

The Osaka
Medical Research
Foundation
for Incurable Diseases

2003年度 難病セミナー

2003年8月7日(木)
会場：大阪府立病院

- 特定疾患治療研究事業改正について
- 褥瘡ケアについて
- 在宅医として地域ケア関係者に望むこと



主催：大阪難病医療情報センター
共催：財団法人大阪難病研究財団

目次

特定疾患治療研究事業改正について	4
大阪府健康福祉部 地域保健福祉室 感染症・難病対策課 難病対策グループ 総括主査	遠山光彦
褥瘡ケアについて	8
箕面市立病院 看護師	石上佐恵
在宅医として地域ケア関係者に望むこと	18
医療法人出水クリニック 院長	出水明
難病情報データベースのご案内	27

ごあいさつ

経済情勢の変革の中、医療制度に対する政府の方針も非常に厳しくなっています。その流れを受け、昭和47年に国の要綱が制定されて以降、非常に高遠な思想で進められてきた特定疾患に対する対策が、ここに来て見直しされつつあるわけです。

大阪府でも48年の要綱制定以来、様々な取り組みがなされ、現在の厳しい実情についてご説明をいただきました。また、難病に関する医学研究の進歩の一方で、まだまだ患者さんのニーズに応えられない実態があります。そうしたギャップを埋めるべく、難病患者さんの在宅医療を支える上で直面する様々な問題点を実務レベルでご紹介させていただきました。

一方、様々な制度の見直しの中で、「専創ケア」を取り上げました。昨年からは、褥瘡対策を病院でとることが保険処理上必須となり、そうした現場の声を、第一線で活躍されている看護師の方にお話をお願いしました。

制度の実情を単に知識を得るだけでなく、専門家の方が現場でどのような工夫をされているか、などを学び、今後の診療にお役立てけることと思います。

ここに、講演内容をまとめ報告いたします。皆様方の日常の活動に少しでもお役に立ていただければ幸いに存じます。

最後になりますが、今回のセミナーにご尽力いただきました大阪難病研究財団にお礼を申し上げますとともに、今後のますますのご支援をお願いいたしまして、ご挨拶いたします。

大阪難病医療情報センター

センター長 狭間敬憲

ごあいさつ

財団法人大阪難病研究財団は、大阪府域における難病の医療水準の向上と難病患者の在宅医療の推進に寄与することを目的として、平成7年に設立され、以来、府下における難病に関する調査研究、研究助成、情報提供、啓発等の事業を行うことで、難病医療や難病患者の支援の充実を図って参りました。

そうした事業の一環として共催いたしております「難病セミナー」は、難病患者さんを支える医療・介護の現場で抱えるさまざまな問題について最新の情報を提供いたしております。こうした地道な努力を積み重ねている難病研究者への助成と、専門的な研究、さらには難病患者に対する良質なケアについての研究を進め、難病患者が在宅で安心して療養できる環境を整えていくことが大切だと考えています。今回は特定疾患治療研究事業に対する改正について、また、地域医療としての在宅ケア、および現在非常に注目されている専創ケアについて等、現場からの最新情報をご講演いただきました。

その貴重なご講演内容を、より多くの関係者の方にご覧いただきたく、ここに報告書をまとめさせていただきました。難病治療に携わっておられる方のお役に立てれば幸いです。

また、当財団のホームページ「難病データベース (<http://www.nanbyo.or.jp/>)」にも情報を掲載しております。

最後に、大阪難病医療情報センターをはじめ、ご講演下さいました先生方、関係者の方々に心よりお礼申し上げます。

財団法人大阪難病研究財団

理事長 籾本 秀雄

特定疾患治療研究事業改正について

大阪府健康福祉部 地域保健福祉室
 感染症・難病対策課 難病対策グループ 総括主査

遠山光彦



はじめに

大阪府の特定疾患医療費援助事業は、国の「特定疾患治療研究事業」に基づき実施されています。国では、平成14年8月の厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会中間報告を踏まえ、難病対策を総合的に推進するため、その一環として、「特定疾患治療研究事業」が平成15年10月に改正されました。これは、他の難治性疾患や障害者医療との公平性の観点も踏まえ、低所得者への配慮など所得と治療状況に応じた段階的な一部自己負担及び事業評価の導入による制度の適正化と安定化を図るために実施されました。

各方面へのご周知をお願いいたします。

主な改正の内容

患者一部自己負担限度額の改正

患者さんの一部自己負担制度は平成10年5月に導入され、通院の場合、1医療機関あたり受診1回につき1,000円を限度として1ヶ月2回までを自己負担していただいておりますが、今回の改正により、患者さんの生計を主に立てている方（生計中心者）の所得税額等により、月額自己負担限度額が決まります。（図1）

なお、生計中心者の住民税（市・府民税）が非課税の場合は、自己負担額が0円となり、全額を公費負担します。それ以外の方は、生計中心者の所得税額の該当する区分に示した限度額が自己負担限度額になります。ただし、生計中心者が患者さん本人であ

各医療保険又は老人保健の患者負担分が一部自己負担となる方は医療機関で受診の際、次の自己負担が必要となります。

階層区分		A	B	C	D	E	F	G
		生計中心者の市町村民税が非課税の場合	生計中心者の前年の所得税が非課税の場合	生計中心者の前年の所得税課税年額が10,000円以下の場合	生計中心者の前年の所得税課税年額が10,001円以上30,000円以下の場合	生計中心者の前年の所得税課税年額が30,001円以上80,000円以下の場合	生計中心者の前年の所得税課税年額が80,001円以上140,000円以下の場合	生計中心者の前年の所得税課税年額が140,001円以上の場合
額 自 対 象 者 別 の 額 月 部	入院	0	4,500	6,900	8,500	11,000	18,700	23,100
	外来等	0	2,250	3,450	4,250	5,500	9,350	11,550
	生計中心者が患者本人の場合	0	対象患者が生計中心者であるときは、上欄により算出した額の1/2に該当する額をもって自己負担限度額とする。					

- (1) 入院患者の自己負担限度額は、医療費と食事療養費を含めるとなります。
- (2) 訪問看護、院外処方による調剤薬局での薬剤費については、一部負担は生じません。

図1

る場合、その限度額の2分の1に、また、同一生計に患者さんが2人以上おられる場合、2人目以降の方の自己負担は表の10分の1に軽減されます。

生計中心者の決定方法

生計中心者とは、患者さんの生計を主に立てている方で、単に世帯で一番収入の多い人が生計中心者というわけではありません。健康保険等の扶養状況、所得税・住民税等の扶養控除の対象であるかどうか等を総合的に勘案して生計中心者を決定します。なお、その確認は、申請時に添付していただく住民票等で行います。

階層区分について

階層区分Aは、生計中心者の住民税（府・市民税）が非課税の方で、提出書類は、住民税の非課税証明が必要です。それ以外の方は、生計中心者の所得税額によりB～Gに分けられます。

注意すべき点は、生計中心者の所得税額が0円であっても、住民税の非課税証明がないとBに区分されてしまいますので、生計中心者の住民税が非課税であるかどうかの確認をお願いします。

「軽快者」の設定

「軽快者」とは、治療の結果、症状が改善し、経過観察等一定の通院管理の下で著しい制限を受けることなく就労等を含む日常生活を営むことができると判断された方と定義されており、「特定疾患登録者証」が交付されます。1年以上疾患特有の治療をしていない場合は、この「軽快者」である可能性があります。

なお、「軽快者」は、あくまでも「治療研究事業に参加をしていただいた結果、軽快となった方」が対象となり、新規申請の場合には「軽快者」という概念はありません。あくまでも更新申請時に認定される制度です。

特定疾患医療受給者証の有効期間

今回の改正より、10月1日から翌年9月30日までの1年間が有効期間となります。

なお、「難治性の肝炎のうち劇症肝炎」及び「重症急性膵炎」については、従来どおり申請日から6ヶ月です。

臨床調査個人票について

臨床調査個人票は、今回の改正により、毎年提出となります。

医療機関等から、臨床調査個人票に患者さんの姓名、生年月日、受給者証の当初の交付年月日、最初の受診年月日の欄すべてを記入しないといけないのか質問が多く寄せられていますが、ご承知の内容のみを記入し、わからない部分は空白にさせていただくようお願いいたします。

特定疾患医療費援助事業の申請に関する書類について（図2）

住民票及び生計中心者の所得に関する必要書類の中で、スモン、プリオン病、難治性の肝炎のうち劇症肝炎、及び重症急性膵炎の申請には省略できる書類があります。重症患者の申請では、特定疾患で認められた病名に起因するものに限り、身障手帳1・2級若しくは障害年金証書1級で重症申請される場合にも、省略できる書類があります。一覧表で確認してください。

医療費の対象となっている特定疾患について（図3）

疾患数は9月までと同じ45疾患ですが、10月1日から、「進行性核上性麻痺」と「大脳皮質基底核変性症」が新たに対象となり、この2疾患と従来の「パーキンソン病」が整理統合され、20番は「パーキンソン病関連疾患」となります。

また、従前「脊髄小脳変性症」で対象になっていた「線条体黒質変性症」、「オリブ橋小脳萎縮症」と「シャイ・ドレーガー症候群」が整理統合され、27番は「多系統萎縮症」となります。つきましては、脊髄小脳変性症の患者さんには、更新手続きの案内に、「脊髄小脳変性症」と「多系統萎縮症」の2種類の臨床調査個人票を送付しています。

27番の「多系統萎縮症」に統合された2疾患は、「多系統萎縮症」の臨床調査個人票で審査しますので「脊髄小脳変性症」の臨床調査個人票を提出していた方は、提出し直していただくように周知をお願いします。

ご質問、詳細等は感染症難病対策課の難病対策グループまでお問い合わせください(06-6941-0351 代表)。

【申請に必要な書類】	
一般申請	
ア．特定疾患医療受給者証交付申請書	
イ．臨床調査個人票	
ウ．臨床調査個人票の研究利用についての同意書	
エ．生計中心者の所得に関する状況を確認できる書類 (前年分)	(前年分)
(1) 源泉徴収票(確定申告をしないサラリーマン及び年金受給者等)	(1) 源泉徴収票(確定申告をしないサラリーマン及び年金受給者等)
(2) 確定申告書の写し又は納税証明書(確定申告をした自営業者等)	(2) 確定申告書の写し又は納税証明書(確定申告をした自営業者等)
(3) 非課税証明書(市町村民税非課税の方は市町村民税非課税証明書のみで可)	(3) 非課税証明書(市町村民税非課税の方は市町村民税非課税証明書のみで可)
オ．世帯全体の住民票(次回申請までに変更がなければ、次回は、家族調書の提出)又は外国人登録原票記載事項証明書。 世帯外に患者を扶養する者がいる場合は、その扶養関係が確認できるもの(健康保険証の写し又は申立書等)。	オ．世帯全体の住民票(次回申請までに変更がなければ、次回は、家族調書の提出)又は外国人登録原票記載事項証明書。 世帯外に患者を扶養する者がいる場合は、その扶養関係が確認できるもの(健康保険証の写し又は申立書等)。
カ．健康保険証(保健所で提示)	カ．重症患者認定申請書 ・重症患者認定申請書及び診断書(別紙様式)又は障害年金証書1級、身障手帳1・2級(特定疾患で認められた病名に起因するものに限る)の写し ただし、障害年金証書1級、身障手帳1・2級(特定疾患で認められた病名に起因するものに限る)の写しを提出される方は、(エ)(オ)の書類が不要です。
キ．特定疾患医療受給者証(継続申請のみ必要)	キ．健康保険証(保健所で提示)
重症患者申請	ク．特定疾患医療受給者証(継続申請のみ必要) ただし、スモン、プリオン病、難治性の肝炎のうち劇症肝炎、及び重症急性膵炎の申請については(エ)(オ)(カ)の書類が不要です。
ア．特定疾患医療受給者証交付申請書	
イ．臨床調査個人票	
ウ．臨床調査個人票の研究利用についての同意書	
エ．生計中心者の所得に関する状況を確認できる書類	

図2

【医療費の対象となっている特定疾患】		
1. ベーチェット病	20. パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病)	32. 重症急性膵炎
2. 多発性硬化症	21. アミロイドーシス(免疫グロブリン性、家族性、老人性TTR型)	33. 特発性大腿骨頭壊死症
3. 重症筋無力症	22. 後縦靭帯骨化症	34. 混合性結合組織病
4. 全身性エリテマトーデス	23. ハンチントン病	35. 原発性免疫不全症候群
5. スモン	24. モヤマヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)	36. 特発性間質性肺炎(重症度分類 度以上)
6. 再生不良性貧血	25. ウェゲナー肉芽腫症	37. 網膜色素変性症(重症度分類 度以上)
7. サルコイドーシス	26. 特発性拡張型(うっ血型)心筋症	38. プリオン病
8. 筋萎縮性側索硬化症	27. 多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)	39. 原発性肺高血圧症
9. 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎	28. 表皮水疱症(接合型及び栄養障害型)	40. 神経線維腫症(型については重症度分類 Stage4・5が対象)
10. 特発性血小板減少性紫斑病	29. 膿疱性乾癬	41. 亜急性硬化性全脳炎
11. 結節性動脈周囲炎	30. 広範脊柱管狭窄症(生活機能障害度 度以上)	42. バッド・キアリ(Budd-Chiari)症候群
12. 潰瘍性大腸炎	31. 原発性胆汁性肝硬変(症候性)	43. 特発性慢性肺血栓栓症(肺高血圧型)
13. 大動脈炎症候群		44. ライソゾーム病(ファブリー病含む)
14. ビュルガー病		45. 副腎白質ジストロフィー
15. 天疱瘡		
16. 脊髄小脳変性症		
17. クローン病		
18. 難治性の肝炎のうち劇症肝炎		
19. 悪性関節リウマチ		

図3

Q & A

Q

パーキンソン病とシャイ・ドレーガー症候群は、40歳から介護保険適用になっていました。今回の多系統萎縮症、パーキンソン病関連疾患も介護保険の適用になりますか。

A

厚生労働省と介護保険の関係者で調整の結果、介護保険で請求できるようです。

Q

軽快者の医療費は公費負担の対象外になりますが、悪化したときには、その時点で一から再申請するのですか。

A

そうです。主治医が増悪と認めた時期から約1カ月以内に、登録者証を添えて、新規申請時に必要な書類をそろえて申請します。ただし、登録者証の発行から1年以内であれば、昨年度の所得証明等、直前の更新手続き時に提出されたものと内容が変わらないものは省略できます。基本的には新規申請と同じ審査が行われます。

Q

軽快者の登録者証のメリットは何ですか。

A

登録者証をお持ちの方で増悪と認められた時点から約1カ月以内であれば医療費の援助対象を遡及することができます。また、登録者証をお持ちの方は、公費負担の対象外ですが、国の治療研究事業に参加いただいておりますことから居宅生活支援事業等の福祉制度の対象になります。

Q

軽快者の病状が悪化した場合、臨床調査個人票を提出して再度審査を受けた結果、承認されないことはありますか。

A

認定基準を満たさない場合は不承認になります。申請されるということは、主治医が登録時点より増悪し、認定基準を満たすと判断されたものだと考えています。

Q

非常に膨大な項目を記載しないといけない臨床調査個人票を、今年から年1回提出することになります。例えば神経難病の通院さえかなり難しい患者さんがMRI検査では30分ほど検査台に乗らなければならない、あるいは消化器系の難病患者さんに非常に侵襲性のある内視鏡をしないといけないのは大きな負担です。1年に1回行うことの意味はあるのですか。これは都道府県段階で変えることができますか。

A

臨床調査個人票は、国の治療研究事業に基づくもので、国が様式を示されており、全国で統一されたものを使用すべきで、一都道府県での変更は困難と考えます。

また、患者さんの負担になる検査に今後どう対処していくかは、大阪府の特定疾患対策協議会等の意見もお聴きしながら、国に伝えていきたいと考えています。記載内容に関しては、検査結果がでるものは、記載していただき、検査の必要なく診断に至った経過等は、主治医からその旨のコメントを記載していただきたいと思います。

褥瘡ケアについて

箕面市立病院 看護師

石上 佐恵

プロフィール

1993年3月回生看護学院卒業、4月から大阪回生病院の手術室に勤務。1996年4月から大阪府保健医療財団新千里病院内科病棟に、1998年3月から外科病棟に勤務。2002年3月同病院を退職。2003年3月に日本看護協会看護研修学校、認定看護師教育専門課程WOC看護学科を卒業。7月第9回WOC認定看護師認定審査に合格。2003年2月から箕面市立病院外科脳外科病棟に勤務。



はじめに

褥瘡は、一定の部位に一定以上の圧力が一定時間以上加わり続けることによって、その局所皮膚の血流が途絶え、阻血性壊死が生じて発症する皮膚潰瘍です。しかし、褥瘡の発症・その予後を左右するものには、この圧迫だけでなく、局所的要因には、摩擦やずれ、失禁や湿潤。全身的要因では、低栄養、若いそう、加齢、基礎疾患など。社会的要因には介護のマンパワー不足、経済的問題、情報不足などがあげられます。そのため褥瘡予防や、褥瘡治癒には、多方面からアセスメントを行い、環境を整える必要があります。今回は、その中の創傷ケアについてお話しさせていただきます。

1. 皮膚の構造 (図1)

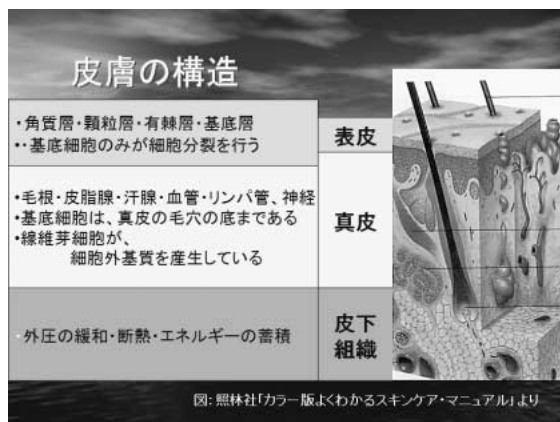


図1

皮膚は、表皮、真皮、皮下組織の3層で構成されています。

・表皮

外界に接する角質層の下に、顆粒層、有棘層、基底層があります。基底層の基底細胞のみが細胞分裂を行い、細胞を新生し、有棘層 顆粒層 角質層へと押し上げて行きます。

・真皮

真皮には、毛根、皮脂腺、汗腺、血管、リンパ管、神経が集合しています。真皮は、弾力性と柔軟性をもち、生体内部を保護しています。真皮の構成成分である膠原線維や弾力線維、細胞外基質は、線維芽細胞で合成されます。線維芽細胞とは、褥瘡で欠損した組織を埋める肉芽の合成に、大きく影響しています。

・皮下組織

主に脂肪組織から成り、外圧の緩和、断熱、エネルギーの蓄積をします。

2. 再生治癒と癒痕治癒

創傷の治癒は、欠損した部位によって再生と修復(癒痕治療)という2つの異なった過程をたどります。

(1) 再生治癒

真皮浅層までの創では、創底部にも毛包や汗腺周囲に基底細胞が残っています。この創底部に残っている基底細胞と、創辺縁の基底細胞との両方からの上皮化のみで創は治癒します。毛根なども修復され、肉芽形成による癒痕や傷跡も残りません。

(2) 癒痕治癒

癒痕治癒とは修復のことです。真皮深層以下の創では、欠損した部位に肉芽が形成され、その上に創辺縁の基底細胞による上皮化が加わり、癒痕治癒します。癒痕治癒では、毛根などの付属器は再生されず、肉芽形成による癒痕や傷跡が残ります。

3. 褥瘡の深達度分類 (NPUAP分類)

(図2-1, 2-2)

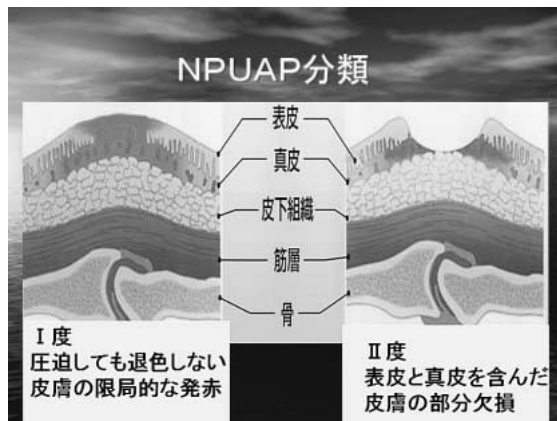


図2-1

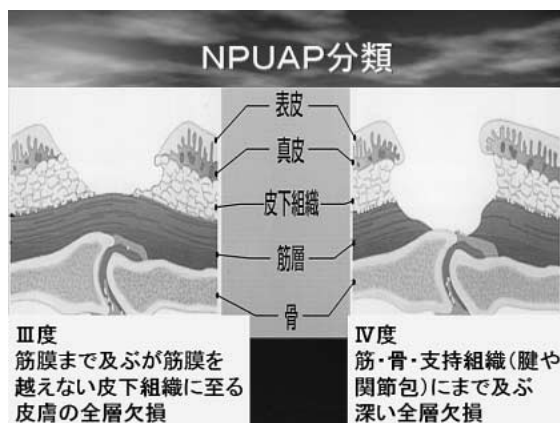


図2-2

- 度：圧迫しても退色しない皮膚の限局的な発赤。
- 度：表皮と真皮を含んだ皮膚の部分欠損。
- 度：筋膜まで及ぶが筋膜を越えない皮下組織に至る皮膚の全層欠損。
- 度：筋肉・骨・支持組織（腱や関節包）にまで及ぶ深い全層欠損。

4. 創傷の治癒過程

治癒過程は、炎症期、増殖期、成熟期の3段階に分かれます。

(1) 炎症期：止血、殺菌による清浄化・壊死組織の除去 (図3)

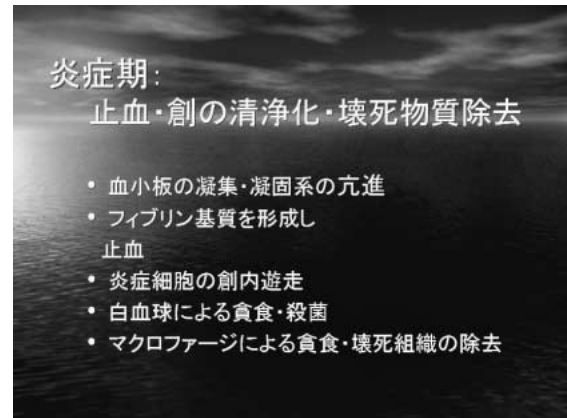


図3

創が生じると、血管から流出した血小板が活性化して、凝集や凝固系が亢進、フィブリンノーゲンがフィブリンに変化し、フィブリン基質を形成して出血が止まります。次に血小板から放出された物質が毛細血管の透過性を亢進して、血管から白血球や免疫グロブリン、マクロファージなどの炎症細胞が漏出して創内を遊走します。白血球が細菌貪食、殺菌を、マクロファージが細菌貪食、壊死組織や死滅した好中球を除去し、創を清浄化します。

(2) 増殖期：肉芽形成・血管新生・上皮化 (図4)

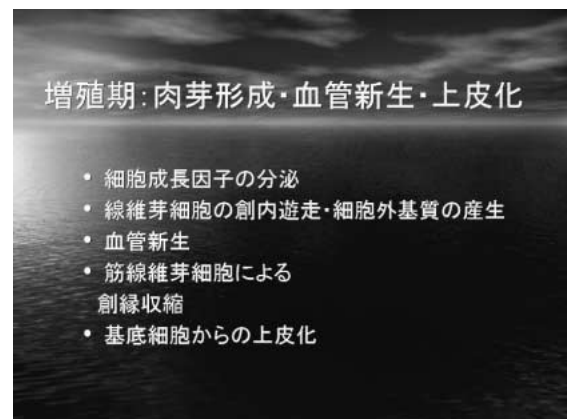


図4

肉芽形成

増殖期には、炎症期に出てきた白血球、血小板、マクロファージなどの細胞から様々な細胞成長因子が分泌され、その刺激により創周辺に存在する線維芽細胞が創内を遊走、増殖して、コラーゲンやヒアルロン酸などの細胞外基質を産生して肉芽をつくります。コラーゲン線維は肉芽の中で格子状に広がり、その格子の中をヒアル

ロン酸などが埋めて、肉芽をみずみずしく保ちます。この線維芽細胞の遊走は、創内に壊死物質がなく整地された状態が必要です。

血管新生

創周辺の組織血管内にある血管内皮細胞などが組織内を遊走・浸潤して、微小血管から毛細血管の萌芽が始まります。増殖した毛細血管から必要な酸素や栄養が供給されて、肉芽の形成を促進します。

上皮形成

肉芽が盛り上がってくると、筋線維芽細胞の収縮により、肉芽組織が縮まり、創縁が収縮します。肉芽が創面の高さまで達したら、創辺縁の基底細胞が細胞増殖因子の刺激を受けて活性化し、上皮細胞が創内へ移動し、上皮化が起こります。

(3) 成熟期：再構築 (図5)

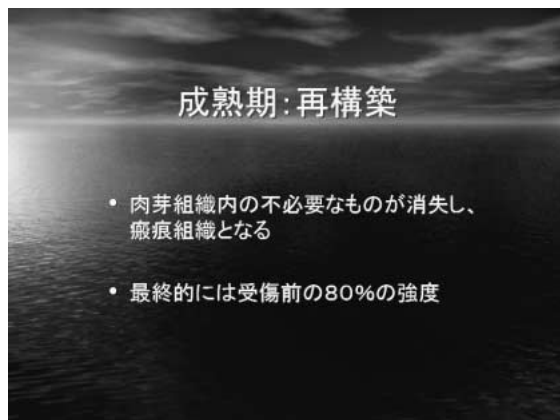


図5

成熟期は、肉芽の強化時期で、数週間から1年以上続きます。増殖期に過剰に増殖、合成された肉芽組織や、血管組織中の不要なものが消失して瘢痕組織となっていきます。創の強度は1週間で10%、3週間で20%、最終的には受傷前の80%まで回復します。

5. 湿潤環境と乾燥環境 (図6)

創にガーゼを当てていると滲出液や壊死物質が痂皮(かさぶた)を形成します。痂皮で覆われた創では、創内の滲出液が水蒸気になって痂皮を通過してしまい、乾燥状態となり基底細胞や真皮までも乾燥壊死させてしまいます。壊死状態になると創底部からの

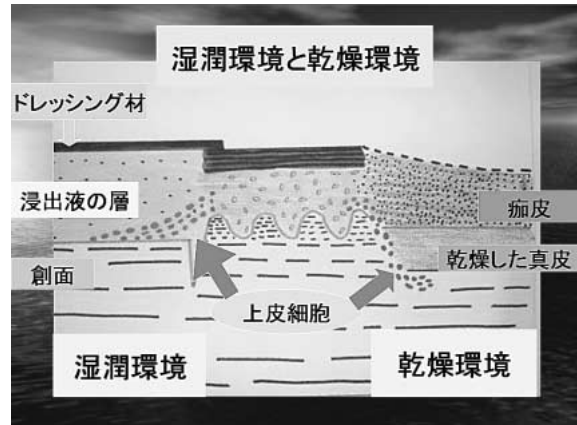


図6

上皮再生は起こらず、上皮化は創周囲の基底層からしか望めません。

欠損した創を埋めるために、肉芽組織の増殖が必要不可欠ですが、肉芽をつくる線維芽細胞やコラーゲンも、湿潤した環境でしか分裂や遊走ができません。また、湿潤環境下では、マクロファージや好中球の働きの活性が維持され、細菌発育阻止にもよい影響が得られます。

創傷被覆材は、湿潤環境をつくり創治癒促進に働くほか、外部からの汚染防止、創周囲の皮膚を浸軟から保護します。

6. ガーゼドレッシング

利点は、入手が容易、用途が広い、安価であることです。欠点として、白血球や細胞成長因子を吸収、蒸散してしまい、創が乾燥して痂皮を形成します。また剥離時に新生組織を損傷してしまうことがあります。反対に、滲出液が多いとガーゼが湿り、創周囲の皮膚がふやけて、皮膚のバリア機能が維持できず、皮膚の防御作用が低下します。排泄物などが付着する部位では創汚染もあります。

創は28℃以下で白血球の貪食作用が著明に障害されます。また、創の温度を4℃高くすれば局所に約3倍の酸素が供給され、上皮細胞の核分裂が5~10倍に増加して増殖に有利に働きます。しかし、ガーゼドレッシングでは、この創の保温ができません。

7. 創傷被覆材

(1) ポリウレタンフィルムドレッシング材 (図7)

透明や半透明で、創の観察が容易に行えます。気体



図7

は透過しても外部からの細菌や液体は透過しないので体内からの発汗などの不感蒸泄を妨げず、皮膚のバリア機能を保ちます。比較的浅い創、上皮形成期の創、水疱などを保護して破れを防ぎ、もし破れても湿潤環境を保ったまま細菌感染を予防します。また、摩擦やずれによる褥瘡発生が予測される部位にあらかじめ貼付して予防する方法もあります。創に直接貼付できる滅菌タイプのもの、直接貼付できない未滅菌タイプのもがあります。

ドレッシング材を剥がす場合は、垂直に剥離すると、つくられた上皮細胞と一緒に剥がれてしまったり、体毛が抜けて患者さんに痛みや苦痛を与えてしまいます。その為、創面に対し水平にゆっくりと剥離して、新たな二次損傷を防ぐことが必要です。

(2) ハイドロコロイドドレッシング材 (図8)



図8

厚手のものは、皮下組織に至る創で肉芽増殖期から上皮形成期に用います。薄手のものは、真皮に至る創に用います。

親水性コロイド粒子が滲出液を吸収し、ゲル化して、

湿潤環境を保ちます。ドレッシングの交換時に新生組織を損傷しません。周囲皮膚の発汗もこの親水コロイド粒子が吸収するために周囲皮膚の浸軟を防いで保護します。

外側のポリウレタン粒子は水蒸気透過性をもっていますが、酸素、細菌、水が不透過のため、外部からの汚染物質の浸入を阻止します。また、創表面のpHは弱アルカリ性ですが、ハイドロコロイドドレッシング材は創内を弱酸性に保ち、細菌増殖抑制、線維芽細胞増殖促進、毛細血管からの酸素供給促進に有効に働きます。湿潤環境をつくと壊死組織の自己融解を助長しますが、感染創や多量の壊死組織がある炎症期の褥瘡には禁忌です。また、滲出液が多く、毎日交換するような創には不適です。

ハイドロコロイドドレッシング材には、製品により滲出液を吸収して、ゲル化しやすいものとゲル化しにくいものがあります。ゲル化の高いデュオアクティブドレッシングは滲出液の少ない創に適し、ゲル化の低いデュオアクティブCGF、コムフィールアルカスドレッシングなどが滲出液の多い創に適しています。

(3) アルギン酸カルシウムドレッシング材 (図9)

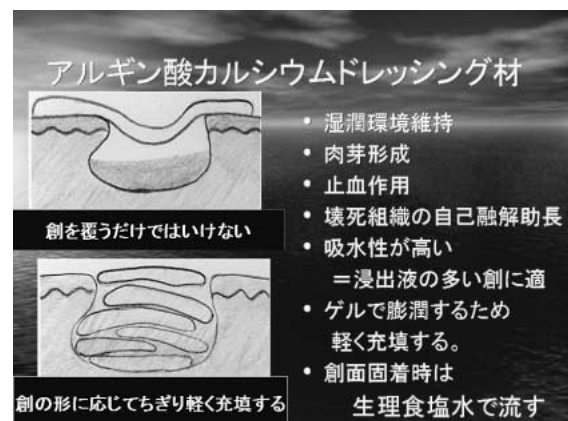


図9

皮下組織に至る創の肉芽形成期から上皮形成期に用います。

昆布から抽出されたアルギン酸塩を繊維状に絡ませたフェルト状の形態をしています。含有するカルシウムイオンが、血液や滲出液のナトリウムイオンとイオン交換しゲル化することで湿潤環境を維持して、肉芽の形成を促進します。また、ゲル化の際にカルシウムイオンを放出するため、ゲルに血小板が吸引・凝集し、止血効果が得られます。吸水性は自重の約10～20倍と高く、滲出液の多い創に適してい

ます。ゲル化の際、膨潤するので充填時は軽く行ってください。非固着性なので、ガーゼ、あるいはポリウレタンフィルムドレッシングでの2次ドレッシングが必要です。

製品にはソープサン、カルトスタット・アルゴダーム・クラビオAGなどがあります。

(4) ハイドロファイバードレッシング材 (図10)

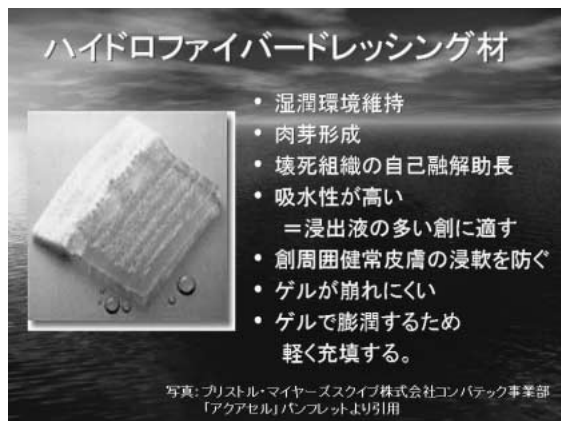


図10

皮下組織に至る創の、壊死付着期後半から肉芽形成期、上皮形成期に用います。

カルボキシメチルセルロースナトリウム100%からなる繊維できており滲出液を縦方向に吸水してゲル化し、湿潤環境をつくります。形成されたゲルは強度があり、創面へ残存しにくくなっています。吸水前の大きさより収縮するので創よりやや大き目にカットして使用します。吸水性が自重の30倍と高く、滲出液の多い創に適しています。非固着性なので、ガーゼ、あるいはポリウレタンフィルムドレッシングでの2次ドレッシングが必要です。製品にはアクアセルがあります。

(5) ポリウレタンフォームドレッシング材 (図11)

ハイドロサイトやハイドロサイトADは皮下組織に至る創の肉芽形成期から上皮形成期に用い、ハイドロサイトキャピティは筋層から骨突起に至る深い空洞を形成する褥瘡に用います。

ハイドロセラー層が滲出液を速やかに吸収し、一旦吸水した滲出液は圧迫によっても後戻りしません。吸水性は自重の約10倍。非固着性のため、創面の新生組織は損傷されず、創面にドレッシング材の残渣を残しません。外側のオプサイトフィルムは、外部からの水や細菌を遮断して汚染を防ぎます。

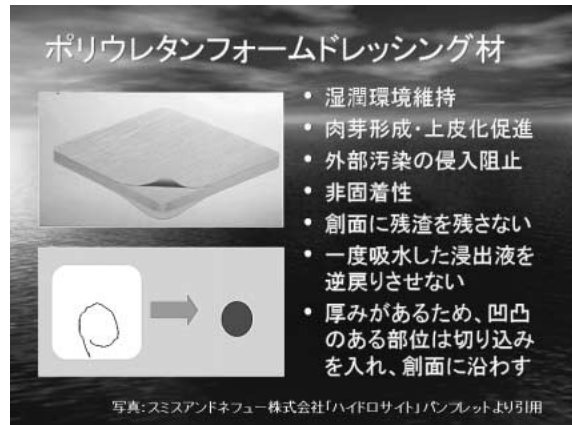


図11

非固着性のハイドロサイトはテープなどで固定が必要です。ドレッシング材に厚みがあるため、凹凸の部位に貼付する場合には切り込みを入れ、創に密着させる方法をとります。

姉妹品にハイドロサイトより薄目で周囲にテープがついているハイドロサイトAD、深い創にはハイドロサイトキャピティなどがあります。

(6) ハイドロポリマードレッシング材 (図12)

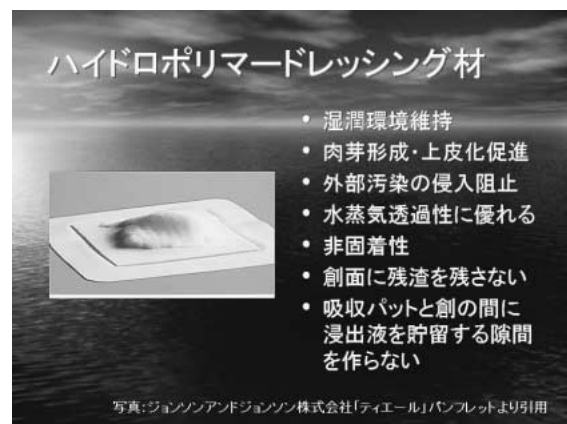


図12

皮下組織に至る創の、肉芽形成期から上皮形成期に用います。

創接触面のハイドロポリマー吸収パッドは滲出液を吸収すると膨らんで、くぼみのある創傷部にフィットし、滲出液を貯留する隙間をつくりません。また、ゲル化しないので創面に残渣物を残しません。外側の防水性フィルムは、過剰な滲出液を蒸散させます。外縁の粘着材は水を主成分としたジェルできており、剥離刺激が少ないので皮膚の弱い方にも使用できます。

サイズ選択には、創縁を含む創傷の大きさがハイドロポリマー吸収パットにおさまるサイズのものを選択します。滲出液の量に応じてティエールライト、ティエール、ティエールプラスなどがあります。

(7) ハイドロジェルドレッシング材

シートタイプ

ニュージェルは真皮に至る創、他は皮下組織にたる創の黄色壊死期から上皮形成期に用います。

湿潤環境を維持し、速やかな冷却効果で炎症を軽減し、疼痛を緩和します。外側のポリエチレンフィルムは、外部からの水分や細菌の浸入を防止します。

しかし、湿潤環境での剥離は容易ですが、乾燥すると剥離しにくく、頻回の交換が必要です。また可動性の大きい部分や、摩擦やずれを起こす部位に使うと、ずれたりしわになるので適しません。粘着力が弱いために固定ドレッシングが必要となります。

チューブ、及びアプリパック入り(図13)



図13

皮下組織に至る創で、感染を伴わない黒色や黄色壊死組織に水分を与えて、自己融解によるデブリートメント効果をもっています。また、滲出液の少ない創に湿潤環境を与え、肉芽や上皮形成を促進します。

壊死組織の自己融解に使用する際には、可能なら外科的デブリートメントと併用します。創が感染していると悪化する場合があるので、感染の有無を注意して観察します。

粘着性がなく、充填後はガーゼやポリウレタン

フィルムドレッシングなどの2次ドレッシングが必要になります。ガーゼ使用時がガーゼがジェルを吸収してしまうため、あらかじめガーゼにジェルをしみ込ませておいた方がよいでしょう。ポリウレタンフィルムドレッシングでは、ドレッシングでジェルがつぶされて、周囲の皮膚組織に浸軟を招かないようにジェルの量に注意する必要があります。

8. 感染創

褥瘡は開放創のため、細菌が存在しない無菌創はありません。細菌が付着していても増殖はしていない汚染創です。

感染とは、創傷に定着した細菌が増殖して、組織1g当たり 10^5 個以上の細菌が存在する状態です。感染徴候としては、局所に発赤、熱感、疼痛、腫脹、滲出液の増加、膿性滲出液、全身的には発熱や白血球の増多があげられます。感染がおり、全身的なコントロールが必要であれば細菌培養検査を行い、抗生物質を用います。局所には低濃度で長時間作用が持続する殺菌剤を使用します。しかし、殺菌剤は、細菌だけでなく白血球や線維芽細胞、上皮細胞の機能も障害するため、感染徴候がある時期に限って使用します。また抗生物質や殺菌剤の使用だけでなく、壊死組織のデブリートメント、排液のドレナージ、創や創周囲の洗浄を積極的に行って、細菌が増殖しない環境を整える必要があります。そして感染徴候が無くなれば、創の状態に応じたドレッシング法に変更していきます。

9. 壊死組織

壊死組織とは、圧や血行不良などの原因により、生体反応をなくした創周囲の皮膚や皮下組織、筋肉のことです。壊死組織は細菌の増殖培地となり、また創から壊死組織を除去しない限り、慢性的に炎症反応が持続して治癒が遅延するため、壊死組織のデブリートメントが必要になります。

医師によるメスやハサミなどで切除する外科的デブリートメントでは、デブリートメント後に出血、滲出液の増量が予測されるので、止血効果をもつドレッシング材や、吸水性に富むドレッシング材を使用して、交換時に物理的刺激を与えないように注意します。デブリートメント後は出血の有無をご家族にも確認してもらおうのがよいと思います。

10. 褥瘡の深達度に応じたドレッシング材の選択

(1) 度の褥瘡 (図14)

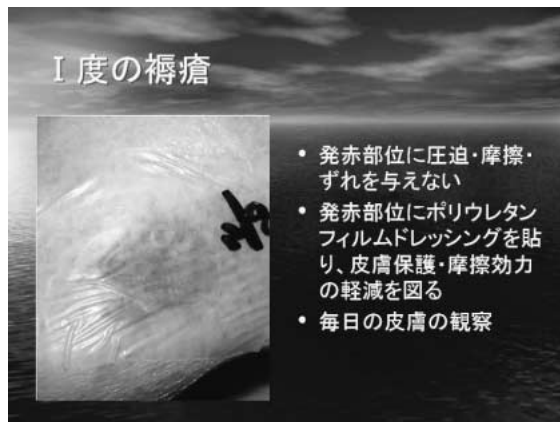


図14

骨突起部に発赤を認めれば、圧迫や摩擦、ずれから皮膚を保護するためにポリウレタンフィルムドレッシングを貼り、毎日の創の観察を行います。貼布期間は最長でも1週間で交換します。

(2) 度の褥瘡 (図15)

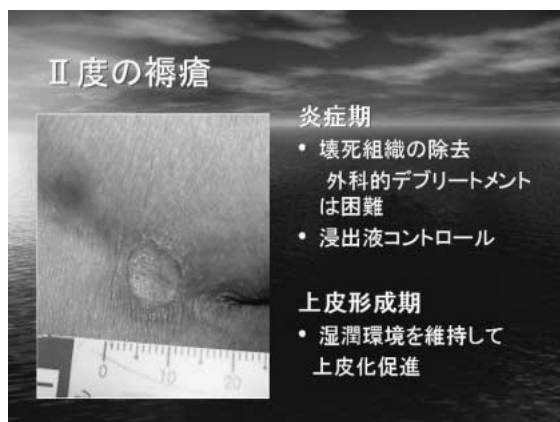


図15

感染期には、感染をコントロールするユーパスタやカデックス、ゲーベンクリームを使用します。壊死組織が存在する創では、真皮層の外科的デブリートメントはかなり苦痛を伴うので、麻酔をしない限り困難です。このため外科的なデブリートメントは第一選択にせず、水分を与えて壊死組織の自己融解を助長する方法や、蛋白分解酵素剤のプロメラインなどで、壊死組織を除去します。

感染、壊死組織のない創は、創を洗浄後、湿潤環境を保てるハイドロコロイドドレッシング材などを用います。

(3) 度、及び、度の褥瘡

感染徴候があり壊死組織の下に膿がたまっているときには、蜂窩織炎や、敗血症を招く可能性もあるので、医師により早急に切開ドレナージが必要です。感染期には、医師による診察で、抗菌剤を用いた局所的または、全身的な感染コントロール、滲出液のコントロール、創の開放、創や創周囲の洗浄が必要です。創感染がみられるとき、在宅治療には限度があり、感染の状態や介護力によっては、入院も選択肢の一つとなります。

壊死組織には、組織が壊死に陥り乾燥した黒色壊死組織と、組織が壊死に陥り浸軟している黄色壊死組織があります。黒色壊死組織があっても感染徴候がない場合(図16-1)は、黒色壊死組織を柔



図16-1

らかくしデブリートメントしやすくするために、WET to DRYドレッシングやハイドロジェルドレッシング材を使用して水分を与え、壊死組織を柔らかくして切除する方法があります。WET to DRYドレッシングは、生理食塩水を含ませたガーゼを創面に貼り、トップにガーゼやポリウレタンフィルムを貼り壊死組織を浸軟させてガーゼが乾燥したら剥がして交換します。また、薄いガーゼにゲーベンクリーム等を塗って創面に当て、ポリウレタンフィルムドレッシング材を貼り壊死組織を浸軟させる方法もあります。そして、壊死組織と健康皮膚組織との境界線が明らかになれば、医師によって外科的デブリートメントを行います。

黄色壊死組織(図16-2)でも壊死組織の除去が第一です。医師による外科的デブリートメントを行う方法や、蛋白分解酵素剤を用いた化学的デブリートメント、創傷被覆材などを使用して、滲出液をコントロールして創面に適度な湿潤環境を整え、

壊死組織の自己融解を促進する方法があります。

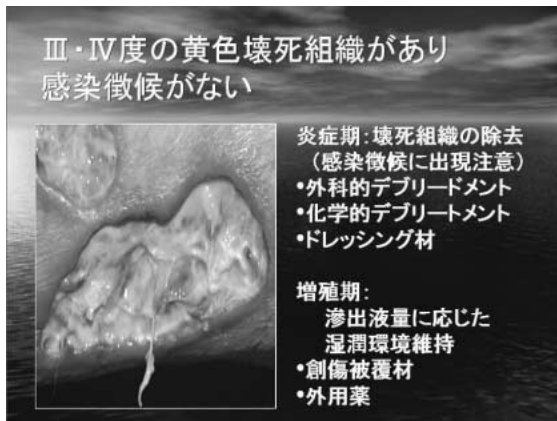


図 16-2

壊死組織は細菌の繁殖増地となりやすいため、創に壊死組織が存在する時は常に感染徴候がないかを観察し、感染の可能性が高い時や、感染徴候が見られたときには抗菌剤の使用に切り変えます。

増殖期には、創面に肉芽を盛り上げ、創の収縮、上皮化へとスムーズに持ってゆくため、滲出液量、創の形態・深さ、創の部位によってドレッシング材や外用剤を選択して、創に適切な湿潤環境を維持してゆきます。

成熟期でも完全に上皮化するまでは湿潤環境が必要です。完全に褥瘡が治癒しても受傷前の80%程度しか組織の強さは戻らないので新生上皮、及び褥瘡の好発部位の保護が必要です。

11. 創洗浄 (図17)



図 17

創部と創周囲を生理食塩水でのみ洗浄した場合と、創周囲を弱酸性の石けん洗浄後に生理食塩水で洗浄した場合を比較した結果、石けん洗浄の方が、創部の細菌コロニー数を減少させる効果があることがわ

かりました。

石鹸洗浄の際は、創周囲の皮膚に機械的刺激を与えないように、よく泡立てた石けんで、やさしく洗浄します。在宅では、少量の生理食塩水よりも多量の微温湯で石けんの残渣物を残さないようにしっかり洗い流し、清潔なガーゼで創と創周囲を押さえ拭きします。

滲出液が多く創周囲が湿潤する部位であれば毎日行い、それ以外ではドレッシングの交換時や、2～3日に1回程度行います。

ポケットを有する創の洗浄に大切なことは、ポケットの中にドレッシング材などの遺残物があれば、それが感染源となる可能性があるため、しっかりと除去することです。洗浄時はポケットの中に洗浄液が貯留すると、治癒が遅延するのでポケットが上にくる姿勢で行います。ポケットが左右にある場合には、洗浄時の姿勢を右側臥位、左側臥位と毎日交互にします。深いポケットではポケット内腔まで洗浄液が達せず、不十分な洗浄を繰り返すとポケット内腔で細菌増殖から感染を招きます。そのため、ディスプレイの注射器にカテーテルを接続し、洗浄液が濁らない状態になるまでしっかりと洗浄します。

12. 入浴

デブリートメントが進み、褥瘡がオープンになった時点で、全身状態が許せば入浴は可能です。ただし、化膿の4徴があり、黒色壊死がみられる状態の時には禁忌です。入浴は、褥瘡部の血行、及びデブリートメントを促進させるので回数は多いほど望ましいです。

入浴の際、移動時に摩擦やずれが加わり創損傷の危険性がある患者様は、創損傷の危険性を低下させるために、ドレッシング材を貼ったまま入浴します。お風呂から上がる前にドレッシング材を剥がして創周囲を石けん洗浄し、その後シャワーで洗い流します。

入浴が困難な場合には、足浴によっても全身の血流が促進され創部の血液量も増加して、治癒が促進されます。湯に浸す時間は20分以上が望ましいです。

13. ガーゼ使用時の注意点

創面に対して限局的にガーゼを厚くすることは圧迫

の原因となるため、1cm以上にしない方がよいです。多量の滲出液がある場合は、薄く当てたガーゼの上におむつや尿取りパッドを当て、おむつなどを頻繁に交換します。創が尿や便汚染を受ける部位では、外部からの汚染防止のためにガーゼを薄く当ててポリウレタンフィルムドレッシング材などでガーゼを覆うのがよいでしょう。

14. 医療者に報告すべきサイン (図18)

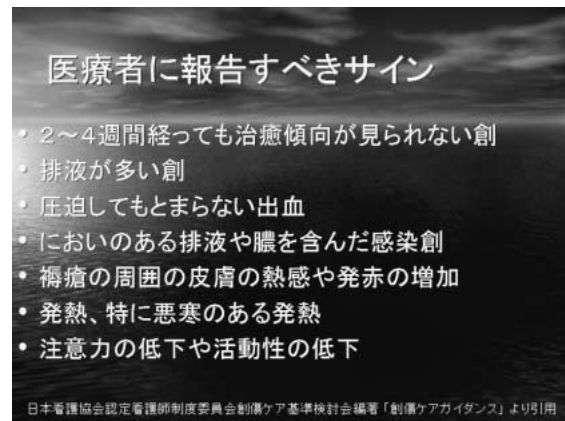


図18

患者様の活動性や注意力低下の報告は、褥瘡発生予防のために大切です。患者様の最も近くにいるご家族には、観察・注意すべき症状を説明して、褥瘡の悪化や感染徴候の早期発見に協力してもらえるように、指導されることをおすすめします。

Q & A

Q

創傷被覆材を選ぶのは主治医ですか、それとも看護師ですか。また、保険は適用されますか。

A

創傷被覆材は医師が処方します。病院でも在宅でも、創傷被覆材は特定医療保険材料として保険適用は2週間を標準として、特に必要と認められる場合についてのみ3週間を限度として算定されます。創の深さにより使用できる創傷被覆材も分類されていて、償還価格も決まっており、分類に当てはまらない創傷被覆材を使用しては、保険算定できません。また、同一部位に対して複数の創傷被覆材を用いた場合には、主たるもののみを算定するなどの規制があります。

以前は、小さな創に大きいドレッシング材を処方してもらい、次回受診日まで分けて使用するのを見たことがあります。現在ではそのような処方の仕方へのチェックも厳しくなっているようです。

Q

ティエールは約1週間貼れるようですが、週に1回通院の3日目に入浴があります。

入浴時は創洗浄を行うため、ティエールを剥がし、その後、新しいものに貼りかえたい旨を医師に伝えますと、「病院に来ないと貼れません」と言われました。ですから入浴後はガーゼで処置しています。このような場合、何かいい方法がありますか。

A

基本的には保険請求する者(医師)が使用する、となっているためだと思います。往診をしている医師に聞きますと、毎月の医師から訪問看護師への指示書に褥瘡の状態と治療方針、そのために使用する材料名と交換間隔を明記して、往診時は自ら創傷被覆材を交換し記録に残します。そして診察や往診時に医師が必要な創傷被覆材を処方します。その間の交換は、訪問看護師が創の状態やアセスメント、創傷被覆材のはりかえを必ず記録に残し行う、という医師の指示で看護師が貼りかえるという方法をとっ

ているようです。もちろん保険適応期間の3週間という期間の制約はあります。医師により考え方や方針は異なってきますから、医師と創傷被覆材をどの様に扱ってゆくかの話し合いが必要だと思います。また、期間の制約がありますので、どの時期にどの創傷被覆材を使用すればより効果的か、ということを考えて使用してゆかなければならないと思います。

現在、使用期間に制約があるため、保険算定できない3週間以後に、創傷被覆材を継続使用するには、患者様やご家族に創傷被覆材を使用するメリットを説明して納得が得られ、経済的に余裕がある患者様には自費購入してもらうという方法が、創の状態に応じた軟膏などの皮膚潰瘍外用薬とガーゼドレッシングの方法になると思います。

Q

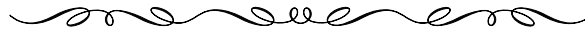
褥瘡の程度にもよるでしょうが、ドレッシング適材品を使った場合とそうでない場合には、治癒までにどれくらい期間が短縮されるのでしょうか。

A

褥瘡の状態、サイズ、使用するドレッシング材云々だけではなく、褥瘡が治癒するには、ずれや圧迫を防ぐなどの局所環境と、栄養状態などの全身的、そして社会的に創傷治癒を促進できる環境を整えることが必要となってきます。創傷被覆材の選択は、その治癒環境を整える一つです。実際、私の病棟でも栄養状態が悪く創治癒が全然進まなかった患者様の褥瘡が、経腸栄養剤を使用し、栄養状態が改善してくると、急速に創治癒が促進しました。

司会

どうもありがとうございました。



在宅医として地域ケア関係者に望むこと

医療法人出水クリニック 院長

出水 明

プロフィール

昭和27年和歌山県生まれ。京都大学工学部中退、印刷会社勤務を経て昭和61年大阪大学医学部卒業。大阪大学医学部附属病院麻酔科、集中治療部、大阪警察病院麻酔科、喜多病院ペインクリニック科勤務。平成8年出水クリニックを開設、現在に至る。



はじめに

「訪問診療」は、「定期的、計画的に居宅で行われる診療」、「往診」は、「不定期に患者の求めに応じて行くこと」と定義されており、在宅医療では訪問診療が主となります。以前は、外来、病棟での診療のみに保険適用であったものが、居宅での医療も外来扱いになり保険適用になりました。

在宅医療では、患者さんの通院が困難でない場合は、インスリン注射、経管栄養、IVHなどを医療機関の管理援助の下で患者さん自身、あるいはご家族が行います。一方、通院に困難を伴う場合は、医療関係者が出向き、「訪問診療」、「訪問看護」を行います。

在宅医療

病院での医療は、食事、ベッド、その他生活に必要なものは全て付いていますから、入院すればその日から生活に困ることはありません。ところが在宅の場合は、患者さんを医療側からサポートすることで、生活が成り立ちます。

在宅医療は、訪問診療と訪問看護から構成され、介護は身体介護と家事援助に分けることができます。医師は訪問診療を行い、訪問看護師、理学療法士、作業療法士が訪問看護・訪問リハビリテーションを行います。そして、ヘルパーさんは身体介護と家事援助を行い、ご家族は介護から医療の一部までを担っています。在宅は家の中だけでなく、施設で受けるサービス、入院医療も大切です。介護保険、ケアマネージャー、市役所など行政も含めて成立して

います。

在宅医療は狭義には訪問診療と訪問看護を指し、在宅ケアという言葉は、より広く訪問診療、訪問看護、身体介護、及び家事援助などを含めた全体を指す概念と考えてよいでしょう。

1. 望ましい在宅ケア

在宅ケアをしている立場から、望ましい条件として以下のようなことがあげられます。

(1) 基本的体制

相談しやすい地域の主治医による定期的な訪問がある。

主治医と密に連絡を取った定期的な訪問看護がある。

24時間、必要な時に電話相談、訪問看護、往診などが受けられる体制がある。

希望があれば家での看取りがサポートされる。

(2) 病院と診療所間の連携、あるいは診療所同士の連携

専門科目の医師の往診が必要に応じて受けられる。急性期治療を受け持った病院の主治医に、必要時、あるいは定期的に受診や検査を、通院困難な状況を考慮したサービスで受けられる。

入院治療が必要な時には急性期病院での入院が可能。

救急対応が必要な時には急性期病院の外来を受診できる。

(3) 介護福祉サービスとの連携

適切なケアマネージメントが受けられる。
慢性期の訪問リハビリテーションが受けられる。
家族の介護負担を軽減する訪問・通所介護福祉サービスが受けられる。
家族の介護負担を軽減する短期入所や入院ができる。

2. 在宅ケア拡大の要因

急速な高齢化により、医療福祉の提供構造の変革が必要になってきています。社会的入院の解消、急性期病院の平均在院日数の短縮などが必要となり、医療保険点数上の誘導、介護保険の創設などが行われています。

また、医療機器、技術の発展により、電子化、軽量化、小型化、情報ネットワーク化が進められています。酸素濃縮装置、パルスオキシメーター、精密持続注入装置、アイスタットなど小さく使いやすくなってメンテナンスがほとんど不要な形に近づいています(図1)。



図1

さらに、在宅医としてはこれが最も大切だと考えていますが、情報公開、インフォームドコンセント、チョイス、QOLといったことを重視していこうとする流れがあります。入院医療での病状改善が望めないとしたら、「残された時間をどう過ごすべきか」という問いは重要なものになります。

3. 個別性の重視・そのイメージ(図2)

在宅で過ごす時に何を大事にするか。病院で行う医療を家で行うことが在宅医療ではないと思います。特にターミナルケアでは、患者さんが個別に持っている事情を重視して、医療あるいはケアを進めることが大切ではないでしょうか。

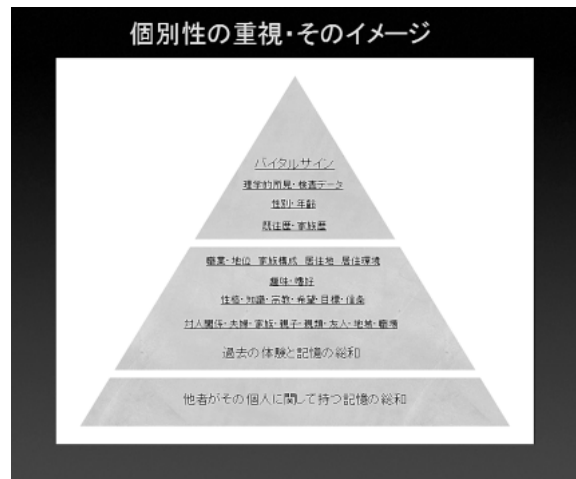


図2

医療者は、患者さんのバイタルサイン、検査データ、性別、年齢、既往歴、家族歴などは把握しますが、それだけでその患者さんの全体像が把握できるわけではありません。患者さんの職業、地位、家族構成などのバックグラウンドや、患者さんが持っている過去の体験と記憶の総和、さらに患者さんも気付いていない、他者がその患者さんに関して持っている記憶の総和全体がその患者さん自身なのです。

救命救急センターに来た患者さんには、「あなたのご趣味は」、「家族関係は」、「職場でどうでしたか」等、聞かずに治療を始めます。この種の治療に患者さんのバックグラウンドは、当面必要ないからです。しかし、ターミナルケアではそうではありません。

しかし医療関係者が、この総和をとらえることは簡単ではありません。もしとらえられないのであれば、どうすればよいのか。ターミナルや在宅の場合、この総和の部分患者さんが切り捨てなくてすむようにケアし、医療を行う必要があると考えます。

4. 出水クリニックの在宅業務とスタッフ

「訪問診療」、「訪問看護」、「居宅介護支援」の3業務を、常勤医師1名と、週に1日の非常勤医師1名、常勤でケアマネージャー兼務の訪問看護師5名で行っています。医師と看護師の間に物理的に距離があるとコミュニケーションがとりにくいので、当クリニックでは自院内の看護師によって訪問看護をおこなっています(図3)

開業して丸7年あまりになりますが、現在までに在宅導入した患者さん226名のうち悪性疾患末期の方が96名、40%強、それ以外の方が130名で、現在は

在宅導入患者数と転帰

	継続中	死亡	在宅死亡 (%)	中止	入院中	計
悪性	7	87	63 (72%)	2	1	96
非悪性	53	45	21 (47%)	31	1	130
計	60	132	84	33	2	226

(1996.5~2003.7)
Demizu Clinic 2003

図3

60人弱の患者さんを常時診ています。在宅での看取り率は70%強です(図4)。

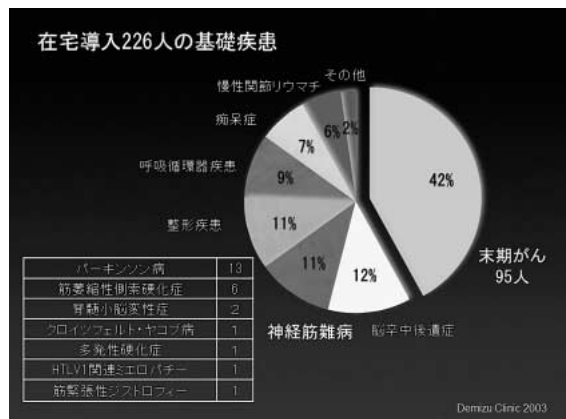


図4

導入患者さんの基礎疾患の割合は、末期癌が40%超、脳卒中の後遺症12%、神経筋難病及び整形疾患11%、呼吸循環器疾患9%、痴呆症7%、慢性関節リウマチ6%となっています。神経筋難病では症候群も含まれていますが、パーキンソン病が最も多くなっています(図5)。

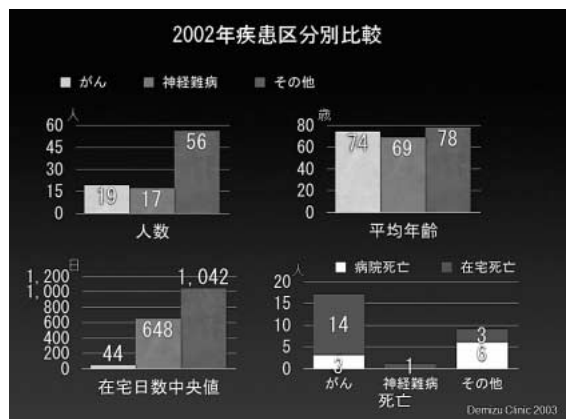


図5

昨年1年間に訪問診療した患者さんを癌、神経難病、その他の疾患に分けて見ますと、人数では19人、17人、56人と、圧倒的にその他の疾患の方が多く、平均年齢では、最近では癌も高齢者が多くて74歳、神経難病の方が一番若く、69歳、その他の疾患の方は78歳になります。在宅日数の中央値は、癌の方で44日、神経難病の方で648日、その他の疾患で1,042日となっています。癌の方の在宅日数はここ数年あまり変わりません。亡くなられる前40日という、患者さんによっては非常に苦しい状況になっていることがあり、もう少し早い在宅導入が望ましいと思います。死亡に関しては癌の方は在宅死亡が14名、病院死亡が3名、神経難病の方は1人在宅死亡されたただけでした。その他の疾患の方は病院で亡くなられる方が少し多くなっています(図6)。

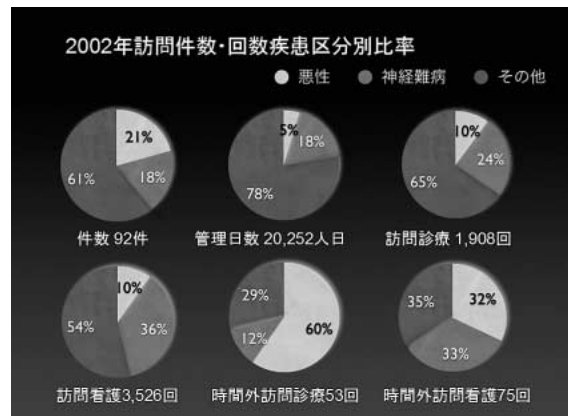


図6

2002年に行った訪問、92件のうち癌の方が21%、神経難病の方が18%です。1人を1カ月診たら30人/日とした時の管理日数は、20,252人日になります。癌の方は非常に期間が短く、件数は21%ですが、管理日数は5%を占めるだけです。神経難病の方は比較的長期に診ていることになります。

訪問診療は1,908回行っています。癌の方では管理日数の割には訪問回数が多いので約10%を占めています。神経難病の方もその他の疾患の患者さんより多い傾向にあります。

訪問看護は3,526回ですが、癌、神経難病の方のウエイトが大きいことがわかります。夜中や休日に動く時間外訪問診療は53回ですが、その60%は癌の患者さんで、神経難病の患者さんに対しては12%程度です。時間外の訪問看護は75回で、やはり癌の方が多く、神経難病が続きます(図7)。

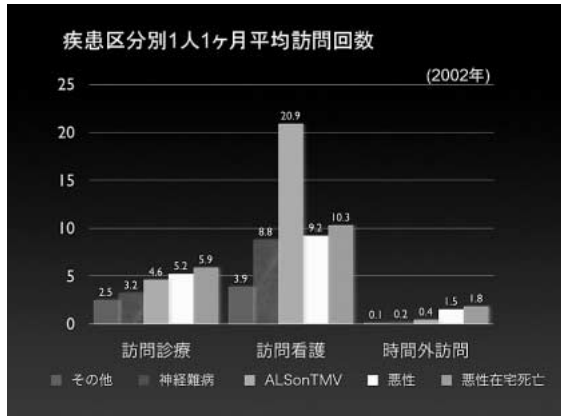


図7

1人の方を1カ月診るのにどれぐらい訪問しているかという、その他の疾患の患者さんでは2.5回ぐらいです。神経難病の方では3.2回、癌の方では5回を超えるぐらいになります。訪問看護回数が飛び抜けて多いのは気切下で人工呼吸器を装着しているALS患者さんに対してで、平日はほぼ毎日行っています。

時間外の訪問は、一般の患者さんは1カ月に0.1回程度ですが、癌の患者さんに対しては多くなっています。家で看取る方への時間外の訪問は一般の患者さんの約18倍、神経難病の患者さんへは平均して2.3倍程度、ALSで人工呼吸器を装着している方へは約5.4倍になります。

悪性疾患の方は経過が短いので、ある程度の介護力があって、患者本人の納得があれば、家で診ることが多く、経過中に入院するのは約3分の1ですが、神経難病の患者さんではほぼ90%で入院が必要となっており、頻回入院の場合も少なくありません。その他の疾患の方では、約半数に入院が必要となっています。

5. 在宅での医療行為

215例中、末梢の点滴が一番多く、在宅酸素も多くなっています。床ずれの処置、吸引、創部の処置、持続導尿、PEGの管理、NIPPV、TMV、自己導尿と続きます。中心静脈路管理をする場合は、病院でPortを入れてもらうようお願いします。

また看取りも大切な仕事です。当クリニックの業務時間内に亡くなる方は30%、時間外は70%です。時間外が多いようですが、時間内とは、平日の9時から5時までとすると1年365日の3分の1しかありませんので、患者さんは平均して全ての時間帯に亡くなっていることとなります。看取りの時、

在宅では家族ができるだけそばにすることが大切で、私たちがそばにいることはあまりありません。ご家族に時刻を見ておいてくださいとお願いしています。亡くなられたら夜中でもすぐに行きます。看護師も必ず1人か2人行き、死後の処置を手伝います。大変なことです。看護師たちにも癒しの時間になり、ご家族と1つの仕事をやり終えた区切りになっているようです。

6. 在宅開業医の悩み

(1) 患者さんをどこから紹介してもらうか

病院、開業医、行政、福祉介護施設、薬局、当クリニック外来から、またインターネットで見たという方もいます。

病院との連携で問題となる点：

- 病院により在宅に関する方向性が異なる
- 病院で訪問看護等を行う場合と、開業医との連携に重きをおく場合がある
- 病院内でも科によって方針が異なる
- 医師やケースワーカー個人との関係で動いているところがあり、医師の転勤等で左右されることが少なくない
- 病院の医師、看護師に在宅の経験が少なく引継ぎがスムーズにいかないことがある
- 引き受け側の収容人数に限度があるため断ると、忙しいイメージが作られ紹介がなくなる

(2) 入院や検査が必要な時はどうするのか

- 急性期病院が慢性的に満床状態にある
- 患者の状態と急性期治療の必要性に間で悩む
- 高齢でADLの悪い患者では、入院適応の判断が難しい
- 急性期病院では医師を通すと入院させてもらえないことがしばしばある
- 病院に通院していないと入院できない
- 緩和ケア病棟では無料室の空きがなく、個室差額が高額
- 神経難病患者は比較的在宅期間が長く、かつ人工呼吸器装着等、重症度が高いため入院が必要となることが多い。しかしALSの人工呼吸器装着患者で介護者の休息のための入院（レスパイトケア）を受け入れられる病院は少ない

(3) 在宅の受け皿をどう作っていくか

紹介患者さんを受け入れられる数に限界がある在宅に取り組む診療所間での診診連携が必要
在宅の質を確保するにはある種の条件を満たす、
(例えば24時間対応が可能であることや訪問看護との連携をきっちりと行なうことなど) 診療所間で連携、調整が必要
インターネットを通じて診療所グループと病院とのネットワークの形成が必要

(4) 業務量変動の中で看護力をどう維持するか

例えば、毎日訪問看護していた人工呼吸器を装着した患者さんが入院しますと、その分の仕事量が突然消えてしまいます。毎日のように訪問している癌末期の患者さんが亡くなられても同じことが言えます。訪問件数の最大と、最小の間には年間では10数件以上の差が出てきて、看護師数の維持が問題となります。

ある患者さんが亡くなれば、約1カ月後のお参り訪問時に、「出水クリニックの看護師さんはだれが来ても前の日の話の続きができるから安心だった」とご遺族が言ってくださいました。コミュニケーションに時間をかけていることを評価していただいたのだと思います。チームのコミュニケーションの重要性から、自院の訪問看護師が望ましいと考えています。

よりよいコミュニケーションのためには、例えば検査結果を即座に訪問看護ステーションでも見ることが出来たり、カルテが自由に見られるように、電子カルテ化、IT技術を通して解決していかねばなりません。また、24時間の対応をどう維持していくか、休みや研修の時間をどう取るのか、外来診療との兼ね合いをどうしていくか問題点は多くあります。

(5) 今後の在宅医療の方向性

在宅での検査はどこまでしてよいのか、あるいは核家族化の中での介護者が負担に耐えられるのか等の問題があります。

7. 診療所在宅医としての基幹病院への要望

まずは「在宅へ」の意識をもっと持って、地域開業医へ早期から積極的に紹介してほしいと思います。また、在宅地域医療室による地域の在宅医療を支援も必要です。たとえば、看護師長、ベテランの訪問看護師、医師、MSWによる連携サポート、特殊な薬

剤や物品、滅菌に関する援助、特殊な治療管理の援助、専門医師の往診、入院、受診、及び検査のコーディネート、在宅医療の勉強会や症例検討会の実施などです。

さらに質の高い在宅医療のために、病院から診療所の医師に対する要望のフィードバックがあれば参考になります。

在宅のALS患者のケア

当クリニックの患者6名中、圧倒的に女性が多く5名、経過日数は長い方で3年、短い方では1カ月余りです。気切人工呼吸器の導入は3名、PEG導入は5名です(図8)。

在宅ALS患者のプロフィール

No	在宅導入年齢性別	経過日数	転機	気切人工呼吸器	人工呼吸器追加	PEG	在宅日数	在宅比率(%)	在宅日数	主治医 紹介/継承	最新治療施設
1	61F	1036	意識中	●	26M	●	651	62.8	7	夫(仰)	大阪府立病院
2	55F	346	在宅死亡	×	-	●	341	98.6	1	独居	京都府立病院
3	71F	494	入院死亡	●	15M	●	240	48.6	2	孫息子	法大厚生病院
4	61M	336	意識中	●	6M	●	292	86.9	2	妻(仰)	京都府立病院 大阪府立病院
5	64F	83	意識中	×	-	×	83	100	0	(市) 訪問看護 (市) 訪問看護	(京都府立病院)
6	68F	35	意識中	×	-	●	35	100	0	(市) 訪問看護 (市) 訪問看護	(京都府立病院)

(2003.8.7現在)

図8

1. 人工呼吸器管理のケア

(1) 吸引関連

気管内吸引

吸引チューブ、アルコール綿花、滅菌手袋、水道水を沸騰させた白湯に、ベンザルコニウムを入れた消毒薬を使います。チューブと白湯は毎日家族が交換します。手指はヒビソフドで消毒しています。

鼻腔や口腔内吸引

吸引チューブ、アルコール綿花、水道水を使い、チューブは1~3日で適宜交換。水道水は毎日交換します。

(2) 人工呼吸器関連

加温加湿器に精製水(自己負担)を補充、呼吸器回路はディスポで業者が供給、家族が2週間に1回交換しています。人工呼吸器は3カ月に1回業者が点検し、年に1回本体を交換しています。呼吸器の作動チェックは訪問時に、医師もしくは看護師が行い、

それ以外は同じ内容を家族が1日1回確認しています。

(3) 気切チューブ関連

気切部はイソジン消毒で割りガーゼを当てます。訪問時に医師か看護師が行い、それ以外の日は家族が行っています。気切チューブは1週間に1回、医師が交換して、自宅に1セット予備を置いてあります。

物品の費用負担に関しては、気切チューブは保険請求、チューブホルダー、吸引チューブ、アルコール綿花、消毒薬、滅菌手袋、ガーゼは、当クリニックから無償で渡し、イソジンは処方箋で出し、精製水だけ自己購入をお願いしています。気切チューブは保険請求できますが、その他は在宅の管理料の中でやりくりしています。

(図9)



図9

割りガーゼを当て、チューブホルダーを使い固定しています。

手袋をはめて家族が吸引しています。

あるお宅のPLV-100の人工呼吸器配置状況、手前に患者さんが寝ています。

2. 在宅胃瘻経管栄養管理のケア

BARD ガストロストミーチューブ (20Fr.) を使っています。BARD ガストロストミーチューブは、バルーンの固定水を抜けるので交換の時に痛みが少ないようです。交換頻度はメーカー推奨では1カ月ですが、当クリニックでは2カ月に1回交換しています。日常管理は、刺入部チェックの意識付けもあり、イソジン消毒と割りガーゼ交換を行っています。入浴はドレッシングなしで行います。局所感染等、発赤、汚い滲出液が少しある場合にはゲンタシン軟膏を、瘻孔部の肉芽にはリンデロン軟膏を使い、後はしっ

かり固定しておくことで対処できています。ガストロストミーチューブ内腔の汚れが目立つ場合は、酢を薄めて洗浄しています。

疾患別の経管栄養症例では、神経難病の方が53%で20例、脳血管障害の方、あるいは悪性疾患でも脳転移や原発性の脳腫瘍の方が32%おられます。

導入の契機は、ALS患者では嚥下困難、脳卒中後遺症の方では、誤嚥による肺炎、経鼻栄養からの移行、退院時にIVHからの移行などがあります。

【症例の紹介】

83歳の男性、パーキンソン病、高血圧症、老人性痴呆があり要介護5の状態。

平成13年10月に誤嚥性肺炎のため救急で入院、11月にPEGを造設、12月に退院。その時点で在宅診療を開始。その後の176日間に肺炎で3回、合計79日入院しました。CRPが上がって入院しても「大丈夫でしょう」と帰されましたが、すぐに熱発で入院。

最終的に持続注入ポンプを使用し、ミニトラックチューブでの気管内吸引を始めてからようやく1年以上在宅療養を安定継続中です。

BARD ガストロストミーチューブ (図10)



図10

バルーンルーメンと2つのカテーテルチップ用、普通のシリンジ用のポートがあり、20ccの蒸留水でバルーンが膨らみます。使いやすいものです。

経管持続注入ポンプ (図11)

大きさはたばこ2箱分ぐらい。下から押し上げるので、ぶら下げてはいません。この患者さんは夜間に12時間余りをかけて注入して、昼間は注入していません。家族の負担にならない時間にゆっくり入れた



図 11

らよいという考えです。今までのところ、大きな問題は生じていません。

ミニトラックチューブ (図 12)

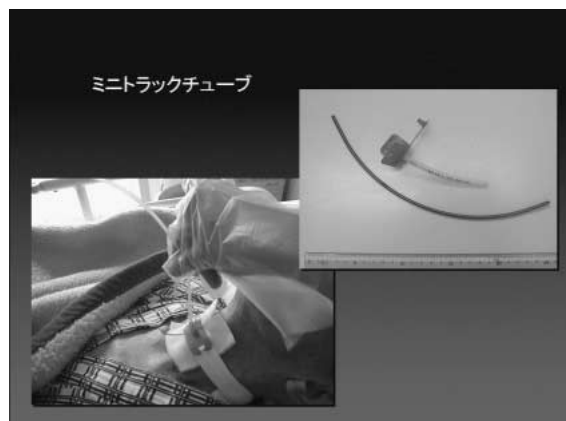


図 12

ももとは輪状甲状靭帯穿刺で緊急用に使うもの。内径が約3mm、カフがないので長期留置もしやすく、簡単に気管内吸引処置ができます。もし自己抜去してもすぐに命にかかわらないので使いやすいです。

南大阪在宅ケア勉強会 PEG アンケートの結果

平成 14 年 10 月から 15 年 3 月の間を対象にとったアンケートの結果、平均在宅患者数は、1ヶ月平均6施設で325人でした。この間に経管栄養をした症例が46例、PEGが37例、経鼻胃管が8例でした。一番よく使っている栄養剤はエンシュアリキッド、次が多いのはラコールでした。完全消化態栄養8例では、ツインライン一番多く、完全消化態を使う理由として、持続注入ポンプを保険で使いたい、もともと病院で使っていた、エンシュアやラコールで下痢症状が出た、在宅成分栄養法の指導管理料を算定したい、

微量元素や栄養価の補正のため等がありました。

持続注入ポンプの使用は4例で、自然滴下での逆流誤嚥を防ぎゆっくり注入したい、家族の生活ペースに合わせて注入したい、嘔吐や下痢のためゆっくり注入したい等の理由で使用しています。

PEGチューブの交換は、往診時に医師が交換するのが4例、病院での交換が1例、家族が交換しているのが1例ありますが、看護師、家族は交換していないところが多いです。

PEGのタイプでは、交換時に侵襲が少ないという理由でチューブが23例、自然抜去が少ないからと言う理由でボタンにしているものが19例でした。取り扱いに関しては、よく動ける方はボタンがよいのですが、長さが決まっているため、うまく合わないと瘻孔周囲に漏れがあって、いつまでもウエットでスキンケアが必要な場合が多いです。

動きの少ない方には、チューブの方が体表面に出ている距離が長いので家族が容易に接続でき、固定板とバルーンとの間で留められるので、使いやすいと思います。

皮膚ケアには、イソジン消毒、割りガーゼ、時にゲンタシン軟膏、ヒビテン処置、肉芽にデブリサンや硝酸銀を使う方もおられました。

困ったこととして、ボタンでは瘻孔がいつもウエットだ、普段から瘻孔部が痛い訴えがある、ボタンの内部バルブが劣化して接続チューブを外すと逆流してきた、肉芽形成で微量の出血がある、あるいは感染などでナースやヘルパーさんが緑膿菌などを心配して騒ぐことが挙げられました。

トラブルとしては、家人がハサミで切断した、腹筋の緊張で入れ替え時に苦労した、口腔内への逆流、バルーン内の水が自然に抜けて抜去し、半日後には挿入困難になっていた、逆流性食道炎、誤嚥性肺炎を起こした、薬剤による閉塞等が見られました。

悪性疾患での使用は5例で、減圧に使った例は1例でした。癌性腹膜炎、腸閉塞の場合に、減圧に使用すると非常に有効だと言われています。

PEG導入のきっかけは、退院時に挿管されていた、あるいは、嚥下障害、低栄養、誤嚥、肺炎等の発現時でした。

地域ケア関係者に望むこと

1. 医療機関関連での問題点

まずは病院によって神経内科医の疾患に対するスタンスや経験が違いすぎるのは困ったことです。例えばALSで気切人工呼吸器を導入するか、しないかは非常に微妙で、かつ重要な問題点ですが、患者さんに説明をほとんどしない施設も現実にはあります。難しい微妙な問題、いろいろな条件があるので、学会標準なり、施設間標準なりがあってもいいのではないのでしょうか。また、レスパイトケアの受け入れ先が地域にほとんどなく、急性期病院からは、肺炎を起こして熱が出た場合には2週間ぐらいだったら取りますが、そうで無い場合は無理ですと言われたり、あるいは人工呼吸器を装着しているからということで、「当院では夜間は看られませんよ、ICUでなら」とか「個室管理で個室料が必要」と、さまざまな理由で断られます。

こうした状況を解決するためにも、慢性期入院人工呼吸管理の標準化が必要です。また、税金で運営している公的病院を急性期に特化させるだけでなく、採算の合いにくい慢性期医療センターも作ってほしいと思います。

一方、退院後の安定した管理のために、主介護者、副介護者に役割を理解してもらうために技術指導が必要です。難病患者の受け入れが可能な在宅医を養成し、確保することも重要です。

2. 保険行政に関連した問題点

まず、ヘルパーさんの吸引業務についての情報、高度医療とか障害者施策などでの補助に関する内容をわかりやすく提供してほしいと思います。

また、府営住宅の障害者対応住宅で、障害対象者が亡くなった後も家族が住み続けていることも多く、情報を開示し、公正、かつ有効に運営してほしいものです。

もちろんインフォーマルサービスに関しての情報提供も是非ともお願いいたします。

3. 難病医療情報センターへの要望

吸引器、バッテリー、車椅子、シャワーキャリー、シャワーチェア等の必要物品が手に入るまでの試用、貸し出し、リサイクルを援助してほしいと思います。また、インフォーマルサービスの情報提供や、意思伝達装置である「伝の心」等のアフターサービスが不十分なので、是非ともセンターの協力、指導を願いたいと考えています。

Q & A

Q

IVHの患者さんを担当しています。注入が8時間で終わらないのでインフュージョンポンプをレンタルしたらどうかとの意見がありますが、その費用は負担しなければならないのですか。

A

在宅の場合、中心静脈栄養管理指導料が算定できます。医療機関が取り扱いの業者と契約をして、業者がレンタル料を医者に請求する形になっています。患者さんが3割負担の方であれば、自己負担があります。また、障害者、あるいは75歳以上の高齢者であれば、上限があるとか、自己負担がないことがあるので、ポンプを使ったからといって負担がとて

大きくなることはないと思います。

また、24時間注入する必要は全くなく、必要な時間だけ注入し、後はPortを切り離しておくことができます。最近ではカセット化されているのでポンプに関するトラブルはほとんどありません。ただ、患者さんの抵抗力によっては、ポートを使っても感染を起こします。長期間に安定して使えるのは経管栄養です。

司会

病院の側から往診されている先生にお願いがあります。

今、大阪では神経難病のネットワーク作りをしています。病院にネットワークに参加してもらうこと

は比較的容易で、しかも病院の情報を入手するのも比較的簡単です。ところが診療所は数多く、それぞれがどんな方針、あるいは個性をもって診療されているのか、あまりわかりません。診療所だからこそできることがあると思いますので、神経難病で非常に熱意を持っておられる診療所全体のネットワークを広げていただきたいものです。

A

関西労災病院とその周辺の開業医が、ネットワークを組んで在宅への移行をスムーズにしている例を紹介しますと、院内、院外に対して精通し、力もある方が病院の連携部におられ、なおかつ約100軒の開業医との連携があつて、どこの開業医ではここまでやってもらえるという情報を持っておられます。こういう情報を持つには、たがいの顔が思い浮かぶことをしていかないと難しいと思います。地域で動

くのは、自分たちの日々日常の医療活動と密接なので負担ではありませんが、大阪府、あるいは泉州と広域になれば、日常活動と切り離れた活動になってしまい、「これはとてもいい情報ですよ」とお渡しできるようなには持っていくにくいと思います。

しかし、診療所側からの情報発信は必要だと思っています。セキュリティー等に難しい問題があつてどこまでできるかわかりませんが、今、考えているのはホームページの一部にパスワードでログインしたらリアルタイムの状況が見られたり、患者さんの状況をみてもらえたりできるようなものを診療所側が作って発信したいと思っています。

司会

どうもありがとうございました。



難病情報データベースのご案内

財団法人大阪難病研究財団では、難病に関する様々な情報をまとめてホームページで紹介しています。大阪府下における難病対策はもちろん、神経関連の病院の紹介等、患者さん・保健婦さん・開業医の皆様役に役立つ情報です。

<http://www.nanbyo.or.jp/> へアクセスして下さい。

財団法人 大阪難病研究財団

難病患者さんが在宅で安心して療養できる環境を整えるため、難病医療研究助成などの事業を行なっています。

- [難病情報について](#)
- [大阪府難病対策](#)
- [難病関連情報のリンク集](#)

大阪難病医療情報センター

保健所、医療機関、福祉、患者団体、ボランティアなど、多くの関係者と共に支援活動を行なっています。

- [私の治療方針](#)
- [精神的支援](#)
- [看護、介護](#)
- [大阪府下の神経筋専門診療科の案内](#)
- [大阪難病医療情報センターの案内](#)

講演会のお知らせ **NEW**

各患者会

大阪を中心に活動している各患者会の情報です。

- [患者会のホームページ](#)
- [患者会のホームページ（リンク集）](#)

難病情報データベース

INTRACTABLE DISEASES DATA BASE

難病情報データベースは、
難病に関する様々な情報を
集めたホームページです。
患者さん、保健婦さん、
開業医の方に役立つ情報を
広く提供していきます。



あなたは、 番目の訪問者です。

更新情報

- 「難病情報について」更新
(2003.07.15)
- 「大阪府難病対策」更新しました。
(2003.07.15)
- 「講演会のお知らせ」を追加しました。

運営：財団法人大阪難病研究財団

協力：大阪難病医療情報センター

監修：大阪大学医学部医療情報部

【本ホームページに関するご意見・お問い合わせ】
nanbyo@hp-info.med.osaka-u.ac.jp
【最終更新日：2003.07.15】

2003年度

難病セミナー報告書

2003年12月 発行

《 企画・発行 》

財団法人 **大阪難病研究財団**

〒558-0011 大阪市住吉区菟田9丁目14 25

TEL : 06-6696-5591 FAX : 06-6696-3473

《 協 力 》

大阪難病医療情報センター

〒558-8558 大阪市住吉区万代東3丁目1-56

(大阪府立急性期・総合医療センター内〔10月より名前変更〕)

TEL : 06-6694-8816 FAX : 06-6608-8416

本誌の無断転載は禁じられております。