

「在宅褥瘡の実態と問題点把握のための
全国調査研究」
報告書

2014 年度

公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団 研究助成

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 実施

序 文

今日まで在宅褥瘡の状況が分からず、日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会としては在宅褥瘡治療・ケアの改善や将来計画が立てられず困っていた。今回の公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成金のおかげで在宅褥瘡の現状を垣間見ることができた。

しかし、助成金のあることを知ったのが遅かったため準備期間がなくぶっつけ本番となり、色々な面で不備・不満が残ってしまった。しかし、日本における在宅褥瘡においてはこのようなアンケート調査は初めてであり、今回の調査で得るところ大であった。

特に、褥瘡を発生させ、悪化させるのは在宅であると一般的に決めつけられていたが、褥瘡の発生や悪化については急性期病院や長期療養病院やショートステイでの発生が50%を占めていたことが分かった。また主治医に対する不満や問題が数多く提起されており、これについては何とか解決の道を模索したいと思っている。これ以外にも色々な案件が浮上してきているので早急に処理に臨むつもりである。

いずれにしても今回の公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成金のおかげで在宅褥瘡の実態が一部ではあるが初めて解明できたことは大慶至極であり、在宅褥瘡医療ケアに貢献すること大である。

2015年8月10日
日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会
理事長 大浦 武彦

目 次

第Ⅰ部	1
「在宅褥瘡ケアに関するアンケート」－統計データ	
第Ⅱ部	19
「在宅褥瘡ケアに関するアンケート」－探索的な検討とコメント	
第Ⅲ部	29
在宅における褥瘡ケアで今、一番悩んでいることはどんなことですか？	
A.まとめ1（数）	
B.まとめ2（内容）	
第Ⅳ部	39
質問・意見に対する日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会の見解	
1）協会の見解1 一般的な質問について	
2）協会の見解2 ドレッシング材について	
3）協会の見解3 踵に褥瘡が出来る	
4）協会の見解4 フィルム材が高い	
5）協会の見解5 在宅で活躍する管理栄養士が少ない	
6）協会の見解6 排泄が多いとき、独居の場合誰がするか	
7）協会の見解7 下肢血流不全・足病関係の質問	
第Ⅴ部	45
厚生労働省へお願い	

- ・在宅褥瘡アンケート調査検討委員会
 - ・公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団 助成金報告書 編集担当
- | | |
|------------|-------|
| 理 事 長 | 大浦 武彦 |
| 2015年度全国会長 | 下元 佳子 |
| 庶務担当常任理事 | 塚田 邦夫 |
| 将来計画常任理事 | 堀田 由浩 |
| 財務担当常任理事 | 切手 俊弘 |

第 I 部 「在宅褥瘡ケアに関するアンケート」
—統計データ—

2014 年度

公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団 研究助成
日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 実施

アンケート用紙配布と回収結果

団体名	送付件数	送付方法	返送数
一般社団法人日本在宅医学会 代表理事 前田憲志	1463件 (メール登録会員)	メール(FAX)	24件(FAX)
一般社団法人全国訪問看護事業協会 会長 伊藤雅治 事務局長 宮崎 和加子	2000件 (無作為抽出)	郵送	合計785件 (郵送)
日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 理事長 大浦武彦	853件 (全会員)	郵送 (240件)	
		メール(FAX) (613件)	38件(FAX)

FAX: 62件(24件+38件)←「在宅医学」「推進協会」混在の回答数と思われる。

したがって、FAXで送られてきたものは、職種が不明でありどちらの学会に所属するか不明であった。

今回は郵送で送り、郵送で回答してきたもののみを採用した。

有効回答 785/2240、回収率35.0%であった。

質問1)

(1) あなた(記入者)の職種を教えてください。(数種の資格を持っている方は主たる職種に○で囲んでください。副職種には△をおつけ下さい)。

医師、看護師(施設・訪問看護ステーション)、ケアマネジャー(医学・看護系、福祉系、その他)、その他()

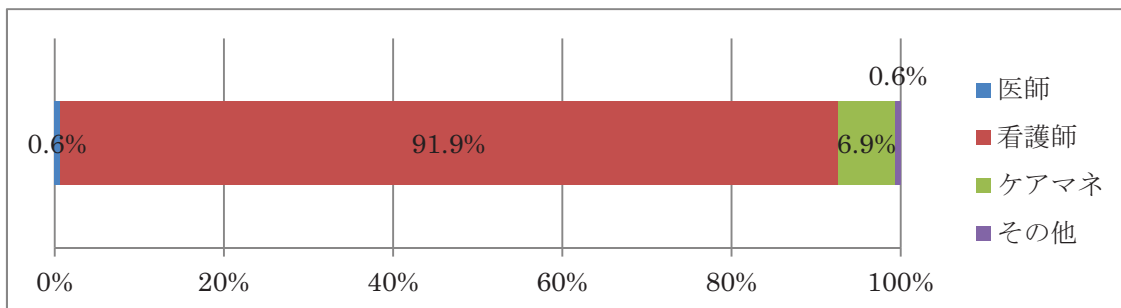


図1 主職種(複数回答)(n=783)

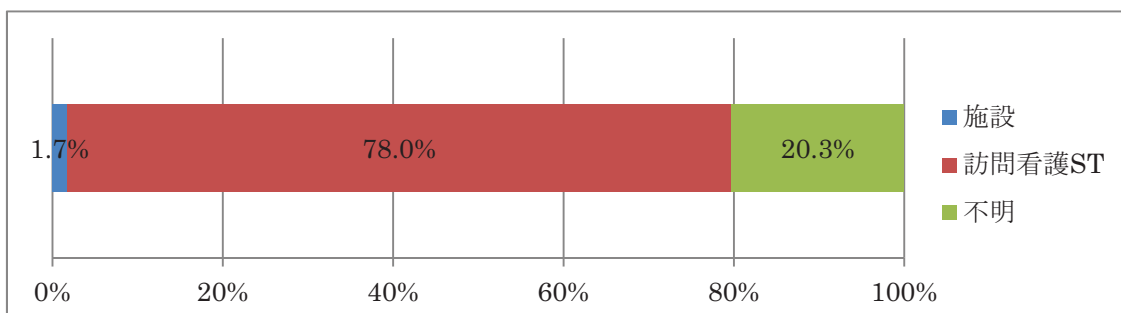


図2 主職種・看護師の内訳(複数回答)(n=765)

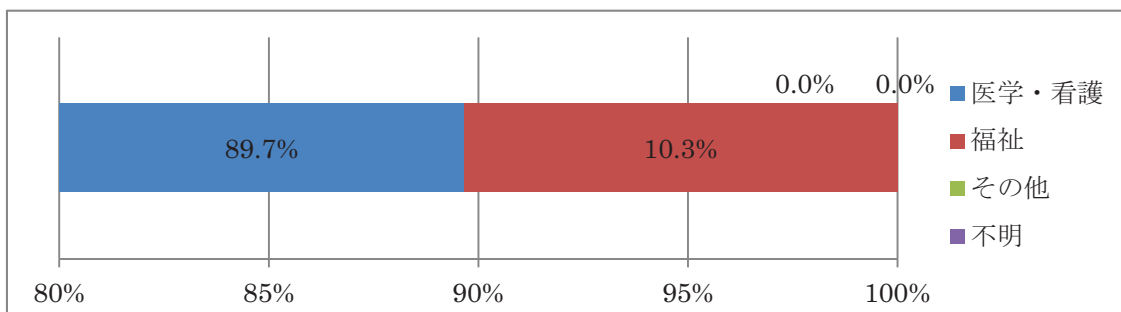


図3 主職種・ケアマネージャーの内訳(複数回答)(n=57)

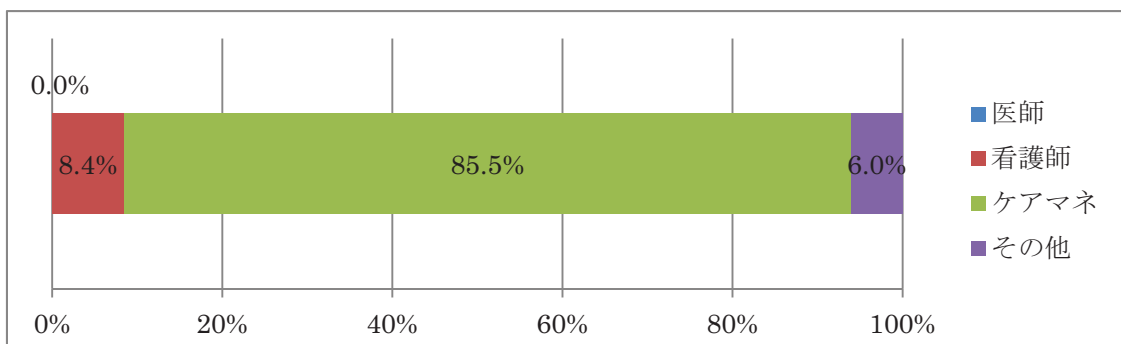


図4 副職種(複数回答)(n=83)

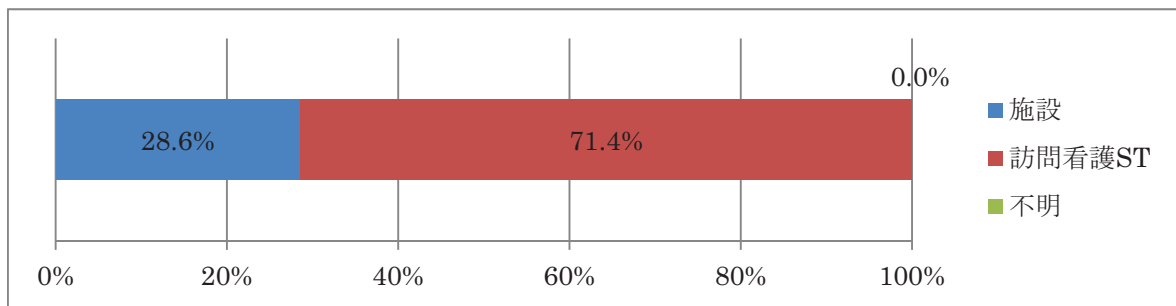


図5 主職種・看護師の内訳(複数回答)(n=7)

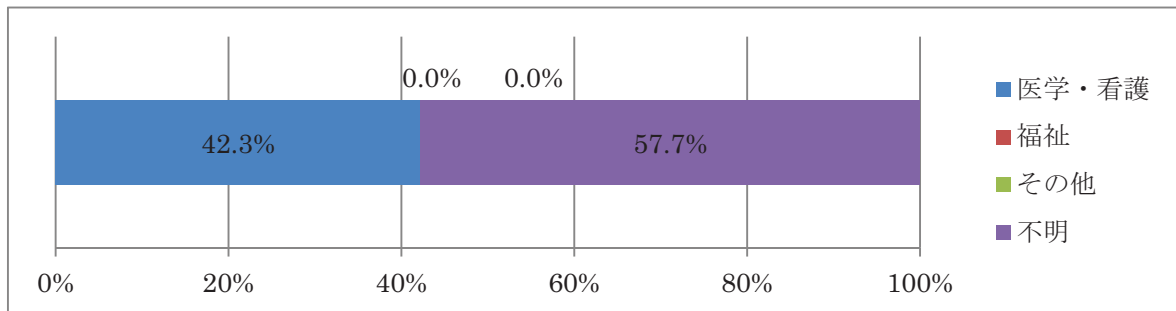


図6 主職種・ケアマネージャーの内訳(複数回答)(n=71)

(2) “褥瘡ケアや在宅治療・ケアに関わっている在宅チーム” (以下 在宅チーム) は何人で行っていますか？

- ① 3人以下 ② 4～6人 ③ 7～10人 ④ 11人以上

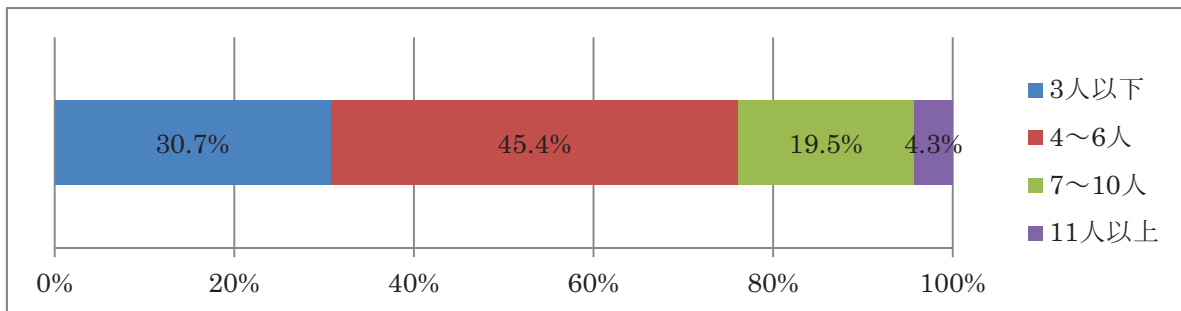


図7 在宅チーム・人数(n=742)

質問2)

あなたが治療・ケアに関わっている褥瘡保有者の数は増えていますか？減っていますか？ (○で囲んでください)

- ① 非常に増えている ④ 減っている
 ② 増えている ⑤ 非常に減っている
 ③ 変わらない

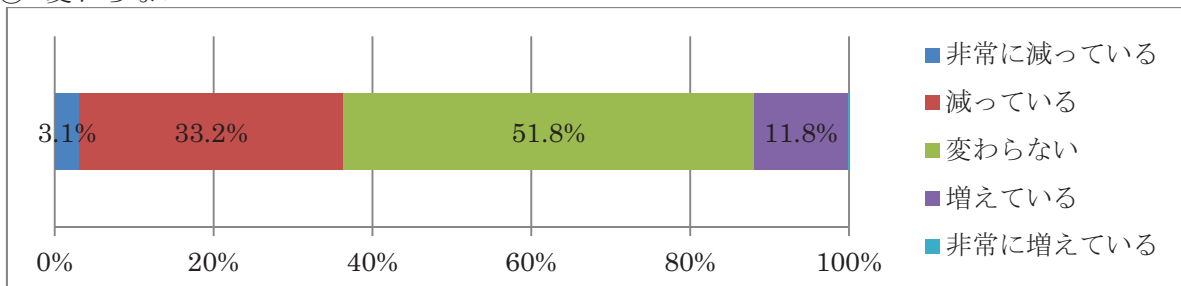


図8 褥瘡保有者数の増減(n=763)

質問3)

あなたの“在宅チーム”では2014年6月～8月の“3ヶ月”の間に何人の褥瘡患者さんを治療 or ケアしましたか？（○で囲んでください）。（延数ではなく実数）

- ① 0人 ② 1～10人 ③ 11～20人 ④ 21～30人 ⑤ 31人以上

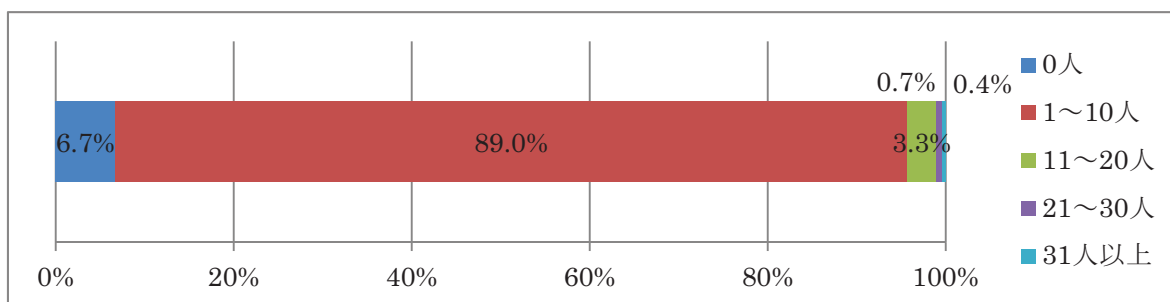


図9 あなたの在宅チームの褥瘡患者治療・ケア数(2014年6～8月)(n=765)

質問4)

あなたが現在治療・ケアにかかわっている在宅褥瘡患者さんについて、おうかがいします。

(1) 褥瘡が発症した場所（推定される）について貴施設で多い方から順に2ヶ項目に○印つけて下さい。

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高度急性期病院 | <input type="checkbox"/> 福祉施設 |
| <input type="checkbox"/> 急性期病院（地域包括ケア病床） | <input type="checkbox"/> サービス付高齢者住宅 |
| <input type="checkbox"/> 医療療養病床 | <input type="checkbox"/> 在宅 |
| <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病棟 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム,介護老人保健施設 | |

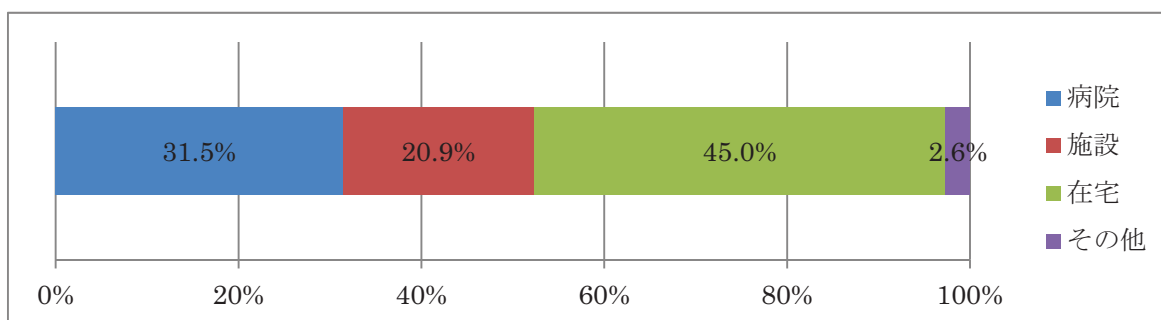


図10 褥瘡発生場所(n=1330)

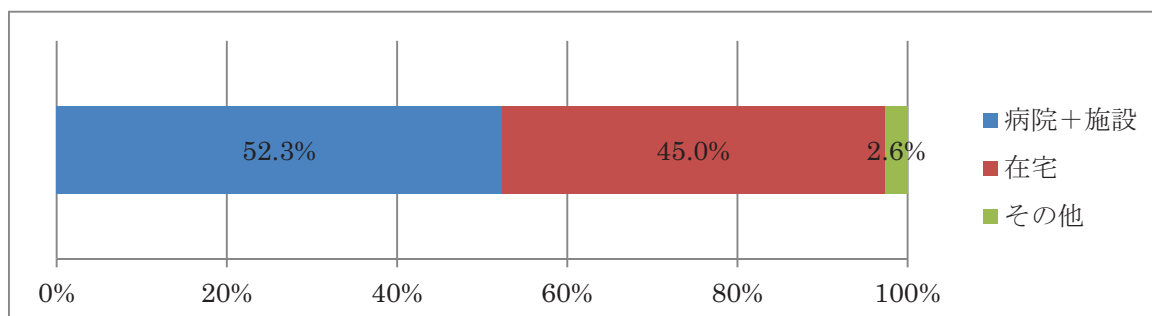


図11 褥瘡発生場所(n=1330)

(2) あなたの在宅チームにおいて肺炎、膀胱炎治療 or PEG 造設手術などのため、他の急性期病院に送り、褥瘡が発症したり褥瘡が悪化した経験はありますか？ (○で囲んでください)

a: あり なし

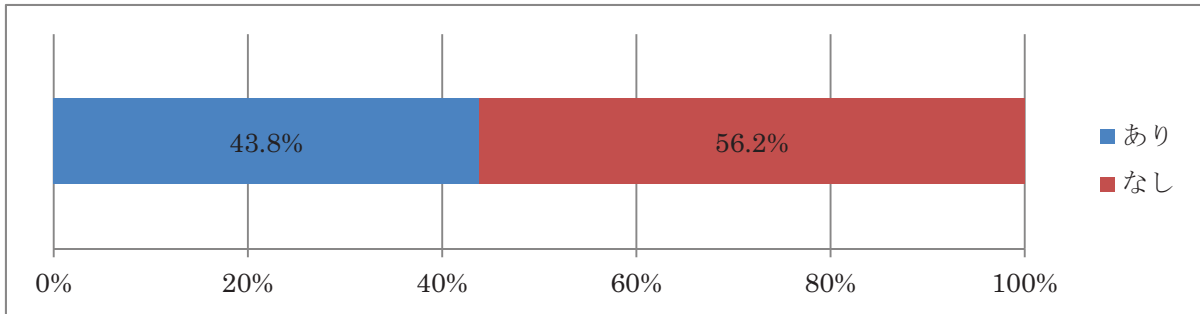


図 12 他の急性期病院に送り褥瘡が悪化した経験 (n=713)

b: 2014年6月～8月の“3ヶ月”の間に治療・ケアをした症例数

- ① 0例
- ② 1～3例
- ③ 4～7例
- ④ 8例以上

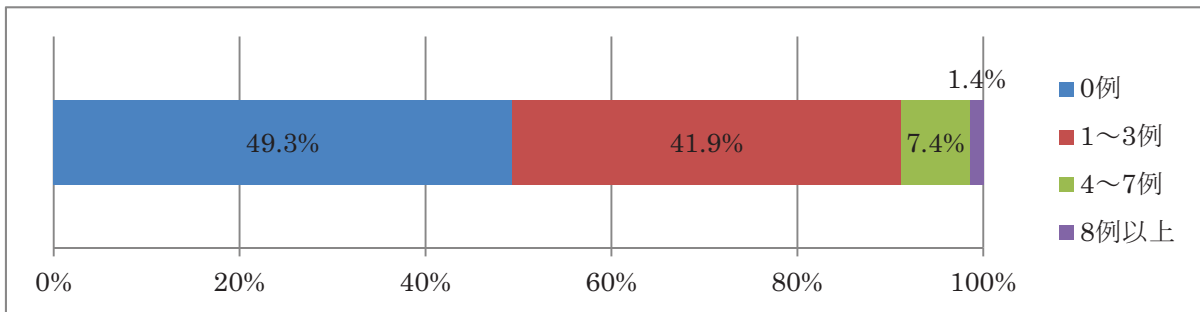


図 13 2014年6～8月に治療・ケアをしたケース数 (n=566)

(3) ショートステイに褥瘡患者さんを送って褥瘡発症 or 褥瘡が悪化した経験がありますか？ (○で囲んでください)

a: あり なし

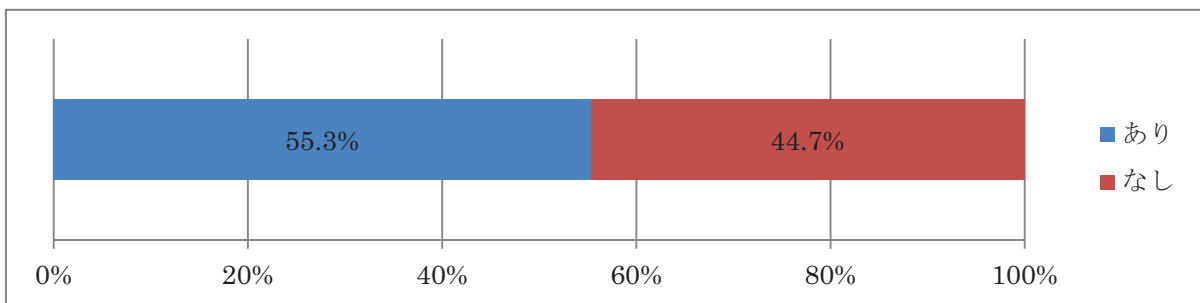


図 14 ショートステイに送り褥瘡が悪化した経験 (n=730)

b: 2014年6月～8月の“3ヶ月”の間に何例ありましたか？

- ① 0例
- ② 1～5例
- ③ 6～10例
- ④ 11例以上

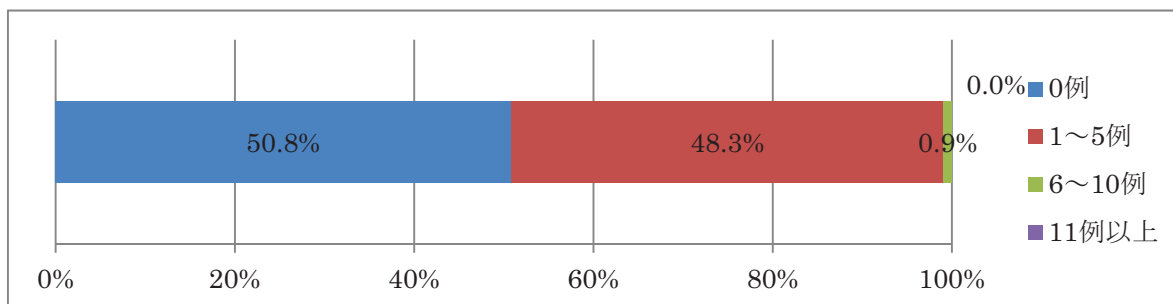


図15 2014年6～8月に治療・ケアをしたケース数 (n=551)

質問5)

“寝たきり”患者さんについておうかがいします。

(1) 体位変換について (昼・夜 両方とも一番多く行われているものに○を付けてください。)

A 昼間

- A-1) 2時間毎に行っている
- A-2) 2～4時間毎に行っている
- A-3) 4時間以上に1回行っている
- A-4) やっていない

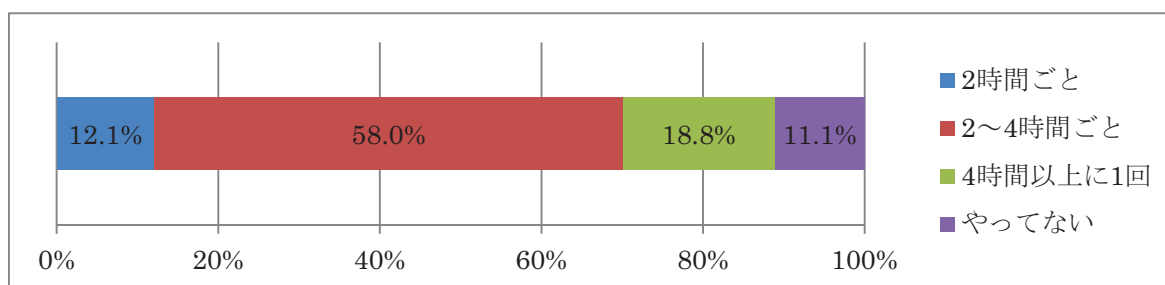


図16 寝たきり患者さんの体位交換時間(昼) (n=719)

B 夜間

- B-1) 2時間毎に行っている
- B-2) 2～4時間毎に行っている
- B-3) 4時間以上に1回行っている
- B-4) おむつ交換の際に行っている
- B-5) 全くやっていない

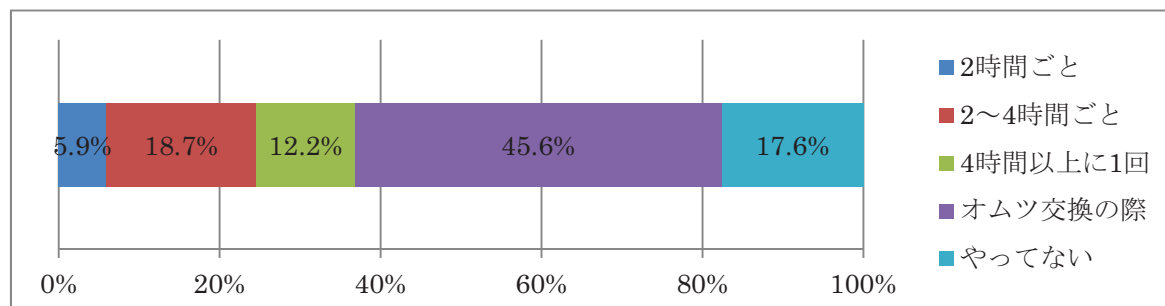
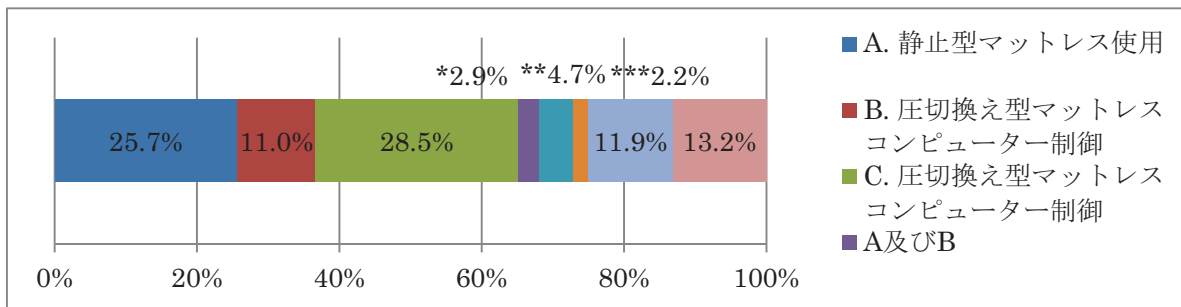


図17 寝たきり患者さんの体位交換時間(夜) (n=706)

(2) 体圧分散マットレスについて (一番多く使用しているものに○を付けてください。)

- A. 静止型マットレス使用
 - A-1 厚さ 9cm 以下のマットレス
 - A-2 厚さ 10cm 以上のマットレス
- B. 圧切換え型マットレスコンピューター制御
 - B-1 コンピューター制御なし
 - B-1-1 厚さ 14cm 以下
 - B-1-2 厚さ 15cm 以上
- C. 圧切換え型マットレスコンピューター制御
 - C-2 コンピューター制御あり
 - C-2-1 厚さ 14cm 以下
 - C-2-2 厚さ 15cm 以上



* : A 及び B **A 及び C *** : B 及び C
 図 18 体圧分散マットレスについて(n=783)

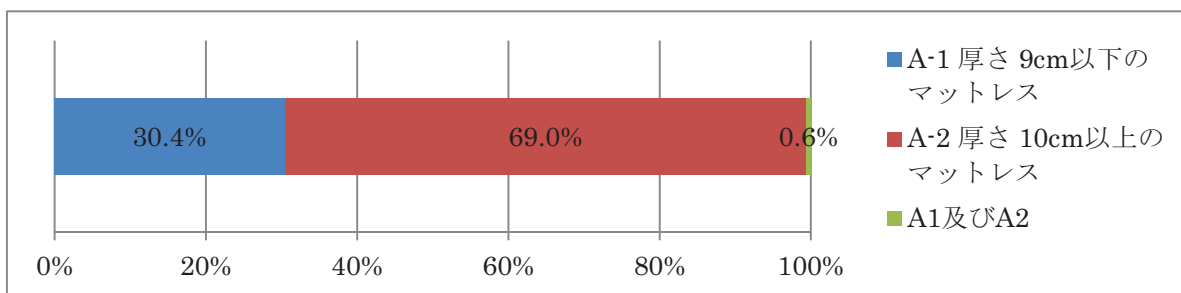


図 19 静止型マットレス(n=342)

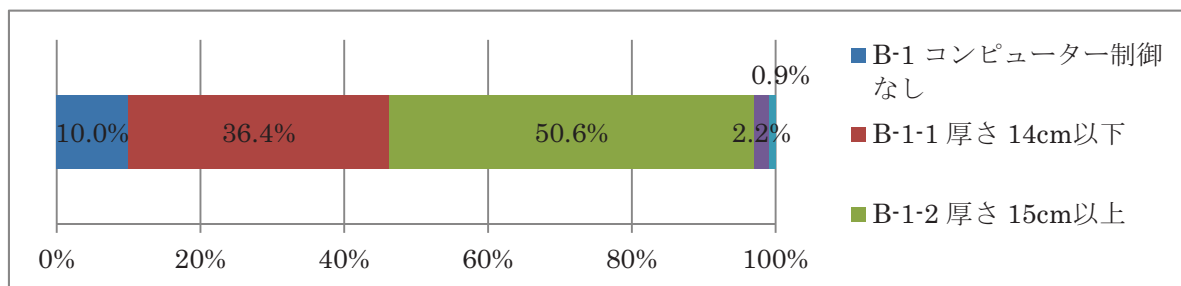


図 20 圧切り替え型マットレスコンピューター制御なし(n=231)

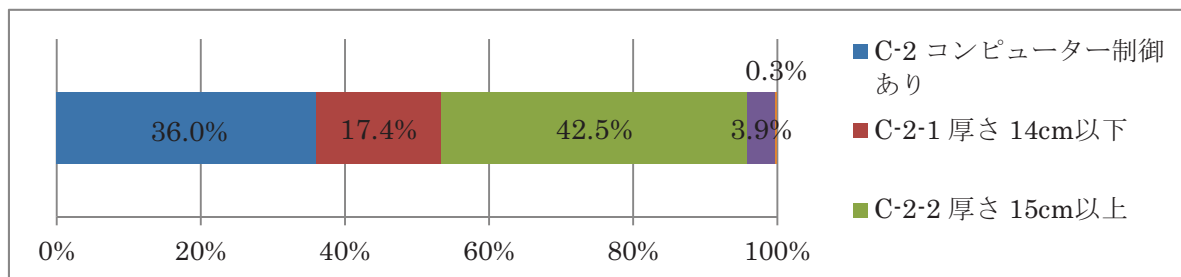


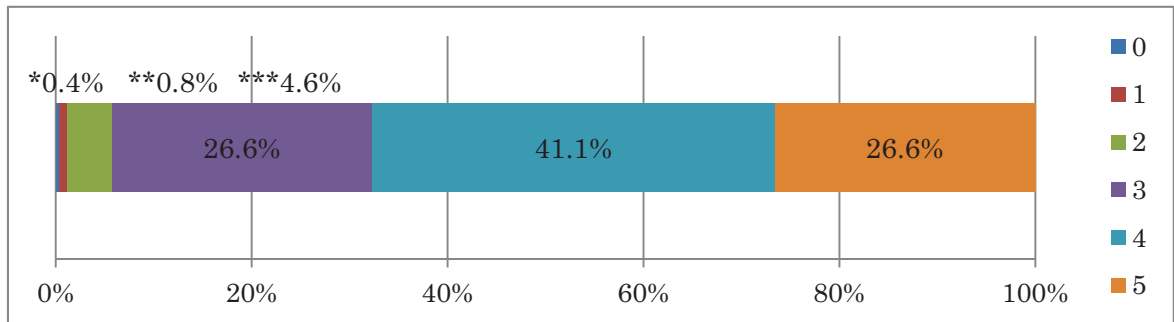
図 21 圧切り替え型マットレスコンピューター制御あり(n=386)

質問6)

以下の質問には、見本を参考に太線で書いてください。

(5点：最大限に力を入れている。 0点：全く力を入れていない。)

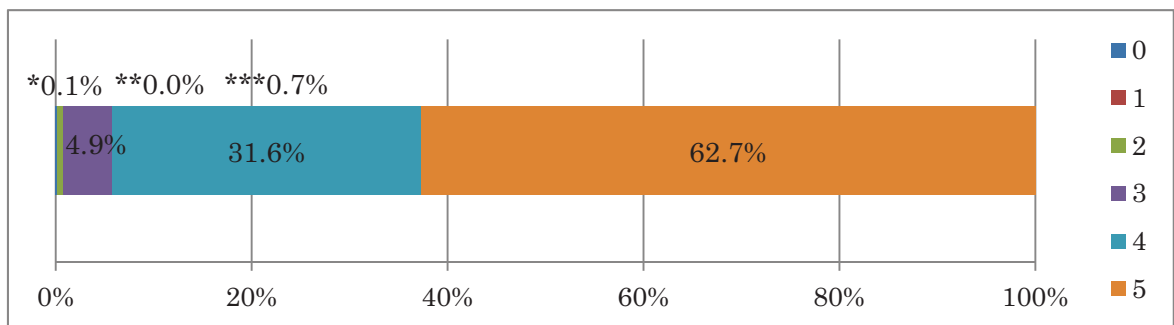
(1) あなたは褥瘡予防対策としてどのくらい力を入れていますか？



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 22 体位交換

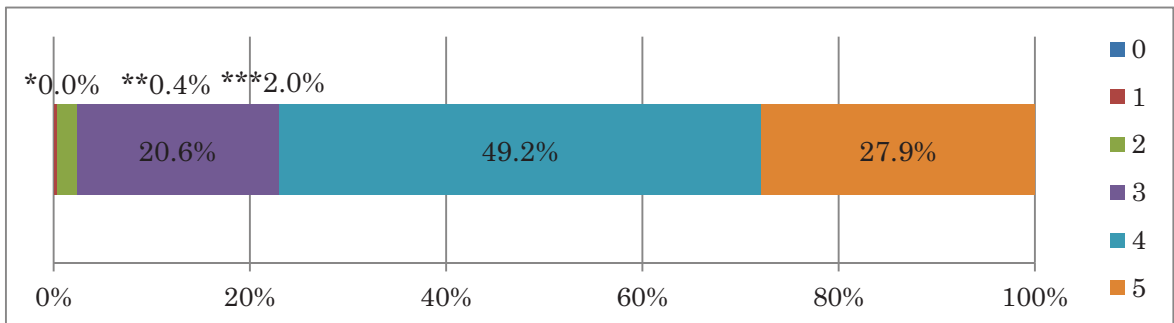
(あなたは褥瘡予防対策としてどれくらい力を入れていますか？/6段階評価・0⇒5)(n=767)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 23 体圧分散マットレスの使用

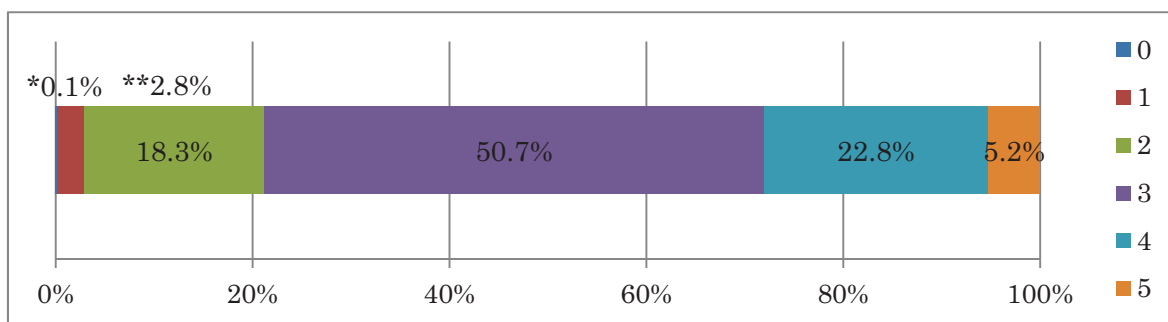
(あなたは褥瘡予防対策としてどれくらい力を入れていますか？/6段階評価・0⇒5)(n=769)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 24 栄養管理

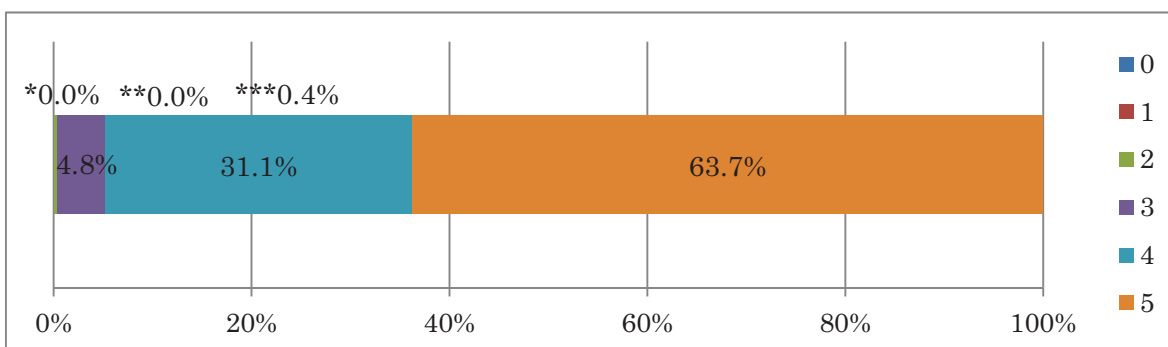
(あなたは褥瘡予防対策としてどれくらい力を入れていますか？/6段階評価・0⇒5)(n=768)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 25 車いすの使用

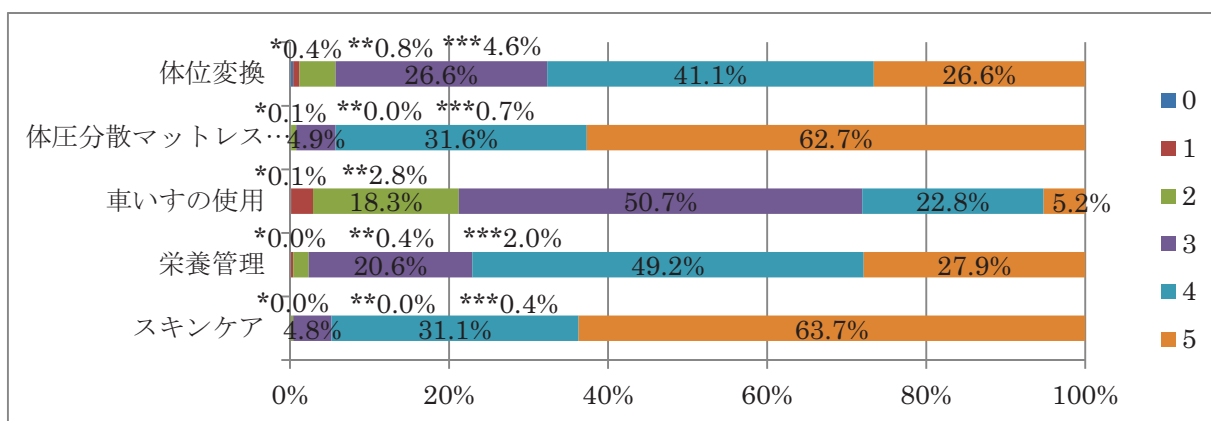
(あなたは褥瘡予防対策としてどれくらい力を入れていますか？/6段階評価・0⇒5)(n=763)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 26 スキンケア

(あなたは褥瘡予防対策としてどれくらい力を入れていますか？/6段階評価・0⇒5)(n=769)

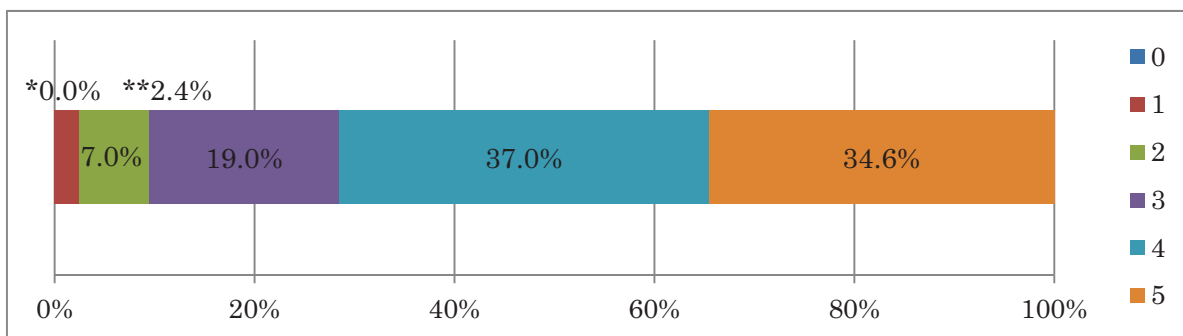


* : 0 ** : 1 *** : 2

図 27 あなたは褥瘡予防対策としてどれくらい力を入れていますか？

(6段階評価・0⇒5)(n=769)

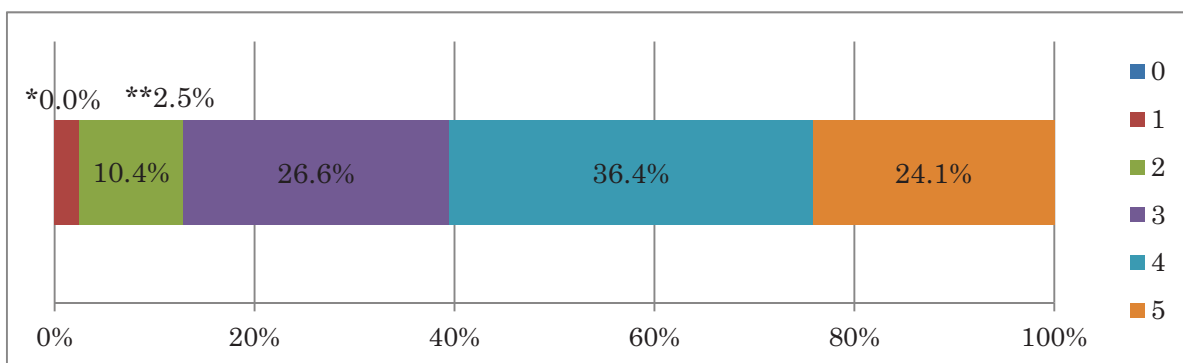
(2) あなたが関わった褥瘡ケアの中で問題点を5段階で選択してください。



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 28 かかりつけ医との関係

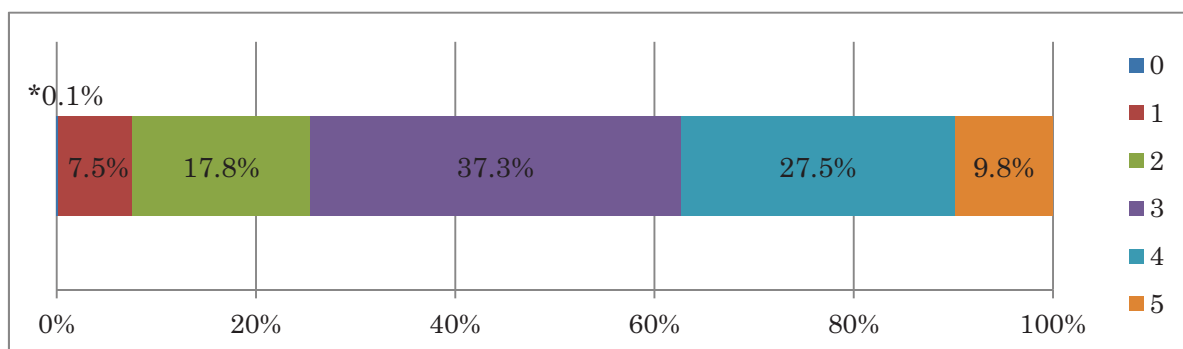
(自身が関わった褥瘡ケアの中の問題点/6段階評価・0⇒5) (n=738)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 29 連携診療機関との関係

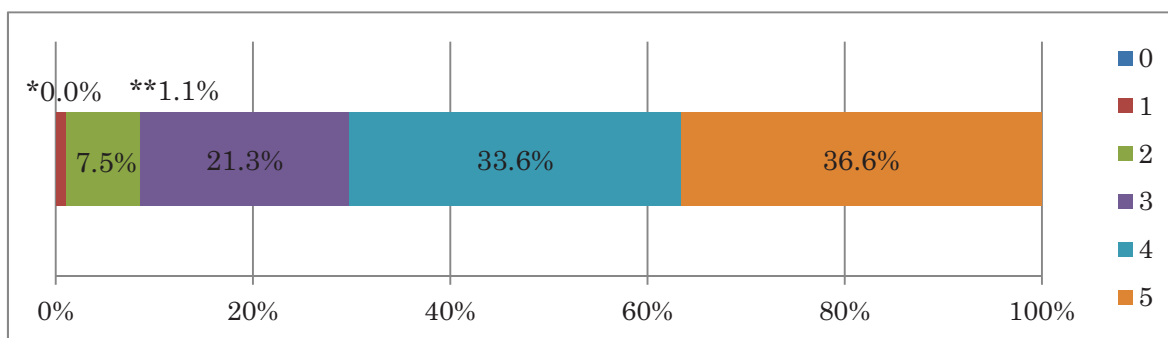
(自身が関わった褥瘡ケアの中の問題点/6段階評価・0⇒5) (n=730)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 30 リハビリテーションとの関係

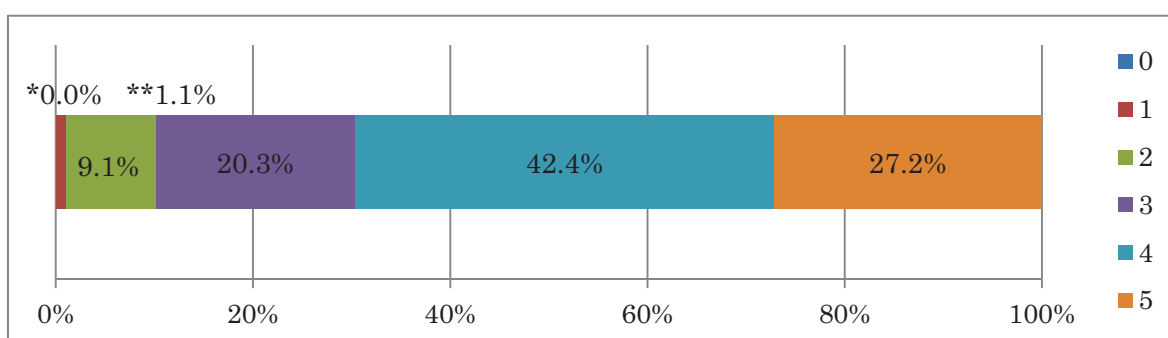
(自身が関わった褥瘡ケアの中の問題点/6段階評価・0⇒5) (n=732)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 31 家族との関わり

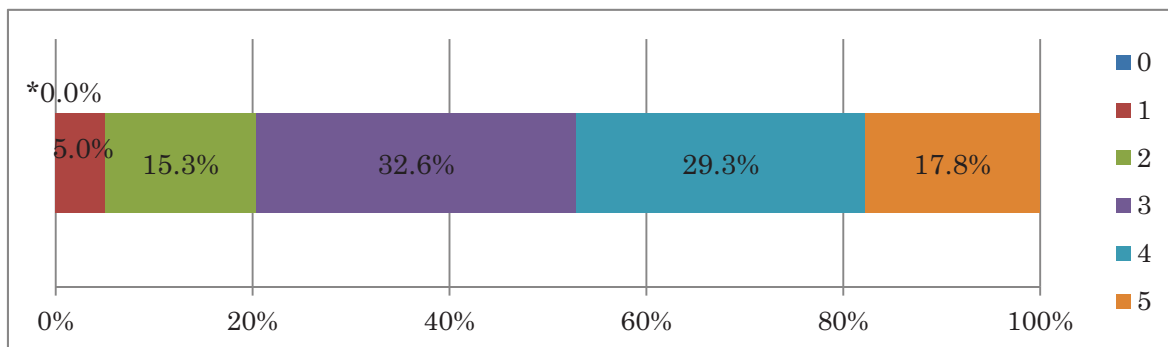
(自身がかかわった褥瘡ケアの中の問題点/6段階評価・0⇒5) (n=724)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 32 医療・介護者の技術

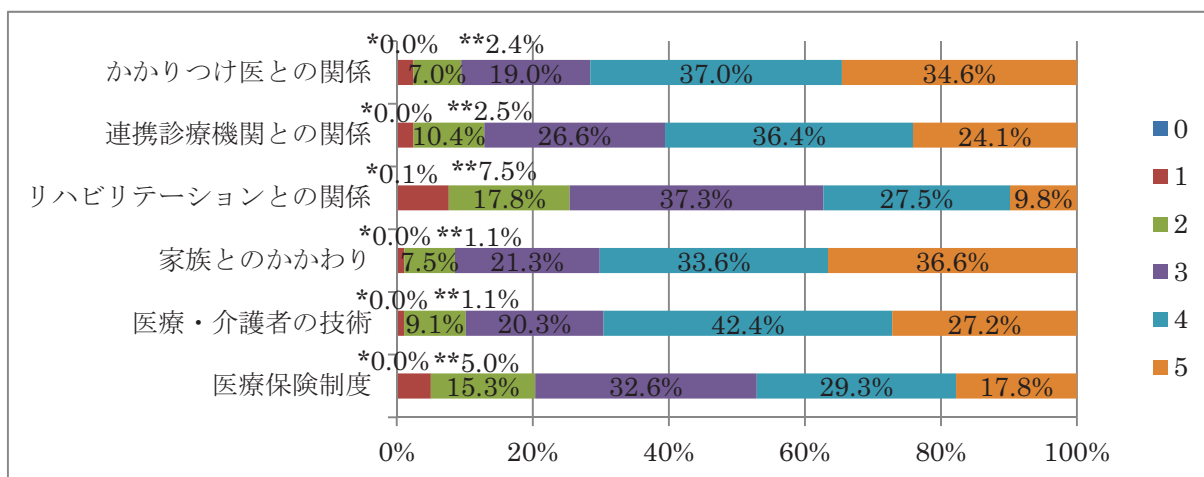
(自身がかかわった褥瘡ケアの中の問題点/6段階評価・0⇒5) (n=740)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 33 医療保険制度

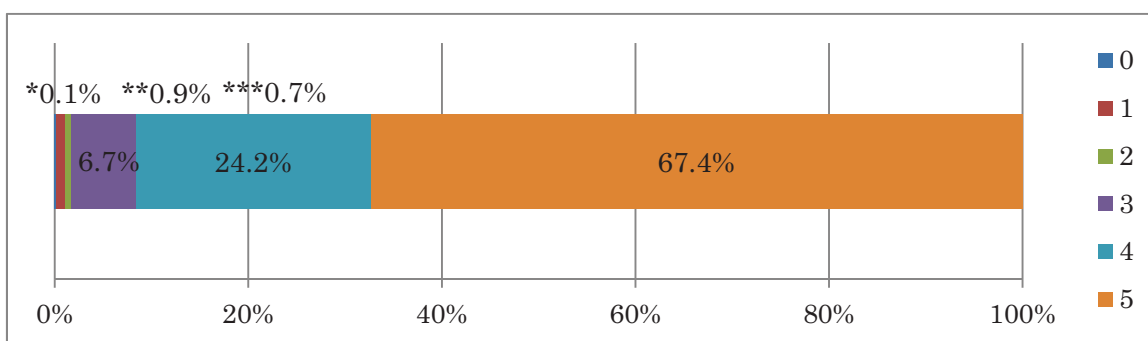
(自身がかかわった褥瘡ケアの中の問題点/6段階評価・0⇒5) (n=737)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 34 自身がかかわった褥瘡ケアの中の問題点
(6段階評価・0⇒5) (n=740)

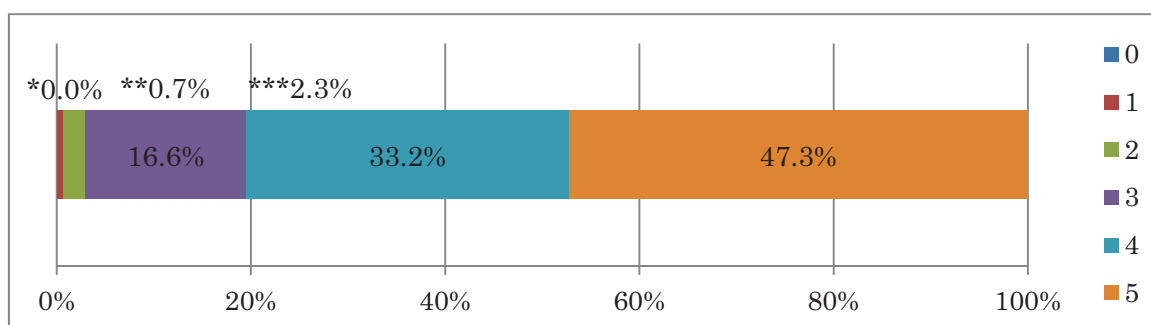
(3) 在宅における褥瘡の処置について、実際に行っている関心があるものを5段階で選択して下さい。



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 35 ドレッシング

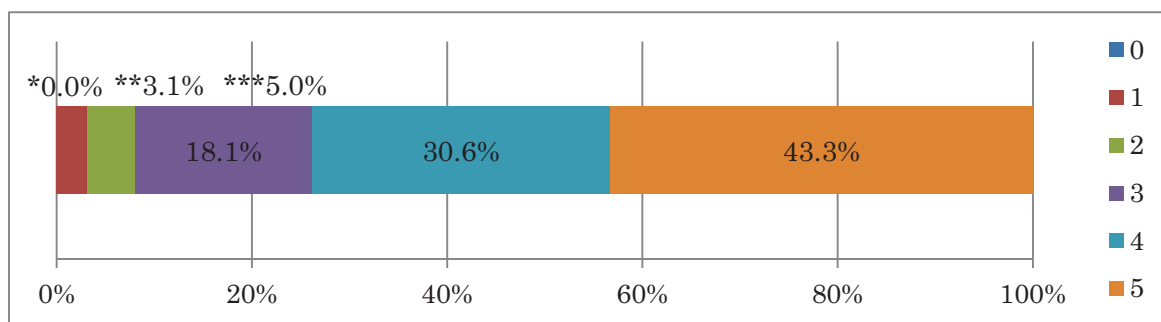
(在宅における褥瘡処置で実際に行って関心のあるもの/6段階評価・0⇒5) (n=751)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 36 オムツの取り扱い

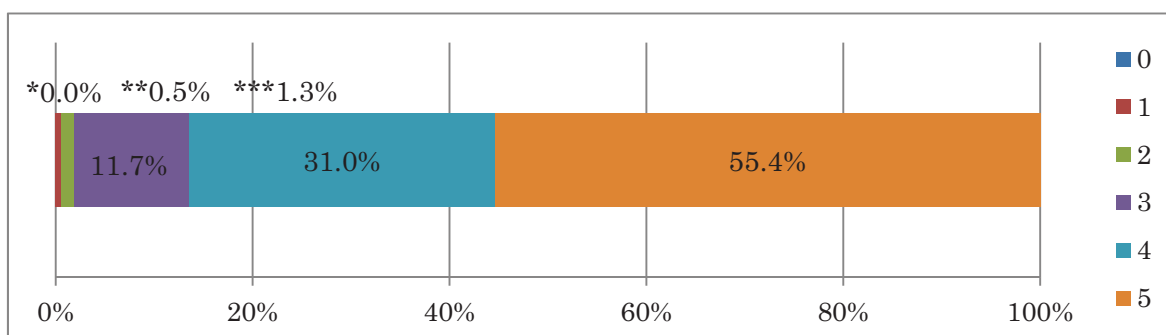
(在宅における褥瘡処置で実際に行って関心のあるもの/6段階評価・0⇒5) (n=747)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 37 ポケットの治療

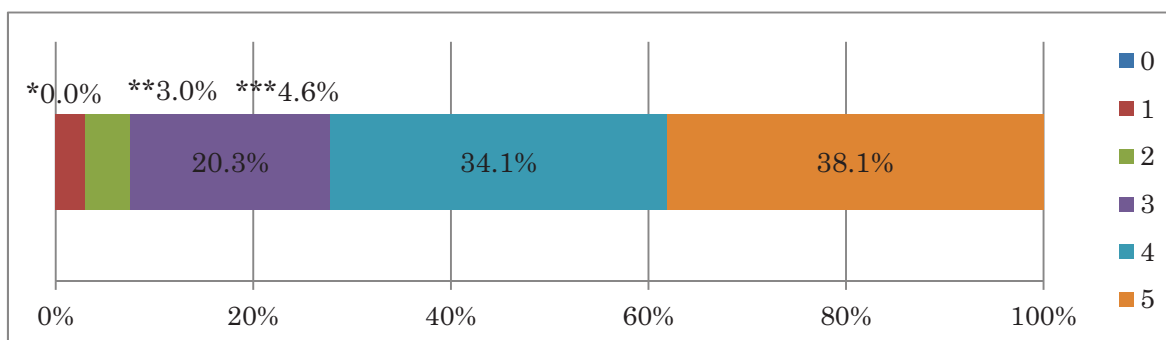
(在宅における褥瘡処置で実際に行って関心のあるもの/6段階評価・0⇒5) (n=742)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 38 感染の有無

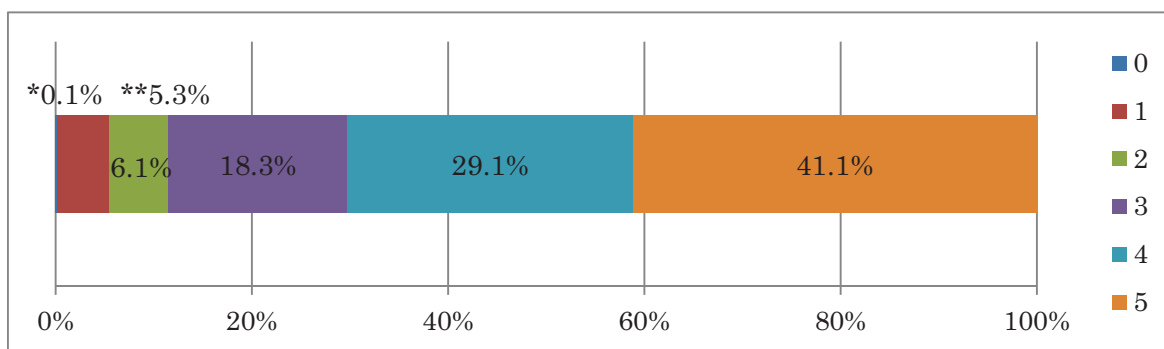
(在宅における褥瘡処置で実際に行って関心のあるもの/6段階評価・0⇒5) (n=751)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 39 壊死組織の措置

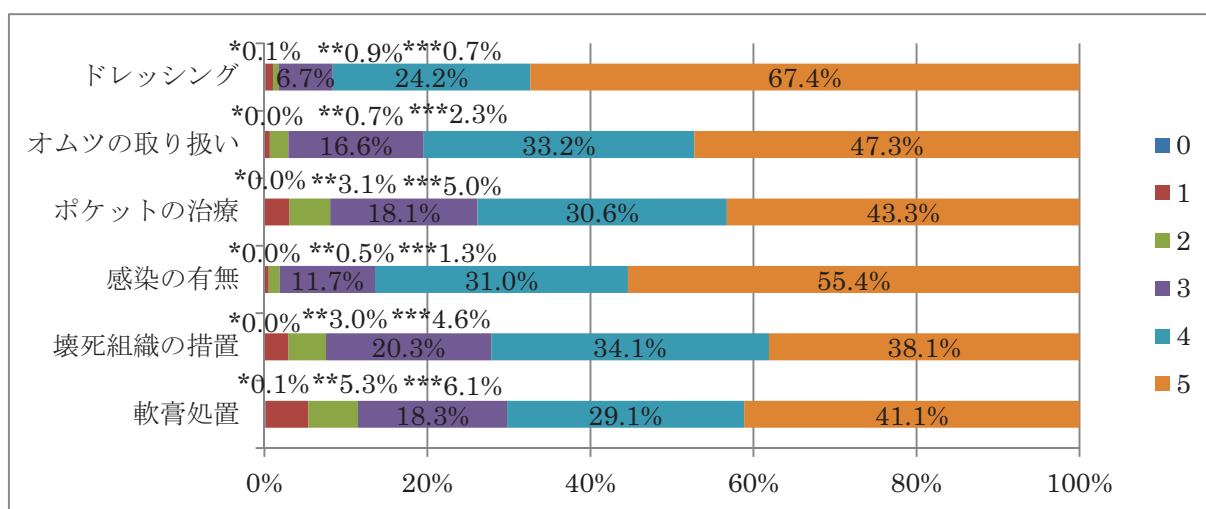
(在宅における褥瘡処置で実際に行って関心のあるもの/6段階評価・0⇒5) (n=740)



* : 0 ** : 1 *** : 2

図 40 軟膏処置

(在宅における褥瘡処置で実際に行って関心のあるもの/6段階評価・0⇒5) (n=739)



*:0 ** :1 ***:2

図 41 在宅における褥瘡処置で実際に行って関心のあるもの
(6段階評価・0⇒5) (n=739)

質問 7)

(1) 2014年6月～8月の“3ヶ月”の間にあなたが診た褥瘡患者さんについての質問です。褥瘡ステージ別の人数を記入して下さい。

- ステージⅠ (皮内発赤はあるが表皮は保たれている) () 人
- ステージⅡ (表皮剥離、あるいは水疱性褥瘡) () 人
- ステージⅢ (皮下組織までの損傷、筋膜の露出はない) () 人/内ポケット有 () 人
- ステージⅣ (筋層より深くまで損傷している) () 人/内ポケット有 () 人

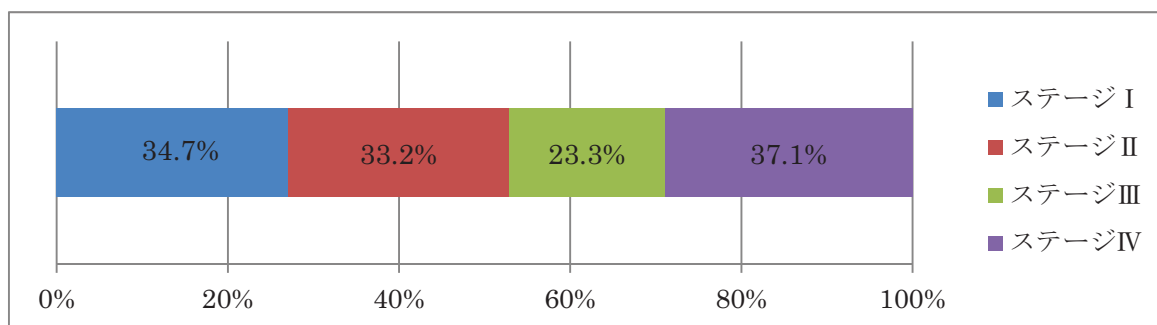


図 42 褥瘡ステージ別人数(2014年6月～8月) (n=3367)

(2) ラップ療法（料理に使うサランラップなどを使用して治療する方法）についておうかがいします。
 (○で囲んでください)

- ① ラップ療法を全ての症例に使っている ③ 全く使っていない
 ② 症例によって、使い分けている

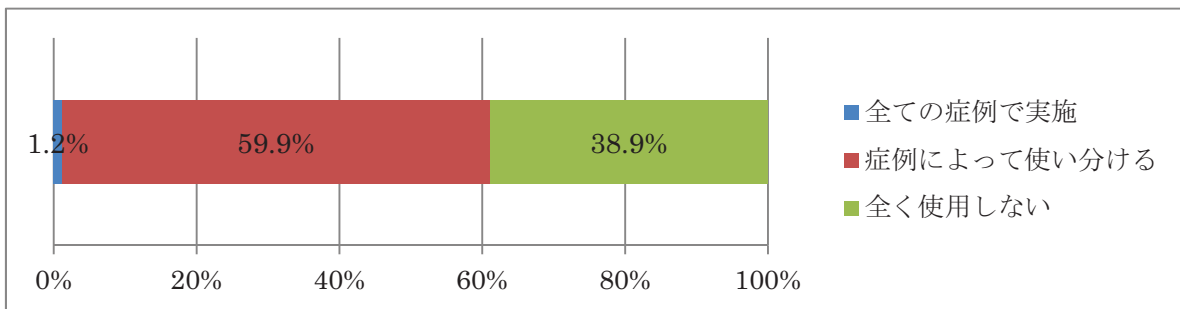


図 43 ラップ療法の実施 (n=756)

※以下、(3) (4) は医師に対する質問です。

(3) ポケットについて (○で囲んでください)

1) ポケット切開・切除術をあなた自身で在宅において行いますか？

- ① する ② しない

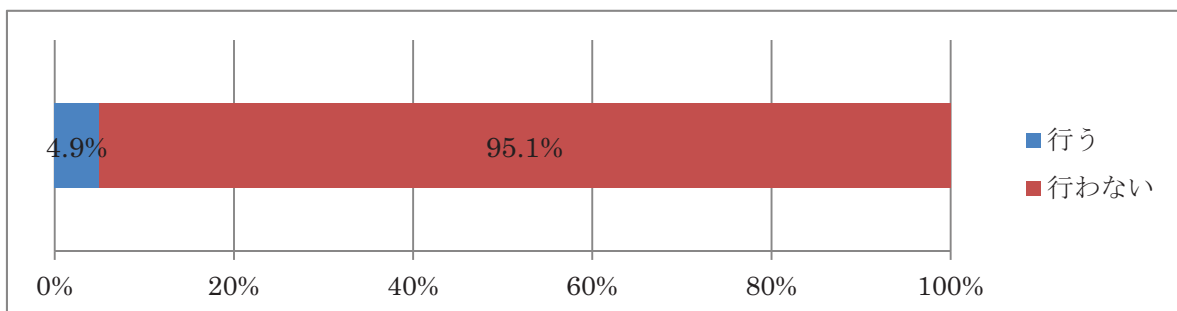


図 44 ポケット切開・切除を自身で在宅において行う (n=244)

2) 1) で“②しない”を選択された方におうかがいします。

切開・切除のときには外来 or クリニックに来てもらって行う

- ① もらう ② もらわない

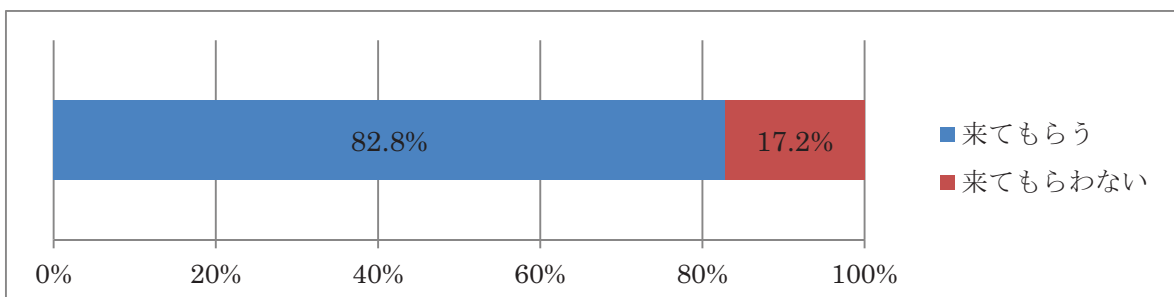


図 45 切除・切開のさいは外来 or クリニック来てもらいおこなう (n=227)

3) ポケットの切除は専門医に

①頼む ②頼まない (ポケット切除はしない)

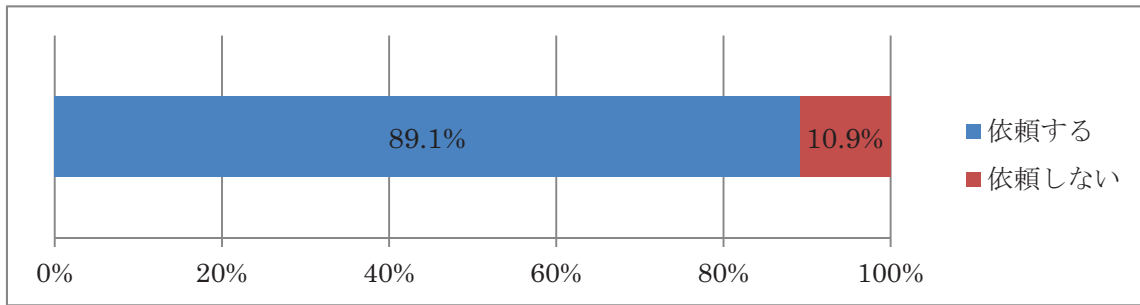


図 46 ポケットの切除は専門医に依頼する (n=230)

(4) 壊死組織のデブリードマンについておうかがいします。(○で囲んでください)

1) デブリードマンをご自分で行いますか？

①する ②しない

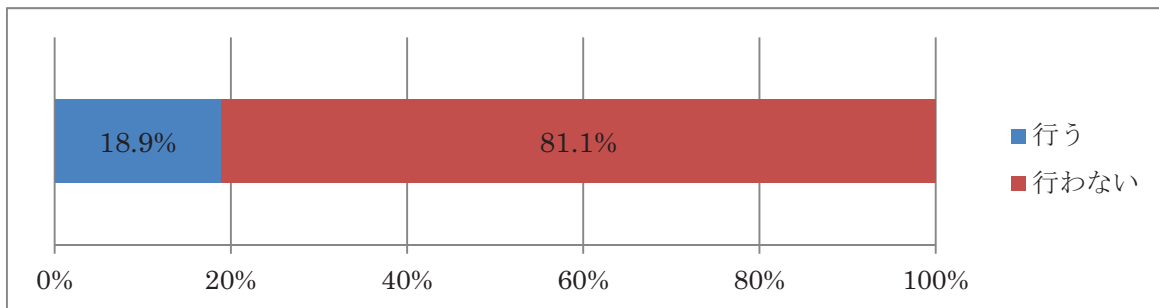


図 47 デブリードマンを自身で行う (n=280)

2) 1) で “②しない” を選択された方におうかがいします。

① 専門医 or 病院に頼む ②保存的治療で壊死組織を除去する ③それ以外

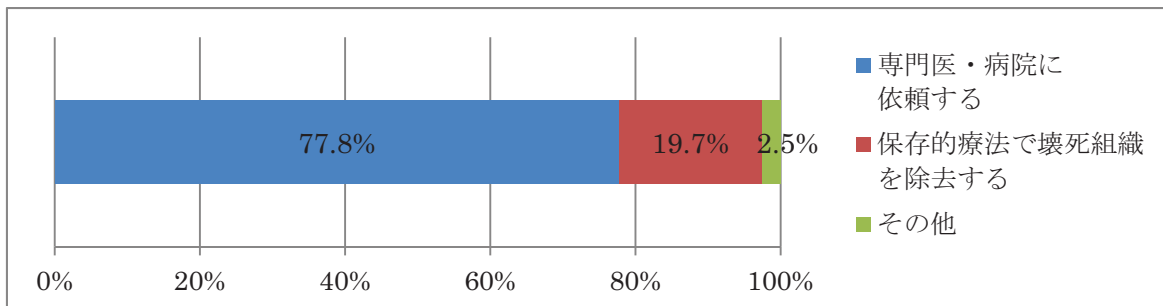


図 48 デブリードマンの処置 (n=198)

質問 8)

在宅における褥瘡ケアで今、一番悩んでいることはどんなことですか？最大 3 ケ位簡潔にお書きください。

1)

2)

→ 「第Ⅲ部」

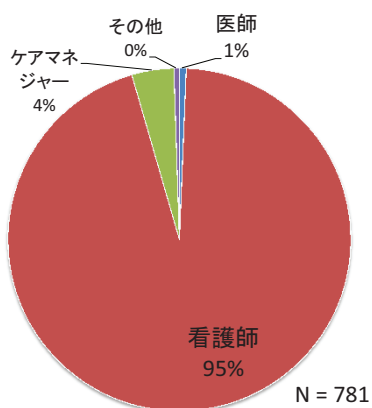
3)

第Ⅱ部 「在宅褥瘡ケアに関するアンケート」 —探索的な検討とコメント—

探索的な検討の実施理由

- アンケート回答者の約80%は訪問看護ステーションの看護師であった。すなわち、在宅患者の褥瘡にもっとも近い医療従事者の生の意見である。
- この貴重な意見が無駄にしないため、データを可能な限り採用する方針で読替え、さまざまな角度から集計・検討を行った。
- 本結果は、探索的なものである。
- 有効回答785／2240:回収率35.0%

質問1)(1)
あなた(記入者)の職種を教えてください。
(数種の資格を持っている方は主たる職種を選んでください)

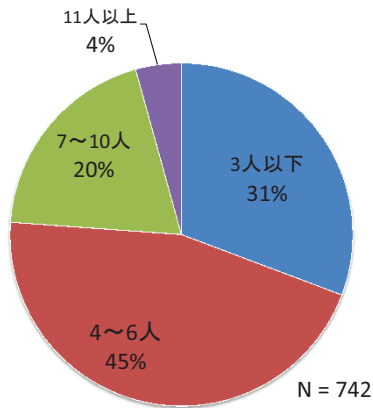


・無回答4
・看護師とケアマネジャーの2つを「主たる職種」とした回答50件はそれぞれを0.5人に読替え後グラフ化した。

職種	読替え後/前	内訳
医師	5	
看護師	741/766	
内訳		施設 13
		訪問看護ステーション 601
		(重複回答) (4)
		無回答 156
ケアマネジャー	31/56	
内訳		医学・看護系 38
		福祉系 6
		(重複回答) 1
		無回答 13
その他	4	
内訳		介護職員、福祉用具専門相談員、福祉用具プランナー、管理栄養士
無回答	4	

質問1) (2)

“褥瘡ケアや在宅治療・ケアに関わっている在宅チーム”(以下 在宅チーム)は
何人で行っていますか？



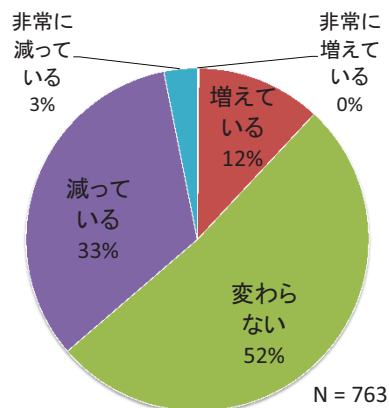
区分	
3人以下	228
4~6人	337
7~10人	145
11人以上	32
無回答	43

・無回答43

在宅褥瘡ケアには多くの人間が“在宅チーム”として関わっている。
“在宅チーム”の単位(ステーション毎 or 患者毎)の考え方によって回答幅が広がった可能性がある。

質問2)

あなたが治療・ケアに関わっている褥瘡保有者の数は増えていますか？減っていますか？



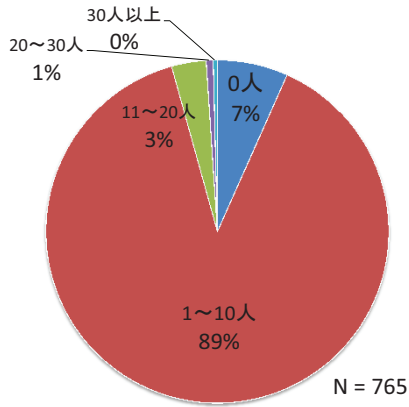
区分	
非常に増えている	1
増えている	90
変わらない	395
減っている	253
非常に減っている	24
無回答	22

・無回答22

約2/3の回答が「増えている」または「変わらない」であり、在宅褥瘡ケアに対してより一層の努力が必要だと思われた。設問に際して何に比べて増えているのかという基準を示さなかったことは良くなかった。

質問3)

あなたの“在宅チーム”では2014年6～8月の“3ヶ月”の間に何人の褥瘡患者さんを治療 or ケアしましたか？(延数ではなく実数)



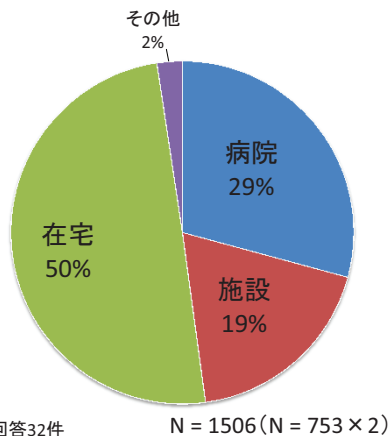
区分	人数
0人	7
1～10人	681
11～20人	25
21～30人	5
31人以上	3
無回答	20

・無回答20

質問2)で褥瘡が「減っている」とする回答が4割近くあったが、減ったと答えた方のチームでもわずかに“3ヶ月”の間に1つの在宅チームで「1～10人」の褥瘡患者を治療・ケアしている現状がある。

質問4)

あなたが現在治療・ケアにかかわっている在宅褥瘡患者さんについて、おうかがいします。
(1) 褥瘡が発症した場所(推定される)について多い方から順に2項目を選択して下さい。



区分	人数
高度急性期病院	74.2
急性期病院(地域包括ケア病棟)	196.7
医療療養病床	135.3
回復期/リハビリ病棟	33.7
特別養護老人ホーム、介護老人保健施設	119.2
福祉施設	102.5
サービス付高齢者住宅	59
在宅	749.5
その他	36
無回答	32

選択が1項目だけの場合、3項目の場合、4項目の場合は、それぞれ2件、0.66件、0.5件に読替

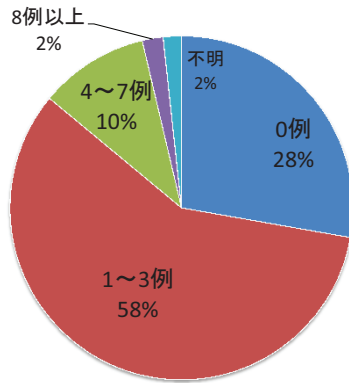
・無回答32件

褥瘡の発生源として「在宅」が多いと言われているが、在宅に居る褥瘡患者の発症は半分が在宅であり、後の半分は病院・施設であった。在宅医療従事者の意見としては、病院や施設も褥瘡の発生源と認識されており、緊急で入院した後褥瘡をもらって帰ってくる人が多いという。

質問4)あなたが現在治療・ケアにかかわっている在宅褥瘡患者さんについて、お伺いします。
 (2)あなたの在宅チームにおいて肺炎、膀胱炎治療 or PEG造設手術などのため、他の急性期病院に送り、褥瘡が発症したり褥瘡が悪化した経験はありますか？

(2)急性期病院での褥瘡発症・悪化の経験
 あり407/なし329 (無回答49)

経験ありの場合の“3ヶ月”での具体的な患者数



N = 407

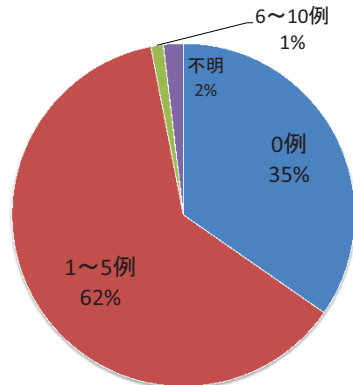
褥瘡の発生元として「在宅」がクローズアップされているが、在宅医療従事者の意見としては、肺炎治療の為やPEG手術のために転院した急性期病院、長期療養型病院やショートステイにおける発症・悪化経験が多かった。

経験「なし」の回答であっても、具体的な患者数が選択されていた場合は、経験「あり」に読替

質問4)あなたが現在治療・ケアにかかわっている在宅褥瘡患者さんについて、お伺いします。
 (3)ショートステイに褥瘡患者さんを送って褥瘡発症or褥瘡が悪化した経験はありますか？

(3)ショートステイでの褥瘡発症・悪化の経験
 あり427/なし320 (無回答38)

経験ありの場合の“3ヶ月”での具体的な患者数

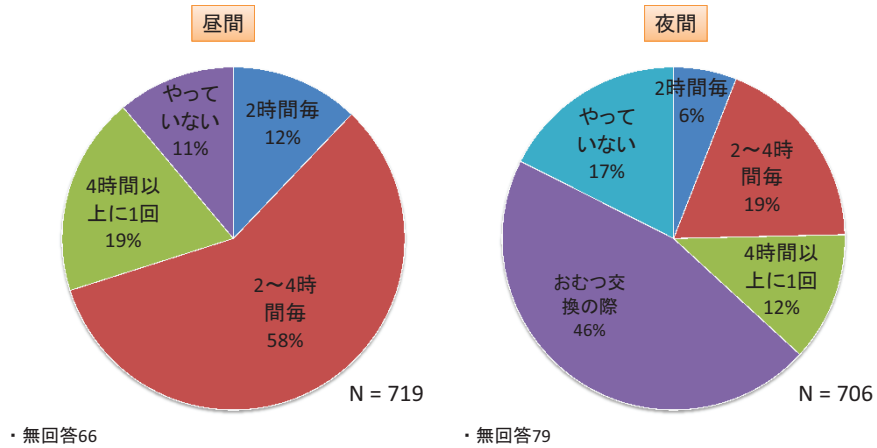


N = 427

ショートステイの職員が褥瘡のことを知らない。せっかく治った褥瘡が悪化した。

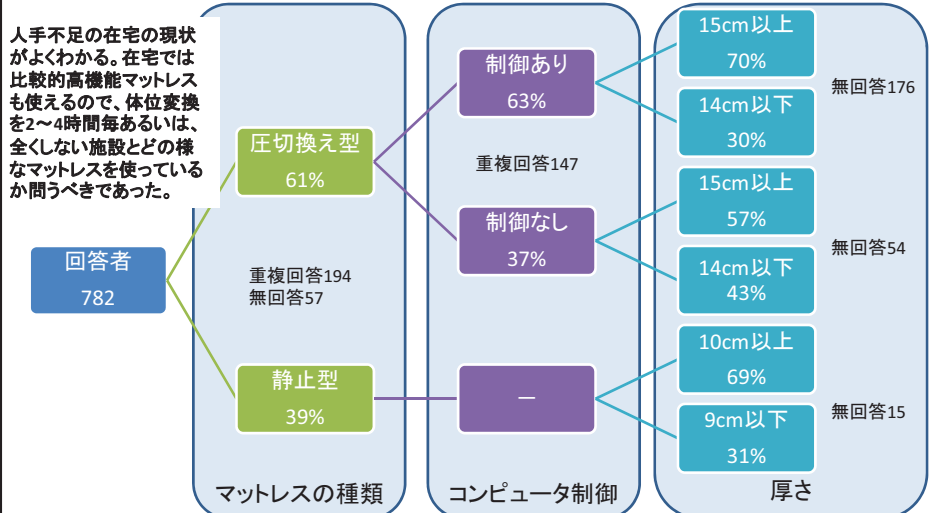
経験「なし」の回答であっても、具体的な患者数が選択されていた場合は、経験「あり」に読替

質問5)“寝たきり”患者さんについておうかがいします。
 (1) 体位変換について(一番多く行われているもの)



体位変換は昼間は2~4時間毎、夜間はオムツ交換の際にあわせて行うことが多かった。

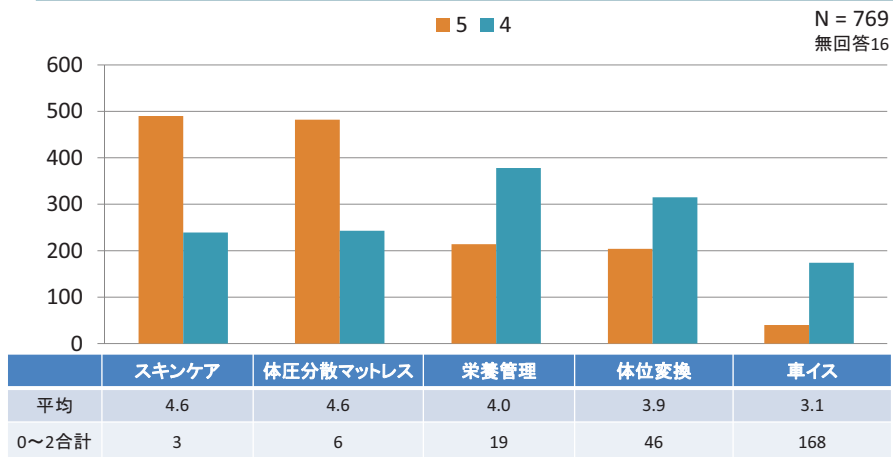
質問5)“寝たきり”患者さんについておうかがいします。
 (2) 体圧分散マットレスについて(一番多く使用しているもの)



「厚さ」に回答がある場合、対応する「マットレスの種類」「コンピュータ制御」の回答も「あり」に読替
 「厚さ」の選択肢2つとも(厚い/薄い)に回答がある場合、0.5ずつに案分

質問6)

(1)あなたは褥瘡予防対策としてどのくらい力を入れていますか？
(6段階評価・・・5点:最大限に力を入れている。0点:全く力を入れていない。)

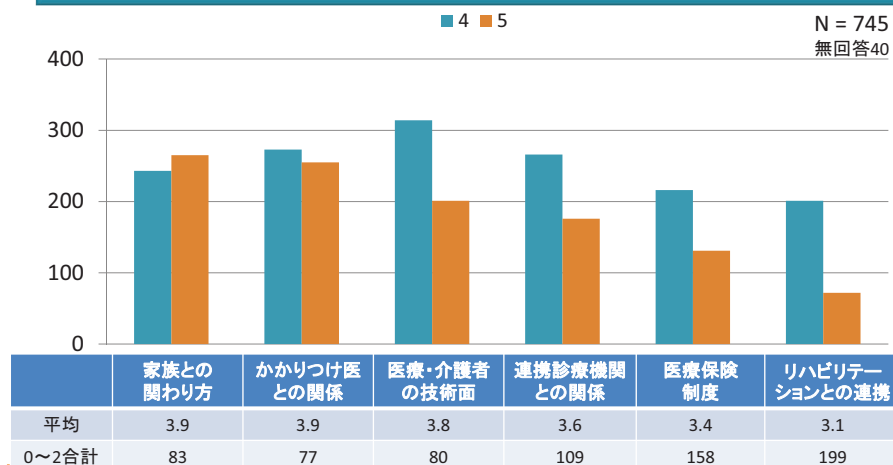


スキンケア、体圧分散マットレスに対して特に力を入れている状況である。スキンケアや体圧分散マットレスについては指導がかなり浸透していることがわかる。車イスに対する関心があまりないのは問題である。車イスは車イス患者との関わりの有無により評価が異なるものと思われた。

一部無回答は無回答の箇所を0に読替、完全無回答は無回答のまま

質問6)

(2)あなたが関わった褥瘡ケアの中で問題点を5段階で選択してください。
(6段階評価・・・5点:最大限に力を入れている。0点:全く力を入れていない。)

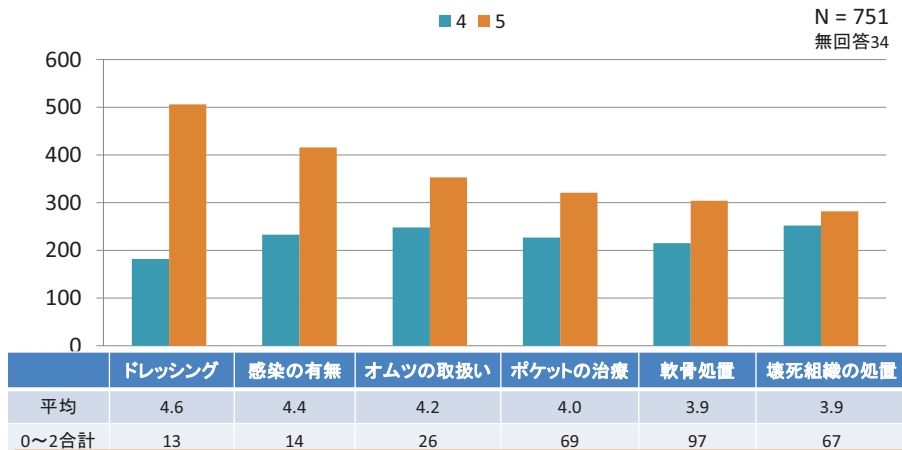


家族・かかりつけ医との関わり方、医療・介護者の技術面に問題点を感じている回答者が多い。ここでは出ていないが、第3部の苦情や苦言、また問題点の中で主治医が褥瘡を知らないこと、褥瘡に対し軽視していることの不満が非常に多かった。リハビリとの連携は必要性が十分に認識されていない可能性がある。

一部無回答は無回答の箇所を0に読替、完全無回答は無回答のまま

質問6)

(3) 在宅における褥瘡の処置について、実際に行っている関心があるものを5段階で選択して下さい。



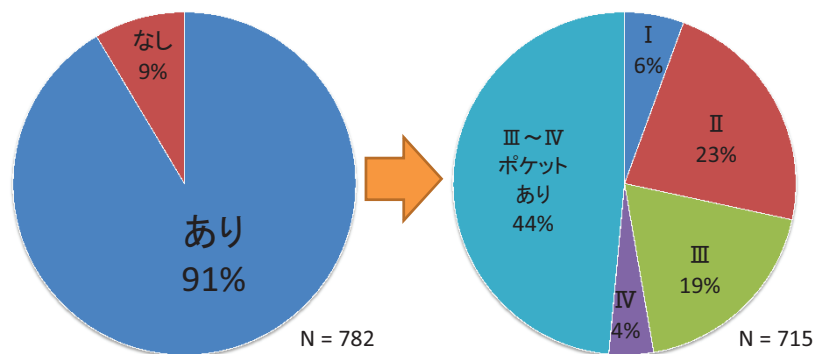
いずれの項目も比較的関心が高い。ポケットの治療、軟骨処置、壊死組織の処置は医師が行う行為であるため、本アンケートの主な回答者である看護師の関心が低めに出ている。第3部に出てくるがポケットの扱いについてはポケット切開をしてくれない。壊死組織除去をしてくれないという不満が非常に多かった。

一部無回答は無回答の箇所を0に読替、完全無回答は無回答のまま

質問7)

(1) 2014年6月～8月の“3ヶ月”の間にあなたが診た褥瘡患者さんについての質問です。褥瘡ステージ別の人数を記入して下さい。

経験ありの場合の“3ヶ月”でもっとも重症度が高い褥瘡



・無回答3

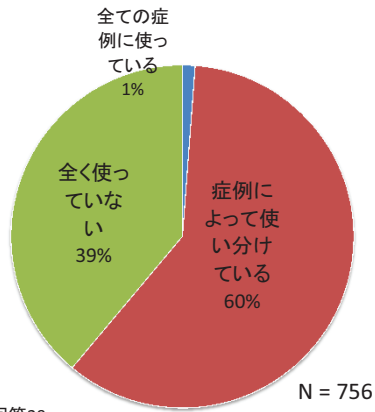
褥瘡ステージ別人数の回答から、“3ヶ月間”での褥瘡経験を集計した。その結果、わずか“3ヶ月”の間に91%もの在宅医療従事者が褥瘡を経験していた。しかもポケットありの割合が高かった。

空欄をゼロ例に読替。褥瘡の症例数よりポケットの症例数が多い場合は、褥瘡の症例数をポケットの症例数と同一に読替

質問7)

(2)ラップ療法についてお伺いします。

(料理に使うサランラップなどを使用して治療する方法)



・無回答29

区分	全体
全ての症例に使っている	9
症例によって、使い分けしている	453
全く使っていない	294
無回答	29



「全ての症例に使っている」と回答した9名の
「3ヶ月」の褥瘡経験」の回答

ステージ	I	II	III	IV
合計個数	15	13	8	2
ポケット数	—	—	5	2

いわゆる“ラップ療法”の実施率は約61%であった。ステージⅢ、Ⅳでポケットもある患者に対しても、盲目的にラップ療法が行われており、注意喚起が必要である。褥瘡は範囲が狭いので大きな問題となっていないが敗血症を引き起こす例があり、ラップは特別なとき以外使うべきでない。範囲が広い熱傷ではラップが引き起こした敗血症で死亡例が出ておりラップ禁止となっている。

第Ⅲ部 在宅における褥瘡ケアで
今、一番悩んでいることはどんなことですか？

A. まとめ1 (数)

- 1) 医師に対する苦情・コメント (一番多く 312 件)
- 2) 軟膏について (45 件)
- 3) ラップに対して (31 件)
- 4) 在宅における“2 時間毎の体位変換” (56 件)
- 5) デイサービス・ショートステイに送ると褥瘡が悪化する (64 件)
- 6) 病院や施設で褥瘡治療に無関心の職員が増加している (35 件)
- 7) 福祉用具を受け入れてくれない (28 件)
- 8) 経済性 (37 件)
- 9) 栄養 (39 件)
- 10) ケアマネジャー (38 件)
- 11) 介護職の勉強不足 (31 件)
- 12) WOC ナースについて (67 件)

B. まとめ2 (内容)

【医師・主治医に対する苦情とコメント】

- ・褥瘡を治せない医師が多すぎる
- ・褥瘡のことを知らない、知識が無い、勉強していない！
- ・適切な指示が無い、指示があってもとんでもない古めかしい指示で困る
- ・急激に変化した時の対応が遅い
- ・病院の医師は在宅を全く知らない
- ・皮膚科の先生：軟膏ばかり気にして“圧とずれ”を考えない
- ・在宅を診てくれる皮膚科医が少ない
- ・再発しても懲りずに何度も手術をする医師がいる

その他：以下のような医師・主治医に対する悩みがあった

関心が無い・継続性が無い・治療方針について疑問に思われる処置が多い・処置を看護師に丸投げ・内科医が駄目・現場認識が無い・主治医の先生の言う通りやっても治らない・悪化する！処置してもらえない・マッサージしていれば治るといふ医師がいる・医

師がケアのことを全く分かっていない！

【専門医と連携をとってくれない】

- ・主治医は専門医に相談することを快く思っていない
- ・往診してくれる専門医が少ない（皮膚科医・形成外科医が少ない）
- ・入院施設との連携をとってくれない
- ・難治性となっても相談にのってくれない、褥瘡の治療を知らないようだ
- ・褥瘡を良く分かった専門の人に見てもらいたい

【ポケット・デブリードマンについて】

- ・ポケット切開・切除してくれない、入り口が狭くなって困る
- ・皮膚科医以外デブリードマンをしてくれない
- ・ポケットが生じると治らない
- ・ポケット内の肉芽が上がらない、ポケットが巨大化する
- ・除圧はしているがポケットが治らない
- ・壊死組織を除去して出血で呼ばれた
- ・電気メスが欲しい（医師）

【一般的な質問について】

- ・在宅チームが無い
- ・家族の経済と褥瘡治療とのジレンマがある
- ・現在やっている治療がいい方向なのか、悪い方向を向いているのかわからない
- ・先輩（熟年）の看護師は新しいことを学ばないし、やらない、年齢が上だからっていばるな！！
- ・年単位でも治らない褥瘡あり
- ・寝たきり患者の外来受診が大変
- ・施設で体圧分散マットレス、自動体位変換マットレスが使えない
- ・自分達のしているケアが良い方向に向っているがどうかかわからない
- ・ポジショニング・福祉用具の使い方が不十分、重要性の認識不足
- ・毎日診たい
- ・急性期病院で褥瘡患者受け入れてくれないー処置変更を求めても応じてくれない

（協会の見解1）

- ・なんでも持ち込みと言われ不快
全身状態が悪く入院・体調が悪くて入院、すると“褥瘡持ち込み”と言われる
- ・褥瘡がかなり悪化してから訪問看護ステーションに来る
- ・もっと早く呼んでほしい
- ・考える看護をしている
- ・共通のルールを作っている
- ・肛門周辺のスキントラブルの治し方
- ・裂隙がなかなか治らない

【軟膏について】

- ・主治医は適切な軟膏を使わない
- ・軟膏が高い
- ・良い薬剤が無い
- ・理想的な（適切な）軟膏療法を医師が知らない
- ・未だにイソジン消毒をさせられる、昔ながらの処置しかしない
- ・ゲンタシンしか出さない、リンデロンVGしか出さない

【連携・病院、多職種の連携】

- ・再発を繰り返す褥瘡に対して予防が必要だがケアマネージャー・ヘルパーと
なかなか連携しにくい
- ・お互いに価値観の違いがある
- ・褥瘡が感染した時の受け入れ病院が必要だがなかなかない、連携できない
- ・データ、価値観を共有できる他職の連携が必要だが難しい

【ドレッシング】

- ・ドレッシングは出せないという医師がいる
- ・看護師にドレッシングを負担させる
- ・ドレッシングが高くて使いづらい
- ・特定材料でないドレッシングはステーションの持ち出しとなる
- ・病院で使っている理想のドレッシングが使えない

（協会の見解 2）

- ・ハイドロサイトやフィルムはすぐ剥がれる
- ・ドレッシングに対する自己負担が大きい
- ・ドレッシングの変更の時期が分からない
- ・創がデュオアクティブでドロドロとなり、見かねた看護師が手を出すと怒られた。この患者は悪化し死亡した
- ・どのドレッシングがよいのか分からない（経済性も考えると）
- ・頻回のドレッシングチェンジの場合、誰がやる？何を使用する？
- ・独居の場合褥瘡治療を誰が責任もってやる？
- ・衛生材料の確保が難しい：自己負担高い、プラスチック手袋→訪問看護の負担となる
- ・いまだにガーゼを使う

【在宅における WOC ナースについて】

- ・非常に良く教えてくれる
- ・在宅のことを知らない WOC-N が多い
- ・在宅で2人で体位変換できているのか！
- ・在宅患者の経済を考えたドレッシングの選択を考えるべき（病院と違う！）
- ・在宅では体圧分散マットレスを選択した場合、その根拠を示す必要があるが、ブレードスケールでは根拠にならない
- ・病院で良くても在宅で使えないことを知らないで平気で在宅褥瘡の講師をしている！

【日本褥瘡学会主催のセミナーについて】

- ・病院で良くても在宅で使えない
- ・もう少し在宅このことを勉強して欲しい！
- ・在宅で使えないことを延々としゃべるな！
- ・エビデンスがあっても使えないものは使えない

【ラップに対して】

賛成意見：

- ・ラップで治ったケースがある
- ・ラップの方が良い！

- ・高いドレッシングよりラップの方がよい

反対意見（続けることに疑問）：

- ・悪化したケースがある
- ・感染がひどくなった
- ・感染があるのにラップを要求する医師がいる
- ・ラップを好む医師がいる。現実がわかっていない
- ・プロペト+ラップの指示だけの医師がいて困る

【在宅における2時間毎の体位変換】

- ・2時間毎の体位変換が出来ない
- ・夜間の体位変換が出来ない
- ・家族の介護力に限界がある
- ・家族は体位変換で参ってしまっている・自動体位変換マットレス

十分活用している、非常によい：

- ・自動体位変換マットレス使用で助かっている
- ・人手がいない
- ・在宅では最適な利用材料

良くなかった：

- ・家族が、尿が漏れると言って使わない
- ・これを使って背中中央に褥瘡が出来た
- ・踵に褥瘡が出来た _____（協会の見解3）
- ・体位変換を一生懸命やっているが褥瘡が治らない
- ・除圧が完全に出来ない
- ・体位変換のとき体格に合った除圧を考えるべき

【デイサービス・ショートステイに行つて褥瘡が悪化する】

- ・ショートステイで褥瘡を作つて帰つてきた
- ・デイサービスやショートステイの職員と褥瘡ケアの共有が出来ない
- ・連絡ノートに書いても見てくれない
- ・訪問入浴の看護師のレベルが低い、職員の褥瘡に対するケアがお粗末

- ・せっかく治りかけていたのにショートステイで悪化した
- ・ペースメーカーを入れに入院した急性期病院で褥瘡を作ってきた
- ・病院や施設で褥瘡治療に無関心の職員が増加している
- ・ショートステイの職員が全く褥瘡のことを知らない
- ・訪問看護のナースがいくら言ってもショートステイの施設で聞いてくれない
- ・ショートステイの施設のマットレスやクッションが問題
- ・車椅子や栄養を与えるときの状態が問題！

【家族に対する意見】

- ・褥瘡ケアのこと理解してもらえない
- ・介護力不足：本当に介護力が不足している、老々介護、独居、経済的にも余裕が無い
- ・家族の協力が得られない
 - 体位変換が出来ない、家族が疲労している、オムツ交換の回数が少ない、
 - 家族にやらせて褥瘡が悪化した、清潔に保てない、指導が難しい(姿勢・移動など)、
 - 老老介護で依頼出来ない、もっと患者の所へ行きたいが決まった日しか行けない、
 - 技術が難しいようだ、理解が無い人が多い
 - 福祉用具を受け入れてくれない、体圧分散マットレスの使用は理解してくれるが福祉用具の使用には理解が得られない、
- ・褥瘡が治らない(家族も諦めムード)
- ・老々介護・独居である：
 - ・体位変換できない、体位変換など依頼もできない
 - ・介護力不足
 - ・独居の場合毎日のドレッシングどうすればよい(厚生労働省へ質問する)
 - ・ゴミ屋敷の状態
- ・ヘルパーについて：
 - ・ヘルパーに褥瘡ケアの教育して欲しい
 - ・あるヘルパーの施設では“褥瘡をいじるな”という(独居でもそうなるのか?)
 - ・ヘルパーも簡単な処置位出来るようにしてほしい(例えば講習を受けて技術指導で資格を取るなどは?)
 - ・ヘルパーに診てもらって悪化した例がある
- ・病院の指導者が在宅の事情を分かっていることが多い

【経済性】

- お金を効果的に使えない：
 - ケアマネージャーの考え方が悪い
 - 家族に余裕が無い
 - エアマット代が高いという
 - 本当にお金が払えない
- 家族が拒否する：
 - こちらが思うように何回も訪問看護にいけない
 - 物品購入、利用者負担の時困る
 - フィルム材の費用に困る（高いと思う） —————（協会の見解 4）

【栄養】

- 在宅での栄養改善は難しい
- 高カロリー→下痢、嘔吐、誤嚥をする
- 低栄養からの脱却が出来ない
- 本人と家族に栄養の知識が無い
- 基礎疾患があると難しい
- 褥瘡の治りが悪いとすべて栄養のせいにする
- 独居の人の栄養改善が難しい
- 管理栄養士を呼びたいが…（管理栄養士の数が少ないこともある） —————（協会の見解 5）

【ケアマネージャー】

- 優先順位がわかっていないケアマネージャーが良くない（職種によって）
- 知識不足、褥瘡のことがわかっていない
- 最も大切な体圧分散マットレスの使い方（入れ方）が良くない
（機能を考えずに値段の安い物を入れる）
- 介護用品の重要さを知っていない
- 訪問回数を制限する

【予防】

- 早期発見が重要だが、ヘルパーが最も早く見つける立場であるのに、これを“禁ずる”

ステーションがある。ヘルパーを持っている施設も教育すべき

- ・ 予防の重要性を知らない
- ・ 悪化するまで看護師を呼ばない

【オムツ】

- ・ オムツ交換を理想的にできない（家族の理解不足、ケアマネージャーの回数が限られる）
- ・ むれ、汚れが放置されている
- ・ 洗浄の時使う薬剤の代金は？
- ・ 排泄が多い時、独居の場合誰がする？ —————（協会の見解 6）
- ・ 尿失禁対策を教えて欲しい

【勉強したい】

- ・ スキルアップしたい
- ・ エビデンスの高い在宅で出来る方法
- ・ 多発性の褥瘡治療
- ・ 早くADLを良くして社会復帰させたい
- ・ コアスタッフの会は楽しい
- ・ スタッフの勉強意欲が無い
- ・ スタッフの意見の統一がない
- ・ 褥瘡が治らずモヤモヤした気持ちでいる
- ・ 介護職の勉強不足
- ・ 訪問入浴の看護師のレベルが低い
- ・ 1日2回訪問したい
- ・ ポケットの治療法を知りたい

“逆説的表現”（主治医の治療による不信感があることによる）

- ・ 真菌の治療方法を知りたい
- ・ 軟膏療法をもっと知りたい（軟膏の情報が欲しい）

【リハビリとの関係】

- ・ リハビリのPT・OTが入っていない

- ・リハビリのことが良く分からない
- ・連携が取れない
- ・リハビリの人が褥瘡を知らない、悪化する

【保険、介護保険制度】

- ・限られた時間内で仕事をするのは難しい
- ・医療職でないケアマネージャー良くない（優先順位が分かっていない）
- ・介護グッズを使えない
- ・ヘルパーが創をいじれない
- ・研修させてオムツ交換の時くらいはさせるべき、しかも早期治療に繋がる
- ・障害者の場合褥瘡ケアが難しい
- ・軽度褥瘡の場合頻回に訪問できない
- ・多職種との連携が取りにくい
- ・障害者の場合、介護保険が使えない（特に除圧マットレス）

【下肢の褥瘡】（PADとの見極めが出来ていないのが原因）—————（協会の見解 7）

- ・治らない
- ・悪化する
- ・踵の褥瘡が多い

【ターミナルの褥瘡ケア】

- ・難しい
- ・褥瘡が発生すると難しい
- ・困っている

【車椅子】

- ・選択基準について知りたい
- ・こまめに（1日2回位）見てあげたいが、見られない
- ・クッションなしで使っている
- ・坐骨部の褥瘡が治らない

第IV部 質問・意見に対する
日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会の見解

1) 協会の見解1 一般的な質問について

- ・在宅チームが無い

(協会) 患者さん毎にケアチームを作る必要があり、これはケアマネージャーの仕事。一般的には人任せが多いのでチームの中心になる位の情熱を持って欲しい。

- ・家族の経済と褥瘡治療とのジレンマがある

(協会) 家族の経済の余裕を考える中でベストかベターを考えるのが良い。家族の経済が全くない場合、いろいろな制度の利用を考えてあげる必要がある。これは本来、ケアマネージャーかソーシャルワーカーの仕事。

- ・チームワークが取れない、連携が取れない

(協会) 褥瘡ケアはチームワークなので一人でも異なったケアをすれば褥瘡は悪化する。同じ患者を見るグループはチームで全員が勉強して同じレベルでやるよう努力するべきである。

訪問看護ステーションの所長、病院の病棟なら師長か主任とよく話し合って、全員でチームワークよくやるのが大切。(一部 北13条内科・皮膚科クリニック往診部 鈴木 聡子)

- ・褥瘡専門医のリストかマップが欲しい

(協会) 日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会にて現在計画中。

- ・現在やっている治療がいい方向なのか、悪い方向を向いているのかわからない

(協会) 本来ならば主治医が褥瘡の勉強をもっとしっかりやり、褥瘡の経過の状況を判断すべきである。

主治医が駄目でもどうしても専門医が見つからない場合

1. 自分でやるとすれば創は Design-R で比較する
2. 創の肉芽に段差・溝・ポケットが無くならないのはケアが悪く、どこかで圧とずれがかかっている
3. 創の表面に出血や壊死組織があるのは圧かずれがかかった証拠
4. ポケットがある深い褥瘡が6ヶ月以上治らないのは、褥瘡ケアが悪いからで根本的にケアを見直すべき
5. 協会を出している“床ずれケアナビ”は在宅に特化して、在宅の訪問看護師、ヘルパー用につくられたものであり、わかりやすいので是非参考にして欲しい

2) 協会の見解2 ドレッシングについて

ドレッシングについての不満が多いが、これは医師が制度をよく知らないか、あ

るいは訪問看護師が制度をよく知らないためである。

厚生労働省からの通達では担当の主治医が必要な分、負担すべきことである。

(ドレッシングの質については条件がある。)

また、ドレッシングの処方について、厚生労働省の診療報酬改定(26年度)に指針があり、褥瘡の深さ、寝たきりの度合いなどで見る。フィルム材は処方の対象外である。

3) 協会の見解3 踵に褥瘡が出来る

褥瘡の発生頻度は、仙骨部に次いで踵の褥瘡が多い。

踵の褥瘡は発生する病院は同じ病院で多く発生する傾向にある。

ということは、その病院では褥瘡ケアが悪いから踵に褥瘡が出来るのである。患者の身体を移動させるとき、ギャッチアップのときに踵を引きずるかその後のポジショニングのときに踵に圧がかかっているかである。

下肢全体、特に膝のポジショニングを決めた後必ず踵の下に手を入れてみて圧がかかっているか いないかをチェックしなければならない。

また、下肢のポジショニング終了後、足底を支えることも重要なケアである。足底を支えることにより踵への荷重が小さくなるからである。

4) 協会の見解4 フィルム材が高い

“圧とずれ”がかからないよう、危険な部位にポリウレタンフィルを貼ることは有効である。特に表面のすべりが現存するフィルムの中で最もよいフィルム^注(スミス・アンド・ネフューのオプサイトTMフレキシフィックス)を用いるのが良い。予防であるため保険の医療費が使えない。予防に有効なことはエビデンスがあるので予防に使うのがよいことを厚生労働省にアピールする。

注

Ohura T, Takahashi M, Ohura N Jr. Influence of external forces (pressure and shear force) on superficial layer and subcutis of porcine skin and effects of dressing materials: are dressing materials beneficial for reducing pressure and shear force in tissues? *Wound Rep Regen* 2008;16:102-7.

5) 協会の見解 5 在宅で活躍する管理栄養士が少ない

管理栄養士の登録数は、累計 18 万人であり、10 万人の管理栄養士が働いているが、この中で管理栄養士の経験があるにもかかわらず働いていない方が、5 万人もいることになる。

管理栄養士の行う居宅療養管理指導の件数は、1 ヶ月あたり約 1800 件と大変少ない。薬剤師や歯科衛生士の件数は増加しているのに、管理栄養士の件数の増加はないのが問題である。

そこで平成 24 年から日本栄養士会と日本在宅栄養管理学会は「在宅訪問管理栄養士」研修を開始し、現在合格者数は 595 名となっている。平成 26 年からは、栄養ケア・ステーション認定制度モデル事業が始まり、各都道府県の栄養士会栄養ケア・ステーションの下に複数の認定栄養ケア・ステーションを設置して、より地域に密着したネットワーク作りが開始されたところである。

Q 1、在宅で栄養を導入する時、本人・家族・介護者が高齢者は食べなくなってもしょうがない、無理に食べさせなくてもと言った様子で栄養を取り入れることをしない時、どの様にお勧めするか

(協会) 一口でも食べていれば、安心である。高齢だから少なくても良い。

80 歳を超えた方は腸での吸収力、免疫力等も低下する。風邪を引いた程度でも食欲が更に落ち急激な体重減少と筋肉低下現象が生じる。一度食欲が落ちると回復は非常に難しく褥瘡が出来る危険も予測される。

私達の身体の細胞は大体 30 日位 (場所にもよるが) で壊され、新しくコピーされた細胞は水と材料を使い作るの、良い水 (野菜からの水、自然の綺麗な水、生ジュース等) と良い材料 (食事から) が入ることにより元気な身体を保っている。

常に食べ物で身体は作られている事など本人に知らせることも大切である。

そしてその栄養を酸素と一緒に運ぶ手助けをするのが筋肉で、運動で体を動かす意味も同時に知らせるべきである。原点を知らせて、「食事って必要なんだ！もう少し聞いてみたい」と言う気持ち、動機づけをして信頼を深め、導入すべきである。

Q 2、訪問管理栄養士はどこに行けば連携できるか

- 1) 日本栄養士会・東京都栄養士会で登録・栄養ケアステーションが今登録されているので問合せ可能。
- 2) 実績の多い在宅チーム医療栄養管理研究会・訪問栄養ネットワーク・から日本在宅栄養管理学会 (前全国訪問栄養研究会) に問い合わせるとよい。
- 3) NPO 法人西東京糖尿病療養士会や各地地域糖尿病療養士会に相談のこと。
- 4) 自治体の一部、予防で訪問栄養を期間限定で実施することも有り市町村に問い合わせること。

是非お近くのケアマネージャー、1) 2) 3) 4) について、それぞれのホームページで確かめて問い合わせること。(管理栄養士 川戸由美)

6) 協会の見解 6 排泄が多いとき、独居の場合誰がするか

- ・独居であれば、そのサポートに多職種がどうしても係わる事になる。
- ・排泄は常に発生する問題であるとともに、基本的なケアである。
たとえば、リハビリをする際、便や尿による汚染があれば、リハビリどころではない。同様に、訪問栄養食事指導をしても、おしりが汚れていれば、栄養摂取どころではない。
- ・多職種が関わる際には、看護師やヘルパーだけではなく、関わる全ての職種が排泄ケアの基本技術を身に付けておくことが望ましい、この様に多くの者が関われば関わるほど、排泄ケアをサポートする者が増える。
- ・在宅療養を担当する場合、排泄ケアの基本技術の講習は必須とすれば良いだろう。
医師に始まり、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、PT、OT、ST、薬剤師、ケアマネージャー、福祉用具専門相談員、ケアワーカー、等々 全ての者は排泄ケアの講習受講を努力目標化すると良いだろう。

7) 協会の見解 7 下肢血流不全・足病関係の質問

床ずれケアナビ P162 のポイント

下肢循環器病（血流不全）の足病変を通常の外傷と思って扱っていると、大変なこととなる（重症化が進行する）。従って足病変が血流不全によるものかどうかを判定することが第一である。詳細は“床ずれケアナビ” P162 参照のこと。

第Ⅴ部 厚生労働省へお願い

- 1.今の被覆材の処方についてはd3の深さの患者にしか処方できないが、d2においても処方できるようにお願いしたい。
例えば現状では、浅い潰瘍の場合デュオアクティブや最近のドレッシングを処方できない。しかし、デュオアクティブや最近のドレッシングの処方が可能となれば、3-4日位持続貼付が出来、且つ、介護者の負担の軽減につながり、ドレッシング材の費用減少にもなる。
- 2.寝たきり患者しか算定できないため、車椅子や障害者に処方できない。
- 3.予防的にフィルム材の使用は効果的であることはエビデンスがある。現在は予防として使用できない。(自費となる)褥瘡の悪化を防ぐために必要である。
- 4.在宅寝たきり患者加算は、往診一カ所しか算定できない。
そのため、内科が往診して算定した場合、皮膚科が往診しても処方するためには内科医との調整等が必要になる。

