

I. 主治医からの支援

沖縄県立那覇病院小児科医師 宮城 雅也

1. 「在宅医療の条件」の確認

- (1) 患者の病状が安定していること。
病状の安定が第一条件となる。急変する可能性がある場合は無理をしない。
酸素投与、呼気時陽圧が必要な患者はあまり無理をしない。
- (2) 家族の強い意志と希望があること。
強制的、誘導的な指導はしてはいけない。
あくまで家族の意志を尊重し、家族の強い意志がない限り実行に移さない。
逆に家族の強い意志と希望があれば難しい症例でも可能となる事もある。
- (3) 責任の所在を了解していること。
家庭にて事故がおこる危険性は、どんな在宅医療においても完全には否定できない。
事故の可能性を十分に理解し、在宅医療か、病院内医療かを選択してもらう。
その前に医療と患者側の信頼関係を築くことが大切である。
最大の目標は事故を起こさないことで、それについては努力を惜しまない。
- (4) 家族への教育指導が充分になされていること。
家族は患者について医学的に把握する。
計画をたて無理なくその家族にあった指導する。
最終的には救急蘇生ができるまでに指導する。
最後には実際に、院内の個室で予行演習し評価する。
- (5) 緊急時の対応が充分にできている。
救急隊員と連携をとる。
緊急時には、患者の名前を言っただけで、現場に到着できるようにする。
時には緊急訓練を実際に行った方がよい。
病院が遠くにはなれている場合は、近医に連絡し緊急時の対応をお願いしておく。
- (6) 支援体制を整える。
家族単独では解決できない問題点を、早急に解決できるような支援体制を整える。
- (7) 在宅環境が整っていること。
福祉事務所等の協力を利用して在宅医療が行えるように環境を整える。
 - ① 階段とかの利用はないように、住宅は一階にする。
 - ② 風呂場は、ストレッチャー等が入るように改善する。
- (8) 在宅療養に必要な機器が揃っていること。
機器が整っていなければ、在宅で呼吸管理をして行くことは難しい。
最低必要な機器
 - ① 携帯用人工呼吸器（できればバッテリー内蔵のもの）

小児では Tidal Volum が少ないため微量な調節ができることが必要。

② 心拍モニターまたはパルスオキシメーター

パルスオキシメーターの方が安く Sp O₂ もモニターできるので便利

③ 吸入吸引器（できればバッテリー内蔵のもの）

そのメンテナンス体制まで考えにいれて揃えなければならない。

基本的には扱いやすい機器が長期間の使用に向いていると思われる。

加湿器は水を足すことが必要なため我々の施設では人工鼻を利用している。

(9) 主治医に使命感があること。

主治医の強い意志も当然必要となる。やはり在宅に移行するには大変な手間と努力が必要となる。

断固たる決心が必要である。

在宅医療が可能な患者に在宅を行わなかった時でも罰則はないが、それは医師としての良心の問題。

2. 外来での経過観察

外来は定期的に来院して貰っているが、中には移動がかなりの負担となることがあるのでできるだけ外来受診を減らす必要があると思われる。しかし外来での在宅人工換気療法管理には1カ月に1回の外来受診がない場合には管理料が取れないこととなっており、移動が難しい子供の時には工夫が必要である。

気管カニューレの交換は週1回で行う必要はないと思われるし、状態がよければ月1回でも可能と思われる。また在宅にてご両親が交換することも可能なので、カニューレ交換で外来日を決める必要はない。

3. プライバシーの保護

多くの人々が関わってくるが、その病状にて他人に話すことの承諾はご両親からしっかりと了承を得ていなければならない。しかしある程度の情報を流さないこと、協力する人たちも動けないことがあり、支援する人たちでしっかりとそのプライバシーの保護を考えていかななくてはならない。

4. 感染予防

一番多いのは呼吸器の感染である。そのため感染予防は吸引時の注意が必要である。長期間毎日続けるケアなので、できるだけ単純で簡単の方がいいと思われる。できたら消毒液に強酸性水を利用できたらいいと思われる。濯ぐ必要がないのが特徴で消毒効果もかなり高いと思われる。ただし吸引カテーテル使用後は十分な滅菌水で流すことが必要である。蛋白等が付着する殺菌の効果が下がる。

5. 成長発育の観察

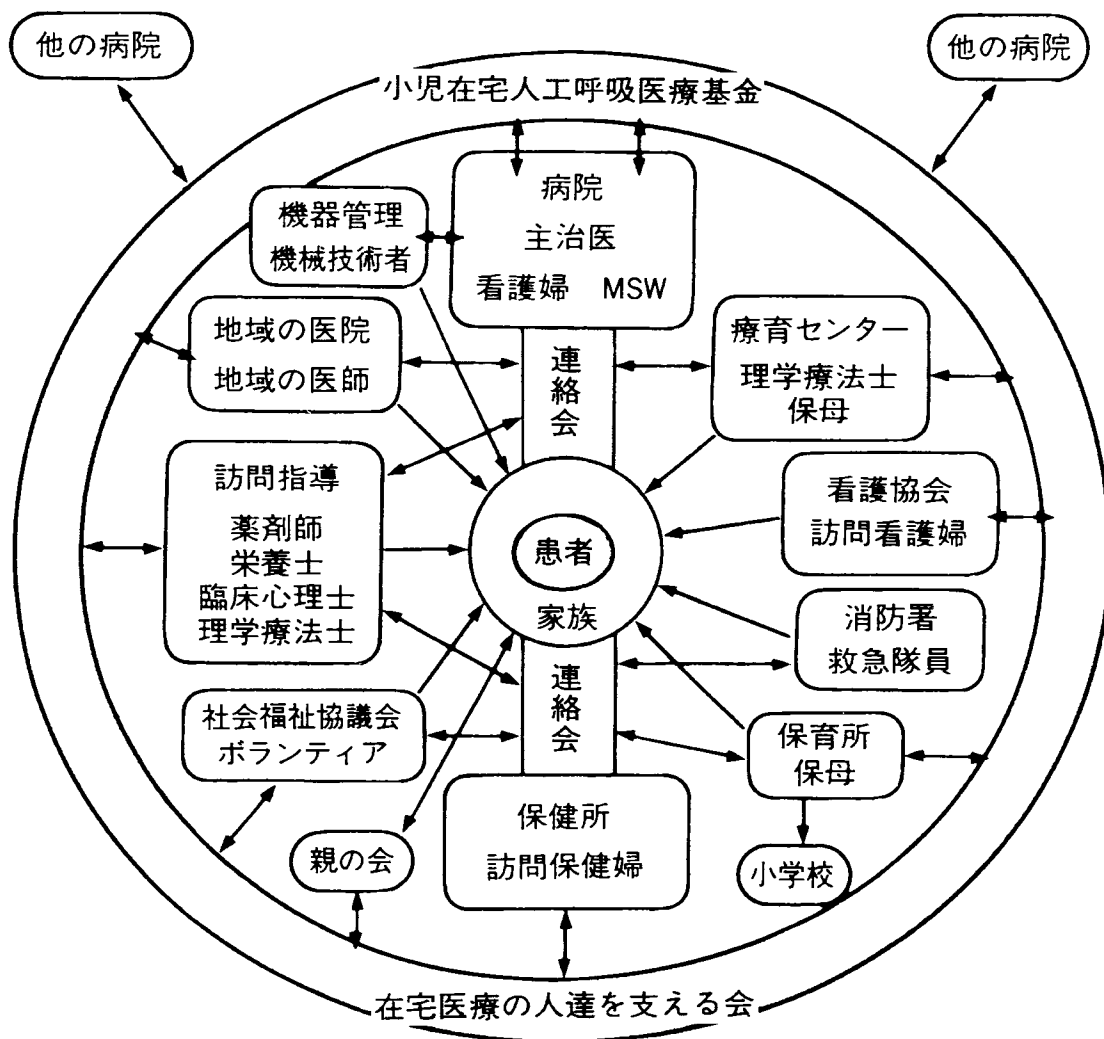
人工呼吸器を装着することで、やはりその心理的变化を十分に理解しなくてはならない。心の成長も注意しながら経過を観察することが必要である。またご両親の心のケアも大切である。身長・体重等の身体の発育に関してもそれぞれの患者別に評価をしていかなければならない。寝たきりの場合には特に肥満には気をつけてほしい。必要カロリーも落としていかなければならない。肥満になると

なかなか減量するのは大変だし、日常的ケアでも30kgを境に一人でケアできるかできないかが決まってくる。

6. 呼吸機能の評価

呼吸機能の評価は呼吸機能検査を行ったほうが良いかもしれないが、呼吸器をつけている小児の呼吸器を評価するのは小児の呼吸機能を専門に行っていなければできないので、現状では簡単には行えない。現実的にはパルスオキシメーター等で酸素化を評価し、ときどきの血液ガスにて全体的な評価を行う。そうして人工呼吸器の条件を設定する。人工呼吸器の設定は、覚醒時と睡眠時はかなり違うので、睡眠時の条件に合わせた方が良いと思われる。在宅では呼吸器の条件が簡単に変更できないので、睡眠時の条件に合わせる。

7. 在宅呼吸療法を支えるシステム (図1)



医療・保健からの支援

～役に立つ情報～

養護施設におけるMRSA (メチシリン耐性ブドウ球菌) 保菌者について

MRSAは、常在菌のブドウ球菌の一種であり、抗生剤を汎用する病院以外では大きな問題にはならない。介護者の手指を介する接触感染が主な経路であり、介護者の手洗い励行が重要である。文献的にみても特別養護老人ホームでのMRSA保菌者からのMRSA感染の蔓延は否定されている。在宅医療でのMRSAの感染症の家庭での蔓延も否定されている。一人のMRSA保菌者の為に大流行となったデータもない。このようにデータも、理論に反しMRSA保菌者を完全隔離して、障害児施設が受け入れを拒否して行くことは、果たして正しいのか。管理者は真剣に考えてほしい。

もし保菌者の出校停止の処分を学校側が決めるのなら、教育現場にはMRSA保菌者がいてはいけないこととなる。その為にはMRSAの培養検査を教師を含め全員を検査すべきである。既存の保菌者一人の検査ではなく学校全員に実行すべきである。教師が保菌者であれば、除菌を行い除菌できなければ教職を失うこととなる。このような非常識が教育現場で許されることなのか、よく考えて欲しい。

現在、特別養護老人ホーム、老人保養施設、障害児（者）施設では、MRSA保菌者は、色々な部分で制限を設けられている。しかしこれは人権蹂躪であり、このような施設で差別を受けた保菌者は訴訟を起こしてもおかしくない。実際その差別を受けた患者の苦痛は計り知れない。養護学校ではMRSA保菌者は出校停止という法的根拠のない処分を受けている。関係者が無知の為にハンセン氏病患者が受けた悲惨な過去と同じことを繰り返そうとしている。

「稲松孝思：高齢者施設と感染対策、日本感染症学会編集、厚生省医薬安全局安全対策課編集協力改訂院内感染症対策テキスト、へるす出版pp179-186」に、MRSA対策についての的確に述べている。高齢者施設と障害児施設はなんら変わりないと思われる。是非関係者、特に施設長、校長は研究して欲しいと思われる。日本の管理者は、今までどおりに行っていれば、責任を問われたいと思っている。しかし今回は、文献的にも明白であり、勉強不足ではすまされない。公に責任を追及する必要がある。