

(チェック2) 現在・過去の疾患(特に注意すべき疾患に◎)

1 脳血管疾患	8 その他の神経難病
2 心疾患	9 糖尿病
3 高血圧性疾患	10 統合失調症
4 呼吸器疾患	11 筋骨格系の疾患
5 悪性新生物	12 腎疾患
6 痴呆	13 その他
7 パーキンソン病	

現在有している疾患、または、過去に罹患したことのある疾患について、分かっているものすべてに○をつけます。

中でも、「その病気で何度も入退院や緊急受診を繰り返している」「最近その病気で入院したばかりである」「現在も治療を続けている」場合などは、「特に注意すべき疾患」として◎をつけます。

1. 脳血管疾患

○脳血管疾患とは

- ・「脳卒中」ともいわれます。
- ・発症した部位や程度に応じて、麻痺や言語障害、排尿障害、嚥下障害、視野障害などの症状が出現します。
- ・出血性脳血管障害(脳内出血、クモ膜下出血)と閉塞性脳血管障害(脳梗塞、一過性脳虚血発作)に分類されます。脳梗塞の発症率が一番多く、70%です。

* 脳梗塞: 脳を養っている血管がつまって脳の一部が壊死に陥る状態です。

○どんな管理や処置が必要？

- ・発症後は、障害に応じた援助や、継続したりハビリ、再発の予防が必要です。
- ・高血圧や糖尿病、高脂血症などがある場合が多く、再発の予防には、その管理が重要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・脳血管疾患で最近入院した場合は、注意が必要です。
- ・2回以上脳血管疾患を繰り返している場合や、高血圧や糖尿病、高脂血症などを合併している場合。再発の危険が大きくなります。
- ・麻痺や障害が重症で、日常生活に支障を来している場合にも、注意が必要です。

2. 心疾患

特に注意が必要な代表的な疾患を挙げます。

○虚血性心疾患とは

- ・狭心症と心筋梗塞のことです。
- ・狭心症は、心臓の栄養血管である冠状動脈が、動脈硬化などによって狭くなることにより起こります。
- ・冠状動脈の閉塞や狭窄により心筋の壊死があると、心筋梗塞になります。
- ・発症直後は、激しい胸痛、不整脈、ショック、心不全などの重症合併症を伴います。

○どんな管理や処置が必要？

- ・発症時は、生命にかかわるため、一刻も早く救急受診し、迅速で適切な処置を受ける必要があります。
- ・再発の予防には、適切な内服や食事、運動、温度差に注意するなどの生活管理が必要です。また、既往症として高血圧や糖尿病、高脂血症などがある場合が多く、その管理も重要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・虚血性心疾患で最近入院した場合は、注意が必要です。
- ・2回以上虚血性心疾患を繰り返している場合や、高血圧や糖尿病、高脂血症などを合併している場合は、再発の危険が大きいといえます。

○心不全とは

- ・心臓のポンプ機能が低下し、体が必要とする十分な酸素を送り出せない状態を言います。
- ・心筋梗塞等、様々な原因により起こります。
- ・心臓の左右のポンプ機能のうち、左の収縮力が弱くなったものを左心不全、右が弱くなったものを右心不全といいます。左心不全では呼吸困難、右心不全では浮腫が特徴的な症状です。

○どんな管理や処置が必要？

- ・完治には基礎疾患の治療が必要です。心不全の治療としては、強心剤や利尿剤を使用します。
- ・水分管理等、症状や個人の状況に応じた適切な管理が必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・心不全と診断されていれば、すべて特に注意すべき場合と考えます。特に、心不全のために入院を繰り返している場合は、看護師による在宅生活の管理が必須です。

3. 高血圧症

○高血圧症とは

- ・加齢に伴い、動脈硬化等により収縮期(最大)血圧が上昇します。
- ・高血圧は、心疾患や脳血管疾患などを誘発します。
- ・正常は、最大血圧が 140mmHg 以下、最小血圧が 90mmHg 以下ですが、目標値は、年齢や個人の状況により異なるため、確認が必要です。

○どんな管理や処置が必要？

- ・血圧をコントロールするためには、日常的な血圧のモニターリング、適切な内服管理、塩分制限などの食事管理等が必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・心疾患や脳血管疾患などの合併症がある場合。
- ・高血圧のために入院した場合(最近の入院や、繰り返しの入院)。
- ・内服や食事などの管理が不十分である場合。

4. 呼吸器疾患

特に注意が必要な代表的な疾患や病状を挙げます。

○肺炎とは

- ・細菌やウイルスが肺に侵入しておこす炎症をいいます。
- ・高齢者では、肺の防御力や喀出力が低下しているため、肺炎を起こしやすいのです。特に、嚥下力の低下による誤嚥性肺炎が多くなります。症状や所見に乏しいので注意が必要です。老人の致命的疾患のひとつであり、予防及び早期発見・対応が重要です。
- ・発熱、咳や痰、悪化した場合には呼吸困難を伴います。肺気腫、気管支拡張症、肺繊維症等がある場合は、重症肺炎となる可能性があります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・治療では、原因菌を特定し、抗生剤が使用されます。
- ・誤嚥性肺炎の場合、食事の形状や、食事時の体位などを工夫し、誤嚥を予防することが必要です。症状が重い場合は、経管栄養(チェック1参照)を選択する場合があります。

○特に注意すべき場合とは？

- ・肺炎を繰り返している場合。
- ・肺炎のために入院した場合(最近の入院や、繰り返しの入院)。

○慢性閉塞性肺疾患(COPD)とは

- ・気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫(肺に弾性力がなくなり、空気が入りすぎて膨らんでいる状態)をいいます。肺気腫の有病率は、70歳代では60%とも言われます。未診断なことも多く、労作時の呼吸困難やチアノーゼ、痰がある場合は注意が必要です。

○どんな管理や処置が必要？

- ・在宅酸素療法(チェック1参照)が行なわれることがあります。
- ・かぜなどの感染症予防、呼吸困難を予防するための日常生活の工夫などが必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・在宅酸素療法実施の場合。
- ・最近の入院や、繰り返しの入院。
- ・呼吸困難のために日常生活に支障が出ている場合。

5. 悪性新生物

○悪性新生物とは

・「がん」のことです。悪性腫瘍とも言います。

○どんな管理や処置が必要か？

- ・手術療法、薬物療法(抗がん剤治療)、放射線療法が行なわれます。
- ・医療の進歩に伴い、通院による抗がん剤治療や、自宅でターミナル期を過ごす患者も増えていきます。
- ・疼痛等の疾患に伴う症状のコントロールや医療処置、抗がん剤による合併症の予防等、専門的で適切なケアとともに、患者本人や家族の精神的ケアも要します。

○特に注意すべき場合とは？

- ・現在、点滴や内服による抗がん剤治療を受けている場合
- ・ターミナルと診断されている場合
- ・疾患や治療(手術・抗がん剤)によって、日常生活に支障がある場合

6. 認知症

○認知症とは

- ・一旦正常に発達した知能が、後天的な脳の器質的障害により持続的に低下していく状態です。
- ・多くは脳血管性とアルツハイマー型です。
 - * 脳血管性： 脳の血流障害による脳の損傷が原因。比較的末期まで人格や判断力は保持されます。
 - * アルツハイマー型： 脳の萎縮を伴うもので、人格が変わる場合もあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・いわゆる問題行動(徘徊、夜間せん妄、妄想、異食など)への対応や、生活リズムの確保、事故防止、情緒の安定が必要です。
- ・家族への精神的ケアや介護負担の軽減も必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・家族の介護負担が重い場合。
- ・いわゆる「問題行動」が顕著で、周囲の人が対応に困っている場合。

7. パーキンソン病

○パーキンソン病とは

- ・脳の黒質で作られる神経物質のひとつであるドーパミンが減少して起こります。
- ・多くは中年～初老期に発症します。
- ・振戦(ふるえ)、筋緊張亢進(筋固縮)、無動～寡動(運動減少)、仮面様顔貌、小きざみ歩行、前屈姿勢、転倒しやすい等の症状が出現します。
- ・症状の日内変動が大きく見られる場合が多くあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・抗パーキンソン病薬(Lドーパ)による薬物治療が主ですが、根治療法はありません。
- ・服薬管理、症状の日内変動に合わせた生活の調整が必要です。
- ・事故の防止、薬物療法の管理、本人及び家族の身体的・精神的援助が必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・パーキンソン病と診断され、日常生活に何らかの支障が出ている場合は、◎とします。

8. その他の神経難病

難病(特定疾患)に指定されていて、原因、治療法がはっきりしていない神経系の病気のことを指します。特に注意が必要な代表的な疾患を挙げます。

○筋萎縮性側索硬化症(ALS)とは

- ・主に40～60才で発病します。
- ・ALS患者の80%は、診断後の予後は3～5年です。
- ・運動神経の細胞が少しずつ失われ、筋肉の衰退と萎縮をもたらします。
- ・症状の進行スピードは様々ですが、手足の痩せが少しずつ強まり、全身の筋力が低下していきます。意識は最後まで正常で、聴力が正常であっても発語が出来ないためコミュニケーションをとることが困難となります。さらに進行すると呼吸筋の麻痺による呼吸不全が生じ、人工呼吸器が必要になります。また、下部脳神経麻痺により嚥下障害が出現します。

○どんな管理や処置が必要？

- ・リハビリテーションにより筋力を維持し、廃用性筋萎縮や関節拘縮を予防します。
- ・患者・家族に安全で安楽な姿勢のとり方や移動方法、介助方法を指導します。
- ・嚥下状況に応じた食事の工夫が必要です。
- ・残存機能を利用して、コミュニケーションが取れる工夫が必要です(パソコンの使用等)。
- ・呼吸不全や嚥下障害などに対して、気管切開をして人工呼吸器をつけるかどうか、経管栄養や胃瘻造設はどうするか、緊急時の対応や延命措置などについて、主治医や家族と十分話し合っておく必要があります。
- ・最近では人工呼吸器が家庭でも使えるようになり、在宅療養も可能になっていますが、吸引など家族の負担が大きく、精神・身体的支援が必要です。
- ・呼吸器管理、肺炎等の合併症の予防が必要です。

○脊髄小脳変性症とは

- ・運動失調を主症状とする原因不明の神経変性難病の総称です。
- ・多くは中年以降に発症します。
- ・小脳が萎縮していくために、ふらつき、歩行困難、構音障害(言葉をしゃべりにくい)、書字困難、さらに排尿排便障害、眼振などが生じます。
- ・足が突っ張ったり、筋肉が硬くなって動きがスムーズに出来なくなることもあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・薬物療法(ホルモン療法、パーキンソン病治療薬や自律神経調整薬)が行われます。
- ・リハビリテーションによって、拘縮予防、機能の維持を図ります。日常生活を工夫して自力で行うことも、効果的なリハビリになります。
- ・ねたきりになった場合は床ずれ防止、嚥下障害が生じた場合は誤嚥性肺炎の予防などに努める必要があります。
- ・病状によっては、痰の吸引、経管栄養、人工呼吸器管理、カテーテル管理などが必要な場合もあります。

○神経難病に共通する、特に注意すべき場合とは？

- ・呼吸や嚥下に障害が見られている場合。(医療処置を要する場合は、該当項目を参照)
- ・身体機能の低下に応じた生活の調整を行うために、支援が必要な場合。
- ・家族の介護負担が重い場合。

9. 糖尿病

○糖尿病とは

- ・インスリンが不足して、高血糖になる病気です。
- ・初期には症状が現れませんが、進行すると、のどが渇く、お小水が多い、トイレが近くなる、傷が治りにくい、疲れやすいといった症状が現れます。血糖値がきわめて高い状態では、昏睡に陥ることがあります。
- ・糖尿病は全身のさまざまな臓器に障害をもたらします。神経障害、眼球の網膜が障害される網膜症、腎臓の機能が低下する腎症を三大合併症と呼びます。その他の合併症としては、足の壊疽による切断、動脈硬化に伴う心筋梗塞や脳梗塞、易感染傾向などがあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・治療は、血糖コントロールが基本であり、食事療法、運動療法、薬物療法（内服、インスリン注射）が三本柱となります。

○特に注意すべき場合とは？

- ・合併症を有している場合。
- ・最近の入院や、繰り返しの入院。
- ・血糖コントロールが不十分な場合（最近、低血糖や高血糖で倒れたことがある、など）。
- ・薬物療法がきちんと行なえない場合（認知症がある、手や眼の障害によりインスリン注射が正しく行なえない危険がある、など）。

10. 統合失調症

○統合失調症とは

- ・2002年に精神分裂病から統合失調症へと病名が変更されました。
- ・多くは青年期に発病します。
- ・生き生きとした感じがなくなり、周囲に人や社会の接触をさけるようになります。意欲がなくなり、何もしようとしなくなります。考え方にも種々の異常が現れる、などという人格の変化が基本となり、しばしば幻覚や妄想を伴います。

○どんな管理や処置が必要？

- ・治療は、薬物療法(抗精神病薬)、精神療法、生活療法(リハビリ)が行われます。
- ・周囲の理解、根気強さ、愛情が必要です。
- ・家族に対し、家族が患者に対してとるべき態度などアドバイスや精神的なサポートが必要です。
- ・医療スタッフ、家族、場合によっては学校や職場も含めた協力が必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・精神症状により、日常生活に何らかの支障が出ている場合。
- ・内服がきちんと管理されていない場合。
- ・自傷他害のおそれのある場合。
- ・本人、家族より苦痛や不安の訴えのある場合。

11. 筋骨格系の疾患

○骨粗鬆症とは

- ・骨の量が少なくなり、すがはいつて骨自体がもろくなっている状態です。
- ・女性は閉経後、エストロゲン(女性ホルモン)が減少するため、男性よりも骨粗鬆症になることが多くあります。
- ・脊椎骨がつぶれ、背中が丸く前傾します。腰や背中痛みを生じたり、骨折しやすくなります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・骨を丈夫にするためには、以下のような日常生活の注意が必要です。
 - * ビタミンDやカルシウムの多く含まれる食品(牛乳、煮干し、ひじき、チーズなど)を摂る
 - * 日光浴をする
 - * 適度な運動(1日約8000歩歩行、腰痛体操)
 - * 太りすぎに注意する(骨の負担を減らす)
 - * 痛みが強い場合はコルセットを使用する
 - * 定期的に骨密度の検査をして、必要であれば内服や注射により骨密度をコントロールする
- ・骨折の予防のため、転倒に注意することが必要です(踵の低い履物、環境整備)

○特に注意すべき場合とは？

- ・過去に何度も転倒・骨折を繰り返している場合。生活指導や環境の整備が必要です。

○大腿骨頸部骨折とは

- ・大腿骨頸部とは、俗に言う「足の付け根」の骨のことです。
- ・大腿骨頸部骨折はお年寄りの骨折の代表的なものです。高齢者が転倒し足が痛くて、立てない、あるいは歩けない場合は、まずこの骨折を疑います。
- ・治療は一般的に手術になります。術は主に、骨接合術(骨を金属などで固定する)と人工骨頭置換術(人工関節に替えてしまう)の2通りがあります。手術後は、足の筋力トレーニング、立つ、歩くなどの大変なリハビリが待っており、ご家族の方々のサポートも必要です。

○どんな管理や処置が必要？

- ・骨粗鬆症の予防や転倒の予防など、普段からの骨折の予防が重要です。
- ・受傷後は、本人の身体状況に応じた支援、リハビリの継続が必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・適切な生活援助がなく、ねたきりなど必要以上に生活範囲が縮小する可能性がある場合。

○慢性関節リウマチとは

- ・女性に多く発症するが、はっきりとした原因は分かっていません。
- ・全身性の病気であるが、特に関節が侵されます。
- ・手の指、手首、足首、膝の関節などが、炎症を起こし始め、腫れて熱を持ち、こわばりや、痛みが強まります。炎症は次々に他の関節へ移行していきます。炎症が長引くと関節が変形したり、骨がこわれたりして動きが悪くなります。
- ・一進一退を繰り返しながら徐々に進行します。寝たきりの生活を余儀なくされることもあります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・専門医による正確な診断、定期的な検査、治療（安静、運動、薬物、手術療法）の継続が必要です。
- ・治療は、症状を軽くするための対症療法が中心です。
- ・症状がつらく、治りにくいため、途中で治療を中断し、悪化させてしまう人もいます。
- ・身体的、精神的過労を避けることが大切です。
- ・関節の拘縮・変形、筋力低下に伴う機能障害に対し、日常生活を助けるための工夫が必要です（住宅の改造、道具の工夫など）。
- ・日頃から適度な運動（関節運動）を実施し、筋力の低下や関節の拘縮による運動機能の低下を予防します。
- ・薬としては、鎮痛消炎剤などが用いられ、場合によってはステロイド剤なども使用されます。関節の破壊がひどい場合には手術も行われます。
- ・起床時のこわばりには手を温めたり、疼痛時は痛み止めを使用したり、局所の安静を保つなどのケアが必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・痛みが強く、生活に支障が出ている場合。
- ・服薬や運動療法などの継続に支援が必要な場合。

12. 腎疾患

○腎不全とは

- ・腎臓の機能が、正常の 30%以下しかなくなったときを「腎不全」といいます。
- ・腎不全には、数時間から数日のうちに起こってくる急性腎不全と、数ヶ月から数十年にわたって徐々におこってくる慢性腎不全があります。
- ・腎不全が進行すると、腎臓は血液をろ過して尿をつくり出す力がなくなり、尿が殆ど出なくなり、毒素が体の中にたまり尿毒症(脳や内臓器官を侵し、吐き気・けいれん・昏睡などの症状を呈する)を起こします。
- ・慢性腎炎、ネフローゼ症候群など、全ての腎臓病が悪化し、進行する先には腎不全があります。

○どんな管理や処置が必要？

- ・腎臓は再生できないため、完治は困難です。適切で根気強い治療で進行を食い止めることが重要です。
- ・治療としては安静療養、食事療法、透析、腎移植などがあります。
- ・慢性腎不全では、進行を食い止めるためにかなり厳しい食事療法、降圧剤の服用が行われ、腎臓に負担をかけないように腎機能にあわせた生活をする必要があります。
- ・腎不全が悪化した人に対しては、人工透析治療が行われます。
- ・患者・家族への精神的サポートが重要です。
- ・身障者手帳など福祉的なアドバイスも必要です。

○特に注意すべき場合とは？

- ・食事療法・服薬などの継続に支援が必要な場合。
- ・倦怠感(だるさ、疲れやすさ)などの症状が強い場合。
- ・人工透析を行っている場合は、「医療処置」の「人工透析」の項目にチェックしてください。

〔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)Habilitate(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、痛みを注意しながら、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⁵

¹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。

近隣のステーションが連携した 計画的な夜間・早朝の訪問看護の提供効果に関する研究

田口敦子¹ 松永篤志¹ 九里美和子² 布施千加子²
石原仁² 南千佳子³ 千代妙子⁴ 堀井とよみ⁵ 村嶋幸代¹
¹ 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

近隣の12か所のステーションが連携して夜間・早朝の訪問看護を提供するための体制構築過程と、その効果を明らかにすることを目的とした。その結果、体制構築過程を記述し、効果については、連携体制は利用者だけでなく、ステーションの利用者確保においても効果的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して地域で在宅療養をおくる者が増加している。地域においても、病院と同様に時間帯を問わず看護を必要とする者に対して、訪問看護サービスを提供できるよう、計画的な夜間・早朝訪問看護の提供体制を構築する必要がある。しかし、わが国の訪問看護ステーション（以下、STとする）は小規模であり、夜間・早朝の訪問看護利用者は限られていることから、経営を成り立たせるのが困難である。そこで、本研究では、近隣の12か所のSTが連携して夜間・早朝の訪問看護を提供することが有効であると考え、その体制構築過程と、その効果を明らかにすることを目的とした。

【方法】

A県の4市の全ST（12か所）の管理者で構成されるST協議会に、2006年4月にモデル事業への協力を依頼した。12か所のうち、同一法人のSTである3か所は既に昨年度から連携して夜間・早朝の訪問看護を開始していた。本モデル事業では、日中は各々のSTが通常通りに訪問するが、夜間・早朝は1か所のST（以下、基幹STとする）が他のSTの利用者にも訪問した。夜間・早朝訪問の対象者は、「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り選定した。モデル事業期間は、2006年10月1日～2007年1月31日であった。データ収集にあたり、ST管理職に夜間・早朝の訪問看護体制を構築するために行ったことを記録してもらった。また、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、本人または家族にヒアリングを実施した。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】

連携したSTは、1か所の基幹STと他11か所であった。モデル事業実施期間内の対象者の延人数は12名であった。

1) 近隣STとの連携体制構築過程

昨年度より、同一法人である3か所のSTが訪問を開始していたため、その必要性や経過については、実施STから折に触れ報告されていた。そのため、協議会のメンバーは体制構築の必要性を感じていた。2006年4月に12か所のST管理者と研究者でワーキンググループを立ち上げ、定期的に話し合いの場を持った。そこでは、連携の実現可能性や、現在の医療保険制度では1日に2か所以上のSTに診療報酬が付かないこと等、制度上の弊害が共有された。それ以外に、連携方法の検討や、夜間・早朝の訪問看護必要者の選定等も行った。

2) 夜間・早朝の訪問看護の利用者

利用者12名のうち2事例について以下に示す。
[事例1] 75歳、男性。主疾患は糖尿病である。これまでは認知症自立度（ランクⅡ）があるため、時折インスリンを注射し忘れることや、薬液の量を誤ることがあった。早朝の訪問看護を毎日提供することで、確実に朝のインシュリン注射を実施できるようになった。主介護者である娘からは、病状について安心できるようになったと語られた。

[事例2] 53歳、女性。主疾患は多発性硬化症である。膀胱直腸障害があるため、用手的排泄介助を主目的に夜間の訪問看護を利用している。3時間置きに排泄介助を行っていた夫の介護負担が軽減された。

3) 夜間・早朝訪問看護の利用者数

モデル事業期間中の利用者は5～8名であった。冬季に入り、死亡や入院が増え、11月から徐々に利用者が減少した。

【まとめ】

本研究では、近隣の12か所のSTが連携して夜間・早朝の訪問看護を提供するための体制構築過程を記述することができた。また、STの連携体制は利用者への効果だけでなく、STの利用者確保において効果的であることが示唆された。