



「携」 Reiko Nogami

第15回 日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会 学術集会

紡ぎ、織り広げる連携

これだけは知っておきたい褥瘡の保険制度

～地域包括ケア時代、院内から在宅まで徹底的に活用しよう！～

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

会 期 2018年4月21日(土)

会 場 熊本市市民会館
熊本市中央区桜町1番3号
熊本市国際交流会館
熊本市中央区花畑町4番18号

会 長 野上 玲子
国立療養所菊池恵楓園 皮膚科

事務局長 吉野雄一郎
熊本赤十字病院 皮膚科



- 新着情報
What's New
- 学術集会
Annual Meeting
- 教育セミナー
Seminar
- 過去の地方会報告
Report
- 役員・会則
Officers
- 入会案内
Admission
- 事務局案内
Secretariat guidance
- リンク
Link

日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会

ご連絡

日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会

Japanese Society of Pressure Ulcers Kyusyu Okinawa block

NEWS

➔ 2018-04-13

【4/20(金)～4/23(月)のご連絡受付について】

4/20(金)～4/22(日)まで学術集会運営のためメール・FAXのご対応はできま...

日本褥瘡学会九州・沖縄地方会学術...

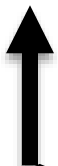
本日の講演スライドは、
日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会の
HPにUPされる予定です。
是非ご活用ください。



医療の質



医療経済



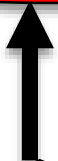
医療の質



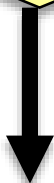
病病連携、病診連携から
5極連携へ...
(病院・診療所・介護施設・訪問看護S・薬局)



医療経済



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)



知識の標準化

医療経済



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)

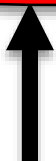


知識の標準化

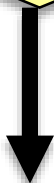


材料の標準化

医療経済



医療の質



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



手順の標準化



知識の標準化

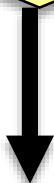


材料の標準化

医療経済



医療の質



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



手順の標準化



知識の標準化

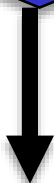


材料の標準化

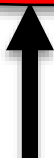
医療経済



医療法
診療報酬
機能評価



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



診療報酬
介護報酬
自費診療



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

在宅



介護施設



病院



薬



訪問看護



診療所



在宅



在宅

介護施設

急性期病院のチーム医療での材料や手順が
在宅まで大きく影響する

病院

薬

訪問看護

診療所

在宅



●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

●医療再編

●混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

「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

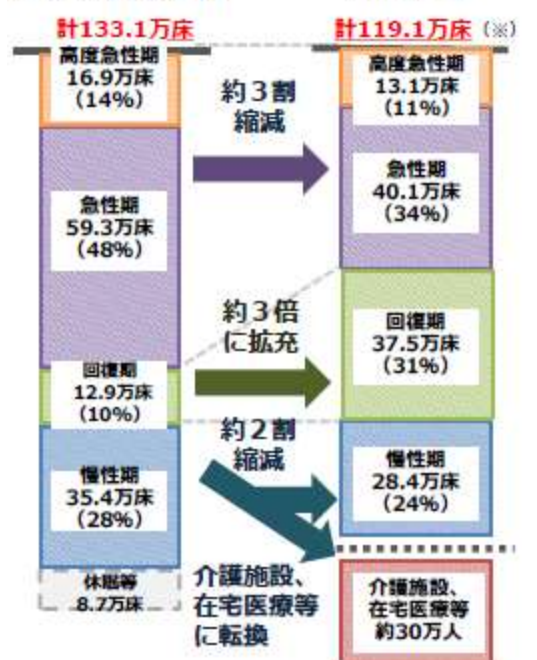
- 平成29年度以降、地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進。
- 病床の機能分化・連携の議論に必要な診療等データの提供、基金の重点配分、診療報酬・介護報酬での対応を実施。

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』

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。

【足下の病床機能】
（平成27年7月現在）



※ 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

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

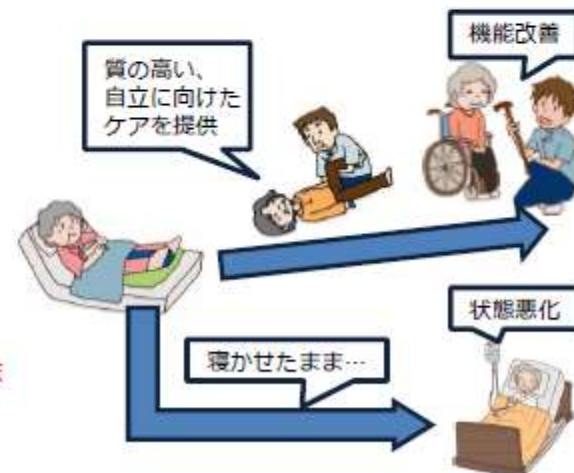
- 医療機能や患者の状態に応じた評価により、**地域医療構想の達成を推進**（7：1病床の適正化、療養病床の扱い等） 等

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

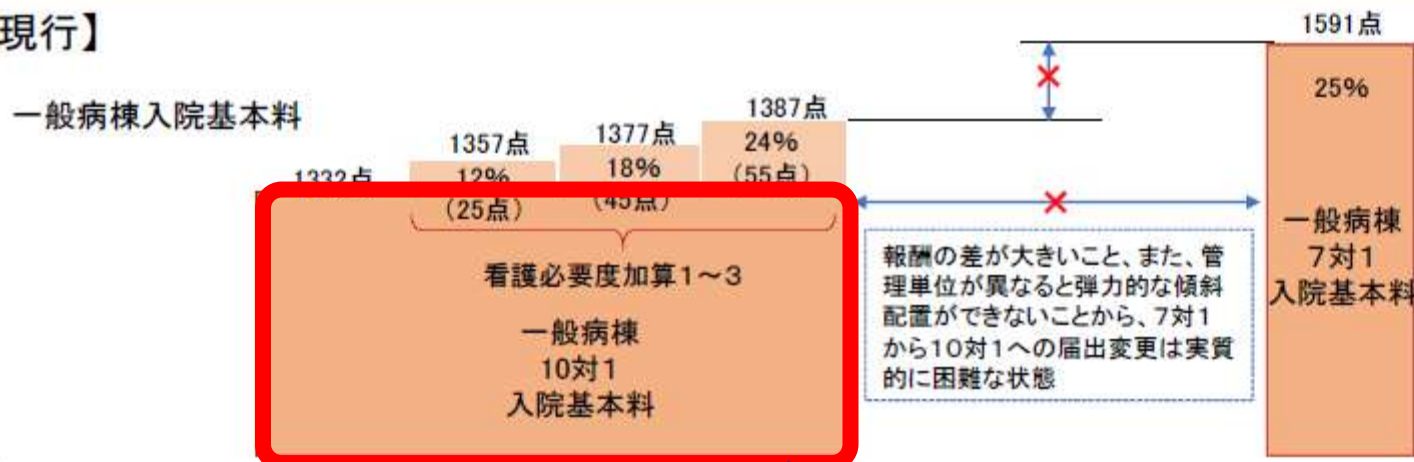
- **費用対効果や、アウトカムに基づく評価を推進**
- **データヘルス改革の推進、介護ロボットの活用**により自立等を促進し、現場の負担も軽減 等



★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。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

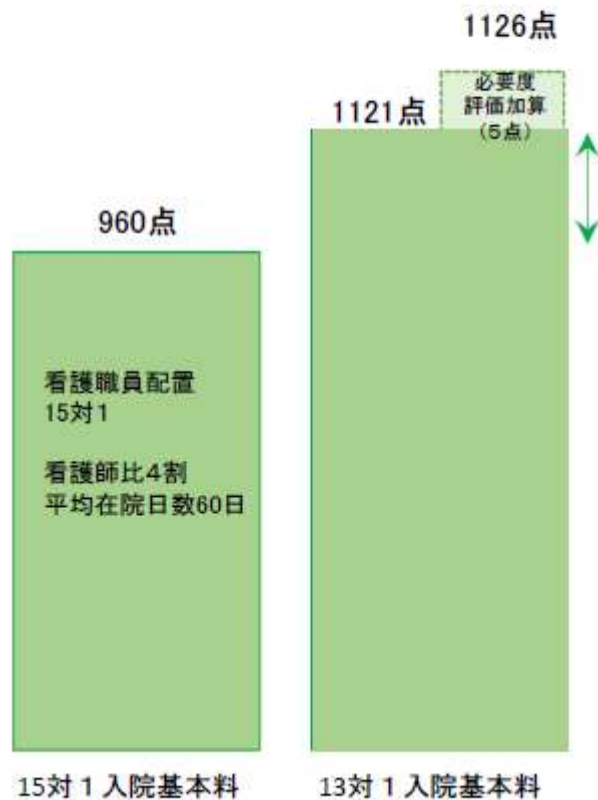
		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	(28%以上) ※	(29%以上) ※	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 ※	24%以上 ※	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
医師の員数		—						入院患者数の 100分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1:従来の方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

(※200床未満は、経過措置あり)

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



再編

【平成30年度改定】

【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
 - ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)



地域一般入院基本料1～3の内容

- 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とする。

	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—		○
点数	960点	1,121点	1,126点

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【現行】



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

再編

【平成30年度改定】

【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針を定めている



(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

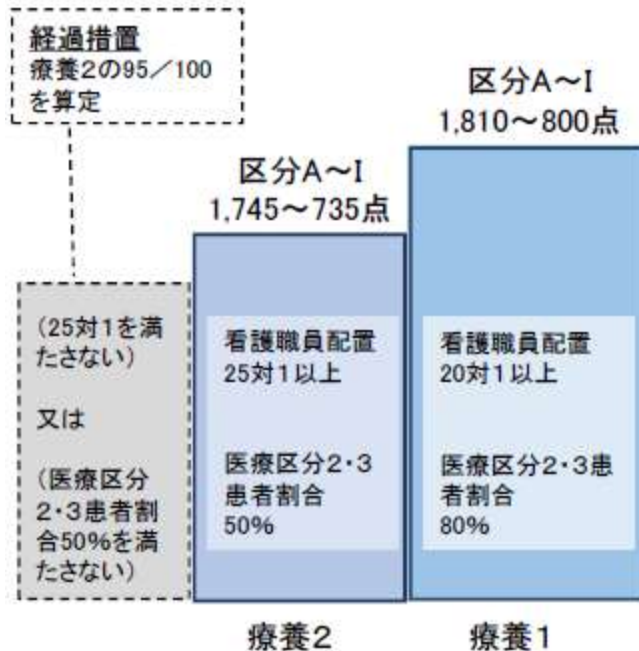
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	—				7割以上			
室面積	—				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	—		1割以上 (10床未満は1人以上)	1割以上	—		1割以上 (10床未満は1人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	—		3月で3人以上		—		3月で3人以上	
在宅医療等の提供	—		○		—		○	
看取りに対する指針	—		○		—		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満	○	—	○	○	○	—	○	○
点数 (生活療養を受ける場合)	2,038点 (2,024点)		2,238点 (2,224点)		2,558点 (2,544点)		2,738点 (2,724点)	

*1:従来の方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

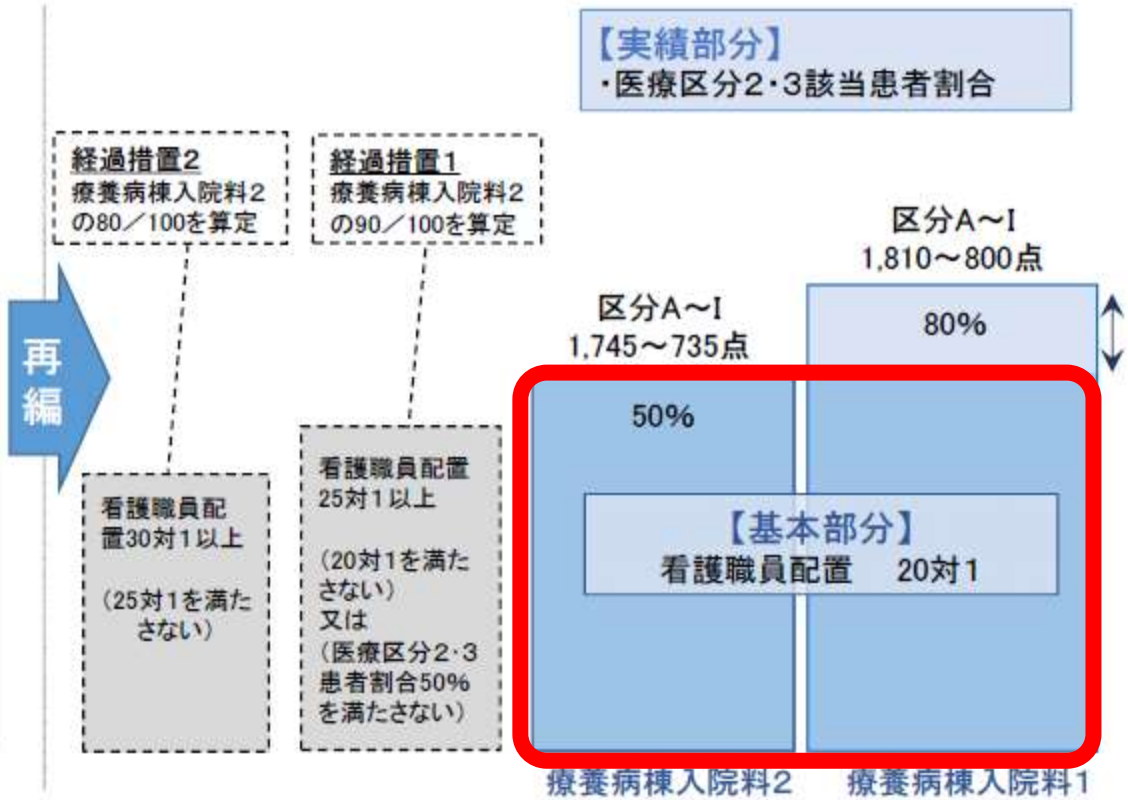
療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】



療養病棟入院基本料

【平成30年度改定】



療養病棟入院基本料

療養病棟入院料1～2の内容

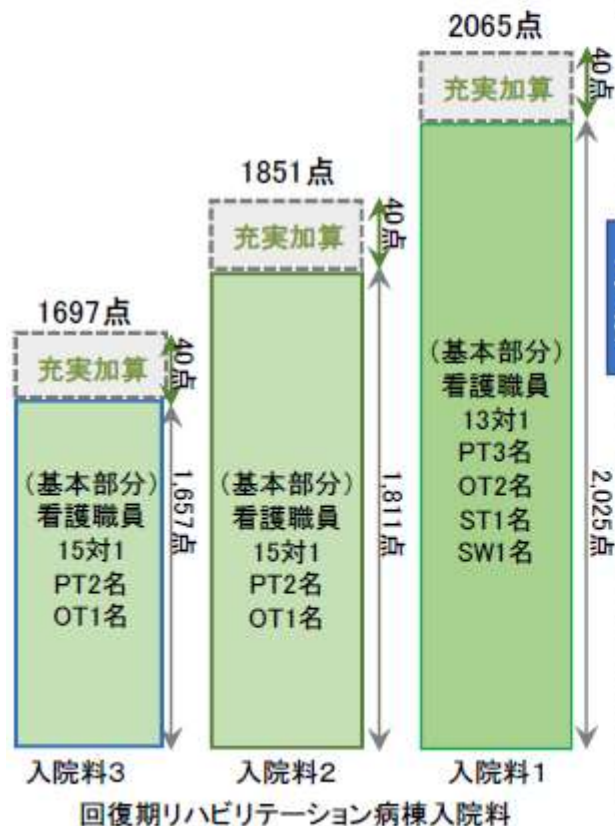
- 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

	経過措置	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員※	20対1を満たさない かつ、25対1以上	20対1 (医療法上の4:1)	
看護補助者※	20対1 (医療法上の4:1)		
医療区分2・3 該当患者割合	5割未満(満たさない)	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須		
点数	(療養病棟入院料2)の 90／100に相当する点数	医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点

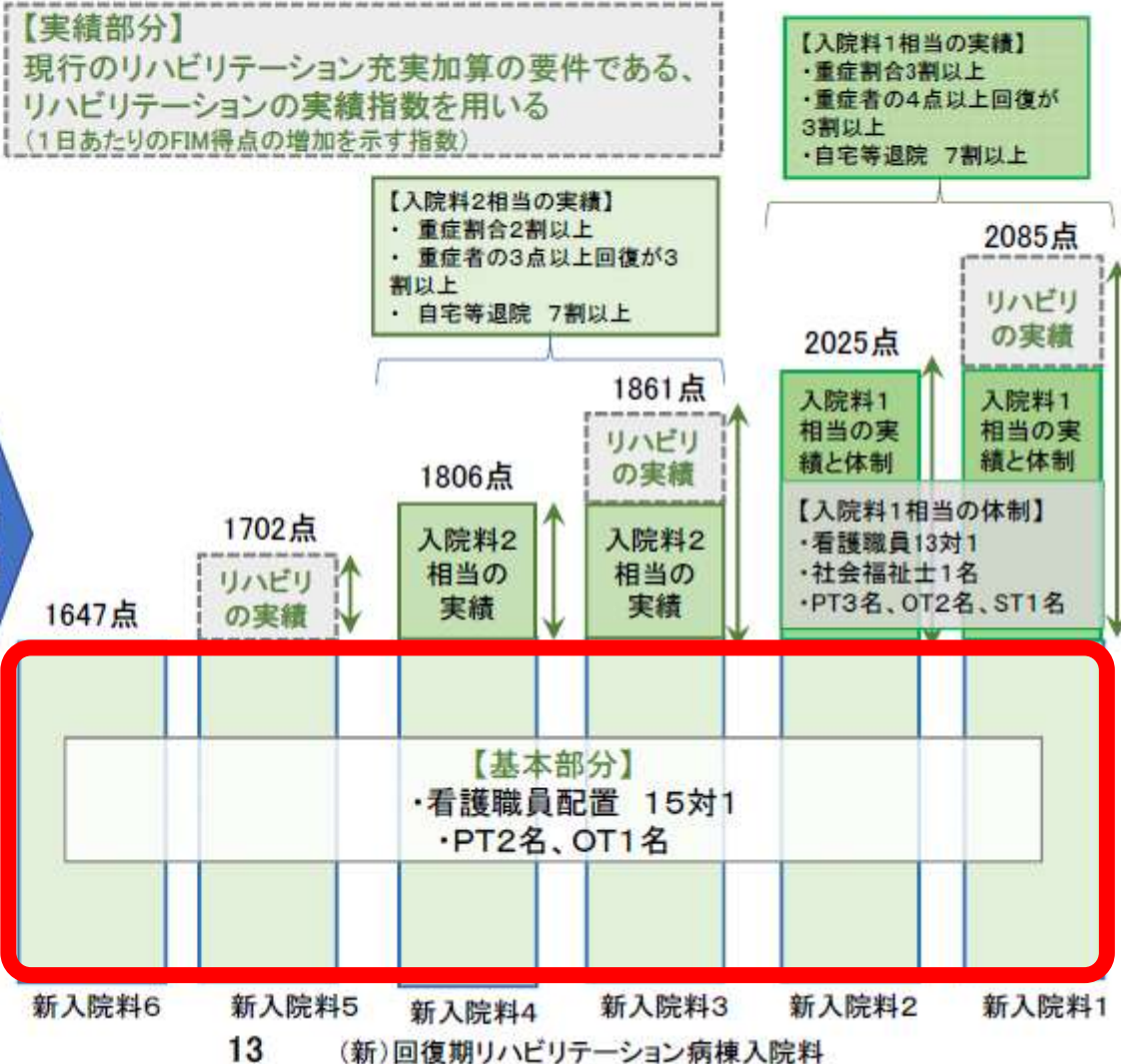
※ 療養病棟入院料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】



回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)				13対1以上(7割以上が看護師)	
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上				専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	
社会福祉士					専任常勤1名以上	
管理栄養士	—				専任常勤1名 (努力義務)	
リハビリ計画書の 栄養項目記載	—				必須	
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)		○			
休日リハ	— ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合 (日常生活機能評価10点以上)	—		2割以上		3割以上	
重症者における 退院時の日常生活機能評価	—		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4点以上改善	
在宅復帰率	—		7割以上			
実績指数	—	30以上	—	30以上	—	37以上
点数 (生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)

医療法の
位置付け

一般病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 891,492床
病床利用率 73.3%
平均在院日数 15.7日

療養病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 327,088床
病床利用率 87.8%
平均在院日数 145.5日

DPC 1,664施設 483,747床※2 (▲11,480床)
※2 H29.4.1現在

特定機能病院

84施設
58,343床※1
(▲500床)
※1 一般病床に限る

専門病院

22施設
7,283床
(▲106床)

一類感染症

28施設 93床(▲2床)

救命救急

387施設 6,498床(+206床)

新生児特定集中治療室

230施設 1,615床(+45床)

特定集中治療室

655施設 5,528床(▲91床)

新生児治療回復室

195施設 2,733床(+112床)

小児特定集中治療室

7施設 84床(+36床)

総合周産期特定集中治療室

121施設 母児・胎児 749床(+7床)

新生児 1,525床(+38床)

脳卒中ハイケアユニット

138施設 1,004床(+85床)

ハイケアユニット

管理料1 422施設 4,122床

管理料2 55施設 521床

合計 477施設 4,643床(+279床)

一般病棟入院基本料

631,389床(▲15,899床)

※ 特別入院基本料を含む

小児入院医療管理料

入院料1 入院料2

68施設 191施設

4,932床 6,776床

(▲16床) (+3,546床)

入院料3 入院料4

109施設 373施設

2,627床 8,221床

(▲610床) (▲115床)

入院料5

131施設

—

回復期リハビリテーション

入院料1 入院料2 入院料3 計

602施設 707施設 148施設 1,457施設

38,710床 34,296床 6,024床 79,030床

(+5,166床) (▲1,622床) (+53床) (+3,597床)

地域包括ケア病棟 (入院医療管理料)

入院料1 入院料2 計

1,486施設 108施設 1,594施設

42,829床 2,712床 45,541床

障害者施設等

862施設

66,800床(▲170床)

特殊疾患

入院料1 入院料2 管理料

111施設 91施設 31施設

5,876床 6,562床 494床

(▲105床) (+159床) (▲143床)

緩和
ケア
病棟
374施設
7,539床
(+509床)

療養病棟入院基本料

221,514床(▲184床)

介護療養 病床

52,724床

※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成28年7月1日現在
(カッコ内は前年比較)

有床診療所一般 5,667施設 75,459床(▲2,755床)

有床診療所療養 701施設 6,402床(▲448床)

精神病棟 1,310施設 160,120床(▲3,775床)

精神科救急

134施設 8,012床(+853床)

精神科急性期治療病棟

入院料1 337施設 15,936床(+332床)

入院料2 14施設 690床(+550床)

精神科救急・合併症

9施設 322床(▲60床)

児童・思春期精神

34施設 1180床(+78床)

精神療養

830施設 94,282床(+406床)

認知症治療病棟入院料

入院料1 497施設 34,458床(+667床)

入院料2 11施設 936床(▲230床)

結核病棟 193施設 4,767床(+57床)

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、その点ご注意ください。

○・・・包括算定

×・・・出来高算定

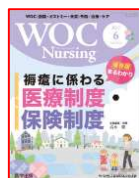


表2 「出来高払い」と「包括払い」の概要

	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、その点ご注意ください。

○・・・包括算定

×・・・出来高算定

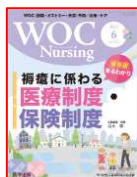


表2 「出来高払い」と「包括払い」の概要

	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、その点ご注意ください。

○・・・包括算定

×・・・出来高算定

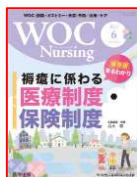


表1 院内での研修・委員会のまとめ

			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
			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
診療報酬 （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）

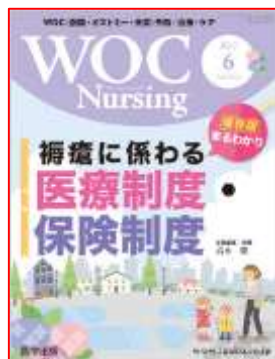


表1 院内での研修・委員会のまとめ

			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
			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
診療報酬 （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）

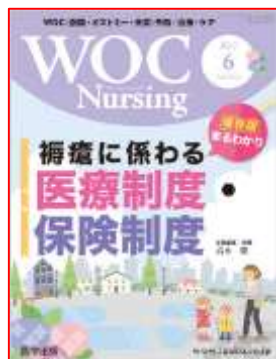
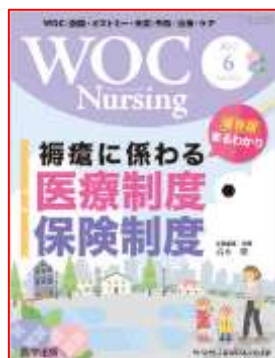


表1 院内での研修・委員会のまとめ

			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
			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
診療報酬 （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）



事務連絡
平成19年4月20日

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

御中

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7）

診療報酬の規定で、看護体制に影響が出ないでできる研修は
「医療安全研修」だけとなっている。
なお、委員会は「医療安全」「感染対策」「褥瘡」の3つの委員会だけは時間内でOK

「診療報酬の算定方法」
第12編「診療報酬の算定方法」

【10 病院の入院基本料に関する施設基準】

（問33）入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間も除かれるのか。

（答）

入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策に関する基準」及び「医療安全管理体制に関する基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修に参加する時間帯に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

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）
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）

御中

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」（平成24年厚生労働省告示第76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

診療報酬の規定で、看護体制に影響が出ないでできる研修は
「医療安全研修」だけとなっている。
なお、委員会は「医療安全」「感染対策」「褥瘡」の3つの委員会だけは時間内でOK

（問22）入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、褥瘡対策に関する委員会を行う時間は含んでよいのか。

（答） 平成19年4月20日の事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その7）」で示している「院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修」以外に、褥瘡対策委員会に参加する時間についても、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

●急性期の病床利用率(稼働率)

全国平均

75%

85%を越えると

混合病棟化

95%を越えると

男女混合化

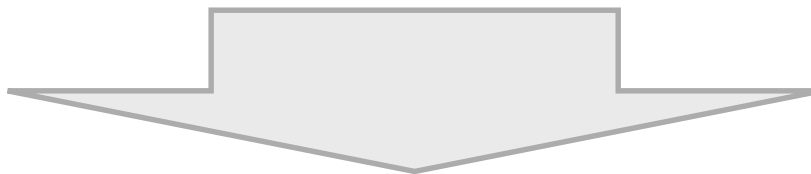
$$\frac{75}{100}$$

病床削減で稼働率UP?

$$\frac{75}{85}$$

●地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟

もともと混合病棟であるが、急速にこれらの病棟が増える。



日本全国混合病棟化

●院内トレーニングが大きな課題

- ・研修の時間の厳格化(看護の体制へ影響、超過勤務未払い問題)
- ・研修項目の増加(診療報酬や医療法の遵守)

●医療安全がより重視

- ・医療事故報告の推進

混合病棟化の増加

研修時間の課題

医療安全の重視

レベルを見直して、院内全体の統一した手順、簡便な研修方法が最重要

●医療再編

・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

・管理栄養士の常勤期待が外れた。

・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。

・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)

・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

・新しい制度。

1999年 1月 Y大学 患者取り違え事件

1999年12 月 Institute of Medicine(IOM)

“To Err is Human:building a saferhealth system”

医療過誤(medical error)で年間44,000 ～ 98,000 人の入院患者が死亡している。

2002年 医療安全推進総合対策 (指針)

**2002年 医療法施行規則改正 (医療法)
(医療安全の管理体制の強化)**

2004年 医療事故情報等収集事業開始 (医療法)

2006年 医療安全対策加算 (診療報酬)

**2007年 医療法施行規則改正 (医療法)
(医療安全の管理体制の確保)**

アクシデント(医療事故)

医療の全過程において発生する全ての事故をいい、
医療従事者の過誤、過失の有無は問わない。

インシデント

医療事故となりえたが、偶然もしくは適切な処置によって事故には至らなかった状況や事件のこと。
ヒヤリ・ハットともいう

医療過誤

医療を提供する過程で何らかのミス(見込みミス等の注意義務の怠りからくるもの)があった場合

(医療の質用語辞典)



平成16年9月21日

各都道府県知事
各政令市市長 殿
各特別区区长

医療事故収集に関する 局長通知

厚生労働省医政局長

医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について

今般、平成16年9月21日付けで公布された医療法施行規則の一部を改正する省令（平成16年厚生労働省令第133号。以下「改正省令」という。）については、本年10月1日をもって施行されることとなった。

改正の趣旨、内容等については下記のとおりであるので、御了知の上、その運用に遺憾のないよう特段の御配慮をいただくとともに、本通知の趣旨等について、貴管下保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に対し周知願いたい。

第一 改正の趣旨

平成13年5月に厚生労働省に設置した「医療安全対策検討会議」において、今後の医療安全対策の目指すべき方向性と緊急に取り組むべき課題について幅広い検討が行われ、「医療安全推進総合対策」が取りまとめられ、事故事例の収集については、法的な問題も含めてさらに検討することとされた。これを受けて設置した「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会」により引き続き検討が行われ、平成15年4月、

報告書が取り

講じるため、

した上で、改

確立されてい

例の報告を議

の安全確保が

旨等を踏まえ

う。)の一部

関する事項を

第二 改正内容

平成16年10月1日より、(1)の対象医療機関の管理者は、当該医療機関において(2)の事故等事案が発生した場合には、当該事案が発生した日から原則として二週間以内に、(3)に掲げる項目(詳細は別紙参照)を記載した報告書を作成し、厚生労働大臣の登録を受けたもの(以下「登録分析機関」という。)に提出することとする。なお、報告様式等については、後日別途告示される登録分析機関から追って示される予定であることを申し添える。

また、登録分析機関の登録に係る改正部分に関しては、公布の日から施行とする。

(1) 対象医療機関

- 1 国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所
- 2 独立行政法人国立病院機構の開設する病院
- 3 学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く。)
- 4 特定機能病院

報告範囲の考え方

原因等 患者重症度	A. 死亡 (恒久)	B. 障害残存 (恒久)	C. 濃厚な処置・ 治療を要した 事例 (一過性) (注1)	軽微な処置・治療を要 した事例または影響の 認められなかった事例
1. 明らかに誤った医療行為又は管理(注2)に起因して、 患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は 濃厚な処置若しくは治療を要した事例。 2. 明らかに誤った医療行為又は管理は認められないが、 医療行為又は管理上の問題(注2)に起因して、患者が 死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な 処置若しくは治療を要した事例。(医療行為又は管理 上の問題に起因すると疑われるものを含み、当該事例 の発生を予期しなかったものに限る。)	事故(注4)として報告			注3 医療安全対策ネット ワーク整備事業 (ヒヤリ・ハット事 例収集事業)へ報告
3. 上記1. 2のほか、医療に係る事故の発生の予防及び 再発の防止に資すると認める事例 ※ ヒヤリハット事例に該当する事例も含まれる				事故(注4)として報告

- ・注1) 濃厚な処置・治療を要する場合とは、バイタルサインの変化が大きい場合、本来予定されていなかった処置や治療(消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なものを除く)が新たに必要になった場合や、新たに入院の必要が出たり、入院期間が延長した場合等をいう。
- ・注2) ここにいう「管理(管理上の問題)」では、療養環境の問題の他に医療行為を行わなかったことに起因するもの等も含まれる。
- ・注3) 部分は軽微な処置・治療を要した事例を示しており、従来のヒヤリ・ハット事例収集事業では報告対象外であった項目。
- ・注4) 事故とは、過誤および過誤をとみなさない事故の両方が含まれる。

事故報告範囲具体例

1. <u>明らかに誤った医療行為又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例。</u>	【医療行為にかかる事例】 ・異物の体内遺残 ・手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等における、患者や部位の取り違い ・明らかに誤った手順での手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等 ・重要な徴候、症状や検査結果の見落とし又は誤認による誤診 【医薬品・医療用具の取り扱いにかかる事例】 ・投薬にかかる事故（異型輸血、誤薬、過剰投与、調剤ミス等） ・機器の間違い又は誤用による事故 【管理上の問題にかかる事例、その他】 ・明らかな管理不備による入院中の転倒・転落、感電等 ・入院中に発生した重度な（筋膜（Ⅲ度）・筋層（Ⅳ度）に届く）褥瘡
2. 明らかに誤った医療行為又は管理は認められないが、医療行為又は管理上の問題^{（注2）}に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例。（医療行為又は管理上の問題に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る。）	【医療行為にかかる事例】 ・手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等にとまなう予期されていなかった合併症 ・リスクの低い妊産婦の死亡 【医薬品・医療用具の取り扱いにかかる事例】 ・医療機器等の取り扱い等による重大な事故（人工呼吸器等） ・チューブ・カテーテル等の取り扱いによる重大な事故 【管理上の問題にかかる事例、その他】 ・熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為による事故 ・入院中の転倒・転落、感電、熱傷 ・入院中の身体抑制にとまなう事故 ・その他、原因不明で重篤な結果が生じた事例

3. 上記1. 2のほか、医療に係る事故の発生の予防及び再発の防止に資すると認める事例

※ ヒヤリハット事例に該当する事例も含まれる

【医療行為等にかかる事例】

- ・移植にともなう未知の感染症
- ・遺伝子治療による悪性腫瘍
- ・汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故

【管理上の問題にかかる事例】

- ・間違った保護者の元への新生児の引き渡し
- ・説明不足により、患者が危険な行為をおかした事例
- ・入院中の自殺または自殺企図
- ・患者の逸脱行為による転倒・転落、感電等

【犯罪、その他】

- ・院内で発生した暴行、誘拐等の犯罪
- ・無資格者・資格消失者による医療行為
- ・盗難

※ この表は、それぞれのカテゴリーにおけるいくつかの例を示したものである。



医療事故の範囲

(注1)

第十四条 医療事故その他の報告を求める情報は、次の各号に掲げる範囲の情報とする。

- 一 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例
- 二 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）
- 三 前二号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例

ヒヤリハットの範囲

【ヒヤリ・ハットの定義】

第二十四条 ヒヤリ・ハット事例とは、次の各号に掲げる範囲の事例とする。

- 一 医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。
- 二 誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。
- 三 誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。

Q 6. 医療事故情報とヒヤリ・ハット事例「事例情報」を報告する事業に参加している医療機関ですが、発生した事例が医療事故情報の報告範囲の第十四条の三注1) とヒヤリ・ハット事例「事例情報」の報告範囲注2) に該当します。その事例は、医療事故情報としてもヒヤリ・ハット事例「事例情報」としても報告しなくてはならないのですか。

A 6. 医療事故情報として報告してください。

医療事故にするか？

ヒヤリハットにするかの境界線は院内のルールによる・・・

医療事故に関する影響のレベル

レベル	障害の継続性	障害の程度	解説
レベル0	なし		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
レベル1	一過性		患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要は生じた)
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
レベル4a	永続性	軽～中度	永続的な障害や後遺症が残ったが、優位な機能障害や美容上の問題は伴わない
レベル4b	永続性	中度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、優位な機能障害や美容上の問題を伴う
レベル5	死亡		死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)

医療事故に関する影響のレベル

レベル	障害の継続性	障害の程度	解説
レベル0			エラーや医薬品・医療用品の不具合が見られたが、患者には実施されな
レベル1			ない)
レベル2			度変
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装 着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
レベル4a			題は伴
レベル4b			伴う
レベル5			

インシデント



アクシデント

医療事故に関する影響のレベル

レベル	障害の継続性	障害の程度	解説
レベル0	なし		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
レベル1	一過性		患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要は生じた)
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
レベル4a	永続性	軽～中度	永続的な障害や後遺症が残ったが、優位な機能障害や美容上の問題は伴わない
レベル4b	永続性	中度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、優位な機能障害や美容上の問題を伴う
レベル5	死亡		死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

入院中の患者に対する褥瘡対策①

入院中の新たな褥瘡発生の予防

- 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に、「スキナーケア」を加える。

褥瘡対策に関する
診療計画書

危険因子の評価	日常生活自立度
	・基本的動作能力
	・病的骨突出
	・関節拘縮
	・栄養状態低下
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
	・浮腫(局所以外の部位)



危険因子の評価	日常生活自立度
	・基本的動作能力
	・病的骨突出
	・関節拘縮
	・栄養状態低下
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
	・皮膚の脆弱性(浮腫)
皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有、既往)	



医療用テープを無理に剥がしたときに発生したスキナーケア

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象患者に、「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」を追加する。

ADL維持向上等体制加算における院内褥瘡発生率の見直し

- ADL維持向上等体制加算のアウトカム指標である院内褥瘡発生率の基準を見直す。

現行

【ADL維持向上等体制加算】【施設基準】

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度 (Barthel Index) を用いて評価すること。

ア (略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡 (DESIGN-R 分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。



改定後

【ADL維持向上等体制加算】【施設基準】

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度 (Barthel Index) を用いて評価すること。

ア (略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡 (DESIGN-R 分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名
明・大・昭・平

殿 男 女
(歳)

病棟
記入医師名
記入看護師名

計画作成日
褥瘡発生日

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)	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	
	・皮膚の脆弱性(浮腫)			なし	あり	
	・皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往)			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> ※両括弧内は点数

基本料の危険因子の評価にスキナーテアが加わり
「褥瘡対策に関する診療計画書」の様式も変更された

スキン-テア（皮膚裂傷）とは

入院医療(その8)

- 摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷をスキン-テアという。
- スキン-テアの有病率は0.77%であり、テープ剥離時に発生することが多い。

【スキン-テア(Skin Tear:皮膚裂傷)】

摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷(部分層損傷)をスキン-テア(皮膚裂傷)とする。
(日本創傷・オストミー・失禁管理学会)

■ スキン-テアの有病率

(n=93,820人)

	粗有病率
全体	0.77%
65歳未満	0.15%
65歳以上75歳未満	0.55%
75歳以上	1.65%

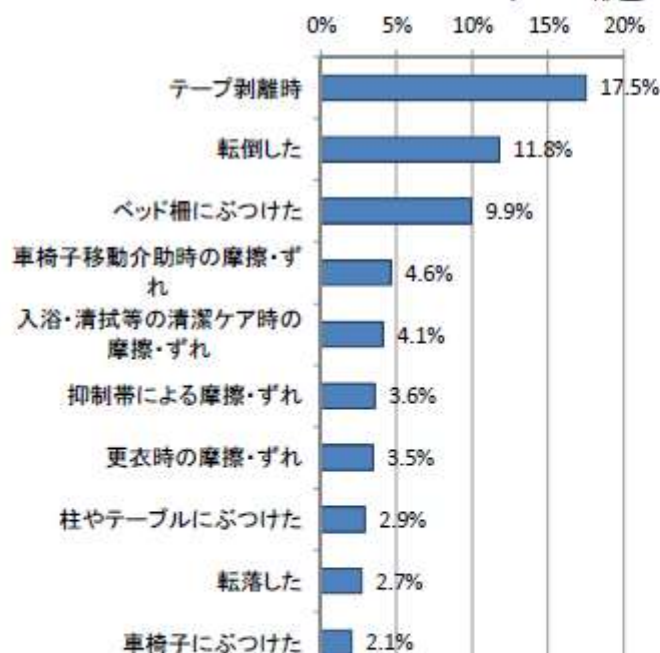
■ スキン-テアの発生部位

(n=925部位)



■ スキン-テア発生時の状況 (上位10項目)

(n=925部位)



写真出典：日本創傷・オストミー・失禁管理学会提供

出典：日本創傷・オストミー・失禁管理学会 学術教育委員会（オストミー・スキンケア担当）スキン-テアワーキンググループ、ET/WOCNの所属施設におけるスキン-テアの実態調査

調査期間：
2014年10月～11月中の任意の1日

スキン-ケアの予防と管理

入院医療(その8)

【個体要因のリスクアセスメント】

全身状態	皮膚状態
☐ 加齢（75歳以上） ☐ 治療（長期ステロイド薬使用、抗凝固薬使用） ☐ 低活動性 ☐ 過度な日光暴露歴（屋外作業・レジャー歴） ☐ 抗がん剤・分子標的薬治療歴 ☐ 放射線治療歴 ☐ 透析治療歴 ☐ 低栄養状態（脱水含む） ☐ 認知機能低下	☐ 乾燥・鱗屑 ☐ 紫斑 ☐ 浮腫 ☐ 水疱 ☐ ティッシュペーパー様（皮膚が白くカサカサして薄い状態）

【外力発生要因のリスクアセスメント】

患者行動 (患者本人の行動によって摩擦・ずれが生じる場合)	管理状況 (ケアによって摩擦・ずれが生じる場合)
☐ 痙攣・不随意運動 ☐ 不穏行動 ☐ 物にぶつかる（ベッド柵、車椅子など）	☐ 体位変換・移動介助（車椅子、ストレッチャーなど） ☐ 入浴・清拭等の清潔ケアの介助 ☐ 更衣の介助 ☐ 医療用テープの貼付 ☐ 器具（抑制具、医療用リストバンドなど）の使用 ☐ リハビリテーションの実施



【発生と再発の予防ケア】

①栄養管理

②外力保護ケア

- 1) 安全な環境を整える
 - ・ベッド柵にカバーを装着する
 - ・皮膚保護（筒状包帯等）をし、医療用リストバンドを装着する 等



2) 安全なケア技術

- ・体位変換補助具（スライディングシート 等）を使用する 等



ベッドと車椅子の間にスライディングボードを設置



臀部を滑らせるように移動
このとき、患部が傷れないように注意

3) 安全な医療用品などの使用

- ・皮膚被膜剤を使用してからテープを貼付する 等

③スキンケア

- 1) 皮膚の保湿
- 2) 皮膚の洗浄方法
- 3) 寝衣の選択

④医療・介護メンバー教育

⑤患者・家族教育

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援
に対する評価の新設

・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指
導料の見直し

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

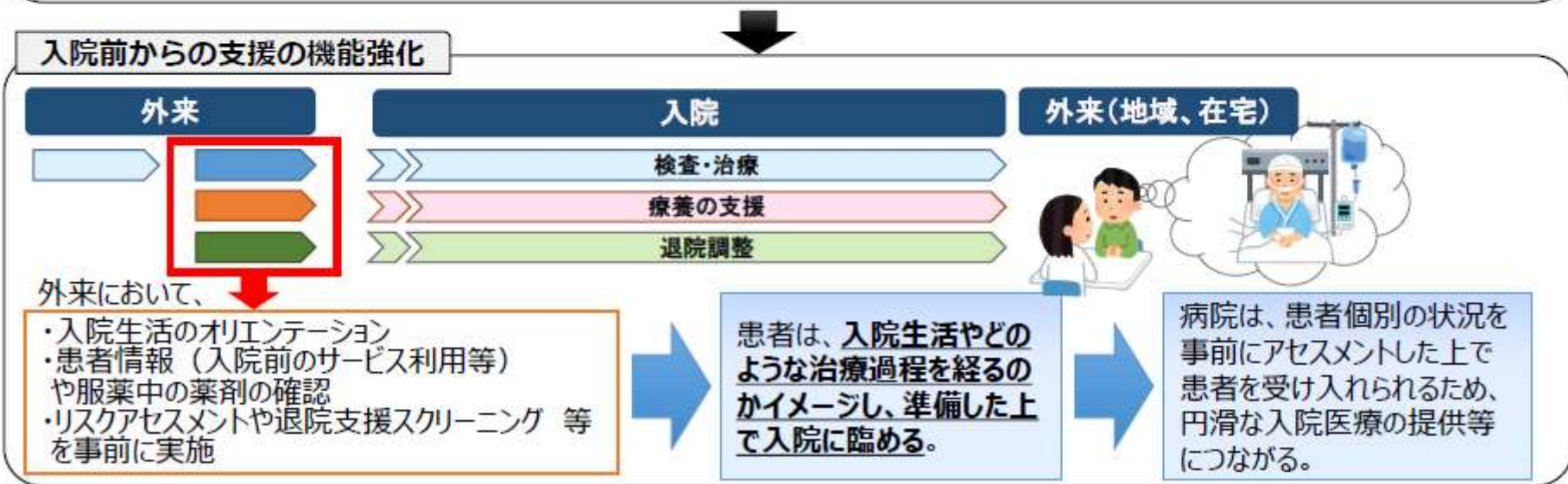
共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報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



入院前からの支援の機能強化(イメージ)



入退院支援の推進

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行	改定後
【退院支援加算】【算定要件】 退院困難な要因 ア～ウ（略） エ、オ（略） カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと キ～ケ（略）	【入退院支援加算】【算定要件】 退院困難な要因 ア～ウ（略） <u>エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること</u> <u>オ 生活困窮者であること</u> カ、キ（略） ク 同居者の有無に関わらず、必要な<u>養育又は</u>介護を十分に提供できない状況にないこと ケ～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行	改定後
【退院支援加算1】【施設基準】 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。 ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数 ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数	【入退院支援加算1】【施設基準】 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と<u>過去1年間の相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数</u>が、①、②及び③の合計を上回ること。 ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数 ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数 ③「<u>イ 一般病棟入院基本料等の場合</u>」の算定対象病床数（<u>小児入院医療管理料を算定する病床に限る</u>）に0.05を乗じた数

（新） 小児加算 200点（退院時1回）

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - 《許可病床数200床以上》
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
 - 《許可病床数200床未満》
 - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※)要介護・要支援状態の場合のみ実施

6 入院時支援加算に関する施設基準

- (1) 入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあっては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあっては3の(2)で求める人員に加え、入院前支援を行う者として、当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、許可病床数が200床未満の病院にあっては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上配置されていること。当該専任の看護師が、入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあっては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあっては3の(2)で求める専従又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。
- (2) 転院又は退院体制等について、連携機関とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

(20) 「注7」に規定する入院時支援加算は、入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療が受け入れられるよう、入院前の外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価するものである。

(21) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからクについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。

ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握

イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握

ウ 褥瘡に関する危険因子の評価

エ 栄養状態の評価

オ 服薬中の薬剤の確認

カ 退院困難な要因の有無の評価

キ 入院中に行われる治療・検査の説明

ク 入院生活の説明

【入退院支援加算】

問 59 留意事項通知に示す入院前に実施するアからクまでの支援を、入院当日に外来で行った場合でも算定できるか。

(答) 算定できない。

問 60 入院時支援加算の算定要件において、「入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て」とあるが、この療養支援計画は、特定の書式に基づいて作成しなければならないか。

(答)「療養支援計画」は、入院時に作成する看護計画や栄養管理計画等のことであり、従来より作成していりるものを用いればよく、本加算の算定にあたり新たな書式を作成する必要はない。

【入退院支援加算】

問 61 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専従の看護師が、
①入退院支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専従又は専任の看護師及び②入退院支援加算 1 の施設基準で求める病棟に配置される専任の看護師を兼ねてよいか。

(答) ①兼ねることはできない。

②兼ねることはできない（入退院支援加算 1 において、病棟に配置される専任の看護師が入退院支援部門の専任の看護師を兼ねる場合も含む）。

【入退院支援加算】

問 62 入退院支援加算の施設基準で求める専従の職員について、以下の者は非常勤でもよいか。

- ① 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置する専従の看護師
- ② 入退院支援加算2の施設基準で求める専従者については、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日付け事務連絡）では、非常勤は不可であるが、従前から配置している場合に限り平成30年3月31日までは非常勤でよいとされている者

（答）① 非常勤でもよい。

② 平成30年3月31日に退院支援加算2を算定している保険医療機関で、同年4月1日以降も引き続き入退院支援加算2を算定する保険医療機関において、従前から非常勤の専従者を配置している場合にあっては、平成32年3月31日までは非常勤であっても差し支えない。

【入退院支援加算】

問 63 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専任の職員が、①入退院支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専任の職員又は②入退院支援加算 1 の施設基準で求める病棟に配置される専任の職員を兼ねてよいか。

(答) ①兼ねてよい。

②兼ねてよい。ただし、入退院支援加算 1 において、病棟に配置される専任の職員が入退院支援部門の専任の職員を兼ねる場合は、入院時支援加算の専任の職員と兼ねることはできない。

【入退院支援加算】

問 64 入院前に行う支援のうち、全ての項目について施設基準で求める専従又は専任の職員が行わなければならないのか。特定の項目を入退院支援部門以外の他の専門職と連携して対応することは可能か。

(答) 可能である。入院前支援の内容に応じて、適切な職種が実施していただきたい。

問 65 入退院支援加算にかかる入院時支援加算について、平成30年4月1日以降入院予定の患者に対して、3月中に入院前支援を実施した場合に算定してよいのか。

(答) 入院前支援に加えて、当該患者が予定どおり入院し、退院支援を行った場合は算定できる。

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

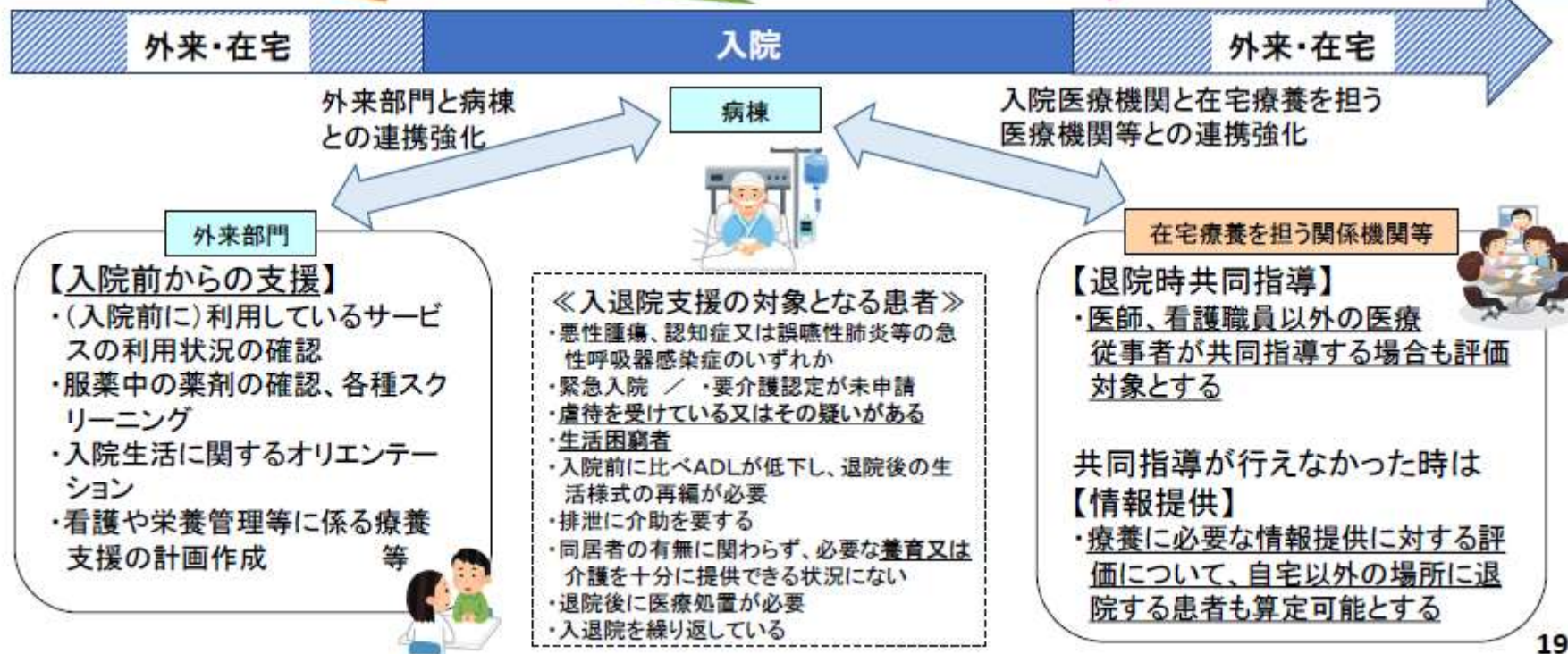
入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

- 退院時共同指導料の見直し



入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

- 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。

勤務場所に関する要件の緩和②

対面を求めるカンファレンスにおける情報通信機器(ICT)の活用

- 関係機関間・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、対面でのカンファレンスを求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術(ICT)を用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう、要件を見直す。



[対象となる診療報酬]

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 人退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1／退院時共同指導加算(訪問看護療養費)
- ・ 退院時共同指導料2の注3
- ・ ハイリスク妊産婦連携指導料1、2
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護療養費)
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・ 精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算(訪問看護療養費)

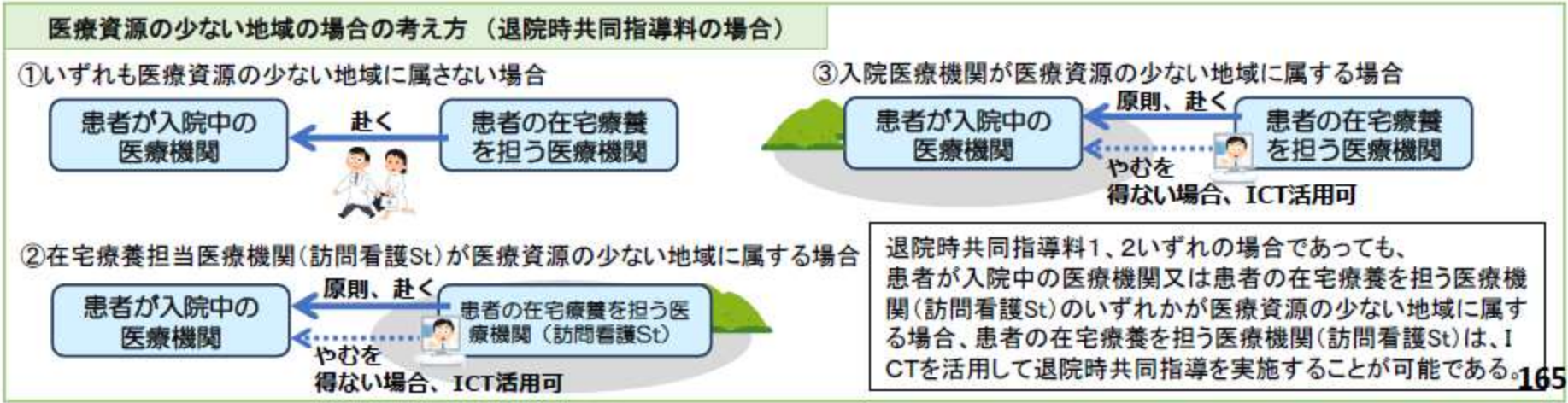
[ICTを用いた場合の留意事項]

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ※対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。

- ① 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、**やむを得ない事情により参加できない場合は、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)が可能な機軸を用いて参加した場合でも算定可能**である。
- ② 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、「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。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 〔施設基準〕	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 〔施設基準〕	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1〔算定要件〕	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3〔算定要件〕	在宅療養担当医療機関等のうち2人以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。



【カンファレンス】

問 212 区分番号「A 2 3 4－2」感染防止対策加算、区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算 1、区分番号「B 0 0 4」退院時共同指導料 1 の注 1、区分番号「B 0 0 5」退院時共同指導料 2 の注 1 及び注 3、区分番号「B 0 0 5－1 0」ハイリスク妊産婦連携指導料 1 及び 2、区分番号「C 0 1 1」在宅患者緊急時等カンファレンス料、区分番号「C 0 1 3」在宅患者褥瘡管理指導料、区分番号「I 0 1 6」精神科在宅患者支援管理料、訪問看護療養費の退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「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た場合、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよい。

(答) ①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合などをいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

A 2 3 6 褥瘡^{じよくそう}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^{じよくそう}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^{じよくそう}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^{じよくそう}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。

ハイリスクの算定患者にMDRPUが加わり「リスクアセスメント票も変更になった。また、具体的な例として医療用弾性ストッキングとシーネが明記された

（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

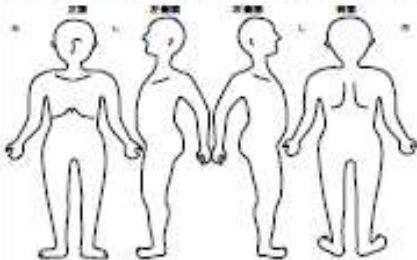
カ 強度の下痢が続く状態であるもの

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）があって既に褥瘡を有するもの

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、極度の皮膚の脆弱 (低出生体重児、 GVHD、黄疽等) 医療関連機器の長期かつ持続的な使用 (医療用弾性ストッキング、シーネ等) 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、皮膚の潤滑 (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]		褥瘡管理者名	

ハイリスクの算定患者にMDRPUが加わり「リスクアセスメント票も変更になった。
また、具体的な例として医療用弾性ストッキングとシーネが明記された

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]

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、極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、 GVHD、黄疸等）、医療関連機器の長期かつ持続的な使用（医療用弾性ストッキング、シーネ等）、 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	

ハイリスクの算定患者にMDRPUが加わり「リスクアセスメント票も変更になった。
また、具体的な例として医療用弾性ストッキングとシーネが明記された

褥瘡ハイリスク患者ケア加算に係る報告書

褥瘡対策の実績（報告月の前月の 1 ヶ月間の実績・状況）		
① 入院患者数（報告月の前月の 1 ヶ月間の入院患者数）		
② ①のうち、褥瘡リスクアセスメント実施人数		名
③ ②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡 ハイ リス ク 項 目	1. ショック状態のもの	名
	2. 重度の末梢循環不全のもの	名
	3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	4. 6 時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの	名
	5. 特殊体位による手術を受けたもの	名
	6. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	7. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	8. 医療関連機器の長期かつ持続的な使用（医療用弾性ストッキング、シーネ等）	名
	9. 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	名
④ 本加算を算定した人数		名

ハイリスクの算定患者にMDRPUが加わり、報告書も変更になった

【褥瘡対策】

問 57 対象患者に「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」が追加されたが、「長期かつ持続的」とは具体的にどれくらいの期間を指すのか。

(答) 医療関連機器を1週間以上持続して使用する者が対象となる。なお、医療関連機器を1週間以上持続して使用することが見込まれる者及び当該入院期間中に医療関連機器を1週間以上持続して使用していた者も含まれる。

医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）とは

入院医療(その8)

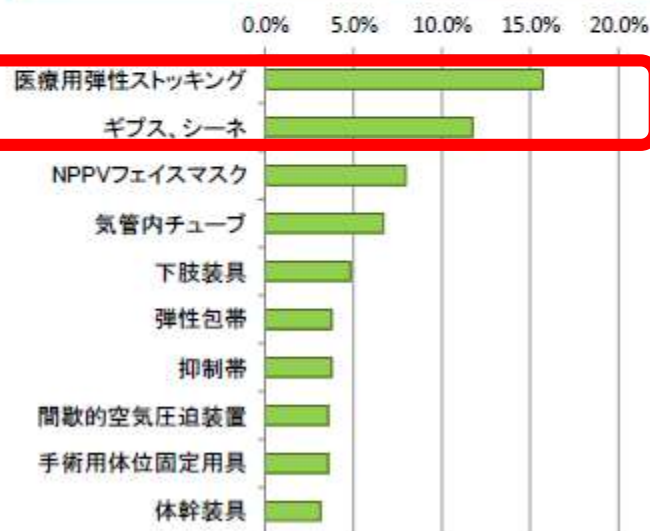
- 医療関連機器による圧迫で生じる組織の損傷をMDRPUという。
- MDRPUの発生に関連している医療関連機器には、医療用弾性ストッキングやギプス等がある。MDRPUの部位では、体幹が最も多く、下肢（頸骨・腓骨部等）や鼻周囲も発生しやすい。

【医療関連機器圧迫創傷（Medical Device Related Pressure Ulcer : MDRPU）】

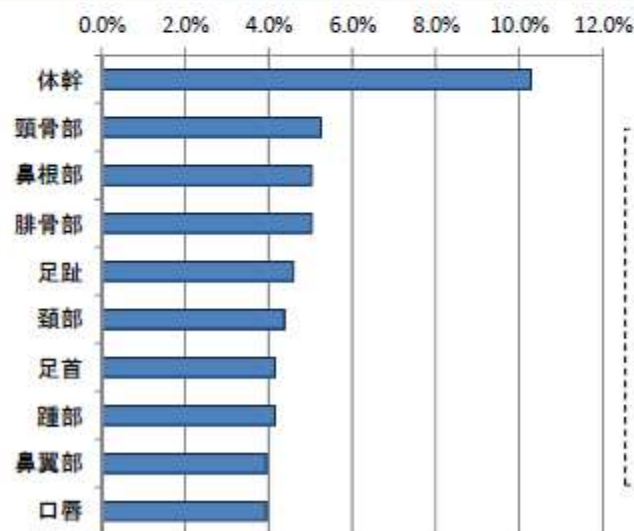
医療関連機器による圧迫で生じる皮膚ないし下床の組織損傷であり、厳密には従来の褥瘡すなわち自重関連褥瘡（self load related pressure ulcer）と区別されるが、ともに圧迫創傷であり広い意味では褥瘡の範疇に属する。なお、尿道、消化管、気道等の粘膜に発生する創傷は含めない。

（日本褥瘡学会）

MDRPUの発生に関連した医療関連機器



MDRPUの部位



【集計対象概要】

集計対象：

- ・一般病院：188施設
- ・療養病床を有する一般病院：50施設
- ・大学病院：51施設
- ・精神病院：6施設
- ・小児専門病院：6施設
- ・介護保険施設：127施設
- ・訪問看護ステーション：134施設

調査期間：

2013年10月中の任意の1日

気管カニューレ固定具



医療用弾性ストッキング



ギプス



NPPV用マスク



酸素マスクストラップ(耳介)



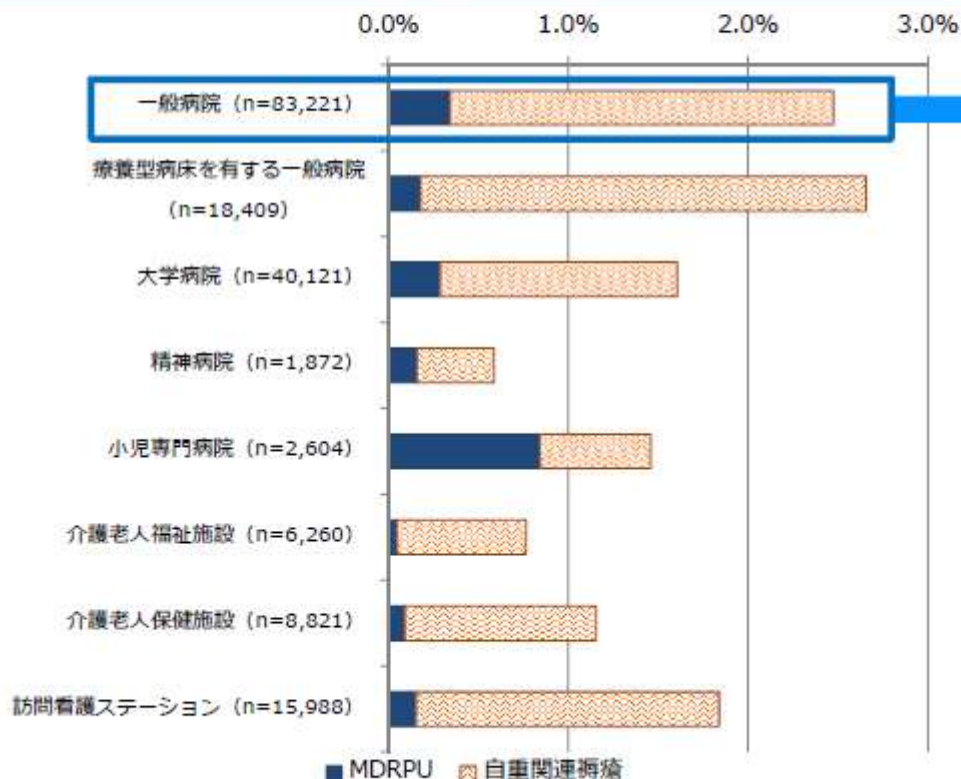
胃ろう固定板



医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の発生状況 入院医療（その8）

- 一般病院における褥瘡保有者のうち、2割弱は医療関連機器による圧迫で生じる組織の損傷（MDRPU）である。小児専門病院ではMDRPUの割合が高く、褥瘡保有者の5割以上を占める。
- MDRPUのほとんどが入院中に発生している。

施設別褥瘡有病率



一般病院の褥瘡保有者における発生場所

	院内発生	院外発生
MDRPU (n=287)	95.8%	3.1%
自重関連褥瘡 (n=1,773)	42.1%	57.6%

【集計対象概要】

集計対象：

- ・一般病院：239施設
- ・療養型病床を有する一般病院：61施設
- ・大学病院：68施設
- ・精神病院：7施設
- ・小児専門病院：12施設
- ・介護保険施設：157施設
- ・訪問看護ステーション：181施設

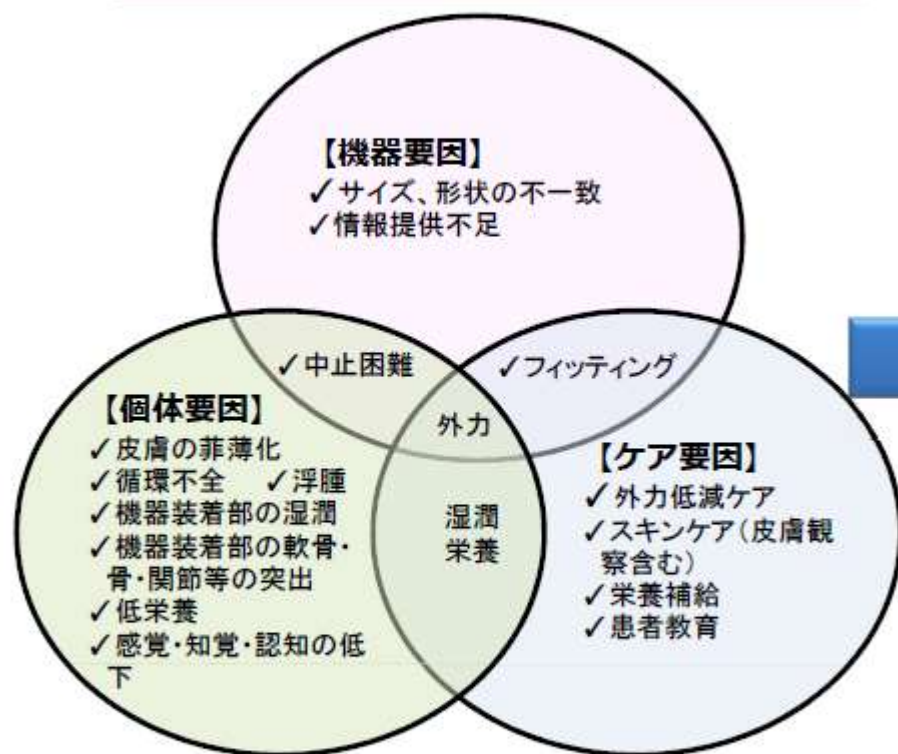
調査期間：

2016年10月中の任意の1日

出典：日本褥瘡学会 第4回実態調査（2016年）

医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の予防と管理入院医療(その8)

MDRPU発生の15の危険因子の関連概念図



MDRPUの予防・管理フローチャート

医療関連機器装着前

- ①医療関連機器の装着の指示があったら、個体要因、機器要因のアセスメントを実施する。
- ②医療関連機器の素材・サイズの選択に必要な身体計測や情報収集を行う。
- ③ケア計画の立案と実施
個体要因、機器要因の危険因子に「あり」がある項目に対し、リスクを取り除くあるいはリスクを下げるためのケア計画を立案する。

医療関連機器装着後

- ④医療関連機器をフィッティングする。
- ⑤最低2回/日の頻度で装着部およびその周囲皮膚を観察し、圧迫による兆候がないかを確認する。
- ⑥MDRPUがない場合は、個体要因のアセスメントに戻る。
- ⑦MDRPUがある場合は、創傷の状態をDESIGN-Rを用いて評価し、「褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）」（日本褥瘡学会編）に準拠した局所管理を実施し、医療安全対策部門に報告する。
- ⑧MDRPU発生原因となった機器の使用が中止可能か否かについて検討する。中止困難な場合は、個体要因のアセスメントに戻る。

出典：日本褥瘡学会編：ベストプラクティス医療関連機器圧迫創傷の予防と管理。
照林社,東京,2016

MDRPU

Medical Device Related Pressure Ulcer

ベストプラクティス

医療関連機器 圧迫創傷の 予防と管理

【編集】一般社団法人 日本褥瘡学会



ベストプラクティス

スキン-テア(皮膚裂傷)の 予防と管理

【編集】一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会

照林社

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

入院中の患者に対する褥瘡対策②

療養病床における褥瘡対策の推進

- 療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

現行

【褥瘡評価実施加算】【算定要件】

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

改定後

【褥瘡対策加算】【算定要件】

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 褥瘡対策加算1 15点
- ロ 褥瘡対策加算2 5点

【留意事項】

入院時の褥瘡評価で用いているDESIGN-R分類を用いて入棟患者の褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定する。

- ア 褥瘡対策加算1については、入院後暦月で3月を超えない間若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。
- イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点(※)が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、当月においてDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

(※)DESIGN-Rの合計点:褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数

(※)実績点:暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数

算定の例

算定日が10月10日の場合 (中段はADL区分、下段はDESIGN-Rの合計点)

①パターン1

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	3点	

②パターン2 《ADL区分の変化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分2	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
	1点	2点	3点	評価を始めて暦月で3月を超えていない。

③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算2
1点	2点	3点	4点	3月連続して褥瘡の状態が悪化している。

④パターン4 《同一月内の点数の変化》

7月	8月	9月	10月9日	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	4点	3点	※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる

褥瘡対策に関する評価

1 褥瘡の状態（部位毎に記載）

部位（部位名）		1 () 2 () 3 () 4 ()				1	2	3	4			
褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R)	深さ	(0) 皮膚損傷・発赤なし	(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×長径に直交する最大径（持続する発赤の範囲も含む）	(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（創周部の発赤、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) 治療あるいは創が深い為評価不可能	(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) 潰瘍面も含めたポケット全周（ポケットの長径×長径に直交する最大径）－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				
DESIGN-R の合計点（深さの点数は加えない）												

※該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

2 褥瘡の状態の変化

	評価日 (月 日)	1か月前 (月 日)	2月前 (月 日)	3月前 (月 日)
DESIGN-Rの合計点				

- 前月までのDESIGN-Rの合計点は、前月内で最も低い合計点を記載する。
- 褥瘡の部位により合計点異なる場合は、最も低い合計点を記載する。

療養病棟の
褥瘡対策加算の
様式

- (7) 「注4」に規定する褥瘡対策加算1及び2は、ADL区分3の状態の患者について、
「別紙様式46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数を「DESIGN-Rの合計点」といい、
暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び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。
- ア 褥瘡対策加算1については、入院後若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。
- イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。
- なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

褥瘡評価実施加算が、褥瘡対策加算に変更になり、アウトカムで、点数がかわってくる。

A101 療養病棟入院基本料

- 4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態のものに対して、必要な褥瘡^{じよくそう}対策を行った場合に、患者の褥瘡^{じよくそう}の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- | | | |
|---|----------------------------|-----|
| イ | 褥瘡 ^{じよくそう} 対策加算 1 | 15点 |
| ロ | 褥瘡 ^{じよくそう} 対策加算 2 | 5点 |

A109 有床診療所療養病床入院基本料(1日につき)

- 4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態にあり、必要な褥瘡^{じよくそう}対策を行った場合は、患者の褥瘡^{じよくそう}の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- | | | |
|---|----------------------------|-----|
| イ | 褥瘡 ^{じよくそう} 対策加算 1 | 15点 |
| ロ | 褥瘡 ^{じよくそう} 対策加算 2 | 5点 |

褥瘡評価実施加算が、褥瘡対策加算に変更になり、アウトカムで、点数がかわってくる。

療養病床における褥瘡対策の評価

入院医療(その8)

- 療養病床に入院中の患者は、入院時に入院基本料の施設基準において求めている褥瘡のリスク評価を行い、入棟後は医療区分の項目の一つとして褥瘡に関する評価が行われている。さらに、ADL区分3の患者は、特に褥瘡等が生じやすい状態であることから、「褥瘡評価実施加算」の対象となる。
- 「褥瘡評価実施加算」は、ADL区分3の患者のうち9割以上で算定されている。

療養病床における褥瘡対策

褥瘡評価実施加算 (ADL区分3のみ)

医療区分・ADL区分に係る評価票における評価 [毎日]
(褥瘡に対する治療を実施している状態)

入院患者全体の褥瘡対策
⇒療養病棟入院基本料に包括して評価

褥瘡評価実施加算(1日につき)

15点

[対象病棟]

療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している病棟・病床

[対象患者]

ADL区分3の状態

[施設基準]

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。

■ 褥瘡評価実施加算の算定状況



注) 療養病棟入院基本料A・D・Gは、ADL区分3の患者が算定する入院基本料である。

出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年6月審査分）

療養病床の患者における褥瘡の状態①

入院医療(その8)

- 療養病床の患者のうち、褥瘡を保有している入院患者は8.9%であり、そのうち入院時に既に褥瘡を保有していた患者は4.0%、入院中に新たに褥瘡が発生した患者は4.8%である。
- 入院時保有率・新規発生率共に、3割弱の医療機関は0%であるが、1割以上の医療機関は保有率・発生率が10%を超えており、医療機関間の差が大きい。

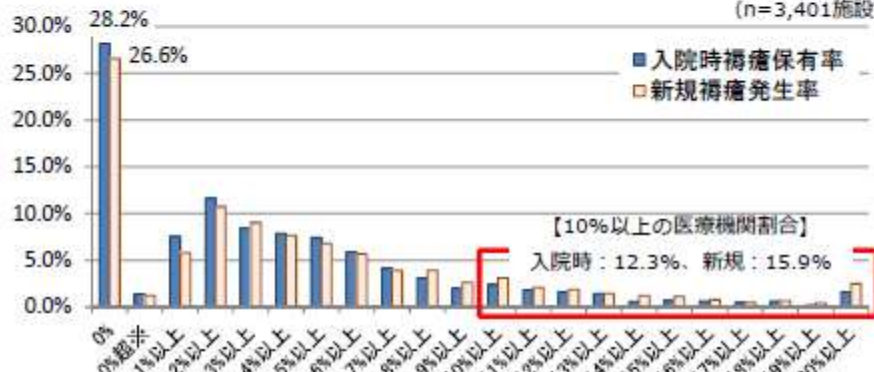
■療養病床に入院中の患者における褥瘡保有状況

平成28年6月1日時点の状況(平成28年6月1日時点の全入院患者数=201,442人)

	全療養病床 入院患者数 に占める割合	(再掲) 療養1 (20対1)	(再掲) 療養2 (25対1)
①入院患者のうち、d1以上の褥瘡を有していた患者数	8.9%	9.0%	8.7%
②①のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数	4.0%	4.3%	3.5%
③①のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数	4.8%	4.6%	5.2%

■入院時褥瘡保有率、新規褥瘡発生率の分布

(n=3,401施設)



■療養病床の医療機関別の褥瘡保有率×新規発生率(平成28年)(n=3,407医療機関(有効回答のみに限る))

※「0%超」に0%は含まない

		入院中の新規褥瘡発生率					合計
		0~2%	(うち、0%)	2~4%	4~6%	6%以上	
入院時褥瘡保有率	0~2%	531 (15.6%)	431 (12.7%)	231 (6.8%)	164 (4.8%)	343 (10.1%)	1,269 (37.2%)
	(うち、0%)	432 (12.7%)	389 (11.4%)	151 (4.4%)	115 (3.4%)	267 (7.8%)	965 (28.3%)
	2~4%	193 (5.7%)	131 (3.8%)	166 (4.9%)	102 (3.0%)	221 (6.5%)	682 (20.0%)
	4~6%	130 (3.8%)	92 (2.7%)	104 (3.1%)	97 (2.8%)	191 (5.6%)	522 (15.3%)
	6%以上	296 (8.7%)	257 (7.5%)	172 (5.0%)	130 (3.8%)	336 (9.9%)	934 (27.4%)
	合計	1,150 (33.8%)	911 (26.7%)	673 (19.8%)	493 (14.5%)	1,091 (32.0%)	3,407 (100.0%)

出典：保険局医療課調べ(平成28年7月の各医療機関からの報告による)

入院医療(その8)

- ## ■療養病棟における褥瘡評価実施加算・医療区分における褥瘡の評価

医療区分・ADL区分に係る評価票

評価の手引き (抄)

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

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分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）

第2度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

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

第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

■入院基本料の施設基準で求めている褥瘡対策に関する診療計画書（抜粋）

[illegible]

異なる

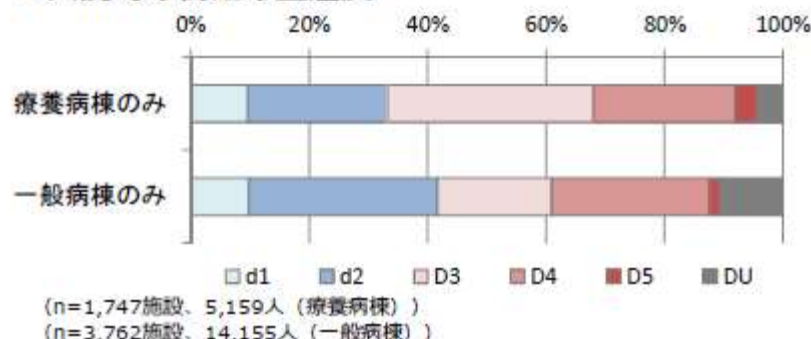
客観的評価に基づく点数化が可能

療養病床の患者における褥瘡の状態②

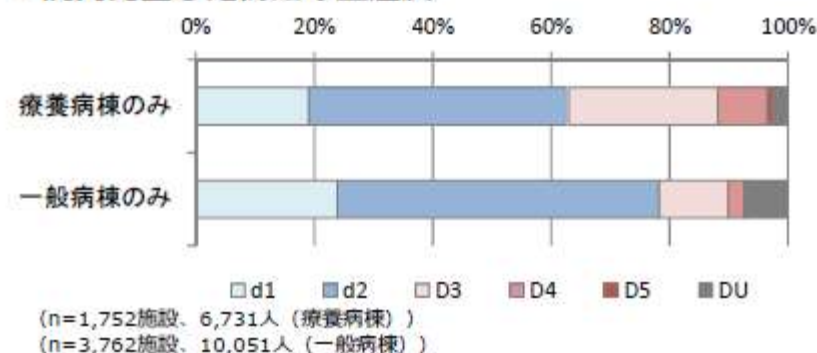
入院医療(その8)

- 療養病棟は、一般病棟に比べ、入院時持ち込みの褥瘡及び院内発生した褥瘡共に、D3（皮下組織までの損傷）以上の重症度が高い褥瘡を保有する患者が多い。
- 療養病棟に入院中の患者の褥瘡保有状況をADL区分別に見ると、ADL区分1に比べ、ADL区分2・3の褥瘡保有率が高い。

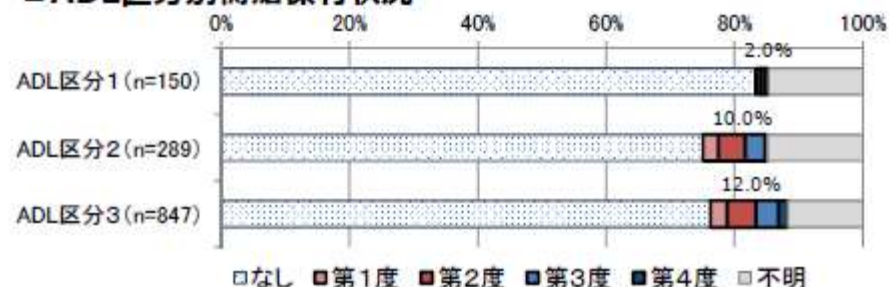
■入院時の褥瘡の重症度



■院内発生した褥瘡の重症度

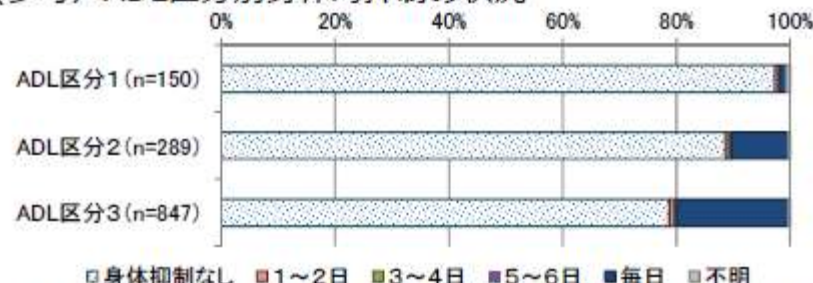


■ADL区分別褥瘡保有状況



※調査日から過去3日間の最もひどい状態について患者毎に記載している。
 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る。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

(参考) ADL区分別身体的抑制の状況



出典：保険局医療課調べ（平成28年7月の各医療機関からの報告による）

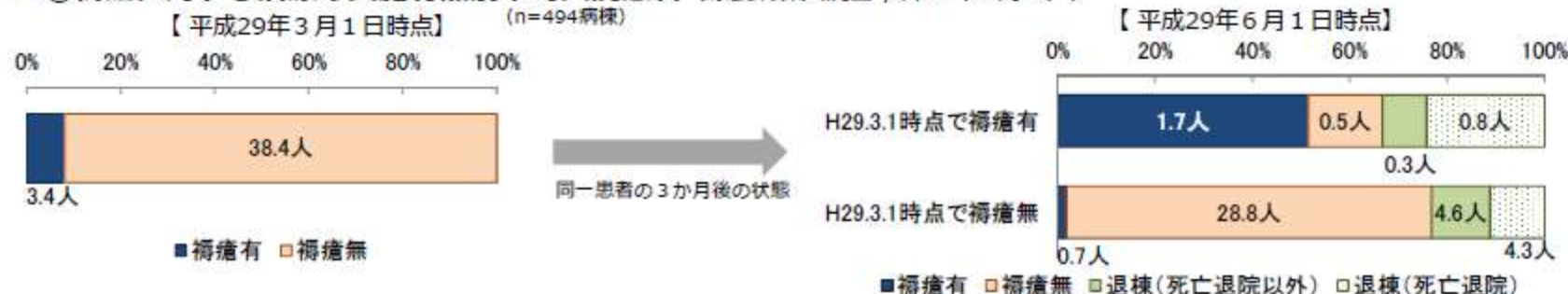
出典：保険局医療課調べ（平成28年度 慢性期の病棟におけるタイムスタディ調査等の調査）

療養病床の患者における褥瘡の状態③

入院医療(その8)

- 療養病棟において褥瘡治療中の患者の3か月後の状態を見ると、半数は引き続き褥瘡治療中である。

■ ① 褥瘡に対する治療の実施有無別平均入院患者 (療養病棟入院基本料1 (20対1))



■ ② ①のうち、入院後に発症した褥瘡に対する治療の実施有無別平均入院患者数 (療養病棟入院基本料1 (20対1))



●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキnteアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキnteア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

ADL維持向上等体制加算における褥瘡のアウトカム評価入院医療(その8)

- ADL維持向上等体制加算は、施設基準において、アウトカム評価として院内褥瘡発生率が1.5%未満であることを求めている。
- 1病棟のみでADL維持向上等体制加算を算定する場合は、当該病棟において1人でも新たに褥瘡が発生すると、施設基準を満たさなくなる。

ADL維持向上等体制加算

【対象病棟】

一般病棟(7対1、10対1)、特定機能病院(一般病棟)、
専門病院(7対1、10対1)

【施設基準】

- (1) 当該病棟に、常勤理学療法士等が専従2名以上又は専従1名+専任1名以上
- (2) 当該医療機関に、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有し、適切なリハビリテーションに係る研修を修了した常勤医師が1名以上
- (3) 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上
- (4) アウトカム評価として、以下のいずれも満たすこと
 - 直近1年間に於いて、当該病棟を退院した患者のうち、入院時よりも退院時にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
 - 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること

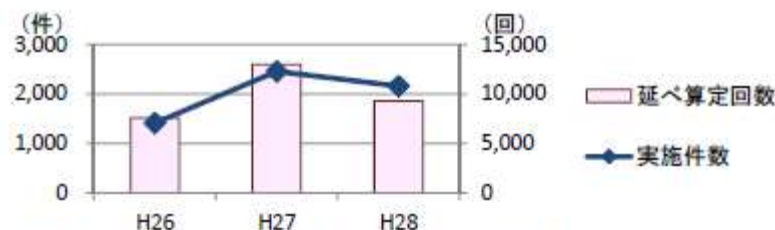
■ 1人新規褥瘡発生した場合の「院内発生した褥瘡を保有している入院患者の割合」

入院患者数	褥瘡保有患者割合
入院患者数40人	2.5%
入院患者数45人	2.22%
入院患者数50人	2%
入院患者数55人	1.82%
入院患者数60人	1.67%



例えば1病棟のみでADL維持向上等体制加算を届け出る場合、当該病棟の入院患者数が60人であっても、1人新たに褥瘡が発生すると、ADL維持向上等体制加算の施設基準を満たさなくなる。

(参考) ADL維持向上等体制加算の算定状況



出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年6月審査分）

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R 分類 d2 以上とする。）を保有している入院患者の割合が 2.5%未満であること。なお、その割合は、次の（イ）に掲げる数を（ロ）に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が 80 人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が 2 人以下であること。

（イ） 調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

（ロ） 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。）

なお、届出以降は、別添 7 の様式 5 の 4 に基づき、院内で発生した DESIGN-R 分類 d2 以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。

ADL維持向上等体制加算のアウトカムの基準が変更になった。

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

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-R 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人以下の場合は、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人以下の場合は⑩）いずれの要件も満たす必要がある。

6. ADL評価の算出期間は直近1年間であるが、新規届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。

7. 届出以降は、別添7の様式5の4に基づき、院内で発生したDESIGN-R分類d2以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。

【ADL維持向上等体制加算】

問 56 ADL維持向上等体制加算における院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合は、届出以降は「別添7」の「様式5の4」に基づき調査するとあるが、毎年7月の報告時のみ要件を満たしていればよいのか。

(答) 届出月又は報告月（7月）の前月の初日を調査日として、入院後に院内で発生した褥瘡を保有する入院患者の割合が要件を満たしていればよい。なお、報告月に要件を満たしていなかった場合、変更の届出を行う必要があるが、報告月以後に調査を行い、要件を満たしていれば、次の報告月を待たず届出することは可能である。

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキnteアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキnteア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

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書面又は電子的な方法により提出するとともに、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。

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基準告示の第一の六(1)、(2)又は(3)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、ロ又はハをそれぞれ算定し、それ以外の場合はニを算定する。

- (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。

ア 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

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

ウ 日常生活の自立度が低い利用者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある利用者及び既に褥瘡を有する利用者については、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。

エ 毎年7月において、褥瘡を有する利用者数等について地方厚生（支）局長へ報告を行うこと。

訪問看護管理療養費の危険因子の評価にもスキンテアが加わった。

褥瘡対策に関する看護計画書（例示）

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

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

褥瘡発生日 _____

<日常生活自立度の低い利用者>

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 座位姿勢の保持、除圧)			できる	できない	『あり』もしくは 『できない』が1 つ以上の場合、 看護計画を立案し実施する
・病的骨突出			なし	あり	
・関節拘縮			なし	あり	
・栄養状態低下			なし	あり	
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)			なし	あり	
・皮膚の脆弱性(浮腫)			なし	あり	
・皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有、既往)			なし	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある利用者及びすでに褥瘡を有する利用者>

※両括弧内は点数

褥瘡の状態の評価 (DESI G)	深さ	滲出液	大きさ (cm ²) 長径×長径に直交する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	炎症・感染	肉芽形成 良性肉芽が占める割合
	(0)皮膚損傷・発赤なし (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	(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	(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	(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)	(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
					合計点

訪問看護管理療養費の危険因子の評価にもスキナーケアが加わった。

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

**2018年の改定で「管理栄養士」と「カンファレンス」の運用が変わった。
また創傷分野の特定看護師も「所定の研修修了」の扱いになった。**

- 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d 2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

[算定要件]

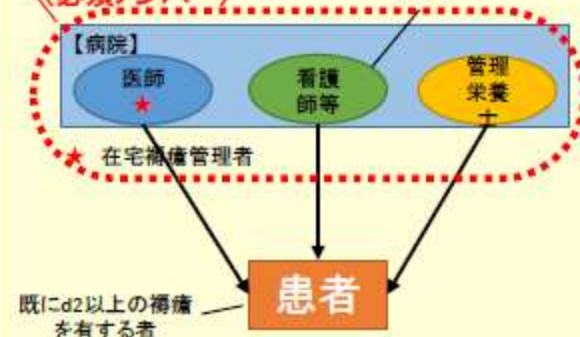
- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
 - ア 常勤医師 イ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師 ウ 常勤管理栄養士（診療所は非常勤でも可）
 - ※ 当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師等（准看護師を除く。）を在宅褥瘡管理者とする場合に限り、在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。
 - ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者
 - イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
 - ※褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師については、在宅褥瘡管理者とすることができる。
 - ※学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。
 - ※在宅褥瘡管理者については、平成26年9月30日までは、イの研修を修了していないものであっても要件を満たすものとみなす。
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
 - ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
 - イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
 - ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。
 - ※3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、2回目の評価カンファレンスを実施できる。
- ④ 1年間のケアの実績を報告する。

在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

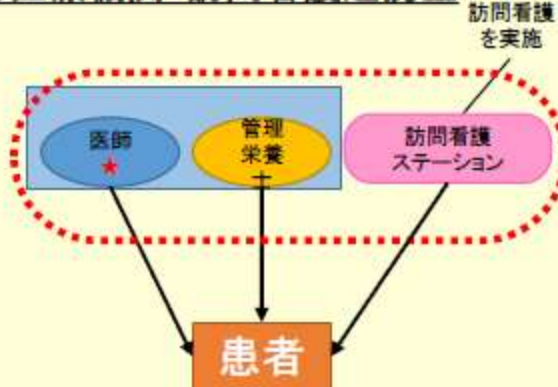
実施体制(例)

①医療機関完結型

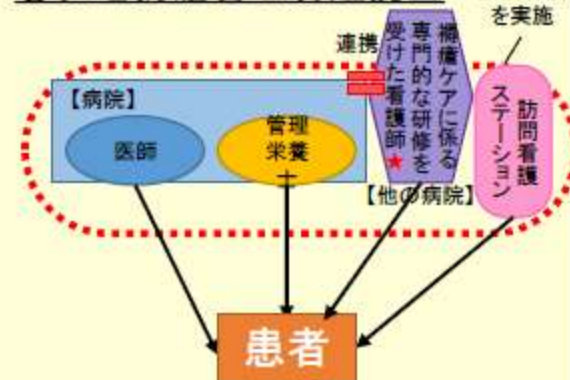
在宅褥瘡対策チーム
(必須メンバー)



②医療機関・訪問看護連携型



③在宅褥瘡管理者連携型



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

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

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

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

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

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

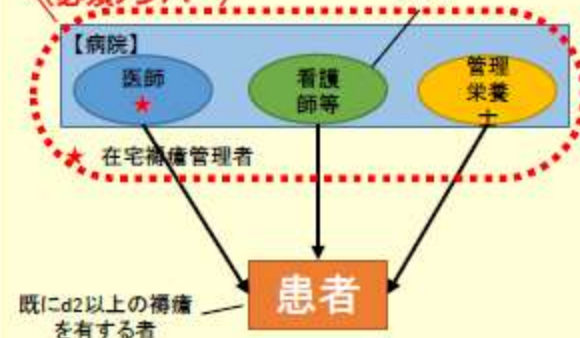
在宅褥瘡

- (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
- (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) WOCは「在宅褥瘡管理者」がいない場合に4番目として参加できる。

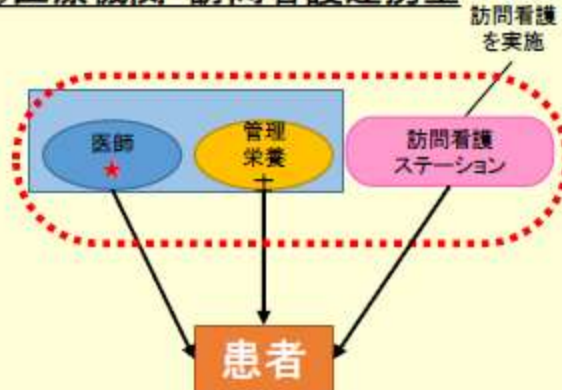
実施体制(例)

①医療機関完結型

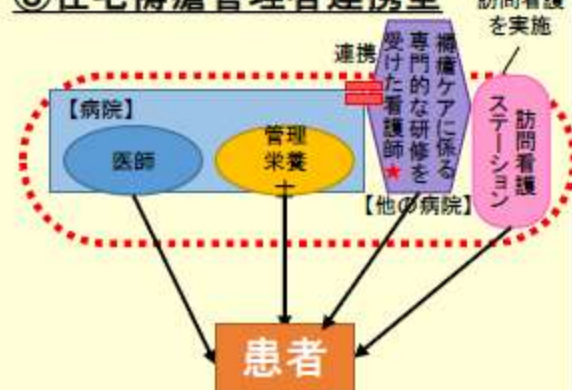
在宅褥瘡対策チーム
(必須メンバー)



②医療機関・訪問看護連携型



③在宅褥瘡管理者連携型



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

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

**2018年から管理栄養士は
常勤規定が外れた**

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は、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

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

在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

実施体制(例)

①医療機関完結型

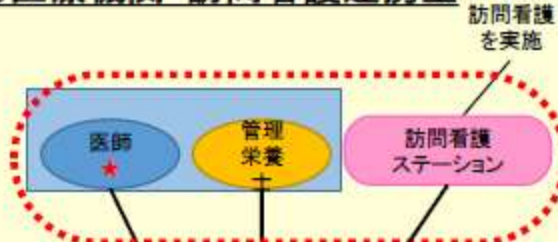
在宅褥瘡対策チーム
(必須メンバー)



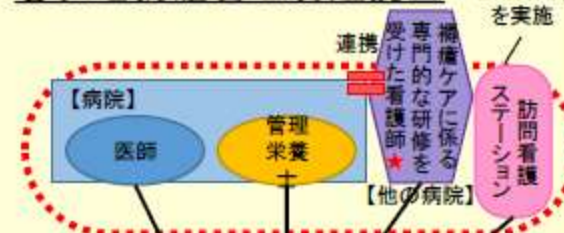
既にd2以上の褥瘡
を有する者

患者

②医療機関・訪問看護連携型



③在宅褥瘡管理者連携型



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師
- 常勤管理栄養士(診療所)

<在宅褥瘡管理者>

- (1) WOCN、創傷分野の特定看護師
- (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
- (4) 創傷分野の特定看護師(2018年度の変更点)

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

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

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

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

在宅褥瘡対策チームによる実施内容

実施内容

3ヶ月以内に算定する！！

3点セットが必要

①初回カンファレンス

②各職種個別指導(1回/月)

③評価カンファレンス

2018年からカンファレンスの
運用が緩和された



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。

C 0 1 3 在宅患者訪問 ^{じよくそう}褥瘡管理指導料

750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おいて、重点的な ^{じよくそう}褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）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、^{じよくそう}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。

2 区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料(I)、区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C 0 0 9に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。

第16の4 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に関する施設基準

(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 常勤の医師

イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師

ウ 管理栄養士

管理栄養士の常勤規定が外れた

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他の保険医療機関等の看護師（准看護師を除く。）を(2)に掲げる褥瘡管理者とする場合に限り、当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。なお、必要に応じて、理学療法士、薬剤師等が配置されていることが望ましい。

(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。

(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って既に褥瘡を有するもの

**在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定患者にも
MDRPUが加わった。**

【褥瘡対策】

問 57 対象患者に「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」が追加されたが、「長期かつ持続的」とは具体的にどれくらいの期間を指すのか。

(答) 医療関連機器を1週間以上持続して使用する者が対象となる。なお、医療関連機器を1週間以上持続して使用することが見込まれる者及び当該入院期間中に医療関連機器を1週間以上持続して使用していた者も含まれる。

(4) 初回カンファレンス及び評価カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、**やむを得ない事情により**関係者全員が患家に赴き実施することができない場合は、以下のいずれも満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数参加すること

イ 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っていること

条件があるが、在宅患者訪問褥瘡管理指導料のチームカンファレンスが、遠隔でもOKになった。

勤務場所に関する要件の緩和②

対面を求めるカンファレンスにおける情報通信機器(ICT)の活用

- 関係機関間・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、対面でのカンファレンスを求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術(ICT)を用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう、要件を見直す。



[対象となる診療報酬]

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 人退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1／退院時共同指導加算(訪問看護療養費)
- ・ 退院時共同指導料2の注3
- ・ ハイリスク妊産婦連携指導料1、2
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護療養費)
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・ 精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算(訪問看護療養費)

[ICTを用いた場合の留意事項]

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ※対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。

- ① 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、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参加した場合でも算定可能である。
- ② 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、「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。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 [算定要件]	患者への治療方針などに係るカンファレンス(概ね2か月に1回程度の頻度)に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
在宅患者緊急時等カンファレンス料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき ② 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき
	【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき ② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき ③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき ② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っているとき
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき ② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること
	【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
精神科在宅患者支援管理料2のロ [算定要件]	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

【カンファレンス】

問 212 区分番号「A 2 3 4－2」感染防止対策加算、区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算 1、区分番号「B 0 0 4」退院時共同指導料 1 の注 1、区分番号「B 0 0 5」退院時共同指導料 2 の注 1 及び注 3、区分番号「B 0 0 5－1 0」ハイリスク妊産婦連携指導料 1 及び 2、区分番号「C 0 1 1」在宅患者緊急時等カンファレンス料、区分番号「C 0 1 3」在宅患者褥瘡管理指導料、区分番号「I 0 1 6」精神科在宅患者支援管理料、訪問看護療養費の退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「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た場合、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよい。

(答) ①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合などをいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

計畫作成日 _____

請僱用生日 _____

請僱用生日 _____

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対応
常時因子の評価	・基本的動作能力 (バッド・自力体位変換) (イス上 座位姿勢の保持、離座)		できる できる	できない できない	
	・病的骨突出		なし	あり	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合 管理計画を立案し実施する
	・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	
	・皮膚の脆弱性(浮腫)		なし	あり	
	・皮膚の脆弱性(スクリーターの痕有、懸性)		なし	あり	

※両括弧内は点数

深さ	(0)皮膚損傷 無きなし	(1)8時間未満 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)関節脱臼、体 腔に穿る損傷	(6)固定判定が 不効の場合
押出率	(0)なし	(1)少量：毎日の交換を要しない	(2)中量：1日1回の交換	(3)多量：1日2回以上の交換			
大きさ (cm ²) ※指先・鼻先に実行する着火部	(0)皮膚損傷 なし	(1)4未満	(2)4以上 16未満	(3)16以上 36未満	(4)36以上 64未満	(5)64以上 100未満	(6)100以上

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定患者にも
MDRPUが加わったんだが、様式はこちら・・・
これまで同様に、ねじれています・・・

※計算する状態について、簡易図内の点数を青封し、「青封書」に記載すること。ただし、減きの点数は加えないこと。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定患者にもMDRPUが加わったんだが、様式はこちら・・・
これまで同様に、ねじれています・・・

継続的な管理が必要な理由																			
計画																			
実施した内容(計画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) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="width: 20%;">カンファレンス実施日</th> <th style="width: 20%;">開催場所</th> <th style="width: 30%;">参加した構成員の署名</th> <th style="width: 30%;">議事概要</th> </tr> <tr> <td>初回 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				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			
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																			
在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定患者にも MDRPUが加わったんだが、様式はこちら・・・ これまで同様に、ねじれています・・・																			

説明日 平成 年 月 日

本人又は家族(総柄)の署名 _____

在宅看護対策チーム構成員の署名 _____

医師 _____

看護師 _____

管理栄養士 _____

在宅看護管理者 _____

【記載上の注意】

- 1 日常生活自立度の判定にあたっては「「障害者の日常生活自立度(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課長通知 宅健第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。

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間: 年 4 月 ~ 年 3 月) (期間: 年 月 ~ 年 月) ※届出の変更があった場合		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡 ハイ リス ク 項 目	1. ショック状態のもの	名
	2. 重度の末梢循環不全のもの	名
	3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	4. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	5. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	6. 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	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡（②の患者の訪問診療開始時）	訪問診療中に発生した褥瘡（②の患者の発見時の状況）
d1	名	名

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定患者にもMDRPUが加わったんだが、報告書には、MDRPUが抜けている？！

【記載上の注意】

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

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

問 149 区分番号「C 0 1 3」在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件である「所定の研修」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研修は該当するか。

(答) 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」の区分の研修は該当する。

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

C 0 0 5 - 1 - 2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

- | | |
|--|--------|
| 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合 | |
| イ 週3日目まで | 580点 |
| ロ 週4日目以降 | 680点 |
| 2 准看護師による場合 | |
| イ 週3日目まで | 530点 |
| ロ 週4日目以降 | 630点 |
| 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡 ^{じよくそう} ケア又は人工肛門 ^{こう} ケア及び人工膀胱 ^{ぼうこう} ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 | 1,285点 |

WOCの同行訪問看護にストーマの患者さんが加わった。(ステーションも同じ)

2 3については、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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある患者（区分番号C 0 1 3に掲げる在宅患者訪問褥瘡^{じよくそう}管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門^{こう}若しくは人工膀胱^{ぼうこう}を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療^{しやうりょう}に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門^{こう}ケア及び人工膀胱^{ぼうこう}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若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師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、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。

在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の
注 2 の施設基準に係る届出書添付書類
(1 緩和ケア、2 褥瘡ケア、3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアの
届出を行うものに○をつけること。)

1 緩和ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

2 褥瘡ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

WOCの同行訪問看護にストーマの患者さんが
加わった。(ステーションも同じ)

【記載上の注意】

- 1、2 及び 3 の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。

【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】

問 147 区分番号「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料の3及び区分番号「C 0 0 5－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料の3の専門性の高い看護師による訪問看護の要件として人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門の研修を受けた看護師とあるが、専門の研修とはどのような研修か。

(答) 現時点では、以下の研修である。

日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

【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】

問 148 区分番号「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料の3及び区分番号「C 0 0 5－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料の3の算定対象となる患者における、人工肛門又は人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態とはどのようなものか。

(答) ABCD-Stoma（ストーマ周囲皮膚障害の重症度評価スケール）において、A（近接部）、B（皮膚保護剤部）、C（皮膚保護剤外部）の3つの部位のうち1部位でも びらん、水疱・膿疱又は潰瘍・組織増大の状態が1週間以上継続している、もしくは1か月以内に反復して生じている状態をいう。

【訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費】

問2 専門性の高い看護師による訪問看護の要件として人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門の研修を受けた看護師とあるが、専門の研修とはどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、以下の研修である。

日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

問3 訪問看護基本療養費（Ⅰ）へ及び訪問看護基本療養費（Ⅱ）への算定対象となる患者における、人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態とはどのようなものか。

(答) ABCD-Stoma（ストーマ周囲皮膚障害の重症度評価スケール）において、A（近接部）、B（皮膚保護剤部）、C（皮膚保護剤外部）の3つの部位のうち1部位でもびらん、水疱・膿疱又は潰瘍・組織増大の状態が1週間以上継続している、もしくは2か月以内に反復して生じている状態をいう。

【訪問看護管理療養費】

問8 基準告示第2の5に規定する特掲診療料の施設基準等別表8に示されている「真皮を越える褥瘡の状態」とはどのようなものか。

(答) 以下のいずれかに該当する場合をいう。

- ① NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度
- ② DESIGN-R 分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4又はD5

【訪問看護管理療養費】

問 13 退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「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た場合、とあるが、

- ①やむを得ない事情とはどのような場合か。
- ②携帯電話による画像通信でもよいか。

(答) ① 天候不良により会場への手段がない場合や、急な利用者への対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合など。

② リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

理解のポイントとなる

5つの用語

①衛生材料

- ・ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなど



ポイント

①衛生材料

- ・ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなど



ポイント

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）

①衛生材料

- ・ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなど



ポイント

②保険医療材料

- ・保険適応でない医療機器
（例・フィルム材、パッド付きドレッシング等）

③特定保険医療材料

- ・保険適応の医療機器
（創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ等）

④在宅療養指導管理料

- C100 退院前在宅療養指導管理料
- C101 在宅自己注射指導管理料
- C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料
- C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料
- C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料
- C102-2 在宅血液透析指導管理料
- C103 在宅酸素療法指導管理料
- C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料
- C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
- C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
- C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料
- C106 在宅自己導尿指導管理料
- C107 在宅人工呼吸指導管理料
- C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
- C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
- C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
- C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
- C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
- C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
- C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
- C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
- C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料
- C112 在宅気管切開患者指導管理料
- C113 削除
- C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
- 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
- C117 在宅経腸投薬指導管理料
- C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
- C119 在宅経肛門の自己洗腸指導管理料



⑤特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者

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

2 以下のいずれかを受けている状態にある者

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



3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

4 真皮を超える褥瘡の状態にある者

5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

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

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

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

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

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

創傷被覆材の保険償還の整理

創傷被覆材一覽表

創傷被覆・保護材一覧

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

医 療 機 器 分 類 (業機法)		使用材料 (業界自主分類)	保険償還名称・価格 (診療報酬)	販 売 名	会 社 名 (製造販売元/販売元)	特徴 (各社記載・30字)	管理区分 (業機法)
分類	一般の名称						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	管理医 療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				
	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					
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材						
	抗菌性創傷被覆・保護材						
	二次治癒ハイドロゲル創傷被覆・保護材						
	二次治癒親水性ゲル化創傷被覆・保護材						
	二次治癒フォーム状創傷被覆・保護材						
	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 (27版:2018年4月1日現在改訂)						
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	オプサイト ウンド テガダーム トランスベalent ドレッシング ハイナクルーシブ バーニエイトS キューティフィルムEX アダプティクドレッシング トレックス ウルゴチュール メビテル エスアイ・メッシュ	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) スリー・エム ジャパン(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) 新タック化成㈱/スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント(株) (株)エムビー・エス/日本シグマックス(株) 富士システムズ(株) 日東電工(株)ノ日東メディカル(株) メンリッケヘルスケア(株) アルケア(株) ニプロ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 片手で貼れるので、一人でも作業性が良いフィルムドレッシング 創傷面を保護し湿潤環境を保つフィルムドレッシング 湿潤環境を保ち、上皮再生を促進する透明フィルムドレッシング 創傷部が治癒するための最適な環境を作ります 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 — しなやかにフィットして創面を湿潤に保つ非固着性ガーゼ 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 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 キチンを和紙状に加工、創の保護、治癒の促進等を目的とする	高度管理 医療機 器
	非固着性創傷被覆・保護材	非固着成分コートガーゼ	【非固着性シリコンガーゼ】 広範囲熱傷用: 1060円/枚 平坦部位用: 139円/枚 凸凹部位用: 326円/枚				

1 特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

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

皮膚欠損用創傷被覆材

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

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

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

101	皮膚欠損用創傷被覆材	
	(1) 真皮に至る創傷用	1 cm ² 当たり6円
	(2) 皮下組織に至る創傷用	
	① 標準型	1 cm ² 当たり10円
	② 異形型	1 g 当たり37円
	(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm ² 当たり25円
102	真皮欠損用グラフト	1 cm ² 当たり451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	303円
159	局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm ² 当たり22円
180	陰圧創傷治療用カートリッジ	19,400円

赤枠は、価格が下がった区分

(一般処置)

J 0 0 0 創傷処置

1	100平方センチメートル未満	52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C 1 0 9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C 1 1 2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、乳幼児加算として、55点を加算す

J 0 0 1－4 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^{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。

皮膚欠損用創傷被覆材の効能効果と保険償還の関係

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

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

第9部処置

<通則>

1 処置の費用は、第1節処置料及び第2節処置医療機器等加算、第3節薬剤料又は第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯(頭部・頸部・軀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。

NPWT(陰圧閉鎖療法)の保険償還の整理

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 100cm ² 未満 1,040 点 2 100cm ² 以上 200cm ² 未満 1,060 点 3 200cm ² 以上 1,100 点 注 初回の貼付に限り、1 にあっては 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 1cm ² 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. 100cm ² 未満 240 点 2. 100cm ² 以上 200cm ² 未満 270 点 3. 200cm ² 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 1cm ² あたり 25 円 180 陰圧創傷治療用カートリッジ 1 個 21,600 円			

4製品共通

局所陰圧閉鎖処置用材料 22円に引き下げ
陰圧創傷治療用カートリッジ 19400円に引き下げ

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 100cm ² 未満 1,040 点 2 100cm ² 以上 200cm ² 未満 1,060 点 3 200cm ² 以上 1,100 点 注 初回の貼付に限り、1 にあっては 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 1cm ² あたり 25 円			
保険算定方法 外来の場合	× 4製品共通 2製品のみ 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			
局所陰圧閉鎖処置用材料 陰圧創傷治療用カートリッジ		22円に引き下げ 19400円に引き下げ		

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	
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。

NPWTの点数には、変更なし

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 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。

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。

101	皮膚欠損用創傷被覆材	
	(1) 真皮に至る創傷用	1 cm ² 当たり6円
	(2) 皮下組織に至る創傷用	
	① 標準型	1 cm ² 当たり10円
	② 異形型	1 g 当たり37円
	(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm ² 当たり25円
102	真皮欠損用グラフト	1 cm ² 当たり451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	303円
159	局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm ² 当たり22円
180	陰圧創傷治療用カートリッジ	19,400円

赤枠は、価格が下がった区分

159 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。

**NPWTを途中で中断した場合でも、
算定期間から差し引くことができるようになった。**

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

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

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

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

④在宅療養指導管理料

- C100 退院前在宅療養指導管理料
- C101 在宅自己注射指導管理料
- C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料
- C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料
- C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料
- C102-2 在宅血液透析指導管理料
- C103 在宅酸素療法指導管理料
- C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料
- C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
- C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
- C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料
- C106 在宅自己導尿指導管理料
- C107 在宅人工呼吸指導管理料
- C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
- C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
- C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
- C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
- C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
- C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
- C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
- C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
- C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料
- C112 在宅気管切開患者指導管理料
- C113 削除
- C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
- 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
- C117 在宅経腸投薬指導管理料
- C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
- C119 在宅経肛門の自己洗腸指導管理料



第2節在宅療養指導管理料

第1款在宅療養指導管理料

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

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

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

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

適合する薬局の基準が厳しい

第2節在宅療養指導管理料

第1款在宅療養指導管理料

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

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

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

第5 訪問看護管理療養費について

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

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

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

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

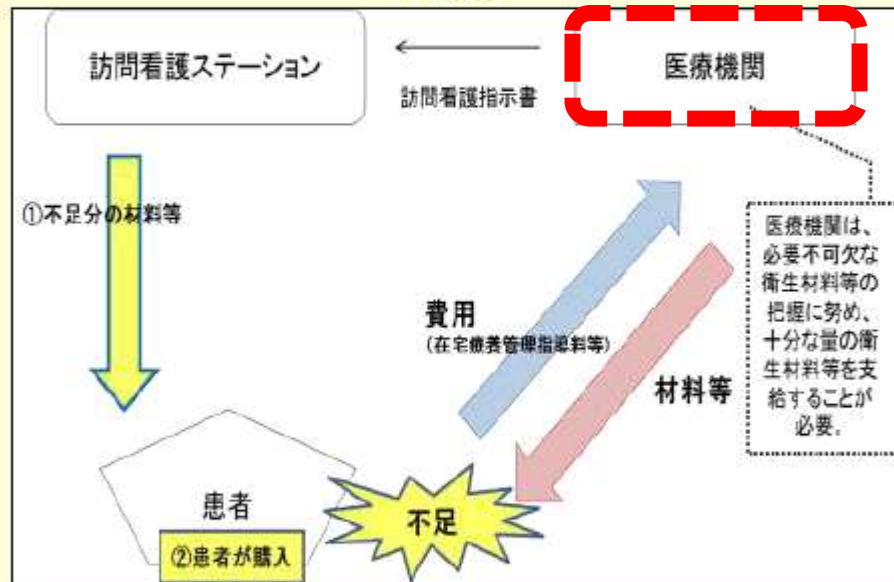
(7) 衛生材料を使用している利用者について、療養に必要な衛生材料が適切に使用されているか確認し、療養に支障が生じている場合、必要な量、種類及び大きさ等について訪問看護計画書に記載するとともに、使用実績を訪問看護報告書に記載し、主治医に報告し療養生活を整えること。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

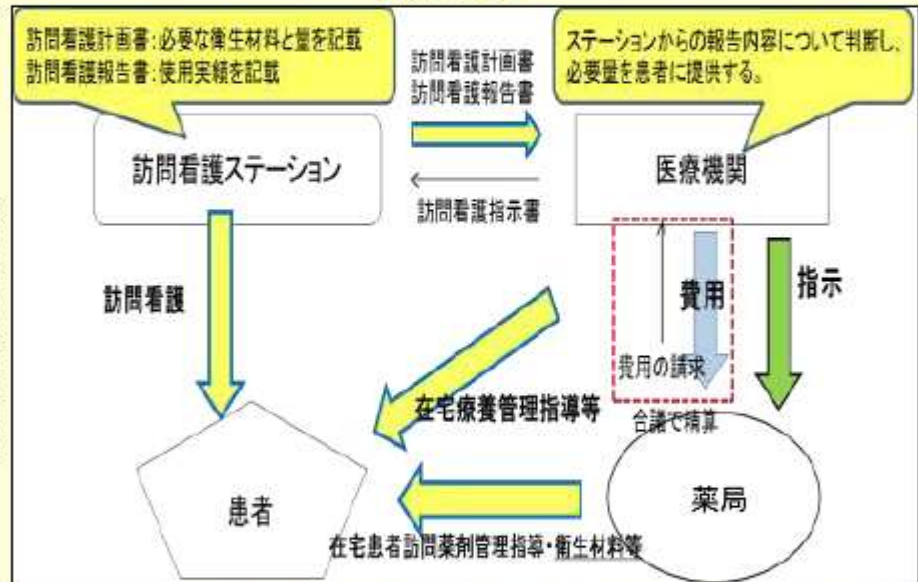
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

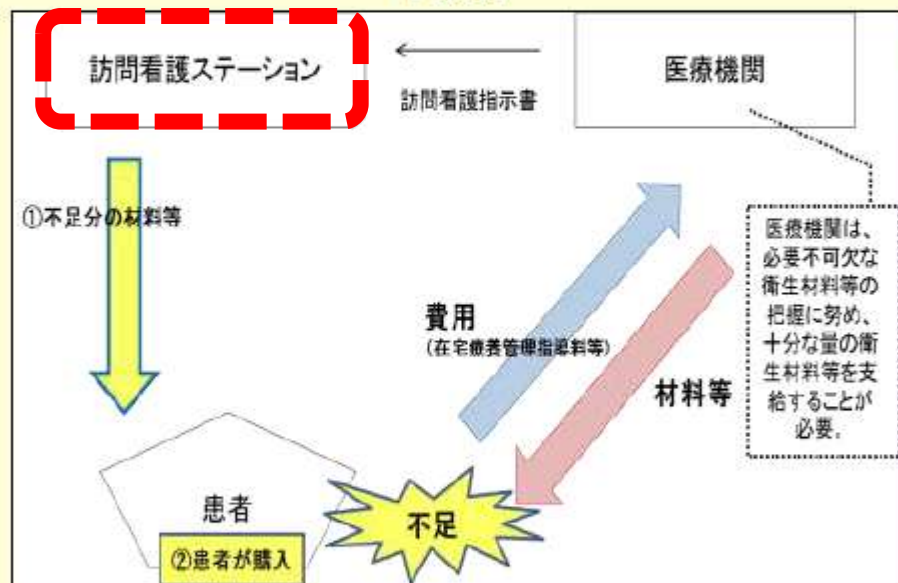
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

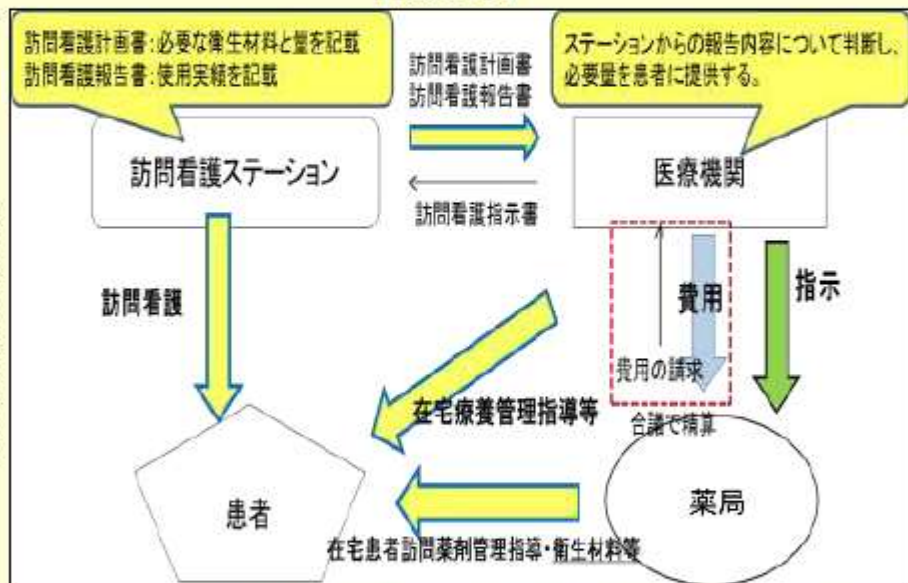
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

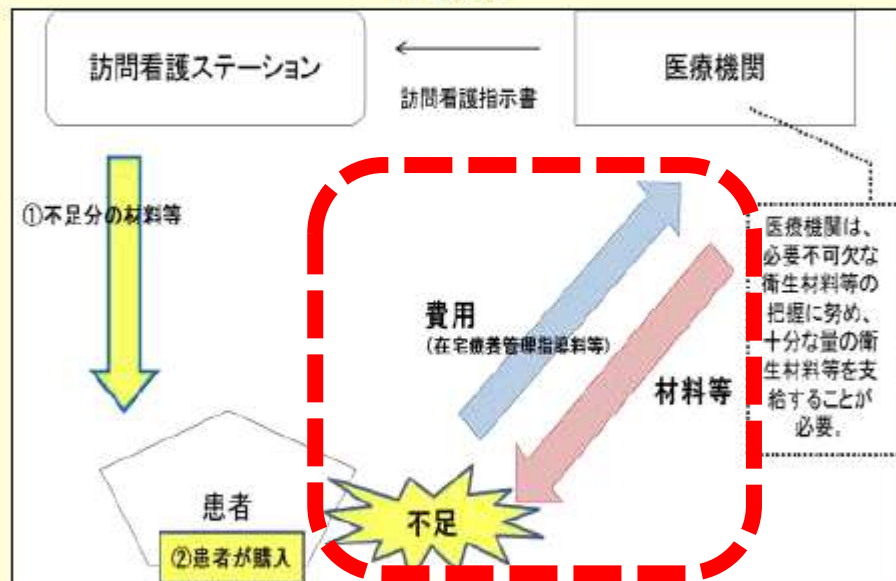
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

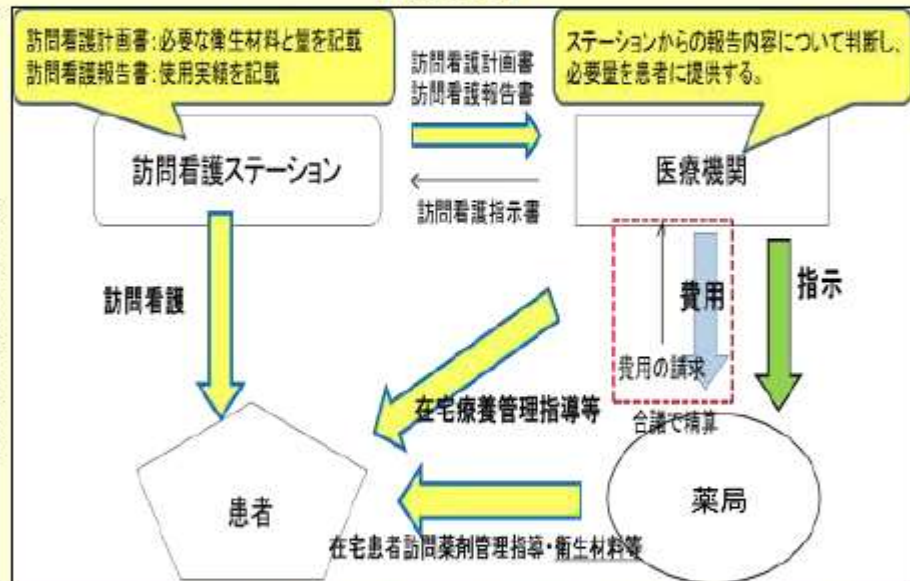
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

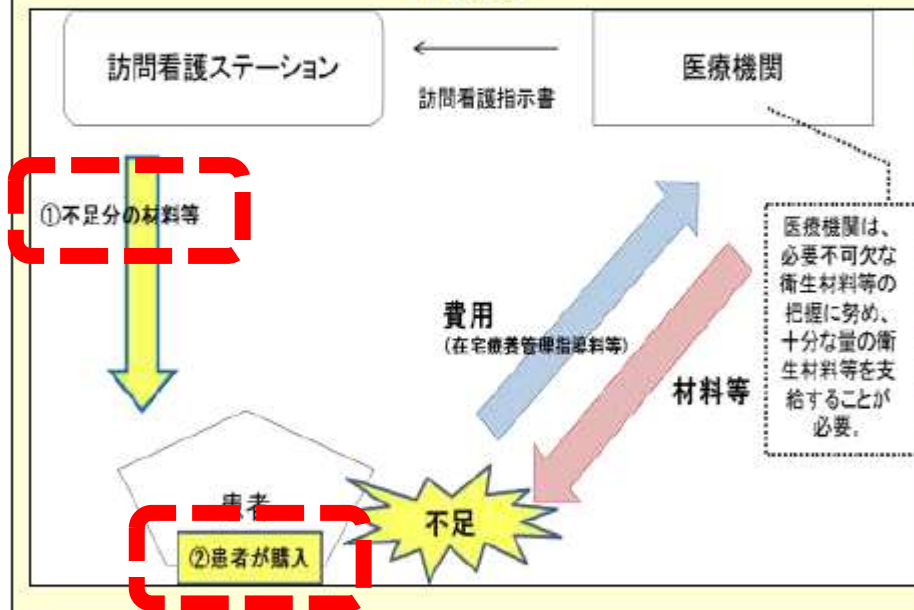
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

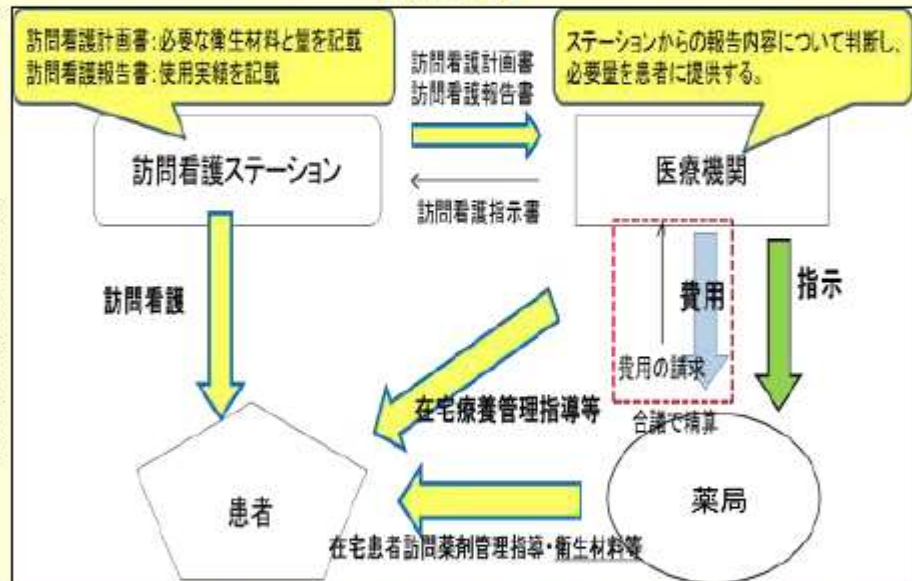
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

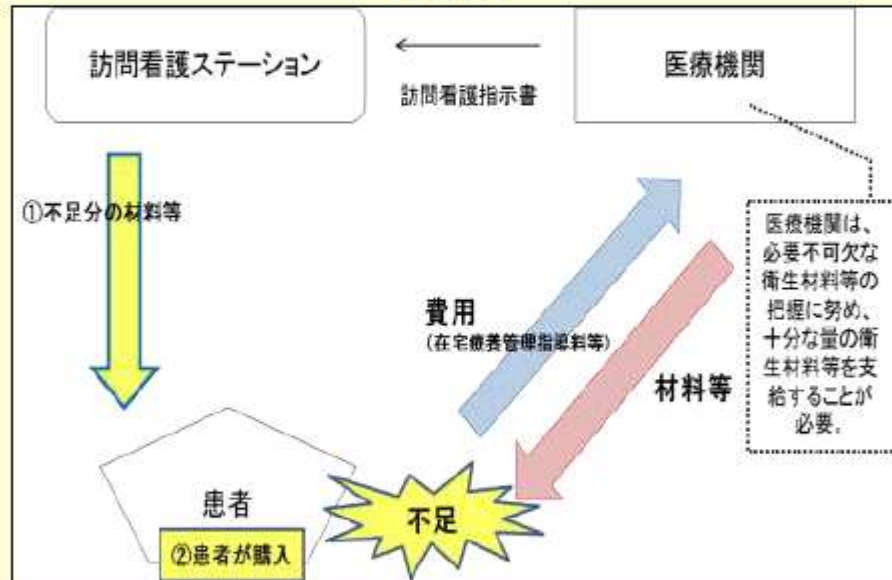
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

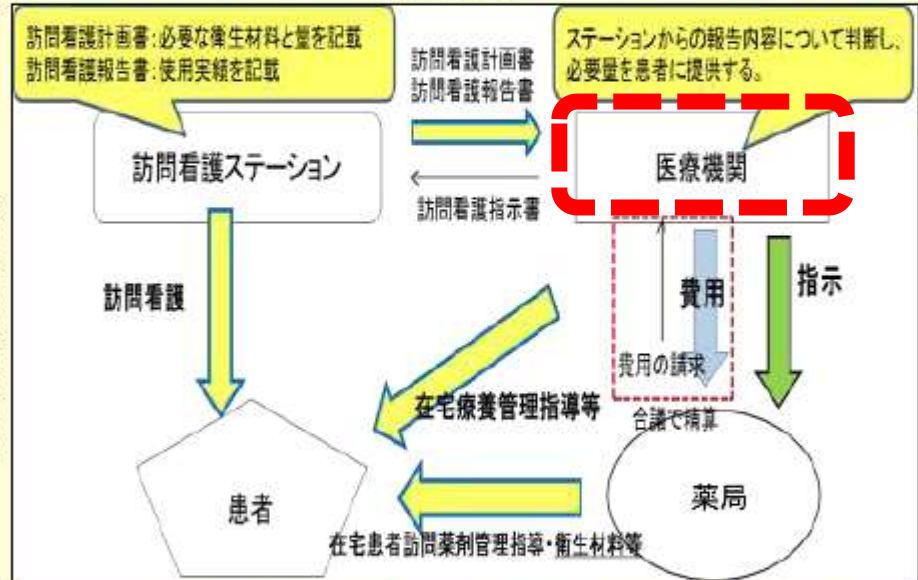
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

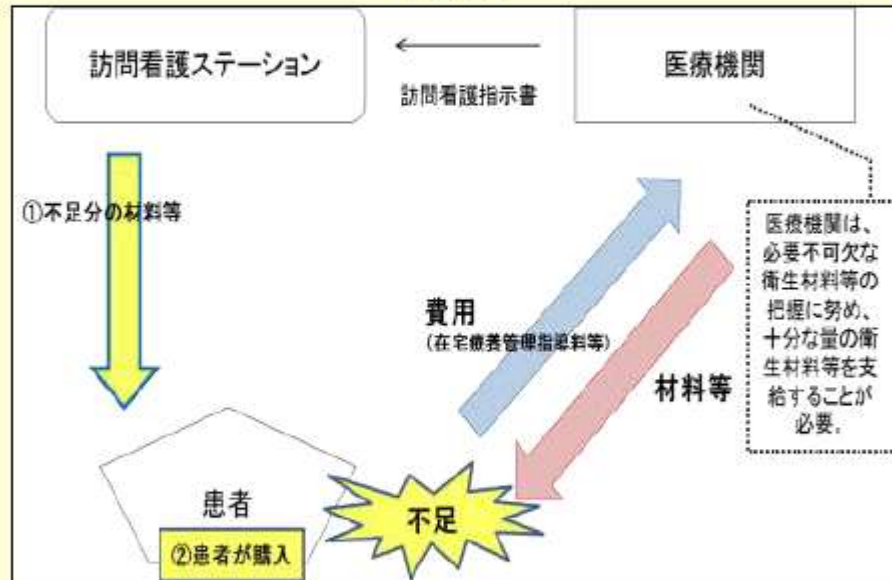
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

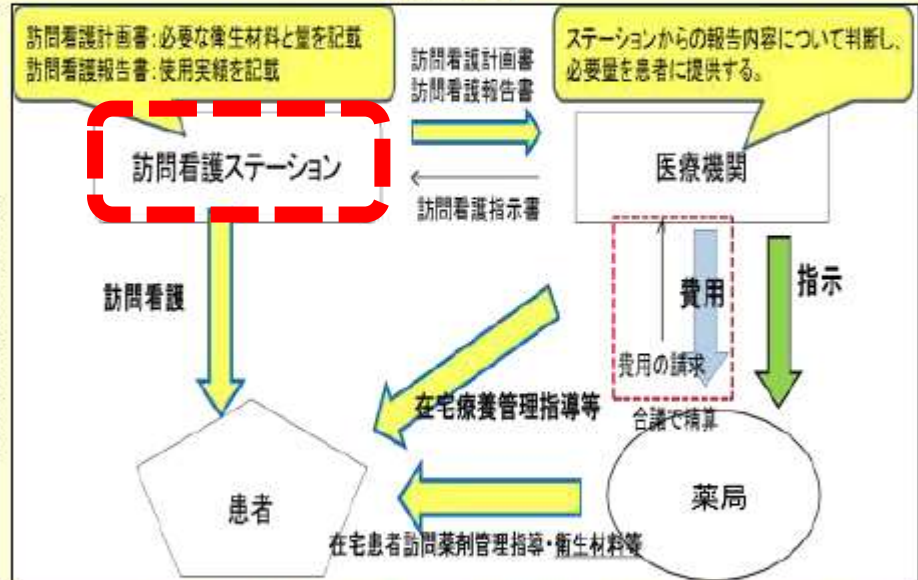
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

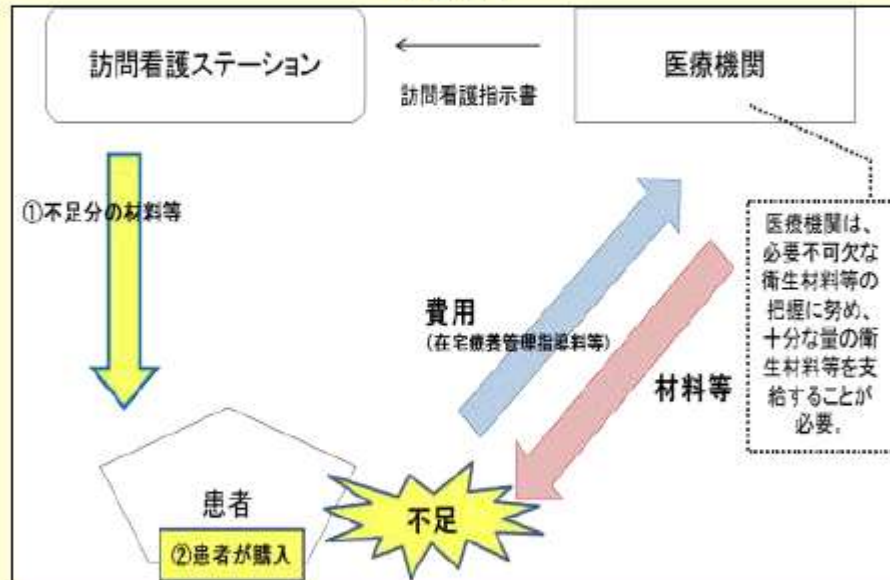
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

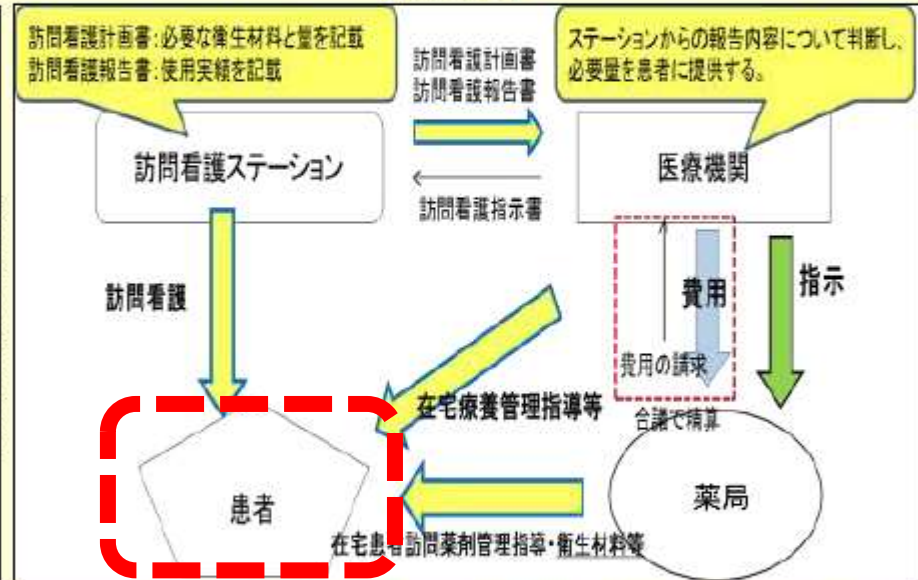
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

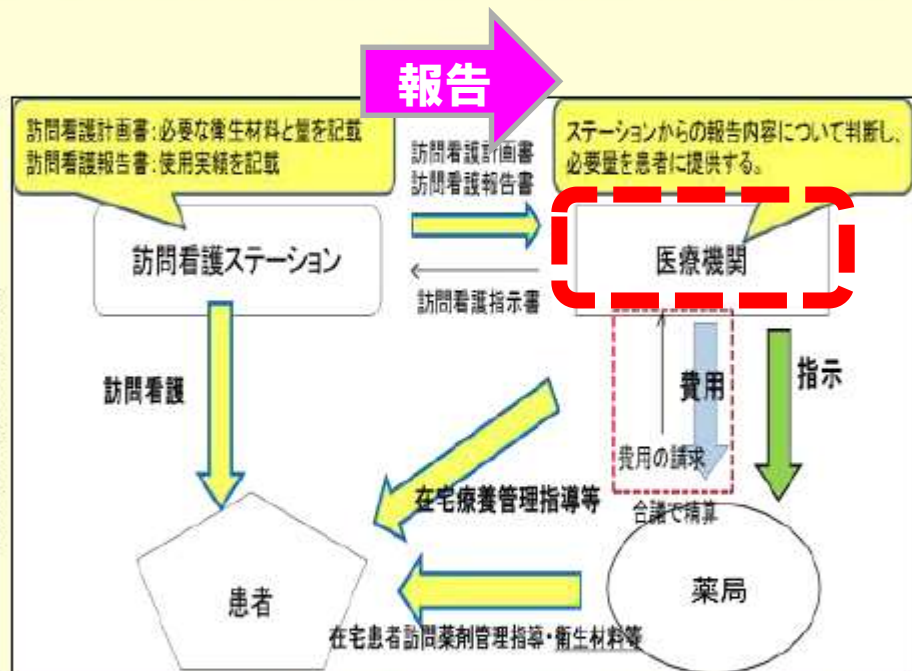
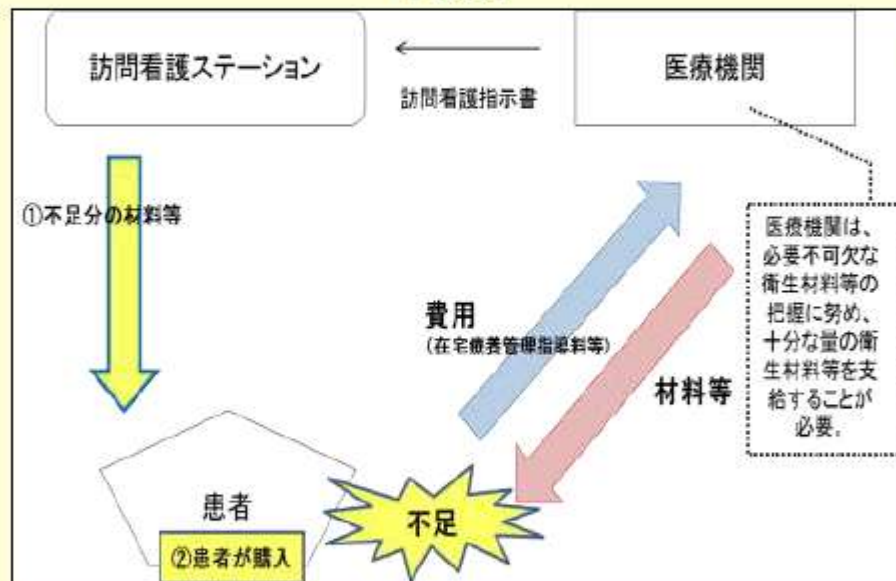
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



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

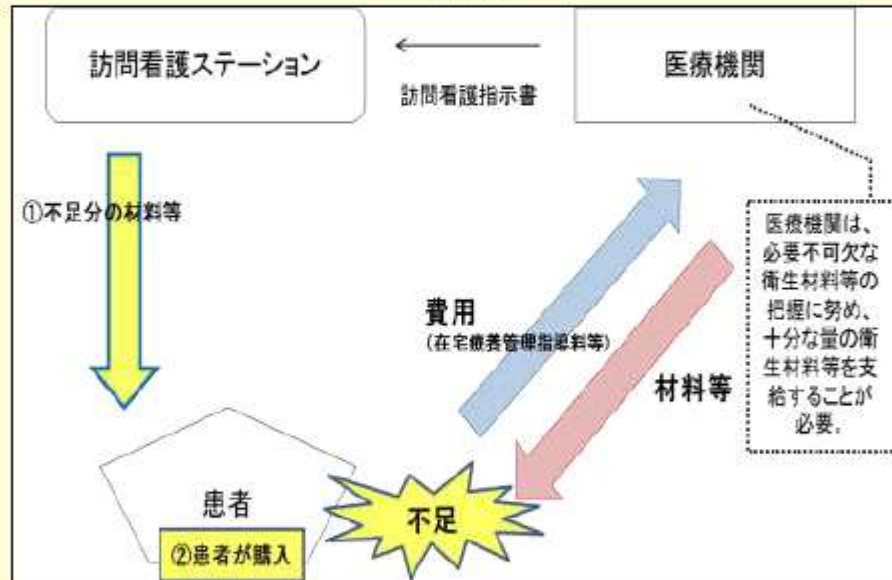
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

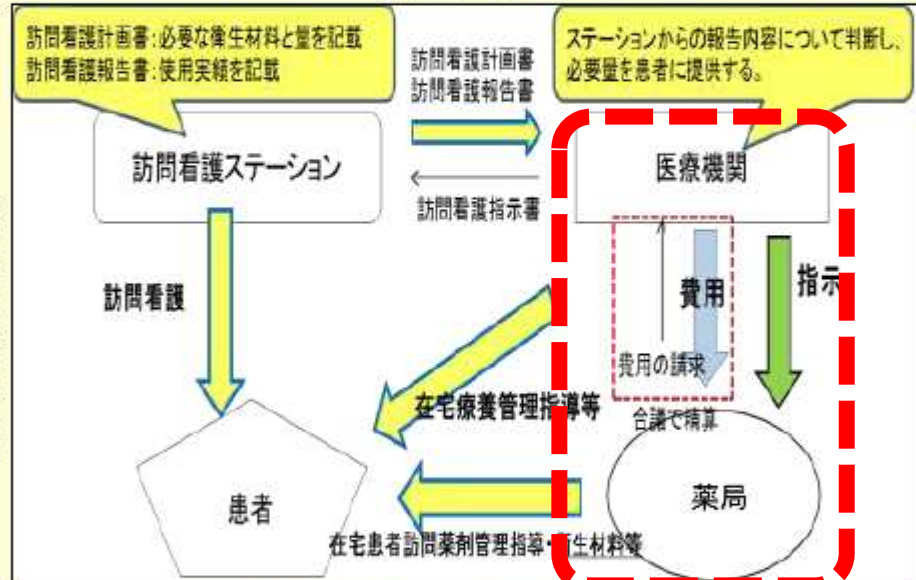
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

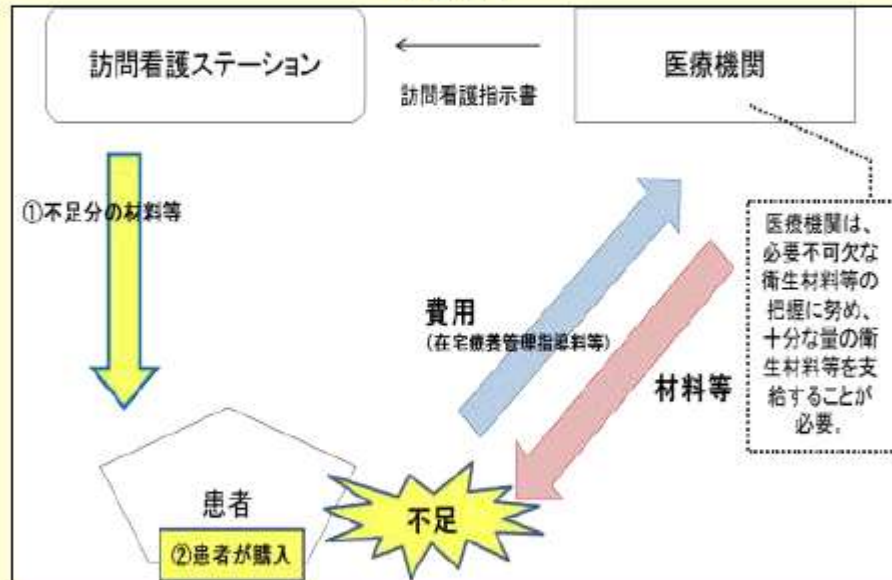
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

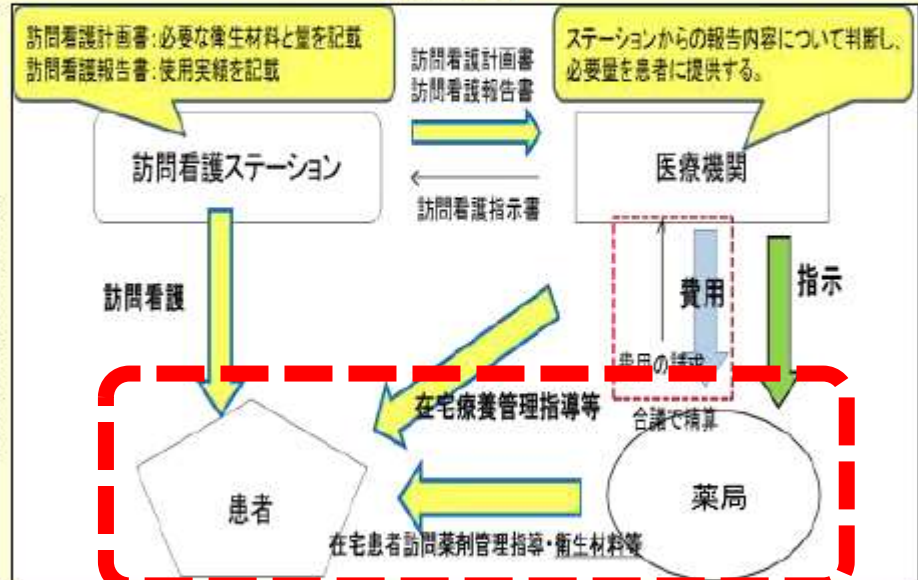
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

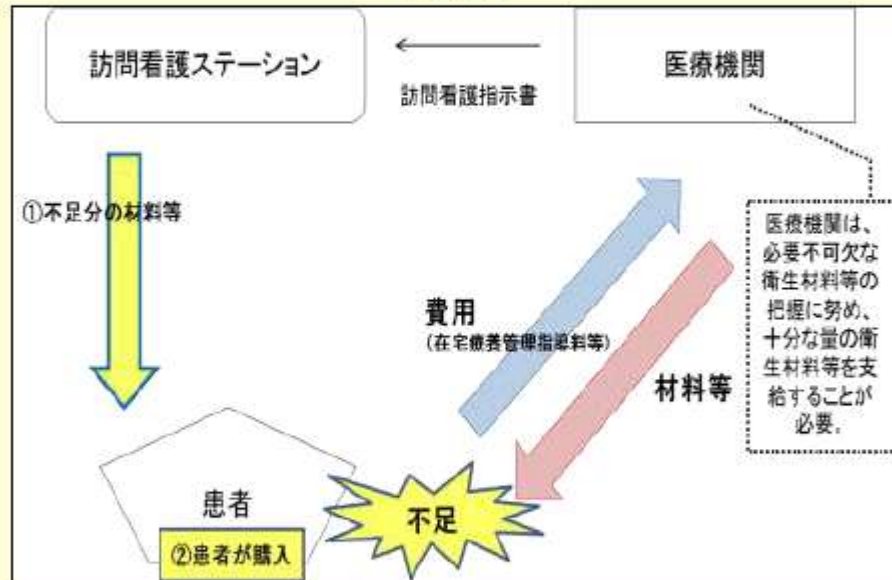
- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

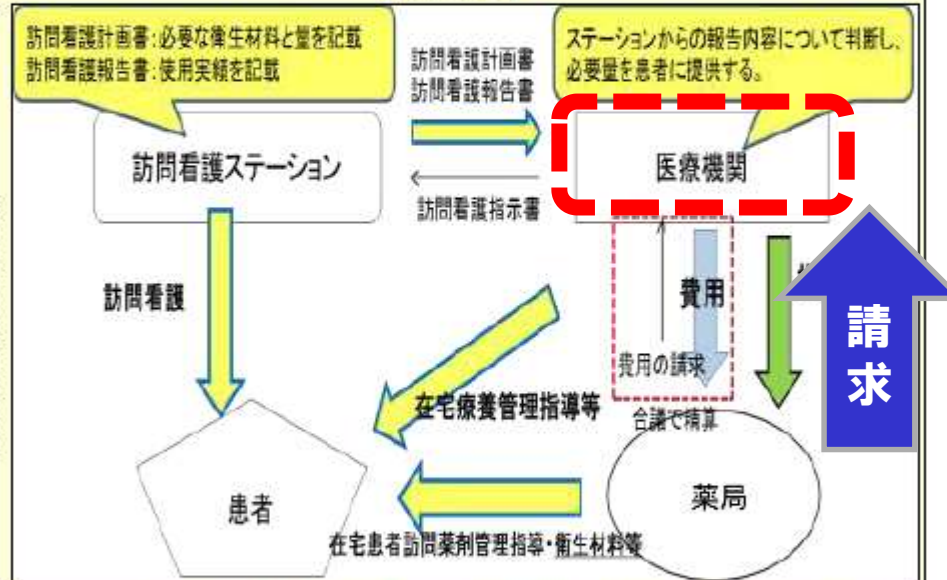
在宅における衛生材料の供給体制について

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

【現行】



【改定後】



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

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

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

●算定患者:(2つが条件)

- ・皮下組織に至る褥瘡の患者。
(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)(DESIGN 分類D 3、D 4 及びD 5)
- ・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。

在宅

介護施設

病院

薬

訪問看護

診療所

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

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

衛生材料等の提供についての評価

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

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

(新) 衛生材料等提供加算 80点(月1回)

[算定要件]

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

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点



改定後

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点



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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

衛生材料等の提供についての評価

28年度資料

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

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

(新) 衛生材料等提供加算 80点(月1回)

[算定要件]

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

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点



改定後

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点



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

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

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

**指示があれば、訪問看護時でも
創傷被覆材等が保険算定できる。**

特定保険医療材料等の算定の明確化

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

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

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

保医発第0901002号

平成17年9月1日

一部改正

平成17年10月1日

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

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官



療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

保険医療機関等において保険診療を行うに当たり、治療（看護）とは直接関連のな

療養担当規則・・・実費徴収ができるもの

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

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

(1) 日常生活上のサービスに係る費用

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

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

(2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

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



(3) 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

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

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

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

(5) その他

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

療養担当規則・・・実費徴収ができないもの

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

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

(1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア 入院環境等に係るもの

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

イ 材料に係るもの

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

ウ サービスに係るもの

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

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

(費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。)

(3) 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器(治験に係るものを除く。)

イ 適応外使用の医薬品(選定療養を除く。)

ウ 保険適用となっていない治療方法(高度先進医療及び先進医療を除く。)等

療養担当規則・・・実費徴収が**できない**もの

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

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

(1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア 入院環境等に係るもの

イ 材料に係るもの

(例)

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

医師の指示によるスPOINT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

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025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年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

Ⅱ－⑤ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設

- 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡(床ずれ)発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たな評価を設ける。
- 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設において、以下の要件を満たす場合、新たに評価を行う。
 - ① 入所者全員に対する要件
入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。
 - ② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件
 - ・ 関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
 - ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
 - ・ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。

褥瘡マネジメント加算 10単位／月 (新設)
※3月に1回を限度とする

各種の施設系サービス

- 施設系サービスにおいて、排泄に介護を要する利用者(※1)のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる(※2)と医師、または適宜医師と連携した看護師(※3)が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、
 - ・ 排泄に介護を要する原因等についての分析
 - ・ 分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。

(※1) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

(※2) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

(※3) 看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。

排せつ支援加算 100単位／月 (新設)

20

褥瘡マネジメント加算 10単位／月(新設)

※3月に1回を限度とする

算定要件等

①入所者全員に対する要件

入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。

②①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件

- ・関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。**
- ・褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。**
- ・①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。**

平成30年度介護報酬改定について

厚労省HP http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/kaitei30.html

別紙様式4

褥瘡の発生と関連のあるリスク

①	ADL	入浴	自分でやっている	自分でやっていない	
②	の状況	食事摂取	自分でやっている	自分でやっていない	対象外（※1）
③		更衣	自分でやっている	自分でやっていない	
④		上衣	自分でやっている	自分でやっていない	
		下衣	自分でやっている	自分でやっていない	
⑤	基本	寝返り	自分でやっている	自分でやっていない	
⑥	動作	座位の保持	自分でやっている	自分でやっていない	
⑦		座位での乗り移り	自分でやっている	自分でやっていない	
⑧		立位の保持	自分でやっている	自分でやっていない	
⑨	排泄	尿失禁	なし	あり	対象外（※2）
⑩	の状況	便失禁	なし	あり	対象外（※3）
⑪		バルーンカテーテル等の使用	なし	あり	
⑫	過去3か月以内に褥瘡がありましたか	いいえ	はい		

※1：経管栄養・経静脈栄養等の場合

※2：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合

※3：人工肛門等の場合

・①～⑧については「自分でやっていない」、⑨～⑪については「あり」、⑫については「はい」に当てはまる場合、「リスクがある」に該当するものとする。

・①～⑫の評価については、以下の通り行うものとする。

【基本的な考え方】

一定期間の状況（特段の記載がない限り、調査日より概ね過去1週間）について、「日常的に行っているか」に基づいて「自分でやっている・自分でやっていない」を判断してください。

自分でやっている：一部の行為・動作が不十分であっても、全ての行為・動作を自分でやっている場合

自分でやっていない：一部でも介助者の直接支援が必要な場合

①	A D L の 状 況	入浴	「入浴」とは、浴槽やシャワー室への出入り、入浴行為（シャワーを浴びることを含みます）、洗身（胸部、腕、腹部、膝部、太腿、膝下等）、洗髪の一連の行為を言います。 - 一連の行為の中で見守りが必要な場合や、洗い残し等、洗浄が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 - 一連の行為の中で一部でも介助者が洗う等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
		食事摂取	「食事摂取」とは、配膳後の食器から口に入れるまでの食物を摂取する一連の行為を言います。 - 一連の行為の中で食事のセッティング、食器の入れ替えや声かけ等が必要であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 - 一連の行為の中で一部でも介助者が食べさせる等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。 - 経管栄養や経静脈栄養等で経口摂取をしていない場合は「対象外」を選んでください。
③	更 衣	上衣	「更衣（上衣）」とは、普段使用している上衣（着脱着、下着）等を着脱する一連の行為を言います。衣服の準備や衣服をたたむこと、整理することは含まれません。 - 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 - 一連の行為の中で一部でも介助者が服を持って構える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
		下衣	「更衣（下衣）」とは、普段使用している下衣（着脱着、下着）等を着脱する一連の行為を言います。衣服の準備や衣服をたたむこと、整理することは含まれません。 - 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 - 一連の行為の中で一部でも介助者が服を持って構える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
④			
⑤	基 本 動 作	寝返り	「寝返り」とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに身体の向きを変え、そのまま安定した状態になることを言います。 - 一連の動作の中で何かにつかまる、つかまらないうちに、自分で寝返りを行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 - 認知症等の方で、声をかければゆっくりでも寝返りを自分でする場合等、声がけのみでできる場合は「自分で行っている」を選んでください。 - 一連の動作の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
		座位の保持	「座位の保持」とは、背もたれ、クッション等がなく、手すり等につかまらないうちに状態でベッド等に一定の時間（10分間程度）安定して座っていることを言います。 - 介助者の支えや背もたれ、クッション等がなくとも自分で座位が保持できる場合は「自分で行っている」を選んでください。

		・ 介助者の支えが必要な場合や背もたれ、クッション等に寄り掛からなければ座位が保持できない場合は「自分で行っていない」を選んでください。 ・ 医学的理由（低血圧等）により座位の保持が認められていない場合は「自分で行っていない」を選んでください。
⑦	座位での乗り移り	・ 「座位での乗り移り」とは、車いす等からベッドへの移動等、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の面に移動することを言います。 ・ 一連の動作の中で介助者の支援がなくとも自分で座位の乗り移りができる場合は「自分で行っている」を選んでください。 ・ 認知症等の方で、必要な動作の確認、指示、声がけのみでできる場合は「自分で行っている」を選んでください。 ・ 一連の動作の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
⑧	立位の保持	・ 「立位の保持」とは、手すり等につかまらないうちに状態で一定の時間（3分間程度）安定して立っていることを言います。 ・ 介助者の支えや手すり等がなくとも自分で立位が保持できる場合は「自分で行っている」を選んでください。 ・ 介助者の支えが必要な場合や手すり等につかまらなければ立位が保持できない場合は「自分で行っていない」を選んでください。 ・ 円背等の方で、自分の両膝に手を置いている等、自分の体の一部を支えにしなければ立位が保持できない場合は「自分で行っていない」を選んでください。 ・ リハビリテーション等、特殊な状況で、見守り下でのみ立位の保持を行っている場合は「自分で行っていない」を選んでください。
⑨	排泄の状況	尿失禁 ・ 「尿失禁」とは、定時排便誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの器具を使用している場合は、それらを使用した状態における失禁状況を言います。 ・ 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、尿失禁があった場合は「あり」を選んでください。そうでなかった場合は「なし」を選んでください。 ・ バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合は「対象外」を選んでください。（自己導尿とは、尿道から膀胱内に細い管（カテーテル）を挿入し、尿を体外に排泄する方法です。）
⑩		便失禁 ・ 「便失禁」とは、定時排便誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの器具を使用している場合は、それらを使用した状態における失禁状況を言います。 ・ 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、便失禁があった場合は「あり」を選んでください。そうでなかった場合は「なし」を選んでください。 ・ 人工肛門等の場合は「対象外」を選んでください。
⑪		バルーンカテーテル等の使用 ・ バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合は「あり」を選んでください。そうでない場合は「なし」を選んでください。
⑫	過去3か月以内に褥瘡がありましたか	・ 過去3か月以内にステージⅠ（通常青赤出部に限局された領域に病変しない発赤を伴う損傷のない皮膚）以上の褥瘡があった場合は「はい」を選んでください。そうでなかった場合は「いいえ」を選んでください。
		・ 「褥瘡」は、医師・看護士によって診断・評価された褥瘡に限ります。医師・看護士の情報（記録、口頭）にもとづいて記載してください。

[illegible]

まとめ

●医療再編

- ・混合病棟化に対応する手順の統一、研修時間の確保

●褥瘡の医療事故での扱い

- ・皮膚損傷として・・・褥瘡として・・・

●スキンテアが、入院基本料の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・すべての病院、診療所の義務です

●「入院時支援加算」が新設され、入院前に、「褥瘡に関する危険因子の評価」の実施が要件になった。

- ・入院前に、外来で、「褥瘡に関する危険因子の評価」を実施する。

●退院時共同指導

- ・参加できる職種が広がった。

●一部のMDRPUが、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定患者に追加された。

- ・一週間以上の使用が条件です。

●療養病棟に対して、「褥瘡評価実施加算」が「褥瘡対策加算」に変更された。

- ・アウトカム指標での加算になった。

●「ADL維持向上等体制加算」の褥瘡発生率のアウトカムの基準が緩和された。

- ・1.5%から2.5%に変わった。

●「スキンテア」が訪問看護管理療養費の看護計画の「褥瘡に関する危険因子の評価」に追加された。

- ・病院内と同じ運用。

●「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が変更になった。

- ・管理栄養士の常勤期待が外れた。
- ・一部のMDRPU患者が、算定できる患者に加わった。
- ・チームカンファレンスが遠隔でもOKになった。(条件付き)
- ・特定行為の創傷関連分野を修了した看護師でも算定できる。

●WOCの訪問看護の対象にストーマの患者が加わった。

- ・すべてのストーマ患者が対象ではないので注意。

●創傷関連の点数や運用に変更があった。

- ・NPWTで、中断期間については算定期間から除外されることになった。

●患者さんへの自己負担には注意が必要。

- ・売店等の活用に注意。

●褥瘡マネジメント加算(介護保険)

- ・新しい制度。

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ズ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。端的に言えば、「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上げます。

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ズに対応ができると思います。

**この特集号と併せて
今回の改定で変更になった部分は、
このスライドを見ていただくことで、
より理解がすすむと思います…**

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上げます。

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



The 13th 第13回 アジアメディカルショー
ASIA MEDICAL SHOW 2018

HOME

最新情報 & 更新情報

こあいさつ

開催概要

出展・協賛のご案内、お申込み

来場のご案内

AMSプログラム

協賛者プログラム

出展・協賛者一覧

アクセス・シャトルバス・宿泊のご案内

出展・協賛者専用ページ

リンクについて

第12回AMS報告書

お問い合わせ

お待ちしております！

ヘルスケアイノベーション

～身近な医療から最先端医療まで～

▶ 事前登録

▶ 出展・協賛のお申込はこちら

会
期

2018年
6月22日金・23日土

会
場

福岡国際会議場

福岡市博多区石城町2-1

主
催

九州医療機器団体連合会
福岡県医療機器協会

4

日 時 6/23 (土) 【1部】 11:00～12:30、【2部】 12:30～13:30

会 場 3A (3Fメインホール)

特別プログラム2

【1部】「単回使用医療機器(SUD)の再製造について」

演 者 武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院 教授)

【2部】「医療・介護制度改革の惑星直列をチーム医療の視点で整理する」～地域包括ケアシステム時代の5極連携・役割分担・教育研修～

演 者 高水 勝 (スリーエムジャパン株式会社 医療用製品事業部)



- 新着情報
What's New
- 学術集会
Annual Meeting
- 教育セミナー
Seminar
- 過去の地方会報告
Report
- 役員・会則
Officers
- 入会案内
Admission
- 事務局案内
Secretariat guidance
- リンク
Link

日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会

ご連絡

日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会

Japanese Society of Pressure Ulcers Kyusyu Okinawa block

NEWS

➔ 2018-04-13

【4/20(金)～4/23(月)のご連絡受付について】

4/20(金)～4/22(日)まで学術集会運営のためメール・FAXのご対応はできま...

日本褥瘡学会九州・沖縄地方会学術...

本日の講演スライドは、
日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会の
HPにUPされる予定です。
是非ご活用ください。

お疲れさまでした～