

作成日 令和2年7月7日

サークル名	トイレに行かせ隊	発表者	坪内 裕美子
		リーダー	坪内 裕美子
部署	4階西病棟	サブリーダー	上岡 あゆみ
活動期間	開始：平成29年 5月1日 終了：令和2年 2月29日	メンバー	佐々木 智弘 坪内 裕美子 上岡 あゆみ
会合状況	会合回数 15回 1回あたりの会合時間 約1時間		
所属長/推進メンバー	田根師長	所見欄	
レビュー担当者	永澤医師 野田看護副部長		

テーマ

泄援助方法の表示

テーマ選定理由

当病棟は、脳外科病棟でもあり排泄援助が必要な患者が多い。ADLの状況によってその援助方法は異なるが他チームの患者など、すべての患者の排泄状況を十分に把握できていない現状があった。そこで、職員が一目でその患者の排泄状況を把握できるようにTQM活動に取り組むことにした。

現状把握

- ・患者のADL状況は日々変化しており、排泄援助も患者によってさまざまだが、他チームからのコール対応など状況を把握できていないことが多く、職員間で情報共有して再度援助にあたることもあり2度手間だった。
- ・失語や認知症などの患者も多く、自分で訴えることができない患者の場合、情報を得るために手段を踏まなければならない、患者を待たせてしまい失禁などが起きてしまっている。

要因の解析

なぜ個々の患者に合った排泄方法で援助できないのか解析した。

- ① 援助方法がわからない
- ② 情報収集ができていない
- ③ 患者の状況把握が不十分

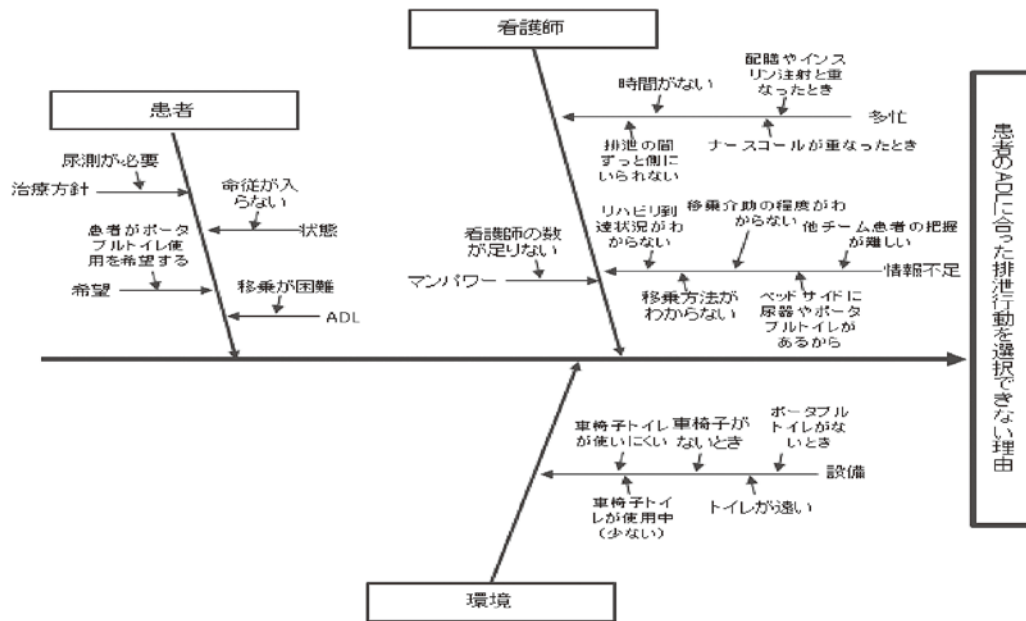
●アンケート結果から原因について

3項目を制定し特性要因図を作成した。

★トイレの環境

★患者の状態

★看護師



目標設定

患者のベッドサイドに排泄方法をマークで表示し、ひと目でわかるようにする。



対策立案

個々の患者に合った排泄方法で援助できるように対策を立案した。

- ① 援助者がわかるように患者の頭元に排泄方法を表示する。
- ② 排泄状況に応じて表示を変更する。
- ③ 継続するための管理方法を決める。

特性	1次手段	2次手段	3次手段	評価				対策	
				効果	実現性	継続性	ランク		
排泄援助の情報不足を改善するには	患者のADLを把握する	リハビリの進行状況を知る	カルテから情報を得る	○	○	○	15	対策	
			患者から情報を得る	△	△	×	7		
			リハビリ担当者や情報交換する場を作る	○	△	△	11	対策	
			リハビリ見学に行く	○	×	×	7		
								0	
								0	

今回考えた対策で、効果・実用性・持続性ともに表示することで最も効果を得られやすいと判断し、表示するという対策に取り組むことにした。

効果の確認

効果の確認のために、スタッフにアンケートを実施した。4階西病棟スタッフ23名にアンケートを配布し21名から回答を得た。(回収率91%)

- ベッドサイドに一目みて援助方法のわかるものがあればよい
- ★ ベッド頭元に移乗方法の表示してあるホワイトボードを設置
- ★ ピクトグラムで表示

標準化と管理と定着

何を	いつ	どこで	誰が	どうする
ピクトグラム の設置	患者の 入院時	病室	担当 スタッフ	設置する
ピクトグラム の変更	移乗方法 の変化時	病室	担当 スタッフ	交換する
教育	常時	病棟	TQM担当者	指導する

<標準化>

患者の頭元に排泄状況をマークで表示する。



<管理>

- ・日々の担当者が状況に応じてマークを変更する。
- ・リハビリスタッフにADL状況を確認する。
- ・カンファレンスを開催し、排泄方法についても把握する。

<教育>

意識を高めるために、職員全員へ1ヶ月に1回の病棟集会時には現状を報告する。

今後の課題

良かった点

- ・表示があるとわかりやすく援助しやすい。
- ・状況を知らない患者でも援助する場合すぐに対応できる。
- ・担当者に確認しなくても援助方法がわかり時短になる。

反省点

- ・表示してしまうことで職員以外（お見舞い客）にも状況がわかってしまうので、本人・ご家族の同意や配慮が必要。
- ・取り組みの期間や周知徹底が不十分。

●TQM担当者が主に設置交換を行っているが他の病棟スタッフが入院時の設置，排泄方法が変化した場合の変更など出来るように繰り返し指導する必要がある。

●患者個人に特化した注意点を表示できるように工夫する必要がある。

今後も患者のADL状況に応じた排泄援助が継続していけるように，今回の活動で出た課題に取り組んでいきます。