

褥瘡新規発生率2%以下を目指した取り組み 褥瘡と向き合った365日

中村 輝美 松本 好乃 望月 静 石川 直子
吉田 奈々 志賀 淳子 黒澤 杏花

静岡赤十字病院 3-8病棟

要旨：当病棟の褥瘡新規発生率は、平成29年2月までは2%であったが、3月に5.88%へ上昇した。その原因を把握するため病棟の現状を振り返った結果、褥瘡予防対策の意識の低さが明確になった。また、褥瘡予防対策に関する知識とアセスメント不足から、褥瘡カンファレンスが充実せず、褥瘡チャートに即した入力にも不備が多いことが見えてきた。

そこで、プロジェクトを発足し、スタッフに向けてのアンケート、褥瘡予防対策に関する勉強会を開催、毎月新規発生患者の振り返りを行った。褥瘡関連の入力に対し、スタッフにテストを実施、回答書を返却することで知識の向上につなげた。

結果、褥瘡新規発生率は0%に抑えられた月が4ヶ月あった。年間通して2%を越えた月もあったが、病棟スタッフの褥瘡予防対策に関する知識と、アセスメント力の向上につなげることができた。褥瘡関連の入力に関してはテストを実施することで入力の不備が減少した。

今後も個々が予防対策を継続していくことで新規褥瘡発生率はさらに抑えられると考える。

Key words：褥瘡潰瘍、褥瘡予防、褥瘡対策

I. はじめに

当病棟は平成28年度11月に開床した病棟である。配属されたスタッフは経験年数は高いが整形外科の専門性に乏しいため、整形外科疾患に関連した看護の勉強会を行い、その中で、褥瘡予防対策についての知識が得られるよう取り組んできた経緯がある。しかし、当病棟の褥瘡新規発生率は、平成29年2月までは2%だったが、3月に5.88%へ上昇した。そこで褥瘡委員を中心に、病棟の現状を振り返った結果、褥瘡予防対策の意識の低さから、新規褥瘡発生が起こった際に、そのことを危機意識としてもてない状況が明確化した。また、褥瘡予防対策に関する知識とアセスメント不足から、褥瘡カンファレンスが充実せず、褥瘡チャートに即した書類入力にも不備が多いことが見えてきた。

そこで、褥瘡新規発生率の減少、病棟スタッフの褥瘡予防対策に関する知識と、アセスメント力

の向上を目指し、プロジェクト活動行った結果について報告する。

II. 目的

1. 褥瘡新規発生率を2%以下に抑える。
2. 病棟スタッフが褥瘡予防対策について理解し、アセスメント力の向上と予防ケアにつなげることができる。

III. 方法

1. アンケートの実施

結果からスタッフの褥瘡に関する意識の把握を行い、問題点を明確化する。

2. 褥瘡カンファレンスの見直し。

プレカンファレンスの廃止し、2ヶ月後にアンケートを実施。

3. 毎月、褥瘡新規発生患者の分析

毎月検討内容は、発生部位、深さ、発生経緯か

名前	〇〇〇〇	△△△△
経緯	12月31日から1月2日に外泊中していた。外泊翌日、殿裂部に皮膚剥離発見。家人に確認したところ、外泊中長時間座位でいることが多かったがクッションを使用していなかった	〇歳で、BHAの術後5日目。外転枕を使用した。1/20の夜間不穏が有り、外転枕を触っていた経緯あり。
原因	RHパンの使用も有り、長時間座位による、体位のずれによって生じた可能性あり。	外転枕のずれによるもの。また、浴衣を着用していたため、直接皮膚に外転枕があたってしまっていた可能性が高い
対策	外泊時に長時間の同一体位をとるときには、褥瘡発生の可能性を伝え、座り直しをしてもらうように指導をする	車椅子乗車したら、浴衣ではなく、パジャマまたは基準に変更して、外転枕が皮膚に直接当たらないような環境にする。

図3 分析結果表



(出典：JMS医療関係者向けサイト レッグサイエンス舞)

図1 装着手順

ら原因を分析し、その対策を明記した。分析した結果を病棟会議で報告し、ファイリング (図3) した。

4. 勉強会の実施

勉強会をして実際に車椅子に乗車し、圧のかかり具合と除圧マットの効果を経験した。弾性ストッキングによる褥瘡発生が多かったため、装着手順 (図1) を確認し、日常のケアにつなげていった。

5. スタッフ向け褥瘡関連の入力に関するテストの実施

事例を掲示して、実際に入院からの褥瘡に関する入力を紙面で行った。

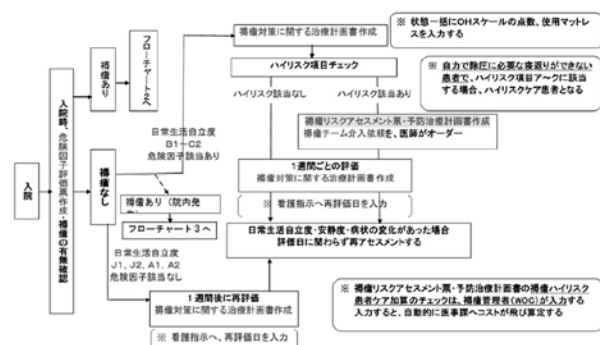
IV. 倫理的配慮

アンケートの回答は無記名とし、今後の業務や自身の評価に直接影響しないことを説明し、同意を得た。

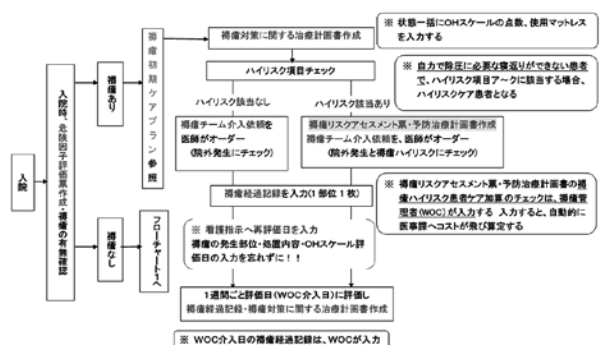
V. 結果及び考察

1. アンケート結果から、スタッフの褥瘡に関する

褥瘡なし



褥瘡あり



院内発生褥瘡あり

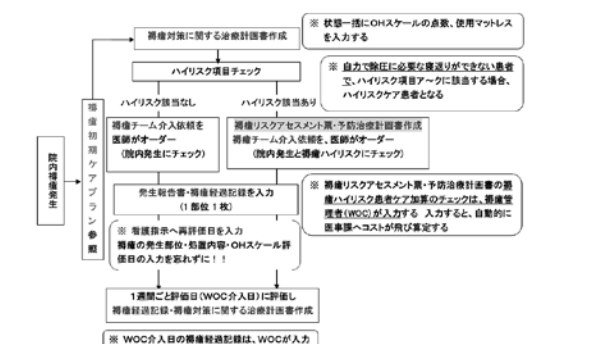
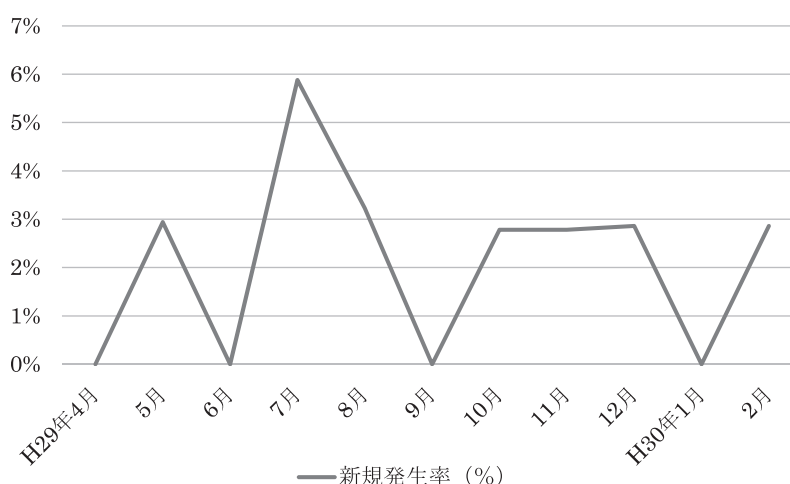


図2 入力手順マニュアル

る意識の低さがわかった。そして、褥瘡関連の入力が理解できていないところが明確化された

表1 褥瘡新規発生率表



ため、入力手順マニュアル（図2）をラミネートし、ノートパソコンに掲示した。

2. 廃止2ヶ月後、業務が短縮化されて良いという意見が大半であった。
3. 実際に多く発生した月は、弾性ストッキング、SPO2センサー、身体拘束などによる医原性の褥瘡が多かった。スタッフに周知することを目指したが、報告書を見ているスタッフと見ていないスタッフがいる現状だった。
4. 車椅子の種類や座り方によって圧のかかり方の違いが認識できた。
5. 褥瘡関連の入力に関して、危険因子評価表、経過記録、発生報告書の正解率は高かった。褥瘡介入依頼、治療計画書は、普段から入力し慣れているスタッフと、ほとんど関わらないスタッフとで正解率が分かれた。
6. 年間を通すと、褥瘡新規発生率は、2%を超えた月があり、プロジェクトの目標を達成することは出来なかった。しかし、0%に抑えられ

た月が4ヶ月あった（表1）。

褥瘡関連の入力ミスは減り、正しくアセスメントが出来き、予防対策が行えている。プロジェクトによるスタッフへの働きかけにより、スタッフ個人の褥瘡に関する知識が向上したことで、意識も高くなった。

今後も予防対策の働きかけを継続することにより、年間新規発生率を2%以下に抑えられる見込みがある。

V. まとめ

プロジェクトが発足し、メンバーの中でも曖昧だったことが、他スタッフへのレクチャーを通して知識の再確認が出来、自信が持てた。

1年を通して、看護師の働きにより、褥瘡は予防できることだと再認識できた。

今後も病棟一丸となって、褥瘡予防に取り組みたい。