

褥瘡対策に関する指針

(総論)

1. 社会福祉法人鶴寿会（以下「施設」という）は、利用者に対し、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、その発生を防止するための体制を整備することを目的に、本指針を定める。

(責務)

2. 職員の責務

施設の職員は、褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて褥瘡発生の予防について配慮しなければならない。

(褥瘡カンファレンスの実施)

3. 定期的な褥瘡カンファレンスの実施

施設内の褥瘡予防対策を推進するために、定期的に「褥瘡カンファレンス」を実施する。

(1) カンファレンス参加者

- ア 施設長
- イ 看護職員
- ウ 介護職員
- エ 理学療法士

オ 介護支援専門員

※必要に応じて栄養士も参加する

(2) カンファレンスの実施

毎月1回定期的に実施し、次に掲げる事項について審議する。

- ア 施設内における褥瘡及び合併する感染症の予防体制の確立に関すること
- イ 褥瘡予防に関する情報の収集に関すること
- ウ 施設内で報告のあった褥瘡事例の対応策に関すること
- エ その他、施設内の褥瘡の発生予防のために必要な事項に関すること

(褥瘡予防・発生時の手順)

4. 施設は褥瘡予防を以下の手順で行う。

(1) 評価方法

- ア ユニット担当看護師は、入所者全員に対し「OHスケール」（様式①）と「褥瘡対策に関するケア計画書」（様式②）内の「危険因子の評価」を用い評価し、高・中・低リスク評価 マットレスの選択を行う
- イ 「危険因子の評価」で「自分で行っていない」「あり」もしくは「はい」に1つ以上該当する場合「褥瘡対策に関するケア計画書」（様式②）内の「褥瘡ケア計画」を作成する
- ウ 入所時及び3か月に1回、または状態が著しく変わった時に褥瘡カンファレンスを行い計画の修正・追加を行う
- エ 「褥瘡対策に関する計画書」の作成は、ユニット担当看護師が行う

オ 介護支援専門員が開催するケアカンファレンスでは、「褥瘡対策に関する計画書」に基づきケアプランの立案を行う

カ 管理栄養士は栄養ケアマネジメントを行い 栄養状態の把握に努め 栄養状態改善のため 栄養保持の工夫と指導を行う

(2) 予防の実践

介護職員等は、褥瘡対策に関する計画に則り、日常的なケアにおいて褥瘡予防の実践に努めなくてはならない。介護中に発赤や傷、褥瘡になりそうな場所を発見した場合は、以下の予防のためのケアを実践しなければならない。

ア 「褥瘡報告書」(様式③)に記入し看護師に提出

イ ユニット担当看護師は報告部位を確認する

(3) 発生時の対応

ア 必要に応じて嘱託医の指示のもと処置を行う または 専門医の診察を受けその指示に従う

イ 褥瘡発生時は、ユニット担当看護師が中心となり、褥瘡カンファレンスにて「褥瘡チェックリスト」(様式④)に沿って原因を探り、「褥瘡対策に関する計画書」の見直しを行う

ウ 褥瘡部位は、ユニット担当看護師が毎日計測し、2週間に1回は褥瘡部位を写真に撮りちょうじゅに記録する。

エ 褥瘡カンファレンスで検討された内容は、「褥瘡カンファレンス記録」(様式⑤)に記録する。

オ 介護支援専門員は、臨時ケアカンファレンスの招集を行い、新たな「褥瘡対策に関するケア計画書」の内容に基づき、ケアプランの追加修正と他職種の協力を求める。

(4) 褥瘡対策の評価

看護師は、介護支援専門員、相談員、理学療法士と協力して適切な褥瘡予防の実践が行われているかを、定期的に評価しなければならない。

(研修の実施)

5. 褥瘡対策に関する研修

施設長は、年間教育計画に従い、主に介護職員を対象とした褥瘡対策に関する施設内職員研修会を、定期的かつ継続的に実施する。

6. その他

(1) 記録の保管

褥瘡カンファレンスでの審議内容等、施設内における褥瘡予防に関する諸記録はサービス終了後5年間保管する。

(2) 指針等の見直し

本指針は褥瘡カンファレンスにおいて定期的に見直し、必要に応じて改正するものとする。

(附則)

(1) この指針は平成29年4月1日より適用する

(2) この指針は平成30年6月1日より適用する

(3) この指針は2019年4月1日より適用する

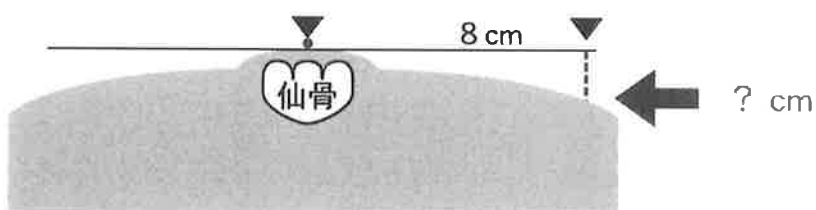
OHスケール(大浦・堀田スケール 2002)

判定項目				点数		
1	自力で、体位変換ができるか?	できる 0点	どちらでもない 1.5点	できない 3点	点	a
2	病的骨突出	なし 0点	軽度・中等度 1.5点	高度 3点	点	b
3	浮腫(むくみ)	なし 0点		あり 3点	点	c
4	関節拘縮	なし 0点		あり 1点	点	d

OH スケール合計点数 $a + b + c + d =$ 点

病的骨突出の判定指標

中央部より 8 cm離れた所で、臀部がどのくらい低いかによって判定する。



重度	基準	点数
なし	0 cm以下 仙骨部凹	0点
軽度・中等度	0 ~ 2 cm未満	1.5点
高度	2 cm以上	3点

マットレス選択基準		
褥瘡リスク	自力体位変換能力	適応マットレス
軽度(1~3点)	あり 1.5点以下	汎用マットレス
	なし 3点	上記に加え、ポジショニングクッション使用
中等度(4~6点)	あり 1.5点以下	アルファプラ
	なし 3点	上記に加え、ポジショニングクッション使用
高度(7~10点)	あり 1.5点以下	オスカー
	なし 3点	上記に加え、ポジショニングクッション使用

褥瘡対策に関するケア計画書

入所日 年 月 日 初回作成日 年 月 日 作成(変更)日 年 月 日

氏名 様 性別 男・女

明大昭 年 月 日生 (歳) 記入担当者名

褥瘡の有無 1 現在 なし あり (骨部 座骨部 尾骨部 腿骨部 大転子部 踵部 その他() 発生日
2 過去 なし あり (骨部 座骨部 尾骨部 腿骨部 大転子部 踵部 その他() 年 月 日

Table with columns for ADL status (入浴, 食事摂取, 更衣), Basic actions (寝返り, 座位の保持, etc.), and Urinary/Bowel status. Includes a '対処' (Response) column with instructions.

※1: 経管栄養・経静脈栄養の場合 ※2: バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3: 人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価 (Assessment of ulcer status) table with categories like 深さ (Depth), 浸出液 (Exudate), 創面 (Wound), etc.

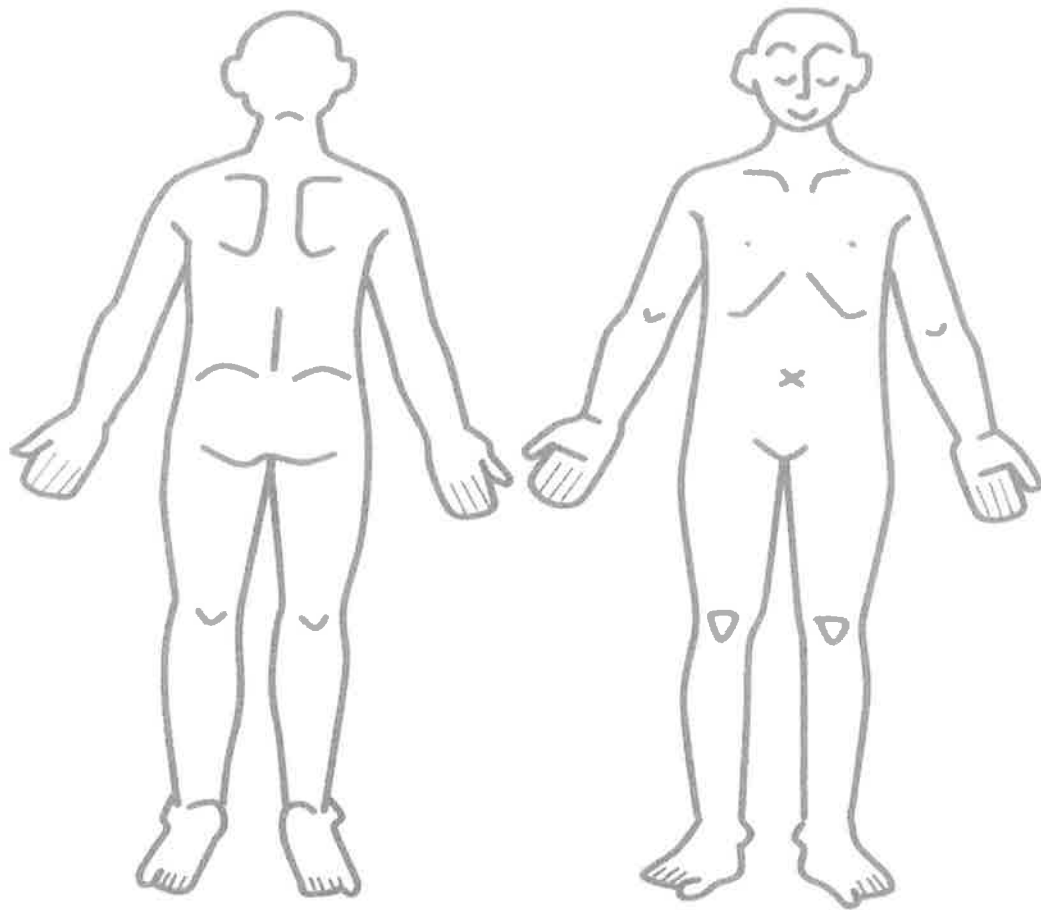
褥瘡ケア計画 (Ulcer care plan) table with columns for 留意する項目 (Items to note) and 計画の内容 (Plan content), including pressure relief and skin care.

説明と同意日 年 月 日 署名

褥瘡報告書

事業所名		報告者	
お客様氏名		発見日時	年 月 日 時 分

※発赤、傷、褥瘡になりそうな場所等を記入



※褥瘡と疑われる部位・状況・大きさ等を記入

委員会確認 : 検討必要なし 要観察 要カンファレンス

施設長	事務管理	医務室	理学療法士	ケアマネ・相談員	ユニットリーダー	報告者

褥瘡チェックリスト

お客様氏名 _____

確認日 年 月 日

居室温度 ℃ 湿度 %

確認者 氏名 _____

NO.	項目	チェック欄
1	体圧分散マットレスを使用しているか	
2	座位時の座り直しはしているか	
3	ポジショニングやシーティングの方法を取っているか	
4	オムツ交換の間隔は空きすぎているか (回/日) 最長間隔時間 (時間)	
5	スキンケア(保湿剤等)は行っているか	
6	下痢・夜間頻尿・脱水・浮腫・骨突出等は見られていないか	
7	栄養状態に問題はないか	
8	室温管理・衣服の調整(衣類の締め付け、素材等)に問題はないか	
9	体位変換は行っているか (体位変換頻度 時間毎)	
10	麻痺や褥瘡の既往等はあるか()	
11	移乗介助に問題はないか	
12	褥瘡と疑われる部位・状況・大きさ・対策方法・実施した事等 []	

施設長	褥瘡委員会責任者	医務室	理学療法士	ケアマネ・相談員	ユニットリーダー	報告者

褥瘡カンファレンス記録

記録日 年 月 日

参加者

記録者

お客様氏名

褥瘡発見日時(発赤、褥瘡に繋がりそうな傷を含む)

年 月 日

1、褥瘡の原因(考えられる原因)

2、環境や介護方法も含めた今後の対応、予防策

施設長	事務管理	医務室	理学療法士	ケアマネ・相談員	ユニットリーダー	褥瘡委員会責任者