

千葉労災病院褥瘡対策委員会 5 年間の活動

雄賀多 聡¹⁾²⁾, 小磯 薫代¹⁾, 若園 愛枝¹⁾
大沢さとみ¹⁾, 椎葉ゆり子¹⁾

¹⁾労働者健康福祉機構千葉労災病院褥瘡対策委員会

²⁾現所属：千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科理学療法学専攻

(平成 21 年 8 月 19 日受付)

要旨：(目的)当院における褥瘡対策委員会の過去の活動を振り返り、今後の活動課題を明確にする。(方法)褥瘡対策委員会設立後年間統計資料のそろった、平成 15 年度から平成 19 年度までの 5 年間にわたる、入院患者の褥瘡発生報告書・褥瘡転帰報告書・褥瘡委員会報告書及び平成 16 年度からの入院時褥瘡管理加算算定連絡箋よりデータを収集し分析した。(結果)当院の平均月末有病率は平成 17 年度をピークに減少傾向を示し、褥瘡対策委員会の活動は軌道に乗りつつあると判断した。また褥瘡の院内・院外別発生頻度に関しては院内発生が着実に減少しており、平成 19 年度においては院外発生が院内発生を上回り、委員会の活動成果と考えた。褥瘡の深さに関しては、褥瘡発生リスクの高い患者が増加している中、悪化傾向はなかった。深い褥瘡がなお院内で発生しており十分な予防活動が出来ているとは言えない現状があった。薬剤及びドレッシング材費においては褥瘡回診時の指導により効果的かつ効率的な使用に繋がり、結果コスト削減に至ったと考えた。転帰結果からは、在院日数が短縮される中、治癒率は維持している。しかし、褥瘡を有したまま退院する患者が増加傾向にあり、医療連携の必要性が示唆された。(結語)今後の活動課題として①褥瘡の院内発生減少に向け、予防段階での介入システム作り及びスタッフ指導②患者・家族に向けた在宅ケアのツールの作成及びツールを利用した指導③褥瘡に関する地域医療連携の強化、が考えられた。

(日職災医誌, 58:170—174, 2010)

—キーワード—

褥瘡, 対策, 委員会

はじめに

労働者健康福祉機構 千葉労災病院は病床数 400 床、診療科 19 科を有する急性期特定加算算定病院である。当院では平成 14 年 9 月、褥瘡対策未実施減算を契機に褥瘡対策委員会が設立された。その後現在まで、院内褥瘡の発生・悪化を防ぐため、週一回の褥瘡回診、月一回の褥瘡対策委員会の開催と平行して、体圧分散マットレスの整備、栄養管理部との連携による貧血褥瘡食の導入、薬剤・ドレッシング材の整備および無駄のない使用などに注目し活動してきた。今回褥瘡対策委員会設立後の、年間統計資料のそろった平成 15 年度から平成 19 年度の 5 年間のデータを分析し、今後の委員会活動の課題を明確にする事を目的に検討を行った。

対象および方法

平成 15 年 4 月より平成 20 年 3 月までの、入院患者の褥瘡発生報告書、褥瘡転帰報告書、褥瘡対策委員会報告書、また平成 16 年 4 月よりの入院時褥瘡管理加算算定連絡箋により、褥瘡患者の情報を収集し、年度別に分析した。

結 果

1. 年度別患者数、褥瘡数 (表 1)

平成 15 年度 174 名、16 年度 210 名、17 年度 224 名と、報告された褥瘡患者数は増加したが、平成 18 年度の 207 名をピークとし平成 19 年度は 182 名に減少していた。男女の比率は、いずれの年度も男性患者が多数(55~72%)を占めていた。患者の平均年齢は平成 15 年度の 69.8 歳より、16 年度 70.7 歳、17 年度 73.1 歳と徐々に上昇し、平

表1 年度別患者数・平均年齢・褥瘡個数

	患者数 (男女比)	平均年齢(歳) (平均±標準偏差)	褥瘡個数
平成15年度	174 (111:63)	69.8±14.5	187
平成16年度	210 (152:58)	70.7±14.3	218
平成17年度	224 (150:74)	73.1±12.5	261
平成18年度	207 (121:86)	73.4±12.3	273
平成19年度	182 (117:65)	71.6±14.3	259

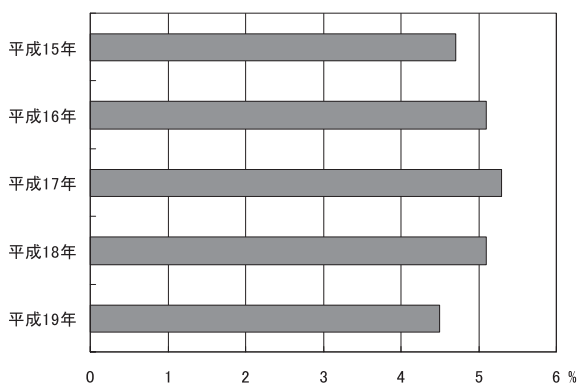


図1 平均月末褥瘡有病率

平成18年度の73.4歳をピークに、平成19年度は71.6歳へ下降した。褥瘡個数は平成15年度187個、16年度218個、17年度261個、18年度273個と経年的に増加傾向であったが、平成19年度にはじめて減少し259個であった。

2. 平均月末褥瘡有病率 (図1)

日本褥瘡学会 (以下、褥瘡学会) では「褥瘡有病率」を「調査日に褥瘡を有する患者/調査日の施設入院患者数×100 (%)」としている¹⁾。当院では、毎月最終日を調査日に設定し月末褥瘡有病率として算定した。月末褥瘡有病率の年度別平均をみると、平成15年度4.7%、16年度5.1%、17年度5.3%と徐々に増加傾向を示したものの、そこをピークとし、平成18年度5.1%、19年度4.5%と減少傾向に転じた。

3. 日常生活自立度 (図2)

褥瘡対策委員会発足後、褥瘡学会の指針に従い、全入院患者の入院時日常生活自立度を判定・記録することとなった。その判定には、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」(厚生労働省) が用いられている。平成18年度褥瘡に関する診療報酬改定により、日常生活自立度がJ1～A2 (「生活自立」および「準寝たきり」) である患者については、診療計画書の作成は、要しないが、B1～C2の患者 (「寝たきり」) については診療計画書の作成が必要となった²⁾。褥瘡発生または発見時における、褥瘡を有する患者の日常生活自立度は、いずれの年度も最も自立度の低いC2の患者割合が多く、平成15年度の46%から平成19年度は68%へ増加していた。自立度の

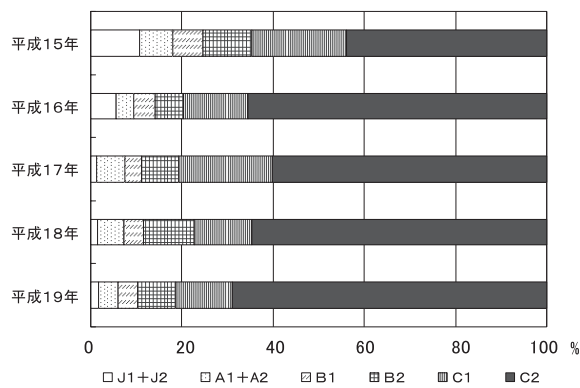


図2 日常生活自立度

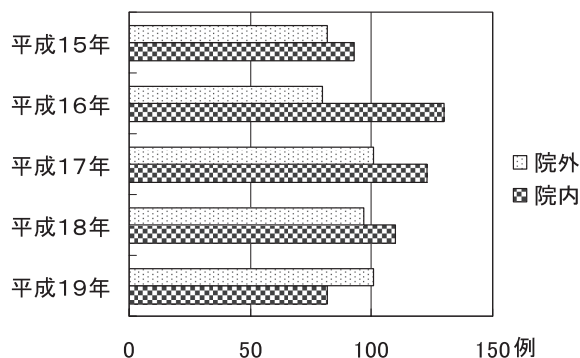


図3 褥瘡の院内・院外別発生数

高いJ1からA2の患者は、平成15年度は18%であったが、平成19年度には6%へ減少していた。

4. 褥瘡の院内・院外別発生数および頻度 (図3)

褥瘡の院内・院外別発生患者数は平成15年度が院内93例・院外82例で、以後それぞれ平成16年度130例・80例、平成17年度123例・101例、平成18年度110例・97例、平成19年度82例・101例と推移していた。これらを院内・院外別に頻度でみると、平成15年度は院内発生53.1%、院外発生46.9%であったが、その後、これらの割合は徐々に近づき、平成19年度には逆転し、院内44.8%、院外55.2%となっていた。

5. 褥瘡推定発生率、新規院内発症率 (BC) (図4)

褥瘡学会の定義¹⁾に基づき褥瘡推定発生率【(調査日に褥瘡を保有する患者数—入院時すでに褥瘡保有が記録されていた患者数)/調査日の施設入院患者数×100 (%)】を算出した。平成15年度1.8%、16年度3.0%、17年度3.6%、18年度2.6%、19年度0.8%と推移していた。

この褥瘡推定発生率は、検査入院や軽症の患者も分母に加わるため、日常生活機能の良い入院患者の増加で一見減少するようにみえる可能性がある。また、院内で褥瘡が発生しても、調査日までに退院した患者はカウントされない欠点がある。そこで、入院時に褥瘡はないが日常生活自立度がBまたはC (「寝たきり」) と評価された患者、すなわちリスクは高いが褥瘡を有していない入院患者のみを分母とし、その中から入院後に新たに院内で

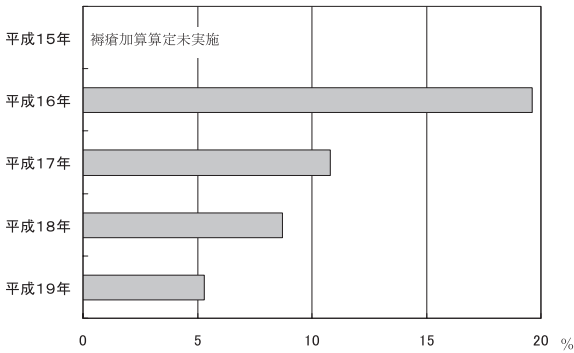


図4 新規院内発症率 (BC)

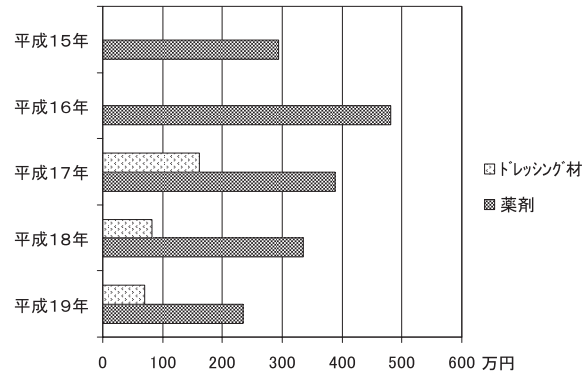


図6 薬剤・ドレッシング材費

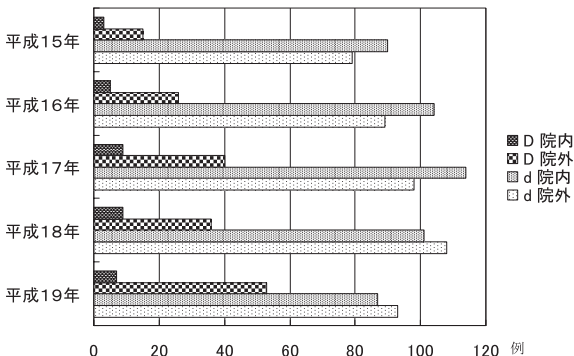


図5 褥瘡の深さ

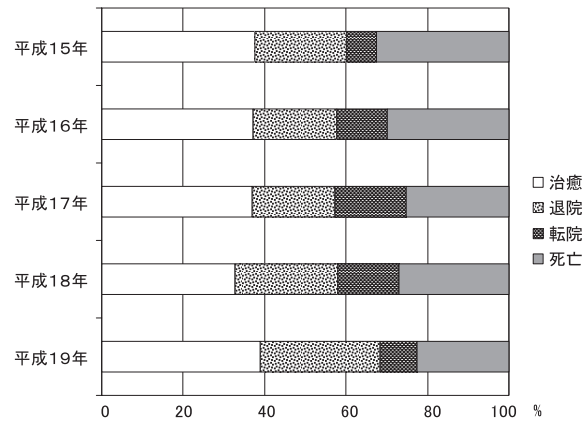


図7 転帰

褥瘡が発生した患者数の割合をもとめ、新規院内発症率 (BC)とした。平成16年度より褥瘡患者管理加算が算定されるようになったことより、入院時の日常生活自立度が事務方に集計されることとなり算出可能となった。平成16年度の19.6%より、17年度10.8%、18年度8.7%、と経年的に低下し、平成19年度は5.3%を示した。

6. 褥瘡の深さ (図5)

褥瘡の深さの分類は日本褥瘡学会のDESIGN分類³⁾に基づいて行った。院内発生 of 浅い褥瘡 (d) は平成17年度を、院外発生 of d も平成18年度をピークに減少に転じているが、院外発生 of 深い褥瘡 (D) のみが明らかに増加傾向を示している。また、院内発生 of D も年間10件以下であるが減少傾向とは言えなかった。

7. 薬剤費およびドレッシング材費 (図6)

褥瘡に使用された外用薬の薬剤費用は平成15年度293万円が、平成16年度480万円と増加した。しかし、その後経年的に減少し、平成17年度389万円、18年度336万円、19年度は235万円となった。

褥瘡の局所治療に対しては、近年外用剤に代わりポリウレタンフィルム、ハイドロコロイドなどのドレッシング材が広く使われるようになってきた。ドレッシング材の費用は平成15年、16年度は褥瘡関連のみでの算出が不能であったが、平成17年度より褥瘡への使用のみを別に集計することとした。平成17年度162万円であったが、経年的に減少し平成18年度82万円、19年度は70

万円となった。

褥瘡の局所治療に係る費用としての意味で、両者を集計すると、平成17年度から19年度で250万円の支出減少が得られた。

8. 転帰 (図7)

治癒する患者の割合は平成18年度が最低の33%を示したが、その他の年度は37%~39%と大きな変動は示さなかった。一方、死亡退院する患者は平成15年度の33%を最高として、徐々に減少し、平成19年度は23%と最低となっており、相対的に褥瘡を持ったまま退院あるいは転院となった患者は平成15年度の30%に比べ、18年度40%、19年度38%と増加傾向であった。平成19年度は転院が9%であったのに比し、退院が29%を占めていた。

考 察

当院の褥瘡対策委員会は、整形外科兼リハビリテーション科医師1名、看護師長1名、各病棟および手術室・外来よりの看護師1名、薬剤師1名、管理栄養士1名、医事課職員1名で発足し、その後、形成外科開設と同時に形成外科医が参加し、週一回の褥瘡回診、月一回の委員会活動を行っている。

褥瘡患者数は平成15年度以降平成17年度まで、また、

褥瘡数も平成15年度より平成18年度までは増加していた。委員会発足後、褥瘡患者数、褥瘡数が増加したことは残念ではあるが、各病棟・看護師が褥瘡発生報告をこまめに、もれなく行うようになっていった過程であると判断し、平成17年度に褥瘡対策委員会活動および褥瘡の発生報告のシステムがほぼ周知されたのではないかと考えた。

当院の平均月末有病率は、褥瘡対策委員会活動当初の平成15年度は4.7%であった。日本褥瘡学会の発足当初の大浦の報告⁴⁾では、1990年代後半の日本の病院における褥瘡有病率は4.2~9.5%と報告されている。また、当院と同時期に褥瘡対策委員会が結成され、規模も当院と類似の津山中央病院の采女らは、平成15年度有病率を6.5%と報告している⁵⁾。平成15年当時は当委員会の年間の有病率目標を5%未満と設定しており、妥当な設定であったと思われる。その後の有病率は、平成17年度をピークに減少傾向を示し、褥瘡対策委員会の活動は軌道に乗りつつあると判断した。しかし、平成18年10月~12月に行われた日本褥瘡学会実態調査委員会の調査によると、褥瘡有病率は病院では0.96~3.32%と報告⁴⁾されており、日本全国の病院で褥瘡対策委員会が設立され、日本全体の褥瘡有病率が低下してきたことがわかる。現状における当院の有病率は他の褥瘡対策委員会が活動している病院に比べ、まだまだ高く、今後さらに積極的な褥瘡対策活動が必要であることが確認された。

褥瘡有病者の日常生活自立度ランクでは日常生活自立度が低い患者ほど高い褥瘡頻度を示し、日本褥瘡学会の調査³⁾では施設の種類によらず、最重度のC2の患者割合が高くなっており、当院においても平成18年度はC2の患者が65%と最も多かった。これは日本褥瘡学会報告の一般病院でのC2患者割合59.5%⁶⁾を上回っており、さらに平成19年度の当院のデータは69%と増加を示し褥瘡有病者のリスクが高まってきていることがわかる。この部分は今後、入院患者の高齢化および、褥瘡対策活動の進展によりC2患者の割合がさらに増加することが予想される。

褥瘡の院内発生数は平成16年度をピークとして減少し、また院内と院外の発生比率は院内発生率が着実に減少しており、平成19年度においては、院外発生が院内発生を上回ったことは、委員会活動の成果と考えた。

褥瘡学会では褥瘡発生率として、褥瘡推定発生率を使用している。今回の結果では、平成17年度の3.6%をピークとする山型の推移を示し平成19年度は0.8%と著明に減少した。しかし、この褥瘡推定発生率は、調査日の施設入院患者数を分母とするため、院外発生の褥瘡有病者のみならず、検査入院などの軽症患者数が母数に含まれてしまう。褥瘡を持たずに入院した患者が、あらたに院内で褥瘡を発症するか否かは患者の日常生活自立度・危険因子に大きく左右される。平成16年度より褥瘡

管理加算が算定されることになったことより、入院時に褥瘡危険因子を持つ患者数の把握が可能となった。今回我々は、新たな指標として、褥瘡管理加算を算定した患者のうち入院時の日常生活自立度がBまたはC(「寝たきり」)の月間患者数を分母とし(院外発生の褥瘡患者数は含んでいない)、同一月間に院内で新たに発症した患者数を分子として、新規院内発症率(BC)を提案した。この指標は危険因子を持ち入院してきた患者数に対する、院内での褥瘡発生の比率を示しており、今回の検討の結果経時的に着実な減少傾向を示し、褥瘡推定発生率よりも院内の褥瘡対策力・褥瘡対策委員会活動の成果を反映していると思われた。

褥瘡発生時の日常生活自立度はC2が最も多く褥瘡発生リスクの高い患者が増加している中、院内発生数は減少傾向で、褥瘡の深さも悪化傾向を辿ることなく経過していた。しかし、院内発生の深い褥瘡(D)がゼロにはなっておらず、予防が十分に図れているとは言えなかった。今までの褥瘡対策委員会の活動(介入)は褥瘡発生後が主になっていたが、今後は危険因子を有する患者に対して褥瘡発生以前での介入が必要であり、褥瘡予防段階での介入のシステム作り及びスタッフ指導が必要と考えられた。また、院外発生の深い褥瘡数が経年的に増加していることより、褥瘡予防システムは院内のみでなく、周囲の医療機関あるいは、在宅で介護・看護をしているスタッフ・家族に向けても情報を発信していかなければならない。

褥瘡用外用薬剤費に関しては、平成16年度一時的に増加を示した。これは、当時は褥瘡に対する啓蒙活動は行っていたものの、治療としての薬剤が必ずしも適応どおりに使用されず、また包帯交換のたびに過剰に使用されたためと思われる。また、その後ドレッシング材の導入により、使用薬剤量が減少したと思われた。ドレッシング材導入当初は外用薬剤同様のドレッシング材の過剰使用が認められたが、褥瘡回診時の指導により、ドレッシング材の費用も平成17年度から18年度で大きな減少を認め、薬剤及びドレッシング材の効果的、効率的使用が行われるようになった結果、褥瘡の局所治療コスト削減に繋がった。

転帰結果より、近年在院日数が年々短縮し、短期間で転院・退院していく患者が増加している状況にありながらも治癒率を維持していることは、褥瘡を有する患者へのケアが適切に行えるようになってきた為と考える。具体的には、体圧分散マットレスや、褥瘡予防に関する物品の段階的な補充・整備、また褥瘡回診における助言・指導の効果が考えられる。特に各部署のスタッフとのディスカッションは患者の状況に応じた適切かつ効果的なケアの選択に繋がっていると評価できる。また、マニュアルの整備を行ったことで治療・ケアの基盤ができ、褥瘡管理の方向性が明確になったことも一要因と考える。

褥瘡を有したまま転院あるいは退院する患者が5年間で増加傾向にあった。在院日数の短縮にむけた医療連携の促進が進められているが、必ずしも褥瘡を有する患者の転院は容易ではなく、平成19年度には退院患者の比率が29%を占めていた。今後は、在宅でも適切な褥瘡ケアができるよう、入院初期からの患者・家族への指導や訪問看護師など関係職種との連携の充実が求められていると考える。日本褥瘡学会でも近年は在宅の褥瘡対策が主要なテーマとなっている。また、院外発生の深い褥瘡が増加している結果から、予防の観点からみても在宅での褥瘡対策の重要性が示唆される。また医療連携の促進により褥瘡を有したままの転院も、今後増加していく可能性も予測されるため、後方施設との連携強化が求められる。

以上、過去5年間の褥瘡対策委員会活動を振り返った結果、今後の褥瘡対策委員会活動の課題としては①院内の褥瘡発生のさらなる減少に向け、褥瘡予防段階での介入のシステム作り及びスタッフ指導②褥瘡を持ったまま退院する患者・家族に向けて、在宅で継続したケアが実施できるようなツールの作成およびツールを利用した患者・家族指導。③同じく、褥瘡を持ったまま転院する患者の当院入院中の褥瘡経過・治療法の後方施設への情報提供や当院主催勉強会への他院職員の参加も呼びかけるなどの褥瘡地域連携の強化、などが重要と考えられた。

文 献

- 1) 日本褥瘡学会用語検討委員会：日本褥瘡学会で使用する用語の定義・解説—用語集検討委員会報告—。褥瘡会誌 9(2)：228—231, 2007.
- 2) 日本褥瘡学会編：2. 褥瘡に対する危険因子の評価, 平成18年度(2006年度)診療報酬改定褥瘡関連項目に関する指針。日本褥瘡学会, 照林社, 2006, pp 8—9.
- 3) 日本褥瘡学会編：DESIGN ツールの解説と使用方法, 科学的根拠に基づく褥瘡局所治療ガイドライン。日本褥瘡学会, 照林社, 2005, pp 9—13.
- 4) 大浦武彦：本邦における褥瘡の現状と問題点。褥瘡会誌 1(2)：201—214, 1999.
- 5) 采女佐加江, 前原多美恵, 榎本伊津子, 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。褥瘡会誌 7(2)：245—248, 2005.
- 6) 日本褥瘡学会編：第1章 褥瘡の概要 褥瘡の疫学, 褥瘡予防・管理ガイドライン。東京, 照林社, 2009, pp 12—17.

別刷請求先 〒260-0801 千葉県千葉市中央区仁戸名町645-1
千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科学療法専攻
雄賀多 聡

Reprint request:

Satoshi Ogata
Division of Physical Therapy, Department of Rehabilitation Sciences, Faculty of Health Care Sciences, Chiba Prefectural University of Health Sciences, 645-1, Nitona-cho, Chiba-city, Chiba, 260-0801, Japan

Pressure Ulcer Management Committee Activity in Chiba Rosai Hospital

Satoshi Ogata¹⁾, Masayo Koiso¹⁾, Chikae Wakazono¹⁾, Satomi Ohsawa¹⁾ and Yuriko Shiiba¹⁾

¹⁾Committee of Pressure Ulcer Management, Chiba Rosai Hospital, Japan Labour Health and Welfare Organization

²⁾Division of Physical Therapy, Department of Rehabilitation Sciences, Faculty of Health Care Sciences, Chiba Prefectural University of Health Sciences

The pressure ulcer management committee of the Chiba Rosai Hospital started in September 2002. We reviewed the statistics of five fiscal years from the April 2003 to evaluate our committee activity. We found that the number of patients who have pressure ulcers, the expense for drug and dressings had been declining. However, we could not prevent in-house pressure ulcers completely. The number of patients who had deep pressure ulcers which appeared outside the hospital had been increasing. The number of patients having deep pressure ulcers, who transferred to another hospital or discharged to their residence had been increasing. Thus we should expand pressure ulcer management network outside our hospital for better regional medical linkage.

(JJOMT, 58: 170—174, 2010)