

第2回(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

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

日本褥瘡学会の実態調査委員会では、2006年10月～12月に全国の病院、介護保険施設、在宅(訪問看護ステーション)を対象に第1回の調査を実施し、療養別の褥瘡有病率や有病者の特徴などを明らかにし、その内容については日本褥瘡学会誌に報告されている^{1,2)}。同様の内容で行った第2回の実態調査に関しては、第2回(平成21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³⁾。

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

第1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1³⁾に記載した。

2. 調査期間

2010年5月中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

新た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選択肢回答型質問紙による調査を行った。電子調査に対応できない施設においては、第1回調査と同様の方法で調査用紙を郵送しての調査を行った。

4. 調査内容

1) 褥瘡有病者の特徴

性別、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⁴⁾。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⁵⁾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、物理療法のいずれの局所管理を実施しているかを調査した。各治療法の詳細な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。

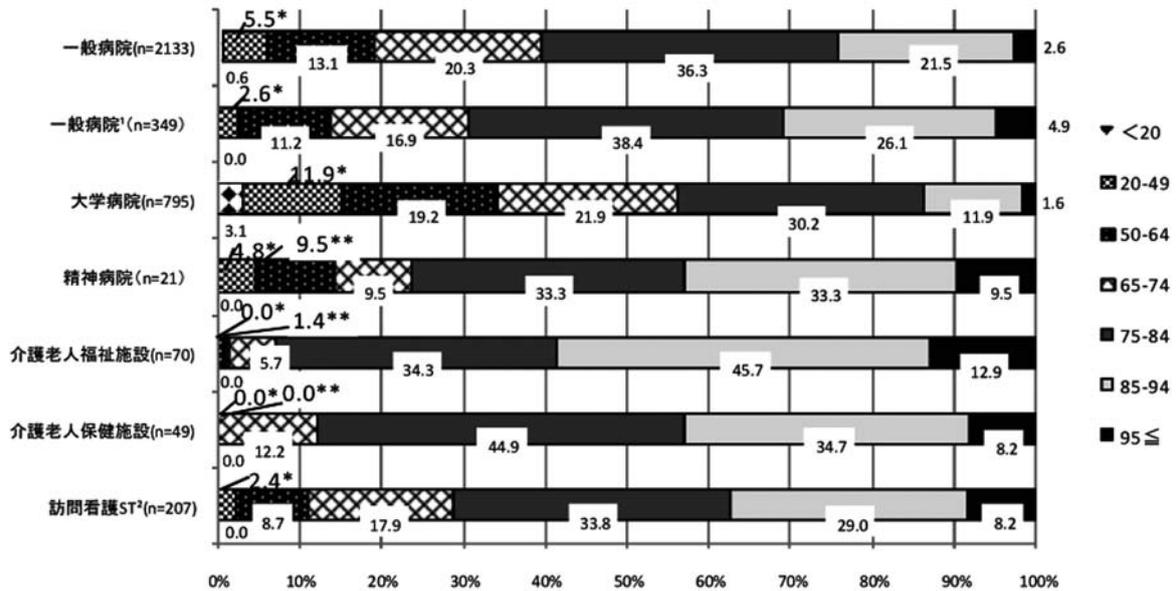
4) 分析

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)⁶⁾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『疫学研究に関する倫理指針(平成14年6月17日実施、平成16年12月



棒グラフ左端下数値：20歳未満，*：20-49歳，**：50-64歳

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

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，療養型病床を有する一般病院，大学病院，精神病院，介護老人保健施設，訪問看護ステーションでは75～84歳の占める割合が最も多かった。介護老人福祉施設では85～94歳(45.7%)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60.4%，療養型病床を有する一般病院69.4%，精神病院76.1%，介護老人福祉施設92.9%，介護老人保健施設87.8%，訪問看護ステーション71.0%)。

2) 性別 (図2)

一般病院，療養型病床を有する一般病院，大学病院において男性が半数をこえていた(57.9%，51.0%，60.0%)。一方，精神病院や介護老人福祉施設，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(52.4%，75.7%，73.5%，54.6%)。

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22.6%，感染20.6%，脳血管後遺症12.1%であり，療養型病床を有する一般病院では脳血管後遺症18.6%，感染13.8%，悪性新生物12.9%で，大学病院では，悪性新生物26.5%，感染12.3%，高血圧以外の循環器疾患11.0%であった。また，精神病院では認知症66.7%，脳血管後遺症14.3%，高血圧9.5%であり，介護老人福祉施設では認知症52.9%，脳血管後遺症38.6%，骨・関節疾患12.9%であった。介護老人保健施設では認知症34.7%，脳血管後遺症28.6%，高血圧12.2%であり，訪問看護ステーションでは脳血管後遺症24.6%，認知症16.9%，高血圧と骨・関節疾患が9.2%であった。

4) 日常生活自立度 (図3)

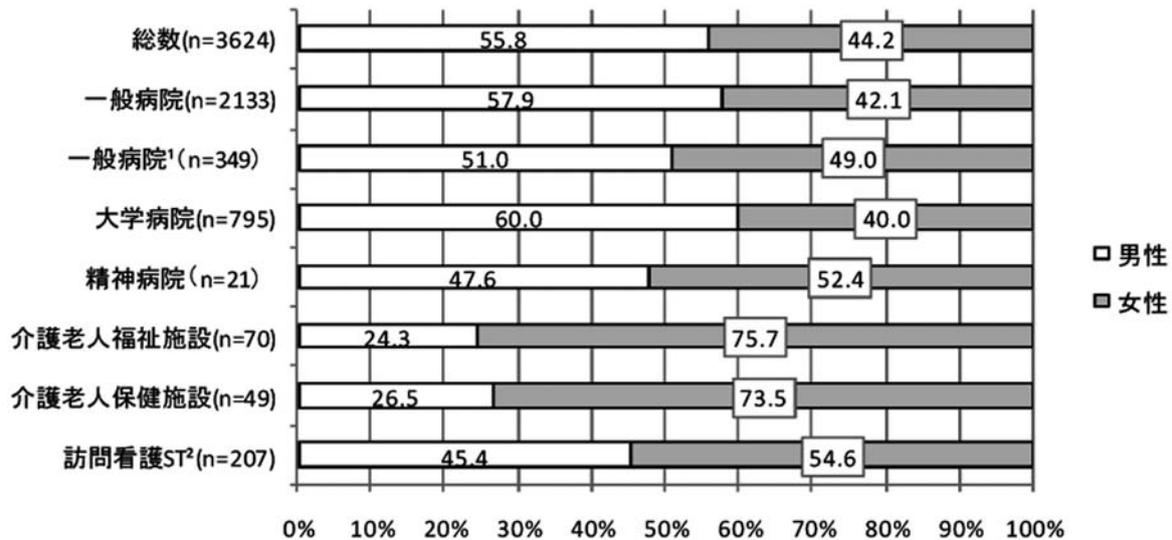
介護老人福祉施設ではランクB2(42.9%：介助のもと車いすに移乗し，食事または排泄に関しても介護者の援助を必要とする)が最も多く，ほかにはランクC2(自力で寝返りもうてない)が最も多かった(一般病院64.5%，療養型病床を有する一般病院71.1%，大学病院56.1%，精神病院52.4%，介護老人保健施設59.2%，訪問看護ステーション60.4%)。

一般病院と療養型病床を有する一般病院，精神病院では寝たきり(ランクC1, C2)の占める割合が70%以上であった(77.8%，83.1%，81.0%)。

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



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

有病者の割合は、すべての施設において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、33.3%～85.7%であった。病的骨突出ありの割合は、病院は53.3%～71.4%、介護老人福祉施設64.3%、介護老人保健施設67.3%、訪問看護ステーション63.3%であった。関節拘縮ありは、一般病院39.4%、療養型病床を有する一般病院49.5%、大学病院32.5%と50%以下であったが、精神病院66.7%、介護老人福祉施設54.3%、介護老人保健施設67.3%、訪問看護ステーション67.1%と50%以上であった。栄養状態低下ありの割合は、病院が70%以上であった（一般病院80.6%、療養型病床を有する一般病院76.2%、大学病院73.3%、精神病院81.0%）。他の施設は、70%以下であった（介護老人福祉施設67.1%、介護老人保健施設63.3%、訪問看護ステーション65.7%）。湿潤に関する危険因子では、発汗ありは、精神病院28.6%以外は40%以上であった（一般病院52.9%、療養型病床を有する一般病院54.7%、大学病院42.5%、介護老人福祉施設44.3%、介護老人保健施設53.1%、訪問看護ステーション63.8%）。失禁ありは、大学病院58.6%は60%以下であったが、他の施設では60%以上であった（一般病院69.6%、療養型病床を有する一般病院74.7%、精神病院71.4%、介護老人福祉施設65.7%、介護老人保健施設73.5%、訪問看護ステーション67.1%）。浮腫ありは、療養型病床を有する一般病院44.4%と精神病院42.9%は40%以上であったが、他の施設では40%以下であった（一般病院36.5%、大学病院34.0%、介護老人福祉施設31.4%、介護老人

保健施設24.5%、訪問看護ステーション37.2%）。

(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、鎮痛・鎮静剤の使用11.7%、極度の皮膚の脆弱12.4%、褥瘡の多発と再発53.7%であった。大学病院では、重度の末梢循環不全11.2%、鎮痛・鎮静剤の使用16.1%、極度の皮膚の脆弱12.0%、褥瘡の多発と再発45.8%であった。

2. 褥瘡有病者へのケア

1) 総褥瘡

体圧分散寝具 (図4)：精神病院以外はエアマットレスの使用が最も多く、一般病院54.7%、療養型病床を有する一般病院69.5%、大学病院50.0%、介護老人福祉施設57.5%、介護老人保健施設72.9%、訪問看護ステーション71.1%であった。精神病院はウレタンフォームマットレスが最も多く、45.5%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、介護老人福祉施設で9.6%、訪問看護ステーションで7.1%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68.1%、療養型病床を有する一般病院60.4%、大学病院72.4%、精神病院90.5%、介護老人福祉施設71.5%、介護老人保健施設95.9%、訪問看護ステーション13.5%であった。訪問看護ステーションでは、60.4%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90.6%、療養型病床を有する一般病院94.0%、大学

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=2133)	258 (12.1)	190 (8.9)	481 (22.6)	440 (20.6)	33 (1.5)	27 (1.3)	217 (10.2)
一般病院 ¹ (n=349)	65 (18.6)	17 (4.9)	45 (12.9)	48 (13.8)	14 (4.0)	9 (2.6)	33 (9.5)
大学病院 (n=795)	74 (9.3)	60 (7.5)	211 (26.5)	98 (12.3)	5 (0.6)	5 (0.6)	85 (11.0)
精神病院 (n=21)	3 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (66.7)	2 (9.5)	2 (9.5)
介護老人福祉施設 (n=70)	27 (38.6)	9 (12.9)	1 (1.4)	0 (0.0)	37 (52.9)	6 (8.6)	2 (2.9)
介護老人保健施設 (n=49)	14 (28.6)	2 (4.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (34.7)	6 (12.2)	2 (4.1)
訪問看護 ST ² (n=207)	51 (24.6)	16 (9.2)	14 (6.8)	8 (3.9)	35 (16.9)	19 (9.2)	18 (8.7)

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=2133)	56 (2.6)	40 (1.9)	18 (0.8)	91 (4.3)	89 (4.2)	74 (3.5)	307 (14.4)	454 (21.3)
一般病院 ¹ (n=349)	16 (4.6)	8 (0.5)	4 (1.1)	29 (8.3)	14 (0.3)	14 (0.3)	83 (23.8)	87 (25.0)
大学病院 (n=795)	26 (3.3)	18 (2.3)	2 (0.3)	21 (2.6)	35 (4.4)	15 (1.9)	58 (7.3)	191 (24.0)
精神病院 (n=21)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (9.5)	5 (23.8)	0 (0.0)	9 (42.9)	7 (33.3)
介護老人福祉施設 (n=70)	1 (1.4)	0 (0.0)	4 (5.7)	12 (17.1)	1 (1.4)	1 (1.4)	14 (20.0)	6 (8.6)
介護老人保健施設 (n=49)	2 (4.1)	0 (0.0)	3 (6.1)	8 (16.3)	4 (8.2)	1 (2.0)	19 (38.8)	4 (8.2)
訪問看護 ST ² (n=207)	15 (7.2)	0 (0.0)	12 (5.8)	25 (12.1)	8 (3.9)	2 (1.0)	102 (49.3)	417 (22.2)

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

病院 93.6%, 精神病院 100.0%, 介護老人福祉施設 81.4%, 介護老人保健施設 63.3%, 訪問看護ステーション 92.8%であった。

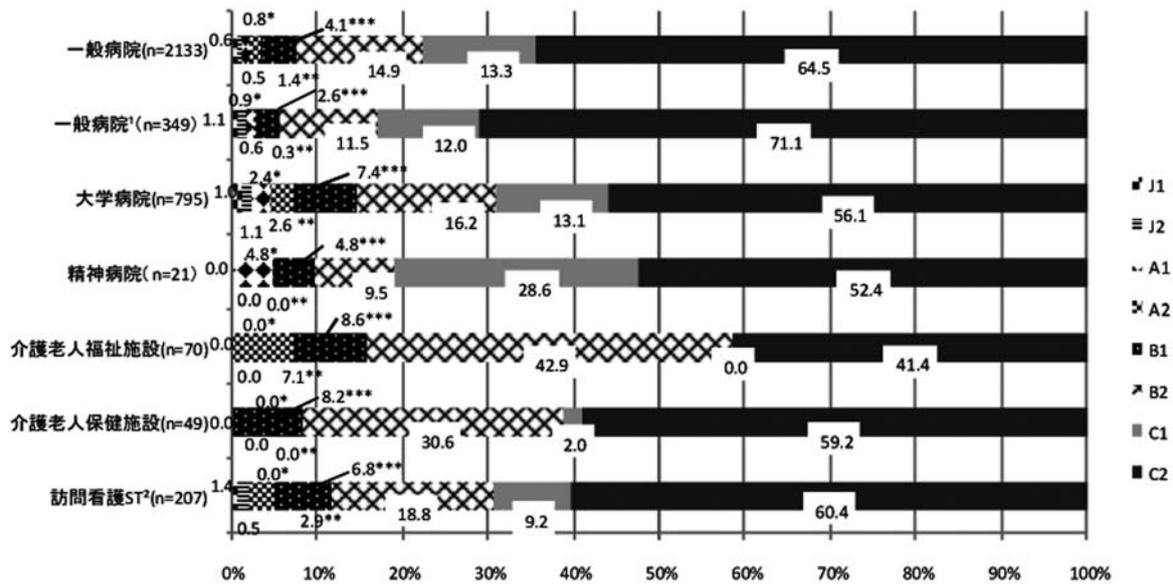
栄養状態改善計画に関する立案の割合は, 一般病院 63.2%, 療養型病床を有する一般病院 72.8%, 大学病院 64.8%, 精神病院 100.0%, 介護老人福祉施設 90.0%, 介護老人保健施設 61.2%, 訪問看護ステーション 63.3%であった。

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 52.9%, 療養型病床を有する一般病院 60.2%,

大学病院 54.5%, 精神病院 28.6%, 介護老人福祉施設 82.9%, 介護老人保健施設 53.1%, 訪問看護ステーション 55.1%であった。

2) d1 褥瘡

体圧分散寝具 (図 6) : エアマットレスの使用が多かったのは, 療養型病床を有する一般病院 57.9%, 介護老人福祉施設 100.0%, 介護老人保健施設 50.0%, 訪問看護ステーション 51.9%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, 一般病院 45.2%, 大学病院 54.2%, 精神病院 66.7%で



棒グラフ左端下数値：J1, 棒グラフ左端外数値：J2, *A1, **A2, ***B1
 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3 日常生活自立度

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=2133)	1999 (93.7)	1140 (53.4)	1267 (59.3)	841 (39.4)	1720 (80.6)	1130 (52.9)	1485 (69.6)	778 (36.5)
一般病院¹ (n=349)	336 (86.2)	202 (57.8)	240 (68.7)	173 (49.5)	266 (76.2)	191 (54.7)	261 (74.7)	155 (44.4)
大学病院 (n=795)	695 (87.4)	431 (54.2)	424 (53.3)	258 (32.5)	583 (73.3)	338 (42.5)	466 (58.6)	270 (34.0)
精神病院 (n=21)	20 (95.2)	7 (33.3)	15 (71.4)	14 (66.7)	17 (81.0)	6 (28.6)	15 (71.4)	9 (42.9)
介護老人福祉施設 (n=70)	60 (85.7)	53 (75.7)	45 (64.3)	38 (54.3)	47 (67.1)	31 (44.3)	46 (65.7)	22 (31.4)
介護老人保健施設 (n=49)	44 (89.8)	42 (85.7)	33 (67.3)	33 (67.3)	31 (63.3)	26 (53.1)	36 (73.5)	12 (24.5)
訪問看護 ST² (n=207)	193 (93.2)	124 (60.0)	131 (63.3)	139 (67.1)	136 (65.7)	132 (63.8)	139 (67.1)	77 (37.2)

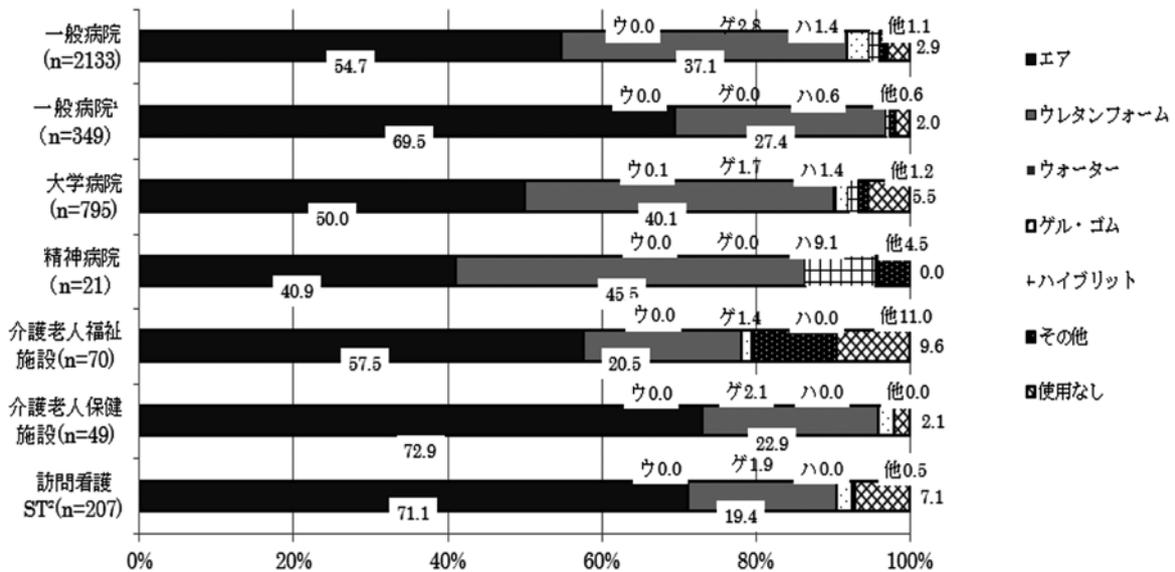
複数回答, () カッコ内は%

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

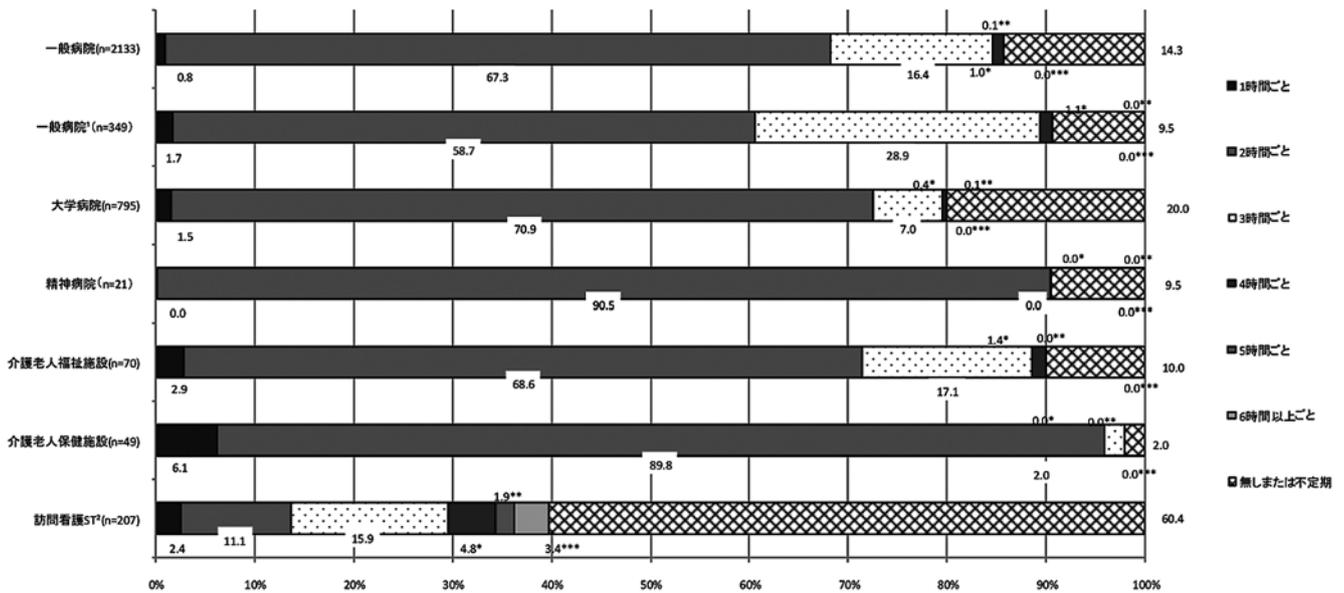
	ショック 状態	重度の末梢 循環不全	鎮痛・鎮静 剤の使用	6時間以上 の手術	特殊体位 の手術	強度の下痢 の持続	極度の皮膚 の脆弱	褥瘡の多発 と再発
一般病院 (n=2133)	155 (7.3)	180 (8.4)	250 (11.7)	54 (2.5)	34 (1.6)	84 (3.9)	264 (12.4)	1146 (53.7)
大学病院 (n=795)	69 (8.7)	89 (11.2)	128 (16.1)	49 (6.2)	26 (3.3)	26 (3.3)	95 (12.0)	364 (45.8)

複数回答, () カッコ内は%



ウ：ウォーター，ゲ：ゲル・ゴム，ハ：ハイブリット，他：その他
 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



* 4時間ごと，** 5時間ごと，*** 6時間以上ごと
 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

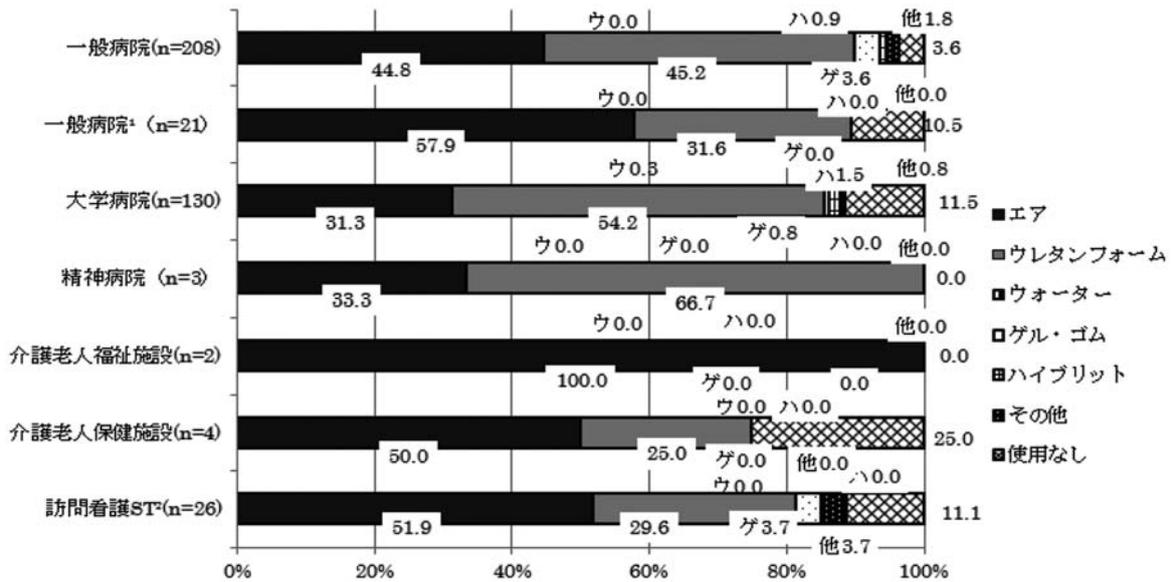
図5 体位変換時間実施状況

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め、一般病院 3.6%、療養型病床を有する一般病院 10.5%、大学病院 11.5%、介護老人保健施設 25.0%、訪問看護ステーション 11.1%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70.2%、療養型

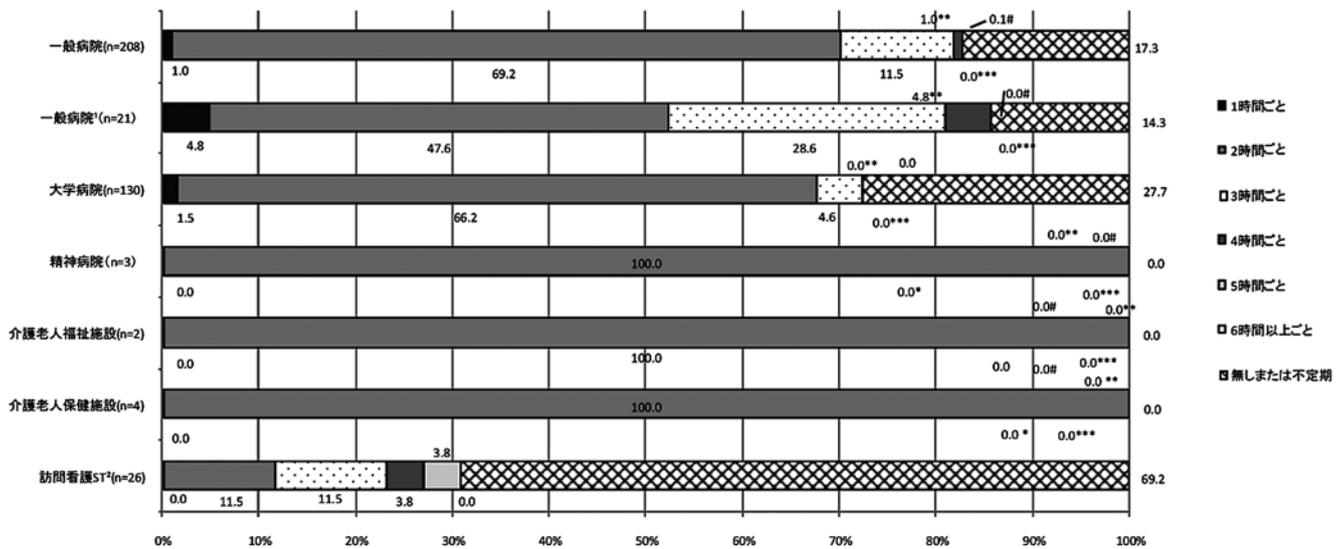
病床を有する一般病院52.4%、大学病院67.7%、精神病院100%、介護老人福祉施設100.0%、介護老人保健施設100.0%、訪問看護ステーション11.5%であった。一方、体位変換を実施しないまたは不定期に行う割合は、一般病院7.3%、療養型病床を有する一般病院14.3%、大学病院27.7%、訪問看護ステーション69.2%であった。

スキンケア計画に関する立案の割合は、一般病院



ウ：ウォーター，ゲ：ゲル・ゴム，ハ：ハイブリット，他：その他
 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6 d1 体圧分散寝具使用状況



*：3時間ごと，**：4時間ごと，***：5時間ごと，#：6時間以上ごと
 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7 d1 体位変換時間実施状況

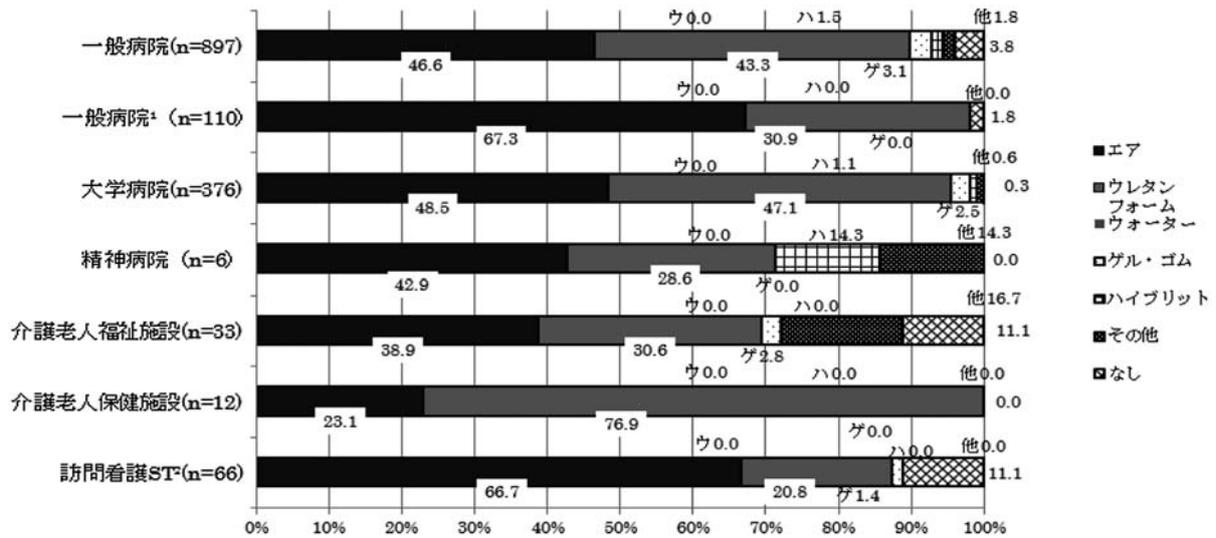
90.4%，療養型病床を有する一般病院 90.5%，大学病院 89.2%，精神病院 100.0%，介護老人福祉施設 50.0%，介護老人保健施設 50.0%，訪問看護ステーション 88.5%であった。

栄養状態改善計画に関する立案の割合は，一般病院 59.6%，療養型病床を有する一般病院 61.9%，大学病院 65.4%，精神病院 100.0%，介護老人福祉施設 100.0%，介護老人保健施設 25.0%，訪問看護ステーション 50.0%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 51.4%，療養型病床を有する一般病院 52.4%，大学病院 55.4%，精神病院 33.3%，介護老人福祉施設 100.0%，介護老人保健施設 25.0%，訪問看護ステーション 69.2%であった。

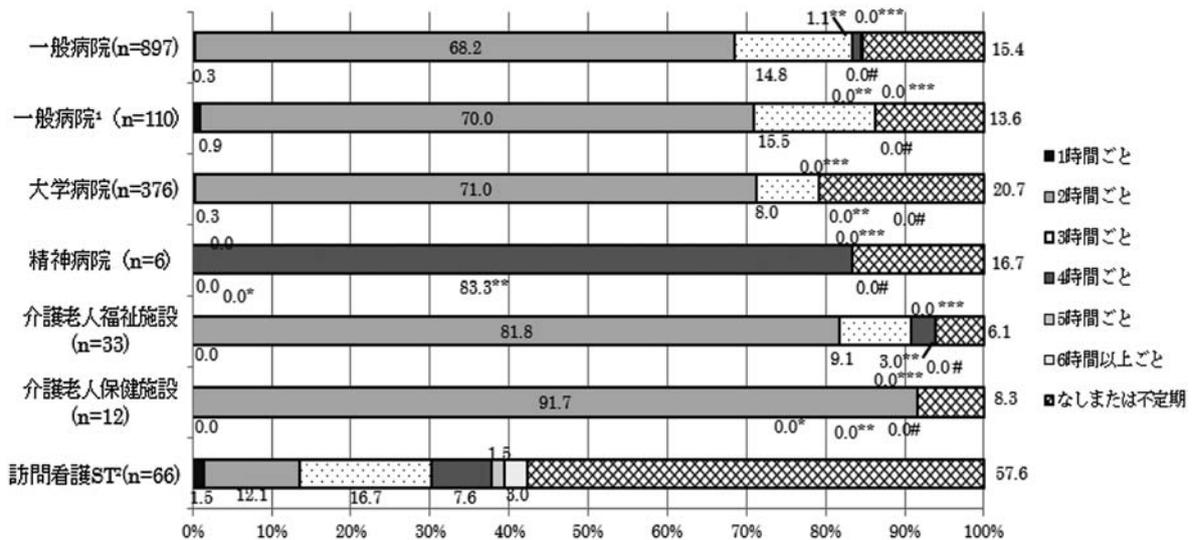
3) d2 褥瘡

体圧分散寝具(図8)：介護老人保健施設では，ウレタンフォームマットレスの使用が最も多く76.9%であった。他の施設ではエアマットレスの使用が最も



ウ：ウォーター，ゲ：ゲル・ゴム，ハ：ハイブリット，他：その他
 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



*：3時間ごと，**：4時間ごと，***：5時間ごと，#：6時間以上ごと
 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

多く、一般病院 46.6%，療養型病床を有する一般病院 67.3%，大学病院 48.5%，精神病院 42.9%，介護老人福祉施設 38.9%，訪問看護ステーション 66.7%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 3.8%，療養型病床を有する一般病院 1.8%，大学病院 0.3%，介護老人福祉施設 11.1%，訪問看護ステーション 11.1%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 68.5%，療養型病床を有する一般病院 70.9%，大学病院 71.3%，介護老人福祉施設 81.8%，介護老人保健施設 91.7%，訪問看護ステーション 13.6%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 15.4%，療養型病床を有する一般病院 13.6%，大学病院 20.7%，精神病院 16.7%，介護老人福祉施設 6.1%，介護老人保健施設 8.3%，訪問看護ステーション 57.6%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

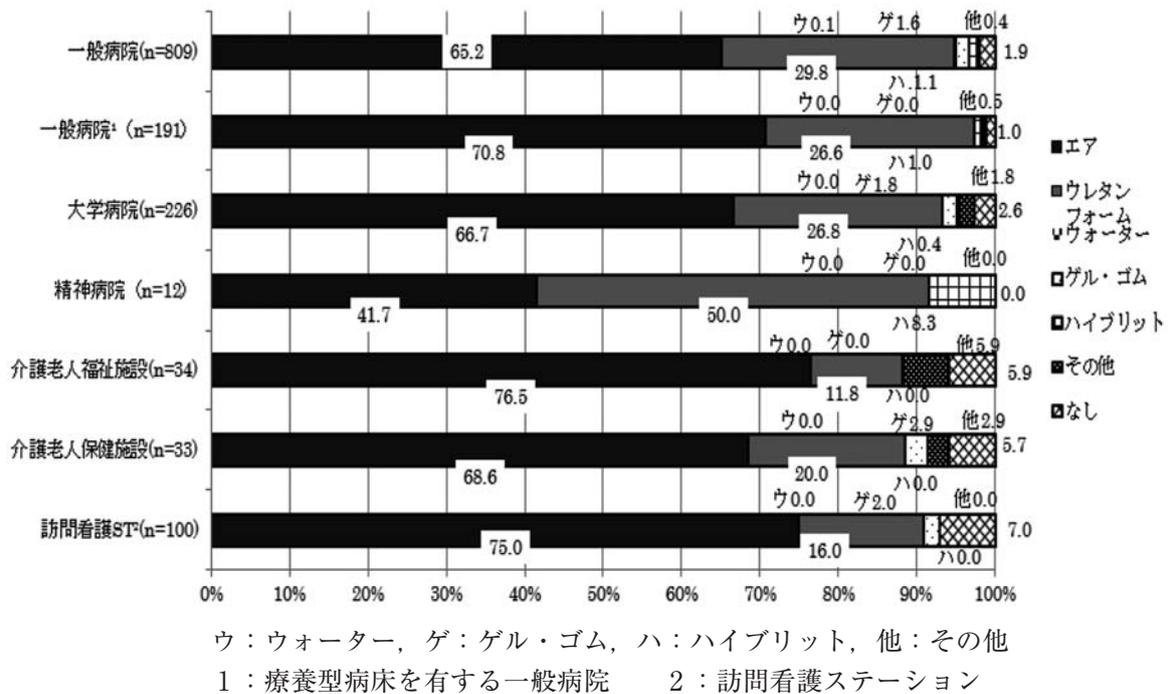


図 10 D3-5 体圧分散寝具使用状況

90.7%，療養型病床を有する一般病院 93.6%，大学病院 93.6%，精神病院 100.0%，介護老人福祉施設 78.8%，介護老人保健施設 41.7%，訪問看護ステーション 92.4%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 60.6%，療養型病床を有する一般病院 79.1%，大学病院 62.0%，精神病院 100.0%，介護老人福祉施設 81.8%，介護老人保健施設 58.3%，訪問看護ステーション 69.7%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 49.9%，療養型病床を有する一般病院 64.5%，大学病院 52.1%，精神病院 33.3%，介護老人福祉施設 87.9%，介護老人保健施設 25.0%，訪問看護ステーション 60.6%であった。

4) D3-5 褥瘡

体圧分散寝具（図 10）：精神病院ではウレタンフォームマットレスの使用が最も多く 50.0%であった。他の施設ではエアマットレスの使用が最も多く，一般病院 65.2%，療養型病床を有する一般病院 70.8%，大学病院 66.7%，介護老人福祉施設 76.5%，介護老人保健施設 68.6%，訪問看護ステーション 75.0%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，介護老人福祉施設 88.3%と介護老人保健施設 88.6%以外は 90%以上であった。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 1.9%，療養型病床を有する一般病院 1.0%，大学病院 2.6%，介護老人福祉

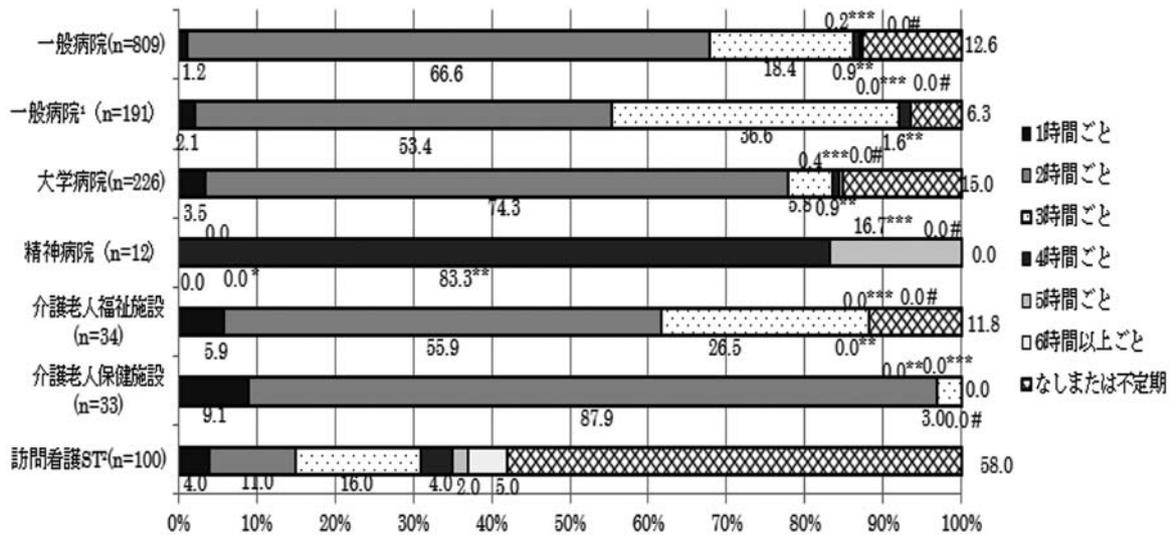
施設 5.9%，介護老人保健施設 5.7%，訪問看護ステーション 7.0%であった。

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 67.8%，療養型病床を有する一般病院 55.5%，大学病院 77.8%，介護老人福祉施設 61.8%，介護老人保健施設 97.0%，訪問看護ステーション 15.0%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 12.6%，療養型病床を有する一般病院 6.3%，大学病院 15.0%，介護老人福祉施設 11.8%，訪問看護ステーション 58.0%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 90.6%，療養型病床を有する一般病院 95.3%，大学病院 95.1%，精神病院 100.0%，介護老人福祉施設 88.2%，介護老人保健施設 72.7%，訪問看護ステーション 93.0%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 68.5%，療養型病床を有する一般病院 72.8%，大学病院 69.5%，精神病院 100.0%，介護老人福祉施設 97.1%，介護老人保健施設 78.8%，訪問看護ステーション 62.0%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 58.8%，療養型病床を有する一般病院 59.7%，大学病院 59.7%，精神病院 25.0%，介護老人福祉施設 76.5%，介護老人保健施設 66.7%，訪問看護ステーション 51.0%であった。



* : 3時間ごと, ** : 4時間ごと, *** : 5時間ごと, # : 6時間以上ごと
 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=2133)	983 (46.1)	958 (45.0)	75 (3.5)	9 (0.4)	19 (0.9)
一般病院 ¹ (n=349)	157 (45.0)	135 (38.7)	29 (8.3)	3 (0.9)	3 (0.9)
大学病院 (n=795)	324 (40.8)	410 (51.6)	0 (0.0)	6 (0.8)	6 (0.8)
精神病院 (n=21)	14 (66.7)	5 (23.8)	2 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人福祉施設 (n=70)	41 (58.6)	4 (1.4)	21 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人保健施設 (n=49)	33 (67.3)	1 (2.0)	6 (12.2)	1 (2.0)	1 (2.0)
訪問看護 ST ² (n=207)	133 (64.3)	44 (21.3)	16 (7.7)	1 (0.5)	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. 褥瘡の局所管理

1) 総褥瘡 (表 4)

大学病院ではドレッシング材の使用が最も多く (51.6%), 他の施設では外用薬が最も多かった。その割合は、一般病院 46.1%, 療養型病床を有する一般病院 45.0%, 精神病院 66.7%, 介護老人福祉施設 58.6%, 介護老人保健施設 67.3%, 訪問看護ステーション 64.3%であった。いわゆるラップ療法は、介護保険施設において比較的多く使用されており、その割合は介護老人福祉施設 42.9%で、介護老人保健施設 12.2%であった。外科的治療と物理的治療の割合

は、いずれの施設も 2.0%未満であった。

2) d1 褥瘡 (表 5)

症例数は少ないが、精神病院や介護老人福祉施設、介護老人保健施設では外用薬が使用される傾向にあった。他の施設では、ドレッシング材の使用が最も多く、一般病院では 75.0%, 療養型病床を有する一般病院では 81.0%, 大学病院では 65.4%, 訪問看護ステーション 53.8%であった。いわゆるラップ療法は、一般病院では 4.8%, 療養型を有する一般病院では 9.5%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=208)	17 (34)	156 (75.0)	10 (4.8)	1 (0.5)	0 (0.0)
一般病院 ¹ (n=21)	0 (0.0)	17 (81.0)	2 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
大学病院 (n=130)	16 (12.3)	85 (65.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.5)
精神病院 (n=3)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人福祉施設 (n=2)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人保健施設 (n=4)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
訪問看護 ST ² (n=26)	11 (42.3)	14 (53.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	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

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=897)	253 (28.2)	598 (66.7)	31 (3.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
一般病院 ¹ (n=110)	33 (30.0)	68 (61.8)	3 (2.7)	1 (0.9)	0 (0.0)
大学病院 (n=376)	105 (27.9)	261 (69.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
精神病院 (n=6)	1 (16.7)	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人福祉施設 (n=33)	17 (51.5)	3 (9.1)	12 (36.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人保健施設 (n=12)	8 (66.7)	0 (0.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
訪問看護 ST ² (n=66)	38 (57.6)	21 (31.8)	4 (6.1)	0 (0.0)	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、介護老人福祉施設 51.5%と介護老人保健施設 66.7%、そして訪問看護ステーション 57.6%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 66.7%、療養型病室を有する一般病院 61.8%、大学病院 69.4%、精神病院 50.0%であった。いわゆるラップ療法は、介護老人福祉施設では外用薬のつぎに多く使用されていた (36.4%)。

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つ

た。その割合は、一般病院 72.4%、療養型病室を有する一般病院 56.0%、大学病院 71.2%、精神病院 83.3%、介護老人福祉施設 64.7%、介護老人保健施設 72.7%、訪問看護ステーション 74.0%であった。病院ではつぎにドレッシング材の使用割合が多く一般病院 18.8%、療養型病室を有する一般病院 24.6%、大学病院 21.2%、精神病院 16.7%であった。介護老人福祉施設では、いわゆるラップ療法も多かった (26.5%)。

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=809)	586 (72.4)	152 (18.8)	27 (3.3)	7 (0.9)	16 (2.0)
一般病院 ¹ (n=191)	107 (56.0)	47 (24.6)	22 (11.5)	2 (1.0)	2 (1.0)
大学病院 (n=226)	161 (71.2)	48 (21.2)	0 (0.0)	5 (2.2)	4 (1.8)
精神病院 (n=12)	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人福祉施設 (n=34)	22 (64.7)	1 (2.9)	9 (26.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人保健施設 (n=33)	24 (72.7)	1 (3.0)	3 (9.1)	1 (3.0)	1 (3.0)
訪問看護 ST ² (n=100)	74 (74.0)	8 (8.0)	9 (9.0)	1 (1.0)	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

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1回の調査と同様に75歳以上の占める割合は高く, 両介護保険施設では前回の調査よりも10%以上も増えていた。また, ベッド上での基本的動作能力がない割合は, 前回の調査結果よりも高くなっている傾向にあり, 多様な疾患の増悪や治療上の制約から自力で動くことができずに褥瘡が発生する傾向が強くなっていると考えられた。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, 特に介護老人福祉施設では認知症の割合が2倍以上に増えていた。この介護老人福祉施設では寝たきり(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坐骨結節部が比較的多いことから³⁾, 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, 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

ムマットレスを使用する割合は第1回の調査と比較し多くなっているが, 介護老人福祉施設ではほとんど差はなかった。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いことが明らかとなった。介護老人福祉施設に勤務する看護職と介護職を対象とした調査によると, 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おり⁷⁾, 今回の全国調査でもそれを裏付ける結果となった。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。

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60.4%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(69.2%)やd2褥瘡(57.6%), あるいはD3-5褥瘡(58.0%)でも同様であった。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。介護老人福祉施設や介護老人保健施設で

は、このドレッシング材の使用は少なく、いわゆるラップ療法が他の方法よりも多く行われていた。介護老人福祉施設では、d2 褥瘡に 36.4%、D3-5 褥瘡に 26.5%の割合でラップ療法が行われている現状が明らかとなった。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⁸⁾。ラップ療法については、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

第1回の調査の施設と今回の施設は異なる場合も多く、また各施設数も少なくなっている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。特に今回は精神病院の数は3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多大なご協力をいただきましたことを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）、樋口浩文（岩手）、熊谷栄子（宮城）、齋藤優紀子（福島）、多田十和子（山形）、佐伯節子（茨城）、岡部勝行（神奈川）、石川治（群馬）、渡辺成（埼玉）、田中秀子（千葉）、上出良一（東京）、大久保祐子（栃木）、久島英雄（長野）、伊藤雅章（新潟）、本田勇二（山梨）、青木和恵（静岡）、岡本泰岳（愛知）、木下幸子（岐阜）、紺家千津子（石川）、橘幸子（福井）、林智世・水谷仁（三重）、安田智美（富山）、宮地良樹・岡田依子（京都）、高田直子・河村光子（滋賀）、美濃良夫・正寿佐和子（大阪）、寺師浩人・丸尾郁（兵庫）、中村義

徳・吉川由紀（奈良）、古川福美・木村智葉（和歌山）、茂木定之（広島）、山本康弘（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）、倉本秋（高知）、三谷和江（徳島）、古江増隆（福岡）、上村哲司（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：第2回（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（日本褥瘡学会編）, 17-18, 照林社, 東京, 2002.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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）：会告, 2010.