

すぐ楽しい すごく楽しい♪ 知って得するスキンケア

2024年11月29日(金)～30日(土)、神戸国際会議場・神戸ポートピアホテルで、第5回日本フットケア・足病医学会年次学術集会が開催されました。29日に行われた持田ヘルスケア株式会社共催によるスイーツセミナーでは、ハイリスク症例やスキントラブル症例に求められるスキンケアについて講演されました。病院から地域へのアウトリーチによって、生活の場でもあたりまえのように洗浄・保湿・保護のスキンケアが可能になることが期待されています。



座長
石澤美保子 先生
奈良県立医科大学
医学部 看護学科
成人急性期看護学 教授、
ET/皮膚・排泄ケア
認定看護師



講演1

いま、私たちにできること～ハイリスク患者のスキンケア～

演者 **海田真治子** 先生 久留米大学病院 看護部 看護師長、皮膚・排泄ケア特定認定看護師

ハイリスクな皮膚は どのような状態？

皮膚の乾燥——ドライスキンは、皮膚創傷のリスク要因の1つです。乾燥した皮膚は保湿能が低下しています。角質層に隙間ができて皮膚のバリア機能が破綻することで、感染のリスクも高まります。さらに、高齢者は皮下脂肪が少なく、皮膚の弾力性が低下して外的刺激に非常に弱くなります。すると、軽度の刺激で皮膚のずれ、スキントアが生じます。

上記のようなハイリスクな皮膚には、さまざまな創傷が生じます(図1)。予防・治癒のために共通して必要なのが、日々のスキンケアです。

図1 ハイリスク例でみられる創傷



仙骨部の褥瘡



踵部の水疱



上腕部のスキントア

スキンケアの最初の柱 「洗浄」と、創傷衛生

スキンケアの基本は、**洗浄・保湿・保護**です。私たち看護師は、皮膚を観察し、その状態に応じた適切なスキンケアを行うことが求められます。

皮膚に異物や刺激物が付着していたり、創部に細菌が付着・増殖すると、なかなか状態は改善しません。まずは、スキンケアの最初の柱「洗浄」によって、これらを取り除く必要があります。

近年では、創傷や褥瘡の治癒において、**創傷衛生(wound hygiene)**の重要性が広がっています。創面のバイオフィームや周囲皮膚の細菌を、洗浄剤を使って物理的にしっかりと洗い落と

したうえで、次なるケアとして保湿や保護につなげることが大切なのです(図2)。

ハイリスク症例への対応の実際

私が経験したハイリスク症例を一部紹介します(p.50図3)。

ご覧のように、さまざまな皮膚の状態の方がいます。発生した背景も多様です。私たちは、できてしまった創傷に対して、治癒に向けたスキンケアを行うのはもちろんのこと、**なぜその創傷が生じたのか、治癒後の患者さんの生活にも目を向けることが大切**です。ケアを継続するためには、本人、家族、病院、在宅ケアなど地域との連携・協働が欠かせません。

図2 2年間ガーゼ交換だけ実施されていた創傷



● 足全体が乾燥し
垢がたまっている

創面にぬめりがあり、
バイオフィームが形成
されている

↓
創傷衛生が必要

図3 ハイリスク症例とその背景・対応

①広範囲熱傷治癒後の皮膚(高齢者、独居)



白線の範囲内は、皮膚をメッシュ状に移植した部分

熱傷後の皮膚はドライスキンの状態。スキンケアの継続は必要であるが、独居であり、背部スキンケアは自己では困難な状況。ケア継続のためには、訪問看護や近医との連携などを考える必要がある。

②足底部に発生した褥瘡



外来化学療法中の患者。受診時に跛行を認め、右足底部に水疱を発見した。問診によって、呼吸困難感が生じたときは車の中で睡眠をとっていたことが判明。その際、右足底部をフットペダルに乗せており、足底部に荷重がかかって水疱が生じたと推測された。全身管理のため一時的に入院することで、褥瘡は早期に治癒した。また、入院中に、在宅ケア環境の調整(ベッド導入など)を行うことができた。

③殿部のIADの経過

1日目



長期間の下痢でIADが生じた。創傷被覆材の貼付にあたり、剥離刺激を最小限にするため、全面への貼付ではなくブロック貼りを行い、剥がれた部分だけを交換する形とした。



3日目



徐々に炎症の範囲が限局化してきた。

1週間後



創傷被覆材を用いた治療により、IADは治癒した。予防的スキンケアを継続し、再発防止を行った。



講演2

これから、私たちがめざすこと～地域で行う足から殿部のスキンケア～

演者 間宮直子 先生 大阪府済生会吹田病院 看護部 副看護部長、皮膚・排泄ケア特定認定看護師

地域ケアを支える病院からのアウトリーチ活動

急性期病院の看護師が、精力的に地域に出ていく時代がやってきました。近年は診療報酬の後押しもあり、アウトリーチ活動がしやすい体制が徐々に整ってきています(表1)。

当院でも、在宅への同行訪問や高齢者施設へのアウトリーチ活動に力を入れており、**医療・介護・福祉の連携の重要性**を日々感じています。私が2023年度に行った地域訪問の処置内容を見てみると、褥瘡ケアが最も多いことがわかります(図1)。ここで気になったのが、スキントラブル(図2)へ

の訪問の少なさです。電話やメールでの相談件数もさほど多くはありません。地域ではスキントラブルは発生しにくいのでしょうか？

地域でのスキントラブルの特徴

スキントラブルの代表として、スキン-ケアとIAD(失禁関連皮膚炎)について、地域からの持ち込みとなった症例にどのような特徴があるのか、2021年度から2023年度にかけて調べてみました。スキン-ケア、IADともに、発生場所は自宅が最も多く、それぞれ79.1%と75.5%にのびりました。また、院内発生と持ち込み症例でIADの重症度を比較してみたところ、**持ち込**

み症例のほうが重症度が高いこともわかりました。

これは、院内では看護師が日常ケアにおいてスキントラブルを早期に発見しやすい環境が影響しているといえます。一方、地域での症例は、状態が悪

表1 アウトリーチにおける診療報酬(抜粋)

退院後訪問指導料 580点

対象

真皮を超える褥瘡の状態、
ストーマ造設など

在宅患者訪問看護・指導料 1285点

対象

真皮を超える褥瘡の状態、
ストーマ(反復する皮膚障害があり管理が困難・ストーマ合併症)など

図1 地域訪問の処置内容 (2023年度、n=230)

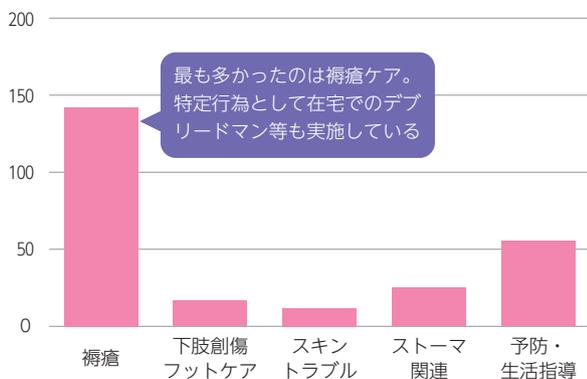


図2 地域でのスキントラブル例



くなってから発見される傾向があると考えられます。**スキントラブルを未然に防ぐためには、地域でもできる、日々のスキンケアが重要**です。

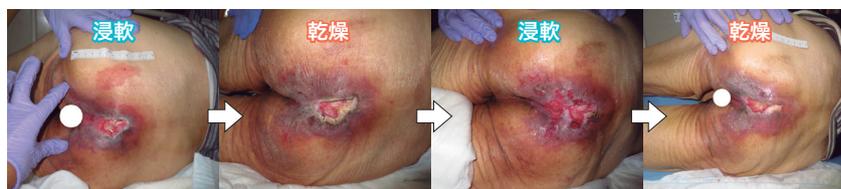
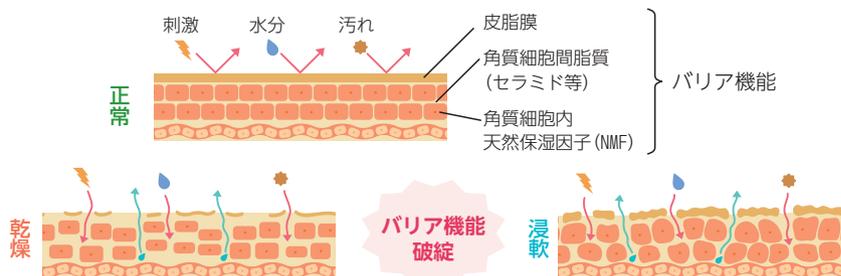
**スキントラブルを招く
2 要因：乾燥と浸軟**

皮膚の乾燥はバリア機能の破綻を招くことは、すでにご存知だと思います(図3)。一方、皮膚に過剰な水分がある“浸軟”状態もまた、皮膚バリア機能の破綻につながります。浸軟した皮膚は組織の結びつきがルーズになり、ドライスキンと同様に外的刺激の影響を受けやすく、皮膚の浸軟が軽減しても、組織内の水分が失われやすい状態です(図3)。おむつ使用時の蒸れなど、皆さんもよく経験されるのではないのでしょうか。

乾燥した皮膚には保湿を、浸軟リスクの高い皮膚には撥水保護を行うのが基本です。しかし、ケアのバランスが崩れ、浸軟と乾燥を交互に繰り返してしまう例をみたことはないでしょうか(図3)。一度バリア機能が破綻すると、このような悪循環が生じやすくなります。**適切なスキンケアによって、乾燥と浸軟の繰り返しを断ち切る**ことが大切です。

図3 皮膚の乾燥と浸軟

皮膚のバリア機能(イメージ)



一度バリア機能が破綻すると、上写真のように乾燥と浸軟を繰り返しやすい。保湿と保護でこの悪循環を断ち切る必要がある。

スキンケアの目的は、皮膚のバリア機能を保持し、生理機能を維持することです。**皮膚の状態を観察し、保湿が必要な皮膚なのか、あるいは撥水保護を優先したい皮膚なのかをアセスメントしたうえでスキンケア用品を選択し、ケアを行う**ことが必要なのです。

**乾燥と浸軟には、保湿と保護に
同時に対応できる製品を考慮**

撥水保護には、在宅では特に、ワセリンに代表されるような油性系基剤を

使用していることがよくあります。短期間であれば効果的ですが、長期間の使用は、慢性的な軽度の浸軟状態となり、脆弱な皮膚を招く恐れもあるため、注意が必要です。

病棟や地域のナースから、この皮膚は保湿が優先ですか？ 保護が優先ですか？ と相談されることがよくあります。そのようなときに、1つで保湿と保護両方の効果を兼ね備えた“二刀流”のようなスキンケア用品があると、便利だと感じます。ケアの参考として、

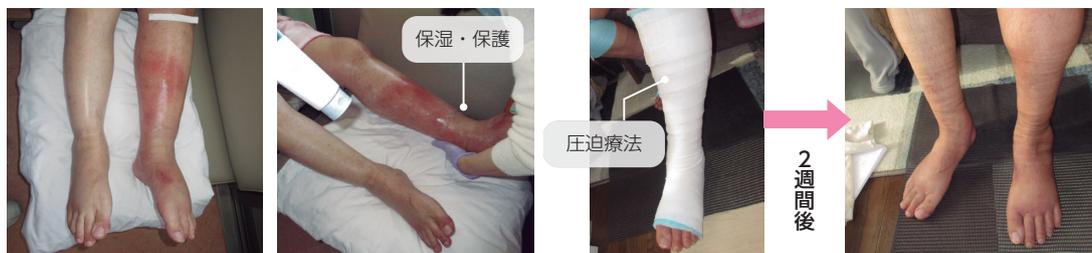
図4 スキントラブル症例へのスキンケア：保湿と撥水保護効果を兼ね備えたスキンケア用品の活用例

①仙骨部潰瘍へのケア



仙骨部潰瘍があり、乾燥と浸軟が繰り返しみられる。油性保護剤の塗布を10年ほど続けており、皮膚が肥厚し創傷被覆材が貼付しにくい状態となっていたため、撥水保護クリームの塗布に変更した。保湿と撥水保護のスキンケアを継続することで、1か月後、皮膚にやわらかさが戻った。

②下肢のリンパ漏へのケア



リンパ液の漏出から健常皮膚をまもるため、撥水保護クリームを塗布し、圧迫療法を併用した。2週間後、二次損傷はみられず、浮腫は軽快している。

③急性動脈閉塞患者、壊疽周囲皮膚へのケア



急性動脈閉塞により左足部に壊疽がみられた。周囲皮膚の保湿と保護を目的に、健常皮膚に撥水保護クリームを塗布した。その後、周囲皮膚の感染および二次損傷は生じていない。

保湿成分を含有した撥水保護クリームを活用して、在宅でのスキントラブルに対し、スキンケアに取り組んだ症例をいくつかご紹介します(図4)。**撥水作用で皮膚を保護しながら、保湿成分で潤いを与える、この両面からのケアが重要です。**

ケアにかかるコストも意識して在宅でも十分な取り組みを

最後に、コストについて触れたいと思います。IADのケアにかかるコストを、病院と在宅とで比較してみました。

IADへの処置として、1日1回の洗浄と抗真菌外用薬および撥水軟膏の塗布、1日5回のおむつ交換が発生すると仮定します。これは、病院と在宅で

共通です。加えて、病院では、週に1回のスキンケア回診に医師1名と看護師3名が同行すると想定しました。病院は経験15年目の医師と看護師が処置と回診に当たる想定、在宅では、家族がおひとりですべてケアを行う想定です。ケアの期間は3週間としました。

詳細は割愛いたしますが、上記の想定で在宅でコストとしてかかるのは、抗真菌外用薬および撥水軟膏の費用、2,776.2円です。病院ではこれに加え、医師・看護師の人件費*がかかることから、計18,106.2円と、**在宅のおよそ6倍以上のコスト**となります。

ただしここで、コストに加えて考慮する必要があるのが、**介護力**です。高齢化に伴い、老老介護、独居、認知症

の家庭はますます増えると考えられます。家族の介護力に頼ったケアは、ケア者の疲弊につながり、スキントラブルの長期化・重症化を招くでしょう。

このようななかで、私たち看護師は、**患者さん・家族とともにトラブルが起こりにくい皮膚を保つようにしなければなりません。また、さまざまなスキンケア用品の機能を理解し、患者さんの皮膚に合わせた使い分けをすることも大切です。**生活の場で、患者さんに適したスキンケアが「あたりまえ」にできれば、ケア提供者の私たちの胸の内は、「すぐ楽しい♪ すごく楽しい♪」、さらにケアされる方々は「すぐうれしい♪ すごくうれしい♪」になるのではないのでしょうか。

*医師・看護師の人件費は、厚生労働省の「賃金構造基本統計調査による職種別平均賃金(時給換算)(令和5年)」から算出