



2023年5月15日放送

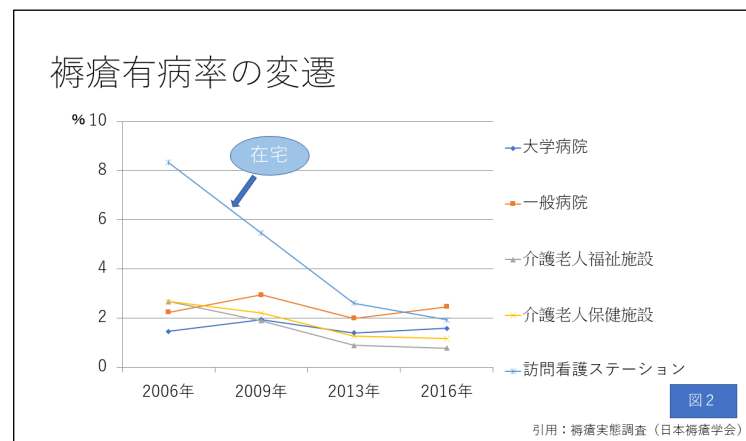
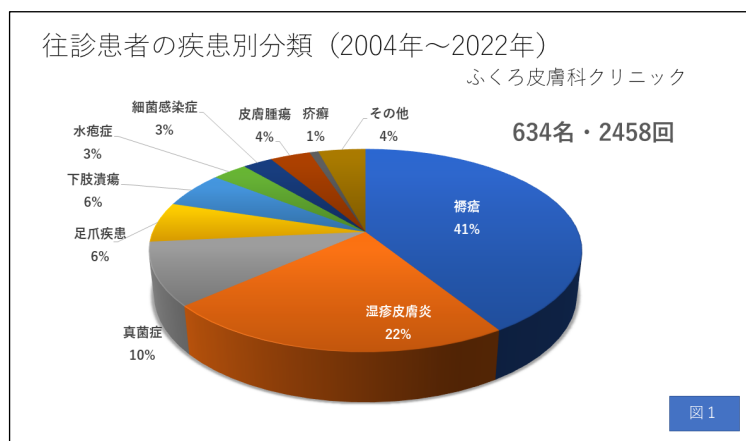
「第24回 日本褥瘡学会 シンポジウム5-1

在宅褥瘡に対する保存的治療の実態・実践・工夫」

ふくろ皮膚科クリニック
院長 袋 秀平

在宅褥瘡の実際

私は開業して25年目になりますが、直近の19年間のデータでは、約600名の在宅患者に対して訪問診療を行ってまいりました。その主訴をまとめると、褥瘡が40%以上を占めており、褥瘡が在宅での皮膚科医の診療を必要とする重要な疾患であることがわかります(図1)。日本褥瘡学会が定期的に行っている療養場所別の褥瘡実態調査によれば、在宅における褥瘡の有病率は、2006年の初回調査以降順調に低下し、直近の調査では病院や高齢者施設の有病率と遜色ないところまで改善しています(図2)。しかしこの「在宅」とされているデータは、訪問看護ステーションが行った調査に基づいているものです。在宅では訪問看護が入っていないケースもありますので、実際の有病率はもっと高いのではないかと推測します。



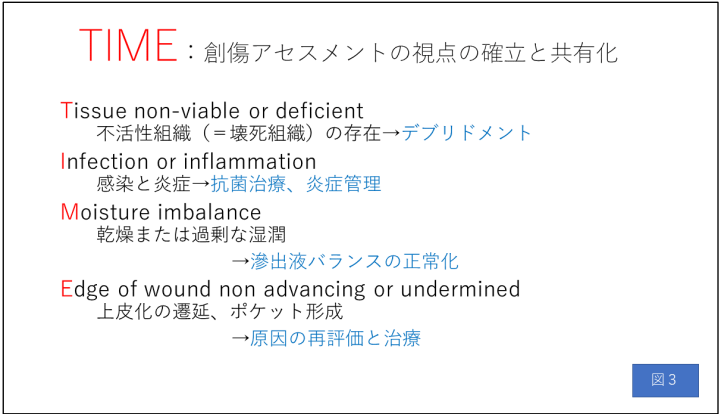
褥瘡の治療

褥瘡の保存的治療を考える場合、wound bed preparation について知っておく必要があります。創面環境調整、創底管理などと訳されています。創傷治癒を阻害する因子を取り除くこと、です。これを実現するための行動指針として、TIME コンセプトがあります (図3)。TIME、T・I・M・E の T は tissue、壊死組織があればそれを除去します。

I は infection と inflammation、感染と炎症に対してその治療と管理を行います。M は moisture、適正な湿潤状態を実現するようコントロールします。最後に E は edge、傷の辺縁の状態、ということで、上皮化が遅れている場合はその原因を再評価して治療します。

皮膚科医であればだれでも外用薬が薬効成分のある主薬、主成分と基剤からなることは知っていると思いますが、褥瘡の場合はとくに、褥瘡創面の状態と基剤の性質を考えて薬剤を選択する必要があります。たとえば壊死組織が付着していてそれを除去したい場合、硬い壊死組織に対しては水分を与えるような乳剤性基剤を持った薬剤、具体的にはゲーベッククリームを選択します。一方で柔らかく滲出液をとまなうような壊死組織に対しては吸水性のあるマクロゴールを基剤とするプロメライン軟膏が適しています。このように、主薬と基剤の両方を頭に入れて外用薬を選びます。

私たち皮膚科医は、往々にして処方したら終わり、あとは薬を塗ってください、ということになりがちですが、在宅の場合は「誰が外用処置をするのか」を、勘定に入れておかななくてはなりません。内服薬は、決められた量を決められたタイミングで、適切な飲み方をする必要があります。一方で外用薬は、適切な量を、適切な回数、適切な場所・範囲に、適切な順番で塗ることが求められます。さらに言えば、塗る前に患部を洗浄するなど適切な状況にしておくことも必要です。加えて、褥瘡というのは少し特殊な病変になります。一般の外用薬については、finger tip unit、FTU という概念が一般化していて、患者に対する指導もしやすくなっていますが、褥瘡には FTU は通用しません。褥瘡は、とくに深い潰瘍病変の場合は立体構造を持っているため、表面に外用薬を塗る、というよりは潰瘍の内腔の表面に薬が付着するように充填するというイメージが適切であると思います。さらに、立体構造を持つ潰瘍病変は、体位の変換などに伴って構造が変化し、また、充填した薬剤が押し出されてしまうこともあるため、変形を防止するように創を外側からテープで固定するなどの工夫が必要となります。そのような処置を患者の家族などに求めることは難しいので、なるべく医療・看護職が関われるようなケアプランを作成したり、介護者に局所治療の方法を指導したりするなどの配慮が必要となります。



創傷被覆材の使用方法

そのように使用方法の難しい外用薬に対して、創傷被覆材は、言ってみれば「貼るだけ」ですので、適応を選べば、よい治療方法となります。被覆材も種類が多いですが、機能的に分類するとわかりやすいと思います。ここでは4つに分けてみました（図4）。

まず一つ目は、抗菌性を持った被覆材です。多くは銀イオンによって抗菌力を持たせたものですが、病原体を吸着させて細菌の負荷を軽減させるものもあります。

二つ目は、粘着面にシリコンなどを用い、貼付部位の刺激を低減させるものです。はがすときの刺激も軽くなります。創の表面をやさしく覆うことにより、若干ではありますが痛みを和らげる作用もあるようです。

三つ目は、これまで述べた二つの特徴を兼ね備えたもの、つまり抗菌力があり優しい粘着面を持った製品です。

そして四つ目ですが、バイオフィームに対応した製品が、最近発売されています。バイオフィームについては、褥瘡などの慢性創傷の治癒の妨げになっていることがわかっており、慢性創傷管理の考え方として、**wound hygiene**、創傷衛生の概念が注目されています。2020年にコンセンサスドキュメントが出されています。**Wound hygiene**を推進するために、洗浄、デブリドマン、創辺縁部の新鮮化、創傷の被覆、以上の4つのステップを踏むことが推奨されています。中でも第1のステップである洗浄について、従来、褥瘡の創周囲を洗浄することは行われていましたが、創面、創底部の洗浄についてはあいまいになっていたように思われます。今回のコンセンサスドキュメントにより、創底部も界面活性剤を含んだ洗浄剤で洗うことが推奨されました。

次に、創傷被覆材が患者の手に渡るまでのプロセスを示します。一つ目は、往診時に処置を行った際に使用することです。褥瘡の大きさにより、使用した分を請求できます。二つ目、往診時に自己処置用として置いておくことが可能ですが、一般的にレセプトにその旨記載する必要があります。最後に、処方箋で供給することもできます。在宅における創傷被覆材の使用は、従来は3週間を限度とすることになっておりましたが、レセプトへの症状詳記により、その期限を過ぎても使用できることになっています。ただし、どのような立場の医師が使用・処方するかが問題になります。在宅患者の多くには在宅主治医が存在しており、在宅時医学総合管理料、いわゆる在医総管を算定しています。創傷被覆材は在医総管のような在宅療養指導管理料を算定している医療機関が使用・処方することは何ら問題ないのですが、あとから介入した、たとえば私たちのような皮膚科医は、その指導管理料を算定することができず、その場合に被覆材を使用・処方することについては解釈が分かれているのが現状であり、注意が必要となります。創傷被覆材の使用にかかわる保険算定については、企業のHPなどに資料が掲載されておりますので、参考にされるとよいと思います。

おわりに

日本褥瘡学会では各都道府県において、在宅褥瘡セミナーを開催しております。コロナ禍において中止・延期される例が多くなりましたが、基本的には毎年開催しています。セミナーの参加者の職種をみると、看護師、ケアマネジャーなどが多く、医師の参加はごく少数となっており、医師にこうしたセミナーに関心を持ってもらうことは重要であると考えています。日本在宅医療連合学会と、日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会が合同で、在宅の現場での褥瘡と創傷ケアを向上させるためのオンラインセミナーを毎月開催しています。現在のところ参加資格は両学会の会員のみとなっていますが、参加者のうち医師が7割程度を占めており、一定の成果を上げているものと考えています。今後も、医師に、褥瘡に対する関心をもってもらうような活動を行うことが重要と考えております。

今回は在宅における保存的治療についてお話しいたしましたが、増え続けている高齢者施設における褥瘡対策も重要です。保存的治療を行う前に、そもそもの褥瘡の原因である外力の除去と、栄養対策を忘れてはいけないことを最後に申し述べておきたいと思えます。

「マルホ皮膚科セミナー」

https://www.radionikkei.jp/maruho_hifuka/