

S 在宅治療例

①在宅で治療している閉塞性動脈硬化症症例 (図 2-69) — (●中野一司, 恒松景子)

図 2-69-① 80 代男性 閉塞性動脈硬化症・多発性脳梗塞・失語症・慢性心不全・不整脈・神経因性膀胱
両下肢のチアノーゼ・疼痛出現し、左第Ⅳ趾に潰瘍形成しました。2 月のことです。

●在宅医療までの導入の経過

多発性脳梗塞の診断で他院神経内科に外来通院中でしたが、通院困難となりナカノ在宅医療クリニックが 2 週間に 1 回の訪問診療をすることとなりました。

●生活の状況

一軒家に一人暮らし。同じ町内に長男夫婦が暮らしており、家族（主に長男妻）・ホームヘルパー・家政婦により介護されています。ADL は、自立歩行により排泄は行えますが、食事の準備はヘルパーが行い、入浴も介助が必要な状態です。失語症があるため、なかなか意思の疎通が難しいところもありますが、ゆっくり話すと理解されます。



図 2-69-②

長男夫婦も参加されてケアカンファレンスを行いました。





図 2-69-③

カンファレンスの結果、潰瘍に対してラップ療法を行っていくことになりました。
本人・ご家族ともできるだけ在宅で治療したい意向でした。



図 2-69-④

訪問看護師が足浴やラップ療法のやり方を実際にやって見せて、家族やヘルパーに指導しました。

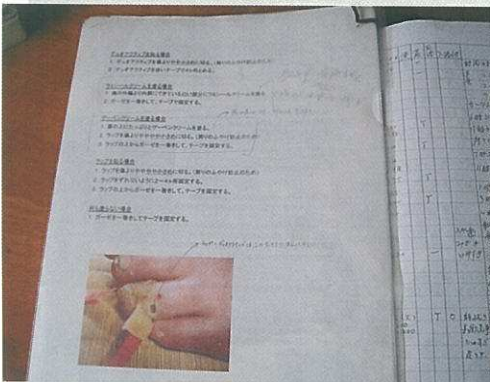


図 2-69-⑤

特別指示による訪問看護（2週間）のあとは、週1回の訪問看護プランになるため、家族やヘルパーに毎日のケアを担当してもらわなければなりません。そのためケアの方法を紙に書いてお渡しし（写真）、数回にわたって説明・実施の確認を行いました。その後の連携方法としては、連絡ノートを用いて、気づいたことや経過などを記入していきました。また、急激な変化があった場合は、訪問看護ステーションへすぐに連絡してもらうように説明しました。

看護師は訪問した際に、ノートにて情報収集を行い、入浴介助をしながら全身状態および潰瘍の観察を行っていき、その結果を連絡ノートに記入しました。

図 2-69-⑥

潰瘍部分の写真はデジタルカメラにて定期的に撮影し、変化がある場合は、皮膚科のドクターに、メールに添付し診断してもらいます。ラップ療法だけでなく、潰瘍の状態に合わせて、軟膏やドレッシング材も併用しながら治療を行いました。処置が変更になる場合は、連絡ノートに記入するだけでなく、家族とヘルパーステーションに電話を入れて、必ず口頭での説明も行いました。

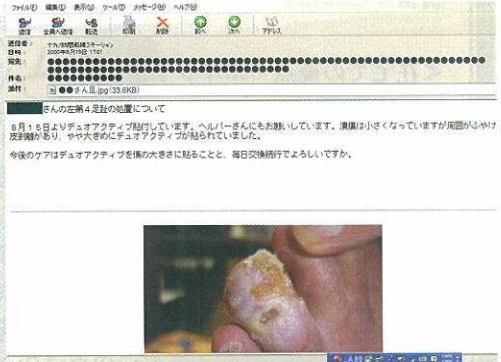


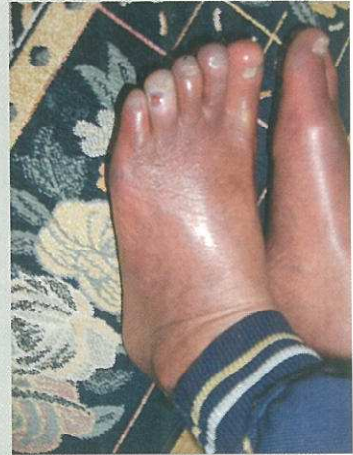
図 2-69-⑦

潰瘍は、閉塞性動脈硬化症（ASO）という原疾患のため末梢循環が悪く、また白癬があるため、周囲が浸軟しやすい傾向になり、治りは遅かったのですが徐々に改善していきました。

改善傾向であったのですが、その後原因不明の血豆が第Ⅰ・Ⅲ趾に発生し、右下肢にも水疱が形成されました。ケアの煩雑化に加え、寒さのために臥床がちになり右大転子部に褥創が発生したこと、保清の見直し、ケアの連携方法の再確認のため、ケアカンファレンスを実施しました。

ケアカンファレンスには、長男妻、ケママネジャー、ヘルパー、福祉機器指定業者、看護師が出席しました。ケアプランの見直しとして、①入浴を週2回から3回に増加させ、ヘルパーが入浴介助を行うこと、②週1回の訪問看護（60分）を、入浴後の訪問看護（30分）に変更し、潰瘍の処置を行うこと、③褥創予防マットの導入の3点を話し合いました。その後の連携もうまくいき、現在は、このプランで続行中です。

平成18年4月現在、第Ⅳ趾の潰瘍は一進一退の状況ですが、血豆や水疱は治癒し、連携を取りながら悪化をさせずに、ご本人が望む在宅での治療に取り組んでいます。



著者からのコメント

《在宅での視点・ポイント》

在宅では、医師・看護師が褥創を毎日処置できるわけではありません。アセスメントでは「誰がラップ療法をするのか」ということが問われます。

処置を行う人に合わせた方法を組み立て、理解しやすく説明します。手先が不自由な介護者でもできるような配慮も必要な場合があります。在宅では家族や複数の職種が関わるので、連携とチームワークが大切です。在宅のラップ療法の成功の鍵は、「どれだけチームワークが組めるか」にあります。

今回は、連携ノートや電話やメールなどを活用について紹介しましたが、全員が顔を合わせて意見を言うというケアカンファレンスも非常に重要であると考えています。

時には、ラップがずれていたり、方法が少々違っていたりすることもあります。医療者側が「なんちゃってラップ療法でもいいじゃないか」と気長に構える姿勢が、在宅のラップ療法を推進していく鍵になるのかもしれないと思います。



蜂窩織炎を起こしてしまった下腿

《しろうと療法には、要注意》

ラップ療法の効果に感激した患者が、「これなら私にもできる」と、勘違い(?)され、ラップをぐるぐる巻きにして、数日間放置。39度台の熱で、蜂窩織炎を起こし、入院となりました。ラップ療法を施行する場合、必ず主治医に相談するよう、要注意の症例です。

コラム

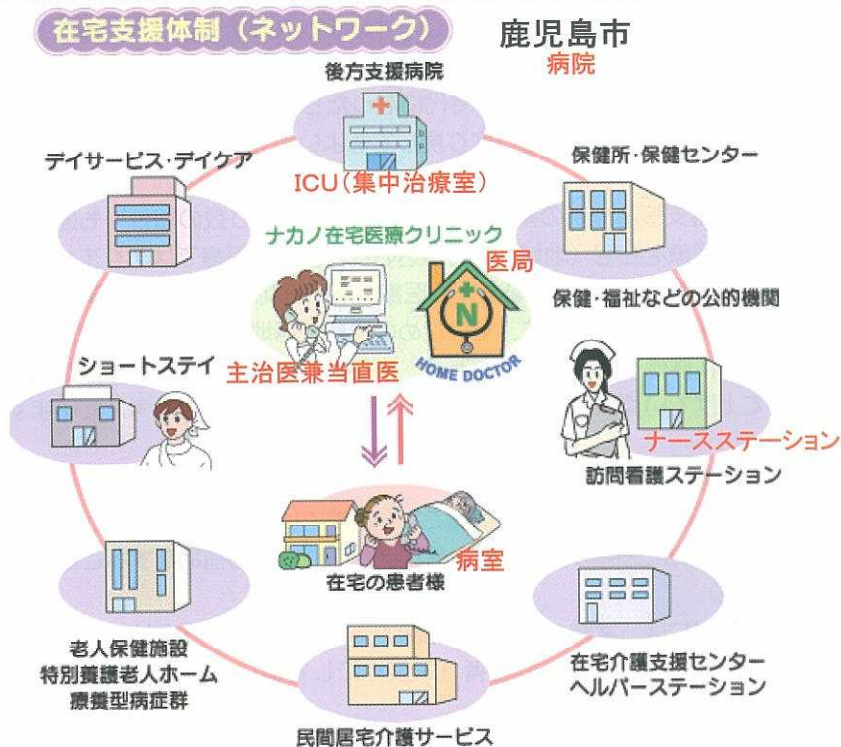
在宅での取り組み

われわれは 1999 年 9 月、鹿児島市に在宅医療専門のクリニックであるナカノ在宅医療クリニックを開設しました。表は、開業にあたっての当クリニック開設理念です。

以来多くの医療・介護福祉施設と連携してきました。鹿児島市全域を地域病院と想定し、地域の訪問看護ステーションは、地域病院のナースステーション、居宅介護支援事業所は地域連携室、後方支援病院は地域病院の ICU（集中治療室）、ナカノ在宅医療クリニックは医局兼当直室として（図）、そのためのシステム作りに邁進してきました。

「ナカノ在宅医療クリニック」開設理念と目標（1999 年 9 月、2003 年 8 月一部改正）

- 1) 訪問診療を主な業務とする。
- 2) 単なるクリニックではなく、本格的なケアマネジメント業務も起業する。
- 3) ツールとして IT（電子カルテ・Eメール・インターネット、携帯電話等）をフル活用する。
- 4) 地域では、競争ではなく共生を目指す。各機関と良好な関係を結ぶことで、お互いの利益向上を図るとともに、医療全体の質を高め、地域医療の向上に貢献する。
- 5) 病診連携・診診連携のほか、訪問看護ステーション・ヘルパーステーション等との連携とその交通整理を推進し、これらの要となるべきシステムを構築する。〔単にペーパー（紹介状や報告書）のみの情報交換ではなく、実際に現場や施設へ行き交渉する〕
- 6) 医師会活動（各種勉強会、医師会訪問看護ステーション、医師会検査センターなど）と連携し、地域医療の向上を図る。
- 7) ケアカンファレンスの実施。
- 8) 在宅医療の知的集団を形成し、企画・教育・広報などの業務ができる専門家を養成する。
- 9) クリニック内外の勉強会を励行する。
- 10) 在宅医療の教育機関として機能する。



1) 医療保険、介護保険の同時改定—病院から在宅への政策誘導

今回（平成 18 年度）の診療報酬改定で、在宅医療の前線基地として在宅療養支援診療所が創設され、診療報酬上手厚く評価されました。また同時改定により、療養型病床群（老人病院）は介護施設への転換を迫られる結果になりそうです。このように今回の改定は、病院から在宅への露骨な政策誘導で、療養型病床群（老人病院）の社会的入院を減らし、在宅療養への転換を図ろうとするものです。国の意図は財政難を乗り切るために、医療費を削減することにあります。

それでは、同じ医療サービスが行われるとすれば、個別でオーダーメイドの医療である在宅医療は、レディーメイドの病院より高コストとなるはずなのに、現在なぜ、厚生労働省は施設医療が在宅医療より高コストであると考えているのでしょうか？

それは、保険から支払われる費用が、病院医療のほうが在宅医療より高くなるように設定されているからです。病院医療の給付には、住居費（ホテルコスト）や食費が含まれていました（現在この負担は自己負担の方向で改革が進んでいる）。また、在宅医療には、介護者の人件費が含まれていません。これらのことを勘案すれば、在宅医療は実質的に高コストとなるはずで、

2) “治す医療” から “生活を支える医療” へのパラダイムシフト

一般的に、病院という場所は治療の場であるため、“看取り” という概念は馴染みません。最期まで治療をあきらめない病院（に期待する）文化が、結果的に医療費を押し上げています。例えば、認知症の高齢者が食事をしなくなったら、病院では、点滴をするか、経管栄養、胃瘻造設となります。一方、在宅医療では、流動食を口から与え、場合によっては（ご本人、ご家族の希望で）そのまま看取るということも選択肢の一つとなります（とって、病院で点滴を拒否し、在宅で流動食だけで看取り体制で臨んだ患者の 8 割は元気になる、というエビデンスがナカノ在宅医療クリニックには存在します）。

誰もが普通に 90 歳近くまで生きる時代になったら、最期は、ご自宅で静かに終わる文化（看取りの文化）をそろそろ取り戻してもよいのではないかと在宅現場で働きながらしみじみ思います。

今回の在宅療養支援診療所の要件には、“在宅での看取り数の報告” も盛り込まれています。病院医療を在宅（地域）に持ち込むことが在宅医療ではありません。このような、“治す医療” から “生活を支える医療” への医師たちの意識改革こそ、究極の医療費削減の切り札と考えます。そのための最前線基地である在宅療養支援診療所の創設は、大いに評価したいところであり、またこの在宅療養支援診療所を機能できる施設に育て上げていく大きな責務がわれわれに課せられていると考えています。

3) もう一つの医療費削減法—規制緩和

病院という場所は、権威的な管理組織です。病院では医療行為は医師が行うことになっており、例外的に医師の管理下で、看護師が医療行為の補助をすることが許されます（業務独占）。

在宅医療の現場には、常時 24 時間看護師がいるわけではありません。喀痰の吸引やインスリンの自己注射など、介護者（家族）にさせていただくこととなります。現

在、介護者の代行をするホームヘルパーには、(限定された行為を除き)原則的に医療行為は許されていません。在宅現場で7年も仕事をしている立場から言わせていただければ、家族が行うレベルの医療行為ができずして、プロのホームヘルパーといえるのか、と思うのです。家族が行うレベルの医療行為は、ケアの一部としてホームヘルパーに許可されるべきと考えます。もちろん、事前の教育訓練は必須です。

医師、看護師、介護職などの人材不足の時代です。業務独占にしがみついた時代ではありません。医師は医師の仕事に、看護師は看護の仕事に特化し、他職種でもできる業務をどんどん権限委譲し、異職種が互いに連携すれば、業務が合理化できます。言いかえると、よい仕事を楽に、しかも安く提供できるということです。在宅医療の普及のためには在宅医療のコストを安くすることが不可欠です。限られた医療・介護資源を合理的に利用することは、医療職・介護職の生活の質を高めることにもつながります。

ラップ療法は、究極の医療費節約療法です。高価なドレッシングや薬剤を使いません。食品用ラップや水道水など材料費のかからない治療法です。労力(これもコストです)も要りません。おむつ支援のついでにやるだけです。また、ラップ療法は、褥創の治療(医療行為)を、ケアにしてしまったという、在宅医学上の功績があります(傷のおむつ交換は医療行為ではなく、ケアである→だからヘルパーでもOK→医療費削減に貢献)。ラップ療法が全国に普及すれば、年間数百億円の医療費が節約できるはずです。ラップ療法考案者の鳥谷部俊一先生は、厚生労働省から表彰される資格が十分あると思います。

医療従事者が、正しい知識と経験を共有すれば、医療費を安くできるのです。

(中野一司)