

褥瘡対策チーム1年間の活動報告

岩下 直美

IWASHITA Naomi

はじめに

平成14年10月1日より健康保険法の規定、老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準および基本診療料の施設基準等の改定により、褥瘡対策未実施減算が新設され、実施されることとなった。

褥瘡対策未実施減算新設の趣旨は、平成14年1月30日中央社会保険医療協議会より示された「褥瘡対策の評価」に以下のように示されている。「現状、課題および趣旨：高齢化の進展に伴う寝たきり等の入院患者数の増加とともに褥瘡発生の危険の高い患者は増加している。褥瘡の発生予防、発症後早期からの適切な処置を含めた対策については、従来通り実施されるべきものと考えられるところであるが、今後ますます重要と考えられる。褥瘡に関する診療計画については従来、療養病棟等、一部の病棟における老人の入院診療計画書の中に具体的に位置付けられていたが、本来褥瘡の発生頻度の高い寝たきり等の入院患者は全病棟に存在することから、全入院患者を対象に、褥瘡に関する評価を行い、必要な対策を実施する体制を整備することが必要である。」という内容であった。当院では、褥瘡に関しては各診療科や各セクションが個々に対応していた。褥瘡対策未実施減算が新設されたことを受け、平成14年7月19日褥瘡対策チームが発足し、病院全体で組織的に褥瘡対策に組織的に取り組むことにした。

褥瘡対策チーム

1. 褥瘡対策チームの構成

規定では、チームの構成メンバーは専任の医師と専任の看護職員となっている。当初のメンバー構成は、医師、看護師、薬剤師、事務官であった。褥瘡発生の要因として、不適切な栄養摂取や栄養障害などの栄養的要因、移動不能や体位変換が自力でできないなど、動作や活動の低下などの要因が深く関係することから、平成14年11月より、栄養士および理学療法士がチームに加わり、平成

15年4月より感染管理の視点から褥瘡対策に取り組むために感染管理師長がメンバーに加わることとなった。現在は、医師2名、看護師3名、薬剤師1名、栄養士1名、理学療法士1名、事務官1名の計9名で活動を行っている。

2. 褥瘡対策チームの役割

褥瘡対策では、まず各セクションで入院患者全員に対して、日常生活の自立度を判定し(表1)、自立度の低いB1～C2の患者に対して「褥瘡に関する診療計画書(以後、計画書とする)」(表2)の作成を行う。褥瘡対策チームのメンバーは、計画書作成の際の指導や助言を行う。そして、週1回の病棟ラウンドを実施し、個々の患者に対する診察を行い、必要に応じた治療、看護、ケア、栄養指導、移動や体位変換の指導、体圧分散マットレスの選択等を行う。また、病院全体に対して、褥瘡対策の推進と管理、評価を行うことを役割としている。(図1)

褥瘡対策チーム活動の実際(表4)

1. 平成14年7月～平成15年3月

褥瘡対策に必要な要件は、全入院患者に対して日常生活の自立度を判定し、自立度の低い患者に対して、「褥瘡対策に関する診療計画書」を作成することである。これらに必要な書類(実施要項、計画書書式等)を作成し、平成14年7月の運営懇談会に提案し、病院全体に理解と承認を求めた。

褥瘡対策未実施減算に係わる届け出をするためには、平成14年10月以前の1カ月間の褥瘡対策実施の実績を必要とするため、9月1日より2階西病棟および5階東病棟で実施要項に基づいた褥瘡対策を実施した。計画書作成に当たっての相談はチーム全員で行い、指導、助言は医師が実施した。病棟ラウンドは毎週木曜日の16:30から行い患者の診察等を行った。10月からは毎週金曜日15:00から全病棟をラウンドし、提出されている計画書を基に診察、相談を行った。ラウンドを行う中で計画書が提出されていない患者にも対応している。

褥瘡対策に関する病院全体の理解を深めるために、日本褥瘡学会理事長の大浦武彦氏を講師に招き「褥瘡対策

表1 褥瘡対策の判定

褥瘡の有無 1.現在 なし あり 仙骨部 座骨部 尾骨部 腸骨部 大転子部 踵部)
 2.過去 なし あり 仙骨部 座骨部 尾骨部 腸骨部 大転子部 踵部)

褥瘡発生日

危険因子の評価	日常生活自立度(A(12)B(12)C(12))		褥瘡発生日		対処
	基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上座 位姿勢の保持 除圧)	できる できる	できない できない	なし	
・病的骨突出		なし	あり		「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合 診療・看護計画を立案し実施するものとする。
・関節拘縮		なし	あり		
・栄養状態低下		なし	あり		
・皮膚湿潤(多汗 尿失禁 便失禁)		なし	あり		
・浮腫(局所以外の部位)		なし	あり		

入院診療計画書(診療録用)

褥瘡対策実施の判定

不必要	日常生活自立度が正常～A2又は危険因子無
必要	日常生活自立度がB1～C2かつ危険因子有

褥瘡対策実施が必要な場合は褥瘡対策診療計画書を作成し 写をチームに提出する。

当面は在庫等の関係から次回伝票見直しまでの間 入院診療計画書(診療録用)裏面に上記ゴム印を押して対応する。

セミナー」を10月に実施した。

自立度の低い患者には体圧測定を行いマットの選定を行う必要があることから、病棟ラウンド時に体圧測定指導を実施した。また、病院に保有する褥瘡対策用マットレスの調査を行い、病棟間の調整ができる体制を整えた。

病棟ラウンド時の診察や指導が円滑に実施できるように、ラウンドにさきがけて、薬剤師、栄養士、理学療法士に計画書を送付し、それぞれの立場から患者情報を収集しラウンド時の資料として活用した。

褥瘡対策用医薬品については薬事委員会に検討を依頼し、必要な薬品を整えた。

活動を開始して6カ月が経過した時点で、「褥瘡対策に関するアンケート」を病棟看護師に対して実施し、結果を次年度の活動につなげることとした。

2. 平成15年4月～10月

「褥瘡対策に関するアンケート」より、病棟ラウンドの時間の検討が必要であることがわかった。また、褥瘡対策チームへの希望として、褥瘡対策のマニュアルを作りたい、困った時の相談窓口が欲しい、治療や処置の方法についての勉強会を開催して欲しい、主治医と連携を取って欲しい等の意見が寄せられた。アンケート結果及び前年度の活動を踏まえ、平成15年度のチーム活動目標を決定した。

平成15年度褥瘡対策チーム活動目標

1) 褥瘡対策マニュアル作成により、予防、治療の標準

化を図り、褥瘡対策水準の向上を図る。

2) 褥瘡対策チーム委員は、研修会や学会に積極的に参加し知識の獲得と技術の向上に努める。

褥瘡対策マニュアルは現在作成中である。項目は以下の内容とした。褥瘡対策に関する診療計画書、予防的ケア、褥瘡と栄養、治療と処置、添付資料、マニュアルは今年度中に完成し、病棟への浸透を図る予定である。褥瘡の状態評価は、現在病棟ラウンド時に使用している「DESIGN」(日本褥瘡学会/2002)表3)を用い全病棟統一した視点で評価したいと考えている。

平成15年8月28・29日開催「第5回日本褥瘡学会」に褥瘡対策チーム委員6名が参加し、最新の褥瘡対策について学んだ。得られた情報はマニュアルの作成や褥瘡対策用具の選定等に活かせる内容であり今後活用していきたいと考えている。

病棟ラウンドは、継続診察の必要な患者に加え、その週に提出された診療計画書を基に、診察を要する患者を選択し、毎週金曜日の15:00～17:00に実施している。全病棟をラウンドし、その場での相談にも応じている。診察や処置には、看護師及び主治医にも参加してもらい、日々のケアや治療に繋がれるようにしている。診察の結果はチームの医師がカルテに記載し、治療に関する依頼は院内依頼書により主治医に連絡している。患者診察時の主治医の参加は少なく、褥瘡対策が看護師の手に委ねられている現状がある。病棟ラウンド後はケースカンファレンスを行ない、次の治療及びケア等について検

表2 褥瘡対策に関する診療計画書

カルテ用

氏名 _____ 殿 病棟 _____ 計画作成日 _____

明・大・昭・平年月日生(歳) _____ 対策チーム担当者 _____

褥瘡の有無 1.現在 なし あ(仙骨部 座骨部 尾骨部 腸骨部 大転子部 踵部)
 2.過去 なし あ(仙骨部 座骨部 尾骨部 腸骨部 大転子部 踵部)

褥瘡発生日 _____

危険因子の評価	日常生活自立度(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)			対処
	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上座 位姿勢の保持 除圧)	できる	できない	
	・病的骨突出	なし	あり	
	・関節拘縮	なし	あり	
	・栄養状態低下	なし	あり	
	・皮膚湿潤(多汗 尿失禁 便失禁)	なし	あり	
・浮腫(局所以外の部位)	なし	あり		

「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合 診療・看護計画を立案し実施するものとする。

褥瘡の状態の評価	深さ	(0) なし (1) 持続する赤発 (2) 真皮までの損傷 (3) 皮下組織までの損傷 (4) 皮下組織を超える損傷 (5) 関節腔 体腔にいたる損傷または 深さ判定不能の場合
	滲出液	(0) なし (1) 少量:毎日の交換を要しない (2) 中等量:1日1回の交換 (3) 多量:1日2回以上の交換
	大きさ(cm ²)	(0) 皮膚損傷なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満
	長径×長径に直行する最大径	(4) 36以上64未満 (5) 64以上100未満 (6) 100以上
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし (1) 局所の炎症徴候あり 創周辺の赤発 腫脹 熱感 疼痛 (2) 局所の明らかな感染徴候あり 炎症徴候 膿 悪臭 (3) 16以上36未満 (4) 全身的影響あり 発熱など
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 創閉鎖又は創が浅いため評価不能 (1) 創面の90%以上を占める (2) 創面の50%以上90%未満を占める (3) 創面の10%以上50%未満を占める (4) 創面の10%未満を占める (5) 全く形成されていない
	壊死組織	(0) なし (1) 柔らかい壊死組織あり (2) 硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット(cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最大径) 潰瘍面積	(0) なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上

診療・看護計画	留意する項目		計画内容
	圧迫 スレカの排除 (体位変換 体圧分散寝具 頭部 拳上方法 車椅子姿勢保持)	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
リハビリテーション			

表3「褥瘡の状態の評価」DESIGN：褥瘡経過評価用

カルテ番号 ()		日時 / /	
患者氏名 ()		日時 / /	
Depth 深さ創内の一番深い部分で評価し改善に伴い創底が浅くなった場合これと相応の深さとし評価する			
d	0	皮下組織までの損傷	D
	1	皮下組織を超える損傷	
	2	真皮までの損傷	
Exudate 浸出液			
e	0	なし	E
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない	
	2	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	
Size 大きさ皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)×短径(cm)]			
s	0	皮膚損傷なし	S
	1	4未満	
	2	4以上16未満	
	3	16以上36未満	
	4	36以上64未満	
	5	64以上100未満	
Inflammation / Infection 炎症 / 感染			
i	0	局所の炎症徴候なし	I
	1	局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤 腫長 熱感 疼痛)	
Granulation tissue 肉芽組織			
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める	
	2	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	
Necrotic tissue 壊死組織混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する			
n	0	壊死組織なし	N
	1	柔らかい壊死組織あり	
Pocket ポケット毎回同じ体位でポケット全周(潰瘍面も含め)長径(cm)×短径(cm)から潰瘍の大きさを差し引いたもの			
なし	記載せず	1	4未満
		2	4以上16未満
		3	16以上36未満
		4	36以上
部位(仙骨部 坐骨部 大転子部 踵部 その他)			

表4 褥瘡対策チームの活動経過

平成14年7月	褥瘡対策実施要項の検討 褥瘡対策に関する診療計画書の作成 褥瘡対策チームの発足 運営懇談会の承認
平成14年8月	チームの活動内容の検討
平成14年9月	5階東 2階西病棟に対する褥瘡対策開始
平成14年10月	褥瘡対策未実施減算開始 全病棟のラウンド開始 褥瘡対策セミナーの開催
平成15年3月	褥瘡対策に関するアンケートの実施
平成15年4月	平成15年度褥瘡対策チーム活動目標設定
平成15年8月	第5回日本褥瘡学会参加 褥瘡対策マニュアル作成開始
平成15年12月	褥瘡対策マニュアル完成予定

討している。褥瘡対策チーム会議は病棟ラウンド後の第3金曜日に開催し、マニュアル作成、ケース検討、褥瘡対策器材の選定、最新情報交換等を行なっている。

・褥瘡患者数の推移

平成14年11月より平成15年10月の1年間の新入院患者数は8313人でこの内、診療計画書の提出があった患者は148人で全体の1.8%であり、「褥瘡有り患者」は76人

で0.9%であった。平成14年度の月平均の提出件数は15件(図2)、平成15年度は10件(図3)であった。「褥瘡有り」の76件は病棟ラウンド時に診察をおこなった。平成14年度5カ月間の「褥瘡有り」患者数は33件で、内訳は入院前褥瘡発生3件(9%)、入院中褥瘡発生が22件(67%)、発生時期不明褥瘡が8件(24%)であった。(図4)これに対して、平成15年度7カ月間の「褥瘡有り」患者数は43件で、内訳は入院前褥瘡発生15件(35%)、入院中褥瘡発生が28件(65%)、発生時期不明褥瘡が0件であった。(図5)平成14年度と15年度を比較すると、入院中褥瘡発生の割合はほぼ同じであった。入院中褥瘡発生の解釈は、計画書の「褥瘡発生日」が入院日より後日になっているものとした。それに対して、入院前褥瘡発生は9%から35%に増加し、発生時期不明褥瘡は24%から0%に減少している。この事は、褥瘡対策未実施減算が導入されたことで、入院時全患者の自立度の判定を行うことが浸透し、褥瘡発生時期が明確になったと考えられる。また、早期発見は早期治療につながり褥瘡対策チームのかわりが効果的に実施できる要因にもなる。

入院中褥瘡発生の要因としては、当院が特定機能病院であることから、重症患者や長時間の手術を必用とする患者を受け入れていることも要因と考えられ、予防対策へのかわりが重要であるといえる。病棟ラウンド時の

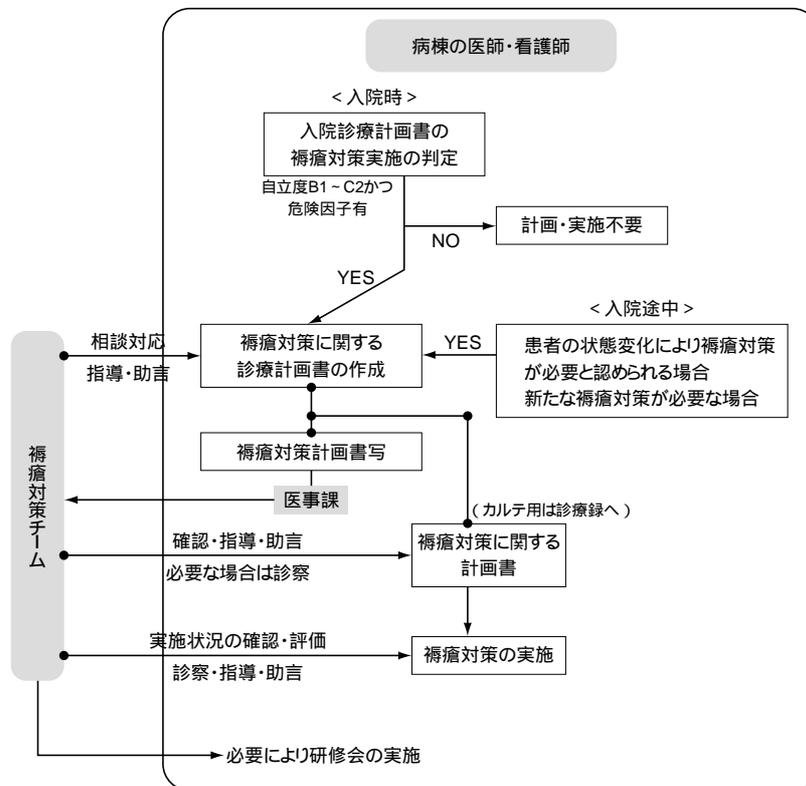


図1 褥瘡対策実施のフローチャート

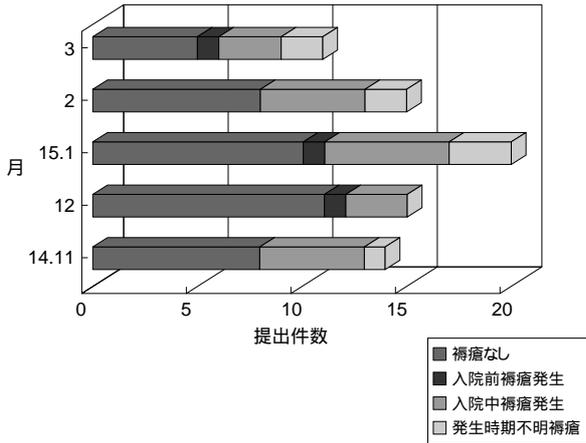


図2 褥瘡に関する診療計画書数と内訳 (平成14年11月～15年3月)

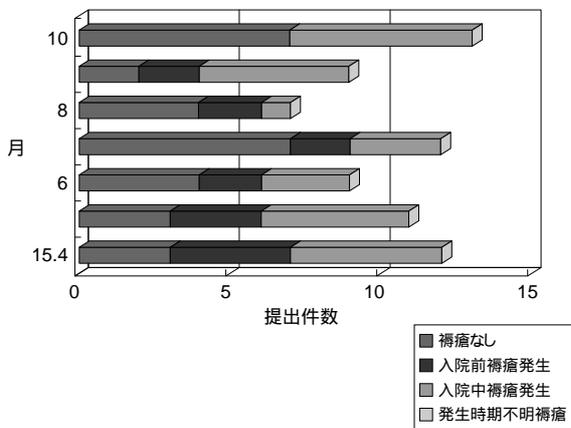


図3 褥瘡に関する診療計画書数と内訳 (平成15年4月～10月)

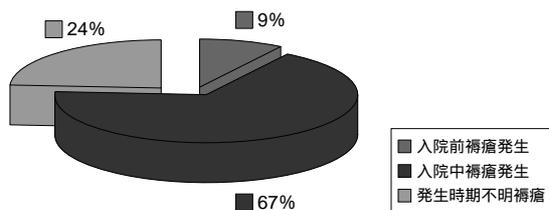


図4 褥瘡発生時期 (平成14年11月～15年3月)

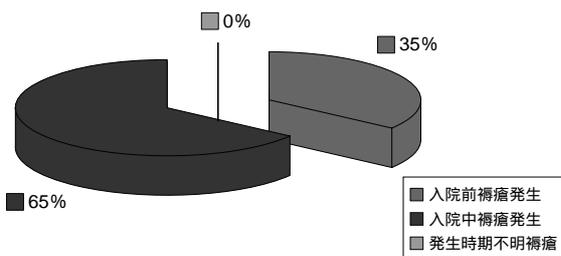


図5 褥瘡発生時期 (平成15年4月～10月)

印象として、褥瘡に対する認識が高まり、疑わしい症例や発見してすぐの症例が報告されるケースが増えていると感じている。

今後の課題

1. マニュアルの浸透

現在作成中のマニュアルの浸透により院内の褥瘡治療、予防の統一化を図り、褥瘡対策の水準の向上を図る必要がある。現状では看護師が褥瘡対策の多くの部分を担っている。褥瘡の発症や創傷治癒の遅延または悪化は、疾患自体の影響や治療に伴う薬剤の影響等が関与している場合も多い。従って、主治医も病棟ラウンド時にともに参加できる体制が整えられることが望ましい。マニュアルの共通理解を基に意見交換ができることで、より効果的な褥瘡対策が実践できると考える。

2. 褥瘡対策器材の中央管理化の推進

各セクションに配置されているエアーマット等の褥瘡対策器材は47機ある。管理および保守点検は各セクションにまかされており、患者の状態に応じた器材の選定や使用がタイミングよく適切にできにくい状況がある。器材の選定は、提出された計画書の内容をチームで検討し、患者の状態に即した器材の選定を行ない患者に使用するという一連の流れが望ましいと考える。そのためにも器材の中央管理化が必要である。現状では、人員、コスト、場所等の問題が有り難しいと考えるが、将来的な展望に立ち推進していきたい。

3. 患者状況の分析と褥瘡対策チームの役割の明確化

1年間の活動を通して、患者の状態変化を観察してきた。チームの中から褥瘡対策の問題として、終末期の患者に対する褥瘡対策をどこまで行なうのか等の疑問が出された。診療計画書の提出があった148件中、褥瘡有りの76件に褥瘡対策チームが介入した。76件中50件は入院中に褥瘡が発症しており、今後の検討課題といえる。また、介入の効果を分析し、褥瘡対策チームの役割を明確にする必要がある。

褥瘡対策は医師、看護師、患者、家族を含めた関係者相互の連携と協力なしでは成功しない。褥瘡対策チームはチーム医療を推進するモデルとして今後も活動したいと考える。

文献

- 1) 大浦武彦(2001)わかりやすい褥瘡予防・治療ガイド, 照林社, 東京.
- 2) 日本褥瘡学会(2002)褥瘡対策の指針, 照林社, 東京.
- 3) 李家中豪, 神崎桂子(2002)ミレニア褥瘡対策ツール, ミレニア・マインド・マネジメント, 東京.