

## 入院中の褥瘡管理に関する情報提供と日常生活支援

褥瘡や創傷を有する患者は、在宅生活にさまざまな支援が必要となります。まず、患者の理解度や動作レベルに合わせて、セルフケアを高める関わり、患者教育を行っていくことは褥瘡予防には重要です。さらに、具体性のある在宅支援を検討していく必要があります。現在は、入退院支援加算に関連し、在宅と病院で話し合う機会に診療報酬の算定が可能です。コロナ禍で多くの関係者が集まらない場合、当院では「Zoom」や「Microsoft Teams」のオンライン機能を用いて行う場合もあります。

当院における入退院支援の流れ(図4)をもとに、在宅介護サービスの利用状況、在宅でケアを担うものがあるのか、家族の介護負担も含めて確認します。褥瘡回診やカンファレンスでは褥瘡の治癒経過と予測、退院後に必要となるケアとその頻度、体圧分散寝具など福祉用具を検討し、褥瘡

の深度によって訪問看護の必要性を判断します。また、在宅医がいる場合には、褥瘡の状態に合わせた医療材料の準備が可能か、退院調整の早い段階から確認と情報共有を行います。

D3以上の褥瘡で、ポケット形成を認めるもの、骨髄炎など感染リスクが高い場合などは、褥瘡対策チームとして退院前カンファレンスにも参加し、褥瘡が悪化している徴候や対応方法、在宅医と病院の役割について予測できることを確認します。そして、褥瘡を実際に見てもらうこと、ケア方法を具体的に理解してもらい、ケアを担う訪問看護師だけでなく、ケアマネジャーや介護者も共通認識のもと、各立場での介入意識をもってもらうことが大切だと考えています。そのため、コロナ禍でも病院の理解を得て、短時間で直接患者の状態と褥瘡・創傷を確認する機会をもつようになっています。

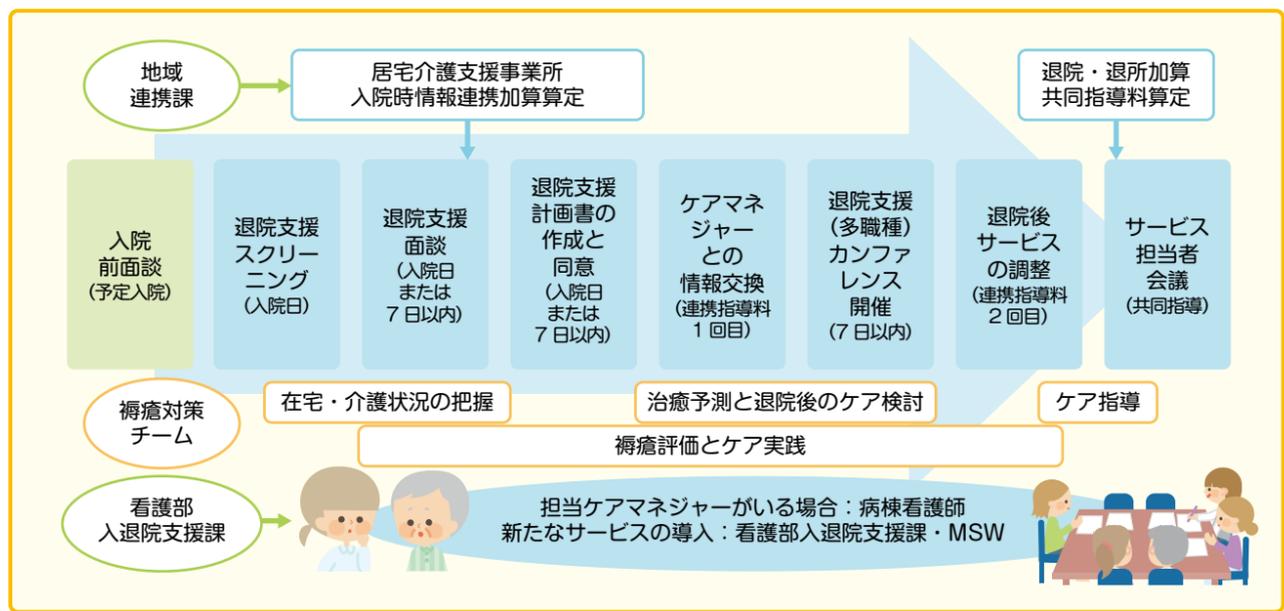


図4 当院における入退院支援の実際

## 退院後の継続した連携づくり

退院後、在宅では活動が拡大もしくは低下することで褥瘡や創傷は変化する場合があります。また、坐位やベッド上でも同一体位の時間が長い、とくに脊髄損傷患者では、褥瘡は難治性となりやすく、在宅での環境を確認することは重要です。

当院は在宅支援病院として、退院後訪問を行って

います。皮膚・排泄ケア分野では褥瘡を有する患者、ストーマ保有者は退院後訪問指導料の算定対象患者となります<sup>3)</sup>。

今回、退院後の継続した連携の実際について事例を提示します。

### 治癒が停滞した褥瘡に対し、治療目的で入院した事例 (図5)

A氏：40代女性、仙骨部褥瘡  
 (既往歴) 外傷性胸髄損傷による対麻痺、膀胱直腸障害。糖尿病、発達障害・妄想性神経症  
 (入院までの経過) A氏は外傷性胸髄損傷により入院。入院後、脊椎固定手術、ハローベスト装着によるベッド上安静を要する状態が続き、仙骨部に褥瘡を発生(図5A)。その後、当院回復期リハビリテーション病棟に約6か月入院



図5 症例：A氏