



# News Letter

March 2015 vol.08

## 市民公開講座 第41・42回高齢者排泄ケア講習会



10/25(土)  
市民公開講座が、  
11/28(金)・2/21(土)  
高齢者排泄ケア講習会  
が開催されました。

多数のご参加  
ありがとうございました!

### ニュースソース概要



#### 市民公開講座「これで安心、排泄ケアと認知症予防」

**日時**：平成26年10月25(土)14:00~16:25 **会場**：イムズホール **参加者**：273名  
**司会**：宮崎 良春先生(特定非営利活動法人福岡高齢者排泄改善委員会 理事長)  
**講師**：西村 かおる先生(特定非営利活動法人日本コンチネンス協会 会長/コンチネンスジャパン株式会社 専務取締役)  
福井 俊哉先生(医療法人花咲会かわさき記念病院 院長)  
**共催**：特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会、アステラス製薬株式会社  
**後援**：福岡市、福岡市泌尿器科医会、福岡県泌尿器科医会、日本臨床泌尿器科医会



#### 第41回 高齢者排泄ケア講習会 テーマ：排泄ケア・認知症

**日時**：平成26年11月28日(金)19:00~21:00 **会場**：KKRホテル博多 **参加者**：111名  
**座長**：武井 実根雄先生(特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会 事務局長)  
**講師**：西 千浪先生(長尾病院 回復期リハビリテーション病棟 看護師長) 青葉 敏恵先生(長尾病院 回復期リハビリテーション病棟 看護師)  
藤木 富士夫先生(原三信病院 脳神経内科 部長)  
**共催**：特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会、杏林製薬株式会社  
**後援**：福岡市泌尿器科医会、福岡市医師会、福岡県看護協会



#### 第42回 高齢者排泄ケア講習会 テーマ：創傷ケアと褥瘡予防

**日時**：平成27年2月21日(土)15:00~18:00 **会場**：アクロス福岡 **参加者**：77名  
**座長**：柳迫 昌美先生(原三信病院 看護部 副部長[皮膚・排泄ケア認定看護師])  
**講師**：石井 義輝先生(健和会大手町病院 副院長)  
河添 竜志郎先生(株式会社くすま 代表・理学療法士)  
**共催**：特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会、グラクソ・スミスクライン株式会社、大鵬薬品工業株式会社  
**後援**：福岡市泌尿器科医会、福岡市医師会、福岡県看護協会



特定非営利活動法人  
福岡高齢者排泄改善委員会  
FEEIC Fukuoka Elderly Excretion Improvement Committee

# 終わり良ければ、全て良し!

～排泄から考える快適生活～



NPO法人日本コンチネンス協会 会長/コンチネンスジャパン株式会社 専務取締役 西村 かおる先生

排泄は生きている限り、誰もが毎日複数回、行う営みである。コンチネンスとは、失禁(インコンチネンス)の反対語で、排泄が問題なくできる「禁制」の英語表記である。コンチネンスケアは排泄障害の予防、排泄障害の治療、排泄障害が治せない場合は生活上問題にならないようにマネジメントをするケアを示し、その人の状態にあわせて、ベストな排泄を目指す前向きなケアである。

排泄は①尿意・便意を感じる②トイレや便器を認識できる③トイレまで移動する④下着を下ろす⑤便器に座る⑥排尿・排便する⑦後始末⑧衣類をつける⑨移動するといった一連の動作ができなくては排泄障害が起こる。排泄は移動、衣類の着脱、保清、そして食事、また精神的にも安定していることが必要で、排泄がうまくできることは日常生活がうまくできていることと重なっている。

自分でできる排泄ケアとして、1.適切な水分摂取 2.膀胱訓練 3.骨盤底筋体操 4.適正体重の維持 5.適切な食事 6.運動 7.リラックス 8.適切な排泄用具利用がある。

## 1.適切な水分摂取

動脈硬化は高脂血症や高血圧によって起こるので水分を多く摂取しても改善しない。

適切な水分摂取の目安を図に示す。

### スライド1

#### 適切な水分摂取

飲水量は体重(g)の2~2.5%を目安とする。

- 例) 体重50kgの場合、 $50,000g \times 0.02 = 1000ml$

1日の排尿量は体重(kg)×20~25mlを目安とする。

- 例) 体重50kgの場合、 $50 \times 20 = 1000ml$

#### 水分摂取時間

- 就寝前3時間に飲み終わるようにする

#### 摂取内容

- アルコール、カフェイン、ニコチンといった利尿、覚醒作用のあるものは避ける。

## 2.膀胱訓練

早め早めにトイレに行くようにすると膀胱が小さくなるので、いったん尿意が落ち着くまでできるだけ我慢し、3時間程度はがまんできるようにしていく。この時に骨盤底筋を使って我慢するように普段から鍛えておく。

### スライド2

#### 骨盤底筋を鍛えましょう

- 深呼吸をして、全身の力を抜く
- 女性であれば膣、男性であれば尿道を肛門と共に締める
- 早く締めたり、緩めたりをやる
- ゆっくり締めたまま5秒がまんしてみる
- 自分の筋肉の力にあわせた回数を何回にも分けてこまめに実行する
- 正しい筋肉を使うこと
- 続けること
- 必要な時に使うこと

骨盤底筋体操は根気よく続けることが大切です。

## 3.骨盤底筋体操

尿道、肛門をしめる骨盤底筋を毎日鍛える。また腹圧がかかる時は事前に骨盤底筋をしめるようにしていく。

また、肥満は骨盤底筋に体重が重くのかって緩ませ、尿失禁の原因となるため、適正体重を保つことも重要である。

## 4.適正体重の維持

適正体重の算定方法はいくつかあるが、簡単な方法として身長cm-100<体重の場合、多い分を減量対象と考える。肥満は、消費量より摂取量が多いために起こり、その原因をセルフチェックして、対応をたてる。

### スライド3

#### セルフチェックをしてみましょう

- |                   |        |
|-------------------|--------|
| 1 デザートは別腹         |        |
| 2 ごはんや麺類が野菜より好き   | 食事     |
| 3 揚げ物や脂っこい食べ物が大好き |        |
| 4 食べるのが早い         |        |
| 5 便秘しやすい          | 腸内環境   |
| 6 膝や腰が痛い          |        |
| 7 運動はほとんどしない      | 運動不足   |
| 8 イライラすると食べたくなる   |        |
| 9 食べることに罪悪感を感じている | ストレス   |
| 10 家族、友人に太った人が多い  | 類は類を呼ぶ |

## 5.適切な食事

良便のためにも、適正体重を保つためにも食事は非常に重要である。望まれる食事として野菜や果物など食物繊維に富んだ食事、腸内の善玉菌を増やす発酵食品、また腸の働きを良くする成分を含んだ食品をバランス良く食べるようにする。食事はまず、食物繊維から食べ始め、ゆっくりかむことで、食べ過ぎを防ぐことができる。腸内で食物繊維を分解してくれる善玉菌は整腸作用だけでなく、免疫増加や血中コレステロールの減少など健康増進に様々な効果があることがわかってきているのでできれば毎食何らかを摂取したい。

## 6.運動

運動は体内に貯留した水分の排出を促し、睡眠も改善できる。週3回30分のウォーキングで夜間頻尿が改善した研究結果もあり、無理のない範囲で気持ちの良い運動をすることは精神的にも良い影響がある。

## 7.リラックス

昔から腹が立つ、腹に落ちるなど、気持ちと腸と関係する言葉は多く、現在では脳腸相関と表現される。また膀胱は心の鏡という言葉もあり、気持ちとの関係が深い自律神経で支配されている排泄にはリラックスが欠かせない。その方法として、運動、腹式呼吸、アロマ、音楽などに加え、ポジティブシンキングも有効である。

## 8.適切な排泄用具の利用

漏れが改善できない場合、あるいは夜間頻尿でトイレまで行くのが大変な場合は、漏れ量にあったパッド、あるいは尿尿器等を使用することで問題を改善できる可能性が高い。

排泄がうまくできていることは全てうまくいっていることにつながる。終わり良ければ、全て良しを目指して日々大切にしたい。

# 認知を健やかに保つための工夫



医療法人花咲会かわさき記念病院 院長 福井 俊哉先生

## はじめに

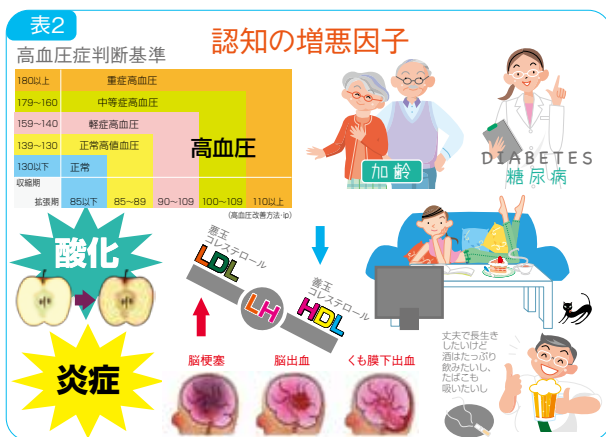
認知症予防に役に立つ方法を紹介する(表1)。

表1 認知を保護するために考えるべきこと

- 治療の開始時期
- お酒
- 避けるべき薬剤
- 成人病
- 運動
- 食事
- サプリメント

### 1) まず認知症とは？

認知機能(注意、実行機能、記憶、言語、行為、視/聴覚認知)の複合的障害に、行動・精神症状が加わった状態を言う。各種の増悪因子が知られている(表2)。



### 2) 認知症と高血圧

中年期高血圧は老年期認知症の危険性を増大させ、血圧コントロールは認知症発症を抑制する<sup>\*1</sup>。さらに、老年期(65歳以上)の高血圧者におけるアルツハイマー病(以下AD)発症率は、正常血圧者に対して治療中患者1.43倍、未治療患者1.93倍と高いことから老年期の高血圧も治療すべきである<sup>\*2</sup>。

### 3) 認知症と糖尿病

糖尿病群の非糖尿病群に対するAD発症率は2型糖尿病群で1.9倍、インスリン使用群では4.3倍に達する<sup>\*3</sup>。また、50歳時に2型糖尿病を有する人の認知症発症率は1.5倍である<sup>\*4</sup>。

### 4) 軽度認知障害(MCI)に対する運動治療

正常認知926例を対象にした場合、中等度運動+パソコン使用はMCIの可能性を67%低下させた<sup>\*5</sup>。一般的に、運動は記憶を改善させないか思考スピードと実行機能を改善させる<sup>\*6</sup>。中でも有酸素運動は、MCI予防、認知改善、海馬体積減少の歯止めにも有効とされている<sup>\*7</sup>。運動量として、毎日30分の速歩を週5回行うことが推奨されている<sup>\*8</sup>。

### 5) MCIと食事

地中海型の食事は、野菜・乾燥果実・穀類・魚が多く、肉・乳製品・飽和脂肪酸が少ない。脂質に関してはリノレン酸、EPA、DHAなどの $\omega$ -3多く、リノール酸などの $\omega$ -6少ない。さらに、少量~中等量のアルコール摂取を特徴とする。地中海型の食事の効果として、MCI発症率低下、MCIのAD転換抑制、AD発症率低下、AD症例の死亡率低下などが挙げられている<sup>\*9</sup>。

### 6) 日本人に適切な認知症予防食材

一方、地中海型料理が日本人の口に合うかどうかはまた別の問題である。久山町の疫学調査<sup>\*10</sup>によると、豆類、豆腐、野菜、海藻、牛乳、チーズなどの食材の摂食が多い群は少ない群に比べて、全認知症有病率が66%、AD 65%、血管性認知症45%と低かった。

### 7) 飲酒頻度と認知症/MCI発症率<sup>\*11</sup>

ADの遺伝因子( $\epsilon$ 4)を有している場合、飲酒頻度と相関して認知症は増加する。一方、MCIは月1回以下の飲酒頻度のグループで最も発症が少ない。

### 8) 飲酒量<sup>\*12</sup>

酒量と健康を論じる際には「ドリンク数」という概念が有用である。1ドリンクとは純アルコール量で欧米15g、本邦10gに設定されている。認知症とMCI予防には、少量~中等度飲酒(1~4ドリンク)が推奨されている。本邦基準に従うと、ビール(5%)800ml、ワイン(10%)400ml、日本酒(14%)290ml、焼酎(25%)160ml、ウイスキー(45%)90mlまでの飲酒は許容される。

### 9) 飲酒と喫煙<sup>\*13</sup>

喫煙多量飲酒者と非喫煙中等度飲酒者を比較すると、10年間の認知低下は喫煙多量飲酒者で36%早い。喫煙はすべきではない。

### 10) 正常高齢者に対する健康食品(シーアルパ100<sup>®</sup>)の効果

シーアルパにはイチヨウ葉乾燥エキス、EPA・DHA、リコペン(トマト抽出物)が含まれる。これを65歳以上の地域居住者41名に3年間摂取させたところ、非摂取群に比べて各種認知機能が改善した<sup>\*14</sup>。

### 11) 認知低下予防のために避けるべき薬剤(表3)<sup>\*15</sup>

頻用される薬の中で、特に精神安定薬や睡眠導入薬は認知を低下させるので避けるべきである。

表3 65歳以上では避けるべき薬剤

- バルビタール
- 抗コリン作動薬
- 膀胱抗痙縮薬
- 筋弛緩薬
- 中枢神経刺激薬
- ベンゾジアゼピン
- 精神安定薬
- 睡眠導入薬

## まとめ

認知症予防に努力しましょう。

### 文献\*

1. Launer LJ, et al. Hypertension. 2010;55(6):1352-9.
2. Bermejo-Pareja F, et al. J Alzheimers Dis. 2010;22(3):949-58.
3. Ott A, et al. Neurology. 1999;53(9):1937-42.
4. Rönnemaa E, et al. Neurology. 2008;71(14):1065-71.
5. Geda YE, et al. Mayo Clin Proc. 2012;87(5):437-42.
6. Hahn EA, et al. Mayo Clin Proc. 2011;86(9):876-84.
7. Garber CE, et al. Med Sci Sports Exerc. 2011;43:1334-59.
8. Solfrizzi V, et al. Expert Rev Neurother. 2011;11(5):677-708.
9. Ozawa M, et al. Am J Clin Nutr. 2013;97(5):1076-82.
10. Anttila T, et al. BMJ. 2004;329(7465):539.
11. Bond GE, et al. J Aging Health. 2003;15(2):371-90.
12. Hagger-Johnson G, et al. Br J Psychiatry. 2013;203(2):120-5.
13. Yasuno F, et al. J Alzheimers Dis. 2012;32(4):895-903.
14. Fick DM, et al. Arch Intern Med. 2003;163(22):2716-24.

# チームによる 排泄ケアとオムツ外し



長尾病院 回復期リハビリテーション病棟 師長 西 千浪先生 看護師 青葉 敏恵先生

## 1. チームによる排泄ケアの取り組み

リハビリ病院である当院には、脳血管疾患等に伴う排泄障害を有する患者が多い。在宅復帰に向けての患者・家族の希望はトイレでの排泄の確立であり、チームケアが重要であると考え、排泄ケアの充実を目指して2005年10月にコンチネンス委員会を発足した。

委員会では各病棟からの症例報告を行い、他部署や専門職種からの質問や意見・アドバイスを受け、ケアヘフィードバックしている。各々の病棟(一般病棟・療養病棟・回復期リハビリテーション病棟)の特性によって排泄ケアに対する意識に差があり、委員会を立ち上げた当初はケアは院内で統一されていなかった。そこで、職員の知識の向上を図るために、年1~2回院内での勉強会を実施し、高齢者排泄ケア講習会へも積極的に参加するように働きかけた。また、薬剤やオムツに関する情報共有に努め、院内での排泄ケアを統一させるために、排泄ケアマニュアルを作成した。これを基に委員が中心となってスタッフ教育に取り組み、数年後院内で統一したケアが行えるようになった。

排泄ケアを実施する中で、排尿日誌のデータが重要であり、適切なアセスメントができるようにするためにも、正確なデータが必要になる。排尿日誌には一回排尿量や失禁量、残尿量を記入しているが、残尿量は患者の排尿障害の状況により毎回測定、あるいは一日一回、あるいは各勤務帯一回測定するかを決めて実施している。残尿量は『ブラッタースキャン(超音波尿量測定器)』で測定しているが、スキャンを当てた位置によって、測定値が多少変化するため3回測定し、その平均値を見るようにしている。また、一回排尿量は『ユーリンパン(尿量測定器)』(図1)を使用し測定している。

図1



※ユーリンパンをトイレに設置し、尿量を測定

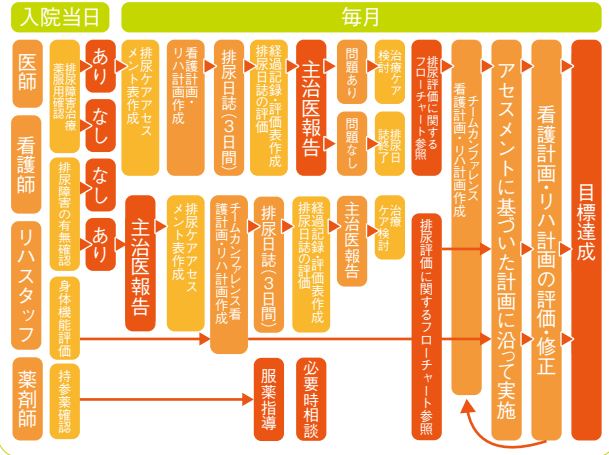
便利な採尿器 正確な尿量測定

排泄ケアの過程に関するフローチャート(図2)は、医師と看護師、リハビリスタッフ、薬剤師が各々の専門性を活かしながら、チームでどのようにケアを実践していくかを表示している。まずチーム(看護師、リハビリスタッフ)でアセスメントを行い、計画を立案し、排尿日誌をつけ、その結果を主治医に報告し、治療やケアを検討する。その後も定期的にチームで評価しながら、プランを展開させ目標達成に向けて取り組んでいく。

私達は、患者や家族の思いを大切に、今後も患者一人一人の排泄の問題解決に向けて、チームで取り組んでいきたい。

図2 排尿ケア業務フローチャート

目標: 1.漏れずにある程度尿を溜めることができ、認められた方法で気持ち良く排泄できること。  
2.漏れがあったとしても問題なく過ごすことができること。



## 2. チームによるオムツ外しの取り組み

失禁のある患者にチーム(泌尿器科医を含む)で関わる事で「オムツはずしが出来る」を目標に、排尿管理介入研究事業に参加させてもらった。まず、患者がオムツ外しの対象となるか、排尿ケアアセスメント表と排尿日誌にて失禁の原因を評価する。排尿日誌は1~3日間の一回排尿量・失禁量、残尿量又は膀胱内尿量を記入する。一回排尿量の測定にはユーリンパンを使用し、失禁時はオムツの重さを測定、残尿量や膀胱内尿量測定はブラッタースキャンを使用した。岩坪の報告に準じて膀胱機能やADL能力を点数化し、オムツ外しスコアを算出。7段階で評価し、オムツ外し期待度の高い患者を対象に取り組んだ。

患者情報や排尿日誌のデータを基に泌尿器科医へコンサルトし、治療方針を参考に薬物療法とケアを開始した。開始後の薬の効果や副作用の有無を排尿日誌にて確認し、1ヶ月後と3ヶ月後に実際にオムツが外れているか評価を行った。

医師、看護師、理学療法士、作業療法士、看護助手、薬剤師がチームとなり一人の患者のケアに取り組んでいくため、情報の共有と統一したケアができるように、チームカンファレンスを行い、ケアプランの立案を経て、さらに実施・定期的な評価を行った。入院患者やその家族の多くはトイレが自立できれば自宅退院したいという希望が強く、ADL動作の中でもトイレ動作の自立や失禁の改善は特に重要な部分である。入院中はスタッフの声掛け等で失禁は無くなるが、夜間帯は入眠すると失禁してしまい改善が困難なケースも少なくない。

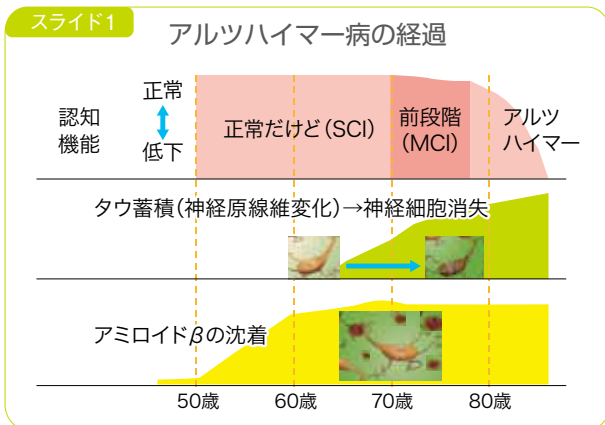
失禁の軽減や改善は家族の介護負担の軽減とおむつ代のコスト削減に繋がる為、家族のライフスタイルを考慮しながら患者へ排泄動作訓練や指導を行い、排泄用具の選択や家族指導を実施する必要がある。個々の患者に合ったケアが出来るように多職種のチームで関わり多方面から排尿ケアをサポートする事が重要である。今回研究に参加した事で、医学的介入とリハビリによる身体機能の改善に伴い、失禁は改善できる事が再認識できた。

# みんなで支える認知症



原三信病院 脳神経内科 部長 藤木 富士夫先生

いまや社会問題となった認知症は、増加の一途を辿っている。認知症といってもその原因となる疾患は多岐に渡り、50種以上の原因疾患が報告されている。原因の上位4つ(4大認知症)は、①アルツハイマー病、②脳血管性認知症、③レビー小体型認知症、④前頭側頭型認知症である。なかでもアルツハイマー病が突出して増加している。アルツハイマー病は、物忘れを主症状とする脳の変性疾患である。同じことを何度も言う、置いた場所を忘れるなどの記憶障害、日時や居場所が分からないなど見当識障害が初期症状となる。その脳の変化は、認知症発症の20年～30年も前から始まっていると言われ、神経細胞の変性(神経原生変化)や神経細胞間の染み(老人斑)、神経細胞脱落(神経細胞死)が主病理となる(スライド1)。



認知症の症状が出る老年期にはこうした脳の変化は完成しきっているため、その時点から慌てても時すでに遅しの感がある。では、なぜアルツハイマー病がこれほどまでに増加してきたのだろうか？原因の一つは、我々の寿命が延びたからである。年齢が最大の危険因子となる。今までは、ボケる前に死んでいたのである。ボケる前に死ぬというのは乱暴であるが心理である。自分の最後に思いを馳せてどのような幕引きを望むかを考えておいた方がいい。さらに、認知症が増えた要因は他にもある。これまで生理的老化現象(年寄りボケ)として見逃されていたものを「認知症」と積極的に診断するようになったことも要因となるだろう。しかし、最近の急激な増加は、高齢化や診断技術の進歩だけではなく、食物や生活環境の変化が影響していると考えられる。こうした生活習慣の変化が、アルツハイマー病の脳の変性に影響を与えることがすでに分かっている。太古のままの我々の身体は、近年の食生活や環境の激変に追いついていないのである。

## スライド2 アルツハイマー病(AD)の危険因子

AD脳変化は発症の20-30年前から始まっている  
中年期の危険因子は、高齢期の危険因子でない

	55歳以下	70歳以上
高血圧	1.8倍	1.0倍
糖尿病	3.2倍	2.0倍
高コレステロール	1.7倍	0.9倍
喫煙	4.8倍	0.5倍

低学歴(教育なし) 11倍

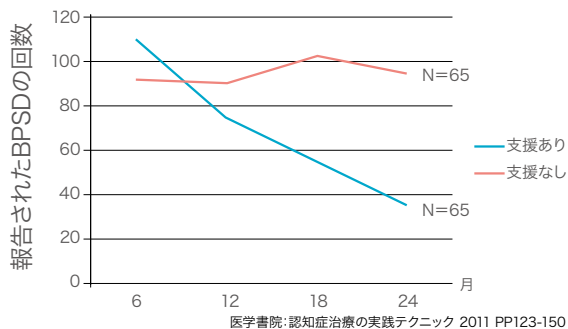
脂質異常症、高血圧、糖尿病、肥満など生活習慣病、喫煙や運動不足などの生活習慣が認知症の危険因子になっている(スライド2)。これらは脳血管の動脈硬化の危険因子でもある。脳は無数の血管の塊であり、この脳血管が障害されると脳機能が影響を受けるのは想像に難くない。中でも糖尿病は動脈硬化を起こすことだけでなく、アルツハイマー病の脳変化そのものに影響を与えているといわれる。特に中年期の生活習慣や生活習慣病が大きな影響を与える。20～30年前から始まると言われるアルツハイマー病脳変化は、この中年期から始まるのである。生活習慣をあらため、生活習慣病をしっかりコントロールすることが発症予防につながる。では、どのように生活習慣を改めたらいいのか？まずは「ボケたくない」ということからである。生活習慣病の要因として、エネルギーの過剰摂取、運動不足があげられる。「食べ過ぎない」ことを肝に銘じ、「面倒だ」「楽だから」と体を動かさない習慣を改めることが手始めになる。

現状では治せない認知症、どのように折り合いをつけばいいのか？将来認知症になるとしたら今のうちに何をしますか？何故認知症になりたくないのか？というアンケートにそのヒントが隠されている。認知症になるとわかって「今まで通りの生活を続ける」と多くの人が答えた。また、認知症になりたくない理由は、「人に迷惑をかけるから」である。とすると、治療目標は、①認知症になってもいまままで通りの生活をできるようにする、②人に迷惑が掛からないようにする、という2点であることが分かる。これらの目標のために医療従事者のみならず、周囲の人々が認知症を理解し、助け合うことが必要となる。明日は我が身の認知症、みんなで支えるしかないのである。

認知症を知るといことは、単に認知症への知識が増えるにとどまらない。認知症への付き合い方が分かると、それによる困った症状(迷惑行為)が減ることも知られている

スライド3

家族プログラムが認知症のBPSDを改善



(スライド3)。困った症状の背景にある要因を考え適切に対処されると、その困った症状が軽減するのである。急に怒り出すには、怒る理由があるからである。「何故怒るのか?」に思いを馳せることが重要である。

認知症の介護負担の一つに、排泄トラブルがあげられる。どのような排泄トラブルか?その原因は何が考えられるのか?そしてどのように対応するといいいのか?など冷静に考えてみることである。すぐに解決に繋がらないかもしれないが、行動をよく観察し、自分事として考え、何らかの工夫を重ねていくうちに、何らかの前進があると信じたい。

テーマ:創傷ケアと褥瘡予防

第42回  
高齢者排泄ケア講習会  
平成27年2月21日(土)  
アクロス福岡

からだ  
身体の「きず」、  
どう治る?どう治す?



健和会大手町病院 副院長 石井 義輝先生

日常生活の中で我々の皮膚にはさまざまな「きず(創傷)」が生じる。そして、その広さや深さによっては生命を脅かすこともある。また、近年の高齢化や生活習慣病の増加に伴って、床ずれ(褥瘡)や糖尿病性潰瘍といった治りにくい創傷(難治性創傷)が増加している。これらの創傷は患者自身に身体的・精神的・経済的負担を強いるばかりでなく、医療費などの増加や生産力の低下といった社会的問題も生じることから、予防や早期治療について近年世界的な関心が向けられている。そのためには、正常の治癒過程とそれに影響を与える要因の正しい理解に基づいた評価と、状況に応じた適切な治療法選択が必要となる。

創面の評価について演者が特に重要と考えているのは創傷の深さと感染の有無についてである。まず、深さについて述べる。書籍などに提示されている創傷の図の多くは、浅い創傷は見た目に浅く(皿状)、深い創傷は見た目に深く(ドンブリ状)描かれている。しかし、深さの評価は創傷のある部位の皮膚の構造に対して行うものであるため、もともと皮膚の薄い状態では「見た目に深くない深い創傷」が生じうる。難治性創傷を生じやすい患者(高齢者、ステロイド・抗癌剤等投与中など)は全体的に皮膚が薄いため、判断を誤らないよう注意する必要がある(図1)。

図1

Points!

- 皮膚・皮下組織の厚さは、部位で異なる
- 深さは、皮膚の構造に対して  
浅いか、深いかを判断する  
(「絶対値」だけでは不十分)
- 間違っただけの思い込みに注意する
  - ・「浅い創傷は水疱形成する」が、  
「水疱形成した創傷が浅い」とは限らないなど

次に感染について述べる。治療に用いる材料や薬剤には感染があると使用できないと謳われているものもあるため、対象とする創傷に感染が生じているかどうかの判断は重要となる。創面を綿棒でぬぐった培養で病原細菌が検出されたことをもって感染創と評価されることも少なくないが、これで分かることは「創面に存在する細菌の種類と数」にすぎない。創周囲の発赤や腫脹、あるいは疼痛などの症状や採血データの異常、また糖尿病患者においては血糖値の異常といったさまざまな情報を組み合わせて感染であるか否かを判断する(図2)。

図2

Points!

- 常在菌のおかげで人は生きていける
- Critical colonizationという概念がある  
(治療を考える上で重要)
- 創傷感染か否かは、  
病原細菌検出のみで判断せず、  
局所・全身所見を総合して判断する

創傷の治療については、大きく分けて薬剤を用いる方法と創傷被覆材などの材料(ラップ療法も含む)を用いる方法がある。それぞれの注意点であるが、薬剤については薬効だけではなく基剤についても注意する必要がある。基剤の選択を誤ると創傷を悪化させる場合があることを認識しておく。さらに、副作用や禁忌事項など内服薬や注射薬と同様に注意することも必要である。材料については、現在の保険制度においては無制限に使用することが難しいことを理解しておく必要がある。また、薬剤同様に選択を間違えると創傷を悪化させる場合があることも認識しておく。それぞれの方法に長所と短所が存在しており、全ての創傷に適応可能な治療方法は存在しない。治療原理を正しく理解したうえで、創傷の状態、患者の状態に配

慮して方法を選択することはもちろんのこと、在宅や介護施設における治療においては、家族の理解度や経済状態といった周辺環境にも配慮することが重要になると考えられる(図3, 4)。

図3

多少の早い遅いはありますが、  
**何をしても治ります**  
治療原理や長所・短所を  
正しく把握しておくことが重要です

創傷は病院・施設・在宅を問わず発生するものであり、ある意味ではありふれた疾患であるといえる。少しでも多くの方が創傷の正しい評価と治療方法を理解し、実践につなげていただければ幸いである。

図4

**思考は柔軟に**

治療方法の原理を理解して、  
正しい方法を習得すると…  
**〇〇じゃないとダメ!**  
**〇〇しかない**  
という呪縛から逃れられる

# 正しい方法で動きを支援し褥瘡発生を予防しよう! ～排泄にまつわる動きの支援～



株式会社くすま 代表・理学療法士 河添 竜志郎先生

在宅で生活する上で、褥瘡等の二次的障害は、治療のために臥床時間が長くなり活動も制限されてくる。結果的に全身状態の低下をきたし、褥瘡が治癒してもなかなか元の活動状態に戻ることは難しいことを経験する。また、褥瘡の治癒ができた場合でも、治癒、再発を繰り返し生活の安定を図れないことも多く見かける。そのためにも、褥瘡は作らない、再発させないことにしっかり取り組むことで生活の安定を図り、活動を活発にし、より質の高い生活をおくることが大切となる。

小さな姿勢の崩れや、接触した二つの面の内部がほんのわずかにずれただけでも発生するので注意が必要となる。

## 褥瘡の発生とその場面

### 1) 褥瘡発生のメカニズム

従来褥瘡の発生は、持続的な圧迫によって血液の循環が阻害されてきたといわれてきた。しかし最近では持続的に圧迫する力(圧縮応力)ばかりではなく、図1のように組織を同一方向に引き延ばす力(引張応力)やずれる力(せん断応力)など応力と呼ばれる様々な力が影響するといわれている。

実際にいすに腰掛けた状態で、両手を左右の座骨の下に差し込んでみよう。身体の重さによって、座骨周辺の軟部組織は圧縮されることがわかる。次に身体を前後左右に動かしてみると、上半身のわずかな動きでも座骨は大きく動いているのがわかる。また、上半身をいすの背もたれにもたれかけると表皮と座骨の関係はずれた状態になる。仮にそのずれをそのままにしていると、健康な私たちでは違和感として無意識のうちにおしりを浮かせ元の位置関係に戻そうするであろう。しかし、そのずれを解消できない高齢者や障がいをお持ちの方、ずれていることを認識できない感覚障害をお持ちの方などでは、組織の血流が制限され疎血状態となり褥瘡となる。

このように考えてみると、同じ場所に同じ重さがかかり続けることばかりではなく、表皮と内部の組織のずれが継続することも大きな問題だということがわかる。特にずれは、大きな姿勢の崩れによって発生するばかりではなく、

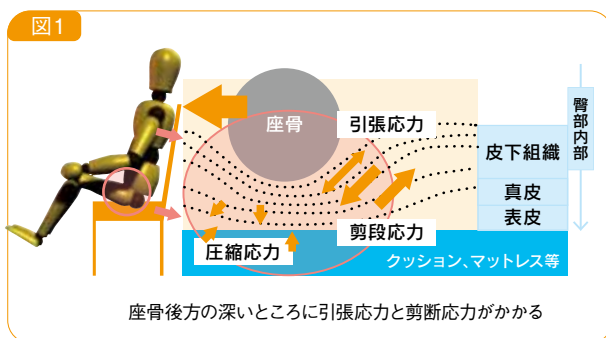


図1 座位での座骨周辺への応力のかかりかた(原理モデル)【ずり落ちの姿勢】

### 2) 褥瘡発生の場面とその対応

図2に応力の発生しやすい場面とその対応を示す。大きく分けるとベッド上と車いす上、それらつなぐ動作となる。その中でも同一姿勢を継続することで発生する場合の“①姿勢”と、身体を動かす際に発生する“②動き”の二つの面にわけて対応を考えてみる。

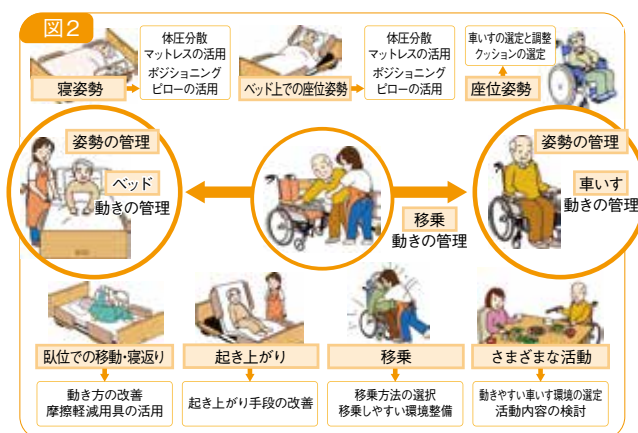


図2 褥瘡の発生場面とその対応

## ①姿勢の管理

まず、姿勢の崩れは褥瘡の原因となることは前述した。そのことから、車いすでの座位やベッド上で背上げをした崩れやすい座位姿勢については、崩れにくいように安定した姿勢となるようポジショニングピロー等で工夫することが大切である。しかし、姿勢の管理は崩れないような工夫ばかりではなく、車いすのクッションやマットレスなどの重さのかかり続けている面の重さを分散する能力も必要である。ただし、同一姿勢を継続し続けることは、例えば体圧分散性の優れているクッションやマットレスなどに身体を預けていても褥瘡の原因となるので、定期的に姿勢を変えて同じ場所に重さがかかり続けないような配慮が必要となる。

## ②動きの管理

姿勢を変える場合には、自らの力で姿勢を変えること

と、ベッドの背上げ、車いすのリクライニングなどの外力で動かす場合がある。自力で動くことができる人が、動きにくい環境下にあると自ら回避動作ができないので、できる環境に調整し練習することが大切となる。また、外力で動く場合には前述した応力等が発生しないように用具の適応を図ることが重要である。

## ■終わりに

今回は、褥創を作らない、再発させないという視点から発生の原因に注目しその予防方法について述べてきた。ここで解説したことを十分に理解し褥瘡へのリスクを回避することが大切となる。これらのことを基本として発生の原因とどのような対処方法をするべきか、考える力を築いていただきたい。

## 排泄ケア認定制度についてのご案内

このたび当委員会では排泄ケア認定証という制度を設けることになりました。高齢者排泄ケア講習会を受講していただいているみなさまが排泄ケアに関する様々な分野の専門的な知識や技術を身につけ、その情報をそれぞれの現場で活かし、現場での問題に向き合うことでステップアップする機会となればという思いで企画いたしました。みなさまからの申請をお待ちしております。

- 申請資格：各高齢者排泄ケア講習会に割り振られた以下のField(A、B、C、D)を2年間でそれぞれ1回以上受講していること

※内容によっては1回の講習会に2つのFieldが割り振られるケースもあり、その際は2つのFieldを受講したとします

※平成21年度から平成25年度に発行いたしました福岡排泄ケア講習(特別)優秀修了証を受領された方はこの申請資格が免除されます

Field A: 排尿管理

Field B: 排便管理

Field C: 感染対策

Field D: その他 (スキンケア・オムツはずし・認知症・介護・保険 他)

- 申請方法：申請書、レポート(事例報告)を事務局へ郵送する
- 申請締切：毎年12月末日
- 審査内容：申請の際に提出されるレポート(事例報告)と認定試験(筆記試験6問程度)を採点し、合否を決定する認定試験の問題はField D以外(A、B、C)から出題する
- 認定試験 実施時期：毎年2月～3月に開催する高齢者排泄ケア講習会前

申請書、レポートの書式はホームページで案内しておりますので、ぜひアクセスしてください。

## 平成27年度 高齢者排泄ケア講習会のご案内 ※都合により、日程・会場などが変更になる場合があります。ご了承ください。

### 第43回高齢者排泄ケア講習会

会場：福岡国際会議場 テーマ：感染対策  
日時：平成27年6月13日(土) 14:50～17:00  
参加費：1,000円 Field:C

### 第45回高齢者排泄ケア講習会

会場：KKRホテル博多 テーマ：在宅支援  
日時：平成27年11月27日(金) 19:00～21:00  
参加費：1,000円 Field:D

### 第44回高齢者排泄ケア講習会

会場：福岡国際会議場 テーマ：高齢者の排便ケア  
日時：平成27年8月21日(金) 19:00～20:45  
参加費：1,000円 Field:B

### 第46回高齢者排泄ケア講習会

会場：未定 テーマ：排尿管理  
日時：平成28年2月or 3月※日付未定(土) 15:00～18:00  
参加費：2,000円 Field:A

## 講習会 受講申込方法

- 必要事項①所属施設名・住所(施設に所属していなければご自宅の住所で結構です)②氏名(ふりがな)③電話番号④「第●回講習会受講希望」と明記のうえ、ハガキもしくはFAXにて下記事務局までお申込ください。申込締切日と募集定員については別途ご案内いたします。講習会前に先着順に入場券を送付します。入場券がお手元に届かない場合はお申込が受け付けられておりませんので、下記事務局までご連絡ください。
- 入場券がない場合は受講できないことがあります。当日の申込は参加者が多い場合には受け付けできませんのでご了承ください。
- 当委員会ホームページ(<http://fukuokahaisetsu-net.org/>)でも申込を受け付けておりますので、ぜひご覧ください。
- 締切日以降は、お電話にて直接お問い合わせください。締切日前でも定員になり次第、締め切らせていただきます。
- お申込によりご提供いただく個人情報、講習会の出欠確認および今後の活動のご案内以外の目的で使用されることはありません。



特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会

所在地 / 〒812-0033 福岡市博多区大博町1-8 TEL / 092-282-5910 FAX / 092-282-5812

E-mail / [info@fukuokahaisetsu-net.org](mailto:info@fukuokahaisetsu-net.org) ホームページ / <http://fukuokahaisetsu-net.org/>