

## 在宅の褥瘡は何が問題なのか

### 調査結果からみた病院と在宅の比較<sup>1)</sup>

日本褥瘡学会では全国の病院、介護施設、在宅を対象に大規模な褥瘡調査を行っています。2013年の第3回調査結果をみると(表1)、褥瘡有病率は一般病院・大学病院(以下、病院)で1.39～2.20%である一方、訪問看護ステーション、すなわち在宅では2.61%でした。また施設別褥瘡推定発生率は、病院で1.16～1.60%、訪問看護ステーションで2.08%でした。2010年の調査では、訪問看護ステーションでの有病率と推定発生率はそれぞれ5.45%、4.40%であり、在宅での褥瘡は減少傾向にあります。これは同学会が主催する在宅褥瘡セミナーなどの地道な取り組みの成果と考えられています。

一方で以下のような結果も明らかになりました。施設内での発生褥瘡の深さをみると、DESIGN-R<sup>®</sup>分類でのD4(皮下組織を超える損傷)の割合は病院では3.6～9.8%ですが、訪問看護ステーションでは21.6%と多く観察されているのです。

在宅における褥瘡予防や治療には依然課題が残るものと考えられます。

### 調査結果に表れない在宅褥瘡の特徴は

調査は全国が対象の大規模なものですが、“在宅”を想定した数・症例数は訪問看護ステーション134か所、総褥瘡有病者217名とまだまだ少なく、しかも筆者は急性期病院での経験上、在宅からの持ち込み褥瘡のなかにはまだ訪問看護などの公的サービスを十分受けられていない人も多いと感じます。在宅の世界には「訪問看護ステーション」を対象とした調査範囲以外に未知数の褥瘡が潜んでいると考えたほうがよいかもしれません。

表1 2013年10月における褥瘡有病率、推定発生率、深さに関する調査(文献<sup>1)</sup>より引用)

調査施設における褥瘡有病率(抜粋)	
施設区分	有病率(%)
一般病院	1.99
一般病院 <sup>i</sup>	2.20
大学病院	1.39
訪問看護ステーション	2.61

調査施設における褥瘡推定発生率(抜粋)	
施設区分	発生率(%)
一般病院	1.60
一般病院 <sup>i</sup>	1.52
大学病院	1.16
訪問看護ステーション	2.08

調査施設別施設内発生褥瘡の深さ(抜粋)	
施設区分	D4 <sup>ii</sup> (%)
一般病院	9.4
一般病院 <sup>i</sup>	9.8
大学病院	3.6
訪問看護ステーション	21.6

i : 療養型病床を有する一般病院  
ii : DESIGN-R<sup>®</sup>での皮下組織を超える損傷

一方、介護に熱心な家族のもと、的確な判断と処置・継続の工夫によって驚くべき褥瘡治療・ケア効果をあげている現場もみられます。すなわち、一定の褥瘡対策が担保されている病院とは異なり、在宅褥瘡はその対策環境においてまだまだ幅広く、バラエティに富んだ状況といえるでしょう。



## 創傷の知識に基づいた退院時期の判断

### 褥瘡における創傷治癒の流れと処置

「消毒」して「ガーゼ」を当てて「乾かす」という慣習的な創処置が一般的であったかつての時代と比べると、現在普及している「湿潤治療」は科学的根拠に基づくものであり、結果創傷治療の経過は劇的によくなりました。しかし、誤った判断や手法によりかえって治癒を遅らせる、または感染症などの合併症を引き起こすケースも見受けられます。






褥瘡治療にかかわる医療者・介護者は湿潤治療を適切に行うためのスキルを持つことが必要です。そのため、まずは褥瘡における創傷治癒の流れを理解し、目の前の褥瘡がこの流れのどの時点なのか、今必要な処置は何かを判断できなければなりません。そこで、深い褥瘡の治療経過における創の状態および必要な処置を表2に示します。表2に出てくる用語は褥瘡を扱ううえでの基本的な共通言語です。私たち医療者はこの流れと用語

を理解することはもちろんですが、医学的知識に乏しい介護者にもある程度理解してもらうことで、病態と治療方針を共有しやすくなり、より安全な褥瘡管理へつなぐことができます。説明には教材として、一般向けの小冊子(図1)を利用するのもよいでしょう。

### 病院から在宅への移行～その条件は?～

表2に示す状態のうち、分厚い壊死の処置、重度感染創の治療などは在宅では困難なことも多く、入院して専門の治療(外科的デブリードマン、抗生物質の経静脈投与など)を受けることとなります。そして感染がコントロールされ、壊死組織の除去とともに肉芽形成が進みはじめると、治療は湿潤管理が中心となります。このころが在宅に戻るタイミングといえます。在宅に移行するとき、理想は褥瘡が治癒していることですが、少なくとも在宅でも扱いやすい“安定した状態”にしてお

表2 褥瘡における創傷治癒の典型的な流れと処置

時期	急性期			慢性期	
	壊死・感染	壊死の減少 感染の鎮静化	肉芽の形成	創の縮小	上皮化の完了
状態					
	厚く硬い壊死組織 周囲の発赤・熱感・ 腫脹・疼痛	ポケットを形成し 深部処置が困難 白色の軟らかい 壊死組織	良好な肉芽の 発生・増加 ポケットの縮小と消失	創底部肉芽の盛り上がり 創縁からの上皮化	癒痕による 創閉鎖・治癒
検討する 処置	外科的デブリードマン と創洗浄 抗生物質の全身投与 抗菌薬の局所投与	ポケット切開と創洗浄 外科的・保存的 デブリードマン 抗生物質・抗菌薬 の投与	適切な湿潤環境の維持 肉芽形成促進薬剤の使用 陰圧閉鎖療法/手術		フィルム材貼付 再発予防ケア