

TOYAMA

今度は
富山で開催

第7回 日本褥瘡学会 中部地方会学術集会

The 7th Annual Meeting of the Central Division of the Japanese Society of Pressure Ulcers



大会テーマ
一例一例を大切にする褥瘡ケア

会期 2011年2月27日(日)

教育セミナー
2月26日(土)

会場 富山国際会議場

〈市民公開講座〉併催
参加自由

第7回 日本褥瘡学会中部地方会学術集会

プログラム

2月26日(土)

第2会場 (2F 201-203)

『2011年 日本褥瘡学会公認 第1回中部地方会教育セミナー』

受付開始 14:00~

教育セミナー 14:30~17:30

司会：塚田 邦夫 高岡駅南クリニック院長

プログラム1 「疫学とメカニズム」

金沢医科大学看護学科 教授 紺家 千津子

プログラム2 「栄養管理」

高岡駅南クリニック 院長 塚田 邦夫

プログラム3 「ドレッシング材(創傷被覆材)を用いた治療」

兵庫県立塚口病院 皮膚科部長 田邊 洋

第7回 日本褥瘡学会中部地方会学術集会

プログラム

2月27日(日)

第1会場 (3F メインホール)

◆受付開始 (8:30~)

◆会長挨拶 (9:00~9:05)

◆特別講演 (9:05~9:55) 座長:川上 重彦 (金沢医科大学形成外科学教室)

『臨床研究で褥瘡ケアはこんなに変わった』

講師 真田 弘美 (東京大学大学院医学系研究科 老年看護学/創傷看護学分野 教授)
共催:アルケア株式会社

◆会長講演 (9:55~10:25) 座長:鳥居 修平 (相模女子大学看護学部)

『一例一例を大切にする褥瘡ケア』

講師 塚田 邦夫 (高岡駅南クリニック院長)

◆教育講演 (10:25~10:55) 座長:須釜 淳子 (金沢大学大学院医学系研究科)

『最新の予防的スキンケア』

講師 溝上 祐子 (社団法人日本看護協会看護研修学校 認定看護教育課程長)
共催:スマイル・アンド・ネフューウンドマネジメント株式会社

◆一般演題:難治褥瘡:症例1 (1~3) (11:00~11:21)

座長:青木 和恵 (静岡県立静岡がんセンター)

1、個人に合わせた褥瘡治療方針 ~チームでかかわった症例を通して~

沼津市立病院褥瘡対策委員会薬剤部 川上 典子 他

2、脊髄損傷患者に発生した褥瘡に対し、多職種連携により早期治癒した1事例

医療法人 愛整会 北斗病院 薬剤室 加藤 豊範 他

3、他職種の連携により長期難治褥瘡が治癒に向かった一例

木村病院 吉川 とし子 他

◆一般演題:難治褥瘡:症例2 (4~6) (11:24~11:45)

座長:深水 秀一 (浜松医科大学医学部附属病院)

4、多職種で関わった多発難治性褥瘡へのアプローチ

済生会富山病院 看護部 近村 厚子 他

5、継続看護ケアで治癒に至った難治性褥瘡の一例

城北病院 川端 貴子 他

6、褥瘡を有する体位変換禁止患者の悪化防止に向けた取り組み

金沢医科大学病院集中治療センター 宮岸 法子 他

第1会場（3F メインホール）

◆ランチョンセミナーA（12：00～13：00）

座長：田邊 洋（兵庫県立塚口病院）

『行政を巻き込む地域ネットワーク みよし市の事例』

講師 堀田 由浩（統合医療 希望クリニック院長）

共催：株式会社タイカ

◆総会（13：00～13：20）

次期会長挨拶

◆ワークショップ（13：35～14：55）

座長： 真田 弘美（東京大学大学院医学系研究科）

塚田 邦夫（高岡駅南クリニック）

『ぶっつけ本番症例検討』

症例提示 豊田 恒良, 木下 幸子

演者 切手 俊弘, 田邊 洋, 久保 敏子, 松井 優子, 水野 正子, 手塚 波子

◆市民公開講座（15：00～16：30）

座長： 水谷 仁（三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻）

『床ずれって何？どうすればよいの？』

講師 塚田 邦夫（高岡駅南クリニック院長）

『オムツの選び方・使い方・ちょっとしたコツで世界が変わる』

講師 浜田 きよ子（排泄用具の情報館「むつき庵」代表）

共催：クスリのアオキ

2月27日(日)

第2会場 (2F 201-203)

◆一般演題：在宅連携1 (7~10) (10:30~10:58)

座長：高橋 秀典 (福井大学医学部)

7、当院で行っている咀嚼・嚥下に対する取り組み

高岡駅南クリニック 城山 和也 他

8、右外頸部褥瘡ケアに血の道療法によるマッサージを取り入れた一例

公立南砺中央病院 高松 正枝 他

9、褥瘡を有する脊髄損傷患者への退院指導

金沢医科大学病院 形成外科病棟 濱江 真紀 他

10、家族の存在と職種間の連携について

高岡駅南クリニック 山田 美雪 他

◆一般演題：在宅連携2 (11~13) (10:59~11:20)

座長：橘 幸子 (福井大学医学部附属病院)

11、愛知県薬剤師会医療再生調査研究事業～褥瘡～ 第1報

チューリップ薬局平針店 水野 正子 他

12、在宅療養者・家族の目に見える多職種連携

高岡駅南クリニック 松田 仁美 他

13、栄養管理とアナルプラグを使用して 一糖尿病で胸椎損傷患者の褥瘡を完治し在宅へ一

富山県高志リハビリテーション病院 田口 美紀子 他

◆一般演題：局所療法1 (14~17) (11:21~11:49)

座長：加納 宏行 (岐阜大学大学院医学系研究科)

14、NST介入・陰圧閉鎖療法により奏効した難治性の仙骨部褥瘡の1例

独立行政法人国立病院機構 七尾病院 NST 杉山 真由美 他

15、術後創離開患者に陰圧閉鎖療法を試行した3例

富山通信病院 藤野 由紀子 他

16、褥瘡に対するVAC治療の経験

金沢医科大学 形成外科 杉下 和之 他

17、ヨードホルムガーゼの壊死組織除去効果と既存治療との効果比較

国立長寿医療研究センター 薬剤部 溝神 文博 他

◆ランチョンセミナーB (12:00~13:00)

座長：豊田 恒良 (光ヶ丘病院 外科)

『人生を変える褥瘡ケア』

講師 切手 俊弘 (医療法人天成会小林内科診療所)

共催：科研製薬株式会社

◆一般演題：局所療法2 (18~20) (13:35~13:56)

座長：古田 勝経 (国立長寿医療研究センター)

18、創面フィプロネクチンを経時的に解析した褥瘡の2症例

愛知県立大学看護学部研究科 松本 尚子 他

19、ポケットを有する褥瘡に対する、テーピングによる閉鎖の試み

第一なるみ病院褥瘡対策チーム 堀加 代子 他

20、感染を繰り返して難治であったため消毒剤を継続使用したところ軽快した4度褥瘡の1例

福井大学医学部附属病院 皮膚科 高橋 秀典 他

第3会場（2F 特別会議室）

◆一般演題：体圧分散1（21～24）（10：30～10：58）

座長：井上 邦雄（浜松労災病院）

- 21、看護基礎技術演習における体圧分布測定システム導入による教育評価

金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域 松尾 淳子 他

- 22、マットレスの機械的性質が皮膚の変形に与える影響

独立行政法人国立長寿医療研究センター 根本 哲也 他

- 23、手術時の側臥位体位における褥瘡予防ケアの取り組み

独立行政法人 岐阜県立多治見病院 三宅 規子 他

- 24、ニップ装着に対するカイゲンシート®の使用経験

特定医療法人財団博仁会横田病院 竜泉 清女 他

◆一般演題：体圧分散2（25～28）（10：59～11：27）

座長：田端 恵子（千木病院）

- 25、体圧分散マットレスと褥瘡発生率との関連性

金沢医科大学氷見市民病院 褥瘡対策委員会 杉田 操 他

- 26、高反発素材を利用した静止型マットレスの健常人における実験的評価

公立南砺中央病院整形外科 田中 一範 他

- 27、手術室における褥瘡発生の現状と対策 ～体圧分散寝具開発への取り組み～

金沢医科大学病院看護部、褥瘡管理者 中村 徳子 他

- 28、ICU入室患者の気管内挿管の有無、体位による体圧・ずれ値の比較

岐阜大学医学部附属病院 ICU 大塚 愛子 他

◆一般演題：臨床研究1（29～31）（11：28～11：49）

座長：前川 厚子（名古屋大学医学部保健学科）

- 29、褥瘡の治癒困難な症例における創部の特徴

金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域臨床実践看護学講座 稲垣 美佐子 他

- 30、当センターにおける高齢者の褥瘡発生の傾向 ～院内発生の検討から～

国立長寿医療研究センター 下園 いず美 他

- 31、褥瘡対策チームにおける回診の推移の報告

高岡市民病院 東城 美智代 他

◆一般演題：臨床研究2（32～34）（13：35～13：56）

座長：安田 智美（富山大学医学薬学研究部）

- 32、外科病棟における褥瘡の発生状況と経過

厚生連高岡病院 褥瘡対策委員会 梅田 由起恵 他

- 33、下腿褥瘡と仙骨褥瘡の発生要因および予後に関する検討

成田記念病院 野田 千笑 他

- 34、褥瘡予防継続ケア統一にむけた取り組みと課題 ～皮膚障害対応マニュアルの作成を試みて～

福井社会保険病院 看護局 長谷川 美智子 他

**2011年 日本褥瘡学会公認
第1回中部地方会教育セミナー**

教育セミナー1



疫学とメカニズム

金沢医科大学看護学部 教授
紺家 千津子

1. 褥瘡の疫学

疫学は、褥瘡に対するケアの質を保証していくために重要である。所属施設のケアの質は、その施設の褥瘡有病率・発生率の推移をみるとこと、他施設や全国調査の褥瘡有病率・発生率と所属施設のデータを比較することで客観的に評価できる。しかし、施設ごとで褥瘡有病率・発生率の算出方法が異なっていると、有効に活用することが不可能となる。そこで、日本褥瘡学会が公表した褥瘡有病率と褥瘡推定発生率の算出方法について解説する。さらに、平成18年に日本褥瘡学会実態調査委員会が実施した全国の褥瘡保有患者の実態調査の結果を供覧し、実態を把握することの必要性とその活用について説明する。

日本褥瘡学会が公表した褥瘡有病率と褥瘡推定発生率の算出方法

- ・褥瘡有病率（%）＝調査日に褥瘡を保有する患者数÷調査日の施設入院患者数×100
- ・褥瘡推定発生率（%）＝（調査日に褥瘡を保有する患者数－入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数）÷調査日の施設入院患者数×100

2. 褥瘡発生のメカニズム

褥瘡発生のメカニズムは、褥瘡の発生と重症化を予防するために重要である。褥瘡は平成17年に日本褥瘡学会により「身体に加わった外力は骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下、あるいは停止させる。この状況が一定時間持続されると組織は不可逆的な阻血性障害に陥り褥瘡となる。」と定義されている。しかし、褥瘡は外力（圧力+ずれ）による①阻血性障害のみではなく、②再灌流障害、③リンパ系機能障害、④細胞・組織の機械的変形の4種類の機序が複合的に関与し発生すると考えられている。そこで、これらについて説明する。次に、褥瘡の発生と重症化を予防するための有効なケアを実施するために、褥瘡発生のリスクファクターと発生予測スケールの活用について概説する。

【略歴】 紺家千津子（こんや ちづこ）

昭和61年3月：金沢大学医療技術短期大学部看護学科卒、4月～金沢大学医学部附属病院勤務
平成9年12月：創傷・オストミー・失禁看護（現 皮膚・排泄ケア）認定看護師 資格取得
平成10年4月：金沢大学医学部保健学科 助手
平成17年3月：金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程修了 博士（保健学）取得
平成18年4月：金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 看護科学領域 助教授
平成22年4月：金沢医科大学看護学部 教授 現在に至る

教育セミナー2



栄養管理

高岡駅南クリニック 院長
塚田 邦夫

褥瘡は持続的な圧迫が原因となって発症する。その発症メカニズムを考えると、皮膚に軽度の障害しか認めなくても、皮下組織にはより重大な障害がおこっている可能性がある。軽度の皮膚発赤で発見した場合、多くの例では重度の褥瘡への進展を回避できる。しかしある程度の割合で、集中的な治療にもかかわらず深い褥瘡へと進行する。悪化の原因として栄養障害は重要である。創傷が修復するとき、カロリー摂取不足があると身体は異化亢進状態（蛋白合成がストップした状態）に陥るため、創修復は遅延する。また蛋白質は組織修復の材料であるため、蛋白質摂取不足があると組織修復は期待できない。以上の点から、褥瘡発症早期の栄養障害は褥瘡悪化に直結するのである。

「創傷と栄養」に気を配るようになったのは、局所療法に熱中し栄養評価をしなかった例での苦い経験からである。とは言え、栄養改善は容易ではない。医師一人では良い結果は望めず、管理栄養士を交えたチーム医療でのアプローチが必須である。

栄養療法を行うにあたって、特に慢性創傷である褥瘡ケアにおいては、口から食べることが重要である。口から食べることは、歩行や排便コントロールなどと比べ、日常行為の中では難易度は低い方に属すが、生活の楽しみやQOLに大いに関係する。

嚥下障害が疑われる場合、嚥下評価をする。「反復水のみテスト」等がある。食形態や嚥下の様子を観察し、ケアへ直接結びつく方法として嚥下内視鏡検査を最近始めたが、その有用性を紹介する。

経口摂取をしているか否かにかかわらず、口腔ケアは必要である。嚥下障害のある場合、嚥下訓練を継続することが重要である。五島式楽しい嚥下訓練法を最近知り、良い結果を得ているので紹介する。

入れ歯については、なるべく外さないことが重要と分かってきた。食事のたびにいれば用ブラシで洗い、寝るときも付けたままにすることで歯ぐきが保たれる。PEGによる栄養法を初めても、経口摂取時と同様に、あたたかいケアによって栄養改善を進めることが重要である。

【略歴】 塚田 邦夫 (つかだ くにお)

1979年：群馬大学医学部卒、東京医科歯科大学第2外科入局、1988年 助手

1988～1990年：米国クリーブランドクリニック 結腸直腸外科臨床研究医

1997年：医療法人社団研医会高岡駅南クリニック院長 現在に至る。

東京医科歯科大学医学部非常勤講師、日本褥瘡学会評議員、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員、日本創傷治癒学会評議員、日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会理事、日本創傷・オストミー・失禁管理学会評議員、高岡在宅褥瘡創研究会会长、高岡在宅NST研究会代表世話人

教育セミナー3



ドレッシング材（創傷被覆材）を用いた治療

兵庫県立塚口病院 皮膚科部長

田邊 洋

褥瘡に使用する創傷被覆材は、この20年で急速に製品が増え様々な付加価値をもった製品を選択できるようになった。鳴り物入りで登場したハイドロコロイドドレッシングなどの創傷被覆材の評価はほぼ標準化し、その使用方法も日本褥瘡学会発行のガイドラインなどで、明確に示されている。しかしながら、現場からは外用薬と創傷被覆材、またはラップ療法などのどの方法が良いのかわからないという意見はよく耳にする。このセミナーでは、現在ある各種創傷被覆材の長所短所をまとめて、使用者が、少しは知識を持って創傷被覆材を選択できる一助になればと考える。

昨今は、健康保険上の皮膚欠損用創傷被覆材の算定のため3週間までしか使用できないとか、包括医療の病棟では創傷被覆材は自費購入になるなど、制度上創傷被覆材には逆風傾向である。またラップ療法が在宅などで急速に普及しており、従来の創傷被覆材は在宅では使用しにくい現状もある。ラップ療法についても、一つの有効な創傷被覆材として、その長所短所を今回まとめてみたい。

最近も新規の創傷被覆材が発売されており、そのポイントは「皮膚にやさしく」の様である。しかし創傷治癒に必要な温潤環境を作るという基本には変わりはないようである。たくさんの被覆材があるが、基本を見極める視点をもって、明日からのケアに有効に生かしてもらいたい。

要点は

- ① 創傷被覆材は、くすりではない。
- ② 交換時は洗浄して貼りかえるが、消毒はいらない。
- ③ 創傷被覆材は、ガーゼ+軟膏処置と異なる長所がある
- ④ 創傷被覆材の価格があり、必ずしも安いものではない。
- ⑤ 壊死や感染がある時期の創傷被覆材の使用は控えるべきだ
- ⑥ 外用薬にもラップ療法にも創傷被覆材にも長所短所はある
- ⑦ すべての褥瘡に有効な創傷被覆材はなく、時期や創の様子で選択するなどである。

【略歴】 田邊 洋 (たなべ ひろし)

- 昭62. 3 関西医科大学医学部卒業
 昭63. 6. 15 京都大学医学部皮膚科研修医
 平3. 4. 1 福井赤十字病院皮膚科勤務
 平6. 10. 1 天理よろづ相談所病院皮膚科医員
 平12. 9. 1 金沢医科大学皮膚科学内講師
 平18. 4. 1 金沢医医科大学皮膚科准教授
 平22. 1. 10 兵庫県立塚口病院皮膚科部長

特 別 講 演
会 長 講 演
教 育 講 演
ランチョンセミナー
ワークショップ
市 民 公 開 講 座

特 別 講 演



臨床研究で褥瘡ケアはこんなに 変わった

東京大学大学院医学系研究科
老年看護学／創傷看護学分野 教授

真田 弘美

日本の医療制度は今、大きな変革を求められている。医師不足に起因する医療格差の解決には、新しいパラダイムが必要とされ、それにはチーム医療という医師の裁量を他の医療従事者に委譲するシステムを取り入れることが提案されている。厚労省においても、チーム医療を検討するさきがけ部会として特定看護師（仮称）制度に関するワーキンググループが立ち上がり、その試行事業も開始した。このチーム医療を推進するためのモデルとなったのは褥瘡対策に他ならない。2002年に医療費削減のために褥瘡対策未実施減算、2006年には褥瘡対策ハイリスク患者ケア加算が施行された。これらに共通する対策は、多職種連携による褥瘡の予防と治癒促進であり、そのためのガイドライン策定など日本褥瘡学会の貢献には目を見張るものがあった。

褥瘡の予防・治療に関するガイドラインは、まず1998年に厚生省老人保健福祉局老人保健課監修の下に、その後2009年に日本褥瘡学会監修の下に出版されている。この10年間の進歩は2つのガイドラインを比べると一目瞭然であり、体圧分散寝具やスキンケア用品など予防用具の技術革新、外用薬やドレッシング材、全身状態を改善する新しい栄養補助食品の開発などの目覚ましい変化には、隔世の感がある。それは取りも直さず褥瘡に関する研究が推進され、それが使われ、そして評価されるというEBP(Evidence Based Practice)を積み重ねた成果に尽きるといつても過言ではない。

筆者は褥瘡予防と発生後のケアについて、20余年にわたり看護学を基盤に臨床研究を行ってきた。その中で最も重視したのは、このEBPであり、多職種連携によるチーム医療の中で必要とされるエビデンスを構築することにあった。そのプロセスの中で見出したものは基礎研究の重要性と、基礎研究を臨床研究として繋げるトランスレーショナルリサーチ手法の導入であった。そして、これらの新しい技術とそのエビデンスを定着させるためには、人材育成、そして彼らによる政策研究の実施が重要であることを目の当たりにした。

そこで、本講演では下記の内容について概説する。

1. 創周囲洗浄のエビデンス構築で見えたトランスレーショナルリサーチの手法
2. トランスレーショナルリサーチによる褥瘡予防振動機の開発と評価
3. チーム医療から見出された褥瘡部の臨床診断方法の開発
4. 新しい技術を定着させる高度創傷看護技術の教育プログラムの開発

【略歴】 真田 弘美（さなだ ひろみ）

1979年聖路加看護大学卒業、1987年クリーブランドクリニック聖路加分校ETスクール修了、1989-90年イリノイ大学大学院看護学部にて研修、1987-97年金沢大学医学部研究生 博士（医学）、1998年金沢大学医学部保健学科教授、2003年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学分野教授、2006年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学/創傷看護学分野教授。1999年よりWOC看護認定看護師（現皮膚・排泄ケア認定看護師）。2009年より日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事長。

会長講演



一例一例を大切にする褥瘡ケア

高岡駅南クリニック 院長
塚田 邦夫

どのような病気でもそうだが、褥瘡も一つとして同じものはない。これらの複雑性を集約しEBMやEBNに基づいた科学的な褥瘡ケアが行われるようになり、多大な貢献をしてきた。しかし、個々の症例のケアにあたっては、個別性がやはり重要であろう。

下半身麻痺の方に発症した尾骨部褥瘡例では、ベッド上での移動が問題と診断し、移動法の指導を考えていたところ、じつは起き上がり方に問題があったと分かり驚いた例。

踵の難治性褥瘡に対し、踵の挙上による対応で十分と考えていたところ、実は車イス使用時の姿勢の問題と気付いた。そこから車イスの持つ問題点に着目し、リクライニング車イスとティルト車イスの違いに気付き、地域での啓蒙でティルト車イスが普及し大きな変化が生まれたこと。

褥瘡の修復には栄養改善が必要であるが、実行は容易ではなく、施設での経静脈栄養や経管栄養など強制栄養しか打つ手がないようにみえていた。しかしに楽しい摂食嚥下訓練を知り、棒付き餌の導入によって、栄養が低下し介護にも抵抗していた方が、劇的に栄養状態が改善しただけではなく行動まで変わり感動したこと。

その中で、移動や移乗・ポジショニングといった日常介護の基本技術が、実は拘縮や肺炎の原因になっていることを知りショックを受けた。そこで移動や移乗・ポジショニングのセミナーや勉強会を繰り返す中で、一例一例に対し個別な対応の必要性がさらに強く意識されてきた。

寝たきり高齢者に対するPEGの挿入について、最近否定的な意見も多くなってきてている。問題はPEGを入れる前までは、愛護的な食事介助をしていたのに、PEGが入ったとたんに効率を考える「作業」へと変化する。そして姿勢への配慮もなくなってしまうことで、PEGの印象を悪くさせていいるのではないかと考えるようになっている。

家族の意向と医療者の考え方が食い違う場面も珍しくはなく、皆が納得するケアを行うためには、患者さんの生活する場を知り個別に対応する必要がある。そして一人一人を大切にした温かいケアへつなげていきたい。

【略歴】 塚田 邦夫 (つかだ くにお)

1979年：群馬大学医学部卒、東京医科歯科大学第2外科入局、1988年 助手

1988～1990年：米国クリーブランドクリニック 結腸直腸外科臨床研究医

1997年：医療法人社団研医会高岡駅南クリニック院長 現在に至る。

東京医科歯科大学医学部非常勤講師、宮城認定看護師スクール非常勤講師、静岡県立静岡がんセンター認定看護師教育課程非常勤講師、高岡市医師会看護学校非常勤講師

日本褥瘡学会評議員、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員、日本創傷治癒学会評議員、日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会理事、日本創傷・オストミー・失禁管理学会評議員、高岡在宅褥瘡研究会会長、高岡在宅NST研究会代表世話人、在宅チーム医療栄養管理研究会運営委員、北陸ストーマ研究会世話人、北陸PEG・在宅栄養研究会世話人

教 育 講 演



最新の予防的スキンケア

社団法人日本看護協会看護研修学校
認定看護教育課程長

溝 上 祐 子

臨床の現場は、加齢に伴う皮膚の老化に加え、免疫・代謝機能の低下や低栄養、疾患や治療の影響など、皮膚の生理機能を損なう要因をもった対象者であふれている。褥瘡の発生にもこの皮膚の生理機能や組織耐久性の低下が絡むが、発生した褥瘡においても治癒遅延の要因となりえる。よって、皮膚の生理機能を維持することを目的とするスキンケアは褥瘡の発生を予防するためにも重要と考える。予防的スキンケアの柱となる考えは「最も重要なバリア機能を持つ表皮をいかに維持するか」である。脆弱な皮膚として多く見受けられる症候に「ドライスキン」と「浸軟」があり、いずれも表皮のバリア機能の破綻を認める。ドライスキンは角質水分量が減少し、皮膚の表面を覆う皮脂膜のバリア機能が破綻した状態であり、浸軟は外からの水分を吸収して角質細胞内の水分量が増加し、角質細胞と細胞の間を接着させている構造が緩んでいる状態である。こうした皮膚の生理機能が低下した状態を考慮したスキンケア法として、皮膚の保護は重要な位置づけとなる。

ドライスキンに対しては保湿が重要とされ、油性の軟膏やスキンケアクリームが選択されてきた。しかし、近年では皮膚の表層を油性クリームで覆うだけでは持続した保湿効果やバリア効果は期待できないことから、浸透性があり、細胞間脂質を補うスキンケア用品などが有効であることが報告されてきている。一方、皮膚の浸軟に関しては水分の角層への浸透を回避するために撥水効果があり、持続効果があるスキンケア用品が開発されてきている。脆弱な皮膚を保護する目的を達成するにはこれらのスキンケア用品を選択することが推奨される。

表皮の最も外層に位置する角層には生理的なバリア機能が備わっているが、いわゆる医療用粘着材料の剥離刺激によって、角層が剥がされ、バリア機能を損なうことが明らかになってきた。また、剥離による疼痛も度重なることにより、患者の負担を増大させ、QOLの低下を招く。こうした疼痛管理の重要性が勧告され、現在では角層を傷めずに剥離できるシリコンジェルを活用した創傷材料が開発されてきている。

今回の講演では皮膚の基礎知識に加え、根拠に基づいたスキンケア用品の活用の実際と進化してきた角層を傷めない創傷材料について紹介する。

【略歴】 溝上 祐子（みぞかみ ゆうこ）

- 1982年 東京都立荏原看護専門学校 卒業
- 東京都立清瀬小児病院 就職
- 1987年 クリーブランドクリニック分校聖路加ETスクール修了
- 2001年 (社) 日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程WOC看護学科専任教員
- 2005年 武藏野大学大学院人間社会学修士課程 修了
- 2010年 (社) 日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程 課程長

ランチョンセミナーA



行政を巻き込む地域ネットワーク みよし市の事例

希望クリニック 院長
なごやかクリニック 在宅床ずれ往診医
日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 理事

堀田由浩

はじめに

私が、OHスケールを中心とした褥瘡予防対策に勢力を注いで、病院から在宅、地域活動まで広げている源が東洋的思想に基づいていると言えば、みなさんはどう感じるだろうか？私は、1998年に愛知県豊田市にある600床の加茂病院（現豊田厚生病院）に形成外科医として赴任直後から褥瘡治療に興味を持ち、週1回の院内褥瘡回診と在宅への褥瘡訪問診察を開始した。1999年褥瘡クリニカルパスの導入や栄養サポートチームの立ち上げと、褥瘡治療に必要なすべてを整えたつもりだった。ところが、3年経っても院内褥瘡患者数は、まったく減らず時に増加することさえあった。どうすればいいか途方に暮れていた時に、東洋医学の勉強会で、道教の基本的な法則を学んだ。その中に、仕事で成果を上げる原則があった。それは、成果＝知識×技術×やる気。

その法則に基づいて、知識の普及×技術実習×やる気を引き出すコミュニケーションで、OHスケールを用いた褥瘡予防対策の成果は、5週間で院内褥瘡患者数を約5分の1に、押し下げ、2002年には、1名の週もあった。

この成果を、多くの人に届けたい。その思いが、地元医師会での講演に結びつき、そこに参加されていた、三好町（現在みよし市）町民病院の院長先生に繋がり、みよし町長へ直接成果を報告する場に恵まれた。その後は、みよし市での行政を巻き込んだ、褥瘡予防へと発展した。その後、OHスケールによる褥瘡予防対策を各地で講演をさせて頂く中で、高知の下元氏のずれを起こさない移乗動作技術を知り、その成果に感動した。現在、褥瘡対策には、OHスケールでリスクを判定してマットレスを選び（知識）、ずれを起こさないケア実習（技術）をセットで行えるようにしている。すると、直後から成果へつながり、成果が出るから周りに伝えたくなることへ繋がっていった。

現在、地元愛知県では、日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会コアスタッフメンバーを中心に、「床ずれケアナビ（在宅版）」で知識の普及と実習セミナーを、名古屋市、豊田市、岡崎市、半田市で展開している。講演では、褥瘡の基礎からOHスケール、成果＝知識×技術×やる気についてなぜ、その様に考えるようになったのかということをエピソードを織り交ぜながら、お伝えします。

褥瘡対策への取り組み

昭和63年3月国立三重大学医学部卒業後、一般外科を7年経験した後に形成外科に転向。

1998年6月より厚生連加茂病院で、形成外科を開設すると同時に褥瘡治療に重点を起き、院内だけでなく在宅へも積極的に出向き褥瘡診療に従事する。クリニカルパスや栄養サポートチームを立ち上げ、総合的な褥瘡治療に努力するも院内の褥瘡患者数は、減少せず、これを打開するため、平成2001年12月から、褥瘡学会初代理事長の大浦武彦先生の協力を得て、OHスケールを用いた褥瘡予防対策プログラムを導入した。その結果、5週間で院内褥瘡患者数が34名から7名へと減少し、褥瘡対策プログラムの成果を実感した。その後、この対策を地域で実践すべく、愛知県三好町で褥瘡対策事業を平成2004年4月から開始、予防医学の重要性を実感し、褥瘡対策を日本全体に広げるため、平成2004年6月堀田予防医学統合医療研究所を設立。現在ホームページでOHスケールを用いた褥瘡予防対策の普及に努める。

2010年7月統合医療 希望クリニック開業 院長

【履歴】 堀田 由浩（ほった よしひろ） 昭和38年5月 名古屋生まれ 47歳。

昭和63年3月 国立三重大学医学部 卒業

昭和63年～平成1年 研修医

平成1年～平成7年4月 一般外科

平成7年6月～ 形成外科へ転向

平成14年6月 厚生連加茂病院 形成外科

平成16年4月 三九郎病院 形成外科 部長

平成16年4月 愛知県 三好町褥瘡対策事業 プロデューサー 兼任

平成16年6月 株式会社 堀田予防医学・統合医療研究所 設立

平成18年12月 日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 理事

平成21年4月 日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 会長

平成22年7月 希望クリニック 院長

平成22年7月 なごやかクリニック 床ずれ往診医

主な著作　　日本人の褥瘡危険要因OHスケールを用いた褥瘡予防　日総研出版　2005

大浦 武彦 先生との共著

ランチョンセミナーB



人生を変える褥瘡ケア

医療法人天成会 小林内科診療所

切 手 俊 弘

人は、その人の生き方まで左右するような大きな出来事を何度か経験し人生を刻んでいく。「褥瘡ケアが人生を左右する」というと少し仰々しいが、私が医師として医学を学んできた中で、いろいろな意味で、思い出に残る褥瘡の事例を経験してきた。今回のセミナーでは、大きく3つに分けて、私自身が経験した症例のお話をさせていただく。

① 私自身の人生を変えた事例

褥瘡など、まともに治療したことなかった私が、専門の医師が近くにいなかったため独学で勉強し、見よう見まねで治療した巨大な仙骨部の褥瘡事例。Wound Bed Preparationにて褥瘡が縮小する様子を初めて経験し、後の私自身の褥瘡治療の自信につながった。その時創の治癒力を実感する。

② 患者の人生を変えた事例

脊椎損傷の中年の患者。車椅子での座位が長いため、尾骨部に褥瘡ができ、10年以上治らずに生活してきた。筆者の外来を偶然受診。原因を説明し本人に理解いただき、適したドレッシングケアを行い、褥瘡は完治した。その患者の長い褥瘡生活は終了する。

③ 家族の人生を変えた事例

寝たきりで、食べようとしない認知症の患者。褥瘡が発生し、栄養不良にて入院となった。入院中に胃瘻を造設し、家族が「少しでも一緒にいる時間を作りたい」という希望で在宅ケアへ。現在も私の往診、訪問看護で褥瘡処置を在宅で続けている。家族の協力とあたたかいケアで、在宅療養期間すでに2年経過。亡き夫の仏壇の部屋にベッドを入れて現在も生活している。

褥瘡ケアは、患者やその家族の背景や今までの生活などすべてを把握して、オーダーメイドで対応しなければならない。このようなことは褥瘡治療の教科書には載っていないが、私は褥瘡ケアを行う前提として、最初に理解しておく要素だと考える。褥瘡患者や家族がさいごに「これで本当に良かった」といえるケアをプロデュースするのが、我々医療者の使命なのかもしれない。

【略歴】 切手 俊弘（きって としひろ）

平成9年 大分大学医学部 卒業

平成12年 飯塚病院（福岡）外科手術を修練 ストーマケアを勉強始める

平成13年 津久見市医師会病院（大分）高齢者医療を学ぶ 褥瘡ケアも本格的に勉強始める

平成18年 大分大学第1外科大学院 多血小板血漿（PRP）の創傷への活用を研究

平成19年 医療法人天成会 小林内科診療所 地域医療・在宅医療を学び、現在に至る

【資格】 日本褥瘡学会 評議員 褥瘡認定師 機関紙編集委員 在宅褥瘡委員（岡山県幹事）

ワークショップ：症例呈示



医療法人社団紫蘭会 光ヶ丘病院 外科
豊田 恒良

褥瘡ケアに携わる医師の仕事は、創の局所治療が主となりがちですが、その過程に行き詰った場合、「何がケアの妨げになっているのか、どこに問題があるのか？」と、悩むことがあります。そこで再度、日頃からケアに携わっておられる方と話し合うと、その答えにたどり着くことがあります。そして、「キズしか診ていなかった」と反省させられます。

褥瘡ケアは、患者様の栄養やADLの状態を把握すること、適切な寝具や車椅子の選択、さらに在宅では、ケアマネージャの対応、訪問看護師や介護者の褥瘡ケアに関する知識や理解も要求され、それが一つでも欠けると、創の治療経過に影響を及ぼすと言っても過言ではないでしょう。

しかし、その全てを医師が把握することは困難であり、職種間の連携が重要なポイントとなります。

今回呈示する症例は、外来で治療を行なってきましたが、その経過中に行き詰ったケースです。在宅での褥瘡治療の問題点は、職種間の連携がスムーズに行かない事、また、創の変化を捕らえきれない事などがあります。

皆様ならこの症例に、どの様な対応をされますか？

ご意見をお聞かせ下さい。

【略歴】 豊田 恒良（とよだ つねよし）

1984年：金沢医科大学卒業。金沢医科大学胸部心臓血管外科入局。

1999年：高岡市の光ヶ丘病院外科勤務。一般外科（褥瘡創傷ケア）と胃瘻の造設管理に従事。

2000年：高岡褥創勉強会（現；高岡在宅褥創研究会）幹事

2006年：高岡在宅NST研究会常任世話人

ワークショップ：症例呈示



岐阜大学医学部附属病院
生体支援センター

木 下 幸 子

はじめに

近年、褥瘡予防や治療に対する用具、治療材料は目覚ましい発展を続けています。これらは日本褥瘡学会をはじめ、地方会、セミナーなど様々な方面からの啓蒙活動が、社会的に大きく功を奏していると考えます。それによって、病院においては、随分と褥瘡予防・管理に関する用品が充実し、技術のボトムアップができてきているように感じます。しかしながら、さらにハイリスク患者の入院・治療があり、ハイレベルな褥瘡ケアが要求される場面も少なくはありません、また、在院日数の短縮により、在宅や施設では、これまでとは異なるハイリスク患者の受け入れ、連携というところが大きくなっています。

今回、私が提供させていただく症例は、70代、男性、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、関節リウマチ (RA) により長く通院中で、1年ほど前に発生した褥瘡がなかなか治らないということで、外来受診の際にコンサルテーションを受けた、在宅や居宅サービスを受けながら生活している方のケアについて提示させていただきます。

褥瘡は、深くはないが、非常に菲薄化した脆弱な皮膚であり、不整形で形状に特徴がみられました。褥瘡を改善、治癒に向かわせていくためには、局所、全身をアセスメントし、その症状を引き起こしている原因、誘因を除去していくケアを考えていく必要がありますが、外来では、入院中とは異なる環境であり、家族やその他のケア提供者が、その必要性を理解し、実施できるケアを提示、説明していくという大変さがあります。発生部位、形状などからのアセスメントを行い、治療、管理に向けて、何を、どのように解決していくと、スムーズで、患者も家族も負担がないのか、また再発しないようにしていくか。などについてディスカッションできたらと思っています。

【略歴】 木下 幸子 (きのした さちこ)

- 1981年 岐阜大学医学部附属看護学校卒業 同病院勤務
1992年 コロプラス株式会社 学術部 入社
1994年 米国クリーブランドクリニックETスクール卒業
1999年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア (WOC) 認定看護師 認定
2003年 金沢大学大学院医学系研究科博士前期過程看護学領域 臨床看護技術学分野入学
2005年 同大学院卒業 保健学修士
2005年 4月より岐阜大学医学部附属病院 勤務

所属学会：

- 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会
日本褥瘡学会、日本ET/WOC協会
日本フットケア学会、日本老年泌尿器科学会、日本看護科学学会

ワークショップ



医療法人天成会 小林内科診療所
切 手 俊 弘

私は現在小さな無床診療所で働いています。外来診療と訪問在宅診療が私の主な仕事です。褥瘡に関しては、主に寝たきりになった方を在宅で定期的に往診しています。今回、在宅で褥瘡をケアする医師の立場からワークショップに参加いたしたいと思います。

病院や施設と異なり、在宅での褥瘡ケアは一人では出来ません。訪問看護師や訪問療法士、薬剤師や栄養士、介護ヘルパーなどと連携ととて行うことは当然必要です。しかし一番大切な協力者は「家族」だと思います。医療行為が医師や看護師などに限定されているため、在宅で、残りの時間のケアを行う中心は家族です。その家族と医療者が「うまくやっていく」ことが在宅褥瘡ケアには不可欠だと考えます。

褥瘡ケアを在宅で行う場合に、家族が最初に不安に感じることは「自宅で悪化したらどうしよう」だと思います。その不安の背後には医療者と本人・家族との信頼関係がとれていないことが少なくありません。悪化したときの対応を含めて十分に病状経過を説明し、本人や家族に対して、「自宅にいても必ず誰かがサポートしている」ことを、顔を見て話すことが一番効果的です。

もちろん褥瘡ケアには創を見る知識や予防の技術が欠かせません。在宅医療を行っている方は皆熱心です。知識や技術の共有は、病院や在宅の垣根を越えて必要なことです。やり方は異なっても、褥瘡の考え方には大きな違いはありません。

たてやよこをつなげ、褥瘡ケアをもっとみんなで考え、そして褥瘡だけでなく高齢者ケアの今後の在り方について、いろいろな立場から意見を出し合い、今回のワークショップを盛り上げていければと祈念しています。

【略歴】 切手 俊弘（きって としひろ）

平成9年 大分大学医学部 卒業

平成10年 大分大学第1外科（消化器外科）へ入局 はじめて術後の褥瘡患者に出会う

平成12年 飯塚病院（福岡）外科手術を修練 ストーマケアを勉強始める

平成13年 津久見市医師会病院（大分）高齢者医療を学ぶ 褥瘡ケアも本格的に勉強始める

平成14年 高田中央病院（大分）褥瘡だけでなく術後創傷管理など「キズ」の考え方を学ぶ

平成16年 津久見市医師会病院（大分）外科部長 消化器手術だけでなく胃瘻管理なども行う

平成18年 大分大学第1外科大学院 多血小板血漿（P R P）の創傷への活用を研究

平成19年 第4回日本褥瘡学会 九州地方会 事務局長を務める

平成19年 医療法人天成会 小林内科診療所 地域医療・在宅医療を学び、現在に至る

【資格】 日本褥瘡学会 評議員 褥瘡認定師 機関紙編集委員 在宅褥瘡委員（岡山県幹事）

ワークショップ



兵庫県立塚口病院皮膚科

田 邊 洋

褥瘡発生は、患者様からの『今のケア、治療方針を再考してくれ！』との医療者への無言のメッセージと私は考えています。それは局所のケアのみでなく、全身管理までの修正を要求している場合もあり、多様な職種の医療関係者が、褥瘡発生に対応を迫られることになります。『褥瘡は患者様からの医療者への無言の伝言』と受け止めて、患者様全体や創、周辺事情をみながら、改善すべき点は何かを担当する医療者で考えていく必要があります。

褥瘡発生は、なにも看護や介護に携わる現場のみの責任ではなく医療制度や経済、家族など様々な問題がその後に隠れています。一人のスタッフの責任で発生するのではありません。

褥瘡が派生したら、一人で抱え込まないで、担当する様々な医療スタッフと連携していく必要があります。そして、いったん発生した褥瘡は治癒には相当な時間が必要になります。焦る必要はありません。毎日地道なケア、処置を続けて、創や患者様を観察して行けばなにか問題点が浮かんでくるはずです。急性期の褥瘡ではあわてる場合もありますが、すぐ対応をすべきなのか待つてよいのか判断する眼を持って、楽しんで褥瘡ケアに携わって行きたいと思っています。

【略歴】 田邊 洋 (たなべ ひろし)

昭62. 3 関西医科大学医学部卒業

昭63. 6. 15 京都大学医学部皮膚科研修医

平3. 4. 1 福井赤十字病院皮膚科勤務

平6. 10. 1 天理よろづ相談所病院皮膚科医員

平12. 9. 1 金沢医科大学皮膚科学内講師

平18. 4. 1 金沢医医科大学皮膚科准教授

平22. 1. 10 兵庫県立塚口病院皮膚科部長

ワークショップ



株ケア21 生活環境医療事業部
医療事業部 部長

久保 敏子

〔私の基礎資格/看護師・介護支援専門員と立場でじょくそうケアにおける役割〕

- ① 正しい介護技術研修 … 地域で他の事業所と協働し介護技術研修実施 予防対策強化。
- ② じょくそうを正しく理解し予防の意識と早期対応、悪化させないスキーム。
弊社施設入居者の場合は、主治医から専門医へ紹介スキーム。
- ③ 複合的な発生要因を回避する。
- ④ 介護職員に、医療系職種（医師、看護師、薬剤師、栄養士）の役割や得意とする分野を周知させる機会をつくる。

{障害となっていること}

介護施設と病院との連携 … 入退院時の介護と医療のコミュニケーション 専門用語

発生要因回避には費用が発生する場合経済的理由

主治医1人で治療を完結しようとする

教育

【略歴】 久保 敏子（くぼ としこ）

1984年 大阪医科大学付属看護専門学校卒業
臨床ナースとして15年勤務、

1999年 訪問看護師として地域看護の道を歩み始める
介護保険制度スタートと同時に、医療法人の居宅支援事業や訪問介護事業所、
訪問看護ステーション運営に携わる。

医療コンサルタントとして人工透析クリニック事業立上や運営に2年間携わる。

2006年 株ケア21 医療事業部

介護事業（訪問介護、居宅支援事業、有料老人ホーム、グループホーム運営、福祉用具レンタル販売、訪問看護）を大阪に本社を置き関東、博多、名古屋において200箇所の事業所拠点を有し事業展開する会社の中で、医療と介護の連携スキーム構築を行い、利用者に安心と安全を提供できるよう、会社として医療機関、保険調剤薬局、歯科医療機関等とネットワーク作りや連携、調整及び医療系サービスのサポート事業運営の統括責任を行う。

ワークショップ



NTT西日本金沢病院 看護部

松井 優子

NTT西日本金沢病院は、病床数は89床で、血液内科、胃腸科、整形外科を中心の一般病院です。平成10年度に褥瘡対策未実施減算に先駆けて看護部内で褥瘡対策委員会を立ち上げ、リスクアセスメントに基づいた体圧分散寝具の使用、予防ケアシステムの確立とマニュアルの整備、リンクナースの育成に努めてきました。今では、日々のリスクアセスメントや予防ケアはリンクナースが自立して行っており、褥瘡発生率は0~1.3%を維持しています。

平成17年度からは整形外科医師を褥瘡対策委員長に迎え、協働して活動しています。褥瘡対策委員長は大変熱心ですが、診療や手術により多忙のため回診や委員会への出席が少ないことが現在の困りごとです。このため、日常業務や書面を活用した情報共有を意識的に行うよう努めています。

管理栄養士、薬剤師、理学療法士には必要に応じてカンファレンスに参加していただいている。カンファレンスを通して互いの職種の専門性を理解することは、看護スタッフが日常的に他職種に相談することにつながっています。

褥瘡対策委員長だけでなく主治医の先生方も、看護の専門性を尊重して耳を傾けてくださり、また必要に応じて臨機応変に権限移譲をしてくださいますので、心地よく仕事をさせていただいている。それぞれの医師からの権限移譲の範囲に柔軟に対応することが、医師との連携を円滑に行うポイントと考えています。

【略歴】 松井 優子（まつい ゆうこ）

日本褥瘡学会認定師、がん化学療法看護認定看護師

所属学会 日本褥瘡学会（評議員）、日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本看護科学学会、日本看護研究学会、日本がん看護学会、日本看護実践学会

昭和62年3月 石川県立総合看護専門学校卒業

昭和62年4月 金沢通信病院（現：NTT西日本金沢病院）入社

平成16年3月 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 看護学領域 臨床看護技術学分野
博士前期課程修了（保健学修士取得）

平成17年4月 金沢大学大学院医学系研究科 看護科学領域 臨床実践看護学講座 慢性創傷
看護技術学分野 博士後期課程入学

ワークショップ



大和新薬株式会社
チューリップ薬局平針店

水野正子

私は街の保険薬局の薬剤師です。当薬局は地域に根ざす薬局をめざしており、在宅医療にも力を入れております。在宅医療は人手、時間、設備、物品など不足するものが多く苦労が多いですが、患者さんが住み慣れた家で、自分らしく過ごせるという暖かさがあります。褥瘡患者さんに関しても同様で、除圧は生活を尊重しながら、最大の効果が得られるよう、QOLとのバランスを重視しますし、処置もできるだけ毎日行えるように、家族も含めて担当者を確保しなければなりません。

薬剤師は褥瘡の薬剤の選択やその使用方法が適正であるか、効果が思うように現れているかをアセスメントします。褥瘡の外用薬の選択は外用薬の内容のほとんどを占めている軟膏基剤の特徴を考えなければなりません。医師、看護師、家族などに外用薬の基剤まで説明し、効果的な治療に結び付けていくのが薬剤師の仕事です。家族には手を取って、できるようになるまで、洗浄の仕方および外用薬や被覆材の使い方を教えています。家族は褥瘡処置に関与することで、創を観察し、治癒に向けての意欲が出てきます。そのことで、除圧など日常生活で注意しなければならない点にも目を向けられるようになります。在宅では、人が訪問するたびに費用が発生するので、家族が関与できるということは、経済的な効果もあります。

また、在宅医療を行う医師はまだ少なく、時間に追われていますので、褥瘡の写真を撮り、アセスメントや今後の対するコメントを付けて、報告しています。その結果、医師から指示があれば、家族、患者さんに関わる職種にフィードバックします。処置の仕方は紙に書いて、ベッドサイドに貼ります。

このような、在宅活動を多くの薬剤師ができるようにするために、愛知県薬剤師会では今年度から4年間継続で褥瘡予防と褥瘡治療に携われる薬剤師教育を始めました。今回の地方会で発表しますので、そちらもお聞きください。

【略歴】 水野 正子 (みずの まさこ)

昭和49年 名古屋市立大学薬学部卒業

東海銀行 (現三井東京UFJ銀行) 健康管理センター薬局、名古屋処方箋調剤薬局を経て、現在チューリップ薬局平針店 管理薬剤師。

日本褥瘡学会評議員 愛知県薬剤師会地域医療部会部員 愛知県介護保険指導者

名古屋市立大学大学院薬学研究科臨床教授 名城大学・慶應義塾大学非常勤講師

日本褥瘡学会認定師 日本薬剤師会認定薬剤師 介護支援専門員

ワークショップ



小川 医院

手塚 波子

2004年6月より、当院に於いて通院困難な在宅療養者を対象に在宅患者訪問栄養食事指導（以下、訪問栄養指導）を実施している。訪問栄養指導を開始した当初は、当院長からの依頼が殆どであったが近年では、次第に外部からの依頼が増えている。2010年では、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などのケアマネージャーからの依頼が、全体の8割を占めている。

こうした現象は、訪問栄養指導が地域全体に少しづつ浸透してきたかに見受けられる。しかし、こころあるケアマネージャーや必要性を感じている療養者からの依頼も、実際の訪問栄養指導に至るまでかなりの時間と労力を要し、速やかな介入を困難にすることが多いという問題点が浮上してきている。これは、診療報酬上の問題のほかに、主治医の栄養ケアに対する理解不足と、主治医と栄養士間の連携が充分にできていないことに原因があると思われる。

一方では、訪問栄養指導を行なう管理栄養士はひとつひとつの症例に対し予防的・継続的に介入し、「栄養ケア介入の効果」を内外に示せるように実績を積み重ねる努力が求められている。

これらの問題の解決なしには、地域の高齢者に対する栄養ケア（訪問栄養指導）実施の「根」は、大きく張れないのである。

【略歴】 手塚 波子（てづか なみこ）

昭和50年3月	石川県立金沢女子専門学校	栄養学科	卒業
平成2年10月	管理栄養士	資格習得	
平成5年9月	THP（産業栄養指導者）	資格習得	
平成11年3月	介護支援専門員	資格習得	
平成13年5月	日本糖尿病療養指導士	資格習得	
平成16年4月	金沢調理師専門学校	非常勤講師	
平成16年9月	全国在宅訪問栄養食事指導研究会	会員	
平成17年3月	日本静脈経腸栄養学会	会員	
平成18年1月	小川医院	勤務	
平成21年10月	在宅・クリニック栄養士の会	設立 代表	

市民公開講座



床ずれって何？どうすればいいの？

高岡駅南クリニック 院長
塚田 邦夫

床ずれは、高齢や脳いっ血などで寝たきりになった方にできる治りにくいキズです。寝たきりになると、使わない筋肉が減って骨が飛び出します。特におしりや背中の骨が飛び出し、そこに体重による圧迫がかかって、皮膚が死んでしまうのです。実は見える皮膚よりも、見えない骨に近い部分で圧力はより高くなるため、皮膚が赤くなつたら、あつという間に真っ黒になって化膿したキズに発展します。赤くなつた時点で治療を開始することが大切です。

床ずれの予防と治療には、骨の飛び出した部分への圧迫を減らすために、エアーマットレスなどのふわふわした「床ずれ用マットレス」を使うことが基本です。

圧迫で傷んだ皮膚にさらにマサツが加わらないように、ズレを起こさない工夫が必要です。体を起こすときに背中にズレを生じないようにします。そのため太もも部分でも体重を受けたり、身体を起こした後、体の下をなでて圧抜きをします。ベッドに寝ているときも車イスに乗ったときも、この注意が必要です。また傷んだ皮膚にフィルム状のものを貼って保護することも行います。

ベッドからの移動や、身体を動かすときの動かし方によっても床ずれができることがあります。具体的は方法を紹介します。分かりやすいビデオや本も作りました。

もう一つ大切なのは、傷んだ部分が治るために栄養が必要だということです。キズが治るためにはエネルギーと材料が必要です。高齢者では、エネルギーは1日に900キロカロリーが最低必要ですし、キズが治るための材料である蛋白質は最低35グラム必要です。

床ずれができるときには、多くの場合、肺炎など全身状態の悪化がつきものです。さらに危険な脱水も伴います。数日間の抗生素の内服や点滴によって危険な状態を脱することができます。今は在宅で、訪問看護による点滴もできるようになりました。

このように、床ずれは「皮膚が赤い段階で看護師や医師に相談すること、「床ずれ用マットレスを使うこと、「脱水と栄養の改善」をできるだけ早く行うことが大切です。

いずれの場合も、病院看護師や訪問看護師に気軽に相談しましょう。あるいは地域包括支援センターへ連絡してください。もちろん何でも話せる「かかりつけ医」がいると助かります。

推奨：日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会編「床ずれケアナビ・在宅版」

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会制作「DVD:床ずれ予防のための動作介助・ポジショニング」

【略歴】 塚田 邦夫 (つかだ くにお)

1979年：群馬大学医学部卒、東京医科歯科大学第2外科入局、1988年 助手

1988～1990年：米国クリーブランドクリニック 結腸直腸外科臨床研究医

1997年：医療法人社団研医会高岡駅南クリニック院長 現在に至る。

東京医科歯科大学医学部非常勤講師、日本褥瘡学会評議員、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員、日本創傷治癒学会評議員、日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会理事、日本創傷・オストミー・失禁管理学会評議員、高岡在宅褥瘡創傷研究会会长、高岡在宅NST研究会代表世話人

市民公開講座



オムツの選び方・使い方・ちょっとしたコツで世界が変わる

排泄用具の情報館「むつき庵」代表
高齢生活研究所 代表

浜田 きよ子

オムツを使用するときに大切なのは、その選び方と使い方です。杜撰なオムツ選びはオムツを使用している人にとって不快なだけでなく、動きを阻害し、座位姿勢を崩します。またオムツの蒸れや圧迫により皮膚にトラブルを生じることも少なくありません。またオムツの当て方が悪いために漏れが発生したり、オムツ使用者が自分で外してしまうなど、いろいろな問題を引き起します。

しかしまず考えておかねばならないのは、「オムツとは何を指すのか」というオムツの共通概念です。オムツについて多くの人に尋ねたところ、答えはバラバラでした。大きな尿パッド、テープ止め紙オムツ、パンツ型紙オムツ、布オムツなど、オムツにはいろいろな種類がありますが、それを「オムツ」と一言でくくってしまっていることも選びにくさの原因です。

オムツは内側で尿を吸収する排泄インナー（尿パッド）とそれを固定する排泄アウターとに分けられ、アウターとインナーで構成されています。それぞれの特徴や使い方を知ることで、オムツを必要とする人のお尻周りだけでなく、生活そのものが大きく変化するのです。

尿パッドが何枚も当てられている状態で椅子に座って食事をしようとしても、腹部が窮屈なだけでなく姿勢の崩れにより嚥下しにくい姿勢になります。姿勢については、食事の場面のみならず日常生活すべてにおいていえることです。

オムツ選びはオムツを必要とする人を丁寧に観察し、知ることによって適切なものとなります。現在において、オムツは単に排泄物を受けるものという認識しかないことも少なくないのですが、そのために生活全般に悪影響を及ぼしていることが多いのです。

自分のパンツが蒸れやすい素材でできていたらどう感じるのか。生理の時に何枚もナプキンを重ねたらどのような感じなのかなど、オムツを使用している生身の身体の状態を適切に捉えて本人にも介助する方にとって必要なオムツとは何かを探る必要があります。

【略歴】 浜田きよ子（はまだ きよこ）

1969年3月 同志社大学文学部社会学科卒業

1995年 高齢生活研究所 設立

2003年 排泄用具の情報館「むつき庵」設立 代表となる

2004年 オムツフィッター研修を開始

2007年 日本認知症学会「読売認知症ケア賞奨励賞」受賞

主な著書として「ヘルパー以前の介護の常識」 講談社

「排泄ケアが暮らしを変える」 ミネルヴァ書房

「自立を促す排泄ケア・排泄ケア活用術（編著）」中央法規出版

「介護をこえて」 NHK出版 ほか

一 般 演 題

難治褥瘡：症例（1）

1

「個人に合わせた褥瘡治療方針
～チームでかかわった症例を通して～」

○川上 典子¹⁾ 杉山 玲子²⁾ 藤原 律子²⁾
宮川ひろ子³⁾ 寺内 雅美⁴⁾

2

脊髄損傷患者に発生した褥瘡に対し、多職種連携により早期治癒した1事例

○加藤 豊範¹⁾ 関久 美子²⁾ 上田 鮎美²⁾
堀江 和子²⁾ 神谷 市子²⁾ 山口満利子³⁾
太田 和宏⁴⁾ 甘井 努⁴⁾

沼津市立病院褥瘡対策委員会

1)薬剤部 2)看護部 3)栄養管理科 4)形成外科

医療法人 愛整会 北斗病院

1)薬剤室 2)看護部 3)栄養室

4)リハビリテーション科

医療機関の機能分化により、急性期病院では在院日数の短縮が図られ、入院理由となった病状が安定すれば褥瘡がある患者であっても褥瘡完治を待たずして退院、転院となることが多い。褥瘡対策委員会はこのような現状の中で多職種による褥瘡患者の回診の際、全員で治療方針を検討し決定している。治療方針を決定する要因として、褥瘡の状態評価という「局所的な判断」のみではなく、患者の現在の病状と、今後の方向性を確認し、患者の身体的負担にならない方法、また、患者を取り巻く社会的環境（介護力や経済力など）を総合的に判断し、継続できる方法の検討を行っていく必要性があると考えている。今回、大転子に褥瘡を発生した患者に対し、対照的な治療方針となつた2症例を提示し、「総合的判断による治療方針の決定」について報告する。

【はじめに】当院では、医師・薬剤師・看護師に加え、管理栄養士・理学療法士・作業療法士を加えた多職種による褥瘡対策チームを形成し治療に当たっている。今回は、多職種連携により早期治癒した症例を報告する。

【症例】50歳代男性。非骨傷性脊髄損傷（生活自立度J2）。左殿部の褥瘡（大きさ：6 cm×4.5 cm Design評価：D3e3s8I3G6N3p0 total 23点）。

【方法】褥瘡対策チームにより、褥瘡発生の原因を分析後、介入・対策を行った。具体的には、

①車椅子座位時の体圧の測定と最適なクッションを選択

②リハビリテーションの重要性の教育

③低栄養予防の為の補助食の継続と患者及び家族への栄養指導

④創状態に応じた外用薬の選択と医師への提案

⑤患者および家族への毎日の創ケアの重要性の教育

などである。

【結果】1ヶ月にてほぼ治癒し退院された。

【考察】多職種による褥瘡対策チームにより、褥瘡発生の原因を分析し介入・対策を行った結果、早期治癒したと考えられる。

難治褥瘡：症例（2）

3

他職種の連携により長期難治褥瘡が治癒に向かつた一例

よしかわ
○吉川とし子 清水美智子 河合登美枝
酒井 幸恵 近藤咲智子 塚本留美子
坂下千代子 木村 明

4

多職種で関わった多発難治性褥瘡へのアプローチ

ちかむら あつこ
○近村 厚子1) 中山あい子1) 田畠真由美1)
吉田 晃2) 田近 貞克3) 館盛 朋子4)
森田千恵子5) 山本 黃6)

木村病院

済生会富山病院

1)看護部 2)整形外科 3)外科 4)栄養科
5)薬剤科 6)リハビリテーション科

当院の褥瘡予防委員会は、摩擦とずれに対する基本的ケアの確認を行ない、褥瘡予防に対する知識や技術の研修会を重ねながら、スタッフの意識・ケアの質向上に努めてきた。そして、これまでの活動により、褥瘡発生の早期発見及び早期治癒が図られるようになった。しかし、中には長期難治化するケースがまだあり、そうした褥瘡の治療・ケアにはとても難渋するところである。

本症例は80歳代男性。パーキンソン病と腰椎圧迫骨折により日常生活自立度C2、TPNでの栄養管理状態にある長期仙骨部褥瘡（ステージIII）を保有する患者に対して、医師、看護師、介護士、理学・作業療法士、栄養士、家族が協働し、密に情報交換を行なながら、ケア方法の統一、時間ごとの離床（ギャッジアップ）・体位変換、ポジショニングの統一、臀部圧の定期的な測定、栄養状態の把握を行なった結果、覚醒時間の延長、長期難治褥瘡の改善傾向がみられたのでここに報告する。

はじめに）褥瘡回診は、医師・皮膚排泄ケア認定看護師・褥瘡委員看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士の参加やNST・摂食嚥下チームも関わる中でそれぞれの専門分野の知識・技術の「すりあわせ」を行い集学的なアプローチを行っている。褥瘡治癒に向けて多職種がケアに関わることで褥瘡の改善傾向を示した症例を報告する。

倫理的配慮）個人が特定されないように配慮した。
症例）80歳代女性。脳内出血・多発褥瘡・施設入所中。入院時、褥瘡保有・低栄養状態であり、褥瘡治療目的で当院入院となった。

内容・方法）局所治療は、褥瘡対策チームが主となり、ポケット切開、デブリートメントを行った。誤嚥リスクがあり、摂食嚥下チームがサポートを行い、栄養介入はNSTが栄養管理を行った。

結果）多発難治性褥瘡は多職種のチーム連携の結果改善傾向を示した。

考察）本症例の褥瘡治療において早期の連携と各専門職種の特性を活かした定期的な検討が行われ治療とケアに反映された。チーム連携を図ることで多発難治性褥瘡に対して効果的に治療を行うことができた。

5

継続看護ケアで治癒に至った難治性褥瘡の一例

○川端 貴子 中浦美千代 鈴木 聖子
渡瀬久美子 新保真由美 藤牧 和恵

城北病院

<はじめに>8年前に発生した仙骨部の軟治性褥瘡が、治癒に至った経過と要因について考察する。

<事例紹介>A氏70歳代女性 主病名：糖尿病、

関節リウマチ、脳梗塞後遺症

既往歴：髄膜炎、血管炎

<経過>2002年髄膜炎で他院入院中、仙骨部に褥瘡形成。その後血管炎でプレドニン開始。2003年当院に転院。インシュリン投与開始、PEG造設。入院時褥瘡：(D3E3S3I2g1n0P4) ポケット洗浄毎日と皮膚のたるみ補正を実施。2006年療養病棟に転棟時(D4e2s1i0g2n0P3)でケア継続。膀胱留置カテーテル抜去で感染予防し徐々に状態安定。プレドニンとインシュリン注射中止。2008年より一時退院を繰り返し2010年4月に褥瘡治癒。

<考察・まとめ>治癒の要因として①感染予防と栄養改善のケア②処置の継続（ポケット洗浄と体位の工夫）③病棟看護師から在宅訪問看護師への情報提供と、ケアの継続。在宅での介護者への指導④主治医や褥瘡対策チーム、病棟看護師が患者のもつ力を信じてあきらめずに関わられたことがあげられる。

6

褥瘡を有する体位変換禁止患者の悪化防止に向けた取り組み

○宮岸 法子 浅野 きみ 下野 広美
田口 利恵

金沢医科大学病院集中治療センター

【はじめに】今回、長時間の手術や術後の安静制限に加え、低栄養などのハイリスク状況が重なり褥瘡形成をきたした患者に遭遇した。褥瘡の悪化を防ぐための看護ケア介入方法を検討し、実施を行った。

【症例】12時間に及ぶ咽頭腫瘍摘出・右頸部郭清術・遊離空腸再建血管吻合術を施行する。術直後より仙骨部に水疱形成を認めた。術後は創部の安静のため医師より体位変換禁止の指示であった。術後6日目に血流障害を認め、再度12時間の手術が行われた。再手術後、水泡は糜爛となり、受け持ち時にはステージⅢの褥瘡が形成されていた。

【方法】体圧分散マットの評価、小型体圧分散用具、ポリエチレンフィルム型ロンググローブを使用しての背抜きを行い、圧分散・臀部のズレの軽減を行った。倫理的配慮として、患者が特定されないように配慮した。

【結果】ずれの軽減・圧分散に努めたことで褥創の悪化は認めなかった。

【考察】医師の治療方針のため、体位変換が行えず褥瘡形成した患者に対し、背抜きや体圧分散用具を使用して除圧を行ったことが褥瘡の悪化防止に有効であった。

在宅連携（1）

7

当院で行っている咀嚼・嚥下に対する取り組み

○城山 和也 山田 美雪 松田 仁美
塙田 邦夫

高岡駅南クリニック

【目的】当院では訪問診療を行っており、褥瘡対策チームとして管理栄養士、医師、看護師が患者の治療に関わっている。嚥下訓練により残存歯や義歯の不具合が見つかり歯科との連携が開始となった。嚥下内視鏡を用い、どこで誤嚥が発生しているか、どこに残渣が残っているか判別できるようになった。

【方法】当院では五島朋幸先生の発案による食品を用いた嚥下訓練を開始した。残存歯や義歯に関する訴えがみられ、歯科との連携を開始した。

嚥下内視鏡により安全に嚥下できると物できない物を判別し、食形態や食事の方法などを指導している。寝たきりで経口摂取不可の患者には口腔ケアも行い、嚥下内視鏡による診断により経口からの摂取もある程度行えるようになった。

【結果】現在6名の褥瘡患者を歯科に紹介し3名の在宅患者、2名の外来患者の方に嚥下内視鏡検査を施行した。

【考察】嚥下内視鏡検査の結果により口腔ケアや嚥下訓練、食形態の選択が重要である。在宅でも誤嚥性肺炎を防ぎ、咀嚼機能の維持・向上のために歯科の介入や嚥下内視鏡による診断が必要である。

8

右外顆部褥瘡ケアに血の道療法によるマッサージを取り入れた一例

○高松 正枝1)4) 安東 則子2)
上原喜美子3)4) 八塙 美樹2)4)

1)公立南砺中央病院 2)富山大学医学薬学研究部
3)新潟県立小出病院 4)日本フットケア協会

〔はじめに〕右大腿骨頸部骨折、保存的治療を行っている患者の右外顆部褥瘡に対して、軟膏処置とともに、褥瘡周囲の末梢循環を促進するマッサージを取り入れ治癒した1例についてその経過を報告する。

〔症例〕59歳女性、1994年より2型糖尿病（三大合併症あり）でインスリン治療中、2006年より糖尿病腎症で人工透析を開始。2008年11月自宅で転倒、右大腿骨頸部骨折と診断、手術を拒否され保存的治療をしていた。自宅での臥床が多くなり、2008年12月右外顆外側部に褥瘡を認めた。

【方法】褥瘡部に軟膏処置とともに、末梢循環促進のためのマッサージおよび、足趾の保温とセルフマッサージの指導を行った。褥瘡周囲の皮膚色素沈着の外側を、内側から外側に向けて第2指でマッサージを行った。また患者には、自宅でも足への関心が持てるように、足趾の保温とセルフマッサージの指導も行った。

〔結果・考察〕褥瘡は2010年11月に治癒した。軟膏処置とともに行った末梢循環を促進するマッサージは、褥瘡治癒の促進に寄与したと考える。患者は、足の観察を頻回に行うようになり、医療者との対話が進んだ。

褥瘡を有する脊髄損傷患者への退院指導

○濱江 真紀1) 香谷 泉1)

1)金沢医科大学病院 形成外科病棟

【はじめに】平成20年4月から平成22年9月までに入院中の褥瘡を有する脊髄損傷患者4事例中、自宅へ退院した2事例への退院に向けて再発予防策を検討した。

【事例1】30歳代、男性、事務職。右坐骨部褥瘡に皮弁形成術が施行。褥瘡再発予防に向け日常生活を見直し、職場での姿勢の崩れに注目した。そこで、患者・医師・看護師と職場の上司・保健師を交え話し合いをした。病院側からはプッシュアップしやすい机の高さの考慮、職場での臀部の観察等を提案した。結果、職場側より産業医も含めた対応の方向性が示された。

【事例2】70歳代、男性、無職。坐骨部褥瘡に対し陰圧持続療法、植皮術施行。日常生活を見直し、ベッドと体圧分散寝具の変更、ベッドと車椅子の移動方法や車椅子乗車時のプッシュアップ等を理学療法士の立場から指導、介護支援専門員・訪問看護師を交え再発予防について話し合った。

【まとめ】褥瘡を有する脊髄損傷患者の退院後の褥瘡予防の為には、患者への指導を行い、社会支援体制を活用して様々な周囲環境を整えていく必要がある。

家族の存在と職種間の連携について

○山田 美雪 松田 仁美 城山 和也

塚田 邦夫

高岡駅南クリニック

【はじめに】当院では在宅褥瘡患者に対して、医師、看護師、管理栄養士からなるチームでケアを行っている。今回、家族の協力が困難でも、医療と介護の連携により、在宅生活を継続できたので報告する。

【症例】72才男性、要介護4。脳出血後遺症、糖尿病、閉塞性動脈硬化症（以下ASO）、右片麻痺。H16年頃よりベッド上の生活。ギャッチアップにて座位可能。H17年1月仙骨部、右坐骨部、左大転子部に褥瘡発生、チーム介入。妻、息子と同居だが介護にほとんど関わらない。

【方法】往診前に本人や介護支援専門員（以下ケアマネ）、サービス担当者より様子を聞き、問題点を抽出。往診時、ケアマネも同席し統一したケアが提供できるよう情報の共有をはかる。

【結果】定期的に経過観察中のH21年7月左足2趾びらん、痛み出現、次第に悪化。ASOに対し投薬開始し創は軽快した。

【考察】家族の協力が困難でもケアマネ、サービス担当者との連携により病状の変化に対応できた。

【まとめ】家族は緊急時に応じてもらう存在にもなり得る。職種間と同様に家族との連携も今後の課題となる。

在宅連携（2）

1 1

愛知県薬剤師会医療再生調査研究事業～褥瘡～
第1報

水野 正子1)4) ○野田 康弘2)4)
飯田耕太郎3)

- 1) チューリップ薬局平針店
- 2) 金城学院大学薬学部 3) 名城大学薬学部
- 4) 愛知県薬剤師会地域医療部会

《目的》在宅医療を支える一員として地域貢献するため、愛知県薬剤師会では在宅患者の褥瘡治療、予防管理に関わる薬剤師を養成する研修事業を4ヵ年計画で進めている。ここでは、受講生にとって本研修が褥瘡治療に参画する動機づけになつたかどうかを検証することを目的とした。

《方法》本研修は座学と実習およびスマートグループディスカッションから成る。初級編と上級編を修了した受講生が臨床研修で褥瘡対策チームの回診に同行できる。初級編と上級編の修了者に研修内容に関するアンケート調査(24項目5段階評価)を行つた。

《結果》褥瘡の病態アセスメントの項目6と在宅での連携のデモンストレーションの項目11の理解度が特に高かった（「理解できたが」それぞれ80%、77%）。褥瘡予防管理士の取得を目指すと回答した割合は43%にとどまったが、項目11と相関がみられた。

《考察》本研修によって薬剤師も在宅での褥瘡治療の現場で役立つ場面があることを受講生が認識し、そのことが在宅での褥瘡治療に参画する動機づけになったと示唆される。

1 2

在宅療養者・家族の目に見える多職種連携
○松田 仁美 山田 美雪 城山 和也
塚田 邦夫

高岡駅南クリニック

【はじめに】褥瘡患者が在宅で療養生活を送るためにには、多職種間の連携が不可欠である。今回、良好な連携により褥瘡が治癒しただけではなく、患者や家族との信頼関係の構築・安心感につながつた事例を報告する。

【症例】80歳女性、高齢の夫と二人暮らし。夫は妻の介護はほとんどできないが、何事にも決定権を持つ。

【方法】医師・看護師・管理栄養士からなるチームで往診。また、事前にケアマネジャーと訪問看護師に連絡を取り情報交換。往診時の同席を依頼する。

【倫理的配慮】症例発表にあたり個人が特定されないよう配慮した。

【結果】褥瘡は治癒、全身状態は改善しADLも拡大。

【考察】多職種間の連携において、お互いの顔が見えることで、伝達がスムーズに行えるのみでなく信頼関係の構築にもつながると思われる。また、その姿を患者や家族が目にすることで、患者・家族とも信頼関係が構築され、安心感につながるのではないかだろうか。

13

栄養管理とナルプラグを使用して
—糖尿病で胸椎損傷患者の褥瘡を完治し在宅へ—

○田口美紀子 岩本 妙子 大掛恵美子
江原 栄文

1)富山県高志リハビリテーション病院

75歳の糖尿病で胸椎損傷患者の右殿部褥瘡が自宅にて悪化し、治療目的で入院した。在宅中は訪問看護が介入し、治療を行っていたが、間食が多く血糖コントロールができなかった。車椅子の乗車時間も長く、体重増加と共に移乗時の摩擦が原因と考えられた。入院時は5×2.5 D4e2s3I2N1P2ポケット(1×2)失便を繰返し、便汚染が多くなった。3回/日以上失便し、その都度、褥瘡を洗浄し創処置を行った。今回NSTと共同しカロリーコントロールを行いながら栄養補助食品を摂取し、栄養状態を管理した。また、ベッド上安静にて移乗の摩擦を避け、失便に対してはナルプラグを使用し、排便のコントロールを図り、褥瘡の清潔を保った。入院70日で褥瘡が完治し、訪問看護課と連携し移乗にリフターを使用する練習を行い、在宅へ帰ることが出来たので報告する。

局所療法(1)

14

NST介入・陰圧閉鎖療法により奏効した難治性の仙骨部褥瘡の1例

○諫訪富士子1) 杉山真由美1) 柿島ゆかり1)
橘千 夏子1) 小木 清美1) 圓山 清子1)
陳 文 筆1) 八田 順子2)

1)独立行政法人国立病院機構 七尾病院 NST

2)金沢医科大学 環境皮膚科学

【目的】分層植皮術やポケット開創術を受けても改善できなかつた難治性褥瘡に対してNST介入および陰圧閉鎖療法(NPWT)を実施し、良好な経過が得られたので報告する。

【症例】79歳男性。仙骨部に褥瘡が発生しデブリードマン、分層植皮術、ポケット開創術等による再建が行われたが改善はなかつたまま当院に転院。創サイズは9.5×8.6cm、DESIGN-RはD5-E6s12i0g1n3P0(22)であった。創底部は凹凸不整で筋膜までに達していた。

【方法】栄養介入にて、蛋白質70g、必要栄養量1680Kcal/日とした。NPWTは、メピレックスボーダー®を貼付、吸引チューブ留置、創を密閉して125mmHgの圧で持続吸引した。

【結果】NPWT開始約1か月後、速やかな肉芽組織の増生と創の著明な縮小が見られた。創サイズは2ヶ月で2.0×1.0cmに縮小、DESIGN-RはD3-e1s3i0g1n0P6(11)まで改善した。栄養状態も改善へと向かった。

【考察】難治性褥瘡に対しNPWTを行つたことで、創縮小にかかる期間は短縮できた。血流増加に伴い良性肉芽形成が促進され、過剰な滲出液を除去により治癒に適した湿潤環境が得られたと考える。一方、多量の滲出液を伴う場合、基礎代謝量を考慮した適切な栄養管理も早期治癒に繋がつたと思われる。

15

術後創離開患者に陰圧閉鎖療法を試行した3例

○藤野由紀子 関堂 好子 金尾 邦子
清河 和子 大上 英夫

富山通信病院

日頃、深い褥瘡や創傷、術後の創離開の処置・ケアに悩むことがある。

入院期間が延長するだけでなく、頻回なガーゼ交換は患者に苦痛を与えることが多い。

以前より陰圧閉鎖療法の有効性が検証されているが、使用する陰圧閉鎖療法のシステムは個々の病院によって異なる。いくつかあるシステムのうち、当院では低圧持続吸引器であるメラ サキューム®（泉工医科工業株式会社）と、ポータブル持続吸引器であるSBバック®（住友ベークライト）を使用している。今回、歩行可能な術後創離開患者に対し、医師の指示のもとにSBバックを使用し陰圧閉鎖療法を行った。吸引日数は平均3日であり、入院期間が延びることなく退院することができた。自宅では入浴後にアクアセルAg®とポリウレタンフィルムのみのケアを指導した。退院後7日目の外来受診時は、創は上皮化しており、良好な結果が得られたのでここに報告する。

16

褥瘡に対するVAC治療の経験

○杉下 和之 坂上 陽彦 田口 久雄
水見 祐二 小室 明人 森田 札時
島田 賢一 川上 重彦

金沢医科大学 形成外科

VAC ATS®治療システムが2010年4月より保険診療で使用が可能となり、臨床の現場で広く利用可能となった。今回、我々は褥瘡に対してVAC治療を行ったのでその詳細について報告する。[対象と方法]仙骨部、坐骨部に褥瘡を認める6例（男性4例、女性2例）、平均年齢74歳（59～86歳）、平均使用期間は24日間（21～28日間）であった。壊死を伴う場合には壊死を切除し、ポケットを伴う場合には切開を行い治療開始した。[結果]全例で肉芽の上昇、創部の縮小を認め、DESIGN-Rで改善を認めた。壊死切除が不十分で肉芽上昇が不十分な症例も認めた。治療後は皮弁、植皮、保存的治療を行った。[考察]本治療の利点は植皮、皮弁形成前のWound bed preparationに有効であり、創部収縮により手術侵襲を減らすことができる点である。一方、欠点は疼痛を伴う場合があり、機器の装着により行動範囲が制限されQOLの低下をきたすことが考えられた。本治療を施行する場合、使用時期を見極めて適応するべきであると思われる。

局所療法（2）

17

ヨードホルムガーゼの壞死組織除去効果と既存治療との効果比較

○溝神 文博¹⁾ 村澤 祐介²⁾ 磯貝 善蔵³⁾
古田 勝経¹⁾

1) 国立長寿医療研究センター 薬剤部

2) 国立長寿医療研究センター 先端医療部

3) 国立長寿医療研究センター 皮膚科

【目的】現在、壞死組織除去に対する有効な薬剤は少ない。共同演者の古田は腱や筋膜まで達するような深い褥瘡の壞死組織除去の目的でヨードホルムガーゼを使用し有効な成績をあげている。しかし、薬理学的な作用機序、既存治療との効果比較はされておらず、本研究ではヨードホルムガーゼの薬理学的な作用機序解明と臨床効果の検討を目的とした。

【方法】腱や筋膜まで達する壞死組織を有する褥瘡のうちヨードホルムガーゼを使用した患者について臨床経過と創面蛋白質解析を経時的におこなった。

【結果】ヨードホルムガーゼを使用した褥瘡の臨床所見では壞死した腱や筋膜は除去されて、周辺の肉芽の清浄化が観察された。in vitroの実験ではヨードホルムガーゼの作用により、コラーゲン線維束に結合したデコリンが消化され、I型コラーゲンは低分子化を経由せずに单量体化した。

【考察】ヨードホルムガーゼは、腱や筋膜までに達するような深い褥瘡の壞死組織に対してコラーゲン線維束をうまくときほぐすことによって壞死組織の除去が円滑に行えると考えられた。

18

創面フィプロネクチンを経時的に解析した褥瘡の2症例

○松本 尚子¹⁾ 磯貝 善蔵²⁾ 古田 勝経²⁾
寺西 正美²⁾ 野竹恵美子²⁾ 小松万喜子¹⁾
古田加代子¹⁾ 米田 雅彦¹⁾

1) 愛知県立大学看護学部研究科

2) 国立長寿医療研究センター

目的：褥瘡は多様な病態を呈するが客観的に判断する材料に乏しい。現在、創傷治癒において重要な役割を担うフィプロネクチン分子(FN)と褥瘡創面との関係について分析を行っている。今回は2症例の分析結果を報告する。方法：褥瘡に使用されたガーゼから蛋白質を抽出し、ウエスタンブロット法によって解析した。使用抗体はFNのN末端領域とcell bind domainを認識する抗体である。

結果：症例1は、創面が細顆粒状でなだらかな創縁、治癒経過は良好であった。N末端領域の断片が検出され治癒経過とともに量が減少、cell bind domainが検出された。症例2は、創面が乾燥傾向で創縁は段差があり治癒遅延していた。N末端領域の断片が検出されたが治癒経過に伴う量の変動はなく、cell bind domainは初期の時期から検出された。考察：肉芽組織の状態が良好な場合、N末端領域の断片は減少し、創面が乾燥傾向の場合、N末端領域の断片の量に変動しない傾向にあることが考えられた。このことは、肉芽組織の状態によってFNが分解または線維から遊離し、その結果細胞移動などに影響を及ぼしている可能性が考えられた。

19

ポケットを有する褥瘡に対する、テーピングによる閉鎖の試み。

○堀 加代子 横井 慶子 藤井 康

第一なるみ病院褥瘡対策チーム

第12回日本褥瘡学会学術集会において、われわれは皮弁形成術後の創保護の目的での非伸縮性テープによる創保護の有用性を報告した。今回、同テープの耐擦性に着目し、非手術褥瘡症例に対しても応用を試み、一応の知見を得たので報告する。対象：ポケットを有し、ポケットのサイズに比して開口部が小さく、かつ感染と浸出液の量がコントロールされている症例(DSIGN、e2s2まで)。方法：ポケットが最も広がっている方向と平行に、十分な長さの、2ないし3本の非伸縮性テープ(マイクロポア、幅20mm、3M社)を張り、開口部を寄せるようにする。この際、創の中央にはテープを張らず、意識的に隙間を作り、浸出液のドレナージを図る。原則、汚染時以外は消毒を行わず、ガーゼ貼付のみとするが、浸出液が混濁している場合には、開口部から内腔にイソジンゲルを注入する。結果：3例にこの方法を試みた。開口部が肛門に近く、汚染をコントロールしきれなかった外来通院の1例は、中止を余儀なくされたが、2例はテーピングのみで、最終的に創の閉鎖を得る事ができ、その後感染の再発も認めなかった。結論：テープのみでの創閉鎖の試みは、手術に比して閉鎖までの時間を要し、症例も限定されるが、コストがかからず侵襲が無いこと、ベッドサイドで、看護レベルで実施できることより、試みる価値のある手技と考えられるので、報告する。

20

感染を繰り返して難治であったため消毒剤を継続使用したところ軽快した4度褥瘡の1例

○高橋 ひでのり
たかはし ひでのり
秀典1) 山村 修2)
さやま しゆう2)
前田 友美3)
まへだ ゆめい3)
橘 幸子3)

- 1)福井大学医学部附属病院 皮膚科
- 2)福井大学医学部附属病院 神経内科
- 3)福井大学医学部附属病院 看護部

緒言：創傷処置での消毒薬の使用は感染があるごく限られた時期以外は一般に禁忌とされている。しかし今回、仙骨部の4度褥瘡で治癒が遷延した患者に消毒用エタノールを使用したところ治癒に至った症例を経験した。患者：82歳、男性。既往歴：頸椎症性脊髄症で2007年に椎弓形成術を施行。現病歴：38度前後の発熱と随伴する全身状態の悪化で2009年10月に神経内科へ入院した際、仙骨部にNPUAP分類4度の褥瘡を発見された。経過：入院時のDSIGN D4 E3, s8, I3, G6, N3, P24。患者の尿や便などからMRSAと綠膿菌が検出されたためフレキシシールを併用し、温水洗浄とヨウ素製剤による処置を行った。2009年12月、退院時のDSIGN D4 E3, s8, i0, g3, N3, P9。その後、在宅で処置を継続したが、感染を繰り返し治癒が遷延したため、感染のコントロールが重要と考え2010年3月から消毒用エタノールでの洗浄を追加した。その後は感染は再発せず2010年10月には治癒した。考察：一般に消毒剤は創傷治癒を阻害するとされているが、今回のような感染を繰り返す症例では、抗菌スペクトラルが極めて広いという意味からも有効な手技であると思われた。

体圧分散（1）

21

看護基礎技術演習における体圧分布測定システム導入による教育評価

○松尾 淳子¹⁾ 須釜 淳子¹⁾ 大桑麻由美¹⁾

1)金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域

22

マットレスの機械的性質が皮膚の変形に与える影響

○根本 哲也¹⁾ 久保田 恵¹⁾ 伊藤 安海¹⁾
磯貝 善蔵¹⁾ 古田 勝経¹⁾ 島本 聰²⁾
松浦 弘幸¹⁾

1)独立行政法人国立長寿医療センター

2)埼玉工業大学

[目的]

看護基礎技術演習では、これまでプロセス（過程）までを教育し、アウトカムまではなされていなかった。我々は、アウトカムを意識し、過程にフィードバックする能力を身につける教育が必要と考えた。そこで、ポジショニング演習に体圧分布測定システムを導入し、アウトカムから過程にフィードバックすることができるか検討した。

[研究方法]

対象は、基礎看護技術演習をうけた 2年生160名。調査方法は、体圧分布測定システム導入前後に演習到達度レポートの記載内容を、Donabedianの医療の質構成要素をもとに、構造・過程・アウトカムにカテゴリー化し分析した。

[結果・考察]

導入前は、フィードバックできたものは0%であった。導入後は、【圧の高い部位が消失し、圧の低い部位が増えるようクッションを広く支えるように挿入した】と、圧分散を考慮してフィードバックできたものが43.8%みられた。

体圧分布測定システムの導入によってフィードバックできた理由は、体圧の分布や変化がリアルタイムに可視化されることで、圧分散方法を適切に選択できたためと考える。

マットレスの材料的な機能性は、初期段階から使用中の劣化までを含めて考慮されているものの、使用の形態が多岐にわたるため、あまり実態に即した検討がなされていないのが現状である。マットレスを評価する際には、購入時期のほか、汚れや破損の状態といった視認評価に加えて、徒手でマットレス押して柔軟性を確かめることが多く見受けられる。購入時期は経年劣化のおおよその指標としては有効であるが、使用状態を反映しているとは言い難く、また、そのほかの評価に関する客観性に乏しく再現性に問題がある。

そこで、本研究ではマットレスの使用状態までを含めた簡便な劣化評価法を確立するために、材料および機械的特性を調べた。その結果、マットレスの代表的な材料であるウレタンフォームは繰り返しの荷重の負荷によりネットワークの連続性が切断されるため、あたかも弾性係数が低下したようなふるまいを呈することがわかった。このことから、弾性係数を観察することによる、マットレスの劣化予測の可能性を検討しその有効性を示した。

23

手術時の側臥位体位における褥瘡予防ケアの取り組み

○三宅 規子¹⁾ 東 智美¹⁾

1)独立行政法人 岐阜県立多治見病院

【はじめに】体位マニュアルと褥瘡予防ケアを見直すために、呼吸器外科側臥位手術症例を振り返り、直接指導を実施したところ、手術室看護師全員が適切な体位固定とポジショニング、褥瘡予防ケアができるようになった。また、側臥位手術での褥瘡の発生も低下した。この経緯を報告する。

【方法】1 当院手術室の側臥位体位固定マニュアルの見直し

2 側臥位手術でのポジショニング、その他予防ケアの実践指導

【結果・考察】

周手術期では、出血や浸出液による皮膚の浸軟、術中のローテーションにより、軽い圧迫でも褥瘡が発生しやすい。今回、その点に着目し、ポジショニング方法を見直すとともに、マニュアルの改定とケアの統一化を行った。また、温潤環境やずれを最小限にするための褥瘡予防ケアとして、撥水スキンケアクリームと除湿シーツを取り入れた。さらに、褥瘡術前訪問を行い、患者の皮膚や体格の状態を確認した。このような発生要因を減らすケアを取り入れたことで、褥瘡発生の減少へ繋がったと考える。

24

ニップ装着に対するカイゲンシート®の使用経験

○龍泉 清女¹⁾ 佐藤千代子¹⁾ 中西美和子¹⁾

村田 浩之

特定医療法人財団博仁会横田病院

はじめに

非侵襲的陽圧換気法（以下NPPVとする）においてマスクの確実な装着は重要であるが顔面は脂肪層が少なく容易に皮膚障害を起こしやすい。皮膚障害対策に有効とされているカイゲン皮膚保護シート®（以下カイゲンシートとする）を早期から使用した2症例を経験した。

症例

1) 81歳女性、肥満型、陳旧性肺結核による重度呼吸不全の為NPPV使用（夜間21時から6時）

2) 75歳男性、痩せ型、肺塞栓症のためNPPV使用開始、気管内挿管は拒否し24時間NPPV対応となる。

考察

NPPVはマスク固定により顔面への持続的な圧迫や摩擦・ずれによる皮膚障害を起こしやすいといわれている。カイゲンシートは体圧分散・摩擦・ずれに効果があるとされており、夜間のみの使用では圧痛・疼痛の緩和・褥瘡予防に効果を認めた。しかし24時間使用においては潰瘍形成し効果が評価できなかった。顔の形態にもよるが、装着時間が褥瘡発生に大きく関連していると再認識した。除圧用品を用いることは大切であるが時間ごとに圧迫を解除させる工夫、マスクの選択や装着法に工夫が必要であった。

体圧分散（2）

25

体圧分散マットレスと褥瘡発生率との関連性

○杉田 操 笹島 尚子 岩城 雅恵
西村久美子 神代万里子 長井 紗子

金沢医科大学氷見市民病院 褥瘡対策委員会

当院では、2001年度から褥瘡対策委員会を発足し褥瘡対策に取り組んでいる。しかし、当院での褥瘡発生率は、2006年の日本褥瘡学会実態調査委員会の報告の一般総合病院平均1.31%に対して、2009年度は3%であった。その要因として、患者の平均年齢が約75歳、80%前後が自立度C1・C2患者であること、体圧分散マット保有率が31.3%であり、自立度が低い患者へのマット充足率が60%台であることが考えられた。

そこで、2010年度の目標を褥瘡発生率の低下とし、褥瘡予防・管理ガイドラインで推奨度Aとされている体圧分散マット購入を予算化した。2010年4月は、エアマットレス41台・体圧分散マットレス28台の計69台であったが、5月にエアマットレス7台・体圧分散マットレス20台の計27台を追加し、計96台となった。その結果、2009年度の5月～9月の褥瘡発生率平均2.68%が2010年度同月において1.30%に低下したため、若干の考察を加え報告する。

26

高反発素材を利用した静止型マットレスの健常人における実験的評価

○田中 一範¹⁾ 鶴居 勝也²⁾ 布上 大典³⁾
高田 知宏³⁾ 山崎 有子³⁾ 森谷 珠葵³⁾
表 智子³⁾ 三浦 利則¹⁾

- 1)公立南砺中央病院整形外科
- 2)公立南砺中央病院薬剤部
- 3)公立南砺中央病院リハビリテーション室

【諸言】 静止型マットレスであるハッピーそよかぜ®(そよかぜ)は高反発素材による優れた弾発性に加え、通気性にも優れるとされる。今回、そよかぜと従来型マットレスを健常人で比較研究した。

【方法】 そよかぜ(S)、コンフォケア®(C)、そよかぜ+コンフォケア®(S+C)、トライセル®(T)の4種を比較した。実験① 被験者4人の仰臥位での仙骨部体圧を測定し、1時間後の仙骨部とマットレス間の温度および湿度を測定した。実験② 被験者14人にアンケートをとり、4種のマットレスの寝心地を統計的に官能評価した。実験③ 被験者1人の寝返りとベッドからの起き上がりの時間を測定した。

【結果】 実験① 体圧にはいずれも有意差はなかった。S+Cは湿度上昇が低い傾向にあったが、有意差はなかった。実験② S+C及びCは、いずれもS及びTに比べ総合的寝心地が有意に良かった。実験③ 寝返り、起き上がり共にSは他に比べ有意に早く、Tは有意に遅かった。

【考察】 S+Cは体圧分散、通気性、ADL及び官能的にもバランスが取れており、ある程度の自動運動が可能な症例の褥瘡予防に適するのではないかと考えた。

27

手術室における褥瘡発生の現状と対策
～体圧分散寝具開発への取り組み～

○中村 徳子¹⁾ 熊谷あゆ美²⁾ 川上 重彦³⁾
中新 英之⁴⁾

- 1)金沢医科大学病院看護部、褥瘡管理者
- 2)金沢医科大学病院中央手術部
- 3)金沢医科大学病院 中央手術部部長
- 4)株式会社ケーブ

[はじめに] 近年、当院における褥瘡の発生は手術室で多くみられ、2009年4月から2010年6月での発生数をみると、院内全体の18%を占めていた。手術室内の褥瘡の発生要因について検討した結果、手術室用の体圧分散寝具が必要と考えられたため、寝具を開発し試用を行ったので報告する。

[方法] 手術室で褥瘡が発生した患者22名の年齢、BMI、診療科、疾患および術式、術中体位、ハイリスク項目、除圧具、褥瘡発生部位、褥瘡深達度について調査しそれぞれについて褥瘡発生の関連要因を検討した。つぎに、その結果から体圧分散寝具の開発を試みた。

[結果・考察] 患者の平均年齢は60.5歳、BMIは68%が標準値22以上であった。呼吸器外科、脳神経外科、整形外科における側臥位、腹臥位、パークベンチ体位に多く、そのうち70%が6時間以上の全身麻酔下での手術例であった。除圧には低反発ウレタンマットとスポンジが使用されていた。長時間手術に耐えうる厚みと手術操作時の安定性を備えた体圧分散寝具が必要と考え、メーカー協力のもとで高反発ウレタンマットを体位別に3種類作成した。2010年7月～10月に同条件の7例で試用した結果、褥瘡発生は認めていない。今後も引き続き症例を重ね、評価していく予定である。

28

ICU入室患者の気管内挿管の有無、体位による体圧・ずれ値の比較

○大塚 愛子¹⁾ 木下 幸子²⁾ 江崎 美記¹⁾
深尾亜由美²⁾ 村上 啓雄²⁾

- 1)岐阜大学医学部附属病院 ICU
- 2)岐阜大学医学部付属病院 生体支援センター

目的:ICU入室患者の気管内挿管の有無別で、仰臥位と頭側挙上時の体圧値とずれ値を比較検討する。
方法:①対象:交換型エアマットレス使用中のICU入室患者40名(小児除外)②期間:H21年11月～H22年1月③調査方法:簡易式体圧・ずれ力同時測定器を用い、仰臥位と頭側挙上時の体圧・ずれ値を測定した。倫理的配慮:患者の安楽と個人が特定できないよう配慮し実施した。結果:通常使用のマット設定において、体圧値は仰臥位・30度挙上位のいずれも40mmHg以下に保たれていたが、仰臥位では挿管患者は39.3mmHg(中央値)で非挿管患者より高い傾向($P<0.01$)にあり、30度挙上位では差はなかった。15度挙上位では、挿管患者は33.5mmHgで、非挿管患者の24.4mmHgより有意に高かった($P<0.01$)。ずれ値は挿管の有無で有意差はなかった。結論:①挿管患者は30度挙上位以上が推奨されているが、体圧値の面では仰臥位、15度挙上位でもリスクがある事が明らかとなり、マット設定の検討が必要と考えられる。②挿管患者は鎮痛・鎮静により意識、活動性、可動性が低下し、褥瘡発生リスクが高く、体圧・ズレ値を考慮し管理する事が重要である。

臨床研究（1）

29

褥瘡の治癒困難な症例における創部の特徴

○稻垣美佐子¹⁾ 浦井 珠恵²⁾ 松尾 淳子¹⁾
藤牧 和恵³⁾ 川端 貴子³⁾ 須釜 淳子¹⁾

- 1) 金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域
臨床実践看護学講座
- 2) 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻
- 3) 城北病院

[目的] 褥瘡の治癒困難な症例における創部の特徴を明らかにする。

[方法] 対象は一般病院1施設に入院する褥瘡保有患者で、調査期間は2009年4~9月であった。褥瘡の治癒困難を、期間内のDESIGN-R合計点およびD（深さ）得点が増加または不变であるとした。初回観察時、観察終了時の創部を、スケッチし特徴を記述した。

[結果] 観察した褥瘡保有患者は24名、褥瘡の治癒困難な症例は6名であった。発生部位は、仙骨部2名、尾骨部1名、下肢3名（踵部、膝部、下腿部）であった。初回観察時の創部の特徴は、不良肉芽5名(83.3%)と最も多く、壞死組織3名(50%)、創底部乾燥3名(50%)、肉芽組織のクレバース1名(17%)、創縁部肥厚1名(17%)であった。観察終了時は、不良肉芽6名(100%)、壞死組織4名(66.7%)、浸出液多量2名(33.3%)、肉芽組織のクレバース1名(17%)であった。

[考察] 褥瘡の治癒困難な症例において不良肉芽、壞死組織が多く観察された。創圧迫、摩擦、湿潤が治癒遅延要因として考えられ、今後のケアでは除圧、摩擦防止、尿・浸出液による湿潤環境の調整方法の検討が必要であることが示唆された。

30

当センターにおける高齢者の褥瘡発生の傾向
～院内発生の検討から～

○下薙いずみ 北村 忍 磯貝 善三
古田 勝経

国立長寿医療研究センター

<目的>当センターでの褥瘡を有する入院患者の9割以上は在宅または施設からの持ち込みであるが、院内発生も少数ながら存在する。医師・薬剤師を中心としたチーム医療を行い、褥瘡の治療はじめ個々の事例の発生要因を検討している。その結果、高齢者の特徴的要因が得られたので報告する。<方法>平成21年度の全ての院内発生褥瘡患者の年齢、生活自立度、発生部位と要因などを集計した。<倫理的配慮>個人名が特定できないよう配慮した。<結果>平成21年度の院内発生は29件であり、院内発生率は0.99%であった。そのうち尾骨部は13例であり仙骨部は10例であった。さらに尾骨部発生病例の多くはADLの拡大などによる頭側挙上の再開が要因になっていた。<考察>高齢者医療を専門とする医療機関の褥瘡対策においては仙骨部とともに、尾骨部褥瘡の発生に留意することが重要だと考えられる。感染症などの急性期を脱した患者においては、ADLの拡大に伴いズレにより発生する尾骨部の褥瘡発生の有無を観察する必要がある。また、患者の特性の観察、早期発見と適切な対応によって重症化を防ぐことも重要と考える。

臨床研究（2）

3 1

褥瘡対策チームにおける回診の推移の報告

○東城美智代 松岡 貴子 上野 玲子
 宮田 照子 八幡 秀樹 狩野 郁美
 横本 仁

高岡市民病院

(はじめに)

褥瘡対策チームは、褥瘡未実施減算の施行時に編成されて以降、活動の一環とし褥瘡患者の回診を行ってきた。今回、8年間の褥瘡回診方法の推移をまとめたので報告する。

(結果および考察)

2002年4月、医師、看護師、薬剤師、栄養士でチームが発足し、職種別の回診を開始した。2006年、NSTが発足し、褥瘡対策チームと兼任する職種の回診が負担となり、医師と看護師での回診となる。2009年、NST・褥瘡対策チーム合同回診を試行後、回診は別々だが、チーム連携を強化した。2010年現在、医師、看護師、薬剤師、栄養士の多職種チームで回診を週1回程度行っている。また、回診時に、褥瘡リンクナースが担当病棟に待機し参加することとなった。このように、褥瘡回診方法はその時々の課題や問題に応じ変化し、課題の達成や問題改善に関与してきた。

(まとめ)

現在、褥瘡対策チームは、褥瘡ハイリスク患者ケア加算取得にむけての整備が課題である。今後、褥瘡ハイリスク患者も含めて回診を行う予定である。対象者拡大に対応できる回診方法を検討している。

3 2

外科病棟における褥瘡の発生状況と経過

○梅田由起恵1) 沢田 篤子1) 福田智恵子1)
 開 千春2) 長谷田泰男3)

1)厚生連高岡病院 褥瘡対策委員会

2)同 皮膚排泄ケア認定看護師

3)同 形成外科

目的：当院は13病棟、560床の三次救急病院である。褥瘡対策を開始以来褥瘡発生数は減少したが、2008年より増加傾向となった。病棟別で最も多かったのは外科病棟で、2009年1月から2010年10月までの22ヶ月間に55名の褥瘡患者が発生した。この55名について、自立度、発生部位、深さ、発生時期、褥瘡の経過などについて調査した。

結果：症例は男33、女22名で、入院時の自立度はCが29名、Bが15名、Aが7名、Jが5名で、55名中40名が胆癌患者であった。褥瘡の部位は仙骨部が37、尾骨部6、大転子部4、背部4、足部3、腸骨部2、手背1、深さはd1が35、d2が19、D3が3部位で、2例に多発した。最も大きいものは8×6cm(d1)、D3の最大例は4.5×4cmであった。入院中に26名が治癒、16名が未治癒のまま死亡、13名が褥瘡を有したまま退院した。

考察：褥瘡発生の7割が胆癌患者で、大部分が浅い褥瘡であった。自立度が比較的よい例にも発生していて、自立度低下時の対応の遅れが一因と考えられた。

33

下腿褥瘡と仙骨褥瘡の発生要因および予後に関する検討

○野田 千笑 清水 聰志 藤井 勝善
瀧澤恵美子 広瀬 克美

成田記念病院

【目的】下腿は仙骨部に次ぐ褥瘡好発部位であるが、その発生には血流障害の関与が指摘されており、褥瘡発生に至る背景が他部位とは異なると考えられる。当院で発生した下腿褥瘡と仙骨褥瘡について、背景因子、生命予後の比較を行った。

【対象および方法】2007年1月から2010年6月までの間に院内発生した下腿褥瘡40例と仙骨褥瘡49例を対象とし、基礎疾患、K式スケールの各要因、褥瘡発生後の生命予後について両者の比較検討を行った。統計学的解析には χ^2 検定を用いて $p<0.05$ を有意差とした。

【結果】基礎疾患では動脈硬化性疾患および慢性腎不全が有意に下腿褥瘡に多かった。K式スケールでは引き金要因の下痢便失禁が有意に仙骨褥瘡に多かった。褥瘡発生後の生命予後は下腿褥瘡において有意に不良であった。

【考察】下腿褥瘡の発生予測にはABIが有用であると報告されているが、発生要因に関する今回の検討においても基礎疾患として動脈硬化性疾患は危険因子となっていた。また生命予後不良の徵候の一つとして下腿褥瘡が発生する場合もあると考えられた。

34

褥瘡予防継続ケア統一にむけた取り組みと課題
—皮膚障害対応マニュアルの作成を試みて—

○長谷川美智子1) 森下 悅子1) 島田みゆき1)
松浦 由香1) 原崎 陽子1) 多田 義和2)

1)福井社会保険病院 看護局

2)福井社会保険病院 医事課

【はじめに】褥瘡予防は皮膚観察から始まる。褥瘡発生リスク保有者が66.1%を占めるB病棟の評価基準運用にむけて活動を行った結果、課題が明らかになったのでここに報告する。

【研究目的】皮膚障害の評価基準の作成とケアの統一を図るための活動の課題を明らかにする。

【研究方法】1. 研究対象：A院B病棟に勤務する看護師28名 2. 調査期間：2010年3月～2010年8月 3. 分析方法：マニュアル作成前後のアンケート回収結果の χ^2 検定及び褥瘡発生リスク患者把握連携方法は質的帰納的方法 4. マニュアル内容①基準は○：発赤がない、△：退色のある発赤及び褥瘡以外の皮膚疾患、×：褥瘡及び退色のない発赤の3段階評価とした。

【結果】皮膚の評価基準運用にむけて活動を行った結果、評価基準の正解率をマニュアル作成前後で χ^2 検定したところは $P=0.339$ で有意差はなかった。

【考察】マニュアル活用に向けてのケア標準化への課題は1)看護師の皮膚異常の判断力向上策への取り組み、2)看護師の活動が患者に安全な寝床環境の提供に関しての有効性の根拠を明らかにする、であった。