

特別養護老人ホーム風和の里 褥瘡対策指針

1. 総則

特別養護老人ホーム風和の里（以下「当施設」という）は、入居者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、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、褥瘡対策指針を定めるものである。

2. 職員の責務

当施設の職員は、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。

3. 褥瘡予防対策担当者の決定

(1) 褥瘡予防対策担当者の定義

施設長は、褥瘡の発生防止に必要な知識及び技能を有する者として、（看護職員の中から）専任の「褥瘡予防対策担当者」（以下「担当者」と略す）を1名指名し、当施設内の褥瘡予防対策を担当させる。なお、担当者は看護業務等の他の業務との兼務を可とする。

(2) 褥瘡予防対策担当者の職務

褥瘡予防対策担当者は、サービス担当者会議等に参加し、褥瘡予防に関する助言・指導を行う。

4. 褥瘡対策委員会設置と規定

(1) 目的

当施設における施設内褥瘡対策を協議・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。

(2) 委員会の構成

①委員会は、施設長・栄養士・看護職員・介護職員・介護支援専門員・生活相談員（・嘱託医師）等をもって構成する。

②委員長は施設長がこれを任命する。

③委員は委員長がこれを指名する。

④委員長は、看護職員である委員より1名を「褥瘡予防対策担当者」として指名する。

⑤委員会は、委員長がこれを召集する。

(3) 委員会の開催

褥瘡対策委員会は、定例会議を月に1回程度開催し、次に掲げる事項について審議す

る。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。

- 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 褥瘡予防のためのマニュアル類の整備に関すること
- オ 職員を対象とした褥瘡予防に関する研修の実施に関すること
- カ その他、当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

5. 褥瘡予防対策の手順

別紙に作成する「褥瘡のハイリスク者に対する褥瘡予防のための計画」に基づき、行う。

6. 褥瘡対策に関する研修

- (1) 施設長は、あらかじめ褥瘡対策委員会において作成された研修計画にしたがい、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ように努める。
- (2) 褥瘡対策委員会の委員は、褥瘡に関する研修会等に自ら積極的に参加するように努める。
- (3) 施設全職員を対象に褥瘡対策に関する研修会を計画的に実施するほか、申し送り等を活用しこまめな褥瘡対策の周知を図る。

7. 外部専門家の活用

施設長は、施設外の専門家に依頼し、職員が、褥瘡対策についての相談、指導等を積極的に受けることが出来る体制を整備するように努める。

8. その他

(1) 記録の保管

褥瘡対策委員会の審議内容等、施設内における褥瘡予防に関する諸記録は2年間保管する。

(2) 指針等の見直し

本指針及び褥瘡予防に関するマニュアル類等は褥瘡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

I 総則

本計画は、特別養護老人ホーム風和の里における「褥瘡対策の指針」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」(表A)及び「ブレーデンスケール」(表B)により、生活相談員又は介護支援専門員及び褥瘡予防対策担当で評価を行う。

2. ハイリスク者に対する対策

①上の各表において、ハイリスク者と判定された利用者に対しては、施設サービス計画に褥瘡予防のためのケアを立案し、施設サービス担当者会議において対策の検討と周知徹底を図る。

②ハイリスク者に対しては上記の各表での評価を1ヶ月毎に看護職員にて行う。ハイリスク者と判定されていない利用者に対しては3ヶ月毎に再評価を行う。

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、全身の観察としながら日常のケアを行う。

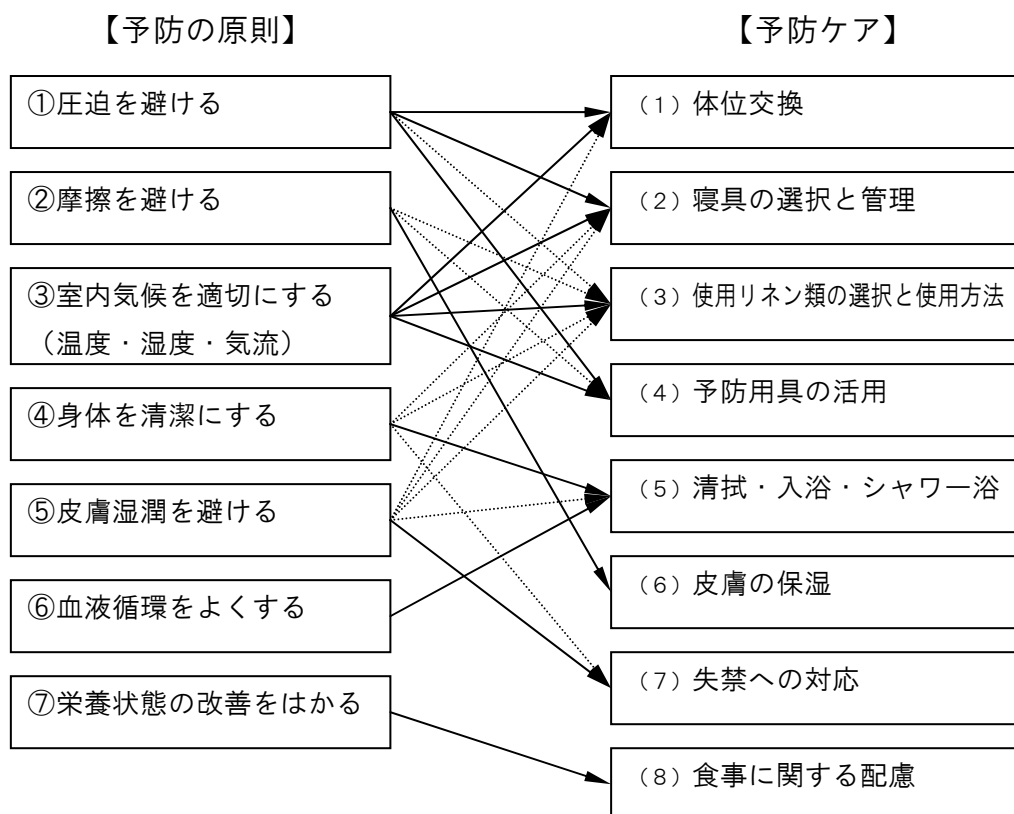
1) 褥瘡になりやすい患者と予防の原則

<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 時間毎)

* 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、片方の方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

* 敷き物は、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

＊ベッドの敷きシーツや寝衣のしわ、また、のりのきいたシーツ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、清潔を保つこと。

（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、とくに寝たきりの方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、掻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さえぶきをする。

＊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ため、栄養の改善に努める。

*食欲不振の方には、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、利用者の身体の状態を観察に努め、褥瘡の早期発見に努める。

また、褥瘡が発生した場合は、症状の観察とケース記録への記載を行うこと。

①広がり（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）

⑤その他

表 B ブレーデンスケール

<p>知覚の認識 圧迫による不快感に対して適切に反応できる能力</p>	<p>1. 全く知覚なし 痛みに対する反応（うめく、避ける、つかむなど）なし。この反応は、意識レベルの低下や鎮静による。あるいは、体のおおよそ全面にわたり痛覚の障害がある。</p>	<p>2. 重度の障害あり 痛みにもみ反応する。不快感を伝えるときには、うめくことや身の置き場なく動くことしかできない。あるいは、知覚障害があり体の1/2以上にわたり、痛みや不快感の感じ方が完全ではない。</p>	<p>3. 軽度の障害あり 呼びかけに反応する。しかし、不快感や体位交換のニーズを伝えることがいつでもできるとは限らない。あるいは、ある程度の知覚障害があり、四肢の1,2本において痛みや不快感の感じ方が完全でない部位がある。</p>	<p>4. 障害なし 呼びかけに反応する。知覚障害はなく、痛みや不快感を訴えることができる。</p>
<p>湿潤 皮膚が湿潤にさらされる程度</p>	<p>1. 常に湿っている 皮膚は汗や尿などのために、ほとんどいつも湿っている。患者を移動したり、体位変換することに湿気が認められる。</p>	<p>2. たいてい湿っている 皮膚はいつもではないが、しばしば湿っている。各勤務時間中に少なくとも1回は寝衣寝具を交換しなければならない。</p>	<p>3. 時々湿っている 皮膚は時々湿っている。定期的な交換以外に、1日1回程度、寝衣寝具を追加して交換する必要がある。</p>	<p>4. めったに湿っていない 皮膚は通常乾燥している。定期的に寝衣寝具を交換すればよい。</p>
<p>活動性 行動の範囲</p>	<p>1. 臥床 寝たきりの状態である。</p>	<p>2. 座位可能 ほとんど、または全く歩けない。自力で体重を支えられなかったり、椅子や車椅子に座るときは、介助が必要であったりする。</p>	<p>3. 時々歩行可能 介助の有無にかかわらず、日中時々歩すが、非常に短い距離に限られる。各勤務時間中にほとんどの時間を床上で過ごす。</p>	<p>4. 歩行可能 起きている間は少なくとも1日2回は部屋の外を歩く。そして少なくとも2時間に1回は室内を歩く。</p>
<p>可動性 体位を変えたり整えたりできる能力</p>	<p>1. 全く体動なし 介助なしでは、体幹または四肢を少しも動かさない。</p>	<p>2. 非常に限られる 時々体幹または四肢を少し動かす。しかし、しばしば自力で動かしたり、または有効な（圧迫を除去するような）体動はしない。</p>	<p>3. やや限られる 少しの動きではあるが、しばしば自力で体幹または四肢を動かす。</p>	<p>4. 自由に体動する 介助なしで頻回にかつ適切な（体位を変えるような）体動をする。</p>
<p>栄養状態 普段の食事摂取状況</p>	<p>1. 不良 決して全量摂取しない。めったに出された食事の1/3以上を食べない。蛋白質・乳製品は1日2皿（カップ）分以下の摂取である。水分摂取が不足している。消化態栄養剤（半消化態、経腸栄養剤）の補充はない。あるいは、絶食であったり、透明な流動食（お茶、ジュース等）なら摂取したりする。または、末梢点滴を5日間以上続けている。</p>	<p>2. やや不良 めったに全量摂取しない。普段は出された食事の約1/2しか食べない。蛋白質・乳製品は1日3皿（カップ）分の摂取である。時々消化態栄養剤（半消化態、経腸栄養剤）を摂取することもある。あるいは、流動食や経管栄養を受けているが、その量は1日必要摂取量以下である。</p>	<p>3. 良好 たいていは1日3回以上食事をし、1食につき半分は以上は食べる。蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分摂取する。時々食事を拒否することもあるが、勧めれば通常捕食する。あるいは、栄養的におおよそ整った経管栄養や高カロリー輸液を受けている。</p>	<p>4. 非常に良好 毎食おおよそ食べる。通常は蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分以上摂取する。時々間食（おやつ）を食べる。捕食する必要はない。</p>
<p>摩擦とずれ</p>	<p>1. 問題あり 移動のためには、中等度から最大限の介助を要する。シートでこすれずに体を移動することは不可能である。しばしば床上や椅子の上でずり落ち、全面介助で何度も元の位置に戻すことが必要となる。痙攣、拘縮、振戦は持続的に摩擦を引き起こす。</p>	<p>2. 潜在的に問題あり 弱々しく動く。または最小限の介助が必要である。移動時皮膚は、ある程度シートや椅子、抑制帯、補助具などにこすれている可能性がある。たいがいの時間は、椅子や床上で比較的良い体位を保つことができる。</p>	<p>3. 問題なし 自力で椅子や床上を動き、移動中十分に体を支える筋力を備えている。いつでも、椅子や床上で良い体位を保つことができる。</p>	

* 合計点数が18点未満の場合をハイリスク者

* 「活動性」の項目が2点以下のものは、合計点数が18点以上であってもハイリスク者

褥瘡アセスメント ・ 経過記録

入居者氏名() 様) 要介護度() 入居年月日(年 月 日)

		入居時	年月日	年月日	年月日
性別		男・女	男・女	男・女	男・女
年齢		()歳	()歳	()歳	()歳
身長・体重		()cm・() ^{kg}	()cm・() ^{kg}	()cm・() ^{kg}	()cm・() ^{kg}
BMI・アルブミン値		()・()g/dl			
活動性	寝返り	可能・不可能	可能・不可能	可能・不可能	可能・不可能
	立ち上がり	可能・不可能	可能・不可能	可能・不可能	可能・不可能
	体動	有・無	有・無	有・無	有・無
栄養	食事摂取方法	経口・経管	経口・経管	経口・経管	経口・経管
	食事量				
身体状況	麻痺	有・無	有・無	有・無	有・無
		部位()	部位()	部位()	部位()
	拘縮・変形	有・無	有・無	有・無	有・無
	骨の突出	有・無	有・無	有・無	有・無
		部位()	部位()	部位()	部位()
浮腫	有・無	有・無	有・無	有・無	
	部位()	部位()	部位()	部位()	
オムツの使用	有・無	有・無	有・無	有・無	
	内容()	内容()	内容()	内容()	
皮膚の状態					
褥瘡	有・無	有・無	有・無	有・無	
	部位()	部位()	部位()	部位()	
	程度()	程度()	程度()	程度()	
ブレーデンスケール		点	点	点	点
褥瘡リスク評価		低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
次回評価時期		年月日	年月日	年月日	年月日
ベットマットの種類		普通・コンフォケア マキシフロート	普通・コンフォケア マキシフロート	普通・コンフォケア マキシフロート	普通・コンフォケア マキシフロート
体交介助 臥位		不要・要	不要・要	不要・要	不要・要
体交介助 座位		不要・要	不要・要	不要・要	不要・要
スキンケア		不要・要	不要・要	不要・要	不要・要
その他・特記事項					
記入者					

褥瘡アセスメント ・ 経過記録

入居者氏名() 様) 要介護度() 入居年月日(年 月 日)

		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
性別		男・女	男・女	男・女	男・女
年齢		()歳	()歳	()歳	()歳
身長・体重		()cm・()kg	()cm・()kg	()cm・()kg	()cm・()kg
BMI・アルブミン値		()・()g/dl			
活動性	寝返り	可能・不可能	可能・不可能	可能・不可能	可能・不可能
	立ち上がり	可能・不可能	可能・不可能	可能・不可能	可能・不可能
	体動	有・無	有・無	有・無	有・無
栄養	食事摂取方法	経口・経管	経口・経管	経口・経管	経口・経管
	食事量				
身体状況	麻痺	有・無	有・無	有・無	有・無
		部位()	部位()	部位()	部位()
	拘縮・変形	有・無	有・無	有・無	有・無
	骨の突出	有・無	有・無	有・無	有・無
		部位()	部位()	部位()	部位()
浮腫	有・無	有・無	有・無	有・無	
	部位()	部位()	部位()	部位()	
オムツの使用	有・無	有・無	有・無	有・無	
	内容()	内容()	内容()	内容()	
皮膚の状態					
褥瘡	有・無	有・無	有・無	有・無	
	部位()	部位()	部位()	部位()	
	程度()	程度()	程度()	程度()	
ブレイデンスケール	点	点	点	点	
褥瘡リスク評価	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高	
次回評価時期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
ベットマットの種類	普通・コンフォケア マキシフロート	普通・コンフォケア マキシフロート	普通・コンフォケア マキシフロート	普通・コンフォケア マキシフロート	
体交介助 臥位	不要・要	不要・要	不要・要	不要・要	
体交介助 座位	不要・要	不要・要	不要・要	不要・要	
スキンケア	不要・要	不要・要	不要・要	不要・要	
その他・特記事項					
記入者					