

第10回

The 10th Annual Meeting of  
the Central Division of the Japanese Society of Pressure Ulcers

# 日本褥瘡学会中部地方会学術集会

テーマ：広めよう褥瘡ケアの知識と技術

福島マリヤー 125人



会期 2014年3月2日㈰

教育セミナー：3月1日㈯

会場 アクトシティ浜松  
コンгрレスセンター

会長 深水 秀一 [浜松医科大学  
附属病院形成外科]



## プログラム

### 第1会場 (3F 31会議室)

8:55～9:00 開会挨拶

深水 秀一 [浜松医科大学附属病院形成外科]

9:00～9:50 特別講演 1

座長：川上 重彦  
(金沢医科大学形成外科)

褥瘡・難治性創傷の最新治療

市岡 滋 [埼玉医科大学形成外科]

共催：ケーシーアイ株式会社

9:50～10:40 特別講演 2

座長：森口 隆彦  
(川崎医科大学附属川崎病院)

看護師の領域拡大－特定行為で実現する褥瘡治療のアウトカム－

溝上 祐子 [公益社団法人日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程]

10:40～11:30 教育講演

座長：青木 和恵 (静岡県立静岡がんセンター)

医師と看護師が知っておくべき在宅褥瘡事情

塙田 邦夫 [医療法人社団研医会高岡駅南クリニック]

共催：株式会社大塙製薬工場

11:35～11:50 総会

12:00～13:00 ランチョンセミナー1

座長：深水 秀一  
(浜松医科大学附属病院形成外科)

症例で見る創傷管理とドレッシング材の使い方

菊池 紘里 [国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院]

共催：メンリッケヘルスケア株式会社

13:10～14:00 一般演題 8-12 体圧管理

---

座長：加納 宏行 (岐阜大学医学部皮膚科)  
奈木 志津子 (市立島田市民病院看護部)

- 8 ブレーデンススケールと体圧評価によるマット選択、皮膚トラブル改善の検討  
高木 百合子 [医療法人香流会紘仁病院北3病棟]
- 9 救急外来における褥瘡予防への取り組み～マットレス選択フローチャートを導入して～  
細谷 真由美 [浜松医療センター]
- 10 患者様の身体に応じたマットレス選び～介護士の取り組みと実践～  
小林 洋子 [医療法人社団主体会主体会病院介護部]
- 11 体圧分散マットレスを使用中のハイリスク新生児における体圧の現状と評価  
小林 規子 [福井大学医学部附属病院総合周産期母子医療センターNICU]
- 12 当院の手術に起因する褥瘡発生の現状  
岩崎 千景 [静岡市立静岡病院看護部]

14:00～14:50 一般演題 13-17 局所ケア・栄養

---

座長：堀田 由浩 (統合医療希望クリニック)  
石津 こずゑ (聖隸浜松病院看護部)

- 13 挿管チューブのテープ固定により発生した皮膚潰瘍の一例  
稻垣 牧子 [公立学校共済組合東海中央病院]
- 14 軍手使用による手指褥瘡予防の効果  
八田 千恵子 [木村病院看護部]
- 15 ポケット部位上でのⅡ度褥瘡  
高橋 佳子 [愛知県立大学]
- 16 経管栄養患者に発生した褥瘡に対しエレンタール®の使用が有用であった例  
加藤 豊範 [医療法人愛整会北斗病院薬剤室]
- 17 褥瘡回診時における管理栄養士としての関わり  
深谷 文香 [浜松医科大学医学部附属病院栄養部]

15:00～16:00 スイーツセミナー1

---

座長：岡本 泰岳  
(トヨタ記念病院形成外科)

広めよう栄養ケアの知識と技術—褥瘡治療の栄養療法—  
山中 英治 [社会医療法人若弘会若草第一病院外科]

共催：ニュートリー株式会社

16:00～16:05 閉会挨拶

---

深水 秀一 [浜松医科大学附属病院形成外科]

---

第2会場 (4F 41会議室)

---

10:10~11:20 一般演題 1-7 陰圧療法・外科的治療

座長：島田 賢一 (金沢医科大学形成外科)  
石久保 雪江 (浜松医科大学附属病院看護部)

- 1 糖尿病患者に生じた踵部潰瘍に局所陰圧閉鎖療法が有効であった1例  
新谷 洋一 [名古屋市立大学皮膚科／豊川市民病院皮膚科]
- 2 化膿性股関節炎・後腹膜膿瘍に至る巨大坐骨嚢瘍に持続洗浄陰圧閉鎖療法が奏功した1例  
澤村 尚 [名古屋大学附属病院形成外科]
- 3 陰圧閉鎖療法が使える医師を育てるための取り組み  
本間 陽一郎 [聖隸浜松病院総合診療内科／聖隸浜松病院嚢瘍対策委員会]
- 4 VAC療法と並行し皮膚のたるみ、体位変換の調整でポケットを改善した仙骨部嚢瘍の1例  
小川 妙呼 [JA岐阜厚生連揖斐厚生病院看護部]
- 5 大転子部嚢瘍に合併した超高齢者ガス壊疽の一例  
金 大志 [浜松医療センター形成外科]
- 6 大転子部嚢瘍を発生母地とした瘢痕癌の一例  
太田 悠介 [浜松医科大学附属病院形成外科]
- 7 坐骨部嚢瘍に対する外科的治療の検討  
青山 昌平 [浜松医科大学医学部附属病院形成外科]

12:00~13:00 ランチョンセミナー2

座長：伊藤 泰介  
(浜松医科大学皮膚科)

皮膚科学から発展させた嚢瘍診療

磯貝 善蔵 [独立行政法人国立長寿医療研究センター先端診療部皮膚科]

共催：科研製薬株式会社

13:30～14:30 一般演題 18-23 院内連携・地域連携

---

座長：井上 邦雄

(はつおい労働衛生コンサルタント事務所)

佐奈 明彦 (聖隸三方原病院看護部)

- 18 療養型医療施設における高齢者の褥瘡の保有部位の変化

藤本 由美子 [金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士後期課程]

- 19 皮膚・排泄ケア認定看護師の施設間の連携により多発褥瘡が改善した一例

竹内 倫子 [旭労災病院看護部]

- 20 脊椎手術を受ける高度肥満患者の褥瘡発生予防についての取り組み

須山 喜代美 [浜松医科大学附属病院看護部]

- 21 シームレスケアに向けての当院の課題：持ち込み褥瘡患者 1 例を通して

長尾 奈美 [金沢医科大学病院看護部]

- 22 両大腿骨大転子部褥瘡患者に対する早期在宅復帰に向けたチーム医療

石川 佳代子 [沼津市立病院形成外科]

- 23 当院における褥瘡予防・管理ガイドラインならびに日本褥瘡学会に対する認識度調査

倉繁 祐太 [東京医科大学八王子医療センター皮膚科]

15:00～16:00 スイーツセミナー2

---

座長：亀井 譲

(名古屋大学医学部形成外科)

栄養と褥瘡と創傷治癒

大浦 紀彦 [杏林大学医学部形成外科]

共催：アボットジャパン株式会社

---

**第3会場 (5F 52+53+54 会議室)**

---

**10:50~11:30 ハンズオンセミナー1**

---

**創傷管理・最新ドレッシング材と陰圧維持管理装置について  
～銀含有ハイドロサイトとレナシスについて見て・触って体験していただきます～**

**共催:スミス・アンド・ネフューウンドマネジメント株式会社**

**12:00~13:00 ランチョンセミナー3**

---

**座長:紺家 千津子  
(金沢医科大学看護学部成人看護学)**

**褥瘡の予防と対策 一体圧分散を中心にー  
美津島 隆 [浜松医科大学附属病院リハビリテーション科]**

**共催:パラマウントベッド株式会社**

**14:00~14:40 ハンズオンセミナー2**

---

**創傷管理・最新ドレッシング材と陰圧維持管理装置について  
～銀含有ハイドロサイトとレナシスについて見て・触って体験していただきます～**

**共催:スミス・アンド・ネフューウンドマネジメント株式会社**

特別講演  
教育講演  
ランチョンセミナー1・2・3  
スイーツセミナー1・2

## 特別講演 1



市岡 滋(いちおか しげる)  
埼玉医科大学形成外科

---

### 略歴

1988 年 千葉大学医学部卒業、東京大学形成外科入局、大学および関連病院で臨床を研鑽。1993 年より東京大学医用電子研究施設（現医用生体学講座）にて微小循環、創傷治癒、血管新生の基礎研究を開始。1997 年 東京大学大学院（博士課程）を修了し東京大学形成外科助手、1998 年 埼玉医科大学形成外科講師、2000 年同大学助教授、2007 年教授に就任し現在に至る。

芝浦工業大学客員教授、東京大学医学部、日本看護協会の講師を併任

2012 年～独立行政法人医薬品医療機器統合機構（PMDA）専門委員

#### <学会活動>

日本形成外科学会（評議員、専門医）  
日本褥瘡学会（理事、認定医）  
日本下肢救済・足病学会（理事）  
日本フットケア学会（理事）  
日本創傷・オストミー・失禁管理学会（理事）  
日本抗加齢医学会（評議員、専門医）  
日本創傷治癒学会（評議員）  
日本生体医工学会（評議員）  
第 11 回日本フットケア学会/第 5 回日本下肢救済・足病学会合同学術集会会長  
(2013 年 2 月 9 日（土）、10 日（日）)

共催：ケーシーアイ株式会社

## 褥瘡・難治性創傷の最新治療

市岡 滋  
埼玉医科大学形成外科

従来、形成外科において創傷は植皮術や皮弁形成など手術手技によって閉鎖するべき後天性の欠損という位置づけである。いかに手術を駆使して欠損を閉鎖するかが腕の見せ所である。しかしここ十数年、外科的・形成外科的技術のみでは立ち行かない創傷が増加している。褥瘡、糖尿病、末梢動脈疾患、静脈還流不全などによる慢性創傷である。これらは高齢化、生活習慣病の蔓延に起因している。栄養状態、全身状態が悪い患者に侵襲度の高い再建手術を施すと期待通りに治癒するとは限らず、donor site の犠牲も相まってもとよりも酷いキズになることもある。ミッションは早く、きれいにキズを治すことであるが、手術手技に習熟するだけでは不可能な時代になっている。そこで創傷治癒という生体現象を理解して、本来カラダが持つ再生・修復能力を最大限に引き出すマネージメントや研究が要望される。本講演ではその方略の歴史から最新までの進化を紹介する。

## 特別講演 2



溝上 祐子(みぞかみ ゆうこ)

公益社団法人日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程

---

### 略歴

#### 【経歴】

- 1982 年 東京都立清瀬小児病院勤務  
1987 年 クリープランドクリニック分校 聖路加国際病院 ET スクール修了  
2001 年 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 専任教員  
東京都立清瀬小児病院 WOC 外来、武藏野陽和会病院ストーマ・女性外来兼任  
2005 年 武藏野大学院 人間社会・文化研究科 人間社会専攻 修士課程修了（人間学修士）  
2006 年 日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程皮膚・排泄ケア学科主任教員  
2008 年 日本看護協会 看護研修学校 副校長 併任  
2010 年 日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程長

#### 【専門領域】

- 創傷ケア、ストーマケア、失禁ケア、スキンケア、小児排泄障害のケア  
日本創傷・オストミー・失禁管理学会 理事（第 19 回学術集会長）  
日本褥瘡学会 理事  
日本下肢救済・足病学会 理事  
日本褥瘡学会関東甲信越地方会 東京支部長  
日本小児ストーマ・排泄管理研究会幹事

# 看護師の領域拡大－特定行為で実現する褥瘡治療のアウトカム－

溝上 祐子

公益社団法人日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程

日本は2025年には、減少する人口の中で増加する75歳以上という、いわゆる働き手の減少と支えを必要とする高齢者の増加という分布になることが予測されている。国民を守るために新たな医療の提供のあり方を計画、実施することが急務とされている。医師も看護師も不足する中で医療サービスを安全かつ効率的に患者に提供するためには、多様な医療スタッフが互いに連携・補完し合い、それぞれの専門性を最大限に発揮する「チーム医療」の推進が必要不可欠である。

厚生労働省では、平成22年3月19日チーム医療の推進に関する検討会における提言を踏まえ、看護師の高度な知識や技術を基盤に病態を判断する能力を持って行う特定行為について、3年の議論を重ねてきた。そして、平成25年3月29日、チーム医療推進会議で、「特定行為に係る看護師の研修制度」についてまとめられた。この3年の議論のための資料データーとして、情報収集を目的に看護師特定能力養成調査試行事業が3年間行われた。日本看護協会はすでに活躍する3分野の認定看護師を対象に医学教育を追加するという養成事業を行ってきた。その中に皮膚・排泄ケア認定看護師を対象とした養成課程があり、これまでに19名を修了させた。現在も所属施設において、医師とともに、活躍しているところである。

今回はこの特定行為を行う上で必要とされたカリキュラム内容を紹介する。また、養成課程修了後に「特定行為・業務試行事業」に参加し、医師との協働の下に行われた特定行為を含めた実践から医療経済効果、患者満足度、医療者の支持など多くの成果が見えてきた。高度な創傷管理能力をもつ看護師を活用することによって、どのようなアウトカムを出せるか、症例を通して解説する。

## 教育講演



塚田 邦夫(つかだ くにお)  
医療法人社団研医会高岡駅南クリニック

---

### 略歴

1979年 群馬大学医学部卒業  
1979年 東京医科歯科大学第2外科入局  
1988年 東京医科歯科大学第2外科助手  
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  
1991年 富山医科大学（現富山大学）第2外科に移籍  
1997年8月 高岡駅南クリニック院長 現在に至る

所属 医療法人研医会高岡駅南クリニック 院長  
東京医科歯科大学医学部 非常勤講師  
富山大学医学部看護学科 非常勤講師  
北海道医療大学認定看護師研修センター 非常勤講師  
宮城認定看護師スクール 非常勤講師

学会等 日本褥瘡学会理事、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員、日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会常任理事、日本創傷治癒学会評議員、日本創傷・オストミー・失禁管理学会評議員、高岡在宅NST研究会代表世話人、高岡在宅褥瘡創研究会会长  
日本外科学会専門医、日本消化器内視鏡学会指導医・専門医、日本大腸肛門病学会専門医

共催：株式会社大塚製薬工場

# 医師と看護師が知っておくべき在宅褥瘡事情

塙田 邦夫

医療法人社団研医会高岡駅南クリニック

病院でも在宅でも褥瘡発症原理は同じで、予防と治療法に違いはない。褥瘡の組織損傷はみることができる皮膚ではなく、より深い皮下組織損傷が先行する。皮内出血や皮下硬結しかない早期段階で、素早くかつ重点的な対応が必要である。しかし、在宅では早期段階を褥瘡と認識され難く、治療の中心になる訪問看護開始の遅れが問題になる。

褥瘡治療の基本は、創傷治癒理論に則った局所療法、栄養改善、原因である圧迫・ずれ・摩擦対策、である。褥瘡は生活の場で発症することから現場を観察することで、その原因を知り適切な対策を実施できる。さらに現場に行くことで、家族の熱意や希望、経済状況も分かり、実行可能な治療・ケア計画を作成できる。

これは、病院と全く違うところである。病院では計画を立てるのも実施するのも医療者であり、患者・家族が必ずしも100%納得せずとも計画は実施される。在宅では、計画を立てても、患者・家族が納得していないければ、実施者である家族は動かない。つまり、医療者が説得する「ムンテラ」ではなく、家族が理解し納得した「インフォームド・コンセント」が、在宅では真に行われる。家族の希望をしっかりと聞き、その希望が叶うようにしながら、計画を説明して納得してもらうという当たり前のことが在宅で行われる。患者・家族と医療者が目的を共有して医療・介護を行うことは、在宅の醍醐味である。病院では褥瘡対策が整備されたことで、大変素晴らしい成績を出すようになった。好成績をもたらした理由は、褥瘡専門職がいることとチームで治療に当たったためである。当然在宅でも褥瘡専門職がいて、チームで治療を行わないと、決して良い結果は出ない。まず、形だけのチーム医療を行ったことによる失敗例を示す。その後、チームを意識することで、在宅でも褥瘡治療の好結果を出せるようになった。しかし、病院でもチーム医療は難しいが、在宅でも多職種の関わりで却って悲惨な結果をもたらすことがある。多職種共同には情報共有が欠かせない。これは在宅でチーム医療を行う時の難題となっている。その解決にICTを使うなどの試みがなされている。時間があれば、高岡市で行っている「介護連絡帳」による情報共有の試みを紹介する。<http://www.ekinan-clinic.com/study/pdf/tec56.pdf>

最後に、在宅褥瘡治療は在宅の問題ではあるが、実は病院の役割も大変大きく、地域一体で在宅褥瘡治療を行うことが重要である。褥瘡患者の退院前に、「訪問看護指示書」を書き、「体圧分散寝具」や「車イス」のレンタル計画をケアマネジャーと立て、家で確実に食事できる状態であることを確認するなど、これら全てを行うことで、2週間以内に再入院という事態を避けることができる。実は病院の責任が大きいのである。病院と在宅は一体となって風通しの良い関係になることで、病院も在宅も幸せになれるのである。

## ランチョンセミナー1



菊池 絵里(きくち えり)  
国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院

---

### 略歴

2005年 皮膚排泄ケア認定看護師取得

現在 神奈川県横浜市 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 褥瘡専従

# 症例で見る創傷管理とドレッシング材の使い方

菊池 紘里

国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院

手術創、擦過傷、褥瘡、下肢潰瘍、がん性創傷など「創傷」と言っても急性から慢性までさまざまである。湿潤環境を維持することが創傷治癒に有効であることは、もはや医療関係者だけでなく広く知られているところだが、われわれが日常遭遇する「創傷」の中には、乾燥傾向に傾けた管理を必要とする創傷や治癒を最終的な目的としない創傷も含まれる。

WOCN として日々求められることは、多角的なアセスメントを行ない、患者・家族・それを支える医療者が“現状より状況が改善した”と思えるケア方法を提案することである。患者の苦痛に直結する出血、疼痛、臭気、感染のコントロール、時としてガーゼ交換の頻度を減らし負担を軽減することなども創傷管理の一環である。

様々なコンセプトをもつドレッシング材（保険医療材料としての創傷被覆材とガーゼ以外の創部を覆うものを意味する）は、創傷管理になくてはならないアイテムである。非固着性のドレッシング材は剥離刺激から生じる創面、創周囲の損傷、出血や疼痛をふせぐために数多く販売されている。また Critical colonization に対して銀含有の創傷被覆材も増えてきた。湿潤環境の保持は当たり前で、それ以外にも逆戻り防止、高吸収などそれぞれに付加価値をつけている。コストも無視できない。それ故に何を選択すべきなのか迷いも生じる。

今回は実際の症例をもとに創傷管理とドレッシング材の使い方を考えたい。

## ランチョンセミナー2



磯貝 善蔵(いそがい ぜんぞう)  
独立行政法人国立長寿医療研究センター先端診療部皮膚科

---

### 略歴

- 1985年 愛知県立刈谷北高等学校卒業
- 1991年 名古屋市立大学医学部卒業（医師免許取得）
- 1996年 名古屋市立大学大学院医学研究科博士課程終了（医学博士）
- 1998年 シュライナーズ小児病院（米国オレゴン州）留学
- 2001年 名古屋市立大学医学部講師（皮膚科学）
- 2004年 国立長寿医療センター皮膚科医師
- 2005年 国立長寿医療センター先端医療部先端薬物療法科医長
- 2010年 独立行政法人国立長寿医療研究センター先端診療部皮膚科医長 現在に至る

### 所属学会

日本褥瘡学会（認定師・評議員）、日本結合組織学会（理事）、日本皮膚科学会（専門医）  
日本老年医学会、日本リウマチ学会

国立長寿医療研究センター内で褥瘡対策責任医師、褥瘡対策委員会委員長を務めている。

共催：科研製薬株式会社

# 皮膚科学から発展させた褥瘡診療

磯貝 善蔵

独立行政法人国立長寿医療研究センター先端診療部皮膚科

褥瘡は以前から存在していた疾患ですが、近年の褥瘡に関する情報は膨大であるために、現場でどのように考えるのか迷うことが多いと思います。しかし、迷ったときは原点である褥瘡の定義に戻って考えてみることが重要だと思います。褥瘡は身体に加わった外力が骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下または停止させるために組織が不可逆的な阻血性障害に陥って発症する疾患と定義されています。このことから考えても、外力、骨、軟部組織の3つの要素はまさに褥瘡のキーワードだと思います。この3要素は直接視ることはできませんので、触診や原疾患に関する問診は非常に重要であることに気づきました。褥瘡に関連する臨床情報は系統的に触診を用いることで効果的に得られます。症例を提示し褥瘡の特徴的な物性を考察しながら治療と予防への役立て方を考えてみたいと思います。

医療現場では病態が眼にみえる皮膚疾患の治療は病名による治療と病態に応じた治療が調和しながらおこなわれています。例えばアトピー性皮膚炎において苔癬化した紅色局面と、軽度の鱗屑とともに紅斑に対する治療は異なります。しかし、従来の皮膚科学の枠組みでは複雑な褥瘡病態を皮膚科学的に解析することは難しかったのです。それを克服し、褥瘡の病態を明らかにするため皮膚科学から一歩進んだ「創傷皮膚科学」を用いて多様な褥瘡病態をどのように理解していくのか、可能な限りわかりやすく説明したいと思います。

褥瘡の合併症として最も重要なものは感染があります。しかし、褥瘡と感染の関連は現在整合性をもった概念がないようです。たとえば仙骨部に長径30センチの褥瘡があるでしょうか？仙骨はそんなに大きくはなく、骨の皮膚表層の軟部組織の定義に矛盾します。そのような症例は褥瘡並びに続發した軟部組織感染症（による組織欠損）と診断するべきと考えます。また肛門周囲のびらんから褥瘡が連続することがあるでしょうか？肛門周囲のカンジダ性間擦疹と褥瘡は別物です。このように、褥瘡とそれに合併した感染症を皮膚科学に基づいて整理することによって、論点がクリアになっていくと思います。感染は生命にかかわる合併症であり、褥瘡診療において非常に重要と思います。

また様々な治療のエビデンスはそれぞれの疾患が正確に診断されていることを前提としていますが、褥瘡の診断は難しく、皮膚科医を悩ませます。しかしそれらの情報を正しく整理して議論をしなければ、多くの統計学データも解釈が難しくなってしまいます。

以上に関して皮膚科学に基づいた褥瘡の診療をどのように発展させていくかをお話させていただきたく思います。

## ランチョンセミナー3



美津島 隆(みずしま たかし)  
浜松医科大学附属病院リハビリテーション科

---

### 略歴

#### 学歴・職歴

平成元年	産業医科大学大学卒業 同年産業医科大学リハビリテーション医学教室入局
平成 6 年	リハビリテーション専門医取得
平成 7 年	産業医科大学リハビリテーション医学教室助手就任
平成 10 年	富山労災病院リハビリテーション科副部長として赴任
平成 13 年	浜松医科大学附属病院リハビリテーション部助手として赴任
平成 15 年 11 月	浜松医科大学附属病院リハビリテーション部副部長・助教授就任
平成 24 年 6 月	浜松医科大学附属病院リハビリテーション科病院教授就任
	現在に至る。

#### 所属学会

日本リハビリテーション学会  
日本整形外科学会  
日本脊髄障害医学会  
日本脳卒中学会  
日本義肢装具学会  
日本褥瘡学会  
日本障害者スポーツ学会  
日本リハビリテーションネットワーク研究会

#### 役職

日本リハビリテーション医学会 代議員 専門医・指導医  
日本脊髄障害医学会 評議員  
日本脳卒中学会 専門医  
日本義肢装具学会 評議員  
日本障害者スポーツ学会 監事 障害者スポーツ認定医  
日本リハビリテーションネットワーク研究会 理事  
日本整形外科学会 「Journal of Orthopedic Science」 reviewer

共催:パラマウントベッド株式会社

# 褥瘡の予防と対策－体圧分散を中心に－

美津島 隆

浜松医科大学附属病院リハビリテーション科

高齢化社会を迎え、現在、寝たきりの高齢者は110万人といわれている。したがって寝たきり患者を減らすことは医療介護における重要なテーマである。それは寝たきりになると廃用症候群と呼ばれる様々な身体への弊害が発生するからであり、その一つが褥瘡である。

褥瘡発生の原因は主に直接的な要因と間接的な要因に分けられる。直接的な要因としては、局所に対する圧力、圧力の持続時間が挙げられ、間接的な要因は、姿勢、関節拘縮、局所の皮膚の状態、患者の栄養状態、浮腫等が挙げられる。間接的要因については患者自身の状態に左右されるため、その程度により褥瘡の発生状況は異なる。褥瘡の直接的な発生機序は、主として身体に圧力が集中的、長期的にかかることにより局所の血流が悪くなり、皮膚組織が壊死することである。さらに悪化すると感染症の危険性も増加し、場合によっては生命にもかかわってくる。

褥瘡についてはその予防が重要となる。特に直接的な要因による褥瘡発生を防ぐことは、褥瘡発生後の治療にかかる負担を考えると、医学的にも経済的にも軽いといえよう。褥瘡が非常に悪化した脊損者23名を詳細に分析した結果、本人は早期から褥瘡に気がつき、それが悪化しつつあることさえも自覚したにもかかわらず、すぐに医師の診察を受けずに、適切な処置を怠っていたという報告もある。患者教育、介護者の教育の重要性を示唆している。また運動により局所の皮膚血流が改善され、褥瘡の予防になる。車いすマラソンの選手は、一般の脊髄損傷者に比べて褥瘡の発生頻度が低いという報告がある。

直接的原因への対策としては局所への圧の集中を分散させ、また圧力のかかる時間をできるだけ短くすることが重要である。脊髄損傷患者の例であるが脊損者のシートとの接触部分の圧測定や、サーモグラフィーによる皮膚温測定を行うことで、褥瘡発症を50%低下させたという報告もある。介護者は数時間おきに体位変換を行わなければならず、相当な負担となっているが、局所への圧の集中を緩和できれば多少なりとも体位交換の負担は軽減される。

褥瘡が発生しやすい骨突出部にかかる圧力を低下あるいは分散させる手段としてベッドのマットレスなどを工夫することは褥瘡予防の有力な手段である。

我々は水の圧力分散性と人体追従性を利用し、臥位から座位への姿勢変換に伴っても同様の体圧分散効果を有するウォーターマットを研究開発し、その評価をおこなった。その研究結果や最近の知見をふまえて報告する。

## スイーツセミナー1



中山 英治(やまなか ひではる)  
社会医療法人若弘会若草第一病院外科

---

### 略歴

(大阪市立大学医学部・関西医科大学臨床教授)

昭和 58 年 関西医科大学卒業

平成元年 医学博士（論博）

平成 4 年 第二外科・助手

平成 6 年 病棟医長

平成 9 年 医局長

平成 10 年 講師

同年 岸和田市民病院 外科医長

平成 15 年 主任医長

平成 18 年 若草第一病院外科部長

平成 19 年 副院長

平成 21 年 院長

指導医：外科学会、消化器外科学会、静脈経腸栄養学会

理事：静脈経腸栄養学会、クリニカルパス学会

評議員：臨床外科学会、外科代謝栄養学会、褥瘡学会、医療マネジメント学会

編集委員：ニュートリションケア、ツモローナース

世話人：大阪病院機能向上研究会、近畿輸液栄養研究会、大阪 NST 研究会（代表世話人）

共催：ニュートリー株式会社

# 広めよう栄養ケアの知識と技術—褥瘡治療の栄養療法—

山中 英治

社会医療法人若弘会若草第一病院外科

**【褥瘡と栄養】**あらゆる疾患において、栄養は治癒に必要不可欠である。栄養不良では病気や創傷は治癒しないか、治癒が遷延する。褥瘡発生のリスク因子として「骨突出」「浮腫」「皮膚や皮下組織の脆弱化」「活動性と可動性の低下」があるが、これらの要因はすべて栄養不良で発生する。つまり、いかに局所のケアや体圧分散や、創傷治療の知識や技術に長けていても、全身ケアである栄養ケアの知識や技術が欠けていれば、褥瘡が発生し、また重症化し、そしてできた褥瘡が治らない、治りにくい（たとえ治っても時間がかかる）のである。

**【栄養評価】**痩せて骨突出のあるようなケースは理想体重に比して体重がかなり少ない、つまり BMI が低値である。また最近の体重減少が著しいことで評価する。血液生化学検査では局所に酸素を供給するヘモグロビンの低下と、蛋白栄養指標である血清アルブミン濃度の低下に注意する。低アルブミン血症では浮腫を生じやすく褥瘡の危険因子となる。

褥瘡患者は高齢で脱水傾向にあることも多く、脱水ではこれらの値が見かけ上正常値を示すことに留意する。

**【栄養投与経路】**QOL の観点からも栄養摂取は経口が基本であり、医療者の都合で絶食にせず、少しでも可能性があれば経口摂取のための嚥下評価や嚥下訓練を行う。肺炎予防のためにも口腔ケアも重要である。しかし経口摂取だけでは栄養摂取不足で栄養状態が悪化するおそれがある時は、経管栄養で不足分を補う。経鼻経管栄養は不快で口腔ケアや嚥下訓練の妨げにもなるので、長期に経管栄養が必要であれば胃瘻を造設する。消化管が使えない場合は静脈栄養を行う。

**【栄養投与量・組成】**ADL の低下した人は必要エネルギーは低めであるが、感染や創傷を合併すると必要量が増える。基礎エネルギー量に創傷治癒を加味した十分なエネルギーの投与が必要である。またエネルギーと一緒に窒素源すなわちアミノ酸や蛋白質を適正な比率で投与しなければ、創傷治癒に必要な蛋白質が合成できない。摂取エネルギーと蛋白質が不足すると痩せて筋肉も落ちて骨突出や浮腫が悪化する。ビタミン、微量元素、電解質なども適切に投与しなければ欠乏症が生じることになる。ゆえに、まずは必要十分な栄養を投与することが基本である。

**【褥瘡と栄養治療】**必要十分な栄養を投与したうえで創傷治癒に適した栄養素を追加することは治癒を促進する効果が期待できる。コラーゲン、アルギニン、亜鉛、ビタミンなどが創傷治癒に効果的であるとされている。コラーゲンはコラーゲンペプチドの形で投与することで吸収され組織に移行して、線維芽細胞を活性化させるなどの創傷治癒促進効果が報告されており、栄養剤としても市販されているので経口摂取や経管栄養で投与することも有用と考えられる。

## スイーツセミナー2



大浦 紀彦(おおうら のりひこ)  
杏林大学医学部形成外科

---

### 略歴

#### 学歴職歴

平成 2 年	日本大学医学部卒業 東京大学医学部 麻酔科入局
平成 5 年 7 月	東京大学医学部 形成外科入局
平成 15 年 3 月	東京大学大学院 医学系研究科外科学専攻 博士課程卒業
平成 15 年 4 月	埼玉医科大学 形成外科講師
平成 17 年 4 月	杏林大学医学部 救急医学講師 热傷センター副センター長
平成 20 年 1 月	杏林大学医学部 形成外科 講師
平成 23 年 4 月	杏林大学医学部 形成外科 准教授
平成 25 年 4 月	杏林大学保健学部看護学科病態学 杏林大学医学部形成外科 兼担 教授

#### 客員講師

芝浦工業大学

日本看護協会看護研修学校

#### 研究課題

微小循環、創傷治癒、熱傷、褥瘡、重症下肢虚血

#### 学会活動

日本形成外科学会 専門医、日本下肢救済・足病学会 理事、日本褥瘡学会 評議員 認定師、  
日本高気圧環境・潜水医学会 評議員、日本高気圧環境・潜水医学会 専門医  
日本創傷オストミー・失禁管理学会 評議員、日本静脈経腸栄養学会 認定医 (H24)  
日本生体医工学会、日本微小循環学会、日本頭蓋頸顎面外科学会、日本熱傷学会、  
日本創傷治癒学会、日本創傷外科学会、日本フットケア学会

#### 社会的活動

メデュサン・デュ・モンド MDM (世界の医師団) に 2000 年より所属し、バングラディッシュ・ベトナム・カンボジアにおける先天奇形、外傷後の変形治癒患者を対象とした形成外科治療の国際医療ボランティア活動に 11 度携わる。 (MDM 理事)

共催:アボットジャパン株式会社

# 栄養と褥瘡と創傷治癒

大浦 紀彦

杏林大学医学部形成外科

正常な創傷は、出血凝固期、炎症期、増殖期、成熟期の4つの局面を順番に滯ることなくスムーズに変化する過程を経て治癒に至る。難治性創傷は、何らかの原因によって創傷の治癒過程が滞っている創傷である。すなわち難治性創傷においては、治癒を阻害する原因を究明し解決することで、正常な治癒過程に戻すことが治療となる。その創傷治癒を阻害する原因のひとつに低栄養がある。一般に難治性創傷は低栄養状態であることが多い、褥瘡や重症下肢虚血（CLI）などの治癒を遅延させる、または、治療を失敗させる危険因子であるという報告がある。また創傷治癒を促進させる増殖因子製剤や最新の再生医療も低栄養状態にある創傷には効果がない。

そこで難治性創傷では、治癒の材料やエネルギーとなる炭水化物、脂質、タンパク質の栄養素を適切に摂取し、低栄養状態を是正することが重要となる。近年の報告では、低栄養状態を是正に加えてアルギニン、 $\beta$ -Hydroxy- $\beta$ -MethylButyrate ( $\beta$ -ヒドロキシ- $\beta$ -メチル酪酸) HMB、亜鉛、ビタミン C などの栄養素の投与が直接的に創傷治癒を促進するといわれる。

一方で栄養の観点からの介入が2次的な意味で創傷治癒に寄与する場合もある。仙骨部の褥瘡において、下痢は褥瘡の感染を惹起し、正常皮膚を浸軟させ、びらんの原因となる。これらの下痢は、食物繊維や栄養剤の性状を変更することによって制御することが可能であり、これらの知識・技術は栄養療法の基本的なものである。また浮腫は創傷治癒を遅延させると言われているが、浮腫は低栄養とも関係が深い。

このように集学的治療が必要とされる難治性創傷の治療において、栄養の観点からの介入は、創傷治療法の引き出しを増やすことになる。創傷治療に行き詰った時、創傷治療チームと nutrition support team が協力し、適切な栄養療法の知識・技術を検討することは、その状況を開拓する一助となる。

## 一般演題

## 一般演題 1-7 陰圧療法・外科的治療

1

糖尿病患者に生じた踵部潰瘍に局所陰圧閉鎖療法が有効であった 1 例

<sup>1</sup>名古屋市立大学皮膚科

<sup>2</sup>豊川市民病院皮膚科

<sup>3</sup>豊川市民病院看護部

○新谷洋一<sup>1,2</sup>、堀尾愛<sup>2</sup>、足立恵美子<sup>3</sup>、森田明理<sup>1</sup>

51 歳、男性。既往歴に未治療の糖尿病あり。2011 年 2 月頃より、踵から浸出液が出ていることは自覚していたが、放置していた。5 月に意識障害にて救急搬送され入院。意識障害の原因は高血糖であった。入院時、踵から滲出液を認めたため、当科コンサルトされた。初診時、踵に直径 1cm の潰瘍とそれにつながる瘻孔、周囲の腫脹を認め、レントゲン検査で踵骨の骨融解像を認めた。切開排膿、デブリードマンをおこない、抗生素の全身投与をし、血糖コントロールを合わせておこなったところ感染は改善した。その後、潰瘍に対して、トラフェルミンスプレーと局所陰圧閉鎖療法（V.A.C.ATS 治療システム）を併用したところ、肉芽は良好に増生し、単純縫縮と表皮水疱蓋移植、外用治療を組み合わせ創は閉鎖した。

2

化膿性股関節炎・後腹膜膿瘍に至る巨大坐骨膿瘍に持続洗浄陰圧閉鎖療法が奏功した 1 例

名古屋大学附属病院形成外科

○澤村尚<sup>1</sup>、亀井譲、鳥山和宏、八木俊路朗、姥沢克己、高成啓介、神戸未来

患者は 60 歳男性、下肢対麻痺があり、左坐骨部に膿瘍を認めていたが、在宅で自己処置により経過を見ていた。膿瘍が感染・悪化し、自宅で動けなくなつたため救急搬送となつた。全身に多発膿瘍を認め、左坐骨部膿瘍は深部まで至り、化膿性股関節炎となり大腿骨頭・寛骨臼は腐骨となっていた。感染は骨盤腔内へ進展し後腹膜に膿瘍形成を認め、敗血症も合併していた。抗生素投与（TAZ/PIPC）と可及的な局所処置で経過を見たが、感染がおさまらず、また、根治的なデブリードマンは侵襲が大きく困難であったため、持続洗浄陰圧閉鎖療法を開始した。後腹膜膿瘍部と股関節周囲のスペースに生食の滴下チューブ（200ml/h）を 2 本留置し、ガーゼ packing して密閉し 125mmHg で吸引した。4 週間施行し、感染はおさまり良好な肉芽形成を得られた。後腹膜膿瘍を合併するような重度の感染性膿瘍でも持続洗浄陰圧閉鎖療法は有用であると考えられた。

### 3

#### 陰圧閉鎖療法が使える医師を育てるための取り組み

<sup>1</sup>聖隸浜松病院総合診療内科

<sup>2</sup>聖隸浜松病院褥瘡対策委員会

<sup>3</sup>聖隸浜松病院形成外科

<sup>4</sup>聖隸浜松病院皮膚科

○本間陽一郎<sup>1,2</sup>、原口和也<sup>2,3</sup>、小粥雅明<sup>2,4</sup>

### 4

#### VAC 療法と並行し皮膚のたるみ、体位変換の調整でポケットを改善した仙骨部褥瘡の 1 例

<sup>1</sup>JA 岐阜厚生連揖斐厚生病院看護部

<sup>2</sup>JA 岐阜厚生連揖斐厚生病院外科

<sup>3</sup>JA 岐阜厚生連揖斐厚生病院皮膚科

<sup>4</sup>JA 岐阜厚生連揖斐厚生病院整形外科

○小川妙呼<sup>1</sup>、小森充嗣<sup>2</sup>、藤広満智子<sup>3</sup>、若原和彦<sup>4</sup>

陰圧閉鎖療法は、非常に有効な創閉鎖の手段であるにも関わらず、形成外科領域で使用される特殊な治療法と考える傾向がある。消化器外科領域、胸部外科領域、救急領域、褥瘡などに非常に有用な治療法であるが、一般的に認知されているとは言えない。

形成外科医が身近にいれば、陰圧閉鎖療法は他人事かもしれないが、大多数の臨床医はそのような環境にいないのが現状である。さらに、陰圧閉鎖療法は在宅医療で使用される可能性があり、在宅で創処置ができる人材の育成は、喫緊の課題と考える。

そのため、当院では、褥瘡処置に総合診療内科をローテーション中の初期研修医を帯同し、実際に陰圧閉鎖療法の処置を行っている。陰圧閉鎖療法の交換は、特殊な技術が必要ではないため、一度見せてから次からの交換は、初期研修医に行ってもらっている。数回の交換で、創部の状態を継続的に観察し、患者が「良くなった！」という経験を共有することで、陰圧閉鎖療法を浸透させることができるを考える。

実際の症例を供覧し、今後の課題を考察する。

【はじめに】仙骨部褥瘡に加わるずれはポケットを形成し難治化を招き、褥瘡周囲皮膚のたるみは創部を圧迫し褥瘡内褥瘡の原因となる。今回両下肢完全麻痺患者の尾仙骨部のずれが原因で頭側にポケットを形成した難治性褥瘡に対し、VAC 療法と並行し、臀部皮膚のたるみを補整し、体位変換を見直すことでポケットを改善した症例を経験したので報告する。【症例・経過】70 代女性。30 年前の脊髄損傷による下半身麻痺で車椅子生活となつた。十数年前より褥瘡の発生と改善を繰り返し 3 ヶ月前より褥瘡が増悪、ポケット形成し感染徵候を認めたため入院。外科的デブリードマン、VAC 療法を施行。創収縮を認めたがポケットは残存した。そこでテープを使用し臀部皮膚のたるみを補整、体位変換を中止し局所の徐圧を施行したところ 14 日後ポケットは消失した。【考察】両下肢完全麻痺患者の仙骨部褥瘡は臀部皮膚のたるみや体位変換による影響で創部治癒遅滞し難治性褥瘡に発展する。これらの創面への影響をアセスメントし必要なケアを見直すことで、仙骨部褥瘡が改善したと考える。

## 5

### 大転子部褥瘡に合併した超高齢者ガス壊疽の一例

浜松医療センター形成外科

○金大志、松浦喜貴

88歳女性。2013年8月発熱があり、応答が悪くなつたために当院救急へ搬送された。右大転子部に3cm 大の皮膚黒色壊死と周囲の発赤を認め、CTで臀部から大腿部にかけてガス壊疽を認めた。同日緊急手術にて皮膚切開、デブリードマンを行つた。蛋白の急速な減少に対して、早期より経管栄養を併用した中心静脈栄養を行つた。連日の局所処置、抗生剤投与、全身管理にて状態は改善し、トラニラストを併せた局所陰圧閉鎖療法により wound bed preparation を行い、創部の縮小手術、植皮術を行つた。経過中に尿路感染から敗血症に至り、また偽膜性腸炎により全身状態の悪化があつたが、現在全身状態、創部とも安定しておりほぼ完治している。超高齢であり、救命が困難と思われた症例であったが、循環、栄養、創傷治癒、感染を多角的に治療することで救い得たので、考察を交えて報告する。

## 6

### 大転子部褥瘡を発生母地とした瘢痕癌の一例

<sup>1</sup>浜松医科大学附属病院形成外科

<sup>2</sup>磐田市立総合病院形成外科

<sup>3</sup>沼津市立病院形成外科

○太田悠介<sup>1</sup>、鈴木綾乃<sup>1,2</sup>、石川佳代子<sup>1,3</sup>、水上高秀<sup>1</sup>、永田武士<sup>1</sup>、藤原雅雄<sup>1</sup>、深水秀一<sup>1</sup>

交通事故による脊髄損傷から左大転子部に褥瘡を形成し、難治化した褥瘡を母地として瘢痕癌を発生した症例を経験した。拡大切除とセンチネルリンパ節生検を施行し、リンパ節転移は陰性であった。しかし術後に局所再発し、腫瘍発生から1年半の経過で死亡した。瘢痕癌は褥瘡、熱傷瘢痕、放射線潰瘍などを発生母地とした SCC の一種である。褥瘡から瘢痕癌が発生するのは稀であるが、予後は非常に不良とされている。

今回、大転子部褥瘡を発生母地とした瘢痕癌の一例を経験したため、若干の考察を添えて報告したい。

## 一般演題 8-12 体圧管理

7

### 坐骨部褥瘡に対する外科的治療の検討

浜松医科大学医学部附属病院形成外科

○青山昌平、山田萌絵、太田悠介、瀧口徹也、水上高秀、永田武士、藤原雅雄、深水秀一

#### 【はじめに】

褥瘡の外科的治療の利点として、保存的治療よりも早期治癒を期待できる点が挙げられる。当科にて坐骨部褥瘡に対する外科的治療を施行した症例について過去3年間の検討を行った。

#### 【対象】

2011年11月～2013年8月の間に当科へ入院した坐骨部褥瘡患者5症例に対し、それぞれ異なった再建方法で手術を施行し、治療結果につき検討した。

症例内訳は男性4例、女性1例、年齢は18歳～66歳（平均46.8歳）であった。

#### 【結果】

5例に対する手術方法は分層植皮術、伸展皮弁、薄筋皮弁、後内側大腿皮弁、Double Adipo-Fascial Flapにより再建を試みた。術後創離開1例、退院後再発1例、経過良好3例であった。

#### 【考察】

坐骨部褥瘡患者では活動性が比較的高いため、術後の再発が多い。それゆえに早期の社会復帰を目指すには、どのような手術を選択するかが重要である。社会的背景も含め、術後管理についても十分注意を払う必要がある。

8

### ブレーデンススケールと体圧評価によるマット選択、皮膚トラブル改善の検討

医療法人香流会紘仁病院北3病棟

○高木百合子、五十嵐真弓、石川知津子

【目的】ブレーデンススケール評価と体圧評価によるマットの選択が皮膚トラブル（褥瘡）改善に有効であるかの検討

【方法】入院患者50名について2週間ごとにブレーデンススケールと仙骨（仰臥位）、尾骨（座位）の体圧（PREDIA）を測定した。その値により、マットの選択（molten ナッサー（体圧分散マット）、molten プライム（エアーマット）、Clean mat 小山商会（ウレタンマット）、パラケアマットレス（パラマウンドベッド）を行い、皮膚トラブル（褥瘡）について評価した。

【倫理的配慮】紘仁病院倫理委員会の承認を得た。

【結果・考察】病棟50名中3名褥瘡の患者が長期にわたり治癒遅延を認めていたが、マットを変えることで2名は完治し、1名は治癒傾向を示した。残りの47名の中3名はI度の褥瘡を経過中に認め、マットを変えることで改善した。その他は皮膚トラブルは認めなかつた。以上よりブレーデンススケール評価と体圧評価によるマットの選択は皮膚トラブル（褥瘡）改善に有効であることがわかつた。

**救急外来における褥瘡予防への取り組み  
～マットレス選択フローチャートを導入して～**

浜松医療センター

○細谷真由美、笠原真弓

救命救急センターに入院する患者は、病状や治療に伴う安静や鎮静、外傷による皮膚損傷などの理由から褥瘡が発生する危険が高い。そのため、入室時から患者に適したマットレスを選択し、褥瘡予防に努める必要がある。A 病院救命救急センターは、入院時から患者に適したマットレスを使用するためにOH スケールと褥瘡ハイリスク患者ケア加算の項目を基に独自のマットレス選択表（以下、選択表とする）を作成した。運用開始後、入院時に選択表を用いて評価を行い、患者に適したマットレスを選択することができるようになった。しかし、入院の受け入れ準備をする際は、救急外来からの患者情報を参考に準備するため、患者の状態に適さないマットレスとなり、入院後変更となる現状もあった。

そこで、救急外来で勤務する看護師が患者に適したマットレスを簡便に選択できるフローチャートを作成した。そして、救急外来で褥瘡危険要因を判定し、入院時の患者情報として提供する取り組みを開始したため、ここに報告する。

**患者様の身体に応じたマットレス選び  
～介護士の取り組みと実践～**

<sup>1</sup> 医療法人社団主体会主体会病院介護部

<sup>2</sup> 医療法人社団主体会主体会病院看護部

<sup>3</sup> 医療法人社団主体会主体会病院リハビリテーションセンター

○小林洋子<sup>1</sup>、野堀加久代<sup>1</sup>、鈴木友美<sup>3</sup>、中村麻紀<sup>2</sup>

**（目的）**当院は一般病棟 6:1、療養病棟 5:1、介護病棟 4:1 の比率で、介護福祉士 24 名、介護士 25 名、計 49 名のスタッフが配置されている。褥瘡委員会にも参画し、褥瘡予防強化に努めている中で「介護士の役割とは何か」を課題に適切なマットレスを介護士が選択出来ないかと考えた。入院時に OH スケールを採点する事で患者様の身体に応じたマットレスを介護士が提供する。

**（方法）**マットレスの種類や特徴、OH スケールの意義と採点方法の勉強会を行う。スタッフ全員に周知するため動画等での学習も実地。OH スケール表を作成し採点に応じて適切なマットレスを提供する。

**（結果）** OH スケールを全員が理解する事で採点することができ入院時から適切なマットレスを提供することが出来た。また、入院中の患者の OH スケールも採点し不適切なマットレスを提供していたこともわかった。

**（考察）** OH スケールを理解する事で患者の身体に応じた床上環境を考える事が出来た。また、褥瘡予防への意識も深まり介護士の役割の向上にも繋がった。

## 11

### 体圧分散マットレスを使用中のハイリスク新生児における体圧の現状と評価

<sup>1</sup>福井大学医学部附属病院総合周産期母子医療センターNICU

<sup>2</sup>福井大学医学部附属病院看護部皮膚・排泄ケア認定看護師

<sup>3</sup>福井大学看護学科地域看護学

○小林規子<sup>1</sup>、岩本裕美<sup>1</sup>、山本直嗣<sup>1</sup>、  
出口文代<sup>1</sup>、福家圭子<sup>1</sup>、水尻小百合<sup>1</sup>、  
前田友美<sup>2</sup>、北出順子<sup>3</sup>

A 病院 NICU では早産児に対して使用している体圧分散マットレスの頭側と足元をゴムで縛りバケット型にして使用することで児の安静を保ちやすくしている。そこで、バケット型で体圧分散効果が得られているかパイロットスタディにて検証した。

【研究方法】研究対象は出生 29 週台、体重 1,300g 台の極低出生体重児である。児の側頭部に体圧測定器を当て、マットレスをフラット状にしたときとバケット型にしたときの腹臥位時の体圧を 1 時間毎に測定し、それぞれの平均値を得た。

【結果・考察】体圧センサー1～5 の平均値は、ケア直後はフラット状 5.26 ( $\pm 4.46$ ) mmHg、バケット型 7.30 ( $\pm 7.66$ ) mmHg とバケット型の体圧が高かったが、その他の時間ではいずれも、フラット状 3.16 ( $\pm 3.29$ ) ～ 7.22 ( $\pm 8.74$ ) mmHg、バケット型 2.26 ( $\pm 5.05$ ) ～ 2.82 ( $\pm 2.67$ ) mmHg とバケット型の体圧が低かったが、統計的には両者に差はみられなかった。今後は対象を増やし、褥瘡予防ケアにつなげたい。

## 12

### 当院の手術に起因する褥瘡発生の現状

<sup>1</sup>静岡市立静岡病院看護部

<sup>2</sup>静岡市立静岡病院皮膚科・形成外科

○岩崎千景<sup>1</sup>、斎藤紀子<sup>1</sup>、富田浩一<sup>2</sup>

【目的】当院の褥瘡ハイリスク患者ケア加算対象の手術患者数は、年間 506 名であった。対象患者の手術に起因する褥瘡発生の現状を把握できたので報告する。【方法】2012 年 7 月～2013 年 6 月までの 1 年間。看護師カルテ記録より必要事項を抽出。術後訪問で確認し実態をまとめた。【倫理的配慮】患者個人の情報が特定できないよう配慮した。【結果】褥瘡の発赤が 4 病日以降も残存した患者は 4 名であった。内 3 名はマジックベッドを使用し仰臥位で 10 時間以上の手術をした患者で、1 名は四点支持器を使用し腹臥位で約 9 時間の手術をした患者であった。マジックベッド使用患者の褥瘡発生部位は臀部であった。四点支持器使用患者の発生部位は前胸部と腸骨部であった。4 名の褥瘡は 10 病日までに治癒した。手術直後に発赤が観察され、3 病日までに消失した事例は 58 件あり、内 23 件は側臥位、16 件はマジックベッド使用の仰臥位の事例であった。【まとめ】マジックベッド使用時と四点支持器使用時の術中の体圧分散対策を検討していく必要がある。利益相反なし。

## 一般演題 13-17 局所ケア・栄養

13

挿管チューブのテープ固定により発生した皮膚潰瘍の一例

公立学校共済組合東海中央病院

○稻垣牧子<sup>1</sup>、高嶋尚子<sup>1</sup>、山田祐一郎<sup>1</sup>

【はじめに】当院では挿管チューブはテープにて固定し、チューブの自然抜去予防のために一日一回のテープ交換を行っている。テープの剥離刺激により、広範囲の皮膚潰瘍を発生したが、滲出液のコントロールを行い治癒にいたった症例を報告する。

【方法】左右の頬に潰瘍が生じていたため、ハイドロコロイド材を貼付しテープ固定した。しかし、滲出液が多く半日もたたないうちにコロイド材が溶解し、固定がずれてしまった。テープ固定を続けることにより健常皮膚部の新たな潰瘍が発生する可能性と、テープ固定がずれることによる自然抜去の可能性を考え、挿管チューブホルダーを使用した。被覆材をハイドロファイバーとポリウレタンフォームに変更し、3日毎の交換を行った。交換時には、弱酸性による洗剤でのスキンケアを行った。

【まとめ】積極的な治療を望まなかつたため最低限の輸液のみであり、栄養状態は不良であったが、滲出液のコントロールを行い、テープの剥離刺激をなくすことで、表皮を形成することができた。

14

軍手使用による手指褥瘡予防の効果

<sup>1</sup>木村病院看護部

<sup>2</sup>リハビリテーション科

<sup>3</sup>専任医師

○八田千恵子<sup>1</sup>、藤田左知子<sup>1</sup>、森香織<sup>2</sup>、相馬寧<sup>2</sup>、木村明<sup>3</sup>

【目的】当院は高齢で長期寝たきり患者が多く、褥瘡発生のリスクは高い。褥瘡好発部位は観察しやすく、早期の対応が出来る。しかし、関節拘縮がある患者の手掌・手指は発汗が多く、指同士の圧迫等の危険因子も揃うが、周囲からは内側までの観察、ケアが行き届かず発生しても発見されにくい現状がある。今回、手掌・手指に着目し褥瘡発生の有無に関わらず、関節拘縮のある患者全員に軍手を挿入することにより褥瘡発生を予防出来ないかと考え実践した。【方法】握った状態で拘縮し開くのに力を要する、指に変形がある、手に浮腫がある等の患者全ての指間に軍手を挟み経過を追った。【結果】軍手使用前の6ヶ月間に手掌、手指に発生した褥瘡は8名で10個。軍手使用後の6ヶ月間に発生した褥瘡は3名で3個であった。軍手使用期間中、手掌・手指に褥瘡発生した患者の中には、入浴後軍手が挿入されず発生、又デュオアクティブ貼布及び軍手挿入により治癒した症例もある。【結論】手指間に軍手を挿入することは褥瘡発生予防に効果がある。

## 15

### ポケット部位上でのⅡ度褥瘡

<sup>1</sup>愛知県立大学

<sup>2</sup>独立行政法人国立長寿医療研究センター

○高橋佳子<sup>1</sup>、古田勝経<sup>2</sup>、米田雅彦<sup>1</sup>、  
磯貝善蔵<sup>2</sup>

#### 【目的】

臨床現場では、ポケットの部位にⅡ度褥瘡を有している例がみられる。この原因や病態については今まで検討されていなかった。

#### 【方法】

約300床の病院の診療記録から、ポケット部位上にⅡ度褥瘡を有する症例を抽出し検討した。

#### 【倫理的配慮】

患者の個人情報保護に留意した。

#### 【結果】

Ⅲ度以上の褥瘡において、ポケット上にⅡ度褥瘡が存在したのは、仙骨部 12/29 (41%)、腸骨部 1/7 (14%)、大転子部 1/9 (11%)、坐骨部 1/3 (33%)、尾骨 1/22 (5%) であった。下腿部、足部には見られなかった。

#### 【考察】

Ⅱ度の褥瘡では、Ⅲ度以上の深い褥瘡と、発症に関与する外力が異なるとの報告がある。仙骨部にこの所見が多い要因として、組織の物性と骨の形状、様々な方向からの外力がかかることが考えられた。この現象を *Stage II on undermining lesion* という概念として捉えることを提唱したい。

## 16

### 経管栄養患者に発生した褥瘡に対しエレンタール®の使用が有用であった例

医療法人愛整会北斗病院薬剤室

○加藤豊範、宇野亜衣

【背景】 褥瘡の治癒過程において多くの栄養素が関与し、炎症期でのタンパクの欠乏は炎症を遅延させ、成熟期においては線維芽細胞の機能を低下させる。従って、体位変換等の除圧対策や正しい薬剤が使用されてもその基盤である栄養が不足すると治癒は遅延する。一方で褥瘡治癒の促進を目的にタンパク・ビタミン強化補助食品（アバンド™ やオルニュートなど）の使用はエビデンスレベルで推奨されている。今回、褥瘡を保有した経管栄養患者に対し、アバンドからエレンタールに変更した結果、褥瘡治癒が促進された症例を経験したので報告する。

【症例】 84歳男性 仙骨部に褥瘡を有していた。入院時より褥瘡治癒促進を目的にアバンド™ を使用した。経口摂取がすまず、経鼻チューブにより栄養補給を行っていたが、その過程で下痢となり、仙骨部の褥瘡の治癒が停滞した。そこで下痢の改善を目的にエレンタールへ変更した。下痢も収まり、十分なタンパク補給も行えた結果、褥瘡治癒は促進した。

【結果】 エレンタールも十分な褥瘡治癒促進効果があることが示唆された。

## 一般演題 18-23 院内連携・地域連携

17

### 褥瘡回診時における管理栄養士としての 関わり

<sup>1</sup>浜松医科大学医学部附属病院栄養部

<sup>2</sup>浜松医科大学医学部附属病院看護部

<sup>3</sup>浜松医科大学医学部附属病院皮膚科

<sup>4</sup>浜松医科大学医学部附属病院形成外科

○深谷文香<sup>1</sup>、増田えり子<sup>1</sup>、小粥知子<sup>2</sup>、  
中村泰江<sup>2</sup>、湊恵美子<sup>2</sup>、石久保雪江<sup>2</sup>、  
伊藤泰介<sup>3</sup>、深水秀一<sup>4</sup>

【はじめに】褥瘡の治療は、「除圧管理」「スキンケア」「栄養管理」が3本柱とされている。当院の褥瘡回診は、除圧管理とスキンケアを中心の内容であった。今回、管理栄養士を中心となり、褥瘡回診時に栄養管理が行える体制を構築したことを報告する。

【方法】2013年9月から回診時に使用する対象者一覧表に栄養アセスメントの項目を追加した。回診前日に、皮膚・排泄ケア認定看護師が一覧表を作成し、その後、管理栄養士が、栄養評価、栄養補給法、栄養補給内容、コメント（摂取量や血液学的栄養評価など）を記載している。また、回診前カンファレンスにて栄養に関する報告も行っている。

【結果】これにより、患者さん各々の栄養面について褥瘡対策チームのメンバーが把握することができ、その場で栄養プランニングすることができるようになった。

【考察】多職種の意見を聞きながら栄養管理を行い、褥瘡回診時に3本柱を揃えた総合的な治療が行えるようになった。褥瘡のチーム医療に栄養管理を組み込めるように、今後も管理栄養士として関わりを持っていきたい。

18

### 療養型医療施設における高齢者の褥瘡の 保有部位の変化

<sup>1</sup>金沢大学大学院医薬保健学総合研究科  
保健学専攻博士後期課程

<sup>2</sup>金沢大学大学院医薬保健学総合研究科  
保健学専攻博士前期課程

<sup>3</sup>金沢大学医薬保健研究域保健学系  
臨床実践看護学講座

<sup>4</sup>医療法人社団浅ノ川千木病院

○藤本由美子<sup>1</sup>、油谷和恵<sup>2</sup>、須釜淳子<sup>3</sup>、  
大桑麻由美<sup>3</sup>、鈴木基子<sup>3</sup>、臺美佐子<sup>3</sup>、  
西澤知恵<sup>3</sup>、田端恵子<sup>4</sup>

目的：近年高齢者の褥瘡は好発部位ではない部位にも観察され、従来の褥瘡とは異なる発生状況があるのではないかと考え、過去10年間の実態を振り返り、考察する。方法：平成15年・20年・25年（6ヶ月）にA療養型医療施設（病床数500）に入院していた65歳以上の褥瘡保有者の部位を抽出した。結果：各対象年の褥瘡保有者・褥瘡個数は15年：75人・127個、20年：106人・157個、25年：54人・77個であった。保有褥瘡上位3部位は15年：仙骨27.6%・前後腸骨稜12.6%・尾骨と踵・各11.0%、20年：仙骨29.9%・踵14.0%・足趾8.9%、25年：仙骨22.1%・足趾19.5%・大転子10.4%であった。また25年では手関節と肋骨：各2.6%、鎖骨と前腕：各1.3%、があり15・20年にはない部位があった。この状況は屈曲型関節拘縮による非生理的な身体部位の密着・接触があった。考察：床や椅子に接触する部位に多かった褥瘡は、体圧分散寝具により対応可能であったが、高齢化がさらにすすみ関節拘縮が強くなり、伸展が困難な身体密着による褥瘡には、新たな対応が必要である。皮膚密着へのスキンケアとともに理学・作業療法士との連携が重要であることが示唆された。

## 19

### 皮膚・排泄ケア認定看護師の施設間の連携により多発褥瘡が改善した一例

<sup>1</sup>旭労災病院看護部

<sup>2</sup>旭労災病院皮膚科

<sup>3</sup>旭労災病院内分泌内科

<sup>4</sup>中部労災病院看護部

○竹内倫子<sup>1</sup>、赤嶺美加<sup>1</sup>、生田憲子<sup>1</sup>、森聰子<sup>2</sup>、小川浩平<sup>3</sup>、安京子<sup>4</sup>

#### はじめに

多発褥瘡を有する患者に対し系列施設の皮膚排泄ケア認定看護師の介入により適切なケアが行えた症例について報告する。

#### 倫理的配慮

個人が特定できないように配慮した。

#### 症例

70歳代女性、全身に多発の褥瘡を認め、高血糖とDICで入院となった。ハイリスクな多発褥瘡であり入院時より適切なケアが必要と思われ褥瘡対策チームより系列施設の皮膚排泄ケア認定看護師への介入を依頼した。褥瘡状態を電子メールで週1回報告し、処置方法やポジショニング、マットレス等の相談を行った。

#### 結果

褥瘡のDESIGN-R分類は入院時DU-E6S15I9G5N6-P24=65が15日目にはD5e3s12i0g3N3P12=38に改善した。

#### 考察・まとめ

近年チーム医療や施設間の連携は重要な課題であるといわれている。本症例より認定看護師不在の施設が、施設間の連携により多発褥瘡に対する適切なケアが入院時から行えたことから、認定看護師を含む施設間の連携が重要と思われた。今後は施設間の連携システムの構築を行い、より質の高い看護を提供していきたい。

## 20

### 脊椎手術を受ける高度肥満患者の褥瘡発生予防についての取り組み

浜松医科大学附属病院看護部

○須山喜代美、中嶋美薰、石久保雪江、望月敦美、佐藤美穂、高岡雅代、湊恵美子、中村泰江、小粥知子

体重190kg、BMI65.85という高度肥満患者に対して、脊椎手術を行なう事例を初めて経験した。多職種との連携と看護介入によって、周術期の褥瘡発生予防ができたので事例報告をする。

入院前より医療福祉支援センターからの情報に基づき準備した。

手術前日に多職種が参加し、患者参加型シミュレーションを施行した。その結果、両前胸部、眉弓部の消退する発赤のみで褥瘡発生には至らなかった。

病棟では計画的に、除圧・リハビリ・清潔ケアに必要な人数を確保し、実施した結果、褥瘡発生することなく転院となった。

入院前から多職種を交えた情報収集、療養環境の確保、安全な入院ベッドや手術台の選択、術前に患者参加型シミュレーションを施行し、術後病棟ではケアに必要な人数を確保し、除圧やスキンケアを工夫することで、褥瘡発生の予防につなげることができた。患者の状況に的確に対応した看護を行うために、看護師、医師、MSW、理学療法士などの多職種が、患者に関する情報を共有し、互いに連携、補完しあうことが重要となる。

## 21

### シームレスケアに向けての当院の課題：持ち込み褥瘡患者 1 例を通して

金沢医科大学病院看護部

○長尾奈美、中村徳子、東和美

【はじめに】当院の褥瘡発生件数は年々減少しているが、持ち込みの褥瘡は後を絶たない。今回、自宅で充分な介護を受けられず入院となった患者の褥瘡ケアを行い、シームレスケアに向けての課題を考察した。【症例】80歳代男性、閉塞性動脈硬化症にて右大腿切断術後、左下腿壞疽にて救急搬送された。その際、仙骨部に褥瘡（DU-e0s3i0G6N6p0:15）を認めた。

【経過】左下腿切断術施行。褥瘡は壊死組織の融解により、その後9時～3時方向にポケットを認めた。患者は上肢の力で移動を行っていたため、創部のずれに注意し、除圧具の選択、ポジショニング・移動動作の工夫、排泄等のケアを行った。病状が回復し、褥瘡は治癒経過を辿ったが、入院中、家族の面会は殆どなく、自宅退院は困難なため転院となつた。

【考察】在宅での褥瘡予防には、自宅でのケアが重要だが、患者個々の置かれた環境により、介入が困難な場合がある。当院では、シームレスケアに向けて、療養病院や介護施設とのネットワーク作りや教育指導等の取り組みが、課題であると認識した。

## 22

### 両大腿骨大転子部褥瘡患者に対する早期在宅復帰に向けたチーム医療

<sup>1</sup>沼津市立病院形成外科

<sup>2</sup>沼津市立病院看護部

<sup>3</sup>沼津市立病院薬剤部

<sup>4</sup>沼津市立病院栄養管理科

○石川佳代子<sup>1</sup>、杉山玲子<sup>2</sup>、藤原律子<sup>2</sup>、川上典子<sup>3</sup>、宮川ひろ子<sup>4</sup>、中東和彦<sup>1,4</sup>

【始めに】両大腿骨大転子部褥瘡の感染を伴う患者に対し早期在宅復帰を目標に形成外科、褥瘡対策チーム、リハビリテーション科、NST、訪問看護が協力して治療を行つた1例を報告する。【症例】80歳男性、パーキンソン症候群と認知症あり杖歩行可能であったが、両大腿骨大転子部褥瘡の感染・発熱のため寝たきりとなり入院した。【経過】皮膚科で抗菌薬投与と創処置が行われ解熱した。家族は在宅介護を強く希望されていたが褥瘡治癒と独歩可能な状態での退院が条件であったため、全身麻酔下にデブリードマン施行、陰圧閉鎖療法で状態改善後に回転皮弁作成術を行つた。術後早期からリハビリを再開、手すり歩行可能となり退院した。【考察】褥瘡悪化の要因としてパーキンソン症候群、自宅にエアマットレスが配置されていたが床で横になっていることが多かった点、主介護者の妻も認知症があり体位変換ができない点が挙げられた。そのため退院後はヘルパー、訪問看護、デイケアを導入し再発防止と異常の早期発見ができる環境を整えた。術後6か月で再発を認めていない。

## 23

### 当院における褥瘡予防・管理ガイドラインならびに日本褥瘡学会に対する認識度調査

<sup>1</sup>東京医科大学八王子医療センター皮膚科

<sup>2</sup>東京医科大学八王子医療センター形成外科

<sup>3</sup>東京医科大学八王子医療センター薬剤部

<sup>4</sup>東京医科大学八王子医療センター看護部

<sup>5</sup>東京医科大学八王子医療センター栄養管理科

○倉繁祐太<sup>1</sup>、峯村徳哉<sup>1</sup>、長谷哲男<sup>1</sup>、  
菅又章<sup>2</sup>、廣瀬香織<sup>3</sup>、土田学<sup>4</sup>、村山由美子<sup>4</sup>、  
関徹也<sup>5</sup>

【目的】2012年に日本褥瘡学会より「褥瘡予防・管理ガイドライン第3版」が発表された。本調査では、当院の医療者の本ガイドラインならびに日本褥瘡学会に対する認識度について検討することを目的としている。

【方法】当院の医療者に向けた褥瘡対策講演会の参加者を対象としてアンケート方式で調査を行い、①日本褥瘡学会、②褥瘡予防・管理ガイドライン、③褥瘡ガイドブック（照林社）に対する認識度について検討した。

【倫理的配慮】アンケートは無記名とし、個人が特定されないように配慮した。

【結果】回答者は42名であった。各項目ともに過半数が「知っている」と回答したが、①について「入会している」は5名、学術集会に「参加したことがある」は4名であった。②について「閲覧したことがある」は15名であった。③について「閲覧したことがある」は6名であった。

【考察】当院の褥瘡対策講演会の参加者において、各項目とも過半数に認識されてはいるものの、実際の活用者は半数以下であった。更なる普及、啓発が必要と考えられる。

利益相反なし