

第21回

日本褥瘡学会北海道地方会学術集会

会 長	村尾 尚規	斗南病院 形成外科
副会長	秋田 珠実	北海道大学病院 看護部
会 期	2022年11月12日(土)	
開催方法	Web開催	

特別講演 14:30～15:10

**2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説
ーチーム医療を中心にー**

スリーエムジャパン株式会社
高水 勝

高水 勝

利益相反はありません。

1985年 東北福祉大学 社会福祉学部卒業

1985年 東レ・メディカル株式会社 入社

1989年 スリーエム ヘルスケア株式会社 入職

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

<資格・学会等>

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

<職務>

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

<執筆・講演>

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



講演の機会をいただき誠にありがとうございます。

3月4日(金)に、令和4年度の診療報酬改定の告示・通知が発出され、

11月5日(土)までに、疑義解釈(その30)が出ております。

抄録は10月20日時点、本日は、11月5日(土)時点でお話しさせていただきますが、

見落としや理解の間違いもあるかもしれません・・・

その点は、お許しいただければと思います。

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) in Japan. The page title is "令和4年度診療報酬改定について" (Regarding the 2022 Medical Fee Revision). The navigation menu includes "ホーム", "テーマ別を探す", "報道・広報", "政策について", "厚生労働省について", "統計情報・白書", "所管の法令等", "申請・募集・情報公開". The main content area features a table with columns for "名称" (Name), "番号・日付" (Number/Date), and "ダウンロード" (Download). The first row lists the revision notice (令和4年度診療報酬改定について (通知)) with a download link for a 77KB PDF. Below the table, there is a section titled "令和4年度診療報酬改定に係る経緯" (Background of the 2022 Medical Fee Revision) with several links to related documents and reports.

名称	番号・日付	ダウンロード
(1) 1 令和4年度診療報酬改定について (通知)	令和4年3月4日 保発0304第1号	PDF[77KB]
2 保険医療機関及び保険医療費担当規則の一部を改正する省令	令和4年 厚生労働省令第31号	PDF[371KB]
3 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準等の一部を改正する告示	令和4年 厚生労働省告示第52号	PDF[302KB]
4 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働省が定める揭示事項等の一部を改正する件		
5 医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定方法が分かる明細書の交付について (通知)		
6 「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働省が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について (通知)		
7 保険医の使用医薬品 (揭示事項等告示第6関係) 及び...		

事務連絡
令和4年3月31日

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

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について(その1)

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

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説ーチーム医療を中心にー

<抄録>

2022(R4)年度の診療報酬改定は、次回、2024(R6)年度の診療報酬・介護報酬のW改定を見据え、地域医療構想、働き方改革を背景に、チーム医療、地域連携、特定看護師(特定行為研修修了者)などの項目に多くの新設や変更がありました。ますます重視されるチーム医療を中心に解説したいと思います。

(本抄録は、10月20日現在で執筆しています。今後の疑義解釈で解釈や運用が変わることもあります。)

<2022(R4)年度診療報酬改定のトピック>

- 診療報酬の基本:レセプト審査と読み解くポイント。
- 入院基本料:「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。
 - ー褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)が記入することが基本。
 - ー皮膚褥瘡外用薬学会の指針を参考に。
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020となった。
 - ー「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - ー特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - ー特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り150点。
 - ー慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - ー創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説—チーム医療を中心に—

<抄録>

2022(R4)年度の診療報酬改定は、次回、2024(R6)年度の診療報酬・介護報酬のW改定を見据え、地域医療構想、働き方改革を背景に、チーム医療、地域連携、特定看護師(特定行為研修修了者)などの項目に多くの新設や変更がありました。ますます重視されるチーム医療を中心に解説したいと思います。

(本抄録は、10月20日現在で執筆しています。今後の疑義解釈で解釈や運用が変わることもあります。)

<2022(R4)年度診療報酬改定のトピック>

●診療報酬の基本:レセプト審査と読み解くポイント。

●入院基本料:「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。

—褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)が記入することが基本。

—皮膚褥瘡外用薬学会の指針を参考に。

●各項目の関連様式がDESIGN-R2020となった。

—「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。

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

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

—特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。

●専門管理加算:WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。

通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。

—特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。

●手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。

6か月に一回に限り150点。

—慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

—創傷に対する陰圧閉鎖療法

●ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による

合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。

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

医療現場への強制力 & 影響力の概念

法的
拘束力
推進力

学問的
専門的
影響力

広告
宣伝

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

医師法
保助看法等
の
医療従事者
の各種法規

読み解く5つのポイント

①施設基準・通則・留意事項/疑義解釈、行政による指導

●施設基準

一定の人員要件や設備要件を充足している場合に、地方厚生(支)局長へ所定の届出を行うことにより、診療報酬の算定において通常よりも高い点数が算定可能となるもの。約500種類の施設基準がある。

●通則

診療報酬の基本となる点数と規定。

●留意事項/疑義解釈

施設基準や通則等についての、より具体的な規定や運用。

●行政による指導等

レセプトの審査以外にも、個別指導、共同指導、特定共同指導、監査、適時調査などでチェックされ、著しい逸脱などの場合は、返金になる。

読み解く5つのポイント

②医師、看護師等の診療報酬上の基準を見極める5つのキーワード

- (1) 領域・診療科：「○○の領域に従事して・・・」等、専門領域や診療科の規定
- (2) 年数：（1）についての、経験年数の規定
- (3) 研修：所定の研修受講の義務の有無の規定
- (4) 専従・専任：「専従」や「専任」による業務時間のしばりの規定（下記参照）
- (5) 常勤：「常勤」のしばりの規定（32時間を基本とするが、働き方改革によって、22時間以上の非常勤を2人合算することで条件を満たす項目もある）

読み解く5つのポイント

③専従と専任

●専従

規定した仕事以外には、やってはいけないことが基本だが、実際は解釈に幅がある。限りなく100%の解釈が多いので確認が必要。

(例：計画的な夜勤や外来応援はできない等)

●専任

通常の看護業務等と兼任できる。20%～50%まで解釈・運用に幅がある。専任を2つも3つも兼務できない運用が一般的だが、複数の専任の兼務もOKになる場合もあるので確認が必要。

読み解く5つのポイント

④言葉の意味と強制力

◆「こと」と「望ましい」

- －「こと」：実施することが必須なこと。
- －「望ましい」：できるだけ実施した方が良いが任意性がある。

◆「共同」「合同」と「連携」

- －「共同して」「合同で」：一緒に活動や実施する対等な関係。
- －「連携して」：自分が主体で連携先はアドバイザー、サポート、サブメンバー的な関係。

◆「〇〇回」

- －「回数」に具体的な規定がある項目は、その回数を満たすことが必要。
- －「原則」「程度」の表記を拡大解釈して運用が緩くならないように注意。

読み解く5つのポイント

⑤医療法、診療報酬、医師法、職種関連法規との関係

- 感染対策、医療安全は、医療法で義務付けられており、診療報酬でも入院基本料で義務付けられている。
- 医療事故報告（アクシデント、インシデント）も医療法、診療報酬の入院基本料で義務付けられている。
- チーム医療は、医師、看護師、関係職種がチームを組むが、医師以外は職務権限が限られているので、各職種の役割が本来の権限から逸脱しないように注意が必要。

<レセプトの審査>

レセプト審査は、都道府県や健康保険によって、解釈や運用にバラツキがあります。

今回の講演の解説は、必ずしも算定の絶対的な解釈や運用ではありません。

その点をお含みいただき・・・

都道府県厚生局、審査支払機関、健康保険組合等に相談しながらご判断下さい。

<参考>

●審査支払機関：47都道府県に2機関ずつあります。

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

●審査枚数

- ・ 社会保険診療報酬支払基金：約8100万枚（月）
- ・ 国民健康保険団体連合会：約8400万枚（月）

全てを詳細に審査できないのが実情です。

●健康保険組合数

- ・ 全国に約3400の保険組合があり、そこでも審査をします。

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説—チーム医療を中心に—

<抄録>

2022(R4)年度の診療報酬改定は、次回、2024(R6)年度の診療報酬・介護報酬のW改定を見据え、地域医療構想、働き方改革を背景に、チーム医療、地域連携、特定看護師(特定行為研修修了者)などの項目に多くの新設や変更がありました。ますます重視されるチーム医療を中心に解説したいと思います。

(本抄録は、10月20日現在で執筆しています。今後の疑義解釈で解釈や運用が変わることもあります。)

<2022(R4)年度診療報酬改定のトピック>

●診療報酬の基本:レセプト審査と読み解くポイント。

●入院基本料:「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。

—褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)が記入することが基本。

—皮膚褥瘡外用薬学会の指針を参考に。

●各項目の関連様式がDESIGN-R2020となった。

—「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。

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

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

—特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。

●専門管理加算:WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。

通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。

—特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。

●手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。

6か月に一回に限り150点。

—慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

—創傷に対する陰圧閉鎖療法

●ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による

合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。

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

褥瘡対策の見直し

褥瘡対策基準の見直し

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

現行

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

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

改定後

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

4 褥瘡対策の基準

(1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。

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

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

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

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

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

(7) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。

(8) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

褥瘡対策に関する診療計画書（1）

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

計画作成日 _____

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

褥瘡発生日 _____

<日常生活自立度の低い入院患者>

危険因子の判断	J(1, 2)		A(1, 2)		B(1, 2)		C(1, 2)		対処
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
- 基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)					できる	できない			「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
- 褥瘡の発生 (イス上 座位姿勢の保持、確保)					できる	できない			
- 病的骨突出			なし	あり					
- 関節拘縮			なし	あり					
- 栄養状態低下			なし	あり					
- 皮膚温低下 (多汗、尿失禁、便失禁)			なし	あり					
- 皮膚の脆弱性 (浮腫)			なし	あり					
- 皮膚の脆弱性 (スキナーケアの保存、経注)			なし	あり					

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者> 褥瘡内は点数 (※1)

褥瘡の危険因子の判断	褥瘡内は点数 (※1)								合計点
	0	1	2	3	4	5	6	7	
深さ	0) 皮膚潰瘍・発赤なし	1) 持続する発赤	2) 真皮までの潰瘍	3) 皮下組織までの潰瘍	4) 皮下組織をこえる潰瘍	5) 関節、体腔に及ぶ潰瘍	6) T1) 深部潰瘍 (DTI) 疑い※2	7) 深部潰瘍 (DTI) 疑い※2	8) 深部潰瘍 (DTI) 疑い※2
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) 中等量、1日1回の交換	4) 中等量、1日1回の交換	5) 中等量、1日1回の交換	6) 中等量、1日1回の交換	7) 中等量、1日1回の交換	8) 中等量、1日1回の交換
大きさ (cm ²) 基底・周囲に及ぶ最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	0) 皮膚潰瘍 潰瘍なし	1) 4未満	2) 4以上 16未満	3) 16以上 36未満	4) 36以上 64未満	5) 64以上 129.4未満	6) 129.4以上 100未満	7) 100以上	8) 100以上
炎症・感染	0) 発赤の炎症 (創傷部の発赤、腫脹、熱感、疼痛) なし	1) 発赤の炎症 (創傷部の発赤、腫脹、熱感、疼痛) あり	2) 発赤の炎症 (創傷部の発赤、腫脹、熱感、疼痛) あり	3) 発赤の炎症 (創傷部の発赤、腫脹、熱感、疼痛) あり	4) 発赤の炎症 (創傷部の発赤、腫脹、熱感、疼痛) あり	5) 発赤の炎症 (創傷部の発赤、腫脹、熱感、疼痛) あり	6) 発赤の炎症 (創傷部の発赤、腫脹、熱感、疼痛) あり	7) 発赤の炎症 (創傷部の発赤、腫脹、熱感、疼痛) あり	8) 発赤の炎症 (創傷部の発赤、腫脹、熱感、疼痛) あり
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	0) 創部が肉芽形成した場合、創部が肉芽形成を占める割合が10%未満	1) 創部の90%以上を占める	2) 創部の90%以上を占める	3) 創部の90%以上を占める	4) 創部の90%以上を占める	5) 創部の90%以上を占める	6) 創部の90%以上を占める	7) 創部の90%以上を占める	8) 創部の90%以上を占める
壊死組織	0) なし	1) 壊死組織あり	2) 壊死組織あり	3) 壊死組織あり	4) 壊死組織あり	5) 壊死組織あり	6) 壊死組織あり	7) 壊死組織あり	8) 壊死組織あり
ポケット (cm) 潰瘍深さの最大径 (ポケットの基底・周囲に及ぶ最大径) - 潰瘍深さ	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 64未満	5) 64以上 129.4未満	6) 129.4以上 100未満	7) 100以上	8) 100以上

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

留意する項目	計画の内容	
圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散器具、褥瘡予防方法は、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
	イス上	
スキナーケア		
栄養状態改善		
リハビリテーション		

【記載上の注意】
 1 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準」の活用について (平成30年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号) を参照のこと。
 2 日常生活自立度が「1」～「A」である患者については、当該評価書の作成を要しないものであること。

DESIGN-R 2020
 に変更になった。

褥瘡対策に関する診療計画書（2）

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

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

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

【記載上の注意】

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

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

【褥瘡対策】

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

（答）よい。

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

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



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



ホーム

皮膚褥瘡外用薬学会とは

入会のご案内

学術集会 ▾

活動実績

お知らせ

ホーム

皮膚褥瘡外用薬学会とは >

入会のご案内

学術集会

活動実績

会則

お知らせ

リンク

書籍紹介

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

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

「褥瘡対策」における「薬学的管理に関する事項」に関する

2022年4月1日

皮膚褥瘡外用薬学会 代表 古田 勝経

「褥瘡対策」における「薬学的管理に関する事項」に関する当学会の見解

1. 背景

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

2. 診療報酬改定（2022年）の内容

改定後
<p>【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】</p> <p>[施設基準]</p> <p>4 褥瘡対策の基準</p> <p>(1)～(3) (略) (変更なし)</p> <p>(4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合に</p>

<https://pharmderm.org/>

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説—チーム医療を中心に—

<抄録>

2022(R4)年度の診療報酬改定は、次回、2024(R6)年度の診療報酬・介護報酬のW改定を見据え、地域医療構想、働き方改革を背景に、チーム医療、地域連携、特定看護師(特定行為研修修了者)などの項目に多くの新設や変更がありました。ますます重視されるチーム医療を中心に解説したいと思います。

(本抄録は、10月20日現在で執筆しています。今後の疑義解釈で解釈や運用が変わることもあります。)

<2022(R4)年度診療報酬改定のトピック>

- 診療報酬の基本:レセプト審査と読み解くポイント。
- 入院基本料:「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。
 - 褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)が記入することが基本。
 - 皮膚褥瘡外用薬学会の指針を参考に。
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020となった。
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。通常の見訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。

特定行為研修修了者の活用の推進

研修要件の見直し

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

現行

【精神科リエゾンチーム加算】

〔施設基準〕

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

改定後

【精神科リエゾンチーム加算】

〔施設基準〕

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

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

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

【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

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

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

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

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

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

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

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

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

イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修注2に規定する点数を算定する場合は、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修(ア及びイによるもの。)を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。

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

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

【重要】褥瘡関連の組織

	構成メンバー	届け出	会議義務	備考
褥瘡対策チーム	「専任の医師」と「専任の看護職員」だけで構成	必要	会議規定はない 指導は必要	①診療計画書の作成 ②ハイリスクのリスクアセスメントの連携 ③ハイリスクのカンファレンスへの参加
褥瘡対策委員会	上記の褥瘡対策チームに関連職種を加えて構成	不要	規定はないが、定期的な開催が望ましい	
褥瘡管理者	専従のWOC 専従の 特定看護師	必要	ハイリスクのカンファレンスの主催	①リスクアセスメント表の作成 ②予防・治療計画書の共同作成 ③各種書類や件数の整備 ④院内の体制の整備 ⑤研修等の実施

【重要】褥瘡関連のステップ

ステップ	記入者(作成者)	備考
1)自立度の判定	誰でも良い	自立度B、Cの場合は2へ
2)危険因子の評価	誰でも良い	危険因子があるか褥瘡がある場合は3へ
3)診療計画書	専任の医師と専任の看護職員 の両者が記載	これで基本料が取れるので、その上でハイリスクは4へ
よって、自立度がB、Cであっても、 危険因子や褥瘡がなければ診療計画書の作成は不要です。		
4)リスクアセスメント票	褥瘡管理者 (専従の届け出たWOC・ 特定看護師) か専任の医師・専任の看護職員が 実施する	専任の医師、専任の看護職員、褥瘡管理者(専従の届け出たWOC・ 特定看護師)がリスクアセスメントするのが基本です。
5)予防・治療計画書	褥瘡管理者 (専従の届け出たWOC・ 特定看護師)と 主治医と関連職種が共同して作成。	予防・治療計画書は、主治医の関与が必要です。

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説—チーム医療を中心に—

<抄録>

2022(R4)年度の診療報酬改定は、次回、2024(R6)年度の診療報酬・介護報酬のW改定を見据え、地域医療構想、働き方改革を背景に、チーム医療、地域連携、特定看護師(特定行為研修修了者)などの項目に多くの新設や変更がありました。ますます重視されるチーム医療を中心に解説したいと思います。

(本抄録は、10月20日現在で執筆しています。今後の疑義解釈で解釈や運用が変わることもあります。)

<2022(R4)年度診療報酬改定のトピック>

- 診療報酬の基本:レセプト審査と読み解くポイント。
- 入院基本料:「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。
 - 褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)が記入することが基本。
 - 皮膚褥瘡外用薬学会の指針を参考に。
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020となった。
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り150点。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

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

現行

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

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



改定後

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

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

〔経過措置〕

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

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

② 褥瘡の処置

【定義】

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

【留意点】

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

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

【参考】

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

**DESIGN-R2020
に変更になった。**

療養病棟入院基本料

【施設基準】

療養病棟入院料 1

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

【施設基準】

療養病棟入院料 2

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

医療区分

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

ADL区分

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

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

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

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

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

23

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態 (DESIGN-R2020 分類d2以上の場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態 (DESIGN-R2020 分類d2以上に該当する場合若しくは褥瘡が2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

DDTI: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い

DU: 深さ判定が不能の場合

DESIGN-R2020
に変更になった。

評価の単位

1日毎

留意点

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

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

ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

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

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

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

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

2. 入院患者の構成

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

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

3. アウトカム評価

1) 患者のADL

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

2) 褥瘡の院内発生率

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

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

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

**DESIGN-R2020
に変更になった。**

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説—チーム医療を中心に—

<抄録>

2022(R4)年度の診療報酬改定は、次回、2024(R6)年度の診療報酬・介護報酬のW改定を見据え、地域医療構想、働き方改革を背景に、チーム医療、地域連携、特定看護師(特定行為研修修了者)などの項目に多くの新設や変更がありました。ますます重視されるチーム医療を中心に解説したいと思います。

(本抄録は、10月20日現在で執筆しています。今後の疑義解釈で解釈や運用が変わることもあります。)

<2022(R4)年度診療報酬改定のトピック>

- 診療報酬の基本:レセプト審査と読み解くポイント。
- 入院基本料:「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。
 - 褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)が記入することが基本。
 - 皮膚褥瘡外用薬学会の指針を参考に。
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020となった。
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り150点。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。

	退院後訪問指導料	WOC／特定看護師による同行訪問看護	専門管理加算	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
点数	<p>●580点（1日）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。 <p>●20点（一回のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<p>●1285点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）／特定看護師（創傷管理関連）を訪問させて、他の保険医療機関の看護師・准看護師又は訪問看護ステーションの看護師・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算定する。 ・緩和ケア認定看護師等も可 	<p>●250点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 	<p>●750点（一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
算定患者	<p>別表第8の患者（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象 	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）</p> <p>②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</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④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</p>	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）</p> <p>②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</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④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</p> <p>⑤その他：特定行為関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020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、次に掲げるアからオまでのいずれかを含むもの イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの ウ 強度の下痢が続く状態であるもの エ 極度の皮膚脆弱であるもの オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要 	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>①：特定看護師（創傷管理関連）</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p>	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p> <p>⑤：特定看護師（「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「ろう孔管理関連」「創傷管理関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「在宅・慢性期領域パッケージ研修」）</p>	<p><在宅褥瘡対策チームの構成員></p> <p>ア 常勤の医師</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（訪問看護ステーションでも可）</p> <p>ウ 管理栄養士（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関でも可）</p> <p>必要に応じて、理学療法士、薬剤師等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅褥瘡対策チームのA又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師／特定看護師（創傷管理関連）が通常の訪問看護師等と同一日に訪問する。（同一日に行けば、一緒になくてもよい） ・「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師も可 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 ⑤特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。 <ul style="list-style-type: none"> ア 気管カニューレの交換 イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ 膀胱ろうカテーテルの交換 エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法 カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ 脱水症状に対する輸液による補正 	<ul style="list-style-type: none"> ・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者に一堂に会し、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。 ・初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、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（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、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の後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等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。 ・初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話可能な機器を用いて参加することができる。 <ul style="list-style-type: none"> 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名以上は患者に赴きカンファレンスを行っていること

	退院後訪問指導料	WOC／特定看護師による同行訪問看護	専門管理加算	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
点数	<p>●580点（1日）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。 <p>●20点（一回のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<p>●1285点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）／特定看護師（創傷管理関連）を訪問させて、他の保険医療機関の看護師・准看護師又は訪問看護ステーションの看護師・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算定する。 ・緩和ケア認定看護師等も可 	<p>●250点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 	<p>●750点（一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
算定患者	<p>別表第8の患者（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象 	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）</p> <p>②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</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④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</p>	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）</p> <p>②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</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④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</p> <p>⑤その他：特定行為関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020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、次に掲げるアからオまでのいずれかを含むもの イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの ウ 強度の下痢が続く状態であるもの エ 極度の皮膚脆弱であるもの オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要 	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>①：特定看護師（創傷管理関連）</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p>	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p> <p>⑤：特定看護師（「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「ろう孔管理関連」「創傷管理関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「在宅・慢性期領域パッケージ研修」）</p>	<p><在宅褥瘡対策チームの構成員></p> <p>ア 常勤の医師</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（訪問看護ステーションでも可）</p> <p>ウ 管理栄養士（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関でも可）</p> <p>必要に応じて、理学療法士、薬剤師等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅褥瘡対策チームのA又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師／特定看護師（創傷管理関連）が通常の訪問看護師等と同一日に訪問する。（同一日に行けば、一緒になくてもよい） ・「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師も可 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 ⑤特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからオまでに掲げるものをいう。 <ul style="list-style-type: none"> ア 気管カニューレの交換 イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ 膀胱ろうカテーテルの交換 エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法 力 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ 脱水症状に対する輸液による補正 	<ul style="list-style-type: none"> ・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者に一堂に会し、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。 ・初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、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（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、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の後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等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。 ・初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話可能な機器を用いて参加することができる。 <ul style="list-style-type: none"> 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名以上は患者に赴きカンファレンスを行っていること

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

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

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

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

(新)

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

ケア若し
施に關す

褥瘡又は
整、脱水
も同様

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

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

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説—チーム医療を中心に—

<抄録>

2022(R4)年度の診療報酬改定は、次回、2024(R6)年度の診療報酬・介護報酬のW改定を見据え、地域医療構想、働き方改革を背景に、チーム医療、地域連携、特定看護師(特定行為研修修了者)などの項目に多くの新設や変更がありました。ますます重視されるチーム医療を中心に解説したいと思います。

(本抄録は、10月20日現在で執筆しています。今後の疑義解釈で解釈や運用が変わることもあります。)

<2022(R4)年度診療報酬改定のトピック>

- 診療報酬の基本:レセプト審査と読み解くポイント。
- 入院基本料:「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。
 - 褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)が記入することが基本。
 - 皮膚褥瘡外用薬学会の指針を参考に。
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020となった。
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見守り看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り150点。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。

専門性の高い

➤ 褥瘡ケアは

【訪問看護基本

【施設基準】

褥瘡ケアに係る専

- ・ 国又は医療関係者の創傷ケア知識

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

て、必要な褥瘡等
以上の研修期間

・指導料3についても同様

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

(新) 専門管理加算 2,500円 (1月に1回)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

[算定対象]

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

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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

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

(新) 手順書加算 150点(6月に1回)

[算定要件]

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

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

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

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

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

【医療保険】

小児等40歳未満の者、要介護者・要支援者以外

(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

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

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

【介護保険】

要支援者・要介護者

(限度基準額内 無制限)
(ケアプランで定める)

※1：別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2：特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

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

注)：特別訪問看護指示書

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

※3：別表第8

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

算定日数
制限無し

訪問看護における特定保険医療材料の見直し

2020改定

在宅における特定保険医療材料の追加

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

改定後

在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第4節特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。

C300 特定保険医療材料

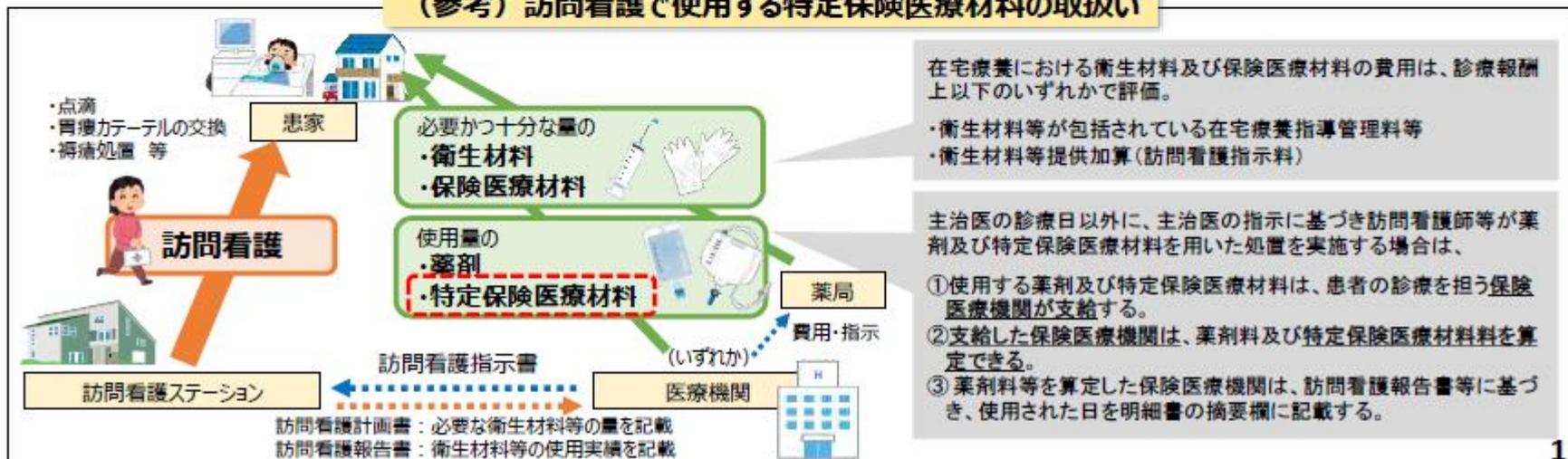
材料価格を10円で除して得た点数

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

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

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

(参考) 訪問看護で使用する特定保険医療材料の取扱い



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

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

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

② 「在宅・慢性期領域パッケージ研修」

こちらは、「在宅・慢性期領域パッケージ研修」でもOK

在宅・慢性期領域パッケージ研修にはNPWTは入っていないが??

領域別パッケージ研修① 【在宅・慢性期領域】

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

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

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

【特定行為に係る看護師の研修制度】

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

答) 差し支えない。

テーマ別を探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

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

特定行為に係る手順書例集

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

[「特定行為に係る手順書例集」](#) [1, 456KB]

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

[「在宅領域における手順書例集」](#) [250KB]

[「在宅領域における手順書例集」](#) 説明用動画

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

	退院後訪問指導料	WOC／特定看護師による同行訪問看護	専門管理加算	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
点数	<p>●580点（1日）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。 <p>●20点（一回のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<p>●1285点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）／特定看護師（創傷管理関連）を訪問させて、他の保険医療機関の看護師・准看護師又は訪問看護ステーションの看護師・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算定する。 ・緩和ケア認定看護師等も可 	<p>●250点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 	<p>●750点（一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
算定患者	<p>別表第8の患者（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象 	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）</p> <p>②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</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④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</p>	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）</p> <p>②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</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④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</p> <p>⑤その他：特定行為関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020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、次に掲げるアからオまでのいずれかを含むもの イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの ウ 強度の下痢が続く状態であるもの エ 極度の皮膚脆弱であるもの オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要 	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>①：特定看護師（創傷管理関連）</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p>	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p> <p>⑤：特定看護師（「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「ろう孔管理関連」「創傷管理関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「在宅・慢性期領域パッケージ研修」）</p>	<p><在宅褥瘡対策チームの構成員></p> <p>ア 常勤の医師</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（訪問看護ステーションでも可）</p> <p>ウ 管理栄養士（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関でも可）</p> <p>必要に応じて、理学療法士、薬剤師等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅褥瘡対策チームのA又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師／特定看護師（創傷管理関連）が通常の訪問看護師等と同一日に訪問する。（同一日に行けば、一緒になくてもよい） ・「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師も可 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 ⑤特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。 <ul style="list-style-type: none"> ア 気管カニューレの交換 イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ 膀胱ろうカテーテルの交換 エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法 カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ 脱水症状に対する輸液による補正 	<ul style="list-style-type: none"> ・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者に一堂に会し、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。 ・初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、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（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、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の後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等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。 ・初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話が可能なる機器を用いて参加することができる。 <ul style="list-style-type: none"> 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名以上は患者に赴きカンファレンスを行っていること

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説—チーム医療を中心に—

<抄録>

2022(R4)年度の診療報酬改定は、次回、2024(R6)年度の診療報酬・介護報酬のW改定を見据え、地域医療構想、働き方改革を背景に、チーム医療、地域連携、特定看護師(特定行為研修修了者)などの項目に多くの新設や変更がありました。ますます重視されるチーム医療を中心に解説したいと思います。

(本抄録は、10月20日現在で執筆しています。今後の疑義解釈で解釈や運用が変わることもあります。)

<2022(R4)年度診療報酬改定のトピック>

- 診療報酬の基本:レセプト審査と読み解くポイント。
- 入院基本料:「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。
 - 褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)が記入することが基本。
 - 皮膚褥瘡外用薬学会の指針を参考に。
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020となった。
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6か月に一回に限り150点。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。

医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

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

現行 (例：入退院支援加算)



原則対面 (ICT活用に制限)



改定後



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

現行 (例：在宅患者訪問看護・指導料)

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



改定後

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

必ず1人は患家に赴くことが必要

在宅褥瘡

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

2020改定

実施体制(例)

<例1> 基本的な体制

【病院】



既にd2以上の褥瘡を有する者

<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- 管理栄養士

<例2> 訪問看護ステーションと連携した場合の体制



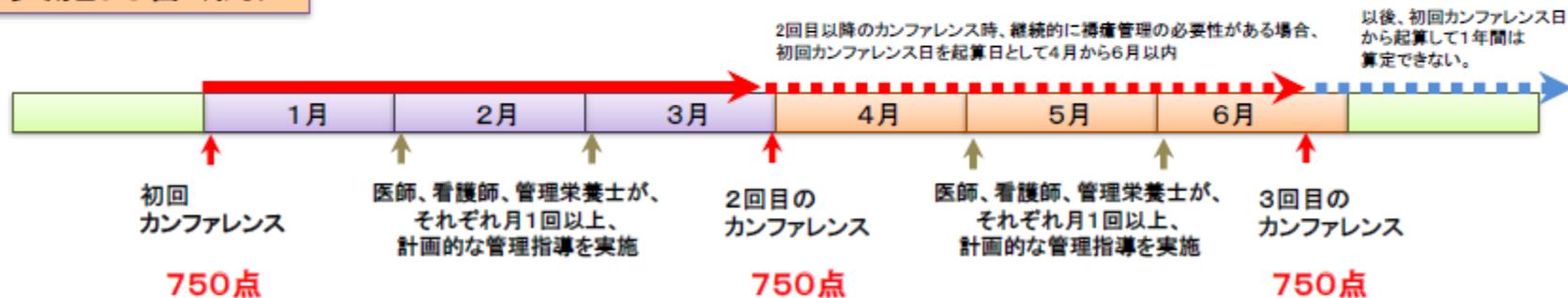
既にd2以上の褥瘡を有する者

<例3> 栄養ケア・ステーションと連携した場合の体制



既にd2以上の褥瘡を有する者

実施内容(例)



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

導料1及び2、介護支援等連携指導料についても同様。

※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。

【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】
【算定要件】

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

ア・イ（略）

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

【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】
【算定要件】

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

ア・イ（略）

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

(イ) 当該カンファレンスに3者以上が参加すること

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

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

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

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

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

	退院後訪問指導料	WOC／特定看護師による同行訪問看護	専門管理加算	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
点数	<p>●580点（1日）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。 <p>●20点（一回のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<p>●1285点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）／特定看護師（創傷管理関連）を訪問させて、他の保険医療機関の看護師・准看護師又は訪問看護ステーションの看護師・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算定する。 ・緩和ケア認定看護師等も可 	<p>●250点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 	<p>●750点（一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
算定患者	<p>別表第8の患者（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象 	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）</p> <p>②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</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④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</p>	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）</p> <p>②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</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④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</p> <p>⑤その他：特定行為関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020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、次に掲げるアからオまでのいずれかを含むもの イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの ウ 強度の下痢が続く状態であるもの エ 極度の皮膚脆弱であるもの オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要 	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>①：特定看護師（創傷管理関連）</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p>	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p> <p>⑤：特定看護師（「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「ろう孔管理関連」「創傷管理関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「在宅・慢性期領域パッケージ研修」）</p>	<p><在宅褥瘡対策チームの構成員></p> <p>ア 常勤の医師</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（訪問看護ステーションでも可）</p> <p>ウ 管理栄養士（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関でも可）</p> <p>必要に応じて、理学療法士、薬剤師等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅褥瘡対策チームのA又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師／特定看護師（創傷管理関連）が通常の訪問看護師等と同一日に訪問する。（同一日に行けば、一緒になくてもよい） ・「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師も可 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 ⑤特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。 <ul style="list-style-type: none"> ア 気管カニューレの交換 イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ 膀胱ろうカテーテルの交換 エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法 カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ 脱水症状に対する輸液による補正 	<ul style="list-style-type: none"> ・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者に一堂に会し、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。 ・初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、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（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、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の後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等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。 ・初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話が可能なる機器を用いて参加することができる。 <ul style="list-style-type: none"> 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名以上は患者に赴きカンファレンスを行っていること

【I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑳】

㉓ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

入退院時の関係機関の連携強化に資する

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

[見直す対象]

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

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

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

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

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

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

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説—チーム医療を中心に—

<抄録>

2022(R4)年度の診療報酬改定は、次回、2024(R6)年度の診療報酬・介護報酬のW改定を見据え、地域医療構想、働き方改革を背景に、チーム医療、地域連携、特定看護師(特定行為研修修了者)などの項目に多くの新設や変更がありました。ますます重視されるチーム医療を中心に解説したいと思います。

(本抄録は、10月20日現在で執筆しています。今後の疑義解釈で解釈や運用が変わることもあります。)

<2022(R4)年度診療報酬改定のトピック>

- 診療報酬の基本:レセプト審査と読み解くポイント。
- 入院基本料:「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。
 - 褥瘡対策チーム(専任の医師と専任の看護職員)が記入することが基本。
 - 皮膚褥瘡外用薬学会の指針を参考に。
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020となった。
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算:褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問:WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算:WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算:訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り150点。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス:退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 薬局の退院時共同指導料:入院医療機関側の参加者が、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士でも可能となった。

第21回

日本褥瘡学会北海道地方会学術集会

特別講演

2022(R4)年度診療報酬改定のポイント解説
ーチーム医療を中心にー

会 長 村尾 尚規 斗南病院 形成外科

副会長 秋田 珠実 北海道大学病院 看護部

会 期 2022年11月12日 (土)

開催方法 Web開催

ご視聴ありがとうございました。
おつかれさまでした～

