

## 研究報告

# 一特定機能病院における褥瘡有病率の現状

瀬戸口 要子<sup>1)</sup>、一戸 眞子<sup>2)</sup>、門田 千晶<sup>3)</sup>、阪井 眞利子<sup>3)</sup>

### 要旨

特定機能病院であるA病院の平成18年度の褥瘡有病率の現状についてデータの提供を受け、分析した。結果、以下のことが明らかになった。A病院における18年度の年間褥瘡有病数は138人(0.9%)であり、全国的にみて少ない有病数である。また褥瘡の原因疾患第1位は防ぐことが困難とされる悪性腫瘍であったこと、発生部署の第1位はハイリスク状態にある患者が多く在院しているICUであったこと、術中・術後に発生した褥瘡は短期間で治癒していた。この背景として皮膚・排泄ケア認定看護師の活用、褥瘡対策委員会と栄養サポートチームの連携等、効果的な褥瘡予防対策が取られ、成果をあげていることが示唆された。これらの特性を褥瘡の発生リスクと難治度の2つの要素から考察し、A病院では予防できる褥瘡については予防できていること、また褥瘡が発生した場合のケアが適切に行われていることが推測された。特定機能病院には褥瘡ハイリスク患者が多いが、褥瘡予防対策と褥瘡が発生した場合のケアが適切に行われていることが示唆され、今後、患者のQOL向上とケアの質向上を目指していけるよう、さらにケアの質を高めていく事が課題になる。

キーワード：特定機能病院 褥瘡有病率 ケアの質

### I. はじめに

褥瘡をつくるのは看護の恥ともいわれ、褥瘡は古くて新しい課題である。最近では皮膚・排泄ケア認定看護師の活躍や、2002年4月実施の診療報酬改定で「褥瘡対策の評価」に関する項目が設定され、医療チーム全体で対応するようになってきている。しかし高齢者の増加による寝たきり老人の増加、医療技術の進歩・高度化に伴う重症患者の延命と長期臥床などにより、褥瘡患者と褥瘡ハイリスク患者が増加している。

褥瘡発生の主要因として①自発的な体位変換ができない状態にあること、その原因として患者に②基礎疾患による運動知覚麻痺、意識障害などがある、③全身状態の悪化があると容易に褥瘡が発生しやすくなるといった3点<sup>1)</sup>が上げられる。褥瘡はケアの質を示す一つの指標であるが、すでに報告されている調査を見ると、病院間・施設・在宅で褥瘡有病率に差があることが明らかになっている。今回、特に医療的に重症度の高い患者を受け入れて高度先進医療に取り組む特定機能病院の褥瘡有病率の現状を把握することを目的に、一特定機能病院(以下A病院とする)における平成18年度の褥瘡有病率の現状を分

析したので報告する。

### II. 褥瘡有病率に関する文献研究から

#### 1. 病院・施設等の褥瘡患者の実状に関して

褥瘡有病率は個々の施設によって異なる。そのいくつかについて先行研究を概観する。

名古屋市厚生附属病院では、15年10月から18か月間、調査を行い、当該施設における褥瘡有病率は6.7%であったと報告している<sup>2)</sup>。また伊藤ら<sup>3)</sup>の近畿中央病院における調査では、2002年10月～2003年9月の入院患者全体の褥瘡有病率は1.37%、入院後の褥瘡発生率は1.27%であった。この2つの施設の褥瘡有病率を単純に比較しても6.7%は1.27%の約5倍であり、かなりの開きがある。では全国的にはどのくらいの褥瘡有病率であるかが、前2施設の褥瘡有病率を比較判断する上で問題になってくる。全国調査では、永野ら<sup>4)</sup>が2004年7月に行った大規模病院における褥瘡有病率の現状調査がある。これによると有効回答199施設の褥瘡有病率は平均値3.09%、最小値0.01%、最大値14.1%、標準偏差2.13であった。最大値は最小値の1410倍にもなり、褥瘡有病率の病院間格差を示す結果になっている。

1) 元看護学部 2) 看護学部

3) 香川大学医学部附属病院

この永野らの結果をもとに考察すれば、前2施設の褥瘡有病率が全国的にみてどのくらいに位置づけられるかが推測可能になる。ところでこの褥瘡有病率の平均値3.09%という値は大浦ら(1999)<sup>5)</sup>の全国調査結果(5.8%)よりも低いが、その理由を永野らは2003年からの褥瘡対策体制未実施減算が診療報酬に導入されたことの影響ではないかと述べている。褥瘡対策を実施することによって褥瘡有病率が約半分に低下したというこのデータは、適切なケアを提供することにより、褥瘡は予防でき、治癒に結びついたということを示している。

永野らの研究より以前に、病院のみでなく施設・在宅についても調査した大浦ら<sup>6)</sup>の研究は、病院・施設・在宅の褥瘡患者655例について調査し、その有病率を病院・施設では4.2~9.5%、在宅ケアでは7.0~14.6%であったことを報告している。この報告は褥瘡有病率に関しては病院・施設よりも在宅のほうがより深刻な状況であることを示す結果となっている。その年齢構成は70歳以上が74%であったことから、褥瘡患者には高齢者が多いこと、および今後一層の高齢者の増加と在宅ケアが進むことによって、褥瘡発生がさらに増加することを懸念している。また疾患との関係では脳血管障害が一番多かったと報告している。

## 2. 褥瘡の原因疾患は何が多いか

前述の大浦らは、褥瘡発生の疾患との関係では脳血管疾患が一番多かったと報告している。脳血管疾患患者は運動知覚麻痺、意識障害などから自発的な体位変換ができない状態にあり、寝たきりになりやすく、結果、褥瘡を発生しやすい。采女ら<sup>7)</sup>の、2003年4月~2004年3月までの1年間に自施設に入院中の褥瘡患者363名についての調査は、大浦らの研究と同様に脳血管疾患がもっとも多かったと報告している。具体的には、入院臥床することになった基礎疾患は脳血管疾患44.9%、骨関節14.6%、悪性腫瘍11.9%、循環器疾患11.6%、その他であり、1年間の月別褥瘡有病率は5.2~8.0%で平均6.5%、病院内での新規発生は1.5~3.6%で平均2.4%であった。ここでも褥瘡患者の平均年齢は74.6歳と高齢である。

次に褥瘡の原因疾患が大浦ら・采女らと異なる報告をしている研究を紹介する。貝川ら<sup>8)</sup>の研究で、「当院における褥瘡患者の実態」として2003年5月

~2004年5月の1年間について調査・報告している。この間の褥瘡患者総数は151例であり、うち院内褥瘡発生患者数は108例、平均年齢は68.2±70.3歳、1年間の平均褥瘡有病率は3.1%、平均褥瘡発生率は2.0%であり、褥瘡患者の半数が院内で発生していたと述べている。またその原因疾患は悪性疾患により寝たきりとなった例が34例でもっとも多くついで脳血管疾患27例であるとしている。貝川らはこの結果について脳血管疾患がもっとも多かったとする大浦らの調査結果と異なるのみ述べており、その理由については言及していない。貝川らの所属する施設は大学附属病院であり、高度先医療を提供する特定機能病院として承認を受けている。そこで貝川らの調査結果が大浦ら・采女らと異なる結果になった理由を特定機能病院であることによる特性である可能性があるかと推測し、この点に注目したい。また褥瘡患者総数151例中31.7%の48例はICU入室経験があったとも報告しているが、ICU入室患者は重症度が高く、かつ生命維持優先のために末梢循環動態を抑えなければならない状況下にあることから褥瘡発生のリスクが高い患者である。この報告内容も本研究が意図する特定機能病院の褥瘡有病率の現状を分析していく上で注目したい点である。

## 3. 褥瘡対策、褥瘡予防に関連するもの

これまでの文献から施設によって褥瘡有病率に開きがあること、その原因となる疾患にも違いがあることがわかった。次に診療報酬で褥瘡対策が取り上げられたことによる褥瘡有病率の変化について調査した研究について概観する。褥瘡対策が適切に実施されることによって褥瘡有病率を下げるのが可能であることをこれらの調査結果から見るができる。

「褥瘡対策未実施減算対策」前後の有病率の推移について、志渡ら<sup>9)</sup>は全国調査を行い、褥瘡千対有病率は対策実施前の48.6から実施後(2003年10月ごろ)は42.6と有意に低下したと報告している。同様に本計<sup>10)</sup>らは、褥瘡対策委員会の発足後から3年間で褥瘡有病率が8.7%から3.8%に下がったと成果を報告している。確かに褥瘡有病率は対策によって下がっていることを確認できる。ところで筆者らは褥瘡をつくるのは看護の恥という教育を受けてきたが、褥瘡は適切なケアによって発生を0にすることができるだろうか。この点について広田ら<sup>11)</sup>は全国の皮膚・排泄ケア認定看護師を対象に、褥瘡予防意

識について調査(255名うち回答180名)し、78.3%が「すべての褥瘡は防ぎきれないと思わない」と答えたと報告している。この割合が米国の先行研究65.1%と比較して高率であることから日本において防ぎきれない褥瘡が存在することを示唆すると報告している。その理由については、明らかにしていないが、褥瘡に対し、適切なケアを実践することを目指し、認定看護師として各施設で指導的役割を担う彼らが、防ぎきれない褥瘡があると認識していることは、重要な示唆を含むと考える。すなわちすべての褥瘡を防ぐことはできないという視点に立つと、そこから初めて、では防げる褥瘡と防げない褥瘡をいかに評価・判断していくかという課題が明らかになると考えるからである。

以上の先行研究を参考に、一特定機能病院における褥瘡有病率の現状を分析して、その特性を明らかにし、今後の褥瘡対策への示唆を得ることを目的に本研究を思い立ったものである。

### Ⅲ. 調査目的および調査方法

特定機能病院は急性期かつ重症患者を受け入れて高度医療を実施する機能を持っているため、褥瘡発生リスクが高い患者が多数在院している施設である。また当該地域において医療モデルとしての役割を担っていることから提供しているケアは日本の医療水準からみて一定のレベルにありかつ妥当なものである。そこで特定機能病院であるA病院を取り上げ、褥瘡の現状を分析する。

#### 1. 調査目的

- 1) 特定機能病院であるA病院における褥瘡有病率の現状の特性を明らかにする。
- 2) 今後の褥瘡ケアの示唆を得る。

#### 2. 調査方法

##### 1) 調査対象

調査対象は、特定機能病院であるA病院である。A病院は613床の大学病院。救命救急センターやICUがあり、地域から重症患者を受け入れている施設である。病院内に褥瘡委員会・栄養サポートチー

ム委員会があり、連携して褥瘡ハイリスク患者および褥瘡有病患者に対処している。皮膚・排泄認定看護師は2名いる。2004年7月に行われた永野らの「大規模病院における褥瘡有病率の現状」調査対象施設であり、報告書に報告された施設の1つである。

##### 2) 調査内容およびデータ収集方法

調査内容はA病院の褥瘡有病率に関する平成18年度のデータのうち今回の研究目的に必要なものについてデータの提供を受けた。具体的には褥瘡有病状況・褥瘡発生状況・原因疾患に関するデータである。本調査に使用したデータはA病院において褥瘡ケアの質評価・医療安全の目的のために定期的に把握しているデータであり、妥当性のあるデータである。

##### 3. 倫理的配慮

A病院褥瘡委員会を通して、今回の研究目的を説明し、今回の研究目的に必要なデータについて、個人を特定できない形で提供を受けた。

## Ⅳ. 結果

### 1. A病院における平成18年度褥瘡発生数・発生率と有病数・有病率

発生率、有病率ともに施設によって算出する計算方法が異なっている場合があり、種々の調査結果を比較する場合にはどのような計算方法で算出されているか、確認する必要がある。A病院が使用している算出式は「大規模病院における褥瘡有病率の現状」調査で用いられているものと同じであり、その調査結果と比較することが可能である。

発生率は、以下の計算式で算出している。

$$\text{発生率} = \frac{\text{当月に褥瘡が院内発生した患者数}}{\text{先月末日患者数} + \text{当月新入院患者数}} \times 100$$

有病率は、以下の計算式で算出している。

$$\text{有病率} = \frac{\text{当月に褥瘡を有した患者数}}{\text{先月末日患者数} + \text{当月新入院患者数}} \times 100$$

表1は平成18年度の褥瘡発生数・発生率である。年間の褥瘡発生数・発生率は2人(0.2%)~9人(0.7%)であり、年間発生数・発生率は67人(0.5%)であった。

【表1】平成18年度褥瘡発生数(人)および発生率(%)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
褥瘡発生数(人)	5	7	6	7	5	6	5	4	9	2	3	8	67
褥瘡発生率(%)	0.4	0.6	0.5	0.6	0.4	0.5	0.4	0.3	0.7	0.2	0.3	0.6	0.5

発生率の計算方法=当月に褥瘡が院内発生した患者数÷(先月末日患者数+当月新入院患者数)×100

表2は平成18年度の褥瘡有病数・有病率である。年間の褥瘡有病数・有病率は6人(0.5%)~17人(1.4%)で、合計有病数・有病率は138人(0.9%)であった。有病数・有病率は表1の発生数・発生率

に院外からの持ち込みや以前に院内で発生し、治療していないものも含まれるので、発生数・発生率よりも多くなる。いずれも先行研究の褥瘡有病率に比較すると少ない値である。

[表2] 平成18年度褥瘡有病患者数(人)と有病率(%)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
褥瘡有病患者数(人)	6	16	17	17	11	11	11	10	12	8	7	12	138
褥瘡有病率(%)	0.5	1.3	1.4	1.4	0.8	0.9	0.9	0.8	1	0.7	0.6	0.9	0.9

有病率の計算方法=当月に褥瘡を有した患者数÷(先月末日患者数+当月新入院患者数)×100

2. A病院における平成18年度各部署別褥瘡ハイリスク患者および褥瘡有病患者

A病院の平成18年度の部署別褥瘡有病患者の状況は、表3のとおりである。褥瘡ハイリスク患者数・院内褥瘡発生患者数・院外からの褥瘡持込患者数について各部署別に表している。褥瘡ハイリスク患者が最も多かった部署は、⑧(OP/ICU)で188人、ついで⑭(救命救急センター)で161人であり、急性期でかつ重症度の高い部署の患者がハイリスクであっ

た。院内褥瘡発生患者数が多かったのは⑦(整形外科疾患病棟)で10人、ついで⑪(循環器・消化器外科病棟)12人であった。⑦は自力での体位変換が困難な状況があること、⑪は悪性疾患であることがその理由と考えられる。褥瘡有病患者が院内発生・院外からの持込ともに0であったのは⑨(NICU)と⑬(眼科疾患病棟)であった。院外からの褥瘡持込患者数をもっとも多かったのは⑦(整形外科疾患病棟)の7人、ついで⑭(救命救急センター)の4人であった。

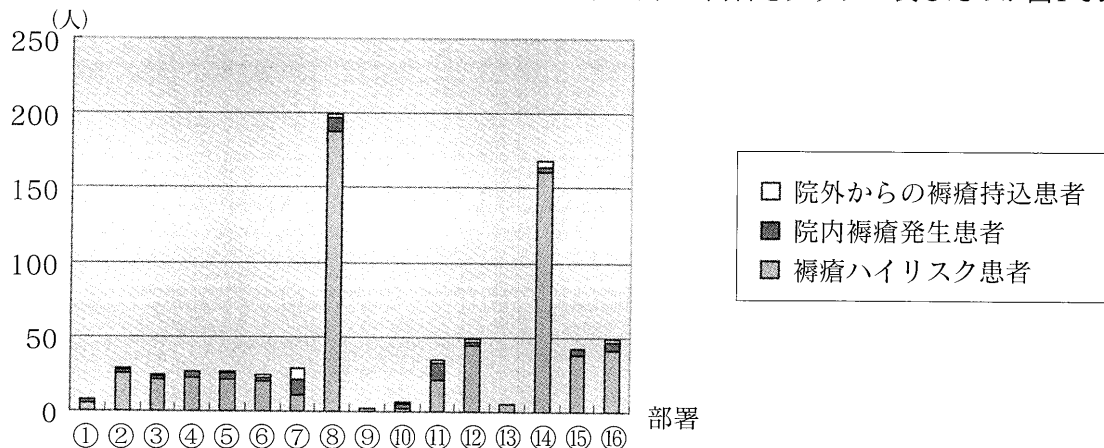
[表3] 各部署別褥瘡有病患者数および褥瘡ハイリスク患者数 n=720

部 署	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	病院全体
褥瘡ハイリスク患者数(人)	5	25	21	22	21	20	11	188	2	2	21	44	5	161	38	41	627
院内褥瘡発生患者数(人)	2	3	2	4	4	2	10	9	0	3	12	3	0	3	4	6	67
院外からの褥瘡持込患者数(人)	0	1	1	0	1	2	8	2	0	1	2	2	0	4	0	2	26
合 計(人)	7	29	24	26	26	24	29	199	2	6	35	49	5	168	42	49	720

病院全体では褥瘡ハイリスク患者数は627人、院内褥瘡発生患者数は67人(72%)、院外からの褥瘡持込患者数は26人(28%)で合計720人であった。院内褥瘡発生患者67人の平均年齢は60.3歳と比較的若い。A病院は地域の医療施設より重症患者を受け

入れており、なかには褥瘡有病患者も含まれる。A病院から地域の医療施設に褥瘡有病患者を転院させるという逆のケースは、ほぼ皆無であり、褥瘡を治療・治療した上で転院になることが通常である。

なお表3の内容をグラフに表したのが図1である。



[図1] 各部署別褥瘡有病患者数および褥瘡ハイリスク患者数 (n=720)

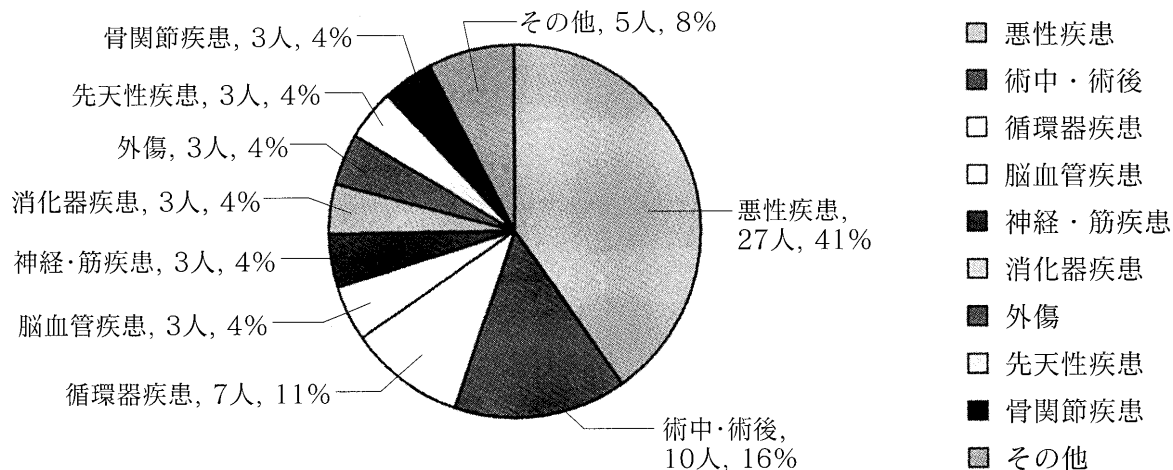
### 3. 褥瘡発生患者の原因疾患

平成18年度の院内褥瘡発生患者67人の疾患別割合を図2に示した。

最も多かったのは、悪性疾患で67人中27人(41%)、ついで術後10人(16%)、循環器疾患7人(11%)、脳血管疾患3人(4%)、神経・筋疾患3人

(4%)、消化器疾患3人(4%)、外傷3人(4%)、先天性疾患3人(4%)、骨関節疾患3人(4%)、その他5人(8%)であった。

悪性疾患がもっとも多くなっており、特定機能病院における貝川らの先行研究と同じ結果であった。



[図2] 平成18年度褥瘡発生患者の原因疾患 (n=67)

### 4. 褥瘡有病状況

表4はA病院における平成19年3月の褥瘡有病状況である。12人中11人がアルブミン値3.0g/dl以下の低値(表中、●で表示)であり、褥瘡発生リスクが高い患者である。低アルブミンでない1人もアルブミン値3.1g/dlであり、栄養状態がいいとはいえない。

年齢は12人中6人が70歳以上の高齢者である。発生原因は、12人中4人が悪性腫瘍、3人は術中・術後の褥瘡発生、神経・筋疾患2人、脳血管疾患1人、精神疾患1人、その他1人である。褥瘡発生の要因である高齢で、栄養状態が悪いということがここでも当てはまる。

[表4] 平成19年3月褥瘡有病患者一覧

	年代	発生原因	褥瘡区分	栄養状態	褥瘡の状況	治癒日数
a	40	神経・筋疾患	先月以前から繰越された褥瘡	●	変化なし	
b	70	神経・筋疾患		3.1	治癒	30日
c	60	悪性疾患	院外より持ち込まれた褥瘡	●	変化なし	
d	80	その他		●	変化なし	
e	70	精神疾患	平成19年3月に院内で発生した褥瘡	●	治癒	12日
f	40	悪性疾患		●	変化なし	
g	90	脳血管疾患		●	(死亡)	
h	80	悪性疾患		●	(死亡)	
i	30	術中・術後		●	治癒	10日
j	40	悪性疾患		●	治癒	12日
k	50	術中・術後		●	治癒	24日
l	90	術中・術後		●	治癒	3日

●は低アルブミン値の患者

褥瘡が治癒した6人について、治癒に要した日数を見ると、3日~30日であり、6人中3人は10日~12日で治癒している。術中・術後に褥瘡が発生した3

人はいずれも治癒しており、術中や術後といった特殊な状況下は褥瘡発生のハイリスク状態であるが、発生要因となった特殊な状況が改善されることによ

り、比較的早期に治癒していることがわかる。この結果は術中や術後に発生する褥瘡は発生しやすく治癒しやすい、防ぐことは困難だが、治りやすいという根拠になる。3月中に褥瘡の状態が変化しなかったのは4人であり、内訳は神経・筋疾患1人(先月以前から繰越された褥瘡)、悪性疾患2人(院外から持込まれた褥瘡1人・院内で当月発生した褥瘡1人)、その他1人(院外から持込まれた褥瘡)となっている。12人中2人は死亡しているが、終末期に発生した褥瘡は治癒・改善が困難である。

## V. 考 察

### 1. A病院における褥瘡有病率の現状

平成18年度の褥瘡発生数・発生率は67人(0.5%)、褥瘡有病数・有病率は138人(0.9%)であり、先行研究1)の6.7%、2)の1.37%という褥瘡有病率に比較すると低い値である。全国調査である先行研究4)の199施設の0.01~14.1%の値でみてもA病院は褥瘡有病率が少ない施設である。

病院全体の褥瘡ハイリスク患者数は627人、院内褥瘡発生患者数は67人、院外からの褥瘡持込患者数は26人で計720人という結果であり、OP/ICUや救命救急センターといった部署で褥瘡ハイリスク患者が多くなっていた。また褥瘡の原因疾患は悪性疾患がもっとも多く、先行研究8)の特定機能病院における調査結果と同じであった。またA病院においては高齢・低栄養といった発生要因を持つ患者に褥瘡が発生しているが、治癒できるものは比較的短期間で治癒していた。

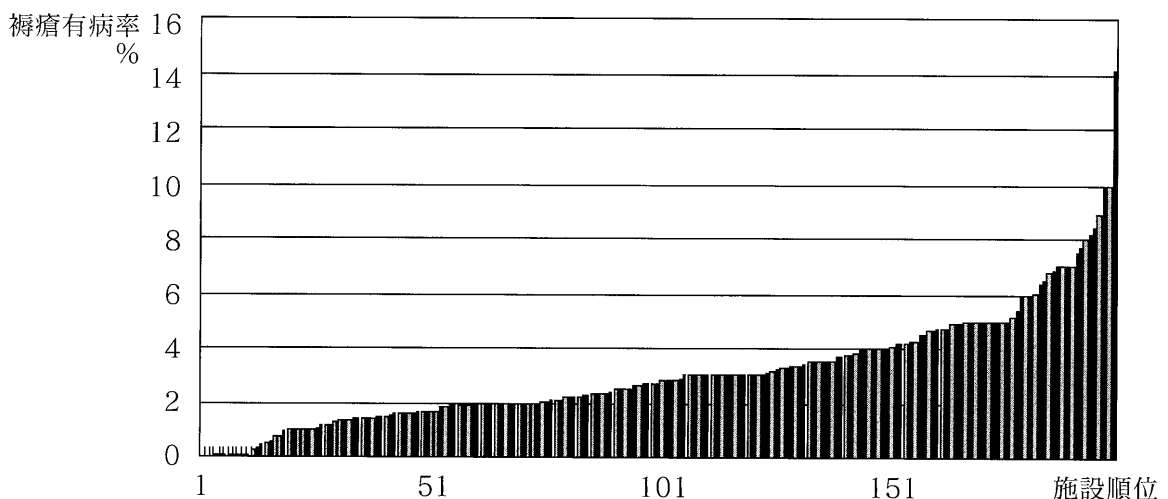
以上からA病院の現状は、A病院では1)褥瘡ハイ

リスク患者が多いが、2)褥瘡有病数は全国的に見て少ないことから予防や対策がよく行われているが、それでもさけられない場合に褥瘡が発生し、3)原因疾患として悪性疾患がもっとも多かったことをその特徴としてあげることができる。今回は、A病院のデータからの分析であり、今後、他施設でのこういった調査データが報告されることによりエビデンスが高まっていくであろうと考える。今後の課題である。

### 2. 褥瘡対策の観点から

平成14年4月実施の診療報酬改定以降、「褥瘡対策の評価」が設けられ、「褥瘡対策未実施減算(-5点/日)」や「褥瘡患者管理加算(20点/入院中1回)」といった経済評価がされるようになった。この制度は平成18年の診療報酬改定で「褥瘡対策未実施減算」が廃止され、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算(1回の入院につき、500点)」が新設された。これは急性期入院医療における褥瘡予防・管理が困難な患者に適切な予防治療計画を立案・実施することを求めるものである。この結果、全国的に褥瘡対策が進み、褥瘡有病率も下がってきていることは先行研究9)、10)に見られたとおりである。

A病院においても皮膚・排泄認定看護師の活用、褥瘡対策委員会と栄養サポートチームとの連携等、褥瘡対策を実施している。この結果、年間の有病数138人(0.9%)、発生数67人(0.5%)という数値であった。図3は永野ら(前掲4)の結果を一部修正し、目安としてA病院の年間の褥瘡有病率0.9%付近に→を追加したものである。調査年度が異なるが、A病院の褥瘡有病率が全国的にみてどのくらいにあるか、概要を把握できる。



【図3】199施設の褥瘡有病率[永野ら：前掲4(日本褥瘡学会誌7(3))を一部修正。A病院の褥瘡有病率付近に→を追加](n=199)

### 3. 褥瘡発生原因

日本においては褥瘡患者の原因疾患は、脳血管疾患が最も多いとされている。先行研究<sup>5), 7)</sup>の結果はそのとおりである。しかしA病院の院内褥瘡発生患者の原因は、図2に示したとおり、脳血管疾患は3人(4%)と少なく、悪性疾患が27人(41%)でもっとも多くなっていた。原因疾患第1位が悪性疾患であるという結果は、他の特定機能病院における先行研究<sup>8)</sup>の結果と同じであった。この点について特定機能病院の特性であると注目したいと前述した。すべての特定機能病院に当てはまるか否かは、今後の調査が必要である。

### 4. さけられる褥瘡、さけられない褥瘡

褥瘡対策が進むことにより、褥瘡有病率は低下の傾向にある。これらの多くは予防可能でさけることのできる褥瘡であったとすることができよう。が、褥瘡にはさけられる褥瘡とさけられない褥瘡がある<sup>12)</sup>とする意見は、先行研究<sup>11)</sup>の皮膚・排泄ケア認定看護師(2007年に名称変更になっており、現在の名称で記載した。原文では以前の創傷・オストミー・失禁看護認定看護師の名称を用いている)防ぎきれない褥瘡があるという認識と一致する。例えば、高齢者は低栄養になりやすく特にアルブミンが低値になりやすい。これは褥瘡発生のリスク要因であり、高齢者が何らかの疾患に罹患した場合、若年者よりも褥瘡が発生しやすい。また悪性疾患の末期患者も低栄養・やせ・自力での体動が困難であることから褥瘡が発生しやすくなる。しかもこの場合には、改善の見込みがなく、ハイリスク状況はますます高まっていくことから褥瘡の予防も治癒も困難になってくる。悪性疾患患者の場合、寝たきりによる褥瘡の予防と気分転換・QOL向上を意図して車椅子での座位を計画すると、座位になったほんのわずかの時間に褥瘡を発生することがある。それほど悪性疾患末期には褥瘡が発生しやすかつ難治度が高いのである。

悪性疾患患者の褥瘡が他の原因の場合とは異なる特殊なものであることを検討・報告したのが、藤岡ら<sup>13)</sup>の研究である。藤岡らは自施設での褥瘡対策施行後の褥瘡発生237例について検討し、この間新規褥瘡発生数は半減し、治療までの平均日数も短縮していること、しかしそれでも一定数存在する新規褥瘡発生は約半数が基礎疾患に悪性腫瘍を持っていると報告している。また調査結果を分析・検討し、末

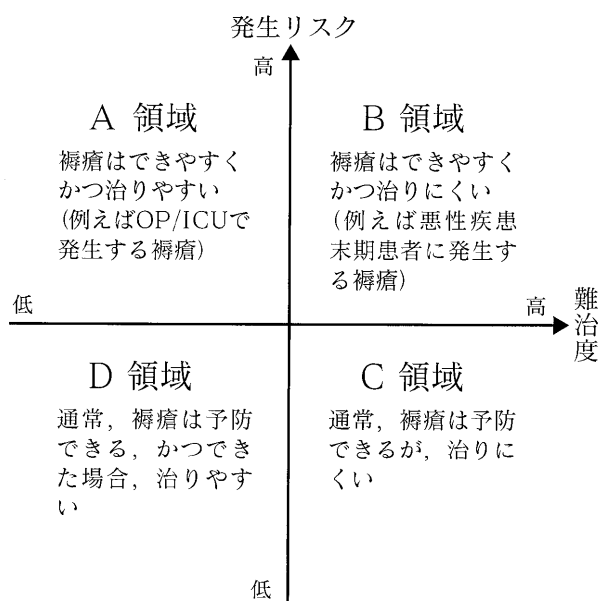
期癌に伴う褥瘡は予防し得ない一面を持っていること、さらに予後が極めて悪いことがわかったと述べている。つまり悪性疾患末期に発生する褥瘡は、予防が困難でかつ治癒も困難である。したがって末期癌患者に発生する褥瘡については新たな指針が必要と提言している。藤岡らが所属する施設は、特定機能病院ではないが、高度総合医療施設の一つとして認定されていることから地域医療ではモデル的な立場にあり、そこで実践されている褥瘡予防・対策は妥当なもの判断できる。この報告を先行研究<sup>8)</sup>の貝川らの施設およびA病院に当てはめるならば、発生を予防できる褥瘡を予防した上で、なお発生した褥瘡が悪性疾患患者の場合であると推論する。

次に予防困難な褥瘡例として術中・術後の褥瘡について考えたい。結果にあったように褥瘡管理対象患者数をもっとも多かった部署は、OP/ICUであった。A病院のような特定機能病院では地域の一般病院では手術困難な患者が入院して手術を受けることが多い。そういった患者は全身状態が悪化しておりハイリスクである場合がある。褥瘡ハイリスク患者が術中や術後に強制体位を強いられ、循環動態の変動や自己で体位変換ができないといったことが、OP/ICUで褥瘡が発生しやすくなる原因と考えられる。特定機能病院ICUでの具体的な褥瘡予防事例を報告したものに柏原ら<sup>14)</sup>の報告があり、その取り組みはケア提供時の参考になる。内容は、体外補助循環装着により体位制限のある褥瘡ハイリスク患者へのケア実践例であるが、この事例では、患者におこりうる状況を予測し、早期からポストリフトや可能な限りの除圧を行い、繰り返し皮膚や血流の観察をした等の予防的看護介入が有効であったと述べている。このように褥瘡ハイリスク状態にある患者であっても適切なケアが提供されることにより、褥瘡を予防することが可能である。またICU入室患者には、生命維持優先の観点から薬剤が使用されることがある。平瀬<sup>15)</sup>はICUに入室した患者319名のうち74名にカテコールアミンが投与され、末梢循環不全の特徴である四肢冷感などを呈したと報告し、菊池ら<sup>16)</sup>はウサギを用いた基礎実験を行って、カテコールアミンの投与が褥瘡発生のリスクになることが示唆されたと報告している。今回のA病院での調査では、ICUで褥瘡が発生した患者へのカテコールアミン投与の有無については調査していないが、ICU入室患

者の褥瘡発生のハイリスク要因の一つになるという点で今後のケアに参考になると考える。

さて、A病院では術中・術後に発生した褥瘡は短期間に治癒につながっており、OP/ICUで発生する褥瘡は、予防困難であるが、治癒しやすいという特徴をもつと推測される。基礎疾患に悪性疾患をもつ褥瘡患者の予防困難でかつ治癒困難という褥瘡とは異なっているようである。この理由はICU入室患者の多くは回復途上にあり、全身状態の改善とともに褥瘡発生の原因が解消されていくからであると考えられる。

以上に考察した褥瘡の発生リスクと難治度からみた特徴を図4にまとめた。すなわち褥瘡は発生リスクの高いものから低いものまで連続したリスク状態にあり、同様に難治度についても高いものから低いものまで連続している。発生リスクと難治度の2軸で4領域に区分したものが図4である。



【図4】褥瘡発生リスクと難治度の関係領域図

4つの領域について説明する。A領域は発生リスクが高く、難治度は低いグループであり、A病院の結果からOP/ICUで発生する褥瘡を例としてあげることができる。B領域は発生リスク・難治度ともに高いグループであり、A病院や先行研究8)および13)から悪性疾患末期患者に発生する褥瘡を例としてあげることができる。C領域は発生リスクが低く、難治度が高いグループである。本来、予防できるはずの褥瘡が発生し、発生後の対応が適切でなかったために難治度が高まったという状況が考えられる。D領域は発生リスク・難治度ともに低いグループであ

る。したがってC・D領域で褥瘡を発生させないことが基本になる。目指すべき方向は、D領域の予防可能で治癒可能な領域が拡大するようにケアの質を高めていくことである。診療報酬改定での一連の褥瘡対策への取組みによって褥瘡有病率が低下してきていることが先行研究から確認できたが、このことがすなわちD領域の拡大であるといえよう。

最近、褥瘡裁判が日本でも多くなりつつある。D領域の患者に褥瘡を発生させてはならないこと、またA領域やD領域の褥瘡をB領域やC領域に移行させないことが重要である。このように発生リスクのみでなく患者の状態によって難治度も異なってくることを考慮した予防的ケアと褥瘡が発生した場合に適切に対応できるケアの質が望まれる。将来、褥瘡裁判の判例が蓄積され、褥瘡予防・治療に関する一定の医療水準が提示されるようになる可能性もあるのではないだろうか。なお、図4は、今回のA病院のデータの分析結果および先行研究をもとに考案したものであり、現時点では仮説である。個々の褥瘡事例を検討してエビデンスの蓄積に努めていくことが、今後の課題である。

## VI. 結論

A病院における18年度の年間の合計褥瘡有病数は138人(0.9%)であり、全国的にみて少ない有病数である。この背景として皮膚・排泄認定看護師の活用、褥瘡対策委員会と栄養サポートチームの連携等、効果的な褥瘡予防対策が取られている事が示唆される。また褥瘡の原因疾患第1位は防ぐことが困難とされる悪性腫瘍であったこと、発生部署の第1位はハイリスク状態にある患者が多く在院しているICUであったこと、術中・術後に発生した褥瘡は短期間で治癒していた。これらの特性を褥瘡リスクと難治度の2つの要素から考察し、A病院では予防できる褥瘡については予防できていること、また褥瘡が発生した場合のケアが適切に行われていることが示唆された。

## VII. おわりに

さけられる褥瘡とさけられない褥瘡について明確に区分することは難しい。また褥瘡治療はさまざま諸説があるところでもある。が、日本においても最近、褥瘡裁判が注目を集めており、エビデンスに基



づく対応が一層求められるようになっていく。さけられる褥瘡は防ぎ、さけられず発生した褥瘡は悪化させずに治癒させていくケアの実践は、その病院・施設の医療やケアの質を表す指標<sup>17),18)</sup>になる。褥瘡が発生すると患者は本来の疾患の治癒機転やリハビリの経過が阻害される。また褥瘡部位の疼痛や浸出液による湿潤等、QOLを阻害されることになる。今後、患者のQOL向上を目指していけるようケアの質を高めていく事が課題になる。

## 文 献

- 1) 中川秀己：褥瘡が起きるメカニズムは？。高齢者を知る事典 気づいてわかるケアの根拠。第1版，介護・医療・予防研究会編，厚生科 学研究所，東京，2002， 222-223
- 2) 長谷川正光，岩瀬環・他：名古屋市厚生附属病院における褥瘡，名古屋市厚生院紀要 31：31-38，2005
- 3) 伊藤由実子，安田操・他：近畿中央病院における褥瘡の現状 2002年10月から2003年9月まで近畿中央病院医学雑誌 25：33-41，2005
- 4) 永野みどり，江幡智栄・他：大規模病院における褥瘡有病率の現状 日本褥瘡学会誌7(3)：386，2005
- 5) 大浦武彦：本邦における褥瘡の現状と問題点 日本褥瘡学会誌1(2)：201-214，1999
- 6) 前掲5)
- 7) 采女佐加江，前原多美恵・他：当院における褥瘡委員会の取り組みと褥瘡保有患者の状況 日本褥瘡学会誌7(2)：245-248，2005
- 8) 貝川恵子，岡宏昭・他：当院における褥瘡患者の実態 臨床看護32(2)：263-265，2006
- 9) 志渡晃一，大浦武彦：褥瘡対策実施前後の有病率の推移 日本褥瘡学会誌7(3)：264，2005
- 10) 本計初美，岡崎一子・他：褥瘡対策委員会の発足後からこれまでの成果 全国自治体病院協議会雑誌44(5)：693-695，2005
- 11) 広田愛・田高悦子・他：防ぎきれぬ褥瘡と防ぎきれぬ褥瘡－創傷・オストミー・失禁看護認定看護師の意識－ 日本褥瘡学会誌7(3)：481，2005
- 12) 鳥谷部俊一：褥瘡治療の常識非常識。第1版，三輪書店，東京，2005，168-170
- 13) 藤岡正樹・田崎公：褥瘡対策施行後の褥瘡発生237例の検討 日本褥瘡学会誌8(1)：49-53，2006
- 14) 柏原恭子，松本佐和子・他：体外補助循環装着中の患者の看護～体位制限による褥瘡予防に焦点を当てて～ EMERGENCY CARE18(3)：102-107，2005
- 15) 平瀬加世子：末梢循環不全を起こしている患者のケアと褥瘡予防 Emergency Nursing 2001夏季増刊：251-256，2001
- 16) 菊池綾子・武田利明：カテコールアミン投与時における加圧が皮膚循環動態へ及ぼす影響について 日本褥瘡学会誌8(2)：166-171，2006
- 17) 岡本泰岳：臨床指標としての院内褥瘡発生率 日本褥瘡学会誌8(1)：89-91，2006
- 18) 大桑麻由美・須釜淳子・他：特定機能病院における褥瘡予防ケアの質指標 日本褥瘡学会誌9(1)：56-63，2007

## The present conditions of the pressure ulcers in one technologically advanced hospital

Yoko SETOGUCHI <sup>1)</sup>Shinko ICHINOHE <sup>2)</sup>Chiaki MONDENN <sup>3)</sup>Mariko SAKAI <sup>3)</sup>

## Abstract

Fiscal Year 2006 pressure ulcer rate data from Hospital A, which is designated a Special Functioning Hospital, was received and analyzed. As a result, the following points were made clear: There were an annual total of 138 patients (0.9%) with pressure ulcers at Hospital A during Fiscal Year 2006. Few prevalence rates this low are to be found anywhere in the country. The most common etiological factor in pressure ulcers was malignant tumors, which do not readily allow prevention. The most common location was in ICUs, where there are many patients at high risk of pressure ulcers. Pressure ulcers that occurred during perioperative and postoperative periods were cured quickly.

The general context involved the use of nurses for hygienic care and excretion assistance as well as a Pressure Ulcer Countermeasures Committee and nutrition support teams working in collaboration. It was suggested that these and other such effective measures for pressure ulcer prevention were yielding results. Considering the various characteristics concerned in terms of the two factors of pressure ulcer risk and difficulty of treatment, it was conjectured that Hospital A is successfully preventing those pressure ulcers that are preventable and providing appropriate care for those pressure ulcers that do occur. Special Functioning Hospitals have large numbers of patients at high risk for pressure ulcers, and these findings suggest that pressure ulcer prevention measures and treatment for pressure ulcers that occur are being provided appropriately. Further improvement of the quality of care will become an issue in the future from the perspective of improving patient quality of life and raising the quality of care.

---

1) Formerly Faculty of Nursing  
3) Kagawa University Hospital

2) Faculty of Nursing