

だし、治療の場を移行することで治癒を目指せる可能性もあるため、褥瘡治療を専門とする医師にコンサルトしたり、在宅であれば病院との連携を図るといった対処も必要でしょう。

がん終末期、とくに不可逆的悪液質に陥った状態では、褥瘡そのものが終末期の徴候と考えられます。この場合は創傷治療は望めませんし、疼痛管理などと合わせて、褥瘡ケアにおいても苦痛を与えずに過ごすことが目標になるでしょう。

**重度の持ち込み褥瘡には高齢者が多い
～当院皮膚科の現状～**

筆者らは、褥瘡を主訴として当院皮膚科に入院した患者をまとめ、2014年の日本褥瘡学会学術集会で報告しました(図6)²⁷⁾。基幹病院として地域の褥瘡対策に当たる責務があり、NSTなどと協働するチーム医療や、適切な療養の場へ移行する地域連携の現状を振り返り、今後の課題を

考えたかったわけです。2009年1月から2014年2月の5年2か月に合計41名(男性15名、女性26名)、平均年齢は81.3±9.4歳と高齢者が主体で、日常生活自立度はC1が5名(12.2%)、C2が31名(75.6%)と、寝がえり困難な患者がほとんどでした。栄養状態はSGAで中等度栄養不良が35名(85.5%)、高度栄養不良が5名(12.2%)と、栄養不良が大きく関与していたと思われ(図6B)、41名中36名(87.8%)の患者でNST介入となりました(図6A)。感染の合併、ポケットの存在など重度な症例が多かったのですが(図6C)、ある程度の深さがあっても次なる療養の場へ移行しており、DESIGN-R®の平均評点をみると、入院時の38.9から退院時には19.4に下がっていました(図6D)。ただ、在宅にはなかなか戻れない現状があり(図6E)、今後もさらなる地域連携、教育や啓発活動を進める必要があると考えられました。

おわりに

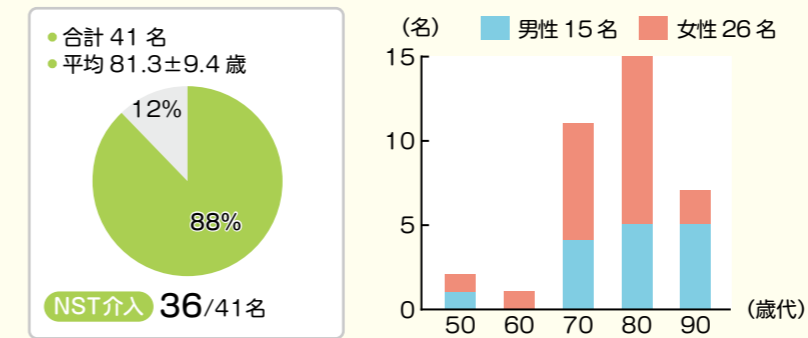
日本老年医学会の指針に「医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族と代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。」とあります²⁹⁾。これは年齢を限ったものではありませんが、高齢者に対する医療者の取り組みの基盤として念頭に置く必要があるでしょう。

褥瘡についていえば、高齢者ケアに当たる者は

褥瘡発生リスクを適切にアセスメントしたうえで、いかに予防していくかが大切です³⁰⁾。療養の場に在るマンパワーを最大限に活用し、周辺地域で連携しながら、褥瘡対策に関する知識とスキルを高めていける環境作りが望まれます。さらには私たちもフレイルやサルコペニアについて多職種で学び、これからの高齢者対策に携わっていくべきではないでしょうか。



A 褥瘡を主訴とする皮膚科入院 (2009年1月～2014年2月の5年2か月)



B SGAとCONUT²⁸⁾の比較

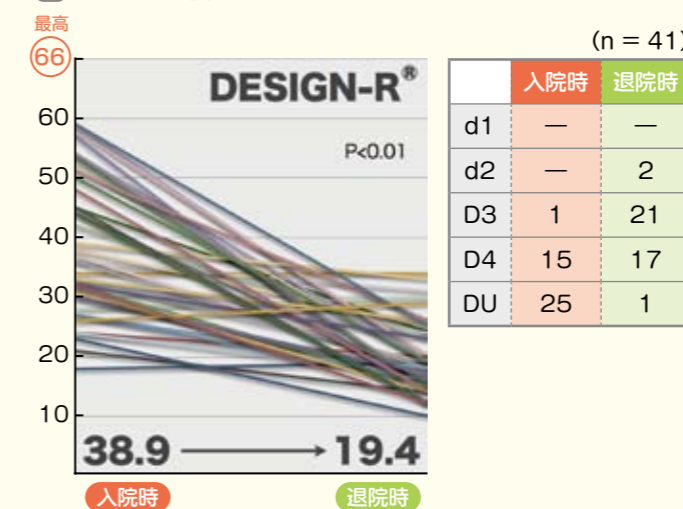
		CONUT アルブミン, 総コレステロール, 総リンパ球数をスコア化		
		軽度	中度	重度
SGA	栄養状態良好	1	—	—
	中等度栄養不良	5	24	6
	高度栄養不良	1	1	3
	計	7	25	9

SGA: subjective global assessment (主観的包括的評価)
CONUT: controlling nutritional status

C 褥瘡に対する治療

	(n = 41)	
外用療法	41	100%
抗菌薬の点滴静注	29	70.7%
ポケット切開	30	73.2%
植皮術	1	2.4%
陰圧閉鎖療法	14	34.1%

D 褥瘡の創評価



E 褥瘡患者はどこからどこへ

		(n = 41)			
		入院前	転帰		転帰合計
在宅	16	在宅	5	5	21.2%
		施設	2		
		病院	6		
		死亡	3		
施設	24	在宅	—	18	43.9%
		施設	16		
		病院	6		
		死亡	2		
病院	1	病院	1	13	31.7%
死亡	—	—	—	5	—

図6 重度の持ち込み褥瘡に対し私たちは何ができるか?～チーム医療と地域連携と～²⁷⁾

- A: 当院皮膚科に褥瘡を主訴に入院した患者をまとめた。高齢者が主体であり、多くはNSTが介入している
- B: 低栄養状態が多くみられる
- C: 多くは褥瘡感染があり、ポケットを有していたことがわかる
- D: 創状態は改善し、ある程度の深さがあっても次なる療養の場へ移行している
- E: 在宅への移行は困難で、多くは褥瘡の処置継続のため、病院へ転院している