



教育講演1 長崎ブリックホール 国際会議場
2025年5月17日（土） 10:00～10:45 第1会場

2040年に向けた医療制度改革を褥瘡の視点で読み解く ー地域連携と在宅を焦点にー

アルケア株式会社
事業管理本部
高水 勝

高水 勝

利益相反はありません

ーアルケア（株）の社員ですが本講演に係る利益相反はありませんー

1985年 東北福祉大学 社会福祉学部卒業

1985年 東レ・メディカル株式会社

1989年 スリーエム ヘルスケア株式会社／スリーエム ジャパン株式会社

2023年11月 **アルケア株式会社 事業管理本部（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

2



第7回 日本在宅医療連合学会大会



参加者用マイページ

ログイン

TOP

大会長挨拶

開催概要

プログラム・日程表

ランチョンセミナー
プログラム

企画演題の一般公募

一般演題登録

宿泊/エクスカーションの
ご案内

参加登録

座長・演者へのご案内

参加者へのご案内

ワークショップ・
交流会・集合集会・
ハンズオンセミナー
(事前予約)

単位取得について



在宅 NPWT 認定教育制度 第3回開催決定！

6月15日（日）長崎開催
締め切り：6月上旬

共催：日本在宅医療連合学会／スミス・アンド・ネフュー株式会社／
ソルベンタム合同会社／センチュリーメディカル株式会社



一般社団法人
日本在宅医療連合学会
Japanese association for home care medicine

在宅で難治性褥瘡などにNPWT*を使いたい。でも、医師が頻繁に交換にいけない。
...看護師の方に、安全にドレッシング交換をしていただくための研修制度です。



下記のことができるようになります

- 修了した看護師が、WOC / 特定** を持たずとも、医師の指示の下、在宅において陰圧閉鎖療法のドレッシング交換を行うこと
- 修了した看護師が、在宅で交換した場合のドレッシング / カートリッジの費用についても医療機関側で材料費を請求できること

1. 申込: 実技講習会 (OSCE)

第3回目

オスキー

第7回日本在宅医療連合学会大会

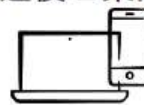
会場：出島メッセ長崎にて

2025年6月15日（日）実施

- | | |
|--------------|--------------|
| ①9:35～10:00 | ⑥13:35～14:00 |
| ②10:05～10:30 | ⑦14:05～14:30 |
| ③10:35～11:00 | ⑧14:35～15:00 |
| ④11:05～11:30 | ⑨15:05～15:30 |
| ⑤11:35～12:00 | ⑩15:35～16:00 |

2. E-learning

申込後ご案内



3. 実技講習会 (OSCE)



※定員80名
お申込は
こちらから



受講料 会員：講義E-learning 無料、講習会OSCE 5,000 円
非会員：講義E-learning 5,000 円、講習会OSCE 5,000 円
合格後新規登録料 5,000 円

* 局所陰圧閉鎖療法 (NPWT) とは？

局所陰圧閉鎖療法 (Negative Pressure Wound Therapy) とは、急性及び慢性創傷に対して局所的に管理された陰圧を提供し、創傷治癒を遅延させる因子を取り除き、治癒を促進させる治療法のことをいいます。

** 単回NPWT使用においては関連諸学会が作成した適正使用指針に従い使用することが添付文書で定められています。関連学会である形成外科学会はドレッシング交換が可能な看護師を「皮膚・排泄ケア認定看護師 (WOCN) もしくは創傷管理関連の特定行為研修修了看護師」と規定していますが、「当学会認定教育制度を修了した者」が新たに加えられました。

<抄録>

2024年度のトリプル改定は、2040年に向けた医療制度改革を見通す内容でした。「地域連携」「医療・介護連携」「働き方改革」「特定行為」など、複雑に絡み合う各種の制度改革を褥瘡の視点で解説いたします。

<医療機関の機能>

- 機能1：200床以上の医療機関は紹介病院、200床未満の医療機関はかかりつけ病院の性格。
- 機能2：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で、「在宅復帰率」の計算方法等は異なる。
- 機能3：「特定機能病院」「地域医療支援病院」「紹介受診重点医療機関」等では、「紹介率」「逆紹介率」が重視されている。
- 地域連携：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等で、患者の入退院の経路が大きく異なる。

<医療機関内>

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

<在宅・介護>

- 医療保険と介護保険：「別表8」の患者として、医療保険で週4回以上の訪問看護が可能となっている
- 訪問看護：専門性の高い訪問看護として「退院後訪問指導料」「在宅患者訪問看護指導料（訪問看護基本療養費）」「専門管理加算」「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」等があるが算定患者数は多くない。また、算定対象者は、WOCと特定行為研修修了者では異なる。
- 専門管理加算：介護保険でも「専門管理加算」が新設された。
- 褥瘡マネジメント加算：対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。

<看護師の専門性>

- 認定看護師・特定看護師：WOCの研修校は2024年時点では4校で、定年退職等を勘案すると、今後も大幅なWOCの人数増は望めない。
- 特定行為：6つのパッケージ研修は、5つは外科・クリティカル領域。

<医療・介護・在宅のまとめ>

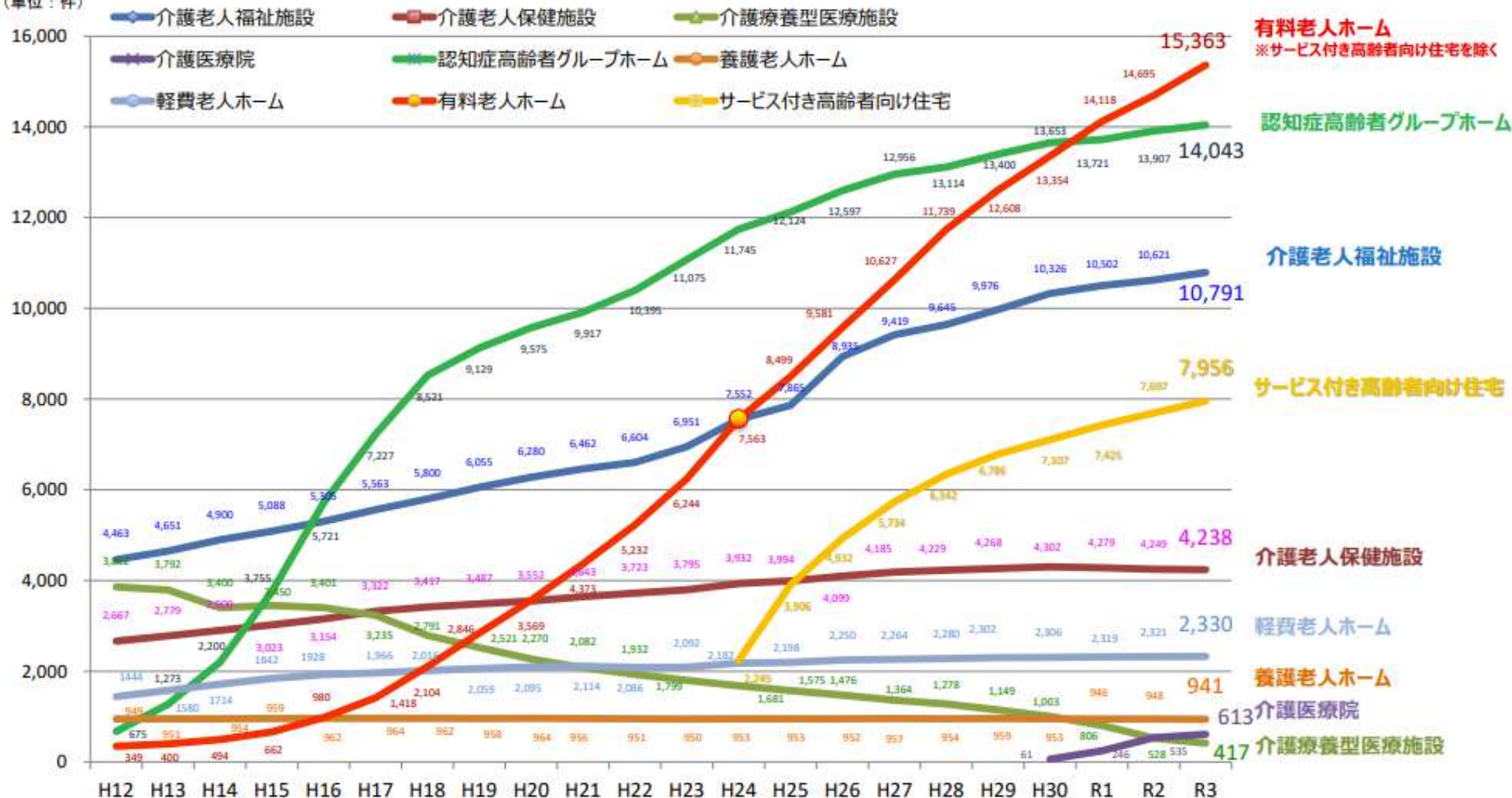
- 保険算定の重要点：介護施設でもNPWT、創傷処置等の保険算定ができる。

ざっくりとした日本の医療環境（介護除く） 2024-3

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

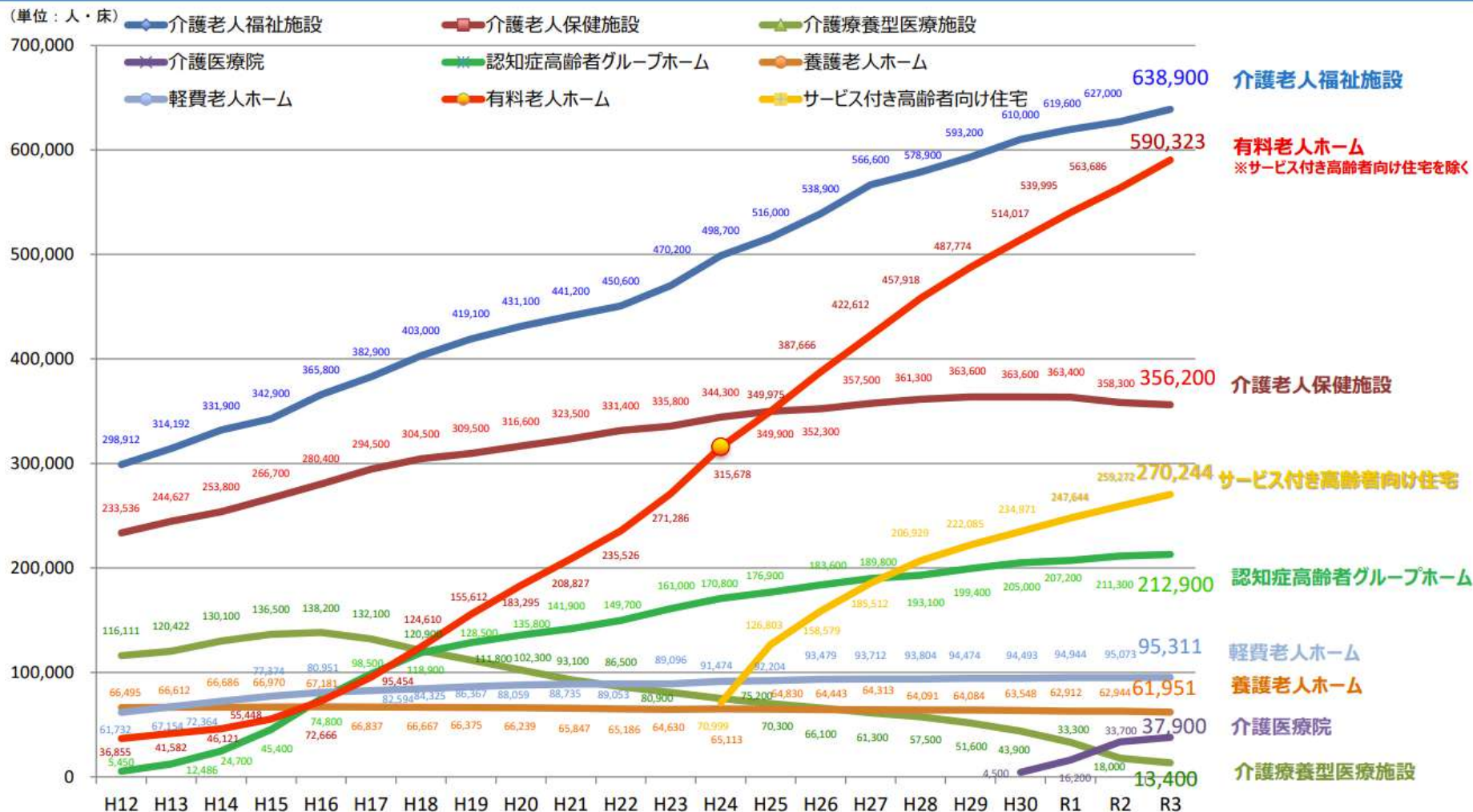
高齢者向け施設・住まいの件数

(単位：件)



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

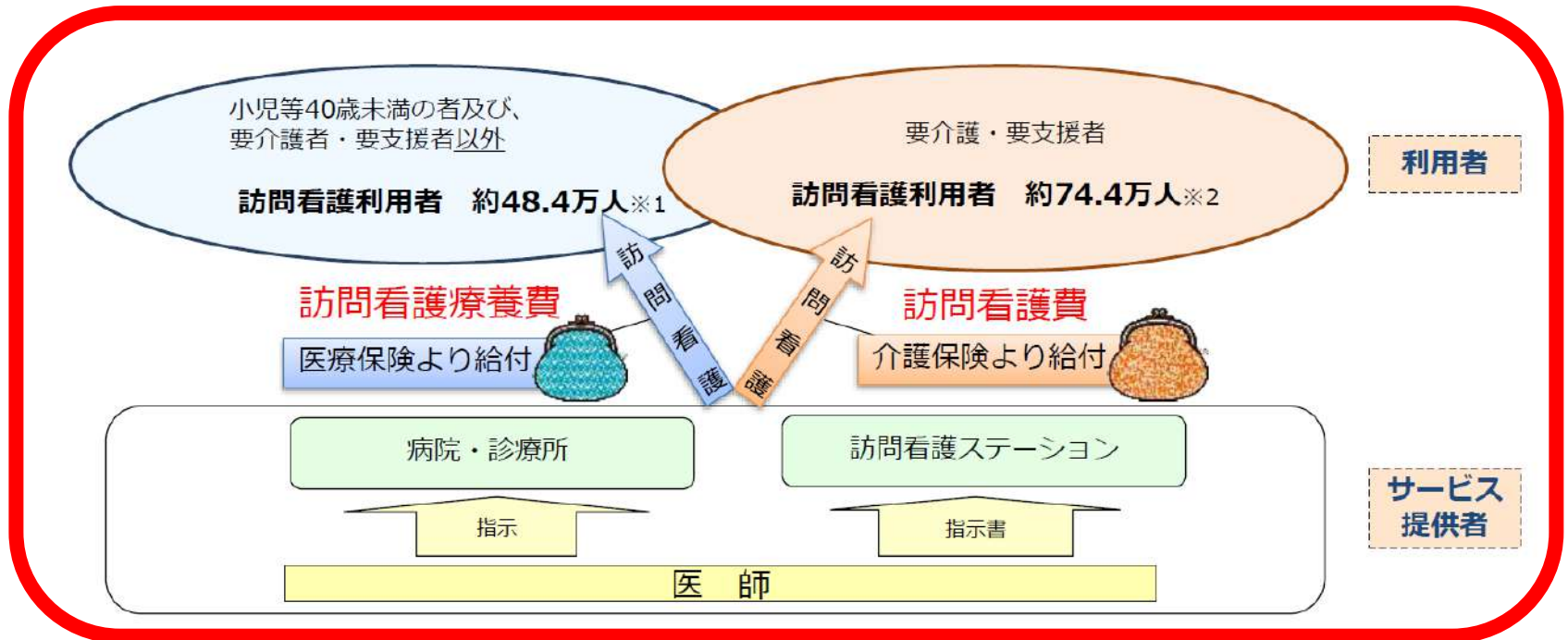
高齢者向け施設・住まいの利用者数



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

訪問看護の仕組み

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



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

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

中医協 総-2
5. 7. 12

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※¹)

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

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※³)

認知症以外の精神疾患

【介護保険】

要支援者・要介護者

(限度基準額内 無制限
(ケアプランで定める))

(※1) 別表第7

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

在宅で医療保険で
重点的にカバーするのは
3度の褥瘡とストーマ

算定日数
制限無し

8

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**



<抄録>

2024年度のトリプル改定は、2040年に向けた医療制度改革を見通す内容でした。「地域連携」「医療・介護連携」「働き方改革」「特定行為」など、複雑に絡み合う各種の制度改革を褥瘡の視点で解説いたします。

<医療機関の機能>

- 機能1：200床以上の医療機関は紹介病院、200床未満の医療機関はかかりつけ病院の性格。
- 機能2：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で、「在宅復帰率」の計算方法等は異なる。
- 機能3：「特定機能病院」「地域医療支援病院」「紹介受診重点医療機関」等では、「紹介率」「逆紹介率」が重視されている。
- 地域連携：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等で、患者の入退院の経路が大きく異なる。

<医療機関内>

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

<在宅・介護>

- 医療保険と介護保険：「別表8」の患者として、医療保険で週4回以上の訪問看護が可能となっている
- 訪問看護：専門性の高い訪問看護として「退院後訪問指導料」「在宅患者訪問看護指導料（訪問看護基本療養費）」「専門管理加算」「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」等があるが算定患者数は多くない。また、算定対象者は、WOCと特定行為研修修了者では異なる。
- 専門管理加算：介護保険でも「専門管理加算」が新設された。
- 褥瘡マネジメント加算：対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。

<看護師の専門性>

- 認定看護師・特定看護師：WOCの研修校は2024年時点では4校で、定年退職等を勘案すると、今後も大幅なWOCの人数増は望めない。
- 特定行為：6つのパッケージ研修は、5つは外科・クリティカル領域。

<医療・介護・在宅のまとめ>

- 保険算定の重要点：介護施設でもNPWT、創傷処置等の保険算定ができる。

ざっくりとした日本の医療環境（介護除く） 2024-3

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

一般病床200床のラインで異なる 再診の患者さんの診療報酬

①再診料

一般病床が200 床未満の病院と診療所で算定します。

②外来診療料

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

次に掲げるものは、外来診療料に含まれます。

イ 尿検査 区分番号D000からD002－2までに掲げるもの

ロ 糞便検査 区分番号D003に掲げるもの

ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005(9ヘモグロビンA1C(HbA1C)、
12デオキシチミジン キナーゼ(TK)活性、
13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)、
14骨髓像及び15造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)を除く。)に掲げるもの

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

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

ト 膀胱洗浄

チ 腔洗浄

リ 眼処置

ヌ 睫毛拔去

ル 耳処置

ヲ 耳管処置

ワ 鼻処置

カ 口腔、咽頭処置

ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置

タ ネブライザー

レ 超音波ネブライザー

ソ 介達牽引

ツ 消炎鎮痛等処置

●外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できます。

特定機能病院等における紹介率・逆紹介率について

中医協 総-3
3 . 7 . 7

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上
【医療法】要件	紹介率50%以上・逆紹介率40%以上となるよう努めること。(※1)	次のいずれかに該当すること。(※2) ア. 紹介率80%以上 イ. 紹介率60%以上かつ逆紹介率30%以上 ウ. 紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上	
【報酬】 初診料の減算規定	紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除く)		紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上を除く)
紹介率＝	(紹介患者数＋救急搬送者数) ÷ 初診患者数	【医療法】 紹介患者数 ÷ 初診患者数 【報酬】 (紹介患者数＋救急搬送者数) ÷ 初診患者数	(紹介患者数＋救急搬送者数) ÷ 初診患者数
逆紹介率＝	逆紹介患者数 ÷ 初診患者数		
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。 以下を含む。 ・ 紹介元からの電話情報により、特定機能病院の医師が紹介状に転記する場合 ・ 他の医療機関における検診の結果により精密検診のための受診で紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についての記載がされている		
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 以下を含む。 ・ 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 ・ 紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 ・ 診療状況を示す文書を添えて紹介(診療情報提供料を算定)した患者 ・ 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 ・ 救急搬送者 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

※1 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月18日)(健政発第19号)
※2 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)

33

紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算の変遷

中医協 総-3 (改)
3 . 7 . 7

		対象医療機関	評価
平成24年	新設	・ 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院のいずれか ・ 紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院	・ 紹介のない場合の初診料 200点 ・ 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 52点
平成26年	対象拡大	・ 特定機能病院、許可病床500床以上の地域医療支援病院であって、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の病院 ・ 許可病床500床以上の全ての病院（一般病床200床未満を除く）であって、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院	（消費税対応） ・ 紹介のない場合の初診料 200点→209点 ・ 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 52点→54点
平成30年	対象拡大	・ 地域医療支援病院とその他の病院について、許可病床400床以上の病院に拡大。	
令和元年	点数変更		（消費税対応） ・ 紹介のない場合の初診料 209点→214点 ・ 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 54点→55点
令和2年	対象拡大	・ 地域医療支援病院について、一般病床200床以上に拡大。	

紹介状無しの患者さんの外来での「定額負担」の対象病院を拡大中

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

医療保険部会資料(一部改)(令和2年12月23日)

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）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、地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

現在の定額負担
(義務)対象病院

現在の定額負担
(任意)対象病院

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

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

紹介率
逆紹介率は
外来（看護外来）
に大きな影響

承認要件

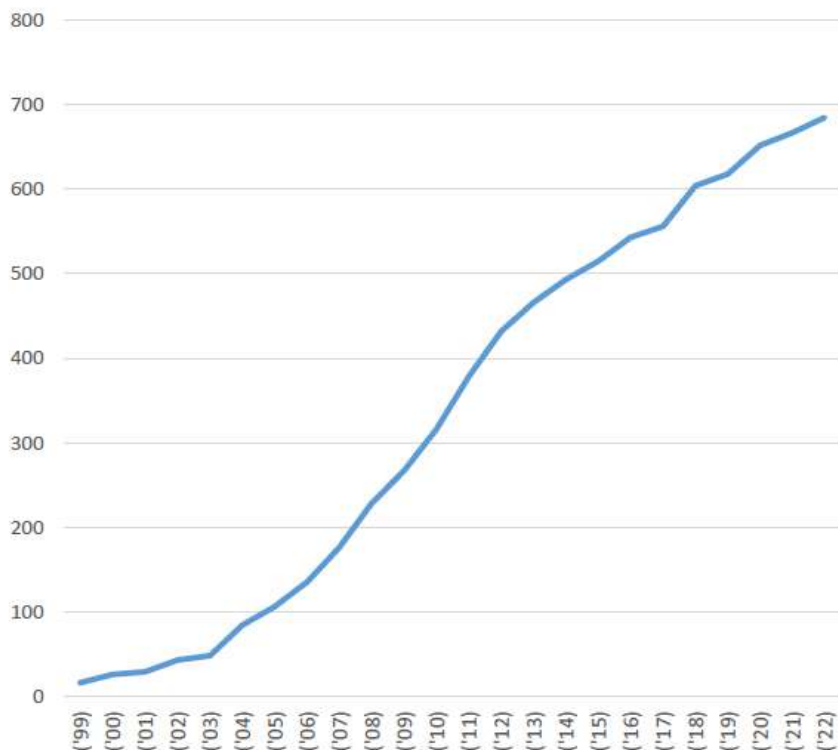
- 開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること。具体的には、次のいずれかの場合に該当すること。
 - ア) 紹介率が80%以上であること
 - イ) 紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率が40%以上であること
 - ウ) 紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有するこ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

2

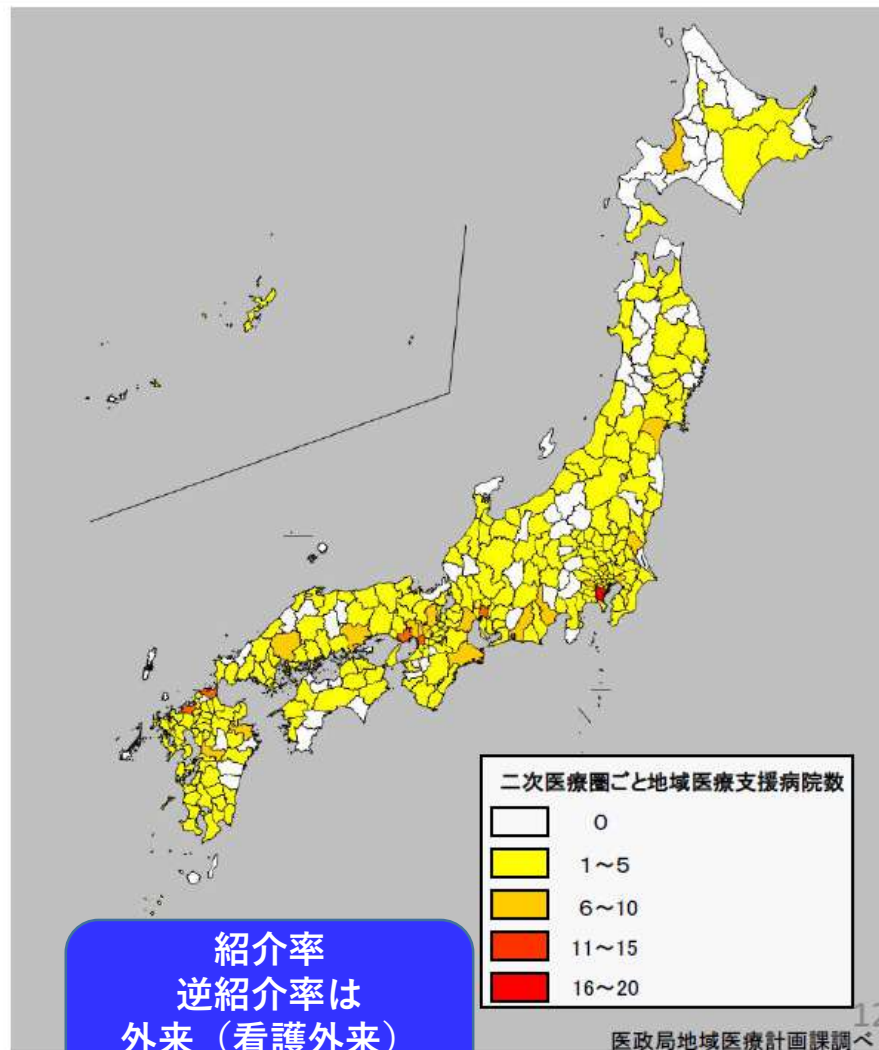
地域医療支援病院の推移

- 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



紹介率
逆紹介率は
外来（看護外来）
に大きな影響

紹介受診重点医療機関について

令和4年3月17日 外来機能
報告等に関するワーキング
グループ参考資料

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

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

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

【外来機能報告】

○ 「医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）」等の実施状況

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来

○ 紹介・逆紹介の状況

○ 紹介受診重点医療機関となる意向の有無

○ その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準（※）を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。

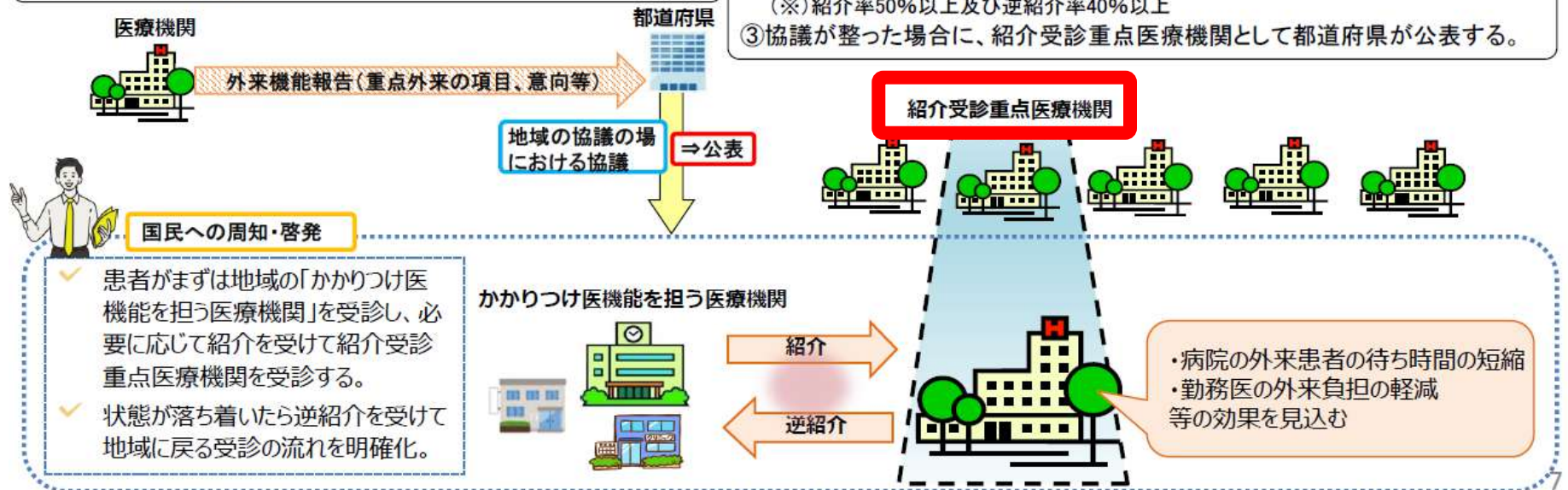
（※）初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ

再診に占める重点外来の割合25%以上

② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等（※）を活用して協議を行う。

（※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上

③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

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

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

外来診療料の注2、3 55点

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

80

<抄録>

2024年度のトリプル改定は、2040年に向けた医療制度改革を見通す内容でした。「地域連携」「医療・介護連携」「働き方改革」「特定行為」など、複雑に絡み合う各種の制度改革を褥瘡の視点で解説いたします。

<医療機関の機能>

- 機能1：200床以上の医療機関は紹介病院、200床未満の医療機関はかかりつけ病院の性格。
- 機能2：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で、「在宅復帰率」の計算方法等は異なる。
- 機能3：「特定機能病院」「地域医療支援病院」「紹介受診重点医療機関」等では、「紹介率」「逆紹介率」が重視されている。
- 地域連携：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等で、患者の入退院の経路が大きく異なる。

<医療機関内>

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

<在宅・介護>

- 医療保険と介護保険：「別表8」の患者として、医療保険で週4回以上の訪問看護が可能となっている
- 訪問看護：専門性の高い訪問看護として「退院後訪問指導料」「在宅患者訪問看護指導料（訪問看護基本療養費）」「専門管理加算」「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」等があるが算定患者数は多くない。また、算定対象者は、WOCと特定行為研修修了者では異なる。
- 専門管理加算：介護保険でも「専門管理加算」が新設された。
- 褥瘡マネジメント加算：対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。

<看護師の専門性>

- 認定看護師・特定看護師：WOCの研修校は2024年時点では4校で、定年退職等を勘案すると、今後も大幅なWOCの人数増は望めない。
- 特定行為：6つのパッケージ研修は、5つは外科・クリティカル領域。

<医療・介護・在宅のまとめ>

- 保険算定の重要点：介護施設でもNPWT、創傷処置等の保険算定ができる。

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

中医協 総一 4
5 7 5 改

医療
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 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

19施設6,249床 (+4床)

救命救急入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
188施設	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

ICU 1	ICU 2	ICU 3	ICU 4
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

HCU 1: 643施設 6,327床 (+174床)
HCU 2: 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

NICU 1 75施設 731床 (▲20床)
NICU 2 153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	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末病院報告

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

施設基準届出
令和4年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料
173施設 10,875床 ※R4新設

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

精神科病棟 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)

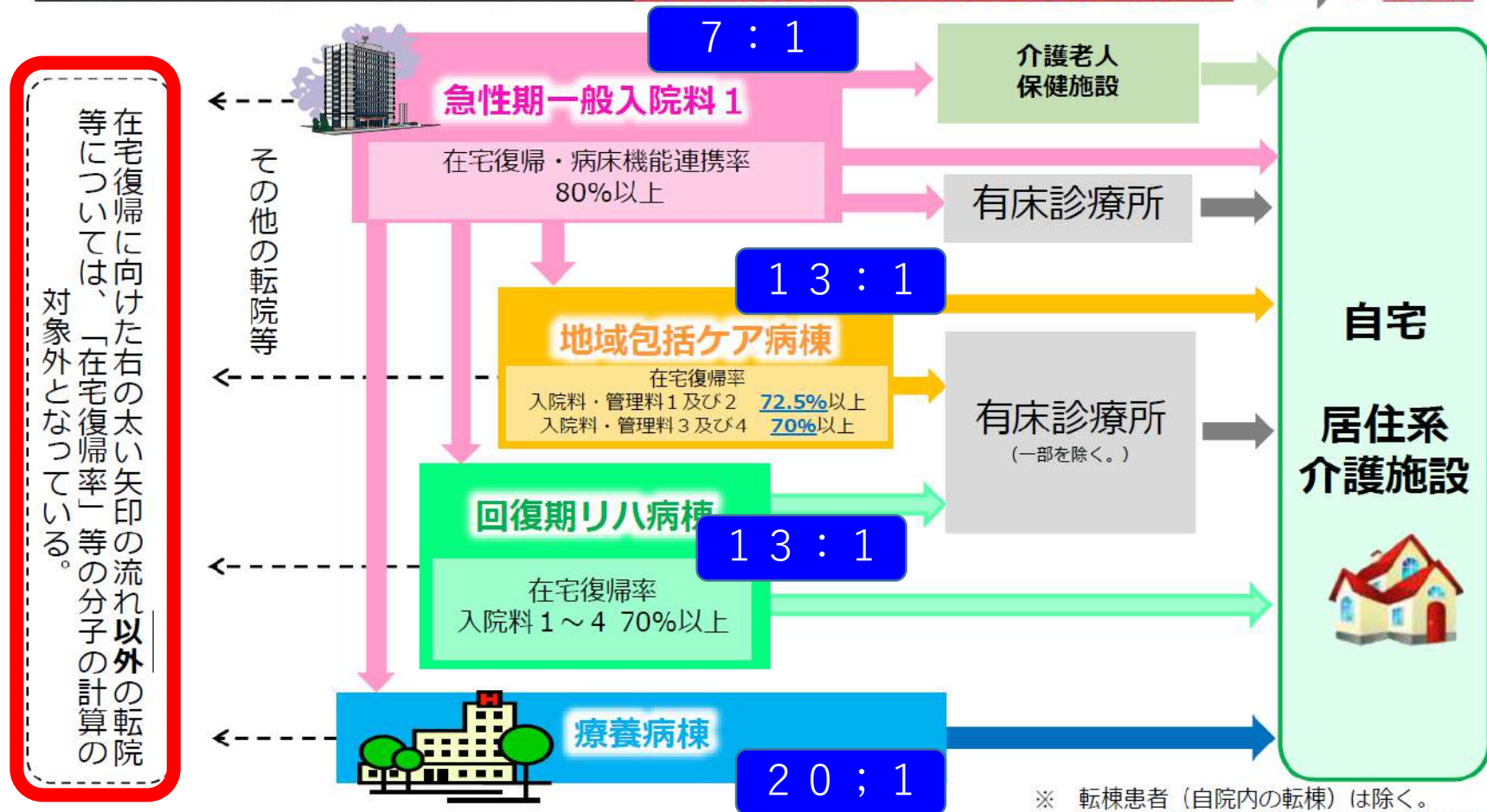
入院医療の評価体系と期待される機能

4つそれぞれで

- ・看護配置の違い
- ・在宅復帰率のルールが違う

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

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



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

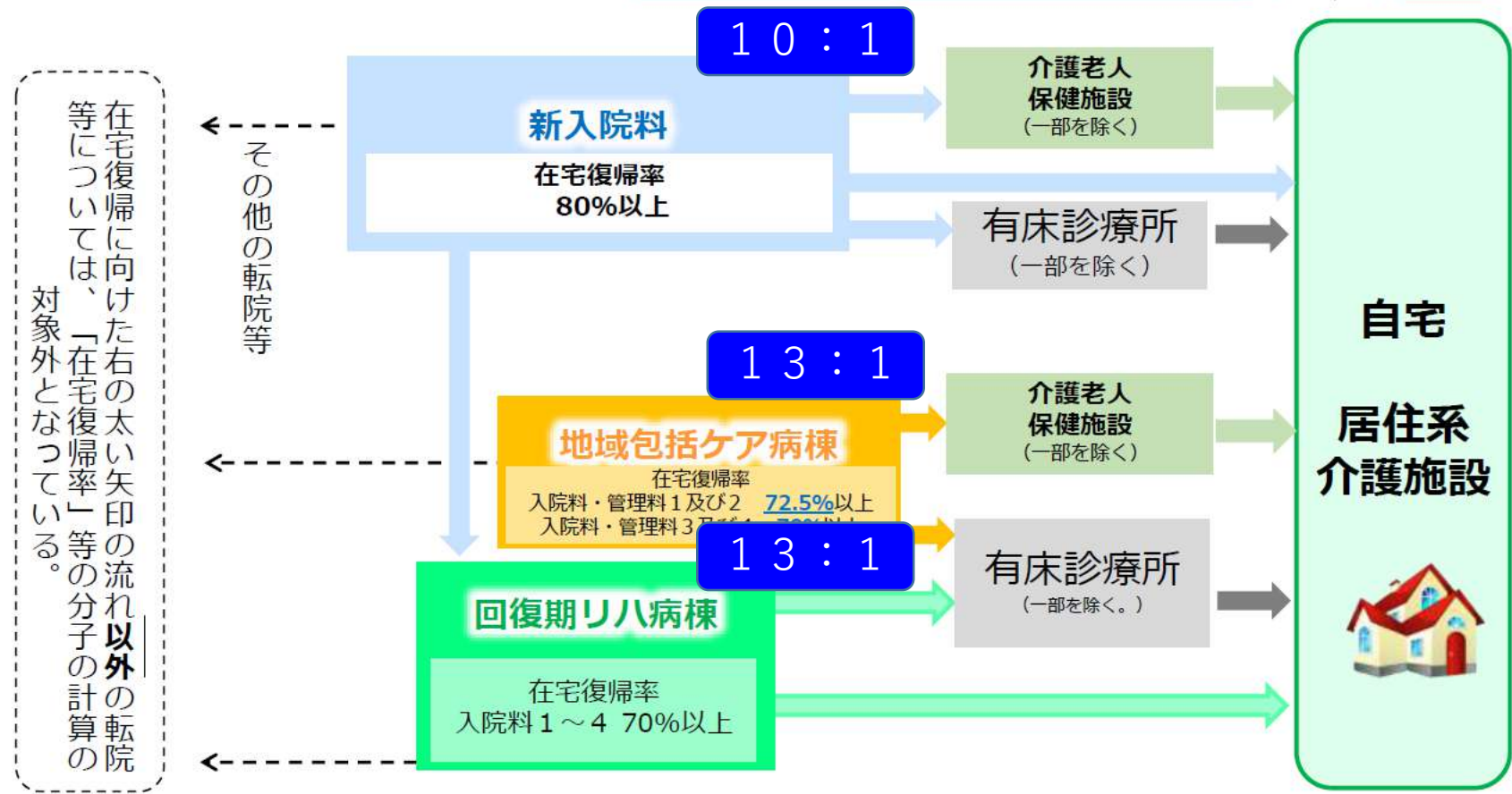
急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

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

地域包括医療病棟における在宅復帰率

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

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



入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

診調組 入-1
5 . 6 . 8

平均在院日数(日)

病床利用率(%)

■ R3 ■ R4

■ R3 ■ R4

0 10 20 30 40 50 60 70

0 20 40 60 80 100

急性期一般入院料1 (n=508)

11.4
11.7

7 : 1

急性期一般入院料1 (n=508)

急性期一般入院料2~3 (n=32)

13.7
14.9

急性期一般入院料2~3 (n=32)

急性期一般入院料4~6 (n=167)

13.6
13.8

急性期一般入院料4~6 (n=167)

地域一般入院料 (n=107)

37.4
38.1

地域一般入院料 (n=107)

専門病院入院基本料(7対1) (n=6)

11.4
11.0

専門病院入院基本料(7対1) (n=6)

特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1) (n=54)

12.4
12.2

特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1) (n=54)

地域包括ケア病棟入院料・管理料 (n=470)

27.1
26.9

1 3 : 1

地域包括ケア病棟入院料・管理料 (n=478)

回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=367)

66.1
66.0

1 3 : 1

回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=372)

療養病棟入院料 (n=527)

228.0
219.6

2 0 : 1

療養病棟入院料 (n=527)

障害者施設等入院基本料 (n=150)

155.9
165.9

障害者施設等入院基本料 (n=150)

特殊疾患病棟入院料 (n=27)

349.1
483.1

特殊疾患病棟入院料 (n=27)

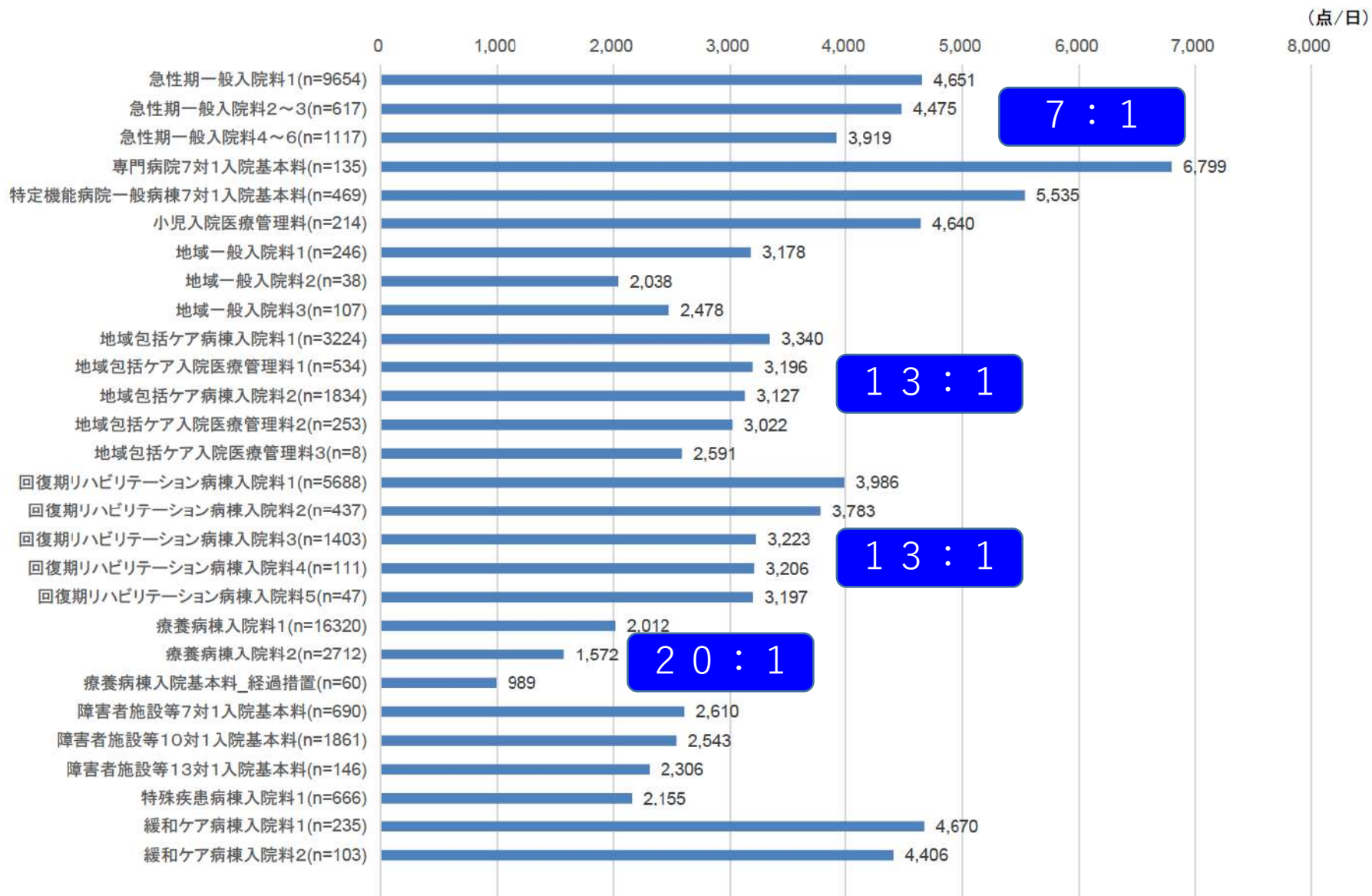
緩和ケア病棟入院料 (n=37)

27.7
27.8

緩和ケア病棟入院料 (n=37)

入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数

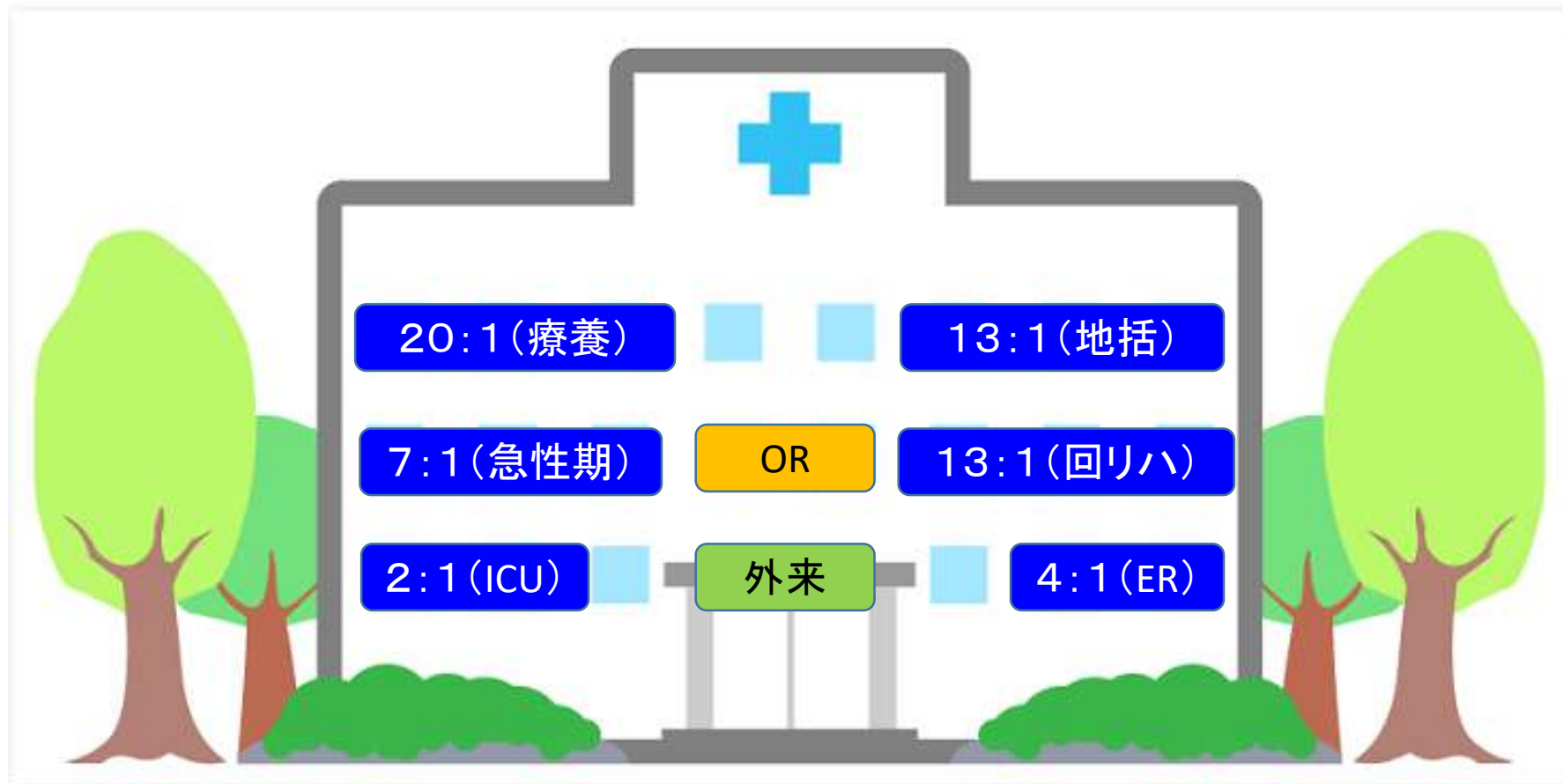
診療組 入-1
5. 6. 8 改



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)、DPCデータ、レセプトデータ

病棟、外来、介護施設ごとの算定可否の概要 <褥瘡編> (○：可、×：不可)

	処置料			特定保険医療材料			医薬品
	創傷処置	重度褥瘡処置	局所陰圧閉鎖処置	創傷被覆材	非固着性シリコンガーゼ	局所陰圧閉鎖処置用材料	
出来高病棟	○	○	○	○	○	○	○
DPC病棟	×	×	○	×	×	×	×
地域包括ケア病棟	×	×	○ DPCの算定の 残日数の場合	×	×	×	×
回復期リハビリテーション病棟	×	×	×	×	×	×	×
療養病棟	×	○	○	○ 重度褥瘡処置 の場合	○ 重度褥瘡処置 の場合	○	×
外来	○	○	○ 単回使用型に限る	○	○	○ 単回使用型に限る	○
在宅①	○	○	○ 単回使用型に限る	○	○	○ 単回使用型に限る (看護師の条件あり)	○
在宅② 在宅療養指導管理料 かつD3以上の褥瘡	—	○	○ 単回使用型に限る	○ 患者自身が 使用する分も可	○ 患者自身が 使用する分も可	○ 単回使用型に限る (看護師の条件あり)	○
老健	○ 6000cm ² 以上の場合 (褥瘡を除く)	○	○ 単回使用型に限る	○ 重度褥瘡処置 の場合	○ 重度褥瘡処置 の場合	○ 単回使用型に限る	○ 除外薬
特養	○	○	○ 単回使用型に限る	○	○	○ 単回使用型に限る	○
その他の 介護施設等	それぞれの介護施設の類型で運用が違うので確認が必要						



看護体制(配置)、平均在院日数、1日あたりの収益
在宅復帰率、がバラバラ、これが実態です。

その中で

手順の標準化、看護教育、看護の質の担保、チーム医療のバランス

看護師確保(離職対策)、地域連携

特定看護師、認定看護師、NPの活用

医療マネジメント(看護管理)には多くの課題があります。

一般病棟における患者の流れ

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

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

一般病棟入院基本料

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

一般病棟の入院患者のうち救急搬送により入院した患者の割合等

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

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

急性期一般入院料 1 の病棟における患者の流れ

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

【入棟元】(n=15,457)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	68.1%
介護施設等	介護老人保健施設	1.7%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.7%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.2%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床	3.1%
	他院の一般病床以外	0.7%
自院	自院の一般病床	8.9%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	自院の療養病床	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	2.9%
有床診療所		0.0%
その他		0.7%

急性期一般入院料 1

【退棟先】(n=7,109)

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

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

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

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

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

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診療組 入-1
5 6 8

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

【入棟元】(n=2,838)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	33.1%
介護施設等	介護老人保健施設	2.1%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.1%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.6%
	障害者支援施設	0.1%
	他院の一般病床	17.3%
他院	他院の一般病床以外	1.0%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	27.3%
自院	自院の地域一般入院基本科を届け出ている病床	0.6%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.4%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神科	0.1%
	自院のその他の病床	0.1%
	特別の関係にある医療機関	0.5%
	有床診療所	0.0%
その他	その他	0.1%

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】(n=805)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	48.2%
介護施設等	介護老人保健施設	0.3%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	6.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	6.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.9%
	障害者支援施設	0.2%
	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.0%
他院	他院の地域一般入院基本科を届け出ている病床	0.5%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.7%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	2.7%
	他院の精神科	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	2.2%
	自院の地域一般入院基本科を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
自院	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.7%
	自院の精神科	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.1%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%
	有床診療所(上記以外)	0.0%
	死亡退院	7.2%
	その他	0.4%

参考: 令和2年度入院医療等における実態調査

【入棟元】(n=2,115)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	25.4%
介護施設等	介護老人保健施設	2.6%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.7%
	障害者支援施設	0.3%
	他院の一般病床	12.0%
他院	他院の一般病床以外	1.5%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	40.8%
自院	自院の地域一般入院基本科を届け出ている病床	0.9%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.0%
	自院の精神科	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.0%
	有床診療所	0.1%
その他	その他	1.1%

【退棟先】(n=546)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	50.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.0%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.6%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.5%
他院	他院の地域一般入院基本科を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.8%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.6%
	他院の精神科	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	1.3%
	自院の地域一般入院基本科を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.1%
自院	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.0%
	自院の精神科	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.0%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%
	有床診療所(上記以外)	0.4%
	死亡退院	4.9%
その他	その他	0.0%
無回答	無回答	5.9%

地域包括ケア病棟・病室

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

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

34

回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

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

【入棟元】(n=3,630)

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

回復期リハ病棟

【退棟先】(n=527)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	13.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	52.9%
介護施設等	介護老人保健施設	6.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	3.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	7.0%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	3.0%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.4%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.6%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.3%
	他院の精神病床	1.3%
自院	他院のその他の病床	0.0%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	2.1%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.2%
	自院の精神病床	0.2%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		0.6%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.2%
有床診療所(上記以外)		0.2%
死亡退院		0.9%
その他		1.9%

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

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

厚生労働省: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査

療養病棟における患者の流れ

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

【入棟元】(n=4,485)

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

療養病棟

【退棟先】(n=570)

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

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

出典: 令和4年度入院・外来医療等における

介護保険施設の比較

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

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

30

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

(退所者数:8,018人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	32.0%
その他の社会福祉施設	4.9%
介護老人保健施設	5.6%
介護医療院	16.6%
医療機関	22.8%
その他	5.3%
不詳	12.8%



介護老人福祉施設



平均在所日数:1177.2日(1284.5日)

100.0%	家庭
2.2%	介護老人福祉施設
1.9%	その他の社会福祉施設
0.4%	介護老人保健施設
0.4%	介護医療院
0.1%	医療機関
23.7%	死亡 ※
69.0%	死亡 ※
0.9%	その他
1.4%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%

(退所者:23,106人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	33.6%
その他の社会福祉施設	0.9%
介護老人保健施設	0.9%
介護医療院	2.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	48.5%
その他	2.4%
不詳	11.2%



介護老人保健施設



平均在所日数 309.7日(299.9日)

100.0%	家庭
36.3%	家庭
9.1%	介護老人福祉施設
3.2%	その他の社会福祉施設
1.7%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
33.3%	医療機関
10.6%	死亡 ※
5.0%	死亡 ※
0.8%	その他
0.8%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%

(退所者:1,184人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	8.2%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	0.4%
介護医療院	6.5%
介護医療院	74.2%
医療機関	5.6%
その他	4.7%
不詳	4.7%



介護医療院



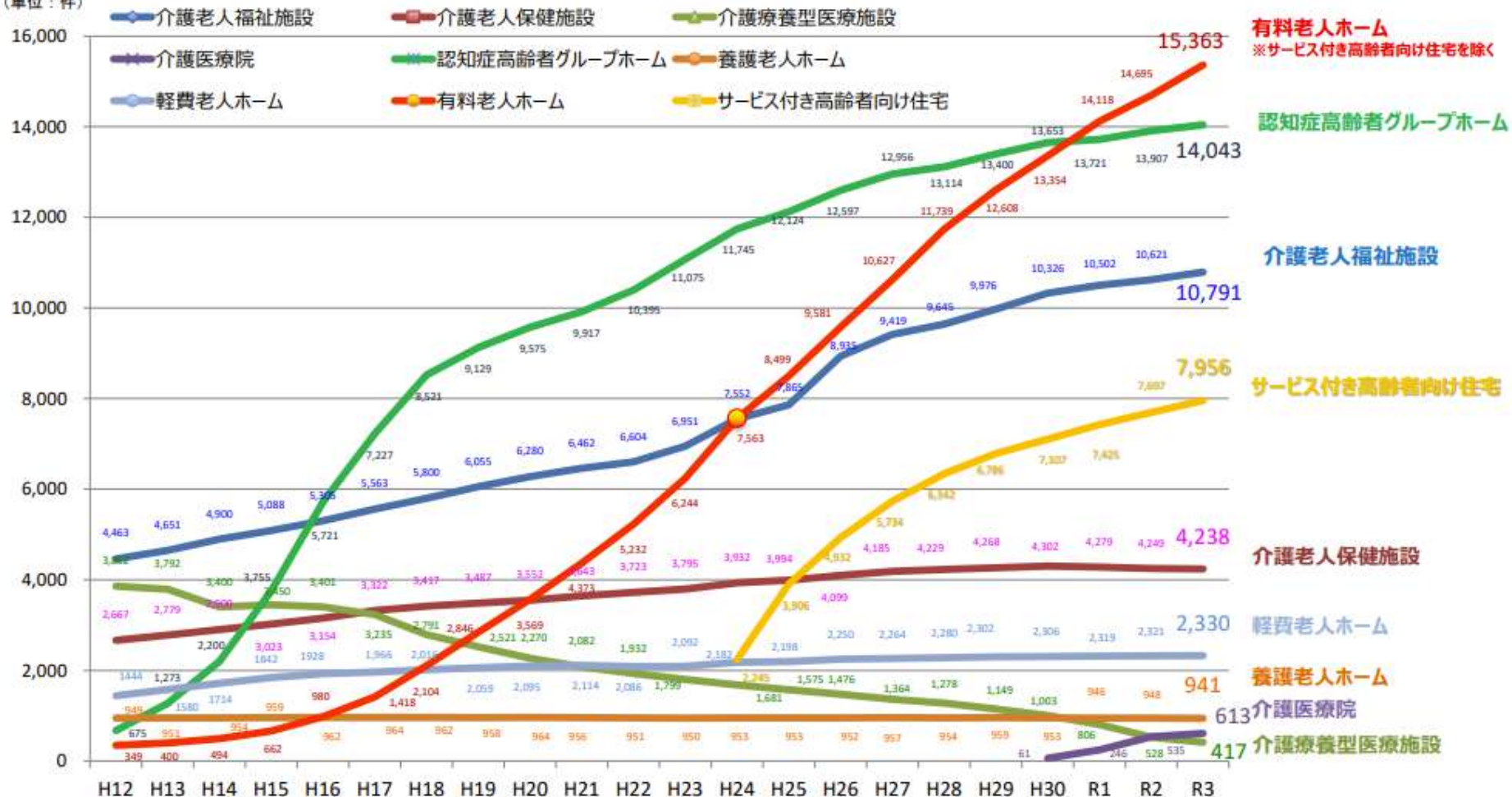
平均在所日数 189.1日

100.0%	家庭
7.8%	家庭
3.9%	介護老人福祉施設
1.7%	その他の社会福祉施設
9.9%	介護老人保健施設
9.9%	介護医療院
19.8%	医療機関
52.2%	死亡 ※
4.3%	死亡 ※
0.4%	その他
0.4%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

高齢者向け施設・住まいの件数

(単位：件)



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

<抄録>

2024年度のトリプル改定は、2040年に向けた医療制度改革を見通す内容でした。「地域連携」「医療・介護連携」「働き方改革」「特定行為」など、複雑に絡み合う各種の制度改革を褥瘡の視点で解説いたします。

<医療機関の機能>

- 機能1：200床以上の医療機関は紹介病院、200床未満の医療機関はかかりつけ病院の性格。
- 機能2：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で、「在宅復帰率」の計算方法等は異なる。
- 機能3：「特定機能病院」「地域医療支援病院」「紹介受診重点医療機関」等では、「紹介率」「逆紹介率」が重視されている。
- 地域連携：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等で、患者の入退院の経路が大きく異なる。

<医療機関内>

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

<在宅・介護>

- 医療保険と介護保険：「別表8」の患者として、医療保険で週4回以上の訪問看護が可能となっている
- 訪問看護：専門性の高い訪問看護として「退院後訪問指導料」「在宅患者訪問看護指導料（訪問看護基本療養費）」「専門管理加算」「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」等があるが算定患者数は多くない。また、算定対象者は、WOCと特定行為研修修了者では異なる。
- 専門管理加算：介護保険でも「専門管理加算」が新設された。
- 褥瘡マネジメント加算：対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。

<看護師の専門性>

- 認定看護師・特定看護師：WOCの研修校は2024年時点では4校で、定年退職等を勘案すると、今後も大幅なWOCの人数増は望めない。
- 特定行為：6つのパッケージ研修は、5つは外科・クリティカル領域。

<医療・介護・在宅のまとめ>

- 保険算定の重要点：介護施設でもNPWT、創傷処置等の保険算定ができる。

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 ロ 指定地域密着型介護老人福祉施設 ハ 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
- ヌ 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。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

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

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

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

あれ？
追記されていないようです

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

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

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

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

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

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

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

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

2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

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

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

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

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

3 届出に関する事項

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

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

厚生労働省保険局医療課

令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

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

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

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

その活動に加算がつくわけでは
ありません。

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

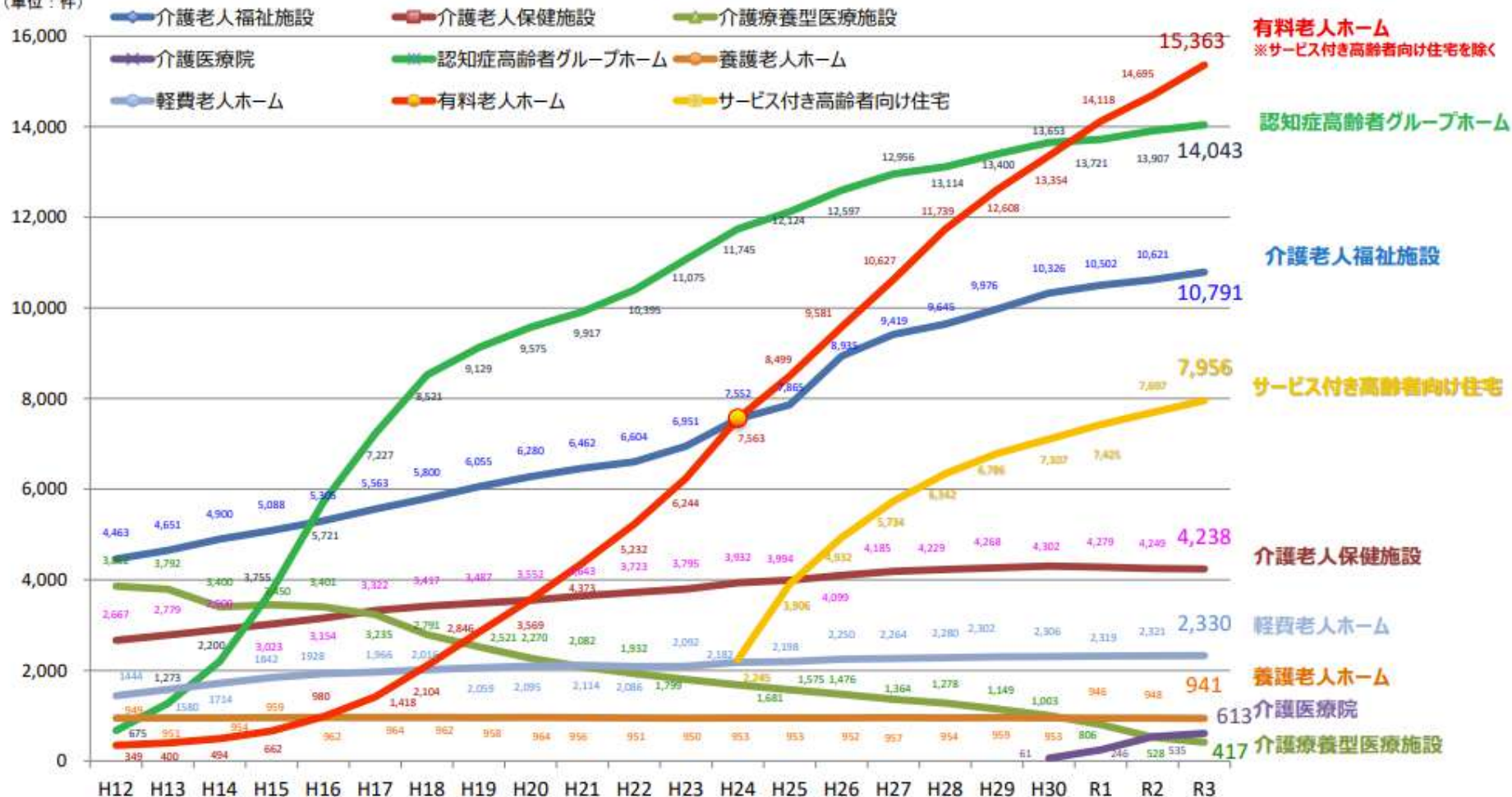
1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合 及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

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

高齢者向け施設・住まいの件数

(単位：件)



※ 1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。

※ 2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。

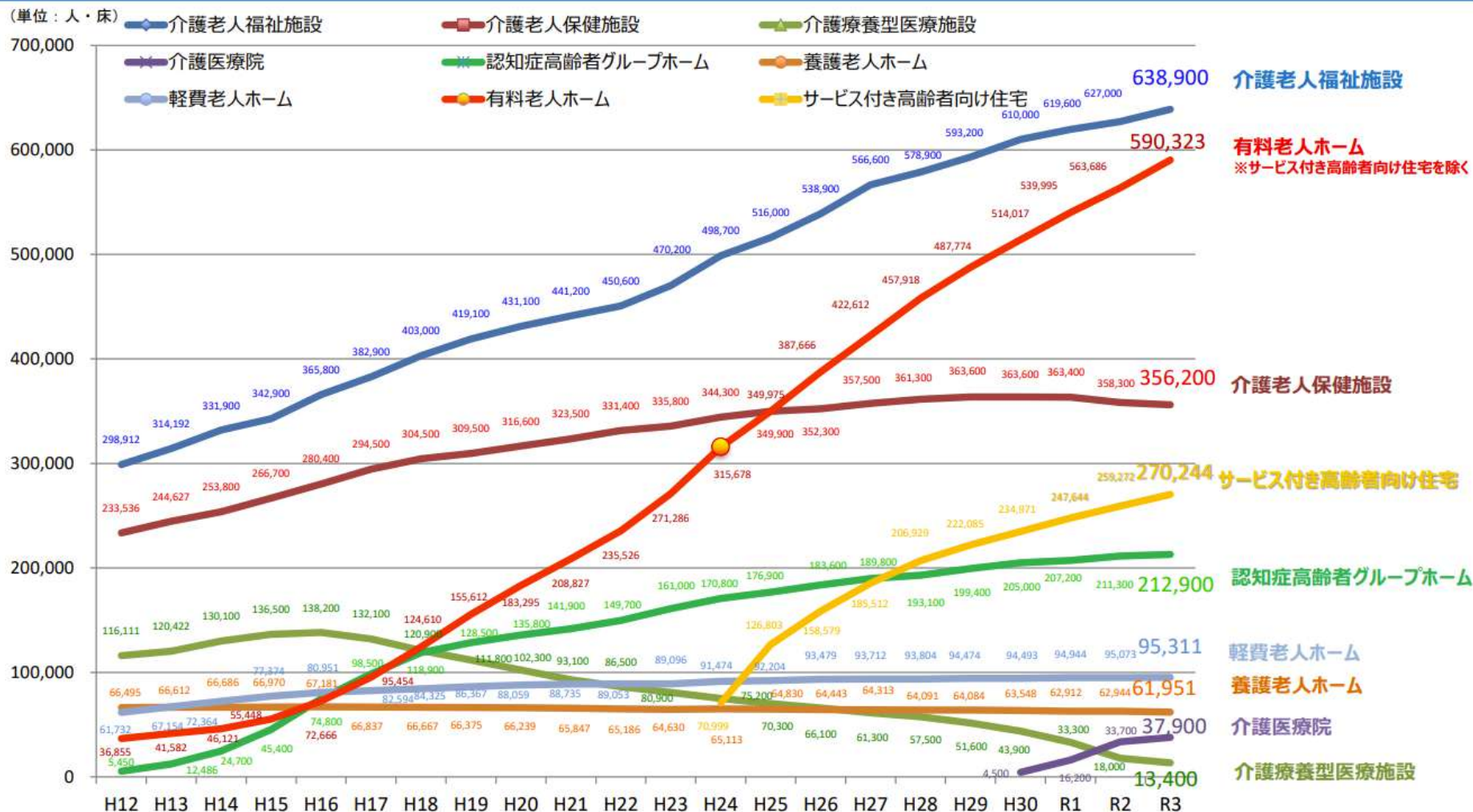
※ 3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）

※ 4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。

※ 5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※ 6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（各年9/30時点）」による。

高齢者向け施設・住まいの利用者数



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

<抄録>

2024年度のトリプル改定は、2040年に向けた医療制度改革を見通す内容でした。「地域連携」「医療・介護連携」「働き方改革」「特定行為」など、複雑に絡み合う各種の制度改革を褥瘡の視点で解説いたします。

<医療機関の機能>

- 機能1：200床以上の医療機関は紹介病院、200床未満の医療機関はかかりつけ病院の性格。
- 機能2：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で、「在宅復帰率」の計算方法等は異なる。
- 機能3：「特定機能病院」「地域医療支援病院」「紹介受診重点医療機関」等では、「紹介率」「逆紹介率」が重視されている。
- 地域連携：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等で、患者の入退院の経路が大きく異なる。

<医療機関内>

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

<在宅・介護>

- 医療保険と介護保険：「別表8」の患者として、医療保険で週4回以上の訪問看護が可能となっている
- 訪問看護：専門性の高い訪問看護として「退院後訪問指導料」「在宅患者訪問看護指導料（訪問看護基本療養費）」「専門管理加算」「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」等があるが算定患者数は多くない。また、算定対象者は、WOCと特定行為研修修了者では異なる。
- 専門管理加算：介護保険でも「専門管理加算」が新設された。
- 褥瘡マネジメント加算：対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。

<看護師の専門性>

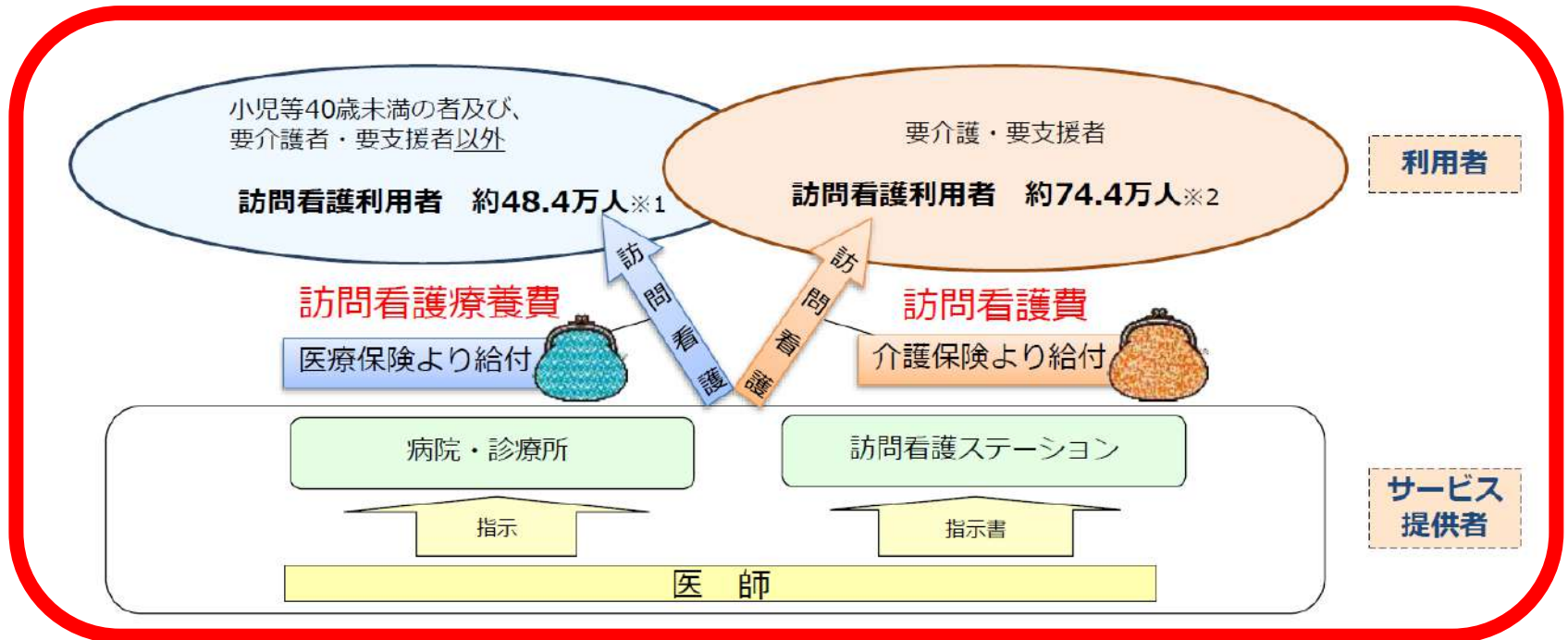
- 認定看護師・特定看護師：WOCの研修校は2024年時点では4校で、定年退職等を勘案すると、今後も大幅なWOCの人数増は望めない。
- 特定行為：6つのパッケージ研修は、5つは外科・クリティカル領域。

<医療・介護・在宅のまとめ>

- 保険算定の重要点：介護施設でもNPWT、創傷処置等の保険算定ができる。

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^{注)}の交付を受けた者
有効期間：14日間 (一部、2回交付可※²)

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※³)

認知症以外の精神疾患

【介護保険】

要支援者・要介護者

(限度基準額内 無制限
(ケアプランで定める))

(※1) 別表第7

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

在宅で医療保険で
重点的にカバーするのは
3度の褥瘡とストーマ

算定日数
制限無し

	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	●580点（1日） ・退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。 ●20点（一回のみ） ・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。	●1285点（月一回） ・皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）／特定看護師（創傷管理関連）を訪問させて、他の保険医療機関の看護師・准看護師又は訪問看護ステーションの看護師・准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。 ・緩和ケア認定看護師等も可	●250点（月一回） ・通常の訪問看護の費用に加算する。	●750点（一回） ・初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
算定患者	別表第8の患者（例） ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・その他：認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上等も対象	①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者） ②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者 ③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者 ④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者	①真皮を越える褥瘡の状態にある患者（在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者） ②人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者 ③人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者 ④悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者 ⑤その他：特定行為関連	・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 - ア 重度の末梢循環不全のもの - イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの - ウ 強度の下痢が続く状態であるもの - エ 極度の皮膚脆弱であるもの - オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
看護師等の条件	・医師・保健師・助産師・看護師であれば特別な資格は不要	①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師 ①：特定看護師（創傷管理関連） ④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師	①②③：皮膚・排泄ケア認定看護師 ④：「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師 ⑤：特定看護師（「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「ろう孔管理関連」「創傷管理関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「在宅・慢性期領域パッケージ研修」）	＜在宅褥瘡対策チームの構成員＞ ア 常勤の医師 イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（訪問看護ステーションでも可） ウ 管理栄養士（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関でも可） 必要に応じて、理学療法士、薬剤師等 ・在宅褥瘡対策チームのア又はイ（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。
算定の条件	・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家、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。	・皮膚・排泄ケア認定看護師／特定看護師（創傷管理関連）が通常の訪問看護師等と同一日に訪問する。（同一日に行けば、一緒になくてもよい） ・「緩和ケア」「乳がん看護」「がん放射線療法看護」「がん薬物療法看護」の認定看護師、「がん看護」専門看護師も可	・通常の訪問看護の費用に加算する。 ⑤特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。 - ア 気管カニューレの交換 - イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 - ウ 膀胱ろうカテーテルの交換 - エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 - オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法 - カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 - キ 脱水症状に対する輸液による補正	・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家に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。 ・初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。 - ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び必要に応じて見直し（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンスの後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等の実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。 ・初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。 - ア 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加すること - イ 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っていること

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

現行

【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
- 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
- ・ 手順書加算を算定する利用者

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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

医療と介護の連携の推進－在宅における医療ニーズへの対応強化－

専門性の高い看護師による訪問看護の評価

告示改正

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

訪問看護★、看護小規模多機能型居宅介護

【単位数】

< 現行 >
なし



< 改定後 >

専門管理加算 250単位/月 (新設)

【算定要件等】

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

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

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

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合

- ・ 診療報酬における手順書加算を算定する利用者

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

介護保険施設の比較

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

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

30

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

(退所者数:8,018人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	32.0%
その他の社会福祉施設	4.9%
介護老人保健施設	5.6%
介護医療院	16.6%
医療機関	22.8%
その他	5.3%
不詳	12.8%



介護老人福祉施設



平均在所日数:1177.2日(1284.5日)

100.0%	家庭
2.2%	介護老人福祉施設
1.9%	その他の社会福祉施設
0.4%	介護老人保健施設
0.4%	介護医療院
0.1%	医療機関
23.7%	死亡 ※
69.0%	死亡 ※
0.9%	その他
1.4%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%

(退所者:23,106人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	33.6%
その他の社会福祉施設	0.9%
介護老人保健施設	0.9%
介護医療院	2.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	48.5%
その他	2.4%
不詳	11.2%



介護老人保健施設



平均在所日数 309.7日(299.9日)

100.0%	家庭
36.3%	家庭
9.1%	介護老人福祉施設
3.2%	その他の社会福祉施設
1.7%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
33.3%	医療機関
10.6%	死亡 ※
5.0%	死亡 ※
0.8%	その他
0.8%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%

(退所者:1,184人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	8.2%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	0.4%
介護医療院	6.5%
介護医療院	74.2%
医療機関	5.6%
その他	4.7%
不詳	4.7%



介護医療院



平均在所日数 189.1日

100.0%	家庭
7.8%	家庭
3.9%	介護老人福祉施設
1.7%	その他の社会福祉施設
9.9%	介護老人保健施設
9.9%	介護医療院
19.8%	医療機関
52.2%	死亡 ※
4.3%	死亡 ※
0.4%	その他
0.4%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

介護老人保健施設の基本要件（基準）

(3)「介護老人保健施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。」とは、褥瘡の予防に関わる施設における整備や褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定している。例えば、次のようなことが考えられる。

① 当該施設における褥瘡のハイリスク者(日常生活自立度が低い入所者等)に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をする。

② 当該施設において、施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい。）を決めておく。なお、同一事業所内での複数担当 (※)の兼務や他の事業所・施設等との担当 (※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入所者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

③ 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。

④ 当該施設における褥瘡対策のための指針を整備する。

⑤ 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施する。また、施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用することが望ましい。

指定介護老人福祉施設の基本要件（基準）

（５）「指定介護老人福祉施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。」とは、褥瘡の予防に関わる施設における整備や褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定している。例えば、次のようなことが考えられる。

イ 当該施設における褥瘡のハイリスク者(日常生活自立度が低い入所者等)に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をする。

ロ 当該施設において、施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい。）を決めておく。なお、同一事業所内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入所者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

ハ 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。

二 当該施設における褥瘡対策のための指針を整備する。

ホ 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施する。また、施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用することが望ましい。

介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

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

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

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

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

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

1.別表第十二第三号に掲げる処置

別表第十二介護老人保健施設入所者について算定できない検査、リハビリテーション、処置、手術及び麻酔

三算定できない処置

(1)一般処置のうち次に掲げるもの

イ創傷処置（六千平方センチメートル以上のもの（褥瘡に係るものを除く。）を除く。）

ロ手術後の創傷処置

ハドレーン法（ドレナージ）

ニ腰椎穿刺

ホ胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

ヘ腹腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

ト喀痰吸引

チ高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

リ摘便

ヌ酸素吸入

ル酸素テント

ヲ間歇的陽圧吸入法

ワ肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）

カ非還納性ヘルニア徒手整復法（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

コ痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）

(2)救急処置のうち次に掲げるもの

イ救命のための気管内挿管

ロ人工呼吸

ハ非開胸的心マッサージ

ニ気管内洗浄

ホ胃洗浄

(3)泌尿器科処置のうち次に掲げるもの

イ膀胱洗浄（薬液注入を含む。）

ロ留置カテーテル設置

ハ嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）

(4)整形外科的処置（鋼線等による直達牽引を除く。）

(5)栄養処置のうち次に掲げるもの

イ鼻腔栄養

ロ滋養浣腸

(6)(1)から(5)までに掲げる処置に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な処置

重度褥瘡処置
局所陰圧閉鎖処置
下肢創傷処置
は算定可能？！

特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて

1 保険医が、

次の（１）から（６）までのいずれかに該当する医師（以下「配置医師」という。）である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療（特別の必要があって行う診療を除く。）については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付（以下「他給付」という。）において評価されているため、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）**区分番号A000の初診料、医科点数表区分番号A001の再診料、医科点数表区分番号A002の外来診療料、医科点数表区分番号B001－2の小児科外来診療料及び医科点数表区分番号C000の往診料を算定できない。**

3 配置医師以外の保険医が、

養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）、療養介護事業所、救護施設又は児童心理治療施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）に入所している患者を診療する場合については、次の（１）又は（２）の取扱いとすること。

（１）患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、**医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を算定できる。**

（２）（１）にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、**医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。**

創傷処置
重度褥瘡処置
局所陰圧閉鎖処置
下肢創傷処置等々
処置関連は算定可能？！

介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

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

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

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

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

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

◆特別療養費（老健）

介護老人保健施設において、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為として定められた特別療養費項目を行った場合に算定されるものである。

◆特定診療費（介護療養型医療施設）

介護療養型医療施設等において、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為として定められた特定診療費項目を行った場合に算定されるものである。

◆特別診療費（介護医療院）

介護医療院等において、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為として定められた特定診療費項目を行った場合に算定されるものである。

> > > >

上記で算定できる褥瘡関連

一重症皮膚潰瘍管理指導（1日につき） 18単位

一褥瘡対策指導管理

イ 褥瘡対策指導管理(Ⅰ) 6単位

ロ 褥瘡対策指導管理(Ⅱ) 10単位（特別療養費のみ）

老健の特別療養費の規定 介護医療院も同様

原文で、
褥瘡対策指導管理と褥瘡対策管理指導
の間違いがあるので、そのまま転記します。

第二 個別項目

2 褥瘡対策指導管理

褥瘡対策指導管理に係る特別療養費は、「「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健第102—2号）におけるランクB以上に該当する利用者又は入所者について、常時褥瘡対策をとっている場合に、算定できるものであること。

第三 施設基準等

2 褥瘡対策管理指導

- (1) 当該介護療養型老人保健施設において、褥瘡対策に係る医師、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。
- (2) 当該介護療養型老人保健施設における日常生活の自立度ランクB以上に該当する利用者又は入所者につき、別紙様式3を参考として褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施すること。
- (3) 利用者又は入所者の状態に応じて、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。

褥瘡対策に関する診療計画書

(※)：任意項目

記入者名

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	☐ 男 ☐ 女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
評価日	年 月 日
評価時点	☐ サービス利用開始時 ☐ サービス利用中 ☐ サービス利用終了時

【褥瘡の有無】

☐ なし ☐ あり
褥瘡発生日： 年 月 日 ☐ 仙骨部 ☐ 坐骨部 ☐ 尾骨部 ☐ 腸骨部 ☐ 大転子部 ☐ 踵部 ☐ その他 ()

【危険因子の評価】

ADL	自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐	基本動作	寝返り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 座位の保持 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 立ち上がり ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 立位の保持 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
浮腫	☐ なし ☐ あり	低栄養状態のリスクレベル (※)	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高
排せつの状況	おむつ ☐ なし ☐ 夜間のみあり ☐ 日中のみあり ☐ 終日あり ポータブルトイレ ☐ なし ☐ 夜間のみあり ☐ 日中のみあり ☐ 終日あり 尿道カテーテル ☐ なし ☐ あり		

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

【褥瘡の状態の評価（褥瘡がある場合のみ評価）】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用」（一般社団法人 日本褥瘡学会）を参照

深さ	☐ d 0：皮膚損傷・発赤なし ☐ d 1：持続する発赤 ☐ d 2：真皮までの損傷	☐ D 3：皮下組織までの損傷 ☐ D 4：皮下組織を越える損傷 ☐ D 5：関節腔、体腔に至る損傷 ☐ D DTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い ☐ D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
浸出液	☐ e 0：なし ☐ e 1：少量・毎日のドレッシング交換を要しない ☐ e 3：中等量・1日1回のドレッシング交換を要する	☐ E 6：多量・1日2回以上のドレッシング交換を要する
大きさ	☐ s 0：皮膚損傷なし ☐ s 3：4未満 ☐ s 6：4以上16未満 ☐ s 8：16以上36未満 ☐ s 9：36以上64未満 ☐ s 12：64以上100未満	☐ S 15：100以上
炎症/感染	☐ I 0：局所の炎症徴候なし ☐ I 1：局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	☐ I 9c：臨界的定着疑い(創面にぬりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) ☐ I 9：局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) ☐ I 9：全身的影響あり(発熱など)
肉芽組織	☐ g 0：創が治癒した場合、創の深い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 ☐ g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める ☐ g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	☐ G 4：良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める ☐ G 5：良性肉芽が、創面の10%未満を占める ☐ G 6：良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	☐ n 0：壊死組織なし	☐ N 3：柔らかい壊死組織あり ☐ N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	☐ p 0：ポケットなし	☐ P 6：4未満 ☐ P 9：4以上15未満 ☐ P 12：15以上36未満 ☐ P 24：36以上

【看護計画】

計画作成日 年 月 日

留意する項目	計画の内容	
体位変換の頻度	() 時間ごと	
関連職種が共同して取り組むべき事項 (※)		
評価を行う間隔 (※)		
圧迫、ズレカの排除 (※) (体位変換、体圧分散寝具、 頭部挙上方法、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 (※)		

老健の特別療養費の規定 介護医療院も同様

老老発第 0410002 号
平成20年4月10日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課



特別療養費の算定に関する留意事項について

第二 個別項目

- (1) 重症皮膚潰瘍管理指導に係る特別療養費は、重症な皮膚潰瘍（Shea の分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している利用者又は入所者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に算定するものであること。
- (2) 重症皮膚潰瘍管理指導に係る特別療養費を算定する場合は、当該利用者又は入所者の皮膚潰瘍が Shea の分類のいずれに該当するか、治療内容等について診療録に記載すること。
- (3) 褥瘡対策に関する基準を満たしていること。

第三 施設基準等

5 重症皮膚潰瘍管理指導

- (1) 褥瘡対策に関する基準を満たしていること。
- (2) 個々の利用者又は入所者に対する看護計画の策定、利用者又は入所者の状態の継続的評価、適切な医療用具の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。
- (3) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。
- (4) 重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出は別添様式 5 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。

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。

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

(※)：任意項目

記入者名

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	☐ 男 ☐ 女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
評価日	年 月 日
評価時点	☐ サービス利用開始時 ☐ サービス利用中 ☐ サービス利用終了時

【褥瘡の有無】

☐ なし	☐ あり
褥瘡発生日： 年 月 日 ☐ 仙骨部 ☐ 坐骨部 ☐ 尾骨部 ☐ 腸骨部 ☐ 大転子部 ☐ 踵部 ☐ その他()	

【危険因子の評価】

ADL	自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐	基本動作	寝返り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 座位の保持 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 立ち上がり ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 立位の保持 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
浮腫	☐ なし ☐ あり	低栄養状態のリスクレベル(※)	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高
排せつの状況	おむつ ☐ なし ☐ 夜間のみあり ☐ 日中のみあり ☐ 終日あり		
	ポータブルトイレ ☐ なし ☐ 夜間のみあり ☐ 日中のみあり ☐ 終日あり		
	尿道カテーテル ☐ なし ☐ あり		

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

【褥瘡の状態の評価（褥瘡がある場合のみ評価）】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用」（一般社団法人 日本褥瘡学会）を参照

深さ	☐ d0：皮膚損傷・発赤なし ☐ d1：持続する発赤 ☐ d2：真皮までの損傷	☐ D3：皮下組織までの損傷 ☐ D4：皮下組織を超える損傷 ☐ D5：関節腔、体腔に至る損傷 ☐ DDTI：深部損傷褥瘡（DTI）疑い ☐ DU：壊死組織で覆われ深さの判定が不能 ☐ E6：多量に日2回以上のドレッシング交換を要する
滲出液	☐ e0：なし ☐ e1：少量・毎日のドレッシング交換を要しない ☐ e2：中等量・1日1回のドレッシング交換を要する	☐ S15：100以上
大きさ	☐ e0：皮膚損傷なし ☐ e3：4未満 ☐ e6：4以上16未満 ☐ e8：16以上36未満 ☐ e9：36以上64未満 ☐ e12：64以上100未満	
炎症/感染	☐ i0：局所の炎症徴候なし ☐ i1：局所の炎症徴候あり（創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛）	☐ I3a：臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など） ☐ I3：局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭など） ☐ I9：全身的影響あり（発熱など）
肉芽組織	☐ g0：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡（DTI）疑いの場合 ☐ g1：良性肉芽が創面の90%以上を占める ☐ g3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	☐ G4：良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める ☐ G5：良性肉芽が、創面の10%未満を占める ☐ G6：良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	☐ n0：壊死組織なし	☐ N3：柔らかい壊死組織あり ☐ N6：硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	☐ p0：ポケットなし	☐ P6：4未満 ☐ P9：4以上16未満 ☐ P12：16以上36未満 ☐ P24：36以上

【褥瘡ケア計画】

計画作成日 年 月 日

留意する項目	計画の内容	
体位変換の頻度	() 時間ごと	
関連職種が共同して取り組むべき事項(※)		
評価を行う間隔(※)		
圧迫、ズレ力の排除(※) (体位変換、体圧分散寝具、 頭部挙上方法、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(※)		
その他(※)		

上記の内容及びケア計画について説明を受け、理解した上で、ケア計画の実施を希望します。

年 月 日

氏名

病棟、外来、介護施設ごとの算定可否の概要 <褥瘡編> (○：可、×：不可)

	処置料			特定保険医療材料			医薬品
	創傷処置	重度褥瘡処置	局所陰圧閉鎖処置	創傷被覆材	非固着性シリコンガーゼ	局所陰圧閉鎖処置用材料	
出来高病棟	○	○	○	○	○	○	○
DPC病棟	×	×	○	×	×	×	×
地域包括ケア病棟	×	×	○ DPCの算定の 残日数の場合	×	×	×	×
回復期リハビリテーション病棟	×	×	×	×	×	×	×
療養病棟	×	○	○	○ 重度褥瘡処置 の場合	○ 重度褥瘡処置 の場合	○	×
外来	○	○	○ 単回使用型に限る	○	○	○ 単回使用型に限る	○
在宅①	○	○	○ 単回使用型に限る	○	○	○ 単回使用型に限る (看護師の条件あり)	○
在宅② 在宅療養指導管理料 かつD3以上の褥瘡	—	○	○ 単回使用型に限る	○ 患者自身が 使用する分も可	○ 患者自身が 使用する分も可	○ 単回使用型に限る (看護師の条件あり)	○
老健	○ 6000cm ² 以上の場合 (褥瘡を除く)	○	○ 単回使用型に限る	○ 重度褥瘡処置 の場合	○ 重度褥瘡処置 の場合	○ 単回使用型に限る	○ 除外薬
特養	○	○	○ 単回使用型に限る	○	○	○ 単回使用型に限る	○
その他の 介護施設等	それぞれの介護施設の類型で運用が違うので確認が必要						

<抄録>

2024年度のトリプル改定は、2040年に向けた医療制度改革を見通す内容でした。「地域連携」「医療・介護連携」「働き方改革」「特定行為」など、複雑に絡み合う各種の制度改革を褥瘡の視点で解説いたします。

<医療機関の機能>

- 機能1：200床以上の医療機関は紹介病院、200床未満の医療機関はかかりつけ病院の性格。
- 機能2：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で、「在宅復帰率」の計算方法等は異なる。
- 機能3：「特定機能病院」「地域医療支援病院」「紹介受診重点医療機関」等では、「紹介率」「逆紹介率」が重視されている。
- 地域連携：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等で、患者の入退院の経路が大きく異なる。

<医療機関内>

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

<在宅・介護>

- 医療保険と介護保険：「別表8」の患者として、医療保険で週4回以上の訪問看護が可能となっている
- 訪問看護：専門性の高い訪問看護として「退院後訪問指導料」「在宅患者訪問看護指導料（訪問看護基本療養費）」「専門管理加算」「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」等があるが算定患者数は多くない。また、算定対象者は、WOCと特定行為研修修了者では異なる。
- 専門管理加算：介護保険でも「専門管理加算」が新設された。
- 褥瘡マネジメント加算：対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。

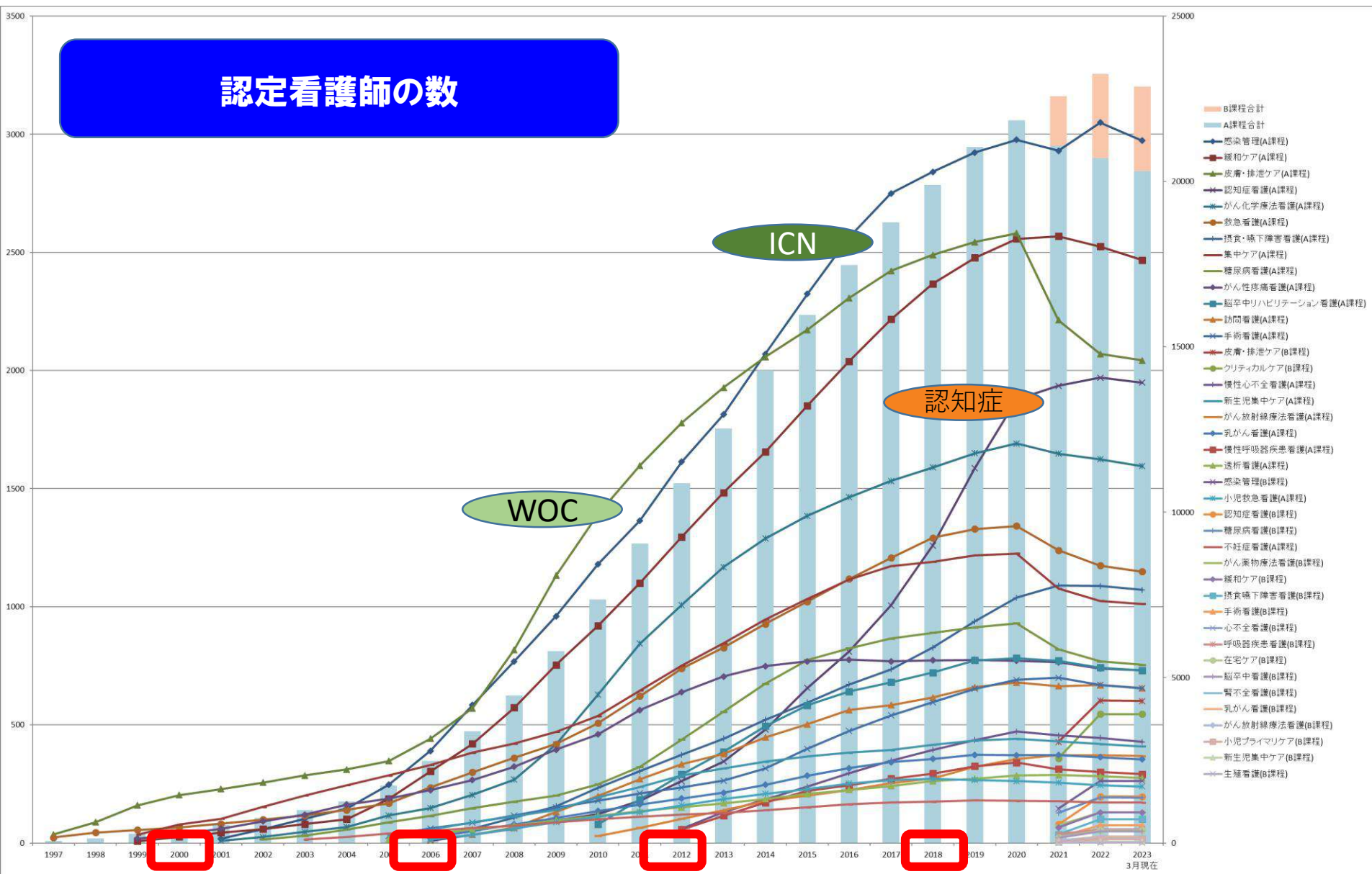
<看護師の専門性>

- 認定看護師・特定看護師：WOCの研修校は2024年時点では4校で、定年退職等を勧奨すると、今後も大幅なWOCの人数増は望めない。
- 特定行為：6つのパッケージ研修は、5つは外科・クリティカル領域。

<医療・介護・在宅のまとめ>

- 保険算定の重要点：介護施設でもNPWT、創傷処置等の保険算定ができる。

認定看護師の数



認定看護師研修コースの推移 の方が、傾向はつかみやすい。



【資料作成】日本看護協会 認定部

特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーン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の投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与
	抗精神病薬の臨時の投与
	抗不安薬の臨時の投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗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

診療の補助について（歯科領域を除く）

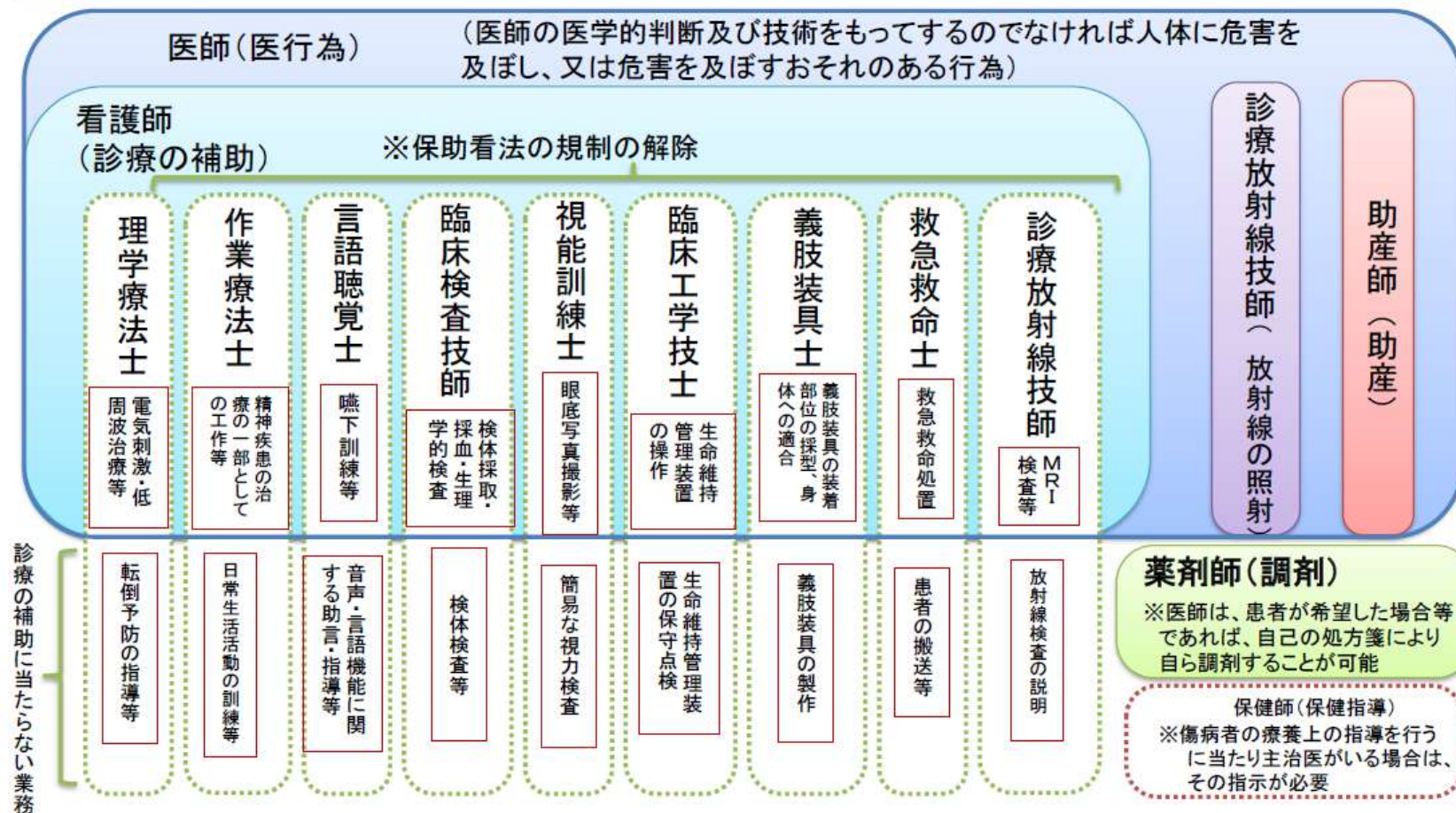
タスク・シフト/シエラ推進に関する検討会

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

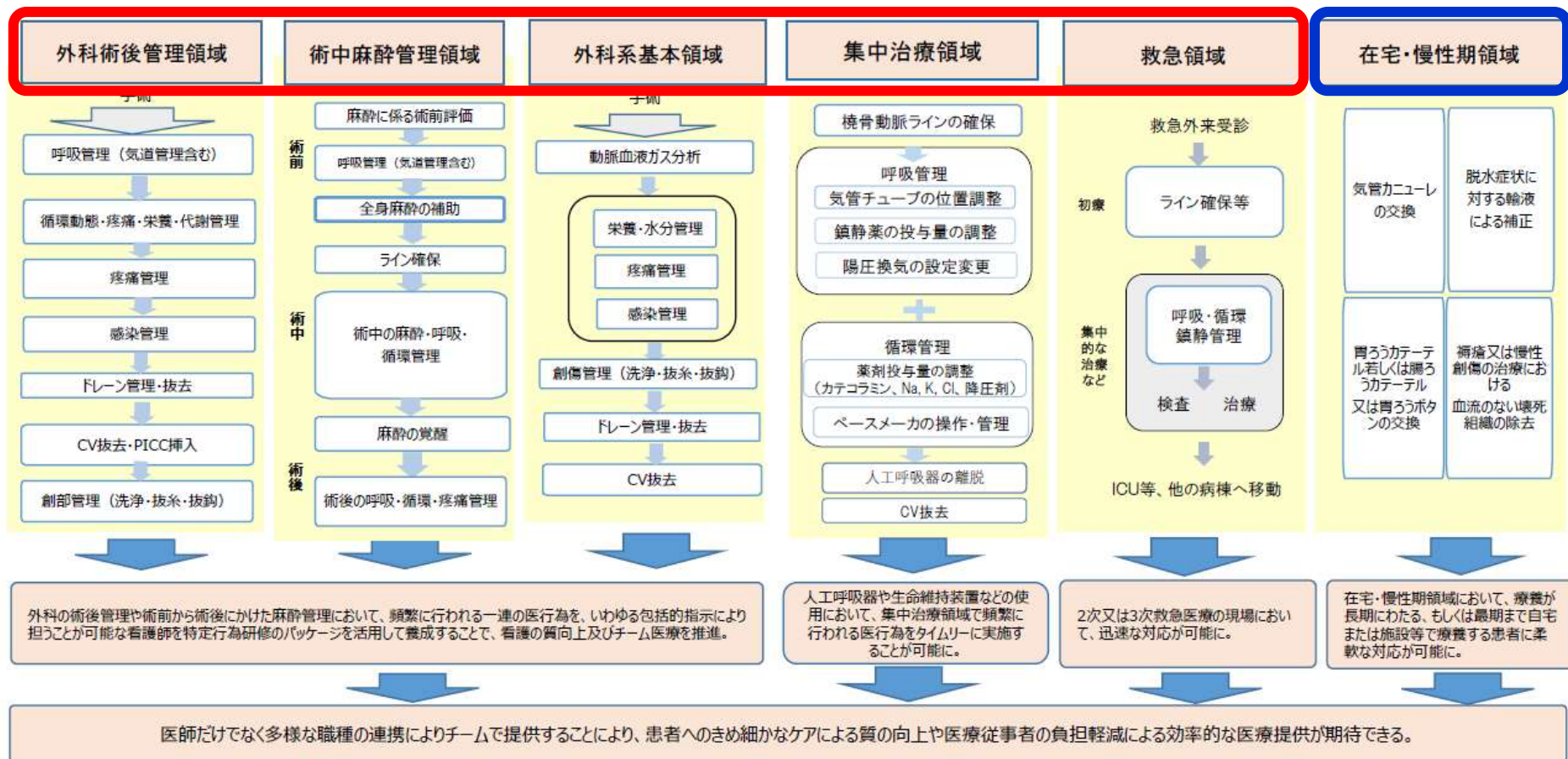
- 特定行為研修は区分毎に受講するよう定められているところ、領域別パッケージ研修では、各領域において一般的な患者の状態を想定し、特定の領域において実施頻度が高い特定行為をまとめた。
- 厚生労働大臣が適当と認める場合において、当該特定行為研修に係る特定行為の一部を免除した研修を行うことができる。
- 領域別パッケージ研修の修了者について、免除された特定行為については、修了したことにはならない。

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）

現状（指定研修機関数・研修修了者の推移）

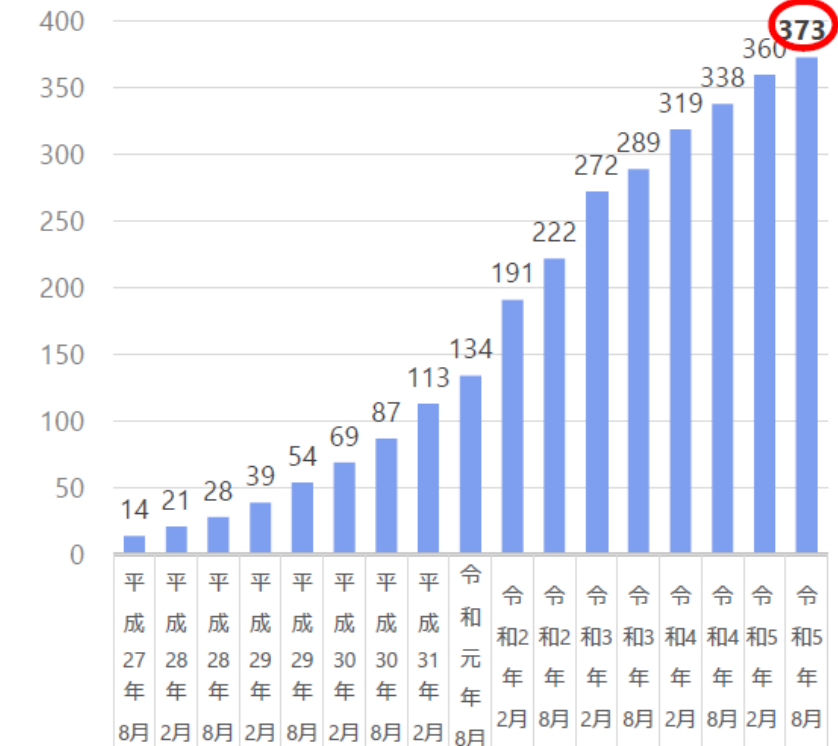
○特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和5年8月現在で**373**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は **5,437**人である。

○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

（指定研修機関数）

定員数5,437人



研修機関 14 21 28 39 54 69 87 113 134 191 222 272 289 319 338 360 373

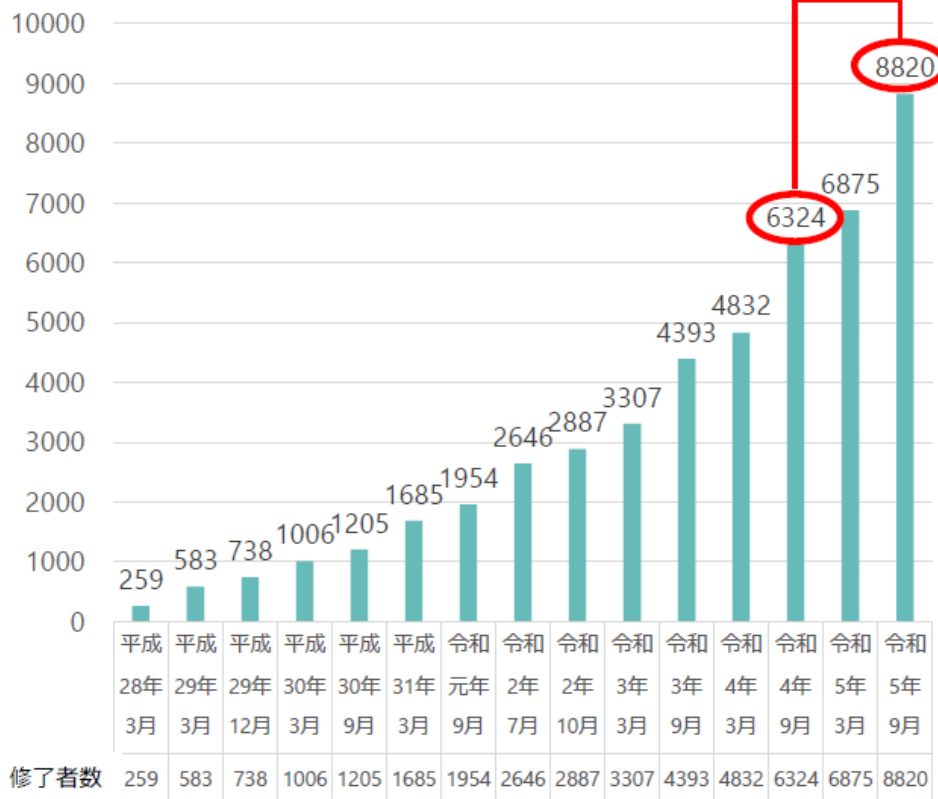
年間研修機関増加数 18 30 44 78 81 47 41

（厚生労働省医政局看護課調べ）

■ 研修修了者の推移

（人）

直近1年は2,496人増加



修了者数 259 583 738 1006 1205 1685 1954 2646 2887 3307 4393 4832 6324 6875 8820

年間修了者数 324 423 679 961 661 1525 2043

（令和2年はCOVID19影響で7月末時点）

50

75

分野別所属先種別登録者数一覧(2023年12月末現在)

認定看護師総数: 24,015人

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

病院勤務者の分野別所属部署別登録者数一覧(2023年12月末現在)

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

氏名	修了した特定行為研修に係る特定行為区分																																										修了後 の研修記録					研修所 の名称	研修所 の所在地	研修所 の種別																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分	研修 区分

病棟、外来、介護施設ごとの算定可否の概要 <褥瘡編> (○：可、×：不可)

	処置料			特定保険医療材料			医薬品
	創傷処置	重度褥瘡処置	局所陰圧閉鎖処置	創傷被覆材	非固着性シリコンガーゼ	局所陰圧閉鎖処置用材料	
出来高病棟	○	○	○	○	○	○	○
DPC病棟	×	×	○	×	×	×	×
地域包括ケア病棟	×	×	○ DPCの算定の 残日数の場合	×	×	×	×
回復期リハビリテーション病棟	×	×	×	×	×	×	×
療養病棟	×	○	○	○ 重度褥瘡処置 の場合	○ 重度褥瘡処置 の場合	○	×
外来	○	○	○ 単回使用型に限る	○	○	○ 単回使用型に限る	○
在宅①	○	○	○ 単回使用型に限る	○	○	○ 単回使用型に限る (看護師の条件あり)	○
在宅② 在宅療養指導管理料 かつD3以上の褥瘡	—	○	○ 単回使用型に限る	○ 患者自身が 使用する分も可	○ 患者自身が 使用する分も可	○ 単回使用型に限る (看護師の条件あり)	○
老健	○ 6000cm ² 以上の場合 (褥瘡を除く)	○	○ 単回使用型に限る	○ 重度褥瘡処置 の場合	○ 重度褥瘡処置 の場合	○ 単回使用型に限る	○ 除外薬
特養	○	○	○ 単回使用型に限る	○	○	○ 単回使用型に限る	○
その他の 介護施設等	それぞれの介護施設の類型で運用が違うので確認が必要						

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合に限り算定できる。
- (2) 「１」から「３」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。
- (3) 部位数にかかわらず、１日につき、所定点数により算定する。
- (4) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。「Ｊ０００」創傷処置、「Ｊ０００－２」下肢創傷処置又は「Ｊ００１」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。
- (5) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）終了後に多血小板血漿処置を行う場合は、「Ｊ００３－４」多血小板血漿処置を算定する。また、引き続き創傷部位の処置（多血小板血漿処置を除く。）が必要な場合は、「Ｊ０００」創傷処置により算定する。
- (6) 「注」に規定する加算は、入院中に「Ｊ００３」局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）を算定していた患者が引き続き入院外で局所陰圧閉鎖処置を実施した場合は算定できない。
- (7) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない。**

159/013局所陰圧閉鎖処置用材料 1㎡当たり	18円
180/014 陰圧創傷治療用カートリッジ	19,800円

(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

オ 術後縫合創（手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）

(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)(1)「オ」については、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって、次に掲げる患者に対して使用した場合に限り算定できる。その際、次に掲げる患者のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア BMIが30以上の肥満症の患者

イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%

以上（NGSP値で7.0%以上）の者

ウ ステロイド療法を受けている患者

エ 慢性維持透析患者

オ 免疫不全状態にある患者

カ 低栄養状態にある患者

キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者

ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者

(6)(1)「オ」について、(5)以外の患者に対して使用した場合は、局所陰圧閉鎖処置用材料に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ、局所陰圧閉鎖処置用材料は算定できない。

180 陰圧創傷治療用カートリッジ

(1) 陰圧創傷治療用カートリッジは以下の場合に算定する。

ア 入院中の患者以外の患者に対して使用した場合

イ 入院中の患者に対して使用した場合（術後縫合創に対して、手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）

(2)(1)「イ」については、区分番号「A 3 0 1」特定集中治療室管理料、区分番号「A 3 0 1 - 3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A 3 0 1 - 4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A 3 0 3」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって、次に掲げる患者に対して使用した場合に限り算定できる。その際、次に掲げる患者のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア BMIが30以上の肥満症の患者

イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%

以上（NGSP値で7.0%以上）の者

ウ ステロイド療法を受けている患者

エ 慢性維持透析患者

オ 免疫不全状態にある患者

カ 低栄養状態にある患者

キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者

ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者

(3)(1)「イ」について、(2)以外の患者に対して使用した場合は、陰圧創傷治療用カートリッジに係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ、陰圧創傷治療用カートリッジは算定できない。

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

診療報酬・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。

医療安全推進委員会

名簿【6名】

島山 和宏（委員長）

田中 克己

田港晃布江

林田 健志

増口 信一

四ッ柳高敏

お知らせ

全件表示 -

2024/08/23 [医療事故調査・支援センター主催研修および公式LINE・anび開始のご案内](#)2024/08/21 [【持田製薬より】ウロナーゼ有効期限延長についてのお知らせ](#)2024/05/10 [【持田製薬より】繊維素溶解酵素剤 ウロナーゼの供給に関するご報告](#)2024/02/26 [【持田製薬より】繊維素溶解酵素剤 ウロナーゼの供給に関するご報告](#)2023/10/12 [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\(追記変更のご連絡\)](#)2023/03/13 [ウェブサイトにおける医療広告規制について](#)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
(追記・修正のご連絡)一般社団法人 日本形成外科学会
理事長 貴志 和生

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に追記・修正を致しました。

<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もの、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課程を修了した者に限る）

日本在宅医療連合学会の認定教育制度を修了した者

<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もの若しくは日本在宅医療連合学会の認定教育制度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

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 (追記変更のご連絡)

2024

一般社団法人 日本形成外科学会
理事長 貴志 和生

診療報酬・在宅

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もの、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）
日本在宅医療連合学会の認定教育制度を修了した者

<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もの、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、もしくは**日本在宅医療連合学会の認定教育制度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

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

<https://jsprs.or.jp/member/committee/wp-content/uploads/2025/04/20250410.pdf>

第7回 日本在宅医療連合学会大会



参加者用マイページ

ログイン

TOP

大会長挨拶

開催概要

プログラム・日程表

ランチョンセミナー
プログラム

企画演題の一般公募

一般演題登録

宿泊/エクスカーションの
ご案内

参加登録

座長・演者へのご案内

参加者へのご案内

ワークショップ・
交流会・集合集会・
ハンズオンセミナー
(事前予約)

単位取得について



在宅 NPWT 認定教育制度 第3回開催決定！

6月15日（日）長崎開催
締め切り：6月上旬

共催：日本在宅医療連合学会／スミス・アンド・ネフュー株式会社／
ソルベタム合同会社／センチュリーメディカル株式会社



一般社団法人
日本在宅医療連合学会
Japanese association for home care medicine

在宅で難治性褥瘡などにNPWT*を使いたい。でも、医師が頻繁に交換にいけない。
...看護師の方に、安全にドレッシング交換をしていただくための研修制度です。



下記のことができるようになります

- 修了した看護師が、WOC / 特定** を持たずとも、医師の指示の下、在宅において陰圧閉鎖療法のドレッシング交換を行うこと
- 修了した看護師が、在宅で交換した場合のドレッシング / カートリッジの費用についても医療機関側で材料費を請求できること

1. 申込: 実技講習会 (OSCE)

第3回目

オスキー

第7回日本在宅医療連合学会大会

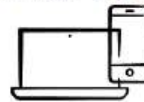
会場：出島メッセ長崎 にて

2025年6月15日（日）実施

- | | |
|--------------|--------------|
| ①9:35～10:00 | ⑥13:35～14:00 |
| ②10:05～10:30 | ⑦14:05～14:30 |
| ③10:35～11:00 | ⑧14:35～15:00 |
| ④11:05～11:30 | ⑨15:05～15:30 |
| ⑤11:35～12:00 | ⑩15:35～16:00 |

2. E-learning

申込後ご案内



3. 実技講習会 (OSCE)



※定員80名
お申込は
こちらから



受講料 会員：講義E-learning 無料、講習会OSCE 5,000 円
非会員：講義E-learning 5,000 円、講習会OSCE 5,000 円
合格後新規登録料 5,000 円

* 局所陰圧閉鎖療法 (NPWT) とは？

局所陰圧閉鎖療法 (Negative Pressure Wound Therapy) とは、急性及び慢性創傷に対して局所的に管理された陰圧を提供し、創傷治癒を遅延させる因子を取り除き、治癒を促進させる治療法のことをいいます。

** 単回NPWT使用においては関連諸学会が作成した適正使用指針に従い使用することが添付文書で定められています。関連学会である形成外科学会はドレッシング交換が可能な看護師を「皮膚・排泄ケア認定看護師 (WOCN) もしくは創傷管理関連の特定行為研修修了看護師」と規定していますが、「当学会認定教育制度を修了した者」が新たに加えられました。

<抄録>

2024年度のトリプル改定は、2040年に向けた医療制度改革を見通す内容でした。「地域連携」「医療・介護連携」「働き方改革」「特定行為」など、複雑に絡み合う各種の制度改革を褥瘡の視点で解説いたします。

<医療機関の機能>

- 機能1：200床以上の医療機関は紹介病院、200床未満の医療機関はかかりつけ病院の性格。
- 機能2：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で、「在宅復帰率」の計算方法等は異なる。
- 機能3：「特定機能病院」「地域医療支援病院」「紹介受診重点医療機関」等では、「紹介率」「逆紹介率」が重視されている。
- 地域連携：一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等で、患者の入退院の経路が大きく異なる。

<医療機関内>

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

<在宅・介護>

- 医療保険と介護保険：「別表8」の患者として、医療保険で週4回以上の訪問看護が可能となっている
- 訪問看護：専門性の高い訪問看護として「退院後訪問指導料」「在宅患者訪問看護指導料（訪問看護基本療養費）」「専門管理加算」「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」等があるが算定患者数は多くない。また、算定対象者は、WOCと特定行為研修修了者では異なる。
- 専門管理加算：介護保険でも「専門管理加算」が新設された。
- 褥瘡マネジメント加算：対象が拡大、「褥瘡の治癒」も評価。

<看護師の専門性>

- 認定看護師・特定看護師：WOCの研修校は2024年時点では4校で、定年退職等を勘案すると、今後も大幅なWOCの人数増は望めない。
- 特定行為：6つのパッケージ研修は、5つは外科・クリティカル領域。

<医療・介護・在宅のまとめ>

- 保険算定の重要点：介護施設でもNPWT、創傷処置等の保険算定ができる。



ご清聴

ありがとうございました！

