

入院患者における月平均の褥瘡発生数の減少を目指して

医療法人 常磐会 いわき湯本病院
チーム名：褥瘡撲滅隊 発表者：小野雄太郎

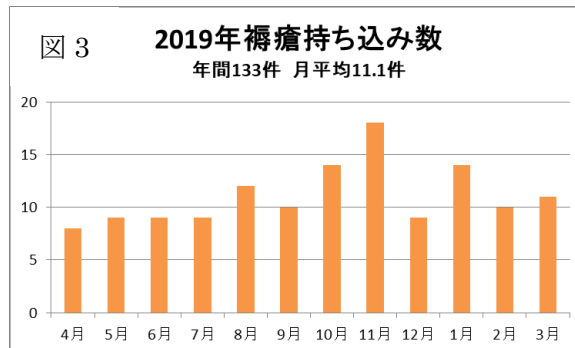
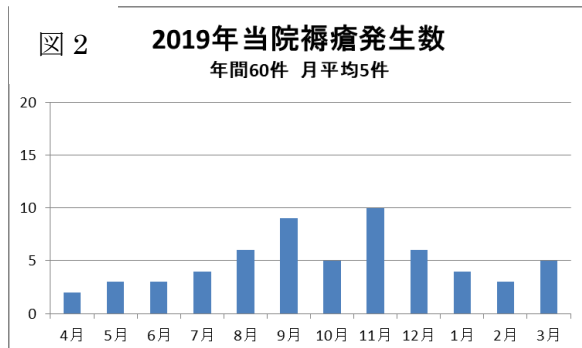
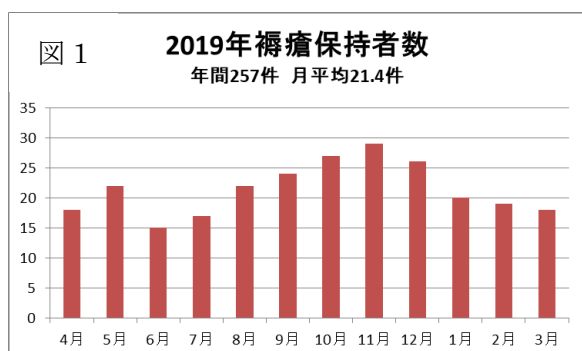
【現状把握】

当院は慢性期病院として、福島県いわき地区の中核を担っている。当院入院患者の日常生活自立度を見ると、約 7～8 割が寝たきり・準寝たきりに該当しており、褥瘡リスクが高い状態にある。

2019 年度の当院褥瘡保持者数は、年間で 257 件。月平均で 21.4 件であった。（図 1）

当院での褥瘡発生数は 60 件。（図 2）褥瘡の持ち込み数は 133 件であった。（図 3）

他病院・施設からの持ち込みをコントロールすることは現実的に難しい部分があるため、当院での褥瘡発生数をいかに減らすかが最優先事項となる。

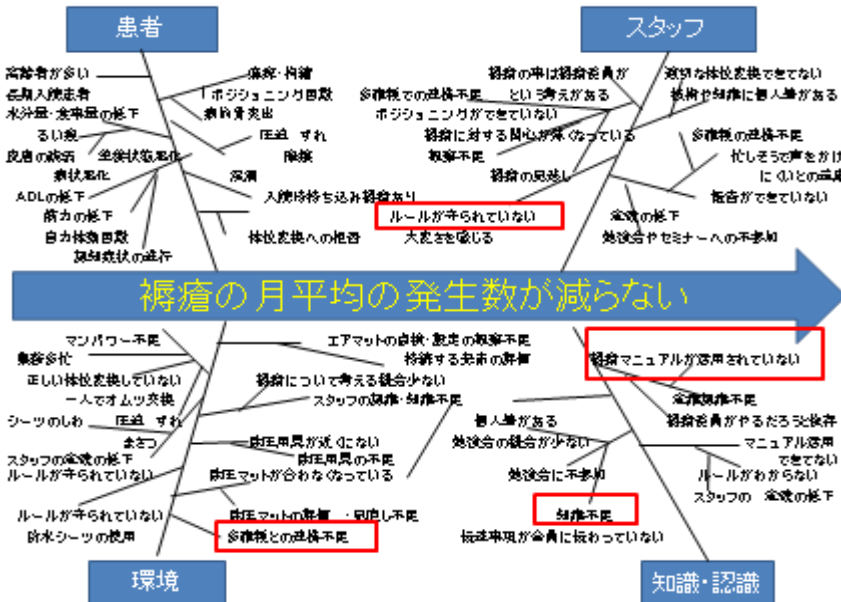


【目標設定】

月平均 5 件ある褥瘡発生数を、2020 年 11 月までに半分の 2.5 件まで減らすことを目標とする。

特性要因図を用いて要因解析を行った結果、①ルールが守られていない ②褥瘡マニュアルが活用されていない ③多職種との連携不足 ④職員の認識・知識不足が挙げられた。(図 4)

要因解析



重要要因の検証①

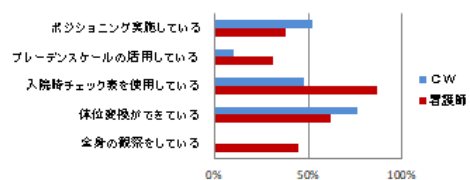
Three bar charts are displayed side-by-side, each with a title and a y-axis representing percentages from 0% to 100% in 20% increments.

- 【瘡瘍発生数増加を知っている】** (Knowing about the increase in the number of sores): The 'Before' (青緑前) bar is red and reaches approximately 68%. The 'After' (C.W) bar is blue and reaches approximately 78%.
- 【瘡瘍マニュアルの活用ができています】** (Able to use the sore manual): The 'Before' (青緑前) bar is red and reaches approximately 42%. The 'After' (C.W) bar is blue and reaches approximately 45%.
- 【看護計画立案率・修正率】** (Nursing plan formulation rate and revision rate): The 'Before' (青緑前) bar is red and reaches approximately 72%. The 'After' (青緑後) bar is blue and reaches approximately 52%.

褥瘡マニュアルの活用ができている看護師
は41%であった
計画の修正は50%しかしていなかった

重要要因の検証②

【看護師・CWの実施状況】



褥瘡対策マニュアルで決められていることを実施している
看護職員が少ない現状があった

重要要因の検証③

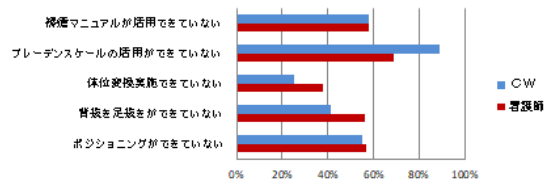
【リハビリ職員の意識の状況】

項目	割合 (%)
毎日でマニュアルの活用ができていない	95
意識して観察していない	50
増加した要因を知らない	65
症例発生数増加を知らない	50

リハビリ職員との情報共有ができていない現状があった
褥瘡対策マニュアルを見ていない、内容を理解できていないなど、
マニュアルの活用ができていない職員が91%を占めていた

重要要因の検証④

【認識・知識不足がある】



褥瘡マニュアルが活用されていないことがわかった
褥瘡に対する認識・知識が低いため、褥瘡予防に必要な対策・行動が
できていない現状があった

【対策立案】

月平均5件ある褥瘡発生数を半分以下にする	重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	重要性	効果	点数	採否
	褥瘡マニュアルが活用されていない	褥瘡マニュアルが理解できる	マニュアルの読み合わせ	①各部署褥瘡マニュアルの読み合わせを行い、勉強会実施	○	○	6	採
			マニュアルの見直し	②体位交換表作成、体位交換回数の検討	◎	◎	10	採
	ルールが守られていない	褥瘡予防の実施項目がわかり行動できる	褥瘡システムフローの作成	③危険因子評価・ブレデンスケール評価で対策立案	◎	○	8	採
			褥瘡回診と担当看護師の情報の共有	④役割を明確にして、看護計画の見直しと実施指導	◎	◎	10	採
	多職種との連携不足	リハビリスタッフと情報共有ができる	役割の理解ができる	⑤担当看護師または受け持ち看護師は日々の情報を記録	◎	◎	10	採
			必要時に多職種と連携が取れカンファレンスができる	⑥カンファレンスの実施	◎	◎	10	採
	スタッフの認識・知識不足	褥瘡に対する認識・知識を看護計画に反映させる	システムと連携についての理解を深め褥瘡予防に活用できる		◎	◎	10	採

評価点数 ◎5点 ○3点 △1点

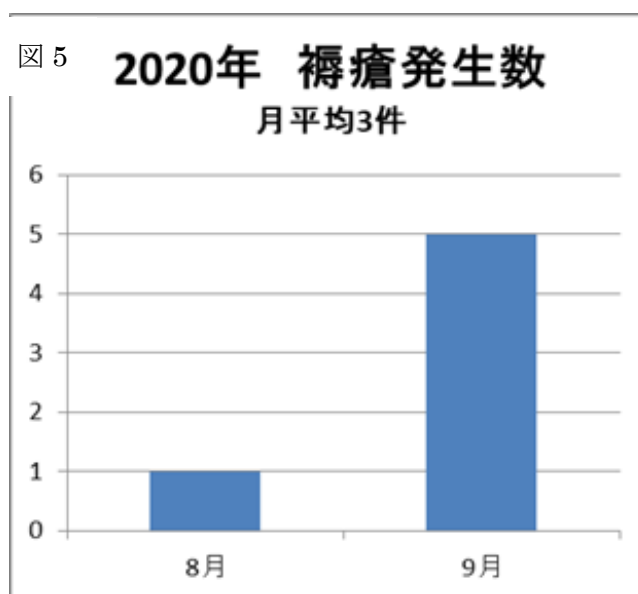
【対策実施】

①褥瘡マニュアルの読み合わせ・実技指導	ポジショニングについてパンフレットを褥瘡委員が作成し、部署内でスタッフがいつでも確認できるようにする。リハビリスタッフによる、背抜きやポジショニングの指導を病棟スタッフに指導。
②体位変換表作成・体位変換回数検討	担当看護師が体位交換表を作成。エアマット圧を記入し、スタッフ全員が共有できるようにする。
③ブレーデンスケール評価・対策立案	担当看護師は毎日、危険因子評価表でリスクアセスメントを実施。ブレーデンスケール評価で、14点以上はエアマット適応と基準を決めて実施。
④多職種からの情報を素に看護計画の見直し	リハビリ介入時やオムツ交換時に気付いた事を、逐一看護師に報告する業務を習慣化。
⑤患者個々に合わせたケアの実施	手浴・足浴の実施。保湿剤の塗布による皮膚の保護に努める。
⑥カンファレンスの実施	多職種カンファレンスの実施。 曜日ごとに褥瘡カンファレンスの日を決めて、褥瘡に関する話し合いが行える環境を作る。
⑦褥瘡回診後の計画見直し	外科医・形成外科医の褥瘡回診を週に1回実施。 回診時の情報は、褥瘡担当看護師が記録し、各部署に伝達。処置等の継続に努める。

【中間評価】

7つの対策を実施して中間評価を実施。

活動開始した8月からの2か月間で評価した結果、月平均3件と目標に届かなかった。(図5)

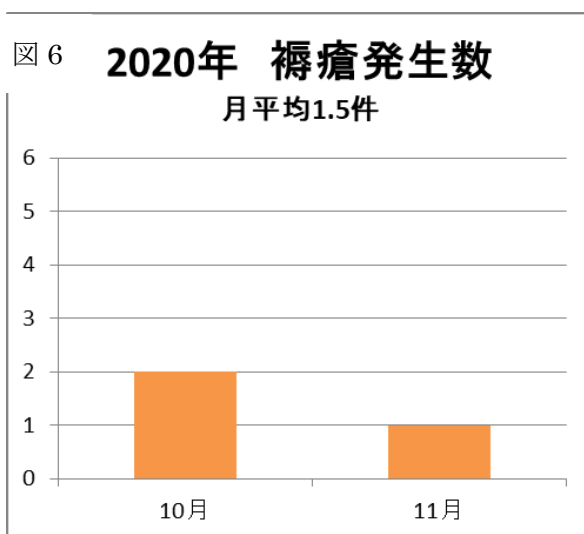


【追加対策】

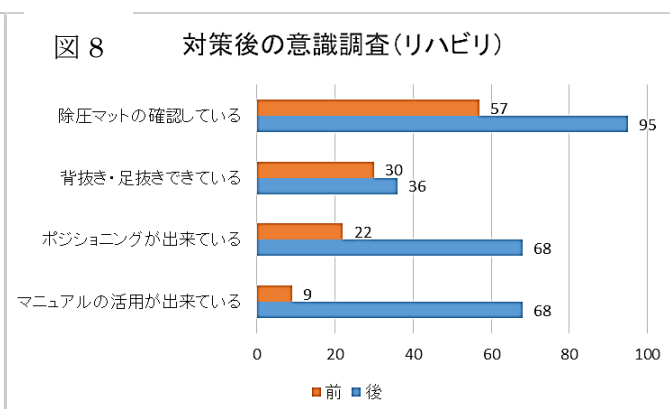
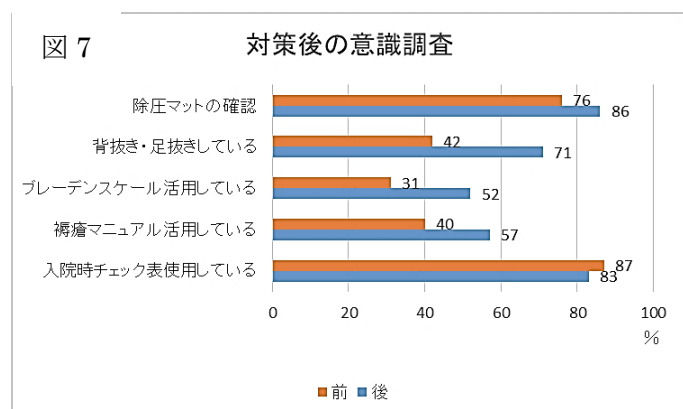
⑧関連病院見学	グループ病院である熱川温泉病院に褥瘡対策委員会の中心メンバーが見学に行き、当院で行っている対策の見直しを行う。
⑨医師・看護師・リハ共同でポジショニング方法の検討	担当医師・看護師・リハスタッフが最適なポジショニング方法を検討し、個別にポジショニング表を掲示し、誰でも同じケアが実施できるようにする。

【効果の確認】

有形効果：合計 9 つの対策を実施したことで、10 月からの 2 か月間でみたところ、褥瘡発生数の月平均が 1.5 件となり、目標を達成することが出来た。(図 6)



無形効果：対策後のアンケート実施により、褥瘡マニュアルに対しての理解が得られた。また、背抜き・足抜き勉強会を行ったことで、継続的な実施につながっている。(図 7) リハビリスタッフの意識も大幅に改善が見られた。(図 8)



波及効果：多職種カンファレンスの実施で、①多職種の連携が深まった。②看護過程の展開が個別的になった。③情報共有がスムーズになった。

【標準化と管理の定着】

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする	チェック
標準化	体位交換表 ポジショニング表	誰でも同じ ことが出来る ように	褥瘡委員会	毎月	褥瘡委員会	マニュアルに 入れる	医療の質向上 委員会
	保湿剤の使用	皮膚の保護	各部署の受 け持ち看護 師・CW	毎日	病室・入浴	業務手順に追 加	看護師長会
維持管理	マニュアルの周知 徹底と実施	継続の為	看護師長	毎月	看護師長会	報告する	看護部長
教育	ポジショニングの 事例検討	知識の習得	褥瘡委員会	毎月	褥瘡委員会	各部署が事例 発表	医療の質向上 委員会

【反省と今後の進め方】

ステップ	良かった点	反省点	今後の課題
テーマ選定	褥瘡発生数減少に向けるこ とが出来た	意識が低いスタッフもいた	スタッフの教育強化
現状把握	現状を知ることが出来た	アンケートの質問項目の検 討が必要だった	再度意識調査をして向上 を目指す
要因分析	今まで気付かなかった部分に 気付くことが出来た	現状を深く追及するべきで あった	スタッフの教育強化
対策立案	ポジショニングの枕の購入が 出来た	ポジショニング用の枕が不 足していた	物品の補充
対策実施	スタッフの意識が高まった	確実な実施に向けることが 出来なかった	確実な実施に向けた取り 組み
効果の確認	意識が上がった	目標達成に時間を要した	対策の継続
標準化と管理の 定着	マニュアルの周知徹底と活用	—	対策の継続と進歩



We are One Team!
全集中で、結束を。