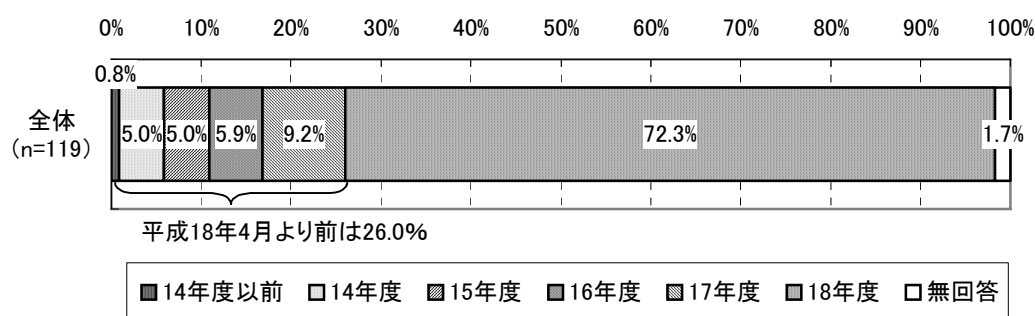


③ 褥瘡管理者（専従）の状況

1) 褥瘡対策の専従者の配置時期

褥瘡管理者としての届出にかかわらず、褥瘡対策のための専従者を配置した時期についてみると、「平成 18 年度」が 72.3%で最も多かった。一方で、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が新設された平成 18 年 4 月より前（平成 17 年度以前）に、褥瘡対策の専従者を配置していた施設が 26.0%あった。

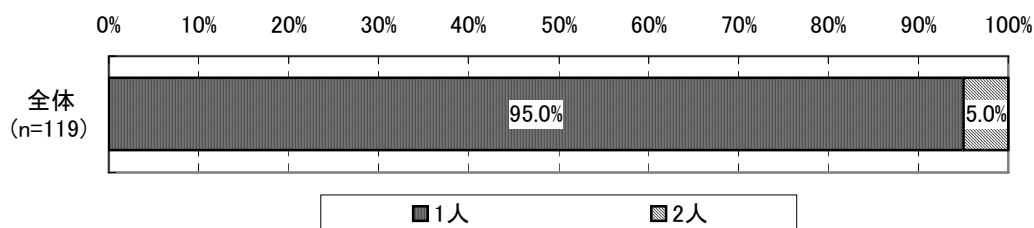
図表 20 褥瘡対策の専従者の配置時期



2) 褥瘡管理者（専従）の人数（実人員）

調査時点における専従の褥瘡管理者の人数（実人員）についてみると、「1 人」という施設が 95.0%で最も多く、「2 人」は 5.0%であった。褥瘡管理者の職種は、すべて「看護師」であった。また、1 施設あたりの専従の褥瘡管理者数の平均は 1.1 人（標準偏差 0.2、中央値 1.0）であった。

図表 21 褥瘡管理者（専従）の人数



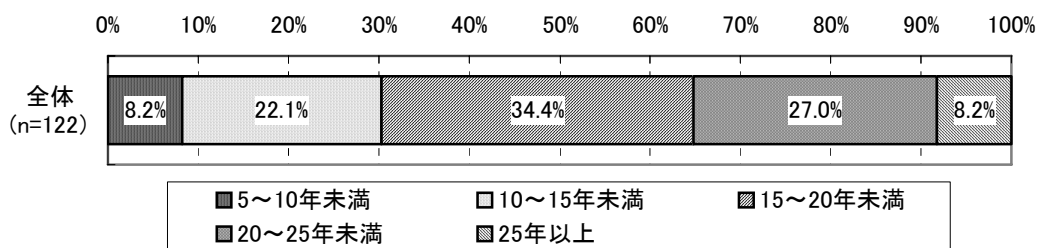
図表 22 褥瘡管理者（専従）の人数 (n=119)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
褥瘡管理者（専従）（人）	1.1	0.2	2	1	1.0
（うち）看護師（人）	1.1	0.2	2	1	1.0
（うち）その他（人）	0.0	0.0	0	0	0.0

3) 褥瘡管理者（専従）の臨床経験年数

専従の褥瘡管理者の臨床経験年数についてみると、「15～20年未満」（34.4%）が最も多く、次いで、「20～25年未満」（27.0%）、「10～15年未満」（22.1%）、「5～10年未満」（8.2%）、「25年以上」（8.2%）と続いた。「15年以上」の褥瘡管理者が約7割を占めた（69.9%）。また、臨床経験年数の平均は17.3年（標準偏差5.4、中央値17.0）であった。

図表 23 臨床経験年数（褥瘡管理者数ベース）



(注) 専従の褥瘡管理者を2人配置している施設が6施設あった。一方、褥瘡管理者の臨床経験年数について無回答であった施設が3施設（いずれも専従の褥瘡管理者数は1人）あったため、ここでは、褥瘡管理者122人分の臨床経験年数を集計対象とした。

図表 24 褥瘡管理者（専従）の臨床経験年数（褥瘡管理者数ベース、n=122）

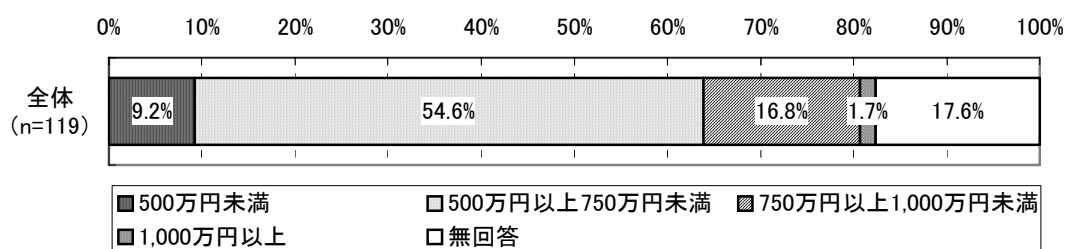
	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
臨床経験年数（年）	17.3	5.4	30	5	17.0

(注) 専従の褥瘡管理者を2人配置している施設が6施設あった。一方、褥瘡管理者の臨床経験年数について無回答であった施設が3施設（いずれも専従の褥瘡管理者数は1人）あったため、ここでは、褥瘡管理者122人分の臨床経験年数を集計対象とした。

4) 褥瘡管理者（専従）に係る人件費

1 施設における専従の褥瘡管理者に係る人件費についてみると、「500 万円以上 750 万円未満」が 54.6%で最も多く、次いで「750 万円以上 1,000 万円未満」が 16.8%、「500 万円未満」が 9.2%となった。1 施設あたりの褥瘡管理者に係る人件費の平均は 658.3 万円（標準偏差 147.6、中央値 650.3）であった。

図表 25 褥瘡管理者（専従）に係る人件費（1 施設あたり）



- (注)・「人件費」は「給与（福利厚生含む）（平成 19 年 6 月分）」の 12 倍と「賞与（年間）」の和。
 ・人件費は、専従の褥瘡管理者全員に係る人件費である。たとえば、専従の褥瘡管理者を 2 人配置している施設では、2 人分の人件費となる。

次に、専従の褥瘡管理者 1 人あたりの給与・賞与についてみると、給与は平均 40.0 万円（標準偏差 8.5、中央値 40.5）、賞与は平均 162.7 万円（標準偏差 82.4、中央値 158.1）であり、年収は 642.5 万円（標準偏差 146.2、中央値 649.7）となった。

図表 26 褥瘡管理者（専従）の給与・賞与（1 人あたり）（n=97）

単位：万円

	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
給与（平成 19 年 6 月分）	40.0	8.5	56.9	15.0	40.5
賞与（年間）	162.7	82.4	706.2	35.3	158.1
年収（給与の 12 倍と賞与の和）	642.5	146.2	1,254.6	238.3	649.7

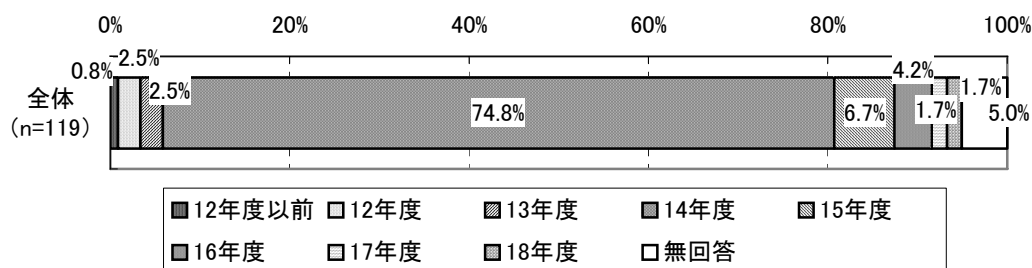
- (注) 1 人あたりの給与と賞与が把握できた 97 施設を集計対象とした。

④ 褥瘡対策チーム

1) 褥瘡対策チームの設置時期

褥瘡対策チームの設置時期についてみると、「平成 14 年度」(74.8%) が最も多く、次いで「平成 15 年度」(6.7%)、「平成 16 年度」(4.2%) となった。「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が新設された「平成 18 年度」は 1.7%に過ぎず、それよりも前に、既に褥瘡対策チームを設置していた施設が 9 割を超えた。

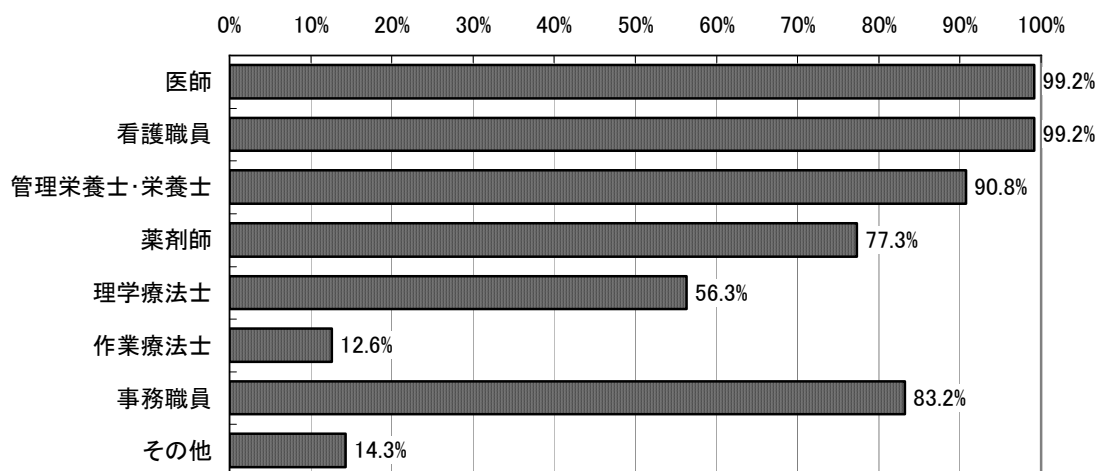
図表 27 褥瘡対策チームの設置時期



2) 褥瘡対策チームに参加している職種

褥瘡対策チームに参加しているメンバーの職種についてみると、「医師」、「看護師」の割合がそれぞれ 99.2%で最も高く、次いで「管理栄養士・栄養士」(90.8%)、「事務職員」(83.2%)、「薬剤師」(77.3%) となった。褥瘡対策チームにおける「事務職員」の役割としては、「診療報酬が正しく算定されているかのチェック」、「加算回数の集計」、「診療報酬に関する情報提供等」ということであった。

図表 28 褥瘡対策チームに参加している職種 (複数回答) (n=119)



(注) 「その他」の内容として、「MSW」「臨床検査技師」等の回答があった。

(4) 褥瘡管理の取組みと効果

① 褥瘡管理のための院内研修

加算届出前後のそれぞれ1年間における、褥瘡管理のための院内研修の開催回数は、「加算届出前」が平均5.4回（標準偏差3.8、中央値4.5）、「加算届出後」が平均7.1回（標準偏差4.7、中央値6.5）となり、加算届出前後で回数の増加がみられた。

図表 29 院内研修開催回数 (n=66)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
加算届出前 (回)	5.4	3.8	18	0	4.5
加算届出後 (回)	7.1	4.7	26	0	6.5

(注)・「加算届出前」は加算届出の前月からさかのぼって1年間分、「加算届出後」は加算届出月から1年間分とした。

- ・褥瘡管理のための院内研修開催回数について有効回答が得られた66施設を対象に集計した。

加算届出前後のそれぞれ1年間における、褥瘡管理のための院内研修の延べ参加者数は、「加算届出前」が1施設あたり平均203.8人（標準偏差148.2、中央値169.0）、「加算届出後」が平均278.9人（標準偏差177.9、中央値252.0）となり、加算届出前後で院内研修延べ参加者数の増加がみられた。

図表 30 院内研修延べ参加者数 (n=66)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
加算届出前 (人)	203.8	148.2	622	0	169.0
加算届出後 (人)	278.9	177.9	710	0	252.0

(注)・「加算届出前」は加算届出の前月からさかのぼって1年間分、「加算届出後」は加算届出月から1年間分とした。

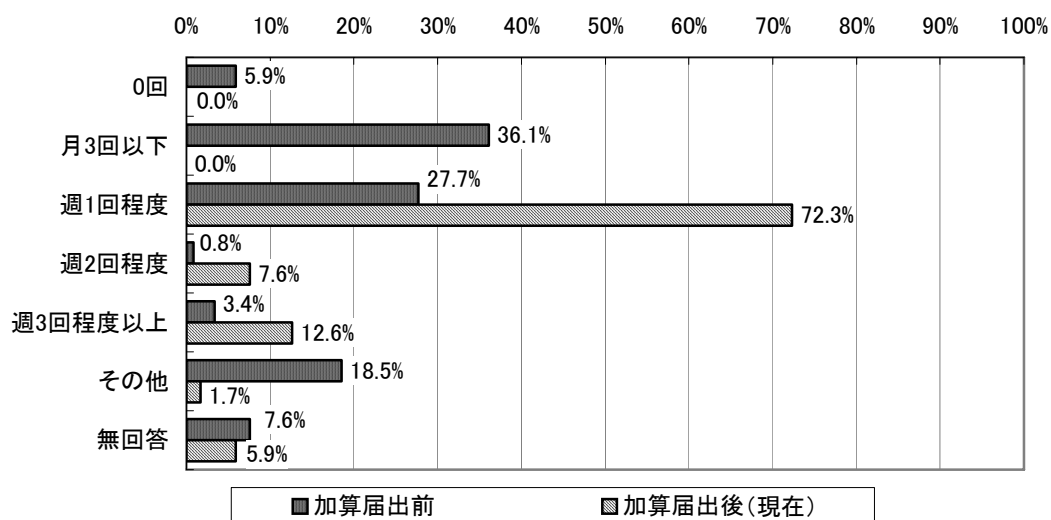
- ・褥瘡管理のための院内研修延べ参加者数について有効回答が得られた66施設を対象に集計した。

② カンファレンス

1) 褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンス

褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンスの開催頻度についてみると、「加算届出前」は「月3回以下」の割合が36.1%で最も高く、次いで「週1回程度」が27.7%であった。「加算届出後（現在）」は「週1回程度」の割合が72.3%で最も高く、次いで「週3回程度以上」が12.6%、「週2回程度」が7.6%となった。全体的にみると、加算届出前後で、開催頻度の増加がみられた。

図表 31 褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンス (n=119)

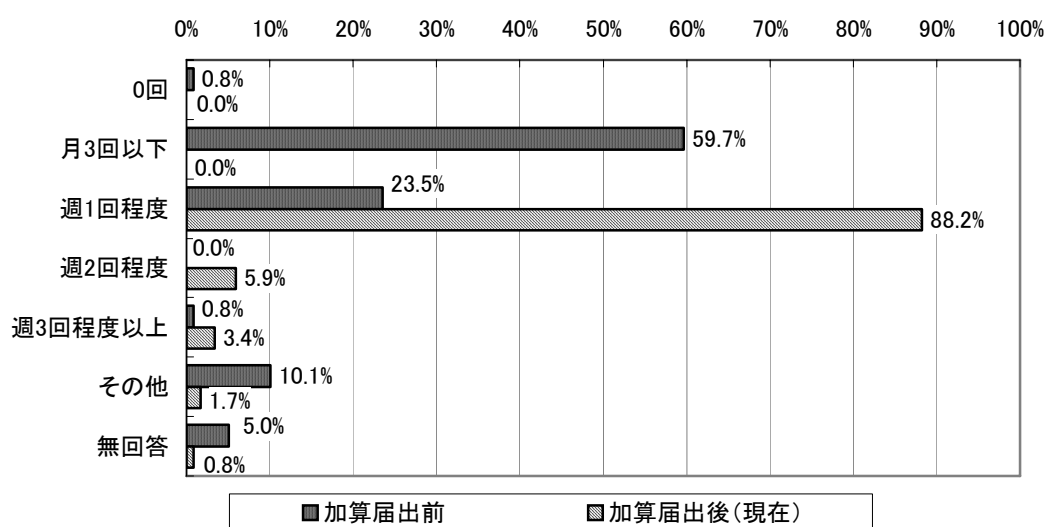


- (注)・ここでの「褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンス」とは、主に、褥瘡管理者が病棟に出向き、褥瘡を有する患者のケアに関して病棟スタッフと行うものを指す。
- ・「その他」には、「必要時（に行う）」、「各担当看護師の主導により（行っている）」等の記載があった。

2) 褥瘡対策チームによるカンファレンス

褥瘡対策チームによるカンファレンスの開催頻度についてみると、「加算届出前」は「月3回以下」の割合が59.7%で最も高く、次いで「週1回程度」が23.5%であった。「加算届出後（現在）」は、「週1回程度」の割合が88.2%で最も高く、次いで「週2回程度」が5.9%、「週3回程度以上」が3.4%であった。全体的にみると、加算届出前後で、開催頻度の増加がみられた。

図表 32 褥瘡対策チームによるカンファレンス (n=119)



(注)・ここでの「褥瘡対策チームによるカンファレンス」とは、褥瘡対策に関して、褥瘡対策チームの構成員および必要に応じて、主治医、看護師等が参加するものを指す。

- ・「その他」には、「必要時（に行う）」、「各担当看護師の主導により（行っている）」との記載があった。

③ 活動時間

「褥瘡ハイリスク患者ケア加算届出前の任意の1週間の活動時間（加算届出前）」と「直近1週間の活動時間（加算届出後）」の平均についてみると、「加算届出前」から「加算届出後」の「直接ケア（ケアの記録を含む）」は11.0時間から16.3時間に増加した。同様にみていくと、「患者、家族に対する個別教育」は2.5時間から4.1時間に、「医療従事者（看護職員、医師等）に対する個別教育」は2.5時間から4.9時間に、「院内集団教育」は0.9時間から1.6時間に、「コンサルテーション」は2.8時間から5.8時間に、「褥瘡対策に係るカンファレンス」は1.3時間から2.5時間にと、それぞれ加算届出前後で、活動時間の増加がみられた。

図表 33 「褥瘡ハイリスク患者ケア加算届出前の任意の1週間の活動時間（加算届出前）」と「直近1週間の活動時間（加算届出後）」(n=95)

単位:時間

	加算届出前		加算届出後	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1) 直接ケア（ケアの記録を含む）	11.0	12.6	16.3	12.9
2) 患者、家族に対する個別教育	2.5	3.6	4.1	6.7
3) 医療従事者（看護職員、医師等）に対する個別教育	2.5	2.8	4.9	4.5
4) 院内集団教育	0.9	1.7	1.6	2.3
5) コンサルテーション	2.8	3.5	5.8	10.3
6) 褥瘡対策に係るカンファレンス	1.3	1.4	2.5	2.2
7) その他（委員会等）	3.2	12.1	3.2	4.5

(注)・「加算届出前」とは、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算届出前の任意の1週間」を、「加算届出後」とは、加算届出後である「直近1週間」を指す。

・活動時間について有効回答が得られた95施設を対象に集計した。

④ アセスメント等の実績

加算の届出前月、届出月、平成 19 年 6 月の各 1 か月間におけるアセスメント等の実績をまとめた。「褥瘡リスクアセスメント実施数」についてみると、「届出月」では平均 264.3 人であったが、平成 19 年 6 月には平均 324.6 人となり、22.8%の増加がみられた。同様に「褥瘡ハイリスク患者特定数」と「褥瘡ハイリスク患者ケア実施数」をみていくと、「褥瘡ハイリスク患者特定数」の平均は 48.6 人から 89.3 人（83.7%増）へと、「褥瘡ハイリスク患者ケア実施数」の平均は 46.8 人から 86.9 人（85.7%増）へと大幅に増加した。

次に、「院内発生の褥瘡を有する患者数」、「D3 以上の褥瘡を有する患者数」、「(D3 以上の褥瘡を有する患者数の) うち院内発生数」について、それぞれ平均値の動向をみていくと、届出前月、届出月、平成 19 年 6 月の順でいずれも減少がみられた。

さらに、褥瘡対策の効果として「褥瘡推定発生率」の動向についてみると、届出前月の平均は 1.9%であったが、届出月には 1.8%、平成 19 年 6 月には 1.6%と改善の傾向がみられた。

図表 34 アセスメント等の実績

			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
褥瘡リスクアセスメント実施数 (人)	n=103	届出前月	264.3	496.8	3,992	0	95.0
	n=103	19 年 6 月	324.6	510.0	3,758	1	150.0
褥瘡ハイリスク患者特定数 (人)	n=103	届出前月	48.6	57.2	334	0	30.0
	n=103	19 年 6 月	89.3	65.0	388	0	76.0
褥瘡ハイリスク患者ケア実施数 (人)	n=104	届出前月	46.8	56.6	334	0	26.5
	n=104	19 年 6 月	86.9	65.1	388	2	74.0
院内発生の褥瘡を有する患者数 (人)	n=95	届出前月	12.9	8.7	43	2	11.0
	n=95	届出月	12.3	8.6	44	1	10.0
	n=95	19 年 6 月	11.7	7.7	38	0	9.0
D3 以上の褥瘡を有する患者数 (人)	n=89	届出前月	5.0	5.2	25	0	4.0
	n=89	届出月	4.6	4.9	19	0	3.0
	n=89	19 年 6 月	4.0	5.1	26	0	2.0
上記のうち院内発生数 (人)	n=89	届出前月	2.2	2.5	12	0	1.0
	n=89	届出月	1.9	2.7	13	0	1.0
	n=89	19 年 6 月	1.6	2.6	15	0	1.0
褥瘡推定発生率 (%)	n=80	届出前月	1.9	1.9	14.8	0.0	1.6
	n=80	届出月	1.8	1.9	14.7	0.0	1.4
	n=80	19 年 6 月	1.6	1.5	11.4	0.0	1.2

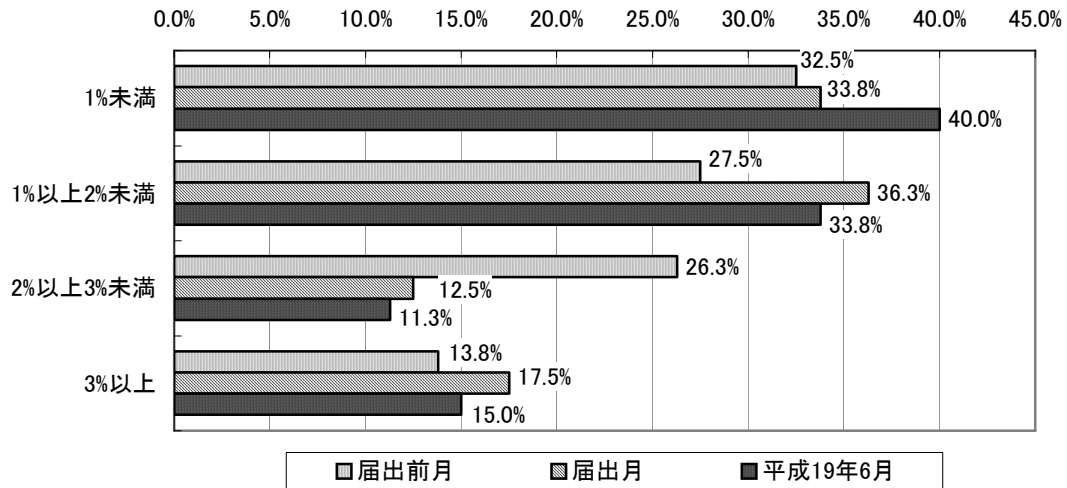
(注)・ここでの「褥瘡リスクアセスメント実施数」とは、診療報酬に規定する「褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書」を用いて行ったものを指す。

- ・「D3 以上の褥瘡を有する患者」とは、褥瘡の深さが D3（皮下組織までの損傷）である褥瘡を有する患者を指す。
- ・「褥瘡推定発生率」は、日本褥瘡学会の以下の定義による。

褥瘡推定発生率 (%) = {(調査日に褥瘡を保有する患者数 - 入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数) × 100} ÷ 調査日の施設入院患者数

褥瘡推定発生率の分布状況についてみると、褥瘡推定発生率が「1%未満」の施設割合をみると、「届出前月」が32.5%、「届出月」が33.8%、「平成19年6月」が40.0%と、時が経つにつれてその割合が高くなった。一方、「平成19年6月」における「2%以上3%未満」の施設割合は、「届出前月」と比較して非常に低い結果となった。

図表 35 褥瘡推定発生率 (n=80)



(注)・「褥瘡推定発生率」は、日本褥瘡学会の以下の定義による。

褥瘡推定発生率 (%) = {(調査日に褥瘡を保有する患者数 - 入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数) × 100} ÷ 調査日の施設入院患者数

・「届出前月」「届出月」「平成19年6月」の3時点の褥瘡推定発生率について回答のあった80施設を対象に集計した。

⑤ 褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数

平成19年6月1か月分における褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数の平均についてみると、「麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの」(37.0人)が最も多く、次いで、「特殊体位による手術を受けたもの」(18.1人)、「6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの」(13.0人)、「極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの」(12.6人)、「褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの」(10.6人)、「重度の末梢循環不全」(9.4人)、「ショック状態」(8.7人)、「強度の下痢が続く状態であるもの」(2.0人)という順であつた。

図表 36 褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数(平成19年6月分)(n=113)

単位:人

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
1) ショック状態	8.7	10.0	53	0	6.0
2) 重度の末梢循環不全	9.4	14.1	115	0	5.0
3) 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	37.0	41.7	292	0	25.0
4) 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの	13.0	16.2	73	0	6.0
5) 特殊体位による手術を受けたもの	18.1	24.3	124	0	8.0
6) 強度の下痢が続く状態であるもの	2.0	3.8	21	0	1.0
7) 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの	12.6	18.4	106	0	5.0
8) 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの	10.6	16.0	153	0	7.0

(注) リスク項目別人数について有効回答が得られた113施設を対象に集計した。

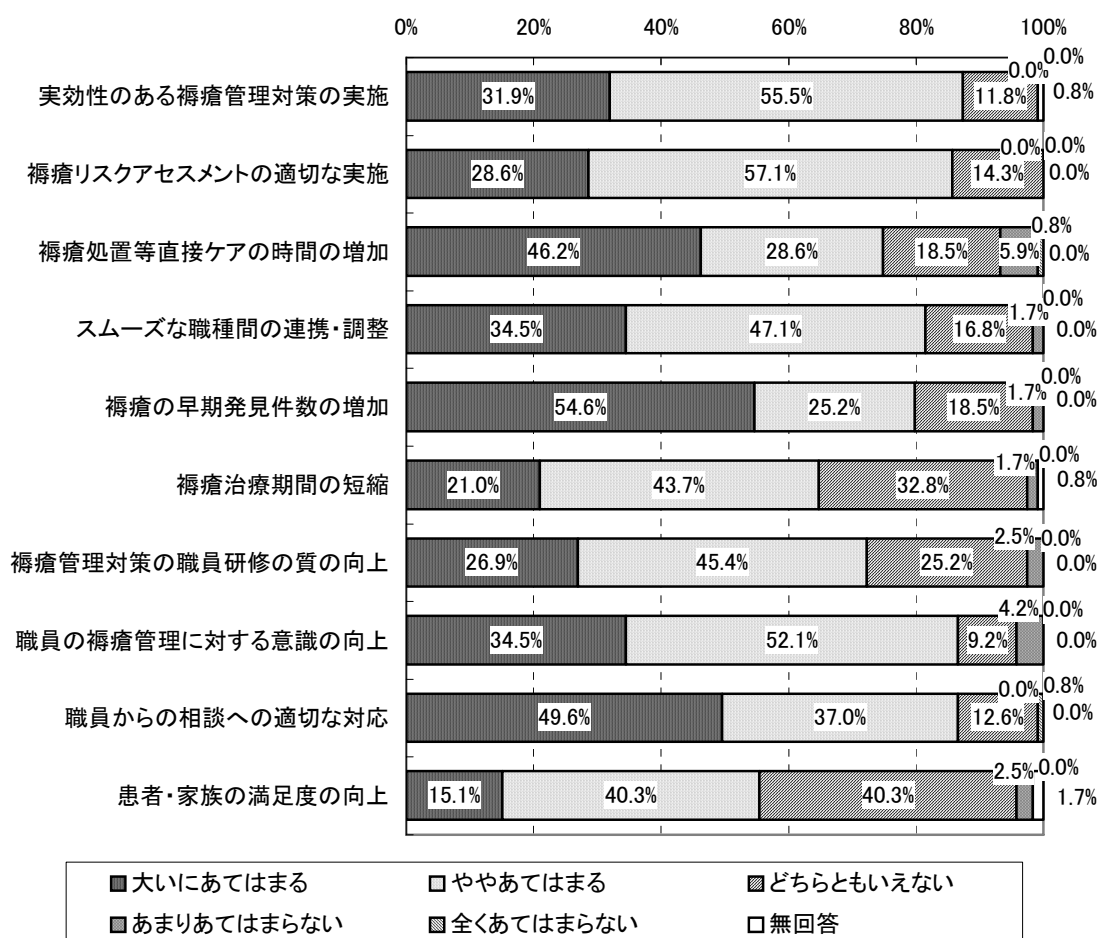
⑥ 褥瘡管理者（専従）配置の効果

専従の褥瘡管理者配置の効果についてみると、「大いにあてはまる」という回答割合が高かったのは、「褥瘡の早期発見件数の増加」（54.6%）、「職員からの相談への適切な対応」（49.6%）、「褥瘡処置等直接ケアの時間の増加」（46.2%）であった。

また、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」の回答割合の合計が8割を超えたのは、「実効性のある褥瘡管理対策の実施」（87.4%）、「職員の褥瘡管理に対する意識の向上」（86.6%）、「職員からの相談への適切な対応」（86.6%）、「褥瘡リスクアセスメントの適切な実施」（85.7%）、「スムーズな職種間の連携・調整」（81.6%）であった。

一方、「どちらともいえない」の回答割合が相対的に高かったのは、「患者・家族の満足度の向上」（40.3%）であった。

図表 37 褥瘡管理者（専従）配置の効果（n=119）



⑦ 褥瘡管理者の専従配置による効果（自由記述方式）

褥瘡管理者の専従配置による効果について、自由記述方式により回答していただいた。以下は、そのうち代表的な意見を取りまとめたものである。

1) 褥瘡予防・管理の指針やガイドラインの作成

- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出に伴い、新しく褥瘡対策基準を更新し、「褥瘡ハイリスクケア患者ケア加算運用マニュアル」を作成した。
- ・ 褥瘡の基礎知識から予防対策、治療までについて、褥瘡対策委員会のメンバーが専門的知識を活用し、褥瘡ケアマニュアルを作成した。
- ・ 褥瘡診療計画書の活用により、入院時から、褥瘡予防対策が標準看護計画として提供できるようになった。
- ・ 日本褥瘡学会出版のガイドラインを基本として、当院のガイドラインを作成し、研修会を通して、周知・徹底の努力を行ってきた。

2) 褥瘡評価方法等の統一

- ・ 褥瘡予防及び褥瘡ケアの内容検討や指導について、院内を横断的に活動できるようになり、その結果、褥瘡推定発生率を前年度より1%減少させることができた。
- ・ 全病棟に対して段階的に褥瘡ハイリスク患者ケア対策の導入を進め、褥瘡予防治療ケアに関しての記録評価用紙を作成した。毎日記録をすることで早期に褥瘡発見が可能となり、褥瘡ハイリスク患者ケア対策導入後から褥瘡発生率が上がってきている。しかしD1・D2と浅い褥瘡が多く、D3以上の褥瘡の発生は減少している。

3) 褥瘡ケアのための時間の確保、時宜を得た対応

- ・ 部署からのコンサルテーション相談にタイムリーに対応することができるようになり、患者へのケア対応も早く行うことができるようになった。患者の状態把握を十分行うことができるようになったため、重症の褥瘡発生はほとんどない。
- ・ 褥瘡予防対策に時間が費やせるようになり、褥瘡発生率が低減した。また、褥瘡の深達度が浅くなり、早期対応により、治癒期間が短くなった。
- ・ 褥瘡管理に関わる時間が確保できたため、スタッフからの依頼に対し、その時またはその日のうちに介入ができるようになった。

4) ケア用品の導入、見直し

- ・ 手術後に使用するウレタンマットを導入し、術後の褥瘡予防が確実に実施できるようになった。
- ・ ガーゼ固定時に使用しているテープについて、安全性を重視した見直しを行い、院内統一を図ることができた。
- ・ エアーマットの適正数の購入、管理方法の見直し（中央管理化）、被覆剤の見直しによ

- る、病棟、病院内の処置の統一などコストダウンにつながっている。
- ・ 褥瘡予防マットの購入がスムーズに可能となった。
- 5) その他
- ・ 従来より褥瘡対策チームは設置していたが、主に病棟活動が中心であった。専従になったことで、新たに「褥瘡専門外来」の開設や「褥瘡回診」が開始され、入院から通院後の継続的なアプローチや多職種での協力体制が整えられた。

⑧ 褥瘡管理対策を実施する上での課題等（自由記述方式）

褥瘡管理対策を実施する上での課題等について、自由記述方式により回答していただいた。以下は、そのうち代表的な意見を取りまとめたものである。

1) 褥瘡ケアや褥瘡リスクに係るアセスメント能力の向上

- ・ 褥瘡ハイリスクで集中的にケアしていても、褥瘡が発生することがある。全身状態が不良な患者が多いが、発生数を減少させる必要がある。ハイリスク患者の動きについてアセスメントし、対策を検討する必要があると考える。
- ・ スタッフにおいては（特に看護部）、褥瘡管理者がいるということで、自発的なアセスメントやケア計画・実践ができない。現場での早期のアセスメントや対処が重要である。
- ・ はじめのスクリーニングが障害老人の日常生活自立度の判断だけでは、（ハイリスクの）患者が漏れてしまうことがあり、特にターミナル患者や小児患者などは、リスクアセスメントが重要である。
- ・ 褥瘡のリスクのある患者の発見が遅れているため、褥瘡が発生してから褥瘡ハイリスク患者として届けられるケースが多い。早期にリスク患者を把握し、対策ケアを実施する必要がある。

2) 褥瘡管理対策の教育・研修の充実化と人材育成

- ・ 各病棟において、褥瘡対策について他職員や患者・家族に適切な指導を行える看護師を育成することが課題である。
- ・ 研修会、セミナー等で褥瘡のアセスメント能力は高まってきているが、人員の入れ替わりも多く、継続した教育が必要である。
- ・ 講演会、褥瘡リンクナースへの勉強会といった分散教育のみならず、院内全体の効果的な集団教育方法を検討していかなければならない。
- ・ 褥瘡管理者が WOC（創傷・オストミー・失禁）看護師のため、W 以外の部分でのスキルアップの方法を提示していく必要がある。

3) 他職種との連携体制の充実化

- ・ スタッフ間でも情報の伝達がうまくいかない。
- ・ 定期的な褥瘡カンファレンスの実施に努力を要する。
- ・ 他（多）職種が集まったのチームカンファレンスが理想的であるが、時間調整が難しい。
- ・ 緩和、NST（栄養サポートチーム）、退院支援など他のチームとの連携を今後どのように進めていくかが課題となっている。
- ・ 褥瘡対策チームに事務系やリハビリチームの参加が必要である。

4) 医師等、褥瘡管理者以外の積極的な参加と理解

- ・ 褥瘡対策に対して、医師や病院の事務部門の理解と協力が必要である。そうでなければ、備品は揃えられない。
- ・ 看護師の褥瘡予防等に対する意識は高まったが、医師の褥瘡管理に対する意識がまだ低いのが現状。勉強会を開催しても医師の参加はほとんどない。医師の意識を高めていくことが今後の課題である。
- ・ 医師側からの積極的な参加は見られにくく（対策チームの医師は十分に積極的であるが）、病院全体としての取組みの意思はまだ弱い。
- ・ 褥瘡予防、褥瘡ケアを実践するにあたり、医師の協力が得られにくい。皮膚科や形成外科医師以外の医師に対する周知が必要。
- ・ 部署により、褥瘡対策に対する意識に差が生じている。
- ・ スタッフの、褥瘡を減少させたいという意欲が欠けている。マニュアルは参考程度のものであるので、自分自身で考えてケアを行うことによって、手応えが得られるのではないかと考えている。スタッフの自主性を引き出す指導が必要である。

5) 褥瘡対策における地域連携の促進

- ・ 地域との連携をいかに広げていくかが課題である。院内の褥瘡対策が整備できても、地域の施設や在宅での対策が不十分である。
- ・ 在宅からの褥瘡患者には重症者が多く、地域連携での不備がある。
- ・ 地域連携による在宅での褥瘡対策の推進が必要である。
- ・ 地域連携へとつなげていく必要があり、医師、看護師それぞれが褥瘡に対する関心を持ち、活動していく必要がある。
- ・ 勉強会をオープン化し、地域ぐるみの褥瘡対策に取り組み始めたところではあるが、今後も定期的な勉強会の開催や症例検討会によって、情報交換できる場を設け、地域との交流を図り、地域全体の褥瘡ケアのスキルアップを図っていきたい。そして、地域での褥瘡ケアネットワークの構築を目指していこうと考えている。

6) 持込褥瘡患者への対応強化

- ・ 全褥瘡保有者の50～70%が、（自院以外で）褥瘡を既に有していた患者で、かつ感染症を併発した治癒困難な褥瘡症例が多い。
- ・ 在院日数の短縮に伴い、褥瘡を保有したまま、入退院する患者のケア継続が必要である。
- ・ 院内における褥瘡発生は減少傾向にあるが、依然として、新たに入院してきた患者の褥瘡（自院以外で褥瘡発生）は重症である場合が多く、地域への情報提供や啓蒙活動が必要である。

7) 書類管理の簡素化

- ・ リスクアセスメント用紙など紙の管理が課題である。

- ・書類の整理や数の記録に多くの時間を費やしている。
- ・情報がタイムリーに収集・入力できるよう、電子カルテの導入が必要である。
- ・電子カルテが導入されていない施設では、書類が煩雑である。
- ・オーダーリングが未導入のため、報告書のコンピュータ入力時間の手間がかかる。
- ・データ管理に要する時間が多い。電子カルテ化していないため、紙運用のメリットもあるが、手作業でのデータ管理となっている。

8) 褥瘡予防のための用具の充実化と管理の徹底

- ・高機能の褥瘡予防具は高価なため、まだまだ不足している。
- ・安楽な体位変換を目指すように指導しているが、クッションが不足している。
- ・十分なマットレスや用具が足りない。
- ・体圧分散寝具等の物品不足の把握及び適正使用が課題である。
- ・在宅では、介護利用により、高機能エアマットレスが使用されているが、同レベルのマットレスを病院で用意することはコスト的に難しい。
- ・マットの不足（定期的なメンテナンスの不足）や管理（場所、在庫状況がすぐ分かるパソコン上での管理など）が課題である。
- ・除圧用具の管理が課題である。
- ・体圧分散寝具の中央管理が課題である。
- ・老朽化した体圧分散マットレスの廃棄が課題である。

9) 褥瘡管理者の負担軽減化

- ・専従褥瘡管理者の負担が非常に大きい。
- ・病床数が多ければ、1人の管理者で全体（患者1人1人）を診ることは時間的に無理がある。
- ・専従1人では、褥瘡患者ケアの実践時間の不足、褥瘡ハイリスク患者の見落とし、スタッフに対する教育時間の不足など、管理が不十分な部分があり、人的配置（専従を増やすなど）が課題である。
- ・チームで褥瘡管理対策を実施していても、現実的には褥瘡管理者であるWOC（創傷・オストミー・失禁）看護認定看護師に任せっきりで頼りきっている施設がほとんどと考えられる。そのため、褥瘡管理者は過剰な労働を強いられている。褥瘡管理者の労働状況を調べて、褥瘡管理者に求められる役割とその内容の検討が必要である。
- ・WOC看護認定看護師でないと出来ないというのはおかしい。褥瘡学会での認定を行うべきではないか。半年勉強した看護師（WOC）だけでは、その人に負担がかかりすぎる。病院側も、診療報酬として500点とっていても、一般看護師と同じようにしか扱わない。
- ・現在、褥瘡管理者はWOC看護認定看護師だけである。従来WOC看護認定看護師として専任で活動していた者にとっては、専任から専従に変わったメリットがあまり感じられない。看護ケアに対して診療報酬が設定されたことは喜ばしいことであるが、現

場は混乱しているように感じる。日本褥瘡学会が認定制度を開始したが、褥瘡管理者の枠を広げてもらえれば、多くの病院で「より質の高い褥瘡対策」が行われるのではないか。

10) 褥瘡管理に係るコストを賄う加算の必要性

- ・ 加算だけでは褥瘡予防にかかるコストがペイしない。
- ・ 褥瘡対策会、運営経費予算の増額が必要である。
- ・ 褥瘡発生率を抑えるためには、専従が望ましいと考えるが、現状ではコスト的に無理がある。しかし、今後も 500 点加算以上が続くようであれば専従を配置できるかもしれない。
- ・ 予防対策として、動きの教育をどの程度院内教育として実施しているのかを評価してほしい。病院でも在宅でも看護、介護の臨床にいる一番の介護者は看護師である。その看護師の質が問われている。

11) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の明確化

- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の要件が曖昧である。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の定義がまだ分かりにくい部分がある。
- ・ ハイリスク項目のどれにも該当しないが、ハイリスクである患者が多数あるので、項目の見直しと、誰にでも分かりやすい表現への見直しで、共通の理解が得やすいと考える。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算のリスク項目の解釈により、項目にはあてはまらないがリスクの高い場合もあり、共通解釈ができる指標が必要である。
- ・ ハイリスク項目の解釈を、より詳細にしたものを病院で作成・運用しているが、ハイリスクであるにもかかわらず、現在の項目にあてはまりにくい状態もあるので困る。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定は管理者の判断に任されているので、特定する患者に差が出てくると思われる。
- ・ 褥瘡ハイリスクのリスク項目に、意識障害や終末期患者、リハビリ期患者など、褥瘡ハイリスクと思われる患者が対象外となっている。そのため、その患者の褥瘡予防が遅れ、院内褥瘡発生率アップの原因となっている。
- ・ 褥瘡ハイリスクのリスク項目に該当しないハイリスクの患者がいる。脳梗塞、片麻痺などの項目もつけてほしい。
- ・ ターミナル期の褥瘡予防が課題である。
- ・ 脊損など車いすで ADL 自立している方への対応が課題である。

6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下のとおりである。

- ・ 「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」を届け出ている病院の病床規模については、「500床以上」が6割、「200床以上」が9割強となった。また、許可病床数の平均は580.5床となった（図表8）。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出時期は、平成18年度診療報酬改定直後の「平成18年4月」が72.3%で最も多かった（図表17）。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定回数（平成19年6月1か月分）の1施設あたり平均は84.0（中央値は74.0）回であった。病床規模が大きいほど、当該加算の算定回数は多くなった（図表19）。
- ・ 褥瘡管理者としての届出にかかわらず、褥瘡対策のための専従者を配置した時期は、「平成18年度」が72.3%であった。「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が新設される以前に専従者を配置していた施設は26.0%であった（図表20）。
- ・ 専従の褥瘡管理者の配置人数は、「1人」という施設が95.0%、「2人」が5.0%であった（図表21）。その職種はすべて「看護師」であった（図表22）。
- ・ 専従の褥瘡管理者の臨床経験年数は「15～20年未満」が34.4%で最も多く、次いで「20～25年未満」が27.0%であった（図表23）。また、臨床経験年数の平均は17.3（中央値は17.0）年であった（図表24）。
- ・ 1施設における専従の褥瘡管理者に係る人件費（給与の12倍と賞与の和）については、「500万円以上750万円未満」が54.6%で最も多く、次いで「750万円以上1,000万円未満」が16.8%、「500万円未満」が9.2%となった（図表25）。また、褥瘡管理者1人あたりの年収の平均は642.5（中央値は649.7）万円であった（図表26）。
- ・ 褥瘡対策チームの設置時期は、「平成14年度」が74.8%で最も多かった（図表27）。
- ・ 褥瘡対策チームに参加しているメンバーの職種としては、「医師」「看護師」が参加している施設が99.2%であった。また、「管理栄養士・栄養士」が参加している施設は90.8%、「事務職員」が参加している施設は83.2%であった。「薬剤師」「理学療法士」が参加している施設の割合は、それぞれ77.3%、56.3%であった（図表28）。
- ・ 加算届出前後それぞれ1年間における、褥瘡管理のための院内研修については、開催回数（平均5.4回→7.1回へ）、延べ参加者数（203.8人→278.9人）のいずれにおいても、加算届出前後で平均値の増加がみられた（図表29、図表30）。
- ・ 褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンスの開催頻度は、加算届出前は「月3回以下」（36.1%）が最も多かったが、加算届出後は「週1回程度」（72.3%）が最も多くなり、全体的に開催頻度が高くなった（図表31）。褥瘡対策チームによるカンファレンスの開催頻度についても、同様であった（図表32）。
- ・ 加算届出前後での褥瘡管理者の1週間あたりの活動時間数については、「直接ケア（ケアの記録を含む）」だけではなく、「患者、家族に対する個別教育」、「医療従事者に対

- する個別教育」、「院内集団教育」、「コンサルテーション」、「褥瘡対策に係るカンファレンス」といったいずれにおいても、その活動時間数が増加した（図表 33）。
- 平成 19 年 6 月時点の「褥瘡リスクアセスメント実施数」は平均 324.6 人となり、加算届出月（264.3 人）よりも 22.8%増加した。これに伴い、「褥瘡ハイリスク患者特定数」「褥瘡ハイリスク患者ケア実施数」も、それぞれ、48.6 人から 89.3 人（83.7%増）、46.8 人から 86.9 人（85.7%増）へと増加した（図表 34）。
 - 「院内発生褥瘡を有する患者数」「D3 以上の褥瘡を有する患者数」「院内発生 D3 以上の褥瘡を有する患者数」については、加算届出前月、届出月、平成 19 年 6 月と時間の経過に伴い、該当患者数が減少した（図表 34）。
 - この結果、「褥瘡推定発生率」の平均は加算届出月が 1.9%、届出月が 1.8%、平成 19 年 6 月が 1.6%と徐々に減少した（図表 34）。また、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届け出ている施設における、褥瘡推定発生率が「1%未満」の施設が占める割合は、加算届出前月が 32.5%、届出月が 33.8%、平成 19 年 6 月が 40.0%と徐々に増加した（図表 35）。
 - 褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数については、「麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの」が平均 37.0 人で最も多く、次いで、「特殊体位による手術を受けたもの」が 18.1 人、「6 時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの」が 13.0 人で続いた（図表 36）。
 - 褥瘡管理者の（専従）配置の効果として「大いにあてはまる」という回答が多かった項目は、「褥瘡の早期発見件数の増加」（54.6%）、「職員からの相談への適切な対応」（49.6%）、「褥瘡処置等直接ケアの時間の増加」（46.2%）であった。また、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせた回答割合が 8 割を超えた項目は、「実効性のある褥瘡管理対策の実施」（87.4%）、「職員の褥瘡管理に対する意識の向上」（86.6%）、「職員からの相談への適切な対応」（86.6%）、「褥瘡リスクアセスメントの適切な実施」（85.7%）、「スムーズな職種間の連携・調整」（81.6%）であった（図表 37）。

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成19年度 厚生労働省保険局医療課委託事業）
褥瘡ハイリスク患者ケア加算についてのアンケート調査票

※以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

施設名	ラベル貼付 ()
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

※本調査票は、施設の管理者の方と褥瘡管理者の方とでご相談の上、ご記入ください。回答の際は、あてはまる番号を〇(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。調査時点は平成19年6月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人						
②病院の種類別 (複数回答可)	1. 特定機能病院		2. 地域医療支援病院				
	3. がん診療連携拠点病院		4. その他 (具体的に)				
③救急医療体制	1. 二次 (告示あり・告示なし)			2. 三次 (告示あり・告示なし)			
④DPC対応	1. DPC 対象病院			2. DPC 準備病院			
⑤第三者評価の認定	1. 病院機能評価→Ver. ()		2. ISO9001 認証				
	3. その他 (具体的に)						
⑥許可病床数 (医療法)	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症 病床	計	
	床	床	床	床	床	床	
⑦職員数 (常勤換算)	医師・ 歯科医師	看護師・ 保健師・ 助産師	准看護師	薬剤師	技師	事務職員 他 (看護 補助者を 含む)	計
	人	人	人	人	人	人	人
⑧病院全体の平均在院日数 (直近3か月)	() 日 ※小数点以下第1位まで						
⑨1日平均入院患者数 (平成18年1年間)	() 人 ※小数点以下切上げ						
⑩入院基本料区分							
1)一般病棟入院基本料 (特定機能病院、専門病院を含む)	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1	4. 15対1			
2)障害者施設等入院基本料	1. 10対1	2. 13対1	3. 15対1	5. 特別入院基本料			
3)療養病棟入院基本料	1. 8割未満	2. 8割以上	3. 入院E	4. 移行			
4)精神病棟入院基本料	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1	4. 15対1	5. 18対1	6. 20対1	7. 特別入院基本料
5)結核病棟入院基本料	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1	4. 15対1	5. 18対1	6. 20対1	7. 特別入院基本料

⑪褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定回数（平成 19 年 6 月分）	（ ）回
⑫褥瘡管理者（専従）に係る給与（福利厚生含む）（平成 19 年 6 月分）	（ ）万円
⑬褥瘡管理者（専従）に係る賞与（年間）	（ ）万円

2. 褥瘡管理体制の状況についてお伺いします。

①「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
②褥瘡対策の専従者を配置したのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
③現在の「褥瘡管理者（専従）」の人数(実人員)	（ ）人		
④上記③の内訳を職種別に記入してください。(実人員) ※該当職種がない場合、()に「0」と記入してください。その他の場合は、()に具体的に職種を記入してください。	看護師（ ）人 その他（ ）人 ↳（具体的に ）		
⑤現在の「褥瘡管理者（専従）」の臨床経験年数（全員分）	（ ）年 / （ ）年 / （ ）年		
⑥褥瘡管理のための院内研修は、加算届出前後1年間に何回開催されましたか。延べ参加者数（全職種）は何人でしたか。			
1) 加算届出前： 加算届出の前月からさかのぼって1年間	A. 平成（ ）年（ ）月 ～ 平成（ ）年（ ）月		
	B. 開催回数（ ）回		
	C. 延べ参加者数（ ）人		
2) 加算届出後： 加算届出月から1年間 (1年未満はその期間を記入)	A. 平成（ ）年（ ）月 ～ 平成（ ）年（ ）月		
	B. 開催回数（ ）回		
	C. 延べ参加者数（ ）人		
⑦褥瘡対策チームを設置したのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
⑧褥瘡対策チームにはどのような職種の方が参加していますか（あてはまるものすべてに○）。	1. 医師 2. 看護職員 3. 管理栄養士・栄養士 4. 薬剤師 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. 事務職員 8. その他（具体的に ）		
⑨褥瘡対策に係わる（病棟での）カンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。			
1) 加算届出前	1. 週（ ）回程度 2. 月（ ）回程度 3. その他（ ）		
2) 現在	週（ ）回程度		
⑩褥瘡対策チームによるカンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。			
1) 加算届出前	1. 週（ ）回程度 2. 月（ ）回程度 3. その他（ ）		
2) 現在	週（ ）回程度		
⑪加算の届出前月、届出月、平成 19 年 6 月の各 1 か月の実績について記入してください。 ※発生していない場合には「0（ゼロ）」、わからない場合は「-」と記入してください。			
	届出前月	届出月	平成 19 年 6 月
1) 褥瘡リスクアセスメント実施数		人	人
2) 褥瘡ハイリスク患者特定数		人	人
3) 褥瘡ハイリスク患者ケア実施数		人	人
4) 院内発生の褥瘡を有する患者数	人	人	人
5) D3以上の褥瘡を有する患者数	人	人	人
うち 院内発生	人	人	人
6) 褥瘡推定発生率 ※日本褥瘡学会の定義による	%	%	%

⑫褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数をご記入ください（複数回答可）。（平成19年6月分）	
1) ショック状態	人
2) 重度の末梢循環不全	人
3) 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	人
4) 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの	人
5) 特殊体位による手術を受けたもの	人
6) 強度の下痢が続く状態であるもの	人
7) 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの	人
8) 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの	人

⑬「褥瘡ハイリスク患者ケア加算届出前の任意の1週間の活動時間」と「直近1週間の活動時間」について、所要時間をご記入ください。※小数点以下第1位まで		
	届出前 (平成 年 月)	現在 (平成 年 月)
1) 直接ケア（ケアの記録を含む）	. 時間	. 時間
2) 患者、家族に対する個別教育	. 時間	. 時間
3) 医療従事者（看護職員、医師等）に対する個別教育	. 時間	. 時間
4) 院内集団教育	. 時間	. 時間
5) コンサルテーション	. 時間	. 時間
6) 褥瘡対策に係るカンファレンス	. 時間	. 時間
7) その他（委員会等）	. 時間	. 時間

⑭褥瘡管理者（専従）の配置の結果として、どの程度の効果がみられますか。 ※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。					
	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 実効性のある褥瘡管理対策を実施できるようになった	5	4	3	2	1
2) 褥瘡リスクアセスメントが適切に行えるようになった	5	4	3	2	1
3) 褥瘡処置等直接ケアを実施する時間が増加した	5	4	3	2	1
4) 職種間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
5) 褥瘡（兆候を含む）の早期発見件数が増加した	5	4	3	2	1
6) 褥瘡治療期間が短縮した	5	4	3	2	1
7) 褥瘡管理対策のための職員研修の質が向上した	5	4	3	2	1
8) 職員の褥瘡管理に対する意識が向上した	5	4	3	2	1
9) 職員からの相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
10) 患者・家族の満足度が高くなった	5	4	3	2	1

<p>⑮ その他、「専従」配置による具体的な効果をご記入ください。</p>	<p>※褥瘡予防・管理の指針やガイドラインの作成、褥瘡評価方法の統一、ケア用品の導入等、管理者の専従配置による実績について具体的にお書きください。</p>
<p>⑯ 褥瘡管理対策を実施する上での課題等がございましたら、ご記入ください。</p>	

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。