



1枚のラップが禱創治療の常識を変えた！

**『元祖ラップ療法』のDr.鳥谷部が、
ラップ療法のすべてを解説！**

**いままでの治療法はまちがっていた！
どうしても治らない禱創にお困りの方に必読の一冊。
明日から禱創をみるのが楽しみになります。**

在宅医療は、ラップ療法だ

医療法人ナカノ会 理事長
ナカノ在宅医療クリニック 院長
中野一司

ラップ療法は、上医の治療

鳥谷部先生のラップ療法の理論を学び、またラップ療法を実践し、その絶大なる効果を体験するに、われわれ医療者は今まで何をやってきたのかと愕然とさせられる。まさに、「眼からウロコ」の治療法で、「やさしく包み、自然治癒を邪魔しない」というラップ療法のコンセプトは、在宅マインド（哲学）そのものといえる。

昔から、治療で患者を悪くしないのは普通の医者（中医）、上医は病を良くし、下医は病を悪くするといわれてきた。われわれの医療界は迷信めいた伝統的治療法が多く、情報社会となった現在、改めて検証してみれば、あまりにも間違った治療法が横行しているのではなからうか？ 鳥谷部先生のラップ療法は、眼からウロコの上医の治療法である。

在宅医療を経験すると、今までの病院医療が何と権威主義的（迷信めいたもの）であったかということに気づかされる。「食べなくなったら、点滴を」「血圧が高ければ、降圧薬を」と、あまりにも安易に医療が行われてしまうケースが珍しくない。そのために、患者の利益になるどころか、害になるような下医の医療が実践されているケースに、しばしば遭遇する。

はじめにそのような2例を検証して、ラップ療法の包括する“在宅マインド”につき述べてみたい。

点滴は体に良いという迷信 (医原性栄養失調、点滴依存性低栄養症候群)

「最近食欲低下があって毎日外来で点滴していたが、いよいよ外来にも通えなくなったので往診にて点滴をお願いします」と、在宅医療の依頼がある。これなどは、まさに点滴依存性低栄養症候群である。ちょっと自分の頭で考えればわかることであるが、点滴（ソリタ T3 など）の構成成分は、水と砂糖と塩である。これで短期間生きるための栄養は足りる。だから不用意な点滴は、落ちた食欲をさらに落とす。長期的に点滴すると、アミノ酸や脂肪分（その他、ミネラルや糖質など）の不足のため、栄養失調となり、外来にも通えない事態となる。

ご本人ご家族には、（前医に十分気を遣いながら）点滴は栄養価が低いことを説明し、エンシュアリキッドなどの流動食は栄養価が高く栄養バランスが良いことを説明し、薬だと思って（実際薬であるのだが）飲んでくださいと説明し飲んでもらうと、2週間くらいで元気になり、このまま在宅医療でフォローして良いかしら？ と考えるくらい元気に回復される。しかし、このような患者さんは、一般的に高齢で、認知症もあったりして、そのまま在宅でフォローするケースも多い。

「点滴をすれば、元気になる」の迷信が、患者さんにも医者にも点滴好きを作り、点滴依存性低栄養症候群を作り出す。世間でよくみられる風景である。（驚くことに、入院医療でもみられる。だからだと、普通の点滴で1週間以上管理するのは良くない。栄養管理を考えたら、経口摂取が困難で輸液が長期化する場合は早めに中心静脈栄養（IVH）に切り替えるべきと考える。）

血圧は低いほど良いという迷信 (高血圧恐怖症、降圧薬依存性低意欲症候群)

元気がなくなり、寝たきりになってから病院にいけなくなったので、ここ2、3年は、家族が薬だけを病院外来にもらいに行っていたというケースで、在宅医療を依頼されて初回往診するケースがある。高血圧の合併があって、降圧薬を内服している。血圧を測定すると110/70。担当の訪問看護師に確認すると、「血圧のコントロールは良好です」というお返事。本当に、これで良いのだろうか？

この患者さん、降圧薬を減らして（そして中止）、血圧が140前後に回復してきた。反応が良くなり、痴呆症状が改善し、ADLも回復した（寝たきりだったのが歩行するまで改善した例もある）。降圧薬依存性低意欲症候群の一例である。在宅医療では、よく経験することである（降圧薬の投与は、慢性期に移行しても、急性期の量がよく検討されていないままで維持されているケースが多い）。

「血圧は低いほど良い」という迷信がある。「血圧が200あるから、頭が痛いでしょう」と言って、降圧薬を処方する医者も多い。これは、間違いである。「頭が痛いから、血圧が200ある」、のであるこのケースの場合、処方すべきは頭痛薬が安定剤である。一般的に高血圧は症状がない。「血圧が高いから気分が悪くなる」のではなく、「気分が悪いから血圧は上がっている」のである。これに対し、低血圧は気分不良や意識障害などの症状を伴うことがある。安易に降圧薬を使って、降圧薬依存性低意欲症候群を作るのも、下医の仕事である。

在宅マインドを包括するラップ療法

上述したように、ラップ療法は、上医の治療法である。人体には、自然治癒力がある。傷ができれば、生体内組織（生体社会）は、創傷部に、白血球やマクロファージ、血小板、血管内皮細胞などを総動員する。「いざ、鎌倉!!!」の世界である。そして、戦場（創傷部、炎症部）に動員されたこれらのミクロの戦士は、細菌を殺す抗体やサイトカイン、戦いの後の廃棄物を片付けるための蛋白分解酵素、復興修復のための凝固因子、増殖因子などを生産し、分泌する。創傷部へのガーゼや消毒は、これらの行為をすべて台無しにするのである（下医の治療）。ラップ療法は、これらのミクロの戦士の行動に、湿潤環境という心地よい場を提供し、支援する行動である。あなたの傷を治すために優しく包み（ラップ）、支援しますという、まさにまさに上医の治療法なのである。

在宅医療では、自宅に帰ってきただけで、精神的にも安定し、自然治癒力（良い精神症状が免疫系に働き病気を治すことは、科学的にも立証されている）を引き出し、患者さんが元気になる場面にたびたび遭遇する。在宅という良質の療養環境を提供し、（在宅というラップで患者様をやさしく包み込み）病気の治療を支援する在宅医療こそ、ラップ療法（のコンセプト）そのものといえよう。

在宅看護における 褥創ケアとラップ療法

◆ 鹿児島大学医学部保健学科助教授

小林奈美

◆ ナカノ訪問看護ステーション所長

植屋明代

なんでもあり?!—在宅看護における褥創ケアの実情

「褥創洗浄後の創部と周辺の水分を滅菌ガーゼで拭き取る必要があるか?」最近、ある利用者宅で話題になったことである。鳥谷部先生の考えに賛同するクリニック側としては、「創部を拭き取ってわざわざ細胞表面を傷つける必要はないし、周辺の水分を拭き取るならティッシュペーパーで十分」と考えるのだが、某ステーション（当クリニック併設のステーションではない）から派遣されているナースは「創に触れるのだから滅菌ガーゼは当然必要」という考え。そして当のご本人やご家族は、「今まで滅菌ガーゼを使っていたのだから、続けてほしい」という意向。さて?

整理してみると、一見些細にみえるこの問題が、医療経済にもからむ深遠な問いであることがわかる。まず、この単純な問いは、

- ① 洗浄後の創部の水分を拭き取る必要があるか?
- ② 周辺部分を拭き取るのに滅菌ガーゼは必要か?

という2つの問題を含んでいる。

まず、①の問題について、ラップ療法であれば、閉鎖ではないので、多少創部に水が残っていようが、浸出液とともにしみだしてしまうので、新しくできつつある表皮をこすり取るようなことはしないに限る。オプサイトのようなフィルムドレッシングを用いるにしても、ラップ療法の考えに基づいて閉鎖しないように一部工夫を用いれば同じこと

である。しかし、ハイドロコロイドドレッシング材で閉鎖しようとすると、残った水=汚い水は? そのまま創に閉じ込めるのか? ということが気になるのである。

②の問題については、周辺を拭き取るだけであるから、滅菌ガーゼである必要はないし、そもそもガーゼである必要もない。なぜ、ここで「滅菌ガーゼ」が問題になったのか? 現在の診療報酬制度では、滅菌ガーゼを使用するとクリニック側も持ち出しになる。必要ないものは減らしたい。利用者全額負担で滅菌ガーゼを購入するとすると、利用者もその金額の差に驚くし、必要性を真剣に考えるだろうが、今まで自己負担なしに得られたものを負担することには当然抵抗がある。一方、某ステーションのナースは、褥創の消毒が「毒」だということは理解し、洗浄中心のケアにシフトしても「創部=清潔（無菌）であるべき」との考えに依然としてこだわりがある。他にも不思議なこだわりはある。入浴時、創部は開放したままであるのに、創部洗浄となると生理食塩水でなければならないと考えるのである。あくまで創部の周辺と表面を軽く洗い流すのが目的であって、血管に吸収させることが目的ではないのだから、清潔な水・ぬるま湯で十分である。しかも湯冷ましである必要はなく、塩素を含んだ水道水のほうがよい。

こうした従来の考えや方法を新しいものに変えるということは、「科学的な効果」という強烈なインパクトを与えるか、「信じたい」という盲目的な信仰心呼び起こさないかぎり、容易にできることではない。「エビデンス信仰」がもてはやされる中、多様な考え方に基づく褥創ケアが、それぞれの「正しい根拠に基づく常識」と信じられて行われているのが在宅看護における褥創ケアの実情だろう。

褥創のステージと同時に「人生」のステージを考える

褥創ケアのEBM/EBNを推進してきた大浦氏、真田氏は著作の中で多くのアセスメントツール、分類ステージを紹介している¹⁾²⁾。個々のアセスメントツールはフィジカルアセスメントとしては網羅的で分量も立派なものである。しかし「創」一つにこれだけのアセスメントが必要なのだとしたら、「創をもった患者様」、「創をもって在宅療養している患者様と暮らすご家族」のアセスメントは、どのくらいの分量を必要とするだろうか? 例として挙げられたクリニカルパスには患者

様やご家族は指導の対象としてしか現れていない²⁾。

しかし「褥創」としては同じステージであっても、体力のある介護者がいて、在宅療養できることを喜ぶ家族の中で、「がんばって元気になろう!」という気力をもって生活できる患者様の場合と、高齢のため自分自身が生きることに精いっぱい介護者で、療養のために帰宅したものの、自分の居場所がご家族の心の中にない患者様の場合とでは、提供されるケアも予後も異なってしかるべきである。

在宅介護において最も強調されるべきは、包括的・全人的かつシステム的アプローチである。まず、褥創ができ、余計なケアが必要となることで、身体・精神・経済的負担を最も負うのは誰なのか、また、そのことが家族の関係や生活にどのような影響・変化をもたらすのか、それを常に考えながら予防策を立てる。やむを得ず褥創ができて、「今」という時が、患者様やご家族の人生のステージにおいてどのような意味をもつのだろうか、ということを考えながら創をアセスメントし、ケアの方法を共に考える。「創・治療」が先にあるのではなく、「人・生活」が先にある。それが、在宅看護で展開される褥創ケアの大原則である。

患者様や家族とともに選ぶ 「なんちゃってラップ療法」のすすめ

在宅看護では、褥創ケア一つにしても、さまざまなご家族の事情が絡む。どのような方法でも、治るべくして治ることもあるし、医療者ができる範囲で尽くしても治らないこともある。そのような現実の中で私たちがお勧めするのは「なんちゃってラップ療法」、つまり厳密にラップ療法にこだわるわけではないが、烏谷部先生が開発してきた「ラップ療法で褥創が治る仕組み」を理解したうえで、個々のケースに即した選択肢をできるだけ多く提案し、患者様やご家族とともに選び、工夫するということである。

たとえば、どうしても食品用ラップを使用することに抵抗があり、医療用フィルムドレッシングの購入に問題がないケースであれば、それらを使用すればよい。乾燥肌で粘着材によってかぶれるのであれば、ワセリンなどで部分的に粘着材と皮膚が接触する部分を減らせばよい。オムツの内側にフィルムドレッシングを貼り付けて粘着力のない

外側を創にあてるとする方法もある。創部の洗浄には、食品用中性洗剤の空ボトルで十分だが、100円ショップでもさまざまなタイプのスプレーボトルを見つけることができる。もちろん、煮沸消毒の必要はなく、中性洗剤でときどききれいに洗えば十分である。烏谷部先生はラップの周囲を固定するテープとしてシルキーボアのようなメッシュタイプの不織布テープを推奨しているが、このテープは利用者様負担なので、もっと安価なテープをと望むのであれば、やわらかめの紙テープやビニールテープを試してみてもよい。その際、くれぐれも密閉しないように開放部分をつくっておく。

閉鎖式ドレッシング法など、他の方法を好む主治医の指示のもとでも、治癒が望めるような他の条件が整っているのであれば、主治医と対立してまでラップ療法にこだわることはないが、治癒が悪い場合や周囲の皮膚が粘着剤でかぶれ、従来のドレッシング剤が使えなくなった場合などは、ラップ療法を試してみるよう勧める。他の軟膏などについても、主治医が処方しにこだわるのであれば、あえて対立せずに次善策を練る。ラップ療法のメカニズムを理解していれば、次善策も立てやすい。

ラップ療法は、患者様とご家族が納得のうえで行うので、事前の十分な説明と同意、いわゆるインフォームド・コンセントの問題に敏感にならざるを得ない。介護する人が理解できるように説明することは、私たちナース自身が褥創の発生と治癒のメカニズムをきちんと理解し、自分の言葉で表現できるようになっていなければできないことである。治る条件が整えば、介護者は自分の手によって治癒していく褥創をみて、ケアへの自信をもつだろうし、創が治癒する頃には、介護者の表情にも、患者様の表情にもゆとりが生まれてくることだろう。

さて最後に、最初に述べたやり取りの劇末であるが…とりあえず、ガーゼをクリニックから提供し、担当ナースの所属するステーションで滅菌することになった。変化を起こすことは容易なことではないが、「今の常識」さえも疑ってみる勇氣と探究心は常に忘れずにいたいものである。

文献

- 1) 真田弘美(編):褥瘡ケア完全ガイド,学研,東京,2004.
- 2) 大浦武彦,田中マキ子(編):TIMEの視点による褥瘡ケア,学研研究社,東京,2004.