

入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

入院基本料等加算の簡素化④

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

褥瘡対策に関する評価の主な変遷

○ 褥瘡対策に関する評価を各改定において、実施してきている。

平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年
褥瘡管理加算		★褥瘡管理加算の入院基本料へ要件化			
訪問看護管理療養費		★褥瘡患者数等の報告を追加			
褥瘡ハイリスク患者ケア加算		★対象患者の拡大			
褥瘡評価実施加算		★褥瘡対策加算への見直し			
		在宅患者訪問褥瘡管理指導料 ★新設		★見直し	★見直し
		ADL維持向上等体制加算		★院内褥瘡発生率の基準の見直し	
				★新設:入院時支援加算	

褥瘡対策の要件等について

【告示】

7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む。)及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

【留意事項通知】

11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特別入院基本料等」という。))及び特定入院基本料を含む。)、特定入院料又は短期滞在手術等基本料3の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

【施設基準告示】

四 褥瘡対策の基準

- (1)適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
- (2)褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。

【施設基準通知】

4 褥瘡対策の基準

- (1)当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2)当該保険医療機関において、**褥瘡対策に係る専任の医師**及び**褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員**から構成される**褥瘡対策チームが設置**されていること。
- (3)当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、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については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4)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が定期的開催されていることが望ましい。
- (5)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。
- (6)毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

褥瘡発生予防・発生後全身管理のアルゴリズムについて

- 褥瘡発生予防の全身管理として、対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。
- 褥瘡発生後の全身管理として、対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

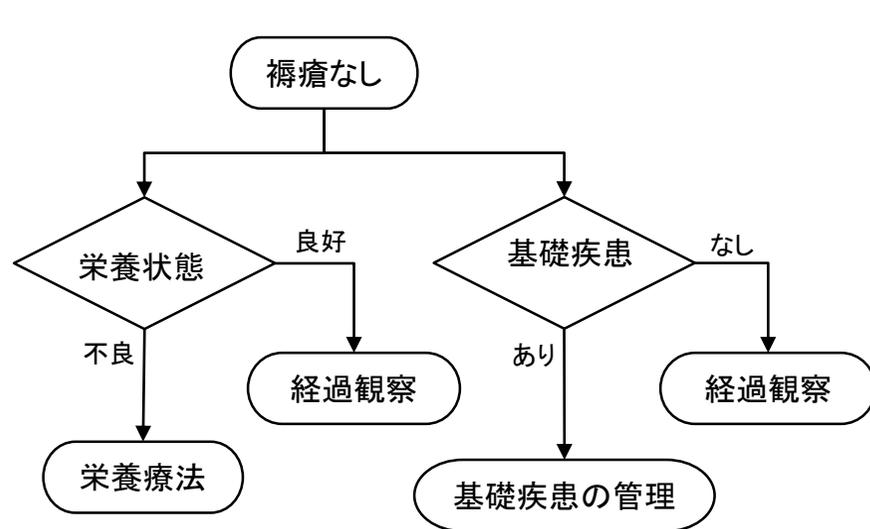


図 発生予防全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。

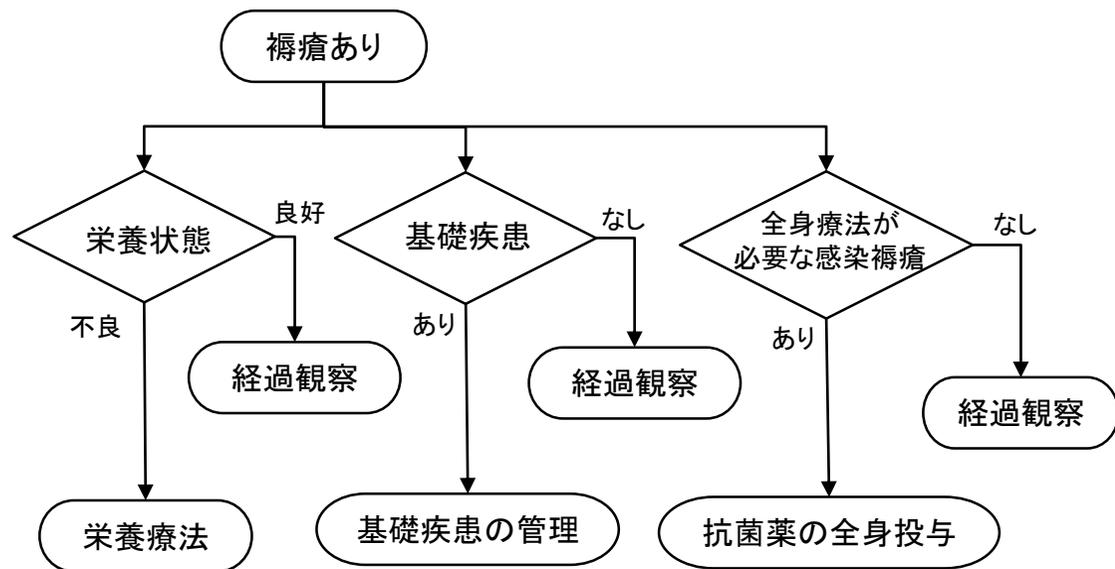


図 発生後全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

褥瘡患者の全身管理について

表 褥瘡患者の全身管理に関するClinical Question

	Clinical Question	推奨度※	推奨文
発生予防 全身管理	褥瘡発生の危険因子として、どのような基礎疾患を考慮すればよいか。	C1	うつ血性心不全、骨盤骨折、脊髄損傷、糖尿病、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患などを考慮してもよい。
		B	周術期管理においては、特に糖尿病を考慮することが勧められる。
	低栄養患者の褥瘡予防にはどのような栄養介入を行うとよいか。	B	蛋白質・エネルギー低栄養状態(PEM)の患者に対して、疾患を考慮したうえで、高エネルギー、高蛋白質のサプリメントによる補給を行うことが勧められる。
	経口摂取が不可能な患者の栄養補給はどのようにすればよいか。	C1	必要な栄養量を経腸栄養で補給するが、不可能な場合は静脈栄養による補給を行ってもよい。
	褥瘡発生の危険因子となる低栄養状態を確認する指標には何があるか。	C1	炎症や脱水などがなければ血清アルブミン値を用いてもよい。
		C1	体重減少率を用いてもよい。
		C1	食事摂取率(食事摂取量)を用いてもよい。
		C1	高齢者には、MNA (mini nutritional assessment) およびMNA-Short Form (SF) を用いてもよい。
		C1	COUNT (controlling nutritional status) を用いてもよい。
		C1	主観的包括的栄養評価(SGA)を用いてもよい。
発生後 全身管理	褥瘡患者には栄養評価を行ったほうがよいか。	C1	栄養評価を行い、必要な省令には栄養介入を行ってもよい。
	褥瘡患者にはどのような栄養補給を行うのがよいか。	B	褥瘡治療のための必要エネルギーとして、基礎エネルギー消費量(BEE)の1.5倍以上を補給することが勧められる。
		B	必要量に見合った蛋白質を補給することが勧められる。
	褥瘡患者に特定の栄養素を補給することは有効か。	C1	亜鉛、アスコルビン酸、アルギニン、L-カルノシン、n-3系脂肪酸、コラーゲン加水分解物など疾患を考慮したうえで補給してもよい。
	褥瘡患者に対して栄養の専門職及びチームの介入は行ったほうがよいか。	C1	管理栄養士や栄養サポートチーム(NST)の介入を行ってもよい。
褥瘡患者の栄養補給の評価に体重を用いてもよいか。	B	浮腫、脱水がなければ、体重増加を用いることが進められる。	

※推奨度の分類 A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。

褥瘡患者の薬学的介入について

表 褥瘡患者の外用薬と抗菌薬に関するClinical Question

Clinical Question		推奨度※	推奨文
保存的治療 外用薬	急性期の褥瘡にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、白色ワセリンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬やスルファジアジン銀のような水分を多く含む乳剤性基剤(O/W)の外用薬を用いてもよい。
	深部損傷褥瘡(DTI)が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	毎日の局所観察を怠らないようにし、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬を用いてもよい。
	発赤・紫斑にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創面の保護が大切であり、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬を用いてもよい。
	水疱にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創の保護目的に酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基材の外用薬を用いてもよい。
	びらん・浅い潰瘍にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンを用いてもよい。上皮形成促進を期待してアルプロスタジルアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	疼痛を伴う場合に外用薬は有用か	C1	外用薬には創部の疼痛を除去する効果はないが、創面を適切な浸潤環境に保つことで疼痛を緩和できる。ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬やスルファジアジン銀、トレンチノイントコフェリルなどの水分を多く含む乳剤性基剤(O/W)の外用薬を用いてもよい。
	滲出液が多い場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	滲出液吸収作用を有するカデキソマー・ヨウ素、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	滲出液が少ない場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	デキストラノマー、ヨウ素軟膏を用いてもよい。
	褥瘡に感染・炎症を伴う場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	感染抑制作用を有するカデキソマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	臨界的定着により肉芽形成期の創傷治癒遅延が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	フラジオマイシン硫酸塩・結晶トリプシン、ポビドンヨード、ヨウ素軟膏、ヨードホルムを用いてもよい。
	肉芽形成が不十分で肉芽形成を促進させる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	肉芽形成促進作用を有するアルクロキサ、トラフェルミン、トレンチノイントコフェリル、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	肉芽が十分に形成され創の縮小を図る場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	C1	アルプロスタジルアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	肉芽が十分に形成され創の縮小を図る場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	創の縮小作用を有するアルクロキサ、アルプロスタジルアルファデクス、トラフェルミン、ブクラデシンナトリウム、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	壊死組織がある場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、幼牛血液抽出液、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	ポケットを有する場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	カデキソマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、デキストラノマー、プロメラン、ポビドンヨード・シュガー、ヨードホルムを用いてもよい。
発生後 全身管理	抗菌薬の全身投与が必要な感染褥瘡において、どのような抗菌薬の使用が適切か	C1	ポケット内に壊死組織が残存する場合は、まず創面の洗浄化を図る。また、滲出液が多ければポビドンヨード・シュガーを用いてもよい。滲出液が少なければトラフェルミン、トレンチノイントコフェリルを用いてもよい。
アウトカム マネジメント	褥瘡の治癒促進に、病院ではどのような対策が有効か	C1	速やかに想定される起炎菌に適応した抗菌薬の投与を考慮し、感受性試験の結果に基づき、より適切な抗菌薬を投与してよい。
		C1	多職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい。
		C1	褥瘡ハイリスク患者加算を導入してもよい。
C1	皮膚・排泄ケア認定看護師を配置してもよい。		

※推奨度の分類 A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。

①24時間ベッドサイドで全身状態(栄養状態、皮膚の状態、臥床時間、活動性など)の観察・評価を行います。褥瘡ができやすい人には、▽オムツや寝具の選択▽肌の乾燥を防ぐための保湿▽皮膚への負担を軽減する身体の動かし方などについて、具体的なアドバイスをしながら、実際のケアを実施。

②褥瘡がある場合は、これらの予防ケアに加えて、薬剤やドレッシング材(傷を保護するために覆うもの)などを用いて適切な処置・ケアを実施。

看護師



医師



褥瘡(床ずれ)の評価、治療方針の決定および治療を実施

リハ職等



患者



- ①身体の特定の部分に圧迫を受けないよう、寝具の選定や見直しを実施。
- ②褥瘡(床ずれ)の治癒促進や予防をするため、福祉用具を用いて、治療・指導・援助。
- ③圧迫が少なくなるよう(除圧)に、自力での体位変換の練習や、除圧姿勢の指導の実施。
- ④除圧のためのベッドやマット、車椅子など用具の調整を実施。

薬剤師



管理栄養士



- ①褥瘡の病態を観察し、治療に使用する外用薬やドレッシング材(創傷被覆剤)について、その特性を活かした選定・使用法を提言・指導します。さらに、薬剤の効果を評価。
- ②褥瘡周囲の皮膚のたるみなどによる、きずのゆがみは薬剤の効果が現れにくいいため、原因を改善して治療期間の短縮。
- ③外用薬に限らず、褥瘡の発症に関係する内服薬の影響を把握し、副作用を防止。

- ①患者さんの必要な栄養量を算出したうえで、実際の摂取栄養量・不足栄養素・栄養状態の評価をして、栄養補給方法を計画立案。
- ②患者さんの嗜好への対応、使用する食品や調理法の決定、栄養補助食品の選択、食事形態(普通食・きざみ食・とろみ食など)の提言、テクスチャー(口当たり・歯ごたえ・舌触りなど)の提言、水分管理の評価、経腸栄養剤における選別の提言などを実施。

予防・早期発見



適切な褥瘡管理



褥瘡の改善・治癒

○ 褥瘡対策チームによる回診の実施状況は、以下のとおりであった。

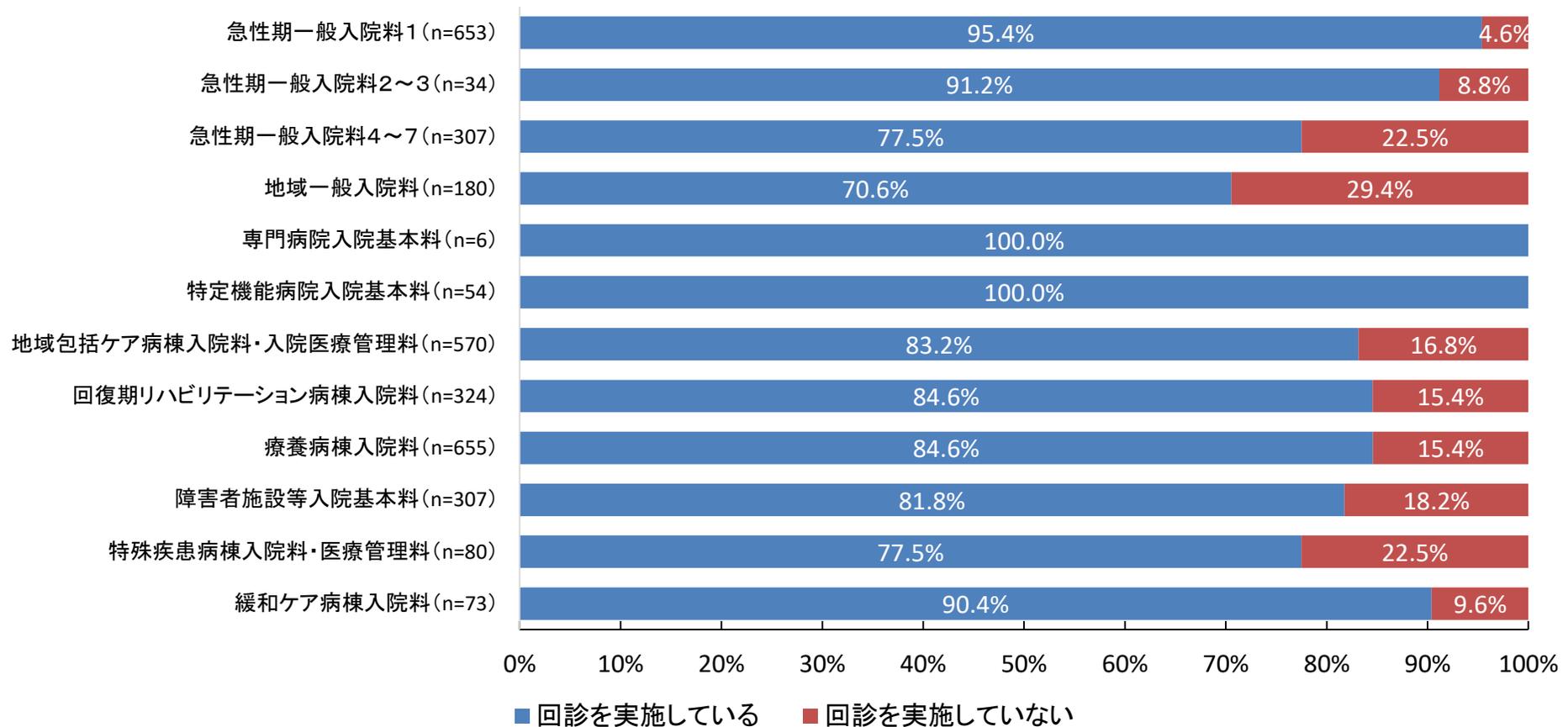


図 褥瘡対策チームによる回診の実施状況

褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

診調組 入-3
3.10.1

○ 褥瘡対策に関する院内研修の実施状況は、以下のとおりであった。

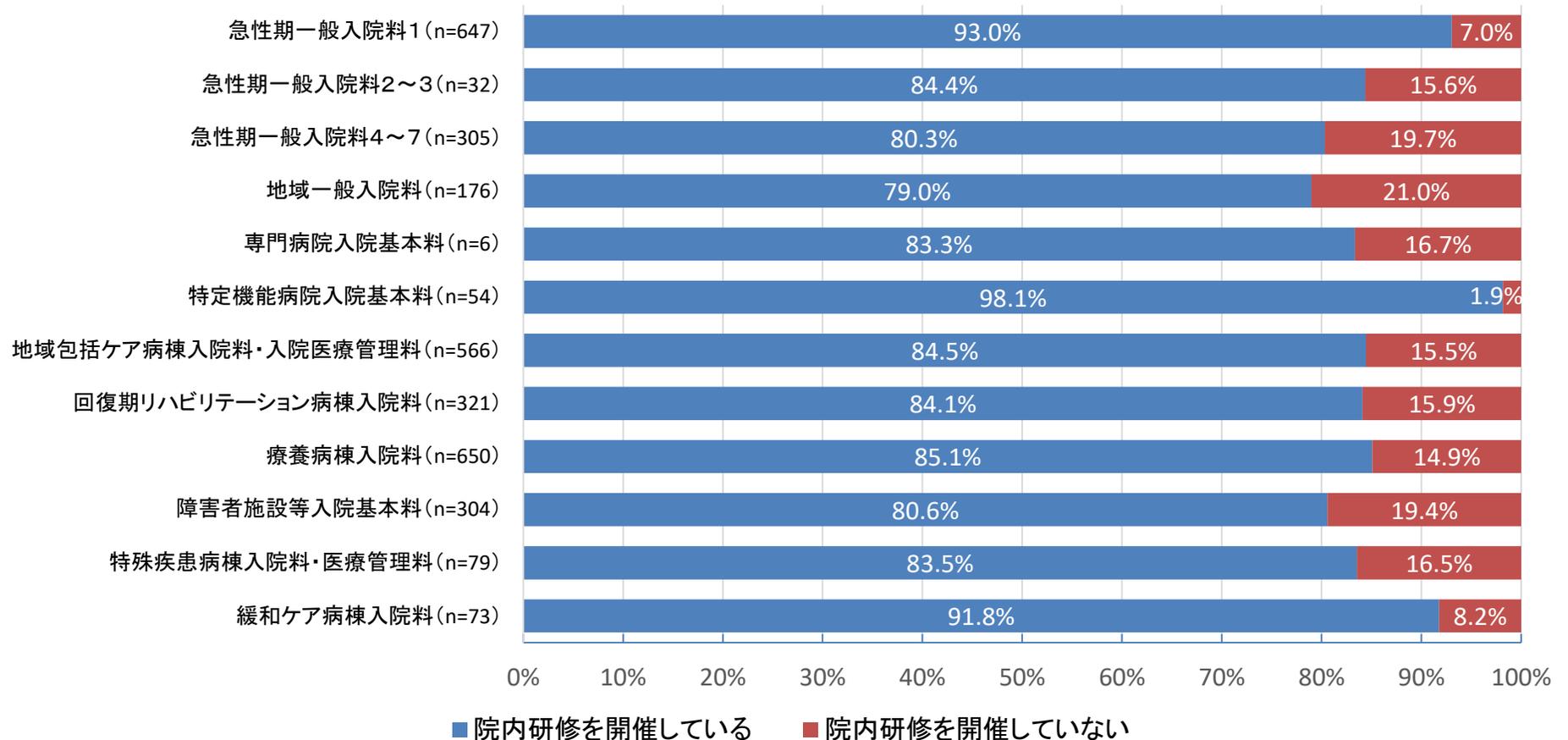


図 褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

褥瘡対策の状況

○ 褥瘡対策チームを構成する職種として、基準に規定されていない薬剤師、管理栄養士、理学療法士等がいずれの入
院料においても一定程度、参画していた。

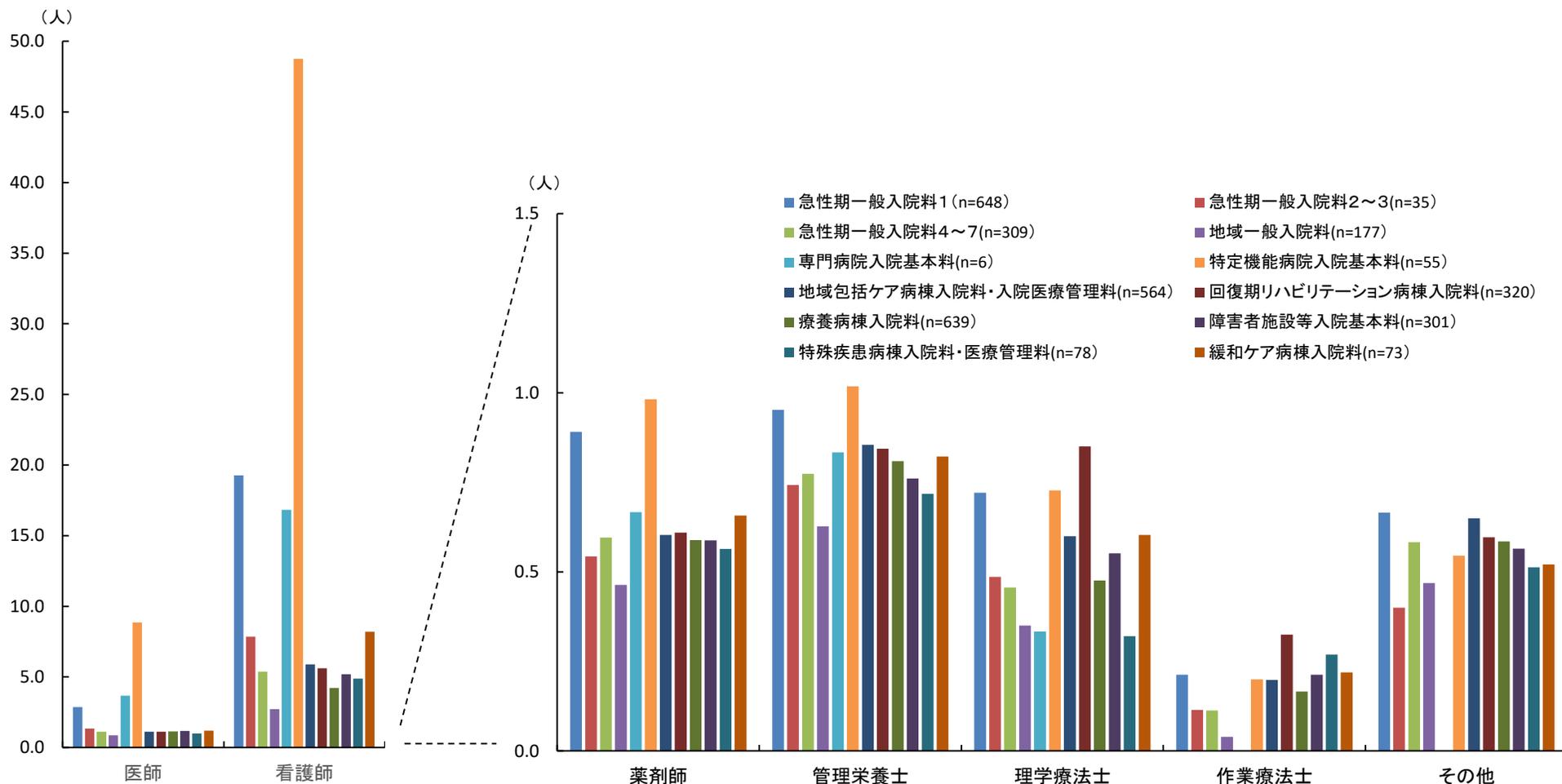


図 入院料別の褥瘡対策チームを構成する職員数

褥瘡対策についての課題及び論点

- 褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版)において、褥瘡の発生予防及び発生後の全身管理の方法として、低栄養患者への介入や栄養補給方法等が示されている。
- 褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版)において、他職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい(推奨度C1)とされており、現在の実態としても、褥瘡対策チームを構成する職種として、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等がいずれの入院料においても参画が見られた。



【論点】

- 褥瘡予防・管理ガイドラインの内容も踏まえ、褥瘡対策チームによる取組に係る評価について、どのように考えるか。