

第11回

The 11th Annual Meeting of the
Central Division of the Japanese Society of Pressure Ulcer

日本褥瘡学会中部地方会学術集会

テーマ：チームで考える褥瘡ケア



会期

学術集会：

2015年3月8日(日)

教育セミナー：3月7日(土)

会場

名古屋国際会議場

会長

亀井 讓

名古屋大学
形成外科 教授

プログラム

第1会場 白鳥ホール

10:00～10:05 開会挨拶

会長：亀井 讓（名古屋大学 形成外科）

10:10～11:40 シンポジウム「褥瘡に対するチームアプローチ」

座長：島田 賢一（金沢医科大学 形成外科）

1. 多職種の介入により改善を得られた多発褥瘡の1例
林 祐司（名古屋第一赤十字病院 形成外科）
2. 地域包括ケア病床における短期間集中褥瘡治療
— チームアプローチの効果 —
岡戸 京子（小林記念病院 看護部）
3. 褥瘡対策チームにおけるコメディカルの役割
菱田 雅之（春日井市民病院 形成外科）
4. 適切な病態把握に基づく効果的な薬物治療
溝神 文博（国立長寿医療研究センター 薬剤部）
5. 褥瘡に対するチームアプローチ（栄養）
真壁 昇（関西電力病院 疾患栄養管理センター）
6. 脊損患者の褥瘡 — リハビリとの連携 —
奥村 誠子（愛知県がんセンター中央病院 形成外科）

11:40～11:55 総会

12:00～13:00 ランチョンセミナー1

座長：川上 重彦（金沢医科大学 形成外科）

褥瘡部のNPWTを成功に導く看護ケアのポイント

内藤亜由美（藤沢市民病院 皮膚排泄ケア認定看護師）

共催：ケーシーアイ株式会社

13:10～14:10 特別講演

座長：横尾 和久（愛知医科大学 形成外科）

その踵の褥瘡は褥瘡か？

寺師 浩人（神戸大学 形成外科）

共催：科研製薬株式会社

14:10～15:10 一般演題1 「治療」

座長：加藤 久和（岐阜大学 形成外科）

青木 和恵（静岡県立がんセンター 看護部）

7. 当院における褥瘡入院患者に対する陰圧閉鎖療法の検討

風戸 孝夫（岐阜県立多治見病院 形成外科）

8. 当院で行っている陰圧閉鎖療法の工夫

寺嶋 咲絵（独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院
形成外科）

9. 当院における陰圧閉鎖療法の現状

奥井真由美（JA愛知厚生連 安城厚生病院 看護部）

10. 坐骨部の難治性褥瘡に対してストーマ装具での排便管理と
NPWTを行った一症例

藤原 律子（沼津市立病院 看護部）

11. 若年者に生じた多発褥瘡の一例

余語 里美（愛知県厚生農業協同組合連合会豊田厚生病院
形成外科）

12. 治療に難渋している殿部広範壊死性筋膜炎の一例

～本患者のゴールは何か～

加藤 剛志（岡崎市民病院 形成外科）

15:10～15:50 一般演題2 「予防」

座長：加藤 友紀（中部ろうさい病院 形成外科）

太田佳奈子（名古屋大学医学部附属病院 看護部）

13. 脳神経外科病棟における褥瘡発生患者の現状調査

石原 淳二（愛知医科大学病院 看護部）

14. 対麻痺褥瘡患者への再発予防支援

加藤 友紀（中部ろうさい病院 形成外科）

15. 基本的な体位変換動作に潜む褥瘡発生リスクと改善策について

堀田 由浩（統合医療 希望クリニック）

16. 当院における心臓外科術後集中治療室へ入室した褥瘡発生患者の現状

太田佳奈子（名古屋大学医学部附属病院 褥瘡対策チーム）

15:50～16:00 閉会挨拶

会長：亀井 譲（名古屋大学 形成外科）

12:00～13:00 ランチョンセミナー2

座長：深水 秀一（浜松医科大学医学部附属病院 形成外科）

ドレッシング材の得意な創と苦手な創

渡辺 光子（日本医科大学千葉北総病院 看護管理室）

共催：コンバテック ジャパン株式会社

14:10～15:00 一般演題3 「研究・その他」

座長：高成 啓介（名古屋大学 形成外科）

竹内 涼子（浜松医科大学医学部附属病院 看護部）

17. 褥瘡スケッチによる学習効果について

竹内 涼子（浜松医科大学医学部附属病院 看護部）

18. 肉芽組織の摩擦性所見とヒアルロン酸

高橋 佳子（愛知県立大学 看護学部）

19. 褥瘡処置における均一な軟膏量塗布の試み

菱田 雅之（春日井市民病院 形成外科）

20. 慢性期の脊髄損傷患者における下肢血流の評価

有沢 宏貴（大垣市民病院 形成外科）

21. 地域で暮らす褥瘡患者の生活を支える継続看護とは

森 美穂子（市立四日市病院 看護部）

座長：加納 宏行（岐阜大学 皮膚科）

中井 國博（福井大学 形成外科）

22. 当科で発生した周術期における圧迫創傷の検討

坂上 陽彦（金沢医科大学 形成外科）

23. 長時間手術により深部損傷褥瘡を生じた一例

青山 昌平（浜松医科大学 形成外科）

24. 当院手術室における褥瘡発生への対策

樋口 慎一（大垣市民病院 形成外科）

25. エアマットのエア抜けと褥瘡発生の因果関係について
検証を行った1例

澤村 尚（名古屋大学 形成外科）

特別講演

特別講演



寺師 浩人 (*Hiroto Terashi, MD, PhD*)

神戸大学大学院医学研究科 形成外科学

【略 歴】

- 1986年 3月 大分医科大学(現 大分大学)医学部医学科 卒業、
皮膚科形成外科診療班入局、大学及び関連病院で臨床を研鑽
- 1997年 4月 アメリカ合衆国ミシガン大学医学部 形成外科 Visiting Research
Investigator (至1999年3月)
- 2001年 3月 大分医科大学附属病院 皮膚科形成外科診療班 講師
- 2001年 6月 神戸大学医学部附属病院 形成外科 助教授
- 2007年 4月 神戸大学大学院医学研究科 形成外科学 准教授
- 2012年 5月 同 教授
- 現在に至る

【学会活動】

日本形成外科学会(評議員、学術教育委員など)、関西形成外科学会(副代表世話人、会則ワーキンググループ委員長) 日本下肢救済・足病学会(常務理事、学術編集委員会委員長など)、日本フットケア学会(常任理事、選出委員、広報委員長) 日本創傷外科学会(理事、評議員選考委員など)、日本形成外科手術手技学会(理事)、日本皮膚悪性腫瘍学会(理事、広報委員)、日本臨床毛髪学会(理事)、日本褥瘡学会(評議員など)、日本再生医療学会(評議員)、日本創傷・オストミー・失禁管理学会(評議員など)、日本皮膚外科学会(評議員)、日本創傷治癒学会(評議員)、その他多数の学会に所属

【資 格】

日本形成外科学会(専門医、皮膚腫瘍外科分野指導医)、日本創傷外科学会(専門医)、日本再生医療学会(再生医療認定医)、日本褥瘡学会(認定師)、日本臨床毛髪学会(認定医)、日本フットケア学会(認定フットケア指導士)

その踵の褥瘡は褥瘡か？

寺師 浩人

神戸大学大学院医学研究科 形成外科学

褥瘡と診断されている足の創傷には多くの病態があります。
その中で通常の踵の褥瘡以外の3つの病態を取り上げます。

1. 重症下肢虚血
2. Blue toe syndrome (コレステリン結晶塞栓症)
3. 弾性ストッキングによる医療機器関連圧迫創

1. 重症下肢虚血

末梢動脈性疾患 (PAD) の最終型が重症下肢虚血 (CLI) ですが、通常は心臓から最も遠い足趾や踵から壊死が始まります。踵の壊死が褥瘡であれば、血行をよくする必要がありませんが、CLIであれば血行をよくしなければ悪化の方向へ向かうばかりです。踵の創傷では、動脈を触知することから診療がスタートします。

2. Blue toe syndrome (コレステリン結晶塞栓症)

動脈硬化が強く PAD のない (もしくは軽い) 方に生じやすい病態です。生検創が激痛で治療困難ですので、臨床診断でステロイド内服や LDL アフェレーシスを施行し炎症鎮静後に創傷治療に取りかかります。踵に壊死を起こしやすい疾患ですが、見逃されがちです。

3. 弾性ストッキングによる医療関連器具圧迫創

DVT 予防で一律に弾性ストッキング着用を施行すると PAD の方では容易に CLI へと進展します。弾性ストッキングを装着するすべての患者さんへの足の血管触知が、すべての医療者にとってルーチンワークです。

指定演題

1. 多職種の介入により改善を得られた多発褥瘡の1例

林 祐司¹⁾、滝川 千尋¹⁾、西田 圭吾²⁾、園田 玲子³⁾、
伊藤真粧美³⁾、加藤留美子³⁾、野村 浩夫⁴⁾、林 衛⁵⁾

¹⁾名古屋第一赤十字病院 形成外科、²⁾名古屋第一赤十字病院 皮膚科、

³⁾名古屋第一赤十字病院 看護部、⁴⁾名古屋第一赤十字病院 薬剤部、

⁵⁾名古屋第一赤十字病院 栄養課

【はじめに】

当院の褥瘡対策チームは皮膚科3名、形成外科2名、神経内科1名、心臓血管外科1名、合計7名の医師と役職看護師9名、薬剤師1名、管理栄養士1名、理学療法士1名、ケースワーカー1名、事務局1名の21名により構成されている。褥瘡廻診および定期的勉強会の開催、症例の記録と分析、改善点の提言などを行っている。対策チームの活動内容とチームアプローチにより状態の改善を得ることができた具体例を報告する。「症例」患者は89歳の女性で、発熱と意識レベルの低下にて救急外来を受診された。多発褥瘡があり救急外来での処置後に、全身状態の改善を目的に入院となった。「方法」翌日に褥瘡対策チームの廻診を行い、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士がそれぞれの立場から治療方針のアドバイスを行った。創部の管理は形成外科医師による定期的診察およびデブリードマンと病棟看護師による処置により行われ。「結果」約1カ月半の経過にて著明改善し、後方病院へ転院となった。「考察」多職種によるチームアプローチは極めて有用であった。

2. 地域包括ケア病床における短期間集中褥瘡治療 — チームアプローチの効果 —

岡戸 京子¹⁾、小田 高司²⁾、古田 勝経³⁾

¹⁾医療法人愛生館 小林記念病院看護部、²⁾医療法人愛生館 小林記念病院外科、
³⁾国立長寿医療研究センター臨床研究推進部

当院では昨年10月より地域包括ケア病床(以下包括病床)をオープンした。この病床は自宅で訪問診療などを受けながら療養している高齢者が、体調を崩した時の入院治療を行う役割も担う。

今回、包括病床へ、褥瘡治療を目的とした入院事例を経験したので報告する。

Aさん84歳女性。胃癌のため、在宅で療養中に、るい瘦と円背のため背部に褥瘡を発症。訪問診療・訪問看護などを受けていたが、褥瘡が悪化し入院が必要と判断された。創は最大5cm×4cmのポケットを有し、胸椎部の腱膜に達していた。60日間という縛りの中で、“退院時には訪問看護で対処出来るまで改善する”を目標にチーム医療を行った。しかし、ポケットが骨突起上のため改善が遅延し、認定褥瘡薬剤師による訪問指導を受け、創の固定と古田方式の薬物治療によりポケットは約2週間で改善。退院時には閉創間近にまで縮小した。退院に際し、創処置・ケア方法の情報共有を徹底して行い、在宅療養介護へ繋げた。

包括病床では、入院時の正確な褥瘡のアセスメントと治療のゴール設定が重要である。

3. 褥瘡対策チームにおけるコメディカルの役割

菱田 雅之¹⁾、細野美穂子²⁾、横井さつき²⁾、田中 伸明³⁾、
伊藤 若菜⁴⁾、小池 清登⁵⁾

¹⁾春日井市民病院 形成外科、²⁾春日井市民病院 看護局、³⁾春日井市民病院 薬剤科、
⁴⁾春日井市民病院 栄養管理室、⁵⁾春日井市民病院 臨床検査技術室

【はじめに】

当院の褥瘡対策チームには、医師・看護師以外に薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師のコメディカルのスタッフも含まれているが、症例検討会の場では、自分たちの専門領域以外の発言は少なかった。そこで職種に関係なく、チーム全員が、褥瘡対策を総合的に考えることができないか検討した。

【方法】

毎週1回全病棟の褥瘡回診のDESIGNスコアを、医師・看護師以外のコメディカルの方に記録して頂いた。

【結果・考察】

褥瘡対策は治療だけでなく、看護ケア・マットの選定・リハビリ・栄養といった総合力が必要とされる。褥瘡回診時、医師・看護師以外のコメディカルの方に、DESIGNスコアを記録して頂くことにより、医師・看護師は処置やケアに集中でき、回診時間の短縮になる。記録者は褥瘡の評価は当然のことながら、褥瘡の治療(軟膏や被覆材などの処置法・デブリードマン・局所陰圧閉鎖療法・手術療法等)の判断基準を知るとともに、褥瘡の原因から予防に関して知識を持ち、チームのすべてのスタッフが、褥瘡に関する総合力を上げることができるとは思わないかと考えた。

4. 適切な病態把握に基づく効果的な薬物治療

溝神 文博¹⁾、楠 雅代²⁾、磯貝 善蔵³⁾、古田 勝経⁴⁾

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 看護部、

³⁾国立長寿医療研究センター 先端診療部 皮膚科、

⁴⁾国立長寿医療研究センター 臨床研究推進部 高齢者薬物治療研究室

褥瘡治療に対する薬剤師の関与に対して平成26年3月厚生労働省は「薬剤師が、調剤された外用剤の貼付、塗布又は噴射に関し、医学的な判断や技術を伴わない 範囲内での実技指導を行うこと」と通知を出した。また、薬剤師の介入により治療期間の短縮、医療費の削減が明らかとなったが、薬剤師の活用は不十分であり、日本病院薬剤師会が褥瘡治療に対する調査結果では関わっている施設は10%程度と非常に少ない。そのため今後更に薬剤師も積極的に参画することが必要である。国立長寿医療研究センターでは、薬剤師は積極的に褥瘡治療に参画し、薬学的視点による褥瘡薬物治療を実践・研究している。例として、古田理論に基づく湿潤状態に応じた基剤の選択(ブレンド軟膏)や加齢変化に伴う創の移動・変形を抑制する「創の固定」の提案、更には薬物投与時に生じる鎮静・無動により一過性の持続的な外力によって褥瘡を発症することがあるため投与された薬物の確認など様々なことに関与する必要が考えられる。本発表においては、これらについて解説する。

5. 褥瘡に対するチームアプローチ(栄養)

真壁 昇

関西電力病院 疾患栄養治療センター

褥瘡予防および治療における栄養療法は、その根底をなす一方、根本治療や体圧分散なしでは栄養療法の効果は発揮され難い。そのため多職種連携が深まることによって、創傷ケアが奏功することを多くの関係スタッフが実感してきたと思う。他職種連携では、専門職としての提言とその情報共有がポイントと考えられる。

褥瘡予防および治療には、除脂肪体重(Lean Body Mass, LBM)の維持向上が栄養学的に重要であることが報告されている。LBM減少率10%未満では、経口摂取由来の蛋白質は優先的に創傷治癒に利用される一方、20%程度までLBMが減少した場合、経口摂取由来の蛋白質は創傷治癒のみならず、LBM維持にも同等に利用されるため、創傷治癒が遅延することが知られている。さらに、30%以上のLBM減少時、すなわちNitrogen Deathと呼ばれる生存が脅かされている状況下では、経口摂取した蛋白質は完全にLBM維持に利用されるため、LBMが一部回復するまで、創傷治癒は必然的に停止するとされる。従って、褥瘡と栄養を考えるうえで、LBM維持向上を念頭に議論する必要がある。

6. 脊損患者の褥瘡 — リハビリとの連携 —

奥村 誠子¹⁾、兵藤伊久夫¹⁾、加藤 友紀²⁾、
安 京子³⁾、亀井 譲⁴⁾

¹⁾愛知県がんセンター中央病院 形成外科、²⁾中部ろうさい病院 形成外科、
³⁾中部ろうさい病院 WOCN、⁴⁾名古屋大学 形成外科

【はじめに】

脊損患者の褥瘡の特徴は、車椅子の使用などにより活動性は高く、臥床時の褥瘡発生よりも、坐位時の褥瘡発生が問題となることである。また、発生状況は車椅子上のみならず、ベッド上、自動車、入浴、トイレなど活動性が高いために移動動作や生活環境の問題など多岐にわたる。そのため、いつ、どこで何が原因で発生したのかをアセスメントすることが必要である。

発生原因を特定した後、リハビリとの連携により原因となる外力の除去と、継続した予防が重要となる。

【方 法】

24時間の生活のタイムテーブルを問診により作成する。褥瘡の部位や性状より、発生原因を推定する。タイムテーブルと照らし合わせ、発生原因となると思われる動作をすべて確認する。原因を特定後、リハビリ訓練の指導や動作の変換などが必要な場合、リハビリと連携する。

【まとめ】

脊損患者の褥瘡は、活動性が低下することにより発生する褥瘡と違う事を認識し、脊損患者の日常生活動作に理解の深いリハビリとの連携を密にとることで、治癒に導けると考える。

一般演題

7

当院における褥瘡入院患者に対する陰圧閉鎖療法の検討

岐阜県立多治見病院 形成外科

風戸孝夫、小野昌史、森 裕晃

【はじめに】褥瘡における陰圧閉鎖療法は極めて有効な治療手段として認識され、専用機器使用の保険収載以降は多くの施設で日常的に使用されるようになった。当院でも2010年の使用開始以来多数の症例を経験している。今回は当院で陰圧閉鎖療法を使用した褥瘡症例について検討したのでこれを報告する。

【方法】対象は2011年から2014年までの間に当科において陰圧閉鎖療法を行った褥瘡症例とし、年齢、部位、使用期間、効果、合併症等について検討した。

【結果】平均年齢は72.2才で、部位は仙骨部が最も多かった。使用期間は3～25日間で、効果は概ね良好な症例が多かったものの、創感染や周辺皮膚の浸軟等の合併症により使用中止に至った症例も散見された。

【考察】陰圧閉鎖療法使用当初は適応症例の見極めにやや難を要し、合併症が多くみられたと思われる。また最近は適応を拡大しより積極的に使用していることで、効果にばらつきがみられると思われた。今後も症例を重ねつつ適応を検討していく予定である。

8

当院で行っている陰圧閉鎖療法の工夫

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院
形成外科

寺嶋咲絵、須藤大雅、林 絵実、浅井真太郎

【はじめに】褥瘡に対する陰圧閉鎖療法は一般的になってきておりその有用性も高い。しかし既成のキットのみでは創や患者の負担もあり、問題点も多い。当院で行っているそれらの欠点に対する工夫について考察を加え報告する。

【工夫1】交換時の出血や疼痛を軽減するために、フォームと創面の上に非固着性シリコンガーゼを貼付している。フォームが創面に固着しないため、出血や疼痛が軽減される。

【工夫2】フィルムによる創縁の浸軟や皮膚炎の予防のため創縁にロール状フィルムドレッシング剤を貼付、フィルム貼付部に非アルコール性被膜スプレーの使用をしている。

【工夫3】創の大きさや深さがフォームと対応せず適切に充填されない場合が多い。大きな創面では細部まで充填できる様にフォームを複数に小分けにし、創が浅い場合は、フォームを薄く切り適切な厚さに加工している。

【考察】陰圧閉鎖療法は従来のキット使用のみでは欠点があり不十分であるが、それらを解消するような工夫を図ることで患者の負担も軽減でき、より有用な効果が得られると考えた。

9

当院における陰圧閉鎖療法の現状

¹⁾JA 愛知厚生連 安城厚生病院 看護部

²⁾JA 愛知厚生連 安城厚生病院 形成外科

奥井真由美¹⁾、黒澤由美¹⁾、江崎 茂²⁾

局所陰圧閉鎖療法(以下NPWT療法)の普及により、創傷治癒は飛躍的に進歩したといえる。当院でも2010年6月からこの療法の導入を開始した。今回我々は、当院で行ったNPWT療法83症例の結果とその分析を行ったので報告する。症例は、主科の内訳は皮膚科30例、外科30例、形成外科8例、整形外科7例、心臓血管外科7例、循環器内科1例。疾患は外科離創・開放創32例、褥瘡29例、下肢潰瘍16例、その他4例であった。結果として、ポケット消失・創サイズの縮小は72%。著変なしは6%。治療中に感染、悪化にて中断したのは22%であった。考察として、著変なしや中断の症例は、ポケットが深い場合や壊死組織のデブリドマンが不十分な例が多い為、ポケットのある創傷ではポケット切開して洗浄しやすくし、内部の壊死組織を除去することが必要であると考えられた。これらのことよりNPWT療法対象の選定は感染コントロール・肉芽形成期の時期など、創部の状態をしっかりとアセスメントを行ってから開始することが望ましいと考える。

10

坐骨部の難治性褥瘡に対してストーマ装具での排便管理とNPWTを行った一症例

¹⁾沼津市立病院 看護部、²⁾沼津市立病院 リハビリテーション科、³⁾沼津市立病院 栄養管理科、⁴⁾沼津市立病院 薬剤部、⁵⁾沼津市立病院 皮膚科、⁶⁾沼津市立病院 形成外科

藤原律子¹⁾、青塚悦子¹⁾、富谷陽子¹⁾、竹田津亜希²⁾、宮川ひろ子³⁾、川上典子⁴⁾、泰 まき⁵⁾、中東和彦^{3), 6)}

【はじめに】坐骨部に生じた難治性の褥瘡治療のために当院へ転院後、主治医、病棟担当看護師、褥瘡対策チームが協働し、局所状態を改善に導くことが出来た事例について報告する。

【症例】80代男性、施設入所中、左坐骨部に生じた難治性褥瘡(D4-E6s8i0G4n0P9:27)の二次感染治療目的で入院。

【経過】肛門からにじみ出る便汁で創汚染を繰り返す状況に対しストーマ装具を用いて創汚染を防止しつつ抗菌薬投与と創処置が行われた。解熱後もストーマ装具を用いた排泄管理は継続しつつNPWTに切り替え創収縮した。

【考察】車いす乗車時に坐骨にかかる圧に対して、機序不明の肛門周囲の知覚鈍麻のため回避行動がとれないことや、便汁による創汚染が褥瘡を難治性にしてきた要因として考えられた。創の適切な評価による治療方法の選択だけでなく、ストーマ装具による創汚染防止や、創部に負荷をかけない起居動作訓練、創治癒促進のための栄養療法など多職種で情報共有、連携したことで創改善が可能となった。急性期病院と施設での連携強化のための課題を見いだすことも出来た。

11

若年者に生じた多発褥瘡の一例

愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生病院
形成外科

余語里美、今井弘恵、渡邊義輝、川端明子

【初めに】高齢者の褥瘡発生は多々あるが、今回20代若年者に生じた多発褥瘡を経験し訪問看護介入により良好な治療結果を得たため報告する。

【症例】症例は統合失調症にて精神病院通院中の28歳女性。両側外踝褥瘡を主訴に当科受診。軟膏処置と除圧指導し、以降外来通院されていた。途中、仙骨部褥瘡、右腓骨部褥瘡も発症した。

【経過】外来受診時に壊死組織のデブリードマンおよび軟膏処置を施行していた。自宅では家族による軟膏処置継続をされていた。経済的にマットレス導入が困難であったため、クッションを用いたポジショニングなども指導していたが改善はなかなか得られなかった。途中、褥瘡悪化を認めたため週1回で訪問看護の介入を指示した。家庭で訪問看護による軟膏処置や生活の指導を受け、介入後から褥瘡が軽快した。

【考察】患者本人や家族の治療が不適切であった場合、褥瘡は治療困難となる。患者の生活背景や経済面も考慮しつつ、訪問看護の介入などを含めたチーム医療の介入を積極的に取り入れる必要があると思われた。

12

治療に難渋している殿部広範壊死性筋膜炎の一例 ～本患者のゴールは何か～

¹⁾岡崎市民病院 形成外科
²⁾市立四日市病院 形成外科

加藤剛志¹⁾、加藤 敬²⁾

褥瘡を含め坐骨部再建は、患者の十分な理解に基づく術後長期の安静を必要とする。今回治療に難渋した末に退院にこぎ着けたものの、再建の見込みが立たず今後の展望が見えない殿部壊死性筋膜炎の一例を紹介する。今後についてご助言いただければ幸いである。

【症例】47歳女 (既往)統合失調症、脊髄損傷2型糖尿病。

高熱を主訴に当院救急外来受診、臀部の広範な壊死性筋膜炎にて治療を開始した。デブリードマン等で全身状態は改善したが、次第に統合失調症のコントロールが不良となり安静が保てなくなった。3度の植皮術には術後挿管での鎮静を必要とした。後述する問題点のため、1日3回毎日の訪問介護と往診医を導入し入院1年1ヶ月で自宅退院となった。しかし諸処の障壁のため治療が行き詰まっている。

【問題点】唯一の介護者である父も境界域の人格障害で理解力が極めて乏しい。度々治療に反する援助を行ってしまう。

坐骨部は本来皮弁による再建が必要だが、術後長期間の安静は不可能である。

精神病院の入院適応では無いが、統合失調症の状況から後方病院も入院不可能。

13

脳神経外科病棟における褥瘡発生患者の現状調査

愛知医科大学病院 看護部

石原淳二、田島いつ子、川崎香奈子、
舟橋あゆ美

【目的】脳神経外科領域の患者は、運動障害により長期臥床生活を余儀なくされるケースが多く、当病棟でも褥瘡予防を実施しているが発生減少に至らない。そこで、褥瘡発生患者の現状を調査し今後の課題を明確にしたので報告する。

【方法】H25年4月1日から一年間、当病棟で発生した褥瘡患者の情報をカルテより収集する。

【倫理的配慮】日本褥瘡学会倫理規定に従い個人情報特定できない配慮した。

【結果】尾骨部発生 of 褥瘡が最も多く8件(44%)、深達度Stage IIが14件(82%)であった。

【考察】当病棟の褥瘡発生は尾骨部が多くベッドアップや座位時の減圧不足が要因であった。背景として、ベッドアップ時の背抜きや車いす上での減圧に関してスタッフ間のケアにばらつきがあり、ケアを統一することで褥瘡予防につながると考える。

【結語】脳神経外科領域の患者は尾骨部の褥瘡発生が多く、ベッドアップおよび車いす上での予防ケアの標準化を図る必要がある。

14

対麻痺褥瘡患者への再発予防支援

¹⁾中部ろうさい病院 形成外科

²⁾中部ろうさい病院 看護部

加藤友紀¹⁾、落合美奈¹⁾、大口雄也¹⁾、
宮田知里¹⁾、安京子²⁾

対麻痺で褥瘡のある患者は手術にて創閉鎖を行っても再発する可能性があるため、術後の再発予防を計る必要があるといわれている。当院では患者の身体状況のみならず、生活習慣や環境を把握して、それらを改善することで予防を図ることを目的に外来指導を行っているが、その中で、軽症褥瘡患者のみならず大きなポケットを有する重度の褥瘡患者も保存的に治療が可能となった患者が増えてきている。

これらの治療法は、長期間の入院を要さず、日常生活を維持しながらの治療となり、またその生活を続けていくことがすなわち再発防止にもつながるといっても有用であると考えられる。

以上の内容につき当科はすでに第6回日本創傷外科学会にて総論として発表しているが、今回はさらに具体的な指導内容などを含め、実際の症例を通じ、現在の当院での状況を報告する。

15

基本的な体位変換動作に潜む褥瘡発生リスクと改善策について

¹⁾統合医療 希望クリニック

²⁾なごやかクリニック

堀田由浩¹⁾、岡田恒良²⁾

【はじめに】褥瘡の原因である外力は基本的には圧力とずれ力の複合力であるが、体位変換時のずれ力に対する安全な移乗介助動作に関しては、不十分と思われる。

【目的】ベッド上座位から仰臥位へ移行する場合の一般的な介助方法(ボディメカニクス以降介助A)が原因と考えられた褥瘡症例を供覧し、その問題点と対策を提案する

【方法】演者が経験した褥瘡症例で介助Aによる介助方法を行った数日後に創が急速に悪化した2例を検討した

【結果】1例は、介助Aを練習する為に短期集中的に繰り返し行った直後に治癒傾向にあった創が悪化した。2例目は介助Aを開始数日後、ステージIIからステージVへと悪化した。いずれも、介助担当者はずれ力を予防できる体位変換方についての知識や技術がなかった。

【考察】介助Aは、身体をコンパクトに折りたたみ全体重を臀部に集中させてから約90度振じる動作になるが褥瘡の原因である圧は最大になりずれ力も強いと考えられるため褥瘡発生リスクが増大する。【結語】基本的にずれ力を起こさない体位変換方法の普及が望まれる。

16

当院における心臓外科術後集中治療室へ入室した褥瘡発生患者の現状

¹⁾名古屋大学医学部附属病院 褥瘡対策チーム

²⁾名古屋大学医学部附属病院 外科系集中治療室

太田佳奈子¹⁾、岡庭恵子¹⁾、吉田愛子²⁾、
藤井晃子²⁾、若園尚美¹⁾、澤村 尚¹⁾、
亀井 譲¹⁾

【背景】当院の平成26年4-11月の新規褥瘡発生率の平均は0.64%であり、その内訳をみると集中治療室を受ける患者に多い。診療科別では、術後に集中治療を余儀なくされる心臓外科術後の患者に多くみられている。当院の新規褥瘡発生患者を減少させるためには集中治療室に入室する状況にある心臓外科術後患者の褥瘡発生予防に努めることが有効と考える。

【目的】心臓外科術後集中治療室に入室した褥瘡発生患者の特徴を明らかにする

【方法】平成25年10月～平成26年12月に当院で心臓外科手術後集中治療室に入室した患者のうち新規褥瘡発生した患者18名について、カルテを後ろ向きに調査する

【結果】術後1-2日目の発生は6名、d1～d2の褥瘡で体外デバイスありは4名、下痢はなかった。14日目以降は10名で内D3以上が5名、体外デバイス有りが4名、また下痢有りが8名であった。

【結語】術後早期に発生する浅い褥瘡と術後日数が14日を越えて発生する褥瘡があった。術後14日以降に発生した褥瘡は、下痢を伴うd1-d2の浅い褥瘡と全身状態悪化を伴いD3以上の深い褥瘡となる傾向があった。

17

褥瘡スケッチによる学習効果について

浜松医科大学医学部附属病院 看護部

竹内涼子

【目的】当院では褥瘡対策実践委員会リンクナース(以下リンクナース)会を1回/2ヶ月開催している。会の内容を充実したものになりたいと考え、褥瘡の写真をスケッチし、DESIGN-R採点をつけることとした。スケッチをすることで観察眼を育成し、観察ポイントを深めることができることを目的とした。

【方法】評価項目としてはアンケートを無記名で行い、倫理的配慮を行った。1.創部の観察 2.周囲皮膚の観察 3.DESIGN-R得点一致率で評価した。

【結果】1.創部の観察スケッチは、色や形状がそのまま描き写されており、ほとんどのリンクナースは創部の観察をすることができると考えられた。2.周囲皮膚の観察スケッチは、創部のみで周囲皮膚の観察まで至らなかったケースもあった。回数を重ねるうちに皸や発赤など特徴を書き込めるようになり、観察視野が広がっているように思えた。3.DESIGN-R得点一致率は、肉芽組織の項目が60%と低く表れた。写真では、質感の判定が困難であったと思われる。

【評価】今回、自らの手でスケッチを行うことで、観察視野を広げ学習意欲をあおるような結果となった。

18

肉芽組織の摩擦性所見とヒアルロン酸

¹⁾愛知県立大学

²⁾独立行政法人国立長寿医療研究センター

高橋佳子¹⁾、磯貝善蔵²⁾、米田雅彦¹⁾

【目的】ヒアルロン酸(HA)は、Serum-derived Hyaluronan-Associated Proteins (SHAP) やパーシカンなど様々な分子と結合し炎症状態を惹起することが報告されている。褥瘡治癒過程における肉芽組織においてもHAの存在が報告されている。そこで肉芽組織の臨床所見とHA結合分子の関連について検討した。

【方法】書面での同意の得られた患者の褥瘡49創面に対して綿棒で各創面の3~5ヶ所からサンプル採取をおこなった。合計201個の綿棒よりタンパク質を抽出し、ドットブロッキング法にてSHAP-HA複合体、パーシカンの検出をおこなった。一部のサンプルに対しては透析後アルブミン量の測定をおこなった。これらの結果と採取部位の肉芽組織の所見との関連を検討した。

【結果】摩擦性肉芽組織所見を呈した部位においてSHAP-HA複合体、パーシカン、アルブミン量ともに有意に多かった。

【考察】物理的な摩擦によってパーシカン、SHAP-HA複合体が形成され局所の炎症状態が誘導されている可能性が示唆された。

19

褥瘡処置における均一な軟膏量塗布の試み

¹⁾春日井市民病院 形成外科

²⁾春日井市民病院 看護部

菱田雅之¹⁾、細野美穂子²⁾、横井さつき²⁾

【目的】同じ創部でも処置施行者により軟膏使用量にばらつきがあることを経験する。そこで同じ創部を用い、複数の験者で軟膏使用量を調査し、そのばらつきを少なくできないか検討したので報告する。

【方法】症例：78歳男性、右坐骨部にD4-e3s8i0G4N3P9の褥瘡があり、はじめに験者の直感でユーパスタコーワ®軟膏をガーゼに伸ばして頂き、その重量を計測、次に30gと指定し験者に予想される量をガーゼに伸ばして頂きその重量を計測する、最後に定規を用いて指定する長さに伸ばして頂き、その重量を計測する。それらの標準偏差を求め比較した。

【結果】験者26名 直感では標準偏差9.62
30g指定では標準偏差7.88 伸ばす量を指定した場合は標準偏差4.83

【考察】処置施行者の直感では、ばらつきがでてしまう。しかし重量を指定したとしても感覚だけでは、実際の重さとのずれは生じてしまう。そこでチューブから出る軟膏の長さは簡単に計測することができ、ばらつきが少なくなる。

20

慢性期の脊髄損傷患者における下肢血流の評価

¹⁾大垣市民病院 形成外科

²⁾大垣市民病院 看護部

有沢宏貴¹⁾、森島容子¹⁾、樋口慎一¹⁾、安村恒央¹⁾、西田かをり²⁾

【背景】慢性期の脊髄損傷患者は下肢に難治性の潰瘍や褥瘡をつくることが少なくない。その原因には感覚の低下による外傷や過圧迫が挙げられるが、下肢の血流を評価した報告は少ない。今回我々は下肢の潰瘍や褥瘡と局所血流との関連を考え、評価を行った。

【症例】35歳から68歳までの慢性期の脊髄損傷患者6名を対象に両下肢のSPP、ABI、下肢動静脈エコーを用い血流の評価を行った。全例糖尿病、高血圧などの基礎疾患はなく、損傷部位はC8からL1、脊髄損傷受傷からの期間は10年から44年であった。

【結果】動脈エコーで悪化を認めたのは1例、ABIの異常値は1例、baPWVは全例で高値を認めた。SPPの値は低下を認めたのは4例であり、受傷からの経過が長いほど、その傾向は顕著になった。

【考察】大血管から細動脈までは狭窄や閉塞は認められなかったが、毛細血管に異常がみられる傾向にあった。慢性期の脊髄損傷の患者の下肢の褥瘡や潰瘍が難治性の場合、血流の評価を行う必要がある。

21

地域で暮らす褥瘡患者の生活を支える
継続看護とは

市立四日市病院 看護部

森 美穂子

急性期医療を担う当院の看護師は、在院日数が短縮される中、退院支援・退院調整の必要性を見極め、患者、家族の望む生活の実現を目指し、安心・安全な在宅療養を継続できる支援を考えている。

看護には、中断や終了がなく継続性を重視し、退院に向けた患者・家族の個々の援助は、院内、院外を問わずチーム医療を推進することが重要である。

当院は、在宅療養支援に向けて、退院時カンファレンスの推進と健康福祉課事業の「病院看護師在宅医療派遣研修」への参加を取り入れている。

病棟看護師は、在宅療養をイメージする事や実際を知ること、看護行為の対象が、患者の疾患ではなく症状やそれによって影響する生活の質でその人らしさの中で褥瘡予防や褥瘡治療を実感できた。

このことは、チーム医療のそれぞれの専門性が継続看護の質を向上させ、今後の超高齢化や慢性疾患の増える患者を地域で支え、褥瘡予防的介入の拡がりへと繋がると考える。

22

当科で発生した周術期における圧迫創傷の検討

金沢医科大学 形成外科

坂上陽彦、山下昌信、岸邊美幸、島田賢一、川上重彦

【はじめに】周術期の圧迫創傷の発生予防は重要な課題である。近年、圧迫創傷には医療関連機器が関与する圧迫創傷が高率に含まれることが分かっている。当科で発生した周術期における圧迫創傷について検討を行ったので報告する。

【対象と方法】2001年から2014年に当科で周術期に圧迫創傷を認めた症例を対象とした。創傷発生部位とその原因等に関して調査した。

【結果】対象症例は9例(頭部3例、鼻部3例、口唇2例、手指1例)であった。医療関連機器圧迫創傷は7例(気管内チューブ4例、鼻骨骨折整復固定スプリント1例、中顔面骨延長器1例、手指経皮刺入鋼線およびガーゼによるもの1例)であった。

【考察】医療関連機器圧迫創傷とは、医療関連機器による圧迫で生じる皮膚ないし下床の組織創傷とされ、厳密には従来の褥瘡すなわち自重関連圧迫創傷と区別される。当科で経験した周術期圧迫創傷においても医療関連機器圧迫創傷の占める割合は高かった。周術期管理では、一般的な自重による褥瘡のみならず、医療関連機器圧迫創傷の予防も留意されるべきである。

23

長時間手術により深部損傷褥瘡を生じた一例

¹⁾浜松医科大学医学部附属病院 形成外科

²⁾磐田市立総合病院 形成外科

³⁾沼津市立病院 形成外科

青山昌平¹⁾、鈴木綾乃²⁾、石川佳代子³⁾、
松下友樹²⁾、永田武士¹⁾、水上高秀¹⁾、
藤原雅雄¹⁾、深水秀一¹⁾

【目的】長時間手術による深部損傷褥瘡 (deep tissue injury : DTI) を経験したので報告する。

【倫理的配慮】個人情報保護及び個人に不利益とならないように配慮した。

【症例】39歳男性。脳外科にて開頭腫瘍摘出術を施行し、手術時間は約19時間に及んだ。術後、左側胸部に水泡形成を伴う急性褥瘡を認めた。

【経過】左側胸部の創は皮膚壊死を伴い潰瘍化した。術後24日でDTI二次感染からの敗血症性ショック状態となり抗菌薬投与開始した。術後42日でデブリードマンおよび陰圧閉鎖療法を開始した。感染コントロールは得られたが、創傷治癒遅延が著明であったため広背筋弁による再建を行った。術後経過は良好で、再建術後9日で退院となった。

【考察】DTIの主な損傷部位は皮下組織であるため、本症例では筋弁による皮下組織の充填が早期治癒に貢献したと考えられる。新規に発生した褥瘡を診察した場合、たとえ表皮剥離のない褥瘡と思われても、皮下組織より深部の組織損傷が疑われる所見がある場合にはDTIを念頭に置くべきである。

24

当院手術室における褥瘡発生への対策

¹⁾大垣市民病院 形成外科

²⁾大垣市民病院 外来看護師長

樋口慎一¹⁾、西田かをり²⁾、森島容子¹⁾、
安村恒央¹⁾、有沢宏貴¹⁾

【はじめに】当院では年間約12000件の入院手術が行われており、長時間に及ぶ手術や特殊体位での手術件数も多いため術中に褥瘡が発生するリスクが高い。我々は2008年4月～10月の全身麻酔手術における褥瘡の発生を解析し、それを基に術中の褥瘡ケアマニュアルを作成し対策に取り組んできた。褥瘡対策の開始から5年が経過し術中の褥瘡発生について再検討したので報告する。

【方法】(1)手術室看護師による術前訪問の際に骨突出部の圧を測定し、主治医と共に体位固定のシミュレーションを行った。(2)減圧用品を見直し、術中の体位固定のマニュアルを作成した。(3)褥瘡が発生した患者をWOCナースに報告し手術室スタッフとカンファレンスを行った。

【結果】2013年4月～10月の褥瘡発生数は13件であった。24時間以上経過して残存した褥瘡は3件であった。

【考察】手術室看護師、WOCナース、医師の間で連携が図られるようになり褥瘡の発生件数を減少させることができた。

25

エアマットのエア抜けと褥瘡発生の因果関係について検証を行った1例

名古屋大学医学部附属病院 褥瘡対策チーム

澤村 尚、亀井 譲、太田佳奈子

症例は64歳男性。口腔底癌切除後に遊離腹直筋皮弁で再建を施行し、術後ICUへ入室した。術後1日目にICUより一般病床へ転棟しビッグセル[®]へ移ったが、ポンプが電源につながれていなかったことに気付かず、16時間後にエア抜けが発見された。術後3日目に臀部に褥瘡形成を認めた。エア抜けが褥瘡形成の原因と示唆されたため、因果関係の検証を行った。

患者と身長・体重の近い被験者が実際にビッグセル[®]に仰臥位となり、エアの有無、シーツの有無、ギャッチアップの有無などの条件で圧測定を行った。エア入り状態では仙骨部・臀部は30mmHg未満であったが、エア抜けの状態では褥瘡形成リスクが上昇する50mmHgを越えた。シーツの有無は影響なかった。ギャッチアップ0度の圧分布では仙骨部が最も高値であったが、ギャッチアップ15度では臀部が高値であった。実際の症例ではギャッチアップしており、また仙骨部ではなく臀部褥瘡を認めており、検証結果と合致を認めた。以上よりエアマットのエア抜けと褥瘡発生に強い因果関係を認めるとの結論に至った。