

日本褥瘡学会 中国四国地方会 教育講演

2024年3月17日

# 速報！！2024年W改定 褥瘡にかかわる診療報酬・介護報酬 —医療行政の大変革と併せて読み解く—

アルケア株式会社

ウンド & ナーシングケア事業本部

高水 勝

高水 勝

利益相反はありません

1985年 東北福祉大学 社会福祉学部卒業

1985年 東レ・メディカル株式会社

1989年 スリーエム ヘルスケア株式会社／スリーエム ジャパン株式会社

2023年11月 **アルケア株式会社 ウンド&ナーシングケア事業本部（現職）**

<資格・学会等>

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

<職務>

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

<執筆・講演>

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

2



本日の講演は、  
2024年3月5日現在での内容になります。

今後、3月中旬から発出される、  
診療報酬、介護報酬等の正式な告示・通知等によって、  
多くの医療・介護等の政策が確定していきます。

本日のスライドは、近々、中国四国地方会のHPにUP頂く予定です。  
ご自由にダウンロードしていただき、ご活用ください。  
よろしくお願い申し上げます。



## <抄録>

速報！！2024年W改定：褥瘡にかかわる診療報酬・介護報酬

—医療行政の大変革と併せて読み解く—

2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せてトリプル改定の内容をお話させていただきます。

なお、本抄録は、2月15時点で書いており、診療報酬（中医協答申）、介護報酬改定（案）、障害福祉サービス改定（案）の段階での内容になります。

3月上旬から順次発出される、診療報酬、介護報酬等の正式な告示・通知等によって、多くの医療・介護等の政策が確定していきます。

当日は、それらもできるだけ反映してお話させていただきます。

## <主な項目の改定予定>

●入院基本料：「身体的拘束の最小化」が義務化され、できていない場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキン-ケアにも関連するので連携が必要。

●看護必要度：「重度褥瘡」の扱いが変更される

●褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月10時間」まで認められる。

●訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要となる。

●介護施設、ショートステイ、訪問看護：診療報酬と同様に「身体的拘束」について、それぞれ内容は異なるが、新設・改正される。

●介護保険でも診療報酬同様の「専門管理加算」が新設される。

●介護保険の「褥瘡マネジメント加算」の要件が変更になる。

## <その他>

●現段階ではまだ不明である一般的な項目について、3月5日（予定）の正式な告示・通知で、処置等の手技料、管理料、医療機器/医療材料等のさまざまな項目の運用や点数の新設・改定が確定します。その内容も当日お話しします。



## ●医療提供体制に関するポイント・キーワード

- ・三位一体の改革
- ・病院の機能：特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関
- ・紹介率・逆紹介率、在宅復帰率
- ・医療DX

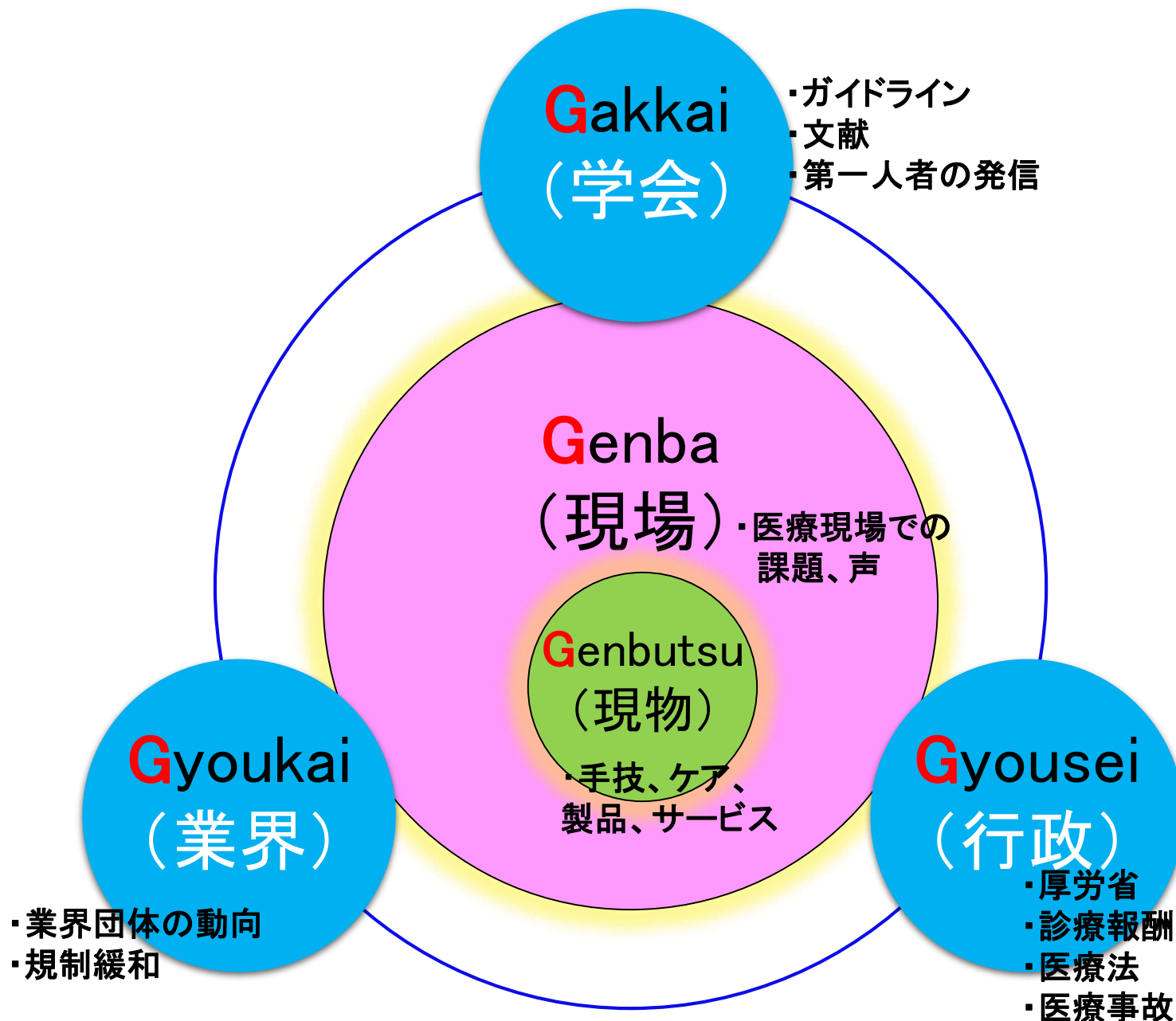
## ●働き方改革のポイント・キーワード

- ・「勤務医」の働き方改革
- ・高度急性期が中心（ER、ICU、外科系、麻酔）
- ・医療関連職種へのタスクシフト
- ・認定看護師、特定看護師、NPの活用か、看護師や関連職種全体のタスクの見直しか？
- ・混合病棟化、複合病棟編成化での、看護師等のスキル維持、手順の標準化
- ・「手順の標準化」＝「知識の標準化」＋「材料の標準化」のレベル感

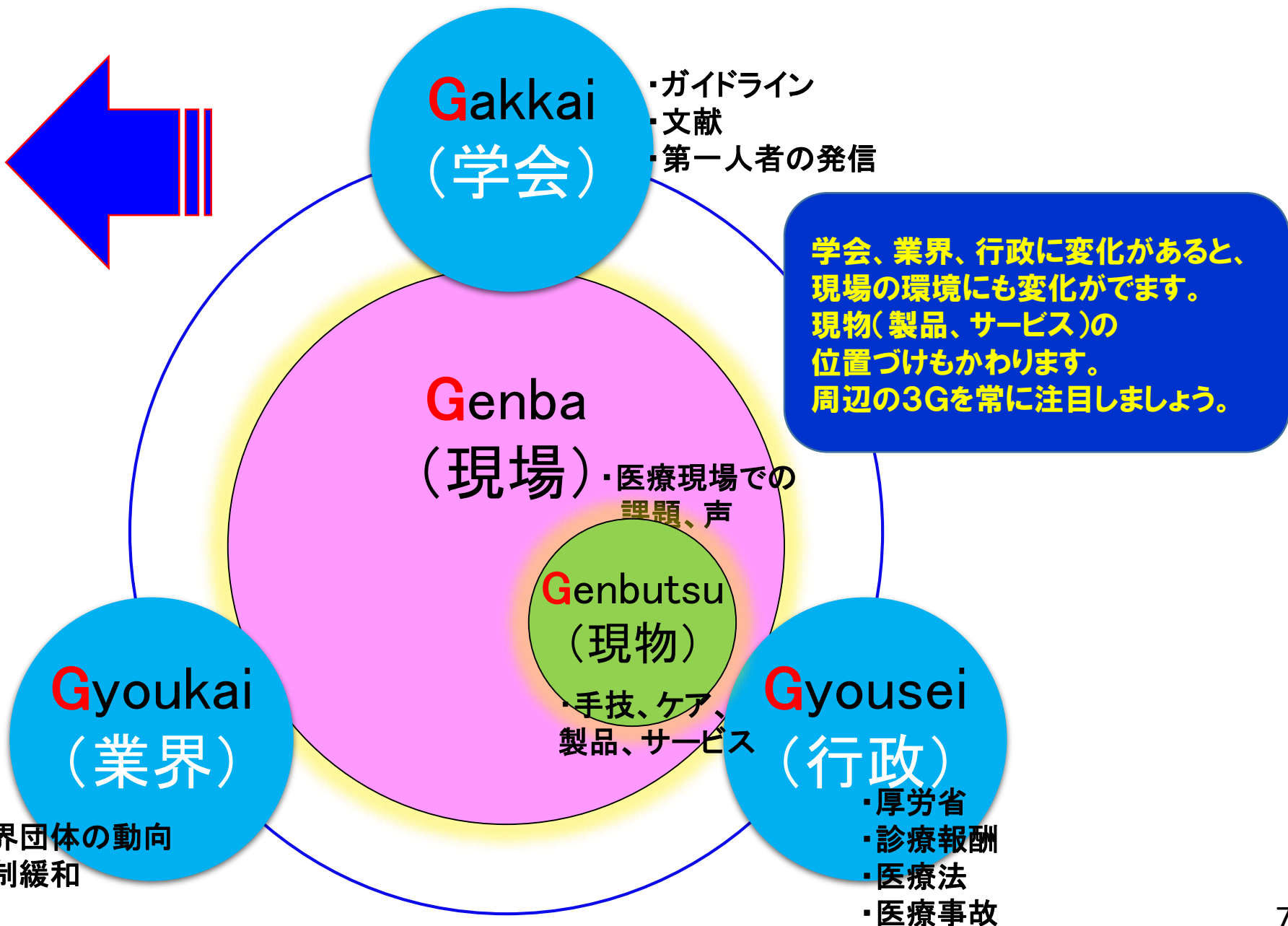
## ●トリプル改定の前に、診療報酬のポイント・キーワード

- ・診療報酬の基本構造
- ・レセプトの審査
- ・適時調査と指導
- ・読み解く5つのポイント
- ・トリプル改定の概要

# 医療環境の5つのG



# 医療環境の5つのG



# 医療現場への強制力 & 影響力の概念

法的  
拘束力  
推進力

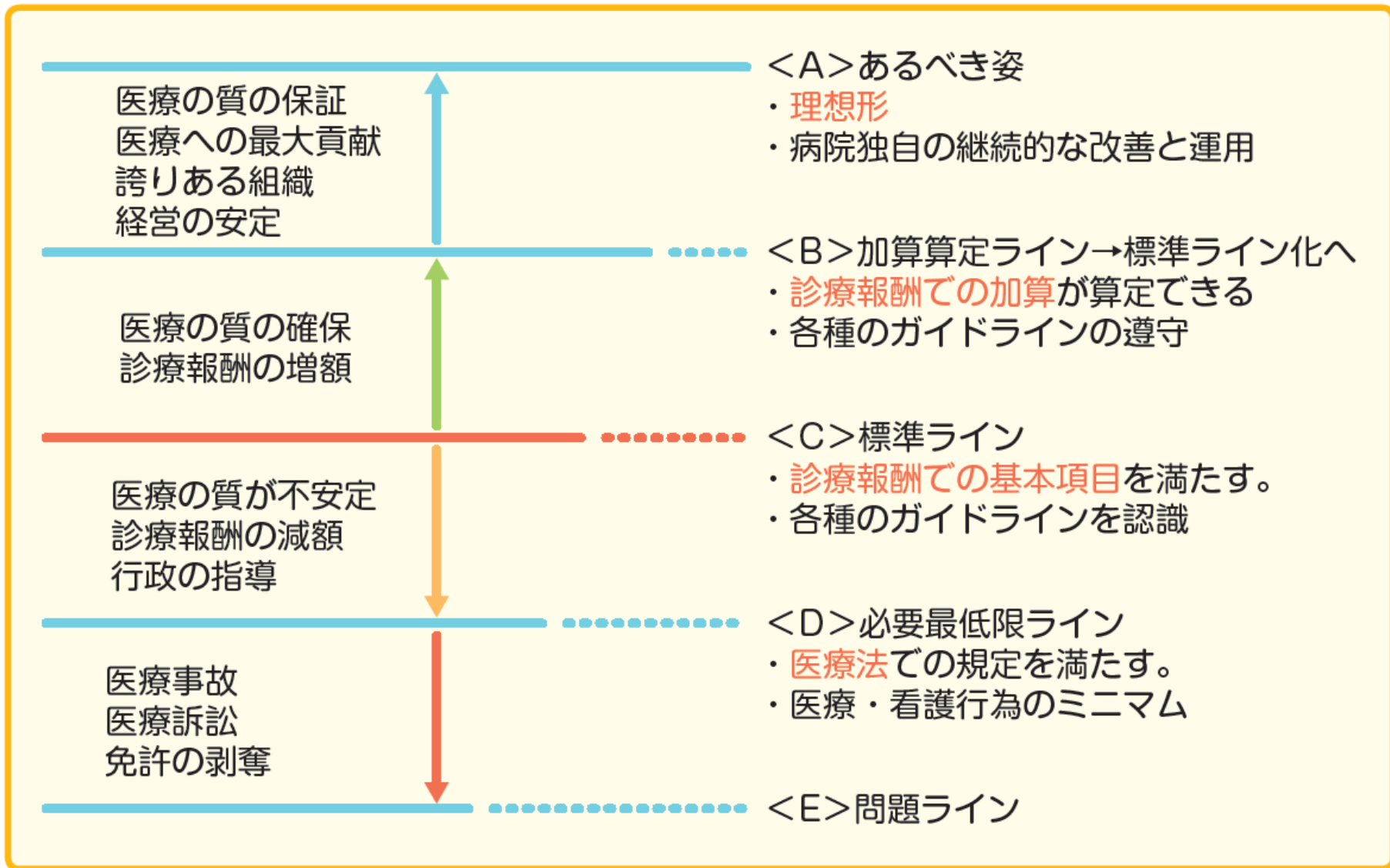
学問的  
専門的  
影響力

広告  
宣伝

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

医師法  
保助看法等  
の  
医療従事者  
の各種法規

# 医療の質と医療経済の5段階



[https://www.igaku.co.jp/wocnursing/wocnursing\\_1901.html](https://www.igaku.co.jp/wocnursing/wocnursing_1901.html)

医療の質



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



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

診療報酬  
介護報酬



## ●医療提供体制に関するポイント・キーワード

- ・三位一体の改革
- ・病院の機能：特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関
- ・紹介率・逆紹介率、在宅復帰率
- ・医療DX

## ●働き方改革のポイント・キーワード

- ・「勤務医」の働き方改革
- ・高度急性期が中心（ER、ICU、外科系、麻酔）
- ・医療関連職種へのタスクシフト
- ・認定看護師、特定看護師、NPの活用か、看護師や関連職種全体のタスクの見直しか？
- ・混合病棟化、複合病棟編成化での、看護師等のスキル維持、手順の標準化
- ・「手順の標準化」＝「知識の標準化」＋「材料の標準化」のレベル感

## ●トリプル改定の前に、診療報酬のポイント・キーワード

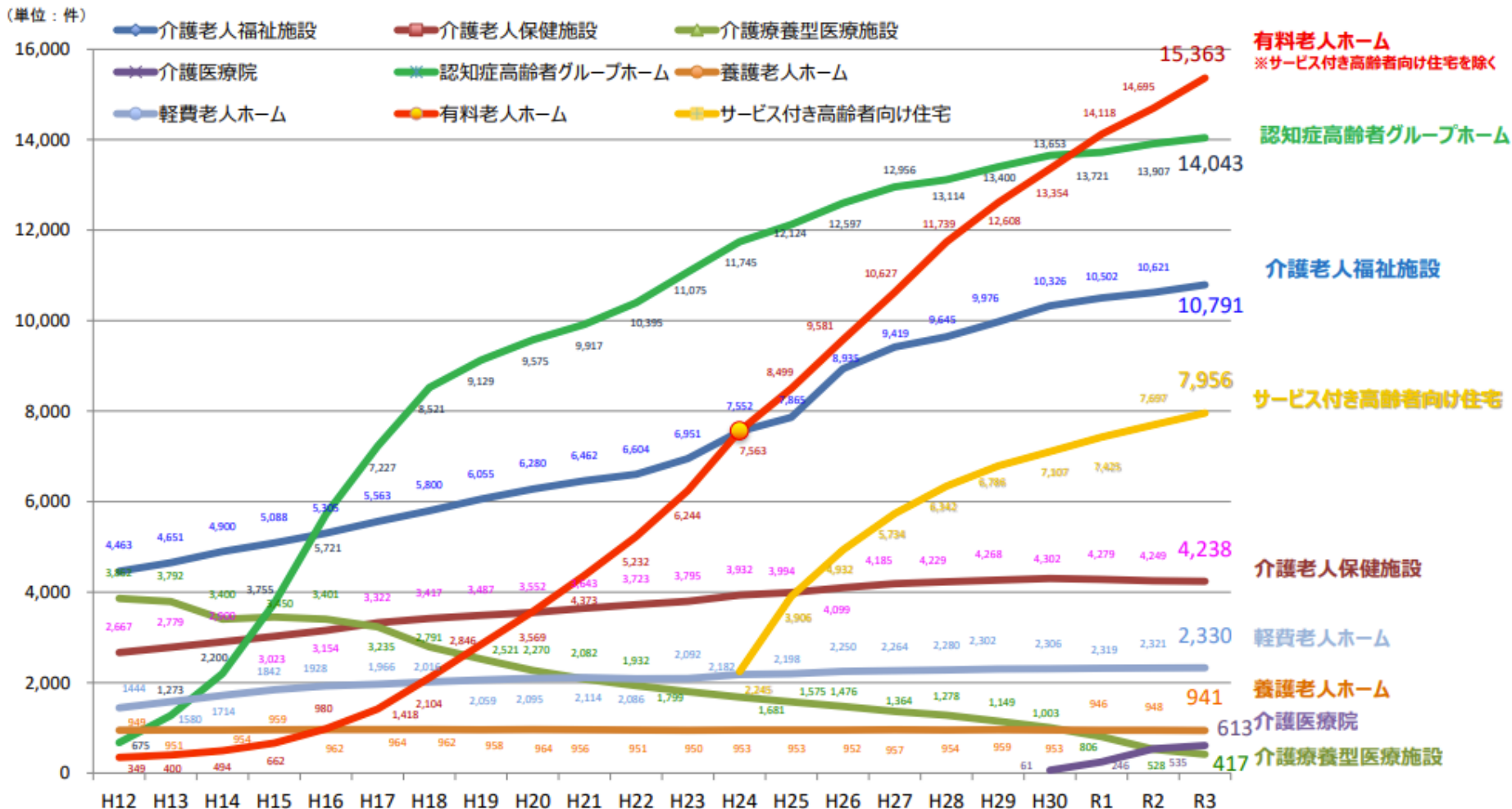
- ・診療報酬の基本構造
- ・レセプトの審査
- ・適時調査と指導
- ・読み解く5つのポイント
- ・トリプル改定の概要

# ざっくりとした日本の医療環境（介護除く）

大分類	小分類	数
●病院数		8,100
	精神科除く	7,100
	精神科含む→	
	200床以上	2,400
	200症未満	5,700
●診療所数	全体	105,000
	有床	6,000
	無床	99,000
●訪問看護ステーション	ステーション数	13,000
◆ベッド数	一般病床（急性期/回復期）	900,000
	療養病床	300,000
■医師数	医療機関所属	330,000
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属（準看含む）	1,500,000
	重なりあり	
	認定看護師	23,000
	WOC	2,600
	特定看護師	10,000
	NP	700

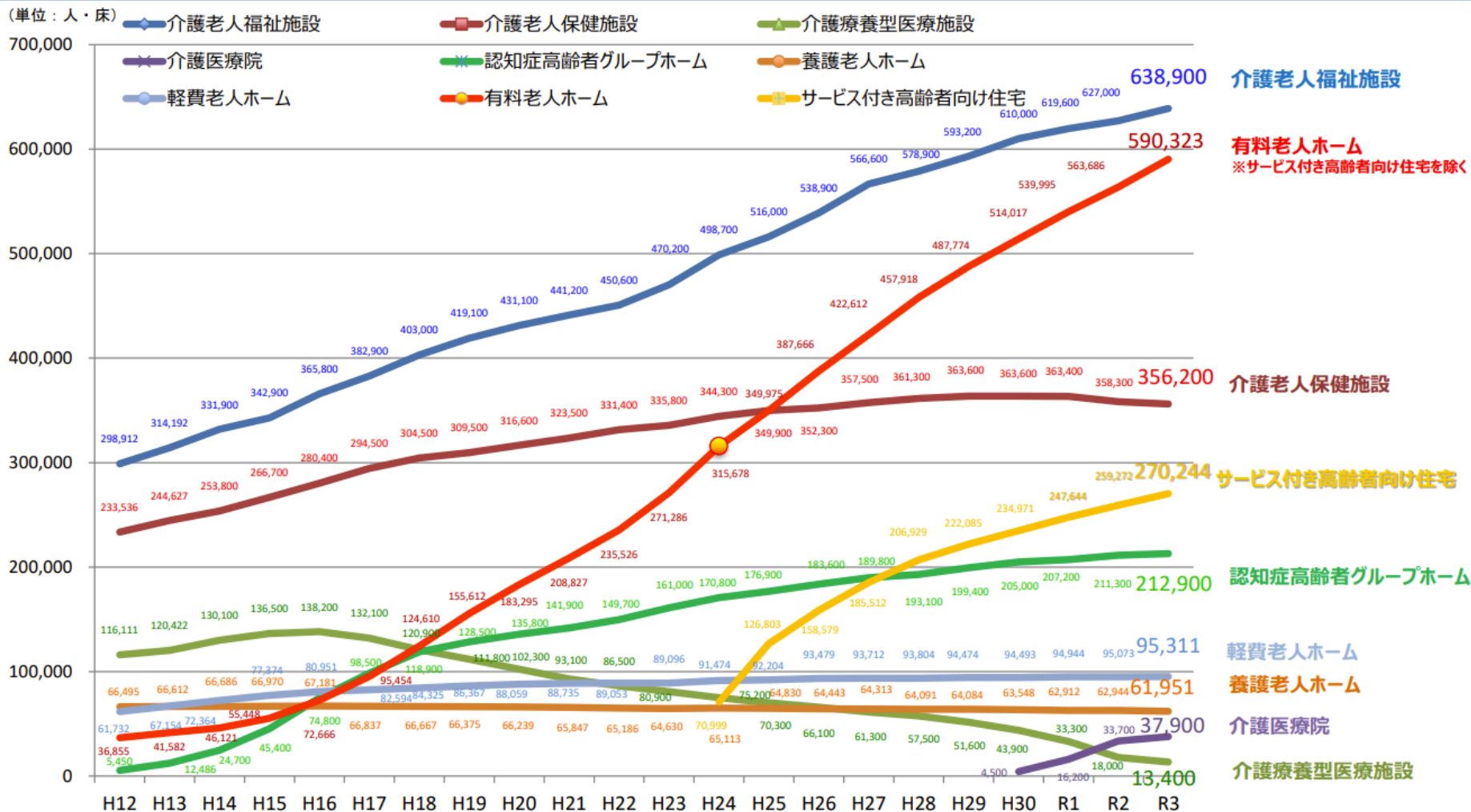


# 高齢者向け施設・住まいの件数



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

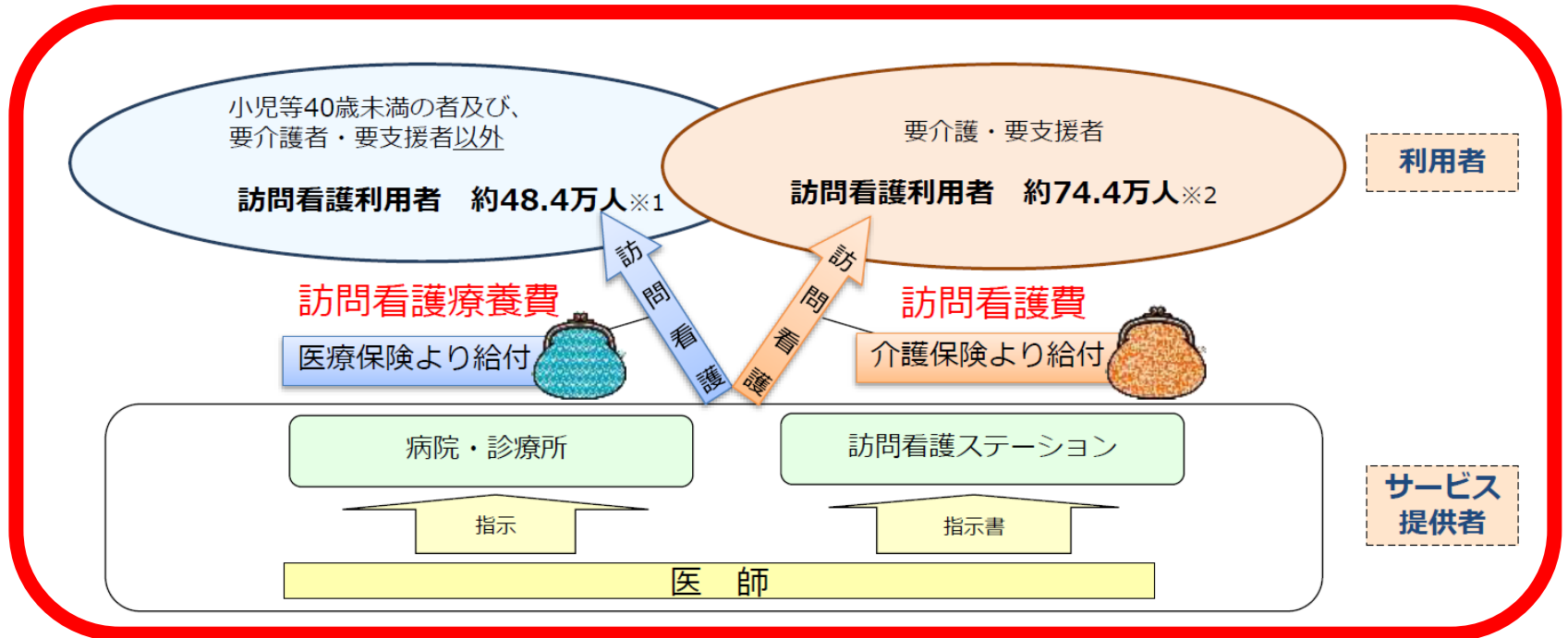
# 高齢者向け施設・住まいの利用者数



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

## 訪問看護の仕組み

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



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

# 医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

中医協 総-2  
5. 7. 12

## 【医療保険】

小児等40歳未満の者、  
要介護者・要支援者  
以外

(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者  
(特掲診療料・別表第7※1)

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

厚生労働大臣が  
定める者  
(特掲診療料・  
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

## 【介護保険】

要支援者・要介護者

(限度基準額内 無制限)  
(ケアプランで定める)

### (※1) 別表第7

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

### (※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

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

#### 注) 特別訪問看護指示書

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

### (※3) 別表第8

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

算定日数  
制限無し



# 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）



## 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

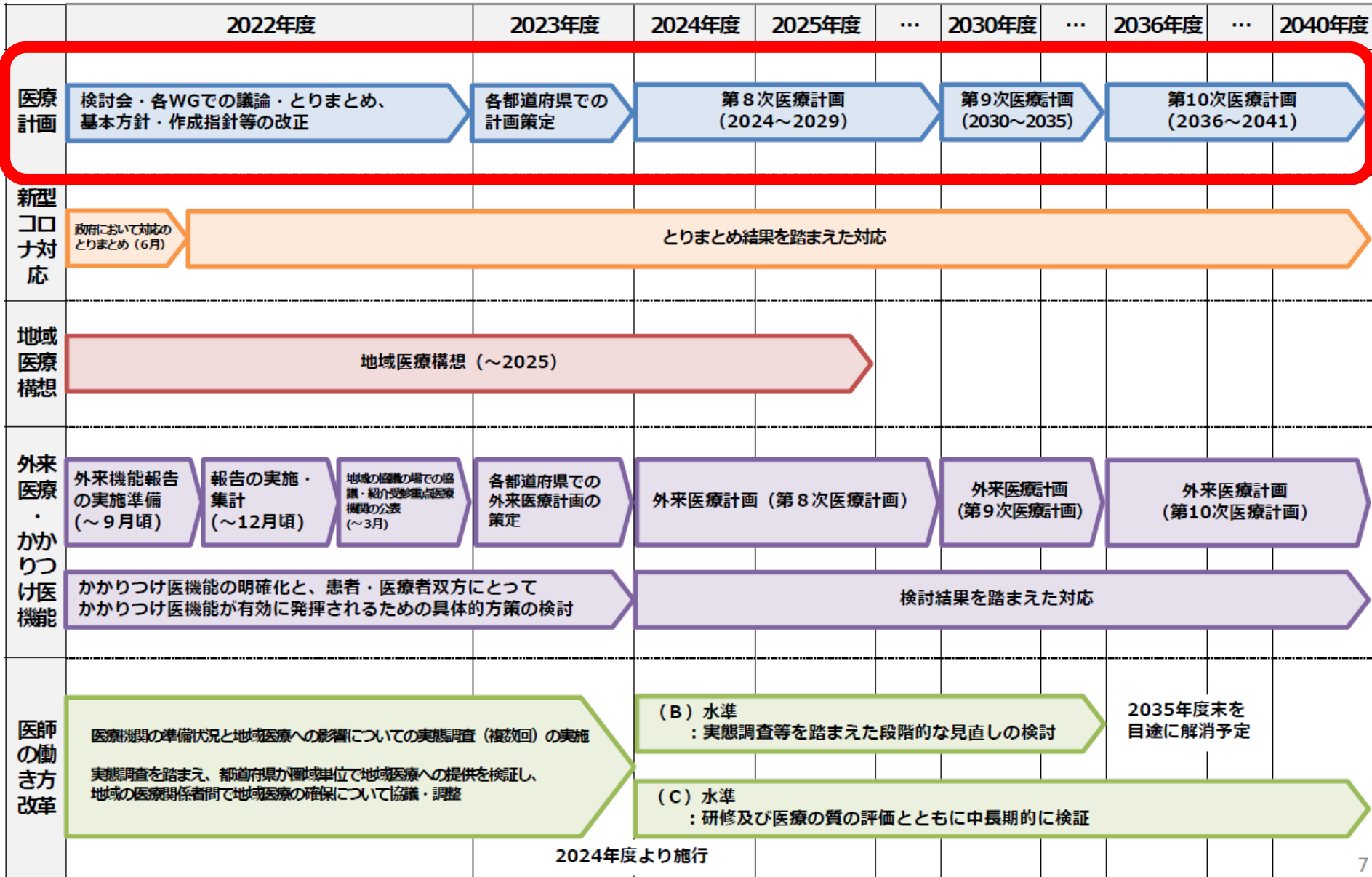
- ①**地域医療構想**や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
  - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
  - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
  - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

1

# 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								

# 医療提供体制改革に係る今後のスケジュール





# 医療計画について

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

## 計画期間

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

## 記載事項(主なもの)

### ○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

#### 二次医療圏

**335医療圏**（令和2年4月現在）

##### 【医療圏設定の考え方】

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

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

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

#### 三次医療圏

**52医療圏**（令和2年4月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

##### 【医療圏設定の考え方】

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

### ○ 地域医療構想

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

### ○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

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

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

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

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

### ○ 医師の確保に関する事項

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

### ○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

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

14



# 第8次医療計画の策定に向けた検討体制

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

## 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。

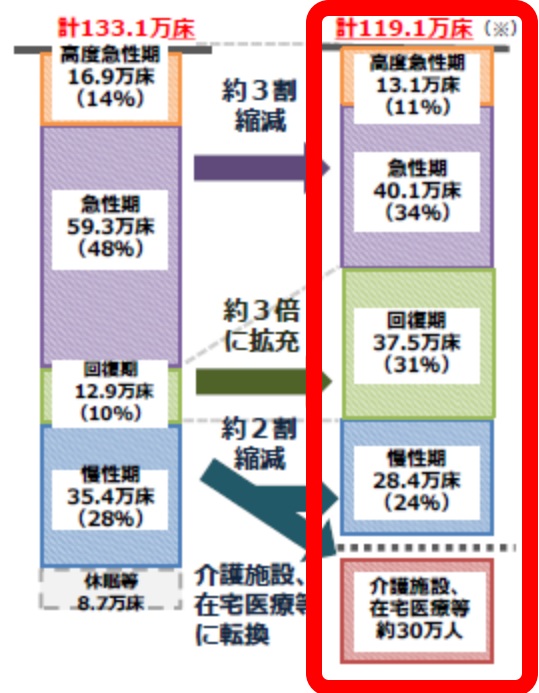
平成28年度末に全都道府県で策定完了  
⇒地域ごとに、2025（平成37）年時点での  
病床の必要量を『見える化』

## 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

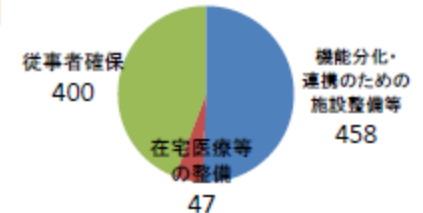
### C病院の方針

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。

# 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

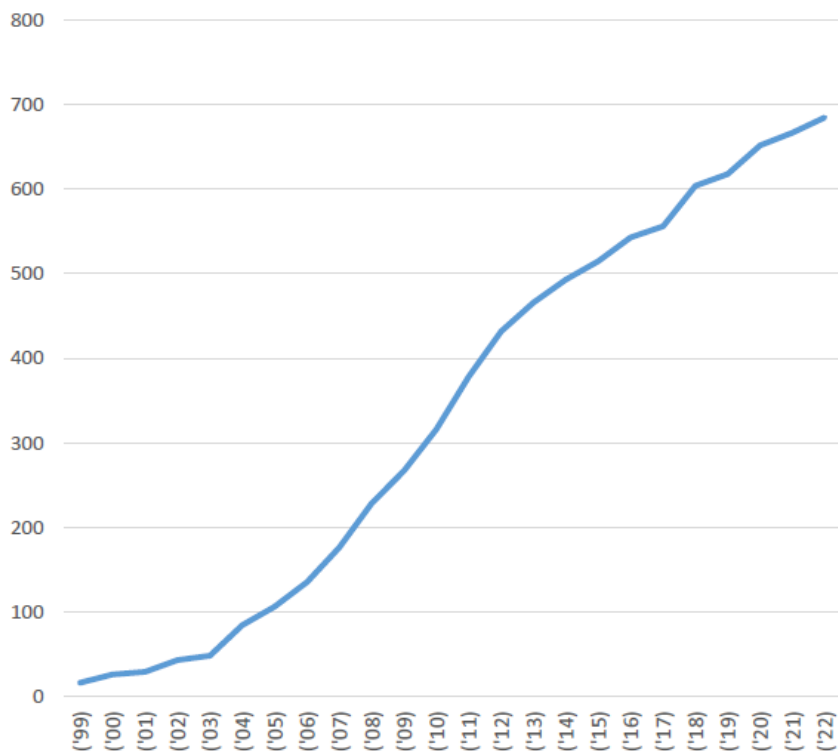
- 開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること。具体的には、次のいずれかの場合に該当すること。
  - ア) 紹介率が80%以上であること
  - イ) 紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率が40%以上であること
  - ウ) 紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有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



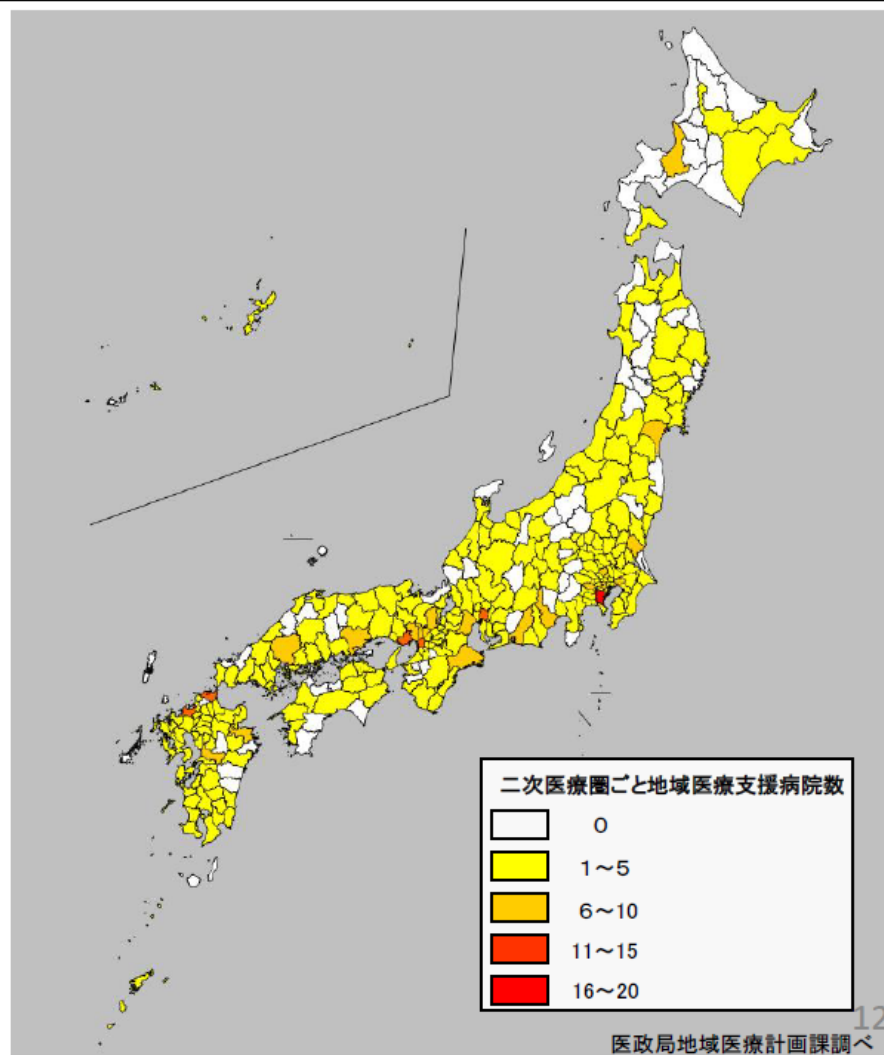
# 地域医療支援病院の推移

- 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

# 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							

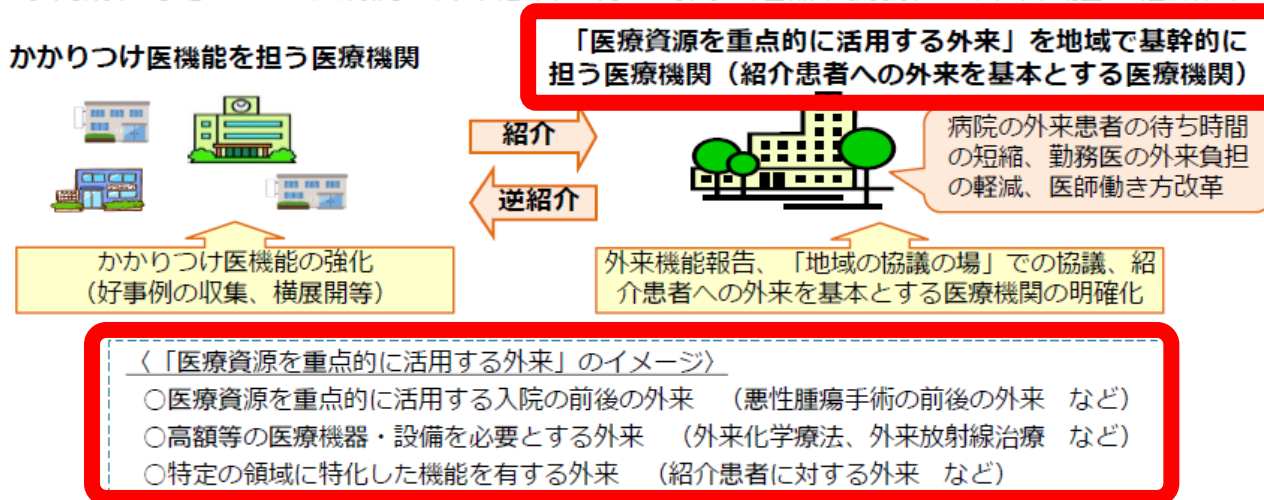
## 1. 外来医療の課題

- 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。

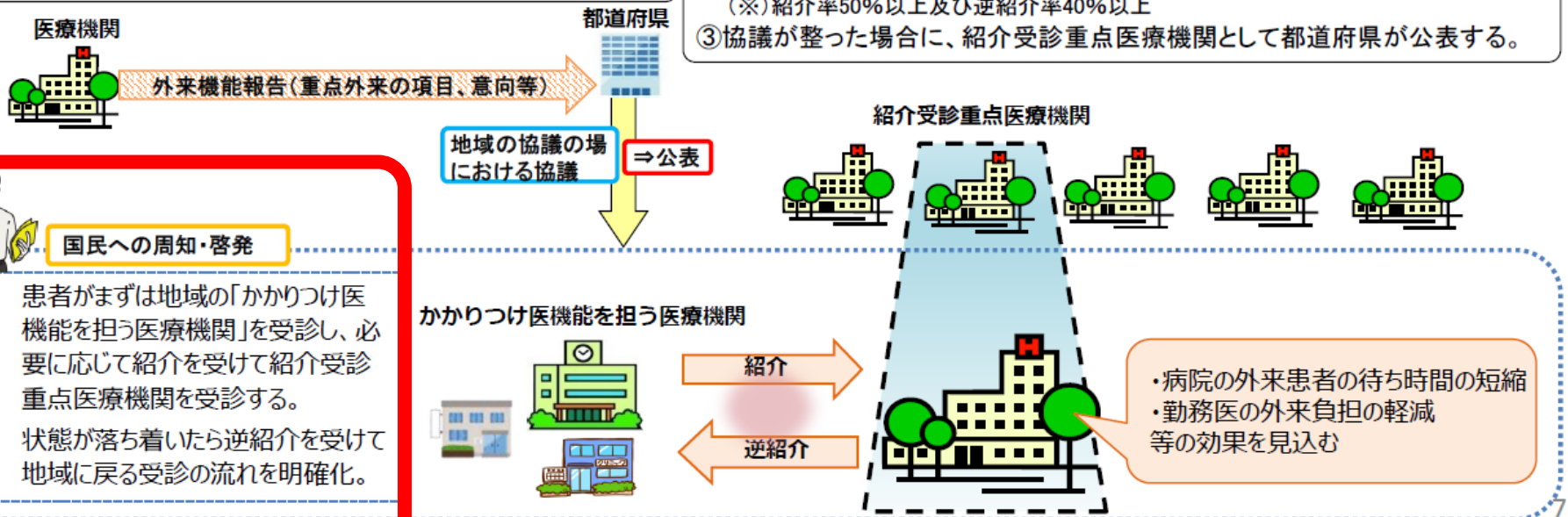
※ 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

## 【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。





# 診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

医療法の  
位置付け

## 一般病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 886,663床  
病床利用率 69.0%  
平均在院日数 16.2日

## 療養病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

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

### DPC/PDPS

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

### 特定機能病院 入院基本料※1

87施設  
58,726床 (+185床)  
※1 一般病床に限る

### 専門病院入院基本料

19施設6,249床 (+4床)

### 救命救急入院料

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

### 特定集中治療室管理料

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

### ハイケアユニット入院医療管理料

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

### 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

### 小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

### 新生児特定集中治療室管理料

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

### 総合周産期特定集中治療室管理料

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

### 新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

### 一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (▲2床)

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

### 一般病棟入院基本料

575,751床 (▲4,036床)

### 回復期リハビリテーション病棟入院料

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

### 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

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

### 障害者施設等入院基本料

891施設  
72,004床 (+1,633床)

### 特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (±0)  
入院料2 2施設 79床 (±0)

### 特殊疾患

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

### 緩和ケア病棟入院料

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

### 療養病棟入院基本料

205,673床 (+101床)

### 介護療養 病床

7,976床  
※R4.6未病院報告

施設基準届出  
令和4年7月1日現在  
(カッコ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料  
173施設 10,875床 ※R4新設

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

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

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

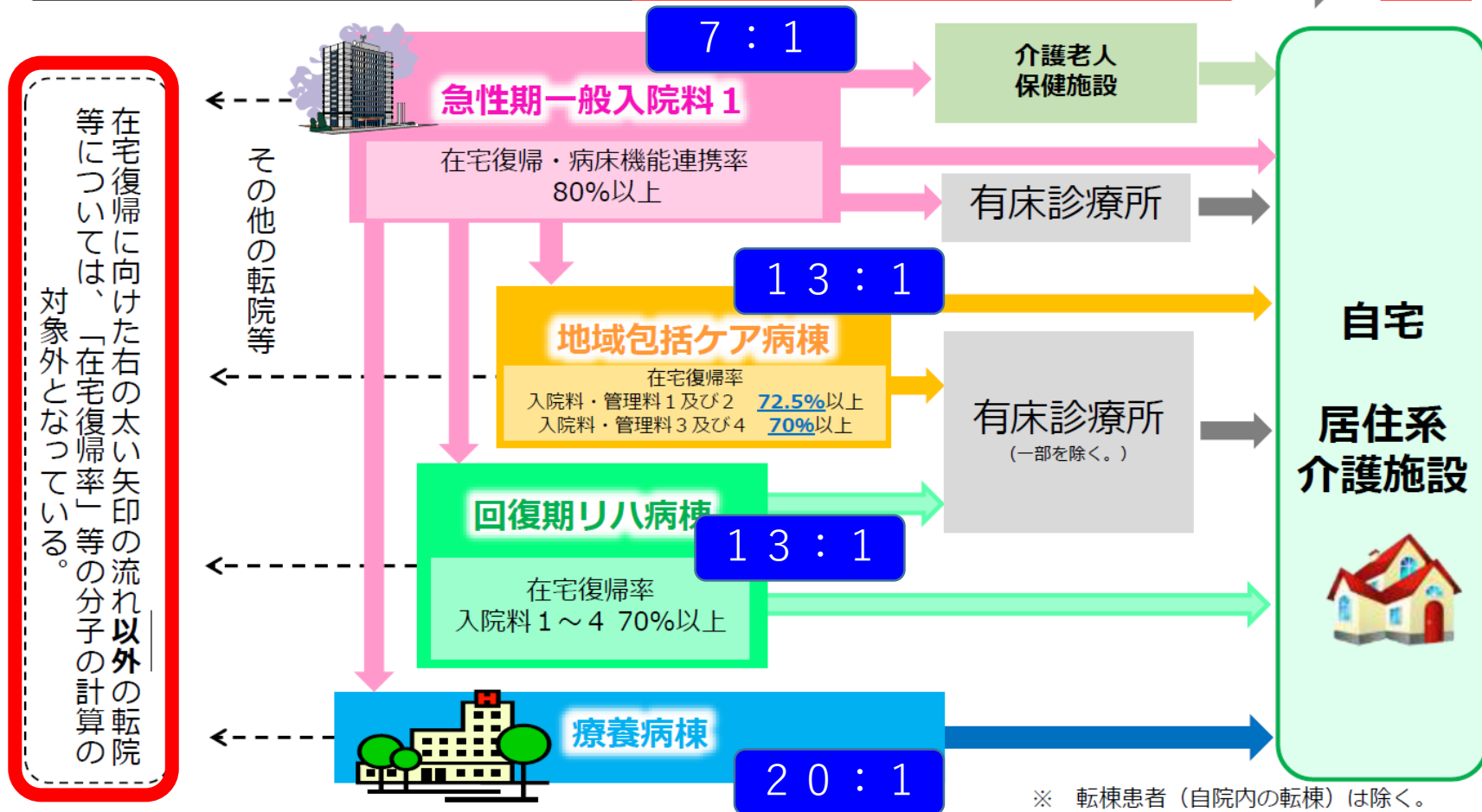
認知症治療病棟入院料  
入院料1 554施設 38,590床 (+436)  
入院料2 3施設 220床 (+6)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

# 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

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

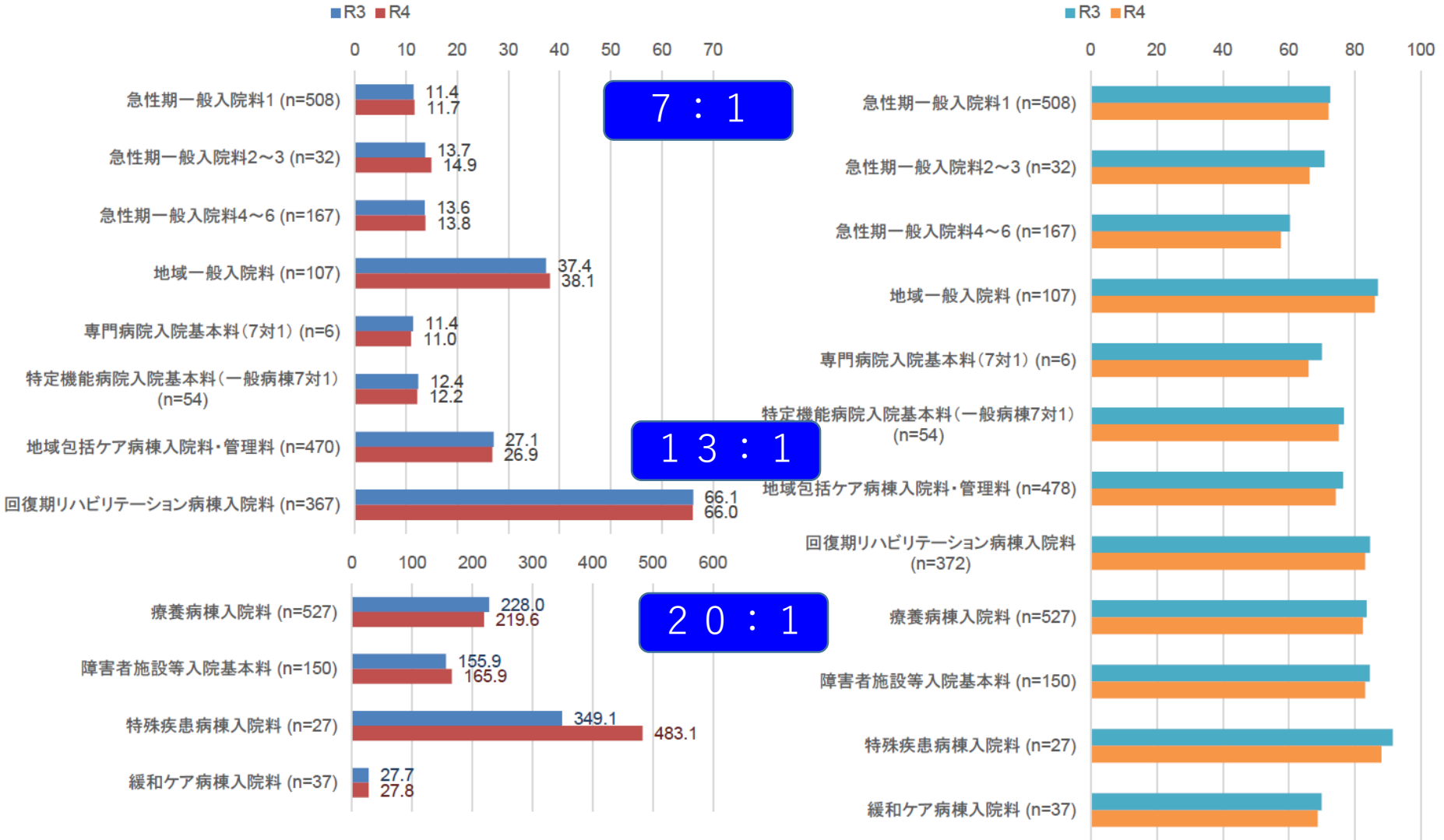


※ 転棟患者（自院内の転棟）は除く。  
※ 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

# 入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

平均在院日数(日)

病床利用率(%)



7 : 1

13 : 1

20 : 1

# 入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数

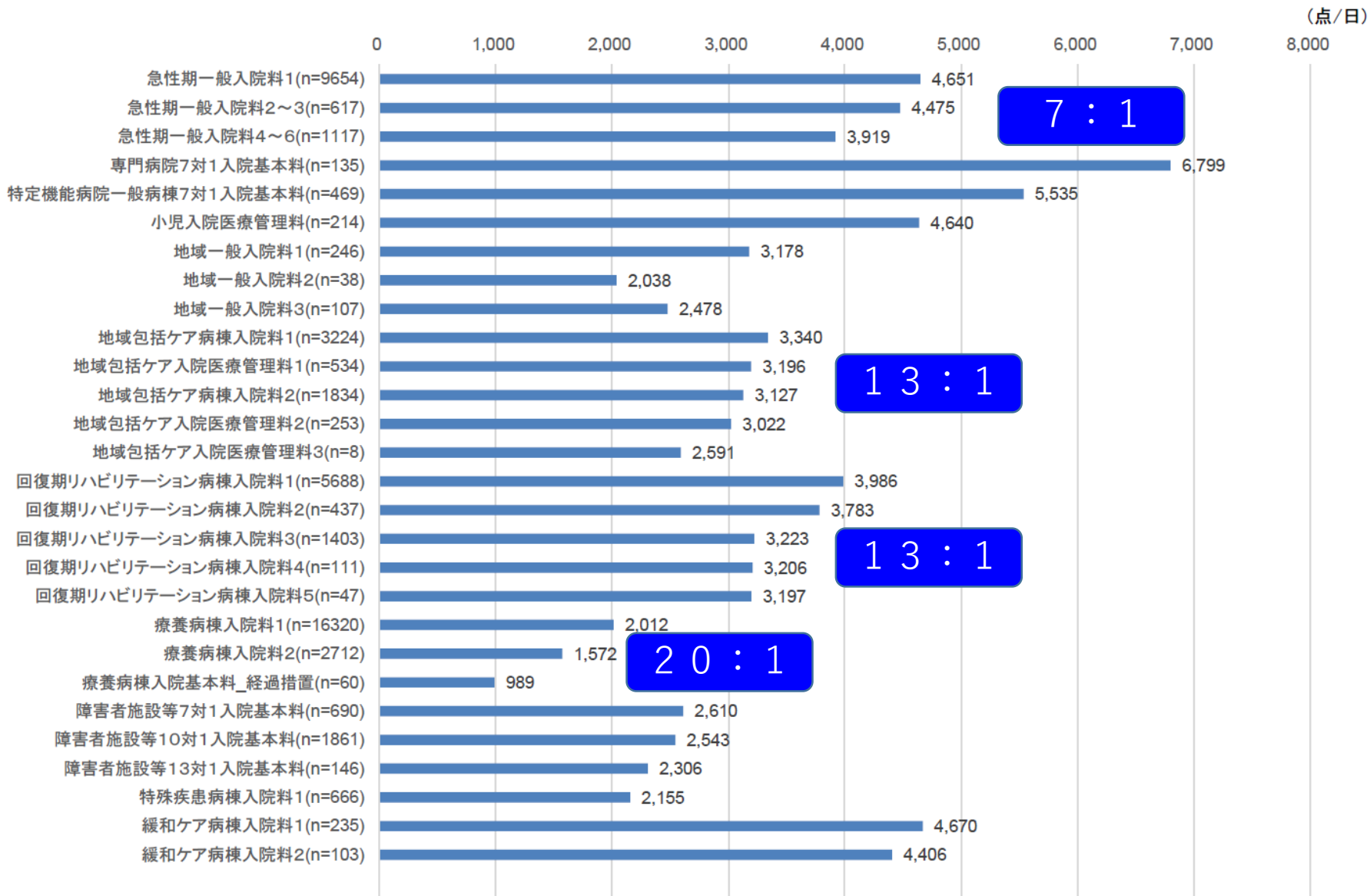


表2 「出来高払い」と「包括払い」の概要

	出来高病棟	DPC 算定病棟	療養病棟	地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
A 基本診療料	—	—	—	—	—
B 医学管理料	X	X	X	○	○
C 在宅医療	X	X	X	X	X
D 検査	X	○	○	○	○
E 画像診断	X	○	○	○	○
F 投薬	X	○	○	○	○
G 注射	X	○	○	○	○
H リハビリテーション	X	X	X	○	X
I 精神科専門療法	X	X	X	○	○
J 処置	X	○ (1000点以上を除く)	○	○	○
K 手術	X	X	X	X	○
L 麻酔	X	X	X	X	○
M 放射線治療	X	X	X	○	○
N 病理診断	X	X	○	○	○

○：包括項目 X：出来高算定項目

筆者註) この表は、全体の概要を理解するために簡略化しています。各項目のなかには例外等もありますので、その点ご注意ください。

○・・・包括支払い

×・・・出来高支払い

## ●急性期の病床利用率(稼働率)

全国平均

75%

85%を越えると

混合病棟化

95%を越えると

男女混合化

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

病床削減で稼働率  
UP?

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

## ●地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟

もともと混合病棟であるが、急速にこれらの病棟が増える。



**日本全国混合病棟化**

## ●院内トレーニングが大きな課題

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

## ●医療安全がより重視

- ・医療事故報告の推進

混合病棟化の増加

研修の課題

医療安全の重視



レベルを見直して、院内全体の統一した手順、簡便な研修方法が最重要



医療の質



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



手順の標準化



知識の標準化



材料の標準化

診療報酬  
介護報酬





## 医療DXとは

### DXとは

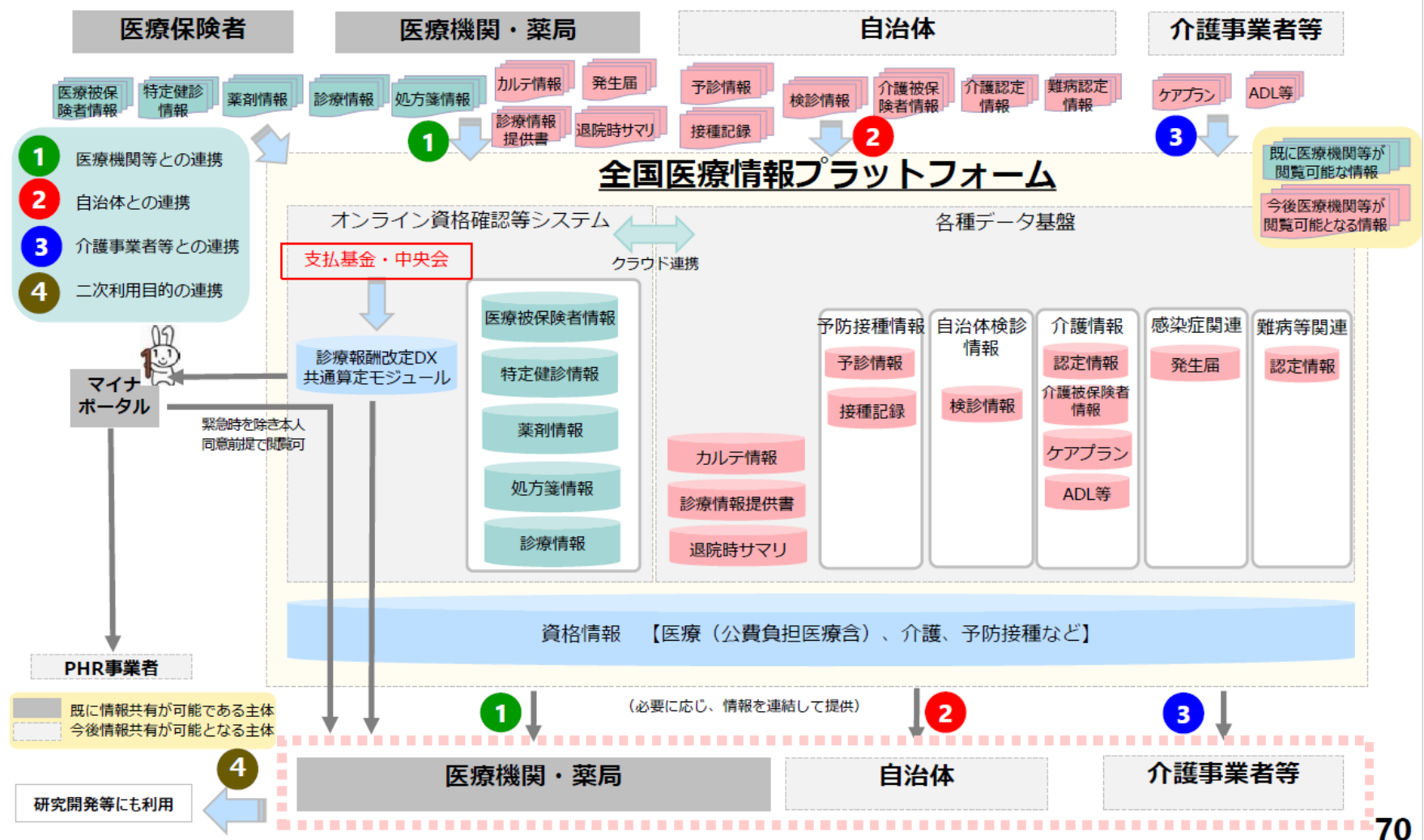
DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。  
（情報処理推進機構DXスクエアより）

### 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)



## ●医療提供体制に関するポイント・キーワード

- ・三位一体の改革
- ・病院の機能：特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関
- ・紹介率・逆紹介率、在宅復帰率
- ・医療DX

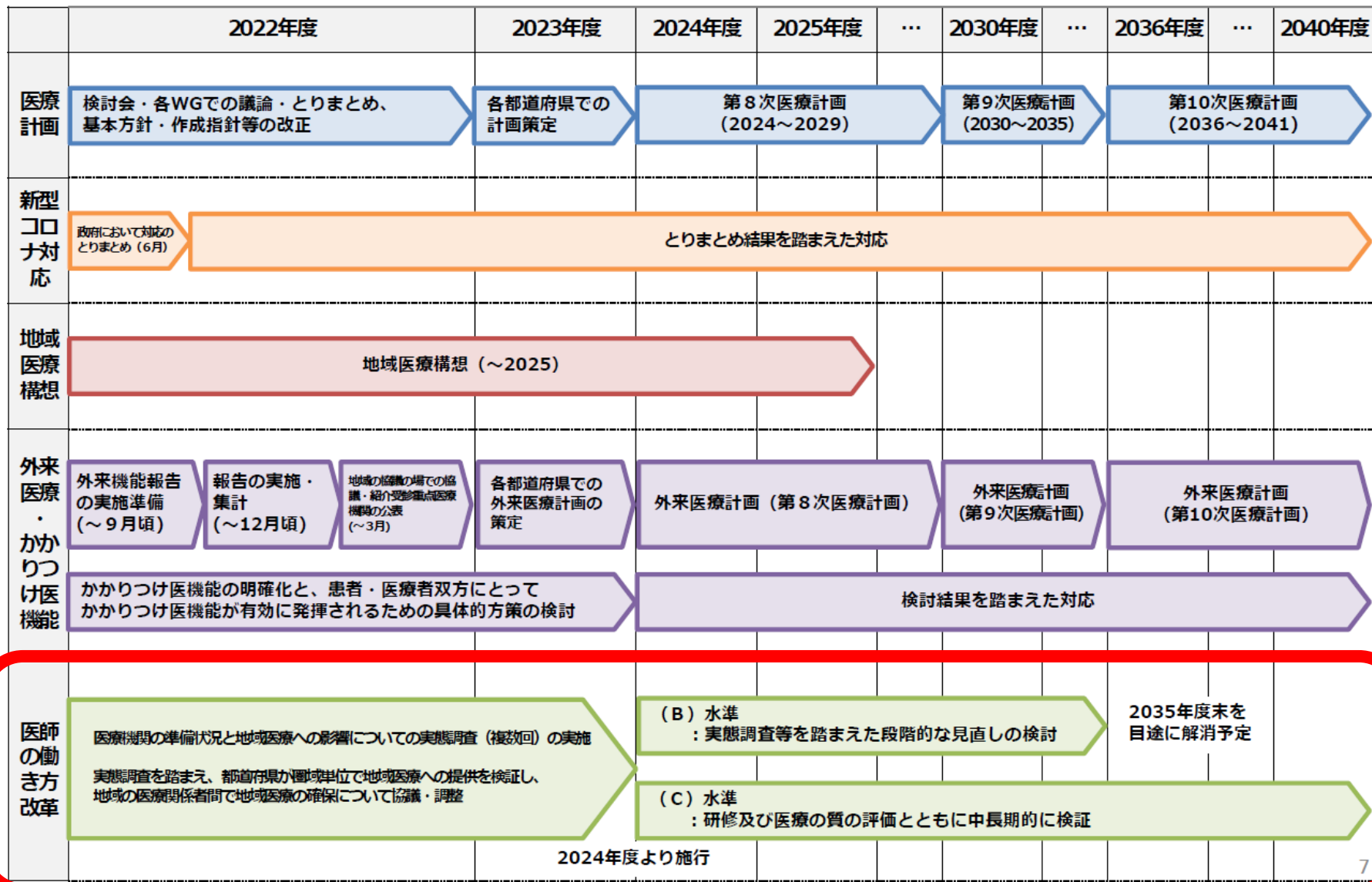
## ●働き方改革のポイント・キーワード

- ・「勤務医」の働き方改革
- ・高度急性期が中心（ER、ICU、外科系、麻酔）
- ・医療関連職種へのタスクシフト
- ・認定看護師、特定看護師、NPの活用か、看護師や関連職種全体のタスクの見直しか？
- ・混合病棟化、複合病棟編成化での、看護師等のスキル維持、手順の標準化
- ・「手順の標準化」＝「知識の標準化」＋「材料の標準化」のレベル感

## ●トリプル改定の前に、診療報酬のポイント・キーワード

- ・診療報酬の基本構造
- ・レセプトの審査
- ・適時調査と指導
- ・読み解く5つのポイント
- ・トリプル改定の概要

# 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・行政をあげ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

病院勤務医の約1割

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

約2万人

病院勤務医の約3割

集中的技能向上水準対象業務に従事する医師（選択した者のみ）

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

現状

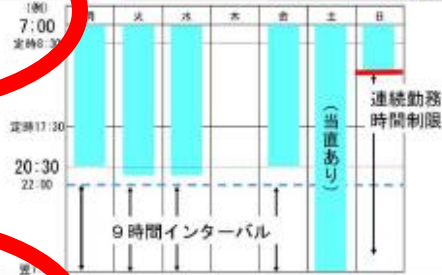
2024.4  
上限規制適用

暫定特例水準の適用終了

（時間外労働の年間時間数）

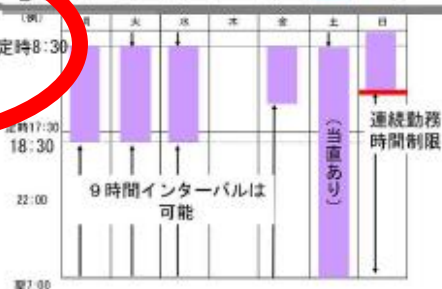
1,860時間

その働き方の例



960時間

その働き方の例



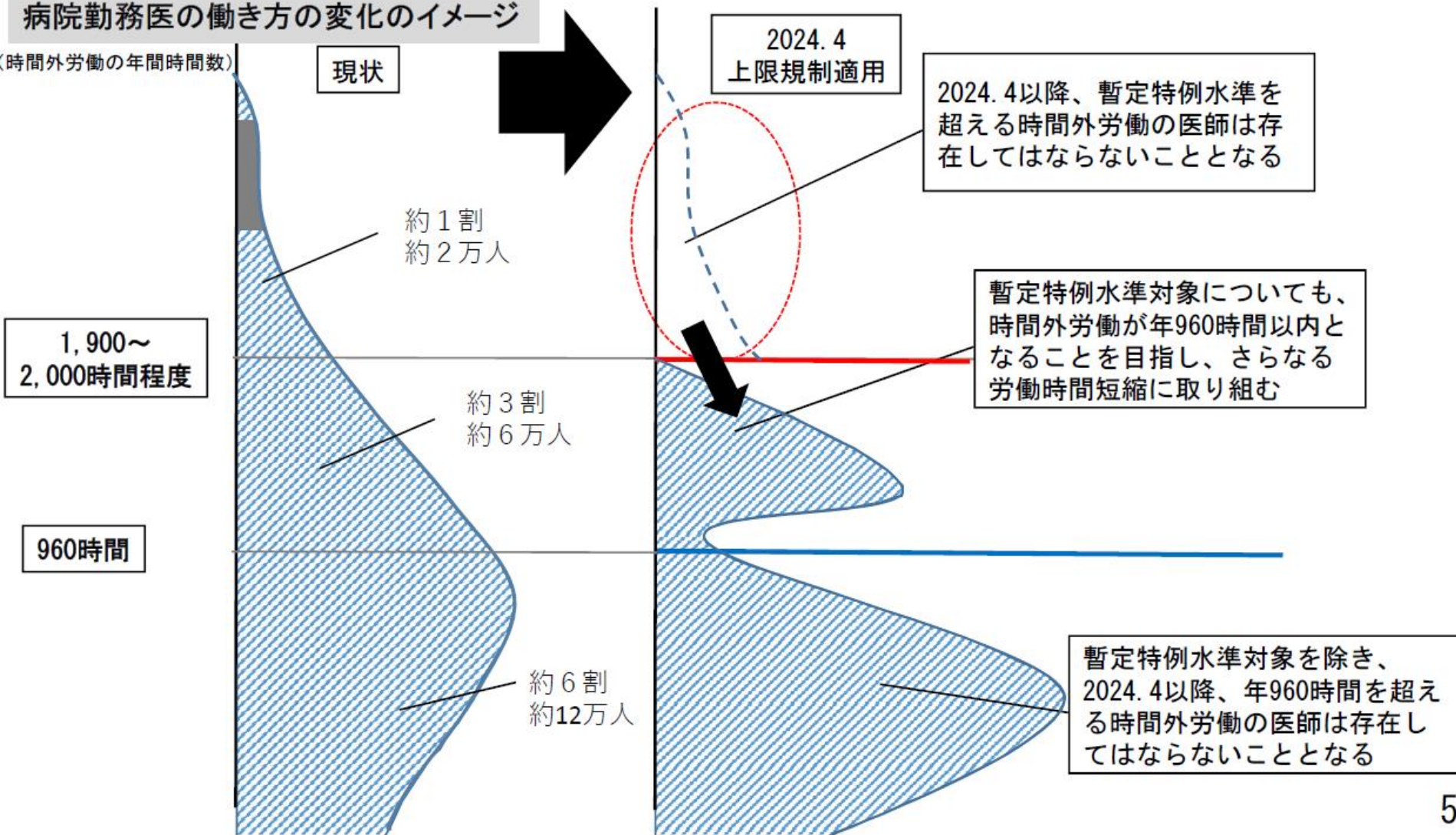


# 2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例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り、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

## 病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

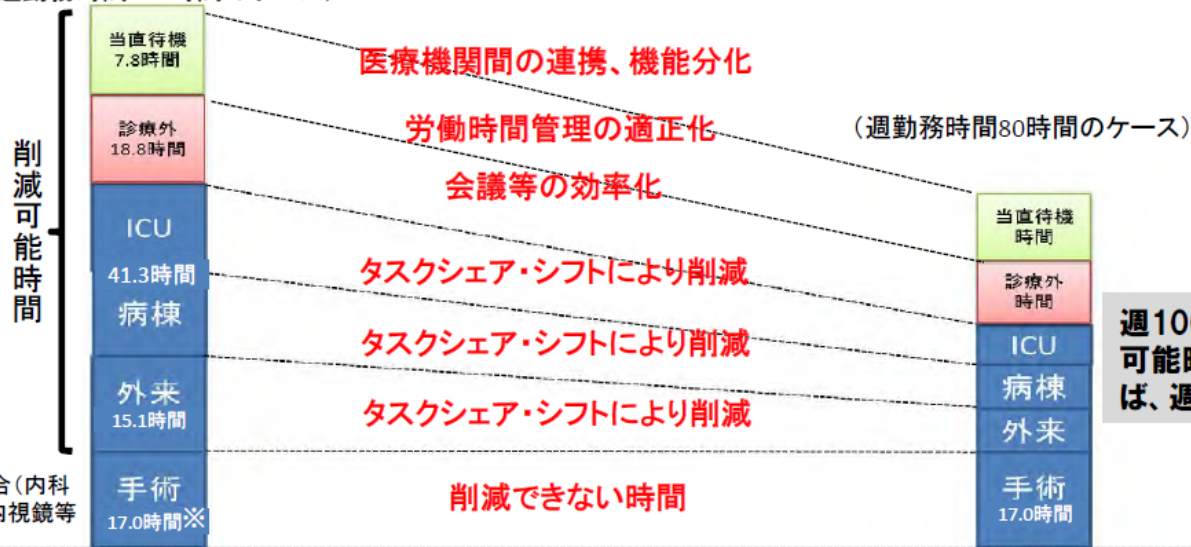




# 極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

○ 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)



週100時間勤務の場合、削減可能時間を約25%削減できれば、週80時間水準が達成可能

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

2014年6月25日の公布・施行

全国会議(平成26年7月28日)資料

# 医療介護総合確保推進法等について

19の関連法の  
束ね法案

# 資料目次(1)

## 《医療介護総合確保推進法(医療部分)の概要》

### 1. 2025年に向けた医療提供体制の改革の内容……(P1)

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

## 《医療提供体制に関する制度改正》

### 2. 都道府県に設置する基金……(P12)

(施行期日:公布日(平成26年6月25日))

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

## 資料目次(2)

### 3. 病床機能報告制度……………(P18)

(施行期日:平成26年10月1日)

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

### 4. 地域医療構想……………(P24)

(施行期日:平成27年4月1日)

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

### 《医療従事者・医療法人に関する制度改正》

### 5. 医師・看護師等の確保対策……………(P32)

(施行期日)

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

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

## 資料目次(3)

### 6. 医療機関の勤務環境改善……………(P52)

(施行期日:平成26年10月1日)

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

### 7. チーム医療の推進……………(P65)

(施行期日)

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

#### (1) 特定行為に係る看護師の研修制度について

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



## 資料目次(4)

### 8. 医療法人制度の見直し……………(P79)

(施行期日:平成26年10月1日)

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

### 《医療安全に関する制度改正》

### 9. 医療事故調査制度……………(P91)

(施行期日:平成27年10月1日)

- (1) 医療事故に関する調査の仕組み

## 資料目次(5)

《高度な医療技術・国際水準の臨床研究を実施するための  
制度改正》

### 10. 臨床修練制度……………(P93)

(施行期日:平成26年10月1日)

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

《その他》……………(P105)

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

### 11. 臨床研究中核病院……………(P97)

(施行期日:平成27年4月1日)

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

(再掲)

【参考】 現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例 (1)

【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について  
(令和3年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知)

看護師

- ① 特定行為 (38行為21区分) の実施
- ② 事前に取り決めたプロトコル (※) に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
- ③ 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコルに基づく採血・検査の実施
- ④ 血管造影・画像下治療 (IVR) の介助
- ⑤ 注射、採血、静脈路の確保等
- ⑥ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
- ⑦ 診察前の情報収集

助産師

- ① 院内助産 ② 助産師外来

薬剤師

- ① 周術期における薬学的管理等
- ② 病棟等における薬学的管理等
- ③ 事前に取り決めたプロトコルに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ④ 薬物療法に関する説明等
- ⑤ 医師への処方提案等の処方支援
- ⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

診療放射線技師

- ① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- ② 画像誘導放射線治療 (IGRT) における画像の一次照合等
- ③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
- ④ 血管造影・画像下治療 (IVR) における補助行為
- ⑤ 病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射
- ⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領
- ⑦ 放射線管理区域内での患者誘導
- ⑧ 医療放射線安全管理責任者

臨床検査技師

- ① 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
- ② 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
- ③ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
- ④ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
- ⑤ 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
- ⑥ 病棟・外来における採血業務
- ⑦ 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞 (幹細胞等) ・胚細胞に関する操作
- ⑧ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
- ⑨ 救急救命処置の場における補助行為の実施
- ⑩ 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
- ⑪ 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
- ⑫ 病理診断における手術検体等の切り出し
- ⑬ 画像解析システムの操作等
- ⑭ 病理解剖

臨床工学技士

- ① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
- ② 人工呼吸器の設定変更
- ③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
- ④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
- ⑤ 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑦ 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認
- ⑧ 全身麻酔装置の操作
- ⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
- ⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
- ⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
- ⑫ 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
- ⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

(再掲)

## 【参考】現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例(2)

### 【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

<b>理学療法士</b>	<b>視能訓練士</b>
① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力
<b>作業療法士</b>	② 視機能検査に関する検査結果の報告書の記載
① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	<b>義肢装具士</b>
② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能(認知機能を含む)、ADL等の評価等	① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等
<b>言語聴覚士</b>	② 装具を用いた足部潰瘍の免荷
① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	③ 切断者への断端管理に関する指導
② 侵襲性を伴わない嚥下検査	<b>救急救命士</b>
③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択	① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察
④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等	② 救急外来等での診療経過の記録
	③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

### 【その他職種にかかわらずタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

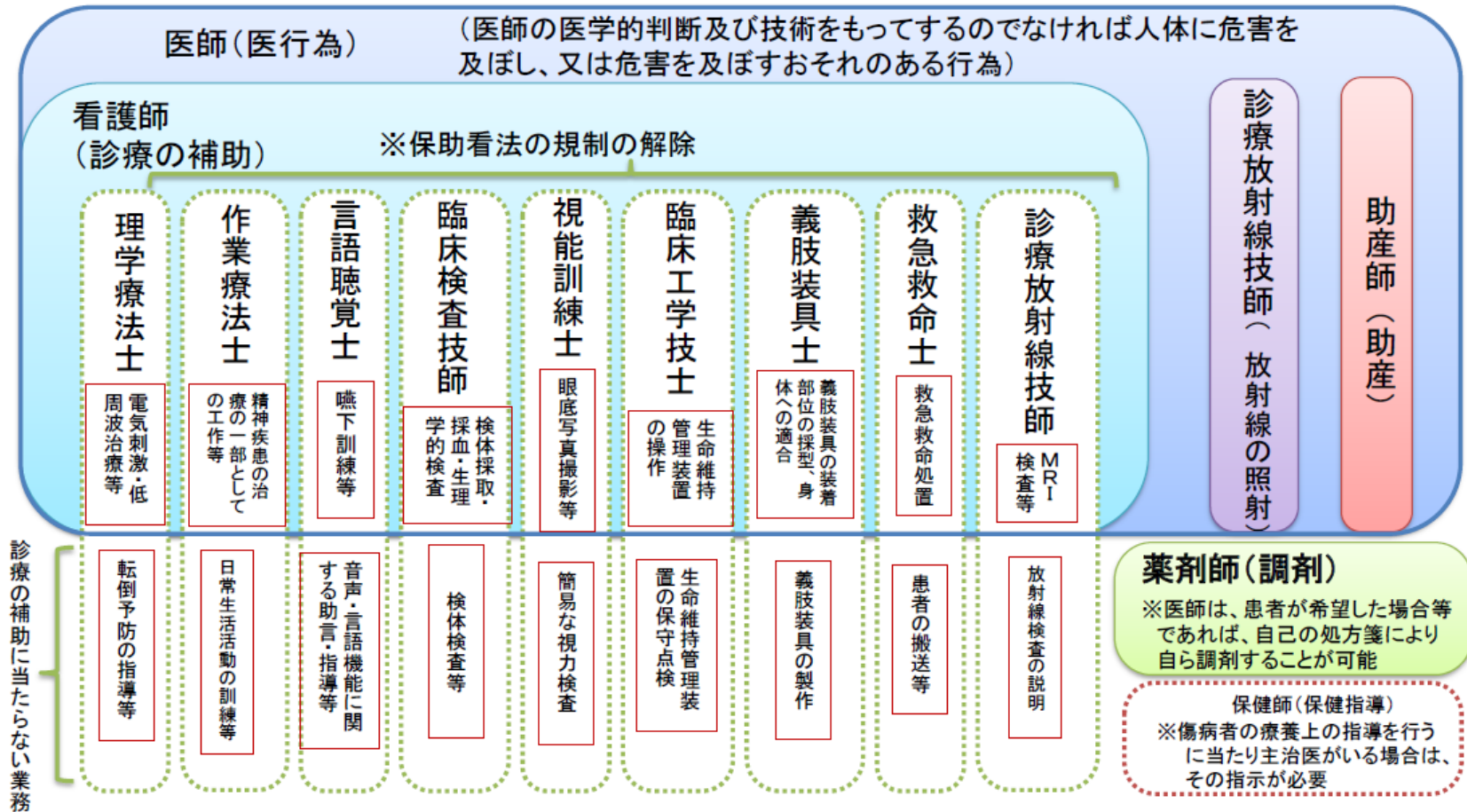
- ① 診療録等の代行入力(電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力)
- ② 各種書類の記載(医師が最終的に確認または署名(電子署名を含む。)することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務)
- ③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ④ 日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領(日常的に行われる検査について、医療機関の定めた定型的な説明を行う、又は説明の動画を閲覧してもらった上で、患者又はその家族から検査への同意書を受領)
- ⑤ 入院時のオリエンテーション(医師等から入院に関する医学的な説明を受けた後の患者又はその家族等に対し、療養上の規則等の入院時の案内を行い、入院誓約書等の同意書を受領)
- ⑥ 院内での患者移送・誘導
- ⑦ 症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務



# 診療の補助について（歯科領域を除く）

タスク・シフト/シェア推進に関する検討会  
議論の整理の公表について  
令和2年12月23日  
別添1

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

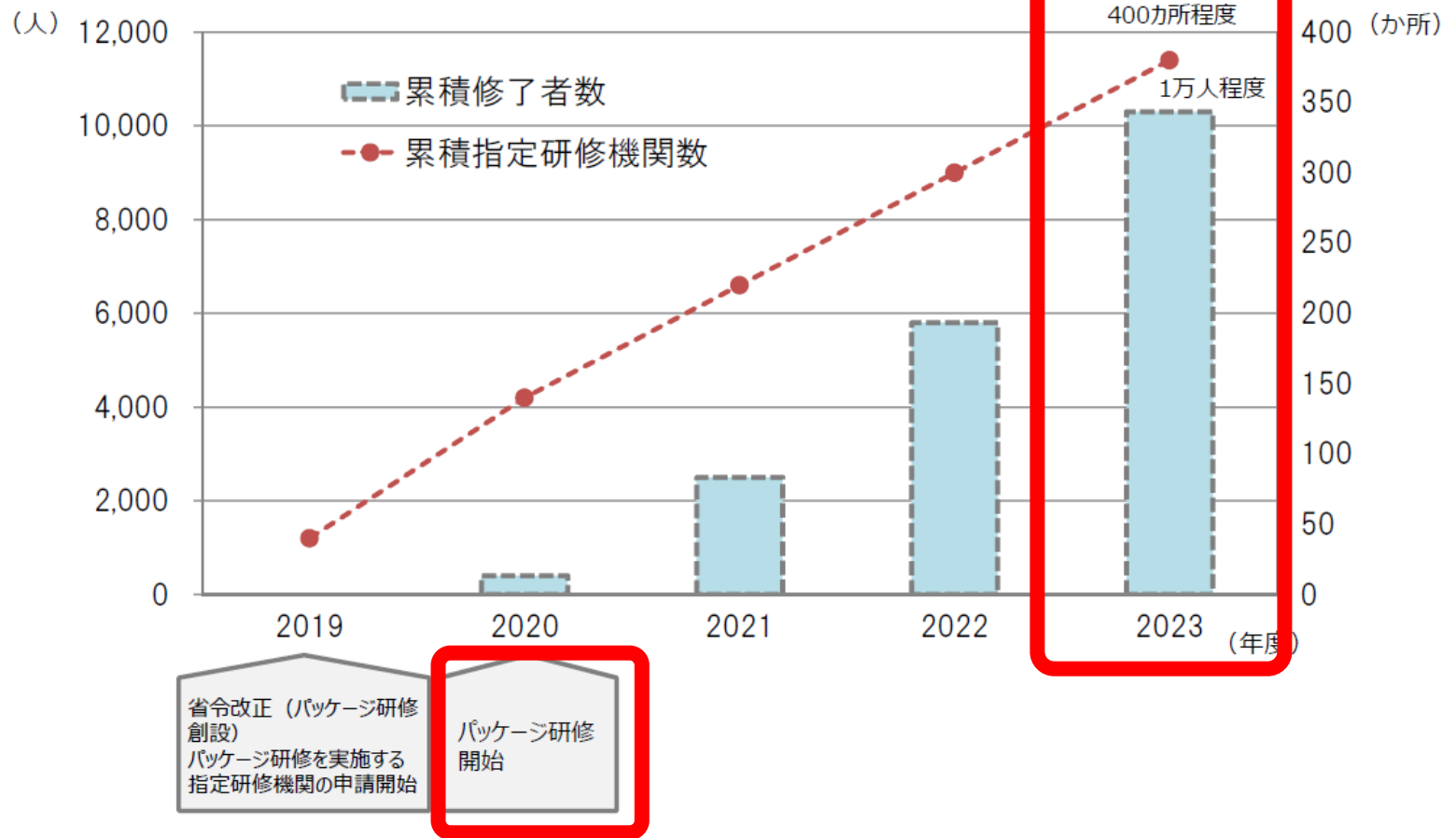




## 特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

- 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
	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)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

# 手順書

手順書は、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書又は電磁的記録※<sup>1</sup>であって、次に掲げる事項が定められているものであること。

- (1) 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
- (2) 診療の補助の内容
- (3) 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者※<sup>2</sup>
- (4) 特定行為を行うときに確認すべき事項
- (5) 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
- (6) 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

※<sup>1</sup> 電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。

※<sup>2</sup> 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者とは、当該手順書が適用される患者の一般的な状態を指し、実際に手順書を適用する場面では、医師又は歯科医師が患者を具体的に特定した上で、看護師に対して手順書により特定行為を行うよう指示をすることがあること。

(改正後の法第37条の2第2項第2号、特定行為研修省令第3条関係)

「直接動脈穿刺法による採血」に係る手順書のイメージ

事項	具体的な内容
○当該手順書に係る特定行為の対象となる患者	呼吸状態の変化に伴い迅速な対応が必要となりうる患者
○看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲	以下のいずれかが当てはまる場合 呼吸状態の悪化が認められる(SpO <sub>2</sub> 、呼吸回数、血圧、脈拍等) 意識レベルの低下(GCS●点以下又はJCS●桁以上)が認められる
○診療の補助の内容	病状の範囲に合致する場合は、直接動脈穿刺による採血を実施
○特定行為を行うときに確認すべき事項	穿刺部位の拍動がしっかり触れ、血腫がない
○医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制	①平日日勤帯 担当医師又は歯科医師に連絡する ②休日・夜勤帯 当直医師又は歯科医師に連絡する
○特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法	手順書による指示を行った医師又は歯科医師に採血の結果と呼吸状態を報告する(結果が出たら速やかに報告)

# 特定行為等の概念図

絶対的医行為（例：手術、処方、診断）

診療の補助  
（看護師が医師の指示のもとでできる領域）

# 特定行為等の概念図

絶対的医行為（例：手術、処方、診断）

海外のNPのできる領域（単独で一部の診断、処方、処置）

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

診療の補助  
（看護師が医師の指示のもとでできる領域）



# 特定行為等の概念図 (例 1)

絶対的医行為 (例：手術、処方、診断)

海外のNPのできる領域 (単独で一部の診断、処方、処置)

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

診療の補助  
(看護師が医師の指示のもとでできる領域)

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

# 特定行為等の概念図 (例2)

絶対的医行為 (例: 手術、処方、診断)

海外のNPのできる領域 (単独で一部の診断、処方、処置)

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

診療の補助  
(看護師が医師の指示のもとでできる領域)

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

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

# 特定行為等の概念図 (例 3)

絶対的医行為 (例: 手術、処方、診断)

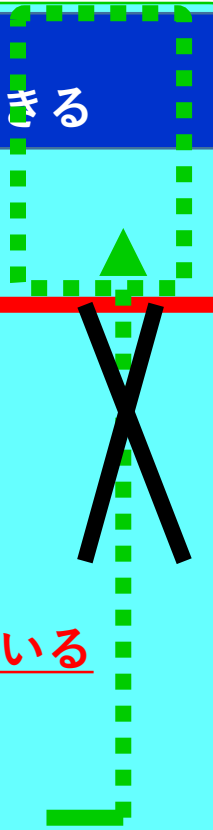
海外のNPのできる領域 (単独で一部の診断、処方、処置)

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

診療の補助  
(看護師が医師の指示のもとでできる領域)

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

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



## 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
	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)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

# 特定行為研修制度における領域別パッケージ研修

平成31年4月26日に保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令の一部を改正する省令が公布された。本改正により、領域別に特定行為をパッケージ化し研修することが可能となった。

## 領域別パッケージ研修とは

- 特定行為研修は区分毎に受講するよう定められているところ、領域別パッケージ研修では、各領域において一般的な患者の状態を想定し、特定の領域において実施頻度が高い特定行為をまとめた。
- 厚生労働大臣が適当と認める場合において、当該特定行為研修に係る特定行為の一部を免除した研修を行うことができる。
- 領域別パッケージ研修の修了者について、免除された特定行為については、修了したことにはならない。

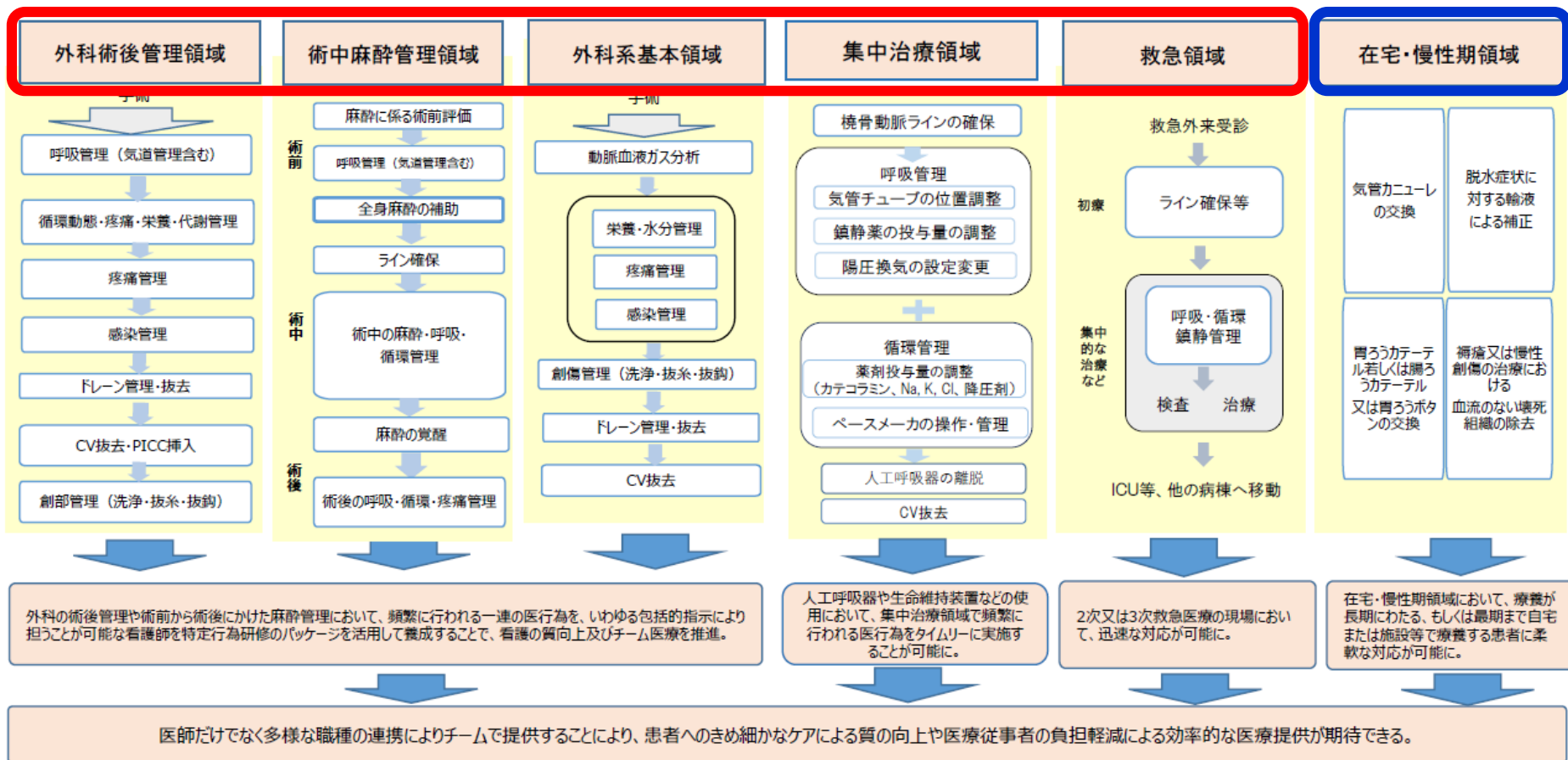
## 領域とは

- 区分や特定行為をまとめて研修した方が現場での活用に資すると考えられる領域。
- 領域は、在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域、救急領域、外科系基本領域、**集中治療領域**の6領域。(2020年10月時点)



# 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。

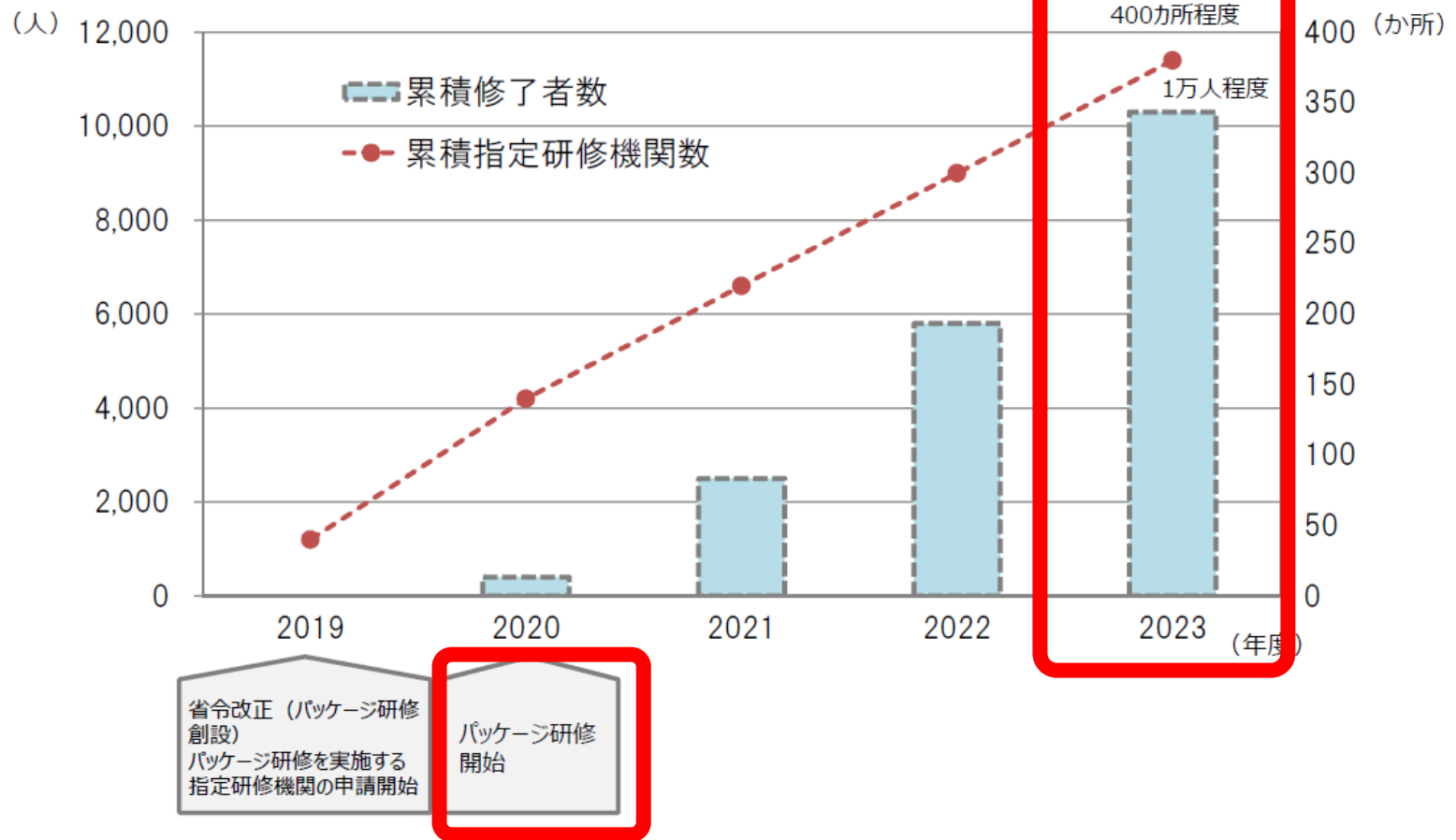


（一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施）

## 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



# 第8次医療計画における 特定行為研修に係る目標値の考え方

令和4年12月5日

第30回医道審議会保健師助産師看護師分科会  
看護師特定行為・研修部会

資料  
2  
※一部改変

## ■ 特定行為研修修了者の就業者数の目標値についての基本的な考え方と算出例

1

### 在宅・慢性期領域の就業者数

#### 【算出例】

- 看護師数が常勤換算5名以上の訪問看護ステーションに、特定行為研修修了者各1名以上の配置する場合の就業者数
- 地域の訪問看護ステーションの特定行為研修への受講ニーズ調査から算出
- 在宅医療を支える医療機関における同行訪問を行う特定行為研修就業者数
- 療養病棟等に1名以上配置する場合の就業者数 等

例

全訪問看護ステーション数：100

うち、看護師が常勤換算で5名以上の訪問看護ステーション数：40

40の訪問看護ステーションに1名以上の修了者：40  
箇所×1名=40名以上

2

### 新興感染症等の有事に対応可能な 就業者数

#### 【算出例】

- 有事に、ICUや救命救急等の集中治療を担う全ての病棟において、機動的かつ流動的な対応が可能となる特定行為研修修了者の人数（例えば、診療報酬の施設基準に係る看護師以外に2名以上配置、等）
- 新型コロナウイルス感染症の重症患者を受け入れている医療機関のニーズ 等

例

特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟数：35

救命救急入院料を算定する病棟数：15

上記の各病棟に最低2名以上の配置：

2名×35=70名  
2名×15=30名  
2名×50=100名以上

3

### 医療機関における看護の質の向上と タスク・シフト/シェアに資する就業者数

#### 【算出例】

- 医療機関の看護師の特定行為研修への受講ニーズ
- 医師労働時間短縮計画の作成対象となる医療機関や、総合入院体制加算を算定する医療機関における特定行為研修修了者の養成ニーズ調査等から算出  
(例えば、医療機関が以下のように算出したものの積み上げ。  
・高度急性期病棟に各勤務帯1名以上、毎日配置するために必要な人数  
・外科病棟に日勤帯に1名以上、毎日配置するために必要な人数) 等 等

①～③の合計+α (その他、地域の実情に応じて都道府県独自の観点で目標数を追加)

都道府県ごとの特定行為研修修了者の就業者の目標値

61

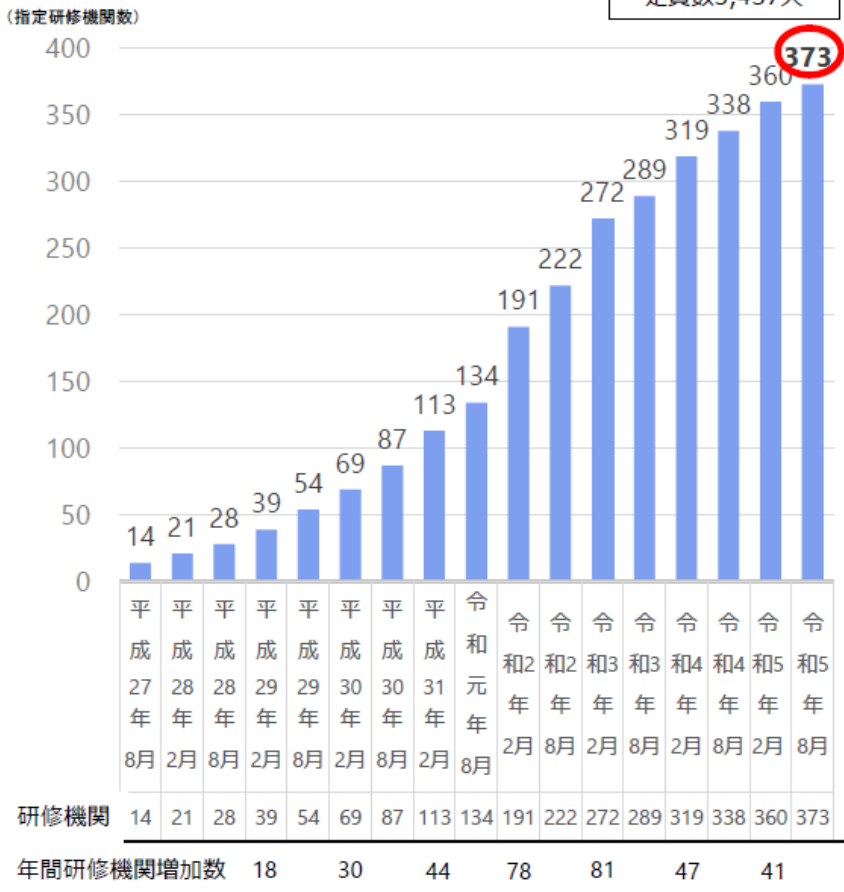
65

## 現状（指定研修機関数・研修修了者の推移）

○特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和5年8月現在で**373**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は**5,437**人である。

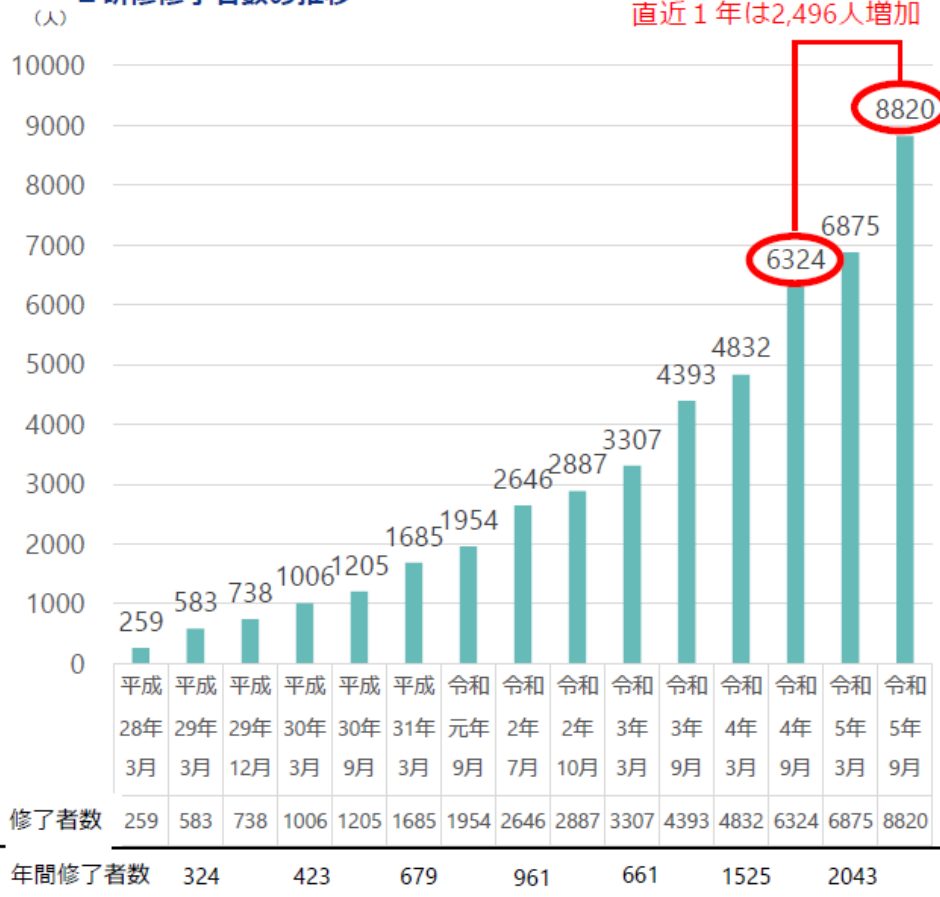
○特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和5年8月現在で**8,820**名である。

### ■ 指定研修機関数の推移



(厚生労働省医政局看護課調べ)

### ■ 研修修了者数の推移

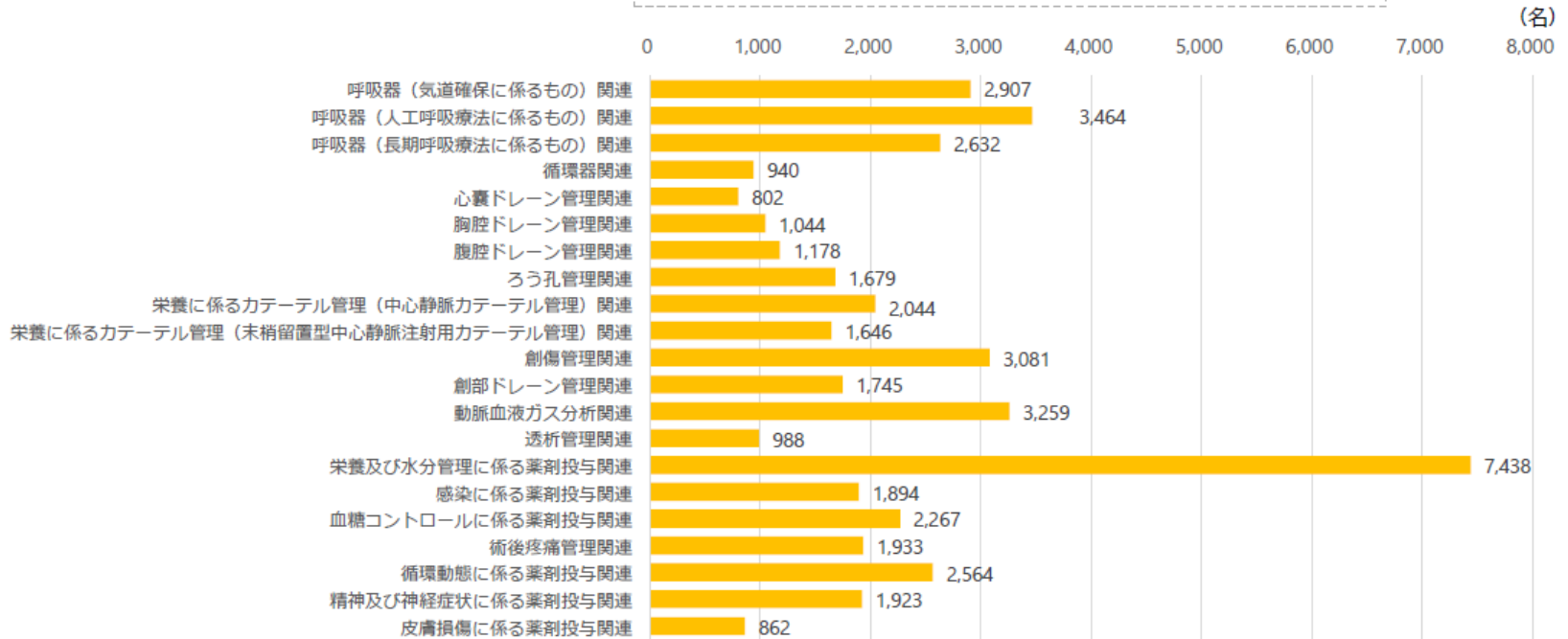


(令和2年はCOVID19影響で7月末時点)

# 特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区分別）

## ■ 特定行為研修を修了した区分別看護師数

特定行為研修修了者数：8,820名（令和5年9月現在）  
各区分別修了者数の合計値：46,290名



出典：医政局看護課調べ

## ■ 就業場所別の就業状況

n = 4,653

就業場所	病院	診療所	訪問看護 ステーション	介護福祉 施設	教育機関	その他	未就労	不明※1
就業者総数	3,481	47	246	30	44	26	12	767
割合	74.8%	1.0%	5.3%	0.6%	0.9%	0.6%	0.3%	16.5%

※1 「都道府県」「就業場所」いずれかに回答がない者

出典：令和4年「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」調査結果をもとに医政局看護課にて作成

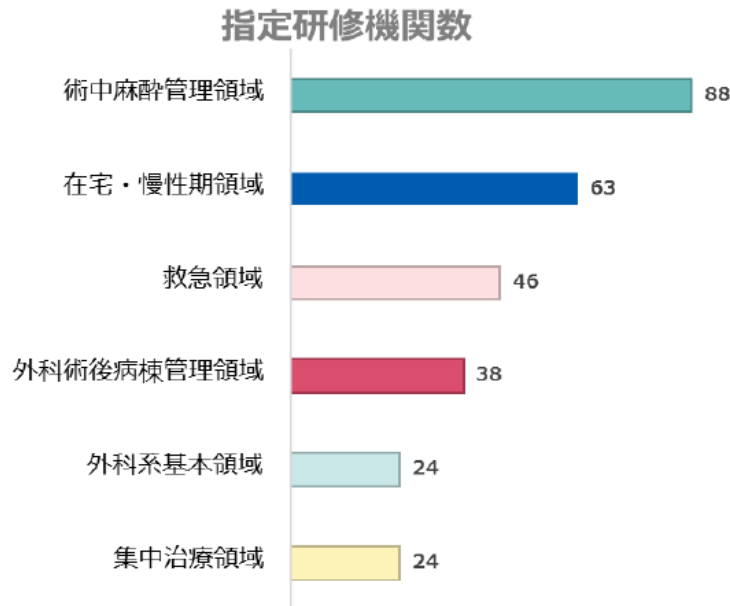


## 2. 現状（領域パッケージの指定研修機関数推移及び修了者数推移）

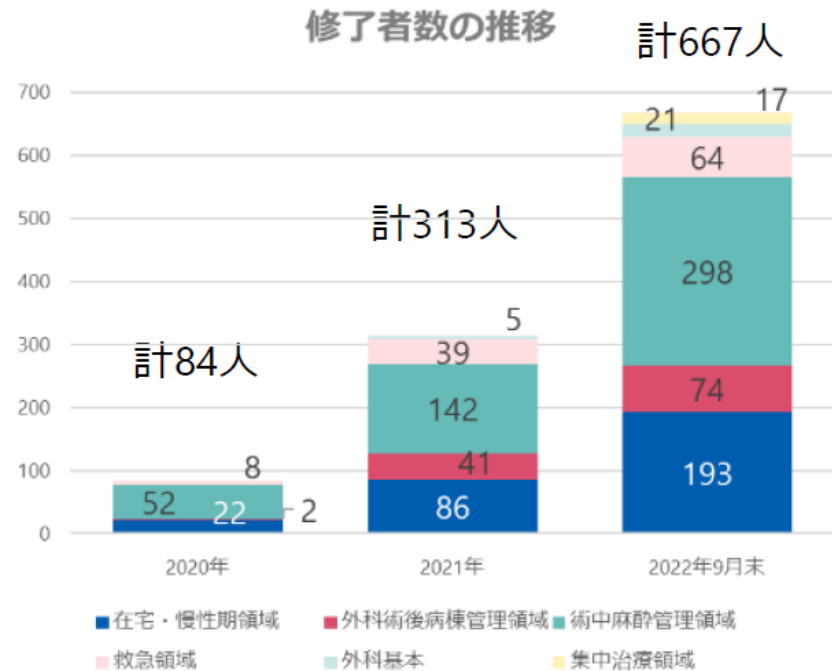
- 領域パッケージにおいて令和4年9月で、指定研修機関は171機関、修了者数は667人となった。

領域パッケージを開講している指定研修機関は171機関

各領域別のパッケージ研修実施



各領域別パッケージ研修

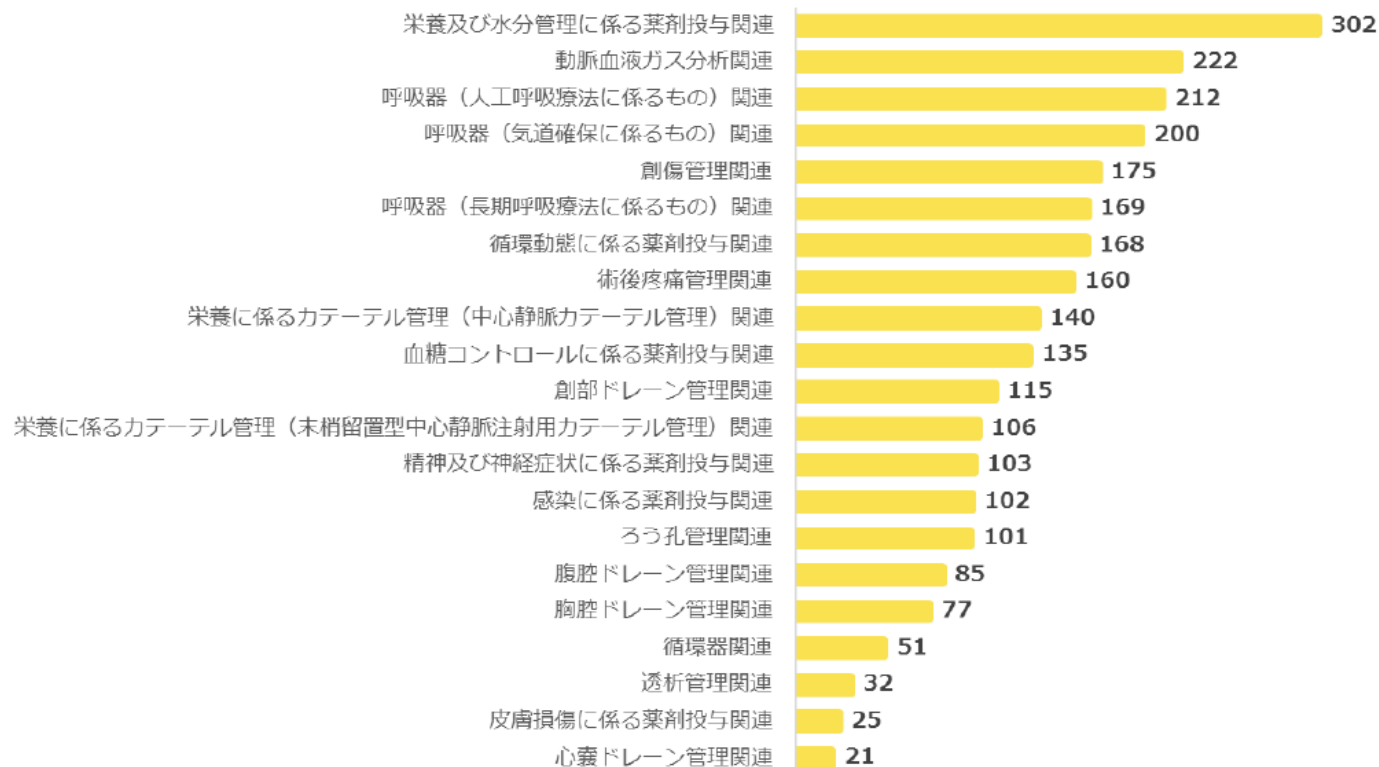


令和4年9月 看護課調べ

## 2. 現状（指定研修機関の特定行為区分別開講状況）


- 特定行為区分別にみると、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の研修を開講している指定研修機関がもっとも多い。次いで、「動脈血液ガス分析関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」が多い。

### ■ 各特定行為区分別の研修実施指定研修機関数（n=338）



（2022年8月現在：医政局看護課調べ）

表2 看護師の専門性についての概要

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

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

# 特定行為研修に係る診療報酬上の評価（平成30年度改定）

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ <b>B001・20 糖尿病合併症管理料</b>                      [算定要件]                      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に月に1回に限り算定                      [施設基準]                      糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。</p>	<p>○以下の2区分とも修了した場合                      ・創傷管理関連                      ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連</p>
<p>■ <b>B001・27 糖尿病透析予防指導管理料</b>                      [算定要件]                      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。                      [施設基準]                      透析予防診療チームが設置されており、専任の看護師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者。</p>	<p>○血糖コントロールに係る薬剤投与関連</p>
<p>■ <b>C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</b>                      [算定要件]                      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。                      [施設基準]                      在宅褥瘡対策チームが設置されていること。在宅褥瘡対策チームの医師、看護師（又は保健師、助産師）のいずれか1名以上は、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。                      ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者                      イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者</p>	<p>○創傷管理関連</p>
<p>■ <b>A301 特定集中治療室管理料1及び2</b>                      [算定要件]                      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患者。                      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                      [施設要件]                      集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。</p>	<p>○以下の8区分をすべて修了した場合                      ・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                      ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連                      ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連                      ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連                      ・循環動態に係る薬剤投与関連                      ・術後疼痛管理関連                      ・循環器関連                      ○以下のパッケージ研修を修了した場合（令和4年度改定～）                      ・外科術後病棟管理領域                      ・術中麻酔管理領域                      ・救急領域                      ・集中治療領域</p>



# 特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和2年度改定）

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ <b>A200 総合入院体制加算</b>            [施設基準]            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>■ <b>L010 麻酔管理料Ⅱ</b>            [算定要件]            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、麻酔前後の診察の内容を当該看護師に共有すること。            [施設基準]            ・担当医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するにあたっては当該研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されていること。            ・上記の場合にあっては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。</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"> <li>・呼吸器（気道確保に係るもの）関連</li> <li>・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連</li> <li>・動脈血液ガス分析関連</li> <li>・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</li> <li>・術後疼痛管理関連</li> <li>・循環動態に係る薬剤投与関連</li> </ul>
<p>■ <b>C300 特定保険医療材料</b>            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イ 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>以下の特定行為を実施した場合に算定可能</p> <p>①ろう孔管理関連</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・膀胱ろうカテーテルの交換</li> </ul> <p>②創傷管理関連区分のうち</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・創傷に対する陰圧閉鎖療法</li> </ul>



# 特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和4年度改定）①

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ <b>A230-4 精神科リエゾンチーム加算</b>            ■ <b>A233-2 栄養サポートチーム加算</b>            ■ <b>A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</b>            ■ <b>A242 呼吸ケアチーム加算</b>            ■ <b>A242-2 術後疼痛管理チーム加算</b></p> <p>[施設基準]            国又は医療関係団体等が主催する研修（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）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号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。            （※加算によっては一部表現の違いあり）</p>	<p>【精神科リエゾンチーム加算】            ・精神及び神経症状に係る薬剤投与に関連</p> <p>【栄養サポートチーム加算】            以下の3区分をすべて修了した場合            ・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            ・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            ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与に関連</p> <p>【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】            ・創傷管理関連</p> <p>【呼吸ケアチーム加算】            以下の2区分をすべて修了した場合            ・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</p> <p>【術後疼痛管理チーム加算】            ・術後疼痛管理関連            ・パッケージ研修のうち、            外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域、外科系基本領域</p>
<p>■ <b>C004 重症患者搬送加算（救急搬送診療料）</b></p> <p>[算定要件]            救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。</p> <p>[施設基準]            (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。            ア 集中治療の経験を5年以上有する医師            イ 看護師            ウ 臨床工学技士</p> <p>(3) (1)のイに掲げる看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師であることが望ましいこと。また、ここでいう「適切な研修」とは、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に限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修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号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。</p>	<p>○以下の8区分をすべて修了した場合            ・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            ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与に関連            ・血糖コントロールに係る薬剤投与に関連            ・循環動態に係る薬剤投与に関連            ・術後疼痛管理関連            ・循環器関連            ・精神及び神経症状に係る薬剤投与に関連</p> <p>○以下のパッケージ研修を修了した看護師            ①外科術後病棟管理領域            ②術中麻酔管理領域            ③救急領域            ④集中治療領域</p>

# 特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和4年度改定）②

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ <b>A300/A301 重症患者対応体制強化加算（救命救急入院料、特定集中治療室管理料）</b>                      [算定要件]                      重症患者の対応に係る体制につき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病室に入院している患者について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。                      [施設基準]                      (1) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が1名以上配置されていること。                      (3) 常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること。                      (4) (3)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講すること。                      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に限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修                      イ 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集中治療を必要とする患者の看護に関する研修</p>	<p>○以下の8区分をすべて修了した場合                      ・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                      ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連                      ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連                      ・循環動態に係る薬剤投与関連                      ・術後疼痛管理関連                      ・循環器関連                      ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</p> <p>○以下のパッケージ研修を修了した看護師                      ①外科術後病棟管理領域                      ②術中麻酔管理領域                      ③救急領域                      ④集中治療領域</p>
<p>■ <b>A300/A301/A301-2・3・4 早期離床・リハビリテーション加算（救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料）</b>                      [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病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、入室した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。                      [施設基準]                      (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。                      ア 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師                      イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師                      ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士                      (4) (1)のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、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）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした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集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。</p>	<p>○以下の8区分をすべて修了した場合                      ・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                      ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連                      ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連                      ・循環動態に係る薬剤投与関連                      ・術後疼痛管理関連                      ・循環器関連                      ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</p> <p>○以下のパッケージ研修を修了した看護師                      ①外科術後病棟管理領域                      ②術中麻酔管理領域                      ③救急領域                      ④集中治療領域</p>



# 特定行為研修に係る診療報酬上の評価（令和4年度改定）③

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ <b>専門性の高い看護師による同行訪問（訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)の八)</b>                      [算定要件]                      悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。                      [届出基準]                      当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。                      ※在宅患者訪問看護・指導料の3、同一建物居住者訪問看護・指導料の3についても同様。</p>	<p>○以下の研修を修了した看護師                      ・創傷管理関連</p>
<p>■ <b>機能強化型訪問看護管理療養費1～3（訪問看護管理療養費）</b>                      [届出基準]                      専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。なお、ここでいう専門の研修とは、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に限る。）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研修であること。また、当該看護師は、当該訪問看護ステーション、地域の訪問看護ステーション又は地域の保険医療機関等に対して、当該看護師の有する専門的な知識及び技術に応じて、質の高い在宅医療や訪問看護の提供の推進に資する研修等を実施していることが望ましい。</p>	<p>○特定行為研修修了者である看護師（いずれの区分、領域別パッケージでも可）</p>
<p>■ <b>専門管理加算の「ロ」（訪問看護管理療養費）</b>                      [算定要件]                      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、専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。  <input type="checkbox"/> 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                      [届出基準]  <input type="checkbox"/> 保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三十三号）第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する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を修了した看護師が配置されていること。                      ※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の専門管理加算についても同様。</p>	<p>○以下の研修を修了した看護師                      ①以下のいずれかの区分を修了した看護師                      ・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                      ②在宅・慢性期領域（パッケージ研修）</p>
<p>■ <b>C007/I012-2 手順書加算（訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料）</b>                      [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、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）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（同項第5号に規定する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、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り150点を所定点数に加算する。</p>	<p>○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                      ・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</p>

# ざっくりとした日本の医療環境（介護除く）

大分類	小分類	数	
●病院数		8,100	
	精神科除く	7,100	
	精神科含む→	200床以上	2,400
		200症未満	5,700
●診療所数	全体	105,000	
	有床	6,000	
	無床	99,000	
●訪問看護ステーション	ステーション数	13,000	
◆ベッド数	一般病床（急性期/回復期）	900,000	
	療養病床	300,000	
■医師数	医療機関所属	330,000	
	病院勤務	220,000	
■看護師数	医療関連所属（準看含む）	1,500,000	
重なりあり	認定看護師	23,000	
	WOC	2,600	
	特定看護師	10,000	
	NP	700	

# 診療の補助について（歯科領域を除く）

タスク・シフト/シエア推進に関する検討会  
議論の整理の公表について  
令和2年12月23日

別添1

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





# 特定行為等の概念図 (例2)

絶対的医行為 (例: 手術、処方、診断)

海外のNPのできる領域 (単独で一部の診断、処方、処置)

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

診療の補助  
(看護師が医師の指示のもとでできる領域)

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

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

# 特定行為等の概念図 (例 2-2)

絶対的医行為 (例: 手術、処方、診断)

海外のNPのできる領域 (単独で一部の診断、処方、処置)

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

診療の補助  
(看護師が医師の指示のもとでできる領域)

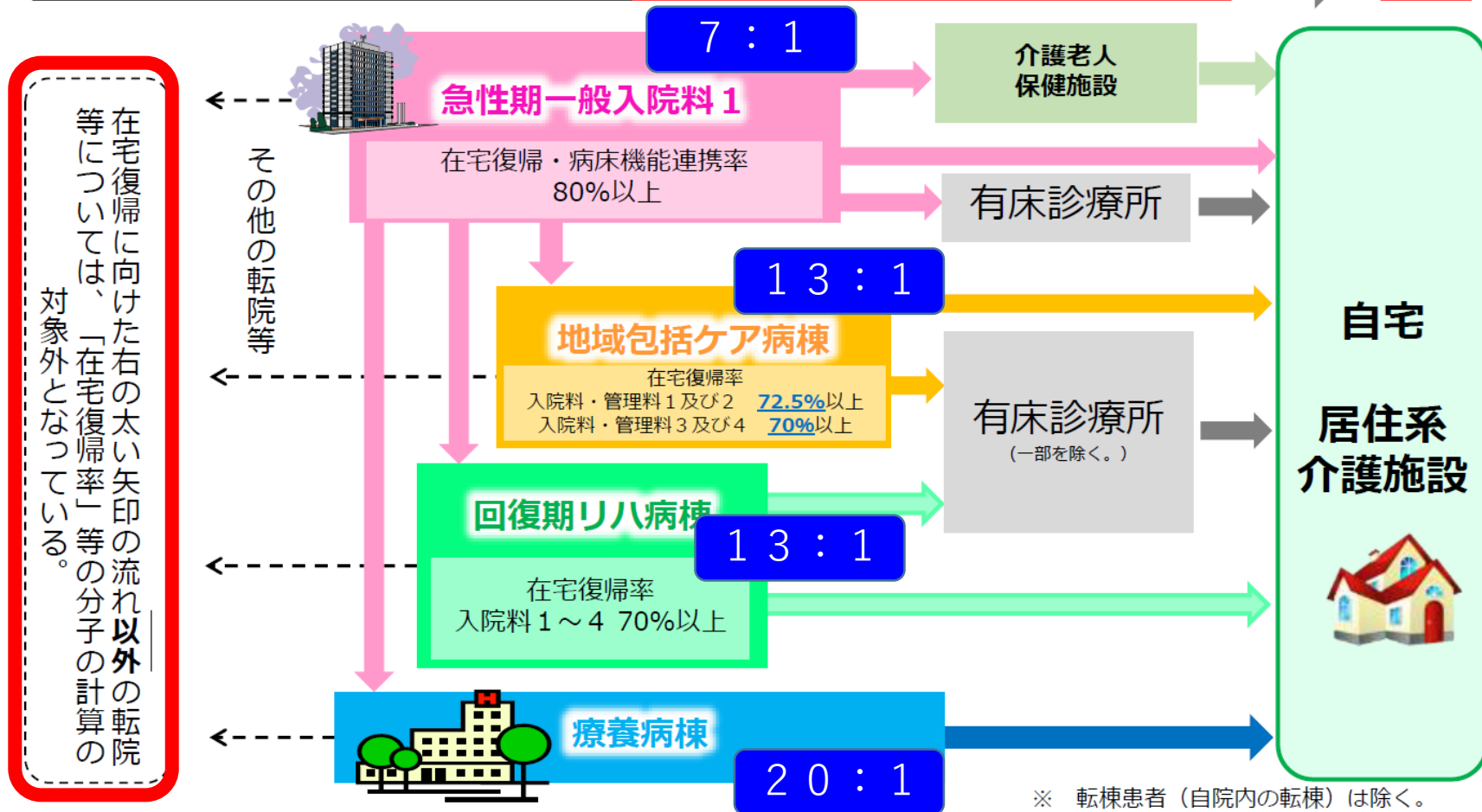
特定行為の領域はもちろん、特定行為の領域に  
該当しない診療の補助であっても、  
病院の方針で具体的指示でも看護師の実施できる範囲を制限している

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

# 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

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



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

医療の質



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



手順の標準化



知識の標準化

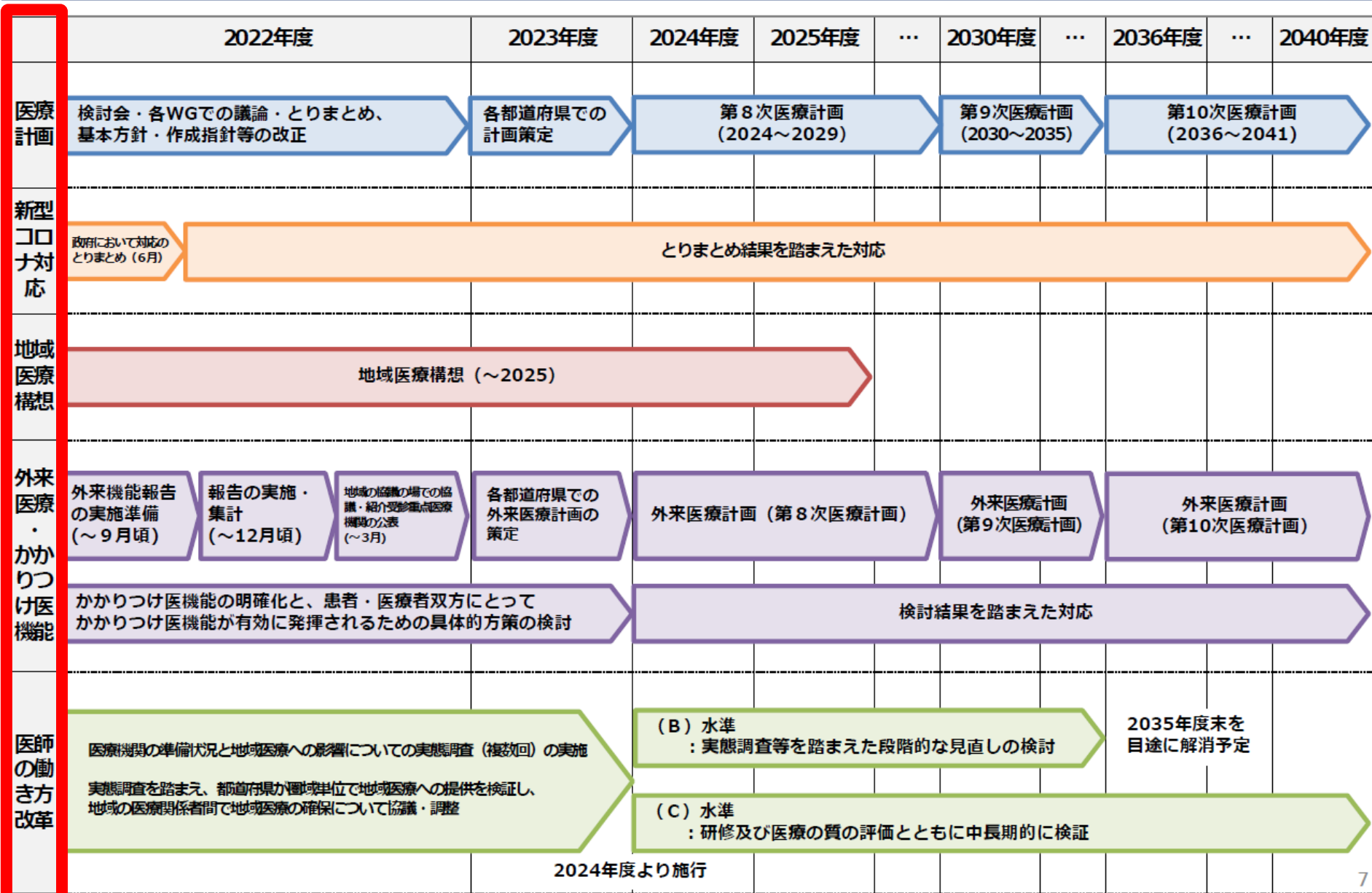


材料の標準化

診療報酬  
介護報酬



# 医療提供体制改革に係る今後のスケジュール





## ●医療提供体制に関するポイント・キーワード

- ・三位一体の改革
- ・病院の機能：特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関
- ・紹介率・逆紹介率、在宅復帰率
- ・医療DX

## ●働き方改革のポイント・キーワード

- ・「勤務医」の働き方改革
- ・高度急性期が中心（ER、ICU、外科系、麻酔）
- ・医療関連職種へのタスクシフト
- ・認定看護師、特定看護師、NPの活用か、看護師や関連職種全体のタスクの見直しか？
- ・混合病棟化、複合病棟編成化での、看護師等のスキル維持、手順の標準化
- ・「手順の標準化」＝「知識の標準化」＋「材料の標準化」のレベル感

## ●トリプル改定の前に、診療報酬のポイント・キーワード

- ・診療報酬の基本構造
- ・レセプトの審査
- ・適時調査と指導
- ・読み解く5つのポイント
- ・トリプル改定の概要

**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	<b>診療報酬</b>	<b>(医療保険)</b>	<b>1点</b>	<b>10円</b>
②	<b>介護報酬</b>	<b>(介護保険)</b>	<b>1単位</b>	<b>10円</b>

## <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。

必ずしも算定の絶対的な解釈や運用は、ありません。  
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。

# 診療報酬明細書(レセプト)の主な情報

中医協 総-3 参考  
29.7.12

診療報酬明細書 (医科入院外)

診療月分: 平成 29年 4月分

診療月分表: 1 社団 2 公費 3 後期 4 前期 5 第1 6 第2 7 第3 8 第4 9 第5 10 第6

診療日: 2019年 4月 4日

診療時間: 10:00 - 12:00

診療科目: 消化器科

診療内容:

(1) 大腸癌の疑い(主)  
(2) 大腸ポリープ  
(3) 腹部膨満  
以下 省略

1.1 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)  
ガスコンドロップ内用剤2% 5ml 1錠  
セビブレップ配合内用剤 2錠  
センシド錠12mg「サワイ」 2錠  
セリアリドクエン酸塩錠5mg「RE」 4錠  
ツルムの大腸中腸全大腸錠(医療用) 30g 261 × 1  
カプセル型内視鏡(大腸用) 1個 8,170 × 1  
81700円/個

<症状詳記>  
腹部内炎症による影響があると考えられ、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)

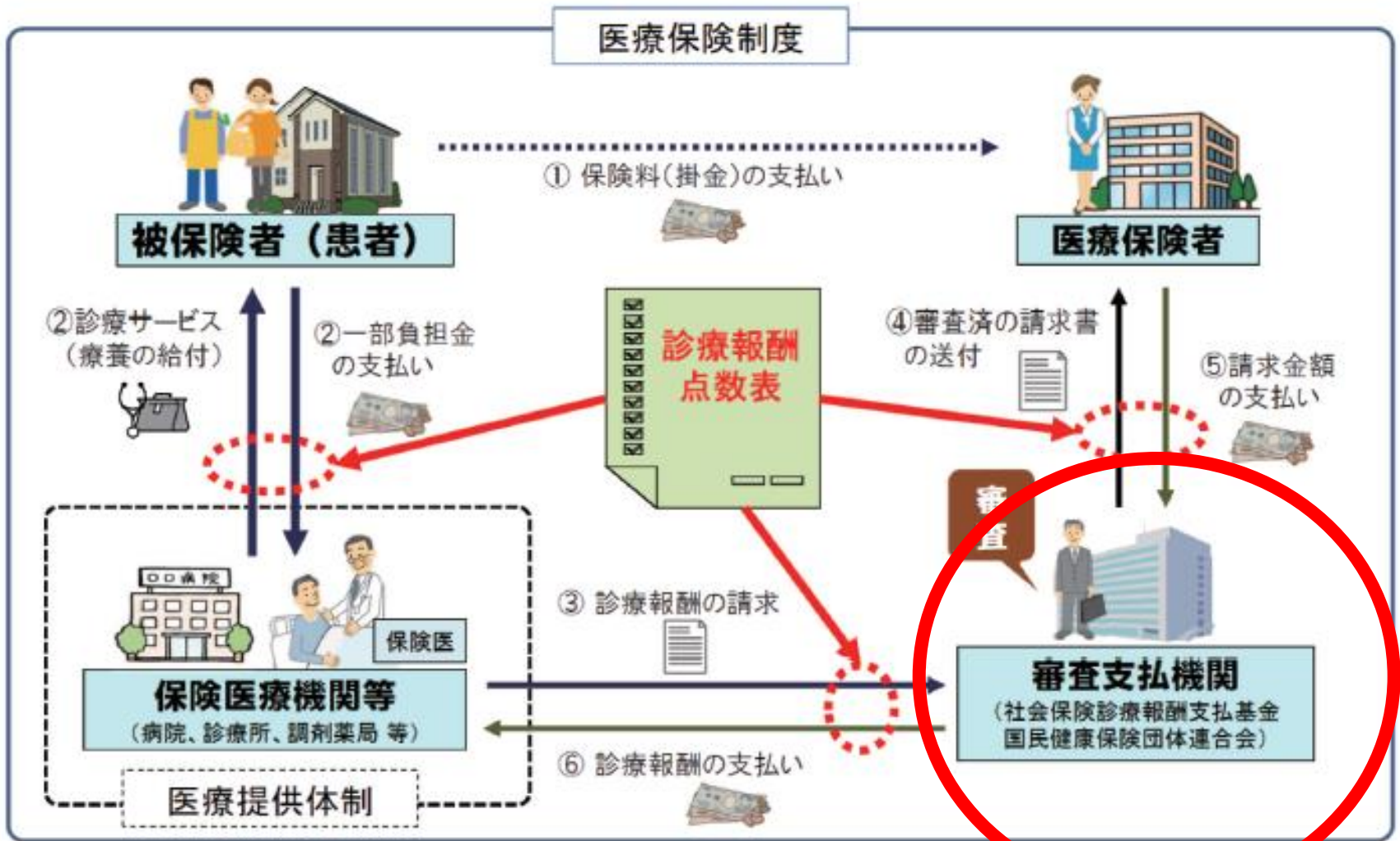
診療行為名、点数、回数

・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

請求点数

# 診療報酬請求の流れ

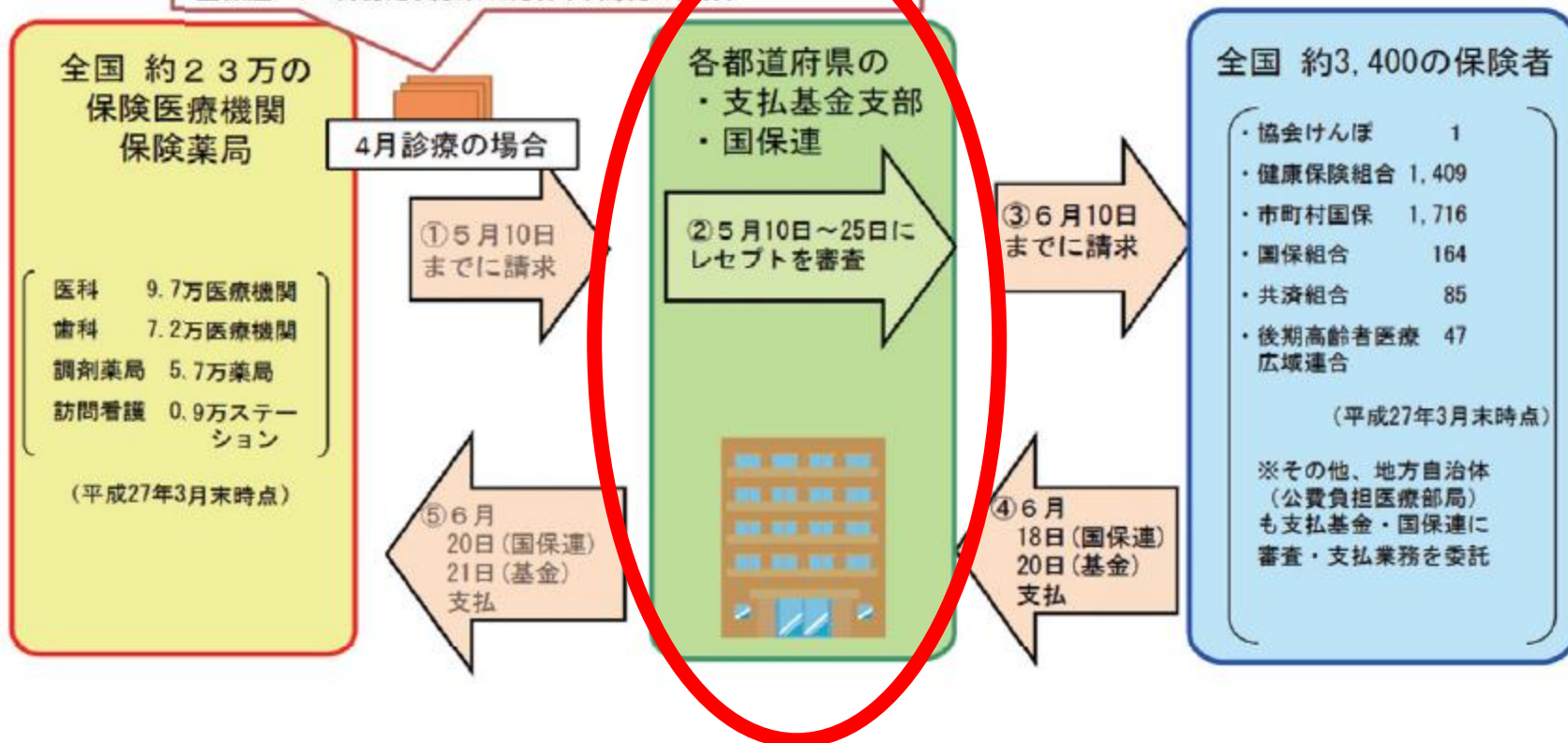




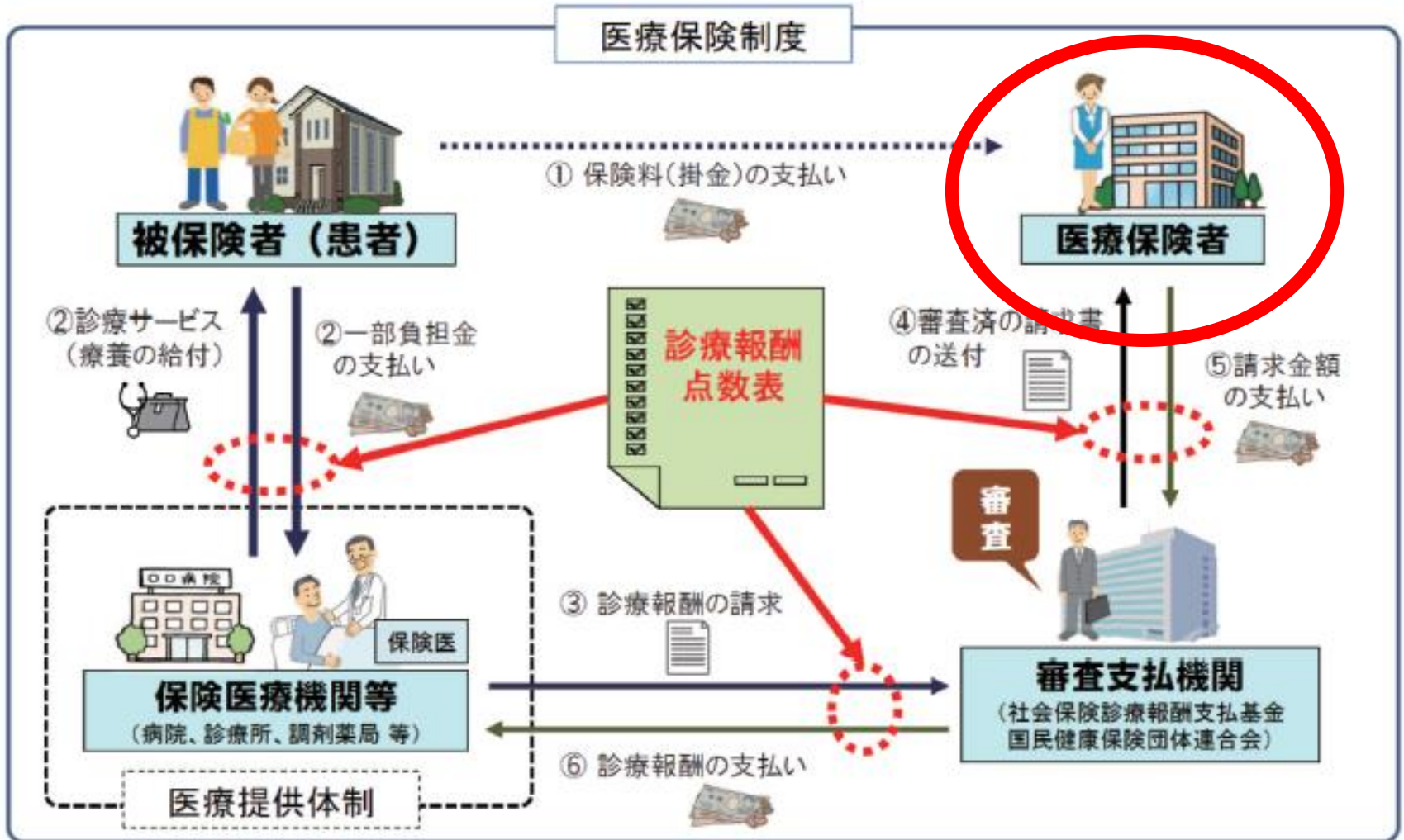
## 診療報酬の請求から支払までの流れ

- 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）



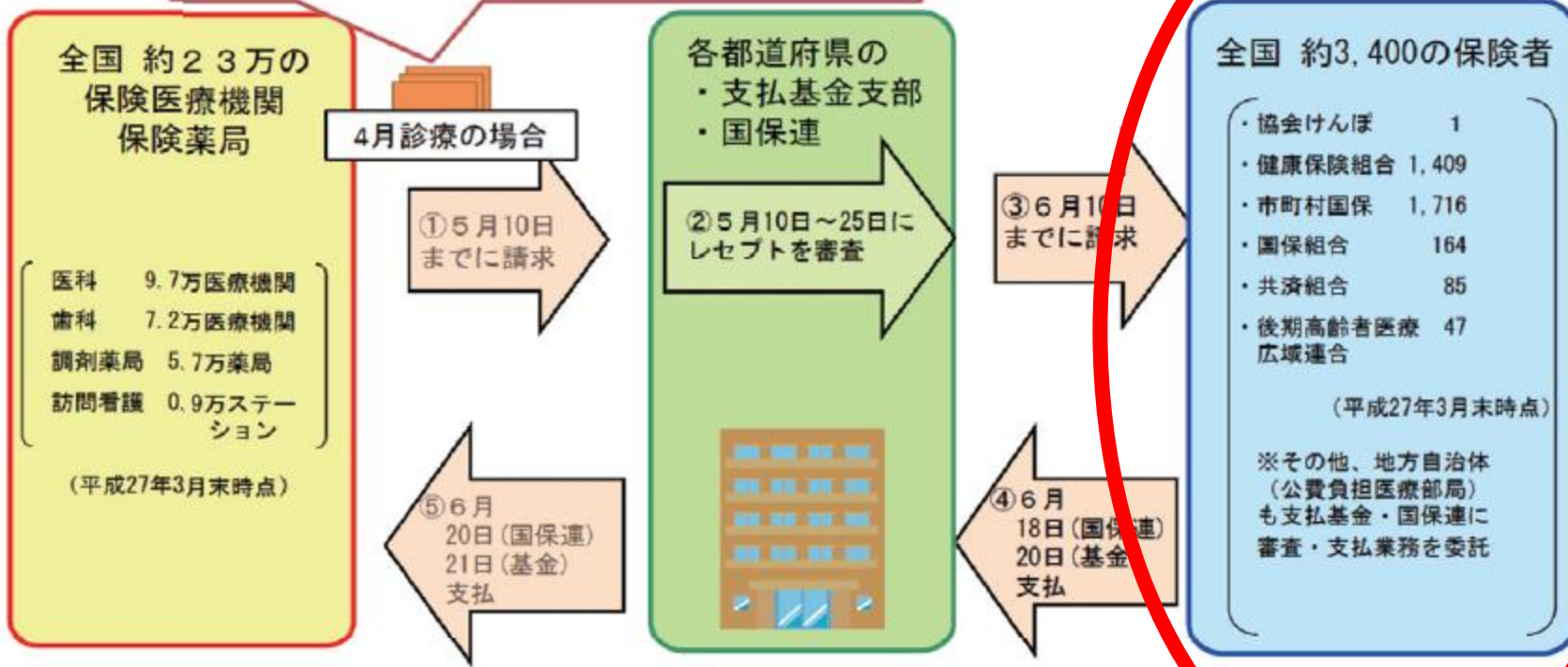
# 診療報酬請求の流れ



## 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）



# 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)

施設基準と届出

指導・適時調査



## Press Release

報道関係者 各位

令和5年1月17日  
【照会先】  
保険局医療課医療指導監査室  
室長補佐 関 勝利 (内線 3286)  
室長補佐 半間 渉 (内線 3887)  
(代表電話) 03 (5253) 1111  
(直通電話) 03 (3595) 2578

### 令和3年度における保険医療機関等の 指導・監査等の実施状況について(概況)

#### 1 指導・監査等の実施件数

個別指導	1,050件	(対前年度比	747件減)
新規個別指導	4,453件	(対前年度比	1,538件増)
適時調査	33件	(対前年度比	28件増)
監査	51件	(対前年度比	5件増)

#### 特徴等

- 令和3年度は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から実施を見合わせていた新規個別指導については、十分な感染防止対策を講じた上で令和2年度の未実施分も含めて実施することとしたため実施件数は増加しているが、個別指導については、一部の指導が実施できなかったため実施件数は減少している。

年度	返 還 金 額			(単位:万円)	
	指導によるもの	適時調査によるもの	監査によるもの	合計	対前年度比増▲減
29	312,641	367,539	39,709	719,888	▲169,647
30	327,869	493,272	52,699	873,840	153,952
1	342,498	504,652	240,205	1,087,355	213,515
2	286,594	260,872	48,459	595,925	▲491,430
3	147,010	207,423	129,617	484,051	▲111,874

# 令和3年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

## Ⅲ 適時調査関係

### 1 施設基準

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

### 2 適時調査

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

## 保険診療における指導・監査

- 集回指導用資料
- 特
- 保険診療（保険調剤）確認事項リスト
- 指導・監査の実施状況

### 集回指導用資料

#### 配布資料

- ▶ PDF 保険診療の理解のために:医
- ▶ PDF 保険診療の理解のために:産
- ▶ PDF 保険調剤の理解のために:調

#### スライド資料

### 特定共同指導・共同指導における指摘事項

- ▶ PDF 平成30年度の主な指摘事項（医科） [PDF形式：205KB]
- ▶ PDF 平成30年度の主な指摘事項（歯科） [PDF形式：185KB]
- ▶ PDF 平成30年度の主な指摘事項（薬局） [PDF形式：133KB]

● ページの先頭へ戻る

▶ 年金

▶ 他分野の取り組み

● 組織別の政策一覧

● 各種助成金・奨励金等の制度

● 審議会・研究会等

### 保険診療（保険調剤）確認事項リスト

- ▶ PDF 保険診療（保険調剤）確認事項リス
- ▶ PDF 保険診療確認事項リスト（医科） [
- ▶ PDF 保険診療確認事項リスト（歯科） [
- ▶ PDF 保険調剤確認事項リスト（薬局） [

### 関係法令等

- ▶ PDF 指導監査の根拠規定 [PDF形式：58KB]
- ▶ PDF 指導大綱、監査要綱 [PDF形式：132KB]
- ▶ PDF 指導・監査の流れ [PDF形式：60KB]
- ▶ PDF 集回的個別指導及び個別指導の選定の概要について [PDF形式：312KB]

● ページの先頭へ戻る

### 適時調査実施要領等

- ▶ [適時調査実施要領等](#)

### 指導・監査の実施状況

平成30年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について

● ページの先頭へ戻る

### 保険診療に関する照会先

- ▶ [地方厚生局都道府県事務所一覧](#)

● ページの先頭へ戻る



▶ [子どものページ](#)

### 携帯ホームページ



▶ [携帯版ホームページ](#)では、緊急情報や厚生労働省のご案内などを掲載しています。

## 令和3年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

年度	返 還 金 額			(単位:万円)	
	指導によるもの	適時調査によるもの	監査によるもの	合 計	対前年度比増▲減
29	312,641	367,539	39,709	719,888	▲169,647
30	327,869	493,272	52,699	873,840	153,952
1	342,498	504,652	240,205	1,087,355	213,515
2	286,594	260,872	48,459	595,925	▲491,430
3	147,010	207,423	129,617	484,051	▲111,874

- 指導** : 選択された病院に入ります。  
: カルテまでさかのぼって指導されます。
- 適時調査** : 全ての病院に調査が入る可能性があります。  
: 施設基準(様式の記載、各種記録、運用)を調査されます。
- 監査** : 明らかな不正が疑われる等です。(一般的には関係ありません)

# 令和3年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

## II 指導関係

### 1 指導

保険医療機関等、保険医等に対して、保険診療・保険調剤の質的向上及び適正化を図ることを目的として、療養担当規則等に定められている診療方針、診療報酬・調剤報酬の請求方法、保険医療の事務取扱等について周知徹底する。(健康保険法第73条等)

実施対象や方法等により集団指導、集団的個別指導、個別指導に分類される。

### 2 個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。なお、個別指導にはこのほか、厚生労働省が主体となって実施する(特定)共同指導がある。

なお、指導完了後、その内容に応じ、必要な措置(概ね妥当・経過観察・再指導・要監査)が採られる。

### 3 新規個別指導

個別指導のうち、新たに指定された保険医療機関等を対象として行われるもの。

### 4 集団的個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。



# 令和3年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

## IV 監査関係

### 1 監査

保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握するために行う（健康保険法第78条等）

なお、監査完了後、確認された事実に応じ、必要な措置（取消処分・戒告・注意）が採られる。本資料における監査件数（人数）は、平成30年度中に1回以上、監査を実施した保険医療機関等（保険医等）の件数（人数）を計上している。

### 2 取消

監査後に採られる行政上の措置の一つ。保険医療機関等の指定取消処分及び保険医等の登録取消処分のことであり、次のいずれかに該当する場合に取消処分の対象となる。

- ① 故意に不正又は不当な診療を行った場合
- ② 故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行った場合
- ③ 重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行った場合
- ④ 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行った場合

取消処分を受けると、その旨が公表されるほか、原則として5年間、保険医療機関等の再指定及び保険医等の再登録を受けることができないこととなる。

### 3 取消相当

本来、取消処分（保険医療機関等の指定取消、保険医等の登録取消）を行うべき事案について、保険医療機関等が既に廃止され、又は保険医等が既にその登録を抹消している等のため、これら行政処分を行えない場合に行われる取扱いであり、取消処分の場合と同様、取消相当である旨が公表されるほか、原則として5年間、再指定(再登録)を受けることができないこととなる。

I 全般的事項

1 保険医療機関等

保険医療機関及び保険薬局の総称。医療機関または薬局からの申請に基づき、地方厚生(支)局長が指定する。医療機関または薬局は、保険医療機関等として指定を受けることにより、いわゆる保険診療(保険調剤を含む。以下同じ。)を提供できることとなる。

2 保険医等

保険医及び保険薬剤師の総称。医師、歯科医師または薬剤師からの申請に基づき、地方厚生(支)局長が登録する。医師、歯科医師または薬剤師は、保険医等として登録を受けることにより、いわゆる保険診療に従事できることとなる。

3 不正請求

診療報酬(調剤報酬を含む。以下同じ。)の請求のうち、詐欺や不法行為に当たるもの。架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求に区分される。

① 架空請求

実際に診療(調剤を含む。以下同じ。)を行っていない者につき診療をしたごとく請求すること。診療が継続している者であっても当該診療月に診療行為がないにもかかわらず請求を行った場合、当該診療月分については架空請求となる。

② 付増請求

診療行為の回数(日数)、数量、内容等を実際に行ったものより多く請求すること。

③ 振替請求

実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて請求すること。

④ 二重請求

自費診療を行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求すること。

⑤ その他の請求

- a 医師数、看護師数等が医療法の標準数を満たしていないにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- b 入院患者数の平均が基準以上であるにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- c 施設基準の要件を満たしていないにもかかわらず、虚偽の届出を行った場合
- d 保険診療と認められないものを請求した場合(患者の依頼のない往診、健康診断、無診察投薬、自己診療等)等。

4 不当請求

診療報酬の請求のうち、算定要件を満たしていない等、その妥当性を欠くもの。  
例:「指導の要点」を診療録(カルテ)に記載することを条件に算定が認められている診療報酬について、カルテに指導の要点を記載していない。

5 返還金額

個別指導、新規個別指導、適時調査または監査の結果、不正または不当な請求が確認された場合に、同様の請求の有無について保険医療機関等において全患者等を自主点検のうえ、返還金関係書類として地方厚生(支)局に提出した金額。

本資料における返還金額は、指導に関するものであれば、平成30年度及び平成29年度以前に個別指導または新規個別指導を行ったもののうち、保険医療機関等が実施した自己点検結果について、平成30年度中に地方厚生(支)局において返還金関係書類を保険者に通知したものを。



## 第4 指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定

指導は、原則としてすべての保険医療機関等及び保険医等を対象とするが、効果的かつ効率的な指導を行う観点から、指導形態に応じて次の基準に基づいて対象となる保険医療機関等又は保険医等の選定を行う。

### 1 選定委員会の設置等

- (1) 地方社会保険事務局に地方社会保険事務局長が指名する技官及び事務官等を構成員とする選定委員会を設置する。なお、選定委員会には都道府県の職員も参画することができる。
- (2) 選定委員会においては、集团的個別指導及び都道府県個別指導の対象となる保険医療機関等並びに共同指導及び特定共同指導の対象候補となる保険医療機関等について、選定基準に照らして公正に選定を行う。
- (3) 選定委員会は、選定に当たり必要と認められるときは、都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会(以下「支払基金等」という。)に意見を聴くことができる。
- (4) 共同指導及び特定共同指導の対象となる保険医療機関等については、対象候補の中から厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が協議のうえ選定を行う。

### 2 集団指導の選定基準

次の選定基準に基づいて選定する。

- (1) 新規指定の保険医療機関等については、概ね1年以内にすべてを対象として実施する。
- (2) 診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修指定病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

### 3 集团的個別指導の選定基準

保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書(調剤報酬明細書を含む。以下同じ。)の一件当たりの平均点数が高い保険医療機関等(ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く。以下「高点数保険医療機関等」という。)について一件当たりの平均点数が高い順に選定する。

なお、集团的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集团的個別指導の対象から除く。

### 4 個別指導の選定基準

## (1) 都道府県個別指導

次に掲げるものについて、原則として全件都道府県個別指導を実施する。

- ① 支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等
- ② 個別指導の結果、第7の1の(2)に掲げる措置が「再指導」であった保険医療機関等又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関等
- ③ 監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関等
- ④ 集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等
- ⑤ 集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの(ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りではない。)
- ⑥ 正当な理由がなく集団的個別指導を拒否した保険医療機関等
- ⑦ その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等

## (2) 共同指導

- ① 過去における都道府県個別指導にもかかわらず、診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られず、共同指導が必要と認められる保険医療機関等
- ② 支払基金等から診療内容又は診療報酬の請求に関する連絡があり、共同指導が必要と認められる保険医療機関等
- ③ 集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの(ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りではない。)
- ④ その他特に共同指導が必要と認められる保険医療機関等

## (3) 特定共同指導

- ① 医師等の卒後教育修練や高度な医療を提供する医療機関である臨床研修指定病院、大学附属病院、特定機能病院等の保険医療機関
- ② 同一開設者に係る複数の都道府県に所在する保険医療機関等
- ③ その他緊急性を要する場合等であって、特に特定共同指導が必要と認められる保険医療機関等

# 令和3年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

## Ⅲ 適時調査関係

### 1 施設基準

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

### 2 適時調査

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









## 保険診療における指導・監査

- ▼ 集団指導用資料
- ▼ 特定共同指導・共同指導における指摘事項
- ▼ 保険診療（保険調剤）確認事項リスト
- ▼ 適時調査実施要領等
- ▼ 関係法令等
- ▼ 指導・監査の実施状況
- ▼ 保険診療に関する照会先

### 集団指導用資料

#### 配布資料

- ▶  [保険診療の理解のために:医科\(令和4年度版\) \[PDF形式:2,338KB\]](#) 
- ▶  [保険診療の理解のために:歯科\(令和4年度版\) \[PDF形式:883KB\]](#) 
- ▶  [保険調剤の理解のために:薬局\(令和4年度版\) \[PDF形式:1,337KB\]](#) 

#### スライド資料

#### ▶ 政策について

##### ▼ 分野別の政策一覧

##### ▼ 健康・医療

▶ 健康

▶ 食品

▶ 医療

▶ 医療保険

▶ 医薬品・医療機器

▶ 生活衛生

▶ 水道

[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/shidou\\_kansa.html](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/shidou_kansa.html)

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](#) > [医療保険](#) > [保険診療における指導・監査](#) > [適時調査実施要領等](#)

健康・医療

## 適時調査実施要領等

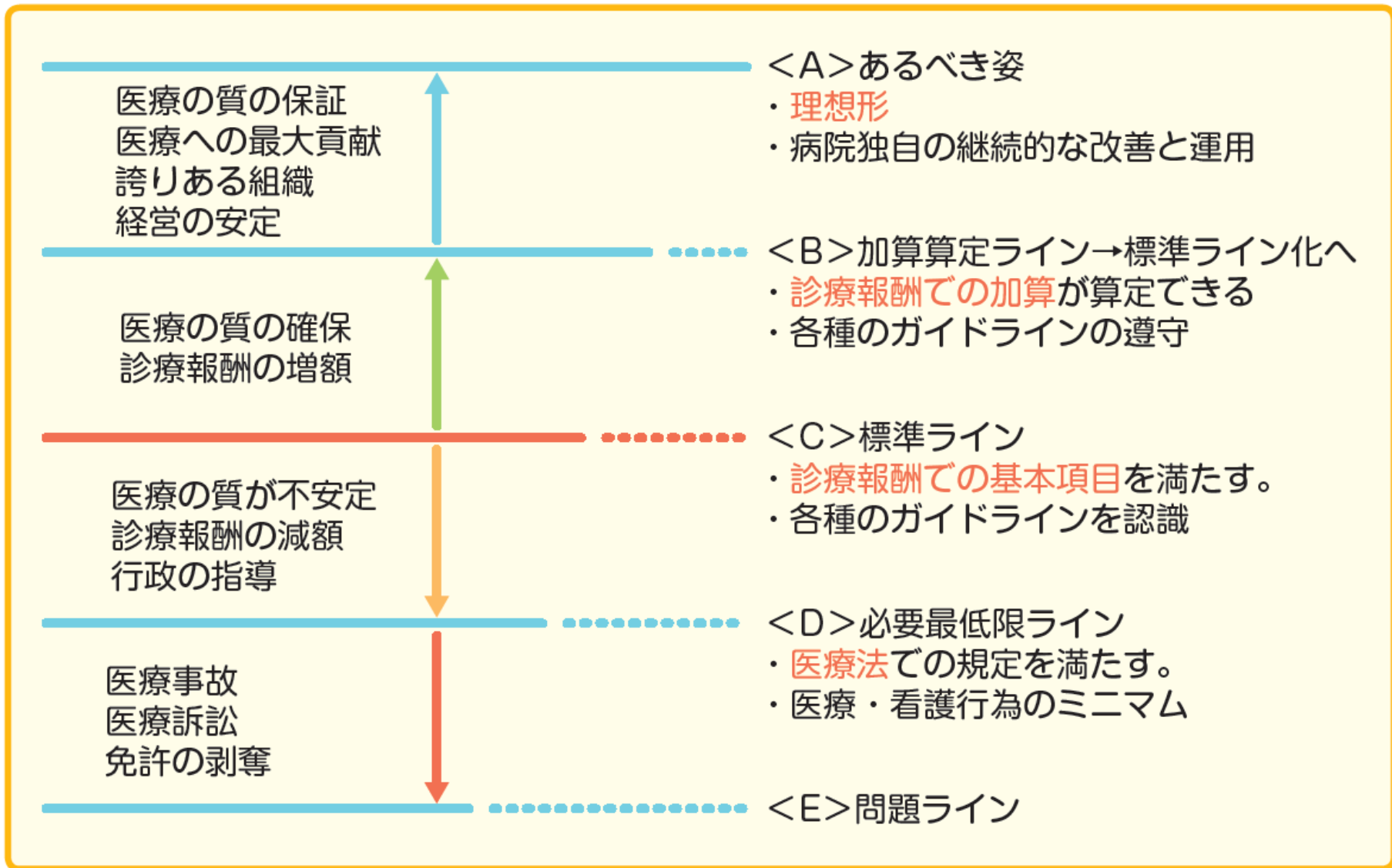
### 適時調査実施要領等

- [適時調査実施要領](#) [219KB]
- [事前提出書類](#) [250KB]
- [当日準備書類](#) [990KB]

[調査書]

- [重点的に調査を行う施設基準](#) [634KB]
  - [一般事項、初・再診料、入院基本料](#) [610KB]
  - [入院基本料等加算](#) [2,537KB]
  - [特定入院料](#) [2,548KB]
  - [特掲診療料](#) [1,039KB]
  - [入院時食事療養\(Ⅰ\)](#) [122KB]
- [重点的に調査を行う施設基準以外](#) [898KB]
  - [基本診療料](#) [498KB]
  - [特掲診療料－1\(医学管理等、在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、精神科専門療法、処置\)](#) [1,310KB]
  - [特掲診療料－2\(手術、麻酔、放射線治療、病理診断\)](#) [1,612KB]
  - [歯科](#) [538KB]

# 医療の質と医療経済の5段階



[https://www.igaku.co.jp/wocnursing/wocnursing\\_1901.html](https://www.igaku.co.jp/wocnursing/wocnursing_1901.html)

# 読み解く5つのポイント

## ①施設基準・通則・留意事項/疑義解釈、行政による指導

### ●施設基準

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

約500種類の施設基準がある。

### ●通則

診療報酬の基本となる点数と規定。

### ●留意事項/疑義解釈

施設基準や通則等についての、より具体的な規定や運用。

### ●行政による指導等

個別指導、共同指導、特定共同指導、監査、適時調査などでチェックされ、著しい逸脱などの場合は、返金になる。

# 読み解く5つのポイント

## ②医師、看護師等の診療報酬上の基準を見極める5つのキーワード

- (1) 領域・診療科：「〇〇の領域に従事して・・・」等、  
専門領域や診療科の規定
- (2) 年数：（1）についての、経験年数の規定
- (3) 研修：所定の研修受講の義務の有無の規定
- (4) 専従・専任：「専従」や「専任」による業務時間のしばりの規定  
(次のスライド参照)
- (5) 常勤：「常勤」のしばりの規定  
(32時間を基本とするが、働き方改革によって、22時間以上の  
非常勤を2人合算することで条件を満たす項目もある)



# 読み解く5つのポイント

## ③専従と専任

### ●専従

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

(例：計画的な夜勤や外来応援はできない等)

### ●専任

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

# 読み解く5つのポイント

## ④言葉の意味と強制力

### ◆「こと」と「望ましい」

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

### ◆「共同」「合同」と「連携」

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

### ◆「〇〇回」

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

### ◆「回診」「巡回」「カンファレンス」

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

# 読み解く5つのポイント

## ⑤医療法、基本料、医師法、機能評価、職種関連法規との関係

- 同じような領域でも、医療法、機能評価、入院基本料、加算、でそれぞれ規定がことなるので、注意が必要。  
(例：感染対策、医療安全、褥瘡等々)
- チーム医療は、医師、看護師、関係職種がチームを組むが、医師以外は職務権限が限られているので、各職種の役割が本来の権限から逸脱しないように注意が必要。

## <抄録>

速報！！2024年W改定：褥瘡にかかわる診療報酬・介護報酬

—医療行政の大変革と併せて読み解く—

2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せてトリプル改定の内容をお話させていただきます。

なお、本抄録は、2月15時点で書いており、診療報酬（中医協答申）、介護報酬改定（案）、障害福祉サービス改定（案）の段階での内容になります。

3月上旬から順次発出される、診療報酬、介護報酬等の正式な告示・通知等によって、多くの医療・介護等の政策が確定していきます。

当日は、それらもできるだけ反映してお話させていただきます。

## <主な項目の改定予定>

- 入院基本料：「身体的拘束の最小化」が義務化され、できていない場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキン-ケアにも関連するので連携が必要。
- 看護必要度：「重度褥瘡」の扱いが変更される
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月10時間」まで認められる。
- 訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要となる。
- 介護施設、ショートステイ、訪問看護：診療報酬と同様に「身体的拘束」について、それぞれ内容は異なるが、新設・改正される。
- 介護保険でも診療報酬同様の「専門管理加算」が新設される。
- 介護保険の「褥瘡マネジメント加算」の要件が変更になる。

## <その他>

●現段階ではまだ不明である一般的な項目について、3月5日（予定）の正式な告示・通知で、処置等の手技料、管理料、医療機器/医療材料等のさまざまな項目の運用や点数の新設・改定が確定します。その内容も当日お話しいたします。

# 令和6年度診療報酬改定の主なポイント

## 1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- 医療従事者の人材確保や賃上げのための**ベースアップ評価料**により2.3%を目途とした賃上げを実施。
- 40歳未満勤務医師や事務職員の賃上げ及び入院料の通則の改定に伴う**入院基本料等の引き上げ**。
- 入院料通則においては、**栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組**を要件化。
- 標準的な感染対策実施と賃上げを念頭においた**初再診料の引き上げ**。

## 2. 医療DXの推進

- **医療DX推進体制整備加算**により、マイナ保険証の活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備促進。
- **在宅医療DX推進体制加算**により、マイナ保険証による情報を用いた訪問診療計画の立案による質の高い在宅診療を推進。

## 3. ポストコロナの感染症対策の推進

- 改正感染症法及び第8次医療計画に基づく、協定指定医療機関であることを感染対策向上加算および外来感染対策向上加算の要件として規定。
- 発熱外来に代わる**発熱患者等対応加算**を新設。
- 入院患者に対して、**特定感染症入院医療管理料**を新設し、感染対策を引き続き評価。

## 4. 同時報酬改定における対応

- コロナ禍の経験を踏まえた、医療機関と介護保険施設等との関係の強化、**協力医療機関の明確化**。
- かかりつけ医とケアマネ等との関係強化。
- 障害者施設における末期癌患者等への訪問診療料等が算定可能に。

## 5. 外来医療の機能分化・強化等

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書による同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした出来高算定による**生活習慣病管理料(II)**を新設。
- 地域包括診療料・加算においてかかりつけ医とケアマネとの連携を促進。
- リフィル処方箋や長期処方の促進、**一般名処方加算の見直し**等による後発品使用促進。
- 外来腫瘍化学療法の充実。

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- 高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリ及び栄養管理等を適切に提供する**地域包括医療病棟**を新設。
- **重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し**により急性期医療の機能分化を促進。
- 働き方改革も踏まえ特定集中治療室管理料(ICU)の見直し及び**遠隔ICU加算**の新設。
- DPC/PDPSによる、**大学病院の医師派遣機能、臓器提供、医療の質向上の取組**を新たに評価。
- 療養病棟における医療区分の見直しとともに、**中心静脈栄養の評価の見直し**等。
- 急性期入院医療における**リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算**の新設。
- **看護補助体制充実加算の見直し**により経験が豊富な看護補助者や介護福祉士を評価。

## 7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- **在宅医療におけるICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携**の推進。
- 往診料等の評価の見直し。
- 在宅時医学総合管理料等の評価の見直し。
- 専門性の高い看護師を配置やサービスの実績に基づく訪問看護管理療養費の見直し。
- 訪問看護ステーションにおける**24時間対応体制にかかる評価**の見直し。

## 8. 重点的な分野における対応

- 働き方改革も踏まえた救急患者の**いわゆる下り搬送**の評価。
- NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置(2対1)等に対する評価の新設。
- 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- 発達障害や不適切な養育に繋がりが得る児への対応強化。
- 精神科における地域包括ケアを推進する**精神科地域包括ケア病棟**の新設。
- 入院および外来におけるバイオ後続品の使用促進。

## 9. 医療技術の適切な評価

- 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応



## 医療と介護の連携の推進

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の経験も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、医療機関と介護保険施設等の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

### 介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

#### 介護保険施設等との連携の推進

- ・ 介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化  
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化  
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ 介護保険施設等連携往診加算の新設  
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ 介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し  
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ 協力対象施設入所者入院加算の新設  
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

#### 地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ 地域包括診療料等の算定要件の見直し  
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

青字：診療報酬／緑字：介護報酬

(1) 平時からの連携

(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- ・ 協力医療機関連携加算の新設
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算の新設
- ・ 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- ・ 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- ・ 介護保険施設等連携往診加算の新設
- ・ 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- ・ 退所時情報提供加算の見直し
- ・ 協力対象施設入所者入院加算の新設

(5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

### 介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院等】

#### 協力医療機関等との連携の強化

- ・ 以下の要件を満たす協力医療機関を定めることの義務化
  - ① 入所者の病状が急変した場合等の相談体制
  - ② 診療の求めがあった場合の診療体制
  - ③ 入院を要すると認められた入所者の入院受入体制  
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ 協力医療機関連携加算の新設  
介護保険施設等において、定期的なカンファレンスの実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算の新設  
感染対策向上加算を算定する医療機関等が主催する研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ 退所時情報提供加算の新設  
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関へ生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ 早期退院の受け入れの努力義務化  
退院が可能となった場合の速やかな受け入れについて努力義務化

#### 居宅介護支援事業所等

- ・ 入院時情報連携加算の見直し  
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について新たに評価。あわせて、提供する情報を充実。
- ・ 通院時情報連携加算の見直し  
算定対象に歯科医師を追加

2

## 医療と障害福祉サービスの連携の推進

- 医療と障害福祉サービスの連携及び高齢化する障害者施設における適切な医療提供に向けた取組等を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。
- 1. 障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し (II-2-④)**
    - 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対して行った訪問診療の費用を医療保険において算定可能とする。
  - 2. 医療的ケア児(者)に対する入院前支援の評価の新設 (III-4-2-⑦)**
    - 医療的ケア児(者)が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。
  - 3. 入退院支援加算1・2の見直し (II-2-⑧)**
    - 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。
    - 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設する。
  - 4. リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進 (II-2-⑨)**
    - 医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練(機能訓練)の円滑な移行を推進する観点から、医療保険の疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)を同時に実施する場合について、疾患別リハビリテーション料の施設基準を緩和する。
  - 5. 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進 (II-2-⑩)**
    - 有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算を介護障害連携加算と名称を改めるとともに、肢体不自由児(者)を算定可能な対象として追加する。また、施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び障害福祉サービスの医療型短期入所の提供実績を追加する。
  - 6. 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進 (II-2-⑪)**
    - 精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料(I)の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 令和6年1月22日	参考資料 1
---	--------

224スライド

## 令和6年度介護報酬改定における改定事項について

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

第45回（R6.2.6）

資料 1

こどもまんが  
こども家庭庁

## 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容 （案）

43スライド

令和6年2月6日

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan



# 令和6年度診療報酬改定の施行時期等

## 令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

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

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

## 従来の改定スケジュール

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

## 4 褥瘡対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- (3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。
- (5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。
- (6) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に行われていることが望ましい。
- (7) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
- (8) 毎年8月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。



褥瘡対策に関する診療計画書（1）

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 女 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 計画作成日 \_\_\_\_\_  
 年月日生 (歳) \_\_\_\_\_ 記入医師名 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 記入看護師名 \_\_\_\_\_

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

<日常生活自立度の低い入院患者>

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対応
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)	できる	できない	なし	なし	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
・病的骨突出 (イス上 座位姿勢の保持、兼任)	できる	できない	なし	なし	
・関節拘縮	なし	あり	なし	あり	
・栄養状態低下	なし	あり	なし	あり	
・皮膚温湿(多汗、尿失禁、便失禁)	なし	あり	なし	あり	
・皮膚の脆弱性(浮腫)	なし	あり	なし	あり	
・皮膚の脆弱性(スキナーチアの保有、既往)	なし	あり	なし	あり	

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

褥瘡の危険因子の指標 (DESIGN-R 2020)	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に穿る損傷	(6)DTD深部褥瘡 (DTT 疑い※2)	(7)深き判定が不能の場合	合計点
深さ	(0)なし	(1)少量、毎日の交換を要しない	(2)中等量:1日1回の交換	(3)多量:1日2回以上の交換					
滲出液	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
炎症・感染	(0)褥瘡の炎症徴候なし	(1)褥瘡の炎症徴候あり (創周部の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(2)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり	(6)硬く薄い密着した壊死組織あり						
ポケット (cm <sup>2</sup> ) 看護師も入れたポケット全層(ポケットの基底×基底)に達する最大深さ(壊死組織)	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)36以上				

※1 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。  
 ※2 深部褥瘡(DDT)疑いは、視診・触診・補助データ(発熱、脈率、血圧低下、両像診断等)から判断する。  
 ※3 「30」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、ズレカの排除 (体位変換、体位分断器具、膝部等上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上  イス上
スキンケア	
栄養状態改善	
リハビリテーション	

【記載上の注意】

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

2022年から  
DESIGN-R 2020  
に変更になった。

## 褥瘡対策に関する診療計画書（2）

氏名 \_\_\_\_\_ 殿（男・女） \_\_\_\_\_ 年 月 日生（歳）

<薬学的管理に関する事項>  対応の必要無し

薬学的管理計画	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（ ））
	<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>  対応の必要無し  栄養管理計画書での対応

栄養管理計画	評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	体重 kg(測定日 / )	BMI kg/m <sup>2</sup>	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>検査している場合に実施</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（ / ）	<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）	

## 【記載上の注意】

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

2022年から、褥瘡対策に関する診療計画書に「薬学的管理」と「栄養管理」が追加された。記入は、専任の医師、専任の看護職員でかまわない。

## 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（標準的な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、退院時を含む定期的な評価等）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。

## 7 身体的拘束最小化の基準

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

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

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

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



入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束の基準に適合していることを確認するための入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

下記について、適合する場合は□に「✓」し、内容を記載すること。

□ 当該保険医療機関において、別添6の別紙2及び別紙2の2を参考として入院診療計画を策定し、入院患者に対して説明を行っている。

□ 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われ、院内感染防止対策委員会設置要綱、委員会議事録を作成している。

①院内感染防止対策委員会の活動状況	
開催回数	回/月
委員会の構成メンバー	
②水道・消毒液の設置状況	
病室数	室
水道の設置病室数（再掲）	室
消毒液の設置病室数（再掲）	室
消毒液の種類「成分名」	・ 室
※成分ごとに記載のこと	・ 室
③感染情報レポートの作成・活用状況	
作成回数	回/週
活用状況	

□ 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備され、安全管理の体制確保のための委員会設置要綱、委員会議事録を作成している。

①安全管理のための指針の整備状況	
指針の主な内容	
②安全管理の体制確保を目的とした医療事故等の院内報告制度の整備状況	
③安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
開催回数	回/月
委員会の構成メンバー	
④安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	年 回

研修の主な内容等	
----------	--

□ 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われ、別添6の別紙3を参考として「褥瘡対策に関する診療計画書」を作成している。

（1）褥瘡対策チームの活動状況		
従事者	専任の医師名	
	専任の看護職員名	
活動状況（施設内での指導状況等）		
（2）褥瘡対策の実施状況（届出前の1ヶ月の実績・状況）		
① 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数		人
② ①のうち、褥瘡に関する危険因子を有す、或いは既に褥瘡を有していた患者数		人
③ 褥瘡に関する診療計画を作成した患者数		人
④ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		

□ 当該保険医療機関において、栄養管理体制が整備されている。（病院に限る）

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士		
氏名	勤務時間	備考

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が配置されていない場合		
非常勤の管理栄養士の有無（どちらかに○）	有	無
常勤の栄養士の有無（どちらかに○）	有	無

□ 適切な意思決定支援に関する指針を定めている。

□ 身体的拘束の最小化を行うにつき、十分な体制が整備されている。  
※精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）は、以下①～④の記載は不要。

①身体的拘束最小化チーム			
氏名	職種	氏名	職種

②身体的拘束の実施状況の把握、管理者を含む職員への周知方法の状況			
③身体的拘束を最小化するための指針の整備状況			
指針の主な内容			
指針の策定日	年 月 日	指針の最新見直し日	年 月 日
④身体的拘束の最小化に関する職員研修の開催状況			年 回
研修の主な内容等			

## 身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

### 身体的拘束を最小化する取組の強化

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

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



#### 【身体的拘束最小化の基準】

##### [施設基準]

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

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

## 虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

### 虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

- 訪問看護における身体的拘束等の適正化を推進する観点から、指定訪問看護の具体的取扱方針に、身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合における記録の義務を追加する。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(指定訪問看護の具体的取扱方針)

第十五条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 指定訪問看護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

四 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

五～七 (略)

- 訪問看護における虐待防止措置を推進する観点から、指定訪問看護事業者に対し、指定訪問看護ステーションごとの運営規定に、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることを義務付ける。

#### 現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定

(以下「運営規程」という。)を定めておかなければならない。

一～六 (略)

(新設)

七 その他運営に関する重要事項

#### 改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定

(以下「運営規程」という。)を定めておかなければならない。

一～六 (略)

七 虐待の防止のための措置に関する事項

八 その他運営に関する重要事項

[経過措置]

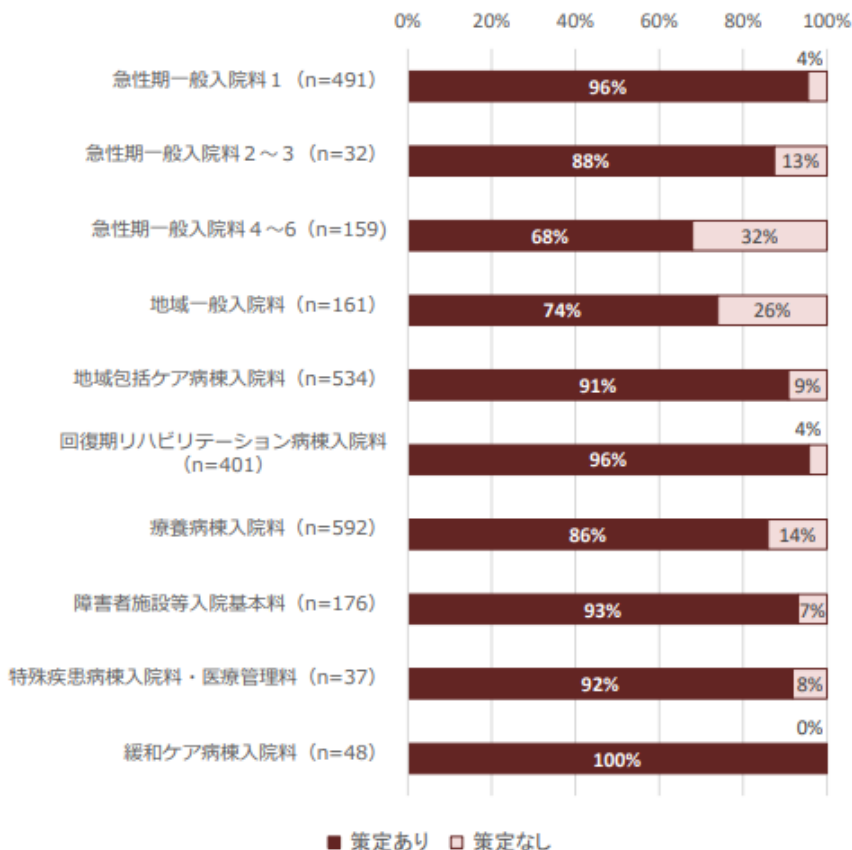
令和8年5月31日までの間、虐待の防止のための措置に関する事項を定めることについては努力義務とする。

# 身体的拘束を予防・最小化するための医療機関の取組

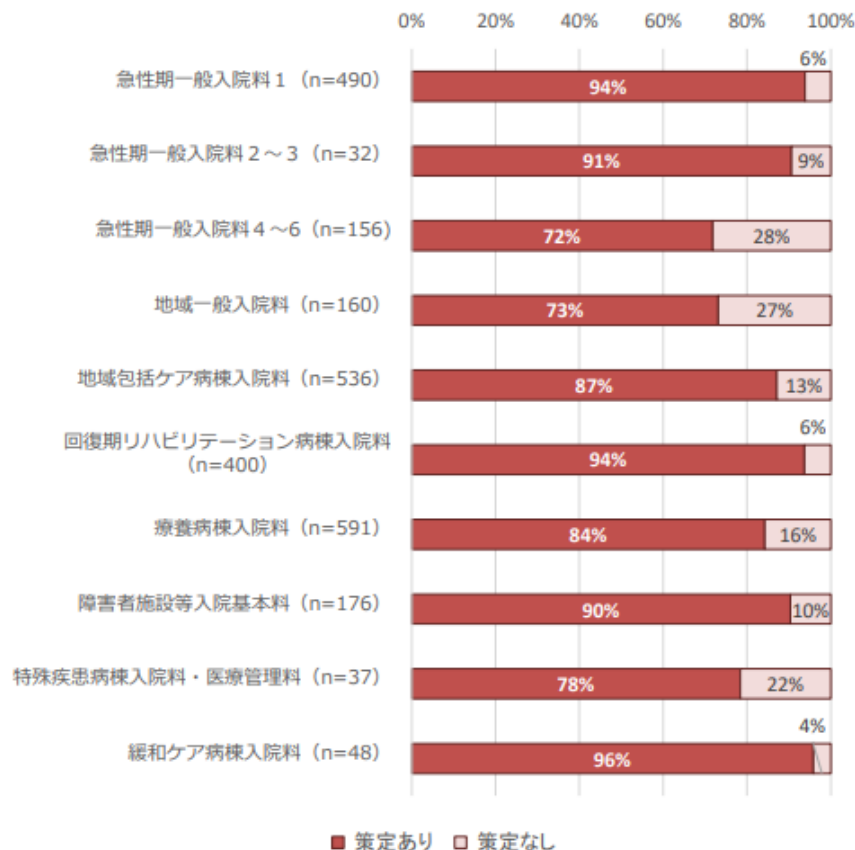
診調組 入-1  
5 . 6 . 8

○ 「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね9割程度の病院で策定されていたが、急性期一般入院料4～6と地域一般入院料を有する病院の策定率は約7割と低かった。

## ■ 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定（令和4年11月1日時点）



## ■ 院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定（令和4年11月1日時点）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

32

出典：厚生労働省 社会保障審議会(令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会)\_令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第2回)

126

アルケア佐竹の資料より引用

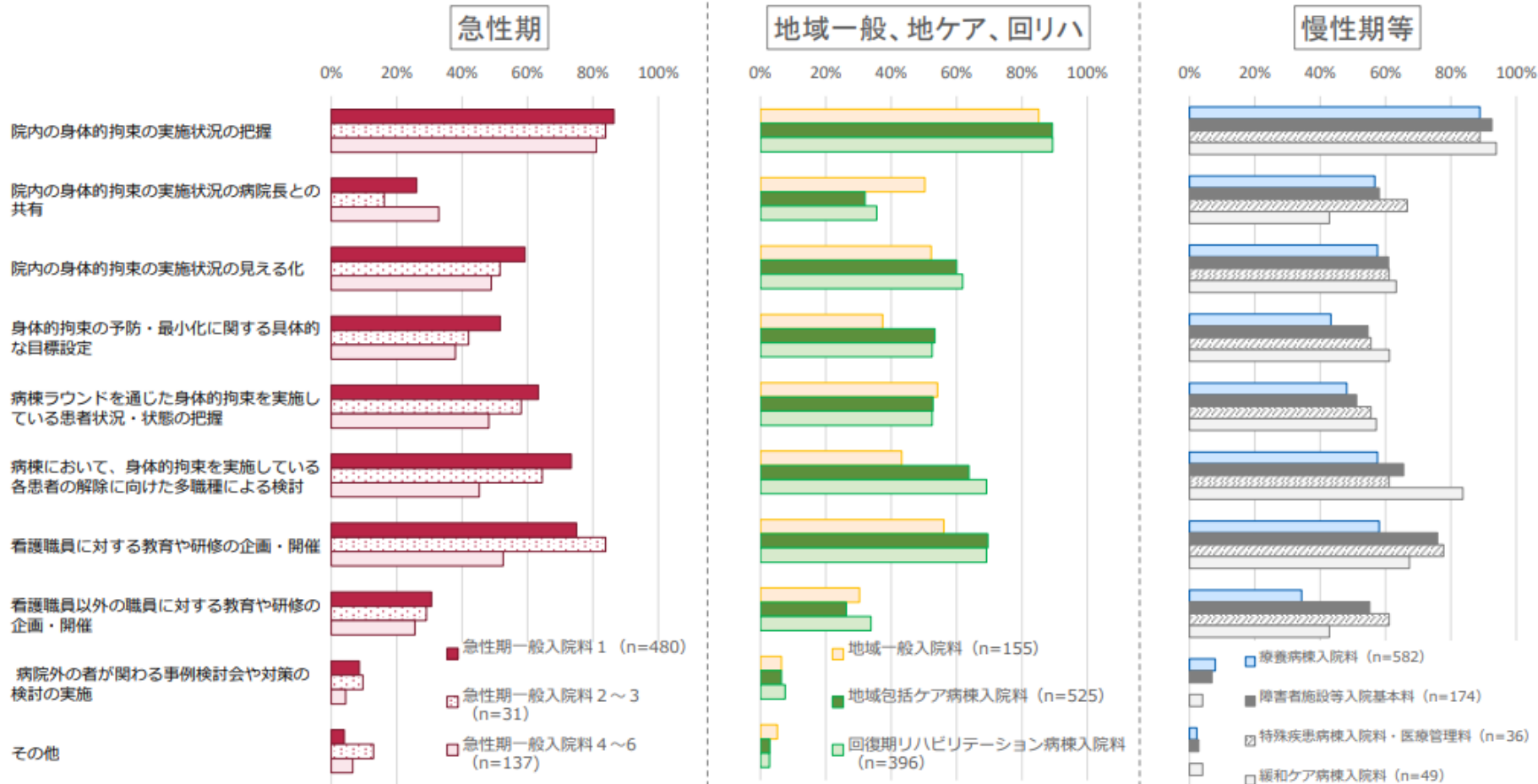
©ALCARE Co., Ltd. All rights reserved. **Takamizu**



# 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

- 入院料別の身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容は以下のとおり。
- 急性期一般病棟入院料届出病院では、「院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有」の実施率は約2割であり、他の入院料と比べて低かった。

## ■ 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

出典：厚生労働省 社会保障審議会(令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会)\_令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第2回)



# 一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

## A病棟：「身体拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度  
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

### ➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践</li> <li>CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT）</li> <li>術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去</li> <li>認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進</li> </ul>
2. 多様な視点から身体拘束を検討する	<ul style="list-style-type: none"> <li>倫理係による勉強会、倫理事例検討会</li> <li>身体拘束解除カンファレンス</li> <li>認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス</li> </ul>
3. 患者の安全を守る	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用</li> <li>インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討</li> </ul>

### ➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

### ➤ 医師と看護師等との協働

- 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

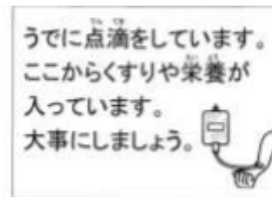
## B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組

【病院概要】2020年4月1日  
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

### ➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- 病棟では、
  - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベットサイドに掲示する
  - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見てもらう
  - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

#### 【注意を促す掲示物の一例】



35

出典：看護管理, 30(6), 2020をもとに保険局医療課にて作成

# (参考) 身体拘束予防ガイドライン

## 身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

1. トップ（経営者・院長・看護部長）が決断し、施設や病院が一丸となって取り組む。
2. みんなで議論し、共通の意識を持つ。
3. まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。  
次のような患者の状況を解決することによって、身体拘束を必要としない環境を作る。
  - ・ スタッフの行為や言葉掛けが不適當か、またはその意味がわからない場合
  - ・ 自分の意思にそぐわないと感じている場合
  - ・ 不安や孤独を感じている場合
  - ・ 身体的な不快や苦痛を感じている場合
  - ・ 身の危険を感じている場合
  - ・ 何らかの意思表示を使用している場合
4. 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。
5. 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的にする。

## 身体拘束をせずにケアを行うために — 3つの原則

1. 身体拘束を誘発する原因を探り除去する。
2. 5つの基本的ケアを徹底する。  
①起きる ②食べる ③排泄する ④清潔にする ⑤活動する（アクティビティー）
3. 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現をめざす。

## 論点② 身体的拘束等の適正化の推進

### 論点②

- 介護保険法施行時に、施設系サービスを中心に身体的拘束等の原則禁止や身体的拘束等を行う場合の記録（以下「身体的拘束等の原則禁止や記録」という。）に関する規定を運営基準に設け、平成18年度に身体拘束廃止未実施減算（5単位/日減算）を新設、平成30年度に身体的拘束等の適正化のための措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施）に関する規定の新設と減算率の見直し（10%/日減算）等を行っている。
- 現行の運営基準上、サービス種別ごとに、身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定の有無と、身体的拘束等の適正化のための措置の規定の有無が異なっているが、令和5年度に行った調査によると、身体的拘束等の適正化のための措置の取組は、施設系・居住系サービスや短期入所・多機能系サービスを中心に、全てのサービス種別で一定程度進んでいる。
- サービス種別にかかわらず、適切な手続を経ていない身体的拘束等を含む不正が一定数発生している状況を踏まえ、身体的拘束等の適正化を更に推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

### 対応案

- 身体的拘束等の適正化を更に推進する観点から、既に身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定があるサービス種別（短期入所・多機能系サービス）について、1年間の経過措置を設けた上で身体的拘束等の適正化のための措置を義務づけることとしてはどうか。  
併せて、身体的拘束等を行う場合の記録や、身体的拘束等の適正化のための措置が行われていない場合に、基本報酬を減算することとしてはどうか。
- また、身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定のないサービス種別（訪問・通所系サービス等）について、身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定を運営基準に設けることとしてはどうか。



## 各サービス種別における身体的拘束等に関する運営基準の比較

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）		指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）
訪問系サービス、通所系サービス等	短期入所系サービス、多機能系サービス	施設系サービス、居住系サービス
<p>(指定訪問介護の基本取扱方針) 第二十二条 指定訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。 2 指定訪問介護事業者は、自らその提供する指定訪問介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。</p> <p>(指定訪問介護の具体的取扱方針) 第二十三条 訪問介護員等の行う指定訪問介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。 一 指定訪問介護の提供に当たっては、次条第一項に規定する訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。 二 指定訪問介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。 三 指定訪問介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。 四 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。</p>	<p>(指定短期入所生活介護の取扱方針) 第二十八条 指定短期入所生活介護事業者は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行わなければならない。 2・3 (略)</p> <p>4 指定短期入所生活介護事業者は、指定短期入所生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。 5 指定短期入所生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。 6 (略)</p> <p>※身体的拘束等の適正化のための措置に関する規定はない。</p>	<p>(指定介護福祉施設サービスの取扱方針) 第十一条 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。 2・3 (略)</p> <p>4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。 5 指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。 6 指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。 一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。 二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。 三 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。 7 (略)</p>
<p>※身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定はない。</p> <p>※身体的拘束等の適正化のための措置に関する規定はない。</p>		

## 1. (6) ② 身体的拘束等の適正化の推進①

### 概要

【ア：短期入所系サービス★、多機能系サービス★、イ：訪問系サービス★、通所系サービス★、福祉用具貸与★、特定福祉用具販売★、居宅介護支援★】

- 身体的拘束等の更なる適正化を図る観点から、以下の見直しを行う。
  - ア 短期入所系サービス及び多機能系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための措置（委員会の開催等、指針の整備、研修の定期的な実施）を義務付ける。【省令改正】また、身体的拘束等の適正化のための措置が講じられていない場合は、基本報酬を減算する。その際、1年間の経過措置期間を設けることとする。【告示改正】
  - イ 訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び居宅介護支援について、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととし、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することを義務付ける。【省令改正】

### 基準

- 短期入所系サービス及び多機能系サービスの運営基準に以下の措置を講じなければならない旨を規定する。
  - ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
  - ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
  - ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
- 訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び居宅介護支援の運営基準に以下を規定する。
  - ・ 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこと。
  - ・ 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。



## 1. (6) ② 身体的拘束等の適正化の推進②

### 単位数

【短期入所系サービス★、多機能系サービス★】

<現行>  
なし



<改定後>

**身体拘束廃止未実施減算** 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算 (新設)

※ 平成18年度に施設・居住系サービスに身体拘束廃止未実施減算を導入した際は、5単位/日減算であったが、各サービス毎に基本サービス費や算定方式が異なることを踏まえ、定率で設定。なお、短期入所系・多機能系サービスは所定単位数から平均して9単位程度/日の減算となる。

### 算定要件等

- 身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置が講じられていない場合
  - ・ 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること
  - ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること
  - ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること
  - ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること
- 全ての施設・事業所で身体的拘束等の適正化が行われるよう、令和6年度中に小規模事業所等における取組事例を周知するほか、介護サービス情報公表システムに登録すべき事項に身体的拘束等の適正化に関する取組状況を追加する。また、指定権者に対して、集団指導等の機会等にて身体的拘束等の適正化の実施状況を把握し、未実施又は集団指導等に不参加の事業者に対する集中的な指導を行うなど、身体的拘束等の適正化に向けた取組の強化を求める。

[管理](#)

ナーシングケアセミナー アルケア身体抑制低減活動（3回シリーズ）急性期から介護施設、在宅まで「身体的拘束の最小化」を実践するポイント

## 開催案内

**会場** WEB開催

**対象** 看護管理者、医療安全管理者、認知症看護認定看護師、身体的拘束最小化チームの方など

**参加費** 無料

## 第1回「身体的拘束」・「タスクシフト」に関わる診療報酬・介護報酬の概要

**日時** LIVE配信 4月5日（金）19：00～20：00

見逃しオンデマンド配信 4月17日（水）12:00～5月8日（水）12:00まで

**演者** 高水 勝

アルケア株式会社 ウンド&ナーシングケア事業本部

## 講演抄録

①「身体的拘束」に関わる基本料、加算等の各規定の整理、②タスクシフトの実践；働き方改革、特定看護師、NP等の正しい理解と整理、の2つについて、LIVE配信の良さを生かし、当日までの診療報酬等の疑義解釈を反映してお話いたします。

（講演時間45分程度）

## 第2回 調査研究からみる身体的拘束最小化チームのヒント

**日時** オンデマンド配信 5月17日（金）12：00～6月28日（金）12:00まで

## 講演1 身体的拘束最小化を考える上でのキホン

**演者** 叶谷 由佳 先生

横浜市立大学医学部看護学科 老年看護学領域 教授／看護師／保健師／介護支援専門員

## 講演抄録

患者の尊厳と安全を守りながら身体的拘束最小化を目指すうえで重要となる、老年看護、看護管理の考え方についてご提示いただきます。

（講演時間40分程度）

## 講演2 身体的拘束最小化に向けた活動のヒント

**演者** 南崎 真綾 先生

横浜市立大学医学部看護学科 老年看護学領域 助教／看護師／保健師

## 講演抄録

身体的拘束最小化の取り組みに関する文献レビューと身体的拘束最小化を実現した看護管理者や老人看護専門看護師を対象とした調査結果から、活動のポイントを整理します。

（講演時間40分程度）

## 第3回 保存版！身体的拘束・認知症に関わる診療報酬・介護報酬改定2024

**日時** オンデマンド配信 5月27日（月）12：00～6月28日（金）12:00まで

**演者** 高水 勝

アルケア株式会社 ウンド&ナーシングケア事業本部

## 講演抄録

第1回講演内容を踏まえて、5月中旬段階での疑義解釈を反映させた、2024年診療報酬と介護報酬の解説。

（講演時間45分程度）

# 診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

**一般病床**  
(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 886,663床  
病床利用率 69.0%  
平均在院日数 16.2日

**療養病床**  
(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

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

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

**特定機能病院  
入院基本料**※1  
87施設  
58,726床 (+185床)  
※1 一般病床に限る

**専門病院入院基本料**  
19施設6,249床 (+4床)

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

**特定集中治療室管理料**  
ICU1 159施設 1,656床 (+169)  
ICU2 80施設 927床 (+60)  
ICU3 329施設 2,317床 (▲48)  
ICU4 54施設 497床 (▲68)

**ハイケアユニット入院医療管理料**  
HCU1: 643施設 6,327床 (+174床)  
HCU2: 37施設 363床 (+54床)

**脳卒中ケアユニット入院医療管理料**  
203施設 1,667床 (+75床)

**小児特定集中治療室管理料**  
16施設 161床 (+61床)

**新生児特定集中治療室管理料**  
NICU1 75施設 731床 (▲20床)  
NICU2 153施設 909床 (+24床)

**総合周産期特定集中治療室管理料**  
133施設 母児・胎児 841床 (▲16床)  
新生児 1,771床 (+16床)

**新生児治療回復室入院医療管理料**  
203施設 2,972床 (+73床)

**一類感染症患者入院医療管理料**  
33施設 103床 (▲2床)

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

**一般病棟入院基本料**  
575,751床 (▲4,036床)

**回復期リハビリテーション病棟入院料**

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

**地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料**

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

**障害者施設等入院基本料**  
891施設  
72,004床 (+1,633床)

**特定一般病棟入院料**  
入院料1 3施設 96床 (±0)  
入院料2 2施設 79床 (±0)

**特殊疾患**

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

**緩和ケア病棟入院料**  
入院料1 241施設 4,937床 (+118)  
入院料2 219施設 4,250床 (+39)

**療養病棟入院基本料**  
205,673床 (+101床)

**介護療養  
病床**  
7,976床  
※R4.6末病院報告

施設基準届出  
令和4年7月1日現在  
(カッコ内は前年比較)

**有床診療所 (一般)** 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

**有床診療所 (療養)** 392施設 3,838床 (▲1,355床)

**精神科救急急性期医療入院料**  
173施設 10,875床 ※R4新設

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

**精神病棟** 1,180施設 140,478床 (+1,660床)

**精神科救急・合併症入院料**  
11施設 390床 (▲34)

**児童・思春期精神科入院**  
50施設 1,690床 (+135)

**精神療養病棟入院料**  
808施設 88,399床 (▲1,312)

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

**地域移行機能強化病棟入院料**  
27施設1,129床 (▲207床)

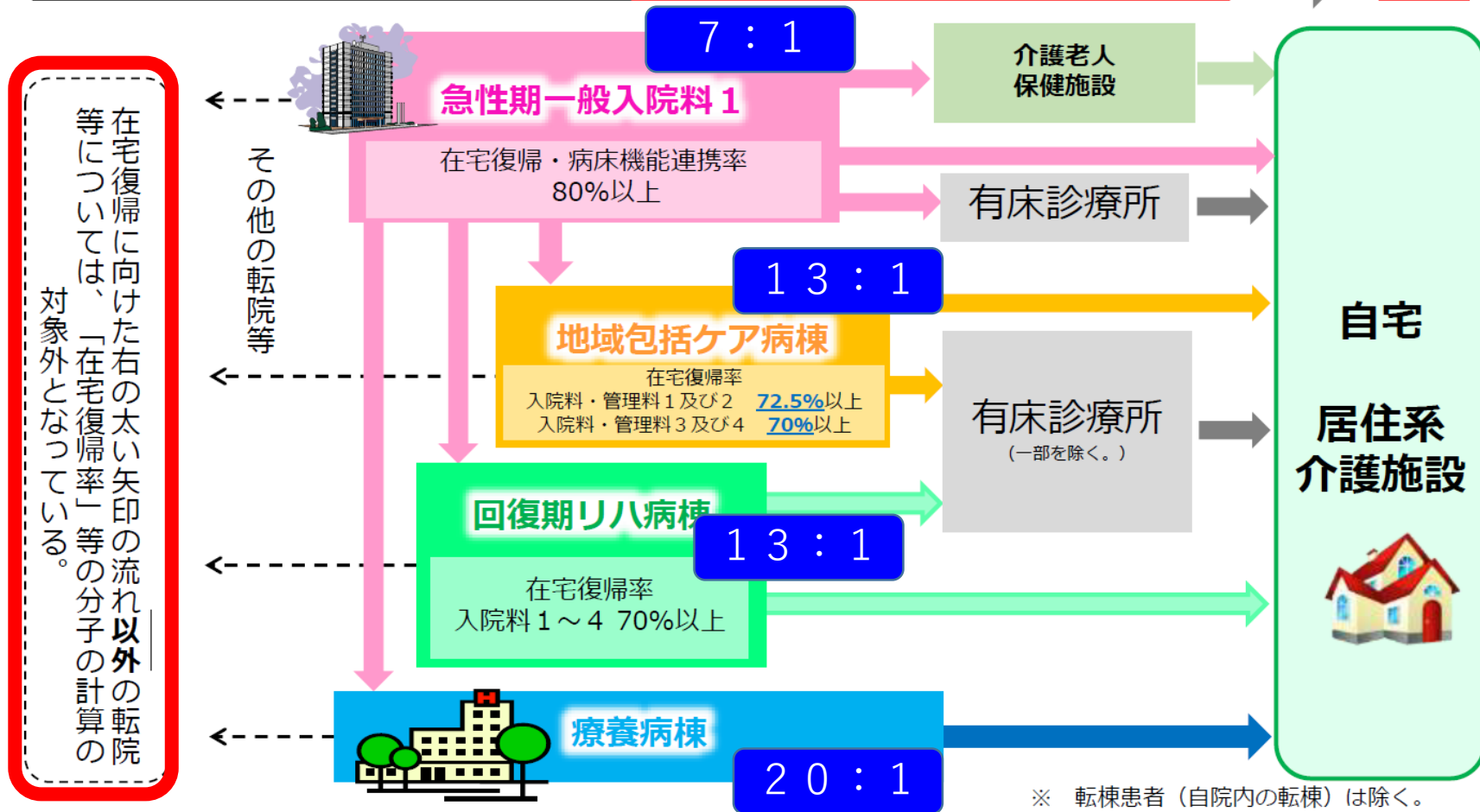
**結核病棟** 170施設 3,386床 (▲28床)

# 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

2022

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

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



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



## 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

### 背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。  
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供



# 地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

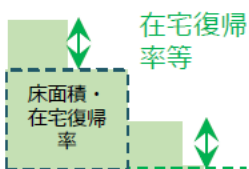
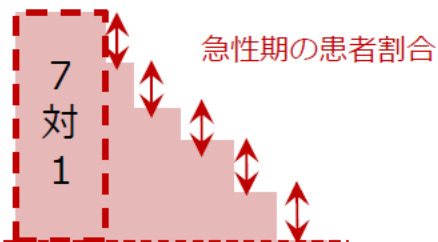
回復期医療

急性期医療

回復期医療

平均在院日数  
18日

平均在院日数  
16日



看護職員配置  
(13対1)  
算定可能日数  
60日

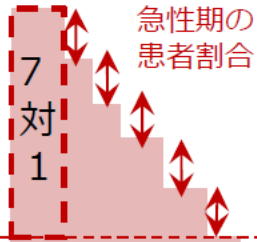
地域包括ケア

急性期一般病棟入院料

地域包括ケア  
病棟入院料  
(包括評価)



重症度、医療・  
看護必要度及び  
平均在院日数の  
見直し



看護職員配置  
(10対1)  
平均在院日数  
21日

急性期一般

急性期一般病棟入院料

在宅復帰機能、リハビリテーション、栄養等に  
係る機能を重視した  
新たな入院料

看護職員配置  
(10対1)  
平均在院日数  
21日

地域包括医療

地域包括医療  
病棟入院料  
(包括評価)



看護職員配置  
(13対1)  
算定可能日数  
60日  
(40日目以降減算)

地域包括ケア

地域包括ケア  
病棟入院料  
(包括評価)

## 想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

- ▶ 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

### ①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

### ②急性期入院基本料2-6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

### ③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

## 急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上</li> <li>「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ）</li> <li>入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）</li> </ul>
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回り八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含まない)

# 急性期一般入院料 1等の施設基準の見直し

## 平均在院日数の基準の見直し

- 医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料 1の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

### 現行

【急性期一般入院基本料】  
 [施設基準]  
 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1にあっては18日）以内であること。

### 改定後

【急性期一般入院基本料】  
 [施設基準]  
 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1にあっては**16日**）以内であること。

## 重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

- 急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7対 1 及び専門病院入院基本料 7対 1 における該当患者の基準及び割合の基準について、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。
  - 「A 3点以上」又は「C 1点以上」に該当する割合が一定以上であること
  - 「A 2点以上」又は「C 1点以上」に該当する割合が一定以上であること

### 現行

【急性期一般入院料 1】  
 [施設基準]  
 当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。

別表 1

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

### 改定後

【急性期一般入院料 1】  
 [施設基準]  
 当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であるとともに、別表 2 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であること。

別表 1 (基準：20% ※必要度 II の場合)

別表 2 (基準：27% ※必要度 II の場合)

A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

A 得点が 2 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者



# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

## 評価項目の見直し

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

(改定内容)

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

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

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

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

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



## 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

### 重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

- 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床未満）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

#### 現行

##### 【急性期一般入院料】

##### [施設基準]

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



#### 改定後

##### 【急性期一般入院料】

##### [施設基準]

急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）、許可病床数が200床以上であって急性期一般入院料2又は3に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料4又は5に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

※救命救急入院料2及び4並びに特定集中治療室管理料についても、同様の見直しを行う。

##### [経過措置]

令和6年3月31日において現に届出を行っている病棟については、令和7年9月30日までの間に限り、必要度Ⅱを用いた評価に係る要件を満たすものとみなす。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

現行		必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料(特定)		—	28%
7対1入院基本料(結核)		10%	8%
7対1入院基本料(専門)		30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%

改定後		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%
7対1入院基本料(特定)	—	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料(結核)	8%	7%
7対1入院基本料(専門)	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
看護必要度加算1(特定、専門)	18%	17%
看護必要度加算2(特定、専門)	16%	15%
看護必要度加算3(特定、専門)	13%	12%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

## 【該当患者の基準】

急性期1、7対1入院基本料(特定、専門) <sup>※1</sup>	<b>割合①</b> 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上 ----- <b>割合②</b> 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2～5等 <sup>※2</sup>	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括ケア病棟等	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること

※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

## 【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり

⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする

**116**  
144

【I-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充-③】

## ③ 感染対策向上加算等における専従要件の明確化

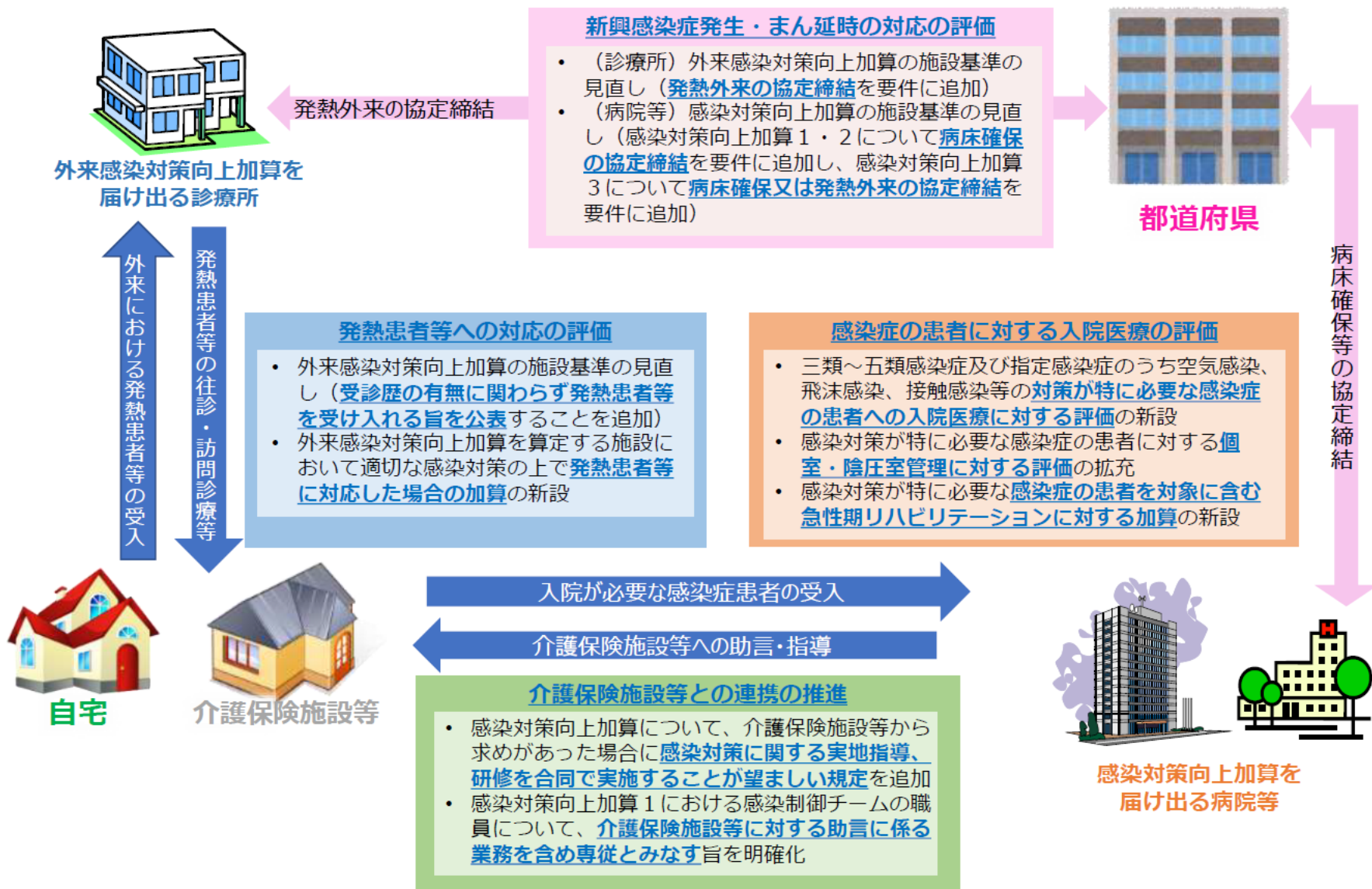
### 第1 基本的な考え方

感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

### 第2 具体的な内容

感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームに専従の者は、各加算等で求めるチーム構成員としての業務に影響のない範囲において、介護保険施設等からの求めに応じて当該構成員の専門性に基づく助言を行っても差し支えないこととする。

# ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像





## 感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進

### 感染対策向上加算の見直し

- 感染対策向上加算の施設基準に、連携する介護保険施設等から求めがあった場合に現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを追加する。

#### 現行

【感染対策向上加算】  
[施設基準(抜粋)]  
(新設)

#### 改定後

【感染対策向上加算】  
[施設基準(抜粋)]

- ・ 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての  
実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、院内感染対策  
に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。

- 感染対策の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じて専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算におけるチームの職員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

#### 現行

【感染対策向上加算】  
[施設基準]  
**感染対策向上加算 1**

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ (略)

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

#### 改定後

【感染対策向上加算】  
[施設基準]  
**感染対策向上加算 1**

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ (略)

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。





# 感染対策向上加算等における専従要件の明確化（一部再掲）

## 感染対策向上加算等における専従要件の明確化

- 感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

### 現行

#### 【感染対策向上加算】

[施設基準]

#### 感染対策向上加算 1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

（中略）



### 改定後

#### 【感染対策向上加算】

[施設基準]

#### 感染対策向上加算 1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合

及び介護保険施設等からの求めに応じて、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

介護保険施設等は次に掲げるものをいう。

- イ 指定介護老人福祉施設    □ 指定地域密着型介護老人福祉施設    八 介護老人保健施設
- ニ 介護医療院    ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所
- ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
- ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
- チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所    リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
- 又 指定障害者支援施設    ル 指定共同生活援助事業所    ヲ 指定福祉型障害児入所施設

（中略）

※緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算も同様。

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

## 第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

### 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

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

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修（修了証の交付があるもの）又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる褥瘡等の創傷ケアに係る研修であること。

イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識を習得し、かつ、具体的な事例に基づいて実施する研修

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

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

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

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

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

### 3 届出に関する事項

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

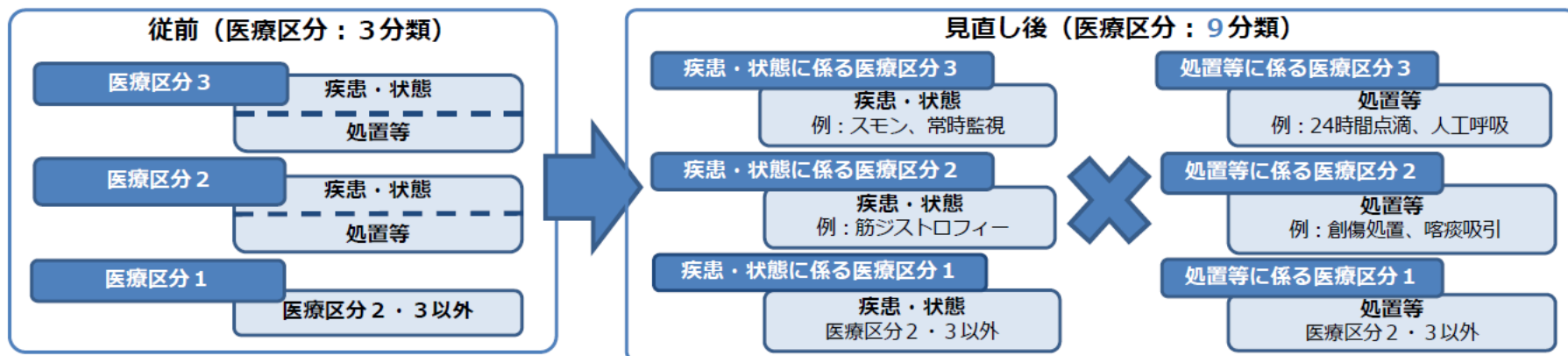
あれ？  
追記されていないようです

## 療養病棟入院基本料の見直し

○ 療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

### 1. 医療区分に係る評価体系の見直し

- 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのADL区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す。**
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



### 2. 療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 中心静脈栄養について、**患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。**また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

### 3. 療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

- 医療区分・ADL区分ともに1である入院料27（従前の入院料I）について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める

### 4. 療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

### 5. 療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

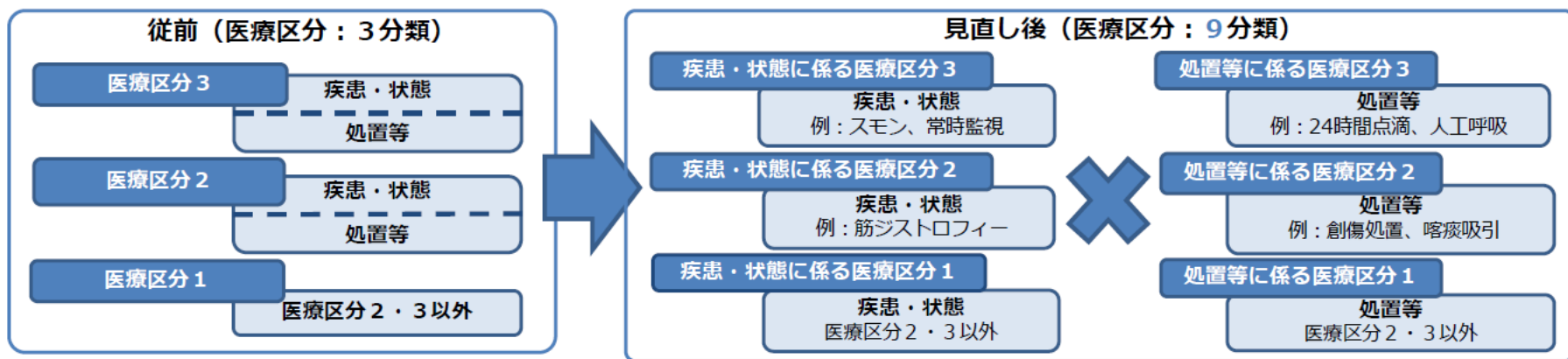
- 療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な**経腸栄養管理加算を新設**する。



## 療養病棟入院基本料の見直し①

### 療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

- 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分**および**3つのADL区分**に基づく**27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す**。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



### 現行

【療養病棟入院料】

[算定要件]

1 療養病棟入院料1

イ 入院料A  
(略)

リ 入院料I  
(略)  
(新設)

1,813点

815点

### 改定後

【療養病棟入院料】

[算定要件]

1 療養病棟入院料1

イ 入院料1  
(略)

リ 入院料27  
(略)

マ 入院料30

※療養病棟入院料2についても同様

1,964点

830点

1,488点



## 療養病棟入院基本料の概要

入院料	疾患・状態に係る医療区分	処置等に係る医療区分	ADL区分	療養病棟入院基本料1の点数	療養病棟入院基本料2の点数	従前の入院料
1	3 (スモン除く)	3	3	1,964	1,899	A
2	3 (スモン除く)	3	2	1,909	1,845	B
3	3 (スモン除く)	3	1	1,621	1,556	C
4	3 (スモン除く)	2	3	1,692	1,627	A
5	3 (スモン除く)	2	2	1,637	1,573	B
6	3 (スモン除く)	2	1	1,349	1,284	C
7	3 (スモン除く)	1	3	1,644	1,579	A
8	3 (スモン除く)	1	2	1,589	1,525	B
9	3 (スモン除く)	1	1	1,301	1,236	C
10	2	3	3	1,831	1,766	A
11	2	3	2	1,776	1,712	B
12	2	3	1	1,488	1,423	C
13	2	2	3	1,455	1,389	D
14	2	2	2	1,427	1,362	E
15	2	2	1	1,273	1,207	F
16	2	1	3	1,371	1,305	D
17	2	1	2	1,343	1,278	E
18	2	1	1	1,189	1,123	F
19	1	3	3	1,831	1,766	A
20	1	3	2	1,776	1,712	B
21	1	3	1	1,488	1,423	C
22	1	2	3	1,442	1,376	D
23	1	2	2	1,414	1,349	E
24	1	2	1	1,260	1,194	F
25	1	1	3	983	918	G
26	1	1	2	935	870	H
27	1	1	1	830	766	I
28	3 (スモンに限る)	—	3	1,831	1,766	A
29	3 (スモンに限る)	—	2	1,776	1,712	B
30	3 (スモンに限る)	—	1	1,488	1,423	C

### 療養病棟入院基本料 1

#### 【施設基準】

- ①看護配置：20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が8割以上

### 療養病棟入院基本料 2

#### 【施設基準】

- ①看護配置20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が5割以上

### ADL区分

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

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。  
 新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

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

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

## 療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、<u>広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る</u>）</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー症</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症、</li> <li>・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））</li> <li>・その他の指定難病等（スモンを除く。）</li> <li>・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）</li> <li>・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）</li> <li>・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）</li> <li>・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る）</u></li> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）</li> <li>・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療を</li> <li>・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法</li> <li>・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・一日八回以上の喀痰（かたん）吸引</li> <li>・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く）</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿（たい）若しくは足部の蜂巣炎、膿（のう）等の感染症に対する治療を</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）</li> </ul>
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

# 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

## 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

### (新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

ADL維持向上体制加算が廃止  
新たに組み換え

#### [算定要件] (概要)

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、カンファレンスが定期的に開催されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。
- 専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

#### [施設基準] (概要)

- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。
- 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 当該保険医療機関において、一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
  - ア 入棟後3日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が8割以上であること。
  - イ 土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上であること。
  - ウ 退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。
  - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。



# 在宅患者訪問診療料及び往診料の評価

## ○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)

### 1 在宅患者訪問診療料 1

- イ 同一建物居住者以外の場合 888点
- 同一建物居住者の場合 213点

### 2 在宅患者訪問診療料 2

- イ 同一建物居住者以外の場合 884点
- 同一建物居住者の場合 187点

- 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※ 同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※ 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定。

[算定要件] (抜粋)

## ○ 在宅患者訪問診療料 1

1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。

## ○ 在宅患者訪問診療料 2

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定。

## ○ 往診料 720点

- 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合の評価。

※ 定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

## 訪問診療・往診等に関する見直し

### 質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

- 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

#### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・ **在宅医療情報連携加算の新設**  
他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価
- ・ **在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設**  
在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価
- ・ **往診時医療情報連携加算の新設**  
在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価
- ・ **在宅療養移行加算の見直し**  
対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し
- ・ **在宅ターミナルケア加算等の見直し**  
在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

### 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

- 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

#### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・ **在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**  
在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し
- ・ **往診料の見直し**  
往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し
- ・ **在宅患者訪問診療料の見直し**  
在支診・在支病における患者1人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、5回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し



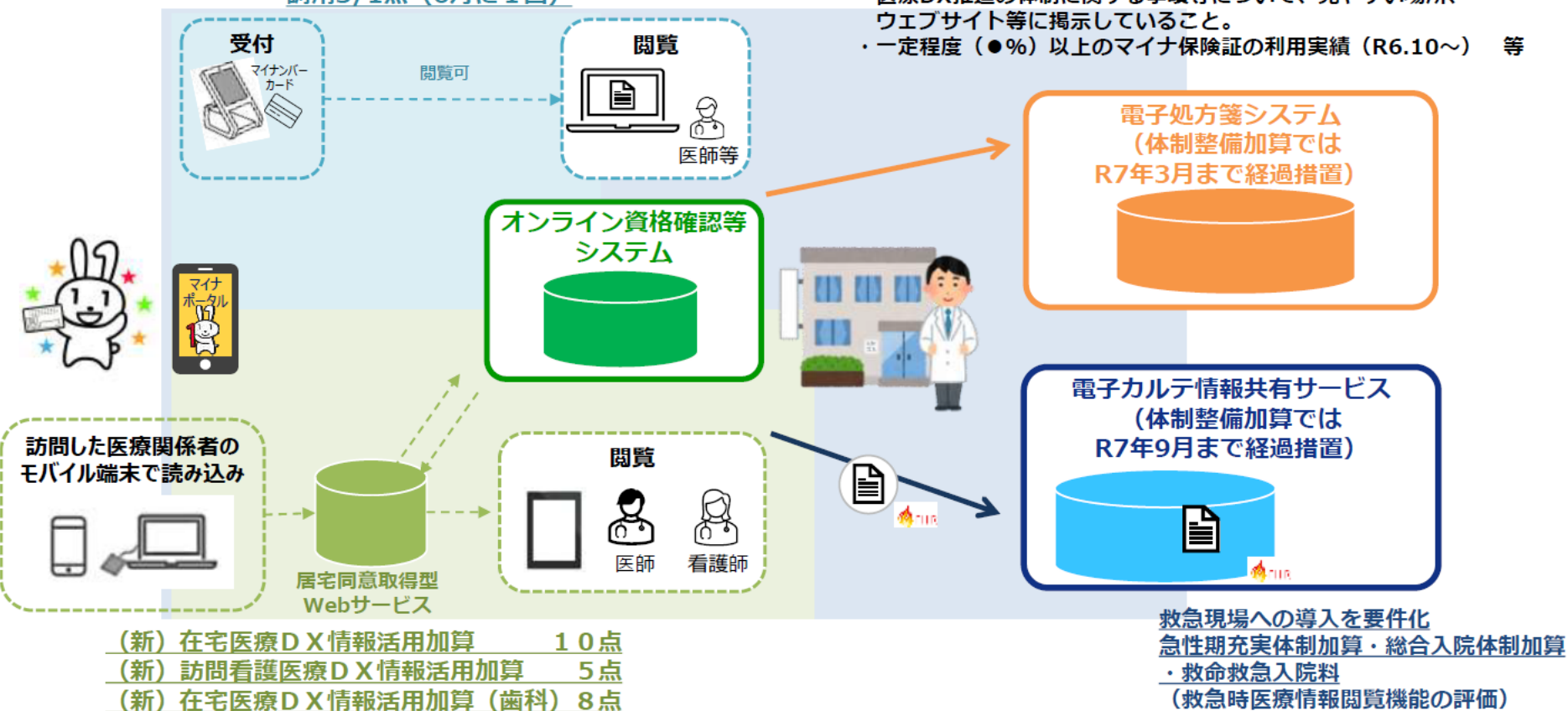
# 令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

**(新) 医療情報取得加算** 初診3/1点 再診2/1点 (3月に1回)  
調剤3/1点 (6月に1回)

**(新) 医療DX推進体制整備加算** 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度(●%)以上のマイナ保険証の利用実績(R6.10～)等



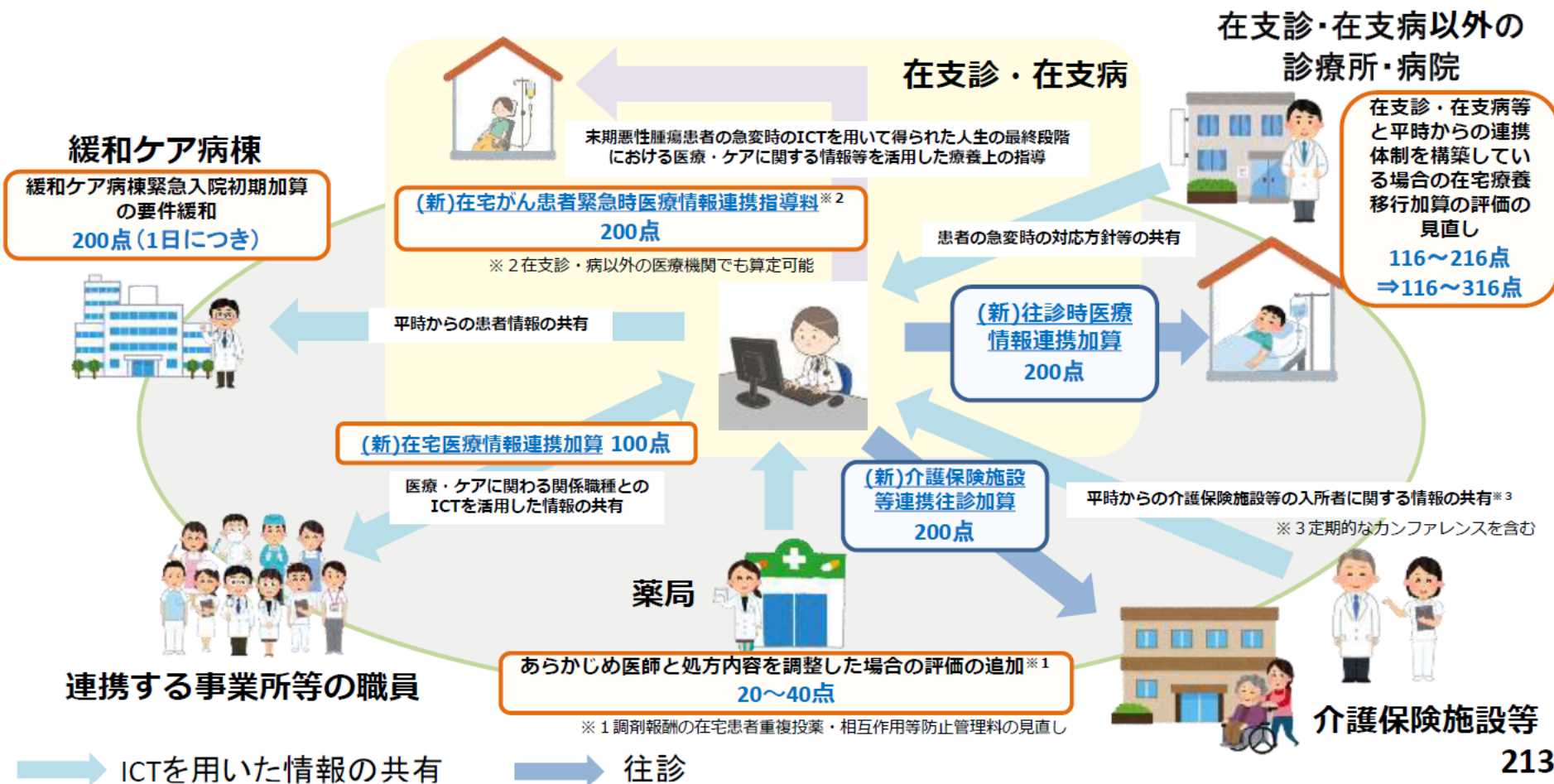
救急現場への導入を要件化  
急性期充実体制加算・総合入院体制加算  
・救命救急入院料  
(救急時医療情報閲覧機能の評価)

**(新) 在宅医療DX情報活用加算** 10点  
**(新) 訪問看護医療DX情報活用加算** 5点  
**(新) 在宅医療DX情報活用加算(歯科)** 8点

※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

# 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

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



## 質の高い訪問看護の確保

訪問看護の提供体制	利用者のニーズへの対応	医療DXへの対応を含む 関係機関との連携強化
<p><b>訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を評価</li> <li>24時間対応に係る連絡体制の取扱いの見直し</li> </ul> <p style="text-align: right;">※介護保険においても同様に対応</p>		<p><b>訪問看護療養費明細書の電子化に伴う 訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し</b></p>
<p><b>訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護管理療養費を実績に応じた評価体系に見直し</li> <li>機能強化型1における専門の研修を受けた看護師の配置の要件化</li> <li>適切な感染管理の下での対応を評価</li> <li>オンライン請求及び領収証兼明細書の発行の推進</li> </ul>		<p><b>訪問看護医療DX情報活用加算の新設</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>オンライン資格確認等システムを通じた情報の取得・活用した計画的な管理を評価。</li> </ul>
	<p><b>緊急訪問看護加算の評価の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急訪問看護加算の要件及び評価の見直し</li> </ul>	
	<p><b>医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>長時間の訪問を要する者に対する指導を行った場合の加算の要件の見直し</li> </ul>	
	<p><b>母子に対する適切な訪問看護の推進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ハイリスク妊産婦連携指導料の要件の見直し</li> <li>乳幼児加算の評価体系の見直し</li> </ul>	
<p><b>訪問看護ステーションにおける 管理者の責務の明確化</b></p> <p style="text-align: right;">※介護保険においても同様に対応</p>		
<p><b>虐待防止措置及び身体的拘束等の 適正化の推進</b></p> <p style="text-align: right;">※介護保険においても同様に対応</p>		<p><b>ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関からの訪問看護における遠隔死亡診断補助を評価</li> </ul> <p style="text-align: right;">※介護保険においても同様に対応</p>
<p><b>賃上げに向けた評価の新設</b></p>		



## 訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し①

### 訪問看護管理療養費の見直し（月の初日の訪問の場合）

- 機能強化型訪問看護管理療養費1の要件について、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師を配置することとする。
- 訪問看護ステーションにおける適切な感染管理の下での利用者への対応を評価する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。
- 訪問看護ステーションにおける訪問看護療養費明細書のオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護療養費明細書のオンライン請求及び領収証兼明細書の発行を推進する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

現行		改定後	
【訪問看護管理療養費】		【訪問看護管理療養費】	
1 月の初日の訪問の場合		1 月の初日の訪問の場合	
イ 機能強化型訪問看護管理療養費1	12,830円	イ 機能強化型訪問看護管理療養費1	<b>13,230円</b>
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2	9,800円	ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2	<b>10,030円</b>
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3	8,470円	ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3	<b>8,700円</b>
ニ イから八まで以外の場合	7,440円	ニ イから八まで以外の場合	<b>7,670円</b>
[施設基準] 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準 イ～ハ 略 (新設)		[施設基準] 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準 イ～ハ 略 <b>ト 専門の研修を受けた看護師が配置されていること。</b>	
		[経過措置] 令和6年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。	

### (参考) 算定留意事項

#### 第5 訪問看護管理療養費について

**(新)** 災害等が発生した場合においても、指定訪問看護の提供を中断させない、又は中断しても可能な限り短い期間で復旧させ、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施できるよう業務継続計画を策定し必要な措置を講じていること。



## (参考) 機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額	<b>13,230円</b>	<b>10,030円</b>	<b>8,700円</b>
看護職員の数・割合	常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者又は複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 +特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 +サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
専門の研修を受けた看護師の配置	<b>専門の研修を受けた看護師が配置されていること</b>	専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい）	

[経過措置]令和6年3月31日において既に機能強化型訪問看護管理療養費1に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、専門の研修を受けた看護師の配置に係る基準に該当するものとみなす。

## 訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し②

### 訪問看護管理療養費の見直し（月の2日目以降の訪問の場合）

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

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

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

##### ・ 訪問看護管理療養費 1 の基準

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

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

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

##### ・ 訪問看護管理療養費 2 の基準

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

#### [経過措置]

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

すべての事業所で  
届出が必要です



# 医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

中医協 総-2  
5. 7. 12

## 【医療保険】

## 【介護保険】

小児等40歳未満の者、  
要介護者・要支援者  
以外  
  
(原則週3日以内)

要支援者・要介護者  
  
(限度基準額内 無制限  
(ケアプランで定める))

厚生労働大臣が定める者  
(特掲診療料・別表第7※1)

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

厚生労働大臣が  
定める者  
(特掲診療料・  
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

算定日数  
制限無し

- (※1) 別表第7
- |              |                |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍      | プリオン病          |
| 多発性硬化症       | 亜急性硬化性全脳炎      |
| 重症筋無力症       | ライソゾーム病        |
| スモン          | 副腎白質ジストロフィー    |
| 筋萎縮性側索硬化症    | 脊髄性筋萎縮症        |
| 脊髄小脳変性症      | 球脊髄性筋萎縮症       |
| ハンチントン病      | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎  |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群     |
| パーキンソン病関連疾患  | 頸髄損傷           |
| 多系統萎縮症       | 人工呼吸器を使用している状態 |

- (※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者  
(有効期間：28日間)
- ・気管カニューレを使用している状態にある者
  - ・真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 注) 特別訪問看護指示書  
患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

- (※3) 別表第8
- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
  - 2 以下のいずれかを受けている状態にある者  
在宅自己腹膜灌流指導管理  
在宅血液透析指導管理  
在宅酸素療法指導管理  
在宅中心静脈栄養法指導管理  
在宅成分栄養経管栄養法指導管理  
在宅自己導尿指導管理  
在宅人工呼吸指導管理  
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理  
在宅自己疼痛管理指導管理  
在宅肺高血圧症患者指導管理
  - 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
  - 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
  - 5 在宅患者訪問薬剤師指導管理指導料を算定している者

## 虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

### 虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

- 訪問看護における身体的拘束等の適正化を推進する観点から、指定訪問看護の具体的取扱方針に、身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合における記録の義務を追加する。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】  
 (指定訪問看護の具体的取扱方針)

第十五条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 指定訪問看護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。

四 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

五～七 (略)

- 訪問看護における虐待防止措置を推進する観点から、指定訪問看護事業者に対し、指定訪問看護ステーションごとの運営規定に、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることを義務付ける。

#### 現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】  
 (運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定(以下「運営規程」という。)を定めておかなければならない。

一～六 (略)

(新設)

七 その他運営に関する重要事項



#### 改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】  
 (運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定(以下「運営規程」という。)を定めておかなければならない。

一～六 (略)

七 虐待の防止のための措置に関する事項

八 その他運営に関する重要事項

[経過措置]

令和8年5月31日までの間、虐待の防止のための措置に関する事項を定めることについては努力義務とする。



## へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

### へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

- へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

#### (新) 看護師等遠隔診療補助加算 50点

##### [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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

##### [施設基準]

次のいずれにも該当すること。

- (1) 「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
- (2) 当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修な研修を修了した医師を配置していること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。



へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師



情報通信機器を用いた診療



患者が看護師等という場合

## 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

2022

### 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

#### 現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

【施設基準】

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間



#### 改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

【施設基準】

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間
- ・ **特定行為研修（創傷管理関連）**

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

### 専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

**（新） 専門管理加算 2,500円（1月に1回）**

#### 【算定要件】

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

#### 【算定対象】

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

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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

57

## 1. (3) ① 専門性の高い看護師による訪問看護の評価

### 概要

【訪問看護★、看護小規模多機能型居宅介護】

- 医療ニーズの高い訪問看護利用者が増える中で、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が指定訪問看護、指定介護予防訪問看護及び指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行うことを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

### 単位数

<現行>  
なし



<改定後>  
専門管理加算 250単位/月 (新設)

### 算定要件等

- 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定単位数に加算する。(新設)

イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合

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

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合

- ・ 診療報酬における手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、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

## 2. (3) ⑤ アウトカム評価の充実のための褥瘡マネジメント加算等の見直し

### 概要

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

- 褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。
  - ア 施設入所時又は利用開始時に既に発生していた褥瘡が治癒したことについても評価を行う。【告示改正】
  - イ 加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施。【通知改正】
  - ウ 初回のデータ提出時期について、他の LIFE 関連加算と揃えることを可能とする。【通知改正】

### 算定要件等

- LIFE関連加算に共通した見直しを実施。
  - <入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し>
    - ・ 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
    - ・ 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする
  - <褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）>
    - 以下の要件を満たすこと。
      - イ 入所者又は利用者ごとに、施設入所時又は利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。
      - ロ イの確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
      - ハ イの確認の結果、褥瘡が認められ、又はイの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
      - ニ 入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録していること。
      - ホ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。
  - <褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）>
    - 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。
  - <褥瘡対策指導管理（Ⅱ）>
    - 褥瘡対策指導管理（Ⅰ）に係る基準を満たす介護医療院において、施設入所時の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。



## ●医療提供体制に関するポイント・キーワード

- ・三位一体の改革
- ・病院の機能：特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関
- ・紹介率・逆紹介率、在宅復帰率
- ・医療DX

## ●働き方改革のポイント・キーワード

- ・「勤務医」の働き方改革
- ・高度急性期が中心（ER、ICU、外科系、麻酔）
- ・医療関連職種へのタスクシフト
- ・認定看護師、特定看護師、NPの活用か、看護師や関連職種全体のタスクの見直しか？
- ・混合病棟化、複合病棟編成化での、看護師等のスキル維持、手順の標準化
- ・「手順の標準化」＝「知識の標準化」＋「材料の標準化」のレベル感

## ●トリプル改定の前に、診療報酬のポイント・キーワード

- ・診療報酬の基本構造
- ・レセプトの審査
- ・適時調査と指導
- ・読み解く5つのポイント
- ・トリプル改定の概要

## <抄録>

速報！！2024年W改定：褥瘡にかかわる診療報酬・介護報酬

—医療行政の大変革と併せて読み解く—

2024年は、「診療報酬」「介護報酬」「障害福祉支援サービス」のトリプル改定だけでなく、「働き方改革」「第8次医療計画」「第9期介護保険事業（支援）計画」等も重なる医療制度の大変革の年になります。見方を変えれば、いろいろな制度の新設や整合性がとれるチャンスです。医療行政の方向性と併せてトリプル改定の内容をお話させていただきます。

なお、本抄録は、2月15時点で書いており、診療報酬（中医協答申）、介護報酬改定（案）、障害福祉サービス改定（案）の段階での内容になります。

3月上旬から順次発出される、診療報酬、介護報酬等の正式な告示・通知等によって、多くの医療・介護等の政策が確定していきます。

当日は、それらもできるだけ反映してお話させていただきます。

## <主な項目の改定予定>

●入院基本料：「身体的拘束の最小化」が義務化され、できていない場合は入院基本料が40点（日）減算になる。MDRPU、スキン-ケアにも関連するので連携が必要。

●看護必要度：「重度褥瘡」の扱いが変更される

●褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが月10時間」まで認められる。

●訪問看護管理療養費：「別表8」の患者（真皮を越える褥瘡等）の一定以上の実績が必要となる。

●介護施設、ショートステイ、訪問看護：診療報酬と同様に「身体的拘束」について、それぞれ内容は異なるが、新設・改正される。

●介護保険でも診療報酬同様の「専門管理加算」が新設される。

●介護保険の「褥瘡マネジメント加算」の要件が変更になる。

## <その他>

●現段階ではまだ不明である一般的な項目について、3月5日（予定）の正式な告示・通知で、処置等の手技料、管理料、医療機器/医療材料等のさまざまな項目の運用や点数の新設・改定が確定します。その内容も当日お話しします。

ご清聴ありがとうございました。  
本日の講演は、  
2024年3月5日現在での内容になります。

今後、3月中旬から発出される、  
診療報酬、介護報酬等の正式な告示・通知等によって、  
多くの医療・介護等の政策が確定していきます。

本日のスライドは、近々、中国四国地方会のHPにUP頂く予定です。  
ご自由にダウンロードしていただき、ご活用ください。  
よろしくお願い申し上げます。

お疲れ様でした！！



< 参考 >  
2022年度  
診療報酬改定の復習

2024年度  
診療報酬改定でも  
大きな変更はありません。



	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"> <li>●580点（1日） <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。</li> </ul> </li> <li>●20点（一回のみ） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●1285点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・緩和ケア認定看護師等も可</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●250点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の訪問看護の費用に加算する。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●750点（一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> </li> </ul>
算定患者	<p>別表第8の患者 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・真皮を超える褥瘡の状態にある者</li> <li>・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</li> <li>・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>⑤その他：特定行為関連</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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有する者</li> <li>ア 重度の末梢循環不全のもの</li> <li>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</li> <li>ウ 強度の下痢が続く状態であるもの</li> <li>エ 極度の皮膚脆弱であるもの</li> <li>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</li> </ul>
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</li> <li>①：特定看護師（創傷管理関連）</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</li> <li>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</li> <li>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」）</li> </ul>	<p>&lt;在宅褥瘡対策チームの構成員&gt;</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> <p>・在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。</p>
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・「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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の訪問看護の費用に加算する。</li> <li>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"> <li>ア 気管カニューレの交換</li> <li>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</li> <li>ウ 膀胱ろうカテーテルの交換</li> <li>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</li> <li>オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法</li> <li>カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整</li> <li>キ 脱水症状に対する輸液による補正</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>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。</li> <li>・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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </li> </ul>

	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"> <li>●580点（1日） <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。</li> </ul> </li> <li>●20点（一回のみ） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●1285点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・緩和ケア認定看護師等も可</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●250点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の訪問看護の費用に加算する。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●750点（一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> </li> </ul>
算定患者	<p>別表第8の患者 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・真皮を超える褥瘡の状態にある者</li> <li>・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</li> <li>・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>⑤その他：特定行為関連</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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有する者</li> <li>ア 重度の末梢循環不全のもの</li> <li>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</li> <li>ウ 強度の下痢が続く状態であるもの</li> <li>エ 極度の皮膚脆弱であるもの</li> <li>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</li> </ul>
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</li> <li>①：特定看護師（創傷管理関連）</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</li> <li>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</li> <li>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」）</li> </ul>	<p>&lt;在宅褥瘡対策チームの構成員&gt;</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> <p>・在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。</p>
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・「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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の訪問看護の費用に加算する。</li> <li>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"> <li>ア 気管カニューレの交換</li> <li>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</li> <li>ウ 膀胱ろうカテーテルの交換</li> <li>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</li> <li>オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法</li> <li>カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整</li> <li>キ 脱水症状に対する輸液による補正</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>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。</li> <li>・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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </li> </ul>

# 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 ・ <b>特定行為研修(創傷管理関連)</b>

※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

	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"> <li>●580点（1日） <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。</li> </ul> </li> <li>●20点（一回のみ） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●1285点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・緩和ケア認定看護師等も可</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●250点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の訪問看護の費用に加算する。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●750点（一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> </li> </ul>
算定患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>別表第8の患者（例） <ul style="list-style-type: none"> <li>・真皮を超える褥瘡の状態にある者</li> </ul> </li> <li>・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</li> <li>・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>⑤その他：特定行為関連</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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有する者</li> <li>ア 重度の末梢循環不全のもの</li> <li>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</li> <li>ウ 強度の下痢が続く状態であるもの</li> <li>エ 極度の皮膚脆弱であるもの</li> <li>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</li> </ul>
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</li> <li>①：特定看護師（創傷管理関連）</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</li> <li>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</li> <li>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」）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;在宅褥瘡対策チームの構成員&gt;</li> <li>ア 常勤の医師</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>必要に応じて、理学療法士、薬剤師等</li> <li>・在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。</li> </ul>
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、在宅での療養に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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・「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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の訪問看護の費用に加算する。</li> <li>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"> <li>ア 気管カニューレの交換</li> <li>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</li> <li>ウ 膀胱ろうカテーテルの交換</li> <li>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</li> <li>オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法</li> <li>カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整</li> <li>キ 脱水症状に対する輸液による補正</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>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。</li> <li>・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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </li> </ul>



## 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

# 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

	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"> <li>●580点（1日） <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。</li> </ul> </li> <li>●20点（一回のみ） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●1285点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・緩和ケア認定看護師等も可</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●250点（月一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の訪問看護の費用に加算する。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●750点（一回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> </li> </ul>
算定患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>別表第8の患者（例） <ul style="list-style-type: none"> <li>・真皮を超える褥瘡の状態にある者</li> </ul> </li> <li>・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</li> <li>・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>⑤その他：特定行為関連</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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有する者</li> <li>ア 重度の末梢循環不全のもの</li> <li>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</li> <li>ウ 強度の下痢が続く状態であるもの</li> <li>エ 極度の皮膚脆弱であるもの</li> <li>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</li> </ul>
看護師等の条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</li> <li>①：特定看護師（創傷管理関連）</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師</li> <li>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</li> <li>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」）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;在宅褥瘡対策チームの構成員&gt;</li> <li>ア 常勤の医師</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>必要に応じて、理学療法士、薬剤師等</li> <li>・在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、在宅褥瘡管理者であること。</li> </ul>
算定の条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・「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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の訪問看護の費用に加算する。</li> <li>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"> <li>ア 気管カニューレの交換</li> <li>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</li> <li>ウ 膀胱ろうカテーテルの交換</li> <li>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</li> <li>オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法</li> <li>カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整</li> <li>キ 脱水症状に対する輸液による補正</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>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。</li> <li>・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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </li> </ul>

# 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っ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

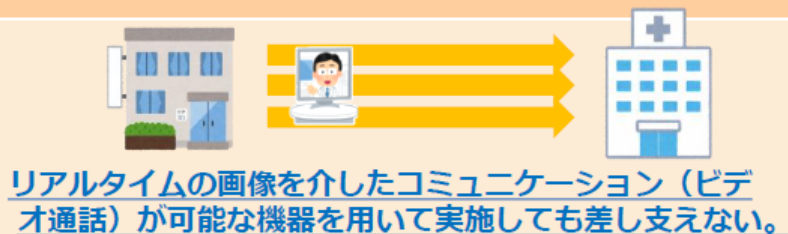
## 情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 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。

# 診療報酬における言葉の意味（創傷関連の例）

## ①衛生材料等(処置料等に含まれる)

- ・ ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなどの雑品系の製品

## ②保険医療材料(処置料等に含まれる)

- ・ 保険適応でない医療機器  
フィルム材、パッド付きドレッシング等

## ③特定保険医療材料（規定のもとに保険算定できる）

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

# 診療報酬における言葉の意味（創傷関連の例）

## ①衛生材料等(処置料等に含まれる)

- ・ ガーゼ、絆創膏、ロールフィルムなどの雑品系の製品

## ②保険医療材料(処置料等に含まれる)

- ・ 保険適応でない医療機器  
フィルム材、パッド付きドレッシング等

## ③特定保険医療材料（規定のもとに保険算定できる）

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



# 療養担当規則・・・実費徴収ができるもの

2005

## 2 療養の給付と直接関係ないサービス等

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

### (1) 日常生活上のサービスに係る費用

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

### (2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

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

### (3) 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

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

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

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

### (5) その他

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

# 療養担当規則 ・ ・ ・ 実費徴収が できないもの

2005

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

## (1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

### ア 入院環境等に係るもの

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

### イ 材料に係るもの

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

### ウ サービスに係るもの

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

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

(費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。)

## (3) 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く。）

イ 適応外使用の医薬品（選定療養を除く。）

ウ 保険適用となっていない治療方法(高度先進医療及び先進医療を除く。)等

## 第9部 処置

### 通則

1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

3 第1節に掲げられていない処置であって簡単な処置の費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の各区分の所定点数のみにより算定する。

4 第1節に掲げられていない処置であって特殊な処置の処置料は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。

5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

## 第9部処置

### <通則>

1 処置の費用は、第1節処置料及び第2節処置医療機器等加算、第3節薬剤料又は第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯を含む。）、**ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方せんにより投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。**

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

3 浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。



# 在宅褥瘡に係る診療報酬・介護報酬

(入院)

2022年改定をもとに修正しました。  
見落としや間違いもあるかもしれませんが  
現段階では概ねこのような感じだと思います。  
点数・金額は違いがあるかもしれません。

項目	名称	点数 (主たるもの)	ポイント	・別表8 ・別表8の2 ・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	d 2以上	それ以外の 褥瘡・創傷	
入院中	◆外泊時訪問	・訪問看護基本療養費Ⅲ(訪)	8500円	・退院前の1泊2日の試験外泊時の訪問看護 ・原則は一回の算定	○(2回算定可)	○	○
	◆退院前訪問	・退院前訪問診療料(医)	580点	・入院期間が一月以上になると思われる患者 に対して患者に訪問して指導する。 ・原則は一回の算定	○	○	○
	◆退院時共同指導	・退院時共同指導1(医)	1500点(在支診) 900点(その他)	・入院している医療機関と退院後の主治医の医療機関等との合同カンファレンス。 ・1は在宅側の算定 ・オンラインでも算定可	○	○	○
		・退院時共同指導2(医)	400点	・入院している医療機関と退院後の主治医の医療機関等との合同カンファレンス。 ・2は入院側の算定 ・オンラインでも算定可	○	○	○
		・退院時共同指導(調剤)	600点	・入院している医療機関と退院後の主治医の医療機関等との合同カンファレンス。 ・オンラインでも算定可	○	○	○
	・退院時共同指導加算(訪)	8000円	・介護老人保健施設、介護医療院からの退院でも算定できる ・オンラインでも可	○(2回算定可)	○	○	
	・退院時共同指導加算(介)	600単位	・介護老人保健施設、介護医療院からの退院でも算定できる ・オンラインでも可	○(2回算定可)	○	○	
	◆退院時共同指導の加算	・保険医共同指導加算(医)	300点	・医師同士だと300点加算(入院側)	○	○	○
		・多機関共同指導加算(医)	2000点	・入院側の医師又は看護師等+在宅側の3職種で2000点加算(入院側) ・入院側は医師又は看護師、在宅側は医師、看護師等、歯科医師、歯科衛生士、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、相談支援専門員のうちいずれか	○	○	○
		・特別管理指導加算(医)	200点	・在宅側で算定	○		
		・特別管理指導加算(訪)	2000円	・訪問看護ステーションで算定	○		

# 在宅褥瘡に係る診療報酬・介護報酬

## (訪問診療・訪問看護)

項目	名称	点数 (主たるもの)	ポイント	・別表8 ・別表8の2 ・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	d 2 以上	それ以外の 褥瘡・創傷	
在宅診療	◆往診・訪問診療	・往診 (医)	720点	・急な病状などで計画的でない診療 ・患者又は家族からの求めが必要	○	○	○
		・在宅患者訪問診療料 (1) (医)	888点	・計画的な在宅への訪問と診療 (原則週3回) ・急性増悪の場合は週4日以上訪問できる (14日上限)	○	○	○
	◆訪問診療の連携	・在宅患者訪問診療料 (1) の2 (医)	884点	・在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料の施設の主治医から訪問診療を求められた場合 ・主治医と異なる診療科 ・月一回で6か月まで算定	○	○	○
	◆在宅時医学総合管理料 ◆施設入居時等医学総合管理料の加算	・算定点数の基礎点数が高くなる (医)	500~1500点程度増点	・月2回の訪問頻度 ・創傷処置は包括、重度褥瘡処置は算定可能 ・在宅寝たきり患者処置指導管理料は包括	○		
訪問看護	◆特別訪問看護指示書 (医)	・特別訪問看護指示加算 (医)	100点	・14日間の連続訪問看護ができる	○	○	○
		・特別訪問看護指示加算 (医)	100点	・特別訪問看護指示書を2回発行できる	○		
	◆訪問看護	・在宅患者訪問看護・指導料 (医)	580点	・通常は週3回	○	○	○
		・訪問看護基本療養費 I (訪)	5550円	・通常は週3回	○	○	○
		・訪問看護費 (介) 30分未満	470単位 (ステーション) 398 単位 (医療機関)	・回数制限はない ・時間で額が異なる	○	○	○
	◆訪問看護の加算 (長時間訪問看護)	・長時間訪問看護・指導加算 (医)	520点	・週一回 ・90分以上	○		
		・長時間訪問看護加算 (訪)	5200円	・週一回 ・90分以上	○		
		・長時間訪問看護加算 (介)	300単位	・回数ごと ・90分以上	○		
	◆訪問看護の加算 (在宅移行)	・在宅移行管理加算 (医)	250点	・月一回	○		
		・特別管理加算 (訪)	2500円	・月一回	○		
・特別管理加算 II (介)		250単位	・月一回	○			
◆手順書	◆手順書加算	150点	在宅患者に対する特定行為に関する加算 ・6か月に一回	○		△	

2022年改定をもとに修正しました。  
見落としや間違いもあるかもしれませんが  
現段階では概ねこのような感じだと思います。  
点数・金額は違いがあるかもしれません。

	項目	名称	点数 (主たるもの)	ポイント	・別表8 ・別表8の2 ・D3、D4、D5 ・皮下組織に至る褥瘡 ・真皮を越える褥瘡	d 2 以上	それ以外の 褥瘡・創傷
チーム医療	◆退院後訪問	・退院後訪問指導料	580点	・退院後一か月以内に5回まで算定。 ・退院後の訪問看護師と同行すると20点加算(一回)	○		
	◆WOC、特定看護師の同行訪問	・在宅患者訪問看護・指導料3(医) ・訪問看護基本療養費1-ハ(訪)	1285点 12850円	・他に所属している日常訪問している訪問看護師との同行で算定 ・月一回	○		
	◆専門管理加算	・専門管理加算(医)(介)	450点 4500円	・ひと月の計画的な看護 ・特定看護師の場合は、特定行為をする患者に限られる	○		
	◆在宅褥瘡患者へのチーム医療	・在宅患者訪問褥瘡管理指導料	750点	・最大3か回まで算定 ・医師、看護師、管理栄養士でチーム医療を実施 ・カンファレンス時に、在宅患者訪問診療料と、訪問栄養、訪問看護を併せて算定できる。	○	○	
	◆訪問栄養	・在宅患者訪問栄養食事指導管理料(医)	530点(医療機関内) 510点(医療機関外)	・一か月に2回まで算定 ・在宅患者訪問診療料との併算定不可	○	○	○
	◆訪問栄養	・居宅療養管理指導費(管理栄養士)(介)	544点(当該事業所) 524点(当該事業所外)	・一か月に2回まで算定 ・在宅患者訪問診療料との併算定不可	○	○	○
	◆訪問薬剤	・在宅患者訪問薬剤管理指導料(医)(調剤)	650点	・一か月に4回まで算定 ・週の上限は40回 ・在宅患者訪問診療料との併算定不可	○	○	○
◆訪問薬剤	・居宅療養管理指導費(薬剤師)(介)	565単位(医療機関) 517単位(薬局)	・一か月に2回(医療機関)、4回(薬局)まで算定 ・在宅患者訪問診療料との併算定不可	○	○	○	

2022年改定をもとに修正しました。  
見落としや間違いもあるかもしれませんが  
現段階では概ねこのような感じだと思います。  
点数・金額は違いがあるかもしれません。

	項目	名称	点数 (主たるもの)	ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・別表 8</li> <li>・別表 8 の 2</li> <li>・D3、D4、D5</li> <li>・皮下組織に至る褥瘡</li> <li>・真皮を越える褥瘡</li> </ul>	d 2 以上	それ以外の 褥瘡・創傷
医療材料等	◆創傷被覆材 ・在宅療養指導管理料 算定患者	・特定保険医療材料	皮下組織用、筋骨用、非固着性ガーゼ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師、訪問看護師が使用して算定（40処置）</li> <li>・患者家族の使用分も算定可（14在宅）</li> <li>・処方箋で保険薬局からも可（保険算定）</li> </ul>	○		
	◆創傷被覆材 ・在宅療養指導管理料 非算定患者	・特定保険医療材料	皮下組織用、筋骨用、真皮用、非固着性ガーゼ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師、訪問看護師が使用して算定（40処置）</li> <li>・在総管、施設総管、在宅寝たきり患者処置指導管理料算定の場合は、重度褥瘡処置で算定</li> </ul>	○	○	○
	◆衛生材料等の支給 ・在宅療養指導管理料 算定患者	・在宅療養指導管理料	管理料に包括	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支給は義務</li> <li>・処方箋で調剤薬局からの支給も可（費用は医療機関が払う）</li> </ul>	○	○	○
	◆衛生材料等の支給 ・在宅療養指導管理料 非算定患者	・衛生材料等提供加算	80点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護指示書への加算</li> <li>・在総管、施設総管の算定患者では不可、</li> </ul>	○	○	○
	◆局所陰圧閉鎖処置 (NPWT)	・特定保険医療材料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・局所陰圧閉鎖処置用材料 1 cm 当たり<b>18円</b></li> <li>・陰圧創傷治療用カート リッジ 19800円</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師が実施する場合は条件なし（40処置）</li> <li>・看護師が医師の指示の下で、単独で実施できるのは、WOCNと創傷管理分野の特定看護師のみ（40処置）</li> </ul>	○	○	○

2022年改定をもとに修正しました。  
見落としや間違いもあるかもしれませんが  
現段階では概ねこのような感じだと思います。  
点数・金額は違いがあるかもしれません。



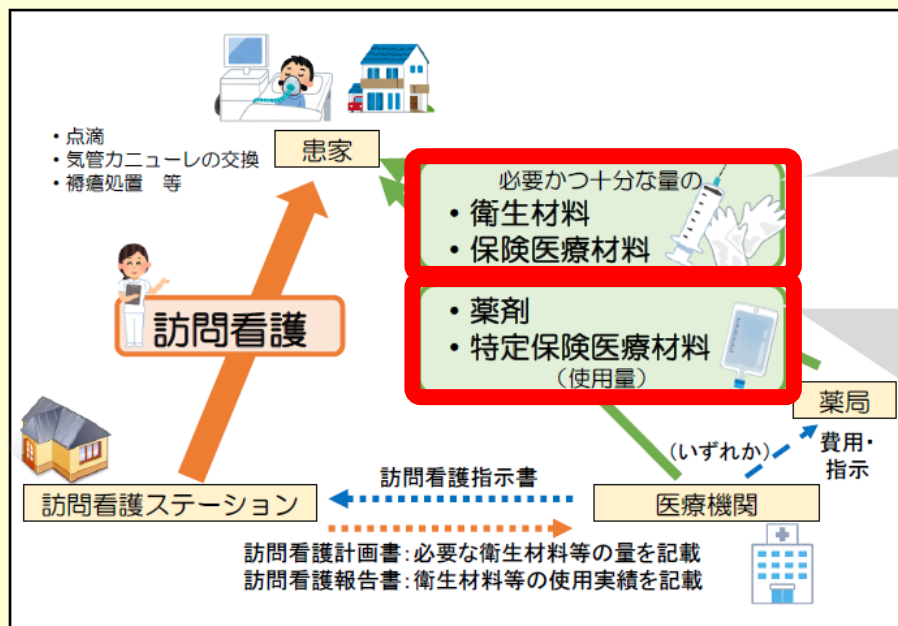
ひとつの原則の一覧表になります。 運用や解釈が異なることもあります。 御確認の上、ご活用ください。		在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料		在宅療養指導管理料		在医総管・ 施医総管・ 在宅療養指 導管理料 算定せず	調剤 薬局か らの支 給
			在宅寝たきり 患者処置指導 管理料 包含の場合	在宅寝たきり患 者処置指導管理 料を算定	在宅寝たきり患者 処置指導管理料 以外を算定		
処置料	創傷処置料	×	×	×	○	○	—
	重度褥瘡処置料	○	○	○	○	○	—
	局所陰圧閉鎖処置料	○	○	○	○	○	—
	衛生材料等提供加算	×	×	×	×	○ (訪問看護)	—
特定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

2022年改定をもとに修正しました。見落としや間違いもあるかもしれませんが  
現段階では概ねこのような感じだと思います。

## 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑭

### 在宅療養における衛生材料等の供給体制

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



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

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

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

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

# 在宅療養指導管理料

在宅療養指導管理料は、通則に記載されている下記の点に留意する。

- 患者又は患者の看護に当たるものに対し
  - 療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で医学管理を十分に行う。
  - 在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行う。
  - 必要かつ十分な量の衛生材料、保険医療材料を支給する。
  
- 診療録に記載する事項
  - ① 当該在宅療養を指示した根拠
  - ② 指示事項(方法、注意点、緊急時の措置を含む)
  - ③ 指導の内容の要点

# 在宅療養指導管理料

C100	退院前在宅療養指導管理料	720点
C101	在宅自己注射指導管理料	1,230点
	1 複雑な場合	
	2 1以外の場合	
	イ月27回以下の場合	650点
	ロ月28回以上の場合	750点
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	820点
C101-3	1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1	150点
	2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2	150点
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
C102-2	在宅血液透析指導管理料	10,000点
C103	在宅酸素療法指導管理料	
	1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
	2 その他の場合	2,400点
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050点
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C106	在宅自己導尿指導管理料	1,400点
C107	在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
	1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1	2,250点
	2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2	250点
C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	2,400点
C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1,500点
C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050点
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300点
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810点
C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	810点
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500点
C112	在宅気管切開患者指導管理料	900点
C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料	900点
C113	削除	
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000点
C115	削除	
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	45,000点
C117	在宅経腸投薬指導管理料	1,500点
C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	2,800点
C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	800点
C120	在宅中耳加圧療法指導管理料	1,800点
C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料	800点

出典：厚生労働省 診療報酬の算定方法の一部を改正する件令和4年厚生労働省告示第54号令和4年3月4日

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

## 第2節 在宅療養指導管理料

### 第1款 在宅療養指導管理料

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

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



## 第2節 在宅療養指導管理料

### 第1款 在宅療養指導管理料

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

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

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

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

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

（省略）

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

出典：厚生労働省 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知) 令和4年3月4日保医発0304第1号 を加工

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html)

別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000935689.pdf>

## 質の高い在宅医療・訪問看護の確保<sup>⑬</sup>

2016

### 衛生材料等の提供についての評価

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

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

(新) **衛生材料等提供加算 80点(月1回)**

[算定要件]

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

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行	
在宅患者訪問点滴注射管理指導料	60点



改定後	
在宅患者訪問点滴注射管理指導料	100点



### 特定保険医療材料等の算定の明確化

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

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

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

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

平成28年度診療報酬改定の概要

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

# 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 <sup>3</sup> 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いないが、訪問看護している患者）	衛生材料等提供加算				

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