

第6回皮膚褥瘡外用薬学会

ランチョンセミナー

2024年6月30日

2024年トリプル改定

—褥瘡・創傷に係る項目を医療行政の大変革と併せて読み解く—

アルケア株式会社

ウンド & ナーシングケア事業本部

高水 勝

高水 勝

利益相反はありません

ーアルケア（株）の社員ですが本講演に係る利益相反はありませんー

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

1989年 スリーエム ヘルスケア株式会社／スリーエム ジャパン株式会社

2023年11月 **アルケア株式会社 ウンド＆ナーシングケア事業本部（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（NP、ICN、WOC、認知症ケア分野）
- ・日本医療マネジメント学会 会員 他

<職務>

- ・担当：**医療環境／医療行政分析、マーケットアクセス（薬事・保険戦略）**

<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）

2



本日の講演は、
2024年6月25日現在での内容になります。

今後も疑義解釈をはじめ
診療報酬、介護報酬等の告示・通知が発出され、
多くの医療・介護等の政策が確定していきます。

よろしくお願い申し上げます。



2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せて、複雑な各種の制度を上手に活用いただけるよう解説いたします。

本抄録は、4月30日時点であり、厚労省の通知等で変更される場合もあります。

●第8次医療計画

- ・5疾病6事業＋在宅

●働き方改革

- ・タスクシフトのパターンの整理、特定看護師、NP等の活動の正しい理解。

●診療報酬

- ・「身体的拘束の最小化」が義務化：不備の場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキントケアにも関連するので注視が必要。
- ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月に10時間」まで認められる。
- ・訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

●介護報酬

- ・「褥瘡予防対策担当者」の配置。
- ・診療報酬同様の「専門管理加算」が新設。
- ・「褥瘡マネジメント加算」の対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。
- ・「身体拘束廃止未実施減算」の対象施設の拡大。
- ・訪問看護でも「身体的拘束」の禁止が原則。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

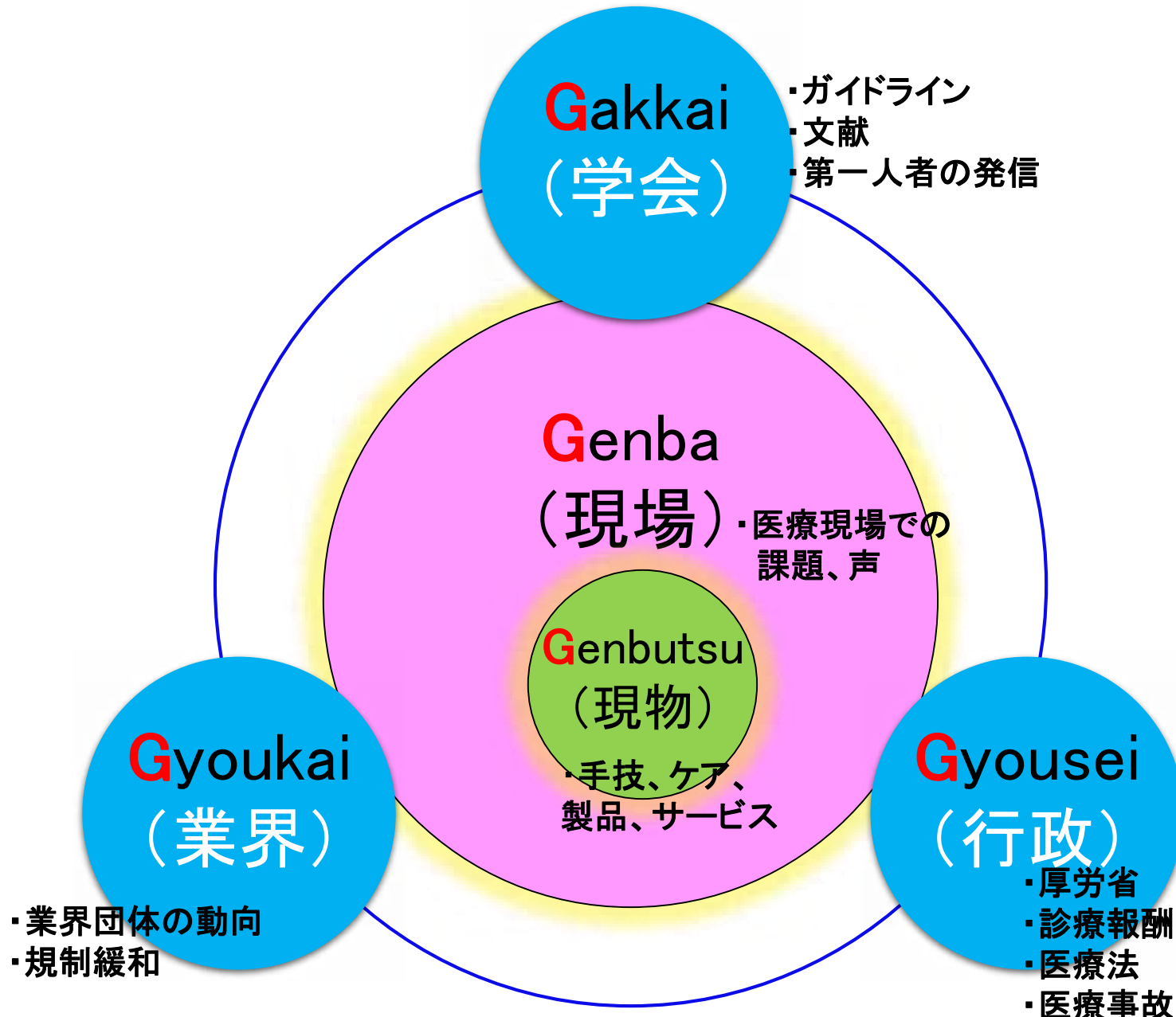
Part2

追加内容

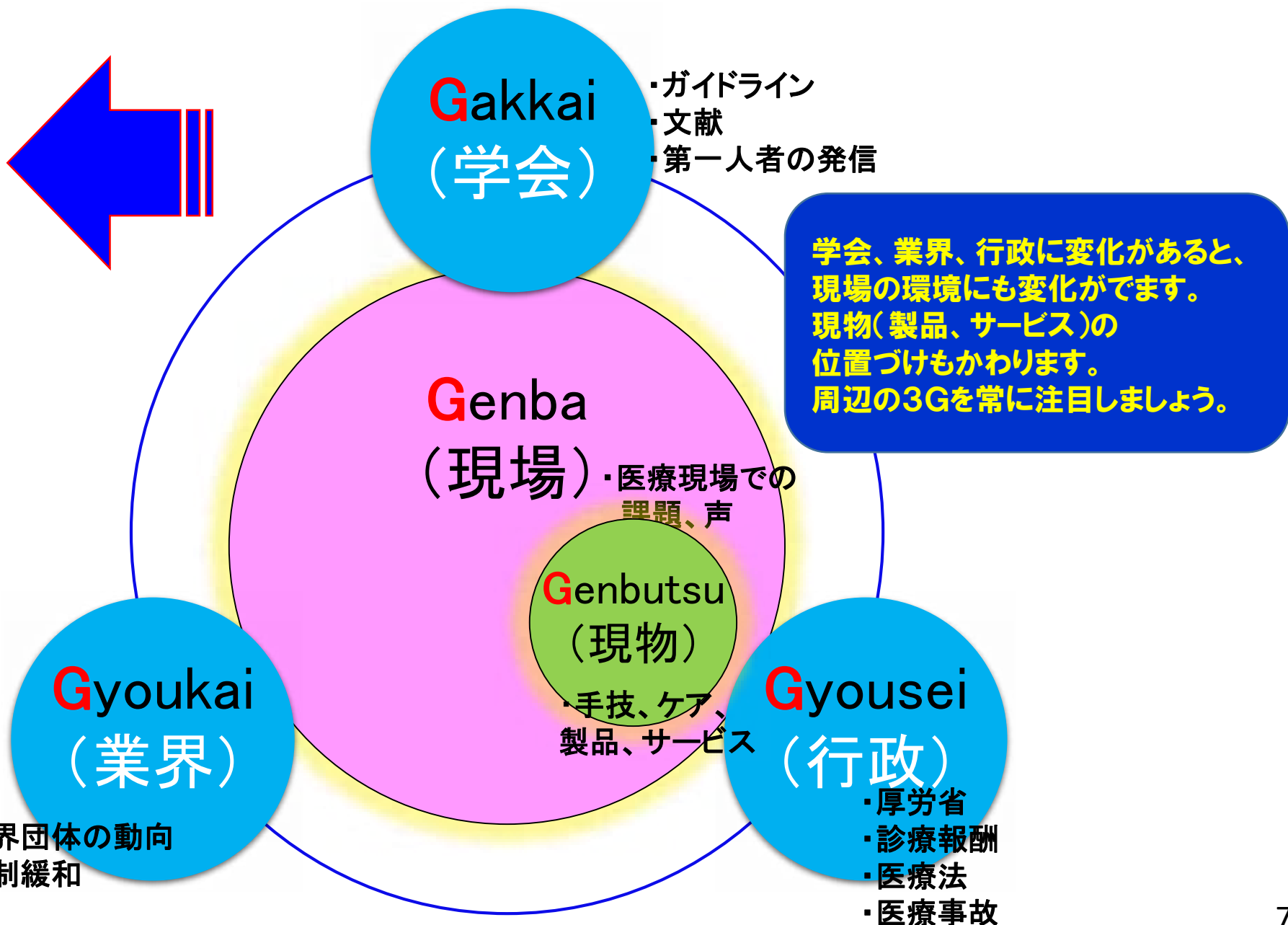
創傷被覆材の算定方法

在宅での「薬局の役割の変化」と併せて解説します。

医療環境の5つのG



医療環境の5つのG



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

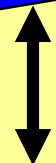
医療の質



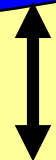
病病連携、病診連携から
多極連携へ...
(病院・診療所・介護施設・訪問看護S・薬局)



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

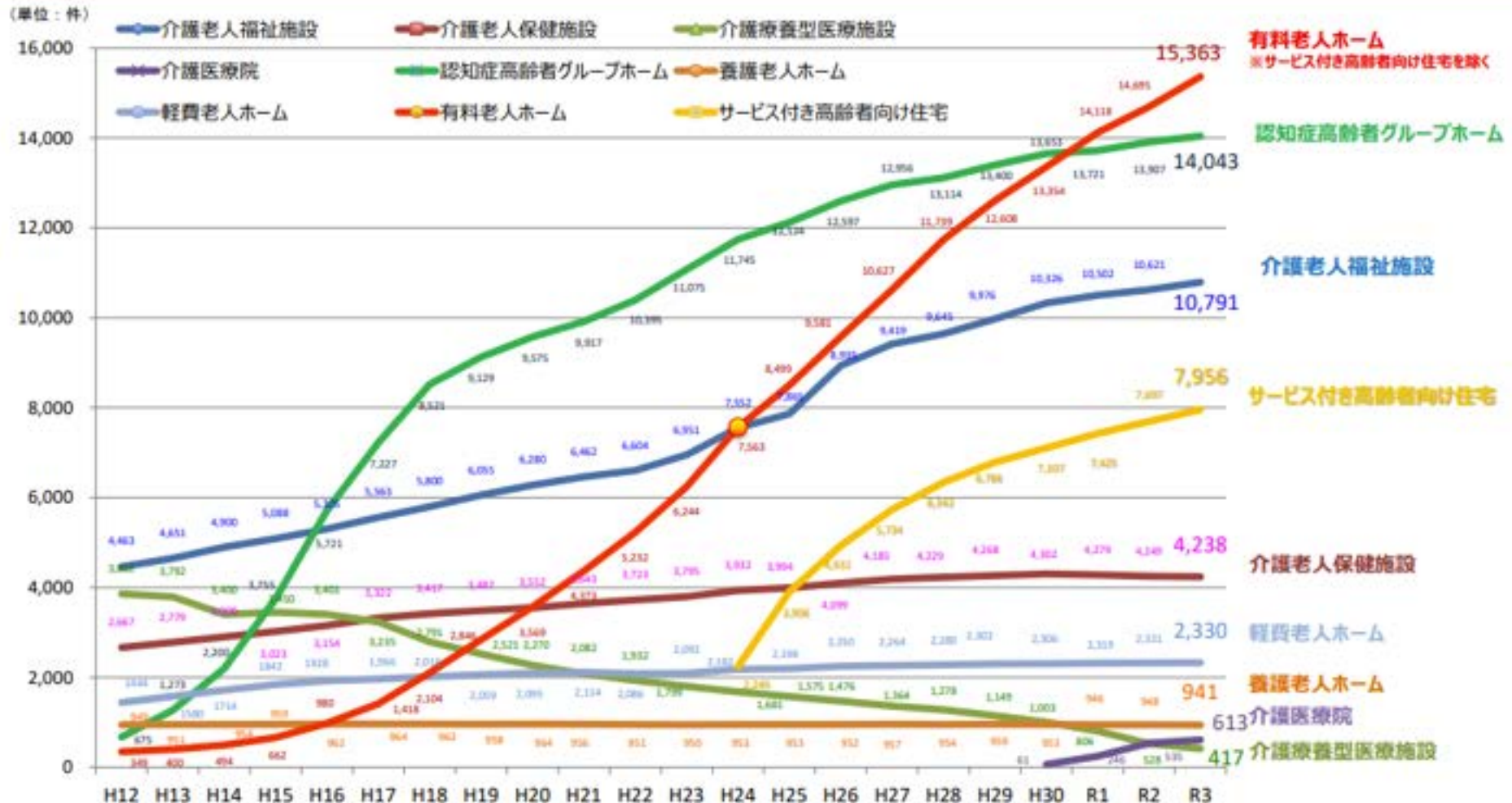
**診療報酬
介護報酬**



ざっくりとした日本の医療環境（介護除く） 2024-3

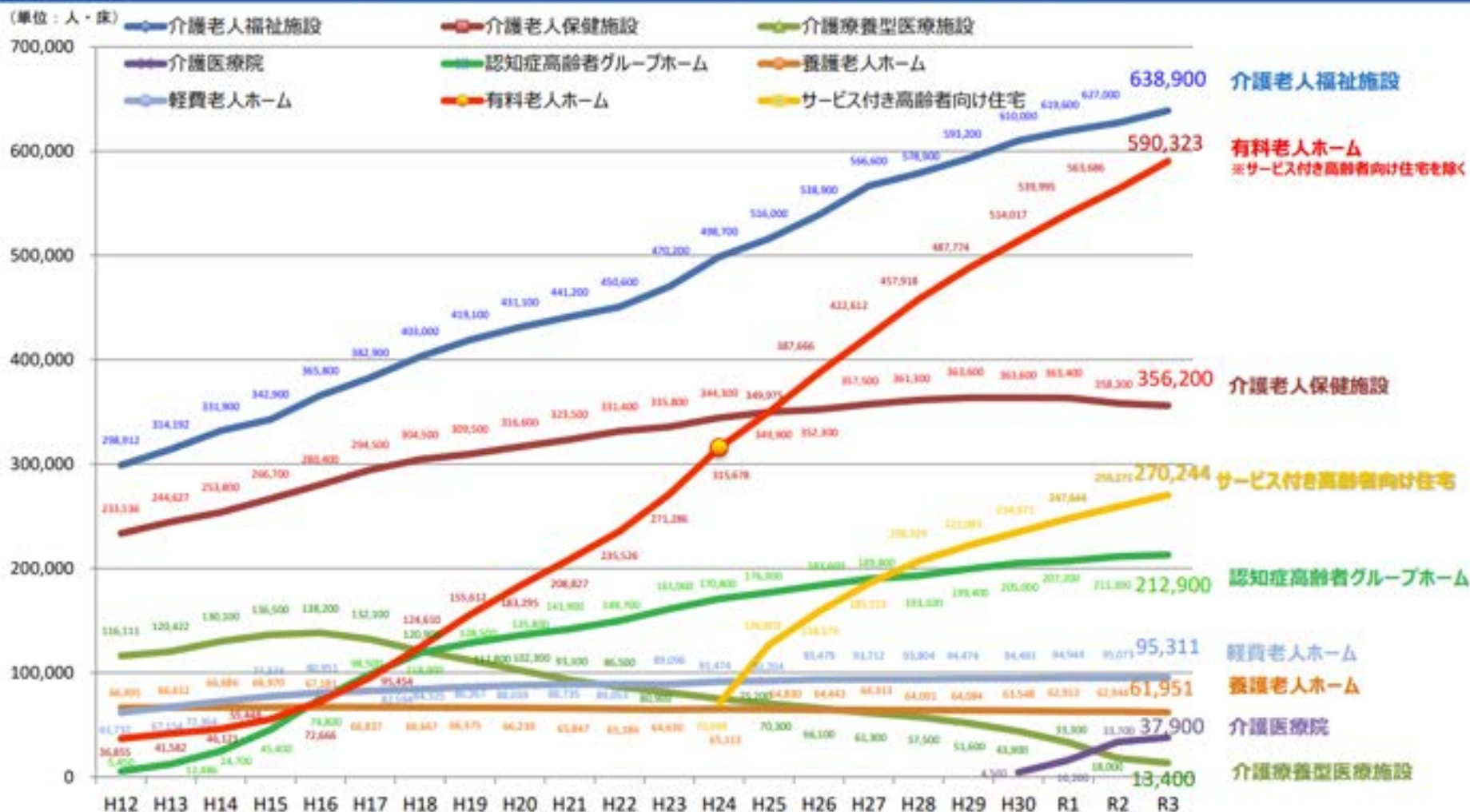
大分類	小分類	数
●病院数		8,100
精神科除く		7,100
精神科含む→	200床以上	2,400
	200症未満	5700
●診療所数	全体	105,000
	有床	6,000
	無床	99,000
●訪問看護ステーション	ステーション数	13,000
◆ベッド数	一般病床（急性期/回復期）	900,000
	療養病床	300,000
■医師数	医療機関所属	330,000
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属（準看含む）	1,500,000
重なりあり	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
	ICN	3,600
	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

高齢者向け施設・住まいの件数



- ※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査(10月審査分)【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計(10月審査分)【H30～】」による。
- ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
- ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)
- ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(R2.10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。
- ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。
- ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(各年9/30時点)」による。

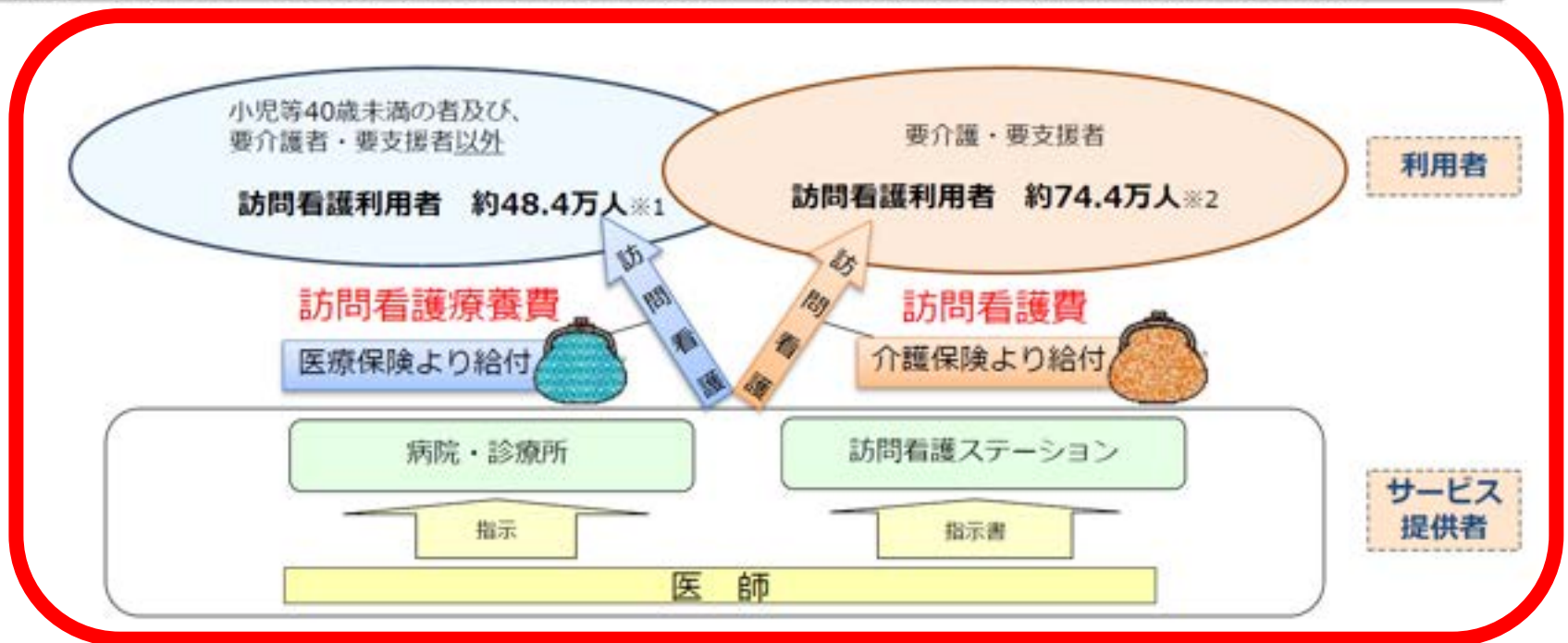
高齢者向け施設・住まいの利用者数



- ※ 1: 介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査 (10/1時点)」【H12・H13】、「介護給付費等実態調査 (10月審査分)」【H14～H29】及び「介護給付費等実態統計 (10月審査分)」【H30～】による。
- ※ 2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものである。
- ※ 3: 認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)
- ※ 4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査 (R2.10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)
- ※ 5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果 (利用者数ではなく定員数)による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。
- ※ 6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム (各年9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)

訪問看護の仕組み

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



出典: (※1)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和5年6月審査分より推計)(速報値)
(※2)介護給付費等実態統計(令和5年6月審査分)

2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せて、複雑な各種の制度を上手に活用いただけるよう解説いたします。

本抄録は、4月30日時点であり、厚労省の通知等で変更される場合もあります。

●第8次医療計画

- ・5疾病6事業＋在宅

●働き方改革

- ・タスクシフトのパターンの整理、特定看護師、NP等の活動の正しい理解。

●診療報酬

- ・「身体的拘束の最小化」が義務化：不備の場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキントケアにも関連するので注視が必要。
- ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月に10時間」まで認められる。
- ・訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

●介護報酬

- ・「褥瘡予防対策担当者」の配置。
- ・診療報酬同様の「専門管理加算」が新設。
- ・「褥瘡マネジメント加算」の対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。
- ・「身体拘束廃止未実施減算」の対象施設の拡大。
- ・訪問看護でも「身体的拘束」の禁止が原則。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

資料1-1

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



- ◆医療資源の分散・偏在
⇒都市部での類似の医療機能を持つ医療機関の林立により医療資源の活用が非効率に
⇒医師の少ない地域での医療提供量の不足・医師の過剰な負担
- ◆疲弊した医療現場は医療安全への不安にも直結

どこにいても必要な医療を最適な形で

- ・限られた医療資源の配置の最適化（医療従事者、病床、医療機器）
⇒医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に
- ・かかりつけ医が役割を発揮するための医療情報ネットワークの整備による、地域医療連携や適切なオンライン診療の実施
- 医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ
 - ・人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
 - ・医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
 - ・業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）の浸透



2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を発揮できるための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

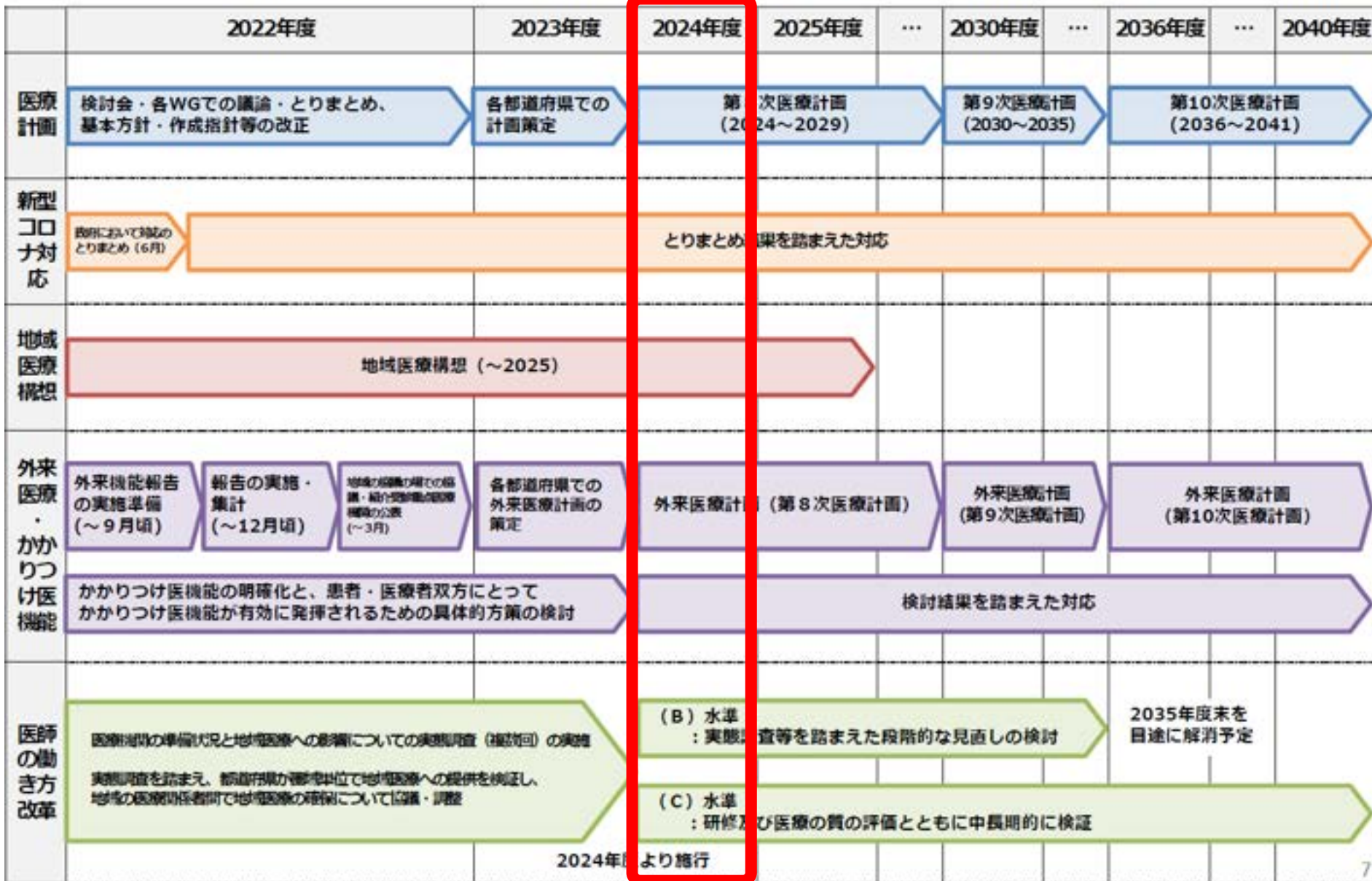
医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化 等）
- ③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒地域医療構想の実現

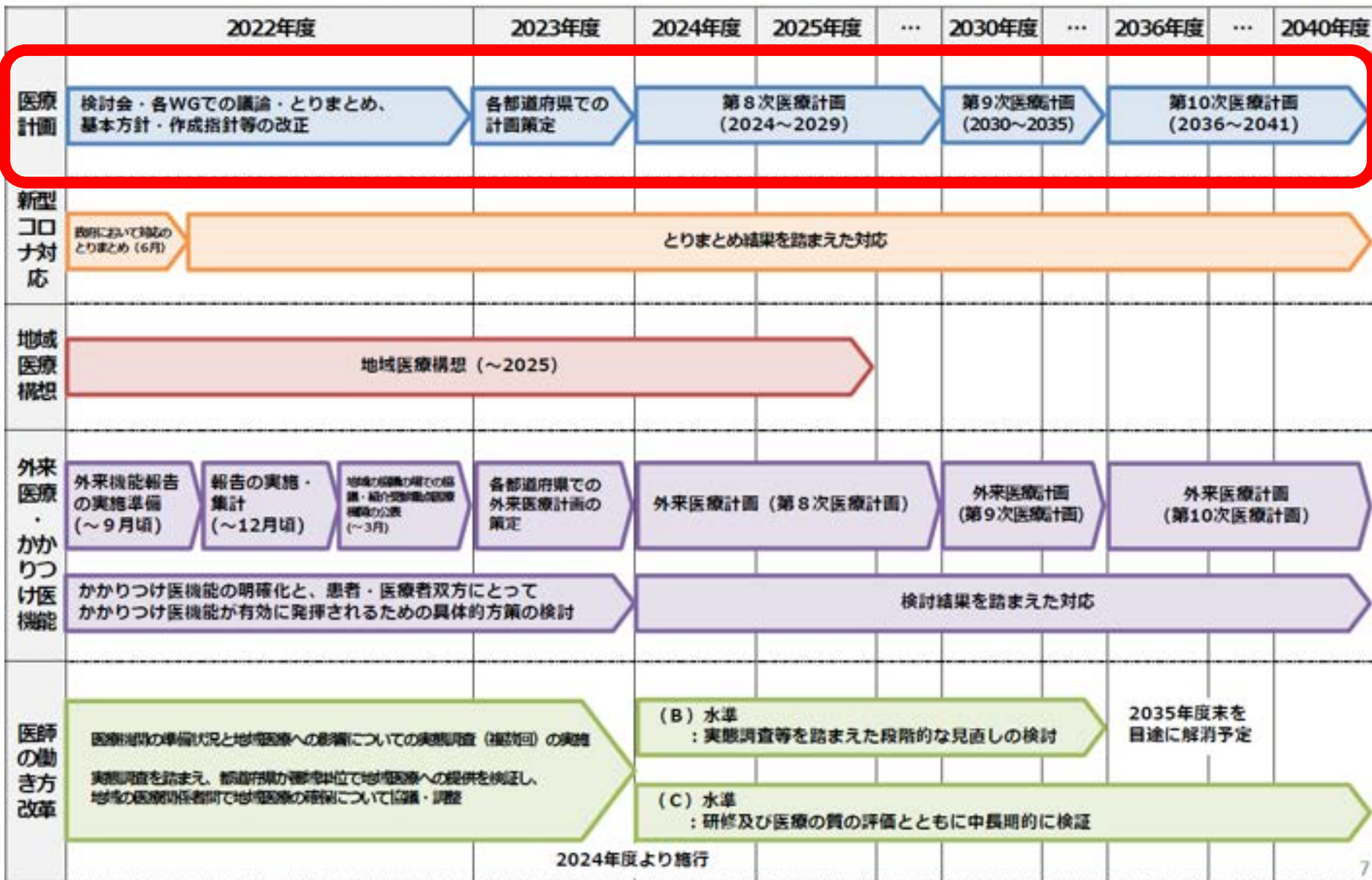
実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した医師偏在対策の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

医療提供体制改革に係る今後のスケジュール



医療提供体制改革に係る今後のスケジュール



医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（令和2年4月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

三次医療圏

52医療圏（令和2年4月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

5事業(※)…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））。

(※)令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定（3年ごとに計画を見直し）
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

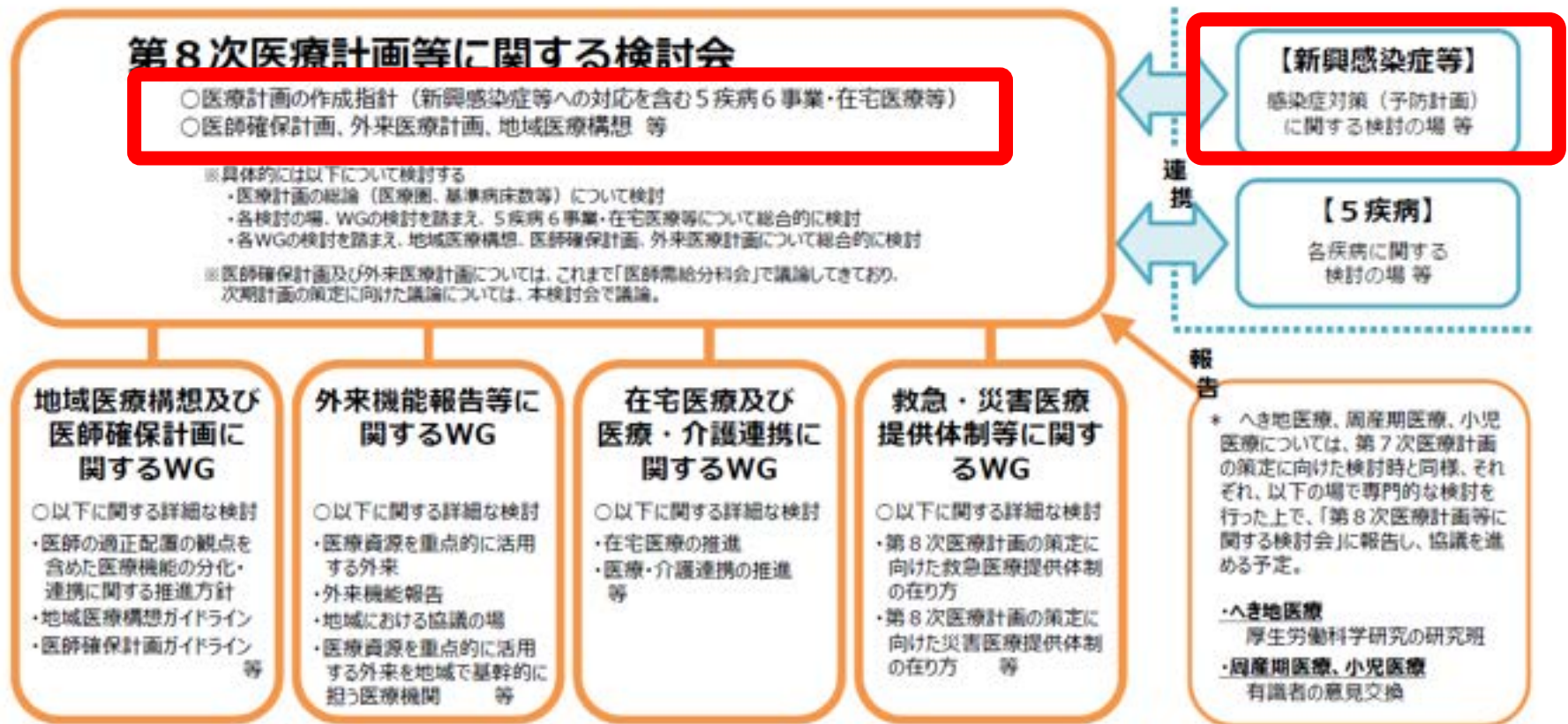
○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

14

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



医療提供体制改革に係る今後のスケジュール

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	...	2030年度	...	2036年度	...	2040年度
医療計画	検討会・各WGでの議論・とりまとめ、基本方針・作成指針等の改正	各都道府県での計画策定	第8次医療計画(2024～2029)			第9次医療計画(2030～2035)		第10次医療計画(2036～2041)		
新型コロナ対応	政府において対応のとりまとめ(6月)	とりまとめ結果を踏まえた対応								
地域医療構想	地域医療構想(～2025)									
外来医療・かかりつけ医機能	外来機能報告の実施準備(～9月頃)	報告の実施・集計(～12月頃)	地域での協議が円滑な協議・紹介調整等の関係機関の公表(～3月)	各都道府県での外来医療計画の策定	外来医療計画(第8次医療計画)		外来医療計画(第9次医療計画)	外来医療計画(第10次医療計画)		
	かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策の検討				検討結果を踏まえた対応					
医師の働き方改革	医療現場の準備状況と地域医療への影響についての実態調査(複数回)の実施 実態調査を踏まえ、都道府県が主体で地域医療への提供を検証し、地域の医療関係者間で地域医療の確保について協議・調整				(B) 水準 ：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討		2035年度末を目途に解消予定			
					(C) 水準 ：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証					
	2024年度より施行									

「地域医療構想」の達成の推進

平成29年4月12日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

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

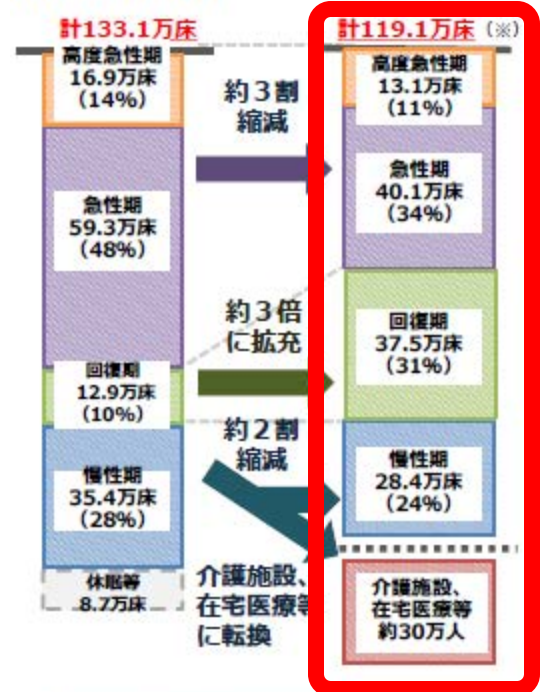
平成28年度末に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025（平成37）年時点での
病床の必要量を『見える化』

①機能分化・連携のための診療等のデータ提供

- ✓ 病床の役割分担を進めるため、手術やリハビリの件数や、疾病ごとの患者数等のデータを国から提供。
- ✓ データを活用し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を集中的に検討。

【足下の病床機能】
（平成27年7月現在）

【2025（平成37）年の
病床必要量】



議論の一例

	手術件数	リハビリ件数
A病院 急性期 250床	50 (件/月)	200 (件/月)
B病院 急性期 200床	40 (件/月)	160 (件/月)
C病院 急性期 100床	5 (件/月)	100 (件/月)

国からデータ提供

C病院は、
・手術の件数は少ない
・リハビリの実施件数は他院と同等

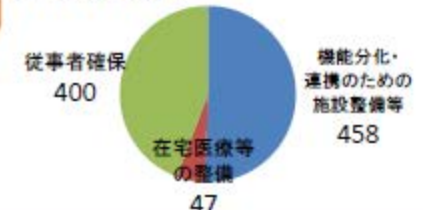
C病院の方針

C病院を回復期機能へ転換し、
病床数を50床に減床

②地域医療介護総合確保基金による支援

- ✓ 個別の病院名や転換する病床数等の具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分。

配分実績
（平成28年度） 合計904億円



③診療報酬・介護報酬改定による対応

- ✓ 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。

2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

(1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような**地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない**。
 - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
 - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。**

(2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組を実施するとともに、民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め、地域医療構想調整会議の議論を活性化**

【国における支援】 * 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等を提供**
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

(3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定(※)について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意が必要**。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

- ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定(策定済の場合、必要に応じた見直しの検討)

<抄録>

2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せて、複雑な各種の制度を上手に活用いただけるよう解説いたします。

本抄録は、4月30日時点であり、厚労省の通知等で変更される場合もあります。

●第8次医療計画

- ・5疾病6事業＋在宅

●働き方改革

- ・タスクシフトのパターンの整理、特定看護師、NP等の活動の正しい理解。

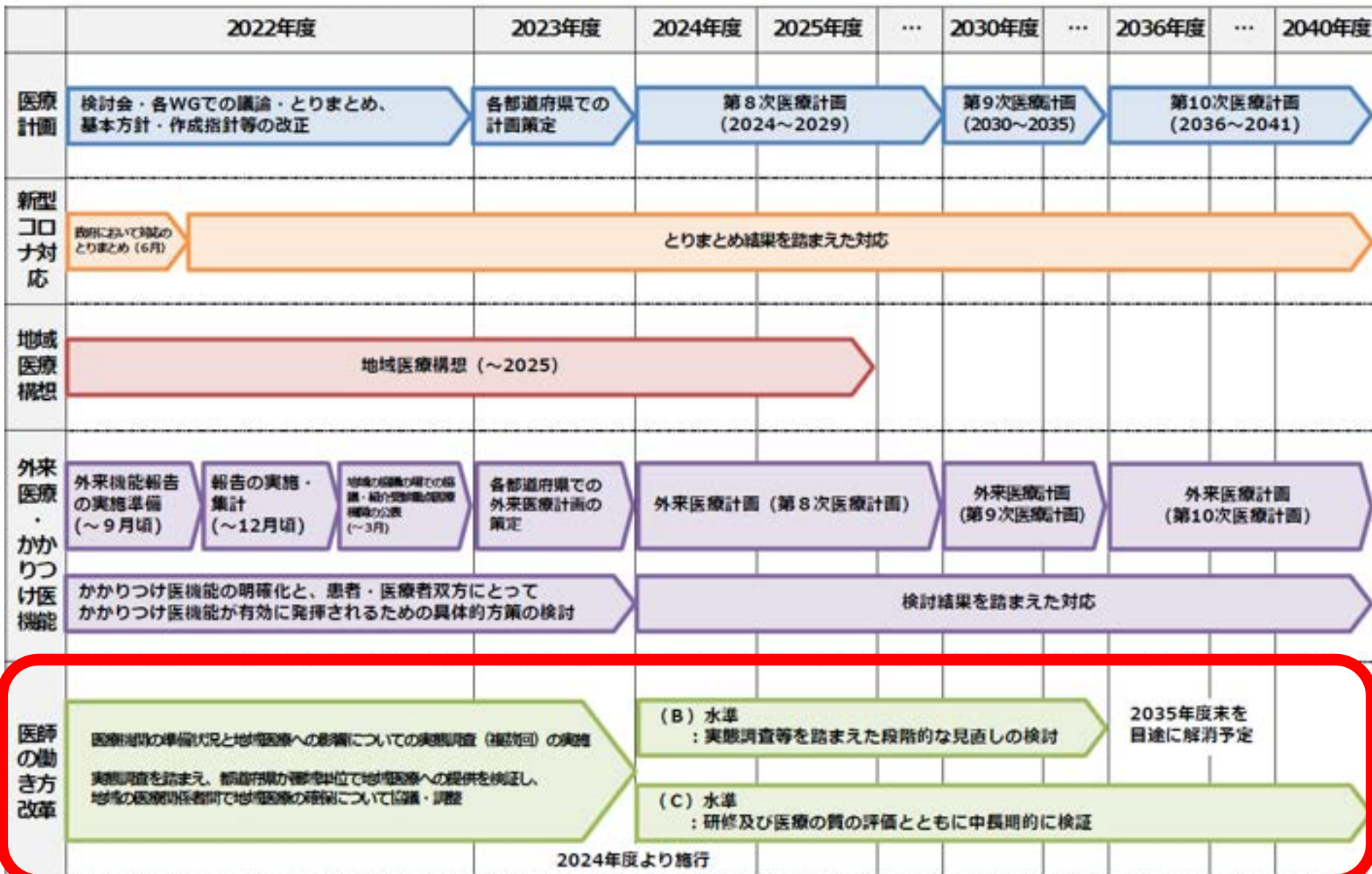
●診療報酬

- ・「身体的拘束の最小化」が義務化：不備の場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキントケアにも関連するので注視が必要。
- ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月に10時間」まで認められる。
- ・訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

●介護報酬

- ・「褥瘡予防対策担当者」の配置。
- ・診療報酬同様の「専門管理加算」が新設。
- ・「褥瘡マネジメント加算」の対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。
- ・「身体拘束廃止未実施減算」の対象施設の拡大。
- ・訪問看護でも「身体的拘束」の禁止が原則。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

医療提供体制改革に係る今後のスケジュール



2024年4月とその後に向けた改革のイメージ

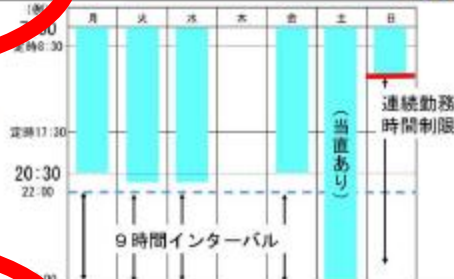
- 医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働が休日労働込みで年960時間以内となるよう（集中的技能向上水準の対象業務を除く）、医療機関・医療界・行政をあけて全力で労働時間短縮に取り組む。
- 地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずこの水準に到達できない場合も地域医療確保暫定特例水準の年1,860時間を上限として、これを上回る部分を約5年間で完全になくす改革をしていく。

- 現状において年間3,000時間近い時間外労働をしている医師もいる中で、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等によって、その労働時間を週に20時間分削減
- さらに、追加的健康確保措置（連続勤務時間制限・勤務間インターバル）を適用

(時間外労働の年間時間数)
1,860時間

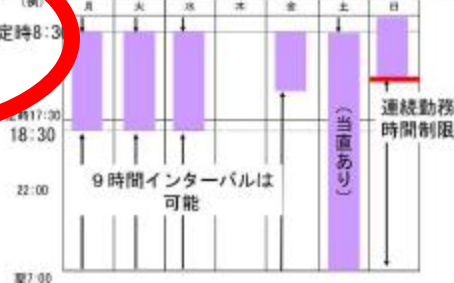
約2万人

その働き方の例



960時間

その働き方の例



年間時間外1,860時間超の医師がいる医療機関の実像
病院の約3割、大学病院の約9割、救急機能を有する病院の約3割（救命救急センター機能を有する病院に限っては約8割）

地域医療確保暫定特例水準／集中的技能向上水準：
罰則付き上限であり、2024.4以降、この水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

集中的技能向上水準対象業務に従事する医師（選択した者のみ）

地域医療確保暫定特例水準対象・集中的技能向上水準対象を除き、2024.4以降、960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

現状

2024.4
上限規制適用

暫定特例水準の適用終了

医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の**最適配置**の推進
(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の**医師偏在**の是正

国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理**の推進

タスクシフト/シェアの推進
(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革(講習会等)
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用(2024.4～) **法改正で対応**

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成
評価センターが評価
都道府県知事が指定
医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務
連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間		義務
B (救急医療等)	※2035年度末を目標に終了		
C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間		
C-2 (高度技能の修得研修)			

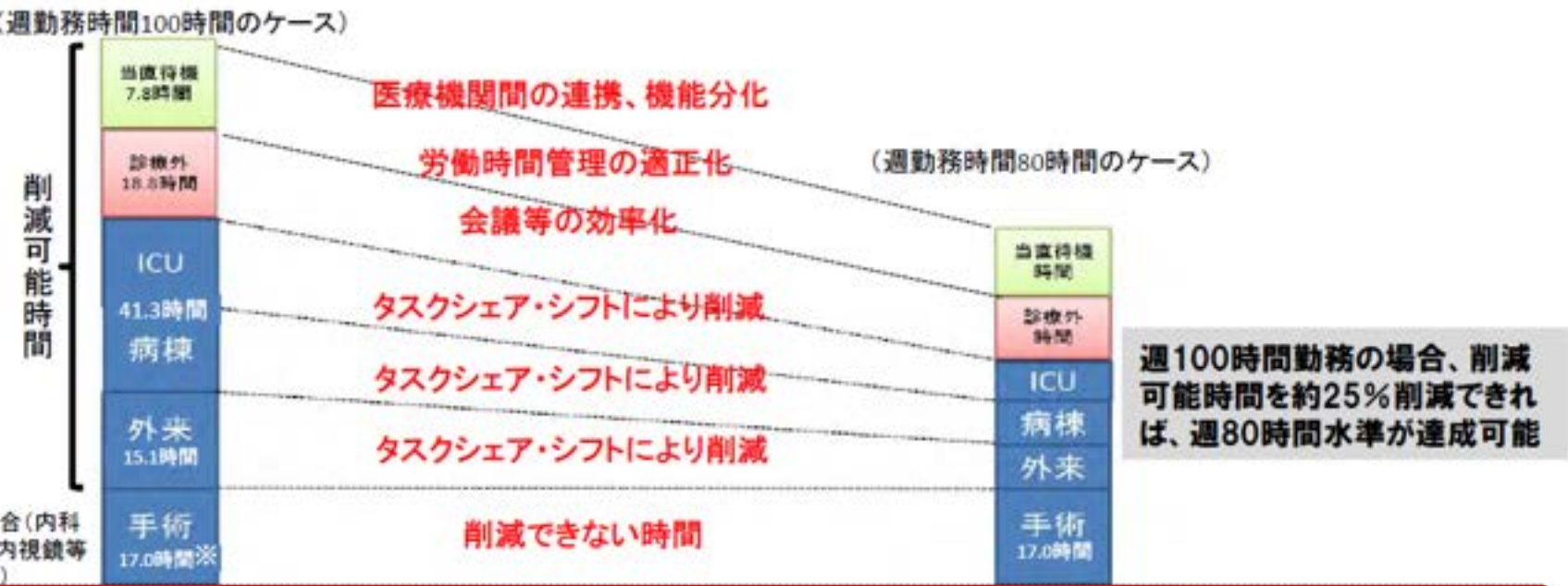
医師の健康確保

面接指導
健康状態を医師がチェック

休息時間の確保
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

○ 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人(1.8%)、同100時間～90時間が約5400人(2.7%)、同90時間～80時間が約12000人(6.9%)いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。



削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)	時間数イメージ
タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減	週7時間程度削減
タスクシフト(特定行為の普及)による削減	週7時間程度削減
タスクシェア(他の医師)による削減	週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

診療の補助について（歯科領域を除く）

- 業務独占とされている職種は、医師、薬剤師、助産師、看護師及び診療放射線技師。
- 診療放射線技師とその他の医療関係職種については、看護師の業務独占を一部解除する形で、診療の補助の一部を実施することができる。
- 医師の指示の必要性の有無は医療関係職種の行う行為が診療の補助に該当するか否かによって決まることになり、当該行為が行われる場所とは関連がない。



看護師の専門性 認定看護師・特定看護師

2008年 **NP教育大学院協議会新設** **（大学院修士課程での教育）**

2008年 NP構造改革特区の申請

2009年 内閣規制改革会議医療部会でのヒアリング

2009年 チーム医療の推進に関する検討会

2010年 「チーム医療の促進に関する検討会」の報告書で「特定看護師（仮称）」が決定

2011年 **「特定看護師（仮称）」の試行事業が始まる。**

2013年 **特定看護師（仮称）」の試行事業の報告書**

2014年 **「医療介護総合確保推進法」に「特定看護師（仮称）」が組み込まれる**

2015年 「保助看法」改正

2016年 「特定行為に係る看護師の研修制度」スタート（14機関）

2020年 「特定行為研修」のパッケージ化による推進（2020年）

●NP（診療看護師）計画は2008年から・・・

- * 「日本NP教育大学院協議会」の設立 <https://www.jonpf.jp/>
- * 「プライマリーケア」と「クリティカル領域」の充実を目指した制度ではじまった。
- * 海外の資格制度との整合性で「大学院」（修士）を条件とした。
- * 看護協会の「専門看護師」とはカリキュラムが異なる。
「* 専門看護師」が保助看法の改正なしが前提であったが、
NPは、保助看法の改正を目指したことが大きな違い。
- * **医師の指示なしで、一部の「処方」や「処置」をすることが目標！**
- * NP：診療看護師の名称は2011年に決定した。
- * 現在900名弱（プライマリーが約200名、クリティカルが約700名）
- * NPの法制化に向けての検討と活動は
「日本看護系大学協議会」「日本NP教育大学院協議会」「看護協会」等で進められている。

●特定看護師は、2011年から試行事業がスタート

- * **NPとは異なり、医師の包括指示で診療の補助ができる。（業務範囲は変らない）**
- * 「保助看法」改正 （2015年）
- * 「特定行為に係る看護師の研修制度」スタート（2016年）
- * 「特定行為研修」のパッケージ化による推進（2020年）
- * 2024年までに1万人が目標

2014年6月25日の公布・施行

全国会議(平成26年7月28日)資料

医療介護総合確保推進法等について

19の関連法の
束ね法案

資料目次(1)

《医療介護総合確保推進法(医療部分)の概要》

1. 2025年に向けた医療提供体制の改革の内容……(P1)

- (1) 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(概要)
- (2) 2025年に向けた医療提供体制の改革
- (3) 改革後の姿
- (4) 医療機関の医療機能の分化・連携の推進
- (5) 医師・看護師等の確保対策、医療機関の勤務環境改善
- (6) チーム医療の推進
- (7) 医療事故調査の仕組み
- (8) 主な施行期日
- (9) 平成26年度のスケジュール見込み(医療提供体制に関する改正事項)
- (10) 社会保障制度改革国民会議以降の流れ

《医療提供体制に関する制度改正》

2. 都道府県に設置する基金……(P12)

(施行期日:公布日(平成26年6月25日))

- (1) 地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み
- (2) 医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度
- (3) 今後のスケジュール(案)
- (4) 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(抜粋)

資料目次(2)

3. 病床機能報告制度……………(P18)

(施行期日:平成26年10月1日)

- (1) 病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)の策定
- (2) 医療機関が報告する医療機能
- (3) 具体的な報告項目・報告方法・時期等について
- (4) 病床機能報告制度における集計等の作業について
- (5) 病床機能報告制度施行までの準備等

4. 地域医療構想……………(P24)

(施行期日:平成27年4月1日)

- (1) 地域医療構想(ビジョン)の策定について
- (2) 地域医療構想策定ガイドライン検討会(仮称)について
- (3) 地域医療構想(ビジョン)を実現する仕組み
- (4) 平成26年度 医療計画PDCA研修について
- (5) 平成26年度 医療計画PDCA研修 開催概要
- (6) 平成26年度 医療計画PDCA研修スケジュール
- (7) 在宅医療の推進

《医療従事者・医療法人に関する制度改正》

5. 医師・看護師等の確保対策……………(P32)

(施行期日)

- ① 地域医療支援センター:平成26年10月1日
- ② 看護師の届出制度:平成27年10月1日

- (1) 地域医療支援センターについて
- (2) 地域医療支援センターの機能の法律への位置づけ
- (3) 地域医療支援センターの設置状況について
- (4) 各都道府県地域医療支援センターの取組みの例
- (5) 施行に向けた都道府県での準備(地域医療支援センターについて)
- (6) (参考)三重県 修学資金貸与者に対する後期研修プログラム
- (7) 改正看護師等人材確保促進法イメージ
- (8) 改正看護師等人材確保促進法のポイント
- (9) 改正看護師等人材確保促進法 省令事項等
(現在、検討中の考え方)
- (10) 都道府県ナースセンターの取組み
- (11) ナースセンターの機能強化に向けた取組みのスケジュール
(案)

資料目次(3)

6. 医療機関の勤務環境改善……………(P52)

(施行期日:平成26年10月1日)

- (1) 説明内容
- (2) 背景と経緯
- (3) 医療勤務環境改善の実施体制(改正医療法の枠組み)
- (4) 26年度に求められる都道府県等の対応
- (5) 医療勤務環境改善システムの概略

7. チーム医療の推進……………(P65)

(施行期日)

- ①特定行為に係る看護師の研修制度:平成27年10月1日
- ②その他(※):平成27年4月1日
- (※)一部公布日(平成26年6月25日)

(1) 特定行為に係る看護師の研修制度について

- (2) 在宅療養中の脱水をくり返す患者Aさんの例
- (3) 指定研修機関を指定する際の特定行為区分と区分に含まれる行為のイメージ
- (4) 研修実施方法のイメージ
- (5) 施行までのスケジュール(イメージ)
- (6) 看護師の特定行為に係る研修機関導入促進支援事業
- (7) 診療放射線技師の業務範囲の見直しについて
- (8) 診療放射線技師の業務実施体制の見直しについて
- (9) 臨床検査技師の業務範囲の見直しについて
- (10) 歯科衛生士法の改正について
- (11) 施行に向けた都道府県での準備(チーム医療の推進について)
- (12) 歯科技工士法の改正について
- (13) 施行に向けた都道府県での準備(歯科技工士法の改正について)

8. 医療法人制度の見直し……………(P79)

(施行期日:平成26年10月1日)

- (1) 医療法人社団及び医療法人財団の合併について
- (2) 持分なし医療法人への移行促進策について
- (3) 医療法人の事業展開等に関する検討会
- (4) 「日本再興戦略」改訂2014(平成26年6月24日閣議決定)
(抄)
- (5) 規制改革実施計画(平成26年6月24日閣議決定)(抄)
- (6) 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための
関係法律の整備等に関する法律案に対する附帯決議
(平成26年6月17日参議院厚生労働委員会)(抄)

《医療安全に関する制度改正》

9. 医療事故調査制度……………(P91)

(施行期日:平成27年10月1日)

- (1) 医療事故に関する調査の仕組み

資料目次(5)

《高度な医療技術・国際水準の臨床研究を実施するための
制度改正》

10. 臨床修練制度……………(P93)

(施行期日:平成26年10月1日)

- (1) 外国人臨床修練制度の概要について
- (2) 外国医師の臨床修練制度の見直しについて

《その他》……………(P105)

- 1. 国開設病院等の開設承認権限の都道府県への移譲等
について
- 2. 二以上の都道府県の区域にわたる医療法人の監督等
の権限の移譲について
- 3. 産科医療補償制度の一部改定について

11. 臨床研究中核病院……………(P97)

(施行期日:平成27年4月1日)

- (1) 制度の概要
- (2) 承認要件の今後の検討
- (3) (参考)予算事業について
- (4) 臨床研究に関する法的規制を含めた検討
- (5) 臨床研究に関する倫理指針の見直し

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
	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ーの操作及び管理
	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
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心臓ドレーン管理関連	心臓ドレーンの抜去
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ボタンの交換
	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(じよく)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

表2 看護師の専門性についての概要

	看護師	認定看護師	専門看護師	特定行為研修 (特定看護師)	診療看護師	JNP	NP(アメリカ)
資格認定	国家資格	日本看護協会	日本看護協会	看護師資格の一部 (登録・非公開)	日本NP教育 大学院協議会	診療看護師の国立病院機 構で就業するときの名称	国家資格 (州の資格)
管轄	厚生労働省	団体	団体	厚生労働省	団体	団体	
取得条件		通算5年 以上の実 務経験等	修士(看護 系大学協議 会が定める 所定の単位)	通算5年以上の 実務経験等	修士(日本NP 教育大学院協 議会が定める 所定の単位)	教育は「診療看護師」で 実施	修士
人数 2018年時点での概数	就業ベース: 看護師 約115万人 准看護師 約35万人	約2万人	約2,000人	約1000人 ↓ 将来的には 10万人	約400人 (推定)	不明	20万人
できる行為	傷病者若しくはじよく婦に対する「療養上の世話」又「は診療の補助」を行うこと(看護師のできる 範囲に違いなし) 絶対的医行為=看護師に指示をして実施させてはいけない行為(診断, 処方, 手術)						初期の「診断」 「処方」を 単独でできる
特定行為を 修得したら...	特定行為研修を修得している行為については、「具体的指示」 ではなく、「包括指示」で実施できる。実施するにあたりステッ プの簡略化(迅速化)ができる。できる行為が増えるわけ ではない						

現在は、
特定看護師の目標は1万人に変更
診療看護師は900名

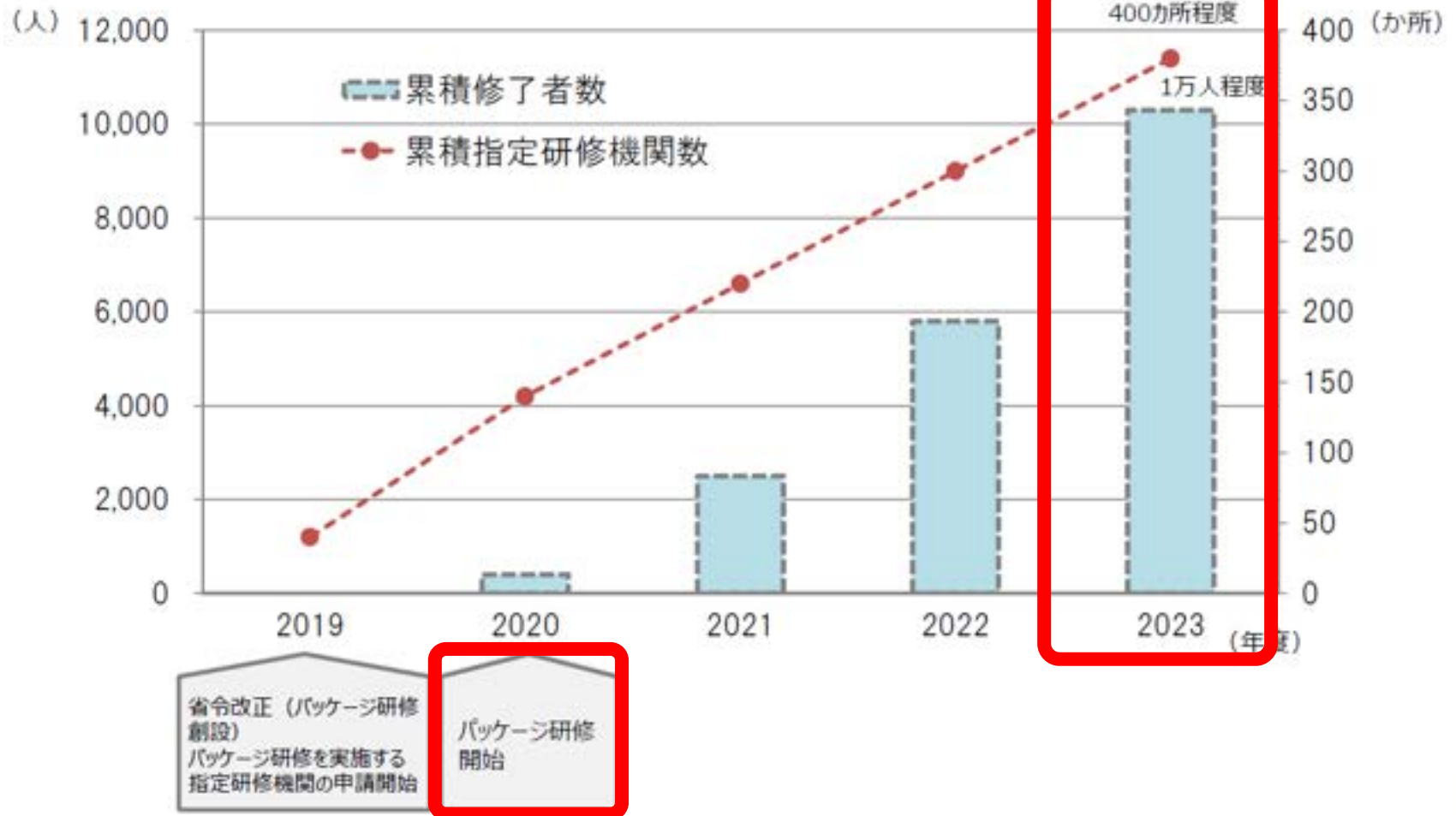
WOC Nursing 2019/1 Vol.7 No.1 115

超重要

特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

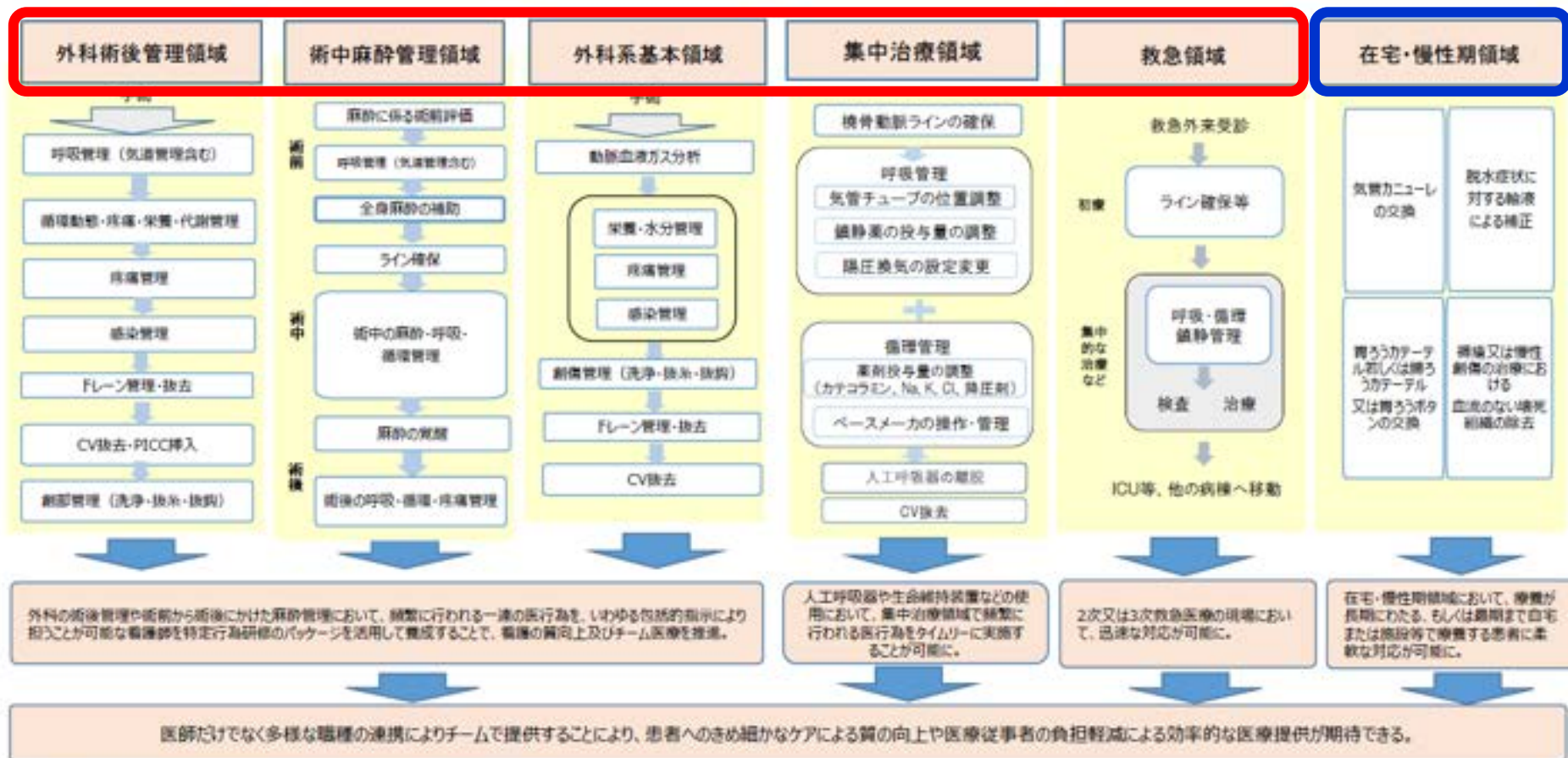
- 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 外科の術後管理など、特定の領域において頻繁に行われる一連の医行為についてパッケージ化し研修することで特定行為研修修了者を確保する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。

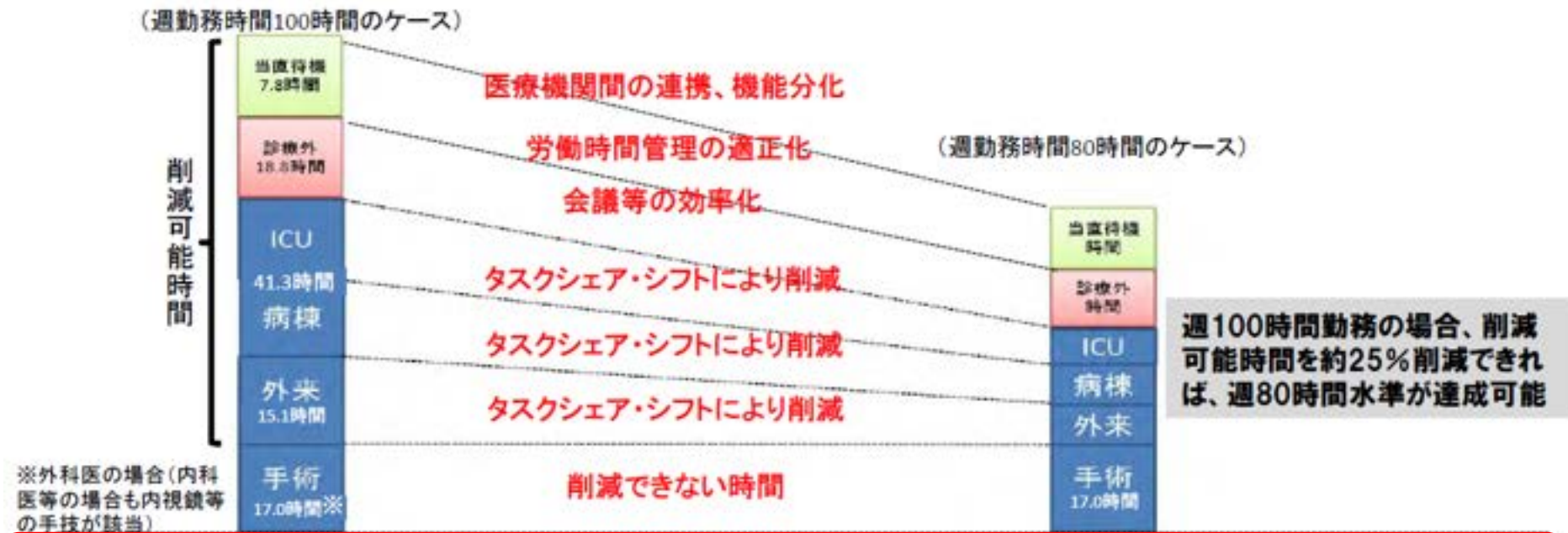


（一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を主導者にもつぎ実施）

特定行為のパッケージ研修は
クリティカル領域が多い

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

○ 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人(1.8%)、同100時間～90時間が約5400人(2.7%)、同90時間～80時間が約12000人(6.9%)いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。



削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)	時間数イメージ
タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減	週7時間程度削減
タスクシフト(特定行為の普及)による削減	週7時間程度削減
タスクシェア(他の医師)による削減	週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

特定行為等の概念図

絶対的医行為（例：手術、処方、診断）

海外のNPのできる領域（単独で一部の診断、処方、処置）

特定行為（医師の包括指示で実施できる）
この領域でも、医師の具体的指示があれば一般の看護師も実施できる

診療の補助
（看護師が医師の指示のもとでできる領域）

特定行為等の概念図（例 1）

絶対的医行為（例：手術、処方、診断）

海外のNPのできる領域（単独で一部の診断、処方、処置）

特定行為（医師の包括指示で実施できる）
この領域でも、医師の具体的指示があれば一般の看護師も実施できる

診療の補助
（看護師が医師の指示のもとでできる領域）

特定行為の領域を含めて
全ての診療の補助の領域を
医師の具体的な指示のもと、一般の看護師が実施している

特定行為等の概念図（例 2）

絶対的医行為（例：手術、処方、診断）

海外のNPのできる領域（単独で一部の診断、処方、処置）

特定行為（医師の包括指示で実施できる）
この領域でも、医師の具体的指示があれば一般の看護師も実施できる

診療の補助
（看護師が医師の指示のもとでできる領域）

特定行為の領域はもちろん、特定行為の領域に
該当しない診療の補助であっても、
病院の方針で具体的指示でも看護師の実施できる範囲を制限している

ただし、特定行為の研修を終了した場合は
その該当領域についてのみ看護師にも実施を認める

特定行為等の概念図（例 3）

絶対的医行為（例：手術、処方、診断）

海外のNPのできる領域（単独で一部の診断、処方、処置）

特定行為（医師の包括指示で実施できる）
この領域でも、医師の具体的指示があれば一般の看護師も実施できる

診療の補助
（看護師が医師の指示のもとでできる領域）

特定行為の領域はもちろん、特定行為の領域に
該当しない診療の補助であっても、
病院の方針で具体的指示でも看護師の実施できる範囲を制限している

たとえ特定行為の研修を終了した場合でも
具体的指示、包括指示を問わず、実施できる範囲はかえない

ざっくりとした日本の医療環境（介護除く） 2024-3

大分類	小分類	数
●病院数		8,100
精神科除く		7,100
精神科含む→	200床以上	2,400
	200症未満	5700
●診療所数	全体	105,000
	有床	6,000
	無床	99,000
●訪問看護ステーション	ステーション数	13,000
◆ベッド数	一般病床（急性期/回復期）	900,000
	療養病床	300,000
■医師数	医療機関所属	330,000
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属（準看含む）	1,500,000
重なりあり	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
	ICN	3,600
	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

ざっくりとした日本の医療環境（介護除く） 2024-3

大分類	小分類	数
●病院数		8,100
精神科除く		7,100
精神科含む→	200床以上	2,400
	200症未満	5700
●診療所数	全体	105,000
	有床	6,000
	無床	99,000
●訪問診療数		1,000
◆在宅医療数		1,000
22万人いる勤務医の働き方改革を 1万人の特定看護師中心の対策で、解決の主体となれるのか？		
■医師数	医療機関所属	330,000
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属（準看含む）	1,500,000
重なりあり	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
	ICN	3,600
	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

特定行為等の概念図（例 2）

絶対的医行為（例：手術、処方、診断）

海外のNPのできる領域（単独で一部の診断、処方、処置）

特定行為（医師の包括指示で実施できる）
この領域でも、医師の具体的指示があれば一般の看護師も実施できる

診療の補助
（看護師が医師の指示のもとでできる領域）

特定行為の領域はもちろん、特定行為の領域に
該当しない診療の補助であっても、
病院の方針で具体的指示でも看護師の実施できる範囲を制限している

ただし、特定行為の研修を終了した場合は
その該当領域についてのみ看護師にも実施を認める

超重要

特定行為等の概念図（例 2 - 2）

絶対的医行為（例：手術、処方、診断）

海外のNPのできる領域（単独で一部の診断、処方、処置）

特定行為（医師の包括指示で実施できる）
この領域でも、医師の具体的指示があれば一般の看護師も実施できる

診療の補助の範囲の再検討が必要？
ポイントは合理化・シンプル化

診療の補助
（看護師が医師の指示のもとでできる領域）

特定行為の領域はもちろん、特定行為の領域に
該当しない診療の補助であっても、
病院の方針で具体的指示でも看護師の実施できる範囲を制限している

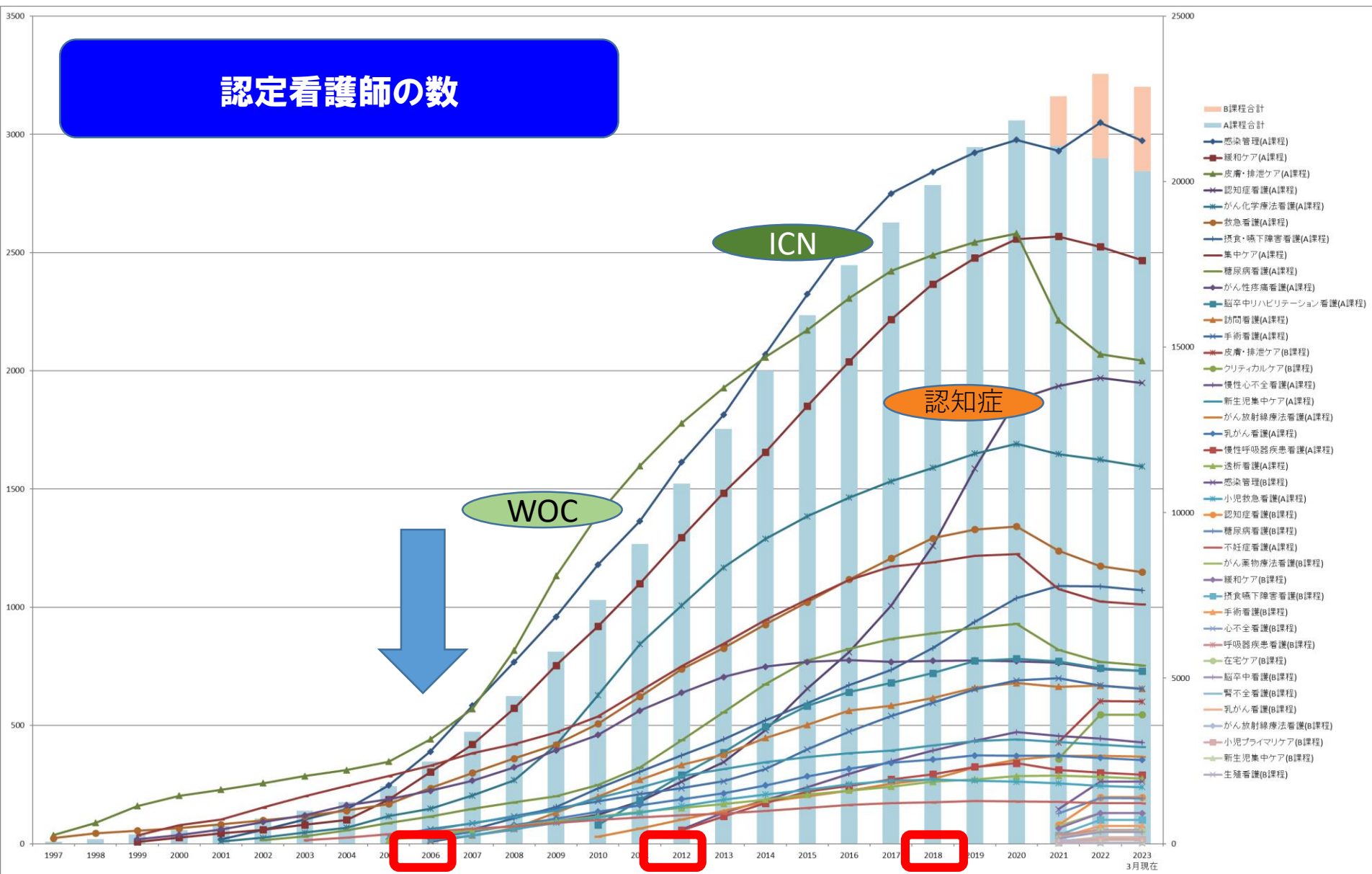
ただし、特定行為の研修を終了した場合は
その該当領域についてのみ看護師にも実施を認める

表1 認定看護分野一覧と分野統合および分野名変更の理由

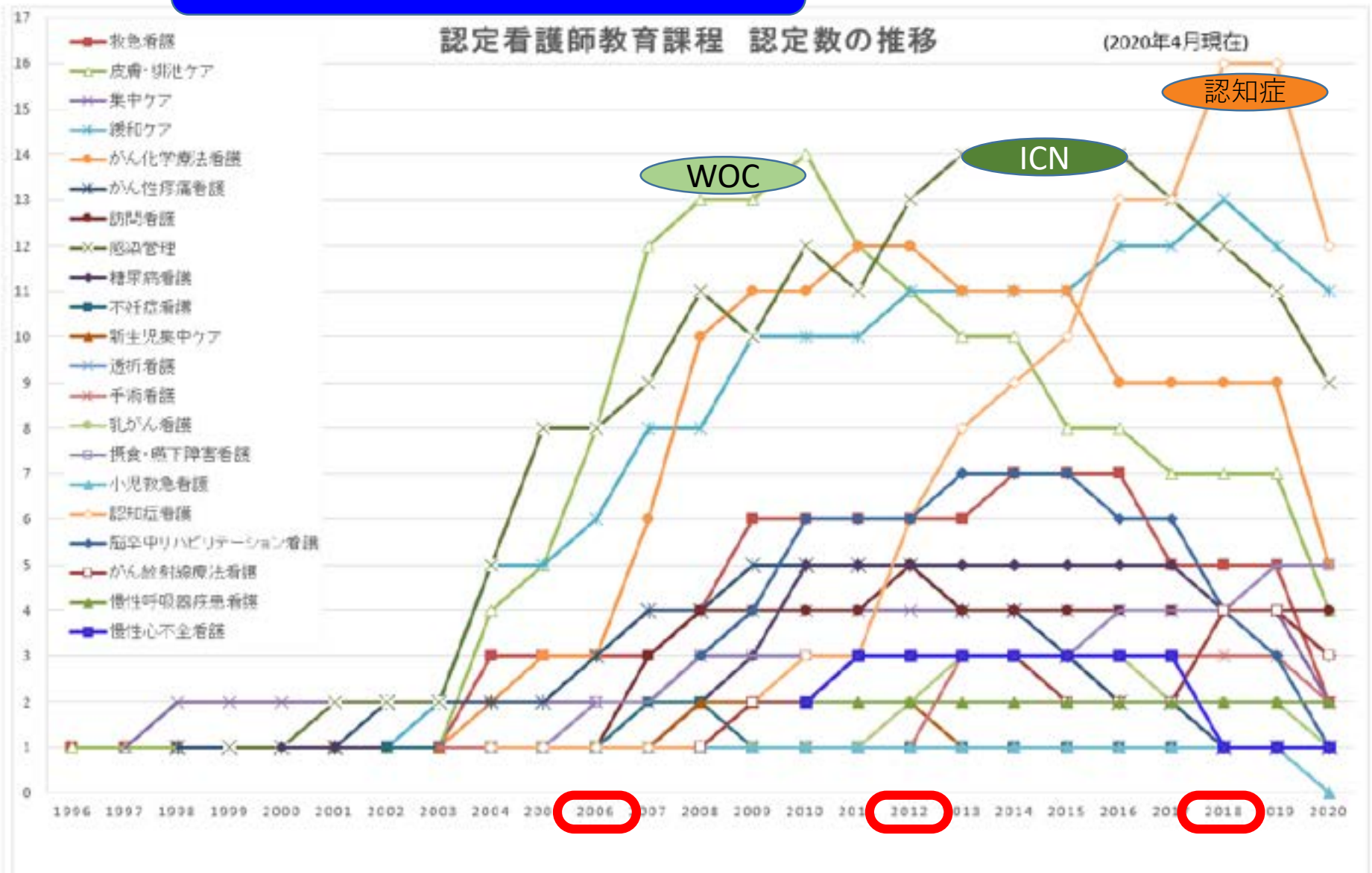
現行の認定看護分野 (21分野)	新たな認定看護分野 (19分野)	分野統合および分野名変更の理由
救急看護	クリティカルケア	医療・社会のニーズから集中的な治療を必要とする患者へのケアに特化した新たな分野を創設した。分野名はクリティカル期にある重症患者を対象とすることから「クリティカルケア」とした
集中ケア		
緩和ケア	緩和ケア	症状緩和技術やがん性疼痛に対する薬剤の知識などの両分野の強みをいかし幅広く活動できる分野とするため統合した。分野名は非がん患者に対するケアの充実が期待されているため「緩和ケア」とした
がん性疼痛看護		
がん化学療法看護	がん薬物療法看護	がん対策基本法に基づく第3期がん対策推進基本計画から「化学療法」が「薬物療法」に変更されたため
訪問看護	在宅ケア	入院施設等の退院支援実践者も受講するようになり、現行の分野名ではCNの役割を表現しきれなくなっているため
不妊症看護	生殖看護	近年では「生殖医療」に不妊症が包含されているため
透析看護	腎不全看護	透析導入を予防するためには「透析看護」では不十分なため
摂食・嚥下障害看護	摂食嚥下障害看護	「摂食・嚥下」から「摂食嚥下」へ用語が変更となったため
小児救急看護	小児プライマリケア	救急場面だけではなく外来・地域などのプライマリの場を中心として子どもの健康問題に対応できるようにするため
脳卒中リハビリテーション看護	脳卒中毒看護	「リハビリテーション」という用語によって看護を提供する場が限定されたイメージであるため
慢性呼吸器疾患看護	呼吸器疾患看護	急性と慢性が連続性を持った病態であるため、区別せずに専門的なケアの提供が必要であるため
慢性心不全看護	心不全看護	
皮膚・排泄ケア	皮膚・排泄ケア	分野統合や分野名に変更なし
感染管理	感染管理	
糖尿病看護	糖尿病看護	
新生児集中ケア	新生児集中ケア	
手術看護	手術看護	
乳がん看護	乳がん看護	
認知症看護	認知症看護	
がん放射線療法看護	がん放射線療法看護	



認定看護師の数



認定看護師研修コースの推移
の方が、傾向はつかみやすい。



【資料作成】日本看護協会 認定部

分野別所属先種別登録者数一覧(2023年12月末現在)

認定看護師総数: 24,015人

	病院	訪問看護ステーション	クリニック・診療所	介護保険施設等	学校・大学	認定看護師教育機関	会社	看護協会	その他	離職中	計
救急看護(A課程)	1,042	14	7	2	33	1	1	1	7	30	1,138
皮膚・排泄ケア(A課程)	1,672	82	29	16	39	1	19	4	13	91	1,966
集中ケア(A課程)	902	6	1	2	26	0	3	0	2	36	978
緩和ケア(A課程)	1,949	205	54	45	31	0	9	1	8	148	2,450
がん化学療法看護(A課程)	1,464	9	14	3	16	3	2	0	6	57	1,574
がん性疼痛看護(A課程)	618	36	12	7	10	1	2	1	1	34	722
訪問看護(A課程)	140	406	13	24	12	2	5	8	18	44	672
感染管理(A課程)	2,835	16	12	16	37	7	10	9	50	99	3,091
糖尿病看護(A課程)	609	6	52	2	13	2	1	0	3	41	729
不妊症看護(A課程)	76	1	66	0	4	1	0	0	3	18	169
新生児集中ケア(A課程)	389	3	2	0	5	0	1	0	2	8	410
透析看護(A課程)	228	3	27	0	4	0	0	0	2	9	273
手術看護(A課程)	606	1	1	0	10	0	0	0	0	21	639
乳がん看護(A課程)	316	4	15	2	2	0	1	0	2	10	352
摂食・嚥下障害看護(A課程)	932	41	6	15	14	0	0	0	10	37	1,055
小児救急看護(A課程)	203	4	10	0	11	0	1	0	4	5	238
認知症看護(A課程)	1,678	66	19	93	32	3	4	1	26	74	1,996
脳卒中リハビリテーション看護(A課程)	655	16	5	4	10	1	0	2	2	44	739
がん放射線療法看護(A課程)	345	1	1	0	5	0	0	0	2	14	368
慢性呼吸器疾患看護(A課程)	244	13	5	1	5	0	1	1	0	3	273
慢性心不全看護(A課程)	417	7	13	1	4	0	0	0	0	13	455
感染管理(B課程)	527	1	0	4	2	7	0	2	3	2	548
がん放射線療法看護(B課程)	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31
がん薬物療法看護(B課程)	198	0	0	0	1	3	1	0	0	1	204
緩和ケア(B課程)	176	19	4	0	2	1	0	0	1	2	205
クリティカルケア(B課程)	677	3	3	2	1	1	1	1	0	6	695
呼吸器疾患看護(B課程)	94	3	0	0	0	0	0	0	0	2	99
在宅ケア(B課程)	22	50	3	2	1	0	0	1	1	0	80
手術看護(B課程)	116	0	0	0	2	0	0	0	0	1	119
小児プライマリケア(B課程)	25	1	1	0	0	0	0	0	0	0	27
新生児集中ケア(B課程)	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
心不全看護(B課程)	77	0	1	1	0	0	0	0	1	0	80
腎不全看護(B課程)	44	0	4	0	0	0	0	0	0	2	50
生殖看護(B課程)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
摂食嚥下障害看護(B課程)	162	1	0	2	3	0	0	1	0	1	170
糖尿病看護(B課程)	217	1	14	1	1	1	0	0	0	8	243
乳がん看護(B課程)	35	1	0	0	0	0	0	0	0	1	37
認知症看護(B課程)	278	8	2	7	3	2	0	2	2	2	306
脳卒中看護(B課程)	60	2	0	0	0	0	0	0	0	1	63
皮膚・排泄ケア(B課程)	709	20	10	2	4	4	4	0	0	8	761
計	20,778	1,050	406	254	343	41	66	35	169	873	24,015

病院勤務者の分野別所属部署別登録者数一覧(2023年12月末現在)

	看護管理部(室)	病棟	外来	地域(在宅部 門、訪問看護ス テーションを含 む)	救命救急セン ター	ICU・CCU・HCU 等	手術室	学校(認定看護 師教育課程含 む)	その他	計
救急看護(A課程)	62	149	257	2	341	173	8	3	47	1,042
皮膚・排泄ケア(A課程)	463	629	315	22	9	24	11	2	197	1,672
集中ケア(A課程)	51	174	27	0	65	547	7	1	30	902
緩和ケア(A課程)	212	1,049	345	80	1	6	2	4	250	1,949
がん化学療法看護(A課程)	82	469	832	7	2	4	3	1	64	1,464
がん性疼痛看護(A課程)	98	291	114	23	0	3	3	0	86	618
訪問看護(A課程)	8	13	12	84	0	0	0	0	23	140
感染管理(A課程)	717	662	176	3	18	55	139	3	1,062	2,835
糖尿病看護(A課程)	36	232	300	6	1	2	0	0	32	609
不妊症看護(A課程)	2	36	34	0	0	0	0	0	4	76
新生児集中ケア(A課程)	11	285	2	2	2	72	0	1	14	389
透析看護(A課程)	5	40	114	1	1	3	0	0	64	228
手術看護(A課程)	14	42	12	0	3	13	510	0	12	606
乳がん看護(A課程)	21	102	159	3	0	1	0	1	29	316
摂食・嚥下障害看護(A課程)	58	699	65	15	13	39	0	2	41	932
小児救急看護(A課程)	3	87	43	2	29	28	5	0	6	203
認知症看護(A課程)	128	1,241	128	22	11	23	3	0	122	1,678
脳卒中リハビリテーション看護(A課程)	22	465	33	7	16	86	4	0	22	655
がん放射線療法看護(A課程)	6	72	241	0	0	0	0	2	24	345
慢性呼吸器疾患看護(A課程)	12	168	41	2	2	12	0	0	7	244
慢性心不全看護(A課程)	5	282	60	2	7	43	1	0	17	417
感染管理(B課程)	113	150	22	1	10	19	31	1	180	527
がん放射線療法看護(B課程)	0	12	18	1	0	0	0	0	0	31
がん薬物療法看護(B課程)	7	80	103	2	0	1	0	1	4	198
緩和ケア(B課程)	23	108	17	5	0	0	0	1	22	176
クリティカルケア(B課程)	42	52	55	2	140	354	5	0	27	677
呼吸器疾患看護(B課程)	7	60	7	1	2	15	1	0	1	94
在宅ケア(B課程)	1	3	1	13	0	0	0	0	4	22
手術看護(B課程)	5	0	0	0	0	2	106	0	3	116
小児プライマリケア(B課程)	1	13	1	2	4	2	0	2	0	25
新生児集中ケア(B課程)	1	4	0	0	0	2	0	0	1	8
心不全看護(B課程)	3	49	5	1	4	12	1	0	2	77
腎不全看護(B課程)	1	7	19	0	0	0	0	0	17	44
生殖看護(B課程)	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
摂食嚥下障害看護(B課程)	14	112	8	4	6	11	0	0	7	162
糖尿病看護(B課程)	19	90	92	3	2	1	0	0	10	217
乳がん看護(B課程)	1	16	13	0	0	0	0	1	4	35
認知症看護(B課程)	24	207	15	5	2	5	2	1	17	278
脳卒中看護(B課程)	4	35	6	1	4	8	0	0	2	60
皮膚・排泄ケア(B課程)	276	204	108	11	7	16	2	1	84	709
計	2,558	8,390	3,801	335	702	1,582	844	28	2,538	20,778

2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せて、複雑な各種の制度を上手に活用いただけるよう解説いたします。

本抄録は、4月30日時点であり、厚労省の通知等で変更される場合もあります。

●第8次医療計画

- ・5疾病6事業＋在宅

●働き方改革

- ・タスクシフトのパターンの整理、特定看護師、NP等の活動の正しい理解。

●診療報酬

- ・「身体的拘束の最小化」が義務化：不備の場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキントアにも関連するので注視が必要。
- ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月に10時間」まで認められる。
- ・訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

●介護報酬

- ・「褥瘡予防対策担当者」の配置。
- ・診療報酬同様の「専門管理加算」が新設。
- ・「褥瘡マネジメント加算」の対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。
- ・「身体拘束廃止未実施減算」の対象施設の拡大。
- ・訪問看護でも「身体的拘束」の禁止が原則。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

追加
医療環境の整理

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

平成16年9月21日

各都道府県知事
各政令市市長 殿
各特別区区长

医療事故収集に関する 局長通知

厚生労働省医政局長

医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について

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

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

第一 改正の趣旨

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

報告書が取り

講じるため、

した上で、改

確立されてい

例の報告を議

の安全確保が

旨等を踏まえ

う。)の一部

関する事項を

第二 改正内容

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

また、登録分析機関の登録に係る改正部分に関しては、公布の日から施行とする。

(1) 対象医療機関

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

+ 医療機能評価機構認定病院から任意参加

報告範囲の考え方

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

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

事故報告範囲具体例

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

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

※ ヒヤリハット事例に該当する事例も含まれる

【医療行為等にかかる事例】

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

【管理上の問題にかかる事例】

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

【犯罪、その他】

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

※ この表は、それぞれのカテゴリーにおけるいくつかの例を示したものである。



医療事故に関する影響のレベル

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

医療事故に関する影響のレベル

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

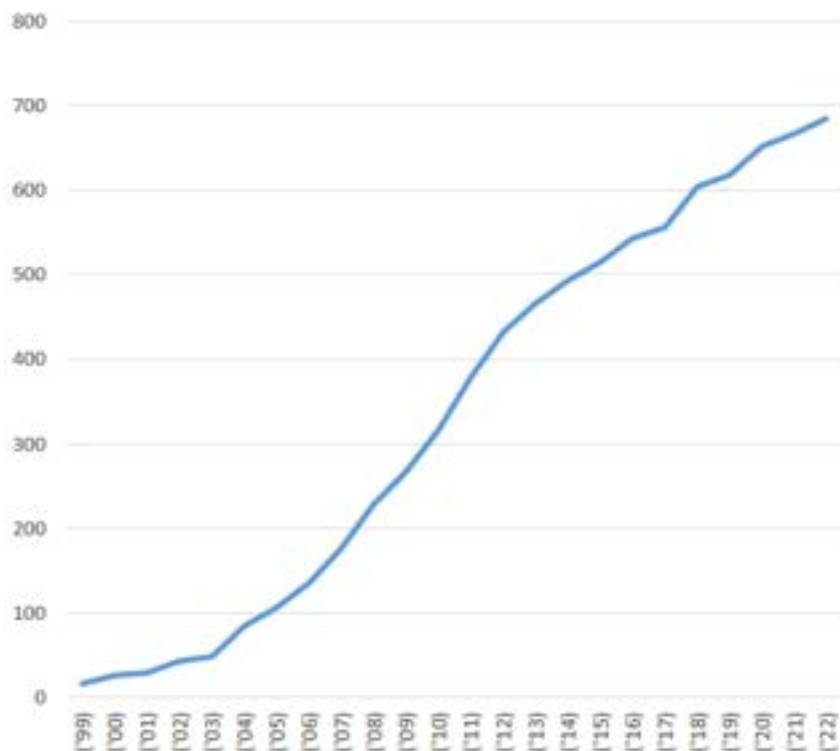
インシデント

アクシデント

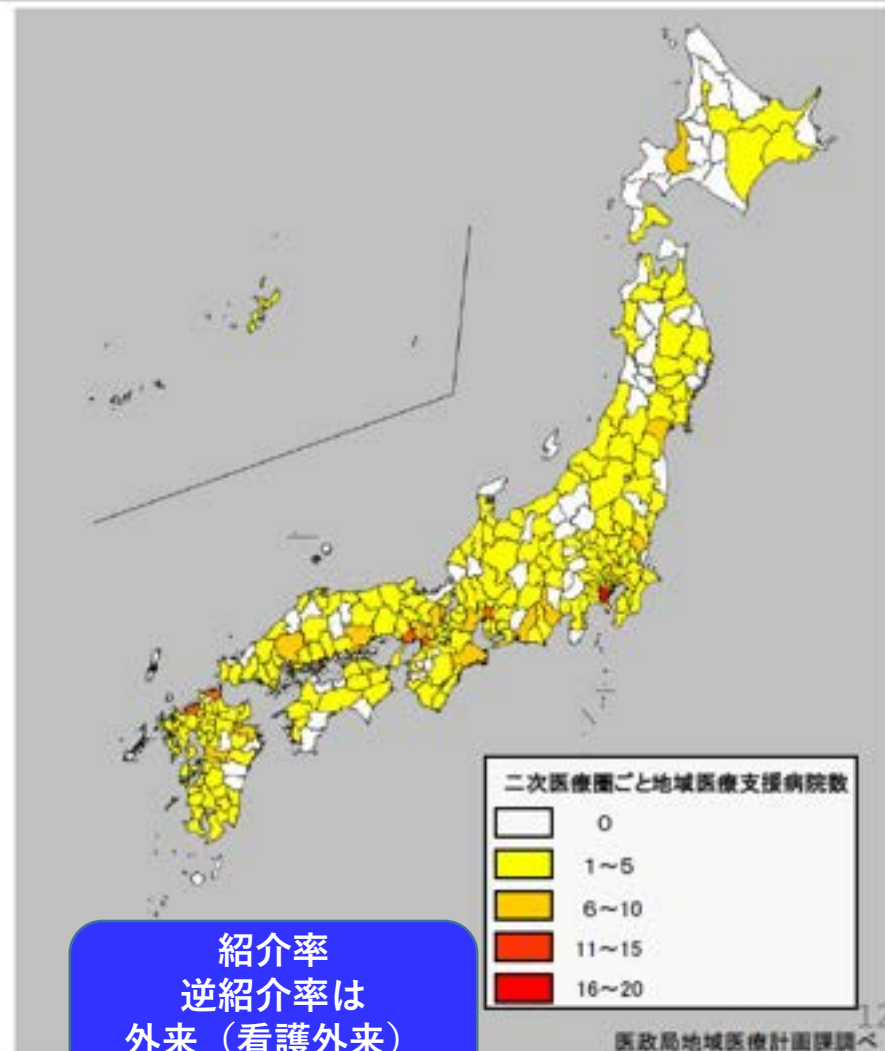
地域医療支援病院の推移

- 地域医療支援病院は増加傾向にあり、平成4年9月1日時点で685病院に達した。
- 地域医療支援病院の所在しない二次医療圏は全335医療圏のうち79医療圏ある。
(平成30年12月～令和4年9月までに新たに承認された78病院のうち、10病院が地域医療支援病院の所在しない二次医療圏の病院であった。)

年度別にみた地域医療支援病院数



医政局地域医療計画課調べ



医政局地域医療計画課調べ

紹介率
逆紹介率は
外来（看護外来）
に大きな影響

紹介受診重点医療機関について

令和4年3月17日 外来機能
報告等に関するワーキング
グループ参考資料

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。

- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

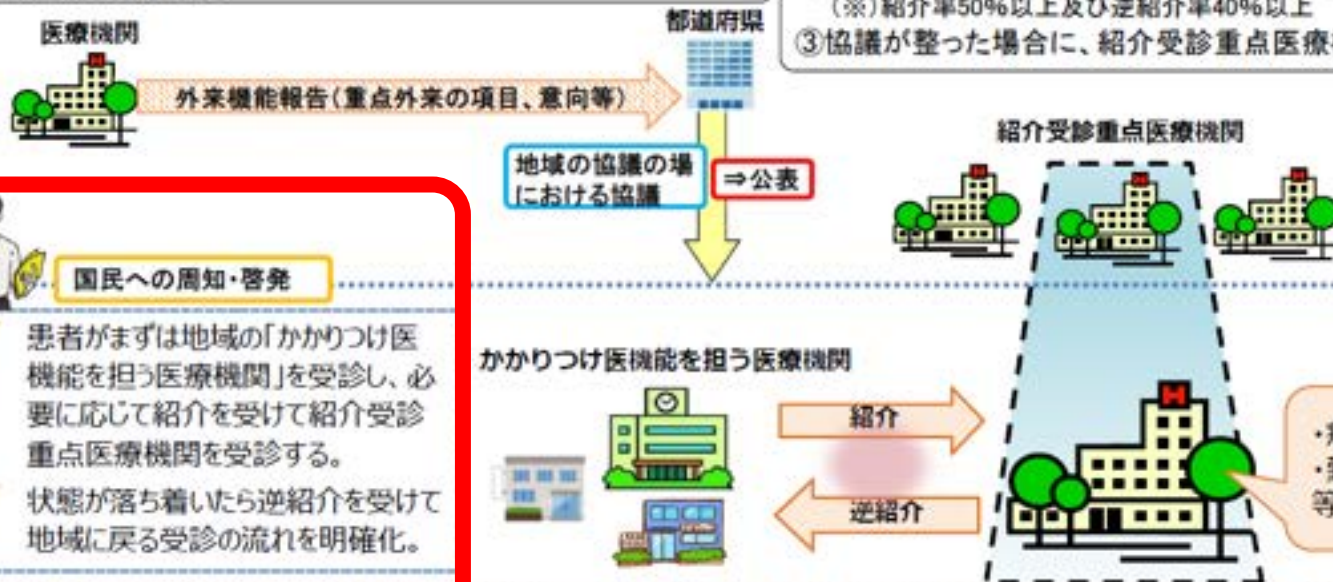
※ 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

- 「医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)」等の実施状況
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

- ① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
(※) 初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ
再診に占める重点外来の割合25%以上
- ② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
(※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



紹介率
逆紹介率は
外来(看護外来)
に大きな影響

・ 病院の外来患者の待ち時間の短縮
・ 勤務医の外来負担の軽減
等の効果を見込む

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

中医協 総一 4
5 7 5 改

医療
提供
法の
位置
づけ

一般病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 886,663床
病床利用率 69.0%
平均在院日数 16.2日

療養病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 284,439床
病床利用率 84.7%
平均在院日数 126.5日

DPC/PDPS

1,764施設 483,425床
(+1,981床)
※2 R4.4.1現在

特定機能病院 入院基本料※1

87施設
58,726床 (+185床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料 19施設6,249床 (+4床)

救命救急入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
188施設 3,640床 (+47)	22施設 167床 (▲33)	79施設 1,573床 (▲66)	82施設 906床 (+15)

特定集中治療室管理料

ICU1	ICU2	ICU3	ICU4
159施設 1,656床 (+169)	80施設 927床 (+60)	329施設 2,317床 (▲48)	54施設 497床 (▲68)

ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1: 643施設 6,327床 (+174床)
HCU2: 37施設 363床 (+54床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

新生児特定集中治療室管理料

NICU1 75施設 731床 (▲20床)
NICU2 153施設 909床 (+24床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 841床 (▲16床)
新生児 1,771床 (+16床)

新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (▲2床)

小児入院 医療管理料	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
81施設 5,373床 (▲63床)	181施設 5,990床 (▲318床)	80施設 1,876床 (▲154床)	387施設 8,026床 (▲160床)	167施設 -	

一般病棟入院基本料 575,751床 (▲4,036床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
938施設 62,056床 (+2,675)	193施設 10,371床 (+369)	332施設 14,570床 (▲973)	64施設 2,666床 (+150)	33施設 1,191床 (▲748)	11施設 440床 (▲1,019)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
1,392施設 46,819床 (+3,457)	1,250施設 40,182床 (▲1,344)	40施設 982床 (▲326)	70施設 1,313床 (▲511)

障害者施設等入院基本料 891施設 72,004床 (+1,633床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (±0)
入院料2 2施設 79床 (±0)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
102施設 5,287床 (▲77床)	107施設 7,958床 (+192床)	32施設 424床 (▲42床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 241施設 4,937床 (+118)
入院料2 219施設 4,250床 (+39)

療養病棟入院基本料 205,673床 (+101床)

介護療養 病床

7,976床
※R4.6床病院報告

- ・一般病棟
 - ・回復期リハ病棟
 - ・地域包括ケア病棟
 - ・療養病棟
- の4つをまず確認！！

施設基準届出
令和4年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料
173施設 10,875床 ※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1 367施設 16,560床 (▲67)
入院料2 9施設 358床 (▲29)

精神病棟 1,180施設 140,478床 (+1,660床)
精神科救急・合併症入院料
11施設 390床 (▲34)
児童・思春期精神科入院
50施設 1,690床 (+135)

精神療養病棟入院料
808施設 88,399床 (▲1,312)
地域移行機能強化病棟入院料
27施設 1,129床 (▲207床)

認知症治療病棟入院料
入院料1 554施設 38,590床 (+436)
入院料2 3施設 220床 (+6)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

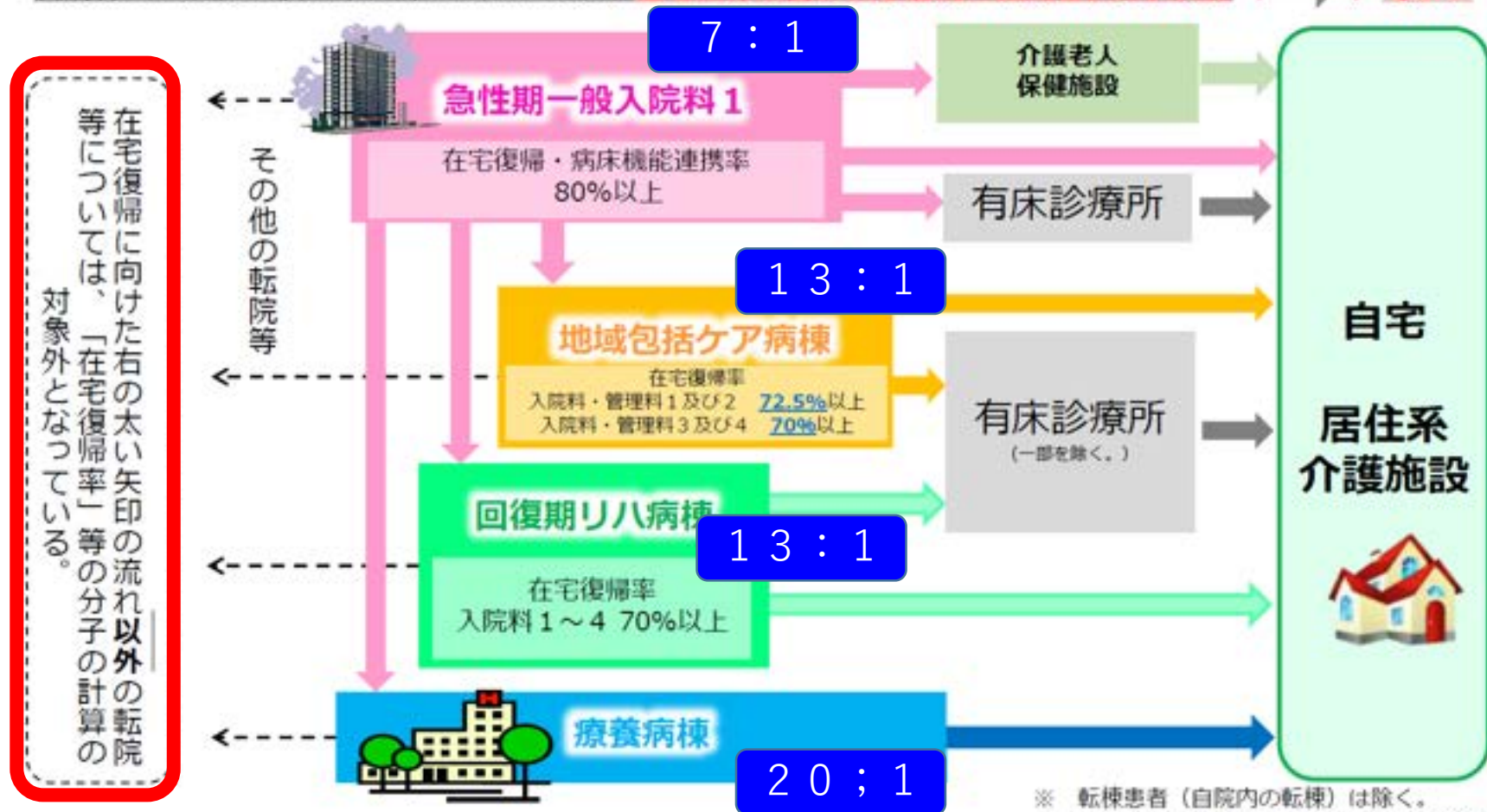
48

入院医療の評価体系と期待される機能

- 4つそれぞれで
- ・看護配置の違い
- ・在宅復帰率のルールが違う

- 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（→）で示す**

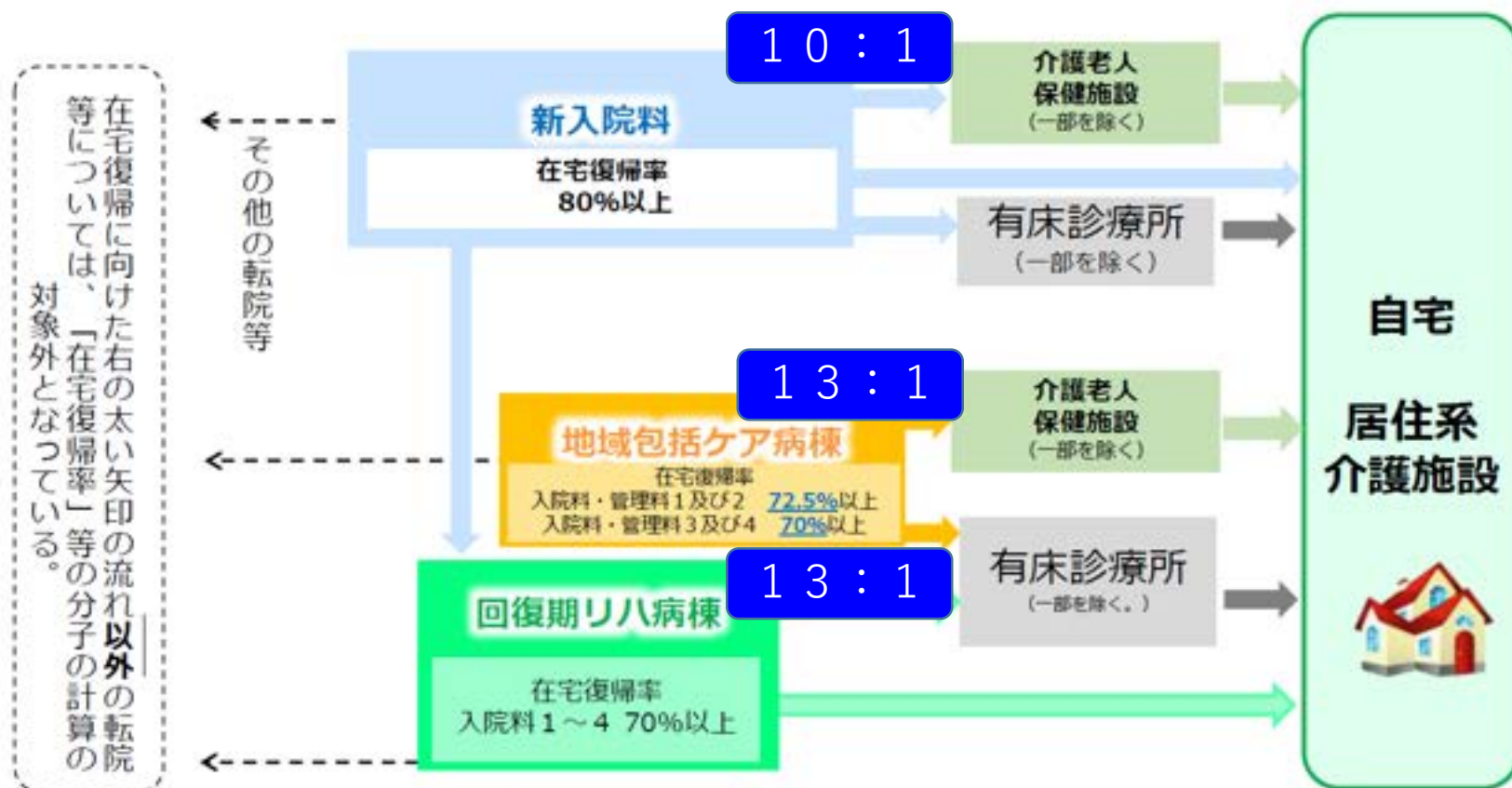


※ 転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※ 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

地域包括医療病棟における在宅復帰率

- 地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることがや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（→）で示す



急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上	「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） - 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上	「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含まない)

一般病棟における患者の流れ

	急1	急2	急4	地域一般
n	5,137,980	180,421	908,136	64,892
家庭からの入院	92.6%	85.8%	82.2%	64.3%
他の病院・診療所の病棟からの転院	2.5%	5.1%	6.9%	19.2%
介護施設・福祉施設に入所中	4.5%	8.9%	10.5%	15.7%
院内で出生	0.4%	0.2%	0.4%	0.3%
その他	0.1%	0.1%	0.1%	0.6%

一般病棟入院基本料

	急1	急2	急4	地域一般
n	5,137,980	180,421	908,136	64,892
院内の他病棟への転棟	3.7%	13.2%	17.5%	30.0%
家庭への退院	79.1%	67.9%	63.1%	45.0%
他の病院・診療所への転院	6.0%	5.6%	5.5%	6.3%
介護老人保健施設に入所	0.7%	1.3%	1.7%	2.5%
介護老人福祉施設に入所	0.9%	1.8%	2.3%	3.3%
社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所	1.7%	2.8%	2.6%	3.3%
終了（死亡等）	3.2%	4.7%	5.6%	8.2%
その他	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
介護医療院	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%
同一病棟グループ内への転棟	4.6%	2.6%	1.5%	0.9%

該当病棟の患者の
「入口（どこから来たか）」
「出口（どこへ行くか）」
の傾向を理解することは重要

一般病棟の入院患者のうち救急搬送により入院した患者の割合等

	急1	急1（救命救急入院 料届出なし）	急2	急4	地域一般1
実入院患者数	5,137,980	3,632,530	180,421	908,136	64,892
実入院患者数のうち、救急搬送され入院した割合	相加平均 20.2%	21.1%	22.8%	20.2%	14.6%
	加重平均 18.4%	19.9%	22.2%	20.9%	16.0%
	25%tile 12.9%	13.4%	13.1%	9.4%	2.5%
	50%tile 19.1%	20.0%	21.8%	19.1%	10.8%
	75%tile 25.6%	27.1%	29.3%	28.0%	21.3%

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

急性期一般入院料 1 の病棟における患者の流れ

- 急性期一般入院料1の入棟元は、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、68.1%であった。
- 退棟先は、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、64.6%であった。

【入棟元】(n=15,457)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.6%
	自宅(在宅医療の提供なし)	68.1%
介護施設等	介護老人保健施設	1.7%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.7%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.2%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床	3.1%
	他院の一般病床以外	0.7%
自院	自院の一般病床	8.9%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	自院の療養病床	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	2.9%
有床診療所		0.0%
その他		0.7%

急性期一般入院料 1

【退棟先】(n=7,109)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	7.6%
	自宅(在宅医療の提供なし)	64.6%
介護施設等	介護老人保健施設	1.3%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.4%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	0.9%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	4.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.3%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	4.3%
	他院の療養病床	0.9%
	他院の精神病床	0.3%
	他院のその他の病床	0.4%
自院	自院の一般病床	4.7%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	2.3%
	自院の療養病床	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.0%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.0%
有床診療所		0.1%
死亡退院		3.5%
その他		0.5%

該当病棟の患者の
「入口(どこから来たか)」
「出口(どこへ行くか)」
の傾向を理解することは重要

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

厚生労働省: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査 速報 令和5年6月8日

©ALCARE Co., Ltd. All rights reserved. **Takamizu**

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診療組 入-1
5 6 8

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、33.1%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、48.2%であった。

【入棟元】(n=2,838)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	33.1%
介護施設等	介護老人保健施設	2.1%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.1%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
	その他	0.1%
他院	他院の一般病床	17.3%
	他院の一般病床以外	1.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	27.3%
	退院している病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を退院している病床	0.4%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.1%
	特別の関係にある医療機関	0.5%
	有床診療所	0.0%
その他	その他	0.1%

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】(n=805)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	48.2%
介護施設等	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	6.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	6.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.9%
	障害者支援施設	0.2%
	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.0%
	他院の地域一般入院基本料を退院している病床	0.5%
他院	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を退院している病床	0.7%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	2.7%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	2.2%
	退院している病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を退院している病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.1%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%
その他	有床診療所(上記以外)	0.0%
	死亡退院	7.2%
	その他	0.4%

参考: 令和2年度入院医療等における実態調査

【入棟元】(n=2,115)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	25.4%
介護施設等	介護老人保健施設	2.8%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.7%
	障害者支援施設	0.3%
	その他	0.3%
他院	他院の一般病床	12.0%
	他院の一般病床以外	1.5%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	40.8%
	退院している病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を退院している病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.1%
	有床診療所	0.1%
その他	その他	1.1%

【退棟先】(n=546)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	50.6%
介護施設等	介護老人保健施設	4.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
	その他	3.0%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を退院している病床	1.8%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	1.6%
	退院している病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を退院している病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	1.3%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%
その他	有床診療所(上記以外)	0.0%
	死亡退院	4.9%
	その他	0.0%
	無記録	5.9%

地域包括ケア病棟・病室

該当病棟の患者の
「入口(どこから来たか)」「出口(どこへ行くか)」
の傾向を理解することは重要

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

- 回復期リハビリテーション病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、59.1%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、52.9%であった。

【入棟元】(n=3,630)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	1.5%
	自宅(在宅医療の提供なし)	8.0%
介護施設等	介護老人保健施設	0.3%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.2%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.4%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	0.4%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	59.1%
	他院の一般病床以外	1.2%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	22.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.8%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.4%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		5.1%
有床診療所		0.1%
その他		0.0%

回復期リハ病棟

【退棟先】(n=527)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	13.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	52.9%
介護施設等	介護老人保健施設	0.0%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	3.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	7.0%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	3.0%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.4%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.6%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.3%
	他院の精神病床	1.3%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	2.1%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.2%
	自院の精神病床	0.2%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		0.6%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.2%
有床診療所(上記以外)		0.2%
死亡退院		0.9%
その他		1.9%

該当病棟の患者の
「入口(どこから来たか)」「
「出口(どこへ行くか)」
の傾向を理解することは重要

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

厚生労働省: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査

療養病棟における患者の流れ

- 療養病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、46.0%（R2調査時44.5%）であった。
- 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、61.2%（R2調査時55.0%）であった。

【入棟元】(n=4,485)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	2.5%
	自宅(在宅医療の提供なし)	5.7%
介護施設等	介護老人保健施設	2.9%
	介護医療院	1.3%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	46.0%
	他院の一般病床以外	7.7%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	13.5%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	6.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	4.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア病床以外)	1.6%
	自院の精神病床	1.0%
	自院のその他の病床	1.5%
有床診療所		0.0%
その他		

療養病棟

【退棟先】(n=570)

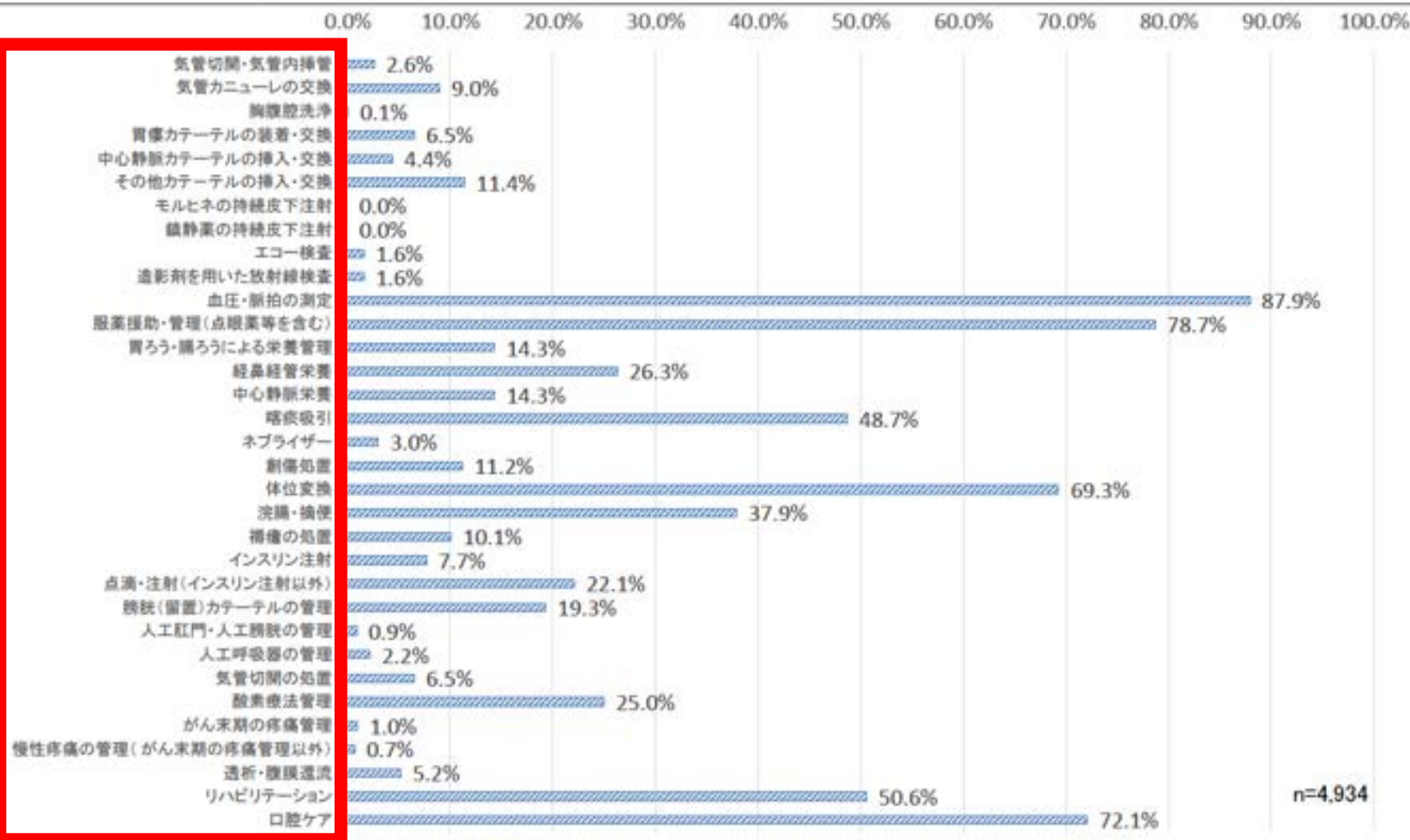
自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	4.9%
	自宅(在宅医療の提供なし)	9.1%
介護施設等	介護老人保健施設	5.1%
	介護医療院	2.6%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	2.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.8%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.4%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	5.1%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア病床以外)	0.5%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	1.1%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア病床以外)	1.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.7%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.0%
有床診療所(上記以外)		0.0%
死亡退院		61.2%
その他		0.2%

該当病棟の患者の
「入口(どこから来たか)」「
出口(どこへ行くか)」
の傾向を理解することは重要

出典: 令和4年度入院・外来医療等における

療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

○ 療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等は以下のとおり。例えば、医療区分3の項目である「中心静脈栄養」は14.3%、「人工呼吸器の管理」は2.2%の患者に実施されていた。



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

112

77

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

中医協 総-2
5. 7. 12

【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	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頭髄損傷
多系統萎縮症	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置管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
 - 在宅自己腹膜透析指導管理
 - 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
 - 在宅脳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指導管理指導料を算定している者

在宅で医療保険で
重点的にカバーするのは
3度の褥瘡とストーマ

算定日数
制限無し

医療の質



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



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

**診療報酬
介護報酬**



ざっくりとした日本の医療環境（介護除く） 2024-3

大分類	小分類	数
●病院数		8,100
精神科除く		7,100
精神科含む→	200床以上	2,400
	200症未満	5700
●診療所数	全体	105,000
	有床	6,000
	無床	99,000
●訪問看護ステーション	ステーション数	13,000
◆ベッド数	一般病床（急性期/回復期）	900,000
	療養病床	300,000
■医師数	医療機関所属	330,000
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属（準看含む）	1,500,000
重なりあり	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
	ICN	3,600
	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

「地域医療構想」の達成の推進

平成29年4月12日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

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

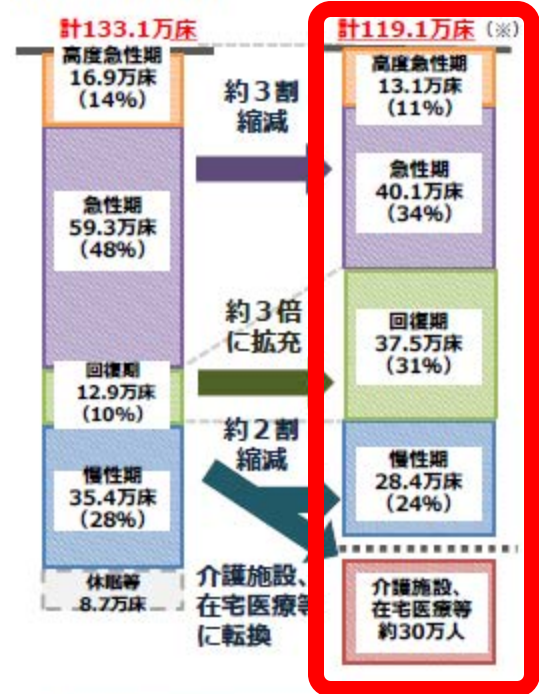
平成28年度末に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025（平成37）年時点での
病床の必要量を『見える化』

①機能分化・連携のための診療等のデータ提供

- ✓ 病床の役割分担を進めるため、手術やリハビリの件数や、疾病ごとの患者数等のデータを国から提供。
- ✓ データを活用し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を集中的に検討。

【足下の病床機能】
（平成27年7月現在）

【2025（平成37）年の
病床必要量】



※ 内閣官房推計（平成27年6月）の合計
114.8～119.1万床の範囲内

議論の一例

	手術件数	リハビリ件数
A病院	50 (件/月)	200 (件/月)
B病院	40 (件/月)	160 (件/月)
C病院	5 (件/月)	100 (件/月)

国からデータ提供

C病院は、
・手術の件数は少ない
・リハビリの実施件数は他院と同等

C病院の方針

C病院を回復期機能へ転換し、
病床数を50床に減床

②地域医療介護総合確保基金による支援

- ✓ 個別の病院名や転換する病床数等の具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分。

配分実績
（平成28年度） 合計904億円



③診療報酬・介護報酬改定による対応

- ✓ 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。

超重要

特定行為等の概念図（例 2 - 2）

絶対的医行為（例：手術、処方、診断）

海外のNPのできる領域（単独で一部の診断、処方、処置）

特定行為（医師の包括指示で実施できる）
この領域でも、医師の具体的指示があれば一般の看護師も実施できる

診療の補助の範囲の再検討が必要？
ポイントは合理化・シンプル化

診療の補助
（看護師が医師の指示のもとでできる領域）

特定行為の領域はもちろん、特定行為の領域に
該当しない診療の補助であっても、
病院の方針で具体的指示でも看護師の実施できる範囲を制限している

ただし、特定行為の研修を終了した場合は
その該当領域についてのみ看護師にも実施を認める

●急性期の病床利用率(稼働率)

全国平均

75%

85%を越えると

混合病棟化

95%を越えると

男女混合化

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

病床削減で稼働率
UP?

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

●地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟

もともと混合病棟であるが、急速にこれらの病棟が増える。



日本全国混合病棟化

●院内トレーニングが大きな課題

- ・時間内での研修不可の厳格化
- ・研修項目の増加(診療報酬や医療法の遵守)

●医療安全がより重視

- ・医療事故報告の推進

混合病棟化の増加

研修の課題

医療安全の重視



レベルを見直して、院内全体の統一した手順、簡便な研修方法が最重要

2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せて、複雑な各種の制度を上手に活用いただけるよう解説いたします。

本抄録は、4月30日時点であり、厚労省の通知等で変更される場合もあります。

●第8次医療計画

- ・5疾病6事業＋在宅

●働き方改革

- ・タスクシフトのパターンの整理、特定看護師、NP等の活動の正しい理解。

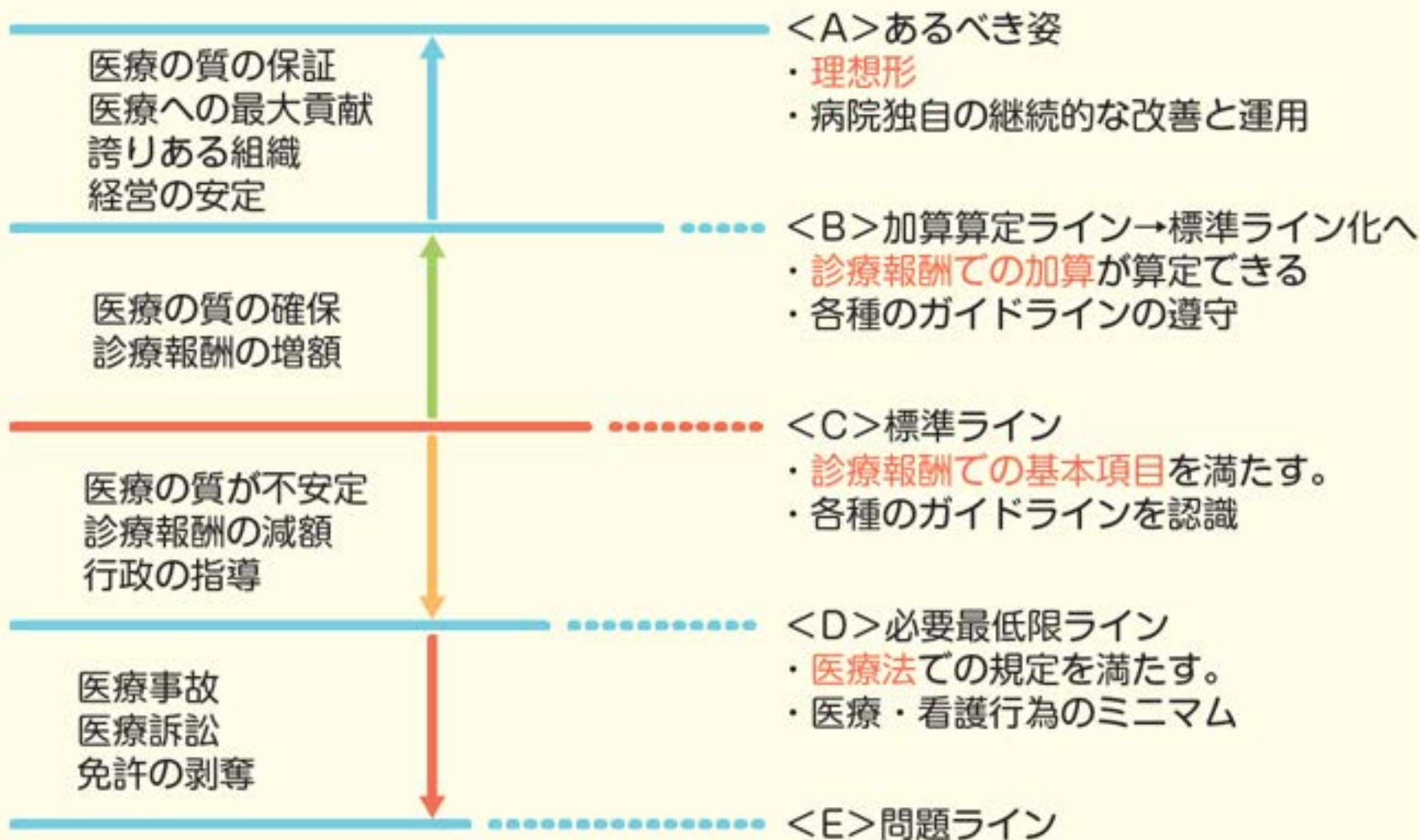
●診療報酬

- ・「身体的拘束の最小化」が義務化：不備の場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキントケアにも関連するので注視が必要。
- ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月に10時間」まで認められる。
- ・訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

●介護報酬

- ・「褥瘡予防対策担当者」の配置。
- ・診療報酬同様の「専門管理加算」が新設。
- ・「褥瘡マネジメント加算」の対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。
- ・「身体拘束廃止未実施減算」の対象施設の拡大。
- ・訪問看護でも「身体的拘束」の禁止が原則。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

医療の質と医療経済の5段階



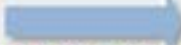
https://www.igaku.co.jp/wocnursing/wocnursing_1901.html

見極める「単語」

- 評価する： プラスのイメージ 新設項目
 点数の引き上げ
 算定対象の拡大
- 見直す： マイナスイメージ 点数の引き下げ
 要件（ハードル）の引き上げ
- 要件化・明確化： 要件（ハードル）の厳格化

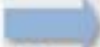
令和6年度診療報酬改定の施行時期等

令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

令和5年 12月	令和6年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝 (12月20 日)	1月12日 中医協諮問	2月14日 中医協答申	3月5日 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日 薬価改定		6月1日施行 (材料価格の 改定を含む)	7月上旬 初回請求	定例報告	
					 届出期間(5月2日～6月3日)				
							 主な経過措置※		

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

従来の改定スケジュール

前年12月	当該年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝	1月中旬 中医協諮問	2月上旬 中医協答申	3月上旬 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日施行	5月上旬 初回請求		定例報告		
				 届出期間（4月1日～4月14日前後）					
 主な経過措置									

読み解く 3つのポイント

◆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。

◆「回診」「巡回」「カンファレンス」

- 回診：医師を中心に、各患者のベッドサイトまで行く。（栄養サポート、精神科リエゾン）
- 巡回：患者ごとではなく、院内全体のチェック。（医療安全、感染対策、認知症ケア）
- カンファレンス：症例検討などを交えた院内全体の検討。

読み解く 3つのポイント

◆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：「〇〇の領域に従事して・・・」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
(次のスライド参照)
- (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 3つのポイント

◆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。

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行わ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 8 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。

補償対策に関する診療計画書（１）

學 生 _____ 教 師 _____

年 月 日 第 _____ 頁

姓 名 _____
班 級 _____
科 目 _____

評 語 _____

調査の有無 1. 調査 なし あり (仙骨部、坐骨部、恥骨部、腰骨部、大腸下部、陰部、その他) 1) 調査年度は _____

2. 調査 なし あり (仙骨部、坐骨部、恥骨部、腰骨部、大腸下部、陰部、その他) 1)

＜自覚を導く立憲の強い人権憲章＞					
	第1条 第1項	第1条 第2項	第1条 第3項	第1条 第4項	評価
憲法中の権利	基本的人権の能力 (1) 平等 自己決定権 (2) 平等 差別禁止(優遇、保護)	できる	できる	できない	「権利」ではなく 「できない」が1つ以上の場合は、 憲法が憲法主義 から撤退する
	契約の自由	なし	あり	あり	
	契約の自由	なし	あり	あり	
	労働契約の自由	なし	あり	あり	
	労働契約(平等、差別禁止、優遇、保護)	なし	あり	あり	
	労働の自由(平等)	なし	あり	あり	
	労働の自由(平等)	なし	あり	あり	

＜権限に関する試験の平均点のある患者及びすでに権限を有する患者＞

[illegible]

調査する項目		計画の内容
経過、プロセスの記録 (経過記録、決定は関係員、関係者上層は、関係子会関係関係)	ページ上 イス上	
スキャン		
数量状態		
リソースリソース		

2022年から
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、鎮痛剤、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 検査している薬剤に注意	☐ 測定無し ALP値（ ）g/dL 測定日（ / ）	☐ 測定無し Hb値（ ）g/dL 測定日（ / ）
栄養管理計画	栄養補給法	経口・経腸（経口・経鼻・胃管・腸管）・静脈	栄養補助食品の使用（無・有）

【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。

2022年から、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。

7 身体的拘束最小化の基準

- (1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため**緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。**
- (2) (1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。
- (3) 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、**身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チーム**が設置されていること。なお、**必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。**
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施する**こと。**
- ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底する**こと。**
- イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用する**こと。**なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが**望ましい。**
- ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する**研修を定期的に行うこと。**
- (6) (1)から(5)までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25 年法律25 第123 号）の規定による。
- (7) 令和 6 年 3 月31 日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和 7 年 5 月31 日までの間に限り、(1) から(5) までの基準を満たしているものとする。

7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。

8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、**身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。**

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定⑤）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備することを規定する。

- 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

【施設基準】

- 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- （1）の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。
- 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
 - 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- （1）から（5）までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。

【経過措置】令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

介護施設（介護報酬）と医療機関（病院・クリニック）と在宅のざっくり比較

◆介護報酬 身体拘束**廃止**未実施減算 2006年～

◆診療報酬 認知症ケア加算：身体的拘束の減算 2016年～
（身体的拘束をした人のその日が減算）

基本料：身体的拘束**最小化**未実施減算 2024年～
（医療機関全体の体制で減算）

◆訪問看護 身体的拘束**原則禁止** 2024年～

ー減算規定はない

（指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準）

<私見>

●介護は、療養・生活の場なので「**廃止**」

●医療は、治療の場なので「**最小化**」

●病院の機能でも、「最小化」の目標・意味合いが変わる
ー高度急性期、急性期、回復期、慢性期

DPC/PDPSの基本事項

- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

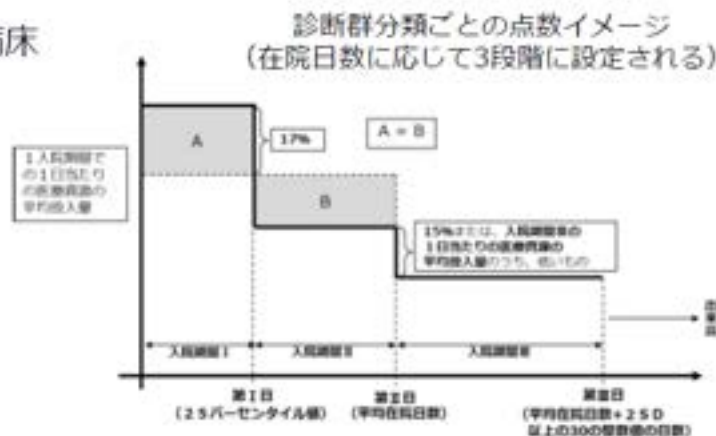
※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和6年6月1日時点見込みで1,786病院・約48万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約85%を占める。

※ 令和4年7月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた3段階の定額点数に、医療機関ごとに設定される医療機関別係数を乗じた点数を算定。



DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱにおける新たな評価

地域医療係数の見直し②

- 社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、体制評価指数において、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）について新たに評価を行う。

<臓器提供の実施>

【概要】

法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

【評価の内容】

- ・過去3年の法的脳死判定後の臓器提供
1件以上（0.5P）、2件以上（1P）



※大学病院本院群
DPC特定病院群
の場合



日本臓器移植
ネットワーク



臓器移植施設

<医療の質向上に向けた取組>

【概要】

医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価

【評価の内容】



データの提出

- ・医療の質指標に係る
データの提出（0.5P）



データの活用

医療の質指標
（3テーマ9指標）
①医療安全
②感染管理
③ケア



- ・病院情報の公表（0.25P）
- ・医療の質指標の公表
（0.25P）

<医師少数地域への医師派遣機能>

【概要】

医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価

【評価の内容】

- ・「医師少数区域」
への6か月以上の
常勤派遣医師数を
線形評価（最大1P）



大学病院本院

常勤医としての派遣



(参考) データ提出及び公表を評価する医療の質指標

医療の質指標（3テーマ9指標）

DPCの医療の質指標として
2024年から、d 2 以上の褥瘡発生率の報告が必要となる。

テーマ	指標	既存データ項目の活用	データ提出の評価対象（※1）	公表の評価時期（※2）
医療安全	転倒・転落発生率	×	○	令和8年度～
	転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	×	○	令和8年度～
	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	○	×	令和7年度～
感染管理	血液培養2セット実施率	○	×	令和7年度～
	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	○	×	令和7年度～
	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	×	○	令和8年度～
ケア	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	×	○	令和8年度～
	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合	×	○	令和8年度～
	身体的拘束の実施率	×	○	令和8年度～

(※1) 該当する指標に対応する調査項目を新設する
(※2) 集計方法等の詳細については、「病院情報の公表の集計条件等について」において公表

退院患者調査の見直し③

医療の質指標に係る項目の新設

DPCの医療の質指標として
2024年から、d2以上の褥瘡発生率の報告が必要となる。

[体制評価指数（医療の質向上に向けた取組）において、データ提出の評価対象となる項目]

項目名	ファイル	見直しの内容
【新】 転倒・転落件数 （※）	様式1	入棟中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式3	入院中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】 インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数 （※）	様式1	入棟中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式3	入院中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】 d2以上の褥瘡 （※）	様式1	入棟時及び退棟時の評価に加え、入棟中の褥瘡の最大深度を入力する。
	様式3	入院中に新規にd2（真皮までの損傷）以上の褥瘡が発生した患者数を入力する。
【新】 予防的抗菌薬投与	様式1	全身麻酔を伴う手術の場合に、予防的抗菌薬投与の有無及び時間を入力する。
【新】 入院早期の栄養アセスメント	様式1	入院後48時間以内の栄養アセスメントの実施の有無を入力する。
【新】 身体的拘束	様式1	身体的拘束の実施日数を入力する。

【新】：新規追加項目

（※） 様式1又は様式3いずれかの入力で評価する。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

➤ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

(改定内容)

- ・「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- ・「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- ・「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

A モニタリング及び処置等		0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	-	-
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	-	-
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	-	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6	専門的な治療・処置（※2）	-	-	-	-
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	-	あり	-
	II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	-	あり	-

C 手術等の医学的状況		0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間） 救命等に係る内科的治療（4日間）	なし	あり
21	① 経皮的血管内治療、 ② 経皮的な心筋焼灼術等の治療、 ③ 慢性的な消化器治療	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

改 定 案	現 行
【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 〔施設基準〕 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (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・生禁のケアを行う場合又は <u>介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。</u>	【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 〔施設基準〕 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (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。

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 国又は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（修了証の交付があるもの）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・技術が習得できる研修（具体的な事例に基づいて実施する研修）

あれ？
追記されていないようです

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

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

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

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

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

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

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

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

2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

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

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

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

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

3 届出に関する事項

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

事務連絡
令和6年5月1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）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添10までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和6年3月5日付官報（号外第49号）に掲載された令和6年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添11のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

5月1日に修正の通知が発出され
ハイリスクの専従のWOCが
月に10時間まで介護施設等へ赴い
ての活動が認められました！

その活動に加算がつくわけでは
ありません。

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

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

- (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 及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001252043.pdf>

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➤ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し②

訪問看護管理療養費の見直し（月の2日目以降の訪問の場合）

- 多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

現行		改定後	
【訪問看護管理療養費】		【訪問看護管理療養費】	
2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	3,000円	2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	
		（新）イ 訪問看護管理療養費1	3,000円
		（新）ロ 訪問看護管理療養費2	2,500円

[算定要件]

指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1のイ、ロ及び八並びに2のイ及びロについては、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に限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

[施設基準]

・ 訪問看護管理療養費1の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が7割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。

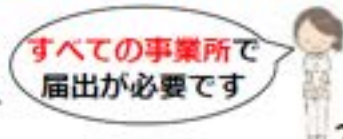
ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が40以下の利用者の数が月に5人以上であること。

・ 訪問看護管理療養費2の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が7割以上であること又は当該割合が7割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

[経過措置]

令和6年3月31日時点において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和6年9月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費1の基準に該当するものとみなす。



医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

中医協 総-2
5. 7. 12

【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	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頭脳損傷
多系統萎縮症	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置管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
 - 在宅自己腹膜透析指導管理
 - 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
 - 在宅脳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指導管理指導料を算定している者

在宅で医療保険で
重点的にカバーするのは
3度の褥瘡とストーマ

算定日数
制限無し

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

2022

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

【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



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
- ・ 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) 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
- ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・ 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

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

※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

57

専門性の高い看護師による訪問看護の評価

告示改正

- 医療ニーズの高い利用者が増える中、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

訪問看護★、看護小規模多機能型居宅介護

【単位数】

<現行>
なし



<改定後>

専門管理加算 250単位/月 (新設)

【算定要件等】

- 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所の緩和ケア、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、所定単位数に加算する。

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又は化学療法を行っている利用者
- ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者

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

- ・ 診療報酬における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ボタンとの交換、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

アウトカム評価の充実のための加算等の見直し

告示・通知改正

- ADL維持等加算、排せつ支援加算、褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点や自立支援・重度化防止に向けた取組をより一層推進する観点から、見直しを行う。

<ADL維持等加算>

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

【単位数】

<現行>

ADL維持等加算（Ⅰ） ADL利得（※）が1以上
ADL維持等加算（Ⅱ） ADL利得が2以上

<改定後>

ADL利得が1以上
ADL利得が3以上（アウトカム評価の充実）

（※）ADL利得：評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値の平均値

- ADL利得の計算方法について、初回の要介護認定から12月以内の者や他の事業所が提供するリハビリテーションを併用している場合における要件を簡素化する。【通知改正】

<排せつ支援加算>

看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

- 尿道カテーテルの抜去について、排せつ支援加算で評価の対象となるアウトカムへ追加する。

<現行>

・排尿・排便の状態の改善
・おむつ使用あり→なしに改善

<改定後>

・排尿・排便の状態の改善
・おむつ使用あり→なしに改善
・尿道カテーテル留置→抜去（アウトカム評価の充実）

<褥瘡マネジメント加算等>

看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

- 褥瘡の治療後に再発がないことに加え、治療についても、褥瘡マネジメント加算等で評価の対象となるアウトカムに見直す。

<現行>

・褥瘡発生リスクが高い利用者に褥瘡の発生がない
・施設入所時等に認めた褥瘡の治療後に再発がない

<改定後>

・褥瘡発生リスクが高い利用者に褥瘡の発生がない
・施設入所時等に認めた褥瘡の治療（アウトカム評価の充実）

2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せて、複雑な各種の制度を上手に活用いただけるよう解説いたします。

本抄録は、4月30日時点であり、厚労省の通知等で変更される場合もあります。

●第8次医療計画

- ・5疾病6事業＋在宅

●働き方改革

- ・タスクシフトのパターンの整理、特定看護師、NP等の活動の正しい理解。

●診療報酬

- ・「身体的拘束の最小化」が義務化：不備の場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキントケアにも関連するので注視が必要。
- ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月に10時間」まで認められる。
- ・訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

●介護報酬

- ・「褥瘡予防対策担当者」の配置。
- ・診療報酬同様の「専門管理加算」が新設。
- ・「褥瘡マネジメント加算」の対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。
- ・「身体拘束廃止未実施減算」の対象施設の拡大。
- ・訪問看護でも「身体的拘束」の禁止が原則。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

Part2

創傷被覆材の算定方法

在宅での「薬局の役割の変化」と併せて解説します。

診療報酬における言葉の意味（創傷関連の例）

①衛生材料等(処置料等に含まれる)

- ・ ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなどの雑品系の製品

②保険医療材料(処置料等に含まれる)

- ・ 保険適応でない医療機器
フィルム材、パッド付きドレッシング等

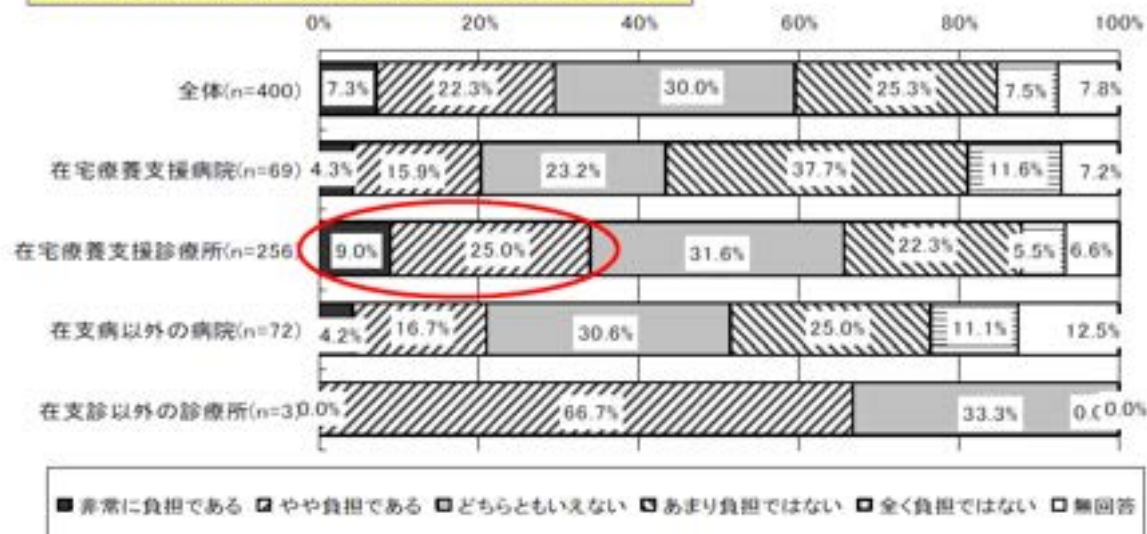
③特定保険医療材料（規定のもとに保険算定できる）

- ・ 保険適応の医療機器
局所陰圧閉鎖処置用材料、陰圧創傷治療用カートリッジ
創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ等

医療材料・衛生材料の供給について①

○ 在宅療養支援診療所等の中には、在宅医療・介護に用いられる医療材料・機器の確保に負担を感じている施設が存在する。

在宅医療に関する医療材料・機器の確保



出典) 平成22年度診療報酬改定の
結果検証に係る特別調査
(平成23年度調査)
在宅医療の実施状況と
医療と介護の連携状況
結果概要(速報)

「訪問看護支援事業に係る検討会中間とりまとめ」
(平成22年8月9日訪問看護支援事業に係る検討会)(抜粋)

2. 訪問看護の安定的供給とサービスの充実のために求められる方策

(3) 訪問看護の意義等についての理解を得るための取組

医療材料等の供給体制についてもケアマネジメントプロセスの一環として、関係者間における理解の徹底を図るべきであり、医療機関、保険薬局と訪問看護事業所が連携し、地域で安定的に供給できる体制を構築する必要がある。

医療材料・衛生材料の供給について②

- 在宅薬剤管理指導業務に取り組んでいる薬局の多くは、医療材料・衛生材料も供給している。
- 一方で、地域から薬局に対し、医療材料・衛生材料の供給について要望が届いていないケースも多い。

薬局における医療材料・衛生材料の供給

n=173薬局



出典)平成23年度
厚生労働省
保険局医療課
委託調査

医療材料・衛生材料を供給していない理由

n=61薬局(複数回答)



出典)平成23年度
厚生労働省
保険局医療課
委託調査

在宅医療で使用される衛生材料等について

■在宅医療では、以下に掲げるような衛生材料等が使用されている。

【医薬品】

- ・キシロカインゼリー ・消毒用エタノール ・ポビドンヨード液 ・滅菌グリセリン
- ・グルコン酸クロルヘキシジン ・グリセリン浣腸液 ・オリーブ油 ・塩化ベンザルコニウム
- ・白色ワセリン ・生理食塩液 ・精製水 ・滅菌蒸留水

【衛生材料】

- ・ガーゼ ・脱脂綿 ・綿棒 ・綿球 ・滅菌手袋 ・絆創膏 ・油紙 ・リント布 ・包帯
- ・テープ類 ・医療用粘着包帯 ・ドレッシング材 ・使い捨て手袋

【医療機器等】

- ・採尿・痰・血容器・イルリガードル ・蓄尿バッグ ・カテーテルチップ ・点滴用ルート
- ・酸素カニューレ・吸引カテーテル ・導尿カテーテル ・延長チューブ ・三方括栓
- ・キャップ ・ポンプ用ルート ・鑷子 等

在宅医療における衛生材料等の提供について

■衛生材料の提供状況

衛生材料を提供する主体は医療機関であるが、在宅での療養において必要な衛生材料等が患者に提供されていないという指摘がある。その際、訪問看護ステーションが衛生材料を提供し、その費用を負担していることがある。また、患者が購入し負担している場合があるとの指摘がある。

(参考)

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

(平17.9.1 保医発0901002)(抜粋)

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。)

(抜粋) 等

3 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。

(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

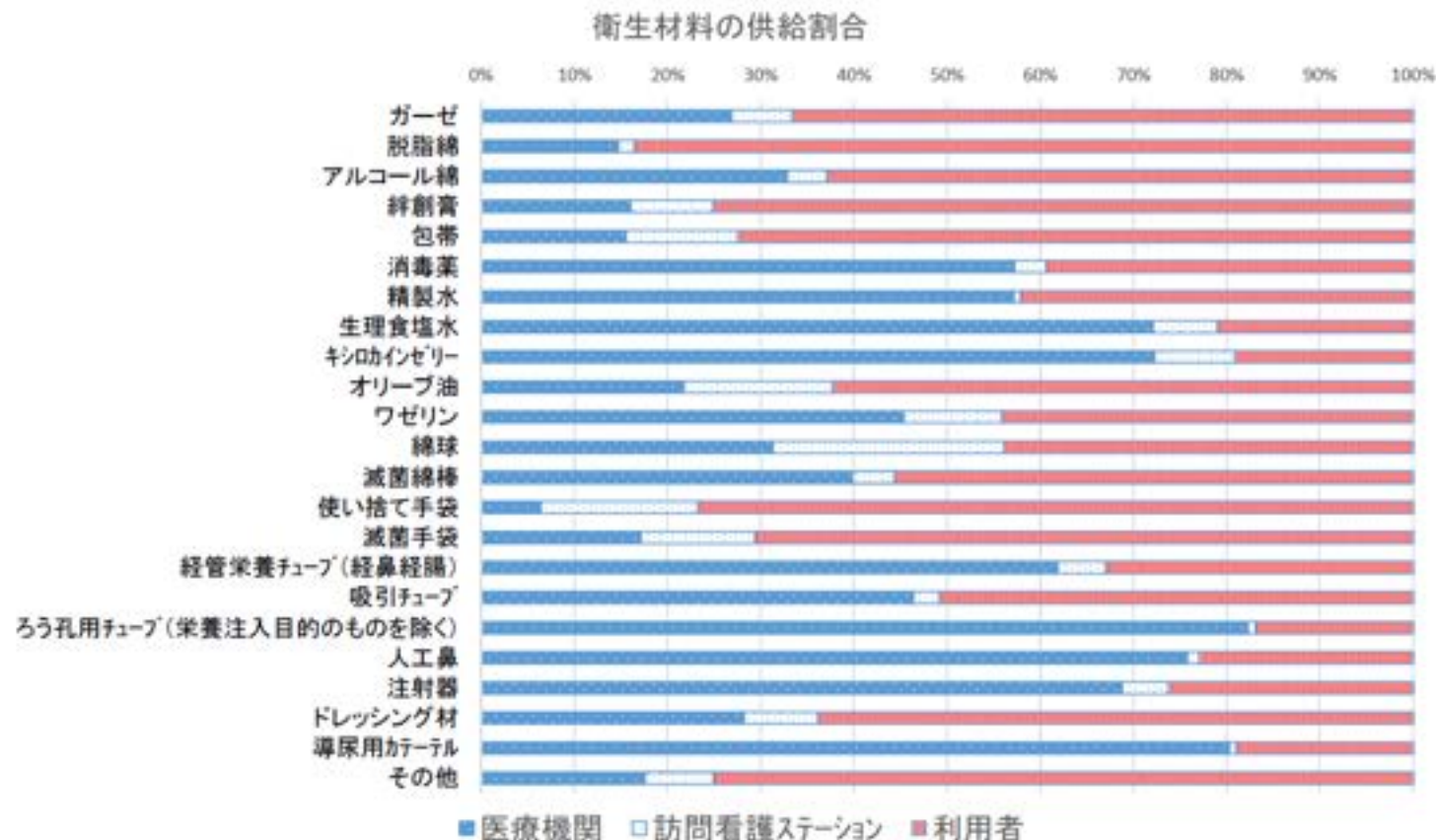
(例) 衛生材料代(ガーゼ代、絆創膏代等)、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代(縫合糸代等)、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代 等

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

衛生材料の供給割合（枚数、本数等の割合）

○ 在宅で医療ケアに使う衛生材料等について、医療機関から提供されているものもあるが、利用者が負担している場合もある。

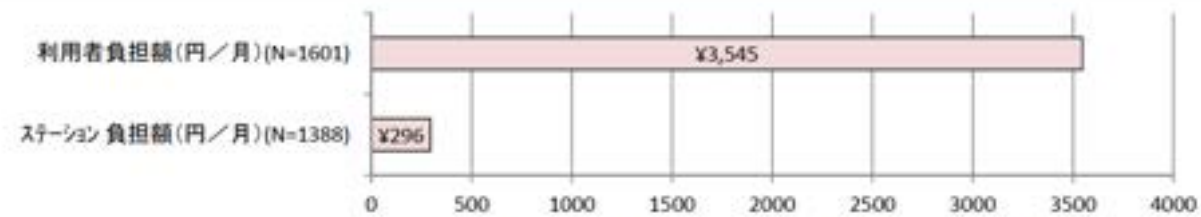
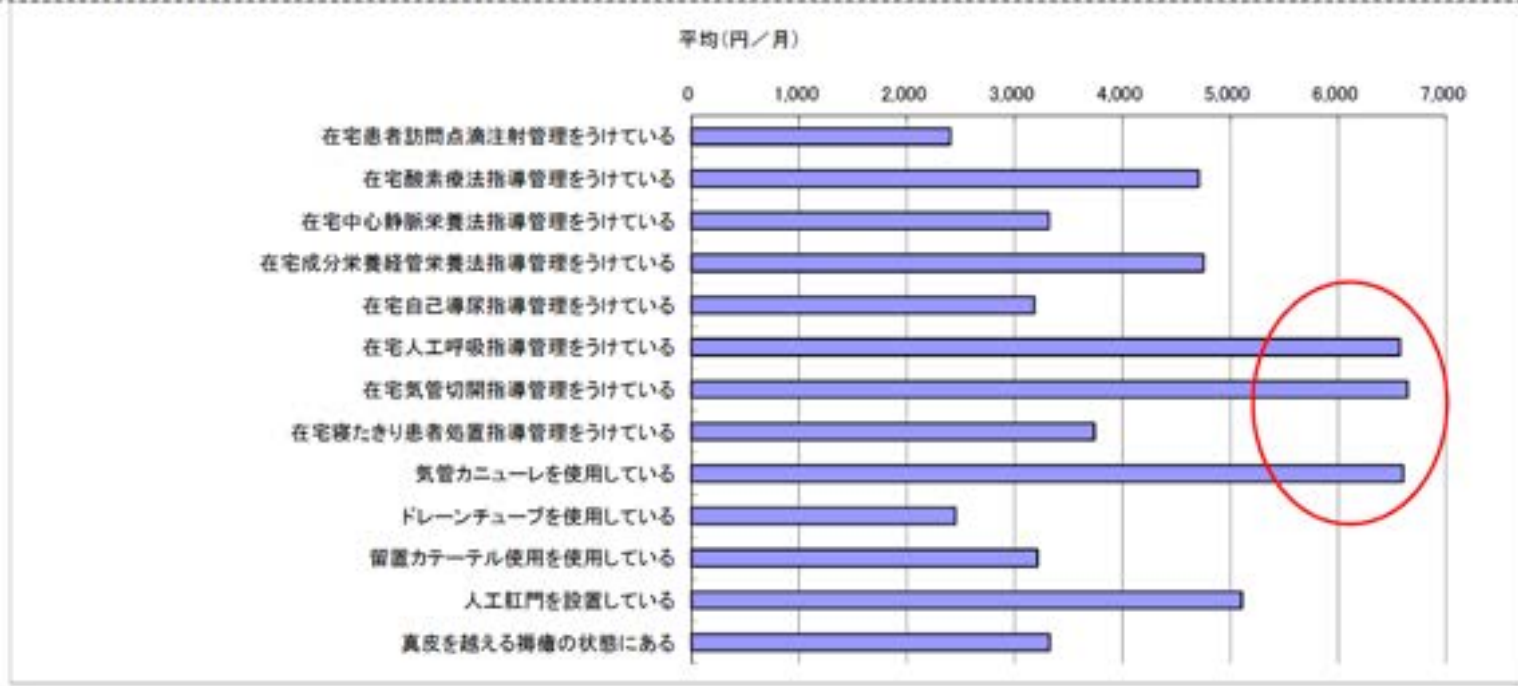


※利用者が負担した衛生材料の量については、医療従事者の必要量と必ずしも一致しないことがある。

老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションにおける衛生材料等調査」全国訪問看護事業協会平成23年度調査

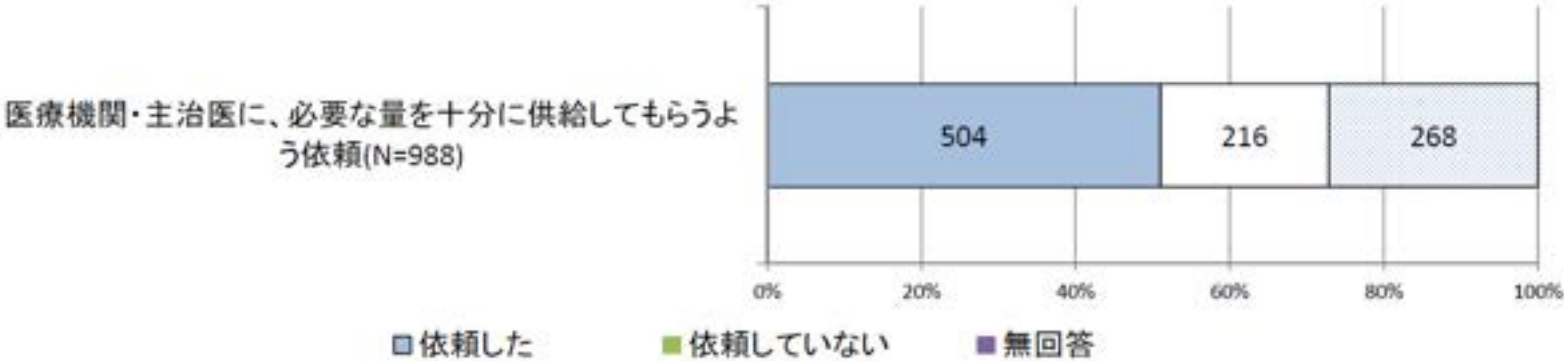
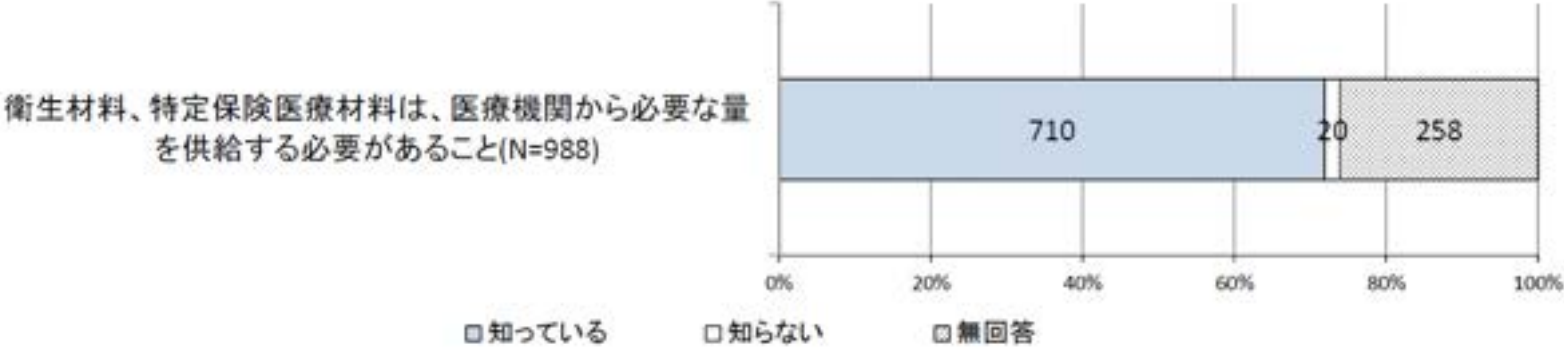
利用者の負担額

○ 在宅療養指導管理料を算定するにあたっては、必要十分な衛生材料を医療機関が提供することになっているが、在宅人工呼吸指導管理や在宅気管切開指導管理を受けている患者、気管カニューレを使用している患者は月の負担額が他より多い傾向にある。



訪問看護ステーションにおける衛生材料の供給に関する認識について

衛生材料について医療機関が必要な量を供給することになっていることを知らない訪問看護ステーションがある。また、医療機関や主治医に供給を依頼していないステーションもある。

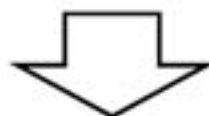


老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションにおける衛生材料等調査」全国訪問看護事業協会平成23年度調査

在宅医療における衛生材料の提供についての課題と論点

【課題】

- 在宅療養中の患者は、ガーゼや脱脂綿等の衛生材料等を使用しているが、医療機関から必要量が提供されていないとの指摘がある。
- 衛生材料の提供が不十分である場合、訪問看護ステーションが提供(負担)しているか、患者が負担している。



【論点】

- 在宅医療に必要な衛生材料について、訪問看護ステーションが、訪問看護を行う際に、訪問看護計画書とともに必要な量を医師に報告し、また、訪問看護報告書とともに使用実績を報告することとし、患者が必要とする衛生材料について主治医が把握できるようにしてはどうか。
- 衛生材料の提供主体は、医療機関であることを再周知し、過不足があった場合には、対応を求めることができることとしてはどうか。
- また、衛生材料について「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に対し、必要な衛生材料の種類とその量について指示し、患者宅等に提供される仕組みにしてはどうか。

医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点としての薬局

(別紙)医療計画作成指針「医療計画について」(平成24年3月30日医政発0330第28号)より
抜粋

第3 医療計画の内容

3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制

(8) 薬局の役割

薬局については、医療提供施設として、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割を担うことが求められる。また、都道府県においては、医療機関と調剤を実施する薬局の医療機能の分担及び業務の連携によって時間外においても対応できることなどを医療計画に記載することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。

○ 医療計画作成指針(医政局長通知)において、薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められている。

保険薬局で給付できない在宅用の特定保険医療材料について

保険薬局で給付できる特定保険医療材料

- ・インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- ・ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器
- ・ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- ・万年筆型注入器用注射針
- ・腹膜透析液交換セット
- ・在宅中心静脈栄養用輸液セット
- ・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
- ・携帯型ディスポーザブル注入ポンプ(化学療法用)

病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料

- ・腹膜透析液交換セット
- ・在宅中心静脈栄養用輸液セット
- ・在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル
- ・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
- ・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
- ・在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)
- ・携帯型ディスポーザブル注入ポンプ(一般用、化学療法用)
- ・皮膚欠損用創傷被覆材
- ・非固着性シリコンガーゼ
- ・水循環回路セット

○ 在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル、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、在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)、一般用の携帯型ディスポーザブル注入ポンプ、皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ及び水循環回路セットは病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料として規定されているにも係わらず、薬局において給付が認められていない。

保険薬局で交付できる特定保険医療材料の課題と論点

〔 課題 〕

- 薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められている。
- 一方、病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料(別表Ⅰ：医科点数表第2章第2部(在宅医療))の一部は、薬局において給付が認められていない。



〔 論点 〕

- 保険医療機関の医師の処方せんに基づき、保険薬局で交付することができる特定保険医療材料に、必要な在宅用の特定保険医療材料を追加することとしてはどうか。

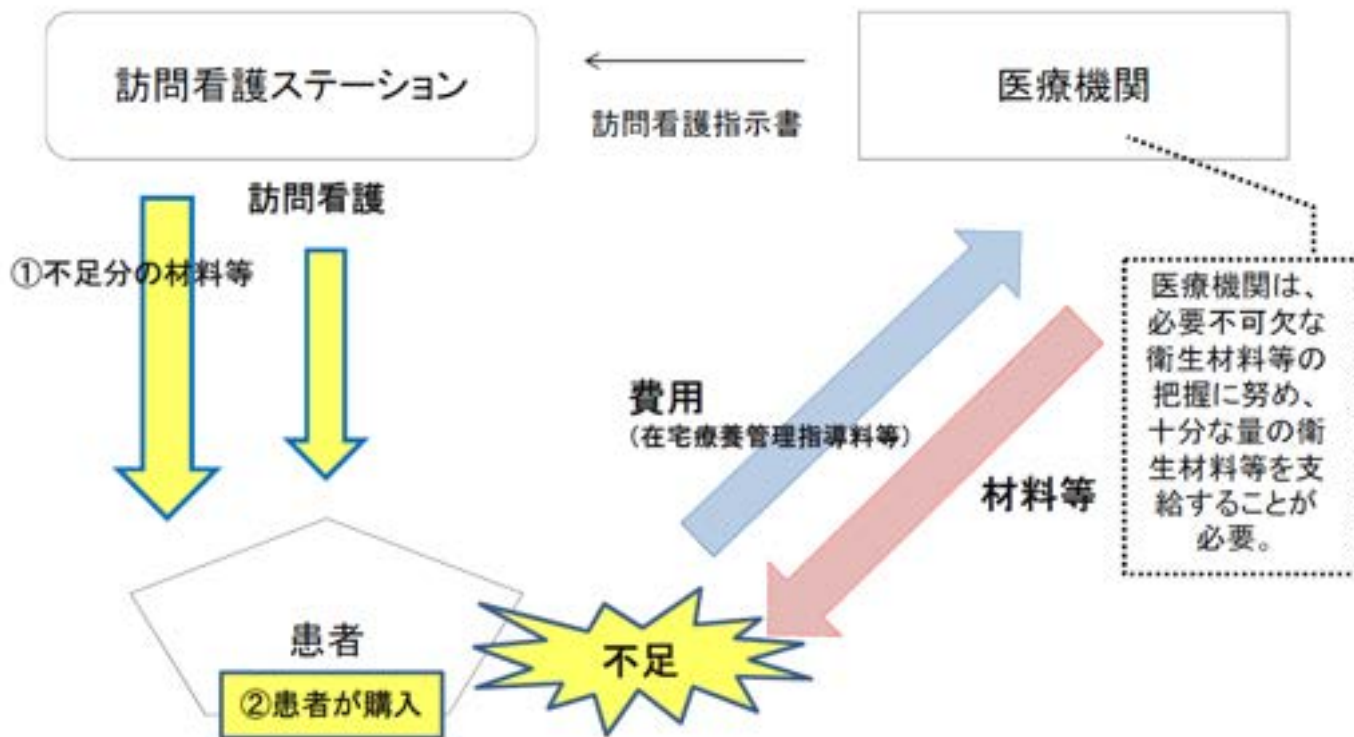
在宅医療に必要な衛生材料・医薬品の流れ

現状

○ 在宅医療を行っている場合、医療機関から必要な量の衛生材料が提供されていないことがあり、以下の現状がある。

現状①: 不足している衛生材料等を、訪問看護ステーションが負担して使用。

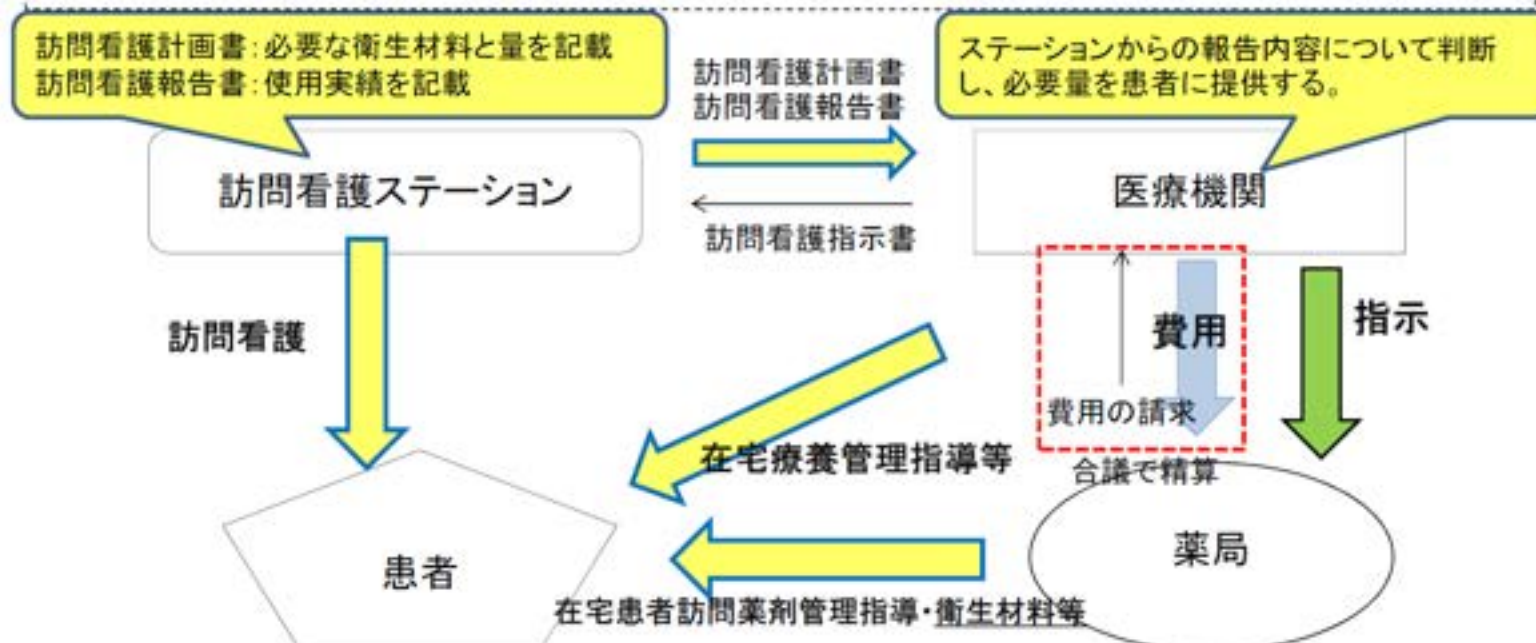
現状②: 不足している衛生材料等を、患者が負担して使用。



薬局を介した在宅医療に必要な衛生材料の提供

案

- 衛生材料に対する患者・訪問看護ステーションの負担を解消するために、①②の流れに改善してはどうか。
- ①医師の指示を受けた訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
 - ②医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

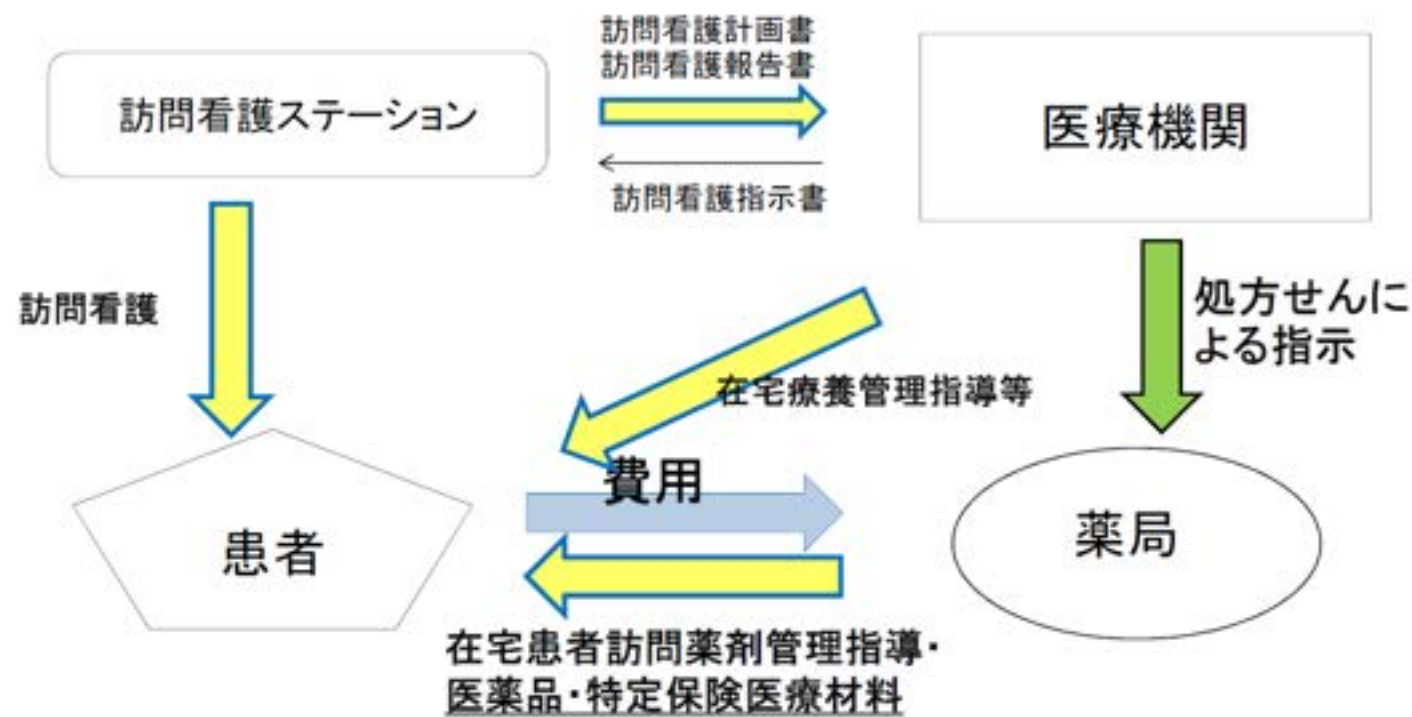


メリット：在宅における療養生活に必要な医療材料の必要量について、医療機関が把握できるため、患者や訪問看護ステーションが不足分を負担することがなくなる。
また、薬局と連携することにより、医療機関での在庫管理の負担が軽減する。

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

薬局を介した在宅医療に必要な医薬品（点滴等）・特定保険医療材料の流れ **参考**

- 在宅医療に必要な医薬品・特定保険医療材料の流れは次のとおりである。
医療機関は、特定保険医療材料・医薬品を直接患者に交付・支給するか、薬局に処方せんによる指示を行い、薬局を介し患者宅に必要な特定保険医療材料・医薬品の交付・支給が行われる。



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して医薬品・特定保険医療材料を提供することも可能である。

保医発 0305 第 10 号
平成 26 年 3 月 5 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）

厚生労働省保険局療科医療管理官
（公 印 省 略）

保険医療機関及び保険医療費担当規則等の一部改正に伴う
実施上の留意事項について

保険医療機関及び保険医療費担当規則等の一部を改正する省令（平成 26 年厚生労働省令第 17 号。以下「一部改正省令」という。）及び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及び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の一部を改正する告示（平成 26 年厚生労働省告示第 55 号）が公布され、平成 26 年 4 月 1 日（一部については平成 28 年 4 月 1 日）から適用されることとされたところであるが、その実施に伴う留意事項は次のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう保険医療機関、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

記

第 1 経済上の利益の提供による誘引の禁止に関する事項（保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号。以下「療担規則」という。）第 2 条の 4 の 2、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号。以下「薬担規則」という。）第 2 条の 3 の 2 及び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（昭和 58 年厚生省告示第 14 号。以下「療担基準」という。）第 2 条の 4 の 2 並びに第 25 条の 3 の 2）

保険医療機関及び保険薬局が、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療又は調剤を受けるように誘引することを禁止する。

今般の改正は、金品の提供が伴った患者の紹介により、過剰な診療が惹起されることを防ぎ、また、患者による保険医療機関の自由な選択を確保することを趣旨とするものである。従って、当該規定に基づく指導等を実施する場合は、金品を提供した事実とともに、その事実により患者の誘引につながるおそれがあるか否かについて留意する必要がある。具体的には、以下の①から④を参考にされたい。

① 金品を提供し、患者の誘引を行っている場合とは、具体的に以下のような事例である。

（例）事業者に対して診療報酬の額に応じた所定の金額を支払うこと等により、特定の同一建物居住者（建築基準法第 3 条第 1 項に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいう。）の紹介を独占的に受けて、それらの者に対して、一律に訪問診療を行っている場合

なお、患者の紹介は、同一建物居住者以外の患者（自宅の患者）に関して行われる場合もあること。

② 患者の誘引が行われているか否かについては、保険医療機関が有する診療録に添付された訪問診療の同意書、診療時間（開始時刻及び終了時刻）、診療場所又は診療人数等を参考とすること。

③ 金品の提供を受ける事業者には、患者の紹介を行う株式会社等の第三者だけでなく、①の同一建物を自ら運営する事業者やその従業員も含まれること。

④ 金品の提供は、保険医療機関と事業者の間で契約書に基づき明示的に行われる場合のほか、医療機関の土地賃借料に金額が上乗せされて提供される場合等、様々な方法により行われる場合があること。

第 2 明細書の交付に関する事項（保険医療機関及び保険医療費担当規則等の一部を改正する省令（平成 26 年厚生労働省令第 17 号）第 2 条及び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及び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の一部を改正する件の一部を改正する告示（平成 26 年厚生労働省告示第 55 号）第 2 条関係）

療養の給付等に係る一部負担金等の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の交付については、「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」（平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）による。（平成 28 年 4 月 1 日施行）

第 3 特定の保険薬局への誘導の禁止に関する事項（療担規則第 2 条の 5 第 1 項及び療

担基準第2条の5第1項関係)

保険医療機関が患者を特定の保険薬局へ誘導することについては、療規規則第2条の5第1項及び療担基準第2条の5第1項において禁止されているところである。また、「保険医療機関及び保険医療費担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」(平成6年3月16日保険発 26号及び平成8年3月8日保険発 22号)において、保険医療機関内に掲示した特定の保険薬局への案内図や、保険医療機関の受付において配布した特定の保険薬局への地図等を用いることにより、患者を特定の保険薬局へ誘導すること等が禁止されているところであるが、以下の場合には、これに該当しない。

1. 地域包括診療加算に係る院外処方を行う場合

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成26年3月5日保医発 0305第3号)(以下「留意事項通知」という。)第1章第1部第2節の再診料の(10)のエの(ニ)に基づき、患者に対して、連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること、又は、時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること。

2. 地域包括診療料に係る院外処方を行う場合

留意事項通知の第2章第1部の地域包括診療料の(4)のエ(ハ)又はオに基づき、患者に対して、連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること、又は、時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること。

3. 在宅での療養を行っている患者に院外処方を行う場合

当該患者に対して、地方厚生(支)局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った薬局のリストを文書により提供すること。

診療報酬における言葉の意味（創傷関連の例）

①衛生材料等(処置料等に含まれる)

- ・ ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなどの雑品系の製品

②保険医療材料(処置料等に含まれる)

- ・ 保険適応でない医療機器
フィルム材、パッド付きドレッシング等

③特定保険医療材料（規定のもとに保険算定できる）

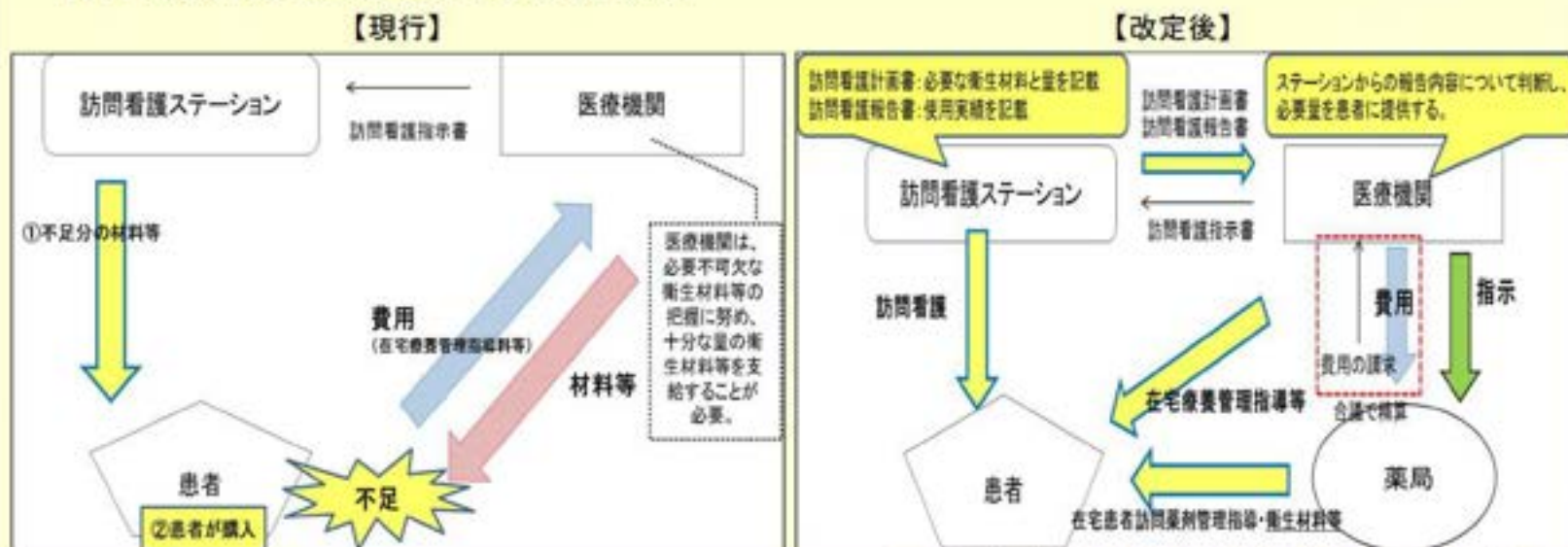
- ・ 保険適応の医療機器
局所陰圧閉鎖処置用材料、陰圧創傷治療用カートリッジ
創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ等

平成26年度診療報酬改定

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

在宅における衛生材料の供給体制について

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



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

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

72

平成28年度診療報酬改定

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

衛生材料等の提供についての評価

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

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

(新) 衛生材料等提供加算 80点(月1回)

[算定要件]

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

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点



改定後

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点



特定保険医療材料等の算定の明確化

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

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

出典：厚生労働省 平成28年度診療報酬改定説明会(平成28年3月4日開催)資料等について を加工

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000112857.html>

平成28年度診療報酬改定の概要

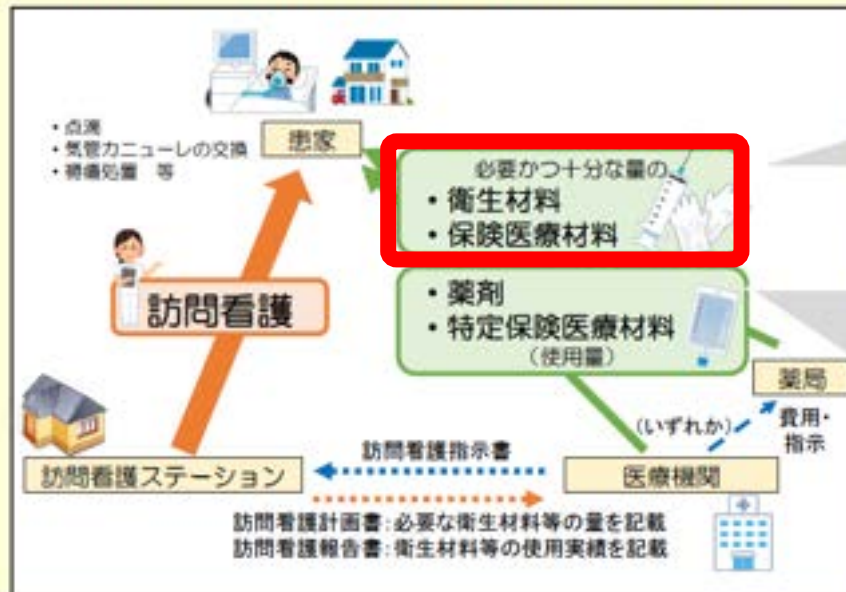
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>

平成28年度診療報酬改定

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑭

在宅療養における衛生材料等の供給体制

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



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

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

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

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

63

出典 平成28年度診療報酬改定説明会(平成28年3月4日開催)資料等について を加工

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000112857.html>

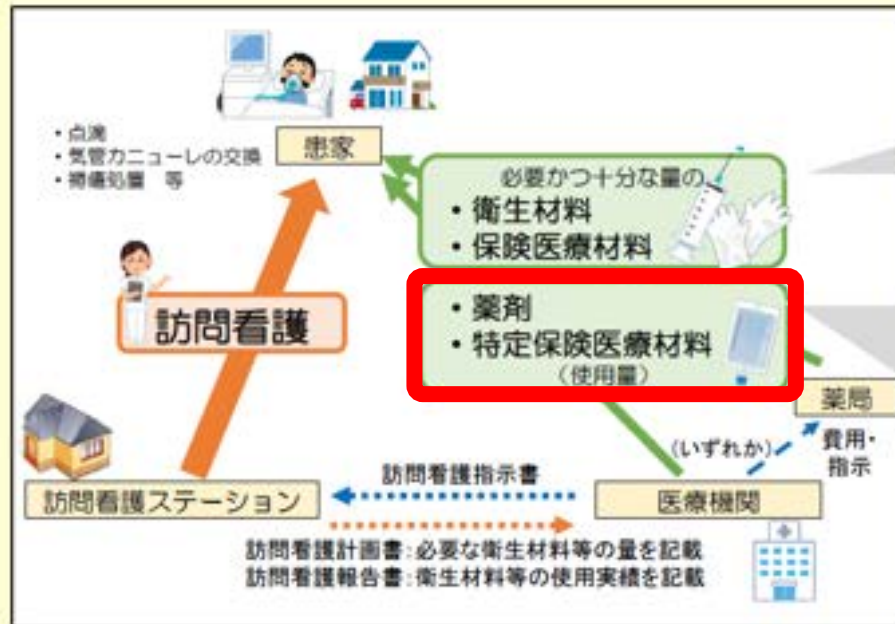
出典 平成28年度診療報酬改定の概要 を加工

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑭

在宅療養における衛生材料等の供給体制

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



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

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

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

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

薬機審発 0510 第 1 号
平成 29 年 5 月 10 日

各 〔 都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区 〕 衛生主管部（局）薬務主管課長 殿

厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課長
（ 公 印 省 略 ）

「インスリン注射器等を交付する薬局に係る取扱いについて」の一部改正について（特定保険医療材料等を交付する薬局の取扱いについて）

薬局において高度管理医療機器の交付を行う場合の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。）第 39 条の高度管理医療機器等販売業の許可の取扱いについては、「インスリン注射器等を交付する薬局に係る取扱いについて」（平成 17 年 3 月 25 日付け薬食機発第 0325001 号厚生労働省医薬食品局審査管理課医療機器審査管理室長通知。以下「室長通知」という。）により示しているところであるが、今般、さらに都道府県等から照会があったことを受けて、室長通知の一部を下記のとおり改正し、本日から適用する。

また、本通知の写しを各地方厚生局長、独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長、一般社団法人日本医療機器産業連合会会長、公益社団法人日本薬剤師会会長、一般社団法人日本保険薬局協会会長、一般社団法人米国医療機器・IVD工業会会長及び欧州ビジネス協会医療機器委員会委員長宛て送付することを申し添える。

記

1. インスリン注入用の医療機器

（1）インスリン自己注射用ディスポーザブル注射器、注射針

インスリン皮下注射用注射器は、針なし、針付きとも高度管理医療機器に分類されているところであるが、インスリンと合わせて、インスリン製剤の自己注射のために用いる注射用ディスポーザブル注射器（針を含む）を医師の処方箋に基づき、社会保険各法において支給する場合に限って、以下の要件をいづれ

も満たす薬局は、高度管理医療機器等販売業の許可を得る必要はない。

- ① インスリン自己注射用ディスポーザブル注射器、注射針を患者に支給する際、薬剤師が患者の当該医療機器の使用状況や使用履歴を確認した上で、当該医療機器の使用方法及び管理方法の指導を添付文書等に基づいて適切に行っていること。併せて、調剤録に必要事項を記載するとともに当該医療機器を支給した時点で、薬剤服用歴に患者の氏名、住所、支給日、処方内容等、使用状況、使用履歴及び指導内容等の必要事項を記載していること。
- ② インスリン自己注射用ディスポーザブル注射器、注射針の保管や取扱いを添付文書等に基づき適切に行っていること
- ③ 在宅業務従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づく研修を実施するとともに、定期的に在宅業務等に関する学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。なお、薬剤師に対して、医療機器に関する講習等への定期的な参加を行わせていることが望ましい。

なお、医薬品・ワクチン注入用針は管理医療機器であるため、薬局がこれを取り扱う場合であっても高度管理医療機器等販売業の許可を取得する必要はない。

（2）インスリンペン型注入器

① 一体型インスリン注入器

薬液たるインスリンが注入器と一体であり、インスリンを使い切ったあと注入器を再使用できない、薬液と一体となった注入器は、全体として医薬品として取り扱われているものであり、これを医師の処方箋に基づき薬局において交付する場合、当該薬局は高度管理医療機器等販売業の許可を取得する必要はないこと。

② 分離型インスリン注入器

薬液たるインスリンのカートリッジが注入器と分離でき、カートリッジ内のインスリンを使い切った後も、新しいカートリッジに交換の上、注入器を再利用できる分離型のインスリン注入器は、医師の処方箋に基づき交付することはないことから、これを取り扱う薬局は、高度管理医療機器等販売業の許可を取得する必要があること。

2. 特定保険医療材料に該当する高度管理医療機器等

「特定保険医療材料に該当する高度管理医療機器（別紙 1 参照）」及び「薬価基準に収載された高度管理医療機器（別紙 2 参照）」（以下「特材高度管理

医療機器等」という。)は、上記1(1)インスリン自己注射用ディスポーザブル注射器、注射針と同様、医師の処方箋に基づき、社会保険各法において支給する場合に限り、上記1(1)の①から③の要件をいずれも満たす薬局は、上記1(1)を準用し、高度管理医療機器等販売業の許可を取得する必要はないこと。

ただし、上記1(1)の①から③の特材高度管理医療機器等への準用においては、「インスリン自己注射用ディスポーザブル注射器、注射針」は、「特材高度管理医療機器等」に読み替えるものとする。

3. その他

上記1又は2以外の場合で、薬局において高度管理医療機器を販売・授与しようとするときは、当該薬局は高度管理医療機器等の販売業の許可を取得する必要があること。

別紙1

「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」(平成20年厚生労働省告示第61号)Ⅷ 別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格に掲げる特定保険医療材料のうち、以下に示す特定保険医療材料に該当する高度管理医療機器

特定保険医療材料に該当する高度管理医療機器

腹膜透析交換セット

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

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

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

在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む)

皮膚欠損用創傷被覆材

水循環回路セット

別紙2

薬価基準に収載された高度管理医療機器

一般名

外科用接着剤

品名

アロンアルファA「三共」

訪問看護における特定保険医療材料の見直し

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訪問看護ステーション等の看護等が、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 膀胱用カテーテル
012 交換用胃腸カテーテル
- (1) 胃留置型
- ① パンパー型
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 パンパー型
 - ② 一般型
- 013 局所強圧閉鎖処置用材料
014 陰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



1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。

2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

2024

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

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

2 衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式1）により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。

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

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

（省略）

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

在宅008、009 調剤012、013
皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

在宅

(1) 皮膚欠損用創傷被覆材及び非固着性シリコンガーゼは、いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R分類D3、D4及びD5）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合又は区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。

(2) 皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。

(3) 区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合は、いずれも原則として3週間を限度として算定する。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載する。

<在宅療養指導管理料>

2024

C 1 0 0	退院前在宅療養指導管理料	120点
C 1 0 1	在宅自己注射指導管理料	1,230点
	1 複雑な場合	
	2 1 以外の場合	
	イ 月27回以下の場合	650点
	ロ 月28回以上の場合	750点
C 1 0 1 - 2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	820点
C 1 0 1 - 3	1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1	150点
	2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2	150点
C 1 0 2	在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
C 1 0 2 - 2	在宅血液透析指導管理料	10,000点
C 1 0 3	在宅酸素療法指導管理料	
	1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
	2 その他の場合	2,400点
C 1 0 4	在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点
C 1 0 5	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C 1 0 5 - 2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050点
C 1 0 5 - 3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C 1 0 6	在宅自己導尿指導管理料	1,400点
C 1 0 7	在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
C 1 0 7 - 2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
	1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1	2,250点
	2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2	250点
C 1 0 7 - 3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	2,400点
C 1 0 8	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1,500点
C 1 0 8 - 2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
C 1 0 8 - 3	在宅強心剤持続投与指導管理料	1,500点
C 1 0 8 - 4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
C 1 0 9	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050点
C 1 1 0	在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300点
C 1 1 0 - 2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C 1 1 0 - 3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C 1 1 0 - 4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810点
C 1 1 0 - 5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	810点
C 1 1 1	在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500点
C 1 1 2	在宅気管切開患者指導管理料	900点
C 1 1 2 - 2	在宅喉頭摘出患者指導管理料	900点
C 1 1 3	削除	
C 1 1 4	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000点
C 1 1 5	削除	
C 1 1 6	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	45,000点
C 1 1 7	在宅経腸投薬指導管理料	1,500点
C 1 1 8	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	2,800点
C 1 1 9	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	800点
C 1 2 0	在宅中耳加圧療法指導管理料	1,800点
C 1 2 1	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料	800点

ひとつの原則の一覧表になります。 運用や解釈が異なることもあります。 御確認の上、ご活用ください。		在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料		在宅療養指導管理料		在医総管・ 施医総管・ 在宅療養指 導管理料	調剤 薬局から の支給
			在宅寝たきり患者 処置指導管理 料 包含の場合	在宅寝たきり患者 処置指導管理料 を算定	在宅寝たきり患者処 置指導管理料 以外を算定	算定せず	
処置料	創傷処置料	×	×	×	○	○	—
	重度褥瘡処置料	○	○	○	○	○	—
	局所陰圧閉鎖処置料	○	○	○	○	○	—
	衛生材料等提供加算	×	×	×	×	○ (訪問看護)	—
特定保険医療材料 医療従事者が処置で使用 ④⑩処置	真皮用	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○	○	×
	皮下組織用	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○	○	×
	筋骨用	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○	○	×
	非固着性ガーゼ	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○	○	×
	NPWT材料（フォーム）	○	○	○	○	○	×
	NPWTカートリッジ	○	○	○	○	○	×
特定保険医療材料 患者の自己 管理・自己 使用 ⑭在宅	真皮用	×	×	×	C114のみ	×	○
	皮下組織用	×	？ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡/C114)	×	○
	筋骨用	×	？ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡/C114)	×	○
	非固着性ガーゼ	×	？ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡/C114)	×	○
	NPWT材料（フォーム）	×	×	×	×	×	×
	NPWTカートリッジ	×	×	×	×	×	×

創傷被覆材の算定方法

皮膚欠損用創傷被覆材の 薬事承認上の「使用目的又は効果」と保険償還の関係

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

＜非固着性シリコンガーゼ＞の薬事承認上の「使用目的又は効果」

- 創部の保護及び固着防止に用いること。

＜創傷被覆材＞の薬事承認上の「使用目的又は効果」

- 真皮までの創傷に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

- 皮下脂肪組織までの創傷（Ⅲ度熱傷を除く。）に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

＜抗菌性創傷被覆材＞の薬事承認上の「使用目的又は効果」

- 真皮までの創傷に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

本品は、感染を引き起こす可能性が高く、浸出液を伴う創傷に使用すること。

- 皮下脂肪組織までの創傷（Ⅲ度熱傷を除く。）に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

本品は、感染を引き起こす可能性が高く、浸出液を伴う創傷に使用すること。

皮膚欠損用創傷被覆材の 薬事承認上の「使用目的又は効果」と保険償還の関係

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

101 皮膚欠損用創傷被覆材

入院・外来

- (1) 主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 皮膚欠損用創傷被覆材は、**いずれも2週間を標準として、特に必要と認められる場合については3週間を限度として算定できる。**また、同一部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるものののみ算定する。
- (3) 皮膚欠損用創傷被覆材は、以下の場合には算定できない。
- ア 手術縫合創に対して使用した場合
 - イ 真皮に至る創傷用を真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合
 - ウ 皮下組織に至る創傷用・標準型又は皮下組織に至る創傷用・異形型を皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合
 - エ 筋・骨に至る創傷用を筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、 第10部、第11部及び第12部に規定する特定保険医療材料 (フィルムを除く。)及びその材料価格

101 皮膚欠損用創傷被覆材

(1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり6円

(2) 皮下組織に至る創傷用

① 標準型

1 cm²当たり10円

② 異形型

1 g 当たり35円

(3) 筋・骨に至る創傷用

1 cm²当たり25円

102 真皮欠損用グラフト

1 cm²当たり452円

103 非固着性シリコンガーゼ

(1) 広範囲熱傷用

1,080円

(2) 平坦部位用

142円

(3) 凹凸部位用

309円

105 デキストラノマー

1 g 当たり145円

159 局所陰圧閉鎖処置用材料

1 cm²当たり18円

180 陰圧創傷治療用カートリッジ

19,800円

入院・外来

在宅での創傷被覆材

①在宅療養指導管理料

+

②皮下組織に至る褥瘡

(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)

(DESIGN-R分類D3、D4及びD5)

在宅008、009 調剤012、013

皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

(1) 皮膚欠損用創傷被覆材及び非固着性シリコンガーゼは、いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R分類D3、D4及びD5）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合又は区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。

(2) 皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるものののみ算定する。

(3) 区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合は、いずれも原則として3週間を限度として算定する。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載する。

I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）
別表第一 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）
の第2章第2部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

008 皮膚欠損用創傷被覆材

在宅

(1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり6円

(2) 皮下組織に至る創傷用

① 標準型

1 cm²当たり10円

② 異形型

1 g 当たり35円

(3) 筋・骨に至る創傷用 1 cm²当たり25円

009 非固着性シリコンガーゼ

(1) 広範囲熱傷用

1,080円

(2) 平坦部位用

142円

(3) 凹凸部位用

309円

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

1 cm²当たり18円

014 陰圧創傷治療用カートリッジ

19,800円

別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

012 皮膚欠損用創傷被覆材

調剤

(1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり6円

(2) 皮下組織に至る創傷用

① 標準型 1 cm²当たり10円

② 異形型 1 g 当たり35円

(3) 筋・骨に至る創傷用 1 cm²当たり25円

013 非固着性シリコンガーゼ

(1) 広範囲熱傷用 1,080円

(2) 平坦部位用 142円

(3) 凹凸部位用 309円

C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 (在宅療養指導管理料)

皮膚欠損用創傷被覆材の 薬事承認上の「使用目的又は効果」と保険償還の関係

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

<在宅療養指導管理料>

2024

C 1 0 0	退院前在宅療養指導管理料	120点
C 1 0 1	在宅自己注射指導管理料	1,230点
	1 複雑な場合	
	2 1 以外の場合	
	イ 月27回以下の場合	650点
	ロ 月28回以上の場合	750点
C 1 0 1 - 2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	820点
C 1 0 1 - 3	1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1	150点
	2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2	150点
C 1 0 2	在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
C 1 0 2 - 2	在宅血液透析指導管理料	10,000点
C 1 0 3	在宅酸素療法指導管理料	
	1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
	2 その他の場合	2,400点
C 1 0 4	在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点
C 1 0 5	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C 1 0 5 - 2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050点
C 1 0 5 - 3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C 1 0 6	在宅自己導尿指導管理料	1,400点
C 1 0 7	在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
C 1 0 7 - 2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
	1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1	2,250点
	2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2	250点
C 1 0 7 - 3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	2,400点
C 1 0 8	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1,500点
C 1 0 8 - 2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
C 1 0 8 - 3	在宅強心剤持続投与指導管理料	1,500点
C 1 0 8 - 4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
C 1 0 9	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050点
C 1 1 0	在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300点
C 1 1 0 - 2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C 1 1 0 - 3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C 1 1 0 - 4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810点
C 1 1 0 - 5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	810点
C 1 1 1	在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500点
C 1 1 2	在宅気管切開患者指導管理料	900点
C 1 1 2 - 2	在宅喉頭摘出患者指導管理料	900点
C 1 1 3	削除	
C 1 1 4	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000点
C 1 1 5	削除	
C 1 1 6	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	45,000点
C 1 1 7	在宅経腸投薬指導管理料	1,500点
C 1 1 8	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	2,800点
C 1 1 9	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	800点
C 1 2 0	在宅中耳加圧療法指導管理料	1,800点
C 1 2 1	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料	800点

C 1 1 4 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 1,000点
(在宅療養指導管理料の一つ)

注1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、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B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B 0 0 1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。

C 1 1 4 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 (在宅療養指導管理料の一つ)

(1) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者又は水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症患者であって、難治性の皮膚病変に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、びらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び被覆材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

(2) 特定保険医療材料以外のガーゼ等の衛生材料や、在宅における水疱の穿刺等の処置に必要な医療材料に係る費用は当該指導管理料に含まれる。

(3) 当該指導管理料を算定している患者に対して行う処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は別に算定できる。

在宅008、009 調剤012、013

皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

(1) 皮膚欠損用創傷被覆材及び非固着性シリコンガーゼは、いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R分類D3、D4及びD5）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合又は区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。

(2) 皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。

(3) 区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合は、いずれも原則として3週間を限度として算定する。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載する。

ひとつの原則の一覧表になります。 運用や解釈が異なることもあります。 御確認の上、ご活用ください。		在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料		在宅療養指導管理料		在医総管・ 施医総管・ 在宅療養指 導管理料 算定せず	調剤 薬局 からの支 給
			在宅寝たきり患 者処置指導管理 料 包含の場合	在宅寝たきり患者 処置指導管理料 を算定	在宅寝たきり患者処 置指導管理料 以外を算定		
処置料	創傷処置料	×	×	×	○	○	—
	重度褥瘡処置料	○	○	○	○	○	—
	局所陰圧閉鎖処置料	○	○	○	○	○	—
	衛生材料等提供加算	×	×	×	×	○ (訪問看護)	—
特定保険医 療材料 医療従事者 が処置で使 用 ④⑩処置	真皮用	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○	○	×
	皮下組織用	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○	○	×
	筋骨用	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○	○	×
	非固着性ガーゼ	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○ (創傷処置以外)	○	○	×
	NPWT材料（フォーム）	○	○	○	○	○	×
	NPWTカートリッジ	○	○	○	○	○	×
特定保険医 療材料 患者の自己 管理・自己 使用 ⑭在宅	真皮用	×	×	×	C114のみ	×	○
	皮下組織用	×	？ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡/C114)	×	○
	筋骨用	×	？ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡/C114)	×	○
	非固着性ガーゼ	×	？ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡)	○ (D3以上褥瘡/C114)	×	○
	NPWT材料（フォーム）	×	×	×	×	×	×
	NPWTカートリッジ	×	×	×	×	×	×

2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せて、複雑な各種の制度を上手に活用いただけるよう解説いたします。

本抄録は、4月30日時点であり、厚労省の通知等で変更される場合もあります。

●第8次医療計画

- ・5疾病6事業＋在宅

●働き方改革

- ・タスクシフトのパターンの整理、特定看護師、NP等の活動の正しい理解。

●診療報酬

- ・「身体的拘束の最小化」が義務化：不備の場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキントケアにも関連するので注視が必要。
- ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月に10時間」まで認められる。
- ・訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

●介護報酬

- ・「褥瘡予防対策担当者」の配置。
- ・診療報酬同様の「専門管理加算」が新設。
- ・「褥瘡マネジメント加算」の対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。
- ・「身体拘束廃止未実施減算」の対象施設の拡大。
- ・訪問看護でも「身体的拘束」の禁止が原則。
- ・その他：チーム医療関連、医療機器関連、薬剤関連

Part2

追加内容

創傷被覆材の算定方法

在宅での「薬局の役割の変化」と併せて解説します。

ご清聴・ご視聴ありがとうございました。

本日の講演は、
2024年6月25日現在での内容になります。

今後も疑義解釈をはじめ
診療報酬、介護報酬等の告示・通知が発出され、
多くの医療・介護等の政策が確定していきます。

よろしくお願い申し上げます。

