第 14 回日本褥瘡学会関東甲信越地方会学術集会
プログラム委員会特別企画

平成30年W改定に向けて、今、整理・理解しておくべきこと

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

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。

ご連絡

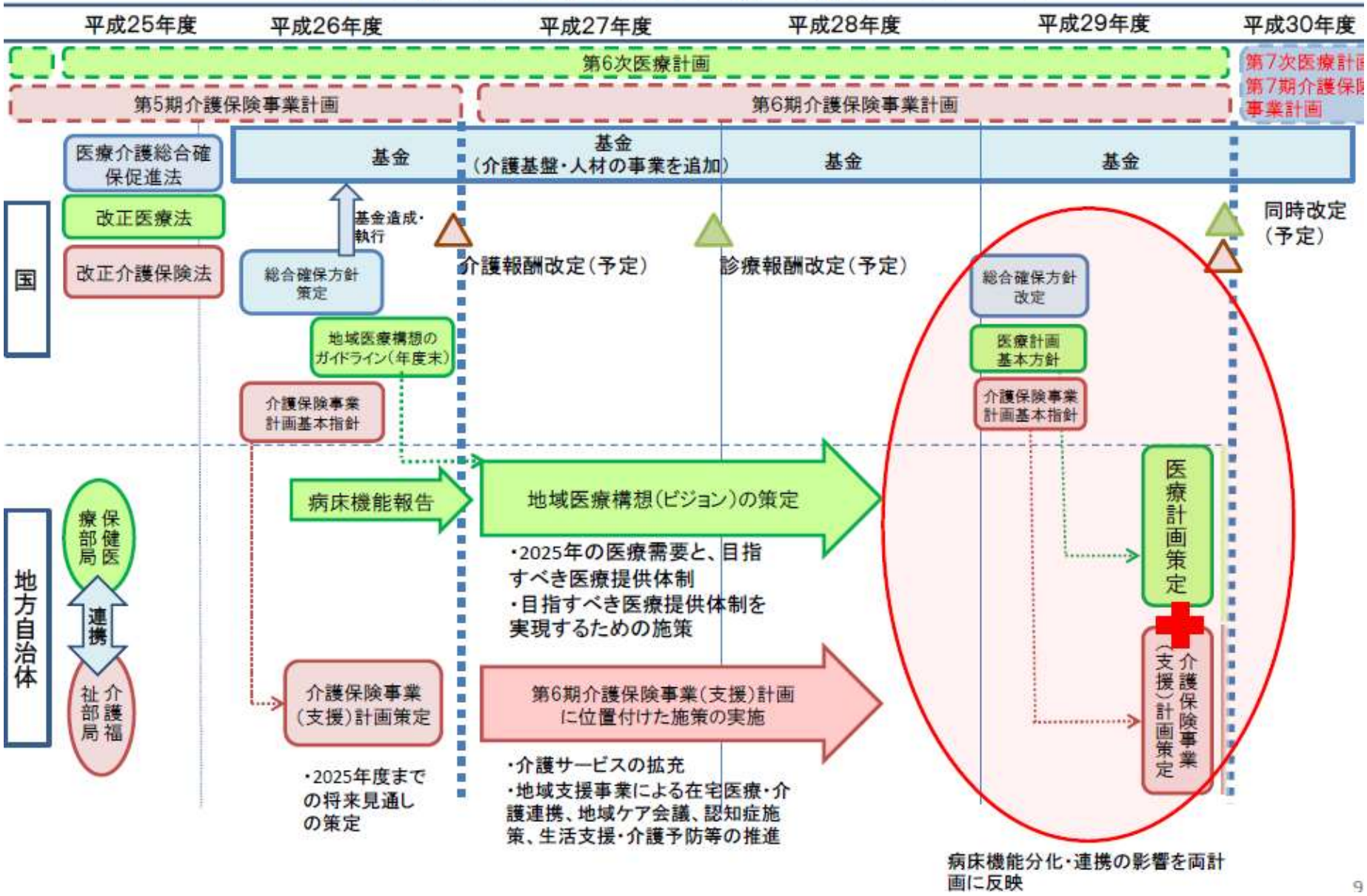
創傷被覆・保護材等一覧

一般社団法人 日本医療機器テク… （…年6月14日改訂26版）

分類	一般的名称	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	特徴	管理区分（薬機法）
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(株)		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)		
				バイオクルーシブPlus	ケーシーアイ(株)		
				パーミエイドS	日東電工(株)／(株)ニトムズ		
				キュティフィルム EX	新タック化成(株)／スミス・アンド・ネフュー(株)		
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	特定保険医療材料 【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用：1080円/枚 平坦部位用：139円/枚 凸凹部位用：308円/枚	アダプティックドレッシング	ケーシーアイ(株)		
				トレックス	富士システムズ(株)		
				ウルゴチュール	日東電工(株)／(株)ニトムズ	しなやか…を適度に保つ非固着性ガーゼ	
				メピテル	メンリッケヘルスケア(株)	両面にセーフタック採用、オープンメッシュ構造で滲出液を管理	
				エスアイ・メッシュ	アルケア(株)	メッシュ構造による非固着性と密着性で最適な創傷管理を実現	
	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	【皮膚欠損用創傷被覆材：真皮に至る創傷用】 6円/cm²	ベスキチンW	ニプロ(株)	キチンを綿状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	
		親水性フォーム		クラビオFGライト	光洋産業(株)	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	コンバテック ジャパン(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	
				テガダーム ハイドロコロイド ライト	スリーエム ジャパン(株)	透明性があり創の観察が容易、楕円形型は経済性・作業性が良い	
				アブソキュアーサジカル	日東電工(株)／(株)ニトムズ	薄型タイプのハイドロコロイド・ドレッシング	
				レプリケア ET	スミス・アンド・ネフュー(株)	薄く、滑りが良いのでズレによる剥がれを軽減します	
		ハイドロジェル		ビューゲル	ニチバン(株)／大鵬薬品工業(株)	水分90%で湿潤環境維持、透明で創面観察が容易、溶解しない	
	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		ハイドロサイト 薄型	スミス・アンド・ネフュー(株)	吸着性・透湿性に優れた非粘着性フォームドレッシングです	
				テガダーム フォーム アドヒーシブ ドレッシング	スリーエム ジャパン(株)	しなやかで柔らかいフォーム、固定用フィルムドレッシング一体型	
				メピレックス ライト	メンリッケヘルスケア(株)	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	
				メピレックスボーダー ライト		セーフタック採用、高い吸収力、薄く高い追従性	
				キュティメド シルテックL	テルモ・ビーエスエヌ(株)／テルモ株式会社	上層に高吸収粒子を配置したポリウレタンフォーム材	
	抗菌性創傷被覆・保護材	ハイドロコロイド		バイオヘッシブAgライト	アルケア(株)	スルファジアジン銀による創傷面の衛生環境を向上を図りました	高度管理医療機器
		親水性ファイバー		アクアセルAg BURN	コンバテック ジャパン(株)	アクアセルAgをナイロン糸で強化、熱傷創面に適したサイズ展開	
	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	【皮膚欠損用創傷被覆材：皮下組織に至る創傷用】 標準型：10円/cm² 異形型：37円/g	コムフィール	コロプラスト(株)	高い柔軟性・伸縮性と密着性、辺縁に向かって薄く成形	
				デュオアクティブ	コンバテック ジャパン(株)	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	
				デュオアクティブ CGF		交換時にゲルが残りにくい、柔軟性に優れ様々な部位に貼付可能	
				アブソキュアーウンド	日東電工(株)／(株)ニトムズ	吸湿性・保型性にすぐれたハイドロコロイド・ドレッシング	
				テガダーム ハイドロコロイド	スリーエム ジャパン(株)	透明性があり創の観察が容易、楕円形型は経済性・作業性が良い	
				レプリケア ウルトラ	スミス・アンド・ネフュー(株)	薄く、滑りが良いのでズレによる剥がれを軽減します。	
		ハイドロジェル		イントラサイト ジェル システム	スミス・アンド・ネフュー(株)	壊死組織の自己融解、肉芽形成、及び上皮化を促進します	
				グラニュゲル	コンバテック ジャパン(株)	壊死組織を融解し、肉芽形成・上皮化を促進	
	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		ベスキチンW-A	ニプロ(株)	キチンをフリース状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	
		親水性ファイバー		ソーブサン	アルケア(株)	柔らかなアルギン酸不織布が最適な湿潤環境を創ります	
				アルゴダーム トリオニック	スミス・アンド・ネフュー(株)	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	
				デュラファイバー		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	
				カルトスタット	コンバテック ジャパン(株)	止血促進と共に優れた滲出液吸収で治癒に適した湿潤環境を提供	
				アクアセル		滲出液を吸収・細菌を封じ込め、創の湿潤環境保持、逆戻りを防ぐ	
				アクアセル フォーム		アクアセル・フォーム層で高滲出液吸収を実現、粘着層はシリコン	
	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		ティエール	ケーシーアイ(株)	創の形状に合わせてフィット、滲出液が漏れにくいフォーム材	
				テガダーム フォーム ドレッシング	スリーエム ジャパン(株)	しなやかで柔らかいフォームは、屈曲部にもなじみやすい	
				バイアテン	コロプラスト(株)	高い柔軟性、辺縁に向かって薄く成形	
				バイアテン シリコーン		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	
				バイアテン シリコーン+		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	
				ハイドロサイト プラス	スミス・アンド・ネフュー(株)	自由にカットして使用できる非粘着タイプのハイドロサイトです	
				ハイドロサイト AD プラス		創部への密着が容易でしっかり粘着タイプのハイドロサイトです	
				ハイドロサイト AD ジェントル		肌に優しいシリコーン粘着タイプのハイドロサイトです	
				ハイドロサイト ライフ		患者の声をもとに開発し、交換目安もついたハイドロサイトです	
				メピレックス	メンリッケヘルスケア(株)	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	
				メピレックス ボーダーII		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	
				ウルゴチュール アブソーブ	日東電工(株)／(株)ニトムズ	微粘着性・高吸収性ポリウレタンフォーム（テープ無タイプ）	
				ウルゴチュール アブソーブ ボーダー		微粘着性・高吸収性ポリウレタンフォーム（シリコーンテープ）	
				キュティメド シルテック	テルモ・ビーエスエヌ(株)／テルモ株式会社	上層に高吸収粒子を配置したポリウレタンフォーム材	
	抗菌性創傷被覆・保護材	親水性ファイバー		アクアセルAg	コンバテック ジャパン(株)	アクアセルに抗菌効果をプラス、柔軟性があり、深い創にも密着	
				アクアセルAg 強化型		アクアセルAgをリヨセル糸で強化、使いやすいリボン状	
				アクアセルAg Extra		アクアセルAgに更なる吸収力と強度をプラス、交換頻度を低減	
				アクアセルAgフォーム		アクアセルフォームに銀イオンの抗菌効果をプラス	
				アルジサイト Ag	スミス・アンド・ネフュー(株)	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	
		ポリウレタンフォーム		ハイドロサイト 銀	スミス・アンド・ネフュー(株)	高い吸収力に銀の抗菌効果を加えたハイドロサイトです	
				ハイドロサイト ジェントル 銀		シリコーン粘着のハイドロサイトに銀の抗菌効果を追加しました	
				メピレックス Ag	メンリッケヘルスケア(株)	セーフタックと硫酸銀による即効・持続的抗菌効果（テープ無）	
				メピレックスボーダーAg		セーフタックと硫酸銀による即効・持続的抗菌効果（テープ有）	
		ハイドロコロイド		バイオヘッシブAg	アルケア(株)	スルファジアジン銀による創傷面の衛生環境を向上を図りました	
	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】…	ベスキチンF	ニプロ(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	
生体内移…							

創傷被覆材一覧リストは、
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。

医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール



医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール

医療制度改革の惑星直列！

- 診療報酬改定
- 介護報酬改定
- 第7次医療計画
- 第7期介護保険事業計画
- 地域医療構想
- 費用対効果検証
-
-
-

平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

平成29年4月12日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

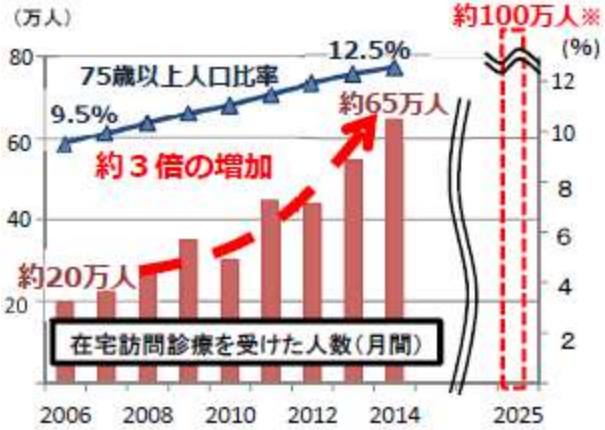
● 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、国民１人１人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進**。

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の連携強化

■ **かかりつけ医機能を普及・促進**

■ 自宅や介護施設等における医療ニーズや看取りへの対応を強化　等

在宅訪問診療を受けた人数の伸びと75歳以上人口比率



※ 約100万人は、高齢者増等のみによる影響を反映した推計値。更なる追加需要が見込まれる。

Ⅱ　医療機能の分化・連携の推進、効率的な医療提供体制の構築

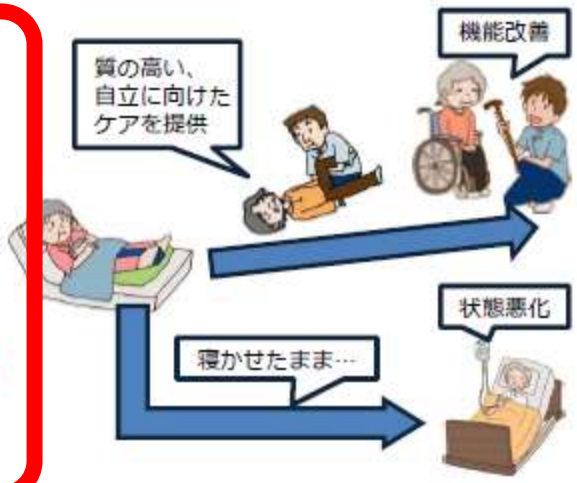
■ 医療機能や患者の状態に応じた評価により、**地域医療構想の達成を推進**（７：１病床の適正化、療養病床の扱い等）　等

現在の病床数（平成27年７月現在）と2025（平成37）年の病床必要量の差

Ⅲ　質が高く効率的なサービスによる高齢者の自立支援等

■ **費用対効果や、アウトカムに基づく評価**を推進

■ **データヘルス改革の推進、介護ロボットの活用**により自立等を促進し、現場の負担も軽減　等



★薬価制度については、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民皆保険の持続性とイノベーションの推進を両立し、国民負担軽減と医療の質の向上を実現する観点から、抜本改革を推進。

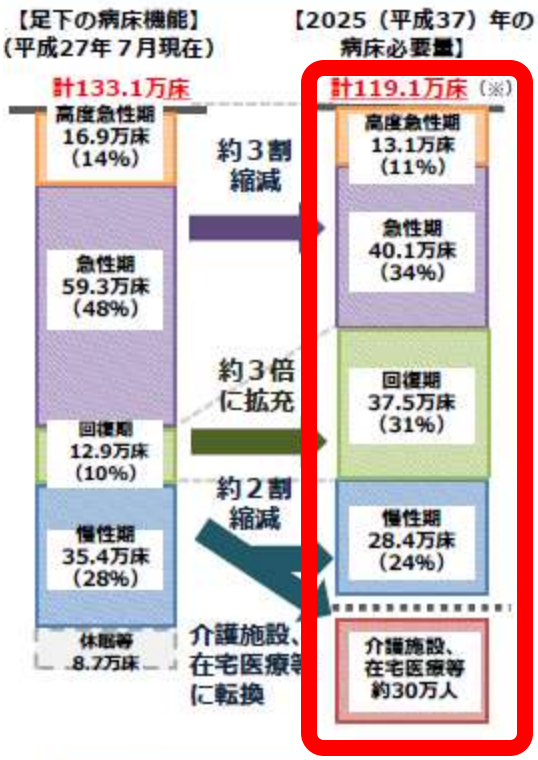
3M Takamizu

「地域医療構想」の達成の推進

平成29年4月12日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

- 平成29年度以降、地域ごとの**「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進**。
- 病床の機能分化・連携の議論に必要な診療等データの提供、基金の重点配分、診療報酬・介護報酬での対応を実施。

平成28年度末に全都道府県で策定完了
⇒**地域ごとに、2025（平成37）年時点での病床の必要量を『見える化』**



※　内閣官房推計（平成27年６月）の合計114.8～119.1万床の範囲内

①機能分化・連携のための診療等のデータ提供

- ✓ 病床の役割分担を進めるため、手術やリハビリの件数や、疾病ごとの患者数等のデータを国から提供。
- ✓ データを活用し、**個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を集中的に検討。**

議論の一例

		手術件数	リハビリ件数
A病院	急性期 250床	50（件/月）	200（件/月）
B病院	急性期 200床	40（件/月）	160（件/月）
C病院	急性期 100床	5（件/月）	100（件/月）

国からデータ提供

C病院は、
- 手術の件数は少ない
- リハビリの実施件数は他院と同等

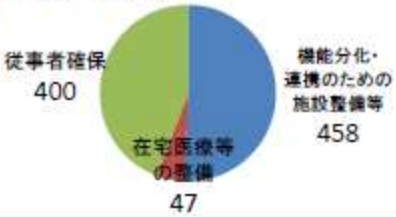
C病院の方針

C病院を回復期機能へ転換し、病床数を50床に減床

②地域医療介護総合確保基金による支援

- ✓ 個別の病院名や転換する病床数等の**具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分。**

配分実績（平成28年度）　合計904億円



③診療報酬・介護報酬改定による対応

- ✓ **平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定**をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、**病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。**

平成29年4月12日経済財政諮問会議

3M Takamizu

療養病床の見直し

介護療養病床の廃止の経緯と新たな施設の創設

平成18年 介護療養病床の廃止決定

- 療養病床は、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる病床。
- 医療保険制度改革で『療養病床の再編』（介護療養病床の平成23年度末の廃止と同病床の老健施設等への転換促進）が決定。

平成23年 介護療養病床の廃止期限の延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない状況を踏まえ、介護保険法改正で、廃止期限を平成29年度末まで６年延長。

平成29年 受け皿となる新たな介護保険施設（介護医療院）の創設（法改正）

- **介護療養病床は、平成29年度末に、その廃止期限を迎える。**
- **医療療養病床25対１についても、医療の必要性が高い患者に対して適切な医療を提供する観点から、地域医療構想の状況も勘案しつつ、見直し。**

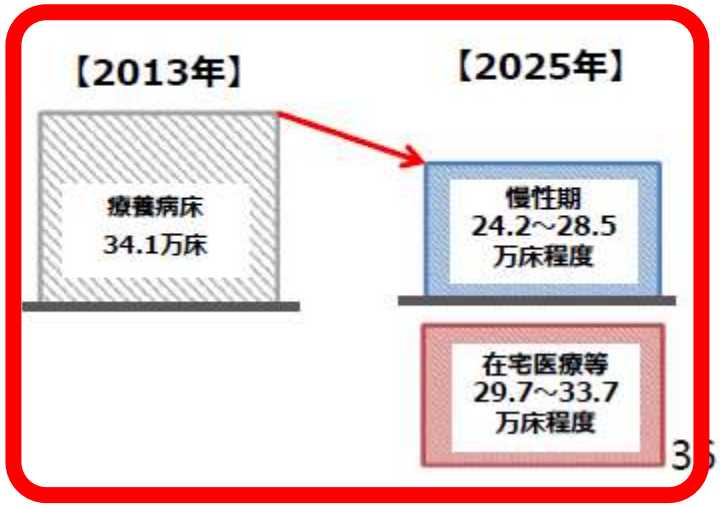
	介護療養	医療療養
H17年度末	12.2万床	26.2万床
	▲4.4万床	0.5万床
H23年度末	7.8万床	26.7万床
	▲1.5万床	1.0万床
H26年度末	6.3万床	27.7万床

療養病床の在り方等に関する特別部会
「療養病床の在り方等に関する議論の整理」（抜粋）
平成28年12月20日

5. 療養病棟入院基本料について

○ いわゆる25対1（療養病棟入院基本料2）の取扱いについては、医療療養病床の人員配置標準に係る特例の取扱いを踏まえ、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討することが適当である。

○ なお、現行の医療区分・ADL区分は、導入から10年が経過しており、その見直しを含めて、中央社会保険医療協議会で検討すべき、との意見もあった。



平成29年4月12日経済財政諮問会議

3M Takamizu

医療計画における記載すべき疾病及び事業について

第５回医療計画の見直し等に関する検討会
平成２８年１０月７日
資料１

5疾病

（医療法第30条の4第2項第4号）
生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項
（医療法施行規則第30条の28）
疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患とする。

5事業[＝救急医療等確保事業]

（医療法第30条の4第2項第5号）
次に掲げる医療の確保に必要な事業（以下「救急医療等確保事業」という。）に関する事項（ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。）
イ　救急医療
ロ　災害時における医療
ハ　へき地の医療
ニ　周産期医療

5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神）
5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）
＋
在宅

への、さらなる重点化

第6次医療計画

○基本的な考え方
○地域の現状
○疾病・事業ごとの医療体制
- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病
- 精神疾患
- 救急医療
- 災害時における医療
- へき地の医療
- 周産期医療
- 小児医療(小児救急含む)
- その他特に必要と認める医療

○居宅等における医療
○医療従事者の確保
○医療の安全の確保
○医療提供施設の整備目標
○基準病床数
○その他の医療提供体制の確保に必要な事項
○事業の評価・見直し　等

・病院（病床）の機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）が明確に分かれる。

・病棟・病床ごとに診療報酬体系が異なる。

・病床削減により病床利用率がUPする。

→　急性期でも実質的な混合病室・混合病棟が増える。

・地域包括病棟、回復期病棟、療養病棟は、すでに混合病室・混合病棟です。

・各種の研修が、より厳格に求められる。

・介護・在宅との連携が、より強化される。

→　介護保険、在宅の制度の理解が必須になる。

表2 「出来高払い」と「包括払い」の概要

	出来高病棟	DPC 算定病棟	療養病棟	地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
A 基本診療料	–	–	–	–	–
B 医学管理料	X	X	X	○	○
C 在宅医療	X	X	X	X	X
D 検査	X	○	○	○	○
E 画像診断	X	○	○	○	○
F 投薬	X	○	○	○	○
G 注射	X	○	○	○	○
H リハビリテーション	X	X	X	○	X
I 精神科専門療法	X	X	X	○	○
J 処置	X	○ (1000 点以上を除く)	○	○	○
K 手術	X	X	X	X	○
L 麻酔	X	X	X	X	○
M 放射線治療	X	X	X	○	○
N 病理診断	X	X	○	○	○

○：包括項目　X：出来高算定項目
筆者註）この表は，全体の概要を理解するために簡略化しています。各項目のなかには例外等もありますので，その点はご注意ください。

表1 院内での研修・委員会のまとめ

			医療安全対策	感染対策	褥瘡対策
医療法	委員会	構成メンバー	各部門の安全管理のための責任者等	職種横断的に構成	記載なし
		実施義務（回数）	月１回	月１回	記載なし
	研修	実施義務（回数）	年２回	年２回	記載なし
診療報酬（入院基本料）	委員会	構成メンバー	記載なし	病院長又は診療所長，看護部長，薬剤部門の責任者，検査部門の責任者，事務部門の責任者，感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員	褥瘡対策チーム（専任の医師と専任の看護職員）の構成メンバー等
		実施義務（回数）	月１回	月１回	あり（回数に規定なし）
	研修	実施義務（回数）	年２回	記載なし	記載なし
診療報酬（加算）			医療安全対策加算	感染防止対策加算	褥瘡ハイリスク患者ケア加算
	委員会	構成メンバー	－	－	－
		実施義務（回数）	－	－	－
	研修	実施義務（回数）	記載なし	年２回	あり（回数に規定なし）

WOC Nursing 17年6月号（医学出版）

・病院（病床）の機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）が明確に分かれる。

・病棟・病床ごとに診療報酬体系が異なる。

・病床削減により病床利用率がUPする。

・地

・各

2018年の惑星直列にむけてあわてることなく

まず、現状の制度をおさえましょう。

・介護・在宅との連携が、より強化される。

→　介護保険、在宅の制度の理解が必須になる。

＜抄録より＞

●言葉の整理

＊**基本単語**:「褥瘡対策チーム」「褥瘡対策委員会」「褥瘡管理者」
＊**医療機器の分類**:「保険医療材料」「特定保険医療材料」「衛生材料」
＊**在宅で重点的な患者**:「別表8の患者」「在宅療養指導管理料」「特別訪問看護指示書」

●病院内の制度のポイント

＊**「入院基本料」**:全ての病院に義務付けられています。
＊**「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」**:WOCNがいる病院で算定します
＊**「療養病床」**:ADL区分と医療区分で判定します。
＊**「退院時共同指導」**:在宅を担う各職種との合同カンファレンスです。

●在宅の制度のポイント

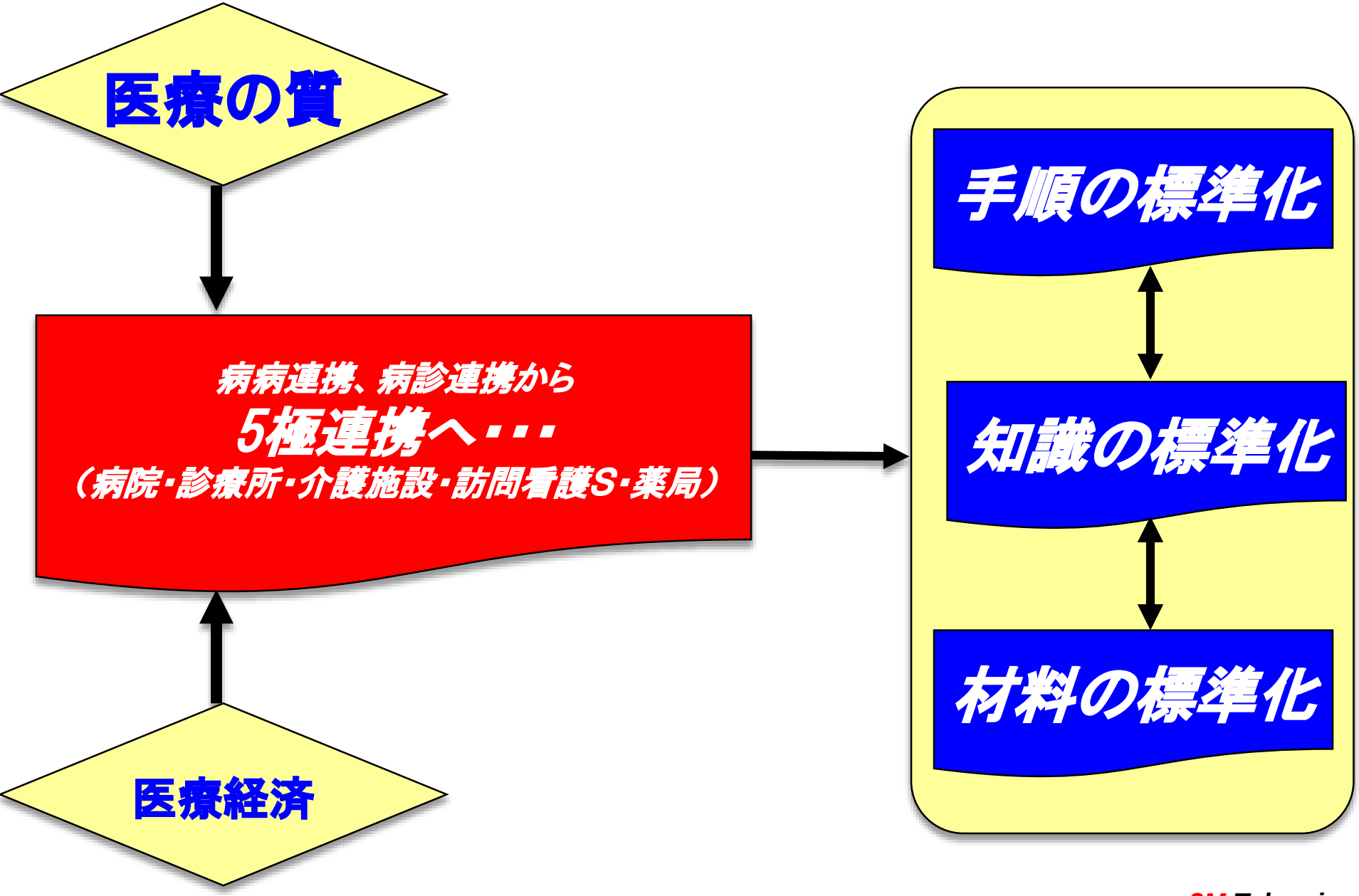
＊**「訪問看護時の看護計画書」**:医療機関内と同じ様式の看護計画書が義務付けられています。
＊**「WOCNの訪問看護」**:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと通常の訪問看護師が同行します。
＊**「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」**:「医師」「看護師」「管理栄養士」の3職種の在宅褥瘡対策チームによる在宅の褥瘡患者へのチーム医療です。
＊**「退院後訪問指導」**:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できます。
＊**「訪問薬剤」「訪問栄養」**:より実務的に変更になり、算定しやすくなりました。

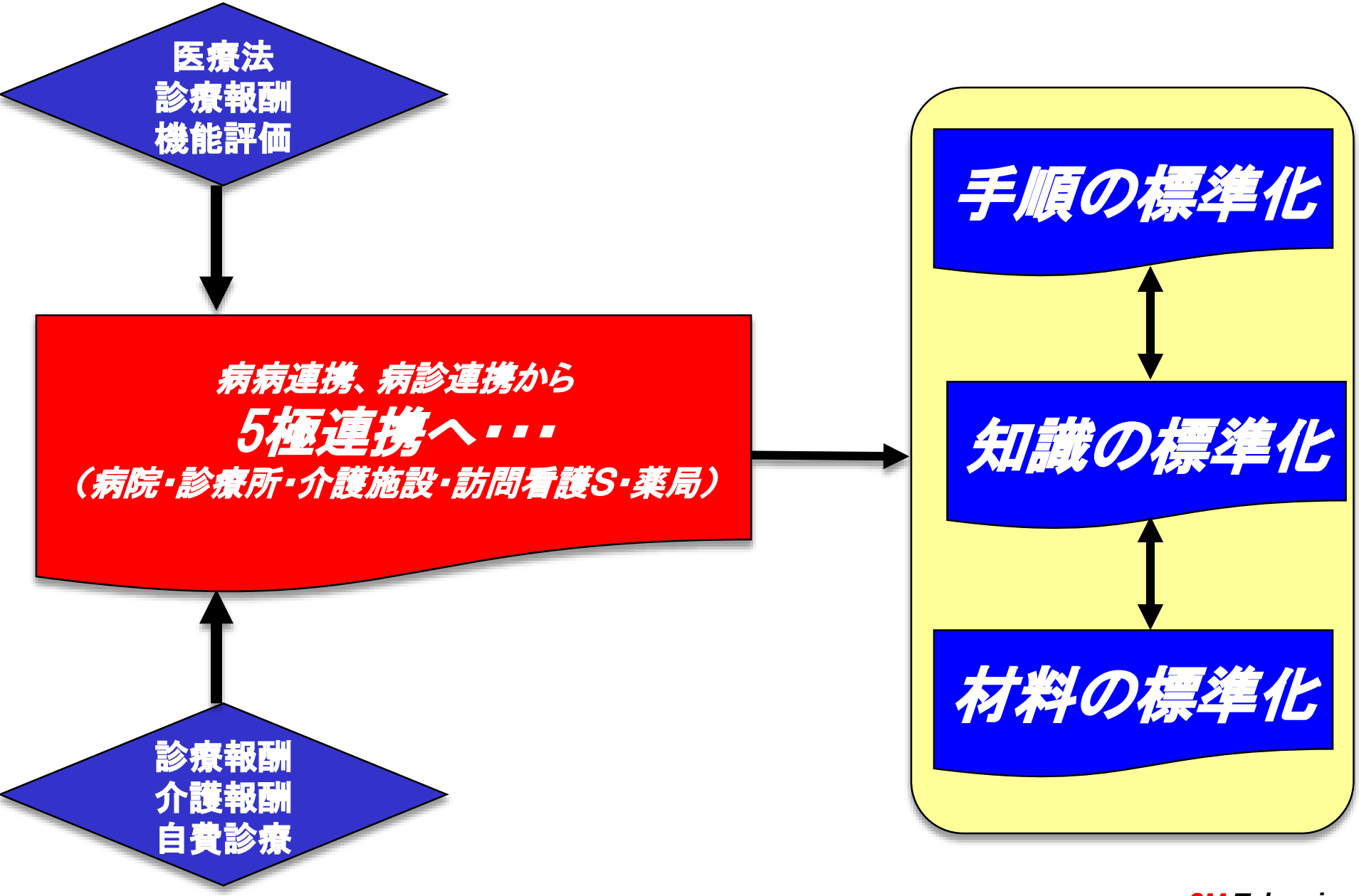
●創傷被覆材、衛生材料

＊**「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」**:期間に制限がなく保険算定できます。医療機関からだけでなく、処方箋による支給も認められています。
＊**「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」**:訪問看護時の算定が明確化されました。
＊**「衛生材料等提供加算」**:衛生材料を提供すると、訪問看護指示書に加算になります。

●NPWT（局所陰圧閉鎖機器）

＊**4種類の製品が発売されています**:入院患者と外来患者で運用が異なります。


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）
医療経済
手順の標準化
知識の標準化
材料の標準化


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

介護施設
在宅
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
クリニック
在宅

3M Takamizu

＜抄録より＞

●言葉の整理

＊**基本単語**:「褥瘡対策チーム」「褥瘡対策委員会」「褥瘡管理者」
＊**医療機器の分類**:「保険医療材料」「特定保険医療材料」「衛生材料」
＊**在宅で重点的な患者**:「別表8の患者」「在宅療養指導管理料」「特別訪問看護指示書」

●病院内の制度のポイント

＊**「入院基本料」**:全ての病院に義務付けられています。
＊**「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」**:WOCNがいる病院で算定します
＊**「療養病床」**:ADL区分と医療区分で判定します。
＊**「退院時共同指導」**:在宅を担う各職種との合同カンファレンスです。

●在宅の制度のポイント

＊**「訪問看護時の看護計画書」**:医療機関内と同じ様式の看護計画書が義務付けられています。
＊**「WOCNの訪問看護」**:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと通常の訪問看護師が同行します。
＊**「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です。
＊**「退院後訪問指導」**:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できます。
＊**「訪問薬剤」「訪問栄養」**:より実務的に変更になり、算定しやすくなりました。

●創傷被覆材、衛生材料

＊**「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」**:期間に制限がなく保険算定できます。医療機関からだけでなく、処方箋による支給も認められています。
＊**「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」**:訪問看護時の算定が明確化されました。
＊**「衛生材料等提供加算」**:衛生材料を提供すると、訪問看護指示書に加算になります。

●NPWT（局所陰圧閉鎖機器）

＊**4種類の製品が発売されています**:入院患者と外来患者で運用が異なります。

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

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＞

●言葉の整理

＊**基本単語**:「褥瘡対策チーム」「褥瘡対策委員会」「褥瘡管理者」
＊**医療機器の分類**:「保険医療材料」「特定保険医療材料」「衛生材料」
＊**在宅で重点的な患者**:「別表8の患者」「在宅療養指導管理料」「特別訪問看護指示書」

●病院内の制度のポイント

＊**「入院基本料」**:全ての病院に義務付けられています。
＊**「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」**:WOCNがいる病院で算定します
＊**「療養病床」**:ADL区分と医療区分で判定します。
＊**「退院時共同指導」**:在宅を担う各職種との合同カンファレンスです。

●在宅の制度のポイント

＊**「訪問看護時の看護計画書」**:医療機関内と同じ様式の看護計画書が義務付けられています。
＊**「WOCNの訪問看護」**:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと通常の訪問看護師が同行します。
＊**「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です。
＊**「退院後訪問指導」**:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できます。
＊**「訪問薬剤」「訪問栄養」**:より実務的に変更になり、算定しやすくなりました。

●創傷被覆材、衛生材料

＊**「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」**:期間に制限がなく保険算定できます。医療機関からだけでなく、処方箋による支給も認められています。
＊**「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」**:訪問看護時の算定が明確化されました。
＊**「衛生材料等提供加算」**:衛生材料を提供すると、訪問看護指示書に加算になります。

●NPWT（局所陰圧閉鎖機器）

＊**4種類の製品が発売されています**:入院患者と外来患者で運用が異なります。

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）

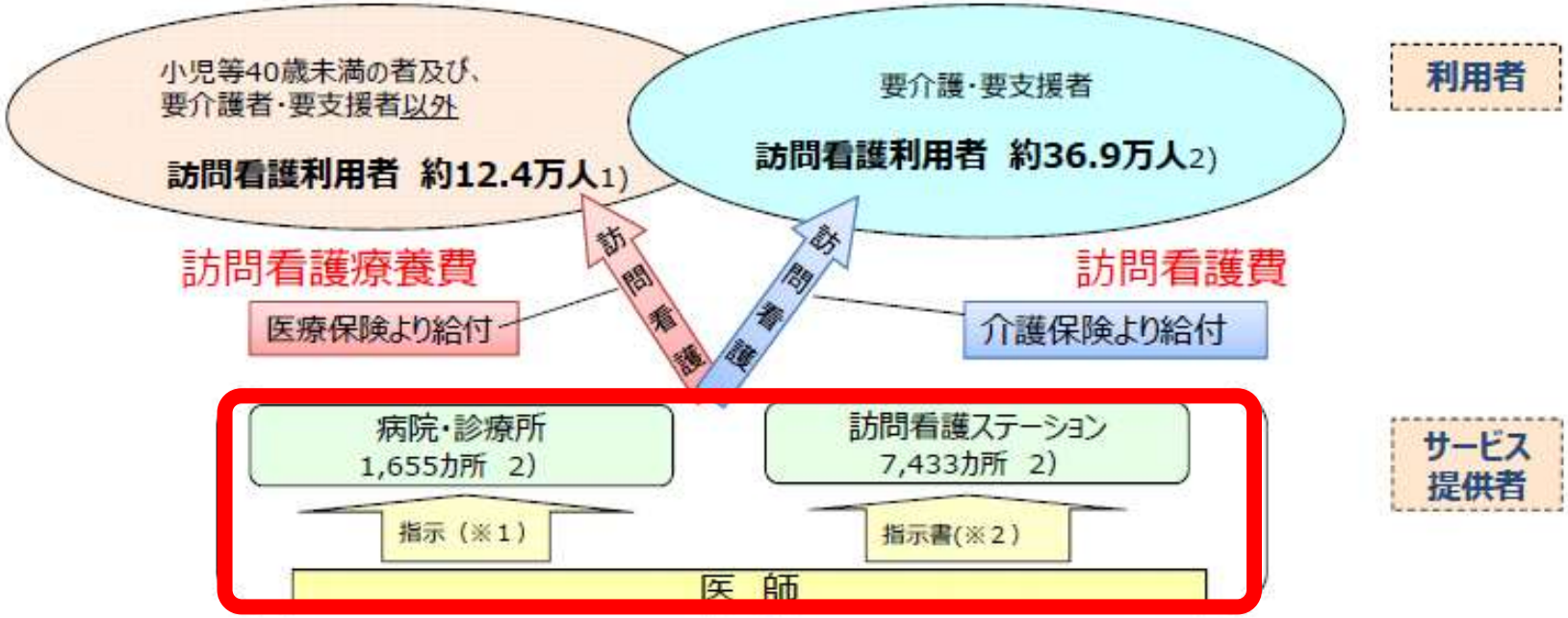
介護療養型医療施設

老人保健施設（老健）

老人福祉施設（特養）

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。



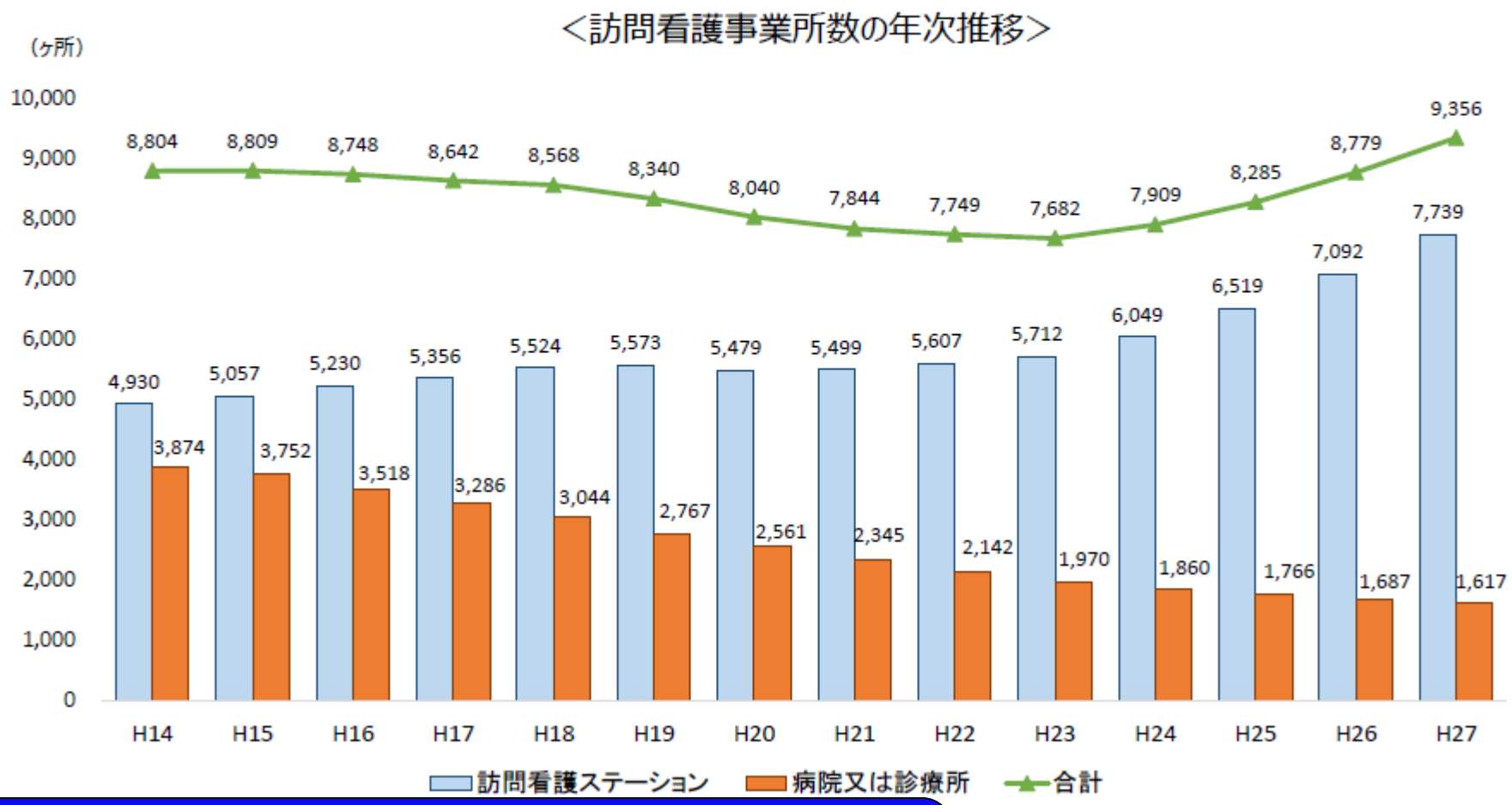
（※1）　他医療機関への指示の場合　診療情報提供料　250点（医療保険）を算定
（※2）　訪問看護指示料　300点（医療保険）を算定

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。



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

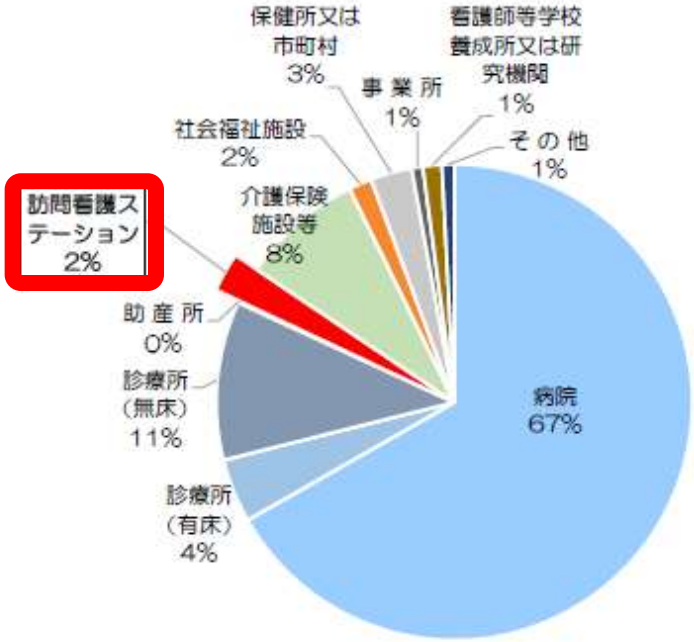
出典：「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

3M Takamizu

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」

3M Takamizu

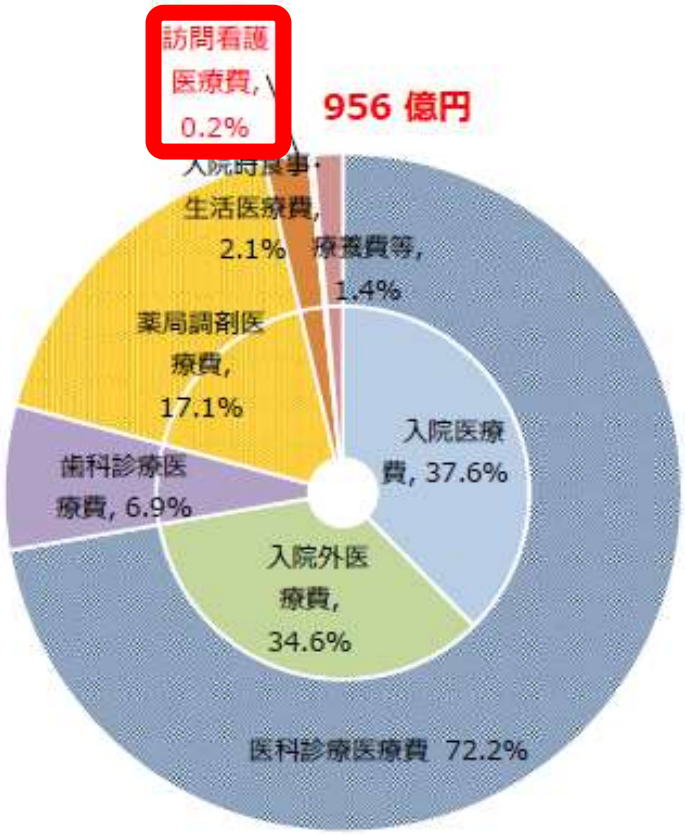
訪問看護の各報酬に占める割合

中医協　総－6
２７．２．１８

【医療保険】

診療種類別国民医療費（39兆円）構成割合（%）

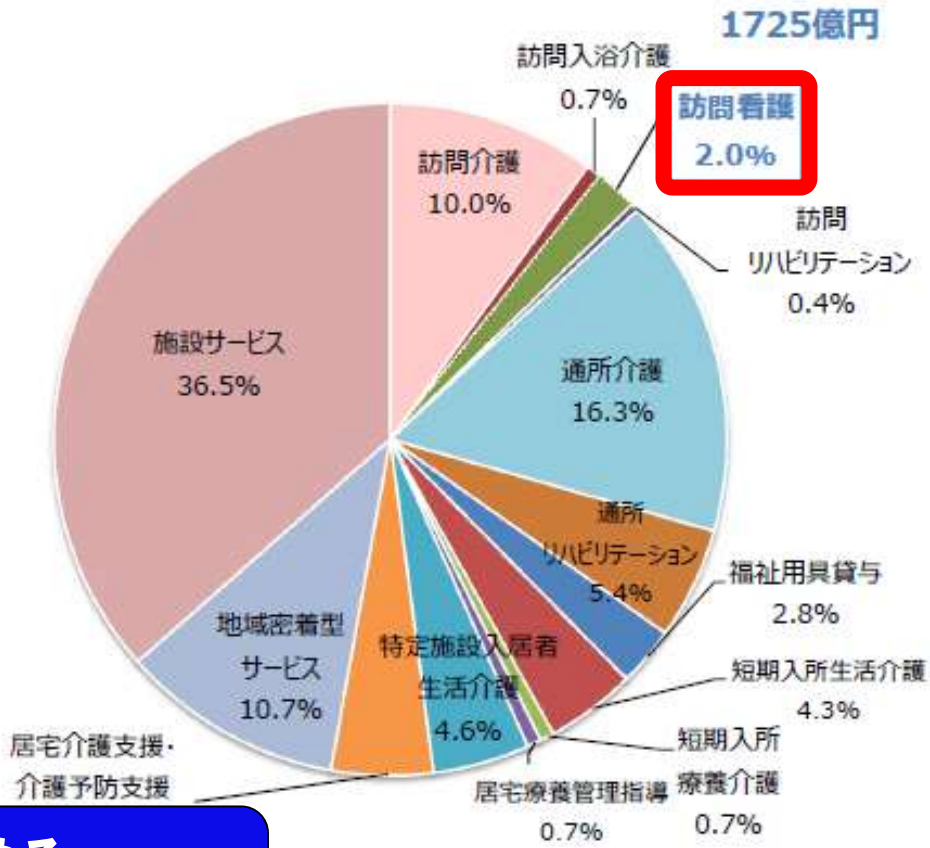
【厚生労働省「平成24年度　国民医療費の概況」】



【介護保険】

介護サービス種類別（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

3M Takamizu

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	継続的な医学管理が必要な処置等	・人工呼吸器の使用	・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	・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
	長期に渡る療養が必要な疾病	・スモン　・ハンチントン病 ・多系統萎縮症　・ライソゾーム病 ・球脊髄性筋萎縮症　・頸髄損傷 ・多発性硬化症　・プリオン病 ・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　・脊髄小脳変性症 ・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　・末期の悪性腫瘍 ・後天性免疫不全症候群	・悪性腫瘍　・肺高血圧症 ・褥瘡（真皮を超える）	・スモン ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病 ・悪性腫瘍　・脊髄損傷等 ・褥瘡
短期的に病態が増悪した状態等			・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

3M Takamizu

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、オリー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

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

別表8の患者の比率が高い

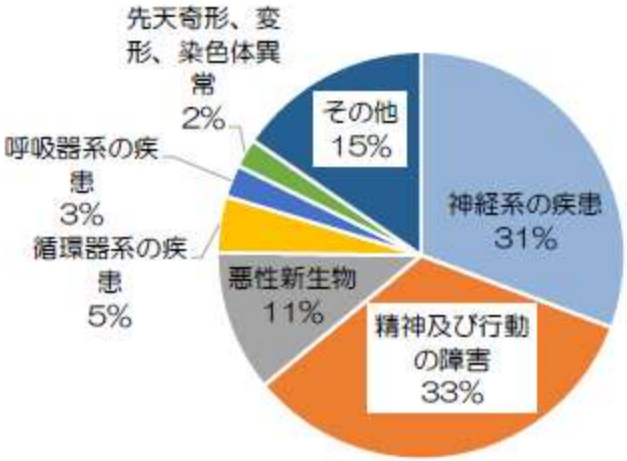
3M Takamizu

訪問看護ステーションの利用者について　②状態

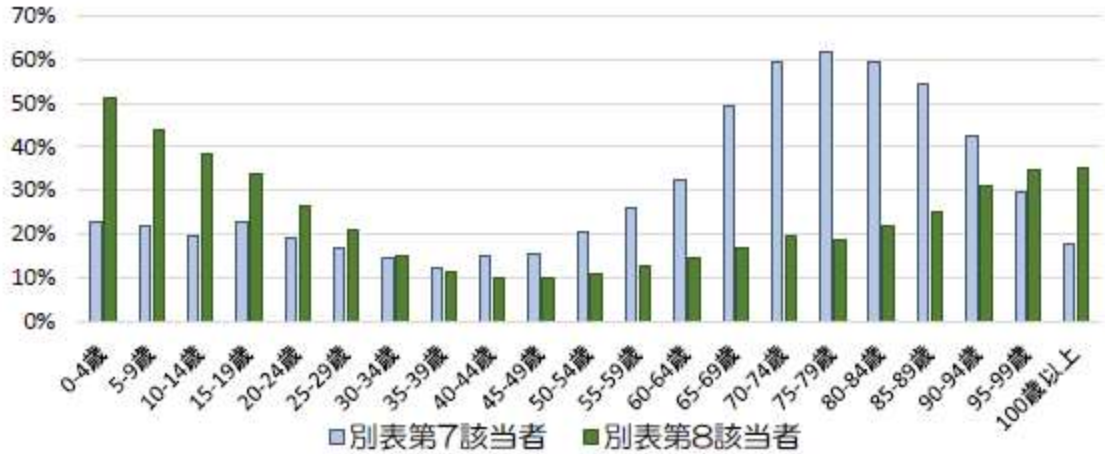
○　訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、精神科疾患及び神経系の疾患がそれぞれ約3割を占め、次いで悪性新生物が約1割である。

○　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
- 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

出典：保険局医療課調べ（平成27年6月審査分より推計）（暫定値）

3M Takamizu

第5 訪問看護管理療養費について

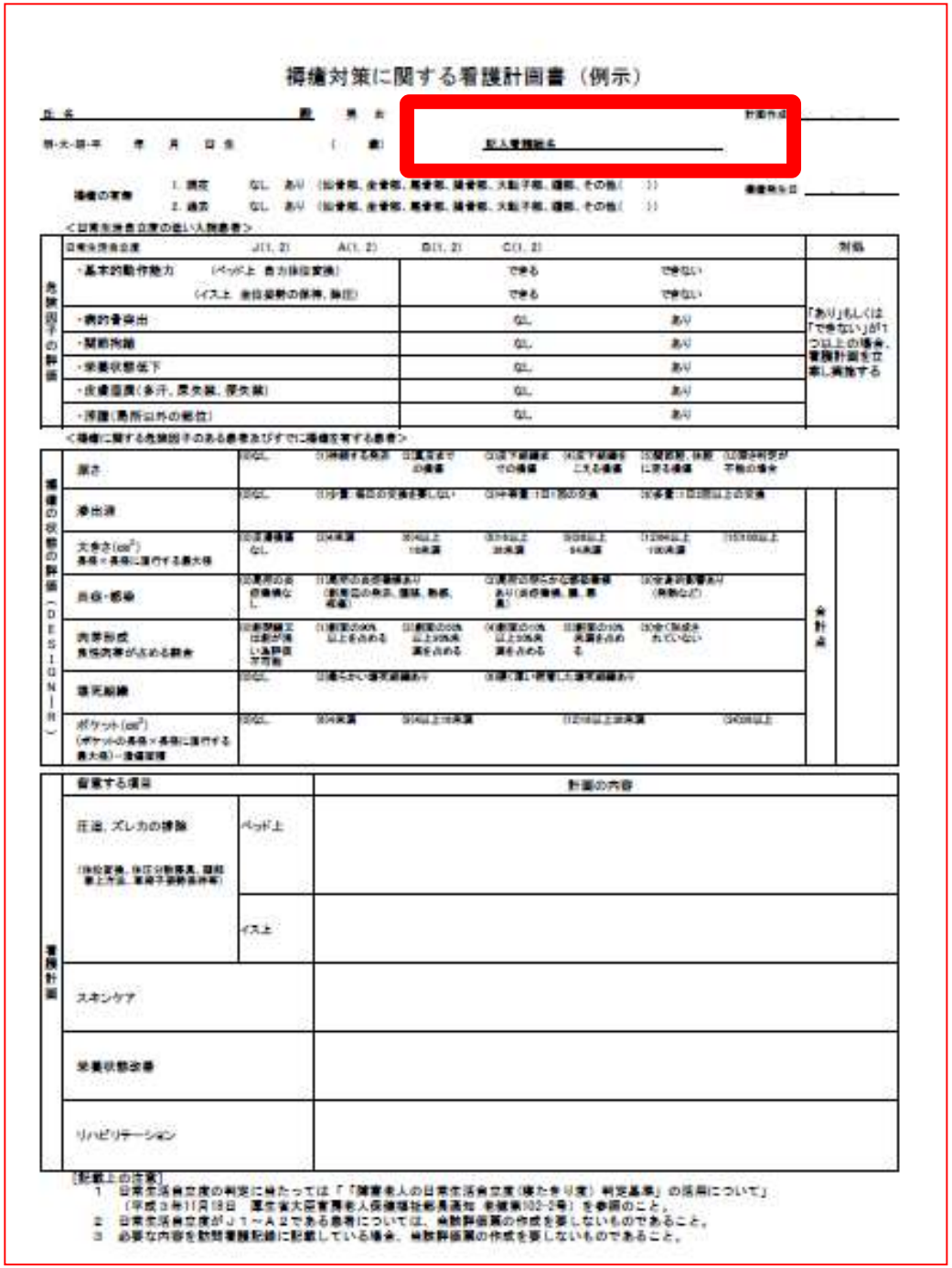
1（1）訪問看護管理療養費は、訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されており、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書又は精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を主治医に提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する休日・祝日等も含めた計画的な管理を継続して行った場合に算定すること。なお、月の初日の訪問の場合であって、常勤看護職員の数等について「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（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、その分析を通し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。

3M Takamizu



褥瘡対策に関する看護計画書（例示）

氏名　　殿　　男・女　　計画作成　　年　月　日

明・大・昭・平　年　月　日生　（　歳）　記入者職氏名

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

＜日常生活自立度の低い入院患者＞

危険因子の評価			対策
日常生活自立度	J(1, 2)　A(1, 2)　B(1, 2)　C(1, 2)		「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
・基本的動作能力	（ベッド上　自力体位変換）	できる　できない	
	（イス上　座位姿勢の保持、移乗）	できる　できない	
・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（患所以外の部位）	なし	あり	

＜褥瘡に関する危険因子のある患者およびすでに褥瘡を有する患者＞

褥瘡の状態の評価（DESIGN-R）			合計点
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)皮下組織を超える損傷　(5)関節腔、体腔に至る損傷　(U)深さが不明の潰瘍		
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)異所の炎症徴候なし　(1)異所の炎症徴候あり（創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛）　(3)異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損傷で不可能　(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）－皮膚損傷	(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		

看護計画	留意する項目		計画の内容
	圧迫、ズレ力の排除（体位変換、体圧分散寝具、褥瘡予防用敷き詰め等）	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J1～A2である患者については、褥瘡評価票の作成を要しないものであること。

3　必要な内容を訪問看護記録に記載している場合、褥瘡評価票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。

介護保険利用者も集計する！

備考

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。

介護保険利用者も集計する！

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。

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

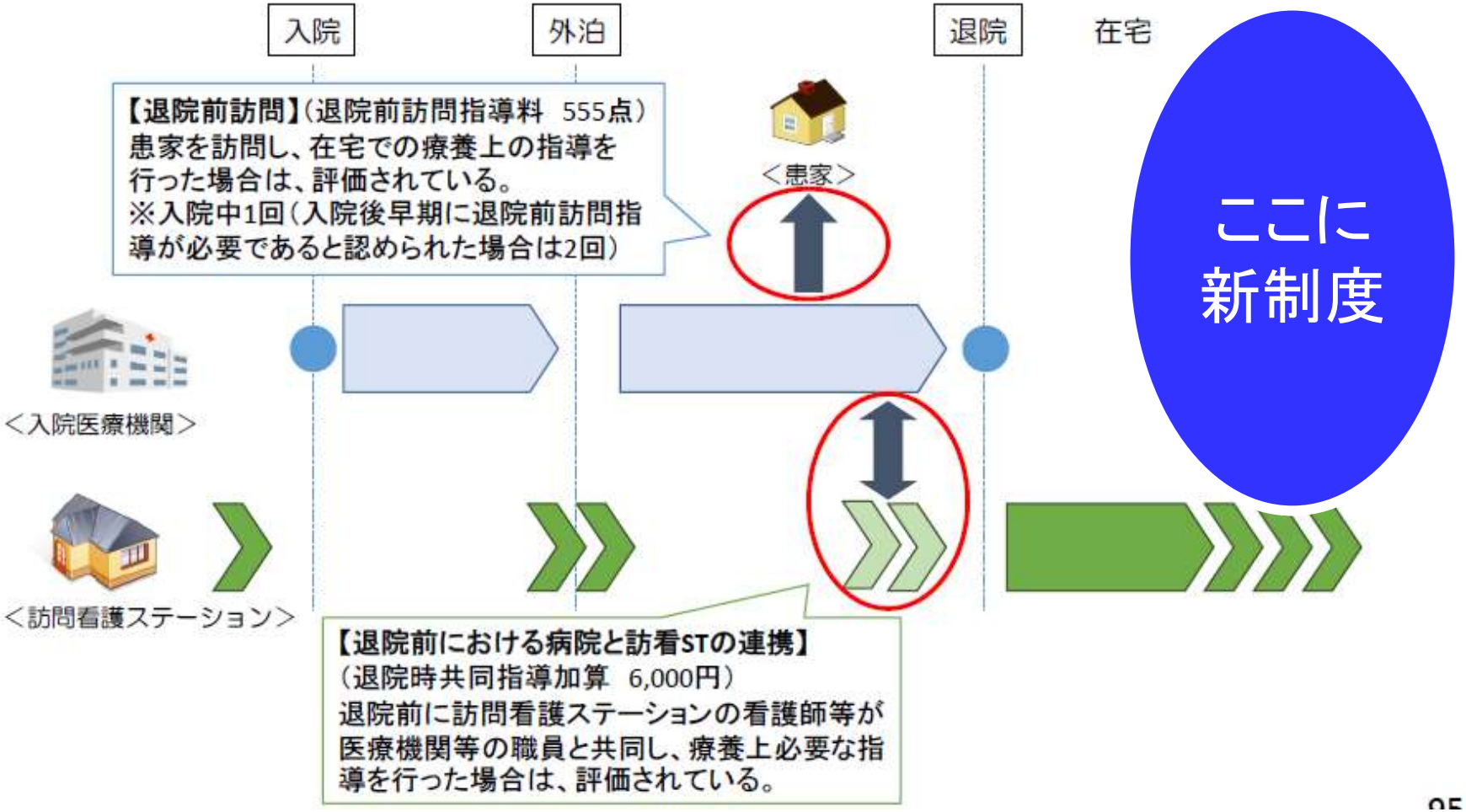
⑤ 褥瘡の重症度（DESIGN-R 分類）：
③の開始時褥瘡保有者については、訪問看護利用開始時の褥瘡の重症度を記載。④の訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の褥瘡の重症度を記載。

	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、一緒でなくてもよい） （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、一緒でなくてもよい） （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。

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。



3M Takamizu

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。

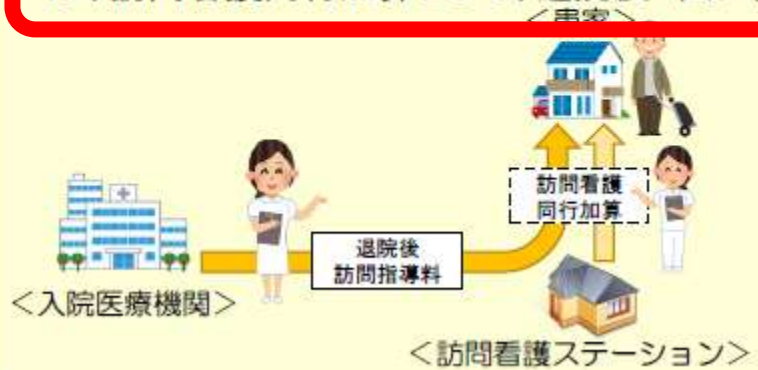
（新）　退院後訪問指導料　580点（1日につき）
（新）　訪問看護同行加算　20点

［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
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

3M Takamizu

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。

	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、一緒でなくてもよい） （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。

●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

皮膚・排泄ケア
認定看護師

在宅患者訪問看護・
指導料　1,285点

他の医療機関

訪問看護師

在宅患者訪問看護・
指導料　580点

または

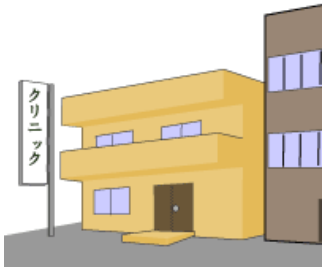
訪問看護ステーション

訪問看護師

訪問看護基本療養費
5,550円

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

3M Takamizu

●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

同一日に訪問

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

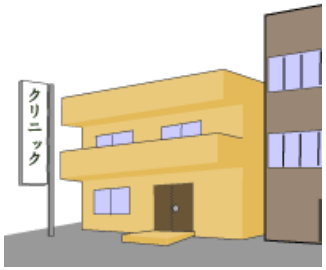
または

医療機関

訪問看護師

在宅患者訪問看護・
指導料　580 点

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

3M Takamizu

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

ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ	

指定訪問看護事業者

の所在地及び名称

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

3M Takamizu

（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）

看護実践情報

平成24年度診療報酬改定

このページでは、診療報
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。

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、一緒でなくてもよい） （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。

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。

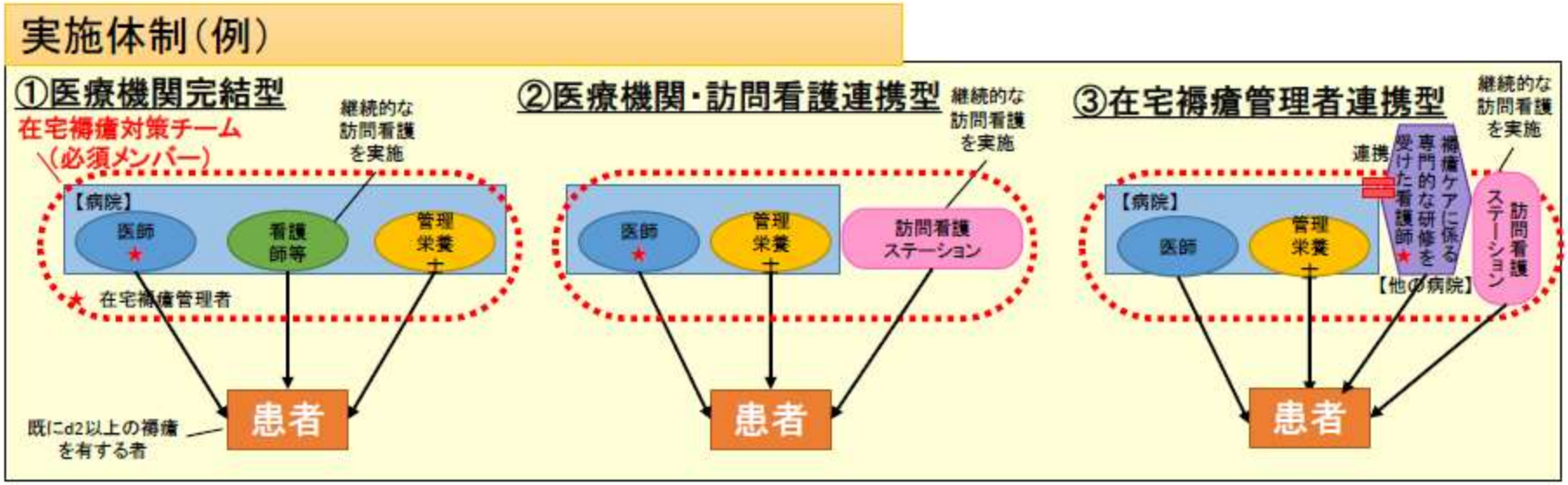
ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

※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。

3M Takamizu

在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ



＜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

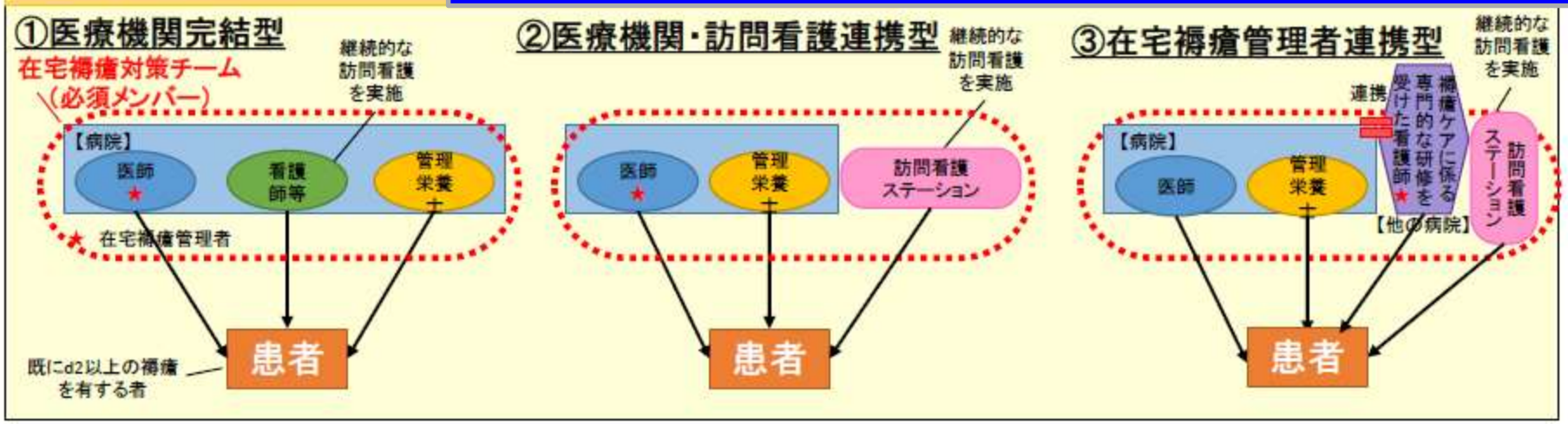
3M Takamizu

平成26年度診療報酬改定

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）



＜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

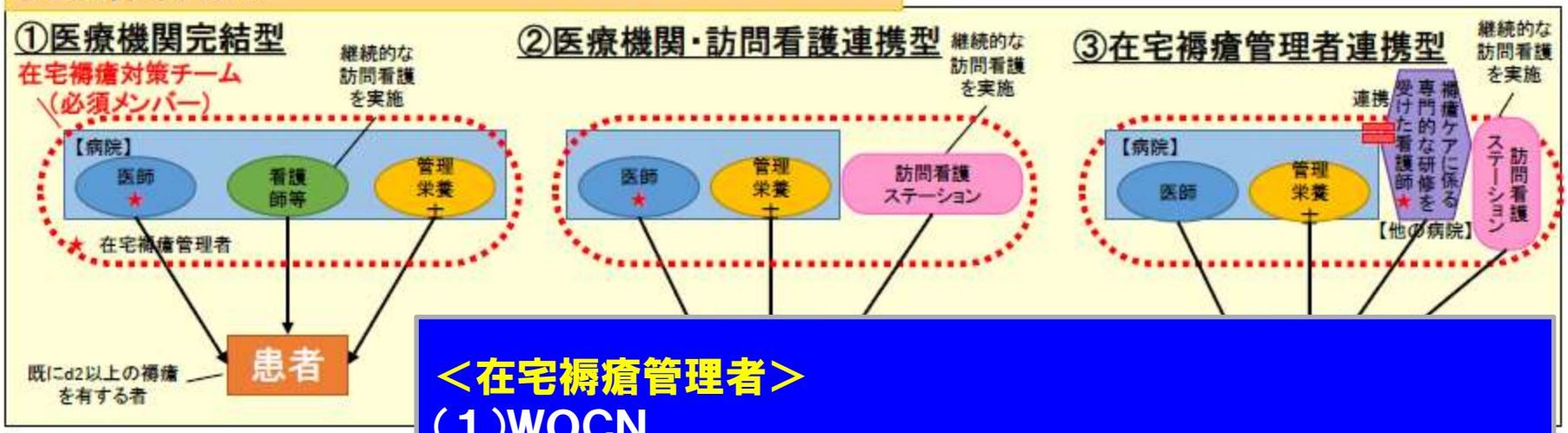
平成26年度診療報酬改定の概要　厚生労働省保険局医療課　平成26年3月5日版

3M Takamizu

平成26年度診療報酬改定

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

平成26年度診療報酬改定の概要　厚生労働省保険局医療課　平成26年3月5日版

3M Takamizu

在宅褥瘡対策チームによる実施内

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。

重要

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、
医師と一緒でも、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！

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。

（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、次に掲げるアからカ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以降、評価のためのカンファレンス実施までの間、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（以下「評価カンファレンス」という。）を行う。評価カンファレンスの結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、
初回カンファレンス後4月以上6月以内の期間に2回目の評価カンファレンスを実施することができる。なお、2回目の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。

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。

（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[illegible]月１回以上、計画に基[illegible]
ウ初回訪問後[illegible]て見直しのためのカン[illegible]指導管理が必要な場[illegible]
初回カンファレ[illegible]２回目の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。

＜条件＞　下記の3つともに適合すること！・・・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

比較対象スライド
褥瘡ハイリスク患者ケア加算

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[illegible]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。

別紙様式43

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（　））　　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＞

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）	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
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）	できる	できない	
	・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（DESIGN－R）																		
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											
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											合計点	
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											

3M Takamizu

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。

様式 20 の 7

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1　在宅褥瘡管理者

氏名	職種	医療機関等名	所在地	経験年数	褥瘡に係る経験年数	研修の有無
						□
						□
						□

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
				□
				□
				□

［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。

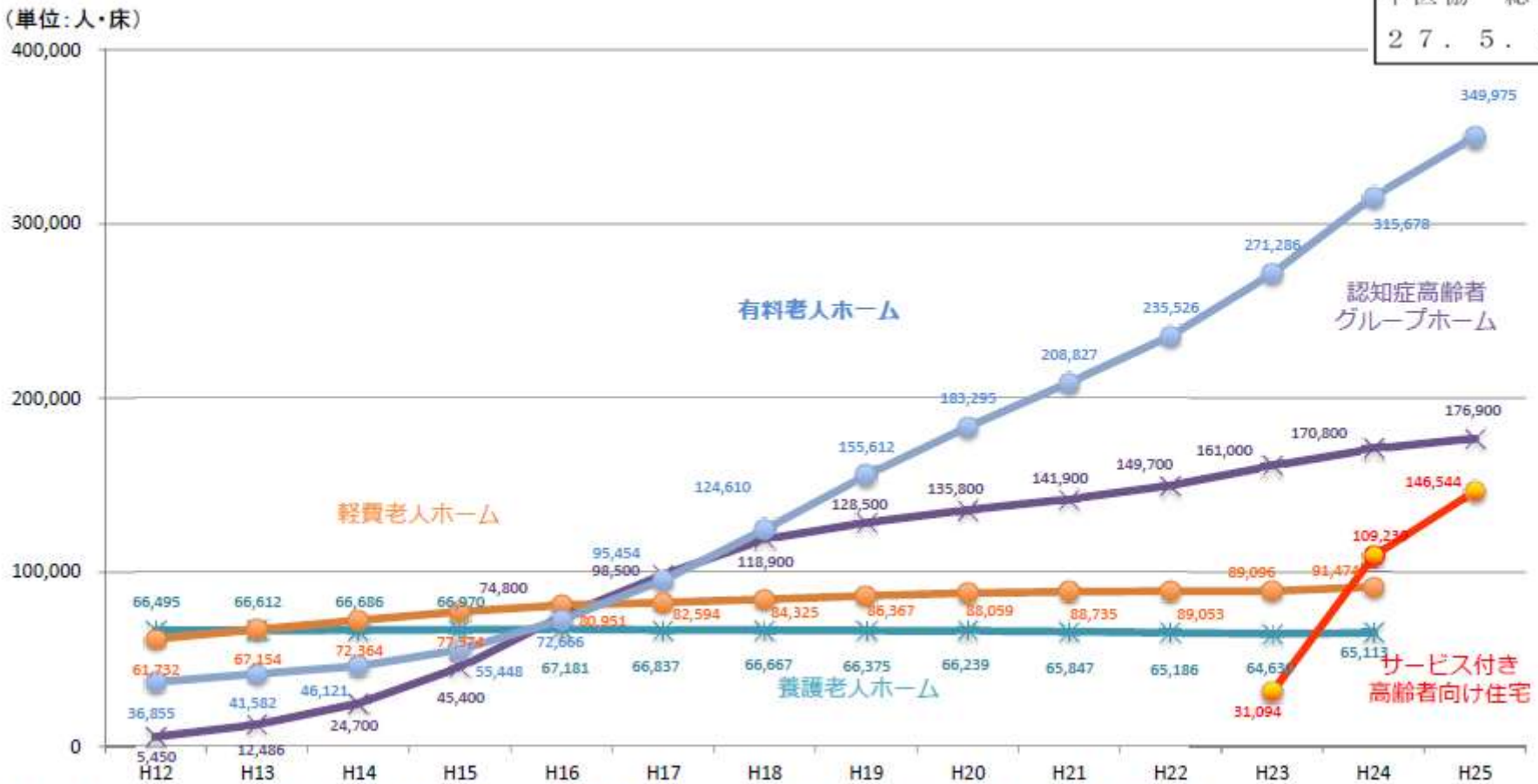
3M Takamizu

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



※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月審査分)【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：養護老人ホーム・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。
※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。

3M Takamizu

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

中医協　総－4
２７．５．２７

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

3. 設備基準

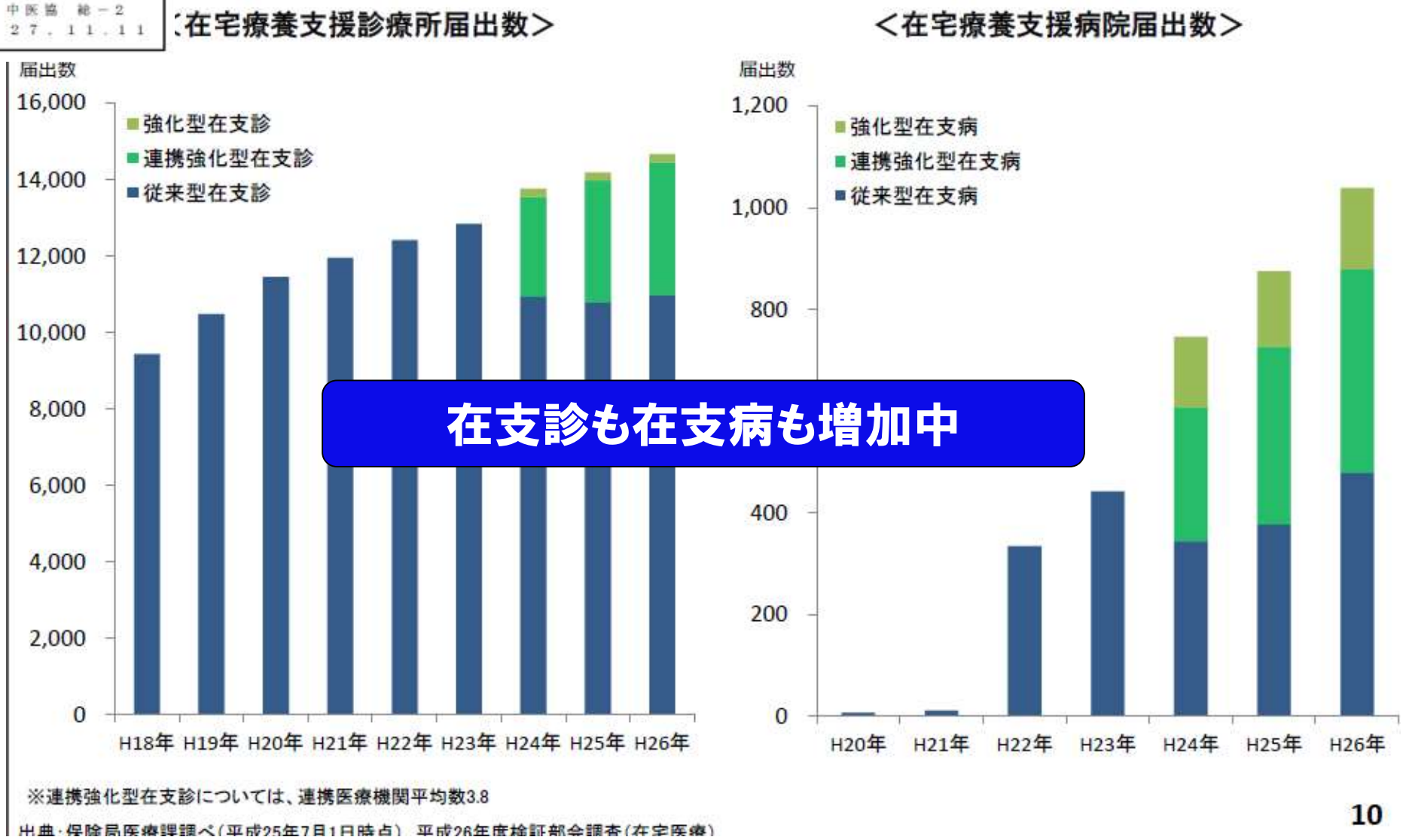
① 介護居室：・原則個室　・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ　・地階に設けない 等
② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造

3M Takamizu

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

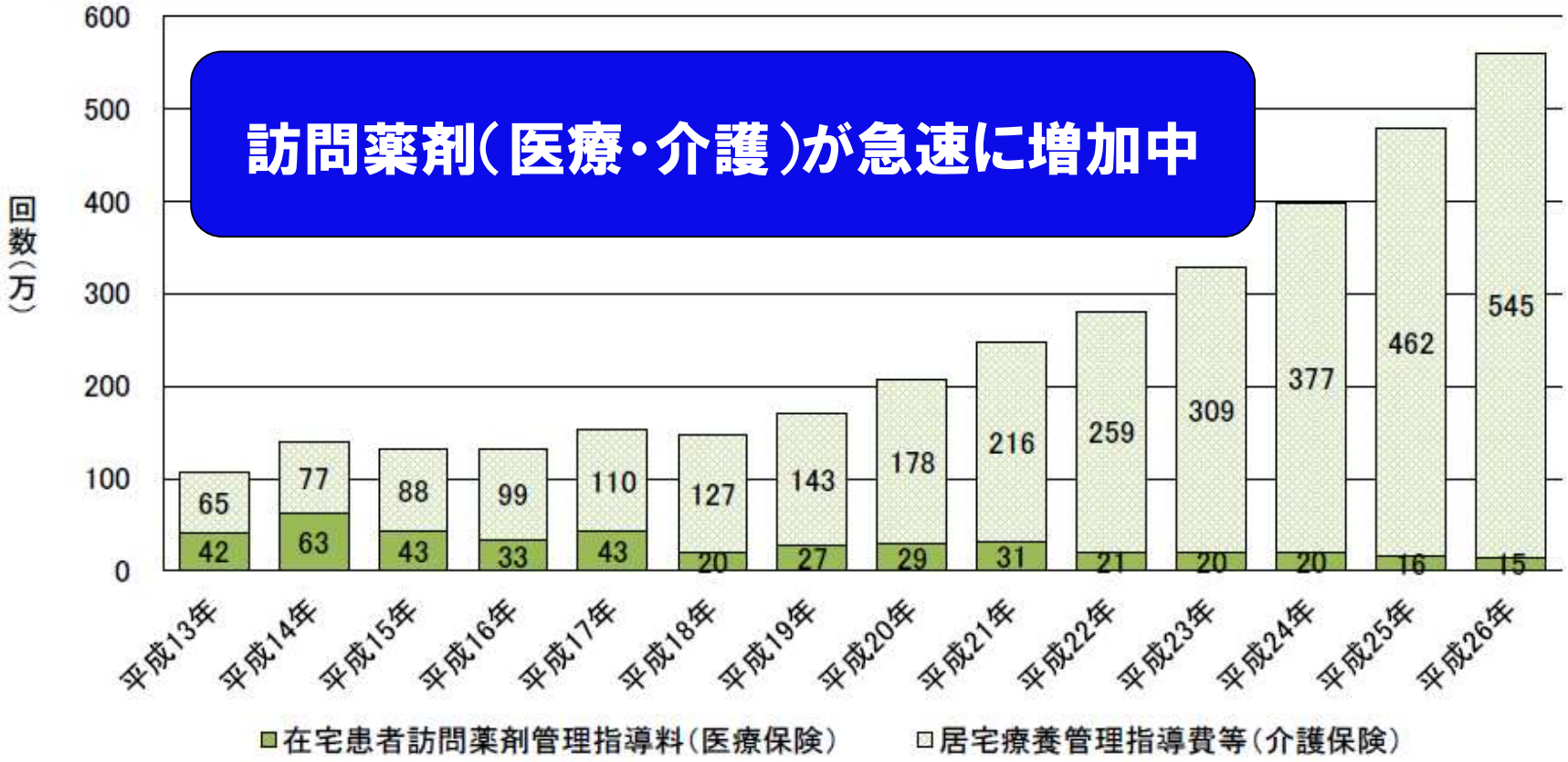
※連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.8

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）

3M Takamizu

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。

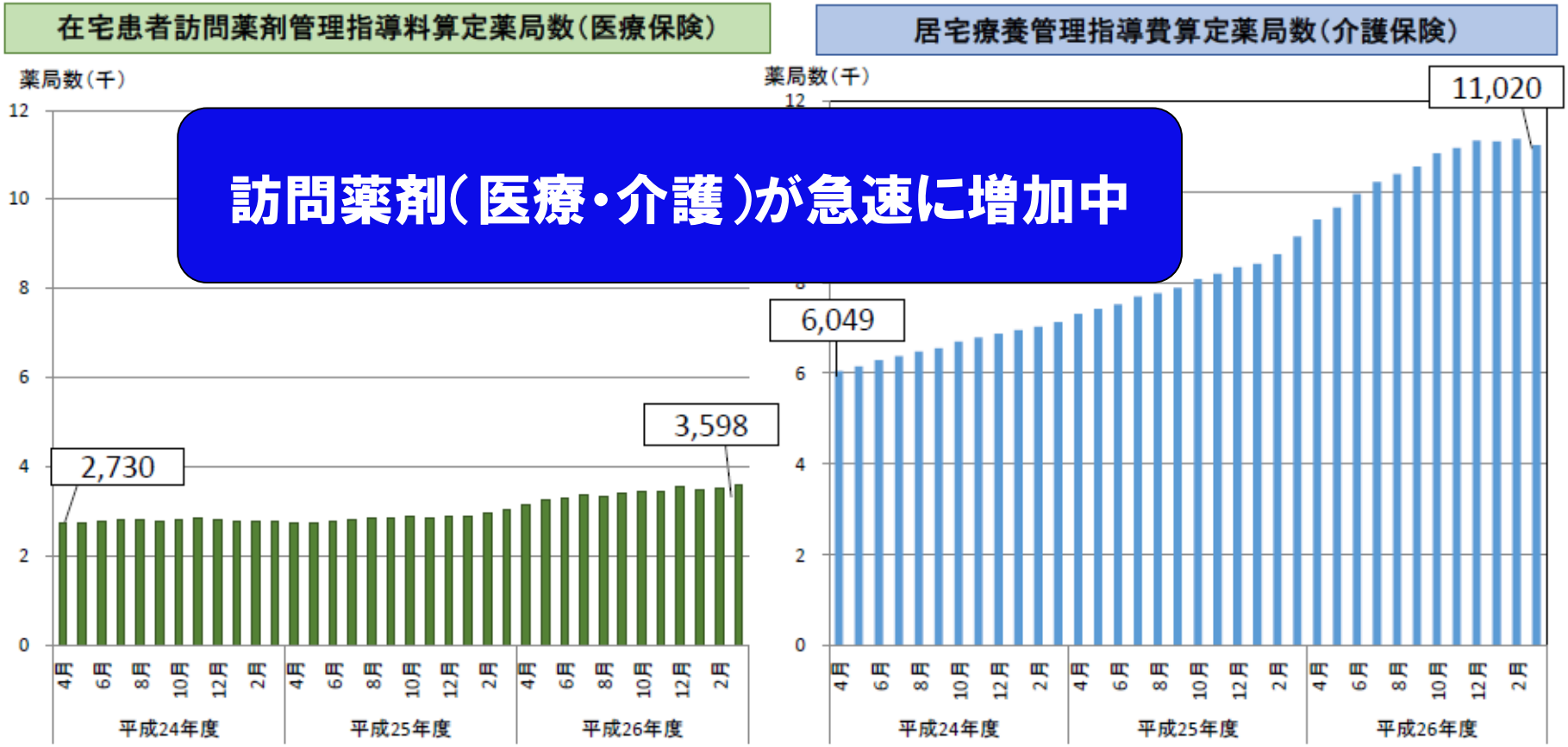
出典）社会医療診療行為別調査及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

3M Takamizu

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。

訪問薬剤（医療・介護）が急速に増加中



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）

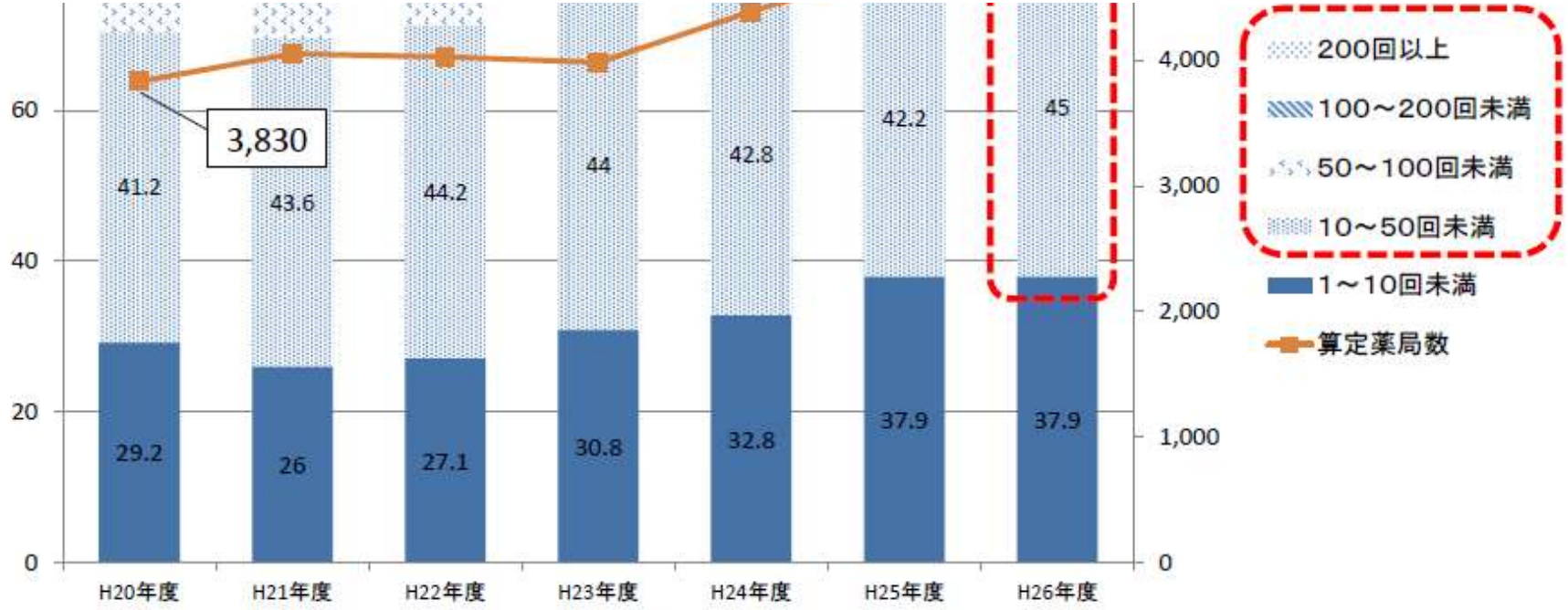
3M Takamizu

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑯

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歩前進



〔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

3M Takamizu

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・・・

3M Takamizu

在宅訪問栄養食事指導の指導内容

中医協　総－3
２７．１１．４

○ 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	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）	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	● 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	● 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	以下の両方を満たした場合に算定可能 ① 患者の生活条件、し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	以下の両方を満たした場合に算定可能 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		● 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

3M Takamizu

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

3M Takamizu

＜抄録より＞

●言葉の整理

＊**基本単語**:「褥瘡対策チーム」「褥瘡対策委員会」「褥瘡管理者」
＊**医療機器の分類**:「保険医療材料」「特定保険医療材料」「衛生材料」
＊**在宅で重点的な患者**:「別表8の患者」「在宅療養指導管理料」「特別訪問看護指示書」

●病院内の制度のポイント

＊**「入院基本料」**:全ての病院に義務付けられています。
＊**「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」**:WOCNがいる病院で算定します
＊**「療養病床」**:ADL区分と医療区分で判定します。
＊**「退院時共同指導」**:在宅を担う各職種との合同カンファレンスです。

●在宅の制度のポイント

＊**「訪問看護時の看護計画書」**:医療機関内と同じ様式の看護計画書が義務付けられています。
＊**「WOCNの訪問看護」**:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと通常の訪問看護師が同行します。
＊**「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です。
＊**「退院後訪問指導」**:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できます。
＊**「訪問薬剤」「訪問栄養」**:より実務的に変更になり、算定しやすくなりました。

●創傷被覆材、衛生材料

＊**「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」**:期間に制限がなく保険算定できます。医療機関からだけでなく、処方箋による支給も認められています。
＊**「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」**:訪問看護時の算定が明確化されました。
＊**「衛生材料等提供加算」**:衛生材料を提供すると、訪問看護指示書に加算になります。

●NPWT（局所陰圧閉鎖機器）

＊**4種類の製品が発売されています**:入院患者と外来患者で運用が異なります。

SM Takamizu

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

3M Takamizu

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。

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

⑴ 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

⑵ 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、
　　生命保険等に必要な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な診断書等の翻訳料等

⑶ 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

⑷ 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

⑸ 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ー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

⑴ 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

⑵ 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。）

⑶ 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

⑴ 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

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

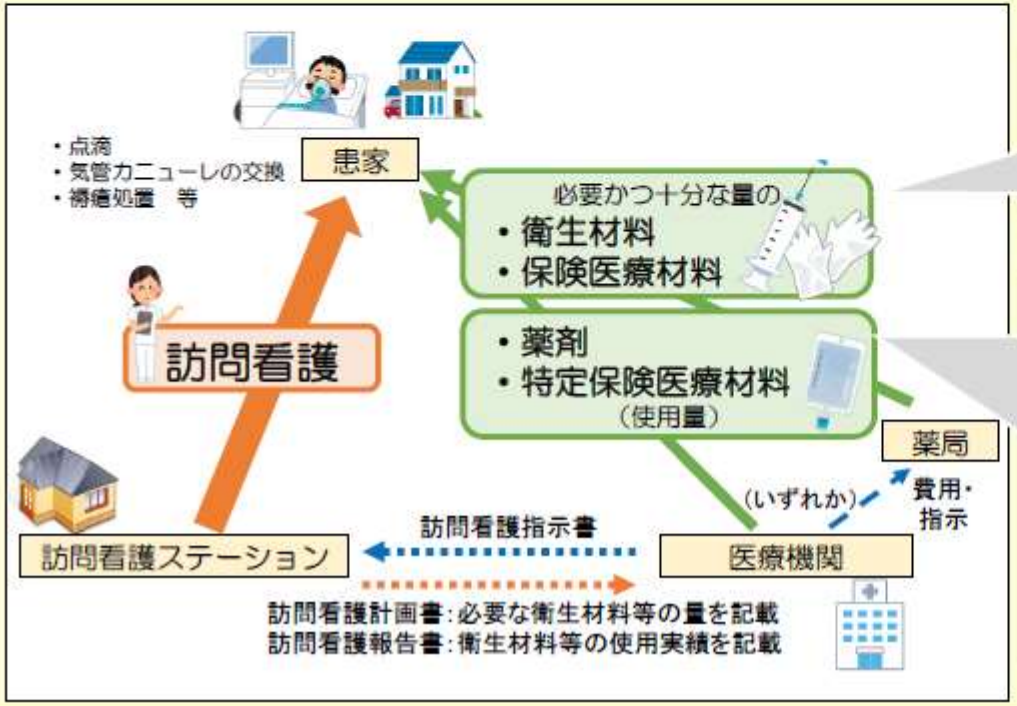
		衛生材料	保険医療材料 （保険適応でない医療機器）	特定保険医療材料 （保険適応の医療機器）	
		ガーゼ、絆創膏、ロールフィルム等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護をしている患者	在宅療養指導管理料を算定していない患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は保険算定可	在宅での算定不可
訪問看護をしている患者	在宅療養指導管理料を算定している患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合は保険算定可 （患者自身で使用可 算定期限に制限はない）	在宅での算定不可

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。

3M Takamizu

		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
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

		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
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

3M Takamizu

創傷被覆材の保険償還の整理

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（薬機法） 分類	一般的名称	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（薬機法）
外科・整形外科用手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材					痛を軽減します ムドレッシング ング ムドレッシング	管理医療機器
	非固着性創傷被覆・保護材					ドレッシング 性ガーゼ 滲出液を管理 創傷管理を実現	
	局所管理親水性ゲル化創傷被覆・保護材					浮を目的とする 速やかにゲル化	
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材					い創の治癒を促進 性・作業性が良い ます 易。溶解しない	
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材					ングです ッシング一体型 離時の痛み軽減 ム材	
	抗菌性創傷被覆・保護材					したサイズ展開	高度管理医療機器
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材					って薄く成形 長、上皮形成を促進 な部位に貼付可能 シング 性・作業性が良い ます。 促進します	
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材					進等を目的とする 速やかにゲル化 創ります 環境を保ちます シング材です た湿潤環境を提供 保持、逆戻りを防ぐ 粘着層はシリコン 潤環境を維持	
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材					持する創傷被覆材 な やすい ルを使用 ングゲルを使用 ロサイトです ドロサイトです です ドロサイトです 皮膚にもやさしい 組織損傷を軽減 無タイプ）	
				ウルゴチュール　アブソーブ　ボーダー	日東電工(株)／日東メディカル(株)	微粘着性・高吸収性ポリウレタンフォーム（シリコーンテープ）	
	抗菌性創傷被覆・保護材	親水性ファイバー		アクアセルAg	コンバテック　ジャパン（株）	アクアセルに抗菌効果をプラス。柔軟性があり、深い創にも密着	
				アクアセルAg　強化型		アクアセルAgをナイロン糸で強化。使いやすいリボン状	
				アクアセルAg Extra		アクアセルAgに更なる吸収力と強度をプラス。交換頻度を低減	
				アクアセルAgフォーム		アクアセルフォームに銀イオンの抗菌効果をプラス	
		ポリウレタンフォーム		アルジサイト Ag	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント（株）	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	
				ハイドロサイト　銀		高い吸収力に銀の抗菌効果を加えたハイドロサイトです	
				ハイドロサイト　ジェントル 銀		シリコーン粘着のハイドロサイトに銀の抗菌効果を追加しました	
				メピレックス Ag	メンリッケヘルスケア（株）	セーフタックと硫酸銀による即効・持続的抗菌効果（テープ無）	
				メピレックスボーダーAg		セーフタックと硫酸銀による即効・持続的抗菌効果（テープ有）	
		ハイドロコロイド		バイオヘッシブAg	アルケア（株）	スルファジアジン銀による創傷面の衛生環境を向上を図りました	
	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/㎠	ベスキチンF	ニプロ（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	
	親水性ビーズ	高分子ポリマー	【デキストラノマー】 142円/g	デブリサン	佐藤製薬（株）		
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	ペルナック	グンゼ(株)／スミス・アンド・ネフュー　ウンド マネジメント（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	
				テルダーミス真皮欠損用グラフト	オリンパス　テルモ　バイオマテリアル（株）／アルケア（株）	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	
				インテグラ真皮欠損用グラフト	センチュリーメディカル（株）	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
（26版：2017年6月14日現在改訂）

使用材料について整理統合をし、
製品特長も記載している。

3M Takamizu

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）

分類	一般的名称	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（薬機法）
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）エムビーエス／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	
				キュティフィルムEX	新タック化成(株)／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ます	
			【非固着性シリコンガーゼ】	アダプティックドレッシング	（株）エムビーエス／日本シグマックス（株）	ガーゼが創傷部に貼りつかない非固着性ガーゼドレッシング	
				トレックス	富士システムズ（株）		
						性ガーゼ	
						滲出液を管理	
						傷管理を実現	
						等を目的とする	
						速やかにゲル化	
						い創の治癒を促進	
						性・作業性が良い	
						ます	
						易。溶解しない	
						ングです	
						ッシング一体型	
						離時の痛み軽減	
						ム材	
						したサイズ展開	高度管理医療機器
						って薄く成形	
						値、上皮形成を促進	
						な部位に貼付可能	
						ッシング	
						性・作業性が良い	
						ます。	
						促進します	
						進等を目的とする	
						速やかにゲル化	
						創ります	
						環境を保ちます	
						シング材です	
						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	
						持する創傷被覆材	
						みやすい	
						ルを使用	
						ンゲルを使用	
						ロサイトです	
						ドロサイトです	
						です	
						イドロサイトです	
						皮膚にもやさしい	
						組織損傷を軽減	
						無タイプ）	
						ーンテープ）	
						深い創にも密着	
						ボン状	
						換頻度を低減	
						ス	
						加わりました	
						イトです	
		ポリウレタンフォーム				を追加しました	
				メピレックス Ag	メンリッケヘルスケア（株）	セーフタックと硫酸銀による即効・持続的抗菌効果（テープ無）	
				メピレックスボーダーAg		セーフタックと硫酸銀による即効・持続的抗菌効果（テープ有）	
		ハイドロコロイド		バイオヘッシブAg	アルケア（株）	スルファジアジン銀による創傷面の衛生環境を向上を図りました	
	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／㎠	ベスキチンF	ニプロ（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	
	親水性ビーズ	高分子ポリマー	【デキストラノマー】 142円／g	デブリサン	佐藤製薬（株）		
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	ペルナック	グンゼ(株）／スミス・アンド・ネフュー　ウンド マネジメント（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	
				テルダーミス真皮欠損用グラフト	オリンパス　テルモ　バイオマテリアル（株）／アルケア（株）	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	
				インテグラ真皮欠損用グラフト	センチュリーメディカル（株）	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	

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」

3M Takamizu

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。

３ 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

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。)及びその材料区分

病院内

101 皮膚欠損用創傷被覆材	
(1) 真皮に至る創傷用	1㎠当たり6円
(2) 皮下組織に至る創傷用	
① 標準型	1㎠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㎠当たり25円
102 真皮欠損用グラフト	1㎠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㎠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㎠当たり6円

（2）皮下組織に至る創傷用
　① 標準型　　1㎠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㎠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）

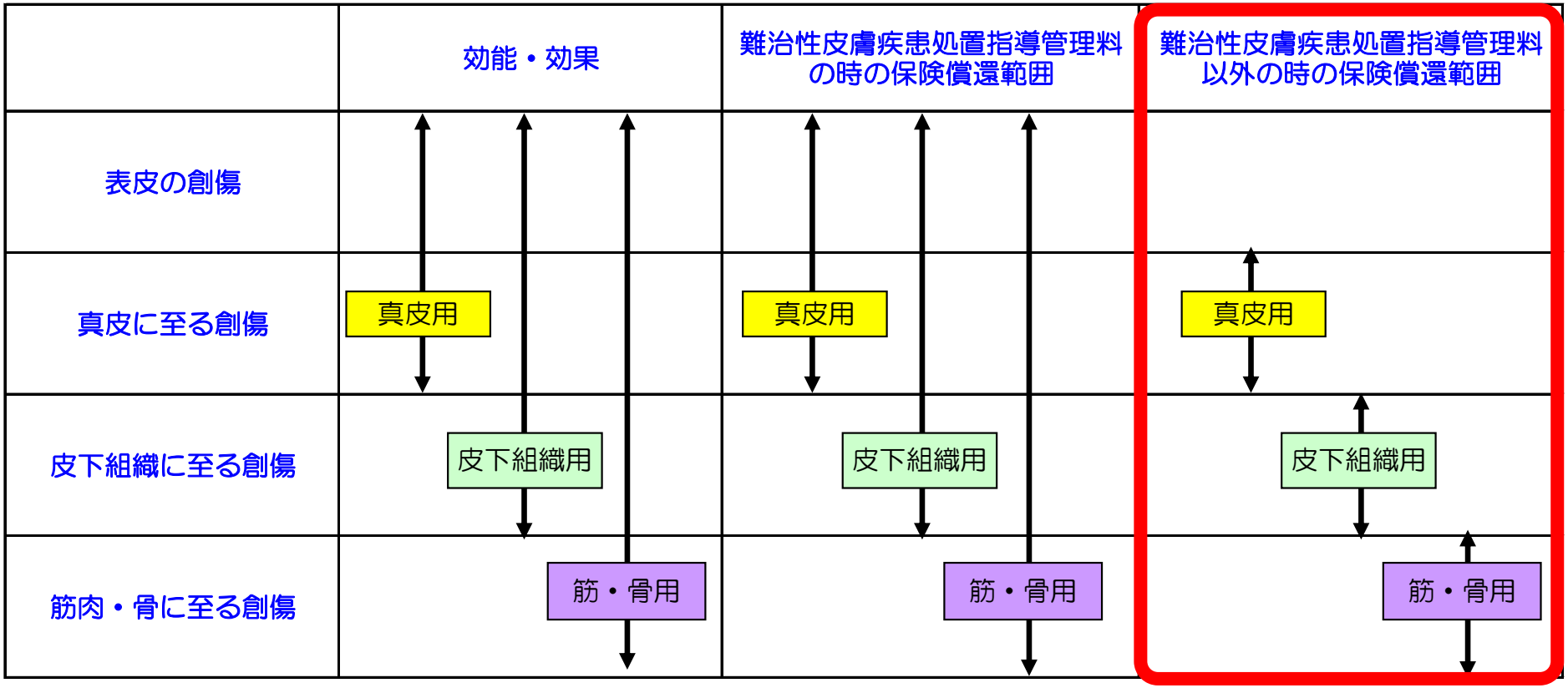
012 皮膚欠損用創傷被覆材

（1）真皮に至る創傷用	1㎠当たり6円
（2）皮下組織に至る創傷用	
① 標準型	1㎠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㎠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



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。

褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）
保存的治療ドレッシング材

CQ2.7	滲出液が多い場合，どのようなドレッシング材を用いたらよいか	B	過剰な滲出液を吸収保持するポリウレタンフォームを用いることが勧められる。
		C1	皮下組織にいたる創傷用と筋・骨にいたる創傷用ドレッシング材のアルギン酸/CMC，ポリウレタンフォーム/ソフトシリコン，アルギン酸塩，アルギン酸フォーム，キチン，ハイドロファイバー®，ハイドロファイバー®/ハイドロコロイド，ハイドロポリマーを用いてもよい。
CQ2.8	滲出液が少ない場合，どのようなドレッシング材を用いたらよいか	B	ハイドロコロイドを用いることが勧められる。
		C1	ハイドロジェルを用いてもよい。
CQ2.9	褥瘡に感染・炎症を伴う場合，どのようなドレッシング材を用いたらよいか	C1	感染抑制作用を有する外用薬の使用を推奨する。もしくは，銀含有ハイドロファーバー®，アルギン酸Agを用いてもよい。
		C2	滲出液が多い場合には吸収性の高いアルギン酸塩が用いられることもあるが，感染制御の機能はないため使用は勧められない。
CQ2.10	臨界的定着により肉芽形成期の創傷治癒遅延が疑われる場合，どのようなドレッシング材を用いたらよいか	C1	銀含有ハイドロファイバー®，アルギン酸Agを用いてもよい。

医療用として認可された創傷被覆材の継続使用が困難な在宅等の療養環境において使用することを考慮してもよい。ただし褥瘡の治療について十分な知識と経験を持った医師の責任のもとで，患者・家族に十分な説明をして同意を得たうえで実施すべきである。

CQ2.14	ポケットを有する場合，どのようなドレッシング材を用いたらよいか	C1	ポケット内に壊死組織が残存する場合はまず創面の清浄化を図る。滲出液が多い場合はアルギン酸塩，ハイドロファイバー®（銀含有製材を含む），アルギン酸Agを用いてもよい。
CQ2.15	褥瘡治療に，いわゆるラップ療法は有効か	C1	医療用として認可された創傷被覆材の継続使用が困難な環境において使用することを考慮してもよい。ただし褥瘡の治療について十分な知識と経験をもった医師の責任のもとで，患者・家族に十分な説明をして同意を得たうえで実施すべきである。

トップページ
創傷治癒センターとは
最新情報
製品・技術情報
学会・セミナー情報
傷についてもっと詳しく
治療に関わる方のために
傷の悩み(カウンセリング)
創傷治癒よくあるご質問
医療機関のご案内

トップ > 最新情報 > 『褥瘡予防ケア最新情報』セミナーのご案内

最新情報

2010.11.17	いわゆる『ラップ療法』に関する日本褥瘡学会理事会見解について

〈寄稿〉「いわゆるラップ療法」について医療安全の視点で整理してみましょう

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 事業企画部

1：はじめに

平成22年3月3日に、日本褥瘡学会から、『いわゆる「ラップ療法」に関する日本褥瘡学会理事会見解について』が発表されました。マスコミでも話題に取り上げられることが多いラップ療法について、医療安全の視点から課題を整理してみたいと思います。

まず、創傷治療の歴史的背景をひも解いてみます。紀元前2500年に「傷を洗ってから蜂蜜と樹脂でドレッシングした」とあるのが最古の創傷治療の記録のようです。近代ドレッシング（モダンドレッシング）である「湿潤環境による創傷治療」は、1962年にイギリスの動物学者ウインター博士が「湿潤状態にある傷は、乾いた傷に比べて2倍の速さで治る」ことを動物実験で実証したことが始まりです。このときに使った材料がポリエチレンフィルムでした。

特定非営利法人 「創傷治癒センター」のサイトをご覧ください

		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
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

3M Takamizu

NPWT（陰圧閉鎖療法）の保険償還の整理

表1 NPWT機器ごとの保険適用

	V.A.C.	RENASYS	PICO	SNAP
会社名	ケーシーアイ株式会社	スミス・アンド・ネフュー株式会社	スミス・アンド・ネフュー株式会社	ケーシーアイ株式会社
保険適用	入院 ○ 入院外 ×	入院 ○ 入院外 ×	入院 ○ 入院外（実質外来） ○	入院 ○ 入院外（実質外来） ○
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合については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。			
保険適用の創傷	ア 局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。 a 外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの） b 外科手術後離開創・開放創 c 四肢切断端開放創 d デブリードマン後皮膚欠損創			
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 100cm² 未満 1,040点 2 100cm² 以上 200cm² 未満 1,060点 3 200cm² 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。 材料：特定保険医療材料：159 局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm² あたり25円			
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. 100cm² 未満 240点 2. 100cm² 以上 200cm² 未満 270点 3. 200cm² 以上 330点 初回加算：J003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 1cm² あたり25円 180 陰圧創傷治療用カートリッジ 1個21,600円	

4製品共通

WOC Nursing 17年6月号

3M Takamizu

表1 NPWT機器ごとの保険適用

	V.A.C.	RENASYS	PICO	SNAP
会社名	ケーシーアイ株式会社	スミス・アンド・ネフュー株式会社	スミス・アンド・ネフュー株式会社	ケーシーアイ株式会社
保険適用	入院 ○ 入院外 ×	入院 ○ 入院外 ×	入院 ○ 入院外（実質外来） ○	入院 ○ 入院外（実質外来） ○
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合については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。			
保険適用の創傷	ア 局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。 a 外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの） b 外科手術後離開創・開放創 c 四肢切断端開放創 d デブリードマン後皮膚欠損創			
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 100cm² 未満 1,040点 2 100cm² 以上 200cm² 未満 1,060点 3 200cm² 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。 材料：特定保険医療材料：159 局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm² あたり25円			
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. 100cm² 未満 240点 2. 100cm² 以上 200cm² 未満 270点 3. 200cm² 以上 330点 初回加算：J003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 1cm² あたり25円 180 陰圧創傷治療用カートリッジ 1個21,600円	

4製品共通

2製品のみ

WOC Nursing 17年6月号

3M Takamizu

表2 NPWT機器の一覧とその特徴

	V.A.C.	RENASYS	PICO	SNAP
会社名	ケーシーアイ株式会社	スミス・アンド・ネフュー株式会社	スミス・アンド・ネフュー株式会社	ケーシーアイ株式会社
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	単回使用 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，連結チューブおよ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，連結チューブおよ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（添付文書より）	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，ある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。 **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
添付文書上の交換回数	48～72時間ごと，または週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。ただし，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。

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

3M Takamizu

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

3M Takamizu

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。

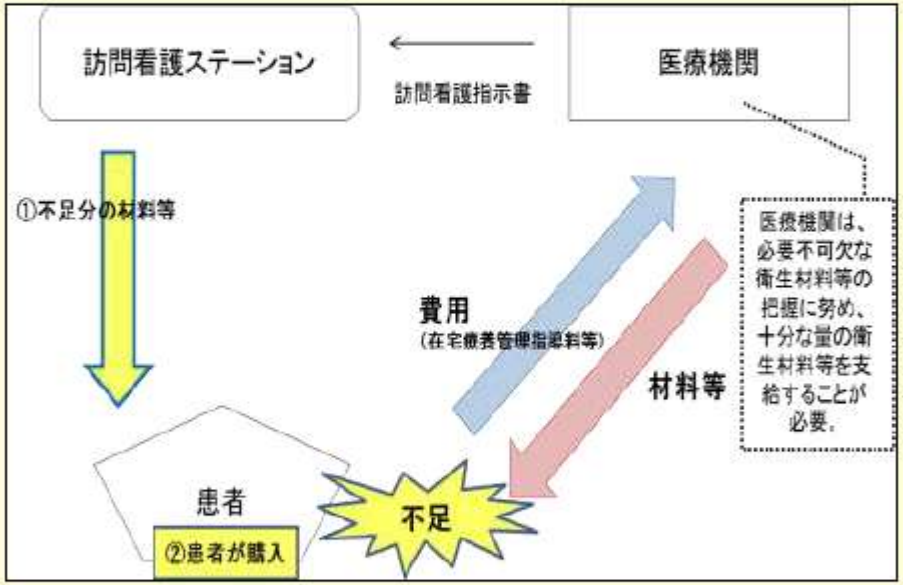
（7）衛生材料を使用している利用者について、療養に必要な衛生材料が適切に使用されているか確認し、療養に支障が生じている場合、必要な量、種類及び大きさ等について訪問看護計画書に記載するとともに、使用実績を訪問看護報告書に記載し、主治医に報告し療養生活を整えること。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

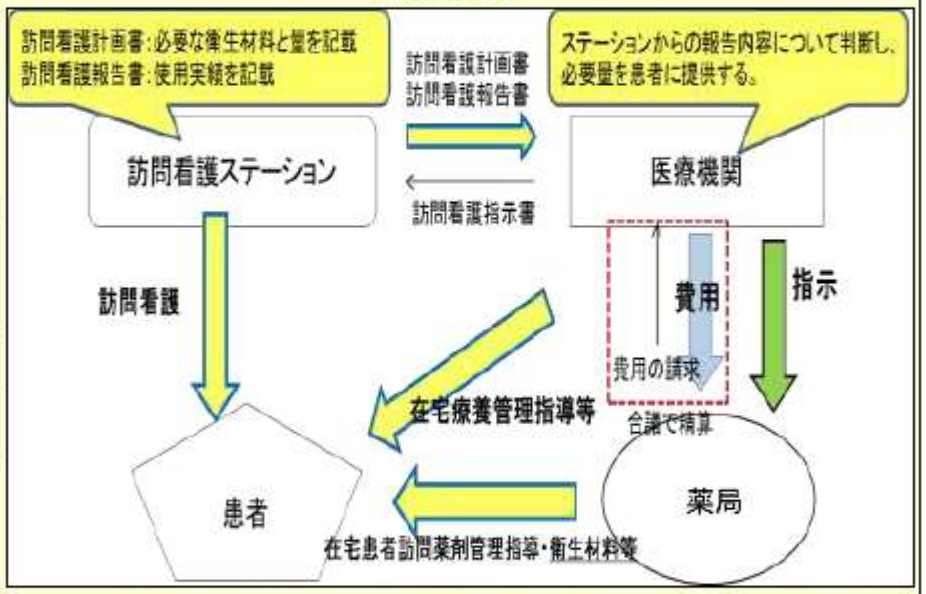
在宅における衛生材料の供給体制について

➢ 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。

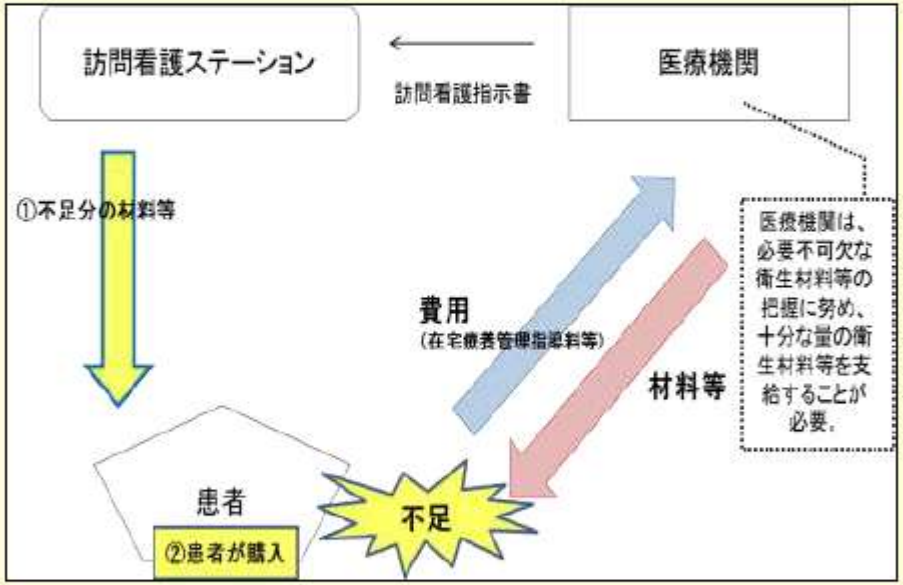
3M Takamizu

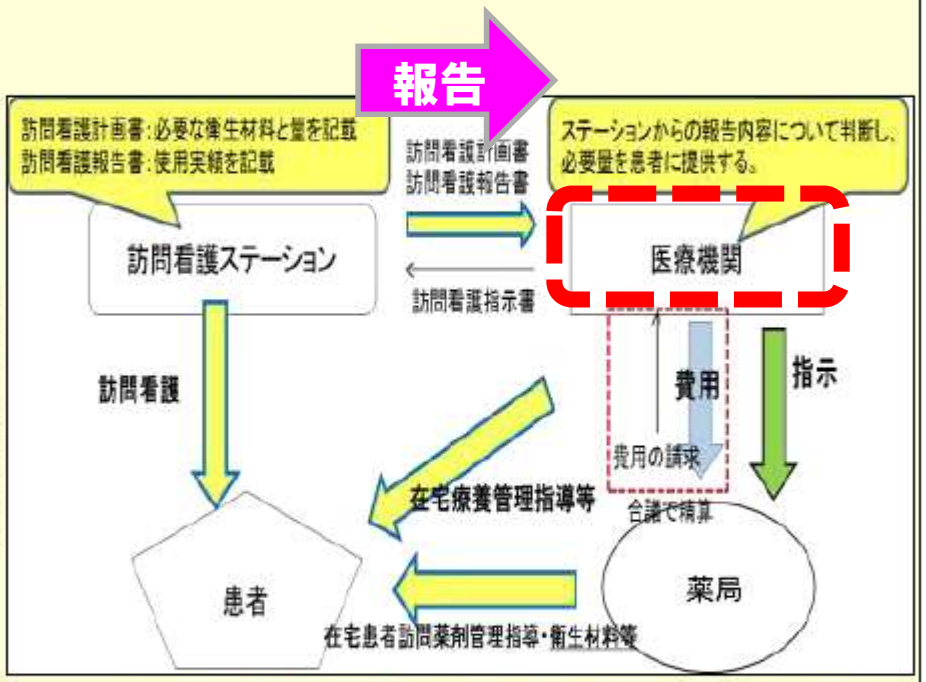
在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

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。

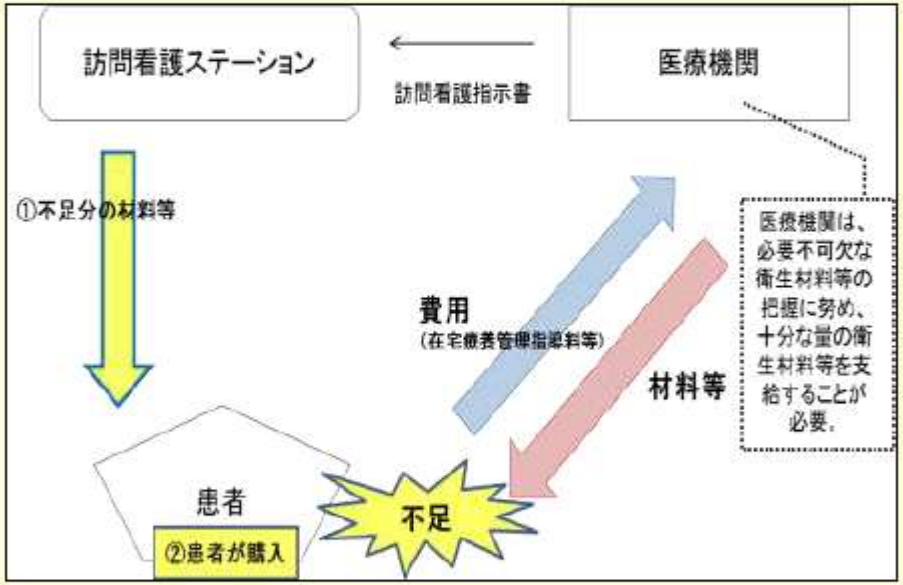
3M Takamizu

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

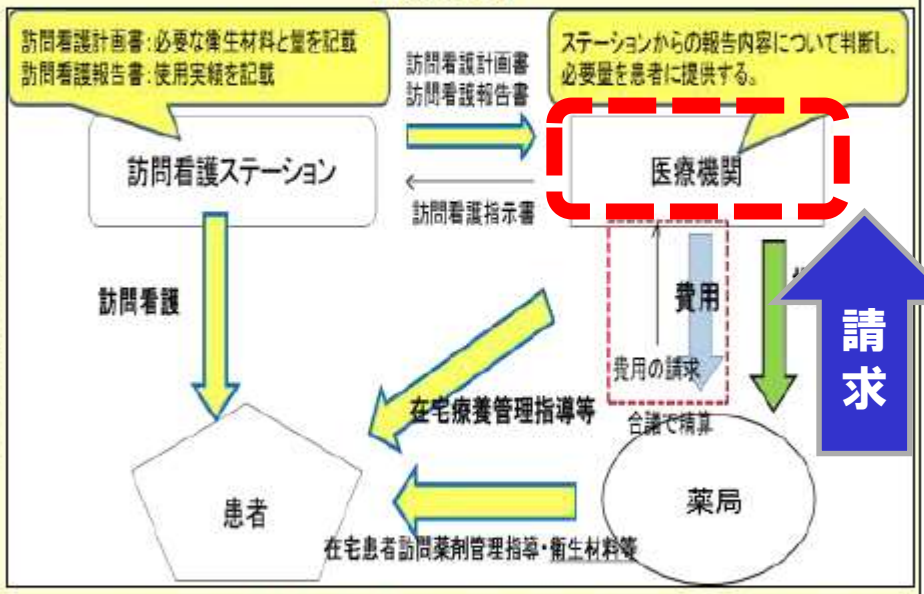
在宅における衛生材料の供給体制について

➢ 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。

3M Takamizu

		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
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

3M Takamizu

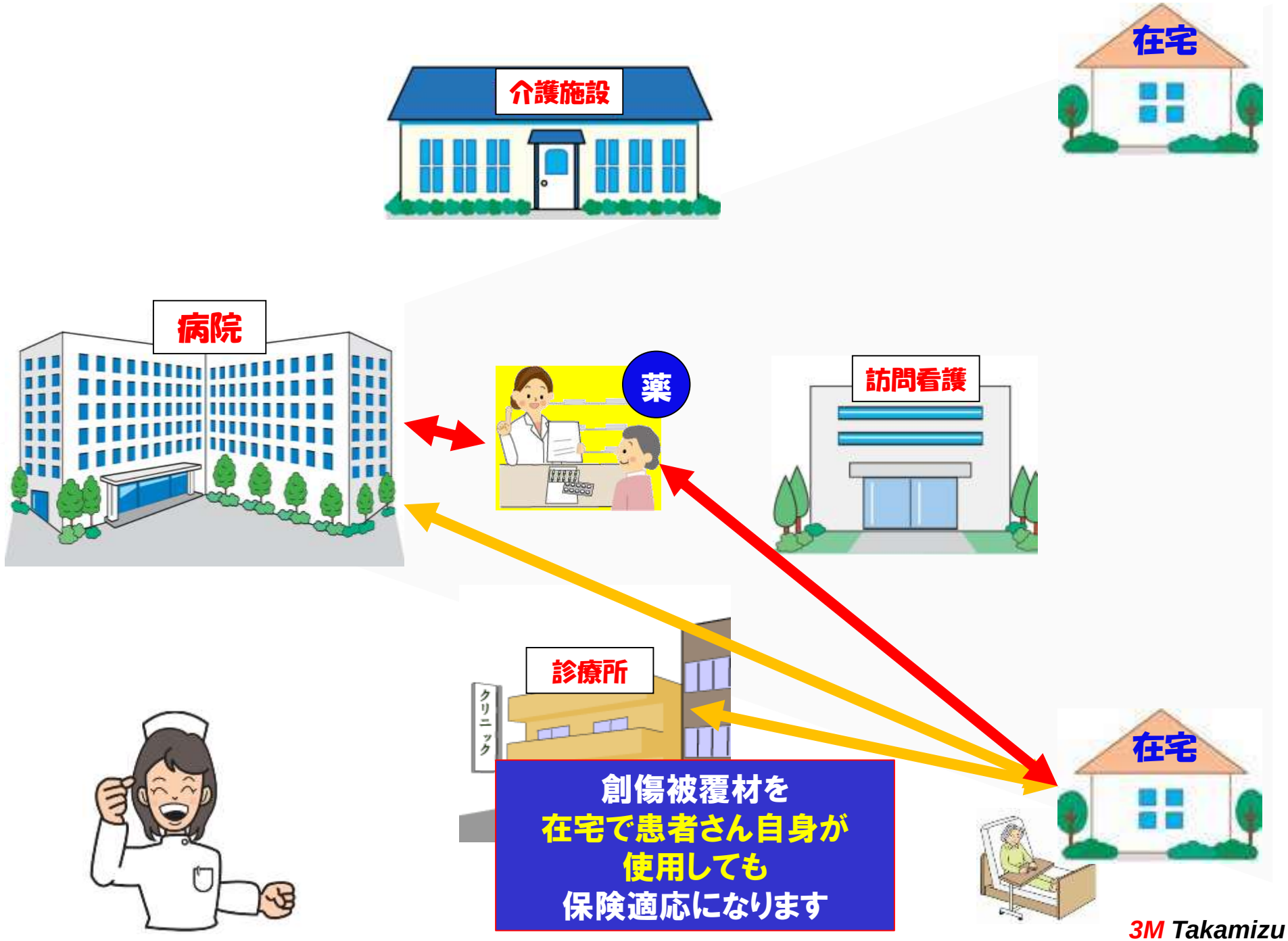
●算定患者:（2つが条件）

・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。


介護施設
在宅
病院
薬
訪問看護
診療所
クリニック
在宅
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

3M Takamizu

２ 在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

ア本材料はいずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、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 ）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合、又は区分番号「Ｃ １１４ 」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。

イ皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の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。

ウ区分番号「Ｃ １１４ 」を算定している患者以外に対して使用する場合は、いずれも原則として3 週間を限度として算定する。それ以上期間において算定が必要な場合には、摘要欄に詳細な理由を記載する。

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。)及びその材料区分

病院内

101 皮膚欠損用創傷被覆材	
(1) 真皮に至る創傷用	1㎠当たり6円
(2) 皮下組織に至る創傷用	
① 標準型	1㎠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㎠当たり25円
102 真皮欠損用グラフト	1㎠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㎠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㎠当たり6円

（2）皮下組織に至る創傷用
　① 標準型　　1㎠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㎠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㎠当たり6円
（2）皮下組織に至る創傷用	
① 標準型	1㎠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㎠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		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
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

3M Takamizu

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

28年度資料

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！！

3M Takamizu

		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
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

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る）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。）

3M Takamizu

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、この場合にあっては、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。

＜抄録より＞

●言葉の整理

＊**基本単語**:「褥瘡対策チーム」「褥瘡対策委員会」「褥瘡管理者」
＊**医療機器の分類**:「保険医療材料」「特定保険医療材料」「衛生材料」
＊**在宅で重点的な患者**:「別表8の患者」「在宅療養指導管理料」「特別訪問看護指示書」

●病院内の制度のポイント

＊**「入院基本料」**:全ての病院に義務付けられています。
＊**「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」**:WOCNがいる病院で算定します
＊**「療養病床」**:ADL区分と医療区分で判定します。
＊**「退院時共同指導」**:在宅を担う各職種との合同カンファレンスです。

●在宅の制度のポイント

＊**「訪問看護時の看護計画書」**:医療機関内と同じ様式の看護計画書が義務付けられています。
＊**「WOCNの訪問看護」**:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと通常の訪問看護師が同行します。
＊**「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です。
＊**「退院後訪問指導」**:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できます。
＊**「訪問薬剤」「訪問栄養」**:より実務的に変更になり、算定しやすくなりました。

●創傷被覆材、衛生材料

＊**「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」**:期間に制限がなく保険算定できます。医療機関からだけでなく、処方箋による支給も認められています。
＊**「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」**:訪問看護時の算定が明確化されました。
＊**「衛生材料等提供加算」**:衛生材料を提供すると、訪問看護指示書に加算になります。

●NPWT（局所陰圧閉鎖機器）

＊**4種類の製品が発売されています**:入院患者と外来患者で運用が異なります。

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

ー入院基本料算定要件のための組織名
ー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）

ー感染防止対策加算のための組織名
ー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
ー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

ー医療法・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

ー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

ー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

【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）

- 関連職種
  - ・医師
  - ・看護師
  - ・薬剤師
  - ・栄養士
  - ・PT・OT等
- 褥瘡管理者
  （届け出た専従の看護師）
- 褥瘡対策チーム
  - ・専任の医師
  - ・専任の看護職員
- 必要に応じてハイリスク患者の
  - ・担当医師
  - ・担当看護師

ハイリスク患者ケア加算の
カンファレンス（週一回）

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いても構わない。

（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！

別紙13

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

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名　　殿	男・女	病棟		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、踵骨部、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、踵骨部、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)			対応
	・基本的動作能力　（ベッド上　寝たきり度変換） （イス上　自分姿勢の保持、臀圧）	できる できる	できない できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	・病的骨突出	なし	あり	
	・関節拘縮	なし	あり	
	・栄養状態低下	なし	あり	
	・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）	なし	あり	
	・浮腫（患所以外の部位）	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（DESIGN-R）									合計点
	深さ	(0)なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの褥瘡	(3)皮下組織までの褥瘡	(4)皮下組織をこえる褥瘡	(5)関節腔、体腔に至る褥瘡	(6)深さ判定が不能の場合	
	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)皮膚潰瘍なし	(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	(12)100以上	
	炎症・感染	(0)臨床的な感染徴候なし	(1)臨床的な感染徴候あり（蜂巣炎の発赤、腫脹、熱感、疼痛）		(3)臨床的に明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）		(4)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)肉芽組織又は肉芽が薄い為評価不可能	(1)肉芽の10%以上を占める	(2)肉芽の50%以上90未満を占める	(4)肉芽の10%以上50%未満を占める	(5)肉芽の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	(1)柔らかい壊死組織あり	(6)硬く黒い乾燥した壊死組織あり					
	ポケット（cm^2） （ポケットの長径×長径に直行する最大径）－褥瘡面積	(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		

看護計画	留意する項目		計画の内容
	圧迫、ズレ力の排除 （体位変換、体圧分散寝具、褥瘡者上方法、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（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総務課長通知　老健第102-2号）を参照のこと。
2　日常生活自立度がJ1～A2である患者については、褥瘡評価票の作成を要しないものであること。

3M Takamizu

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿　男　女　　病棟＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　計画作成日＿＿＿.＿＿.＿＿＿

記入医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

明・大・昭・平　年　月　日生　（　歳）　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（　））
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＞

	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）	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
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）	できる	できない	
	・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（DESIGN-R）											
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				
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			合計点		
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				

3M Takamizu

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書

氏 名　　殿　　男　女　　病 棟　　計画作成日　　.　.

記入医師名

明・大・昭・平　　年　　月　　日 生　　（　　歳）　　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）	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
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）	できる	できない	
	・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（DESIGN-R）	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									
	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								合計点		
	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									

3M Takamizu

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名　　殿　　男　女

明・大・昭・平　　年　　月　　日生　　（　　歳）

病棟
記入医師名
記入看護師名

計画作成日　　.　　.

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。

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（　　））

＜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)			「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
・基本的動作能力	（ベッド上　自力体位変換）	できる		
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）	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				

DESIGN-Rを徹底しましょう

＜褥瘡に関する危険因子のあ

褥瘡の状態の評価（DESIGN-R）									合計点
深さ								(U)深さ判定が不能の場合	
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（cm²） 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（cm²） （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		

	留意する項目		計画の内容
看護計画	圧迫，ズレ力の排除 （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		

［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。

別紙 16

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

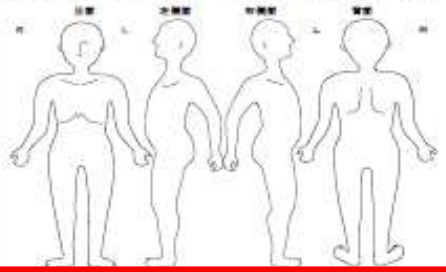
褥瘡ハイリスク項目〔該当すべてに○〕

ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、6時間以上の手術（全身麻酔下、特殊体位）、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱（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⑰

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、鰺ヶ沢町、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！！

3M Takamizu

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	木曽	木曽郡(上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町)
	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、檮原町、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、龍郷町、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。

3M Takamizu

【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を届け出ていた病棟であること。

3M Takamizu

・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%

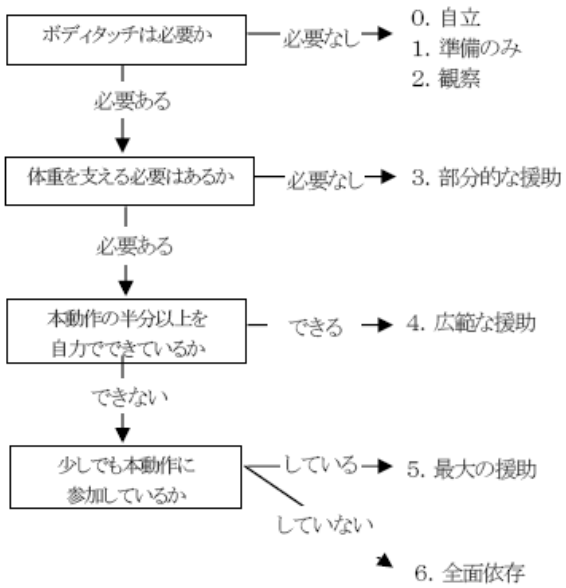
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	750	1165	1403
ADL区分2	854	1320	1691
ADL区分3	902	1347	1745

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→患者の状態に応じての支払い

	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	
20	多発性硬化症	
21	筋萎縮性側索硬化症	
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（ホーエン・ヤール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。））	
23	その他の難病（スモン及び20～22までを除く。）	
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。）	
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。）	
26	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態	
27	注2を参照	
28	基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者	

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
29	悪性腫瘍（医療用麻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ヵ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。）、皮膚潰瘍又は下肢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																	

3M Takamizu

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ヵ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

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		
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ヵ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
	医療区分3の該当有無		
	医療区分2の該当有無		
	医療区分3・2いずれも0（医療区分1）		
91	身体抑制を実施している（注3を参照）		

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

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

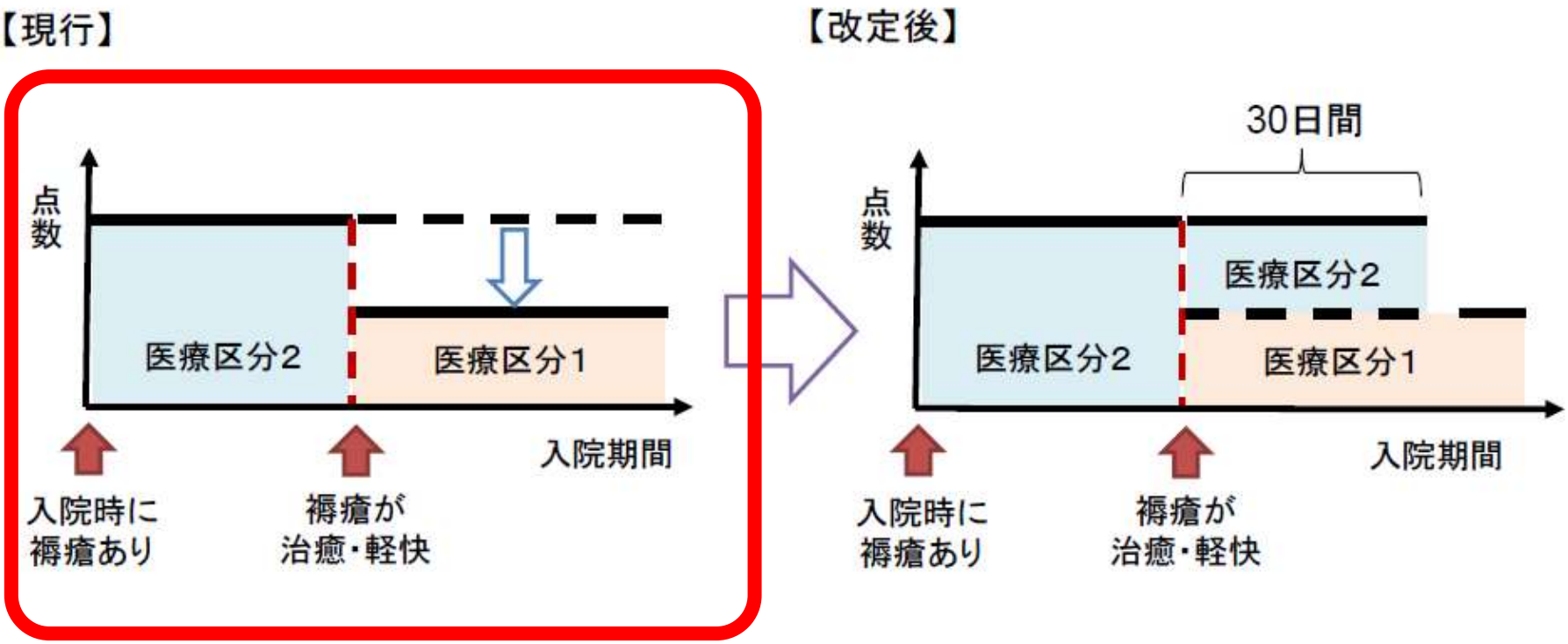
評価の単位

1日毎

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。

3M Takamizu



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。

別紙１０

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、体圧分散寝具、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

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。

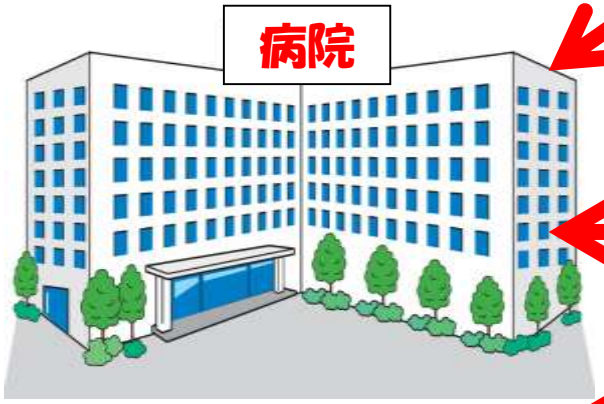
現行	
介護支援連携指導料	300点
退院時共同指導料1	
1　在支診の場合	1,000点
2　1以外の場合	600点
退院時共同指導料2	300点

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

退院時共同指導が増点！！
介護支援連携指導料も増点！！

3M Takamizu

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）

3M Takamizu

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。

まとめ

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

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

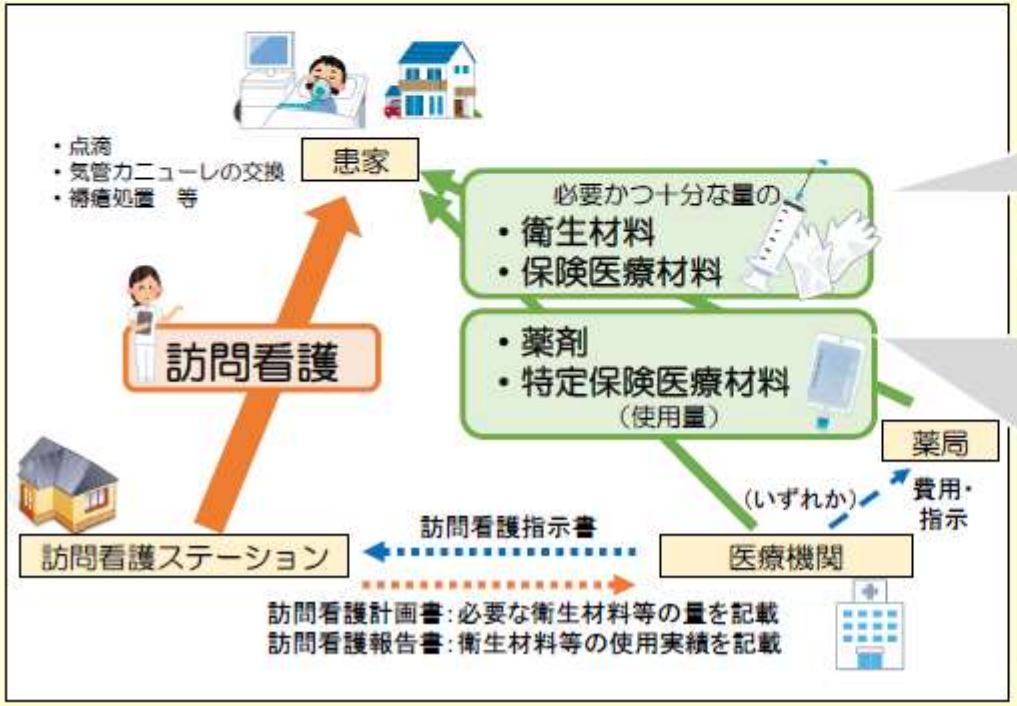
		衛生材料	保険医療材料 （保険適応でない医療機器）	特定保険医療材料 （保険適応の医療機器）	
		ガーゼ、絆創膏、ロールフィルム等	フィルム材等	創傷被覆材	局所陰圧閉鎖機器
外来患者		医療機関から支給		当日使用分は保険算定可	PICO SNaP は算定可
訪問看護をしている患者	在宅療養指導管理料を算定していない患者	衛生材料提供加算		訪問看護時は保険算定可	在宅での算定不可
訪問看護をしている患者	在宅療養指導管理料を算定している患者	医療機関から支給が義務		3度の褥瘡の場合は保険算定可 （患者自身で使用可 算定期限に制限はない）	在宅での算定不可

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。

3M Takamizu

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）

	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、一緒でなくてもよい） （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。

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（薬機法） 分類	一般的名称	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（薬機法）
外科・整形外科用手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材					痛を軽減します ムドレッシング ング ムドレッシング	管理医療機器
	非固着性創傷被覆・保護材					ドレッシング 性ガーゼ 滲出液を管理 創傷管理を実現	
	局所管理親水性ゲル化創傷被覆・保護材					浮を目的とする 速やかにゲル化	
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材					い創の治癒を促進 性・作業性が良い ます 易。溶解しない	
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材					ングです ッシング一体型 離時の痛み軽減 ム材	
	抗菌性創傷被覆・保護材					したサイズ展開	高度管理医療機器
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材					って薄く成形 長、上皮形成を促進 な部位に貼付可能 シング 性・作業性が良い ます。 促進します	
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材					進等を目的とする 速やかにゲル化 創ります 環境を保ちます シング材です た湿潤環境を提供 保持、逆戻りを防ぐ 粘着層はシリコン 潤環境を維持	
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材					持する創傷被覆材 な やすい ルを使用 ングゲルを使用 ロサイトです ドロサイトです です ドロサイトです 皮膚にもやさしい 組織損傷を軽減 無タイプ）	
				ウルゴチュール　アブソーブ　ボーダー	日東電工(株)／日東メディカル(株)	微粘着性・高吸収性ポリウレタンフォーム（シリコーンテープ）	
	抗菌性創傷被覆・保護材	親水性ファイバー		アクアセルAg	コンバテック　ジャパン（株）	アクアセルに抗菌効果をプラス。柔軟性があり、深い創にも密着	
				アクアセルAg　強化型		アクアセルAgをナイロン糸で強化。使いやすいリボン状	
				アクアセルAg Extra		アクアセルAgに更なる吸収力と強度をプラス。交換頻度を低減	
				アクアセルAgフォーム		アクアセルフォームに銀イオンの抗菌効果をプラス	
		ポリウレタンフォーム		アルジサイト Ag	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント（株）	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	
				ハイドロサイト　銀		高い吸収力に銀の抗菌効果を加えたハイドロサイトです	
				ハイドロサイト　ジェントル 銀		シリコーン粘着のハイドロサイトに銀の抗菌効果を追加しました	
				メピレックス Ag	メンリッケヘルスケア（株）	セーフタックと硫酸銀による即効・持続的抗菌効果（テープ無）	
				メピレックスボーダーAg		セーフタックと硫酸銀による即効・持続的抗菌効果（テープ有）	
		ハイドロコロイド		バイオヘッシブAg	アルケア（株）	スルファジアジン銀による創傷面の衛生環境を向上を図りました	
	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/㎠	ベスキチンF	ニプロ（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	
	親水性ビーズ	高分子ポリマー	【デキストラノマー】 142円/g	デブリサン	佐藤製薬（株）		
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	ペルナック	グンゼ(株)／スミス・アンド・ネフュー　ウンド マネジメント（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	
				テルダーミス真皮欠損用グラフト	オリンパス　テルモ　バイオマテリアル（株）／アルケア（株）	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	
				インテグラ真皮欠損用グラフト	センチュリーメディカル（株）	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
（26版：2017年6月14日現在改訂）

使用材料について整理統合をし、
製品特長も記載している。

3M Takamizu

＜抄録より＞

●言葉の整理

＊**基本単語**:「褥瘡対策チーム」「褥瘡対策委員会」「褥瘡管理者」
＊**医療機器の分類**:「保険医療材料」「特定保険医療材料」「衛生材料」
＊**在宅で重点的な患者**:「別表8の患者」「在宅療養指導管理料」「特別訪問看護指示書」

●病院内の制度のポイント

＊**「入院基本料」**:全ての病院に義務付けられています。
＊**「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」**:WOCNがいる病院で算定します
＊**「療養病床」**:ADL区分と医療区分で判定します。
＊**「退院時共同指導」**:在宅を担う各職種との合同カンファレンスです。

●在宅の制度のポイント

＊**「訪問看護時の看護計画書」**:医療機関内と同じ様式の看護計画書が義務付けられています。
＊**「WOCNの訪問看護」**:真皮を超える褥瘡患者に対してWOCNと通常の訪問看護師が同行します。
＊**「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です。
＊**「退院後訪問指導」**:真皮を超える褥瘡患者に退院後一月以内に5回まで算定できます。
＊**「訪問薬剤」「訪問栄養」**:より実務的に変更になり、算定しやすくなりました。

●創傷被覆材、衛生材料

＊**「在宅療養指導管理料を算定しているD3以上の褥瘡患者」**:期間に制限がなく保険算定できます。医療機関からだけでなく、処方箋による支給も認められています。
＊**「在宅療養指導管理料を算定していない褥瘡患者」**:訪問看護時の算定が明確化されました。
＊**「衛生材料等提供加算」**:衛生材料を提供すると、訪問看護指示書に加算になります。

●NPWT（局所陰圧閉鎖機器）

＊**4種類の製品が発売されています**:入院患者と外来患者で運用が異なります。

お勧め

団塊の世代が後期高齢者になる2025年問題については，いまさら説明する必要もないと思います。その2025年に向けて大きな医療・介護改革が起こるのが2018年になります。「診療報酬改定」「介護報酬改定」のW改定を軸に，「第7次医療計画」「第7期介護保険事業計画」，そして何といっても病院機能が再編される「地域医療構想」の本格化も加わり，まさに医療・介護改革の惑星直列と呼べるのが2018年です。

本特集では，激変の2018年に向けて，今おさえておくべきことを整理してみました。現在の各種制度をしっかりと理解することで，2018年の制度改正・改定においても，あわてることなく変更点や新設項目を確認することなどでスムースに対応ができると思います。

本特集で意識したのは，「単語の整理」「制度の解説」「実践の目線」の3点です。

ここ数年，学会，中核病院，大学，認定看護師研修校，業界団体など，多方面からのご依頼で，「チーム医療」「医療再編」「医療機器産業」などをテーマに，年間に50～100回の講演や講義をさせていただいております。その経験から強く実感したのは，各職域で日常使われている単語の意味や制度の理解が，バラバラであることでした。端的にいえば，「日本語としては会話が成立していても，お互いの知識や意図は正確に伝わっていない，理解したつもりで誤解している」ということが，頻繁に起こっているということです。

地域包括ケアシステムを推進するためのポイントは，各職域が，他の職域・領域の「単語」「制度」「実践」を正しく理解することで，強いネットワークを形成することだと思います。

本特集では，複雑な制度を理解するための「保存版」として活用できるように，現在の診療報酬の解説だけではなく，「単語の整理」「制度の解説」関連情報の整理を意識して編集しました。

そのため，本特集では通常の編集とは異なり，各項目の本文の解説部分は私の責任において実運用を意識して私がすべて書き，実際の医療現場でご活躍されている第一人者の先生方からは，「実践の目線」からのポイントを「匠の目」として執筆していただきました。

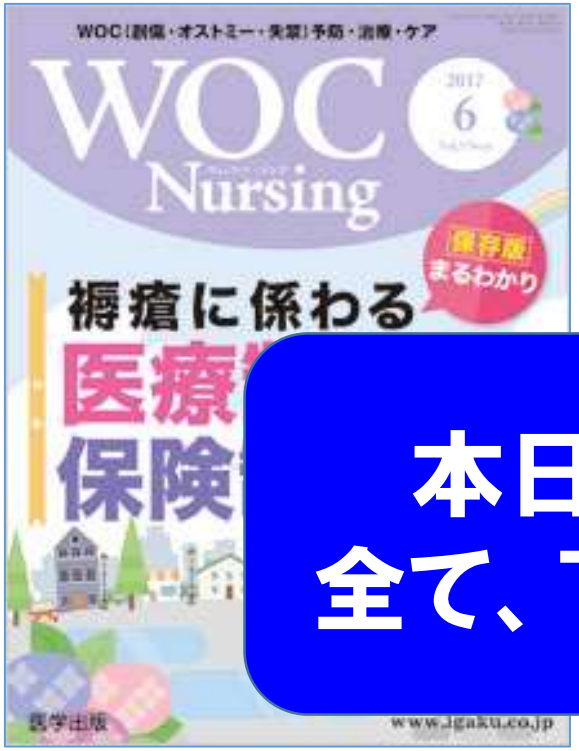
とっつきにくいといわれる，医療制度，保険制度についてご理解を進めていただき，制度に振り回されることなく，主体的な活用によって，よりよい褥瘡対策に結びつけていただければ大変うれしく思います。

最後に，一企業人である私に，このような特集企画の機会を与えていただいた編集部ならびに「匠の目」を執筆いただきました医師，WOCNの先生方に心より感謝申しあげます。

WOC Nursing 17年6月号（医学出版）

高水　勝
スリーエムジャパン株式会社 ヘルスケアカンパニー 企画推進部 マネジャー
公益社団法人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
一般社団法人日本医療機器テクノロジー協会 創傷被覆材部会 部会長

お勧め



団塊の世代が後期高齢者になる2025年問題については，いまさら説明する必要もないと思います。その2025年に向けて大きな医療・介護改革が起こるのが2018年になります。「診療報酬改定」「介護報酬改定」のW改定を軸に，「第7次医療計画」「第7期介護保険事業計画」，そして何といっても病院機能が再編される「地域医療構想」の本格化も加わり，まさに医療・介護改革の惑星直列と呼べるのが2018年です。

本特集では，激変の2018年に向けて，今おさえておくべきことを整理してみました。現在の各種制度をしっかりと理解することで，2018年の制度改正・改定においても，あわてることなく変更点や新設項目を確認することなどでスムースに対応ができると思います。

本特集で意識したのは，「単語の整理」「制度の解説」「実践の目線」の3点です。

ここ数年，学会，中核病院，大学，認定看護師研修校，業界団体など，多方面からのご依頼で，「チーム医療」「医療再編」「医療機器産業」などをテーマに，年間に50～100回の講演や講義をさせていただいております。その経験から強く実感したのは，各職域で日常使われている単語の意味や制度の理解が，バラバラであることでした。端的にいえば，「日本語としては もりで誤

「単語」

。

の診療

編集しまし

責任にお

者の先

た。

本日お話した内容について、
全て、丁寧に解説してあります・・・

とっつきにくいといわれる，医療制度，保険制度についてご理解を進めていただき，制度に振り回されることなく，主体的な活用によって，よりよい褥瘡対策に結びつけていただければ大変うれしく思います。

最後に，一企業人である私に，このような特集企画の機会を与えていただいた編集部ならびに「匠の目」を執筆いただきました医師，WOCNの先生方に心より感謝申しあげます。

WOC Nursing 17年6月号
（医学出版）

高水　勝
スリーエムジャパン株式会社 ヘルスケアカンパニー 企画推進部 マネジャー
公益社団法人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
一般社団法人日本医療機器テクノロジー協会 創傷被覆材部会 部会長

お勧め

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
「まるわかり創傷治癒のキホン」に
ドレッシング材の分類と特長と制度を書きました。

第 14 回日本褥瘡学会関東甲信越地方会学術集会
プログラム委員会特別企画

平成30年W改定に向けて、今、整理・理解しておくべきこと

ご清聴ありがとうございました

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