

IV. 日常的な医療的ケア

5. 褥瘡のケア

5. 褥瘡のケア

目的

圧迫による皮膚病変を起こさないよう、又発生した場合には、早期に治癒出来るように、ケアをすることです。

主なケアは、①予防 ②早期発見 ③発生時のアセスメント ④発生後の全身管理 ⑤治療方法の選択 になります。

基礎知識

自分で体位変換が出来ないことや、又感覚鈍麻により長期間同一体位でいる人、栄養状態が悪い人、疾患や薬の影響で皮膚が弱くなっている人などは、圧迫だけでなく摩擦やずれなどの刺激が繰り返されている場合に発生します。褥瘡は、皮膚の表面だけでなく、皮膚の中にある骨に近い組織が傷ついている場合もあります。

小児の場合は、特に皮膚が薄く、気管カニューレの固定バンドによる圧迫や、胃瘻など医療器具の圧迫でも容易に褥瘡等の皮膚トラブルとなるので、注意が必要です。又、酸素カニューレや経鼻経管栄養チューブなど、固定テープで皮膚トラブルになることも多いので、テープの種類や、固定方法に工夫が必要です。最近では、このようなスキントラブルを医療関連機器圧迫創傷と呼び、小児においては、褥瘡の50%にあたると、注意を呼び掛けています。テープの選定や固定方法の工夫などは、皮膚排泄ケア認定看護師に相談すると、より専門的な対応が可能となります。

褥瘡評価ツール DESIGN-R分類とNPUAP分類

褥瘡の処置について、訪問看護事業所に指示を出す場合、訪問看護指示書の様式にある『褥瘡の深さ』の項目で、深さの分類に○を付ける必要があります。重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）にある場合に、以下の判定基準のDESIGN分類、NPUAP分類のいずれかで記載をします。

*重度の褥瘡により、週4回以上の訪問看護が必要な場合は、月に2回特別訪問看護指示書を交付することが可能です。

重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）

① DESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）

- D3：皮下組織までの損傷
- D4：皮下組織を越え筋肉、腱などに至る損傷
- D5：関節腔、体腔に至る損傷または、DTI：深部損傷褥瘡、U：深さ判定が不能の場合

②NPUAP分類

- Ⅲ度：皮膚全層および皮下組織に及ぶ損傷、筋膜には至らない
- Ⅳ度：筋肉、骨、支持組織に及ぶ損傷

DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用

Depth *1	深さ	創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する	カルテ番号 ())))))))))	
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷								
	1	持続する発赤		4	皮下組織を超える損傷								
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷								
				DTI	深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い*2								
			U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能									

Exudate 滲出液

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 皮膚損傷範囲を測定：[長径 (cm) × 短径 *3 (cm)] *4

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	局所の炎症徴候なし	I	3C*5	臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）								
	1	局所の炎症徴候あり（創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛）		3*5	局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭など）								
				9	全身的影響あり（発熱など）								

Granulation 肉芽組織

g	0	創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合	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								
				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 *3 (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										

部位 [仙骨部、坐骨部、大転子部、踵骨部、その他 ()]

合計 *1

参考

*1 深さ (Depth : d/D) の点数は合計には加えない
 *2 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診・補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する
 *3 "短径"とは、長径と直交する最大径*である
 *4 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する
 *5 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする

5. 褥瘡のケア

手 順

- ① 予 防：体は出来るだけ広い面で支えられるよう体位調整します。
日常生活の中で圧迫だけでなくズレを生じないようにします。
栄養状態の把握と改善を図ります。
スキンケアを行い、皮膚トラブルを予防します。又、患者や家族への教育も行います。
- ② 早 期 発 見：褥瘡発生リスクを評価します。発生しやすい部位などチームで共有し、早期発見に努めます。
- ③ 発生時のアセスメント：発生に繋がった要因を分析、チームで共有し、悪化や更なる発生を防ぎます。
- ④ 発生後の全身管理：感染状況の確認、栄養状態や疾患の治療状況を確認します。
- ⑤ 治療方法の選択：内科的治療や外科的治療など、状態に合わせた治療方法の選択について、チームで共有します。

《治療方法》

塗 り 薬：創部に感染がある時に使えるもの、感染が落ち着いた後に創部の治癒（肉芽形成、上皮化）を促すものや、保湿により創部を保護するものなど、その役割によって使い分けます。基剤の性質（油脂性・乳剤性・水溶性）は、選択する際の大きなポイントになります。塗り薬は種類も多く、治療効果を見ながら選択していく必要があります。

ドレッシング材：外部からの刺激や汚染などを防ぐことに適しています。非固着性ののであれば、交換時に肉芽組織や新生表皮を損傷しにくく、疼痛も少ないでしょう。創傷治癒促進することのできる高機能なものも多く販売されています。ただし、炎症や感染のある場合は、塗り薬の対応が良いでしょう。

消 毒 ・ 洗 浄：創部とその周囲は、十分な量の生理食塩水または水道水を用いて洗浄します。
創部の感染を認める時は洗浄前に消毒を行っても良いでしょう。

手 術：壊死組織を切除する外科的デブリードマンと、医療的ケア児者自身の皮膚などを用いて、創部を手術する再建術があります。

5. 褥瘡のケア

外用剤について

～日本褥瘡学会 褥瘡予防・管理ガイドラインより～

褥瘡に使える外用剤には、創部に感染がある時に使えるもの、感染が落ち着いた後に創部の治癒（肉芽形成、上皮化）を促すものや、保湿により創部を保護するものなど、その役割はさまざまです。外用剤は、基剤の性質（油脂性：油分による創面の保護、乳剤性：乾燥した組織に水分を与える、水溶性：浸出液を吸収する）は、創面に大きな影響を与えますので、選択する際の大きなポイントとなります。

キズの状態は時間と共に変化していきます。キズをよく観察し、その状態に最適なぬり薬を使えば、少しでも早くキズを治せるかもしれません。逆に、キズの状態に合わないぬり薬を漫然と使っていると、キズを悪化させる可能性もあるため注意が必要です。

■発赤・紫斑などが見られた場合

創面の除圧、保護が大切であり、ジメチルイソプロピルアズレンなど、創面保護効果の高い油脂性基剤の外用剤を用いてもよいでしょう。

■水疱を生じた場合

小さければ創の保護目的に酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなど、創面保護効果の高い油脂性基剤の外用剤を用いてもよいでしょう。非固着性の創傷被覆材を用いるか、ぬり薬を多めに塗って、交換の際、水泡を破らないことが大切です。緊満した大きなものでは、内容液を排出する処置が必要なこともあります。

■水疱が破れたり、びらん、浅い潰瘍を認めた場合

酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンを用いてもよいでしょう。上皮形成促進を期待して、アルプロスタジルアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いる場合もあります。

■滲出液が多い場合

滲出液吸収作用を有するカデキソマー・ヨウ素、ポピドンヨード・シュガーを用います。またデキストラノマー、ヨウ素軟膏を用いてもよいでしょう。

■滲出液が少ない場合

乳剤性基剤（O/W）の軟膏を用います。感染創ではスルファジアン銀、非感染創ではトレチノイントコフェリルを用いてもよいでしょう。

■褥瘡に感染、炎症を伴う場合

感染制御作用を有するカデキソマー・ヨウ素、スルファジアン銀、ポピドンヨード・シュガーの使用が推奨されます。またフラジオマイシン硫酸塩・結晶トリプシン、ポピドンヨード、ヨウ素軟膏、ヨードホルムを用いてもよいでしょう。処置の際には創部をしっかりと洗浄することが大切です。また、適切なデブリードマン（壊死組織の除去、キズの清浄化）や抗生剤の投与が必要なことがあります。

5. 褥瘡のケア

ドレッシング材について

～日本褥瘡学会 褥瘡予防・管理ガイドラインより～

ドレッシング材とは、キズを覆う医療用材料のことです。非固着性のものであれば、交換の際、肉芽組織や新生表皮損傷しにくく、疼痛も少ないことから、より早い治癒が望めます。近年ではキズが治るのに最適な環境（湿潤環境）を維持することのできる、高機能なものが多く販売されています。滲出液は蛋白に富み、創傷治癒にかかわるさまざまな成分を含むため、適切な量をキズ周囲に保持することで、キズのなおりを促進することができます。ただ過度の浸潤は治癒に悪影響を及ぼす可能性があり注意が必要です。ドレッシング材は、それぞれに浸出液を吸うことのできる量、性質が異なりますので、キズの深さや浸出液の量によって様々なものを使い分けます。たとえば、滲出液が少ないびらんや浅い潰瘍では、ハイドロコロイドを使います。滲出液が多い場合には、過剰な滲出液を吸収するポリウレタンフォームが推奨されます。他にも皮下組織に至る創傷用と筋・骨に至る創傷用ドレッシング材を用いてもよいでしょう。炎症や感染のあるキズには、ぬり薬を用いた治療が基本となりますが、軽度の感染創には、銀イオンの含まれた製品を用いて治療をおこなうこともあります。

表1

外用剤の軟膏基剤による分類

分類	基剤の種類	外用剤 (代表的な製品)	薬効成分	
疎水性基剤	油脂性基剤 鉱物性動植物性	白色ワセリン、プラスチックベース、単軟膏、亜鉛華軟膏	亜鉛華軟膏 アズノール®軟膏0.033% プロスタンディン®軟膏0.003%	酸化亜鉛 ジメチルイソプロピルアズレン アルプロスタジルアルファデクス
		親水性基剤	乳剤性基剤 水中油型(O/W型) 油中水型(W/O型)	親水軟膏、バニシングクリーム
水溶性基剤	マクロゴール軟膏			吸水軟膏、コールドクリーム、親水ワセリン、ラノリン
		アクトシン®軟膏3% アルキサ®軟膏2%	ブクラデシンナトリウム アルミニウムクロロヒドロキシアラントイネート	
		フロメライン軟膏5万単位/g	フロメライン	
		マクロゴール軟膏(+白糖)	ユーバスタコフ軟膏 精製白糖・ホビドンヨード	
		マクロゴール600(+ビーズ)	デプリサン®ペースト デキストラノマー	
		マクロゴール(+吸水性ポリマー) マクロゴール(+ビーズ)	ヨードコート®軟膏0.9% カデックス®軟膏0.9%	ヨウ素 カデキシマー・ヨウ素

表2

ドレッシング材の種類と機能

機能	種類	主な製品名
創面保護	ポリウレタンフィルム	オプサイト®ウンド、3M™ テガダーム™ トランスベアレント ドレッシング、パーミエイDS
創面閉鎖と湿潤環境	ハイドロコロイド	デュオアクティブ®、コムフィール®アルカス ドレッシング、アプソキュア®-ウンド
乾燥した創の湿潤	ハイドロジェル	ビューゲル®、ニュージェル®、グラニューゲル®、イントラサイト ジェル システム
滲出液吸収性	ポリウレタンフォーム アルギン酸/CMC ポリウレタンフォーム/ソフトシリコン アルギン酸塩 アルギン酸フォーム キチン ハイドロファイバー® ハイドロポリマー	ハイドロサイト® プラス アスキナ ソープ メビレックス® ボーダー カルトスタット® クラビオ®FG ベスキチン®W-A アクアセル®、アクアセル®Ag ティエール®
感染抑制作用	銀含有ドレッシング材	アクアセル®Ag アルジサイト銀
疼痛緩和	ハイドロコロイド ポリウレタンフォーム/ソフトシリコン ハイドロファイバー® キチン ハイドロジェル	デュオアクティブ® ハイドロサイト®AD ジェントル、メビレックス® ボーダー パーシバ®XC® ベスキチン®W-A グラニューゲル®

5. 褥瘡のケア

体圧分散、ずれ・摩擦防止

体圧分散寝具の種類は、対象者の褥瘡発生リスク、好み、ケア環境等も考慮に入れて選択します。特に自力体位変換が出来ない人には、圧切替型エアマットレスを使用することが勧められています。

スキンケア

褥瘡になりやすい皮膚の状態としては、尿や便失禁による湿潤（皮膚のふやけ）があります。排泄物が付着した状態が長時間続くと、皮膚への刺激が加わり皮膚トラブルから褥瘡発生につながりやすくなります。排泄物から皮膚を守るためには、皮膚の洗浄後に、肛門・外陰部から周囲皮膚へ皮膚保護のためのクリーム等の塗布を行うことが勧められています。また皮膚の洗浄については、皮膚をゴシゴシ擦らないように優しく丁寧に洗うことが大切です。石鹼を使う場合には、よく石鹼を泡立て、十分に洗い流しましょう。特に高齢者の皮膚は弱く、骨の突出した部位は皮膚の摩擦を強く受けやすい状態になっています。そのため、予防のためのテープ（ポリウレタンフィルムドレッシング材）やすべり機能つきドレッシング材、ポリウレタンフォーム/ソフトシリコンドレッシング材を貼ることが勧められています。また日頃より皮膚が乾燥しないよう保湿クリームなどを塗布することが大切です。

栄養管理

褥瘡予防の栄養管理の基本は、低栄養の回避、改善です。低栄養状態を確認する指標には、炎症、脱水などがなければ血清アルブミン値や体重減少率、喫食率（食事摂取量）があります。

5. 褥瘡のケア

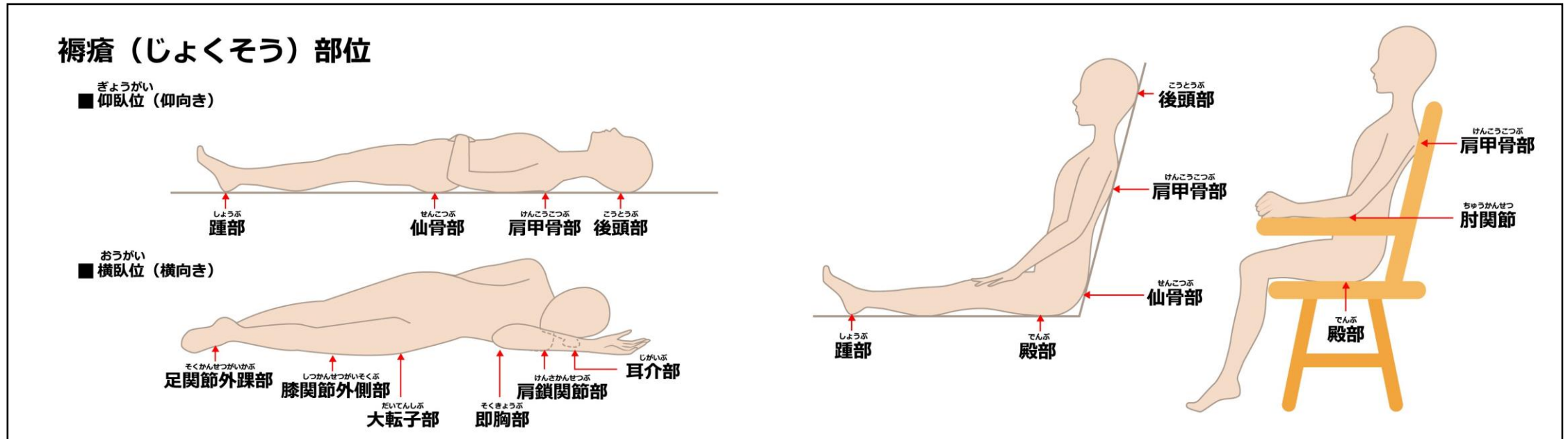
Q & A <褥瘡>

Q. 褥瘡とはどのような状態をいうのでしょうか？

A. 褥瘡は持続的圧迫により皮膚、皮下脂肪組織、筋肉への血流が途絶え、これらの組織が死んでしまった状態です。この状態を壊死と呼びます。自分自身で体位変換ができない方や知覚に障害のある方は褥瘡が発生しやすくなります。特に骨が突出した部分には圧力が集中するため注意が必要です。褥瘡に細菌感染や栄養障害が加わると急速に褥瘡が拡大し、ひどくなると皮下組織を越えて骨が露呈することもあります。このように褥瘡が進行すると治療が極めて困難となり、子どものQOLにも著しく影響を与えるので、褥瘡をつくらないようにする予防的な努力が最も重要であるといえます。

Q. 褥瘡の予防のためにはどのような点に注意すればよいのでしょうか？

A. 要点は図の様な皮膚の下に骨が突出している部位の圧迫を避けるという点につきます。以下具体的方法および注意点について列挙します。



5. 褥瘡のケア

Q & A <褥瘡>

Q. 褥瘡の予防のためにはどのような点に注意すればよいでしょうか？（続き）

A. 1. 体位変換：

最も基本になる予防方法であり、できれば2時間ごとに行います。仰臥位から側臥位、側臥位から仰臥位と繰り返すだけでも有効です。側臥位では体幹が床に対して30度傾くまで、つまり褥瘡の生じやすい仙骨部や大腿骨大転子部への圧迫を取り除けるまで傾けることが大切です。

2. ブロックスポンジ・プロテクターの使用：

特に褥瘡を生じやすい仙骨部、腓骨頭部、踵部などをベッドから浮き上がらせるように用います。踵部の除圧ケアとして下腿部全体にクッションをあて、踵部全体を浮かせるのがよい方法です。また、側弯の装具などに当たる部分（凸側の肋骨、肩甲骨など）にも切ったスポンジなどを用いることもあります。円座を使用すると円座の当たっている部位の皮膚に持続的な圧力が加わり、新たな褥瘡発生の原因となるため使用しないほうがよいでしょう。

3. 皮膚の状態の観察：

褥瘡は短時間で生じることも少なくありません。従って、好発部位は体位変換のたびに注意深く観察し、発赤など皮膚色調の変化がないかどうかを確認する必要があります。もし異常が認められれば、圧迫を取り除く処置をします。

4. 清潔の保持：

清潔保持の方法として入浴かシャワー浴がよいでしょう。入浴は皮膚を清潔にするだけでなく、血液循環をよくするので可能な限り入浴を行うことが褥瘡予防につながります。入浴やシャワー浴が不可能な場合は部分浴、洗浄、清拭などを行います。洗浄剤の中で汚れを落とす機能が優れているのは石鹼です。石鹼をよく泡立て、泡で包み込むようにやさしく洗い、汚れを取り除きます。石鹼分は汚れとともによく洗い流すかこすらないようにやさしくふきとり、石鹼分が残らないようにします。

5. 褥瘡のケア

Q & A <褥瘡>

Q. 褥瘡の予防のためにはどのような点に注意すればよいでしょうか？（続き）

失禁が頻回でオムツを使用している場合は臀部・仙骨部の湿潤している部分の皮膚がふやけた状態となり、皮膚が損傷を受けやすくなります。さらに汚物による化学的刺激・圧迫や摩擦・ズレが加われば褥瘡が容易に発生します。褥瘡部は汚染しやすく、潰瘍へと進みやすいので、外陰部の洗浄や排泄ごとの清拭は欠かせません。しかし圧迫部の皮膚は弱いことが多く強く擦ることは避けたほうがよいでしょう。

5. 栄養状態の改善：

予防のためにも、治療のためにも、全身的な栄養状態を改善することが大切です。特に低タンパク血症がある場合は褥瘡が進行しやすく、従って十分な蛋白質の補給にも気を配る必要があります。

Q. いったん生じた褥瘡はどうすればよいのでしょうか？

A. 発赤など皮膚の色調変化を発見したときは圧迫を避けて進行を防ぎ、また細菌感染に注意して下さい。マッサージは摩擦と皮膚組織にズレを生じさせてしまうために褥瘡発生・悪化の要因になります。マッサージはせず、皮膚の状態を観察してください。さらに進行し浸出液が出てジュクジュクしてきたり、皮膚潰瘍となり皮下組織が露出するようなら、医療機関での処置が必要ですから受診しましょう。