

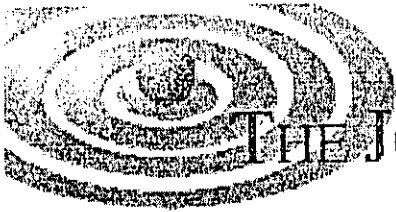
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

MINJBISPM/1/03

- x. That Rick Wiechula is developing a clear system and guidelines for coordinating JBI systematic reviews that will be used by all collaborating centres.
- y. That Cochrane reviews cannot be published as JBI reports.
- z. That Best Practice Information Sheets can be based on non-JBI reviews including Cochrane reviews with permission of the authors, and that these BPIS must still undergo the JBI Peer Review process, however that JBI reviews will be given preference for publication as BPIS.
- aa. That where Best Practice Information Sheets and Systematic Reviews are externally funded/sponsored, then this can be acknowledged in the publication.
- bb. That all collaborating centres should currently be using Revman software in producing systematic reviews.
- cc. That collaborating centre Directors expressed concern over the functionality and value of using Revman, however agreed that it is useful as a tool for storing background information for future audit purposes.
- dd. That as soon as the SUMARI software is available, all collaborating centres will use it to produce JBI reviews and that this will become a prerequisite for acceptance as a JBI review.
- ee. That JBI Reports published by BPA are copyright to BPA and that the collaborating centre producing the review retains authorship and is encouraged to produce external journal articles based on the JBI Report.
- ff. That Systematic Reviews not published by BPA will be published electronically by JBI as Health Care Reports and issued with an ISSN number and are copyright to the collaboration and that the collaborating centre producing the review retains authorship and is encouraged to produce external journal articles based on the JBI Report.
- gg. That non-JBI systematic reviews (including student's reviews and third party reviews) may be submitted to JBI for electronic publication as JBI Health Care Reports and are subject to the JBI Peer Review process.

It was agreed

- hh. That JBI should have first claim on publication rights for project reports produced by the collaboration, and where JBI has funded a project in any way, the first claim on publication rights for this project is automatically conferred to JBI.



6.1.9 Levels of Evidence

It was agreed

- a. That there should be consistent JBI levels of evidence outside and aside from the NHMRC levels.
- b. That Rick Wiechula will arrange and circulate draft JBI levels of evidence for consideration at the next JBI Committee of Directors meeting.
- c. That JBI will continue using the current levels of evidence until the new JBI levels of evidence are developed.

6.1.10 Updating Reviews

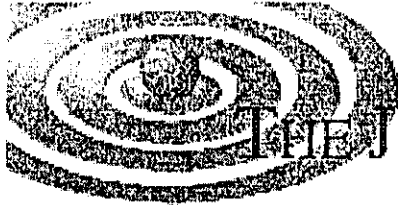
It was agreed

- a. That JBI reviews should be revised every 5 years.
- b. That the collaborating centre that generated the original report should be responsible for revising the report.
- c. That some reviews, in hindsight, should never have been undertaken in the original format and context, and that it would be acceptable to update only the appropriate sections of the review or to undertake a new review with an appropriate focus based on the findings of the original review.
- d. That in undertaking a revision of a past review, the collaborating centre should investigate the currency, relevancy, focus and safety issues relating to the review, and then decide on whether to update either the entire review or to limit the update to a specific focus.
- e. That the appropriate medium for releasing updated information is via the web site and the JBI Bulletin.
- f. That the recommendations from each review more than three years old, should be copied and distributed to all collaborating centres for review and comment.
- g. That Rick Wiechula shall develop a draft pro-forma/algorithm for the update process.

6.1.11 Colloquium

It was noted

- a. That JBI holds a colloquium every two years.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

MINJBISPM/1/03

- b. That the location of the colloquium rotates and that the colloquium is hosted by a collaborating centre.
- c. That the 2004 colloquium is being hosted by ACEBAC.
- d. That no date for the 2004 colloquium has yet been set.
- e. That a collaborating centre may apply for a seeding grant of up to \$5,000 to assist in setting up the colloquium and that this is separate from the special purpose grants.
- f. That the \$5,000 seeding grant gets repaid to JBI from any profits generated from the colloquium as a priority prior to any profit sharing.
- g. That JBI does share the risk of the colloquium by providing the \$5,000 seeding grant.
- h. That JBI agrees to undertake the registrations and promotion for the colloquia.
- i. That if the registrations indicate that a colloquium will be running at a loss, the colloquium should be cancelled.
- j. That net profits generated from a colloquium will be equally divided between the hosting collaborating centre and JBI.
- k. That, where possible, JBI Committee of Centre Directors meetings should be held in conjunction with a JBI colloquium.

7. Matters for Noting

7.1. Progress Reports

7.1.1 New Zealand

It was noted

- a. That this is the Director's report relating to progress made by CEBNA during the past 12 months (Feb 2002 – Jan 2003).
- b. That Dr Bridie Kent, was appointed Director in February 2002 and took up post in October 2002.
- c. That the Centre's Core Team membership has altered due to employment opportunities.
- d. That Andrew Jull has been seconded to the Clinical Trials Research Unit at the University of Auckland for a 12 month period ending in April 2003.

資料 2

ジョアンナ・ブリグス研究所から一般頒布を考えられているサンプル例

20021350

以降は雑誌に掲載された論文となりますので、
下記の資料をご参照ください。

Physical restraint in acute and residential care.

Author AN, Doe J.

JBI (Joanna Briggs Institute) Reports. 2003;1(1):1-8.

資料 3

システマティック・レビュー翻訳サンプル例（未完成稿）

Best Practice

床擦れ-パート 1：圧迫性損傷の予防

本情報シートは以下の内容をカバーしています：

1. 定義と範囲
2. リスク・アセスメント
3. 組織圧迫の管理
スキンケア
圧迫の減少／除去の用具
圧迫の減少／除去の介入
4. 継続的質向上
教育
発症率／有病率
5. エビデンスの要約

エビデンスの評価（ER）

本文中における助言では、それを導き出すために用いられたエビデンスのレベル評価が行われています。以下の基準は、**AHCPR (1992) No. 3** クイック・リファレンス・ガイドラインより導かれています。

- G.** 優れたエビデンスに基づいた研究がその助言をサポートしている。
- F.** 適正なエビデンスに基づいた研究がその助言をサポートしている。
- Op.** 専門家の見解及び審査員パネルの一致に基づいた助言。

本診療情報シートは、2 パートのうちの 1 番目です。パート 1 では圧迫性組織損傷の予防について、パート 2 では既存の圧迫性損傷の管理について取り扱っています。

床擦れの大部分は予防可能であるにもかかわらず、急性および地域保健の両状況において、なお重要な問題として残されています。床擦れに割り当てられる治療費は膨大なものとなる可能性があります。これは、個人に対する感情的・物理的影響のみならず、医療システムにおける著しい資源の乱費でもあります。

この問題に対し相当の研究がなされていますが、多くの臨床医や管理者は、曖昧で確証に欠ける結果に直面することが度々あります。本情報シートの目的は、床擦れの予防と治療に関するエビデンスに基づいた助言を臨床医に提供することです。また、これらの助言は、特に利用可能な文献の分析及びシステムレビューを通じた 3 つの刊行物に基づいています。

1. 定義と範囲

床擦れは、圧迫、ずれ又は摩擦によって引き起される皮膚および皮下組織に集中した損傷部分です。この種の損傷は、圧迫性潰瘍、床ずれ、褥瘡または褥瘡性潰瘍としても知られています（NHS 1995）。

算入基準が大きく変化するに伴い、床擦れの公表された発症率と有病率を比較することは困難です。アメリカでは、入院患者の床擦れの発症率は、低いもので 2%、高いものでは 40%と変化しています（Allman et al. 1986; Shannon and Skorga 1989; Goodrich and March 1992）。オーストラリアでは、Childs と Rimmington（1983）がアルフレッド病院及びコールフィールド病院において調査をしたところ、患者の 4.5%（調査日）に褥瘡性潰瘍が見られました。著者によって発表された最近の研究では、数多くの大きな急性期用教育病院において約 4%の有病率が見られました。

個人への明らかな物理的・感情的負担に加えて、金銭的負担はかなり重くなることが考えられます。例えば、イギリスでは、入院時に患者のアセスメントを行ない、最新の予防手段を全般的に採用するだけで、直ちに約 2500 万ポンドを節約できることが推定されました (Johnson 1985; Marcer 1992)。

2. リスク・アセスメント

床擦れの発症を防ぐ手段を有効に利用するためには、「リスク患者」を時機よく見つけ出し、適切な介入を行うことが不可欠です。「リスク患者」を管理するのに必要な介入レベルは、個人によって異なりますが、それを必要とする人たちの治療に集中することが重要である一方、不必要に高度な介入に高額なコストを費やさないとすることも重要です。

組織損傷は、組織の反応能力に反した圧力バランスが加わることによって起ります。リスク・アセスメントは、症状の原因となる要素の負の影響を減少または除去することに注意を向けられるように、その要素および原因を考慮しながら構成する必要があります。

リスク・アセスメント・ツール

各患者の床擦れ発症のリスクを予測するために、多くのアセスメント・ツールが開発されています。表 1 に示されたノートン・スケールがその 1 例です。ほとんどのツールでは、全体的なリスク・レベルを総計した一連の変数が数字スコアによって示されています。

これらのツールを有効なものにするために多くの研究が試みられ、多種多様のレベルで成功を治めています。これらの評価では、同じスケールで異なる設定、または異なるスケールで同じ設定を使用する際に、予測される有効性にかんがりの変動がみられます。現時点では、スタッフの全てのレベルの全ての設定において、あるツール/スケールが他のものより優れている、もしくは床擦れ進行の予測が臨床的判断より効果的であると確信をもって結論づけることはできません (NHS 1995)。

リスク・アセスメント・ツールの値は、可動性、失禁、栄養状態および神経系状態等に関するリスク判定、およびケアの計画の際に考慮される要因を顕著に表わしています (AHCPR 1992)。これは特に、経験の浅い臨床医にとって役に立つものです。

表 1. ノートン・スケール

スコア 14 以下を「リスク患者」と見なします。

		身体的状態		精神的状態		活動性		可動性		失禁		スコア合計	
		良い	4	機敏	4	歩行可能	4	十分	4	なし	4		
		普通	3	無関心	3	補助歩行	3	やや制限	3	時折	3		
		悪い	2	錯乱	2	車椅子	2	かなり制限	2	通常(尿)	2		
		大変悪い	1	混迷	1	臥床	1	動けない	1	両方	1		
名前	日付												

資料 : Doreen Norton, Rhonda McLaren and AN Exton Smith. An investigation of geriatric nursing problems in the hospital. London. National Corporation for the care of Old People (now the Centre for Policy on Ageing); 1962.

3. 組織圧迫の管理

圧迫性損傷は、長時間にわたって組織に圧迫が加わることによって起ります。損傷のひどさは、圧迫が加わった時間と圧力量の組み合わせに関与しています。これは、損傷に対する組織の耐久能力によってバランスが保たれます。圧迫性損傷の予防における管理は、圧迫を取り除くか、圧迫が加わる時間を減らすかによって圧迫を減少させ、皮膚の圧迫に対する耐久能力を最大限にすることに向けられます。

スキんケア

皮膚に関する介入は、組織の耐性を減少させる要因を最小限にする必要性から始まります。特に骨の隆起した部分は、リスクが高くなります。さらに入手されたエビデンスでは、衛生状態の悪さと皮膚の両極端な湿度レベルによって、皮膚の健全性が悪化することを示しています。湿気が高すぎると皮

膚がふやけてしまい、低すぎると皮膚が乾いてひび割れしやすい状態になってしまいます (AHCPR 1992)。また、栄養失調は圧迫性潰瘍の発症にもつながっています (AHCPR 1994)。可動性の減少をもたらす無気力と皮膚の悪化は、栄養状態の乏しさに関連している疑いがあります。

圧迫除去の介入

圧迫を取り除くために臨床医によって日常的に行われる一連の介入があり、これには体位のポジショニング、方向転換、マッサージが含まれます。特に体位の方向転換（一般的に 2 時間おきの回転が適当とされます）は、安くて確実なテクニックであると長い間考えられています。位置の変更は負荷を分配しますので、一定の部分へ加わる圧迫の持続時間を減少させることは明らかですが、最適な頻度を確認する研究結果はまだ示されていません。しかし、皮膚の変色（反応性充血）は潜在的損傷を強く示す指標となります。また、スタッフの時間的コストおよび後部挫傷のリスクも考慮されるべきです (NHS 1995)。

特に損傷を受けやすい部分は骨の隆起した部分です。枕や発泡体製品のような用具は、影響を受けやすい部分とサポート面との間の接触を妨げることによって、隆起に加わる圧迫を減少させることができます (AHCPR 1992)。さらに、骨の隆起部分のマッサージは有害となる恐れがあり、ドーナツ型の用具は有効でないという妥当なエビデンスが存在します (AHCPR 1992)。

寝たきりの患者においては、頭を持ち上げるにつれてズレが大きくなり (AHCPR 1992)、最終的には患者を回転させる動作そのものが、摩擦につながる恐れがあることを考慮しなければなりません。

圧迫の減少/除去の用具

圧迫の減少または除去をするようにデザインされた多種多様のサポート面があります。これらのサポート面は、一定の低圧サポート（繊維、空気や水を充填させたもの、専門の発泡体製品など）から、より手の込んだ力学的ベッド（空気の交替、低エアロス、運動性治療）にまで及びます（図 1, 2 参照）。これらの装置はコストに格段の差があるので、サポート面を選ぶ際に、その装置の立証された耐久性と有用性、および組織損傷のリスクを減少させるサポート面の性能を考慮することが重要です。

類似したタイプおよびレベルの製品を比較することは、決定的ではないものの、一般的見識を得ることができます。これらの装置が、床擦れの発症率の減少において標準の病院ベッドよりも効果的であり、大きなセル圧力交替マットレスのような力学的装置が、低圧サポート面よりも優れていることを示す妥当なエビデンスが存在します (NHS 1995)。

ただし、これらの装置は単にケアの一面を示すだけで、全体のプランの一部分にしかすぎないと見なされることを了解して下さい (AHCPR1994)。

4. 継続的質向上

継続的質向上が、床擦れ発症率の減少のために適用される必要があります。これは、適切な教育プログラムを通じて得られた、現今のエビデンスに基づいた説明書/ガイドラインによって実施されなければなりません (AHCPR 1992)。

患者管理システムは、これらの説明書を反映するように修正され、圧迫性潰瘍の発症率は、正確に文書化されモニターされる必要があります。床擦れの有病率と発症率は区別される必要があります。有病率とは、何人の患者が圧迫性潰瘍を患っているかを示します。これは外的作用に大きく影響を及ぼされます。よって、発症率（新たに床擦れの発症する割合）のみが質インディケーターとして使用されます (NHS 1995)。

床擦れ発症のリスク・アセスメントに関する助言:

- ☞ 可動性または活動性に欠陥のあるいかなる患者も、リスク・アセスメントの対象となります。Op
- ☞ 患者を以下のカテゴリーのいずれかに分類して判定します：リスクなし、リスクあり、高リスク。
- ☞ アセスメントは、長期的な患者に対して定期的な間隔で、有意な臨床的出来事または病状の変化の後に、ユニ

ットの入院時に行って下さい。G

∞ アセスメントで考慮される臨床的変数には、可動性、失禁、栄養状態、神経系状態が含まれます (AHCPR 1992)。
Op

∞ ブラデン (Braden) やノートン (Norton) スケールのようなリスク・アセスメント・ツールは、特に経験の浅いスタッフにとって臨床判定の貴重な補助手段となります。Op

スキンケアに関する助言：

アセスメント：

- ⊗ 「リスク患者」の皮膚は、入院時および少なくとも毎日チェックされる必要があります（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ 可動性の減少や固くなった表皮に対する長時間の処置（例：時間のかかる放射線検査）の後にもチェックして下さい。Op
- ⊗ 骨の隆起上の圧覚点は、特に持続性の赤色または他の変色がある際にチェックして下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ いかなる皮膚の変化または特別な介入が行われた部分も、文書化される必要があります（AHCPR 1992）。Op

衛生：

- ⊗ 快適さはそれ自体、体液または他の汚物にさらされた場合に皮膚を洗浄せよとの指令を下すものです；これは特にリスク患者にとって重要です。頻繁に汚れが生じる場合、湿気の原因をコントロールする処置（例えば自制管理など）を取る必要があります（AHCPR 1992）。Op

湿気管理：

- ⊗ 粗い洗浄剤は皮膚を刺激したり乾燥させる恐れがあるので、使用を避けて下さい。モイスタチャークリームは、乾燥した皮膚に役立ちます（AHCPR 1992）。Op

栄養：

- ⊗ 「リスク患者」の栄養アセスメントは入院時に実施され、食事はモニターされる必要があります。最近の不意の体重変化、食欲喪失、食事摂取量の減少は、栄養の問題の明らかな指標となります。可能な場合は、必要に応じて栄養サプリメントの経口摂取を奨めて下さい。経口摂取に不十分さが残る場合は、より断定的な栄養上の手段が要求されることがあります（AHCPR 1992）。Op

圧迫除去の介入に関する助言：

- ⊗ 方向転換は、損傷を受けやすい部分の圧迫を移動させるのに役立ちます。頻度は皮膚の検査に基づきます。皮膚の変色が持続する場合は、頻度を増やして下さい。Op
- ⊗ 体位のポジショニングでは、骨の隆起部分への直接の圧迫を避けるようにして下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ 骨の隆起部分とサポート面間の直接の接触を減らすために、枕や発泡体製品を使用するようにして下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ 骨の隆起部分のマッサージやドーナツ型用具の使用は避けて下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ ベッドの頭位置は、最低の高さ以上に高くしないで下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ 患者を移動させる際の摩擦を減らすために、帆布といった補助用品や牽引装置を使用して下さい。Op

サポート面の使用に関する助言：

- ⊗ 専門のサポート面の使用は、全体のプランの一部と見なされなければなりません（NHS 1995）。Op
- ⊗ 床擦れ発症の「リスク患者」と見なされた患者は、標準の病院用マットレスではなく、少なくとも低圧サポートを使用して下さい（NHS 1995）。F
- ⊗ 「高リスク患者」と見なされた患者には、大きなセル圧力交替マットレスまたは低エアロス、エア流動ベッドなどの力学的装置を配置して下さい（NHS 1995）。Op

継続的質向上の達成に関する助言：

床擦れ予防のための教育プログラムは、臨床医、患者および他の介護者全てのレベルに適用される必要があります。これらのプログラムには以下のものが含まれます：

- ⊗ 圧迫性潰瘍のリスク因子および病因学
- ⊗ リスク・アセスメント・ツールおよびその適用
- ⊗ スキン・アセスメント
- ⊗ 栄養アセスメント
- ⊗ サポート面の選択および使用
- ⊗ スキンケアの個人プログラムの開発および実施

⊗ 組織破損のリスクを減少させるための体位ポジショニングのデモ

⊗ 適切なデータの正確な文書化に関する説明書 (AHCPR 1992) Op

一定の床擦れ段階分けツールを用いた患者管理システムは、適切な場所に置かれていなければなりません。これは、床擦れの発症率を正確に測定することができます。特に発症率は、新しいガイドラインの実施時に算定され、さらに実施後のある特定の時期に再び算定される必要があります。Op

表 2. 助言の要約：床擦れの予防

リスク・アセスメント

⊗ 可動性または活動性に欠陥のあるいかなる患者もリスク・アセスメントの対象となります。

⊗ アセスメントは、ユニットへの入院時、有意な臨床的出来事または病状の変化の後に、また定期的間隔で行なって下さい。

⊗ 考慮される臨床的変数には以下のものが含まれます：可動性、失禁、栄養および神経系の状態。

⊗ ブラデン (Braden) やノートン (Norton) スケールのようなリスク・アセスメント・ツールは、臨床判定の貴重な補助手段となります。

⊗ 患者を以下のカテゴリーのいずれかに分類します：リスクなし、リスクあり、高リスク。

スキンケア

⊗ 「リスク患者」の皮膚は、入院時およびその後は少なくとも毎日、さらに有意な出来事の後にもチェックして下さい。

⊗ 骨の隆起部分は、特に持続性の変色がある場合にチェックして下さい。

⊗ 皮膚の変化および特別な注意が払われた部分に関しては、文書化するようにして下さい。

⊗ 体液または他の汚物にさらされた皮膚は洗浄して下さい。

⊗ 頻繁に汚れが生じる場合、湿気の原因をコントロールする処置を取って下さい (例：自制管理)。

⊗ 粗い洗浄剤の使用は避けて下さい。

⊗ モイスチャークリームは乾燥した皮膚に役立ちます。

⊗ 「リスク患者」の栄養アセスメントは入院時に実施され、食事はモニターされる必要があります。

⊗ 必要に応じて栄養サプリメントの経口摂取を奨めて下さい。

⊗ 経口摂取に不十分さが残る場合は、経腸摂取などの処置を考慮して下さい。

圧迫除去の介入/用具

⊗ 方向転換は、影響を受けやすい部分の圧迫を移動させるのに役立ちます。頻度は皮膚の検査に基づきます。

⊗ 皮膚の変色が持続する場合は、頻度を増やして下さい。

⊗ 体位のポジショニングでは、骨の隆起部分への直接の圧迫を避けるようにして下さい。

⊗ 骨の隆起部分とサポート面間の接触を減らすために、枕や発泡体製品を使用して下さい。

⊗ 骨の隆起部分のマッサージやドーナツ型用具の使用は避けて下さい。

⊗ ベッドの頭位置は、最低の高さ以上に高くしないで下さい。

⊗ 患者を移動させる際に、帆布といった補助用品や牽引装置を使用して下さい。

⊗ 専門のサポート面の使用は、全体のプランの一部と見なされなければなりません。

⊗ 「リスク患者」には、エアウォーター、繊維またはフォーム・マットレスなどの低圧サポート面を配置して下さい。

⊗ 「高リスク患者」には、大きなセル圧力交替マットレスまたは低エアロス、エア流動ベッドなどの力学的装置を配置して下さい。

継続的質向上

⊗ 教育プログラムは、全てのレベルのスタッフ、患者および他の介護者に適用される必要があります。これらのプログラムには以下のものが含まれます：病因学およびリスク因子、リスク・アセスメント・ツール、スキンケア、体位のポジショニング、文書化。

⊗ 一定の床擦れ段階分けツールを用いた患者管理システムは、適切な場所に置いて下さい。これは、床擦れの発症率を正確に測定することができます。

⊗ 発症率はガイドラインの実施時に算定され、実施後にも再び算定される必要があります。

Best Practice

床擦れ-パート1：圧迫性損傷の予防

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing 著作
医療従事者のためのエビデンスに基づいた診療情報シート
Volume 1, Issue 1 1997 ISSN 1329 - 1874

本情報シートは以下の内容をカバーしています：

1. 定義と範囲
2. リスク・アセスメント
3. 組織圧迫の管理
スキンケア
圧迫の減少/除去の用具
圧迫の減少/除去の介入
4. 継続的質向上
教育
発症率/有病率
5. エビデンスの要約

エビデンスの評価 (ER)

本文中における助言では、それを導き出すために用いられたエビデンスのレベル評価が行われています。以下の基準は、**AHCPR (1992) No. 3** クイック・リファレンス・ガイドラインより導かれています。

- G.** 優れたエビデンスに基づいた研究がその助言をサポートしている。
- F.** 適正なエビデンスに基づいた研究がその助言をサポートしている。
- Op.** 専門家の見解及び審査員パネルの一致に基づいた助言。

本診療情報シートは、2 パートのうちの 1 番目です。パート 1 では圧迫性組織損傷の予防について、パート 2 では既存の圧迫性損傷の管理について取り扱っています。

床擦れの大部分は予防可能であるにもかかわらず、急性および地域保健の両状況において、なお重要な問題として残されています。床擦れに割り当てられる治療費は膨大なものとなる可能性があります。これは、個人に対する感情的・物理的影響のみならず、医療システムにおける著しい資源の乱費でもあります。

この問題に対し相当の研究がなされていますが、多くの臨床医や管理者は、曖昧で確証に欠ける結果に直面することが度々あります。本情報シートの目的は、床擦れの予防と治療に関するエビデンスに基づいた助言を臨床医に提供することです。また、これらの助言は、特に利用可能な文献の分析及びシステムレビューを通じた3つの刊行物に基づいています。

1. 定義と範囲

床擦れは、圧迫、ずれ又は摩擦によって引き起される皮膚および皮下組織に集中した損傷部分です。この種の損傷は、圧迫性潰瘍、床ずれ、褥瘡または褥瘡性潰瘍としても知られています (NHS 1995)。

算入基準が大きく変化するに伴い、床擦れの公表された発症率と有病率を比較することは困難です。アメリカでは、入院患者の床擦れの発症率は、低いもので 2%、高いものでは 40%と変化しています (Allman et al. 1986; Shannon and Skorga 1989; Goodrich and March 1992)。オーストラリアでは、

Childs と Rimmington (1983) がアルフレッド病院及びコールフィールド病院において調査をしたところ、患者の 4.5% (調査日) に褥瘡性潰瘍が見られました。著者によって発表された最近の研究では、数多くの大きな急性期用教育病院において約 4% の有病率が見られました。

個人への明らかな物理的・感情的負担に加えて、金銭的負担はかなり重くなることが考えられます。例えば、イギリスでは、入院時に患者のアセスメントを行ない、最新の予防手段を全般的に採用するだけで、直ちに約 2500 万ポンドを節約できることが推定されました (Johnson 1985; Marcer 1992)。

2. リスク・アセスメント

床擦れの発症を防ぐ手段を有効に利用するためには、「リスク患者」を時機よく見つけ出し、適切な介入を行うことが不可欠です。「リスク患者」を管理するのに必要な介入レベルは、個人によって異なりますが、それを必要とする人たちの治療に集中することが重要である一方、不必要に高度な介入に高額なコストを費やさないとすることも重要です。

組織損傷は、組織の反応能力に反した圧力バランスが加わることによって起ります。リスク・アセスメントは、症状の原因となる要素の負の影響を減少または除去することに注意を向けられるように、その要素および原因を考慮しながら構成する必要があります。

リスク・アセスメント・ツール

各患者の床擦れ発症のリスクを予測するために、多くのアセスメント・ツールが開発されています。表 1 に示されたノートン・スケールがその 1 例です。ほとんどのツールでは、全体的なリスク・レベルを総計した一連の変数が数字スコアによって示されています。

これらのツールを有効なものにするために多くの研究が試みられ、多種多様のレベルで成功を治めています。これらの評価では、同じスケールで異なる設定、または異なるスケールで同じ設定を使用する際に、予測される有効性にかんがりの変動がみられます。現時点では、スタッフの全てのレベルの全ての設定において、あるツール/スケールが他のものより優れている、もしくは床擦れ進行の予測が臨床的判断より効果的であると確信をもって結論づけることはできません (NHS 1995)。

リスク・アセスメント・ツールの値は、可動性、失禁、栄養状態および神経系状態等に関するリスク判定、およびケアの計画の際に考慮される要因を顕著に表わしています (AHCP 1992)。これは特に、経験の浅い臨床医にとって役に立つものです。

表 1. ノートン・スケール

スコア 14 以下を「リスク患者」と見なします。

		身体的状態	精神的状態	活動性	可動性	失禁	スコア合計
		良い 4	機敏 4	歩行可能 4	十分 4	なし 4	
		普通 3	無関心 3	補助歩行 3	やや制限 3	時折 3	
		悪い 2	錯乱 2	車椅子 2	かなり制限 2	通常(尿) 2	
		大変悪い 1	混迷 1	臥床 1	動けない 1	両方 1	
名前	日付						

資料 : Doreen Norton, Rhonda McLaren and AN Exton Smith. An investigation of geriatric nursing problems in the hospital. London. National Corporation for the care of Old People (now the Centre for Policy on Ageing); 1962.

3. 組織圧迫の管理

圧迫性損傷は、長時間にわたって組織に圧迫が加わることによって起ります。損傷のひどさは、圧迫が加わった時間と圧力量の組み合わせに関与しています。これは、損傷に対する組織の耐久能力によってバランスが保たれます。圧迫性損傷の予防における管理は、圧迫を取り除くか、圧迫が加わる時間を減らすかによって圧迫を減少させ、皮膚の圧迫に対する耐久能力を最大限にすることに向けられます。

スキンケア

皮膚に関する介入は、組織の耐性を減少させる要因を最小限にする必要性から始まります。特に骨の隆起した部分は、リスクが高くなります。さらに入手されたエビデンスでは、衛生状態の悪さと皮膚の両極端な湿度レベルによって、皮膚の健全性が悪化することを示しています。湿気が高すぎると皮膚がふやけてしまい、低すぎると皮膚が乾いてひび割れしやすい状態になってしまいます（AHCPR 1992）。また、栄養失調は圧迫性潰瘍の発症にもつながっています（AHCPR 1994）。可動性の減少をもたらす無気力と皮膚の悪化は、栄養状態の乏しさに関連している疑いがあります。

圧迫除去の介入

圧迫を取り除くために臨床医によって日常的に行われる一連の介入があり、これには体位のポジショニング、方向転換、マッサージが含まれます。特に体位の方向転換（一般的に 2 時間おきの回転が適当とされます）は、安くて確実なテクニックであると長い間考えられています。位置の変更は負荷を分配しますので、一定の部分へ加わる圧迫の持続時間を減少させることは明らかですが、最適な頻度を確証する研究結果はまだ示されていません。しかし、皮膚の変色（反応性充血）は潜在的損傷を強く示す指標となります。また、スタッフの時間的コストおよび後部挫傷のリスクも考慮されるべきです（NHS 1995）。

特に損傷を受けやすい部分は骨の隆起した部分です。枕や発泡体製品のような用具は、影響を受けやすい部分とサポート面との間の接触を妨げることによって、隆起に加わる圧迫を減少させることができます（AHCPR 1992）。さらに、骨の隆起部分のマッサージは有害となる恐れがあり、ドーナツ型の用具は有効でないという妥当なエビデンスが存在します（AHCPR 1992）。

寝たきりの患者においては、頭を持ち上げるにつれてズレが大きくなり（AHCPR 1992）、最終的には患者を回転させる動作そのものが、摩擦につながる恐れがあることを考慮しなければなりません。

圧迫の減少/除去の用具

圧迫の減少または除去をするようにデザインされた多種多様なサポート面があります。これらのサポート面は、一定の低圧サポート（繊維、空気や水を充填させたもの、専門の発泡体製品など）から、より手の込んだ力学的ベッド（空気の交替、低エアロス、運動性治療）にまで及びます（図 1, 2 参照）。これらの装置はコストに格段の差があるので、サポート面を選ぶ際に、その装置の立証された耐久性と有用性、および組織損傷のリスクを減少させるサポート面の性能を考慮することが重要です。

類似したタイプおよびレベルの製品を比較することは、決定的ではないものの、一般的見識を得ることができます。これらの装置が、床擦れの発症率の減少において標準の病院ベッドよりも効果的であり、大きなセル圧力交替マットレスのような力学的装置が、低圧サポート面よりも優れていることを示す妥当なエビデンスが存在します（NHS 1995）。

ただし、これらの装置は単にケアの一面を示すだけで、全体のプランの一部分にしかすぎないと見なされることを了解して下さい（AHCPR1994）。

4. 継続的質向上

継続的質向上が、床擦れ発症率の減少のために適用される必要があります。これは、適切な教育プログラムを通じて得られた、現今のエビデンスに基づいた説明書/ガイドラインによって実施されなければなりません（AHCPR 1992）。

患者管理システムは、これらの説明書を反映するように修正され、圧迫性潰瘍の発症率は、正確に文書化されモニターされる必要があります。床擦れの有病率と発症率は区別される必要があります。有病率とは、何人の患者が圧迫性潰瘍を患っているかを示します。これは外的作用に大きく影響を及ぼされます。よって、発症率（新たに床擦れの発症する割合）のみが質インディケータとして使用されます（NHS 1995）。

床擦れ発症のリスク・アセスメントに関する助言:

- ⊗ 可動性または活動性に欠陥のあるいかなる患者も、リスク・アセスメントの対象となります。Op
 - ⊗ 患者を以下のカテゴリーのいずれかに分類して判定します：リスクなし，リスクあり，高リスク。
 - ⊗ アセスメントは、長期的な患者に対して定期的な間隔で、有意な臨床的出来事または病状の変化の後に、ユニットの入院時に行ってください。G
 - ⊗ アセスメントで考慮される臨床的変数には、可動性，失禁，栄養状態，神経系状態が含まれます（AHCPR 1992）。Op
 - ⊗ ブラデン（Braden）やノートン（Norton）スケールのようなリスク・アセスメント・ツールは、特に経験の浅いスタッフにとって臨床判定の貴重な補助手段となります。Op
-

スキンケアに関する助言：

アセスメント：

- ⊗ 「リスク患者」の皮膚は、入院時および少なくとも毎日チェックされる必要があります（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ 可動性の減少や固くなった表皮に対する長時間の処置（例：時間のかかる放射線検査）の後にもチェックして下さい。Op
- ⊗ 骨の隆起上の圧覚点は、特に持続性の赤色または他の変色がある際にチェックして下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ いかなる皮膚の変化または特別な介入が行われた部分も、文書化される必要があります（AHCPR 1992）。Op

衛生：

- ⊗ 快適さはそれ自体、体液または他の汚物にさらされた場合に皮膚を洗浄せよとの指令を下すものです；これは特にリスク患者にとって重要です。頻繁に汚れが生じる場合、湿気の原因をコントロールする処置（例えば自制管理など）を取る必要があります（AHCPR 1992）。Op

湿気管理：

- ⊗ 粗い洗浄剤は皮膚を刺激したり乾燥させる恐れがあるので、使用を避けて下さい。モイスタークリームは、乾燥した皮膚に役立ちます（AHCPR 1992）。Op

栄養：

- ⊗ 「リスク患者」の栄養アセスメントは入院時に実施され、食事はモニターされる必要があります。最近の不意の体重変化、食欲喪失、食事摂取量の減少は、栄養の問題の明らかな指標となります。可能な場合は、必要に応じて栄養サプリメントの経口摂取を奨めて下さい。経口摂取に不十分さが残る場合は、より断定的な栄養上の手段が要求されることがあります（AHCPR 1992）。Op

圧迫除去の介入に関する助言：

- ⊗ 方向転換は、損傷を受けやすい部分の圧迫を移動させるのに役立ちます。頻度は皮膚の検査に基づきます。皮膚の変色が持続する場合は、頻度を増やして下さい。Op
- ⊗ 体位のポジショニングでは、骨の隆起部分への直接の圧迫を避けるようにして下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ 骨の隆起部分とサポート面間の直接の接触を減らすために、枕や発泡体製品を使用するようにして下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ 骨の隆起部分のマッサージやドーナツ型用具の使用は避けて下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ ベッドの頭位置は、最低の高さ以上に高くしないで下さい（AHCPR 1992）。Op
- ⊗ 患者を移動させる際の摩擦を減らすために、帆布といった補助用品や牽引装置を使用して下さい。Op

サポート面の使用に関する助言：

- ⊗ 専門のサポート面の使用は、全体のプランの一部と見なされなければなりません（NHS 1995）。Op
- ⊗ 床擦れ発症の「リスク患者」と見なされた患者は、標準の病院用マットレスではなく、少なくとも低圧サポートを使用して下さい（NHS 1995）。F
- ⊗ 「高リスク患者」と見なされた患者には、大きなセル圧力交替マットレスまたは低エアロス、エア流動ベッドなどの力学的装置を配置して下さい（NHS 1995）。Op

継続的質向上の達成に関する助言：

床擦れ予防のための教育プログラムは、臨床医、患者および他の介護者全てのレベルに適用される必要があります。これらのプログラムには以下のものが含まれます：

- ⊗ 圧迫性潰瘍のリスク因子および病因学
- ⊗ リスク・アセスメント・ツールおよびその適用
- ⊗ スキン・アセスメント
- ⊗ 栄養アセスメント
- ⊗ サポート面の選択および使用
- ⊗ スキンケアの個人プログラムの開発および実施

- ⊗ 組織破損のリスクを減少させるための体位ポジショニングのデモ
- ⊗ 適切なデータの正確な文書化に関する説明書 (AHCPR 1992) Op

一定の床擦れ段階分けツールを用いた患者管理システムは、適切な場所に置かれていなければなりません。これは、床擦れの発症率を正確に測定することができます。特に発症率は、新しいガイドラインの実施時に算定され、さらに実施後のある特定の時期に再び算定される必要があります。Op

表 2. 助言の要約：床擦れの予防

リスク・アセスメント

- ⊗ 可動性または活動性に欠陥のあるいかなる患者もリスク・アセスメントの対象となります。
- ⊗ アセスメントは、ユニットへの入院時、有意な臨床的出来事または病状の変化の後に、また定期的間隔で行なって下さい。
- ⊗ 考慮される臨床的変数には以下のものが含まれます：可動性、失禁、栄養および神経系の状態。
- ⊗ ブラデン (Braden) やノートン (Norton) スケールのようなリスク・アセスメント・ツールは、臨床判定の貴重な補助手段となります。
- ⊗ 患者を以下のカテゴリーのいずれかに分類します：リスクなし、リスクあり、高リスク。

スキンケア

- ⊗ 「リスク患者」の皮膚は、入院時およびその後は少なくとも毎日、さらに有意な出来事の後もチェックして下さい。
- ⊗ 骨の隆起部分は、特に持続性の変色がある場合にチェックして下さい。
- ⊗ 皮膚の変化および特別の注意が払われた部分に関しては、文書化するようにして下さい。
- ⊗ 体液または他の汚物にさらされた皮膚は洗浄して下さい。
- ⊗ 頻繁に汚れが生じる場合、湿気の原因をコントロールする処置を取って下さい (例：自制管理)。
- ⊗ 粗い洗浄剤の使用は避けて下さい。
- ⊗ モイスチャークリームは乾燥した皮膚に役立ちます。
- ⊗ 「リスク患者」の栄養アセスメントは入院時に実施され、食事はモニターされる必要があります。
- ⊗ 必要に応じて栄養サプリメントの経口摂取を奨めて下さい。
- ⊗ 経口摂取に不十分さが残る場合は、経腸摂取などの処置を考慮して下さい。

圧迫除去の介入/用具

- ⊗ 方向転換は、影響を受けやすい部分の圧迫を移動させるのに役立ちます。頻度は皮膚の検査に基づきます。
- ⊗ 皮膚の変色が持続する場合は、頻度を増やして下さい。
- ⊗ 体位のポジショニングでは、骨の隆起部分への直接の圧迫を避けるようにして下さい。
- ⊗ 骨の隆起部分とサポート面間の接触を減らすために、枕や発泡体製品を使用して下さい。
- ⊗ 骨の隆起部分のマッサージやドーナツ型用具の使用は避けて下さい。
- ⊗ ベッドの頭位置は、最低の高さ以上に高くしないで下さい。
- ⊗ 患者を移動させる際に、帆布といった補助用品や牽引装置を使用して下さい。
- ⊗ 専門のサポート面の使用は、全体のプランの一部と見なされなければなりません。
- ⊗ 「リスク患者」には、エアウォーター、繊維またはフォーム・マットレスなどの低圧サポート面を配置して下さい。
- ⊗ 「高リスク患者」には、大きなセル圧力交替マットレスまたは低エアロス、エア流動ベッドなどの力学的装置を配置して下さい。

継続的質向上

- ⊗ 教育プログラムは、全てのレベルのスタッフ、患者および他の介護者に適用される必要があります。これらのプログラムには以下のものが含まれます：病因学およびリスク因子、リスク・アセスメント・ツール、スキン・アセスメント、サポート面の選択および使用、スキンケア、体位のポジショニング、文書化。
- ⊗ 一定の床擦れ段階分けツールを用いた患者管理システムは、適切な場所に置いて下さい。これは、床擦れの発症率を正確に測定することができます。
- ⊗ 発症率はガイドラインの実施時に算定され、実施後にも再び算定される必要があります。

The Joanna Briggs Institute

Best Practice

Pressure Sores - Part 1: Prevention of Pressure Related Damage

[Main Menu](#)

This Practice Information Sheet covers the following concepts:

1. Definition And Scope

2. Risk Assessment

3. Managing Tissue Loads

- skin care
- pressure reducing/relieving devices
- pressure reducing/relieving interventions

4. Continuous Quality Improvement

- education
- incidence/prevalence

5. Summary Of Evidence

Evidence Rating (ER)

Recommendations in this publication are rated on the level of evidence used to derive them. The following criteria is derived from the AHCPR (1992) No.

3 Quick reference guidelines.

ER=G. Good research based evidence to support the recommendation

ER=F. Fair research based evidence to support the recommendation

ER=Op. Recommendation based on expert opinion and panel consensus

This practice information sheet is the first of a two part release. Part 1 relates to the prevention of pressure related tissue damage & Part 2 deals with management of existing pressure damage.

Pressure sores remain a significant problem in both the acute and community health settings despite being largely preventable. The cost of treating an established pressure sore can be enormous. There are not only emotional and physical consequences to the individual but also a significant drain on health system resources.

Considerable research has been devoted to this problem and yet many clinicians and administrators are faced with findings that are often ambiguous and lacking validation.

The aim of this information sheet is to provide clinicians with evidence based recommendations related to the prevention and treatment of pressure sores.

To this end the recommendations are based in particular on three publications derived via a systematic review and analysis of the available literature.

1. Definition and Scope

Pressure sores are areas of localised damage to the skin and underlying tissue, caused by pressure, shear or friction. This type of damage can also be known as pressure ulcers, bedsores, decubiti or decubitus ulcers. (NHS 1995)

It is difficult to compare published rates of pressure sore incidence and prevalence