株式会社、1992.

8

→

「日常診療に生かす老年病ガイドブック」

高齢者の在宅医療と医療スタッフの役割

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

1. 在宅医療、在宅ケアとは

(1) 在宅ケアとは

在宅ケアとは「傷害や疾病、虚弱などのため日常生活に援助を要するものが、人としての尊厳を保ちながら安心してもてる能力を発揮しながら在宅生活を送ることができるように援助すること」(杉山 孝博) ととらえることができるだろう。

疾病構造が変化して慢性疾患の比重が大きくなると、入院医療は急性期の疾患ほどには効果を上げることができなくなり、在宅ケア方向への動きが見られるようになったといえることができる。

慢性疾患の増加と有病状態の日常化、入院医療の限界(入院の長期化と闘病意欲の低下)、在宅ケアを支える医療および介護手段の進歩、社会的関心の高まりと援助システムの整備などを背景として、「日常化した疾病・障害に対して日常的に対応するのが最も自然である」という考え方が現れるのは当然であろう。

(2) 在宅医療の高度化と重症化

酸素吸入、腹膜透析、中心静脈栄養、人工呼吸、抗癌剤や鎮痛剤の持続注入など、かつては入院しなければ受けられないと考えられていた治療法が、在宅で受けられるようになった。

在宅酸素療法を受けている患者は約10万人に達していると言われてるように、これらの治療を受けている患者数は確実に増加している。診療報酬の改定の度に、新たな治療法が承認されている。

電動ベッド、吸引機、エアーマット、電動リフトなど在宅ケアを補助するための福祉機器も積極的に取り入れられつつある。

このような動きの背景を考えると、

①それぞれの治療法が患者・家族が実現を希求してきた切実な治療法であったこと

②ノーマライゼーションの考え方が社会的に浸透してきて、重度の障害をもつても在宅生活を送ることが自然であると理解されてきたこと

③酸素濃縮機や液体酸素吸入装置、小型の人工呼吸器など、安全性が高く、使いやすい機器や薬剤などが開発されたこと

④診療報酬の上で長期入院が医療経営的に極めて不利になり、退院が促進されたこと

⑤それぞれの自己管理治療法が社会保険診療報酬で承認されたこと

⑥訪問診療・訪問看護など在宅医療が充実するにしたがって、患者・家族の医療的不安が軽くなってきたこと

⑦福祉機器については、福祉制度で支給される種類が増え、介護用品を扱う事業所が増え、介護情報を手に入れやすい雑誌・パンフレットなどが多数発行されるなど、利用しやすい環境になってきたこと
などをあげることができよう。

上述の在宅医療は、呼吸不全や癌の末期などの重度の患者の在宅生活を可能にすることにもなる。経管栄養のためのカテーテル、膀胱留置カテーテル、中心静脈カテーテルなどのチューブ類がついたままで、また気管切開がなされたまま在宅ケアに移行する患者も増加している。言い換えれば、在宅患者の重症化である。

2. 認知症への理解と援助

(1) 認知症は高齢者ケアにおける最大の問題である

厚生労働省によれば、何らかの介護の必要な認知症高齢者は2005年には約169万人に達したと予想されている。高齢者世帯の増加(1975年109万世帯であった高齢者世帯は、2005年には855万世帯と急増。その中で、一人暮らしの高齢者世帯は386万)、24時間見守りの必要な認知症介護の困難さなどから、認知症高齢者介護は最も深刻な問題となってきた。

要介護認定者の2人に1人、居宅にいる要介護認定者の3人に1人、施設にいる要介護認定者の8割に認知症があり、認知症のある要介護認定者の3人に1人がいわゆる「動ける認知症高齢者である」という、高齢者介護研究会の報告書(「2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」)は、高齢者ケアは認知症への適切な対応を考慮しなければ成立しない現実を明らかにした。

(2) 在宅医療において認知症への取り組みは極めて重要である

認知症は医療としても対応が困難な領域である。精神科、神経科などの専門領域だけでなく、在宅医療を中心に地域の医療機関が今後積極的にかかわらなければならない。

治療の困難な認知症は医療的なアプローチのみではうまくいかない。保健・福祉サービスなどを充実させて介護家族を支えることが基本的に重要であるので、様々な側面からのアプローチを必要とする疾患であるということが出来る。従って、医療関係者としても関係機関や地域と連携を深める中で、認知症の治療を考えていかなければならない。そのような点を踏まえたうえで、医療の役割を考えてみたい。

早期の診断は介護者にとって介護の混乱を少なく早く乗り越えることができるのに役に立つ。従って医療の役割として、診断がまず第1歩である。治療により効果が期待できる、

老人性うつ病、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症などを見逃さないようにすることが大切である。身体的要因、精神要因および環境要因などの二次的要因は、脳の器質的な要因と相俟って痴呆症状を大きく変化させるので、二次的要因に関する診断と対処が重要である。

介護者にとってその介護がいつまで続くのかという予後に対する不安が強い。状態を把握して適切な見込みを与えることで介護の不安が解決することは、介護者との付き合いが長いと数多く経験するものである。

長谷川和夫（聖マリアンナ医大前理事長）らが東京都の依頼で行った老年者診断別死亡率調査によると、「老化性痴呆」のグループの年次死亡率の推移は、「機能性精神障害」「精神老化」「正常」のグループと比較すると、顕著に高いことが分る。およそ、2～3倍のスピードで全身衰弱が進んでいくといえる。「お世話する期間は決して長くないですよ」と早くから家族に説明しておくとい。

環境が変化することにより認知症の症状が悪化することは日常的である。認知症高齢者にとって慣れ親しんだ自宅でできるだけ長く生活・療養できるのが一般的には望ましいと言える。入院・入所できる医療・福祉施設が少ないこともあって、在宅でケアを受けている認知症高齢者は6割を越えている。

(3) 認知症に対する理解と介護者などへの援助

認知症の介護において最大の問題は、症状の理解の難しさにある。今言ったことも忘れてしまうひどいもの忘れ、家族の顔すら忘れてしまう失認、金銭・物に対するひどい執着、徘徊、失禁など多彩な症状を、介護者は理解できず、振り回されてしまう。

認知症を理解し上手な対応が可能になるように筆者が工夫したのが、「認知症をよく理解するための8大法則・1原則」である。

認知症高齢者の特徴を理解し、周囲のものが認知症高齢者の世界を認めて合わせるものが認知症ケアの基本であると考えてるので、少し詳しく述べたい。

① 第1法則：記憶障害に関する法則

認知症の最も基本的な症状は記憶障害で、認知症高齢者には例外なく現れる症状である。認知症高齢者の記憶障害には3つの顕著な特徴があって、「記銘力低下」「全体記憶の障害」「記憶の逆行性喪失」と呼ぶ。

「記銘力低下」とは、新しいことを覚えたり思い出したりすることが困難になる、つまりひどい物忘れが起こることである。認知症高齢者が同じことを何十回も繰り返して介護者をイライラさせるのは、意識的にしているのではなく、そのたびに忘れてしまうからである。

大きな行為そのものの記憶を失ってしまうことを「全体記憶の障害」と呼ぶ。外出して帰宅した直後に「どこに行ってきたの?」と尋ねても、「どこにも行かなかった。一日中家にいた」と平気な顔をして答えるのも、食事した後すぐ、「まだご飯を食べていない。飢え死にさせる気か」といって家族を困らせたりするのも、この特徴によくあてはまる例であ

る。

「**記憶の逆行性喪失**」とは、蓄積されたこれまでの記憶が、現在から過去にさかのぼって失われていく現象を言う。「その人にとっての現在」は、最後に残った記憶の時点になる。

「いまから会社へ行く」と言って、背広を着てカバンを持って出掛けようとしたり、年齢を尋ねると「18歳です」と真面目な顔で答えたり、数十年連れ添った配偶者の顔がわからなくなり息子をみて自分の父親とか叔父と呼んだりするのも、昔の世界に戻ってしまったと考えれば、極めて自然なものにとらえられるであろう。「記憶の逆行性喪失」の特徴を知り認知症高齢者の世界がどのようなものであるかを考えられるようになると介護はむしろ楽しくなってくる。

② 第2法則：症状の出現強度に関する法則

認知症の症状が、いつも世話してくれている最も身近な介護者に対してひどく出て、時々会う人、目上の人には軽く出ることを言う。この特徴が理解されないことから、介護者と周囲のもの（同居している家族であっても）との間に認知症の状態への理解に深刻なギャップが生じて、介護者が孤立する。

③ 第3法則：自己有利の法則

自分にとって不利なことは一切認めないで、認知症があるとは思えないほど、素早く言い返してくることを言う。しかし、言い訳の内容には明らかな誤りや矛盾が含まれるため、「都合のよいことばかり言うずるい人」「平気で嘘を言う人」「やる気がない人」など、認知症高齢者を低い人格の持ち主と考えて、介護意欲を低下させてしまう家族は少なくない。認知症高齢者人では知的機能が低下して相手の気持ちが理解できず、また嘘とばれてしまうという判断もできないため、平気で言うてしまうのである。従って、そのような言動こそ認知症そのものと考えべきであろう。

④ 第4法則：まだら症状の法則

正常な部分と認知症として理解すべき部分とが混在する。初期から末期まで通してみられる。常識的な人だったらしないような言動を認知症高齢者がしているため周囲が混乱しているときには「認知症問題」が発生しているのだから、その原因になった言動は「認知症の症状」であるととらえる。

⑤ 第5法則：感情残像の法則

言ったり、聞いたり、行動したことはすぐ忘れるが（**記銘力低下の特徴**）、感情の世界はしっかり残っていて、瞬間的に目に入った光が消えたあとでも残像として残るように、認知症高齢者がその時いだいた感情が相当時間続くことをいう。

家族が一生懸命になって説明したり教え込んでも、その内容をすぐに忘れてしまって効果がないばかりか、家族をうるさい人、いやなことを言う人、怖い人ととらえるので、介護がかえって大変になることは認知症高齢者の介護では日常的である。

⑥ 第6法則：こだわりの法則

「あるひとつのことに集中すると、そこから抜け出せない。周囲が説明したり説得した

り否定したりすればするほど、逆にこだわり続ける」という特徴がその内容である。

ある人とある人との間に何らかのこだわりが生じた場合、普通、相手を説得したり、相手に説明したり、命令したりしてそのこだわりを解消しようとする。しかし、認知症の世界ではこの方法はほとんど通じない。こだわりの原因が分かればその原因を取り去るようにする、そのままにしておいても差し支えなければそのまま認める、第三者に入ってもらいこだわりを和らげる、別な場面への展開を考える、地域の協力理解を得る、一手だけ先手を打つ、認知症高齢者の過去を知る、長期間は続かないと割り切るなどの方法が認知症高齢者のこだわりに対応する基本的なやり方である。

⑦ 第7法則：症状の了解可能性に関する法則

老年期の知的機能低下の特性や、第1～第6法則でまとめたような認知症症状の特徴、および認知症高齢者の過去の生活体験などを考慮すれば大部分の認知症の症状は十分了解できるものである、という内容の法則である。

⑧ 第8法則：衰弱の進行に関する法則

認知症高齢者の老化の速度は非常に速く、認知症でない高齢者の約3倍のスピードで進行するというものである。

認知症高齢者グループと正常高齢者グループのそれぞれ1年毎との死亡率を5年間追跡した調査結果（聖マリアンナ医科大学長谷川和夫前理事長らの調査）では、認知症高齢者グループの4年後の死亡率は83.2%で、正常高齢者グループの28.4%と較べると3倍になっていた。

⑨ 介護に関する原則

「認知症高齢者が形成している世界を理解し、大切にする。その世界と現実とのギャップを、感じさせないようにする」。これが「介護に関する原則」である。

3. 患者・家族の力を信頼することから在宅ケアは始まる

「治療は、患者・家族や多くの医療スタッフとの共同作業である」と筆者は考えている。在宅ケアにおいて、患者・家族は援助や保護をうける単なる受動的な存在ではなく、自らの病気を知り治療にも参加する能動的な存在であると考えからである。

初めは不安で自信がないと言っていた患者・家族が、訪問診療や訪問看護、いろいろな在宅福祉サービスを受けながらケアに慣れてくると、痰の吸引、褥瘡の処置、経管栄養、自己導尿などの医療処置ですら見事にできるようになる。

筆者は、糖尿病患者に対するインスリン自己注射、血友病の自己注射治療、慢性腎不全の患者に対する家庭透析や腹膜透析（CAPD）、さらには筋ジストロフィーや慢性呼吸不全の患者に対して在宅人工呼吸療法などの自己管理治療にも早くから取り組んできた。これらの経験を通して、意欲と治療環境さえ整えられれば、患者・家族はすばらしい治療者にもなりうることを知ることができた。現代医療では治癒させることのできない慢性疾患に対する治療法として、これらの自己管理治療は最も自然な対応の仕方であると考えてい

る。そして、病気に立ち向かう意欲という点では、自己管理治療を行なっている患者の方が明らかに高い。自分の身体をよくするのも悪くするのもすべて自分の判断と努力にかかっているとすれば真剣にならざるをえない。病気という範囲に限定されないで生活全般への積極性に結びつき、筆者の腎不全や血友病の患者は毎年数人以上海外旅行に行っている。

在宅ケアにかかわるスタッフが家族の苦勞を把握して上手に勧めると家族は受け入れやすくなる。このような雰囲気作りも在宅ケアを進めていくのに重要である。

介護者や本人に精神的・身体的負担をかけすぎると危惧するものがあるが、筆者の経験からはむしろ安心して在宅生活を送れるように思う。医療スタッフはこのような観点から、積極的に取り組む姿勢が必要と考える。この場合も、緊急時の適切な対応、訪問看護を中心とした医療、介護費用の軽減のため福祉制度の積極的利用、ホームヘルパーの導入など介護者を支える配慮が必要である。

4. 最大限の援助は何か

在宅ケアを支えるとき、私たちが心掛ける考え方の基本のひとつは、「患者さんや家族に対して私たちができる最大限の援助は何か」ということである。

さまざまな職種や立場の人たちが在宅ケアにかかわるようになってきた。医師、保健婦、看護婦、メディカル・ソーシャル・ワーカー、理学療法士などの保健・医療スタッフの外に、ケアマネジャー、ホームヘルパー、デイサービスセンター、在宅介護支援センターや高齢者施設の職員、入浴サービスの担当者、民生委員、ボランティアなど数え上げればきりがない。

多様なニーズを持つ在宅ケアを支えるためには、多くの人々の参加が不可欠である。患者・家族を取り巻く支援ネットワークが厚くきめ細かくなればなるほど在宅ケアが安定するのは間違いない。

しかし、現実的には、必要とされるすべての職種がかかわっている訳ではない。

「わたしは保健婦なので保健指導はしますが、実際的な医療処置はできません」「それはソーシャルワーカーが担当することです」などと、役割を固定的に考えるのではなく、目の前の対象者に対してできるかぎりの援助をする心構えが大切である。家族は教育訓練や資格の有無に関係なくケアに携わっているのであり、在宅という環境のもとでは臨機応変の対応が常に必要とされる。

対象者本人・家族に最も近い立場にすることで、コーディネーターとしての役割を果たさなければならない場合が少なくないが、その場合も、「最大限の援助は何か」が考え方のポイントである。

5. 生活者の視点に立った真の援助とは

「ケアの主体は、生活者である対象者本人と家族である」ことは、いくら強調してもし過ぎることはないと思う。

訪問看護やホームヘルプなどの医療・福祉サービスを積極的に利用したとしてもせいぜい週に数時間～十数時間である。それに対して、家族の介護は、週168時間である。適切で濃密なサービスを提供しても、在宅ケアの中心的な力とはなり得ないのである。在宅ケアに伴う問題を担う主体は、あくまで本人と家族である。

「わたしたちがこれほどしてあげているのに、家族は熱意が足りないのではないか」「ていねいに指導してあげたのに、守らない。患者が悪くなるのは当然だ」「せっかく訪問してもよそよそしい。自分たちの問題なんだから、もっと真剣にならなければいけないのに」などの言葉が、援助者の口から出てしまいがちである。一生懸命に援助しようとしている熱意はわかるが、患者も家族もさまざまな問題を抱えながら生活している人であるという視点が必要である。生活者はかならずしも介護だけに専念できるわけではない。

「もし自分が患者・家族の立場だったら、何を望み、自分たちの言動をどうとらえるだろうか」というように、まず相手の立場に自分をおいて考える習慣をもちたいものである。その上で、改めて現在の自分の立場にたって援助を考えるのがよい。たとえ、患者・家族にとってよいと思われることであっても一方的に押し付けるようでは主体者の理解は得られない。

本当のプロとは、相手の立場に立って物事を考えることができるようになった人である。

また、「信頼を確実にするポイントは、問題点を共有しながら行なう素早い対応である」ことも心得ておかなければならない。

患者や介護者には、死を頂点として、突然の変化に対する不安が常に存在している。本当に必要なときに援助が得られるか否かが、在宅ケア継続の決定的な条件となることが少なくない。介護者と援助者との信頼関係は、最も必要な時になされる援助を通して最も強固なものとなる。

在宅ケアにおける問題は24時間いつでも起こりうる。したがって、原則として24時間対応のシステムが準備されなければならない。

さいわい訪問看護ステーションでは、毎朝4～5件の電話が在宅ケアをしている家族からかかってくる。発熱、食欲低下などに対しては点滴、投薬、処置、検査、入院など素早い対応に心掛けている。自宅で点滴などの治療を行えば、入院しなくとも治療できる。救急入院や夜間・休日の死亡などについても緊急対応している。24時間私に連絡が取れるようにしている。実際に呼び出される頻度は少ないが、患者・家族の安心感は大きい。

参考文献：

- 1 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～、2003年6月26日、
- 2 杉山孝博著『新訂ぼけなんかこわくない ぼけの法則』リヨン社、定価1300円
- 3 杉山孝博著『21世紀の在宅ケア』光芒社、定価1500円

出典：

大内尉義監修 「高齢者の退院支援と在宅医療」、p110～117、日常診療に活かす老年病ガイドブック 8、
2006年6月20日発行、メジカルレビュー社。

プライマリケアにおける救急

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

はじめに

症状が出現しにくく、一旦発症すると急激に変化するのが高齢者の特徴のひとつである。したがって、安定状態にある高齢者であっても、精神的・身体的状態は容易に変化する。高齢者自身の立場に立つと、加齢とともに健康に対する不安が増していき、「急に動けなくなったらどうしよう」という漠然とした不安が行動における積極性を制限し、生活を狭める結果をもたらす。プライマリケア医がかかわる重要な領域である在宅ケアにおいて、介護者の最も大きな問題の一つが、緊急時の対応への不安であることは間違いない。

プライマリケアにおける救急の内容

プライマリケアにおける救急の実態から、次の5つに分類することができる。

(1) 脳血管疾患、心筋梗塞などの救急医療

これらの疾患は急性期医療の対象として救命救急医療が取り扱っている。プライマリケア医としては、速やかに診断して救命救急に結び付けることが必要である。

(2) 慢性疾患の急性増悪

慢性呼吸不全や慢性心不全などの急性増悪、急性気管支炎や尿路感染症などの合併症による発熱・食欲不振・脱水、胃潰瘍などの再発、痴呆症状の悪化など、慢性疾患をもちながら安定状態にあった患者の病状が急激に悪化することは临床上しばしば経験することである。しかも冒頭に述べたように、高齢者の場合には急性増悪のとき典型的な症状が現れないことがある。肺炎になっても咳や痰、熱が出ない、虚血性心疾患であっても胸痛を訴えない、悪性腫瘍があっても疼痛を訴えないなどのため、医師も患者・家族も病状の変化に気がつくのが遅れて病気を悪化させてしまいがちである。

プライマリケア医としては、定期的な診療や検査を行うことで病状の変化を遅滞無く把握し適切な対応をすることが大切であることはいままでもないが、患者・家族に対して変化を速やかに把握できるように指導することも重要である。

病状観察の要点として筆者が患者・家族に指導しているのは次の4点である。

第1点として、「食欲イコール生命力であるので、食欲が低下したときには何か大きな病気になるのではないかと疑うこと。逆に食欲があれば多少の熱があっても咳などが出ていてもそれほど心配することではない」

第2点は、「活気・表情の観察が大切。話し方、歩き方、機嫌、表情などが普段と違ってないかをみること」

第3点は、「呼吸、脈拍、体温、尿量などいわゆるバイタルサイン。特に寝たきりのもの

は脱水症を起こしやすいので尿量の減少に注意」

第4点は、「病人の病気の特徴を知っておくこと」

(3) 在宅ケアにおける救急

在宅ケアにおける救急は、基本的にはシステムの問題である。救急対応できるシステムができていないと、在宅ケアの円滑な実践は困難になる。

急変した重症患者の入院を翌日にまわすことがないように、在宅患者の突然の変化には素早く対応することが大切である。熱が出た、食欲がない、カテーテルが抜けたなどの連絡があったとき、すぐ訪問して点滴などの処置をすれば入院しなくても治療できることが多い。筆者らが訪問診療している在宅患者は140～150名であるが、入院中の患者はせいぜい4～5名である。

患者・家族に十分な指導をしておくことによって緊急対応をしなくてもよいことがある。

吸引機の使い方を介護者に指導しておくことによって痰がからんで苦しうになっても吸引によって軽くなれば患者・家族は落ち着いていられる。

昨年12月の時点で全国に5,033ヶ所に開設された訪問看護ステーションと連携して訪問診療を行うことで重度で手間のかかる在宅ケアが可能になってきた。

(4) 在宅ターミナルケアにおける救急

昨年6月、筆者は、身寄りのない一人暮らしの男性(75歳)を自宅で看取った。死の約3カ月前は、全くの寝たきりで尿閉のためバルンカテーテルが留置されていた。この間、発熱や嘔吐、腹痛のため自宅で点滴などの処置がしばしば必要になった。ケアマネジャー、訪問看護婦、巡回型ホームヘルパー、保健婦などと常に連絡を取りながら、緊急の変化に対応した。そして、臨終間近になったとき、死亡を確認したものがケアマネジャーと主治医である筆者に連絡を取るなどの手順を確認して看取りの体制を整えた。最終的には呼吸停止しているのを見つけた巡回型ホームヘルパーから筆者に連絡があり、緊急往診で死亡診断したのであった。

またこの患者は、筆者が訪問診療を開始した2000年2月から4月にかけて、打撲、熱傷、腹痛のため2回緊急入院したが、連携システムにより把握され入退院の手続きが行われた。

このケースの場合緊急な対応ができなかったら在宅ターミナルケアは初めから困難であったと思われる。

筆者は、在宅ターミナルケアを可能にさせるための条件として、「患者の状態が在宅でも可能であること」「医療側、特に医師が在宅でのターミナルケアに理解をもつこと」「自宅でもある程度の医療が受けられること」「介護者の負担を軽くするための具体的な援助を行うこと」「緊急時に対応できること、とくに夜間、休日などに自宅で死亡したとき確認に行く体制のあること」「介護者の周りの者、特に親族の理解と協力が得られること」「医療機関の負担が大きくなること(診療報酬上の問題)」を考えているが、緊急対応が重要なポイントである。

(5) 介護力の変化に伴う緊急対応

精神的にも身体的にも負担の多い介護を担っている介護者が病気になったり、用事ができたりして急に介護ができなくなることが少なくない。筆者の経験でも介護者が病気になり死亡したケースが昨年1年間で5ケースあった。もちろん死亡に至らないで入院したケースもかなりあった。在宅ケアでは、患者本人のみでなく介護家族の健康状態に把握と、緊急援助が必要になることがしばしばである。介護のため通院困難な介護家族のカルテを訪問診療のとき持って行き、自宅で診療することもしている。これにより介護家族は安心して介護を続けることができる。

ケアマネジャーや訪問看護婦、ホームヘルパーなどと連携して介護者を支えるシステムづくりもプライマリケア医の重要な役割の一つとして考える必要がある。

おわりに

在宅医療を受けている患者・家族であっても、24時間いつ起こるかもしれない事態に対処できるという安心感がなければやはり在宅医療の継続は困難となろう。救急医療と同じように、在宅医療においても24時間援助体制を作っていかなければならない。

<参考文献>

杉山孝博. 高齢者の在宅医療と医師の役割. J I M4:986-989、
1994

杉山孝博著:新訂ぼけなんかこわくない ぼけの法則、リヨン社、1999

Acute changes in primary care

杉山孝博 すぎやま たかひろ

川崎幸クリニック院長

212-0016 川崎市幸区南幸町 1-27-1

044-544-1020

ポイント:

1. 症状が出現しにくく、一旦発症すると急激に変化するのが高齢者の特徴のひとつである。
2. プライマリケアにおける救急の内容として、脳血管疾患、心筋梗塞などの救急医療、慢性疾患の急性増悪、在宅ケアにおける救急、在宅ターミナルケアにおける救急、介護力の変化に伴う緊急対応がある。
3. 介護者を支えるシステムづくりもプライマリケア医の重要な役割の一つとして考える必要がある。

→