

(平成25年度第5回) 入院医療等の調査・評価分科会

平成25年6月26日

本日の検討項目

医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討

<目次>

- ① 褥瘡について
- ② 褥瘡発生状況等

調査項目

【平成24年度】

(1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

- ① 一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- ② 慢性期入院医療の適切な評価の見直し
- ③ 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置の実態 等

(2) 医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討

(3) 診療報酬点数表における簡素化の検討

(4) 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討

(2) 医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討

【附帯意見18】

上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。

(6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

【関係する改定内容】

- ①褥瘡患者管理加算を入院基本料へ包括化し、加算の考え方を入院基本料の要件とした。
- ②療養病棟入院基本料において、入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後も30日間は医療区分2として継続して評価可能とし、その際、自院における褥瘡発生率を患者等に説明することを要件化した。

【調査内容案】

医療機関における褥瘡の発生率等の状況調査：褥瘡の発生率、褥瘡対策の現状等の調査

調査対象：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、療養病棟入院基本料等を届出している医療機関

褥瘡対策の経緯

平成14年 入院基本料における褥瘡対策の評価

- 褥瘡対策未実施減算の新設。医療安全管理体制の整備や褥瘡対策が行われていない場合に、入院基本料等から減算する仕組みを導入した。

平成16年 褥瘡患者管理加算の新設

- 褥瘡対策について、ハイリスク患者等に対する診療計画の作成や必要な器具の整備などについて、加算評価を行った。

平成18年 褥瘡対策未実施減算の廃止

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設

- 褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算の仕組みについて、褥瘡対策の体制が整備されている現状を踏まえ、褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算の仕組みを廃止し、入院基本料の算定要件とした。
- 急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画に基づき、総合的な褥瘡対策を実施する場合の評価を行った。

平成20年 褥瘡評価実施加算の新設

- ADL得点が高く褥瘡発症のリスクが高い患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行うことについて、療養病棟・有床診療所療養病棟入院基本料における加算評価を行った。

平成24年 褥瘡患者管理加算の見直し

- 褥瘡患者管理加算について、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価を行った。

入院基本料等加算の簡素化（平成24年診療報酬改定）

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 2 0

褥瘡患者管理加算の簡素化

	(旧)入院基本料における褥瘡対策	褥瘡患者管理加算	(新)入院基本料における褥瘡対策
対象者	日常生活の自立度が低い入院患者（自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要）	褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者	日常生活の自立度が低い入院患者（自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要） + 褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者
人員要件	褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームの設置	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師	褥瘡対策に係る専任の医師及び 褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員 から構成される褥瘡対策チームの設置
様式	褥瘡に関する危険因子評価票 ○褥瘡の有無 ○日常生活自立度 ・基本的動作能力 ・栄養状態低下 など	褥瘡対策に関する診療計画書 ○危険因子評価票の内容 ○褥瘡の状態の評価 ○看護計画	褥瘡患者管理加算の様式を使用
体制		患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。	患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
その他			褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会の定期的な開催が望ましい。

入院基本料に包括

褥瘡ハイリスク患者ケア加算（平成18年診療報酬改定）

褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（1回の入院につき） 500点
- 急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者※に対し、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画に基づき、総合的な褥瘡対策を実施する場合の評価を行う。

[算定要件]

- 専従の褥瘡管理者(*)を配置していること。
- * 褥瘡管理者は、所定の研修を修了した者であって、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有すること。
- 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。
- その結果、とくに重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。
- 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施すること。
- 褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。
- 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員等が参加していること。
- 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。

※褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア ショック状態の者

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ 特殊体位による手術を受けたもの

カ 強度の下痢が続く状態あるもの

キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児，GVHD，黄疸等）であるもの

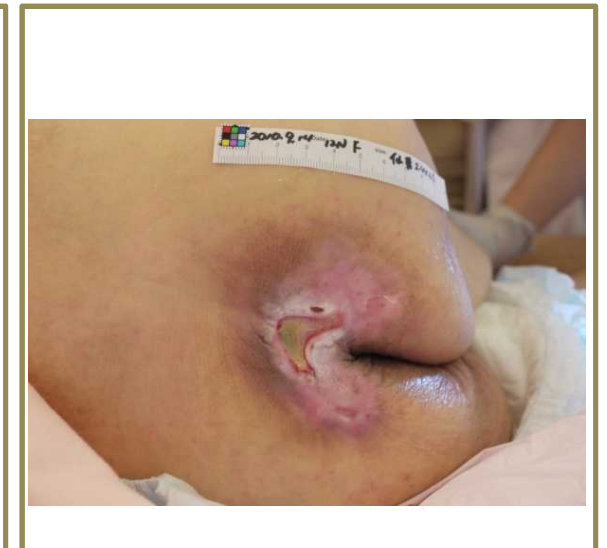
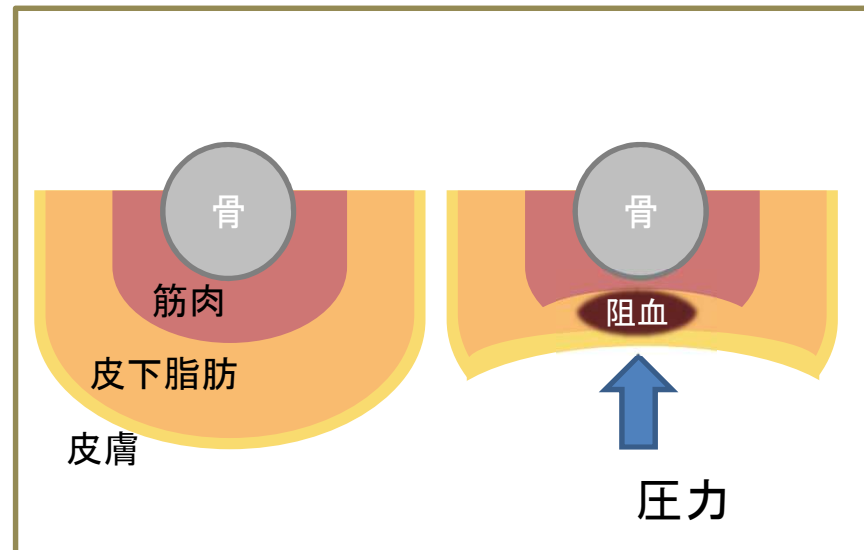
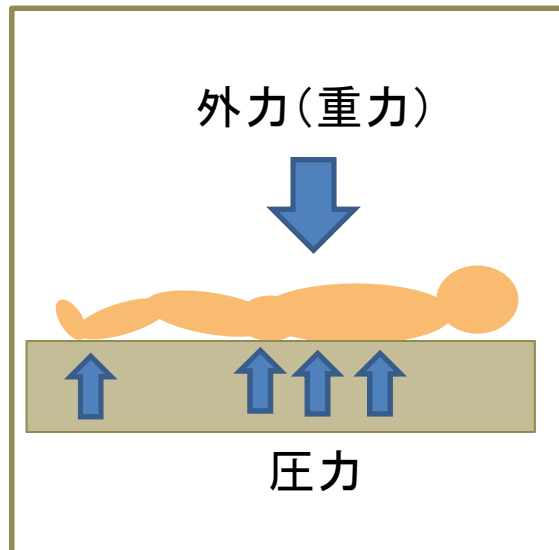
ク 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出，皮膚湿潤，浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの

① 褥瘡について

褥瘡の定義：日本褥瘡学会 2005年

- 身体に加わった外力は骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下、あるいは停止させる。この状況が一定時間持続されると組織は不可逆的な阻血性障害に陥り、褥瘡となる

身体に加わった外力 → 軟部組織の血流低下 → 阻血性障害 → 褥瘡発生



褥瘡の危険因子

○ 褥瘡対策における危険因子の評価項目

日常生活自立度		J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
危険因子の評価	・基本的動作能力(ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)	できる	できる			「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	・病的骨突出	なし		あり		
	・関節拘縮	なし		あり		
	・栄養状態低下	なし		あり		
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	なし		あり		
	・浮腫(局所以外の部位)	なし		あり		

出典: 褥瘡対策に関する診療計画書(抜粋)

○ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算における重点的な褥瘡ケアが必要な患者

※褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア ショック状態の者

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ 特殊体位による手術を受けたもの

カ 強度の下痢が続く状態あるもの

キ 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児, GVHD, 黄疸等)であるもの

ク 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出, 皮膚湿潤, 浮腫等)があって既に褥瘡を有するもの

褥瘡の評価: DESIGN-R®

Depth 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する					
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤		4	皮下組織を越える損傷
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷
				U	深さ判定が不能の場合
Exudate 滲出液					
e	0	なし	E	6	多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない			
	3	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する			
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)]					
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上
	3	4未満			
	6	4以上 16未満			
	8	16以上 36未満			
	9	36以上 64未満			
12	64以上 100未満				
Inflammation/Infection 炎症/感染					
i	0	局所の炎症徴候なし	I	3	局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)
	1	局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		9	全身的影響あり(発熱など)
Granulation 肉芽組織					
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	4	良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が、創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する					
n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり
				6	硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)[長径(cm)×短径(cm)]から潰瘍の大きさを差し引いたもの					
p	0	ポケットなし	P	6	4未満
				9	4以上16未満
				12	16以上36未満
				24	36以上
部位 [仙骨部、坐骨部、大転子部、踵骨部、その他 ()]					合計



深さ分類

浅い褥瘡



深い褥瘡



② 褥瘡発生の状況等

褥瘡有病率・褥瘡推定発生率の算出式

褥瘡有病率(%) =

$$\frac{\text{調査日に褥瘡を保有する患者数}}{\text{調査日の施設入院患者数}} \times 100$$

褥瘡推定発生率(%)
(以下「院内褥瘡発生率」とする) =

$$\frac{\text{調査日に褥瘡を保有する患者数} - \text{入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数}}{\text{調査日の施設入院患者数}} \times 100$$

注1: 調査日の施設総入院患者数

調査日の入院または入院予定患者は含めない、調査日の退院または退院予定患者は含める

注2: 1人の患者が褥瘡を複数部位有していても患者数は1として数える

注3: 入院時既に褥瘡を保有していた患者であっても、新たに入院中に褥瘡が発生した場合は、院内褥瘡発生者として取り扱い、褥瘡推定発生率を算出する。

出典: 日本褥瘡学会

入院時褥瘡保有率(%) =

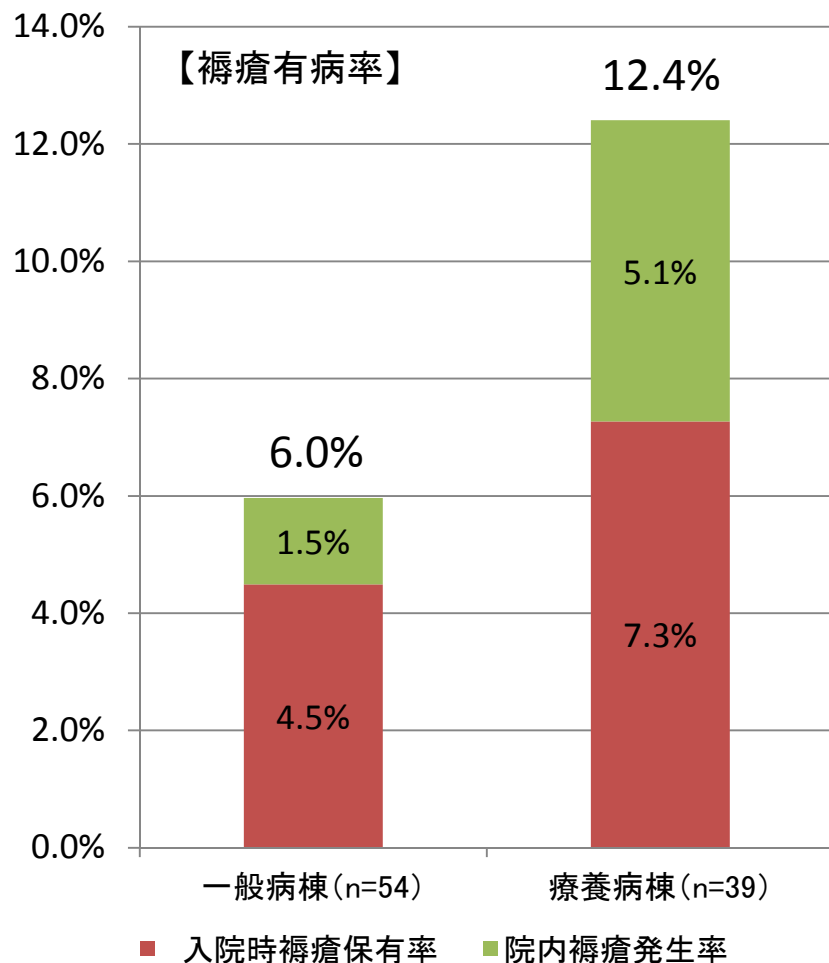
$$\frac{\text{調査日に褥瘡を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡を保有する患者数}}{\text{調査日の施設入院患者数}} \times 100$$

※ 入院時に既に褥瘡を保有していた患者割合については、上記式で算出することとし、「入院時褥瘡保有率」とする。

※ 以後、在宅における褥瘡有病率、褥瘡推定発生率については、上記の計算方法を用いるが、「調査日」ではなく、「過去1ヶ月」で計算することとしている。

医療機関における褥瘡を有する患者の状況

- 褥瘡有病率は一般病棟が6.0%療養病棟が12.4%であった。
- 院内褥瘡率は、一般病棟が1.5%、療養病棟が5.1%であった。



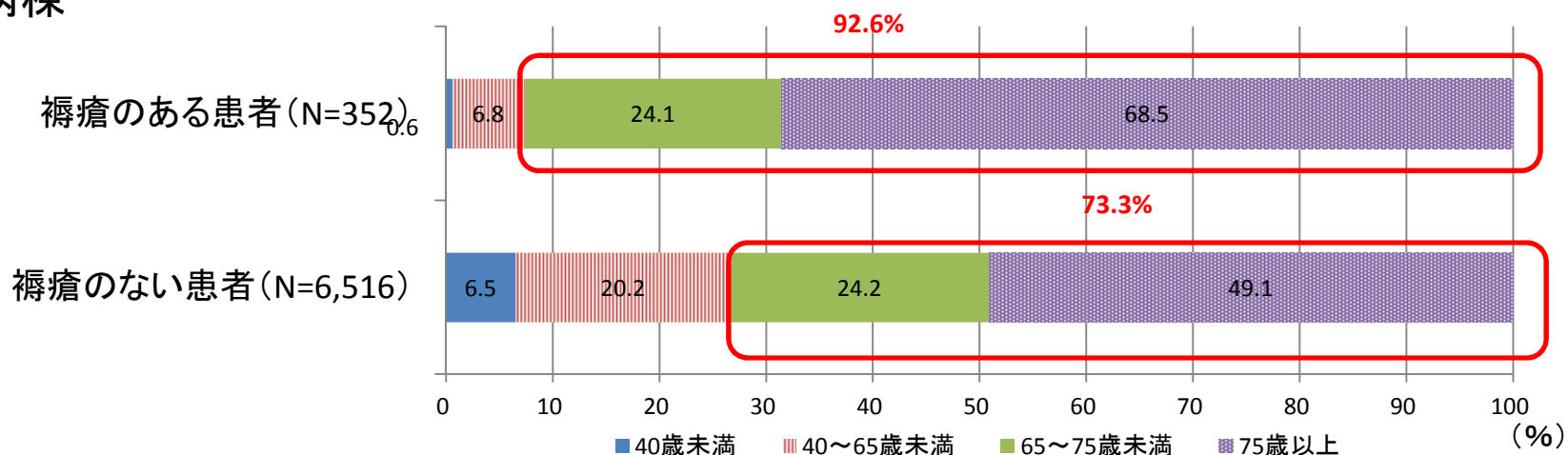
		一般病棟 (n=54)	療養病棟 (n=39)
入院患者数(①)	人	4,408	2,064
褥瘡を有する入院患者数(②)	人	263	256
褥瘡有病率(②/①)	%	6.0%	12.4%
入院時に既に褥瘡を保有していた入院患者数(③)	人	198	150
入院時褥瘡保有率(③/①)	%	4.5%	7.3%
院内で発生した褥瘡を保有している入院患者数(④=②-③)	人	65	106
院内褥瘡発生率(④/①)	%	1.5%	5.1%

出典：平成24年度入院医療等調査

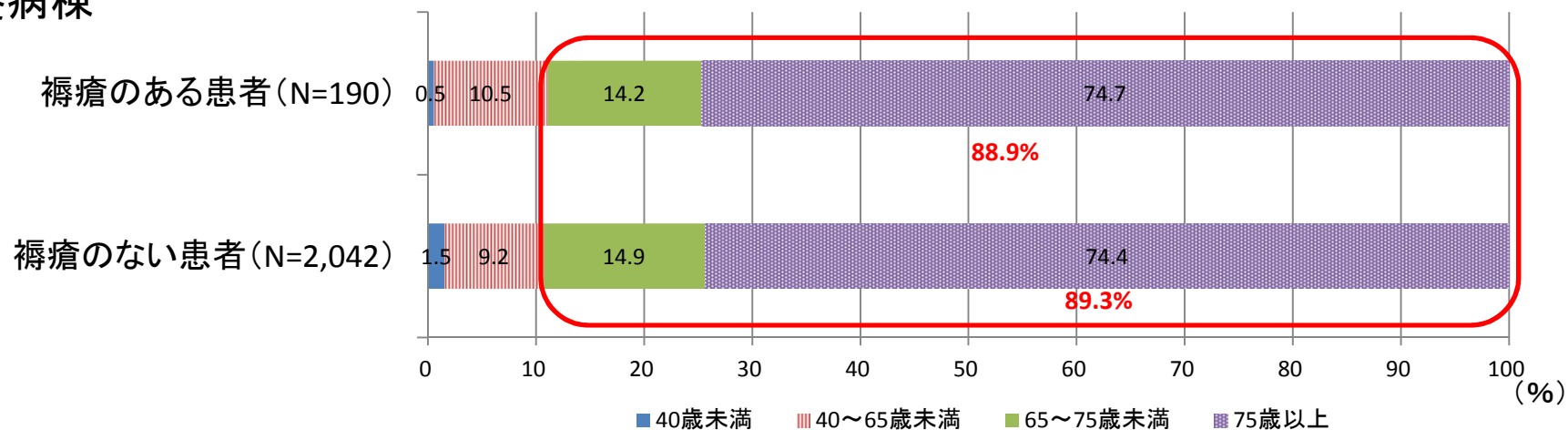
褥瘡患者の特徴①(年齢)

- 一般病棟では、褥瘡のある患者のうち高齢者の割合が92.6%、褥瘡のない患者の高齢者の割合は73.3%であった。
- 療養病棟では、褥瘡の有無による高齢者の割合にほとんど差はなかった。

■一般病棟



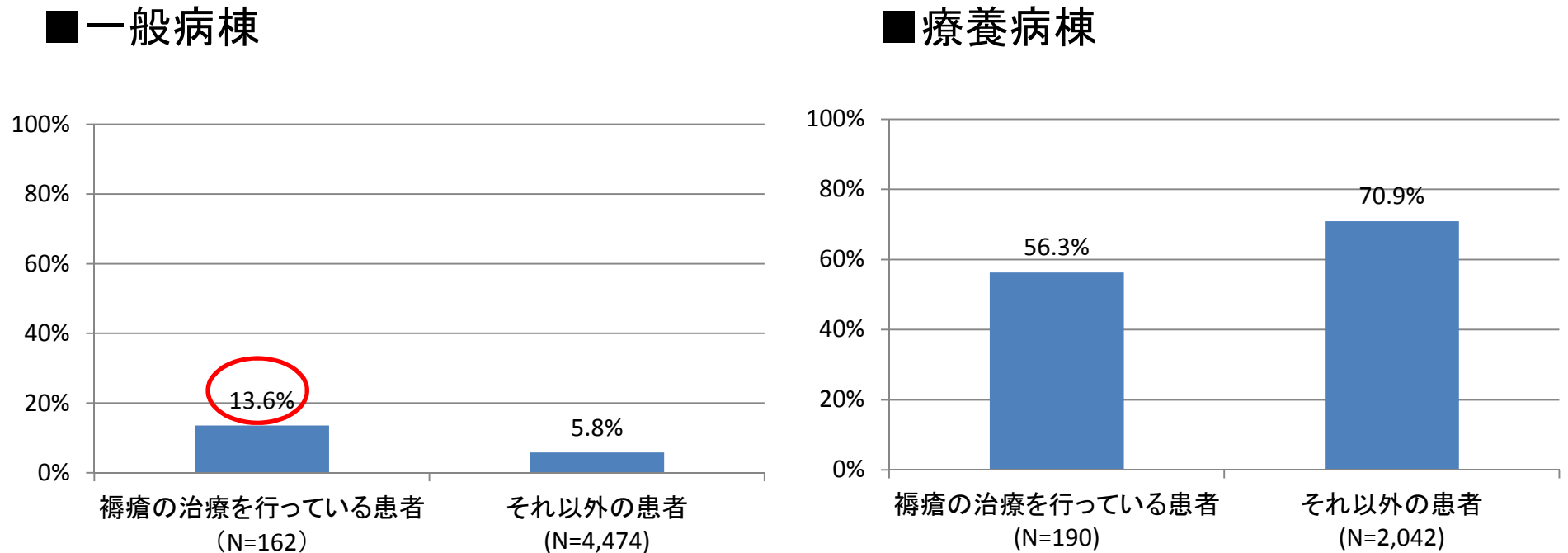
■療養病棟



褥瘡患者の特徴②(入院期間)

○ 一般病棟では、褥瘡の治療を行っている患者は、それ以外の患者に比べて、入院期間が90日を超える患者の割合が高い。

<入院期間が90日を超える患者の割合>

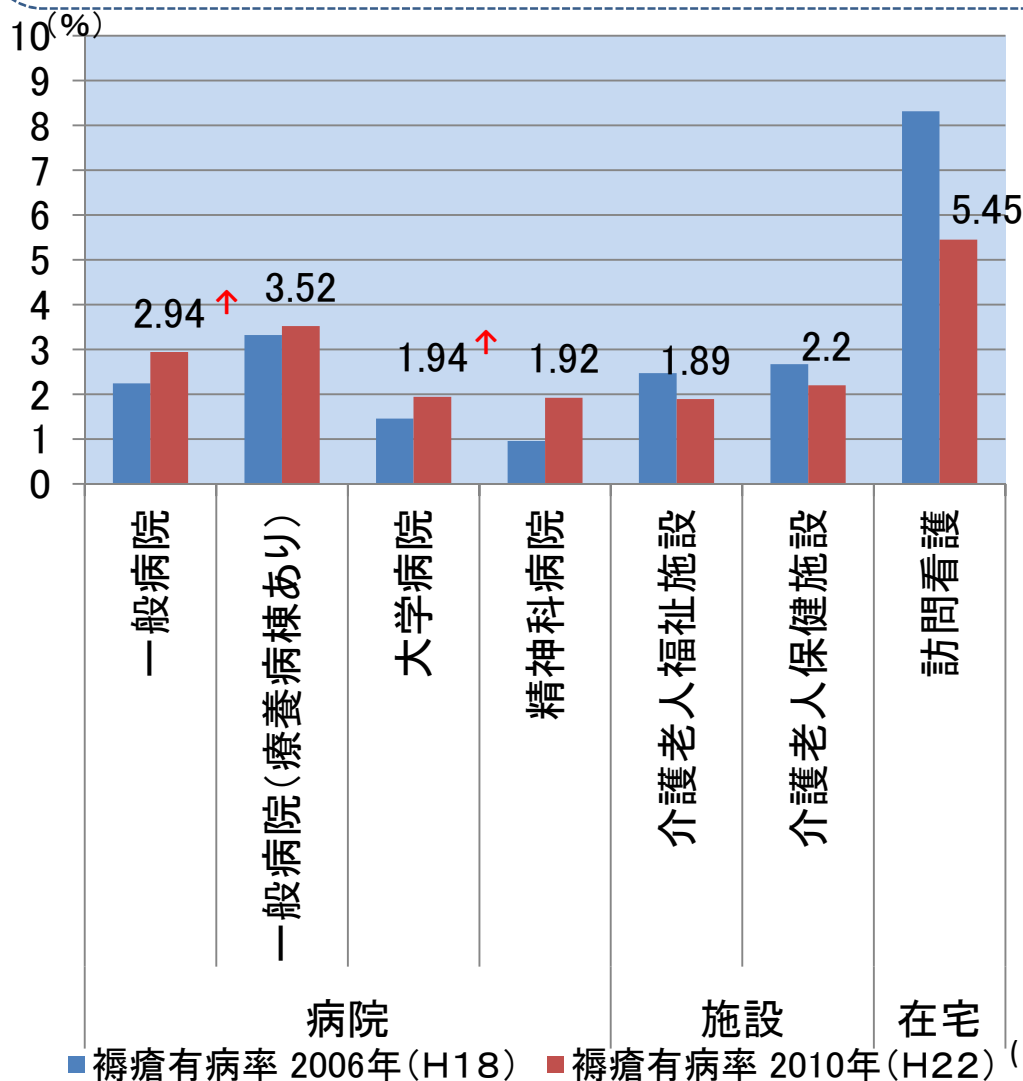


[参考]

褥瘡有病率の推移

(日本褥瘡学会調査)

褥瘡有病率は、
 ○病院で増加。特に一般病院、大学病院で増加している(有意差あり)。
 ○施設、在宅では減少。特に在宅(訪問看護)で減少している(有意差あり)。



施設	種類	有病率	
		2006年	2010年
病院	一般病院	2.24 (2.04-2.44)	2.94 (2.81-3.06)
	一般病院(療養病棟あり)	3.32 (2.65-4.00)	3.52 (3.16-3.89)
	大学病院	1.46 (1.23-1.69)	1.94 (1.80-2.07)
	精神科病院	0.96 (0.64-1.28)	1.92 (1.16-2.68)
施設	介護老人福祉施設	2.47 (2.09-2.84)	1.89 (1.46-2.39)
	介護老人保健施設	2.67 (2.37-2.96)	2.20 (1.59-2.80)
在宅	訪問看護	8.32 (6.38-10.25)	5.45 (4.73-6.17)

内は95%信頼区間、赤字は有意に増加、青字は有意に減少

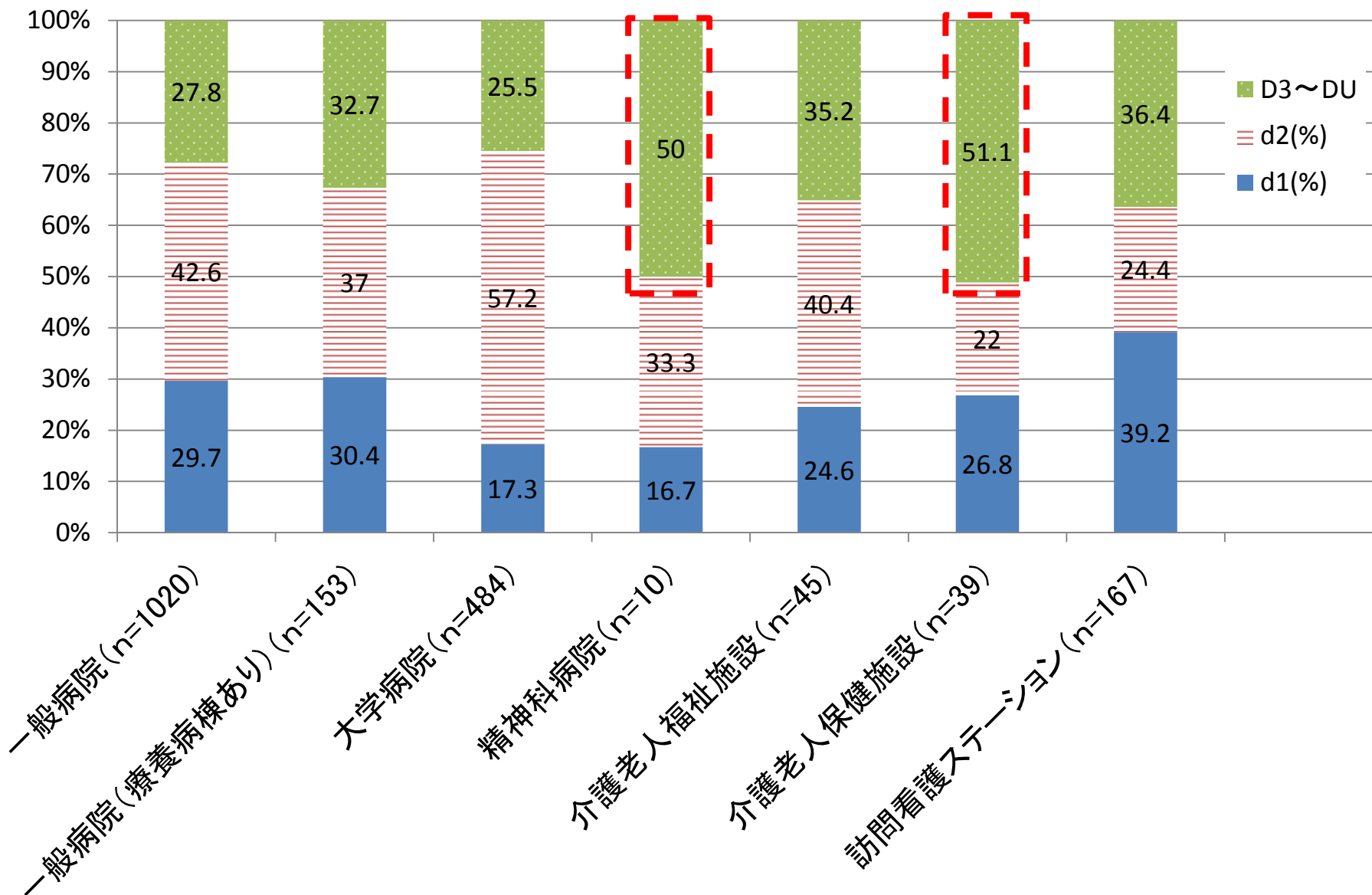
[参考]

重症度別 発生率

褥瘡の深さ(院内で褥瘡が発生した場合)

(日本褥瘡学会調査)

○D3以上の深い褥瘡の発生割合が50%を超えるのは、精神病院、介護老人保健施設である。



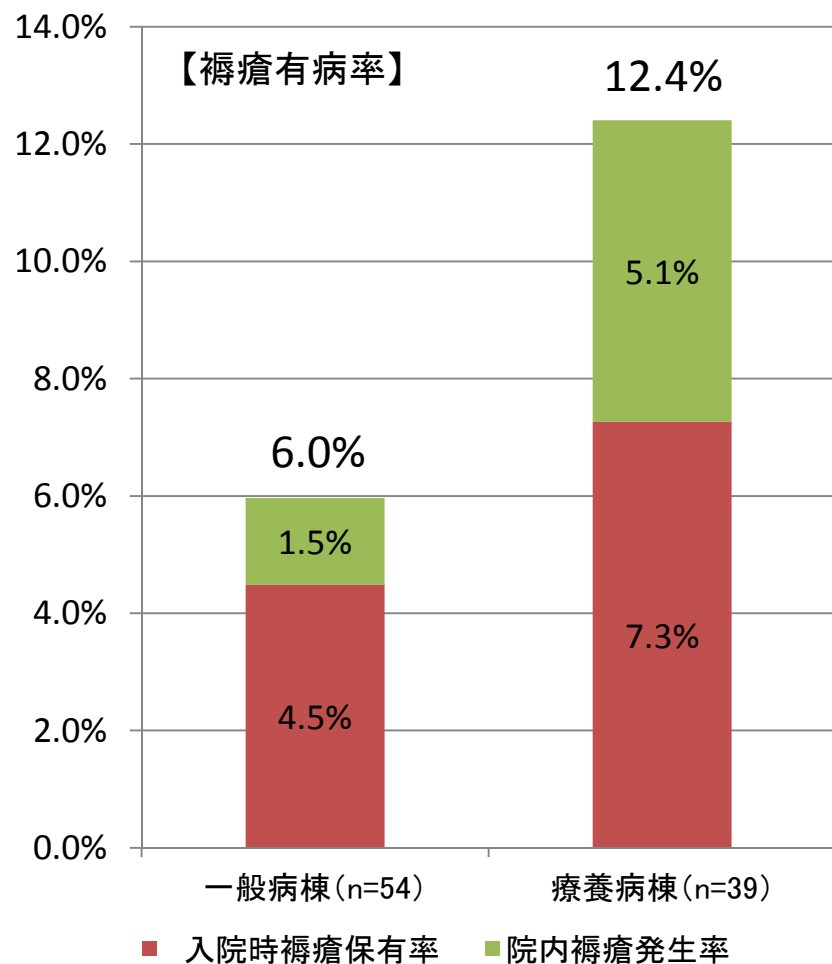
② 褥瘡発生の状況等

②-1 院内で発生した褥瘡について

医療機関における褥瘡を有する患者の状況

再掲

- 褥瘡有病率は一般病棟が6.0%、療養病棟が12.4%であった。
- 院内褥瘡率は、一般病棟が1.5%、療養病棟が5.1%であった。

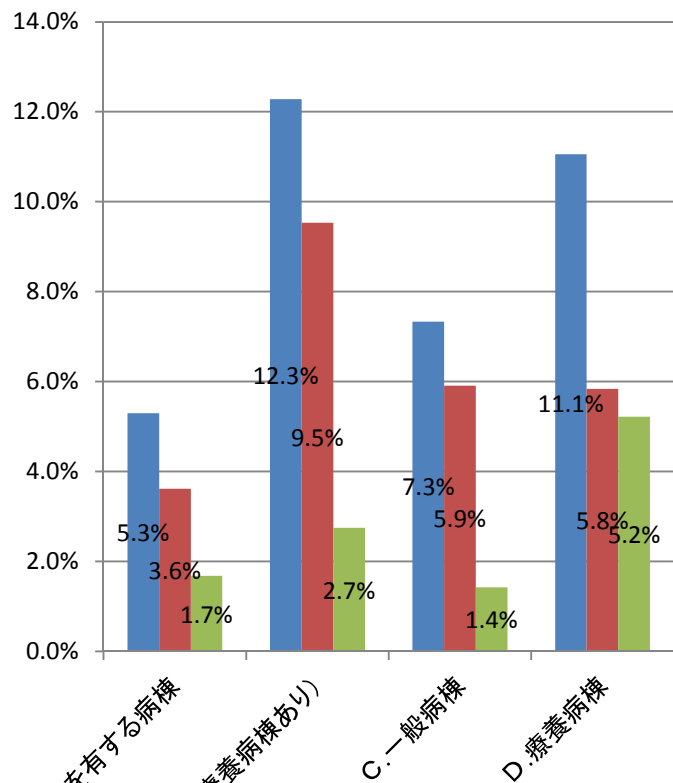


		一般病棟 (n=54)	療養病棟 (n=39)
入院患者数(①)	人	4,408	2,064
褥瘡を有する入院患者数(②)	人	263	256
褥瘡有病率(②/①)	%	6.0%	12.4%
入院時に既に褥瘡を保有していた入院患者数(③)	人	198	150
入院時褥瘡保有率(③/①)	%	4.5%	7.3%
院内で発生した褥瘡を保有している入院患者数(④=②-③)	人	65	106
院内褥瘡発生率(④/①)	%	1.5%	5.1%

出典：平成24年度入院医療等調査

医療機関における褥瘡を有する患者の状況

○ 褥瘡有病率はケアミックスで多く、院内褥瘡発生率は療養病棟が多い。



■ 褥瘡有病率 ■ 入院時褥瘡保有率 ■ 院内褥瘡発生率

出典:平成24年度入院医療等調査

		施設数	患者数計	割合
A 特定集中治療室管理料1・2を有する病棟	(1) 入院患者数①	20	2736	
	(2) (1)のうち 褥瘡を有する入院患者数②	20	145	5.3% (②/①)
	(3) (2)のうち 入院時にすでに褥瘡を有していた入院患者数③	20	99	3.6% (③/①)
	(4) 院内褥瘡発生数④(②-③)		46	1.7% (④/①)
B 一般病棟 (療養病棟あり)	(1) 入院患者数①	13	619	
	(2) (1)のうち 褥瘡を有する入院患者数②	13	76	12.3% (②/①)
	(3) (2)のうち 入院時にすでに褥瘡を有していた入院患者数③	13	59	9.5% (③/①)
	(4) 院内褥瘡発生数④(②-③)		17	2.7% (④/①)
C 一般病棟	(1) 入院患者数①	35	2318	
	(2) (1)のうち 褥瘡を有する入院患者数②	35	170	7.3% (②/①)
	(3) (2)のうち 入院時にすでに褥瘡を有していた入院患者数③	35	137	5.9% (③/①)
	(4) 院内褥瘡発生数④(②-③)		33	1.4% (④/①)
D 療養病棟	(1) 入院患者数①	34	2107	
	(2) (1)のうち 褥瘡を有する入院患者数②	34	233	11.1% (②/①)
	(3) (2)のうち 入院時にすでに褥瘡を有していた入院患者数③	34	123	5.8% (③/①)
	(4) 院内褥瘡発生数④(②-③)		110	5.2% (④/①)

[参考]

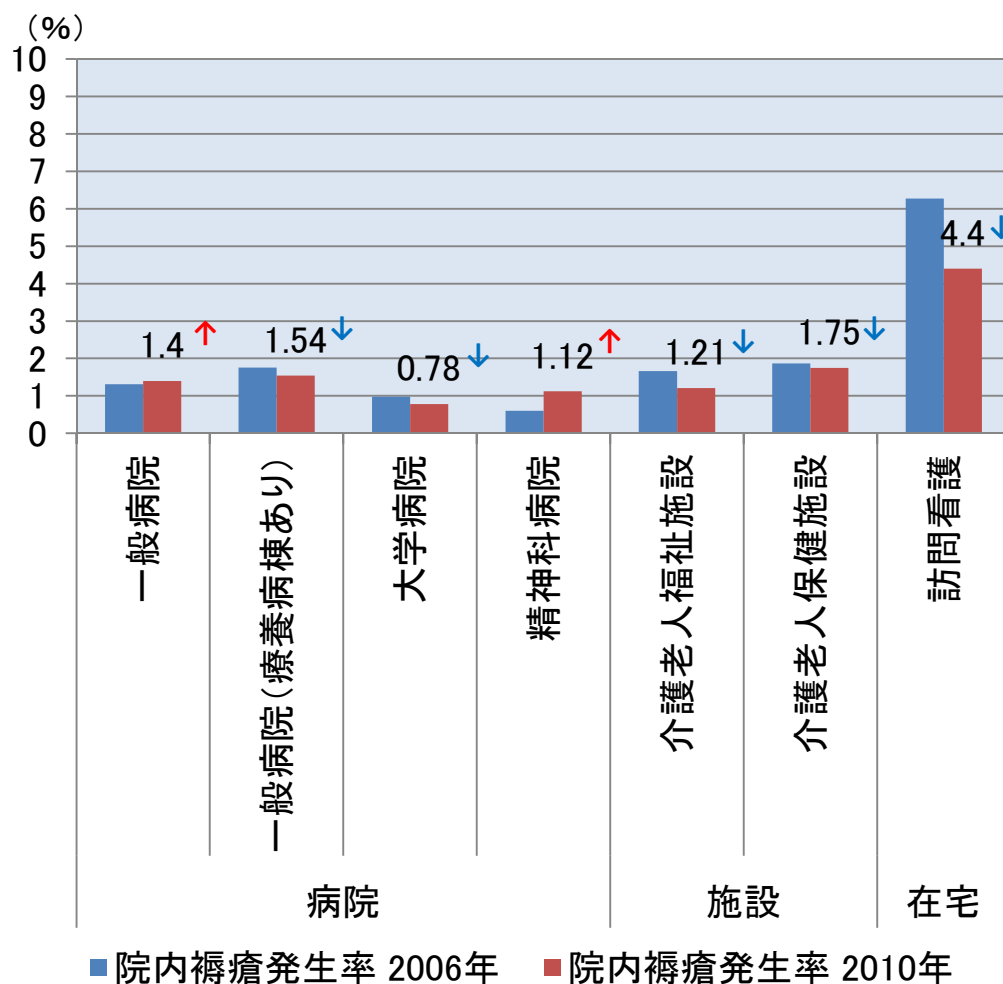
院内褥瘡発生率の推移

(日本褥瘡学会調査)

院内褥瘡発生率は、

○一般病院と精神科病院で増加。

○療養病棟あり、大学病院、施設、在宅施設、在宅で減少。



施設	種類	発生率	
		2006年	2010年
病院	一般病院	1.31 (1.16-1.46)	1.40 (1.32-1.49)
	一般病院(療養病棟あり)	1.76 (1.38-2.13)	1.54 (1.30-1.79)
	大学病院	0.98 (0.81-1.16)	0.78 (0.69-0.86)
	精神科病院	0.60 (0.38-0.82)	1.12 (0.54-1.70)
施設	介護老人福祉施設	1.66 (1.36-1.96)	1.21 (0.86-1.57)
	介護老人保健施設	1.87 (1.60-2.13)	1.75 (1.20-2.30)
在宅	訪問看護	6.27 (4.80-7.75)	4.40 (3.75-5.05)

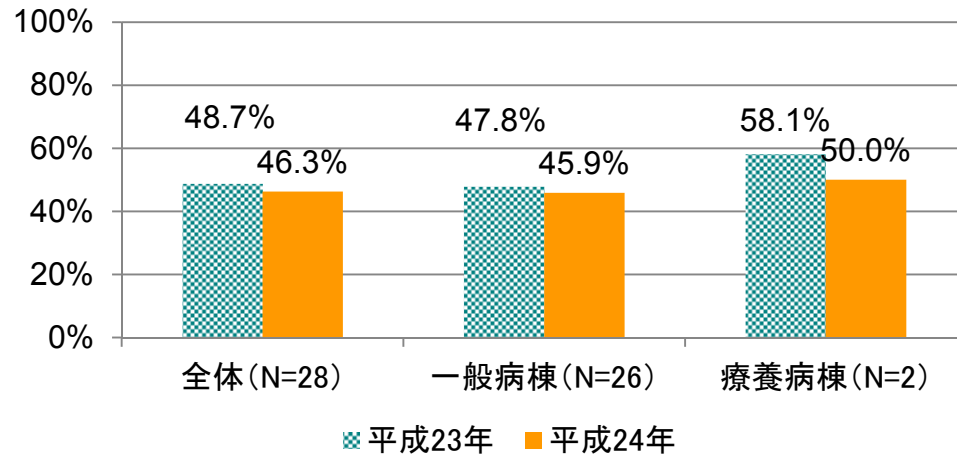
院内発生褥瘡患者の施設の特徴①

(褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出別)

一般病棟、療養病棟ともに、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出をしている施設では、平成23年と比較し、平成24年の院内発生率が減少しており、届出のない施設では院内発生率が増加している。

<褥瘡患者に占める院内発生割合>

褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届け出ている

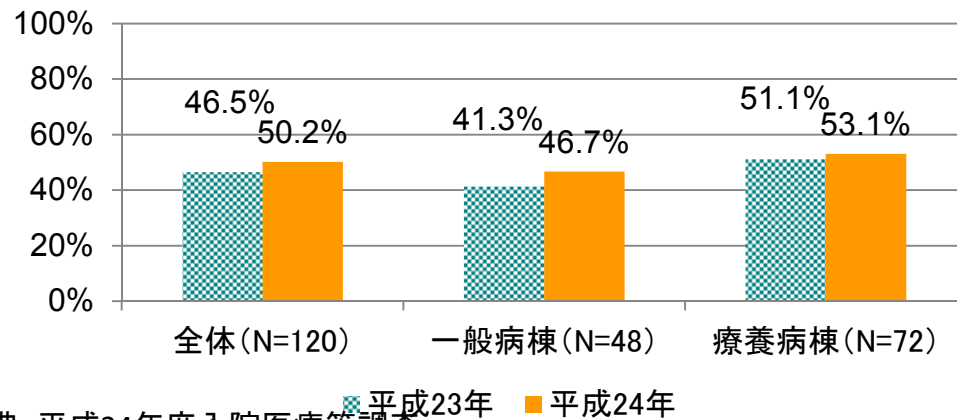


	全体(施設数28)			一般(施設数26)			療養(施設数2)		
	A*	B**	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B
H23	244	501	48.7%	219	458	47.8%	25	43	58.1%
H24	210	454	46.3%	191	416	45.9%	19	38	50.0%

*院内発生褥瘡保有者(A)

**褥瘡保有者(B)

褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届け出していない



	全体(施設数120)			一般(施設数48)			療養(施設数72)		
	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B
H23	619	1331	46.5%	257	622	41.3%	362	709	51.1%
H24	609	1213	50.2%	254	544	46.7%	355	669	53.1%

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出の有無による褥瘡発生の状況について

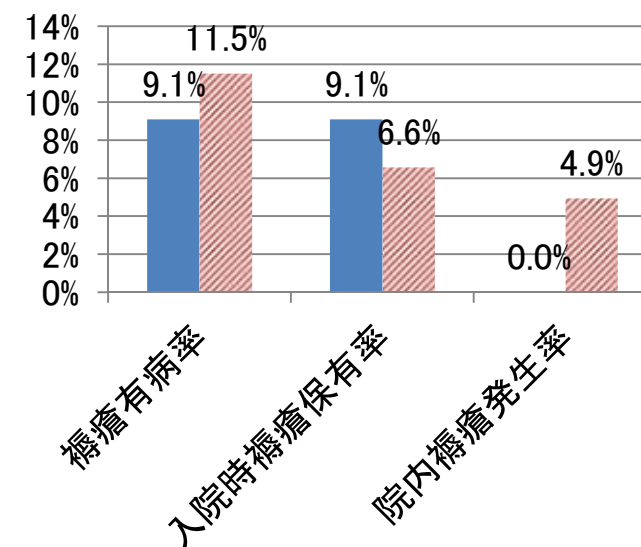
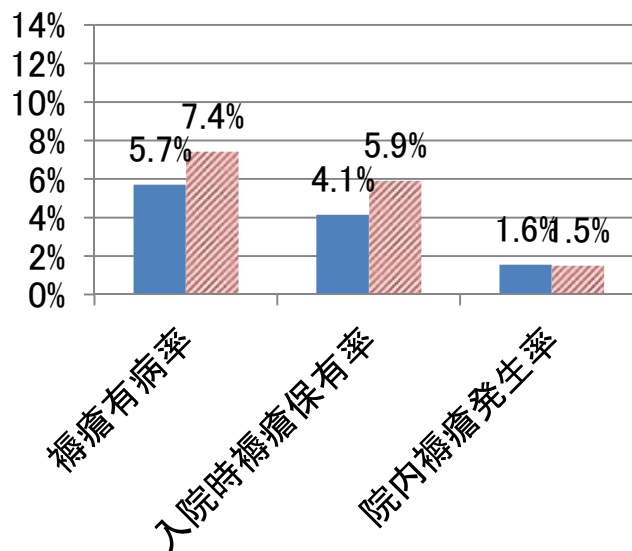
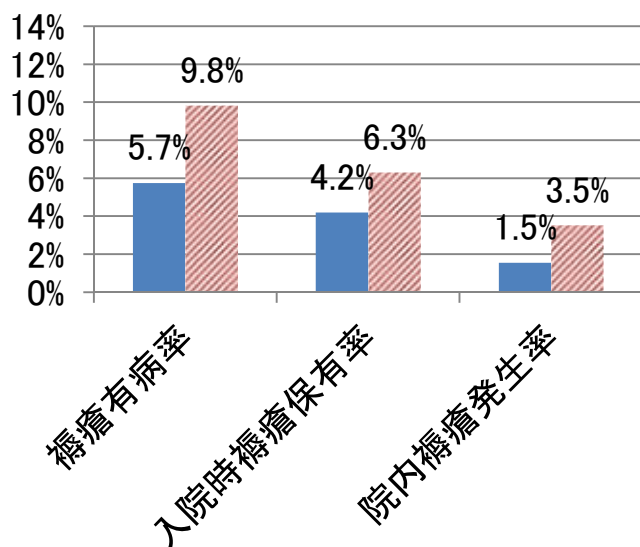
○ 医療機関全体でみると、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届出している医療機関は、届出していない医療機関に比べると褥瘡有病率、入院時褥瘡保有率、院内褥瘡発生率が低くなっている。

全体

一般病棟

療養病棟

■ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届出している
 ■ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届出していない



	全体					一般病棟					療養病棟				
	施設数	入院患者数	褥瘡を有する入院患者数	入院時にすでに褥瘡を有していた入院患者数	新たに入院中に褥瘡が発生した患者数	施設数	入院患者数	褥瘡を有する入院患者数	入院時にすでに褥瘡を有していた入院患者数	新たに入院中に褥瘡が発生した患者数	施設数	入院患者数	褥瘡を有する入院患者数	入院時にすでに褥瘡を有していた入院患者数	新たに入院中に褥瘡が発生した患者数
全体	102	7,780	624	418	206	57	5,192	327	247	80	45	2,588	297	171	126
褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届出している	24	3,432	197	144	53	23	3,399	194	141	53	1	33	3	3	0
褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届出していない	78	4,348	427	274	153	34	1,793	133	106	27	44	2,555	294	168	126

褥瘡ハイリスク患者ケア加算（平成18年診療報酬改定）

褥瘡ハイリスク患者ケア加算

再掲

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（1回の入院につき） 500点
- 急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者※に対し、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画に基づき、総合的な褥瘡対策を実施する場合の評価を行う。

[算定要件]

- 専従の褥瘡管理者(*)を配置していること。
- * 褥瘡管理者は、所定の研修を修了した者であって、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有すること。
- 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。
- その結果、とくに重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。
- 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施すること。
- 褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。
- 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員等が参加していること。
- 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。

※褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア ショック状態の者

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

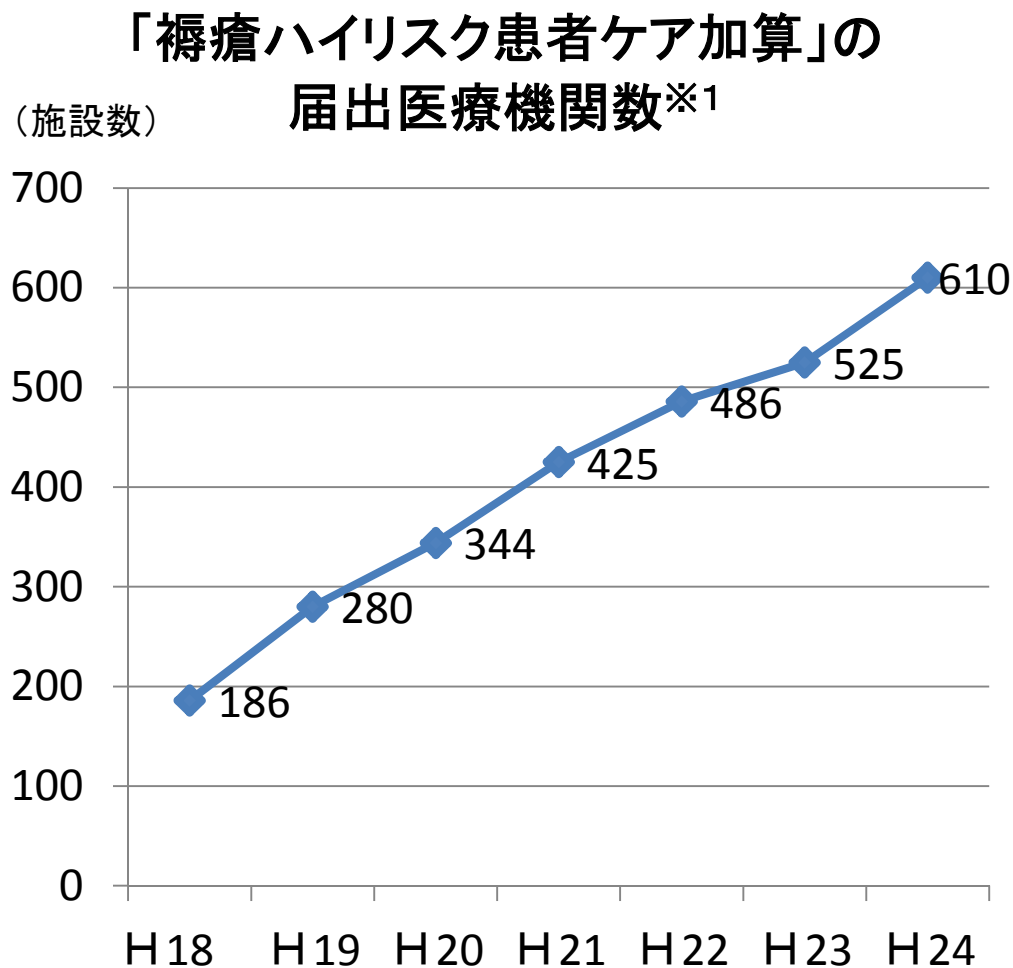
オ 特殊体位による手術を受けたもの

カ 強度の下痢が続く状態あるもの

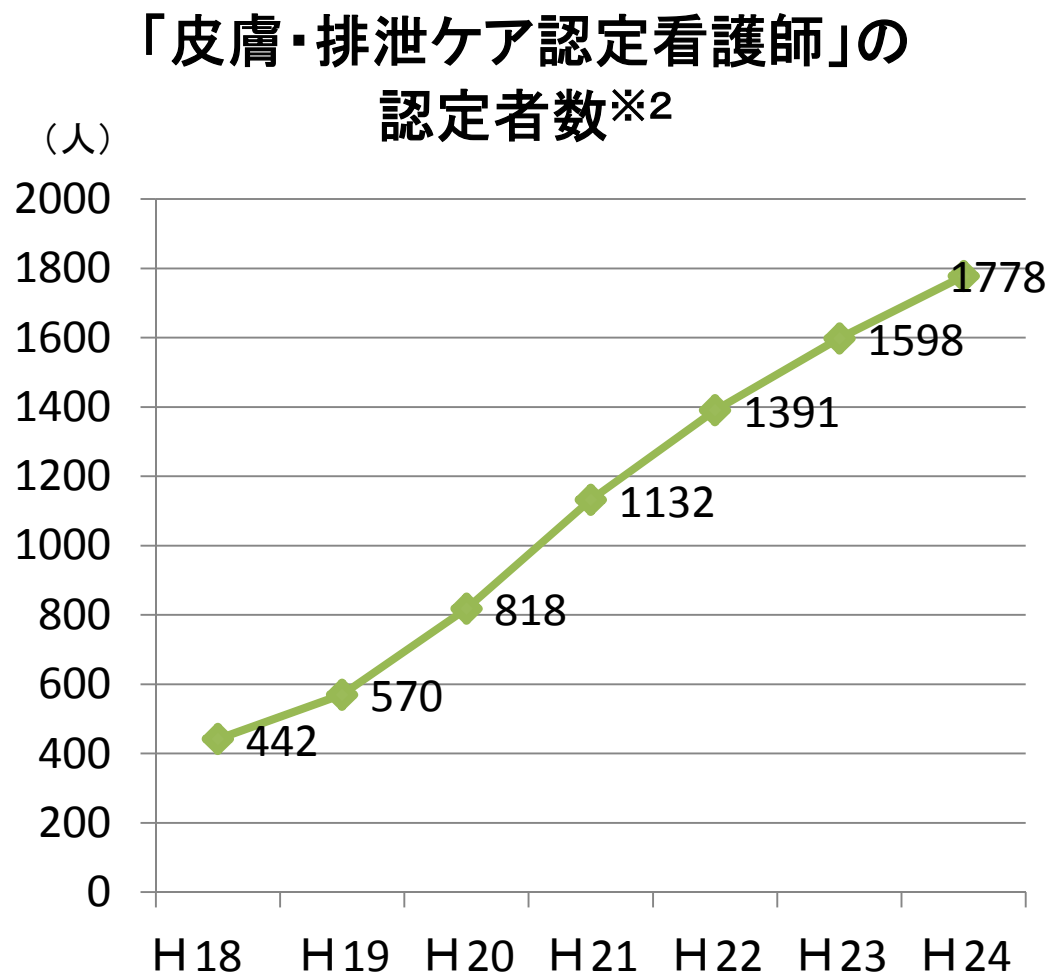
キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児，GVHD，黄疸等）であるもの

ク 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出，皮膚湿潤，浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの

「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の届出医療機関数と 「皮膚・排泄ケアの認定看護師」の認定者数の推移



※1 医療課調べ



※2 日本看護協会

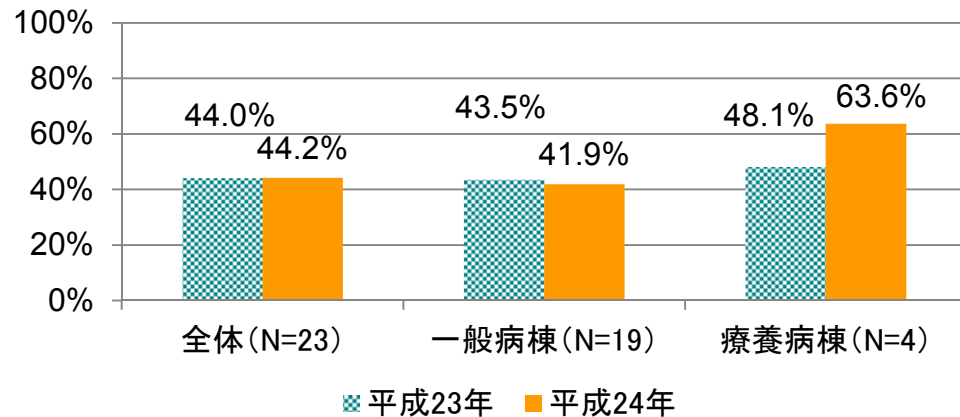
院内発生褥瘡患者の施設の特徴②

(褥瘡対策チームのカンファレンス開催頻度)

褥瘡対策チームのカンファレンス開催頻度が月4回未満の病棟では、院内発生率が増加している。

<褥瘡患者に占める院内発生割合>

褥瘡対策チームのカンファレンス開催頻度：月4回以上

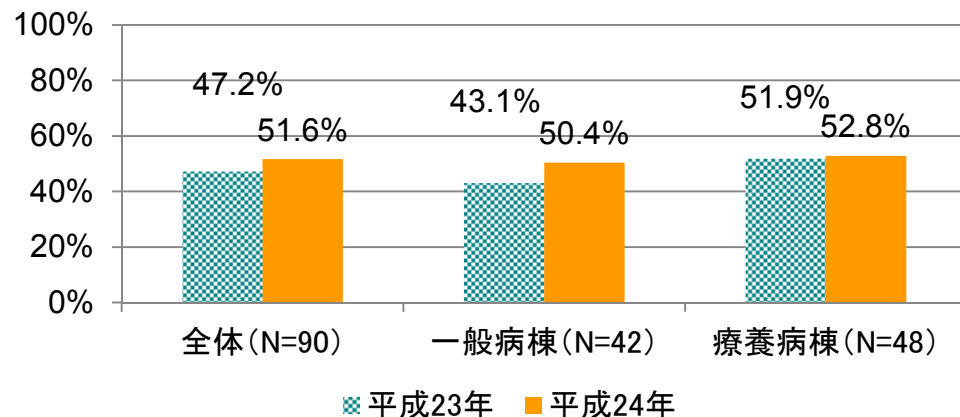


	全体(施設数23)			一般(施設数19)			療養(施設数4)		
	A*	B**	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B
H23	198	450	44.0%	173	398	43.5%	25	52	48.1%
H24	183	414	44.2%	155	370	41.9%	28	44	63.6%

*院内発生褥瘡保有者(A)

**褥瘡保有者(B)

褥瘡対策チームのカンファレンス開催頻度：月4回未満



	全体(施設数90)			一般(施設数42)			療養(施設数48)		
	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B
H23	496	1050	47.2%	242	561	43.1%	254	489	51.9%
H24	493	955	51.6%	239	474	50.4%	254	481	52.8%

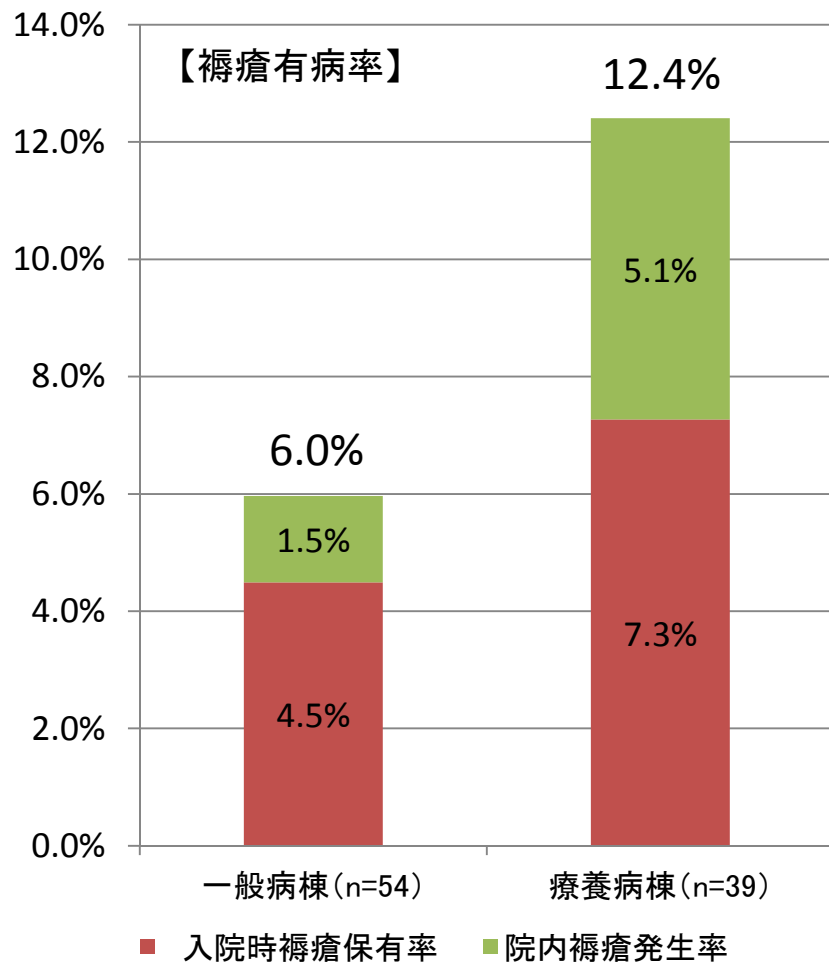
② 褥瘡発生の状況等

②-2 入院時に既に保有している褥瘡について

医療機関における褥瘡を有する患者の状況

再掲

- 褥瘡有病率は一般病棟が6.0%、療養病棟が12.4%であった。
- 院内褥瘡率は、一般病棟が1.5%、療養病棟が5.1%であった。



		一般病棟 (n=54)	療養病棟 (n=39)
入院患者数(①)	人	4,408	2,064
褥瘡を有する入院患者数(②)	人	263	256
褥瘡有病率(②/①)	%	6.0%	12.4%
入院時に既に褥瘡を保有していた入院患者数(③)	人	198	150
入院時褥瘡保有率(③/①)	%	4.5%	7.3%
院内で発生した褥瘡を保有している入院患者数(④=②-③)	人	65	106
院内褥瘡発生率(④/①)	%	1.5%	5.1%

出典：平成24年度入院医療等調査

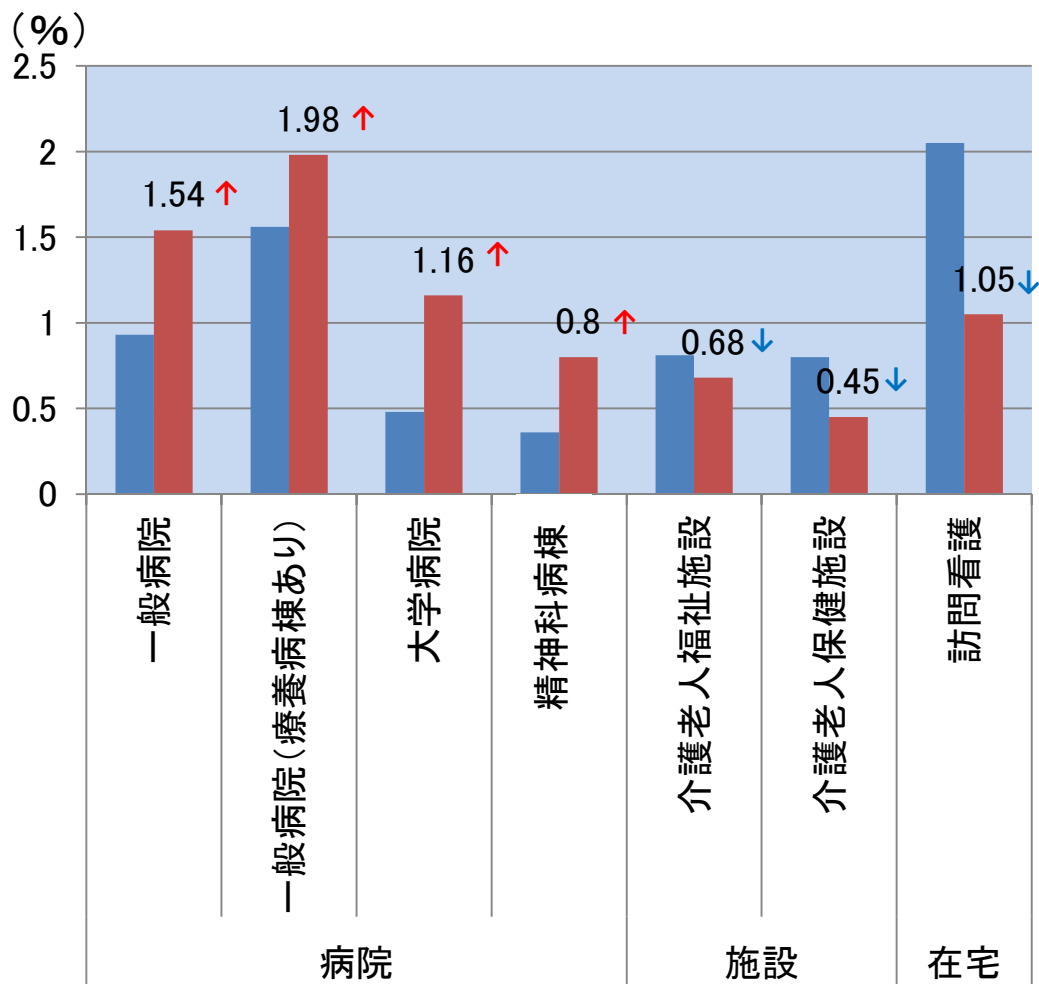
[参考]

入院時褥瘡保有率の推移

(日本褥瘡学会調査)

入院時褥瘡保有率は、

- 一般病院、療養病棟あり、大学病院、精神科病院で増加。
- 在宅訪問看護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設では、減少。



施設	種類	入院時褥瘡保有率	
		2006年	2010年
病院	一般病院	0.93	1.54
	一般病院(療養病棟あり)	1.56	1.98
	大学病院	0.48	1.16
	精神科病院	0.36	0.8
施設	介護老人福祉施設	0.81	0.68
	介護老人保健施設	0.8	0.45
在宅	訪問看護	2.05	1.05

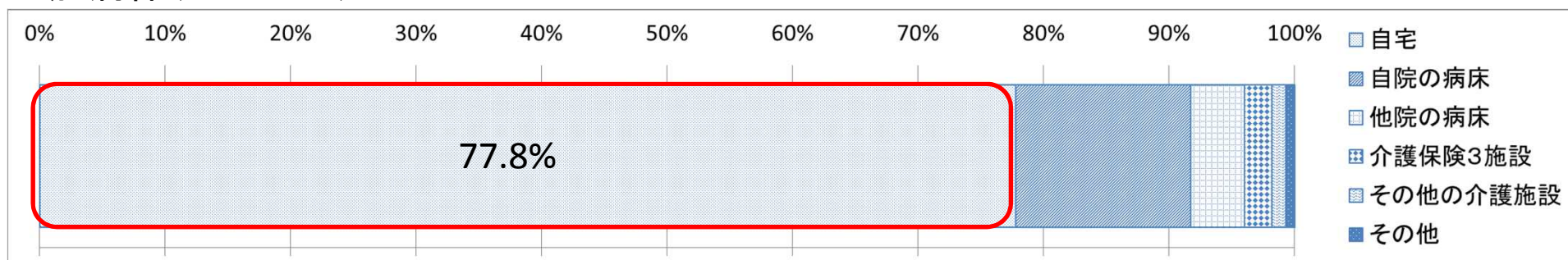
■ 入院時褥瘡保有率 2006年 ■ 入院時褥瘡保有率 2010年

入院時すでに褥瘡を保有していた患者の状況①

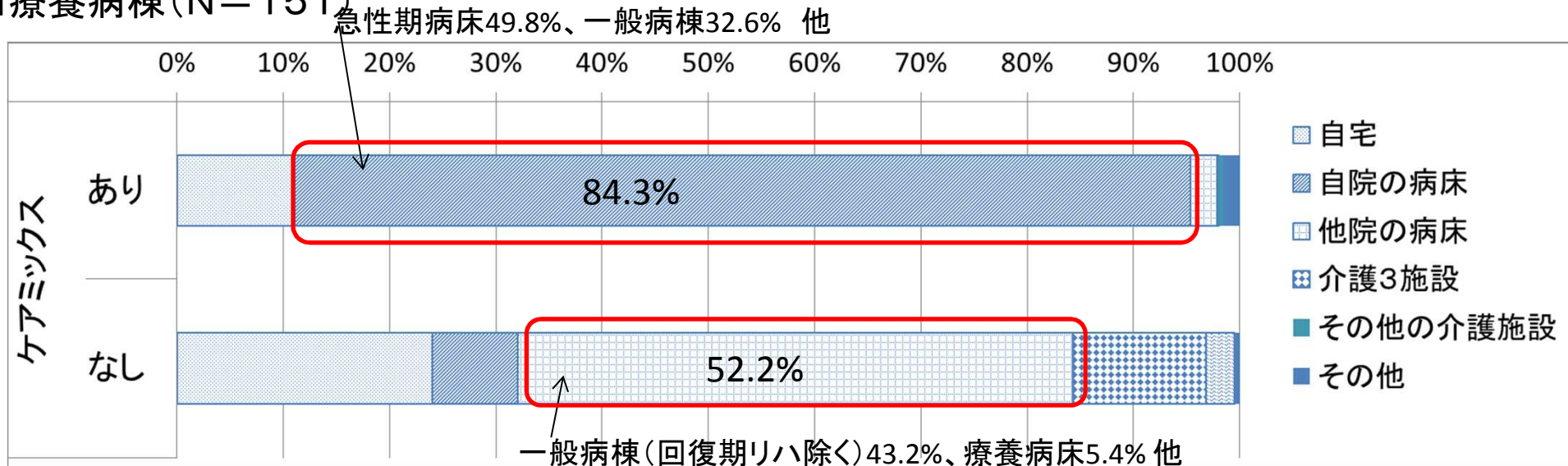
(褥瘡患者における入棟前の居場所)

- 一般病棟は、自宅からの入院が多く、次いで自院の病床が多い。
- ケアミックスの療養病棟は、自院の急性期病床等一般病床から、ケアミックスでない療養病棟は、他院の病床、介護保険3施設からの入院が多い。

■ 一般病棟 (N=163)



■ 療養病棟 (N=151)



出典:平成24年度入院医療等調査

入院時すでに褥瘡を保有していた患者の状況②

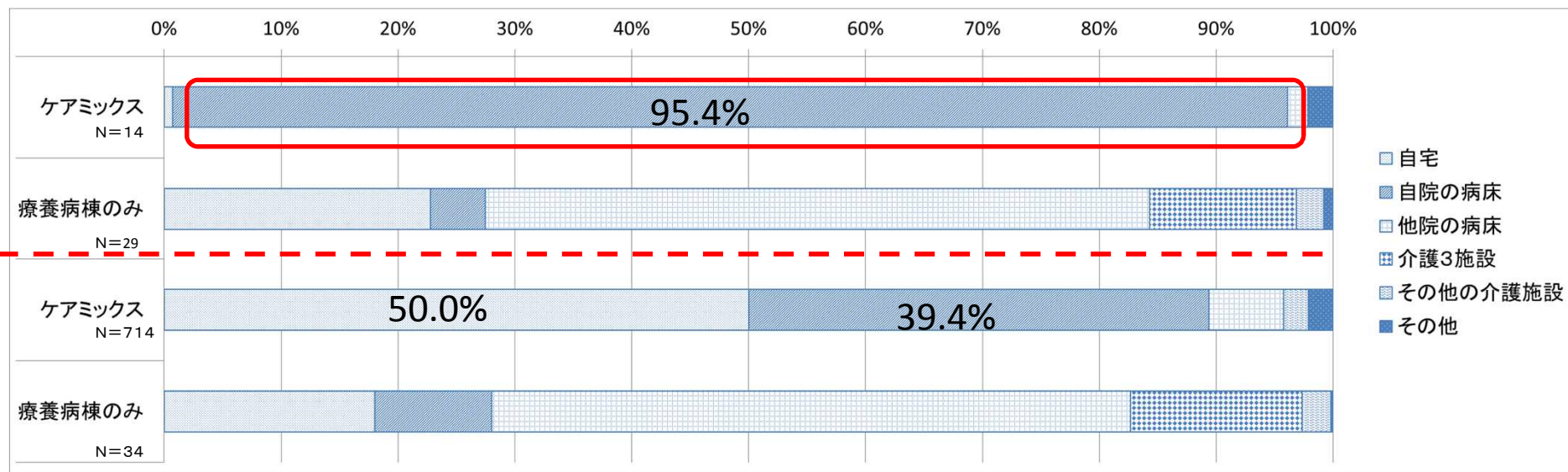
(褥瘡患者における入棟前の居場所)

○ ケアミックスは、自院の病床からの入院が多いが、入院時にすでに褥瘡を保有している患者割合が多いケアミックスは90%以上が自院の病床からの入院である。

■療養病棟

入院時にすでに褥瘡を保有している患者割合が多い(平均以上)(N=43)

上記以外(患者割合が平均未満)(N=41)



褥瘡の危険因子

再掲

○ 褥瘡対策における危険因子の評価項目

危険因子の評価	日常生活自立度 J(1, 2) A(1, 2) B(1, 2) C(1, 2)			対処
	・基本的動作能力(ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)	できる できる	できない できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	・病的骨突出	なし	あり	
	・関節拘縮	なし	あり	
	・栄養状態低下	なし	あり	
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	なし	あり	
	・浮腫(局所以外の部位)	なし	あり	

出典: 褥瘡対策に関する診療計画書(抜粋)

○ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算における重点的な褥瘡ケアが必要な患者

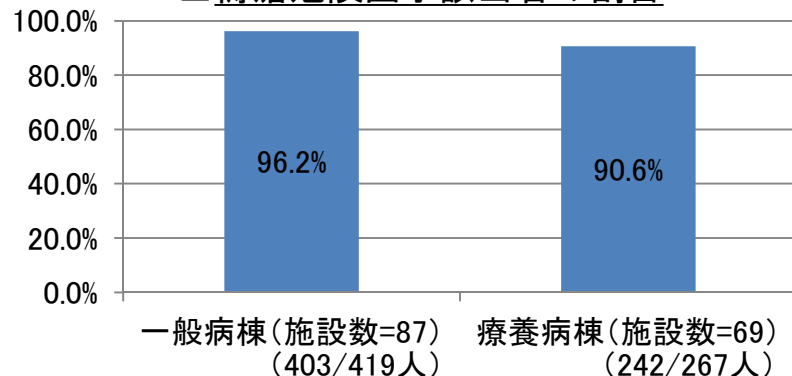
※褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

- ア ショック状態の者
- イ 重度の末梢循環不全のもの
- ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの
- オ 特殊体位による手術を受けたもの
- カ 強度の下痢が続く状態あるもの
- キ 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児, GVHD, 黄疸等)であるもの
- ク 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出, 皮膚湿潤, 浮腫等)があって既に褥瘡を有するもの

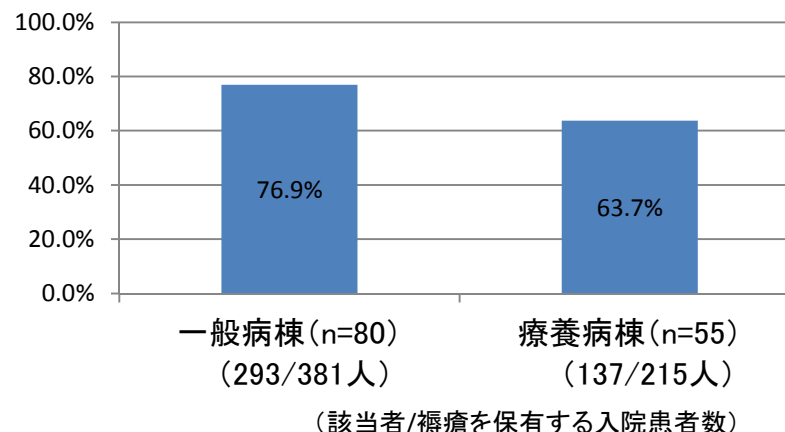
入院時すでに褥瘡を保有していた患者の状況

入院時すでに褥瘡を保有していた患者において、褥瘡危険因子該当者、褥瘡ハイリスク項目該当者、アルブミン値が3.0g/dl未満者の割合は、一般病棟及び療養病棟ともに高く、一般病棟は療養病棟より若干高い傾向にある。

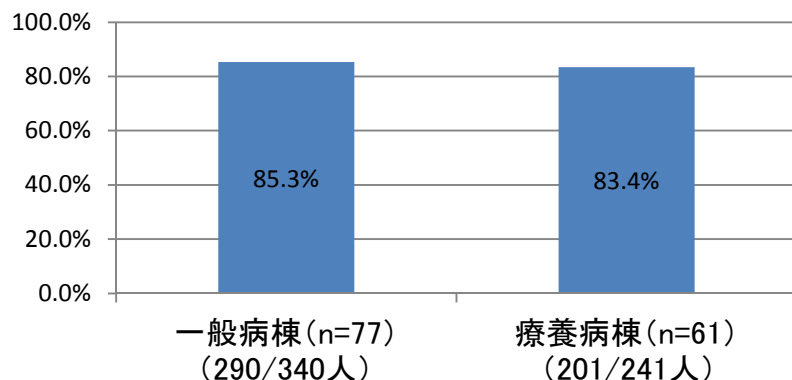
■褥瘡危険因子該当者の割合



■アルブミン値が3.0g/dl未満者の割合



■褥瘡ハイリスク項目該当者の割合



褥瘡ハイリスク項目: ベッド上安静/ショック状態/重度の末梢循環不全/麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要/6時間以上の手術(全身麻酔下、特殊体位)/強度の下痢の持続/極度の皮膚の脆弱(低出生体重児, GVHD, 黄疸等)/褥瘡の多発と再発

褥瘡に関する危険因子: 床上で自立体位変換ができない/いす上で座位姿勢が保持できない/病的骨突出/関節拘縮/栄養状態低下/皮膚の湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)/浮腫(局所以外の部位)

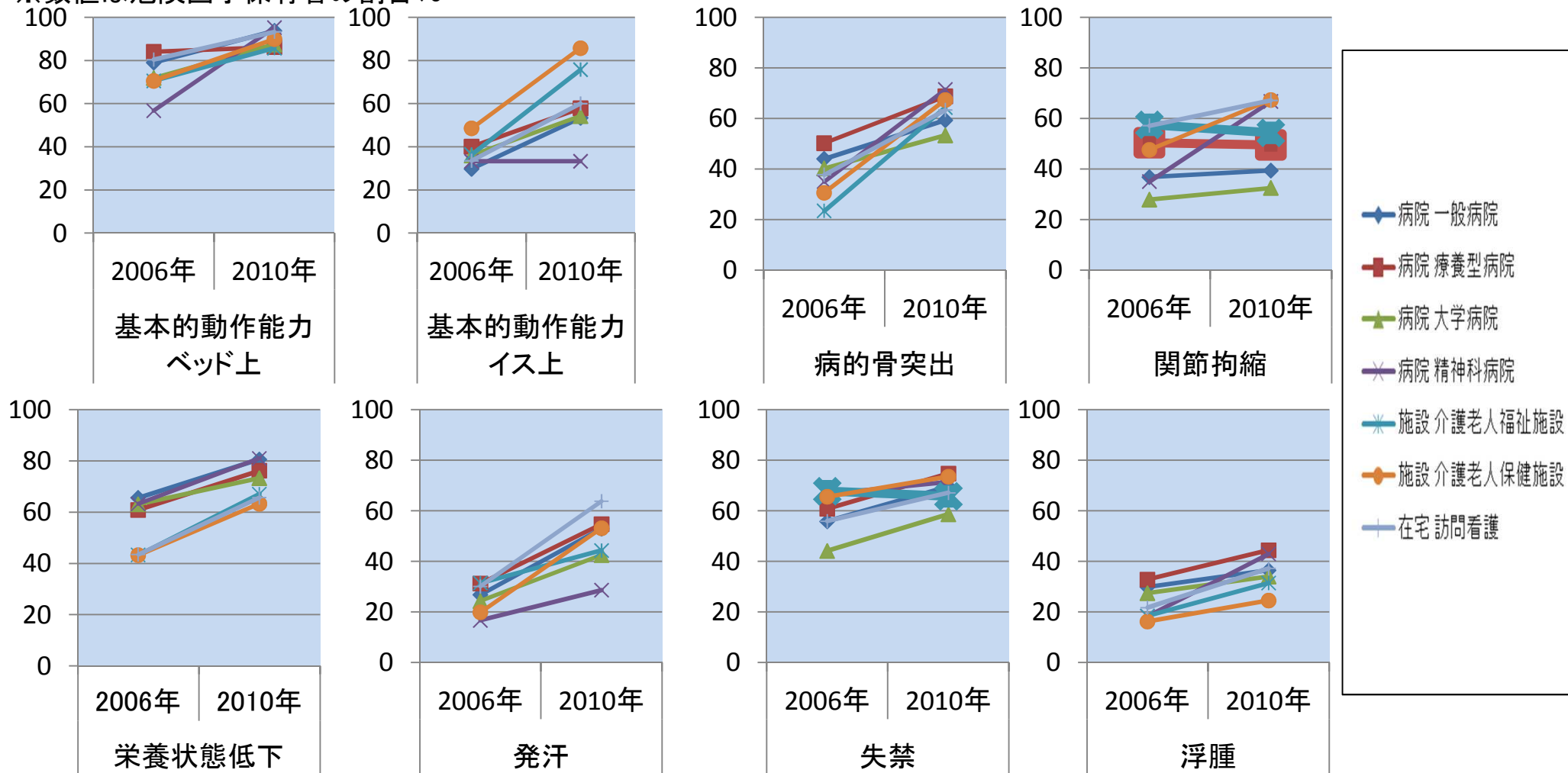
[参考]

褥瘡危険因子の推移

(日本褥瘡学会調査)

- 褥瘡の危険因子は、施設区分に関わらず、ほとんどの項目において増加。
- 増加要因として、高齢化や病態の重症化が考えられる。

※数値は危険因子保有者の割合%



出典：日本褥瘡学会(医療課にて加工)

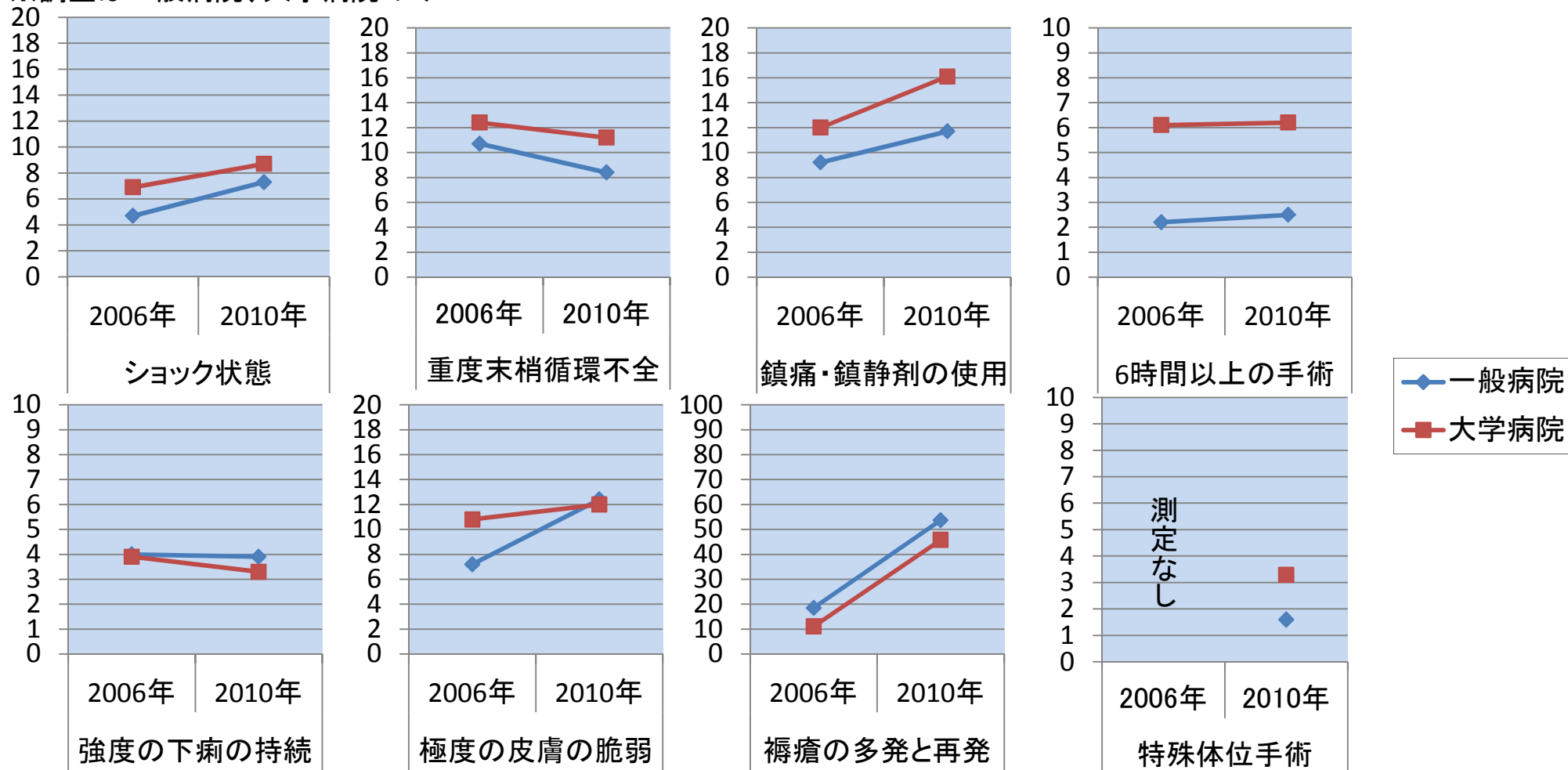
[参考]

褥瘡ハイリスク項目の推移 (日本褥瘡学会調査)

- 褥瘡ハイリスクの項目は、施設区分に関わらず、ほとんどの項目において増加
- ほとんど全ての項目が大学病院で高く推移している

※数値は因子保有者の%

※調査は一般病院、大学病院のみ

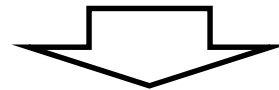


医療機関における褥瘡の発生等の状況について

【課題】

- 褥瘡対策については、診療報酬上、平成14年から評価されている。
- 褥瘡有病率は、一般病棟で6.0%、療養病棟で12.4%、院内褥瘡発生率は、一般病棟で1.5%、療養病棟で5.1%、入院時褥瘡保有率は、一般病棟で4.5%、療養病棟で7.3%となっている。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届出している医療機関は、届出していない医療機関に比べると褥瘡有病率、入院時褥瘡保有率、院内褥瘡発生率が低い傾向にあった。
- 入院時褥瘡保有率は増加傾向であり、入棟前の居場所としては、一般病棟では自宅が多く、療養病棟では自院及び他院の病床が多い。
- ケアミックスの療養病棟では、自院の病床からの入院が高くなっている。
- 一方で、褥瘡危険因子を保有する患者、褥瘡ハイリスク項目を保有する患者が、ほとんど全ての病院・病棟で増加傾向である。

【論点】



- 褥瘡有病率が増加していることから、褥瘡対策の一層の推進について、どのように考えるか。
- 院内褥瘡発生率や褥瘡の危険因子等を保有している患者の割合が増加していることから、入院時のアセスメント等褥瘡対策を推進するとともに、病棟横断的に褥瘡の発生状況を把握することについてどのように考えるか。
- 入院時褥瘡保有率が高くなっており、自宅が入棟前の居場所として多いことから、在宅における褥瘡対策の推進についてどう考えるか。