

様式 20 の 7

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅褥瘡管理者

氏名	職種	医療機関等名	所在地	経験年数	褥瘡に係る経験年数	研修の有無
				年	年	<input type="checkbox"/>
				年	年	<input type="checkbox"/>
				年	年	<input type="checkbox"/>

2 在宅褥瘡対策チーム構成員

氏名	職種	医療機関等名	所在地	常勤
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 「1」の在宅褥瘡管理者については、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修、又は、褥瘡ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
また、当該保険医療機関以外の者を在宅褥瘡管理者とする場合においては、医療機関等名と所在地についても記入すること。
- 「2」の在宅褥瘡対策チームの構成員については、当該保険医療機関以外の者と連携する場合においては、連携先の医療機関等名と所在地についても記入すること。

様式 20 の 8

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数（報告月の前月の初日）		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している患者数 （褥瘡保有者数）		名
③ ②のうち訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 （訪問診療利用開始時褥瘡保有者数）		名
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 褥瘡 の重症度	訪問診療開始時の褥瘡（③の 患者の訪問診療開始時の状 況）	訪問診療中に発生した褥瘡（④ の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間： 年 4 月～ 年 3 月) (期間： 年 月～ 年 月) ※届出の変更があった場合		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡ハイリスク項目	1. 重度の末梢循環不全のもの	名
	2. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	3. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	4. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	5. 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な仕様が必要であるもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡（②の患者の訪問診療開始時）	訪問診療中に発生した褥瘡（②の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

[記載上の注意]

1. 1の記載にあたっては、下記の内容により記入すること。
 - (1) ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入する（当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める。）。
 - (2) ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d1 以上を有する患者

数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。

- (3) ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R 分類 d1 以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- (4) ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- (5) ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

2. 2の記入にあたっては、下記の内容により記載すること。

- (1) ①については、1年間の算定患者数を記入すること。ただし、1名の患者が複数回、本指導料を算定した場合においても、患者1名として数えることとする。
- (2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。

褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。
- (3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。