

St. Luke's International University Repository

The report on the result of the incidental study of decubitus

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 氏原, 千寿子, 斎藤, 千秋, 渡辺, 千登世, Ujihara, Chizuko, Saito, Chiaki, Watanabe, Chitose メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014811

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



褥創発生調査結果報告

氏原 千寿子¹⁾、斎藤 千秋¹⁾、渡邊 千登世¹⁾

要 旨

この報告は、当院における褥創の発生率と予防的ケアの実際について調査した結果をまとめたものである。褥創検討会では、当院における褥創の現状の把握、予防的ケアの評価を目的として調査を行った。発生率に加え、患者の持つ褥創発生の危険性をブレイデンスケールを用いて評価した。

調査には、ブレイデンスケールを含めた調査用紙を使用し、調査対象者は1週間以上に生活が限られ、活動性が低下した患者とした。調査対象者は全入院患者の19%であった。

この結果、褥創の発生率は全体の4.4%であり、調査対象者中23.6%であった。

ブレイデンスケールの得点の平均は、調査対象者と褥創のある患者とでは有意な差はみられなかった。発生部位は仙骨部に多く、褥創の程度についてはIAETの分類による1度～3度であった。褥創発生の危険性の高い患者に対して予防的ケアとしてエアマットレスやドレッシング材を使用していた。予防的ケアの効果は、今回の調査では明確にできなかった。

今後の活動課題として、調査の継続、臨床でのブレイデンスケールの活用、ケアスタンダード作成等活動を考えている。

はじめに

褥創発生の予防は、臨床の看護婦にとって重要な課題である。看護婦は、褥創が手術創とは異なり、組織の虚血が原因で発生する創であるため、治癒に導くことが困難であることや、褥創が発生しやすい患者の多くが全身状態が不良で褥創が発生することによってさらに全身状態に悪影響を及ぼすことがあることを、経験的に知っているからである。

しかし、高度医療が発展し患者の重症度が増している現在は、十分なケアを行っても褥創が発生してしまうことも少なくない。このような状況のなかでは、個々の看護婦が褥創予防のための知識や技術を研鑽していくことも重要であるが、一方では、適確なケアが継続して行われているかどうか評価し、ケア方法の現状と問題点を明らかにし改善するという施設内でシステムティックな活動も必要であると考えられる。

聖路加国際病院では、2年前より褥創ケア検討会を設け、病院内のあらゆる病棟で褥創予防のための一定のケアを提供することを目標に活動を行っている。

その活動の一つに、褥創発生の調査がある。これまで、褥創の保有率について調査は行われていたものの、

ケアの評価に結びつけられる調査方法ではなかった。そこで、褥創ケア検討会で調査の方法について話し合った結果、入院患者全体の褥創発生率を明らかにするのではなく、まず、どれくらいの患者が褥創発生の危険性を持っているかを調べ、そのうち実際に褥創が発生している患者の割合を見ることによって、予防のためのケアが適確に行われているかどうかを明らかにできるのではないかと考えた。

今回、以上のことを踏まえ褥創発生の調査を行ったので、実際に行った調査方法とこれにより得られた褥創発生率の結果について報告する。

I. 調査の方法

1. 調査の目的

- 1) 当病院の入院患者の褥創発生の危険率を明らかにする。
- 2) 褥創の発生数を明らかにする。
- 3) 褥創予防のためのケアが行われているかどうかを明らかにする。

2. 調査方法

- 1) 調査用紙の作成

褥創発生の危険性を予測するスケールには、米国で高

1) 聖路加国際病院褥創ケア検討会

褥創発生予測スケール (日本語版Braden Scale 聖路加国際病院バージョン)

<p>意識及び知覚の認知 圧迫による不快感に 対して適切に反応で きる能力</p>	<p>1. 全く知覚なし 痛みに対する反応(うめく、避ける、つかむ 等)なし。 この反応は意識レベルの低下や鎮静による。 あるいは 体のおおよそ全面のわたり痛覚の障害がある</p>	<p>2. 重度の意識障害あり 痛みのみ反応する。不快感を伝える時に、 うめくことや身の置き場を動かすことしかで きない。 あるいは 知覚障害があり体の1/2以上にわたり痛み や不快感の感じ方 が完全ではない。</p>	<p>3. 軽度の障害あり 時びかけに反応する。 しかし、不快感や体位変換のニードを伝えるこ とが、いつまでもできるとは限らない。 あるいは いくぶん知覚障害があり、四肢の1、2本にお いて痛みや不快感の感じ方が完全ではない部位 がある。</p>	<p>4. 障害なし 呼びかけに反応する。 知覚障害なく、痛みや不快感を訴えるこ とができる。</p>
<p>湿潤 皮膚が湿潤にさらさ さる程度</p>	<p>1. 常に湿っている 皮膚は汗や尿などのために、ほとんどいつも 湿っている。 患者を移動したり、本位を交換するたびに湿 気が認められる。</p>	<p>2. たいてい湿っている 各勤務時間中に少なくとも1回は寝衣・寝具 を交換しなければならぬ。 あるいはオムツを使用しており、交換が1日 3回以上である。</p>	<p>3. 時々湿っている 定期的な交換以外に1日1回程度、寝衣・寝 具を追加して交換する必要がある。 あるいはオムツを使用しており、交換が1日 2回以内である。</p>	<p>4. めったに湿っていない 皮膚は通常乾燥している。定期的に寝衣 ・寝具を交換すればよい。</p>
<p>活動性 行動の範囲</p>	<p>1. 臥床 ねたまりの状態である。</p>	<p>2. 座位可能 ほとんど、または全く歩けないが、介助があ れば椅子や車椅子に座ることができる。</p>	<p>3. 時々歩行可能 介助の有無にかかわらず、日中時々歩すが、 室内に限られる。各勤務時間中にほとんどの 時間を床上で過ごす。</p>	<p>4. 歩行可能 起きている間は少なくとも1日2回は部 屋の外を歩く。そして少なくとも2時間 に1回は室内を歩く。</p>
<p>可動性 体位を変えたり整え たりできる能力</p>	<p>1. 全く移動なし 介助なしでは、体幹または四肢を少しも動か さない。</p>	<p>2. 非常に限られる 時々体幹または四肢を動かす。しかし自力で 有効な体位変換はしない。</p>	<p>3. やや限られる 少しの程度ではあるが、頻回に自力で体位変 換ができる。</p>	<p>4. 自由に体動する 介助なしで頻回かつ適切な(体位を変え るような)体動をする。</p>
<p>栄養状態 普通の食事摂取状況</p>	<p>1. 不良 食事がF・Sの場合、全体重の1/3以下しか食べ ない。副食も1/3以下の摂取である。 食事がSSの場合、全体重の1/2以下、副食も 1/2以下の摂取である。 消化体栄養剤(エンシユア等)の補充はない あるいは 総食およびL-A、L-Bダイエットしか摂取でき ず未梢点滴を5日間以上続けている。</p>	<p>2. やや不良 食事がF・Sの場合、全体重の1/2程度しか食べ ない。副食も1/2以下の摂取である。 食事がSSの場合、全体重の2/3程度、副食も 2/3以上は摂取できる。 時々、消化体栄養剤(エンシユア等)の摂取 することもある。 あるいは リキッド食や経管栄養を受けていても1日必 要摂取量以下である。</p>	<p>3. 良好 食事がF・Sの場合、全体重の2/3以上食べる。 副食も2/3以上の摂取である。 食事がSSの場合、全量を摂取できる。 時々食事を拒否することもあるが、勧めれば 補食する。 あるいは 1日に必要摂取量に見合った経管栄養や高カ ロリー輸液を受けている。</p>	<p>4. 非常に良好 食事(F・S)のほとんど全量を摂取す る。 副食もほとんど全量摂取する。 時々間食も食べる。</p>
<p>摩擦とずれ</p>	<p>1. 問題あり シートでこすらないように体を動かすために は、Ns2人以上の介助が必要である。しばし は、床上や椅子の上ですり落ち、全面介助で 何度も元の位置に戻すことが必要になる。 痙攣、拘縮、振戦は継続的に摩擦をひき起 す。</p>	<p>2. 潜在的に問題あり 移動のためには、Ns1人の介助が必要である。 移動時皮膚は、ある程度シートや椅子、抑副 帯、補助具などにこすれている可能性がある。 たいがいの時間は椅子や床上で比較的良い体 位を保つことができる。</p>	<p>3. 問題なし 自力で椅子や床上を動き、移動中十分に体を 支える筋力を 備えている。 いつでも、椅子や床上で良い体位を保つこと ができる。</p>	<p>4. 問題なし 自力で椅子や床上を動き、移動中十分に体を 支える筋力を 備えている。 いつでも、椅子や床上で良い体位を保つこと ができる。</p>

図2 褥創発生予測スケール

い信頼性を得ているブレードスケール（日本語版）を一部改定し、調査者の一致度を確認した後に用いた。褥創発生の調査については、褥創の有無、程度、ケア方法、予防的ケアの方法などの項目を含んだ調査用紙を作成し用いた（図1、2）。

2) 調査方法

調査用紙を用いた実態調査

3) 対象者

全入院患者のうち、調査日以前一週間以上、生活が床上に限られている患者。すでに褥創が発生している患者。

4) 調査期間

1997年7月8日

5) 調査者

聖路加国際病院褥創ケア検討会メンバー

II. 調査結果

1. 対象者の人口統計学的背景

1) 全患者数383名のうち褥創発生調査対象者数は71名であった。

2) 調査対象者71名の年齢は、1歳～98歳で平均年齢66.1歳（SD=20.5）であった。

2. 褥創発生危険率

対象者のブレードスケールの合計得点は、8点～23点で平均13.6点（SD=3.3）であった。ブレードスケール合計得点14点以下の、特に褥創発生の危険性の高いと予測される患者数は、51名、対象者の71.8%で、全体患者数の23.8%であった（図-3）。

3. 褥創発生率

対象者のうち褥創発生者の数は17名、対象者全体の内の23.6%で、全患者数に対しては、4.4%であった。

4. 褥創発生者の特性

褥創発生者の年齢は、14歳～89歳、平均年齢64歳（SD=21.3）であった。疾患は脳血管障害、悪性新生物、

心疾患その他様々で、特定の疾患との関連は見られなかった。

褥創が発生している患者のブレードスケール総得点をみみると、9点～17点で平均13.73点（SD=3.2）であった。

褥創発生者のブレードスケールを項目別に見ると、いずれも活動性、可動性、摩擦とずれは2点以下で低い値を示した。その他の意識・栄養・湿潤の項目は1～4点の間でばらつきが見られた。

また、褥創の発生部位は仙骨部が14名と最も多く、次いで踵部2名、大転子部1名であった。これらは、一人の患者が複数の褥創が発生しているものも含んでいた。

褥創の程度については、IAETの分類でI度と分類される、いわゆる発赤程度の創が3名、真皮内にとどまるII度の創が9名、皮下組織にいたる全層欠損のIII度の創が5名、筋、骨におよぶ、IV度の褥創が発生しているものはいなかった。

5. 褥創予防のケア

褥創予防のためのケアが、褥創発生の危険性が高い患者に対して行われていたかどうかについて見てみると、ブレードスケールの得点が16点以下の患者に対しては、ポリウレタンフィルム、ハイドロコロイドドレッシング材の貼用など何らかの予防的ケアが施行されていた。また、14点以下の患者にはエアマットが使用されていた（図-4）。

なお、当院における褥創予防のケアとして、体動が低下している患者には2時間毎、またはそれ以下の体位変換を実施しているため、予防的ケアの項目からは除外している。

III. 考察

褥創発生率について、当院では過去5年間の調査を行ってきている。これによると、入院患者の褥創の発生率は5%前後であり、今回の調査の結果でも発生率は4.4%で、ほぼ変化は無いといえる。米国においては、褥創は

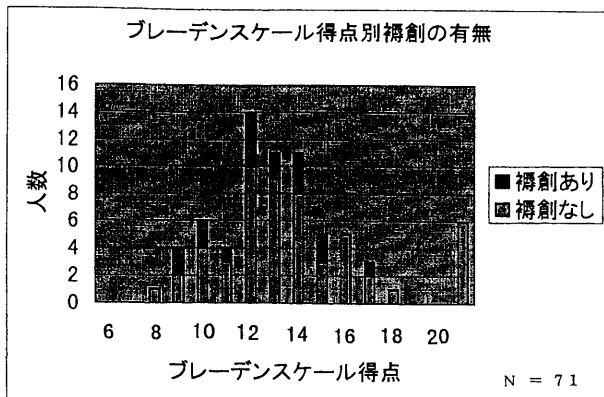


図3. ブレードスケール得点別褥創の有無

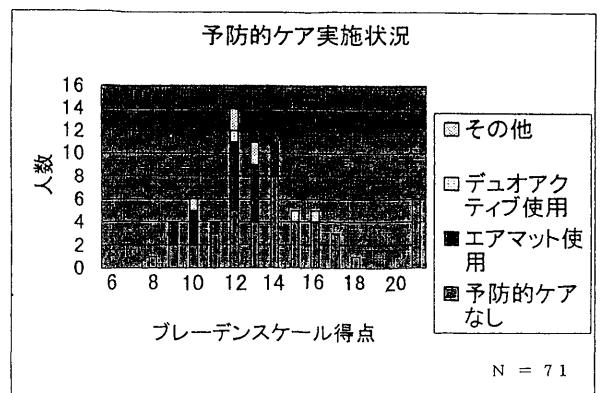


図4. 予防的ケア実施状況

入院患者の約9%、ナーシングホーム入所者の約23%にみられ、深刻な問題として取り上げられている²⁾。褥創の保有率を単純に比較すると、米国の入院施設での割合より低い値を示しているといえるが、褥創の発生には患者側のさまざまな要因や看護者のケア方法および看護体制などが影響するといわれている³⁾ため、病院の特殊性や介護力の異なる他の施設の調査結果と比較することは難しい。また、褥創の発生は可動性や活動性が低くなった患者に発生することは明らかであり³⁾、可動性や活動性が低下していると認められた今回の調査の対象者での褥創発生率が、23.6%を示していることから、当院の褥創発生の割合が必ずしも低いとは言えない。

当院における褥創予防のケアの現状については、ブレデンスケール16点以下の患者の51%に対しては、予防的にポリウレタンフィルムやハイドロコロイドドレッシング材を使用しているが、それ以外の患者には2時間及びそれ以下の体位変換で対応している。エアマットレスなどの体圧分散用具はすべて、可動性、活動性のみならず他の栄養状態や摩擦・ズレなどの項目も低い14点以下のハイリスクの患者に使用されており、これは院内の数が限られている予防用具をより有効に使用することを考慮しての結果といえる。このことから、現段階でブレデンスケールを病院内で継続的に使用していないものの、看護婦は褥創の危険性の高い患者を経験的に判断していると思われる。しかし一方では、褥創が発生している患者の栄養状態が低いにもかかわらず、褥創予防のために介入しようとする認識は得られなかった。このことは、褥創発生の危険性を判断できていてもその要因が何であるかを追求しておらず、実際のケアには結びついていないといえる。

このような現状を改善していくためには、看護者全員が褥創発生の機序について理解することが必要である。褥創発生の要因に注目するために、看護者が行う日常の観察項目で成り立っているブレデンスケールの活用を現在検討している。ブレデンスケールを用いることによりケアの優先順位が決定し、適確に実施できると予測される。

また限りあるスタッフ数で有効なケアを行っていくためには、除圧や体圧を分散する予防用具の使用も考えなくてはならない。今回の調査でも、院内で使用しているエアマットレス数は危険性の高い14点以下すべての患者に使用していたわけではなく、早急に予防できる環境を整えていく必要があると思われる。

おわりに

今回の調査では、褥創の発生数は把握することができたが、個々の患者に対して、看護婦がどのように判断をしてケアを選択しているかは、明確にはしていない。またすでに褥創が発生している患者も発生数に含まれてい

るため、純粋に当院で発生した数とは言えず、ケアへの評価には結びつけることは難しい。調査項目や方法に関しては今後も検討を重ねていく必要がある。

そして、褥創に関するこのような調査を定期的を実施し、調査結果を報告していくことによって、褥創予防への関心を高めていく事が重要であると考ええる。このように発生率を明らかにすることによって、看護婦のケアの評価がなされ、それをフィードバックすることによって科学的根拠に基づいて行う質の高い褥創ケアに結びついて行くと考える。

引用文献

- 1) U.S. Department of health and Human Service; Pressure Ulcer Treatment, AHCPR Publication, PP1-26, 1994
- 2) 佐藤エキ子編・著；褥創ケア—予防・治療・在宅ケア，HBJ出版，PP21-45, 1995
- 3) Braden, B, Bergstron, MN; A conceptual schema for the Study of the Etiology of Pressure Sores, rehabilitation Nursing, 12(1), 8-12, 1987

参考文献

- 1) 稲垣美智子，小藤幹恵；褥創予防のためのスキんケア，看護技術，42(1), 1996
- 2) 真田弘美；褥創発生の予測：リスクアセスメント，看護技術，42(1), 1996
- 3) 真田弘美；褥創は予防し，治すことができる，1997-2，看護学雑誌，1997
- 4) 須釜淳子；褥創予防のための除圧方法，看護技術，42(1), 1996
- 5) 渡邊千登世，佐藤エキ子；褥創の評価と看護，老人医学，34(8), 1996

The Report on the Result of the Incidental Study of Decubitus

Chizuko Ujihara, Chiaki Saitoh Chitose Watanabe
(St. Luke' s College of Nursing)

In this article we report on the result of the incidental study and practice of the preventive care of decubitus in our hospital. We, decubitus care team, made a study aiming to grasp the current status and to assess the preventive care of decubitus in our hospital. We assessed the patients' risk factors of developing decubitus as well as the incidence of decubitus using the Bladen Scale. For the study the worksheets which includes the Bladen Scale were used and for the study objects enrolled were the patients whose activities were decreased to bed rest more than 1 week. The stude objects reached 19% of all the hospitalized patients. As a result the incidence was 4.4% of all the inpatients and 23.6% of all the study objects. There was no significant differences in the average of the Bladen Scale Scores among the study objects between the patients who developed decubitus and the patients who did not develop decubitus. The area prevailed in the sacral area and the stage varied between Stage I and Stage III of IAET Guidelines. Air mattresses and protective dressings were administered as preventive cares for the high-risk patients of the decubitus. Although we regret that we could not prove the outcomes of the preventive care of decubitus, as our future plans we intend to promote this study, to utilize the Bladen Scale in the clinical fields, and also to make the protocols of the decubitus care.