



# 続々カルテ・レセプトの原風景

「月刊 保険診療」(医学通信社) に連載

腎癌末期患者の疼痛管理と在宅ターミナルケア(腎癌) (2012年2月号)

若年期認知症の在宅ターミナルケア(アルツハイマー病、低栄養状態)  
(2013年7月号)

生活や人生が見える在宅ケア(多系統萎縮症) (2014年1月号)

「火の不始末」問題を考える(統合失調症) (2014年10月号)

在宅療養における最新技術の活用例(化膿性頸椎炎後遺症) (2015年4月号)

川崎幸クリニック 院長

杉山 孝博

[症例] 腎癌

訪問診療の依頼を受諾

T Oさん(53歳、男性)の妻から、腎癌による癌性疼痛のコントロールの目的で訪問診療が受けられるかどうかの相談があったのは、2011年12月の暮であった。

T Oさんは12月16日からKがんセンター病院に疼痛コントロールの目的で入院中だが、12月29日から2012年1月4日まで外泊し、その様子を見て1月10日頃退院の予定であることがわかった。

主治医の診療情報提供書には、詳しい治療経過と、モルヒネの持続静脈注射(IVHによる)による疼痛コントロールを実施していること、本人・家族は自宅で最期を迎えることを希望していることなどが書かれていた。

数年前までT Oさんの両親を訪問診療していたので、T Oさん病状についてはある程度知っていた。躊躇することなく訪問診療を引き受けた。

当院受診までの経過

2005年4月左上腹部痛、食欲不振出現。近医CTにて左腎腫瘍を指摘。

2005年7月Kがんセンター病院にて左腎摘出術。病理組織はEwing(ユーイング)肉腫であった。

2007年4月腹痛のため同病院を受診したところ、CTにて横隔膜脚下の傍大動脈リンパ節局所再発と診断されて、化学療法実施される

2008年3月CTにて横隔膜脚下の傍大動脈リンパ節の再度の増大。放射線治療が行われる。

2009年4月左鎖骨上リンパ節腫大。化学療法実施したが、倦怠感が強く化学療法を中止。

2010年7月左鎖骨上リンパ節腫大、横隔膜脚下の傍大動脈リンパ節腫大に伴う疼痛が出現。疼痛緩和の目的で化学療法が再び行われる。

2011年2月から12月までに、疼痛増強による緊急入院を5回繰り返した。

主治医から、本人・妻に、「病状は徐々に増悪している、疼痛が更に増悪すれば注射による疼痛コントロールが必要になる、その場合全身状態が不良になって通院が困難になったとき、今から自宅近くの医療機関を探すことが必要」という説明があった。

2012年1月2日に疼痛増強のため外泊を中止して病院に帰った。アンペック(麻薬)だけではコントロールできなくなり、麻酔薬ケタラルの持続注入も行われることになった。

訪問診療のための準備

がんセンター病院で使っている持続注入ポンプの使用経験がなかったので、年末年始の

あわただしい中、業者に来てもらって、使用法や家族への指導方法について筆者や看護師全員が説明を受けた。

また、調剤薬局には、アンペックおよびケタラールを持続注入用ポンプの専用バッグに詰めて患者の自宅に配達してもらうことになるので、麻薬処方せんの発行と届け方、期日調整、専用バッグの渡し方等について、クリニックにて話し合いをもった。

訪問診療や訪問看護に関しては、医療相

談室や訪問看護室の担当者が家族と詳細にわたって話し合った。

訪問診療の開始から看取りまで

2012年1月10日、がんセンター病院を退院した。疼痛コントロールの状態について把握しておく必要があるため、午後訪問診療を行う。

「退院前は麻薬などによると思われる幻覚妄想が出ていて、言葉もまともに話せなかったが、今日はしっかりしている。ひとりで歩行できる。麻痺もない」(カルテより)。予想以上に良い状態であった。

しばらくの間訪問診療は週1回、持続注入バッグ交換のため訪問看護は週2～3回行うことにした。

疼痛コントロールについては下記の疼痛管理によりおおむねできていた。疼痛の強い時には持続注入回路のボタンを押してモルヒネを1回1.3ml注入することで抑えることができた。

疼痛コントロールができるようになって、会社へ出勤したり、川崎駅の大型ショッピングセンターにも買い物に行ったりすることができるようになった。

病院の主治医から妻に「桜は見られないだろう」と言われていたが、花見にも行くことができた。

しかし、4月下旬から食欲が低下し、トイレに歩けなくなった。パン1ヶ、水100ml、いちご5ヶしかとれなくなったため、訪問診療・訪問看護により自宅で点滴を始めた。

5月7日に訪問診療。経口摂取が全く取れなくなり、息苦しさやだるさが強く、本人の口から「もう良いかなと思う」という言葉も出たため、点滴をするのを中止した。家族には「このままの状態だと、数日～1週間程度の余命でしょう」と話した。

5月14日に、意識がはっきりして「生きたい」と本人は言い始めたので、点滴を開始したところ、元気になり、いちごが食べられるようになった。5月末まで毎日点滴が続いた。

「苦しい」「楽にして下さい」「横になっているばかりでたまらない」などの訴えもあったが、妻や息子さんとの会話ができている、穏やかな状態が続いた。

8月12日、子供たちに手伝ってもらいながらパジャマを着替え、ロシアに行く予定の長男のことを気にしていた。その後血圧が下がり、静かに呼吸が止まった。

## がん疼痛管理について

がん疼痛は、がんの診断時に 20–50%、進行がん患者全体では 70–80%に存在すると  
いわれている。がん疼痛はがんの恐怖の最大の要因であり、患者の苦痛を増し、人間性を  
そこね、家族などの関係者も苦しめる要因である。がん疼痛緩和は麻薬（オピオイド鎮痛  
薬）を中心とした薬物療法が中心になる。

○Tさんの疼痛管理は、

(1)それぞれ専用の持続注入ポンプを使って下記の薬剤を IVH から持続投与

①アンペック注射液（200mg/5ml）50A ベースとして 1.3ml/h、疼痛時 1.3ml 6回/h

②ケタラル（200mg/20ml）4A+生食 120ml ベースとして 1ml/h

(2)処方薬として

①リンデロン錠（0.5mg） 8錠 2×朝夕

②セレコックス錠 100mg 4錠 2×朝夕

であった。

ところで、「ケタラル」は、「適応」として「手術、検査・処置時の全身麻酔・吸入麻  
酔の導入」とあり、「適応外」として「慢性疼痛（特に一部の神経障害性疼痛）、オピオイ  
ド抵抗性の癌性疼痛」となっている。

文字通り解釈すれば、オピオイドのみでは疼痛コントロールのできないT Oさんへの使  
用は診療報酬上認められないことになる。使用を中止するとなると、これまでの経過から、  
T Oさんの苦痛が耐えられないほどひどくなるので、がんセンター病院の方針通り継続す  
ることにした。ただし、状態によっては認められる場合もあると聞いたので、採用経過と  
必要性を記載した症状詳記をレセプトに添付した。2012年10月現在、査定の連絡はない。

## 在宅ターミナルケアの醍醐味

人生という幕を閉じるターミナルケアにはドラマがあると感じるのは筆者に限らな  
いだろう。家族を中心とし医療や介護にかかわるすべての人々が、主人公が不安や苦痛が  
少なくより豊かな終幕を迎えられるために、それぞれの役割を果たしながら協力し進行さ  
せていくドラマといってよい。

T Oさんの場合も、感動的な場面がたくさんあった。例を上げてみる。

(1) 予想以上に長く在宅生活が維持できた

「桜は見られないだろう」と言われていたが、8月まで生きながらえることができた。

予想以上に長く生命が続いたのは、疼痛コントロールがうまくできたこと、呼吸器・消  
化器・脳のように生存に直結する臓器ではなかったこと、本人の意欲があったことなど  
の理由が挙げられるが、何といたっても妻の献身的な介護の力が大きかったと思われる。

時々不機嫌になる夫を受け止め、末期になっても上手に口から食べさせ、持続注入ポン  
プの管理など素晴らしい介護を行った。

(2) 社会生活が維持できた

疼痛管理ができたことにより、出勤、買い物、花見などができた。7月8日に行われた公務員試験を受ける息子さんを励ますこともできた。なによりも家族と一緒に時間を十分持つことができた。

(3) 訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導などのスタッフの協力により家族が安心して介護できた

訪問、電話、ファックスなどにより介護家族と常に連絡を取り合っていた。最後には毎日訪問看護が行われていた。

(4) 妻からの手紙 (看取り後)

「今までほんとうにお世話になりありがとうございました。

主人の願いであった在宅での看取りを叶えていただき感謝の気持ちでいっぱいです。

長い闘病生活で、在宅療養で過ごした日々が一番穏やかに過ごすことができ、夫婦として過ごした日々で一日一日が大切な思い出となりました。思い出を胸に秘め、子どもたちと支えあって過ごして参りたいと思います」

(出典：杉山孝博：腎癌 (在宅) 腎癌末期患者の疼痛管理と在宅ターミナルケア：月刊保険診療、Vol. 67(12), 98-100, 2012. 12)

## 若年期認知症の在宅ターミナルケア (アルツハイマー病、低栄養状態)

(2013年7月号)

### [症例] 腎癌



若年期認知症の発症から訪問診療開始まで

Aさん(1950年生まれ、女性)は、1997年、理由は不詳であるが離婚している。離婚後は両親と同居して、着付けなどの仕事をしていた。2000年にB大学病院で、うつ病およびアルツハイマー病と診断されて、治療を受けることになった。2004年6月に実母が死亡してから意欲低下などの症状が進行。2006年にはB大学病院への通院が困難となり、自宅近くの脳神経外科クリニックに転院した。

この頃から尿失禁、異常行動が出現。2008年2月頃から小刻み歩行・固縮等が出現したため当院神経内科を受診し、通院リハビリテーションを開始した。2008年5月認知症状が進行したため、精神保健手帳の申請と治療を目的に当院精神科を受診し、以後治療は全て当院で担当することになった(精神保健手帳は1級と認定された)。

2010年7月ケアマネジャーから、褥瘡ができたが通院できないので訪問診療をしてもらえないかという相談があった。

訪問診療開始、大きな褥瘡

2012年7月28日初回訪問診療の所見は以下の通り。

血圧 124/60。体温 37.0℃。聴診：異常なし。痩せが目立つ。顔面、四肢の筋肉が硬直している。口を開かない。

仙骨部と右大転子部に黒色痂皮に覆われた大きな褥瘡がある。

日常生活動作は全面介助で、おむつを使っている。介助により車椅子に座る。

栄養は、エンシュアリキッドとゼリー程度。

それまでに、利用している介護サービスは、デイサービス週 5 日、ホームヘルプサービス週 1 回、電動ベッド、ポータブルトイレ、エアマット、車椅子であった。要介護 5 と認定されている。

#### 訪問診療開始時の問題点と対応

訪問看護室のナースやケアマネジャーと、次の 4 つ問題点を確認して対応することにした。

##### (1) 低栄養と脱水

褥瘡悪化の最大要因であるので、まず点滴を毎日実施して脱水を改善して経口摂取量を増やす、嚥下状態を観察しながら本人の好きなもの・食べやすい物を食べさせる、どうしても改善しなければ経管栄養を検討する。

##### (2) 褥瘡

褥瘡の深さは、DESIGN 分類 D4、NPUAP 分類 IV 度に相当する。エアマットを導入し、当直は毎日訪問看護によりユーバスタコーワ軟膏にて処置を行う、黒色痂皮は訪問診療時に切除（デブリメント）する。

##### (3) 四肢の関節拘縮の予防

訪問看護のとき四肢の関節運動をする、車椅子に座らせる、さらに進行するようであれば膝などにクッションをはさむ。

##### (4) 介護者への援助

別居している実の娘はいるが金銭管理のみで介護には携わっていない。直接介護しているのは内縁の夫 C さん（69 歳）で、A さんの母親から A さんの世話を頼まれたという。しかし、C さんは、胃癌手術後の癒着性腸通過障害のため腸閉塞を起こして時に入院することもあった。

「自分が元気なうちは、最後まで見てあげたい」と言っている。実際、2012 年 12 月 28 日に A さんが亡くなるまでの間献身的な介護を続けた。

急速に介護負担が増したため、デイサービスを中止して、訪問介護を毎日 2 回、点滴と褥瘡処置のため訪問看護を毎日 1 回行うようにした。

#### その後の経過

37℃代の微熱が続いていることと経口摂取量が少ないため、抗生物質入りの点滴（500ml）と褥瘡の処置を、毎日訪問看護行うように指示した。

2010年7月28日から8月2日まで点滴を続けたところ、「食事は食べるようになった。台所の椅子に座っていたが、夫の手引歩行でベッドにもどることができた」(ナースの記録)。ご飯1膳(うなぎ、玉子)、水分500ml、エンシュアリキッド1/2缶。熱は37.0℃以下になった。

全身状態はかなり改善した。食事が摂れなくなった場合でも点滴を数日間続けることで、全身状態が改善する場合は決して少なくない。

その後、1日の接種量が、エンシュアリキッド(1缶250ml、250Kcal)1~2缶、ゼリー200g、ご飯少々程度の状態が続いた。脱水が強くなると褥瘡が悪化するので、経口摂取量を考慮しながら、1回500mlの点滴を訪問看護により自宅で週2回程度実施した。

10月中旬から飲み込みが悪くなり、「食事、口に入れても口に残ったまま」「口に入れても出してしまう」ようになった。1日1000ml点滴をしながら、介護者と経管栄養について話し合い、11月2日に経鼻経管栄養を実施した。

#### 褥瘡の処置と毎日の訪問看護

2010年8月3日の訪問診療の時、右大転子部褥瘡の黒色に変化した壊死部を切除した。肉芽が見え、ポケット形成あり。排膿あり。

以後も、発熱や経口摂取量の減少のため適時点滴をすることもあった。8月22日までは褥瘡の処置のため毎日訪問看護を行った。

傷病名が「アルツハイマー病」「低栄養状態」であるので、訪問看護を週4回以上実施するためには、特別訪問看護指示書が必要であるが、原則として月1回しか発行できない。

かつては、褥瘡などで毎日訪問看護が必要な状態であっても、月14日までが限度となっていた。残りの月半分は週3日に抑えるか、オーバーした分を自費扱いあるいはボランティア訪問にせざるをえなかった。2010年4月からと思うが、深い褥瘡(NPUAP分類Ⅲ度以上、DESIGN分類D3以上)がある場合特別訪問看護指示書を月2回発行できるようになった。これにより経済的負担が軽くなった。

在宅や施設でのターミナルケアを円滑に行うためには、訪問看護の役割は重要である。深い褥瘡のみでなく、痰の吸引、点滴などの必要な状態であれば毎日訪問看護が可能となるような制度的改正が強く望まれる。

#### 痰の吸引が決め手

2011年10月4日に定期の訪問診療したところ、Aさんは顔面蒼白、喘鳴が著明で、酸素飽和度が77%と呼吸状態が極めて悪化していた。直ちに吸引チューブを気管支まで挿入して痰の吸引を実施したところ、粘稠な淡黄色の痰が大量に吸引できた。呼吸状態は改善した。タイミングが数時間遅かったら、おそらくAさんの呼吸は止まっていただろう。

Aさんのように、全身状態が悪化して痰が多くなった患者では、在宅ターミナルケアが可能かどうかの決め手の一つに、自宅あるいは施設において痰の吸引が可能かどうかであ

る。介護者のCさんは非常に熱心に上手に吸引を行っていた。しかし、一人の介護者が痰の吸引を24時間続けるのは大変である。訪問ヘルパーや訪問看護師による痰の吸引援助が重要となる。

#### ヘルパーに訪問看護師が吸引指導

2011年7月3日に訪問看護師からヘルパーに対して痰の吸引指導を行った。関わっている全員ではないが、ヘルパーが痰の吸引をしてくれることになり、介護者の負担が軽くなった。

2005年3月24日の厚労省の通達「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取り扱いについて」により、「ALS（筋委縮性側索硬化症）患者に対するたんの吸引を容認する場合と同様の条件の下で、家族以外のものがたんの吸引を実施することは、当面やむを得ない措置として容認される」となったが、現実では在宅でヘルパーが吸引介助する例は多くない。

在宅療養支援診療所の制度化などにより在宅ターミナルケアの取り組みが今後増えていくと思われるが、痰の吸引や胃ろうの管理をはじめとした医療的ケアに介護職が幅広く取り組めるようになることが重要であると思う。

#### 大震災後の計画停電時の吸引対策

東日本大震災後の電力不足に対して、関東各都県では計画停電が実施された。計画停電は停電地域と時刻が予め公表されるものの、1回3時間の停電がほぼ毎日続いたのである。在宅患者でまず問題になるのが、人工呼吸器を装着している患者で、次に吸引機を使っている患者、その他、電動ベッド、エアマット、電動リフトなど使用している患者となる。

痰の吸引が常に必要なAさんなど数名の患者には、クリニックで使っている充電機能のある吸引機と取り換えた（強力な自家発電機を持つクリニックでは、停電中も電子カルテやエレベータを動かすことができたので吸引機は充電機能がなくてもよい）。

参考：

#### DESIGN 分類

- D0 皮膚損傷・発赤なし
- D1：持続する発赤
- D2：真皮までの損傷
- D3：皮下組織までの損傷
- D4：皮下組織を越える損傷
- D5：関節腔、体腔に至る損傷

#### NPUP 分類



- I度 消退しない発赤を伴う、損傷のない皮膚
- II度 浅い開放潰瘍として現れる真皮の部分欠損。水疱形成。
- III度 全層組織欠損。骨、腱、筋肉は露出してないことがある。
- IV度 骨、腱、筋肉は露出を伴う全層組織欠損。ポケットや瘻孔と伴うことが多い。

(出典：日本褥瘡学会編：褥瘡予防・管理ガイドライン)

(出典：杉山孝博：アルツハイマー病、低栄養状態（在宅） 若年期認知症の在宅ターミナルケア：月刊保険診療、Vol. 68(7), 110-112, 2013. 7)

## 生活や人生が見える在宅ケア（多系統萎縮症）

（2014年1月号）

### 【症例】 腎癌

はじめに

医療者にとって在宅医療の醍醐味は、患者や家族の生活状況が直接分かることである。「癌末期」「神経難病」など医学的には治療不可能な患者であっても、家族と専門職が関わって患者の療養生活を支えることで、患者自身が安らかな気持ちになり、生きがいを持つことができるようになる場合がある。多系統萎縮症のAさん（76歳、男性）のケースを通して考えてみたい。

発症から神経内科を受診し、訪問診療開始まで

2005年5月頃まで自動車の運転をしていたが、7月頃から歩行が悪くなり、ふらつきや後方に転倒しやすくなった。

2007年2月川崎幸クリニック神経内科を受診した。

受診時の所見：眼振水平方向にわずかにあり、構音障害 ややラ行悪い、歩行は失調性、筋緊張は上肢やや低下。杖歩行。

頭部MRI：小脳に強い萎縮、脳幹部や橋部に萎縮あり、大脳は加齢に伴う萎縮があり、側頭葉の萎縮が強い。

このような所見から、多系統萎縮症（タイプとしては、オリブ橋小脳萎縮症）と診断され、特定疾患認定のための診断書が作成された。また、当院理学療法室での通院リハビリの指示があり、セレジスト（5mg）2錠 2×朝夕 が処方された。

以後、2011年4月19日の訪問診療開始まで、神経内科の通院治療が続けられた。

2007年9月自宅内で転倒があり、階段に手すりがないため、介護保険申請と手すりの設置をアドバイスされた。「手すりを付けて楽になった」という感想があった。

足のマッサージを受けたい希望があって、通院リハビリを中止して、鍼灸マッサージの同意書が作成された。2011年2月末まで訪問マッサージを受けていたが、本人が気難しく中止になった。

## 訪問診療開始

発病以来症状が徐々に進行して、歩けなくなった。川崎幸クリニックの医療相談室に、妻から訪問マッサージに関して相談があった。担当した医療ソーシャルワーカーが、神経内科の担当医と相談して訪問診療が導入されることになった。

2011年4月19日、初回訪問診療を行う。

その時の状態：要介護2。在宅サービス利用状況は、住宅改修として手すり設置済。

ろれつ障害あり、嚥下障害はむせやすい。移動はつかまり歩行で、転倒しやすい。

認知症の生活自立度Ⅱで、時々妄想が出ていた。

居室と廊下を隔て隣にあるトイレには一人で行くことが出来ている。また、階段も手すりにつかまって上り下りがかろうじてできる。しかし、しばしば転倒しているので、頭部を保護するヘッドギアの装着が必要に思われた。

非常に不安定な失調性歩行であるので、怖くて階段を利用できない人が多いのに、Aさんが頑張っているのは後述するように武道家としての心意気がさせているのではないかと思った。

## 生活や人生がみえる在宅ケア

初回の訪問診療のためAさんの部屋に入ったら、筋骨隆々の体格の男性が、太い氷の柱を6本重ねたのを、拳で見事に割っている写真が壁に貼られているのがまず目についた。これほどの技のできる人が日本にいるのかと思った。

筋萎縮が進行して肋骨が浮き上がって見えるほど痩せたAさんを診察しながら、「その写真に写っているのはあなたですか？」と尋ねると、「極真空手の師範をしていたとき、神奈川県大会で模範演技をしたときの写真です。手の骨が折れてもやむをえないという思いでやりました」という返事が返ってきた。

「極真空手といえば、館長の大山倍達（ますたつ）という方は、10円硬貨を指で曲げたり、野牛を拳で倒したことがあったと聞きましたが本当ですか」

「その通りです。あの方はすごい人でした」

華々しいかつての自分と、トイレに行くにも苦勞している現在の自分を比較するとたまらない思いが湧いてきても当然であろうが、私の問いかけに生き生きとした表情で話す様子をみると、そのような嘆きは一時的には消えているように見えた。

次の訪問時には、神奈川県大会の記念旗が壁に貼ってあり、また別の日には、大山館長と一緒に写した写真が貼ってあった。大会の時のアルバムも用意されていた。私がしばしば極真空手を話題にしていたので、「今度は先生に何を見てもらおうか」と考えて準備していたに違いない。

外来の診察室の中では、通院が徐々に困難になる、単なる神経難病の高齢者としか思われていなかった。しかし、在宅ではその人の生活や人生が見えてくることがよくある。

## 訪問診療、訪問看護および在宅サービスとの連携

Aさんの症状は徐々に進行していったが、終末期を除いて、医療的には、セレジストの処方、便秘やかゆみなどに対する対症療法しかできることはなかった。重要な援助の役割を果たしたのは、訪問看護や適切な在宅サービスの利用である。ケアマネジャーが呼びかけて、訪問看護・訪問介護・短期入所介護・福祉用具貸与・訪問入浴の担当者が集うサービス担当者会議が適時開催されて、サービスの調整や相互理解が行われた。

私が訪問診療を開始する前からかかわっていた訪問看護師からは、気難しい患者で看護をさせてくれないという話があった。しかし、気難しいAさんも私が訪問すると、にこやかな表情をして診察を受けてくれるようになった。看護師も、「杉山先生と一緒に訪問している看護師です」というと、看護ケアを受け入れてくれるようになった。

在宅サービスのメニューが豊富であっても、患者・家族の気持ちを受け止めなければ有効なものになりえないと思う。その人の生活や人生を知ることによって、その人の気持ちを深く理解できるようになると私は確信している。

## 妻が喘息性気管支炎の発作

在宅ケアでは、介護者を支えることも重要である。Aさんの妻は、川崎幸クリニックで高血圧症、糖尿病、喘息などの診療を受けていたが、介護のため通院が困難になったため、2011年7月から訪問診療時、家族扱いで一緒に診療することにした。Aさんは、いつも妻の状態を気にかけていて、「奥さんの血圧はちょうど良かったですよ」と私が告げると、ほっとした表情をしたものであった。

2013年5月中旬、妻は発熱・激しい咳漱・呼吸困難・息切れなどの症状を出した。喘息性気管支炎と診断して、5日間毎日自宅で点滴をすることで、激しい症状が治まった。このような対応ができなかったら、妻は入院せざるを得なかったに違いない。

## 衰弱が進行して終末期に

運動失調と筋力低下が進行しても、持ち前の頑張りで、階段を上り下りしていた。問題は、しばしば転倒して、打撲・挫傷を繰り返していたこと。幸い骨折などの大事に至らなかった。

2013年4月頃から、寝たきりとなり、食欲も低下した。痰が多く出るようになり熱も出てきた。5月9日には川崎幸クリニック放射線科に依頼して、在宅で胸部X Pを撮ったところ、急性気管支肺炎の所見が得られた。痰の吸引や抗生物質の点滴を在宅で行った。

終末期に近づいたと判断して、5月18日に、妻と長男にクリニックに来てもらい、病状説明を行い、同意を得た。

- ①多系統萎縮症が進行して、痰の核出困難、嚥下障害などによる呼吸器感染症、全身衰弱、褥瘡などが出現している。今後改善することはないだろう。
- ②延命のみを考えると、経管栄養、呼吸管理が必要になるが、本人の苦痛を強め、家族の負担が非常に高くなる。

- ③痰の吸引がポイントであるが、ひどくなると5～10分に1回の吸引が24時間必要になる可能性がある
- ④2ヶ月程度の寿命となろう
- ⑤自宅で、現在のように見ていくことがより良い選択ではないか
- ⑥急変する可能性があるが、救急車を呼ばないで杉山か訪問看護室に連絡すること

ところで、以前、患者には、病状が進行した場合人口呼吸器などの延命措置を望むかどうかを聞いたことがあったが、その時には「望まない」という答えがあった。

訪問看護師の記録には、私の説明を聞いた後の妻の気持ちが丁寧に書かれていた。

「私は、以前進行性の病気であるからあと5年くらいと言われて5年たったので覚悟していた。なんとか頑張れそう。ヘルパーさんが来てくれるとお買い物にもいける。助かる」

「今くらいで穏やかに過ごせるなら見ていける。苦しがつたりするようならどうなるかわからないけど看護師さんにいろいろ相談にのってもらえ安心できる」

ナースは、ケアマネージャと連絡をとって、ヘルパー導入について家族の希望を伝えた。

Aさんは、自宅で点滴、痰の吸引などを受けながら、7月25日静かにその生涯を閉じた。

#### 多系統萎縮症とは

多系統萎縮症では、小脳、脳幹部、脊髄の一部の変性により、運動失調（ろれつが回らない、酔っぱらったようなふらつき歩行など）や、パーキンソン症状（筋肉のこわばり、手足のふるえ、小刻み歩行など）、起立性低血圧・発汗異常・排尿困難・尿失禁・インポテンツなどの自律神経症状、睡眠時無呼吸症候群などの症状が出現する。原因不明で、薬物療法などにより症状を軽減できるが、病気は進行性で、最終的には死に至る。介護保険の特定疾病のひとつである。

（出典：杉山孝博：多系統萎縮症（在宅） 生活や人生が見える在宅ケア：月刊保険診療、Vol. 69(1), 110-112, 2014. 1）

## 「火の不始末」問題を考える（統合失調症）

（2014年10月号）

### 【症例】 腎癌

#### はじめに

有料老人ホームの広い食堂の定位置に座っているAさんに、私が、「こんにちは。往診に来ました。お元気ですか」と声をかけると、「あー、杉山先生。いつも往診有難うございます。私はいつもと変わりありません」と丁寧な返事が返ってくる。さすがに、かつて大手の電機会社の秘書をしていただけのことはある。食堂に座っている他の入所者と比較す

ると、表情や物腰もしっかりしている。

一戸建ての自宅でひとり暮らしを送っていたAさん（78歳、女性、統合失調症）が2013年12月から現在の有料老人ホームに入所することになった理由は、タバコの火の不始末からぼや騒ぎを起こしたからだ。

私の経験では、ひとり暮らしの人が在宅生活を継続できなくなる理由の一つが「火の不始末」だ。Aさんのケースを通して、「火の不始末」の問題を考えてみたい。

### **弟の訪問診療と同時に家族扱いで自宅にて診療を開始する**

同居していた弟のBさん（71歳、男性、糖尿病、脳梗塞後遺症、認知症）が2011年3月に急性胆のう炎、敗血症ショックのため緊急入院。急性胆のう炎とショック状態は改善したが、入院中の4月に脳梗塞を発症して右不全麻痺を併発した。入院中手引き歩行が可能な状態まで改善したためリハビリ病院に入院することなく自宅に帰ることになった。訪問診療の依頼があり同年6月7日から筆者が担当することになった。

Aさんは元々当院の内科で貧血や低血圧症などの診療を受けていたが、Bさんの入院の混乱で受診しなくなった。また服薬管理ができていないこともあって、筆者がBさんの訪問診療時に家族扱い（普通の再診扱い）と一緒に診療することにした。

### **初回訪問診療時の状態**

日常生活動作は自立している。歩行は不安定であるが、買い物などは一人で出かけている。デイサービスで入浴している。軽いもの忘れはあるが認知症はない。2001年頃に精神科クリニックで統合失調症と診断され一時治療を受けていたようであるが、幻覚・妄想・興奮などの異常な言動は認められない。身だしなみについては、外出時は普通であるが、室内では下着だけで、かなり乱れている状態である。

身体的・精神的状態についてはほぼ自立していると言っても良いが、問題は生活環境である。

Bさんが自宅に帰ることになって、ケアマネジャーなどがまず行ったことは、「ゴミ屋敷」から大量のゴミ（ゴミ袋40袋分）を搬出して、通路や生活空間を確保することであった。それでも廊下や階段にはゴミが積まれている状態であった。姉弟は玄関の隣の和室で生活していたが、湿って変色した畳についた無数のたばこによる焼け跡、吸殻が山盛りになっている灰皿、灰皿から今にも畳に落ちそうになっている火のついたタバコなどが、部屋に足を踏み入れた瞬間、筆者の目に入った。

診察を開始する前に第一に気になったのが、火の不始末—火事のことであった。畳は湿っているので火のついたタバコが落ちて焦げるだけであろうが、室内に散在している紙類や布団に燃え移ったら大変だ。

Bさんに関わったケアマネジャーなども同じ思いを持ったのか、筆者が訪問した時には火災報知機が設置されていた。

## その後の経過

姉弟を訪問診療することになったが、Bさんに対しては訪問診療料などの算定をして、自立度の高い姉に対しては訪問診療料ではなく普通の再診料のみの算定をすることにした。以前にも書いたことがあるが、介護家族を支えるため家族の診療を、患者本人の訪問診療と同時に実施することも少なくない。この場合も普通の再診料を算定している。しかし、それぞれが共に訪問診療を必要とする状態であれば、2人とも訪問診療料を算定することになる。

退院翌日の6月7日に初回の訪問診療したとき、Bさんが腹痛と右季肋部の圧痛を訴えたため、胆嚢炎が十分に治っていない可能性を考えて、点滴を実施した。3日間連続で行ったところ症状が改善した。

その後は、定期的に2週間に1回、Aさん、Bさんを一緒に訪問診察して、処方箋を発行してきた。Bさん場合、糖尿病のコントロールが悪いなどの問題はあったが、2012年12月に急性胆のう炎で入院するまでは、医療的には比較的単純であった。Aさんも確実に服薬していれば状態は安定していた。

訪問看護（当院看護師）、訪問介護、デイサービス、配食サービス、福祉用具レンタル（電動ベッドなどのなどのサービスを利用しながら、Bさんは寝たきりの状態から屋内歩行ができるまでにADLが改善していった。

問題は喫煙とその管理意識の希薄さであった。姉弟ともタバコを吸い、畳やベッドの周りに吸い殻が散乱している状態は、筆者がどんなに注意しても変わらなかった。

Bさんは、入院中、2013年1月24日死亡した。弟のいないさみしさからAさんの吸うタバコの本数はますます増えた。

## ぼやを出して、サービス担当者会議（ケアカンファランス）開催

2013年6月29日、蒲団が熱くなっているのにAさん自身が気付いて、焦げて煙の出ている蒲団を玄関の外に持ち出して始末しているところを近所の人を見つけ、消防署に通報した。タバコの火の不始末によるとされた。

2013年7月22日に当院の訪問看護室にて、担当ケアマネジャー、筆者・看護師・医療ソーシャルワーカー（当院）、訪問介護担当者、デイサービス担当者、区役所高齢福祉・障害課、訪問薬剤師が集まって、対策を検討した。結果は次の通り。

- ①統合失調症による注意力低下がもともとあるので、本人に注意を促したり、禁煙をすすめても、効果が少ないことを前提として考える
- ②施設入所を勧めることを基本とする
- ③防火マット、灰皿設置、消火装置設置、ろうそく（弟の遺影に対する）を電気式のろうそくに変更、ゴミ箱にぬれ雑巾を入れる等、できる範囲の対処をする
- ④近隣住民への説明は、区役所高齢福祉・障害課や地域包括支援センターが担当する

## 再度ぼやを出して施設入所に

2013年12月17日、朝8時過ぎにヘルパーが訪問したところ、煙が充満していた。室内に入ると、蒲団が燃えていて、やかんの水をかけて消火した。ヘルパーは直ちに所属事業所の上司に連絡をし、上司からケアマネジャーに、ケアマネジャーから区役所高齢福祉・障害課担当者に連絡がいった。ケアマネジャーや役所担当者が消防署と相談して、今回は消防車と警察が出動することになった。消防と警察から、Aさんに対して、ひとり暮らしは危険なので施設に入所するように強い説得があった。本人も今回は入所する気になったようだ。

2013年12月19日、再度サービス担当者会議（ケアカンファランス）が開催された。

## サービス担当者会議（ケアカンファランス）の内容

筆者は都合で参加できなかったが、前回とほぼ同じメンバーが参加した。

①まずケアマネジャーより、上記の経過の報告があった

②ヘルパーからの報告：前回の会議以降、タバコの本数が一時減ったが、さみしい・眠れないとあって多く吸っている。タバコを消すというより火のついたタバコを置くと言う癖があってあちこちに焼き焦げができています。ノーパンで歩いてしまったり、ゴミをどうして良いか分からない状態。

③年末年始の過ごし方として、有料老人ホームに12月24日から入所できるようになって、本人も渋々同意した。

④訪問診療区域内にあるホームなので、筆者は引き続き訪問診療を担当することにする

⑤1ヶ月後に帰宅した場合、ぼやを出したら消し止めても消防署に連絡し、関わってもら

以上の確認をして、もし施設を退所して帰宅した場合には再度会議を持つことになった。

## 有料老人ホーム入所から現在まで

2013年12月24日から一カ月間の入所予定が今日まで伸びている。

現在でも、「早く家に帰りたい」と言うが、その理由は「周囲が老人ばかりで、話すこともなく、面白くないから」。入所後2～3カ月間は訴えが強かったが、「元気にホールに座って過ごされており、表情も明るい」（当院訪問看護師の記録）のように最近落ち着いてきた。

入所後大きく変化した点が2点ある。1つは、タバコを1本も吸っていないことである。施設内は喫煙禁止であるので当然と言えば当然であるが、毎日40本以上吸っていたにもかかわらず、離脱症状も出なかったのは驚異的ともいえる。訪問診療時にタバコの話をしてもらってもこだわりは感じられない。

2つ目は、自宅では、下着のみであったり、時にはノーパンであったり衣類の乱れが

著しく、ゴミをどうして良いか分からない様な認知症状が顕著であったが、最近では、冒頭のように認知症症状が感じられないほどしっかりしてきたことである。周囲の環境に合わせて、自らの行動を変えることのできるAさんに、驚かされている今日である。

## おわりに

在宅医療の対象者としては、在宅酸素療法や在宅人工呼吸療法などの高度在宅医療や、在宅ターミナルケアなど、医療が全面的に関わる状態の患者より、本ケースのように、医療の役割はわずかで介護問題が重要な比重を占めている患者の方が圧倒的に多い。その場合には、ケアマネジャーなどを中心とした、多種のサービス担当者などと連携することが重要であることはいままでのまではない。

(出典：杉山孝博：統合失調症（在宅） 「火の不始末」問題を考える：月刊保険診療、Vol. 69(10), 104-106, 2014. 10)

## 参考までに

### 認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応—「火の不始末について」

杉山 孝博

火の不始末は、自宅ばかりでなく近隣にも大きな迷惑や損害を与えてしまう。一人暮らしの認知症の人の在宅生活が維持できなくなって施設入所にならざるをえない代表的な理由の一つが、近隣からの火の不始末に関する不安の声である。

認知症の初期であれば、「火の用心」「マッチ一本、火事の元」などの標語を見やすい位置に張っておくことは有効である。

次に、「先手を打つ」という方法がある。例えば、①火災報知器をつける ②難燃性の絨毯やカーテンにかえる ③石油ストーブや電気ストーブをエアコンやパネルヒーターにかえる ④ガス管が外れたらガスが止まるガスコンセントをつける ⑤熱が上昇すると自動的にガスを止めるセンサー付きのガスコンロにする ⑥家族が外出するときにはガスの元栓を締める ⑦燃えやすいものをできるだけ片付ける ⑧くずかごに湿った雑巾を入れておく、あるいは水を張っておく（タバコの吸殻をくずかごに入れてぼやを出した例を経験した） など。

認知症の人は新しいやり方を覚えるのが苦手なので、操作法が異なる新しい器具に買えることによって使えなくする、という手も有効な方法である。ガスの元栓の位置を変更するとガスの元栓を操作しなくなる。

火事の原因として、放火、ガスコンロやストーブからの失火、タバコの火の不始末などがあげられるとのことである。よく考えれば、それらの大部分は認知症でない人々がかかっていることになる。出来る限りの対策を実施したので、これ以上は心配しても仕方がないと割り切るのがよい。



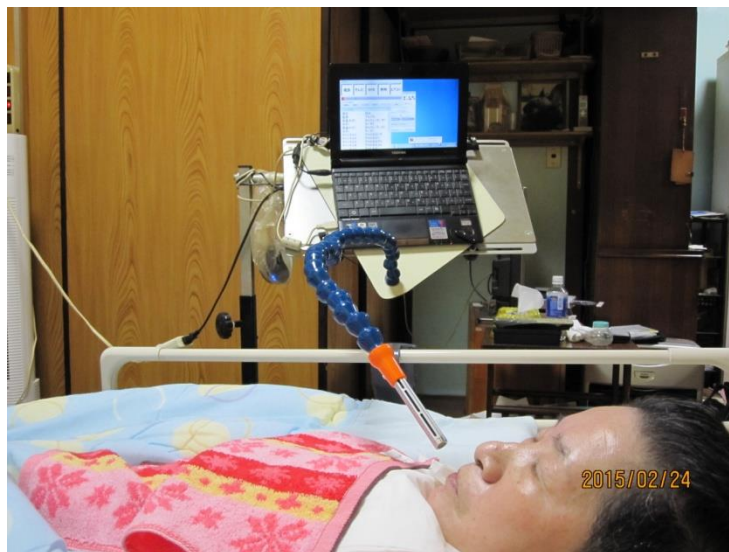
## 在宅療養における最新技術の活用例（化膿性頸椎炎後遺症）（2015年4月号）

### 【症例】 四肢麻痺の70才代女性

#### はじめに

ベッドサイドの支持台に固定されたパソコンからマイクが、Aさん（72歳、女性）の口元近くまで延びている。Aさんがマイクに向かって、「ヴォイス・スキャン開始」と話すと、パソコンのスピーカーから、「ヴォイス・スキャン開始」とオウム返しの返事が返ってくる。次に、「テレビ」「チャンネル1」「音量を大きく」とAさんが言葉で指示を出すと、確認の言葉と共に、テレビのチャンネルが切り替わり、音量が大きくなる。最後に、「ヴォイス・スキャン停止」によりコンピュータへの指示が終了する。

化膿性頸椎炎後遺症のため指一本動かさないAさんにとって、ヴォイス・スキャンシステムなしの生活は考えられないという。息子さんが仕事などのために不在の時、テレビ、照明、エアコンおよび電話の「オン」「オフ」「調節」を音声だけでコントロールできるのである。痰が詰まったり身体の変調が出てきた場合に、電話で訪問看護ステーションに連絡して、速やかに訪問してもらい、痰の吸引や体位変換をしてもらって非常に助かったことがあったという。



#### 発症・入院・自宅へ

2010年6月17日より頸部痛、発熱を認め、6月20日突然四肢麻痺となり、救急病院に入院となった。救急病院受診時は、完全四肢麻痺、触・痛覚は第5頸髄以下の脱失、下肢腱反射の消失、直腸膀胱障害が認められた。MRIにより、第3～第7頸髄・頸椎に病変が認められたため化膿性頸椎炎と診断された。手術も検討されたが、完全四肢麻痺で、感染も限局していなかったため、適応ではないとされ、内科的治療が行われた。

その後延髄に炎症が波及したため、6月25日に気管挿管、人工呼吸器装着、6月30日に気管切開が施行された。7月10日に人工呼吸器から離脱した。喀痰量が多く、咳漱反射

が弱かったために気管カニューレの抜去が遅れて、実際に抜去されたのは10月5日であった。

状態が安定した段階で、手術の可能性について、整形外科や脳神経外科が検討したが適応なしという結論であった。

気管カニューレ抜去後、痰が詰まりやすくなったため、12月7日にミニ・トラック（気管カニューレのI種、細径）を留置したところ、ここから痰の吸引が容易にできるようになって、呼吸困難は軽くなった。在宅への移行もしやすくなった。

Aさんと家族の希望により12月20日退院して自宅に帰った。

家に帰ってから、Aさんは、「30年以上住んでいた自宅に戻り、フレンチブルドックのももちゃんに会えてよかった。落ち着いた生活を送りつつ、近所・親戚の訪問や韓流ドラマを楽しみにしている。つらいことは、痰の吸引やかゆい時に度々息子を呼んで負担をかけること」という感想を述べていた。

## 訪問診療開始

退院翌日の12月21日初回の訪問診療をおこなった。この時ケアマネージャも同席した。

主な症状としては、意識清明、四肢運動麻痺（頸部は可動、四肢は完全麻痺、頸部以下の感覚障害、直腸膀胱障害、ベッドアップ時の血圧低下などである。

在宅療養上の問題点としては、①自力呼吸は可能であるが、喀痰の排出が困難なため痰の吸引が必要である ②直腸膀胱障害のため浣腸・摘便による排便コントロールや膀胱カテーテルの留置が必要である ③体動が全くできないので褥瘡や呼吸器・尿路感染症を起こしやすい ④栄養摂取など全ての生活動作に全面的な介助が必要なため介護負担が大きい ⑤重度の四肢麻痺に特徴的な起立性低血圧がある 等を挙げることができよう。

初回訪問時に上記の問題点を本人・家族・ケアマネージャと確認したうえで、療養支援体制を整備することになった（もちろん大部分は退院前あるいは退院と同時に準備されていた）。

## 現在までに利用してきた在宅サービス

福祉用具（介護用電動ベッド、エアマット、車椅子、ヴォイス・スキャン）

訪問診療（1回／2週間）

訪問看護（3回／週）吸引、摘便・浣腸など

訪問介護（1日2～3回、6日／週）

訪問入浴（2回／週）

口腔ケア

訪問リハビリ（2011年10月から2012年3月まで）起立位と車椅子移乗

2011年5月23日患者宅で、サービス担当者会議が開かれた。当然のことながらAさん、

息子さんも参加した。Aさんからは、「家に帰れてよかった。車椅子で散歩ができるようになりたい。(ヴォイス・スキャンにより) 1人で生活できるようになれば、いちいち息子の手をわずらわすことが無くなるので、息子が仕事に行ける」などの感想・希望が述べられた。

早速、ヴォイス・スキャン導入に向けて準備が始まり、7月には導入された。これにより、息子さんが不在でも生活ができるようになったため、息子さんは2013年から週3回仕事に就くことができるようになった。

入院中も車椅子移乗のためのリハビリを受けてきたが、頭部挙上による血圧低下が著しかった。Aさんの希望もあったので、2011年10月から車椅子を利用できるようにするため訪問リハビリが開始された(筆者が指示書を作成)。全面介助であるが安定的に車椅子に移乗できるようになり、家族も慣れてきたので、2012年3月に訪問リハビリは終了となった。

筋萎縮性側索硬化症などの神経難病、頸髄損傷、寝たきりなどのため、痰の喀出が困難になると、在宅で痰の吸引ができるかどうか、在宅療養の可否を決めると言えるほど、痰の吸引は重要である。Aさんは退院前に気管切開部から細径の気管カニューレ(ミニ・トラック)が留置されて、ここから痰の吸引が行われた。吸引は家族および訪問看護師が行ってきた。全身状態が安定してきたため、最近では1日4~5回の吸引でおさまっている。

ところで、2011年3月11日の東日本大震災のため、関東甲信越地域では計画停電が数ヶ月間行われた。1回の停電は2時間程度であったが、吸引を休むわけにはいかない。急遽、充電式の吸引機に交換した。

在宅サービスのなかで最も重要な役割を果たしているのは、訪問看護と訪問介護である。

訪問看護は、全身状態の観察、痰の吸引、浣腸・排便、バルンカテーテルの交換、発熱時の点滴(杉山が指示)、主治医への報告など多彩である。完全麻痺で看護内容が多いことから当分の間毎回2人の看護師が関わっていた。

訪問介護は1日2~3回入っていて、食事介助・食後口腔ケア・おむつ交換・陰部洗浄などを行って家族の介護負担を軽くしている。

自宅に帰ってからはしばらくの間、発熱・血尿・皮膚症状・背部痛などの症状が続いたので訪問看護師などに点滴・処置などの指示を出していたが、最近は全身状態が安定しているため、訪問診療の役割はそれほど大きくはない。3か月1回ミニ・トラックの交換をすがるが慣れているので5分とかかからない。患者・家族や看護・介護スタッフが安心して生活・支援できるようにするのが訪問診療の役割であろう。

Aさんは多くの在宅サービスを利用しているが、それを可能にしているのは、要介護5と認定されている介護保険と身体障害者のための自立支援法の在宅サービスを併用しているからである。

## ある研修医の感想

川崎幸クリニックでは、毎年「地域医療」に関する研修医を受け入れている。Aさんを担当した研修医は研修レポートで次のような感想を寄せている。

「実際にいつまで介護生活が続いていくのか全く不透明なご家族の気持ちと介護をしてもらっている患者本人の気持ちを聴取できたことは今後医師生活を行っていくに当たって様々な面からとても勉強になり、加療についても参考になる環境を学ばせて頂きとてもありがたい気持ちでいっぱいです。何より、長男の方と会話させていただきご家族への愛情の深さを実感しました。」

## おわりに

感染性脊椎症は急激に進行して四肢麻痺あるいは対麻痺の後遺症を残す疾患である。事故などによる脊髄損傷と同じく、脳組織や内臓に大きな問題がないので、長期に亘る介護が必要となる。患者本人の希望や、長期に介護を負担することになる家族の思いをしっかりと受け止めなければならない。在宅サービスを適切に利用することによって安定した介護が可能となる。電動ベッド、電動車いす、ヴォイス・スキャン、介護用ロボットなど最新技術は要介護者の自立やより快適な生活に役立つので適切に導入することが重要である。

（出典：杉山孝博：化膿性頸椎炎後遺症（在宅） 在宅療養における最新技術の活用例：月刊保険診療、Vol. 70(4), 94-96, 2015. 4)

## 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](mailto: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。