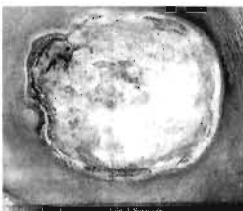


# 床ずれ 在宅介護悲鳴

在宅介護を受けている人のうち、床ずれを患う人が全国で約12万人と推計されるなど、在宅介護のお寒い実態が日本褥瘡学会の調査で明らかになった。背景には、家庭で介護する家族の高齢化、床ずれの専門知識を持つ医療従事者の不足など、複合的な要因がある。(医療情報部 鈴木敦秋、本文記事一面)

## ●老老介護

やせて骨張った腰や背中に5か所も大きな床ずれができて、皮膚に赤い穴が開いていた。昨年暮れ、東京都新宿区の女性(74)が、肺炎で近くの病院に緊急入院した時の状態だ。



腰の中央にできた床ずれ(大浦医師提供)

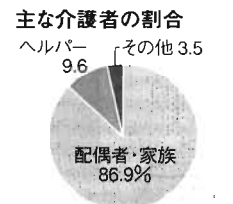
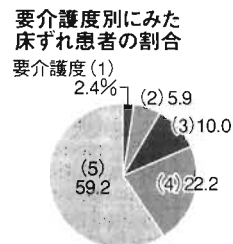
脳梗塞の後遺症で寝たきりになった。昨年夏には寝返りも打てなくなり、要介護度が最重度の「5」と認定された。夫婦二人暮らしで夫72が介護してきたが、週2回、ヘルパーの入浴介助を受けるようになった。夫が、妻の床ずれを市販の軟膏で手当てしても、悪化するばかり。「かわいそうなことをした。でも、老いた自分には、床ずれを防ぐために妻の体の向きを変えてやることも十分にできませんでした」

床ずれは、寝たきり、栄養状態が悪いなどの人がなりやすく、体圧を分散する専用マットの使用、皮膚ケアや栄養管理などの専門治療が必要になる。だが、診療科ごとに縦割りの医療体制の中で、そうした知識を持つ専門医は育ってこなかった。同学会も1999年に設立されたばかりで、専門医の認定制度はない。「専門家と呼べる医師は全国で50人ほど」と大浦医師は言う。

在宅介護では、介護する側も高齢で、床ずれ予防のために、「まめに体の向きを変える」「体位変換」ができない場合も少ない。ヘルパーが床ずれの予防法や対処法を学ぶ機会も乏しく、この夫婦も、ヘルパーから体位変換などの協力を得ることはできなかった。

この分野で専門的な教育を受け、日本看護協会が技量を認定した看護師は約4500人いるが、訪問看護ステーションに勤務するのは全国で5人程度しかない。在宅介護の現場には、専門家がほぼ不在だ。米英では、床ずれで壊死した組織の除去や、患部の被覆材の

## 72歳夫「妻の体の向き変えてやれない」



(グラフはいずれも日本褥瘡学会調査による)

要介護度別の状態

要介護度	状態
【要介護1】	立ち上がりや歩行が不安定で、排せつや入浴に一部介助が必要
【要介護2】	立ち上がりや歩行が自力では困難。服の着脱にも介助が必要
【要介護3】	立ち上がりや歩行が自力でできない
【要介護4】	排せつ、服の着脱など日常生活に全面的な介助が必要
【要介護5】	日常生活全般に全面的な介助が必要で、意思の伝達が困難

2年前に要介護4と認定された滋賀県の男性90は、昨年、肺炎で入院したのをきっかけに寝たきりに近い状態になり、腰に3〜4センチの床ずれができた。同居する娘60は、以前に新聞で見た「ラップ療法」だが、それぞれ700〜8000円、約10000円を思い出した。水道水で傷口を洗い、食品用ラップで患部を覆う方法だ。床ずれの治療は、傷口を湿った状態に保ち、自然治癒を促すのが原則で、医療機関では滅菌シートや被覆材で覆う治療が行われる。だが、それぞれ700〜8000円、約10000円

## 高齢家族 専門医不足

発注などを専門の看護師が行うが、国内の看護師には認められておらず、せつかくの實力を発揮することも難しい。床ずれについて、日本褥瘡学会は2005年、53種類の治療法を推奨したガイドライン(指針)を作成した。だが、このうち47種類は「十分な有効性の根拠はない」とされ、治療の研究も十分でない。

新たな動き 床ずれを早期に発見して治療するには、医師、看護師、家族ら「協力をすることが重要になる」「ひどい床ずれです。診てもらえますか」

皮膚科医院には、訪問看護ステーションの看護師やヘルパー、患者の家族から電話が入る。大浦医師の初回の往診時には、患者の介護プランを作るケアマネジャーやヘルパー、看護師も患者宅に集合。病状や栄養状態、使っている薬の情報、体位変換の方法などを話し合う。

次の往診日まで、看護師らが定期的にデジタルカメラで床ずれの状態を撮影、大浦医師に送信する。悪化の兆候があれば、治療器具や薬剤を積んだ専用車で患者宅へ駆けつける。こうした連携システムは、まだ一部の地域で始まったばかりだ。

在宅患者を訪問して服薬指導を行う薬剤師たちも動き始めた。愛知県の大府市や病院の薬剤師たちは2003年から、全国6都市で薬剤師を対象にセミナーを開き、床ずれに使う軟膏の選び方や用法などの知識の普及に努めている。



在宅患者の床ずれの治療を行う大浦医師



在宅介護を受ける人の深刻な床ずれに、これまで注目が集まらなかったのは、「床ずれは看護・介護の恥」とされて隠されがちだったことや、社会復帰を望まない患者が多いこともあって医師が重視してこなかったことが理由だ。しかし、超高齢化時代を迎え、在宅介護を受ける人が増え続けるだけに、床ずれ対策は急務と言える。床ずれ治療での専門家の不足や医療従事者の連携の不十分さは、在宅医療システム全体にも重なる問題だ。現状の改革には、行政の協力も欠かせない。関係者全員が知恵や経験を持ち寄る「総力戦」が求められている。

## 行政の協力不可欠

## ラップ療法 現場に混乱も

と高額なうえ、保険適用期間が2週間しかなく、その後患者の自己負担になる。患部がピンク色になり回復の兆しが見えた。だが、男性が通うデイケア施設では、この療法に否定的だった。病院の皮膚科でも「扱っていない」と言われ、娘は「これでよいのか不安」と話す。医師の理解不足や誤用が「傷口の感染を招いた」などを使う。開発者の鳥谷部俊一医師(53)が開くホームページ(http://www.geocities.jp/pressur ulcer)には、2001年9月の開設以来、5万

要介護度 \* 体の状態や排せつ、入浴など日常生活の能力、認知症の進み具合から介護の必要度を認定した基準。一部介助が必要な「要支援」(1~2)と「要介護」(1~5)の7段階に分けられる。