各項目毎の中で70才以上の症例の割合は、

(1) 0時間　107例中、74例、69%

(2) 1~2時間未満　311例中、235例、76%

(3) 2~3時間未満　90例中、66例、73%

(4) 3時間以上　140例中、106例、76%

ギャッチアップの時間で最も多いのは**2時間以内**であり、311例、48%、その次は**3時間以上**、140例、21%であった。しかし、ギャッチアップをしない場合にも褥瘡の患者が107例、16%にあり、この患者達のADLとの関係などを確認する必要がある。

11. **車椅子の使用**　(多い順)

(1)① 使用しない 342例、52%

(2)③ 30~1時間未満 89例、14%

(3)④ 1~2時間未満 79例、12%

(4)⑤ 2時間以上 76例、12%

(5)② およそ30分未満 68例、10%

70才以上の年令別では

① 使用しない 52%

② およそ30分未満 10%

③ 30~1時間未満 13%

④ 1~2時間未満 13%

⑤ 2時間以上 11%

各項目毎の中で70才以上の症例の割合をみると、

① 使用しない 342例中、255例、75%

② およそ30分未満 68例中、53例、78%

③ 30~1時間未満 89例中、64例、72%

④ 1~2時間未満 79例中、61例、77%

⑤ 2時間以上 76例中、51例、67%

車椅子を利用していない方は 324 例、52%であった。この利用されていない症例について、どの部位に褥瘡が発症したのか、また車椅子を使用している患者のどの部位に発症しているのかについて確認・分析する必要がある。

12. 血圧

1) 収縮期血圧（最高血圧）（多い順）

(1) 120 ～ 139 で 273 例、43%

(2) 100 ～ 119 で 204 例、31%

(3) 140 ～ 159 で 85 例、13%

これを 70 才以上の年齢別で見ると、

(1) 120 ～ 139 の血圧の方は 224 例、46%

(2) 100 ～ 119 の血圧の方は 142 例、29%

(3) 140 ～ 159 の血圧の方は 64 例、18%

2) 拡張期血圧（最低血圧）（多い順）

(1) 70 ～ 79 で 211 例、33%

(2) 60 ～ 69 で 181 例、28%

(3) 80 ～ 89 で 127 例、19%

これを 70 才以上の年齢別で見ると、

(1) 70 ～ 79 で 161 例、33%

(2) 60 ～ 69 で 133 例、27%

(3) 80 ～ 89 で 97 例、20%

ここでの問題は非常に低い拡張期血圧、例えば 59 以下が 77 例、12%にみられた。これらの症例について、どの様な状態で血圧が下がったのか、褥瘡発症との関係はどの様であったかを検討する必要がある。

13. **足部温度** （多い順）

(1)③ **どちらともいえない 348 例、53%**

(2)① **低温に感じる 267 例、41%**

(3)② **高温に感じる 37 例、6%**

70 才以上の年齢別で見ると、

① 低温に感じる 210 例、43%

② 高温に感じる 27 例、6%

③ どちらともいえない 247 例、51%

各項目毎の中で 70 才以上の割合は、

① 低温に感じる 267 例中、210 例、79%

② 高温に感じる 37 例中、27 例、73%

③ どちらともいえない 348 例中、247 例、71%

低温に感じる症例が約 41%あり、70 才以上は 43%であった

14. 軟部組織萎縮による病的骨突出：（以下、病的骨突出と略す）

1) 横断面 （多い順）

(1)③ **中等度 236 例、36%**

(2)② **軽度 192 例、29%**

(3)④ **高度 129 例、20%**

(4)① **なし 92 例、14%**

70 才以上の年齢別で見ると、

① なし 67 例、14%

② 軽度 134 例、28%

③ 中等度 181 例、37%

④ 高度 99 例、20%

各項目毎の中で 70 才以上の症例の割合は、

① なし 92 例中、67 例、73%

② 軽度 192 例中、134 例、70%

③ 中等度 236 例中、181 例、77%

④ 高度 129 例中、99 例、77%

病的骨突出を認めない症例は655例中92例で、14％であった。

中等度の病的骨突出を有する者が最も多く236例、36％で、次に軽度と高度の病的骨突出を有する者の順番である。

軽度以上高度までの病的骨突出総数は557例、86%であり、褥瘡ができている患者の86%に病的骨突出を認めた。

年代別と病的突出度との分布については有意の関連がなかった。

2）矢状断面　（多い順）

(1)② **軽度 234例、35%**

(2)③ **中等度 181例、28%**

(3)④ **高度 112例、17%**

(4)① **なし 104例、16%**

70才以上の年齢別では

① なし 75例、15%

② 軽度 172例、36%

③ 中等度 133例、27%

④ 高度 88例、18%であった。

各項目毎の中で70才以上の症例の割合は、

① なし 104例中、75例、72%

② 軽度 234例中、172例、73%

③ 中等度 181例中、133例、73%

④ 高度 112例中、88例、78%

矢状面で測定すると、**病的骨突出**を認めない者が16%に対して、**軽度以上**の病的骨突出を有する症例が527例で84%である。褥瘡ができている患者の84%に矢状断面での病的骨突出が認められた。

B．身体状態の考察

意識状態については、**昏睡状態ではないが明瞭でもない**が45%であった。

年代別と意識状態の間には分布の違いがあり、有意の関連がある。すなわち、**昏睡ではないが明瞭でもない**の状態が、70歳未満では171名中52例、31％で少なく、70歳以上では484例中242例、50％でどちらとも言えない状態が多かった。

また、**昏睡**と**明瞭**とは年代別では異なった分布で、70歳以上で**昏睡**が少なかった。

この現状は高齢者に特有な状態を示しており、**昏睡まではないが明瞭でもない**、反応の鈍い高齢者が多いことを示している。

運動麻痺は褥瘡と関係が深く、褥瘡をもつ患者の64%に**完全麻痺**あるいは**不完全麻痺**があった。

歩行不能も褥瘡との関係が大きく、褥瘡の患者のうち**歩行不能**が93%をしめていた。ただ、褥瘡を持っている患者655例中、正常な歩行者は全症例中6例しかいなかった。

褥瘡をもつ**歩行不能**の症例のうち70才以上の症例は94%で、70歳未満の90％より多かった。高齢者になるにつれて**歩行不能**が増加している。

本人の体位を維持、または変える能力の中で、**自力で圧迫を除去するような有効な体動ができなくなる**と、**全く体動できない**ものを合わせると、全症例の中で558例、85%であり、体位維持ができないことが褥瘡の発症に深く係わりがあることを示唆している。

褥瘡のある患者の89％に排便の失禁があり、83％に排尿の失禁があった。70歳未満の症例に比較して、70歳以上の症例に、これらの失禁は有意に多かった。この事実は、褥瘡治療の際に大きく関与するので、認識しておく必要がある。

皮膚・組織のズレは、**ややあるとある**を合わせると615例、93%に**皮膚・組織のズレ**が起きる機会があり、褥瘡治療・看護・介護の際、注意が必要である。

すなわち、皮膚・組織のズレは、褥瘡のポケット形成に深く係わりがあり、これを予防し治療するのは、看護・介護を良くする以外予防方法がな

いからである。

ギャッチアップの程度としては、30 度以下が多く、時間では 2 時間未満が 48%であり、予防の知識が普及している。しかし、もう少しギャッチアップが引き起こす褥瘡への影響についてのメカニズムを理解させる必要がある。

車椅子を**使用しない**症例が 52 %あるが、本人の体位の維持の中で寝たきりに近い症例が 85 %、歩行不能が 93 %いることを考えると、離床があまり進められていないことが示唆される。また、車椅子を使用していない症例の中で 70 才以上の症例は 75%あり、離床の徹底が不十分であることを示している。

調査者が接触して感じる褥瘡患者の足部温度について、低温に感ずる症例は 267 例、41 %あり、足部温度と褥瘡患者との係わりを示唆している。

軟部組織が萎縮することにより起きる**病的骨突出**は、「寝たきり」の症例に多くみられる症状であるが、今まではほとんど注意が払われていなかった。今回初めて調査項目に付け加えられ、その頻度が以下のように判明した。

655 例の褥瘡症例中、中等度病的骨突出が 36 %で最も多く、次に軽度と高度の順番であった。病的骨突出が軽度以上の総数は 557 例、86%であり、褥瘡ができている患者の 86%に病的骨突出があった。

病的骨突出と褥瘡との関係は、他の要因との複合効果として、影響が大きいことを示唆している。病的骨突出が高度であると、一般の常識的予防処置では褥瘡を完全に予防できないことが推定され、この症状がある患者について特別に予防方法を検討する必要がある。

今後の課題

1. 本人の体位維持に関して、体動ができない症例に褥瘡の発症が多いことは勿論であるが、一方、**やや限られ、自力で圧迫を除去するような有効な体動ができる**が 79 症例、12%あり、これら圧迫を自分で除去できる症例に何故褥瘡が発症したのかを検討する必要がある。

2. **排便、排尿の失禁、足部温度、皮膚の湿潤**と褥瘡との関係については、複合効果などを平成 11 年度に検討する予定である。

3. 米国ガイドラインに、自立していない症例にギャッチアップを行えば、褥瘡の発症が多くなるとあるが、この件についての検証が必要である。

今回のデータでは、45 度 16 %、60 度 15 %であったが、これは褥瘡のためにはよくないことであり警告と啓発する必要がある。

4. 血圧については更に検討する必要があるが、血圧についての問題は非常に低い血圧、例えば 50 ～ 59 が 63 例、10%にみられるが、これらがどの様なときに、どのように血圧が下がり、褥瘡が発症したのかなどを検討する必要がある。

5. 麻痺部位と褥瘡の発症部位との関係や、車椅子と褥瘡発症部位との関係を検証する必要がある。

C. 身体計測・検査成績・栄養状態

1. 身長 （多い順に）

【男】

(1) 160 ～ 165 cm　45 例
(2) 165 ～ 170 cm　37 例
(3) 155 ～ 160 cm　28 例
(4) 170 ～ 175 cm　13 例
(5) 150 ～ 155 cm　10 例

【女】

(1) 150 ～ 155 cm　46 例
(2) 140 ～ 145 cm　37 例
(3) 145 ～ 150 cm　35 例
(4) 140 cm未満　22 例
(5) 155 ～ 160 cm　13 例

測定していない症例が多く、351 例、54%が測定されていなかった。

男性の身長は 160 ～ 165 cmが 45 例で最も多く、次いで 165 ～ 170 cmが 37 例であった。

女性の身長は 150 ～ 155 cmが 46 例で最も多く、次いで 140 ～ 145 cmが 37 例であった。

身長と褥瘡発症とのかかわり合いはそれ程大きくないと推察される。肥満・るい痩の指標であるボディー・マス・インデックス（BMI）を算出するには、身長が必要であるが、身長計測が、施設ならびに住宅ケア対象高齢者では困難な場合が多い現状を示している。

2. 体重 （多い順に）

A. 現在の体重

体重を測定していない症例は 655 症例中、281 例で、43%が測定されていなかった。

【男】

(1) 40 ～ 50 kg　60 例
(2) 50 ～ 60 kg　40 例
(3) 30 ～ 40 kg　37 例
(4) 60 ～ 70 kg　17 例

【女】

(1) 30 ～ 40 kg　103 例
(2) 40 ～ 50 kg　56 例
(3) 20 ～ 30 kg　23 例
(4) 50 ～ 60 kg　23 例

B. 体重の増減

1）1ヶ月と比較して（1ヶ月前の体重－現在の体重）

【男】（Kg）

（1）1～3 kg増　13例
（2）0～2 kg減　11例
（3）4～6 kg増　2例
（4）なし　17例

【女】（Kg）

（1）0～2 kg減　29例
（2）1～3 kg増　14例
（3）3～5 kg減　5例
（4）5 kg以下減

2）3ヶ月と比較して（3ヶ月前の体重－現在の体重）

【男】（Kg）

（1）1～3 kg増　16例
（2）0～2 kg減　6例
（3）4～6 kg増　6例
（4）10～12 kg増　1例

【女】（Kg）

（1）0～2 kg減　31例
（2）1～3 kg増　10例
（3）3～5 kg減　4例
（4）4～6 kg増　2例

3）6ヶ月と比較して（6ヶ月前の体重－現在の体重）

【男】（Kg）

（1）4～6 kg増　7例
（2）0～2 kg減　7例
（3）1～3 kg増　6例
（4）7～9 kg増　6例

【女】（Kg）

（1）0～2 kg減　30例
（2）1～3 kg増　17例
（3）4～6 kg増　4例
（4）3～5 kg減　3例

体重は、男性は 40 ～ 45Kg が 32 例で最も多く、55Kg 以上は 34 例で 20 %であった。女性は、30 ～ 35Kg が 54 例で最も多く、50Kg 以上は 13 %であった。

通常、体重計測は、施設入所高齢者であっても 98 %が可能であることが確認されている（厚生省「栄養管理サービスに関する研究」）。それゆえ、体重を測定していない施設が 43 %と多いのは問題である。高齢者の体重の評価にあたっては、体重減少率（あるいは増加率）を指標に評価すべきであるが、体重の 1 ヶ月前、3 ヶ月前、6 ヶ月前の経時的記録が収集できたのは、76 例、78 例、91 例で 12 ～ 14 %に過ぎなかった。そこで、便宜的に、高齢者の性別、日常生活動作（Barthel Index）別体重パーセンタイル値から、自立した高齢者における体重の 5 %タイル値（男性 45Kg、女性 37Kg）以下の者は、女性 49 %、男性 44 %であった。

【体重減少率】体重減少率（増大率）は（褥瘡発症日より 1（3.6）ヶ月前の体重－褥瘡発症日体重）／褥瘡発症日体重× 100（%）で算出される。

褥瘡発症以前の体重の測定されていたのは、1 ヶ月前 76 例（12 %）、3 ヶ月前 78 例（12 %）、6 ヶ月間 91 例（14 %）と極めて少ないことは、基本的な栄養状態の評価・判定が実施されていないということであり、問題である。

3. 栄養に関する状態（褥瘡発症日に近い日時）

1）脱水状態

① なし 497 例、76%

② あり 146 例、22%

70 才以上の症例では

① なし 72%

② あり 27%

各項目毎の中で 70 才以上の症例の割合は、

① なし 497 例中、349 例、70%

② あり 146 例中、129 例、88%

脱水症状のみられる症例は 655 例中 146 例、22%でそれ程多くない。

しかし、年代別と脱水状態の分布の違いは有意の関連があった。すなわち、70 歳以上では、478 例中 129 例、27 %に**脱水状態**があり多く、70 歳未満では、162 例中 16 例、約 10 %にしか**脱水状態**がなかった。

70 歳以上の高齢者には脱水が多くみられることに注意して、脱水症状の改善に努力をする必要がある。

2) 浮腫

① なし 433 例、66%

② あり 209 例、32%

70 才以上の年齢別で見ると、

① なし 303 例、63%

② あり 173 例、35%

各項目毎に 70 才以上の症例の割合は

① なし 433 例中、303 例、69%

② あり 209 例中、173 例、82%

浮腫については、褥瘡患者の約 32%に**浮腫**があり、治療の際考慮する必要がある。

浮腫ありの症例の中で 70 才以上は 82%でかなり高かった。

年代別と浮腫の分布の違いは有意の関連が認められる。すなわち、70 歳以上では、476 例中 173 例、36 %に**浮腫**があり、70 歳未満では、163 例中 34 例、21 %にしか**浮腫**がなかった。高齢者に**浮腫**が多くなっていることは、看護・介護や栄養供給の際にも考慮する必要がある。

3) 便秘

(1)② あり 379 例、58%

(2)① なし 264 例、40%

70 才以上の症例は

① なし 182 例、37%

② あり 296 例、61%

各項目毎の中で70才以上の症例の割合は、

① なし 264例中、182例で69%

② あり 379例中、296例、78%

4）下痢

① なし 522例、79%

② あり 123例、19%

70才以上の症例でみると

① なし 390例、80%

② あり 89例、18%である。

各項目毎の70才以上の症例の割合は

① なし 522例中、390例、75%

② あり 123例中、89例、72%

下痢なしは全症例も70才以上においても約80%であり、**下痢あり**は19％であった。

下痢の有無は褥瘡の治療の際には大きくかかわるものと推定され、注意する必要がある。

5）食事の介助

(1)② 要する 424例、65%

(2)① 要しない 206例、31%

これを70才以上の年齢別にみると

① 要しない 142例、26%、

② 要する 325例、67%

各項目毎の中で70才以上の症例の割合は

① 要しない 206例中、142例、69%

② 要する 424例中、325例、77%であった。

通常の施設入居高齢者（15施設、65歳以上男女1048名）では、脱水症状1％未満、浮腫約8％、便秘約32％、下痢約2％、食事介助11％であり、褥瘡患者では、いずれも高率で観察された。

4. 臨床検査

1) 血清アルブミン （多い順）

(1) 3~3.5g/dl、145 例、22%

(2) 2.5~3g/dl、110 例、17%

(3) 3.5~4g/dl、94 例、14%

(4) 2~2.5g/dl、48 例、7%

血清アルブミンの測定率は、61 %で、他の血液生化学的項目に比べて低率であり、血清アルブミン値を指標にした栄養管理を普及させることが必要である。血清アルブミン値が記載されていた 397 名のうち、3.5g/dl 以下の者は、76 %、2.5g/dl 以下の者は 63 例、15 %であった。参考資料としてあげれば、杉山らの調査で、通常の施設入居高齢者では血清アルブミン値 3.5g/dl 以下の者が約 30 ～ 40 %観察され、2.5g/dl 以下の者は 1 %以下であった。

褥瘡患者の血清アルブミン値は低値であり、アルブミン値と褥瘡との関連が報告されているので、これらの症例は、どの様な身体状況にあり、褥瘡のステージとの関係がどの様になっているかなどを総合的に検討する必要がある。

2) 総タンパク （多い順）

(1) 6~7g/dl、276 例、42%

(2) 5~6g/dl、160 例、24%

(3) 7~8g/dl、125 例、19%

(4) 4~5g/dl、29 例、4%

総タンパク質の測定値は 90 %と高率であった。4 ～ 5g/dl 以下である症例が 37 例、5 %であった。これらの症例がどの様な状態にあり、その後の経過の如何については興味深い。

3) ヘモグロビン （多い順に）

(1) 10~12g/dl、253 例、39%

(2) 8~10g/dl、148 例、23%

(3) 12~14g/dl、117 例、18%

(4) 6~8g/dl、35 例、5%

ヘモグロビンの測定率は、84 %であった。12g/dl 未満のものは 79 %、6 ～ 8g/dl のものも 5 %みられた。

4) 血清コレステロール （多い順に）

(1) 150~200mg/dl、194 例、30%

(2) 100~150mg/dl、179 例、27%

(3) 200~250mg/dl、54 例、8%

(4) 50~100mg/dl、36 例、6%

血清総コレステロールの測定率は、75 %であった。150mg/dl 未満のものは、34 %と高率であった。

5. 栄養法 （多い順に）

(1)① 経口 351 例、54%

(2)③ 経静脈 104 例、16%

(3)② 経腸 100 例、15%

(4)④ その他（併用など含む）93 例、14%

これを 70 才以上の年齢別にると

① 経口 263 例、55%

② 経腸 71 例、15%

③ 経静脈 71 例、15%

④ その他 74 例、15%

各項目毎の中で70才以上の症例の割合は

① 経口 351例中、263例、75%

② 経腸 100例中、71例、71%

③ 経静脈 104例中、71例、71%

④ その他 93例中、74例、80%

栄養法としては、**その他**（①経口、②経腸、③経静脈以外）をとっているものが14％にあった。項目毎の中で70才以上では、その他での栄養法が80%あった。

年齢区分にかかわらず、経口栄養法は約半数であり、経腸、経静脈、その他（併用）が約15％づつであった。

6. 食事の摂取量

① **全量は** 345例、53%

② **3/4は** 85例、13%

③ **1/2は** 51例、8%

④ **1/4は** 36例、6%

⑤ **0は** 115例、18%

70才以上の年齢別では

① 全量摂取 250例、52%

② 3/4摂取 66例、14%

③ 1/2摂取 38例、8%

④ 1/4摂取 27例、6%

⑤ 0摂取 88例、18%

各項目毎の中で70才以上の症例の割合は、

① 全量摂取 345例中、250例73%

② 3/4摂取 85例中、66例、78%

③ 1/2摂取 51例中、38例、75%

④ 1/4摂取 36例中、27例、75%

⑤ 0摂取 115例中、88例、77%

回答率は、96 %と高率であった。食事の喫食率 0 %とは、経口以外の栄養法すなわち、経腸、経静脈栄養を行っている症例である。ここで食事の量と褥瘡の重症度 ADL や体動などとの関係が今後検討される必要がある。

C．身体測定・検査成績・栄養状態の考察

今回の集計の中で、体重が測定されていない症例が 54 %と多く、定期的に体重が測定されているのは 12 ～ 14 %で、非常に少なかった。

米国においてはＭＤＳの評価方法を採用しているため、ほとんどの施設で体重が測定されているが、前述のように本邦においては測定していない施設が多い。今後、介護保険導入に当たり、**少なくとも体重の測定は必須でければならない。**

脱水は 22 %にあった。70 歳以上では 27 %に脱水症状があり、70 歳未満では 10 %にしか脱水症状がなく、この間に有意の差があった。

浮腫は 30 %にあり、**浮腫あり**の症例の中で 70 歳以上の症例では、476 例中 36 %に浮腫があり、70 歳未満では、163 例中 34 例、21 %にしか浮腫がなかった。

食事では、介助を要する症例が 65 %と多かった。

臨床検査では**血清アルブミン** 3~3.5g/dl 以下のものは 76 %で、**総タンパク** 6~7g/dl 以下で 73%、**ヘモグロビン** 10~12g/dl 以下で 69%であった。高齢者の栄養における最大の問題は、タンパク質、エネルギーなどの低栄養状態（protein energy malnutrition, PEM）である。PEM のリスク者の栄養スクリーニング指標には、血清アルブミン値と体重減少率が用いられるが、今回の回答では体重、血清アルブミン値の測定率は、他の調査項目に比べて低率であった。介護保険の導入にあたり、高齢者に有効な看護ケアならびに栄養ケアを実施していくためには、是非、何らかの形で取り入れることが望ましい。

しかし、いずれにしても、体重ならびに血清アルブミン、総タンパク、ヘモグロビン、総コレステロール値が低値を示す者は、通常の高齢者施設入居者での調査に比べて高い割合で確認された。

さらに、褥瘡患者では、脱水、浮腫、便秘、下痢が高頻度で観察され、栄養改善のための看護ならびに栄養ケアは必要である。

今後の課題

1. **身長・体重は**、測定していない症例が多く問題である。（杉山らの研究：厚生省「栄養管理サービスに関する研究」では、身長計測ができない施設高齢者は約 6 割）。少なくとも体重の測定は定期的に行うことが

望まれる。

2. 施設、在宅ケアでも、体重ならびに血清アルブミンの定期的に測定することが望ましい。

3. 褥瘡のステージ別に身体計測値、臨床検査値、食事の喫食率、栄養補給法との関連が解析される必要がある。

4. 栄養摂取の状況のみではなく、栄養状態が不十分な結果生じる症状、脱水、浮腫などはもとより、体重減少、軟部組織の萎縮による病的骨突出などの症状を明確にする必要がある。

5. 質問項目にはなかった栄養食品の利用については、今後の課題である。

D. 患者の背景

1. 臥床する原因となった主な疾患 （多い順）

(1)脳血管障害後遺症　28 %
(2)痴呆　12 %
(3)骨・関節疾患　9 %
(4)感染　9 %
(5)循環器疾患　7 %

2. 現在ある合併症 （多い順）

(1)尿路感染症　21 %
(2)呼吸器感染症　19 %
(3)高血圧症　13 %
(4)糖尿病　11 %
(5)心不全　7 %

3. 障害の程度と臥床期間 （多い順）

1) 患者の日常生活自立度

(1) C（⑦－⑧）：１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する（寝たきり）494 例、75%
(2) B（⑤－⑥）：１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する（車椅子使用）122 例、19%
(3) A（③－④）：屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしに外出はしない　28 例、4%
(4) J（①－②）：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独自で外出する　6 例、1%

70 才以上の症例を見てみると、

①－②　J　2 例、0.8%
③－④　A　15 例、8.6%
⑤－⑥　B　95 例、20%
⑦－⑧　C　367 例、74%

各項目毎の中で70才以上の症例の割合は、

①－②　J　4例中、2例、50%

③－④　A　27例中、15例、56%

⑤－⑥　B　122例中、95例、78%

⑦－⑧　C　494例中、367例、74%

ランクB：1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する（車椅子で過ごす）とC：1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する（車椅子でない）の両方を合わせると94%であり、1日中ベッドで過ごすものに褥瘡の発症が多い。

年代別と障害の程度の間に分布の違いがあり、有意の関連がある。すなわち、70歳以上で概ね自立しているJとAランクは、479例中17例で4％、BとCランクは、462例で96％であるのに対し、70歳未満ではJとAランクは10％でやや多く、BとCランクは90％で少なかった。

2）臥床期間　（多い順）

(1) ⑤ 13ヶ月以上　354例、54%

(2) ④ 6~12ヶ月以内　109例、17%

(3) ② 2~3ヶ月以内　88例、13%

(4) ① 1ヶ月以内　50例、8%

(5) ③ 4~5ヶ月以内　49例、8%

70才以上の症例を見ると、

① 1ヶ月以内　35例、7%

② 2~3ヶ月以内　71例、15%

③ 4~5ヶ月以内　33例、7%

④ 6~12ヶ月以内　59例、12%

⑤ 13ヶ月以上　262例、54%

各項目毎の中で70才以上の症例の割合は、

① 1ヶ月以内　50例中、35例、70%

② 2~3ヶ月以内　88例中、71例、80%

③ 4~5ヶ月以内　49例中、33例、67%

④ 6~12ヶ月以内　109例中、59例、54%

⑤ 13ヶ月以上　354例中、262例、74%