

在宅褥創：施設と在宅の双方向的連携の必要性

(2008.1.17)

高岡駅南クリニック院長 塚田邦夫

今回は症例を提示しながら、在宅褥創の問題点と経験の中で感動した点について解説します。しかし、在宅褥創とは言うものの、実は病院や介護施設での問題点を逆説的に含んでいます。

症例:癌末期の在宅褥創

症例は80歳代男性で、脳梗塞後遺症で寝たきりとなっており、閉塞性動脈硬化症(ASO)のために左足部で切断されています。肝癌の末期状態でしたが意識は清明で元気に食べておられました。最初の往診時には、Alb3.2、Hb8.0、CRP0.97 という状態でした。極度な貧血がみられました。

仙骨部には壊死とポケットを伴うステージ4の褥創、左下腿部外側には皮下ポケットを有し多発性の白色壊死を伴う褥創がみられました。いずれもイソジンゲルとガーゼによる処置がされていました。

これに対し、仙骨部はオルセノン軟膏とフィルムによる密閉療法を行ない、下腿部はハイドロコロイドドレッシング材貼付を選択しました。下腿部はすぐにゲーベンクリームとフィルムを用いた密閉療法へ変更しました。

家族へは、体圧分散の必要性、体位変換・体位保持の方法と理由の説明をしました。局所療法は実際には家族にやってもらうため、一回の説明では不十分であり、毎日看護師から家族へ電話で連絡し、不安な点や分からないことを丁寧に説明が行なわれました。また、栄養改善について、管理栄養士から電話で介護者に連絡して説明が繰り返されました。栄養のバランスやカロリーや蛋白質の必要量、また好物を中心にとってもらい食事を楽しんでもらうことの重要性も示されたようです。創管理において入浴の必要性を説明し、ケアマネにも連絡し、デイサービスでの入浴と訪問入浴を利用することになりました。しかし、主治医との連絡は家族を介しての情報交換となりました。

実際にケアをしていくと、仙骨部では右側のポケット閉鎖が遅延したため、原因を探し、テレビが右側にあり、いつも右を向くためと推理し左方向にあるテレビも活用することにしました。

このようなケアによって、ASOのある患者の、本来難治性である下腿の褥創は5ヶ月後にはほぼ治癒するに致しました。これは家族のケア、特に局所療法の技術と下肢のポジショニング技術によるものです。この方では、足先が切断され外転気味の下肢の外側部の

体圧分散は大変難しく、いろいろと工夫をしましたが、介助者のポジショニングは芸術的なものでした。

仙骨部褥創はポケットが消失し、肉芽で覆われ縮小してきましたが、デイサービスへの移送にリクライニング車イスが使用されたことなどによると思われる、肉芽組織内の黒色壊死(D in D)がみられ、完治にはなかなか至りませんでした。

下腿部の褥創も、デイサービスやショートステイなどを利用すると、再発や悪化がみられ、その都度家族によるケアによって改善あるいは治癒を繰り返していました。つまり、在宅での治癒や改善は、デイサービスやショートステイでのケアによって悪化するという図式がありました。

症例：80歳代男性例

脳梗塞後遺症、糖尿病の方でしたが、肺炎を発症し入院してPEGが挿入されました。在宅へ戻ってこられましたが、入院中仙骨部に褥創を発症しました。この褥創は往診にて治療し、家族に局所療法と体圧分散法について毎日電話で説明し、7日目の往診時にはかなり改善してきていました。口腔ケアの方法や嚥下訓練法を指導し少しずつ始めていました。しかし、翌日から都合によりショートステイに行くとのことでした。この時移動用の車イスがおいてありましたが、それは悪名高きリクライジング車イスでした。不吉な予感がありました。

5日後ショートステイから戻られたときに往診すると、仙骨部褥創は悪化拡大し、感染を伴っていました。また、踵部には巨大な水疱を伴う褥創を発症していました。リクライニング車イスによるズレのため仙骨部褥創は悪化し、同時に体がずれ下がったため踵部が車イスの足乗せで強い圧迫を受け褥創を発症したと考えられました。

往診と家族介護により両褥創は3週間後にはようやく治癒傾向がみえてきましたが、再び肺炎を発症し、病院へ入院となりました。病院では褥創は悪化し全身状態も不良となりしばらくして亡くられました。

症例：70歳代の男性例

パーキンソン病と小脳脊髄変性症があり、PEGによる栄養管理となっている在宅褥創例でした。

最初の往診時には、病院から処方されたイソジンゲルとガーゼによる処置をされていました。仙骨部に広範囲でしたが真皮が残っているステージ2褥創でした。ハイドロコロイドドレッシング材による治療を開始し、家族に局所療法について理論と方法を説明しました。この例でも看護師から毎日電話連絡して不明な点を繰り返し説明を行いました。栄養改善についても管理栄養士から毎日連絡して、具体的なアイデアを出していきまし

た。体圧分散やギャッチアップの方法についても説明を行いました。口腔ケアの必要性を説明し実行してもらいました。

以上の総合的なケアを家族が行っていったことにより、2週間後には大部分で表皮化が進み、2ヶ月後には完治を確認しました。しかし、肺炎を発症し病院へ入院となりました。病院へは情報提供を行い、体圧分散の必要性と、必要なカロリー投与について記載しましたが、実際には体圧分散寝具は使用されず、一律の栄養投与が行われ、口腔ケアも不十分だったようです。肺炎が治癒し在宅へ戻られたとき往診依頼があり伺うと、仙骨部には感染した灰白色の壊死を伴い、ポケットのあるステージ4の褥創を発症していました。イソジンシュガー軟膏とフィルムによる治療を開始し、家族に方法を説明して毎日交換してもらいました。4週間後には感染は消退しほぼ全面が肉芽で覆われる状態になりました。

しかし、再び肺炎を発症し入院となりました。その後全身状態は改善悪化を繰り返しながら、かなり頑張られたのですが亡くなりました。

在宅褥創を考える

以上の事から、在宅褥創について考えてみました。

まず、在宅褥創ケアというのは大変なことです。寝たきりの方がほとんどで、それだけでも大変ですが、それに局所療法、体圧分散、栄養療法などいろいろなケアが必要です。病院でも単一の職種では困難で、医師、看護師、栄養士、理学療法士など多種類の職種が24時間管理によってようやく治癒させることができるのです。これを在宅で、大体は一人の介助者の力によってケアされるのです。確かに訪問看護師や医師の往診はありますが、それは点によるケアであり、24時間在宅に訪問看護師がいてくれるわけではありません。1日中看ているのは家族です。このように家族の愛を大変強く感じます。

そして、その家族ですが、このように1日中のケアが必要ですから、当然家族の中の少なくとも一人は、常勤の仕事はできません。仕事を辞めるかパート労働をするしかありません。家事労働であっても、十分にできず買い物に出るのも大変なことになります。

問題はこのようにして仕事ができず収入が減るにもかかわらず、医療費・介護費の負担がどんどん増えていることです。家計への圧迫は大変なものがあります。

医療者側も大変で、局所療法を一度説明すれば済むわけではなく、個々の患者にかかわる全ての内容について説明が必要です。しかも、相手は素人ですから一度で済まず、繰り返しの説明が必要で、しかも段階を踏んで少しずつ行なうことが大切です。

ただしケアにかかわる方は限定されているので、これらの知識や技術は確実に身に付きケアの質はみるみる高くなっていきます。一旦高くなったケアの質は落ちることはあり

ません。やがて多くの方を対象にする病院や介護施設でのケアの質とは比べ物にならないくらい高レベルになります。当然褥創は治癒します。また、毎日看ているために、異常を早期発見し、家族の対応によって悪化させずに回復可能になるか、あるいは医師や訪問看護師へ連絡し早期対応が可能になります。

とはいえ、介護者の消耗は過大であり、デイサービスやショートステイも利用することになりますが、その時にこのケアの質の差が出てきます。在宅で微妙なバランスを保っていた患者は、介護施設あるいは医療施設を利用するとき、一気に褥創再発あるいは悪化という結果をもたらしてしまいます。

恐らく介護施設あるいは病院は、もっと謙虚になって家族の意見を聞いたほうが良いと思います。これから在宅ケアの質がだんだん上がってくると思われますが、その時に病院や介護施設はどのような対応をするのでしょうか。今回紹介した3例は、いずれも施設のレベルに問題があることを示す結果となっていますが、家族との間にはトラブルへとは発展していません。しかし、在宅ケアの向上が常識化すれば、トラブルに発展する例が増えてくることが予想されます。今地域連携が叫ばれていますが、それは病院から在宅への一方的な知識や技術の提供だけではなく、在宅での貴重な情報を病院など施設が十分受け取るという意味での双方向的な連携が必要なのでしょう。