南ユーカリ便り

ヒポクラテスの樹

平成25年秋発行
さくらホームクリニック
第10号

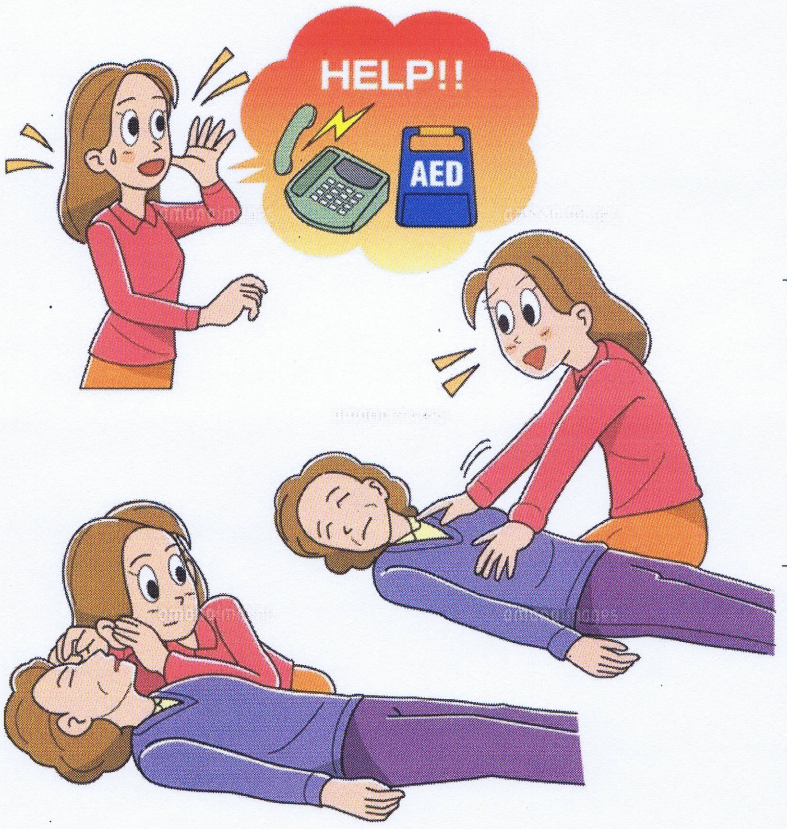
皆さんはAEDという言葉をご存知ですか。最近では町を歩けば至る所でこのサインが目に入ると思います。AEDというのは英語のAutomated External Defibrillatorの頭文字を三つ取ったもので、日本語に翻訳すると「自動・体外式・除細動器」です。AEDは、電極の付いた二つのパッドを裸の胸部で（体外ということになります）心臓を挟むように右胸の上部・鎖骨下と左胸の下部・脇下5cmから8cmの二つの場所に貼り自動的に心臓の状態を判断し、もし心室細動という不整脈（心臓が細かくブルブルと震えていて、血液を全身に十分送ることができない状態）を起こしていれば、一瞬にして強い電流を流して心臓にショックを与え（電気ショック・除細動）、心臓の状態を正常に戻す機能を持った小型の器械、除細動器です。

2011年には、一般市民がAEDを用いて電気ショックを行ったケースは1500件近くとなっています。ただ、電気ショックは心室細動であればいつでも成功するのではなく時間との戦いです。一分一秒でも早くAEDを使うことが重要で、その成功率は1分ごとに10%低下すると言われています。日本では、救急車の到着まで平均8分かかるとされており、そうすると意識を失って倒れてから8分経過した時の成功率は20%まで低下する恐れがあります。救急車が到着する前に意識消失者の近くにいる一般市民がAEDを使用して電気ショックをできるだけ早く行うことが大切になります。私は、昨年、日本医師会が日本医科大学千葉北総病院で開催した医師向けの二次救命処置の研修に参加し、人体の上半身のモデルを使って何度もこのAEDを操作してきました。AEDはスイッチをオンにすると音声が使い方を順に指示してくれるので、誰でもこの器械を使って救命することができます。空港、駅、学校、病院でも導入されており、この夏には当クリニックにも設置しました。

今日、日本ではAEDを用いた心肺蘇生法が広まっていますが、この心肺蘇生が世間で注目されることになったきっかけの一つは、何といっても1986年のバレーボール試合中の突然死でした。島根県松江市で行われていた女子実業団バレーボール「ダイエー対日立」の試合中、ダイエーのエースアタッカーのハイマン選手がベンチ前で突然倒れました。しかし、試合は中断されずハイマン選手は救命措置も受けずに担架で外に運び出されて、2日後に亡くなってしまいました。アメリカ出身のハイマン選手は、ロサンゼルスオリンピックで米国代表にも選ばれた世界有数のスター選手であり日本でも高い人気を誇っており、当時32歳の若さでした。このハイマン選手の悲劇は海外でも大きく取り上げられましたが、最も問題になったのは主催者側の対応でした。当時、すでに欧米では、「事故・急病の時は、救急車が来る前に、一般市民が心肺蘇生を施すのが当然」とされていたのに対し、日本では、心肺蘇生法の重要性がほとんど認識されていませんでした。今では周知のスポーツの心臓への負担や心肺蘇生の重要性をそれまで世間に強く訴えてこなかった政府や医学会の怠慢と日本の医療の貧困さに誰もが大きなショックを受けました。この事故をきっかけに、日本でも救命救急治療への積極的な取り組みが始まりました。

しかし、それから6年後、さらなる悲劇が起りました。2002年、（2枚目に続く）

カナダ大使館でスカッシュをしていた高円宮殿下が突然倒れ亡くなられました。47歳でした。ハイマン選手の時とは異なり、高円宮殿下は、倒れた時にすぐに心肺蘇生法を受け、救急車も早急に到着し、病院に運ばれて適切な治療を受けましたが助かりませんでした。倒れた時に心室細動を起こしており、直ぐにAEDで除細動をする必要があったのではないかと考えられています。この場合の直ぐとは、倒れて直ぐ、数分以内です。どんなに救急車が急いで駆けつけても、その現場にAEDがなければ誰も使えません。こうした悲劇に加え、アメリカ心臓協会（AHA：American Heart Association）が中心となって作成した救急蘇生の国際ガイドラインによりAEDの高い有効性が実証されたことなどから、AEDの重要性も世間にも広く知られるようになりました。それではAEDさえあれば大丈夫でしょうか。残念ながら違います。心肺蘇生には少なくとも心臓マッサージ（胸骨圧迫）とAEDが必要ですし、AEDは心室細動に対してしか反応しません。



それではどうすれば良いのでしょうか。日頃から基本的な応急手当の方法を身につけて下さい。必要なのは3つ、①119番通報とAEDの要請、②胸骨圧迫（心臓マッサージ）、③AEDでの電気ショックです。先ず救急車を呼ぶことが大切ですが、救急車を待っていては遅すぎます。心停止の際の応急処置は「秒」を争います。一刻も早く救命処置を始めないと、助かる可能性がどんどん低下していきます。行動を起こすことを恐れないで下さい。仮に心停止でなかったとしても、胸骨圧迫によって、状態が悪化することはありません。AEDには、診断機能がついていて、必要のないときに電気ショックを与えてしまうこともありません。倒れた人に反応がなかったら、恐れずに行動を開始してください。私はこれまでクリニックの外で二回意識消失者に遭遇しました。最初はJR津田沼駅のホームで若い女性が意識を失い倒れました。次は京成ユーカリが丘駅近くにあるスポーツジムでトレーニング中の若い男性が意識を失い倒れました。幸い両者とも低血圧発作のようでしばらく安静にしていると回復し、その後、念のために救急車で病院へ搬送されました。従って医療機関の外では私はまだ一度もAEDを使ったことがありません。しかし、将来その機会があれば「DO IT」を心がけます。皆さんも「DO IT」の精神でお願いします。

（近藤　精二）

パーソンセンタードケア

今回は、認知症ケアの方法として、前回紹介したバリデーションと並び称されることの多い、パーソンセンタードケアについてです。パーソンセンタードケアは、イギリス人のトム・キットウッドによって提唱された考え方です。それまでの認知症の病気そのものを治療することを主体としたケアの方法ではなく、認知症を持つ人の視点に立ったケアが重要であるという考え方と実践です。キットウッドは、1937年にイギリスで生まれ、ケンブリッジ大学で自然科学を専攻し、卒業後、イギリスやウガンダで（3枚目に続く）

化学の教師として働き、また宗教や軍隊にも従事した期間があります。その後、さらに心理学と社会学を学び、１９９２年にブラッドフォードという地名の町で、「ブラッドフォード認知症グループ」という組織を設立しました。この組織は、「自分が受けたいケアを他人に提供する」というパーソンセンタードな考えに基づいています。

キットウッドは数々の著書を記し、「認知症ケアマッピング」と呼ばれる手法を確立し、紹介すると共にトレーニングセッションを開催し、パーソンセンタードケアを世界中に広めました。

認知症を持つ人たち、特に不穏や徘徊など問題行動のある人たちは、それまでは、強い抗精神薬を使われたり、逆に無視されて物として扱われたりすることが多々ありました。キットウッドは、「すべての人間には絶対的な価値があると認識すること」と、「認知症を持つ人々が他の人々との関わりを持ちながら満足して生きるためのケアをすること」が重要だと説いています。具体的には、それぞれの人の生きてきた背景や性格、趣味や仕事、そして人との関わり方を明らかにして適切に対応することによって、より質の高いケアができる、ということです。

例えば、物静かなAさんは、認知症の進行とともにほとんど話をしなくなり、引きこもってしまうようになっていました。そこでケアワーカーは、Aさんやその奥さんから過去のできごとや仕事や趣味などの話を聞いたり、家族写真のアルバムをひもとき、Aさんのこれまでの年代記を明らかにしました。そして、Aさんと一緒に写真を見ながら話をしたり、好きなギター音楽を聞かせたりして、より親密な良い関係を築くことができ、Aさんも、誰にも理解されず孤独に陥ってしまうのではなく、次第に人に心を開き、穏やかな生活を送れるようになりました。

また、細かく几帳面で英国紳士風のB氏は、急に場所や人の認識ができなくなり、家族の顔も分からなくなり、怒りっぽくなってしまいました。施設にいても、自分が良く通っていたゴルフクラブかホテルに滞在していると思い込んでおり、礼儀正しい接し方をされないと診察拒否や服薬拒否をして、外へ出て行こうとしました。しかし、ていねいに接すると協力的な態度になり、マネージャーから「特別に用意された」と渡された薬は喜んで飲むようになりました。

キットウッドは、このように質の高いケアによって良い成果が得られる、とパーソンセンタードケアを広めました。実際にケアをする人々が、ひとりひとりの高齢者の生活史を明らかにして対応するのは大変ですが、キットウッドの提唱する「質の高いケア」の概念は心に留めておく価値があると思います。

近藤靖子