

褥瘡回診の現状と危険な急性期褥瘡

褥瘡対策委員会 ○石井美紀子 荒巻陽子 水廣素子

1. はじめに

褥瘡の発生原因は「応力×時間」である。応力とは、せん断応力(ズレ力)、圧縮応力、引っ張り応力からなる。これらが関与して、組織が不可逆変化を起こして壊死に至り褥瘡が発生する。褥瘡が発生するのは数時間であるが治癒に至るまでには数ヶ月～数年かかる場合があり、予防に重点を置くことが大切である。1回/週、色々な専門職でチーム医療を提供しながら、回診を行っているので、褥瘡回診の現状と危険な急性期褥瘡の経過と治療を紹介する。

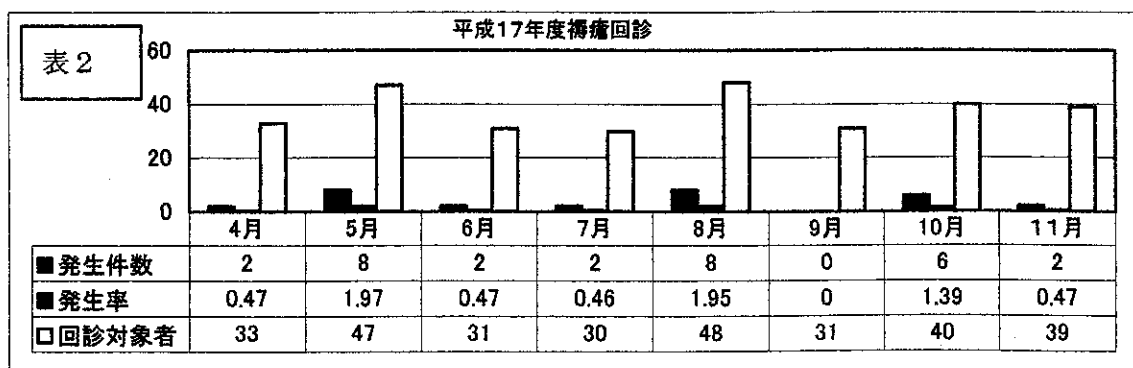
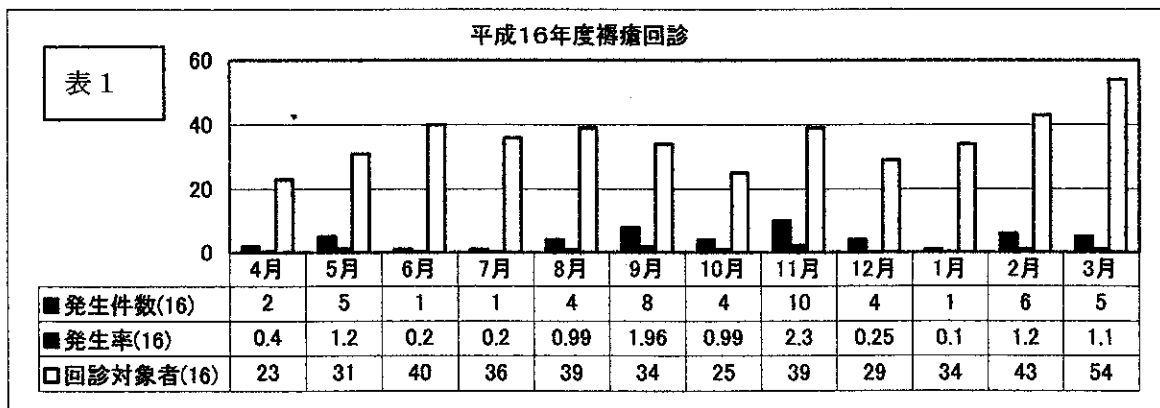
2. 褥瘡回診の現状と経過

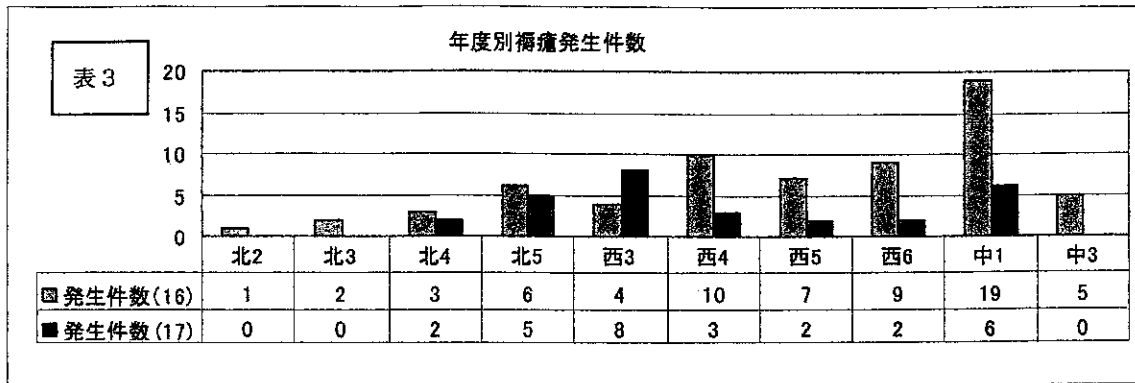
厚生労働省は平成14年10月より褥瘡管理において適切な対策がなされなければ、一日につき診療報酬から5点を未実施減算することを決めた。平成16年4月からはハイリスク患者に対して適切な対策が施されれば、入院1回につき20点の管理加算が決定され、当院でも管理加算が採れるように要件を満たすための褥瘡対策を行っている。

褥瘡回診のメンバーは、皮膚科医師、薬剤師、栄養士、理学療法士、看護師、WOCである。毎週火曜日の15時から回診を行っている。回診対象者は褥瘡診療計画書の生活自立度寝たきりのランクB・Cでプレデンスケール14点以下の患者や褥瘡の持ち込み患者である。提出された診療計画書を基に、回診を行い、患者のリスクアセスメントが現状に沿っているか、診療計画書の記入漏れはないか、予防対策や計画、治療が現状に合っているかをアセスメントし、不適切な場合は修正し、診療計画書を完成させるように努めている。

表1. 2より

	平成16年	平成17年 (4月～11月)
延べ褥瘡回診患者数	427名	268名
月平均回診患者数	35.6名	33.5名
褥瘡発生率	0.9%	0.89%
褥瘡発生件数	51件	30件





西6はハイリスク患者が多く、回診対象者は年間約200名である。院内の除圧用具では、不足していたため、業者にデモを依頼し、除圧用具を揃え褥瘡対策を行った。表3より平成16年度は中1、西6、西4で褥瘡発生件数が多かった。平成17年度は西3、中1、西4が多い現状である。急性期病院の褥瘡発生率は平均3%未満と言われており、当院は1%未満であり低いと判断できる。しかし、対象患者の変化に応じて診療計画書の見直しを依頼しているが、褥瘡発生時の報告を義務化していないため、正確な褥瘡発生の現状が捉えられていないことも否めない。

3. 当院の具体的な褥瘡対策

1) 当院の除圧用具について

当院には25台のエアーマットがあり、アドバンなどの高機能エアーマットが8台、エアードクターなどの凡用が17台である。ICUに4台CCUに6台常備されているため、15台で他病棟の需要に対応している。静止型の上敷きマットのソフトナースが26台ある。患者の活動状態に合わせて除圧用具を選択する必要があるが、対象患者は月平均33~35名であり、現在の除圧用具数では不足しているため、平成17年度エアーマット5台、ソフトナース5台、車椅子用の除圧用具を10個購入予定である。また、下肢の骨折患者では、治療上安静を強いられ、活動性が低下し下肢の血流低下が褥瘡発生の誘引となることが報告されており、中1でも踵部の褥瘡発生が多い現状である。病棟ナースと共に対策を講じ、踵部専用除圧用具のレポーズのデ

モを行い、レポーズの導入以来、踵部の褥瘡は激減している。今後も定期的に用具を見直し、除圧用具の適正配備が可能になるよう整えたいと考えている。

2) スキンケアについて

褥瘡であると判断され報告された事例の中に、カンジダ皮膚炎と考えられる事例がある。チームの中に皮膚科医やWOCがいる事で、スキンケアについて具体的な治療の指示が得られ早期対応が可能となっている。また、便失禁でのスキントラブルの場合は皮膚保護剤のパウダー散布やワセリンなどの発水性のある軟膏を塗布すること、骨突出部の皮膚保護を目的にフィルムドレッシングを貼付するなどスキントラブルの予防法の実践に努めており、現場で、OJT教育を行うことは、知識の普及に繋がり、教育効果があると考えられる。さらに、褥瘡が発生している場合、褥瘡を便汚染から守るために肛門にストーマ用の蓄便袋を貼付するなどのケア方法を実践することで、現場のケア水準の向上が図れていると考える。

3) 栄養管理について

平成17年度からNSTが稼働し始めた。病棟には栄養改善推進委員が配置され、患者の栄養状態に関心が高まってきている。褥瘡回診時、記録にNSTへの依頼の有無を記載し、連携に努めている。また、NSTの薬剤師と褥瘡対策の薬剤師が同じであり連携しやすくなっている。しかし、栄養士が毎回参加できていないことや事例検討会ができていないため、栄養について個々の専門性を発揮した

提案をするまでには至っていないため、連携や活動方法について、今後検討が必要である。

4) 教育活動について

平成17年度は5回シリーズの学習会を行った。医師、薬剤師、理学療法士、栄養士、WOC が分担して学習会を行った。学習会に参加したスタッフは学習したことを現場でケアに活かしていたし、講義を担当した各専門職者の知識の向上が認められ、役割認識の向上に繋がり、回診が充実してきている。今後はケースカンファレンスなどで、チーム間のケアレベルの向上や専門職者間の啓発を促し、チーム医療の確立を図っていききたい。

4. 危険な急性期褥瘡について

事例は59才、男性。胸椎硬膜外血腫にて胸椎11レベル以下の脊髄損傷になった患者である。中途障害であり障害受容には時間を要し、患者は全く知覚がないため、好きなだけ起座していたため、摩擦やズレの影響を受けやすい環境であった。除圧用具は使用されておらず、褥瘡回診時に挿入を依頼した。入院後9日目に褥瘡が発生していた。すでに褥瘡は整形外科医が方針を出し、治療されていた。褥瘡回診で、深達度はグレードⅡと判断された。感染の危険もあるため感染コントロールと創の肉芽を増殖させる薬剤を選択し、ケア方法のアドバイスがなされた。病棟の担当医は毎日回診時に創処置を行っていた。そして、数週間が経過し、病棟師長から褥瘡回診の依頼があった。毎日38℃～39℃の弛張熱が3週間持続していた。創と分泌物からはMRSAが3+検出され、感染対策委員も回診し、大量に抗生物質の投与が行われていた。褥瘡は変化し、グレードⅢ～Ⅳ度で骨まで達し、黒色壊死を伴うに巨大褥瘡に変化していた。皮膚科医に連絡して診察を依頼し、骨髄炎の可能性が疑われ、緊急にMR検査がなされ、褥瘡が原因で敗血症になっている事が判明した。外科的にデブリードマンを行い、感染コントロールを目的とした治療が全身と褥瘡

で行われた。その後、発熱は治まり、感染はコントロールできた。氏は衰弱し、栄養状態も低下し、医療者への怒りと不信を招いていた。氏の信頼を回復し、創治癒を促進するために、創は洗浄して感染防止のために、広域スペクトルの軟膏療法が行われ、便が創内で流入しないように、肛門にはストーマ用蓄便袋を貼付して管理した。また、NSTも介入し、栄養状態の改善に協働した。栄養状態が改善し、創の治癒も促進してきたため、形成外科的手術を行い治癒に向かった。

今回の事例から、1)適切な除圧用具を初期から活用し、褥瘡予防を図る。2)褥瘡は組織の不可逆変化が完成するまで3週間の期間を要し、創は変化していくため、毎日観察しなければならない。3)褥瘡でも敗血症の原因になり得る。4)褥瘡の深達度判定は肉眼では難しく、超音波診断やMRなどで客観的評価をする必要がある。5)知覚の無い患者に対して、ズレが引き起こす組織浸襲への教育を行うこと。6)チーム医療を提供している各チーム間の連携が求められる。以上のことを教訓とし、2度と繰り返さないことが安全な医療の提供であると考えます。

5. 今後の課題

今後もチーム間の連携や各専門職者のケアレベルの向上に努力し、除圧用具の適正配備や術中などの特殊環境下の除圧対策、NSTや感染チームとの協働を促進し、よりよいチーム医療が提供できるように活動していきたい。

参考文献

真田弘美監修：褥瘡ケアアップデート

照林社 1999

真田弘美編集：褥瘡対策のすべてがわかる本

照林社 2002

穴澤貞夫企画・構成：基本に学ぶ褥瘡ケア

臨床看護9 VOL.31 NO.10 2005 へるす出版

日本褥瘡学会編集：科学的根拠に基づく褥瘡局所

治療ガイドライン 2005