

高岡褥創勉強会第1回公開シンポジウム 内容紹介(2004.11.28)

11月28日、富山市タワー111の3階スカイホールにて、第一回公開シンポジウムを開きました。シンポジウムのテーマは、「褥創をチームで取り組むための専門性とは何か」とし、第一線で活躍されている医師・歯科医師・看護師・管理栄養士のシンポジストの方々に講演していただき、最後に私 塚田の司会でディスカッションを致しました。

今回は、富山県医師会・富山県歯科医師会・富山県看護協会・富山県栄養士会・富山県歯科衛生士会の御後援をいただきました。また、企業展示として、コンバテック・科研製薬・コロプラスト・スミスアンドネフュー・モルテン・日東メディカル・アルケア・フレゼニウスカビジヤパン・ケープ・ノバルティスファーマ・ホリスター・ジョンソンアンドジョンソン・アボットジャパン・大塚製薬・越屋に協賛していただきました。

また、会場の運営は越屋と高岡駅南クリニック職員で行いました。

講演内容について、私のメモをもとに内容紹介を致します。記憶があいまいな点もあり、講演内容と異なる点があるであろうことを御了承ください。

「スリーステップ栄養アセスメントを用いた栄養支援」

昭島市高齢者在宅サービスセンター愛全園 所長・管理栄養士 佐藤悦子先生

高齢者は脱水になりやすく、また簡単に低栄養に陥りやすい。200名の高齢者を調査したところ、歩行の自立は30%、食事の自立は36%、臥位の自立は18%と何らかの介助が必要な高齢者が多かった。一般の認識として、高齢になればあまり食べられなくなっても仕様がないと納得されている。しかし、これでは高齢者の自立はますます低下する。健康な高齢者になってもらうために、食事が大切である。高齢者の食事は、一汁三菜が基本である。一汁とは主食とお汁物である。三菜とは、好きなものを一皿・野菜のおかずが一皿・蛋白質のおかずが一皿の三皿である。

このような食事が大切だが、在宅では栄養支援の必要な方を早期にピックアップして適切な栄養食事支援を行うことで、より健康な状態を維持していける。そこで簡単にできる栄養アセスメント法を開発した。実際は5年間の研究会での試行錯誤の結果一冊の本にして出すことができた。これは、第一出版(株)から本年11月に出版された「スリーステップ栄養アセスメントを用いた在宅高齢者食事ケアガイド」という本にまとめた。

栄養アセスメントの第一ステップは、食の危険度調査で、10項目の簡単な質問票からなっている。この調査は、ヘルパーやケアマネージャーあるいは家族でも簡単に行うことができる。これによって「問題なし」「要観察」「危険」と分類する。危険となった場合は、すぐに主治医と連携を取ることが勧められる。

要観察の場合は、第二ステップである脱水の有無を調査する。第二段階調査は、絵を入れた調査票で行うが、使い方はそれほど難しくなく、管理栄養士から使い方の説明を受ければ、ヘルパーやケアマネージャーあるいは家族でも行うことができる。この摂取水分量は食事の中にある水分量と飲み物として摂った水分量の総和を算出できるすぐれ物である。

摂取水分量が1501ml以上であれば問題なし。1000~1500mlは要観察。999ml以下は危険と判定する。危険と判定された場合は、直ちに医師との連絡が勧められる。要観察の場合は第三ステップである本格的な食事調査を行う。これは管理栄養士が行う聞き取り調査によって、摂取カロリー・蛋白質量・水分量・塩分量を算出し栄養状態を把握する。摂取カロリーが1201Kcal以上あれば問題なし。900~1200Kcalは要観察。899Kcal以下を危険と判定する。

栄養摂取不良があればすぐに経管栄養と考えるのではなく、そのためにプレ鼻腔食を作ってみた。これは蛋白質強化し栄養を整えた一種のペースト食である。

管理栄養士が関与することで、チームケアが始まり介護度が改善した事例が紹介された。また、要介護1や要支援などにおいて、栄養状態をスクリーニングし介護予防という観点からの新しい介護メニューが近々始まるという情報が示された。これには低栄養の改善と口腔ケア入ったとのことであった。

「お口から食べることって？歯磨きが肺炎の予防になるってほんと？ - 摂食・嚥下障害における歯科医師の役割と専門性 -

榛名壮病院 摂食・嚥下機能外来・歯科医師 山川治先生

口から食べることと褥創罹患とは関連があった。これは口から食べることが組織耐久性の維持と直接・間接に関係していたためである。したがって摂食嚥下障害の改善が求められている。咀嚼するという行為は脳血流を 20%増加させる効果もみられ、寝たきり予防効果もある。

NST による栄養介入のみを行った例と、それに加えて口腔ケアを行った例で比較すると、栄養介入のみでは栄養指標であるアルブミン値が改善しなかったのに比し、口腔ケアを併用するとはっきりとアルブミン値の上昇がみられた。

歯科では口腔ケアを行うとされるが、英語では、oral health care と呼び、日本語の oral care のみではないことが解る。歯科でよく行われる器質的なケア、例えば入れ歯を入れるや歯槽膿漏の治療、虫歯の治療のみでは真の口腔ケアとは言えない。このような器質的なケアを行ったあと、舌の動きの訓練や嚥下の指導、ブラッシング指導や、口腔乾燥の対策、味覚異常の予防や改善対策としての舌苔の除去などの機能的なケアを行う必要がある。

このように歯科の口腔ケアは局所のケアだけを意味せず、全身管理に結びつく health care という概念が必要である。このような考え方に立つと、器質的なケア自体が変わってくる。つまり、入れ歯一つを入れるにしても、その人の麻痺の有無や舌の動きを観察し、左右の高さを変えたり、軟口蓋を押し上げるようにしたりとかの工夫が必要になってくることであった。

高齢者が救急車で運ばれる第一の原因は肺炎であり、その原因は誤嚥である。この誤嚥性肺炎を防ぐことで高齢者はより健康な状態を維持でき、寝たきりに陥る危険を低下させることができる。

最近 ACE 阻害薬(降圧剤)やシンメトレルなどを使うと高齢者の肺炎が有意差をもって低下するという報告がされている。しかし、それにかかるコストや患者の負担や適応を考えると気軽には行えない。それに対し、気軽に低コストなブラシ一つでできる口腔ケアがしっかりと行われると、肺炎は半減した。また、咽頭部の細菌数もブラッシングによる口腔ケアを行うことで次第に減少し、3ヶ月後には有意差がみられるようになった。

このように歯科医師が口腔ケアをしっかりと行うと、患者の ADL の改善に多に関係する。歯科医師はちゃんと使える入れ歯を作り、口腔ケアをしっかりと行う必要がある。そして栄養士や看護師など複数の職種と連携しながら、要介護の方に「食べる・噛む・飲み込む」ということを味わいながら感じてもらうことで、生きる意欲が引きだされる。

「褥創の局所治療における医師の責任」

群馬大学大学院医学系研究科皮膚病愛学 教授 石川治先生

褥創は圧迫による血流障害から組織壊死になる。血管内の圧力は大動脈で一番高く、毛細血管では低くなるが、じつは静脈側の毛細血管ではより低くなっている。静脈側では血管が太くなるにしたがって血管内圧力はさらに低くなり、心臓に流入する直前の中心静脈が一番低い。強い圧迫の場合は、動脈側毛細血管の圧迫による動脈血流の途絶が起こる。しかし、比較的弱い圧迫では、静脈側の毛細血管圧迫による血流途絶がまず起こる。静脈側が圧迫によって血流途絶すると、静脈血栓形成や浮腫による低酸素状態がおこり、やがて本当に動脈血流も途絶する。したがって、よく 32mmHg の体圧分散が目標値にされているが、これでは静脈圧迫による影響が考えられていない。

褥創発症早期にみられる出血斑は皮下脂肪まで壊死が及んでいる証拠であり、このような例では治療に時間がかかることを覚悟したほうがよい。褥創の表皮化は表皮細胞の分化によってなされるが、表皮の Stem cell は基底層と、毛穴の立毛筋付着部に認められるために、この部が残っている浅い組織損傷(部分創損傷)では完全に皮膚の再生が起こる。

褥創に壊死組織があると、身体は異物として認識し、蛋白分解酵素と活性酸素が壊死組織の周りに集まり、強い炎症反応がおこり周囲組織を障害する。これが全周性のポケットの原因にも関係する。したがって壊死組織はできるだけ早くデブリードメントしたほうがよい。

褥創の治療は、まず壊死組織の除去と感染の制御を行い、次に肉芽形成期の段階では湿潤環境の維持と創面の保護を基本に行っていく。

創面に使う軟膏としては、全ての病期に一貫して使えるという外用薬は無く、創の病期に応じて変えていくことが大切である。ポケットの処置においては、ポケット方向にズレが起こっており、ズレの対策をする。またポケットの切開を積極的に行う。

皮膚の表面は角層で被われており、これが大切である。角層はケラチンの間にセラミドが入っている。角層は柔軟性に富むブロック塀のようなものであるが、セラミドが無くなるとバリア機能が失われる。セラミドが失われると乾燥肌となる。この状態は、アトピー性皮膚炎及び高齢者で一般的に認められ、いずれもスキンケアが必要である。

医師は、しっかりとした診断を行うことが大切である。

「褥創ケアにおける看護の専門性とは何か」

宮城大学看護学部 教授 徳永恵子

褥創予防においては、まずリスクアセスメントをすることから始る。これには看護ケアと直接結びつくブレデンスケール、体圧分散用具選択に使える大浦スケールやOHスケールがある。しかし、リスクアセスメントをいくらしても褥創予防の保証はしてくれない。つまり体圧分散用具やスキンケア用品を実際に導入し、焦点をあてたケアを実践しなければならない。これらが不足しているようであれば、リスクを検討して必要物品を請求する必要がある。

ところで高機能のエアーマットレスを無頓着に導入するだけでは、自力体位交換を妨げることとなり、ひては廃用症候群を人為的に作る結果になる。そこで自然な動きなどの特徴をもつキネステティックの理論が生きてくる。寝たきりを予防するために、車イスの整備、座位で安楽な状態を作れるイスの活用、動かす中にリハビリテーションが組み込まれているキネステティックの導入などをおこなう。

看護師は予防環境を整えることを行うが、中でもスキンケアが大切である。これは皮膚の清潔・皮膚保護材の使用・便失禁をパウチで管理するなどの技術が含まれる。特に便失禁時のスキンケアでは皮膚保護材を活用する。

褥創においても、治癒環境を整えて自然治癒力を最大限引きだすようにする。この治癒環境は局所のみではなく全身を考えなければならない。また創傷治癒に関するアセスメントは医師に任せきりではなく、看護師でもできなければならない。きちんと治療が行われているかの判断ができ、意味のない薬剤の選択や誤った局所療法が行われるとき、看護師はそれをきちんと医師に指摘しなければならない。

このように看護師の役割と責任には、予防・治療に必要な環境を整備することが挙げられるが、これには教育も入ってくるし、医師をうまく巻き込むことも環境整備に含まれる。また、全身的な治療方針に合致した褥創ケアの選択をするが、これは治癒のみが目的とはならない例もあることを意味する。

さらに適切なアセスメントと科学的根拠にもとづくケア。患者の安全と安楽の優先。治療メンバーの一人として協同していくことなどが挙げられる。

本当の意味で看護の恥とは、経験とカンのみによるケアが行われたとき、ケアの質よりも目先の経済性が重視されたとき、予防的ケアの実践がなかったときが挙げられる。

「ディスカッション」

司会 高岡駅南クリニック 院長 塚田邦夫

「塚田」寝たきりを予防するためのヒントにどのようなものがあるか。

「佐藤」寝たきりを避けるために、座位になってもらう。しかし、全員同じ車イスに乗せるというのはどうもおかしいと思った。そこで PT3人が介護用品展示会に行き、いろいろな機能のある車イスの中から 13 種類を選択して導入した。それによっておのおのの患者さんが安楽に座れるようになった。このように専門職との連携によって容易に目的を達成することができた。

「山川」ベッドからまず離すことで始まり、生きる喜び・食べる喜びを持ってもらう。口のケアを早期に始め、食べたい気持ちを持たせることだ。また、寝たきりにならないよう努力することである。

「塚田」医師を巻き込むことが難しいようだが、皆さんの施設ではどのようにして巻き込んでいったのか。または巻き込まれたのか。

「佐藤」医師は始めから患者思いであり、自然にそうなった。在宅では医師に栄養状態などの報告をしっかりと行っていくこと。

「山川」自分は口腔ケアをやっていてポケットが全然良くなる例があり、真田先生に写真で相談し適切なアドバイスをもらい治癒させることができた。それからもっと勉強するようになった。

「石川」知っているドクターで褥創について訴訟されて真剣に取り組むようになった人がいる。また、褥瘡対策未実施減算制度によって取り組むようになった医師が多い。このような痛い目を見るのが結構有効になっていた。

「塚田」内部告発などを勧めるということでしょうか。

「石川」しっかりと必要性を説明することでしょうか。

「徳永」先生に創傷や褥創の講義を依頼すると、勉強してくれる。特に資料を渡して「それについて解るように説明して」という形でお願ひする。

「塚田」私は徳永先生からそのような形で勉強させられました。

今日は違う職種の講師の先生方から、専門であるからこそ聞けるお話を伺った。いずれの先生方も自分の専門領域では大変なエキスパートであるが、それとともに全身が解ること、他の職種の基本概念が解っていることなどが共通にみられた。チームで取り組む為には、他の職種の基本的なことが解っていることが必要である。他の職種のことがおおかた解っているからこそ、より専門の知識や技術が必要なとき必要であると判断できて、専門家に任せるなり相談するなり適切に行えるのであろう。これがチーム医療に重要だろう。

「石川」さらにチームで取り組む為には、誰でもよいから牽引役になる中心人物が必要である。

「塚田」時間になりました。今日はどうもありがとうございました。