

褥瘡(じょくそう)予防・ケアマニュアル(見本)

制定日: 2025年5月27日

改定日: -

作成部署: 【施設名】品質・安全管理委員会

1. 本マニュアルの目的

本マニュアルは、当施設における褥瘡の発生を予防し、発生した褥瘡に対しては適切なケアを実践することで、利用者の皆様の安楽とQOL(生活の質)を維持・向上させることを目的とします。全スタッフが本マニュアルに記載された標準的な知識と手順を共有し、一貫性のある質の高いケアを提供することを目指します。

2. 褥瘡とは

2.1. 褥瘡の定義

褥瘡とは、一般的に「床ずれ」とも呼ばれ、身体の一部に長時間の圧迫が加わることで、その部分の血流が悪くなり、皮膚や皮下組織が壊死してしまう状態を指します。

2.2. 主な原因

- **圧迫(Pressure)**: 体重によって骨の突出部と寝具・車椅子などの間に皮膚が挟まれ、血流が滞ることが最も大きな原因です。
- **ずれ(Shear Force)**: ベッドの背上げ時などに身体がずり落ちることで、皮膚の層がずれて血管が引っ張られ、血流が損なわれます。
- **摩擦(Friction)**: シーツの上で皮膚がこすれることで、表皮が傷つき、褥瘡の発生リスクが高まります。

2.3. 危険因子

- 運動能力の低下: 自力で体位変換ができない状態。
- 低栄養状態: 特にタンパク質やビタミン、ミネラルの不足。
- 皮膚の湿潤: 失禁や発汗による皮膚の浸軟(ふやけ)。
- 感覚・知覚の低下: 痛みを感じにくい状態(例: 麻痺、意識障害)。
- 基礎疾患: 糖尿病、末梢血管障害、浮腫など。

3. 褥瘡の予防

褥瘡予防の基本は**「圧迫・ずれ・摩擦の排除」と「皮膚の健康状態の維持」**です。

3.1. リスクアセスメントの実施

全ての利用者様に対し、入院・入所時に褥瘡発生リスクを評価し、その後も定期的に(例: 週に1回、状態変化時)再評価を行います。評価には、客観的指標である**「ブレーデンスケー

ル」**を用います。

ブレーデンスケール(褥瘡発生予測スケール)

項目	1点	2点	3点	4点
知覚の認知	全く感じない	非常に制限	軽度の制限	障害なし
湿潤	常に湿潤	しばしば湿潤	ときどき湿潤	まれに湿潤
活動性	ベッド上安静	椅子に座れる	ときどき歩く	よく歩く
可動性	全く動けない	非常に制限	軽度の制限	制限なし
栄養状態	非常に悪い	不十分	適当	良好
摩擦とずれ	問題あり	潜在的問題	問題なし	-

評価方法:

- 各項目を評価し、点数を合計します。
- 合計点数が**18点**以下の場合、褥瘡発生のリスクありと判断し、計画的な予防ケアを開始します。点数が低いほどリスクは高くなります。

3.2. 体圧分散ケア

- 体位変換: 2時間ごとを目安に、計画的な体位変換を実施します。
- 体圧分散寝具の活用: リスクのある利用者様には、体圧分散マットレスやクッションを適切に選定・使用します。
- 適切なポジショニング: クッション等を活用し、骨突出部への局所的な圧迫を避け、快適な安楽な姿勢を保持します。30度側臥位などを基本とします。

3.3. スキンケア

- 皮膚の観察: 毎日、全身の皮膚状態(特に骨突出部)を観察し、発赤、水疱、びらん等の有無を確認します。
- 清潔の保持: 入浴や清拭により皮膚を清潔に保ちます。排泄物による汚染は速やかに洗浄し、乾燥させます。
- 保湿: 皮膚の乾燥を防ぐため、保湿剤を適切に使用します。
- 保護: 失禁がある場合は、撥水クリームなどを用いて皮膚を保護します。

3.4. 栄養管理

- 適切な栄養(特にタンパク質、亜鉛、ビタミンCなど)が摂取できるよう、多職種(医師、管理栄養士、看護師、介護士)で連携し、栄養状態の評価と改善に努めます。

4. 発生した褥瘡へのケア

褥瘡が発生した場合は、速やかに医師・看護師に報告し、適切なアセスメントに基づいたケアを開始します。

4.1. 褥瘡の状態評価

褥瘡の重症度は、深達度によって分類されます。当施設では、DESIGN-R®分類ツールを参考に評価を行います。

- ステージⅠ(持続する発赤)：皮膚の損傷はないが、指で押しても消えない発赤がある状態。
- ステージⅡ(部分的な皮膚欠損)：真皮までの部分的な皮膚欠損。水疱や浅いクレーター状。
- ステージⅢ(全層皮膚欠損)：皮下組織までの全層皮膚欠損。
- ステージⅣ(全層組織欠損)：筋肉、腱、骨までの広範な組織欠損。
- 判定不能：壊死組織に覆われ、深さが判定できない状態。
- 深部組織損傷(DTI)疑い：紫色や栗色の限局した皮膚変色、または血疱。

4.2. 褥瘡ケアの基本原則

- 創部の洗浄：微温湯や生理食塩水で優しく洗浄し、感染を予防します。
- 壊死組織の除去(デブリードマン)：治癒を妨げる壊死組織を、医師の指示のもとで除去します。
- 適切なドレッシング材の選択：創部の状態(滲出液の量、感染の有無、深さ)に応じて、適切なドレッシング材を選択し、湿潤環境を維持します。
- 感染管理：感染の兆候(発赤、腫脹、熱感、疼痛、膿、悪臭など)がある場合は、速やかに医師に報告し、指示に従います。

5. 報告・連絡・相談

- 皮膚に発赤などの異常を発見した場合、または褥瘡を発見した場合は、速やかにリーダーまたは看護師に報告してください。
- 実施したケアの内容、皮膚の状態、褥瘡の変化については、介護記録に正確かつ具体的に記録してください。
- ケア方法に疑問や不安がある場合は、決して自己判断せず、必ずリーダーや看護師に相談してください。

以上