令和6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、重度褥瘡(Ⅲ度以上)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 30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: 80件/年以下

医療関連機器圧迫褥瘡(MDRPU)報告: 30件/年以下

【計画】

- 1. 部署の課題解決担当者としての役割発揮
- 1)褥瘡リスクアセスメントの確実な実施ができるよう、DiNQLデータの活用や部署の取り組みについて意見交換し実践する
- 2) 褥瘡予防に役立つケアを周知・発信する
- 2. スキン-テア予防マニュアル作成
- 1)スキンーテアの予防やケアに関するマニュアルを作成する
- 2)マニュアルを褥瘡担当者を中心に周知する
- 3. 褥瘡予防を推進できる人材の育成・学習の機会の提供
- 1) 全職員対象の研修会の企画開催
- 2)院内認定ナースと連携をはかる

問題点

- 1. 急性期病院として、褥瘡リスクアセスメントの実施率と計画内容の質をより高める必要があ
- 2. スキン-テアに関する対策やマニュアルが整備 されていない







1-1)担当者会にてDiNQLデータを提示し、褥瘡発生率や危険因子評価の実施割合など指標の改善にむけて部署間で情報交換を行った。また、危険因子評価の質を高めるためにグループワークを行った。個別性のある具体的な看護ケアに繋がるよう目標を持って実施した。

1-2)7月の担当者会にて、褥瘡予防に役立つ福祉用具の活用とおむつの特徴や正しい装着方法について演習を行った。学びを部署内で周知していく。

2-1)褥瘡対策委員、褥瘡対策担当者など他職種で協働してスキン-テアマニュアル作成をすすめていく。(現在は日本創傷・オストミー・失禁管理学会のベストプラクティスを活用中であるが簡略化されたものへ変更していく)

2-2)作成でき次第、褥瘡担当者を中心に院内へ周知していく。

3-1)全職員対象の褥瘡対策研修会を行った。

日時:令和6年11月28日(木) 17:30~18:30

内容: 褥瘡発生状況や創傷管理(Woundhygine)、褥瘡の鑑別診断・褥瘡評価(DESIGN-R)

褥瘡管理に基づいた創周囲の管理〜毎日のケアに活かす創洗浄や予防ケア〜 について医師・看護師から講義を行った。

参加人数:82名





褥瘡発生数:目標 30件以下/年→25件

褥瘡推定発生率:目標0.3%以下/年→0.2%

スキンテア報告件数報告:80件/年以下→ 65件

医療関連機器圧迫褥瘡(MDRPU)報告:30件/年以下→30件

院内褥瘡発生 件のうち、d0~d2の深達度がほとんどであり I ~ II 度褥瘡であった。Ⅲ度以上の褥瘡発生が1件あり、当該部署とマットレスの選択や予防・除圧ケア、褥瘡の観察などについてカンファレンスを行った。

発生率は目標値以下であり、褥瘡発生予防について担当者を中心に予防具を活用しながら部署で取り組んでいる。

医療関連機器圧迫褥瘡はICU・CCU、手術室での発生が多い。医療機器を多数扱う部署であり、振り返りや再発防止に向けて情報共有を行った。

- 1-1)DiNQLデータの分析には到達できなかったが、部署の取り組みに結びつくよう、定期的にデータを発信した。
- 1-2)褥瘡や皮膚障害を予防するうえで福祉用具の活用やおむつの正しい装着方法などは欠かすことができない。担当者会を中心に周知が図れるように継続していく必要がある。
- 2-1、2-2)スキン-テアマニュアル作成に至らず。
- 3-1)褥瘡対策担当者会とても満足、満足の回答が占めており、テーマに関心が高かった。テーマ毎のアンケートはとっていない







1. 部署の褥瘡リスクアセスメント質向上に向けてグループワークを行ったが、電子カルテシステム移行に伴い記録方法が変わったため、次年

度もアセスメントの質向上に向けて褥瘡対策担当者会を中心に取り組みを検討していく。

- 2. スキン-テアマニュアル作成を行い周知する。
- 3. 研修会終了後アンケートをもとに、次年度も褥瘡対策研修会を企画していく。

褥瘡予防や日々のケアに役立つ情報発信を継続する。