

第24回日本褥瘡学会学術集会

The 24th Annual Congress of Japanese Society of Pressure Ulcers

褥瘡マネジメントの未来

新たな価値の創造

保険委員会企画（2022年8月27日）

—2022年度（R4年度）診療報酬改定

褥瘡関連項目の実践解説—

スリーエムジャパン株式会社
高水 勝

| | |
|-----|---|
| 会期 | 2022年 8月27日(土)・28日(日) |
| 会場 | パシフィコ横浜 ノース ※WEB併催 |
| 会長 | 溝上 祐子 東京医療保健大学 大学院 プライマリケア看護学領域設置準備室 |
| 副会長 | 松村 一 東京医科大学 形成外科学分野 主任教授 木下 幹雄 医療法人社団心愛会 TOWN訪問診療所 理事長 |

高水 勝

利益相反はありません。

1985年 東北福祉大学 社会福祉学部卒業

1985年 東レ・メディカル株式会社 入社

1989年 スリーエム ヘルスケア株式会社 入職

2022年 スリーエム ジャパン株式会社 医療用製品事業部 マネジャー(現職)

<資格・学会等>

- ・日本医療機器テクノロジー協会 創傷被覆材部会 部会長
- ・日本褥瘡学会(業界代表枠)
評議員、保険委員、褥瘡対策用具推進委員、危機管理委員
- ・日本フットケア・足病医学会 ガイドライン委員会 アドバイザー
- ・北海道医療大学認定看護師研修センター特別講師
- ・日本医業経営コンサルタント協会 会員
- ・日本医療マネジメント学会 会員 他

<職務>

- ・担当: 医療市場環境分析、コンプライアンス、事業企画等
- ・専門: 医療行政全般、医療マネジメント、医療安全、創傷管理等

<執筆・講演>

- ・医療行政、診療報酬、医療マネジメント、医療安全等で各種講演、執筆
(年間50~90回程度の講義・講演)



本日の講演は、

LIVE配信のみで、オンデマンド配信の予定はありませんが、

講演スライドは、

後日、褥瘡学会のHPにUPしていただく予定です。

ご活用いただければ幸いです。

委員会企画での講演の機会をいただき誠にありがとうございます。
 3月4日(金)に、令和4年度の診療報酬改定の告示・通知が発出され、
 8月23日(火)までに、疑義解釈(その22)が出ております。
 抄録は5月末時点、本日は、8月23日(火)時点でお話しさせていただきますが、
 見落としや理解の間違ひもあるかもしれません・・・
 その点は、お許しいただければと思います。

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare. The main heading is '令和4年度診療報酬改定について'. Below the heading, there are links for 'お問い合わせ先' and '令和4年度診療報酬改定に係る経緯'. The '経緯' section includes links to '診療報酬改定の基本方針' and '令和4年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理'.

| 名称 | 番号・日付 | ダウンロード |
|-----|-------|--|
| (1) | 1 | 令和4年度診療報酬改定について (通知) |
| | | 令和4年3月4日 保発0304第1号 |
| | 2 | 保険医療機関及び保険医療費担当規則の一部を改正する省令 |
| | | 令和4年 厚生労働省令第31号 |
| | 3 | 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準等の一部を改正する告示 |
| | | 令和4年 厚生労働省告示第52号 |
| | 4 | 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働省が定める揭示事項等の一部を改正する件 |
| | 5 | 医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定方法が分かる明細書の交付について (通知) |
| | 6 | 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働省が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について (通知) |
| | 7 | 保険医の使用医薬品 (揭示事項等告示第6関係) 及び... |

事務連絡
 令和4年3月31日

地方厚生(支)局医療課
 都道府県民生主管部(局)
 国民健康保険主管課(部) 御中
 都道府県後期高齢者医療主管部(局)
 後期高齢者医療主管課(部)

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について(その1)

診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和4年厚生労働省告示第54号)等については、「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」(令和4年3月4日保医発0304第1号)等により、令和4年4月1日より実施することとしていること

—2022年度(R4年度)診療報酬改定:褥瘡関連項目の実践解説—

抄録は5月末時点なので、その後、一部疑義解釈等での変更があります。

<抄録>

- 診療報酬の基本:レセプト、審査、関連法規
- 入院基本料:「褥瘡対策」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。DESIGN-R2020となった。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修(創傷管理関連)を修了した看護師が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。
- ~~重度褥瘡処置:DESIGN-R2020 分類d2以上となった。~~
- その他:在宅患者訪問褥瘡管理指導料、下肢創傷処置、創傷被覆材、衛生材料、NPWT等

—2022年度(R4年度)診療報酬改定:褥瘡関連項目の実践解説—

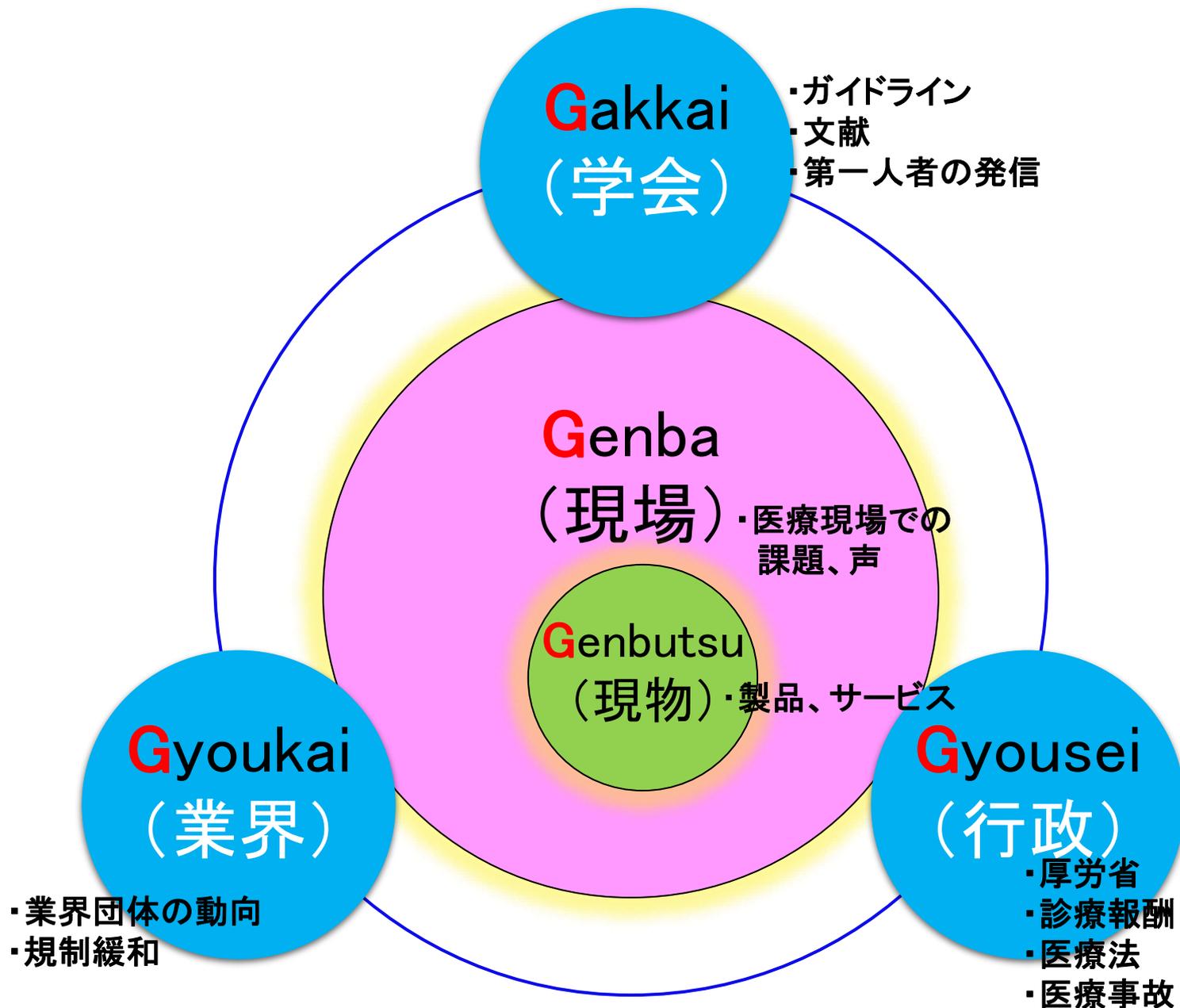
抄録は5月末時点なので、その後、一部疑義解釈等での変更があります。

<抄録>

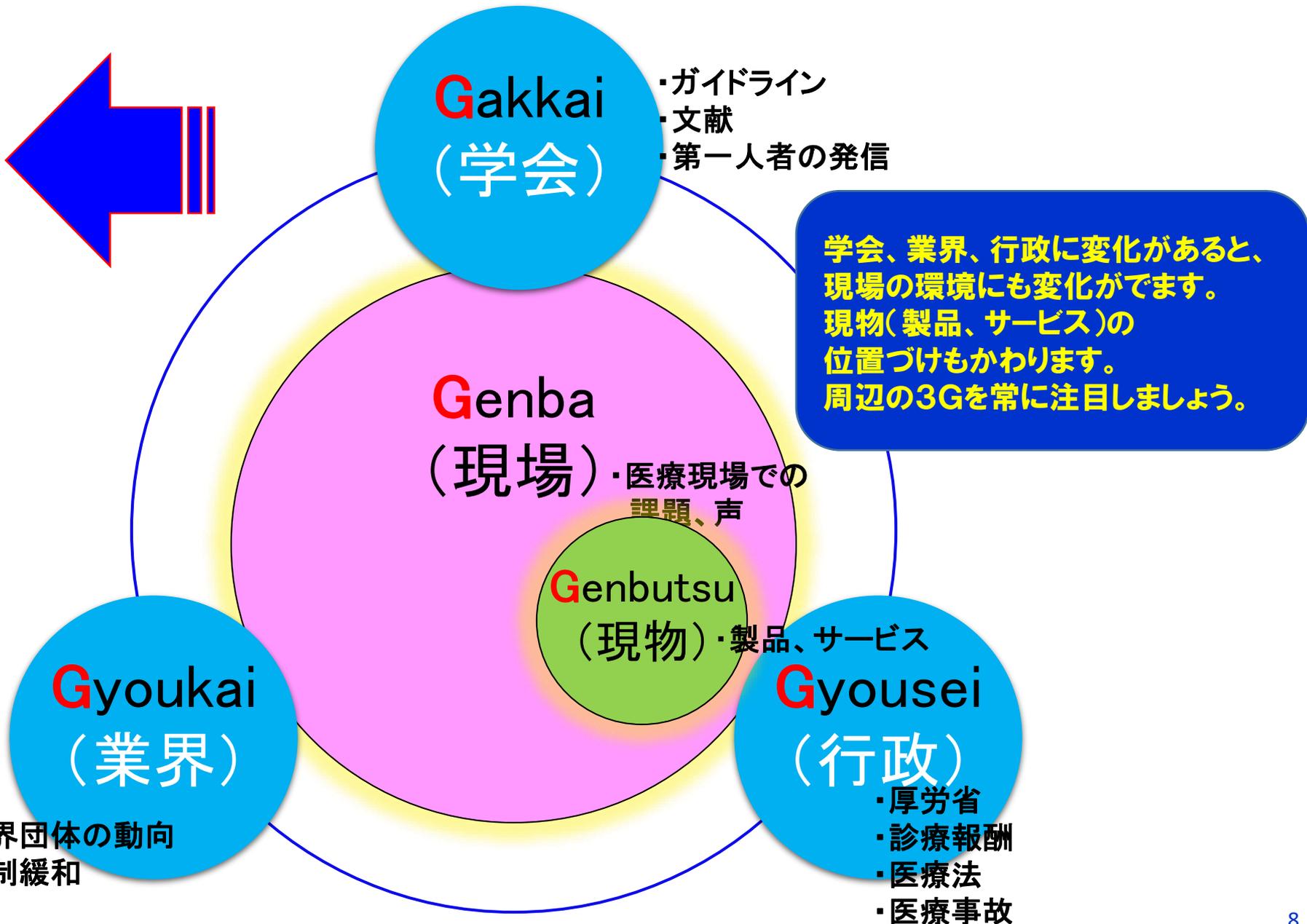
●診療報酬の基本:レセプト、審査、関連法規

- 入院基本料:「褥瘡対策」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。DESIGN-R2020となった。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修(創傷管理関連)を修了した看護師が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。
- ~~重度褥瘡処置:DESIGN-R2020 分類d2以上となった。~~
- その他:在宅患者訪問褥瘡管理指導料、下肢創傷処置、創傷被覆材、衛生材料、NPWT等

医療環境の5つのG



医療環境の5つのG



医療現場への強制力 & 影響力の概念

法的
拘束力
推進力

学問的
専門的
影響力

広告
宣伝

| | | |
|-------|-----------------|---------|
| Aランク | 医療法 | 本文・通知等 |
| | | 技術資料 |
| | | 事故報告 |
| | 診療報酬 (健康保険法) | 基本要件 |
| | | 加算要件 |
| | | 製品の保険償還 |
| 労働基準法 | | |
| Bランク | 機能評価 | |
| | JCI | |
| | ガイドライン(海外・国内) | |
| Cランク | 学会関連 | 学会誌の文献 |
| | | 学会での発表 |
| Dランク | 専門雑誌等の記事 | |
| Eランク | 広告 | |
| | 記事広告 | |
| | 会社発信のケースレポートなど | |

医師法
保助看法等
の
医療従事者
の各種法規

医師法

無診察治療等の禁止(第20条)

医師は、自ら診察しないで治療をし、診断書や処方せんを交付してはならない。(50万円以下の罰金)

医師法

診療録の記載及び保存(第24条)

医師は、診療をしたときは、**遅滞なく**診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

診療録は、5年間これを保存しなければならない。

(勤務医の診療録については病院又は診療所の管理者が、それ以外の診療録については医師本人が保存する。)

診療録

- 診療録(カルテ)は診療経過の記録であると同時に、診療報酬請求の根拠である。
 - 診療の都度、必要事項を記載する。
 - 記載はペン等で、修正は修正液を用いず二重線で行う。
 - 傷病名を所定の様式に記載し、絶えず整理する。
 - 責任の所在を明確にするため、署名を必ず行う。
 - 診療報酬請求の算定要件として、診療録に記載すべき事項が定められている項目があることに留意する。

- 事実に基づいて必要事項を十分に記載していなければ、不正請求の疑いを招くおそれがある。

<レセプトの審査>

レセプト審査は、都道府県や健康保険によって、解釈や運用にバラツキがあります。今回の講演の解説は、必ずしも算定の絶対的な解釈や運用ではありません。

その点をお含みいただき・・・

都道府県厚生局、審査支払機関、健康保険組合等に相談しながらご判断下さい。

<参考>

●審査支払機関：47都道府県に2機関ずつあります。

- ・社会保険診療報酬支払基金(社保)
- ・国民健康保険団体連合会(国保)

●審査枚数

- ・社会保険診療報酬支払基金：約8100万枚(月)
 - ・国民健康保険団体連合会：約8400万枚(月)
- 全てを詳細に審査できないのが実情です。

●健康保険組合数

- ・全国に約3400の保険組合があり、そこでも審査をします。

**診療報酬は、厚生省が決める医療の価格表です。
2年に一度改定されます。**

**介護報酬は、厚生省が決める介護の価格表です。
3年に一度改定されます。**

| | | | | |
|---|-------------|---------------|------------|------------|
| ① | 診療報酬 | (医療保険) | 1点 | 10円 |
| ② | 介護報酬 | (介護保険) | 1単位 | 10円 |

診療報酬の概要

(1) 診療報酬とは

- 保険医療機関・保険薬局が保険医療サービスの対価として受け取る報酬
- 全ての保険医療機関・保険薬局に一律に適用される（全国一律）
- 厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ決定（厚生労働大臣告示）

(2) 診療報酬の機能（点数表と関連する運用ルールなどの機能を含む）

- ① 個々の診療行為の価格を定める（価格表としての性格）
※ 技術、サービスを点数化して評価（1点10円）
- ② 保険診療の範囲・内容を定める（品目表としての性格）
※ 点数表に掲載されていない診療行為は保険診療として認められない

- 診療行為 約5,000項目
- 医薬品 約16,000項目
- 特定保険医療材料 約1,000区分

(3) 診療報酬の主な役割・影響

- ① 医療サービス毎の報酬を規定 → 医療サービスの質・量に影響
- ② 保険医療機関の医業収入を規定 → 保険医療機関の経営に影響
- ③ 医療費（医療資源）を配分 → 医療提供体制の構築に影響
- ④ サービス供給量と合わせて国民医療費を決定 → 国の予算（財政）に影響

診療報酬の算定要件と施設基準

点数と算定要件

- 点数
 - 算定するための主な要件
 - ・算定回数
 - ・他点数の同時算定可否
 - ・点数に含まれるもの
 - ・施設基準の有無
- 等

- 詳細な診療内容
 - ・点数主旨
 - ・Who/When/Where/What/How
 - ・算定できない場合
 - ・告示の詳細説明
- 等

施設基準

- 医療機関がとるべき体制やサービスの質など

施設設備/院内体制/人員体制/
対象患者 等

別表

(対象が多い場合等のリスト)
対象患者/病態/手術/処置/検査等

- 医療機関の体制やサービスの質などについての詳細

別紙

- ・診療等に要する書面
- ・患者状態の評価基準 等

届出書
様式

厚生労働大臣
告示

基礎的ルール



保険局医療課
長通知

大臣告示の詳しい
解釈を示すもの

※上記の区分けとは異なる点数もある。

返戻(へんれい)と査定

返戻 記入モレ・記入ミス (例:保険証番号等)

査定 審査による減額

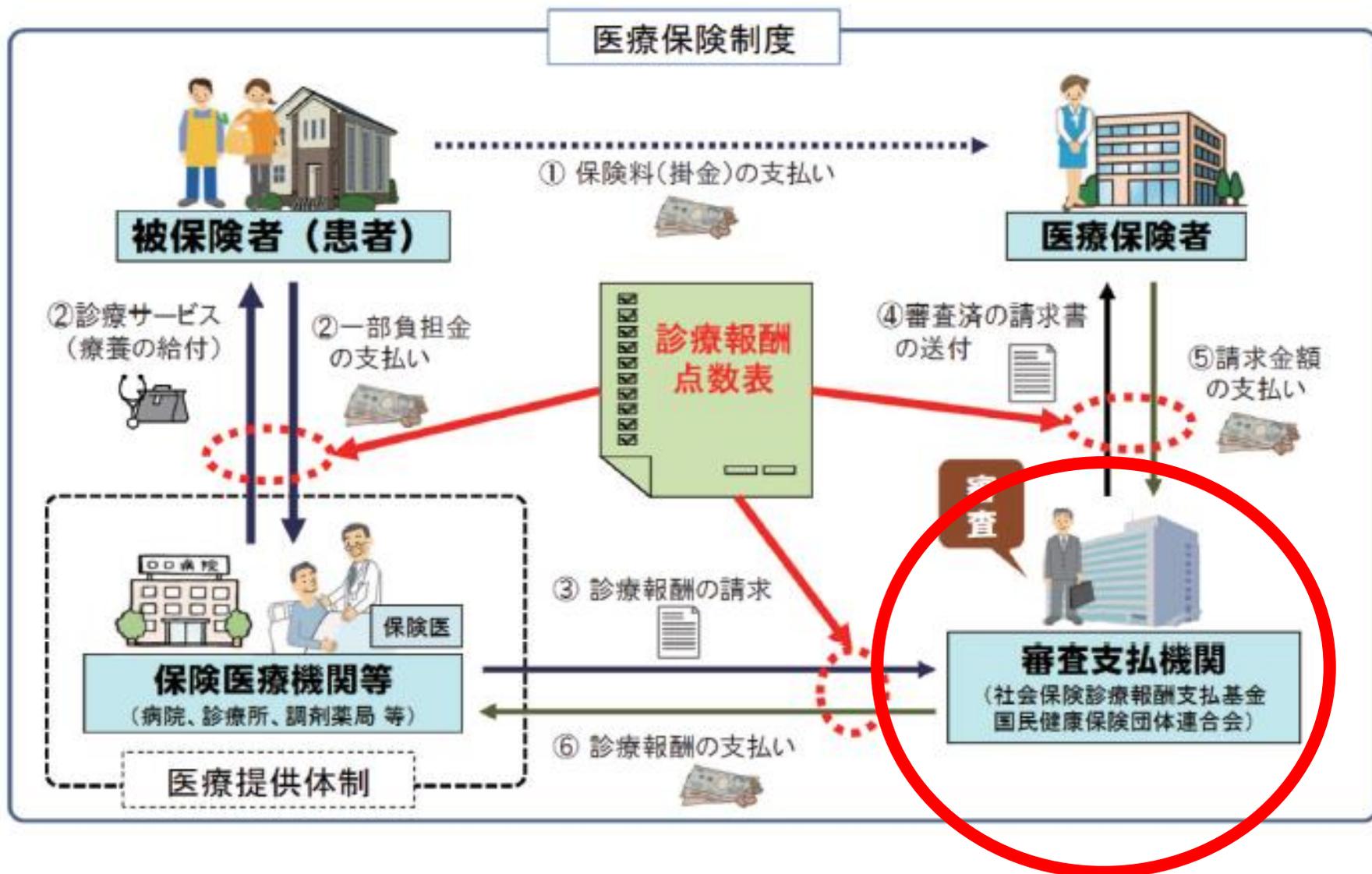
A:適応外 (例:医薬品の適応外等)

B:過剰

C:重複

D:算定要件外 (告示、通知による審査員判定)

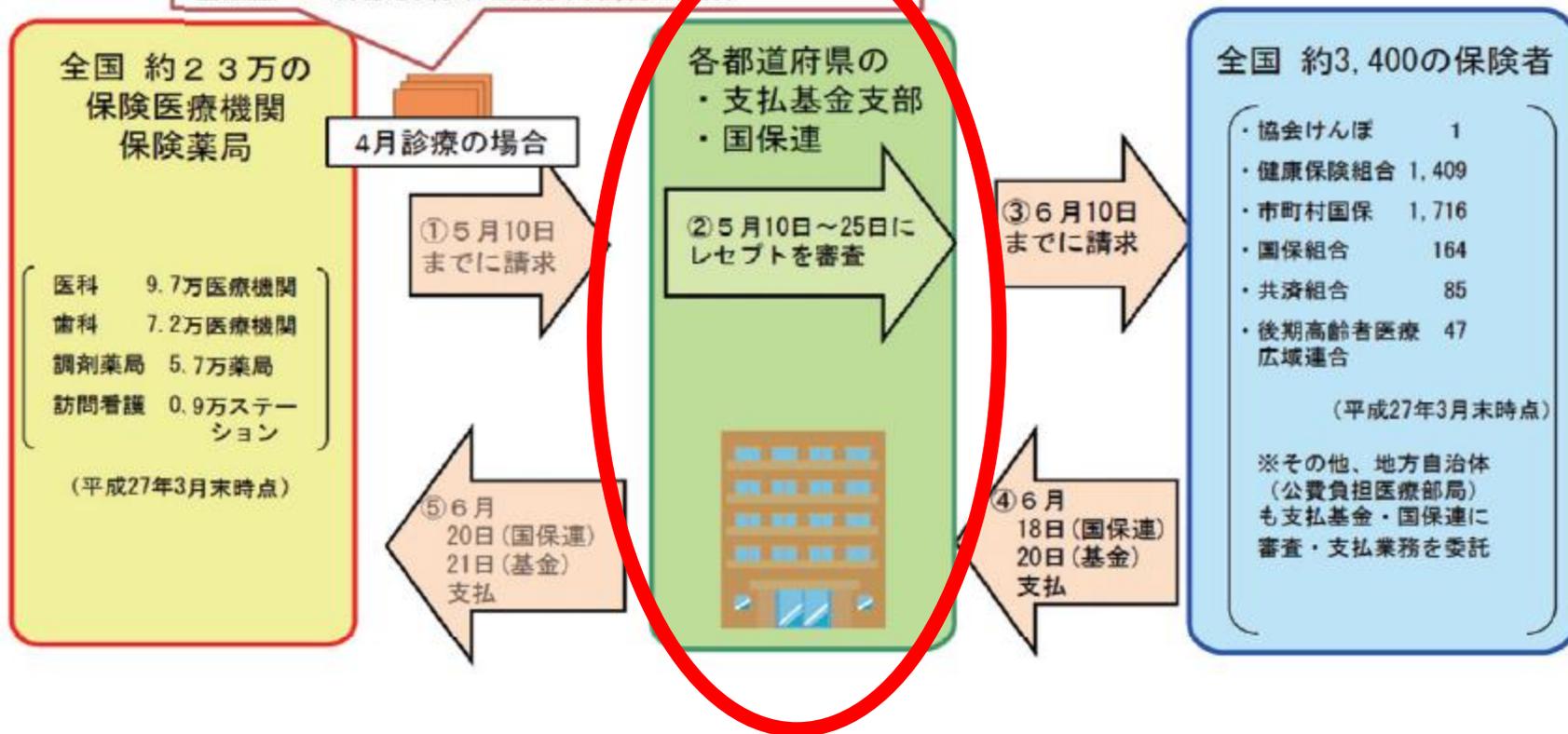
診療報酬請求の流れ



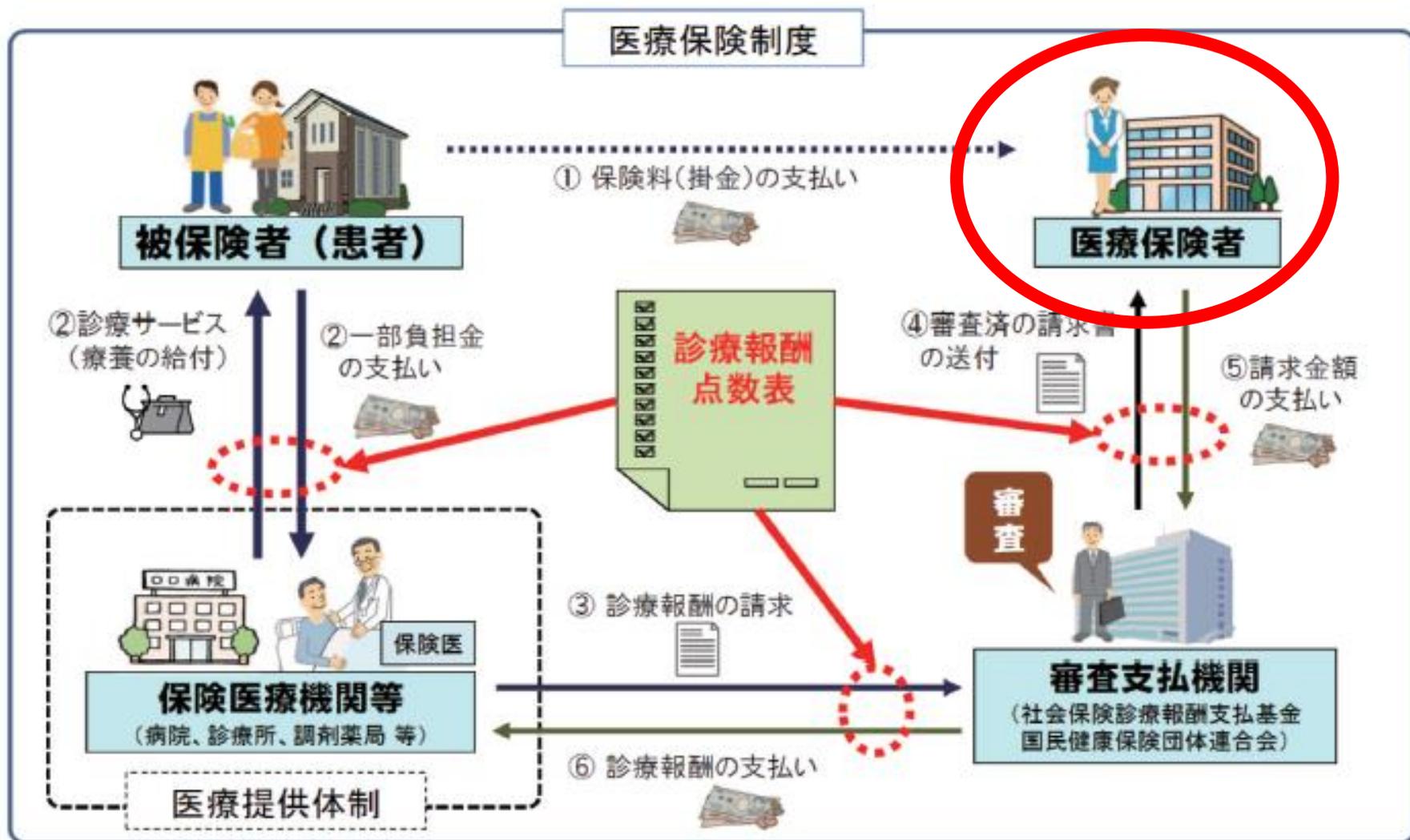
診療報酬の請求から支払までの流れ

- 保険医療機関等は、一月ごとに施設単位でまとめてレセプトを支払基金及び国保連へ提出する。
- 審査支払機関は、レセプトを審査の上、保険者へ診療報酬を請求し、保険者から支払われた診療報酬を保険医療機関等へ支払う。

審査支払機関が扱う全国のレセプト受付件数
 支払基金：一月あたり約8,120万件（年間約10億件）
 国保連：一月あたり約8,440万件（年間約10億件）



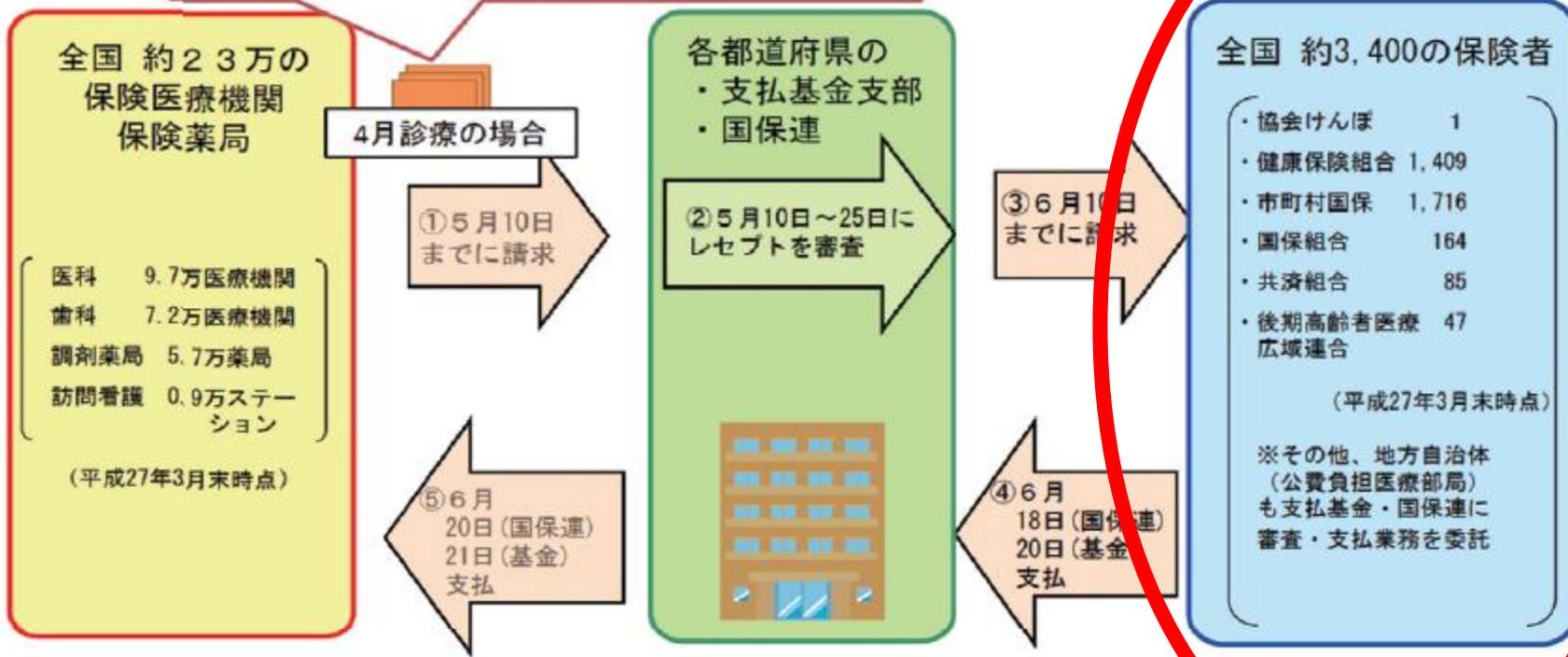
診療報酬請求の流れ



診療報酬の請求から支払までの流れ

- 保険医療機関等は、一月ごとに施設単位でまとめてレセプトを支払基金及び国保連へ提出する。
- 審査支払機関は、レセプトを審査の上、保険者へ診療報酬を請求し、保険者から支払われた診療報酬を保険医療機関等へ支払う。

審査支払機関が扱う全国のレセプト受付件数
 支払基金：一月あたり約8,120万件(年間約10億件)
 国保連：一月あたり約8,440万件(年間約10億件)



<レセプトの審査>

レセプト審査は、都道府県や健康保険によって、解釈や運用にバラツキがあります。今回の講演の解説は、必ずしも算定の絶対的な解釈や運用ではありません。

その点をお含みいただき・・・

都道府県厚生局、審査支払機関、健康保険組合等に相談しながらご判断下さい。

<参考>

●審査支払機関：47都道府県に2機関ずつあります。

- ・社会保険診療報酬支払基金(社保)
- ・国民健康保険団体連合会(国保)

●審査枚数

- ・社会保険診療報酬支払基金：約8100万枚(月)
 - ・国民健康保険団体連合会：約8400万枚(月)
- 全てを詳細に審査できないのが実情です。

●健康保険組合数

- ・全国に約3400の保険組合があり、そこでも審査をします。

★施設基準

一定の人員要件や設備要件を充足している場合に、地方厚生(支)局長へ所定の届出を行うことにより、診療報酬の算定において通常よりも高い点数が算定可能となるもの。

具体的には、看護師の配置を手厚くすることにより算定が認められる入院基本料等、約500種類の施設基準がある。

解説:診療報酬で「施設基準」が設定されているものは、その遵守が必須!

★医師、看護師等の診療報酬上の基準を見極める 5つのキーワード

(1)領域・診療科

(2)年数

(3)研修

(4)専従・専任

(5)常勤

●●の領域に従事して・・・等

経験年数の規定の有無

所定の研修受講の義務の有無

専従や専任の業務時間のしばりの有無

常勤のしばりの有無

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。
 - ・最近、限りなく100%の解釈が多いので注意！
(一切夜勤等はできない)

- 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多い。

—2022年度(R4年度)診療報酬改定:褥瘡関連項目の実践解説—

抄録は5月末時点なので、その後、一部疑義解釈等での変更があります。

<抄録>

●診療報酬の基本:レセプト、審査、関連法規

●入院基本料:「褥瘡対策」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。DESIGN-R2020となった。

●褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。

●専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。

●専門管理加算:WOCNと特定行為研修(創傷管理関連)を修了した看護師が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。

●手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点

●ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。

●薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。

●~~重度褥瘡処置:DESIGN-R2020 分類d2以上となった。~~

●その他:在宅患者訪問褥瘡管理指導料、下肢創傷処置、創傷被覆材、衛生材料、NPWT等

褥瘡対策の見直し

褥瘡対策基準の見直し

➤ 入院患者に対する褥瘡対策を推進する観点から、褥瘡対策の実施内容を明確化する。

現行

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
 [施設基準]
 4 褥瘡対策の基準
 (新設)

| 褥瘡対策に関する診療計画書(2) | | | |
|---|---|--|---|
| 氏名 | 殿 男・女) | 年 月 (歳) | |
| <薬学的管理に関する事項> <input type="checkbox"/> 対応の必要無し | | | |
| 褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他()) | | | |
| 薬学的管理計画 | <すでに褥瘡を有する患者> 薬剤滞留の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | |
| | | | |
| <栄養管理に関する事項> <input type="checkbox"/> 対応の必要無し <input type="checkbox"/> 栄養管理計画書での対応 | | | |
| 栄養評価 | 評価日 | 年 月 日 | |
| | 体重 | kg(測定日 /) | BMI kg/m ² 体重減少 (無・有) |
| | 身体所見 | 浮腫 (無・有 (胸水・腹水・下肢)・不明) | |
| | 検査等 検査している 場合に記載 | <input type="checkbox"/> 測定無し Alb値()g/dL 測定日(/) | <input type="checkbox"/> 測定無し Hb値()g/dL 測定日(/) |
| | 栄養補給法 | 経口・経腸 (経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈 | 栄養補助食品の使用 (無・有) |
| 栄養管理計画 | | | |

改定後

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
 [施設基準]
 4 褥瘡対策の基準
 (1)～(3) (略) (変更なし)
(4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。
(5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。
 (6)～(8) (略) (変更なし)

4 褥瘡対策の基準

(1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。

(2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。

(3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。

(4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。**必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。**なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。

(5) **栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。**ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。

(6) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的開催されていることが望ましい。

(7) 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。

(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5の4により届け出ること。

5 栄養管理体制の基準

- (1) 当該病院である保険医療機関(特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。)内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成すること。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した**栄養管理計画(別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。)**を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、**栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法、特別食の有無等)、栄養食事相談に関する事項(入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等)、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。**
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (7) 特別入院基本料等を算定する場合は、(1)から(6)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (8) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (9) 当該保険医療機関(診療所を除く。)において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

褥瘡対策に関する診療計画書（1）

氏名 _____ 性別 男 女 _____ 看護 計画作成日 _____
 年 月 日 生 (歳) _____ 記入者氏名 _____
 記入者職名 _____

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、臍骨部、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、臍骨部、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>

| 危険因子の群 | J(1, 2) | | A(1, 2) | | B(1, 2) | | C(1, 2) | | 対応 |
|-------------------------|-------------------------|----|---------|----|---------|----|---------|----|-------------------------------------|
| | なし | あり | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 危険因子の群 | - 基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) | | 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 |
| | - 褥瘡の発生 | | なし | | あり | | なし | | |
| | - 関節拘縮 | | なし | | あり | | なし | | |
| | - 栄養状態低下 | | なし | | あり | | なし | | |
| | - 皮膚温低下 (多汗、尿失禁、便失禁) | | なし | | あり | | なし | | |
| | - 皮膚の脆弱性 (浮腫) | | なし | | あり | | なし | | |
| - 皮膚の脆弱性 (スキナーケアの保存、経注) | | なし | | あり | | なし | | | |

<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> 褥瘡内は点数 (※1)

| 褥瘡の危険因子 | 0点 | | 1点 | | 2点 | | 3点 | | 4点 | | 5点 | | 合計点 |
|---|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| | なし | あり | なし | あり | なし | あり | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 深さ | (0)なし | (1)褥瘡の深さ 2cm以上 | (2)褥瘡の深さ 1cm以上 | (3)褥瘡の深さ 0.5cm以上 | (4)褥瘡の深さ 0.2cm以上 | (5)褥瘡の深さ 0.1cm以上 | (6)褥瘡の深さ 0.05cm以上 | (7)褥瘡の深さ 0.02cm以上 | (8)褥瘡の深さ 0.01cm以上 | (9)褥瘡の深さ 0.005cm以上 | (10)褥瘡の深さ 0.002cm以上 | (11)褥瘡の深さ 0.001cm以上 | |
| 浸出液 | (0)なし | (1)少量、毎日の交換を要しない | (2)中等量、1日1回の交換を要する | (3)中等量、1日2回の交換を要する | (4)中等量、1日3回の交換を要する | (5)中等量、1日4回の交換を要する | (6)中等量、1日5回の交換を要する | (7)中等量、1日6回の交換を要する | (8)中等量、1日7回の交換を要する | (9)中等量、1日8回の交換を要する | (10)中等量、1日9回の交換を要する | (11)中等量、1日10回の交換を要する | |
| 大きさ (cm ²) 基底・周囲に浸出する最大径 (褥瘡の最大径を測定する) | (0)なし | (1)14cm ² 以上 | (2)16cm ² 以上 | (3)18cm ² 以上 | (4)20cm ² 以上 | (5)22cm ² 以上 | (6)24cm ² 以上 | (7)26cm ² 以上 | (8)28cm ² 以上 | (9)30cm ² 以上 | (10)32cm ² 以上 | (11)34cm ² 以上 | |
| 炎症・感染 | (0)なし | (1)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (2)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (3)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (4)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (5)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (6)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (7)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (8)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (9)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (10)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | (11)軽度の炎症・腫脹、熱感、疼痛 | |
| 肉芽形成 良性肉芽が占める割合 | (0)なし | (1)肉芽の割合 10%以上を占める | (2)肉芽の割合 20%以上を占める | (3)肉芽の割合 30%以上を占める | (4)肉芽の割合 40%以上を占める | (5)肉芽の割合 50%以上を占める | (6)肉芽の割合 60%以上を占める | (7)肉芽の割合 70%以上を占める | (8)肉芽の割合 80%以上を占める | (9)肉芽の割合 90%以上を占める | (10)肉芽の割合 100%以上を占める | (11)肉芽の割合 100%以上を占める | |
| 壊死組織 | (0)なし | (1)壊死組織あり | (2)壊死組織あり | (3)壊死組織あり | (4)壊死組織あり | (5)壊死組織あり | (6)壊死組織あり | (7)壊死組織あり | (8)壊死組織あり | (9)壊死組織あり | (10)壊死組織あり | (11)壊死組織あり | |
| ポケット (cm) 褥瘡の基底・周囲に浸出する最大径 - 褥瘡深さ | (0)なし | (1)4cm以上 | (2)4cm以上 | (3)4cm以上 | (4)4cm以上 | (5)4cm以上 | (6)4cm以上 | (7)4cm以上 | (8)4cm以上 | (9)4cm以上 | (10)4cm以上 | (11)4cm以上 | |

※1 該当する状態について、褥瘡内の点数を合計し、「合計点」に反映すること。ただし、深さの点数は加えないこと。
 ※2 深部組織損傷 (DTI) 疑いは、視診・触診、補助ゲータ (発生経緯、血液検査、画像診断等) から判断する。
 ※3 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する、いずれの場合も点数は3点とする。

| 留意する項目 | 計画の内容 | |
|--|-------|--|
| 圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散器具、褥瘡予防方法は、褥瘡予防ガイド参照) | ベッド上 | |
| | イス上 | |
| スキナーケア | | |
| 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30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「1」～「2」である患者については、当該評価書の作成を要しないものであること。

DESIGN-R 2020
 に変更になった。

褥瘡対策に関する診療計画書（2）

氏名 _____ 殿（男・女） _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳）

<薬学的管理に関する事項> 対応の必要無し褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用
 無 有（催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他（ _____ ））薬学的管理計画 <すでに褥瘡を有する患者> 薬剤滞留の問題 無 有<栄養管理に関する事項> 対応の必要無し 栄養管理計画書での対応

| | | | |
|--------|-----------------------------------|--|---|
| 栄養評価 | 評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | |
| | 体重 kg(測定日 /) | BMI kg/m ² | 体重減少（無・有） |
| | 身体所見 | 浮腫（無・有（胸水・腹水・下肢）・不明） | |
| | 検査等 <small>検定している場合に記載</small> | <input type="checkbox"/> 測定無し Alb値()g/dL 測定日(/) | <input type="checkbox"/> 測定無し Hb値()g/dL 測定日(/) |
| | 栄養補給法 | 経口・経腸（経口・経鼻・胃瘻・腸瘻）・静脈 | 栄養補助食品の使用（無・有） |
| 栄養管理計画 | | | |

【記載上の注意】

- 1 対応の必要がない項目の場合、□にチェックを入れること。
- 2 栄養管理に関する項目に関して、栄養管理計画書にて対応する場合は、□にチェックを入れること。

褥瘡対策に関する診療計画書に
「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。
記入は、専任の医師、専任の看護職員でかまわない。

栄養管理計画書

計画作成日 _____

刃がナ

氏名 _____ 殿 (男・女)

病棟 _____

年 月 日生 (歳)

担当医師名 _____

入院日: _____

担当管理栄養士名 _____

入院時栄養状態に関するリスク

| |
|--|
| |
|--|

栄養状態の評価と課題

| |
|--|
| |
|--|

栄養管理計画

| | |
|---|--|
| 目標 | |
| | |
| 栄養補給に関する事項 | |
| 栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 ・ ・ | 栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード: _____) 食事内容 留意事項 |
| 栄養食事相談に関する事項 | |
| 入院時栄養食事指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 | 実施予定日: _____ 月 _____ 日 |
| 栄養食事相談の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 | 実施予定日: _____ 月 _____ 日 |
| 退院時の指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 | 実施予定日: _____ 月 _____ 日 |
| 備考 | |
| その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項 | |
| | |
| 栄養状態の再評価の時期 実施予定日: _____ 月 _____ 日 | |
| 退院時及び終了時の総合的評価 | |
| | |

褥瘡対策に係る報告書

| 褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況） | | |
|-------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| ① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数） | | 名 |
| ② ①のうち、d 1以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数） | | 名 |
| ③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数） | | 名 |
| ④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数 | | 名 |
| ⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況 | | |
| | | |
| ⑥ 褥瘡の重症度 | 入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況） | 院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況） |
| d 1 | 名 | 名 |
| d 2 | 名 | 名 |
| D 3 | 名 | 名 |
| D 4 | 名 | 名 |
| D 5 | 名 | 名 |
| DDT I | 名 | 名 |
| DU | 名 | 名 |

〔記載上の注意〕

- ①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）
- ②については、①の患者のうち、**DESIGN-R2020 分類 d 1**以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）
- ③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R2020 分類 d 1以上を有する患者数を記載する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）
- ④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- ⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

DESIGN-R2020
に変更になった。

【褥瘡対策】

問 36 第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する褥瘡対策の施設基準において、「褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること」とあるが、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、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号）別添6の別紙3「褥瘡対策に関する診療計画書」の〈薬学的管理に関する事項〉及び〈栄養管理に関する事項〉は、それぞれの対応が必要な場合に記載すればよいか。

（答）よい。

問 37 「褥瘡対策に関する診療計画書」の〈薬学的管理に関する事項〉における「薬剤滞留の問題」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

（答）例えば、創の状態や外用薬の基剤特性の不適合等により、薬剤が創内に滞留維持できていないこと等が想定される。



NPO法人褥瘡サミット
皮膚褥瘡外用薬学会
 Japanese Society of Pharmacodermatology



ホーム

皮膚褥瘡外用薬学会とは

入会のご案内

学術集会 ▾

活動実績

お知らせ

ホーム

皮膚褥瘡外用薬学会とは >

入会のご案内

学術集会

活動実績

会則

お知らせ

リンク

書籍紹介

「褥瘡対策」における「薬学的管理に関する事項」に関する当学会の見解 22.04.01

2022年の診療報酬改定にて、褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項についての追記が発出されました。そこで、皮膚褥瘡外用薬学会としての見解を公表させていただきます。

「褥瘡対策」における「薬学的管理に関する事項」に関する

2022年4月1日

皮膚褥瘡外用薬学会 代表 古田 勝経

「褥瘡対策」における「薬学的管理に関する事項」に関する当学会の見解

1. 背景

保険医療機関における褥瘡対策については、(1)専任の医師、看護師からなる褥瘡対策チームを編成すること、(2)褥瘡対策に関する診療計画書を作成し、褥瘡対策を実施することなどがあげられている。褥瘡予防・管理ガイドライン 第5版（日本褥瘡学会）において「褥瘡の治療促進に有効な病院対策」として、多職種で構成される褥瘡対策チームの設置があげられている。とりわけ薬剤師が介入することで、褥瘡の改善率・費用対効果が有意に高いとの報告もあり、褥瘡対策における薬剤師の介入が期待されている。

2. 診療報酬改定（2022年）の内容

改定後

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】

〔施設基準〕

4 褥瘡対策の基準

(1)～(3) (略) (変更なし)

(4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合に

<https://pharmderm.org/>

<予告>

現段階では診療報酬とは直接関係しませんが「褥瘡・創傷専門薬剤師」の認定審査の準備が進んでいます。

Topics



**2024年度 褥瘡・創傷専門薬剤師
認定審査に関する公示**

施行規則 施行細則 申請の手引き

認定講習会申請の手引き

認定講習会開催申請書

受講証（見本）



**教育セミナーeラーニングを開始しまし
た。**



**在宅褥瘡管理者養成セミナーeラーニング
を公開しました。**

日本褥瘡学会 会員各位

2022年7月1日
一般社団法人 日本褥瘡学会
理事長 館 正弘

「2024年度 日本褥瘡学会 褥瘡・創傷専門薬剤師 認定審査に関する公示」

拝啓 会員の皆様には日頃より学会活動にご協力いただき、感謝申し上げます。
この度、日本褥瘡学会では、薬剤師会員を対象に「褥瘡・創傷専門薬剤師」の認定を開始することを決定いたしました。

今回の褥瘡・創傷専門薬剤師の認定は、今年度の診療報酬改定でも入院基本料の施設基準要件に薬剤師が褥瘡評価に関わることが追加され、在宅褥瘡分野でも薬剤師の介入が検討されている現在において、褥瘡に関わる薬剤師が医療チームの中で他職種とともにさらに力を発揮できるように、本学会で褥瘡分野の専門薬剤師の育成を検討した結果でございます。認定開始は2024年度より開始いたしますが、認定のための単位取得は2022年8月27日、28日に開催の第24回学術集会より可能となります。多くの薬剤師の方々が褥瘡に介入する一助になれば幸いです。

特定行為研修修了者の活用の推進

研修要件の見直し

- 精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算の算定に係る適切な研修に、特定行為に係る研修を追加する。

現行

【精神科リエゾンチーム加算】

【施設基準】

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。



改定後

【精神科リエゾンチーム加算】

【施設基準】

ア 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修であること。

※【栄養サポートチーム加算】【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】【呼吸ケアチーム加算】についても同様

**褥瘡ハイリスク患者ケア加算の
専従の褥瘡管理者が
特定看護師でもOKとなった。**

【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

問 80 区分番号「A 2 3 6」褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準において求める看護師の「褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ② 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」の区分の研修

特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 |
| 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 人工呼吸器からの離脱 |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 気管カニューレの交換 |
| 循環器関連 | 一時的ペースメーカの操作及び管理 |
| | 一時的ペースメーカーリードの抜去 |
| | 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 |
| | 大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整 |
| 心嚢ドレーン管理関連 | 心嚢ドレーンの抜去 |
| 胸腔ドレーン管理関連 | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更 |
| | 胸腔ドレーンの抜去 |
| 腹腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。) |
| ろう孔管理関連 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうポタンの交換 |
| | 膀胱ろうカテーテルの交換 |
| 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 | 中心静脈カテーテルの抜去 |
| 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 |

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------|--|
| 創傷管理関連 | 褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |
| | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 |
| 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |
| | 橈骨動脈ラインの確保 |
| 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |
| | 脱水症状に対する輸液による補正 |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与 |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | インスリンの投与量の調整 |
| 術後疼痛管理関連 | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 |
| | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 |
| | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 |
| | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 |
| | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 抗けいれん剤の臨時的投与 |
| | 抗精神病薬の臨時的投与 |
| | 抗不安薬の臨時的投与 |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整 |

第22 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600 時間以上の研修

又は保健師助産師看護師法第37 条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる褥瘡等の創傷ケアに係る研修であること。

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。

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 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

ケ 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの

(4) 「注2」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)の一般病棟において、算定可能である。なお、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1を除く。)を算定する病棟で当該点数を算定できる。

(5) 「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。

【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 専従の 特定看護師 | 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・ 特定看護師) 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・ 特定看護師)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・ 特定看護師)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。 |

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

- 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

現行

【一般病棟用】

| A | モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|---|--|----|----|----|
| | 創傷処置 | | | |
| 1 | (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) | なし | あり | - |
| 2 | 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) | なし | あり | - |
| 3 | 点滴ライン同時3本以上の管理 | なし | あり | - |
| 4 | 心電図モニターの管理 | なし | あり | - |
| 5 | シリンジポンプの管理 | なし | あり | - |
| 6 | 輸血や血液製剤の管理 | なし | あり | - |
| | 専門的な治療・処置 | | | |
| 7 | (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療) | なし | - | あり |
| 8 | I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間) | なし | - | あり |



改定後

- ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。
- ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

| A | モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|----------|--|----|----|-----------|
| | 創傷処置 | | | |
| 1 | (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) | なし | あり | - |
| 2 | 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) | なし | あり | - |
| 3 | 注射薬剤3種類以上の管理 | なし | あり | - |
| 4 | シリンジポンプの管理 | なし | あり | - |
| 5 | 輸血や血液製剤の管理 | なし | - | あり |
| | 専門的な治療・処置 | | | |
| 6 | (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療) | なし | - | あり |
| 7 | I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間) | なし | - | あり |

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

- 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

現行

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1から6までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。



改定後

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

許可病床数が**200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟**及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から**5**までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

〔経過措置〕

令和4年3月31日において現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）については、**同年12月31日までの間に限り**、当該基準を満たすものとみなす。

**200床以上の病院で急性期一般入院基本料1
(7:1看護)は、
看護必要度Ⅱが必須になった。
必要な%が、200床で変わる。**

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

- 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を7段階評価から6段階評価に再編する。

| | | 入院料1 | 入院料2 | 入院料3 | 入院料4 | 入院料5 | 入院料6 |
|---------------|-----------------|-------------------------------|--|---------|---------|---------|--------------|
| 看護職員 | | 7対1以上 (7割以上が 看護師) | 10対1以上 (7割以上が看護師) | | | | |
| 該当患者割合 の基準 | 許可病床数 200床以上 | 31%/28% | 27%/24% | 24%/21% | 20%/17% | 17%/14% | 測定している こと |
| | 許可病床数 200床未満 | 28%/25% | 25%/22% | 22%/19% | 18%/15% | | |
| 平均在院日数 | | 18日以内 | 21日以内 | | | | |
| 在宅復帰・病床機能連携率 | | 8割以上 | - | | | | |
| その他 | | 医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上 | ・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出 実績が必要 | | - | | |
| データ提出加算 | | ○ (要件) | | | | | |
| 点数 | | 1,650点 | 1,619点 | 1,545点 | 1,440点 | 1,429点 | 1,382点 |

【経過措置】

- 令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒令和4年9月30日まで基準を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で急性期一般入院料6の届出あり
⇒令和4年9月30日まで改定前の点数を算定できる。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

NPUAP分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) Ⅱ度以上
DESIGN-R2020分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

**DESIGN-R2020
に変更になった。**

療養病棟入院基本料

【施設基準】

療養病棟入院料 1

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

| | 医療区分3 | 医療区分2 | 医療区分1 |
|--------|--------|--------|-------|
| ADL区分3 | 1,813点 | 1,414点 | 968点 |
| ADL区分2 | 1,758点 | 1,386点 | 920点 |
| ADL区分1 | 1,471点 | 1,232点 | 815点 |

【施設基準】

療養病棟入院料 2

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

| | 医療区分3 | 医療区分2 | 医療区分1 |
|--------|--------|--------|-------|
| ADL区分3 | 1,748点 | 1,349点 | 903点 |
| ADL区分2 | 1,694点 | 1,322点 | 855点 |
| ADL区分1 | 1,406点 | 1,167点 | 751点 |

医療区分

| | |
|-------|---|
| 医療区分3 | <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定。</u> ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腔腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L分以上を必要とする状態等） |
| 医療区分2 | <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定。</u> ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの） |
| 医療区分1 | 医療区分2・3に該当しない者 |

ADL区分

ADL区分3： 23点以上
ADL区分2： 11点以上～23点未満
ADL区分1： 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

| 項目 | 支援のレベル |
|------------|--------|
| a ベッド上の可動性 | 0～6 |
| b 移乗 | 0～6 |
| c 食事 | 0～6 |
| d トイレの使用 | 0～6 |
| (合計点) | 0～24 |

23

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態 (DESIGN-R2020 分類d2以上の場合又は褥瘡が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 (DESIGN-R2020 分類d2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。)

d0: 皮膚損傷・発赤無し

d1: 持続する発赤

d2: 真皮までの損傷

D3: 皮下組織までの損傷

D4: 皮下組織を超える損傷

D5: 関節腔、体腔に至る損傷

DDTI: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い

DU: 深さ判定が不能の場合

DESIGN-R2020
に変更になった。

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。

ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

急性期一般入院基本料（ 急性期一般入院料1・ 急性期一般入院料2・ 急性期一般入院料3・ 急性期一般入院料4・ 急性期一般入院料5・ 急性期一般入院料6）

7対1入院基本料（ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・ 専門病院入院基本料）

10対1入院基本料（ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・ 専門病院入院基本料）

| 職種 | 氏名 | 勤務時間 | 専従・専任 | 経験年数 | 研修受講 |
|--|----|------|--|------|--------------------------|
| 医師 | | 時間 | | 年 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | | |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | | |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | | |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | | |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | | |

2. 入院患者の構成

| 算出期間（直近1年間） | （ 年 月 日～ 年 月 日） | |
|--|-----------------|---|
| 当該病棟の新規入院患者数 | ① | 名 |
| ①のうち、65歳以上の患者数 | ② | 名 |
| ①のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者数 | ③ | 名 |
| ②／①（8割以上） | ④ | % |
| ③／①（6割以上） | ⑤ | % |

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

3. アウトカム評価

1) 患者のADL

| 算出期間（直近1年間もしくは3月間） | （ 年 月 日～ 年 月 日） | |
|--------------------------------------|-----------------|---|
| 当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院を除く） | ⑥ | 名 |
| ⑥のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数 | ⑦ | 名 |
| ⑦／⑥（3%未満） | ⑧ | % |

2) 褥瘡の院内発生率

| | | |
|---|---|---|
| 調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める） | ⑨ | 名 |
| 調査日に褥瘡（DESIGN-R2020 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 | ⑩ | 名 |
| ⑩／⑨（2.5%未満） | ⑪ | % |

※⑨の入院患者数が80人以下の場合、⑩が2人以下であること。この場合、⑪は記載する必要はない。

※⑧及び⑪（⑨の入院患者数が80人以下の場合⑩）いずれの要件も満たす必要がある。

**DESIGN-R2020
に変更になった。**

—2022年度(R4年度)診療報酬改定:褥瘡関連項目の実践解説—

抄録は5月末時点なので、その後、一部疑義解釈等での変更があります。

<抄録>

- 診療報酬の基本:レセプト、審査、関連法規
- 入院基本料:「褥瘡対策」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。DESIGN-R2020となった。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修(創傷管理関連)を修了した看護師が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6カ月に一回に限り150点
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。
- ~~重度褥瘡処置:DESIGN-R2020 分類d2以上となった。~~
- その他:在宅患者訪問褥瘡管理指導料、下肢創傷処置、創傷被覆材、衛生材料、NPWT等

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

| 現行 | 改定後 |
|--|---|
| 【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】 [施設基準] 褥瘡ケアに係る専門の研修 ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間 | 【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】 [施設基準] 褥瘡ケアに係る専門の研修 ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間 ・ 特定行為研修(創傷管理関連) |

※在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

- 専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。

(新)

WOCの同行訪問に、
WOCだけでなく
特定看護師(創傷管理関連)も追加
医療機関所属・訪問看護ステーション所属
どちらも同じ運用
対象患者は異なる(WOCのみストーマも対象)
ハイリスク加算等の専従でもOK

ケア若し
施に關す

褥瘡又は
整、脱水
も同様

問3 医科点数表区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「3」、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「3」、訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ及び訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハの届出基準において求める看護師の「褥瘡ケアに係る専門の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

（答）現時点では、従前の研修に加えて、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」の区分の研修が該当する。

専門性の高い

➤ 褥瘡ケアは

【訪問看護基本

【施設基準】

褥瘡ケアに係る専

- ・ 国又は医療関係者の創傷ケア知識

- ・WOCの単独の訪問看護に加算
- ・特定看護師の単独の訪問看護に加算
(「手順書加算」の算定患者に限る)
(WOCのみストーマも対象)
- ・ひと月当たり一回に限る
- ・WOCの場合も特定看護師の場合も同じ金額2500円
- ・医療機関所属・訪問看護ステーション所属どちらも同じ運用
ハイリスク加算等の専従でもOK

て、必要な褥瘡等
以上の研修期間

・指導料3についても同様

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

➤ 専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。

(新) 専門管理加算 2,500円 (1月に1回)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

[算定対象]

- イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合
 - ・ 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者
 - ・ 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者
 - ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
 - ・ 手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

問5 専門管理加算の口の場合において求める看護師の「特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の研修が該当する。

① 「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」、「ろう孔管理関連」、「創傷管理関連」及び「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」のいずれかの区分の研修

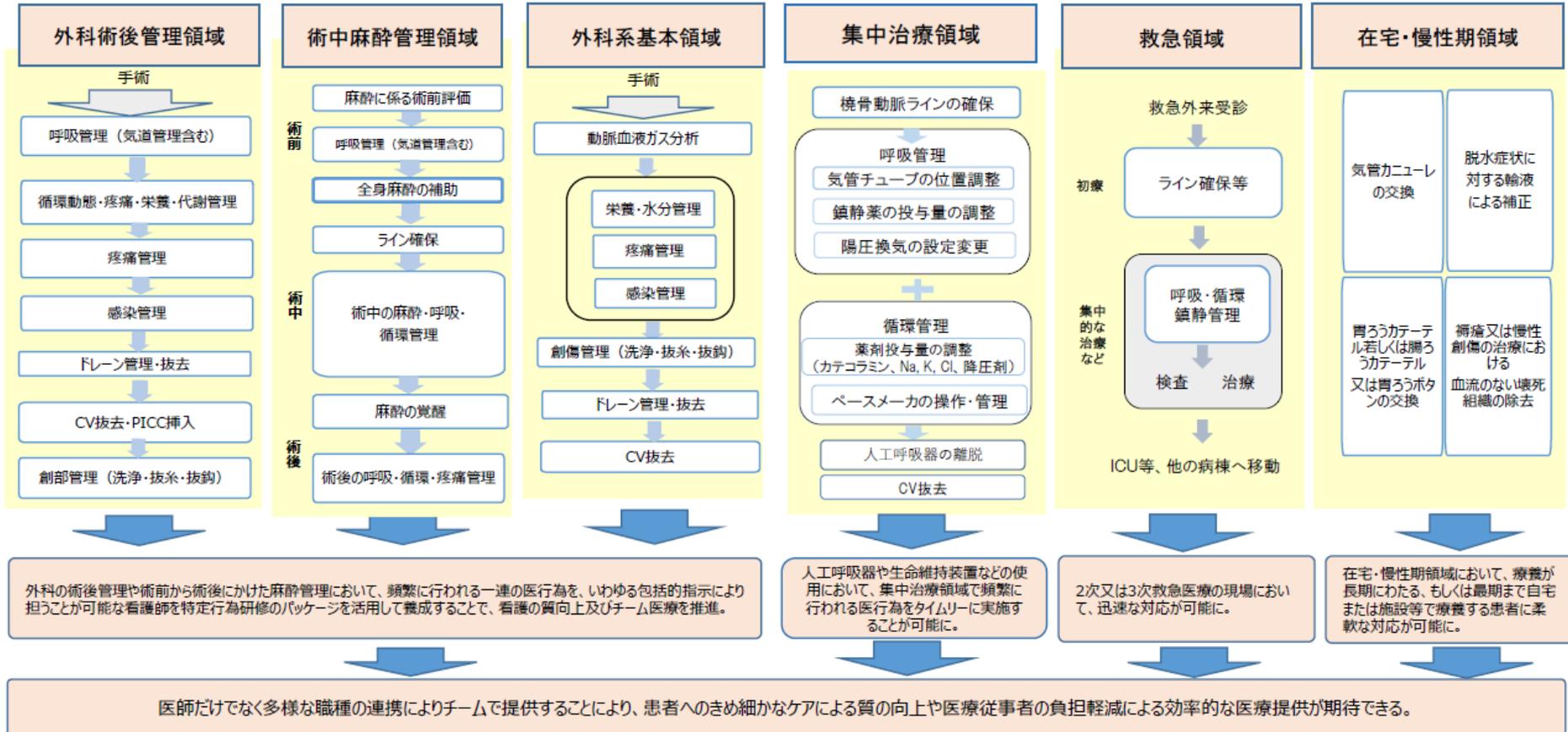
② 「在宅・慢性期領域パッケージ研修」

こちらは、「在宅・慢性期領域パッケージ研修」でもOK

在宅・慢性期領域パッケージ研修にはNPWTは入っていないが??

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 外科の術後管理など、特定の領域において頻繁に行われる一連の医行為についてパッケージ化し研修することで特定行為研修修了者を確保する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。



(一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施)

特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 |
| 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 |
| | 人工呼吸器からの離脱 |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 気管カニューレの交換 |
| 循環器関連 | 一時的ペースメーカの操作及び管理 |
| | 一時的ペースメーカーリードの抜去 |
| | 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 |
| | 大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整 |
| 心嚢ドレーン管理関連 | 心嚢ドレーンの抜去 |
| 胸腔ドレーン管理関連 | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更 |
| | 胸腔ドレーンの抜去 |
| 腹腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。) |
| ろう孔管理関連 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうポタンの交換 |
| | 膀胱ろうカテーテルの交換 |
| 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 | 中心静脈カテーテルの抜去 |
| 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 |

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------|--|
| 創傷管理関連 | 褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |
| | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 |
| 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |
| | 橈骨動脈ラインの確保 |
| 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 脱水症状に対する輸液による補正 |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与 |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | インスリンの投与量の調整 |
| 術後疼痛管理関連 | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 |
| | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 |
| | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 |
| | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 |
| | 抗けいれん剤の臨時的投与 |
| | 抗精神病薬の臨時的投与 抗不安薬の臨時的投与 |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整 |

領域別パッケージ研修① 【在宅・慢性期領域】

想定する患者像：療養が長期に渡る、もしくは最期まで自宅又は施設等で療養する状態の患者

| 特定行為区分 | 特定行為 | 現行の時間数 | 改正後時間数※ |
|--------------------|---------------------------------|-------------|-----------------------------|
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | 気管カニューレの交換 | 8 | 8+5症例 |
| ろう孔管理関連 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 | 22 | 16+5症例 |
| | 膀胱ろうカテーテルの交換 | | |
| 創傷管理関連 | 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 | 34 | 26+5症例 |
| | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | | |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 | 16 | |
| | 脱水症状に対する輸液による補正 | | 11+5症例 |
| 区分別科目小計 | | 80 | 61+各5症例 |
| 合計時間（共通科目+区分別科目） | | 330時間（100%） | 311時間（94%） +各5症例 |

※区分別科目の実習は、講義及び演習の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例又は10例程度の症例数で行うこと。

【特定行為に係る看護師の研修制度】

問6 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問87等において、施設基準で求める看護師の研修として「特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる領域別パッケージ研修」のいずれかが該当するとされているが、当該パッケージ研修に含まれる特定行為区分の研修をすべて修了している場合は、当該要件を満たしているとみなして差し支えないか。

答) 差し支えない。

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

- 質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護ステーション等の看護師に対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合の評価を新設する。

(新) 手順書加算 150点(6月に1回)

[算定要件]

当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、手順書を交付した場合に、所定点数に加算する。

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

- 気管カニューレの交換
- 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
- 膀胱ろうカテーテルの交換
- 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
- 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
- 脱水症状に対する輸液による補正

・特定看護師のための「手順書」について
訪問看護指示書を出す医療機関に加算
・算定できる患者は限られている

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

【医療保険】

小児等40歳未満の者、要介護者・要支援者以外

(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

特別訪問看護指示書^{注)}の交付を受けた者
有効期間:14日間 (一部、2回交付可※2)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

【介護保険】

要支援者・要介護者

(限度基準額内 無制限)
(ケアプランで定める)

※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
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2：特別訪問看護指示書を月2回交付できる者

(有効期間：28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注)：特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

※3：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

算定日数
制限無し

訪問看護における特定保険医療材料の見直し

2020改定

在宅における特定保険医療材料の追加

➤ 医療ニーズの高い在宅療養者への質の高い訪問看護の提供を推進するため、訪問看護において用いる可能性のある医療材料を、特定保険医療材料として算定可能な材料に追加する。

改定後

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は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、使用した薬剤の費用については第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。

C300 特定保険医療材料

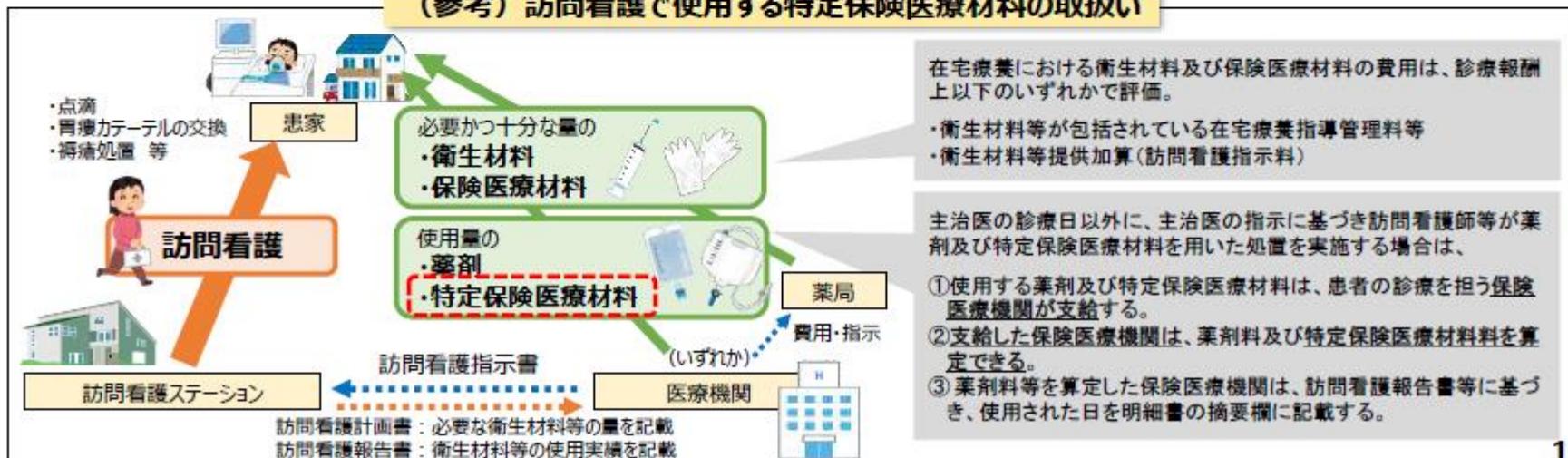
材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。(右記)

- 001 腹膜透析液交換セット
- 002 在宅中心静脈栄養用輸液セット
- 003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ
- 004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
- 005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
- 006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む)
- 007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ
- 008 皮膚欠損用創傷被覆材
- 009 非固着性シリコンガーゼ
- 010 水循環回路セット

- (新) 011 膀胱瘻用カテーテル
 012 交換用胃瘻カテーテル
- (1) 胃留置型
- ① バンパー型
ア ガイドワイヤーあり
イ ガイドワイヤーなし
 - ② バルーン型
- (2) 小腸留置型
- ① バンパー型
 - ② 一般型
- 013 局所除圧閉鎖処置用材料
 014 除圧創傷治療用カートリッジ

(参考) 訪問看護で使用する特定保険医療材料の取扱い



テーマ別を探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

[ホーム](#) > [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [健康・医療](#) > [医療](#) > [特定行為に係る看護師の研修制度](#) > [特定行為に係る手順書例集](#)

特定行為に係る手順書例集

平成27年度看護職員確保対策特別事業「特定行為に係る手順書例集作成事業」(実施団体: 公益社団法人全日本病院協会)において「特定行為に係る手順書例集」は以下からダウンロードできますので、ご活用ください。

[「特定行為に係る手順書例集」](#) [1, 456KB]

令和元年度「看護師の特定行為研修に係る実態調査・分析等事業」(実施団体: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング)において作成された「在宅領域における手順書例集」を掲載しましたので、ご活用下さい。 **NEW**

[「在宅領域における手順書例集」](#) [250KB]

[「在宅領域における手順書例集」](#) 説明用動画

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000111457.html>

—2022年度(R4年度)診療報酬改定:褥瘡関連項目の実践解説—

抄録は5月末時点なので、その後、一部疑義解釈等での変更があります。

<抄録>

- 診療報酬の基本:レセプト、審査、関連法規
- 入院基本料:「褥瘡対策」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。DESIGN-R2020となった。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修(創傷管理関連)を修了した看護師が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。
- ~~重度褥瘡処置:DESIGN-R2020 分類d2以上となった。~~
- その他:在宅患者訪問褥瘡管理指導料、下肢創傷処置、創傷被覆材、衛生材料、NPWT等

医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

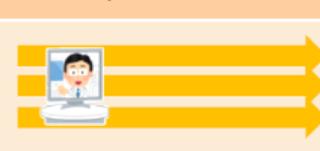
現行 (例：入退院支援加算)



原則対面 (ICT活用に制限)



改定後



リアルタイムの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

現行 (例：在宅患者訪問看護・指導料)

関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、要件を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。



改定後

1人以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

必ず1人は患家に赴くことが必要

在宅褥瘡

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件が緩和されました。
管理栄養士が外部でもOKです。
算定は、初回カンファレンスの時になりました。
合計3回まで算定できます。

2020改定

実施体制(例)

<例1> 基本的な体制

【病院】



既にd2以上の褥瘡を有する者

<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
- 管理栄養士

<例2> 訪問看護ステーションと連携した場合の体制



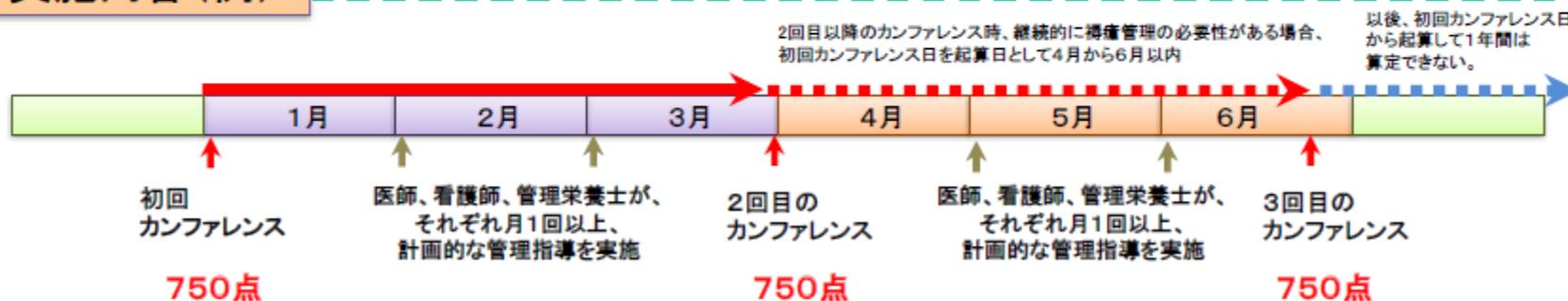
既にd2以上の褥瘡を有する者

<例3> 栄養ケア・ステーションと連携した場合の体制



既にd2以上の褥瘡を有する者

実施内容(例)



在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件が緩和されました。
 管理栄養士が外部でもOKです。
 算定は、初回カンファレンスの時になりました。
 合計3回まで算定できます。

2020改定

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定

- 在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

現行

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

【算定要件】

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おいて、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

(7) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。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、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

【対象患者】

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まで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 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- キ 褥瘡に関する危険因子があつて既に褥瘡を有するもの

改定後

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

【算定要件】

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おいて、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

(7) 「注1」については、初回カンファレンス時に算定できる。また、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に2回目のカンファレンスとして算定できる。2回目の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、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

【対象患者】

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までのいずれかを有する者をいう。

- ア 重度の末梢循環不全のもの
- イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- ウ 強度の下痢が続く状態であるもの
- エ 極度の皮膚脆弱であるもの
- オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

| 改定案 | 現行 |
|--|---|
| <p>【入退院支援加算】 【施設基準】</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> | <p>【入退院支援加算】 【施設基準】</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、対面で行うことが原則であるが、当該3回中1回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該3回中3回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> |
| <p>※ 感染防止対策加算、退院時共同指</p> | |

導料1及び2、介護支援等連携指導料についても同様。

※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。

【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）】
【算定要件】

(23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注9」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。

ア・イ（略）

ウ 当該カンファレンスは、1者以上が患者に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

【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）】
【算定要件】

(23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注9」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。

ア・イ（略）

ウ 当該カンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下の(イ)及び(ロ)を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

(イ) 当該カンファレンスに3者以上が参加すること

(ロ) 当該3者のうち2者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っていること。

なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。

エ また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病

| | |
|---|---|
| <p>エ ウにおいて、患者の個人情報や当該ビデオ通話の画面上で共有することは、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> | <p>棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下の(イ)から(ハ)までを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。</p> <p>(イ)～(ハ)（略）</p> <p>オ ウ及びエにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> |
| <p>※ 在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者訪問看護管理指導料についても同様。</p> <p>※ 訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算についても同様。</p> | |

在宅患者訪問褥瘡管理指導料、退院時共同指導料等の合同カンファレンスの要件が緩和された。

【I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑳】

㉓ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

第1 基本的な考え方

入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携を推進する観点から、薬局に係る退院時共同指導料について、共同指導への参加者の要件を見直すとともに、関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器の利用に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。また、薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。

入退院時の関係機関の連携強化に資する

- 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」にあたる場合も算定可能となるように見直す。

[見直す対象]

- | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------|
| (1) 在宅患者緊急入院診療加算 | (2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 | (3) 入退院支援加算1 |
| (4) 精神疾患診療体制加算 | (5) 退院時共同指導料1及び2 | (6) 在宅患者連携指導料 |
| (7) 在宅患者緊急時等カンファレンス料 | (8) 施設入所者共同指導料 | |

- 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、**医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。**

| 現行(共同指導の評価対象職種) | |
|------------------------------|--|
| 【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 | 医師、看護師等 |
| 【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価 | |
| 注1 | 医師、看護師等 |
| 注2 | 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る |
| 注3 | 医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員 |

| 改定後(共同指導の評価対象職種) | |
|------------------------------|---|
| 【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 | 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士 |
| 【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価 | |
| 注1 | 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士 |
| 注2 | 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る |
| 注3 | 医師、 看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員 ・ 相談支援専門員 |

- 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、**自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。**

| 改 定 案 | 現 行 |
|--|---|
| <p>【退院時共同指導料】 [算定要件]</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、<u>准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> | <p>【退院時共同指導料】 [算定要件]</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> |

—2022年度(R4年度)診療報酬改定:褥瘡関連項目の実践解説—

抄録は5月末時点なので、その後、一部疑義解釈等での変更があります。

<抄録>

- 診療報酬の基本:レセプト、審査、関連法規
- 入院基本料:「褥瘡対策」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。DESIGN-R2020となった。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修(創傷管理関連)を修了した看護師が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。
- ~~重度褥瘡処置:DESIGN-R2020分類d2以上となった。~~
- その他:在宅患者訪問褥瘡管理指導料、下肢創傷処置、創傷被覆材、衛生材料、NPWT等

J 0 0 1 - 4 重度褥瘡^{じよくそう}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^{じよくそう}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J 0 0 0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。

J 0 0 1 - 4 重度褥瘡^{じよくそう}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-R2020 分類 d 2 以上とする。）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、区分番号「J 0 0 0」創傷処置、区分番号「J 0 0 1 - 7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び区分番号「J 0 0 1 - 8」穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

2022改定の厚労省の
留意事項から
そのまま転載

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(通知) 本文 令和4年3月4日保医発0304第1号

重度褥瘡^{じよくそう}処置の算定が、D3からd2になった！？

J 0 0 1 - 4 重度褥瘡^{じよくそう}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D 3、D 4及びD 5）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。

従前の厚労省の
通則・留意事項から
そのまま転載

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(通知) 本文 令和2年3月5日保医発0305第1号

事務連絡
令和4年6月15日

地方厚生(支)局医療課
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部) 御中
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)

厚生労働省保険局医療課

令和4年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添5までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

第9部 処置

<処置料>

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-R2020 分類D3, D4及びD5は2以上とする。)に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。

—2022年度(R4年度)診療報酬改定:褥瘡関連項目の実践解説—

抄録は5月末時点なので、その後、一部疑義解釈等での変更があります。

<抄録>

- 診療報酬の基本:レセプト、審査、関連法規
- 入院基本料:「褥瘡対策」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。DESIGN-R2020となった。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修(創傷管理関連)を修了した看護師が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。
- ~~重度褥瘡処置:DESIGN-R2020 分類d2以上となった。~~
- その他:**在宅患者訪問褥瘡管理指導料、**下肢創傷処置**、創傷被覆材、衛生材料、**NPWT等**

J 0 0 3 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1 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。
- 2 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。
- 3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。

J 0 0 3 - 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にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。

**NPWTに新生児、乳幼児、幼児の加算（入院に限る）
初回加算、持続洗浄加算を付加しない基本点数で計算する**

K002 デブリードマン

- 1 100平方センチメートル未満 1,410点
- 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 4,820点
- 3 3,000平方センチメートル以上 11,230点

注1～4 (略)

- 5 超音波式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき1回に限り、超音波式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。

K002 デブリードマン

- 1 100平方センチメートル未満 1,260点
- 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 4,300点
- 3 3,000平方センチメートル以上 10,030点

注1～4 (略)

(新設)

**超音波デブリが
準用技術料ではなく、正式な項目として新設**

K000 創傷処理

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） 1,400点
 - 2 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 1,880点
 - 3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）
イ 頭頸部^{けい}のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） 9,630点
ロ その他のもの 2,690点
 - 4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） 530点
 - 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 950点
 - 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,480点
- 注1～3 （略）

K000 創傷処理

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） 1,250点
 - 2 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 1,680点
 - 3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）
イ 頭頸部^{けい}のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） 8,600点
ロ その他のもの 2,400点
 - 4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） 470点
 - 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 850点
 - 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,320点
- 注1～3 （略）

創傷関連の手技料がUP(主たるもの抜粋)

K000-2 小児創傷処理（6歳未満）

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満） 1,400点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） 1,540点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 2,490点
- 4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） 3,840点
- 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満） 500点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） 560点
- 7 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 1,060点
- 8 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,950点

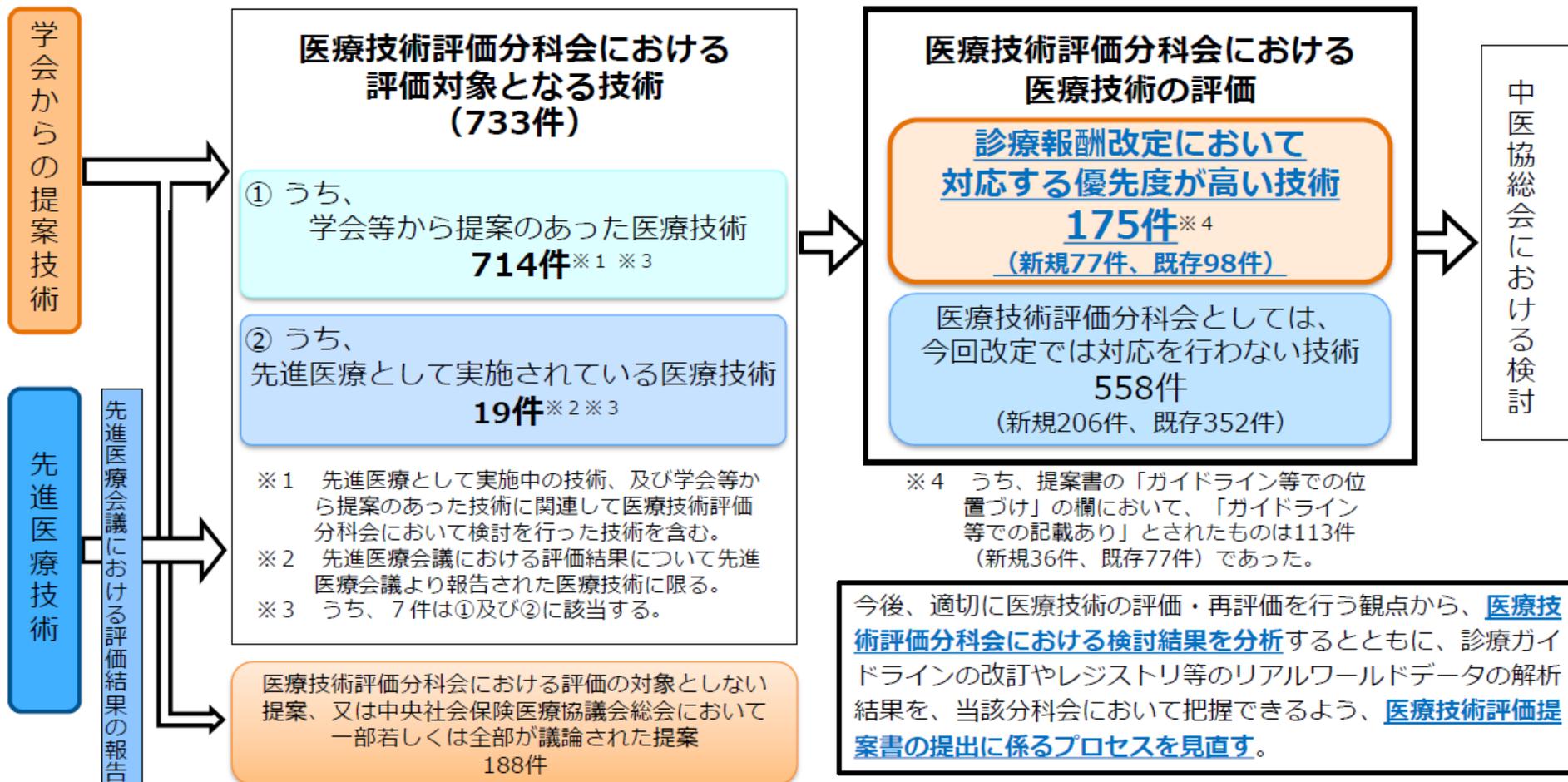
K000-2 小児創傷処理（6歳未満）

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満） 1,250点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） 1,400点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 2,220点
- 4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） 3,430点
- 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満） 450点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） 500点
- 7 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 950点
- 8 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,740点

創傷関連の手技料がUP(主たるもの抜粋)

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

- ▶ 学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- ▶ 下肢潰瘍の状態に応じた適切な処置及びその管理を推進する観点から、下肢の潰瘍の処置及びその管理に係る評価を新設する。

(新) 下肢創傷処置

| | |
|---------------------------------|-------------|
| 1 足部（踵を除く。）の浅い潰瘍 | 135点 |
| 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 | 147点 |
| 3 足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 | 270点 |

[算定要件]

- ・ 下肢創傷処置の**対象となる部位は、足部、足趾又は踵**であって、**浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないもの**をいい、**深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るもの**をいう。
- ・ 下肢創傷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。
- ・ 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

- ・ 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おいて、入院中の患者以外の患者で、下肢の潰瘍を有するものに対して、**下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に**、区分番号J000-2に掲げる**下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定**する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。
- ・ **初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得るとともに**、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。
- ・ **学会によるガイドライン等を参考にすること。**

[施設基準]

- ・ **整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科**の診療に従事した経験を**5年以上有し**、**下肢創傷処置に関する適切な研修を修了**している常勤の医師が1名以上勤務していること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- ▶ 下肢潰瘍の状態に応じた適切な処置及びその管理を推進する観点から、下肢の潰瘍の処置及びその管理に係る評価を新設する。

施設基準はない

(新) 下肢創傷処置

| | |
|--------------------------|------|
| 1 足部（踵を除く。）の浅い潰瘍 | 135点 |
| 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 | 147点 |
| 3 足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 | 270点 |

[算定要件]

- ・ 下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵であって、浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものをいう。
- ・ 下肢創傷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。
- ・ 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

- ・ 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おいて、入院中の患者以外の患者で、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。
- ・ 初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。
- ・ 学会によるガイドライン等を参考にすること。

[施設基準]

- ・ 整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を5年以上有し、下肢創傷処置に関する適切な研修を修了している常勤の医師が1名以上勤務していること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- ▶ 下肢潰瘍の状態に応じた適切な処置及びその管理を推進する観点から、下肢の潰瘍の処置及びその管理に係る評価を新設する。

(新) 下肢創傷処置

| | |
|--------------------------|------|
| 1 足部（踵を除く。）の浅い潰瘍 | 135点 |
| 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 | 147点 |
| 3 足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 | 270点 |

[算定要件]

- ・ 下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵であって、浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものをいう。
- ・ 下肢創傷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（創傷に適用できない）。
- ・ 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

施設基準がある

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

- ・ 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おいて、入院中の患者以外の患者で、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。
- ・ 初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。
- ・ 学会によるガイドライン等を参考にすること。

[施設基準]

- ・ 整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を5年以上有し、下肢創傷処置に関する適切な研修を修了している常勤の医師が1名以上勤務していること。

【下肢創傷処置】

問6 区分番号「J000-2」下肢創傷処置について、足趾の浅い潰瘍についてはどのように算定すればよいか。

(答) 「1 足部（踵を除く。）の浅い潰瘍 135点」を算定する。

問7 区分番号「J000-2」下肢創傷処置については、留意事項通知において、「下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵」であるとされているが、ここでいう「足部」とは具体的にどの部位を指すか。

(答) 足関節以遠の部位（足趾又は踵を除く。）及びアキレス腱を指す。

【下肢創傷処置管理料】

問 145 区分番号「B001」の「36」下肢創傷処置管理料の施設基準において求める医師の「下肢創傷処置に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、一般社団法人日本フットケア・足病医学会「日本フットケア 足病医学会認定師 講習会」のうち「Ver.2」が該当する。

● 「下肢創傷処置・管理のための講習会」のご案内

日頃より学会活動にご協力いただき厚く御礼申し上げます。

令和4年度診療報酬改定におきまして、下肢創傷処置管理料（500点/月1回に限り）が新設されました。この施設基準として「下肢創傷処置に関する適切な研修を終了している常勤の医師が1名以上勤務していること」が挙げられております。

この「下肢創傷処置に関する適切な研修」として「[下肢創傷処置・管理のための講習会](#)」を行うこととなりました。

本セミナーは、以前の認定師セミナーver.2の内容をベースとして、ver.1に含まれていた免荷に関する最新の講義内容も含まれます。

学会認定師資格をお持ちの方におかれましては、「下肢創傷処置に関する適切な研修」は修了していると認められますため、本セミナーの受講は必要ございません。

なお、「[下肢創傷処置・管理のための講習会](#)」は学会員以外でも受講いただけますが、下肢創傷処置管理料加算のための「下肢創傷処置に関する適切な研修」として開催をいたしますため、受講は医師のみとなります。

開催形式：eラーニング形式

申込期間・受講期間：2022年7月29日(金)～2023年3月31日(金)

※来年3月末まで申込可能でございますが、受講期間も3月末までとなっておりますため、締切間近でのお申し込みにはご注意ください。

受講料：10,000円

支払方法：クレジット決済、コンビニ決済、[Pay-easy（ペイジー）](#) 

受講資格：医師

※下肢創傷処置管理料の施設基準として「整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を5年以上有し、下肢創傷処置に関する適切な研修を終了している常勤の医師が1名以上勤務していること」とされております。

○申込方法

・当学会会員の皆様へ

当学会会員の方は会員マイページへログインいただき、左側メニューからEラーニングサイトにアクセスの上、「下肢創傷処置・管理のための講習会」を選択してお申込みください。

<https://jfcpm.org/seminar.html>

| | | 下肢創傷処置 J000-2 | 下肢創傷処置管理料 B001-36 | 下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J038 | 糖尿病合併症管理料 B001-20 | 静脈圧迫処置 J001-10 |
|------|--|-------------------|---|-------------------------|--|--------------------------------|
| 点数 | 1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 147点 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点 | | 500点(月一回) | 100点(月一回) | 170点(月一回) | 200点(月一回) 150点(初回加算) |
| 施設基準 | なし | あり ・医師の配置 | あり ・連携先に診療科の規定 ・透析全患者への実施 | あり 医師・看護師の配置 | あり 医師・看護師の配置 | あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器 |
| 算定場所 | 入院 | ○ | × | ○ | × | ○ |
| | 外来 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 在宅 | ○ | ○ | ○ | × | ○ |
| 算定病棟 | DPC | × | × | ○人工腎臓の加算 | × | × |
| | 出来高 | ○ | × | ○人工腎臓の加算 | × | ○ |
| | 地域包括 | × | × | ○人工腎臓の加算 | × | × |
| | 回復リハ | × | × | ○人工腎臓の加算 | × | × |
| 療養 | ○ | × | ○人工腎臓の加算 | × | ○ | |
| 算定期間 | なし | なし | なし | なし | 標準は3カ月 初回の潰瘍の大きさが100cm ² を超える場合は6カ月 | |
| 算定条件 | なし | 下肢創傷処置を算定した月 | 慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行う ハイリスク患者を紹介をする | | | |
| 算定職種 | 医師、 医師の指示をうけた看護師 | 条件を満たした 医師のみ | 医師、 医師の指示をうけた看護師 | 条件を満たした 医師・看護師 | 条件を満たした 医師・看護師 | |
| 医師 | 領域・診療科 | なし | 整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科 | なし | 経験 | 血管外科、心臓血管外科、皮 膚科、形成外科、循環器内科 |
| | 年数 | なし | 5年 | なし | 5年 | なし |
| | 研修 | なし | 必要 | なし | なし | 必要 |
| | 専従・専任 | なし | なし | なし | 専任 | 専任 |
| | 常勤 | なし | 常勤 (複数の合算 不可) | なし | 常勤 (複数の合算 可能) | 常勤 (複数の合算 不可) |
| 看護師 | 領域・診療科 | なし | 不可 | なし | 経験 | 経験 |
| | 年数 | なし | 不可 | なし | 5年 | 3年 |
| | 研修 | なし | 不可 | なし | 16時間 | 必要 |
| | 専従・専任 | なし | 不可 | なし | 専任 | 専任 |
| | 常勤 | なし | 不可 | なし | なし | 常勤 |
| 備考 | 創傷が異なればNPWTと併算定 可 | 糖尿病合併症管理料との併算定 不可 | 糖尿病合併症管理料との併算定 可 | | 材料(弾性包帯等)は療養費で支給 | |
| | 創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可 | | | | | |
| | 創傷処置と併算定 不可 | | | | | |
| 参考 | 熱傷処置/重度褥瘡処置は2ヶ月が限度 | | | | | |



AAA Case Study Club Special

新設！ 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料

2022年3月吉日
代表理事 大浦紀彦

「下肢創傷処置」を新設するべく、日本フットケア・足病医学会では、何度もシンポジウムを行い合意形成をしつつ、少しずつ取り組みを行ってきました。今回、AAA case study clubでは、下肢創傷処置点数新設についてzoomにてディスカッションをしたいと考えています。3月24日木曜日19時から開催いたします。3月24日の時点で確認できていることを、皆で共有したいと思います。

開催日時：2022年3月24日(木) 19:00-21:00

参加費 無料

- | | |
|--|----------------------|
| 1. 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料 杏林大学医学部 形成外科 | 新設の経緯 大浦 紀彦 |
| 2. 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料 スリーエムジャパン株式会社 | を読み解く 高水 勝 様 |
| 3. 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料 岡村病院 理事長・病院長 | 一般病院での意義 岡村 高雄 先生 |

参加申し込みは右QRコード
または下記URLより登録してください。



https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_TT5RYVFPQeGznK6fF_mp_A

ニュース

2022年4月4日 資料ダウンロードに「下肢創傷処置料 下肢創傷処置管理料」資料をアップロードしました。

2022年4月3日 3月24日開催「新設！ 下肢創傷処置料 下肢創傷処置管理料」ウェビナーをYou Tubeにてご視聴いただけます。

YouTube JP 検索

晶子

3M Science. Applied to Life.™

AAA case study club Special
2022-3-24

2022年診療報酬改定 新設

- 下肢創傷処置
- 下肢創傷処置管理料

新設! 下肢創傷処置料と下肢創傷処置管理料

スリーエムジャパン株式会社
高水 勝

2022改定
3月24日現在の情報

AAA Case Study Club Special

2022-3-24

2022年診療報酬改定 新設

- 下肢創傷処置
- 下肢創傷処置管理料



スリーエムジャパン株式会社
高水 勝

AAA 下肢 検索

AAA Case Study Club Special

2022年3月24日開催

AAA Case Study Club Special

新設！ 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料

Q&A 回答

Act Against Amputation

AAA Case Study Club Special
Q&A

—2022年度(R4年度)診療報酬改定:褥瘡関連項目の実践解説—

抄録は5月末時点なので、その後、一部疑義解釈等での変更があります。

<抄録>

- 診療報酬の基本:レセプト、審査、関連法規
- 入院基本料:「褥瘡対策」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。DESIGN-R2020となった。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修(創傷管理関連)を修了した看護師が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。
- ~~重度褥瘡処置:DESIGN-R2020 分類d2以上となった。~~
- その他:在宅患者訪問褥瘡管理指導料、下肢創傷処置、**創傷被覆材、衛生材料、NPWT等**

診療報酬における言葉の意味（創傷関連の例）

①衛生材料等(処置料等に含まれる)

- ・ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなどの雑品系の製品

②保険医療材料(処置料等に含まれる)

- ・保険適応でない医療機器
フィルム材、パッド付きドレッシング等

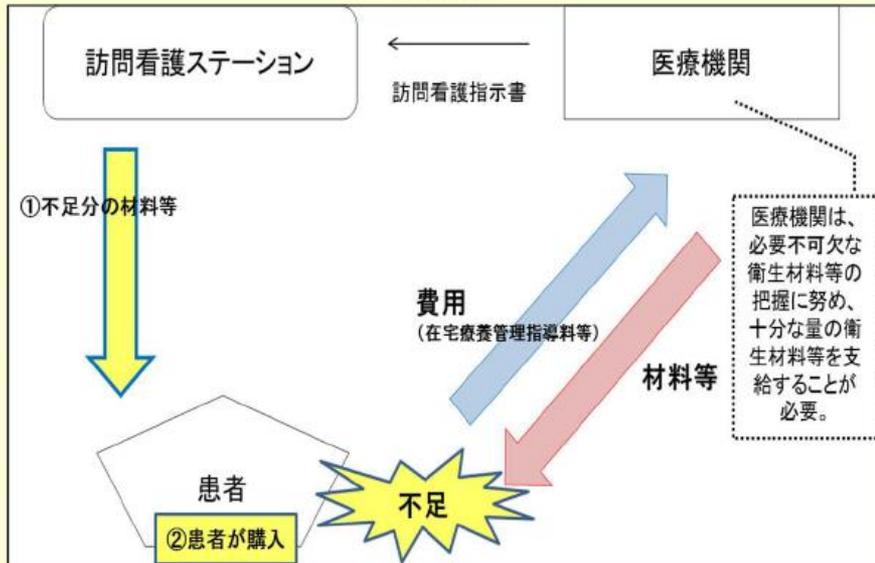
③特定保険医療材料（規定のもとに保険算定できる）

- ・保険適応の医療機器
局所陰圧閉鎖処置用材料、陰圧創傷治療用カートリッジ
創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ等

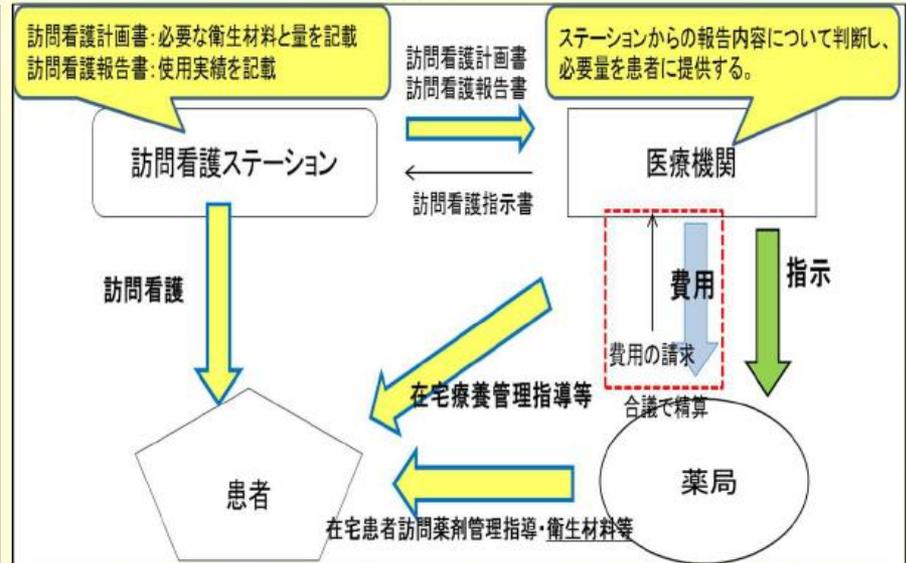
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

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

<在宅療養指導管理料>

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及び保険医療材料(以下この項において「衛生材料等」という。)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、地域支援体制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。
(省略)

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。

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(通知) 令和4年3月4日保医発0304第1号

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000935689.pdf>

<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 | 1,230点 |
| | 1 複雑な場合 |
| | 2 1以外の場合 |
| | イ月27回以下の場合 |
| | ロ月28回以上の場合 |
| C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 | 650点 |
| C101-3 1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1 | 750点 |
| 2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2 | 820点 |
| C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 | 150点 |
| C102-2 在宅血液透析指導管理料 | 150点 |
| C103 在宅酸素療法指導管理料 | 4,000点 |
| 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 | 10,000点 |
| 2 その他の場合 | |
| C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 | 520点 |
| C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 | 2,400点 |
| C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 | 3,000点 |
| C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 | 2,500点 |
| C106 在宅自己導尿指導管理料 | 1,050点 |
| C107 在宅人工呼吸指導管理料 | 2,500点 |
| C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 | 1,400点 |
| 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 | 2,800点 |
| 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 | |
| C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 | 2,250点 |
| C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 | 250点 |
| C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 | 2,400点 |
| C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 | 1,500点 |
| C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 | 1,500点 |
| C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 | 1,050点 |
| C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 | 1,300点 |
| C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 | 810点 |
| C110-5 在宅舌下神経電気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 | 810点 |
| C112 在宅気管切開患者指導管理料 | 810点 |
| C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 | 1,500点 |
| C113 削除 | 900点 |
| C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 | 900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 | 1,000点 |
| C117 在宅経腸投薬指導管理料 | 45,000点 |
| C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 | 1,500点 |
| C119 在宅経肛門の自己洗腸指導管理料 | 2,800点 |
| C120 在宅中耳加圧療法指導管理料 | 800点 |
| C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 | 800点 |

厚生労働省告示第54号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 2022-3-4

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

別表第一-1

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

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 |



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 |
| 特定保険医療材料 | 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。 |
| 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。) |

出典：厚生労働省 平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料等について を加工
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000112857.html>
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039894.pdf>

診療報酬における言葉の意味（創傷関連の例）

①衛生材料等(処置料等に含まれる)

- ・ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなどの雑品系の製品

②保険医療材料(処置料等に含まれる)

- ・ 保険適応でない医療機器
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（規定のもとに保険算定できる）

- ・ 保険適応の医療機器
局所陰圧閉鎖処置用材料、陰圧創傷治療用カートリッジ
創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ等

皮膚欠損用創傷被覆材の 薬事承認上の「使用目的又は効果」と保険償還の関係

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

＜非固着性シリコンガーゼ＞の薬事承認上の「使用目的又は効果」

- 創部の保護及び固着防止に用いること。

＜創傷被覆材＞の薬事承認上の「使用目的又は効果」

- 真皮までの創傷に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

- 皮下脂肪組織までの創傷（Ⅲ度熱傷を除く。）に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

＜抗菌性創傷被覆材＞の薬事承認上の「使用目的又は効果」

- 真皮までの創傷に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

本品は、感染を引き起こす可能性が高く、浸出液を伴う創傷に使用すること。

- 皮下脂肪組織までの創傷（Ⅲ度熱傷を除く。）に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

本品は、感染を引き起こす可能性が高く、浸出液を伴う創傷に使用すること。

皮膚欠損用創傷被覆材の 薬事承認上の「使用目的又は効果」と保険償還の関係

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

101 皮膚欠損用創傷被覆材

(1) 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。

(2) 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。

(3) 皮膚欠損用創傷被覆材は、以下の場合には算定できない。

ア 手術縫合創に対して使用した場合

イ 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

ウ 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

エ 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

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。)及びその材料価格

| | |
|-------------------|-------------|
| 101 皮膚欠損用創傷被覆材 | |
| (1) 真皮に至る創傷用 | 1 c㎡当たり6円 |
| (2) 皮下組織に至る創傷用 | |
| ① 標準型 | 1 c㎡当たり10円 |
| ② 異形型 | 1 g 当たり35円 |
| (3) 筋・骨に至る創傷用 | 1 c㎡当たり25円 |
| 102 真皮欠損用グラフト | 1 c㎡当たり452円 |
| 103 非固着性シリコンガーゼ | |
| (1) 広範囲熱傷用 | 1,080円 |
| (2) 平坦部位用 | 142円 |
| (3) 凹凸部位用 | 309円 |
| 105 デキストラノマー | 1 g 当たり145円 |
| 159 局所陰圧閉鎖処置用材料 | 1 c㎡当たり18円 |
| 180 陰圧創傷治療用カートリッジ | 19,800円 |

出典：厚生労働省 診療報酬の算定方法の一部を改正する件令和4年厚生労働省告示第54号令和4年3月4日

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

在宅での創傷被覆材

①在宅療養指導管理料
+

②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)

在宅008、009 調剤012、013
皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

(1) 皮膚欠損用創傷被覆材及び非固着性シリコンガーゼは、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「C114」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。

(2) 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。

(3) 区分番号「C114」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。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載する。

I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）
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

008 皮膚欠損用創傷被覆材

(1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり6円

(2) 皮下組織に至る創傷用

① 標準型 1 cm²当たり10円

② 異形型 1 g 当たり35円

(3) 筋・骨に至る創傷用 1 cm²当たり25円

009 非固着性シリコンガーゼ

(1) 広範囲熱傷用 1,080円

(2) 平坦部位用 142円

(3) 凹凸部位用 309円

013 局所陰圧閉鎖処置用材料 1 cm²当たり18円

014 陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円

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

012 皮膚欠損用創傷被覆材

- | | |
|----------------|--------------------------|
| (1) 真皮に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり6円 |
| (2) 皮下組織に至る創傷用 | |
| ① 標準型 | 1 cm ² 当たり10円 |
| ② 異形型 | 1 g 当たり35円 |
| (3) 筋・骨に至る創傷用 | 1 cm ² 当たり25円 |

013 非固着性シリコンガーゼ

- | | |
|------------|--------|
| (1) 広範囲熱傷用 | 1,080円 |
| (2) 平坦部位用 | 142円 |
| (3) 凹凸部位用 | 309円 |

<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 | 1,230点 |
| | 1 複雑な場合 |
| | 2 1以外の場合 |
| | イ月27回以下の場合 |
| | ロ月28回以上の場合 |
| C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 | 650点 |
| C101-3 1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1 | 750点 |
| 2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2 | 820点 |
| C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 | 150点 |
| C102-2 在宅血液透析指導管理料 | 150点 |
| C103 在宅酸素療法指導管理料 | 4,000点 |
| 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 | 10,000点 |
| 2 その他の場合 | |
| C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 | 520点 |
| C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 | 2,400点 |
| C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 | 3,000点 |
| C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 | 2,500点 |
| C106 在宅自己導尿指導管理料 | 1,050点 |
| C107 在宅人工呼吸指導管理料 | 2,500点 |
| C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 | 1,400点 |
| 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 | 2,800点 |
| 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 | |
| C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 | 2,250点 |
| C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 | 250点 |
| C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 | 2,400点 |
| C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 | 1,500点 |
| C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 | 1,500点 |
| C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 | 1,050点 |
| C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 | 1,300点 |
| C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 | 810点 |
| C110-5 在宅舌下神経電気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 | 810点 |
| C112 在宅気管切開患者指導管理料 | 810点 |
| C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 | 1,500点 |
| C113 削除 | 900点 |
| C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 | 900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 | 1,000点 |
| C117 在宅経腸投薬指導管理料 | 45,000点 |
| C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 | 1,500点 |
| C119 在宅経肛門の自己洗腸指導管理料 | 2,800点 |
| C120 在宅中耳加圧療法指導管理料 | 800点 |
| C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 | 800点 |

厚生労働省告示第54号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 2022-3-4

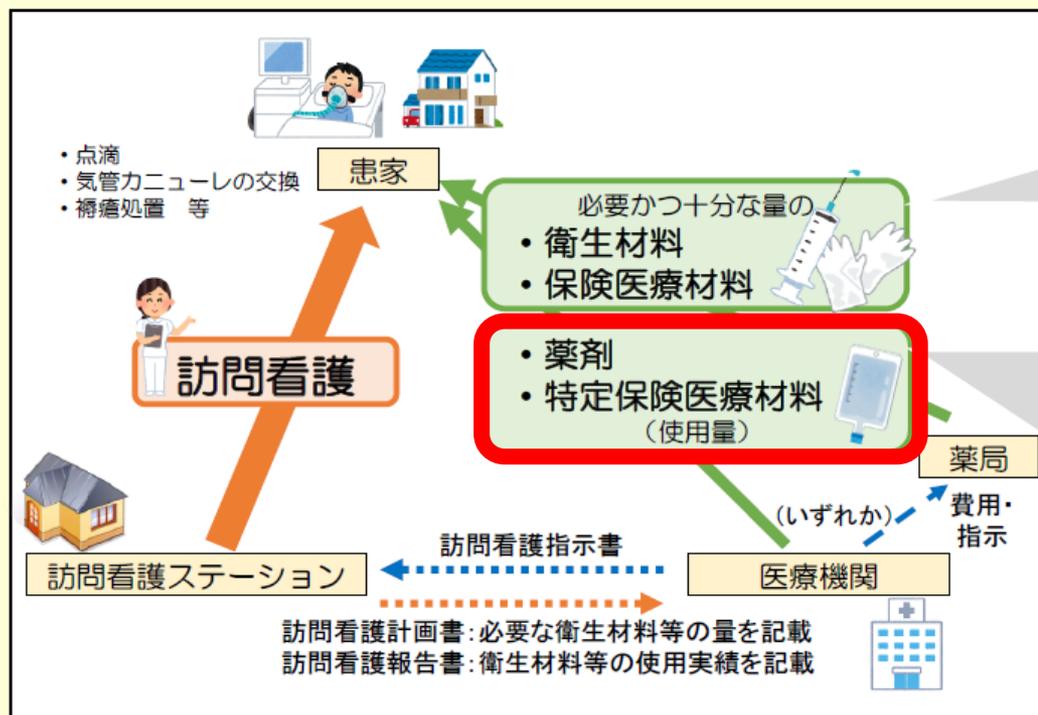
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

別表第一-1

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

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。

C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 (在宅療養指導管理料)

皮膚欠損用創傷被覆材の 薬事承認上の「使用目的又は効果」と保険償還の関係

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

〈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 | 1,230点 |
| | 1 複雑な場合 |
| | 2 1以外の場合 |
| | イ月27回以下の場合 |
| | ロ月28回以上の場合 |
| C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 | 650点 |
| C101-3 1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1 | 750点 |
| 2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2 | 820点 |
| C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 | 150点 |
| C102-2 在宅血液透析指導管理料 | 150点 |
| C103 在宅酸素療法指導管理料 | 4,000点 |
| 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 | 10,000点 |
| 2 その他の場合 | 520点 |
| C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 | 2,400点 |
| C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 | 3,000点 |
| C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 | 2,500点 |
| C105-3 在宅半固形栄養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 | 2,500点 |
| C107 在宅人工呼吸指導管理料 | 1,400点 |
| C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 | 2,800点 |
| 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 |
| C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 | 2,400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 |
| C110-5 在宅舌下神経電気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 |
| C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 | 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 |
| C117 在宅経腸投薬指導管理料 | 1,500点 |
| C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 | 2,800点 |
| C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 | 800点 |
| C120 在宅中耳加圧療法指導管理料 | 1,800点 |
| C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 | 800点 |

厚生労働省告示第54号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 2022-3-4

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

別表第一-1

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 1,000点 (在宅療養指導管理料の一つ)

注1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。

C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 (在宅療養指導管理料の一つ)

(1) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者又は水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症患者であって、難治性の皮膚病変に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、びらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び被覆材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

(2) 特定保険医療材料以外のガーゼ等の衛生材料や、在宅における水疱の穿刺等の処置に必要な医療材料に係る費用は当該指導管理料に含まれる。

(3) 当該指導管理料を算定している患者に対して行う処置の費用(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。)は別に算定できる。

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(通知) 令和4年3月4日保医発0304第1号

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000935689.pdf>

在宅008、009 調剤012、013
皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

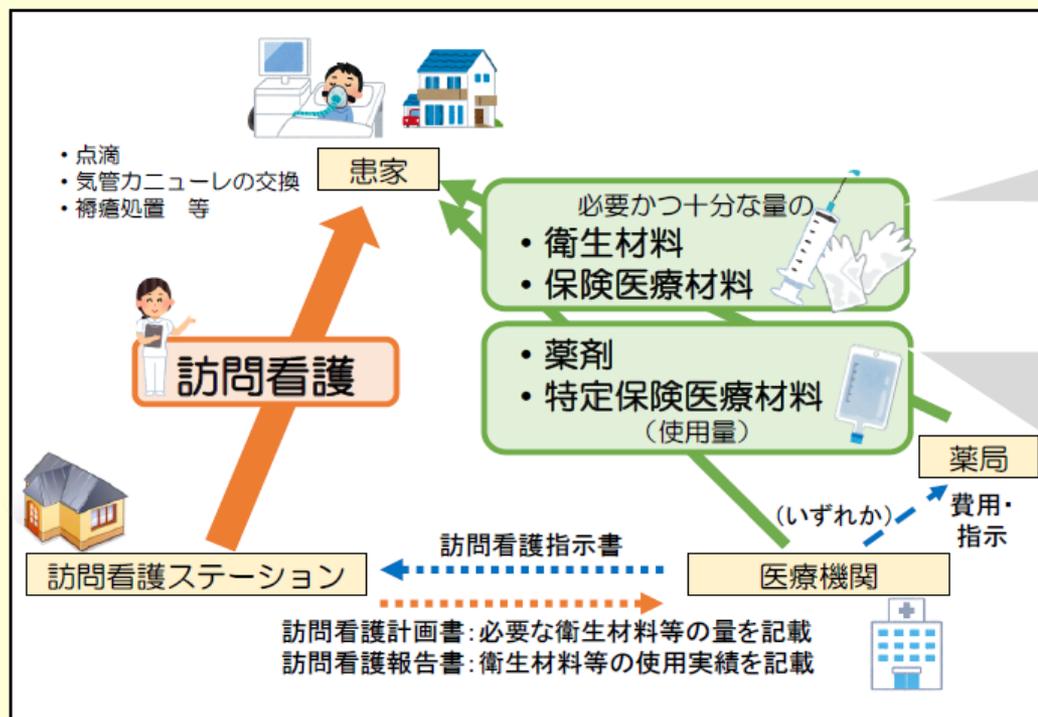
(1) 皮膚欠損用創傷被覆材及び非固着性シリコンガーゼは、いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R分類D3、D4及びD5）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合又は区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。

(2) 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。

(3) 区分番号「C114」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。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載する。

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。

学会会員の方へ

医療従事者の方へ

一般の皆様へ

学術集会・セミナー
 参加希望の皆様へ

災害危機管理

Home > 学術集会・セミナー参加希望の方へ > 学術集会の報告

学術集会

学術集会の報告

■ 第21回日本褥瘡学会学術集会

(2019年8月23日(金)~8月24日(土), 於京都府)

会長: 立花 隆夫

総参加者数 6510名

● 参加者職種内訳

[参加者の中でアンケート回答された方の内訳]

| | 分類 | 正会員 | 施設会員 | 学生・院生 | 賛助会員 | 非会員 | 合計 |
|----|----------------|-------|------|-------|------|-------|-------|
| 1 | 医師 | 418名 | 30名 | 0名 | 0名 | 142名 | 590名 |
| 2 | 看護師 | 2283名 | 197名 | 8名 | 3名 | | |
| 3 | 介護師 | 5名 | 2名 | 0名 | 0名 | | |
| 4 | ケアワーカー | 1名 | 0名 | 0名 | 0名 | | |
| 5 | 薬剤師 | 218名 | 9名 | 1名 | 1名 | | |
| 6 | 栄養士 | 59名 | 10名 | 1名 | 0名 | | |
| 7 | 理学療法士 | 83名 | 16名 | 0名 | 0名 | | |
| 8 | 作業療法士 | 25名 | 8名 | 0名 | 0名 | 35名 | 68名 |
| 9 | 臨床工学技師 | 0名 | 0名 | 0名 | 0名 | 2名 | 2名 |
| 10 | 応用工学研究者 | 8名 | 0名 | 1名 | 0名 | 6名 | 15名 |
| 11 | 薬剤開発技術者 | 0名 | 0名 | 0名 | 0名 | 10名 | 10名 |
| 12 | その他(営業・販売・etc) | 25名 | 1名 | 3名 | 7名 | 142名 | 178名 |
| 13 | 参加者合計 | 3125名 | 273名 | 14名 | 11名 | 2556名 | 5979名 |

創傷被覆材一覧表は
 後日、学会HPにUP予定です。
 (旧版は、現在もUPされています)

[第21回学術集会に行いました創傷被覆保護材等一覧表(第28版)を掲載致します。]
[創傷被覆保護材等一覧表\(第28版\)](#)

NPWTの保険算定のポイント(入院・外来・在宅)

| | | 入院 | 外来 (入院外) | 在宅 (入院外) |
|------------|--|---|---------------|-------------------------------------|
| 処置点数 | 据え置き型 | 連日算定可 | × 算定不可 | × 算定不可 |
| | 単回使用 | 週3回まで算定可 (特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定(交換した日)) | 来院して処置した日は算定可 | 医師が行って処置をした日は算定可 看護師だけでは算定不可 |
| 特定保険医療材料 | 局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² 当たり18円 | ○ 交換した日は算定可 | 来院して交換した日は算定可 | 医師か訪問看護師が交換した日は算定可 |
| | 陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円 | × 算定不可 | 来院して交換した日は算定可 | (WOCか創傷管理関連の特定看護師に限る) |
| 添付文書上の交換頻度 | 局所陰圧閉鎖処置用材料 | V.A.C.: 48時間ごと又は週3回以上交換 | × 使用不可 | × 使用不可 |
| | | RENASYS: 48~72時間で初回交換、その後は週3回以上交換 | × 使用不可 | × 使用不可 |
| | | SNAP: 週2回以上の交換 | | |
| | 陰圧創傷治療用カートリッジ | PICO: 3~4日ごとに交換(最長7日間) フィルターを使用する場合は、1週間に3回交換 | | |
| | | SNAP: 週1回以上の交換(カートリッジ満杯の場合は交換) PICO: 7日間で交換(自動的に稼働が停止) | | |

NPWTの保険算定のポイント(入院・外来・在宅)

| | | 入院 | 外来 (入院外) | 在宅 (入院外) | |
|------------|--|--|---------------|---------------------------------|--|
| 処置点数 | 据え置き型 | 連日算定可 | × 算定不可 | × 算定不可 | |
| | 単回使用 | 週3回まで算定可 (特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定(交換した日)) | 来院して処置した日は算定可 | 医師が行って処置をした日は算定可 看護師だけでは算定不可 | |
| 特定保険医療材料 | 局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² 当たり18円 | ○ 交換した日は算定可 | 来院して交換した日は算定可 | 医師か訪問看護師が交換した日は算定可 | |
| | 陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円 | × 算定不可 | 来院して交換した日は算定可 | (WOCか創傷管理関連の特定看護師に限る) | |
| 添付文書上の交換頻度 | 局所陰圧閉鎖処置用材料 | V.A.C.: 48時間ごと又は週3回以上交換 | × 使用不可 | × 使用不可 | |
| | | RENASYS: 48~72時間で初回交換、その後は週3回以上交換 | × 使用不可 | × 使用不可 | |
| | | SNAP: 週2回以上の交換 | | | |
| | 陰圧創傷治療用カートリッジ | PICO: 3~4日ごとに交換(最長7日間) フィルターを使用する場合は、1週間に3回交換 | | | |
| | | SNAP: 週1回以上の交換(カートリッジ満杯の場合は交換) | | | |
| | | PICO: 7日間で交換(自動的に稼働が停止) | | | |

NPWTの保険算定のポイント(入院・外来・在宅)

| | | 入院 | 外来 (入院外) | 在宅 (入院外) |
|------------|--|---|---------------|---------------------------------|
| 処置点数 | 据え置き型 | 連日算定可 | × 算定不可 | × 算定不可 |
| | 単回使用 | 週3回まで算定可 (特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定(交換した日)) | 来院して処置した日は算定可 | 医師が行って処置をした日は算定可 看護師だけでは算定不可 |
| 特定保険医療材料 | 局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² 当たり18円 | ○ 交換した日は算定可 | 来院して交換した日は算定可 | 医師か訪問看護師が交換した日は算定可 |
| | 陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円 | × 算定不可 | 来院して交換した日は算定可 | (WOCか創傷管理関連の特定看護師に限る) |
| 添付文書上の交換頻度 | 局所陰圧閉鎖処置用材料 | V.A.C.: 48時間ごと又は週3回以上交換 | × 使用不可 | × 使用不可 |
| | | RENASYS: 48~72時間で初回交換、その後は週3回以上交換 | × 使用不可 | × 使用不可 |
| | | SNAP: 週2回以上の交換 | | |
| | 陰圧創傷治療用カートリッジ | PICO: 3~4日ごとに交換(最長7日間) フィルターを使用する場合は、1週間に3回交換 | | |
| | | SNAP: 週1回以上の交換(カートリッジ満杯の場合は交換) PICO: 7日間で交換(自動的に稼働が停止) | | |

NPWTの保険算定のポイント(在宅編)

2

| | 同じ医療機関同士又は (「特別の関係」の訪問看護S) | | | 医療機関+訪問看護S | |
|--|-------------------------------|-----|-----|------------|-----|
| | 医師 | 医師 | | 医師 | |
| | | 看護師 | 看護師 | 看護師 | 看護師 |
| 訪問診療料 | ◎ | ◎ | — | ◎ | — |
| 訪問看護料 | — | × | ◎ | ◎ | ◎ |
| 処置料 (医療機関での算定) | ◎ | ◎ | × | ◎ | × |
| 特定保険医療材料 (医科) | ◎ | ◎ | × | ◎ | × |
| 特定保険医療材料 (在宅) | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 衛生材料・保険医療材料 (在宅療養指導管理料算定患者) | 医療機関から支給 | | | | |
| 衛生材料・保険医療材料 (在宅療養指導管理料算定してないが、訪問看護している患者) | 衛生材料等提供加算 | | | | |

NPWTの保険算定のポイント(在宅編)

2

| | 同じ医療機関同士又は (「特別の関係」の訪問看護S) | | | 医療機関+訪問看護S | |
|--|-------------------------------|-----|-----|------------|-----|
| | 医師 | 医師 | | 医師 | |
| | | 看護師 | 看護師 | 看護師 | 看護師 |
| 訪問診療料 | ◎ | ◎ | — | ◎ | — |
| 訪問看護料 | — | × | ◎ | ◎ | ◎ |
| 処置料 (医療機関での算定) | ◎ | ◎ | × | ◎ | × |
| 特定保険医療材料 (医科) | ◎ | ◎ | × | ◎ | × |
| 特定保険医療材料 (在宅) | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 衛生材料・保険医療材料 (在宅療養指導管理料算定患者) | 医療機関から支給 | | | | |
| 衛生材料・保険医療材料 (在宅療養指導管理料算定してないが、訪問看護している患者) | 衛生材料等提供加算 | | | | |

特定保険医療材料の留意事項(在宅)

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

1. 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。
 - ア 外傷性裂開創(一次閉鎖が不可能なもの)
 - イ 外科手術後離開創・開放創
 - ウ 四肢切断端開放創
 - エ デブリードマン後皮膚欠損創
2. 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。
3. 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。ただし、感染等により当該処置を中断した場合にあっては、当該期間は治療期間に含めない。
4. 局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
5. 訪問看護ステーション等の看護師等が局所陰圧閉鎖処置用材料を使用して処置を実施する場合には、十分な経験のある医師の指示の下で実施し、当該医師と十分な連携を図ること。
6. **局所陰圧閉鎖処置用材料は、陰圧創傷治療用カートリッジと併用し、関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。**

014 陰圧創傷治療用カートリッジ

1. 訪問看護ステーション等の看護師等が局所陰圧閉鎖処置用材料を使用して処置を実施する場合には、十分な経験のある医師の指示の下で実施し、当該医師と十分な連携を図ること。
2. 陰圧創傷治療用カートリッジは、**関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。**

在宅医療における「局所陰圧閉鎖療法」の適正使用に係る適正使用指針の策定について

上記に対して、日本形成外科学会として、在宅医療における「局所陰圧閉鎖療法」の適正使用に関して検討し、下記の適正使用指針を策定致しました。

<適応>

外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの）

外科手術後離開創・開放創

四肢切断端開放創

デブリードマン後皮膚欠損創

<禁忌>

悪性腫瘍がある創傷

臓器と交通している瘻孔、及び未検査の瘻孔がある創傷

陰圧を付加することによって瘻孔が難治化する可能性のある創傷（髄液瘻や消化管瘻、肺瘻など）

痂皮を伴う壊死組織を除去していない創傷

<実施者要件>

医師又は訪問看護ステーション等の看護師等（創傷管理関連の特定行為研修を修了した者、もしくは日本看護協会が定める皮膚・排泄ケアに関する認定看護師教育過程を修了した者に限る）

<実施に関する留意事項>

訪問看護ステーション等の看護師等（創傷管理関連の特定行為研修を修了した者、もしくは日本看護協会が定める皮膚・排泄ケアに関する認定看護師教育過程を修了した者に限る）が当該材料を使用して処置を実施する場合には、創傷治療および陰圧閉鎖療法の十分な経験のある医師（形成外科専門医等）の指示の下で実施し、当該医師と十分な連携を図ること

在宅医療における「局所陰圧閉鎖療法」の適正使用に係る適正使用指針(形成外科学会)

在宅医療における「局所陰圧閉鎖療法」の適正使用に係る適正使用指針の策定について上記に対して、日本形成外科学会として、在宅医療における「局所陰圧閉鎖療法」の適正使用に関して検討し、下記の適正使用指針を策定致しました。

<適応>

外傷性裂開創(一次閉鎖が不可能なもの)
外科手術後離開創・開放創
四肢切断端開放創
デブリードマン後皮膚欠損創

<禁忌>

悪性腫瘍がある創傷
臓器と交通している瘻孔、及び未検査の瘻孔がある創傷
陰圧を付加することによって瘻孔が難治化する可能性のある創傷(髄液瘻や消化管瘻、肺瘻など)
痂皮を伴う壊死組織を除去していない創傷

<実施者要件>

医師又は訪問看護ステーション等の看護師等
(**創傷管理関連の特定行為研修を修了した者、もしくは日本看護協会が定める皮膚・排泄ケア**
に関する認定看護師教育過程を修了した者**に限る**)

<実施に関する留意事項>

訪問看護ステーション等の看護師等(創傷管理関連の特定行為研修を修了した者、もしくは日本看護協会が定める皮膚・排泄ケアに関する認定看護師教育過程を修了した者に限る)が当該材料を使用して処置を実施する場合には、**創傷治療および陰圧閉鎖療法の十分な経験のある医師(形成外科専門医等)の指示の下で実施し**、当該医師と十分な連携を図ること

特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 |
| 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 |
| | 人工呼吸器からの離脱 |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 気管カニューレの交換 |
| 循環器関連 | 一時的ペースメーカの操作及び管理 |
| | 一時的ペースメーカーリードの抜去 |
| | 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 |
| | 大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整 |
| 心嚢ドレーン管理関連 | 心嚢ドレーンの抜去 |
| 胸腔ドレーン管理関連 | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更 |
| | 胸腔ドレーンの抜去 |
| 腹腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。) |
| ろう孔管理関連 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうポタンの交換 |
| | 膀胱ろうカテーテルの交換 |
| 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 | 中心静脈カテーテルの抜去 |
| 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 |

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------|--|
| 創傷管理関連 | 褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |
| | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 |
| 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |
| | 橈骨動脈ラインの確保 |
| 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 脱水症状に対する輸液による補正 |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与 |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | インスリンの投与量の調整 |
| 術後疼痛管理関連 | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 |
| | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 |
| | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 |
| | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 |
| | 抗けいれん剤の臨時的投与 |
| | 抗精神病薬の臨時的投与 抗不安薬の臨時的投与 |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整 |

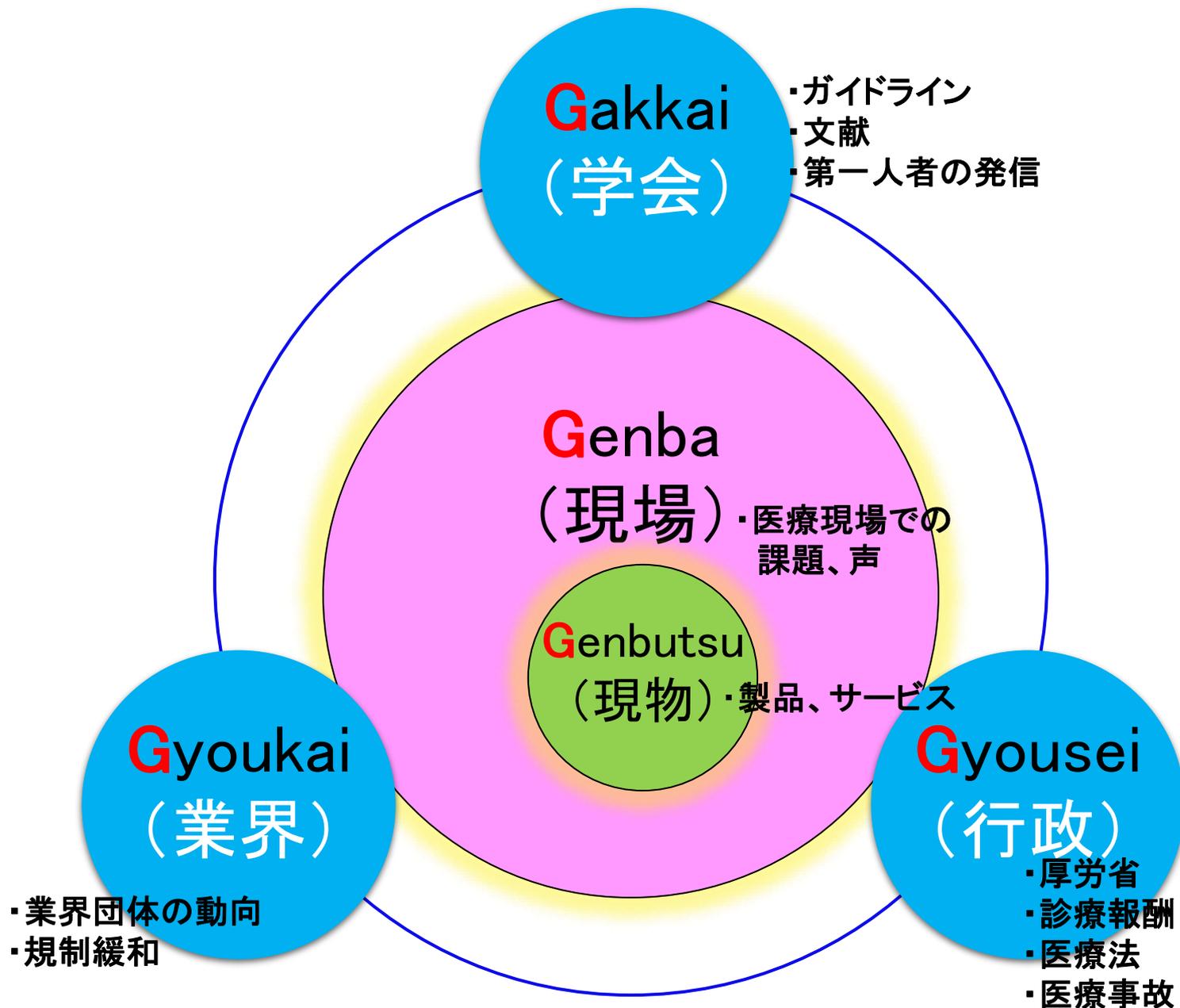
—2022年度(R4年度)診療報酬改定:褥瘡関連項目の実践解説—

抄録は5月末時点なので、その後、一部疑義解釈等での変更があります。

<抄録>

- 診療報酬の基本:レセプト、審査、関連法規
- 入院基本料:「褥瘡対策」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。DESIGN-R2020となった。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修(創傷管理関連)の修了者でも可能となった。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修(創傷管理関連)を修了した看護師が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。
- ~~重度褥瘡処置:DESIGN-R2020 分類d2以上となった。~~
- その他:在宅患者訪問褥瘡管理指導料、下肢創傷処置、創傷被覆材、衛生材料、NPWT等

医療環境の5つのG



医療現場への強制力 & 影響力の概念

法的
拘束力
推進力

学問的
専門的
影響力

広告
宣伝

| | | |
|-------|-----------------|---------|
| Aランク | 医療法 | 本文・通知等 |
| | | 技術資料 |
| | | 事故報告 |
| | 診療報酬 (健康保険法) | 基本要件 |
| | | 加算要件 |
| | | 製品の保険償還 |
| 労働基準法 | | |
| Bランク | 機能評価 | |
| | JCI | |
| | ガイドライン(海外・国内) | |
| Cランク | 学会関連 | 学会誌の文献 |
| | | 学会での発表 |
| Dランク | 専門雑誌等の記事 | |
| Eランク | 広告 | |
| | 記事広告 | |
| | 会社発信のケースレポートなど | |

医師法
保助看法等
の
医療従事者
の各種法規

お薦め

医療環境の変化を
これまでにない切り口で書いています。
概論とQ&Aの2本立てです！！



- 1 2025年、2040年を見据え、これからの5年を予測する！ p.7
- 2 医療再編（医療計画、地域医療構想、病床機能報告） p.7
- 3 診療報酬の基本 p.7
- 4 平成30年度診療報酬改定のトピック（看護体制、看護必要度） p.7
- 5 行政による指導等（立ち入り検査、適時調査、個別指導、共同指導等） p.7
- 6 チーム医療の算定状況 p.7
- 7 医療法、診療報酬、機能評価の違い p.7
- 8 医療安全関連（医療法関連、入院基本料／医療安全対策加算／医療安全対策地域連携加算） p.7
- 9 感染対策（医療法関連、入院基本料／感染防止対策加算／感染防止対策地域連携加算／抗菌薬適正使用支援加算） p.7
- 10 褥瘡対策（医療法関連、入院基本料／褥瘡ハイリスク患者ケア加算／療養病棟・褥瘡対策加算／在宅患者訪問褥瘡管理指導料／退院後訪問指導料／WOCの同行訪問） p.7

増刷分も残り30冊程度なので
ご希望の方はお早めに・・・
Amazonなど大手通販でも
購入できます。

https://www.igaku.co.jp/wocnursing/wocnursing_1901.html

WOCナーシング 2019年1月号(医学出版)

お薦め

- GemMed (グローバルヘルスコンサルティング)

<https://gemmed.ghc-j.com/>

- テルネット (テルモ)

<https://www.terumo.co.jp/medical/index.html?url=https://www.terumo.co.jp/medical/useful/terunet.html>

- アルメディアWEB (アルケア)

<https://www.almediaweb.jp/>

- メンリッケアドバンテージ (メンリッケ)

<https://www.molnlycke.jp/education/>

- スミス・アンド・ネフュー 在宅医療関連情報 (S&N)

<https://www.smith-nephew.com/japan/catalog/zaitakuhoken/>

- スリーエムジャパン 医療用製品事業部 (3M)

https://www.3mcompany.jp/3M/ja_JP/medical-jp/#MMM--Drawer-2-Desktop

(↓高水の連載)

https://www.3mcompany.jp/3M/ja_JP/medical-jp/topics/7/

高水の3MのHPの連載

3MのHPの公式サイトの方でトピックスをUPしています。

<http://go.3M.com/medical/2011MTmT7w/>

トピックス7：知っておきたい医療環境のトピックス

「知っておきたい医療環境のトピックス」では、「医療再編」と「チーム医療」を中心に、医療環境の様々なトピックスについてわかりやすく解説します。各トピックスは2段階構成となっています。前段は全体の概要を文章で解説し、そのあとに図表などの資料を用いてQ&A方式で紐解きます。資料は全てダウンロードしていただけますので、ご自由にご活用ください。

<トピックスの骨格>

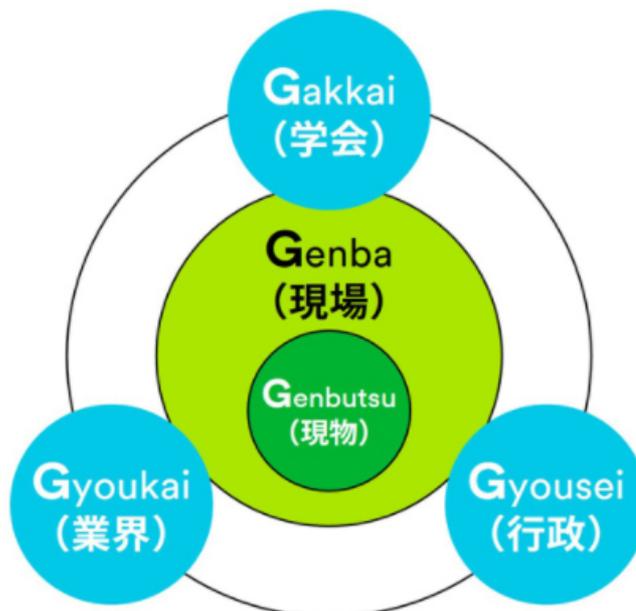
団塊の世代が後期高齢者になる2025年問題、高齢者人口がピークに達する2040年問題に対応する「地域包括ケアシステム」は、2014年の「医療介護総合確保推進法」によって軸が固まり、2018年にはW改定だけでなく、医療法改正、地域医療構想など、多くの医療・介護制度改革が同時にスタートした「医療制度改革の惑星直列」を経て、本格化してきました。

一方、医療従事者にとっては、「医師の働き方改革」の影響によって、医療従事者全体がタスクシフトの名のもとに業務の見直しや配置の見直しが求められています。医療現場に求められている、病院の機能分化、在宅医療、チーム医療などを推進するためには、ますます複雑になる医療環境の理解が重要になってきています。

医療環境に影響する要因を「5つのG」の視点で整理します。

- Genba（現場）・・・医療現場での課題、声
- Genbutsu（現物）・・・製品、サービス、手順
- Gakkai（学会）・・・ガイドライン、文献、第一人者の発信
- Gyousei（行政）・・・厚労省一診療報酬、医療法、医療事故、医療再編
- Gyokai（業界）・・・業界団体の動向、規制緩和、コンプライアンス

周辺の3つのG（学会、行政、業界）に注視することが大切です。周辺の3つのGによって中心の2G（現場、現物）の環境が変わったときには、速やかに経営方針、治療指針、看護手順、チーム医療マネジメント、薬品や医療材料の見直しが必要となります。多岐にわたる医療従事者の知識の整理と共有の一助になればと思います。各トピックスには5Gとの関連は記しませんが、常にこの5Gを意識して解説しています。



高水の3MのHPの連載

3MのHPの公式サイトの方でトピックスをUPしています。

<http://go.3M.com/medical/2011MTmT7w/>

トピックス一覧・資料ダウンロード

[本資料に関するお問い合わせはこちら](#)



Vol.1 看護師の専門性の整理—その1 (概要編) (PDF,584.64 KB)

日本看護協会が認定する認定看護師、専門看護師に代表される専門性の高い看護師は、チーム医療の中心的な役割として大きな期待と責任を歴史的に担ってきました。「地域包括ケアシステム」の実現のため2014年には「医療介護総合確保推進法」の中で特定行為研修が新設され、診療看護師・NPなどの資格も併せて医療関係者に広く認知されることになりました。看護師の専門性の主たる資格制度について解説をいたします。



Vol.2 看護師の専門性の整理—その2 (特定行為研修編) (PDF, 1.07 MB)

特定行為研修は、2014年「医療介護総合確保推進法」の一つとして新設され、「2025年に10万人をめざす」という目標でしたが、現在は2023年度に1万人(パッケージ研修を含む)と設定しなおされています。Eラーニングを軸に、働きながら一区分ずつ、職場に近い研修施設(病院)などで実技研修などをして修得するというのが基本的な思想になっています。4つのパッケージ研修のうち、3つは急性期病院向けのものになります。



Vol.3 働き方改革とタスクシフト (PDF, 2.96MB)

日本全体で「働き方改革」が推進されていますが、このトピックスでは「医師・医療従事者の働き方改革」特有の2つの特長について解説します。一つ目の特長は、「地域医療構想」「医師偏在対策」「医師・医療従事者の働き方改革」を「三位一体」で推進すること。二つ目の特長は「医師・医療従事者の働き方改革」の中心は「医師の働き方改革」であることです。



Vol.4 単回使用の医療機器の再製造 (PDF, 1.24MB)

単回使用の医療機器の医療機関内での「再滅菌」に対しては、厚生労働省からたびたび管理の通知が出ていますが、なかなかなくならないのが実情です。2017年7月に、世界の動きにあわせるべく、単回使用の医療機器の「再製造」を認める通知が発出しました。これは、医薬品医療機器等法(薬機法)は改正せずに、現状の法の中で運用を認めたものです。ポイントは、医療機関内での「再滅菌」が認められたことではないことです。あくまで「再製造」としての「業」の許可が必要です。



Vol.5 診療報酬の基本 (その1) (PDF,623KB)

診療報酬は、医療機関の経営に直結する医療行為の価格表です。診療報酬は複雑ですが、基本は「出来高」になります。出来高とは、医療行為を積み上げていくもので、その中に各種の加算もあります。DPC病棟や療養病棟が「マルメ」と呼ばれるのは、出来高の項目の一部が「包括」で支払われるからです。DPC病棟で「儉約」「削減」をすると、次回の改定で点数が下がる可能性があること、DPC病棟と療養病棟では包括される項目が違うこと、そしてなにより、急速に病棟が増加している「地域包括ケア病棟」や「回復期リハビリテーション病棟」の方が、実質的な包括(マルメ)の項目が多いことを理解すると、見え方が変わってきます。



Vol.6 診療報酬の基本 (その2) (PDF,2.14MB)

診療報酬は、医療機関の経営に直結する医療行為の価格表になります。今回は、DPC制度、看護必要度、病棟機能ごとのトピックスを解説します。2018年、2020年の2回の診療報酬の改定で、今後の看護体制の運用が固まってきました。厚生労働省は、多すぎると考えていた7:1の病床数の削減を目的として、これまで看護必要度、平均在院日数、在宅復帰率などの項目の新設や基準の引き上げなどのハードルを設けていましたが、削減効果はほとんどなく、約90万床の一般病床数のうち、30万床を超える7:1の病床数で高止まりしている状況でした。2018年の改定では、新たに10:1でも高い点数(急性期一般入院料2・3)を設定し、7:1からの移行を促しました。



Vol.7 行政による指導等 (立入検査、適時調査、個別指導、共同指導など)

地方厚生局や厚生労働省によって実施される各指導や適時調査は、皆さんが一番気になるイベントだと思います。適時調査は、本来は毎年実施することが原



Vol.8 チーム医療の算定状況

チーム医療と一言で言っても、人によってイメージは異なります。診療報酬の規定の視点で、大きく3つに分類して考えると理解しやすいです。各チーム医療の算定状況にも特徴があります。医療安全対策加算、感染防止対策加算のよ

本日の講演は、

LIVE配信のみで、オンデマンド配信の予定はありませんが、

講演スライドは、

後日、褥瘡学会のHPにUPしていただく予定です。

ご活用いただければ幸いです。

第24回日本褥瘡学会学術集会

The 24th Annual Congress of Japanese Society of Pressure Ulcers

褥瘡マネジメントの未来

新たな価値の創造

おつかれさまでした～

| | |
|-----|---|
| 会期 | 2022年 8月27日(土)・28日(日) |
| 会場 | パシフィコ横浜 ノース ※WEB併催 |
| 会長 | 溝上 祐子 東京医療保健大学 大学院 プライマリケア看護学領域設置準備室 |
| 副会長 | 松村 一 東京医科大学 形成外科学分科 主任教授 木下 幹雄 医療法人社団心愛会 TOWN訪問診療所 理事長 |