

第13回 日本褥瘡学会 近畿地方会 学術集会

～多職種で協働する地域連携～

The 13th Japanese Society of Pressure Ulcers Kinki Block

テーブルディスカッション

診療報酬改定に現場はどう対応したらいいか？

日程 平成28年3月13日(日) ～現状と課題～

会場 奈良県文化会館

会長 生島 繁樹

天理よろづ相談所病院白川分院 薬局長

副会長 中村 義徳

天理よろづ相談所病院 在宅世話どりセンター長

吉川 由紀

大和高田市立病院 看護局

●ディスカッサー

・森本 広子
(リンクハート株式会社 ゆい 訪問看護ステーション)

・中村 義徳
(天理よろづ相談所病院 在宅世話どりセンター)

・加藤 裕子
(市立岸和田市民病院看護局 地域医療センター)

・原 誠一
(一般社団法人大阪ファルマプランもえぎ薬局)

・足立 貞子
(公立八鹿病院 栄養管理科)

●司会兼ディスカッサー

・高水 勝
(スリーエム ジャパン株式会社 医療用製品事業部)

・吉川 由紀
(大和高田市立病院 看護局)

日本褥瘡学会



第13回 日本褥瘡学会 近畿地方会 学術集会

～多職種で協働する地域連携～

The 13th Japanese Society of Pressure Ulcers Kinki Block

テーブルディスカッション

診療報酬改定に現場はどう対応したらいいか？
～現状と課題～

本日の講演スライドは、
日本褥瘡学会近畿地方会のHPにUPさせていただきます。
ご自由にダウンロードしてご活用いただければ幸いです・・・

第13回 日本褥瘡学会 近畿地方会 学術集会

～多職種で協働する地域連携～

The 13th Japanese Society of Pressure Ulcers Kinki Block

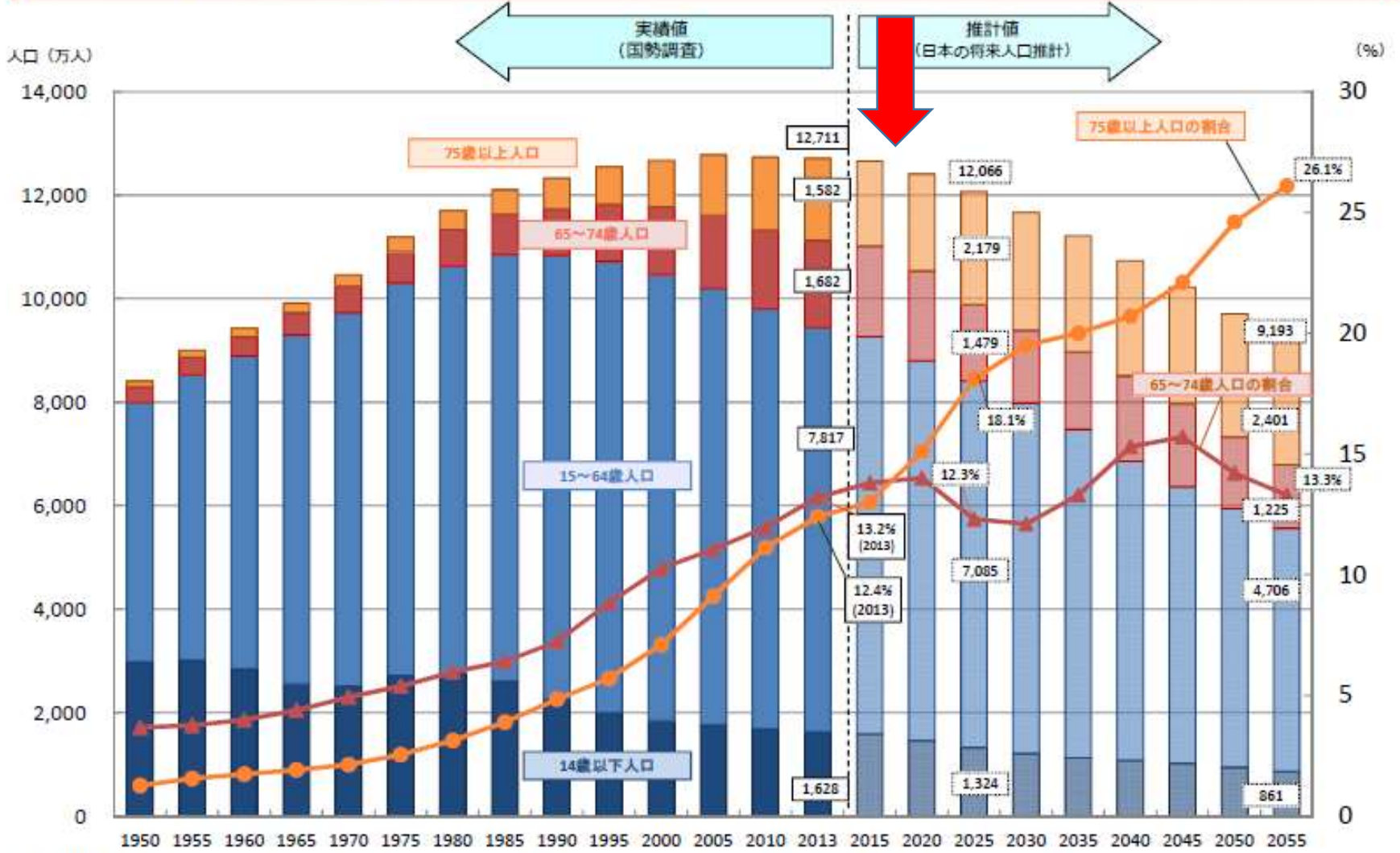
テーブルディスカッション

診療報酬改定に現場はどう対応したらいいか？
～現状と課題～

平成28年3月4日の正式な告示・通知をもとに
3月12日現在での情報になります。
今後、疑義解釈等に注視してください。
現段階での解説ですので、
今後変更になる場合もありますのでご容赦ください。

今後の年齢階級別人口の推計

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。

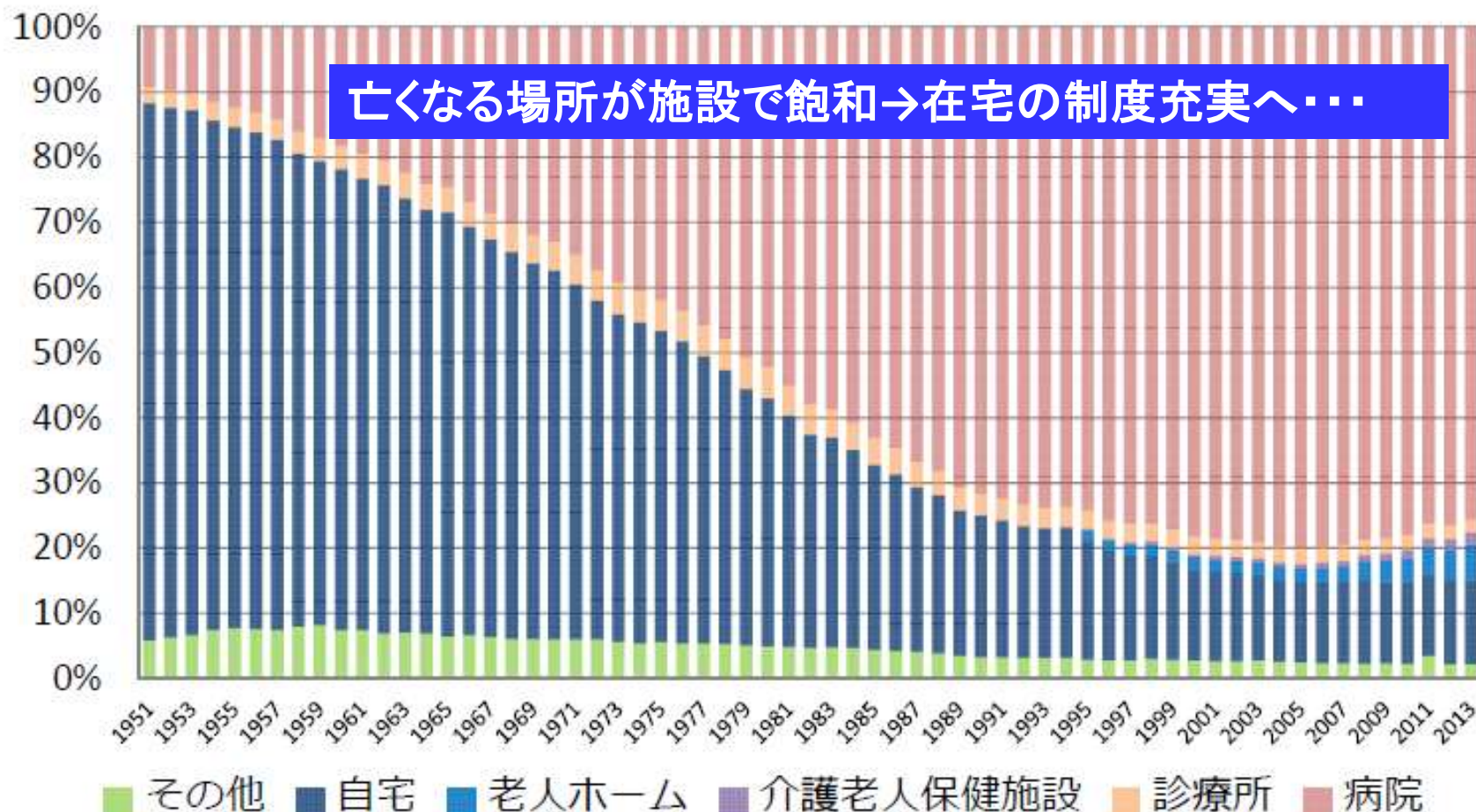


資料：2010年までは総務省統計局「国勢調査」。2013年は総務省統計局「人口推計(平成26年6月1日確定値)」。2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計) 中位推計」

死亡の場所（年次推移）

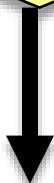
- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



出典：平成25年人口動態調査

医療の質



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



手順の標準化



知識の標準化

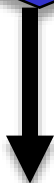


材料の標準化

医療経済



医療法
診療報酬
機能評価



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



診療報酬
介護報酬
自費診療



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

在宅

介護施設

急性期病院のチーム医療での材料や手順が
在宅まで大きく影響する

病院

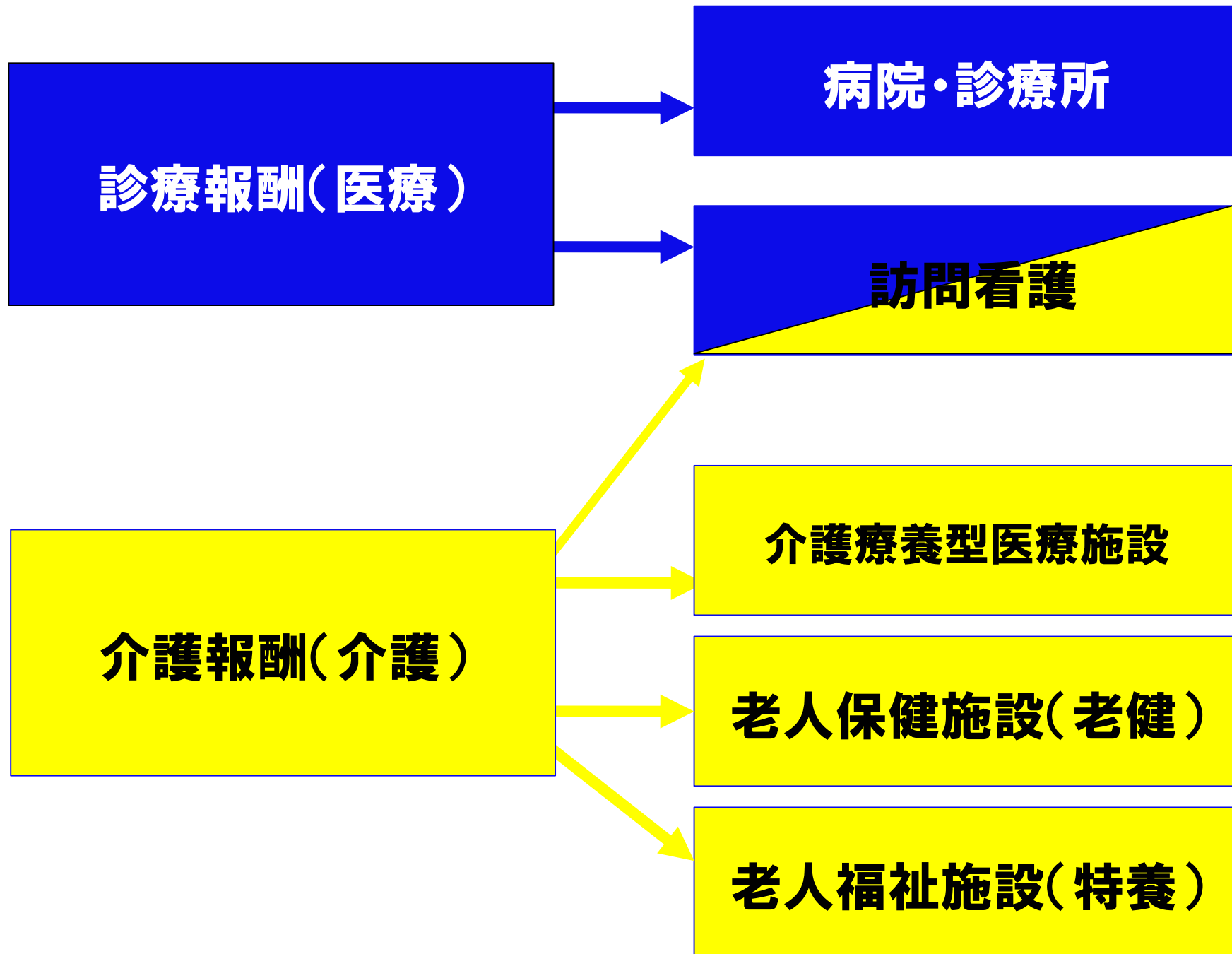
薬

訪問看護

診療所

在宅





診療報酬(医療)

病院・診療所

訪問看護

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

介護報酬(介護)

介護療養型医療施設

老人保健施設(老健)

老人福祉施設(特養)

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医) ・特別管理指導加算(訪)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算。	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します。	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時に「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医) ・特別管理指導加算(訪)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算。	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します。	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時に「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
	特別管理指導加算(訪)				
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します。	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時に「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医) ・特別管理指導加算(訪)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算。	◎		
チーム医療	WOCNの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します。	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時に「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医) ・特別管理指導加算(訪)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算。	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時にも「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医) ・特別管理指導加算(訪)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算。	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します。	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時にも「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

深い褥瘡に対する診療報酬の注意

深い褥瘡に対して多くの診療報酬があります。

それぞれの算定要件では過去の経緯等により深い褥瘡に対して統一した表記ではなく、以下のような表記になっています。

- DESIGN (日本褥瘡学会分類によるもの) D3、D4又はD5
- NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) 分類Ⅲ度又はⅣ度
- 真皮を越える褥瘡
- 皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む)
- 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

○ 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

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

長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

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

		別表7※	別表8※※	左記の他医療区分2・3のうち 長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	継続的な医学管理が必要な処置等	・人工呼吸器の使用	・中心静脈栄養 ・人工呼吸 ・気管切開 ・酸素療法 ・持続陽圧呼吸療法 ・気管カニューレ/留置カテーテルの使用 ・自己腹膜灌流 ・血液透析 ・経管栄養等 ・自己導尿 ・自己疼痛管理 ・人工肛門/人工膀胱	・中心静脈栄養 ・人工呼吸器 ・気管切開等 ・酸素療法 ・透析 ・経腸栄養
	長期に渡る療養が必要な疾病	・スモン ・多系統萎縮症 ・球脊髄性筋萎縮症 ・多発性硬化症 ・進行性筋ジストロフィー症 ・副腎白質ジストロフィー ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ・重症筋無力症 ・脊髄小脳変性症 ・パーキンソン病関連疾患 ・亜急性硬化性全脳炎 ・脊髄性筋萎縮症 ・後天性免疫不全症候群 ・ハンチントン病 ・ライソゾーム病 ・頸髄損傷 ・プリオン病 ・末期の悪性腫瘍	・悪性腫瘍 ・肺高血圧症 ・褥瘡(真皮を超える)	・スモン ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病 ・悪性腫瘍 ・脊髄損傷等 ・褥瘡
短期的に病態が増悪した状態等			・点滴注射	

別表8の患者に重点的な医療を・・・

その他

別表7・8に該当しない又は医療区分1に該当する状態

※別表7: 在宅患者訪問診療料において週4回以上の訪問診療が可能

※※別表8: 退院時共同指導料において、特別な管理を要する状態等として評価

16

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医) ・特別管理指導加算(訪)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ) NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ) DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算。	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します。	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時に「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

＊外泊時訪問看護のポイント

8500円/日

●算定患者

- ・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。
- ・退院後に在宅療養することが条件。

注：医療機関からは、「退院前訪問指導料」としてすでに評価されていたが、今回の改定で、真皮を越える褥瘡の状態にある者に対して、在宅療養に備えての一泊2日以上の一時的な試験外泊について、連携する訪問看護ステーションによる訪問看護について、入院期間中1回に限り算定できることになった。

集まれ～



・退院時共同指導料
600点



・退院時共同指導加算 600単位
・特別管理指導加算 200単位

・退院時共同指導料2
400点

> 医師加算 300点
> 多職種加算 2000点

・介護支援連携料指導料 400点



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



地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑩

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

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

現行			改定後	
介護支援連携指導料	300点		介護支援連携指導料	<u>400点</u>
退院時共同指導料1			退院時共同指導料1	
1 在支診の場合	1,000点		1 在支診の場合	<u>1,500点</u>
2 1以外の場合	600点		2 1以外の場合	<u>900点</u>
退院時共同指導料2	300点		退院時共同指導料2	<u>400点</u>

退院時共同指導が増点！！
介護支援連連携指導料も増点！！

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

➤ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

- (新)

退院支援加算1

イ

一般病棟入院基本料等の場合

600点

ロ

療養病棟入院基本料等の場合

1,200点
- (改)

退院支援加算2

イ

一般病棟入院基本料等の場合

190点

ロ

療養病棟入院基本料等の場合

635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内に</u> 退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内に</u> 患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内に</u> カンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑨

退院支援に関する評価の充実③

- 現行の新生児特定集中治療室退院調整加算を基調としつつ、新生児特定集中治療室に入院した患者に対する退院支援に関する評価を新設する。

(新) 退院支援加算3 1,200点

〔算定要件〕

- ① 新生児特定集中治療室管理料等を算定した患者であって以下の退院困難な要因を有する患者、及び他の保険医療期間において当該加算を算定した転院患者について、家族等の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。
退院困難な要因：先天奇形、染色体異常、出生体重1,500g未満、新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）、その他生命に関わる重篤な状態
- ② 入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。また、入院後1か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付する。

- 現行の地域連携診療計画管理料等を基調としつつ地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合についての評価を新設する。

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(Ⅰ)

(新) 地域連携診療計画加算 50点

〔算定要件〕

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑧

在宅復帰率の要件見直し

➤ 入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う。

現行 (7対1入院基本料)	改定後 (7対1入院基本料)
自宅等に退院する者の割合が75%以上	自宅等に退院する者の割合が <u>80%以上</u>
【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)	【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。) ・ <u>有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)</u>

現行 (地域包括ケア病棟入院料)	改定後 (地域包括ケア病棟入院料)
【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)	【評価の対象となる退院先】 ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。) ・ <u>有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)</u>
【評価の対象となる転棟先】 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)	【評価の対象となる転棟先】 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

7:1の在宅復帰率が75%→80%へ
有床診療所(条件あり)も在宅にみなされることになった。

医療機能に応じた入院医療の評価について⑨

有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

➤ 高い在宅復帰機能を有する有床診療所に対する評価を充実する。

(新) 有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[施設基準]

有床診療所在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

- ①有床診療所入院基本料1、2又は3を届け出ていること
- ②直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が7割以上
- ③退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ④平均在院日数が60日以内

有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の場合

以下の全てを満たすこと

- ①直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が5割以上
- ②退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ③平均在院日数が365日以内

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
	特別管理指導加算(訪)				
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します。	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時に「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

在宅移行管理加算のポイント 特別管理加算のポイント

250点/1回限り
2500円/1回限り

●算定患者

- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している患者で、その管理に配慮を必要とする患者
- ・(イ) 又は (ロ) のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者
 - － (イ) NPUAP (The National Pressure Ulcer Advisory Panel)
分類Ⅲ度又はⅣ度
 - － (ロ) DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5

・特別訪問看護指示加算

100点

2回まで

急性憎悪等による週4日以上の頻回訪問看護の実施が
月2回認められる。(通常は月1回まで)

<条件>

真皮を越える褥瘡の状態にあるもの

(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度

(ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5

長時間訪問看護・指導加算のポイント

長時間訪問看護加算のポイント

520点/日/週
5200円/日/週

●算定患者 & 条件(医療保険)

- ・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。
- ・一回90分以上の場合
- ・週1日(15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあつては週3日)算定

長時間訪問看護加算のポイント

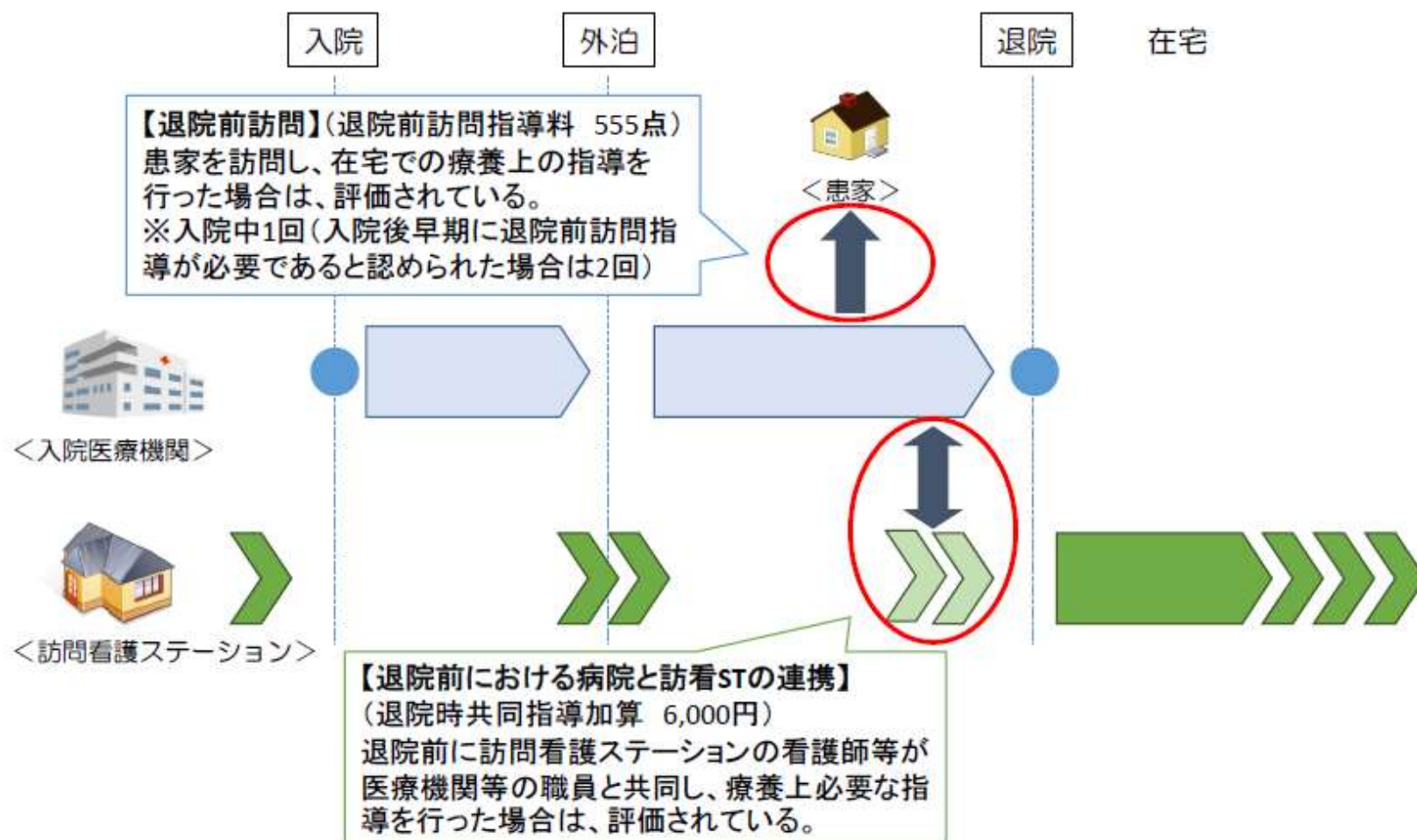
300単位/日

●算定患者 & 条件(介護保険)

- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態の患者
- ・真皮を越える褥瘡の状態の患者
- ・一回90分以上の場合

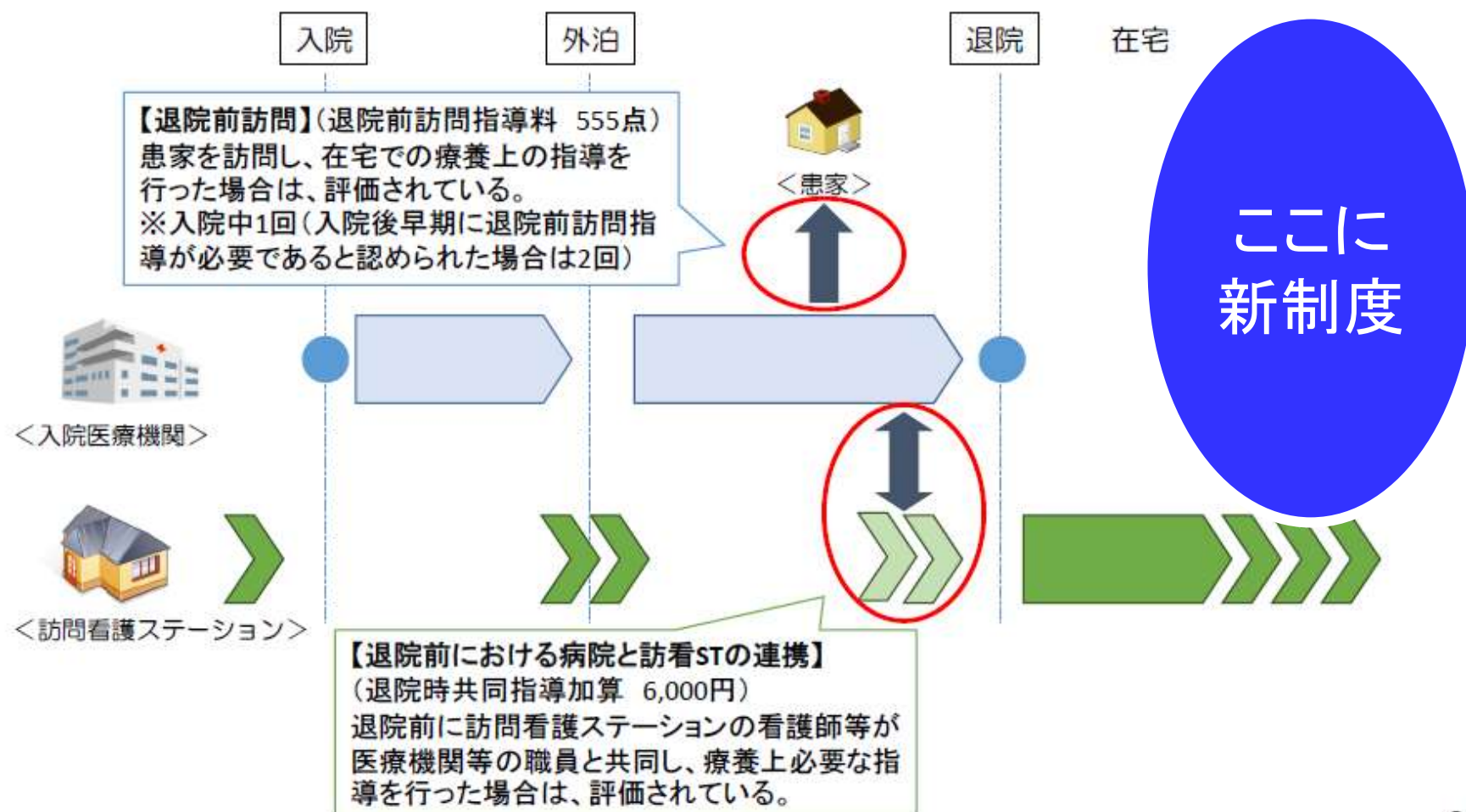
入院医療機関における退院時の在宅療養支援の評価

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



入院医療機関における退院時の在宅療養支援の評価

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



地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

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

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

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



別表第8

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

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医) ・特別管理指導加算(訪)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月以内、2回まで。医療機関のみで算定	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します。	○	○	○
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時に「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
材料	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

専門性の高い訪問看護のポイント

1285点/月1回
12850円/月1回

●算定患者

- ・真皮を越える褥瘡の患者。
- ・通院が困難な患者。

●算定条件

- ・医療保険で算定する。
- ・WOCと一般の訪問看護師が同一日に訪問すること。
- ・WOCのいる側の医療機関や訪問看護ステーションで、特別な点数が算定できる。
- ・連携している一般の訪問看護側では、通常の点数が算定できる。
- ・在宅を担う主治医の指示・計画に従い、結果を報告する。
- ・医療機関で専従の褥瘡管理者等であっても、算定できる。

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

医療機関

他の医療機関

訪問看護ステーション



訪問看護師



訪問看護師

または

同一日に訪問

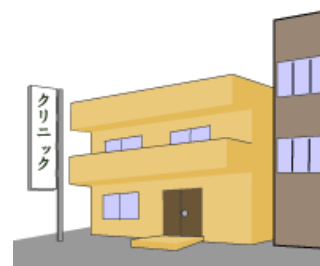
在宅患者訪問看護・
指導料 1,285点

在宅患者訪問看護・
指導料 555点

訪問看護基本療養費
5,550円



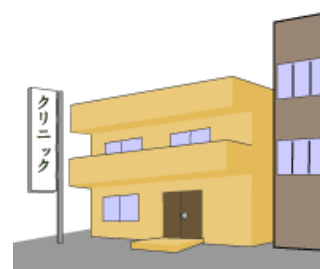
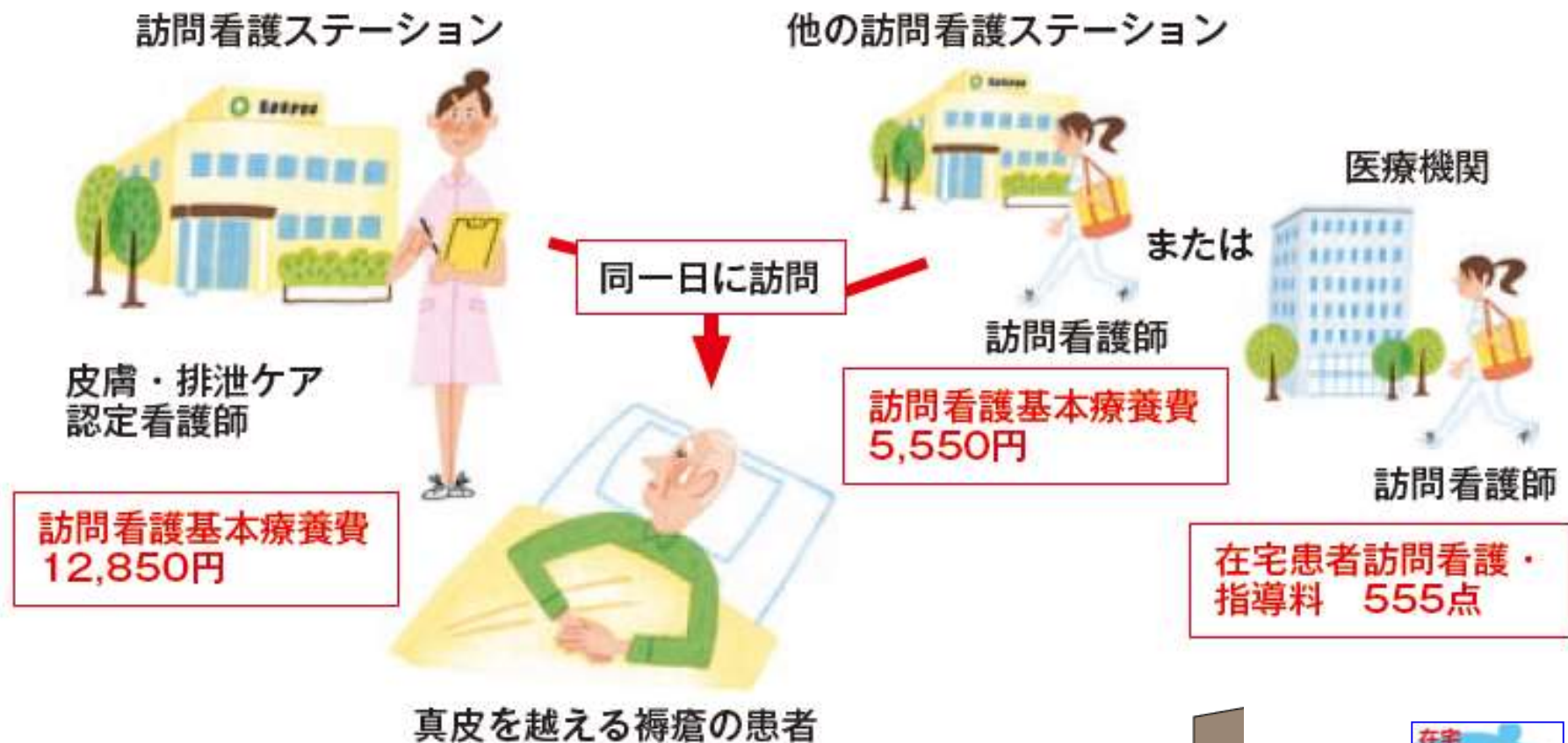
真皮を越える褥瘡の患者



在宅褥瘡予防・治療ガイドブック(照林社)より



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



在宅褥瘡予防・治療ガイドブック(照林社)より

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑭

在宅における褥瘡対策の推進

- 多職種から構成される在宅褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類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]

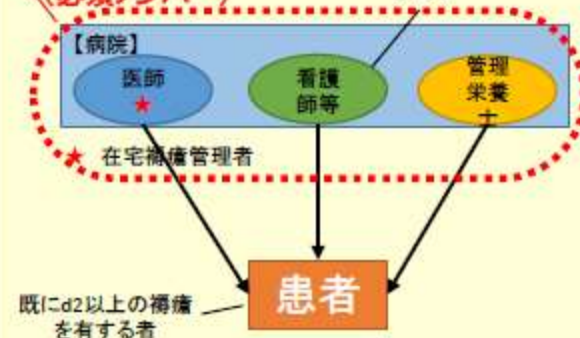
- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
 - ア 常勤医師 イ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師 ウ 常勤管理栄養士（診療所は非常勤でも可）
 - ※ 当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師等（准看護師を除く。）を在宅褥瘡管理者とする場合に限り、在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、以下のい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

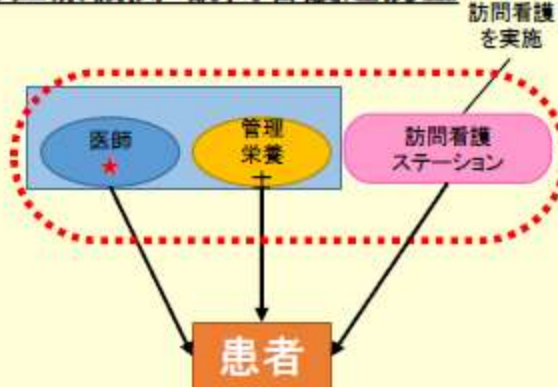
実施体制(例)

①医療機関完結型

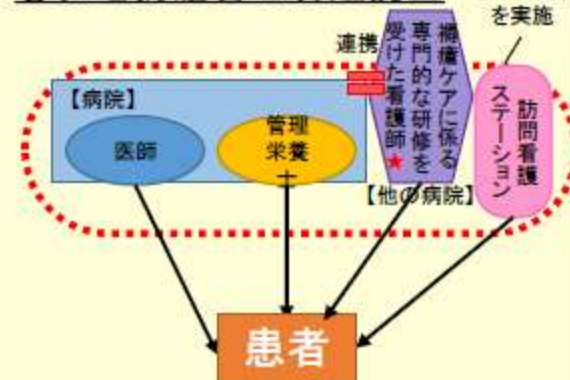
在宅褥瘡対策チーム
(必須メンバー)



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

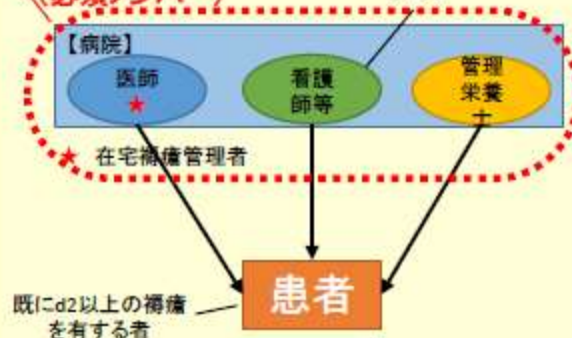
在宅褥瘡

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

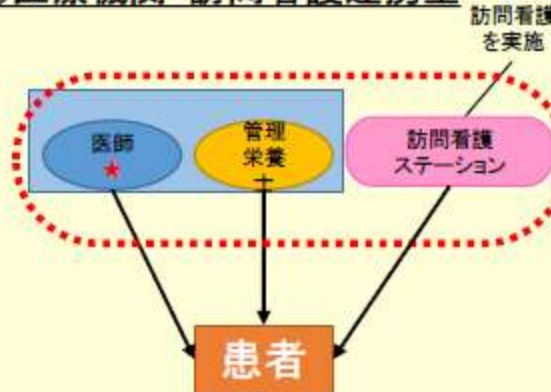
実施体制(例)

①医療機関完結型

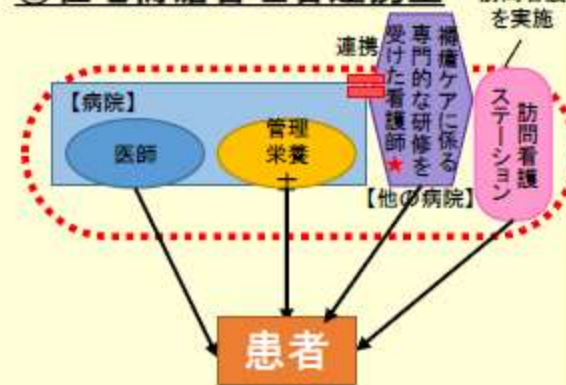
在宅褥瘡対策チーム
(必須メンバー)



②医療機関・訪問看護連携型



③在宅褥瘡管理者連携型



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

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

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

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

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

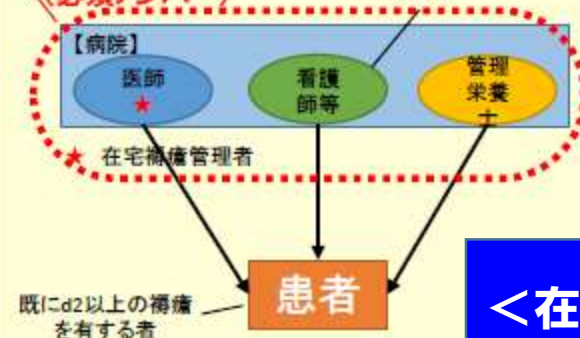
- ① 5年以上、医師又は看護師等(准看護師を除く)として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者、かつ、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

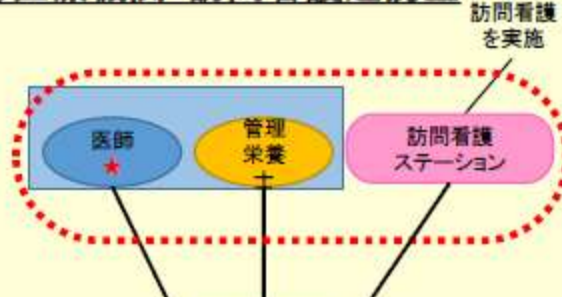
実施体制(例)

①医療機関完結型

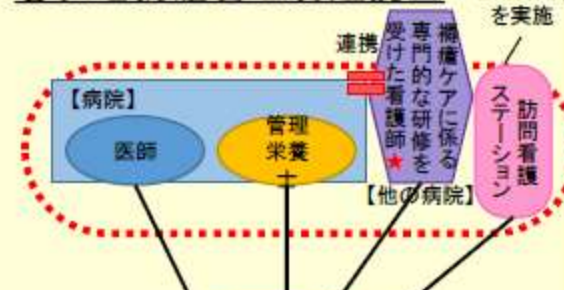
在宅褥瘡対策チーム
(必須メンバー)



②医療機関・訪問看護連携型



③在宅褥瘡管理者連携型



<在宅褥瘡管理者>

- (1) WOCN、
- (2) 褥瘡認定師、在宅褥瘡予防・管理師(褥瘡学会)
- (3) 褥瘡学会の6時間以上の講習+5症例のレポート

<在宅褥瘡対策チームの構成員>

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

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

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

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

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

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

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がある場合に限り、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料等について、同一日に算定することができる。

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

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

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

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

アショック状態のもの
イ重度の末梢循環不全のもの
ウ麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
エ強度の下痢が続く状態であるもの
オ極度の皮膚脆弱であるもの
カ褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

・ハイリスクから手術の項目が抜けた患者
・予防的ケアでは算定できない

<条件> 下記の3つとも適合すること！・・・医療保険で算定！

①ベッド上安静

②既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者

③Aから力のいずれかを有する者

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

参考スライド

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

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

(3) 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、**ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。**

アショック状態のもの

イ重度の末梢循環不全のもの

ウ麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ特殊体位による手術を受けたもの

カ強度の下痢が続く状態であるもの

キ極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの

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

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅医療において、医療機関の実績、診療内容及び患者の状態等に応じた評価を行い、在宅医療の質的・量的向上を図る。

<在宅担当医療機関>



医療機関の実績 に応じた評価

- 在宅医療専門の医療機関に関する評価を新設
- 十分な看取り実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の診療実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の看護実績を有する訪問看護ステーションを評価



診療内容 に応じた評価

- 休日往診への評価の充実
- 病院・診療所からの訪問看護の評価を充実

<自宅等>



患者の状態・居住場所等 に応じた評価

- 重症患者に対する医学管理の評価を充実
- 効率性の観点等から、居住場所に応じた評価を見直し

高齢者向け集合住宅について

○ 高齢者向け集合住宅における医学管理に対する評価は以下のとおり。

- ・ 特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設: 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特定施設
- ・ 在宅時医学総合管理料の対象施設: 特定施設ではない有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム

特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設

在宅時医学総合管理料の対象施設

	①認知症高齢者グループホーム	②サービス付き高齢者向け住宅	③有料老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤養護老人ホーム
根拠法	老人福祉法第5条の2第6項	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第20条の4
基本的性格	認知症高齢者のための共同生活住居	高齢者のための住居	高齢者のための住居	低所得高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した高齢者の入所施設
定義	入居者について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うもの	高齢者向けの賃貸住宅又は有料老人ホーム、高齢者を入居させ、状況把握サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する住宅	老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事、健康管理をする事業を行う施設	無料又は低額な料金で、老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設	入居者を養護し、その者が自立した生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設
介護保険法上の類型	認知症対応型共同生活介護	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護 ※外部サービスの活用も可		
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	地方公共団体 社会福祉法人
対象者	要介護者/要支援者であって認知症である者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）	次のいずれかに該当する単身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護/要支援認定を受けている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関する定義がないため、解釈においては社会通念による	身体機能の低下等により自立した生活を営むことについて不安であると認められる者であって、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の者	65歳以上の者であって、環境上及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者
1人当たり面積	7.43㎡	25㎡ など	13㎡ (参考値)	21.6㎡ (単身) 31.9㎡ (夫婦) など	10.65㎡

高齢者向け集合住宅について

○ 高齢者向け集合住宅における医学管理に対する評価は以下のとおり。

- ・ 特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設: 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特定施設
- ・ 在宅時医学総合管理料の対象施設: 特定施設ではない有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム

特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設

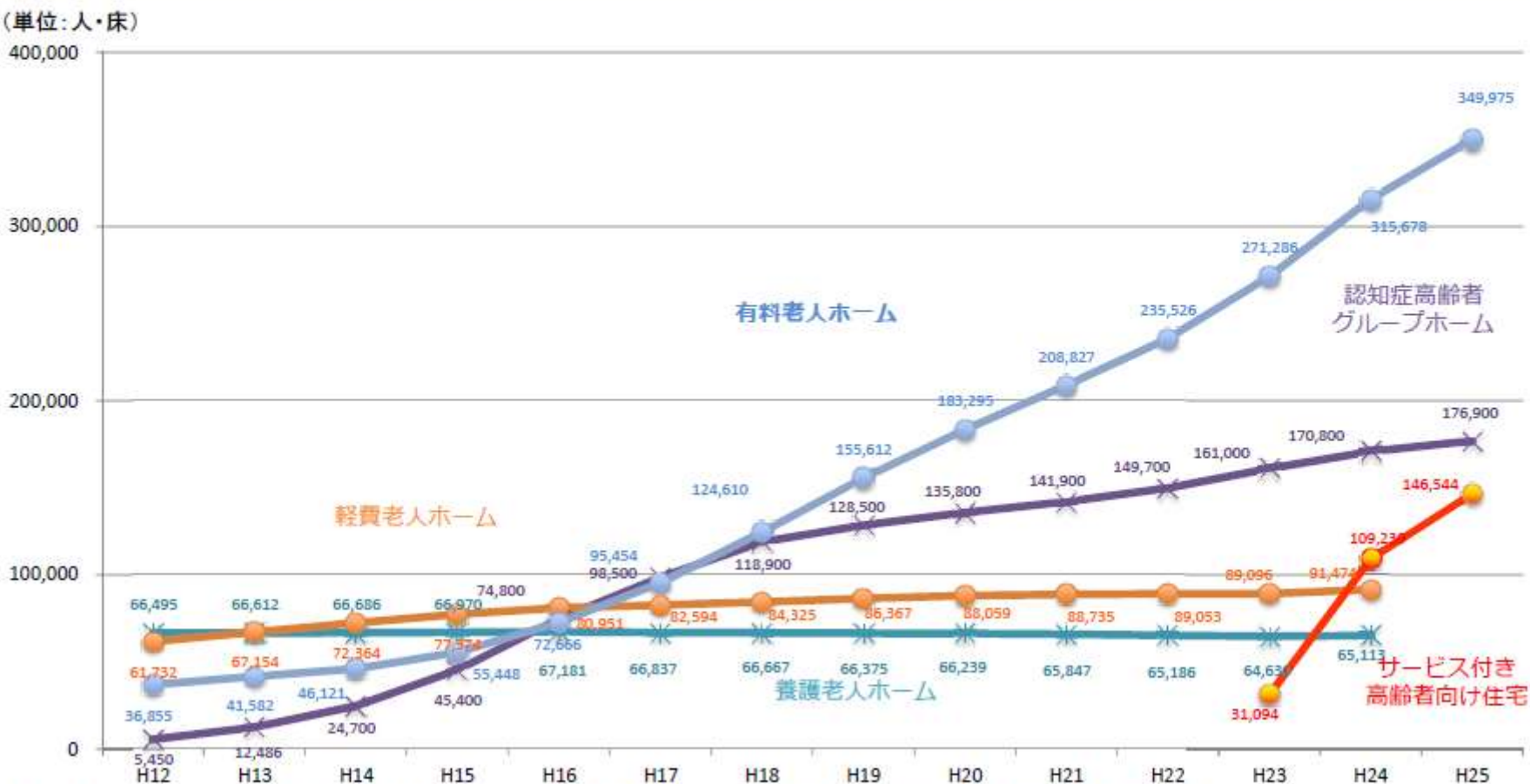
在宅時医学総合管理料の対象施設

	①認知症高齢者グループホーム	②サービス付き高齢者向け住宅	③有料老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤養護老人ホーム
根拠法	老人福祉法第5条の2第6項	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第20条の4
基本的性格	認知症高齢者のための共同生活住居	高齢者のための住居	高齢者のための住居	低所得高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した高齢者の入所施設
介護	入居者について、その共同生活	高齢者向けの賃貸住宅又有料	老人を入居させ、入浴、排せ	無料又は低額な料金を、老人	入居者を養護し、その者が自
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	地方公共団体 社会福祉法人
対象者	要介護者/要支援者であって認知症である者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）	次のいずれかに該当する単身・夫婦世帯 ・ 60歳以上の者 ・ 要介護/要支援認定を受けている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関する定義がないため、解釈においては社会通念による	身体機能の低下等により自立した生活を営むことについて不安であると認められる者であって、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の者	65歳以上の者であって、環境上及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者
1人当たり面積	7.43㎡	25㎡ など	13㎡ (参考値)	21.6㎡ (単身) 31.9㎡ (夫婦) など	10.65㎡

さまざまな高齢者向けの建物ができています。
運用も複雑になってきています。

高齢者の居住場所について

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



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

特定施設入居者生活介護の概要

1. 制度の概要

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

2. 人員基準

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

※ただし、要介護者等:計画作成担当者100:1を標準

3. 設備基準

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

請求事業所・受給者の推移



長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

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

		別表7※	別表8※※	左記の他医療区分2・3のうち 長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	継続的な医学管理が必要な処置等	・人工呼吸器の使用	・中心静脈栄養 ・人工呼吸 ・気管切開 ・酸素療法 ・持続陽圧呼吸療法 ・気管カニューレ/留置カテーテルの使用 ・自己腹膜灌流 ・血液透析 ・経管栄養等 ・自己導尿 ・自己疼痛管理 ・人工肛門/人工膀胱	・中心静脈栄養 ・人工呼吸器 ・気管切開等 ・酸素療法 ・透析 ・経腸栄養
	長期に渡る療養が必要な疾病	・スモン ・多系統萎縮症 ・球脊髄性筋萎縮症 ・多発性硬化症 ・進行性筋ジストロフィー症 ・副腎白質ジストロフィー ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ・重症筋無力症 ・脊髄小脳変性症 ・パーキンソン病関連疾患 ・亜急性硬化性全脳炎 ・脊髄性筋萎縮症 ・後天性免疫不全症候群 ・ハンチントン病 ・ライソゾーム病 ・頸髄損傷 ・プリオン病 ・末期の悪性腫瘍	・悪性腫瘍 ・肺高血圧症 ・褥瘡(真皮を超える)	・スモン ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病 ・悪性腫瘍 ・脊髄損傷等 ・褥瘡
短期的に病態が増悪した状態等			・点滴注射	

別表8の患者に重点的な医療を・・・

その他

別表7・8に該当しない又は医療区分1に該当する状態

※別表7: 在宅患者訪問診療料において週4回以上の訪問診療が可能

※※別表8: 退院時共同指導料において、特別な管理を要する状態等として評価

16

訪問看護の利用者について ②利用者の状態

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

n=4981



特掲診療料別表7

厚生労働大臣が定める疾病等の患者

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

特掲診療料別表8

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

別表8の患者の比率が高い

出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

診療報酬(医療)

病院・診療所

訪問看護

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

介護報酬(介護)

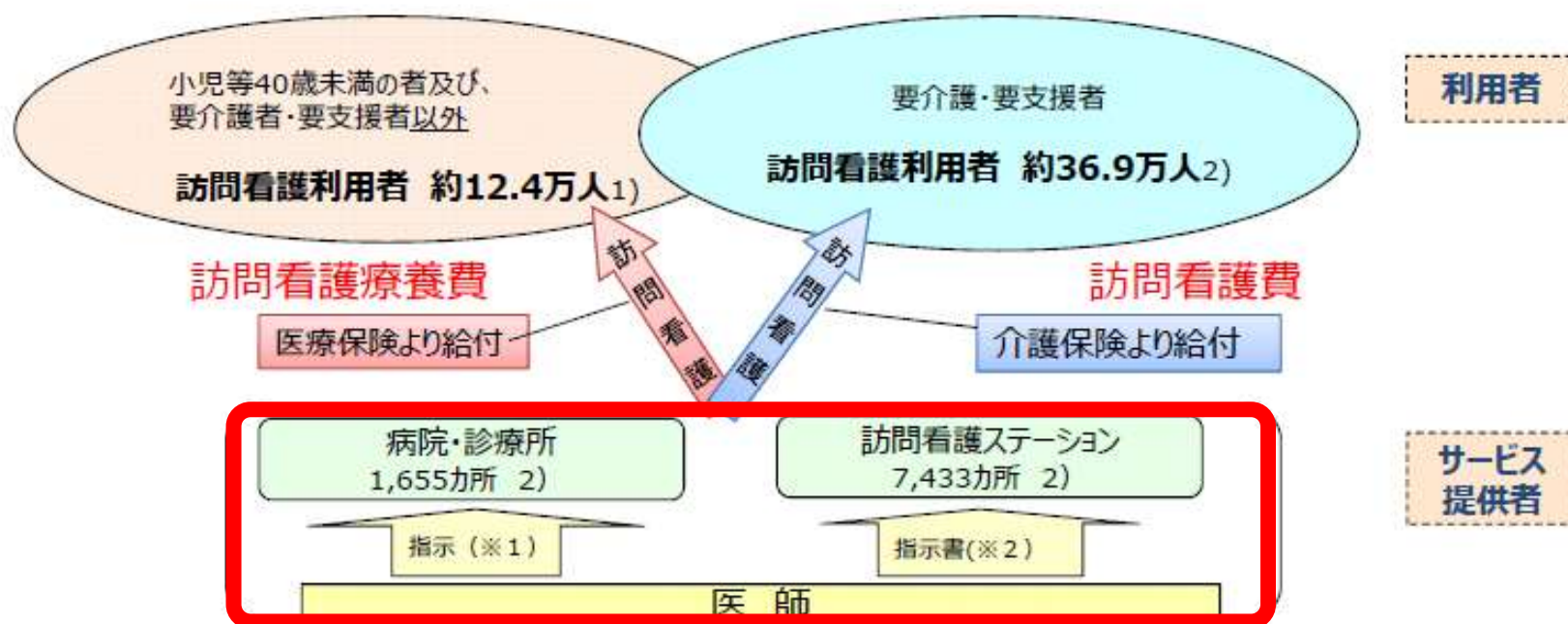
介護療養型医療施設

老人保健施設(老健)

老人福祉施設(特養)

訪問看護の仕組み

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



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

(※2) 訪問看護指示料 300点 (医療保険) を算定

出典：1) 保険局医療課調べ (平成25年6月審査分)

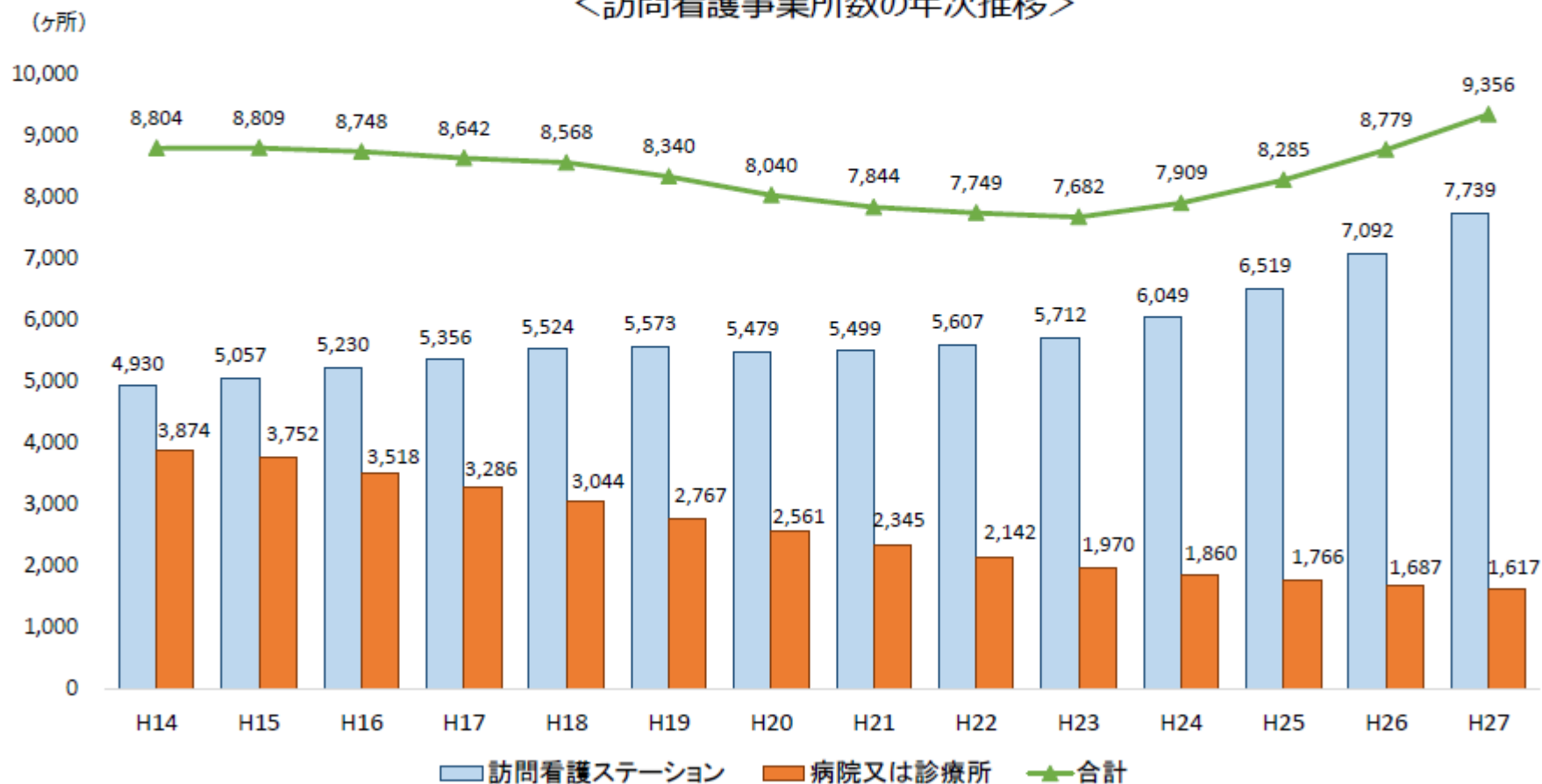
2) 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成26年9月審査分)

訪問看護の2つの運営

訪問看護ステーション数の年次推移

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

＜訪問看護事業所数の年次推移＞



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

出典：「介護給付費実態調査」（各年4月審査分） 63

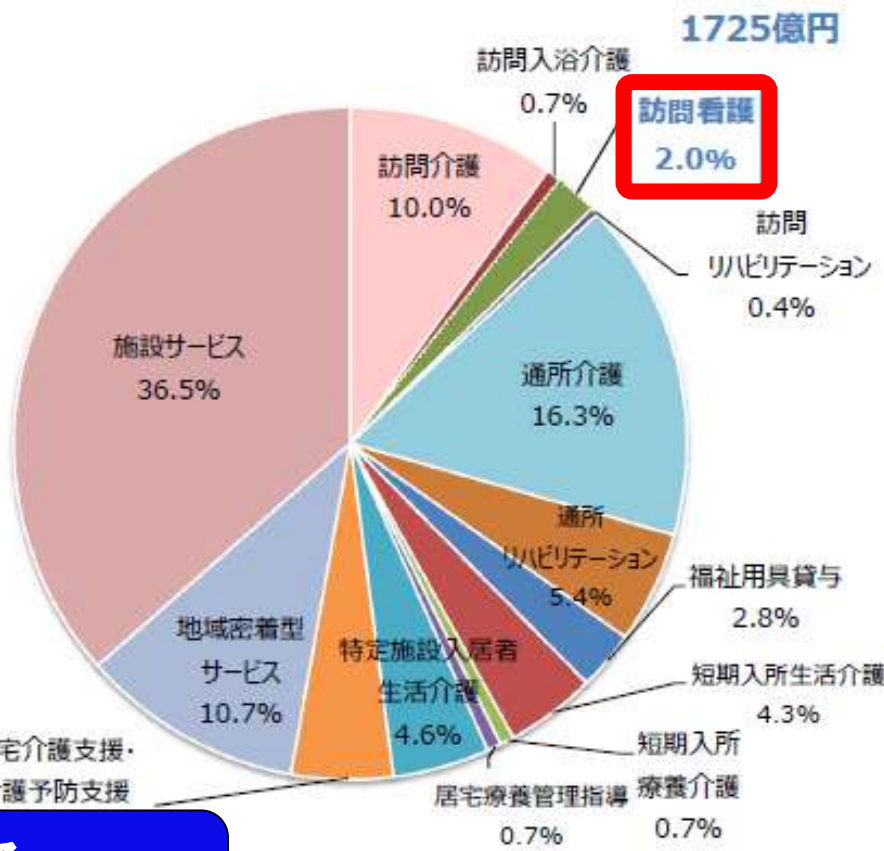
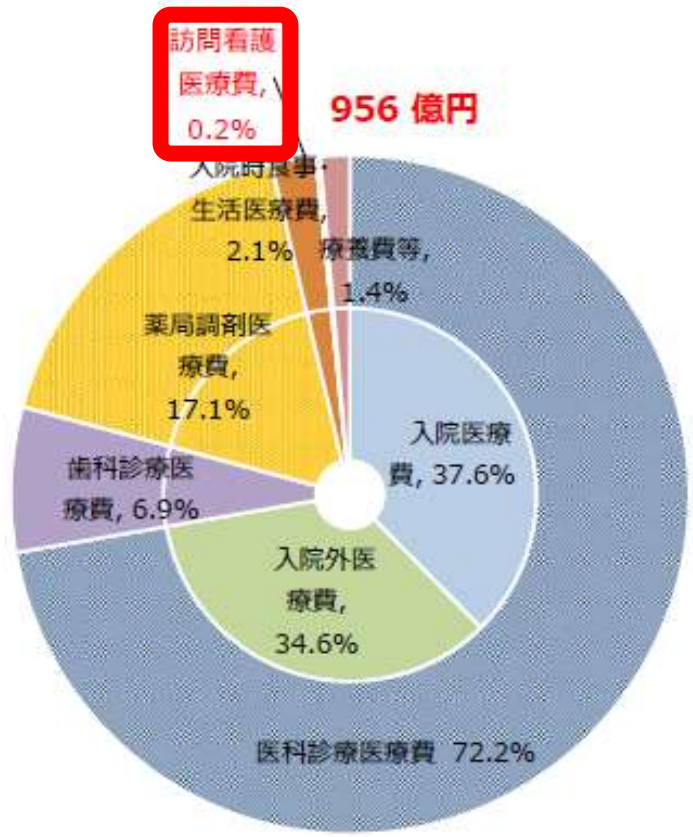
訪問看護の各報酬に占める割合

【医療保険】

【介護保険】

診療種類別国民医療費（39兆円）構成割合（%）
【厚生労働省「平成24年度 国民医療費の概況」】

介護サービス種類別（8.5兆円）構成割合（%）
【厚生労働省「平成24年度 介護給付費実態調査」】



訪問看護の診療報酬、介護招集に占める比率は極めて少ない

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑫

病院・診療所からの訪問看護の評価

➤ 在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制を確保する。

現行	
【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで	555点
【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで	555点
【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合	575点
【退院前訪問指導料】	555点



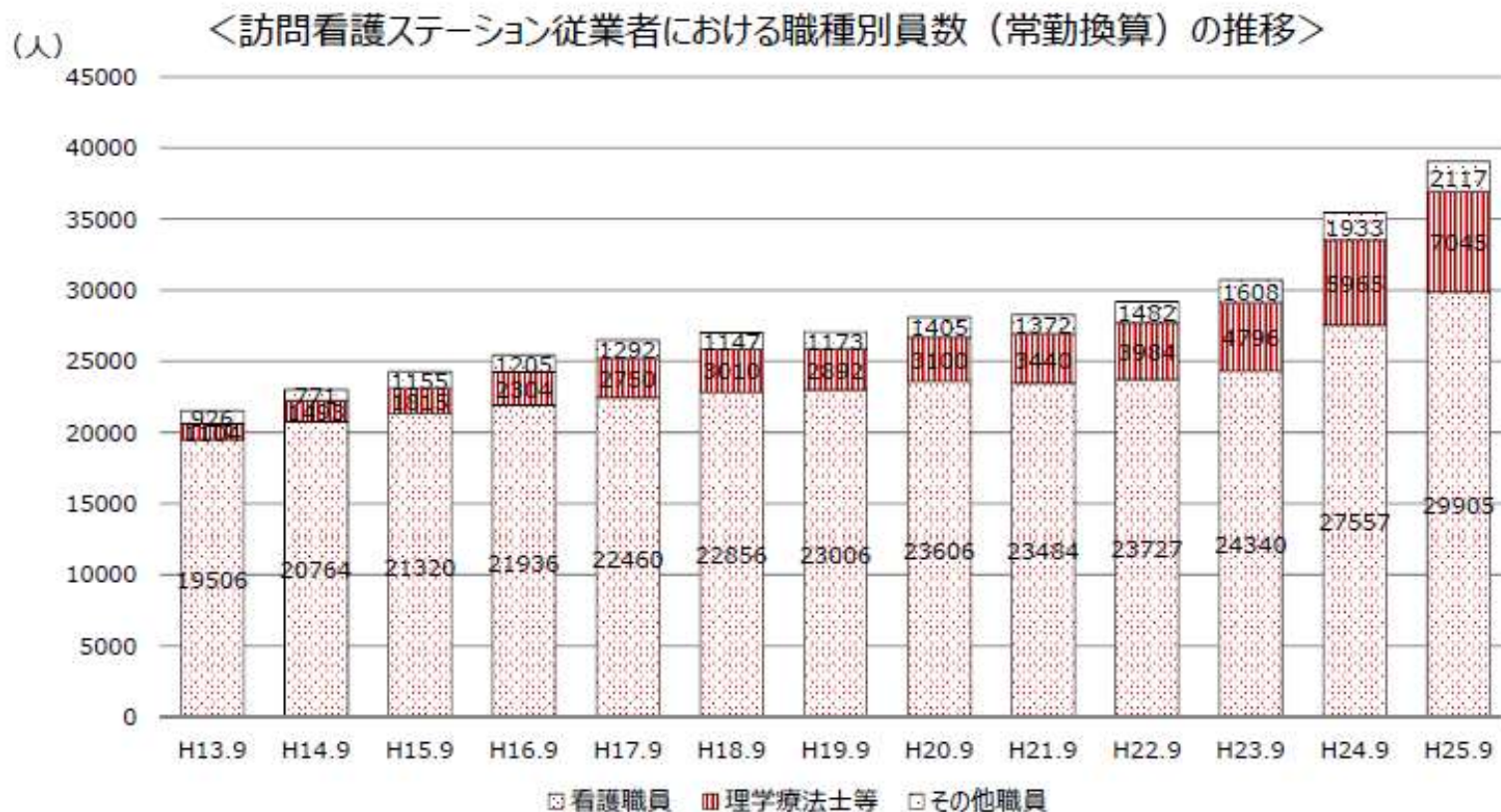
改定後	
【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで	<u>580点</u>
【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで	<u>580点</u>
【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合	<u>580点</u>
【退院前訪問指導料】	<u>580点</u>

※ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料は、代表的な点数を挙げている。

医療機関(病院・診療所)からの訪問看護が増点になった。

訪問看護従事者状況 ①ステーション従事者の職種別数

○ 訪問看護ステーションの従事者数（常勤換算）は増加している。



職種の内訳

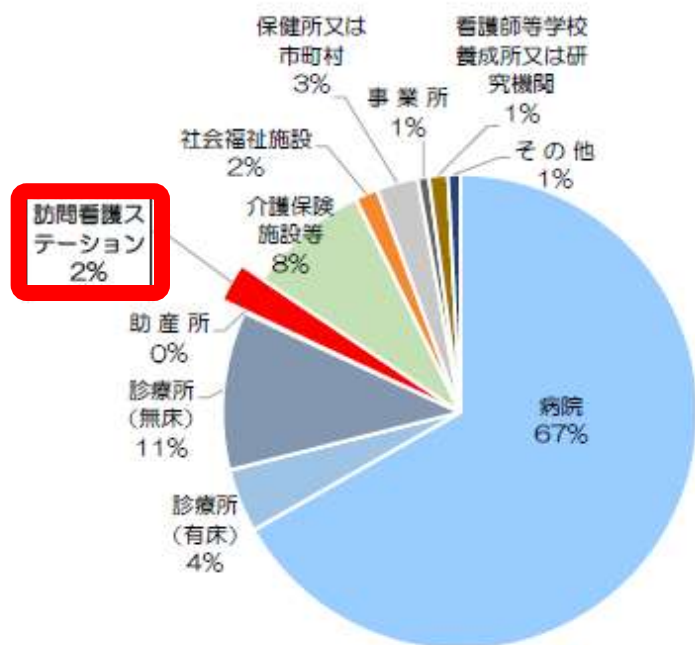
- ・看護職員 = 保健師、看護師、助産師、准看護師
- ・理学療法士等 = 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
- ・その他職員 = 上記以外

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

訪問看護ステーションの就業者数の推移

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

■就業場所別看護職員数（常勤換算） （平成26年12月末現在）



※看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師

■訪問看護ステーションの就業看護職員数（常勤換算） （各年年12月末現在）



※就業看護職員総数：就業している保健師、助産師、看護師、准看護師の総数

看護職員全体の2%の人数で、在宅を支えている

出典：「衛生行政報告例」 98

在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有している

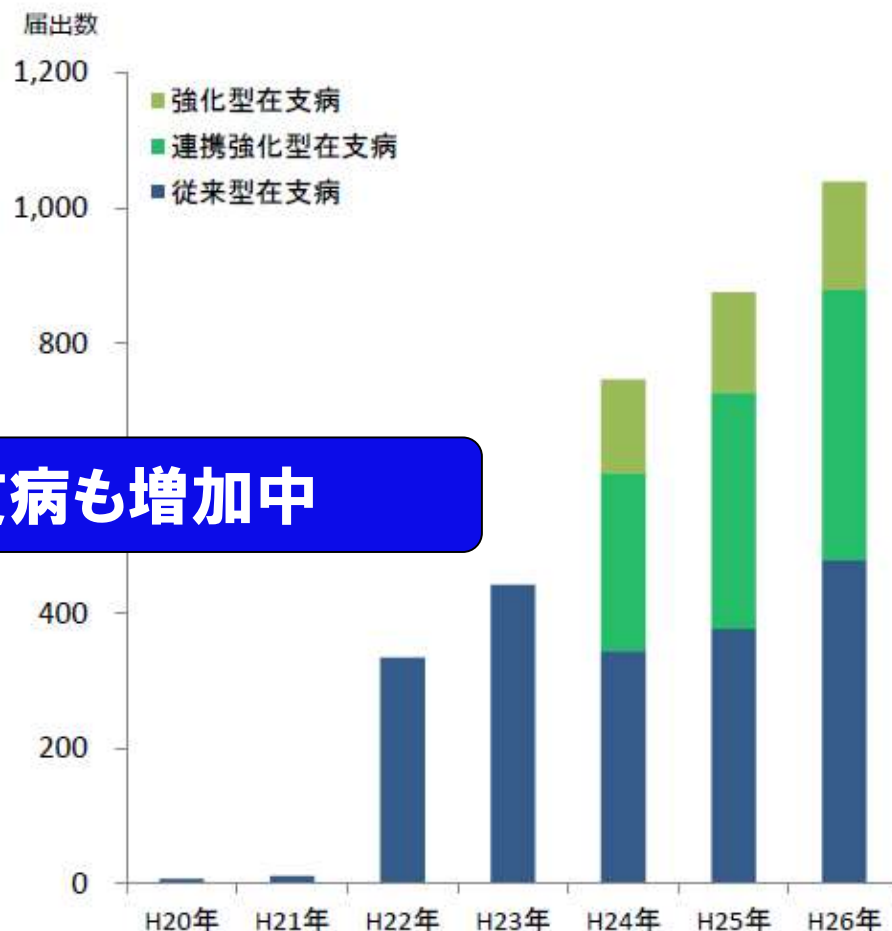
注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関（診療所又は200床未満の病院）との合計でも可。ただし、それぞれの医療機関において過去1年間に緊急の往診を4件以上、看取り2件以上を実施していること。

在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

＜在宅療養支援診療所届出数＞



＜在宅療養支援病院届出数＞



在支診も在支病も増加中

※連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.8

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

参考:在宅療養支援診療所の施設基準の概要

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で 4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	
在宅患者が 95%以上(※) の在支診が満 たすべき基準	⑩ 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が20件／年以上又は超・準超重症児の患者が10人／年以上 ⑫ (施設総管の件数)／(在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬ (要介護3以上の患者＋重症患者)／(在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

※在宅患者が95%以上とは、1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上

質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

- 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。）
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

外来機能をもたない、在宅専門の診療所が可能に・・・

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

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

訪問薬剤(医療・介護)が急速に増加中



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

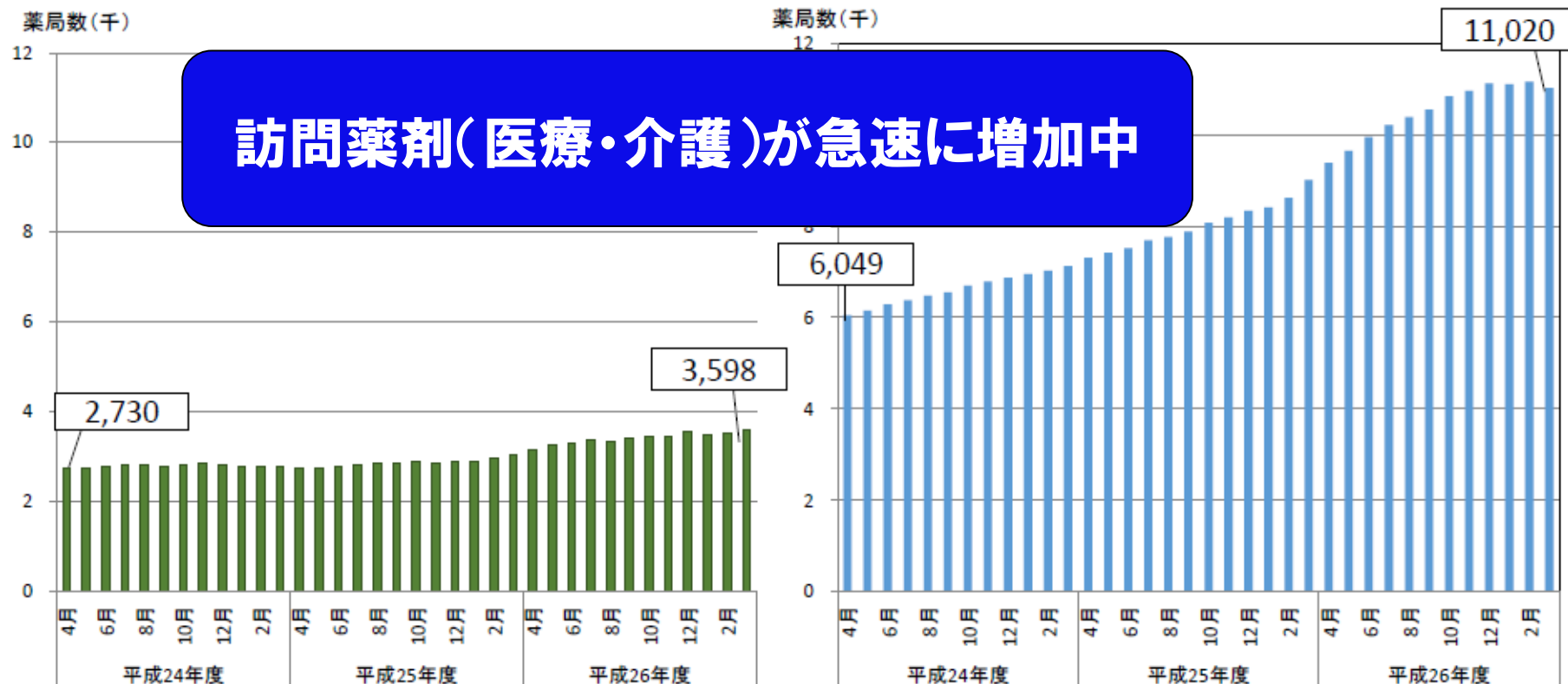
出典) 社会医療診療行為別調査及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)



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

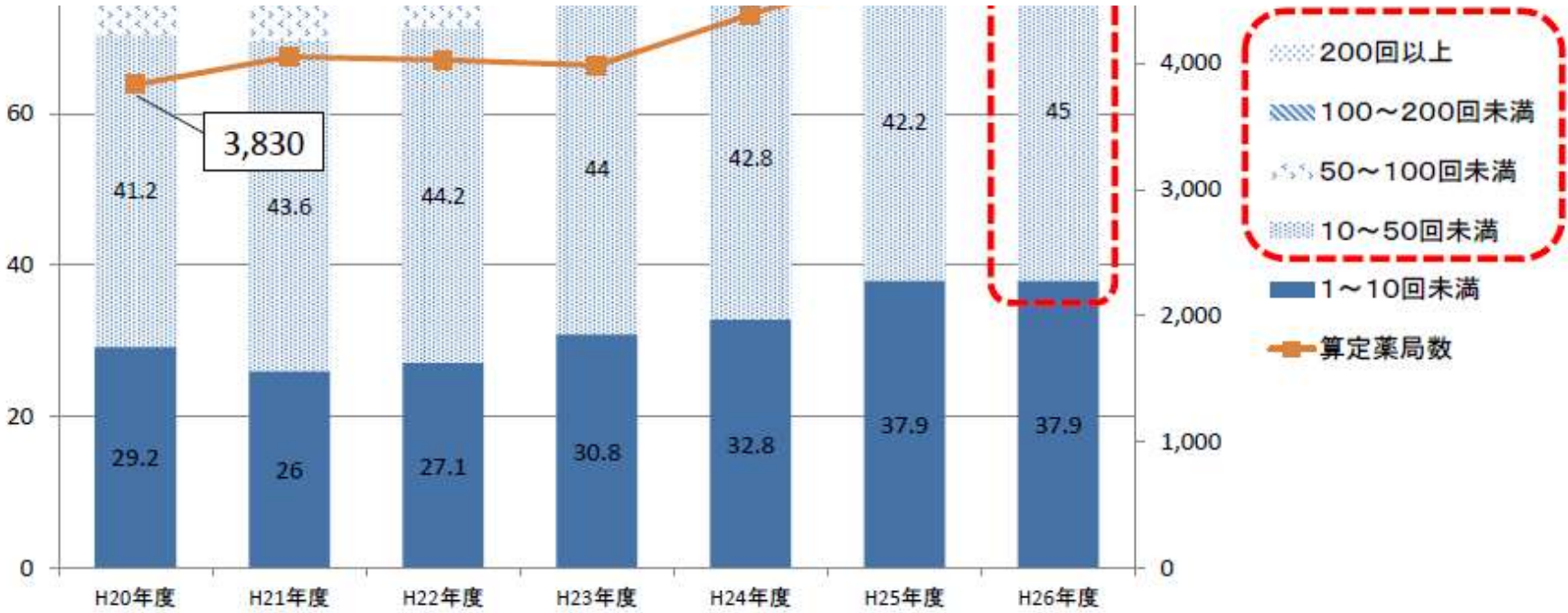
〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)特別集計、「介護保険総合DB」(月ごとに算定した薬局数を集計)(老健局老人保健課)

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

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

5名/日 → 40名/週に変更
同一建物などでの、6人目が算定できない課題が一步前進



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

栄養に関する診療報酬上の主な評価

入院

○栄養サポートチーム加算
(200点/週1回)

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

○集団栄養食事指導料
(80点/月1回)

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

特別食

(1食当たり76円を食事療養費に加算)

腎臓食
肝臓食
糖尿食
胃潰瘍食
貧血食
脾臓食
脂質異常症食

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

小児食物アレルギー食^{注1)}
特別な場合の検査食^{注2)}

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

外来

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

○糖尿病透析予防指導管理料
(350点/月1回)

在宅訪問

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

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

栄養関連も制度が整ってきていたが・・・

在宅療養患者への訪問栄養食事指導

- 在宅療養患者への訪問栄養食事指導により、体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善。
- 在宅療養患者の栄養上の主な課題は、体重や間食の管理、誤嚥の予防など多様である。

〔研究参加者〕

在宅療養中の高齢者男女62名
(平均76.2±9.6歳、要介護度3.0±1.6)



図 研究対象者における訪問指導時の
栄養上の主な課題及びニーズ

なお、在宅訪問栄養食事指導が新規の患者では、
「誤嚥予防」と「病態改善」のニーズがそれぞれ50%であった。



管理栄養士による
訪問栄養食事指導
(1.6±0.7回)

指導継続者
53名

脱落者
9名

介入後
(3か月後)



**体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、
ADL及びQOLも改善**

表 継続群の介入時と介入後の比較

	介入前	介入後	P値
体重(kg)	50.1±10.3	51.0±10.1	0.01
BMI(kg/m ²)	21.2±3.4	21.4±3.2	0.01
栄養状態[NMA®](点)	20.1±4.4	21.1±3.6	0.05
ADL[Barthel Index](点)	52.4±32.7	54.7±32.2	0.01
QOL下位尺度(点)	44.8±7.2	46.7±6.7	0.05

平均±標準偏差, n=53

MNA®: Mini Nutritional Assessment®

「QOL下位尺度」はSF-8のMH(心の健康)

在宅訪問栄養食事指導の指導内容

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

	医療保険 (在宅患者訪問栄養食事指導料)	<参考> 介護保険 (居宅療養管理指導費)
算定	① 同一建物居住者以外の場合:530点 ② 同一建物居住者の場合:450点 (①と②を合わせて月2回まで算定可能)	① 同一建物居住者以外の場合:533単位 ② 同一建物居住者の場合:452単位 (①と②を合わせて月2回まで算定可能)
対象	- 在宅療養を行っている患者で、通院による療養が困難な者(要介護認定を受けた者は含まない)であって、 - 医師が特別食の必要性を認めた場合	- 要介護認定を受けた者であって、 - 医師が特別食の必要性を認めた場合 又は低栄養状態にあると判断した場合
指導要件	以下の両方を満たした場合に算定可能 ① 患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付 ② 当該食事せんに従った 調理を介して実技を伴う指導 を30分以上実施	以下の両方を満たした場合に算定可能 ① 栄養ケア計画を作成した当該計画を患者又はその家族等に対して交付 ② 当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上実施
備考		嚥下困難者のための流動食も対象

医療保険と介護保険で微妙にちがっていた

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑥

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

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

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者

※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

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

※¹ 難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)を追加

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

【外来・入院栄養食事指導料※¹】

(概ね15分以上)

130点

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

【外来・入院栄養食事指導料※²】

(新) イ 初回 (概ね30分以上)

260点

(新) ロ 2回目以降※³ (概ね20分以上)

200点

※² 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。

※³ 入院栄養食事指導料については「2回目」

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

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

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

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

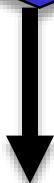
《算定要件》

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

算定要件が拡充、点数もUP、実技が不要になった

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医) ・特別管理指導加算(訪)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算。	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時にも「創傷被覆材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎ (訪問看護師時に算定可)	◎ (訪問看護師時に算定可)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

医療法
診療報酬
機能評価



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



診療報酬
介護報酬
自費診療



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

在宅

介護施設

急性期病院のチーム医療での材料や手順が
在宅まで大きく影響する

病院

薬

訪問看護

診療所

在宅



在宅での創傷被覆材等の保険適応のポイント 1

- 医師の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が採血や気管カニューレの交換等の処置を行う場合等、検査に必要な材料や特定保険医療材料・衛生材料等が使用されることがある。
- こうした場合の検査や、特定保険医療材料、衛生材料等に関する診療報酬上の取り扱いについて、明確に規定されておらず、該当する診療報酬項目が存在しない場合もあることから、関係者の共通の理解を得ることが難しい。

■ 処置等の実施者別の診療報酬の算定

○：医療機関側で出来高算定が可能なもの（但し、管理料等に包括される場合がある）

主体		処置等	注射薬	特定保険医療材料	検体検査	衛生材料等 ※特定保険医療材料以外
医療機関	①医師が診療した場合	○	○	○	○	医療機関が行う手技料や在宅療養指導管理料等に含まれる
	②病院・診療所の看護師等が実施した場合	(在宅患者訪問看護・指導料の中で評価されている)	○ ※処方できる医薬品に限られる	医師の診察日に特定保険医療材料を患者に提供して算定する等の方法が考えられるが、取り扱いが明確に規定されていない。		
訪問看護ST	③訪問看護ステーションの看護師等が実施した場合	(訪問看護基本療養費の中で評価されている)				
特別養護老人ホーム	④当該施設の看護師等が実施した場合	※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている	注射薬の取扱いが明確に規定されていない。			医療機関が算定する在宅療養指導管理料に含まれる。 (管理料を算定しない場合は衛生材料等を含む診療報酬項目が存在しない)
						※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている

在宅での創傷被覆材等の保険適応のポイント 1

＜特定保険医療材料＞
創傷被覆材などの
保険償還される医療機器

- 医療機関等
 - 在宅医療
- き訪問看護師等が採血や気管カニューレの交換等の処置を行う場合、衛生材料等が使用されることがある。
- 衛生材料等に関する診療報酬上の取り扱いについて、明確に規定がない場合もあることから、関係者の共通の理解を得ることが難しい。

■ 処置等の実施者別の診療報酬の算定方法

○：医療機関側で出来高算定が可能な項目（但し、管理料等に含まれる場合がある）

主体	処置等	注射薬	特定保険医療材料	検体検査	衛生材料等 ※特定保険医療材料以外
医療機関	①医師が診療した場合	○	○	○	医療機関が行う手技料や在宅療養指導管理料等に含まれる
訪問看護ST	②病院・診療所の看護師等が実施した場合	○	医師の診察日に特定保険医療材料を患者に提供して算定する等の方法が考えられるが、取り扱いが明確に規定されていない。		医療機関が算定する在宅療養指導管理料に含まれる。 (管理料を算定しない場合は衛生材料等を含む診療報酬項目が存在しない)
	③訪問看護ステーションの看護師等が実施した場合	○ ※処方できる医薬品に限られる			
特別養護老人ホーム	④当該施設の	※日常的な健康管理の範囲で通常行	注射薬の取		※日常的な健康管理の範囲で通常行 のは介護報酬において算定されている

指示があれば、訪問看護時でも
創傷被覆材が保険算定できることが明確化

在宅での創傷被覆材等の保険適応のポイント 1

**指示があれば、訪問看護時でも
創傷被覆材等が保険算定できることが明確化。**

特定保険医療材料等の算定の明確化

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

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

在宅での創傷被覆材等の保険適応のポイント 2

●算定患者:(2つが条件)

- ・**皮下組織に至る褥瘡の患者。**
(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)(DESIGN分類D3、D4及びD5)
- ・**いずれかの在宅療養指導管理料を算定している患者。**
(在宅寝たきり患者処置指導管理料が多いと推察される)

●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、保険適応になりました。**
- ・「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。

在宅での創傷被覆材等の保険適応のポイント 2

在宅療養指導管理料の一覧

通則

在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。

- 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
- 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
- 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
- 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
- C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
- C115 在宅植込型補助人工心臓(拍動流型)指導管理料
- C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料

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	452円
103 非固着性シリコンガーゼ		
(1) 広範囲熱傷用		1,060円
(2) 平坦部位用		139円
(3) 凹凸部位用		326円

	項目	ポイント	・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	・D2以上の深さ	・それ以外の患者
入院中	外泊時訪問看護 ・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	別表8の患者の、退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護	○		
	・退院前訪問診療料(医)	入院期間が一月以上になると思われる患者に対して、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患者に訪問し指導を行った場合に算定、月一回。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料1(医) ・退院時共同指導加算	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定1は在宅側の点数。一回算定。	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導料2(医)	退院前に入院している医療機関と退院後の医療機関等との合同カンファレンス。算定2は入院側の点数。一回算定	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・複数等の加算	医師同士だと300点加算 入院側の医師が、3職種と実施した場合は2000点加算	○	○	○
	退院時共同指導関連 ・退院時共同指導加算(医) ・特別管理指導加算(訪)	別表8の患者の退院時共同指導時に算定できる。	○		
訪問	・特別訪問看護指示(医)	真皮を越える褥瘡の状態にあるもの(イ)NPUAP分類のⅢ度又はⅣ度 (ロ)DESIGN(日本褥瘡学会によるもの)分類のD3D4又はD5の患者の場合は、特別訪問看護指示が月に2回(28日)だせる。	○(28日)	○(14日)	○(14日)
	・週4日以上訪問看護(訪)	別表8の患者の患者の場合	○		
	・在宅移行管理加算(医)(訪) ・特別管理加算(介)(訪)	(イ)NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度、又は(ロ)DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5の患者に対して、退院後一か月以内に計画的な看護を行った時に算定できる。	○		
	・長時間訪問看護・指導加算(医) ・長時間訪問看護加算(介)(訪)	別表8の患者の時に算定できる。介護保険の点数は低い	○		
	退院後訪問指導料(医)	別表8の患者が退院した一か月以内に指導した場合、5回まで算定。退院後の訪問看護をしている看護師と同行すると20点加算。	◎		
チーム医療	WOCの同行訪問 ・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費(Ⅰ)ハ(訪)	WOCNと、通常の訪問看護の同一日の訪問で算定できる。月に一回。	○		
	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料(医)	D2以上の褥瘡を有し、決められた症状がある患者に対して、医師、看護師、管理栄養士がチームで取り組むことで算定。3か月に一回、2回まで、医療機関のみで算定。	○ (その他病状に条件あり)	○ (その他病状に条件あり)	
	・在宅訪問栄養食事指導管理料(医) ・居宅療養指導管理(管理栄養士)(介)	管理栄養士による訪問。一か月に二回まで。訪問診療と同一日の算定は不可	特別食の場合	特別食の場合	特別食の場合
	・在宅訪問薬剤管理指導指導料(医) ・居宅療養指導管理(薬剤師)(介)	薬剤師による訪問(薬局からの場合は月に4回まで、医療機関からの場合は月に2回まで)	○	○	○
	訪問診療・訪問看護・訪問リハ、訪問歯科等々	いろいろありますが、要件が褥瘡に限っていないので今回は省略します。	○	○	○
材料	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 算定患者)	D3以上で在宅療養指導管理料を算定している患者に算定、医療機関からでも処方箋でもOK。自分や家族で処置と管理をする。薬局に基準はない。	○ (患者や家族で実施)		
	創傷被覆材保険償還 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	訪問看護時に、看護師が処置した時に「創傷被覆等材」が保険算定できる。傷の深さは問わない。処方箋方式でもOK。薬局に基準はない。		◎	◎
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 算定患者)	在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な衛生材料等を支給しなくてはならない。薬局から支給でてもよい。薬局は基準調剤加算算定していないと不可。	○ (支給義務)	○ (支給義務)	○ (支給義務)
	衛生材料等の支給 (在宅療養指導管理料 非算定患者)	在宅療養指導管理料を算定していない患者に対して、十分な衛生材料等を支給した場合に、医療機関に加算がつく。	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)	◎ (衛生材料等提供加算)

衛生材料・保険材料の支給のポイント 1

- 医師の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が採血や気管カニューレの交換等の処置を行う場合等、検査に必要な材料や特定保険医療材料・衛生材料等が使用されることがある。
- こうした場合の検査や、特定保険医療材料、衛生材料等に関する診療報酬上の取り扱いについて、明確に規定されておらず、該当する診療報酬項目が存在しない場合もあることから、関係者の共通の理解を得ることが難しい。

■ 処置等の実施者別の診療報酬の算定

○：医療機関側で出来高算定が可能なもの（但し、管理料等に包括される場合がある）

主体		処置等	注射薬	特定保険医療材料	検体検査	衛生材料等 ※特定保険医療材料以外
医療機関	①医師が診療した場合	○	○	○	○	医療機関が行う手技料や在宅療養指導管理料等に含まれる
	訪問看護 ②病院・診療所の看護師等が実施した場合	(在宅患者訪問看護・指導料の中で評価されている)	○ ※処方できる医薬品に限られる	医師の診察日に特定保険医療材料を患者に提供して算定する等の方法が考えられるが、取り扱いが明確に規定されていない。		
訪問看護ST	③訪問看護ステーションの看護師等が実施した場合	(訪問看護基本療養費の中で評価されている)				
特別養護老人ホーム	④当該施設の看護師等が実施した場合	※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている	注射薬の取扱いが明確に規定されていない。			

医療機関が算定する在宅療養指導管理料に含まれる。 (管理料を算定しない場合は衛生材料等を含む診療報酬項目が存在しない)
※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている

衛生材料・保険材料の支給のポイント 1

- 医師の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が採血や気管カニューレの交換等の処置を行う場合等、検査に必要な材料や特定保険医療材料・衛生材料等が使用された場合は、
- こうした場合の検査や、特定保険医療材料、衛生材料等が使用された場合は、

＜保険医療材料＞
フィルム材などの
保険償還されない医療機器

■ 処置等の実施者別の診療報酬の算定

○：医療機関側で出来高算定が可能なもの（但し、管理料等には含まれない）

主体		処置等	注射薬	特定保険医療材料	検体検査	衛生材料等
						※特定保険医療材料以外
医療機関	①医師が診療した場合	○				医療機関が行う手技料や在宅療養指導管理料等に含まれる
	②病院・診療所の看護師等が実施した場合	(在宅患者訪問看護・指導料の中で評価されている)				
訪問看護ST	③訪問看護ステーションの看護師等が実施した場合	訪問看護(訪問看護基本療養費の中で評価されている)	○ ※処方できる医薬品に限られる		医師の診察日に特定保険医療材料を患者に提供して算定する等の方法が考えられるが、取り扱いが明確に規定されていない。	医療機関が算定する在宅療養指導管理料に含まれる。 (管理料を算定しない場合は衛生材料等を含む診療報酬項目が存在しない)
特別養護老人ホーム	④当該施設の看護師等が実施した場合	※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている	注射薬の取扱いが明確に規定されていない。			※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている

＜衛生材料＞傷
ガーゼ、絆創膏、
ロールフィルムなどの汎用品

衛生材料・保険材料の支給のポイント 1

在宅療養指導管理料の一覧

通則

在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。

- 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
- 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
- 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
- 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
- C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
- C115 在宅植込型補助人工心臓(拍動流型)指導管理料
- C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料

衛生材料・保険材料の支給のポイント 1

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あたっては、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。

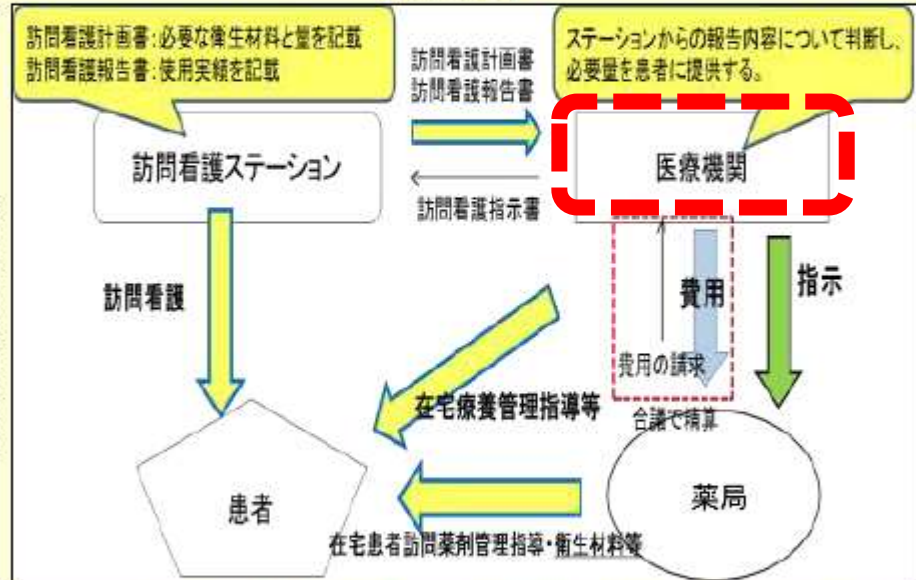
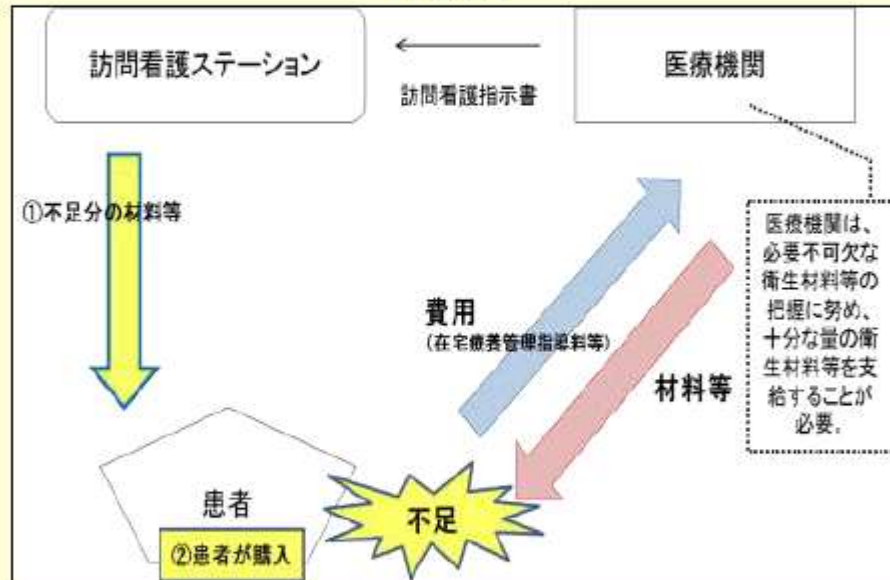
また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書(「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式2)により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。

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2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。

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

衛生材料・保険材料の支給のポイント 1



※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・保険材料の支給のポイント 2

- 医師の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が採血や気管カニューレの交換等の処置を行う場合等、検査に必要な材料や特定保険医療材料・衛生材料等が使用された場合は、
- こうした場合の検査や、特定保険医療材料、衛生材料等が使用された場合は、明確に規定されておらず、該当する診療報酬項目が存在しない

＜保険医療材料＞
フィルム材などの
保険償還されない医療機器

■処置等の実施者別の診療報酬の算定

○：医療機関側で出来高算定が可能なもの（但し、管理料等には含まれない）

主体		処置等	注射薬	特定保険医療材料	検体検査	衛生材料等 ※特定保険医療材料以外
医療機関	①医師が診療した場合	○	○ ※処方できる医薬品に限られる	医師の診察日に特定保険医療材料を患者に提供して算定する等の方法が考えられるが、取り扱いが明確に規定されていない。	医療機関が行う手技料や在宅療養指導管理料等に含まれる	
	訪問看護	②病院・診療所の看護師等が実施した場合				(在宅患者訪問看護・指導料の中で評価されている)
ST	訪問看護	③訪問看護ステーションの看護師等が実施した場合				(訪問看護基本療養費の中で評価されている)
特別養護老人ホーム	④当該施設の看護師等が実施した場合	※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている	注射薬の取扱いが明確に規定されていない。		医療機関が算定する在宅療養指導管理料に含まれる。 (管理料を算定しない場合は衛生材料等を含む診療報酬項目が存在しない)	
					※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている	

＜衛生材料＞傷
ガーゼ、絆創膏、
ロールフィルムなどの汎用品

衛生材料・保険材料の支給のポイント 2

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！！**

衛生材料・保険材料の支給のポイント 2

衛生材料等の提供についての評価

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

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

(新) 衛生材料等提供加算 80点(月1回)

[算定要件]

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

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点



改定後

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点



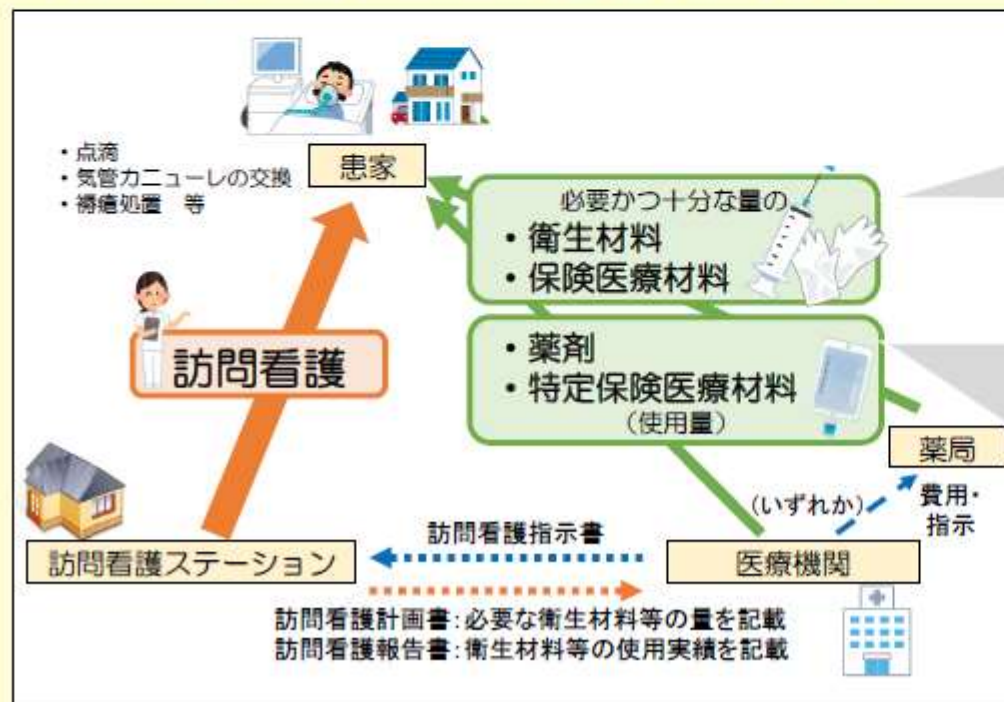
**在宅療養指導管理料を算定している患者には
「保険材料」「衛生材料」の支給は義務！！**

**在宅療養指導管理料を算定していない患者には
「保険材料」「衛生材料」の支給で加算！！**

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑭

在宅療養における衛生材料等の供給体制

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



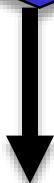
在宅療養における衛生材料及び保険医療材料の費用は、診療報酬上以下のいずれかで評価。

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

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

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

医療法
診療報酬
機能評価



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



診療報酬
介護報酬
自費診療



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

在宅

介護施設

急性期病院のチーム医療での材料や手順が
在宅まで大きく影響する

病院

薬

訪問看護

診療所

在宅



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

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

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



一般社団法人

日本褥瘡学会

Japanese Society of Pressure Ulcers

Home

Contact

Link

Site Map

English

学術集会

第18回日本褥瘡学会学術集会

日時：2016年9月2日(金)～9月3日(土)

会長：坪井 良治(東京医科大学皮膚科学分野)

会場：パシフィコ横浜

テーマ：深まる知識 広がる連携

URL：<http://www.jspu18.jp>

[学術集会一覧はこちら](#)

在宅褥瘡セミナー

→ 申込はこちら

在宅褥瘡管理者資格審査の

→ 手引きはこちら

→ eラーニングはこちら

→ H26診療報酬改定：

褥瘡関連項目に関する指針(PDF)

What's New

2016.03.11

Award・Grant選考委員会からのお知らせ
在宅褥瘡管理者資格審査の手引きを更新しました。

2016.03.10

在宅褥瘡セミナーを更新しました。(福島県)
褥瘡受入病院一覧を更新しました。

2016.02.29

関連リンクに「一般社団法人 日本言語聴覚士協会」を追加しました。

過去の更新履歴はこちらをご覧ください。

Topics

NEW! 第21回日本小児ストーマ・排泄・創傷管理セミナー開催案内

褥瘡対策用具推進委員会主催のワークショップ資料を掲載しました

日本褥瘡学会誌 第17巻4号(褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版))はこちらからご購入いた

日本褥瘡学会とは

学会会員の方へ

医療従事者の方へ

一般の皆様へ

学術集会・セミナー
参加希望の皆様へ

学会関連出版物

災害危機管理





一般社団法人
日本褥瘡学会
Japanese Society of Pressure Ulcers

[Home](#)[Contact](#)[Link](#)[Site Map](#)[English](#)

学術集会

第18回

日時：2016年

会長：坪井 良

会場：パシフィ

テーマ：深まる

URL：<http://>

学術集会一覧はこちら

在宅褥瘡セミナー

→ 申込はこちら

在宅褥瘡管理者資格審査の

→ 手引きはこちら

褥瘡関連項目に関する指針 (PDF)

関連リンクに「一般社団法人 日本言語聴覚士協会」を追加しました。

過去の更新履歴はこちらをご覧ください。

Topics

第21回日本小児ストーマ・排泄・創傷管理セミナー開催案内

褥瘡対策用具推進委員会主催のワークショップ資料を掲載しました

日本褥瘡学会誌 第17巻4号（褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版））はこちらからご購入いた

一般の皆様へ

学術集会・セミナー
参加希望の皆様へ

学会関連出版物

災害危機管理



の方へ



10	応用工学研究者	0名	0名	0名	0名	0名	0名
11	薬剤開発技術者	0名	0名	0名	0名	0名	0名
12	その他						32名
13	未						1名
14	Pr						0名
15	参						2,375名

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

〔第17回学術
致します。〕

まで掲載

大浦 紀彦  (杏林大学)
 米田 隆志  (芝浦工業大学)
 高橋 誠  (北海学園大学)
 高水 勝  (スリーエム ジャパン株式会社)
 田巻 昌巳  (株式会社 ケープ)
 創傷被覆・保護材一覧 

(五十音順 敬称略)

ご静聴ありがとうございました