

京都府女性薬剤師会主催多職種研修会 「フルタメソッド研修会一広めよう!!褥瘡学会認定師の輪一」

【開催日時】 2023.6.11(日)12:00～16:20

【開催場所】 キャンパスプラザ京都 ホール

【参加者】 会員 19 名、非会員 21 名、学生 2 名

【プログラム】

- * 褥瘡の病態評価の基礎～DESIGN-Rについて～
- * フルタメソッド症例解析～フルタメソッドにおける病態評価と薬物治療～
- * フルタメソッドの薬剤実技研修

講師 小林記念病院 褥瘡ケアセンター 古田 勝経 先生

【研修会参加者のアンケート結果と感想】

【調査概要】

- * アンケート実施期間:2023年6月11日(日)～2023年6月14日(水)
- * アンケート実施方法:URL入力または二次元コード読み込みのよる Google フォームからの回答
- * アンケート回収率:41.6%

【受講者背景】

〈年代〉 20代;10%、30代;15%、40代;10%、50代;30%、60代;30%、70代以上;5%

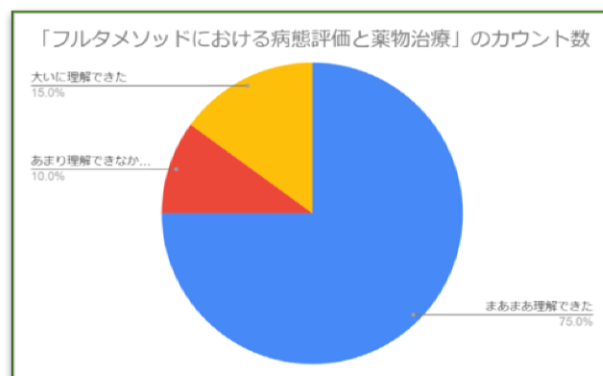
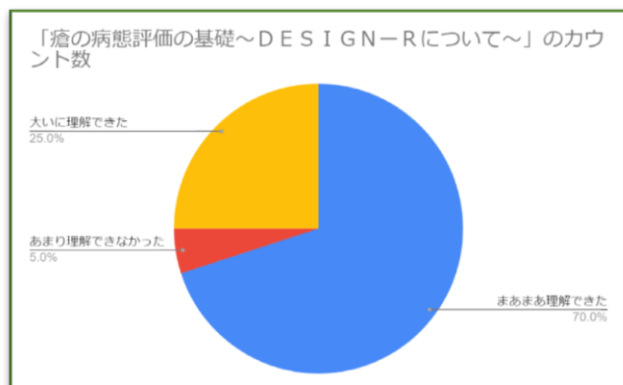
〈職種〉 薬剤師;88.9%、介護職員;5.6%、学生;5.6%

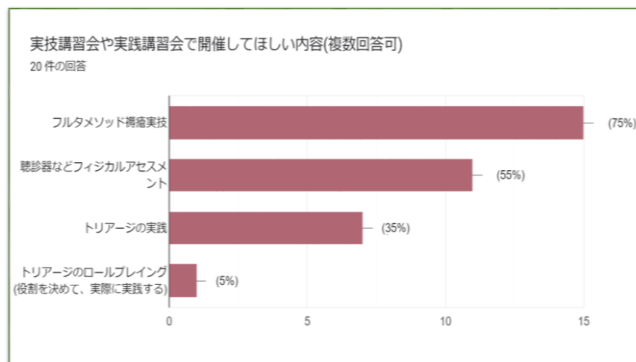
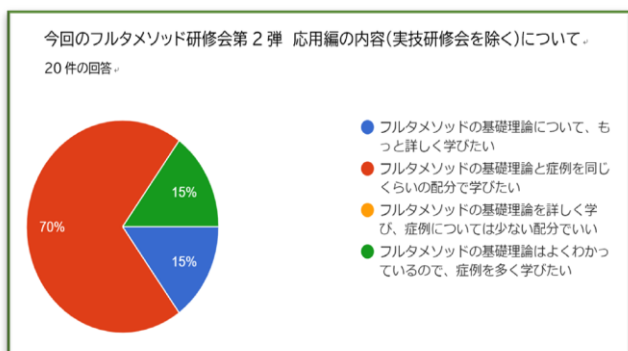
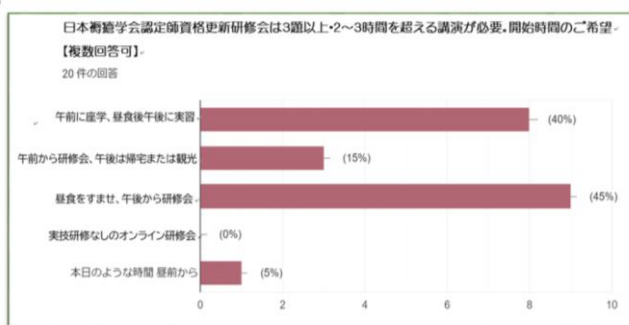
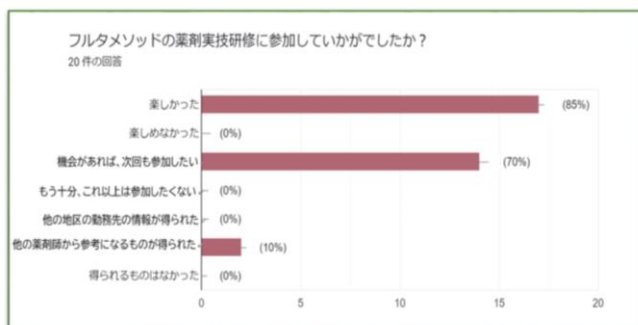
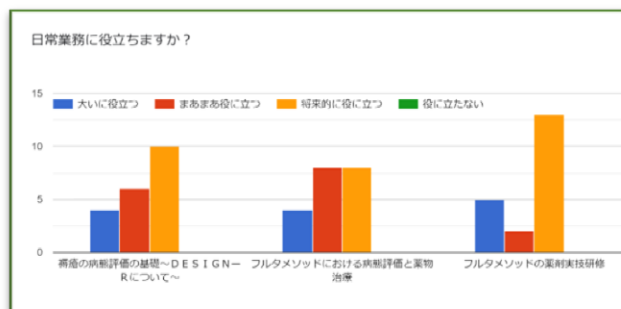
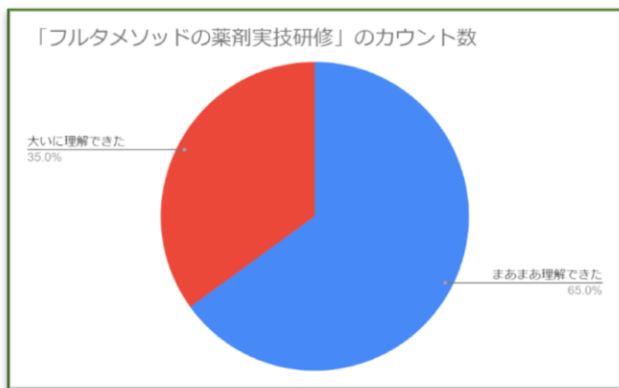
〈勤務先〉 保険調剤薬局;65%、病院・診療所;15%、大学・教育;5%、製薬・卸;5%、
学生;5%、非就職;5%

〈薬剤師研修認定単位取得回数〉 取得済み(初回)20%、2回;20%、3回;10%、
4回以上;10%、未取得 40%

〈フルタメソッド褥瘡実技研修会の受講回数〉 初めて;30%、2回目;50%、3回 5%、
4～9回;10%、10回以上;5%

【研修会の内容】





【ご感想】

- 👉 貴重なご講演ありがとうございました。
- 👉 ご講演ありがとうございました。座学と実践のメソッドが詰まっていてとても刺激になりました。
- 👉 たくさんの改善症例を拝見して 薬剤師の積極的なかわりの意義を痛感しました。
- 👉 お疲れ様でした。有意義な研修会でした。
- 👉 少人数のグループ構成が良かった。



👉 今回はフルタメソッドの講習を初めて受講したので講義のスピードに少しついていけない箇所がありました。基礎編の講座を受講し知識を深めてから改めて今回の講義を聴いた方がよかったかもしれないと思っています。まずは基剤から勉強し直しです。

👉 2回目だったので、古田先生の話が何となく理解出来て、楽しく実技研修させていただきました。

重ねるごとに理解が深まってまいります。古田先生のお話がよく理解できます。



- 🕒 楽しい研修会でした。ありがとうございました。あつと言う間に時間がたってしまいました。
- 🕒 2回目なので、前より少し理解しながら聞けました。繰り返し学ぶ必要ありますね。
- 🕒 褥瘡について大学で学ぶ機会がなく知らないことばかりだったのでとても勉強になりました。ありがとうございました。
- 🕒 何回か受講しているので、回を重ねると、なんとなくわかってきたように思います。
- 🕒 学ぶことが多くて非常にタメになりました。
時間があれば1症例についてグループ内で協議するなどもあれば良かったかなとは感じました。職場が違えば採用薬や扱っているドレッシング材も異なると思うので様々な視点から考えを導き出せたのかなとは思いました。

【質疑応答】

Q1: ベスキチンについてですが、前に受けた時も今回も、フィブラストスプレーとのセットでの説明で、こういう時に使うとか効果面の説明が記憶にありません。ベスキチンはフィブラストスプレーをポケットの奥に当てる為に有効なこと以外は、どんな使い方と効果がありますか？

A1: 創内固定として使用することは解説しています。それ以外に外用薬との相性がよいため、薬剤滞留性の維持のために外用薬との併用も利用できます。

Q2: 褥瘡治療の基本的なアルゴリズムみたいなのがあればいいなと思いましたが、いかがでしょうか？

例えば 浅い褥瘡・発赤:

油脂性基剤＋フィルム・表皮剥離、びらん:

w/o＋水溶性基剤・浅い潰瘍:

滲出液多→水溶性基剤

滲出液少→o/w

A2: 褥瘡のアルゴリズムは以前に褥瘡学会でも作成されましたが、病態が画一的ではないために利用価値がないという評価になり、現在は使用されていません。発赤レベルはよい

かもしれませんが、潰瘍状になるにつれて、感染や壊死や肉芽など、さまざまな病態が加わり、マニュアル的にはいきません。褥瘡の病態は多様性があることは理解されていますか？

Q3: スキンテアで吸水クリーム+ソルベースを使うと良いという話がありましたが、塗布後の患部はどのように被覆されておりますでしょうか？

A3: 通常はガーゼとフィルムで被覆します。

Q4: 外用薬の塗布後、実技の際は普通のガーゼを使っていました。訪問すると、メロリンガーゼなどを用いているケースがほとんどなのですが、コストもかかりますが高機能ガーゼも積極的に使っていきべきなのでしょうか？

A4: メロリンなどの医療用ラップ材料は、湿潤状態が高くなりがちで、感染や浮腫を起こしやすいのが特徴です。綿ガーゼとフィルムが確実です。

Q5: DESIGN-R の評価についてですが、d2 と D3 以上の判別は理解出来ました。ただ、D3.4.5 の判別が実臨床で難渋しております。判別する上でポイントがあれば教えていただきたいです。初歩的で申し訳ございませんが、壊死組織と腱、骨が分かりにくいことがあります。講義資料を見返しても見分けが付きません。鑑別方法を教えていただきたいです。

A5: 真皮を越える創では、脂肪層、筋層はほぼ同じように評価します。腱や靭帯、骨が見える創ではD3、D4になりますが、体腔に至る創はめったにありません。

Q6: 過形成の肉芽に対してステロイドで炎症を抑える又は吸水速度の遅いものに変更との話がありましたが、どういった時にステロイドを使えばいいのでしょうか？

A6: リンデロン軟膏クラスで十分ですが、必ず効果がでるとは限りません。

Q7: スキンテアに対して吸水クリーム+ソルベースで治療した事例を提示していただきましたが、どのような作用メカニズムが働いて良くなったのでしょうか？ 湿潤環境を調整して良くなったのでしょうか？

A7: 湿潤調節と細胞外マトリックスが関係していると考えられます。

Q8: 実技研修の中でマクロゴールは弱い抗菌作用を有しているとのお話をされましたが、抗菌作用としてはどれくらい期待出来るのでしょうか？ データ等があれば合わせて教えていただきたいです。

A8: 局方に記載されています。それ以外のデータはみていませんが、抗菌作用を有すると明記できるものではありません。ヨードホルムやソフラチュールを併用することが必要な場合があります。

Q9: 基剤と細胞マトリックス複合体の関係で補水性基剤は肉芽形成しやすいが、吸水性基剤と創面保護剤は複合体が出来ないので肉芽形成しにくいとのことですが、ユーパスタは肉芽形成は期待出来ないとのことになるのでしょうか？

A9: ユーパスタはマクロゴール軟膏の量が他の軟膏と比べ多くありません。精製白糖やポビドンヨードの相乗効果で浮腫の軽減や肉芽形成作用が得られると考えます。

Q10: ピンホールの閉鎖で吸水速度の早いユーパスタを使って治療のちに遅いマクロゴールに切り替えて治療された事例を提示していただきましたが、どういったことから切り替えを判断されたのでしょうか？ 講義内でお話しされてたかもしれませんが、失念しましたもう

A10: 吸水速度の速いユーパスタで滲出液を吸収しながら創を収縮させますが、滲出液が減少することで乾燥し、収縮が停止します。そうなれば、吸水速度の遅いマクロゴールであれば、収縮が継続できるために変更して創閉鎖します。