

介護保険下の医療

主治医意見書を問い直す

第10回 褥瘡

大阪府八尾市・医療法人芽吹会松尾クリニック理事長
松尾美由起

サービスを受けるに当たり 介護に要する手間と時間がポイント

主治医意見書は一人の医師が診療の科に関係なく患者さんの病態を記載するものであるが、記載の仕方によってはずいぶん判定が違ってくるものである。注意しなければならないのは病状の説明や程度ではなく、サービスを受けるに当たっては「介護に要する手間と時間」が重要なポイントとなることである。

「身体の状態—褥瘡—」の項目の部分では褥瘡の有無のチェックと、部位および程度（軽・中・重）のチェックしか記載するところはない。褥瘡の時期を把握し、今後の方向性も含めて処置の見通しを判断し、介護度に反映すべく記載しなければならない。人体の図も小さく褥瘡の部位を表すのも困難である。また、全身状態が大きく左右する病態だけに、「特記すべき事項」で、褥瘡の大きさや深さにもふれて処置などにどのくらいの手間が必要かを詳しく記載する必要がある。

1. 褥瘡の定義

褥瘡とは血流やリンパ流が鬱滞することによって起こる組織の虚血および壊死である。成因には、

①局所の持続的な圧迫、②摩擦・ずれ、③皮膚の脆弱化、④湿潤・不潔——がある。全身状態が悪化すると褥瘡もできやすく進行しやすい。

2. 褥瘡のできやすい部位（図）

仙骨部にできやすく、その他大転子部、肩甲骨部、後頭部、肘、足踵部など「骨の隆起部」はどこにでもできうる。

3. 褥瘡の分類

いろいろな分類があるが、深達度による分類（Sheaによる）と色による分類（福井基成氏）が便利である。

（1）深達度分類

- ①グレードI：圧迫を解除して30分経っても皮膚の発赤が持続する。
- ②グレードII：表皮がはがれ、真皮の損傷があり、びらんか水疱を生じる。
- ③グレードIII：損傷が皮下脂肪にまで達している状態。
- ④グレードIV：皮下組織を越えて筋肉や骨にまで達した状態。

（2）色による分類

- ①黒色期：最も重症の時期で、皮膚及び皮下組織の壊死による黒色壊死組織（痂皮：壊死した皮

図 褥瘡の好発部位

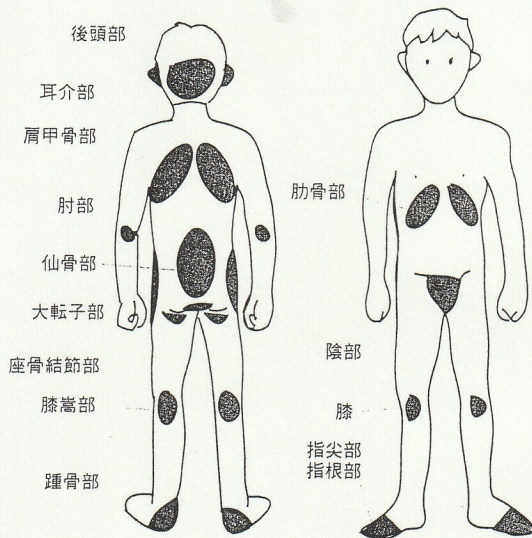
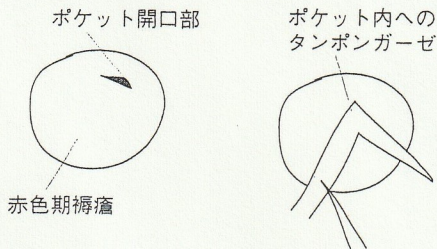
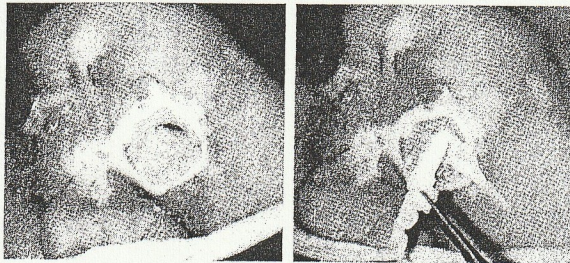


写真 ポケット形成



膚と滲出液の固まったもの) が創部を覆っている状態。

- ②黄色期：深部にあった黄色の壊死組織や不良肉芽が創表面に現れた状態。
- ③赤色期：黄色の壊死組織が除かれて赤い肉芽組織が創面に出てきた状態。
- ④白色期：創の辺縁から表皮細胞が遊走してきて肉芽は収縮し白っぽい上皮が形成された状態。

(3) ポケット形成 (写真)

正常な皮膚の下方まで褥瘡が広がった状態。表皮と真皮の間がずれることにより内部組織の壊死が広がったもので、ポケット状になっている。内部が観察しにくいので、感染や壊死組織が残りやすい。

4. 褥瘡の治療

治療のポイントは下記の3点である。

- ①分類に応じて治療剤などを変えていくこと、
 - ②壊死組織を取り除くこと、③よく洗浄すること
- 主に色の分類に応じた治療法を述べる。

① 黒色期

黒色の壊死組織(痂皮)を取り除く。外科的に除去する方法と、蛋白分解酵素剤(バリダーゼ局所用、プロメライン軟膏、フラセチンTパウダーなど)を塗布し壊死組織を徐々に取る方法とがある。痂皮と周囲の組織が分離していない場合は、酵素剤などを使用したあと、分離した時点で鉗またはメスでそれらを取り除く。

② 黄色期

黄色の壊死組織や不良肉芽(滲出液が多く感染しやすく上皮形成をし難い肉芽)を取り除く。滲出液が多いので前述した蛋白分解酵素剤以外に吸水性ポリマー(デブリサン、カデックス、テグレートなど)で滲出液を吸収・壊死組織を除去する。感染に対してはゲーベンクリーム、ユーパスタ、ソアナースなど、抗菌剤あるいは消毒剤入りの外用剤を用いる。

③ 赤色期

赤色の「良い肉芽」の増殖形成のため、オルセノン軟膏、ソルコセリル軟膏、リフラップ軟膏を用いる。また、創内の湿潤環境を保つことで、上皮細胞の遊走が起り、上皮化の促進となるので、ヒドロコロイドドレッシング剤(コムフィール、デュオアクティブなど)、アルギネートドレッシ

介護保険下の医療●主治医意見書を問い直す

ング剤（カルトスタットなど）を用いる。ただし、これらの創面被覆剤は感染がある場合は、創を閉鎖することにより菌の温床になるので使ってはならない。肉芽が盛り上がってくれば、上皮形成を進めるアクトシン軟膏、プロスタンディン軟膏などを用いる。

④ 白色期

上皮化を促進するためにアクトシン軟膏、プロスタンディン軟膏などを使い、創面被覆剤やポリウレタンフィルム（テガダーム、オブサイトなど：水蒸気や酸素は通すが水分や細菌は通さないフィルムで、密着性がある）で外部からの保護および創内の湿潤環境を保つ。

5. 創部の感染

褥瘡の創部の腫脹、発赤、疼痛、悪臭がある場合には感染があると考えて、壊死層の除去を図るときに徹底的に消毒し（消毒剤：イソジンなどは消毒効果は大だが、細胞毒性があるので常には用いない）、よく洗浄する。消毒剤の入った軟膏などを使用し、周囲組織の炎症などを伴う場合は抗生物質を全身投与する。

① ポケット形成の場合

生理的食塩水やバリダージェ局所用をしみこませたり、外用剤を塗ったタンポンガーゼを創内に詰める。

② 水疱がある場合

水疱は潰さずに保護のためにポリウレタンフィルムなどを使う。

6. 専門医への紹介のポイント

広範な壊死組織の除去（デブリードマン）が必要なとき、あるいは上皮形成が進まず縫合や手術を行った方がよいときは、皮膚科や形成外科などと連携して治療にあたる。

7. 生活指導のポイント

栄養状態、全身状態の改善とともに、褥瘡の成

表 褥瘡を起こしてくる危険予測因子

①	知覚異常の状態
②	湿潤の状態
③	活動の程度（臥床か、座位可能かなど）
④	可動性（体位を変えられる程度）
⑤	栄養状態
⑥	摩擦とずれを起こす危険性

因となる持続的「圧迫」、「摩擦」、「ずれ」などを除去する。また、分類や時期に応じた治療を選択することで褥瘡は治るものである。

① 栄養状態の改善

② 除圧

a. 体位変換を2時間ごとに行う。

b. 減圧用具を使う

エアマット、ウオーターマット、体圧分散ベッド（褥瘡予防用のベッド）などを使用する。ギャッチベッドの挙上は30度ぐらいとし、頻回に上げ下げしないようにする。また、エアマット等の圧を適切にしておく（マットの下から指で骨突起に触れる程度）

③ 皮膚を清潔に保つ

8. 意見書記載のポイント

身体状態の記載の項では、褥瘡の状態や処置に関する情報は不十分となりやすく、「特記すべき事項」のところで以下の項目を補足して記載する。

① 褥瘡部位は身体の図を利用して記入するが、部位の数や大きさおよび深さを記載する。

② 毎日処置が必要かどうかを記入し、処置の内容についても（たとえばタンポンガーゼが必要な）ふれる。

③ 体位変換の回数や変換時の困難度も記載する。

④ 全身状態や栄養状態、食事介助の状況も書いておくとよい。

⑤ 褥瘡を起こししやすい危険予測因子（表）などにもふれておくとよい。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 - 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 11 年 12 月 13 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. 脊髄損傷	発症年月日	(昭和・平成 36 年 月 日頃)	
2. 高血圧	発症年月日	(昭和・平成 60 年 月 日頃)	
3. 慢性腎炎	発症年月日	(昭和・平成 09 年 月 日頃)	
(2) 症状としての安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明		
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化		
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に变化のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			
26歳時胸椎椎間板ヘルニアの手術後、下半身麻痺となった。48歳ごろから高血圧あるも放置され、平成8年心不全による起座呼吸にて入院し、その後在宅医療となった。今回は褥瘡の悪化のため入院した。			
タナトリル5mg 朝食後		ニトロダーム1枚 朝食後	
アーチスト1錠 朝食後			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input checked="" type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 理解および記憶	
・短期記憶	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
・食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()

●コメント

①傷病に関する意見の項目；入院後の経過および退院してどんな状態かがはっきりわからない。また、慢性腎炎が傷病名に挙げられているが、介護を要する直接の原因ではない。

②介護に関する意見；褥瘡の具体的な対処方針が記載されていない

③褥瘡の部位や大きさなどにもふれ、どのくらいの処置が必要かを記載した方がわかりやすい。

④褥瘡がなぜできたのか、危険予測因子としてはど

(4) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 体重 = kg 身長 = cm 凡例

<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input checked="" type="checkbox"/> 麻痺	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	

関節の拘縮 ・ 肩関節 右 左 ・ 股関節 右 左
 ・ 肘関節 右 左 ・ 膝関節 右 左
失調・不随意運動・上肢 右 左 ・ 体幹 右 左
 ・ 下肢 右 左

4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
 → 対処方針 ()

(2) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)
訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導
訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項
 ・ 血圧について 特になし あり (降圧薬の服用を確認する)
 ・ 嚥下について 特になし あり ()
 ・ 摂食について 特になし あり ()
 ・ 移動について 特になし あり ()
 ・ その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

四肢麻痺のため移動困難であり、褥瘡もあるため介護を要する。

のようなものが考えられるのかを記載し、住宅改造などについても必要性を特記事項に書いた方がよい。

■望ましい意見書

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			連絡先 ()
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 11 年 12 月 13 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日

1. 脊髄損傷 発症年月日 (昭和・平成 36 年 月 日頃)

2. 高血圧 発症年月日 (昭和・平成 60 年 月 日頃)

3. 慢性腎炎 発症年月日 (昭和・平成 09 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明

(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し 改善 不変 悪化

(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
(最近6ヶ月以内に变化のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

26歳時胸椎椎間板ヘルニアの手術後、下半身麻痺となった。48歳ごろから高血圧あるも放置され、平成8年心不全による起座呼吸にて入院し、その後在宅医療となった。今回は褥瘡が悪化し7cm大のポケット形成のため皮弁手術を行った。

タナトリル5mg 朝食後 ニトログラム1枚 朝食後
アーチスト1錠 朝食後

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスビレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input checked="" type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・痴呆性老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 理解および記憶

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

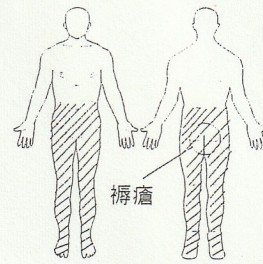
・食事 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
(有の場合) → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 体重 = 不祥 kg 身長 = 不祥 cm
四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)
麻痺 (部位 両下肢 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
褥瘡 (部位 仙骨部、臀部 程度: 軽 中 重)
その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)
関節の拘縮 ・肩関節 右 左 ・股関節 右 左
 ・肘関節 右 左 ・膝関節 右 左
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・体幹 右 左
 ・下肢 右 左



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (移動するために臀部の摩擦が防げ)
 → 対処方針 (栄養管理、清潔を保つ、保清の実施、移動方法を理学療法士とともに考慮する必要がある。)

(2) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)
訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導
訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項
 ・血圧について 特になし あり (降圧薬の服用を確認する)
 ・嚥下について 特になし あり ()
 ・摂食について 特になし あり ()
 ・移動について 特になし あり ()
 ・その他 (褥瘡の創部からMRSAが検出されているため、他への感染にご注意下さい。)

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

①両下肢麻痺のため移動困難であり、室内を移動するのに臀部を摩擦し褥瘡の進行を防げない。そのため住宅改造も必要である。
 ②褥瘡は6cm大で赤色期のものが仙骨部にあり浸出液が多い。もう1か所は臀部の4cm大の赤色期のものであり、毎日の処置を必要とする。
 ③食事摂取が不規則でバランスが悪く訪問栄養士の指導も必要と考えている。
 ④MRSAの感染もあり、点滴管理なども含め、看護および介護にかなりの時間を要する。