

ラジオNIKKEI ■放送 毎週木曜日 21:00~21:15

マルホ皮膚科セミナー

2016年1月7日放送

「第114回日本皮膚科学会総会⑬

第5回マルホ賞受賞記念講演会

褥瘡診療への皮膚科医としての大いなる貢献」

京都大学
名誉教授 宮地 良樹

はじめに

このたび、第114回日本皮膚科学会総会において、第5回マルホ賞を受賞しました。この賞は「日本の皮膚科における臨床分野の発展に貢献したライフワークともいふべき研究の功績をたたえる」賞であり、私の専門分野の一つである褥瘡が評価されたことは、褥瘡が陽の当たらない日陰の皮膚疾患であっただけに、隔世の感があり、感無量であります。そこで今日は、その受賞記念講演「褥瘡診療30年の軌跡」というテーマでお話をしたいと思います。

褥瘡診療から学んだこと

私が褥瘡に興味を持ったのは、1984年米国留学から帰国した頃、たまたま一人の褥瘡患者さんに遭遇したことから、当時の院内製剤であったいわゆるイソジンシュガーの製品化を思いついたことがきっかけでした。当時の褥瘡は寝たきり高齢者に生じる回避不可能な皮膚潰瘍と考えられ、「看護の恥」ともいわれて医師の関心はきわめて低いものでした。その後、約7年の歳月をかけてイソジンシュガーの製品化

皮膚科医にとっても「褥瘡」は「未知との遭遇」

褥瘡診療から学んだこと

- 思いがけない消毒論争
 - 感染は「ある」「なし」だけではない
 - 臨界的コロニー形成の考え方
- スキンケアのコンセプト
 - 美容皮膚科のスキンケアとのギャップ
 - 浸軟の考え方と撥水剤の応用
- Moist Wound Healingの考え方を学ぶ
 - 外用剤一辺倒からドレッシング材へ



に成功し、保険適応の承認を受けて上市したのですが、そのとき専門看護師を中心に「消毒薬を使用するとは何事か」という思わぬバッシングを受けました。私にとっては想定外でしたので、その領域の勉強をすると、当時は米国の専門看護師を中心に「消毒は細胞毒であるので創面は一切消毒すべきではない」という考え方が主流であることを知りました。この一件はその後約10年かけて、明らかな感染がある場合には消毒薬を使用するという国際的なコンセンサスが得られましたが、その過程を通じて、多くの専門看護師と接する機会に恵まれました。この論争に触発されて、創傷治療には先ず創面が治癒に傾くように壊死組織や感染・滲出液をコントロールする必要があること、この wound bed preparation と呼ばれる創面の清浄化を達成してから創面の状態を評価して外用薬を選択すべきであること、さらに創面の湿潤環境を維持した方が、創傷治癒が促進されるという新しいコンセプトを学ぶことができました。この moist wound healing という考え方は1960年代にすでに提唱されており、この理論を元に様々な近代的ドレッシング材が開発されていましたが、皮膚科医にはまだあまりなじみがありませんでした。外用薬一辺倒の局所治療からドレッシング材を用いた新たな治療戦略を獲得したという意味でこのコンセプトは epoch making でした。

褥瘡の実態調査

これはちょうど私が群馬大学に転じた頃でしたので、当時の厚生省科学研究費をいただいて群馬県下の褥瘡の実態調査を行い、その成果を元に、褥瘡の予防・治療ガイドラインを策定しました。このガイドラインはエキスパートオピニオンが中心でしたが、いままで全く注目されてこなかった褥瘡に焦点を当てた我が国で初めてのガイドラインということで意味があったと自負しています。この実態調査でもう一つ驚きの事実が判明しました。それは、褥瘡の約70%は病院で発生しており、さらにその半分は入院後一ヶ月以内に生じているという衝撃の事実でした。いままで、慢性期病院の寝たきり高齢者に生じる病気と思っていた褥瘡が急性期病院の、特に周術期を中心に不断に発生している事実を知り、大学に籍を置く私たちが褥瘡を切実な問題としてとらえる必要があると痛感するようになりました。

褥瘡は急性期病院でも重要課題

- 褥瘡の多くは周手術期に発生している
 - 手術室、I C U など
- 褥瘡と鑑別すべき合併症がある
 - 電気メスによる電撃傷、消毒薬による化学熱傷
 - 後頭部褥瘡による永久脱毛
- 慢性期病院とは危険要因が異なる
 - 病的骨突出、低栄養は少ない
 - 手術時間、低体温麻酔、手術体位など
- 車椅子で発生する褥瘡（PT/OTとの連携）
 - 座位生活による坐骨部褥瘡
 - 貧弱な車椅子、シーティング指導欠如
- 新生児・未熟児、精神科における褥瘡

日本褥瘡学会の立ち上げ

このような背景もあって、皮膚科医・形成外科医・専門看護師などの同志とともに1998年に日本褥瘡学会を立ち上げました。当初の会員数は150名程度でしたが、いまや8,000名を超える大きな学会に成長したことを見ても、高齢社会を迎えて褥瘡に真正面から立ち向かう時代のニーズがあったことをいま改めて確信しています。褥瘡学会では、まず疫学調査

を元にどのような人が褥瘡になりやすいのかという褥瘡のリスク評価を行いました。続いて、創傷治療において必須と考えられる創面評価ツールの開発に取り組みました。DESIGN-Rと呼ばれるこの創面評価ツールは科学的データに基づく重み付けの手法により、創面をスコア化することで治療の妥当性の評価や治療経過の検証などができるというきわめて斬新な創面評価法であり、英文論文として発信することで国際的にも認知されるツールとなりました。そのあと、私が委員長となって科学的根拠に基づく褥瘡局所治療ガイドラインが二年の歳月を費やして策定されましたが、clinical question方式、EBMの手法に基づく推奨度の提唱などは当時の医学界ガイドラインのなかでも先陣を切るものでした。このガイドラインでは慢性期の深い褥瘡を念頭に、壊死組織の除去、肉芽形成の促進、創の縮小という基本スキームを構築し、DESIGN-Rのどの項目をいま標的にすべきか、という視点からclinical questionを設定しました。その後、幾度かの改訂を経て、すでに第4版が公表されようとしています。このような学術面の活動のみでなく、学会はロビー活動を通じて、褥瘡対策未実施減算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算などの医療施策の風を吹かせることにも尽力してきました。その結果、急性期病院における褥瘡発生率・保有率ともに激減し、多くの病院が1%以下になりました。長時間の手術による褥瘡発生を減らすために、手術室に向き、体圧分散寝具や術中X線撮影ベッドの改良などに介入したのもいまでは懐かしい思い出です。ここで、私たちの一番の原動力となったのはこの褥瘡患者が目に見えて激減したことでした。

チーム医療の重要性

もう一つ、褥瘡診療から私が学んだことはチーム医療の重要性です。褥瘡は学際領域疾患であったために、専門家がおらず必然的にお互いの専門領域を尊重し合う風土が定着していました。また、新しい学会であったがゆえに権威主義がなく、EBMのみが共通の言語であったことも学会の健全な発展に寄与したと思います。異なる専門性から互いに学ぶ姿勢がチーム医療の基本ですが、褥瘡がチーム医療の優等生たり得たのも、このような学際領域にある褥瘡の特性によるところが大きいと思います。さらに、米国からEBMの手法を持ち帰った専門看護師の存在も無視できません。彼らは進取の気性に満ちただけでなく、褥瘡患者を背景に徹底したフィールド主義を貫いていました。従って、患者データに基づく発

他職種に学ぶ褥瘡診療

- WOC看護師
 - ドレッシング材
 - ストーマの接触皮膚炎、下痢便の肛門管理
 - 体圧分散寝具
- 管理栄養士
 - 栄養管理と食事療法
- 理学療法士
 - 車椅子での体圧管理
- 薬剤師
 - 薬剤
 - 微量金属投与

異なる専門性から学ぶ姿勢がチーム医療の基本

短期間に褥瘡診療が急展開した理由

- 学際領域であるためお互いの専門性を尊重した
 - チーム医療の展開
- 新しい学会であるため権威主義がなかった～EBMが共通言語
 - リスク評価法、創面評価法の開発
 - 褥瘡治療ガイドラインの策定
- 進取の気性に満ちた専門看護師の存在
 - 米国留学からEBMの手法を持ち帰った
 - 徹底したフィールド主義で次々にデータが得られた
- ロビー活動による医療施策の追い風
 - 褥瘡対策未実施減算
 - 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- 産学協同による予防と管理の発展
 - 外用薬・ドレッシング材
 - 体圧分散寝具
- 褥瘡発生率減少の実感がさらなる原動力に

言は医師のエキスパートオピニオンを封じるのに十分でした。このような専門看護師や医用工学の専門家、薬剤師・栄養士・理学療法士なども含めて産学協同で体圧分散寝具やドレッシング材・外用薬の開発が促進されたこともチーム医療のもう一つの成果と考えられます。短期間に褥瘡診療がこれほど急展開した理由はこのあたりにあったのではないのでしょうか。

今後の課題

このように褥瘡診療はめざましい発展を遂げましたが、まだいくつか残された問題があります。一つは、褥瘡に対する認識が高まったのは好ましいことですが、仙骨部にあれば何でも褥瘡と短絡してしまう風潮が生じていることです。臀部の肉腫を「肉芽形成良好な褥瘡」として誤診した症例報告もあります。やはり、褥瘡好発部位であっても皮膚科医が正しい褥瘡の診断をすべき局面は少なくないと思います。二つ目は moist wound healing 理論に基づくラップ療法万能論です。褥瘡学会の理事会見解により、かなり収束したものの、あらゆる褥瘡にラップ療法をしても構わないという考えには懸念を抱かざるを得ません。その普及の背景にある在宅医療はまだ私たちにとっては不得手な領域なので、今後は多くの皮膚科医が在宅医療に前向きに取り組むべきかと思います。さらに、医療関連機器圧迫創傷と呼ばれる、ギブスや酸素マスクなど自重以外による圧迫創傷に対する関心がまだ低いことも三つ目の今後の課題です。

おわりに

私が褥瘡診療に携わって 30 年の軌跡を辿ってみました。いま振り返ってみると、図らずもアレルギー炎症・光生物学・スキンケアなどと並んで褥瘡が私のライフワークの一つになっていたのは紛れもない事実です。今回、褥瘡診療に携わったことで「臨床皮膚科学への貢献者」として評価されたことは私にとって大きな喜びです。今後とも褥瘡には深く関わっていく所存ですので、ライフワークとしてさらに大きな一輪の花を咲かせたいと念じています。今回は第 5 回マルホ賞受賞記念講演から、私の褥瘡診療の足跡を辿って、この 30 年ほどの褥瘡診療の変容についてお話をしました。

