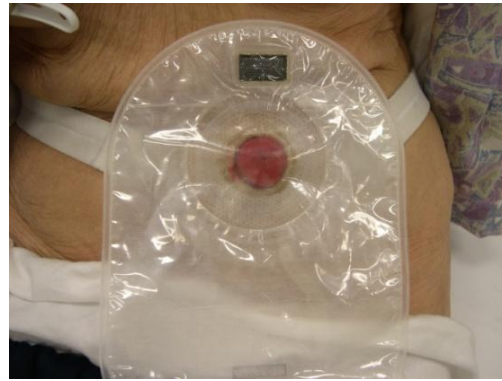


# チーム医療を成立させた鍵

- 医師が治せなかった皮膚障害をWOC看護師は完治させることができる
- 皮膚障害は**成果が目に見えて評価できる**ために**共通のアウトカムを持つことができる**



便による接触性皮膚炎  
3カ月治らず



ストーマ装具の選択と貼付技術



1週間後治癒



便による汚染のため  
2ヶ月変化なし



創部の汚染防止技術と  
ドレッシング材の選択



3週間後治癒

## 1-2) 医療にとって褥瘡が持つ意味

- **看護師が責任を持つことが最も適切である**
  - 褥瘡の原因－圧迫
  - 褥瘡の悪化の要因－失禁、栄養状態不良
  - つまり、寝る、食べる、排泄することが障害され発生する疾患であり、まさに基本的な“療養上の世話”により、予防も治癒も可能
- **あらゆる医療の場、どの疾患においても発生する**
  - 1) 褥瘡は「高齢化」「在院日数短縮」「医療資源の機能分担」「医療安全対策」「在宅医療」「終末期医療」など我が国の医療福祉のキーワードすべてに関連
  - 2) 急性期-慢性期、医療-福祉、大学病院-地域密着型病院-在宅医療、小児-成人-高齢者、それぞれの現場で共通した問題
- **病院の質を問うクオリティインディケーターである**
  - 褥瘡の発生率、有病率、重症度は、転倒、院内感染と並んで病院の質を問う指標

生活に直結する身近な疾患であるため、看護師の力量が問われるとともに、多職種連携が必要となり、それぞれの役割を尊重できた

# 褥瘡予防・治療におけるWOC看護師の専門技術

専門技術－寝る、食べる、排泄するという生活の支援を基盤にする特殊技術

## 予防

ハイリスク患者の同定とケア計画

体圧の管理－ポジショニング、体圧分散用具の選択と適正使用

スキンケア－排便管理用具の選択と適正使用

## 治療

創部のアセスメント－重症度、治癒過程の査定

創部局所環境の整備－外力除去、スキンケア

褥瘡部処置－洗浄、薬剤の適正使用、被覆材の選択と適正使用

全身ケア－リハビリテーション、栄養管理

# 1-3) 褥瘡対策に関する制度 —入院基本料の施設基準等—

## 褥瘡対策に関する基準

1. 褥瘡対策が行われていること
2. 専任の医師及び専任の看護師から構成される褥瘡対策チーム設置
3. 日常生活自立度の低い入院患者につき、褥瘡危険因子の評価を実施

## 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1. 褥瘡管理者を専従で配置
2. 褥瘡予防治療計画書を作成し、重点的な褥瘡ケアの実施状況及びおよび評価結果を記録
3. 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメントの実施件数、褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録
4. 褥瘡対策に係るカンファレンスを週1回程度開催し、褥瘡対策チーム構成員が参加
5. 体制確保のための職員研修を計画的に実施
6. 重点的な褥瘡ケアが必要な患者について、予防治療計画書の作成、継続的なケアの実施、評価、早期発見および重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている

# 褥瘡の有病率

## 病院・施設

宮地ら (1997) (群馬県域)	入院・入所 (9,456人) 総計	4.2%
大浦ら (1998) (全国 病院、施設)	主として病院、施設 入院患者 (98,093人)	5.8%
阿曽ら (1999)	総合病院 (20,727人) 一般病院 (12,178人)	7.6% 9.5%

## 在宅

石川ら (1997) (群馬県)	ステーション (1,437人)	7.0%
金川ら (1988) (全国ステーション)	ステーション (23,500人)	14.6%
阿曽ら (1999) (関西)	ステーション (6,764人)	11.3%

出典 大浦武彦: 褥瘡治療・ケアと社会の動き, Nursing Today, 14(13): 33-37, 1999.

4.2%から14.6%と、非常に高い有病率  
急増する高齢者の医療費の削減には、褥瘡に対する施策が非常に重要