


令和4年度PDCAサイクル(褥瘡推定発生率・スキンテア報告件数・MDRPU報告件数)



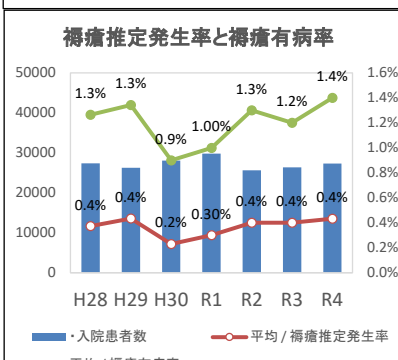
戦略テーマ: チーム力を発揮し、褥瘡発生ゼロを目指そう！
 ○褥瘡対策に関する知識と技術の強化と浸透
 褥瘡発生数: 目標25件以下/年
 褥瘡推定発生率: 目標0.3%以下/年
 スキンテア報告件数報告: 50件/年以下
 医療関連機器圧迫創傷 (MDRPU) 報告: 20件/年以下

【計画】


- 改訂した褥瘡対策マニュアルの周知を図る
- 褥瘡リスクアセスメントの初回評価・病態変化に応じた再評価を徹底する
 - 褥瘡リスクアセスメントの確実な実施ができるよう褥瘡対策担当者を中心に周知する
 - DINQLデータを活用し、実施率を可視化する
 - 褥瘡院内発生レポートやDINQLデータを活用し、部署別の発生事例の原因や予防を検討する
- 褥瘡予防具《マットレス・エアマット・介助グローブ・スライディングシート・創傷被覆剤など》の整備補充とメンテナンスを実施し、全部署における均一化を図る

問題点


- 褥瘡予防・管理ガイドラインの改正に伴い、褥瘡対策マニュアルの更新が必要である
- 急性期病院として、褥瘡リスクアセスメントの実施率をより高める必要がある
- 各部署によって、褥瘡予防具の設置および使用状況に違いがある



期間	入院患者数	平均褥瘡推定発生率	平均褥瘡有病率
H28	~25000	0.4%	1.3%
H29	~25000	0.4%	1.3%
H30	~25000	0.2%	0.9%
R1	~25000	0.30%	1.00%
R2	~25000	0.4%	1.3%
R3	~25000	0.4%	1.2%
R4	~25000	0.4%	1.4%




- 6月に褥瘡対策マニュアルを改訂。11月に研修会を実施し、マニュアルの周知を図った。
- 5月の褥瘡対策担当者会で褥瘡リスクアセスメントの評価・再評価について説明し、評価率の現状を報告した。10月の担当者会でDINQLデータから各部署の評価率の推移を10月に報告した。また9月と1月に部署の評価を共有した。
- 6月の褥瘡対策担当者会で自部署の褥瘡予防具の整備状況を確認した。また、担当者間で必要な物品やそれらの配置について部署で活用しやすいように工夫できる点について意見交換し、各部署で改善していただくこととした。マットレス中央管理室では、マットレス・エアマットをメンテナンスし、故障・廃棄は必要な機能を検討して新たなものを購入し、定数維持に努めている。8月にはポジショニングクッションの購入希望調査も行い、購入手続きを行った。12月に今年度の配備計画に基づいてポジショニングクッション72個、マットレス62枚、エアマット10台を配備した。また、それに伴い劣化マットレス73枚を廃棄した。



- 褥瘡対策委員会主催の研修会を11/30に開催し、多職種118名の参加があった。テーマは「褥瘡対策マニュアルの改正」で各職種から発表した。参加者117名。満足度100%、理解度も100%であった。今後のテーマとして褥瘡改善の具体例や基本的なケアの希望があったことを考慮していく。
- 褥瘡リスクアセスメントの評価・再評価について担当者にフィードバックし、各部署での評価率のアップに向けて取り組めた。
- 血液浄化センターの配備マットレスのサイズが病棟と異なっていたため次年度は専用サイズで配備する必要がある。

褥瘡発生数: 目標25件以下/年 → 49件
 褥瘡推定発生率: 目標0.3%以下/年 → 0.4%
 スキンテア報告件数報告: 50件/年以下 → 109件
 医療関連機器圧迫創傷 (MDRPU) 報告: 20件/年以下 → 21件



<課題>

褥瘡対策の環境整備 (予防用具・マットレスなど)
 褥瘡対策に関連する情報の発信
 褥瘡リスクアセスメントの実施率の維持・向上
 褥瘡発生要因の上位に挙げられた患者要因および看護要因の改善 (体位変換、ギャッジアップ座位、移動や介助時の摩擦・ずれ、栄養のアセスメント・補給・工夫不足等)
 スキンケア技術の向上
 栄養アセスメント・改善のための知識の向上
 多職種・医療チーム間での協力強化