

第20回 日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会 学術集会

Wound managementは 新時代へ

教育講演

2024年医療政策の大変革を前に
今理解しておくべきことー褥瘡編ー

スリーエムジャパン株式会社
高水 勝

2023-5-20

本日の講演スライドは、
日本褥瘡学会九州沖縄・地方会のHPにUPされます。
スライドは150枚と多いですが、
オンデマンド配信をご活用頂き、
スライドをダウンロードして再度視聴いただけますと幸いです。

高水 勝

1985年 東北福祉大学 社会福祉学部卒業

1985年 東レ・メディカル株式会社 入社

1989年 スリーエムヘルスケア株式会社 入職

2023年 スリーエム ジャパン株式会社 医療用製品事業部 マネジャー(現職)

<職務>

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

<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
- ・日本医療マネジメント学会 会員 他

<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)



<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

- 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。
- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6カ月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。
- NPWTの在宅での活用

<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

- 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。
- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見守り看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用カンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。
- NPWTの在宅での活用

- 機能分化・機能分担
- 人員配置・タスクシフト
- 地域連携
- 医療・介護連携

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

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）



- 現在**
- ◆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**

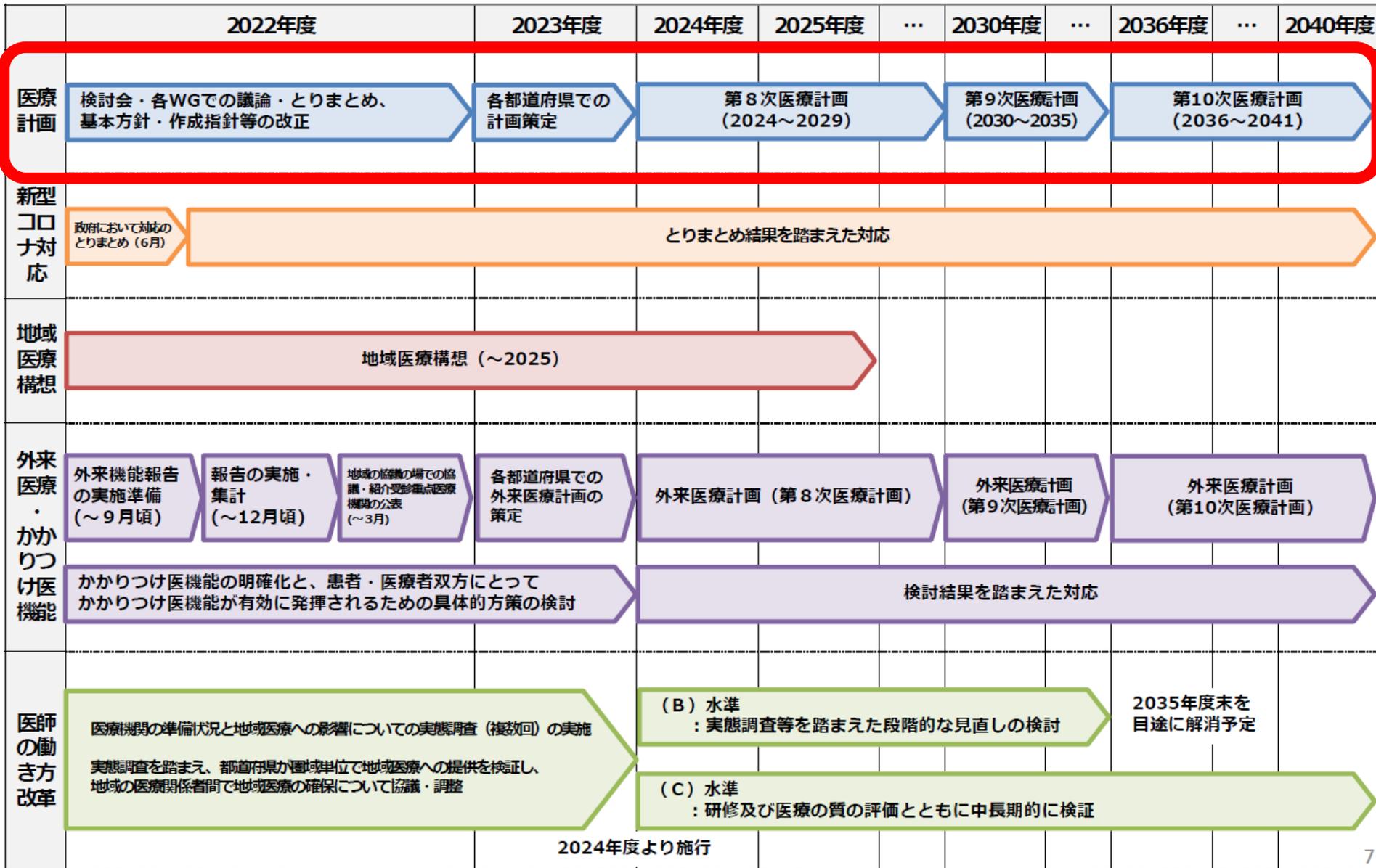
実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- 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

- 今後の検討・取組に当たっては、「1. 新型コロナ対応に関する課題」に対応するとともに、超高齢化・人口急減といった「2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応」が求められるのではないか。

1. 新型コロナ対応に関する課題

- ・ 人材面を始めとした高度急性期対応
- ・ 地域医療を面として支える医療機関等の役割分担・連携（情報共有を含む）
- ・ チーム・グループによる対応など外来・在宅医療の強化
- ・ デジタル化・見える化への対応

など

2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応

- ・ 生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保
- ・ 人口減少地域における医療機能の維持・確保や医師の働き方改革に伴う対応
- ・ 超高齢化・人口急減による入院・外来医療ニーズの変化
- ・ 医療介護複合ニーズ・看取りニーズの増加（特に都市部）

など

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。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

- ※具体的には以下について検討する
 - ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
 - ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
 - ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討
- ※医師確保計画及び外来医療計画については、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

連携

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
 - ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
 - ・地域医療構想ガイドライン
 - ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
 - ・医療資源を重点的に活用する外来
 - ・外来機能報告
 - ・地域における協議の場
 - ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
 - ・在宅医療の推進
 - ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
 - ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
 - ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・へき地医療

厚生労働科学研究の研究班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

- 医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、これまで、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ医機能の充実等の取組を進めてきた。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。
- 当面、まずは、足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注ぐとともに、今般の新型コロナウイルス感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応できるよう、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を引き続き着実に進めることが必要である。
- 一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、人口構造の変化への対応を図ることが必要である。

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)	地域の協働の場での協議・紹介受診拠点医療機関の公表 (~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	医療機関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			(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		
	実態調査を踏まえ、都道府県か圏域単位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			(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。

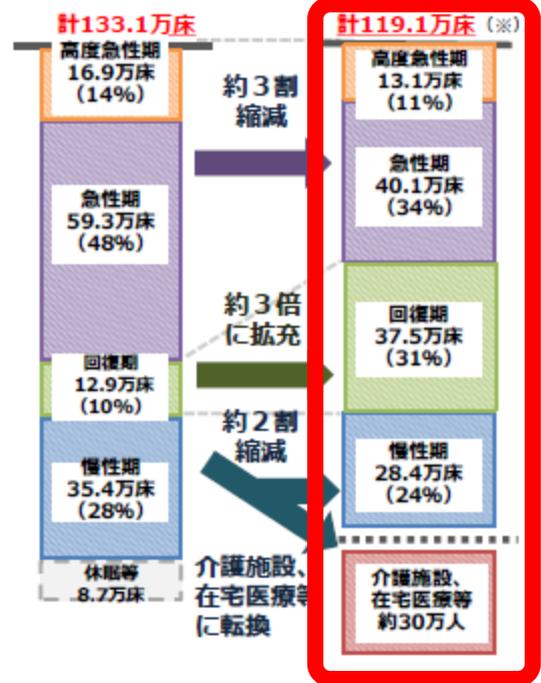
平成28年度末に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025（平成37）年時点での
病床の必要量を『見える化』

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】



※ 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

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

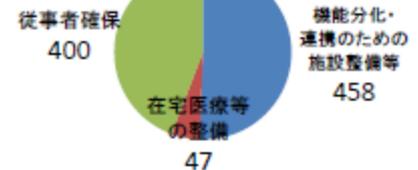
C病院の方針

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。

平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

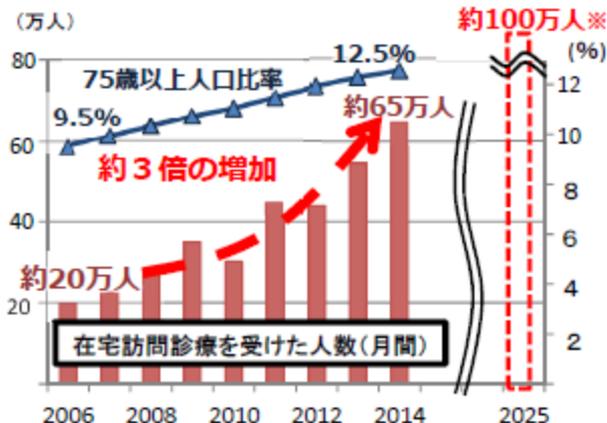
平成29年4月12日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

- 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進。**

I 地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の連携強化

- **かかりつけ医機能を普及・促進**
- 自宅や介護施設等における医療ニーズや看取りへの対応を強化 等

在宅訪問診療を受けた人数の伸びと75歳以上人口比率

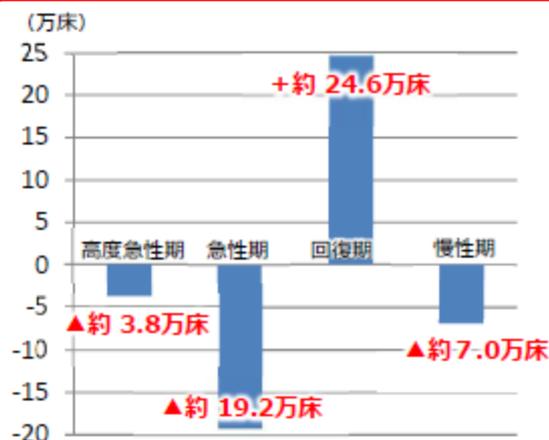


※ 約100万人は、高齢者増等のみによる影響を反映した推計値。更なる追加需要が見込まれる。

II 医療機能の分化・連携の推進、効率的な医療提供体制の構築

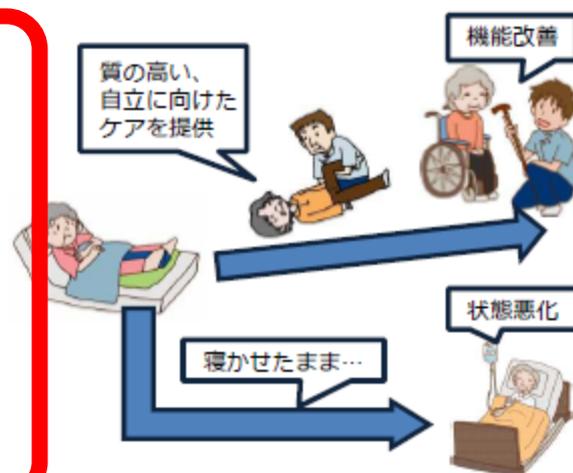
- 医療機能や患者の状態に応じた評価により、**地域医療構想の達成を推進**（7：1病床の適正化、療養病床の扱い等） 等

現在の病床数（平成27年7月現在）と2025（平成37）年の病床必要量の差



III 質が高く効率的なサービスによる高齢者の自立支援等

- **費用対効果や、アウトカムに基づく評価を推進**
- **データヘルス改革の推進、介護ロボットの活用**により自立等を促進し、現場の負担も軽減 等



★薬価制度については、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民皆保険の持続性とイノベーションの推進を両立し、国民負担軽減と医療の質の向上を実現する観点から、抜本改革を推進。

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

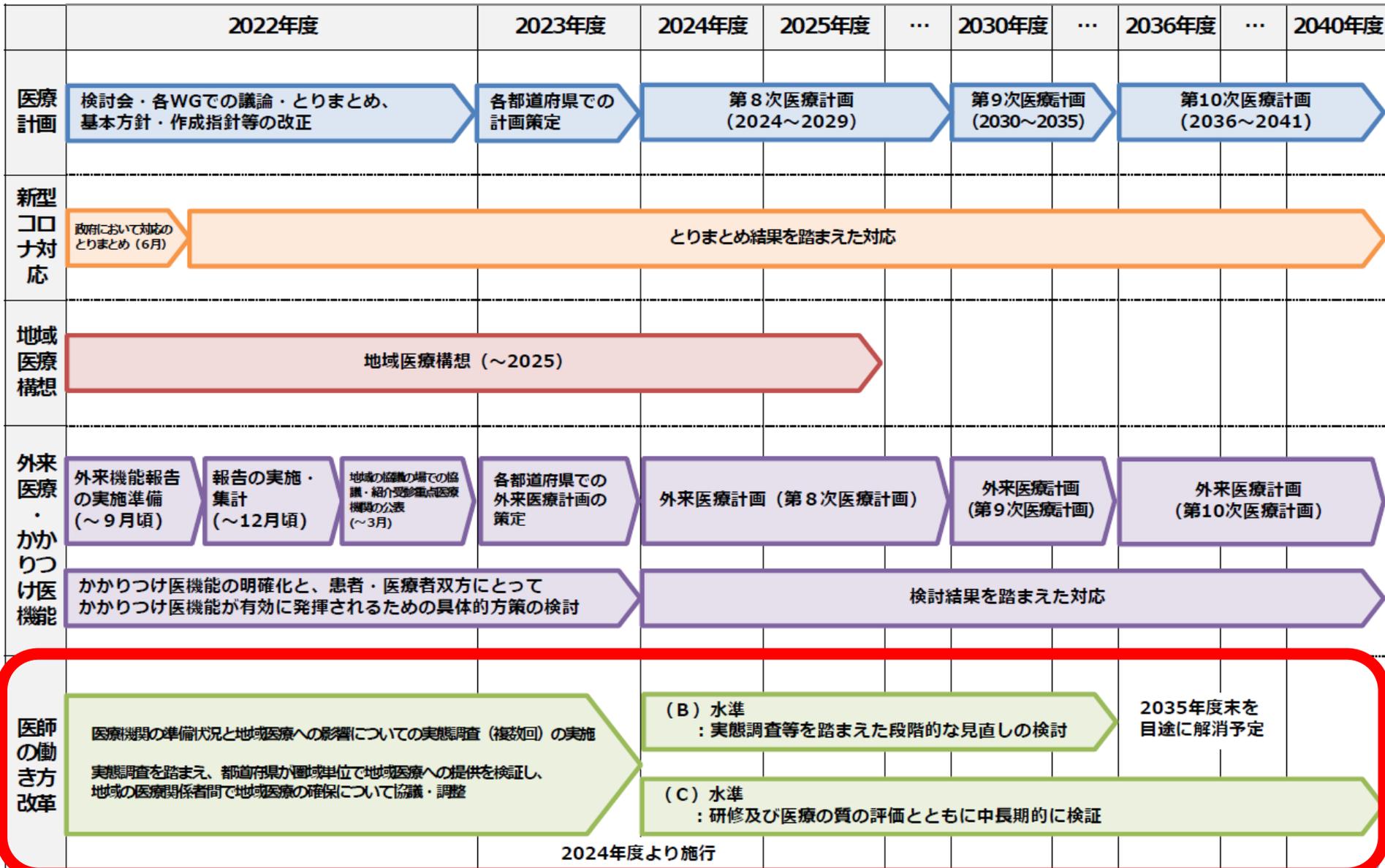
(3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 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年度中を目的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)

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

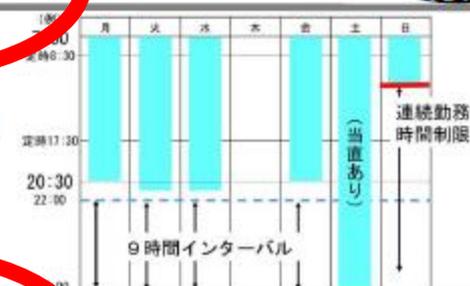
- 医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働が休日労働込みで年960時間以内となるよう（集中的技能向上水準の対象業務を除く）、医療機関・医療界・行政をあけて全力で労働時間短縮に取り組む。
- 地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずこの水準に到達できない場合も地域医療確保暫定特例水準の年1,860時間を上限として、これを上回る部分を約5年間で完全になくす改革をしていく。

- 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

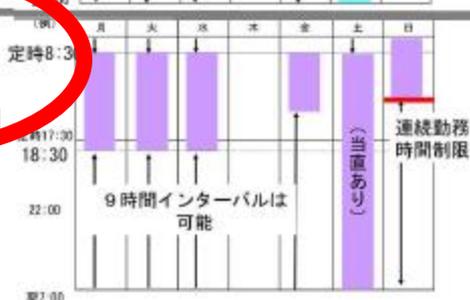
約2万人

その働き方の例



960時間

その働き方の例



現状

2024.4
上限規制適用

暫定特例水準の
適用終了

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

2024年4月～ 医師にも時間外労働の上限規制が適用されます

2024年4月以降は、年960時間超の時間外・休日労働が可能となるのは、都道府県知事の指定を受けた医療機関で指定に係る業務に従事する医師（連携B・B・C水準の適用医師）のみ



月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

勤務間インターバルの確保
 ①24時間以内に9時間
 ②46時間以内に18時間のいずれか
 及び代償休息のセット（努力義務）
 ※実際に定める38協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

勤務間インターバルの確保
 ①24時間以内に9時間
 ②46時間以内に18時間のいずれか
 及び代償休息のセット（義務）

勤務間インターバルの確保
 ①24時間以内に9時間
 ②46時間以内に18時間のいずれか
 及び代償休息のセット（義務）
 注）臨床研修医については連続勤務時間制限を強化・徹底する観点から、勤務間インターバルは、
 ①24時間以内に9時間
 ②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

< A水準 >
 勤務間インターバルの確保
 ①24時間以内に9時間
 ②46時間以内に18時間のいずれか
 及び代償休息のセット（努力義務）
 ※実際に定める38協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

< C水準 >
 上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット（義務）
 臨床研修医の勤務間インターバルは、
 ①24時間以内に9時間
 ②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

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、各職種の特長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

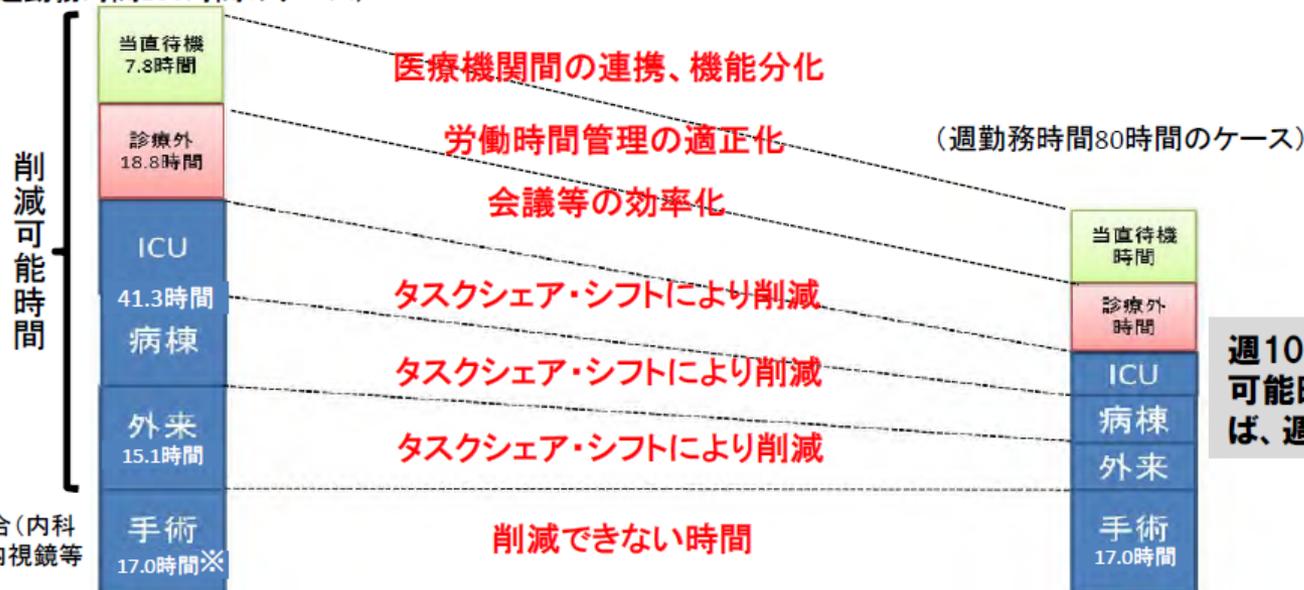
時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) 法改正で対応

地域医療等の確保	医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	医師の健康確保
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	A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	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)
	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)				

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。

(週勤務時間100時間のケース)



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。 14

(参考) 診療科別の集計

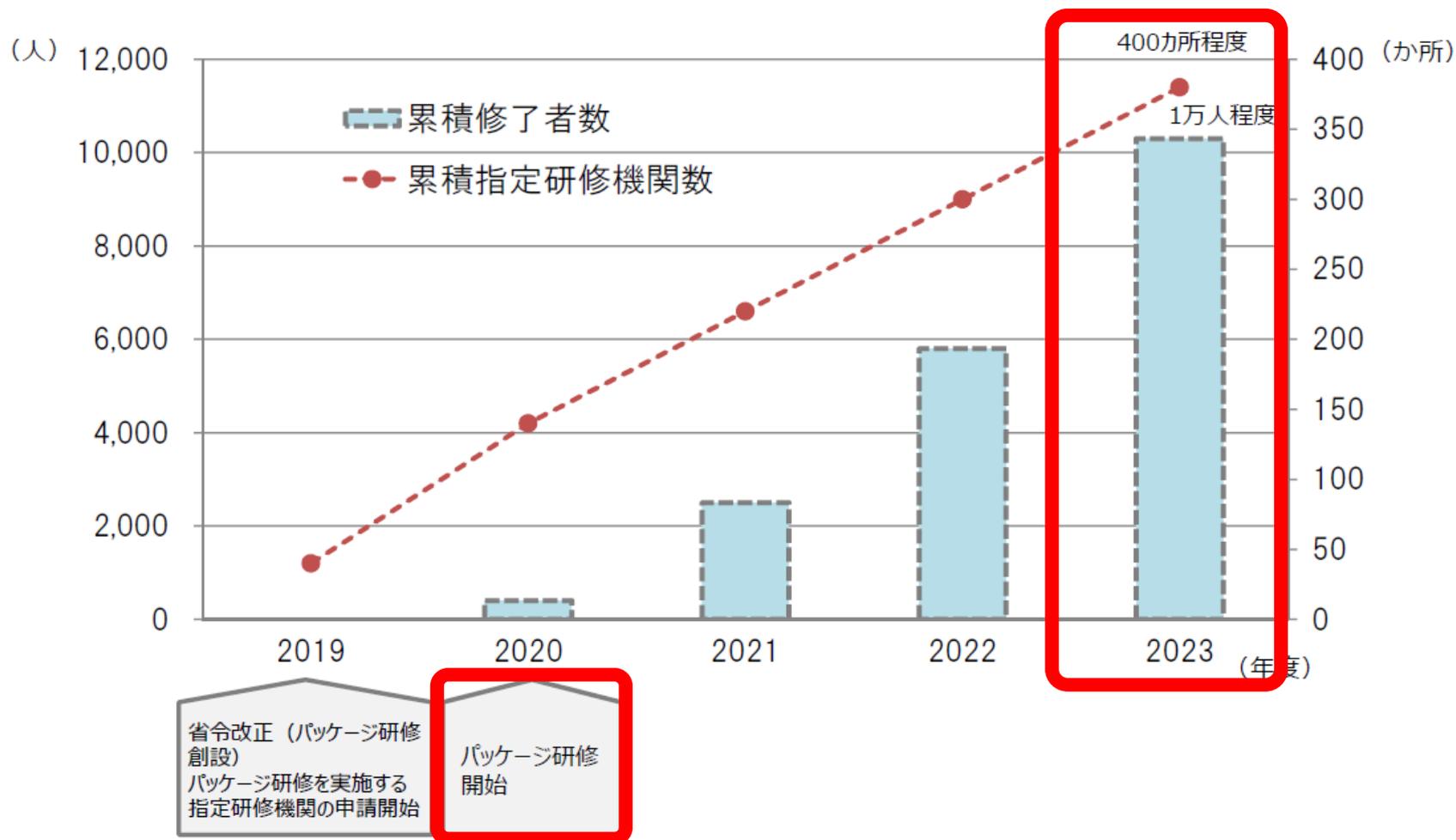
時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超の医師数が多い診療科は上から順に外科、内科、産婦人科
その割合が多い診療科は上から順に産婦人科、脳神経外科、外科だった。

診療科 (集計の便宜上、厚生労働省において 19診療科及びその他に分類した)	所属 医師数	時間外・休日労働時間1,860時間超の医師数	時間外・休日労働時1,860時間超の医師の割合
1 内科	12,340	220	1.8%
2 小児科	2,508	70	2.8%
3 皮膚科	1,602	4	0.2%
4 精神科	1,534	12	0.8%
5 外科	4,883	248	5.1%
6 整形外科	2,257	48	2.1%
7 産婦人科	2,128	150	7.0%
8 眼科	1,791	11	0.6%
9 耳鼻咽喉科	1,476	18	1.2%
10 泌尿器科	1,306	21	1.6%
11 脳神経外科	1,321	76	5.8%
12 放射線科	2,075	6	0.3%
13 麻酔科	2,408	41	1.7%
14 病理	635	7	1.1%
15 臨床検査	184	0	0.0%
16 救急科	1,400	43	3.1%
17 形成外科	848	14	1.7%
18 リハビリテーション科	375	2	0.5%
19 総合診療	515	11	2.1%
20 その他	2,132	32	1.5%
合計	43,718	1,034	2.4%

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



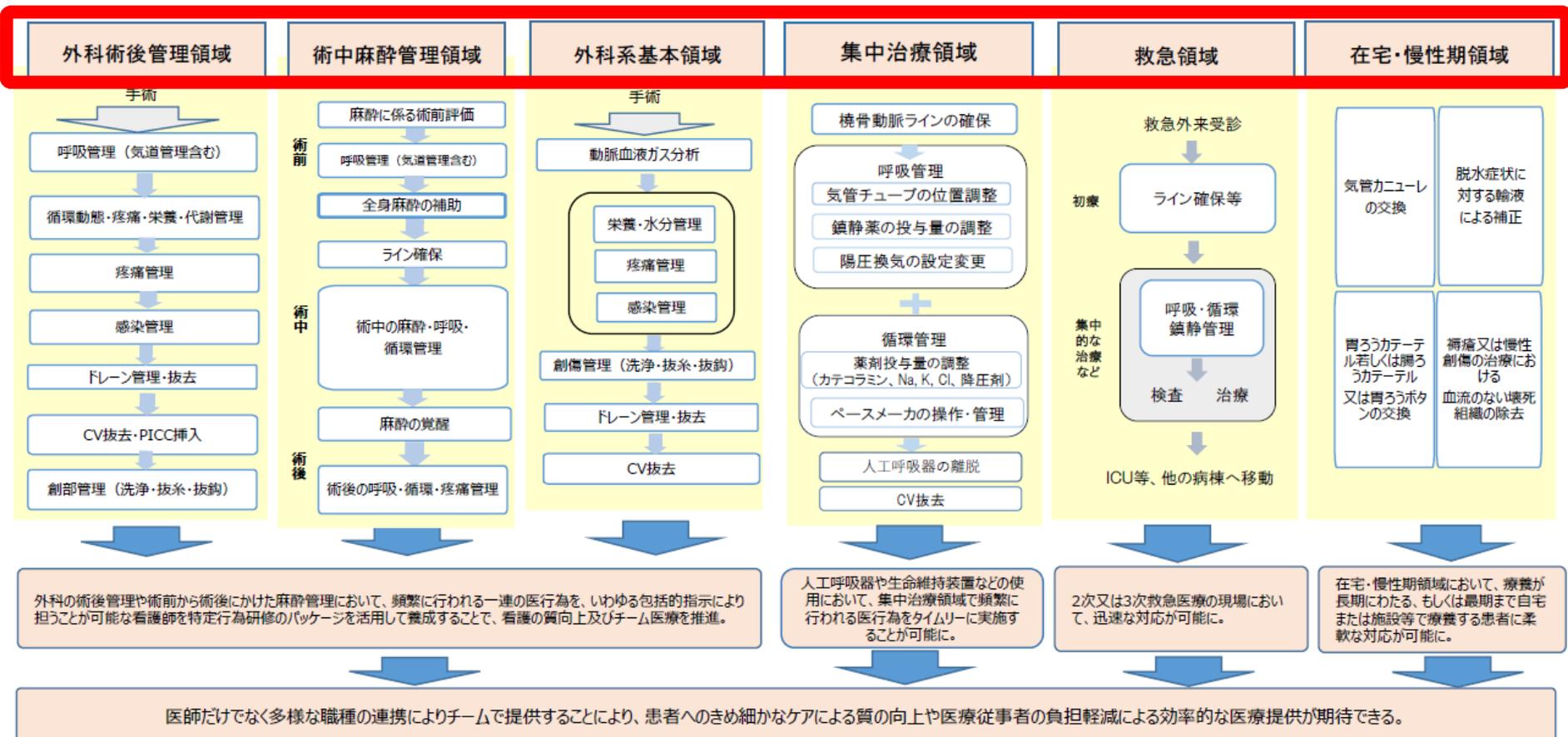
特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

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

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

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手順書にもとづき実施）

領域別パッケージ研修 一覧

特定行為区分	特定行為	区分単位 (時間)	領域別パッケージ【時間】					
			在宅	外科術後	麻酔	救急	外科基本	集中治療
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	9		9	9	9		9
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	29		17	17	29		23
	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	8	8	8				
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理	20						8
	一時的ペースメーカーリードの抜去							
	経皮的心臓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							
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去	8						
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	13		13				
胸腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーンの抜去	13						
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）	8		8				
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または胃ろうポタンの交換	22	16					
膀胱カテーテルの交換	膀胱カテーテルの交換	22						
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	7		7			7	7
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	8		8				
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	34	26					26
創傷管理関連	創傷に対する陰圧閉鎖療法	34						
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去	5		5				5
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	13		9	13	13	9	
	傍骨動脈ラインの確保							9
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	11						
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	16		11				
	脱水症状に対する輸液による補正		11		11	11	11	
感染に係る薬剤投与関連	感染兆候がある者に対する薬剤の臨時の投与	29						29
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	16						
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	8		8	8			8
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	28		16				20
	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			12				
	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かかる薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与	26				14		
	抗精神病薬の臨時の投与							
	抗不安薬の臨時の投与							
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗感染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	17						
区分別科目合計時間数		335	61	119	70	76	95	76
合計時間数（共通科目+区分別科目）【時間】		585時間 +各5症例	311時間 +各5症例	369時間 +各5症例	320時間 +各5症例	326時間 +各5症例	345時間 +各5症例	326時間 +各5症例

診療報酬(平成30年度改定)における特定行為研修の評価

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ B001 糖尿病合併症管理料 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合で医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月に1回に限り算定する。 糖尿病合併症管理料の要件である「適切な研修」</p>	以下の2区分とも修了した場合 <input type="radio"/> 創傷管理関連 <input type="radio"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
<p>■ B001 糖尿病透析予防指導管理料 糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。 糖尿病透析予防指導管理料の看護師の要件である「適切な研修」</p>	<input type="radio"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
<p>■ C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件である「所定の研修」</p>	<input type="radio"/> 創傷管理関連
<p>■ A301 特定集中治療室管理料1及び2 1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できる。対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者。 ア 意識障害又は昏睡 イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ウ 急性心不全（心筋梗塞含む） エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害 キ 広範囲熱傷 ク 大手術後 ケ 救急蘇生後 コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」</p>	以下の8区分をすべて修了した場合 <input type="radio"/> 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 <input type="radio"/> 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 <input type="radio"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 <input type="radio"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 <input type="radio"/> 循環動態に係る薬剤投与関連 <input type="radio"/> 術後疼痛関連 <input type="radio"/> 循環器関連 <input type="radio"/> 精神及び神経症状にかかる薬剤投与関連

診療報酬(令和2年度改定)における特定行為研修の評価

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ A200 総合入院体制加算 病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること ア～ウ、オ(略)エ「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に挙げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。(イ)～(ニ)、(ハ)、(ト)(略) (ホ) 特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画の項目の1つ</p>	<p>○特定行為研修修了者である看護師</p> <p>特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修のうち、いずれの区分であっても該当する。また、領域別パッケージ研修も該当する。</p>
<p>■ L010 麻酔管理料Ⅱ 担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。 麻酔管理料Ⅱの要件である「適切な研修」</p>	<p>以下のいずれかの研修を修了した看護師</p> <p>①術中麻酔管理領域(パッケージ研修)</p> <p>②以下の6区分をすべて修了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器(気道確保に係るもの)関連 ・呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 ・動脈血液ガス分析関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛管理関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連
<p>■ C300 特定保険医療材料 在宅における特定保険医療材料の追加 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師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については薬剤料、特定保険医療材料の費用については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。</p> <p>011 膀胱瘻用カテーテル 012 交換用胃瘻カテーテル (1)胃留置型①バンパー型 ア ガイドワイヤーあり ガイドワイヤーなし ②バルーン型 (2)小腸留置 ①バンパー型 ②一般型 013 局所陰圧閉鎖処置用材料 014 陰圧創傷治療用カートリッジ</p>	<p>特定保険医療材料の算定に関連する特定行為</p> <p>①ろう孔管理関連</p> <ul style="list-style-type: none"> ・胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうポタンの交換 ・膀胱ろうカテーテルの交換 <p>②創傷管理関連区分のうち</p> <ul style="list-style-type: none"> ・創傷に対する陰圧閉鎖療法

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

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

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)

[算定要件]

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

[算定対象]

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

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、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、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

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)	地域の協働の場での協議・紹介受診拠点医療機関の公表 (～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	医療機関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			(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			
	実態調査を踏まえ、都道府県か圏域単位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			(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

概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づく、医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたものである。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。

② 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介受診重点医療機関)*

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)し、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

* 令和4年4月施行

外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「**外来医療計画**」）が追加されることとなった。

外来医療計画の全体像

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

- ※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。
- ※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時的協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時的協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

今後の検討課題

- 外来医療機能の偏在の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、検証を行っていく。
- 十分な効果が得られない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題を整理しつつ、検討が必要。 18

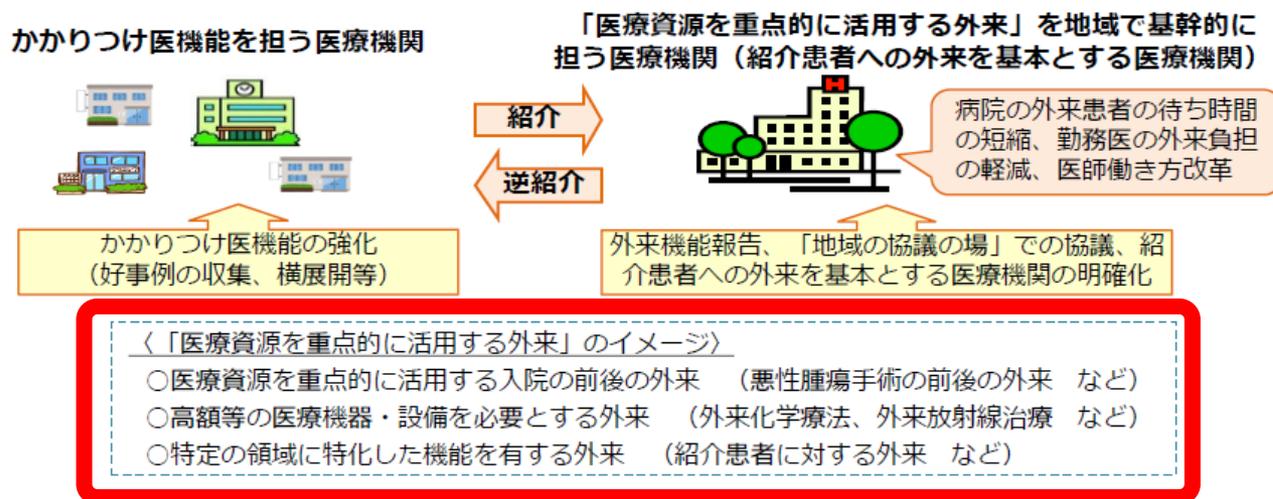
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



紹介受診重点医療機関について

- 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。

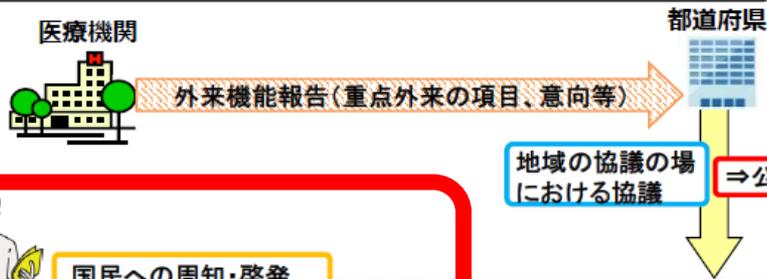
※紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上の病院に限る。）は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【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。



国民への周知・啓発

- ✓ 患者がまずは地域の「かかりつけ医療機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診する。
- ✓ 状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻る受診の流れを明確化。



紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

- 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、
 - ・ 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - ・ 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

〔算定要件〕

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

〔対象患者〕

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

改定後

（改）【連携強化診療情報提供料】 150点

〔算定要件〕

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき**月1回**に限り算定する。

〔対象患者〕

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者**
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



（新）

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



患者を紹介

診療状況を
提供



連携強化診療情報
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

[算定要件]

- (1) **外来機能報告対象病院等**（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、**一般病床の数が200未満であるものを除く。**）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。**

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点
(情報通信機器を用いた初診については186点)

外来診療料の注2、3 55点

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、 <u>B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者</u>			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。 ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ <u>B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</u> ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみを行い、他院に紹介した患者を除く。</u>			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

80

地域医療支援病院制度の概要

趣旨

- 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院として、平成9年の医療法改正において創設（都道府県知事が個別に承認）。

※承認を受けている病院（令和4年9月現在） … 685

主な機能

- 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む）
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

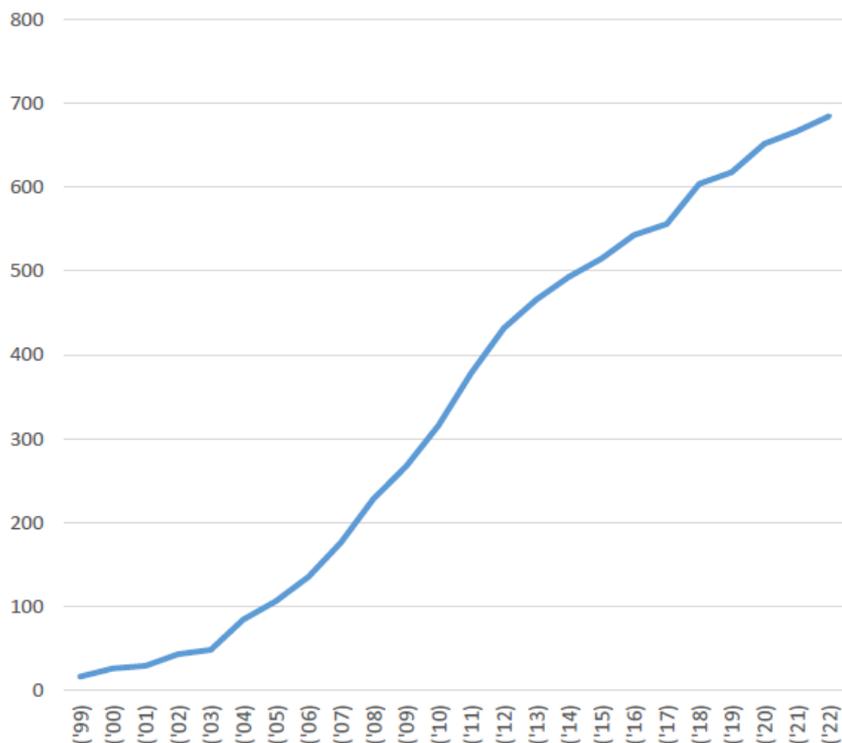
承認要件

- 開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること。具体的には、次のいずれかの場合に該当すること。
 - ア) 紹介率が80%以上であること
 - イ) 紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率が40%以上であること
 - ウ) 紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

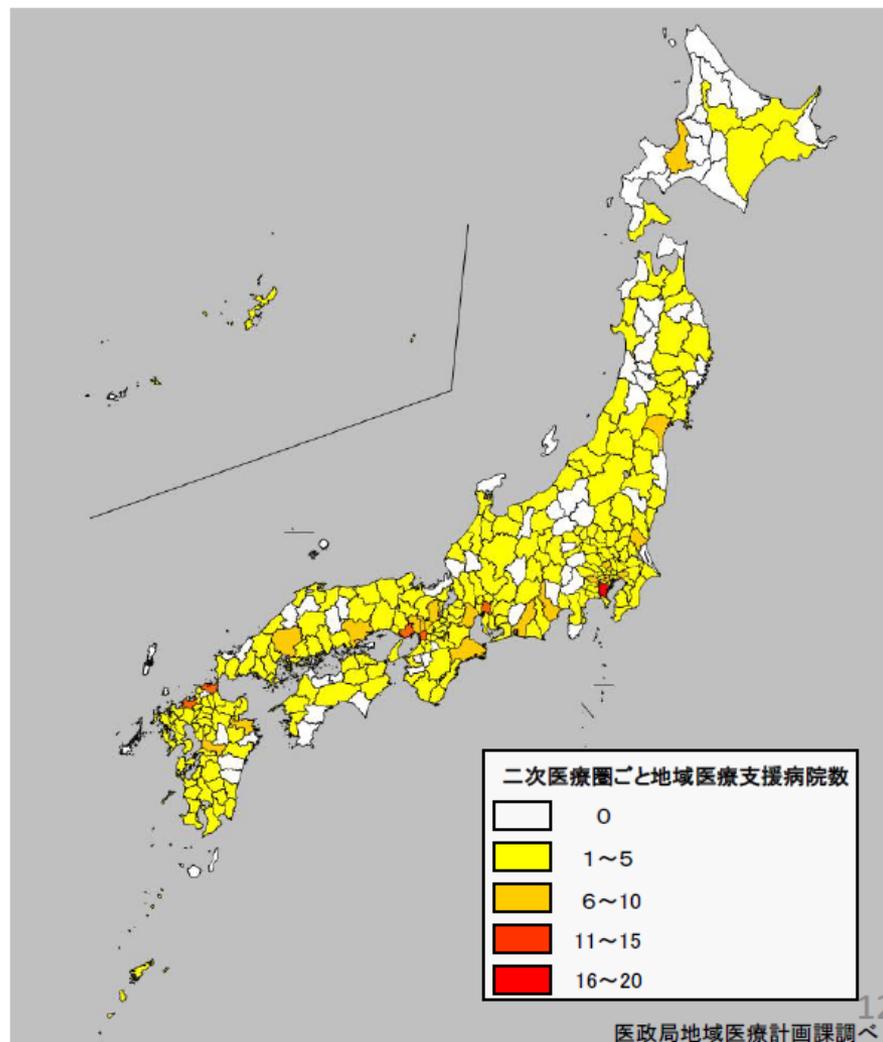
地域医療支援病院の推移

- 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

二次医療圏別の地域医療支援病院の施設数 ①

医療圏名	H30	R4	医療圏名	H30	R4	医療圏名	H30	R4	医療圏名	H30	R4	医療圏名	H30	R4
全国 全体	607	685	宮城県 (12↓13)	1	1	栃木県 (9↓10)	1	1	区中央部	4	4	石川県 (3↓5)	1	1
南渡島	2	2	仙台	9	10	県西	1	1	区南部	3	4	南加賀		
南檜山			大崎・栗原	1	1	宇都宮	3	3	区西南部	6	6	石川中央	3	3
北渡島檜山			石巻・登米・気仙沼	1	1	県東	1	1	区西部	3	6	能登中部		1
札幌	7	8	大館・鹿角			県南	2	2	区西北部	3	5	能登北部		
後志			北秋田			両毛	2	2	区東北部	2	2	福井・坂井	4	4
南空知			能代・山本	1	1	前橋	4	4	区東部	3	4	奥越		
中空知			秋田周辺	1	1	渋川	1	1	西多摩	1	1	丹南		
北空知			由利本荘・にかほ			伊勢崎	2	2	南多摩	4	6	嶺南		
西胆振			大仙・仙北			高崎・安中	2	2	北多摩西部	3	3	中北	1	1
東胆振			横手			藤岡	1	1	北多摩南部	4	5	峡東		
日高			湯沢・雄勝			富岡			北多摩北部	3	4	峡南		
上川中部	2	3	村山	2	3	吾妻			島しょ			富士・東部		
上川北部			最上			沼田			川崎北部	2	2	佐久	1	1
富良野			置賜	1	2	桐生	1	1	川崎南部	3	3	上小	1	1
留萌			庄内	2	2	太田・館林	2	2	横須賀・三浦	3	4	諏訪	1	1
宗谷			県北	3	3	南部	2	3	湘南東部	2	2	上伊那	1	1
北網	1	1	県中	3	3	南西部	1	1	湘南西部	3	4	飯伊	1	1
遠紋			県南			東部	1	1	県央	3	4	木曾		
十勝	1	2	相双	4	6	さいたま	4	6	相模原	2	2	松本	4	4
釧路	1	2	いわき	2	2	県央	2	2	県西	1	2	大北		
根室			会津・南会津	1	1	川越比企	1	3	横浜	16	19	長野	3	3
津軽地域		1	水戸	4	6	西部	2	3	下越	1	1	北野		
八戸地域	3	3	日立	1	1	利根	3	3	新潟	3	3	北信		
青森地域	2	2	常陸太田・ひたちなか	2	2	北部	2	2	新潟	1	1	岐阜	6	5
西北五地域			鹿行	2	2	秩父			県央	1	1	西濃	1	1
上十三地域		1	土浦	2	2	千葉	4	4	中越	1	2	中濃	1	1
下北地域			つくば	2	2	東葛南部	5	7	魚沼	1	2	東濃	1	1
盛岡	2	2	取手・竜ヶ崎	3	5	東葛北部	2	2	上越	2	1	飛騨	1	1
岩手中部	1	1	筑西・下妻		1	印旛	2	3	佐渡			賀茂		
胆江	1	1	古河・坂東	3	3	香取海匠	1	1	新川	1	2	熱海伊東	1	1
両磐	1	1				山武長生夷隅	1	1	富山	3	4	駿東田方	2	3
気仙						安房	1	1	高岡	2	3	富士	2	2
釜石						君津	1	1	砺波	1	1	静岡	6	6
宮古	1	1				市原	2	2				志太榛原	3	3
久慈												中東遠	2	2
二戸												西部	6	6

医政局地域医療計画課調べ(平成30年12月、令和4年9月時点)

二次医療圏別の地域医療支援病院の施設数 ②

医療圏名	H30	R4	医療圏名	H30	R4	医療圏名	H30	R4	医療圏名	H30	R4	医療圏名	H30	R4
海部	1	1	神戸	12	13	広島	5	6	福岡・糸島	11	11	東部	2	2
尾張東部	1	2	東播磨	5	5	広島西	2	2	粕屋	1	1	中部	6	6
尾張西部	2	2	北播磨	2	2	呉	4	4	宗像	1	1	南部		
尾張北部	2	3	但馬	2	2	広島中央	1	1	筑紫	3	3	豊肥	1	1
知多半島	2	2	丹波	1	1	尾三	3	3	朝倉	1	1	西部	1	1
西三河北部	2	2	淡路	1	1	福山・府中	3	3	久留米	4	4	北部	2	2
西三河南部西	2	2	阪神	8	9	備北	1	1	八女・筑後	2	2	宮崎東諸県	3	4
西三河南部東	1	1	播磨姫路	5	5	岩国	2	2	有明	1	1	都城北諸県	2	2
東三河北部			奈良	1	2	柳井	1	1	飯塚	1	1	延岡西臼杵	1	1
東三河南部	1	2	東和	1	1	周南	2	2	直方・鞍手			日南串間	1	1
名古屋・尾張中部	11	11	西和	1	2	山口・防府	3	3	田川	1	1	西諸	1	1
北勢	5	6	中和			宇部・小野田	2	2	北九州	11	11	西都児湯		
中勢伊賀	4	4	和歌山	2	2	下関	4	4	京築	1	1	日向入郷		
南勢志摩	6	6	那賀			長門			中部	2	2	鹿児島	5	5
東紀州		1	橋本			萩			東部	1	1	南薩	2	2
大津	2	2	有田			徳島東部	4	4	北部	1	1	川薩	1	1
湖南	3	3	御坊	1	1	南部	2	2	西部	1	1	出水	2	2
甲賀	1	1	田辺	1	1	西部	1	1	南部	1	1	始良・伊佐	1	1
東近江	1	2	新宮	1	1	小豆			長崎	2	3	曾於	1	1
湖東	1	1	東部	3	3	香川東部	3	3	佐世保県北	4	4	肝属	2	2
湖北	2	2	中部	1	1	西部	3	4	県央	3	3	熊毛		
湖西	1	1	西部	2	2	宇摩			県南	1	1	奄美	1	1
丹後		1	松江	2	2	新居浜・西条			五島			北部	2	2
中丹	2	3	雲南			今治			上五島			中部	3	3
南丹	1	1	出雲	1	1	松山	2	2	杵岐			南部	5	5
京都・乙訓	9	9	大田			八幡浜・大洲	1	1	有明	2	2	宮古		1
山城北	2	2	浜田	1	1	宇和島		1	鹿本	1	1	八重山		
山城南	1	1	益田	2	2	安芸	3	3	菊池	1	1			
豊能	5	7	隠岐			八幡			阿蘇					
三島	3	6	県南東部	10	10	宇和島		1	熊本・上益城	5	6			
北河内	3	5	県南西部	1	1	高知			八代	2	2			
中河内	3	3	高梁・新見			中央			芦北	1	1			
南河内	1	2	真庭			高幡			球磨	1	1			
堺市	5	5	津山・英田	1	1	幡多			天草	1	1			
泉州	3	5												
大阪市	13	15												

医政局地域医療計画課調べ(平成30年12月、令和4年9月時点)

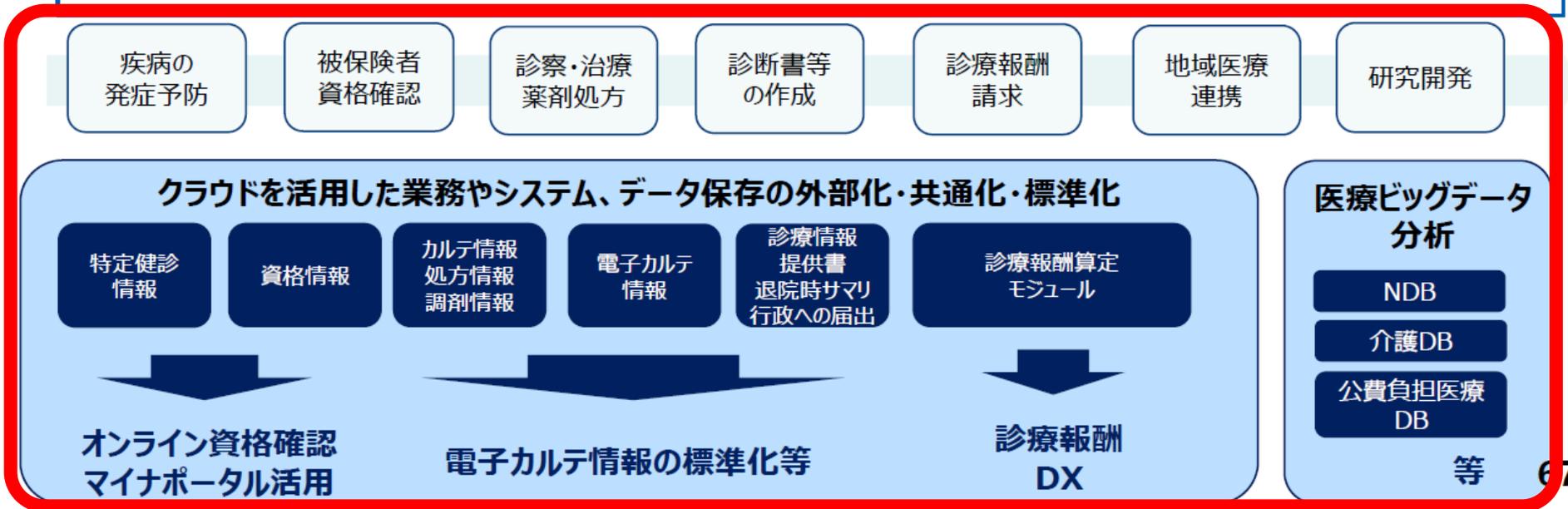
医療DXとは

DXとは

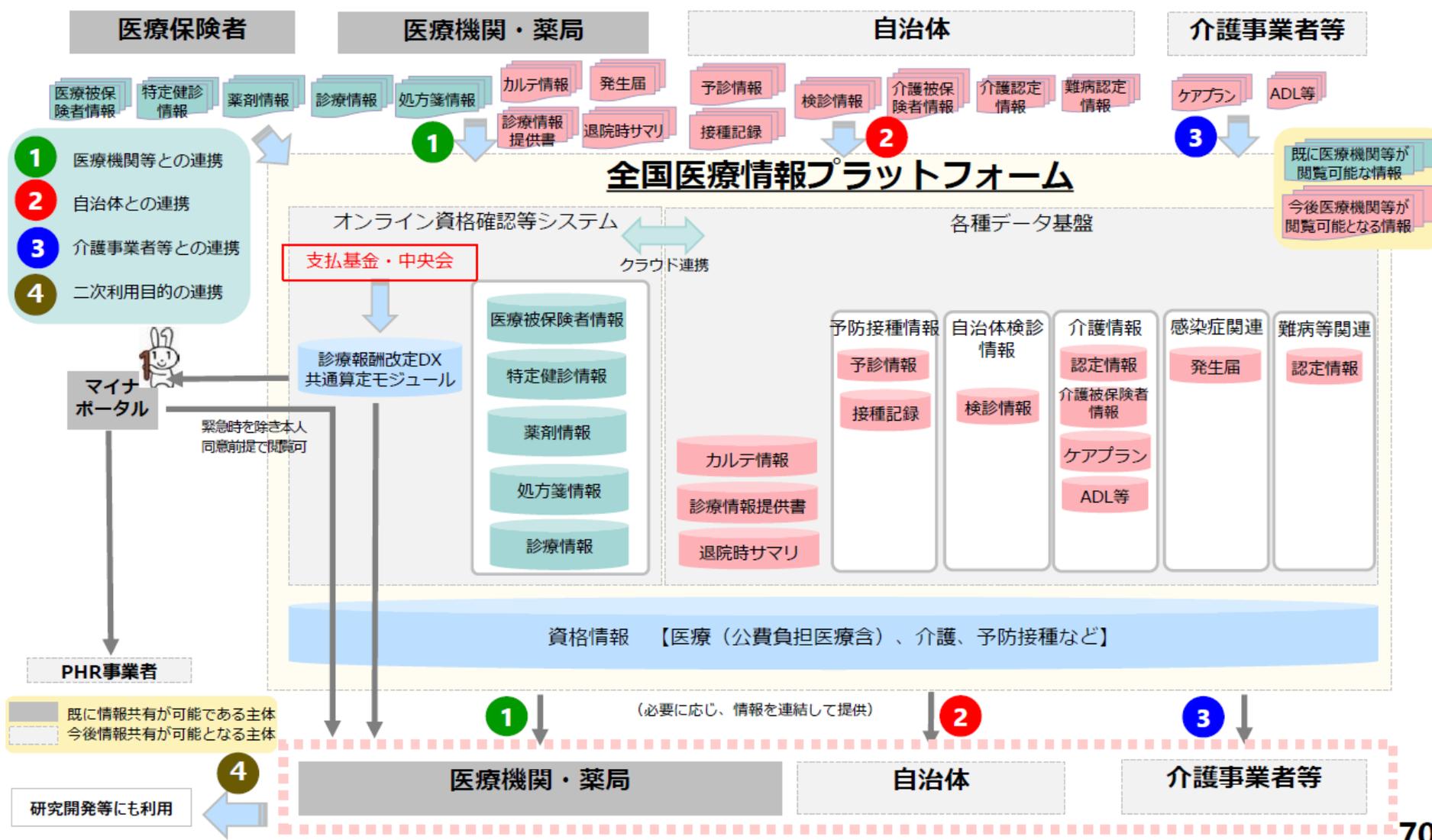
DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。
（情報処理推進機構DXスクエアより）

医療DXとは

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。



「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)



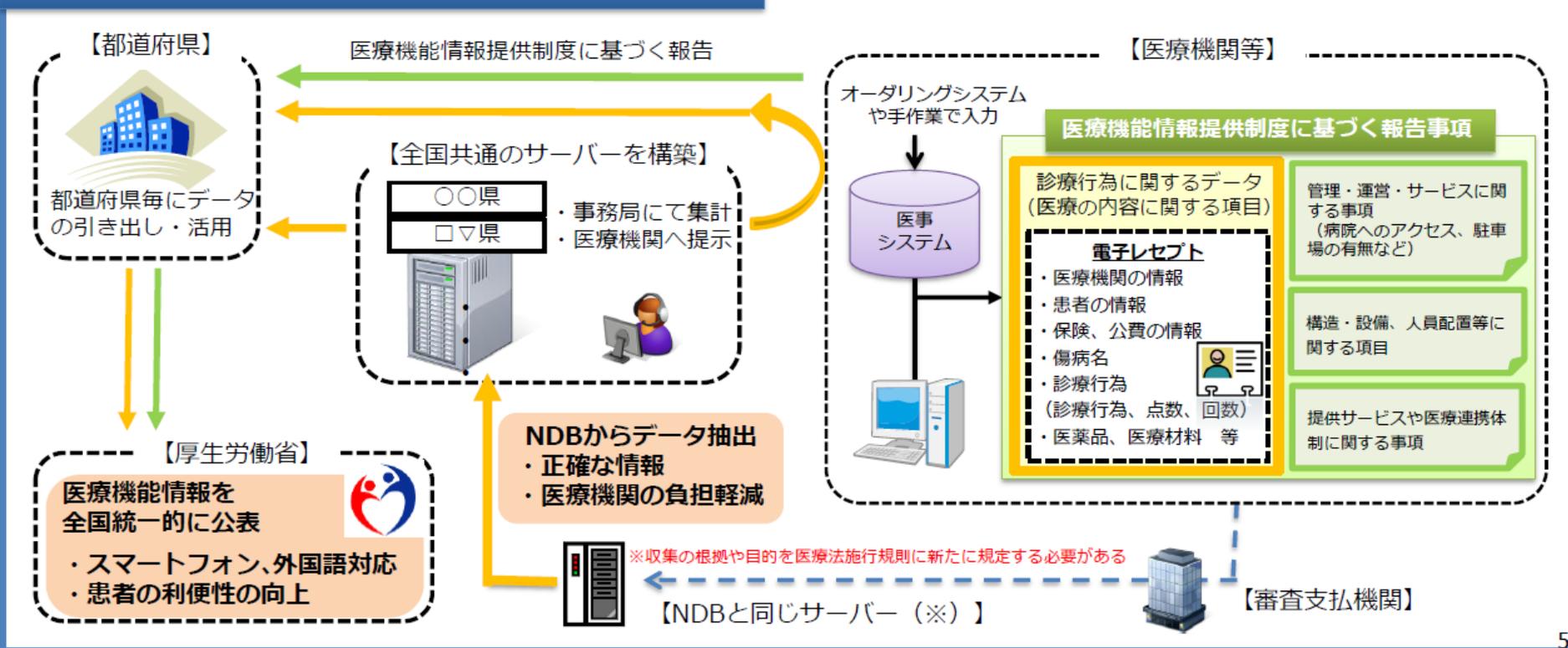
現状の課題

- 医療機能情報提供制度は、都道府県ごとに閲覧システムを公開
 - ・ スマートフォンや外国語対応等を含め、公表方法に差がある。
 - ・ 県境の患者は複数の都道府県の検索サイトの閲覧が必要。
- 規制改革実施計画で、医療機関の負担軽減が求められている。
- 都道府県毎に運用状況が異なるため、公表されている情報の粒度や内容の正確性に差があるとの懸念もある。

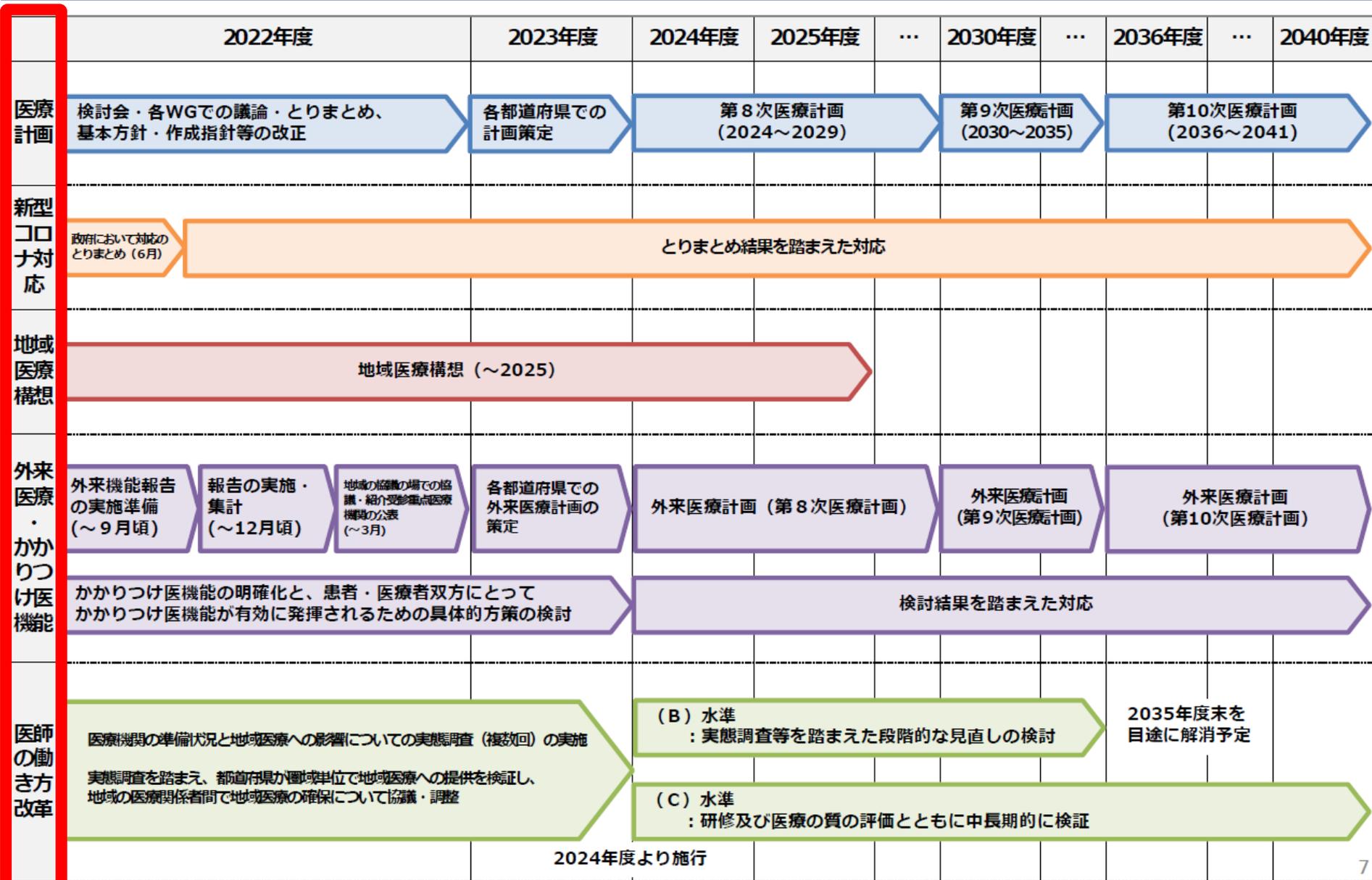
対応案

- 厚生労働省が管理する全国統一的な検索サイトを構築し、利便性を向上。
- レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）からデータを抽出し、医療機関が利用できる仕組みを付加することで、医療機関からの報告に係る負担軽減につなげるとともに、正確性を担保する。

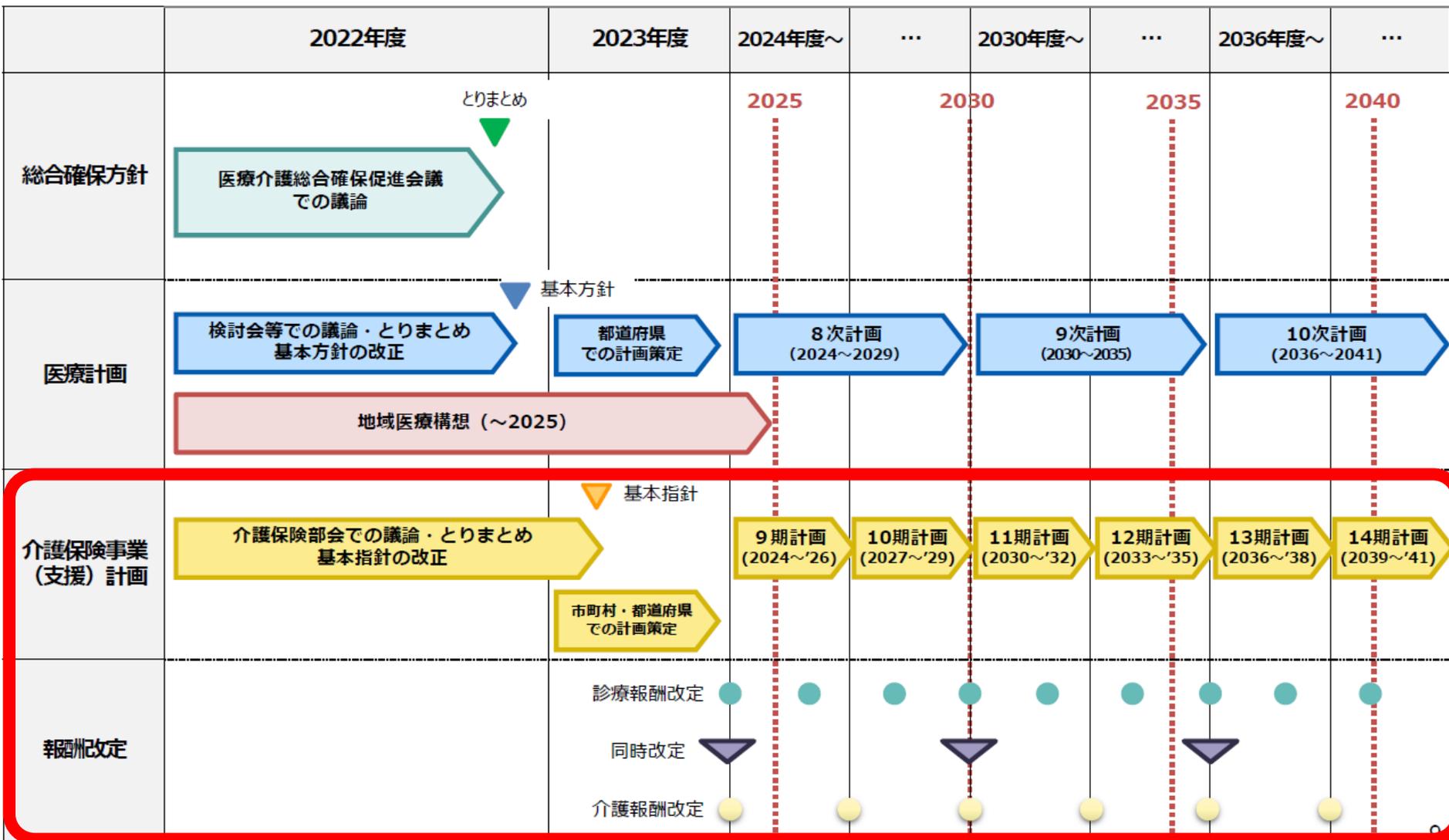
医療機能情報提供制度の新しい業務フローイメージ図



医療提供体制改革に係る今後のスケジュール



(参考) 今後のスケジュール

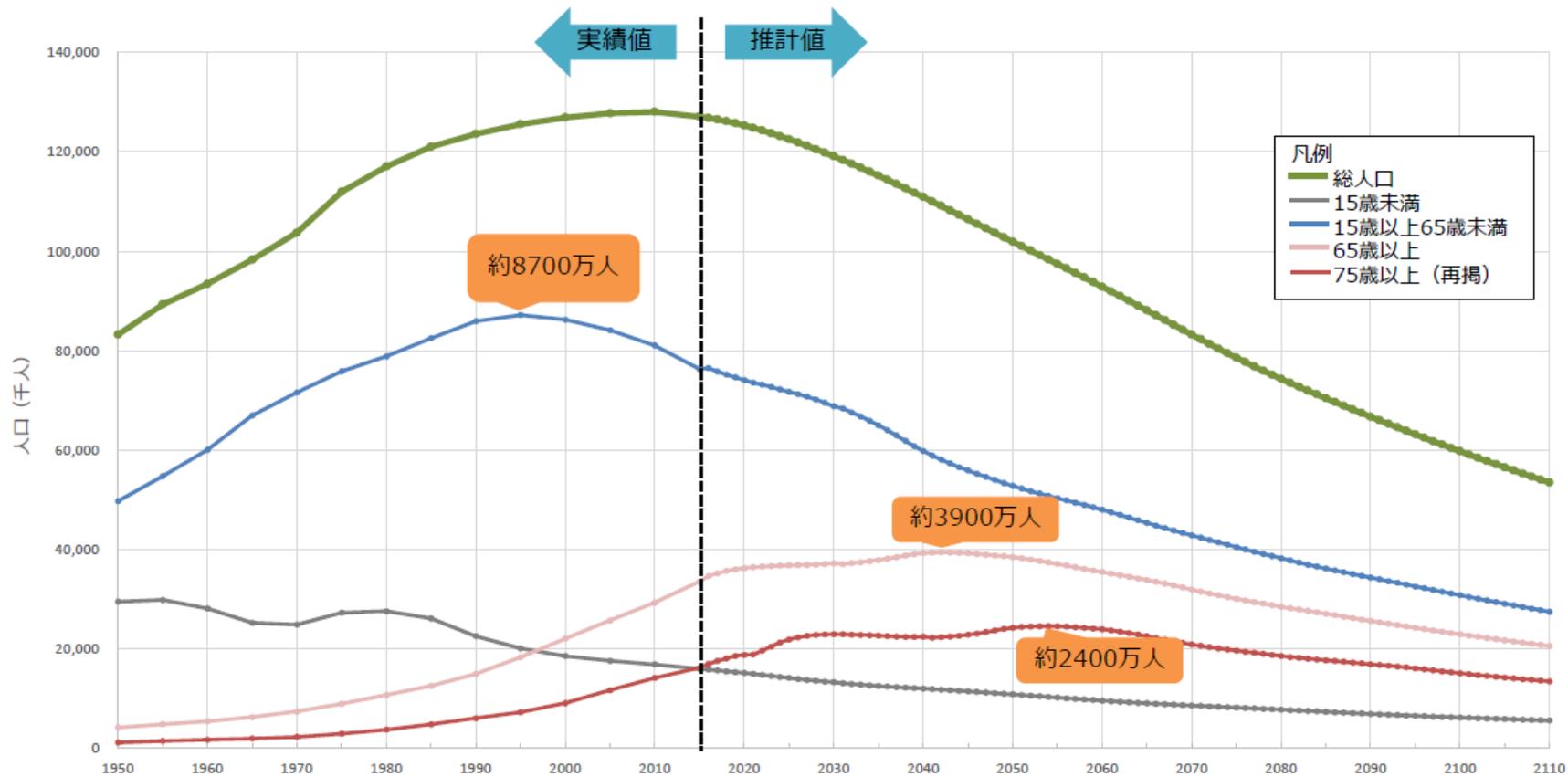


- 機能分化・機能分担
- 人員配置・タスクシフト
- 地域連携
- 医療・介護連携

人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代(生産年齢人口)の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳(後期高齢者)となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢(4区分)別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

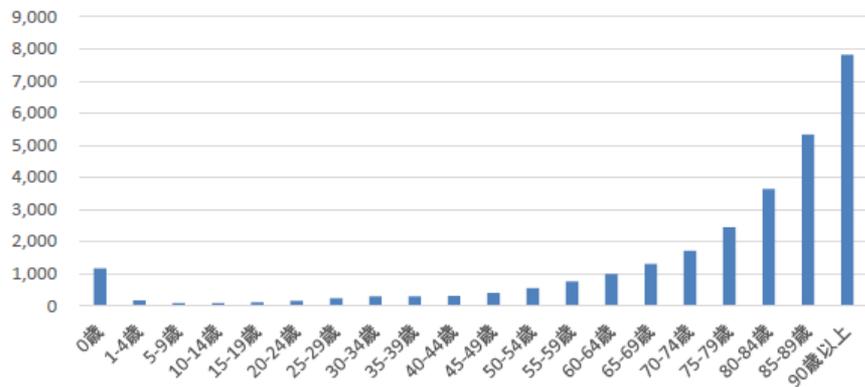
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

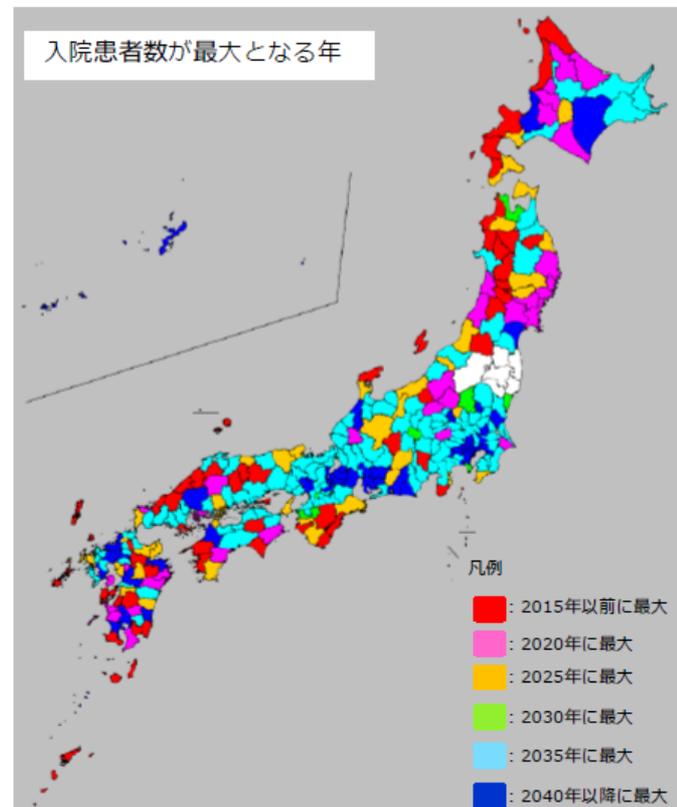
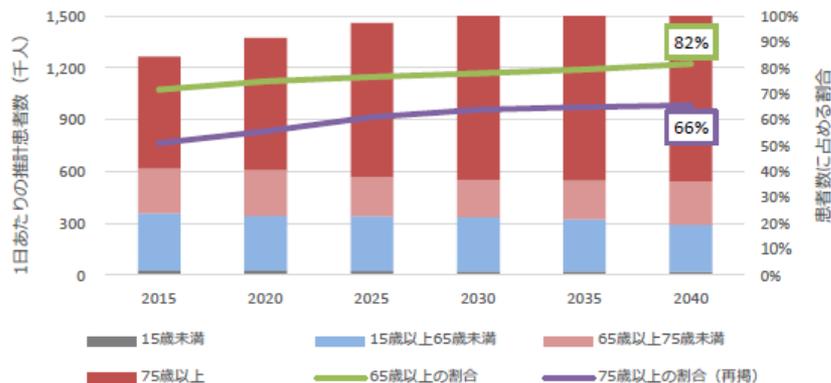
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



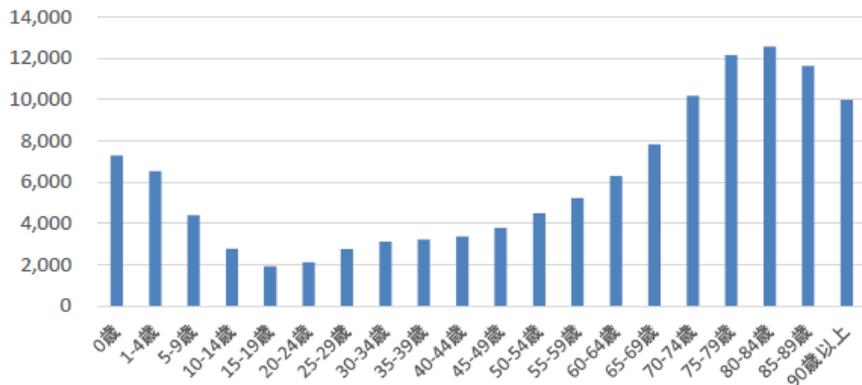
出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 ※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。 12

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

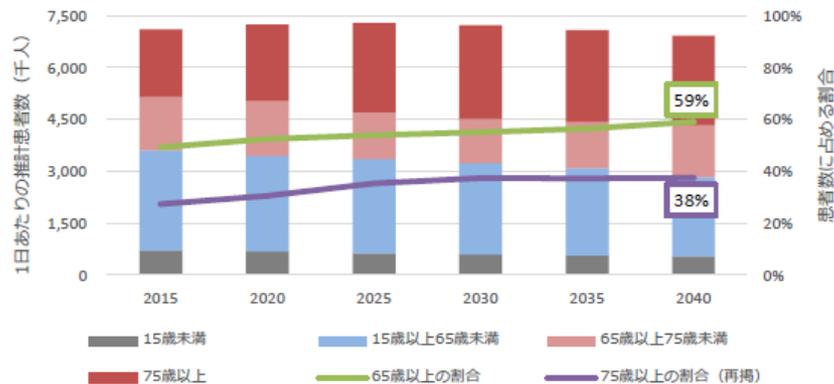
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

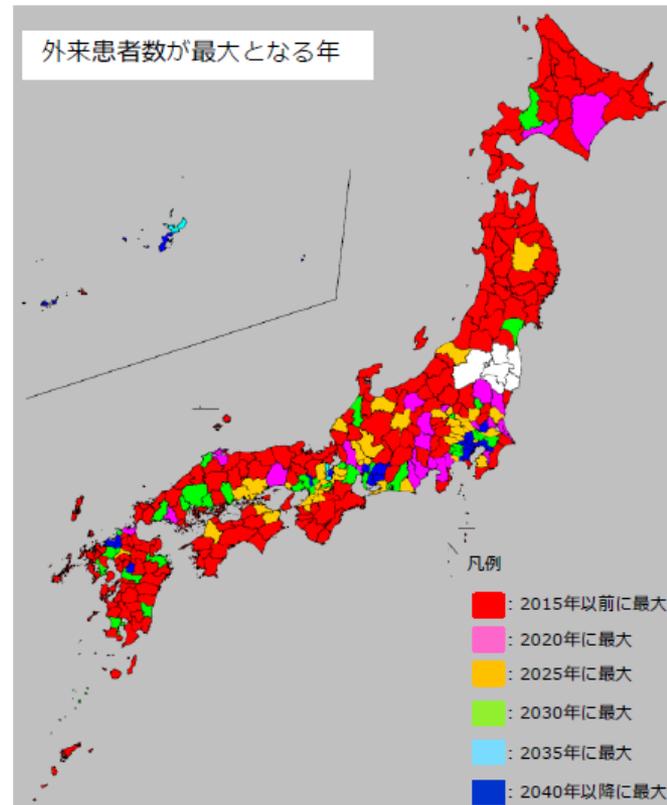
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院-外来×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

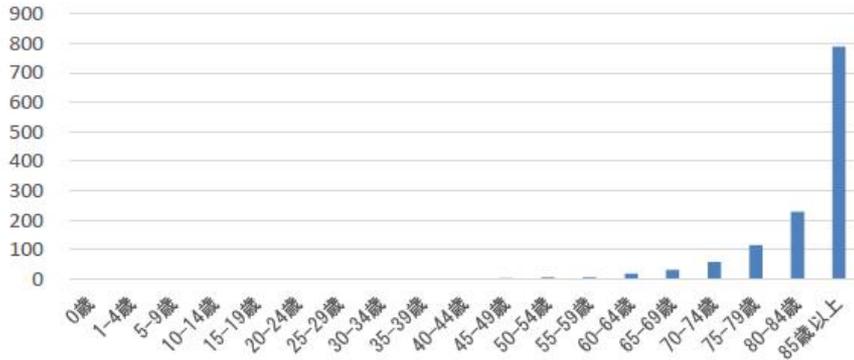
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

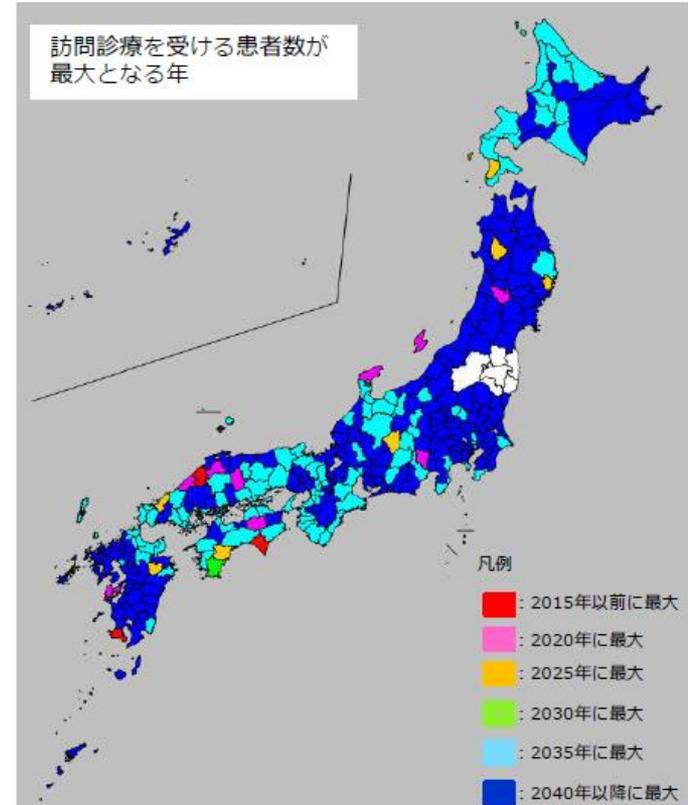
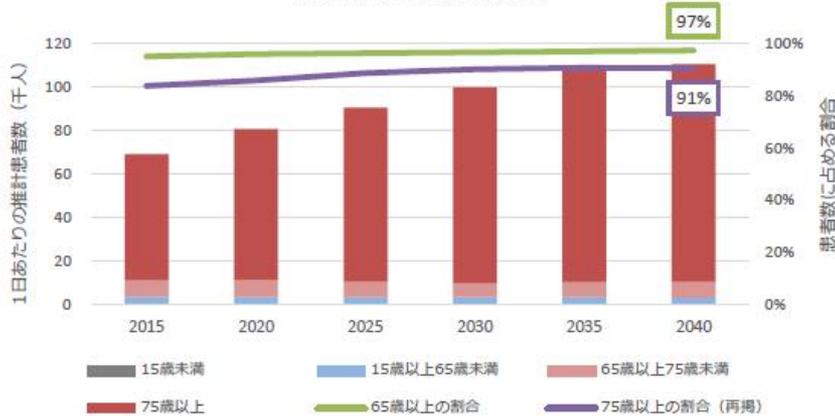
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類の入院-外来の種別別」
 「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類の外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

- ※ 病院、一般診療所を対象に集計。
- ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

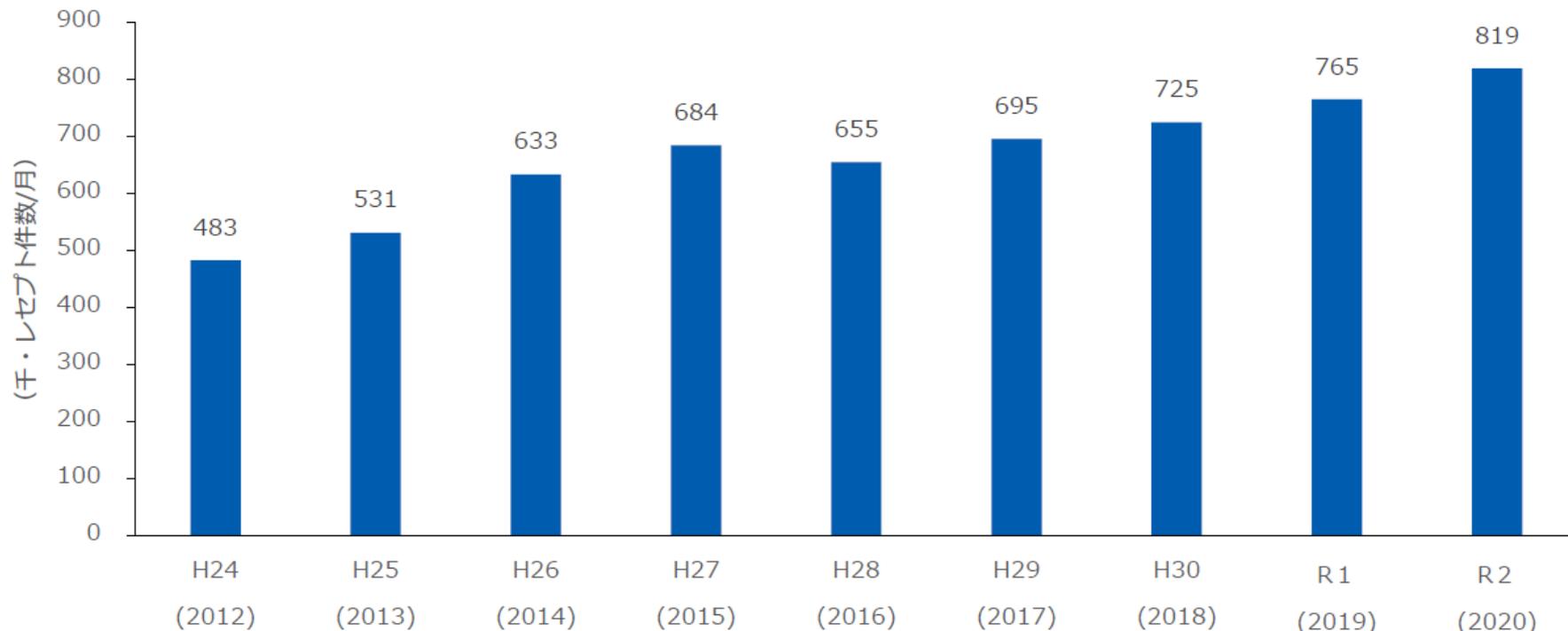
訪問診療件数の推移

第4回在宅医療及び医療・介護連携
に関するワーキンググループ

資料1

令和4年7月20日

○ 訪問診療の件数は近年増加傾向にある。



【出典】KDBデータ（2012～2020年度診療分）

※算定項目：在宅患者訪問診療料のうち、以下の①と②のレセプト件数の合計値

①在宅患者訪問診療料（I）1又は2（同一建物居住者以外）

②在宅患者訪問診療料（I）1又は2（同一建物居住者）

なお、平成27年度末までは以下を含む。（平成27年度末に以下の算定項目は廃止。）

在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等以外入居者）又は在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）

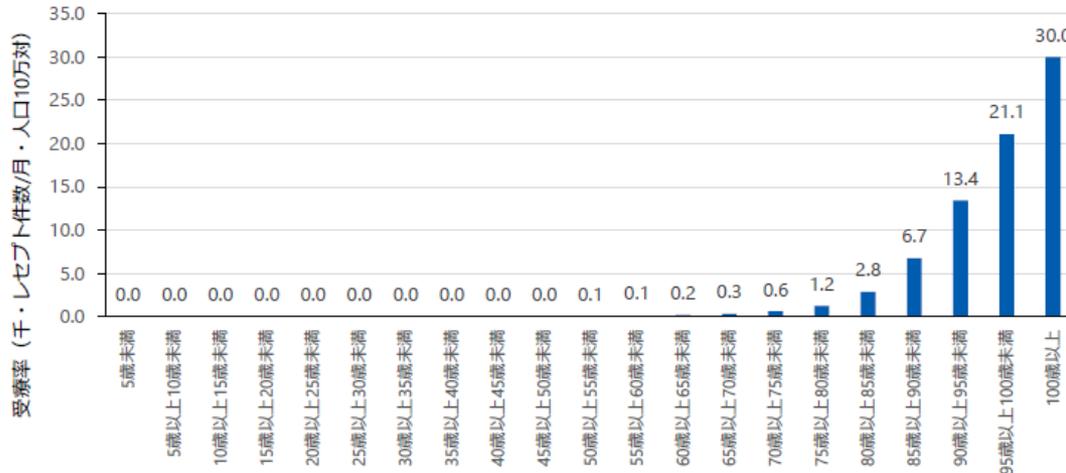
※月当たりの平均レセプト件数（京都府除く）

3

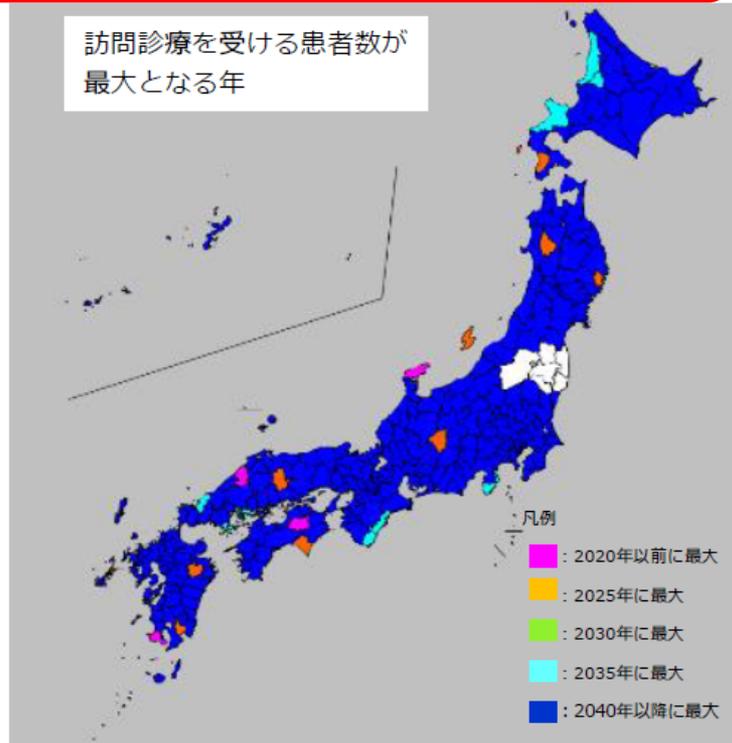
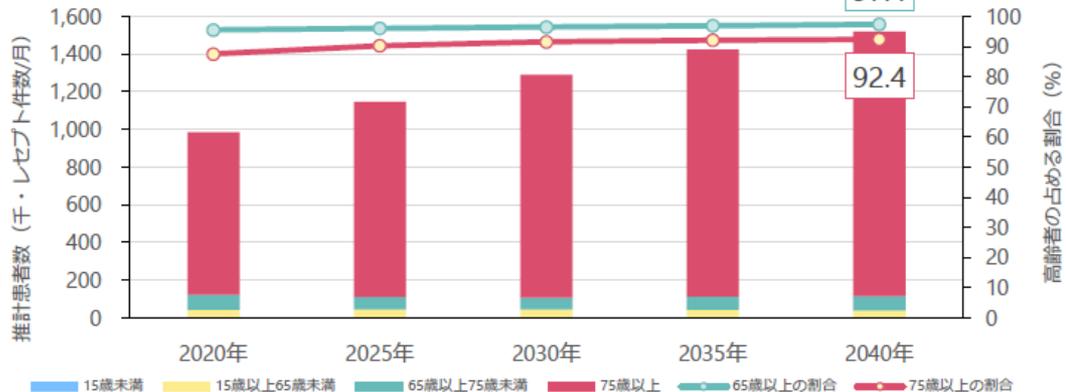
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】
 受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。
 推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
 ※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。
 ※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
 ※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

訪問看護の必要量について

第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年9月28日

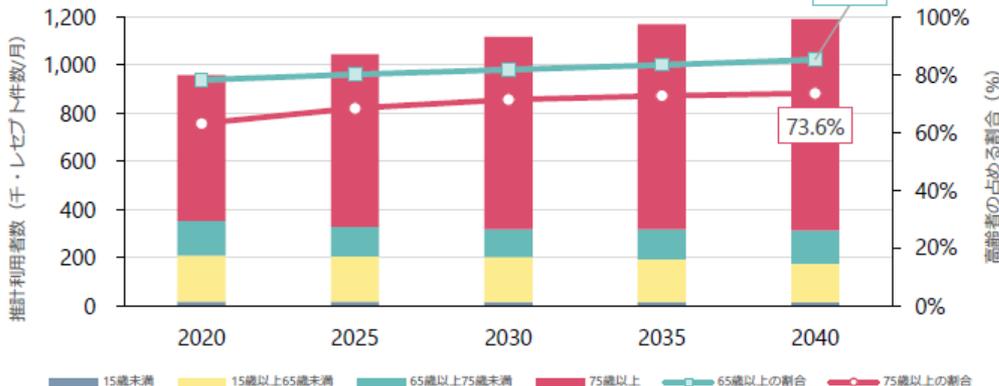
資料

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

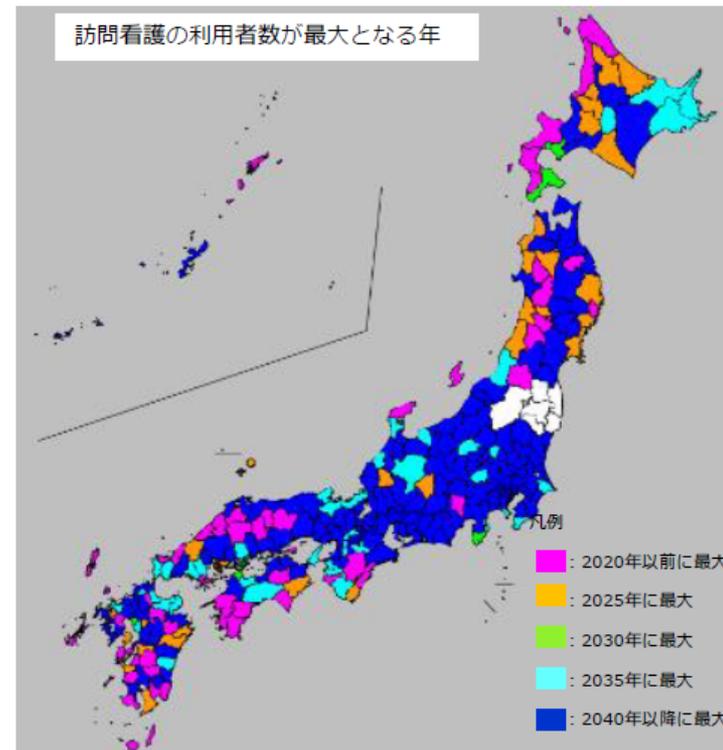
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB、介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

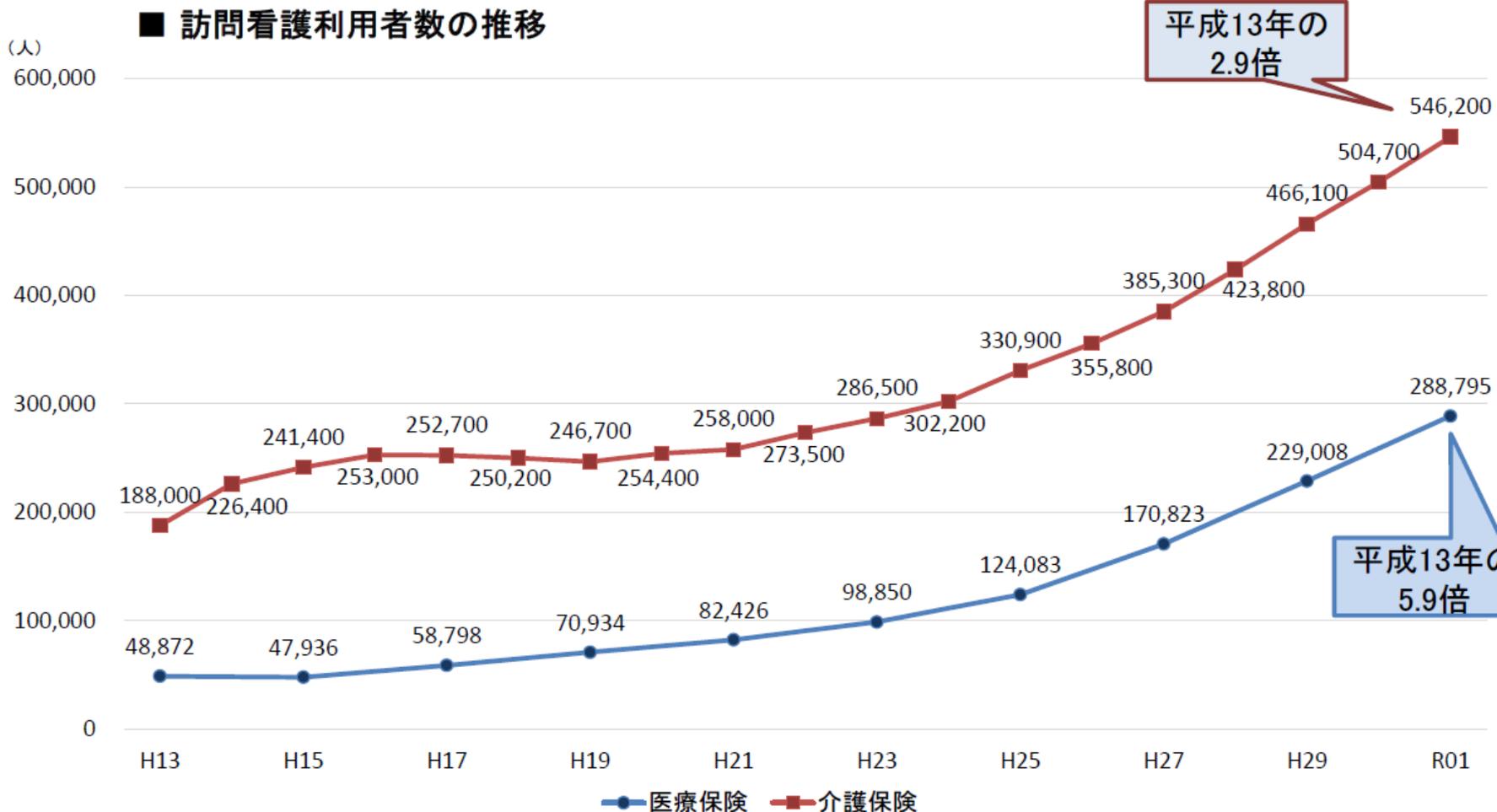
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導科、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導科及び精神科訪問看護・指導科のレセプトを集計。
※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

6

訪問看護利用者数の推移

中医協 総-1-2
3.8.25

○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向



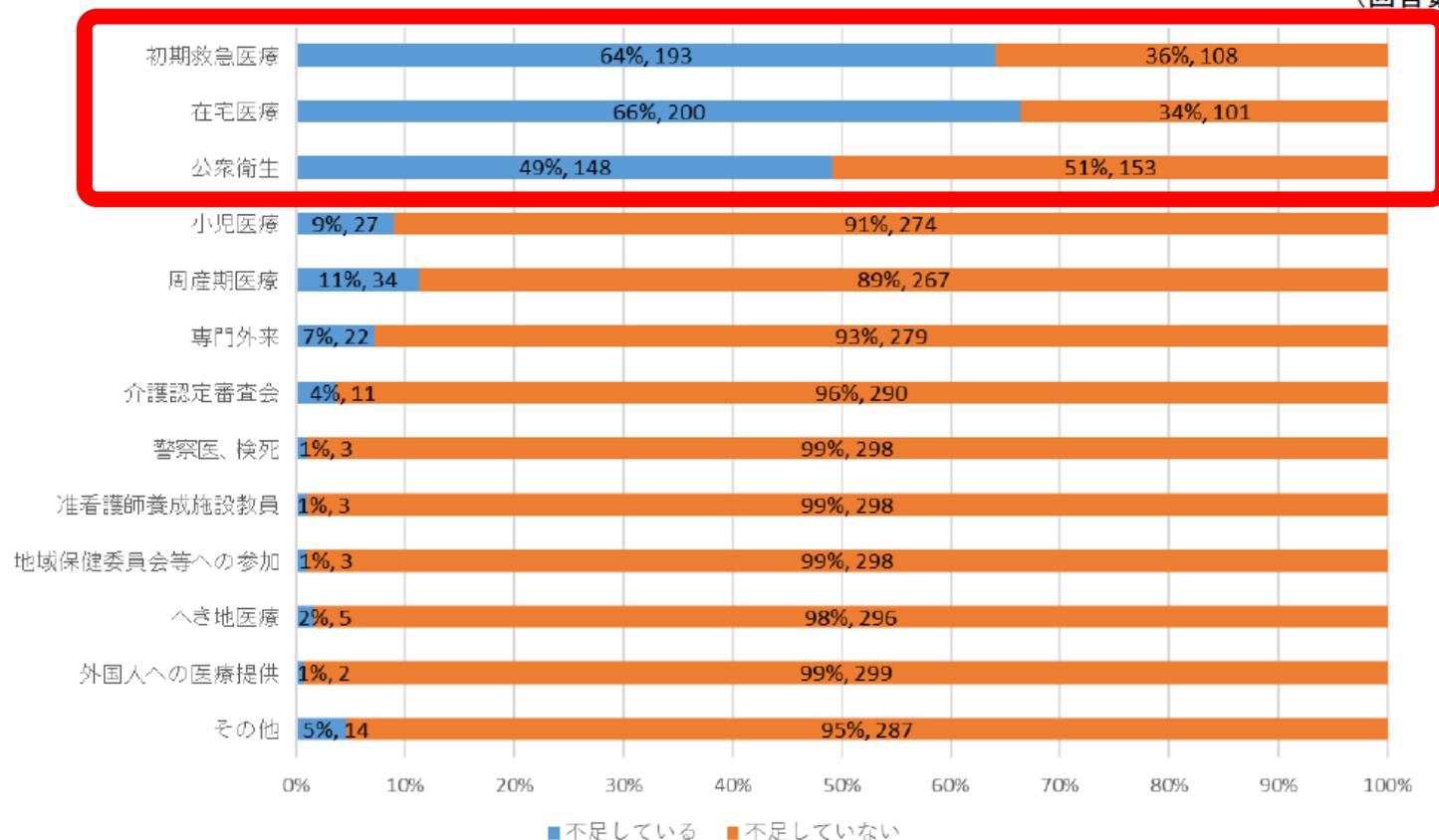
【出典】介護給付費実態調査(各年5月審査分)、訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計)

【出典】第1回在宅医療及び医療介護連携に関するWG(令和3年10月13日)

- 地域で不足している医療機能として初期救急医療、在宅医療、公衆衛生と回答した割合はそれぞれ64%、66%、49%であった。
- また、小児、周産期を含む専門外来や介護認定審査会への参加等についても、地域に不足する医療機能として求められていた。

各二次医療圏において不足する医療機能

(回答数 n=301)



二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること

【出典】医療法施行規則 第三十条の二九（昭和二十三年厚生省令第五十号）

在宅医療の圏域について

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を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

<在宅医療の体制構築に係る指針>

○圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

【出典】疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知） 11

- 現行の指針において、都道府県は、在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの4つの機能を示し、圏域を設定することとしている。
- また、「在宅医療の体制構築に係る指針」において、上記4つの機能の確保に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について「医療計画に位置付けることが望ましい。」と記載している。
- 圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであるため、在宅医療の圏域においては、在支診・在支病等の「在宅医療における積極的役割を担う医療機関」の役割や、地域の医療資源により、複数の医療機関が連携や、医療及び介護・福祉との連携を構築する観点から、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の役割も踏まえ、設定することが求められる。

在宅医療の圏域の設定

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

②日常の療養支援

③急変時の対応

④看取り

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

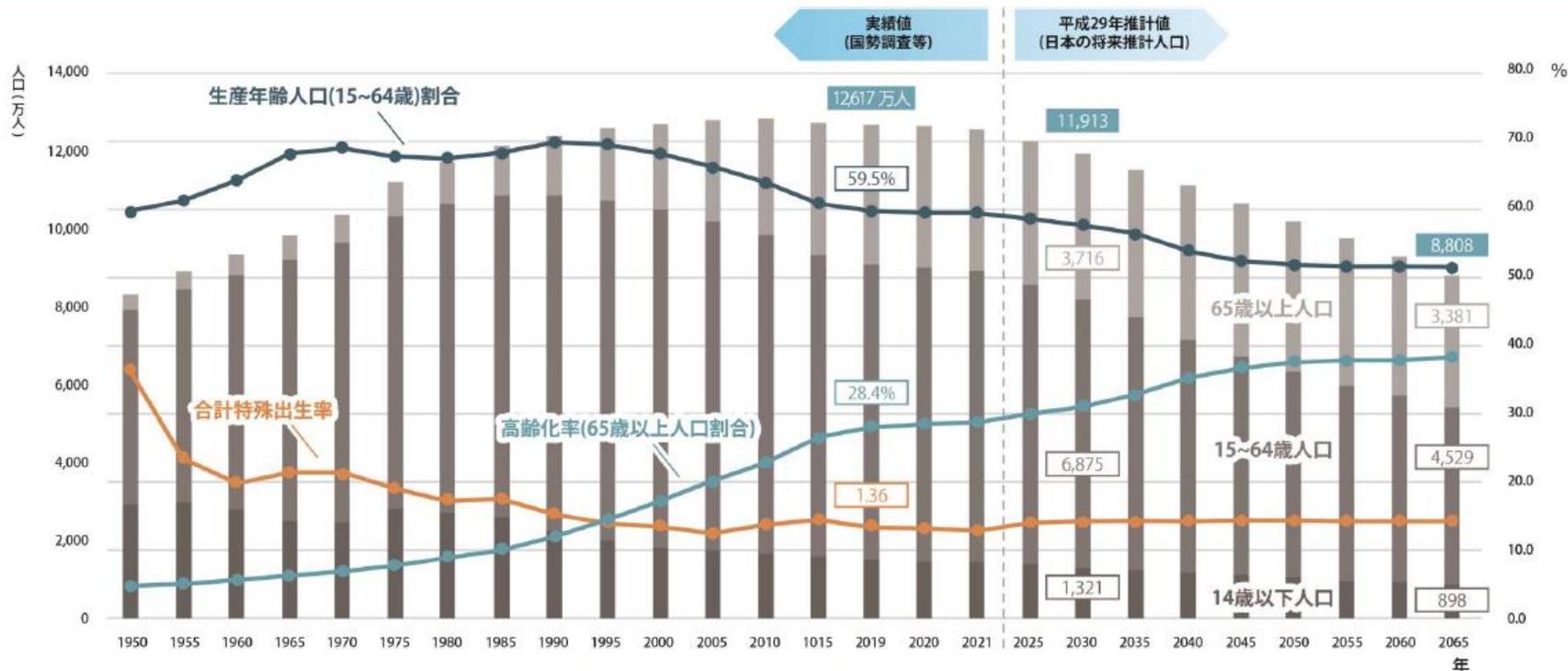
- ・市町村 ・保健所
- ・医師会等関係団体 等



「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和2年4月13日一部改正））より一部抜粋。

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



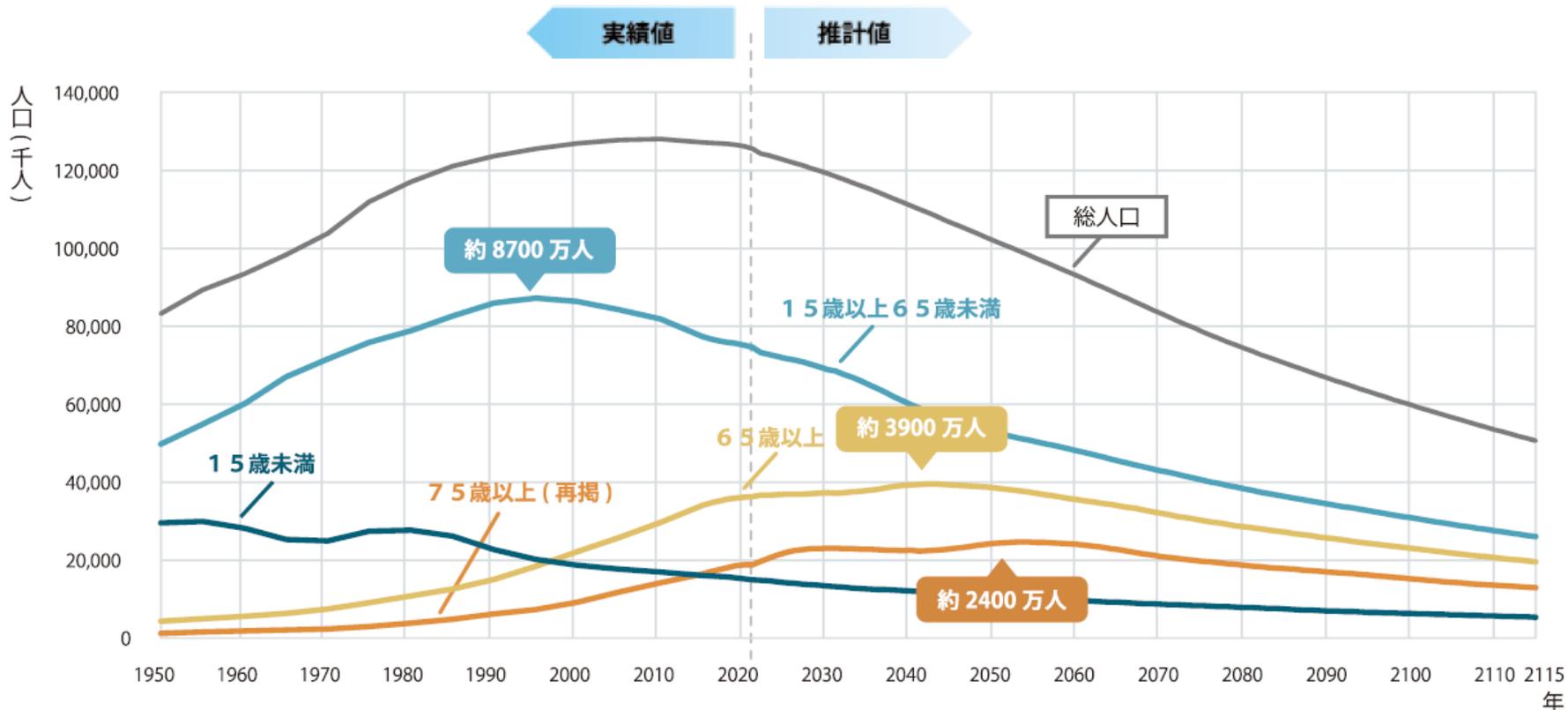
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,603万人(28.6%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,860万人(14.7%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

出典

2021年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2021年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2021年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
 2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。

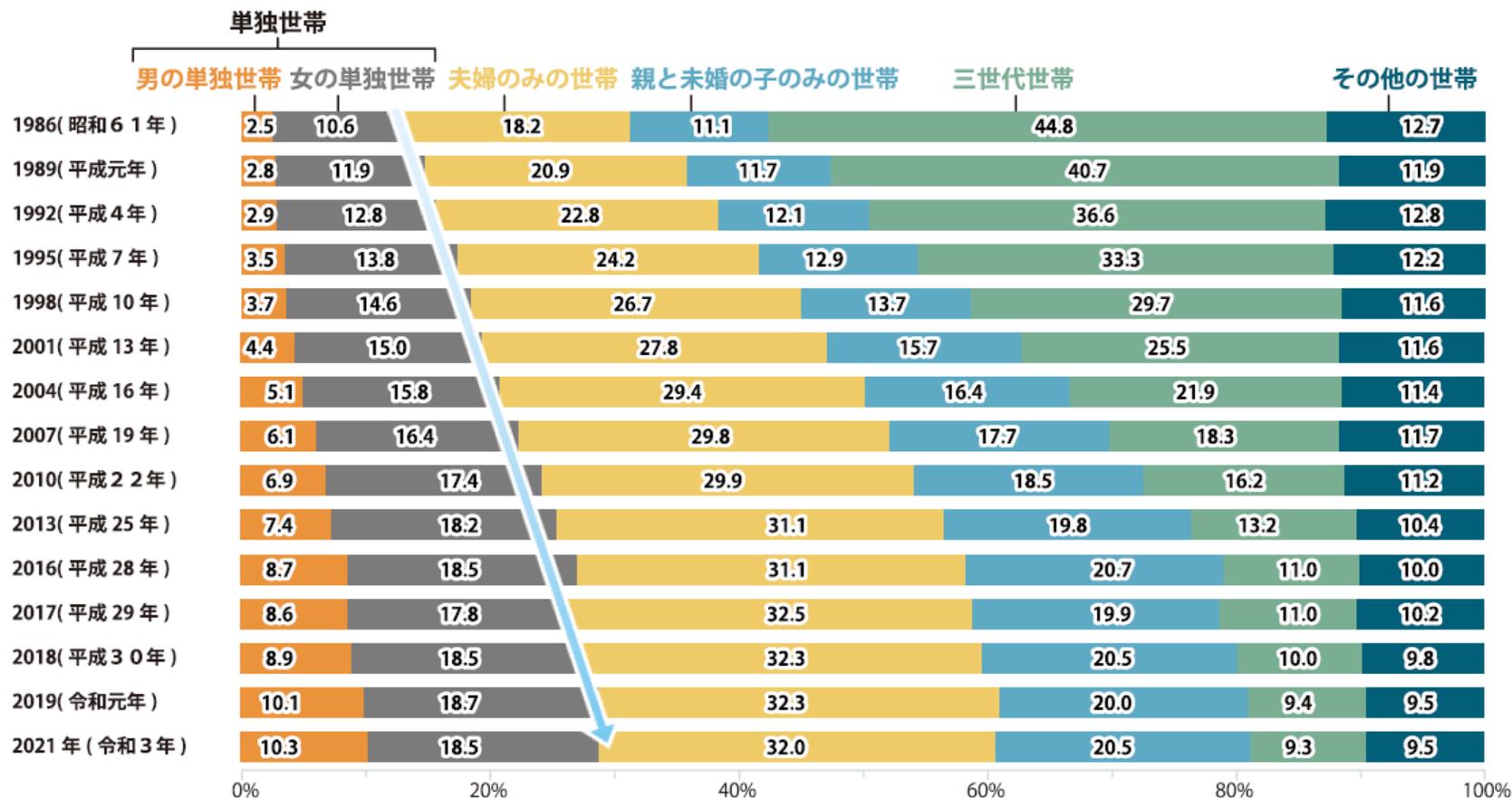


出典

2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）
2022年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移

○ 高齢者独居世帯は年々増加傾向にある。



出典

厚生労働省「令和3年国民生活基礎調査」

1) 1995(平成7年)年の数値は、兵庫県を除いたものである。

2) 2016(平成28年)年の数値は、熊本県を除いたものである。

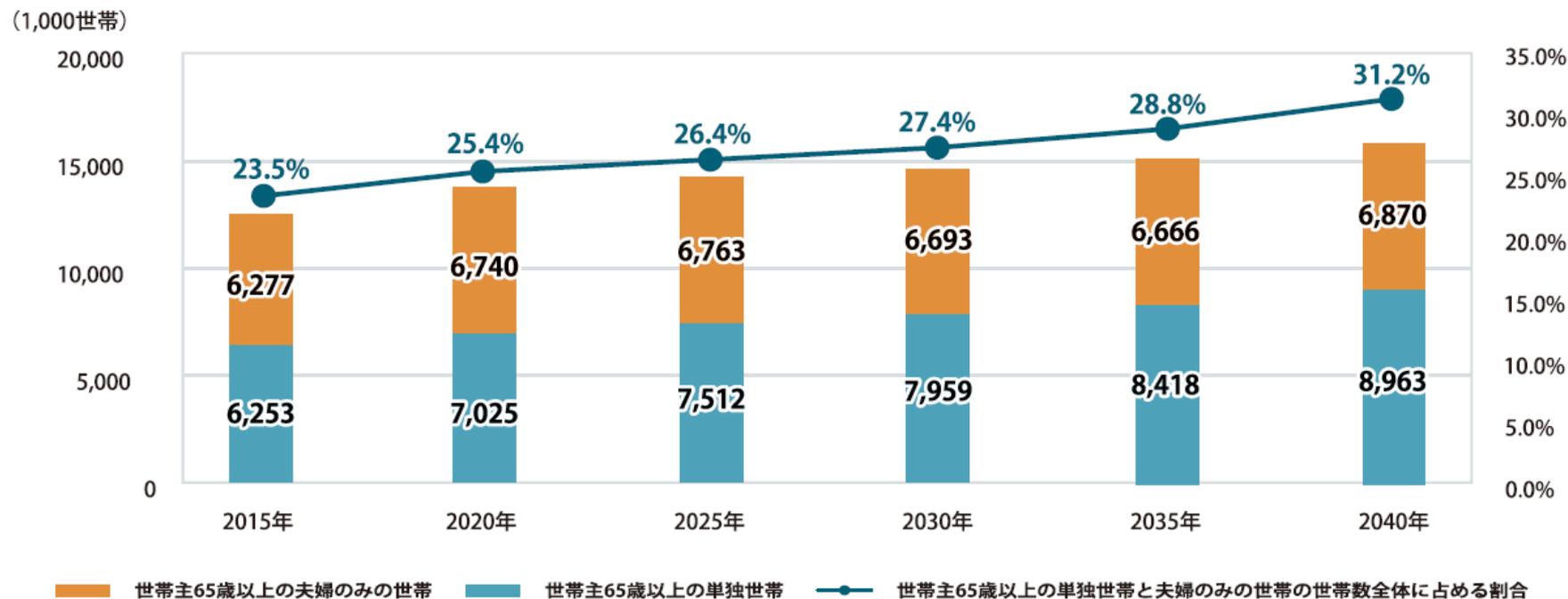
3) 2020(令和2年)年は、調査を実施していない。

4) 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯数の変化

○ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



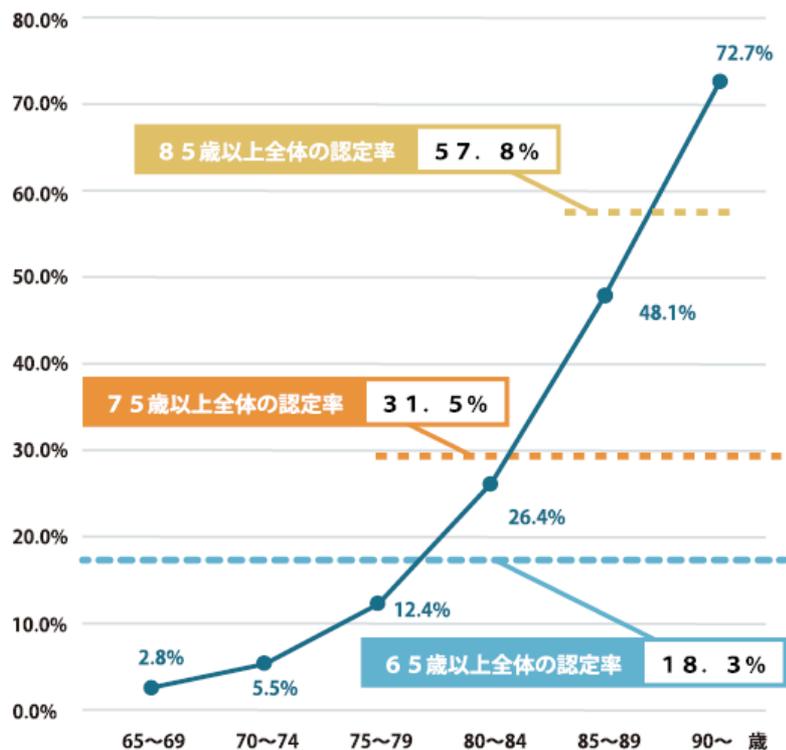
出典

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30（2018））年1月推計」

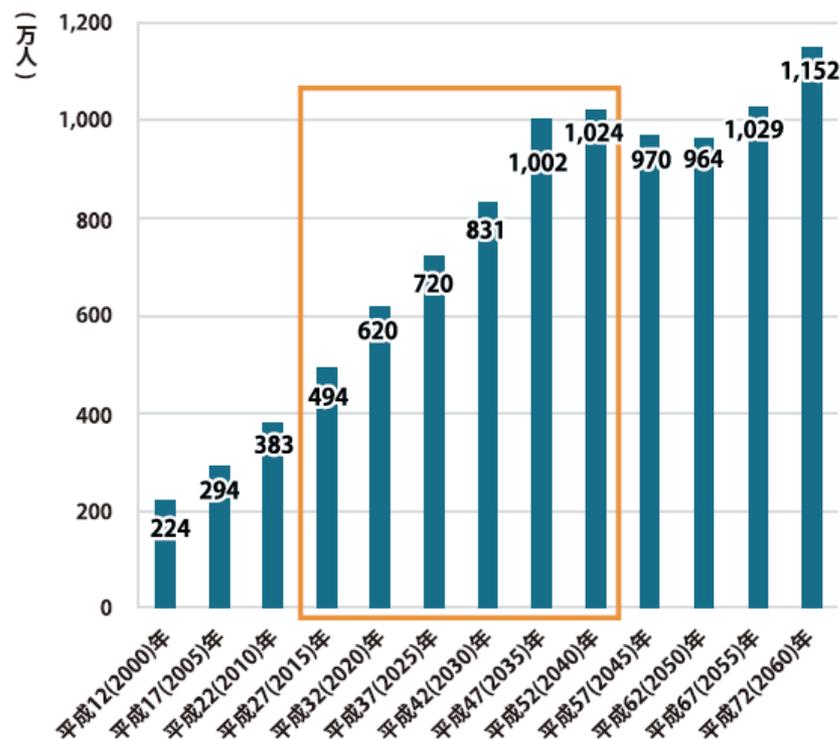
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移

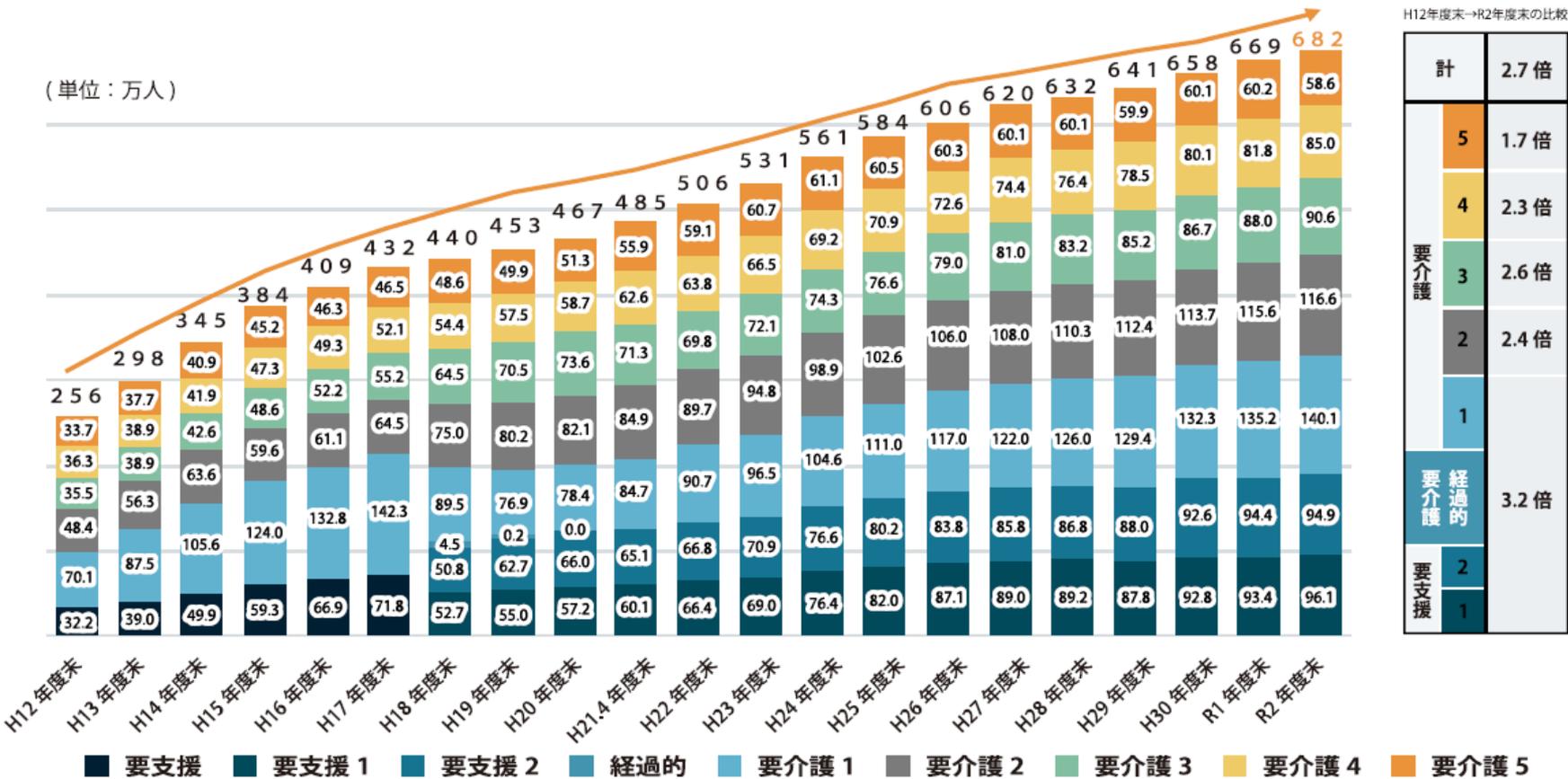


出典

2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

要介護度別認定者数の推移

○ 要介護（要支援）の認定者数は、令和2年度末現在682万人で、この21年間で約2.7倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。



出典

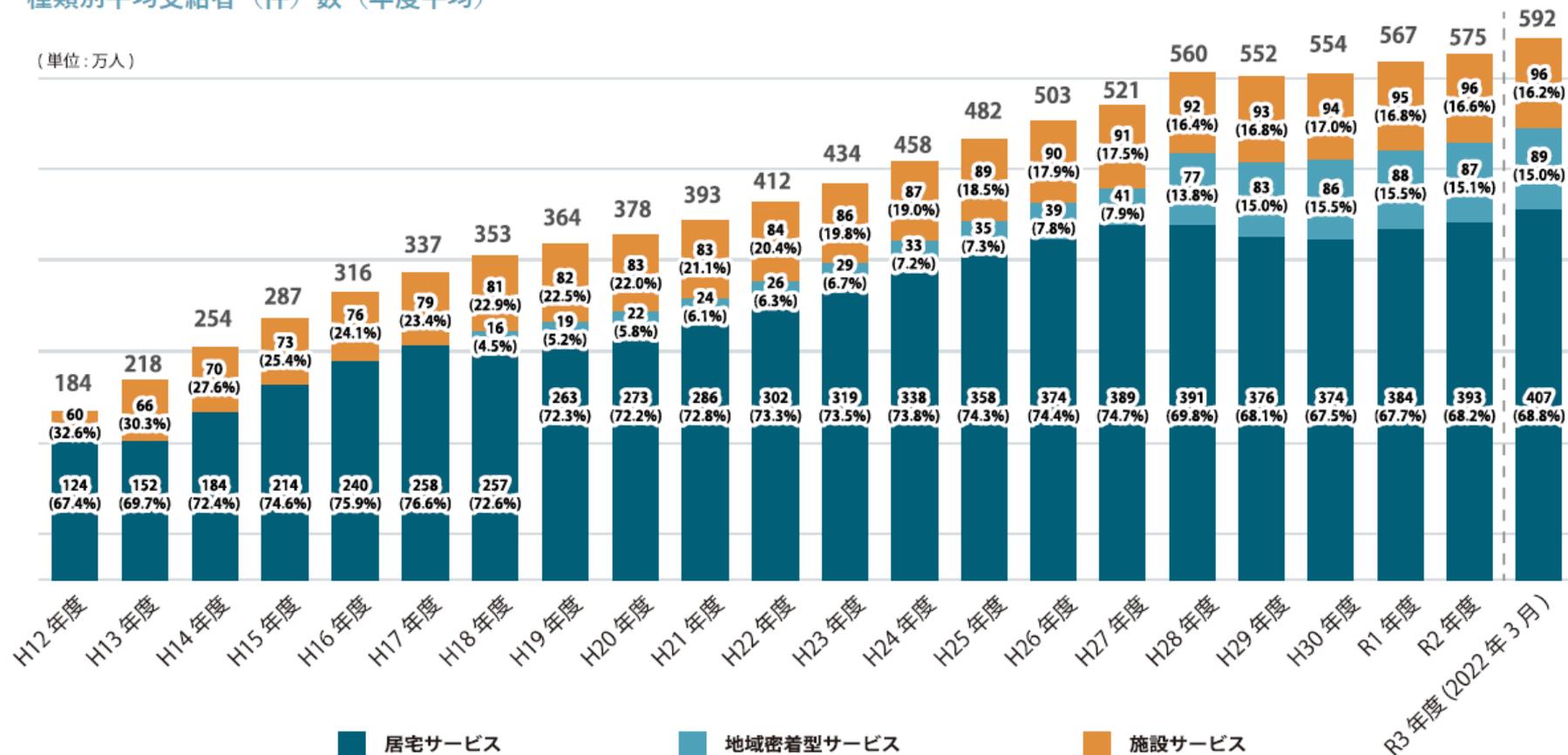
介護保険事業状況報告

※H22年度末の数値には、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

介護保険サービス利用者の推移

種類別平均受給者（件）数（年度平均）

（単位：万人）



出典

介護保険事業状況報告

※1 () は各年度の構成比。 ※2 各年度とも3月から2月サービス分の平均（ただし、平成12年度については、4月から2月サービス分の平均）。

※3 平成18年度の地域密着型サービスについては、4月から2月サービス分の平均。 ※4 受給者数は、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス間の重複利用がある。

※5 東日本大震災の影響により、平成22年度の数値には、福島県内5町1村の数値は含まれていない。 ※6 R3年度は2022年3月サービス分。

介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。

※ 介護療養型医療施設、介護医療院は、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費・特別診療費を算定できる。

※ 介護医療院、介護老人保健施設は、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設診療費、緊急時施設療養費を算定できる。

手術・放射線治療 急性増悪時の医療 等			緊急時施設診療費	緊急時施設療養費		
特殊な検査 (例：超音波検査等)					医療保険で給付	
簡単な画像検査 (例：エックス線診断等)						
投薬・注射 検査 (例：血液・尿等) 処置 (例：創傷処置等)	特定診療費	介護保険で給付		特別診療費		
医学的指導管理						
	介護療養型医療施設	介護医療院 (I型・II型)	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム		

※ 上図はイメージ (例えば、簡単な手術については、介護老人保健施設のサービス費に包括されている。)

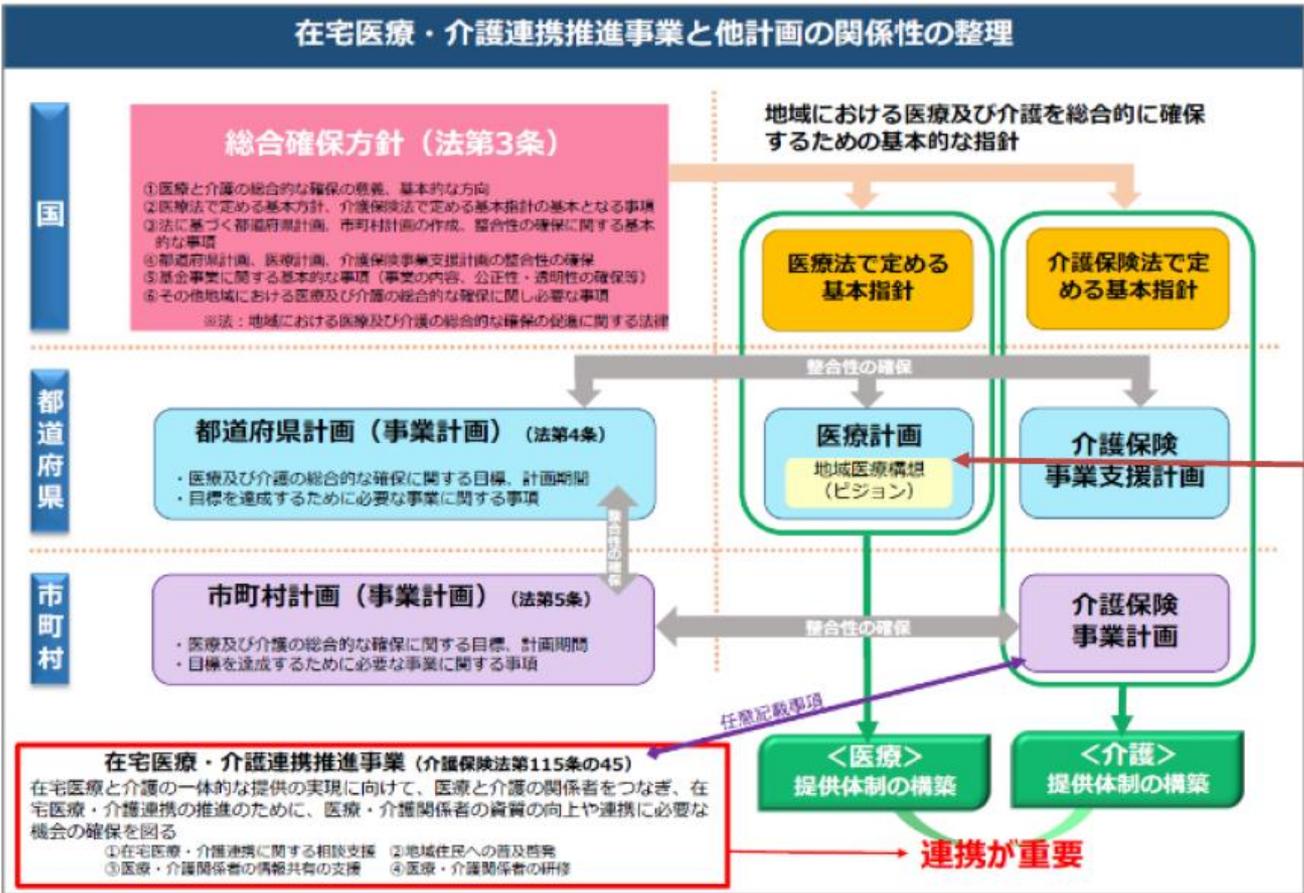
介護保険施設の比較

			介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設
基本的性格			要介護高齢者のための生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の長期療養・生活施設	医療の必要な要介護高齢者のための長期療養施設
定義			老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことを目的とする施設	要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設
主な設置主体※1			社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）	医療法人（約80%）
施設数※2			10,896 件	4,221 件	734 件	277 件
利用者数※2			638,600 人	351,900 人	42,900 人	7,400 人
居室面積・定員数	従来型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積／人	10.65㎡以上			
		定員数	原則個室			
「多床室」の割合※3			19.7%	53.3%	71.9%	78.9%
平均在所(院)日数※4			1,177日	310日	189日	472日
低所得者の割合※4			68.6%	52.5%	50.1%	50.0%
医師の配置基準			必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上
医療法上の位置づけ			居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床

※1 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より ※2 介護給付費等実態統計（令和4年10月審査分）より ※3 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より（数値はすべての居室のうち2人以上の居室の占める割合）
 ※4 は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より ※2及び※3の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関わり

- 現行の指針において、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との整合性に留意する」と記載されている。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。



在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】 病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉関係者による定期的な会議の開催
- ・ 在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討
- ・ 退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援について関係機関との調整
- ・ 関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進
- ・ 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発

- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。
- 在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

【在宅医療における情報通信機器の活用例】

対面診療の補完としてのオンライン診療

・福岡県（福岡市）の医療機関では、在宅患者に対する医療提供体制の強化の一環として、訪問計画の一部にオンライン診療を組み込む事で、医師の訪問負担を軽減しつつ、在宅患者への診療頻度を高める取組を実施している。



訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

・徳之島（鹿児島県）における病院と自治体が連携し、遠隔医療支援プラットフォームを活用したモデルを構築する取組
 ・訪問看護が取得した患者のバイタルデータをを用いて、医師がオンラインで診察・記録を行うことができる。



ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

・福井県（坂井地区）では病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と共有できる体制を整備。
 ・「カナミックネットワークTRITRUS」を用いて、在宅医療関係者間 診療情報や日々の生活情報等を共有



【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

【出典】令和2年度遠隔診療モデル参考書ーオンライン診療版ー（総務省情報流通行政局）

出典：令和4年度第2回医療政策研修会第2回地域医療構想アドバイザー会議 資料11 令和5年1月20日
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194369.html>
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001040961.pdf>

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料
令和2年7月31日

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築 (看取りや認知症への対応を強化)

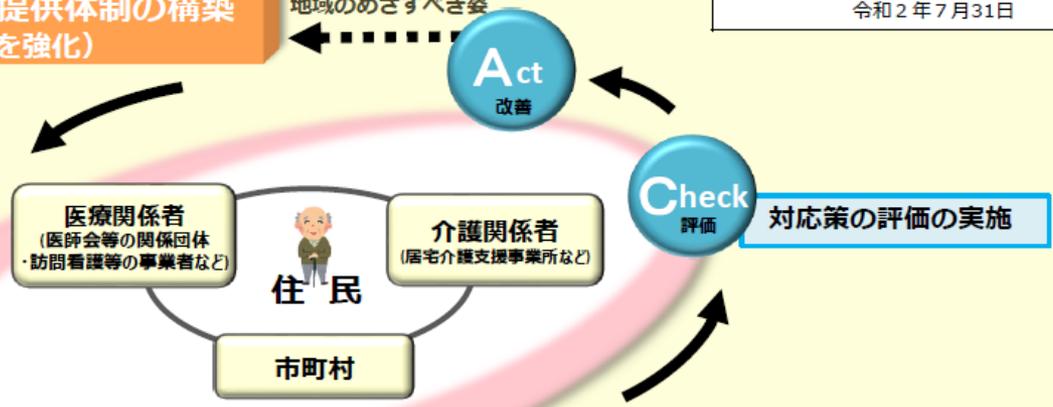
地域のめざすべき姿

Plan 計画

現状分析・課題抽出・施策立案

- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握
- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

※企画立案時からの医師会等関係機関との協働が重要



Do 実行

対応策の実施

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - コーディネーターの配置等による相談窓口の設置※1
 - 関係者の連携を支援する相談会の開催
- 地域住民への普及啓発
 - 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
 - 周知資料やHP等の作成

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

- 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用
- 医療・介護関係者の研修
 - 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
 - 医療・介護に関する研修の実施

○上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
 - 分析に必要なデータの分析・活用の支援
 - 他市町村の取組事例の横展開
 - 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
 - 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
 - 都道府県の医療及び福祉の両部局の連携
 - 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 地域医療構想・医療計画との整合

※1・市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討
 出典：令和4年度第2回医療政策研修会第2回地域医療構想アドバイザー会議 資料11 令和5年1月20日
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194369.html>
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001040961.pdf>

<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

- 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。
- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6カ月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。
- NPWTの在宅での活用

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

<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

● 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。

- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見守り看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用カンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。
- NPWTの在宅での活用

<レセプトの審査>

レセプト審査は、都道府県や健康保険によって、解釈や運用にバラツキがあります。今回の講演の解説は、必ずしも算定の絶対的な解釈や運用ではありません。

その点をお含みいただき・・・

都道府県厚生局、審査支払機関、健康保険組合等に相談しながらご判断下さい。

<参考>

●審査支払機関：47都道府県に2機関ずつあります。

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

●審査枚数

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

全てを詳細に審査できないのが実情です。

●健康保険組合数

- ・全国に約3400の保険組合があり、そこでも審査をします。

**診療報酬は、厚生省が決める医療の価格表です。
2年に一度改定されます。**

**介護報酬は、厚生省が決める介護の価格表です。
3年に一度改定されます。**

①	診療報酬	(医療保険)	1点	10円
②	介護報酬	(介護保険)	1単位	10円

診療報酬の概要

(1) 診療報酬とは

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

(2) 診療報酬の機能（点数表と関連する運用ルールなどの機能を含む）

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

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

(3) 診療報酬の主な役割・影響

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

診療報酬明細書(レセプト)の主な情報

診療報酬明細書 (医科入院科)		診療月分	診療機関コード	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7
平成 29 年 4 月分										
診療月分										
保険者番号、記号・番号、公費負担者番号等										
患者の氏名、性別、生年月日等										
保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名										
診療月分										
診療実日数										
傷病名、診療開始日、転帰(治癒、死亡、中止)		(1) 大腸癌の疑い(主) (2) 大腸ポリープ (3) 腹部膨満 以下省略								
診療行為名、点数、回数		11 * 初診 282 × 1 12 * 外来診療料 73 × 1 60 * 大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡) 1,550 × 1 ガスコンドロープ内用液2% 5ml セビゾレップ配合内用剤 1錠 センシド錠12mg「サワイ」 2錠 モキサプリドクエン酸塩5mg「F.E」 30g 261 × 1 ツムラ大腸中腸ニキス顆粒(医療用) 1個 8,170 × 1 * カプセル型内視鏡(大腸用) 81700円/個								
請求点数		<症状詳記> 腹部内炎症による癒着があると考えられ、大腸内視鏡検査は実施困難と判断し、大腸カプセル内視鏡を実施した。								
請求点数		10,336								

診療月分

保険者番号、記号・番号、公費負担者番号等

患者の氏名、性別、生年月日等

保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名

診療実日数

傷病名、診療開始日、転帰(治癒、死亡、中止)

診療行為名、点数、回数

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

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

請求点数

返戻(へんれい)と査定

返戻 記入モレ・記入ミス (例:保険証番号等)

査定 審査による減額

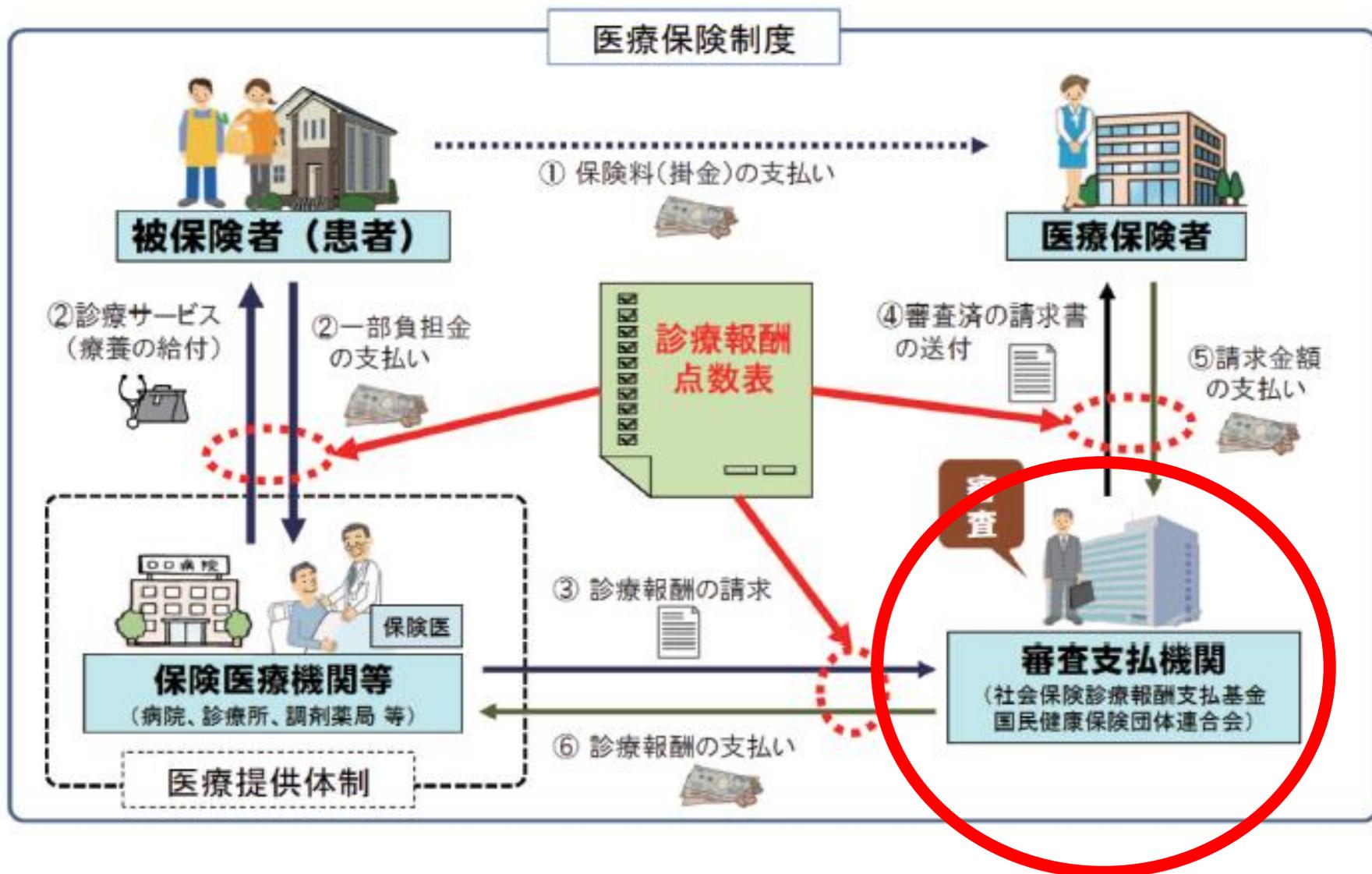
A:適応外 (例:医薬品の適応外等)

B:過剰

C:重複

D:算定要件外 (告示、通知による審査員判定)

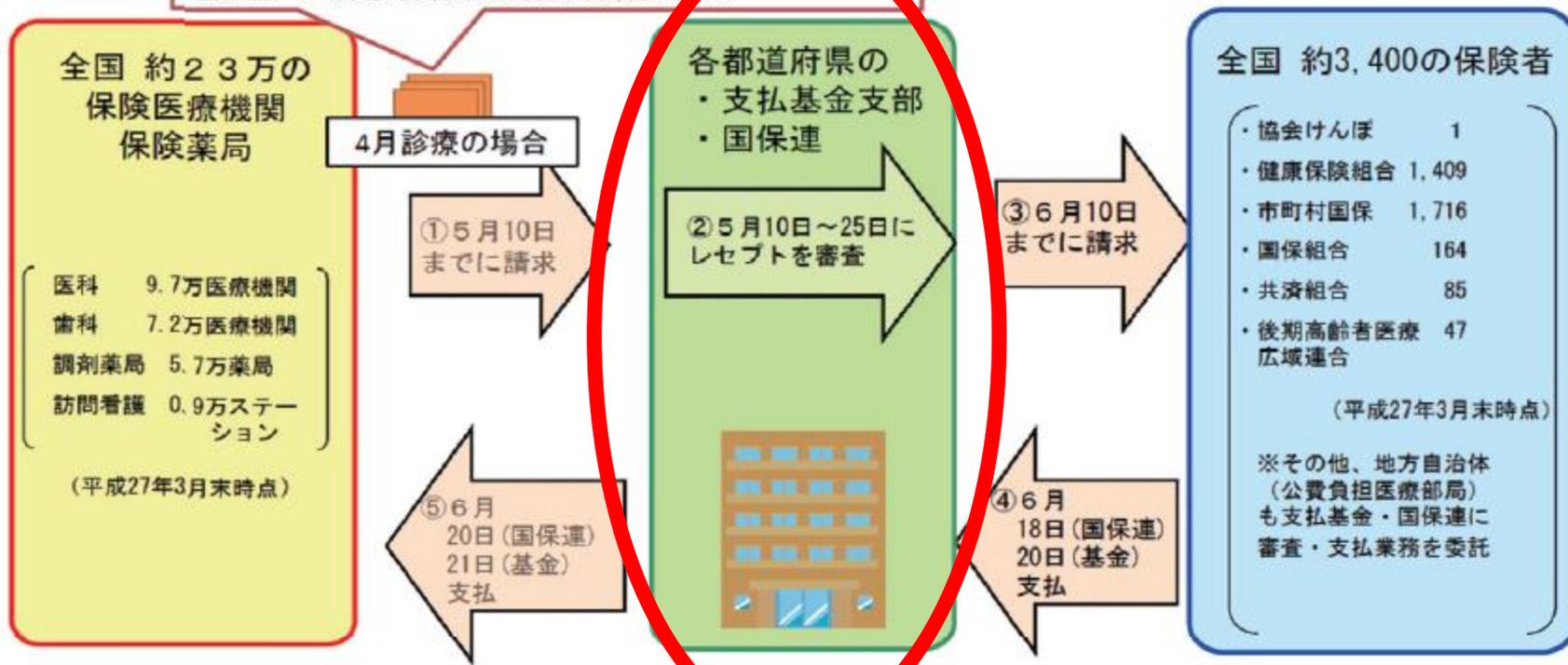
診療報酬請求の流れ



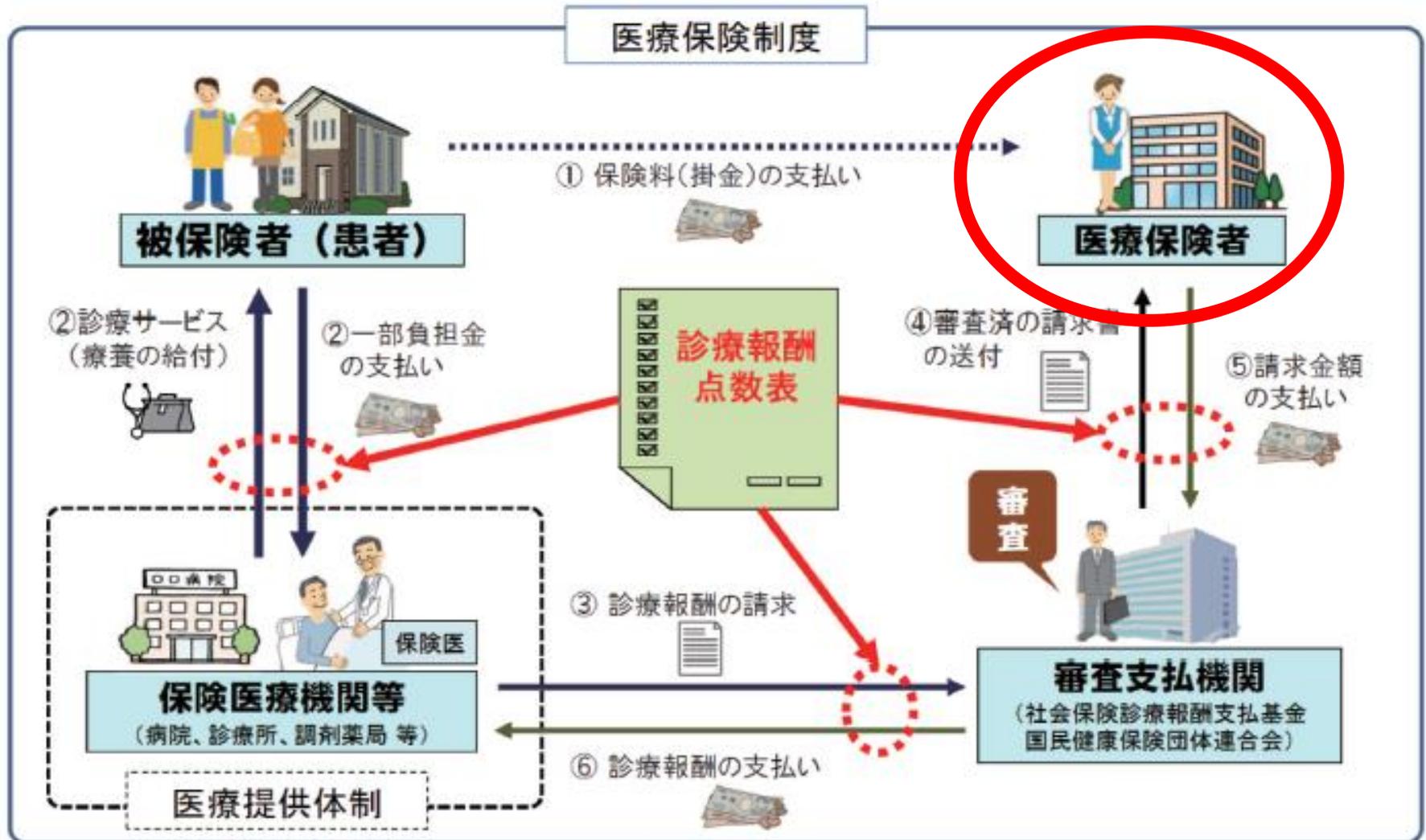
診療報酬の請求から支払までの流れ

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

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



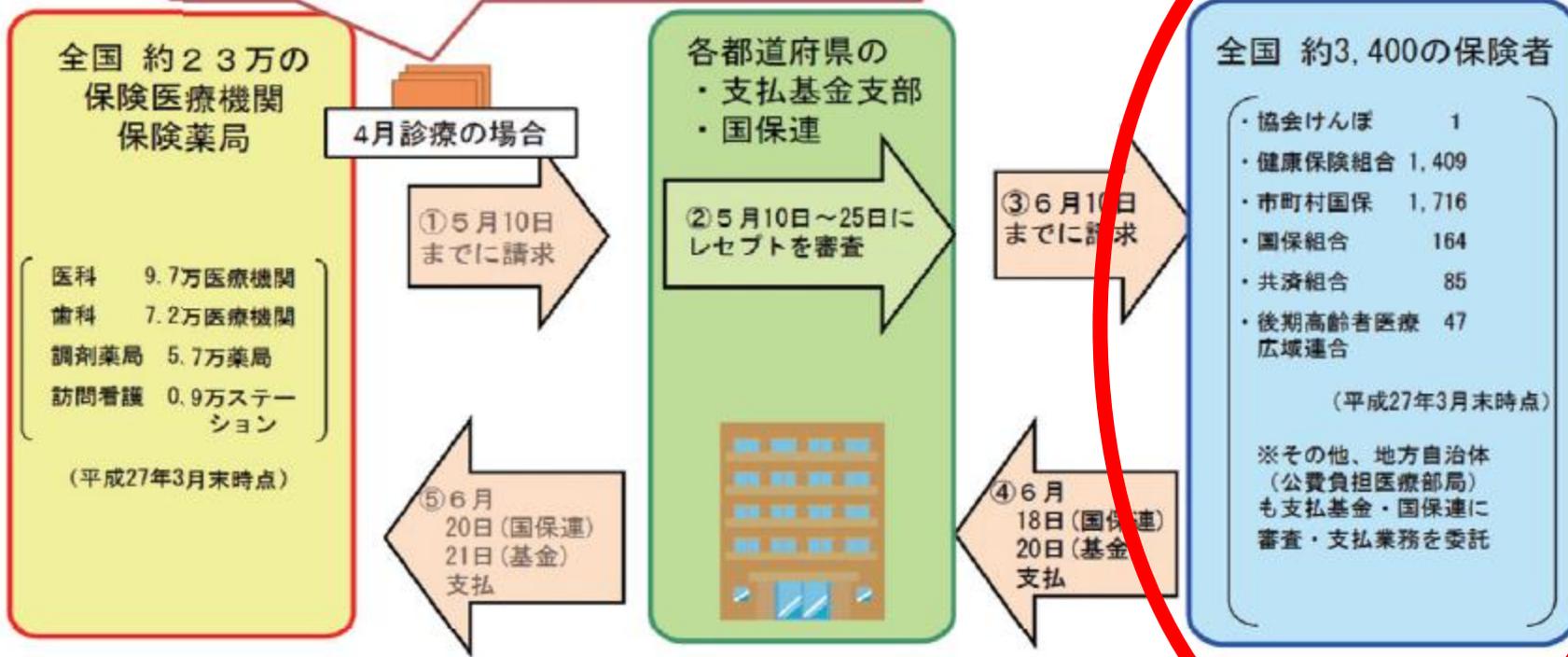
診療報酬請求の流れ



診療報酬の請求から支払までの流れ

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

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



<レセプトの審査>

レセプト審査は、都道府県や健康保険によって、解釈や運用にバラツキがあります。今回の講演の解説は、必ずしも算定の絶対的な解釈や運用ではありません。

その点をお含みいただき・・・

都道府県厚生局、審査支払機関、健康保険組合等に相談しながらご判断下さい。

<参考>

●審査支払機関：47都道府県に2機関ずつあります。

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

●審査枚数

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

全てを詳細に審査できないのが実情です。

●健康保険組合数

- ・全国に約3400の保険組合があり、そこでも審査をします。

<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

- 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。
- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見守り看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用カンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。
- NPWTの在宅での活用

- 機能分化・機能分担
- 人員配置・タスクシフト
- 地域連携
- 医療・介護連携

★施設基準

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

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

解説:診療報酬で「施設基準」が設定されているものは、その遵守が必須」!

★医師、看護師等の診療報酬上の基準を見極める 5つのキーワード

(1)領域・診療科

(2)年 数

(3)研 修

(4)専従・専任

(5)常 勤

●●の領域に従事して・・・等

経験年数の規定の有無

所定の研修受講の義務の有無

専従や専任の業務時間のしばりの有無

常勤のしばりの有無

言葉の整理

- 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。
 - ・最近、限りなく100%の解釈が多いので注意！
(一切夜勤等はできない)

- 専任**
- ・通常の看護業務等と兼任できる。
 - ・20%～50%以上まで解釈に幅がある。
(専任を2つも3つも兼務できない→100を越える)
 - ・最近、専任の兼務もOKになっていることも多い。

褥瘡対策の見直し

褥瘡対策基準の見直し

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

現行

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

褥瘡対策に関する診療計画書(2)										
氏名		殿	男・女	年	月	(歳)			
<薬学的管理に関する事項> <input type="checkbox"/> 対応の必要無し										
褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他())										
薬学的管理計画	<すでに褥瘡を有する患者> 薬剤滞留の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	<栄養管理に関する事項> <input type="checkbox"/> 対応の必要無し <input type="checkbox"/> 栄養管理計画書での対応									
栄養評価	評価日	年	月	日						
	体重	kg(測定日 /)	BMI	kg/m2	体重減少	(無・有)				
	身体所見	浮腫 (無・有 (胸水・腹水・下肢)・不明)								
	検査等 検査している 場合に記載	<input type="checkbox"/> 測定無し Alb値()g/dL 測定日(/)	<input type="checkbox"/> 測定無し Hb値()g/dL 測定日(/)	<input type="checkbox"/> 測定無し CRP ()mg/dL 測定日(/)						
栄養補給法	経口・経腸 (経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈			栄養補助食品の使用 (無・有)						
栄養管理計画										

改定後

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

4 褥瘡対策の基準

(1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。

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

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

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

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

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

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

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

5 栄養管理体制の基準

- (1) 当該病院である保険医療機関(特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。)内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成すること。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した**栄養管理計画(別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。)**を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、**栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法、特別食の有無等)、栄養食事相談に関する事項(入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等)、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。**
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (7) 特別入院基本料等を算定する場合は、(1)から(6)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (8) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (9) 当該保険医療機関(診療所を除く。)において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

褥瘡対策に関する診療計画書（1）

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

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

<日常生活自立度の低い入院患者>

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

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

褥瘡の危険因子	(1)褥瘡の発生・発生なし	(2)褥瘡の発生・発生なし	(3)褥瘡の発生・発生なし	(4)褥瘡の発生・発生なし	(5)褥瘡の発生・発生なし	(6)褥瘡の発生・発生なし	(7)褥瘡の発生・発生なし	(8)褥瘡の発生・発生なし
深さ	(1)褥瘡の発生・発生なし	(2)褥瘡の発生・発生なし	(3)褥瘡の発生・発生なし	(4)褥瘡の発生・発生なし	(5)褥瘡の発生・発生なし	(6)褥瘡の発生・発生なし	(7)褥瘡の発生・発生なし	(8)褥瘡の発生・発生なし
浸出液	(1)褥瘡の発生・発生なし	(2)褥瘡の発生・発生なし	(3)褥瘡の発生・発生なし	(4)褥瘡の発生・発生なし	(5)褥瘡の発生・発生なし	(6)褥瘡の発生・発生なし	(7)褥瘡の発生・発生なし	(8)褥瘡の発生・発生なし
大きさ (cm ²) 基底・周囲に浸食する最大径 (褥瘡の最大径を測定する)	(1)褥瘡の発生・発生なし	(2)褥瘡の発生・発生なし	(3)褥瘡の発生・発生なし	(4)褥瘡の発生・発生なし	(5)褥瘡の発生・発生なし	(6)褥瘡の発生・発生なし	(7)褥瘡の発生・発生なし	(8)褥瘡の発生・発生なし
炎症・感染	(1)褥瘡の発生・発生なし	(2)褥瘡の発生・発生なし	(3)褥瘡の発生・発生なし	(4)褥瘡の発生・発生なし	(5)褥瘡の発生・発生なし	(6)褥瘡の発生・発生なし	(7)褥瘡の発生・発生なし	(8)褥瘡の発生・発生なし
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(1)褥瘡の発生・発生なし	(2)褥瘡の発生・発生なし	(3)褥瘡の発生・発生なし	(4)褥瘡の発生・発生なし	(5)褥瘡の発生・発生なし	(6)褥瘡の発生・発生なし	(7)褥瘡の発生・発生なし	(8)褥瘡の発生・発生なし
壊死組織	(1)褥瘡の発生・発生なし	(2)褥瘡の発生・発生なし	(3)褥瘡の発生・発生なし	(4)褥瘡の発生・発生なし	(5)褥瘡の発生・発生なし	(6)褥瘡の発生・発生なし	(7)褥瘡の発生・発生なし	(8)褥瘡の発生・発生なし
ポケット (cm)	(1)褥瘡の発生・発生なし	(2)褥瘡の発生・発生なし	(3)褥瘡の発生・発生なし	(4)褥瘡の発生・発生なし	(5)褥瘡の発生・発生なし	(6)褥瘡の発生・発生なし	(7)褥瘡の発生・発生なし	(8)褥瘡の発生・発生なし

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

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

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

DESIGN-R 2020
 に変更になった。

褥瘡対策に関する診療計画書（2）

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

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

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

【記載上の注意】

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

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

栄養管理計画書

計画作成日 _____

刃がナ

氏名 _____ 殿 (男・女)

病棟 _____

年 月 日生 (歳)

担当医師名 _____

入院日: _____

担当管理栄養士名 _____

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

--

栄養管理計画

目標	
栄養補給に関する事項	
栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 ・ ・	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード: _____) 食事内容 留意事項
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____ 実施予定日: _____ 月 _____ 日)
栄養食事相談の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____ 実施予定日: _____ 月 _____ 日)
退院時の指導の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____ 実施予定日: _____ 月 _____ 日)
備考	
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
栄養状態の再評価の時期 実施予定日: _____ 月 _____ 日	
退院時及び終了時の総合的評価	

褥瘡対策に係る報告書

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

〔記載上の注意〕

- ①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）
- ②については、①の患者のうち、**DESIGN-R2020 分類 d 1**以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）
- ③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R2020 分類 d 1以上を有する患者数を記載する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）
- ④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- ⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

DESIGN-R2020
に変更になった。

【褥瘡対策】

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

（答）よい。

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

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



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



ホーム

皮膚褥瘡外用薬学会とは

入会のご案内

学術集会 ▾

活動実績

お知らせ

ホーム

皮膚褥瘡外用薬学会とは >

入会のご案内

学術集会

活動実績

会則

お知らせ

リンク

書籍紹介

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

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

「褥瘡対策」における「薬学的管理に関する事項」に関する

2022年4月1日

皮膚褥瘡外用薬学会 代表 古田 勝経

「褥瘡対策」における「薬学的管理に関する事項」に関する当学会の見解

1. 背景

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

2. 診療報酬改定（2022年）の内容

改定後

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】

〔施設基準〕

4 褥瘡対策の基準

(1)～(3) (略) (変更なし)

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

<https://pharmderm.org/>



<予告>

現段階では診療報酬とは直接関係しませんが「褥瘡・創傷専門薬剤師」の認定審査の準備が進んでいます。

Topics



2024年度 褥瘡・創傷専門薬剤師
認定審査に関する公示

施行規則 施行細則 申請の手引き

認定講習会申請の手引き

認定講習会開催申請書

受講証（見本）



教育セミナーeラーニングを開始しまし
た。



在宅褥瘡管理者養成セミナーeラーニング
を公開しました。

日本褥瘡学会 会員各位

2022年7月1日
一般社団法人 日本褥瘡学会
理事長 館 正弘

「2024年度 日本褥瘡学会 褥瘡・創傷専門薬剤師 認定審査に関する公示」

拝啓 会員の皆様には日頃より学会活動にご協力いただき、感謝申し上げます。
この度、日本褥瘡学会では、薬剤師会員を対象に「褥瘡・創傷専門薬剤師」の認定を開始することを決定いたしました。

今回の褥瘡・創傷専門薬剤師の認定は、今年度の診療報酬改定でも入院基本料の施設基準要件に薬剤師が褥瘡評価に関わることが追加され、在宅褥瘡分野でも薬剤師の介入が検討されている現在において、褥瘡に関わる薬剤師が医療チームの中で他職種とともにさらに力を発揮できるように、本学会で褥瘡分野の専門薬剤師の育成を検討した結果でございます。認定開始は2024年度より開始いたしますが、認定のための単位取得は2022年8月27日、28日に開催の第24回学術集会より可能となります。多くの薬剤師の方々が褥瘡に介入する一助になれば幸いです。

<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

- 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。
- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。
- NPWTの在宅での活用

特定行為研修修了者の活用の推進

研修要件の見直し

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

現行

【精神科リエゾンチーム加算】

【施設基準】

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



改定後

【精神科リエゾンチーム加算】

【施設基準】

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

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

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

【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

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

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

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

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

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

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

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

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

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

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

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

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

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

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

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

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ 特殊体位による手術を受けたもの

カ 強度の下痢が続く状態であるもの

キ 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの

ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

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

(4) 「注2」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)の一般病棟において、算定可能である。なお、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1を除く。)を算定する病棟で当該点数を算定できる。

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

【重要】褥瘡関連の組織

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

【重要】褥瘡関連のステップ

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

<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

- 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。
- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。
- NPWTの在宅での活用

	退院後訪問指導料	WOC／特定看護師による同行訪問看護	専門管理加算	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
点数	<p>●580点（1日）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。 <p>●20点（一回のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。 	<p>●1285点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）／特定看護師（創傷管理関連）を訪問させて、他の保険医療機関の看護師・准看護師又は訪問看護ステーションの看護師・准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。 ・緩和ケア認定看護師等も可 	<p>●250点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 	<p>●750点（一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
算定患者	<p>別表第8の患者（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象 	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）</p> <p>②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者</p>	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）</p> <p>②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者</p> <p>⑤その他：特定行為関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020による深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからオまでのいずれかを含むもの イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの ウ 強度の下痢が続く状態であるもの エ 極度の皮膚脆弱であるもの オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要 	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>①：特定看護師（創傷管理関連）</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p>	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p> <p>⑤：特定看護師（「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「ろう孔管理関連」「創傷管理関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「在宅・慢性期領域パッケージ研修」）</p>	<p><在宅褥瘡対策チームの構成員></p> <p>ア 常勤の医師</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（訪問看護ステーションでも可）</p> <p>ウ 管理栄養士（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関でも可）</p> <p>必要に応じて、理学療法士、薬剤師等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅褥瘡対策チームのA又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師／特定看護師（創傷管理関連）が通常の訪問看護師等と同一日に訪問する。（同一日に行けば、一緒になくてもよい） ・「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師も可 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 ⑤特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。 <ul style="list-style-type: none"> ア 気管カニューレの交換 イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ 膀胱ろうカテーテルの交換 エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法 カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ 脱水症状に対する輸液による補正 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患者に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。 ・初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。 ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び必要に応じて見直し（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンスの後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等の実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。 ・初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話可能な機器を用いて参加することができる。 <ul style="list-style-type: none"> ア 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加すること イ 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患者に赴きカンファレンスを行っていること

【退院後訪問指導料】

(問98) 病棟の看護師等が退院後訪問指導をした時間は、入院基本料の看護職員の数として算入してよいか。

(答) 算入できない。

(問99) 区分番号「B007-2」退院後訪問指導料の訪問看護同行加算を入院していた医療機関が算定した場合、同行訪問した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料を算定できるのか。

(答) 同行した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は、訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護・指導料を算定できる。

【退院後訪問指導料】

(問14) 区分番号「B007-2」退院後訪問指導料を入院していた保険医療機関が算定した日において、当該保険医療機関と同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、医療保険では、在宅患者訪問看護・指導料を算定できないこととされたが、介護保険の訪問看護費は算定できるのか。

(答) 算定できない。

	退院後訪問指導料	WOC／特定看護師 による同行訪問看護	専門管理加算	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
点数	<p>●580点（1日）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。 <p>●20点（一回のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。 	<p>●1285点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）／特定看護師（創傷管理関連）を訪問させて、他の保険医療機関の看護師・准看護師又は訪問看護ステーションの看護師・准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。 ・緩和ケア認定看護師等も可 	<p>●250点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 	<p>●750点（一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
算定患者	<p>別表第8の患者（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象 	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）</p> <p>②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者</p>	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）</p> <p>②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者</p> <p>⑤その他：特定行為関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020による深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからオまでのいずれかを含むもの イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの ウ 強度の下痢が続く状態であるもの エ 極度の皮膚脆弱であるもの オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要 	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>①：特定看護師（創傷管理関連）</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p>	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p> <p>⑤：特定看護師（「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「ろう孔管理関連」「創傷管理関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「在宅・慢性期領域パッケージ研修」）</p>	<p><在宅褥瘡対策チームの構成員></p> <p>ア 常勤の医師</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（訪問看護ステーションでも可）</p> <p>ウ 管理栄養士（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関でも可）</p> <p>必要に応じて、理学療法士、薬剤師等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅褥瘡対策チームのA又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師／特定看護師（創傷管理関連）が通常の訪問看護師等と同一日に訪問する。（同一日に行けば、一緒になくてもよい） ・「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師も可 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 ⑤特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからオまでに掲げるものをいう。 <ul style="list-style-type: none"> ア 気管カニューレの交換 イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ 膀胱ろうカテーテルの交換 エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法 力 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ 脱水症状に対する輸液による補正 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患者に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。 ・初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。 ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び必要に応じて見直し（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンスの後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等の実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。 ・初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話可能な機器を用いて参加することができる。 <ul style="list-style-type: none"> ア 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加すること イ 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患者に赴きカンファレンスを行っていること

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

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

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

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

(新)

[算定]
別に厚
くは人工
る計画的

[算定]
イ 緩和
・ 悪性
・ 人工
□ 特定
・ 手順
※対象の

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

ケア若し
施に關す

褥瘡又は
整、脱水
も同様

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

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

	退院後訪問指導料	WOC／特定看護師による同行訪問看護	専門管理加算	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
点数	<ul style="list-style-type: none"> ●580点（1日） <ul style="list-style-type: none"> ・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。 ●20点（一回のみ） <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●1285点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）／特定看護師（創傷管理関連）を訪問させて、他の保険医療機関の看護師・准看護師又は訪問看護ステーションの看護師・准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。 ・緩和ケア認定看護師等も可 	<ul style="list-style-type: none"> ●250点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●750点（一回） <ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
算定患者	<ul style="list-style-type: none"> 別表第8の患者（例） <ul style="list-style-type: none"> ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象 	<ul style="list-style-type: none"> ①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者） ②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者 ③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者 ④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者 	<ul style="list-style-type: none"> ①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者） ②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者 ③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者 ④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者 ⑤その他：特定行為関連 	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020による深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからオまでのいずれか有する者 <ul style="list-style-type: none"> ア 重度の末梢循環不全のもの イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの ウ 強度の下痢が続く状態であるもの エ 極度の皮膚脆弱であるもの オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要 	<ul style="list-style-type: none"> ①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師 ①：特定看護師（創傷管理関連） ④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師 	<ul style="list-style-type: none"> ①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師 ④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師 ⑤：特定看護師（「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「ろう孔管理関連」「創傷管理関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「在宅・慢性期領域パッケージ研修」） 	<ul style="list-style-type: none"> <在宅褥瘡対策チームの構成員> ア 常勤の医師 イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（訪問看護ステーションでも可） ウ 管理栄養士（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関でも可） 必要に応じて、理学療法士、薬剤師等 ・在宅褥瘡対策チームのA又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師／特定看護師（創傷管理関連）が通常の訪問看護師等と同一日に訪問する。（同一日に行けば、一緒になくてもよい） ・「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師も可 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 ⑤特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。 <ul style="list-style-type: none"> ア 気管カニューレの交換 イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ 膀胱ろうカテーテルの交換 エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法 カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ 脱水症状に対する輸液による補正 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患者に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。 ・初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。 ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び必要に応じて見直し（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンスの後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等の実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。 ・初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話可能な機器を用いて参加することができる。 <ul style="list-style-type: none"> ア 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加すること イ 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患者に赴きカンファレンスを行っていること

専門性の高い

➤ 褥瘡ケアは

【訪問看護基本

【施設基準】

褥瘡ケアに係る専

- ・ 国又は医療関係者の創傷ケア知識

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

て、必要な褥瘡等
以上の研修期間

・指導料3についても同様

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

(新) 専門管理加算 2,500円 (1月に1回)

[算定要件]

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

[算定対象]

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

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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

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

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

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

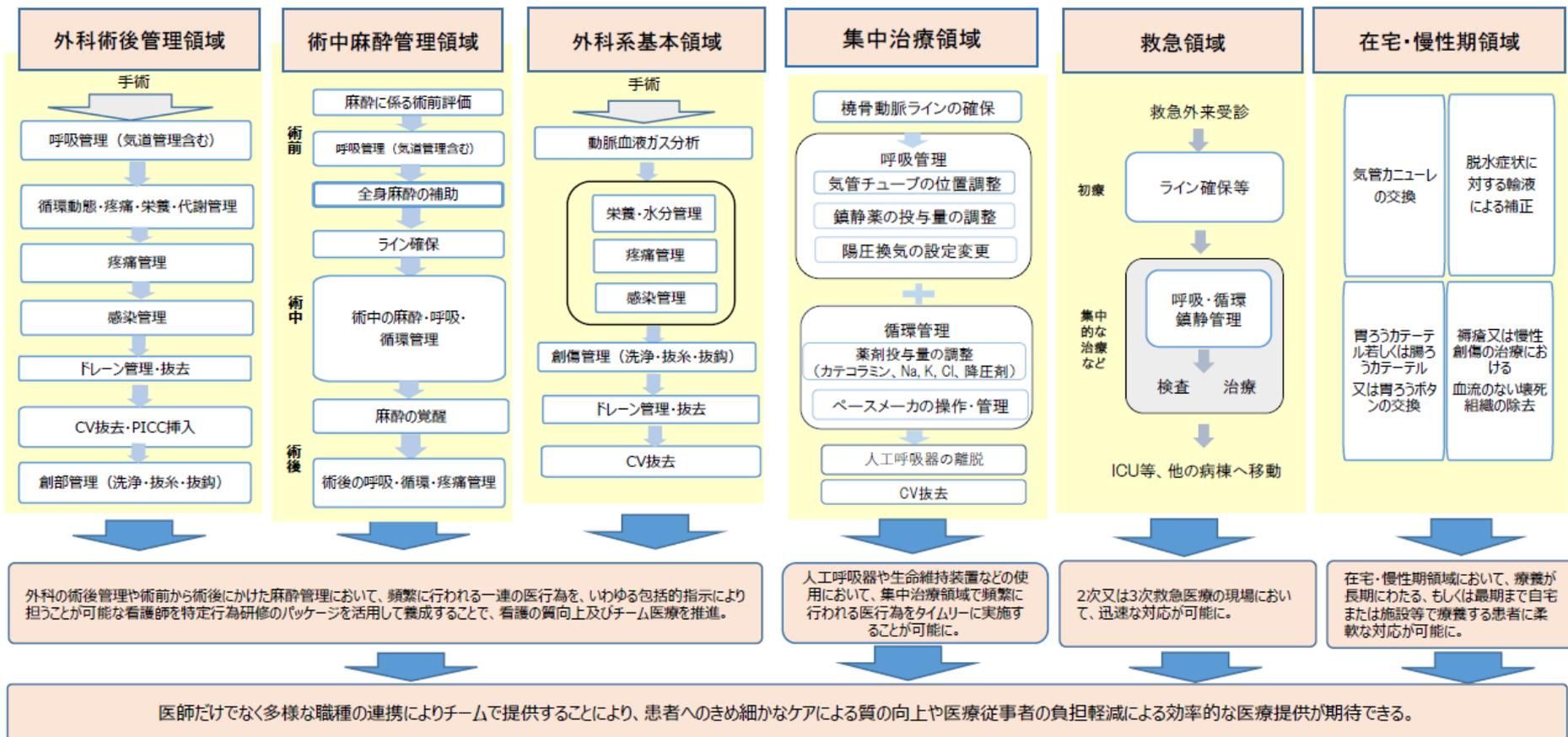
② 「在宅・慢性期領域パッケージ研修」

こちらは、「在宅・慢性期領域パッケージ研修」でもOK

在宅・慢性期領域パッケージ研修にはNPWTは入っていないが??

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手順書にもとづき実施)

【特定行為に係る看護師の研修制度】

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

答) 差し支えない。

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

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

(新) 手順書加算 150点(6月に1回)

[算定要件]

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

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

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

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

テーマ別を探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

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

特定行為に係る手順書例集

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

[「特定行為に係る手順書例集」](#) [1, 456KB]

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

[「在宅領域における手順書例集」](#) [250KB]

[「在宅領域における手順書例集」](#) 説明用動画

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

	退院後訪問指導料	WOC／特定看護師による同行訪問看護	専門管理加算	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
点数	<p>●580点（1日）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。 <p>●20点（一回のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。 	<p>●1285点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）／特定看護師（創傷管理関連）を訪問させて、他の保険医療機関の看護師・准看護師又は訪問看護ステーションの看護師・准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。 ・緩和ケア認定看護師等も可 	<p>●250点（月一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 	<p>●750点（一回）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
算定患者	<p>別表第8の患者（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象 	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）</p> <p>②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者</p>	<p>①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）</p> <p>②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者</p> <p>③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者</p> <p>④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者</p> <p>⑤その他：特定行為関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020による深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからオまでのいずれかを含むもの イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの ウ 強度の下痢が続く状態であるもの エ 極度の皮膚脆弱であるもの オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要 	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>①：特定看護師（創傷管理関連）</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p>	<p>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</p> <p>④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師</p> <p>⑤：特定看護師（「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「ろう孔管理関連」「創傷管理関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「在宅・慢性期領域パッケージ研修」）</p>	<p><在宅褥瘡対策チームの構成員></p> <p>ア 常勤の医師</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（訪問看護ステーションでも可）</p> <p>ウ 管理栄養士（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関でも可）</p> <p>必要に応じて、理学療法士、薬剤師等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅褥瘡対策チームのA又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚・排泄ケア認定看護師／特定看護師（創傷管理関連）が通常の訪問看護師等と同一日に訪問する。（同一日に行けば、一緒になくてもよい） ・「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師も可 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の訪問看護の費用に加算する。 ⑤特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。 <ul style="list-style-type: none"> ア 気管カニューレの交換 イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ 膀胱ろうカテーテルの交換 エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法 カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ 脱水症状に対する輸液による補正 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患者に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。 ・初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。 ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び必要に応じて見直し（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンスの後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等の実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。 ・初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話可能な機器を用いて参加することができる。 <ul style="list-style-type: none"> ア 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加すること イ 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患者に赴きカンファレンスを行っていること

在宅褥瘡対策チームによる実施体制及び実施内容(イメージ)

実施体制(例)

<例1> 基本的な体制

【病院】



既にd2以上の褥瘡を有する者

- <在宅褥瘡対策チームの構成員>
- 常勤医師
 - 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
 - 管理栄養士

<例2> 訪問看護ステーションと連携した場合の体制



既にd2以上の褥瘡を有する者

<例3> 栄養ケア・ステーションと連携した場合の体制



既にd2以上の褥瘡を有する者

実施内容(例)



在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

- 在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

現行

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

【算定要件】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

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

【対象患者】

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

- ア ショック状態のもの
- イ 重度の末梢循環不全のもの
- ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- エ 強度の下痢が続く状態であるもの
- オ 極度の皮膚脆弱であるもの
- カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- キ 褥瘡に関する危険因子があつて既に褥瘡を有するもの

改定後

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

【算定要件】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

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

【対象患者】

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

- ア 重度の末梢循環不全のもの
- イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- ウ 強度の下痢が続く状態であるもの
- エ 極度の皮膚脆弱であるもの
- オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

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

現行 (例：入退院支援加算)



改定後



現行 (例：在宅患者訪問看護・指導料)

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

改定後

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

<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

- 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。
- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6か月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。
- NPWTの在宅での活用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

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

(新) 下肢創傷処置

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

[算定要件]

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

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

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

[施設基準]

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

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

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

施設基準はない

(新) 下肢創傷処置

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

[算定要件]

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

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

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

[施設基準]

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

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

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

(新) 下肢創傷処置

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

[算定要件]

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

施設基準がある

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

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

[施設基準]

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

【下肢創傷処置】

問6 区分番号「J000-2」下肢創傷処置について、足趾の浅い潰瘍についてはどのように算定すればよいか。

(答) 「1 足部 (踵を除く。) の浅い潰瘍 135点」を算定する。

問7 区分番号「J000-2」下肢創傷処置については、留意事項通知において、「下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵」であるとされているが、ここでいう「足部」とは具体的にどの部位を指すか。

(答) 足関節以遠の部位 (足趾又は踵を除く。) 及びアキレス腱を指す。

【下肢創傷処置管理料】

問 145 区分番号「B001」の「36」下肢創傷処置管理料の施設基準において求める医師の「下肢創傷処置に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、一般社団法人日本フットケア・足病医学会「日本フットケア 足病医学会認定師 講習会」のうち「Ver.2」が該当する。

● 「下肢創傷処置・管理のための講習会」のご案内

日頃より学会活動にご協力いただき厚く御礼申し上げます。

令和4年度診療報酬改定におきまして、下肢創傷処置管理料（500点/月1回に限り）が新設されました。この施設基準として「下肢創傷処置に関する適切な研修を終了している常勤の医師が1名以上勤務していること」が挙げられております。

この「下肢創傷処置に関する適切な研修」として「下肢創傷処置・管理のための講習会」を行うこととなりました。

本セミナーは、以前の認定師セミナーver.2の内容をベースとして、ver.1に含まれていた免荷に関する最新の講義内容も含まれます。

学会認定師資格をお持ちの方におかれましては、「下肢創傷処置に関する適切な研修」は修了していると認められますため、本セミナーの受講は必要ございません。

なお、「下肢創傷処置・管理のための講習会」は学会員以外でも受講いただけますが、下肢創傷処置管理料加算のための「下肢創傷処置に関する適切な研修」として開催をいたしますため、受講は医師のみとなります。

開催形式：eラーニング形式

申込期間・受講期間：2022年7月29日(金)～2023年3月31日(金)

※来年3月末まで申込可能でございますが、受講期間も3月末までとなっておりますため、締切間近でのお申し込みにはご注意ください。

受講料：10,000円

支払方法：クレジット決済、コンビニ決済、[Pay-easy（ペイジー）](#) 

受講資格：医師

※下肢創傷処置管理料の施設基準として「整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を5年以上有し、下肢創傷処置に関する適切な研修を終了している常勤の医師が1名以上勤務していること」とされております。

○申込方法

・当学会会員の皆様へ

当学会会員の方は会員マイページへログインいただき、左側メニューからEラーニングサイトにアクセスの上、「下肢創傷処置・管理のための講習会」を選択してお申込みください。

<https://jfcpm.org/seminar.html>

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



AAA Case Study Club Special

新設！ 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料

2022年3月吉日
代表理事 大浦紀彦

「下肢創傷処置」を新設するべく、日本フットケア・足病医学会では、何度もシンポジウムを行い合意形成をしつつ、少しずつ取り組みを行ってきました。今回、AAA case study clubでは、下肢創傷処置点数新設についてzoomにてディスカッションをしたいと考えています。3月24日木曜日19時からを開催いたします。3月24日の時点で確認できていることを、皆で共有したいと思います。

開催日時：2022年3月24日(木) 19:00-21:00

参加費 無料

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

参加申し込みは右QRコード
または下記URLより登録してください。



https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_TT5RYVFPQeGznK6fF_mp_A

ニュース

2022年4月4日 資料ダウンロードに「下肢創傷処置料 下肢創傷処置管理料」資料をアップロードしました。

2022年4月3日 3月24日開催「新設！ 下肢創傷処置料 下肢創傷処置管理料」ウェビナーをYou Tubeにてご視聴いただけます。




2022改定
3月24日現在の情報

AAA case study club Special

2022-3-24

2022年診療報酬改定 新設

- 下肢創傷処置
- 下肢創傷処置管理料

スリーエムジャパン株式会社
高水 勝



AAA 下肢 検索



AAA Case Study Club Special

2022年3月24日開催
AAA Case Study Club Special
新設！ 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料

Q&A 回答

Act Against Amputation

AAA Case Study Club Special
Q&A

<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

- 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。
- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。
 - 通常の見問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。
 - 6カ月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。
- NPWTの在宅での活用

NPWTと特定行為

●入院、外来等医療機関内の場合

- 一 医師の具体的指示(従前型の指示)で看護師一般が実施できる。
 - 一 医師の包括指示で、特定看護師が実施できる(手順書に基づく)
- ◆ 保険算定条件に違いはない

●在宅の場合

- 一 医師の具体的指示(従前型の指示)で看護師一般が実施できる。
- 一 医師の包括指示で、特定看護師が実施できる(手順書に基づく)

- ◆ 医師の指示のもと、
訪問看護師が単独で(医師がいない状況で)NPWTを実施する場合は
材料費を算定できるのは、下記に限られる。
- 一 WOC
 - 一 創傷管理関連の特定看護師

NPWTの保険算定のポイント（入院・外来・在宅）

		入院	外来 (入院外)	在宅 (入院外)
処置点数	据え置き型	連日算定可	× 算定不可	× 算定不可
	単回使用	週3回まで算定可 (特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定(交換した)日)	来院して処置した日は算定可	医師が行って処置をした日は算定可 看護師だけでは算定不可
特定保険医療材料	局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² 当たり18円	○ 交換した日は算定可	来院して交換した日は算定可	医師か訪問看護師が交換した日は算定可
	陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円	× 算定不可	来院して交換した日は算定可	(WOCか創傷管理関連の特定看護師に限る)
添付文書上の交換頻度	局所陰圧閉鎖処置用材料	V.A.C. : 48時間ごと又は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可
		RENASYS : 48~72時間で初回交換、その後は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可
		SNAP : 週2回以上の交換		
	PICO : 3~4日ごとに交換(最長7日間) フィルターを使用する場合は、1週間に3回交換			
	陰圧創傷治療用カートリッジ	SNAP : 週1回以上の交換(カートリッジ満杯の場合は交換)		
PICO : 7日間で交換(自動的に稼働が停止)				

NPWTの保険算定のポイント（入院・外来・在宅）

		入院	外来 (入院外)	在宅 (入院外)
処置点数	据え置き型	連日算定可	× 算定不可	× 算定不可
	単回使用	週3回まで算定可 (特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定(交換した)日)	来院して処置した日は算定可	医師が行って処置をした日は算定可 看護師だけでは算定不可
特定保険医療材料	局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² 当たり18円	○ 交換した日は算定可	来院して交換した日は算定可	医師か訪問看護師が交換した日は算定可
	陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円	× 算定不可	来院して交換した日は算定可	(WOCか創傷管理関連の特定看護師に限る)
添付文書上の交換頻度	局所陰圧閉鎖処置用材料	V.A.C. : 48時間ごと又は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可
		RENASYS : 48~72時間で初回交換、その後は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可
		SNAP : 週2回以上の交換		
	PICO : 3~4日ごとに交換(最長7日間) フィルターを使用する場合は、1週間に3回交換			
	陰圧創傷治療用カートリッジ	SNAP : 週1回以上の交換(カートリッジ満杯の場合は交換)		
PICO : 7日間で交換(自動的に稼働が停止)				

NPWTの保険算定のポイント（入院・外来・在宅）

		入院	外来 (入院外)	在宅 (入院外)
処置点数	据え置き型	連日算定可	× 算定不可	× 算定不可
	単回使用	週3回まで算定可 (特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定(交換した)日)	来院して処置した日は算定可	医師が行って処置をした日は算定可 看護師だけでは算定不可
特定保険医療材料	局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² 当たり18円	○ 交換した日は算定可	来院して交換した日は算定可	医師か訪問看護師が交換した日は算定可
	陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円	× 算定不可	来院して交換した日は算定可	(WOCか創傷管理関連の特定看護師に限る)
添付文書上の交換頻度	局所陰圧閉鎖処置用材料	V.A.C. : 48時間ごと又は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可
		RENASYS : 48~72時間で初回交換、その後は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可
		SNAP : 週2回以上の交換		
	陰圧創傷治療用カートリッジ	PICO : 3~4日ごとに交換(最長7日間) フィルターを使用する場合は、1週間に3回交換		
		SNAP : 週1回以上の交換(カートリッジ満杯の場合は交換) PICO : 7日間で交換(自動的に稼働が停止)		

NPWTの保険算定のポイント（入院・外来・在宅）

		入院	外来 (入院外)	在宅 (入院外)
処置点数	据え置き型	連日算定可	× 算定不可	× 算定不可
	単回使用	週3回まで算定可 (特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定(交換した)日)	来院して処置した日は算定可	医師が行って処置をした日は算定可 看護師だけでは算定不可
特定保険医療材料	局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² 当たり18円	○ 交換した日は算定可	来院して交換した日は算定可	医師か訪問看護師が交換した日は算定可
	陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円	× 算定不可	来院して交換した日は算定可	(WOCか創傷管理関連の特定看護師に限る)
添付文書上の交換頻度	局所陰圧閉鎖処置用材料	V.A.C. : 48時間ごと又は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可
		RENASYS : 48~72時間で初回交換、その後は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可
		SNAP : 週2回以上の交換		
	PICO : 3~4日ごとに交換(最長7日間) フィルターを使用する場合は、1週間に3回交換			
	陰圧創傷治療用カートリッジ	SNAP : 週1回以上の交換(カートリッジ満杯の場合は交換)		
PICO : 7日間で交換(自動的に稼働が停止)				

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

在宅

(1) 局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。

- ア 外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの）
- イ 外科手術後離開創・開放創
- ウ 四肢切断端開放創
- エ デブリードマン後皮膚欠損創

(2) 主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 局所陰圧閉鎖処置用材料は局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場合については4週間を限度として算定できる。3週間を超えて算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。ただし、感染等により当該処置を中断した場合にあっては、当該期間は治療期間に含めない。

(4) 局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(5) 訪問看護ステーション等の看護師等が局所陰圧閉鎖処置用材料を使用して処置を実施する場合には、十分な経験のある医師の指示の下で実施し、当該医師と十分な連携を図ること。

(6) 局所陰圧閉鎖処置用材料は、陰圧創傷治療用カートリッジと併用し、関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。

014 陰圧創傷治療用カートリッジ

(1) 訪問看護ステーション等の看護師等が局所陰圧閉鎖処置用材料を使用して処置を実施する場合には、十分な経験のある医師の指示の下で実施し、当該医師と十分な連携を図ること。

(2) 陰圧創傷治療用カートリッジは、関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。

在宅医療における「局所陰圧閉鎖療法」の適正使用に係る適正使用指針（形成外科学会）

在宅医療における「局所陰圧閉鎖療法」の適正使用に係る適正使用指針の策定について上記に対して、日本形成外科学会として、在宅医療における「局所陰圧閉鎖療法」の適正使用に関して検討し、下記の適正使用指針を策定致しました。

<適応>

外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの）
外科手術後離開創・開放創
四肢切断端開放創
デブリードマン後皮膚欠損創

<禁忌>

悪性腫瘍がある創傷
臓器と交通している瘻孔、及び未検査の瘻孔がある創傷
陰圧を付加することによって瘻孔が難治化する可能性のある創傷（髄液瘻や消化管瘻、肺瘻など）
痂皮を伴う壊死組織を除去していない創傷

<実施者要件>

医師又は訪問看護ステーション等の看護師等
（**創傷管理関連の特定行為研修を修了した者、もしくは日本看護協会が定める皮膚・排泄ケア**
に関する認定看護師教育過程を修了した者に**限る**）

<実施に関する留意事項>

訪問看護ステーション等の看護師等（**創傷管理関連の特定行為研修を修了した者、もしくは日本看護協会が定める皮膚・排泄ケアに関する認定看護師教育過程を修了した者に限る**）が当該材料を使用して処置を実施する場合には、**創傷治療および陰圧閉鎖療法の十分な経験のある医師（形成外科専門医等）の指示の下で実施し、当該医師と十分な連携を図ること**

出典：形成外科学会医療安全推進委員会 2020年6月5日 を加工

<https://jsprs.or.jp/member/committee/iryo-anzen/>

https://jsprs.or.jp/member/committee/wp-content/uploads/2020/06/iryuanzen_oshirase20200608.pdf

NPWTの保険算定のポイント（入院・外来・在宅）

		入院	外来 (入院外)	在宅 (入院外)	
処置点数	据え置き型	連日算定可	× 算定不可	× 算定不可	
	単回使用	週3回まで算定可 (特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定(交換した)日)	来院して処置した日は算定可	医師が行って処置をした日は算定可 看護師だけでは算定不可	
特定保険医療材料	局所陰圧閉鎖処置用材料 1cm ² 当たり18円	○ 交換した日は算定可	来院して交換した日は算定可	医師か訪問看護師が交換した日は算定可	
	陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円	× 算定不可	来院して交換した日は算定可	(WOCか創傷管理関連の特定看護師に限る)	
添付文書上の交換頻度	局所陰圧閉鎖処置用材料	V.A.C. : 48時間ごと又は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可	
		RENASYS : 48~72時間で初回交換、その後は週3回以上交換	× 使用不可	× 使用不可	
		SNAP : 週2回以上の交換			
	陰圧創傷治療用カートリッジ	PICO : 3~4日ごとに交換(最長7日間) フィルターを使用する場合は、1週間に3回交換			
		SNAP : 週1回以上の交換(カートリッジ満杯の場合は交換)			
		PICO : 7日間で交換(自動的に稼働が停止)			

NPWT・創傷被覆材・衛生材料（在宅編）

	同じ医療機関同士又は （「特別の関係」の訪問看護S）			医療機関＋訪問看護S	
	医師	医師		医師	
		看護師	看護師	看護師	看護師
訪問診療料	◎	◎	—	◎	—
訪問看護料	—	×	◎	◎	◎
処置料 （医療機関での算定）	◎	◎	×	◎	×
特定保険医療材料 （医科）	◎	◎	×	◎	×
特定保険医療材料 （在宅）	◎	◎	◎	◎	◎
衛生材料・保険医療材料 （在宅療養指導管理料算定患者）	医療機関から支給				
衛生材料・保険医療材料 （在宅療養指導管理料算定してないが、訪問看護している患者）	衛生材料等提供加算				

<抄録>

2024(R6)年度は、診療報酬・介護報酬のW改定だけでなく医療政策の大変革の年になります。2023年時点で理解しておきたいことを、わかりやすく実践的に解説したいと思います。

<Part1> 2024(R6)年度: 医療政策の大変革

- 第8次医療計画(6年ごと): 5疾病・6事業(新興感染症が追加) + 在宅・外来機能強化
- 第9期介護保険事業計画(3年ごと): 介護保険制度の改正、人材確保、処遇改善
- 地域医療構想: 医療機関の機能分化と病床再編の仕上げ
- 働き方改革: 医師の時間外勤務に上限規制、タスクシフトの推進
- 特定行為の推進: 働き方改革/タスクシフトの推進を背景にパッケージ研修が加速
- 診療報酬改定(2年ごと)
- 介護報酬改定(3年ごと)

<Part2> 2022(R4)年度: 診療報酬改定項目の再確認

- 診療報酬の基本: 診療報酬の文面を読み解くポイント、レセプト審査の構図。
- 入院基本料: 「褥瘡対策に関する診療計画書」に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加
- 各項目の関連様式がDESIGN-R2020に変更
 - 「深部損傷褥瘡(DTI)疑い」と「臨界的定着疑い」が追加。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 褥瘡管理者の要件がWOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
- 専門性の高い看護師の同行訪問: WOCNだけでなく、特定行為研修修了者(創傷管理関連)でも可能となった。
 - 特定行為研修修了者(創傷管理関連)の場合は、ストーマ患者は対象外。
- 専門管理加算: WOCNと特定行為研修修了者(創傷管理関連・在宅慢性期領域パッケージ)が実施した場合。通常の訪問看護に月一回に限り2,500円(250点)の加算。
 - 特定行為研修修了者の場合は手順書加算の算定患者に限る。
- 手順書加算: 訪問看護時の特定行為に係る手順書を医師が発行した場合に、訪問看護指示書に加算。6カ月に一回に限り1500円(150点)。
 - 慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ICT活用のカンファレンス: 退院時共同指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料等の、複数職種による合同カンファレンスについて、「原則対面」の条件がなくなった。
- 下肢創傷処置、下肢創傷処置管理料: 足部の慢性創傷(潰瘍)対象の診療報酬が新設。

- 機能分化・機能分担
- 人員配置・タスクシフト
- 地域連携
- 医療・介護連携



学術集会

第25回日本褥瘡学会学術集会

日時 : 2023年9月1日(金)・2日(土)
会長 : 橋本 一郎
(徳島大学形成外科)
会場 : 神戸コンベンションセンター
(神戸国際会議場、神戸国際展示場、神戸ポートピアホテル)
テーマ : afterコロナ時代の褥瘡治療
URL : <https://jspu25.jp/>



入会案内



変更退会
について

褥瘡認定師申請 **新規**

手引き >

教育セミナー eラーニング >

褥瘡認定師申請 **更新**

手引き >

What's New

2023.02.01

Award・Grant選考委員会からのお知らせを更新しました。

2022年度評議員申請に関するお知らせを公開しました。

在宅褥瘡セミナー(山梨)を更新しました。

2023.01.25

各地方会・関連団体ご案内を更新しました。

2023.01.23

在宅褥瘡管理者申請の手引きを更新しました。

過去の更新履歴はこちらをご覧ください。

日本褥瘡学会とは



学会会員の方へ

医療従事者の方へ

第24回日本褥瘡学会学術集会

The 24th Annual Congress of Japanese Society of Pressure Ulcers

褥瘡マネジメントの未来
新たな価値の創造

保険委員会企画(2022年8月27日)

—2022年度(R4年度)診療報酬改定

褥瘡関連項目の実践解説—

スリーエムジャパン株式会社
高水 勝

2022年
8月27日(土)・28日(日)
パシフィコ横浜 ノース
@WEB開催
講者
満上 祐子
松村 一
木下 幹雄



NEW! 保険委員会企画「2022年度(R4年度)

診療報酬改定 褥瘡関連項目の実践解説」講演
スライドを学会報告のページに掲載しました。

誰でも無料DLできます。
ご活用ください。
(スライド136枚)

<http://www.jspu.org/>

http://www.jspu.org/pdf/24th_hoken_kikaku.pdf



AAA Case Study Club Special

新設！ 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料

2022年3月吉日
代表理事 大浦紀彦

「下肢創傷処置」を新設するべく、日本フットケア・足病医学会では、何度もシンポジウムを行い合意形成をしつつ、少しずつ取り組みを行ってきました。今回、AAA case study clubでは、下肢創傷処置点数新設についてzoomにてディスカッションをしたいと考えています。3月24日木曜日19時から開催いたします。3月24日の時点で確認できていることを、皆で共有したいと思います。

開催日時：2022年3月24日(木) 19:00-21:00

参加費 無料

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

参加申し込みは右QRコード
または下記URLより登録してください。



https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_TT5RYVFPQeGznK6fF_mp_A

ニュース

2022年4月4日 資料ダウンロードに「下肢創傷処置料 下肢創傷処置管理料」資料をアップロードしました。

2022年4月3日 3月24日開催「新設！ 下肢創傷処置料 下肢創傷処置管理料」ウェビナーをYou Tubeにてご視聴いただけます。

AAA 下肢 検索

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

本日の講演スライドは、
日本褥瘡学会九州沖縄・地方会のHPにUPされます。
スライドは150枚と多いですが、
オンデマンド配信をご活用頂き、
スライドをダウンロードして再度視聴いただけますと幸いです。

第20回 日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会 学術集会

Wound managementは
新時代へ

おつかれさまでした～