

平成 26 年 6 月 18 日
改訂平成 28 年 7 月 4 日
改訂平成 30 年 10 月 17 日
改定令和元年 10 月 16 日
追記令和 2 年 4 月 1 日

1. 西宮市立中央病院褥瘡対策チーム会設置要綱

1. 目的

西宮市立中央病院における褥瘡対策において、効率的なケアの提供および褥瘡の発生予防を推進するためのリーダー的役割を担うチームとして設置する

2. 構成メンバー

専任医師（届出医師）・専任看護師（届出看護師）

（アドバイザーとして適宜皮膚・排泄ケア認定看護師、褥瘡管理者、褥瘡担当看護師長が同席する）

3. 組織

西宮市立中央病院褥瘡対策委員会の委員として活動を行う。

4. 活動

1) 病棟内での活動

（1）褥瘡に関する危険因子の評価および計画立案

専任看護師は、病棟看護師が評価をした入院患者の危険因子をもとに、その患者に則した褥瘡対策の看護計画を立案する。（厚生労働省障害老人の日常生活自立度 B・C またはリスクアセスメントに 1 つでも該当する項目がある患者は全員対象）*¹リスクアセスメントや看護計画に修正がなければ承認後、印刷し専任医師へ提出する

専任医師は提出された褥瘡診療計画書に不備がないか確認し承認のための押印をする。承認された褥瘡診療計画書は褥瘡担当医事課事務員へ提出し、1 年分を保管する。年度末に 1 年分をとりまとめて皮膚・排泄ケア認定看護師へ提出し、皮膚・排泄ケア認定看護師が保管をする。

専任看護師は立案された看護計画が実施されているか確認を行い適宜修正する。

ローリスクの患者（厚生労働省障害老人の日常生活自立度 J・A でリスクアセスメントの項目すべてに該当しない患者）の褥瘡診療計画書はリスクアセスメントに問題ないか確認後専任看護師が承認する。承認された褥瘡診療計画書は電子カルテ内で保存する。

専任看護師は、ハイリスク患者は 2 週間毎、ローリスク患者は 4 週間毎に再評価を行っているか確認をする。再評価はスタッフ看護師が行いそれを専任看護師が必要な修正を行う。看護計画の修正は専任看護師が行う。修正後は上記と同じ手順で提出する。

（2）褥瘡ハイリスクアセスメント票の確認と実施、指導

入院時に実施した褥瘡ハイリスク該当患者のうち、褥瘡ハイリスクアセスメント項目該当

患者に関して、褥瘡管理者が立案した予防対策の計画の内容を確認しサインを行い、病棟スタッフおよび主治医などのコ・メディカルへ周知させる。計画に実施については病棟スタッフおよび、主治医、管理栄養士、理学診療科、薬剤師などの医療スタッフとともに共同で実施する。

該当患者が退院または治療の変更、日常生活自立の拡大などでハイリスクから対象外となった場合は速やかに結果を評価する。

(3) 褥瘡回診・カンファレンスへ参加

毎週1回行われている褥瘡回診・カンファレンスに参加し適切な治療やケアを実践するための情報交換を行う（詳細は別紙、褥瘡回診の記述参照）

(4) 体圧分散寝具の評価

- ①入院患者の危険因子をもとに患者に適した寝具の選択が行われているか評価する。
- ②中央管理の高機能マットレスの耐久性やへたりなど適さないものがないか確認を褥瘡管理者とともに行っていく
- ③中央管理の高機能マットレスに予備がない場合はレンタルマットレスを使用する。使用手順は別紙参照。

(5) 病棟看護師・ナースエードへ指導

専任看護師は各病棟の看護師及びナースエードへ以下の事項を指導・アドバイスを行う

- ①褥瘡周囲のスキンケアの方法
- ②適切な体位変換と除圧、背抜きの方法
- ③適切なポジショニング・プッシュアップの方法
- ④褥瘡予防となるおむつの当て方の方法

2) 病院内での活動

毎月1回、第3水曜日15:00～16:00 チーム会を開催し前条の目的を達成するため

次の事項を審議する

- (1) 褥瘡発生リスクアセスメントに関すること
- (2) 体圧分散および除圧に関すること
- (3) その他、褥瘡予防に関すること
- (4) スキンケアに関すること
- (5) 医療機器関連圧迫創傷（MDRPU）に関すること
- (6) 褥瘡診療計画書の記載に関すること
- (7) 院内保有高機能マットレスおよびレンタルマットレスの運用に関すること

チーム会は専任医師が主体となり運営する。また目的を達成するため小チーム編成を行い活動する。活動内容は委員会で報告する

A チーム：褥瘡診療計画書の見直し（リスクアセスメントチーム）

B チーム：マットレスおよびピローの適切な選択とポジショニング（マットレスチーム）

A・B チームともリーダーを配置しそれぞれのチームが円滑に活動できるように配慮する。

チーム内での検討事項など必要な時には皮膚・排泄ケア認定看護師（褥瘡管理者）や褥瘡担当看護師長へ適宜アドバイスを求める。

アドバイザーの出席が必要な場合は各チームリーダーがチーム会前日までに直接出席依頼を行う

またチーム会での審議内容は電子カルテ内「院内共有ホルダー」⇒「23年10月以降」⇒「部門」⇒「褥瘡対策委員会」⇒「褥瘡対策チーム会議事録」に記録する。書記は褥瘡対策委員会事務担当が担う。

チーム会の出席者が少なく開催できない場合はメールによる会議も可能とする。メール会議開催はチーム会1週間以内とし内容は必ず書記へ伝達し会議記録として残す。

メール会議となった場合、各リーダーはその旨をアドバイザーへ報告する。

3) 病院外活動

当院入院中に褥瘡回診対象となった患者のうち、治癒をせずに自宅へ退院となった場合、継続した治療が円滑に行えるよう、自宅でケアを実施する。（退院後在宅訪問）

診療報酬算定に関しては別紙参照。

活動を行なう場合、事前に褥瘡管理者と相談の上所属師長、看護部長の了解を得る。在宅訪問に関しはできるかぎり褥瘡管理者（皮膚・排泄ケア認定看護師）と同行する。必要な場合、地域連携室看護師とも同行訪問を行なう。

4) 高機能マットレスの管理

院内の高機能マットレスを5階270号室で管理を行う。管理は各部署持ち回りで担当し故障や不具合の早期発見に努め、各部署が円滑に使用できるように協力する。

詳細は高機能マットレス・ポジショニングピロー使用基準書を参照

5) 教育的役割

(1) 病院職員に対して褥瘡対策に関する勉強会を委員会メンバーと協働して開催する。

(2) 新人・新入職員に対して褥瘡に関する電子カルテの入力の方法などの

オリエンテーションを行う。（看護部看護支援室から依頼があれば調整を行う）

6) 自己啓発

啓蒙活動は積極的に行い、厚生労働省および日本褥瘡学会（または日本創傷・オストミー・失禁管理学会）から提示・変更される事項に関して褥瘡委員会メンバーと情報共有をする。

褥瘡に関する学会やセミナーなどは積極的に参加し情報提供を行う。

*1: 当院におけるリスクアセスメントとは「厚生労働省危険因子評価」と「K式スケール」の両方を指すものである

