

伝えたい！
在宅医だから

5快適にすすむ在宅介護の秘訣を

長尾和宏の

第5回
いまさら聞けない！
介護職に必要な
「発熱の知識」



執筆▶長尾和宏
医学博士。長尾クリニック院長。
公益財団法人 日本尊厳死協会
副理事長、関西国際大学客員教授。
日本慢性期医療協会理事他。
ベストセラー『平穏死10の条件』など著書多数。



介護職の発熱コールは 在宅医療家族の10倍以上

当院は約500人の在宅患者さんを診ています。その内訳は自宅が7割で施設が3割。しかし時間外の発熱コールのほとんどは介護職員やケアマネジャーからです。自宅で介護しているご家族からの発熱コールはほとんどありません。さらに介護職員からの発熱コールの頻度は介護家族の10倍以上に及びます。中には36.7度くらいの微熱で午前3時に電話をしてくる介護職もいます。コロナ禍で過敏になっているせいもあるのでしょうか。極論すれば私の携帯電話が時間外に鳴るのはそのほとんどが介護職員からの発熱コールであり、その

都度、介護職員に発熱対応について話すことになります。でも、これは仕方がないこと。介護職員が発熱についてちゃんとした教育を受けていないからでしょう。

今回は、「いまさら聞けない介護職に必要な発熱の知識」という題で書きます。これまでいろんな文章を書いてきましたが、このような「発熱に関するそもそも話」は初めてです。

発熱はウイルスの増殖を 阻止するシステム

医学の歴史を振り返ると発熱は悪しきもの、超自然的な現象、治療すべき問題だと考えられてきました。医者が、発汗や嘔吐や瀉血（血を抜く）などの恐ろしい手段で熱を下げよ

うとしていた時代もありました。しかし現在は、発熱そのものは「病気」ではなく「生体反応」であると考えます。

感染症であれば、発熱は病原体が体内の細胞に侵入した結果です。微生物に感染すると警察官のような自然免疫システムが体内で発動して病原体を攻撃します。その際に他の警察官も呼び寄せて病原体を殺そうという物質（インターフェロンなど）が放出されます。その結果が発熱なのです。

体温を1度上げるには、代謝を10～12%上げなくてはいけません。体温が40～41度まで上昇するとウイルスの複製率は200分の1にまで低下します。そこまでくれば闘いに勝ったも同然。すなわち発熱は「ウイルスが来たぞ、みんな集まって自然免疫でやっつけろ！」というサイレンのようなものです。生体は体温を上げてウイルスの増殖を阻止して殺そうとするのです。これは人間だけではなく、爬虫類、魚類、昆虫などの冷血動物も同じです。驚くべきことにマメ科の植物の葉も真菌に感染すると温度を上昇させて反応します。実は人間のがんに対する免疫システムも同様なのです。

したがって発熱自体は病気ではなく、微生物やがんなどの異物に対する反応と捉えることが大切です。医

師は、発熱自体では死なないことを知っているので、発熱の原因を推定します。しかし介護職はなぜか「発熱=悪」と刷り込まれているようなので、「熱で死にやしないか」と心配して医師や看護師に電話して解熱剤の指示を仰ぐのです。

「ロキソニン」や「ボルタレン」は厳禁 解熱剤は回復を遅らせる

ウイルス感染に解熱剤を使う意味を考えたことがあるでしょうか？「そんなの当たり前」、では全くありません。実はその真逆で「一番やってはいけないこと」なのです。ウイルス感染ならば、せっかく警察官が敵（ウイルスや細菌やがん細胞）と闘っているのにそれに水を差す行為なのです。なぜか？

解熱剤を使うと、感染症からの回復が大幅に遅れます。1日で治る風邪が3日もかかります。あるいは自然治癒するはずだったインフルの死亡率を格段に高めます。小児科領域ではインフルの発熱に「ロキソニン（ロキソプロフェン）」や「ボルタレン（ジクロフェナク）」（これらは非ステロイド性炎症薬=NSAIDsと呼ばれます）の使用は厳禁です。もし使用して子どもが亡くなり医師が訴えられたら100%負けます。

しかし、高齢者医療の現場では、なぜか「ロキソニン」や「ボルタレン」などが使われることが時々あります。かくいう私も午前3時に介護職員から「38度の熱發ですが、手持ちのロキ

介護職が知っておくべき 「発熱」の基礎知識

1. 発熱自体は病気ではない。発熱では死がない。
2. 解熱剤は感染症からの回復を大幅に遅らせる。
インフルエンザなら死亡率が高まる。
3. 「ロキソニン」や「ボルタレン」（NSAIDs）の使用は厳禁。
4. 「カロナール」は期間限定で使用可能だが、「カロナール」もコロナ感染者の死亡率を数倍上げる。
5. 高熱が心配なら薬ではなく氷袋で額と脇の下を冷やす。
6. 発熱に一喜一憂しない。熱は勝手に下がるので、下がるまで「待つ」。
7. 発熱の意味を知り、その先にあるものを推定する。

ソニンを飲ませてもいいですか？」と電話がかかってきたら、睡魔に負けて「いいですよ……」と答えてしまうことを正直に告白しないといけません。しかし翌朝、必ず「ああ、俺はいけないことをした……」と自己嫌悪に陥ります。ちなみに新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）においては、ロキソニンの使用は死亡率を何十倍も高めることができます。

「カロナール」は期間限定 上がった熱は自然に下がる

それでも発熱が気になって仕方がない人はせめて「カロナール（アセトアミノフェン）」を使いましょう。ただし、39度以上の高熱のときだけに留め、使うとしても1回だけの頓服です。もしも諸般の事情で1日3回飲ませるとしても数日以内に留めてください。使つてもいいけれどあくまで期間限定で

す。なぜなら厳密には「カロナール」も、熱を下げる薬ですから、病原体との闘いを不利にするからです。「カロナール」もNSAIDsほどではありませんが、コロナ感染者の死亡率を数倍上げるのです。

「ええ？ 38度も熱が出てるのに薬も使わないで、ただ様子を見るの？ 私にはできなーい」という声が聞こえてきそうです。大丈夫。心配なら薬ではなく、氷袋で額と脇の下を冷やしてください。血流が豊富で体表に近い場所だからです。

しかし、冷やさなくとも熱は勝手に下がります。上がったものは必ず下がる。それだけのことですが、発熱の知識が無いと、下がるまで「待つ」ことができません。「待つ」ことは勇気です。その勇気が持てず、医師に電話して薬を飲ませることで「ああ仕事をした」と安心できる……。それは單

なる自己満足であり、患者には明らかな「不利益」をもたらしていることを、本稿を読まれた介護職員はもうおわかりですね。

当たり前ですが多くの医者は上記のことを知っています。看護師には知っている人と知らない人がいます。しかし説明が面倒くさいので「〇〇を飲ませといて」とやってしまうのです。大昔のクセが30～40年経っても残っている医師や看護師もいます。私も大昔、カルテの指示欄に「38.5度以上発熱時はボルタレン座薬50mg」と書いていました。あのころは無知だったので、今、それを思い出したら懺悔の念が湧き、穴があいたら入りたいぐらい恥ずかしい気持ちになります。

悪寒戦慄を「けいれん」と間違えるな 熱がウイルス感染の重症化を防ぐ

インフルエンザウイルスに感染し、36.0度の体温が1時間後に39.0度まで上がるでしょう。1時間で3度も体温が上がることは、生体にとっては代謝が5割上がるということで、自動車に例えるなら時速300kmで暴走するような超緊急事態。体はガタガタ震えます。医学的には「悪寒戦慄」と言いますが、多くの介護職員は「けいれん」や「てんかん」と表現して慌てて電話をくれます。私は、「1時間後には39度まで上がります。いま、寒い寒いと言っているはずなので、布団をかけて体温が上がりきるまで待って下さい」と指示します。しかし、中には「ロキソニンを飲ませるかボルタレン座薬を入れたらダメですか？」と聞いてくる介護職員がいます。看護師が問うてくることもあります。

でも、それは「非常にもったいない！」ことなのです。せっかく体中の警察官（自然免疫を担当する細胞）を総動員して体温を上げて微生物を排除しようとしているのに、医療が治癒を遅らせ重症化させてしまう、本当はいけない行為なのです。しっかり39度まで上げることで闘いを短期決戦で終わらせたいのに、それを邪魔しているようなもの。つまり真逆なのです。しかし、これも説明が面倒くさいので「ああ、それでいいよ」と答えた後に一人、後悔することがあります。多くの悪行の懺悔のために、恥を忍んでこの文章を書いているわけですが……。

私は6才くらいのころ、高熱にうなされた夜がありました。「寒い、寒い」と泣きわめいたとき、祖母が「布団をかぶって熱が上がりきるまで我慢ね」と言ったのを覚えています。その予言通り1時間後には熱がピークに達したのか震えは止まり、気が付けば下着は汗でビショビショになり、着替えさせてもらいました。気分が落ち込んでいるところで冷たいジュースが差し出され、ゴクゴクおいしく飲んだことを覚えています。今風に言うなら「脱水予防のための経口補水療法」ですね。昔の人は偉かったです。発熱の意味と対処法は、超高齢者のほうが経験で知っています。しかしそんな知恵を介護職員が教わる機会が失われています。

熱を下げることではなく、 熱の原因の探索が大切

医療者は発熱を生体反応と捉え、自然解熱が一番有利であることを

知っています。同時に、「これはなんの熱やろか？」と考えます。高齢者の場合、肺炎か腎孟炎か胆囊炎のどれかであることが経験的に多いです。肺炎であれば聴診器やレントゲンで確認します。腎孟炎なら検尿で、胆囊炎なら腹部エコーで確認します。つまり発熱の原因を「診断」し、その診断に基づいて「治療」を考えます。

難しく言えば、医学とは診断学と治療学です。肺炎と診断したなら呼吸器に効く抗生剤を、腎孟炎なら尿路系に効く抗生剤を年齢や体重や腎機能などを考慮しながら選びます。また採血して白血球（正常値4000～8000）とCRP（正常値はゼロ）などの炎症反応を調べます。白血球は発症数時間以内に上昇しますが、CRPの上昇は1日くらい遅れることを勘案して炎症の程度を推定します。例えばCRPが20もあったり、白血球が2万もあれば「重症感染症やな、入院加療したほうがいいのやろうか」と考えてご家族とよく相談します。

介護職員の皆さんも発熱に一喜一憂するのではなく、発熱の意味を知り、その先にあるものを一緒に推定できたらいいですよね。同じ肺炎でも、施設で加療する人もいれば入院する人もいますが、多くは家族との話し合いで決まります。「これは施設でいいな」と私が思っても、家族が「いや、大事を取って病院に」と言われるときは、介護職員の意見も聞きたい場合があります。以上、発熱に関する余談でした。

……くれぐれもここだけの話にしてくださいね。

変わりゆく時代のケアマネジャー応援誌

2020年8月30日発行(毎月30日発行) 第31巻第9号 通巻349号
1995年3月14日第三種郵便物認可

月刊 ケアマネジメント

9月号

特集

第一章 地域共生社会への



特別企画

尊厳にかかる排せつケア

好評連載

長尾和宏の在宅医だから伝えたい
「介護職に必要な『発熱の知識』」