

# 精神科患者における 褥瘡の傾向と予防・ケア対策

精神症状、向精神薬、身体  
の隔離・拘束など  
精神科特異な発生要因の検討から



末丸修三 すえまる しゅうそう

医療法人 続友会 福山友愛病院 副院長（広島県福山市）、高知大学医学部非常勤講師

## はじめに

2002年の診療報酬改定で、「医療安全管理体制未整備減算」とともに「褥瘡対策未実施減算」が新設され、次いで2004年、「褥瘡患者対策加算」が設けられた。しかし、2006年の大改定では「褥瘡対策未実施減算」が「医療安全管理体制未整備減算」や「院内感染防止対策未実施減算」とともに廃止され、褥瘡対策をはじめこれら3つは入院基本料算定の必須要件とされた。そして、さらに新たに「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が設けられた。一般の医療機関のみならず、精神科単科の病院においても診療報酬上の条件は同様であり、それに伴い精神科病院でも当然それら褥瘡対策の施設基準を満たすべく、組織の構築と褥瘡の予防・評価・ケア・治療への適切な取り組みが求められている。

精神科病院では一般科の病院に比べ、とかく院内感染防止対策や褥瘡対策等がおろそかになる傾向が現実として存在し指摘されていることは、肝に銘じなければならない。なぜなら、精神科病院だからこそきめ細かく対処しなければならない「精神科病院に特異な傾向や要因」が存在するからである。

精神科疾患患者の褥瘡とその対策に関する学会・文献報告は、未だ極めて少ない。そこで、最近数年間の日本褥瘡学会等での主な報告をレビューするとともに、当病院で経験してきた数々の症例を検討し、精神科疾患患者における褥瘡発生の傾向、要因・成立ちの特異性、およびそれらを踏まえた予防管理と対策について、私なりの見解を述べてみたい。

## 精神科病院における褥瘡保有患者の実態と傾向

### 1) 年齢

精神科病院における褥瘡保有患者は、認知症高齢者や統合失調症等の精神疾患患者の高齢化による高齢患者層、およびさまざまな精神科疾患を有する比較的若年患者層に大きく分かれるように思われる。各々の患者層に異なる褥瘡発生の要因と病態生理が存在し、いずれの患者層にも精神科に特有な点が認められる。したがって、その予防とケアのアプローチも、精神科に特徴的なものが存在すべきであろう。

### 2) 日常生活自立度

精神科疾患患者では、身体疾患がなく日常生活動作能力（ADL）が良好であっても、褥瘡が発生しうる。ステージⅡ以上の褥瘡を有する患者は、日常生活自立度の面で、歩行可能なJ、Aランクが約60%も占めているとの報告がある<sup>1)</sup>。また、日常生活自立度がB、Cランクの寝たきり状態は年齢が70～80歳代と高齢で、褥瘡発生要因は骨突出・関節拘縮・失禁による皮膚湿潤・低栄養状態などであり、一方、J、Aランクでは30～60歳代と若く、骨突出や関節拘縮等は見られず、多量の向精神薬の服用が発生要因として考えられるとの報告もある<sup>2)</sup>。

### 3) 褥瘡有病率

神戸市内のいくつかの精神科病院における褥瘡の実態調査より、褥瘡有病率は0.27～2.89%（平均0.97%）と一般病院に比べ低かったと報告されている。それは、寝たきり患者が少なく、栄養状態に問題のない患者が多いためとされている<sup>3)</sup>。

しかし、認知症や他の精神科疾患の寝たきり高齢患者がかなり多く入院している精神科病院では、褥瘡有病率はそれ以上に高くなるであろう。有病率は、各医療施設の患者の年齢や病態の特徴に依存する。

## 精神科高齢患者の褥瘡の発生要因と成立

ADL不良の状態あるいは寝たきり状態、低栄養状態など、体圧因子や栄養因子等に起因することは、一般科の高齢患者と同様であるが、精神科に特有な褥瘡の発生要因と成立が存在する。

### 1) 認知症高齢患者

#### (1) 向精神薬

BPSD（認知症の行動心理学的症状：周辺症状）、特に活動過剰型せん妄、徘徊多動等の行動障害に対し向精神薬<sup>2)</sup>を投与することにより、せん妄状態の惹起増悪あるいは過鎮静を生じた場合、転落・転倒あるいは寝たきり状態に陥るリスクが高まる。転落・転倒した場合、大腿骨骨折・頭部外傷（頭蓋内損傷）等を介し意識障害、認知症の増悪、ADLの悪化をきたし、寝たきり状態になると関節拘縮を生じやすく、また嚥下機能障害（経口摂食不能状態）から低栄養状態に陥れば、病的骨突出、浮腫や免疫能低下等、褥瘡危険要因<sup>4)</sup>を併せ有する状態へと至り、褥瘡発生確率が高くなると考えられる。

#### (2) 身体の隔離・拘束（抑制）

BPSD、特に活動過剰型せん妄、徘徊多動等の行動障害に対し身体の隔離・拘束（抑制）<sup>5)</sup>を施すことにより、容易に“慢性拘束ストレス”状態に陥り、それは海馬の神経線維脱落・萎縮<sup>6)</sup>の亢進を加速させる。すなわち、アルツハイマー型認

知症等の認知症の進行を促進するとともに海馬のグルココルチコイド受容体の減少<sup>6,7)</sup>を惹起する。後者はグルココルチコイド・ネガティブフィードバック機構を破綻させ、視床下部（CRH, corticotropin-releasing hormone）-下垂体（ACTH）-副腎（コルチゾール）系の慢性的ホルモン分泌亢進と日内リズムの消失を伴う高コルチゾール血症が持続することになる<sup>8)</sup>。持続する高コルチゾール血症は、蛋白質の異化亢進作用により骨粗鬆のみならず皮膚の脆弱化と免疫能低下を惹起し、褥瘡の易発生状態に至らしめる。身体抑制を受ける患者の褥瘡発生に関する報告<sup>9)</sup>によると、褥瘡発生までの時間は、最短6時間、最長240時間であり、精神科病棟全体の褥瘡発生率は1.9%で、抑制なし患者0.5%に対し、抑制あり患者では16.7%と身体抑制による褥瘡発生率は有意に高く、危険因子がなくても発生している。“慢性拘束ストレス”に伴う脳内CRH分泌亢進<sup>7)</sup>は、下垂体-副腎系機能亢進のみならず、交感神経系の活性化、情動・行動面への影響、鬱状態の惹起、食欲・性欲の低下等、精神神経内分泌免疫学的な多彩な悪影響をもたらすことが、すでに明らかにされている<sup>9)</sup>。特に、“身体拘束（抑制）”は、“慢性拘束ストレス”を患者に負荷し、褥瘡発生のみならず、多彩な傷害を与えることをよく理解し、認知症高齢者はもとより、高齢者・若年者を問わず極力控えること、すなわち、精神科医療に従事する医師・看護者に対し、行動制限最小化に向けて尽力し真の成果を出さなければならないと、強く警鐘を鳴らしたい<sup>10)</sup>。

## 2) 統合失調症等の精神疾患の高齢化による高齢患者

高齢患者においては、程度の差こそあるかもしれないが、向精神薬の多量の投与<sup>2)</sup>や身体の隔離・拘束（抑制）<sup>5)</sup>により、認知症高齢者の場合

と同様のことが生じうる。

## 精神科若年患者の褥瘡の発生要因と成立ち

〔第8回日本褥瘡学会学術集会（2006年9月、さいたま市）〕において発表した、当病院で最近経験した若年発生症例に関する演題<sup>11)</sup>の要約を以下に提示する。

精神科病院に入院中の患者においては、若年でも精神科特有の要因で褥瘡が発生することがある。

### 【方法】

最近経験した若年発症の5症例において、臨床経過より発生要因を検討し、局所の治療法として「Wet Film Dressing（WFD）療法（＝ラップ療法）」を適用した。

### 【結果】

●症例1) 19歳，女性，精神遅滞，両側踵部。

入院時より問題行動が著しく保護室（隔離）を使用。一般病室移室後，左右踵部に褥瘡発生する。抗精神病薬による過鎮静のため，日中動作緩慢となり，悪性症候群を合併した。歩行可能になるも両踵部褥瘡のWFD療法を要した。右は35か月後，左は6か月後治癒した。

●症例2) 35歳，女性，統合失調症，仙骨部。

疾病自体による意欲・自発性の低下，無言無動の状態（昏迷状態）が続き，仙骨部褥瘡が発生した。ポケット形成したが，WFD療法により25か月後治癒した。

●症例3) 33歳，女性，統合失調症，仙骨部。

幻聴・妄想による衝動行為で保護室に入室，薬剤による過鎮静もあり，終日臥床。保護室入室期間中に仙骨部褥瘡が発生したが，WFD療法により2週後治癒した。

●症例4) 42歳，男性，心因反応・糖尿病昏睡，右臀部。

ペットボトル症候群・糖尿病昏睡により搬入された。入院当初より，インスリン抵抗性の著明な高血糖・ケトosisによる昏睡，次いで多動を認めた。輸液管理が困難なため，断続的に身体抑制（拘束）を施行。入院3日目に右臀部に褥瘡が発生した。そこで，身体抑制を解除・中止するとともに，WFD療法を開始して，徐々にADLの拡大を促し，3週後治癒した。

●症例5) 30歳，男性，情緒不安定性人格障害，仙骨部。

パニック，暴言・暴力のため，薬剤の調整目的で入院。薬剤による過鎮静のため，終日浅眠傾向にあった。入院後1か月頃より仙骨部に深い潰瘍を呈するに至った。WFD療法により徐々に改善し，4.5か月後治癒した。

【まとめ】

(1) 若年でも生じ得る精神科特異な褥瘡の発生要因として，①精神症状，②薬剤による過鎮静，③悪性症候群，④保護室隔離，⑤身体抑制（拘束）が重要と考えられた。

(2) いずれの症例も，WFD療法が有効で治癒した。

以上の当病院の5症例と他施設による学会・文献報告を併せ検討し，若年でも生じ得る精神科特異な褥瘡の発生要因を表1にまとめた。

表1 若年でも生じうる精神科特異な褥瘡の発生要因

<p>①精神症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●意欲の低下<sup>1, 12)</sup>，特に昏迷状態<sup>3, 11)</sup></li> <li>●妄想・幻覚，拒食と症状悪化に伴う栄養不良状態<sup>1, 2, 13, 14)</sup></li> <li>●躁期の精神運動興奮時<sup>1)</sup></li> <li>●痛み刺激への無関心<sup>13)</sup></li> <li>●非協力<sup>15)</sup> など</li> </ul> <p>②薬剤（向精神薬）による影響<sup>1, 2, 11, 14-16)</sup></p> <p>③悪性症候群</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●意識障害</li> <li>●強直様姿勢<sup>1, 11, 14, 15)</sup></li> </ul> <p>④アルコール多飲<sup>1, 17)</sup></p> <p>⑤保護室での隔離<sup>5, 10, 11)</sup></p> <p>⑥身体拘束（抑制）<sup>5, 10, 11, 15, 16)</sup></p> <p>*①②③④：主に体圧・栄養因子の関与，⑤⑥：ストレス反応による諸因子の関与。 *昏迷状態とは，うつ病，統合失調症などにおいて見られ，意識障害はないが，意欲の発動がなくなったり動けなくなり（無言無動），外界の刺激にも反応しない状態。</p>
---

- (1) 精神症状の病勢をコントロールする<sup>13)</sup>。
- (2) 向精神薬による影響が出ぬよう，適切な投与量に留意する<sup>2, 11)</sup>。
- (3) 保護室隔離・身体拘束（抑制）など拘束ストレスを惹起する要因を回避するための行動制限最小化への努力をするとともに，身体拘束（抑制）を受けるすべての患者に対し，除圧効果の高い褥瘡予防寝具の使用を考慮する<sup>5, 10, 11)</sup>。
- (4) 特に意欲低下を認める患者に対する褥瘡予防には，超薄型体圧分散エアマットレスが有効である<sup>12)</sup>。保護室入室時の体圧分散エアマットレスの改良・工夫も望まれる<sup>12)</sup>が，自傷他害を防止するという保護室の特異性から困難を伴うかもしれない。
- (5) 栄養管理の必要性はいうまでもない<sup>2, 13, 14)</sup>。栄養の評価には，SGA（主観的包括的評価）とODA（客観的データ評価）の2つの方法があり，それらの結果にもとづく褥瘡の栄養介入が重要である<sup>16)</sup>。筆者が最近開発し報告した

精神科疾患患者の褥瘡の予防管理と対策

当病院でのこれまでの取り組みや学会・文献報告を併せ，“精神科疾患患者の褥瘡の予防管理と対策”について，現時点で筆者が考える項目を列挙し，整理してみたい。

「S式褥瘡栄養評価レーダーチャート (S-DNARC)」は、客観的褥瘡栄養評価法として簡便かつ有用であり、また褥瘡保有患者への栄養介入のあり方を知るうえで有用である<sup>17, 19)</sup>。

- (6) 1994年より当病院で創案し実践してきた、認知症高齢者のための「青空緑芝Outdoorアクティビティケア・プログラム (FY-OACP)」には、indoor (病棟内) での過密・拘束ストレスからの解放、広く美しい自然環境下での陽光による光療法および日中の活動性増加による睡眠-覚醒リズムの是正、生体の日内リズムの是正、感染防御能 (免疫能) の増強、問題行動 (行動障害) の減少、排泄能力はじめADLの改善、意欲の改善、包括的QOLの向上など、indoorでは認めがたい多彩な効果がある<sup>9, 10, 20, 24)</sup>。このように、FY-OACPは、精神症状・BPSDの軽減および寝たきり防止の効果を有しており、特に精神科疾患患者の褥瘡予防のための極めて有効なストラテジー (戦略) である。
- (7) 褥瘡の局所治療法は、日本褥瘡学会編集の『褥瘡局所治療ガイドライン2005』<sup>25)</sup>が公式には基本となるが、筆者らのこれまでの経験により積み重ねられた現場での多くのエビデンス<sup>11, 28-30)</sup>、および最近報告されているいくつかの科学的根拠<sup>31, 32)</sup>より、「Wet Film Dressing (WFD) 療法 (=ラップ療法)」は、特に精神科疾患患者の褥瘡に対する価値、簡便かつ有効な保存的治療法の選択肢の1つと考えられる。

## おわりに

日本褥瘡学会では、2005年、『褥瘡局所治療ガイドライン』が作成され<sup>25)</sup>、2006年から、現行のDESIGNを応用しつつ「褥瘡の重症度 (治癒するまでの日数) を評価する指標」の作成に向けての取り組みがスタートした<sup>33)</sup>。また、最近、創床環境調整理論 (WBP) とTIMEの概念が登場し<sup>34)</sup>、

褥瘡の評価・治療・ケアのあり方、考え方がより洗練されたものになりつつある。さらに、学会では近い将来、「褥瘡認定師制度」を発足させる。このように、褥瘡をとりまく環境は大きく変化し、その学術はたゆまぬ進展を続けている。

本稿では、精神科疾患患者における褥瘡発生の傾向、要因・成立ちの特異性、および予防管理と対策について、文献を含めて考察し、見解を述べた。精神科患者には特異な褥瘡発生要因が存在する故、精神科病院・精神科病棟だからこそ、いまこそ、精神科に特異な要因を踏まえた褥瘡対策が必要と思われる。精神科の医療・ケアスタッフのいっそうの「褥瘡に対する意識覚醒・意識改革」を期待したい。

## 〈引用・参考文献〉

- 1) 佐久間よしひ、吉田充、渋谷友美他：精神科に特異な褥瘡発生要因の検討。褥瘡会誌, 6 (3), 422, 2004.
- 2) 丹羽千恵、鈴木雅巳：精神科における褥瘡発生要因一向精神薬の等価換算結果より。褥瘡会誌, 7 (3), 644, 2005.
- 3) 辻依子、寺師浩人、野口まどか他：精神科疾患と褥瘡の発生 (その2)。褥瘡会誌, 6 (4), 643-646, 2004.
- 4) 大浦武彦：高齢者における褥瘡危険要因。褥瘡会誌, 4 (3), 397-405, 2002.
- 5) 青木光恵、米田和史、永田喜代子他：精神科にて身体抑制を受ける患者の褥瘡予防対策に関する一考察。褥瘡会誌, 6 (3), 323, 2004.
- 6) Sapolsky RM, Krey LC, McEwen BS : Stress down-regulates corticosterone receptors in a site-specific manner in the brain. *Endocrinology*, 114, 287-292, 1984.
- 7) Makino S, Hashimoto K, Gold PW : Multiple feedback mechanisms activating corticotrophin-releasing hormone system in the brain during stress. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 73, 147-158, 2002.
- 8) Suemaru S, Darlington DN, Akana SF, et al. : Ventromedial hypothalamic lesions inhibit corticosteroid feedback regulation of basal ACTH during the trough of the circadian rhythm. *Neuroendocrinology*, 61, 453-463, 1995.
- 9) Suemaru S, Maeba Y, Suemaru K, et al. : Effects of a long-term trial of Fukuyama Yuai-Outdoor Activity Care Programme (FY-OACP) on behavioural disorders hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune activity :

- demented elderly patients. In : Alzheimer's Disease ; Biology, Diagnosis and Therapeutics (ed. by K. Iqbal, et al.), p805-813, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, England, 1997.
- 10) 前場幸登, 原田和子, 梅田由子他: 痴呆高齢者のための「短期Outdoor/長期Indoorアクティビティ・ケア・プログラム (FY-OACP/IACP)」が行動障害とクオリティ・オブ・ライフ (QOL) に及ぼす効果—「身体抑制」の有害性の警鐘を鳴らし続けて10年後, たどり着いたアクティビティ・ケア. 日本精神科看護学会誌, 老年期精神科看護, 42 (5), 31-34, 1999.
  - 11) 中村摂子, 末丸修三, 前場幸登他: 精神科病院若年患者における特異な褥瘡発生要因 (第2報) — Wet Film Dressing療法で治癒した5症例の検討. 褥瘡会誌, 8 (3), 499, 2006.
  - 12) 三富陽子, 堀恵子, 是枝哲他: 精神科疾患患者における褥瘡予防. 褥瘡会誌, 8 (3), 410, 2006.
  - 13) 是枝哲, 宮地良樹, 三富陽子他: 精神科患者における難治性褥瘡の1例. 褥瘡会誌, 6 (3), 466, 2004.
  - 14) 黒川正人, 服部亮, 金城紅子他: 精神科疾患患者の褥瘡はなぜ治りにくいのか. 褥瘡会誌, 7 (3), 593, 2005.
  - 15) 寺師浩人, 野口まどか, 柳英之他: 精神科疾患と褥瘡の発生—一人の精神科疾患患者を通して. 褥瘡会誌, 5 (1-1), 33-36, 2003.
  - 16) 西出薫, 廣瀬真由美: 精神障害をもつ患者の褥瘡ケア. 月刊ナーシング, 23 (5), 131-139, 2003.
  - 17) 塔野由貴子, 前場幸登, 末丸修三他: アルコール依存・糖尿病症例の再発仙骨部褥瘡—「S式褥瘡栄養評価リーダーチャート (S-DNARC)」による栄養評価. 褥瘡会誌, 8 (3), 402, 2006.
  - 18) 足立香代子: 褥瘡ケアに生かせる栄養の知識, エキスパートナース・フォーラム2005 “NST (栄養サポートチーム) による褥瘡・PEG・栄養ケアの実践テクニック: チームで取り組む栄養サポート”. Expert Nurse, 22 (3), 96-98, 2006.
  - 19) 末丸修三, 前場幸登, 阿部洋子他: 「S式褥瘡栄養評価リーダーチャート (S-DNARC)」の開発—褥瘡栄養評価法としての有用性. 褥瘡会誌, 8 (3), 401, 2006.
  - 20) 前場幸登, 末丸修三, 原田和子他: 痴呆高齢者の認知障害, 行動障害, ADL, QOLに対するアクティビティケアの有効性の評価—「青空緑芝Outdoorアクティビティケア・プログラム」の効果. 老人ケア研究, 10, 8-19, 1999.
  - 21) 原田和子, 谷本訓子, 奥嶋実江他: 「短期Outdoorアクティビティケア・プログラム (FY-OACP)」と「長期Indoorアクティビティケア・プログラム (FY-IACP)」の痴呆高齢者における行動障害とクオリティ・オブ・ライフ (QOL) に及ぼす効果. 精神科看護, 27 (2), 44-51, 2000.
  - 22) Suemaru S, Maeba Y, Magata M, et al.: Outdoor activity care improves prolonged N3-peak latency of somatosensory cerebral evoked potential (SEP), cognitive impairment, behavioral disorders, quality of life and activities of daily living in demented elderly inpatients. Neurobiology of Aging, 19 (4S), S101, 1998.
  - 23) 原田和子, 下江由記, 末丸修三: 「青空緑芝Outdoorアクティビティケア・プログラム (FY-OACP)」の痴呆高齢者における意欲および生活の質 (QOL) に及ぼす効果—積極的自立排泄支援を併せた複合ケア介入の評価. 日本痴呆ケア学会誌, 2 (1), 68-78, 2003.
  - 24) Suemaru S, Harada K, Shimoe Y, et al.: Fukuyama Yuai-Outdoor Activity Care Program (FY-OACP) improves quality of life in the demented elderly: validity and usefulness of the recently developed Japanese Quality of Life Inventory for the Elderly with Dementia (QOL-D). International Psychogeriatrics, 15 (S2), 288, 2003.
  - 25) 日本褥瘡学会編: 科学的根拠に基づく褥瘡局所治療ガイドライン. 照林社, 2005.
  - 26) 末丸修三, 前場幸登, 西江裕: 蛋白分解酵素含有軟膏と創部被覆材として食品包装用ラップフィルムを用いる褥瘡治療法, “Elaste<sup>®</sup>/Bromelain” Wrap療法”の有用性と問題点—自験10症例の検討. 褥瘡会誌, 1 (1), 181, 1999.
  - 27) 末丸修三, 原田和子, 前場幸登他: 食品包装用フィルムを用いるあらゆるステージの褥瘡治療法—在宅および施設における廉価・簡便・有効性の追求. 老人ケア研究, 14, 51-60, 2001.
  - 28) 鳥谷部俊一, 末丸修三: 食品包装用フィルムを用いるⅢ—Ⅳ度褥瘡の治療の試み. 日本医師会雑誌, 123 (10), 1605-1611, 2000.
  - 29) 鳥谷部俊一, 末丸修三: ラップ療法で治療した症例. (特集: 皮膚科医必修 褥瘡の対策と治療). Visual Dermatology, 2 (6), 564-565, 2003.
  - 30) 岡村進介, 卜部さとみ, 久富美代子他: 褥瘡に対するラップ療法の治療効果と医療経済効果. 褥瘡会誌, 4 (3), 427-430, 2002.
  - 31) 岡村進介, 森篤志, 植田真由他: ラップ療法はなぜ効くか. 褥瘡会誌, 6 (3), 403, 2004.
  - 32) 久保忠一: ラップ療法の科学的解明. 褥瘡会誌, 8 (3), 497, 2006.
  - 33) 真田弘美, 松井優子, 立花隆夫, 中山健夫, 古江増隆他: コンセンサスシンボジウム「DESIGNスコアリングシステムの改良 (重み付け) について」. 褥瘡会誌, 8 (3), 389, 2006.
  - 34) 田中マキ子 (編集: 大浦武彦・田中マキ子): 創床環境調整 (WBP) とDESIGNスケール. TIMEの視点による褥瘡ケア—創床環境調整理論に基づくアプローチ, p.2-16, 学研, 2004.