

高齢者施設における褥瘡予防ケアガイド

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

主任研究者 永野 みどり

平成 19(2007)年 3 月

執筆者一覧

編集

永野みどり (千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学 助教授)

執筆者(執筆順)

永野みどり (千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学 助教授)

徳永恵子 (宮城大学大学院看護学研究科 教授)

江幡智栄 (千葉大学医学部附属病院 WOC看護認定看護師)

黒田豊子 (宮城大学大学院看護学研究科 WOC看護認定看護師)

新田淳子 (有限会社オンザトップ ケアデザイン研究所)

木之瀬隆 (首都大学 健康福祉学部 人間健康科学研究科 准教授)

平木久美子 (宮城大学大学院看護学研究科 WOC看護認定看護師)

遠藤貴子 (東京大学大学院医学系研究科 WOC看護認定看護師)

大浦武彦 (北海道大学 名誉教授、医療法人社団廣仁会褥瘡・創傷治癒研究所 所長)

杉山みちこ (神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科 教授)

有澤正子 (アボットジャパン株式会社栄養剤製品事業部)

葛西好美 (順天堂大学看護学部 助教授)

山田尚子 (日本大学医学部附属板橋病院 WOC看護認定看護師)

緒方泰子 (千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学 助教授)

高齢者施設における褥瘡予防ケアガイド

目次

項目	担当者（敬称略）	ページ
褥瘡のリスクを持つ高齢者への褥瘡予防ケア		
褥瘡とは	徳永恵子	1
アセスメント	黒田豊子 江幡智栄	
スクリーニング		11
領域別チェックリスト		13
褥瘡危険因子の評価		17
日常生活活動・基本動作	新田敦子 木之瀬隆	20
排泄のケア	平木久美子	41
スキンケア	遠藤貴子	51
医療編（スキンケア医療編）	大浦武彦	62
栄養ケア（日常的な低栄養・脱水とケア）	有澤正子 杉山みち子	68
尊厳の保持・生活ニーズを優先したケア調整	葛西好美 永野みどり	76
高齢者施設における褥瘡予防ケア提供の仕組みづくり		
褥瘡対策担当者のリーダーシップ	永野みどり	85
褥瘡予防ケアに必要な環境整備		
環境整備（設備・備品）/リソースの活用	永野みどり 山田尚子	86
褥瘡対策に関するスタッフ人材開発	永野みどり	90
褥瘡対策に関する情報管理	永野みどり	92
褥瘡対策体制の自己評価	緒方泰子	94

褥瘡とは

褥瘡のケア

1. 褥瘡発生のメカニズム

様々な理由により自力で動くことが出来ない、ベッドに寝たきり状態で置かれ、身体の重さがベッドに接触している骨突起部に集中してかかると、骨とベッドに挟まれる皮膚組織は、血液循環が遮断され皮膚組織への酸素と栄養供給が障害される状態が形成されます。このような血液が遮断される状態を虚血といいます。皮膚組織に虚血状態が一定時間以上持続すると、乳酸など組織の代謝老廃物が除去されず蓄積しますので、骨突起部の皮膚は赤く充血し、虚血状態がさらに持続すると皮膚は黒く変化します。このような皮膚組織に現れる病態を壊死といいます。虚血により生じた皮膚組織の壊死に伴い発生するのが褥瘡です。褥瘡は壊死を伴う潰瘍を形成し感染しやすいため、適切な処置が実施されないと簡単に悪化するばかりか、全身的な感染状態である敗血症を引き起こし、生命の危機をもたらすことがあります。

毛細血管閉塞 ⇒ 虚血 ⇒ 組織の壊死 ⇒ 褥瘡

図1: 褥瘡発生のメカニズム

褥瘡は、自力で動くことが難しい人の骨突出部にできやすく、一旦発生すると簡単に悪化することから、昔から「予防に勝る治療なし」と言われています。積極的に原因となっている状況を改善し、身体の清潔、動かす支援など、褥瘡予防には基本的な介護が予防の決め手になります。出来てしまった褥瘡を完治させるには長い時間と医療費がかかりますので、予防のための介護がなによりも優先されます。

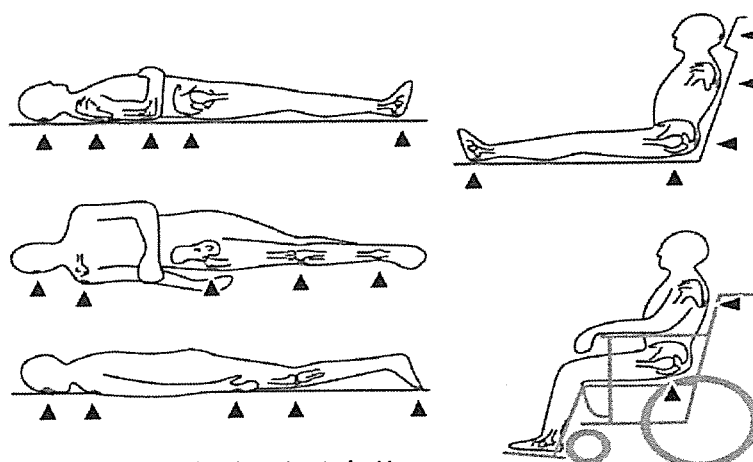


図2 褥瘡の好発部位

2. 褥瘡の予防とケア

褥瘡発生の基本的な原因は先にのべましたように、「自力で動けない」、そのような状態にある人を介護者が「動かさない」ことが直接の原因になります。予防のためには、「動きの支援」である、体位変換を少なくとも二時間おきに実施して、同じ姿勢や体位を持続しないように動いてもらうこと、あるいは動かすことが基本的なケアです。

ただし、体位変換を実施すれば、褥瘡は予防ができるという保証はありません。褥瘡の発生には、自力で動けない状態に加えて、褥瘡になりやすい全身的な状態として、①皮膚の脆弱、②皮膚の湿潤、③栄養不良、④意識障害あるいは知覚麻痺に付随するADLの低下などがあり、少し手伝ってあげれば動ける人でも全身的な要因を複数持ちあわせる人は、褥瘡が発生するリスク（危険性）が高くなります。

表1：褥瘡発生リスクのある人

- 高齢者
- 対麻痺、四肢麻痺のある人
- 寝たきりの状態の人や日中の大半を車椅子で過ごす人
- 整形手術回復期にある人
- 精神疾患があり鎮静薬投与を受けている人

1) 褥瘡の早期発見とケア

褥瘡発生リスクのある人に対して予防のためのケアを積極的に実施する必要があります。褥瘡の最初のサインに気付くことができるのが、身近で介護している人です。そのためにも、最初に現れる皮膚のサインを見逃さずに発見できなければなりません。

(1) 褥瘡予防におけるスキンケア

皮膚の健康を維持するためのケアと皮膚そのものを障害する外的な要因から皮膚を保護する目的があります。加齢は皮膚そのものの丈夫さに影響する要因の一つですが、特に高齢者の皮膚は生理的機能の衰えにより皮膚の弾力性低下や皮脂の分泌低下など褥瘡を含めた皮膚障害発生のリスク保有者と考えます。加齢による皮下組織の弾力性に関連するクッション効果の低下は、褥瘡の原因となる力である物理的負荷を和らげる働きが期待できなくなるので、外力の影響を受けやすい身体状況にあるといえます。

褥瘡予防のための基本的なスキンケアは入浴、シャワー、あるいは清拭により皮膚の清潔を保つことと、失禁などから皮膚の湿潤を予防すること、ドライスキンに対する積極的な保湿方法です。褥瘡は皮膚の色に明らかな変化として出現するので、入浴や、シャワー、清拭など皮膚の清潔に関するスキンケアを実施する時に、必ず骨突出部位は観察するようにします。皮膚に現れる褥瘡の最初のサインは境界が明瞭な発赤です。予防するためには、早期の発見がなによりも大切です。

表 2. 発赤のアセスメント

[皮膚の色]	[アセスメント]	[褥瘡ケア]
<p>圧迫除去部位の 発赤</p>	<p>圧迫により組織に虚血が生じていることを示す特徴である。 体位変換実施時に、ベッドに接触していた骨突起部に必ず観察される充血反応。</p> <p>除圧して、発赤の原因になった圧迫を30分程度安静にすると正常な皮膚色に戻る。(組織の損傷なし)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・活動性・可動性を評価し体位変換を定期的に行う ・体位変換時に骨突起部の皮膚を観察する
<p>蒼白反応 (+) の紅斑</p>	<p>圧迫部位に一致して皮膚に紅斑(皮膚の色がピンク~赤)を認める。 紅斑部位を指で圧迫すると、直ちに白色に変化する。</p> <p>24時間以内に正常な皮膚色に戻る。(組織の損傷なし)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡発生リスクの有る患者に対しては、発赤部位にはPUFを貼用して皮膚を保護する ・紅斑部を複数認めたら体圧分散用具を導入する
<p>蒼白 (-) の紅斑</p>	<p>圧迫部位に一致して皮膚に紅斑(皮膚の色がピンク~赤)を認める。紅斑部位を指で圧迫しても、皮膚の色は白色変化が起こらない。</p> <p>虚血による組織の損傷が生じた初期の段階。ステージ I (NPAUP) の褥瘡</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・体圧分散用具導入 ・紅斑部がマットレスに触れないように体位を工夫する ・紅斑部にはPUFを貼用して皮膚を保護する
<p>水疱形成を伴う 紅斑</p>	<p>紅斑は境界明瞭で、水疱が認められることもある。 光沢のある紅斑部位の周囲皮膚は蒼白反応を認めない。</p> <p>ステージ II (NPUAP) の褥瘡。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・体圧分散用具導入 ・皮膚を観察できる PUF、透明なHCDを貼用し定期的に観察する ・水疱は破らない ・水疱が破れたHCDを貼用する

表2

(2) 皮膚の観察方法

発赤の有無と部位をまず調べましょう。

発赤の、縦方向、横方向のサイズを測ると経時的な変化を比べる指標となります。

発赤の原因と考えられる原因は何か(圧迫の持続、摩擦・ずれの有無等)を考えます。

(a) 発赤部位のケア

発赤の原因になった力(物理的負荷)が対処されない限り、褥瘡は進行します。発赤部位の皮膚はマッサージをしてはいけません。マッサージの刺激は褥瘡をむしろ進行させる根拠を理解し、実施しないように注意してください。

発赤部位は、透明なポリウレタンフィルム材を貼り、発赤部位の観察を継続します。発赤の原因を突き止め、負担をかけないケアが実施できれば、発赤部位はだんだん色が消失して褥瘡に進行しない可能性があります。ポリウレタンフィルム材は発赤が消失しても直ぐにはがさず約一週間はそのまま交換せずに、ドレッシングを貼っている部位の皮膚の色を観察しましょう。

(b) 失禁による皮膚の発赤との区別

オムツ使用者に現れる排泄物の接触により生じる皮膚の発赤との区別が必要です。

失禁に伴う発赤は、排泄物の接触による化学的な刺激により発赤が生じている場合がありますので、圧迫やずれが原因なのか、排泄物による皮膚障害なのかよく観察してください。失禁による発赤の場合には、骨突起部に限定せずに、排泄物の付着に一致して発赤が広範囲に認められることがあります。また失禁による皮膚の浸軟を合併していま

す。失禁を伴う場合には皮膚保護を考えると共に、オムツの当て方、オムツ交換に伴うスキンケアに工夫が必要です。発赤部位の皮膚をこすらないで皮膚を清潔にすること可能なスキンケア用品の使用と愛護的なケア方法を用い皮膚を傷めないように注意しましょう。(具体的なスキンケアについては、スキンケアの項を参照してください)

(3) 褥瘡の原因になる力(物理的負荷)に対するケア

(a) 体位変換

神経麻痺により痛みなど身体の不快を感じられない場合は、無意識に安楽な状態に身体を自動的に調節するための動きはできませんので、同じ姿勢の状態が続くと褥瘡は必ず発生します。例えば脳卒中の片麻痺、脊髄損傷で下半身が動かせない場合や、特別な治療を行なっているために体の一部分が固定されているときには、介護者による体位変換や、褥瘡予防用具を必要に応じて使用して、身体の圧迫を除去するケアを実施します。

動かない・動けない状況をもつ患者は、計画的に除圧のための動きの支援が必ず実施される必要があります。基本的なケアは定期的な体位変換です。定期的な体位変換は、除圧を目的にのみ実施されているわけではありません。褥瘡の積極的な予防対策としてエアーマットレスなど体圧分散寝具を使用しても、引き続き実施する必要があります。とくに自力で寝返りができない人への体位変換の注意は、力まかせに引っぱって体位変換することは避けなければなりません。栄養不良で、皮膚の耐久性が低下していると、ベッドでこすれて生じた摩擦でも容易に表皮剥離などの皮膚損傷が生じます。

特にエアーマットレスの使用時の体位変換実施では、体を沈み込ませて受圧面積を広げることで除圧効果を期待して使用しますので、体位変換の前にはエアーマットレスの空気をしっかり入れて沈み込みをなくした状態で実施しましょう。動かす対象になる人の身体を引きずり、摩擦・ずれを生じる介護にならないように注意が必要です。体位変換は複数の介護者で動かすことが必要な場合があります。無理な体位変換実施により、褥瘡以外の新たな皮膚障害を発生する原因を介護職が作らないように気をつけましょう。

(b) 体圧分散寝具

体圧分散寝具は、体位変換をバックアップするための用具として使用するという考え方は重要です。体圧分散寝具の誤った選択や使用は、自力での体位変換が少しの援助で可能だった人を、体圧分散効果に優れる沈みこむマットレスでは当然寝返りは難しくなります。ベッド上の姿勢として、仰臥位が最も安定した体位になるので、仙骨部の圧分散効果により褥瘡は予防しますが、全身の活動性は制限される結果を招きます。そのため自力での寝返りはさらに困難になり、関節拘縮を助長し可動性を損なう状況を作ります。

動き支援を一部介護してあげれば自分の力で寝返りが可能な人に身体が沈みこむにエアーマットレスを使用することは、結果として関節拘縮などの身体的な廃用性症候群を必発し、寝たきり状態を医原性に造ることになります。

体位変換は褥瘡を予防することの手段として実施することが目的ではなく、廃用性症候群の一つとしての褥瘡を予防するために実施するケアと考えれば、エアーマットレスなど体圧分散寝具をケアに導入できたら、体位変換の省略が出来ることにはならないことが理解されるでしょう。

以上のことから、褥瘡予防はまず患者の全身状態をよく把握し、健康な皮膚の維持、十分な栄養管理に加えて、動きの支援として体位交換を実施することです。エアーマットレスなどの体圧分散寝具や、ムートン、クッション等の褥瘡予防用具を積極的に予防ケアに使用できるように環境整備をする必要があることは言うまでもありません。

(c) マッサージは予防にならない

発赤として骨突起部の皮膚にあらわれた変化は、組織深部の変化に引続いておこった2次的な変化であり、筋肉、皮下組織にはより広範囲に虚血による組織の損傷がすでに生じていると考えてください。たとえば、褥瘡の好発部位である仙骨部にポケットを形成する原因も、腫にみられる水疱も表皮よりも筋肉や皮下組織が外力に対する抵抗力が少ないことを示しています。褥瘡の原因となる力（負荷）は骨に近いほどより高く広範囲に影響することを理解すれば、発赤部に対して、さらに摩擦を加えて刺激するマッサージは深部組織の損傷をさらに進めることに他なりません。

マッサージは皮膚、筋肉に栄養を供給する毛細血管が圧迫によってつぶされた部位を刺激することで、虚血状態を助長し、組織の炎症を進行させる直接的な原因になりますので、発赤が認められる皮膚に対して、安易にマッサージをすることは、深部に隠されたより広範な損傷部を悪化させることになります。発赤部のマッサージは褥瘡を進行させる力（負荷）に他ならず、褥瘡を予防する根拠は全くありません。発赤部のマッサージは褥瘡の進行・悪化原因であり実施してはならないケアです。

3.褥瘡を進行・悪化させないための環境整備

自力で動けない状態にある人が、他に危険因子をどの程度持っているのかを知り、危険因子を除く、あるいは軽減するための環境整備と予防のためのケアを実践する必要があります。予防のための環境整備や介助が実施できなければ褥瘡は簡単に発生し急速に進行・悪化した苦い経験をしていませんか？

褥瘡リスクがありながら、必要なケアが実践できなければ褥瘡は予測通りに発生し、治癒させるためには多大な時間と治療コストがかかります。褥瘡は利用者に苦痛を与えるばかりでなく、治療、処置が適切に実施されないと、生命に関する重大な合併症になります。

褥瘡は依然として必要な介護が十分に実施されていない証拠であるという印象を家族に与えることは否めないでしょう。何よりも予防するための対策を介護に直接携わる介護職のみならず、施設経営者も含めて、施設職員のすべてが関心を持って対策に関

必要があります。予防環境整備に必要なマンパワーをはじめ、予防用具やスキンケア用品に投資することなくして、褥瘡予防を期待することは至難の業といえるでしょう。

4. 最新・褥瘡ステージ別ケアの進め方

1) 深さによる褥瘡の分類

褥瘡の進行度を解剖学的な深さでアセスメントするステージ分類を紹介します。創の深さの判定は創底部の組織の状態を確認して判断しますので、創面が壊死組織に覆われた創はデブリードなしには深さの判定は出来ません。また創の重症度は解剖学的な深さのみで判断することはありませんし、感染の有無などその他の判断要因があります。

褥瘡の深さによる分類(NPUAP: 米国褥創諮問委員会) (ステージ I ~ IVの図あるいは写真)

(1) ステージ I : 皮膚の限局的な発赤で、圧迫しても退色しない。

皮膚を指で押して、離してから 30 分以上経っても発赤が消えないようなとき、これはすでに I 度の褥瘡といえます。

よく、皮膚を圧迫すると蒼白になり、圧迫を除去してから 30 分以内で発赤が消えるという経験をするとと思いますが、これは正常の生態防御反応としての毛細血管の拡張による充血(反応性充血という)であって、褥瘡ではありません。

(2) ステージ II : 表皮と真皮を含んだ皮膚の部分欠損。臨床上に、擦過傷、水疱、あるいは浅いクレーター状の潰瘍です。

ステージ I に比べて真皮まで損傷が進んでいますが、皮下組織までは達していない状態です。表皮と真皮の一部が、黒色または黄色の壊死組織としてみられる場合もあります。

(3) ステージ III : 皮膚の全層欠損で、皮下組織に及ぶ損傷ないし壊死を生じる場合があります。その変化は筋膜まで達することもあります。筋膜を越えないものがステージ III です。潰瘍は深いクレーター状で、周囲がポケット状にえぐれることもあります。

(4) ステージ IV : 筋肉・骨・支持組織(腱や関節包)にまで及ぶ深い欠損。

しばしば周囲は穿掘性にポケットを形成します。潰瘍底は、黒色または黄色の壊死組織がみられ、しばしば感染を伴います。

2) ステージ別褥瘡ケアの実際

ステージ毎の褥瘡について、褥瘡治癒環境整備として主にドレッシング材による局所処置について述べます。

(1) ステージ I

ケアの目標 : 悪化・進行させないための全身的及び局所的治癒環境を整えます。

ケアの実際 :

(a) 骨突起部位の発赤は摩擦が加わると表皮剥離します。発赤部位の損傷予防と観察のためにポリウレタンフィルム材を貼用します。

(b) ポリウレタンフィルム材貼用部の観察を毎日実施し、発赤部の皮膚が破れるなど悪化徴候がなければ1週間まで連用し交換します。

(c) ポリウレタンフィルム材貼用部位が発赤にとどまらずさらに進行した場合には、ポリウレタンフィルム材を除去し、創の状態に適した外用材、あるいはドレッシング材を用いた処置に変更します。

(2) ステージⅡ

ケアの目標：創を湿潤に保ちかつ限局的な圧迫を避けるドレッシング方法を選択します。壊死組織が存在する創は、壊死組織の除去（デブリードメント）を実施します。

ケアの実際：

(a) 部分創創傷の深さであり、上皮化により治癒させることが可能です。創を乾燥させないこと、創表面に湿潤環境を維持するドレッシング方法を選択します。

第一選択はハイドロコロイド材です。

(b) ハイドロコロイド材は創には湿潤環境を維持しながら、創周囲皮膚によく密着するため創周囲皮膚を浸軟させずに管理することができます。

ゲルのもれがなければ、一週間まで連続貼用しますが、ゲルが漏れた場合には適宜交換します。ドレッシング材周囲は必要に応じてサージカルテープを使用します。

(c) 水疱は破らずにポリウレタンフィルム材で保護し水疱内の表皮化を促進させます。破れた場合には、水疱を形成していた表皮を除去し生理的食塩水で洗浄しハイドロコロイド材の使用に変更します。

(3) ステージⅢ・Ⅳ

ケアの目標：できるだけ速やかに増殖期に移行させるために、壊死組織の除去、感染のコントロールを最優先で行います。創を湿潤に保ちかつ限局的な圧迫を避けるドレッシング方法を選択します。

ケアの実際：

(a) 創が感染しているのか、いわゆる細菌集落の状態であるのかにより、創管理方法は異なります。感染創の場合には、全身的な抗生物質とともに局所的にも殺菌剤軟膏が処方される場合があります。感染がコントロールされても使用を中止することなく殺菌剤（イソジンシュガー軟膏など）の処置をつづけていることは創の治癒を遅延させますので使用を中止しない限り褥瘡は治癒に向かいません。2週間を一つの区切りにして、処置方法の妥当性が検討される必要があります。

(b) 壊死組織は積極的に除去します。デブリードメント方法は主治医が選択し実施する責任があります。壊死組織が除去されなければ創は悪化することはあっても治癒に向かう事はありません。

(c) 浸出液の量が多量～中等量は吸収性に優れるドレッシング材を使用します。壊死組織が除去され肉芽組織が増殖してくると徐々に浸出液の量は減少してきますので創治癒状況をアセスメントしながら適宜ドレッシング方法を変える必要があります。

(d)ポケットのある褥瘡に対しては、ポケット内の壊死組織除去を最優先の処置として実施します。

(4) 肉芽組織に覆われ治癒にむかっている褥瘡

ケアの目標：創面に湿潤環境を維持し、肉芽組織を損傷しないドレッシング法を選択し表皮化を促進させる。

ケアの実際：

肉芽組織の増殖は血管の新生を伴うため健康な肉芽組織はルビー色でつやつやしています。浸出液も少なくなってくるので、創を湿った状態に維持するハイドロコロイドドレッシングが適応します。

3)その他褥瘡治療で配慮すべきこと

(1) 消毒剤を使用しないこと。

イソジン消毒など消毒剤はすべて細胞毒であり、使用することにより創治癒が遅延することがわかっています。創の洗浄は生理的食塩水が推奨されます。

(2) 創には湿潤環境を保持し、創周囲皮膚は湿潤させない処置が最新の処置方法です。各種の近代ドレッシング材による最新治療法による治療が保険により使用可能です。

台所用品のラップ等の使用は近代ドレッシング材の代用にはなりません、むしろ使用の仕方によっては創の感染など悪化をもたらす原因になることがありますので、介護職、看護職の判断で用いることはしてはなりません。

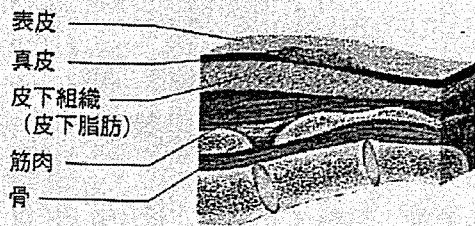
(3) 褥瘡治癒に向けてのケアにおいては、直接の原因である圧迫、ずれ・摩擦など物理的負荷の除去など、予防環境整備がそのまま褥瘡の治癒環境には必要不可欠な条件になります。

(4) 栄養状態を改善させる全身的な治癒環境を整備する必要があります。全身的な治癒環境整備なしには、局所的に最新の創治癒環境を維持しても褥瘡を治癒させることは困難です。

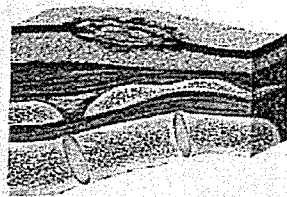
5.まとめ

介護職は日常のケアを通して利用者の療養状況を熟知している立場にあります。そのような利用者にもっと近い立場でケアに関っている利点を生かし、褥瘡の発生要因となり得る圧迫など物理的な力を除く工夫や、皮膚をよく観察し、清潔を保つ役割を担い褥瘡予防の最前線を請け負っています。そのため、褥瘡ケアの最新情報を学習する機会が必要です。積極的に知識を得る機会が得られるように学習する努力も必要です。

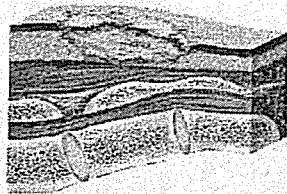
また褥瘡予防対策は介護職のみが請け負うものではありません。褥瘡は施設の経営者はもちろん、施設のスタッフ全員が参加し、多職種で取り組むべきケアを必要とする病態であることを忘れないで取り組んでください。



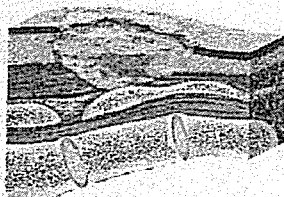
ステージⅠ:表皮の損傷を認めないが、紅斑部位は押しても蒼白に反応しない。紅斑部位は皮膚潰瘍に進行する直前の状態である。



ステージⅡ:部分層創傷で、皮膚の損傷は表面的である。表面剥離、水疱、浅い潰瘍の状態。



ステージⅢ:筋膜まで及ぶが、筋膜を越えない皮下組織に至る全層創傷で、組織壊死や損傷を含む。深いクレーター状でポケットがみられることもある。



ステージⅣ:皮膚全層の欠損に加え、広範な組織損傷、壊死、さらに筋肉、骨、支持組織にも及ぶ全層創傷。ポケットや広範囲な空洞が見られる。

参考文献

- 1) 徳永恵子, 高橋誠: 褥瘡の発生機序と分類. 褥瘡の治療とケア最前線(中條俊夫), 49-61, メヂカルフレンド社, 2001.
- 2) 大浦武彦: わかりやすい褥瘡予防・治療ガイド, 77-81, 照林社, 2002.
- 3) 徳永恵子: 褥瘡の予防と管理 2) スキンケア, Geriat. Med. 40-8, 1017-1022, 2002.
- 4) 徳永恵子, 永野みどり: 皮膚・粘膜(創傷・褥瘡)に関するケア, 訪問看護管理マニュアル(川村佐和子・島内節監修), 196-206, 日本看護協会出版会, 2002.
- 5) 徳永恵子: 褥瘡が出来てしまった時の管理・看護. 褥創のすべて(宮地良樹、真田弘美編著), 161-175, 永井書店, 2001.
- 6) 徳永恵子, 塚田邦夫編著: 閉塞性ドレッシング法による褥創ケア, 南江堂, 2003.

高齢者施設利用者の褥瘡のリスクのスクリーニングおよびアセスメント

1 スクリーニング

入所時、生活ならびに身体において変化があった際に、ケアの担当者（多くの場合介護職）がスクリーニングチェックリストを項目に添って評価します。

2 必要な褥瘡予防ケアのアセスメント

スクリーニング「1」で該当する項目があった場合には、「アセスメントするべき領域項目」に記載されている領域別チェックリストに添って評価します。

3 必要な褥瘡予防ケア内容の確認

褥瘡予防ケアアセスメント「2」で該当する分類または観察点があった場合には、「必要なケア」に則ってケアを実施します。

4 褥瘡危険要因評価(リスクアセスメント)

スクリーニング「1」で該当する項目があった場合には、リスクの高低をアセスメントするために、褥瘡危険要因点数表（全患者版）OHスケールを用いて「危険因子の評価」を行いません。リスクが高度の場合には、ケアチームで検討して、より個別なケア計画を立案し、ケアを実施します。問題が複雑であったり、ケアを行っても状況が改善しない場合には、外部の専門家に相談してアセスメントとケア計画を行います。

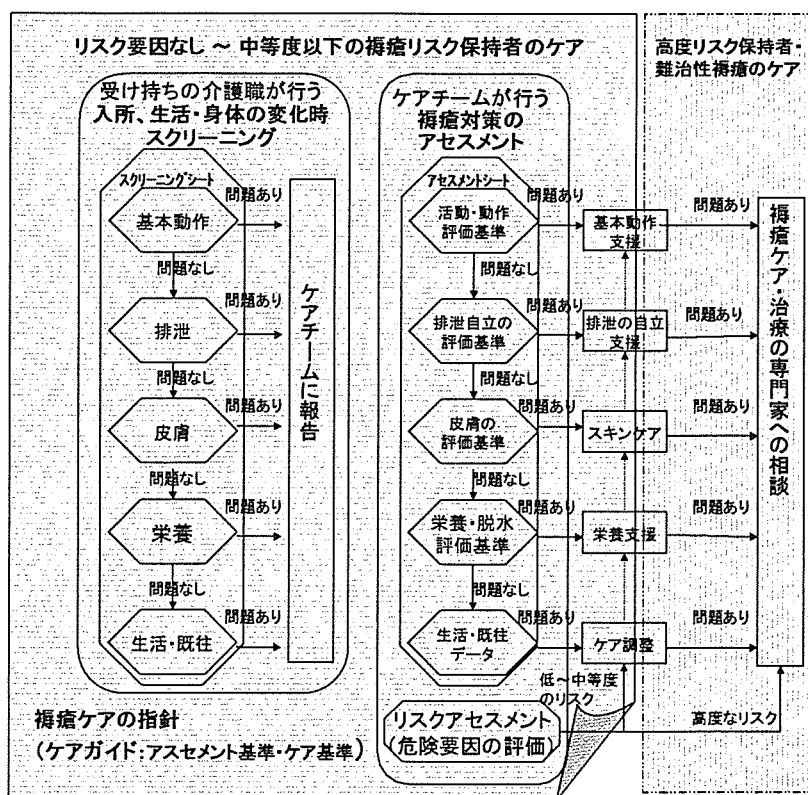


図. 褥瘡リスクアセスメントと褥瘡ケアのプロセス

	スクリーニング用 チェックリスト項目	寝たき り度	座位能力分類	チェック	アセスメントすべき 領域項目 参照分類	ページ数
基本 動作	歩行に介助が必要	B/C			→ (1)一日の過ごし方	
	座位で体が傾く、ずりおちを自 力で直せない	C	座位に問題あり		→ (2)離床時の姿勢 (5)身体状況など	
	座ると頭や身体がすぐに倒れ る	C	座位がとれない		→ (2)離床時の姿勢 (5)身体状況など	
	一人で寝返りを打てなくなった	C			→ (3)寝ている時の姿 勢 (4)体圧分散と用具	
	一日の大部分をベッド上で過 ごしている	C			→ (3)寝ている時の姿 勢 (4)体圧分散と用具	
排 泄 ケ ア	尿意・便意がはっきりしない				→ 排泄ケア	
	トイレ、尿・便器を認識できない					
	排尿・排便の姿勢がとりにくい					
	排尿・排便の動作ができない					
	おむつ・尿吸収パッドを着けている					
	尿失禁、便失禁がある					
	下剤を使っている					
ス キ ン ケ ア	尿量が多い				→ スキンケア	
	皮膚に落屑がある					
	かゆみがある					
	排泄物で汚れている					
	汗で湿っている					
	浮腫んでいる(圧跡ができる)					
	冷たい感触					
	血色が悪い					
	爪が伸びている					
	爪に痛みかゆみがある					
	発赤(赤み)がある					
栄 養 ケ ア	皮膚になんらかの損傷がある				→ 1) 低栄養のケア	
	糖尿病の既往がある					
	体重が減少してきた。あるいは痩せてきたように見える					
	食事摂取量が減ってきている、食欲が無い					
	栄養面や食生活上の問題から低栄養状態の恐れがある					
栄 養 ケ ア	下痢をしている				→ 2) 脱水のケア	
	口唇や腋窩が乾燥している					
	尿量が減少している(頻度、量)。あるいは尿の色が濃い (臭いにも注意)					
	便秘している					
	下痢している					
生 活 調 整	3日間連続して食事の1/4以上残している。 あるいは1日2食以下である				→ 尊厳保持・ 生活ニーズを 優先したケア調整	
	水分摂取量が少なくなってきた					
	身体拘束がなされている					
	徘徊することがある					
	暴力行為がある					
	オムツや下着をはずそうとする					
生 活 調 整	転倒や転落の危険性が大きい					
	経静脈栄養や経腸栄養のチューブを自己抜去する 危険性が大きい					
	予防も含めて褥瘡ケアに苦痛が伴う					

観察点		チェック	必要なケア項目	
排泄ケア	尿意・便意がはっきりしない		→ 1)尿・便意の知覚	
	トイレ、尿・便器を認識できない		→ 2)トイレ、尿・便器の認識	
	排尿・排便する姿勢がとりづらい	歩けない		→ 3)尿・便器の選択・準備
		立位を保てない		→ 基本動作参照
		座位を保てない		→ 3)尿・便器の選択・準備
		トイレに腰掛けることができない		→ 5)おむつ・尿吸収パッドの選択
		腰を上げられない		→ 基本動作参照
	下着や服の着脱ができない		→ 4)衣類の着脱	
	お尻や股(肛門や尿道)を拭くことができない		→ 6)陰部の皮膚の清潔 基本動作参照	
	排泄物を流せなくなった		→ 基本動作参照	
	下着に尿が漏れる		→ 7)尿・便失禁 5)おむつ・尿吸収パッドの選択 6)陰部の皮膚の清潔 8)浸軟のケア	
	下着に便がついている		→ スキンケア参照	
	おむつ・尿吸収パッドを着けている		→ 10)おむつによる圧迫のケア 5)おむつ・尿吸収パッドの選択 6)陰部の皮膚の清潔 8)浸軟のケア スキンケア参照	
下痢をしている		→ 9)下痢のケア 6)陰部の皮膚の清潔 8)浸軟のケア スキンケア参照 栄養のケア参照		
下剤を使っている		→ 5)おむつ・尿吸収パッドの選択 6)陰部の皮膚の清潔 7)尿・便失禁 8)浸軟のケア 9)下痢のケア		
尿量が多い		→ 8)浸軟のケア 5)おむつ・尿吸収パッドの選択		
ただれがある		→ 7)尿・便失禁 スキンケア参照		

観察点		チェック	必要なケア項目	
スキンケア	皮膚に落屑がある		→ 1)清潔 2)保湿	
	かゆみがある	発疹がある		→ 3)かゆみに対する対処
		ムシさされがある		→ 3)かゆみに対する対処
		乾燥している		→ 2)保湿 3)かゆみに対する対処
		衣服による圧迫がある		→ 4)圧迫の防止
		テープ類を使用している		→ 4)圧迫の防止 5)剥離刺激の防止
	排泄物で汚れている		→ 6)浸軟(ふやけ)の防止 1)清潔 「排泄のケア」参照	
	汗で湿っている		→ 6)浸軟(ふやけ)の防止	
	浮腫んでいる(圧跡ができる)		→ 7)浮腫のケア	
	冷たい感触		→ 8)循環障害のスキンケア	
	血色が悪い		→ 8)循環障害のスキンケア	
	爪が伸びている		→ 9)爪のケア	
	爪に痛みかゆみがある		→ 9)爪のケア	
発赤(赤み)がある	皮膚同士が接触している		→ 1)清潔 6)浸軟(ふやけ)の防止	
	圧迫がかかっている		→ 4)圧迫の防止	
	発疹がある		→ 10)発赤(赤み)に対する対処	
	ムシさされがある		→ 10)発赤(赤み)に対する対処	
	やけどしている		→ 11)創のケア	
	水疱がある		→ 11)創のケア	
	表皮剥離がある		→ 10)発赤(赤み)に対する対処	
皮膚になんらかの損傷がある		→ 11)創のケア		
糖尿病の既往がある		→ 12)糖尿病のスキンケア		

アセスメント用チェックリスト項目				
分類	観察点	チェック	必要なケア項目	
基本動作	1日の過ごし方	(a) 離床時間が短く、ベッド上で過ごす時間が長い	→	個別離床プログラムの検討
		(b) 筋力低下や体力が低下している	→	生活リズム・体力づくり
		(c) 食事はベッド上でとっている	→	離床のための環境整備 栄養ケア参照
		(d) 排泄はトイレで行っていない	→	排泄ケアと姿勢の検討 排泄ケア参照
		(e) 身体拘束をしている	→	ケア全体の見直しと、安全
	離床時の姿勢	(a) 座位では車いすを使用している	→	「基本椅子」での座位姿勢
		(b) 車いす・椅子での「座位に問題あり」	→	座位時間の見直し、クッションの検討
		(c) 車いす・椅子で座位が崩れる	→	安定した座位姿勢のための用具の選定
		(d) 車いす・椅子で「座位がとれない」	→	座位の安定性の向上
	寝ている時の姿勢	(a) 自分で寝返りをうてない	→	ベッド上の良肢位と、除圧の検討
		(b) ベッド上で長時間、同じ姿勢をとっている	→	ベッド上の姿勢の時間、状態の検討、リスクの軽減
		(c) 体位変換を行っていない	→	体位変換も含めた、24時間の姿勢ケアと褥瘡予防
	体圧分散と用具	(a) ベッドマットレスが体の動きとあわない (寝返り・移動しづらい)	→	身体機能、ADL、随意(自発)的な動作について検討
		(b) ベッドマットレスが体の状態とあわない (除圧が十分でない)	→	体圧分散の機能、通気性、素材、厚み、機能について検討
		(c) エアマットレスを使用している	→	適用におけるメリット・デメリットの検討
		(d) 体位交換の用具が必要なところに使用されて	→	ベッド上の良肢位と用具の選定と利用について検討
		(e) 車いす用クッションを使用して、いない、クッションがあわない	→	クッションと車いすはセットで検討
	身体状況など	(a) 円背などの変形・拘縮、下肢の可動域制限などがある	→	褥瘡の発生部位と、身体的特徴・姿勢の関係を検討
		(b) 著しい痩せ(るい痩)による骨突出がある	→	褥瘡の既往チェック、褥瘡発生時の姿勢を検討
		(c) 麻痺や、痛みなどを感じにくい	→	麻痺や知覚障害によるリスクの検討
(d) 汗をかきやすい、皮膚がむれやすい(湿潤)		→	スキンケアと湿潤の対策の検討、 スキンケア参照	
(e) 失禁・下痢をしやすい		→	排泄ケアと姿勢の関係について検討、 排泄ケア参照	

観察点		チェック	必要なケア項目	
栄養ケア	低栄養のおそれ	体重が減少してきた。あるいは痩せてきたように見える	→ 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 1)-(1)体重減少の把握	
		食事摂取量が減ってきている、食欲が無い	食事摂取量の把握 → 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 1)-(2)食事摂取量の把握	
			食環境の問題の把握 姿勢(食事・経管) 摂食動作 食器・自助具 環境 → 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 1)-(3)食事環境の整備 基本動作 参照	
	栄養面や食生活上の問題から低栄養状態のおそれがある	咀嚼や嚥下の問題 食事の形態が不適切 義歯の不適合や 口腔の痛み むせ易いあるいは 飲み込み(嚥下)に 時間がかかる	→ 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 口腔ケア(担当医師に連絡) 摂食・嚥下リハビリテーション (担当医師に連絡)	
		(a)手術・入所直後の低栄養状態	→ 疾患等による低栄養状態のおそれがある場合には、 ケアカンファレンスで決定する	
		(b)疾患(脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患)	→ 1)-(1)体重減少の把握	
		◎身体状況(発熱や風邪など)のため	→ 1)-(2)食事摂取量の把握	
	脱水のおそれ	口唇や腋窩が乾燥している	(d)精神的ストレスのため	→ 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 1)-(5)心理的なケア
			(e)閉じこもり	
		尿量が減少している(頻度、量)。あるいは尿の色が濃い(臭いにも注意)	(f)認知症のため	→ 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 1)-(5)心理的なケア
(g)うつのため				
便秘している		水分摂取量の把握 皮膚の冷感がある 皮膚緊張の低下がある 舌の乾燥、亀裂がある 口腔内粘膜の乾燥がある 唾液が粘稠である	→ 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 1)-(4)咀嚼や嚥下の問題 口腔ケア(担当医師に連絡) 2)-(1)乾燥状態の把握 2)-(2)水分摂取量の把握 2)-(10)必要水分量を確認し、水分摂取を促す	
		尿量の把握 水分摂取量の把握	→ 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 2)-(2)水分出納量の把握 2)-(5)必要水分量を確認し、水分摂取を促す	
下痢している		便の量・頻度の把握 便のかたさの把握 排便困難の把握 水分摂取量の把握 便秘の原因の推察	→ 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 2)-(3)便秘の状態の把握と原因の推察 2)-(5)必要水分量を確認し、水分摂取を促す	
	便状の把握 排便頻度の把握 排便量の把握 腹痛がある 下痢の原因の推察	→ 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 2)-(4)下痢の便状の把握と原因の推察 2)-(5)必要水分量を確認し、水分摂取を促す 排泄ケア参照		
3日間連続して食事の1/4以上残している。あるいは1日2食以下である	低栄養のケアを参照	→ 栄養ケア(管理栄養士に連絡する) 1)-(1)体重減少の把握 1)-(2)食事摂取量の把握 2)-(5)必要水分量を確認し、水分摂取を促す		
水分摂取量が少なくなってきた	水分摂取量の把握 食事摂取量の把握	→ 栄養ケア(基本的には管理栄養士に連絡する) 1)-(2)食事摂取量の把握 2)-(5)必要水分量を確認し、水分摂取を促す		

観察点		チェック	必要なケア項目	
生活調整	身体拘束が行われている	→	①身体拘束を回避する環境	
	徘徊することがある	→	①身体拘束を回避する環境 ②徘徊への対応	
	暴力行為がある	→	①身体拘束を回避する環境 ③暴力行為への対応	
	オムツや下着をはずそうとする	→	①身体拘束を回避する環境 ④排泄への対応 排泄ケア参照	
	転倒や転落の危険性が大きい	トイレ	→	⑤転倒・転落への対応(トイレ) 基本動作参照
		ベッド	→	⑤転倒・転落への対応(ベッド) 基本動作参照
		廊下	→	⑤転倒・転落への対応(廊下) 基本動作参照
		車椅子	→	⑤転倒・転落への対応(車椅子) 基本動作参照
		椅子	→	⑤転倒・転落への対応(椅子) 基本動作参照
	経静脈栄養のチューブを自己抜去する危険性が大きい	→	⑥非経口栄養法への対応	
	経腸栄養のチューブを自己抜去する危険性が大きい	→		
	家族が転倒させないでほしいと強い希望がある	→	①身体拘束を回避する環境	
	入所者と家族に看取りの意向を確認してない	→	⑦利用者・家族の意思確認	
	状態が一時的な低下とは異なる傾向(終末期の)	→	⑧終末期の判断	
	終末期の入所者の家族に終末期の準備ができ	→	⑨死の準備教育	
終末期の入所者の終末期のケアについての方	→	⑩看取りのケア		
予防も含めて褥瘡ケアに苦痛が伴う	→	⑪褥瘡ケア方法の判断		

褥瘡危険因子の評価

1. 危険因子の評価

リスクの高低をアセスメントする目的で褥瘡危険要因点数表(全患者版)OHスケール(表1)を用いて看護師が評価します。利用者のレベル分けは、「2)入居者のレベル分け」を参照とします。

ハイリスク(高度レベル:7点以上)の場合は、褥瘡予防の為の個別ケア計画を立てていなければなりません。しかし、仙骨部以外の骨突出や発熱がある場合などは、ベッド上安静、重度の末梢循環不全、麻薬などの鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要な場合、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱(黄疸など)、褥瘡の多発と再発がある場合には、中程度以下のリスクであっても、褥瘡が発生の可能性があるため、褥瘡予防の為の個別ケアを立てます。

表1 褥瘡危険要因点数表(全患者版)OHスケール

危険要因		点数
自力体位変換 麻痺・安静度 意識状態の低下(麻酔覚醒、薬剤)	できる	0点
	どちらでもない	1.5点
	できない	3点
病的骨突出(仙骨部)	なし	0点
	軽・中程度	1.5点
	あり	3点
浮腫	なし	0点
	あり	3点
関節拘縮	なし	0点
	あり	1点

(注)「1」枠(自力体位変換)は、意識状態・麻酔・麻痺・安静度による変動も含む。

2. 評価のポイント

1) 自力体位変換能力

ベッド上あるいは車いす上で、理由を問わずまったく自力で動けない場合は、「出来ない:3点」、動ける場合は「できる:0点」、そのどちらでもないものを「どちらでもない:1.5点」と評価します。高齢者は行動に波がある方が多いので、時々動けなくなるという場合も「どちらでもない:1.5点」と評価します。

2) 病的骨突出

側臥位の状態で仙骨部の骨突出部に「病的骨突出判定器」(写真1)の中央を脊椎に直行するようにあて判定します。判定器がシーソー状態になり、一方の脚が浮く場合は「骨突出高度:3点」、骨突出があるように見えるが、判定器の脚が浮かない場合は、「軽度・中等度:1.5点」、判定器の脚がつき中央部が浮いてしまう場合は「骨突出なし:0点」になります。