

## 当院の褥瘡対策

### Assessment and Prevention for Pressure Ulcer

長谷川 千 夏 竹之内 辰 也

Chika HASEGAWA, Tatsuya TAKENOUCI

#### 要 旨

当院では入院患者の褥瘡発生状況の分析と褥瘡発生の予防を目的として、2002年から褥瘡対策委員会が設置され、医師、薬剤師、栄養士各1名と看護師13名、医事課2名の18名で活動している。委員会では主に褥瘡対策に関する計画書（兼 褥瘡発生報告書）から当院の褥瘡発生の状況・予防対策や創傷被覆剤・体圧分散寝具などについて検討している。毎月の褥瘡有病率は平均3%、褥瘡患者数は12名程度である。褥瘡発生部位は仙骨部が多く、Ⅲ度以上の深達度の患者はがん終末期であることが多い。

当院では化学療法の副作用などで、褥瘡予防の点で重要である適切な栄養管理が難しい面がある。また、がん終末期の褥瘡予防では褥瘡発生因子となるがんの症状を緩和しながら、その症状緩和を妨げることのないケアが求められる。栄養サポートチームや緩和ケアチームと連携し、それぞれの専門知識や技術を提供しあいながら、個々の患者の原疾患の状態、予後を踏まえた上での柔軟な対応が必要であると考えられる。

#### はじめに

2002年10月の褥瘡対策未実施減算の制定に伴い、当院でも入院患者の褥瘡発生状況の分析と褥瘡発生の予防を目的として褥瘡対策委員会が設置された。

褥瘡の予防の原則は「圧迫の軽減・除圧」「栄養」「局所管理」である。しかし、当院の褥瘡発生の患者の原疾患のほとんどは悪性腫瘍であり終末期の状態であることが多く、原則通りにいかないこともある。

がん終末期では疾患の進行に応じて様々な症状が発生するため経過予測が困難であり、状況によっては安楽が優先され効果的に褥瘡予防が行えない場合が多い<sup>1)</sup>。また、終末期での褥瘡発生では治癒過程は遅延し、完治を目的とすることは難しく原疾患の状態、予後を踏まえた上での柔軟な対応が必要とされる。

今回、当院における褥瘡対策委員会のこれまでの活動や褥瘡の現状、がん終末期の褥瘡対策について述べる。

#### 1. 褥瘡対策委員会の活動

医師、薬剤師、栄養士各1名と看護師13名、医事課2名の18名で構成され、2ヶ月に1回委員会を開催している。

委員会では褥瘡の発生数や予防計画書の提出数、褥瘡有病率により当院の褥瘡の状況を把握し予防対策などを検討している。予防対策の一環として創傷被覆剤や体圧分散寝具の購入、使用方法の検討もしている。当院の体圧分散寝具にはエアマットレス、サーモケアマットレス、ソフトコンフォートなどがあり、ここ数年毎年購入しているが十分といえる数ではない。

院内の全職員、とくに新規採用の看護師等を対象として、褥瘡対策マニュアルの作成や当院の褥瘡の特殊性などについて、年1回褥瘡セミナーを実施している。褥瘡セミナーでは栄養サポートチームの協力を得て、栄養管理についての講義や栄養補助食品の紹介を行っている。

## 2. 褥瘡発生数・褥瘡予防計画書提出数

2002年から2004年の前半までは各セクションに褥瘡対策委員の看護師を配置していなかったため褥瘡発生報告数が1～8件と少なく、褥瘡予防計画書の提出に至っては皆無に近い状態であった。そのため、2004年から各セクションに褥瘡対策委員の看護師を配置し、報告の徹底を図った。それにより褥瘡発生報告数は徐々に増加傾向となるが、褥瘡予防計画書の提出数の増加が見られないため、入院患者全員のカルテに褥瘡対策に関する計画書（兼 褥瘡発

生報告書）を閉じ込み、必ず記入することで改善された（図1）。

## 3. 褥瘡有病率

褥瘡有病率は各病棟に褥瘡対策委員の看護師が設置された2004年より算出している。毎月、第1月曜日に各病棟の看護師が医事担当に入院患者数と褥瘡発生患者数を提出し、委員会で結果が報告される。当院は入院在院日数が少なく、急性期の病院であり毎月の有病率は平均3%（図2）、褥瘡患者数は12名程度である。

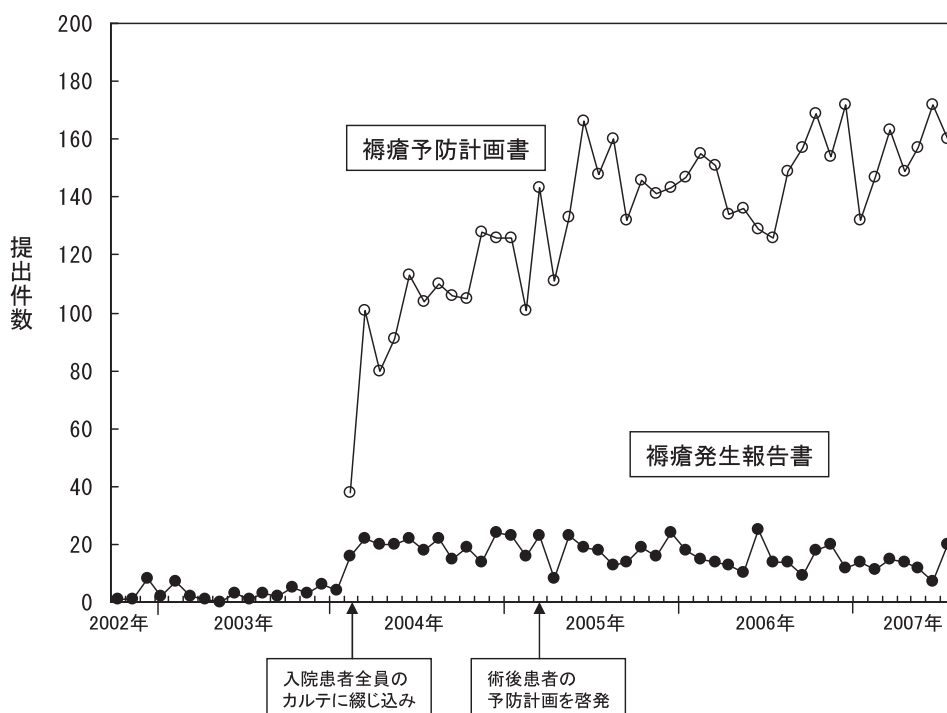


図1 当院における褥瘡発生報告書と褥瘡予防計画書の提出状況

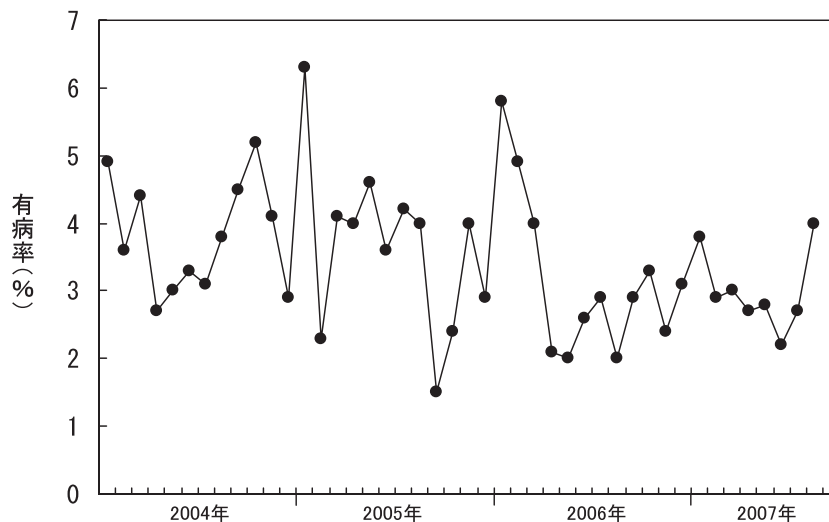


図2 当院における入院患者の褥瘡有病率の推移

#### 4. 当院における褥瘡の特徴

褥瘡発生部位は一般的に好発部位といわれている仙骨部が多く、褥瘡の深達度はⅠ度とⅡ度がほとんどである。

2005年頃より褥瘡発生患者に手術後の患者の発生が報告されるようになった。手術中は、その術式により長時間、同一体位を保持しなければならず圧迫は避けられない。また骨突出や高齢者等手術時間とは関係なく褥瘡発生リスクが高い患者も多い。褥瘡対策委員会では手術室のマットレスを体圧分散効果の高いものに変更し、褥瘡発生リスクの高い患者には好発部位にフィルムドレッシング剤を貼用するなどの対策を推進し、手術後の褥瘡発生を減少させることができた。

Ⅲ度以上の患者の多くは、がん終末期の患者である。がん終末期の患者は、がん悪液質症候群により倦怠感、浮腫、るいそうなどをきたし活動性の低下や低栄養により組織の耐久性を低下させたりする。また、がん性疼痛による体動の抑制や制限、放射線療法や化学療法、脊椎や脳転移による知覚障害や運動神経の麻痺など褥瘡発生因子が多く存在する<sup>2)</sup>。がん終末期において、これらの因子を取り除き褥瘡を予防、治癒させることは大変困難である。

以上のことから、がん終末期の患者の褥瘡対策では「褥瘡予防が、がんの症状緩和を妨害しないこと」、「褥瘡が原因で感染を引き起こさないこと」、「褥瘡の創の痛みやケアによる苦痛を増強させないこと」が重要であると考えられる。

#### おわりに

当院の褥瘡発生患者数は、決して多くはないが褥瘡対策の基本は予防である。褥瘡発生の危険因子を明らかにし、褥瘡発生リスクの高い患者には速や

かに褥瘡予防対策ケアを提供していかなければならない。

褥瘡予防において栄養管理は重要であるが、当院では化学療法の副作用などで適切に栄養管理することが難しい面もある。そのような場面でも栄養サポートチームと協力し栄養状態を改善する努力をしていきたい。

がん終末期の褥瘡予防では褥瘡発生因子となるがんの症状を緩和しながら、その症状緩和を妨げることのないように体圧分散ケア、スキンケア、栄養管理を行っていかねばならない。褥瘡が発生してしまった場合でも、患者の苦痛の増強やQuality Of Life (QOL) の低下に繋がらない緩和ケアとしての褥瘡ケアが求められ、緩和ケアチームと連携し個々の患者に応じたケアをしていくことが必要である<sup>3)</sup>。

栄養サポートチームや緩和ケアチームと連携し、それぞれの専門知識や技術を提供しあいながら患者や家族の要望に沿って活動することが、当院における理想的な褥瘡対策と思われる<sup>4)</sup>。

褥瘡対策委員会では、がん終末期の褥瘡の症状緩和を目的とした緩和ケアとしての褥瘡ケアの実践方法を検討していくことが今後の課題であると考えている。

#### 文 献

- 1) 山田陽子, 高木美賀子, 鈴木智子 他: 癌終末期患者における褥瘡発生予防の限界. 日本褥瘡学会 関東甲信越地方会学術集会 抄録集. 3: 56. 2006.
- 2) 青木和恵: がん患者の褥瘡に向き合う. 看護技術. 52(10): 10-13. 2006.
- 3) 芦野吉和: 基本に学ぶ じょくそうケア じょくそうケアの課題 がん終末期におけるじょくそうケア. 臨床看護. 31(10): 1504-1508. 2005.
- 4) 山野井三絵, 石井真理子: 当病院の褥瘡ケア～よりよいチーム医療を目指して～. 日本褥瘡学会誌. 9(3): 426. 2007.