

## CONTENTS

p10 視点  
1

### 褥瘡ケアをしていて気付いた栄養とリハビリの重要性

塚田邦夫 医療法人社団研医会高岡駅南クリニック 院長

p12 視点  
2

### 褥瘡の栄養管理を通してADL向上を目指す

真壁 昇 関西電力病院疾患栄養治療部 部長  
関西電力医学研究所  
美作大学 客員教授

p14 視点  
3

### 褥瘡ケアに活かすリハ栄養的視点

神野俊介 一般社団法人オーディナリーライフ 理学療法士

p16 視点  
4

### 多職種協働で変わる褥瘡ケア

—「創」ではなく「その人」をみるチームアプローチ—

古川純子 医療法人徳洲会東京西徳洲会病院 皮膚・排泄ケア特定認定看護師

PRESSURE  
ULCERS

特集

各専門領域のエキスパートに直撃

# 「褥瘡ケアで伝えたいこと」

褥瘡は局所の皮膚・組織に生じる傷である一方、その発生や治療には栄養状態、身体活動、循環、基礎疾患、体位・ポジショニング、スキンケアなど、さまざまな要因が関係しています。そのため褥瘡を適切に予防・治療するには、一つの専門領域だけで対応するのではなく多職種がそれぞれの専門性を活かしながら、患者の全身状態や生活背景まで捉えていくことが重要です。そこで本特集では「褥瘡ケアで伝えたいこと」をテーマに、医師や管理栄養士、理学療法士、看護師などそれぞれの立場から、褥瘡ケアで大切にしている視点や日々の実践で意識しているポイントを聞きました。さらに、専門職同士がどのように情報を共有し、互いの専門性を活かしていくのか、多職種で取り組むためのヒントに迫ります。それぞれの「専門職だからこそ見える視点」を通して褥瘡ケアを多角的に捉え直し、明日からの実践につながるヒントをお届けします。

# 褥瘡ケアをしていて気付いた 栄養とリハビリの重要性

医療法人社団研医会高岡駅南クリニック

院長 塚田邦夫

身体と同じ部位が圧迫され続け、  
血流が悪くなつて皮膚や皮下組織が傷ついた状態となる「褥瘡」。  
栄養管理や器具の活用、ポジショニングなど

適切な治療にたどり着くまでには、さまざまな紆余曲折があったという。  
高岡駅南クリニックの塚田邦夫氏に、当時の経験について語ってもらった。

## 局所療法に対する 低栄養の壁

1990年頃、局所療法や湿潤環境閉鎖療法を学んだ私は、自信満々で治療や講演を行っていました。1991年、胃癌末期の褥瘡患者の治療を依頼され、診察すると軽度の褥瘡であり容易に治癒可能と判断しました(図1)。しかし、湿潤環境閉鎖療法を継続した3週間後にはステージIIとなり、さらに1ヵ月後、ステージIVへと悪化していきましました(図2)。

驚いて初めてカルテを確認したところ、血清アルブミン値が $1.7\text{g/dl}$ と極度の低栄養状態でした。これでは傷が治らないのは当然です。さらに、中心静脈カテーテルからは1日 $300\sim 400\text{kcal}$ しか入っておらず、アミノ酸も用いられていませんでした。主治医と相談して中心静脈栄養によりエネルギー $1000\text{kcal}$ とアミノ酸を入れることとし、さらに、当時は普及し始めたばかりのエアマット

レスを導入しました。その結果、動くことが困難だった胃がん末期患者であっても、褥瘡は治癒に向かいました。残念ながら治癒過程中に他界されましたが、当時「がん末期で食事が摂れない患者の褥瘡は治らない」という常識を覆すことができました。「適切な対策を行えば治る」その最も重要な要素は栄養である」ことを知り、褥瘡治療には局所療法だけではダメでエネルギーとタンパク質が必須と分かりました。

## 低栄養で発症した 褥瘡が栄養改善で回復

その後、異動した別の病院でも褥瘡治療を行っていました。これも古い例ですが、潰瘍性大腸炎で1日10回程度の粘血便により栄養が著しく失われ、血清アルブミン値は $1.5\text{g/dl}$ となっていました。在宅での経口的な経腸栄養剤服用では効果はなく入院となり、禁食とした上で $1750\text{kcal}$ の中心静脈栄養が始まりました。し

かし壊死組織があり、感染しポケット形成も見られ診察を依頼されました。アルブミン値は $2.4\text{g/dl}$ まで回復していましたが、まだ低栄養状態でした。患者は70代後半でしたが意識は極めて明瞭で、外来では車椅子からベッドへ自力で移乗できるほどの活動性がありました。つまり、身体が動かせないわけではなく意識もはっきりしているのに、褥瘡が発生したのです。

私は局所療法は変更せず継続を指示しました。エアマットレスを導入しましたが、患者は「フカフカして寝ていられない」と1日で使用を拒否し、通常のマットレスへ戻ってしまいました。中心静脈栄養による強制的な栄養管理を継続したところ、栄養状態の改善とともに1ヵ月で感染は消失しポケットも縮小、壊死組織もなくなり5ヵ月で治癒しました。この例は栄養状態の悪化だけで褥瘡が発症



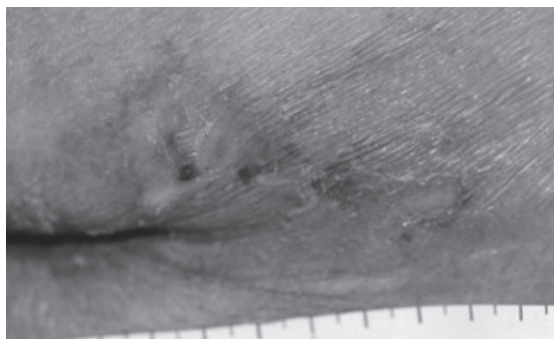


図1 ステージI褥瘡として閉鎖湿潤療法による治療を開始

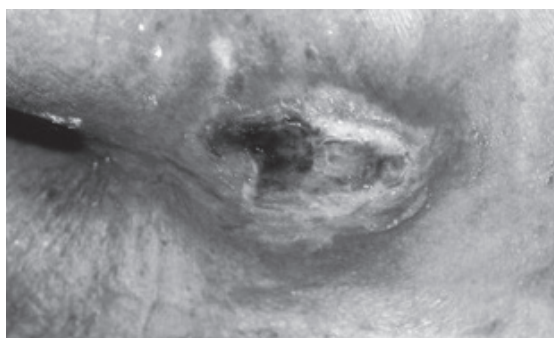


図2 適切と考えた局所療法だったが、約2ヵ月後にステージIVへ進行(原因は低栄養)



図3 体圧分散と局所療法を行うも再発を繰り返した踵褥瘡だったが、リクライニング車いす乗車姿勢を見て踵に強いずれと圧迫が加わっていたことが発覚

し、栄養の改善で治癒することを示した貴重な症例です。

### ずれ・摩擦の存在が褥瘡発生危険要因と気付く

「ずれ」と「摩擦」について、その危険性に気付かされた症例を紹介합니다。訪問診療を行っていた近所に住む寝たきりの患者でしたが、踵の褥瘡は治癒と再発を繰り返していました。ある日、家族が患者を車椅子でクリニックへ連れてきてくれました。その姿を見て私は愕然としました。

患者は裸足のまま背中が倒れる車椅子に乗っていて、上体をリクライニングさせた車椅子の背もたれから身体が前方へ滑り落ち、踵

がフットレストの角に当たって強い圧迫とずれが生じていたのです(図3)。圧迫とずれの回避目的で、即座にクッションでフットレストを被い、踵を保護するなどの対策を講じたところ、褥瘡は治癒しました。

この時、私は「リクライニング車椅子」を知るとともに、構造的な危険性に気づきました。水平な座面に対して背もたれだけを倒せば身体が滑り、当然仙骨や尾骨に摩擦と圧迫が加わります。さらに全身の重さをフットレストにあたった踵が受け止め、ずれと圧迫を生じていました。このリクライニング車椅子は「仙骨・尾骨と踵の褥瘡発生器具」と化していたの

です。そこで車椅子について調べると、座面の角度が変わる「ティルト・リクライニング車椅子」の存在を知りました。背もたれを倒すと同時に座面も傾くため、背中と臀部・大腿部に安定して圧迫がかかり、広い範囲で体圧を分散できるとともに、ずれや摩擦も起りにくい構造になっています。

2002年から開始した勉強会ではリクライニング車椅子の危険性を繰り返し説明し、ティルト・リクライニング車椅子への変更が必要であることを訴えました。その結果か、ある患者宅を訪ねた際高齢の夫婦それぞれに1台ずつ計2台のティルト・リクライニング車椅子が用意されていた

した。当時は、ティルト・リクライニング車椅子はリクライニング車椅子の約5倍と非常に高価でしたが、使ってもらえるようになりました。現在では価格は2〜3倍以下まで下がり、高岡地区ではティルトタイプが主流となっています。

寝ているとき、座っているとき、移動するときに「ずれ」と「摩擦」が起こる危険があります。これらに対し、生活のリハビリテーションとして「ポジショニング」「シーティング」「移動・移乗」が重要であることが分かり、今では局所療法を指導することよりもこれら姿勢介助の話しの割合が多くなっています。また、ポジショニング・シーティング・移動移乗は「安楽であること」が要点です。

### 最後に

褥瘡には適切な局所療法が基本ですが、同時に栄養改善、圧迫・ずれ対策も必須でいずれの対策も全てが必要です。1990年当時局所療法を中心に始めた褥瘡ケアでしたが、失敗を重ねて行き着いたのは「局所療法」だけでなく「栄養改善」「圧迫対策」「ずれ・摩擦対策」のいずれも大事ということでした。