

演題名	褥瘡予防に向けた看護計画立案の向上		
施設名	石川島記念病院	(ふりがな) 発表者(職種)	くした やすよ 櫛田 康代 (看護師)
(ふりがな) チーム名	びはだ たい 美肌づくり隊		
分類	①診断・治療・ケアの質の向上をめざすもの		
取り組み種別	課題達成型		
改善しようとした 問題課題	当病院では、褥瘡を治癒する知識や技術はあっても、新規発生させない知識や技術が十分でなかった。そこで、本年度の褥瘡新規発生件数を減少させることを目標とした。それを実現させるために、褥瘡を発生させない看護の仕組みができていないか検証し、新規発生させないための知識や技術の習得と、看護の仕組みの改善を検討することとした。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 2021年10月までに予防評価からつながる看護計画立案率 (目標値) 100%にする		
実施した対策	①坐位時間が長くなる患者を2週間に1回パームQを活用して体圧測定する (上記はコロナ病棟対応のため職員で体験となった。) ②看護ケアを統一するために看護計画立案フローチャートを作成 ③食事時に栄養士が病棟にきて看護師と意見交換を積極的に行った ④褥瘡に関する勉強会を看護師、介護士、セラピストを対象に3項目2回ずつ計6回開催 ⑤オムツに関する勉強会を2回実施		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 褥瘡予防評価40%と予防に関する看護計画の立案0% (実施後) 褥瘡予防評価100%、褥瘡予防看護計画の立案28.5%		
歯止めと 標準化	標準化1) 坐位時間が長くなる患者を2週間に1回パームQを活用して体圧測定を実施する 標準化2) 褥瘡予防評価とリスク患者への看護計画の立案をフローチャートに沿って実施する 標準化3) 毎週褥瘡カンファレンスを栄養科や他職種とともにを行い、情報を共有して補食や食形態など一緒に検討する 教育) 知識の定着と更新のため、勉強会を年間で計画実施する 管理) 褥瘡予防看護計画の実施状況を委員で確認する		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 櫛田 康代 看護師 2 布村 真奈 看護師 3 今泉 香織 看護師 4 尾崎 祐子 准看護師 5 糸平 真弓 看護師
活動の場 ※複数選択可	①診療部門		
活動期間	2021年5月 ~ 11月		
リーダー名 (職種)	櫛田 康代 (看護師)		
活動回数	10		回

## 【現状把握】

### 1.2020年度の褥瘡発生状況の把握

・年間入院患者数(247人)のうち褥瘡を発生している患者割合(有病率)は7.3%(37人)。そのうち持ち込みが5.24%(22人)、新規発生が2.06%(15人)であった。また、有病率(7.3%)を100%とした際の内訳は、持ち込みが59%、新規発生が41%であった。

### 2.褥瘡の予防評価について

・開院当初は電子カルテ上の褥瘡管理システムの統計に入る権限がなかった。また、ブレードスケールやOHスケールから予防計画を実施する基準の周知がされていなかった。そのため、入院時に持ち込み褥瘡がなければ、褥瘡が新規発生するまで再評価もできていなかった。2020年12月からは、褥瘡管理システムに危険因子の評価が導入され褥瘡予防評価基準を再周知し開始した。しかし、評価を実施するだけにとどまり、そこから看護計画立案へは繋がらず、褥瘡新規発生患者のうち16%しか予防に関する看護計画の立案がされていない状況であった。

### 3.栄養状態について

・新規褥瘡発生患者15人中、TPIは8人が低値(6.5g/dl以下)を示し、Albは全員が低値(4.0g/dl以下)を示している。  
・BMIに関しては8人が低値(18.5%未満)、1人が高値(25%以上)、正常値に関しては6人であった。

### 4.褥瘡発生から治癒までの日数

・褥瘡リスク評価を実施していなかった11月までと、それ以降では入院から新規褥瘡発生確認までの日数は、34.54日から19.83日と14.71日短縮された。しかし、治癒にかかる日数は延長している。この理由として、Albの値が2.7~3.3の間で特に低値で推移し、リハビリによるADLが上がらず、ベッドでの臥床や身体の筋緊張、反発が強く出ていたなどの事例が2人含まれている。  
その他患者は6日~15日と比較的短期間での治癒に繋がっている。

## 【目標設定】

いつまでに	2021年10月までに
何を	予防評価からつながる看護計画立案
どうする	100%にする

## 【要因解析】

- ①座位による褥瘡好発部位での発生率が高い: 昨年の新規褥瘡発生患者の発生部位と発生率を調査した。その結果、座位で発生しやすい部位である尾骨と臀部で53%と半数以上を占めていた。
- ②褥瘡リスクの予防評価が出来ていなかった: 予防評価の実施状況の変化と褥瘡新規発生患者の看護計画立案件数を調査した。その結果、褥瘡の予防評価(危険因子の評価)が100%実施できても、評価を実施することだけにとどまり、そこから看護計画の立案へはつながらず、褥瘡新規発生患者のうち16%しか予防に関する看護計画が立案されていなかった。
- ③栄養状態が悪い: 新規褥瘡発生患者の栄養状態を血液検査とBMIから検証した。その結果、Albは100%が低値を示し、TPIは66.6%が低値で6.6%が高値、正常範囲内は40%という結果となり、低栄養の傾向が強いことが分かった。
- ④褥瘡の知識や情報共有が不足している: 昨年度の新規褥瘡発生患者の洗い直しを行った。その結果、褥瘡リスクの予防評価を行っていなかった時は新規褥瘡の発見平均日数34.54日、平均治癒日数27.75日かかっていたが予防評価を開始してからは新規褥瘡の発見平均日数19.83日に短縮した。しかし、治癒にかかった日数を見ると6日~87日と幅があり平均治癒日数は31.16日と延長している。
- ⑤正しいオムツの選択と使用ができていない: オムツから布パンツへの改善率の確認を実施した。その結果、夜間の尿取りパットの重ね付けやテープ式の尿取りパットのテープで皮膚を損傷している。オムツから布パンツへの改善率の平均を見ると、褥瘡予防評価をする前は改善率19.59%であったのに対し、予防評価開始後は29.54%と改善率は向上している。

## 【対策の立案と実施】

### 対策の立案

①座位時間が長く、その間の除圧ができていない	座位時に行う除圧の必要性を理解する	座位時間が長くなる患者は定期的に看護師が除圧を促す	体圧を可視化するためにパームQにて座位時の臀部にかかる体圧を測定する
②褥瘡リスクの予防評価ができていなかった	入院時から、褥瘡リスクのある患者には、予防評価と一緒に看護計画の立案をする仕組みを構築する	看護計画に沿った予防ケアの実施と評価の見直しを週1回実施する	褥瘡リスクのある患者に対して、看護計画の立案、修正がされているか確認する
③栄養状態が悪い	血液データやBMIなどから早期に栄養状態を把握する	食事の摂取量や摂取状況、嗜好の傾向を確認し、管理栄養士と相談の上補助食品を提供する	特に好発部位の皮膚の状況を毎日観察する
④褥瘡の知識や情報共有が不足している	褥瘡の勉強会を定期的に行う	褥瘡カンファレンスを週1回実施する	多職種(医師、看護師、介護士、管理栄養士、リハビリ)と他職種カンファレンスを行う
⑤正しいオムツの選択と使用が出来ていない	正しいオムツの使用をする	排泄リズムを観察して指導する	不要なおムツは外し、布のパンツへ移行する

### 【効果の確認】

- ①座位時の耐圧の確認に関しては、2つの理由により実施が出来なかった。ひとつは、9月末からの新型コロナ患者の受け入れ体制構築のため、9月に入り対象患者が転院してしまっただけで、2つ目は、新型コロナ対策が最優先のため、初めて使用する機器(パームQ)の知識がなく、納品も9月上旬であったことで、使用方法やルール化を検討する余裕がなかった。
- ②褥瘡委員が中心となり、看護ケアを統一するために看護計画立案フローチャートを作成した。その結果、褥瘡の予防評価(危険因子の評価)は100%実施できた。しかし、コロナ対応を優先したため、実際には病棟への情報共有は11月となった。
- ③栄養士と一緒に褥瘡カンファレンスに関しては、新たな時間を設定しての実施はできなかったが、食事時に栄養士が病棟にきて看護師と意見交換を積極的に行った。また、患者申送りにも参加していることで情報の共有はされていた。低栄養へのアプローチは捕食を検討し提供したが、患者の嗜好もあり摂取は思うように進まなかった。
- ④褥瘡の勉強会の実施に関しては、今年度当初より活動を開始し、9月までに3項目2回ずつ計6回開催した。参加率は**テーマ1**褥瘡局所治療: NS66.7%、CW16.6%、**テーマ2**.DESIN-R: NS63.2%、CW:53.3%、**テーマ3**.スキンテア: S62.9%、CW16.6%であった。この研修によって褥瘡に対する関心が高まり、褥瘡に関する質問や相談、皮膚変化に関する報告が褥瘡委員へ集まりやすくなった。また、電子カルテ上の褥瘡評価システムに入る権限がない時期は褥瘡の予防評価がなされていなかったが、前年度(電子カルテ上の褥瘡評価システムに入る権限発生後の2020年12月から2021年3月)は新規褥瘡発生患者の予防評価は40%であったが、現在(2021年4月)は100%実施できている。しかし、治癒にかかっている日数は49.28日と以前より超過している。
- ⑤正しいおむつの選択と使用に関しては、教育委員が中心に11月にユニ・チャームによるZOOMでの研修を2回実施したが、入院患者がいなかったため現場での実施できず、知識の向上にとどまった。

### 【標準化と管理の定着】

- 標準化1) 座位時間が長くなる患者を2週間に1回パームQを活用して体圧測定を実施する。  
 標準化2) 褥瘡予防評価とリスク患者への看護計画の立案をフローチャートに沿って実施する。  
 標準化3) 毎週褥瘡カンファレンスを栄養科や他職種とともにやり、情報を共有して補食や食形態など一緒に検討する。  
 教育) 知識の定着と更新のため、勉強会を年間で計画実施する。  
 管理) 褥瘡予防看護計画の実施状況を委員で確認する。

### 【反省と今後の進め方】

TQM活動を行うことで、当院における褥瘡対策のシステム化が不十分であったことが分かった。その為、褥瘡に対する予防評価への取り組みが遅れる傾向にあり、褥瘡新規発生への引き金となり増加につながっていたと考えられる。今回は褥瘡の予防に向けた看護計画立案までのシステム化また、体圧の可視化などいくつか対策を立案したが、病棟機能変更もあり思うように進めることはできなかった。しかし、今回行った取り組みを今後患者に実践していく事で本当の褥瘡予防につながり統一した質の高い看護になると感じたので、継続して実施していく必要がある。