

続・カルテ・レセプトの原風景

「月刊 保険診療」(医学通信社) に連載

- 経口摂取が意欲アップと ADL 回復に貢献
(誤嚥性肺炎、パーキンソニズム、認知症) (2009 年 3 月号)
- よいターミナルケアを考える (ピック病) (2009 年 9 月号)
- 中心静脈栄養法 (IVH) の効果とリスク
(腹腔内デスマイド腫瘍) (2010 年 2 月号)
- 様々な終末期への対応 (進行膵臓癌、閉塞性黄疸) (2010 年 11 月号)
- 認知症とターミナルケア (認知症、末期癌、慢性腎不全) (2011 年 4 月号)
- 嚥下障害に対する口腔ケア (脳梗塞後遺症など) (2011 年 10 月号)
- 脊髄小脳変性症患者の在宅ケア (2012 年 6 月号)

川崎幸クリニック 院長

杉山 孝博

経口摂取が意欲アップと ADL 回復に貢献 (誤嚥性肺炎、パーキンソニズム、認知症)

(2009 年 3 月号)

[症例] 嚥下障害の強い 80 歳男性

経管栄養から経口摂取を目指して

誤嚥性肺炎、パーキンソニズム、認知症のため A 病院に入院治療し、経鼻経管栄養の状態帰宅した、M さん(80 歳・要介護 5)を筆者が初めて訪問診療したのは、退院 2 日後の 2008 年 3 月 14 日であった。

入院中の言語療法士と主治医の評価は「嚥下障害が強いため絶飲食、経管栄養(ラコール 1500ml/日)が必要」であった。経鼻経管栄養が開始されたが嚥下障害が改善しないため、主治医は胃瘻造設が勧めた。一方、家族は経口摂取を試みたいと希望し、入院前に認知症治療を行っていた筆者に相談があった。家族の希望を聞き、筆者が訪問診療を行うなかで経口摂取が可能かどうかを判断するという方針を提案したところ、経管栄養のまま退院となった。

在宅における経口摂取への取り組みと成果

M さんは、3 月 12 日 A 病院を退院した。翌 13 日 当院訪問看護室から初回訪問看護を実施した。看護師は、「痰がらみはあるが咳払いし、唾液を嚥下していたため経口摂取できるのではないか」との判断を筆者に報告した。

3 月 14 日、筆者が初回訪問診療を行った。訪問時、M さんは表情もよく、プリンを経口摂取を試みると、むせないで嚥下できた。訪問看護時のプリンやヨーグルトなど経口摂取と、経管栄養(ラコール 1200ml/日)

の併用を指示した。上顎の歯のぐらつきがみられたので、家族と話しあったうえで、筆者が歯科医に訪問歯科診療の依頼をすることになった。

後日、訪問歯科医より訪問歯科衛生指導の指示により、歯科衛生士が M さんの口腔ケア、マッサージを行い、家族やヘルパーなどへの指導が行われた。

4 月 18 日、咀嚼、嚥下にむらがなくなり、1 回摂取量が 300g くらいにアップした。吸引を必要としなくなるほど痰の絡みも軽減した。21 日には、全粥を開始。1 回量約 400g(プリン、とろみつきスープ含む)をむせずに経口摂取できるようになった。この頃より、時折発語が聞かれるようになった。

1 週間後の 4 月 28 日には、全粥以外に副食としてじゃがいも、ニンジンの煮付けの刻みにとろみをつけたものを摂取した。自ら開口し欲しがる様子に加え、口唇を舐める動作もみられた。舌の動きも良好。食後口腔内に残渣物なく、咀嚼嚥下機能がアップしてきた。経口摂取量 500g/以上となった。

5 月 9 日には、経管栄養を抜去し経口摂取のみとなった。その後、朝はプリンなど摂取。昼、夕は軟食の 2 回食で、1 日トータル 1000g くらいは食べられるようになった。

食事時の体位は、訪問看護時は車椅子乗車で、普段はベットアップして食事介助す

るかたちであった。パーキンソンニズムのため、頸部の緊張が強く後屈しやすいが、食前にマッサージや口腔ケアを行なって、嚥下機能を増強させ食事摂取環境が整うよう援助した。残歯は6本のみだが歯肉にて咀嚼し、嚥下ができた。次第にルが改善し、意欲が出てきたため、スプーンを持ち口まで運ぶことをするようになった。発熱もなく病状が安定した。経口摂取量が安定してくるとともに、発語の回数もふえ、指示に従うなど意識レベルの改善がみられた。

成功の秘訣は家族の協力と医療・介護の連携

入院中、Mさんは経口摂取が不可能と考えられていたが、前述のように比較的短期間に経口摂取が可能となり、痰などの呼吸器感染症も治まり、発語や身体的な動きが改善した。車椅子での外出も楽しむようになった。

在宅ケアの目的は、「傷害や疾病、虚弱などのため日常生活に援助を要する者が、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が送れるように援助すること」であると筆者は考えているが、本事例のように、「口から食べることを実現することは、在宅ケアの重要なテーマの一つであると考えている。

Mさんの場合、経口摂取が可能となった要因に、①経管栄養チューブによる栄養状態の改善、②家族の支え・介護環境の調整、③在宅サービスの連携、④本人の意欲一などが挙げられよう。

それぞれの項目について、検討してみたい。

① 経鼻経管栄養法による栄養状態の改善

脳卒中後遺症、認知症など慢性疾患では、経過とともに最終的には動きが悪くなり、経口摂取量の減少と意欲が低下、嚥下障害による誤嚥性肺炎などの呼吸器感染症一が必発となる。末梢静脈からの点滴によって呼吸器感染症は治っても、食事がとれなければ全身状態は改善しない。

Mさんには、入院後まもなくから、経管栄養が開始された。入院時、血清総蛋白が6.2(基準値6.2~8.0)であったのが、退院時では6.8に改善していた。このような状態で退院できたので、在宅に移行してから経口摂取の試みが成功したと思われる。つまり、経鼻経管栄養法は入院中および退院後の一定期間は必要な処置であったと評価できよう。経管栄養を中止した5月9日時点の血清総蛋白は6.7であった。

② 家族の支え、介護環境の調整

Mさんの家族は入院中、言語療法士や担当医師より経口摂取はむずかしいと説明をうけた。口から食べさせたいという思いはあるが不安も大きかったようで、退院当初は当院訪問看護室に妻より電話相談も数回あり、そのつど対応した。

入院前とは異なる寝たきりとなったMさんは、痰の吸引や経管栄養など介護の手間がかかるようになった。長男、長女はそれぞれ所帯をもって、週2,3回自宅に来て介護を手伝ってはいたが、主たる介護者は高齢の妻(78歳)1人だった。介護負担の軽減のため、毎日午前、午後2回、訪問介護を利用して排泄や保清はヘルパー対応してもらい、妻は痰の吸引、食事の介助に専念する体制を組んだ。これにより介護に余裕ができ、口腔マッサージも積極的におこなうようになった。

当初は訪問看護師が当初はほぼ毎日、その後は週2~3回訪問して、本人の状態や家族の希望に添いながら経口摂取を家族とともに進め、痰の吸引などの指導も行った。また、医師、歯科医師、歯科衛生士などと連携・調整をはかっていったことで、本人や家族の気持の安定や安心感につながった。

③ 在宅サービスの連携

Mさんの利用している在宅サービスは、訪問診療（2週間に1回）、訪問看護（週2回）、訪問歯科診療（適時）、訪問歯科衛生指導（当初は週1回）、訪問介護（月~土曜日1日2回）、訪問入浴（週1回）などである。

訪問看護師、訪問診療医師そして訪問歯科医師、訪問歯科衛生士と家族をつなぐサービスの連携ができた。病状の変化に応じケアマネジャーに情報提供し、ヘルパー、訪問入浴、デイサービスなど介護サービスの連携がとれた。

④ 本人の意欲

初回訪問時より本人の表情を見て食べる意欲を察知し、嚥下評価したことが有効だったと思われる。家族の希望もあった。

指示動作はあまり入らなかったがスプーンを近づけると口をあけ、好物だと開口もよくスムーズに嚥下できた。

胃瘻造設にあたっての方針

本例のように、認知症などの慢性疾患の場合、最終的には、嚥下障害などが出現して、栄養摂取が問題になることが少くない。

筆者は、「社団法人認知症の人と家族の会」に長年関わっているが、支部の集いや研修会で、「胃瘻を作るべきか、どうか」と

いう質問を受けることが多くなった。それに対し、「食欲=生命力です。自然経過で全身の衰弱が進行して、意識レベルも低下しているなら、原則的には胃瘻を作らず点滴などをしながら見ていきます。その場合は一般的には穏やかな最後を迎える方が多いと思います」と答えている。

しかし、胃瘻を作るかどうかの決断が迫られるのは、本例のように、呼吸器感染症などで入院し、元の病気は治っても経口摂取が改善しないため、胃瘻を作ることで退院にもっていききたいという主治医の意向による場合が多い。家族は、栄養が摂取できない状態では施設も受け入れてくれないし、自宅でも点滴などの治療が受けられる在宅医療支援体制がないと在宅にも移行できないというジレンマにさらされるわけである。

胃瘻造設は、脳血管障害、パーキンソン病や神経変性疾患などの難病、口腔や食道などの消化器疾患などより、嚥下障害が起こっているものを対象としている。しかし、内視鏡的胃瘻造設術により、胃瘻を作るのが容易になってからは、対象範囲が広がっているのが現状である。

筆者が訪問診療を行っている患者にも経管栄養や胃瘻を行っている患者は多数いて、なかには10年間近く続いている患者もいる。点滴を毎日続けても状態が改善しなかった認知症と脳梗塞のある患者が、胃瘻を作ってから会話ができるほど改善した例も最近あった。

ただ、胃瘻などによる栄養補給により延命効果はあるが、末期になって消化吸収力が低下すると、全身浮腫、呼吸器感染症、褥瘡あるいは下痢などの消化器症状などが出現して介護の手間が非常にかかるように

なる場合が少なくない。本人にとっても幸せな状態とは必ずしもいえない。

このような経験から、在宅で必要と思われる医療を 24 時間提供できる体制をとっている筆者は、本人・家族の意向を尊重しながら、認知症のターミナルでは原則として胃瘻を作らないようにする。ちなみに、胃瘻を作っても経口摂取が十分できるようになったとき胃瘻を閉鎖することは簡単である。また、経管栄養はよいが、胃瘻は医療に属するので受け入れない特養ホームもあるので注意が必要である。

Mさんの回復と今後

経口摂取ができるようになってから、全身状態はみるみる改善した。

6月12日の妻の誕生日に「おめでとう」と言ったら、妻は興奮していた。訪問看護師とともに車椅子で公園に出かけるようになった。また、介助により数歩歩いて車椅子に乗ることができるようになった。

しかし、7月29日、39.1℃の発熱がみられた。痰が絡み、黄色の痰が吸引されるようになった。訪問看護師に指示して、自宅で抗生物質入りの点滴を実施した。高熱は下がり 37℃台の微熱になったが、痰の量が多く、呼びかけにはっきりと応えなくなり、経口摂取ができなくなった。

8月7日まで毎日点滴、筋肉注射を実施するが、改善が見られないため、家族と話し合った上で、経鼻経管栄養を再び開始した。喀痰細菌培養で、MRSA陽性がわかり、抗生物質を変更したところ、徐々に改善して、8月中旬には抗生物質の投与を中止することができた。

現在まで経鼻経管栄養が続いているが、最近痰も減って、話しかけるとしっかり見つめて話そうとする。プリンやゼリーを少しずつ経口摂取できるようになってきた。今後も改善、悪化を繰り返しながら、徐々に衰弱が進行していくものと思われる。

筆者は、体制を整えば、本例のように、入院せずとも在宅で治療できると考えている。そのためには、口腔ケアを含めて他職種との連携協力は不可欠で、在宅ケアに関わっている者には連携の能力も問われているのではないかと思う。

(出典：杉山孝博：誤嚥性肺炎、パーキンソニズム、認知症【在宅】 経口摂取が意欲アップとADL回復に貢献：月刊保険診療、Vol. 64(3), 108-110, 2009. 3)

よいターミナルケアを考える（ピック病）

(2009年9月号)

【症例】要介護5の60台女性

夫の決心

「有料老人ホームに入所している妻の嚥

下障害が強くなり、食べ物や水分も取れなくなり、この状態ではホームに置い

てくれません。病院に入院できませんか」

Sさん（1941年生まれ、女性）の夫から私に相談があったのが、2008年7月のことだった。3月頃から飲み込みが悪くなり、ついにスプーン1杯程度しか摂取出来なくなってきたと言う。

診察初日は、夫とケアマネジャーのみの受診で、本人を診察できなかったが、認知症の自然経過で嚥下障害が進行した終末期と判断した。水分と栄養の補給が必要であるが、治療しても衰弱が急速に進行してしまう若年期認知症の患者も少なくない、時には1ヶ月くらいで亡くなる人もいると、夫に告げた。

「入院しても積極的な治療は出来ませんから、外来か自宅で点滴をしながら様子を見るのがよいでしょう」とすすめたところ、有料老人ホームに入所後症状が急速に進行してしまって入所させたのを悔やんでいた夫は、自宅で介護することを決心した。

有料老人ホームを退所し、自宅に

相談受診後、2日間は外来で毎日点滴を実施。3日目にはホームを退所して自宅に帰り、その日に訪問診療を行った。

「表情はしっかりしているが、発語は全くなし。血圧124/74。昨日は38℃の発熱があったが、本日は37.3℃。聴診でラ音は聴取できないが、呼吸音が粗い。陰部に浸出物あり。嚥下力をみるため、ヨーグルトを口に入れるが、舌を動かさずまったく飲み込まない」（カルテ）状態であった。以下のような方針を立てた。

- ① 誤嚥性肺炎の可能性も考えて、ソリタT3 500mlとセファメジンα 1gの点滴を毎日訪問看護（当院

訪問看護室より）により自宅で実施する

- ② 誤嚥に注意しながら、水分・ヨーグルトなどの経口摂取を試みる
- ③ 開口障害や舌の動きが悪いので、口腔ケアや口腔マッサージなど嚥下機能の回復に努める
- ④ 夫の介護負担を出来るだけ軽くするための援助を組み立てる

訪問看護による連日の点滴

経口摂取を試みるが、在宅1ヶ月後でもほとんど摂れない状態であったため、毎日ソリタT3 500mlの点滴が毎日続いた。

ところで、ソリタT3 500mlはブドウ糖濃度4.3%、カロリーは86kcalで、カロリーに関しては絶対的な不足である。

普通、経管栄養や胃瘻による濃厚流動食による栄養補給が考えられるが、看護師だったSさんは、健康だった頃、「延命処置は絶対にしてほしくない」と夫に言っていたため、経管栄養や胃瘻を選択しなかった。

寝たきりで終末期の場合、水分の補給は1日500ml程度のほうが浮腫もなく、痰の絡みもなく、良い状態で維持されることは、筆者や在宅医療に関わっている医師の共通の認識である。入院治療では1500~2000mlの補液がおこなわれるが、浮腫や痰が多くなって患者の状態が悪くなることが少なくない。入院医療にも在宅の経験を生かして欲しいと願っている。

呼吸器感染は改善したため抗生物質を加えることは中止したが、水分補給のための点滴を初めの1ヶ月半は連日行い、その後、アイス・果物・水分などが1日200~300ml摂取出来るようになったため、点滴は

1日おきに実施することにした。

訪問看護請求の問題

周知のように、癌末期あるいは特定疾患などへの訪問看護や、特別訪問看護指示書に基づく2週間以内の訪問看護を除いて、連日の訪問看護の診療報酬は請求できないことになっている。本ケースにおいても、当初の1ヶ月半の間、2回の特別訪問看護指示書による指示期間（合計28日分）を除いた約2週間は、週3回分の在宅患者訪問看護・指導料しか診療報酬として請求できなかった。

毎年60名前後の在宅看取りをしている当院では、ターミナルケアを円滑におこなうためにも連日の訪問看護を必要とするケースは少なくない。当院の訪問看護室や訪問看護ステーションでは、診療報酬で認められない訪問看護の費用を、自費として患者に請求しているが、事情によりボランティア訪問として費用が回収できない場合もある。

今後、在宅や施設におけるターミナルケアが非常に重要になることは間違いないので、どのような疾患に対しても終末期などの訪問看護を連日可能とする制度的な改正が速やかにおこなわれることを期待している。

長期の介護体制の問題

相談受信時の説明で、余命1～2ヶ月間の短期決戦(?)と考えていたSさんの夫は、長引く介護に疲れを感じながらも、献身的な介護を続けてきた。訪問看護師の励ましを受けながら、タイミング良く食べ物を口に入れて経口摂取量を増やし、誤嚥性

肺炎を予防するため口腔ケアを上手に行った。その甲斐もあって、「ベビーフード、炊き込みご飯、total400ml/回摂れた。ROM運動、夫も行っている」(10月31日の訪問看護記録)ようになった。1日400～600mlほど安定して摂取できるようになった。全身状態も改善して、「発声わずかにあり。笑顔あり。点滴ボトル見てため息つく」(12月12日同)のように、活気が出てきて、車イスに30分間座ることも出来るようになった。

週2回行っていた点滴は翌年1月13日で終了となった。実に6ヶ月間、在宅における点滴が続いたことになる。

その後、経口摂取量は確実に改善して、必要な栄養を十分摂取できるようになり、介助を受けながら車イスによる外出も可能になったことで、デイサービス・ショートステイを利用できるようになった。

しかし、発語はできず、自分の意志を表現することもできていない。歯に歯ブラシを噛ませながら、夫が食べ物を送り込む状態は変わらない。四肢の拘縮も進行している。

現在、Sさんは要介護5と認定されている。巡回型訪問介護、訪問看護、入浴サービス、デイサービス、ショートステイおよび訪問診療などを利用しているが、これらを上手に組み合わせて夫の介護負担の軽減を図りながら中長期の介護をどのように続けていくかが問題となっている。サービス担当者会議などを通して、家族の意志を確認し、関係者がそれぞれの役割を確認して、効果的なサービスが提供できる体制を作り上げることが重要である。

ピック病と診断されたSさん

「社団法人認知症の人と家族の会」神奈川県支部(筆者は世話人代表)が主催した、若年期認知症サポーター養成講座で、Sさんの夫に体験を話してもらった。以下は、講演記録の抜粋である。ピック病の症状とその変化、家族や本人の気持ち等が見事に表現されていると思う。

「妻が大学病院から戻った。『今度病院へ来る時は、ご主人も連れて来て下さいと、先生に言われたのよ』……それが、全ての始まり。次の受診で担当医は言われた——『奥さんは、脳萎縮が相当進んでいます』と。夫婦共々の激しいショック。看護師の妻には、数倍の打撃だったことだろう。(中略)看護師としての臨床経験を持つ妻は、『認知症』という病への理解があったはず。だから『自身の罹患の告知』は、計り知れない打撃だったことだろう。

(中略)妻は『10年日記』をつけていた。今、それを読む。……58歳で発症する、2年程前から物忘れで悩んでいたことが知れる。早く気がついてやれば……。薄々は、気付いてはいたんだ、妻の物忘れ。でも、自分だって、物忘れはしょっちゅうだ『きっと年のせいだろう』と決め込んでしまったのが悔やまれる。さぞかし、辛かったに違いない。

妻の機能がだんだんと失われていく。波のようにやって来る行動の変化、言葉の喪失がやってきた。妻とのコミュニケーションが、自在に出来なくなった、これはこたえた。……方向判断がむずかしくなった、徘徊も始まった。得意にしていた料理も、手順のノウハウが迷子になってしまい、料理担当は、私になった。

(中略)妻の社会性を欠く行動が出て来るようになった。——他のお客さんの部屋、厨房、男風呂に平気で入っていく。レストランでは他のお客さんの食べ残しを、口にしてしまったことも有る。ピック病の症状は、こうまでに至ってしまうんだ、悲しかった。

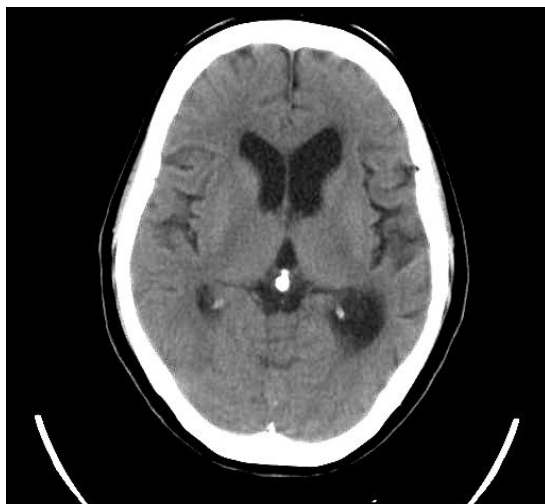
(中略)玄関の前でも、旅行先の売店の横でも、風呂場でも、そして不思議にもトイレで便槽の外に排泄することもあった。

(中略)ホームへ入所してから、妻の病態は進行し、近頃は、そのテンポが速い。最近は、辛うじて出来ていた食べ物や飲み物も経口摂取が難しくなってしまった。私より体格が良かった妻も、すっかり痩せ細ってしまった。そして、何より辛いのは、妻との会話が全く出来なくなってしまったことだ。気持は通じていると思いたい。看護師だった妻も、心の中で、感謝の言葉を繰り返しているに違いない。

(中略)今、67歳の妻は、老人ホームで、懸命に生きている。病気と闘っている。これまで、私や娘に教えてくれた『精一杯に生きる』ことの素晴らしさをベッドの上でも、見事に見せてくれている」

ちなみに、Sさんの頭部CTを見ると、5年間で脳萎縮がきわめて進行していることがわかる(写真)

2003年の頭部CT



2008年の頭部CT



ピック病とは

ピック病（前頭側頭型認知症）とは、前頭葉や側頭葉を中心とした脳の萎縮が特徴的である認知症である。若年期では、40歳後半から65歳未満に発症する。記憶をつかさどる海馬のある側頭葉が萎縮することにより物忘れを中心とした認知障害が出てくる。思考、判断、注意などの高次脳機能を担っている前頭葉が萎縮すると、本能行動の抑制、社会的な規範を守るため必要な判断が低下して、人格障害などが目立つようになる。具体的な症状としては、我慢できない、落ち着かず怒りやすくなる、周囲に気をつかわないで身勝手な行動をする、同じ言葉を繰り返すなどの言動がみられる。

一般的には言動が活発な場合が多いが、逆に、非活動的、無関心になり、興味が失われ、自発性が減退するときもある。

原因は不明で、根治的な治療法はない。物忘れの進行を予防するためにアリセプトを使うことがあるが、アリセプトの適応病名はアルツハイマー型認知症であるため、問題がある。出現頻度は、アルツハイマー病の1/10から1/15といわれている。記憶力は初期の段階では比較的保たれているが、病気の経過とともに、進行していく。

（出典：杉山孝博：ピック病【在宅】よいターミナルケアを考える：月刊保険診療、Vol. 64(9), 102-104, 2009. 9）

中心静脈栄養法（IVH）の効果とリスク （腹腔内デスマイド腫瘍）

（2010年2月号）

【症例】栄養摂取が難しい40代男性

IVHを受けながら野球応援

2007年8月、第89回全国高校野球選手権大会が開催されていた甲子園球場のアルプススタンドで、中心静脈栄養法（IVH）のバッグをつるした車イスに座って観戦しているMさん（45歳、男性）の姿があった。

捕手として活躍している息子さんを応援するため、炎天下の甲子園に、はるばる川崎から駆けつけたのだ。息子さんは投手を見事にリードして試合を運び、8回には適時打で相手を突き放すという大活躍をして、父親の期待に応えたのであった。

「こどもの活躍は、僕の勇気になっている。一生懸命やってくれました。ありがとう」とMさんはスタンド裏で話し、静かに微笑んだという（朝日新聞記事）。

Mさんの病歴

1997年、下痢、便秘、吐き気が続くため、公立病院に受診したところ、家族性大腸ポリポージスと診断され、大腸全摘術を受けた（直腸2cmを残したのみ）。

2002年、腹部膨満感のため精査したところ、約20cmの大きさの腹腔内デスマイド腫瘍が見つかった。摘出術が実施されたが、摘出困難な部位があって完全な摘出ができなかった。前回の手術の影響による癒着があって、小腸を20%切除された。

2006年、入院精査をうけたところ、切除しきれなかったデスマイド腫瘍が11cmに拡大していた。それ以外にも3か所で見つかった。内服薬にて4cmまで縮小したため退院。

退院後、食事をすると腹痛が出現して食べられなくなったため、週2～3回通院し

て点滴を受けていた。

2007年1月22日、公立病院の地域連携室から当院に、在宅で点滴をしてほしいという依頼があった。

病院との役割分担

主治医などと連絡を取り合った上、次のような役割分担を決めた。

①定期的な診察（およそ3か月に1回）と、入院は公立病院が行う。外来受診時は、点滴も行う。

②訪問診療、処方、訪問時の点滴、訪問診療などでできる緊急時対応、訪問看護ステーションへの指示は当院で行う

③週3回の点滴などは訪問看護ステーションが行う

中核病院—在宅医療を行う診療所—訪問看護ステーションなどの在宅サービス、という連携パターンは、慢性疾患の在宅医療の一つの典型的なパターンである。

Mさんの診療は現在もこのパターンで行われている。

これまで、川崎幸クリニックでは中核病院から紹介があった場合、すべての診療は当クリニックと母体病院である川崎幸病院で引き受けてしまう場合が多かった。その理由は、①急性期で高度医療の行うことのできる川崎幸病院があり、臨機応変に対応できること、②病気が進行すると中核病院までの通院が大変になること、③最終的に入院しないで在宅看取りを行う例が多いこと、④双方が忙しいために病院の主治医と筆者との連絡調整が現実的にむずかしいこと、⑤明確な治療方針を立てることが難しい場合があって結局患者・家族を混乱させてしまうことがあること——などである。

もちろん、ケースにより本ケースのような連携のパターンであったり、落ち着いている間は筆者が訪問診療を行い重度になってから中核病院に入院して最後を迎える場合もある。

訪問診療の開始、問題点とその対応

2007年1月31日、第1回目の訪問診療が開始された。初診時の状態は以下のとおり。

- ・ 血圧や脈拍、聴診は異常なし。意識は清明。ふらつきはあるが麻痺はない。
- ・ 体重は56kg(半年間で約5kg減少した)。
- ・ 口から飲食すると、腹痛と下痢がひどい。水様下痢が1日約30回もある。

このような状態をもたらす背景として考えられるのは、①小腸で消化吸収の終わった泥状の便から水分を吸収して硬い便を作るのが大腸の働きであるが、Mさんは大腸を全摘しているため水分の吸収ができずに水様下痢になっている、②慢性的な脱水状態のためふらつき、脱力が出ている、③2回の腹部手術により腸や腹膜の癒着が生じ、癒着性腸通過障害が起こって、食後にきりきりとした腹痛が発生する、④デスマイド腫瘍が腹膜、腎臓、血管・神経組織を浸潤しているための激しい痛みを引き起こしている——などである。

このような状態に対して、①1回1000mlの点滴を週3回行うことで水分と電解質を補充、②腸の動きを抑えるために、ロペミン2カプセル(2×朝夕)、大建中湯エキス顆粒 7.5g (3×)を処方、③腫瘍による激痛に対してデュロテップパッチ10mg2枚、5mg1枚72時間毎張替え、疼痛時オプソ内服液5ml、疼痛時アンペツ

ク座薬20mgなどの麻薬を相当量使用、④腫瘍周囲の炎症と腫瘍の拡大を抑えるためリンデロン錠0.5mg2錠(2×)を内服——などの対応がとられていた。筆者も当面同じ処方と点滴をすることにした。Mさんも水分が定期的に補充され、通院の負担が軽くなって、身体が楽になったという感想を述べるようになった。食欲も出てきた。

IVHの実施

自宅での週3回の点滴は主として訪問看護ステーションのナースが訪問して行っていたが、静脈が硬くなって点滴するのに何回も穿刺しなければならないことも増えてきた。「久しぶりにカレーライスを食べてみたらおいしかった」というように食欲も出てきたが、下痢の回数はあまり変わらず、絶対的なカロリー不足の状態であった。体重は50kgに減り、食後の腹痛や、腫瘍によると思われる激痛もあまり変わらなかった。

このような状態を検討するためにMさんの自宅で、主治医である筆者、訪問看護ステーションナース、川崎幸クリニック訪問看護室ナースが、Mさんを交えてカンファランスを行った。

その結果、中心静脈栄養法(IVH)が必要であるという結論になり、3ヶ月1回通院している公立病院に手術を依頼することになった。筆者が依頼状を作成して、Mさんから4月上旬の定期診察時に主治医に渡すようにした。

2007年5月中旬、右鎖骨下にIVHポートの埋め込み術が行われた。術後皮膚縫合部に感染が起こってカテーテル感染の恐れもあって使用開始が遅れたが、6月7日か

ら IVH を開始した。

開始後ナースの記録に「表情穏やか。排泄状況減少している(下痢が減少している、という意味)。高カロリー輸液をし、おなかがかすかない。確実に滴下できている。ポート部異常なし」と書かれている。

カロリーと水分、電解質やミネラルが IVH により確実に補充されるようになって、M さんは非常に元気になった。冒頭に書いたように、8 月には息子さんの活躍を見るために甲子園球場に行くことができた。しかも、1 回戦、2 回戦の観戦のため、続けて 2 回往復できたのであった。

深刻なカテーテル感染

IVH、人工弁、人工血管、腹膜留置カテーテルなど体内に異物を留置する場合に最大の問題は、感染予防である。

特に、IVH の場合、輸液バッグ交換時や輸液セットからの薬物注入などの処置の時、カテーテルの皮膚入部などから感染を起こしやすい。万全の注意を守っても感染は避けがたいように思う。

そして、いったん感染を起こしたら、異物であるカテーテルがある限り、抗生物質を強力に投与しても感染を押さえ込むことが難しい。M さんの場合も、辛く苦い経験を味わうことになった。

2007 年 9 月に訪問看護ステーションのナースから、ポート部が発赤して痛みを訴えていると連絡が入った。緊急往診したところ、軽度の発赤が認められたので、直ちに抗生物質の注射を実施し、公立病院への受診を指示した。主治医から炎症反応が強いので IVH を中止して点滴を受けるように、との指示があった。

抗生物質を連日使ってもポート部の感染が治まらず、ときに 40℃の発熱が続いた。結局、12 月になって IVH ポートを除去することになった。ポート抜去後、熱は見事に下がり皮膚の感染も治まった。

その後、2008 年 1 月に右鎖骨下にポート埋め込みを行ったが、再び感染を起こして 7 月に抜去して、左鎖骨下に新たなポート埋め込みを行った。

2008 年 11 月に発熱が出現。血液培養で MRSE が陽性となった。IVH ポート感染と考えて、以後 IVH は中止して、点滴に変更した。すると、ポートはそのまま埋め込んであったが、IVH を中止したことで熱が出なくなった。

M さんの現在

現在は IVH を中止して、1000ml の点滴を週 2、3 回行っている。経口からある程度食事が取れていて、一時より落ち着いている。時々、30 分ほどの散歩もできている。

しかし、体重は 42kg までに減ってしまった。大量のモルヒネを使って疼痛コントロールが必要な状態も変わらない。

結局振り出しに戻ってしまった状態だが、M さんは「今が一番落ち着いています」と語っている。安定的な栄養確保の方法を試みながら、M さんを支え続けていきたい。

参考：

1 デスマイオイド腫瘍とは

骨格筋の結合織・筋膜・腱膜から発生する良性腫瘍で、「類腱腫」とも呼ばれる。

発生頻度は腫瘍全体の 0.03%、軟部組織全体の 3%といわれ、非常にまれな腫瘍で

ある。

癌のように遠隔転移はしないが、周囲の組織にじわじわと浸潤性に拡大していくのが特徴。

白く固い線維性の組織でできていて、ごつごつとした固まりを形成し、周囲の組織を巻き込むようにして増殖する。血管や神経などを巻き込むと激しい痛みを生じさせることがある。

治療としては腫瘍の切除であるが、少しでも腫瘍が残っているとそこから再発するので、非常に厄介なものである。そのような性質のため、良性腫瘍と分類されているが、臨床的には悪性腫瘍に近い性質を持っている。

腹直筋など腹壁デスマイドが 49%、四肢・背筋などの腹壁外デスマイドが 43%、本例のような腹腔内デスマイドは約 8%の出現率といわれている。

家族性大腸ポリポージス患者の約 10%にデスマイド腫瘍が発症し、発症のリスクは一般人口集団の 852 倍といわれている。

2 家族性大腸ポリポージスとは

大腸ポリープが数百から数千個多発し、

そこから大腸がんが発生する腫瘍症候群である。平均 16 歳（7-36 歳）からポリープが出現し、35 歳までには保因者の 95%にポリープが発生する。大腸ポリープは癌化する傾向が極めて強く、大腸全摘をしなければ大腸がん発症は避けられない。未治療の場合、がん発症の平均年齢は 39 歳（34-43 歳）といわれている。

常染色体優性遺伝の形式をとるため、子供には 50%の確率で遺伝する。遺伝的研究がよく進んでいる疾患で、変異遺伝子も確定している。一定の基準を満たす家族には遺伝カウンセリングや遺伝子診断が行われる。大腸以外にも、胃、十二指腸のポリープ、骨腫、軟部組織腫瘍、デスマイド腫瘍などが見られることも少なくない。

（出典：杉山孝博：腹腔内デスマイド腫瘍【在宅】中心静脈栄養法（IVH）の効果とリスク：月刊保険診療、65(2), 132-134, 2010. 2)

様々な終末期への対応（進行膵臓癌、閉塞性黄疸）

（2010 年 11 月号）

【症例】身寄りのないひとり暮らしの癌患者

「身寄りのない一人暮らし」「癌終末期」「在宅看取り」の言葉を並べると、「むずかしい」「不可能だ」などの意見がどこからも出されてくるだろう。

筆者が 2010 年 4 月に看取った H さんは、

まさにこの条件に当てはまるケースであった。

進行膵臓癌、閉塞性黄疸と診断

H さん（72 歳、男性）は、2009 年 12

月頃から心窩部痛を感じ様子を見ていたが、痛みは改善せず食欲も低下したため、2010年2月15日川崎幸クリニックの筆者の外来を受診した。

診察所見：著明な黄疸あり。血圧140/66。右上腹部に腫瘤を触れる。

即日、血液検査、腹部エコー、腹部CT検査を実施すると、次のような結果が得られたため、進行膵臓癌、閉塞性黄疸と診断した。

血液検査：T-Bil 23.8 GOT 127 GPT 112 γ -GTP 896 Al-P 2090 アミラーゼ 301 血糖 274 HbA1c 6.4 WBC 5580 RBC 368 Hb 11.5 Ht 37.9

腹部エコー、腹部CT：膵頭部に33×35×29mmの腫瘤あり。胆嚢、総胆管、肝内胆管ともに拡張している。肝臓に2cmの腫瘍性病変あり。

告知し、在宅療養を勧める

Hさんにすべてのデータを説明して、進行膵臓癌で、積極的な治療は困難であること、痛みなどに対しては対応できるので入院治療より在宅療養の方がよいのではないかと、ということをお話した。

疼痛対応として、モルヒネ製剤であるMSコンチン10mg2錠(2×朝夕)を処方した。その後、MSコンチンの服用により痛みはなくなって、落ち着いた状態で通院できていた。

しかし、2010年3月6日の外来受診の時、浮腫が出現しており、「食べると下痢するようになった」との訴えもあった。MSコンチンでは痛みが軽減しなくなったため、デュロテップMTパッチ4.2mgを添付するよう指示した。同時に、一人暮らしであるH

さんが通院できなくなることも考慮して、訪問診療を導入する場合の窓口である当院医療相談室に面接の指示を出した。

医療ソーシャルワーカー(MSW)が面談したが、その段階ではHさんは自転車で通院できており、買い物も行くことができていたため、通院を希望された。さらに3月13日外来受診時にもMSWと面談したが、Hさんの通院を続けるという気持ちは変わらなかった。

通院困難となり訪問診療・訪問看護開始

3月18日、Hさんから「倦怠感が強く通院できなくなった」という電話が入った。すぐにMSWと訪問看護室に連絡指示をした。

3月19日から臨時訪問看護による点滴を開始した。その日は、訪問看護師にMSWが同行して、介護保険制度を説明し、代行申請のため近くの地域ケアプラザのサービス担当者に同日訪問をしてもらった。

訪問看護の記録：玄関まで歩き鍵を開けてくれる。ふらつき、めまいがするという。黄染著明。水分はスープ、ジュースなど1Lくらい飲んでいる様子。食べ物は食べたくないという。「歩けなくなった。尿が間に合わない」という。持参したリハビリパンツを勧めると、「こんなものがあるのか」とすぐはいてくれる。LOTO(くじ)が当たったなど、新聞を広げ笑顔で話してくれる。訪問看護の受け入れはよく、点滴は自己抜針できるとのことで指導する。訪問診療導入も了解される。ヘルパーに関しては「あまり気がすすまないね」というが、買い物などむずかしくなっているため、自宅で過ごすには必要だと思うと勧めると了解され

る。

看護記録からは、病気を受け入れ、看護師の勧めに穏やかに応じている様子がよくわかる。

葬儀の件について本人と話す

3月23日訪問診療。立ち上がるとふらつきがある。水分はよく摂れている。意識は清明で、血圧は138/70だった。

訪問診療時、しだいに動きが悪くなってきたHさんとご本人の葬儀について話した。

「もしあなたが亡くなったとき、葬儀をしてくれて、お墓に入れてくれる親戚はいますか」

「そういう人はいません」

「葬儀屋さんにあらかじめ契約しておく、火葬や遺骨の手配をしてくれると聞いたことがあります。そのためには費用がかかります。失礼ですが、お金がありますか。定期預金があれば解約しないといけません。解約・預金の引き出しをした方がよいですよ。今ならば看護師が付き添えば、銀行に行くことができます。お手伝いしますがどうしますか」

「定期預金はありません。手元のお金は7万円くらいですが、来月になると2カ月分の年金30万円が振り込まれます」

これでは、葬儀の費用どころか、医療費や介護保険利用料、部屋代、さらには家具の処分や部屋の明け渡しに必要な費用も確保できない。医療費未収金が増えるのかと覚悟した。

今年はずでに一人暮らしの人を2人、自宅で看取ったが、二人とも生活保護を受けていて、最後の段階では関わってくれる親

戚がいたので苦労はなかった。火葬は区役所福祉保健センターの委託を受けた葬儀社が代行してくれた。

Hさんは会社勤めをしていて厚生年金受給者だったため、収入が生活保護の基準を満たしていなかった。一人暮らしの在宅看取りでは初めてのケースに遭遇したわけである。患者の葬儀のことまで考えなければ、在宅ターミナルケアは完結しない。しかし、医療機関が葬儀まで関わることはできない。

「看取りと死亡診断書の発行は受けもつが、遺体を部屋に置きっぱなしにはできないので、行路病者・死亡者扱いにして、火葬をしてくれないか」と、福祉保健センター高齢支援担当のソーシャルワーカーに強く交渉したところ、「平日の昼間の時間帯に死亡した時は担当者に、それ以外の時間帯は、役所と契約している葬儀社に連絡していただければ、遺体を引き取り火葬します」という回答を得ることができた。

3月25日訪問診療。水分を摂れているため点滴をしていなかった。デュロテップパッチがはがれていたが痛みの訴えはなかった。

サービス担当者会議を開催

3月26日、川崎幸クリニック訪問看護室にてサービス担当者会議が開催された。筆者は診療のため出席できなかったが、川崎幸クリニック訪問看護師、MSW、ケアマネジャー、訪問介護担当者が集まって、現状を確認した。

現在の患者の病状：本日も患者宅訪問。黄疸は変わらず、浮腫も出ている。倦怠感強く屋内を少し動ける程度。血圧は80/程度。本日は患者の希望もあり入浴を実

施した。あと数日で満足な会話をするこ
も出来なくなると思われる。

今後のサービス予定：訪問介護は週3回
(月・水・金の午後)。状態によっては回数
を増やし、適宜連絡を入れていく。訪問看
護は、現状では水分も取れているので特に
点滴をする必要もない。そのため、患者の
希望があれば訪問をする予定としている。

家族関係：元妻や子供とは36年前に別
れ、一度も連絡はとれていない。妹夫婦と
は3年前に会ったが以後音信不通。確実に
連絡を取ることのできる家族はおらず、患
者の兄の息子が所在していると思われる住
所と電話番号は確認できたが、現在そこに
住んでいるかは未確認。また、いたとして
も協力を得ることができるかは不明。甥と
連絡がとれて協力ができないようであれば、
他の親族の連絡先を確認しておく。川崎市
内に妹が住んでいるということであるが、
確認できない。

今後の対応として、以下のようなことが
話し合わせ、それぞれの役割分担を確認し
あった。

①**家族関係**→甥への連絡についてはMSW
から連絡をする

②**経済的問題**→もし年金の支給前に亡く
なってしまった場合、年金の扱いがどのよ
うになるかケアマネジャーから区役所に確
認してもらう

③**患者の生活について**→できる限り患者
の生活しやすい環境を整えていく。患者の
意向や大家さんとの関係・葬儀への希望な
どはケアマネジャーが中心に確認をしてい
く。また、区役所高齢支援担当のケースワ
ーカーにも介入を依頼していく

在宅看取り

3月26日からほぼ毎日、病状観察と清
拭、入浴介助などのため、訪問看護を1日
1～2回実施した。癌の終末期であるので
訪問看護を毎日実施できた。

4月1日、訪問診療。目をあけるが質問
に答えられない。血圧：84／触診。終末
に近い。

4月4日(日)午前8時過ぎ、ホームヘル
パーから筆者の携帯電話に、「訪問したら
呼吸が停止しているようです」という連絡
が入った。「死亡確認に行くのでそのままに
しておいて、ケアマネジャーに連絡してく
ださい」と指示。

筆者が自宅に到着、死亡確認をした。そ
の後すぐにケアマネジャーも到着。「死亡診
断書を作成します。あなたは大家さんと葬
儀社に連絡してください」とケアマネジャ
ーに依頼して、身寄りのない一人暮らしの
看取りを終えることができた。

今後増える可能性のあるケース

前述のように、生活保護を受けていれば、
身寄りがなくても、葬儀などの手続きは最
最終的に役所が関わってくれるので問題はな
い。

しかし本ケースのように、厚生年金を受
給していると生活保護基準に達しないこと
がおおいため、自立した生活をぎりぎりの
状態で続けることになる。ある程度貯えが
あれば葬儀社と契約することもできよう。

東京都では、葬儀・納骨など手配につい
て、生前に本人と契約して実施するNPO
法人も出来ていると聞いている。

在宅、施設入所、病院入院のいずれであ
っても、身寄りのない人の終末期に関わる

ことを避けることはできない。本ケースのような場合であっても、速やかに対応できる体制を作らなければならないと強く感じた。

(出典： 杉山孝博：カルテ・レセプトの原風景 カルテ 121 進行膵臓癌、閉塞性黄疸【在宅】 様々な終末期への対応、月刊 保険 診療、Vol.65 No.11,116-119,2010.11)

認知症とターミナルケア（認知症、末期癌、慢性腎不全）（2011年4月号）

はじめに

認知症高齢者は、1995年に約126万人であったが、2005年には約169万人、2015年には約250万人に達すると予想されている。

「知的機能低下によってもたらされる生活障害」が認知症であるととらえると、認知症ケアの中心は「生活障害に対する援助・介護」であるが、医療が果たすべき役割も重要になっている。その側面の一つがターミナルケアである。

今回は、認知症の人のターミナルケアを取り上げてみたい。

【ケース1】一人暮らしの認知症の癌ターミナルケア

「認知症」「一人暮らし」「癌終末期」「在宅看取り」の言葉を並べると、「難しい」「不可能だ」などの意見がどこからも出されてくるだろう。

筆者が2007年3月に看取ったAさん(89歳、女性)はまさにこれに当てはまるケースだ。

Aさんは2009年に卵巣癌の手術と抗がん剤による化学療法を受けたが、2002年

11月に肺転移が明らかになって再び抗がん剤の治療が始まった。しかし、胸部CT検査では改善が見られないまま、Aさん自らの意思で抗がん剤の服用を中止し、2003年2月以降通院も中止してしまった。

その後、2006年2月に呼吸困難を訴えて自宅近くの医院を受診。6月に近医の紹介状を持って川崎幸クリニックに来院した。ヘルパーに付き添われて車椅子での来院だった。

胸部XP検査では肺に多数の腫瘍陰影が認められ、経過から卵巣癌の多発性肺転移と診断し、心不全に対する対症療法のみを行った。

その後Aさんは定期的に車椅子で通院していたが、自宅内で2度も転倒し、通院自体が困難となったため、2006年12月より訪問診療と訪問看護による在宅ターミナルケアに切り替えることになり、筆者が主治医となった。

治療経過

治療経過を診療録や訪問看護記録から見ていこう。

2006年12月7日：初回訪問診療。「体が

ふらついて頭を打った。食事があまり取れない。」

12月21日：訪問診療時、トイレで動けなくなっているのを発見。「トイレに行って、便器から下りようとして動けなくなった」という。

12月28日：クリニックでAさんの弟、いところ、ケアマネジャーに予後について話す。「およそ3ヶ月間」と説明。

2007年1月4日：訪問診療。「食事は取れている。這って移動している。腰が痛む。動悸しやすい。胸は苦しくない。」

2月8日：下痢が始まり、訪問看護、訪問診療により毎日自宅で点滴を実施する。

2月19日（看護記録）：「何がなんだかわからない。今日は、調子がいいわ。もう100歳になるから、いつ死んでもいいから、いっぱいしゃべるとかなきゃあね。ご飯はたべれますわよ」などとしゃべりつづけている。四肢末端冷感あり。足底チアノーゼあり。足背浮腫あり。昨夜、緊急通報ベルを本人が押し、騒ぎになったとのこと。

2月21日：肩や背中を痛がり始めたという連絡が入った。デュロテップパッチ2.5mg（麻薬フェンタニルの貼付薬、3日ごとに貼り替え）3枚処方。結局、使用したのは2枚のみであった。

3月9日：訪問入浴サービス担当の看護師から、川崎幸クリニック訪問看護室に「血圧、体温測定不能。下顎呼吸となっており、呼びかけに反応がない」と連絡が入ったため、午後に訪問診療を行う。午後、緊急訪問診療。診察すると、呼吸、心停止状態。同室にいて見守っていた親戚、ヘルパーも呼吸停止しているのが分からなかった。穏やかな最後であった。

訪問看護師の看護記録：家族、ヘルパーとともに死後の処置施行。いとこさんより、皆さんに来て頂きCさんは幸せだったと思うと話される。独居だが、主治医指示のもとサービス関係者の連携がとれ、不安も少なく看取りまで出来たと思われる。

考察

- ① Aさんは認知症の程度は軽いほうであったが、全身状態の悪化と共に、認知症の症状も進行。それに伴い苦痛や不安が軽くなっていった。しかし、室内転倒が目立つようになり、動けるうちはベッドではなく、床に布団を敷いて寝るようにした。
- ② 在宅で最後まで過ごしたいという本人や家族の希望と、それを支える医療・福祉関係者のしっかりした理念が重要であると思う。主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、親族などが適時連絡を取り合うことが重要である。
- ③ 本人の苦痛や不安を軽くするため、鎮痛剤、点滴、抗生物質の投与、痰の吸引など必要な処置が在宅で実施できることが重要な条件である。
- ④ 地域の理解と協力が大切。Aさんは横浜市の高齢者用の集合住宅に住んでいて、同じ住民からの援助が得られた。一人暮らしの場合、ヘルパーなどの公的サービスでは十分にカバーできない支援が地域から得られた点はよかった。

【ケース2】グループホームにおける看取り

認知症高齢者グループホーム「T」は、2ユニット定員 18 名で、7 年前に設立されて以来、川崎幸クリニックが協力医療機関としてかわりを持ち続けている。現在の入居者のうち医療が必要な人の大部分は、筆者の外来にグループホームのスタッフがつれてきているが、通院できなくなった 2 名に対してグループホームに訪問診療している。

B さん（96 歳、女性）は、非常に元気でおしゃべり好きな人であった。順番がきて呼び入れると、診察室に入る前から、「先生、いつもお世話になります。私はここに来るのが楽しみです。よろしくお願ひします」と大きな声で挨拶する。診察が終わると、「ありがとうございました。私はあなたが好きですよ」と微妙な表現で挨拶して診察室を出て行いった。

グループホームの生活においても、買い物に行くのも料理を手伝うのも積極的で、入居者の中では一番器用であったという。96 歳という年を感じさせない B さんであった。

そんな B さんの元気が急になくなったのは 2007 年 2 月の頃。長男、長女が相次いで亡くなったことがきっかけだったようだ。同じ月に室内で転倒し、右大腿部頸部骨折を起こして入院。術後経過が悪く創部感染を起こしてしまい、食欲減退などの全身状態が悪化した。

さらに、もともとあった腎機能障害も悪化して浮腫が強くなり、気管支炎を併発した。そのときはどうやら切り抜けたが、5 月中旬になって急に貧血が進行し、体全体に浮腫が見られるようになった。

血液検査で、血色素が基準値の半分以下

になり、腎機能も非常に悪化していた。黒色便が出ていたので、上部消化管からの出血を考え内視鏡検査を検討したが、意識状態など全身状態の悪化もあって断念。その代わり腹部エコーを実施し、胃の中などに粗大病変はないことを確認した。血清カリウムの値が高く、輸血はむずかしい（輸血すると血球からカリウムが大量にもれ出てカリウム値が上昇するため）と判断し、たとえ胃癌であっても潰瘍であっても効果があると考え、抗潰瘍剤の点滴を外来で続けてみた。

抗潰瘍剤の効果があつて貧血の進行が止まったが、腎機能がますます悪化し、経過によっては血液透析が必要な状態になってきた。意識レベルの低下も急速に進行した。

この段階で、家族およびグループホームのスタッフと今後の治療について話し合いをした。その結果、①透析を開始してもその後の改善が望めないこと、②いったん透析を開始したら中断することが難しいこと、③全身状態が悪化していること、④以前から本人が延命治療を望んでいなかったこと——等の理由により、できるだけ苦痛を少なくしながら住み慣れたグループホームで看取ることを治療方針とした。

治療経過

2007 年 5 月 26 日：意識レベルが低下して呼びかけにも反応しなくなった。この段階で、点滴も中止した。

5 月 29 日：この日より毎日、グループホームへの訪問診療と訪問看護を行った。意識はないが、呼吸は穏やか。手をよく動かす。目を開けることがあるが、声を出さないし、苦痛の表情はない

6月1日：穏やかな状態のまま、午前10時15分、慢性腎不全で亡くなった。水分、栄養の補給なしで6日間も生きながらえたのは見事なものであった。

Bさんの娘さんは、数日間をお母さんのベッドサイドで過ごしたが、「こんなに長い時間母と一緒に過ごしたことは何十年ぶりでしょうか」と話していた。また、川崎幸クリニック訪問看護室から渡してあった死後の処置の仕方のパンフレットを参考にしながら、グループホームのスタッフとともに、清拭や化粧をしたことは、「すばらしい経験です」とも話していた。

考察

グループホームでの看取りの可能性を話し合ったとき、グループホーム側も家族も受け止めが非常に前向きであった。筆者がBさんの主治医として初めからかかわってきたこと、グループホームにおける看取り

の問題を筆者が積極的に取り組んでいることを看護職でもある施設長やスタッフがよく知っていることなどがその背景にあるのではないかと思っている。

Bさんと同じ時期に入居した人のなかにも、動きが悪くなって車椅子を利用する人が多くなっている。スタッフに付き添われて通院することが難しい人も出てきて、筆者が訪問診療している人もいる。

問題はたくさんあるが、医療とのかかわりがうまくできれば、グループホームでの看取りはそれほどむずかしくないのではないかと感じている。

（出典：杉山孝博：認知症、末期癌、慢性腎不全【在宅】認知症とターミナルケア：月刊保険診療、66(4)、100-102、2011.4

嚥下障害に対する口腔ケア（脳梗塞後遺症など）

（2011年10月号）

【症例】要介護4の80代の患者

はじめに

Yさん（86歳、女性）は、高血圧症、脳梗塞後遺症（嚥下障害、失語症）、パーキンソン症候群、喘息性気管支炎、胃瘻造設後の患者さんで、既往歴としては、大腸癌、右乳がん術後がある。

脳梗塞後遺症のため嚥下障害のあるYさんは、これまで何回も誤嚥性肺炎を起こしたが、今日まで見事に乗り切ってきた。その背景として、痰の吸引、胃瘻による栄養

管理、ポータブルトイレでの排便介助といった家族の献身的な介護が大きな力になっているのはもちろんのこと、入院中から継続して行われている、病棟看護師・歯科医師・歯科衛生士による口腔ケアが有効であったと思われる。

口腔ケアの意義

口腔ケアというと口腔内清掃を中心とした口腔衛生管理を思い浮かべるが、摂食・

咀嚼・嚥下・構音・唾液分泌などの口腔機能全体の向上を目指すものと捉えておきたい。

「お口は健康の入り口」とも言われている。口腔ケアは口の中をきれいに快適にするだけでなく、生きる意欲とも密接につながっていることを理解する必要がある。

口腔ケアには以下の意義がある。

①誤嚥性肺炎など気道感染の予防

②低栄養の予防や脱水の予防

③咀嚼筋、口腔周囲筋（口唇や頬の筋）、舌筋などの機能訓練による食べこぼし、誤嚥、

むせ、窒息の予防

④口腔内乾燥や口臭の除去、味覚の改善による食欲改善

⑤咀嚼により脳血流が改善し、運動機能の改善や生活意欲の向上

⑥う歯の予防や処置、よくあった義歯の装着、口腔周囲筋の筋力改善などにより、審美

性・顔貌の回復

⑦意欲や体力の改善によるリハビリテーションの推進、介護負担の軽減

つまり、高齢者や要介護者がよりよく生きていくための重要な援助のひとつであると言えよう。Yさんの経過をみながら、在宅口腔ケアの現状や問題点を考えてみたい。

現在のYさんの状態

現在の状態は「要介護4」。利用しているサービスはデイサービス（週3回）、訪問介護、ショートステイ、訪問歯科衛生指導、訪問診療である。

リハビリパンツを着用し、たまに家族の介助でポータブルトイレを使う以外は、排

泄は基本的におむつでしている。車椅子移動は全面介助。話しかけると理解はできるが、言葉では返事ができない。ゼリーなどを経口から入れているが、味わう程度で量としてはわずかである。栄養は、胃瘻から補給するラコール配合経腸液 200ml/包 5包/日である。

夫と長男の3人暮らしで、Yさんの介護は隣に住んでいる長女が主に行っている。

脳梗塞発症から外来通院、入院へ

Yさんは、1998年脳梗塞のため入院した。1999年から食事時にむせるようになったため、胃瘻を造設。しばらくは胃瘻と経口摂取を併用していたが、食事が次第に増えたため、10ヶ月後に胃瘻を閉鎖できた。

その後は、高血圧症、パーキンソン症候群、脳梗塞後遺症のため、当院外来に通院していた。当時は、伝い歩きをすることができ、失語あるが簡単なコミュニケーションは可能で、日中はリハビリパンツ着用して、介助によりポータブルトイレを利用、夜間帯はオムツで対応していた。

2009年8月6日、嘔吐・食欲不振のため入院。急性胃腸炎の診断であったが、脳梗塞後遺症の影響で経口摂取困難が続いたため、8月28日、再度胃瘻を造設。

入院中は、Yさんに対して看護師、歯科衛生士、歯科医師により口腔ケアが行われていた。

退院前カンファレンス

その後、Yさんは在宅へ移行することになったため、9月16日、川崎幸病院にて退院前カンファレンスが行われた。

●参加メンバー

①家族

②川崎幸病院：主治医、病棟看護師、言語聴覚士、医療相談科メディカルソーシャルワーカー、退院調整看護師

③川崎幸クリニック：訪問看護師、理学療法士（筆者は都合で欠席）

④近隣の歯科診療所：歯科医師、歯科衛生士

⑤その他：訪問看護ステーション、ケアマネジャー、地域包括支援センター

●カンファレンス、

①患者紹介・経過と病状について（主治医より）

②在宅ケアの準備状況（病棟看護師より）

③ご家族の意向（家族より）

④在宅でのサービス調整の状況（ケアマネジャーより）

⑤退院にあたっての確認事項

⑥質疑応答

入院から在宅に移行する際、このように本人・家族を含めて多数の関係者が集まり、患者の状態を把握し、本人・家族の意向を知り、在宅に移行するにあたっての注意や問題点を理解し、それぞれの関係者の役割を確認することは非常に有意義である。

急性期病院と地域の歯科診療所との連携

ここで、退院前カンファレンスに歯科医師と歯科衛生士が参加することになった経緯について話しておきたい。

急性期病院である川崎幸病院では、2009年5月から、「川崎在宅口腔ケア研究会」（筆者が代表）のメンバーが、病棟看護師とともに入院患者の口腔ケアにかかわってきている。

慢性疾患患者に対する呼吸器感染症予防

や全身状態の改善のための口腔ケアの必要性を感じている病棟看護師や、慢性疾患患者の口腔ケアに積極的な歯科診療所の歯科医師・歯科衛生士が関わり始め、院内組織として口腔管理担当者会議が月1回開催されている。急性期病院と歯科診療所との密接な連携は珍しいと思われる。この取り組みにより、「慢性期入院患者の口腔衛生は驚くほど改善した」と、実際にケアを行っている歯科医師は語っている。

訪問診療開始後

9月29日より、Yさんへの訪問診療を開始した。Yさんは、ベッド端座位がとれて、支えれば立位もとれるようになっており、デイサービスに行く手配がなされていた。

入院中、濃厚流動食を1回1時間半以上かけて注入するように看護師から指導されていたため、家族に大変な手間がかかっていた。そこで筆者は、「Yさんがすぐ嘔吐するようであれば無理ですが、私たちも牛乳やお茶などを一時に飲むでしょう。胃に入れるわけですから、30分から1時間以内でも大丈夫です」と説明した。

また、「病院では、経口から一切入れないようにと言われたが、本人は食べられると思っているかもしれない」と家族から話があったので、「味わうことは生命力にとって大切ですから、口腔ケアをしながら、口から摂れるように試みていきましょう」と話した。現在は、ゼリーを味わう程度に口から摂取できている。誤嚥などの問題は起きていない。

ほかにも、「薬を注入する時チューブがつまりやすい」と家族から相談があった。下剤の酸化マグネシウムや顆粒状の薬をラキ

ソベロン液に変更することで、その問題を解決した。

胃瘻カテーテル(MIC-KEY カテーテル)の交換は4か月に1回、訪問診療時に行っている。病院に行って交換することになると半日必要になるが、訪問診療であれば数分で終わる。介護者の負担を最大限減らすように配慮することは在宅ケアにおいて重要である。

Yさんの訪問診療は2週間に1回で、癌末期や呼吸器疾患、神経難病などの患者に比べると、非常に安定しているといえるが、以下のような出来事もあった。

2011年5月2日、Yさんは、熱がないものの喘息様の呼吸で、ぐったりしていた。間もなく呼吸が止まるのではないかと思われる状態であったが、カテーテルを気管支内まで挿入して大量の痰を吸引したところ、呼吸は元に戻った。タイミングが合わなかったら、急変して救急車が呼ばれたことだろう。

寝たきり高齢者は症状が出にくいのが特徴で、肺炎になっても、熱や咳、痰が出ないことがある。自宅でも家族が痰の吸引を適宜続けるようにして以来、最近は吸引もしなくても良い状態になっている。

また、2011年6月27日には、ショートステイ中に発熱し、1日経過しても熱が下がらないため、施設から直接川崎幸病院に受診することもあった。結局、左気管支肺炎の診断で入院となったが、抗生物質の点滴により改善して、7月2日に退院となった。発熱しても在宅であれば、訪問診療や訪問看護で対応できただろう。



歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の様子

退院後も継続している訪問歯科衛生指導

Yさんは、下痢しやすくなり、嚥下も悪くなっているなど、全身の衰弱が進行しているが、それでも誤嚥性肺炎などの呼吸器感染症が悪化しないのは、週1回、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導が行われて、口腔ケアがしっかり行われていることが背景にあると思われる。口の中は本当に綺麗である。

訪問歯科衛生士の本間さんは、「家族の絆がとても強いお宅です。家族の方は食べることを大切に考えています。先日も孫娘さんがゼリーを食べさせようとしてました。Yさんが疲れた様子だったので、今日は食べさせないでおこうと家族が言っていたのですが、孫娘に食べさせてもらうことで、Yさんは喜んで上手に食べたのです。

また、誕生日のとき、お祝いのケーキが用意されました。固いものとやわらかいものを交互に口に入れる『交互嚥下』という方法で、ゼリーとムースを交互に食べさせたら、比較的スムーズに飲み込みができる、うまく食べられました。せっかくのケーキをどうにか食べさせたいという家族の思いと、『交互嚥下』の手法の知識により、うま

くいったのは感動的でした」と話してくれた。

本文 以上

参考：

1 胃瘻造設について

胃瘻に関して筆者の基本的な考え方は、「自然経過で全身の衰弱が進行して意識レベルも低下しているなら、原則的には胃瘻を作らないで、点滴などをしながら見ていくようにしています」である。

しかし、胃瘻を作るかどうかの決断が迫られるのは、呼吸器感染症などで入院して元の病気は治っても経口摂取が改善しないため、胃瘻を作ることによって退院にもっていきたいという主治医の意向が家族に伝えられることが多いと思う。栄養が摂取できない状態では施設も受け入れてくれないし、自宅でも点滴などの治療が受けられる在宅医療支援体制がないと在宅にも移行できないというジレンマに家族がさらされるわけである。

筆者が訪問診療を行っている患者にも、経管栄養や胃瘻を行っている患者は多数いて、中には 10 年間近く続いている患者もいる。半年前に点滴を毎日続けても状態が改善しなかった認知症と脳梗塞のある患者が胃瘻を作ってから会話ができるほど改善した例も最近あった。一概に胃瘻はだめだという訳ではない。胃瘻などによる栄養補給により延命効果はあるが、末期になって消化吸収力が低下すると、全身浮腫、呼吸器感染症、褥瘡あるいは下痢などの消化器症状などが出現して介護の手間が非常にか

かるようになる場合が少なくない。この場合は本人にとっても幸せな状態といえないと思う。

このような経験から、在宅で必要と思われる医療を 24 時間提供できる体制をとっている筆者は、本人・家族の意向を尊重しながら、認知症のターミナルでは胃瘻を作らないようにしている。

2 川崎在宅口腔ケア研究会とは

川崎在宅口腔ケア研究会は、2008 年 7 月、川崎市幸区を中心とした近隣の有志により、医科・歯科・福祉に関わるものが連携して、口腔衛生および「嚙む」「飲み込む」「食べる」といった摂食嚥下に関する口腔機能の改善・向上を通し、在宅要介護高齢者等の生活の質の向上・維持に貢献することを目的として結成された。

医科～歯科～ケアマネジャーなど福祉関係者～その他関心のある全ての人々との連携を密にしながら、講演会や実践講習会など知識・技術の獲得や啓蒙活動、関心をもつ関係者のネットワークの形成、臨床現場での連携の具体的な体制作りなどに取り組んでゆきたいと考えている。

川崎在宅口腔ケア研究会事務局

〒212-0016 川崎市幸区南幸町 1-27-1
川崎幸クリニック内

TEL 044-544-1020 FAX 044-544-4611

E-mail Kawasaki@ko-ku-care.org

(出典：杉山孝博：脳梗塞後遺症など【在宅】嚥下障害に対する口腔ケア：月刊保険診療、66(10), 106-108, 2011. 10)

脊髄小脳変性症患者の在宅ケア 【症例】脊髄小脳変性症【在宅】

(2012年6月号)

脊髄小脳変性症のKさん(62歳、男性)は、昨年11月に室内で転倒したことがきっかけになって、寝たきり状態になった。一人暮らしで身寄りが全くないKさんであるが、毎日3回の訪問介護など福祉サービスを最大限使いながら、在宅生活が維持できている。

進行性の疾患のためいずれ終末期を迎えるが、最後まで自宅で過ごしたいというKさんの思いを実現するために支援の輪ができています。

Kさんの病状

Kさんは、生まれてすぐ先天性網膜萎縮と診断され、視力は0.02~0.03程度。視力障害のため身体障害2級に認定され、障害年金を受給し、鍼灸マッサージの仕事をしていました。読書や筆写には差し支えなくワープロもできていたが、1991年頃から歩行が不安定になった。1999年頃からは介助なしに外出できなくなり、同居していた妹さんに支えてもらいながら歩いていた。

2001年4月に妹さんが肋骨を骨折して付き添いが困難になった頃から、外出には車いすを使用するようになった。当院の神経内科を受診したのもその頃である。診断名は、脊髄小脳変性症の一種である「遺伝性皮質性小脳萎縮症」だった。この疾患は常染色体優勢遺伝性のため、男女にかかわらず、病気の遺伝子を持つ者は必ず発症する(「脊髄小脳変性症とは」参照)。わかっているだけでも、母親(筆者は訪問診療を行っていた)、弟、弟の息子、妹(患者は4

人兄妹の長男)が同じ病気を発症している。

特定疾患の診断書を作成し、医療費補助が受けられるようになった。やがて、通院が困難となったため、ケアマネジャー(以下、ケアマネ)から訪問診療の相談があり、2001年6月から訪問診療を開始した。

初回訪問診療時の状態

知的機能は正常で、室内では日常生活動作は自立している。ただし、疾患からくる運動失調は著明で、柱や家具、ふすまにつかまりながら移動できるが不安定である。ろれつ障害があるため言葉が聞き取りにくい。味噌汁などはむせやすいが摂取できている。

血圧が176/88。神経学的な所見を除いては、全身状態に問題はない。

訪問診療開始後の経過と家族歴

脊髄小脳変性症の治療としては、TRH(甲状腺ホルモン分泌促進ホルモン)の静脈注射が試みられることもあるが、効果は定かでないという印象をもっている。神経内科からの指示もなく本人の希望もなかったため、積極的な治療はしなかった。高血圧症や皮膚疾患などの治療のみ行っていた。むしろ生活環境を整えることが大切なので、ケアマネと相談のうえ、室内に手すりを設置することにした。

前述のとおり、妹さんがKさんと同居して介助をしていたが、病気の進行が速く、2008年1月に自宅で死亡した。発病後22年目であった。終末期には寝たきりになっ

たが、経管栄養などは行わず、点滴のみとした。意識の低下した最後の6日間は点滴も中止したところ、穏やかな最後を迎えることができた。妹を看取ったとき、Kさんは「妹にとってこれが一番良かったと思っています。後悔していません」と話していた。

Kさんは一人暮らしとなったが、気落ちすることはなかった。介護サービスを利用しながら前向きに生きようとする姿勢には強い共感を覚えたものだった。

2008年2月のケアマネの居宅サービス計画書（主治医にも報告が来る）には、①訪問介護（掃除、洗濯、調理、買い物、買い物のための外出援助、足浴、塗り薬塗布、入浴介助、清拭）、②福祉用具貸与（車いす）、③住宅改造（手すり）、④居宅療養管理指導（訪問診療）、⑤障害者自立支援（ヘルパーの車いす介助により床屋に行く）——などが書かれている。

ちなみに、64歳以下であるが、脊髄小脳変性症は介護保険の特定疾患に該当するため介護保険サービスが利用できる。また、視覚障害のため障害者自立支援によるガイドヘルパーが利用できている。

室内転倒をきっかけに寝たきりに

訪問診療を開始して10年間以上が経ち、運動失調が徐々に進行していたが、全体としては状態が安定していたので、原則として月1回の訪問診療のみで済んでいた。

安定状態が維持出来ていても、転倒・感染・環境の変化などがきっかけとなって全身状態が急速に変化することは、Kさんのような慢性疾患をもつ患者にはしばしば見られるものである。その場合は、下記のよ

うな素早く適切な対応が必要になる。

2011年11月7日朝：トイレに行こうとして手すりにつかまり損ねて転倒しているのをヘルパーが発見。動けないという連絡がケアマネから訪問看護室に入ったので、緊急の訪問看護を実施して状態確認をする。ケアマネの判断でベッドとポータブルトイレの導入を直ちに手配。

11月8日：訪問看護。「食事欲しがらない。四つん這いでも保持できず、くずれる」

11月9日：臨時訪問診療。意識状態に変化なく、骨折もないことを確認。

11月10日：尿が出ないで苦しんでいるという連絡が入り、訪問看護師が訪問し、バルンカテーテルを膀胱に留置

11月11日：37.6℃の発熱があると連絡が入る。尿路感染症を疑い、抗生物質を処方し早速服用するよう指示する。ケアマネより、「現在要介護2であるが、寝たきりになったので区分変更の手続きをしたい」と連絡が入り了解。

11月14日：訪問看護。

11月15日：訪問診療。

11月18日：訪問看護。両肩、腰に褥創あり。ケアマネに連絡して、エアマットの導入を依頼。

以後は状態が徐々に安定して、週1回程度の訪問看護、2週に1回の訪問診療で済むようになる。

2012年1月10日、訪問診療時、筆者から、「動きも悪くなり、痩せてきているので、いざという時もことも考えておかなければなりません。亡くなった時世話をしてくれる身内はいますか？」と尋ねたところ、「身内はいません。信仰仲間の人が同じ団地に

住んでいて、その人が世話をしてくれると思う」と、非常に聞きとりの悪い言葉が返ってきた。

筆者とKさんとの話をうけて、1月12日にサービス担当者会議（ケアカンファレンス）が開催されることになった。

「もしもの時を検討する」サービス担当者会議

2012年1月12日、Kさんの自宅で、「本人の死後、どのようにしたいかを検討する」ためのサービス担当者会議（ケアカンファレンス）が開催された。

出席者は、患者本人、友人夫婦、区役所渉外担当、川崎幸クリニック訪問看護師、川崎市社会福祉協議会生活安心センター担当、ケアマネであった。

ケアマネが作成した会議録は、次のとおり。

①今後も入院を考えず自宅で全うしたい

②葬儀は同じ信仰をしている友人夫妻に依頼する。葬儀費用については手持ちの100万円を用意する。

③死後銀行取引が出来なくなる。そのため、引き下ろして現金で持っていないのではないので、信頼している友人夫妻に管理してもらう

④銀行からの引き出しは、安心センターの担当者が行う。

⑤葬儀費用、生活費および居室の引き渡し費用（ふすま、壁などの修繕費用、家具などの撤去費用など）を差し引いた残りの金額は、信仰団体に寄付する

⑥死亡時には、発見者がケアマネにまず連絡し、当院訪問看護室にも連絡する。訪

問診療にて確認して死亡診断書を作成。ケアマネが当院に受け取りにくる。友人夫妻が葬儀社に手配する

その後、現在まで

「もしもの時を検討する」サービス担当者会議が開催されたときには、関係者には、急変することが十分ありうるという緊張感が強かったが、最近、Kさんはひどくむせることなく食事がとれるようになり、バルンカテーテルを留置しないでおむつに自力排尿出来ている。言葉も一時期より聞き取りやすくなってきた。

しかし、時々ヘルパーやケアマネから、発熱等の連絡がある。そのときには、あらかじめ処方してストックしてある抗生物質を内服させることで対応している。

考察

2010年11月号の当コーナーに、『様々な終末期への対応』と題して、「一人暮らしで身寄りのない、がん末期患者の自宅看取り」の症例を報告した。

今回のKさんの例も、同様なケースといえる。現在のところ、同じ信仰をもつ友人夫妻が世話をしてくれることになっているので、問題は軽くなった。

前例は財産が全くなかったが、Kさんの場合障害年金をもらっていて、ある程度の財産があったので、その管理と最終処分の問題が出てきた。Kさんの意識がしっかりしている時に意向を確認することができたので、本例ではうまくいきそうであるが、身寄りのない認知症の一人暮らしなどのケースでは本人の意向が確認できないこともありうるだろう。

在宅、施設入所、病院入院のいずれであっても、身寄りのない人の終末期に関わることを避けることはできない。速やかに対応できる体制を作らなければならないと強く感じた。

解説

脊髄小脳変性症

小脳や、脳幹から脊髄にかけての神経細胞が変性することによって運動失調をきたす病気を総称。障害される部位と症状により、分類される。原因は不明で、常染色体優勢遺伝をする型では、親子、兄弟に発症する場合もある。最近では遺伝子診断も行われるようになった。出現頻度は、10万人に対して7～10人程度と推定されている。

不安定な歩行、ろれつが回らない話し方、ものをつかもうとしてもうまくつかめない失調症状——などが特徴的な症状である。

一般に筋肉の力は低下しない。めまいや手足の震え、排尿障害、発汗障害などを合併することもある。

原因が不明なため、根本的な治療法はない。運動失調に対して、TRH（甲状腺ホルモン分泌促進ホルモン）の静脈注射が有効である場合がある。パーキンソン症状に対してはLドーパなどの抗パーキンソン剤を使う。立ちくらみ、排尿障害などに対しては対症療法の薬が使われる。

一般的に進行はゆっくりしているが最終的には寝たきりになるため、呼吸器感染症、尿路感染症、褥瘡の予防や治療が大切になる。呼吸状態が悪化するため、気管切開、人工呼吸器の装着、嚥下障害による胃瘻や経管栄養なども必要な状態になる。

（出典：杉山孝博：脳梗塞後遺症など【在宅】嚥下障害に対する口腔ケア：月刊保険診療、66(10), 106-108, 2011. 10)

杉山 孝博（すぎやま たかひろ）

川崎幸（さいわい）クリニック院長。1947年愛知県生まれ。東京大学医学部付属病院で内科研修後、患者・家族とともに作る地域医療に取り組もうと考えて、1975年川崎幸病院に内科医として勤務。以来、内科の診療と在宅医療に取り組んできた。1987年より川崎幸病院副院長に就任。1998年9月川崎幸病院の外来部門を独立させて川崎幸クリニックが設立され院長に就任し、現在に至る。現在、訪問対象の患者は、約140名。

1981年から、公益社団法人認知症の人と家族の会（旧呆け老人をかかえる家族の会）の活動に参加。全国本部の副代表理事、神奈川県支部代表。公益社団法人日本認知症グループホーム協会顧問。公益財団法人さわやか福祉財団（堀田力理事長）評議員。

著書は、杉山孝博監修「家族が認知症になったとき本当に役立つ本」（洋泉社）、杉山孝博監修「よくわかる認知症ケア 介護が楽になる知恵と工夫」（主婦の友社）、「認知症・アルツハイマー病 早期発見と介護のポイント」（PHP 研究所）、「介護職・家族のためのターミナルケア入門」（雲母書房）、「杉山孝博 Dr の『認知症の理解と援助』」（クリエイツかもがわ）、「家族が認知症になったら読む本」（二見書房）、杉山孝博編「認知症・アルツハイマー病 介護・ケアに役立つ事例集」（主婦の友社）、「21世紀の在宅ケア」（光芒社）、「痴呆性老人の地域ケア」（医学書院、編著）など多数。

社会医療法人石心会 川崎幸クリニック

〒212-0016 川崎市幸区南幸町1-27-1

TEL044-544-1020 Fax 044-544-4700

杉山 E-mail XMB03106@nifty.ne.jp

この文章は、インターネットで閲覧・ダウンロードできます。

方法：「川崎幸クリニック」を検索。「クリニック概要」をクリック⇒「院長ご挨拶」をクリック。

様々なタイトルの文章が添付されています。