

Module 5

領域5

QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の最善化

5-1 からだのつらさへの対応

5-1-13 褥瘡



領域 5 QOL の最善化

5-1 からだのつらさへの対応

5-1-13 褥瘡

在宅がん患者と褥瘡

在宅医療開始後、急速に身体機能が衰える可能性が高い

身体機能が衰えたときが高リスク

特に低栄養、下肢対麻痺腫瘍による脊髄圧迫が合併した場合

深い褥瘡が発生した際、治癒まで数か月かかることから、治癒に至るケースはむしろ稀

したがって・・・

褥瘡の予防が最重要、さらに褥瘡発生時の管理についても習熟しておく必要がある



【在宅がん患者と褥瘡】

・在宅がん患者と褥瘡は無縁ではない。在宅がん患者が、体動困難になったときには褥瘡の発生リスクが高くなる。特に悪液質を伴う低栄養、脊髄圧迫による下肢対麻痺出現時には非常にリスクが高いといえる。

・また、深い褥瘡(皮下組織に達するもの)が発生した際には、その治癒まで数か月を要することが少なくない。このため時間の限られた在宅がん患者では、治癒に至るケースは稀である。したがって、在宅がん患者にとっては、褥瘡ができにくくするための予防が最重要である。さらに褥瘡発生時の基本的管理についても知っておく必要がある。

・褥瘡が発生したとき、残された時間が短いことが少なくない。皮膚科医や形成外科医を手配しても間に合わず、日々褥瘡が悪化する事態もあり得るので、在宅主治医が褥瘡治療の基本を知っておく必要がある。

褥瘡の予防



褥瘡の予防

## 在宅褥瘡予防・管理の基本

### 褥瘡発生リスクアセスメント

- ブレイデンスケール
- OHスケール
- 在宅K式スケール

褥瘡リスクを定期的に評価する

### 褥瘡発生リスクが高いとき

- 圧迫・ずれ力の排除
- 体圧分散寝具の活用
- ポジショニングをこまめに調整

### さらに

- 皮膚の清潔
- 可能な範囲の栄養介入
- 情報共有を行いながらチームで予防、早期発見に努める
- 家族・ヘルパーへの指導
- 多職種連携
- 情報共有
- 家族やヘルパー等の介護者への指導



## 【在宅褥瘡予防・管理の基本】

・在宅褥瘡予防の基本は、褥瘡発生リスクの高い状態になっているかどうか評価すること。在宅がん患者は、導入時は体動が自立していても、急速に身体機能が衰えることが多いため、この評価を定期的に行うことが重要。

・褥瘡評価にはブレイデンスケール、OHスケール、在宅K式スケールが主に使われる。

・これらの評価の結果、褥瘡発生リスクが高いと考えられたケースには、圧迫、ずれ力を極力排除すること、体圧分散寝具を積極的に導入すること、クッション等でポジショニングを細かく行うことが重要。

・さらに、皮膚の清潔、栄養管理(可能な範囲の中で)、そして他職種との協働や家族への指導を行うことも求められる。ここでは褥瘡の情報(写真を撮ることがお勧め)や治療方針を共有する。

## ブレイデンスケール

| 評価項目                  | 1点         | 2点         | 3点         | 4点         |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| 知覚の認知                 | 知覚がほとんどない  | 知覚がほとんどない  | 知覚がほとんどない  | 知覚がほとんどない  |
| 皮膚の湿潤                 | 皮膚が乾燥している  | 皮膚が乾燥している  | 皮膚が乾燥している  | 皮膚が乾燥している  |
| 活動性                   | 活動性がほとんどない | 活動性がほとんどない | 活動性がほとんどない | 活動性がほとんどない |
| 可動性(体位を変えたり整えたりできる能力) | 可動性がほとんどない | 可動性がほとんどない | 可動性がほとんどない | 可動性がほとんどない |
| 栄養状態                  | 栄養状態が悪い    | 栄養状態が悪い    | 栄養状態が悪い    | 栄養状態が悪い    |
| 摩擦とずれ                 | 摩擦とずれが多い   | 摩擦とずれが多い   | 摩擦とずれが多い   | 摩擦とずれが多い   |

- ・評価項目
- ・知覚の認知
- ・皮膚の湿潤
- ・活動性
- ・可動性(体位を変えたり整えたりできる能力)
- ・栄養状態
- ・摩擦とずれ
- ・1~4点で評価(4点が最高、1点が最低)
- ・17点以下では褥瘡発症のリスクが増える
- ・エビデンスレベルが高い

副読本参照



## 【ブレイデンスケール】

・ブレイデンスケールを示す。現状では最も高いエビデンスレベルを有す。知覚の認知、皮膚の湿潤、活動性、可動性(体位を変えたり整えたりできる能力)、栄養状態、摩擦とずれの6項目で評価する。それぞれの項目を1~4点で評価し、合計17点以下では褥瘡発生リスクが高いと考える。(詳細は副読本参照。)

## 褥瘡危険度予測スコア(OHスケール)

| 危険要因                                     | 状態      | 点数   |
|--|---------|------|
| 自力体位変換<br>麻痺・安静度<br>意識状態の低下<br>(麻酔覚醒・薬剤) | できる     | 0点   |
|  | どちらでもない | 1.5点 |
|  | できない    | 3点   |
| 病的骨突出<br>(仙骨部)                           | なし      | 0点   |
|  | 軽度・中等度  | 1.5点 |
|  | 高度      | 3点   |
| 浮腫                                       | なし      | 0点   |
|  | あり      | 3点   |
| 関節拘縮                                     | なし      | 0点   |
|  | あり      | 1点   |

褥瘡リスクが  
軽度 0~3点  
中等度 4~6点  
高度 7~10点

副読本参照



## 【褥瘡危険度予測スコア】

・これはOHスケールといって、4つの因子だけで、褥瘡発生リスクを予測するもの。ブレイデンスケールより簡単に評価ができるので、使いやすいといわれている。

・病的骨突出は仙骨部で周囲から2cm以上の骨突出があるかどうかで判断する。専用の測定器も販売されている。





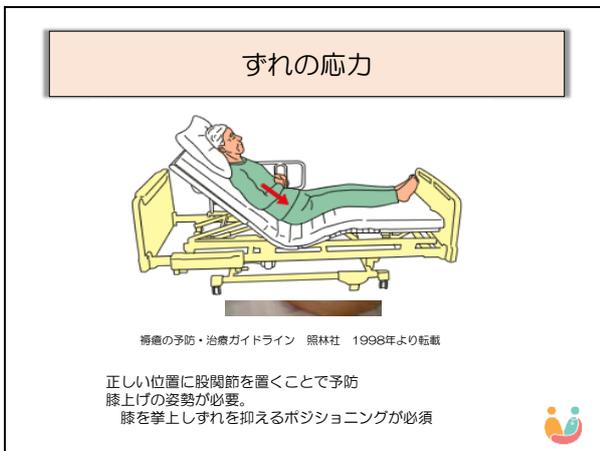
### 【圧切替型交換マットレス】

- ・代表的な高性能エアーマットレスを示す。ステージア®はウレタンとエアセルを交互に配置したものです。アルファプラ®ピオはウレタンとエアセルを組み合わせ、背上げ時にも底付きしないように加圧を自動的に行う機能がついている。
- ・オスカー®は自動体変換機能がついているエアーマットレス。



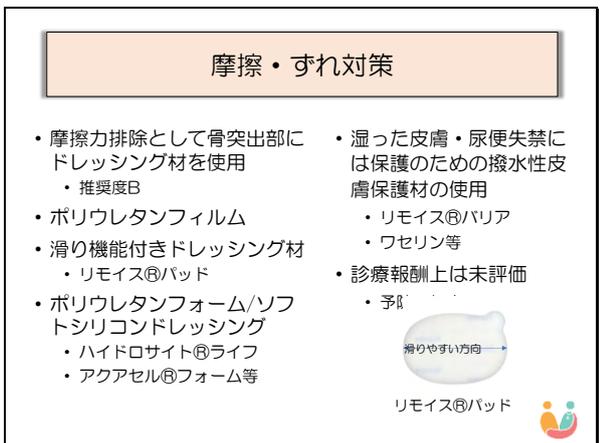
### 【ポジショニング】

- ・ポジショニングは、クッション(時に専用のものを使用、一部は介護保険適応)を利用し、安楽な姿勢を保つもの。
- ・拘縮や強直がある場合、座位をとるとき、ベッドをギャジアップするときに安楽な姿勢を保つために行う。



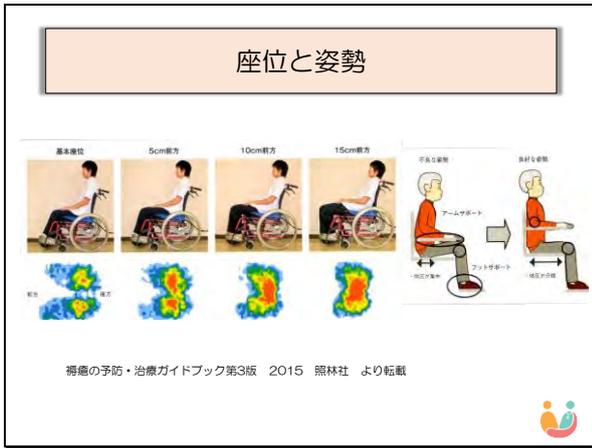
### 【ずれの応力】

- ・ベッドをギャジアップした際に、股関節が屈曲部からずれていると、重力が体を下に押し下げます。すると背部ではマットレスと皮膚の間に「ずれ」が生じ、褥瘡の原因や痛みを引き起こす原因になる。
- ・膝を挙げるようなポジショニングを行って、ずれの力を軽減することが必須。



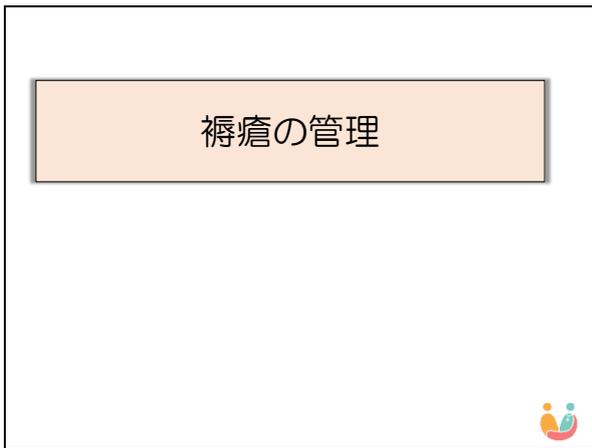
### 【摩擦やずれ対策】

- ・摩擦やずれ対策にはドレッシング材(創傷被覆材)を予防的に使用することも効果がある。ポリウレタンフィルムが最もよく用いられている。リモイス®パッドは摩擦・ずれ対策を目的に作られたため長軸方向の滑りをよくしてあるため、ずれ方向に合わせて貼付する。
- ・湿った皮膚の保護のために撥水性の保護材を使用することも行われる。
- ・これらの素材は予防目的で使用されるので、保険診療の適応がないことも留意。

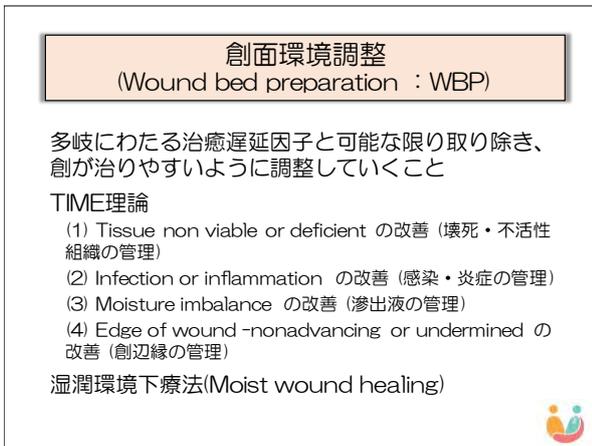


### 【座位と姿勢】

- ・座位をとるときにその姿勢が「端座位」にきちんとなっているかどうかも大切。
- ・足首、膝、股関節がきちんと直角になっていないと、座骨部分の圧が強まるのがわかる。また、肘で支えるため、アームレストの位置を調整することも重要。理学療法士や福祉用具専門相談員と相談しながら調整する。



### 褥瘡の管理



### 【創面環境調整】

- ・褥瘡治療、特に深い褥瘡を管理するとき「創面環境調整」が重要である。
- ・慢性創傷である褥瘡は治るのに時間がかかる。それはさまざまな治癒遅延因子があり、それを取り除くことが重要であるからである。これらはTIME理論と呼ばれる4つの原則と湿潤環境下療法の考え方を可能な範囲で守ることが重要。
- ・TIME理論について説明する。まず壊死や不活性物質(黄色の浸出物)を管理することから始める。これらは感染の温床であると考えられるからである。デブリードメントを行ったり、創面を洗浄し不活性物質を洗い流すことが重要。
- ・感染、炎症の管理として、創面に抗生剤を使用しても効果は低いといわれている。また、いわゆる消毒も効果があまりなく、肉芽形成を障害したり、創面にとってダメージになることが報告されている。使用するのであれば、持続的に抗菌成分を放出する素材が重要。カデキソマー・ヨウ素やスルファジン銀などが使われている。
- ・また浸出液があまりに多く、創周囲の正常組織が浸軟したり、炎症をおこすことがある。この場合は前述のカデキソマー・ヨウ素や銀イオンが含有されているドレック

## 褥瘡ができてしまったとき

### 【観察と評価】

#### 褥瘡の局所状態

深さ、感染の有無、炎症の状態、壊死組織、ポケット形成等  
改訂DESIGN-R®2020で定期的に評価→合計点数が小さくなると治癒に近づく

#### 全身の環境

看取りを意識する時期なのか→治癒を期待できるのか？  
どこまで体動ができるのか？  
処置中に苦痛はないか？

#### 介護の環境やさまざまな事情

家族の疲弊度は？  
体圧分散寝具の導入は？  
十分な支援が受けられているか？



シング材を使用する。また浸出液が少なく、創が乾燥していると、治癒を遅延させることになる。その状態にあったドレッシング材や薬剤を利用して「しとしと」と湿潤した状態を維持する。

・創周囲の皮膚も不潔になりやすく、傷つきやすいので、泡状の石鹸を利用して愛護的に洗浄を行う。

### 【褥瘡ができてしまったとき】

・予防対策をしっかりと行っていたとしても、在宅がん患者さんの旅立ちが近づくと、体動が困難になり、栄養状態も不良となる。したがって褥瘡発生リスクが高くなり、実際に褥瘡が生じてしまうこともあるかもしれない。そんなときには創の状態、全身の環境、介護環境や様々な事情を観察し、評価する必要がある。

・創の評価は改訂DESIGN-R®2020が利用しやすい。総合点数が小さくなっていくとその褥瘡が治癒に向かっていることがわかる。最も重要な要素は深さなので、この点については後述する。

・全身の状態も見渡すこと。褥瘡の治癒には数か月、早くても2~3か月かかる。それまでの予後が見込めるかどうかを最も重要な評価である。もし治癒が望めないのであれば、褥瘡による苦痛をできるだけ減らす管理を行う。発熱や疼痛がないように管理を行い、処置を行う時間もできるだけ短縮させる。

・また、家族に体位変換や排せつの介護をしてもらうこともあるため、家族の疲弊の状態をチェックすることも重要。

## 改訂DESIGN-R®2020

- ・ 深さ Depth
- ・ 滲出液 Exudate
- ・ 大きさ Size
- ・ 炎症・感染 Inflammation/infection
- ・ 肉芽組織 Granulation
- ・ 壊死組織 Necrotic tissue
- ・ ポケット形成 Pocket

副読本参照

- ・ 経時的に評価を繰り返す
- ・ 状態改善すると大文字→小文字に表記される
- ・ 点数を合計し、点数が小さくなると治癒に近づく
- ・ 深さは合計に加えない



### 【改訂DESIGN-R®2020】

・改訂DESIGN-R®2020は日本褥瘡学会が作成した褥瘡評価ツール。海外でも高く評価されている。

・このツールは創の状態を観察し、経時的に評価を繰り返すことより、その褥瘡が治癒に向かっているかどうかができる。

・評価は次の7項目。「深さ Depth」、「滲出液 Exudate」、「大きさ Size」、「炎症・感染 Inflammation/infection」、「肉芽組織 Granulation」、「壊死組織 Necrotic tissue」、「ポケット形成 Pocket」の7つ。ポケット形成がないときには評価しない。

| 改訂DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用 その1                             |    |                            |     |                 |  |
|---|----|----------------------------|-----|-----------------|--|
| Depth 深さ 創内の一箇所深い部分で評価し、改善に伴い創度が浅くなった場合、これと相称の深さとして評価する |    |                            |     |                 |  |
| d   | 0  | 皮膚損傷・発赤なし                  | 3   | 皮下組織までの損傷       |  |
|   | 1  | 持続する発赤                     | D   | 4 皮下組織を越える損傷    |  |
|   | 2  | 真皮までの損傷                    | DTI | 5 関節性、体位に至る損傷   |  |
|   |    |                            | U   | 壊死組織で覆われ深さの判定不能 |  |
| Exudate 浸出液(ドレッシング交換の回数)                                |    |                            |     |                 |  |
| e   | 0  | なし                         | E   | 6               | 多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する                 |
|   | 1  | 少量：毎日のドレッシング交換を要しない        |     |                 |  |
|   | 3  | 中等量：1日1回のドレッシング交換を要する      |     |                 |  |
| Size 大きさ (長径[cm]×長径に垂直する最大径[cm])                        |    |                            |     |                 |  |
| s   | 0  | 皮膚損傷なし                     | S   | 15              | 100以上                                  |
|   | 3  | 4未満                        |     |                 |  |
|   | 6  | 4以上 16未満                   |     |                 |  |
|   | 8  | 16以上 36未満                  |     |                 |  |
|   | 9  | 36以上 64未満                  |     |                 |  |
|   | 12 | 64以上 100未満                 |     |                 |  |
| Inflammation/Infection 炎症/感染                            |    |                            |     |                 |  |
| i   | 0  | 発赤の炎症徴候なし                  | I   | 3C              | 創界付近幅広い創面に広がりがあり、浸出液が多い、肉芽があれば浮腫性で脆軟など |
|   | 1  | 発赤の炎症徴候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、痒感) |     | 3               | 発赤の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、悪臭など)               |
|   |    |                            | 9   | 全身的影響あり(発熱など)   |  |

副読本参照

改訂DESIGN-R®2020を示す。

・深さは最も重要な因子である。真皮を超え、皮下組織まで広がった褥瘡は治癒に時間がかかる。このため皮下組織より深い褥瘡を大文字Dで表記する。今回の改訂からDTI(Deep Tissue Injury)という概念が導入された。これは発症当日には浅いびらんのように見えるが、実は深い潰瘍となっているものである。スライド22に実際の写真を載せている。一見d1期の褥瘡にも見えるが、色調が紫から黒色を示し、3日後には周囲の色調不良部を含めて壊死状態となっていた。

・また深い褥瘡は、発症直後の急性期、急性期後の炎症が強い時期である炎症期、肉芽形成が始まる肉芽形成期を経て、やっと皮膚ができる表皮形成期となる。このように深い褥瘡は支持組織として肉芽が形成されないと、表皮が形成されない特徴がある。一方でd2期のように浅い褥瘡では、毛孔に皮膚組織が残存し支持組織が維持されているため、毛孔から皮膚が再生されより早く創が治癒する。

| 改訂DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用 その2                                       |   |                          |   |    |                        |
|---|---|--------------------------|---|----|------------------------|
| Granulation tissue 肉芽組織   |   |                          |   |    |                        |
| g   | 0 | 治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない | G | 4  | 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める |
|   | 1 | 良性肉芽が創面の90%以上を占める        |   | 5  | 良性肉芽が創面の10%未満を占める      |
|   | 3 | 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める   |   | 6  | 良性肉芽が全く形成されていない        |
| Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する                    |   |                          |   |    |                        |
| n   | 0 | 壊死組織なし                   | N | 3  | 柔らかい壊死組織あり             |
|   |   |                          |   | 6  | 硬く厚い密着した壊死組織あり         |
| Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)(長径[cm]×短径[cm])から潰瘍の大きさを差し引いたもの |   |                          |   |    |                        |
| p   | 0 | ポケットなし                   | P | 6  | 4未満                    |
|   |   |                          |   | 9  | 4以上16未満                |
|   |   |                          |   | 12 | 16以上36未満               |
|   |   |                          |   | 24 | 36以上                   |

副読本参照

出典：改訂DESIGN-R®2020コンセンサス・ドキュメント (日本褥瘡学会HPよりダウンロード可)

改訂DESIGN-R®2020の続きを示す。肉芽は褥瘡治癒に近づいたことを示す因子というので、創が良好な肉芽で覆われていれば表皮は形成されるようになる。

### 改訂DESIGN-R®2020評価

毛孔が観察可能  
赤色

毛孔が観察できない  
黄色を呈している

| Depth 深さ<br>創内の一箇所深い部分で評価   |         |  |
|---|---------|--|
| d2  | 真皮までの損傷 | D3 皮下組織から深部  |
|          |         |               |
| 浸出液少量、9cm大(100未満)、炎症なし、肉芽形成なし、壊死組織なし、ポケット形成なし<br>DESIGN-R上の記載<br>d2・e1 s12 i0 g0 n0 p0 = 13 |         | 浸出液中等量、7cm大(36-64未満)<br>炎症軽度、肉芽形成なし、壊死組織なし、ポケット形成なし<br>DESIGN-R上の記載<br>D3・e3 s9 i1 G6 n0 p0 = 19 |

写真は褥瘡の予防・治療ガイドライン 照林社、1998年より転載

実際の評価について示す。まず、創の深さは、毛孔が観察可能かどうかで判断する。このスライドでは、左の褥瘡は真皮までの褥瘡(d2)レベルのものだが、創の中に毛孔が観察できることが重要なポイント。右のものはD3レベルの褥瘡であるが、創の中心部には毛孔が観察できず(創周辺の肌色部分には毛孔が観察できません)、皮下組織に達するものであることがわかる。記載は、左の浅い褥瘡が、d2・e1 s12 i0 g0 n0 p0 = 13、右の深い褥瘡が、D3・e3 s9 i1 G6 n0 p0 = 19となる。深さの部分の数字を加点しないこともポイント。

## 改訂DESIGN-R®2020使用のポイント

- 「深さ」が最も重要
  - 「深さ」以外はそれほど厳密ではなくとも…
- 重症なほど大文字が増える
- 1回だけですべて判断しない
  - 最初は浅く見えても後に重症化するものも…
    - DTI(Deep Tissue Injury)という考え方



## 在宅がん患者の褥瘡治療の実際

WBP原則を守り、さらなる重症化を可能な範囲で予防

TIME理論、湿潤環境維持  
体動困難な中、可能な範囲で除圧を行う

処置が患者の苦痛にならないように注意

感染が最も注意すべき副反応  
必要であればデブリードメンも…

処置時間がより短くなる工夫

創傷被覆材(Ag加工されているものが推奨)  
3週間以上の使用でも算定可能

交換時の消毒は不要 微温等による洗浄を  
創が巨大なときには、ラップ製剤モイスキンパッド®等も選  
択肢



前述したように褥瘡の治癒に影響を与える因子のうち、褥瘡の深さが最も重要である。さらに、重度の褥瘡ほど大文字が増える。経時的に評価することも重要。3日後に深い壊死に進行したDTIのケースを示す。

## 【在宅がん患者の褥瘡治療の実際】

・在宅がん患者を管理するうえで、大切なポイントを示す。深い褥瘡であれば、治癒までは期待できないことが少なくない。このときでもTIME理論や湿潤環境下治療といったWBP原則に従い、さらなる重症化を防ぐことが実際の臨床といえる。また処置が患者の苦痛になることもある。長時間のデブリードメンなども患者の苦痛を引き起こす。

・一方で必要なデブリードメンを行わなければ、発熱や敗血症を合併することもあり得る。このバランスを見極めながら処置を行っていく。一気にデブリードメンを行うのではなく、段階的に進めていくことも戦略の一つ。

・もしドレッシング材(創傷被覆材)を使用するのであれば、Ag加工してあるものを選択すると、その後の浸出液の管理や感染管理も可能になる。病院では3週間以上の(ドレッシング材)創傷被覆材の使用は保険診療上できないが、在宅であれば3週間を超えても使用できる。

・創が巨大なときには、創面に固着しないモイスキンパッド®などを使用することも処置の時間を短縮する。

## 感染を伴うとき



- 感染徴候
  - 発赤
  - 腫脹
  - 熱感
  - 疼痛
  - とくに波動(膿汁旅流)
  - 多くは発熱も伴う
- できるだけ早くデブリードメンを行い、排膿を行う

褥瘡の手帳・治療ガイドブック第2版 2015 照林社 より転載



## 【感染を伴うとき】

・褥瘡が感染した時には、感染徴候と呼ばれる「発赤」、「腫脹」、「熱感」、「疼痛」がみられ、発熱も見られることが少なくない。この状態となった時には、早期のデブリードメンと排膿が必須。

・時に敗血症に移行することもあるので、その場合は、抗生剤の全身投与が必要になる。

## ドレッシング材

副読本参照 「しとしと」と湿潤した状態を目指す

### 【ドレッシング材】

- ・ドレッシング材は、それぞれの給水力を基準に選択している。
- ・ハイドロコロイドは吸水力がそれほど強くないため、浅く浸出液の少ない創に使用する。浸出液の多い創には、ポリウレタンや、ハイドロファイバー、ハイドロポリマーなどを利用する。オムツ素材の上に穴が開いたポリウレタンフィルムを張ったものはラップ療法とも呼ばれているが、創が大きく、浸出液の多い場合には便利。
- ・アルギネートドレッシングは止血効果が高く、出血をしたときに使用する。近年はAg加工されているものが多く、急性期や炎症期の使用に向いている。

## 深さdのとき

約2～3週間で治癒  
支持組織(皮下組織)が残存  
毛孔より皮膚が生じる

水疱が破れてびらん、浅い潰瘍になったとき

発赤、水疱のとき  
ポリウレタンフィルムやハイドロコロイド  
真皮に至る創傷用ドレッシング材  
創面保護を目的に酸化亜鉛、アズノール軟膏

真皮に至る創傷用ドレッシング材  
ハイドロコロイド、ハイドロジェル、キチン

皮下組織に至る創傷用ドレッシング材  
ハイドロコロイド、ハイドロジェル、ハイドロポリマー、ポリウレタンフォーム、ポリウレタンフォームソフトラップ、アルギン酸塩、キチン

外用剤  
酸化亜鉛、アズノール軟膏、もしくは上皮形成を期待して、プロスタントイン軟膏、アクトシン軟膏、リフラップ軟膏

赤字は推奨度B、黒字は推奨度C1  
(在宅褥瘡ガイドブック2015)

### 【深さdのとき】

- ・ここでは日本褥瘡学会が出版した在宅褥瘡ガイドブック2015から、浅い褥瘡で使用するドレッシング材や薬剤について触れる。
- ・皮膚の発赤のみの場合は、ポリウレタンフィルムを貼付するだけでも対応可能。水疱が生じたときには給水能力の高いドレッシングを使用する。水疱上の表皮はできるだけ破らずに活用する。もし敗れたときには、ハイドロコロイド、ポリウレタンフォームなどで治療する。赤字で書かれたドレッシング材や薬剤はより高い推奨度があり、エビデンスがより多いもの。

## 深さDのとき

### ドレッシング材

- ・ N→n：ハイドロジェル
- ・ I→i：アルギン酸Ag、銀含有ハイドロファイバー
- ・ E→e：ポリウレタンフォームアルギン酸塩、キチン、ハイドロファイバー、ハイドロポリマー、ポリウレタンフォーム/シリコン
- ・ G→g/S→s：アルギン酸塩、アルギン酸Ag、キチン、ハイドロコロイド、ハイドロファイバー、**銀含有ハイドロファイバー**、ハイドロポリマー、ポリウレタンフォーム、ポリウレタンフォーム/ソフトラップ
- ・ P→(-)：アルギン酸塩、アルギン酸Ag、ハイドロファイバー

### 外用剤

- ・ N→n：カチキソマー・ヨウ素、スルファアジン銀、デキストラノマー、プロメライン、ホビドンヨードシュガー、ヨードホルム
- ・ I→i：カチキソマー・ヨウ素、スルファアジン銀、フラジオマイシン硫酸塩、ホビドンヨード、**ホビドンヨードシュガー**、ヨウ素軟膏、ヨードホルム
- ・ E→e：カチキソマー・ヨウ素、スルファアジン銀、フラジオマイシン硫酸塩、デキストラノマー、トレンチノイントコフェリル(オルセノン軟膏)、**ホビドンヨードシュガー**、ヨウ素軟膏
- ・ G→g/S→s：アルクロキサ(アルキサ軟膏等)、プロスタントイン軟膏等、**オルセノン軟膏**、**トラフェルミン(フィブラスト(巻スプレー))**、**アクトシン軟膏**等、**ホビドンヨードシュガー**、リフラップ軟膏等
- ・ P→(-)：オルセノン軟膏、トラフェルミン、ホビドンヨードシュガー

赤字は推奨度B、黒字は推奨度C1  
(在宅褥瘡ガイドブック2015)

副読本参照

### 【深さDのとき】

- ・深い褥瘡の場合には、改訂DESIGN-R®2020をもとに、大文字を小文字にするように管理していく。
- ・病期によってもドレッシングや薬剤を変更する。例えばトラフェルミンという上皮形成を促す薬剤は肉毛形成期以降に使用しなければ効果がない。目的を明確にして選択する。

## 褥瘡周囲のスキンケア

- ・褥瘡の周囲皮膚には弱酸性の洗浄剤を使用
- ・尿便失禁時
  - ・皮膚洗浄後排せつ物が付着する範囲に皮膚保護クリーム塗布
  - ・排泄部の吸収性のよいパッド、あるいはパッドへの吸収を促進するポリエステル繊維綿を使用
- ・創縁の浸軟防止
  - ・皮膚保護のクリーム塗布

在宅褥瘡・予防ガイドブック 2015年 昭林社より転載

### 【褥瘡周囲のスキンケア】

- ・褥瘡周囲の健常皮膚のケアも重要。
- ・弱酸性の洗浄剤を泡状にして、強くこすらないように洗浄する。洗浄は褥瘡を含め問題ないため、シャワー浴も積極的に認める。
- ・また、褥瘡は仙骨部に多いため、排泄ケアも重要になる。周囲の皮膚を保護することも考慮する必要がある。

## 在宅終末期がん患者褥瘡の一例

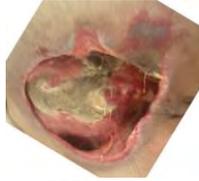
54歳 大腸がん終末期 脊椎転移 下半身対麻痺  
入院中30cm大の巨大褥瘡(黒色壊死を伴う)形成  
発熱あり、本人に苦痛のないレベルでデブリードメンを追加  
自動体位変換エアマットレス導入、モイスキンパッド®ドレッシング使用  
X月23日永眠



X月1日 壊死部デブリードメン直後  
D4-  
E6S15i1G6N3P12:43点



X月11日 デブリードメン継続中 肉芽出現も創中央部に壊死部  
D4-  
e3S15i1G4n0P12:35点



X月17日デブリードメン継続中 創右上に再壊死部  
D4-e3S15i0g3N3P12:46点

## 【在宅終末期がん患者褥瘡の一例】

・大腸がん終末期に脊椎転移により下肢対麻痺が生じ、そのことで体動困難となったことから30cm大の黒色壊死を伴う褥瘡が発生したケース。

・在宅でデブリードメンを行い、浸出物を少しずつデブリードメンし、10日後には周囲より肉芽が出る状態になったが、その6日後にはさらに体動が困難になり、褥瘡右側(写真では上部)に壊死部が広がるようになった。その6日後に患者は旅立った。

## まとめ

- ・ チームで関わる重要性
  - ・ 体圧分散寝具の導入
    - ・ 福祉用具専門相談員
    - ・ ケアマネジャー
  - ・ 創処置や材料の提供
    - ・ 訪問看護師、薬剤師
  - ・ ポジショニング
    - ・ リハビリ職
  - ・ チームで評価と治療方針を共有すること
    - ・ ICTの利用は有用(褥瘡の写真だけでも状態が判断可能)
    - ・ より広い視点が重要
    - ・ 家族の負担も考えること
- ・ 全身状態、局所状態を総合的に判断すること
  - ・ 今後の見通しが重要
  - ・ 可能な例では、本人家族との共有も
- ・ 緩和ケアとしての褥瘡ケアを心がけること



## 【まとめ】

・褥瘡ケアはチーム医療である。多くの職種がかかわる必要がある。介護関係者も重要。ベッドやマットレスを手配するのは彼らである。介護保険に係る手続きも進める必要がある。

・褥瘡の創処置の最も重要なパートナーは訪問看護師である。リハビリも重要。ポジショニングや正しい肢位を保つこと、自ら体位変換できるようにリハビリを行うことも重要。排泄が自立していれば家族の負担も減らせる。

・栄養の観点からの視点も重要。病状が進行すると食べられなくなるが、最期まで口から食べるため、歯科、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士の役割もまた重要になる。

・ICTでの情報共有も重要で、褥瘡の写真を共有しながら褥瘡の状態を評価し、方針を決めていく。

・本人や家族とも情報共有を行うことも重要。緩和ケアの一環としての褥瘡ケアを目指していきましょう。