

平成18年度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 須釜 淳子 (執筆者)

副委員長 志渡 晃一

委員 石川 治, 真田 弘美, 佐藤 明代, 貝谷 敏子

安部 正敏, 川上 重彦, 三富 陽子, 岡 博昭

田中 克己

はじめに

2005年秋に日本褥瘡学会実態調査委員会が発足し2006年10月~12月に都道府県単位で地方会選出実態調査委員会を中心に調査を行った。第1報では、療養場所別褥瘡有病率、褥瘡部位、褥瘡の重症度(深さ)を報告した。

本稿では、療養場所別に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。

方 法

1. 調査対象

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、選択された施設に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は第1報¹⁾において述べたが、今後の疫学調査の定点施設を確保する目的で非確率的抽出法とした。都道府県調査責任者が調査依頼を行い、調査に関する同意が得られた施設に対し調査票を発送し回収した。

2. 調査期間

2006年10月~12月の期間中に都道府県単位で任意に設定した日を調査日とした。

3. 調査方法

無記名式選択肢回答型質問紙による調査を行った。発生因子、ケア、局所管理法を明らかにするために、療養者1名に1調査票の記入を各施設調査協力者に依頼した。

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²⁾。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³⁾も調査した。危険因子、ハイリスク項目は、褥瘡発生時の状況について尋ねた。

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、外科的治療、物理療法のいずれの局所管理法を実施しているか調査した。各治療法の具体的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。

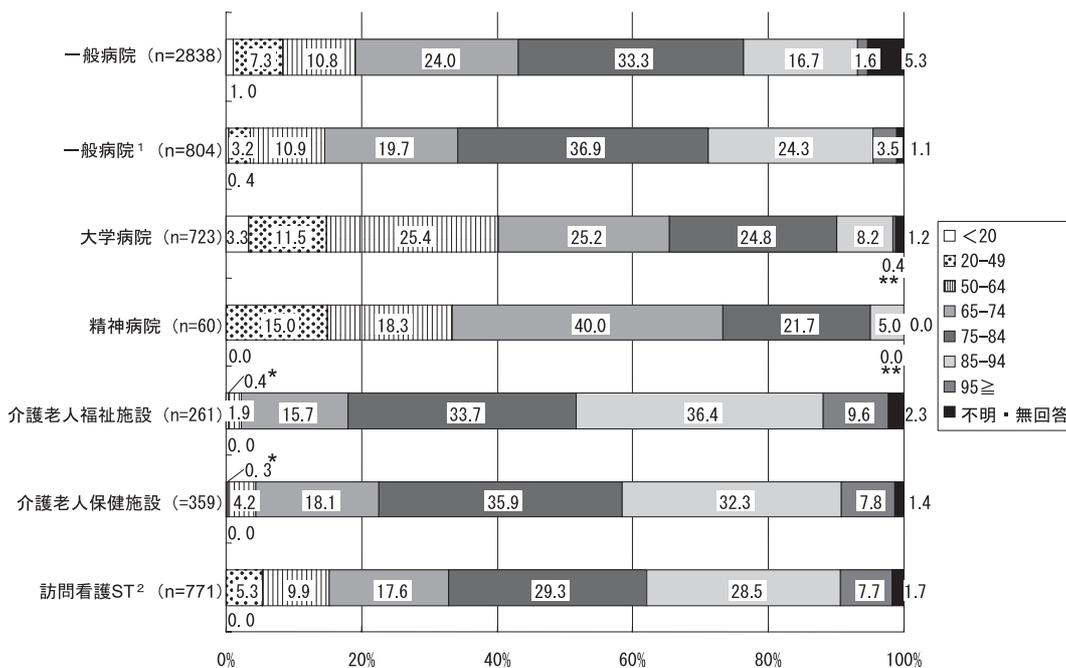
5. 分析

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)⁵⁾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。

6. 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28日改正、平成17年6月29日一部改正)の定めるところに準拠して実施した。また、実態調査委員長長の所属する研究機関(金沢大学)の倫理審査委員会の承認を受けた。



棒グラフ左端下数値：20歳未満；*：20-49歳；**：95歳以上；棒グラフ右端数値：不明・無回答
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

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，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（33.3%，36.9%，35.9%，29.3%）。大学病院では50～64歳（25.4%），精神病院では65～74歳（40.0%）介護老人福祉施設では85歳～94歳（36.4%）が最も多い褥瘡有病者の年齢区分であった。大学病院，精神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%をこえていた（一般病院51.6%，療養型病床を有する一般病院64.7%，介護老人福祉施設79.7%，介護老人保健施設76.0%，訪問看護ステーション65.5%）。

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，精神病院においては男性が半数をこえていた（57.9%，52.9%，60.7%，58.3%）。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においては女性の割合が高かった（77.0%，66.9%，56.8%）。

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上位 3 疾患は，一般病院では悪性新生物 17.9%，感染 13.5%，脳血管後遺症 11.8%，療養型病床を有する一般病院では脳血管後遺症 18.3%，感染 13.8%，褥瘡治療 9.6%，大学病院では悪性新生物 25.2%，循環器疾患（高血圧をのぞく）

9.4%，脳血管後遺症 8.7%，精神病院では認知症 15.0%，悪性新生物 13.3%，脳血管後遺症，褥瘡治療 10.0%，介護老人福祉施設では，脳血管後遺症 26.1%，認知症 19.9%，骨・関節疾患 5.0%，介護老人保健施設では，脳血管後遺症 36.5%，認知症 31.5%，褥瘡治療 8.6%，訪問看護ステーションでは褥瘡治療 22.0%，脳血管後遺症 21.5%，脊椎疾患 7.5%であった。

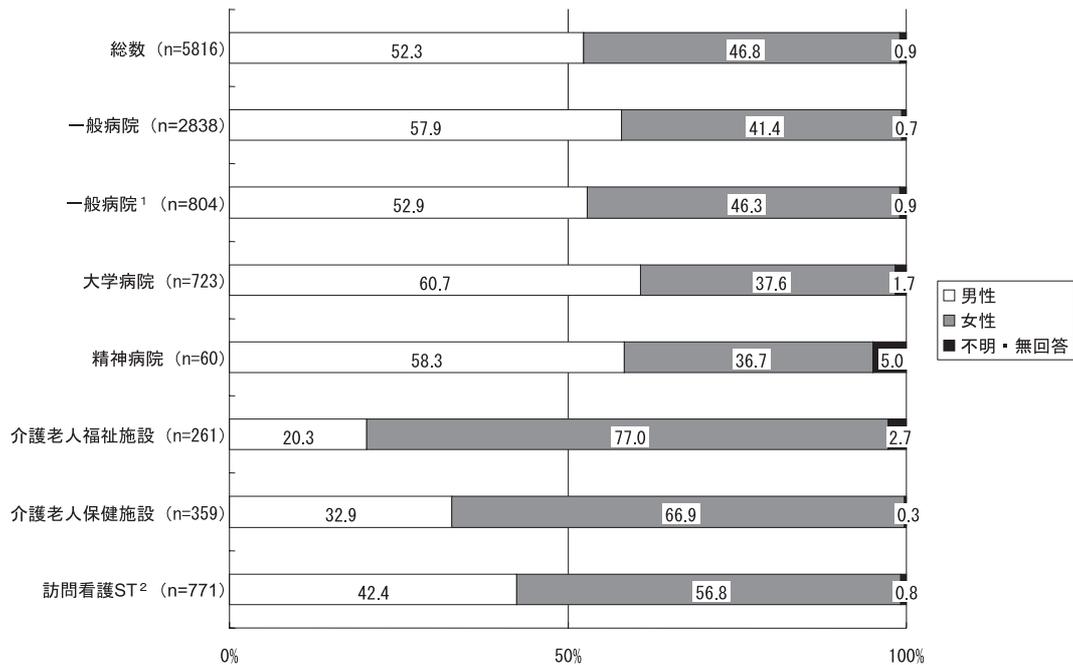
4) 日常生活自立度

いずれの施設もランク C2（自力で寝返りもうてない）が最も多かった（一般病院59.5%，療養型病床を有する一般病院63.4%，大学病院47.7%，精神病院36.7%，介護老人福祉施設64.4%，介護老人保健施設44.0%，訪問看護ステーション55.8%）（図 3）。一般病院，療養型病床を有する一般病院，介護老人福祉施設，訪問看護ステーションでは，寝たきり（ランク C1, C2）の占める割合が70%以上であった（73.4%，76.0%，72.8%，71.9%）。

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，精神病院以外は70%以上であった。一方，基本的動作能力（イス上）にてリスクありの割合は，29.8%～48.5%であった。病的骨突出ありの割合は，病院35.0%～50.2%，介護老人福祉施設23.4%，介護老人保健施設30.6%，訪問看護ステーション37.7%であった。関節拘縮ありの割合は，大学病院27.9%と30%未満であったが，療養型病床を有する



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2 性別

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=2838)	335 (11.8)	176 (6.2)	508 (17.9)	382 (13.5)	45 (1.6)	39 (1.4)	186 (6.6)
一般病院 ¹ (n=804)	147 (18.3)	29 (3.6)	62 (7.7)	111 (13.8)	35 (4.4)	17 (2.1)	41 (5.1)
大学病院 (n=723)	63 (8.7)	27 (3.7)	182 (25.2)	33 (4.6)	12 (1.7)	8 (1.1)	68 (9.4)
精神病院 (n=60)	6 (10.0)	1 (1.7)	8 (13.3)	3 (5.0)	9 (15.0)	1 (1.7)	3 (5.0)
介護老人福祉施設 (n=261)	68 (26.1)	13 (5.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	52 (19.9)	7 (2.7)	7 (2.7)
介護老人保健施設 (n=359)	131 (36.5)	27 (7.5)	7 (1.9)	3 (0.8)	113 (31.5)	26 (7.2)	21 (5.8)
訪問看護ST ² (n=771)	166 (21.5)	32 (4.2)	44 (5.7)	2 (0.3)	35 (4.5)	17 (2.2)	26 (3.4)

() 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

病院50.4%、介護老人福祉施設57.5%、訪問看護ステーション57.1%と50%以上であった。栄養状態低下ありの割合は、病院が60%以上であった(一般病院65.6%、療養型病床を有する一般病院60.9%、大学病院63.1%、精神病院63.3%)。湿潤に関する危険因子では、いずれの施設においても発汗、浮腫ありの割合が40%未満であった。失禁ありの割合は、療養型

病床を有する一般病院60.8%、精神病院66.7%、介護老人福祉施設67.8%、介護老人保健施設65.5%と60%以上であった。大学病院44.1%と50%未満であった。

(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、ベッド上安静54.1%、重度の末梢循環不全

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=2838)	98 (3.5)	47 (1.7)	13 (0.5)	70 (2.5)	74 (2.6)	46 (1.6)	185 (6.5)	497 (17.5)
一般病院 ¹ (n=804)	47 (5.8)	14 (1.7)	6 (0.7)	34 (4.2)	24 (3.0)	6 (0.7)	77 (9.6)	134 (16.7)
大学病院 (n=723)	29 (4.0)	10 (1.4)	3 (0.4)	14 (1.9)	18 (2.5)	4 (0.6)	20 (2.8)	119 (16.5)
精神病院 (n=60)	2 (3.3)	1 (1.7)	0 (0.0)	5 (8.3)	3 (5.0)	1 (1.7)	6 (10.0)	16 (26.7)
介護老人福祉施設 (n=261)	1 (0.4)	1 (0.4)	3 (1.1)	4 (1.5)	2 (0.8)	0 (0.0)	10 (3.8)	11 (4.2)
介護老人保健施設 (n=359)	18 (5.0)	2 (0.6)	3 (0.8)	19 (5.3)	1 (0.3)	2 (0.6)	31 (8.6)	36 (10.0)
訪問看護ST ² (n=771)	58 (7.5)	5 (0.6)	20 (2.6)	25 (3.2)	10 (1.3)	1 (0.1)	170 (22.0)	87 (11.3)

() 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

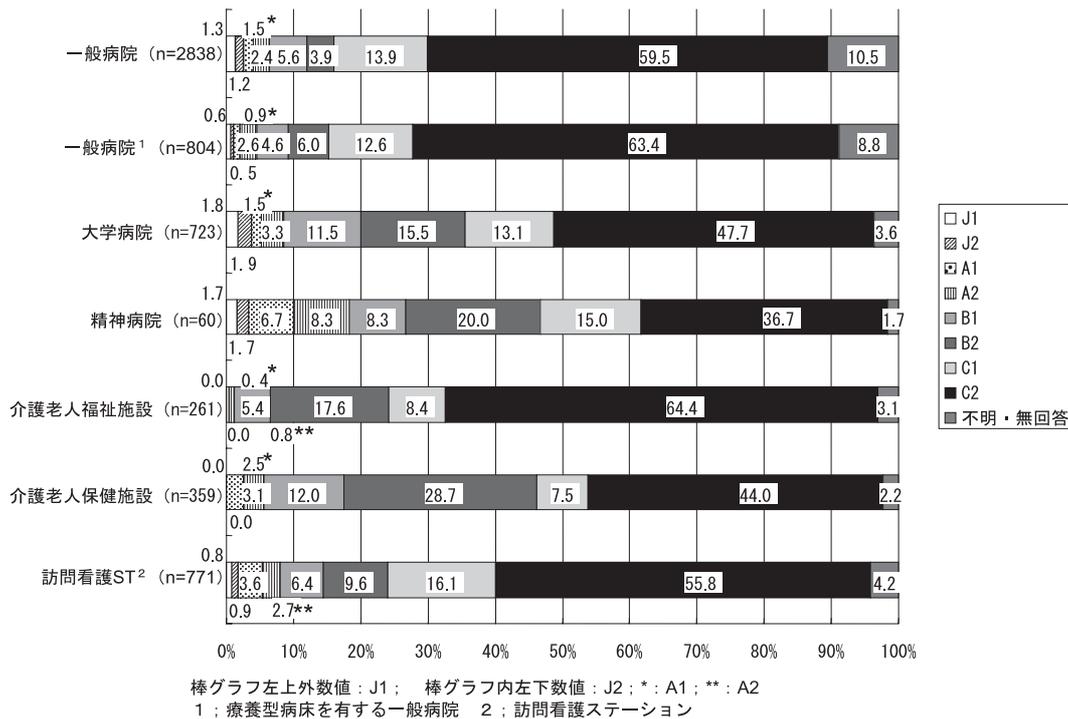


図 3 日常生活自立度

10.7%, 褥瘡の多発・再発 18.5%であった。大学病院では、ベッド上安静 51.9%, 重度の末梢循環不全 12.4%, 鎮痛・鎮静剤使用 12.0%, 極度の皮膚の脆弱 10.8%, 褥瘡の多発・再発 11.1%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) : 大学病院以外はエア

マットレスの使用が最も多く、療養型病床を有する病院 55.2%, 精神病院 50.0%, 介護老人福祉施設 54.0%, 訪問看護ステーション 60.4%と 50%以上使用していた。大学病院は、フォームマットレス 39.7%, エアマットレス 36.8%の順であった。いずれの施設もエア, フォーム双方合わせた使用割合は 60%以上であった。一方, 体圧分散マットレスを使用しない褥瘡有病者も

表2 褥瘡対策危険因子

	基本的 動作能力 ベッド上	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=2838)	2241 (79.0)	847 (29.8)	1248 (44.0)	1043 (36.8)	1861 (65.6)	761 (26.8)	1585 (55.8)	846 (29.8)
一般病院 ¹ (n=804)	675 (84.0)	322 (40.0)	404 (50.2)	405 (50.4)	490 (60.9)	251 (31.2)	489 (60.8)	264 (32.8)
大学病院 (n=723)	519 (71.8)	260 (36.0)	291 (40.2)	202 (27.9)	456 (63.1)	176 (24.3)	319 (44.1)	198 (27.4)
精神病院 (n=60)	34 (56.7)	20 (33.3)	21 (35.0)	21 (35.0)	38 (63.3)	10 (16.7)	40 (66.7)	11 (18.3)
介護老人福祉施設 (n=261)	184 (70.5)	95 (36.4)	61 (23.4)	150 (57.5)	113 (43.3)	82 (31.4)	177 (67.8)	48 (18.4)
介護老人保健施設 (n=359)	253 (70.5)	174 (48.5)	110 (30.6)	171 (47.6)	155 (43.2)	71 (19.8)	235 (65.5)	58 (16.2)
訪問看護ST ² (n=771)	620 (80.4)	258 (33.5)	291 (37.7)	440 (57.1)	335 (43.5)	232 (30.1)	431 (55.9)	167 (21.7)

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

	ベッド上 安静	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	強度の 下痢の 持続	極度の 皮膚の 脆弱	褥瘡の 多発と 再発	不明
一般病院 (n=2838)	1536 (54.1)	132 (4.7)	303 (10.7)	260 (9.2)	63 (2.2)	113 (4.0)	204 (7.2)	524 (18.5)	182 (6.4)
大学病院 (n=723)	375 (51.9)	50 (6.9)	90 (12.4)	87 (12.0)	44 (6.1)	28 (3.9)	78 (10.8)	80 (11.1)	41 (5.7)

複数回答, () カッコ内は%

いた(一般病院6.7%, 療養型病床を有する病院6.2%, 大学病院6.2%, 精神病院1.7%, 介護老人福祉施設14.2%, 介護老人保健施設27.0%, 訪問看護ステーション10.1%)。

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66.8%, 療養型病床を有する一般病院61.0%, 大学病院73.6%, 精神病院65.0%, 介護老人福祉施設65.5%, 介護老人保健施設66.0%, 訪問看護ステーション22.2%であった。訪問看護ステーションでは, 56.8%が体位変換をしない, または不定期にするであった。

スキンケア計画立案割合は, 一般病院90.9%, 療養型病床を有する一般病院93.0%, 大学病院87.7%, 精神病院81.7%, 介護老人福祉施設78.5%, 介護老人保健施設83.8%, 訪問看護ステーション93.3%であった。

栄養状態改善計画立案割合は, 一般病院62.6%, 療養型病床を有する一般病院70.4%, 大学病院60.3%, 精神病院70.0%, 介護老人福祉施設73.6%, 介護老人保健施設77.7%, 訪問看護ステーション52.8%であった。

リハビリテーション計画立案割合は, 一般病院43.4%, 療養型病床を有する一般病院47.4%, 大学病院52.1%, 精神病院45.0%, 介護老人福祉施設44.1%, 介護老人保健施設74.7%, 訪問看護ステーション51.2%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44.3%, 介護老人福祉施設46.2%, 介護老人保健施設27.3%, 訪問看護ステーション47.1%であった。フォーム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53.7%, 大

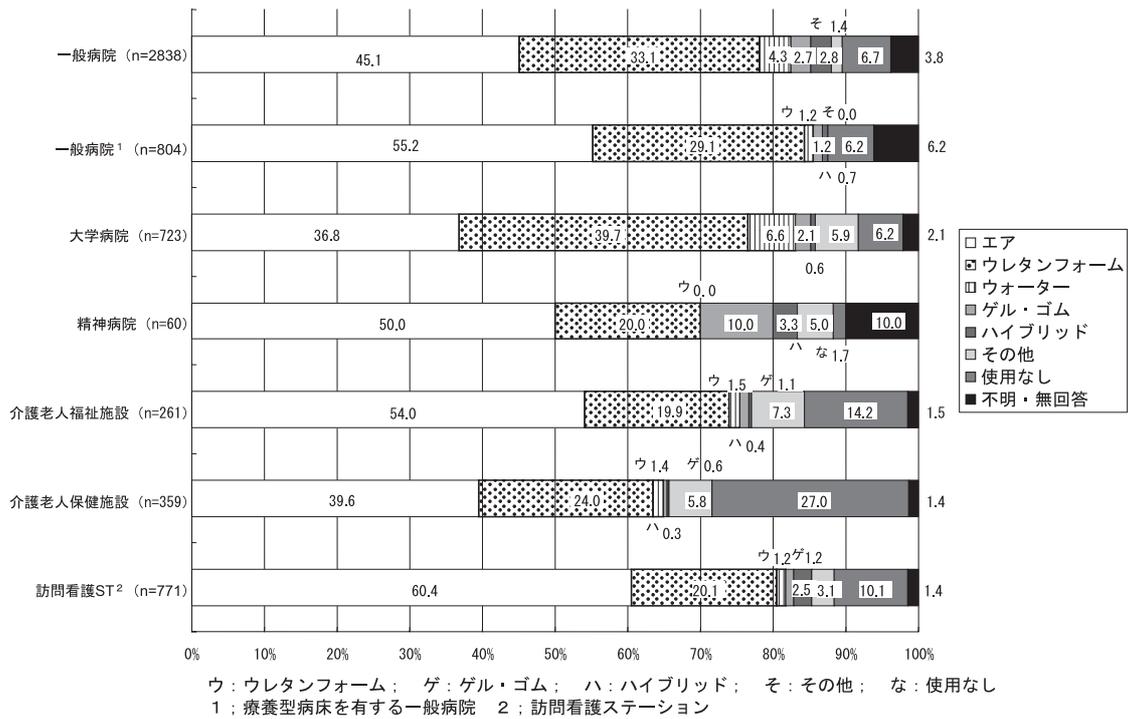


図 4 体圧分散寝具使用状況

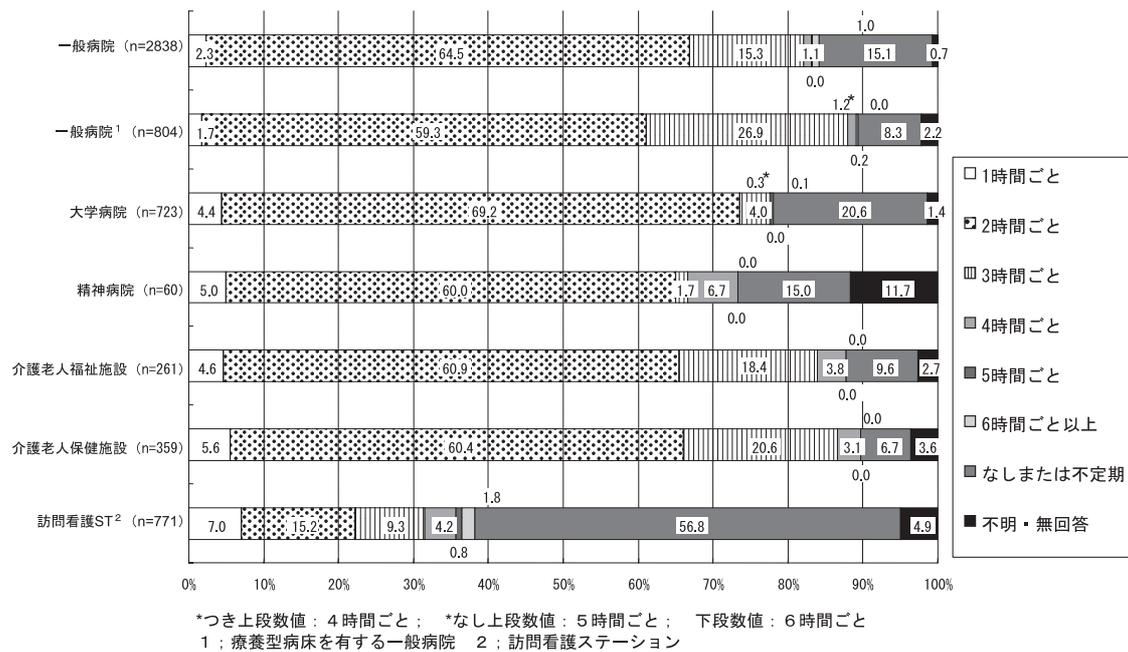


図 5 体位変換時間実施状況

学病院40.6%，精神病院50.0%であった。一方，体圧分散寝具を使用しないd1患者も認め，一般病院11.1%，療養型病床を有する一般病院7.4%，大学病院15.9%，介護老人福祉施設19.2%，介護老人保健施設47.0%，訪問看護ステーション15.9%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100%，療養型病

床を有する一般病院57.4%，大学病院67.6%，精神病院83.3%，介護老人福祉施設61.5%，介護老人保健施設75.8%，訪問看護ステーション18.5%であった。訪問看護ステーションでは60.5%が体位変換をしない，または不定期に行うであった。

スキンケア計画立案割合は，一般病院88.9%，療養型病床を有する一般病院100%，大学病院83.5%，精神病院83.3%，介護老人福祉施設76.9%，介護老人保

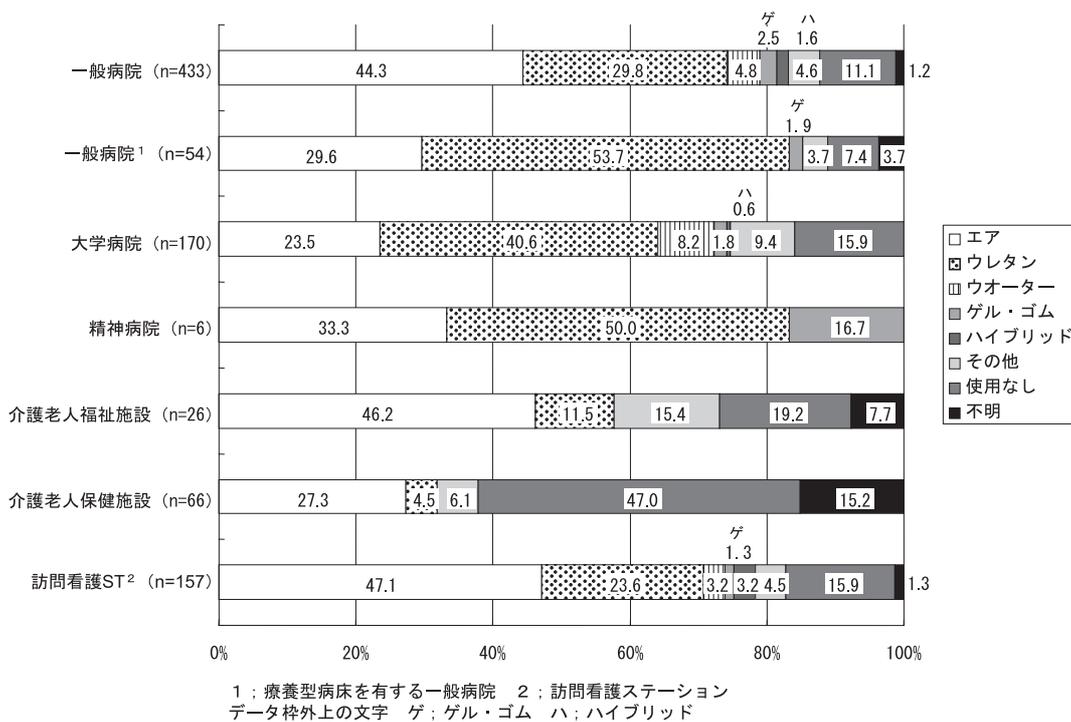


図6 d1体圧分散マットレス使用状況

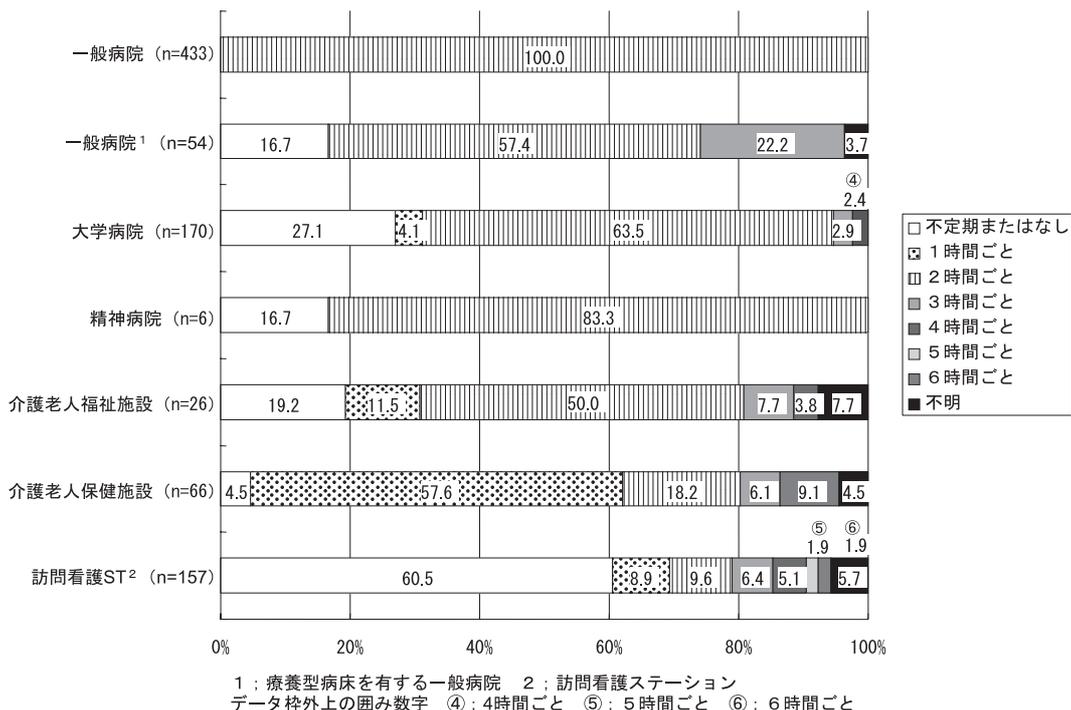


図7 d1体位変換実施状況

健施設90.9%，訪問看護ステーション91.1%であった。
 栄養状態改善計画立案割合は、一般病院54.3%，療養型病床を有する一般病院68.5%，大学病院50.6%，精神病院83.3%，介護老人福祉施設57.7%，介護老人保健施設78.8%，訪問看護ステーション53.5%であった。

43.0%，療養型病床を有する一般病院55.6%，大学病院45.9%，精神病院50.0%，介護老人福祉施設38.5%，介護老人保健施設71.2%，訪問看護ステーション53.5%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多かったのは、一般病院40.4%，療養型病床を有

リハビリテーション計画立案割合は、一般病院

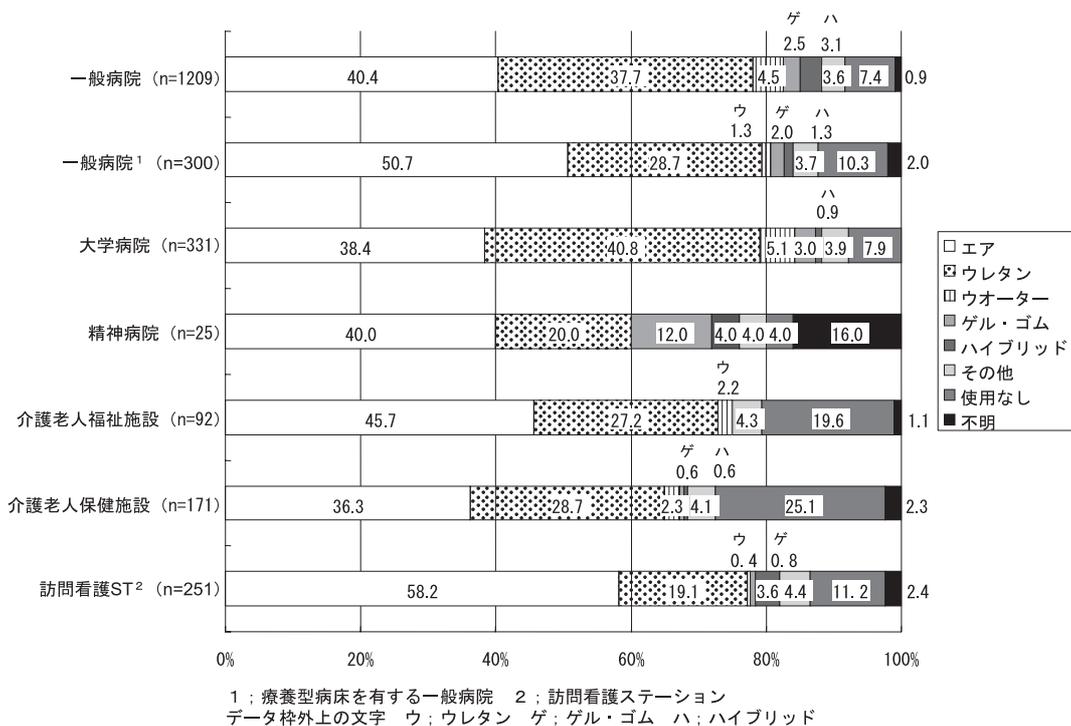


図 8 d2体圧分散マットレス使用状況

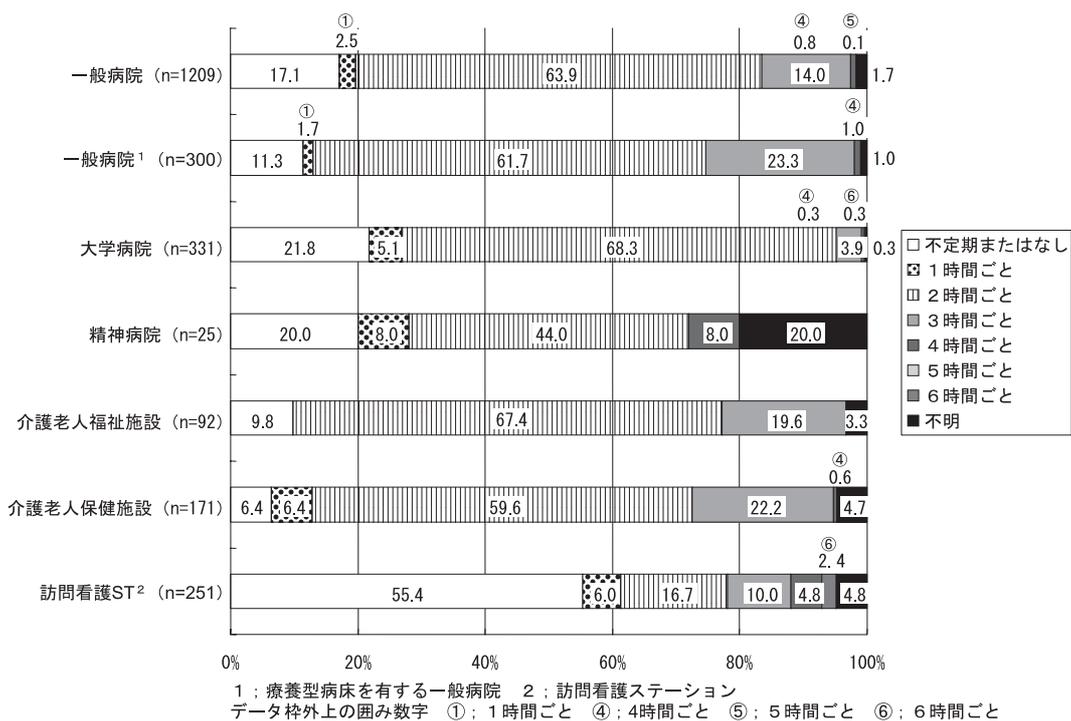


図 9 d2体位変換実施状況

する一般病院 50.7%, 精神病院 40.0%, 介護老人福祉施設 45.7%, 介護老人保健施設 36.3%, 訪問看護ステーション 58.2%であった。フォームマットレスの使用が多かったのは大学病院 40.8%であった。一方、体圧分散寝具を使用しない d2 患者も認め、一般病院 7.4%, 療養型病床を有する一般病院 10.3%, 大学病院 7.9%, 精神病院 4.0%, 介護老人福祉施設 19.6%, 介護

老人保健施設 25.1%, 訪問看護ステーション 11.2%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 66.4%, 療養型病床を有する一般病院 63.4%, 大学病院 73.4%, 精神病院 52.0%, 介護老人福祉施設 67.4%, 介護老人保健施設

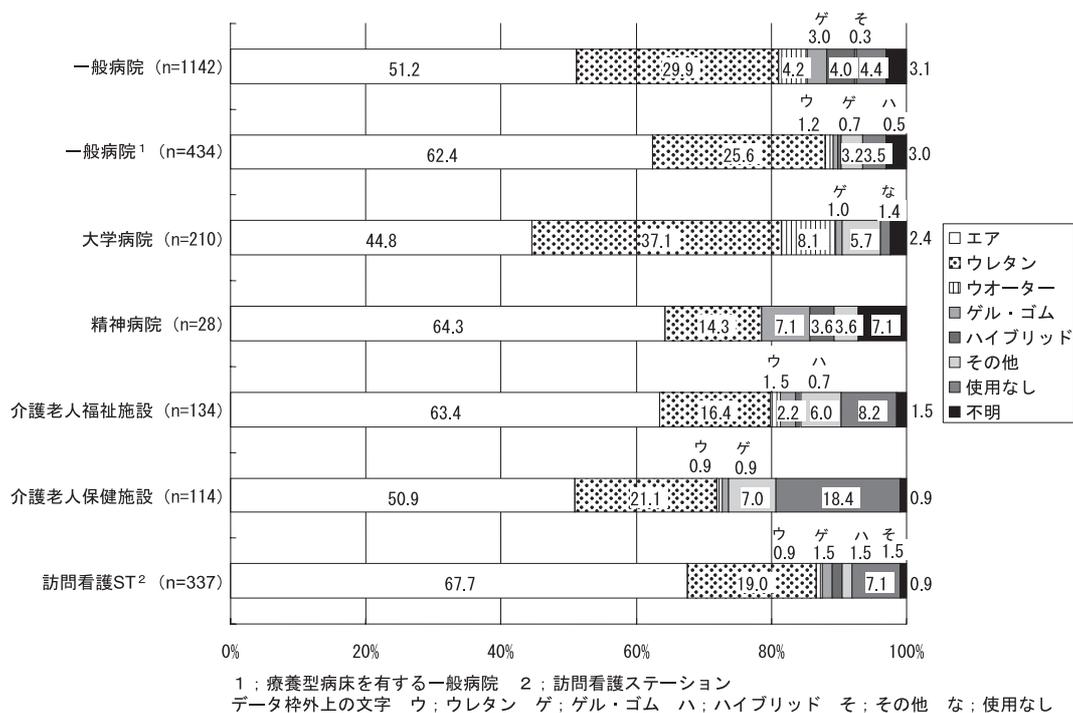


図10 D3-5体圧分散マットレス使用状況

設66.0%，訪問看護ステーション22.7%であった。訪問看護ステーションでは55.4%が体位変換をしない，または不定期に行うであった。

スキンケア計画立案割合は，一般病院90.1%，療養型病床を有する一般病院93.0%，大学病院86.7%，精神病院76.0%，介護老人福祉施設81.5%，介護老人保健施設81.3%，訪問看護ステーション94.0%であった。

栄養状態改善計画立案割合は，一般病院61.7%，療養型病床を有する一般病院66.0%，大学病院61.0%，精神病院64.0%，介護老人福祉施設76.1%，介護老人保健施設73.7%，訪問看護ステーション46.2%であった。

リハビリテーション計画立案割合は，一般病院44.1%，療養型病床を有する一般病院46.0%，大学病院50.8%，精神病院44.0%，介護老人福祉施設48.9%，介護老人保健施設73.7%，訪問看護ステーション49.8%であった。

3) D3-5褥瘡

体圧分散マットレス (図10)：いずれの施設もエアマットレスの使用が最も多く，一般病院51.2%，療養型病床を有する一般病院62.4%，大学病院44.8%，精神病院64.3%，介護老人福祉施設63.4%，介護老人保健施設50.9%，訪問看護ステーション67.7%であった。いずれの施設もエア，フォーム双方合わせた使用割合は70%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4.4%，療養型病床を有する一般病院3.5%，大学病院1.4%，介護老人福祉施設

8.2%，介護老人保健施設18.4%，訪問看護ステーション7.1%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70.4%，療養型病床を有する一般病院61.1%，大学病院79.5%，精神病院71.5%，介護老人福祉施設23.1%，介護老人保健施設66.7%，訪問看護ステーション23.7%であった。介護老人福祉施設48.5%，訪問看護ステーションでは55.8%が体位変換をしない，または不定期に行うであった。

スキンケア計画立案割合は，一般病院94.0%，療養型病床を有する一般病院92.6%，大学病院93.3%，精神病院85.7%，介護老人福祉施設76.9%，介護老人保健施設82.5%，訪問看護ステーション93.5%であった。

栄養状態改善計画立案割合は，一般病院68.2%，療養型病床を有する一般病院74.9%，大学病院67.6%，精神病院71.4%，介護老人福祉施設76.9%，介護老人保健施設82.5%，訪問看護ステーション58.5%であった。

リハビリテーション計画立案割合は，一般病院43.6%，療養型病床を有する一般病院45.2%，大学病院59.5%，精神病院42.9%，介護老人福祉施設42.5%，介護老人保健施設77.2%，訪問看護ステーション50.7%であった。

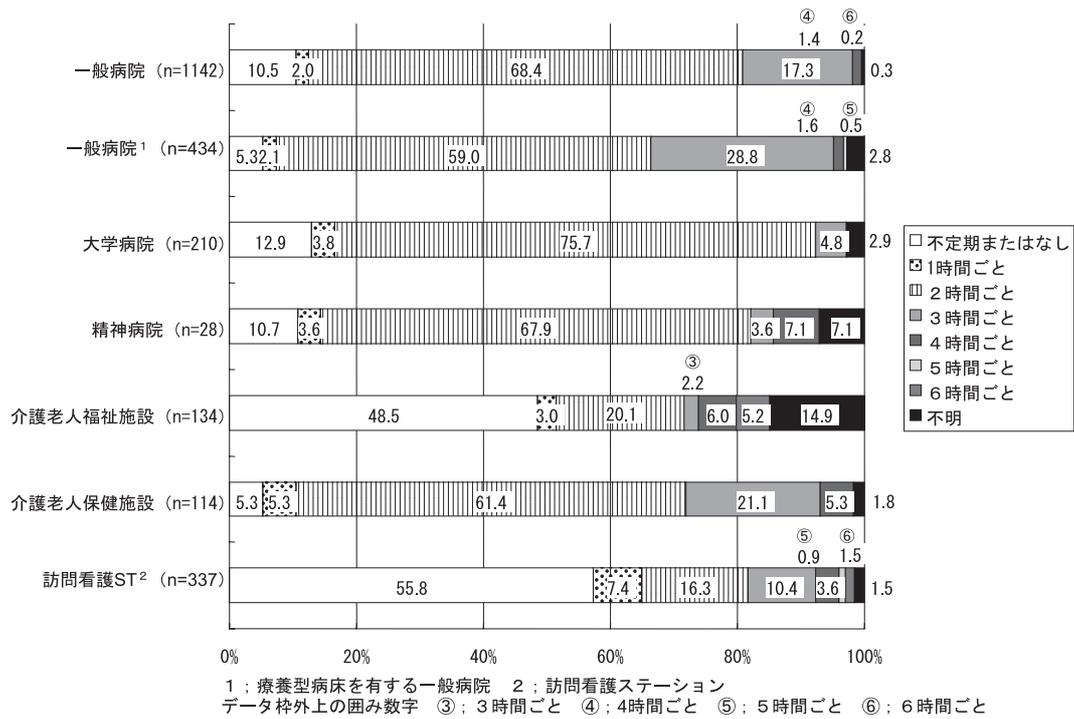


図 11 D3-5 体位変換実施状況

表 4 局所管理

	外用薬	ドレッシング材	外科的治療	物理療法
一般病院 (n=2838)	1234 (43.5)	1468 (51.7)	127 (4.5)	56 (2.0)
一般病院¹ (n=804)	418 (52.0)	346 (43.0)	34 (4.2)	16 (2.0)
大学病院 (n=723)	221 (30.6)	429 (59.3)	27 (3.7)	18 (2.5)
精神病院 (n=60)	32 (53.3)	18 (30.0)	2 (3.3)	2 (3.3)
介護老人福祉施設 (n=261)	181 (69.3)	44 (16.9)	19 (7.3)	7 (2.7)
介護老人保健施設 (n=359)	221 (58.8)	121 (33.7)	7 (1.9)	4 (1.1)
訪問看護ST² (n=771)	496 (64.3)	242 (31.4)	25 (3.2)	14 (1.8)

実施ありの回答数, () 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

3. 褥瘡の局所管理

1) 総褥瘡 (表 4)

外用薬使用が最も多かった施設は、療養型病床を有する一般病院52.0%、精神病院53.3%、介護老人福祉施設69.3%、介護老人保健施設58.8%、訪問看護ステーション64.3%であった。ドレッシング材の使用が最も多かった施設は、一般病院51.7%、大学病院59.3%であった。いずれの施設においても外科的治療

または物理療法が行われている褥瘡は10%未満であった。

2) d1 褥瘡 (表 5)

外用薬使用割合が多かった施設は介護老人福祉施設50.0%、介護老人保健施設60.6%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72.7%、療養型病床を有する一般病院70.4%、大学病院67.6%、精神病院66.7%、訪問看護ステーション46.5%であ

表5 d1局所管理

	外用薬	ドレッシング材	外科的治療	物理療法
一般病院 (n=433)	56 (12.9)	315 (72.7)	0 (0.0)	13 (3.0)
一般病院 ¹ (n=54)	8 (14.8)	38 (70.4)	0 (0.0)	2 (3.7)
大学病院 (n=170)	12 (7.1)	115 (67.6)	0 (0.0)	8 (4.7)
精神病院 (n=6)	0 (0.0)	4 (66.7)	0 (0.0)	1 (16.7)
介護老人福祉施設 (n=26)	13 (50.0)	5 (19.2)	1 (3.8)	2 (7.7)
介護老人保健施設 (n=66)	40 (60.6)	21 (31.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
訪問看護ST ² (n=157)	69 (43.9)	73 (46.5)	0 (0.0)	4 (2.5)

実施ありの回答数, () 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6 d2局所管理

	外用薬	ドレッシング材	外科的治療	物理療法
一般病院 (n=1209)	417 (34.5)	767 (63.4)	10 (0.8)	16 (1.3)
一般病院 ¹ (n=300)	127 (42.3)	164 (54.7)	3 (1.0)	4 (1.3)
大学病院 (n=331)	92 (27.8)	220 (66.5)	1 (0.3)	4 (1.2)
精神病院 (n=25)	12 (48.0)	9 (36.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護老人福祉施設 (n=92)	66 (71.7)	11 (12.0)	4 (4.3)	2 (2.2)
介護老人保健施設 (n=171)	99 (57.9)	57 (33.3)	1 (0.6)	2 (1.2)
訪問看護ST ² (n=251)	156 (62.2)	94 (37.5)	3 (1.2)	5 (2.0)

実施ありの回答数, () 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

た。

3) d2褥瘡 (表6)

外用薬使用割合が多かった施設は、精神病院48.0%、介護老人福祉施設71.7%、介護老人保健施設57.9%、訪問看護ステーション62.2%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63.4%、療養型病床を有する一般病院54.7%、大学病院66.5%であった。

4) D3-5褥瘡 (表7)

外用薬使用割合はすべての施設で多かった。一般病院65.7%、療養型病床を有する一般病院63.4%、大学病院54.8%、精神病院67.9%、介護老人福祉施設73.1%、介護老人保健施設63.2%、訪問看護ステーション76.6%であった。大学病院ではドレッシング材の使用割合も42.9%と多かった。また、外科的治療は大学病院において12.4%実施されていた。いずれの施設においても物理療法の実施は10%未満であった。

表7 D3-5局所管理

	外用薬	ドレッシング材	外科的治療	物理療法
一般病院 (n=1142)	750 (65.7)	367 (32.1)	26 (2.3)	16 (1.4)
一般病院 ¹ (n=434)	275 (63.4)	136 (31.3)	30 (6.9)	9 (2.1)
大学病院 (n=210)	115 (54.8)	90 (42.9)	26 (12.4)	6 (2.9)
精神病院 (n=28)	19 (67.9)	5 (17.9)	2 (7.1)	1 (3.6)
介護老人福祉施設 (n=134)	98 (73.1)	25 (18.7)	3 (2.2)	3 (2.2)
介護老人保健施設 (n=114)	72 (63.2)	6 (5.3)	6 (5.3)	2 (1.8)
訪問看護ST ² (n=337)	258 (76.6)	67 (19.9)	20 (5.9)	4 (1.2)

実施ありの回答数, () 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

考 察

1. 褥瘡有病者の特徴

療養型病床を有する一般病院, 精神病院, 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, 75歳以上の占める割合が高いこと, 脳血管後遺症または認知症が多いこと, ベッド上基本的動作能力がないこと, 関節拘縮があること, 尿便失禁があることから, 廃用症候群のひとつとして褥瘡が存在することが考えられる。一方, 一般病院, 大学病院では, がんが多いこと, ベッド上基本的動作能力がないことから, 疾患の増悪または治療上の制約から自力で外力が除去できずに褥瘡が発生したと考えられる。褥瘡予防または早期治療には危険因子に対する対策が必須であり, 療養場所別に重点的対策が異なることが本調査で明らかとなった。また, 病院に共通した危険因子として栄養状態の低下があった。入院中の栄養状態低下への対策としてNST (nutrition support team) との連携はもちろんであるが, おそらく在宅または介護施設療養中に栄養状態が低下し入院する患者も考えられる。在宅または介護施設における栄養状態低下への対策が求められる。

2. ケアの特徴

D3-5褥瘡に対する体圧分散マットレスはいずれの施設もエアマットレスを使用していたが, 浅い褥瘡, 特にd1に対しては異なっていた。つまり, 療養型病床を有する一般病院, 大学病院, 精神病院ではフォームマットレスを, その他の施設ではエアマットレスの

使用が多かった。これより, 施設別に異なる体圧分散マットレス選択基準があることが示唆される。また全施設どの深達度においても体圧分散マットレスを使用しない患者が存在したが, その理由については調査しておらず不明である。ガイドライン⁵⁾で推奨されている2時間ごとの体位変換については, 病院または介護施設にて療養する褥瘡有病者の6割に実施されていた。一方, 在宅では15.2%にとどまり実施困難な状況であることが明らかになった。褥瘡の悪化防止・治療促進には発生原因である外力の排除は必須であり, 人的資源・物的資源の活用を含めた対策が求められる。スキンケア計画, 栄養状態改善計画について施設間に違いはなかった。リハビリテーション計画について, 介護老人保健施設は74.7%と他施設における40%台とくらべ高かった。介護老人保健施設は, リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者が入所する施設であり, 理学療法士または作業療法士が人員基準として含まれていることが反映したためと考える。

3. 局所管理の特徴

D3-5褥瘡に対する局所管理にはいずれの施設も外用薬を使用する割合が高かったが, 浅い褥瘡に対しては異なっていた。つまり, 一般病院, 大学病院ではドレッシング材を使用する割合が高かった。体圧分散マットレス同様に施設別に異なる局所管理基準があることが示唆される。入院期間短縮化が推し進められるなか, 褥瘡を有して療養場所を移動する患者が増加することが予測される。褥瘡悪化防止と治療促進には施設・地域連携が重要であり, そのためには褥瘡対策の

相互理解が鍵であると考ええる。

4. 調査の限界

今回の調査対象施設の選択は非確率的抽出法によるものであるため、結果を活用するには配慮が必要である。また、横断調査であるため、ケアまたは局所管理法と褥瘡治療過程との関係については言及できない。

謝 辞

この調査にあたり、以下の都道府県調査責任者各位には多大なるご協力をいただきましたことを深謝申し上げます。また、金沢大学医薬保健研究域保健学系大桑麻由美准教授、松尾淳子助教両名にはデータ整理・分析にあたりご協力いただきましたこと心から感謝申し上げます。

都道府県調査責任者：林みゆき・佐藤明代（北海道）、漆館聡志（青森）、村山志津子（秋田）、樋口浩文（岩手）、館正弘（宮城）、渡辺皓・菊地 憲明（山形）、上田和毅・廣瀬太郎（福島）、安部正敏（群馬）、大久保祐子・石川美知子・太田照男・山崎雙次・小川洋子・湯澤いり子（栃木）、市岡滋（埼玉）、佐伯節子（茨城）、仲秀司（千葉）、南由起子（東京）、江口英雄（山梨）、藤原浩（新潟）、鳥居修平（愛知）、水谷仁・林智世（三重）、青木和恵（静岡）、祖父江正代・高木肇（岐阜）、紺家千津子（石川）、塚田邦夫・安田智美（富山）、橘幸子・高橋秀典（福井）、三富陽子（京都）、中川ひろみ（滋賀）、加藤雪絵（大阪）、藤本由美子（兵庫）、立花隆夫（奈良）、古川福実（和歌山）、坂井重信（鳥取）、茂木定之（広島）、村上隆一（山

口）、青木久尚（岡山）、梶彰吾（鳥根）、山本由利子（香川）、松本和也（徳島）、中川宏治（高知）、河村進（愛媛）、古江増隆（福岡）、田中克己（長崎）、切手俊弘（大分）、江口忍（佐賀）、野上玲子（熊本）、大安剛裕（宮崎）、松下茂人（鹿児島）、新川博美・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・重症度（深さ）。褥瘡会誌, 10(2)：153-161, 2008.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 真田弘美：褥瘡の予防。褥瘡の予防・治療ガイドライン（厚生労働省老人保健福祉局老人保健課監修, 宮地良樹編集）, 12-14, 照林社, 東京, 1998.