

	看護職 point	連携の内容	介護職 point
<p>情報</p>	<p>・褥瘡対応が必要な利用者を介護職とともに担当することになった際は、まず、<u>介護職に皮膚のトラブル・皮膚の汚染への対応を実施（担当）してもらう必要（希望）があるか確認する。</u></p> <p>・必要（希望）がある場合は、<u>介護職による実施（担当）が可能なかを確認する。</u></p> <p>【利用者の状態アセスメント】</p> <p>・実施（担当）することが可能かどうかを検討する際は、右記の条件を満たしているかどうか、利用者の状態を医師とともに確認し、介護職と検討する。</p> <p>・利用者の状態が不安定であったり、皮膚トラブルへの対応に危険を伴う場合は、家族や看護職による実施を検討する。</p> <p>・右記以外に、皮膚の清潔保持やトラブル時の対応が、方法を変更・工夫することによって、介護職が実施（担当）できる可能性がある場合は、医師に相談し、介護職と相談する。</p> <p>【褥瘡・皮膚トラブルのアセスメント】</p> <p>・褥瘡・皮膚トラブルの有無と程度を確認する。</p> <p>【褥瘡・皮膚トラブルの原因のアセスメント】</p> <p>・褥瘡・皮膚トラブル（発赤・出血・肉芽・浮腫・かゆみ・痛み…など）の原因のアセスメント →四肢の麻痺・関節拘縮・食事や水分摂取の影響など、全身状態を含めたアセスメントをする。</p> <p>【リスクのアセスメント】</p> <p>・不適切な移動・体位交換→褥瘡・皮膚トラブルの悪化</p> <p>・不適切な褥瘡処置→褥瘡・皮膚トラブルの悪化</p> <p>・臀部の排泄物による汚染→感染のリスク</p> <p>・新たな褥瘡・皮膚トラブルの発生</p>	<p>【褥瘡がある人の皮膚の処置の実施（担当）の役割分担】</p> <p>□ <u>褥瘡の処置</u>は、国の通知 ※よって解釈が整理されており、医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による実施は禁止されている</p> <p>【皮膚のトラブルへの対処の実施（担当）の役割分担】</p> <p>□ 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）は、原則医行為ではないと考えられており、介護職員も実施できる</p> <p>□ 利用者の状態が、以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師、看護職員が確認し、利用者本人または家族に伝えている場合は、褥瘡以外の<u>皮膚のトラブル</u>に対して、介護職員も以下を実施できる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）</li> <li>・皮膚への湿布の貼付</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>&lt;条件&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容体が安定している</li> <li>② 副作用の危険性や投与量の調整等のため、医師または看護職員による継続的な容態の経過観察が必要である場合ではない</li> <li>③ 内服薬については、誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと</li> </ol> </div> <p>【特に連携（注意）が必要な利用者】</p> <p>□ 自分で体位調整が難しい（麻痺・関節拘縮）</p> <p>□ 栄養状態がよくない。やせている</p> <p>□ 皮膚が弱い。浮腫がある □ 独居・認知機能障害がある</p> <p>□ おむつの使用など、排泄物で臀部褥瘡が汚染しやすい</p> <p>【共有する（観察・確認する）情報・方法】</p> <p>〈基本的な褥瘡・皮膚トラブルに関連する情報〉</p> <p>□ 病気による症状や経過</p> <p>□ 日常生活動作（ADL）の状況、体位（姿勢）の状況</p> <p>□ 四肢の麻痺・関節拘縮・浮腫の有無（状況）</p> <p>□ 体位変換・体位調整の状況（自分でどの程度可能か）</p> <p>□ 褥瘡の状況（部位・程度）</p> <p>□ 褥瘡のリスクに関連する情報（栄養・体重・やせ・骨の突出など）</p> <p>□ 皮膚の状況（脆弱性・乾燥・湿疹・かゆみなど）</p> <p>□ （臀部の場合）排泄状況・おむつの使用状況</p> <p>□ ベッド・マットレス・クッション・椅子の使用状況</p> <p>□ 利用者・家族の褥瘡の悪化予防に対する理解</p> <p>□ （家族がいる場合）家族の体位変換・体位調整の状況</p> <p>〈潜在するリスク〉</p> <p>□ 移動介助時の摩擦による皮膚トラブル（悪化）</p> <p>□ 不適切な体位・不適切な寝具（リネン）による皮膚トラブル（悪化）</p> <p>□ 不適切な褥瘡処置による褥瘡の悪化</p> <p>□ 不適切な清潔保持による皮膚の感染</p> <p>〈情報を共有する方法〉</p> <p>□ 皮膚の記録シート（日誌・チェック表）</p>	<p>・褥瘡対応が必要な利用者を担当することになった際は、まず、<u>皮膚のトラブル・皮膚の汚染への対応を実施（担当）する依頼（希望）があるのかを確認する。</u></p> <p>・依頼（希望）がある場合は、<u>実施（担当）することが可能なかを確認する。</u></p> <p>・実施（担当）することが可能かどうかを検討する際は、左記の条件を満たしているかどうか、利用者の状態を医師・看護職員に確認してもらう。</p> <p>・利用者の状態が不安定であったり、皮膚トラブルへの対応に危険を伴う場合は、家族や看護職による実施を検討する。</p> <p>・右記以外に、皮膚の清潔保持やトラブル時の対応が、方法を変更・工夫することによって、介護職が実施（担当）できる可能性がある場合は、併せて医師・看護職に相談する。</p> <p>・実際に褥瘡対応を実施（担当）しなくても、病気や現在の皮膚の状況、今後の褥瘡悪化や新たな発生リスクについて、医師や看護職に説明を求め、<u>移動や体位変換、排泄ケアなどの生活支援のために重要な情報を把握しておく。</u></p> <p>・褥瘡対応を実施（担当）しなくても、皮膚トラブルのリスクがある利用者の生活支援をするうえで、皮膚の異常に気づき、早期に対応（医師・看護職への連絡）ができるよう、観察項目を知っておく。</p> <p>・看護職が褥瘡対応をするにあたり重要な情報を把握して、看護職に伝える。</p>
<p>計画</p>	<p>【看護計画立案】</p> <p>・褥瘡や皮膚トラブルの発生を防ぐために、日常生活支援の各ケア場面の方法・手順を、介護職とともに立案し、統一した方法を確認する。</p> <p>・介護職に観察してほしいこと、すぐに連絡（対応）が必要な情報は、事前に伝えておく。</p>	<p>【方法・手順】※調整可能な範囲や計画見直しを随時相談する</p> <p>□ 体位変換・体位調整</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同一部位に圧がかからないように体の向きを変える（関節拘縮・呼吸状態・循環動態に注意しながら）</li> <li>マットレスやクッションなどで除圧する</li> <li>・上半身をギャッジアップするときは（膝部を挙上してから）体がずれ落ちないようにする</li> <li>・体位変換や調整の際は、シーツで皮膚に摩擦が生じないよう身体を浮かせて動かす</li> </ul> <p>□ 排泄ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄物で臀部（仙骨部など）が汚染したらすぐに清潔を保つ</li> <li>・排泄ケア時には、皮膚の異常の有無を確認する</li> </ul> <p>□ 入浴・清拭ケア時</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・清潔を保ち、ケア時には皮膚の異常の有無を確認する</li> <li>・介護職も実施可能な軟膏塗布の処置がある場合には、決められた用法で使用する</li> </ul> <p>【連絡（共有）が必要な情報の事前取り決め】</p> <p>□ 褥瘡・皮膚の異常（変化）に気づいたときの連絡（どのような異常のときか、どのような変化の程度のときか）</p> <p>□ 利用者の訴えがあったときの連絡</p>	<p>【介護計画立案】</p> <p>・基本的な褥瘡・皮膚トラブルに関連する情報</p> <p>・褥瘡・皮膚トラブルの予防や発見時の対応に関する方法・手順は、看護職とともに立案し、統一した方法を確認する。</p> <p>・褥瘡・皮膚トラブル予防のための日常生活支援の留意点を確認しておく。（介護職で観察・対処した方がよいこと）</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <p>☞ すぐに連絡をしたほうがよい情報（緊急）</p> <p>☞ 急がないが、必ず伝えたほうがよい情報</p> <p>☞ 直接の連絡は不要だが、記録しておく情報</p> </div>
<p>実施</p>	<p>・異常やトラブル発生時の対応について、医師と事前に相談しておく。必要に応じて医師に連絡する。</p>	<p>【方法・手順の遵守】</p> <p>□ 体位変換・除圧（摩擦を避ける）</p> <p>□ 環境整備（ベッド・マットレス・クッション・リネンのしわなど）</p> <p>□ 排泄ケア時の観察と保清 □ 入浴・清拭時の観察と保清</p> <p>□ 〈基本的な褥瘡・皮膚トラブルの情報〉〈潜在するリスク〉の観察・確認</p> <p>【異常や予期せぬトラブルがあった場合の対応】</p> <p>□ 褥瘡の変化（悪化）や皮膚トラブルに気づいた場合は 事前に決めた連絡方法で情報を共有して対応する</p>	<p>・褥瘡対応は、看護職が実施（担当）するが、皮膚トラブルの発見や状態変化は日常生活支援のなかで生じることがあるため、いつもと様子が違うことに気づいたら、看護職に連絡する。</p> <p>・皮膚トラブルなどの異常が発生（遭遇）した場合は、すぐに医師・看護師に連絡する。</p>
<p>評価</p>	<p>・褥瘡・皮膚トラブルの情報から、皮膚処置の変更を医師に相談するかどうかを判断する。</p> <p>・新たにトラブル発生リスクが生じた場合には、改めて介護職に観察してほしいこと、生活支援上の留意点を伝える。</p>	<p>【記録】</p> <p>□ 〈基本的な褥瘡・皮膚トラブルの情報〉と〈潜在するリスク〉に関する情報を観察・記録する</p>	<p>・自分が介護を担当する時間、もしくは次の介護担当者に起こり得ることを確認・伝える。</p> <p>・すでに看護職は知っているだろうと思いきまず、気になっていることも含めて看護職に伝える。</p>