

## 在宅褥創発症時の対応

高岡駅南クリニック院長 塚田邦夫

在宅でも、褥創は早期発見早期治療が理想です。つまり、発赤や表皮剥離程度の状態で、訪問看護師が関与し、体圧分散寝具の導入が行われることが必要です。

早期発見には、ヘルパーや家族が早期褥創の状態で、医師あるいは訪問看護師に伝えてもらうことから始まります。そこで、これらヘルパーや家族に早期褥創の特徴を知ってもらい、また褥創の危険徴候も知っておくことが望まれます。

また、褥創発症を知らせてもらった場合、医療者はどのような点に気をつけ、また対応していくのかについて、まとめてみました。

### どのようなものが早期褥創か

早期褥創は、治療によって1ヶ月以内に治癒するものと考えます。1ヶ月以内に治癒するものは、体表からの組織損傷が表皮あるいは真皮までに留まっています。これらは、NPUAP 分類のステージ I あるいは II に属するものです。肉眼的には、早期褥創と診断できるものもありますが、治療してみないと分からないものもあります。

写真の左側はステージ 1 と比較的容易に診断できますが、右の褥創は診断困難です。結果的には、ハイドロコロイドドレッシング材による治療によって、3週間で治癒しており、早期褥創でした。



### 訪問看護師・ケアマネジャーのかかわり開始

訪問看護師が訪問した場合、創のアセスメントと、家族の意向を聞くことがまず重要です。対象の創傷が、褥創なのかどうか、創の大きさや深さから褥創は重症であるのかどうか、感染はないか、壊死組織はどうかなどを把握します。

全身状態の観察も同時に行い、肺炎など全身感染症が起こっていないか、栄養状態は良さそうか、他の疾患あるいは原疾患は何かなどをざっと判断します。

その上で、本人や家族に褥創（床ずれ）であろうことを伝え、重症度の程度などを伝えて治療の必要なことを話します。

同時に、どのようなケアを望んでいるのか聞いていきます。主治医に相談してよいのか、褥瘡治療専門医に相談するのか、等を確認めます。また、家族の介護力や経済力、あるいはどの程度の費用をかけるのかもできれば聞いてみます。

そして、治療やケアを開始することになり、訪問看護も希望されるようであれば医師に診断してもらい、訪問看護指示書を書いてもらう必要のあることを話します。

この段階で、すでに介護認定を受けていれば、体圧分散寝具の要否を判断し、適切なタイプのものの導入を開始します。

訪問看護の開始にあたっては、医師へ情報提供して診察してもらい、訪問看護指示書を書いてもらいます。

### 治療開始時のアセスメント:現場主義

褥創治療開始時に、なぜこの褥創ができたのかを現場の様子から推察します。そしてその推察の根拠を確認しながら対策を立てていきます。

また介護上の問題点の整理（移動・移乘法、ポジショニング法、栄養状態、摂食嚥下能力、口腔ケア状況など）を行い、ここでも褥創発症の原因になったと考えられるものを現場でリストアップし、原因と考えられる点について具体的な対策を立てます。このようなアプローチを「現場主義」と呼んでいます。

最近の例では、マットレスをレンタルした際、通常のマットレスは借りずに、ベッドフレームの上に直接、上敷き用マットレスを敷いていた例があります。体は底付きし治療効果の出ない理由が分かり、代替マットレスに変更したところすぐに治癒しました。

また、車イスのマットレスが壊れていたり、低反発マットレスにしたため、坐骨部が底付きして治癒しなかった例がありました。これらは適切な車イス用マットレスを選択することで、治癒に向かい始めました。

### 治療計画

局所療法に関しては、医師と相談してやっていきます。

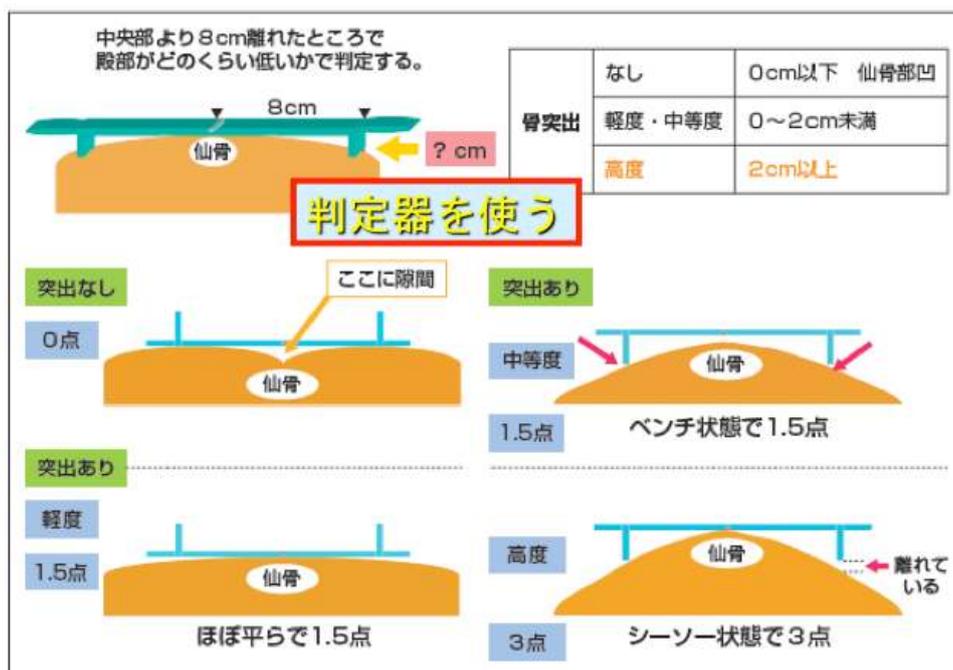
体圧分散寝具の選択には、OH スケールが使いやすく信頼性があります。

OHスケール			
1. 自力で体位を変えることが、できるか?	できる 0点	どちらでもない 1.5点	全くできない 3点
2. 病的骨突出 (図2参照)	なし (中央にへこみあり) 0点	軽度・中等度 (ベンチ状態) 1.5点	高度 (シーソー状態) 3点
3. 浮腫(むくみ)	なし 0点		あり 3点
4. 関節拘縮 関節が固まって 動きにくい状態	なし 0点		あり 1点

OH スケールを示しましたが、体位変換時に声をかけないと体位を変えない人は、3点になります。また、浮腫は創部以外の部位で判断します。

病的骨突出に関しては、判定器を用いますが、高さ2cmの足が浮くようであれば病的骨突出有り判定されます。臀部の方が仙骨部よりも出っ張っていれば、0点です。臀部と仙骨部が水平あるいは少し出っ張っているようであれば1.5点です。

大まかな判定法が示されています。



このようにして、点数をつけると、合計点が10点満点になりますが、それを3等分してリスクが軽い・中等度・高度と判定します。在宅では、中等度以上、つまり4点以上であれば、高機能タイプのマットレスを使用します。

### 医師が往診する場合の準備

医師が褥創治療のため1回目に往診する場合、往診前にできるだけ情報収集することが大切です。

事前に電話で、本人や家族が本当に往診を望んでいるのかを確認します。その上で往診の日と時間を約束します。

同様に家族などから、病名や、既往歴、服薬内容を聞いておきます。食事量やキズの印象なども聞き、家族の熱意を推測します。この状態でエアーマットレスをすぐ導入してもらうことが多いです。また、すでに行われている局所療法を、可能な範囲で一部変更の指示を出す場合もあります。

訪問看護師やケアマネジャーからの情報収集も行い、できれば携帯メールなどに褥創の画像を添付して送ってもらいます。

これらの情報によって、往診時に何を用意すれば良いかの見当が付きます。

往診日ですが、なるべくケアマネジャーに同席してもらい、ケアにあたる家族の方にも、なるべくいてもらうようにします。

現場で原因を推察し、家族やケアマネジャーに伝え、ケア計画を立てていきます。局所療法の決定は当然ですが、体圧分散寝具、移動法、口腔ケアの要否、食事摂取法の変更、サービスの変更や追加などの提案をします。この時家族の同意が必要ですし、ケアマネジャーがいれば、家族負担や限度額なども大体教えてもらえます。

家族の納得しないケアは省き、希望に添ったプランを立て、実行していきます。ケアマネジャーからプランに係わる全ての方に情報提供を依頼し、次回の往診日を決めて帰ることになります。この間最低1時間は必要です。

## 往診したら終わりではない

実はこれで終わりではなく、この後が大切です。

翌日には、家族に連絡し、様子を聞いて分からない点、不安な点や困ったことがないかを聞きます。このような連絡は、気兼ねなく言うてもらうために、看護師や栄養士から電話で聞いてもらっています。

同様に、看護師からケアマネジャーに連絡を入れ、他の職種への連絡がうまくいったか確認し、処置などわかりにくそうな場合（例えばデイサービスでの処置法など）があれば、直接連絡をして確認をします。

以上のように、家族も含め全てのケア担当者が疑問無く、納得してケアにあたってもらえるために、フォローアップが必要です。

在宅でも、いろいろな職種が係わるのですが、それらは複数の事業所にまたがっており、また褥創に対する知識もそれぞれ異なります。これら多職種が一人の利用者ごとに、共通の認識で同一のケアを行うことは、大変難しいことです。この調整役が在宅では重要で、ケアマネジャーや地域包括支援センターが担当します。しかし、この調整はこの方たちだけにゆだねるのではなく、それぞれの職種が他の職種に情報を気楽に提供し合えることが、在宅では特に大切です。

当院でも、特に処置と栄養に関する情報は、ケアマネジャーだけではなく、他の職種にも直接情報提供するようにしています。

## さいごに

在宅で褥創をみていくことは、家族にとって時間が取られ、お金もかかり、しかも不安だらけの大変なことです。これを支援する体制はまだまだ不十分ですが、褥創のケアを通じて、人生にとっての大切なものが分かるようにも思えます。

誰もが寝たきりになり褥創を持つに至る可能性があります。しかもかなり高い確率です。そう考えると、それを支える体制をしっかりとっていくことで、私たち自身の安心につながると思います。自分自身のためにも、在宅褥創ケアのネットワークをよりしっかりしたものにしていきたいと思います。