

平成24年度 Q I の設定と改善のための活動報告

⑥

部署名	褥瘡対策チーム	代表者	前川 直輝
-----	---------	-----	-------

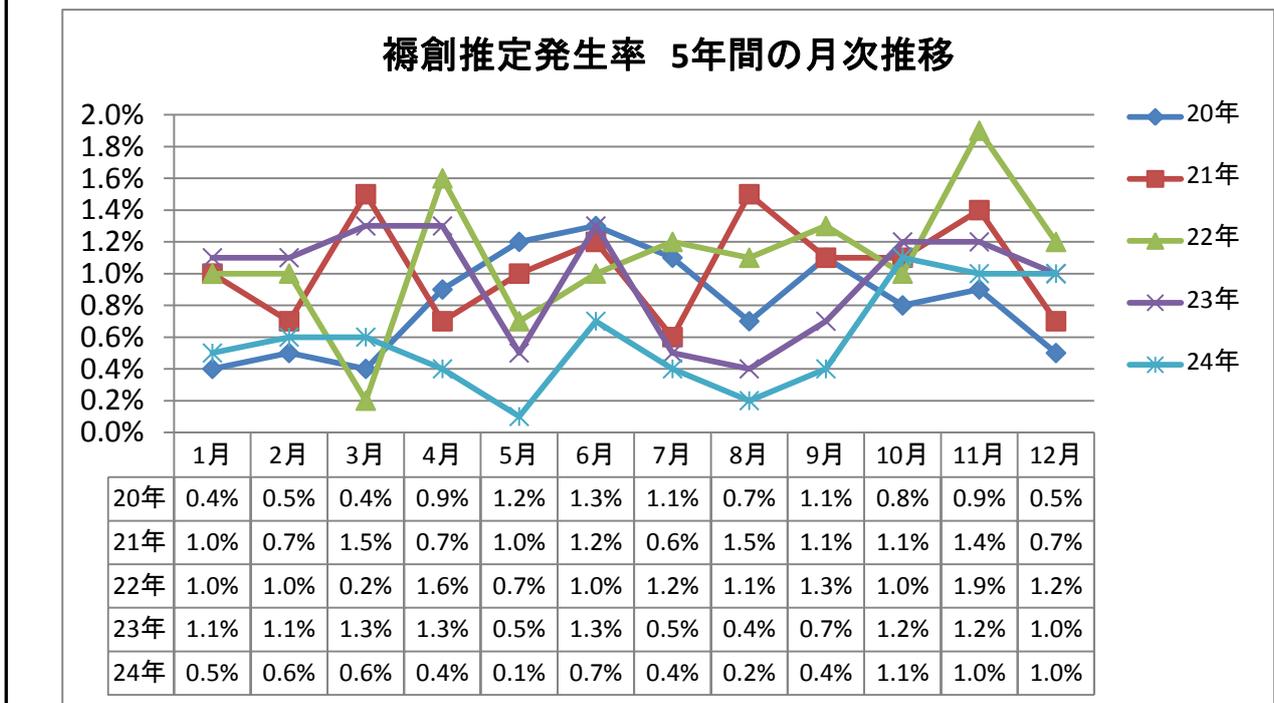
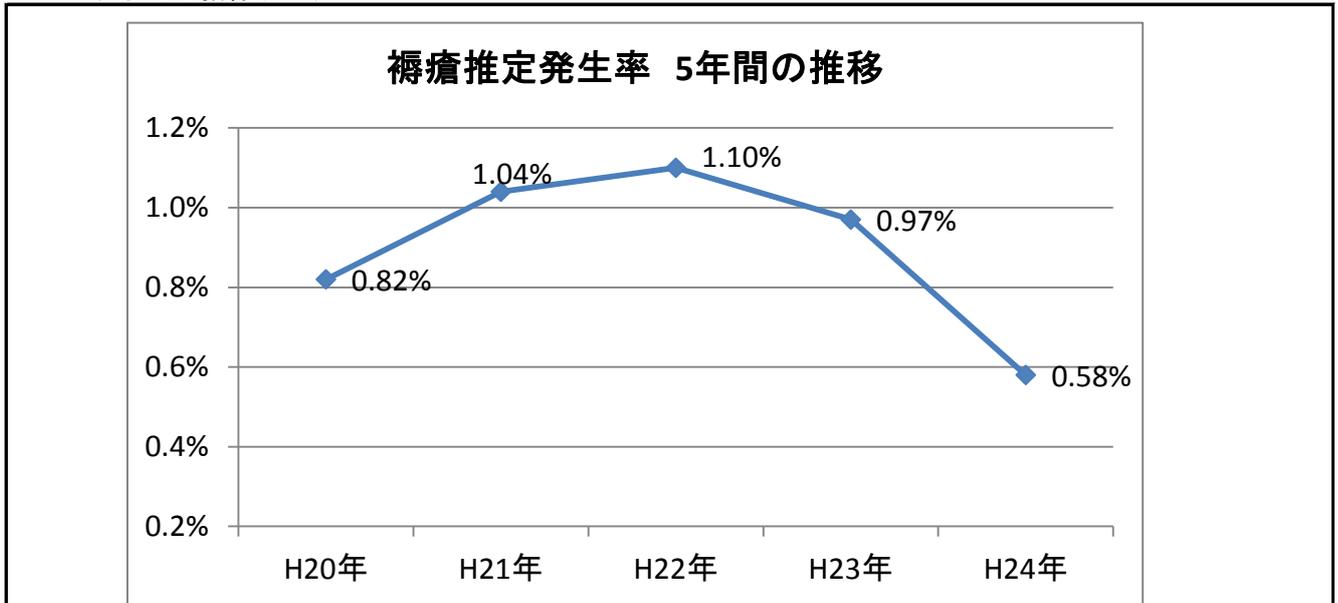
1. 設定した指標

褥瘡推定発生率

2. 指標の説明

院内の褥瘡発生状況を示す。
 平成18年度日本褥瘡学会が行った全国実態調査では、一般病院1.3%、大学病院0.98%となっている。一般的には、1%程度が目標設定として妥当であろうと言われており、当院も1%以下に維持することを目標に設定した。

3. これまでの指標データ



○ 分母・分子、除外データ、データ抽出元など

(調査日に褥瘡を保有する患者数－入院時すでに褥瘡保有が記録されていた患者数)÷調査日の入院患者数×100
 調査日は月1回に設定

4. 評価及び指標改善に向けて行った活動など

1. 褥瘡ラウンドによる個別指導

2. 看護師への教育活動

- ・ポジショニングやトランスファーなどの演習に重点をおいた1日研修の開催
- ・新採用者研修、経年次研修にも組み込み、なるべく多くの看護職員への周知を目指した

3. 全入院患者に対する褥瘡リスクアセスメントの実施および、リスクアセスメントで対象となった患者への褥瘡対策計画立案、実施、評価の周知

4. 褥瘡対策に必要な物品環境整備へのはたらきかけ

5. 特に褥瘡発生率が高い部門に対する具体的対策

例) 消化器外科術後患者→術後の使用マットレスの変更、術後安静期間中のケアの見直し
緩和ケア病棟→よりグレードの高い高機能マットレスの導入、予防ケアの検討

6. 褥瘡発生リスクの高い患者に対する個別訪問、予防ケアの検討

7. 重度褥瘡発生の場合の要因分析、ケアの振り返り