

在宅高齢者褥瘡の治療・ケアの実際

岡部美保

高崎健康福祉大学訪問看護ステーション 管理者, 皮膚・排泄ケア認定看護師

Point

- ▶ 高齢者の皮膚の特徴を念頭に置き、在宅高齢者の褥瘡の特徴を想起する
- ▶ 在宅高齢者の褥瘡ケアは、在宅と病院で異なる点もあることを理解する
- ▶ 在宅褥瘡対策チームによる協働は、専門性を備えた多職種による全人的なチームアプローチが重要

はじめに

日本は超高齢社会に突入し、2025年には団塊の世代のすべてが75歳以上を迎え、65歳以上の高齢者は3割を超えると推計されています。今後さらに要介護者・虚弱高齢者の増加が予測され、2040年前後には人生の最終段階にある高齢者数がピークを迎えることは明らかです。

2018年、日本褥瘡学会実態調査委員会による「療養場所別自重関連褥瘡と医療関連機器圧迫創傷を併せた「褥瘡」有病率、有病者の特徴、部位・重症度」の実態調査報告¹⁾では、療養場所別の褥瘡有病率は、訪問看護ステーション1.93%（前回の調査では2.61%）と有意に減少していました。一方、

褥瘡有病者の特徴において、訪問看護ステーションでは、年齢区分は85～94歳が最も多く全体の約3割（30.7%）、65歳以上の褥瘡有病者においては全体の約8割（82.8%）を占めていました。さらに要介護認定区分では、要介護4・5が全体の6割（63.4%）という実態から、在宅における褥瘡有病者は、教育の普及と拡充により徐々に減少の傾向にあります。褥瘡ケアの対象者の多くは高齢で寝返りできない療養者であることがわかります。

本章では、在宅高齢者の皮膚の特性を考慮した褥瘡ケアとポイントなどを紹介します。

在宅高齢者の特徴と褥瘡ケアのポイント

在宅高齢者の皮膚の特徴（図1・図2）

皮膚の老化は、加齢に伴う生理的老化と、環境要因が関与する（主に慢性の紫外線曝露による）光老化があります。

皮膚は、加齢という抗うことのできない現象のなかにおいて、機能低下は免れない状態になります。加齢とともに水分保持能力が低下し皮膚の乾燥が著明になります。具体的には、細胞分裂能の低下や表皮の菲薄化、表皮突起の消失による扁平化、角質層の増殖、皮下脂肪の減少、毛細血管の脆弱化などから生じる生体防御機能の低下など、個人差はあるものの、誰にでもこのような変化が起こります。これらの変化によって弾力性は低下し、圧迫やずれに弱く、耐久性の低い皮膚になります。また高齢者の皮膚は、たるみを伴い、移動性や可動性が高いため、ささいな外力で皮膚の位置が絶えず変化することから、骨突出部に一致しない皮膚に紅斑、紫斑、褥瘡などを生じることが

あります（図3）。さらに、軽微な外力によっても、体圧管理に不十分さがあると重症度の高い褥瘡を発症することがあります（図4）。

在宅で療養する高齢者は、これらのような皮膚の老化や身体機能の低下に加え、低栄養や貧血、基礎疾患からくるデルマドローム、治療や薬剤の影響、療養環境や介護力などによって褥瘡が発生した場合には、重症化しやすい、創傷治癒過程が遅延する、感染により生命に危険が及ぶ、などの影響を受ける場合もあります（図5・図6）。

また、在宅においては、個々の生活スタイル、日常的な習慣、価値観など、高齢者の療養生活習慣のなかで発症した、思いも寄らない褥瘡も多くあります（図7・図8）。

私たちは、高齢者の皮膚の特徴を理解したうえで、多角的な視点でのアセスメントと、各々の家庭に合う個別性を踏まえたケアを提供することが重要になります。



図1 高齢者の皮膚①：90代女性
皮膚の乾燥、菲薄化した表皮、ちりめん皺



図2 高齢者の皮膚②：90代女性
菲薄化した表皮、血管の透過、浮腫