

平成30年度(2018年度)診療報酬・介護報酬改定

# 褥瘡関連項目に 関する指針

編集

一般社団法人 日本褥瘡学会

PRESSURE ULCERS

照林社

平成30年度(2018年度)診療報酬・介護報酬改定

# 褥瘡関連項目に 関する指針

編集

一般社団法人 日本褥瘡学会

# 序文

---

日本褥瘡学会渉外・保険委員会は外科系学会社会保険委員会連合（外保連）に所属し、褥瘡医療を保険・経済面からサポートするため、毎回の診療報酬改定に向けて保険点数の新設・見直しを担当している。一方、褥瘡に携わるのは外科系だけでなく、看護・介護をはじめさまざまな分野からの要望やエビデンスを反映しつつ診療報酬が推移している。

2002年に施行された「褥瘡対策未実施減算」はわが国初のペナルティ・システムで、医療界に大きなインパクトを与えた。2004年度には「褥瘡患者管理加算」が始まり、2006年度には褥瘡対策未実施減算が廃止されて「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が新設された。2012年度には褥瘡患者管理加算と同等の体制が入院基本料の施設基準となったことにより、褥瘡対策は病院が必ず行わなければならない条件の1つになった。

外保連を通じた要望でも2010年度に深部デブリードマン加算、局所陰圧閉鎖処置の新設、2012年度には在宅における創傷被覆材の保険適応などを達成した。

2025年の将来像に向けたわが国の医療構造改革は、在宅医療・ケアへ大きくシフトしようとしている。その流れを受け、2012年頃より在宅褥瘡に関する点数も多く設定されるようになった。とくに2014年度の「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」は在宅褥瘡対策について十分な経験を有する「在宅褥瘡管理者」を置くことが要件とされた。日本褥瘡学会が実施する褥瘡在宅セミナーは要件を満たすための「所定の研修」に指定され、本学会の役割が一層大きくなった。

そして、今回2018年度改定では入院基本料と褥瘡ハイリスク患者ケア加算の評価項目にそれぞれスキン-ケアとMDRPUが追加され、療養病棟の褥瘡対策加算にDESIGN-Rを用いたアウトカム評価が取り入れられるなど、新しい展開がみられた。外保連を通じた要望では、局所陰圧閉鎖処置において中断期間を治療日数に含めず算定することが認められた。

そこで日本褥瘡学会では、2006（平成18）年度、2012年（平成24）年度、2014（平成26）年度に続いて、2018（平成30）年度も「褥瘡関連項目に関する指針」を著すことになった。会員をはじめ褥瘡にかかわる多領域スタッフのお役に立てれば幸いである。

2018年4月12日

一般社団法人 日本褥瘡学会 渉外・保険委員会 委員長 **市岡 滋**  
一般社団法人 日本褥瘡学会 学術委員会 前委員長 **須釜 淳子**  
(『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』策定時)

# CONTENTS

■ 診療報酬・介護報酬の運用の基本と用語の整理	4
-------------------------	---



■ 新設または改定になった褥瘡に関連する 診療報酬・介護報酬項目	6
-------------------------------------	---

## I 診療報酬改定

1. 「褥瘡の危険因子」の評価項目に「スキン-ケア」が明示された	6
1) 入院基本料の届出における「褥瘡対策の基準」の中の「褥瘡に関する危険因子の評価」	6
2) 新設された「入院時支援加算」の中の「褥瘡に関する危険因子の評価」	8
2. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象に、 「医療関連機器圧迫創傷」(MDRPU)が入った	12
3. ADL維持向上等体制加算のアウトカム指標である 院内褥瘡発生率の割合が1.5%から2.5%になった	18
4. 療養病棟、有床診療所療養病床の「褥瘡評価実施加算」が、 入院時から統一した指標で継続的に評価する「褥瘡対策加算1、2」となった	22
5. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件の見直し	26
6. 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の要件の見直し	35
7. 局所陰圧閉鎖処置の算定要件(留意事項)が変更された	41

## II 介護報酬改定

1. 褥瘡の発生予防のための管理に対する評価「褥瘡マネジメント加算」が新設された	43
2. 排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価「排せつ支援加算」が新設された	49



<b>継続になった褥瘡に関連する主な診療報酬項目</b> .....	53
1. 重症皮膚潰瘍管理加算 .....	53
2. 処置料 .....	55
3. 療養病棟の入院基本料の算定要件 .....	60
4. 「在宅移行加算」「特別管理加算」 .....	61
5. 退院調整における訪問看護ステーションとの連携 .....	64
6. 在宅寝たきり患者処置指導管理料 .....	67
7. 創傷被覆材の価格改定 .....	68
8. 在宅での創傷被覆材が保険薬局で支給可能に .....	70
9. 持続的難治性下痢便ドレナージ .....	72
10. 水圧式デブリードマン加算 .....	73
<b>資料1 DESIGN-R<sup>®</sup> 褥瘡経過評価用</b> .....	74
<b>資料2 医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の概要</b> .....	75

## 診療報酬・介護報酬の運用の基本と用語の整理

診療報酬は、医療機関からの施設基準や資格要件等の「届け出」が受理されることにより算定することができる。毎月のレセプト請求は、社会保険については各都道府県の社会保険診療報酬支払基金で、国民健康保険は各都道府県の国民健康保険団体連合会で、記載ミス等による返戻（へんれい）や算定要件等の査定を経て支払われる。査定にはA：適応外、B：過剰、C：重複、D：算定要件外がある。

また、毎月のレセプトの返戻や査定とは別に、数年に一度、地方厚生局や厚生労働省による「適時調査」、「集団の個別指導」、「個別指導」、「共同指導」、「特定共同指導」等が実施される。そこでは、診療報酬に関する各種の様式（診療計画書、カンファレンス記録、マニュアル等）が、診療報酬の算定要件のとおり実施されているかが調査され、不備があった場合は、年単位での自主返還を指導される場合もある。よって、現在レセプトで支払われていることが、現在の運用を認められたことを意味しているわけではないので、常に、算定要件に則って各様式を整備、運用、保管することが重要である。

### 【告示】

行政機関が、その意思やある事項を広く一般に知らせること。または一般に知らせる行為や形式。官報・広報などによるのが通例。

今回の褥瘡対策をはじめとする褥瘡に関する内容を含んだ告示は、厚生労働省告示第43号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」、第44号「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」、第45号「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」、第46号「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件」、第47号「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件」、第48号「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」、第49号「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件」等として平成30年3月5日に厚生労働省より厚生労働大臣名で公示された。

### 【通知】

行政機関が特定人または不特定多数人に対し、一定の事項を知らせる行為。広義にはなんらの法的効果を持たない事実行為たる通知を含むが、狭義には法律がこれに一定の法律的效果を付している場合を指す。後者は通常「通知行為」と呼び、準法律行為の行政行為の一種と扱われる。

今回の褥瘡に関する通知は、平成30年3月5日保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」、保医発0305第2号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」、保医発0305第3号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」、保医発0305第7号「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」、保医発0305第10号「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」、保医発0305第3号「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」、保医発0305第4号「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」等に記載されており、保医発は、厚生労働省保険局医療課長より、地方厚生（支）局医療課長、都道府県民生主管部（局）国民健康保険主管課（部）長、都道府県後期高齢者医療主管部（局）後期高齢者医療主管課（部）長宛てに、保医発は、厚生労働省保険局長より、地方厚生（支）局長、都道府県知事宛てに出されている。

### 【事務連絡】

通知、留意事項の補足や疑義解釈など、より現場に即した実運用の規定を記載したもの。

### 【看護師、准看護師、看護職員、看護要員】

厚生労働省告示第44号「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」において、看護師、准看護師、看護職員、看護要員について以下のように使い分けている。

- ・看護師：看護師のみを指す。
- ・准看護師：准看護師のみを指す。
- ・看護職員：看護師及び准看護師を指し、看護補助者を含まない。
- ・看護要員：看護師、准看護師及び看護補助者を指す。

### 【専従と専任】

●**専従**：専らその業務に従事することをいい、他の業務とは兼務することは認められない。実際の運用としては、恒常的、計画的ではない業務については、専従であってもある程度実施してもかまわないとすることもあ。具体的には、職務の80%程度が専従であれば良いとする場合や、100%でなくてはならないなど、運用に幅があるようである。

●**専任**：専らその業務を任されて担当することをいい、担当業務以外の業務を多少兼務することは差し支えない。実際の運用としては、専任の職務が20～50%程度までの幅があり、20%であれば複数の専任も兼務できるが、50%であれば専任は1つしか兼務できないなど運用に幅があるようである。

専従、専任のいずれについても、都道府県やその職務によって運用に幅があるので、専任の複数の兼務や、専従の当直や夜勤などについて疑問があれば確認をするとよい。

なお、褥瘡ハイリスク患者ケア加算における専従の褥瘡管理者について、施設基準の中に、「(2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。」と明記されている。これは他の専従職者とは異なり専従業務の運用の中では特殊な運用であることをしっかりと認識しておくことが重要である。

### ■表記

表記に関しては厚生労働省の表記に準拠した。

- ・診療報酬                      点で表記：1点 10円
- ・介護報酬                      単位で表記：1単位 10円
- ・訪問看護療養費              円で表記
- ・材料費                        円で表記

# 新設または改定になった褥瘡に関連する診療報酬・介護報酬項目

## I 診療報酬改定

### 1. 「褥瘡の危険因子」の評価項目に「スキン-ケア」が明示された

#### 1) 入院基本料の届出における「褥瘡対策の基準」の中の「褥瘡に関する危険因子の評価」

##### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

#### 第2部 入院料等

##### 通則

7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

#### 第1節 入院基本料

##### 区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

##### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

#### 第2部 入院料等

##### <通則>

11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料3の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

##### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第2号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

## 別添2

## 入院基本料等の施設基準等

第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

## 4 褥瘡対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- (3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されていることが望ましい。
- (5) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
- (6) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

## 解説

褥瘡対策は平成24年度の診療報酬改定から入院基本料の算定要件に組み込まれ、入院基本料届出の際には、入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の整備が必須となっている。

褥瘡対策では危険因子の評価を行うこととされている。今回の改定では、この危険因子の項目に「皮膚の脆弱性（スキン-テアの保有、既往）」の項目が加えられた（表1）。

表1

	日常生活自立度	J (1,2)	A (1,2)	B (1,2)	C (1,2)	対処
	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)		できる	できない	できる	
・病的骨突出		なし	あり			
・関節拘縮		なし	あり			
・栄養状態低下		なし	あり			
・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）		なし	あり			
・皮膚の脆弱性（浮腫）		なし	あり			
・皮膚の脆弱性（スキン-テアの保有、既往）		なし	あり			

なお、平成26年度診療報酬改定で新たに入った、入院基本料の届出に院内褥瘡発生者数等を加えること、届出書の記載事項の報告の際に褥瘡患者数等を報告することは継続される。

## 2) 新設された「入院時支援加算」の中の「褥瘡に関する危険因子の評価」

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

#### A246 入退院支援加算（退院時1回）

##### 1 入退院支援加算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 |

##### 2 入退院支援加算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 |

##### 3 入退院支援加算3

1,200点

注7 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であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

#### A246 入退院支援加算

(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

## 解説

これまでの「退院支援加算」が「入退院支援加算」となり、新たに、「入院時支援加算」（200点、退院時1回）が新設された。これは、自宅から入院の決まった患者に対して、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の項目を実施し、その内容を踏まえ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、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定できるというものの。

- 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

上記項目に「褥瘡に関する危険因子の評価」があり、具体的には前項の表1を使用する。

なお、スキン-テアに関しては、一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会編集『ベストプラクティス スキン-テア（皮膚裂傷）の予防と管理』に詳しい\*。

\*一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会の以下のサイト参照。<http://www.jwocm.org/medical/tear/>

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書

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

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

<日常生活自立度の低い入院患者>

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

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR)	深さ	滲出液	大きさ (cm <sup>2</sup> ) 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	壊死組織	ポケット (cm <sup>2</sup> ) 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	合計点
	(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)創閉鎖又は創が強い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されてない		
	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり	(6)硬く厚く密着した壊死組織あり					
	(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			

※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。

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

[記載上の注意]

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



様式 5 の 4

## 褥瘡対策に係る報告書

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

## [記載上の注意]

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

## 2. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象に、「医療関連機器圧迫創傷」(MDRPU)が入った

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

#### A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）

500点

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

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

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

#### A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- (1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中1回に限り算定する。なお、当該加算は、第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。
- (3) 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。
  - ア ショック状態のもの
  - イ 重度の末梢循環不全のもの
  - ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
  - エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの
  - オ 特殊体位による手術を受けたもの
  - カ 強度の下痢が続く状態であるもの
  - キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの
  - ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
  - ケ 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの
- (4) 「注2」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の一般病棟において、算定可能である。なお、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟で当該点数を算定できる。
- (5) 「注2」に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者は、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書に基づき実施した褥瘡ケアの内容を診療録に記載すること。

**<通知>**

平成30年3月5日 保医発0305第2号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

**第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算****1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準**

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

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修

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

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

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

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

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

(5) 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加していること。

(6) 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。

(7) 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

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

**2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項**

(1) 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。

(2) (1)の結果、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う保険医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。

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

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

**3 届出に関する事項**

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

## 疑義解釈資料の送付について（その1） 事務連絡 平成30年3月30日

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。

### 解説

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象者である「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、以下に掲げるものとされている。今回、新たに加えられた「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」は、本学会が定義づけした「医療関連機器圧迫創傷（Medical Device Related Pressure Ulcer：MDRPU）」に該当する。

- ア ショック状態のもの
- イ 重度の末梢循環不全のもの
- ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの
- オ 特殊体位による手術を受けたもの
- カ 強度の下痢が続く状態であるもの
- キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの
- ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- ケ 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの

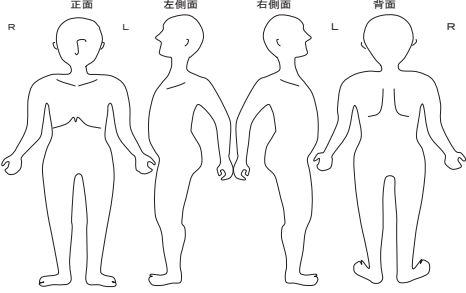
また、「長期かつ持続的」とは、「1週間以上持続して使用する」と期間が示されている。さらに、医療関連機器を1週間以上持続して使用することが見込まれる者及び当該入院期間中に医療関連機器を1週間以上持続して使用していた者も含まれる。

なお、医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）については、本学会が編集した『医療関連機器圧迫創傷の予防と管理』を参照されたい\*。本書では、その概要を巻末資料に掲載している。

\*一般社団法人 日本褥瘡学会の以下のサイト参照。 <http://www.jspu.org/jpn/info/topic11.html>

別紙 16

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏 名：	様	病棟	評価日 年 月 日
生年月日：	( 歳)	性 別 男・女	評価者名
診 断 名：	褥瘡の有無 (現在) 有・無	褥瘡の有無 (過去) 有・無	
褥瘡ハイリスク項目 [該当すべてに○] ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、 6時間以上の手術 (全身麻酔下、特殊体位)、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱 (低出生体重児、 GVHD、黄疸等)、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	
		重点的な褥瘡ケアの必要性 要 ・ 不要	
		褥瘡管理者名	
褥瘡予防治療計画 [褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日 年 月 日]			
褥瘡ケア結果の評価 [褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 年 月 日]			

## 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

## [記載上の注意]

- 褥瘡対策の実施状況については、報告月の前月の件数を記入すること。ただし、1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数えることとする。
- ①については、報告月の前月1ヶ月間に入院していた患者の実人数を記入する。
- ②については、①のうち、褥瘡リスクアセスメントを実施した患者の実人数を記入する（1名の患者について複数回、褥瘡リスクアセスメントを実施した場合も、患者1名として数える）。
- ③については、②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。
- ③のうち褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。



様式 37

## 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出書添付書類

## 1 専従の褥瘡管理者

氏 名	勤 務 時 間	所属部署・診療科等	専任

## 2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

- ア 褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録している。
- イ 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録している。
- ウ 褥瘡対策に係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加している。
- エ 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施している。
- オ 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている。

## [記載上の注意]

- 専従の褥瘡管理者の 5 年以上の褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験及び褥瘡等の創傷ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
- 褥瘡ハイリスク患者ケアに従事する専従の褥瘡管理者を 2 人以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 注 2 に規定する点数は、別紙 2 に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、DPC 対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料 1 のみを届け出ている病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 注 2 に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者について、専従でなくても差し支えない。この場合は、「1」の専任欄に○をつけること。

### 3. 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割合が1.5%から2.5%になった

#### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

#### 第1節入院基本料

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

##### 1 急性期一般入院基本料

##### 2 地域一般入院基本料

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

#### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第2号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

#### 4の8 ADL維持向上等体制加算の施設基準

急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟において、以下の基準を満たすこと。

(5) アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）を用いて評価することとする。

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。

#### 疑義解釈資料の送付について（その1） 事務連絡 平成30年3月30日

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。



## 解説

平成26年度診療報酬改定において新設された「ADL維持向上等体制加算」の要件の見直しが行われ、加算点数が「80点」となった（1日につき、14日を限度とする）。

さらに、加算の条件であるアウトカム評価として、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%未満であることとなった（前回は「1.5%未満」）。その割合の算出方法は、以下のとおり。

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  
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）

ただし、届出時の直近月の初日（「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。

褥瘡対策に係る報告書

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

【記載上の注意】

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

## 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。

## [記載上の注意]

1. 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
2. 医師、理学療法士等は当該保険医療機関に常勤配置であること。理学療法士等について、病棟に専従配置又は専任で配置するものについては該当する口に「✓」を記入のこと。なお、専従及び専任のいずれでもなくとも、当該病棟で6時間以上勤務したことをもって本加算を算定しようとする理学療法士等（上限5名）全員について記入すること。
3. 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
4. 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料の届出書の写しを添付すること。
5. 入院患者の構成における③の疾患は、ICD-10（平成27年総務省告示第35号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）を参考にすること。
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。
8. 医師はリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。

## 4. 療養病棟、有床診療所療養病床の「褥瘡評価実施加算」が、入院時から統一した指標で継続的に評価する「褥瘡対策加算1、2」となった

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

#### A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

##### 1 療養病棟入院料1

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ものに対して、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  |

#### A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態にあり、必要な褥瘡対策を行った場合は、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  |

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

#### A101 療養病棟入院基本料

(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。

#### A109 有床診療所療養病床入院基本料

(6)「注4」に規定する褥瘡対策加算1及び2については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(7)の例による。

## 解説

従来、療養病棟、有床診療所療養病床において褥瘡評価を行った場合に加算されていた「褥瘡評価実施加算」が、「褥瘡対策加算1」と「褥瘡対策加算2」となった。具体的には、「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て毎日評価して算定する「褥瘡対策加算1」が「15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を当該月における「実績点」として算定し、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は「褥瘡対策加算2」となり、「5点」となる。算定する日は、DESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日。

(別紙様式46)

### 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 <sup>2</sup> ) 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 (創周辺の発赤、腫瘍、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) 治癒あるいは創が浅い為評価不可能	(1) 創面の90%以上を占める	(3) 創面の50%以上90%未満を占める	(4) 創面の10%以上50%未満を占める	(5) 創面の10%未満を占める	(6) 全く形成されていない					
	壊死組織	(0) なし	(3) 柔らかい壊死組織あり	(6) 硬く厚い密着した壊死組織あり								
	ポケット (cm <sup>2</sup> ) 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				

- 1 前月までのDESIGN-Rの合計点は、暦月内で最も低い合計点を記載する。
- 2 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。

## 医療区分・ADL区分等に係る評価票

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態（DESIGN-R 分類d2以上の場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。）

## 項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態（DESIGN-R 分類d2以上に該当する場合若しくは褥瘡が2カ所以上に認められる状態に限る。）

d0：皮膚損傷・発赤無し

d1：持続する発赤

d2：真皮までの損傷

D3：皮下組織までの損傷

D4：皮下組織を超える損傷

D5：関節腔、体腔に至る損傷

DU：深さ判定が不能の場合

## 評価の単位

1日毎

## 留意点

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

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

## 5. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件の見直し

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

#### C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

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、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C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C009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。

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

#### 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

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

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

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 強度の下痢が続く状態であるもの

オ 極度の皮膚脆弱であるもの

カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

キ 褥瘡に関する危険因子があつて既に褥瘡を有するもの

(3) 在宅褥瘡対策チームは、褥瘡の改善、重症化予防、発生予防のための以下の計画的な指導管理を行う。

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

イ 初回カンファレンス以降、評価のためのカンファレンス実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。

ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンス（以下「評価カンファレンス」という。）を行う。評価カンファレンスの結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内の期間に2回目の評価カンファレンスを実施することができる。なお、2回目の評価カンファレンスは、1回目の評価カンファレンスの実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。



(4) 初回カンファレンス及び評価カンファレンスは、関係者全員が患家へ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へ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。）が可能で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名参加すること

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名以上は患家へ赴きカンファレンスを行っていること

(5) (4) において、患者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(6) カンファレンス及び月1回以上の指導管理の結果を踏まえ、在宅褥瘡対策チームにおいて別紙様式43又はこれに準じた在宅褥瘡診療計画を作成し、その内容を患者等に説明するとともに、診療録に添付すること。

(7) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

なお、初回カンファレンス以降に在宅褥瘡対策チームの各構成員が月1回以上、計画に基づき行う適切な指導管理については、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）（Ⅲ）、在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）を算定することができる。

(8) 「注2」については、褥瘡の指導管理のために患家へ訪問して行われる初回カンファレンスのほか、評価カンファレンスを患家で行った日に、当該カンファレンスとは別に継続的に実施する必要がある訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を併せて行う場合には、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料、区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、（Ⅲ）、訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅲ）を算定することができる。また、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションによる場合においても、算定することができる。ただし、当該保険医療機関が訪問看護を実施している訪問看護ステーションと連携する場合は、当該保険医療機関において、訪問看護に係る費用を算定できないものとする。なお、当該保険医療機関及び継続的に訪問看護を実施している訪問看護ステーションに適切な在宅褥瘡管理者がいない場合において、褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師が所属する保険医療機関等と共同して行った場合は、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の3、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の3、訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ又は訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハのいずれかを算定することができる。

(9) (7)、(8) の算定に当たっては、カンファレンスの日時、実施場所、概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

#### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第3号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

#### 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

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。

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

ただし、当該保険医療機関に在宅褥瘡管理者の要件を満たす者がいない場合にあつては、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）」の区分番号「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される他の保険医療機関等の褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師を在宅褥瘡管理者とすることができる。

- (3) (2) のイにおける在宅褥瘡ケアに係る所定の研修とは、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。

なお、当該学会等においては、症例報告について適切な予防対策・治療であったことを審査する体制が整備されていること。また、当該研修の講義に係る内容については、次の内容を含むものであること。

ア 管理の基本

イ 褥瘡の概要

ウ 褥瘡の予防方法

エ 褥瘡の治療

オ 発生後の褥瘡ケア

カ 在宅褥瘡医療の推進

また、(2) の在宅褥瘡管理者について、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の区分番号「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師については、当該研修を修了したものとみなすものであること。

#### 2 届出に関する事項

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の7を用いること。

なお、当該管理指導料の届出については実績を要しない。また、毎年7月において、前年における実績を別添2の様式20の8により届け出ること。

## 疑義解釈資料の送付について（その1） 事務連絡 平成30年3月30日

問149 区分番号「C013」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。

## 解説

平成26年度診療報酬改定で新設された「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」の要件において、以下の4件の見直しが行われた。

## 1) 対象に医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）が加わった

対象である「重点的な褥瘡管理が必要な者」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」が加えられた。これは、褥瘡ハイリスク患者ケア加算と同様に解釈すれば、「1週間以上持続して」医療関連機器を使用した際に発生した医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）のことである。

## 2) カンファレンスはビデオ通話でも可能になった

初回カンファレンス及び評価カンファレンスは、「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となった。原則的には、関係者全員が患家へ赴き実施することとしながらも、やむを得ない事情により関係者全員が患家へ赴き実施することができない場合で、以下のいずれの条件も満たす場合とされている。

ア 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名以上は患家へ赴きカンファレンスを行っていること

## 3) 在宅褥瘡対策チームの構成員である管理栄養士は「非常勤」でようになった

当該保険医療機関に設置される在宅褥瘡対策チームの構成員は、「常勤の医師」「保健師、助産師、看護師又は准看護師」「常勤の管理栄養士（診療所にあつては、非常勤の管理栄養士でもよい。）」とされていたが、診療所以外でも非常勤の管理栄養士でよいことになった。

## 4) 在宅褥瘡管理者が修めるべき看護師の「所定の研修」に特定行為研修の「創傷管理関連」が入った

在宅褥瘡管理者である看護師の修了要件である「在宅褥瘡ケアに係る所定の研修」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「創傷管理関連」の区分の研修も該当することとなった。

様式 20 の 7

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅褥瘡管理者

氏名	職種	医療機関等名	所在地	経験年数	褥瘡に係る経験年数	研修の有無
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

2 在宅褥瘡対策チーム構成員

氏名	職種	医療機関等名	所在地	常勤
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 「1」の在宅褥瘡管理者については、5年以上の医療従事の経験、及び、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修、又は、褥瘡ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。  
また、当該保険医療機関以外の者を在宅褥瘡管理者とする場合においては、医療機関等名と所在地についても記入すること。
- 2 「2」の在宅褥瘡対策チームの構成員については、当該保険医療機関以外の者と連携する場合においては、連携先の医療機関等名と所在地についても記入すること。

## 様式 20 の 8

## 在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

## 1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数（報告月の前月の初日）			
② ①のうち、d1 以上の褥瘡を保有している患者数 （褥瘡保有者数）			
③ ②のうち訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 （訪問診療利用開始時褥瘡保有者数）			
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数			
⑤ 褥瘡 の重症度	訪問診療開始時の褥瘡（③の 患者の訪問診療開始時の状 況）	訪問診療中に発生した褥瘡（④ の患者の発見時の状況）	
d1	名	名	
d2	名	名	
D3	名	名	
D4	名	名	
D5	名	名	
DU	名	名	

## 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
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

### [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



数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。

- (3) ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R 分類d1以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- (4) ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- (5) ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

2. 2の記入にあたっては、下記の内容により記載すること。

- (1) ①については、1年間の算定患者数を記入すること。ただし、1名の患者が複数回、本指導料を算定した場合においても、患者1名として数えることとする。
- (2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。  
褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。
- (3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 男 女 計画作成日 \_\_\_\_\_

明・大・昭・平 年 月 日 生 ( 歳)

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

(日常生活自立度の低い入院患者)

日常生活自立度	J(1.2)	A(1.2)	B(1.2)	C(1.2)	対処
危険因子の評価	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)		できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	・病的骨突出		なし	あり	
	・関節拘縮		なし	あり	
	・栄養状態低下		なし	あり	
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)		なし	あり	
	・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

褥瘡の状態の評価(DSIGNIR)	深さ	発赤	浸出液	大きさ(cm <sup>2</sup> ) 長径×長径に直行する最大径(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	壊死組織	ポケット(cm <sup>2</sup> ) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直行する最大径)ー潰瘍面積	合計点
	(0)皮膚損傷発赤なし	(1)持続する発赤	(0)なし	(0)皮膚損傷なし	(0)局所の炎症兆候なし	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(0)なし	(0)なし	
	(2)真皮までの損傷	(3)中等量:1日1回の交換	(1)少量:毎日の交換を要しない	(3)4未満	(1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫張、熱感、疼痛)	(1)創面の90%以上を占める	(3)柔らかい壊死組織あり	(6)4未満	
	(3)皮下組織までの損傷	(4)多量:1日2回以上の交換	(2)4以上16未満	(4)創面の50%以上を占める	(3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭)	(2)創面の10%以上50%未満を占める	(6)硬く厚い密着した壊死組織あり	(9)4以上16未満	
	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)多量:1日2回以上の交換	(8)16以上36未満	(5)創面の10%以上50%未満を占める	(9)全身的影響あり	(6)全く形成されていない		(12)16以上36未満	
	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(6)多量:1日2回以上の交換	(9)36以上64未満	(6)創面の10%以上50%未満を占める				(24)36以上	
	(6)深さ判定が不能の場合		(15)100以上100未満						

※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。

継続的な管理が必要な理由

---

計画

---

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

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

評価

説明日 平成 年 月 日

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

[記載上の注意]

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



## 6. 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の要件の見直し

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

#### C005 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、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	1,285点

注23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、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡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）又は人工肛門若しくは人工膀胱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、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、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。

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

#### C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・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 同一日に2人	
（1）週3日目まで	580点
（2）週4日目以降	680点
ロ 同一日に3人以上	
（1）週3日目まで	293点
（2）週4日目以降	343点
2 准看護師による場合	
イ 同一日に2人	
（1）週3日目まで	530点
（2）週4日目以降	630点
ロ 同一日に3人以上	
（1）週3日目まで	268点
（2）週4日目以降	318点
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	1,285点

注23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、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡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）又は人工肛門若しくは人工膀胱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に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、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。

#### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

#### C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

(4) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。

##### 【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

○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、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

(7) 在宅患者訪問看護・指導料等の「3」については、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、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（C013在宅患者訪問褥瘡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若しくは反復して生じている状態にある患者に対し、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関が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、在宅患者訪問看護・指導料等の「3」により当該患者につきそれぞれ月1回を限度として、当該専門の看護師が所属する保険医療機関において算定する。この場合、当該医療機関で別に定める専従要件となっている場合であっても、別に定める専従業務に支障が生じなければ訪問しても差し支えない。

#### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第3号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

#### 第16の2 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

1 在宅患者訪問看護・指導料の注2及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2に関する施設基準

当該保険医療機関において、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、ここでいう緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは、それぞれ、次に該当するものをいうこと。

(1) 緩和ケアに係る専門の研修

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)  
イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
- (ス) 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術を習得することができる 600 時間以上の研修

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

(3) 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術が習得できる 600 時間以上の研修

イ 講義及び演習等により、人工肛門・人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識及び技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

2 届出に関する事項

在宅患者訪問看護・指導料の注2及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2に係る届出は、別添2の様式20の3を用いること。

### 疑義解釈資料の送付について(その1) 事務連絡 平成30年3月30日

問147 区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の3及び区分番号「C005-1-2」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」

### 疑義解釈資料の送付について(その1) 事務連絡 平成30年3月30日

問148 区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の3及び区分番号「C005-1-2」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。

## 解説

平成24年度診療報酬改定で新設された在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料においては、専門性の高い看護師による訪問看護が評価されている。これは、在宅で療養を行っている以下のような患者で通院が困難な者に対して、該当する専門性の高い看護師が、診療に基づく訪問看護計画によって、看護、または療養上必要な指導を行った場合に算定できるというものである。他の保険医療機関の看護師もしくは准看護師、あるいは、訪問看護ステーションの看護師もしくは准看護師と共同して同一日に行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限って算定できる。

対象患者	専門性の高い看護師
・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	緩和ケアに係る専門の研修を受けた看護師
・真皮を越える褥瘡の状態にある患者	褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師
・人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者	人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師

今回の改定では、上記の「人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者」が加わった。この場合の専門性の高い看護師とは、「人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師」のことで、現時点では日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」を履修した、皮膚・排泄ケア認定看護師のことになる。

また、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、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か、あるいは1か月以内に反復して生じている状態とされた。

ABCD-Stomaは、一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会が作成したストーマ周囲皮膚障害の評価スケールで、同学会のホームページで紹介されている\*。

\*一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会の以下のサイト参照。 <http://www.jwocm.org/medical/stoma/>

様式 20 の 3

## 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

[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。

別紙様式 4

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

受理番号	(訪看26)	号
------	--------	---

受付年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

決定年月	平成	年	月	日
------	----	---	---	---

(届出事項)	1. 緩和ケア	2. 褥瘡ケア	3. 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア
上記のとおり届け出ます。 平成 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称			
			代表者の氏名
			印
地方厚生(支)局長 殿			

届出内容

指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称		ステーションコード
		管理者の氏名
1 緩和ケアに関する専門研修		
氏名	氏名	
2 褥瘡ケアに関する専門研修		
氏名	氏名	
3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門研修		
氏名	氏名	
備考：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。		

## 7. 局所陰圧閉鎖処置の算定要件（留意事項）が変更された

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

J003 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）

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

注 初回の貼付に限り、1にあつては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。

J003-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）

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

注 初回の貼付に限り、1にあつては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。

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第10号「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」

局所陰圧閉鎖処置を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。

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つては、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。



## 解説

局所陰圧閉鎖処置については、局所陰圧閉鎖処置用として認められた医療機器と材料を使用した場合に限り算定できる。また、処置開始日より3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および医学的な根拠を詳細に記載することが必要とされる。

今回の改定で、「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。」との文が追加された。これまでは、標準で3週間、最長で4週間の算定期間から中断期間を差し引くことができなかったので、たとえば4週間のうち2週間中断した場合には実質2週間しか算定できなかった。今回の改定により、中断期間を差し引くことができることになった。

## Ⅱ 介護報酬改定

### 1. 褥瘡の発生予防のための管理に対する評価「褥瘡マネジメント加算」が新設された

#### <告示>

厚生労働省告示第78号平成30年3月22日「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示」

#### 別表

指定居宅介護支援介護給付費単位数表

#### ツ 褥瘡マネジメント加算

10単位（新設）

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、3月に1回を限度として、所定単位数を加算する。

#### <告示>

厚生労働大臣が定める基準の一部改正

第34条厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）の一部を次の表のように改正する。  
71の2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス及び介護保健施設サービスにおける褥瘡マネジメント加算の基準

- イ 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、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、その評価結果を厚生労働省に報告すること。
- ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- ハ 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していること。
- ニ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

#### <通知>

老企第40号平成12年3月8日厚生省老人保健福祉局企画課長通知

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）」

#### (34) 褥瘡マネジメント加算について

- ①褥瘡マネジメント加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の2に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の入所者全員に対して算定できるものであること。
- ②大臣基準第71号の2イの評価は、別紙様式4に示す褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。
- ③大臣基準第71号の2イの施設入所時の評価は、大臣基準第71号の2イからニまでの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日に、既に入所している者（以下、「既入所者」という。）については、届出の日の属する月に評価を行うこと。

- ④大臣基準第71条の2イの評価結果の厚生労働省への報告は、当該評価結果を、介護給付費請求書等の記載要領に従って、褥瘡マネジメント加算の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することによって行うこと。報告する評価結果は、施設入所時については、施設入所後最初（既入所者については届出の日に最も近い日）に評価した結果、それ以外の場合については、当該加算を算定する月に評価した結果のうち最も末日に近いものとする。
- ⑤大臣基準第71号の2のロの褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式5に示す様式を参考に、作成すること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとする。
- ⑥大臣基準第71号の2のハにおいて、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- ⑦大臣基準第71号の2のニにおける褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。
- ⑧大臣基準第71号の2に掲げるマネジメントについては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。
- ⑨提出されたデータについては、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

## 平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (平成30年3月23日)

問86 褥瘡ケア計画を作成する際に参考にする、褥瘡管理に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

- ・褥瘡予防・管理ガイドライン（平成27年日本褥瘡学会）
- ・褥瘡診療ガイドライン（平成29年日本皮膚科学会）

(答)

いずれも含まれる。

## 解説

入所者の褥瘡発生を予防するために、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、その結果に基づいて計画的に管理することに対して、「褥瘡マネジメント加算（10単位/月）」が新設された。3月に1回を限度として申請できる。

算定要件としては、入所者全員の褥瘡の発生にかかるリスクについて、一定のモニタリング指標（別紙様式4）を用いて、施設入所時に評価する。そして、少なくとも3月に1回評価を行って、評価結果を提出することとされている。

褥瘡の発生にかかるリスクがあるとされた入所者に対しては、関連職種が共同して、褥瘡ケア計画を作成すること、その褥瘡ケア計画に基づいて入所者ごとに褥瘡管理を実施することとされている。対象施設は、介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設である。

## 別紙 2

## 別紙様式 4

## 褥瘡の発生と関連のあるリスク

①	ADL の状況	入浴		自分でやっている	自分でやっていない
②		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	上衣	自分でやっている	自分でやっていない
④			下衣	自分でやっている	自分でやっていない
⑤	基本 動作	寝返り		自分でやっている	自分でやっていない
⑥		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 の状況	尿失禁		なし	あり 対象外(※2)
⑩		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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、陰部、太腿、膝下等）、洗髪の一連の行為を言います。</li> <li>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。</li> <li>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や、入浴を行っていない場合は「自分で行っていない」を選んでください。</li> </ul>
②		食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
③	更 衣	上衣	<ul style="list-style-type: none"> <li>「更衣（上衣）」とは、普段使用している上衣（普段着、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、整理することは含みません。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
④		下衣	<ul style="list-style-type: none"> <li>「更衣（下衣）」とは、普段使用している下衣（普段着、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、整理することは含みません。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
⑤	基 本 動 作	寝返り	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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。</li> <li>一連の動作の中で何かにつかまる、つかまらないにかかわらず、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。</li> <li>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、声か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。</li> <li>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。</li> </ul>
⑥		座位の 保持	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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。</li> <li>介助者の支えや背もたれ、クッション等がなくて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。</li> </ul>

## 別紙 2

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
⑦	座位での乗り移り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「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。</li> <li>・ 一連の動作の中で介助者の支援がなくて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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
⑧	立位の保持	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「立位の保持」とは、手すり等につかまらない状態で一定の時間（3分間程度）安定して立っていることを言います。</li> <li>・ 介助者の支えや手すり等がなくて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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
⑨	排泄の状況	尿失禁 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「尿失禁」とは、定時排泄誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの用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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。）</li> </ul>
⑩		便失禁 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「便失禁」とは、定時排泄誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの用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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 人工肛門等の場合は「対象外」を選んでください。</li> </ul>
⑪		バルーンカテーテル等の使用 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
⑫	過去3か月以内に褥瘡がありましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 過去3か月以内にステージⅠ（通常骨突出部に限局された領域に消退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。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「褥瘡」は、医師・看護師によって診断・評価された褥瘡に限ります。医師・看護師の情報（記録、口頭）にもとづいて記載してください。</li> </ul>

別紙様式 5

褥瘡対策に関するケア計画書

氏名 殿 男 女 入所日 . . . 初回作成日 . . . 作成(変更)日 . . .  
 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 ) 記入担当者名  
 褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 . . .

危険因子の評価	日常生活自立度	J (1, 2)	A(12)	B(12)	C(12)	対処
	ADLの状況	入浴		自分でやっている	自分で行っていない	
更衣	食事摂取		自分でやっている	自分で行っていない	対象外 (※1)	
	上衣		自分でやっている	自分で行っていない		
		下衣		自分でやっている	自分で行っていない	
基本動作	寝返り		自分でやっている	自分で行っていない		
	座位の保持		自分でやっている	自分で行っていない		
	座位での乗り移り		自分でやっている	自分で行っていない		
	立位の保持		自分でやっている	自分で行っていない		
排せつの状況	尿失禁		なし	あり	対象外 (※2)	
	便失禁		なし	あり	対象外 (※3)	
	バルーンカテーテルの使用		なし	あり		
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか			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

深さ	(0) なし (1) 持続する発赤 (2) 真皮までの損傷 (3) 皮下組織までの損傷 (4) 皮下組織をこえる損傷 (5) 関節腔、体腔にいたる損傷または、深さ判定不能の場合
滲出液	(0) なし (1) 少量：毎日の交換を要しない (2) 中等量：1日1回の交換 (3) 多量：1日2回以上の交換
大きさ (cm) 長径×長径に直交する最大径	(0) 皮膚損傷なし (1) 4未満 (2) 4以上 36未満 (3) 16以上 (4) 36以上 64未満 (5) 64以上 100未満 (6) 100以上
炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし (1) 局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫瘍、熱感、疼痛) (2) 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭) (3) 全身的影響あり (発熱など)
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 創閉鎖又は創が浅い為 (1) 創面の90%以上を占める (2) 創面の50%以上90%未満を占める (3) 創面の10%以上50%未満を占める (4) 創面の10%未満を占める (5) 全く形成されていない
壊死組織 ポケット (cm) (ポケットの長径×長径に直交する最大径)÷潰瘍面積	(0) なし (1) 柔らかい壊死組織あり (2) 硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット (cm) (ポケットの長径×長径に直交する最大径)÷潰瘍面積	(0) なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上

留意する項目	計画の内容
関連職種が共同して取り組むべき事項	
評価を行う間隔	
圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上
	イス上
スキンケア	
栄養状態改善	
リハビリテーション	
その他	

利用者及び家族の意向 説明と同意日 . . . 署名 続柄

【記載上の注意】

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



## 2. 排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価「排せつ支援加算」が新設された

### <告示>

厚生労働省告示第78号平成30年3月22日「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示」

### 別表

指定居宅介護支援介護給付費単位数表

#### ネ 排せつ支援加算

100単位（新設）

注 排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対して、指定介護老人福祉施設の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定しない。

### <通知>

老企第40号平成12年3月8日厚生省老人保健福祉局企画課長通知

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）」

#### (35) 排せつ支援加算について

- ①本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行って排せつの状態を改善することを評価したものである。したがって、例えば、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- ②「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版（平成27年4月改訂）」の方法を用いて、排尿または排便の状態が、「一部介助」又は「全介助」と評価される者をいう。
- ③「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が6月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいう。
- ④③の見込みの判断を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が③の見込みの判断を行う際、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、医師へ相談することとする。
- ⑤支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいた支援計画を別紙様式6の様式を参考に作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、③の判断を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとする。
- ⑥支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら

個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。

⑦当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、③の見込みの内容、⑤の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。

⑧本加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、③における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明すること。

## 平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (平成30年3月23日)

問84 排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成する際に参考にする、失禁に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

- ・EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン（平成16年泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班）
- ・男性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年日本排尿機能学会）
- ・女性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年日本排尿機能学会）
- ・便失禁診療ガイドライン（平成29年日本大腸肛門病学会）

(答)

いずれも含まれる。

問85 排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、1)「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。2) 支援を開始した日の属する月から起算して6月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。3)「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中1月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる6月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。

(答)

- 1) 排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。
- 2) 想定される。例えば、6月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。
- 3) 貴見のとおりである。

## 解説

特別養護老人ホーム等の入所者で、排泄障害等のために排泄に介護を要する入所者に対して、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に、「排せつ支援加算（100単位／月）」が新設された。

算定要件は、排泄に介護を要する利用者のうち、医師、または適宜医師と連携した看護師が、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と判断した場合である。

利用者が希望する場合は、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。

対象施設は、介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護療養型医療施設、介護医療院。

別紙様式6

## 排せつ支援計画書

計画作成日 年 月 日

氏名 殿 男 女  
明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)

記入者名

医師名

看護師名

## 排せつの状態及び今後の見込み

	計画作成時点	6か月後の見込み	
		支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

※排せつの状態の評価については「認定調査員テキスト2009改訂版（平成27年4月改訂）」を参照。

## 排せつに介護を要する原因

## 支援計画

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

平成 年 月 日

氏名

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

## 加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助
排便の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助

## 総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

上記について説明を受け、理解しました。

平成 年 月 日

# 継続になった褥瘡に関連する 主な診療報酬項目

## 1. 重症皮膚潰瘍管理加算

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

A226 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき） 18点  
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理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、所定点数に加算する。

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

A226 重症皮膚潰瘍管理加算

- (1) 重症皮膚潰瘍管理とは、重症な皮膚潰瘍（Sheaの分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことをいう。
- (2) 本加算を算定する場合は、当該患者の皮膚潰瘍がSheaの分類のいずれに該当するかについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第44号「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」

22 重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準

- (1) 皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 重症皮膚潰瘍を有する入院患者について、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行うこと。
- (3) 重症皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第2号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

### 第13 重症皮膚潰瘍管理加算

#### 1 重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

- (1) 個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。
- (2) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

#### 2 届出に関する事項

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

## 2. 処置料

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

### 第9部 処置

#### 通則

- 1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない処置であって簡単な処置の費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の各区分の所定点数のみにより算定する。
- 4 第1節に掲げられていない処置であって特殊な処置の処置料は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似的な処置の各区分の所定点数により算定する。
- 5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。
  - イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、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保険医療機関において行われる場合
    - (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
    - (2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）  
所定点数の100分の80に相当する点数
    - (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
    - (4) (1) から (3) までにかかわらず、区分番号 A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合所定点数の100分の80に相当する点数
  - ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。）
    - (1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
    - (2) 時間外加算2 所定点数の100分の40に相当する点数
    - (3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
    - (4) (1) から (3) までにかかわらず、区分番号 A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合所定点数の100分の40に相当する点数
- 6 器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。

#### 第1節 処置料

##### 区分

##### (一般処置)

##### J000 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C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。	
3 5については、6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
<b>J001 熱傷処置</b>	
1 100平方センチメートル未満	135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	147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	270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	504点
5 6,000平方センチメートル以上	1,500点
注1 初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。	
2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。	
3 1については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ、算定できない。	
4 4及び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点を加算する。	
<b>J001 - 4 重度褥瘡処置（1日につき）</b>	
1 100平方センチメートル未満	90点
2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	98点
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	150点
4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	280点
5 6,000平方センチメートル以上	500点
注1 重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。	
2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。	
<b>J001 - 5 長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）</b>	
	24点
注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。	
2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
<b>J001 - 6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）</b>	
	30点
注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。	
イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）	
(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	
(2) 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	
ロ 皮膚科軟膏処置	
(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	
(2) 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	
2 注1に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。	

**<通知>**

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

**第9部 処置****<通則>**

1 処置の費用は、第1節処置料及び第2節処置医療機器等加算、第3節薬剤料又は第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯を含む。）、ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。

なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方箋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、処方箋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。

4 通則5の入院中の患者以外の患者に対する処置の休日加算1、時間外加算1又は深夜加算1（以下「時間外加算1」という。）は、次のア又はイの場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できる。

ア 区分番号「A000」の注7、区分番号「A001」の注5、区分番号「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合。ただし、区分番号「A000」の注9又は区分番号「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合は対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても、当該加算は算定できる。

イ 初診又は再診に引き続いて、緊急処置に必要な検査等を行った後、速やかに緊急処置（休日に行うもの又はその開始時間が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から処置の開始時間までの間が8時間以内である場合（当該処置の開始時間が入院手続後の場合を含む。）

5 通則5の休日加算2、時間外加算2又は深夜加算2（以下「時間外加算等」という。）は、区分番号「A000」の注7、区分番号「A001」の注5、区分番号「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「A000」の注9又は区分番号「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

6 通則5の入院中の患者に対する処置の休日加算1又は深夜加算1は、病状の急変により、休日に緊急処置を行った場合又は開始時間が深夜である緊急処置を行った場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置を行った場合に算定できる。

7 通則5の時間外加算1は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。

8 処置の開始時間とは、患者に対し直接治療した時とする。なお、処置料において「1日につき」とあるものは

午前0時より午後12時までのことであり、午前0時前に処置を開始し、午前0時以降に処置が終了した場合には、処置を行った初日のみ時間外加算等を算定し、午前0時以降の2日目については算定できない。

- 9 処置が保険医療機関又は保険医の都合により時間外となった場合は時間外加算等は算定できない。
- 10 時間外加算等に係る「所定点数」とは、第1節処置料に掲げられた点数及び各注による加算（プラスチックギプス加算及びギプスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、第2節、第3節及び第4節における費用は含まない。
- 11 4から10までに規定する他、時間外加算等の取扱いについては、初診料における場合と同様である。
- 12 「通則6」における「特に規定する場合」とは、処置名の末尾に「片側」、「1肢につき」等と記入したものをいう。両眼に異なる疾患を有し、それぞれ異なった処置を行った場合は、その部分についてそれぞれ別に算定できる。
- 13 第1節に掲げられていない特殊な処置の処置料は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。
- 14 血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、区分番号「J059-2」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない。

## <処置料>

(一般処置)

### J000 創傷処置

- (1) 創傷処置、区分番号「J001」熱傷処置、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さをいう。
- (2) 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。
- (3) 同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面施圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか1つのみにより算定し、併せて算定できない。
- (4) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。
- (5) 手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、1日につき所定の点数のみにより算定する。
- (6) 複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。
- (7) 中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。
- (8) 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

### J001 熱傷処置

- (1) 熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
- (2) 熱傷には電撃傷、葉傷及び凍傷が含まれる。
- (3) 「1」については、第1度熱傷のみでは算定できない。

### J001-4 重度褥瘡処置

- (1) 皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R分類D3、D4及びD5）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。
- (2) 重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

## J001 - 5 長期療養患者褥瘡等処置

- (1) 長期療養患者褥瘡等処置の算定に係る褥瘡処置とは、臥床に伴う褥瘡性潰瘍又は圧迫性潰瘍に対する処置（創傷処置又は皮膚科軟膏処置において、入院中の患者について算定することとされている範囲のものに限る。）をいうものであり、重度褥瘡処置を含むものであること。
- (2) 褥瘡処置の回数及び部位数にかかわらず1日につき1回に限り算定するものであること。
- (3) 1年を超える入院の場合にあって創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合は、その対象傷病名を診療報酬明細書に記載すること。

## J001 - 6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置

- (1) 「注1」に掲げる処置には褥瘡処置及び重度褥瘡処置を含む。
- (2) 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して行った褥瘡処置、重度褥瘡処置が、「注1」に掲げるもの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、長期療養患者褥瘡等処置の所定点数により算定する。
- (3) 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、ドレーン法を行った場合は、その種類又は回数にかかわらず精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置として、1日につき所定点数を算定する。

### 3. 療養病棟の入院基本料の算定要件

#### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第2号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

#### 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

#### 6「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)に規定する区分

当該療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。

#### 7 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、当該病棟の全入院患者数に占める当該病棟内で発生した褥瘡患者数(入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。)の割合である。

#### 8「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

## 4. 「在宅移行加算」「特別管理加算」

## &lt;告示&gt;

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

## 第2部 在宅医療

## C005 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日目を以降	680点
2 准看護師による場合	
イ 週3日目まで	530点
ロ 週4日目を以降	630点
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	1,285点

## C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・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 同一日に2人	
（1）週3日目まで	580点
（2）週4日目を以降	680点
ロ 同一日に3人以上	
（1）週3日目まで	293点
（2）週4日目を以降	343点
2 准看護師による場合	
イ 同一日に2人	
（1）週3日目まで	530点
（2）週4日目を以降	630点
ロ 同一日に3人以上	
（1）週3日目まで	268点
（2）週4日目を以降	318点
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	1,285点

11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、500点を所定点数に加算する。



## <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

(25) 在宅患者訪問看護・指導料の「注11」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注11」に規定する在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。

この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオまでに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。なお、エにおいて当該加算を算定する場合は、定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて看護記録に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて患者の家族等への指導も含むものである。

ア 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者、区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者、気管カニューレを使用している患者及び留置カテーテルを使用している患者

イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料、区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「C105」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「C106」在宅自己導尿指導管理料、区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、区分番号「C110」在宅自己疼痛管理指導管理料又は区分番号「C111」在宅肺高血圧症患者指導管理料のうちいずれかを算定している患者  
ウ 人工肛門又は人工膀胱を設置している患者であってその管理に配慮を必要とする患者

エ 以下の（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-R 分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4又はD5

オ 区分番号「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者

## <通知>

平成30年3月5日 保発0305第3号「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

第5 訪問看護管理療養費について

4 (1) 注3に規定する特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制その他必要な体制が整備されているものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、指定訪問看護を受けようとする者に対して、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り所定額に加算する。

(2) (1)の「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」とは、基準告示第2の5に規定する状態等にある利用者であって、下記のいずれかに該当するものである。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、基準告示第2の6に規定するものをいう。

(3) 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に掲げる者のうち、「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合は、定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて訪問看護記録書に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて利用者の家族等への指導も含むものである。



**<通知>**

平成30年3月5日 保医発0305第4号「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」

**3 特別管理加算**

次のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式2を用いること。

- (1) 24時間対応体制加算を算定できる体制を整備していること。
- (2) 当該加算に該当する重傷者に対応できる職員体制、勤務体制が確保されていること。
- (3) 特別管理加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、医療器具等の管理、病状の変化に適切に対応できるように、医療機関等との密接な連携体制が確保されていること。

**<通知>**

平成30年3月5日 保発0305第3号「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

- 4 (1) 注3に規定する特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制その他必要な体制が整備されているものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、指定訪問看護を受けようとする者に対して、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り所定額に加算する。
- (2) (1)の「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」とは、基準告示第2の5に規定する状態等にある利用者であって、下記のいずれかに該当するものである。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、基準告示第2の6に規定するものをいう。
- (3) 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に掲げる者のうち、「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合は、定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて訪問看護記録書に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて利用者の家族等への指導も含むものである。

## 5. 退院調整における訪問看護ステーションとの連携

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

B005 退院時共同指導料2

400点

注1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。

5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は別に算定できない。

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

B004 退院時共同指導料1、B005 退院時共同指導料2

(1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる「退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者」であつて、当該入院中に2回算定する場合は、当該2回中1回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、当該患者の在

- 在宅療養担当医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。また、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
  - (3) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。
  - (4) 退院時共同指導料1の「1」は、在宅療養支援診療所の医師が当該患者に対して、その退院後に往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、在宅療養支援診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護師等の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供した場合に限り算定できる。
  - (5) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。ただし、退院時共同指導料2の「注4」は、本文の規定にかかわらず、退院後在宅で療養を行う患者に加え、退院後に介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）、特定施設（地域密着型特定施設を含む。）又は障害者支援施設（生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。）、福祉型障害児入所施設若しくは医療型障害児入所施設（以下この区分において「介護施設等」という。）に入所する患者も対象となる。なお、当該患者が当該保険医療機関に併設する介護施設等に入所する場合は算定することはできない。
  - (6) 退院時共同指導料1の「注2」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、1人の患者に対して入院中1回に限り算定できる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中に2回に限り算定できる。
  - (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。
  - (8) 退院時共同指導料1の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれか、退院時共同指導料2の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、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共同指導した場合でも算定可能である。
  - (9) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。
  - (10) (9)における共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関と在宅療養担当医療機関等の関係者全員が、

患者が入院している保険医療機関において共同指導することが原則であるが、やむを得ない事情により在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかが、患者が入院している保険医療機関に赴くことができない場合に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加したときでも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち2者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。

- (11) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行う「注2」に規定する指導に係る費用及び区分番号「B005-1-2」介護支援等連携指導料は、「注3」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。
- (12) 退院時共同指導料2の「注4」は、地域連携診療計画と同等の事項（当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等）に加えて退院後の在宅又は介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に別紙様式50を参考に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設等と共有すること。
- (13) (8) 及び (10) において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (14) 退院時共同指導料2については、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料は別に算定できない。また、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。
- (15) 同一日に退院時共同指導料2と区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料又は区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

## 6. 在宅寝たきり患者処置指導管理料

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点

注1 在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

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

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

(1) 在宅における創傷処置等の処置とは、家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、在宅において自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置をいう。

(2) 「これに準ずる状態にあるもの」とは、以下に掲げる疾患に罹患しているものとして、常時介護を要する状態にあるものを含むものである。

ア 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）

イ 「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）

(3) 在宅寝たきり患者処置指導管理料は、原則として、当該医師が患者に訪問して指導管理を行った場合に算定する。ただし、寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、家族等に付き添われて来院した場合については、例外的に算定することができる。

(4) 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J001-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「J001-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J053」皮膚科軟膏処置、区分番号「J063」留置カテーテル設置、区分番号「J060」膀胱洗浄、区分番号「J060-2」後部尿道洗浄（ウルツマン）、区分番号「J064」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「J120」鼻腔栄養、区分番号「J043-3」ストーマ処置、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「J118」介達牽引、区分番号「J118-2」矯正固定、区分番号「J118-3」変形機械矯正術、区分番号「J119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J119-3」低出力レーザー照射及び区分番号「J119-4」肛門処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。



## 7. 創傷被覆材の価格改定

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件」

008	皮膚欠損用創傷被覆材	
	(1) 真皮に至る創傷用1cm <sup>2</sup> 当たり	6円
	(2) 皮下組織に至る創傷用	
	①標準型1cm <sup>2</sup> 当たり	10円
	②異形型1g当たり	37円
	(3) 筋・骨に至る創傷用1cm <sup>2</sup> 当たり	25円
009	非固着性シリコンガーゼ	
	(1) 広範囲熱傷用	1,060円
	(2) 平坦部位用	139円
	(3) 凹凸部位用	303円
105	デキストラノマー1g当たり	142円
159	局所陰圧閉鎖処置用材料1cm <sup>2</sup> 当たり	22円

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第10号「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」

#### 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（薬事法等の一部を改正する法律（平成25年法律第84号）第1条の規定による改正前の薬事法（昭和35年法律第145号）又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）に基づく承認又は認証（以下「薬事承認又は認証」という。）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。

#### 2 在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

##### 008, 009 皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

- (1) 本材料はいずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R分類D3、D4及びD5）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合又は区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。
- (2) 皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。
- (3) 区分番号「C114」を算定している患者以外に対して使用する場合は、いずれも原則として3週間を限度として算定する。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載す

る。

#### 105 デキストラノマー

デキストラノマーは、下腿潰瘍、第Ⅱ度熱傷、第Ⅲ度熱傷若しくは消化管瘻周囲皮膚炎の浸出性創面、褥瘡又は術創に対して、2週間（改善傾向が明らかな場合は、3週間）を限度として算定できる。

#### 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。



## 8. 在宅での創傷被覆材が保険薬局で支給可能に

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

調剤報酬点数表に関する事項

### <通則>

- 1 保険薬局は、当該保険薬局において調剤される医薬品の品質確保について万全を期さなければならない。
- 2 保険薬剤師は、医師の分割指示に係る処方箋又は投与日数が長期間にわたる処方箋によって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある場合には、分割調剤を行うこと。

また、分割調剤を行う場合（上記の場合のほか、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されていない先発医薬品がある処方箋（以下「後発医薬品への変更が可能な処方箋」という。）を提出した患者の同意に基づき、処方箋に記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により、分割調剤を行う場合を含む。）は、その総量は、当然処方箋に記載された用量を超えてはならず、また、第2回以後の調剤においては使用期間の日数（ただし、処方箋交付の日を含めて4日を超える場合は4日とする。）と用量（日分）に示された日数との和から第1回調剤日から起算して当該調剤日までの日数を差し引いた日分を超えては交付できない。例えば、4月3日交付、使用期間4日間、用量10日分の処方箋で4月4日に5日分の調剤を受け、次に10日に調剤を受けに来た場合は $(10 + 4) - 7 = 7$ であるから、残りの5日分を全部交付して差し支えないが、もし第2回の調剤を4月13日に受けに来た場合、 $(10 + 4) - 10 = 4$ となるので4日分しか交付できない。

- 3 保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方箋に薬剤師法第26条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録を作成した後、処方箋を患者に返却すること。
- 4 処方箋において、残薬分を差し引いた減数調剤（薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務をいう。）を行った後に、残薬に係る状況を情報提供することで差し支えない旨の指示があり、当該指示に基づき調剤を行った場合は、保険薬剤師は、患者に対して次回受診時に処方医へ残薬の状況を報告することを促すとともに、患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量、患者への説明内容等について、遅滞なく当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。
- 5 「区分番号00」の「注5」及び「注6」に係る後発医薬品については、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成30年3月5日保医発0305第8号）を参照すること。
- 6 保険薬局は、患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、調剤報酬点数表の一覧等について、薬剤を交付する窓口等、患者が指導等を受ける際に分かりやすい場所に掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。
- 7 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

### <特定保険医療材料>

区分30 特定保険医療材料

- (1) 保険薬局で交付できる特定保険医療材料とは、別表1に掲げるものとし、次に該当する器材については算定できない。
  - ア 別表2に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器
  - イ 在宅医療以外の目的で患者が使用する「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料
- (2) 特定保険医療材料の定義については、「特定保険医療材料の定義について」（平成30年3月5日保医発0305第

13号)を参照すること。

#### 別表1

○インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、エタネルセプト製剤、ヒトソマトメジンC製剤、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、テリバラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブベゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、アスホターゼアルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イクセキズマブ製剤及びゴリムマブ製剤の自己注射のために用いるディスポーザブル注射器（針を含む。）

○万年筆型注入器用注射針

○「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料

#### 平成20年3月厚生労働省告示第61号)の別表のI

101 皮膚欠損用創傷被覆材

- (1) 真皮に至る創傷用
- (2) 皮下組織に至る創傷用
  - ①標準型
  - ②異形型
- (3) 筋・骨に至る創傷用

103 非固着性シリコンガーゼ

105 デキストラノマー

## 9. 持続的難治性下痢便ドレナージ

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

J022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日）

50点

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

J022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ

- (1) 持続的難治性下痢便ドレナージは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は無菌治療室管理加算を現に算定している患者であって、2時間に1回以上の反復する難治性の下痢便を認める患者又は肛門周囲熱傷を伴う患者に対し、急性期患者の皮膚・排泄ケアを実施するための適切な知識・技術を有する医師又は看護師が、便の回収を持続的かつ閉鎖的に行う機器を用いて行った場合に算定する。
- (2) 持続的難治性下痢便ドレナージは、当該技術に関する十分な経験を有する医師又は5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期患者の皮膚・排泄ケア等に係る適切な研修を修了した看護師が実施することががぞましい。なお、ここでいう急性期患者への看護等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
  - ア 国及び医療機関団体等が主催する研修であること。（6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
  - イ 急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- (3) 開始日については、当該点数で算定し、2日目以降は区分番号「J002」ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）の「2」その他のもので算定する。

## 10. 水圧式デブリードマン加算

### <告示>

平成30年3月5日厚生労働省告示第47号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」

#### K002 デブリードマン

1 100平方センチメートル未満	1,020点
2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	3,580点
3 3,000平方センチメートル以上	10,030点

注1 熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合においては、5回に限り算定する。

2 注1の場合を除き、当初の1回に限り算定する。

3 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、当初の1回に限り、深部デブリードマン加算として、1,000点を所定点数に加算する。

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

### <通知>

平成30年3月5日 保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

#### K002 デブリードマン

- (5)「注4」の水圧式デブリードマン加算は、Ⅱ度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、水圧式ナイフを用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、加圧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

# 資料 1 DESIGN-R<sup>®</sup> 褥瘡経過評価用

カルテ番号 (            )

患者氏名 (            ) 月日 / / / / /

Depth 深さ		創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する							
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷				
	1	持続する発赤		4	皮下組織を越える損傷				
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷				
				U	深さ判定が不能の場合				
Exudate 滲出液									
e	0	なし	E	6	多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する				
	1	少量：毎日のドレッシング交換を要しない							
	3	中等量：1日1回のドレッシング変更を要する							
Size 大きさ		皮膚損傷範囲を判定：[長径 (cm) × 長径と直交する最大径 (cm)]* <sup>3</sup>							
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上				
	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							
Inflammation/Infection 炎症/感染									
i	0	局所の炎症徴候なし	I	3	局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭など）				
	1	局所の炎症徴候あり（創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛）		9	全身的影響あり（発熱など）				
Granulation 肉芽組織									
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	4	良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める				
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が、創面の10%未満を占める				
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない				
Necrotic tissue 壊死組織		混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する							
n	0	壊死組織なし	N	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				
Pocket ポケット		毎回同じ体位で、ポケット全周（潰瘍面も含め）[長径 (cm) × 短径* <sup>1</sup> (cm)] から潰瘍の大きさを差し引いたもの							
p	0	ポケットなし	P	6	4未満				
				9	4以上16未満				
				12	16以上36未満				
				24	36以上				
						合計* <sup>2</sup>			

部位 [仙骨部、坐骨部、大転子、踵骨部、その他 (            )]

\*1：“短径”とは“長径と直交する最大径”である。

\*2：深さ (Depth : d.D) の得点は合計には加えない。

\*3：持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する。

©日本褥瘡学会/2013

## 資料2 医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の概要

### 医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の定義

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。

医療機器は医薬品医療機器等法で、「人もしくは動物の疾病の診断、治療もしくは予防に使用されること、または人もしくは動物の身体の構造もしくは機能に影響を及ぼすことが目的とされている機械器具などによって、法令で定めるものをいう」と定義されている。したがって、たとえば手作りの抑制帯などによって生じたものも含まれるよう「医療関連機器」とした。

### MDRPU有病率と推定発生率の算出式

有病率（%）

$$\frac{\text{調査日にMDRPUを保有する患者数}}{\text{調査日の施設入院患者数}} \times 100$$

推定発生率（%）

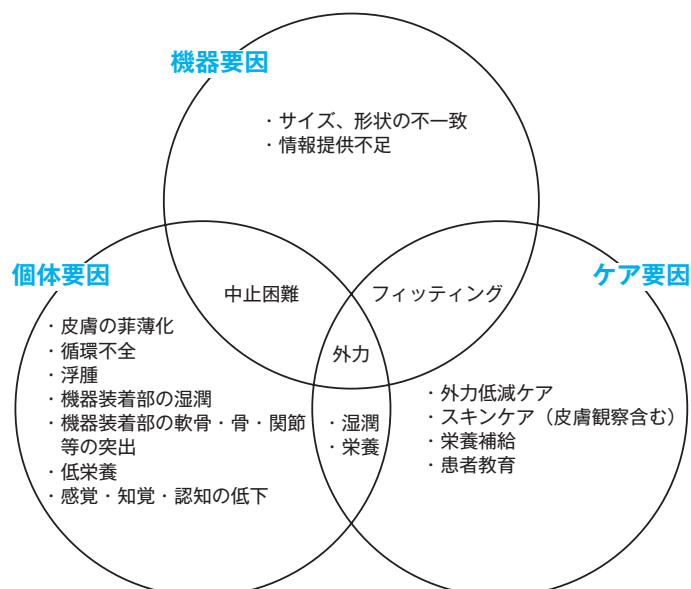
$$\frac{\text{調査日にMDRPUを保有する患者数} - \text{入院時既にMDRPU保有が記録されていた患者数}}{\text{調査日の施設入院患者数}} \times 100$$

- ✓ 2006年に公表した算出式に準じた  
(平成18年度診療報酬改定 褥瘡関連項目に関する指針 56ページ)
- ✓ 分母が医療関連機器使用者数でないことに注意

### 医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の発生要因

発生要因は、機器要因、個体要因、ケア要因の3つに分類される。

#### 医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の発生概念図

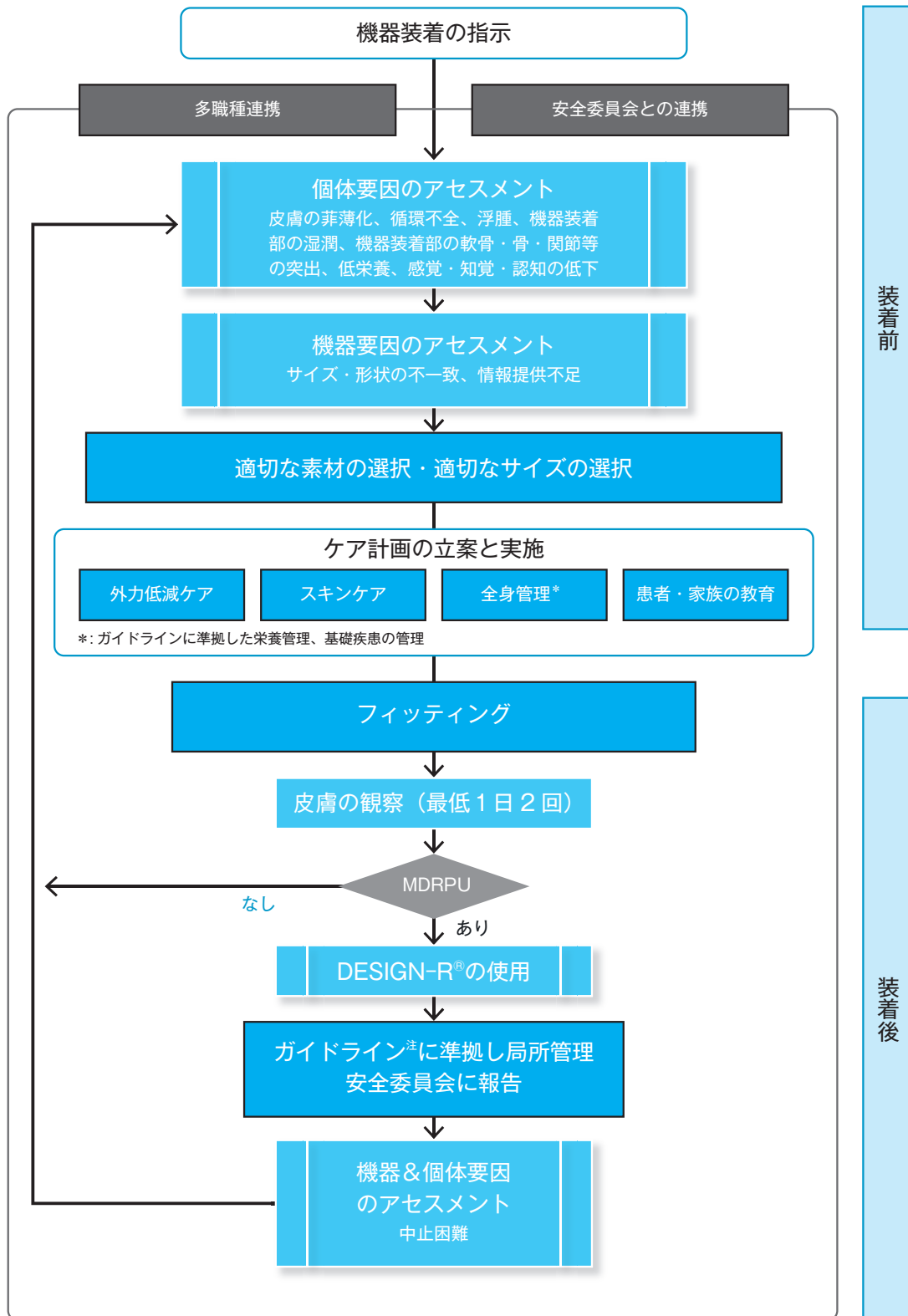


## 各要因に含まれる危険因子の定義

機器要因	サイズ、形状の不一致	年齢または身体に適合したサイズ、形状の機器が使用されなかったこと、あるいは、存在しないことをいう
	情報提供不足	医療関連機器圧迫創傷を予防するために必要な使用禁忌、機器選択・装着方法、管理方法などの情報が、取扱い説明書または添付文書等で適切に提示されていないことをいう
個体要因	皮膚の菲薄化	さまざまな原因により医療関連機器装着部の皮膚が薄くなり、軽微な外力で表皮または真皮が損傷を受けやすい状態をいう
	循環不全	心臓または血管の障害や血液凝固能などの異常により、心臓から各臓器への十分な血流が供給されない状態、または、各臓器から心臓へ還流されない状態をいう
	浮腫	皮膚、粘膜、皮下組織、内臓などの間質に組織間液が過剰に貯留した状態をいう。皮膚では圧迫すると指圧痕が残る。炎症、低蛋白血症により血漿が血管外へ移行して組織間液が増加することや、リンパ管の閉塞や心不全などによる循環不全などにより組織間液の還流が抑制されて生じる
	機器装着部の湿潤	機器を装着した部位および近傍皮膚の体温上昇に伴う発汗増や呼気中の水分滞留により、局所の水分が増えることをいう
	機器装着部の軟骨・骨・関節等の突出	医療関連機器の装着部に局所圧をもたらす要因となる軟骨・骨・関節等の出っばりをいう
	低栄養	栄養素の摂取が生体の必要量より少ないときに起こる体の状態である。中でも、たんぱく質とエネルギーが十分に摂れていない状態をいう
	感覚・知覚・認知の低下	医療関連機器を装着した部位および近傍皮膚の痛覚・触覚・温冷覚などの能力が低下、または、感じて訴えることができない状態をいう
ケア要因	外力低減ケア	医療関連機器装着により皮膚および下床の組織に加わる外力を低減する目的で行われるケアをいう
	スキンケア	皮膚の生理機能を良好に維持する、あるいは向上させるために行うケアの総称である。具体的には、皮膚から刺激物、異物、感染源などを取り除く洗浄、皮膚と刺激物、異物、感染源などを遮断したり、皮膚への光熱刺激や物理的刺激を小さくしたりする被覆、角質層の水分を保持する保湿、皮膚の浸軟を防ぐ水分の除去などをいう。自重が負荷される部位や医療関連機器装着部においては、異常の早期発見、または皮膚の形態・機能を維持する目的で行われる
	栄養補給	低栄養状態を改善もしくは回避し、身体機能を維持・向上するために栄養を適切に摂取させることをいう。外力による組織耐久性を維持・向上するために必要である
	患者教育	医療関連機器圧迫創傷の予防、悪化防止に向けて患者または家族の協力が必要な内容を機器装着前、中に医療者によって教育することをいう。特に機器装着中の痛みの表出を奨励すること
機器&ケア要因	フィッティング	褥瘡予防用の減圧用具や医療関連機器などが良好に効果を発揮し、かつこれらの装着や使用による圧迫創傷の発生を予防することを目的に、最適なサイズ、形状、材質のものを選択し、適切に装着もしくは使用することをいう
機器&個体要因	中止困難	たとえば皮膚が菲薄した患者で機器のサイズ・形状も合っていないことがわかっていても、やむを得ず治療を優先して使用せざるを得ない状況をさす



## ■ MDRPU 予防・管理フローチャート



注：日本褥瘡学会編：褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）. 2015.

## MDRPU予防・管理フローチャートのケア計画の立案と実施における基本事項

外力低減ケア	機器選択	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その施設で使用可能な医療関連機器を再検討し、圧迫またはずれ力が最小となる機器を選択する。たとえば、素材を柔軟性に富むものにする</li> <li>・過剰な圧を避けるように正しいサイズ選択と適切な機器の選択を確実にを行う</li> </ul>
	フィッティング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業が提供する操作書（添付文書）に従い機器を使用する</li> <li>・機器の位置がずれることにより、過剰な圧迫が装着部および周囲皮膚に加わらないように機器の固定を確実にを行う</li> <li>・機器を固定する医療用テープによって周囲皮膚にずれや圧迫が加わる可能性があるのに注意する。テープ貼用部位に被膜剤等を使用し、皮膚への影響を最小限にするとよい</li> <li>・粘着力の強い固定用テープを使用すると、テープ除去時に皮膚に損傷が起こりやすいため、剥離剤を使用したり、粘着力の弱いテープを使用したりする</li> <li>・ずれまたは圧迫を減少させるため必要時、機器と皮膚との間にクッション等をあてる</li> <li>・予防のため創傷被覆材（ドレッシング材）を使用してもよい</li> </ul>
装着中の管理		<ul style="list-style-type: none"> <li>・医学的に可能であれば早期に機器を除去する</li> <li>・機器が正しい位置に固定されているかを定期的に確認する</li> <li>・定期的に機器の固定位置を変える、または持ち上げる</li> <li>・位置の移動や持ち上げることが難しい機器は、関連職種でその頻度、方法について決めておくとうい</li> </ul>
スキンケア		<ul style="list-style-type: none"> <li>・最低2回/日の頻度で装着部およびその周囲皮膚を観察する</li> <li>・観察ポイント1：装着部の皮膚を視診・触診し、医療関連機器圧迫創傷の既往、乾燥、浮腫、湿潤（発汗、便・尿失禁、創部からの滲出液、カテーテル等からの体液の漏出）の有無を確認する</li> <li>・観察ポイント2：機器装着部およびその周囲における痛み、不快の有無を確認する</li> <li>・皮膚を清潔にするために洗浄または清拭し、その後は乾いた状態に保つ。乾燥がある場合は、保湿する</li> </ul>
全身管理		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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、栄養管理、基礎疾患の管理を行う</li> </ul>
患者・家族教育		<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療関連機器を装着する患者とその家族に皮膚の観察法を教える</li> <li>・医療関連機器を装着する患者に、MDRPU発生の危険性を説明し、装着部皮膚に痛み、痒み等の自覚症状が起こった場合には、遠慮せず医療スタッフに伝えることを促す</li> </ul>
多職種連携		<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療関連機器圧迫創傷は医療事故であり、予防の重要性についてスタッフを教育する</li> <li>・使用マニュアルを作成し、予防・管理対策を標準化する</li> <li>・すべての医療者が医療関連機器装着時には圧迫創傷発生の危険性があるという認識をもつ</li> <li>・機器の固定や位置移動の技術に熟練を要する場合は、初心者がその業務を行うときは他の熟練した医療スタッフがサポートする（例 気管チューブ等）</li> <li>・医療機器添付文書の【警告】【禁忌・禁止】欄を確認し、装着すべきでない患者への使用を避ける</li> <li>・医療機器添付文書の【操作方法、使用方法等】【使用上の注意】欄を確認し、医療機器関連圧迫創傷の発生を予防する上で重要な記載がある場合は、使用中の患者の看護計画に追加する</li> <li>・医療関連機器圧迫創傷が発生した場合の報告、情報共有のあり方について決めておくとうい</li> </ul>
安全委員会との連携		<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療安全委員会と連携し、医療関連機器圧迫創傷の発生要因、悪化要因のアセスメントを行う</li> <li>・必要ならば、企業へのフィードバック、スタッフへのフィードバックを行い、施設内における同一機器による医療関連機器圧迫創傷の再発を防ぐ対策を講じる</li> </ul>

## ■日本褥瘡学会編集による医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）管理・ケアに関する書籍等

- ・ポスター（<http://www.jspu.org/pdf/mdrpu.pdf>）
- ・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（<http://www.jspu.org/jpn/info/topic11.html>）

平成30年度(2018年度)診療報酬・介護報酬改定  
褥瘡関連項目に関する指針

2018年5月23日 第1版第1刷発行

編集 一般社団法人 日本褥瘡学会  
発行者 有賀 洋文  
発行所 株式会社 照林社  
〒112-0002  
東京都文京区小石川2丁目3-23  
電話 03-3815-4921 (編集)  
03-5689-7377 (営業)  
<http://www.shorinsha.co.jp/>  
印刷所 大日本印刷株式会社

- 本書に掲載された著作物（記事・写真・イラスト等）の翻訳・複写・転載・データベースへの取り込み、および送信に関する許諾権は、照林社が保有します。
- 本書の無断複写は、著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を複写される場合は、事前に許諾を受けてください。また、本書をスキャンしてPDF化するなどの電子化は、私的使用に限り著作権法上認められていますが、代行業者等の第三者による電子データ化および書籍化は、いかなる場合も認められていません。
- 万一、落丁・乱丁などの不良品がございましたら、「制作部」あてにお送りください。送料小社負担にて良品とお取り替えいたします（制作部 ☎0120-87-1174）。

検印省略（定価は表紙に表示してあります）

ISBN 978-4-7965-2437-7

©日本褥瘡学会 (Japanese Society of Pressure Ulcers) /2018/Printed in Japan