褥瘡対策指針

1、総則

医療法人笠松会　有吉病院および介護医療院（ 以下「当院」）における褥瘡対策を確立し、褥瘡発生予防と改善に努め「より少ない負担で、より最適な医療、看護、ケアサービスを提供する」ために、本指針を定める。

1-1　院内褥瘡対策に関する考え方

１）　当院に入院する日常生活自立度の低い患者対象に褥瘡発生リスクの検討を行い、褥瘡発生予防に必要なケアを提供する。

２）　褥瘡の早期発見に努め、発生時は局所の処置だけにとらわれず、全人的に捉え、多職種と協働し早期に治癒するように努める。

１-2　用語の定義

褥瘡有病率（%） **（ ② / ① ）× 100**	褥瘡(d２以上)を有する入院患者 入院時すでに褥瘡を保有している患者や、入院に褥瘡発生した患者・入所者の人数の占める割合	計算式 **②褥瘡を保有する患者÷①入院患者数×100** 注：調査日の入院患者数：調査日の入退院予定者は含めない 注：１人の患者が複数部位有していても患者数は１と数える
入院時褥瘡保有率（%） **（ ③ / ① ）× 100**	入院時にすでに褥瘡(d2 以上)を保有している患者割合	計算式 **③入院時に既に褥を保有していた入院患者数÷①入院患者×100** 注：入院時すでに褥瘡を保有していた患者あっても、新たに発生した場合は院内褥瘡発生者と取り扱う
院内褥瘡発生率（%） **(④ / ①)×100**	入院後、院内で褥瘡（ｄ２以上）を発生した患者割合	計算式 **④院内で発生した褥瘡を保有している入院患者数（④＝②－③）÷①入院患者数** 注：入院時刻から 24 時間以内に発生した場合は院内発生から除外する

２、　褥瘡対策委員会およびその他の組織に関する事項

2-1　褥瘡対策を推進するために、褥瘡対策委員会を設置する。

１）　委員会は、院内褥瘡対策について最高決議機関としての役割を担う。

２）　本委員会は、院長の承認を受け選出された委員長（専任医師）・専任看護師・管理栄養士・薬剤師・看護師・介護職（介護医療院）・事務により構成される。

３）　本委員会の開催は月１回の定例開催をする。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。

４）　本委員会メンバーは、褥瘡発生の機序を全身的に捉えるため、栄養サポートチームや薬剤部と連携し、組織横断的に活動する。

５）　決議内容は院長の承認を受け、全て職員に周知される。

2-2　委員会では次に掲げる事項について審議する。

１）　職員を対象にした褥瘡予防に関する研修の実施を行う

病院内における褥瘡及び合併する感染症予防の治療体制を行う 。

2)　褥瘡発生状況及び治療に関する情報を共有する。

3)　院内での褥瘡事例の対応策を討議する 。

4)　褥瘡対策の為のマニュアル類の整備を行う 。

5)　職員を対象にした褥瘡予防に関する研修の実施の状況把握を行う。

6)　患者の状態に応じて体圧分散マットレスが適切に選択し、使用しているか管理を行う。

2-3　褥瘡専任医師及び褥瘡専任看護師の業務

1)　褥瘡専任医師及び褥瘡専任看護師は、褥瘡のある患者に対して適正な褥瘡対策を講じる。

2)　褥瘡のある患者に対して病棟へのラウンドを行い、必要時に薬剤師・栄養士・理学療法士を招集する。

3)　褥瘡予防及び治療の為の計画の作成
褥瘡専任医師及び褥瘡専任看護師は、別に定める基準に規程される「褥瘡対策に関する診療計画書」準じて日常生活自立度の低い入院患者に対して計画する。

4)　褥瘡予防及び治療の実践

看護師は、褥瘡対策に関する診療計画に基づき、褥瘡予防及び治療を行い、褥瘡専任医師及び褥瘡専任看護師は助言・指導を行う。

5)　褥瘡対策の評価

褥瘡専任医師及び褥瘡専任看護師は褥瘡予防及び治療計画に従って適切な予防及び治療の実践が行われているかを定期的に評価する。

2-4　褥瘡予防を推進するために、褥瘡対策推進チームを設置する。

１）　対策推進チームは、褥瘡対策委員会委員長の承認を受け選出された専任看護師・看護師・介護士等により構成される。

２）　褥瘡のリスク者に対し、定期的なリスク評価・計画の実践および評価を行う。

３）　褥瘡対策に関する継続研修を企画・運営する。

４）　患者の状態に応じて体圧分散マットレスが適切に選択し、使用しているか管理を行う。

3、　褥瘡対策に関する職員研修について

1)　院内褥瘡発生予防と褥瘡治癒に関して、職員が褥瘡に対する知識と自らの役割を理解し、実践できるように研修を開催する。

2)　研修後はアンケート調査を実施し、教育成果を確認する。

4,　褥瘡対策を目的とした報告手順（医療病棟・介護医療院共通）

1)　入院時すべての患者に「日常生活自立度」を判定する。

2)　「日常生活自立度」Ｂ１以上の患者については、危険因子評価表並びに褥瘡診療計画書を作成。

※医療病棟については月に一回評価、介護医療院については３か月に一度評価。

※体圧分散マットレス選定はＯＨスケールで評価。

3)　褥瘡が発生した場合は「褥瘡発生報告書」を、経過の記録についてはDESIGN-R®2020によるアセスメントを行う。褥瘡が回復した場合および、退院などにより治療終了の場合は「転帰報告書」を作成する。

※褥瘡保有者でＡＤＬ区分高得点（23.24点）の場合、DESIGN-R®2020で毎日評価。

4)　褥瘡回診は、基本月に１回で専任医師・専任看護師・担当看護師等のチームで実施。

※緊急時は必要に応じて対応する。

4-2　介護医療院においての報告手順

１）　褥瘡の評価は、「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」を用いて、褥瘡の状態および褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施する。

2)　利用開始時の評価は、市町村長に届け出た月および当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出月の前月において既に利用している者については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行う。

3)　褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」を用いて作成を行い、３ヵ月に１回以上評価を行う。

なお、介護福祉施設サービスでは「褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画」の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線または枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにする。

4)　褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際は、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる利用者またはその家族に説明し、同意を得る。

5)　褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、ＰＤＣＡの推進および褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用する。

6)　評価結果等の情報の提出については、「科学的介護情報システム」（ＬＩＦＥ）を用いて行う。

5、　医療従事者と患者との間の情報の共有に関する事項

本指針は当院ホームページに掲載と共に、患者及びその家族からの閲覧の要求があった場合はこれに応じるものとする。

6、　その他褥瘡対策推進のために必要な基本方針

1)　褥瘡対策委員会及び褥瘡対策推進チームのメンバーは、褥瘡対策に関して最新の知識・情報を得るため外部研修に積極的に参加し、褥瘡予防に関する企画・立案・マニュアル改定に努める。

２）　褥瘡対策の基本となる「起きる・食べる・排せつ・清潔の保持」に関するセルフケアのスキルアップを目指す。特に患者の状態変化に合わせ、多職種連携による“食事と排泄ケア”の提供により褥瘡予防に努める。

３）　難解な事例については、専門医・認定看護師を有する協力病院と連携を図る。

4)　褥瘡管理者は、組織内容やサーベイランスしたデータなど所定の記録を定期的にまとめ、委員会で分析・検討する。経済性も考慮し「より少ない負担で、実践可能な最適な対策」を追求し、褥瘡のない快適な入院生活を提供する。

2002 年　9 月 1 日　作成

2018 年　4 月 2 日　改定

2022 年　5 月 31 日改定

2024 年　8 月 31 日改訂