

# 褥瘡だより 38号

ふくの若葉病院 褥瘡対策委員会  
令和3年3月発刊

今回は褥瘡の危険因子と褥瘡の深度について掲載します。

褥瘡の危険因子として、圧迫、湿潤、摩擦、ずれ、低栄養が挙げられます。これらを適切に評価することで予防策につなげていく必要があります。その為、高齢者のリスクアセスメント・スケールとしてOHスケールを紹介します。

## 1. OHスケール

OHスケール(大浦・堀田)は日本人高齢者に用いることが推奨されています。OHスケールの特徴は、寝たきり高齢者・虚弱高齢者を対象として得られた褥瘡発生危険因子を点数化したものです。

大浦・堀田スケール(OHスケール)			危険要因によるリスク判定		
自立体位変換	できる	0点	危険要因	点数	褥瘡発生率
	どちらでもない	1.5点	なし	0点	
	できない	3点	軽度	1~3点	約25%以下
病的骨突出(仙骨部)	なし	0点	中等度	4~6点	約26~65%
	軽・中等度	1.5点	高度	7~10点	約66%以上
	高度	3点	厚生労働省が推奨する項目		
浮腫	なし	0点	皮膚湿潤(多汗・失禁)		有・無
	あり	3点	皮膚の脆弱性(スキンケア)		有・無
関節拘縮	なし	0点			
	あり	1点			

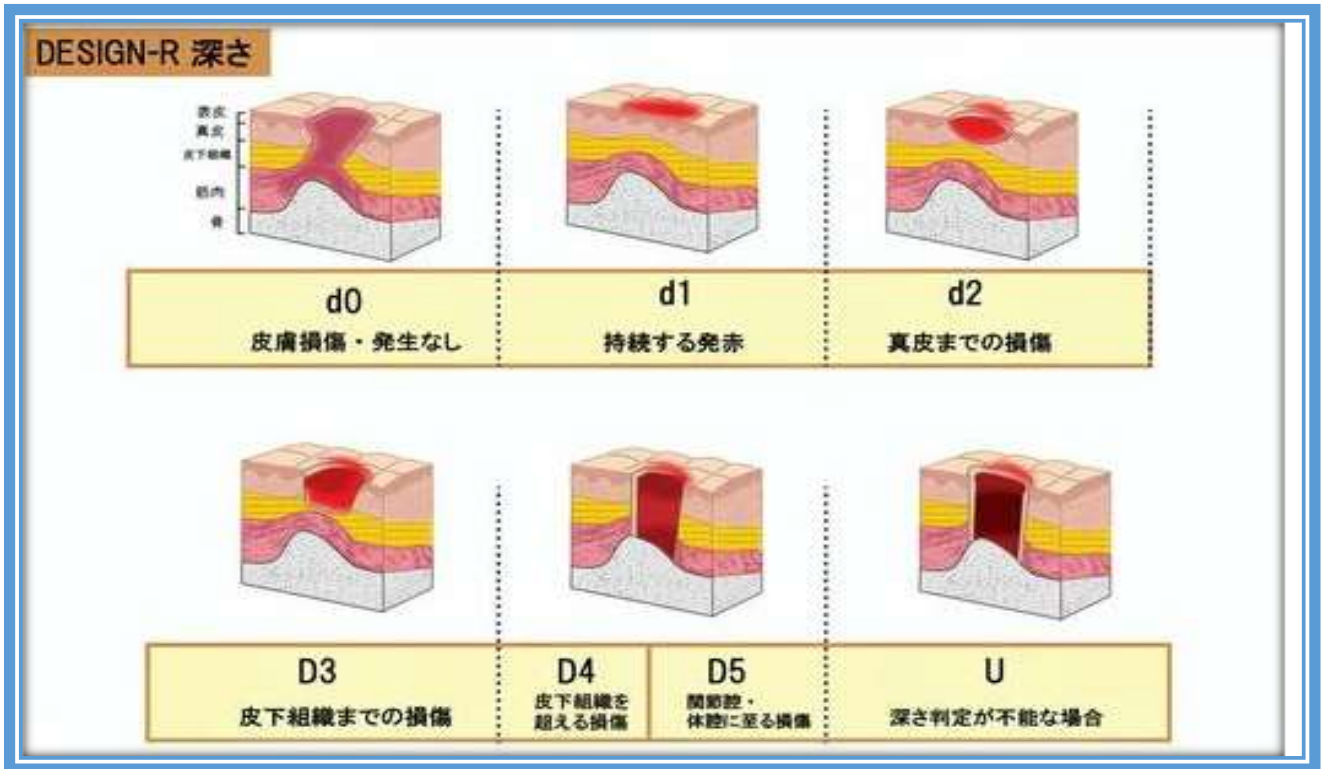
危険因子は、「自力体位変換困難」「病的骨突出(仙骨部)」「浮腫」「関節拘縮」の4項目と、厚生労働省が推奨する「皮膚湿潤(多汗、失禁)」「皮膚の脆弱性(スキンケア)」の2項目です。



**全ての危険因子にあてはまる患者さんには特に注意しましょう！！**

## 2. 褥瘡深度の分類

褥瘡の重症度は一般的に「深さ(深達度)」によって分類されます。当院では、褥瘡を見るときに評価表を用いて分類しています。分類にあたり、d0 からD5 または判別不明のUで深さを判定しています。



## 3. 褥瘡のアセスメントと見方の基本

発赤があれば指押し法で3秒押しして白っぽく変化するかを見ます。指押し法で白くなる場合は、「一時的な発赤」で褥瘡ではありません。「持続する発赤」は褥瘡と判断します。



**持続する発赤は褥瘡を疑いましょう**