

排泄ケアにおけるパット選択の見直し～個別性のある排泄支援～

医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院 看護部 ふなつ やえ
船津八重

テーマ選定

はじめに



西伊豆町

「高齢者が住み慣れた地域で
自分らしい暮らしができる社会を築くこと」

西伊豆健育会病院

- ◆「寝たきりゼロ」を目指す
- ◆2017年から当院の地域包括ケア病棟は
在宅支援の取り組みとして排泄支援に着目し活動を継続

テーマ選定

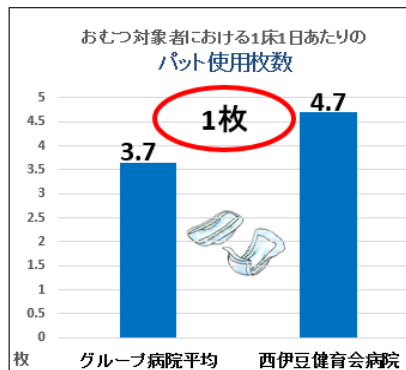
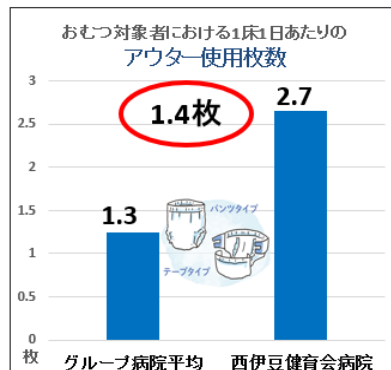
看護師19名・ケアワーカー7名 回答率100%
◎5点 ○3点 △1点

病院の方針	看護部の方針		要求度					評価点	順位
			重要性	緊急性	実現性	取り組み易さ	効果		
○	○	受け持つチームが変わると排泄方法が分からない	○	○	○	○	○	21	3
○	○	おむつ・パットのムダな使用が多い	◎	○	◎	◎	◎	29	1
○	○	スタッフによって援助方法が違う	◎	◎	○	○	○	25	2
△	△	休み明けで変更になった排泄支援内容が分からない	△	○	○	◎	○	17	4

3階病棟スタッフ全員に、病棟での排泄に関する問題点を出し合い、話し合った結果、「おむつ・パットのムダな使用が多い」が効果・実現性・患者さんに直結する事と評価し、高い評価点となりました。また、おむつのムダな使用というワードと、本当に患者さんに合ったパット選びができていないかという意見が多く、スタッフの問題意識が高まりました。他にも、問題はありましたが、今年度は、この問題にとり組みたいという意欲の沸いたテーマ選定となりました。

現状把握

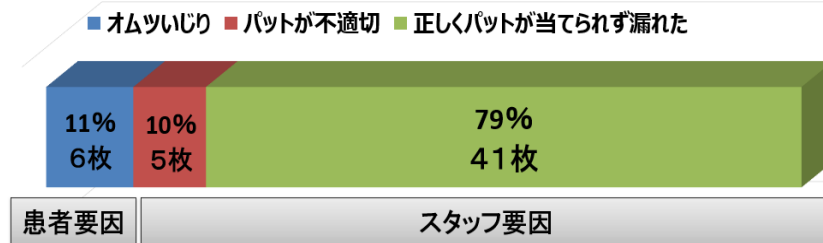
令和2・3年度
健育会グループ病院平均と
当院の排泄アイテム使用実績



健育会グループ全体と当院の
令和2年度と3年度の排泄アイテ
ム使用実績です。
1床1日あたりのアウターとパット
の使用枚数が、健育会グルー
プの平均と比べ、当院は多く使用
しています。

アウターまで交換した原因

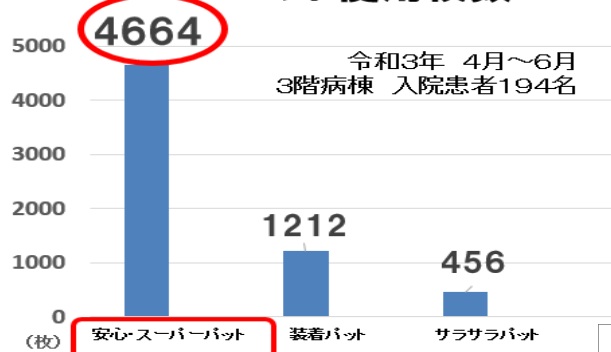
令和3年7月19日～7月25日
3階病棟入院 排泄介助を必要とする患者
25名



介助するスタッフのパットあて方に問題

排泄介助を必要とする患者
のアウターまで交換した原
因を調査しました。
オムツいじりの患者要因が
11%、パット選択が不適切、
正しくパットが当てられず漏
れてしまったというスタッフ
要因が89%であり、介助す
るスタッフのパットのあて方
に問題がある事が分かりま

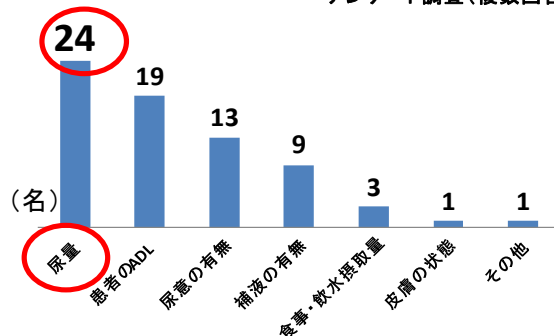
パット使用枚数



令和3年、4月から6月まで3階病棟入院患
者194名のパット使用枚数をアイテム別に
調査しました。
安心・スーパーパットが4664枚と圧倒的に
多く使用している事が分かりました。

排泄アイテム選択の目安

令和3年7月23日
3階看護師 20名
ケアワーカー 7名
アンケート調査(複数回答)



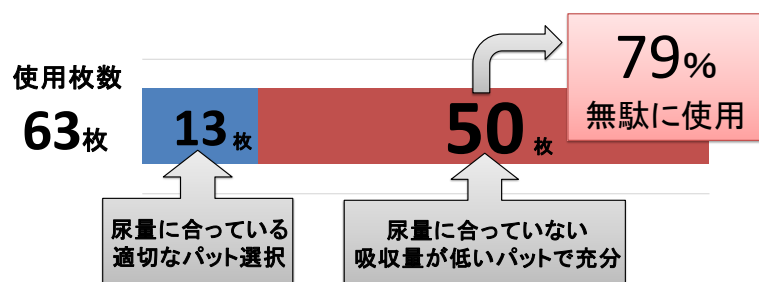
当院の排泄アイテムの種類と吸収量



排泄アイテムの選択が、どのように行われて
いるか、3階スタッフにアンケート調査しました。
結果24名のスタッフが尿量を目安にパットの
選択していると答えました。

安心パット・スーパーパット使用者 3日間の使用枚数と尿量を計測

令和3年8月5日～7日
3階病棟入院患者
定時排泄介助対象者 12名



そこで、安心とスーパー使用患者12名を3日間尿測を実施しました。使用枚数63枚のうち、尿量に合ったパットを使用していたのが13枚で、50枚は吸収力が低いパットで充分だった事から、尿量に合わせると、79%も、無駄に使用している事が分かりました。

目標設定

11月上旬までに
安心パット・スーパーパット無駄な使用

50枚 → 0枚

※病状の悪化や、便が継続する頻回な交換等は除くこととする

【目標値の根拠】

3階病棟は、17%が、外来からの触接入院。83%が2階病棟(急性期病棟)からの転棟です。

3階病棟	4月	5月	6月	
外来から直接入院	8名	6名	6名	17%
2階病棟から転棟	34名	32名	35名	83%
合計	42名	38名	41名	121名

【目標値の根拠】

評価を確実に行う事で確実にムダ減らすことができると考えました

しっかり評価を行う事で、無駄な使用を無くす事ができると考え、目標を0(ゼロ)としました。

活動計画書

計画 → 実施

実施項目	リーダー	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
テーマ選定	外岡 大重	計画	計画	計画						
現状把握	佐藤 船津	計画	計画	計画	計画					
要因分析	外岡 鈴木		計画	計画	計画	計画				
対策立案	大重 鈴木			計画	計画	計画	計画			
対策実施	鈴木 船津				計画	計画	計画	計画	計画	
効果の確認	外岡 佐藤								計画	計画
反省と今後の課題	外岡 大重									計画

活動計画書を作成しました。

ストーリーの項目ごとに、リーダーを決めました。リーダーを中心に話し合い、必要なグラフや表の作成を行い、活動がずれないように、次のリーダーへ引き継ぎをしていきます。

要因解析

●重要要因●

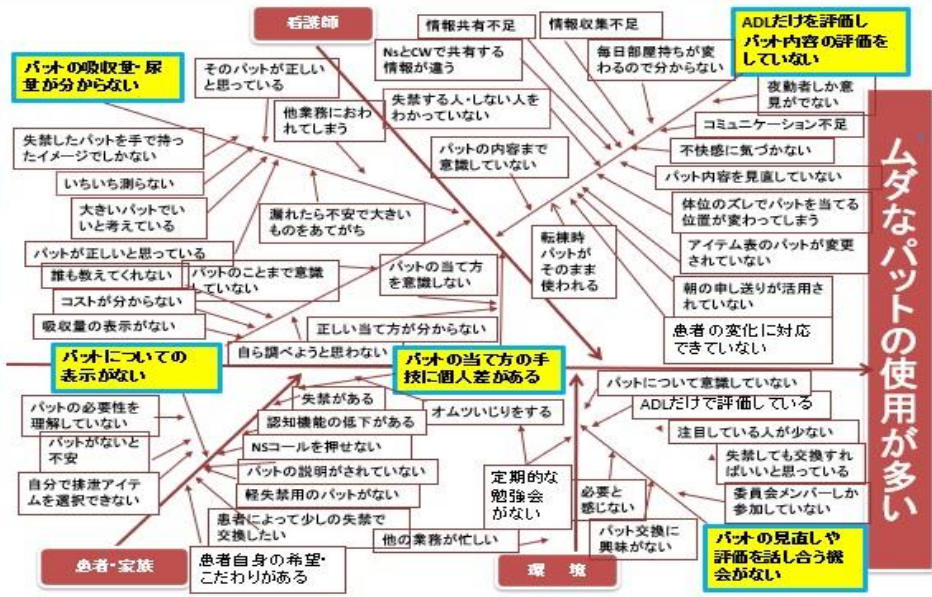
① ADLだけを評価しパット内容の評価をしていない

② パットの見直しや評価を話し合う機会がない

③ パットの吸収量・尿量が分からない

④ パットについての表示がない

⑤ パットの当て方の手技に個人差がある



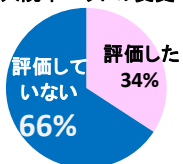
重要要因の検証 1

パットの内容を評価していない

検証方法: 患者の排泄表1ヶ月分を調査

入院中パットの変更や検討

令和3年7月3日 入院患者2名中
排泄介助を必要とする患者1名



尿量に合わせたパットの変更なく
同じパットを使い続けていた

重要要因の検証 2-①

使用パットの内容を話し合う機会がない

検証方法: 朝の申し送り内容・排泄自立支援シート

排泄アイテム変更は夜勤者からの申し送り時のみ



パットの内容の評価・変更
の情報が無い

重要要因の検証 2-②

使用パットの内容を話し合う機会がない

検証方法: カンファレンス内容・排泄自立支援シート

項目	内容
1	患者の状況
2	排泄の状況
3	パットの状況
4	ケアの状況
5	その他

アウターに関する項目はあるが
使用するパットの項目が無い

排泄アイテム	なし (布パンツ)
カバーおむつ	
リハビリパンツ	

重要要因の検証 3

排泄アイテムの吸収量が分からない

検証方法: 各排泄アイテムの吸収量を調査



リハビリパンツ

サラサラパット

吸収量の表示がどこにも無い!!

重要要因の検証 4

排泄アイテムについての表示がない

検証方法: 病棟内の排泄についての表示を調査



おむつ交換にかかせない台車に
表示がない!

重要要因の検証 5

パットの当て方の手技に個人差がある

検証方法: 病棟スタッフのパットの当て方をチェックシートを用いて評価

カバータイプ 【パットの当て方チェックシート】

1	患者に合ったパットを選んでいる	
2	パットを正しく取り、ギャザーを立たせている	
3	パットを正しく取り、ギャザーを立たせている	
4	オムツテープが両側に貼られている	
5	ギャザーを保持しながら、パットを正確に当てられている	
6	女性の場合、男性はそれぞれにパットが当てられている	
7	オムツテープの表示が両側の中心に当たっている	
8	オムツテープを下側から正しく貼られている	
9	オムツテープの裏面に手を添えて両側のギャザーのズレを解消する	

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

カバータイプ

リハビリパンツ

令和3年7月28日~8月6日
3階スタッフ26名に調査

11点 4%

10点 4%

9点 4%

8点 4%

7点 4%

6点 4%

5点 4%

4点 4%

3点 4%

2点 4%

1点 4%

0点 4%

合計 100%

フィッシュボーンを使い、スタッフで話しあい5つの重要要因を抽出しました。
5つの重要要因をそれぞれ検証し、全て重要要因と判定しました。

対策の立案

対策の立案 評価点数 ◎7点○5点△3点×1点 15点以上を採択									
ムダなパットの使用を無くす	重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	重要性	実現性	効果	点数	判定
	①ADLだけで評価している	ADLだけでなく評価しない	排泄カンファレンスの内容を見直し	カンファレンス時の用紙に使用パットの記入欄を追加する	◎	◎	△	17	採
	②尿量やパットの吸収量が分からない	尿量やパットの吸収量の測定	失禁の原因を調査	全ての患者のパットを装着またはサラサラに変更→尿量や患者状況に応じて適切なパットに変更	◎	◎	◎	21	採
	③パットについて話し合う機会が無い	パットについての話し合う機会を作る	排泄カンファレンス/朝の申し送りの活用	排泄アイテム表に検討事項の欄を設ける	◎	◎	△	17	採
	④パットについての表示がない	パットについての表示を作る	排泄アイテムの吸収量・コストをスタッフ・患者が分かるようにする	排泄アイテムの吸収量・コストを写真付きでラミネートし、床頭台やおむつ台車へ表示	◎	◎	△	17	採
	⑤パットの当て方が不適切	スタッフ全員がパットの当て方を理解する	パットが正しく当てられる	パットの当て方をお互いに評価し、手技が定着する	○	◎	△	15	採

対策の実施計画

	実施項目	誰が	いつ	どこで	なぜ	どのように
1	カンファレンス時の用紙に使用パットの記入欄を追加する	佐藤	8月中	3階病棟	排泄アイテムの選択を患者のADLだけで評価しないため	排泄カンファの用紙にパットの記入欄を追加する
2	カバーオムツ使用者患者はサラサラパット、リハビリパンツ使用者患者は装着パットに変更→尿量や患者状況に応じて適切なパットの検討と変更・4日間失禁の有無やパット以上の漏れを評価する	船津 鈴木 看護師	8月中	3階病棟	個々にあったパット選択をするため	入院・転棟時患者のパットを装着またはサラサラに変更尿量や患者の状況に応じて適切なパットを検討・変更
3	・排泄アイテム表に検討事項の欄を設ける ・検討日を決める	船津 鈴木 看護師	9月中 10月中	3階病棟	患者の排泄状況について話し合う機会がなかったため	・検討事項の欄に排泄に関する患者情報を追記する ・排泄カンファレンスを決められた日に行う
4	排泄アイテムの吸収量・コストを写真付きでラミネートし、オムツ台車に表示する。 ・患者用とスタッフ用でそれぞれラミネート資料を作成	船津 鈴木	8月中	3階病棟	・職員がパットの吸収量を把握するため ・患者が排泄アイテムの選択をできるようにするため ・コストを知ってもらうため	・パットの種類と説明をラミネートし入院時説明の案内と一緒に病室床頭台に設置する ・パンフレットを提示しながら患者に説明する ・スタッフ向けにはオムツ台車に設置する
5	オムツやパットの正しい当て方について勉強会を行う	全員	10月～11月	3階病棟	スタッフ全員が排泄アイテムを正しく当てられ、パット以上の漏れをなくするため	当て方について資料を作成し、勉強会を実施。その後、スタッフ間でチェックシートを用いて当て方を評価する

対策の実施計画書を作成し、役割分担をしました。

対策の実施

対策の実施①

排泄自立支援用紙に使用パットに関する記入欄を追加

排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

① 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

② 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

③ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

④ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑤ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑥ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑦ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑧ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑨ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑩ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑪ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑫ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑬ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑭ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑮ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑯ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑰ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑱ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑲ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

⑳ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉑ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉒ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉓ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉔ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉕ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉖ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉗ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉘ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉙ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉚ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉛ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉜ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉝ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉞ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㉟ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊱ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊲ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊳ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊴ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊵ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊶ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊷ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊸ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊹ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊺ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊻ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊼ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊽ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊾ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

㊿ 排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画シート

排泄アイテム	なし(布パンツ)
	カバーおむつ
	リハビリパンツ
	パットの種類
失禁の有無	○(あり) ×(なし)
パット以上の失禁	○(あり) ×(なし)
要因	パットのずれ
	尿量が多い



対策の実施②



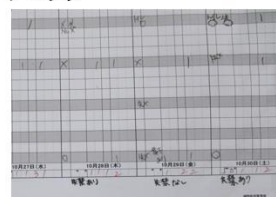
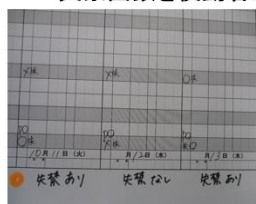
安心パット
スーパーパット

検討している排泄アイテムと評価日を表記



サラサラパット
装着パット

パットからアウターまでの漏れの有無
失禁回数を夜勤者がチェック



4日間の結果を評価し、使用パットの種類を決定

排泄自立支援の用紙に、使用パットに関する記載欄を追加し、必ず記載する事としました。
入棟時、安心・スーパーの患者全て、サラサラ・装着に変更します。
パットの検討している事が分かる様に排泄アイテムに評価日を表記しました。パットからアウターまでの漏れの有無、失禁回数を夜勤者がチェックします。4日間評価して使用パットの種類を決定します。

対策の実施③

排泄自立支援カンファレンスを実施



実施曜日：毎週水曜
参加者：看護師
相談員
ケアワーカー

対策の実施④

排泄アイテムの
吸収量やコストのラミネートを
排泄おむつ台車やに設置



患者向けに
床頭台に設置し
一緒にアイテムを選択

対策の実施⑤

排泄アイテムの当て方について
資料を作成・勉強会の実施



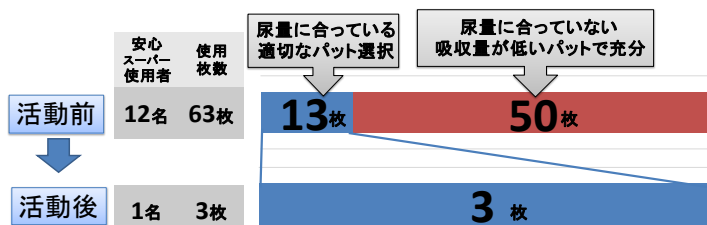
排泄アイテムのコストや吸収量の表を作成し、いつでも排泄アイテムの確認ができるようにしました。
また、今までスタッフが決めた排泄アイテムを使っていましたが、患者の希望も取り入れ、一緒に排泄アイテムを選択できるようになりました。

パットの当て方の手技を統一するために、排泄アイテムの当て方について、資料を作成し、勉強会を実施しました。

効果の確認

安心パット・スーパーパット使用者
3日間の使用枚数と尿量を計測

令和3年10月29日～31日
3階病棟入院患者
定時排泄介助対象者1名



11月上旬
安心パット・スーパーパット無駄な使用

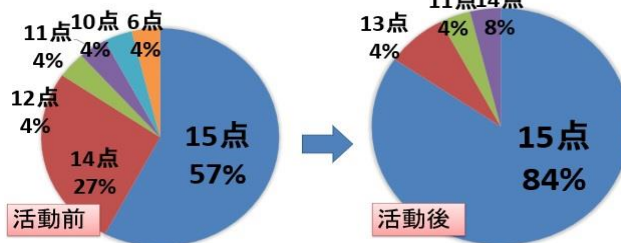
50枚 → 0枚

目標達成!!!!

【有形効果】

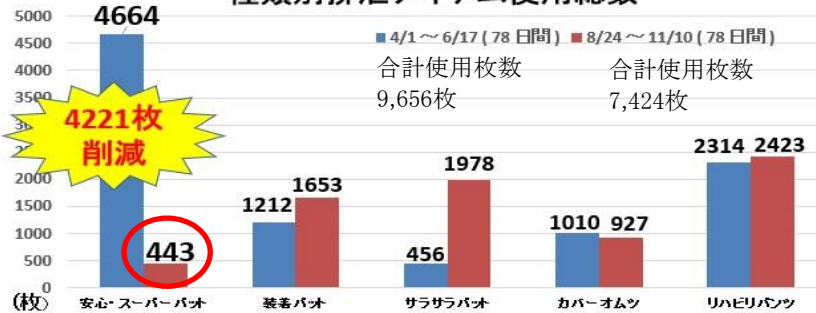
パットの当て方チェックの結果

3階スタッフ26名に調査
チェック表:15点満点



活動後の、パットの当て方チェックの結果は、活動前の満点57%が84%となり活動前よりも手技の個人差が少なくなりました。全員が満点にならなかった原因としてパットのギャザーの機能を活かせていないことが分かりました。

種類別排泄アイテム使用総数



活動後の、安心・スーパーパットの使用枚数が443枚となり、活動前から枚を4,221枚減らすことができました。

活動前の3か月合計の使用枚数も2232枚も減っています。

排泄アイテムの使用金額



コスト面では、安心・スーパーパットは3か月で26万1702円の削減につなげることができました。

【波及効果】

入院期間:55日間【Aさんオムツ使用料】

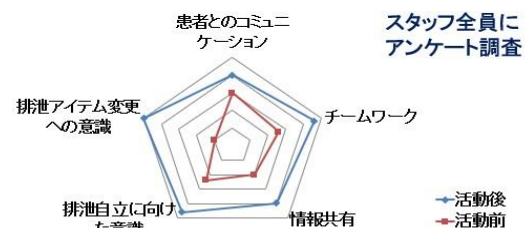
活動前		活動後	
日中	リハビリパンツ スーパーパット	日中	リハビリパンツ 装着パット
夜間	カバーオムツ 安心パット	夜間	カバーオムツ サラサラパット
21,772円		17,535円	

4,237円の患者負担額の軽減

◆波及効果

入院していたAさんは、3階病棟55日間の入院で、使用アイテムの変更によって、患者さんの負担額の軽減につながりました。

【無形効果】



排泄アイテム変更への職員の意識が向上
患者を含む、コスト面への意識の向上
チームワークの向上

◆無形効果

患者とのコミュニケーションと排泄自立に向けた意識、コスト面への意識が高くなりチームワークも向上しました。

標準化と管理の定着

何を	いつ	誰が	どこで	どうする
排泄アイテムの評価	5月・11月	TQM 担当者	3階病棟	転棟時に必ず排泄アイテムの 評価がされているかチェック 週1回の排泄カンファレンスで 定期的に使用アイテムを評価
患者への 排泄アイテムの説明	適宜	ケアワーカー リーダー	ナース センター	看護師が排泄アイテム表を 用いて患者さんへ説明したか の有無を確認
排泄アイテムの使用と 評価のルール	新人入植時 半年に1回	TQM 担当者	3階 休憩室	実施の確認・ルールの再確認 継続の注意喚起をおこなう
個別排泄自立支援	毎週水曜日 夕方	看護師 リーダー	ナース センター	カンファレンスを行ったかの 確認をする

入棟時に、排泄アイテムの評価が、必ず実施できているか定期的にチェックしていきます。
排泄カンファレンス・排泄表の活用が継続できるように適宜確認していきます。

反省と今後の課題

ストーリーごとの反省

ステップ	良かった点	悪かった点
テーマ選定	過去のTQM活動から継続し排泄に関して取り 上げることが出来た	個別性のある排泄支援の見直しと継続
現状把握	他の施設や病院のデータを元に現在の3階病 棟の状況を数値化することが出来た	どのようなデータを取るか悩み時間がかかってしまった 病棟会で意見を早めに聴取できなかった
要因検証	データを元にムダを明確化することができた	バットの当て方について全員が満点にならなかった
対策立案 実施	要因に基づいた具体的な案を全て実施すること が出来た 患者の漏れるかもしれないという不安には、再 度日を空けて対応することができた	対策の流れをスタッフに周知してもらうためルールを決 め見える化できなかった
効果の確認	コスト面での患者の負担を少しではあるが軽減 することが出来た	本人下着へ移行できる患者が増えたが洗濯の都合で対 応できなかった
標準化	評価日の設定やカンファレンス日を定め必ず対 応できるようになった	対策の実施をする期間が短くなってしまい定着までに時 間がかかってしまった

対策の流れをスタッフに説明し、周知することが難しく、
ルールを見える化し、繰り返し説明することが必要でした。

【今後の課題】

全スタッフが患者に同じ説明と対応ができる様にする。
退院前カンファレンスを通して、家族やケアマネなどに情報提供し
個々に合った排泄支援を実施することで
安心して自宅に退院できることを目指していきます。