

第13回

日本褥瘡学会関東甲信越地方会学術集会



明日から役立つ
創傷ケアの Up to Date

2016
12/22 (木)
12/23 (金・祝日)

認定単位

- ・日本褥瘡学会認定師
- ・日本形成外科学会領域講習会
- ・日本フットケア学会フットケア指導士認定更新単位
- ・日本看護協会 認定看護師自己研鑽ポイント

大会長

市岡 滋

(埼玉医科大学形成外科教授)

会場

東京ファッションタウンビル・
ビッグサイトTFTホール
東京都江東区有明3-4-10(西館)

日本褥瘡学会 渉外・保険委員
スリーエム ジャパン株式会社
高水 勝
日本医業経営コンサルタント協会
認定登録 医業経営コンサルタント5193号

これだけは知っておきたい褥瘡の保険制度

～地域包括ケア時代、院内から在宅まで徹底的に活用しよう！～



本日の講演スライドは、
日本褥瘡学会 関東甲信越地方会のHPにUPされる予定です。
是非ご活用ください。

お知らせ・更新情報

News / Information

2016.08.18

Information

東京支部フォーラム・東京支部在宅褥瘡セミナーのランチオンセミナー詳細を掲載しました。

2016.11.09

Information

千葉県支部 第13回褥瘡セミナーの詳細を掲載しました。

学術集会

Congress Information

第13回日本褥瘡学会関東甲信越地方会学術集会

開催日：平成28年12月22日（木）、23日（金・祝日）

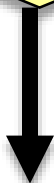
大会長：市岡 滋（埼玉医科大学形成外科 教授）

会場：東京ファッションタウンビル・ビッグサイトTFTホール

大会HP：<http://jspukk13.umin.jp/index.html>

>> 詳細を見る

医療の質



病病連携、病診連携から
5極連携へ...
(病院・診療所・介護施設・訪問看護S・薬局)



手順の標準化



知識の標準化

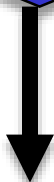


材料の標準化

医療経済



医療法
診療報酬
機能評価



病病連携、病診連携から
5極連携へ...
(病院・診療所・介護施設・訪問看護S・薬局)

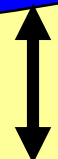
診療報酬
介護報酬
自費診療



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

在宅

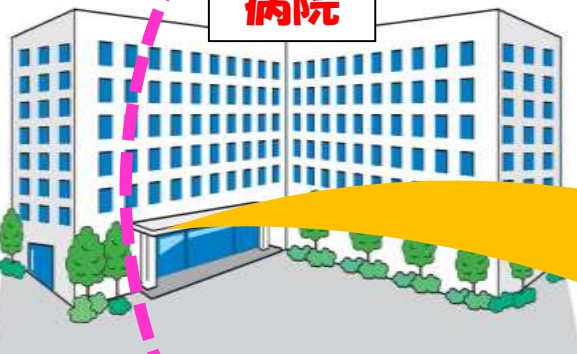


介護施設



急性期病院のチーム医療での材料や手順が在宅まで大きく影響する

病院



薬



訪問看護



診療所



在宅



<抄録より>

(1)入院中

- *「入院基本料」:病院全体で取り組む基本項目で、「褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)の活動が核になる。
- *「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」:WOCNが中心となって専門性の高い褥瘡ケアに取り組む。
- *「療養型病床」:深さを問わず褥瘡がある場合は、医療区分2になるので、急性期からの退院調整もスムーズになる。
- *「医療区分2継続算定」:療養型病床において、褥瘡が治癒した場合でも、継続的に医療区分2を算定できる。
- *「褥瘡評価実施加算」:療養型病床で、ADLの低いADL区分3の患者に算定できる加算。

(2)退院前後

- *「退院時共同指導料」:在宅を担う各職種との合同カンファレンスが増点になった。
- *「退院後訪問指導料」:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その1!
- *「訪問看護同行加算」:退院後訪問指導料を実施するときに、訪問看護ステーション等と同行することで算定できる。
平成28年度の診療報酬改定の目玉その2!

(3)在宅

- *「訪問看護時の看護計画書」:医療機関と同じ様式の看護計画書が義務付けられている。医療機関と訪問看護が共通の指標でケアできる。
- *「WOCNの同行訪問」:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと普段の訪問看護師が同行する。
- *「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」:「医師」「看護師」「管理栄養士」の3職種の在宅褥瘡対策チームによる在宅の褥瘡患者へのチーム医療。
- *「在宅患者訪問薬剤管理指導料」:算定が5名/日から40名/週に変更され算定しやすくなった。
- *「在宅患者訪問栄養食事指導料」:調理の実技が不要となり算定しやすくなった。

(4)創傷被覆材

- *「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」:在宅で期間に制限がなく保険償還できる、医療機関からだけではなく、処方箋による支給も認められている。
- *「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」:訪問看護時の保険償還が明確化された。

(5)衛生材料

- *「衛生材料等提供加算」:在宅療養指導管理料は算定していないが、訪問看護をしている患者に対して「衛生材料」等を支給した場合に算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その3!

(6)NPWT(局所陰圧閉鎖機器)

- *「院内での使用」:全ての製品が、DPC病棟でも算定できる。療養型病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では算定できない
- *「外来での使用」:2つの製品が、外来で使用した場合にも算定できる。

理解のポイントとなる

5つの用語

①衛生材料

- ・ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなど



ポイント

②保険医療材料

- ・保険適応でない医療機器
（例・フィルム材、パッド付きドレッシング等）

③特定保険医療材料

- ・保険適応の医療機器
（創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ等）

④在宅療養指導管理料

C100 退院前在宅療養指導管理料	120点
C101 在宅自己注射指導管理料	
1 複雑な場合	1,230点
2 1以外の場合	
イ月27回以下の場合	650点
ロ月28回以上の場合	750点
C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料	820点
C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	150点
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
C102-2 在宅血液透析指導管理料	8,000点
C103 在宅酸素療法指導管理料	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
2 その他の場合	2,400点
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050点
C106 在宅自己導尿指導管理料	1,800点
C107 在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1	2,250点
2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2	250点
C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1,500点
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050点
C110 在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300点
C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810点
C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500点
C112 在宅気管切開患者指導管理料	900点
C113 削除	
C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000点
C115 削除	
C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	45,000点



⑤特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者

1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

2 以下のいずれかを受けている状態にある者

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅血液透析指導管理
- ・在宅酸素療法指導管理
- ・在宅中心静脈栄養法指導管理
- ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- ・在宅自己導尿指導管理
- ・在宅人工呼吸指導管理
- ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- ・在宅自己疼痛管理指導管理
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理



3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

4 真皮を超える褥瘡の状態にある者

5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

<抄録より>

(1)入院中

- *「入院基本料」:病院全体で取り組む基本項目で、「褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)の活動が核になる。
- *「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」:WOCNが中心となって専門性の高い褥瘡ケアに取り組む。
- *「療養型病床」:深さを問わず褥瘡がある場合は、医療区分2になるので、急性期からの退院調整もスムーズになる。
- *「医療区分2継続算定」:療養型病床において、褥瘡が治癒した場合でも、継続的に医療区分2を算定できる。
- *「褥瘡評価実施加算」:療養型病床で、ADLの低いADL区分3の患者に算定できる加算。

(2)退院前後

- *「退院時共同指導料」:在宅を担う各職種との合同カンファレンスが増点になった。
- *「退院後訪問指導料」:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その1!
- *「訪問看護同行加算」:退院後訪問指導料を実施するときに、訪問看護ステーション等と同行することで算定できる。
平成28年度の診療報酬改定の目玉その2!

(3)在宅

- *「訪問看護時の看護計画書」:医療機関と同じ様式の看護計画書が義務付けられている。医療機関と訪問看護が共通の指標でケアできる。
- *「WOCNの同行訪問」:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと普段の訪問看護師が同行する。
- *「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」:「医師」「看護師」「管理栄養士」の3職種の在宅褥瘡対策チームによる在宅の褥瘡患者へのチーム医療。
- *「在宅患者訪問薬剤管理指導料」:算定が5名/日から40名/週に変更され算定しやすくなった。
- *「在宅患者訪問栄養食事指導料」:調理の実技が不要となり算定しやすくなった。

(4)創傷被覆材

- *「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」:在宅で期間に制限がなく保険償還できる、医療機関からだけではなく、処方箋による支給も認められている。
- *「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」:訪問看護時の保険償還が明確化された。

(5)衛生材料

- *「衛生材料等提供加算」:在宅療養指導管理料は算定していないが、訪問看護をしている患者に対して「衛生材料」等を支給した場合に算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その3!

(6)NPWT(局所陰圧閉鎖機器)

- *「院内での使用」:全ての製品が、DPC病棟でも算定できる。療養型病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では算定できない
- *「外来での使用」:2つの製品が、外来で使用した場合にも算定できる。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑩

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

- 医療と介護の連携及び入院から在宅への円滑な移行を推進する観点から、介護支援連携指導料及び退院時共同指導料について、評価の見直しを行う。

現行	
介護支援連携指導料	300点
退院時共同指導料1	
1 在支診の場合	1,000点
2 1以外の場合	600点
退院時共同指導料2	300点



改定後	
介護支援連携指導料	<u>400点</u>
退院時共同指導料1	
1 在支診の場合	<u>1,500点</u>
2 1以外の場合	<u>900点</u>
退院時共同指導料2	<u>400点</u>

退院時共同指導が増点！！
介護支援連携指導料も増点！！

集まれ～



・退院時共同指導料 600点

・退院時共同指導加算 600単位
・特別管理指導加算 200単位

・退院時共同指導料2 400点

> 医師加算 300点
> 多職種加算 2000点

・介護支援連携指導料 400点



・退院時共同指導料1 (1500・900点)
・特別管理指導加算 (200点)



六の二退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者

→別表第三の一の二に掲げる患者

退院時共同指導を2回算定できる患者に褥瘡は、入っていない

六の二の二退院時共同指導料1の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にある患者

→別表第八に掲げる者

別表第三の一の二

退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者並びに重症者加算の状態等にある患者

一末期の悪性腫瘍の患者(在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く)。
二(1)であって、(2)又は(3)の状態である患者

(1)在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者

(2)ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

(3)人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

退院時共同指導を2回算定できる患者に褥瘡は、入っていない

六の二退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者

→別表第三の一の二に掲げる患者

退院時共同指導を2回算定できる患者に褥瘡は、入っていない

六の二の二退院時共同指導料1の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にある患者

→別表第八に掲げる者

真皮を超える褥瘡の患者には退院時共同指導1に特別管理指導加算がつく。

⑤特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者

1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

2 以下のいずれかを受けている状態にある者

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅血液透析指導管理
- ・在宅酸素療法指導管理
- ・在宅中心静脈栄養法指導管理
- ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- ・在宅自己導尿指導管理
- ・在宅人工呼吸指導管理
- ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- ・在宅自己疼痛管理指導管理
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理

3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

4 真皮を超える褥瘡の状態にある者

5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

退院後訪問指導料

WOCの同行訪問

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

点数

●580点(1日)

退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

●20点(一回のみ)

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

●1285点(月一回)

褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

●750点(一回)

当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場合に基づき2回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

算定患者

別表第8の患者
(例)

- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

(その他、認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上も対象)

在宅で療養を行っている真皮を越える褥瘡の状態にある患者

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者

- ア ショック状態のもの
- 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 強度の下痢が続く状態であるもの
- オ 極度の皮膚脆弱であるもの
- カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

看護師等の条件

医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要

WOC認定看護師(性格には、皮膚・排泄ケア研修の修了生)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- ・常勤医師
- ・保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- ・常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

算定の条件

入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

WOCが通常のj訪問看護師と同一日に訪問する。(同一日に行けば、一緒になくてもよい)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患者に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。

ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

退院後訪問指導料

WOCの同行訪問

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

点数

●580点(1日)

退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

●20点(一回のみ)

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

●1285点(月一回)

褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

●750点(一回)

当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場合に基づき2回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

算定患者

別表第8の患者
(例)

- ・ 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

(その他、認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上も対象)

在宅で療養を行っている真皮を越える褥瘡の状態にある患者

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者

- ア ショック状態のもの
- 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 強度の下痢が続く状態であるもの
- オ 極度の皮膚脆弱であるもの
- カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

看護師等の条件

医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要

WOC認定看護師(性格には、皮膚・排泄ケア研修の修了生)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- ・ 常勤医師
 - ・ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
 - ・ 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)
- 上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

算定の条件

入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

WOCが通常のj訪問看護師と同一日に訪問する。(同一日に行けば、一緒になくてもよい)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患者に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。

ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

退院後訪問指導料

WOCの同行訪問

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

点数

●580点(1日)

退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

●20点(一回のみ)

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

●1285点(月一回)

褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

●750点(一回)

当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場合に基づき2回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

算定患者

別表第8の患者
(例)

- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

(その他、認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上も対象)

在宅で療養を行っている真皮を越える褥瘡の状態にある患者

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者
ア ショック状態のもの
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 強度の下痢が続く状態であるもの
オ 極度の皮膚脆弱であるもの
カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

看護師等の条件

医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要

WOC認定看護師(性格には、皮膚・排泄ケア研修の修了生)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- ・常勤医師
 - ・保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
 - ・常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)
- 上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

算定の条件

入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

WOCが通常のj訪問看護師と同一日に訪問する。(同一日に行けば、一緒になくてもよい)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患者に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

退院後訪問指導料

WOCの同行訪問

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

点数

●580点(1日)

退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

●20点(一回のみ)

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

●1285点(月一回)

褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

●750点(一回)

当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場合に基づき2回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

算定患者

別表第8の患者
(例)

・真皮を超える褥瘡の状態にある者

・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

(その他、認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上も対象)

在宅で療養を行っている真皮を越える褥瘡の状態にある患者

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者
ア ショック状態のもの
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 強度の下痢が続く状態であるもの
オ 極度の皮膚脆弱であるもの
カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

看護師等の条件

医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要

WOC認定看護師(性格には、皮膚・排泄ケア研修の修了生)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

<在宅褥瘡対策チームの構成員>

・常勤医師
・保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
・常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

算定の条件

入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

WOCが通常のj訪問看護師と同一日に訪問する。(同一日に行けば、一緒になくてもよい)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。

ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

退院後訪問指導料

WOCの同行訪問

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

点数

●580点(1日)

退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

●20点(一回のみ)

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

●1285点(月一回)

褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

●750点(一回)

当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場合に基づき2回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

算定患者

別表第8の患者
(例)

- ・ 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

(その他、認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上も対象)

在宅で療養を行っている真皮を越える褥瘡の状態にある患者

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者
ア ショック状態のもの
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 強度の下痢が続く状態であるもの
オ 極度の皮膚脆弱であるもの
カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

看護師等の条件

医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要

WOC認定看護師(性格には、皮膚・排泄ケア研修の修了生)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- ・ 常勤医師
 - ・ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
 - ・ 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)
- 上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

算定の条件

入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

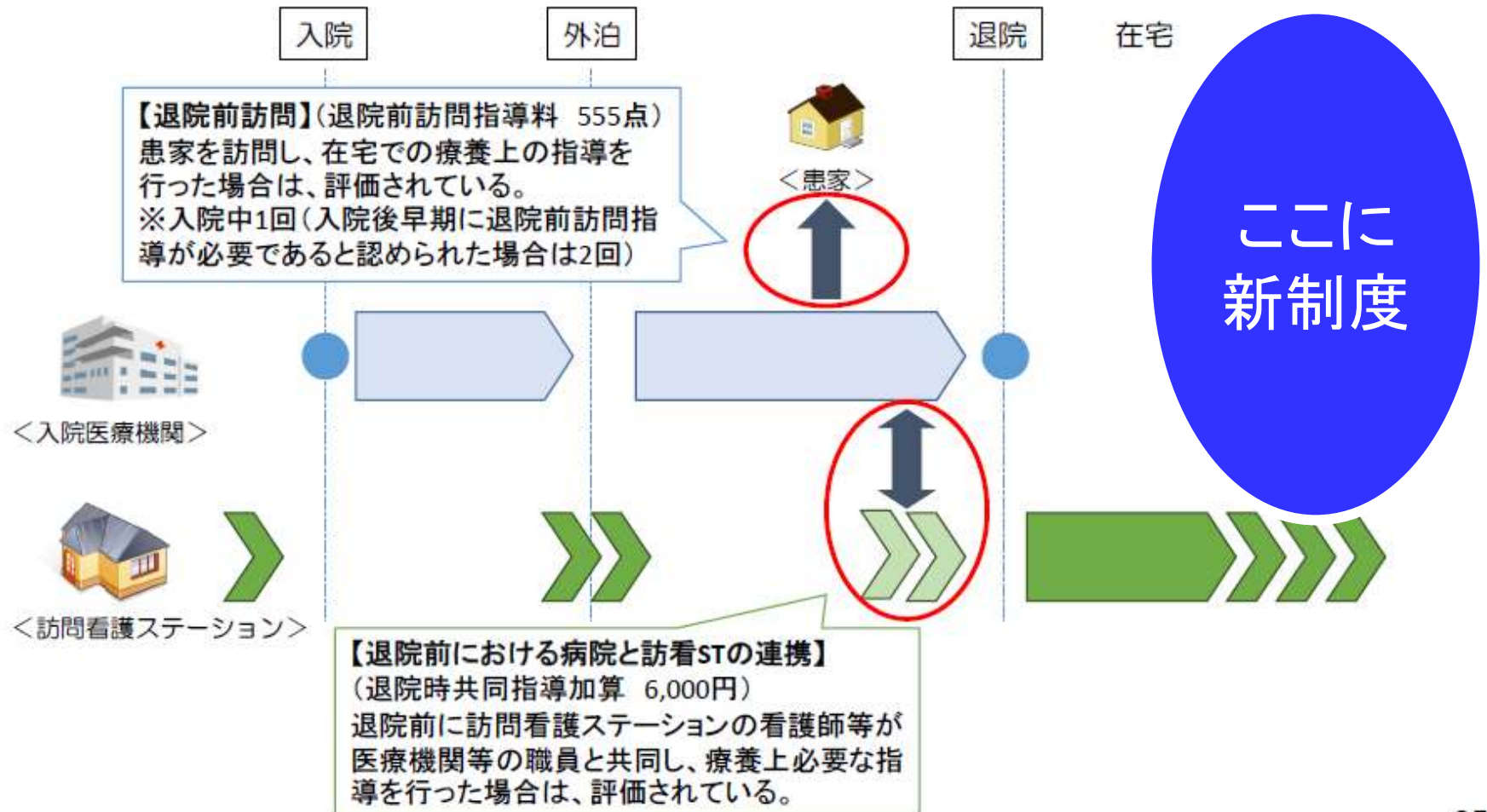
WOCが通常のj訪問看護師と同一日に訪問する。(同一日に行けば、一緒になくてもよい)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患者に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

入院医療機関における退院時の在宅療養支援の評価

- 入院医療機関から在宅療養への円滑な移行に向けた支援のうち、現在評価されているのは退院前に実施された支援である。（医療機関側の評価：退院前訪問指導料、訪看ステーション側の評価：退院時共同指導加算）
- 入院医療機関が退院支援の一環として行う退院後の在宅療養支援を評価する項目はない。



地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
- 3 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

⑤特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者

1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

2 以下のいずれかを受けている状態にある者

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅血液透析指導管理
- ・在宅酸素療法指導管理
- ・在宅中心静脈栄養法指導管理
- ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- ・在宅自己導尿指導管理
- ・在宅人工呼吸指導管理
- ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- ・在宅自己疼痛管理指導管理
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理

3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

4 真皮を超える褥瘡の状態にある者

5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

B007 退院前訪問指導料

580点

注1

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回(入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回)に限り算定する。

2

注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B007-2 退院後訪問指導料

580点

注1

当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月以内の期間(退院日を除く。)に限り、5回を限度として算定する。

2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。

3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

【退院後訪問指導料】

(問98) 病棟の看護師等が退院後訪問指導をした時間は、入院基本料の看護職員の数として算入してよいか。

(答) 算入できない。

(問99) 区分番号「B007-2」退院後訪問指導料の訪問看護同行加算を入院していた医療機関が算定した場合、同行訪問した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料を算定できるのか。

(答) 同行した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は、訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護・指導料を算定できる。

<抄録より>

(1)入院中

- *「入院基本料」:病院全体で取り組む基本項目で、「褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)の活動が核になる。
- *「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」:WOCNが中心となって専門性の高い褥瘡ケアに取り組む。
- *「療養型病床」:深さを問わず褥瘡がある場合は、医療区分2になるので、急性期からの退院調整もスムーズになる。
- *「医療区分2継続算定」:療養型病床において、褥瘡が治癒した場合でも、継続的に医療区分2を算定できる。
- *「褥瘡評価実施加算」:療養型病床で、ADLの低いADL区分3の患者に算定できる加算。

(2)退院前後

- *「退院時共同指導料」:在宅を担う各職種との合同カンファレンスが増点になった。
- *「退院後訪問指導料」:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その1!
- *「訪問看護同行加算」:退院後訪問指導料を実施するときに、訪問看護ステーション等と同行することで算定できる。
平成28年度の診療報酬改定の目玉その2!

(3)在宅

- *「訪問看護時の看護計画書」:医療機関と同じ様式の看護計画書が義務付けられている。医療機関と訪問看護が共通の指標でケアできる。
- *「WOCNの同行訪問」:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと普段の訪問看護師が同行する。
- *「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」:「医師」「看護師」「管理栄養士」の3職種の在宅褥瘡対策チームによる在宅の褥瘡患者へのチーム医療。
- *「在宅患者訪問薬剤管理指導料」:算定が5名/日から40名/週に変更され算定しやすくなった。
- *「在宅患者訪問栄養食事指導料」:調理の実技が不要となり算定しやすくなった。

(4)創傷被覆材

- *「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」:在宅で期間に制限がなく保険償還できる、医療機関からだけではなく、処方箋による支給も認められている。
- *「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」:訪問看護時の保険償還が明確化された。

(5)衛生材料

- *「衛生材料等提供加算」:在宅療養指導管理料は算定していないが、訪問看護をしている患者に対して「衛生材料」等を支給した場合に算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その3!

(6)NPWT(局所陰圧閉鎖機器)

- *「院内での使用」:全ての製品が、DPC病棟でも算定できる。療養型病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では算定できない
- *「外来での使用」:2つの製品が、外来で使用した場合にも算定できる。

診療報酬(医療)



病院・診療所

診療報酬(医療)

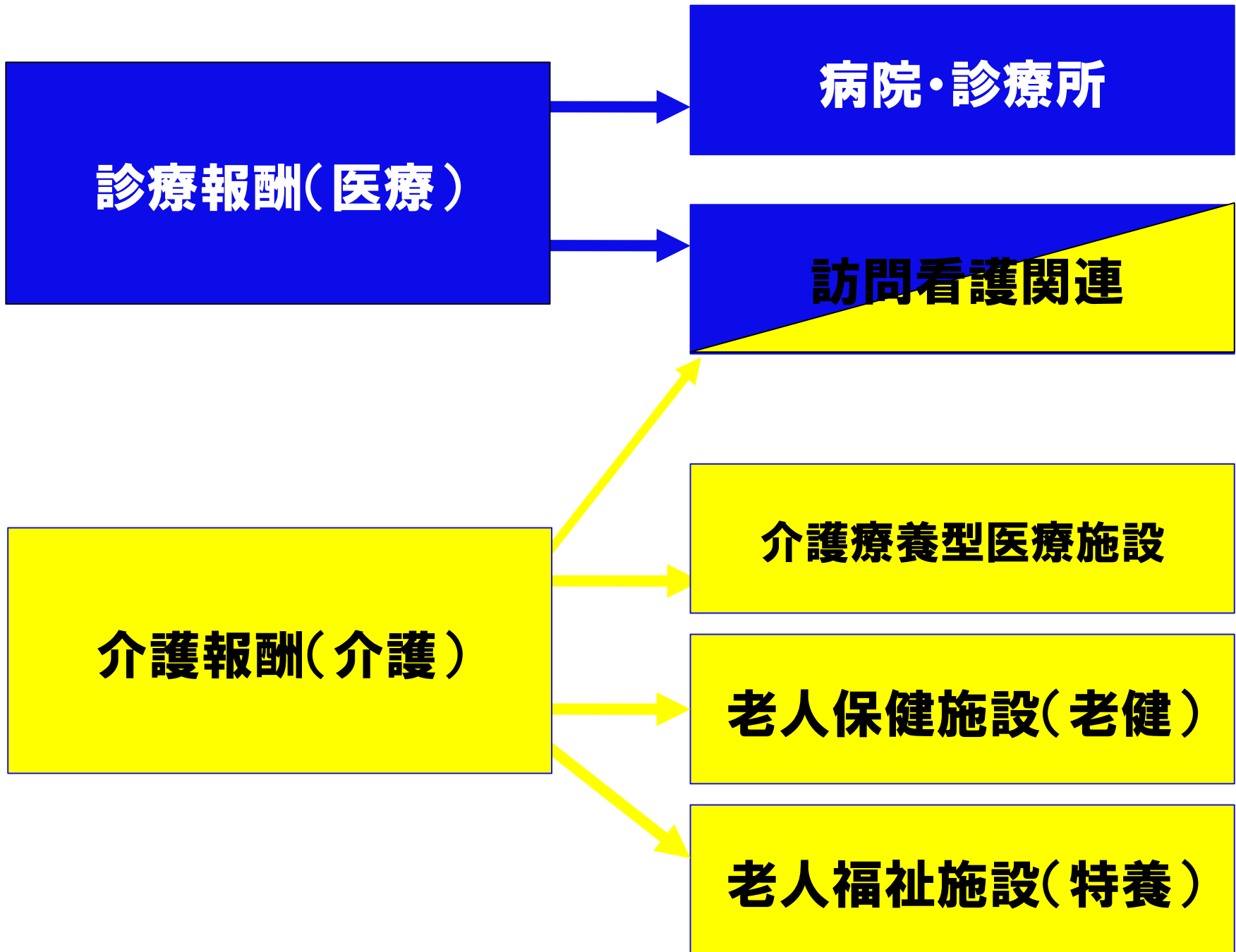
病院・診療所

介護報酬(介護)

介護療養型医療施設

老人保健施設(老健)

老人福祉施設(特養)



診療報酬(医療)

病院・診療所

訪問看護関連

医療保険の訪問看護と介護保険の訪問看護をしっかりと区別して運用することが超重要！！

介護報酬(介護)

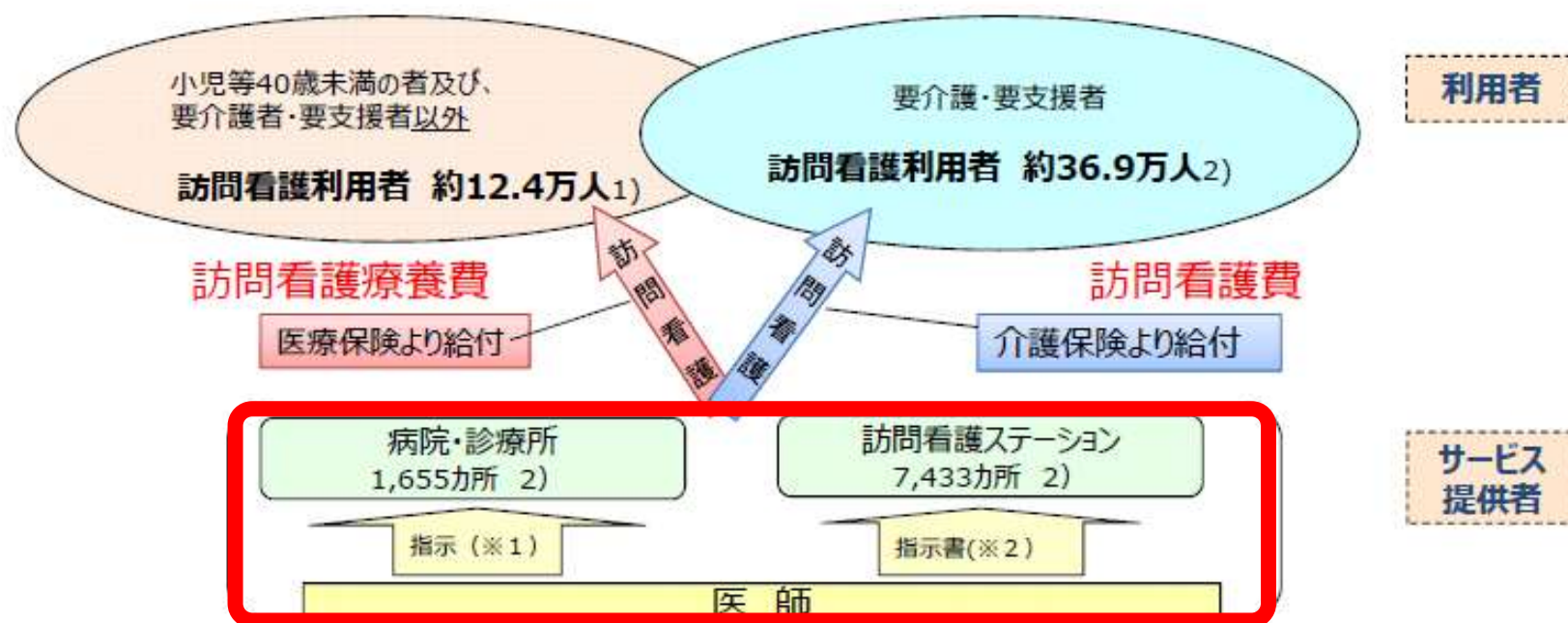
介護療養型医療施設

老人保健施設(老健)

老人福祉施設(特養)

訪問看護の仕組み

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



(※1) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点 (医療保険) を算定

(※2) 訪問看護指示料 300点 (医療保険) を算定

出典：1) 保険局医療課調べ (平成25年6月審査分)

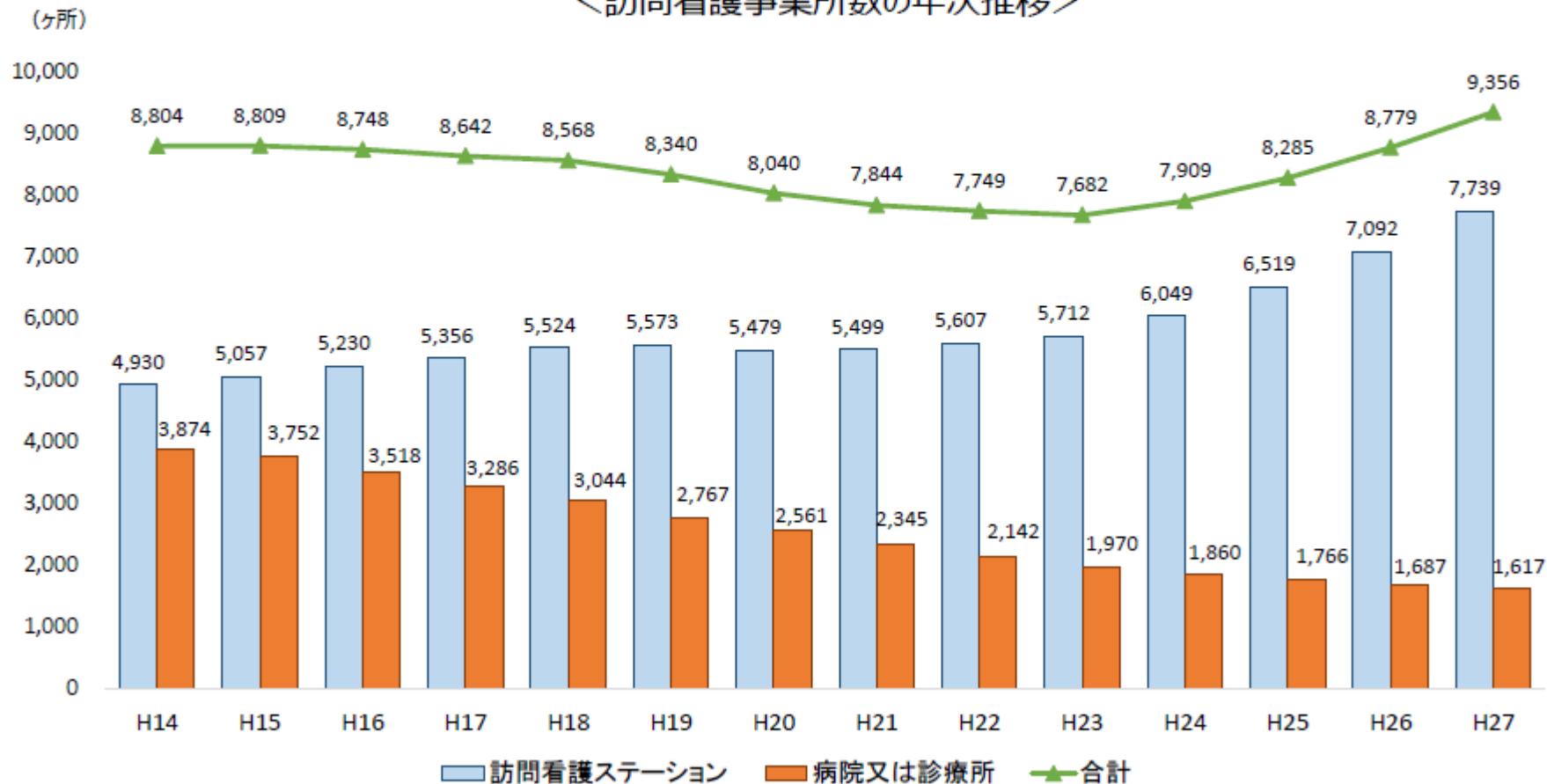
2) 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成26年9月審査分)

訪問看護の2つの運営

訪問看護ステーション数の年次推移

○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。

＜訪問看護事業所数の年次推移＞



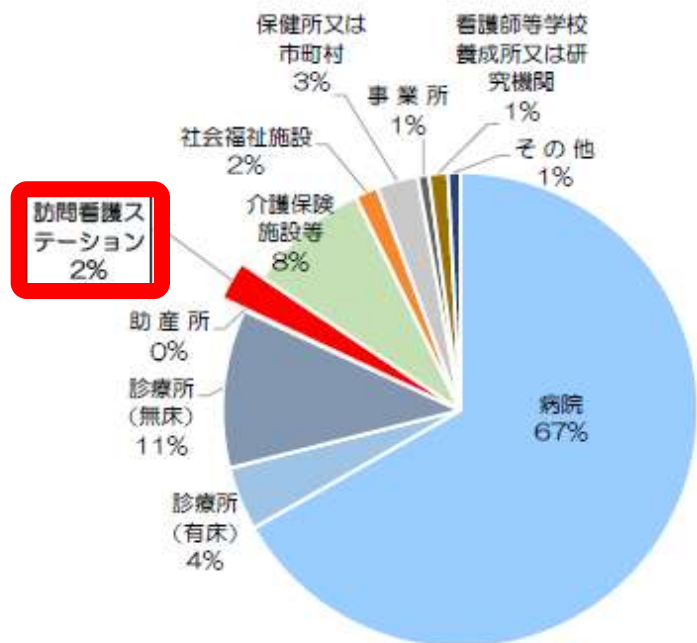
**医療機関の訪問看護が減少
訪問看護ステーションが急増
H24から全体で増加中**

出典：「介護給付費実態調査」（各年4月審査分） 63

訪問看護ステーションの就業者数の推移

- 就業している看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業しているのは2%である。
- 訪問看護ステーションに就業している看護職員数は年々増加しているが、看護職員全体に比べ増加割合は低い。

■ 就業場所別看護職員数（常勤換算）
（平成26年12月末現在）



※看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師

■ 訪問看護ステーションの就業看護職員数（常勤換算）
（各年年12月末現在）



※就業看護職員総数：就業している保健師、助産師、看護師、准看護師の総数

看護職員全体の2%の人数で、在宅を支えている

出典：「衛生行政報告例」 98

訪問看護の各報酬に占める割合

【医療保険】

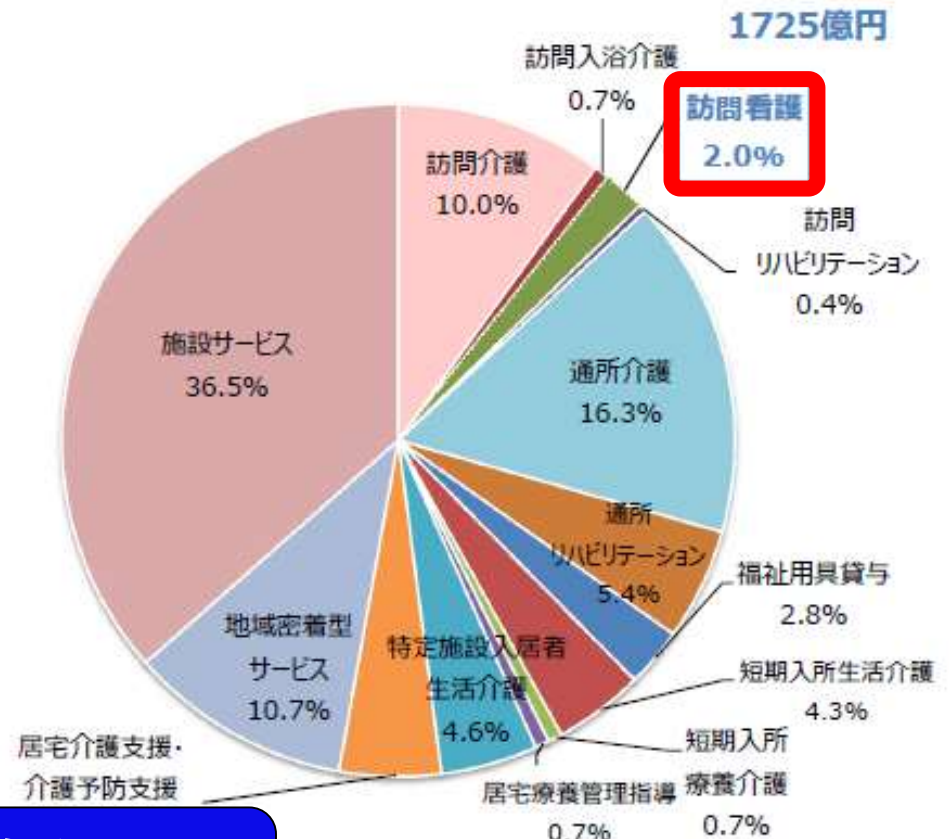
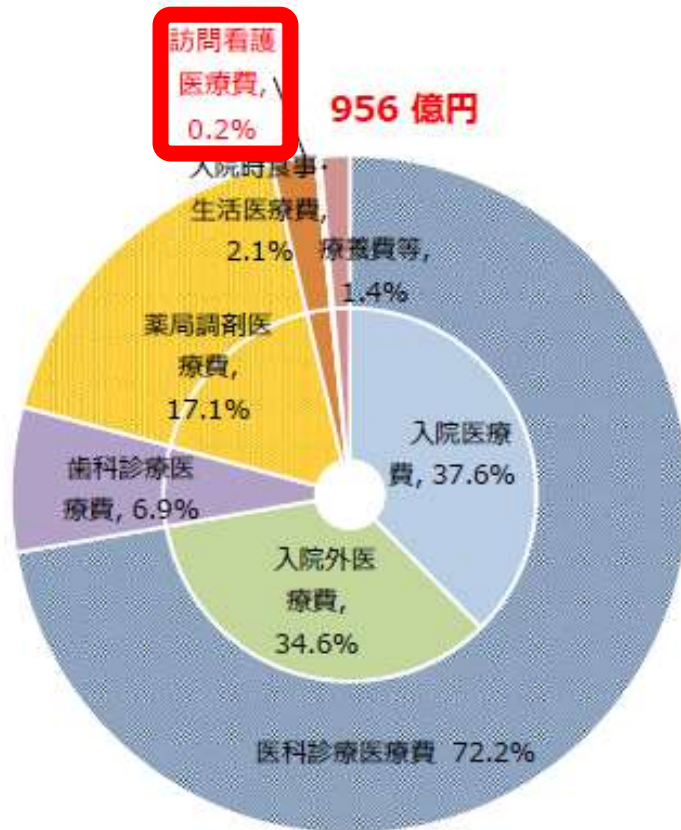
【介護保険】

診療種別国民医療費 (39兆円) 構成割合 (%)

【厚生労働省「平成24年度 国民医療費の概況」】

介護サービス種別 (8.5兆円) 構成割合 (%)

【厚生労働省「平成24年度 介護給付費実態調査」】



訪問看護の診療報酬、介護報酬に占める比率は極めて少ない

長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

○ 在宅医療等において、長期にわたって医学管理の必要性が高いと評価されている疾病・処置等として、以下の様な項目が挙げられている。

	別表7※	別表8※※	左記の他医療区分2・3のうち長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	<p>継続的な医学管理が必要な処置等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器の使用 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・人工呼吸 ・気管切開 ・酸素療法 ・持続陽圧呼吸療法 ・気管カニューレ/留置カテーテルの使用 ・自己腹膜灌流 ・血液透析 ・経管栄養等 ・自己導尿 ・自己疼痛管理 ・人工肛門/人工膀胱 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器 ・気管切開等 ・酸素療法 ・透析 ・経腸栄養
	<p>長期に渡る療養が必要な疾病</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・多系統萎縮症 ・球脊髄性筋萎縮症 ・多発性硬化症 ・進行性筋ジストロフィー症 ・副腎白質ジストロフィー ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ・重症筋無力症 ・パーキンソン病関連疾患 ・亜急性硬化性全脳炎 ・脊髄性筋萎縮症 ・後天性免疫不全症候群 ・ハンチントン病 ・ライゾゾーム病 ・頸髄損傷 ・プリオン病 ・脊髄小脳変性症 ・末期の悪性腫瘍 		
短期的に病態が増悪した状態等		<ul style="list-style-type: none"> ・点滴注射 	

別表8の患者に重点的な医療を・・・

その他	別表7・8に該当しない又は医療区分1に該当する状態
-----	---------------------------

※別表7: 在宅患者訪問診療料において週4回以上の訪問診療が可能 ※※別表8: 退院時共同指導料において、特別な管理を要する状態等として評価 16

訪問看護の利用者について ②利用者の状態

○ 医療保険の訪問看護については、別表7の状態の利用者が61.7%、別表8の状態の利用者が37.2%である。



特掲診療料別表7

厚生労働大臣が定める疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）。）多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷人工呼吸器を使用している状態

特掲診療料別表8

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

別表8の患者の比率が高い

出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

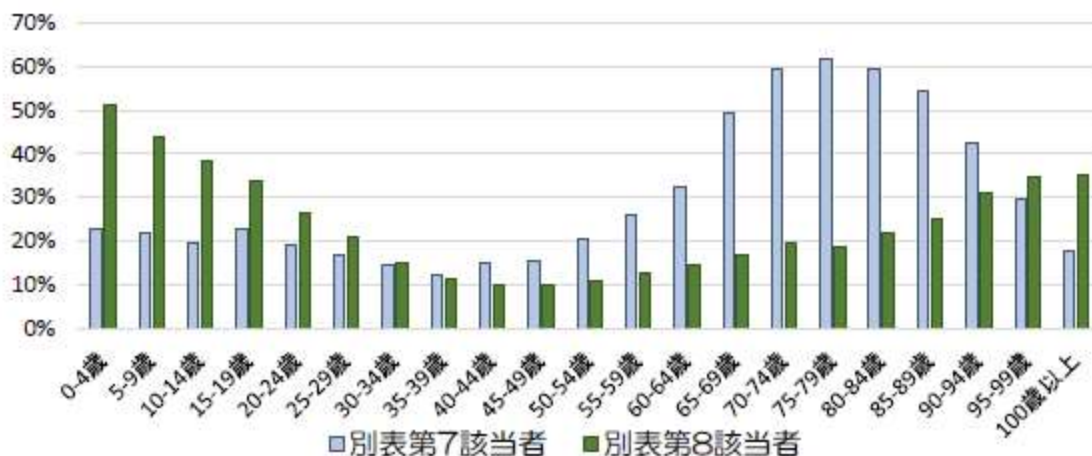
訪問看護ステーションの利用者について ②状態

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、精神科疾患及び神経系の疾患がそれぞれ約3割を占め、次いで悪性新生物が約1割である。
- 医療機器を使用している等のため医療ニーズが高い状態である別表第8の該当者は、小児が多い。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 別表第7及び別表第8の該当者割合



※1：別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソソーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
脊髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2：別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜透析指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理

在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

第5 訪問看護管理療養費について

1 (1) 訪問看護管理療養費は、訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されており、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書又は精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を主治医に提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する休日・祝日等も含めた計画的な管理を継続して行った場合に算定すること。なお、月の初日の訪問の場合であって、常勤看護職員の数等について「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」(平成18年厚生労働省告示第103号)の第一の六(1)及び(2)に掲げる基準を満たす場合には、機能強化型訪問看護管理療養費としてイ又はロを算定し、それ以外の場合はハを算定すること。

(2) (1)の安全な提供体制の整備とは、以下の要件を満たすものであること。
ア安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

イ訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。

ウ日常生活の自立度が低い利用者につき、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、適切な褥瘡対策の看護計画を作成、実施及び評価を行うこと。なお、褥瘡アセスメントの記録については、参考様式(褥瘡対策に関する看護計画書)を踏まえて記録すること。

第5 訪問看護管理療養費について

(3) 訪問看護ステーションの営業時間内における利用者又はその家族等との電話連絡、居宅における療養に関する相談等、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理(他の訪問看護ステーションとの連絡調整を含む。)に要する費用は、訪問看護管理療養費に含まれること。

(4) 利用者の主治医に対して訪問看護報告書を提出した場合は、当該報告書の写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。ただし、訪問看護報告書と訪問看護記録書の内容が同一の場合は、訪問看護記録書に提出年月日を記録することでこれに代えることができること。

(5) 1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステーション間において十分に連携を図ること。

(6) 指定訪問看護の実施に関する計画的な管理に当たっては、市町村(特別区を含む。以下同じ。)、保健所又は精神保健福祉センター(以下「市町村等」という。)において実施する保健福祉サービスとの連携に十分配慮すること。

(7) 衛生材料を使用している利用者について、療養に必要な衛生材料が適切に使用されているか確認し、療養に支障が生じている場合、必要な量、種類及び大きさ等について訪問看護計画書に記載するとともに、使用実績を訪問看護報告書に記載し、主治医に報告し療養生活を整えること。

褥瘡対策に関する看護計画書（例示）

氏名 _____ 職 名 _____ 部署 _____ 計画作成日 _____
 期-次-部-平 年 月 日 金 (日) _____ 記入管理番号 _____

褥瘡の有無 1. 特定 無し あり (脳脊髄、全身部、肩関節、肘関節、大転子部、踵部、その他) () 褥瘡発生日 _____
 2. 通常 無し あり (脳脊髄、全身部、肩関節、肘関節、大転子部、踵部、その他) ()

<日常生活自立度の低い人観患者>

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	Q(1, 2)	C(1, 2)	対応
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 座位姿勢の保持、移行)			できる	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
・褥瘡発出		なし	あり		
・関節拘縮		なし	あり		
・栄養状態低下		なし	あり		
・皮膚温度(多汗、寒冷感、寒冷感)		なし	あり		
・褥瘡(患部以外の部位)		なし	あり		

<褥瘡に関する危険因子のある患者およびその褥瘡を有する患者>

褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡
褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡
褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡
褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡
褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡
褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡
褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡
褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡
褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡
褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡

留意する項目	計画の内容	
圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体位分断等実施、寝起 車上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
	イス上	
スキンケア		
栄養状態改善		
リハビリテーション		

(記載上の注意)
 1. 日常生活自立度の判定に当たっては「障害者人の日常生活自立度(療養者)判定基準」の活用について
 (平成33年11月18日 厚生省大臣官房高齢者保健福祉総務課通知 保発第102-2号)を参照のこと。
 2. 日常生活自立度がJ～Aである患者については、褥瘡評価書の作成を要しないものであること。
 3. 必要な内容を定期看護記録に記載している場合、褥瘡評価書の作成を要しないものであること。

基本構成は病院と同じだが
① 医師欄等がない。
② 様式の変更は可能

名称も、医療機関が「診療計画書」に対し「看護計画書」になっている。

備考

**介護保険利用者も
集計する！**

1. 受付番号欄には記載しないこと。
2. 従業者については、出張所に勤務する職員も含めて記載すること。
3. 営業日以外の計画的な訪問看護とは、緊急時及び営業日以外に計画的な訪問を行っていることをいう。
4. 訪問看護ステーションの利用者数については、医療保険と介護保険の合計数を記載し、そのうちの医療保険、介護保険それぞれの利用者数を記載すること。
5. 精神科訪問看護療養費に係る届出における職種は、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。また、経験内容は具体的かつ簡潔に記載すること。

6. 褥瘡対策の実施状況については、下記を参照の上、記載すること。

医療保険の他、介護保険の利用者についても含めることとする。

**介護保険利用者も
集計する！**

① ①の訪問看護ステーション全利用者数：

報告月の前月の初日の訪問看護ステーションの全利用者数を記載(当該日の利用開始者は含めないが、当該日の利用終了者は含める。)

① ②の褥瘡を保有している利用者数(褥瘡保有者数)：

① 利用者のうち、訪問看護利用開始時に、DESIGN-R 分類d1以上を有する利用者数を記載(1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。)

③ 利用開始時に褥瘡を有していた利用者数(開始時褥瘡保有者)：

②の利用者のうち、訪問看護開始時に、DESIGN-R 分類d1以上を有する利用者数を記載(1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。)

④ 新たに褥瘡が発生した利用者数：

②の褥瘡保有者数から③の開始時褥瘡保有者数を減じた数を記載。

病院と同じ集計内容

⑤ 褥瘡の重症度(DESIGN-R 分類)：

③の開始時褥瘡保有者については、訪問看護利用開始時の褥瘡の重症度を記載。④の訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の褥瘡の重症度を記載。

退院後訪問指導料

WOCの同行訪問

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

点数

- 580点(1日)
退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- 20点(一回のみ)
在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

- 1285点(月一回)
褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (その他、悪性腫瘍の患者も対象)

- 750点(一回)
当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場合に基づき2回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

算定患者

- 別表第8の患者
(例)
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- (その他、認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上も対象)

- 在宅で療養を行っている真皮を越える褥瘡の状態にある患者
- (その他、悪性腫瘍の患者も対象)

- ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者
- ア ショック状態のもの
 - 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 強度の下痢が続く状態であるもの
 - オ 極度の皮膚脆弱であるもの
 - カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

看護師等の条件

医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要

- WOC認定看護師(性格には、皮膚・排泄ケア研修の修了生)
- (その他、緩和ケア認定看護師も対象)

- <在宅褥瘡対策チームの構成員>
- ・常勤医師
 - ・保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
 - ・常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)
- 上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

算定の条件

入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

- WOCが通常のj訪問看護師と同一日に訪問する。(同一日に行けば、一緒になくてもよい)
- (その他、緩和ケア認定看護師も対象)

- ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患者に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
- イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
- ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

●パターン1：医療機関に所属する皮膚・排泄ケア認定看護師が、他の医療機関の看護師か訪問看護ステーションと連携する

医療機関

他の医療機関

訪問看護ステーション



皮膚・排泄ケア
認定看護師



訪問看護師



訪問看護師

または

同一日に訪問

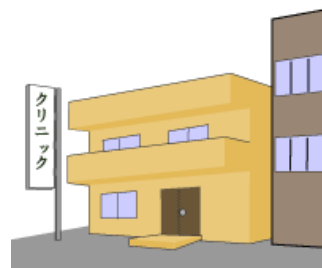
在宅患者訪問看護・
指導料 1,285点

在宅患者訪問看護・
指導料 580点

訪問看護基本療養費
5,550円



真皮を越える褥瘡の患者



在宅褥瘡予防・治療ガイドブック(照林社)より



- パターン2：訪問看護ステーションに所属する皮膚・排泄ケア認定看護師が、他の医療機関の看護師か他の訪問看護ステーションと連携する

訪問看護ステーション



皮膚・排泄ケア
認定看護師

訪問看護基本療養費
12,850円

他の訪問看護ステーション



訪問看護師

訪問看護基本療養費
5,550円

医療機関



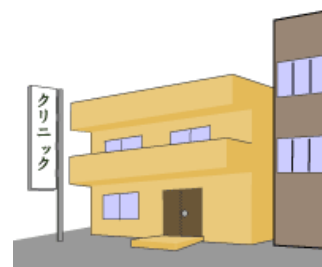
訪問看護師

在宅患者訪問看護・
指導料 580点

同一日に訪問



真皮を越える褥瘡の患者



在宅褥瘡予防・治療ガイドブック(照林社)より



別紙様式3

訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書
(届出・変更・取消し)

受理番号	(訪看26)	号
------	--------	---

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

決定年月	平成 年 月 日
------	----------

(届出事項)	1. 緩和ケア	2. 褥瘡ケア
上記のとおり届け出ます。 平成 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称		
	代表者の氏名	印
地方厚生(支)局長 殿		

届出内容

指定訪問看護事業者 の所在地及び名称	ステーションコード*
	管理者の氏名
1 緩和ケアに関する専門研修	
氏名	氏名
2 褥瘡ケアに関する専門研修	

備考：1及び2の専門研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
：届出書は、正副2通を提出のこと

(問6) 特別の関係にある医療機関と訪問看護ステーションにおいて、外泊時や退院当日又は緩和ケア及び褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による訪問看護が実施された場合においても、それぞれに要する各費用は算定できないのか。

(答) いずれにおいても算定可能である。

**特別な関係とは、
いわゆる「同一の経営母体」を意味します。**

(3) 「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

ア当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。

(イ) 当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合

(ロ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合

(ハ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合

(ニ) 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合

(ホ) (イ) から (ニ) までに掲げる場合に準ずる場合(人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。)

厚生労働省の通知 & 疑義解釈

(1) WOC単独で算定できるのか？

>できない

(厚労省:通知)

(2) WOCと通常の訪問看護師が同じ組織に所属していても算定できるのか？

>できない

(厚労省:通知)

(3) それぞれの組織が特別な関係(同じ経営母体)でも算定できるのか？

>できる

(厚労省:疑義解釈)

(4) 専従のWOCでも算定できるのか？

>できる

(厚労省:通知)



一般の方へ

看護職の方へ

看護職を目指す方へ

日本看護協会とは

お知らせ

重点政策・事業

生涯学習支援

看護実践情報

国際情報

看護の日

看護実践情報

[ホーム](#) > [看護実践情報](#) > [診療・介護報酬](#) > [平成24年度診療報酬改定](#)

サイト内検索



平成24年度診療報酬改定

このページでは、診療報酬届出に係るご質問は厚

平成24年度診療

平成 24 年度診療報酬改定に関する Q&A (その1)

公益社団法人 日本看護協会
平成 24 年 4 月 27 日
平成 24 年 10 月 5 日改変

平成 24 年度社会保険診療報酬改定説明会(日本看護協会主催)で頂戴したご質問のうち、告示、通知ならびに疑義解釈等にて記載がある事項を省いて、取りまとめています。上記を併せてご確認の上、適切に運用頂くようお願いいたします。

看護協会のQ&A等

(1)WOCへの訪問看護指示書は必要か？

>不要

(看護協会Q&A)

(2)カルテがなくても算定できるのか？

>できる

(看護協会 資料)

厚生労働省の通知 & 疑義解釈

(1) WOC単独で算定できるのか？

>できない

(厚労省:通知)

(2) WOCと通常の訪問看護師が同じ組織に所属していても算定できるのか？

>できない

(厚労省:通知)

(3) それぞれの組織が特別な関係(同じ経営母体)でも算定できるのか？

>できる

(厚労省:疑義解釈)

(4) 専従のWOCでも算定できるのか？

>できる

(厚労省:通知)

看護協会のQ & A等

(1) WOCへの訪問看護指示書は必要か？

>不要

(看護協会Q & A)

(2) カルテがなくても算定できるのか？

>できる

(看護協会 資料)

退院後訪問指導料

WOCの同行訪問

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

点数

●580点(1日)

退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

●20点(一回のみ)

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

●1285点(月一回)

褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

●750点(一回)

当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場合に基づき2回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

算定患者

別表第8の患者
(例)

・真皮を超える褥瘡の状態にある者

・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

(その他、認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上も対象)

在宅で療養を行っている真皮を越える褥瘡の状態にある患者

(その他、悪性腫瘍の患者も対象)

ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者
ア ショック状態のもの
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 強度の下痢が続く状態であるもの
オ 極度の皮膚脆弱であるもの
カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

看護師等の条件

医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要

WOC認定看護師(性格には、皮膚・排泄ケア研修の修了生)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- ・常勤医師
- ・保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- ・常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

算定の条件

入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

WOCが通常のj訪問看護師と同一日に訪問する。(同一日に行けば、一緒になくてもよい)

(その他、緩和ケア認定看護師も対象)

ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患者に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。

ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑭

在宅における褥瘡対策の推進

- 多職種から構成される在宅褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類d2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

[算定要件]

- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
 - ア 常勤医師
 - イ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
 - ウ 常勤管理栄養士（診療所は非常勤でも可）

※ 当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師等（准看護師を除く。）を在宅褥瘡管理者とする場合に限り、在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす**在宅褥瘡管理者**であること。
 - ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者
 - イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者

※褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師については、在宅褥瘡管理者とすることができる。

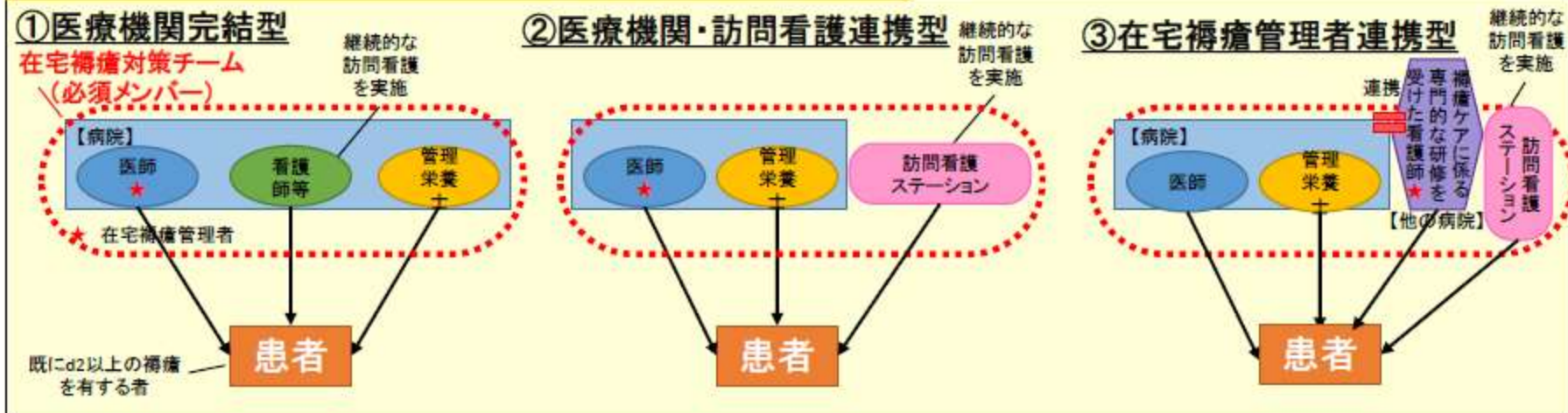
※学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。

※在宅褥瘡管理者については、平成26年9月30日までは、イの研修を修了していないものであっても要件を満たすものとみなす。
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
 - ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
 - イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
 - ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

※3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、2回目の評価カンファレンスを実施できる。
- ④ 1年間のケアの実績を報告する。

在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

実施体制(例)



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

- ① 5年以上、医師又は看護師等(准看護師を除く)として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者、かつ、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

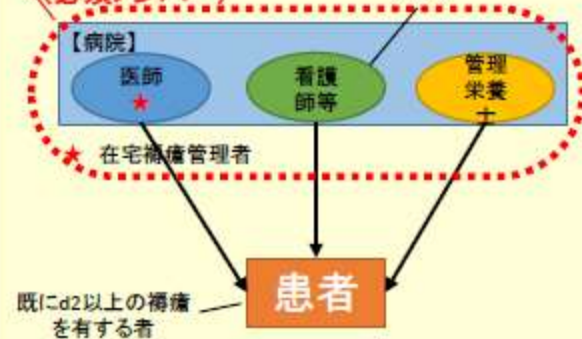
在宅褥

- (1) 医師・管理栄養士・看護師の3名のチーム編成
- (2) 医師・管理栄養士は医療機関の所属(診療所は非常勤でも可)
- (3) 看護師は、他の訪問看護ステーション所属でOK
- (4) 医師か看護師が「在宅褥瘡管理者」の資格が必要
- (5) 資格者がいない時は、WOCが4番目の人間で参加できる。

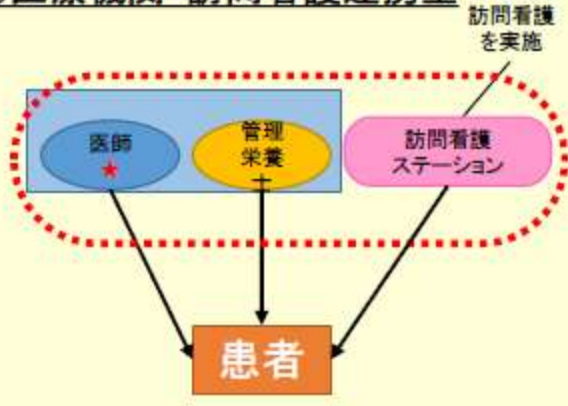
実施体制(例)

①医療機関完結型

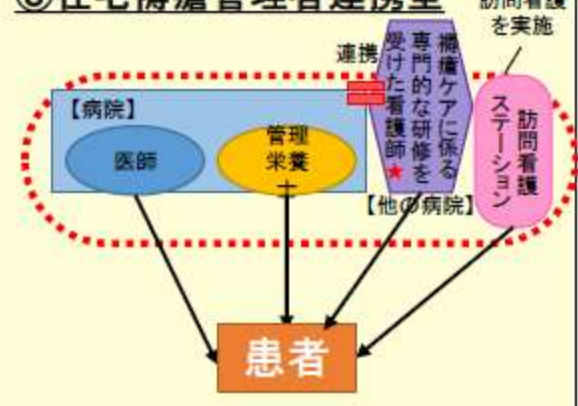
在宅褥瘡対策チーム
(必須メンバー)



②医療機関・訪問看護連携型



③在宅褥瘡管理者連携型



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。
ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

- ① 5年以上、医師又は看護師等(准看護師を除く)として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者、かつ、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

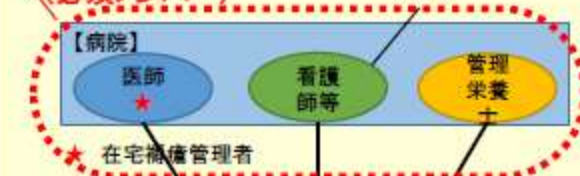
在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

実施体制(例)

①医療機関完結型

在宅褥瘡対策チーム
(必須メンバー)

継続的な
訪問看護
を実施

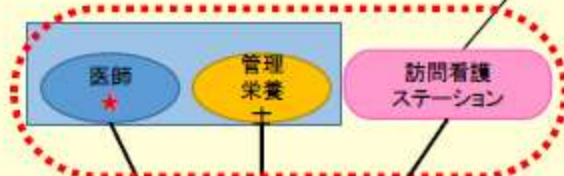


既にd2以上の褥瘡
を有する者

患者

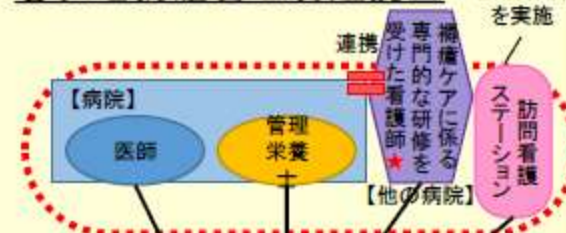
②医療機関・訪問看護連携型

継続的な
訪問看護
を実施



③在宅褥瘡管理者連携型

継続的な
訪問看護
を実施



<在宅褥瘡管理者>

(1)WOCN、

(2)褥瘡認定師、在宅褥瘡予防・管理師(褥瘡学会)

(3)褥瘡学会の6時間以上の講習+5症例のレポート

<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師
- 常勤管理栄養士(診療所)

上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

- ① 5年以上、医師又は看護師等(准看護師を除く)として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者、かつ、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

在宅褥瘡対策チームによる実施内容

3ヶ月以内に算定する！！

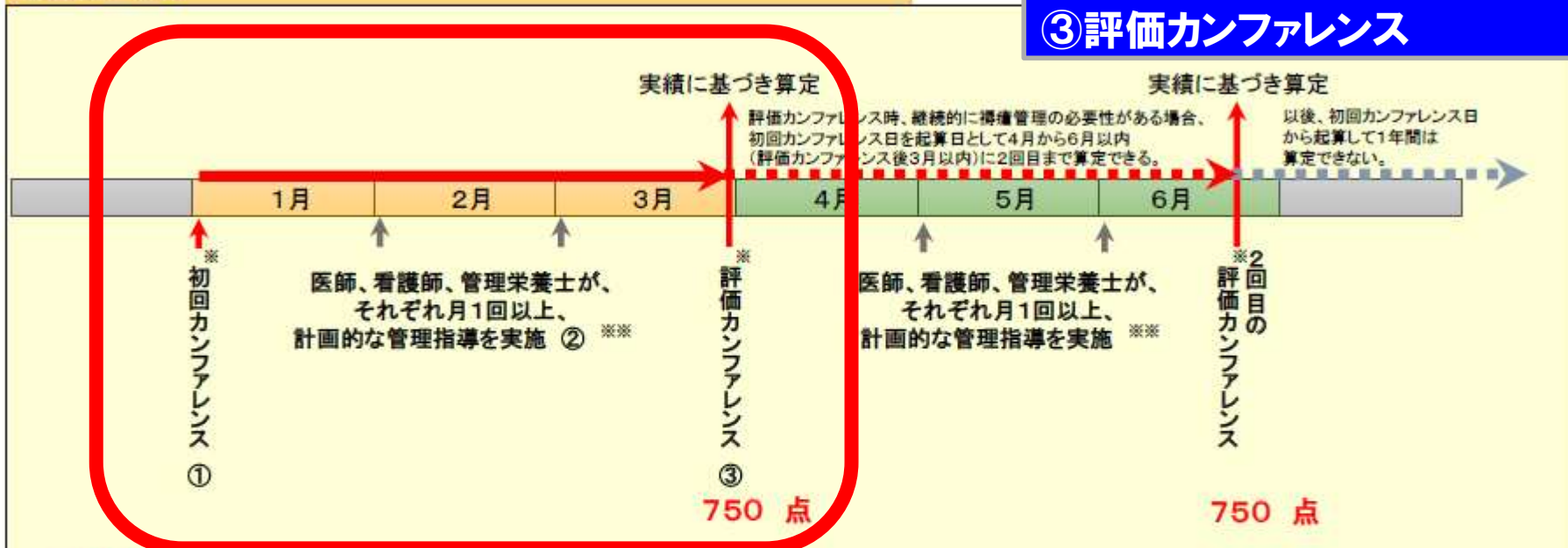
3点セットが必要

①初回カンファレンス

②各職種個別指導(1回/月)

③評価カンファレンス

実施内容



下記の①～③を実施した場合に、当該指導料を算定することができる。

- ① 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施〔初回カンファレンス①〕
- ② 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、指導管理を及び情報共有を実施。〔②〕
- ③ 初回訪問後3月以内に、指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを実施。〔評価カンファレンス③〕

※ カンファレンス実施日において、当該カンファレンスとは別に継続的に実施している訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を行う必要性がある場合に限り、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料等について、同一日に算定することができる。

※※ 各職種の月1回以上の管理指導については、別に継続的に実施している訪問診療等において行う。訪問栄養指導の対象ではない場合等で当該管理指導のみを目的とした訪問を行う場合については、当該管理指導料に含まれているものとする。

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(1) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、在宅褥瘡管理に係る専門的知識・技術を有する在宅褥瘡管理者を含む多職種からなる在宅褥瘡対策チームが、褥瘡予防や管理が難しく重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善等を目的として、共同して指導管理を行うことを評価したものであり、褥瘡の改善等を目的とした指導管理のための初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場に基づき2回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

(2) 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアから力のいずれかを有する者をいう。

- ア ショック状態のもの
- 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 強度の下痢が続く状態であるもの
- オ 極度の皮膚脆弱であるもの
- カ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

- ・ハイリスク加算から手術の項目が抜けた患者
- ・予防的ケアでは算定できない

(3) 在宅褥瘡対策チームは、褥瘡の改善、重症化予防、発生予防のための以下の計画的な指導管理を行う。ア初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患家に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス(以下「初回カンファレンス」という。)を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ 初回カンファレンス後、計画に基づき初回訪問後、評価のためのカンファレンスが必要な場合、初回カンファレンス後、

<条件> 下記の3つとも適合すること!・・・医療保険で算定!

- ① ベッド上安静
- ② 既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者
- ③ アから力のいずれかを有する者

評価カンファレンスは、1回目の評価カンファレンスの実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

比較対象スライド 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

(1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、別に厚生労働大臣が定めるものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。

(2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、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、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中1回に限り算定する。なお、当該加算は、第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。

(3) 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。**

アショック状態のもの

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であるもの

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

(4) 「注2」に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者は、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書に基づき実施した褥瘡ケアの内容を診療録に記載すること。

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女

計画作成日 _____

明・大・昭・平 年 月 日 生 (歳)

褥瘡の有無
 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

褥瘡発生日 _____

<日常生活自立度の低い入院患者>

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			

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

褥瘡の状態の評価 (DESSIGNIR)	深さ	(0)なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(U)深さ判定が不能の場合	合計点	
	滲出液	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない		(3)中等量:1日1回の交換		(6)多量:1日2回以上の交換			
	大きさ(cm ²) 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし	(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	(15)100以上		
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		(3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭)		(9)全身的影響あり(発熱など)			
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されてない			
	壊死組織	(0)なし	(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				
	ポケット(cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最大径)→潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満		(24)36以上			

継続的な管理が必要な理由

計画

実施した内容(初回及び評価カンファレンスの記録及び月1回以上の構成員の訪問結果の情報共有の結果について記載)□

カンファレンス実施日	開催場所	参加した構成員の署名	議事概要
初回 月 日			
評価 月 日			
評価 月 日			

評価

説明日 平成 年 月 日

本人又は家族(続柄)の署名 _____
在宅褥瘡対策チーム構成員の署名 _____
医師 _____
看護師 _____
管理栄養士 _____
在宅褥瘡管理者 _____

【記載上の注意】

- 1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 2 日常生活自立度がU1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

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
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<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 「1」の在宅褥瘡管理者については、5年以上の医療従事の経験、及び、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 「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。

大きなメリット

通常、同一の医療機関の医師と訪問看護、医師と訪問栄養指導が同行する場合や…

医療機関の医師と、医療機関と特別な関係にある訪問看護ステーションが同行した場合は…

訪問看護や訪問栄養指導の費用は算定できないのですが…

**在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定すると、
カンファレンスをする時に、カンファレンス以外に訪問看護や訪問栄養指導が必要であれば、
医師と一緒に、訪問看護や訪問栄養指導の費用を算定できます！**

これは、現場にとっては大きなメリットです！

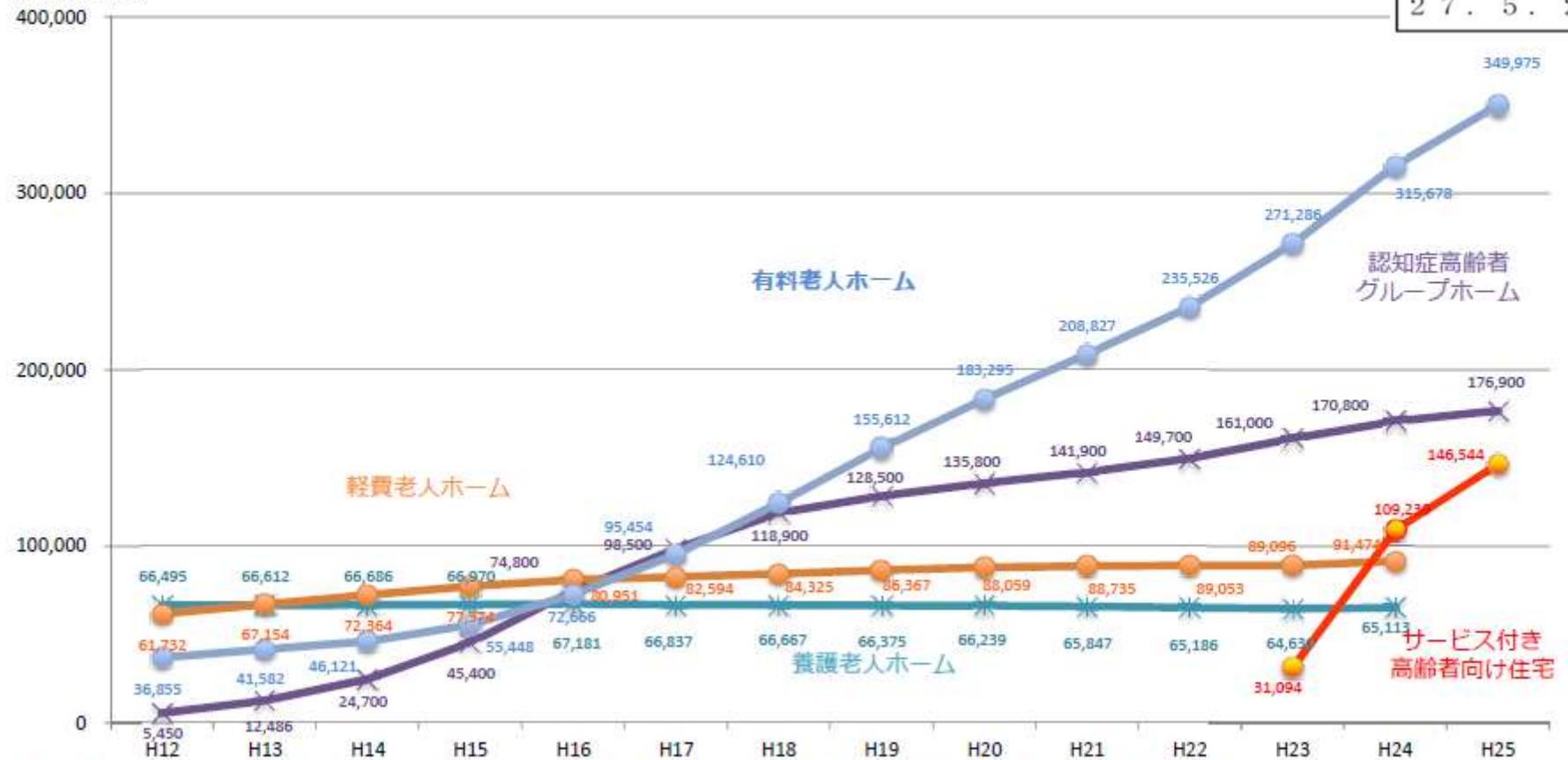
高齢者の居住場所について

中医協 総 - 6
27.2.18

○ 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に、高齢者向け集合住宅は増加傾向にある。

中医協 総 - 4
27.5.27

(単位:人・床)



- ※1: 認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月集計)【H14~】(定員数ではなく利用者数)」による。
- ※2: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。
- ※3: 兼養老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24は基本票の数値。
- ※4: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(3/31時点)」による。
- ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。
- ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(3/31時点)」による。

特定施設入居者生活介護の概要

中医協 総-4
25.6.26

1. 制度の概要

- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
 - ① 有料老人ホーム(基準を満たす一部のサービス付き高齢者向け住宅を含む)
 - ② 軽費老人ホーム(ケアハウス)
 - ③ 養護老人ホーム

2. 人員基準

- 管理者—1人[兼務可]
- 生活相談員—要介護者等:生活相談員=100:1
- 看護・介護職員—①要支援者:看護・介護職員=10:1 ②要介護者:看護・介護職員=3:1
※ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人
- 機能訓練指導員—1人以上[兼務可]
- 計画作成担当者—介護支援専門員1人以上[兼務可]

※ただし、要介護者等:計画作成担当者100:1を標準

中医協 総-4
27.5.27

3. 設備基準

- ① 介護居室:・原則個室・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ・地階に設けない等
- ② 一時介護室:介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室:身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所:居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室:機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体:利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造

請求事業所・受給者の推移



在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

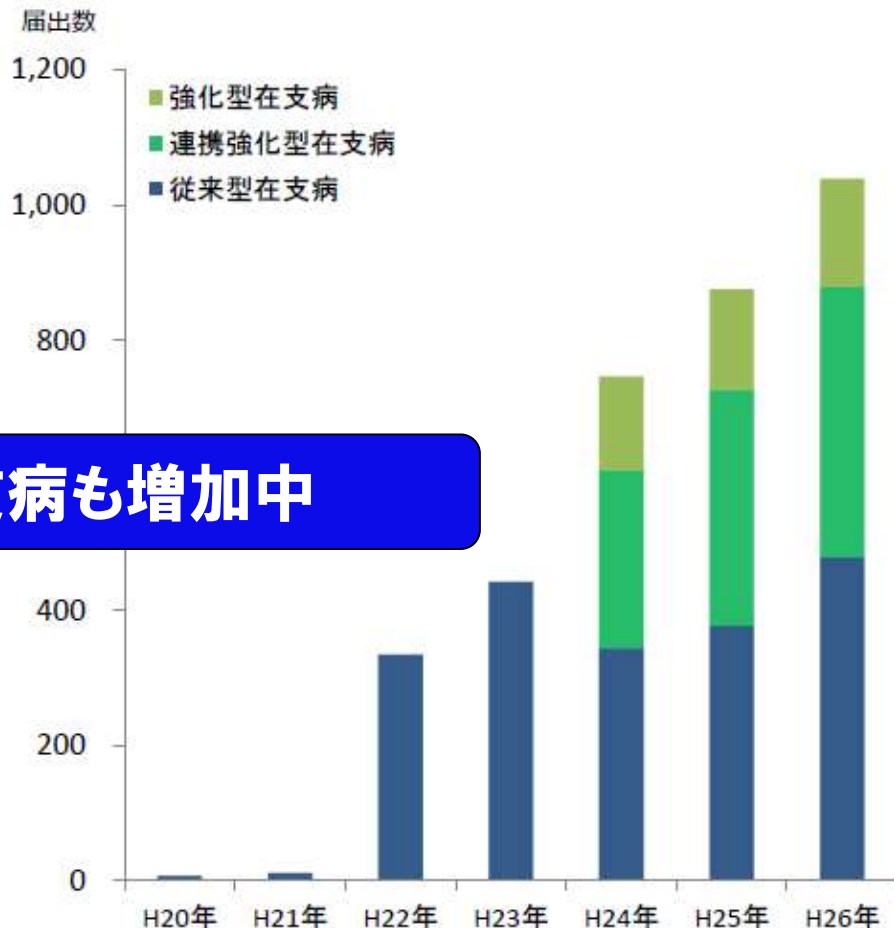
中医協 総-3
27.10.7

中医協 総-2
27.11.11

＜在宅療養支援診療所届出数＞



＜在宅療養支援病院届出数＞



在支診も在支病も増加中

※連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.8

出典：保険局医療課調べ(平成25年7月1日時点)・平成26年度検証部会調査(在宅医療)

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

○介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数が伸びており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいる。



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

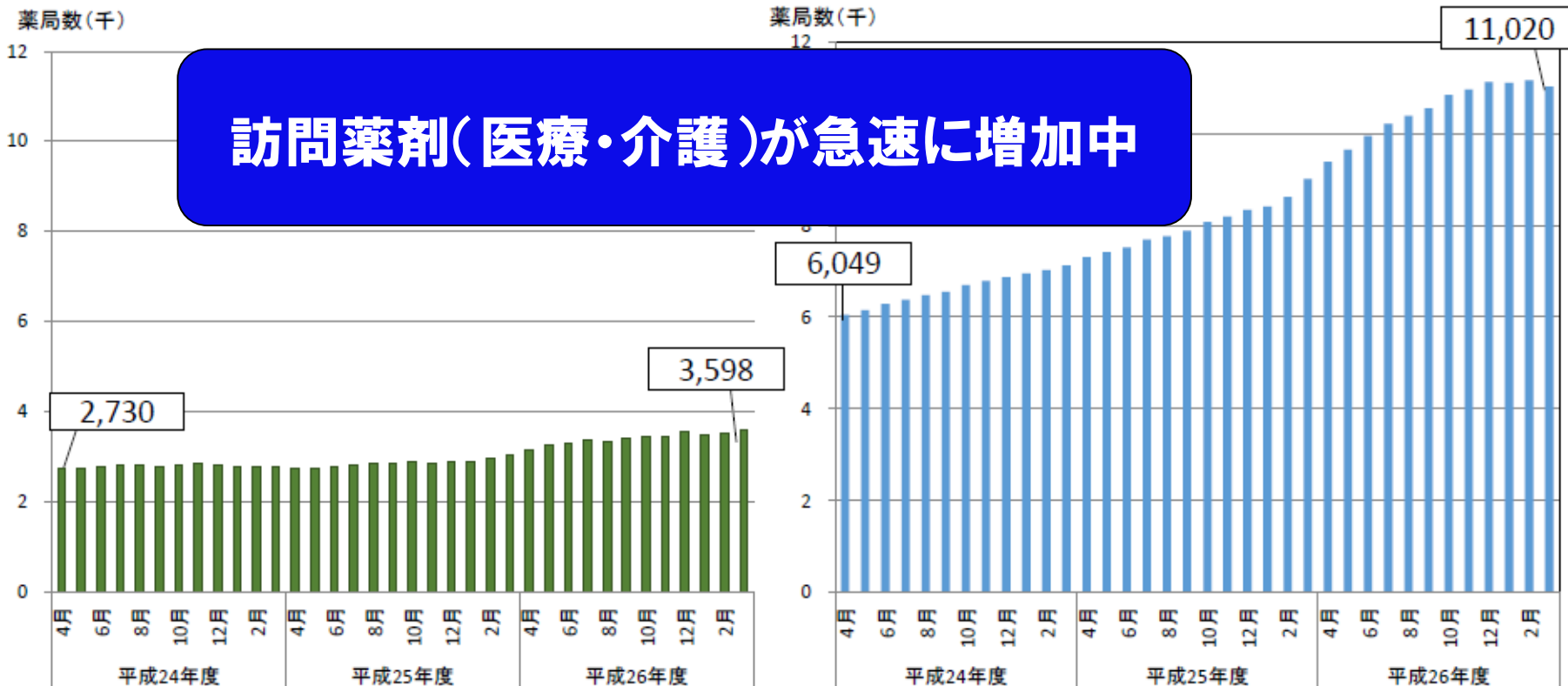
出典) 社会医療診療行為別調査及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)特別集計、「介護保険総合DB」(月ごとに算定した薬局数を集計)(老健局老人保健課)

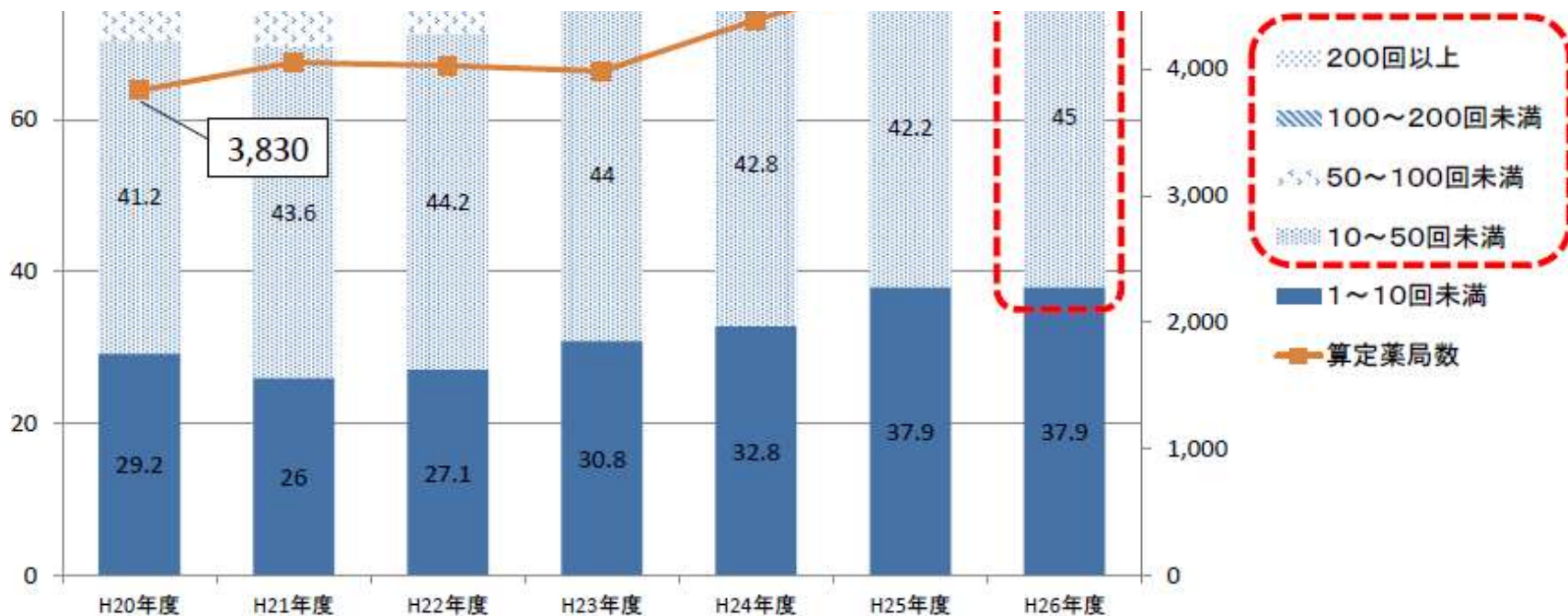
質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

- 保険薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を **1週間当たり40回**に見直す。
- 同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、**1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できる**ようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- 医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

5名/日 → 40名/週に変更

同一建物などでの、6人目が算定できない課題が一步前進



〔出典〕「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課） 特別集計

栄養に関する診療報酬上の主な評価

入院

○栄養サポートチーム加算
(200点/週1回)

○入院栄養食事指導料
(125～130点/週1回・入院中2回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な患者**に対して食事計画案などを交付し、**概ね15分以上**指導を実施

○集団栄養食事指導料
(80点/月1回)

○摂食障害入院医療管理加算
※治療を行う職種に管理栄養士が含まれる
(200点(30日以内)、100点(31～60日以内))

特別食

(1食当たり76円を食事療養費に加算)

腎臓食
肝臓食
糖尿食
胃潰瘍食
貧血食
膵臓食
脂質異常症食

痛風食
フェニールケトン尿症食
楓糖尿症食
ホモシスチン尿症食
ガラクトース血症食
治療乳
無菌食

小児食物アレルギー食^{注1)}
特別な場合の検査食^{注2)}

注1: 外来及び入院栄養食事指導料に限る。
注2: 単なる流動食及び軟食を除く。

外来

○外来栄養食事指導料
(130点/月1回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な患者**に対して食事計画案などを交付し、**概ね15分以上**指導を実施

○糖尿病透析予防指導管理料
(350点/月1回)

在宅訪問

○在宅患者訪問栄養食事指導料
(450～530点/月2回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な在宅で療養を行っている患者**に対して食事計画案などを交付し、**30分以上調理を介して実技を伴う指導**を実施

○在宅患者訪問褥瘡管理指導料
※在宅褥瘡対策チームの一員に管理栄養士が含まれる
(750点/2回まで)

栄養関連も制度が整ってきていたが・・・

在宅訪問栄養食事指導の指導内容

- 医療保険で行われる在宅訪問栄養食事指導は、調理を介して実技を伴う指導を行うことが要件となっているほか、低栄養状態にある者が対象とされていない点で、介護保険による指導（居宅療養管理指導）と異なっている。

	医療保険 (在宅患者訪問栄養食事指導料)	<参考>介護保険 (居宅療養管理指導費)
算定	<ul style="list-style-type: none"> ① 同一建物居住者以外の場合:530点 ② 同一建物居住者の場合:450点 (①と②を合わせて月2回まで算定可能) 	<ul style="list-style-type: none"> ① 同一建物居住者以外の場合:533単位 ② 同一建物居住者の場合:452単位 (①と②を合わせて月2回まで算定可能)
対象	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養を行っている患者で、通院による療養が困難な者(要介護認定を受けた者は含まない)であって、 ● 医師が特別食の必要性を認めた場合 	<ul style="list-style-type: none"> ● 要介護認定を受けた者であって、 ● 医師が特別食の必要性を認めた場合 又は低栄養状態にあると判断した場合
指導要件	<p>以下の両方を満たした場合に算定可能</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付 ② 当該食事せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上実施 	<p>以下の両方を満たした場合に算定可能</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 栄養ケア計画を作成した当該計画を患者又はその家族等に対して交付 ② 当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上実施
備考		<ul style="list-style-type: none"> ● 嚥下困難者のための流動食も対象

医療保険と介護保険で微妙にちがっていた

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑥

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

▶外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養等の患者に対する治療食を含める。

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者
※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※¹を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

※¹ 難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)を追加

▶指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

【外来・入院栄養食事指導料※¹】

(概ね15分以上)

130点

※¹ 入院栄養食事指導料1は130点、2(有床診において、当該有床診以外の管理栄養士が指導を行う場合)は125点

【外来・入院栄養食事指導料※²】

(新) イ 初回(概ね30分以上)

260点

(新) ロ 2回目以降※³(概ね20分以上)

200点

※² 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。

※³ 入院栄養食事指導料については「2回目」

▶在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。

算定要件が拡充、点数もUP、実技が不要になった

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑥

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

▶外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養等の患者に対する治療食を含める。

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者
※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※¹を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

※¹ 難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)を追加

▶指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

【外来・入院栄養食事指導料※¹】

(概ね15分以上)

130点

※¹ 入院栄養食事指導料1は130点、2(有床診において、当該有床診以外の管理栄養士が指導を行う場合)は125点

【外来・入院栄養食事指導料※²】

(新) イ 初回(概ね30分以上)

260点

(新) ロ 2回目以降※³(概ね20分以上)

200点

※² 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。

※³ 入院栄養食事指導料については「2回目」

▶在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。

算定要件が拡充、点数もUP、実技が不要になった

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑥

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

▶外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養等の患者に対する治療食を含める。

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者
※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※¹を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

※¹ 難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)を追加

▶指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

【外来・入院栄養食事指導料※¹】

(概ね15分以上)

130点

【外来・入院栄養食事指導料※²】

(新) イ 初回 (概ね30分以上)

260点

(新) ロ 2回目以降※³ (概ね20分以上)

200点

※¹ 入院栄養食事指導料1は130点、2 (有床診において、当該有床診以外の管理栄養士が指導を行う場合)は125点

※² 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。

※³ 入院栄養食事指導料については「2回目」

▶在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。

算定要件が拡充、点数もUP、実技が不要になった

<抄録より>

(1)入院中

- *「入院基本料」:病院全体で取り組む基本項目で、「褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)の活動が核になる。
- *「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」:WOCNが中心となって専門性の高い褥瘡ケアに取り組む。
- *「療養型病床」:深さを問わず褥瘡がある場合は、医療区分2になるので、急性期からの退院調整もスムーズになる。
- *「医療区分2継続算定」:療養型病床において、褥瘡が治癒した場合でも、継続的に医療区分2を算定できる。
- *「褥瘡評価実施加算」:療養型病床で、ADLの低いADL区分3の患者に算定できる加算。

(2)退院前後

- *「退院時共同指導料」:在宅を担う各職種との合同カンファレンスが増点になった。
- *「退院後訪問指導料」:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その1!
- *「訪問看護同行加算」:退院後訪問指導料を実施するときに、訪問看護ステーション等と同行することで算定できる。
平成28年度の診療報酬改定の目玉その2!

(3)在宅

- *「訪問看護時の看護計画書」:医療機関と同じ様式の看護計画書が義務付けられている。医療機関と訪問看護が共通の指標でケアできる。
- *「WOCNの同行訪問」:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと普段の訪問看護師が同行する。
- *「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」:「医師」「看護師」「管理栄養士」の3職種の在宅褥瘡対策チームによる在宅の褥瘡患者へのチーム医療。
- *「在宅患者訪問薬剤管理指導料」:算定が5名/日から40名/週に変更され算定しやすくなった。
- *「在宅患者訪問栄養食事指導料」:調理の実技が不要となり算定しやすくなった。

(4)創傷被覆材

- *「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」:在宅で期間に制限がなく保険償還できる、医療機関からだけではなく、処方箋による支給も認められている。
- *「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」:訪問看護時の保険償還が明確化された。

(5)衛生材料

- *「衛生材料等提供加算」:在宅療養指導管理料は算定していないが、訪問看護をしている患者に対して「衛生材料」等を支給した場合に算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その3!

(6)NPWT(局所陰圧閉鎖機器)

- *「院内での使用」:全ての製品が、DPC病棟でも算定できる。療養型病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では算定できない
- *「外来での使用」:2つの製品が、外来で使用した場合にも算定できる。

**患者さんに
負担させていい費用、いけない費用**

保医発第0901002号
平成17年9月1日
一部改正
平成17年10月1日

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて
保医発第0901002号
平成17年9月1日 一部改正平成17年10月1日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）長 } 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官



療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

保険医療機関等において保険診療を行うに当たり、治療（看護）とは直接関連のな

療養担当規則・・・実費徴収ができるもの

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

(1) 日常生活上のサービスに係る費用

- ア おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代
- イ 病衣貸与代(手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。)
- ウ テレビ代
- エ 理髪代
- オ クリーニング代
- カ ゲーム機、パソコン(インターネットの利用等)の貸出し
- キ MD、CD、DVD各プレイヤーの貸出し及びそのソフトの貸出し
- ク 患者図書館の利用料等

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて
保医発第0901002号
平成17年9月1日 一部改正平成17年10月1日

(2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

- ア 証明書代(例)産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険等に必要診断書等の作成代等
- イ 診療録の開示手数料(閲覧、写しの交付等に係る手数料)
- ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要診断書等の翻訳料等



(3) 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

- ア 在宅医療に係る交通費
- イ 薬剤の容器代(ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。)等

(4) 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用

- ア インフルエンザ等の予防接種
- イ 美容形成(しみとり等)
- ウ ニコチン貼付剤の処方等

(5) その他

- ア 保険薬局における患家への調剤した医薬品の持参料
- イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料
- ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代
- エ 院内併設プールで行なうマタニティスイミングに係る費用
- オ 患者の自己利用目的によるレントゲンのコピー代等

療養担当規則・・・実費徴収ができないもの

療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの
療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないものとしては、
具体的には次に掲げるものが挙げられること。

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて
保医発第0901002号
平成17年9月1日 一部改正平成17年10月1日

(1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア 入院環境等に係るもの

(例) シーツ代、冷暖房代、電気代(ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等)、
清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、
医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代等

イ 材料に係るもの

(例) 衛生材料代(ガーゼ代、絆創膏代等)、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、
手術に通常使用する材料代(縫合糸代等)、ウロバッグ代、
皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや
三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、
散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代等

ウ サービスに係るもの

(例) 手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、
車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、
食事時のとろみ剤やフレーバーの費用等

(2) 診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用

(費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。)

(3) 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器(治験に係るものを除く。)

イ 適応外使用の医薬品(選定療養を除く。)

ウ 保険適用となっていない治療方法(高度先進医療及び先進医療を除く。)等

療養担当規則・・・実費徴収ができないもの

療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの
療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないものとしては、
具体的には次に掲げるものが挙げられること。

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて
保医発第0901002号
平成17年9月1日 一部改正平成17年10月1日

(1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア 入院環境等に係るもの

イ 材料に係るもの

(例)

衛生材料代(ガーゼ代、絆創膏代等)、
おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、
手術に通常使用する材料代(縫合糸代等)、
ウロバッグ代、
皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、
骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、
医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、

医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代等



ウ 保険適用となっていない治療方法(高度先進医療及び先進医療を除く。)等

理解のポイントとなる

5つの用語

①衛生材料

- ・ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなど



ポイント

②保険医療材料

- ・保険適応でない医療機器
（例・フィルム材、パッド付きドレッシング等）

③特定保険医療材料

- ・保険適応の医療機器
（創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ等）

④在宅療養指導管理料

C100 退院前在宅療養指導管理料	120点
C101 在宅自己注射指導管理料	
1 複雑な場合	1,230点
2 1以外の場合	
イ月27回以下の場合	650点
ロ月28回以上の場合	750点
C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料	820点
C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	150点
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
C102-2 在宅血液透析指導管理料	8,000点
C103 在宅酸素療法指導管理料	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
2 その他の場合	2,400点
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050点
C106 在宅自己導尿指導管理料	1,800点
C107 在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1	2,250点
2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2	250点
C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1,500点
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050点
C110 在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300点
C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810点
C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500点
C112 在宅気管切開患者指導管理料	900点
C113 削除	
C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000点
C115 削除	
C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	45,000点



⑤特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者

1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

2 以下のいずれかを受けている状態にある者

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅血液透析指導管理
- ・在宅酸素療法指導管理
- ・在宅中心静脈栄養法指導管理
- ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- ・在宅自己導尿指導管理
- ・在宅人工呼吸指導管理
- ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- ・在宅自己疼痛管理指導管理
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理



3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

4 真皮を超える褥瘡の状態にある者

5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

	衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
	ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者	医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算	訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務	3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

	衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
	ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者	医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算	訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務	3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
訪問看護 を している患者		在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算	訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
		在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務	3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
	訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は 保険算定可
在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者		医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

創傷被覆材の保険償還の整理

創傷被覆材一覧表

日本医療機器テクノロジー協会 創傷被覆材部会作成(2016年4月18日改訂25版)

創傷被覆・保護材一覧

医療機器分類(業種法)		使用材料 (業界自主分類)	保険償還名・価格 (診療報酬)	販売名	会社名 (製造販売元/販売元)	特徴 (各社記載・30字)	管理区分 (業種法)
分類	一般名称						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベレント ドレッシング ハイオクレーシング ハイエドS パリエイドS キューティルムEX	スミス・アンド・ニュー ウンド マネジメント(株) スリーエム ジャパン(株) (株)エムビーエス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)/日東メディカル(株) 新タック化成(株) スミス・アンド・ニュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビーエス/日本シグマックス(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷部を保護し、湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作り作り ガーゼが創傷部に貼りつかない非面着性ガーゼドレッシング	管理医療機器
		非面着性創傷被覆・保護材	非面着成分コートガーゼ	【非面着性シリコンガーゼ】 広範囲貼付用:1060円/枚 平坦部貼付用:130円/枚 凸凹部貼付用:326円/枚	アダプティクドレッシング ドレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	富士システムズ(株) 日東電工(株)/日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株)	
	局所管理親水性ゲル化創傷被覆・保護材	親水性メンブラン 親水性フォーム		ベスキチンW クラブオFGライト	光洋産業(株)	キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする 高吸水性アルギン酸フォーム材、滲出液吸収して速やかにゲル化	
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材	ハイドロコロイド		デュオアクティブET テガダーム ハイドロコロイド ライト アプキョアサジカル レブリケア ET	コンパテック ジャパン(株) スリーエム ジャパン(株) 日東電工(株)/日東メディカル(株)	薄く半透明で、貼付下で創部の観察が可能、浅い創の治癒を促進 透明性があり創の観察が容易、楕円形は経済性・作業性が良い 薄型タイプのハイドロコロイドドレッシング	
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材	ポリウレタンフォーム	【皮膚欠損創傷被覆材: 真皮に至る創傷用】 6円/cm ²	ビューロー ハイロサイト 薄型 テガダーム フォーム アドヒープドレッシング メビレックス ライト メビレックスボーダー ライト キューティル シルテック アクセルAg BURN	スミス・アンド・ニュー ウンド マネジメント(株) スリーエム ジャパン(株) ニチビ(株)/大船薬品工業(株)	薄く、滑りが良いのでズレによる創割れを軽減します 水分80%で湿潤環境維持、透明で創部観察が容易、溶解しない 密着性・追従性に優れた自着性フォームドレッシングです しなやかに柔らかいフォーム、固定用フィルムドレッシングタイプ セーフタック採用、脆弱皮膚にもやさしく密着し剥離時の痛み軽減 セーフタック採用、高い吸収力、薄く高い追従性	
	抗菌性創傷被覆・保護材	親水性ファイバー		クムフェール アルカストドレッシング デュオアクティブ デュオアクティブ CGF アプキョアウインド	コンパテック ジャパン(株) 日東電工(株)/日東メディカル(株)	高い柔軟性・伸縮性と密着性。周囲組織に向かって速く成形 創を密閉して湿潤環境を保ち血管新生・肉芽増殖、上皮形成を促進 交換時にゲルが壊れにくい。柔軟性に優れた様々な部位に貼付可能 吸液性・保液性にすぐれたハイドロコロイドドレッシング	
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材	ハイドロコロイド		テガダーム ハイドロコロイド レブリケア ウルトラ イントラサイト ジェル システム グラニゲル	スミス・アンド・ニュー ウンド マネジメント(株)	透明性があり創の観察が容易、楕円形は経済性・作業性が良い 薄く、滑りが良いのでズレによる創割れを軽減します 壊死組織の自己溶解、肉芽形成、及び上皮化を促進します	
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材	親水性メンブラン 親水性フォーム		ベスキチンW-A クラブオFG ウルゴチュール アルコダーム トリオニック テラファイバー カルトスタット アクセル アクセル フォーム バーシバ XC	コンパテック ジャパン(株) ニチビ(株) 光洋産業(株)/スリーエム ジャパン(株) アルケア(株)	キチンをフリス状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする 高吸水性アルギン酸フォーム材、滲出液吸収して速やかにゲル化 柔らかいアルギン酸不織布が最適な湿潤環境を創ります 繊維構造がしっかりとしているため、適切な湿潤環境を保ちます 吸収した滲出液と細菌を閉じ込める繊維性ドレッシング材です	
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材	親水性ファイバー		アクセル アクセル フォーム バーシバ XC	コンパテック ジャパン(株)	止血促進と共に優れた滲出液吸収で創に適した湿潤環境を提供 滲出液を吸収・細菌を封じ込め、創の湿潤環境保持、逆流を防ぐ アクセル フォーム層で高滲出液吸収を実現、粘着層はシリコン アクセルとハイドロコロイドの併用で、最適な湿潤環境を維持	
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材	ポリウレタンフォーム	【皮膚欠損創傷被覆材: 皮下組織に至る創傷用】 標準型:10円/cm ² 異形型:37円/g	ティエール テガダーム フォーム ドレッシング バイアテン バイアテン シリコーン バイアテン シリコーン+ ハイロサイト プラス ハイロサイト AD プラス ハイロサイト AD ジェントル ハイロサイト ライフ メビレックス メビレックス ボーダーII ウルゴチュール アプローブ ウルゴチュール アプローブ ボーダー	(株)エムビーエス/日本シグマックス(株) スリーエム ジャパン(株) コロボラスト(株)	過剰な滲出液を蒸散させ、最適な湿潤環境を保持する創傷被覆材 しなやかに柔らかいフォームは、屈曲部にもなじみやすい 高い柔軟性。周囲組織に向かって速く成形 高い柔軟性。ボーダー部の粘着剤にシリコーンゲルを使用 滲出液を垂直方向へ吸収、全貼付面にシリコーンゲルを使用 自由にカットして使用できる非粘着タイプのハイロサイトです 創部への被覆が容易でしっかり粘着タイプのハイロサイトです 肌に近いシリコーン粘着タイプのハイロサイトです	
抗菌性創傷被覆・保護材	親水性ファイバー		アクセルAg アクセルAg 強化型 アクセルAg Extra アクセルAgフォーム アルコサイト Ag アルコサイト 銀 ハイロサイト ジェントル 銀 メビレックスAg メビレックスボーダーAg バイオヘンツAg	(株)エムビーエス/日本シグマックス(株) コンパテック ジャパン(株)	患者の声をまどに開発され、交換しやすくなったハイロサイトです セーフタック採用、やわらかく高い追従性、脆弱皮膚にもやさしい セーフタック採用、5層構造、高い吸収性、疼痛や組織損傷を軽減 無粘着性・高吸水性ポリウレタンフォーム(テープ無タイプ) 無粘着性・高吸水性ポリウレタンフォーム(シリコーンテープ)		
深部体腔創傷被覆・保護材	親水性フォーム	【皮膚欠損創傷被覆材: 筋・骨に至る創傷用】25円/cm ²	ベスキチンF	日東電工(株)/日東メディカル(株)	アクセルに抗菌効果をプラス。柔軟性があり、深い創にも密着 アクセルAgをナイロン糸で強化。高いしなまり、ポンプ状 アクセルAgに必要な吸収力と強度をプラス、交換頻度を低減 アクセルフォームに銀イオンの抗菌効果をプラス アルギン酸ドレッシングに、銀による抗菌効果が加わりました 高い吸収力に銀の抗菌効果を加えたハイロサイトです シリコーン粘着タイプのハイロサイトに銀の抗菌効果を追加しました セーフタックと繊維類による即効・持続的抗菌効果(テープ無) セーフタックと繊維類による即効・持続的抗菌効果(テープ有) スルファジアン銀による創傷面の衛生環境を向上を図りました		
生体内移植器具	コラーゲン使用人工皮膚	【デキストラマー】142円/g	デプリサン	佐藤製薬(株)	キチンをスポンジ状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする		
		【真皮欠損創傷用】452円/cm ²	ベルナック テラダミス真皮欠損創傷用グラフト インテグラ真皮欠損創傷用グラフト	グンゼ(株)/スミス・アンド・ニュー ウンド マネジメント(株) オリバス 株式会社 452円/cm ² インテグラ真皮欠損創傷用グラフト	熱傷、外傷、手術等による重度皮膚欠損創傷の真皮再構築に使用 熱傷・外傷・手術創などの重度の皮膚・粘膜欠損修復用の材料です 重度皮膚欠損創傷に使用可能、コンドリン6硫酸を架橋結合		

創傷被覆材一覧表

日本医療機器テクノロジー協会 創傷被覆材部会作成(2016年4月18日改訂25版)

創傷被覆・保護材一覧

医療機器分類(業種法)		使用材料 (業界自主分類)	保険償還名称・価格 (診療報酬)	販売名	会社名 (製造販売元/販売元)	特徴 (各社記載・30字)	管理区分 (業種法)
分類	一般的名称						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材						管理医療機器
	非粘着性創傷被覆・保護材						
	局所管理親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
深部体腔創傷被覆・保護材	親水性フォーム		【皮膚欠損用創傷被覆材】 【筋・骨に至る創傷用】 25円/cm ² 【デキストラノマー】 142円/g	ベスキチンF デブリサン	ニプロ(株) 佐藤製薬(株)	キチンをスポンジ状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理医療機器
親水性ピーズ	高分子ポリマー						
生体内移植器具	コラーゲン使用人工皮膚	コラーゲンスポンジ	【真皮欠損用グラフト】 452円/cm ²	ベルナック テルターミス真皮欠損用グラフト インテグラ真皮欠損用グラフト	グンゼ(株)ノリス・アンド・ニュー ウンド マネジメント(株) オリンバス テルモ バイオマテリアル(株)ノアルケア(株) センチュリーメディカル(株)	熱傷・外傷・手術等による重度皮膚欠損創の真皮再構築に使用 熱傷・外傷・手術などの重度の皮膚・粘膜欠損修復用の材料です 重度皮膚欠損創に使用可能、コンドロイチン6硫酸を架橋結合	

日本医療機器テクノロジー協会
創傷被覆材部会作成
創傷被覆材一覧表
(25版:2016年4月末現在改訂)

使用材料について整理統合をした。
製品特長も記載している。

褥瘡学会のHPからDLできます。

創傷被覆材一覧表

創傷被覆・保護材一覧

日本医療機器テクノロジー協会 創傷被覆材部会作成(2016年4月18日改訂25版)

医療機器分類(業機法)		使用材料 (業界自主分類)	保険償還名称・価格 (診療報酬)	販売名	会社名 (製造販売元/販売元)	特徴 (各社記載・30字)	管理区分 (業機法)
分類	一般的名称						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します	管理医療機器
				テガダーム トランスペアレント ドレッシング	スリー・エム ジャパン(株)	片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング	
			バイオクルーシブ	(株)エムピーエス/日本シグマックス(株)	創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング		
			パーミエイドS	日東電工(株)/日東メディカル(株)	湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング		
			キューティフィルムEX	新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作りやす		
			アダプティクドレッシング	(株)エムピーエス/日本シグマックス(株)	ガーゼが創傷部に貼りつけない非固着性ガーゼドレッシング		
			【非固着性シリコンガーゼ】	アドバンテック(株)	ガーゼが創傷部に貼りつけない非固着性ガーゼドレッシング		
					性ガーゼ		
					滲出液を管理		
					傷管理を実現		
					を目的とする		
					速やかにゲル化		
					創の治癒を促進		
					性・作業性が良い		
					ます		
					易に溶解しない		
					ングです		
					ンジグナー体型		
					随時の痛み軽減		
					ム材		
					したサイズ展開		
					って速く成形		
					易、上皮形成を促進		
					部位に貼付可能		
					ンジグ		
					性・作業性が良い		
					ます		
					戻進します		
					進等を目的とする		
					速やかにゲル化		
					前ります		
					環境を保ちます		
					ンジグ材です		
					た湿潤環境を提供		
					持、逆戻りを防ぐ		
					粘着層はシリコン		
					潤環境を維持		
					待する創傷被覆材		
					みやすい		
					ルを使用		
					ゲルを使用		
					ロサイトです		
					ドロサイトです		
					です		
					イドロサイトです		
					痛にもやさしい		
					組織損傷を軽減		
					無タイプ		
					ンテーブ		
					い創にも密着		
					ンク		
					換頻度を低減		
					、		
					わかりました		
					作です		
					を追加しました		
					セーフタックと硫酸類による助効・持続的抗菌効果(テープ無)		
					セーフタックと硫酸類による助効・持続的抗菌効果(テープ有)		
					スルファジアン銀による創傷面の衛生環境を向上を図りました		
					キチンをスポンジ状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする		
					メンリッケヘルスケア(株)		
					アルケア(株)		
					ニプロ(株)		
					佐藤製薬(株)		
					グンゼ(株)/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株)		
					オリンパス テルモ バイオメディアル(株)/アルケア(株)		
					センチュリーメディカル(株)		
					ヘルナック		
					テルダミス真皮欠損用グラフト		
					インテグラ真皮欠損用グラフト		
					【真皮欠損用グラフト】 452円/cm ²		
					メドレックス Ag		
					メドレックスボーダー Ag		
					バイオヘッジP Ag		
					ベスキチンF		
					デブリサン		
					【真皮欠損用創傷被覆材: 筋・骨に至る創傷用】 25円/cm ²		
					【デキストラマー】 142円/g		
					【真皮欠損用グラフト】 452円/cm ²		
					ポリウレタンフォーム		
					ハイドロコロイド		
					親水性フォーム		
					高分子ポリマー		
					コラーゲン使用人工皮膚		
					コラーゲンスポンジ		
					コラーゲンスポンジ		

創傷被覆材の効能・効果

「創の保護」
「湿潤環境の維持」
「治癒の促進」
「疼痛の軽減」

1 特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

- (1) 療養に要する費用の額の算定に当たって、保険診療に用いられる医療機器・材料（薬事法(昭和35年法律第145号)上の承認又は認証を得たものであって、超音波診断装置、CT、MRI等の装置類は除く。以下「保険医療材料」という。）に係る費用を手技料及び薬剤料と別途算定する場合は、当該医療機器の費用の額は、材料価格基準別表の各項(関係通知において準用する場合を含む。)に規定されている材料価格により算定する。
- (2) 特掲診療料の各部において、特定保険医療材料を算定する場合には、特定保険医療材料の材料価格を10円で除して得た点数となるが、この場合において端数が生じた場合は端数を四捨五入して得た点数とする。
- (3) 特定保険医療材料以外の保険医療材料については、当該保険医療材料を使用する手技料の所定点数に含まれており、別途算定できない。
また、特定保険医療材料以外の保険医療材料を処方せんにより給付することは認められない。
さらに、保険医療材料を患者に持参させ、又は購入させてはならない。
- (4) 特定保険医療材料は、薬事法上承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない。

皮膚欠損用創傷被覆材

ア主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ皮膚欠損用創傷被覆材は、いずれも2週間を標準として、特に必要と認められる場合については3週間を限度として算定できる。また、同一部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。

ウ皮膚欠損用創傷被覆材は、以下の場合には算定できない。

- a 手術縫合創に対して使用した場合
- b 真皮に至る創傷用を真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合
- c 皮下組織に至る創傷用・標準型又は皮下組織に至る創傷用・異形型を皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合
- d 筋・骨に至る創傷用を筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部
及び第12部に規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料

病院内

101 皮膚欠損用創傷被覆材

(1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり6円

(2) 皮下組織に至る創傷用

① 標準型 1 cm²当たり10円

② 異形型 1g当たり37円

(3) 筋・骨に至る創傷用 1 cm²当たり25円

102 真皮欠損用グラフト

1 cm²当たり452円

103 非固着性シリコンガーゼ

(1) 広範囲熱傷用 1,060円

(2) 平坦部位用 139円

(3) 凹凸部位用 326円

105 デキストラノマー

1g当たり142円

159 局所陰圧閉鎖処置用材料

1 cm²当たり25円

180 陰圧創傷治療用カートリッジ

21,600円

I 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)の第2章第2部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

在宅向け

008 皮膚欠損用創傷被覆材

- | | |
|----------------|--------------------------|
| (1) 真皮に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり6円 |
| (2) 皮下組織に至る創傷用 | |
| ① 標準型 | 1 cm ² 当たり10円 |
| ② 異形型 | 1 g当たり37円 |
| (3) 筋・骨に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり25円 |

009 非固着性シリコンガーゼ

- | | |
|------------|--------|
| (1) 広範囲熱傷用 | 1,060円 |
| (2) 平坦部位用 | 139円 |
| (3) 凹凸部位用 | 326円 |

VIII 別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

調剤
(薬局)

012 皮膚欠損用創傷被覆材

- | | |
|----------------|--------------------------|
| (1) 真皮に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり6円 |
| (2) 皮下組織に至る創傷用 | |
| ① 標準型 | 1 cm ² 当たり10円 |
| ② 異形型 | 1 g当たり37円 |
| (3) 筋・骨に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり25円 |

013 非固着性シリコンガーゼ

- | | |
|------------|--------|
| (1) 広範囲熱傷用 | 1,060円 |
| (2) 平坦部位用 | 139円 |
| (3) 凹凸部位用 | 326円 |

皮膚欠損用創傷被覆材の効能効果と保険償還の関係

	効能・効果	難治性皮膚疾患処置指導管理料 の時の保険償還範囲	難治性皮膚疾患処置指導管理料 以外の時の保険償還範囲
表皮の創傷	↑↑↑	↑↑↑	
真皮に至る創傷	↓ 真皮用	↓ 真皮用	↓ 真皮用
皮下組織に至る創傷	↓ 皮下組織用	↓ 皮下組織用	↓ 皮下組織用
筋肉・骨に至る創傷	↓ 筋・骨用	↓ 筋・骨用	↓ 筋・骨用

皮膚欠損用創傷被覆材は、効能効果や保険償還について創傷の深さによって規定があります。

第9部処置

<通則>

1 処置の費用は、第1節処置料及び第2節処置医療機器等加算、第3節薬剤料又は第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯(頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯を含む。)、ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方せんにより投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。

2 特に規定する場合を除き、患者に対して特定保険医療材料又は薬剤を支給したときは、これに要する費用として、特定保険医療材料については「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」の定めるところにより、薬剤については「使用薬剤の薬価(薬価基準)」の定めるところにより算定する。なお、この場合、薬剤費の算定の単位は1回に使用した総量の価格であり、患者に対して施用した場合に限り、特に規定する場合を除き算定できるものであるが、投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方せん料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。

3 浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置(簡単な物理療法を含む。)の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

なお、処置に対する費用が別に算定できない場合(処置後の薬剤病巣撒布を含む。)であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

(一般処置)

J000 創傷処置

1 100平方センチメートル未満	45点
2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	60点
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	90点
4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	160点
5 6,000平方センチメートル以上	275点

注1

1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。

2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置(熱傷に対するものを除く。)の費用は算定しない。

3 5については、6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。

J001-4 重度褥瘡処置(1日につき)

1 100平方センチメートル未満	90点
2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	98点
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	150点
4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	280点
5 6,000平方センチメートル以上	500点

注1 重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。

2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。

J001-4 重度褥瘡処置

(1) 皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)(DESIGN-R分類D3、D4及びD5)に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。

(2) 重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去(麻酔を要しないもの)及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

NPWT(陰圧閉鎖療法)の保険償還の整理

	V.A.C.	RENASYS	PICO	SNaP
保険適用	入院 ○ 外来 × 在宅 ×	入院 ○ 外来 × 在宅 ×	入院 ○ 外来 ○ 在宅 ×	入院 ○ 外来 ○ 在宅 ×
保険算定期間				
保険算定方法 入院の場合				
保険算定方法 外来の場合				

	V.A.C.	RENASYS	PICO	SNaP
保険適用	入院 ○ 外来 × 在宅 ×	入院 ○ 外来 × 在宅 ×	入院 ○ 外来 ○ 在宅 ×	入院 ○ 外来 ○ 在宅 ×
保険算定期間	局所陰圧閉鎖処置用材料は局所陰圧閉鎖処置開始日より3 週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場については4 週間を限度として算定できる。3 週間を超えて算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。			
保険算定方法 入院の場合				
保険算定方法 外来の場合				

	V.A.C.	RENASYS	PICO	SNaP
保険適用	入院 ○ 外来 × 在宅 ×	入院 ○ 外来 × 在宅 ×	入院 ○ 外来 ○ 在宅 ×	入院 ○ 外来 ○ 在宅 ×
保険算定期間	局所陰圧閉鎖処置用材料は局所陰圧閉鎖処置開始日より3 週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場については4 週間を限度として算定できる。3 週間を超えて算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。			
保険算定方法 入院の場合	手技料：J003局所陰圧閉鎖処置(入院) 1 100cm ² 未満 1,040点 2 100cm ² 以上200cm ² 未満 1,060点 3 200cm ² 以上 1,100点 注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300を、それぞれ所定点数に加算する。 材料：特定保険医療材料：159局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² あたり25円		4製品共通	
保険算定方法 外来の場合				

	V.A.C.	RENASYS	PICO	SNaP
保険適用	入院 ○ 外来 × 在宅 ×	入院 ○ 外来 × 在宅 ×	入院 ○ 外来 ○ 在宅 ×	入院 ○ 外来 ○ 在宅 ×
保険算定期間	局所陰圧閉鎖処置用材料は局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場については4週間を限度として算定できる。3週間を超えて算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。			
保険算定方法 入院の場合	手技料: J003局所陰圧閉鎖処置(入院) 1 100cm ² 未満 1,040点 2 100cm ² 以上200cm ² 未満 1,060点 3 200cm ² 以上 1,100点 注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300を、それぞれ所定点数に加算する。 材料: 特定保険医療材料: 159局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² あたり25円			4製品共通
保険算定方法 外来の場合	×			J003-2局所陰圧閉鎖処置(入院外) 1. 100cm ² 未満 240点 2. 100~200cm ² 未満 270点 3. 200cm ² ~以上 330点 初回加算: J003-1と同様 材料: 特定保険医療材料 159局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² あたり25円 180陰圧創傷治療用カートリッジ 1個21,600円

	V.A.C.	RENASYS	PICO	SNaP
一般的名称	陰圧創傷治療システム	陰圧創傷治療システム	陰圧創傷治療システム	単回使用 陰圧創傷治療システム
JMDN定義	管理された陰圧を付加し、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去を図り、創傷治癒を促進させるシステムをいう。通常、陰圧維持監視装置、フォーム、フィルムドレープ、連結チューブ及び滲出液貯蔵容器から構成される。		管理された陰圧を付加し、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去を図り、創傷治癒を促進させるシステムをいう。通常、陰圧維持監視装置、フォーム、フィルムドレープ、連結チューブ及び滲出液貯蔵容器から構成される。本品は単回使用である。	
使用目的 又は効果	適応疾患に対して、管理された陰圧を付加し、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去を図り、創傷治癒の促進を目的とする。 適応疾患：既存治療に奏効しない、あるいは奏効しないと考えられる難治性創傷。 適応疾患に対して、管理された陰圧を付加し、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去を図り、創傷治癒の促進を目的とする。 適応疾患： 既存治療に奏効しない、或いは奏効しないと考えられる難治性創傷		適応疾患に対して、管理された陰圧を付加し、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去を図り、創傷治癒の促進を目的とする。 適応疾患： 既存治療に奏効しない、或いは奏効しないと考えられる難治性創傷。 適応患者： 入院患者、外来患者	適応疾患に対して、管理された陰圧を付加し、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去を図り、創傷治癒の促進を目的とする。 2. 適応疾患 既存治療に奏効しない、あるいは奏効しないと考えられる難治性創傷
陰圧発生の原理	電動式ポンプ	電動式ポンプ	電動式ポンプ	非電動式・バネ式
デバイスの特徴	陰圧付加装置以外はディスプレイザブル	陰圧付加装置以外はディスプレイザブル	陰圧付加装置を含む全ての構成部品がディスプレイザブル。キャニスターレス。	陰圧付加装置を含む全ての構成部品がディスプレイザブル
添付文書上の 交換回数	48～72時間ごと又は週3回以上。 感染徴候が認められた場合は12～24時間ごとの交換を推奨	治療開始後最初の交換は48～72時間以内。 問題がなければその後少なくとも週に3回の交換。	一般的に3～4日ごとに交換すること。但し、医療従事者の裁量で、7日間まで貼付しておくことができる。	週に2回以上

NPWT(陰圧閉鎖療法) (入院)



**VAC治療システム
(KCI)**



**RENASYS創傷治療システム
(S&N)**

NPWT(陰圧閉鎖療法) (入院)&(外来)



**SNaP陰圧閉鎖療法システム
(センチュリーメディカル)**



**PICO創傷治療システム
(S&N)**

J003 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)

1 100平方センチメートル未満	1,040点
2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	1,060点
3 200平方センチメートル以上	1,100点

注初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。

J003-2 局所陰圧閉鎖処置(入院外)(1日につき)

1 100平方センチメートル未満	240点
2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	270点
3 200平方センチメートル以上	330点

注初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

④在宅療養指導管理料

C100 退院前在宅療養指導管理料	120点
C101 在宅自己注射指導管理料	
1 複雑な場合	1,230点
2 1以外の場合	
イ月27回以下の場合	650点
ロ月28回以上の場合	750点
C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料	820点
C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	150点
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
C102-2 在宅血液透析指導管理料	8,000点
C103 在宅酸素療法指導管理料	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
2 その他の場合	2,400点
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050点
C106 在宅自己導尿指導管理料	1,800点
C107 在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1	2,250点
2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2	250点
C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1,500点
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050点
C110 在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300点
C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810点
C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500点
C112 在宅気管切開患者指導管理料	900点
C113 削除	
C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000点
C115 削除	
C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	45,000点



第2節在宅療養指導管理料

第1款在宅療養指導管理料

1 在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、**併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。**

ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。なお、衛生材料等の支給に当たっては、以下の2又は3の方法によることも可能である。

2 衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書(「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式1)により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書(「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式2)により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。

3 また、**医師は、2の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局(当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、基準調剤加算又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。)**に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。

適合する薬局の基準が厳しい

第2節在宅療養指導管理料

第1款在宅療養指導管理料

11 当該在宅療養を指示した根拠、指示事項(方法、注意点、緊急時の措置を含む。)、指導内容の要点を診療録に記載すること。

12 保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料(脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等)、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供すること。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。

13 関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考とするものとする。(例:がん末期医療に関するケアのマニュアル(厚生省・日本医師会編))

第5 訪問看護管理療養費について

(3) 訪問看護ステーションの営業時間内における利用者又はその家族等との電話連絡、居宅における療養に関する相談等、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理(他の訪問看護ステーションとの連絡調整を含む。)に要する費用は、訪問看護管理療養費に含まれること。

(4) 利用者の主治医に対して訪問看護報告書を提出した場合は、当該報告書の写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。ただし、訪問看護報告書と訪問看護記録書の内容が同一の場合は、訪問看護記録書に提出年月日を記録することでこれに代えることができること。

(5) 1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステーション間において十分に連携を図ること。

(6) 指定訪問看護の実施に関する計画的な管理に当たっては、市町村(特別区を含む。以下同じ。)、保健所又は精神保健福祉センター(以下「市町村等」という。)において実施する保健福祉サービスとの連携に十分配慮すること。

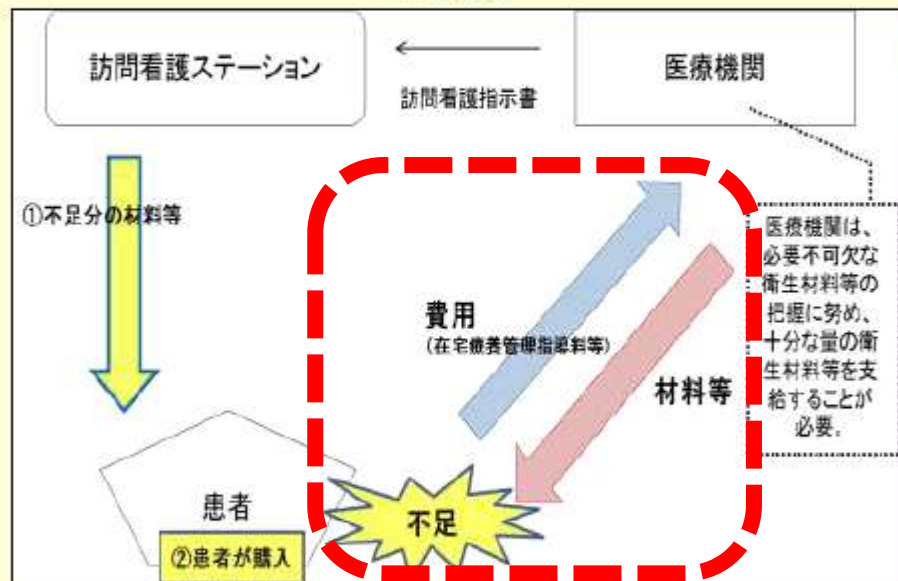
(7) 衛生材料を使用している利用者について、療養に必要な衛生材料が適切に使用されているか確認し、療養に支障が生じている場合、必要な量、種類及び大きさ等について訪問看護計画書に記載するとともに、使用実績を訪問看護報告書に記載し、主治医に報告し療養生活を整えること。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

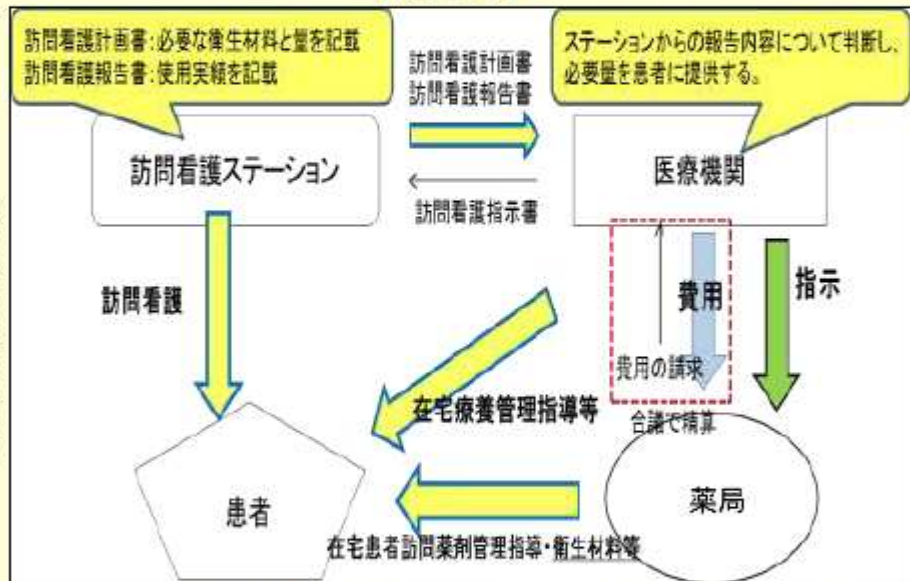
在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【現行】



【改定後】



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

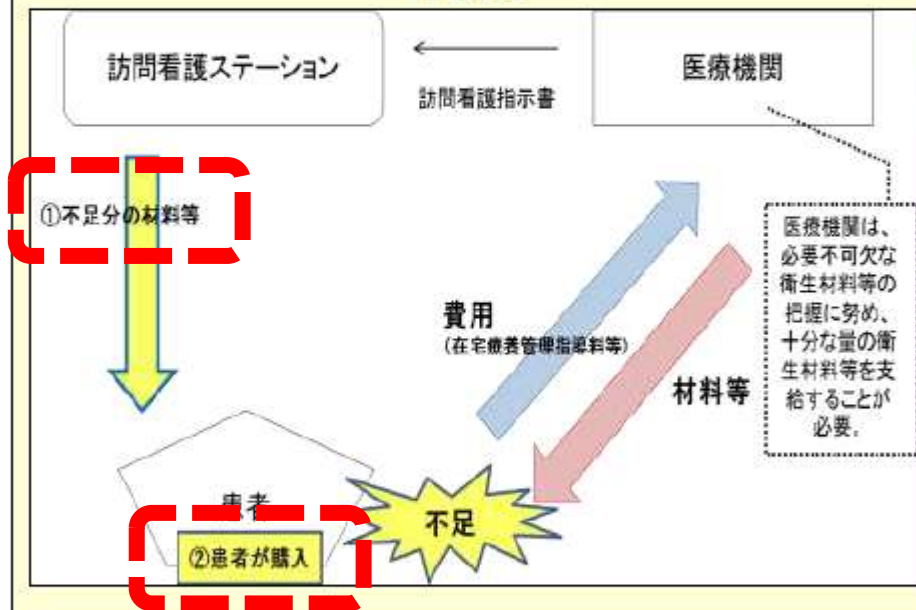
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

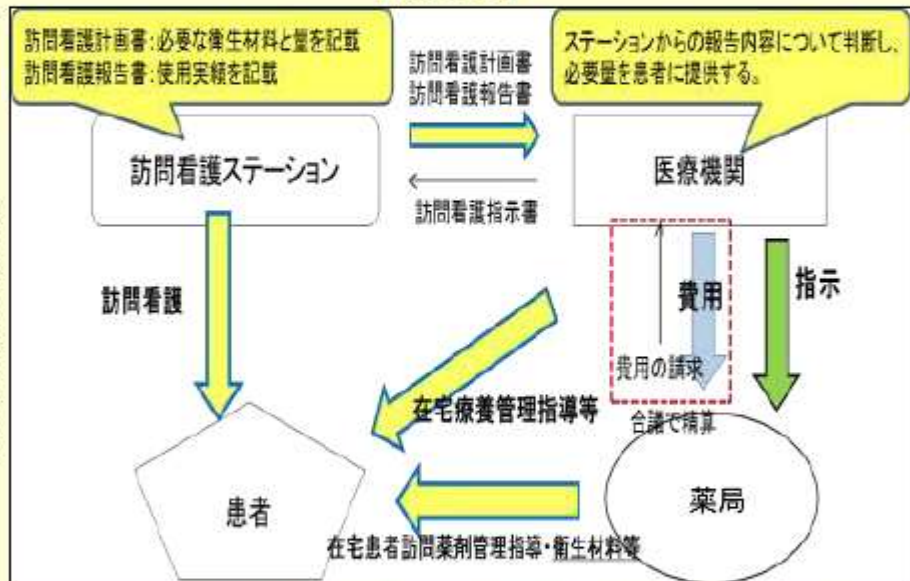
在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【現行】



【改定後】



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

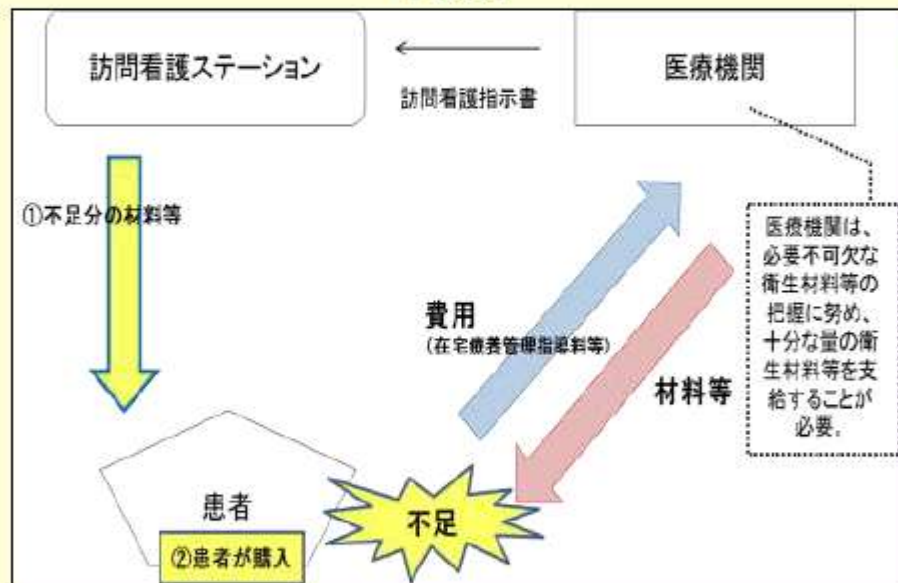
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

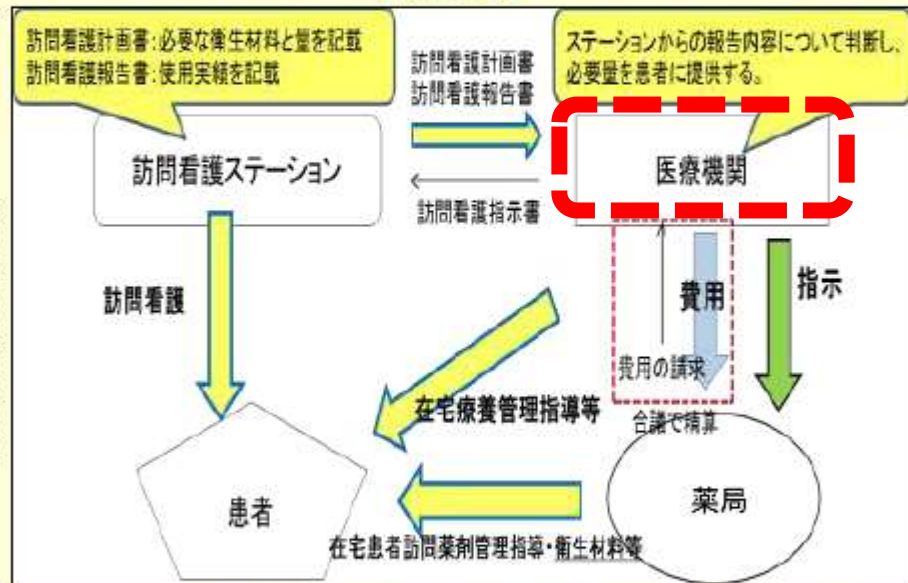
在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【現行】



【改定後】



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

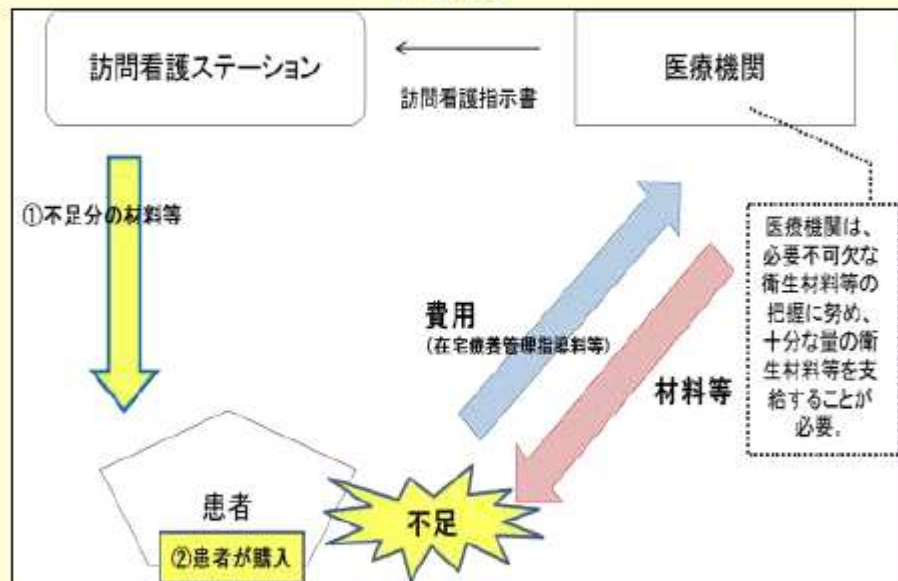
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

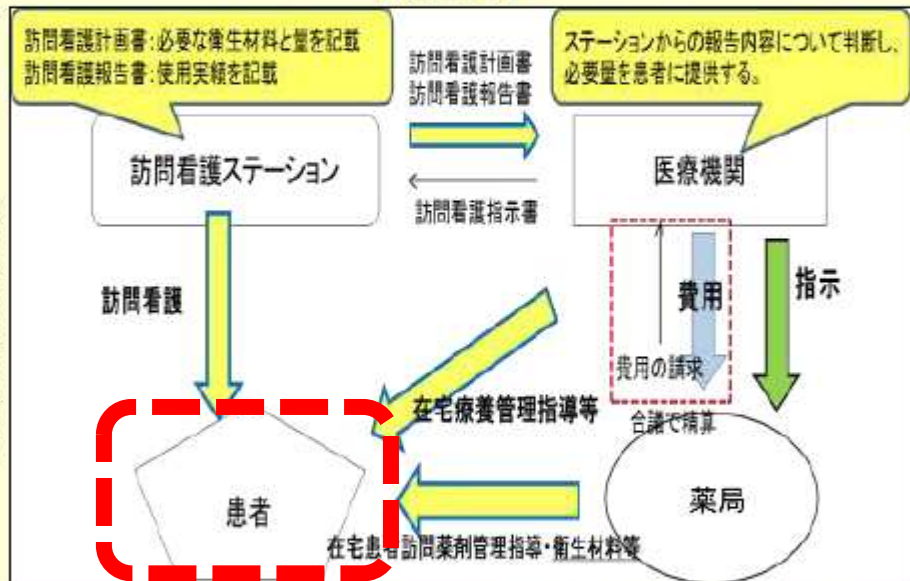
在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【現行】



【改定後】



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

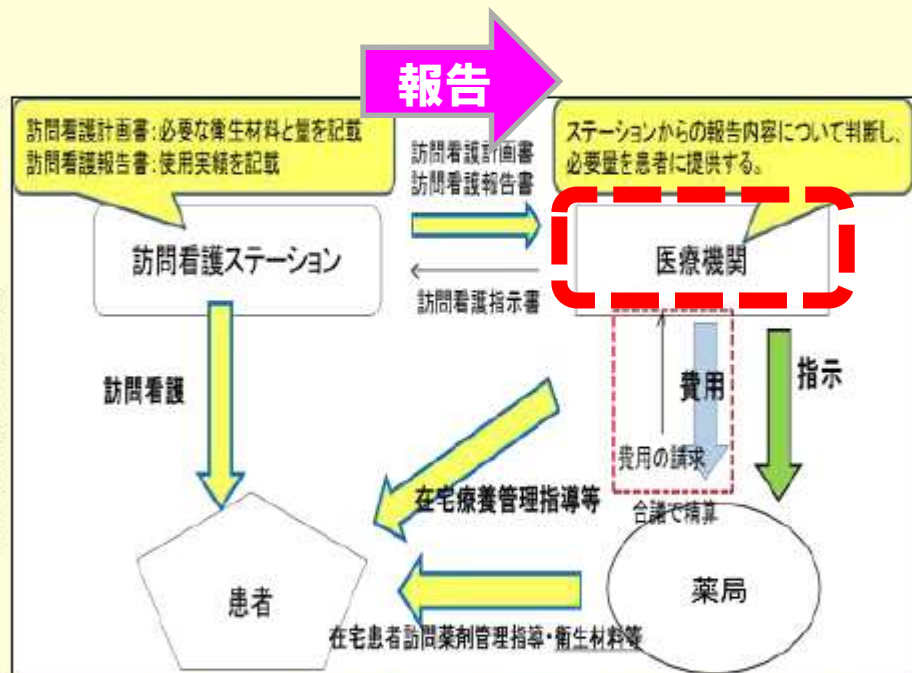
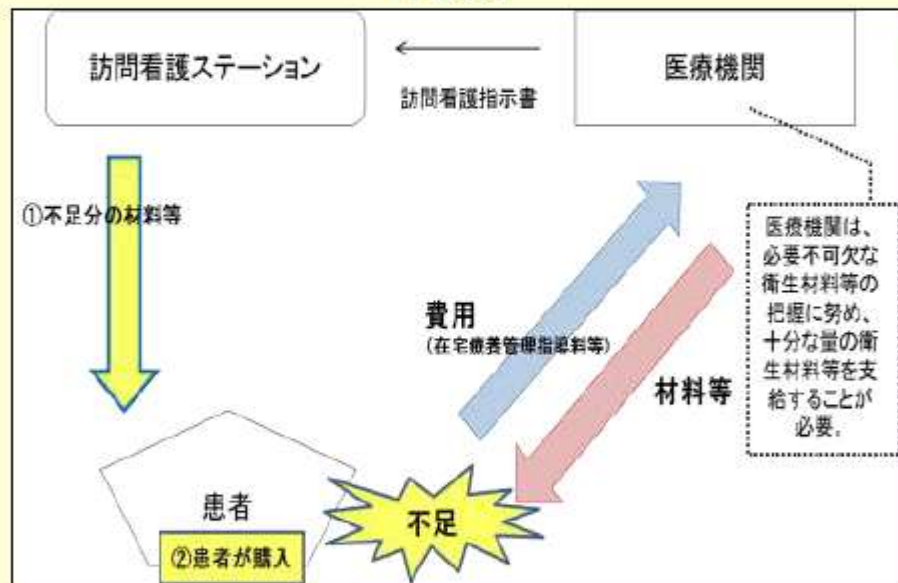
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【現行】



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

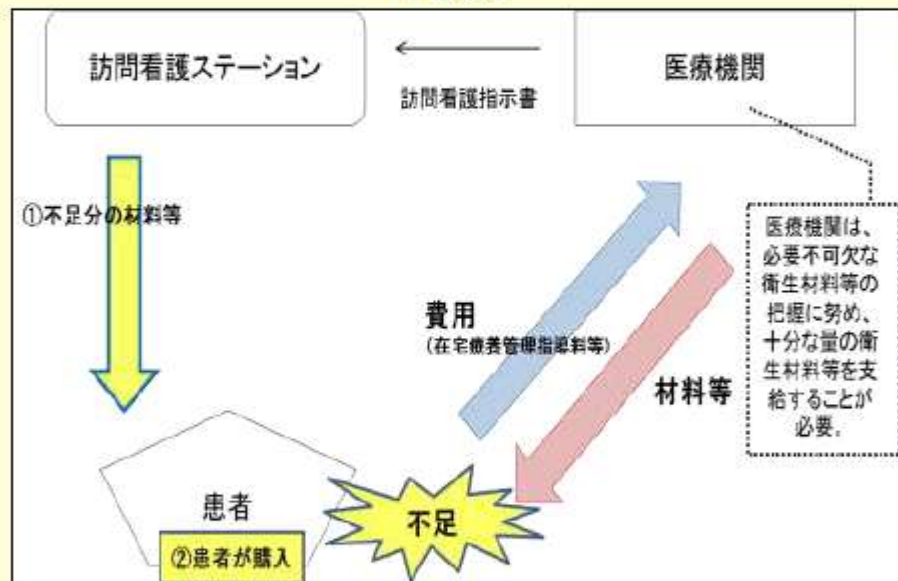
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

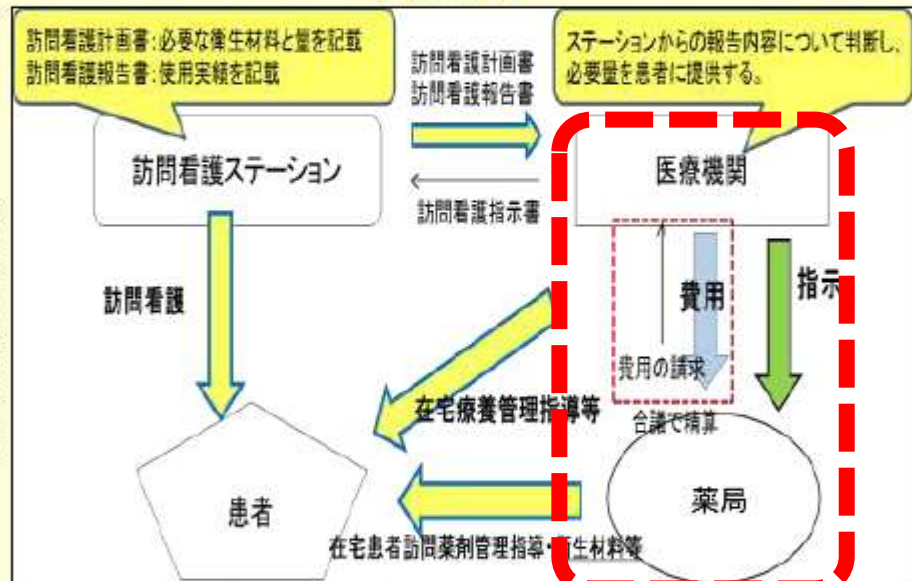
在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【現行】



【改定後】



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

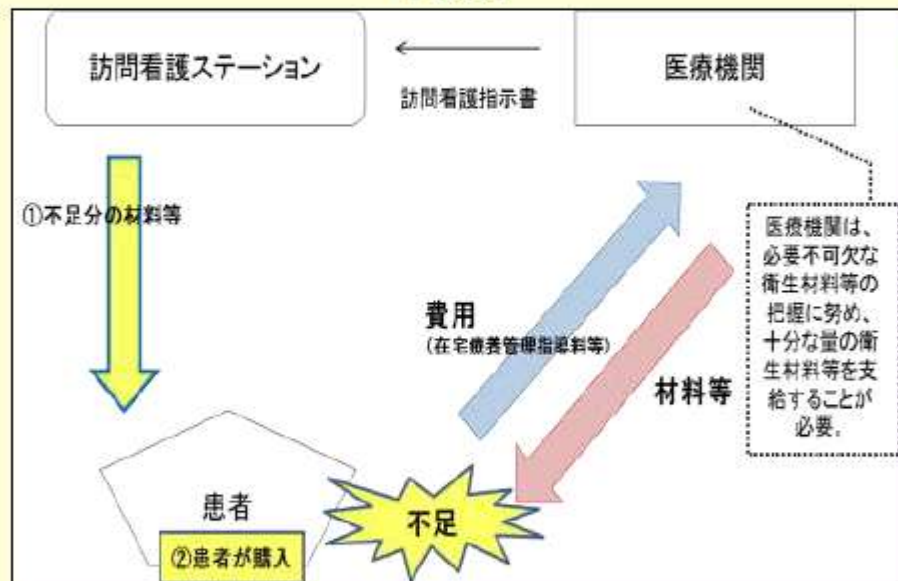
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

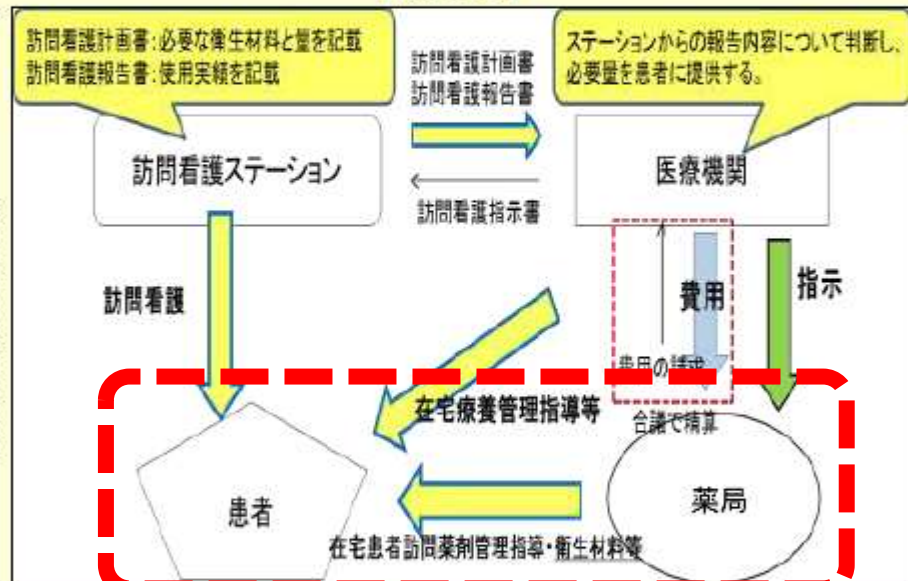
在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【現行】



【改定後】



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

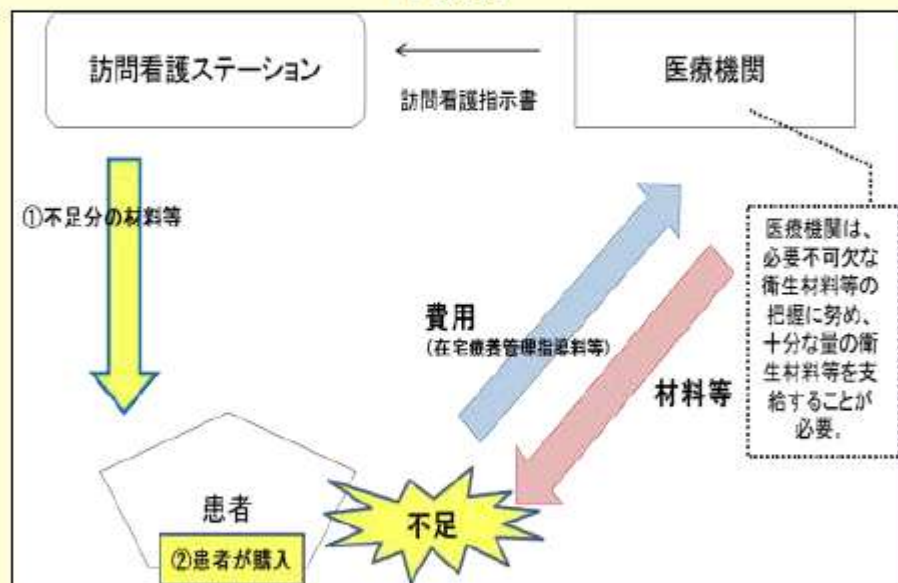
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

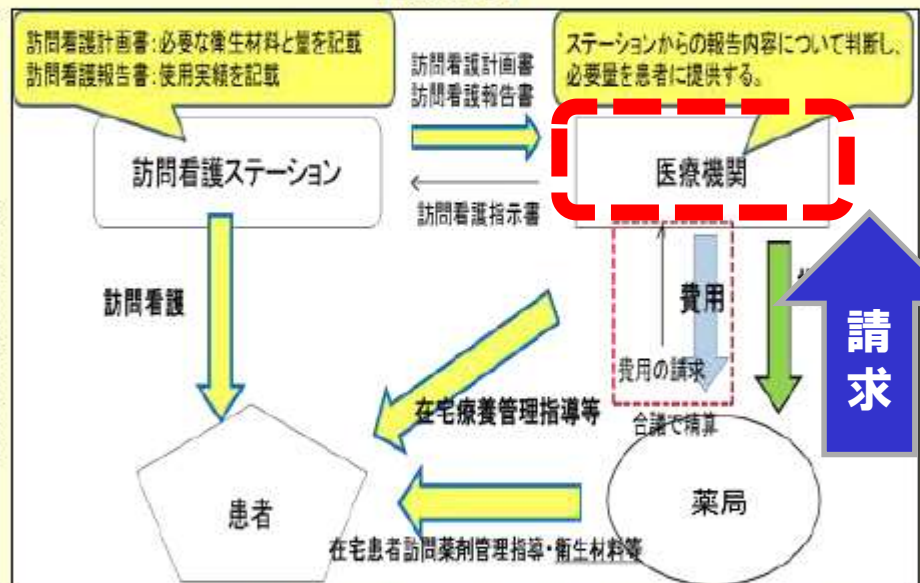
在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【現行】



【改定後】



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

	衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
	ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者	医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算	訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務	3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

●算定患者:(2つが条件)

- ・皮下組織に至る褥瘡の患者。
(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)(DESIGN分類D3、D4及びD5)
- ・いずれかの在宅療養指導管理料を算定している患者。

●算定条件

- ・訪問看護師・専門の看護師(WOC)の関与は必要ありません。
- ・患者自身が使用しても、保険適応になります。
- ・「皮膚欠損用創傷被覆材」と「非固着性シリコンガーゼ」が適応になります。
- ・3週間以上使用する場合は、摘要欄に詳細な理由を書けば期間に制限はありません。
- ・医療機関からでも、処方箋でもOKです。



創傷被覆材を
在宅で患者さん自身が
使用しても
保険適応になります

II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部
及び第12部に規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料等

病院内

101 皮膚欠損用創傷被覆材

- (1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり6円
- (2) 皮下組織に至る創傷用
 - ① 標準型 1 cm²当たり10円
 - ② 異形型 1 g当たり37円
- (3) 筋・骨に至る創傷用 1 cm²当たり25円

102 真皮欠損用グラフト

1 cm²当たり452円

103 非固着性シリコンガーゼ

- (1) 広範囲熱傷用 1,060円
- (2) 平坦部位用 139円
- (3) 凹凸部位用 326円

105 デキストラノマー

1 g当たり142円

159 局所陰圧閉鎖処置用材料

1 cm²当たり25円

180 陰圧創傷治療用カートリッジ

21,600円

I 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)の第2章第2部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

在宅向け

008 皮膚欠損用創傷被覆材

- | | |
|----------------|--------------------------|
| (1) 真皮に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり6円 |
| (2) 皮下組織に至る創傷用 | |
| ① 標準型 | 1 cm ² 当たり10円 |
| ② 異形型 | 1 g当たり37円 |
| (3) 筋・骨に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり25円 |

009 非固着性シリコンガーゼ

- | | |
|------------|--------|
| (1) 広範囲熱傷用 | 1,060円 |
| (2) 平坦部位用 | 139円 |
| (3) 凹凸部位用 | 326円 |

VIII 別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

調剤
(薬局)

012 皮膚欠損用創傷被覆材

- | | |
|----------------|--------------------------|
| (1) 真皮に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり6円 |
| (2) 皮下組織に至る創傷用 | |
| ① 標準型 | 1 cm ² 当たり10円 |
| ② 異形型 | 1 g当たり37円 |
| (3) 筋・骨に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり25円 |

013 非固着性シリコンガーゼ

- | | |
|------------|--------|
| (1) 広範囲熱傷用 | 1,060円 |
| (2) 平坦部位用 | 139円 |
| (3) 凹凸部位用 | 326円 |

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者	医療機関から支給		NEW	当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

衛生材料等の提供についての評価

- 訪問看護を指示した保険医療機関が、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供したことについて評価する。

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

(新) **衛生材料等提供加算** 80点(月1回)

[算定要件]

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点



改定後

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点



**在宅療養指導管理料を算定している患者には
「保険材料」「衛生材料」の支給は義務！！**

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

衛生材料等の提供についての評価

- 訪問看護を指示した保険医療機関が、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供したことについて評価する。

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

(新) **衛生材料等提供加算** 80点(月1回)

[算定要件]

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点



改定後

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点



**在宅療養指導管理料を算定している患者には
「保険材料」「衛生材料」の支給は義務！！**

**在宅療養指導管理料を算定していないが、
訪問看護をしている患者には、
「保険材料」「衛生材料」の支給で加算！！**

	衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
	ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者	医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算	訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務	3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

指示があれば、訪問看護時でも
創傷被覆材等が保険算定できることが明確化。

特定保険医療材料等の算定の明確化

- 医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いを明確にする。

訪問看護・特別養護老人ホーム	
薬剤	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、点滴又は処置等に用いた薬剤及び特定保険医療材料(患者に使用した分に限り)の費用を算定できることとする。
特定保険医療材料	
検体検査	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、検体検査実施料の費用を算定できることとする。(当該医療機関は、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給する。)

5 初診又は再診において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合に、使用した薬剤の費用については第2章第2部第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については同第4節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。なお、当該薬剤の費用は、継続的な医学管理を行う必要がある場合に算定するものとし、区分番号「A000」初診料の算定のみの場合にあっては算定できない。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、当該保険医療機関において、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。

第4節特定保険医療材料料

C300 特定保険医療材料

初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日¹に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた特定保険医療材料(当該患者に対し使用した分に限る。)の費用を算定する。なお、この場合にあつては、当該特定保険医療材料が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

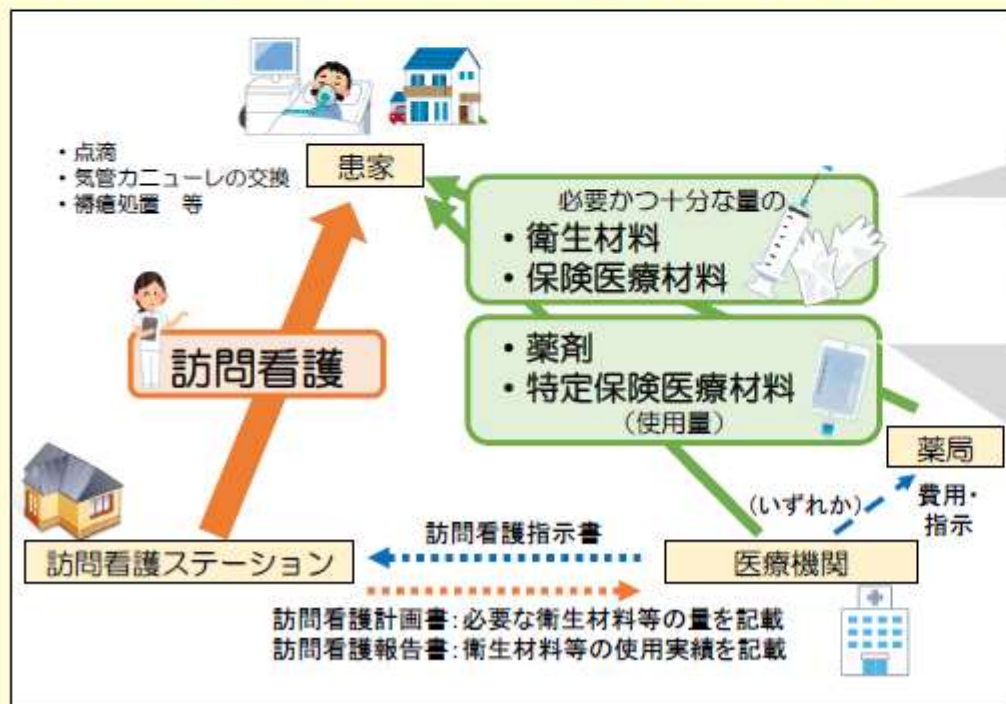
質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑭



ポイント

在宅療養における衛生材料等の供給体制

- 在宅療養上必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料は、訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を提供するにあたり必要な分も含め、患者の診療を担う保険医療機関が提供するものである。(薬局を介した提供も可。)
- 医師の診療日以外であっても、医師の指示に基づき訪問看護ステーションの看護師等が処置等を実施した場合に用いた薬剤及び特定保険医療材料は、指示をした保険医療機関において薬剤料及び特定保険医療材料料を算定できる。



在宅療養における衛生材料及び保険医療材料の費用は、診療報酬上以下のいずれかで評価。

- ・衛生材料等が包括されている在宅療養指導管理料等
- ・衛生材料等提供加算(訪問看護指示料)

主治医の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が薬剤及び特定保険医療材料を用いた処置を実施する場合は、

- ①使用する薬剤及び特定保険医療材料は、患者の診療を担う保険医療機関が支給する。
- ②支給した保険医療機関は、薬剤料及び特定保険医療材料料を算定できる。
- ③薬剤料等を算定した保険医療機関は、訪問看護報告書等に基づき、使用された日を明細書の摘要欄に記載する。

<抄録より>

(1)入院中

- *「入院基本料」:病院全体で取り組む基本項目で、「褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)の活動が核になる。
- *「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」:WOCNが中心となって専門性の高い褥瘡ケアに取り組む。
- *「療養型病床」:深さを問わず褥瘡がある場合は、医療区分2になるので、急性期からの退院調整もスムーズになる。
- *「医療区分2継続算定」:療養型病床において、褥瘡が治癒した場合でも、継続的に医療区分2を算定できる。
- *「褥瘡評価実施加算」:療養型病床で、ADLの低いADL区分3の患者に算定できる加算。

(2)退院前後

- *「退院時共同指導料」:在宅を担う各職種との合同カンファレンスが増点になった。
- *「退院後訪問指導料」:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その1!
- *「訪問看護同行加算」:退院後訪問指導料を実施するときに、訪問看護ステーション等と同行することで算定できる。
平成28年度の診療報酬改定の目玉その2!

(3)在宅

- *「訪問看護時の看護計画書」:医療機関と同じ様式の看護計画書が義務付けられている。医療機関と訪問看護が共通の指標でケアできる。
- *「WOCNの同行訪問」:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと普段の訪問看護師が同行する。
- *「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」:「医師」「看護師」「管理栄養士」の3職種の在宅褥瘡対策チームによる在宅の褥瘡患者へのチーム医療。
- *「在宅患者訪問薬剤管理指導料」:算定が5名/日から40名/週に変更され算定しやすくなった。
- *「在宅患者訪問栄養食事指導料」:調理の実技が不要となり算定しやすくなった。

(4)創傷被覆材

- *「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」:在宅で期間に制限がなく保険償還できる、医療機関からだけではなく、処方箋による支給も認められている。
- *「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」:訪問看護時の保険償還が明確化された。

(5)衛生材料

- *「衛生材料等提供加算」:在宅療養指導管理料は算定していないが、訪問看護をしている患者に対して「衛生材料」等を支給した場合に算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その3!

(6)NPWT(局所陰圧閉鎖機器)

- *「院内での使用」:全ての製品が、DPC病棟でも算定できる。療養型病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では算定できない
- *「外来での使用」:2つの製品が、外来で使用した場合にも算定できる。

言葉の整理

- 専従** ・規定した仕事以外には、やってはいけないことが基本だが、実際は解釈に幅がある。
 - ・専従の仕事が80%以上との解釈が多い（月に1-2回なら夜勤もOK?!）
 - ・最近、限りなく100%の解釈が多いので注意!!
-
- 専任** ・通常の看護業務等と兼任できる
 - ・20%~50%以上まで解釈に幅がある（専任を2つも3つも兼務できない→100を越える）
 - ・最近、専任の兼務もOKになっていることもある。

第四入院診療計画、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の基準

一入院診療計画の基準

医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。

- (1) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他
- (2) 入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。
- (3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

二院内感染防止対策の基準

- (1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
- (2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。

三医療安全管理体制の基準

医療安全管理体制が整備されていること。

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。

五栄養管理体制の基準

- (1) 当該病院である保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟を除く。)入院患者の栄養管理につき必要な体制が整備されていること。

言葉の整理

■褥瘡対策委員会

ー入院基本料のための組織名

上記の褥瘡対策チームに関連職種を加えた組織

■褥瘡対策チーム

ー入院基本料のための組織名

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で組織

■褥瘡管理者

ーハイリスク加算のための役職

所定の研修を修了した看護師等(WOCN)

言葉の整理

■院内感染防止対策委員会

- －入院基本料算定要件のための組織名
- －部門責任者から構成

■感染制御チーム(感染防止対策チーム)

- －感染防止対策加算のための組織名
- －4職種連携

■院内感染管理者

- －感染防止対策加算のための役職
- －感染制御チームから人選

言葉の整理

■医療安全管理対策委員会

一医療法・入院基本料のための組織名

各部門の安全管理のための責任者等で構成されていること
(医療法)

■医療安全管理部門

一医療安全対策加算のための組織名

医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等のすべての部門の専任の職員が配置されていること。

■医療安全管理者

一医療安全対策加算のための役職名

医療安全対策に係る適切な研修を修了した1は専従、2は専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること

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^に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。

4 褥瘡対策に係る内容

(1) 褥瘡対策チームの活動状況		
従事者	専任の医師名	
	専任の看護職員名	
活動状況 (施設内での指導状況等) ※褥瘡に関する診療計画の 実施例を添付		
(2) 褥瘡対策の実施状況 (届出前の1ヶ月の実績・状況)		
① 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数		人
② ①のうち、褥瘡に関する危険因子を有す、或いは既に褥瘡を有していた患者数		人
③ 褥瘡に関する診療計画を作成した患者数		人
④ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		

※別添6の別紙3を参考として作成した「褥瘡対策に関する診療計画書」の実施例を添付すること。

委員会メンバーや、会議開催の記載欄がない！

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

※判定に当たっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日 老健第102-2号） 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 院 名 _____ 科 室 _____ 診療科コード _____
 期 大 病 号 _____ 年 月 日 _____ (歳) _____ 記入医師名 _____
 記入室医職名 _____

褥瘡の有無 1. 現在 〇し あり (仙骨部、坐骨部、寛骨部、踵骨部、大動子部、踵部、その他()) _____ 褥瘡発生部位 _____
 2. 過去 〇し あり (仙骨部、坐骨部、寛骨部、踵骨部、大動子部、踵部、その他()) _____

<日常生活自立度の低い入居患者>

危険因子の評価	日常生活自立度	A(1,2)	B(1,2)	C(1,2)	D(1,2)	対応	
	・基本的動作能力 (ベッド上 座位体位変換)			できる	できない		「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合は、管理計画を立案し実施する
	(イス上 座位姿勢の保持、歩行)			できる	できない		
	・褥瘡発症歴			なし	あり		
	・関節拘縮			なし	あり		
	・栄養状態低下			なし	あり		
・皮膚湿度(多汗、尿失禁、便失禁)			なし	あり			
・浮腫(腸管以外の部位)			なし	あり			

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

褥瘡の状態の評価 褥瘡 H O D E R S I D G E R I N G	褥瘡	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	Ⅴ期	Ⅵ期	Ⅶ期	Ⅷ期	合計点	
	褥瘡の深さ	なし	1) 褥瘡する程度 の浅さ	2) 真皮まで の深さ	3) 皮下組織まで の深さ	4) 皮下組織より 深い深さ	5) 骨、関節、 腱、血管、 筋肉、 臓器にまで 達する深さ	6) 骨、関節、 腱、血管、 筋肉、 臓器にまで 達する深さ	7) 骨、関節、 腱、血管、 筋肉、 臓器にまで 達する深さ		8) 骨、関節、 腱、血管、 筋肉、 臓器にまで 達する深さ
	褥瘡の長さ	なし	1) 褥瘡の長さ が5cm未満	2) 褥瘡の長さ が5cm以上 10cm未満	3) 褥瘡の長さ が10cm以上 15cm未満	4) 褥瘡の長さ が15cm以上 20cm未満	5) 褥瘡の長さ が20cm以上 25cm未満	6) 褥瘡の長さ が25cm以上 30cm未満	7) 褥瘡の長さ が30cm以上 35cm未満		8) 褥瘡の長さ が35cm以上 40cm未満
	褥瘡の面積	なし	1) 褥瘡の面積が 10cm ² 未満	2) 褥瘡の面積が 10cm ² 以上 20cm ² 未満	3) 褥瘡の面積が 20cm ² 以上 30cm ² 未満	4) 褥瘡の面積が 30cm ² 以上 40cm ² 未満	5) 褥瘡の面積が 40cm ² 以上 50cm ² 未満	6) 褥瘡の面積が 50cm ² 以上 60cm ² 未満	7) 褥瘡の面積が 60cm ² 以上 70cm ² 未満		8) 褥瘡の面積が 70cm ² 以上 80cm ² 未満
	褥瘡の深さ	なし	1) 褥瘡の深さが 1cm未満	2) 褥瘡の深さが 1cm以上 2cm未満	3) 褥瘡の深さが 2cm以上 3cm未満	4) 褥瘡の深さが 3cm以上 4cm未満	5) 褥瘡の深さが 4cm以上 5cm未満	6) 褥瘡の深さが 5cm以上 6cm未満	7) 褥瘡の深さが 6cm以上 7cm未満		8) 褥瘡の深さが 7cm以上 8cm未満
	褥瘡の長さ	なし	1) 褥瘡の長さが 5cm未満	2) 褥瘡の長さが 5cm以上 10cm未満	3) 褥瘡の長さが 10cm以上 15cm未満	4) 褥瘡の長さが 15cm以上 20cm未満	5) 褥瘡の長さが 20cm以上 25cm未満	6) 褥瘡の長さが 25cm以上 30cm未満	7) 褥瘡の長さが 30cm以上 35cm未満		8) 褥瘡の長さが 35cm以上 40cm未満
	褥瘡の面積	なし	1) 褥瘡の面積が 10cm ² 未満	2) 褥瘡の面積が 10cm ² 以上 20cm ² 未満	3) 褥瘡の面積が 20cm ² 以上 30cm ² 未満	4) 褥瘡の面積が 30cm ² 以上 40cm ² 未満	5) 褥瘡の面積が 40cm ² 以上 50cm ² 未満	6) 褥瘡の面積が 50cm ² 以上 60cm ² 未満	7) 褥瘡の面積が 60cm ² 以上 70cm ² 未満		8) 褥瘡の面積が 70cm ² 以上 80cm ² 未満

留意する項目		計画の内容	
圧迫、ズレかの排除 (体位変換、体位分散用具、寝起 き上り法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上		
	イス上		
スキンケア			
栄養状態改善			
リハビリテーション			

【記載上の注意】

- 日常生活自立度の判定にあたっては、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について
(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度が「1～A2」である患者については、褥瘡評価書の作成を要しないものであること。

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女 _____ 病 種 _____ 計画作成日 _____
 明・大・昭・平 _____ 年 月 日 生 (歳) _____ 記入医師名 _____
 _____ 記入看護師名 _____

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) _____ 褥瘡発生日 _____
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) _____

<日常生活自立度の低い入院患者>

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	

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR)	深さ	(0)なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(U)深さ判定が不能の場合	合計点		
	滲出液	(0)なし	(1)少量: 毎日の交換を要しない	(3)中等量: 1日1回の交換	(6)多量: 1日2回以上の交換						
	大きさ (cm ²) 長径 × 長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし	(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	(15)100以上			
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(3)局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)	(9)全身的影響あり (発熱など)						
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない				
	壊死組織	(0)なし	(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							
	ポケット (cm ²) (ポケットの長径 × 長径に直行する最大径) - 潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)36以上					

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女 _____ 病種 _____ 計画作成日 _____
 明・大・昭・平 _____ 年 月 日 生 (歳) _____ 記入医師名 _____
 _____ 記入看護師名 _____

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) _____ 褥瘡発生日 _____
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) _____

<日常生活自立度の低い入院患者>

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	

<褥瘡に関する危険因子のある患者及び褥瘡を有する患者>

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR)	深さ	(0)なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(U)深さ判定が不能の場合	合計点
	滲出液	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない	(3)中等量:1日1回の交換	(6)多量:1日2回以上の交換				
	大きさ(cm ²) 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし	(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	(15)100以上	
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭)	(9)全身的影響あり(発熱など)				
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
	壊死組織	(0)なし	(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					
	ポケット(cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最大径)→潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)36以上			

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女 病 種 _____ 計画作成日 _____

明・大・昭・平 年 月 日 生 (歳)

記入医師名 _____
 記入看護師名 _____

- 褥瘡の有無
- 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他)
 - 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他)

<日常生活自立度の低い入院患者>

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)
・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
・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

専任の医師と専任の看護師の両方の名前(関与)が必要です。他の医師や看護師ではダメです。

DESIGN-Rを徹底しましょう

<褥瘡に関する危険因子の把握>

褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R)	深さ				(U)深さ判定が不能の場合			
	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない	(3)中等量:1日1回の交換	(6)多量:1日2回以上の交換				
滲出液								
大きさ(cm ²) 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(9)16以上36未満	(12)36以上64未満	(15)64以上100未満	(18)100以上	
炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		(3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭)	(9)全身的影響あり(発熱など)			
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
壊死組織	(0)なし	(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				
ポケット(cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最大径)―潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満		(24)36以上		

合計点 _____

留意する項目		計画の内容
圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部 挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
	イス上	
スキンケア		
栄養状態改善		
リハビリテーション		

看護計画

【記載上の注意】

- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

【重要】褥瘡関連のステップ

ステップ	記入者(作成者)	備考
1)自立度の判定	誰でも良い	自立度B、Cの場合は2へ
2)危険因子の評価	誰でも良い	危険因子があるか褥瘡がある場合は3へ
3)診療計画書	専任の医師と専任の看護職員 の両者が記載	これで基本料が取れるので、その上でハイリスクは4へ

よって、自立度がB、Cであっても、危険因子や褥瘡がなければ診療計画書の作成は不要です。

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(入院中1回)

500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)として、250点を所定点数に加算することができる。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

重要

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでいう褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を含むものをいうこと。

ア国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる通算して6か月程度の研修

イ講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

注2に規定する点数を算定する場合は、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修(ア及びイによるもの。)を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。

(2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。

(3) 別添6の別紙16の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

重要

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

(4) 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。

(5) 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及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加していること。

(6) 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。

(7) 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者(褥瘡の予防・管理が難しい患者又は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入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。) に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止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。

(8) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式37の2により届け出ること。

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- (1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、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、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中1回に限り算定する。なお、当該加算は、第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。
- (3) 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。

アショック状態のもの

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であるもの

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

(4) 「注2」に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者は、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書に基づき実施した褥瘡ケアの内容を診療録に記載すること。

250点算定の場合は診療録への記載が義務付け。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

重要

2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

(1) 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。

(2) (1)の結果、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う保険医、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。

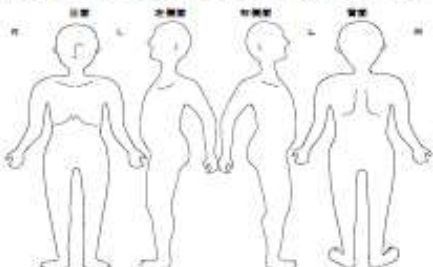
(3) 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。

(4) (1)から(3)までの他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う保険医と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。

3 届出に関する事項

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式37を用いること。なお当該加算の届出については実績を要しない。

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏名:	様	病棟	評価日 年 月 日
生年月日:	(歳)	性別 男・女	評価者名
診断名:	褥瘡の有無 (現在) 有・無	褥瘡の有無 (過去) 有・無	
褥瘡ハイリスク項目 [該当すべてに○] ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻痺等の鎮痛・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、極度な皮膚の脆弱 (低出生体重児、GVHD、黄疸等)、褥瘡の多発と再発			
その他の危険因子 [該当すべてに○] 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)			
褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位		リスクアセスメント結果	
			
		重点的な褥瘡ケアの必要性 要 ・ 不要	
		褥瘡管理者名	
褥瘡予防治療計画 (褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日 年 月 日)			
褥瘡ケア結果の評価 (褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 年 月 日)			

上段がリスクアセスメント表

①褥瘡管理者(専従のWOC)

と

②褥瘡対策チーム

(専任の医師と専任の看護職員)

で実施する。

下段が予防・治療計画書

褥瘡管理者(専従のWOC)が主治医と関連職種と共同して作成する。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑱

医療資源の少ない地域に配慮した評価と対象医療圏の見直し

医療資源の少ない地域に配慮した評価※1を更に適切に推進する観点から、人口当たりの医師・看護師数や病院密度が低い地域が対象となるよう対象地域に関する要件等を見直した上で評価を継続する。

※1:医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等

➤ 一般病棟10対1入院基本料を算定している病院※2を新たに対象に加える。

※2: 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く。

➤ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に加える。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・41二次医療圏)

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
秋田県	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村

地域によっては、
専従でなくても加算が半額とれる
地域が変更！！

平成28年度診療報酬改定

都道府県	二次医療圏	市町村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	南会津	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曾	木曾郡(上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町)
	北信	中野市、飯山市、下高井郡(山ノ内町、木島平村、野沢温泉村)、下水内郡(栄村)
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖西	高島市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	高幡	須崎市、中土佐町、橋原町、津野町、四万十町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

**地域によっては、
専従でなくても加算が半額とれる
地域が変更！！**

上記のほか、離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域を対象とする。

[経過措置]

平成28年1月1日時点で改定前の特定地域において、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

【重要】褥瘡関連の組織

	構成メンバー	届け出	会議義務	備考
褥瘡対策チーム	「専任の医師」と「専任の看護職員」だけで構成	必要	会議規定はない 指導は必要	①診療計画書の作成 ②ハイリスクのリスクアセスメントの連携 ③ハイリスクのカンファレンスへの参加
褥瘡対策委員会	上記の褥瘡対策チームに関連職種を加えて構成	不要	規定はないが、定期的な開催が望ましい	
褥瘡管理者	専従のWOC	必要	ハイリスクのカンファレンスの主催	①リスクアセスメント表の作成 ②予防・治療計画書の共同作成 ③各種書類や件数の整備 ④院内の体制の整備 ⑤研修等の実施

【重要】褥瘡関連の組織

基本版

褥瘡対策委員会
(定期的な開催が望ましい)

褥瘡対策チーム
・専任の医師
・専任の看護職員

関連職種
・医師
・看護師
・薬剤師
・栄養士
・PT・OT等

【重要】褥瘡関連の組織

ハイリスク版

褥瘡対策委員会
(定期的な開催が望ましい)

必要に応じてハイリスク患者の
・担当医師
・担当看護師

褥瘡対策チーム
・専任の医師
・専任の看護職員

褥瘡管理者
(届け出た専従の看護師)

関連職種
・医師
・看護師
・薬剤師
・栄養士
・PT・OT等

ハイリスク患者ケア加算の
カンファレンス(週一回)

【重要】褥瘡関連のステップ

ステップ	記入者(作成者)	備考
1)自立度の判定	誰でも良い	自立度B、Cの場合は2へ
2)危険因子の評価	誰でも良い	危険因子があるか褥瘡がある場合は3へ
3)診療計画書	専任の医師と専任の看護職員 の両者が記載	これで基本料が取れるので、その上でハイリスクは4へ

よって、自立度がB、Cであっても、危険因子や褥瘡がなければ診療計画書の作成は不要です。

【重要】褥瘡関連のステップ

ステップ	記入者(作成者)	備考
1)自立度の判定	誰でも良い	自立度B、Cの場合は2へ
2)危険因子の評価	誰でも良い	危険因子があるか褥瘡がある場合は3へ
3)診療計画書	専任の医師と専任の看護職員 の両者が記載	これで基本料が取れるので、その上でハイリスクは4へ
	よって、自立度がB、Cであっても、 危険因子や褥瘡がなければ診療計画書の作成は不要です。	
4)リスクアセスメント票	褥瘡管理者(専従の届け出たWOC)か 専任の医師・専任の看護職員が 実施する	専任の医師、専任の看護職員、褥瘡 管理者(専従の届け出たWOC))が リスクアセスメントするのが基本 です。
5)予防・治療計画書	褥瘡管理者(専従の届け出たWOC)と 主治医と関連職種が共同して作成。	予防・治療計画書は、主治医 の関与が必要です。

入院基本料(告示)

●褥瘡対策の基準(全病棟)

- (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。

●褥瘡対策の基準(療養型:上記に加えて以下)

当該病棟に入院している患者に係る褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること。

療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

- 医療療養病床を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料1と同様に入院基本料2においても医療区分2・3の患者の受入を要件とする。

現行(7対1入院基本料)	改定後(7対1入院基本料)
【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上	【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
【療養病棟入院基本料2】 入院患者に関する要件なし	【療養病棟入院基本料2】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上

- ただし、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、以下の基準を満たしている場合には、平成30年3月末日までに限り、所定点数の95/100を算定できる。

- ① 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。
- ② 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であること。

- ・看護師及び看護補助者が20:1
- ・医療区分2 & 3が80%

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	814	1230	1468
ADL区分2	919	1384	1755
ADL区分3	967	1412	1810

- ・看護師及び看護補助者が25:1
- ・医療区分2 & 3が50%

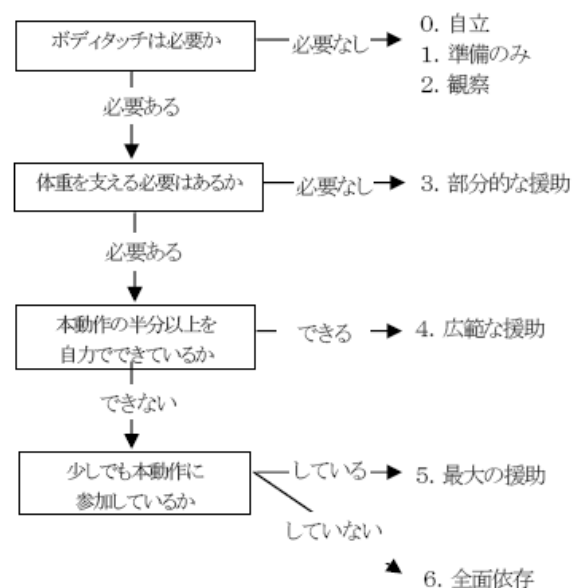
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	750	1165	1403
ADL区分2	854	1320	1691
ADL区分3	902	1347	1745

療養型病床の診療報酬支払いにADL区分と医療区分で判定される 一律定額払い→患者の状態に応じた支払い

	自立	準備	観察	部分的な援助	広範囲な援助	最大の援助	全面依存	本動作なし
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6	6
食事	0	1	2	3	4	5	6	6
トイレ使用	0	1	2	3	4	5	6	6

ADL得点	
ADL区分1	0-10
ADL区分2	11-22
ADL区分3	23-24

- 0 自立 :手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
- 1 準備のみ :物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
- 2 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
- 3 部分的な援助 :動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
- 4 広範囲な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
- 5 最大の援助 :動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
- 6 全面依存 :まる 3 日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



- ・看護師及び看護補助者が20:1
- ・医療区分2 & 3が80%

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	814	1230	1468
ADL区分2	919	1384	1755
ADL区分3	967	1412	1810

- ・看護師及び看護補助者が25:1
- ・医療区分2 & 3が50%

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	750	1165	1403
ADL区分2	854	1320	1691
ADL区分3	902	1347	1745

医療区分2

☆

19	筋ジストロフィー症	<input type="checkbox"/>
20	多発性硬化症	<input type="checkbox"/>
21	筋萎縮性側索硬化症	<input type="checkbox"/>
22	パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(非-エンセfalの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がII度又はIII度の状態に限る。))	<input type="checkbox"/>
23	その他の難病(スモン及び20～22までを除く。)	<input type="checkbox"/>
24	脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)	<input type="checkbox"/>
25	慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がV度の状態に該当する場合に限る。)	<input type="checkbox"/>
26	人工腎臓、持続経外式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態	<input type="checkbox"/>
27	注2を参照	<input type="checkbox"/>
28	基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者	<input type="checkbox"/>

29	悪性腫瘍(医療用医薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)
30	肺炎に対する治療を実施している状態
31	褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2か所以上に認められる場合に限る。)
32	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
33	うつ症状に対する治療を実施している状態
34	他者に対する暴行が毎日認められる場合
35	1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
36	気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)
37	創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療区分2

- 19 筋ジストロフィー症
- 20 多発性硬化症
- 21 筋萎縮性側索硬化症

31 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

32 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

医療区分2に褥瘡関連が記載
 ・算定期間に制限なし
 ・発赤が2箇所以上か、皮膚損傷が条件
 ・毎日評価すること！！
 医療区分1と2では大きな差

- 30 肺炎に対する治療を実施している状態
- 31 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)
- 32 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
- 33 うつ症状に対する治療を実施している状態
- 34 他者に対する暴行が毎日認められる場合
- 35 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
- 36 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)
- 37 創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、腫等の感染症に対する治療を実施している状態

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合若しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。)

第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
 第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
 第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
 第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

	☆	1	2																
医療区分3の該当有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療区分2の該当有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療区分3・2いずれも0(医療区分1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91 身体抑制を実施している(注3を参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合若しくは褥瘡が2カ所以上に認められる状態に限る。)

第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)

第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

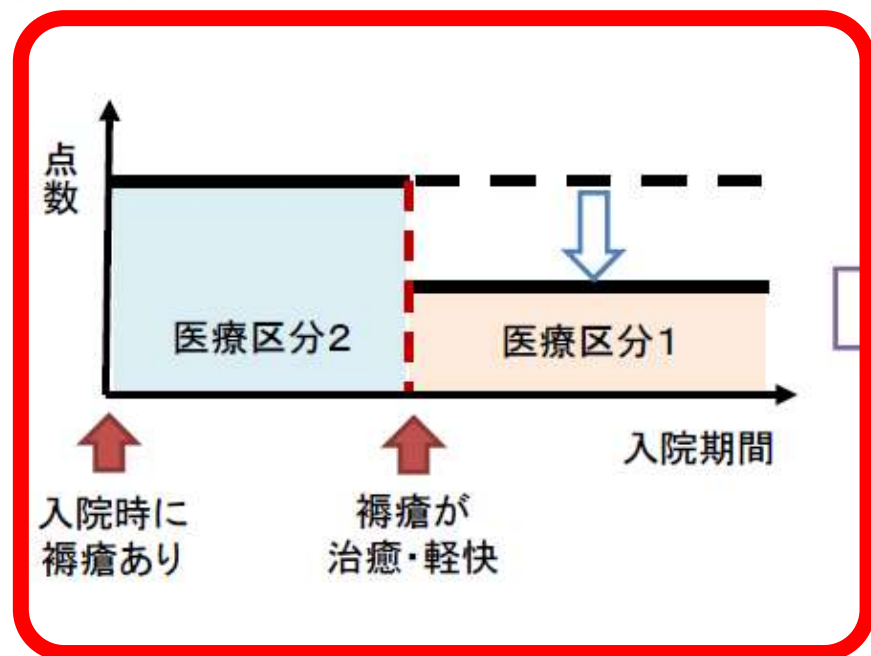
1日毎

留意点

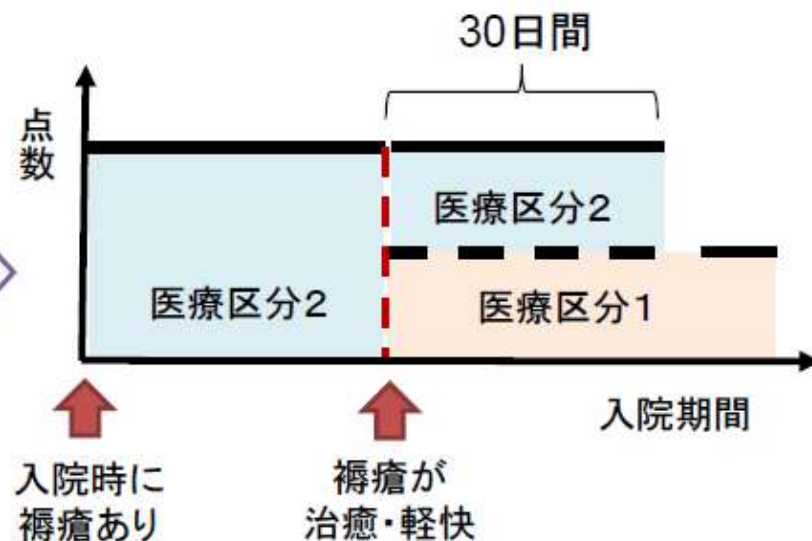
部位、大きさ、深度等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。

ただし、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合については、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者または家族の求めに応じて説明を行うこと。

【現行】



【改定後】



**入院時に皮膚欠損または発赤が2か所ある
「医療区分2」の患者は褥瘡が治っても
30日間は高い点数が維持できる**

褥瘡評価実施加算のポイント

15点/日

●算定患者(変更なし)

- ・ADL区分3(ADL点数23点、24点)の患者には、一日当たり15点加算される

●「治療・ケアの確認リスト」(追加項目あり)

- ・褥瘡がある患者には記載が必要。
- ・写しを診療録に添付すること。
- ・記載項目が追加変更になった。
 - ー評価日の医療区分とADL区分
 - ーケアの具体策
 - ー「悪化した」、「どちらとも言えない」場合の対応策

- ・看護師及び看護補助者が20:1
- ・医療区分2 & 3が80%

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	814	1230	1468
ADL区分2	919	1384	1755
ADL区分3	967	1412	1810

- ・看護師及び看護補助者が25:1
- ・医療区分2 & 3が50%

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	750	1165	1403
ADL区分2	854	1320	1691
ADL区分3	902	1347	1745

8 療養病棟入院基本料の注4に規定する褥瘡評価実施加算について「基本診療料の施設基準等」の別表第五の四に掲げる状態の患者について、**1日につき15点を所定点数に加算する。**また、別添6の別紙8のADL区分の判定が**23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、別添6の別紙10の「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。**また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リスト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

9 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑤及びロの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成28年3月4日保医発0304第3号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

褥瘡 治療・ケアの確認リスト

入院日 (年 月 日) 患者氏名 () (才) 男性 女性

評価日 (年 月 日) 評価日の医療区分 () 評価日のADL区分 ()

記載者サイン (医師 看護師 看護補助者 サイン ())

(1) 褥瘡の状態 (部位毎に記載)

- 1 部位 () 大きさ () 数 () ステージ* ()
 2 部位 () 大きさ () 数 () ステージ* ()
 3 部位 () 大きさ () 数 () ステージ* ()

(2) 圧迫・ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散器具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等) の実施

あり 具体策: () なし(3) スキンケアの実施 あり 具体策: () なし(4) 栄養治療の実施 あり 具体策: () なし(5) リハビリテーションの実施 あり () 単位/日 なし

(6) 次回評価予定日 (年 月 日)

* 以下は、前月から引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載

(7) 褥瘡の状態の変化 (当月評価日時点での比較)

改善した 悪化した どちらともいえない

(8) 前月よりも「悪化した」又は「どちらともいえない」場合の今後の対応策

()

※褥瘡のステージ

第1度: 皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)

第2度: 皮膚層の部分的喪失: びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度: 皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度: 皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

褥瘡評価実施加算の様式

1日15点
算定期間に制限はない

まとめ

在宅

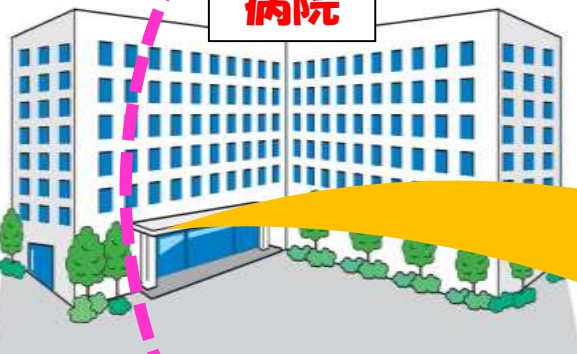


介護施設



急性期病院のチーム医療での材料や手順が在宅まで大きく影響する

病院



薬



訪問看護



診療所



在宅



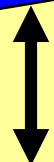
医療法
診療報酬
機能評価



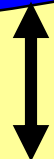
病病連携、病診連携から
5極連携へ...
(病院・診療所・介護施設・訪問看護S・薬局)



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

診療報酬
介護報酬
自費診療



<抄録より>

(1)入院中

- *「入院基本料」:病院全体で取り組む基本項目で、「褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)の活動が核になる。
- *「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」:WOCNが中心となって専門性の高い褥瘡ケアに取り組む。
- *「療養型病床」:深さを問わず褥瘡がある場合は、医療区分2になるので、急性期からの退院調整もスムーズになる。
- *「医療区分2継続算定」:療養型病床において、褥瘡が治癒した場合でも、継続的に医療区分2を算定できる。
- *「褥瘡評価実施加算」:療養型病床で、ADLの低いADL区分3の患者に算定できる加算。

(2)退院前後

- *「退院時共同指導料」:在宅を担う各職種との合同カンファレンスが増点になった。
- *「退院後訪問指導料」:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その1!
- *「訪問看護同行加算」:退院後訪問指導料を実施するときに、訪問看護ステーション等と同行することで算定できる。
平成28年度の診療報酬改定の目玉その2!

(3)在宅

- *「訪問看護時の看護計画書」:医療機関と同じ様式の看護計画書が義務付けられている。医療機関と訪問看護が共通の指標でケアできる。
- *「WOCNの同行訪問」:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと普段の訪問看護師が同行する。
- *「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」:「医師」「看護師」「管理栄養士」の3職種の在宅褥瘡対策チームによる在宅の褥瘡患者へのチーム医療。
- *「在宅患者訪問薬剤管理指導料」:算定が5名/日から40名/週に変更され算定しやすくなった。
- *「在宅患者訪問栄養食事指導料」:調理の実技が不要となり算定しやすくなった。

(4)創傷被覆材

- *「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」:在宅で期間に制限がなく保険償還できる、医療機関からだけではなく、処方箋による支給も認められている。
- *「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」:訪問看護時の保険償還が明確化された。

(5)衛生材料

- *「衛生材料等提供加算」:在宅療養指導管理料は算定していないが、訪問看護をしている患者に対して「衛生材料」等を支給した場合に算定できる。平成28年度の診療報酬改定の目玉その3!

(6)NPWT(局所陰圧閉鎖機器)

- *「院内での使用」:全ての製品が、DPC病棟でも算定できる。療養型病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では算定できない
- *「外来での使用」:2つの製品が、外来で使用した場合にも算定できる。

理解のポイントとなる

5つの用語

①衛生材料

- ・ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなど



ポイント

②保険医療材料

- ・保険適応でない医療機器
（例・フィルム材、パッド付きドレッシング等）

③特定保険医療材料

- ・保険適応の医療機器
（創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ等）

④在宅療養指導管理料

C100 退院前在宅療養指導管理料	120点
C101 在宅自己注射指導管理料	
1 複雑な場合	1,230点
2 1以外の場合	
イ月27回以下の場合	650点
ロ月28回以上の場合	750点
C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料	820点
C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	150点
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
C102-2 在宅血液透析指導管理料	8,000点
C103 在宅酸素療法指導管理料	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
2 その他の場合	2,400点
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050点
C106 在宅自己導尿指導管理料	1,800点
C107 在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1	2,250点
2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2	250点
C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1,500点
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050点
C110 在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300点
C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810点
C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500点
C112 在宅気管切開患者指導管理料	900点
C113 削除	
C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000点
C115 削除	
C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	45,000点



⑤特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者

1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

2 以下のいずれかを受けている状態にある者

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅血液透析指導管理
- ・在宅酸素療法指導管理
- ・在宅中心静脈栄養法指導管理
- ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- ・在宅自己導尿指導管理
- ・在宅人工呼吸指導管理
- ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- ・在宅自己疼痛管理指導管理
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理



3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

4 真皮を超える褥瘡の状態にある者

5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

		衛生材料	保険医療材料 (保険適応でない 医療機器)	特定保険医療材料 (保険適応の医療機器)	
		ガーゼ、絆創膏、 ロールフィルム 等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧 閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は 保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護 を している患者	在宅療養 指導管理料 を 算定していない 患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は 保険算定可	在宅での 算定不可
	在宅療養 指導管理料 を 算定している 患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合 は 保険算定可 (患者自身で使用可 算定期限に制限はない)	在宅での 算定不可

診療報酬(医療)

病院・診療所

訪問看護関連

**医療保険の訪問看護と介護保険の訪問看護
をしっかり区別して運用することが超重要！！**

介護報酬(介護)

介護療養型医療施設

老人保健施設(老健)

老人福祉施設(特養)

理解するためのコツ！

- **医療機関から在宅まで、ほぼ同じ内容が求められています！**
 - 医療機関、在宅の双方を理解しましょう。
- **文面を丁寧に読み解くこと。（医事課を味方にしましょう！）**
 - 告示、通則、留意事項、様式…
- **褥瘡対策チーム、褥瘡対策委員会等の、組織・役割・項目は、厚労省の各種の文面のと通りの定義や運用に従うこと。**
 - DESIGN-R
 - 在宅褥瘡対策チーム
 - 褥瘡の報告書
 - 診療計画書・看護計画書
- **医療保険と介護保険を整理すること。**
- **医療機関（病院・診療所）で算定できる項目と、訪問看護ステーションで算定できる項目を整理すること。**
- **関係する本もご参照ください…**



お薦め

学術集会

第19回日本褥瘡学会学術集会

日時：2017年9月14日(木)～9月15日(金)
 会長：武田 利明(岩手県立大学看護学部)
 会場：盛岡市民文化ホール/マリオス、
 いわて県民情報交流センター(アイーナ)、
 ホテルメトロポリタン盛岡(本館・NEW
 WING)
 テーマ：褥瘡医療のパワーアップ
 ～今、市民に広げる褥瘡教育～
 URL：<http://jspu19.umin.jp/>

[学術集会一覧はこちら](#)

在宅褥瘡セミナー

→ [申込はこちら](#)

在宅褥瘡管理者資格審査の

→ [手引きはこちら](#)

→ [eラーニングはこちら](#)

→ [H25診療報酬改定](#)


What's New


- 2016.12.08
在宅褥瘡セミナーを更新しました。(大阪府)
- 2016.12.07
褥瘡受入病院一覧を更新しました。(広島県)
- 2016.12.01
在宅褥瘡管理者資格審査の手引きを更新しました。

[過去の更新履歴はこちらをご覧ください。](#)

Topics

誠に勝手ながら、2016年12月28日(水)午後
 ～2017年1月4日(水)まで、事務局は年末年
 始休業とさせていただきます。
 ご不便をおかけしますが、何卒ご理解いただき
 ますようお願い申し上げます。

 日本褥瘡学会 2016年第4回実態調査
 協力施設の方へのご案内

 第18回学術集会の褥瘡対策用具推進委員
 会資料を掲載しました

日本褥瘡学会とは



学会会員の方へ



医療従事者の方へ



一般の皆様へ



学術集会・セミナー 参加希望の皆様へ



学会関連出版物



災害危機管理



危機管理掲示板

褥瘡受入病院一覧



学術集会

第19回日本褥瘡学会学術集会

日時：2017年9月14日(木)～9月15日(金)

会場：武田 利根

会場：盛岡市

いわて県民情

ホテルメトロ

WING)

テーマ：褥瘡

～今、市民に

URL：http://

学術集会一覧

What's New

2016.12.08

在宅褥瘡セミナーを更新しました。(大阪府)

日本褥瘡学会とは

学会会員の方へ

医療従事者の方へ

褥瘡対策用具推進委員会のセッションで
創傷被覆材、スキンケア製品、NPWTなどの
特長を業界の協力で整理しました。
また、最新の創傷被覆材の一覧も作成しました。
2017年3月31日まで掲載しております
是非、お早めにDLして活用してください。

在宅褥瘡

→ 申込はこちら

在宅褥瘡管理者資格審査の

→ 手引きはこちら

～2017年1月4日(水)まで、事務局は年末年始休業とさせていただきます。

ご不便をおかけしますが、何卒ご理解いただきますようお願い申し上げます。

● 日本褥瘡学会 2016年第4回実態調査協力施設の方へのご案内

● 第18回学術集会の褥瘡対策用具推進委員会資料を掲載しました

災害危機管理

危機管理掲示板

褥瘡受入病院一覧

ここにあります



クリック
してください！
直接開きます！

お薦め

<http://www.jspu.org/jpn/event/houkoku4.html>

褥瘡対策用具推進委員会のセッションで
創傷被覆材、スキンケア製品、NPWTなどの
特長を業界の協力で整理しました。
また、最新の創傷被覆材の一覧も作成しました。
2017年3月31日まで掲載しております
是非、お早めにDLして活用してください。

								333名
								40名
								7,089名

(第18回学術集会に行いました褥瘡対策用具推進委員会資料を、2017年3月31日まで掲載致します。)

小林 智美 (日本大学病院 看護部)
 高水 勝 (スリーエムジャパン株式会社)
 藤本由美子 (和歌山県立医科大学保健看護学部)
 四谷 淳子 (福井大学医学部看護学科)
 創傷被覆・保護材一覧

(五十音順 敬称略)

参考

平成26年度(2014年度)診療報酬改定
褥瘡関連項目に関する指針

編集 ● 一般社団法人 日本褥瘡学会

すぐ使える
申請・報告様式
収録CD付き

褥瘡学会の指針になります。
概要が解説されています。
褥瘡学会のHPから無料でDLもできます。

平成
26年度

褥瘡対策・ケアに役立つ 診療報酬改定のポイント

高水 勝 スリーエムヘルスケア株式会社 医療情報事業部 マネジャー

平成26年度の診療報酬改定においては、重症度、医療・看護必要度を目玉に、いくつかの変更がなされ、本誌8月号の特集(p.66~78)でもその実際について解説しました。それ以外にも、読者の皆さんからの質問が寄せられていますが、とくに多いのが褥瘡対策に関するものでした。ここでは、基本的な取り決めから在宅に至るまで、「ここが知りたい」という項目を一問一答で解説します。

本稿は、平成26年、①3月5日以降の告示・通知等(厚生労働省)、②3月5日の診療報酬改定に関する説明資料(厚生労働省)、③6月7日の延長解釈(その7)までの各延長解釈(厚生労働省)、④そのほかの資料等により、平成26年6月15日現在で、新設または変更があった項目を中心にまとめています。

実際の適用については、各都道府県等で確認のうえ、お進めいただくようお願いいたします。

言葉の整理

Q 看護職員、看護要員とはどのような意味ですか？

A 看護職員とは、看護師と准看護師を意味します。看護要員とは、看護師と准看護師、看護補助者を意味します。

Q 専従と専任の違いは何ですか？

A 専従は、専らその業務に従事し、ほかの業務と兼務する

ことは認められていません。職務の80~100%でなくてはならないなど、実際の解釈や運用には幅があります。

専任は、専らその業務を任ざれて担当し、**担当業務以外**の業務を兼務することは差し支えありません。職務の20~50%程度まで解釈や運用に幅があります。

専任の管理当直や夜勤、専任の業務兼務の可否等については、各都道府県の厚生局に確認をしましょう。

Q 「褥瘡対策チーム」とはどのような組織ですか？

A 診療報酬の入院基本料で規定された組織名で、専任の医師と専任の看護師のみで構成されます。

「褥瘡対策チーム」として届け出るのは、「褥瘡対策にかかわ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」だけになります。

専任の医師については、経験年数、診療科、役割、常勤乱発などの詳細な規定はありません。

「褥瘡対策チーム」としての会議開催などの具体的な規定はありませんが、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定する場合は、週1回程度のカンファレンスが義務づけられてい

※なお、本文中に引用されている解説、解説、資料は、厚生労働省から取り扱っている最新のものですが、最新の状況に、厚生労働省のホームページ(www.mhlw.go.jp)や厚生労働省のホームページ(www.mhlw.go.jp)で最新の状況を確認してください。

ます、褥瘡対策委員会や褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定に際しては、日時・参加者・役割・内容を記録しておく必要があります。

Q 「褥瘡対策委員会」とはどのような組織ですか？

A 診療報酬の入院基本料で規定された組織名で、前述の「褥瘡対策チーム」に関係職種が加わって構成されるのが、「褥瘡対策委員会」になります。メンバーの届け出は不要です。委員会の開催頻度等に規定はありません。

参考

A いいえ、診療計画書の看護計画の部分も、専任の医師と専任の看護職員が作成し、その計画に照って褥瘡の看護や関係職種が実施します。

Q 「褥瘡管理」のような

A 診療報酬で規定された組織名で、専任の医師と専任の看護師のみで構成されます。

Q 「在宅褥瘡対策」のような

A 後述のp.68右欄で「~p.67右段」

入院基本料

Q 自立度の判定が実施す

A とくに規定はありません。

Q 「褥瘡対策」(療計画書)

A 日常生活自立度の判定がある場合と、す

「高齢者ケア」「急性期呼吸リハ」「褥瘡対策」の最前線がわかる!

月刊ナーシング Nursing 8 2014 8月号

特集1 現場の“困った”を一挙解決!

高齢者ケア よく出会う問題と対応

骨折 下痢 認知症 心不全 入院支援

特別記事 早わかり Q&A!
褥瘡対策・ケアに役立つ
診療報酬改定の
ポイント

月刊ナーシング
2014年8月号でQ&A方式の
10ページの特集記事になります。
今回の改定と変更点はほとんどありません。

回復につながる! 最新の根拠!
吸リハビリテーションの
極意
管理/腹臥位療法/排痰手技/
練習/早期モビライゼーション/ほか
Gakken

平成26年度診療報酬改定に係るポイントの解説

高水 勝
スリーエムヘルスケア株式会社 医療用製品事業部 マネージャー
公益社団法人 日本医療経営コンサルタント協会 認定医療経営者コンサルタント

Point

- ▶ 褥瘡に係る診療報酬の用語や組織の規定の基本が理解できる
- ▶ 平成26年度の診療報酬改定にともなう、看護必要度、入院基本料、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、在宅での創傷被覆材などの変更点が理解できる
- ▶ 平成26年度の診療報酬改定にともなう、「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」のポイントが理解できる

はじめに

本稿は、平成26年①3月5日の告示・通知など(厚生労働省：以下厚労省)、②3月5日の診療報酬改定に関する説明資料(厚労省)、③擬義解釈(その8)までの各擬義解釈(厚労省)、④その他の資料

などにより、平成26年8月10日現在で、新設又は変更があった項目を中心に執筆しています。実際の運用については、各都道府県などで確認のうえ、お進めいただくようお願いいたします。

言葉の整理と組織作り

看護師、准看護師、看護職員、看護委員

看護師、准看護師、看護職員、看護委員については、診療報酬では以下のように使い分けています。

- **看護師**：看護師のみを意味します。
- **准看護師**：准看護師のみを意味します。
- **看護職員**：看護師及び准看護師を意味し、看護補助者は含まれません。
- **看護委員**：看護師、准看護師及び看護補助者を意味します。

専従と専任

- **専従**：専らその業務に従事し、他の業務に従事することは認められていません。専任と異なり、専従であれば良いとする場合が多くはないなど、実際の解釈があります。
- **専任**：専らその業務を任されて担当し、専任の業務以外の業務を兼務することは差し支えありません。実運用としては、専任の職務が20～50%程度までの幅があります。

専従、専任のいずれについても、解釈や運用に幅があるので、専従の管理職兼務の可否などについて確認をしましょう。

言葉の使い分け

- 診療報酬の通知などの文法的な法則を整理します。
- △△△及び□□□・・・
 - △△△又は□□□・・・
 - ○○○すること・・・必ず必須項目
 - ○○○することが望ましいが、必須ではない項目
 - ○○○程度・・・○○回

組織と役割

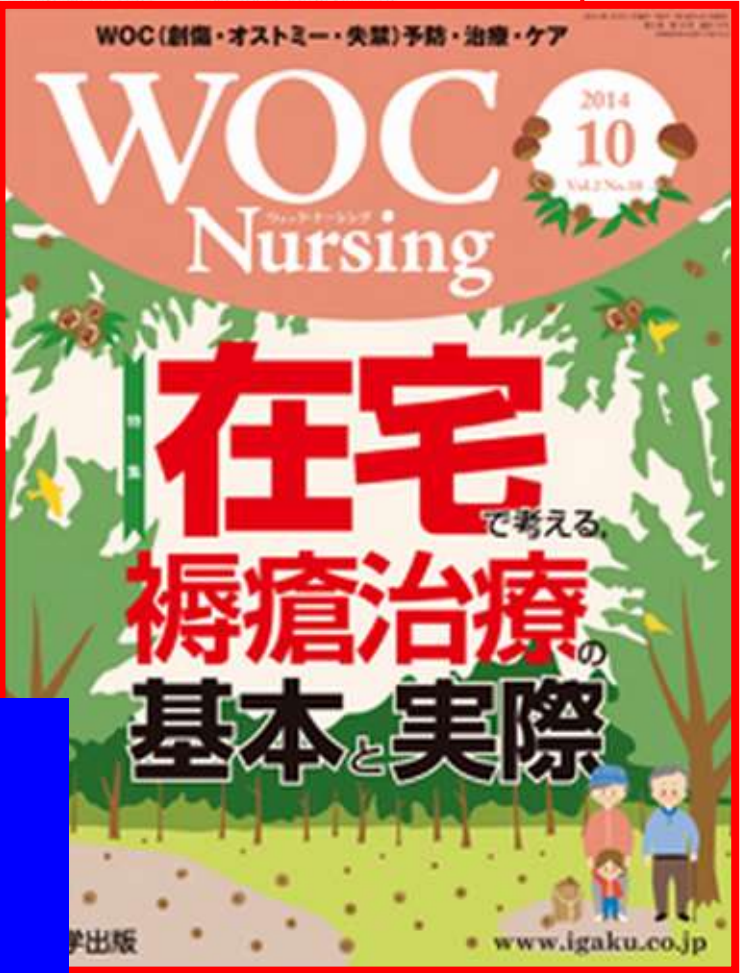
診療報酬では、褥瘡について明文化されています。院の定義や規定に合わせると院外(地方厚生局など)の解釈があります。

褥瘡対策チーム

入院基本料で規定された褥瘡対策チームは、専任員のみで構成されます。

届け出るのは、「褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に携う専任の看護師(専任の看護職員)」

などの詳細な規定はありません。また、「褥瘡対策チーム」としての会議開催などの規定はありませんが、院内の褥瘡対策の核としての活動が求められています。



WOCナーシング
2014年10月号で、
17ページの特集記事になります。
今回の改定と変更点はほとんどありません。

2

在宅で褥瘡ケアを始めよう

在宅褥瘡を取り巻く 制度とその活用

高水 勝

スリーエム ジャパン株式会社 ヘルステクニクスパニー 医療用品事業部 マネージャー
公益財団法人日本医療経営コンサルタント協会 認定医療経営コンサルタント

Point

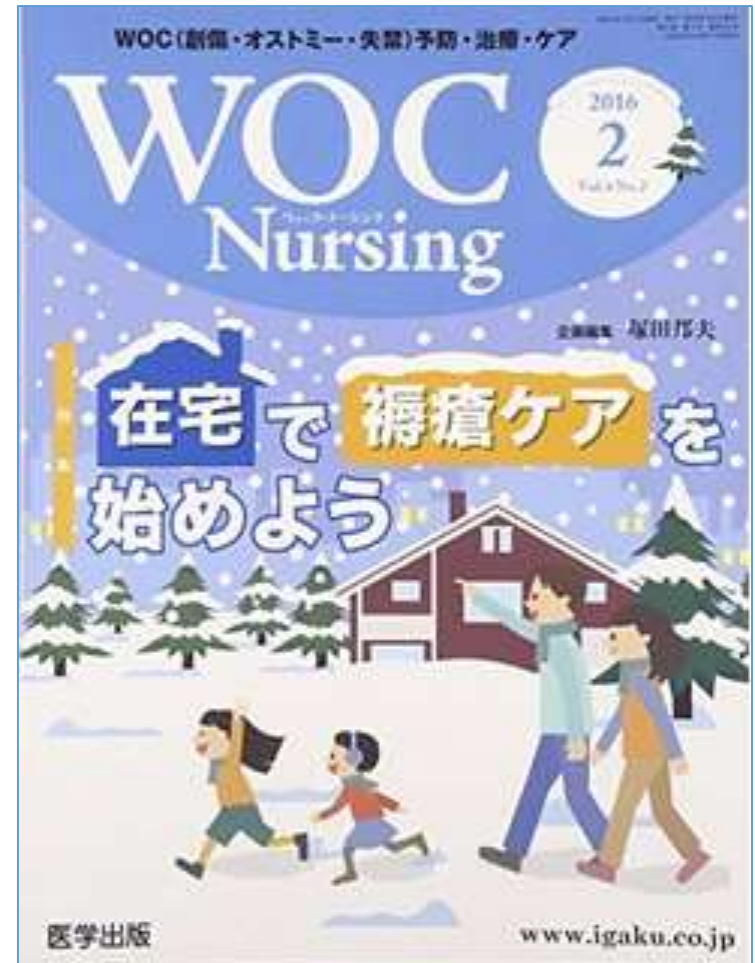
- ▶ 医療機関の「褥瘡対策に関する診療計画書」と、訪問看護の「褥瘡対策に関する看護計画書」の共通性が理解できる
- ▶ 「在宅患者訪問褥瘡管理指導科」と、「WOC ナースの訪問看護」の運用方法が理解できる
- ▶ 在宅患者に対する「創傷被覆材」の保険算定方法と、「衛生材料」「保険医療材料」の支給規定が理解できる

はじめに

在宅褥瘡を取り巻く制度と活用を理解するため 後押しによって実践しやすい環境にあります。各
の2つのキーワードは「5種連携」と「3つの共有」 種の制度を理解・活用し、在宅褥瘡のよりよい治

WOCナーシング
2016年2月号で
最新のドレッシング等を入れています。
衛生材料等についての運用は、
今回の改定は反映されていません。

参考



参考

ドレッシング材の すべて

皮膚科医による
根拠に基づく選び方・使い方

【編集】前川武雄 自治医科大学皮膚科 講師

まるわかり 創傷治療の キホン

京都大学大学院医学研究科皮膚科学 教授
宮地良樹 著



自治医科大学の前川先生編集
「ドレッシング材のすべて」に
ドレッシング材の分類と特長と制度を書きました。

京都大学の宮地教授編集
「まるわかり創傷治療のキホン」に
ドレッシング材の分類と特長と制度を書きました。

ご清聴ありがとうございました。

お疲れ様でした！