

褥瘡予防対策のための指針

平成 18 年 4 月 1 日策定
(平成 22 年 4 月 1 日改定)
(平成 29 年 10 月 1 日改定)
(平成 30 年 5 月 1 日改定)

I 要旨

本指針は、社会福祉法人せいひ会 介護老人保健施設元亀の里 における褥瘡予防対策について取り扱うものである。

II 褥瘡発生予防に関する考え方

高齢者は低栄養状態や活動の低下、疾病に伴う寝たきり状態に陥りやすく、褥瘡が発生するリスクがある。特に施設利用者にとっては、加齢に伴い心身の機能が低下している方が多く、そのリスクは高いと思われる。

私たちは、こうしたリスクをもつ利用者の健康で尊厳ある生活の実現のため、多職種協働のもと質の高いサービスの提供を目指してこの指針に従い、褥瘡予防に対する体制を確立し、褥瘡が発生しないような適切な介護を行うことを目指す。

III 褥瘡予防に向けての基本方針

- (1) 褥瘡発生予防に対する体制の整備
褥瘡発生の予防と早期対応のため、褥瘡予防対策委員会を設置し、具体的な対応については委員会で対応する。
- (2) 多職種協働によるチームケアの推進
各職種の専門性に基づくアプローチからチームケアを行うことを基本とし、それぞれの果たすべき役割に責任をもって対応する。
- (3) 職員に対する教育・研修
褥瘡予防に対する知識の習得、施設の方針の徹底、情報の伝達等を目的として、研修会等を定期的実施し、職員の教育に努める。
- (4) 専門家との連携

外部の褥瘡予防等の専門家とも積極的に連携し、より質の高いケアに取り組む。

IV 褥瘡予防対策委員会設置と規定

【 設置の目的 】

当施設における褥瘡予防対策を協議・検討し、褥瘡が発生しないような適切な介護を行うための体制を整備し、その効率的な推進を図ることを目的とする。

【 委員会 】

- (1) 委員会は、次に掲げる者をもって構成する。ただし、委員の構成上、重要でないと施設長が認める場合にあつては、必ずしも次のものすべてにより委員会を構成する必要はない。(カッコ内は担当分野)
 - ① 施設長（施設全体の管理責任者）
 - ② 医師（医療管理）
 - ③ 看護職員（医療・看護面の管理）
 - ④ 介護職員（日常的なケアの現場の管理）
 - ⑤ 理学（作業）療法士（身体機能の管理および介護技術指導）
 - ⑥ 介護支援専門員（計画立案）
 - ⑦ 支援相談員（家族・関係機関との連絡調整）
 - ⑧ 栄養士（食事面の管理）
 - ⑨ その他施設長が必要と認める者（施設外の専門家等）
- (2) 委員は施設長がこれを任命する。
- (3) 委員長は施設長とする。
- (4) 委員長の下に、実行委員長（副委員長）を置くものとし、施設長がこれを任命する。また実行委員長は、委員長の主な職務を代行するものとする。
- (5) 委員長は、看護職員である委員より 1 名を、専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者（褥瘡予防対策担当者）として任命する。

【 委員会の活動 】

委員会は隔月に一度定期的を開催し（ 偶数月第 2 火曜日 ）、次の各事項を取り扱う。

- (1) 利用者の褥瘡予防に関すること
- (2) 褥瘡予防、および治療の情報に関すること
- (3) 褥瘡の発生および予防措置、その結果を記録する書類に関すること
- (4) 褥瘡と合併する感染症に関すること
- (5) 褥瘡予防および治療の啓蒙・教育に関すること

(6) その他褥瘡の対策として必要と思われること

【 委員会の運営 】

- (1) 委員長または医師は、必要に応じて臨時の委員会を開催することができる。
- (2) 委員会は、必要に応じて委員以外の者を出席させ意見を聞き、または資料の提出を求めることができる。

V 褥瘡予防対策の手順

別に定める「褥瘡のハイリスク者に対する褥瘡予防のための計画」に基づき、行う。

VI 褥瘡対策のための職員教育・研修

(1) 目的

施設の職員に対する、褥瘡に関する基礎的内容等の適切な知識の普及・啓発、ならびに本指針に基づく褥瘡予防策の徹底。

(2) 内容

① 全職員を対象とした定期的研修

全職員を対象に、褥瘡予防対策委員会の作成する研修プログラムのもと、年 2 回程度の定期的な研修を行うほか、啓発活動として、随時資料の回覧、掲示を行う。

② 新規採用者を対象とした研修

職員の新規採用時に、褥瘡予防対策の基礎に関する研修を行う。

③ その他必要な教育・研修の実施

VII その他

(1) 記録の保管

褥瘡予防対策委員会の審議内容等、施設内における褥瘡予防対策に関する諸記録は 5 年間保管する。

(2) 指針等の見直し

本指針および褥瘡予防対策に関するマニュアル類等は、褥瘡予防対策委員会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。

褥瘡のハイリスク者に対する褥瘡予防のための計画

(平成 30 年 6 月 1 日改定)

I 総則

本計画は、社会福祉法人せいひ会 介護老人保健施設元亀の里 における「褥瘡予防対策のための指針」に基づき、褥瘡ハイリスク者に対する褥瘡の予防に関して具体的に計画したものである。

II 褥瘡の定義

(1) 褥瘡とは

褥瘡は、「局所が圧迫されつづけて血液障害を起こし、その部分の組織が虚血状態になり、酸素や栄養素が供給されなくなって壊死に陥ることで生じる皮膚や皮下組織の損傷」である。

(2) 褥瘡の要因

- ① 圧迫と皮膚組織のずれ
- ② 身体機能の低下（栄養障害、循環障害、知覚・運動障害、皮膚及び筋肉の退化などの異常）
- ③ 摩擦
- ④ 身体の不潔
- ⑤ 湿潤

(3) 症状

- ① 圧迫による発赤（紅潮→暗赤色）→初期症状「褥瘡になりかけている」状態
- ② 腫脹
- ③ 漿液性や血性の液を内容とする小水疱や硬結
- ④ 皮膚の壊死、表皮が剥離して真皮が露出、分泌物がある糜爛（びらん）
- ⑤ 潰瘍を起こす

(4) 褥瘡の分類

ステージⅠ	体位交換などを行って発赤部位の圧迫を除去しても消退しない、発赤、紅斑で、指で圧迫しても蒼白にならない状態。
ステージⅡ	皮下脂肪組織に及ばない表皮のびらんや、真皮にとどまる浅い潰瘍をみとめる状態。水泡を形成していることもある。
ステージⅢ	皮膚全層に潰瘍が及び、皮下脂肪組織に達する深さとなった状態。

(米国褥瘡諮問委員会 NPUAP の分類法より)

III 褥瘡予防対策

褥瘡は悪化すると治癒しにくく、また予防可能なものであるので、第 1 に予防、第 2 に早期発見が大切である。

(1) ハイリスク者の把握

利用開始時に、「褥瘡リスクアセスメント・経過記録」により、担当看護職員ならびに介護職員（褥瘡予防対策委員会委員）（以下「担当職員」という。）が評価を行う。

(2) ハイリスク者に対する対策

- ① 介護支援専門員は、「褥瘡リスクアセスメント・経過記録」においてハイリスク者と判定された利用者に対し、褥瘡予防のためのケアを立案、同記録中「ケア上の留意点（褥瘡予防に必要な特別なケア等を含む）」を記入し、施設サービス担当者会議等を通じて全職員へ周知徹底を図る。
- ② 担当職員は、ハイリスク者に対し、毎月、「褥瘡リスクアセスメント・経過記録」により評価を行うとともに、1 か月間の経過を記録する。なお、ハイリスク者と判定されていない利用者に対しては 3 か月ごとに再評価を行うものとするが、利用者の状態に特変ある場合には随時再評価を行うものとする。
- ③ ハイリスク者が、Ⅱ-4 の褥瘡の分類のステージⅠの状態となり、褥瘡治療の必要がある場合は、医師の指示により治療の開始となる。
また、褥瘡予防対策委員会において褥瘡発生の原因と早期治癒への対策を検討する。

(3) 予防の原則とケア

褥瘡予防のために行うケアは特別なものではなく、日常ケアそのものである。しかし、褥瘡になりやすい利用者の場合はとくに注意して、全身を観察しながら日常のケアを行う。

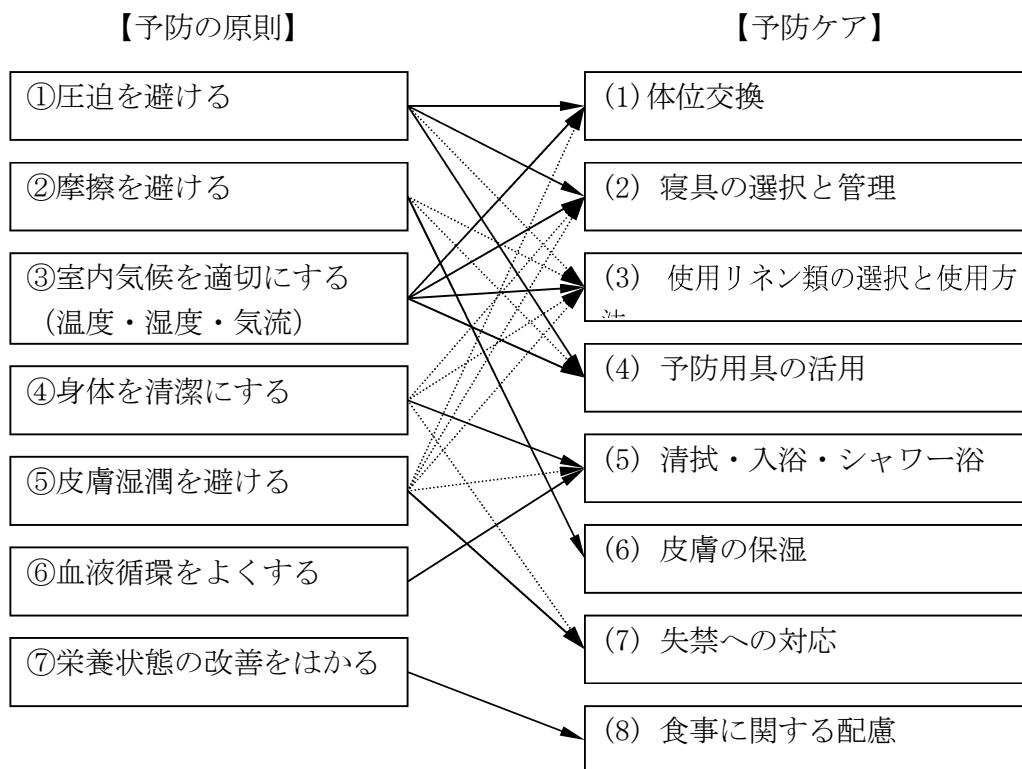
(1) 褥瘡になりやすい利用者と予防の原則

<褥瘡をおこしやすい利用者像>

- ① 同一体位を長時間持続している方
- ② ギブスなどにより同一部位が圧迫されている方
- ③ 麻痺がある方
- ④ 失禁・多汗・浮腫がある方
- ⑤ 栄養状態の低下した方
- ⑥ るい瘦または肥満した方
- ⑦ 循環障害、知覚・運動障害のある方
- ⑧ 皮膚および筋肉の退化のある方
- ⑨ その他（糖尿病など）

(2) 予防の原則

- ① 圧迫を避ける
- ② 摩擦を避ける
- ③ 生活気候を適切にする（室内の温度・湿度・気流）
- ④ 身体を清潔にする
- ⑤ 皮膚の湿潤を避ける
- ⑥ 血液循環をよくする
- ⑦ 栄養状態の改善をはかる



(3) 具体的方法

① 体位交換

- ◇ 1 時間半～2 時間ごとに行う。（状態によっては 1 時間ごと）
- ◇ 仰臥位から側臥位に体位交換する場合は、身体はベッドに対して 30 度傾けた側臥位にする。
- ◇ 体位交換できない場合は、片方の肩や臀部にタオルなどを差し込んで半背臥位程度にしたり、身体の下に介護者の手を差し入れたりして、圧迫部位の除圧と寝具の除湿をはかる。

② 寝具の選択と管理

- ◇ 敷物は、体圧に及ぼす影響が大きく、利用者の状況により、褥瘡予防マッ

トやエアーマット等を使用する。

- ◇ 掛け布団はその重さが圧迫の原因となるので注意する。
- ◇ 寝具は乾燥させて用いること（皮膚表面の湿潤がなくなり褥瘡予防に役立つ）

③ リネン類の選択と使用方法

- ◇ ベッドの敷きシートや寝衣のしわ、また、のりのきいたシートはその山になる部分が皮膚を圧迫し、身体を動かしたときに摩擦して皮膚を傷つける原因になるので注意する。

④ 予防用具

- ◇ 全身に用いるものと局部に用いるものがあり、利用者にあったものを適切に選び使用する。
- ◇ 温度・湿度・気流に注意し、清潔を保つ。

⑤ 清拭・入浴

- ◇ 清拭は身体の清潔と温熱効果によって血液循環をよくする。
- ◇ 入浴は清拭と温熱効果を期待したものであるが、とくに寝たきりの利用者は可能な限り入浴することが褥瘡予防の効果が大きい。（心臓疾患などで入浴により現病が悪化する場合は避ける。）

⑥ 皮膚の保湿

- ◇ 皮膚が乾燥するとかゆみ生じ、搔くことによって皮膚の角質を剥離させて傷をつけ、また、皮膚と衣類の摩擦により表皮剥離を生じて、炎症反応や化膿をまねく。医師の指示のもと、適切な保湿剤（ワセリンやオリーブ油、スキンクリーム等）を用い、皮膚の乾燥を防ぎ、保湿をはかる。

⑦ 失禁への対応

- ◇ 失禁が頻繁にある場合は、皮膚に炎症や細菌感染がおこり、褥瘡が発生しやすくなる。
- ◇ 失禁時は、まず排泄物を取り除き、皮膚を清潔にし、新しいオムツや清潔な下着に取り替える。
- ◇ 皮膚の清潔には、微温湯か、皮膚に対して刺激の少ない石けんや清拭剤を用いて、皮膚をこすらずに押しえ拭きをする。
- ◇ 陰部は清潔なタオルで清拭するか、洗浄を行う。
- ◇ 皮膚をよく観察する。
- ◇ 清拭後は、皮膚が湿っていないかを注意し、清潔なオムツを使用する。

⑧ 食事

- ◇ 褥瘡の発生には、低タンパク、貧血、ビタミンA・Cの不足、微量元素（鉄・亜鉛・銅など）の不足がかかわっているので、栄養の改善に努める。
- ◇ 食欲不振の利用者には、食事を楽しめるように配慮する。

◇ 経口的に食事をとれない利用者については、医師と相談し、栄養補助等を検討する。

⑨ その他

褥瘡予防のケアでは、できるかぎり離床を促すことが大切である。食事などの機会をとらえて離床またはベッド上で座位にしたり、コミュニケーションをとるために意図的に体位を換えたりするなど、日常生活のなかで工夫をする。

(4) 症状の観察と記録

介護・看護職員は、利用者の身体の観察に努め、褥瘡の早期発見に努める。

また、利用時に褥瘡を有する利用者、あるいは、利用中新たに褥瘡発生を認められた利用者に対しては、医師は治療を行い、経過をカルテに記載する。また、看護職員は処置の内容等を熱型表あるいは看護記録に記載する。

- ① 広がり と 深さ（長径×短径、表皮のみ→骨破壊）
- ② 褥瘡の創面の色調
- ③ 周囲の皮膚や褥瘡部分表面の状態（発赤、水泡、硬結、びらん・壊死や潰瘍の状態）
- ④ 知覚の状態（疼痛の有無と種類、麻痺の有無と程度）