

## 第3回 (平成24年度) 日本褥瘡学会実態調査委員会報告2

## 療養場所別褥瘡有病者の特徴およびケアと局所管理

日本褥瘡学会 実態調査委員会

委員長 武田 利明 (執筆者)

副委員長 志渡 晃一

委員 安部 正敏, 田中 克己, 野口まどか, 橋本 一郎

林 みゆき, 樋口 浩文, 水谷 仁

## はじめに

日本褥瘡学会実態調査委員会では、全国の病院、介護保険施設、在宅（訪問看護ステーション）を対象に療養場所別の褥瘡有病率や有病者の特徴などについて2006年に第1回の調査を、2010年には第2回の調査を実施しその内容について日本褥瘡学会誌に報告した<sup>1-4)</sup>。2013年に実施した第3回目の調査で明らかになった療養場所別褥瘡有病率や褥瘡の部位・重症度については、第3回（平成24年度）日本褥瘡学会実態調査委員会報告1として報告した<sup>5)</sup>。そこで今回は、療養場所別褥瘡有病者の特徴およびケアと局所管理についてまとめたので報告する。

## 方 法

## 1. 調査対象

これまでの第1, 2回の調査と同様に各都道府県にある病院、介護保険施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設）、在宅（訪問看護ステーション）から調査施設を選択し、調査施設において褥瘡管理を受けている療養者を対象とした。調査対象施設の詳細な選択方法については報告書1<sup>5)</sup>に記載した。

## 2. 調査期間

2013年10月中旬に各施設で任意に設定した1日を調査日とし、調査日の設定に関しては、各施設に一任した。

## 3. 調査方法

前回の調査時に構築した電子調査システムを活用した。調査に関する同意が得られた施設に対してログイン用のIDとパスワードを付与し、日本褥瘡学会のホームページを介しての無記名式選択肢回答型質問紙による調査を行った。

## 4. 調査内容

## 1) 褥瘡有病者の特徴

褥瘡有病者の特徴として、性別や年齢、施設利用目

的疾患、日常生活自立度、危険因子を調査した。年齢および施設利用目的疾患、日常生活自立度はあらかじめ設定した区分から該当区分を選択する回答形式とした。危険因子は、厚生労働省が示した褥瘡対策に関する診療計画書で使用されている因子について調査した<sup>6)</sup>。さらに一般病院、大学病院入院患者は、2006年度褥瘡に関する診療報酬改定の際に示された褥瘡リスクアセスメント票に記載されているハイリスク項目<sup>7)</sup>も調査した。危険因子とハイリスク項目は、褥瘡発生時の状況についてたずねた。

## 2) 褥瘡有病者へのケア

体圧分散寝具の種類、体位変換間隔、スキンケア、リハビリテーション、栄養状態改善について調査した。体圧分散寝具、体位変換間隔はあらかじめ設定した区分から該当区分を選択する回答形式とした。スキンケア、リハビリテーション、栄養状態改善は、計画の有無について調査した。

## 3) 褥瘡の局所管理

外用薬、ドレッシング材、いわゆるラップ療法、外科的治療、物理療法において、どの局所管理を実施しているかを調査した。各治療法の内容については調査しなかった。褥瘡を複数有する対象者については、最も深い褥瘡について調査した。

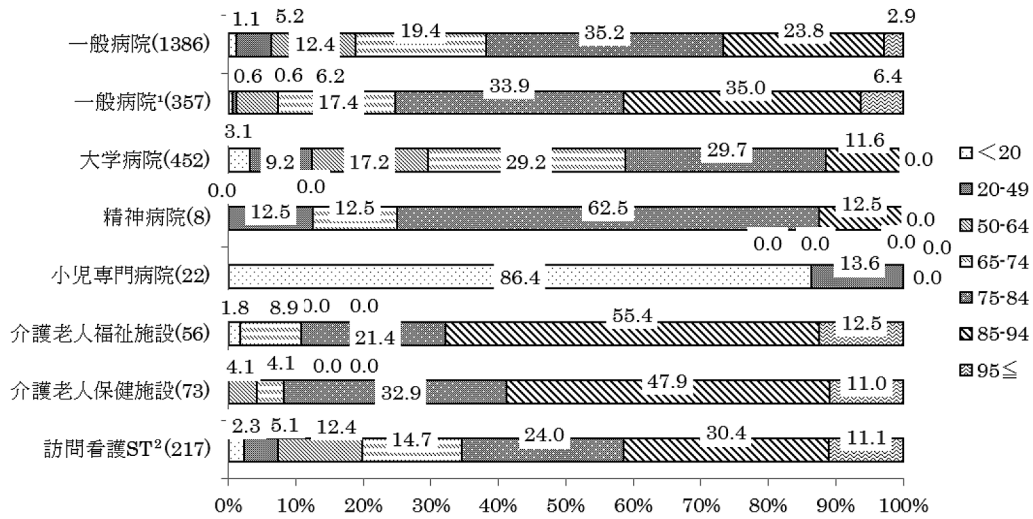
## 4) 分析

療養場所別の褥瘡状態、褥瘡有病者の特徴、ケア、局所管理の実態を記述した。さらにケア、局所管理については褥瘡の重症度（深さ）別に各調査項目を記述した。今回使用した深さの分類は、DESIGN（褥瘡経過評価用）<sup>8)</sup>の深さの項目である。重症度をd1（持続する発赤）、d2（真皮までの損傷）、D3-5（皮下組織から深部の損傷）の3群に分けた。

項目ごとにデータの回答状況が異なるため、割合算出の分母は項目ごとの総数を用いて行った。

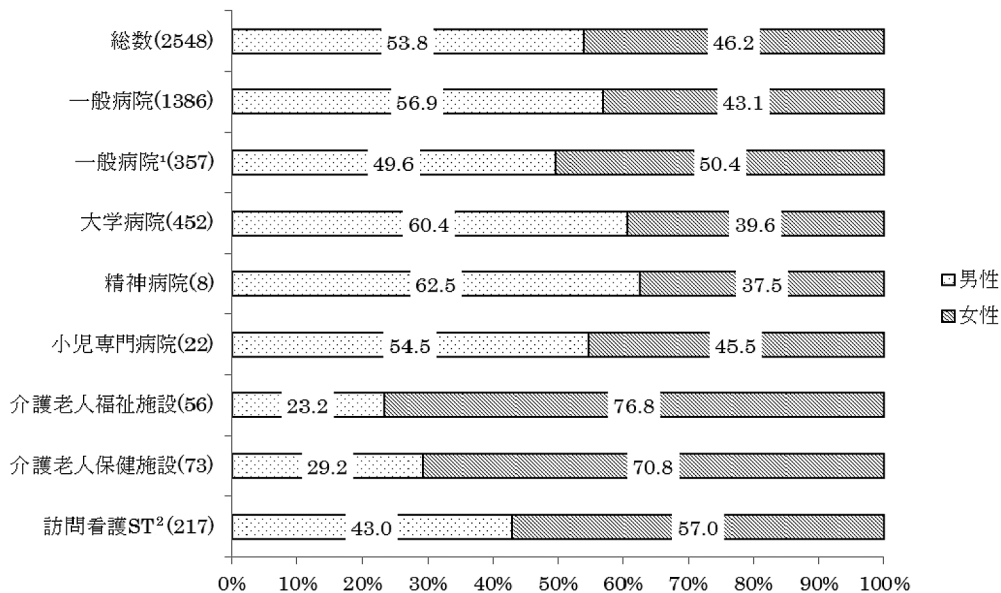
## 5. 倫理的配慮

文部科学省・厚生労働省による『疫学研究に関する



1：療養型病床を有する一般病院 2：訪問看護ステーション

図1 年齢構成



1：療養型病床を有する一般病院 2：訪問看護ステーション

図2 性別

倫理指針（平成14年6月17日実施，平成16年12月28日改正，平成17年6月29日一部改正，平成19年8月16日全部改正，平成20年12月1日一部改正）の定めるところに準拠して実施した。また，実態調査委員長が所属する岩手県立大学の倫理審査委員会の承認を得た。

## 結 果

### 1. 褥瘡有病者の特徴

#### 1) 年齢 (図1)

一般病院，大学病院，精神病院では75～84歳の占める割合が最も多かった。療養型病床を有する一般病

院，介護老人福祉施設，介護老人保健施設，訪問看護ステーションでは85～94歳が最も多い褥瘡有病者の年齢区分であった。大学病院以外の施設では，75歳以上の後期高齢者の占める割合が50%を超えていた（一般病院61.9%，療養型病床を有する一般病院75.3%，精神病院75.0%，介護老人福祉施設89.3%，介護老人保健施設91.8%，訪問看護ステーション65.5%）。小児専門病院では，20歳未満が86.4%であった。

#### 2) 性別 (図2)

療養型病床を有する一般病院で男女比はほぼ同じであった。一般病院，大学病院，精神病院，小児専門病

表 1-1 施設利用目的疾患

	脳血管後遺症	骨・関節疾患	悪性新生物	感染	認知症	高血圧	循環器疾患*
一般病院 (n = 1386)	119 (8.6)	141 (10.2)	307 (22.2)	219 (15.8)	24 (1.7)	14 (1.0)	132 (9.5)
一般病院 <sup>1</sup> (n = 357)	63 (17.6)	28 (7.8)	39 (10.9)	32 (9.0)	23 (6.4)	7 (2.0)	31 (8.7)
大学病院 (n = 452)	43 (9.5)	33 (7.3)	127 (28.1)	40 (8.8)	5 (1.1)	8 (1.8)	64 (14.2)
精神病院 (n = 8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (87.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
小児専門病院 (n = 22)	2 (9.1)	2 (9.1)	1 (4.5)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (18.2)
介護老人福祉施設 (n = 56)	25 (44.6)	9 (16.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (44.6)	8 (14.3)	5 (8.9)
介護老人保健施設 (n = 73)	23 (31.5)	15 (20.5)	2 (2.7)	0 (0.0)	41 (56.2)	6 (8.2)	7 (9.6)
訪問看護 ST <sup>2</sup> (n = 217)	32 (14.7)	9 (4.1)	17 (7.8)	4 (1.8)	33 (15.2)	11 (5.1)	15 (6.9)

複数回答, ( ) カッコ内は%

\*高血圧以外の循環器疾患

1:療養型病床を有する一般病院 2:訪問看護ステーション

表 1-2 施設利用目的疾患

	脊椎疾患	外傷	老衰	糖尿病	腎不全	電解質異常	褥瘡治療	その他
一般病院 (n = 1386)	47 (3.4)	25 (1.8)	7 (0.5)	50 (3.6)	75 (5.4)	40 (2.9)	192 (13.9)	554 (40.0)
一般病院 <sup>1</sup> (n = 357)	12 (3.4)	7 (2.0)	3 (0.8)	14 (3.9)	20 (5.6)	15 (4.2)	71 (19.9)	137 (38.4)
大学病院 (n = 452)	15 (3.3)	17 (3.8)	1 (0.2)	22 (4.9)	23 (5.1)	9 (2.0)	34 (7.5)	168 (37.2)
精神病院 (n = 8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (75.0)
小児専門病院 (n = 22)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.5)	1 (4.5)	0 (0.0)	17 (77.3)
介護老人福祉施設 (n = 56)	8 (14.3)	1 (1.8)	2 (3.6)	4 (7.1)	0 (0.0)	1 (1.8)	12 (21.4)	12 (21.4)
介護老人保健施設 (n = 73)	5 (6.8)	2 (2.7)	0 (0.0)	11 (15.1)	3 (4.1)	0 (0.0)	11 (15.1)	22 (30.1)
訪問看護 ST <sup>2</sup> (n = 217)	21 (9.7)	3 (1.4)	13 (6.0)	13 (6.0)	5 (2.3)	2 (0.9)	115 (53.0)	80 (36.9)

複数回答, ( ) カッコ内は%

1:療養型病床を有する一般病院 2:訪問看護ステーション

院においては、男性が半数をこえていた（各 56.9%, 60.4%, 62.5%, 54.5%）。一方、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、訪問看護ステーションでは女性の割合が高かった（各 76.8%, 70.8%, 57.0%）。

### 3) 施設利用目的疾患 (表 1-1, 1-2)

各施設における施設利用目的疾患の上位 3 疾患は、一般病院では悪性新生物 22.2%, 感染 15.8%, 褥瘡治療 13.9% であり、療養型病床を有する一般病院では褥瘡治療 19.9%, 脳血管後遺症 17.6%, 悪性新生

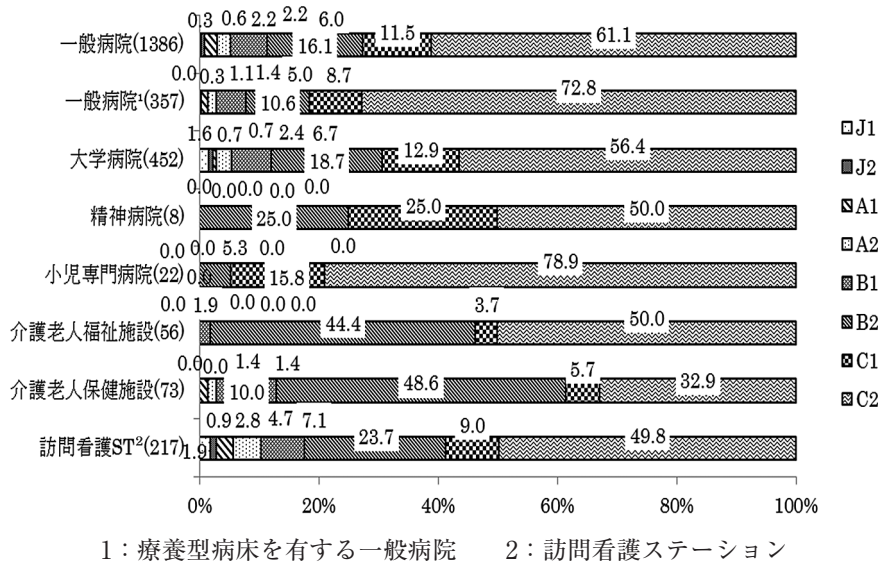


図3 日常生活自立度

物 10.9%で、大学病院では、悪性新生物 28.1%、高血圧以外の循環器疾患 14.2%、脳血管後遺症 9.5%であった。また、精神病院ではほとんどが認知症 87.5%であり、小児専門病院では高血圧以外の循環器疾患が 18.2%、脳血管後遺症と骨・関節疾患が各 9.1%であった。介護老人福祉施設では脳血管後遺症と認知症が各 44.6%で褥瘡治療が 21.4%であり、介護老人保健施設では認知症 56.2%、脳血管後遺症 31.5%、骨・関節疾患 20.5%であった。訪問看護ステーションでは褥瘡治療が 53.0%、認知症 15.2%、脳血管後遺症 14.7%であった。

#### 4) 日常生活自立度 (図3)

介護老人保健施設ではランク B2 (48.6%：介助のもと車いすに移乗し、食事または排泄に関しても介護者の援助を必要とする場合) が最も多く、他の施設ではランク C2 (自力で寝返りもうてない) が最も多かった(一般病院 61.1%、療養型病床を有する一般病院 72.8%、大学病院 56.4%、精神病院 50.0%、小児専門病院 78.9%、介護老人福祉施設 50.0%、訪問看護ステーション 49.8%)。療養型病床を有する一般病院では、寝たきり(ランク C1, C2)の占める割合が 80%以上であった。

#### 5) 危険因子

##### (1) 褥瘡対策危険因子 (表2)

基本的動作能力(ベッド上)にてリスクありの褥瘡有病者の割合は、一般病院、療養型病床を有する一般病院、精神病院で 80%以上であった。一方、基本的動作能力(イス上)においてリスクありの割合は、36.4%~75.0%であった。病的骨突出ありの割合は、病院では 40.9%~75.0%、介護老人福祉施設 41.1%、介護老人保健施設 38.4%、訪問看護ステーション

49.3%であった。関節拘縮ありは、一般病院 29.1%、療養型病床を有する一般病院 38.7%、大学病院 17.0%、小児専門病院 36.4%、介護老人保健施設 42.5%、訪問看護ステーション 47.9%と 50%以下であったが、精神病院 87.5%、介護老人福祉施設 57.1%と 50%以上であった。栄養状態低下ありが 70%以上であった施設は、一般病院 70.9%、精神病院 87.5%であった。他の施設は、70%以下であった(療養型病床を有する一般病院 68.9%、大学病院 58.8%、小児専門病院 45.5%、介護老人福祉施設 57.1%、介護老人保健施設 39.7%、訪問看護ステーション 50.7%)。湿潤に関する危険因子では、発汗ありは、精神病院 75.0%、小児専門病院 54.5%であったが、他の施設では 50%以下であった(一般病院 38.4%、療養型病床を有する一般病院 42.9%、大学病院 32.3%、介護老人福祉施設 42.9%、介護老人保健施設 38.4%、訪問看護ステーション 47.0%)。失禁ありは、大学病院 46.7%、小児専門病院 36.4%、訪問看護ステーション 48.8%で 50%以下であったが、他の施設では 50%以上であった(一般病院 60.7%、療養型病床を有する一般病院 68.1%、精神病院 75.0%、介護老人福祉施設 55.4%、介護老人保健施設 60.3%)。浮腫ありは、すべての施設で 40%以下であった(一般病院 28.9%、療養型病床を有する一般病院 26.6%、大学病院 27.4%、精神病院 37.5%、小児専門病院 27.3%、介護老人福祉施設 37.5%、介護老人保健施設 19.2%、訪問看護ステーション 26.3%)。

##### (2) ハイリスク項目 (表3)

一般病院において、リスクありが 10%以上であった項目は、極度の皮膚の脆弱 17.5%、褥瘡の多発と

表2 褥瘡対策危険因子

	基本的 動作能力 ベット上	基本的 動作能力 イス上	病的 骨突出	関節拘縮	栄養状態 低下	発汗	失禁	浮腫
一般病院 (n = 1386)	1141 (82.3)	783 (56.5)	770 (55.6)	404 (29.1)	983 (70.9)	532 (38.4)	841 (60.7)	400 (28.9)
一般病院 <sup>1</sup> (n = 357)	289 (81.0)	181 (50.7)	199 (55.7)	138 (38.7)	246 (68.9)	153 (42.9)	243 (68.1)	95 (26.6)
大学病院 (n = 452)	313 (69.2)	223 (49.3)	201 (44.5)	77 (17.0)	266 (58.8)	146 (32.3)	211 (46.7)	124 (27.4)
精神病院 (n = 8)	8 (100.0)	6 (75.0)	6 (75.0)	7 (87.5)	7 (87.5)	6 (75.0)	6 (75.0)	3 (37.5)
小児専門病院 (n = 22)	12 (54.5)	8 (36.4)	9 (40.9)	8 (36.4)	10 (45.5)	12 (54.5)	8 (36.4)	6 (27.3)
介護老人福祉施設 (n = 56)	42 (75.0)	31 (55.4)	23 (41.1)	32 (57.1)	32 (57.1)	24 (42.9)	31 (55.4)	21 (37.5)
介護老人保健施設 (n = 73)	48 (65.8)	43 (58.9)	28 (38.4)	31 (42.5)	29 (39.7)	28 (38.4)	44 (60.3)	14 (19.2)
訪問看護 ST <sup>2</sup> (n = 217)	155 (71.4)	114 (52.5)	107 (49.3)	104 (47.9)	110 (50.7)	102 (47.0)	106 (48.8)	57 (26.3)

複数回答, ( ) カッコ内は%

1: 療養型病床を有する一般病院 2: 訪問看護ステーション

表3 ハイリスク項目

	ショック 状態	重度の末梢 循環不全	鎮痛・鎮静 剤の使用	6時間以上 の手術	特殊体位の 手術	強度の下痢 の持続	極度の皮膚 の脆弱	褥瘡の多発 と再発
一般病院 (n = 1386)	67 (4.8)	81 (5.8)	118 (8.5)	16 (1.2)	10 (0.7)	53 (3.8)	242 (17.5)	641 (46.2)
大学病院 (n = 452)	27 (6.0)	36 (8.0)	52 (11.5)	18 (4.0)	8 (1.8)	13 (2.9)	55 (12.2)	150 (33.2)

複数回答, ( ) カッコ内は%

再発 46.2%であった。大学病院では、鎮痛・鎮静剤の使用 11.5%、極度の皮膚の脆弱 12.2%、褥瘡の多発と再発 33.2%であった。

## 2. 褥瘡有病者へのケア

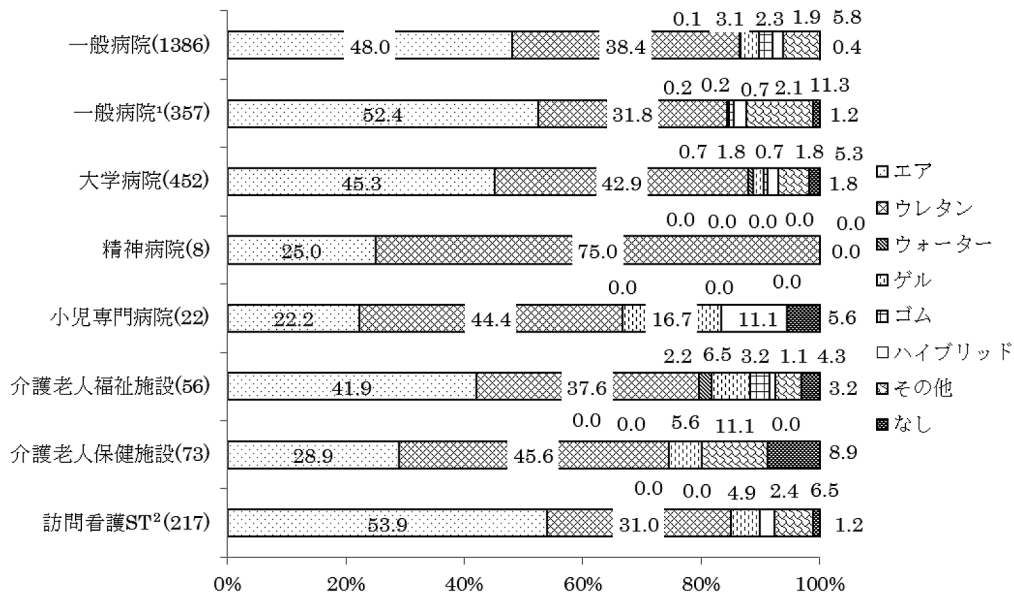
### 1) 総褥瘡

体圧分散マットレス (図4): エアマットレスの使用が最も多い施設は、一般病院 48.0%、療養型病床を有する一般病院 52.4%、大学病院 45.3%、介護老人福祉施設 41.9%、訪問看護ステーション 53.9%であった。ウレタンフォームマットレスが最も多い施設は、小児専門病院 44.4%、精神病院 75.0%、介護老人保健施設 45.6%であった。一方、体圧分散マットレスを使用していない褥瘡有病者は、一般病院 0.4%、療養型病床を有する一般病院 1.2%、大学病院 1.8%、小児専門病院 5.6%、介護老人福祉施設

3.2%、介護老人保健施設 8.9%、訪問看護ステーション 1.2%であった。

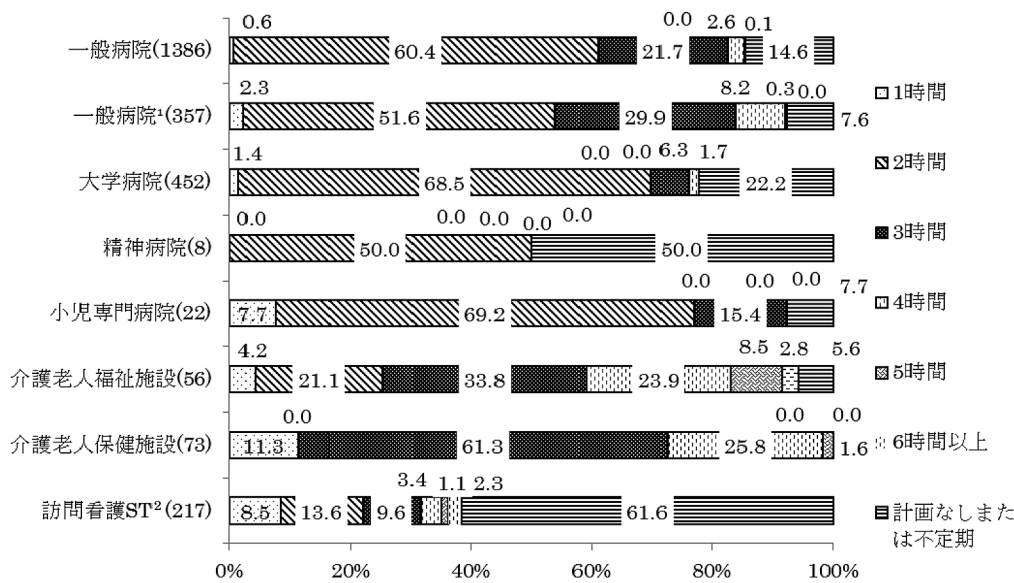
体位変換時間 (図5): ガイドラインで推奨されている2時間ごとの体位変換を実施している割合 (1時間ごと + 2時間ごと) は一般病院 61.0%、療養型病床を有する一般病院 53.9%、大学病院 69.9%、精神病院 50.0%、小児専門病院 76.9%、介護老人福祉施設 25.3%、介護老人保健施設 11.3%、訪問看護ステーション 22.1%であった。精神病院では 50.0%、訪問看護ステーションでは 61.6%が体位変換を実施しない、または不定期にする、であった。

スキンケア計画に関する立案の割合は、一般病院 95.5%、療養型病床を有する一般病院 93.4%、大学病院 95.2%、精神病院 87.5%、小児専門病院 92.3%、介護老人福祉施設 72.5%、介護老人保健施設



1: 療養型病床を有する一般病院 2: 訪問看護ステーション

図4 体圧分散寝具使用状況



1: 療養型病床を有する一般病院 2: 訪問看護ステーション

図5 体位変換時間実施状況

設 95.5%，訪問看護ステーション 91.6%であった。

栄養状態改善計画に関する立案の割合は、一般病院 74.5%，療養型病床を有する一般病院 69.1%，大学病院 76.0%，精神病院 87.5%，小児専門病院 53.8%，介護老人福祉施設 86.8%，介護老人保健施設 79.4%，訪問看護ステーション 58.3%であった。

リハビリテーション計画に関する立案の割合は、一般病院 63.4%，療養型病床を有する一般病院 59.9%，大学病院 63.3%，精神病院 0.0%，小児専門病院 69.2%，介護老人福祉施設 69.2%，介護老人保健施設

設 90.3%，訪問看護ステーション 55.3%であった。

2) d1 褥瘡

体圧分散マットレス (図6)：エアマットレスの使用が多かったのは、一般病院 47.4%，療養型病床を有する一般病院 57.1%，大学病院 47.3%，訪問看護ステーション 57.3%であった。ウレタンフォームマットレスの使用が多かったのは、小児専門病院 66.7%，精神病院 100.0%，介護老人福祉施設 40.0%，介護老人保健施設 57.1%，であった。一方、体圧分散寝具を使用しない d1 褥瘡を有する患者も認

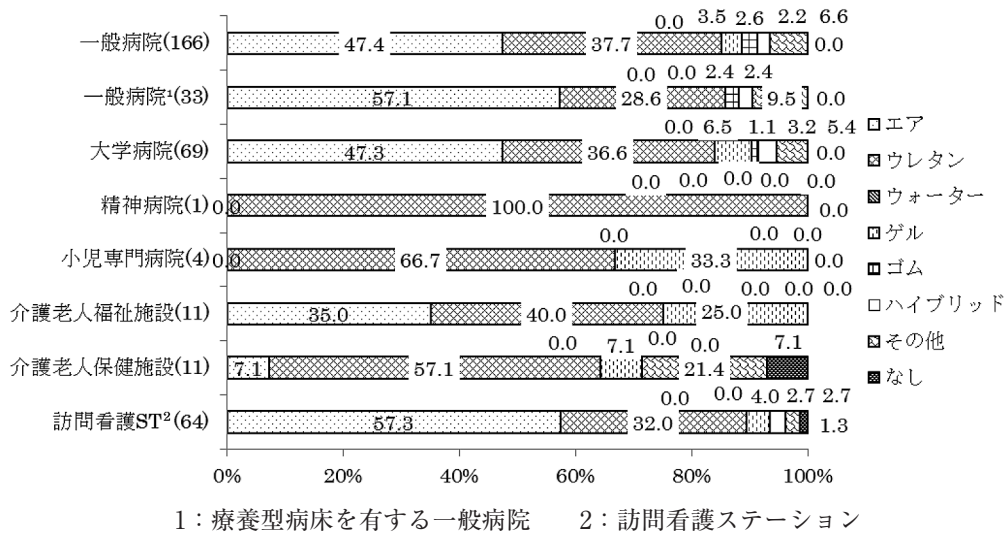


図6 d1 体圧分散寝具使用状況

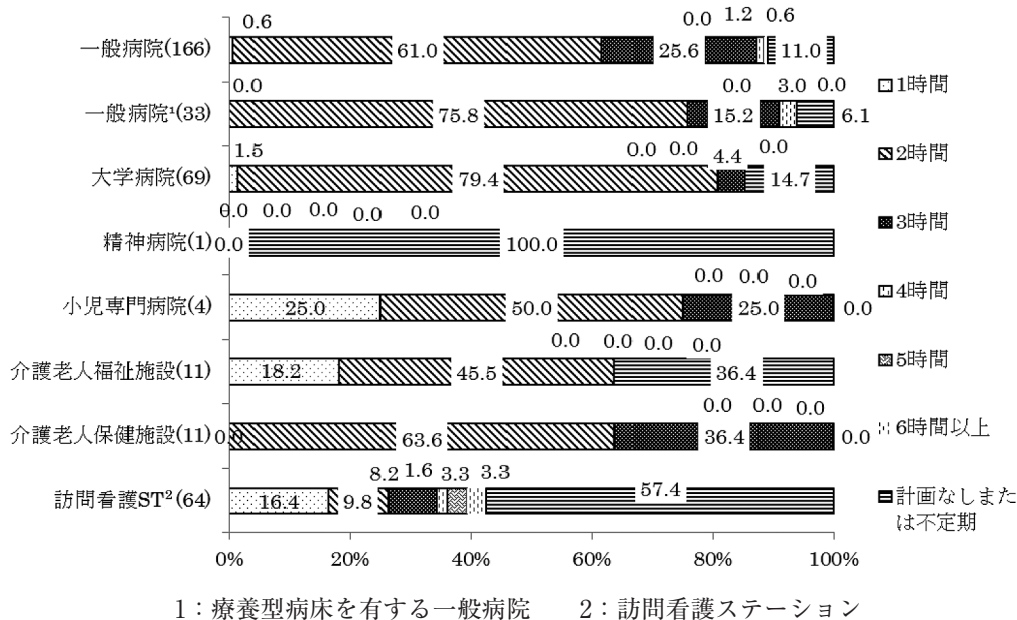


図7 d1 体位変換時間実施状況

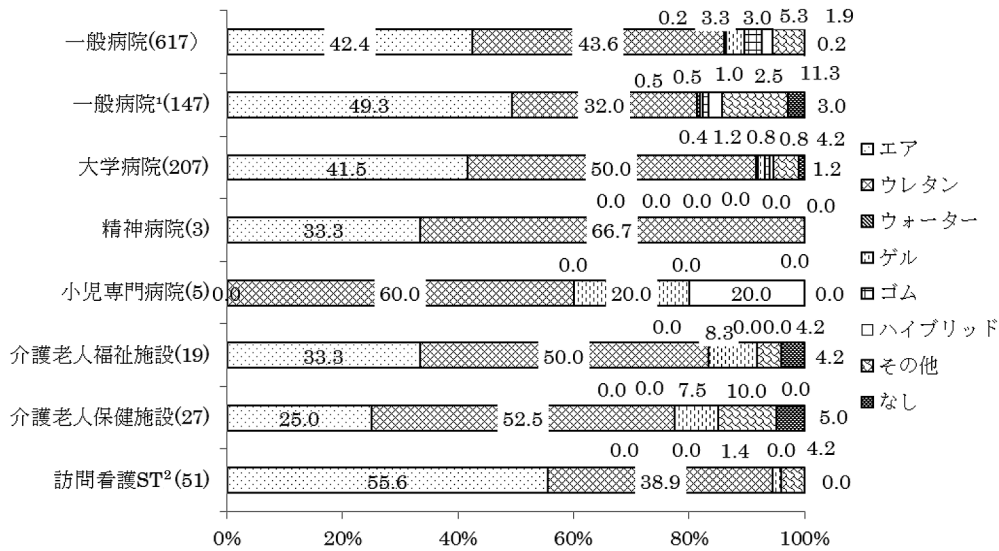
め、介護老人保健施設7.1%、訪問看護ステーション1.3%であった。

体位変換時間(図7):ガイドラインで推奨されている2時間ごとの体位変換を実施している割合(1時間ごと+2時間ごと)は、一般病院61.6%、療養型病床を有する一般病院75.8%、大学病院80.9%、小児専門病院75.0%、介護老人福祉施設63.7%、介護老人保健施設63.6%、訪問看護ステーション26.2%であった。一方、体位変換を実施しないまたは不定期に行う割合は、一般病院11.0%、療養型病床を有する一般病院6.1%、大学病院14.7%、精神病院100%、介護老人福祉施設36.4%、訪問看護ステーション57.4%であった。

スキンケア計画に関する立案の割合は、一般病院95.7%、療養型病床を有する一般病院93.9%、大学病院98.5%、精神病院0.0%、小児専門病院100.0%、介護老人福祉施設100.0%、介護老人保健施設100.0%、訪問看護ステーション92.1%であった。

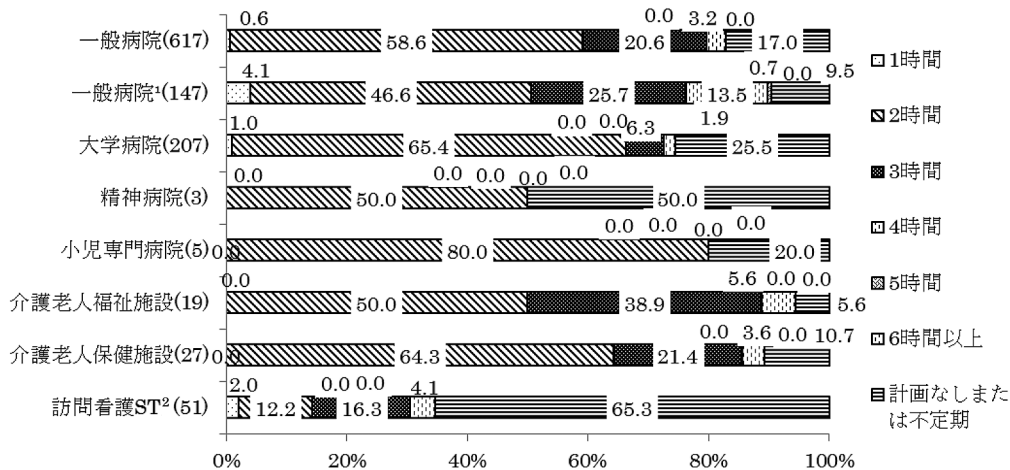
栄養状態改善計画に関する立案の割合は、一般病院79.9%、療養型病床を有する一般病院48.5%、大学病院72.5%、精神病院0.0%、小児専門病院75.0%、介護老人福祉施設91.7%、介護老人保健施設100.0%、訪問看護ステーション55.7%であった。

リハビリテーション計画に関する立案の割合は、一般病院64.0%、療養型病床を有する一般病院36.4%、



1：療養型病床を有する一般病院 2：訪問看護ステーション

図8 d2 体圧分散寝具使用状況



1：療養型病床を有する一般病院 2：訪問看護ステーション

図9 d2 体位変換時間実施状況

大学病院 62.3%，精神病院 0.0%，小児専門病院 100.0%，介護老人福祉施設 100.0%，介護老人保健施設 100.0%，訪問看護ステーション 55.7%であった。

3) d2 褥瘡

体圧分散マットレス (図8)：エアマットレスの使用が最も多かったのは、療養型病床を有する一般病院 49.3%，訪問看護ステーション 55.6%であった。ウレタンフォームマットレスの使用が最も多かったのは、一般病院 43.6%，大学病院 50.0%，小児専門病院 60.0%，精神病院 66.7%，介護老人保健施設 52.5%，介護老人福祉施設 50.0%，であった。一方、体圧分散寝具を使用しない d2 褥瘡を有する患者も認め、一般病院 0.2%，療養型病床を有する一般病院

3.0%，大学病院 1.2%，介護老人保健施設で 5.0%，介護老人福祉施設で 4.2%であった。

体位変換時間 (図9)：ガイドラインで推奨されている 2 時間ごとの体位変換を実施している割合 (1 時間ごと + 2 時間ごと) は、一般病院 59.2%，療養型病床を有する一般病院 50.7%，大学病院 66.4%，精神病院 50.0%，小児専門病院 80.0%，介護老人福祉施設 50.0%，介護老人保健施設 64.3%，訪問看護ステーション 14.2%であった。一方、体位変換を実施しないまたは不定期に行う割合は、一般病院 17.0%，療養型病床を有する一般病院 9.5%，大学病院 25.5%，精神病院 50.0%，小児専門病院 20.0%，介護老人福祉施設 5.6%，介護老人保健施設 10.7%，訪問看護ステーション 65.3%であった。



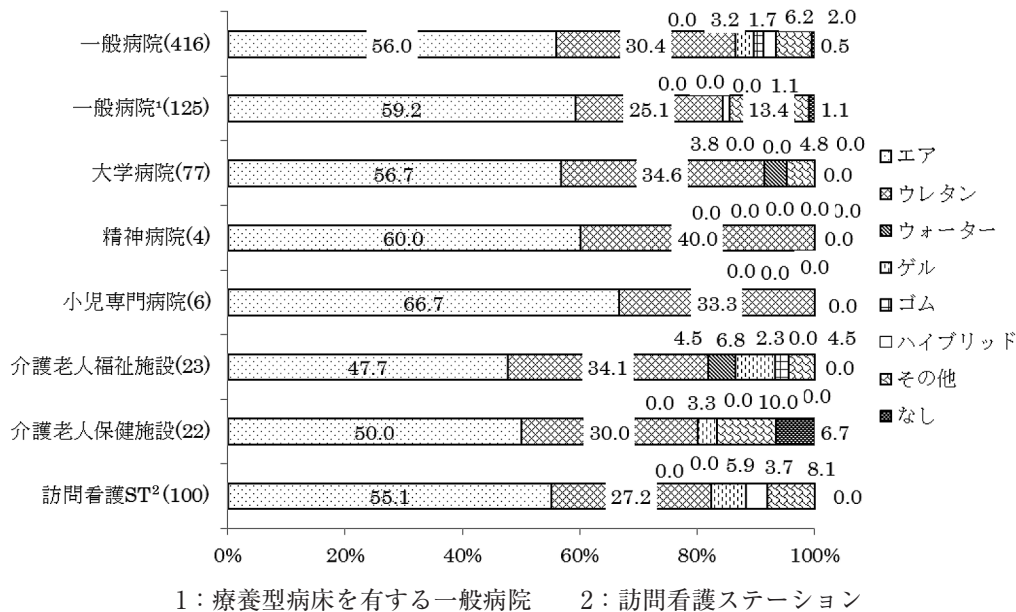


図10 D3-5体圧分散寝具使用状況

スキンケア計画に関する立案の割合は、一般病院 95.1%，療養型病床を有する一般病院 92.6%，大学病院 95.7%，精神病院 100.0%，小児専門病院 100.0%，介護老人福祉施設 86.2%，介護老人保健施設 47.4%，訪問看護ステーション 92.0%であった。

栄養状態改善計画に関する立案の割合は、一般病院 71.4%，療養型病床を有する一般病院 60.8%，大学病院 80.8%，精神病院 100.0%，小児専門病院 60.0%，介護老人福祉施設 69.0%，介護老人保健施設 68.4%，訪問看護ステーション 58.8%であった。

リハビリテーション計画に関する立案の割合は、一般病院 62.0%，療養型病床を有する一般病院 50.3%，大学病院 67.5%，精神病院 0.0%，小児専門病院 80.0%，介護老人福祉施設 89.7%，介護老人保健施設 89.7%，訪問看護ステーション 54.0%であった。

#### 4) D3-5 褥瘡

体圧分散マットレス (図10)：すべての施設でエアマットレスの使用が最も多く、一般病院 56.0%，療養型病床を有する一般病院 59.2%，大学病院 56.7%，小児専門病院 66.7%，精神病院 60.0%，介護老人保健施設 50.0%，介護老人福祉施設 47.7%，訪問看護ステーション 55.1%であった。エアマットレスとウレタンフォームマットレスの双方について合わせた割合では、一般病院 86.4%，療養型病床を有する一般病院 84.3%，大学病院 91.3%，小児専門病院 100.0%，精神病院 100.0%，介護老人保健施設 80.0%，介護老人福祉施設 81.8%，訪問看護ステーション 82.3%であった。一方、体圧分散寝具を使用しないD3-5患者も認め、一般病院 0.5%，療養型病床を有する一般病院 1.1%，介護老人保健施設 6.7%

であった。

体位変換時間 (図11)：ガイドラインで推奨されている2時間ごとの体位変換を実施している割合 (1時間ごと+2時間ごと) は、一般病院 65.9%，療養型病床を有する一般病院 52.4%，大学病院 71.4%，精神病院 100.0%，小児専門病院 100.0%，介護老人福祉施設 60.9%，介護老人保健施設 59.1%，訪問看護ステーション 22.9%であった。一方、体位変換を実施しないまたは不定期に行う割合は、一般病院 12.2%，療養型病床を有する一般病院 4.8%，大学病院 19.5%，介護老人福祉施設 4.3%，介護老人保健施設 4.5%，訪問看護ステーション 60.4%であった。

スキンケア計画に関する立案の割合は、一般病院 93.3%，療養型病床を有する一般病院 92.0%，大学病院 96.2%，精神病院 100.0%，小児専門病院 100.0%，介護老人福祉施設 90.5%，介護老人保健施設 85.7%，訪問看護ステーション 91.7%であった。

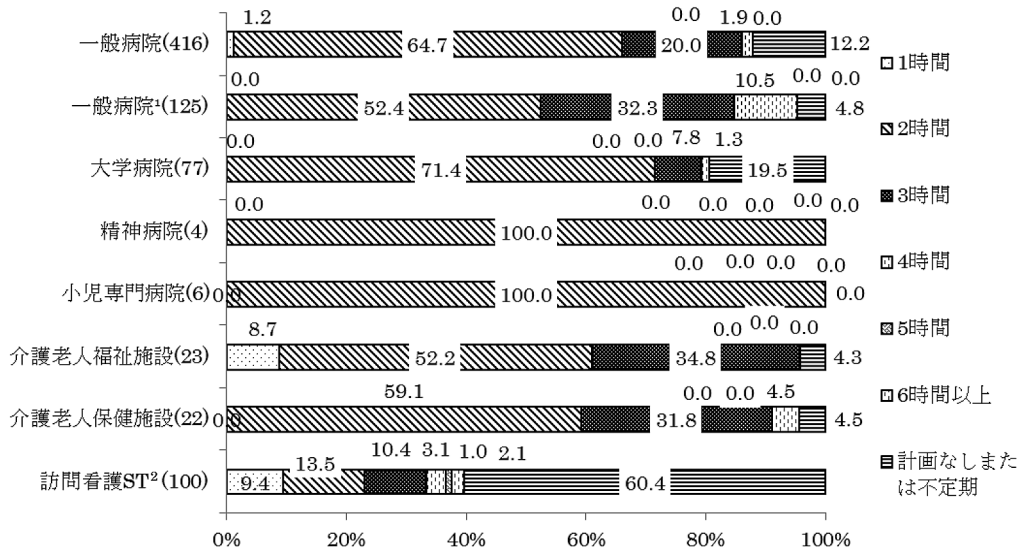
栄養状態改善計画に関する立案の割合は、一般病院 78.2%，療養型病床を有する一般病院 79.2%，大学病院 70.5%，精神病院 100.0%，小児専門病院 50.0%，介護老人福祉施設 90.5%，介護老人保健施設 91.3%，訪問看護ステーション 61.6%であった。

リハビリテーション計画に関する立案の割合は、一般病院 64.3%，療養型病床を有する一般病院 66.4%，大学病院 59.0%，精神病院 0.0%，小児専門病院 50.0%。介護老人福祉施設 90.0%，介護老人保健施設 90.0%，訪問看護ステーション 58.6%であった。

### 3. 褥瘡の局所管理

#### 1) 総褥瘡 (表4)

ドレッシング材の使用が最も多い施設は、大学病院



1：療養型病床を有する一般病院 2：訪問看護ステーション

図 11 D3-5 体位変換時間実施状況

表 4 局所管理

	外用薬	ドレッシング材	ラップ療法	外科的治療	物理的治療
一般病院 (n = 1386)	746 (53.8)	692 (49.9)	11 (0.8)	165 (11.9)	50 (3.6)
一般病院 <sup>1</sup> (n = 357)	197 (55.2)	152 (42.6)	17 (4.8)	36 (10.1)	6 (1.7)
大学病院 (n = 452)	171 (37.8)	200 (44.2)	0 (0.0)	29 (6.4)	15 (3.3)
精神病院 (n = 8)	5 (62.5)	2 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
小児専門病院 (n = 22)	6 (27.3)	9 (40.9)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)
介護老人福祉施設 (n = 56)	40 (71.4)	14 (25.0)	16 (28.6)	1 (1.8)	0 (0.0)
介護老人保健施設 (n = 73)	47 (64.4)	30 (41.1)	6 (8.2)	2 (2.7)	7 (9.6)
訪問看護 ST <sup>2</sup> (n = 217)	133 (61.3)	74 (34.1)	28 (12.9)	15 (6.9)	4 (1.8)

実施ありの回答数、( ) カッコは%

1：療養型病床を有する一般病院 2：訪問看護ステーション

44.2%と小児専門病院 40.9%であり、他の施設では外用薬が多かった。その割合は、一般病院 53.8%、療養型病床を有する一般病院 55.2%、精神病院 62.5%、介護老人福祉施設 71.4%、介護老人保健施設 64.4%、訪問看護ステーション 61.3%であった。介護老人福祉施設では、いわゆるラップ療法が 28.6%で使用されていた。

2) d1 褥瘡 (表 5)

ドレッシング材の使用が最も多い施設は、一般病院で 66.3%、療養型病床を有する一般病院で 66.7%、大学病院で 50.7%、精神病院では 100.0%で、小児専門病院では 75.0%であった。他の施設では、外用薬が最も多く、介護老人福祉施設では 100.0%、介護老人保健施設では 72.7%、訪問看護ステーション 56.3%であった。

表5 d1 局所管理

	外用薬	ドレッシング材	ラップ療法	外科的治療	物理的治療
一般病院 (n = 166)	65 (39.1)	110 (66.3)	2 (1.2)	17 (10.2)	5 (3.0)
一般病院 <sup>1</sup> (n = 33)	12 (36.4)	22 (66.7)	1 (3.0)	2 (6.1)	0 (0.0)
大学病院 (n = 69)	19 (27.5)	35 (50.7)	0 (0.0)	4 (5.8)	4 (5.8)
精神病院 (n = 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
小児専門病院 (n = 4)	0 (0.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人福祉施設 (n = 11)	11 (100.0)	5 (45.5)	2 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人保健施設 (n = 11)	8 (72.7)	8 (72.7)	1 (9.1)	1 (9.1)	2 (18.2)
訪問看護 ST <sup>2</sup> (n = 64)	36 (56.3)	35 (54.7)	7 (10.9)	1 (1.6)	1 (1.6)

実施ありの回答数, ( ) カッコは%

1: 療養型病床を有する一般病院 2: 訪問看護ステーション

表6 d2 局所管理

	外用薬	ドレッシング材	ラップ療法	外科的治療	物理的治療
一般病院 (n = 617)	312 (50.6)	433 (70.2)	5 (0.8)	66 (10.7)	19 (3.1)
一般病院 <sup>1</sup> (n = 174)	79 (45.4)	81 (46.6)	19 (10.9)	9 (5.2)	1 (0.6)
大学病院 (n = 207)	94 (45.4)	141 (68.1)	0 (0.0)	9 (4.3)	7 (3.4)
精神病院 (n = 3)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
小児専門病院 (n = 5)	3 (60.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人福祉施設 (n = 19)	6 (31.6)	8 (42.1)	5 (26.3)	1 (5.3)	0 (0.0)
介護老人保健施設 (n = 27)	21 (77.8)	17 (63.0)	4 (14.8)	1 (3.7)	3 (11.1)
訪問看護 ST <sup>2</sup> (n = 51)	33 (64.7)	26 (51.0)	9 (17.6)	4 (7.8)	0 (0.0)

実施ありの回答数, ( ) カッコは%

1: 療養型病床を有する一般病院 2: 訪問看護ステーション

### 3) d2 褥瘡 (表6)

外用薬を使用する割合が多かった施設は、精神病院 66.7%、介護老人保健施設 77.8%、訪問看護ステーション 64.7%であった。ドレッシング材の使用割合が多かった施設は、一般病院 70.2%、療養型病室を

有する一般病院 46.6%、大学病院 68.1%、小児専門病院 80.0%、介護老人福祉施設 42.1%であった。

### 4) D3-5 褥瘡 (表7)

外用薬を使用する割合がすべての施設で一番多かった。その割合は、一般病院 88.7%、療養型病室を有

表7 D3-5局所管理

	外用薬	ドレッシング材	ラップ療法	外科的治療	物理的治療
一般病院 (n = 416)	369 (88.7)	152 (36.5)	3 (0.7)	90 (21.6)	32 (7.7)
一般病院 <sup>1</sup> (n = 125)	105 (84.0)	50 (40.0)	2 (1.6)	28 (22.4)	5 (4.0)
大学病院 (n = 77)	59 (76.6)	38 (49.4)	0 (0.0)	17 (22.1)	2 (2.6)
精神病院 (n = 4)	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
小児専門病院 (n = 6)	4 (66.7)	4 (66.7)	0 (0.0)	2 (33.3)	0 (0.0)
介護老人福祉施設 (n = 23)	20 (87.0)	6 (26.1)	5 (21.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人保健施設 (n = 22)	18 (81.8)	2 (9.1)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
訪問看護 ST <sup>2</sup> (n = 100)	80 (80.0)	28 (28.0)	13 (13.0)	13 (13.0)	3 (3.0)

実施ありの回答数, ( ) カッコは%

1: 療養型病床を有する一般病院 2: 訪問看護ステーション

する一般病院 84.0%, 大学病院 76.6%, 精神病院 100.0%, 小児専門病院 66.7%, 介護老人福祉施設 87.0%, 介護老人保健施設 81.8%, 訪問看護ステーション 80.0%であった。つぎにドレッシング材の使用割合が多く一般病院 36.5%, 療養型病床を有する一般病院 40.0%, 大学病院 49.4%, 介護老人福祉施設 26.1%, 介護老人保健施設 9.1%, 訪問看護ステーション 28.0%であった。介護老人福祉施設ではいわゆるラップ療法の使用も多かった (21.7%)。

## 考 察

### 1. 褥瘡有病者の特徴

一般病院や療養型病床を有する一般病院, 介護老人福祉施設, 介護老人保健施設などでは, 第2回の調査と同様に75歳以上の占める割合は高かった。また, ベッド上での基本的動作能力がない割合は, 一般病院や療養型病床を有する一般病院, 大学病院では前回の調査とほぼ同じであった。この基本的な動作能力低下以外に, 栄養状態の低下も依然としてリスク因子となっていることが明らかとなった。入院中の患者の病状を考慮した, より適切な栄養状態の管理については, NST (nutrition support team) の役割が一層重要になると考えられる。施設利用の目的別疾患では, 前回の調査と同様に脳血管後遺症や悪性新生物, 認知症が多かったが, 特に介護老人保健施設では認知症の割合が約1.5倍に増えていた。この介護老人保健施設

では寝たきり (ランクC) の患者の割合は, 調査した施設で最も低かったことから, 高齢者で認知症の患者において自立度が高い場合でも褥瘡が発生することが示唆された。その要因として, 介護老人福祉施設での褥瘡発生部位は尾骨部が比較的多いことから<sup>5)</sup>, 座位姿勢による生活の時間が長いことが考えられた。

### 2. ケアの特徴

総褥瘡に対する体圧分散寝具の活用については, 前回の調査と同様に多くの施設ではエアマットレスあるいはウレタンフォームマットレスが使用されていた。前回の調査では, 介護老人福祉施設では体圧分散マットレスを使用していない割合は9.6%と他の施設よりも多かったが<sup>4)</sup>, 今回の調査では3.2%と減少した。一方前回の調査で, 介護老人保健施設では体圧分散マットレスを使用していない割合は2.1%であったが, 今回の調査では8.9%と増加していた。介護職は除圧や摩擦・ずれ, 湿潤, 栄養に関するケアなどの基礎知識が十分ではなく, 皮膚の異常について誤った知識をもっているとの調査結果も報告されている<sup>9)</sup>。今後は, 介護保険施設への体圧分散マットレスの導入を困難にしている要因を明らかにするとともに, ケアの詳細についても調査する必要があると考えられた。また, 介護保険施設の職員への教育については各地方会での普及活動が効率的と考えられることから今後の取り組みに期待したい。前回の調査で在宅において体圧分散マットレスを使用していない割合は7.1%であっ

たが、今回の調査では1.2%と減少していた。これは、当学会が取り組んできた在宅褥瘡セミナーでの褥瘡の予防やケア、治療等の啓発および普及活動が功を奏したと考えられる。

2時間ごとの体位変換については、多くの施設で実施されていたが、在宅では61.6%で実施なし、あるいは不定期に実施されている現状が明らかとなった。これは、d1褥瘡(57.4%)やd2褥瘡(65.3%)、あるいはD3-5褥瘡(60.4%)でも同様であった。この傾向は前回の調査結果と同様であり、褥瘡の予防や治療の促進では、体位変換も有用な方法ではあるものの人的資源が不足していると考えられ対応策が求められる。

### 3. 局所管理の特徴

褥瘡の局所管理として、外用薬は多くの施設で使用されており、より重篤な褥瘡でその傾向は強かった。ドレッシング材は、より軽度な褥瘡で使用される傾向にあった。いわゆるラップ療法については、前回の調査結果と比較し介護老人福祉施設では42.9%から28.6%に、介護老人保健施設では12.2%から8.2%に減少していた。しかし一方で在宅においては、前回の調査では7.7%であったが今回は12.9%と増加していた。ラップ療法については、本学会での議論に基づき実施に際しては、①褥瘡の治療について十分な知識と経験をもった医師の責任のもとで行われること、②患者・家族に十分な説明をして同意を得たうえで行うことの2つが担保されなければならないこととなっている<sup>10)</sup>。ラップ療法については、今後も有用性と安全性についてのデータを数多く蓄積し、本学会で共有する必要がある。

### 4. 調査の限界と課題

今回の調査の施設数は、前回(第2回)の調査よりも多くなっているものの限られており、異なる場合も多いことからそれぞれの項目について比較することは必ずしも適切ではないと考えるが、わが国の褥瘡の実態をおおよそ把握するための資料にはなると思われる。特に精神病院の数は8施設と少ないことから、得られたデータの解釈には十分に留意する必要がある。精神病院の施設数を少しでも増やすためには、調査を依頼する時点での工夫が必要であり今後の課題である。

### 謝 辞

今回の調査では、下記の都道府県調査責任者各位には多大なご協力をいただきましたことに深く感謝申し上げます。

仙石真由美・小寺裕子(北海道)、漆館聡志(青森)、進

藤吉明・小玉光子(秋田)、熊谷栄子(宮城)、齋藤優紀子(福島)、多田千和子(山形)、高橋元(茨城)、岡部勝行(神奈川)、石川治(群馬)、渡辺成(埼玉)、秋山和宏(千葉)、溝上祐子(東京)、前川武雄(栃木)、久島英雄(長野)、藤原浩(新潟)、本田雄二(山梨)、青木和恵(静岡)、祖父江正代(愛知)、加納宏行(岐阜)、大桑麻由美(石川)、高橋秀典(福井)、林智世(三重)、安田智美(富山)、宮地良樹・岡田依子(京都)、田中俊宏・河田優子(滋賀)、美濃良夫・正寿佐和子(大阪)、寺師浩人・松本衣代(兵庫)、中村義徳・天内陽子(奈良)、古川福美・木村智葉(和歌山)、茂木定之(広島)、青木久尚(岡山)、田中マキ子(山口)、中山敏(鳥取)、安楽邦明(島根)、河村進(愛媛)、山本由利子(香川)、中川宏治(高知)、三谷和江(徳島)、古江増隆(福岡)、上村哲司・江口忍(佐賀)、竹内善治(大分)、野上玲子(熊本)、藤岡正樹(長崎)、大安剛裕(宮崎)、松下茂人(鹿児島)、上里博(沖縄)

敬称略

### 文 献

- 1) 日本褥瘡学会実態調査委員会：平成18年度日本褥瘡学会実態調査委員会報告1 療養場所別褥瘡有病率、褥瘡の部位・重傷度(深さ)。褥瘡会誌, 10(2)：153-161, 2008.
- 2) 日本褥瘡学会実態調査委員会：平成18年度日本褥瘡学会実態調査委員会報告2 療養場所別褥瘡有病者の特徴およびケアと局所管理。褥瘡会誌, 10(4)：573-585, 2008.
- 3) 日本褥瘡学会実態調査委員会：平成21年度日本褥瘡学会実態調査委員会報告1 療養場所別褥瘡有病率、褥瘡の部位・重傷度(深さ)。褥瘡会誌, 13(4)：625-632, 2011.
- 4) 日本褥瘡学会実態調査委員会：平成21年度日本褥瘡学会実態調査委員会報告2 療養場所別褥瘡有病者の特徴およびケアと局所管理。褥瘡会誌, 13(4)：633-645, 2011.
- 5) 日本褥瘡学会実態調査委員会：平成24年度日本褥瘡学会実態調査委員会報告1 療養場所別褥瘡有病率、褥瘡の部位・重傷度(深さ)。褥瘡会誌, 17(1)：58-68, 2015.
- 6) 日本褥瘡学会学術教育委員会：褥瘡対策に関する診療計画書記入の手引き。褥瘡対策の指針(日本褥瘡学会), 17-18, 照林社, 東京, 2002.
- 7) 日本褥瘡学会：「褥瘡ハイリスク項目」；項目の定義。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(日本褥瘡学会編集), 41-44, 照林社, 東京, 2006.

- 8) 森口隆彦, 宮地良樹, 真田弘美, ほか: 「DESIGN」—褥瘡の新しい重症度分類と経過評価のツール—. 褥瘡会誌, 4 (1): 1-7, 2002.
- 9) 寺境夕紀子, 安田智美, 吉井忍, ほか: 療養型病床および介護保険施設における看護職と介護職の褥瘡に対する認識. 褥瘡会誌, 11 (2): 131-136, 2009.
- 10) 日本褥瘡学会理事会: いわゆる「ラップ療法」に関する日本褥瘡学会理事会見解について. 褥瘡会誌, 12 (1): 前付, 2010.