

インターフェロン治療を受ける
患者の看護
～C型慢性肝炎～

長崎医療センター

看護師長 岡本 洋子

C型慢性肝炎に対する インターフェロン治療の変遷

2001年

インターフェロン+リバビリン併用療法(半年間)

2003年

ペグインターフェロン(ペガシス)治療(週1回1年間)

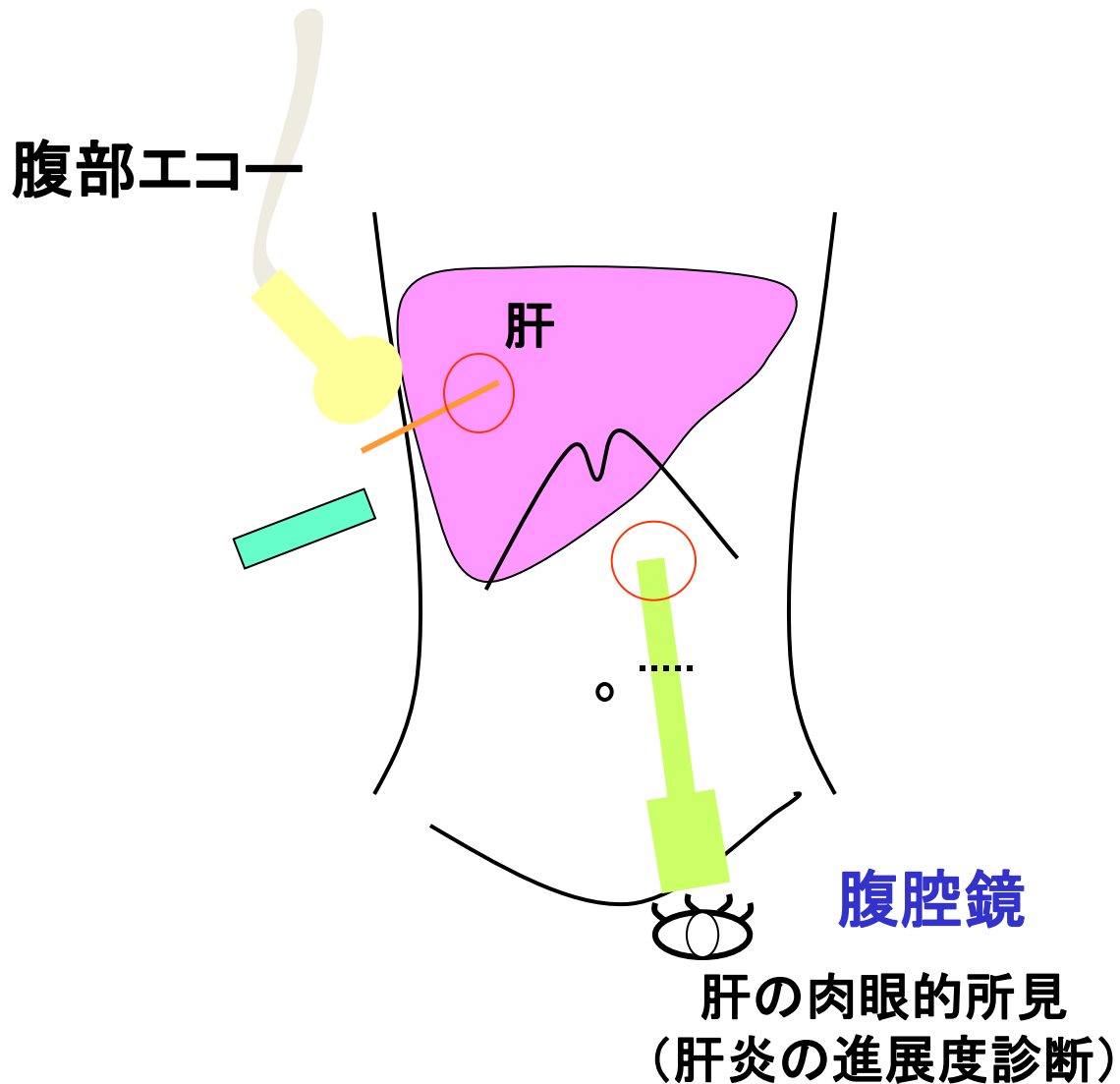
2004年

ペグインターフェロン α 2(ペグイントロン)(週1回)
+リバビリン(レベトール)併用療法 (1年間投与)

2005年

ペグインターフェロン α 2a(ペガシス)(週1回)
+リバビリン(コペガス)併用療法(1年間投与)

肝生検・腹腔鏡検査



肝組織

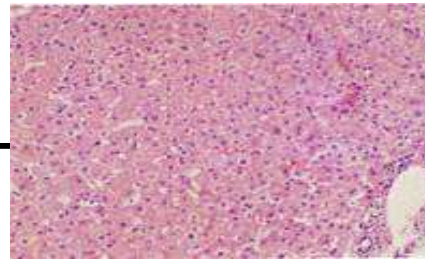
線維化 (F 0~4)
活動性 (A 0~3)

検査データのイメージ

線維化

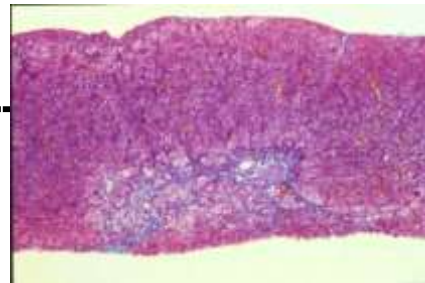
—肝臓の硬さの程度。 組織検査でF0-4で表される。

F0



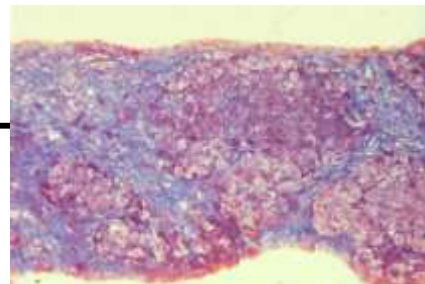
F1-3

慢性肝炎

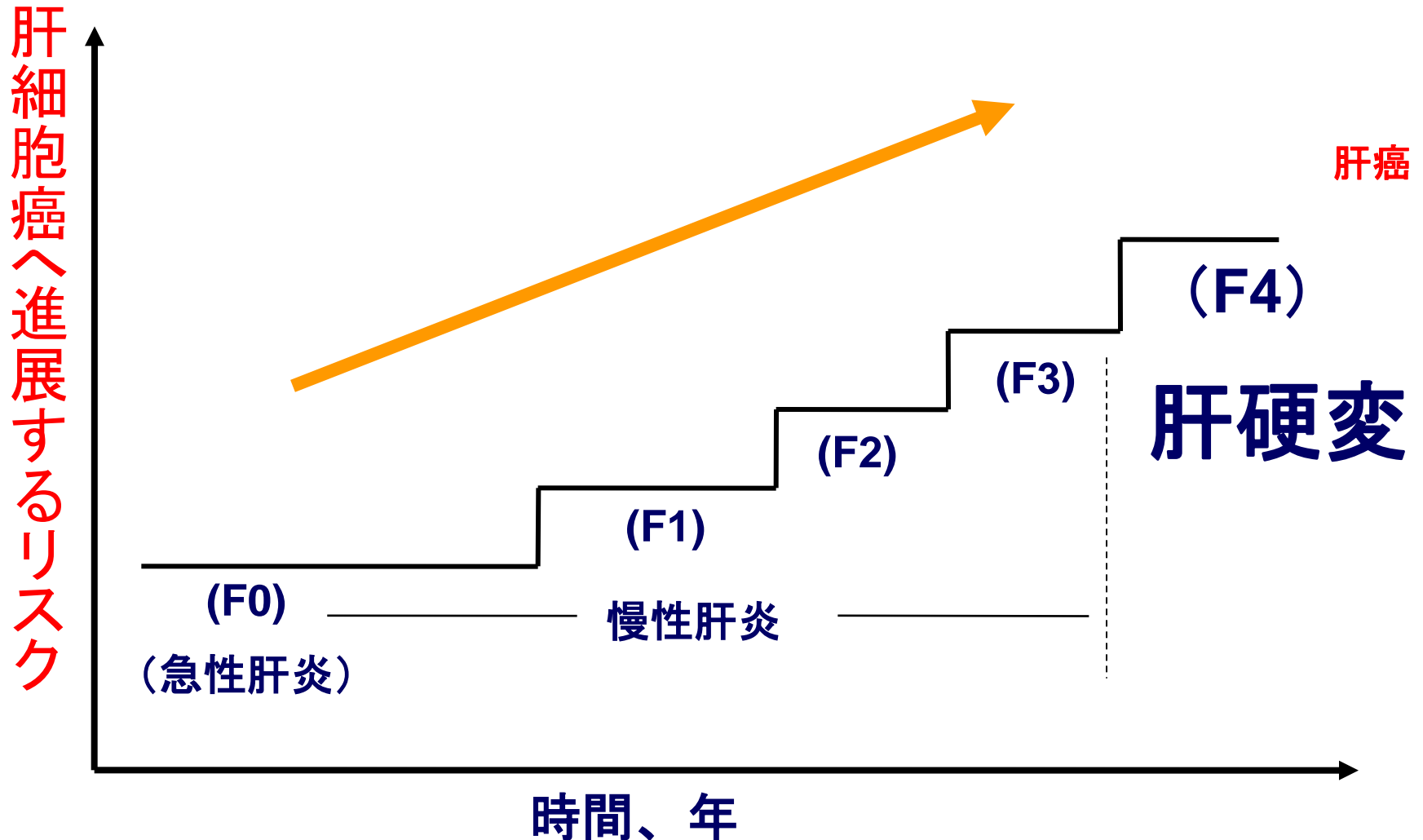


F4

肝硬変



C型慢性肝炎の線維化ステージ



C型慢性肝炎の治療

1. ウイルス駆除療法

インターフェロン

2. 進展抑止療法

- ウルソ
- 強力ネオミノファーゲンC
- 瀉血療法
- 運動、禁酒
- インターフェロン

C型慢性肝炎に対するインターフェロン治療

I .ウイルス駆除

ペグインターフェロン＋リバビリン併用療法
(ペガシス＋コペガス または
ペグイントロン＋レベトール)

II .肝炎の鎮静化

単独の少量長期療法
(スミフェロン・アドバフェロンなど)

C型慢性肝炎治療のガイドライン 2010

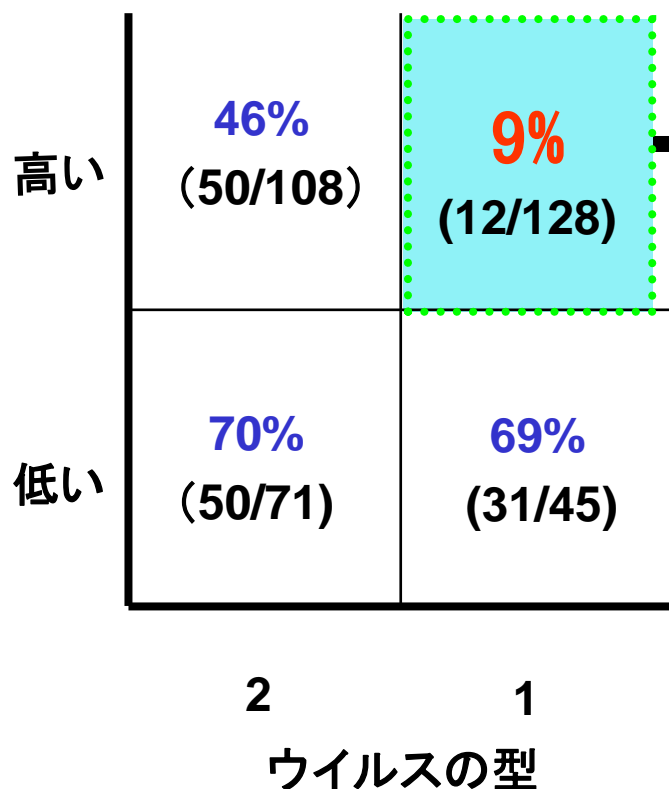
(肝硬変を含めたウイルス性肝疾患の治療の標準化に関する研究班)

初回治療

		ジェノタイプ1	ジェノタイプ2
ウイルス量	高ウイルス量 5.0LogIU/mL以上 300fmol/L以上 1Meq/mL以上	<ul style="list-style-type: none">●ペグイントロン+レベトール併用療法(48~72週間)●ペガシス+コペガス併用療法(48~72週間)●フェロン+レベトール併用療法(48~72週間)	<ul style="list-style-type: none">●ペグイントロン+レベトール併用療法(24週間)●フェロン+レベトール併用療法(24週間)
	低ウイルス量 5.0LogIU/mL未満 300fmol/L未満 1Meq/mL未満	<ul style="list-style-type: none">●IFN単独療法(24週間)●ペガシス単独療法(24~48週間)	<ul style="list-style-type: none">●IFN単独療法(8~24週間)●ペガシス単独療法(24~48週間)

ペグインターフェロン、リバビリン併用療法

IFN単独治療



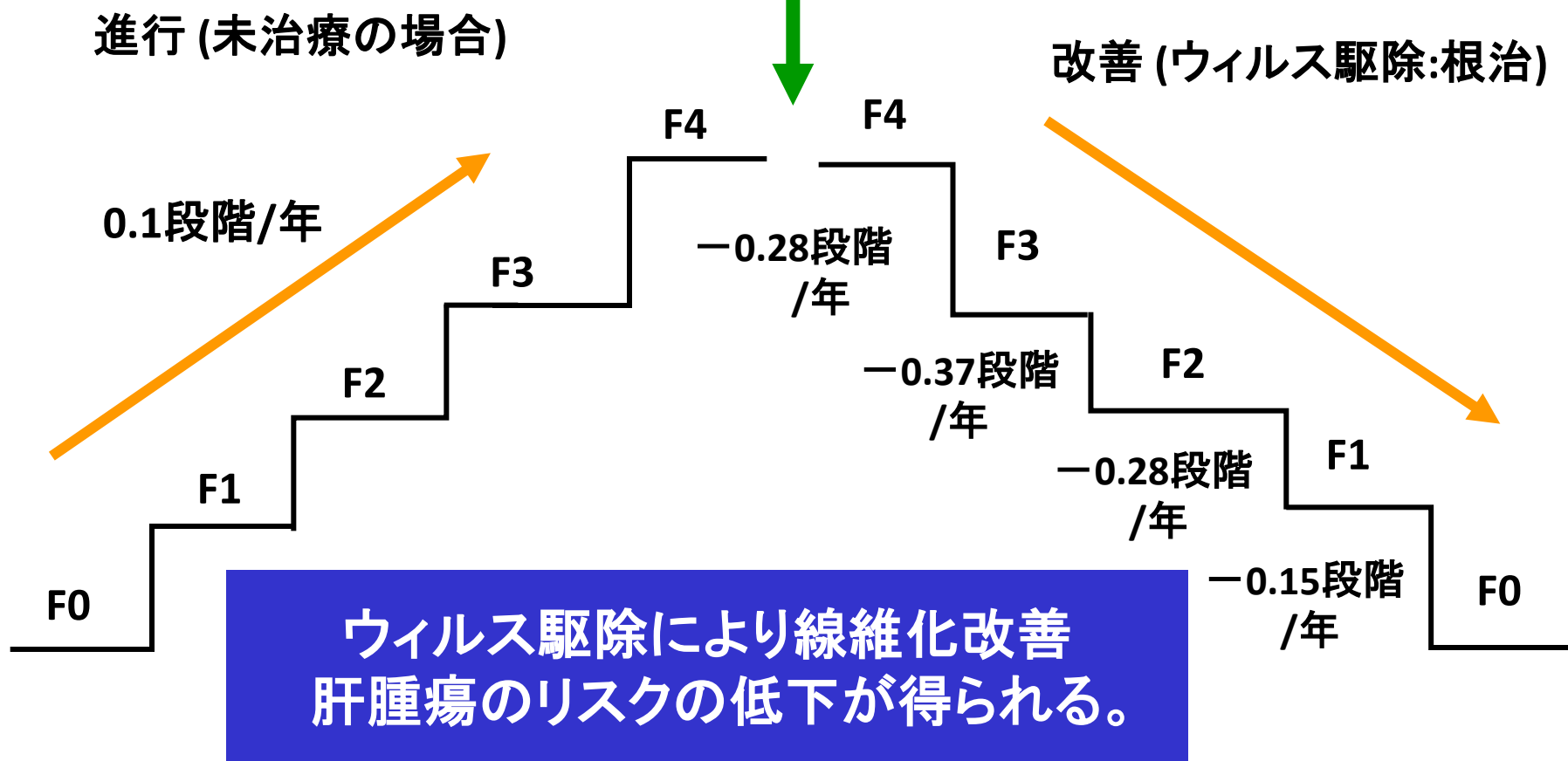
併用療法

難治例でも**5割程度**の効果が期待される。

更に難治例に対して、2008年から72週投与が認められた。

線維化の進行とIFNによるウイルス駆除後の改善

インターフェロン治療



インターフェロン投与開始基準

	ペグイントロン + レベトール	ペガシス + コペガス	スミフェロン
白血球数 (/mm ³)	4000 以上	-	-
好中球数 (/mm ³)	1500 以上	1500 以上	-
ヘモグロビン量 (g/dl)	12 以上	10 以上	-
血小板数 (/mm ³)	100000 以上	90000 以上	-

インターフェロン減量基準

	ペグイントロン + レベトール	ペガシス + コペガス	スミフェロン
白血球数 (/mm ³)	-	-	-
好中球数 (/mm ³)	1500未満	750 未満	-
ヘモグロビン量 (g/dl)	10 未満	-	-
血小板数 (/mm ³)	80000 未満	50000 未満	-

インターフェロン中止(休薬)基準

	ペグイントロン + レベトール	ペガシス + コペガス	スミフェロン
白血球数 (/mm ³)	-	-	1500 未満
好中球数 (/mm ³)	500 未満	500 未満	-
ヘモグロビン量 (g/dl)	8.5 未満	8.5 未満	-
血小板数 (/mm ³)	50000 未満	25000 未満	30000 未満

インターフェロン自己注射導入

インターフェロン自己注射指導手順(1)

1. 入院当日(受け持ち看護師が実施する)

<アナムネ>

- ・自己注射に関する説明内容の確認
- ・年齢 職業(以前の)
- ・家族支援を希望されるか
- ・不安内容(手技・副作用その他)
 - * 内容については経過記録に記載

<オリエンテーション>

- ・インターフェロン治療パンフレット
- ・副作用チェックリストを用い通常の説明を実施
- ・倫理的配慮:指導は個別に
- ・処置室・面談室を利用

インターフェロン自己注射指導手順(2)

アドバフェロン

2. 入院2日目

- ・スターターキットをわたす
(内容の確認)
- ・自己注射ビデオを視聴してもらう(病棟ビデオ)
- ・自己注射の手順パンフレット(業者分)を説明
- ・患者用パンフレットを説明
(自己評価・他者評価アドバイス欄を含めて作成)

スターターキット



インターフェロン自己注射指導手順(3)

毎日指導時: 自己注射チェックリスト記入
(技術・患者の反応・看護師の指導内容)

<1日目(注射日)>

・必要物品の説明

薬品、注射器、注射針(スミフェロンは以上3点が一体化)
ツートック(アドバフェロン)、アルコール綿

・注射実施しながら指導

写真入パンフレットをみてもらいながら看護師が実施

<2日目以降注射日以外>

・毎日1回練習用物品(デモ機・皮膚模型)を準備し手順の確認 (その日の担当看護師が実施)

・できたところ、できなかったところを患者と共に評価する 自信がないと表現されたことを繰り返し練習する

<注射日>

・患者が中心で準備から実施までおこなう

自己注射チェックリスト①

(アドバフェロン・スミフェロン共通)

アドバフェロン自己注射チェックリスト表

()病棟

出来る:○ 見守りで出来る:△ 出来ない:×

済

様

済 済 済

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
① 必要物品を準備する。→ 廃棄ボックスを閉じる	×	×	×	○	○	○
② 手を石けんでよく洗う。	×	○	○	○	○	○
③ アルコール綿を3つに分ける。	×	△	○	○	○	○
④ バイアルのゴム栓の部分アルコール(1)で消毒する。	×	○	○	○	○	○
⑤ バイアルにツートックを固定する。	×	○	○	○	○	○
⑥ ツートックに注射器を差し込む。	×	○	○	○	○	○
⑦ 薬液を注射器に移す。	×	○	○	○	○	○
⑧ 注射器に注射針を取り付ける。	×	○	○	○	○	○
⑨ 気泡を抜く	×	×	△	○	○	○
⑩ 薬液の量を調整する。(0.3 ml)	×	△	△	△	△	△
⑪ 注射部位をアルコール綿(2)で消毒する。	×	○	○	○	○	○
⑫ 注射部位の皮膚をつまむ。	×	○	○	○	○	○
⑬ 垂直に針を刺す。	×	○	○	○	○	○
⑭ 血液の逆流がないか確認する。	×	○	○	○	○	○
⑮ 軽くアルコール綿(3)でマッサージする。	×	○	○	○	○	○
⑯ 廃棄ボックスに注射器を捨てる。	×	○	○	○	○	○

自己注射チェックリスト② (アドバフェロン・スミフェロン共通)

	患者様の反応	指導内容
1回目	「注射の針を刺すのが怖いので、 説明を聞いてから注射を打ってみたい。」 「説明を聞いてから打ってみたい。」と、前向きな姿勢を示す。	「説明を聞いてから打ってみたい。」と、前向きな姿勢を示す。 → (テモ器の4物品は本人にもっていき)
2回目	「皮膚摸型が痛いです。自分の皮膚はこわい。つか ふるまじい。」 「注射の痛みが「あー」と言っていて、何となく怖いです。 「注射は一回も一回も打たない。」 熱度あり	テモ器を使い、実際に針を刺してもらう。 ① 皮膚摸型を3回に分けて、2回 ② はまた指導したかった。 ③ ④の注射以外にも、テモ器の指導
3回目	「針を刺すのは、実際に打つのは怖いけど、 自分の皮膚は、注射針は刺さるから怖いから また、針を刺すのは、針を刺すのは怖いから。」	針を刺すのは、実際に打つのは怖いけど、 自分の皮膚は、注射針は刺さるから怖いから また、針を刺すのは、針を刺すのは怖いから。
4回目	「昨日は注射を打った。夫に2回打った。」 「夫にも注射(テモ器)を打たせたい。次は 自分にも打たせたい。」 5/27 夫にテモ器を指導した。	① 皮膚摸型は実際に打つのは2回使用、針 ② 針を刺すのは、針を刺すのは怖いから、 ③ ④の注射以外にも、テモ器の指導
5回目	「キャップを外すと、液を吸うのが難しいです。変に力を入れない 方がいいみたいです。」 「流れは覚えました。」 夫にも注射を打たせたい。	⑤ 注射針をしっかりと取り付け、キャップを外す と、強く引くよう説明し、5回練習。 ⑥ 口頭で確認しながら、テモ器を使用して実際に

インターフェロン自己注射指導手順(4)

＜退院にむけての準備＞

受け持ち看護師を中心に準備する
前日準備

＜必要物品＞

チェックリストを用いて2週間分の準備をする

- ・薬品(2週間分を前日までに主治医が処方し当日渡す)4個、
アルコール綿(1個包装)4枚、廃棄ボックス1個、
- ・注射針27G 4本(+1本)、注射器(1ml用)4本(+1本)、
ツートック4本、袋(以上アドバフェロンのみ)

注射器・注射針は不潔にする危険性があるため予備1本準備

* 在宅自己注射管理料(820点/月)及び注射器加算を算定する

手技の習得に時間を要した項目 (アドバフェロン)

1. 針のキャップをはずすこと
2. 注射量をあわせること
3. 空気をぬくこと



自己注射指導開始後の患者の反応と指導内容 ～チェックリストより抜粋～

	反応	指導内容
前期 1～3日	手順をおぼえないといけない。 副作用が心配。	ゆっくり一つ一つ手順を確認しながら指導する。看護師が手を添えておこなうことが効果的。副作用のコントロール方法を指導。
中期 4～6日	エア抜き・薬液量の調整・針の取り扱い、針の格納方法が難しい。	自信がない手技が限定してくるため、患者様が数回練習した後、手順にそって実施させる。
後期 7日～	あせらなかつたらできる。	見守りながら不安な点をアドバイス。

退院前の反応

自己注射に対する「自信」の表現

- ・流れは大体つかめた。時々手順をみて、忘れないようにしている。
- ・この調子でいけるといい。どうしたらいいかがわかったので繰り返し練習します。
- ・何回も練習してよかったです。頑張ってやっていきます。

「自信」の表現がされるまでに要した日数

平均7日間(5～14日間)

副作用(発熱)への対応

<注射1日目>

1時間毎に体温測定し指定の用紙に記入
症状出現時もその状況を記入し熱型をみて
2回目以降の解熱剤の使用時間を検討

<その後>

毎日副作用チェックリストに症状チェックし
副作用のコントロール方法を検討

<退院時>

「副作用もそうないから
続けていけると思う」
という反応

副作用は個人差があるが
解熱剤の予防的内服で
コントロールできる

ペガシス・コペガス併用療法

治療に臨む思い

- 新薬が出るのを待っていた。入院の連絡が来るのを待っていた。
- 治療は受けたいが、仕事が休めない。入院期間はどの位になるのか。
- 副作用が心配。(前はきつかった)
- 医療費の負担が大きい。
- とにかく続けられるといいです。
- 家族も理解してくれた。頑張りたい

入院中の思い

- 食欲が少し落ちたかな。味覚が変わった。
- 夜眠れない。(環境が変わったからかな。)
- 仕事にいつ頃から戻ろうか考えている。
- 続けていけるか心配。
- 何ともないです。
- 思ったほどきつくない。続けられそう。

退院後の思い

- 副作用が辛い。
（微熱・体がだるい・発疹・食欲減退）
- 検査結果で治療が続けられるか不安。
- 考えたより体の負担が少なく安心した。
- 不安はあるが、結果を楽しみにがんばる。
- 趣味を楽しみながら充実している。
- 周囲が協力的で助かっている。

肝炎治療医療費助成制度 が改正

2010年4月1日

C型肝炎とB型肝炎の
インターフェロン治療に対する
医療費助成制度が改正
された

B型・C型肝炎の患者のみなさまへ

インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療の
医療費助成を行っています。

•原則、月あたり**1万円**
(世帯所得の高い方については、**2万円**)
を超える部分について、医療費を助成します。

22年度から

利用しやすくなりました。



- ① ご負担額を引き下げました。
* 月あたり1万円(前年度より2万円)
- ② 核酸アナログ製剤治療と、
- ③ 医学的に効果が高いと認められる方への、
2回目のインターフェロン治療助成
を開始しました。

詳しくはお住まいの都道府県に
お問い合わせください。

肝炎医療費助成制度の目的

＜肝炎に対する治療＞

インターフェロン治療

核酸アナログ製剤治療

肝硬変や肝がんなど、より重篤な病態への
進行を防止することが期待できる

早期治療の促進！！

医療費制度の範囲

- インターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療を行うために必要となる

初診料・再診料・検査料・入院料など

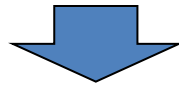
が助成の対象となる

- インターフェロン治療による経緯で副作用が生じた場合、当該治療を継続するために必要な副作用の治療 については助成の対象となる。

助成制度の変更点

- 自己負担額の引き下げ

2009年度まで: 所得に応じ、1万円、3万円、5万円



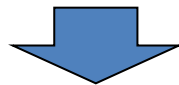
2010年度から: 原則1万円 (上位所得階層2万円)

- B型肝炎の核酸アナログ製剤治療が対象となった

助成制度の変更点

- 制度利用回数の制限緩和

2009年度まで: 利用は一人につき1回のみ



2010年度から: 医学的にインターフェロン再治療が有効と認められる一定条件を満たす者について

2回目が認められる。

助成内容

肝炎治療特別促進事業における自己負担額表

階層 区分	世帯あたり市町村民税 (所得割)課税年額	自己負担額 の上限(月額)
1	235,000円未満	10,000円
2	235,000円以上	20,000円