

多職種チームでの在宅褥創ケア

高岡駅南クリニック 塚田邦夫

褥創の発症と悪化には、圧迫・ずれ・摩擦が関与していることから、そのケアを行うには、看護師、理学療法士や作業療法士、福祉用具専門員などの関与が必要です。また低栄養も大きく関係することから、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士などの関与が必要です。このためにはチームでのアプローチが必要ですが、チームリーダーは褥創について専門の知識を持っていることが必要です。

これは、病院や施設だけの話しではなく、在宅でも同様に、褥創専門知識がある医師か看護師は必要であり、多職種が関わる必要があります。しかし、多職種間で情報共有することは病院や施設でも実は難しいのですが、在宅ではもっと大変であり、その点を解説いたします。

「チームで行けばチーム医療」ではない

自分の失敗談です。在宅訪問診療を始めた時、医師である私と、看護師、および管理栄養士の3名のチームで在宅を訪れました。

それは80代の肺癌末期の女性でした。仙骨尾骨部に褥創を発症し、主治医からの依頼で訪問しました。褥創の局所療法を開始し、当初良好に治癒に向かっていました。6ヵ月後、病状が悪化し、肺炎になり食事量の減少と共に褥創も悪化。栄養療法として「エンシュアリキッドを1日3缶処方」としました。また、局所療法も若干手間のかかる方法を提案しましたが、患者家族、同行した看護師、管理栄養士からは何も意見や質問はありませんでした。実は家族は処置について不安があり、また、患者はエンシュアリキッドが苦手なほど飲んでいませんでした。

その結果、栄養状態と褥創はさらに悪化し、2週間を待たずに亡くなりました。局所療法がうまくいかず、処方した栄養も取れていないことはすぐには分かりませんでした。

この件は大変ショックで、大いに反省しました。

つまり、褥創専門医であると思っている私が、処置・体圧分散・栄養などの全てをアセスメントし、指示を出していました。同行した看護師・管理栄養士はケアの提案はできず、医師の指示に従うだけだったのです。家族も医師の指示を聞くのみで質問しにくい状態でした。この時、「ボスが全ての指示を出すのは、連携ではない」「チームで行けばチーム医療というわけではない」と身にしみて分かりました。

以後は、看護師には、より濃密に患者・家族やケアマネジャーと連絡を取り合い、介護上の問題点を抽出して解消をはかり、家族の精神的サポートをしていくことを依頼しました。また、せっかくの管理栄養士には、栄養改善を全て任せ、やはり連絡を密にとってもらいました。私は、創傷治癒理論に則った局所療法に専念することとし、看護師や管理栄養士がなるべく自由に動ける環境を整えることを目指しました。

専門職は仕事を任せられたことで、より積極的に関与していきました。

低栄養の感染褥創も在宅で治せる

次に専門職に仕事を任せることで、危険状態にある褥創を治すことができた例を提示します。

100歳に近い方の仙骨部褥創の処置を依頼されました。意識がもうろうとしている方でしたが、私は局所療法に専念し、管理栄養士は栄養アセスメントを行い、脱水と低栄養状態を指摘しました。そして脱水改善のため、毎日500mlの輸液を1週回行うことと、経腸栄

養剤 250ml の処方案を提案しました。提案を承認し、実行してもらいました。看護師と管理栄養士は毎日家族と電話連絡し、食事療法の助言とケアの疑問解決を行うことで、意識はすぐに清明となり、食事量も増えたことで、18 日後には創部の感染徴候はなくなり、6 ヶ月で褥創は治癒しました。

多職種が関わり、それが機能すると在宅現場というのは本当に活性化し、結果が目に見える形となり、家族と喜びを共有できました。

多職種がかかると、新たな問題が起こる

当院からの訪問診療はチームでとしての連携はうまくいくようになったのですが、多施設による多職種連携で大失敗が起きました。

50 歳代男性が脳梗塞になり、気管切開と胃瘻 (PEG) を持って在宅療養が開始されました。仙骨尾骨部に褥創もあります。家族からの依頼で全身管理をしている主治医とは別に、褥創を中心に我々のチームによる訪問診療を開始しました。

褥創については簡便な方法を提案しましたが、尾骨部褥創は PEG が原因の、持続的圧迫とずれによると判断しました。管理栄養士は栄養剤の半固形化を提案指導し、看護師はポジショニング指導を行いました。介護者は熱心な奥さんであり、ついつい指導に熱が入りました。

我々の他に、主治医、主治医の看護師、訪問看護師、ヘルパー、ケアマネジャーも、それぞれが処置や介護・看護の提案をしましたが、熱心な妻は、それぞれに矛盾のあるこれらの提案を全て忠実に実行しました。

その結果、すぐに見えていくの毒なくらい焦燥してきました。ケアマネジャーはレスパイトのために 2 泊のショートステイを企画しましたが、ショートステイ中に 40 度の発熱をし、肺炎となって 1 泊で戻ってきました。そのあとは、頻回な気管吸引、栄養剤半固形化、悪化し複雑になった褥創処置、ポジショニングと寝る間もなくなり、ついに妻は介護を放棄するに至りました。緊急入院となりすぐに亡くなられました。

在宅多職種腫チーム医療での注意点

この例を経験し、大いに反省しました。寝たきりの褥創患者がいると家族の一人は常勤の仕事は不可能となり、パートの仕事も難しくなります。収入が大幅に減るのですが、医療費や介護費用は馬鹿にならず、家計は圧迫されます。それだけではなく、介護者自身への負担も増大し介護疲労をもたらします。

医師を始め多職種は、この点をよく理解し、いかなる提案も家族負担が増えないよう、細心の注意が必要です。また、関わる全ての職種は緊密に連絡を取り合い、どのような提案をしたかを知らせ合う必要があります。つまり情報共有が必要です。

情報共有については、最近 IT を使う方法が試みられていますが、高岡市では、「介護連絡帳」による情報共有が 2001 年から行われ、一つの解決と思います。

詳細は、高岡駅南クリニックホームページで、「高岡在宅褥創研究会」をクリックし、「第 56 回研究会記録：介護連絡帳」(<http://www.ekin-an-clinic.com/study/pdf/tec56.pdf>) を参照ください。

在宅褥創ケアの充実に病院の協力が必須（地域一体型連携）

今後病院で急性期を終えた後、在宅で慢性期の治療をすることが一般化すると予想され、実際進行しています。褥創ケアはその典型でしょう。

褥創を持つ方が在宅移行する場合、在宅 1 日目から必要なことが多々あります。介護用ベッドや体圧分散寝具、車イスなどが必要です。また、在宅で褥創をみしてくれるのは訪問看護師ですが、在宅移行 1 日目の訪問看護が最も必要です。さらに、その日から食事をしな

ければなりません、多くは摂食嚥下に障害を持っているため、常食を食べられる方は極めて稀です。では何を食べてもらうのか。

このような問題が、帰宅1日目から始まります。

解決は、帰る前にベッドや適切な体圧分散寝具が用意され、訪問看護師が1日目から入り、食事について介護者が十分理解し、口腔ケアのやり方も分かっていることです。これが行われるためには幾つかのクリアすべき条件があります。

つまり、退院前に訪問看護指示書が病院主治医から書かれていること。入院中に摂食嚥下評価をし、管理栄養士が適切な食形態や好みの食事を決定し、退院前に介護者が在宅で実際に作れるようにしておくこと。さらに嚥下訓練や口腔ケアのやり方も指導が終わっていること。そして、在宅での責任者である在宅主治医には、どのような状態でいつ在宅に帰るのが伝わるよう退院前に紹介状が届いていることが必須です。

これらの一つでも欠けていけば、帰宅1週間後には褥創は悪化し、2週間後には再入院になる危険があります。病院主治医はサボっているわけではなく、これらのことの重要性を知らないだけなのです。

在宅褥創ケアは、病院とは違う

在宅褥創ケアは病院とは違うのですが、その最も大きな違いは、病院は障害となる病気を治すところであり、そのためには生活は犠牲になっています。患者と家族は、社会復帰するために入院し、我慢して頑張っているのです。従って、「栄養を付ける」とか「動けるようになる」を目標にしても何の問題もありません。

しかし、在宅は不便で不安なのに、在宅で何かをしたい(=希望)があるから、在宅を選んだのです。従って、「栄養を付ける」や「動けるようになる」は目標になりにくく、そのためにせつかくの生活が犠牲になることには賛同を得ることはできません。生きる希望=目的が、例えば「娘に会いに行くこと」であれば、そのためには「栄養を付け、車イスに自分で移ることができないと行けない」などを共有してプラン化することで、在宅ケアが可能になります。また、その目的がかなう時、一緒に喜びを分かち合うことができるのです。

さいごに

在宅で褥創ケアをする時、やはり病院と同じように多職種が連携を持って関わらないと、良い結果をもたらすことはできません。多職種が関わる時、お互いに情報交換を積極的にすることが大切ですが、その際も患者・家族が在宅で望んでいることを絶えず意識していないと、関わることすらできなくなります。