

AAA case study club Special

2022-3-24

2022年診療報酬改定 新設

- 下肢創傷処置
- 下肢創傷処置管理料

スリーエムジャパン株式会社
高水 勝





AAA Case Study Club Special

新設！ 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料

2022年3月吉日

代表理事 大浦紀彦

「下肢創傷処置」を新設するべく、日本フットケア・足病医学会では、何度もシンポジウムを行い合意形成をしつつ、少しずつ取り組みを行ってきました。

今回、AAA case study clubでは、下肢創傷処置点数新設についてzoomにてディスカッションをしたいと考えています。

3月24日木曜日19時からを開催いたします。

3月24日の時点で確認できていることを、皆で共有したいと思います。

開催日時：2022年**3月24**日(木) 19:00-21:00

参加費 無料

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

<https://www.aaa-amputation.net/>

参加申し込みは右QRコード
または下記URLより登録してください。

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_TT5RYVPFQeGznK6fF_mp_A



利益相反はありません。



高水 勝

1985年 東北福祉大学 社会福祉学部卒業

1985年 東レ・メディカル株式会社 入社

1989年 スリーエム ヘルスケア株式会社 入職

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

<資格・学会等>

・日本医療機器テクノロジー協会 創傷被覆材部会 部会長

・日本褥瘡学会(業界代表枠)

評議員、保険委員、褥瘡対策用具推進委員、危機管理委員

・日本フットケア・足病医学会 ガイドライン委員会 アドバイザー(薬事・保険・医療制度等)

・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

3月4日(金)に、令和4年度の診療報酬改定の告示・通知が発出されました。
 今後3月末からGW明けごろまで数本の疑義解釈がでて、ほぼ、運用のルールが固まります。
本日は3月24日時点での解説になります。
 今後変更があるかもしれません。
 また、高水の不勉強もあります。
 その点は、何卒お許しいただければと存じます

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負担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大臣が定める揭示事項等の一部を改正する件	令和4年 厚生労働省告示第53号	PDF[625KB]
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項目の分かる明細書の交付について(通知)	令和4年3月4日 保発0304第2号	PDF[575KB]
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大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について(通知)	令和4年3月4日 保送発0304第5号	PDF[528KB]
7 保険医の使用医薬品(揭示事項等告示第6号関係)及び保険薬剤	令和4年3月4日	PDF[100KB]

<お詫びとお願い>

●講演時のLIVEのQ&Aでは、その場での回答のため、質問の意図の理解不足、チャットの読み間違い、説明の言葉が足りないこともありました。

●3月末に発出される疑義解釈を待って、セミナー終了後の追加のご質問、ご指摘と併せ、再度、回答と補足をして、AAAのHPにUPいたします。

少々、お待ちいただければと存じます。
疑義解釈が発出次第UPいたします。

●この資料は、講演スライドを追加・修正したものです。
(一覧表も一部修正しました)

●力不足、説明不足の点、何卒お許しいただければと存じます。

<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。今回のセミナーの解説は、必ずしも算定の絶対的な解釈や運用ではありません。その点をお含みいただき・・・

都道府県厚生局、審査支払機関、健康保険組合等に相談しながらご判断下さい。

<参考>

●審査支払機関：47都道府県に2機関ずつあります。

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

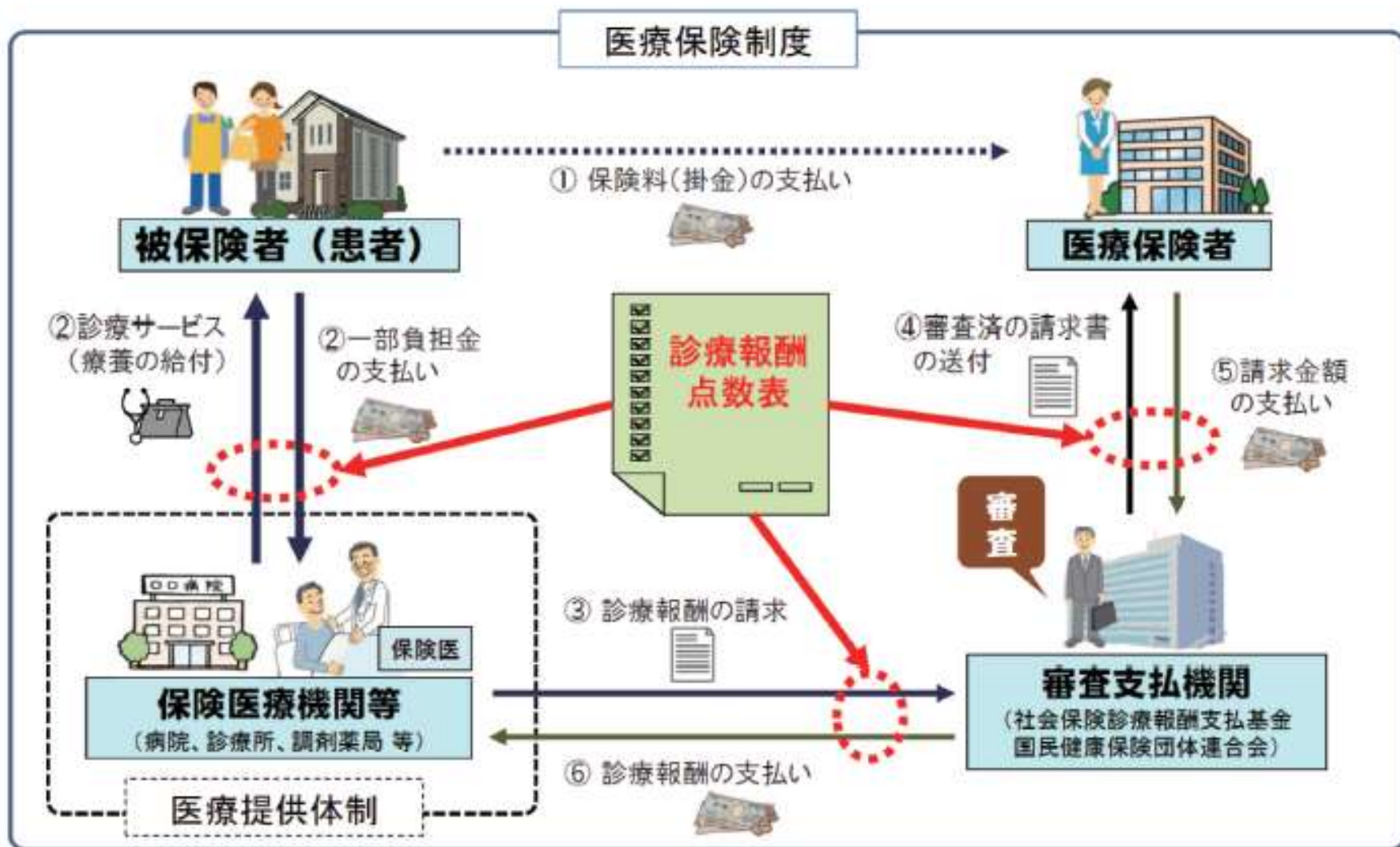
●審査枚数

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

●健康保険組合数

- ・全国に約3400の保険組合があり、そこでも審査をします。

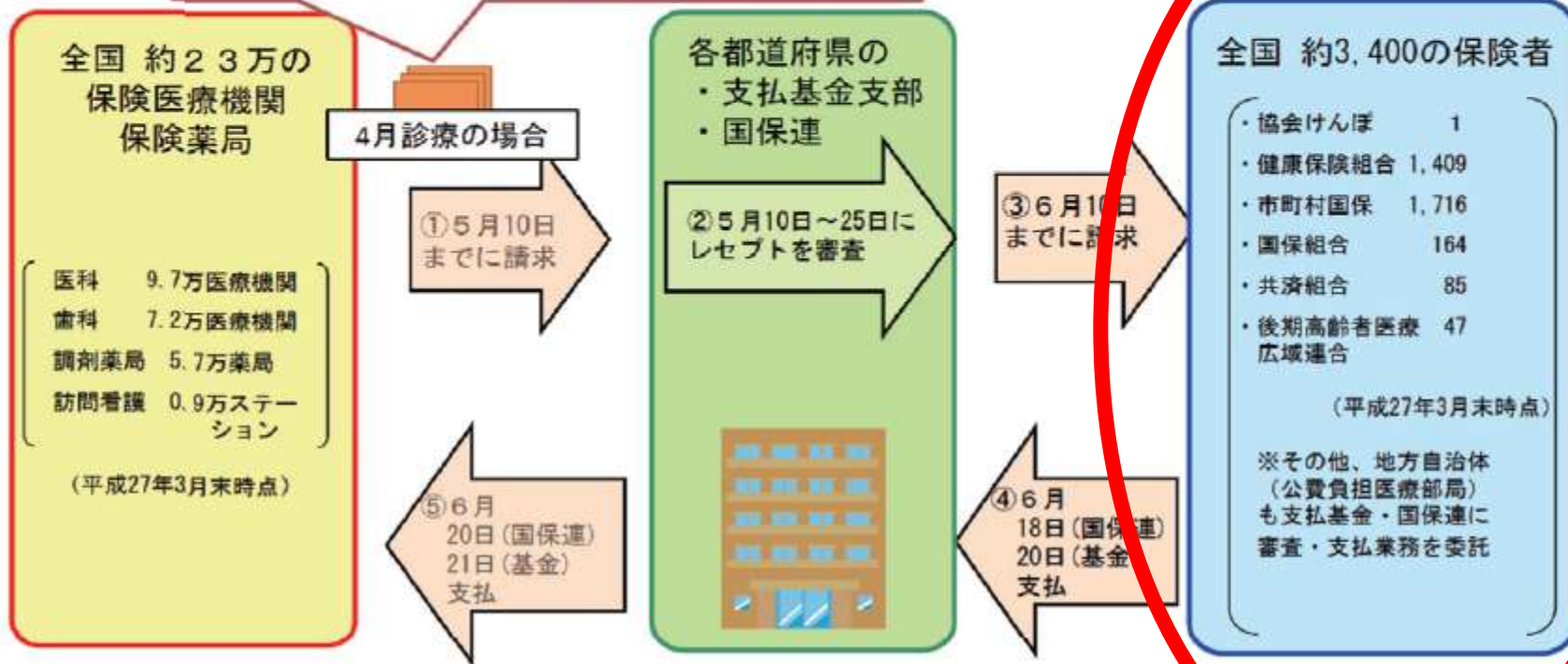
診療報酬請求の流れ



診療報酬の請求から支払までの流れ

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

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



		下肢創傷処置 J000-2	下肢創傷処置管理料 B001-36	下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J038	糖尿病合併症管理料 B001-20	静脈圧迫処置 J001-10
点数		1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 147点 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点	500点(月一回)	100点(月一回)	170点(月一回)	200点(月一回) 150点(初回加算)
施設基準		なし	あり ・医師の配置	あり ・連携先に診療科の規定 ・透析全患者への実施	あり 医師・看護師の配置	あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器
算定場所	入院	○	×	○	×	○
	外来	○	○	○	○	○
	在宅	○	○	○	×	○
算定病棟	DPC	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	出来高	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
	地域包括	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	回復リハ	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	療養	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
算定期間		なし	なし	なし	なし	標準は3カ月 初回の潰瘍の大きさが100cm2 を超える場合は6カ月
算定条件		なし	下肢創傷処置を算定した月	慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行う ハイリスク患者を紹介をする		
算定職種		医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師のみ	医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師・看護師	条件を満たした 医師・看護師
医師	領域・診療科	なし	整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科	なし	経験	血管外科、心臓血管外科、皮 膚科、形成外科、循環器内科
	年数	なし	5年	なし	5年	なし
	研修	なし	必要	なし	なし	必要
	専従・専任	なし	なし	なし	専任	専任
	常勤	なし	常勤 (複数の合算 不可)	なし	常勤 (複数の合算 可能)	常勤 (複数の合算 不可)
看護師	領域・診療科	なし	不可	なし	経験	経験
	年数	なし	不可	なし	5年	3年
	研修	なし	不可	なし	16時間	必要
	専従・専任	なし	不可	なし	専任	専任
	常勤	なし	不可	なし	なし	常勤
備考		創傷が異なればNPWTと併算定 可	糖尿病合併症管理料との併算定 不可	糖尿病合併症管理料との併算定 可		材料(弾性包帯等)は療養費で支給
		創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可				
		創傷処置と併算定 不可				
参考		熱傷処置/重度褥瘡処置は2ヶ月が限度				

		下肢創傷処置 J000-2	下肢創傷処置管理料 B001-36	下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J038	糖尿病合併症管理料 B001-20	静脈圧迫処置 J001-10
点数		1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 147点 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点	500点(月一回)	100点(月一回)	170点(月一回)	200点(月一回) 150点(初回加算)
施設基準		なし	あり ・医師の配置	あり ・連携先に診療科の規定 ・透析全患者への実施	あり 医師・看護師の配置	あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器
算定場所	入院	○	×	○	×	○
	外来	○	○	○	○	○
	在宅	○	○	○	×	○
算定病棟	DPC	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	出来高	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
	地域包括	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	回復リハ	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	療養	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
算定期間		なし	なし	なし	なし	標準は3カ月 初回の潰瘍の大きさが100cm2 を超える場合は6カ月
算定条件		なし	下肢創傷処置を算定した月	慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行う ハイリスク患者を紹介をする		
算定職種		医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師のみ	医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師・看護師	条件を満たした 医師・看護師
医師	領域・診療科	なし	整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科	なし	経験	血管外科、心臓血管外科、皮 膚科、形成外科、循環器内科
	年数	なし	5年	なし	5年	なし
	研修	なし	必要	なし	なし	必要
	専従・専任	なし	なし	なし	専任	専任
	常勤	なし	常勤 (複数の合算 不可)	なし	常勤 (複数の合算 可能)	常勤 (複数の合算 不可)
看護師	領域・診療科	なし	不可	なし	経験	経験
	年数	なし	不可	なし	5年	3年
	研修	なし	不可	なし	16時間	必要
	専従・専任	なし	不可	なし	専任	専任
	常勤	なし	不可	なし	なし	常勤
備考		創傷が異なればNPWTと併算定 可	糖尿病合併症管理料との併算定 不可	糖尿病合併症管理料との併算定 可		材料(弾性包帯等)は療養費で支給
		創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可				
		創傷処置と併算定 不可				
参考		熱傷処置/重度褥瘡処置は2ヶ月が限度				

★施設基準

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

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

解説:診療報酬で「施設基準」が設定されているものは、その遵守が必須!

★医師、看護師等の診療報酬上の基準を見極める 5つのキーワード

(1)領域・診療科

(2)年数

(3)研修

(4)専従・専任

(5)常勤

●●の領域に従事して・・・等

経験年数の規定の有無

所定の研修受講の義務の有無

専従や専任の業務時間のしばりの有無

常勤のしばりの有無

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

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

(新) 下肢創傷処置

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

[算定要件]

- ・ 下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵であって、浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものをいう。
- ・ 下肢創傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
- ・ 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

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

[施設基準]

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

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

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

施設基準はない

(新) 下肢創傷処置

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

[算定要件]

- ・ 下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵であって、浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものをいう。
- ・ 下肢創傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
- ・ 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

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

[施設基準]

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

J000-2 下肢創傷処置

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

J000-2 下肢創傷処置

- (1) 各号に示す範囲とは、下肢創傷の部位及び潰瘍の深さをいう。
- (2) 下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵であって、浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものをいう。
- (3) 下肢創傷処置を算定する場合は、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)及び区分番号「J001-8」穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
- (4) 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。
- (5) 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。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

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

(新) 下肢創傷処置

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

[算定要件]

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

施設基準がある

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

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

[施設基準]

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

B001 特定疾患治療管理料

36 下肢創傷処置管理料 500点

注

別に厚生労働大臣が定める**施設基準**に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、**下肢の潰瘍**を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、**区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。**

第4の15 下肢創傷処置管理料

1 下肢創傷処置管理料に関する施設基準

以下の要件を全て満たす**常勤の医師**が1名以上勤務していること。

(1) 整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した**経験を5年以上**有していること。

(2) 下肢創傷処置に関する**適切な研修を修了**していること。

2 届出に関する事項

下肢創傷処置管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の14を用いること。

下肢創傷処置管理料の施設基準に係る届出書添付書類

下肢創傷処置に関する適切な研修を修了した整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を5年以上有している常勤医師

常勤医師の氏名	勤務時間 (時間/週)	診療科名	当該診療科の 経験年数	研修修了の有無
	時間		年	<input type="checkbox"/>
	時間		年	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 研修については、研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

B001 特定疾患治療管理料

36 下肢創傷処置管理料

- (1) 下肢創傷処置管理料は、入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍に対し継続的な管理を必要とするものに対し、区分番号「J000-2」に掲げる下肢創傷処置と併せて、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、**下肢創傷処置に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定できる。**
- (2) **初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。**
- (3) 学会による**ガイドライン等を参考**にすること。

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、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出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。

参考

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、面皰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、区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号「C112-2」在宅喉頭摘出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

1 100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。

J001 熱傷処置

- (1) 熱傷処置を算定する場合は、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)及び区分番号「J001－8」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、薬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日につき)

1 100平方センチメートル未満	90点
2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	98点
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	150点
4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	280点
5 6,000平方センチメートル以上	500点

注1 重度の褥瘡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。

J001－4 重度褥瘡処置

(1) 皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)(DESIGN-R2020 分類d2以上とする。)に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。

(2) 重度褥瘡処置を算定する場合は、**区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J001－7」爪甲除去(麻酔を要しないもの)及び区分番号「J001－8」穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。**

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1 初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。

2 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。

3 新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。

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

J003 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)

(4) 局所陰圧閉鎖処置(入院)を算定する場合は、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。

区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J000-2」下肢創傷処置又は区分番号「J001」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

J003-2 局所陰圧閉鎖処置(入院外)(1日につき)

(4) 局所陰圧閉鎖処置(入院外)を算定する場合は、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。

区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J000-2」下肢創傷処置又は区分番号「J001」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

参考

J003 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)

- (1) 入院中の患者に対して処置を行った場合に限り算定できる。
- (2) 「1」から「3」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。
- (3) 部位数にかかわらず、1日につき、所定点数により算定する。
- (4) 局所陰圧閉鎖処置(入院)を算定する場合は、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J000-2」下肢創傷処置又は区分番号「J001」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。
- (5) 局所陰圧閉鎖処置(入院)終了後に多血小板血漿処置を行う場合は、区分番号「J003-4」多血小板血漿処置を算定する。また、引き続き創傷部位の処置(多血小板血漿処置を除く。)が必要な場合は、区分番号「J000」創傷処置により算定する。
- (6) 「注1」に規定する加算は、入院前に区分番号「J003-2」局所陰圧閉鎖処置(入院外)を算定していた患者が、引き続き入院中に局所陰圧閉鎖処置(入院)を行った場合は算定できない。
- (7) 「注2」の持続洗浄加算については、局所感染を伴う難治性創傷(局所感染が存在するが、その拡大がなく、沈静化すると考えられる創傷及び汚染創に限り、骨髄炎又は骨膜炎を除く。)に対して、持続洗浄を併せて実施した場合に算定する。持続洗浄加算を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (8) 骨髄炎又は骨膜炎を伴う難治性創傷に対して、局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合は、「注2」の持続洗浄加算は算定できず、区分番号「J040」局所灌流の「2」骨膜・骨髄炎に対するものを併せて算定する。この場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (9) 局所陰圧閉鎖処置(入院)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。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない。
- (10) 陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置(入院)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算定した日に週3回に限り算定できる。
- (11) 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (12) 「注3」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注2」の加算を含まない点数である。

参考

J003-2 局所陰圧閉鎖処置(入院外)(1日につき)

(1) 入院中の患者以外の患者に対して陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合に限り算定できる。

(2) 「1」から「3」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。

(3) 部位数にかかわらず、1日につき、所定点数により算定する。

(4) 局所陰圧閉鎖処置(入院外)を算定する場合は、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J000-2」下肢創傷処置又は区分番号「J001」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

(5) 局所陰圧閉鎖処置(入院外)終了後に多血小板血漿処置を行う場合は、区分番号「J003-4」多血小板血漿処置を算定する。また、引き続き創傷部位の処置(多血小板血漿処置を除く。)が必要な場合は、区分番号「J000」創傷処置により算定する。

(6) 「注」に規定する加算は、入院中に区分番号「J003」局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)を算定していた患者が引き続き入院外で局所陰圧閉鎖処置を実施した場合は算定できない。

(7) 局所陰圧閉鎖処置(入院外)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。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない。

J003-4 多血小板血漿処置

4,190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行われる場合に限り算定する。

2 多血小板血漿しよう処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

J003-4 多血小板血漿処置

- (1) トラフェルミン(遺伝子組換え)を用いた治療又は局所陰圧閉鎖処置を28日以上行っても効果が得られない難治性皮膚潰瘍に対して、多血小板血漿処置を行った場合に限り算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に当該処置を行う医学的必要性を記載すること。
- (2) 一連につき2クールを限度として行い、1クール(4週間に限る。)につき1回を限度として算定する。
- (3) 部位数にかかわらず、所定点数により算定する。
- (4) 多血小板血漿処置を算定する場合は、一連の期間内において、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置、「J003」局所陰圧閉鎖処置(入院)、「J003-2」局所陰圧閉鎖処置(入院外)及び「J053」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。
なお、区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J000-2」下肢創傷処置又は「J001」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

		下肢創傷処置 J000-2	下肢創傷処置管理料 B001-36	下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J038	糖尿病合併症管理料 B001-20	静脈圧迫処置 J001-10	
点数		1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 147点 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点	500点(月一回)	100点(月一回)	170点(月一回)	200点(月一回) 150点(初回加算)	
施設基準		なし	あり ・医師の配置	あり ・連携先に診療科の規定 ・透析全患者への実施	あり 医師・看護師の配置	あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器	
算定場所	入院	○	×	○	×	○	
	外来	○	○	○	○	○	
	在宅	○	○	○	×	○	
算定病棟	DPC	×	×	○人工腎臓の加算	×	×	
	出来高	○	×	○人工腎臓の加算	×	○	
	地域包括	×	×	○人工腎臓の加算	×	×	
	回復リハ	×	×	○人工腎臓の加算	×	×	
	療養	○	×	○人工腎臓の加算	×	○	
算定期間		なし	なし	なし	なし	標準は3カ月 初回の潰瘍の大きさが100cm2 を超える場合は6カ月	
算定条件		なし	下肢創傷処置を算定した月	慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行う ハイリスク患者を紹介をする			
算定職種		医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師のみ	医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師・看護師	条件を満たした 医師・看護師	
医師	領域・診療科	なし	整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科	なし	経験	血管外科、心臓血管外科、皮 膚科、形成外科、循環器内科	
	年数	なし	5年	なし	5年	なし	
	研修	なし	必要	なし	なし	必要	
	専従・専任	なし	なし	なし	なし	専任	専任
	常勤	なし	常勤 (複数の合算 不可)	なし	なし	常勤 (複数の合算 可能)	常勤 (複数の合算 不可)
看護師	領域・診療科	なし	不可	なし	経験	経験	
	年数	なし	不可	なし	5年	3年	
	研修	なし	不可	なし	16時間	必要	
	専従・専任	なし	不可	なし	専任	専任	
	常勤	なし	不可	なし	なし	常勤	
備考		創傷が異なればNPWTと併算定 可	糖尿病合併症管理料との併算定 不可	糖尿病合併症管理料との併算定 可		材料(弾性包帯等)は療養費で支給	
		創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可					
		創傷処置と併算定 不可					
参考		熱傷処置/重度褥瘡処置は2ヶ月が限度					

重症化予防の取組の推進③

2016改定

透析医療に係る評価の適正化

<人工腎臓>

- 包括化されているエリスロポエチン等の実勢価格が下がっていることを踏まえ、評価の見直しを行う。

1 慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,030点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,195点
ハ 5時間以上の場合	2,330点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,245点



1 慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,010点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,175点
ハ 5時間以上の場合	2,310点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,225点

人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価

<人工腎臓>

- 慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾患について、下肢の血流障害を適切に評価し、他の医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価する。

(新) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算 100点(1月につき)

[施設基準]

- 慢性維持透析を実施している患者全員に対し、下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行っていること。
- ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。
- 連携を行う専門的な治療体制を有している医療機関を定め、地方厚生局に届け出ていること。

(※届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行うこと。)

<重症下肢虚血病変の評価>

(新) 経皮的酸素ガス分圧測定 100点(1日につき)

[算定要件]

重症下肢血流障害が疑われる患者に対し、虚血肢の切断若しくは血行再建に係る治療方針の決定又は治療効果の確認のために経皮的に血中のPO₂を測定した場合に3月に1回に限り算定する。

150

J038 人工腎臓(1日につき)

10 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、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する

第57の2の2 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

1 下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

(1) 当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対し、下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価を行っていること。また、当該内容を元に当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に指導管理等を行い、臨床所見、検査実施日、検査結果及び及び指導内容等を診療録に記載していること。

(2) 検査の結果、ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。また、当該医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行っていること。

(3) 専門的な治療体制を有している医療機関をあらかじめ定めた上で、当該医療機関について事前に届出を行っていること。また、当該医療機関について、院内掲示をすること。なお、専門的な治療体制を有している医療機関とは、次に掲げるアからウまでの全ての診療科を標榜している病院のことをいう。

ア 循環器内科

イ 胸部外科又は血管外科

ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科

2 届出に関する事項

下肢末梢動脈疾患指導管理加算の施設基準に係る届出は別添2の様式49の3の2を用いること。

様式 49 の 3 の 2

下肢末梢動脈疾患指導管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	当該医療機関において慢性維持透析を実施している患者に対し、全例に下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行っている (該当する ・ 該当しない)
2	下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行った1月間の患者数 (実績期間 年 月) 人
3	ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、全例に患者や家族に説明を行い、同意を得た上で専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っている (該当する ・ 該当しない)
4	専門的な治療体制を有している医療機関の名称及び当該医療機関が標榜する診療科名称： ア 循環器内科 循環器内科の標榜 (有 ・ 無) イ 胸部外科又は血管外科 標榜する診療科 () ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科 標榜する診療科 ()
5	「4」に定める医療機関に係る院内掲示の有無 (有 ・ 無)

[記載上の注意]

「4」について、当該届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合、自院の名称を記入すること。

J038 人工腎臓

(20)「注10」の下肢末梢動脈疾患指導管理加算は、当該保険医療機関において**慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行った場合に算定できる。**その際「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下垂試験・挙上試験等を実施した上で、下肢末梢動脈の虚血性病変が疑われる場合には足関節上腕血圧比(ABI)検査又は皮膚組織灌流圧(SPP)検査によるリスク評価を行っていること。

また、**ABI検査0.7 以下又はSPP検査40mmHg 以下の患者については、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行うこと。**

当該保険医療機関が専門的な治療体制を有している保険医療機関の要件を満たしている場合は、当該保険医療機関内の専門科と連携を行っていること。

		下肢創傷処置 J000-2	下肢創傷処置管理料 B001-36	下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J038	糖尿病合併症管理料 B001-20	静脈圧迫処置 J001-10
点数		1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 147点 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点	500点(月一回)	100点(月一回)	170点(月一回)	200点(月一回) 150点(初回加算)
施設基準		なし	あり ・医師の配置	あり ・連携先に診療科の規定 ・透析全患者への実施	あり 医師・看護師の配置	あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器
算定場所	入院	○	×	○	×	○
	外来	○	○	○	○	○
	在宅	○	○	○	×	○
算定病棟	DPC	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	出来高	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
	地域包括	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	回復リハ	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	療養	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
算定期間		なし	なし	なし	なし	標準は3カ月 初回の潰瘍の大きさが100cm2 を超える場合は6カ月
算定条件		なし	下肢創傷処置を算定した月	慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行う ハイリスク患者を紹介をする		
算定職種		医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師のみ	医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師・看護師	条件を満たした 医師・看護師
医師	領域・診療科	なし	整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科	なし	経験	血管外科、心臓血管外科、皮 膚科、形成外科、循環器内科
	年数	なし	5年	なし	5年	なし
	研修	なし	必要	なし	なし	必要
	専従・専任	なし	なし	なし	専任	専任
	常勤	なし	常勤 (複数の合算 不可)	なし	常勤 (複数の合算 可能)	常勤 (複数の合算 不可)
看護師	領域・診療科	なし	不可	なし	経験	経験
	年数	なし	不可	なし	5年	3年
	研修	なし	不可	なし	16時間	必要
	専従・専任	なし	不可	なし	専任	専任
	常勤	なし	不可	なし	なし	常勤
備考		創傷が異なればNPWTと併算定 可	糖尿病合併症管理料との併算定 不可	糖尿病合併症管理料との併算定 可		材料(弾性糸帯等)は療養費で支給
		創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可				
		創傷処置と併算定 不可				
参考		熱傷処置/重度褥瘡処置は2ヶ月が限度				

B001 特定疾患治療管理料

20 糖尿病合併症管理料 170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、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

第4 糖尿病合併症管理料

1 糖尿病合併症管理料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。

なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等(糖尿病重症化予防(フットケア)研修を行っている日本糖尿病教育・看護学会等)が主催する研修であること。

イ 糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

ウ 糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上のものであること。

2 届出に関する事項

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の2を用いること。

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード
又は保険薬局コード

連絡先
担当者氏名:
電話番号:

(届出事項)

- 糖尿病合併症管理料 (※糖管第 号)
- がん性疼痛緩和指導管理料 (※がん疼第 号)
- 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 (※乳腺ケア第 号)
- ハイリスク妊産婦連携指導料(1・2) (※ハイ妊連(1・2)第 号)
- 遠隔モニタリング加算(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料) (※遠隔持陽第 号)
- 精神科在宅患者支援管理料3 (※精在宅援第 号)
- 腹腔鏡下リンパ節群郭清術(傍大動脈) (※腹リ傍大第 号)

- 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6月間において療担規則及び業担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているため、届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

殿

- 備考1 には、適合する場合「レ」を記入すること。
2 ※は記載する必要がないこと。
3 届出書は、1通提出のこと。

B001 特定疾患治療管理料

20 糖尿病合併症管理料

(1) 糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する**入院中の患者以外の患者(通院する患者のことをいい、在宅での療養を行うものを除く。)**に対し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。

ア 足潰瘍、足趾・下肢切断既往

イ 閉塞性動脈硬化症

ウ 糖尿病神経障害

(2) 当該管理料は、**専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の看護師が**、(1)の患者に対し、爪甲切除(陥入爪、肥厚爪又は爪白癬等に対して麻酔を要しないで行うもの)、角質除去、足浴等を必要に応じて実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定する。

(3) 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の看護師が、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

(4) 当該管理を実施する医師又は看護師は、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載すること。

(5) 同一月又は同一日においても第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

(6) (2)及び(3)の**常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する医師に限る。)**を2名以上組み合わせることにより、**常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯に当該医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が連携して当該管理料に係る指導を実施した場合に限り、常勤医師の配置基準を満たしているものとして算定できる。**

		下肢創傷処置 J000-2	下肢創傷処置管理料 B001-36	下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J038	糖尿病合併症管理料 B001-20	静脈圧迫処置 J001-10
点数		1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 147点 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点	500点(月一回)	100点(月一回)	170点(月一回)	200点(月一回) 150点(初回加算)
施設基準		なし	あり ・医師の配置	あり ・連携先に診療科の規定 ・透析全患者への実施	あり 医師・看護師の配置	あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器
算定場所	入院	○	×	○	×	○
	外来	○	○	○	○	○
	在宅	○	○	○	×	○
算定病棟	DPC	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	出来高	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
	地域包括	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	回復リハ	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	療養	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
算定期間		なし	なし	なし	なし	標準は3カ月 初回の潰瘍の大きさが100cm2 を超える場合は6カ月
算定条件		なし	下肢創傷処置を算定した月	慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行う ハイリスク患者を紹介をする		
算定職種		医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師のみ	医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師・看護師	条件を満たした 医師・看護師
医師	領域・診療科	なし	整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科	なし	経験	血管外科、心臓血管外科、皮 膚科、形成外科、循環器内科
	年数	なし	5年	なし	5年	なし
	研修	なし	必要	なし	なし	必要
	専従・専任	なし	なし	なし	専任	専任
	常勤	なし	常勤 (複数の合算 不可)	なし	常勤 (複数の合算 可能)	常勤 (複数の合算 不可)
看護師	領域・診療科	なし	不可	なし	経験	経験
	年数	なし	不可	なし	5年	3年
	研修	なし	不可	なし	16時間	必要
	専従・専任	なし	不可	なし	専任	専任
	常勤	なし	不可	なし	なし	常勤
備考		創傷が異なればNPWTと併算定 可	糖尿病合併症管理料との併算定 不可	糖尿病合併症管理料との併算定 可		材料(弾性包帯等)は療養費で支給
		創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可				
		創傷処置と併算定 不可				
参考		熱傷処置/重度褥瘡処置は2ヶ月が限度				

J001－10 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの) 200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行われる場合に限り算定する。

2 初回の処置を行った場合は、静脈圧迫処置初回加算として、初回に限り150点を所定点数に加算する。

第56の2の3 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

1 静脈圧迫処置の施設基準

- (1) 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、形成外科又は循環器内科を専ら担当する**専任の常勤医師1名以上及び専任の常勤看護師1名以上**が勤務していること。
- (2) 静脈疾患に係る**3年以上の経験**を有しており、**所定の研修を修了した専任の常勤医師**が1名以上配置していること。
- (3) **静脈疾患の診断に必要な検査機器を備えている又は当該検査機器を備えている他の医療機関と連携していること。**

2 届出に関する事項

静脈圧迫処置の施設基準に係る届出は、別添2の様式48の5を用いること。

様式 48 の 5

静脈圧迫処置の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の氏名等

	常勤医師又は看護師の氏名	診療科名	静脈疾患に係る診療の経験年数	勤務時間	所定の研修修了年月日
専任の常勤医師			年	時間	
			年	時間	
			年	時間	
専任の常勤看護師		/	/	時間	
		/	/	時間	
		/	/	時間	

2. 検査機器の状況等

血管超音波検査

その他（機器の名称及び目的を記載：_____）

他の医療機関と連携（連携医療機関の名称：_____）

【記載上の注意】

- 「1」の常勤従事者については、該当するすべての医師及び看護師について記載すること。常勤医師及び常勤看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「1」の所定の研修の修了については、看護師が修了している場合も修了年月日を記入すること。なお、医師及び看護師の研修の内容及び修了が確認できる文書（修了証、プログラム等。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。
- 「2」の検査機器の状況等については、当該保険医療機関に備えている検査機器について、該当するものに「✓」を記入すること。また、他の医療機関と連携する場合は、当該医療機関の名称を記載すると共に、連携を行っていることが確認できる文書を添付すること。

J001－10 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの)

(1) 静脈圧迫処置は、慢性静脈不全による難治性潰瘍の患者であって、次のいずれにも該当する場合に、月に1回に限り、3月を限度として算定する。ただし、初回の潰瘍の大きさが100cm²を超える場合は6月を限度として算定する。

ア 2週間以上持続し、他の治療法によっては治癒又は改善しない下肢の難治性潰瘍を有する患者である場合。

イ 次のいずれかの方法により、慢性静脈不全と診断された患者であって、それ以外の原因が否定されている場合。

- ① 下肢静脈超音波検査により、表在静脈において0.5秒、深部静脈において1秒を超える逆流所見が認められる場合又は深部静脈において有意な閉塞所見が認められる場合
- ② 動脈性静脈性混合性潰瘍が疑われる場合であって、足関節上腕血圧比(ABI)検査0.5以上の場合

(2) 静脈圧迫処置は、専任の医師が直接行うもの又は専任の医師の指導の下、専任の看護師が行うものについて算定する。なお、当該医師又は看護師は、関連学会が主催する所定の研修会を受講していること。

(3) 静脈圧迫処置は、弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動及び患肢のスキンケアによるセルフケア指導を適切に組み合わせて、処置及び指導を行った場合に算定する。

(4) 関連学会が定める指針等を遵守すること。

(5) 診療報酬の請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、難治性潰瘍の所見(潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。)、これまでの治療経過、慢性静脈不全と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。

2020改定

事 務 連 絡
令和2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）

【静脈圧迫処置】

問146 区分番号「J001-10」静脈圧迫処置の施設基準における常勤医師の所定の研修とは具体的にどのようなものか。

（答）現時点では、日本静脈学会による「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター講習会」及び「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター講習会・静脈圧迫処置追加講習会」が該当する。

保発0327第5号
令和2年3月27日

都道府県知事 } 殿
地方厚生(支)局長 }

厚生労働省保険局長
(公印省略)

慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための
弾性着衣等に係る療養費の支給について

標記については、今般、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(令和2年厚生労働省告示第57号)が告示され、同告示の「J001-10 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの)」が令和2年4月1日より適用されることとなったところであり、これに伴い、慢性静脈不全による難治性潰瘍治療(圧迫療法のための弾性ストッキング及び弾性包帯(以下「弾性着衣等」と言う。に係る療養費の取扱いを下記のとおりとするので、関係者に対し周知を図るとともに、その実施に遺憾のないよう御配慮いただきたい。

記

1目的

慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療を目的とした弾性着衣等の購入費用について、療養費として支給する。

2支給対象

上記の慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療のために、医師の指示に基づき購入される患者の弾性着衣等について、当該治療において1回に限り療養費の支給対象とする。

3適用年月日

本通知による取扱いは、令和2年4月1日から適用する。

保医発0327第8号
令和2年3月27日

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

} 殿

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等に係る
療養費の支給における留意事項について

慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のために使用される弾性ストッキング及び弾性包帯（以下「弾性着衣等」と言う。）に係る療養費の支給については、「慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給について」（令和2年3月27日付け保発0327第5号）により通知されたところであるが、支給に当たったの留意事項は下記のとおりであるので、周知を図られたい。

1 支給対象

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(令和2年厚生労働省告示第57号)の「J001-10 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの)」が行われた患者であって、医師の指示に基づき販売店等で購入される当該患者の弾性着衣等について、療養費の支給対象とする(当該処置に際し、保険医療機関で弾性着衣等を給付した場合、処置に要する材料等は所定点数に含まれるため療養費の対象とはしない。)

2 弾性着衣等の支給

(1) 支給回数

弾性着衣等は、1回に限り療養費の支給対象とする。ただし、患者の疾患が治癒した後、再発した場合は、再度支給して差し支えない。

なお、1度に購入する弾性着衣等は、洗い替えを考慮し、装着部位毎に2着(弾性包帯の場合は2巻)を限度とする(パンティストッキングタイプの弾性ストッキングについては、両下肢で1着となることから、両下肢に必要な場合であっても2着を限度とする。)

(2) 製品の着圧

弾性ストッキングについては、30 mm Hg 以上の着圧のものを支給の対象とする。ただし、強い着圧では明らかに装着に支障をきたす場合など、医師の判断により特別の指示がある場合は15mmHg 以上の着圧であっても支給して差し支えない。

(3) 支給申請費用

療養費として支給する額は、弾性ストッキングについては1着あたり28,000円(片足用の場合は25,000円)を上限とし、また、弾性包帯(筒状包帯、パットイング包帯、粘着テープ等を含む。)については1巻あたり14,000円を上限とし、弾性着衣等の購入に要した費用の範囲内とすること。

(4) その他

弾性包帯については、医師の判断により弾性ストッキングを使用できないと指示がある場合に限り、療養費として支給する。

3 療養費の支給申請書には、次の書類を添付させ、治療用として必要がある旨を確認した上で、適正な療養費の支給に努められたいこと。

(1) 療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示書(装着部位等が明記されていること。別紙様式を参照のこと。)

(2) 弾性着衣等を購入した際の領収書又は費用の額を証する書類(3) 弾性ストッキングを購入した場合、品名、購入数、着圧が確認できるもの。弾性包帯を購入した場合、品名、購入数、タイプ(弾性包帯、筒状包帯、パットイング包帯、粘着テープ等)が確認できるもの(それらの内容が記載された領収書又は費用の額を証する書類でも差し支えない。)

慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための
弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日
診 断 名			
処置年月日	令和	年	月 日
装着指示日	令和	年	月 日
患 肢	右下肢 ・ 左下肢		
弾性着衣等の種類	ストッキング (着) ・ 包帯 (タイプ [*] ・ 巻)		
着圧指示	mmHg		
特記事項			

※記載上の注意

- 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
- 2 「処置年月日」欄について、「J001-10静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）」を行った年月日（初回）を記載すること。
- 3 「弾性着衣等の種類」欄の包帯のタイプは、弾性包帯、筒状包帯、パッティング包帯、粘着テープ等を記載すること。
- 4 「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。
- 5 弾性着衣等は、当治療において1回に限り療養費の対象となること。

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名



		下肢創傷処置 J000-2	下肢創傷処置管理料 B001-36	下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J038	糖尿病合併症管理料 B001-20	静脈圧迫処置 J001-10
点数		1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 147点 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点	500点(月一回)	100点(月一回)	170点(月一回)	200点(月一回) 150点(初回加算)
施設基準		なし	あり ・医師の配置	あり ・連携先に診療科の規定 ・透析全患者への実施	あり 医師・看護師の配置	あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器
算定場所	入院	○	×	○	×	○
	外来	○	○	○	○	○
	在宅	○	○	○	×	○
算定病棟	DPC	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	出来高	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
	地域包括	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	回復リハ	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	療養	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
算定期間		なし	なし	なし	なし	標準は3カ月 初回の潰瘍の大きさが100cm2 を超える場合は6カ月
算定条件		なし	下肢創傷処置を算定した月	慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行う ハイリスク患者を紹介をする		
算定職種		医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師のみ	医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師・看護師	条件を満たした 医師・看護師
医師	領域・診療科	なし	整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科	なし	経験	血管外科、心臓血管外科、皮 膚科、形成外科、循環器内科
	年数	なし	5年	なし	5年	なし
	研修	なし	必要	なし	なし	必要
	専従・専任	なし	なし	なし	専任	専任
	常勤	なし	常勤 (複数の合算 不可)	なし	常勤 (複数の合算 可能)	常勤 (複数の合算 不可)
看護師	領域・診療科	なし	不可	なし	経験	経験
	年数	なし	不可	なし	5年	3年
	研修	なし	不可	なし	16時間	必要
	専従・専任	なし	不可	なし	専任	専任
	常勤	なし	不可	なし	なし	常勤
備考		創傷が異なればNPWTと併算定 可	糖尿病合併症管理料との併算定 不可	糖尿病合併症管理料との併算定 可		材料(弾性包帯等)は療養費で支給
		創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可				
		創傷処置と併算定 不可				
参考		熱傷処置／重度褥瘡処置は2ヶ月が限度				

材料等の負担の原則

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、又は処方せんにより投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。

2 特に規定する場合を除き、患者に対して特定保険医療材料又は薬剤を支給したときは、これに要する費用として、特定保険医療材料については「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」の定めるところにより、薬剤については「使用薬剤の薬価(薬価基準)」の定めるところにより算定する。なお、この場合、薬剤費の算定の単位は1回に使用した総量の価格であり、患者に対して施用した場合に限り、特に規定する場合を除き算定できるものであるが、投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方せん料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。

3 浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置(簡単な物理療法を含む。)の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

なお、処置に対する費用が別に算定できない場合(処置後の薬剤病巣撒布を含む。)であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

保医発第0901002号

平成17年9月1日

一部改正

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

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

} 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官



療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

保険医療機関等において保険診療を行うに当たり、治療（看護）とは直接関連のな

い「療養の給付と直接関係ないサービス等」の取扱いについて、患者側からその費用を徴収する事については、

療養担当規則・・・実費徴収ができるもの

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

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

(1) 日常生活上のサービスに係る費用

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

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

(2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

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



(3) 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

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

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

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

(5) その他

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

療養担当規則・・・実費徴収ができないもの

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

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

(1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア 入院環境等に係るもの

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

イ 材料に係るもの

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

ウ サービスに係るもの

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

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

(費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。)

(3) 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器(治験に係るものを除く。)

イ 適応外使用の医薬品(選定療養を除く。)

ウ 保険適用となっていない治療方法(高度先進医療及び先進医療を除く。)等

運動器リハビリテーション料の見直し

運動器リハビリテーション料の算定要件の見直し

- 運動器リハビリテーション料について、対象となる疾患に「糖尿病足病変」が含まれることを明確化する。

現行

【運動器リハビリテーション料】

[算定要件]

- (2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨・筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。



改定後

【運動器リハビリテーション料】

[算定要件]

- (2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨・筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症、**糖尿病足病変**等のものをいう。

H002 運動器リハビリテーション料

1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)	185点
2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)	170点
3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)	85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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))に限る。)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 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、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))に限る。)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

- イ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 111点
- ロ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 102点
- ハ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位) 51点

6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(要介護被保険者等に限る。)に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、50日を経過した後、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

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おいて、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であつて、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H002 運動器リハビリテーション料

(1) 運動器リハビリテーション料は、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(支)局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。

(2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷)、脊椎損傷による四肢麻痺(1肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症、**糖尿病足病変等**のものをいう。

(3) 運動器リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

(4) 運動器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

(5) 運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が1対1で行うものとする。なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合において、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

(6) 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。)において、理学療法士及び作業療法士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

(7) 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

(8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

H002 運動器リハビリテーション料

(9) 運動器リハビリテーション料(I)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

(10)「注1」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から150日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から150日以内とする。

(11) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」及び「注5」に規定するとおり、1月13単位に限り運動器リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、入院中の患者であつて、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であるものについては、「注5」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であつて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であつて、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(12)「注2」に規定する加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者(大腿骨頸部骨折の患者であつて、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))に限る。))に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟(ベッドサイドを含む。)で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注2」に規定する加算は算定できない。

(13)「注3」に規定する加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注2」に規定する加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者(大腿骨頸部骨折の患者であつて、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注3」に規定する加算は算定できない。

(14) 入院中の患者以外の患者(大腿骨頸部骨折の患者であつて他の保険医療機関を退院したもの)が「注2」又は「注3」に規定する加算を算定する場合にあつては、区分番号「A246」の「注4」地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(15)「注4」及び「注5」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

(16)「注6」における「所定点数」とは、「注1」から「注5」までを適用して算出した点数である。

(17)「注7」に規定するリハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(12)と同様である。

H002 運動器リハビリテーション料

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Google カスタム検索

令和4年度診療報酬改定について

施設基準は、非常に多いので
ご自身でDLしてご確認ください。

厚生労働省 保険局 医療課長
(公 印 者 局)

厚生労働省 保険局 歯科医療管理官
(公 印 者 局)

令和4年度診療報酬改定について

標記については、本日、「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56号)の告示に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」(令和4年厚生労働省告示第56号)の告示に伴い、「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」(令和4年3月4日保医発0304第3号)の告示に伴い、

(4)	1	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	令和4年 厚生労働省告示第56号	PDF[1,139KB]
	2	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 (通知)	令和4年3月4日 保医発0304第3号	PDF[16,761KB]

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907862.pdf>

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

参考資料

<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。今回のセミナーの解説は、必ずしも算定の絶対的な解釈や運用ではありません。その点をお含みいただき・・・

都道府県厚生局、審査支払機関、健康保険組合等に相談しながらご判断下さい。

<参考>

●審査支払機関：47都道府県に2機関ずつあります。

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

●審査枚数

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

●健康保険組合数

- ・全国に約3400の保険組合があり、そこでも審査をします。

診療報酬の概要

(1) 診療報酬とは

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

(2) 診療報酬の機能（点数表と関連する運用ルールなどの機能を含む）

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

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

(3) 診療報酬の主な役割・影響

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

診療報酬の算定要件と施設基準

点数と算定要件

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

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

施設基準

- 医療機関がとるべき体制やサービスの質など

施設設備/院内体制/人員体制/
対象患者 等

別表

(対象が多い場合等のリスト)
対象患者/病態/手術/処置/検査等

- 医療機関の体制やサービスの質などについての詳細

別紙

・診療等に要する書面
・患者状態の評価基準 等

届出書
様式

厚生労働大臣
告示

基礎的ルール



保険局医療課
長通知

大臣告示の詳しい
解釈を示すもの

※上記の区分けとは異なる点数もある。

診療報酬明細書(レセプト)の主な情報

診療報酬明細書 (医科入院科)

平成 29 年 4 月分

診療月分

保険者番号、記号・番号、公費負担者番号 等

患者の氏名、性別、生年月日 等

保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名

診療実日数

傷病名、診療開始日、転帰(治ゆ、死亡、中止)

診療行為名、点数、回数

・初、再診料、入院料等(入院レセプト)、
医学管理等、在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射、
リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻
酔、放射線治療、病理診断

算定要件に合致しているか否かを確認するため、記載
要領等で記載すると定められている事項
・「算定した理由」、「症状詳記」、「前回算定日」等
等

請求点数

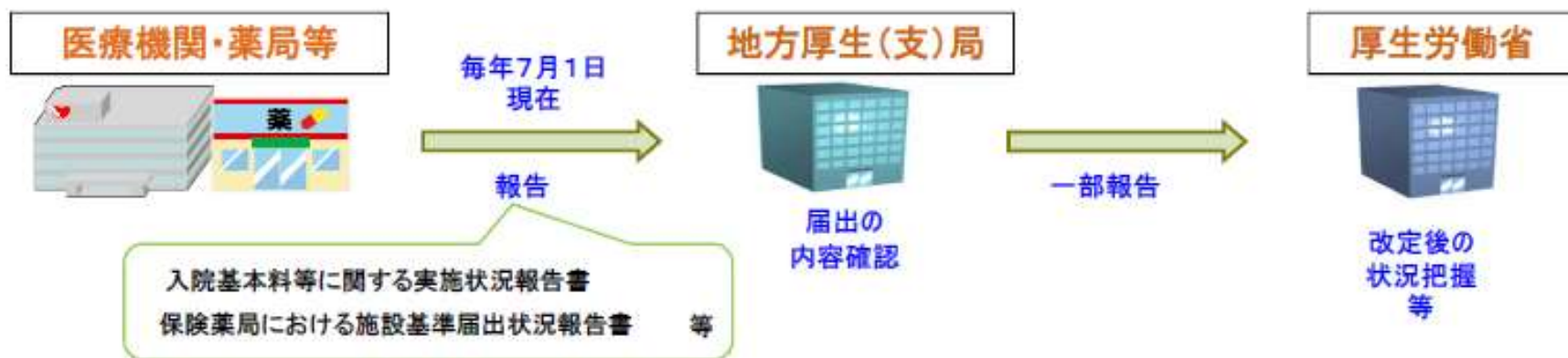
施設基準等の届出

- 保険医療機関等が算定にあたり、基本診療料あるいは特掲診療料の施設基準等に係る届出を所定の様式を用いて行う。
- 届出後、届出の内容と異なった事情が生じた場合は、保険医療機関等は遅滞なく変更の届出等を行う。

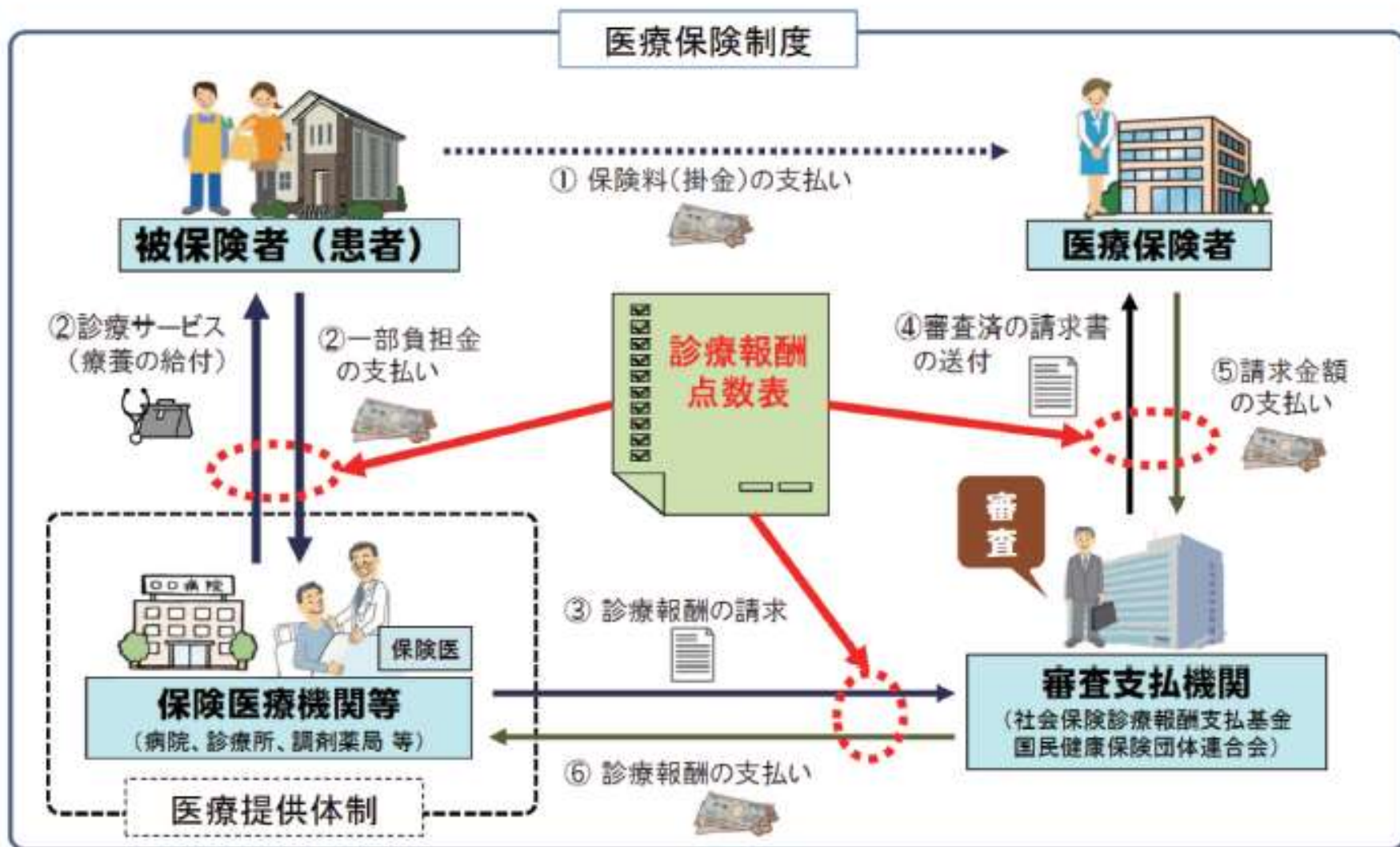


施設基準等に関する定例報告

保険医療機関等における施設基準等の届出の実態を把握するため、毎年7月1日時点の状況等を地方厚生(支)局へ保険医療機関等より報告を求めているもの。



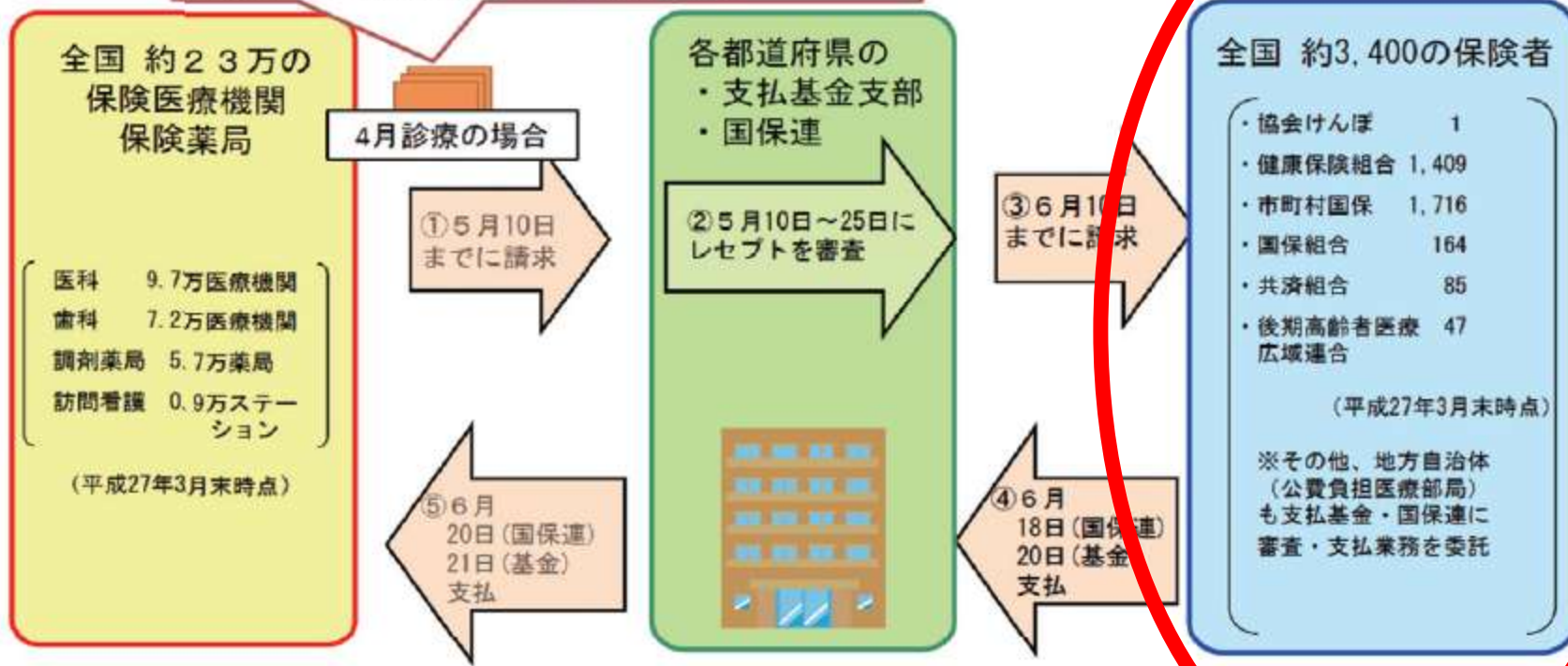
診療報酬請求の流れ



診療報酬の請求から支払までの流れ

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

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



Press Release

令和4年1月13日
【国会先】
保険局医療課医療指導監査室
室長補佐 遠藤 雅人 (内線 3286)
室長補佐 関 雅利 (内線 3887)
(代表電話) 03 (5253) 1111
(直通電話) 03 (3595) 2578

報道関係者 各位

令和2年度における保険医療機関等の
指導・監査等の実施状況について(概況)

1 指導・監査等の実施件数

個別指導 1,797件 (対前年度比 2,918件減)
新規個別指導 2,915件 (対前年度比 2,796件減)
適時調査 5件 (対前年度比 3,539件減)
監査 46件 (対前年度比 9件減)

特設等

・令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、個別指導及び適時調査の実施の見合わせ等を行っていたため、実施件数が前年度比

年度	返 還 金 額			(単位:万円)	
	指導によるもの	適時調査によるもの	監査によるもの	合計	対前年度比増▲減
28	408,898	435,931	44,705	889,535	▲354,202
29	312,641	367,539	39,709	719,888	▲169,647
30	327,869	493,272	52,699	873,840	153,952
1	342,498	504,652	240,205	1,087,355	213,515
2	286,594	260,872	48,459	595,925	▲491,430

Ⅲ 適時調査関係

1 施設基準

一定の人員要件や設備要件を充足している場合に、地方厚生(支)局長へ所定の届出を行うことにより、診療報酬の算定において通常よりも高い点数が算定可能となるもの。具体的には、看護師の配置を手厚くすることにより算定が認められる入院基本料等、約500種類の施設基準がある。

2 適時調査

施設基準を届け出ている保険医療機関等について、地方厚生(支)局が当該保険医療機関等に直接赴いて、届け出られている施設基準の充足状況を確認するために行う調査。

<指導, 適時調査, レセプト> 適時調査の実施要項の詳細が公開された!

地方厚生局や厚生労働省によって実施される各指導や適時調査は、皆さんが一番気になるイベントだと思います。適時調査は、本来は毎年実施することが原則ですが、人員の関係で3年に1回くらいが多いのです。どの医療機関でも経験をしていると思います。

指導と適時調査を合算した返金総額も全国で100億円を越えていたため、当局から連絡が来ると医療機関全体でピリピリ感が一気に増します。

一方、適時調査での指摘項目や指摘コメントについて、各県で大きなばらつきがあり、以前より問題になっていました。そのため2016年度の適時調査

から、全国で一律のマニュアルでの運用となり、調査項目と準備資料も事前に医療機関に統一して通告して準備させることで、そのバラつきや不適切な指摘を回避するように改善されました。その実施要項(マニュアル)が2018年4月に厚生労働省のサイトに公開され、適時調査の透明性が一気に上がりました。

レセプトについては、これまでどおり、主として社会保険を審査する「社会保険診療報酬支払基金」と、主として国民健康保険を審査する「国民健康保険団体連合会」の各県ごとの審査で変更ありません。ここ数年で進んでいるコンピューター審査も充実しており、医療機関側もしっかりとルールに則つ

た請求をすることが、より求められます(図8)。また、「社会保険診療報酬支払基金」や「国民健康保険団体連合会」のような審査機関ではなく、健康保険組合自体が審査をするいわゆる「2次審査」も、健康保険組合の財政上の問題からか、審査が厳しくなっている傾向にあります。

ますます複雑化する診療報酬です。医事課だけでなく、医師、看護師、コメディカルなどすべての職員の理解が必要です。



WOCナーシング 2019年1月号(医学出版)

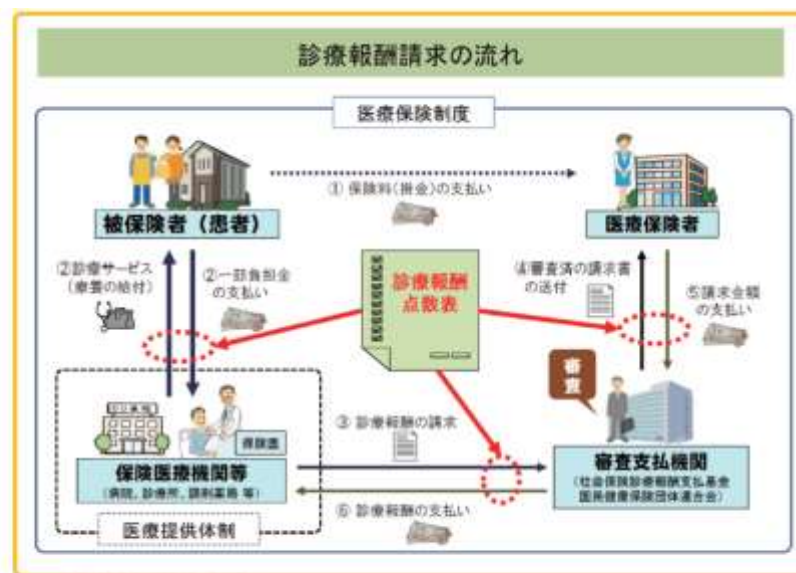


図8 診療報酬請求の流れ
出典：中央社会保険医療協議会 総会(第356回)議事次第「横断的事項(その2)について」(2017年7月12日)(厚生労働省)(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000170684.html>)

Q18

レセプトの査定額は
いくらくらいですか？



A 社会保険診療報酬支払基金の最近の実績では、年間約 400 億円程度です。

表2 返還金額の年度推移

年度	返還金額（単位：万円）				
	指導によるもの	適時調査によるもの	監査によるもの	合計	対前年度比増▲減
25	341,903	617,508	501,756	1,461,167	—
26	413,453	651,527	267,397	1,332,377	▲128,790
27	451,089	763,351	29,297	1,243,737	▲88,640
28	408,898	435,931	44,705	889,535	▲354,202
29	312,641	367,539	39,709	719,888	▲169,647

出典：平成29年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況（厚生労働省）
(https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000188884_00004.html)

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

WOCナーシング 2019年1月号(医学出版)

Q16

レセプトの査定と、
適時調査や指導での返金
とはどこが違うのですか？



A レセプトは、あくまで患者ごとの審査になります。適時調査や指導が医療機関としての運用全般を対象としているのとは、根本的に違います。いわゆるレセプトが切られたといわれる「返戻」や「査定」もあくまで患者ごとになります。



DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概

2022改定

ホスピタルフィー的報酬部分

- 【包括評価部分】
 診断群分類毎に設定
- 入院基本料
 - 検査
 - 画像診断
 - 投薬
 - 注射
 - 1000点未満の処置等

ドクターフィー的報酬部分等

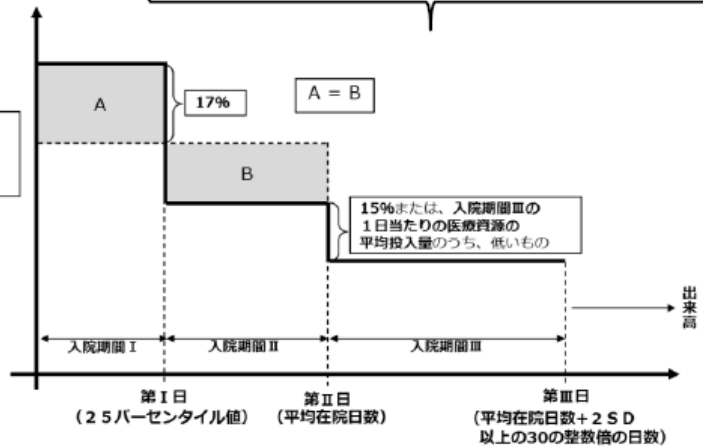
- 【出来高評価部分】
- 医学管理
 - 手術
 - 麻酔
 - 放射線治療
 - 1000点以上の処置等

+

【包括評価部分】

D P C 毎の 1日あたり点数 × 在院日数 × 医療機関別係数

1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量



基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数 (該当医療機関のみ設定)

DPC/PDPSの基本事項（DPC/PDPSの包括筆

2022改定

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 (機能評価係数Ⅰとして評価)	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く）
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法（主要血管）
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外（1000点未満処置）	1000点以上処置 慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及 び腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬剤料		右記以外	H I V治療薬 血液凝固因子製剤（血友病等に対する）

18

DPC/PDPSの算定対象とならない患者

2022改定

➤ 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

該当の新規手術等

- D413 前立腺針生検法 1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの
- K019-2 自家脂肪注入
- K054-2 脛骨近位骨切り術
- K080-7 上腕二頭筋腱固定術
- K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術
- K145-2 皮下髄液貯溜槽留置術
- K169-2 内視鏡下脳腫瘍生検術
- K169-3 内視鏡下脳腫瘍摘出術
- K174 水頭症手術 3 シヤント再建術
- K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術
- K217 眼瞼内反症手術 3 眼瞼下制筋前転法
- K225-4 角結膜悪性腫瘍切除術
- K242 斜視手術 6 調節糸法
- K259-2 自家培養上皮移植術
- K268 緑内障手術(2流出路再建術 イ眼内法及び 7濾過泡再建術 (needle法)に限る。)
- K305-2 植込型骨導補聴器(直接振動型)植込術
- K308-3 耳管用補綴材挿入術
- K319-2 経外耳道の内視鏡下鼓室形成術
- K343-2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(頭蓋底郭清、再建を伴うもの)
- K388-3 内喉頭筋内注入術(ボツリヌス毒素によるもの)
- K470-2 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
- K494-2 胸腔鏡下胸腔内(胸膜内)血腫除去術
- K514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 4 気管支形成を伴う肺切除
- K529-4 再建胃管悪性腫瘍手術
- K533-3 内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術
- K555-2 経力テール弁置換術 3 経皮的肺動脈弁置換術
- K594 不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 胸腔鏡下によるもの
- K616-7 スtentグラフト挿入術(シヤント)
- K616-8 吸着式潰瘍治療法(1日につき)
- K617 下肢静脈瘤手術 4 静脈瘤切除術

- K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 4 側方
- K653-6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術
- K675-2 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)
- K697-4 移植用部分肝採取術(生体) 1 腹腔鏡によるもの
- K721-5 内視鏡的小腸ポリープ切除術
- K732-2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術(直腸切除術後のものに限る。(悪性腫瘍に対するものを除く。))
- K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術(3超低位前方切除術及び4経肛門吻合を伴う切除術に限る。)
- K746-3 痔瘻手術(注入療法)
- K755-3 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)
- K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 2 その他のもの
- K773-6 腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
- K800-4 ハンナ型間質性膀胱炎手術(経尿道)
- K823-7 膀胱頸部形成術(膀胱頸部吊上術以外)
- K828-3 埋没陰茎手術
- K838-2 精巣内精子採取術
- K841-6 経尿道的前立腺吊上術
- K860-3 腹腔鏡下腔断端挙上術
- K882-2 腹腔鏡下子宮癒痕部修復術
- K884-2 人工授精
- K884-3 胚移植術
- K890-4 採卵術
- K916 体外式膜型人工肺管理料(1日につき)
- K917 体外受精・顕微授精管理料
- K917-2 受精卵・胚培養管理料
- K917-3 胚凍結保存管理料
- K922-3 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与(一連につき)
- K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算
- M001-3 ホウ素中性子捕捉療法(一連につき)

●出来高算定可能な処置

項目	点数	項目	点数
無傷処置 (8,000cm ² 以上) (初回処置から2月限度)	1,500点	持続経路式血液濾過 (1日につき)	1,990点
局所腫瘍放射線処置 (入院) (1日につき)		血管交換療法 (1日につき)	4,200点
1. 100cm ² 未満	1,040点	局所灌流 (1日につき)	
2. 100cm ² 以上200cm ² 未満	1,060点	1. 悪性腫瘍	4,300点
3. 200cm ² 以上	1,100点	2. 骨髄・骨髄炎	1,700点
局所腫瘍放射線処置 (腫瘍切除) (1日につき)	1,100点	吸引式血液浄化法 (1日につき)	2,000点
多血小板血漿処置	4,190点	血球成分除去療法 (1日につき)	2,000点
経皮的肝腫瘍等手術	1,450点	腹膜灌流 (1日につき)	
エタノールの局所注入	1,200点	1. 遠程移行式腹膜灌流	330点
リンパ管腫瘍局所注入	1,020点	2. その他の腹膜灌流	1,100点
高気圧酸素治療 (1日につき)		* 「1」 で使用した腹膜灌流液、医療材料の費用も出来高算定可能	
1. 減圧症又は空気塞栓	5,000点	人工呼吸療法 (1日につき、3日限度)	3,500点
2. その他	3,000点	経糸陰的放射線治療用材料局所注入	1,400点
内視鏡的結腸結核転除術 (一週につき)	5,360点	一酸化窒素吸入療法 (1日につき)	
人工腎臓 (1日につき)		1. 新生児の低酸素性呼吸不全	1,680点
イ. 4時間未満	1,924点	2. その他	1,680点
(HIF-PH阻害剤を院外処方していない患者)		カウンタershock (1日につき)	
ロ. 4時間以上5時間未満	2,084点	1. 非医療従事者向け自動除脈器	2,500点
(HIF-PH阻害剤を院外処方していない患者)		2. その他	3,500点
ハ. 5時間以上	2,219点	心臓内除脈動	3,500点
(HIF-PH阻害剤を院外処方していない患者)		食道圧迫止血チューブ挿入法	3,240点
ニ. 4時間未満 (イを除く)	1,798点	熱浸浴療法 (1日につき、受傷後60日限度)	1,740点
ホ. 4時間以上5時間未満 (ロを除く)	1,958点	皮膚レーザー照射療法 (一週につき)	
ヘ. 5時間以上 (ハを除く)	2,093点	1. 色素レーザー照射療法	2,170点
2. 慢性維持透析2		2. Qスイッチ付レーザー照射療法	
イ. 4時間未満	1,884点	イ. 4cm ² 未満	2,000点
(HIF-PH阻害剤を院外処方していない患者)		ロ. 4cm ² 以上16cm ² 未満	2,370点
ロ. 4時間以上5時間未満	2,044点	ハ. 16cm ² 以上64cm ² 未満	2,900点
(HIF-PH阻害剤を院外処方していない患者)		ニ. 64cm ² 以上	3,950点
ハ. 5時間以上	2,174点	泌尿器科	
(HIF-PH阻害剤を院外処方していない患者)		腎盂内注入 (尿管カテーテル法含む)	1,290点
ニ. 4時間未満 (イを除く)	1,758点	整形外科	
ホ. 4時間以上5時間未満 (ロを除く)	1,918点	酔薬注射療法	2,490点
ヘ. 5時間以上 (ハを除く)	2,048点	四肢ギプス包帯 [※]	
3. 慢性維持透析3		・ 内反足矯正ギプス包帯 (片側)	1,140点
イ. 4時間未満	1,844点	・ 上肢、下肢 (片側)	1,200点
(HIF-PH阻害剤を院外処方していない患者)		・ 体幹から四肢にわたるギプス包帯 (片側)	1,840点
ロ. 4時間以上5時間未満	1,999点	体幹ギプス包帯 [※]	1,500点
(HIF-PH阻害剤を院外処方していない患者)		鎖骨ギプス包帯 (片側) [※]	1,250点
ハ. 5時間以上	2,129点	ギプスベッド [※]	1,400点
(HIF-PH阻害剤を院外処方していない患者)		斜頸矯正ギプス包帯 [※]	1,670点
ニ. 4時間未満 (イを除く)	1,718点	先天性股関節脱臼ギプス包帯 [※]	2,400点
ホ. 4時間以上5時間未満 (ロを除く)	1,873点	褥瘡創傷矯正ギプス包帯 [※]	3,440点
ヘ. 5時間以上 (ハを除く)	2,003点	鏡技探型法 [※]	
4. その他	1,580点	・ 肩関節、肩関節離断 (1肢につき)	1,050点
		・ 肘関節、肘関節離断 (1肢につき)	1,050点
		・ 腕関節、腕関節離断 (1肢につき)	1,050点
		・ 手関節、手関節離断 (1肢につき)	1,050点

2020改定

2022改定も
ほぼ同じ

A101 療養病棟入院基本料

(4) 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「J201」酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については療養病棟入院基本料に含まれる。

なお、療養病棟入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、療養病棟入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。ただし、「注1」のただし書の規定により、入院料Iを算定する場合については、この限りではない。

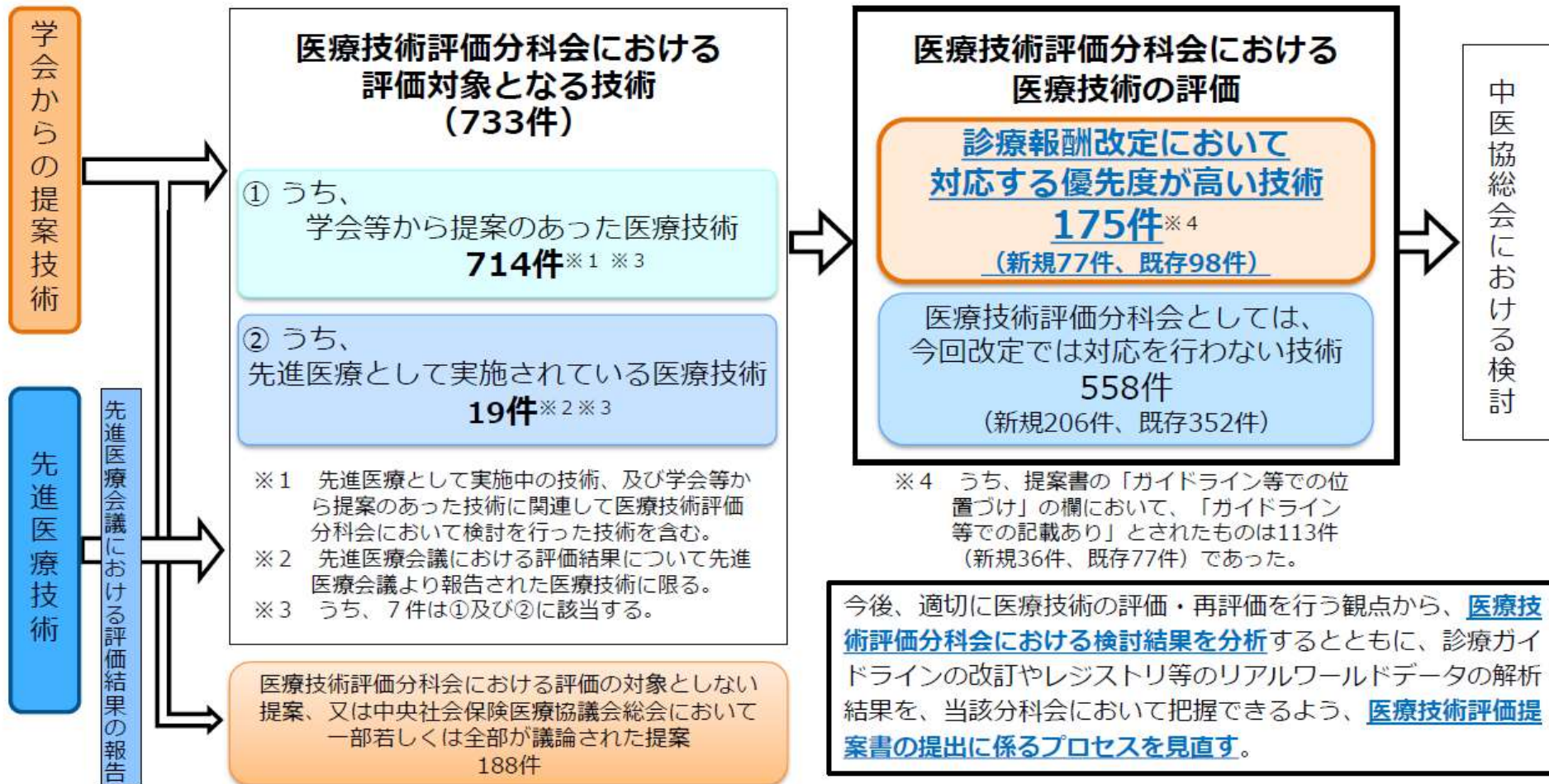
医療技術の評価（案）

令和4年1月18日

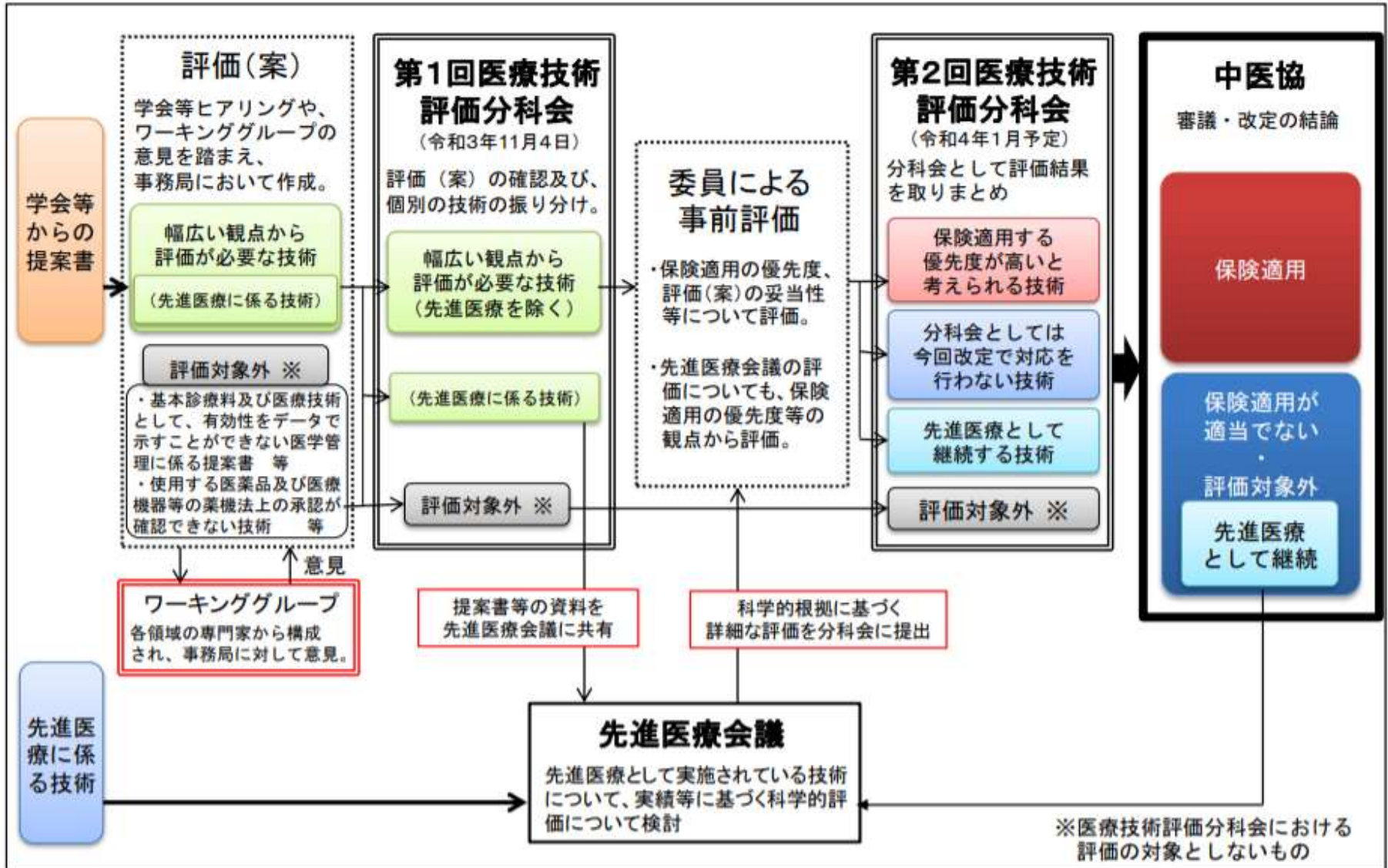
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899_00007.html

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

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



医療技術評価分科会における評価の進め方（令和4年度診療報酬改定）



医療技術の評価（案） <概要>

項目	件数
1. 医療技術評価分科会における評価対象となる技術	733 件 新規技術 284 件 既存技術 449 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術 ^{※1}	714 件
② うち、先進医療として実施されている技術 ^{※2}	19 件
③ うち、①及び②に該当する技術	7 件
(1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術	175 件 新規技術 77 件 既存技術 98 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術 ^{※1}	170 件
② うち、先進医療として実施されている技術 ^{※2}	5 件
③ うち、①及び②に該当する技術	5 件
(2) 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術	558 件 新規技術 206 件 既存技術 352 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術 ^{※1}	544 件
② うち、先進医療として実施されている技術 ^{※2}	14 件
③ うち、①及び②に該当する技術	2 件
2. 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案 ^{※3} 又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論 ^{※4} された提案	188 件

※1 先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われた技術のうち学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの及び学会等から提案のあった技術に関連して医療技術評価分科会において検討を行った技術を含む。

※2 先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われ、評価結果について先進医療会議より医療技術評価分科会に報告された医療技術に限る。

※3 学会から医療技術評価分科会への提案のうち、「基本診療料」若しくは医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができない制度や指導管理等に係るもの又は使用する医薬品及び医療機器等について医薬品医療機器等法上の承認が確認できないもの。

※4 中医協総会において議論されたテーマに係る提案は 17 あった。なお、評価対象とされている提案のうち 1 提案についても、中医協総会において議論された。

(3) 科学的根拠に基づく医療技術の評価について

- ① 今般、評価対象となる技術であって、診療報酬改定において対応する優先度の高いものとされたうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等で記載あり」とされたものは、113件（未収載技術36件、既収載77件）であった。（技－2－3）

今般、提案書において「ガイドライン等での位置づけ」の記載を求めたことにより、提案のあった技術の診療ガイドライン等での位置づけを明確に把握することが可能となったところ。診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、今回のように、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄での記載を求めることにより、ガイドラインでの位置づけについて、分科会として、今後、これらの技術に関して、その変化等を把握することが可能となることが見込まれる。

科学的根拠に基づく医療技術の評価について

診調組 技-2-3
4 . 1 . 1 8

中医協 総-1-3
4 . 1 . 1 9

○ 今般、評価対象となる技術であって、診療報酬改定において対応する優先度の高いものとされたうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等で記載あり」とされたものは、113件（新規技術36件、既存技術77件）であった。

項目	件数（※）		
学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術	902件		
うち、医療技術評価分科会における評価の対象となるもの	714件		
	新規	257件	
	既存	457件	
うち、診療報酬改定において対応する優先度の高いもの	170件		
	新規	72件	
	既存	98件	
うち、「ガイドライン等の位置づけ」の欄において「ガイドライン等での記載あり」とされたもの	113件		
	新規	36件	
	既存	77件	

※重複する提案の数は含まれない。

ガイドライン作成メンバーおよび構成組織

日本フットケア・足病医学会ガイドライン委員会

委員長	委員	専門分野
東 信良	旭川医科大学外科学講座血管外科学分野	医師 (血管外科)
副委員長	池田 清子	看護師
班 長	市岡 滋	医師 (形成外科)
	大浦 紀彦	医師 (形成外科)
	北野 育郎	医師 (血管外科)
	瀬戸 奈津子	看護師
	田中 康仁	医師 (整形外科)
	寺師 浩人	医師 (形成外科)
	寺部 雄太	医師 (形成外科)
	守矢 英和	医師 (腎臓内科)
班 員	愛甲 美徳	看護師
	渥美 義仁	医師 (内科、内分泌科)
	安部 貴之	臨床工学技士
	安部 正敏	医師 (皮膚科)
	飯田 修	医師 (循環器内科)
	家城 恭彦	医師 (糖尿病内科)
	石岡 邦啓	医師 (腎、透析科)
	石橋 理津子	看護師
	岩田 博英	医師 (血管外科)
	宇都宮 誠	医師 (循環器内科)
	柿花 隆昭	理学療法士
	門野 邦彦	医師 (整形外科)
	金森 晃	医師 (糖尿病内科)
	川口 麻衣	看護師
	河辺 信秀	理学療法士、糖尿病療養指導士
	菊地 信介	医師 (血管外科)
	菊池 守	医師 (形成外科)
	小島 由希葉	看護師
	佐藤 智也	医師 (形成外科)
	佐藤 元美	医師 (腎、透析科)
	杉本 郁夫	医師 (血管外科)

ガイドライン委員会

本邦における「フットケア・足病医学」に関するガイドラインの作成を担当する。

[ガイドライン作成メンバーおよび構成組織](https://jfcpm.org/docs/committee/member.pdf)

<https://jfcpm.org/docs/committee/member.pdf>

田中 里佳	順天堂大学医学部形成外科学講座	医師 (形成外科)
谷口 晃	奈良県立医科大学整形外科	医師 (整形外科)
富田 益臣	下北沢病院内科	医師 (糖尿病内科)
内藤 亜由美	東京医療保健大学立川看護学部看護学科	看護師
中西 健史	明治国際医療大学臨床医学講座外科学ユニット皮膚科	医師 (皮膚科)
中村 武寛	神戸市立医療センター西市民病院糖尿病・内分泌内科	医師 (糖尿病内科)
中村 正人	東邦大学医療センター大橋病院循環器内科	医師 (循環器内科)
畑中 あかね	神戸市看護大学看護学部	看護師
林 久恵	愛知淑徳大学健康医療科学部	理学療法士、血管診療技師、 心臓リハビリテーション指導士
平松 信	岡山済生会外来センター病院腎臓病・糖尿病総合医療センター	医師 (腎、透析科)
藤井 美樹	順天堂大学大学院医学研究科再生医学医学部形成外科講座	医師 (形成外科)
藤本 悠	関西医科大学看護学部・看護学研究科	看護師
古橋 究一	半田東クリニック	医師 (腎、透析科)
本田 謙次郎	市川駅前本田内科クリニック腎臓内科	医師 (腎臓内科)
松岡 美木	埼玉医科大学病院褥瘡対策管理室	看護師
松本 健吾	大分病院形成外科	医師 (形成外科)
松本 春信	埼玉医科大学病院血管外科	医師 (血管外科)
間宮 直子	大阪府済生会吹田病院看護部	看護師
溝上 祐子	公益社団法人日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程看護師	
宮下 裕介	長野赤十字病院循環器内科	医師 (循環器内科)
村内 千代	関西医科大学看護学部・看護学研究科	看護師
孟 真	横浜共済病院心臓血管外科	医師 (心臓血管外科)
八木 哉子	神戸市立西神戸医療センター看護部	看護師
山崎 優介	広島市立安佐市民病院看護部	看護師
山端 志保	京都府立医科大学附属病院リハビリテーション技術課	理学療法士、 心臓リハビリテーション指導士
米村 朋代	六甲アイランド甲南病院血液浄化センター	看護師
若林 秀隆	東京女子医科大学医学研究科リハビリテーション科学講座	医師 (リハビリテーション科)

アドバイザー

高水 勝	日本医療機器テクノロジー協会創備被覆材部会長	薬事・保険・医療制度等
------	------------------------	-------------

一般病床200床のラインで異なる 再診の患者さんの診療報酬

①再診料

一般病床が200 床未満の病院と診療所で算定します。

②外来診療料

一般病床が200床以上である病院で再診を行った場合に算定します。
再診料と異なり、500 cm² 未満の創傷処置や
皮膚科軟膏処置等は包括されていて算定できません。

6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、**外来診療料**に含まれるものとする。
ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ 尿検査

区分番号D000からD002-2までに掲げるもの

ロ 糞便検査

区分番号D003(カルプロテクチン(糞ふん便)を除く。)に掲げるもの

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005(ヘモグロビンA1c(HbA1c)、デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)を除く。)に掲げるもの

ニ 創傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ホ 削除

ヘ 皮膚科軟膏処置 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ト 膀胱洗浄

チ 腔洗浄

リ 眼処置

ヌ 睫毛抜去

ル 耳処置

ヲ 耳管処置

ワ 鼻処置

カ 口腔、咽頭処置

ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置

タ ネブライザ

レ 超音波ネブライザ

ソ 介達牽引

ツ 消炎鎮痛等処置

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。

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

(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。

お薦め

- GemMed (グローバルヘルスコンサルティング)

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

- テルネット (テルモ)

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

- アルメディアWEB (アルケア)

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

- メンリッケアドバンテージ (メンリッケ)

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

- スミス・アンド・ネフュー 在宅医療関連情報 (S&N)

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

- スリーエムジャパン 医療用製品事業部 (3M)

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

(↓高水の連載)

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