

〔チェック 3 - 1〕 現在の状態

1 ねたきり	2 ターミナル
3 リハビリが必要	

1. ねたきり

○ねたきりとは

- ・日常生活において何らかの介助を必要とし、1日の大部分を寝床ですごしている状態(厚生労働省は、寝たきり老人を「障害老人の日常生活自立度《寝たきり度》判定基準のランク B または C に該当する者」と規定しています。
- ・じよくそう・拘縮・肺炎・認知症などを誘発しやすくなります。
- ・寝たきりの原因となる病気としては、第1位は脳血管疾患、第2位は骨粗鬆症、第3位は認知症、難病、老衰、心疾患、リウマチなどが続きます。寝たきりの状態をアセスメントするためには、原因となる疾患を見極めることが重要です。

参考:障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド状での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

○どんな管理や処置が必要？

- ・患者の能力に応じた日常生活ケア
- ・本人の意欲、精神面の活性化へのケア
- ・日常生活への自立、社会生活拡大へのケア
- ・状態の悪化、廃用萎縮による機能低下への予防
- ・家族の介護負担の軽減、介護力を高める支援
…等が必要です。

2. ターミナル(終末期)

○ターミナルケアとは

- ・一般的には「治療の見込みがなく命の予測が3～6ヶ月の人に対する包括的ケア」と定義されています。
- ・治療を目指した積極的な治療をやめ、症状緩和のための治療に切り替え、残された時間を有意義に過ごせるようにクオリティ・オブ・ライフを優先させるケアです。
 - *クオリティ・オブ・ライフ: 生命の質(個人の安定感、満足度、幸福感をさします)
- ・最近では在宅ケア、ホスピスケアを望む人も増えています。

○どんな管理や処置が必要?

- ・全人的支援を要します。
- ・苦痛を緩和し、その人が生きてきたような死の迎え方ができる(その人らしい生を全うすることができる)用に援助することが大切です。
- ・家庭、社会の中での存在感の維持、残された人生を大切に、クオリティ・オブ・ライフを高め、普段の生活ができるようにすることに重点を置きます。

患者の症状や状態に応じて生活を援助します(食事摂取や睡眠・休息の援助、清潔ケアなど)

- ・勇気と希望を持って、残された日々を生き抜くための支え。不安、恐怖からの開放、死の受容への精神的サポートが重要です。

・家族へのケア...

家族は身体的・精神的・社会的(経済的)負担が大きくなります。医療従事者など、周囲のサポートが重要となります。

・疼痛ケア...

痛みは、最も頻度が高く、最大の苦痛を与えます。その他の症状としては、呼吸苦や吐気・嘔吐、腹部膨満感、浮腫、下痢、便秘などがあります。

- ・身体的な疼痛の原因として、がんの骨などへの転移や神経への浸潤・圧迫などがあります。
- ・身体的苦痛に加え、不安や孤独などの心理的側面仕事や家族などの社会的な側面も疼痛に影響を与えます。患者の訴えをアセスメントし、それに沿った疼痛除去・緩和が必要です。
- ・鎮痛薬による治療はがん疼痛治療の主軸です。薬が効果的で適切に使用することが重要です。特に、麻薬(モルヒネ)使用にあたっては、モルヒネが効いているかの判定や、副作用(便秘、吐気・嘔吐など)対策など、専門的な技術が必要です。

3. リハビリが必要

○リハビリテーションとは

- ・Re(再び)Habiliate(能力をもたせる)という単語が合体してできたことばで、直訳すると「再び能力をもたせること」となります。
- ・障害をもった人達の心身の機能改善、維持が目的で、疾病あるいは傷害の治療と平行して機能的改善、および能力低下の予防や再獲得を行なうことを意味します。
- ・理学療法、作業療法、あるいは言語療法などがあります。さらに、社会参加の促進や職業訓練なども含まれます。
- ・高齢者の場合、脳血管疾患による麻痺や、安静による廃用性症候群によって、低下した機能を元に戻したり、さらに低下することを防止したりすることを目的としたリハビリテーションが行なわれることが多くあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・個々の病状、体力、残存能力、本人の希望、生活環境などを勘案して長期目標・短期目標をたて、日々の生活の中で無理のない計画をたてて進めて行くことが必要です。
- ・歩行訓練、四肢の屈曲などの運動だけでなく、日常生活の中での動作を可能な限り自力で行うようにする事もリハビリになります。生活環境を整えて、動ける範囲を拡大することも必要です。
- ・可能な範囲で家庭の中での役割を担えるようにするなど、本人の意欲を高めることも重要な働きかけになります。

(チェック 3-2) ハイリスク状態 (下記の理由で入院経験あり、など)

1 断続的な発熱	4 脱水
2 転倒による障害	5 その他()
3 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下	

1. 断続的な発熱

○発熱とは

- ・発熱は、細菌からの毒素や薬剤などの「外因性発熱物質」、または、ウイルス感染や腫瘍などに際して体内で産生される「内因性発熱物質」によって引き起こされます。
- ・発熱の原因としては、感染症が最も多いですが、膠原病、腫瘍、熱射病などによることもあります。
- ・高齢者では、肺炎や尿路感染などによる発熱を繰り返す場合があります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・発熱を繰り返す場合、誤嚥の防止、カテーテル管理や痰の吸引などにおける清潔管理の徹底など、日常生活や医療処置の方法を見直す必要があります。
- ・高齢者の場合、肺炎や尿路感染などを起こしていても、発熱などの症状が現れにくいことがあるので、注意が必要です。

2. 転倒による障害

○転倒による障害とは

- ・高齢者は、転倒による骨折などが原因で寝たきりになることが多いです。怪我がなくても、自信をなくし、その後の移動や歩行に対して不安感や恐怖心、依存心を引き起こしやすいので、十分な注意が必要です。
- ・室内(ベッドサイド)での転倒事故が多くあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・患者の移動や歩行状況をアセスメントし、安全な動きやバランスのとり方を訓練します。もてる力を十分生かせるように援助します。
- ・転倒防止が重要です。環境整備や、リハビリによる筋力の維持が大切です。

3. 上肢・下肢の拘縮・著しい筋力低下

○廃用性症候群とは

- ・心身の機能を使わないことにより、その機能が衰え障害されることです。身体的には筋や骨の萎縮や関節拘縮、肺炎、起立性低血圧などです。精神的には、意欲の減退や認知症症状などが起こります。

○廃用性筋萎縮とは

- ・長期に関節を動かさないことにより、関節可動域(関節が動く範囲)が狭くなり、関節拘縮(関節が固まって動かなくなる)や筋肉の萎縮が起こります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・高齢者の寝たきり状態は、廃用性の機能低下を助長するため、できる限りの自立、機能の活用を図ることが必要です。
- ・廃用性筋萎縮に対しては、痛みに注意しながら、関節可動域を全域にわたって動かし、予防します。

4. 脱水

○脱水とは

- ・激しい下痢や多量の発汗などにより体内の水分が多量に出てしまったり、水分の補給が不足したために、体の水分が欠乏した状態です。
- ・高齢者は、成人よりも身体に占める水分の割合が少なく、また体内の水分量が減少しても口渴を感じにくく十分な水分の補給ができないため、脱水になり易い状態にあります。
- ・脱水症状としては、喉の渇き、口の中が乾く、尿量の減少、発熱、倦怠感、頻脈、活動の低下などがあります。また、意識障害を起こすこともあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・予防として、水分補給(1日 1400~2000ml)をすすめます。嚥下困難時は半固形のプリンやゼリーを摂取します。経口摂取が困難な時は補液を行います。
- ・脱水症状を注意して観察し、早期発見・対応を行うことが必要です。

計画的な夜間・早朝の訪問看護の提供効果に関する研究

村嶋幸代¹ 田口敦子¹ 九里美和子² 布施千加子² 神山芳美²石原仁² 南千佳子³ 千代妙子⁴ 堀井とよみ⁵¹ 東京大学大学院医学系研究科 地域看護学教室 ² 滋賀県済生会訪問看護ステーション³ 滋賀県済生会訪問看護ステーションサテライト草津 ⁴ 栗東市訪問看護ステーション⁵ 滋賀県立大学人間看護学部

本研究では、日中だけでなく夜間・早朝にも計画的な訪問看護サービスを提供し、利用効果を明らかにすることを目的とした。その結果、夜間の吸引が必要な誤嚥性肺炎を繰り返す要介護者、インシュリン注射が必要な認知症患者、ターミナル期の患者等に効果が見られた。夜間・早朝の訪問看護は、在宅での療養生活の継続や看取りを可能にする有益なサービスの一つであることが示唆された。

【目的】

近年、入院日数の短縮化が進み、医療処置が必要な状態でも退院する者が増加している。特に人工呼吸器を装着している患者や痛みの強い患者では、時間帯を問わず観察や医療処置が必要である。それらに対応するためには訪問看護ステーション(ST)として新たな体制を構築する必要がある。そこで本研究は、実際に24時間、計画的な訪問看護サービスを提供し、その利用効果を明らかにすることを目的とした。特に、夜間早朝の訪問看護利用者は限られていることから、複数のSTが連合して夜間早朝の訪問看護を行った。

【方法】

実施 ST は A 県の同一法人内にある3箇所のSTであった。対象者は、2005年2~7月に、「夜間・早朝訪問看護の必要者チェックシート」(村嶋ら, 2005)、および事例検討会によって選定した。2005年8月22日~2006年2月28日の間、通常の日中の訪問看護に加え、夜間・早朝の計画的な訪問看護を対象者に提供した。対象者の利用効果を明らかにするため、書面による同意を得た上で夜間・早朝の訪問看護提供開始直後と終了後に、サービス内容や対象者の状態を担当看護師が記述した。また、研究者が対象者本人や家族にヒアリングを行った。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科倫理審査委員会より承認を得た。

【結果】

1) 対象者の特徴

上記期間内の対象者は11名であり、ST体制整備日からの利用者は4名、途中からの利用者は7名であった。中断者は5名であり、その理由は、死亡1名、入院4名、日中の訪問に変更1名であった。入院した4名の内、研究期間中に退院した3名は、全員夜間・早朝の訪問看護を再開した。

2) 夜間・早朝の訪問看護を必要とした理由

対象者が夜間・早朝の訪問看護を必要とした理由は、以下のとおりであった。

- ・脳梗塞後遺症や老衰等から寝たきりとなり、夜間・早朝の定期的な吸引が必要(3名)
- ・インシュリンが必要だが認知症や視力障害のため自己注射ができない(2名)

- ・進行性の難病(ALS、パーキンソン病)の末期であり病状の把握や吸引が必要(3名)
- ・ターミナル期で病状の変動があるため、病状観察や対応が必要(1名)
- ・本人や家族には難しい専門的な医療技術(椎間板炎治療のためのコルセット装着)が必要(1名)
- ・精神疾患患者で確実な内服が必要であるが自己管理が難しい(1名)

3) 夜間・早朝の訪問看護の利用効果

主な利用効果として以下のことが見られた。

【事例1】78歳、男性、脳血栓を患い寝たきりとなる。妻と娘の3人暮らしで、主な介護者は妻である。平成16年12月から平成17年8月までに誤嚥性肺炎のため、入退院を4回繰り返していたが、夜間・早朝のサービス利用後、看護師がスクイジングと夜間の吸引を每晚実施してからは、誤嚥性肺炎を起こして入院することは一度もなく、在宅生活を継続できている。

【事例2】77歳、男性、主疾患は糖尿病、認知症である。妻と娘夫婦家族と同居。主介護者は妻である。平成17年6月に低血糖発作で入院し、同年7月に退院したが、血糖値のコントロールが不良であった。夜間・早朝に看護師がインシュリン注射を実施するようになり、低血糖様症状も見られなくなり、在宅生活を継続している。

【事例3】86歳、男性、肺癌のターミナル。主な介護者は姪と認知症の78歳の妻。本人は在宅で亡くなることを希望していた。夜間の訪問によって、急変の可能性のある本人の全身状態の観察や疼痛のコントロールを行うことにより、本人の安全安楽の確保や苦痛の軽減、精神的な安心感を与えていた。希望通り最期まで在宅で過ごされた。

【まとめ】

夜間・早朝の訪問看護の提供によって、誤嚥性肺炎を繰り返す要介護者(夜間の吸引が必要)、インシュリン注射が必要な認知症患者、ターミナル期の患者等に効果が見られた。

夜間・早朝の訪問看護は、在宅での療養生活の継続や看取りを可能にする有益なサービスの一つであることが示された。

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業
24時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究
―夜間・早朝の訪問看護必要者の発見と提供方法の標準化―
平成 18 年 3 月

企画・編集

東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野

教授 村嶋 幸代

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

TEL 03 (5841) 3597

FAX 03 (5802) 2043
