

**ΛLCΛRE** 

つなぐ手あて、ひらくケア。

特別企画2 2024年5月26日(日) 15:10~16:10 第2会場

座長:貝川 恵子先生

ET/WOCの社会への貢献を紐解とき、 2024年度医療政策の大変革でさらに煌めく!

# 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回程度の講義・講演)



本日は、講演の貴重な機会をいただき、誠にありがとうございます。

テーマとしていただいたのは、

「ET/WOCのこれまでの活動(煌めき!)を振り返り、 これからもさらに煌めく未来への活動」

というとても大きなテーマでした。

高水なりに考えてお話させていただきますが、必ずしも皆さんの共感とならないと ころもあると思います。その点はご容赦ください。

- ●医療政策・医療制度からの視点
- ●学問的視点
- ●製品開発等の視点

があると思いますが、今回は「医療政策・医療制度からの視点」でお話させていた だきます。

講演スライドは、講演後にJWOCのHPにUPさせていただきます。

ご自由にDLしてご活用ください。

DLを前提に、参考スライドを多めに入れますので、講演での説明は全体の半数程度 になります。

個人的な分析、見解ではありますが、

みなさまのそれぞれの何かのご参考になれば幸いです。

# ET/WOCの煌めきの分析!(業務・専門性のざっくりの特長) あくまで高水個人の見解です・・・

## <特性>

- ●院内横断型の認定看護師
- ●地域連携型の認定看護師
- ●専門性の多面性

- ●製品開発
- ●プライマリケア的

:他の認定看護師は、疾患型、場所型が多い

:他の認定看護師は、院内完結型が多い

:治療(損傷皮膚) :創傷、褥瘡、スキン-テア

:看護(予防的) :失禁、スキンケア、マーキング

:看護(治療的&予防的):難渋ストーマ、重度の失禁、難しいスキンケア

:全人的視点 :局所、全身、社会性

:特定行為、NP : 21区分38行為、パッケージ研修、大学院(NP)

:認定看護師再編 : A過程、B過程

:活動の場 : 医療機関、介護施設、在宅など各種活動できる

:多様な研究テーマ

:テープ、ドレッシング、ストーマバッグ、スキンケア等

:相対的には、生命直結型ではない

# <現在の日本の医療環境>

- ◆病院機能区分の明確化
- ◆病棟の複雑さ
- ◆**チーム医療**
- ◆研修時間の抑制
- ◆勤務医の働き方改革
- ◆診療報酬・介護報酬

- :高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅、介護(施設型・居宅型)
- : ケアミックス、看護配置、包括診療、
- :多数のチームとの調整(チーム医療間でのある種の争い:人員、時間、研修)
- ;労働基準法の遵守(医師だけでなく、職員全員の働き方改革)
  - :地域の中核病院は、クリティカル領域(ER、ICU、OR、外科系)が最重要課題
  - :ガイドラインの策定が大きな影響力

## <ポイント>

- ◎専門性・やりたい領域
- ◎院内教育
- ◎地域教育・連携(人的連携、知識連携)
- ◎医療再編
- ◎診療報酬、保助看法等の医療行政

- :W·O·Cの何に軸を置くのか?
- :看護手順の標準化(ケアミックスを前提、「標準看護手順」との調整)
- :病院機能の深い理解、医療、介護、在宅など、それぞれに合わせた材料と手順)
- :行政の動向の見極め(自分の活動の場(所属))をどこにする?
- :エビデンスと実績の積み上げ



無料DLできます。 必読です!!

#### 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 25周年記念誌 学術の発展と継承

2016年5月20日 発行

編 集 一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会

発行者 真田 弘美

発 行 一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会

学術活動25周年に寄せて。真田弘美・・・・ 第1章 ET協会から研究会、そして学会活動への軌跡 (担当:目谷敏子) ■ 歴代会長の言葉 ● 田村泰三、前川厚子、南由起子、溝上祐子、真田弘美 \*\*\*\*\*\* 歴代役員(理事・監事・幹事)の言葉 ------森口隆彦、宮地良樹、佐藤エキ子、田中秀子、西村かおる、渡邊千登世、紺家干津子、仲上豪二 市間滋、安部正敏、貝谷敏子、石澤美保子、大桑麻由美、片岡ひとみ、須釜淳子、祖父江正代、 田中マキ子、谷口珠実、土田敏恵、徳永恵子、本間之夫、前田耕太郎、間宮直子、青木和恵、梶 西ミチコ、吉田美香子、佐藤文 WOC領域の先駆けとなって活躍した先輩の言葉 ..... 襟川政代、品田ひとみ、判澤惠、柴崎真澄、三木佳子、伊藤美智子 ● 多大なご理解とご協力をいただいた医師からの言葉 ・・・・・・・・・・・ 穴澤貞夫、大浦武彦、中條俊夫、岩中督、上出良一、渡邊成、塚田邦夫 関連学会・団体からのメッセージ ........... 川上重彦(日本褥瘡学会)、前田耕太郎(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会)、本間之夫 (日本老年泌尿器科学会)、岡田保典(日本創傷治癒学会)、小林修三(日本フットケア学会)、坂本 すが(日本看護協会)、菱沼典子(日本看護技術学会)、川村佐和子(日本在宅看護学会) Barbara Braden, Christine Moffatt, Barbara Bates-Jensen, Keryln Carville ■ 関係企業・団体からのメッセージ ...... 高水勝(日本医療機器テクノロジー協会 創傷被覆材部会/スリーエムジャパン株式会社)、土屋智 久(JASPA 床ずれ防止用具部会/パラマウントベッド株式会社)、鈴木輝重(アルケア株式会社) 聖路加国際病院ETスクール、公益社団法人日本看護協会看護研修学校、埼玉県立大学教育研修セ ンター認定看護師教育課程、北海道医療大学認定看護師研修センター、社会保険看護研修センター 認定看護師教育課程、京都橋大学看護教育研修センター認定看護師教育課程、兵庫県看護協会認定 看護師教育課程 皮膚・排泄ケアコース、白鳳女子短期大学認定看護師教育センター、福岡県看護協 会 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程、宮城認定看護師スクール、国立看護大学校研修部、静岡県 立静岡がんセンター認定看護師教育課程、新潟青陵大学認定看護師研修センター、日本赤十字看護 大学看護・実践・教育・研究フロンティアセンター、長野県看護大学看護実践国際研究センター認定 看護師教育課程、山陽学園大学看護研修センター、公益社団法人 沖縄県看護協会看護研修センター

各地区プロックの活動報告 59 北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、干葉県、東京郡①、東京郡②、神谷川県、新潟県、瀬田県、石川県、福井県、山梨県、長野県、東京県、安原県、南田県、東京県、北京県、北京県、北京県、東京県、東京県、東京県、東京県、北京県、北京県、北京県、東京県、東京県、東京県、東京県、東京県、東京県、東京県、東京県、東京県、東
第2章 Academic activitiesを通した学術基盤の飛躍 (担当:財政干津子)
■ ABCD-Stoma®、ABCD-Stoma®ケア®紺家干津子78
● ベストプラクティス スキン・テアの予防と管理。出家干津子····································
IADペストプラクティス   大奏麻由美
研究会誌・学会誌掲載論文からみる研究の動向 ● 須淦淳子
論文賞・研究助成の動向®石澤美保子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
而人員 如沙切戏沙别问。日本天体
* <b>3</b> 章 学会主導のEducationプログラム
<ul><li>ブラッシュアップセミナー●溝上祐子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</li></ul>
で記水的症状の呼吸が、ア神首芸の開催記録とフログフム。日口来を 111 皮膚・排泄ケア認定看薄師のためのE-ラーニングプログラム。横野短に 115
及高・排泄ケア部に自識明のためのピーノーニングノログノム 検討地址・・・・115
第4章 Professional workが 臨床現場・政策・社会面に及ぼした影響 (超当: 片間ひとみ)
<ul><li>政策に影響を与えた調査・研究: 海温ハイリスク患者ケア加算から特定行為研修まで◎測上祐子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</li></ul>
学会としての社会活動への参与:震災後対応等●片岡ひとみ・・・・・・・・128
<ul><li>● 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 活動調査報告について</li><li>● 海田東沿子、濱上祐子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</li></ul>
日本創傷・オストミー・失禁管理学会の今後に向けて。真田弘美146

https://jwocm.org/wp-content/themes/jwocm/assets/img/about/history/25thAnniversary\_.pdf

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

# 医療環境の5つのG ・ガイドライン Gakkai 文献 (学会) 第一人者の発信 Genba (現場) ・医療現場での 課題、声 Genbutsu (現物)

手技、ケア、 製品、サービス

**G**youkai (業界)

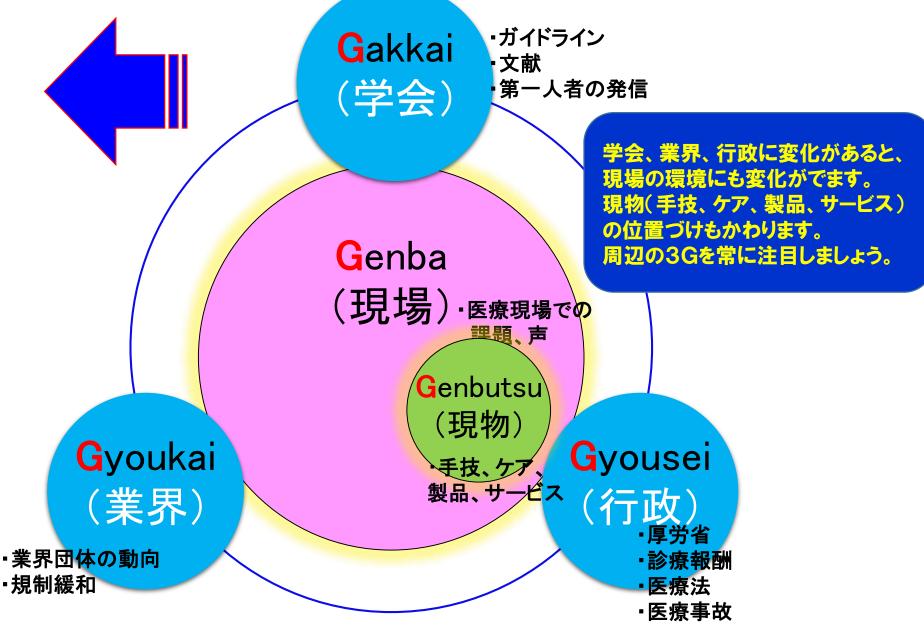
- · 業界団体の動向
- •規制緩和

**G**yousei

(行政)

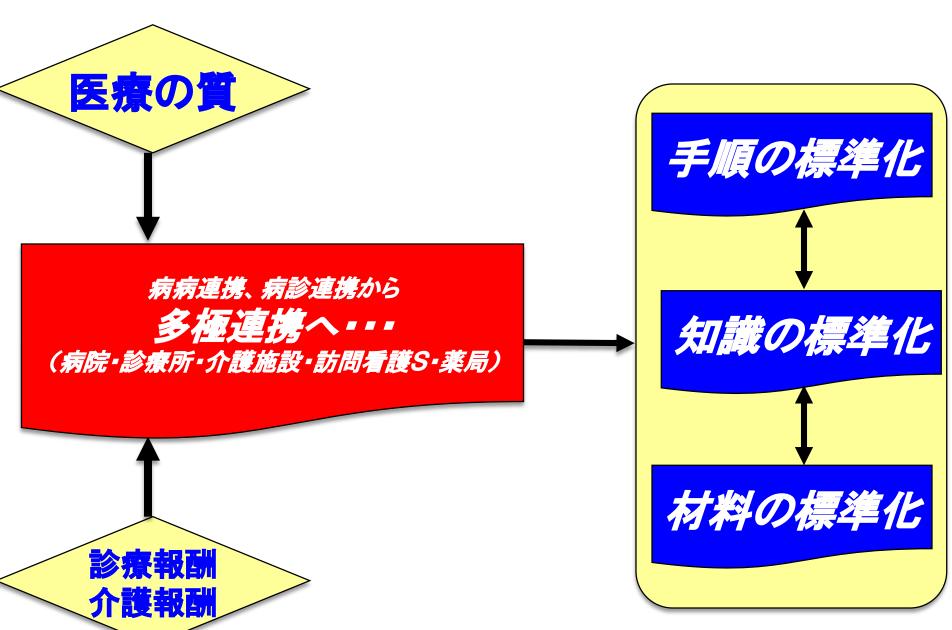
- 厚穷省
- •診療報酬
- •医療法
- •医療事故

# 医療環境の5つのG

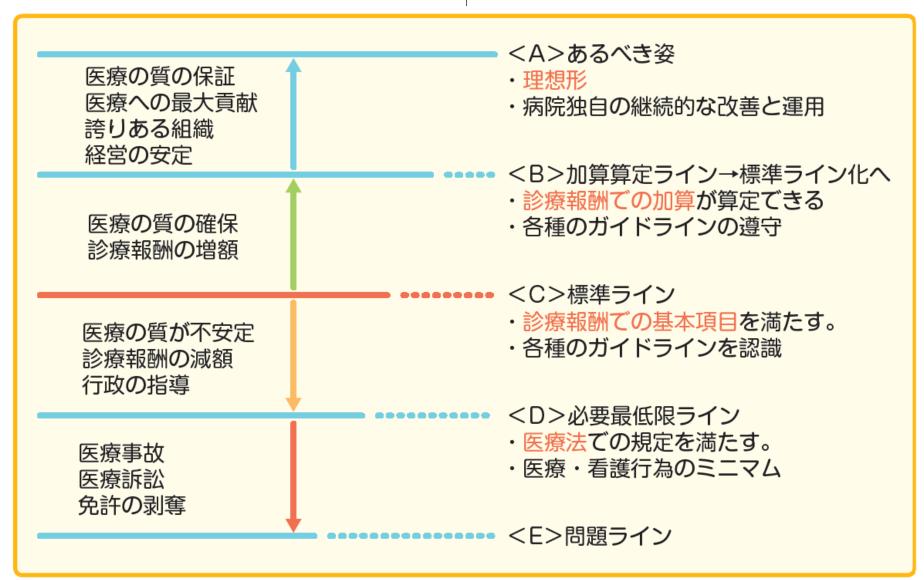


# 医療現場への強制力&影響力の概念

法的 拘束力 推進力	Aランク	医療法 診療報酬 (健康保険法)	本文・通知等 技術資料 事故報告 基本要件 加算要件 製品の保険償還 労働基準法	医師法	
			保助看法等 		
学問的	Bランク		JCI	医療従事者	
専門的		ガイ	ドライン(海外・国内)	の各種法規	
	Cランク	<b>, 为</b>	学会誌の文献		
影響力	6779	学会関連	学会での発表		
	Dランク	専門雑誌等の記事			
広告			広告		
· · · · · · ·	Eランク				
宣伝		会社発	記事広告 会社発信のケースレポートなど		



# 医療の質と医療経済の5段階

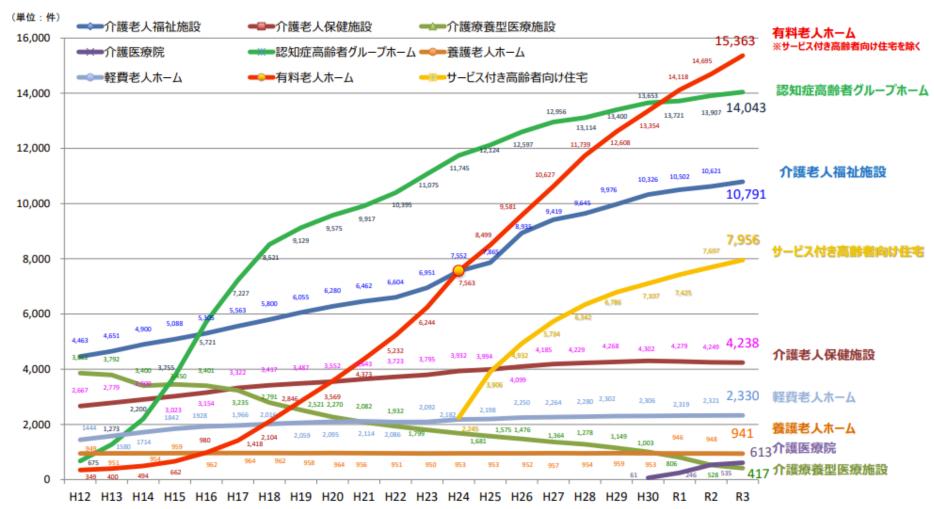


https://www.igaku.co.jp/wocnursing/wocnursing 1901.html

# 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
情ががなる 9 フ	200症未満	5700
	全体	105,000
●診療所数	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	1 3,0 0 0
◆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	3 3 0,0 0 0
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属 (準看含む)	1,500,000
	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
   重なりあり	ICN	3,600
上は 7 めり	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

# 高齢者向け施設・住まいの件数



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

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

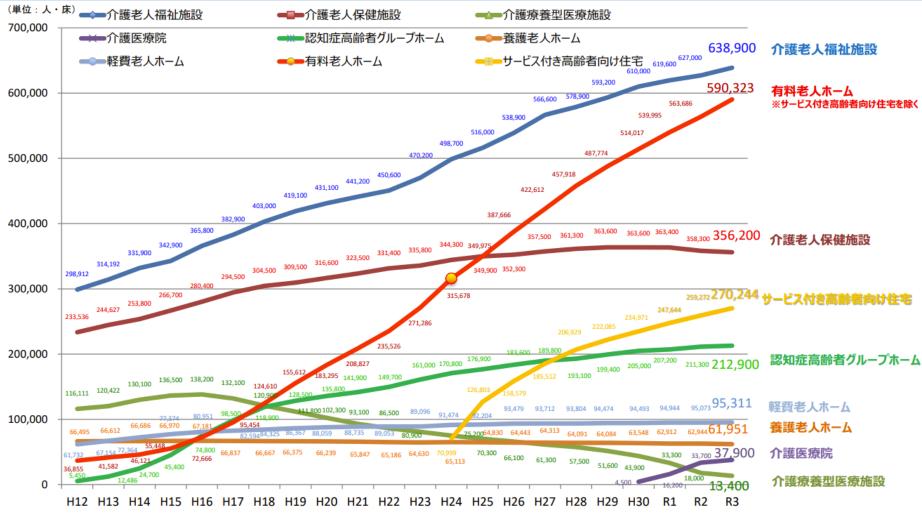
※3:認知症高齢者グルーブホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)

※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。

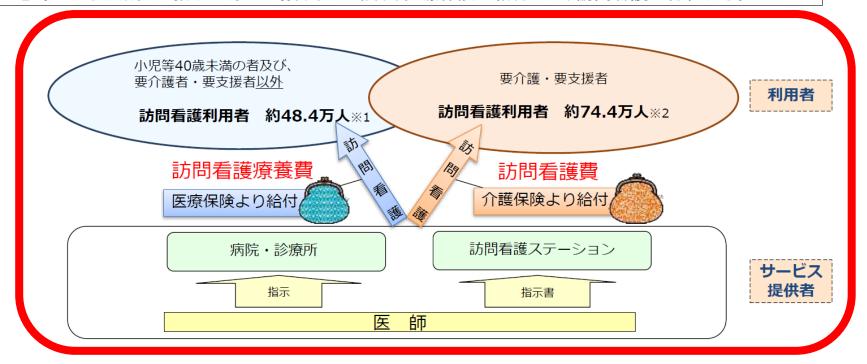
# 高齢者向け施設・住まいの利用者数



- ※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。
- ※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】

### 【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<sup>※1</sup>)

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※<sup>2</sup>)

▼厚生労働大臣が 定める者 「特掲診療料・ 別表第8※3

算定日数

制限無し

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

認知症以外の精神疾患

#### (※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

| 対す時間は別要権がに | パンチントン病 | 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)

- 気管力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

#### 汪)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

在宇酸素療法指導管理

在宇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

在宇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

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会

#### 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)

- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

#### ○診療報酬点数表の一部改正等について

(平成四年三月七日) (保発第一八号) (各都道府県知事あて厚生省保険局長通知) 第二次医療法改正に伴い 在宅医療の充実として新設 ストーマ外来の軸

新設当時の算定は100点だった。

1992

第一 今回の改正の趣旨

- 1 **今回の診療報酬の改正は、良質な医療の効率的な供給という考え方**を基本とし、病院及び診療所の評価の明確化等を通じ、医療機関の機能・特質に応じた評価を行うとともに、基準看護の適正な評価等を通じ、良質な看護サービスの安定的・効率的な供給の確保に務めるほか、医療サービスの質に応じた評価、技術料重視の観点からの評価、**在宅医療の推進、**老人の心身の特性にふさわしい医療の推進、薬剤使用・検査等の一層の適正化等各般の措置を通じ、診療報酬の合理化を図るものであること。
- 2 今回の診療報酬の改正は、具体的には次の点を主眼として行うものであること。
- (1) 甲乙二表の差異を縮小するとともに、病院及び診療所について、それぞれ**入院機能及び外来機能を重点的に評価**する等、医療機関の機能・特質に応じた評価を行う。
- (2) 基準看護の評価、夜勤回数、週休二日制等勤務条件に応じた評価等を行うとともに、付添看護の適正化を図り、良質な看護サービスの安定的・効率的な供給の確保に務める。
- (3) スタッフ数等に応じた適正な評価を行うとともに、定数超過入院(オーバーベッド)対策等の強化を図り、医療サービスの質に応じた評価を行う。
- (4) 技術料重視の観点から、診察料、処置料、手術料等の引上げを行うとともに、リハビリテーション医療、救急医療等の適正な評価を行う。
- (5) 在宅医療の推進を図るため、往診、訪問診療等の引上げ、看護婦による在宅療養指導料の新設等を行う。
- (14) 特定疾患治療管理料
- ア 特定薬剤治療管理料を現行三三〇点から三五〇点に引き上げるとともに、対象となる患者を拡大したこと。
- イ 悪性腫瘍特異物質治療管理料における測定方法が精密なもの現行四五○点を一項目の場合四五○点、二項目以上の場合五○○点としたこと。
- ウ 小児特定疾患カウンセリング料の現行四○○点を四六○点としたこと。
- エ 小児科療養指導料二○○点を新設したこと。
- オ 皮膚科特定疾患指導管理料現行三二〇点を四六〇点に引き上げ、皮膚科特定疾患指導管理料(I)とするとともに、皮膚科特定疾患指導管理料(I)二〇〇点を新設したこと。
- カ ・ 栄養食事指導料現行三五点を七〇点に引き上げるとともに、要件を栄養士から管理栄養士に改めたこと。
- キ **在宅療養指導料一○○点**及び慢性維持透析患者外来医学管理料二、五○○点を**新設したこと。**

13 在宅療養指導料

170点 (現在の規定)

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定 すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要と する患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき 保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者 1人につき月1回(初回の指導を行った月にあっては、月2回)に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。

第二次医療法改正に伴い 在宅医療の充実として新設 ストーマ外来の軸 最初からストーマが対象だったのか? (すみません、わかりまでんでした) 新設当時の算定は100点だった。 (1)次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

ア 在宅療養指導管理料を算定している患者

- イ 入院中の患者以外の患者であって、器具(**人工肛門、人工膀胱**、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等)を装着しており、その管理に配慮を要する患者
- ウ 退院後1月以内の患者であって、過去1年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、 1回以上ある慢性心不全の患者(治療抵抗性心不全の患者を除く。)
- (2) **保健師、助産師又は看護師が**個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患家において行った場合には算定できない。
- (3)療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。
- (4)保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。
- (5) 当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、次に掲げる在宅療養支援能力向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。
- ア国、都道府県及び医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- (イ) 外来における在宅療養支援について
- (ロ) 在宅療養を支える地域連携とネットワークについて
- (ハ) 在宅療養患者(外来患者)の意思決定支援について
- (二) 在宅療養患者(外来患者)を支える社会資源について

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業 (褥瘡発生の報告) 、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

(別紙様式5の2)

#### 褥瘡対策に関する診療計画書

氏名	殿		男	女	病棟	<u>計画作成日</u>
明•大•昭•平	年	月		生	( 歳)	記入担当者

1. 現在 褥瘡の有無

なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部)

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) 褥瘡発生日

	日常生活自立度       J(1.2)       A(1.2)       B(1.2)	C (1. 2)		当時のスライド
危险	基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)	できる	できな	褥瘡対策未実施減算
奥	(イス上 坐位姿勢の保持、除圧)	できる	できな	
	病的骨突出	なし	あり	「あり」もしくは「できない」
7	関節拘縮	なし	あり	が1つ以上の場合、看護計画を
郭	栄養状態低下	なし	あり	立案し実施する。
価	皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	なし	あり	
	浮腫(局所以外の部位)	なし	あり	

	深さ	(0) 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 越える損傷	(5)関節腔、体腔に いたる損傷または、 深さ判定不能の場合
	渗出液	(0) なし	(1) 少量:每日交換	ぬを要しない	(2) 中等量:181回の	交換	(3)多量:1日2回以上の交換
	大きさ(c m²)	(O)皮膚損傷 なし	(1)4未満	(2)4以上 1 6未満	(3)16以上 36未満	(4)36以上 64未満	(5)64以上 100未満
褥瘡	長径X長径に直行 する最大径	(6) 100以上					
の状態の	炎症•感染	(O) 局所の炎症 兆候なし	(1)局所の炎症 兆候あり (創周辺の発赤、 腫脹、熱感、 疼痛)	(2) 局所の明らかな 感染兆候あり (炎症兆候、 膿、悪臭)	(3)全身的影響あり (発熱など)		
評価	肉芽形成	(O) 創閉鎖または 創が浅い為 判定不可能	(1)創面の90% 以上を占める	(2) 創面の50%以上 90%未満を占める	(3) 創面の10%以上 50%未満を占める	(4) 創面の10% 未満を占める	(5) 全く形成 されていない
	良性肉芽が占める割合						
	壊死組織	(0) なし	(1)軟らかい壊死	で組織あり	(2)硬く厚い密着した	こ 壊死組織あり	
	ポケット (cm <sup>2</sup> ) (ポケットの長径× 長径に直行する最大径) - 潰瘍面積	(0)なし	(1)4未満	(2)4以上 1 6未満	(3)16以上 36未満	(4) 36以上	

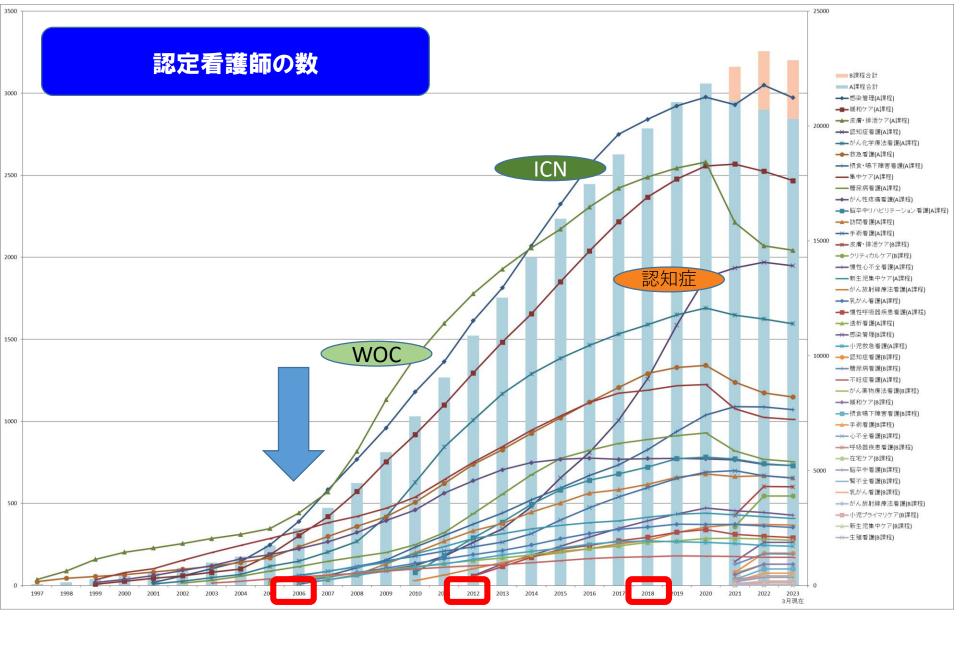
	留意する	項目	計画の内容
看	圧迫、ズレの排除	ベッド上	
護計画	(体位変換、体圧分散 寝具、頭部挙上方法、 車椅子姿勢保持等)	イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション	ソ	

(記載上の注意)

<sup>1、</sup>日常生活自立度の判定にあたっては「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険福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。

	医療法		医療法 医療機能評価機構		診療報酬			認定看護師		
西暦	平成	トピック	病院機能評価	医療事故	トピック	DPC 病院数	DPC ベッド数	トピック	分野数	全体人数
1994	6									
1995	7		設立		院内感染防止対策加算					
1996	8							WO CN		
1997	9		認定開始			0	0	WOCN <sub>救急</sub>	2	76
1998	10					0	0			190
1999	11	大学病院患者取違い事件 USでの医療事故報告				0	0	集中ケア 緩和ケア がん性疼痛	5	301
2000	12				院内感染防止対策未実施減算	0	0			419
2001	13					0	0	ICN がん化学療法	7	556
2002	14	医療安全 推進総合対策			医療安全体制未実施減算 感染对策未実施減算 <mark>褥瘡对策未実施減算</mark> 入院診療計画未実施減算	0	0	糖尿病	8	753
2003	15					82	66,983	不妊症	9	980
2004	16	臨床研修制度		事故収集開始		144	89,890			1,232
2005	17	感染に関する技術資料 (科研費)				144	89,890	新生児集中ケア 透析 手術	12	1,729
2006	18	地域医療計画 4疾患5事業			<基本料に義務化> 医療安全 感染対策 褥瘡対策 入院診療計画 <加算> 医療安全対策加算 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	350	,	乳がん 摂食・嚥下 小児救急 認知症 訪問看護 <認定ではないが> 医療安全講習 (40時間)	17	,
2007		医療安全の義務化					177,028			3,383
2008	20						286,827			4,406
2009	21				感染防止対策加算	1,280	431,161	脚卒中以入		5,762
2010	22				感染的に対策加算 (医療安全対策加算が条件) 呼吸ケア加算	1,390	456,224	Mダイリハ がん放射線 特定看護師(試行)	19	7,363
2011	23	感染に関する技術資料改定(科研費)				1,449	469,324			9,047
2012	24				感染防止対策加算 (医療安全対策加算から独立)	1,505	479,539	慢性呼吸器疾患 慢性心不全	21	10,878
2013	25	5疾患5事業 +在宅医療	3 r d G Ver.1			1,505				12,522

		医療法	医療機能	評価機構	診療報	酬		認	定看護師	
西暦	平成	トピック	病院機能評価	医療事故	トピック	DPC 病院数	DPC ベッド数	トピック	分野数	全体人数
1994	6									
1995 1996	7 8		設立		院内感染防止対策加算					
1997	9		認定開始			0	0	WOCN 救急	2	76
1998	10					0	0			190
1999	11	大学病院患者取違い事件 USでの医療事故報告				0	0	集中ケア 緩和ケア がん性疼痛	5	301
2000	12				院内感染防止対策未実施減算	0	0			419
2001	13					0	0	ICN がん化学療法	7	556
2002	14	医療安全 推進総合対策			医療安全体制未実施減算 感染対策未実施減算 <del>博瘡対策未実施減算</del> 入院診療計画未実施減算	0	0	糖尿病	8	753
2003	15					82	66,983	不妊症	9	980
2004	16	臨床研修制度		事故収集開始		144	89,890			1,232
2005	17	感染に関する技術資料 (科研費)				144	89,890	新生児集中ケア 透析 手術	12	1,729
2006	18	地域医療計画 4疾患5事業			<基本料に義務化> 医療安全 感染対策 褥瘡対策 入院診療計画 <加算> 医療安全対策加算 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	350	177,028	乳がん 摂食・嚥下 小児救急 認知症 訪問看護 <認定ではないが> 医療安全講習 (40時間)	17	2,486
2007		医療安全の義務化				350	177,028			3,383
2008	20		00064		ウボギへ八川	± .=				4,406
2009	21		TOOP	トルカ	院変革の分🏻	又从				5,762
2010	22		<b>* -</b>	一ム医	療の本格化 しんしん かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい				19	7,363
2011	23	感染に関する技術資								9,047
2012	24		* 医	際安全	の本格化				21	10,878
2013	25	5疾患5事業 +在宅医療			、医療マネシ	ジメン	のオ	·格化		12,522



#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)

#### 2004年 医療事故情報収集等事業 (褥瘡発生の報告) 、褥瘡患者管理加算

- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 (院内のチーム医療の最先端)、医療区分 2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

1999年12 月 Institute of Medicine(IOM)

1999年 1月

"To Err is Human: building a saferhealth system"

医療過誤(medical error)で年間44,000 ~ 98,000 人の入院患者が死亡している。

2002年 医療安全推進総合対策 (指針)

2002年 医療法施行規則改正 (医療法)

(医療安全の管理体制の強化)

2004年 医療事故情報等収集事業開始 (医療法)

2006年 医療安全対策加算 (診療報酬)

2007年 医療法施行規則改正 (医療法) (医療安全の管理体制の確保)

医政発 第0921

2004

平成16年9月21日

各都道府県知事 各政令市市長 殿 各特別区区長

# 医療事故収集に関する 局長通知

厚生労働省医政局長

医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について

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

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

#### 第一 改正の趣旨

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

報告書が取り 講じるため、 した上で、改 確立されてい 例の安全確保が 旨等を踏まえ う。)の事項を

## 第二 改正内容

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

また、登録分析機関の登録に係る改正部分に関しては、公布の日から施行とする。

### (1) 対象医療機関

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

# +医療機能評価機構認定病院から任意参加

# 報告範囲の考え方

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

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

# 事故報告範囲具体例



 明らかに誤った医療行 為又は管理に起因し て、患者が死亡し、若し くは患者に障害が残っ た事例又は濃厚な処置 若しくは治療を要した事 例。

#### 【医療行為にかかる事例】

- ・異物の体内遺残
- 手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等における、患者や部位の 取り違え
- 明らかに誤った手順での手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等
- ・重要な徴候、症状や検査結果の見落とし又は誤認による誤診

#### 【医薬品・医療用具の取り扱いにかかる事例】

- 投薬にかかる事故(異型輸血、誤薬、過剰投与、調剤ミス等)
- 機器の間違い又は誤用による事故

#### 【管理上の問題にかかる事例、その他】

- ・明らかな管理不備による入院中の転倒・転落、感電等
- ・入院中に発生した重度な(筋膜(Ⅲ度)・筋層(Ⅳ度)に届く) 褥瘡
- 明らかに誤った医療行 為又は管理は認められ ないが、医療行為又は 管理上の問題(注2)に 起因して、患者が死亡 し、若しくは患者に障害 が残った事例又は濃厚 な処置若しくは治療を 要した事例。(医療行為 又は管理上の問題に 起因すると疑われる ものを含み、当該事例

の発生を予期しなかっ

たものに限る。)

#### 【医療行為にかかる事例】

- 手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等にともなう予期 されていなかった合併症
- リスクの低い妊産婦の死亡

#### 【医薬品・医療用具の取り扱いにかかる事例】

- ・医療機器等の取り扱い等による重大な事故(人工呼吸器等)
- チューブ・カテーテル等の取り扱いによる重大な事故

#### 【管理上の問題にかかる事例、その他】

- 熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為による事故
- ・入院中の転倒・転落、感電、熱傷
- 入院中の身体抑制にともなう事故
- ・その他、原因不明で重篤な結果が生じた事例

- 3. 上記1. 2のほか、医療に係る事故の発生 の予防及び再発の防止に資すると認める 事例
  - ※ ヒヤリハット 事例に該当する 事例も含まれる

### 【医療行為等にかかる事例】

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

### 【管理上の問題にかかる事例】

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

#### 【犯罪、その他】

- 院内で発生した暴行、誘拐等の犯罪
- 無資格者・資格消失者による医療行為
- 盗難
- ※ この表は、それぞれのカテゴリーにおけるいくつかの例を示したものである。



# 医療事故に関する影響のレベル

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

# 医療事故に関する影響のレベル

レベル	障害の継続性	障害の程度	<b>解説</b>
レベル0			エラーや医薬品・医療田具の不具合が目られたが、 串老には宝施されな
レベル1			ない)
レベル2			度変
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装 差 毛術 入院日数の延長 外来患者の入院 骨折など)
レベル4a		_	題は伴
レベル4b		J	アクシデント
レベル5			



# 特定機能病院のガバナンスに関する改正事項

特定機能病院は高度の医療を提供する使命が課せられているため、「医療の高度の安全の確保」を 特定機能病院の承認要件に加えるとともに、管理者の義務とする(4条の2、16条の3)

管理者の選任方法の透明化 管理者権限の明確化

#### 管理者の選任方法

- ・必要な能力・経験を有する者を 管理者として選任
- ・外部有識者を含む合議体で審査 (省令で、選考基準の設定、選考 結果の公表等を規定)

業務監督、法令遵守等の 体制整備

## 特定機能病院

# 管理者(病院長)

#### 病院運営に関する合議体

・管理者は管理運営上の重要事項を 合議体の決議に基づき実施

医療安全管理責任者



#### 医療安全管理部門

専従の医師、薬剤師、看護師の配置を義務化

医療安全管理委員会

#### 医療安全管理体制の強化のための取組

- 全死亡例報告の義務化
- 高難度新規医療技術等の導入プロセスの明確化等



開設者(理事会等)

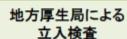
- ・厚生労働省による業務報告書の確認
- ・都道府県知事等による開設者の立入検査
- ・医療機関の運営が著しく不適切である場合 等において、都道府県知事等による改善命令、 業務停止命令等が可能



医療安全に関する監査 委員会(開設者が設置) 医師だけでなく法律家や 一般の立場の者も含め 構成



特定機能病院の相互ピアレビュー



- ※ 青字は昨年6月の承認要件見直しの内容
- ※ 赤字は改正医療法で新設された内容



		医療法	医療機能	評価機構	診療報	酬		認	定看護師	
西暦	平成	トピック	病院機能評価	医療事故	トピック	DPC 病院数	DPC ベッド数	トピック	分野数	全体人数
1994	6									
1995 1996	7 8		設立		院内感染防止対策加算					
1997	9		認定開始			0	0	WOCN 救急	2	76
1998	10					0	0			190
1999	11	大学病院患者取違い事件 USでの医療事故報告				0	0	集中ケア 緩和ケア がん性疼痛	5	301
2000	12				院内感染防止対策未実施減算	0	0			419
2001	13					0	0	ICN がん化学療法	7	556
2002	14	医療安全 推進総合対策			医療安全体制未実施減算 感染対策未実施減算 <del>博瘡対策未実施減算</del> 入院診療計画未実施減算	0	0	糖尿病	8	753
2003	15					82	66,983	不妊症	9	980
2004	16	臨床研修制度		事故収集開始		144	89,890			1,232
2005	17	感染に関する技術資料 (科研費)				144	89,890	新生児集中ケア 透析 手術	12	1,729
2006	18	地域医療計画 4疾患5事業			<基本料に義務化> 医療安全 感染対策 褥瘡対策 入院診療計画 <加算> 医療安全対策加算 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	350	177,028	乳がん 摂食・嚥下 小児救急 認知症 訪問看護 <認定ではないが> 医療安全講習 (40時間)	17	2,486
2007	19	医療安全の義務化				350	177,028			3,383
2008	20		0064		ウボサヘハル	+ 🕒				4,406
2009	21		<b>4000</b>	Fハガ内	院変革の分山	又从				5,762
2010	22		* -	一ム医	療の本格化 しんしん かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい				19	7,363
2011	23	感染に関する技術資								9,047
2012	24		* 医	際安全	の本格化				21	10,878
2013	25	5疾患5事業 +在宅医療			、医療マネシ	メン	<b>の</b> 本	·格化		12,522

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

事 務 連 絡 平成19年6月1日

地 方 社 会 保 険 事 務 局 都道府県民生主管部(局)

国民健康保険主管課(部) 都道府県老人医療主管部(局) 老人医療主管課(部)

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について (その8)

「診療報酬の算定方法」(平成18年厚生労働省告示第92号)等については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」(平成18年3月6日保医発第0306001号)等により、平成18年4月1日より実施しているほか、平成19年4月1日より「診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成19年厚生労働省告示第95号)」が適用され、「「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」(平成19年3月30日保医発第0330001号)により実施しているところであるが、今般、それらの取扱いに係る疑義解釈資料を別添のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

## ハイリスクの専従WOCは ストーマ外来できるか?問題

2019年6月に決着

(問7) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算で規定される専従の褥瘡管理者は、褥瘡管理以外に、オストミー患者等のケアを行っても良いか。

(答)

褥瘡管理者の特性にかんがみて、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 とみなすことができる。

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2(療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算 (療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について (その3)

「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)等については、「診

- (問9) 区分番号B001-20糖尿病合併症管理料の要件であ。 には、どのようなものがあるのか。
- (答) 平成20年5月9日事務連絡で示した研修(※参照)に加え、現時点では、 平成19年度までに開催した
  - ①北海道(一部研修を除く)、青森県、香川県、長崎県(厚生労働省による委 託事業)

「専門分野(がん・糖尿病)における質の高い看護師育成研修 「糖尿病専門分野看護師育成事業実務研修」」

- ②社会保険看護研修センター 「糖尿病ケア研修」(補講を含む)
- および、平成20年度に開催を予定している
  - ①日本糖尿病教育・看護学会 「糖尿病重症化予防(フットケア)研修会」
  - ②日本看護協会 看護教育研究センター 「糖尿病フットケア研修」
  - ③香川県(厚生労働省による委託事業)

「専門分野(がん・糖尿病)における質の高い看護師育成研修 「糖尿病専門分野看護師育成事業実務研修」

- ④北海道看護協会 「糖尿病フットケア研修会」
- ⑤埼玉県看護協会 「今日からはじめるフットケア」(追加研修を含む)
- ⑥神奈川県看護協会 「糖尿病足病変看護従事者研修」
- (7)独立行政法人国立病院機構 「糖尿病フットケア研修」
- ⑧社会保険看護研修センター 「糖尿病ケア研修」

等の研修が要件を満たしている。

- ※①日本看護協会 認定看護師教育課程「糖尿病看護」の研修
  - ②日本看護協会 認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア(旧創傷・オストミ ー・失禁 (WOC) 看護)」の研修
  - ③日本看護協会が認定している看護系大学院の「慢性疾患看護」の専門看護

師教育課程

## 褥瘡評価実施加算のポイント

## 15点/日

- ●算定患者(変更なし)
  - ・ADL区分3(ADL点数23点、24点)の患者には、一日当たり15点加算される
- 「治療・ケアの確認リスト」(追加項目あり)
  - ・褥瘡がある患者には記載が必要。
  - ・写しを診療録に添付すること。
  - ・記載項目が追加変更になった。
    - 一評価日の医療区分とADL区分
    - ーケアの具体策
    - 一「悪化した」、「どちらとも言えない」場合の対応策

8 療養病棟入院基本料の注4に規定する<mark>褥瘡評価実施加算について「基本診療料の施設基準等」の別表第五の四に掲げる状態の患者について、1日につき15点を所定点数に加算する。</mark>また、別添6の別紙8のADL区分の判定が23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、別添6の別紙10の「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リスト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

9「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑤及び口の④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成28年3月4日保医発0304第3号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

## 褥瘡評価実施加算の様式

# 1日15点 算定期間に制限はない

### A 1 0 1 療養病棟入院基本料

4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態のものに対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 褥瘡対策加算1

15点

口 褥 瘡対策加算 2

5点

### A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料(1日につき)

4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態にあり、必要な褥瘡対策を行った 場合は、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に 加算する。

イ 褥瘡対策加算1

15点

口 褥瘡対策加算2

5点

2018年 褥瘡評価実施加算が、褥瘡対策加算に変更になり、アウトカムで、点数がかわってくる。

### A101 療養病棟入院基本料

(7)「注4」に規定する褥瘡対策加算1及び2は、ADL区分3の状態の患者について、「別紙様式46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数を「DESIGN-Rの合計点」といい、暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

<u>ア 褥瘡対策加算1については、入院後若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて</u> 暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定す <u>る。</u>

イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

## 入院中の患者に対する褥瘡対策②

### 療養病床における褥瘡対策の推進

療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

#### 現行

#### 【褥瘡評価実施加算】[算定要件]

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準 に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を 所定点数に加算する。

#### 改定後

#### 【褥瘡対策加算】[算定要件]

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める 状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の 状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 褥瘡対策加算1 15点

口 褥瘡対策加算2 5点

网音車頂

入院時の褥瘡評価で用いているDESIGN-R分類を用いて入棟患者の褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、 以下により算定する。

- ア 褥瘡対策加算1については、入院後暦月で3月を超えない間若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は 褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。
- イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点(※)が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、当月においてDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。
- (※) DESIGN-Rの合計点: 褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数
- (※)実績点:暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数

#### 算定の例

算定日が10月10日の場合 (中段はADL区分、下段はDESIGN-Rの合計点)

①パターン1

٠	, , , , , , ,				
	7月	8月	9月	10月10日	
	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	
	1点 🥒	🥕 2点 🥒	7 3点 -	> 3点	

⇒加算1

③パターン3《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

7月	8月	9月	10月10日
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3
1点 🖊	🥕 2点 🍃	🤻 3点 🍃	7 4点

⇒加算2

3月連続して褥瘡の状態 が悪化している。

#### ②パターン2《ADL区分の変化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分2	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	
	1点 🥏	🥕 2点 🍃	₹ 3点	

⇒加**算1** 評価を始めて

評価を始めて暦 月で3月を超え ていない。

#### ④パターン4 《同一月内の点数の変化》

7月	8月	9月	10月9日	10月10日
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3
1点 🗸	🥕 2点 🍃	🥕 3点 .	4点	→ 3点

⇒加算1

※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる。

#### 褥瘡対策に関する評価

1 褥瘡の状態 (部位毎に記載)

部位 (部 1 (		2 (	,	3 (	) 4	. /	,			_	_	_
					_	_			1	2	3	4
	深さ	(0) 皮膚	(1) 持続	(2) 真皮	(3) 皮下	(4) 皮下	(5) 関節	(U) 深さ				
		損傷・	する発	までの	組織ま	組織を	腔、体	判定が				
		発赤な	赤	損傷	での損	超える	胞に至	不能の				
-	100-1-100	(C) (C)	40.4.		傷	損傷	る損傷	場合	Н	_	-	_
	滲出液	(0) なし	(1) 少量:		(3) 中等量	: 1日1回	(6)多量:1E	12回以上の				
-	大きさ (cm²)	(0) 皮膚	換を要しな (3)4未満	(6) 4 ELE	の交換 (8) 16 以	(9) 36 EJ	交換 (12) 64 以	(15) 100	Н		-	_
	<b>長径×長径</b>	担傷	(3) 43(3)	16 未満	(a) 16 kg.	上	(12) 64 JgC	(15) 100 CL F				
	に直交する	なし		10 340,444	36 未満	64 未満	100 未満	N.L.				
	最大径(持	40			30 3544	OH STORE	100 3548					
	続する発赤											
	の範囲も含											
褥	<b>8</b> 2)											
機構の状態の評価	炎症·感染	(0) 局所	(1) 局所の	炎症機械あ	(3) 局所の	明らかな感	(9) 全身的	影響あり	П			
袄		の炎症	り (創周	辺の発赤、	染微候发	り(炎症徴	(発熱など	£)				
繫		微操な	腫瘍、熱	縣、疼痛)	候、膿、腸	長臭)						
綷		L							Ш			
	肉芽形成	(0) 治療	(1) 創面	(3) 創面	(4) 創面	(5) 創面		成されてい				
(DESIGN-R)	良性肉芽が	あるい	Ø 90%	Ø 50%	Ø 10%	の 10%	ない					
88	占める割合	は創が	_		SLE 50%	未満を						
7		浅い為	占める	未満を	未満を	占める						
20		評価不		占める	占める							
-	讓死組織	可能 (0) なし	(a) 35 > 4 c	- AATTE 6 0 0 0 0	(a) TH/TH)		eranamata (1		Н	$\vdash$	Н	_
	磁光組織	(6)	(3) 乗らか あり	い懐死組織	(b) <b>(c)</b>	・密着した境						
	ポケット	(0) なし	(6)4未満	(9) 4 以上1	6未満	(12) 16 131	L36 未満	(24) 36 EL				
	(om²)							±				
	潰瘍面も含											
	めたポケット								ı			
	全間(ポケッ											
	トの長径×											
	長径(C直交 する最大径)											
	9 の意大性)								ı			
	TOPO TOPO TOPO							l	Н		Щ	L
ESIGN-R	の合計点(3	だの点数は	は加えない)						ı			

※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 褥瘡の状態の変化

			評価日		1か月前		2月前		3月前				
		(	月	日)	(	月	日)	(	月	日)	(	月	日)
DESIGN-Rの合脈	t点												

- 1 前月までのDESIGN-Rの合計点は、暦月内で最も低い合計点を記載する。
- 2 褥瘡の部位により合計点が異なる場合は、最も低い合計点を記載する。

療養病棟の 褥瘡対策加算の 様式 事 務 連 絡 平成30年7月10日

地 方 厚 生 (支)局 医 療 課 都道府県民生主管部(局) 国民健康保険主管課(部) 都道府県後期高齢者医療主管部(局) 後期高齢者医療主管課(部)

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について (その5)

### 【褥瘡対策加算】

- 問 15 療養病棟入院基本料の注4に規定する褥瘡対策加算については、毎日 評価が必要だが、①治療上、交換を要しない創傷被覆材を用いた際、褥瘡 の状態が毎日評価できないが、評価はどのように行えばよいか。②褥瘡が 複数箇所ある場合、それぞれの褥瘡の評価の点数は合算すればよいか。
- (答) ①治療の必要から褥瘡を創傷被覆材で覆い、1日のうちに状態が確認できない場合、創傷被覆材を用いている間の評価は、創傷被覆材を用いる直前の状態等、直近で確認した際の状態で評価すること。また、確認できない旨について、診療録等に記載すること。②複数の褥瘡がある場合は、重症度の高い褥瘡の点数を用いること。

## 療養病床における褥瘡対策の評価

入院医療(その8)

- 療養病床に入院中の患者は、入院時に入院基本料の施設基準において求めている褥瘡のリスク評価 を行い、入棟後は医療区分の項目の一つとして褥瘡に関する評価が行われている。さらに、ADL区分 3の患者は、特に褥瘡等が生じやすい状態であることから、「褥瘡評価実施加算」の対象となる。
- 「褥瘡評価実施加算」は、ADL区分3の患者のうち9割以上で算定されている。

#### 療養病床における褥瘡対策

#### 褥瘡評価実施加算 (ADL区分3のみ)

医療区分・ADL区分に係る評価票における評価[毎日] (褥瘡に対する治療を実施している状態)

入院患者全体の褥瘡対策

⇒療養病棟入院基本料に包括して評価

### 褥瘡評価実施加算(1日につき)

15点

#### [対象病棟]

療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している病棟・ 病床

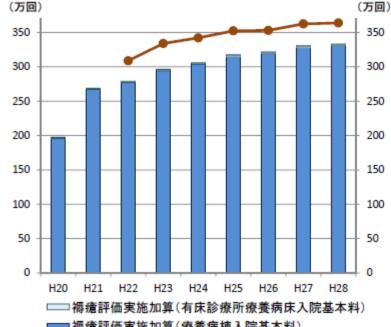
#### [対象患者]

ADL区分3の状態

#### [施設基準]

ADL区分の判定が23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状 態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざ るを得ない状況が生じた患者については、別添6の別紙10の「治療・ケアの確 認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に 係る「治療・ケアの確認リスト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の 計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

#### ■褥瘡評価実施加算の算定状況



■ 褥瘡評価実施加算(療養病棟入院基本料)

◆療養病棟入院基本料(A, D, Gの合計)

注)療養病棟入院基本料A・D・Gは、ADL区分3の患者が算定す る入院基本料である。

出典: 社会医療診療行為別調査·統計(各年6月審査分)

153

## 療養病床の患者における褥瘡の状態①

入院医療(その8)

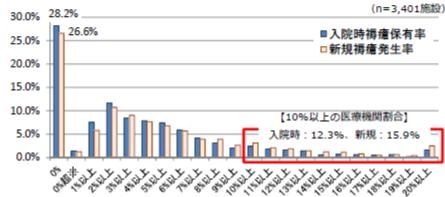
- 療養病棟の患者のうち、褥瘡を保有している入院患者は8.9%であり、そのうち入院時に既に褥瘡を保有していた患者は4.0%、入院中に新たに褥瘡が発生した患者は4.8%である。
- 入院時保有率・新規発生率共に、3割弱の医療機関は0%であるが、1割以上の医療機関は保有 率・発生率が10%を超えており、医療機関間の差が大きい。

#### ■療養病棟に入院中の患者における褥瘡保有状況

平成28年6月1日時点の状況(平成28年6月1日時点の全入院患者数=201,442人))

	全療養病棟 入院患者数 に占める割合	(再掲) 療養1 (20対1)	(再掲) 療養2 (25対1)
①入院患者のうち、d1以上の褥瘡 を有していた患者数	8.9%	9.0%	8.7%
② ①のうち、入院時に既に 褥瘡を有していた患者数	4.0%	4.3%	3.5%
③ ①うち、入院中に新たに 褥瘡が発生した患者数	4.8%	4.6%	5.2%

#### ■入院時褥瘡保有率、新規褥瘡発生率の分布



■療養病棟の医療機関別の褥瘡保有率×新規発生率 (平成28年) (n=3,407医療機関 (有効回答のみに限る)

	/		入院中の新規褥瘡発生率							
		0~2%	(うち、0%)	2%~4%	4%~6%	6%以上	合計			
入	0~2%	531 (15.6%)	431 (12.7%)	231 (6.8%)	164 (4.8%)	343 (10.1%)	1,269 (37.2%) 965			
院時	(うち、0%)	432 (12.7%)		151 (4.4%)	115 (3.4%)	267 (7.8%)	965 (28.3%)			
入院時褥瘡保有率	2%~4%	193 (5.7%)		166 (4.9%)	102 (3.0%)	221 (6.5%)	682 (20.0%)			
保有	4%~6%	130 (3.8%)		104 (3.1%)	97 (2.8%)	191 (5.6%)	522 (15.3%)			
率	6%以上	296 (8.7%)	257 (7.5%)	172 (5.0%)	130 (3.8%)	336 (9.9%)	934 (27.4%)			
	合計	1,150 (33.8%)	911 (26.7%)	673 (19.8%)	493 (14.5%)	1,091 (32.0%)	3,407 (100.0%)			

出典:保険局医療課調べ(平成28年7月の各医療機関からの報告による)

154

## 療養病床における褥瘡の状態の評価

入院医療(その8)

- 褥瘡評価実施加算及び医療区分における褥瘡の評価は、入院基本料の施設基準で求めている「褥瘡の状態の評価」と異なっている。
- ■療養病棟における褥瘡評価実施加算・医療区分における褥瘡の評価



### 医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き (抄)

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2か所以上に認められる場合に限る。)

#### 項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合若 しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。)

第1度:皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮

膚の損傷はない)

第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

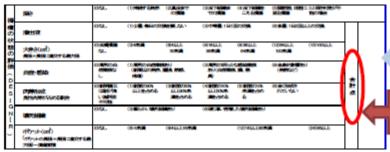
第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接

組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

#### ■入院基本料の施設基準で求めている褥瘡対策に関する診療計画書(抜粋)

同じ



#### 異なる

客観的評価に基づく点数化が可能

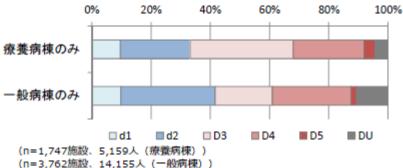
155

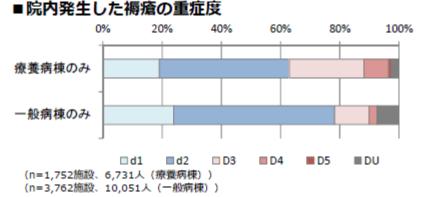
## 療養病床の患者における褥瘡の状態②

入院医療(その8)

- 療養病棟は、一般病棟に比べ、入院時持ち込みの褥瘡及び院内発生した褥瘡共に、D3(皮下組織 までの損傷)以上の重症度が高い褥瘡を保有する患者が多い。
- 療養病棟に入院中の患者の褥瘡保有状況をADL区分別に見ると、ADL区分1に比べ、ADL区分2・ 3の褥瘡保有率が高い。

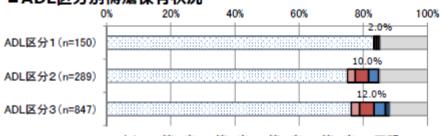
### ■入院時の褥瘡の重症度





出典:保険局医療課調べ(平成28年7月の各医療機関からの報告による)

#### ■ADL区分別褥瘡保有状況



□なし ■第1度 ■第2度 ■第3度 ■第4度 □不明

※調査日から過去3日間の最もひどい状態について患者毎に記載している。

第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の 損傷はない)

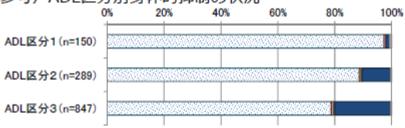
第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織ま

で及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

#### (参考) ADL区分別身体的抑制の状況



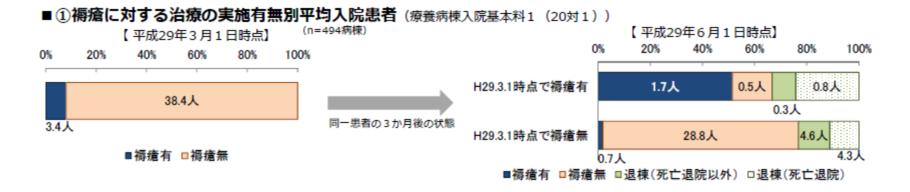
□身体抑制なし □1~2日 ■3~4日 ■5~6日 ■毎日 □不明

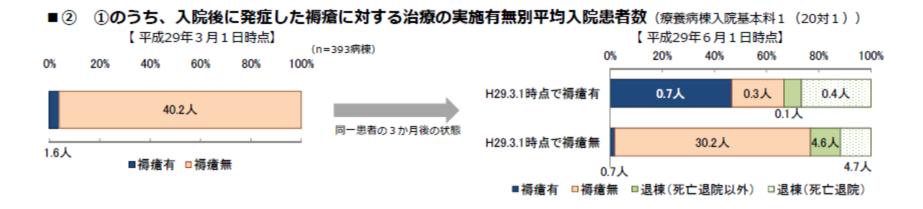
出典:保険局医療課調べ(平成28年度 慢性期の病棟におけるタイムスタディ調

## 療養病床の患者における褥瘡の状態③

入院医療(その8)

○ 療養病棟において褥瘡治療中の患者の3か月後の状態を見ると、半数は引き続き褥瘡治療中である。





出典:保険局医療課調べ(平成29年度 入院医療等における実態調査;病棟票) 162

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

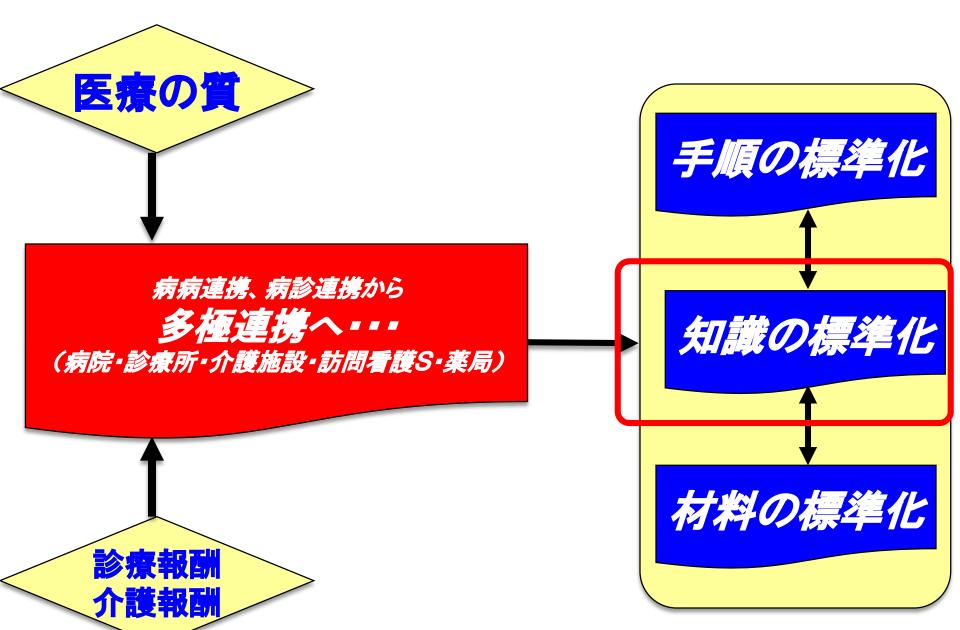
- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

●パターン1:医療機関に所属する皮膚・排泄ケア認定看護師が、他の医療機関の看護師か訪問 看護ステーションと連携する



●パターン2:訪問看護ステーションに所属する皮膚・排泄ケア認定看護師が、他の医療機関の 看護師か他の訪問看護ステーションと連携する





#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業 (褥瘡発生の報告) 、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

地 方 厚 生 ( 支 ) 局 医 療 課 都道府県民生主管部(局) 国民健康保険主管課(部) 都道府県後期高齢者医療主管部(局) 後期高齢者医療主管課(部)

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について (その8)

(問44) K939-3人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準における「常勤の看護師」は、A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算 における専従の看護師(褥瘡管理者)との兼任は可能か。

(答)兼任不可。ただし、A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算における専従の看護師の要件に該当する者を複数配置し、常に褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を継続的に実施できる体制が確保されている場合であって、そのうちの1人が専従の褥瘡管理者として従事している場合には、それ以外の者についてはA236褥瘡ハイリスク患者ケア加算における専従の看護師(褥瘡管理者)の業務に支障がない範囲でK939-3人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に係る業務と兼任することは可能である。

## 一人目のハイリスク加算の専従のWOCでは算定できない(涙)

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

#### 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用

- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

## 診療報酬における言葉の意味

## 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

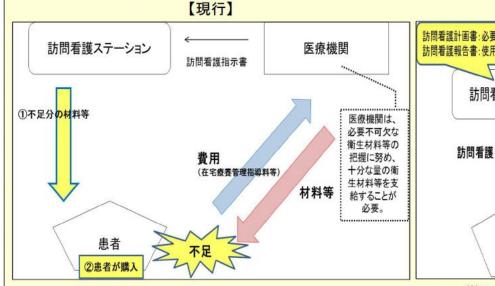
## ③特定保険医療材料 (規定のもとに保険算定できる)

・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

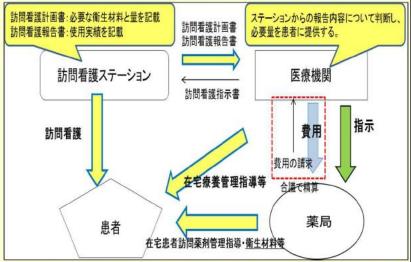
### 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①

### 在宅における衛生材料の供給体制について

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



#### 【改定後】



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

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

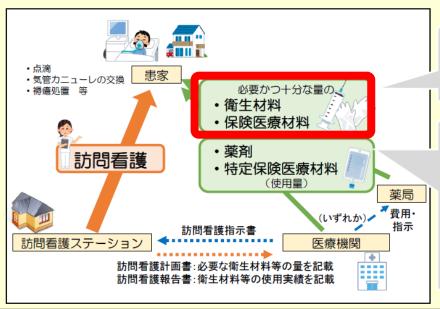
出典:厚生労働省 平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料等について を加工

#### 平成28年度診療報酬改定

### 質の高い在宅医療・訪問看護の確保個

#### 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、<u>使用された日</u>を明細書の摘要欄に記載する。

63

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

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

出典 平成28年度診療報酬改定の概要 を加工

### 質の高い在宅医療・訪問看護の確保(3)

### 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) <u>衛生材料等提供加算 80点(月1回)</u>

#### [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

見	冇	f		

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

<u>100点</u>



### 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
特定保険医療材料	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。
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

## 診療報酬における言葉の意味

## 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

## 在宅での創傷被覆材の保険適用のポイント

- ●算定患者:(2つが条件)
  - ・皮下組織に至る褥瘡の患者。

(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)( D E S I G N 分類D 3 、D 4 及びD 5 )

・いずれかの在宅療養指導管理料を算定している患者。(在宅寝たきり患者処置指導管理料が多いと推察される)

### ●算定条件

- ・患者自身が使用しても、保険適応になる。
- ・皮膚欠損用創傷被覆材と非固着性シリコンガーゼが適用になる。
- ・処方箋等ではなく、医療機関、訪問診療等で患者さんに支給し治療費等と併せて請求する。(3割負担)
- ・3週間以上使用する場合は、摘要欄に詳細な理由を書くこと。

#### 平成28年度診療報酬改定

### 質の高い在宅医療・訪問看護の確保個

### 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。

53

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

### 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

### 在宅における特定保険医療材料の追加

医療ニーズの高い在宅療養者への質の高い訪問看護の提供を推進するため、訪問看護において用いる可能性のある医療材料を、特定保険医療材料として算定可能な材料に追加する。

改定

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第3 節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第4節特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。

C300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚 生労働大臣が定める。(右記) 001 腹膜透析液交換セット

- 002 在宅中心静脈栄養用輸液セット
- 003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ
- 004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブル カテーテル
- 005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
- 006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む)
- 007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ
- 008 皮膚欠損用創傷被覆材
- 009 非固着性シリコンガーゼ
- 010 水循環回路セット

(新) <u>011 膀胱壌用カテーテル</u> 012 交換用胃瘻カテーテル

(1) 胃留値型 (1) パンパー型

ア ガイドワイヤーあり

② バルーン型

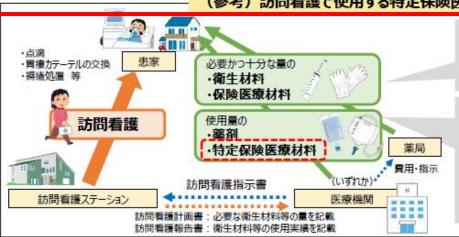
(2) 小腸留置型 (1) バンパー型

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

#### (参考) 訪問看護で使用する特定保険医療材料の取扱い



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<u>保険</u> 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。

出典:厚生労働省 令和2年度 診療報酬改定の概要 解説資料 在宅医療 訪問看護令和2年3月5日 を加工

### 013 局所陰圧閉鎖処置用材料

2020

- (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。

出典:厚生労働省 特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について 保医発0304第9号 令和4年3月4日 を加工

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。

#### く適応>

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)

#### く実施者要件>

医師又は訪問看護ステーション等の看護師等

痂皮を伴う壊死組織を除去していない創傷

(**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)

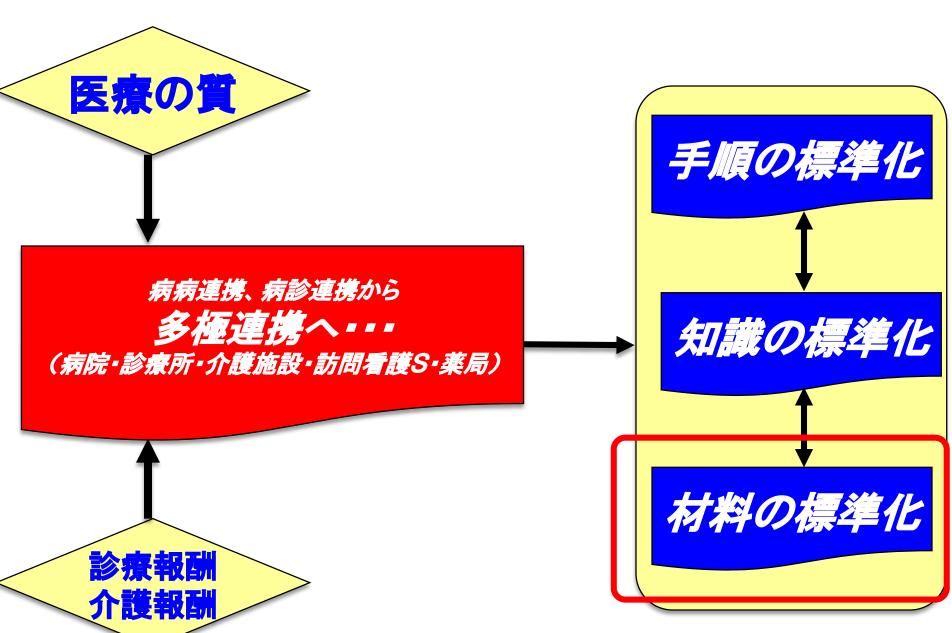
#### <実施に関する留意事項>

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/iryouanzen\_oshirase20200608.pdf



# <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

# <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 (地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

# <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

# 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療側

# 在宅における褥瘡対策の推進

▶ 多職種から構成される在宅褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類d 2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

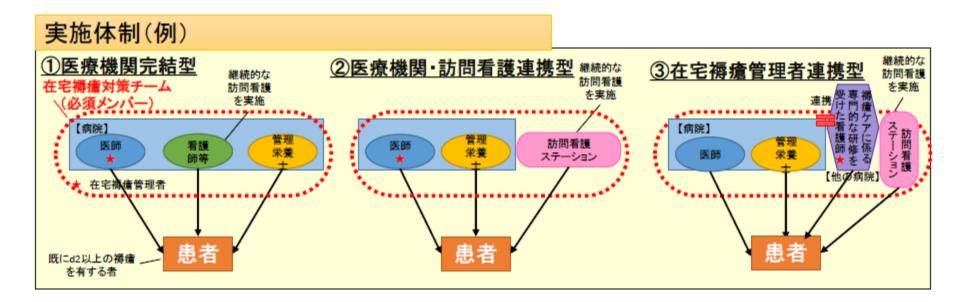
# (新) <u>在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点</u>

# [算定要件]

- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
  - ア 常勤医師 イ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師 ウ 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)
  - ※ 当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師等(准看護師を除く。)を在宅褥瘡管理者とする場合に限り、在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。
- ② 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、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
  - ※福養等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師については、在宅福養管理者とすることができる。
  - ※学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。
  - ※在宅褥瘡管理者については、平成26年9月30日までは、イの研修を修了していないものであっても要件を満たすものとみなす。
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
  - ア 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が患家に一堂に介し、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、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
  - イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、<u>月1回以上</u>、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のためのカンファレンスを行う。
  - ※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、2回目の評価カンファレンスを実施できる。
- ④ 1年間のケアの実績を報告する。



# 在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ



# <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
- 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

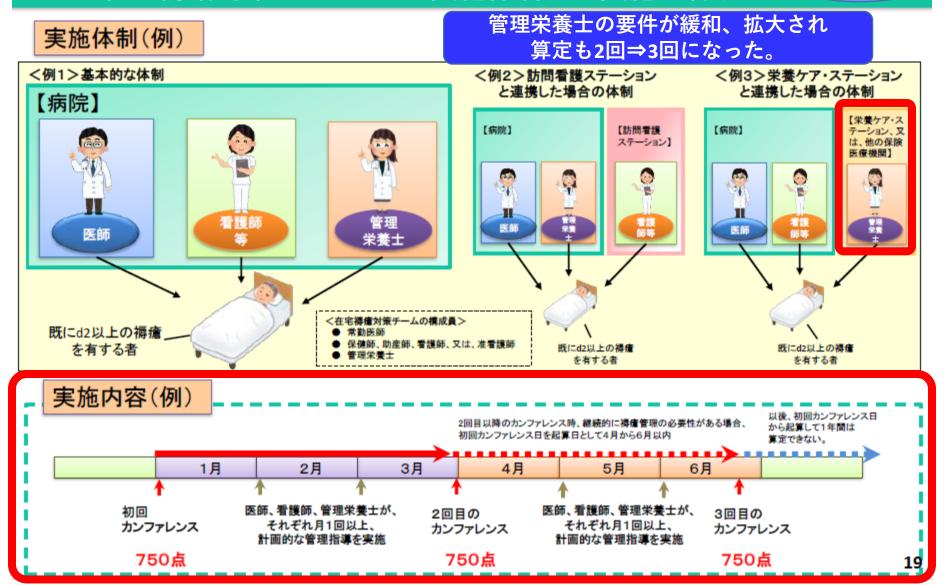
上記のうち、<u>医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者</u>であること。 ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、 在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

# <在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

- ① 5年以上、医師又は看護師等(准看護師を除く)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、かつ、 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

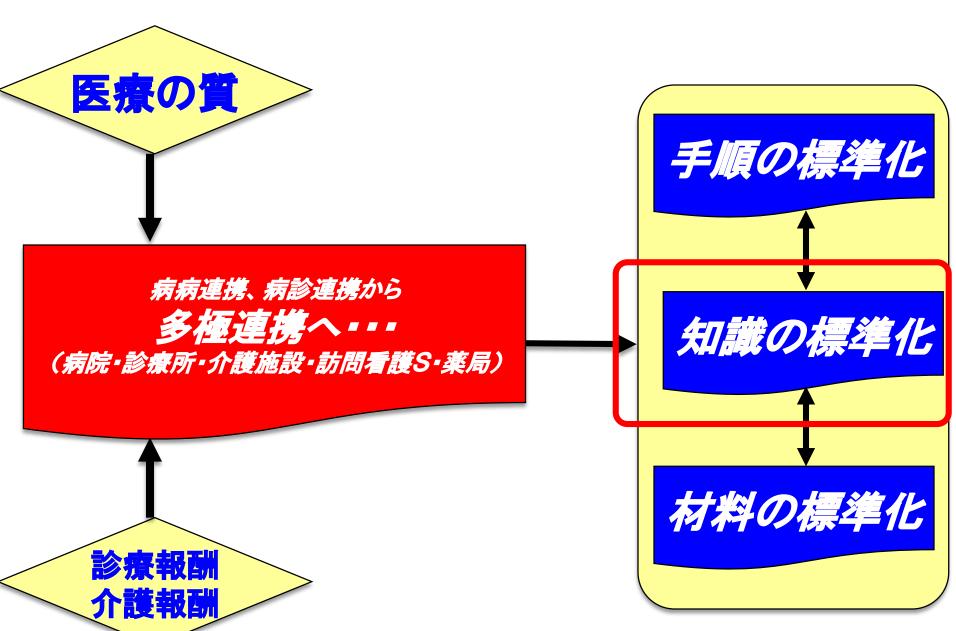
# 2020

# 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



出典:厚生労働省 令和2年度 診療報酬改定の概要 解説資料 在宅医療 訪問看護令和2年3月5日 を加工

 $\underline{\text{https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\_00001.html}}$ 



# <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

# <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

# <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

# 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(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)

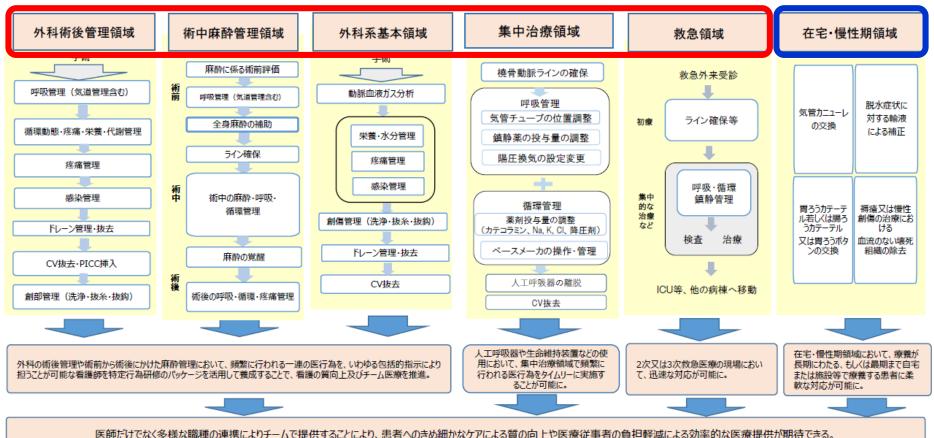
# 特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの
関連	位置の調整
	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
呼吸器(人工呼吸療法に係る もの)関連	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
	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカリードの抜去
循環器関連	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
	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設
胸腔ドレーン管理関連	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
腹腔トレーノ管理関連	の抜針を含む。)
	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃
ろう孔管理関連	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	
	褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流	
創傷管理関連	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	
動脈血法ギュハ七眼油	直接動脈穿刺法による採血	
動脈血液ガス分析関連	橈骨動脈ラインの確保	
<b>泽长英田</b> 即 '本	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液	
透析管理関連	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	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	
投与関連	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	
<b>化</b> % 広	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量	
術後疼痛管理関連	の調整	
	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	
循環動態に係る薬剤投与関 連	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	
<u></u>	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	
	抗けいれん剤の臨時の投与	
精神及び神経症状に係る薬剤 投与関連	抗精神病薬の臨時の投与	
汉子风庄	抗不安薬の臨時の投与	
皮膚損傷に係る薬剤投与関	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのス	
連	テロイド薬の局所注射及び投与量の調整	

# 特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

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



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

特定行為のパッケージ研修は クリティカル領域が多い

# <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

# <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 (院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)

# 2016年 排尿自立指導料

- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

# <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

# 手術等医療技術の適切な評価⑧

# 下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

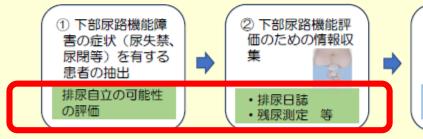
▶ 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

# (新) 排尿自立指導料 200点(週1回)

病棟看護師が主体のチーム医療の先例 専門チームは後ろからサポート

### [主な算定要件]

- ① 対象患者:尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
  - 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数:週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。



③ 下部尿路機能障害を評価し、排尿自立に向けた計画 策定

包括的排尿ケアの計画

④ 包括的排尿ケア の実施、評価

- 排尿誘導
- 生活指導
- 排尿に関連する 動作訓練
- 薬物療法 等

病棟の看護師等

病棟の看護師等

排尿ケアチーム

# [施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
- イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
- ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

- ・地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、精神科関連でも算定できます!
- ・入院と外来で合計12週まで算定できます。

アルロエルサイツルピし

# 入院における排尿自立指導の見直し

入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケア(排尿自立指導料)について、入院基本料等加算において評価を行い、算定可能な入院料を拡大する。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

# (新) 排尿自立支援加算

# 200点(週1回)

### [算定要件]

入院中の患者であって、<u>尿道</u> カテーテル抜去後に下部尿路 機能障害の症状を有する患者 又は尿道カテーテル留置中の 患者であって、尿道カテーテル 抜去後に下部尿路機能障害を 生ずると見込まれるものに対し て、包括的な排尿ケアを行った 場合に、週1回に限り12週を限 度として算定する。

### [施設基準]

- (1) 保険医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される<u>排尿ケアチーム</u>が設置されていること。
- (2)排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る 排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームは、<u>排尿ケアに関するマニュアルを作成</u>し、 当該医療機関内に配布するとともに、<u>院内研修を実施</u>する こと。
- (4)下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

### <新たに算定可能となる入院料>

- 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
- 精神科救急入院料
  - 精神療養病棟入院料 等

# 外来における排尿自立指導の評価

退院後に外来においても継続的な指導を行うことができるよう、排尿自立指導料について、入院患者以外を対象とした評価に変更し、名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。

# 現行

# 排尿自立指導料

200点

# [算定要件]

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣 が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを 行った場合に、患者1人につき、週1回に限り 6週を限度として算定する。



# 外来排尿自立指導料

200点

# [算定要件]

入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、 包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、排尿自立支 援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号 C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

改定後



※ 別に厚生労働大臣が定めるもの及び施設基準は 排尿自立支援加算と同様

# <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

# <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

# <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

# 平成30年度介護報酬改定の概要

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

# I 地域包括ケアシステムの推進

■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

### 【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

# Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上

■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種 基準の緩和等を通じた効率化を推進

### 【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の 見直し

# Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

### 【主な事項】

- 〇 リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立 支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への 支援に対する評価の新設
- Ⅰ 身体的拘束等の適正化の推進

### IV 介護サードスの適下化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

# 【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度 基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

# Ⅱ-⑤ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設

- 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡(床ずれ)発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たな評価を設ける。
- 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

# 介護老人福祉施設、介護老人保健施設

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設において、以下の要件を満たす場合、新たに評価を行う。
  - ① 入所者全員に対する要件

入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。

- ② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件
  - ・関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
  - ・褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
  - ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。

褥瘡マネジメント加算 10単位/月(新設) ※3月に1回を限度とする

# 各種の施設系サービス

- 施設系サービスにおいて、排泄に介護を要する利用者(※1)のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる(※2)と医師、または適宜医師と連携した看護師(※3)が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、
  - ・排泄に介護を要する原因等についての分析
  - 分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援
  - を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。
    - (※1)要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。
    - (※2) 悪介護設定調査の「排尿」または「排停」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。
    - (※3) 看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。

排せつ支援加算 100単位/月(新設)

# <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

# <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

# <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

# 入院中の患者に対する褥瘡対策①

# 入院中の新たな褥瘡発生の予防

入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に、「スキンーテア」を加える。

診療計画書



	日常生活自立度
	・基本的動作能力
危险	·病的骨突出
危険因子の評価	・関節拘縮
0	·栄養状態低下
一一一一	·皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
	・皮膚の脆弱性(浮腫)
	・皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往)



褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象患者に、「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」を追加する。

# ADL維持向上等体制加算における院内褥瘡発生率の見直し

ADL維持向上等体制加算のアウトカム指標である院内褥瘡発生率の基準を見直す。

### 現行

### 【ADL維持向上等体制加算】[施設基準]

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、 基本的日常生活活動度(Barthel Index)を用いて評価すること。 ア(略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DESIGN-R分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。

# 改定後

### 【ADL維持向上等体制加算】[施設基準]

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、 基本的日常生活活動度(Barthel Index)を用いて評価すること。 ア(略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DESIGN-R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。ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

# スキン-テア(皮膚裂傷)とは

入院医療(その8)

- 摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷をスキン-テアという。
- スキン-テアの有病率は0.77%であり、テープ剥離時に発生することが多い。

# 【スキン-テア(Skin Tear:皮膚裂傷)】

摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷(部分層損傷)をスキン-テア(皮膚裂傷)とする。 (日本創傷・オストミー・失禁管理学会)

# ■スキン-テアの有病率

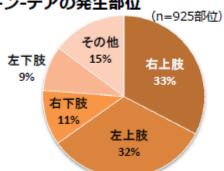
 全体
 和有病率

 65歳未満
 0.15%

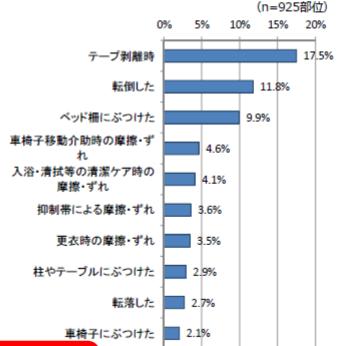
 65歳以上75歳未満
 0.55%

# ■スキン-テアの発生部位

75歳以 F



# ■スキン-テア発生時の状況 (上位10項目)



腕を持ち上げたときに前腕部に 発生

医療用テープを無理に剥がした

ときに発生

写真出典 : 日本創傷・オストミー・失禁 管理学会提供

出典:日本創傷・オストミー・失禁管理学会 学術教育委員会 (オストミー・スキンケア担当) スキン・テアワーキンググループ、ET/WOCNの所属施設におけるスキン・テアの実態調査

(n=93,820人)

1.65%

調査期間: 2014年10月~11月中の任意の1日

# スキン-テアの予防と管理

入院医療(その8)

# 【個体要因のリスクアセスメント】

全身状態	皮膚状態
□加齢(75歳以上) □治療(長期ステロイド薬使用、抗凝固薬使用) □低活動性 □過度な日光暴露歴(屋外作業・レジャー歴) □抗がん剤・分子標的薬治療歴 □放射線治療歴 □透析治療歴 □低栄養状態(脱水含む) □認知機能低下	□乾燥・鱗屑 □紫斑 □浮腫 □水疱 □ティッシュペーパー様(皮 膚が白くカサカサして薄い 状態)

# 【外力発生要因のリスクアセスメント】

患者行動 (患者本人の行動によって摩擦・ずれ が生じる場合)	管理状況 (ケアによって摩擦・ずれが生じる場 合)		
□痙攣・不随意運動 □不穏行動 □物にぶつかる(ベッド柵、 車椅子など)	□体位変換・移動介助(車椅子、ストレッチャーなど) □入浴・清拭等の清潔ケアの介助□更衣の介助□医療用テープの貼付□器具(抑制具、医療用リストバンドなど)の使用□リハビリテーションの実施		

# 【発生と再発の予防ケア】

# 栄養管理

# ②外力保護ケア

- 1)安全な環境を整える
- ベッド柵にカバーを装着する
- ・皮膚保護(筒状包帯 等)をし、医療用リストバンドを装着する 等
- 2) 安全なケア技術
- ・体位変換補助具(スライディング シート 等)を使用する 等







ベッドと車椅子の間に入う。 シップが一片を設置

設部を減らせるように移動 このとき、姿勢が終れないように立える

- 3) 安全な医療用品などの使用
- ・皮膚被膜剤を使用してからテープを 貼付する 等

# ③スキンケア

- 1)皮膚の保湿
- 2) 皮膚の洗浄方法
- 3)寝衣の選択
- ④医療・介護メンバー教育
- ⑤患者·家族教育

出典:日本創傷・オストミー・失禁管理学会編:ベストプラクティス スキン-テア (皮膚裂傷) の予防と管理. 照林社,東京,2015.

# 医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)とは

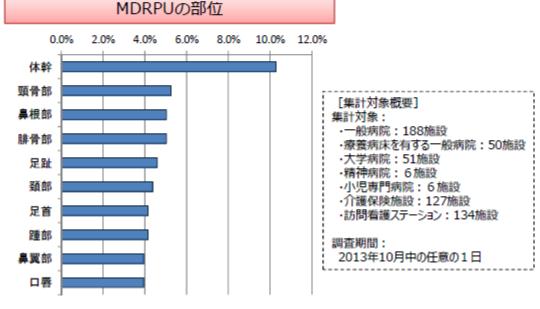
入院医療(その8)

- 医療関連機器による圧迫で生じる組織の損傷をMDRPUという。
- MDRPUの発生に関連している医療関連機器には、医療用弾性ストッキングやギプス等がある。 MDRPUの部位では、体幹が最も多く、下肢(頸骨・腓骨部等)や鼻周囲も発生しやすい。

# 【医療関連機器圧迫創傷(Medical Device Related Pressure Ulcer: MDRPU)】

医療関連機器による圧迫で生じる皮膚ないし下床の組織損傷であり、厳密には従来の褥瘡すなわち自重関連褥瘡(self load related pressure ulcer)と区別されるが、ともに圧迫創傷であり広い意味では褥瘡の範疇に属する。なお、尿道、消化管、気道等の粘膜に発生する創傷は含めない。
(日本褥瘡学会)





参考

医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)の例

入院医療(その8)







# NPPV用マスク

酸素マスクストラップ(耳介)

胃ろう固定板

褥瘡ハイリスク患者ケア加算に MDRPUが追加

写真出典:日本褥瘡学会作成ポスター

# <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

# <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

# <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

		下肢創傷処置 J000-2	下肢創傷処置管理料 B001-36	下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J O 3 8	糖尿病合併症管理料 B001-20	静脈圧迫処置 JOO1 ―10
点数		1 足部(理を除く。)の洗い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は踵の洗い潰瘍 147点 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点	500点(月一回)	100点(月一回)	170点(月一回)	200点(月一回) 150点(初回加算)
施設基準		なし	あり ・医師の配置	あり ・連携先に診療科の規定 ・選析全患者への実施	あり 医師・看護師の配置	あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器
	入院	0	×	0	×	0
算定場所	外来	0	0	0	0	0
	在宅	0	0	0	×	0
	DPC	×	×	〇人工腎臓の加算	×	×
	出来高	0	×	〇人工腎臓の加算	×	0
算定病棟	地域包括	×	×	〇人工腎臓の加算	×	×
	回復リハ	×	×	〇人工腎臓の加算	×	×
	療養	0	×	〇人工腎臓の加算	×	0
算定期間		なし	なし	なし	なし	標準は3カ月 初回の潰瘍の大きさが 100cm2 を超える場合は6カ 月
算定条件		なし	下肢創傷処置を算定した月	慢性維持透析を実施している全ての患 者に対しリスク評価等を行う ハイリスク患者を紹介をする		
算定職種		医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師のみ	医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師・看護師	条件を満たした 医師・看護師
	領域・診療科	なし	整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科	なし	経験	血管外科、心臓血管外科、皮膚科、 形成外科、循環器内科
	年数	なし	5年	なし	5 <b>年</b>	3年
医師	研修	なし	必要	なし	なし	必要
	専従・専任	なし	なし	なし	専任	専任
	常勤	なし	常勤 (複数の合算 不可)	なし	常勤 (複数の合算 可能)	常勤 (複数の合算 不可)
	領域・診療科	なし	不可	なし	経験	経験
	年数	なし	不可	なし	5年	なし
看護職	研修	なし	不可	なし	16時間	必要
	専従・専任	なし	不可	なし	専任	専任
	常勤	なし	不可	なし	なし	常勤
	備考	創傷が異なればNPWTと併算定 可	糖尿病合併症管理料との併算定 不可	糖尿病合併症管理料との併算定 可		材料(弾性包帯等)は療養費で支給
		創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可				
		劇傷処置と併算定 不可				96
	参考	熱傷処置/重度褥瘡処置は2ヶ月が限度			J	

		下肢創傷処置 J000-2	下肢創傷処置管理料 B001-36	下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J O 3 8	糖尿病合併症管理料 B001-20	静脈圧迫処置 JOO1 —10
点数		1 足部(理を除く。) の洗い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は間の洗い潰瘍 147点 3 足部(理を除く。) の深い潰瘍又は間の深い潰瘍 270点	500点(月一回)	100点(月一回)	170点(月一回)	200点(月一回) 150点(初回加算)
施設基準		なし	あり ・医師の配置	あり ・連携先に診療科の規定 ・透析全患者への実施	あり 医師・看護師の配置	あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器
	入院	0	×	0	×	0
算定場所	外来	0	0	0	0	0
	在宅	0	0	0	×	0
	DPC					×
	出来高	足関連の	診療報酬が	多数できて	きた	0
算定病棟	地域包括					×
	回復リハ					×
	療養	17-	A	+6 0/ 14 60		0
算定期間		糖尿病合併症・静脈圧迫処置 には看護師の資格要件がある			3カ月 潰瘍の大きさが 2 を超える場合は6カ	
算定条件		<i>'</i> & ∪	「以前南心道で矛だいに力	ロに対しフハノ町間号をロフ ハイリスク患者を紹介をする		
算定職種		医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師のみ	医師、 医師の指示をうけた看護師	条件を満たした 医師・看護師	条件を満たした 医師・看護師
	領域・診療科	なし	整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科	なし	経験	血管外科、心臟血管外科、皮膚科、 形成外科、循環器内科
	年数	なし	5年	なし	5年	3年
医師	研修	なし	必要	なし	なし	必要
	専従・専任	なし	なし	なし	専任	専任
	常勤	なし	常勤 (複数の合算 不可)	なし	常勤 (複数の合算 可能)	常勤 (複数の合算 不可)
	領域・診療科	なし	不可	なし	経験	経験
	年数	なし	不可	なし	5年	なし
看護職	研修	なし	不可	なし	16時間	必要
	専従・専任	なし	不可	なし	専任	専任
	常勤	なし	不可	なし	なし	常勤
備考		創傷が異なればNPWTと併算定 可	糖尿病合併症管理料との併算定 不可	糖尿病合併症管理料との併算定 可		材料(弾性包帯等)は療養費で支給
		創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可				
		創傷処置と併算定 不可				97
参考		熱傷処置/重度楊瘡処置は2ヶ月が限度				

	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(劇傷管理関連)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」「がん変物療法看護」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なる。本者に対して、本宅での療養上必要な指導を行った場合に享定する。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 緒でなくてもよい) ・「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、在宅橋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面(以下「細等」という。)のため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において評価等を実施することができる。なが、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。なが、3回目のカンファレンスには、関係者全員が息までは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	
	©ALCARE Co., Ltd. All rights reserved. <b>Takamizu</b>				

	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は2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)       ①②③:皮膚・排泄ケア認定看護師 ②:「緩和ケア」「乳がん看護」「がん数物療法看 べ保健師、助産師、看護師又は准看護師(訪問看護ステーション・大会を表現している。         本宅 異連のWOC行政の				
算定の条件	・入院保険医療 師の指示助産的 護保険施設又は において患者又 看護に当たる者 養上必要な指導と る。ただし、介護老人保健施設に人所 中又は医療機関に入院中の患者は算定 の対象としない。	診療報酬が多	大大できてきて デーテルメは買っつボダンの交換 ウ膀胱ろうカテーテルの交換 工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 オ 制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	対策チームの構成員の他、が患家に一堂に会し、褥を行い、褥瘡の指導管理ファレンス」という。)ファレンスの実施までの上、計画に基づくおきでいた。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辞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	
			©ALCARE	E Co., Ltd. All rights reserved. <b>Takamizu</b>	

# 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 総一2 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<sup>※1</sup>)

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※<sup>2</sup>)

▼厚生労働大臣が 定める者 「特掲診療料・ 別表第8※3

算定日数

制限無し

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

認知症以外の精神疾患

### (※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)

- 気管力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

在宇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

- 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

# 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

# 在宅における特定保険医療材料の追加

▶ 医療ニーズの高い在宅療養者への質の高い訪問看護の提供を推進するため、訪問看護において用いる可能性のある医療材料を、特定保険医療材料として算定可能な材料に追加する。

改定

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<u>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第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第4節特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。</u>

C300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚 生労働大臣が定める。(右記) 001 腹膜透析液交換セット

002 在宅中心静脈栄養用輸液セット

003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ

004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル

006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む)

007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

008 皮膚欠損用創傷被覆材

009 非固着性シリコンガーゼ

010 水循環回路セット

(新) <u>011 膀胱壌用カテーテル</u> 012 交換用胃瘻カテーテル

(1) 胃留値型 (1) パンパー型

ア ガイドワイヤーあり

② バルーン型

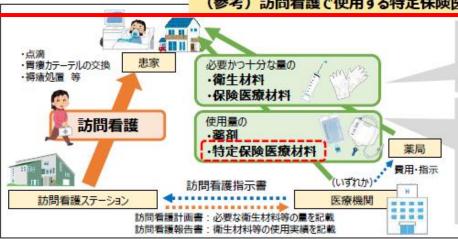
(2) 小腸留置型 (1) バンパー型

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

# (参考) 訪問看護で使用する特定保険医療材料の取扱い



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。

1:

出典:厚生労働省 令和2年度 診療報酬改定の概要 解説資料 在宅医療 訪問看護令和2年3月5日 を加工

# 013 局所陰圧閉鎖処置用材料

2020

- (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。

出典:厚生労働省 特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について 保医発0304第9号 令和4年3月4日 を加工

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。

# く適応>

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

# く禁忌>

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

# く実施者要件>

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/iryouanzen\_oshirase20200608.pdf

令和4年度診療報酬改定 I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-13(4)

# 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)】

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。

# <u>(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)</u>

# [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

# 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
■ B001・20 糖尿病合併症管理料 [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。	○以下の <u>2区分とも修了した場合</u> ・創傷管理関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連
■ B001・27 糖尿病透析予防指導管理料 [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。	○血糖コントロールに係る薬剤投与関連
■ C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [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	○創傷管理関連
■ A301 特定集中治療室管理料1及び2  [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って、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 カ 重篤な代謝障害 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 カ 支性薬物中毒 カ 大手術後 エ 急性薬物中毒 カ さの他外傷、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。	○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・循環動態に係る薬剤投与関連・呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連・術後疼痛管理関連・循環器関連・血糖コントロールに係る薬剤投与関連・循環器関連・精神及び神経症状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 ○以下のパッケーシ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

# 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
■ A200 総合入院体制加算 [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)ェ「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)〜(二)、(へ)、(ト)(略) (木)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	○特定行為研修修了者である看護師 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。
■ L010 麻酔管理料Ⅱ [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。	以下のいずれかの研修を修了した看護師 ①術中麻酔管理領域(パッケーシ研修) ②以下の6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 ・動脈血液ガス分析関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛管理関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連
■ C300 特定保険医療材料 在宅における特定保険医療材料の追加 在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については薬剤料、特定保険医療材料の費用については特定保険医療材料料により、当該保険医療機関おいて算定する。 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	以下の特定行為を実施した場合に算定可能 ①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 ②創傷管理関連区分のうち ・創傷に対する陰圧閉鎖療法

# 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

### ±0.00

- A230-4 精神科リエゾンチーム加算■ A233-2 栄養サポートチーム加算
- A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- A242 呼吸ケアチーム加算
- A242-2 術後疼痛管理チーム加算

### [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)

# 特定行為研修において該当する区分

### 【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関連

### 【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関連

### 【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

創傷管理関連

### 【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

### 【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

# ■ C004 重症患者搬送加算(救急搬送診療料)

### [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。

### [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
- (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。

# ○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
- 何で見ります。
- 循環器関連
- 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
- ○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

# 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

# ■ A300/A301 重症患者对応体制強化加算(救命救急入院料、特定集中治療室管理料) [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
- 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)

### [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。

- ○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
- ○以下のパッケージ研修を修了した看護師
- 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
- ○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
- ○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

# 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
■ 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) [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。	○以下の研修を修了した看護師 ・創傷管理関連
■ 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) [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。	○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)
■ 専門管理加算の「ロ」(訪問看護管理療養費)  [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。 □ 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] □ 保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三号)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。	○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)
■ 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) [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。	○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

### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

### <これまでの煌めき>

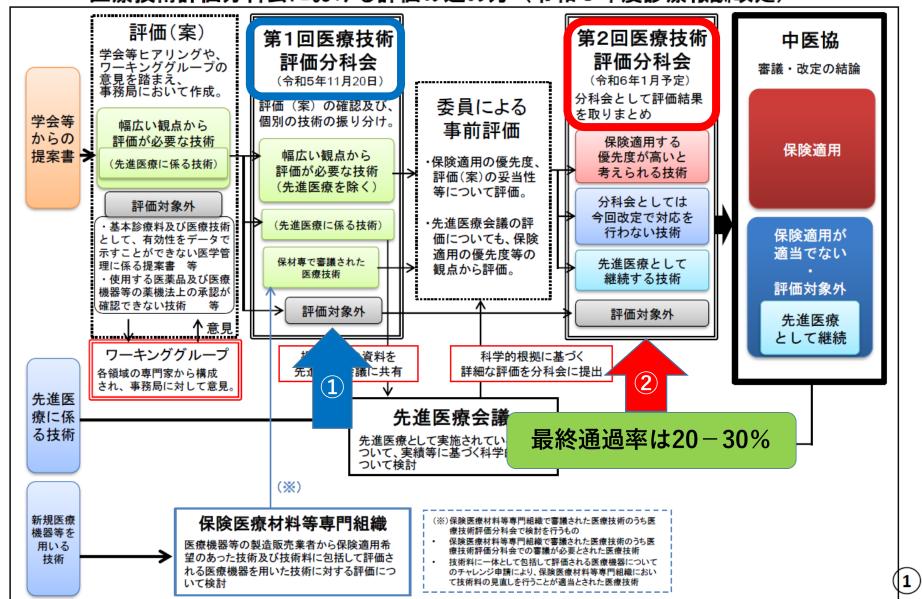
- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

### 医療技術評価分科会における評価の進め方(令和6年度診療報酬改定)



#### 医療技術の評価(案)<概要>

項目	件数
1. 医療技術評価分科会における評価対象となる技術	774 件 新規技術 307 件 既存技術 467 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術*1	745 件
② うち、先進医療として実施されている技術*2	31 件
③ うち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術*3	4件
④ うち、①及び②に該当する技術	6件
(1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術	177 件 新規技術 56 件 既存技術 121 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術*1	174 件
② うち、先進医療として実施されている技術*2	5件
③ うち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術*3	2件
④ うち、①及び②に該当する技術	4件
(2) 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術	597 件 新規技術 250 件 既存技術 347 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術*1	571 件
② うち、先進医療として実施されている技術*2	26 件
③ うち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術*3	2件
④ うち、①及び②に該当する技術	2件
2. 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案***又は中央社会 保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論**5された提案	116 件

- ※1 先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われた技術のうち学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの及び学会等から提案のあった技術に関連して医療技術評価分科会において検討を行った技術を含む。
- ※2 先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われ、評価結果について先進医療会議より医療技 術評価分科会に報告された医療技術に限る。
- ※3 保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術及び技術料に一体として包括して評価される医療機器についてのチャレンジ申請により、保険医療材料等専門組織において技術料の見直しを行うことが適当とされた医療技術。
- ※4 学会から医療技術評価分科会への提案のうち、「基本診療料」若しくは医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができない制度や指導管理等に係るもの又は使用する医薬品及び医療機器等について医薬品医療機器等法上の承認が確認できないもの。
- ※5 中医協総会において一部若しくは全部が議論された提案は8提案あった。

○ 今般、評価対象となる技術であって、診療報酬改定において対応する優先度の高いものとされたうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等での記載あり」とされたものは、116件(新規技術32件、既収載技術84件)であった。

項目	件数
学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術	890件
うち、医療技術評価分科会における評価の対象となるもの(再掲)	774件 (新規307件、既存467件)
うち、診療報酬改定において対応する優先度の高いもの	177件 (新規56件、既存121件)
うち、「ガイドライン等の位置づけ」の欄において、「ガイド ライン等での記載あり」とされたもの	116件 (新規32件、既存84件)

※重複する提案の数は含まれない。

# 330の学会から要望

今回の最終通過率は全体で19.8%(通常は20~30%)

ガイドラインの有無は影響が大きい

1

# 医療現場への強制力&影響力の概念

法的 拘束力 推進力	Aランク	医療法 診療報酬 (健康保険法)	本文・通知等 技術資料 事故報告 基本要件 加算要件 製品の保険償還 労働基準法	医師法
学問的	Bランク	機能評価 JCI ガイドライン(海外・国内)		保助看法等 の 医療従事者 の各種法規
専門的 影響力	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	
広告 宣伝	Eランク	広告 記事広告 会社発信のケースレポートなど		

# 1. (2)医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術 ①うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの

338101	未	在宅創傷治療指導管理料	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	2121
338201	既	局所陰圧閉鎖処置(算定期間の延長)	再評価すべき医学的な有用性が十分 に示されていない。	2136

不通過

### 2. 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案 又は中医協総会において一部若しくは全部が議論された提案

338102	未	褥瘡電気刺激療法管理料		使用する医薬品・医療機器等の承認 が確認できない。	2126
338103	未	重度褥瘡栄養療法指導管理料	日本褥瘡学会	制度や指導管理、基本診療料等に関する提案。	2131

不通過

# 【技術名】 在宅創傷治療指導管理料

不通過

### 【技術の概要】

- ●「在宅」での創傷治療の主軸として使用する医療機器である 「局所陰圧閉鎖機器(以下NPWT)」または「創傷被覆材」を用いる患者に対して、安全で有用な治療を継続的に行うために「在宅療養指導管理料」の一つとして
- 一在宅創傷治療指導管理料1 (創傷被覆材)
- 一在宅創傷治療指導管理料 2 (局所陰圧閉鎖機器・NPWT)

の2つの新設を求める。



### 【対象疾患名】

●在宅で「局所陰圧閉鎖機器(NPWT)」または「創傷被覆材」 を用いる患者

(参考:現在の特定保険医療材料の算定条件)

- <u>・管理料1</u>:創傷被覆材等の現在の在宅での算定要件
- ・在008、調剤012、皮膚欠損用創傷被覆材、
- ・いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、 在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至 る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。) (DESIGN-R分類D3、 D4及びD5) を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合(以 下割愛)
- ・管理料2: NPWT材料の現在の在宅での算定要件<抜粋>
- ·在013 局所陰圧閉鎖処置用材料
- ・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

### 【現在との比較】

- ●日本褥瘡学会 褥瘡予防・管理ガイドライン (第5版) 2022年) において、創傷被覆材、局所陰圧閉鎖療法とも推奨されている。
- ●海外の研究では、医療従事者が在宅NPWT加療中の患者に対して、積極的に介入することで治療効果に大きな影響が出ることが確認されている。
- ●全体の20%が、絶対的な理由もなく在宅でのNPWTの創傷治療から脱落し、 患者の予後(再治療)と医療経済に大きなインパクトを与えている。
- ・Janssenらは、在宅療養においてNPWTを中止することを選択した患者の調査を実施している。2012年6月から2017年12月までの間に、Elkerliek総合病院(450床)で腹部裂開創に対して、NPWTを装着し在宅療養に移行した患者84例の内32例(53%)が、NPWT治療を中断していた。うち17/32症例(中止症例の内31%、全体の20%)が再手術、感染、皮膚壊死等の絶対的な中止理由ではない理由でNPWTを中断していた。コンプライアンス等のキーワードを使用して、文献調査を実施し22報/124報を選択し、在宅療養中に治療中断に追い込まれる事象を抽出した。文献調査から抽出した治療中止原因(26項目)について、620名のオランダ創傷治療専門看護師を対象に調査を実施し136名/620名(22%)から回答を得ている。結果、NPWTの非遵守の潜在的要因として、1)医療チームとの信頼、2)治療アドバイスの一貫性、3)痛みへの対処、4)以前の NPWT における経験、5)日常生活への影響、6)家族や友人からのサポート、7)医療チームからのサポートが判明した。

### 【診療報酬上の取扱い】

●管理料1 (創傷被覆材) : 150点 ●管理料2 (NPWT) : 570点

運用は他の「在宅療養指導管理料」と同様とする。

- ・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。
- ・<u>なお、本提案については、他の在宅療養指導管理料と併算定を可とすることを要望する。</u>

### 【対象患者数と経済性】

●管理料1(創傷被覆材) : 2457人 4,914回 ●管理料2(NPWT) : 137人 274回

●医療費への削減効果 マイナス2億5,286万7,240円

### JWOC通過 0/3

# 1. (2)医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術 ①うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの

610201	既	情報通信機器を用いた専門性の高い看護師による同行訪問:在宅患者訪問 看護・指導料3の算定要件の拡大		評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	3412
610202	既	包括的排便ケア追加に伴う排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料(既収載)算定要件拡大と「排泄自立支援加算・外来排泄自立指導料」への名称変更	日本創傷・オストミー・失禁管理学会	別途評価を行うべき根拠が十分に示されていない。	3417
611101	未	C101「在宅自己注射指導管理料」に「遠隔モニタリング加算」の適用を要望	日本糖尿病教育・看護学会	別途評価を行うべき根拠が十分に示 されていない。	3421

不通過

### JSSCR通過 1/2

# 1. (1)診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 ①うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの

345201 既 ストーマ処置の合併症加算 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評価すべき医学的な有用性が示されている。	2231 通過
---	---------

1. (2)医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術 ①うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの

245000	дπ	수수·호텔 - L 7 시 · # 다 다 수 사 : 현생	日本ストーマ・排泄リハビリ	別途評価を行うべき根拠が十分に示	000	不通過
345202	既			されていない。	223(	个地地

# 1-① 学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出された技術と 医療技術評価分科会における評価の対象となるもの

「J043-3 ストーマ処置」ストーマ処置の合併症加算 【ストーマ合併症を有する場合】

ストーマ1個:135点 ストーマ2個:185点



### 技術の概要

ストーマ合併症を有する患者のストーマ処置に65点を加算

入院中以外のストーマをもつ患者に対し、 ストーマ処置を行った場合に算定(ストーマ 合併症の有無、難易度は問わない)

ストーマ1個の場合 :70点

ストーマ2個以上の場合:120点

改正後 入院中以外のストーマをもち、ストーマ合併症 を有する患者に対し、ストーマ処置を行った 場合に65点を加算

ストーマ1個の場合 135点

ストーマ2個以上の場合:185点

※ストーマ合併症がない場合は現行通りの算定点数とする

### 対象

以下のストーマ合併症を有し、 かつストーマ合併症の重症度分類2) グレード2以上の患者



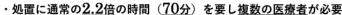


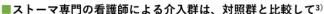


- 傍ストーマヘルニア
- ストーマ脱出
- ストーマ腫瘤
- ストーマ部瘻孔
- ストーマ静脈瘤
- ストーマ周囲肉芽腫
- ストーマ周囲難治性潰瘍等

### 根拠と有用性







- ・ストーマ合併症発生率が有意に低く(p<0.05)、合併症を軽減する
- ・不安尺度(SAS) および抑うつ尺度(SDS) が有意に低い(p<0.05)</li>
- ・QOLは有意に高い(p<0.05)
- ・看護満足度が有意に高い (p<0.05)
- ■ストーマケアに熟練した看護師が的確なアセスメントとケア および生活指導を行うことで、ストーマ合併症の早期改善と 重症化予防、予定外の外来受診・入院や手術に至るケース の低減、患者の身体的・精神的・経済的負担の軽減になる



#### <引用文献>

- 1) Huayun Liu,et al. (2021). The Quality of Life of Patients with Colorectal Cancer and a Stoma in China: A Quantitative Cross-sectional Study. ADVANCES IN SKIN & WOUND CARE, 34, 302-309 高橋 賢一他(2019):消化管ストーマ早期合併症の重症度に関する多施設共同研究日本スト2235・排泄会誌.35(2).4-15。
- 3) Wei G, et al. (2019). Continuous nursing reduces postoperative complications and improves quality of life of patients after enterostomies, Int J Clin Exp Med, 12(5), 5895-5901

合併症が

あると…/

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算 (療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2(療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

### ET/WOCの煌めきの分析!(業務・専門性のざっくりの特長) あくまで高水個人の見解です・・・

### <特性>

- ●院内横断型の認定看護師
- ●地域連携型の認定看護師
- ●専門性の多面性

- ●製品開発
- ●プライマリケア的

:他の認定看護師は、疾患型、場所型が多い

:他の認定看護師は、院内完結型が多い

:治療(損傷皮膚) :創傷、褥瘡、スキン-テア

:看護(予防的) :失禁、スキンケア、マーキング

:看護(治療的&予防的):難渋ストーマ、重度の失禁、難しいスキンケア

:全人的視点 :局所、全身、社会性

:特定行為、NP : 21区分38行為、パッケージ研修、大学院(NP)

:認定看護師再編 : A過程、B過程

:活動の場 :医療機関、介護施設、在宅など各種活動できる

:多様な研究テーマ

:テープ、ドレッシング、ストーマバッグ、スキンケア等

:相対的には、生命直結型ではない

### <現在の日本の医療環境>

- ◆病院機能区分の明確化
- ◆病棟の複雑さ
- ◆チーム医療
- ◆研修時間の抑制
- ◆勤務医の働き方改革
- ◆診療報酬·介護報酬

- :高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅、介護(施設型・居宅型)
- :ケアミックス、看護配置、包括診療、
- :多数のチームとの調整(チーム医療間でのある種の争い:人員、時間、研修)
- ;労働基準法の遵守(医師だけでなく、職員全員の働き方改革)
- :地域の中核病院は、クリティカル領域(ER、ICU、OR、外科系)が最重要課題
- :ガイドラインの策定が大きな影響力

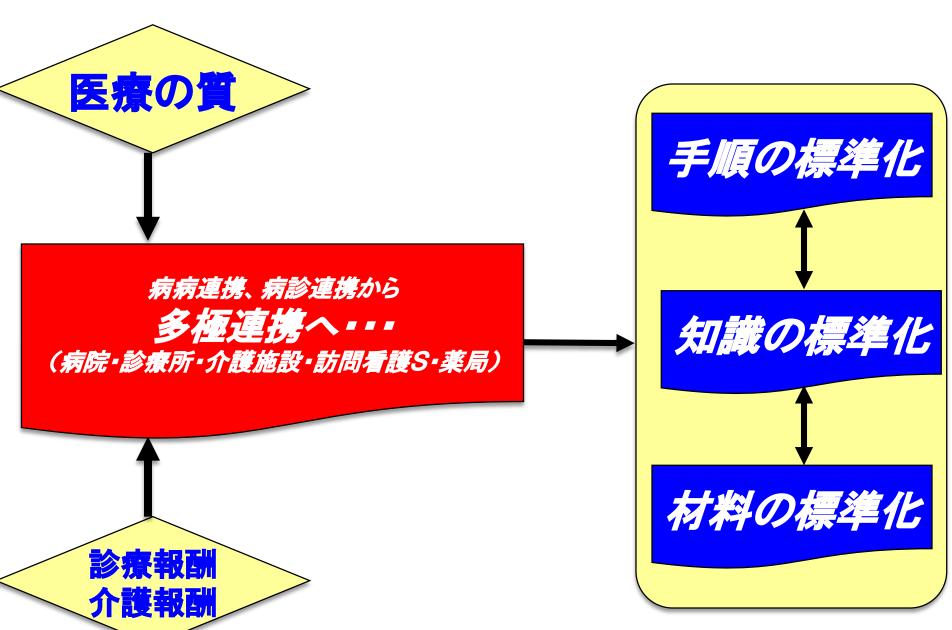
### <ポイント>

- ◎専門性・やりたい領域
- ◎院内教育
- ◎地域教育・連携(人的連携、知識連携)
- ◎医療再編
- ◎診療報酬、保助看法等の医療行政

- :W·O·Cの何に軸を置くのか?
- :看護手順の標準化(ケアミックスを前提、「標準看護手順」との調整)
- :病院機能の深い理解、医療、介護、在宅など、それぞれに合わせた材料と手順)
- : 行政の動向の見極め(自分の活動の場(所属))をどこにする?
- :エビデンスと実績の積み上げ

# 医療現場への強制力&影響力の概念

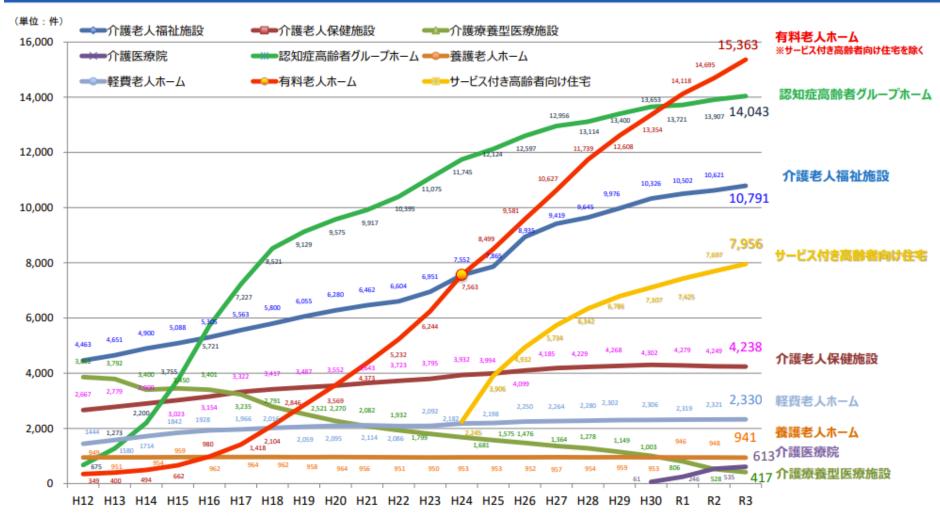
法的 拘束力 推進力	東力		本文・通知等 技術資料 事故報告 基本要件 加算要件 製品の保険償還 労働基準法	医師法
*** BB **	Dニング		機能評価	保助看法等の
学問的	Bランク	JCI ガイドライン(海外・国内)		医療従事者 の各種法規
専門的影響力	Cランク	学会関連	学会誌の文献	
影響力		于云风庄	学会での発表	
	Dランク	専	「門雑誌等の記事	
広告			広告	
	Eランク		記事広告	
宣伝		会社発信のケースレポートなど		



# 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
(有1年17日 9 ラ	200症未満	5700
	全体	105,000
●診療所数	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	1 3,0 0 0
   <b>◆</b> ベッド数	一般病床(急性期/回復期)	900,000
<b>▼</b> 、	療養病床	300,000
■医師数	医療機関所属	3 3 0,0 0 0
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属 (準看含む)	1,500,000
	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
   重なりあり	ICN	3,600
上はりめり	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

# 高齢者向け施設・住まいの件数



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

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

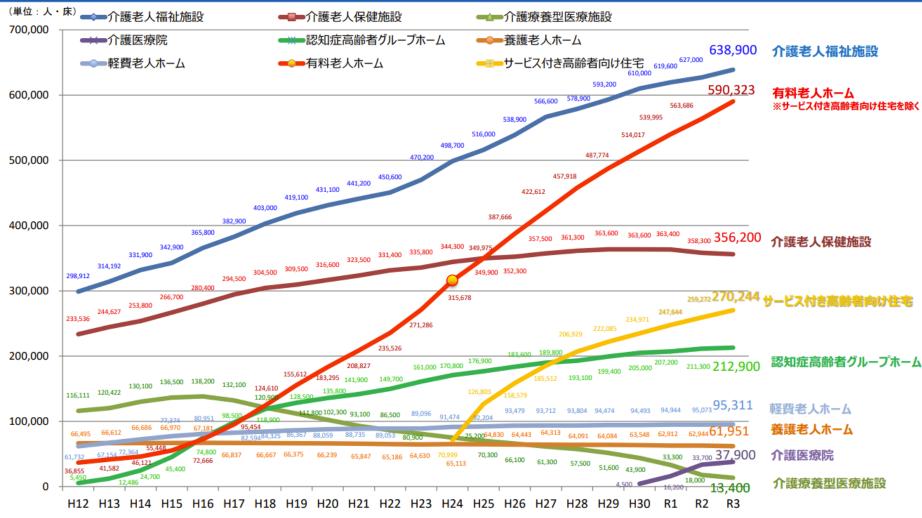
※3:認知症高齢者グルーブホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)

※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。

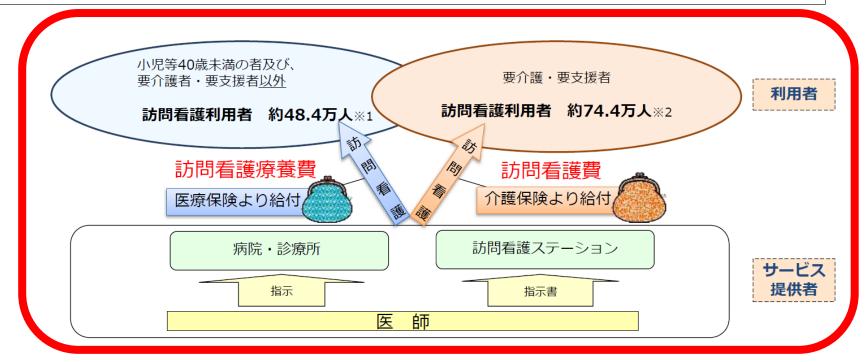
# 高齢者向け施設・住まいの利用者数



- ※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。
- ※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 総一2 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<sup>※1</sup>)

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※<sup>2</sup>)

▼厚生労働大臣が 定める者 「特掲診療料・ 別表第8※3

算定日数

制限無し

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

認知症以外の精神疾患

#### (※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)

- 気管力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

#### 汪)特別訪問看護指示害

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

在宇酸素療法指導管理

在宝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

在宇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

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2(療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

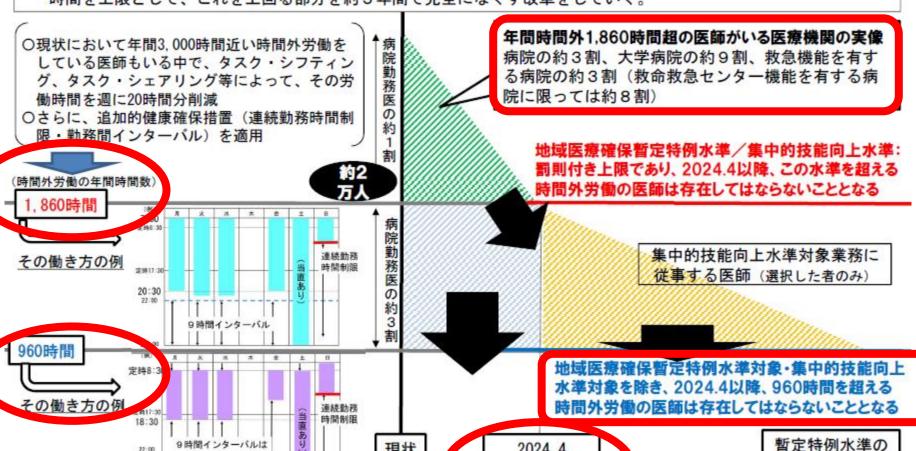
- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

# 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
(有1年17日 9 ラ	200症未満	5700
	全体	105,000
●診療所数	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	1 3,0 0 0
   <b>◆</b> ベッド数	一般病床(急性期/回復期)	900,000
<b>▼</b> 、	療養病床	300,000
■医師数	医療機関所属	3 3 0,0 0 0
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属 (準看含む)	1,500,000
	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
   重なりあり	ICN	3,600
上はりめり	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

# 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。



2024. 4

上限規制適用

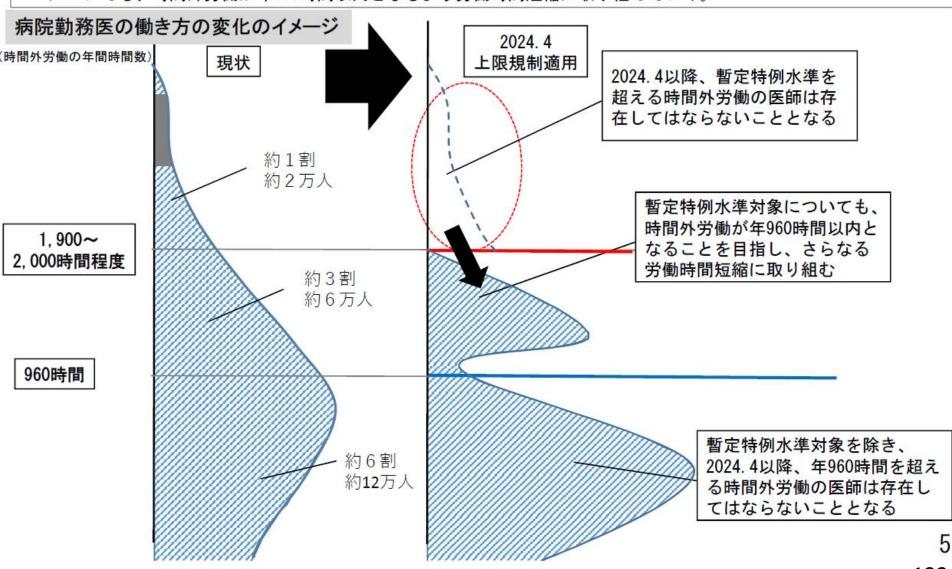
現状

第16回医師の働き方改革に関する検討会(平成31年1月11日) https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000467710.pdf

適用終了

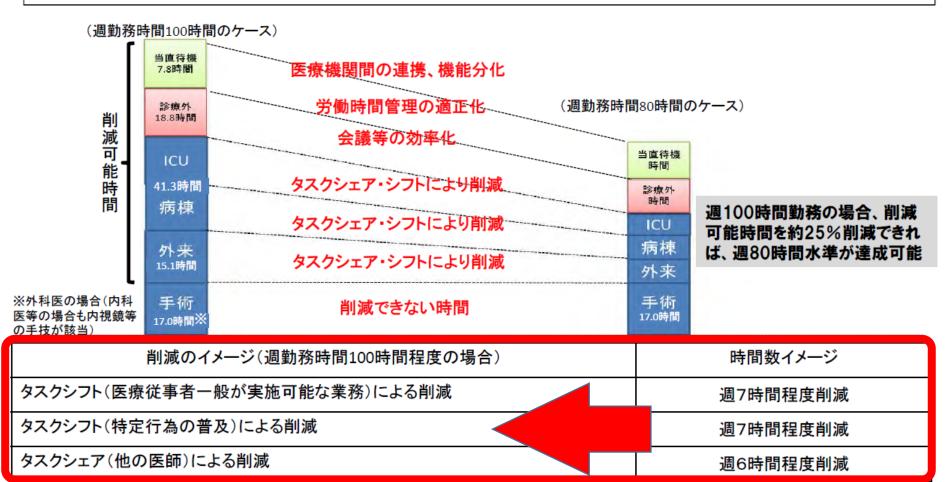
# 2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

□ 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。



# 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)

〇 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。



※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 **14** おいて実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

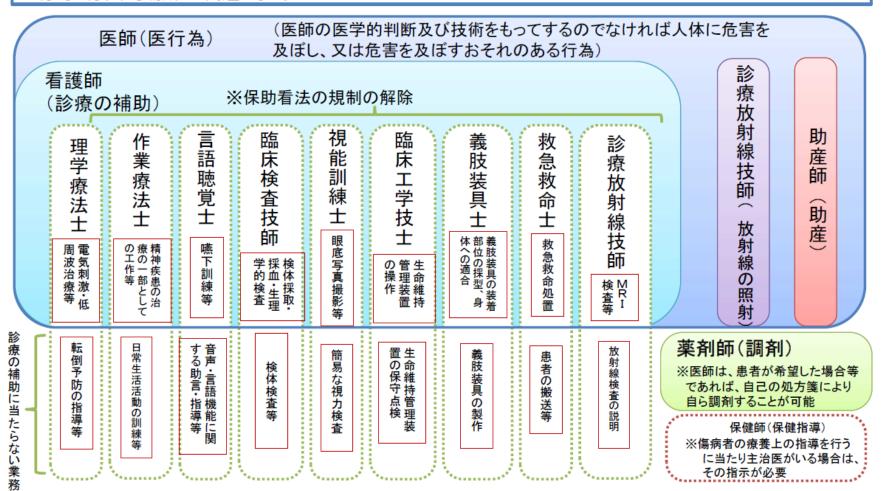
### 診療の補助について(歯科領域を除く)

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

別添1

令和2年12月23日

- 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。



46

### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2(療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

- 2008年 NP教育大学院協議会新設 (大学院修士課程での教育)
- 2008年 NP構造改革特区の申請
- 2009年 内閣規制改革会議医療部会でのヒアリング
- 2009年 チーム医療の推進の関する検討会
- 2010年 「チーム医療の促進に関する検討会」の報告書で「特定看護師(仮称)」が決定
- 2011年 「特定看護師(仮称)」の試行事業が始まる。
- 2013年 特定看護師(仮称)」の試行事業の報告書
- 2014年 「医療介護総合確保推進法」に「特定看護師(仮称)」が組み込まれる
- 2015年 「保助看法」改正
- 2016年 「特定行為に係る看護師の研修制度」スタート(14機関)
- 2020年 「特定行為研修」のパッケージ化による推進(2020年)

# 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》

- 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)

《医療従事者・医療法人に関する制度改正》

3. 病床機能報告制度・・・・・・・・・・・・(P18) 5. 医師・看護師等の確保対策・・・・・・・(P32)

(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

(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)

《医療安全に関する制度改正》 8. 医療法人制度の見直し·····(P79)

9. 医療事故調査制度・・・・・・・・

(施行期日:平成27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

(施行期日:平成26年10月1日)

- (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)

### 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

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

11. 臨床研究中核病院 · · · · · · (P97)

(施行期日:平成27年4月1日)

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

# 特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの
関連	位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係る もの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬
	の投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器(長期呼吸療法に係る もの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーン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
吃 哈拉 、	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針
腹腔ドレーン管理関連	の抜針を含む。)
	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃
ろう孔管理関連	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

## 煮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	範囲に違いな	(し)		を上の世話」又「は させてはいけない行		うこと (看護師のできる 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・・・				ではなく、「包括指	示」で実施できる	こついては,「具体的指示」。実施するにあたりステッごきる行為が増えるわけで	

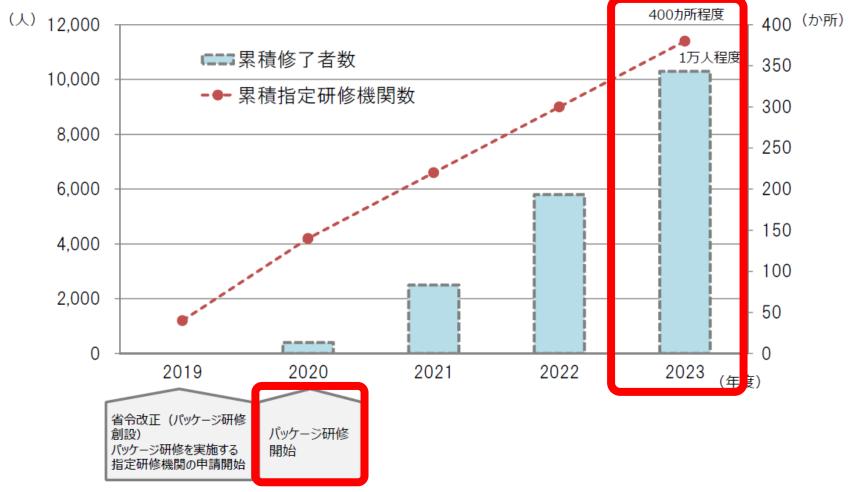
現在は、 特定看護師の目標は1万人に変更 診療看護師は900名 WOC Nursing 2019/1 Vol.7 No.1 115



## 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。

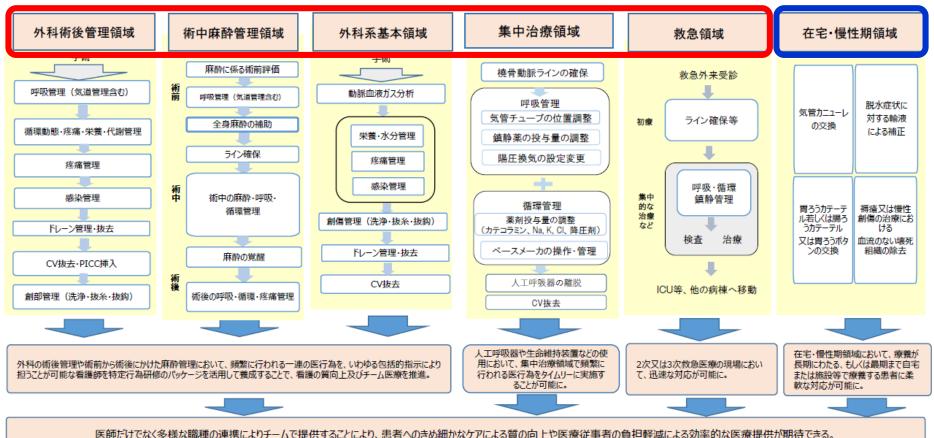
## ■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



18

## 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。

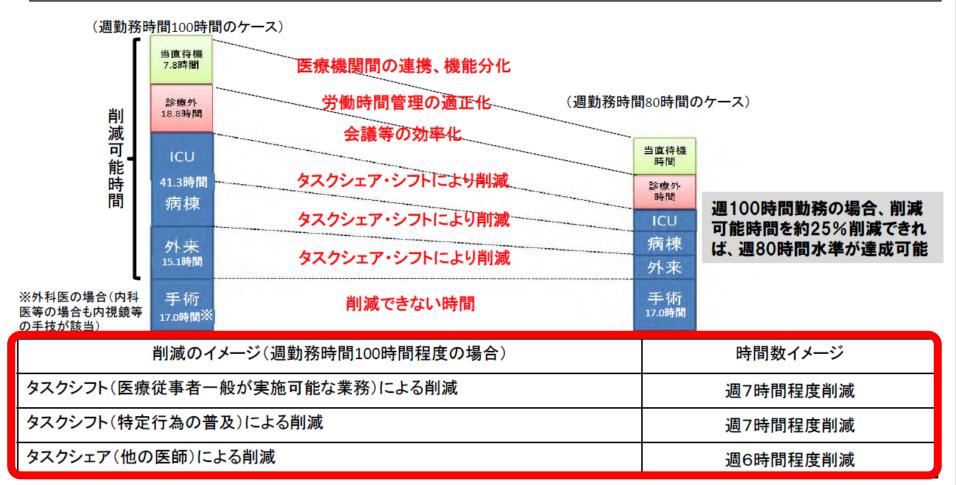


(一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施)

特定行為のパッケージ研修は クリティカル領域が多い

## 極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

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



※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 **14** おいて実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

# 特定行為等の概念図

絶対的医行為(例:手術、処方、診断)

海外のNPのできる領域(単独で一部の診断、処方、処置)

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

> 診療の補助 (看護師が医師の指示のもとでできる領域)

# 特定行為等の概念図 (例1)

絶対的医行為(例:手術、処方、診断)

海外のNPのできる領域(単独で一部の診断、処方、処置)

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

> 診療の補助 (看護師が医師の指示のもとでできる領域)

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

# 特定行為等の概念図 (例2)

絶対的医行為(例:手術、処方、診断)

海外のNPのできる領域(単独で一部の診断、処方、処置)

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

> 診療の補助 (看護師が医師の指示のもとでできる領域)

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

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

## ざっくりとした日本の医療環境(介護除く)2024-3

大分類	小分類	数
●病院数		8,100
精神科除く		7,100
精神科含む→	200床以上	2,400
(有1年17日 9 ラ	200症未満	5700
	全体	105,000
●診療所数	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
   <b>◆</b> ベッド数	一般病床(急性期/回復期)	900,000
<b>▼</b> 、	療養病床	300,000
■医師数	医療機関所属	3 3 0,0 0 0
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属 (準看含む)	1,500,000
	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
   重なりあり	ICN	3,600
上はりめり	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

## ざっくりとした日本の医療環境(介護除く)2024-3

大分類	小分類	数
●病院数		8,100
精神科除く		7,100
精神科含む→	200床以上	2,400
作作行 ひ フ	200症未満	5 7 0 0
	全体	105,000
●診療所数	有床	6,000
	2万人いる勤務医の働き方改 護師中心の対策で、解決の主	
	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属	<b>E体となれるのか?</b> 330,000
◆ 1万人の特定看記 ■ 医師数	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属 病院勤務	E体となれるのか? 330,000 220,000
◆ 1万人の特定看記	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属 病院勤務 医療関連所属(準看含む)	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000
◆ 1万人の特定看記 ■ 医師数	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属 病院勤務 医療関連所属(準看含む) 認定看護師	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000
◆ 1万人の特定看記 ■ 医師数	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属 病院勤務 医療関連所属(準看含む)	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000 2,700
◆ <b>1万人の特定看</b> ■ 医師数 ■ 看護師数	護師中心の対策で、解決の主医療機関所属病院勤務医療関連所属(準看含む)認定看護師WOCICN	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000 2,700 3,600
◆ 1万人の特定看記 ■ 医師数	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属 病院勤務 医療関連所属(準看含む) 認定看護師 WOC	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000 2,700 3,600 2,300
◆ <b>1万人の特定看</b> ■ 医師数 ■ 看護師数	護師中心の対策で、解決の主医療機関所属病院勤務医療関連所属(準看含む)認定看護師WOCICN	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000 2,700 3,600

# 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 <u>該当しない診療の補助であっても、</u> 病院の方針で具体的指示でも看護師の実施できる範囲を制限している

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

# 超重要

# 特定行為等の概念図(例 2 - 2)

絶対的医行為(例:手術、処方、診断)

海外のNPのできる領域(単独で一部の診断、処方、処置)

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

> 診療の補助の範囲の再検討が必要? ポイントは合理化・シンプル化

診療の補助 (看護師が医師の指示のもとでできる領域)

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

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

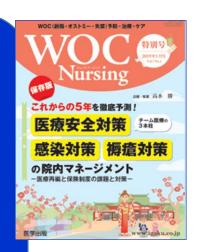


## <研修、労働基準>研修時間をどう確保するか?

ここ数年, 医療機関での, 医師や看護師の時間外 手当などの未払問題が頻繁にニュースでも取り上 げられています。医療機関は, 企業とは異なり特殊 な環境にあり、とくに医師は「応召義務」で診察を 断れない縛りがあるなかで、「業務」なのか「自己 研鑽」なのかを軸としてさまざまな議論がされて

## 大原則

●就業時間内での研修の時間は、病棟の看護体制から差し引く! (あまり多いと看護体制が維持できない)



●時間外で研修をするときは、時間外手当を出さ なきてはならない!

研修が増えると、時間的にも費用的にも 就業者や病院経営に負荷がかかる!

## 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 <b>→</b>	200床以上	2,400
何がかけらりプ	200症未満	5700
	全体	105,000
●診療所数	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
   <b>◆</b> ベッド数	一般病床(急性期/回復期)	900,000
<b>▼</b> 、	療養病床	300,000
■医師数	医療機関所属	3 3 0,0 0 0
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属 (準看含む)	1,500,000
	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
   重なりあり	ICN	3,600
<b>生なりめり</b>	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

現行の認定看護分野 (21分野)	新たな認定看複分野 (19分野) 赤字: 統合した分野 青字: 分野名を変更した分野	分野統合および分野名変更の理由
救急看護		医療・社会のニーズから集中的な治療を必要とする患者への
集中ケア	クリティカルケア	ケアに特化した新たな分野を創設した。分野名はクリティカル期にある重症患者を対象とすることから「クリティカルケア」とした
緩和ケア	2000	症状緩和技術やがん性疼痛に対する薬剤の知識などの両分型
がん性疼痛看護	緩和ケア	の強みをいかし幅広く活動できる分野とするため統合した 分野名は非がん患者に対するケアの充実が期待されているため「緩和ケア」とした
がん化学療法看護	がん薬物療法看護	がん対策基本法に基づく第3期がん対策推進基本計画から 「化学療法」が「薬物療法」に変更されたため
訪問看護	在宅ケア	入院施設等の退院支援実践者も受講するようになり、現行の 分野名では CN の役割を表現しきれなくなっているため
不妊症看護	生殖看護	近年では「生殖医療」に不妊症が包含されているため
透析看護	腎不全看護	透析導入を予防するためには「透析看護」では不十分なため
摂食・嚥下障害看護	摂食嚥下障害看護	「摂食・嚥下」から「摂食嚥下」へ用語が変更となったため
小児救急看護	小児プライマリケア	救急場面だけではなく外来・地域などのプライマリの場を中心として子どもの健康問題に対応できるようにするため
脳卒中リハビリ テーション看護	脳卒中看護	「リハビリテーション」という用語によって看護を提供する場が限定されたイメージであるため
慢性呼吸器疾患看護	呼吸器疾患看護	急性と慢性が連続性を持った病態であるため、区分せずに刺
慢性心不全看護	心不全看護	門的なケアの提供が必要であるため
皮膚・排泄ケア	皮膚・排泄ケア	図 1 現行の認定看護師制度と
感染管理	感染管理	201

分野統合や分野名に変更なし

糖尿病看護

新生児集中ケア

手術看護

乳がん看護

認知症看護

がん放射線療法看護



糖尿病看護

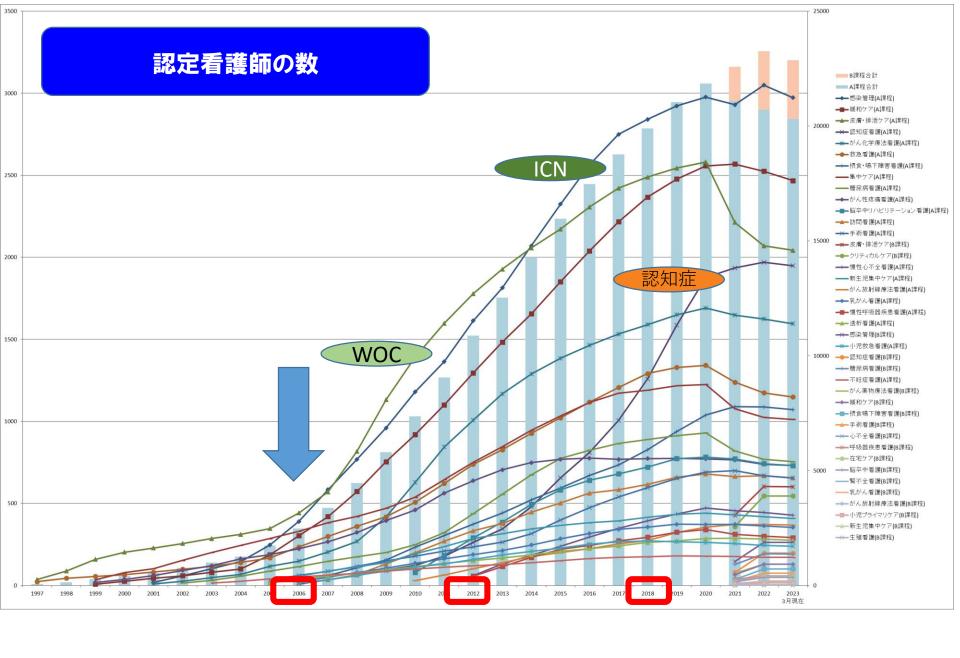
新生児集中ケア

手術看護

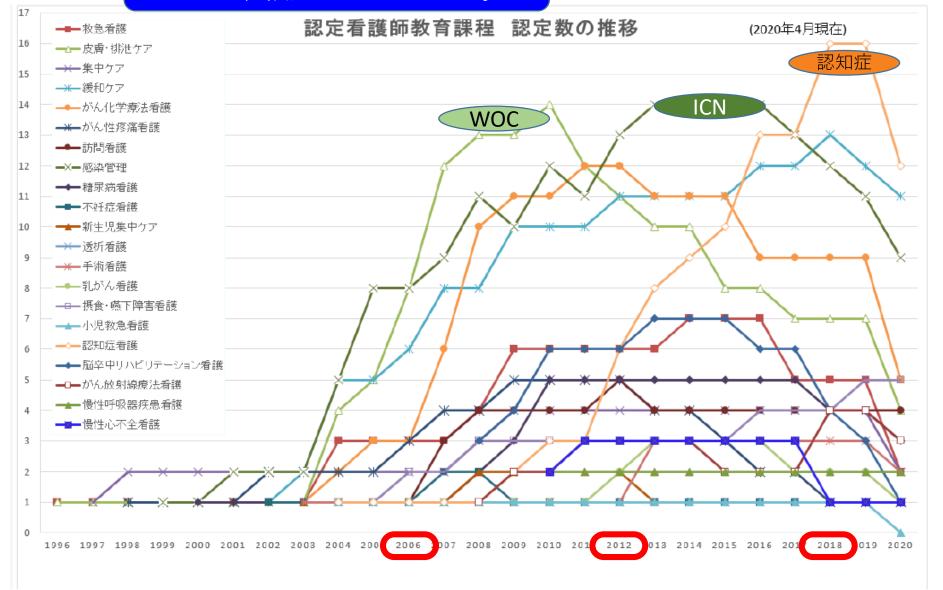
乳がん看護

認知症看護

がん放射線療法看護



# 認定看護師研修コースの推移の方が、傾向はつかみやすい。



【資料作成】日本看護協会 認定部

## 分野別所属先種別登録者数一覧(2023年12月末現在)

ノリング カリハ 内 ノレ (主力) 豆 外	· D 3A	, \2020—	1271 ハシ							忍定看護師総数	t : 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	Ħ
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		16	3	2	0	6	57	1,574
がん性疼痛看護(A課程)	618	36	12		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		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	v	5	0	1	0	2	8	410
透析看護(A課程)	228	3	27		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	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		11	0	1	0	4	5	238
認知症看護(A課程)	1,678	66	19		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		5		1	1	0	3	273
慢性心不全看護(A課程)	417	7	13		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	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		0	0	1	2	205
クリティカルケア(B課程)	677	3	3	-	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	2	99
在宅ケア(B課程)	22	50	3		1	•	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	8
心不全看護(B課程)	77	0	1	1	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		2	3	0	0	1	0	1	170
糖尿病看護(B課程)	217	1	14	<u> </u>	1	1	0	0	0	8	243
乳がん看護(B課程)	35	1	0	0	0		0	0	0	1	37
認知症看護(B課程)	278	8	2		3	_	0	2	2	2	306
脳卒中看護(B課程)	60	2	0	0	0		0	0	0	1	63
皮膚・排泄ケア(B課程)	709	20	10		4	4	4	0	0	8	<u>761</u>
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	2041-1- 2041	ICU-CCU-HCU	手術室	学校(認定看護 師教育課程含	その他	B†
	有咬合性的生	<i>ክ</i> ሃ የ <del>አ</del>	7F <b>/</b>	テーションを含 む)	ター	等	丁刚主	即数月蘇程百む)	CVIE	ni
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		3		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	23	140
感染管理(A課程)	717	662	176	3	18		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		4	76
新生児集中ケア(A課程)	11	285	2	2	2	·	0		14	389
透析看護(A課程)	5	40	114	1	1	3	0		64	228
手術看護(A課程)	14	42	12	0	3		510			606
乳がん看護(A課程)	21	102	159	3	0		0	·	29	316
摂食・嚥下障害看護(A課程)	58	699	65	15	13	39	0		41	932
小児救急看護(A課程)	3	87	43	2	29	28	5		6	203
認知症看護(A課程)	128	1,241	128	22	11	23	3		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		4		22	655
がん放射線療法看護(A課程)	6	72	241	0	0		0	_	24	345
慢性呼吸器疾患看護(A課程)	12	168	41	2	2	12	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		31	1	180	527
がん放射線療法看護(B課程)	0	12	18	1	0		0		0	•
がん薬物療法看護(B課程)	7	80	103	2	0	-	0		4	198
緩和ケア(B課程)	23	108	17 	5	0	0	0		22	176
クリティカルケア(B課程)	42	52	<u>55</u>	2	140	354	5		27	677
呼吸器疾患看護(B課程)	7	60		1	2	15	1	0	1	94
在宅ケア(B課程)	1	3	1	13	0		0		4	22
手術看護(B課程)	5	0	0	0	0		106	0	3	
小児プライマリケア(B課程)	<u> </u>	13	I	2		2	0		0	
新生児集中ケア(B課程)	1	4	<u>U</u>	<u>0</u>	0 4		0		<u> </u>	8
心不全看護(B課程) 腎不全看護(B課程)	3	49 7	<u>5</u> 19	0	0	12	0	0		77 44
	0	1	19	0	0		0		0	
生殖看護(B課程) 摂食嚥下障害看護(B課程)	14	112	<u>ı</u> 8	4	6		0		<u>U</u>	162
	19	90	8 92	3	2	1	0		10	217
福水州有護(D脒性) 乳がん看護(B課程)	19 1	90 16	13	0	0	•	0		10	35
ジャップ (A)	24	207	13 15	5	2	5	2		17	278
脳卒中看護(B課程)	24 4	35		<u> </u>	4	8	0		17	60
皮膚・排泄ケア(B課程)	276	204	108	11	7	16	2	1	84	709
	2,558	8.390	3,801	335	702		844		2.538	
p)	2,000	0,390	3,001	333	102	1,002	044		2,030	20,778

																	971	した特定	FAR	単に係る	特定行	<b>為</b> 医分																	,	信用	ISI 少研算					
	-		(人工學會 長の)費)		6	-		**	ORG			i i		糖	55R		予禁 ル機 管に		****		RIE	血液扩大的 新開催		## #III	30 8 H						:#6 <b>m</b> e	RINA		MIN.RUS	MERCH:	-848	*	*	2		*	* ·	*			
	三年 日本の日本の日本	機能的場所後型の投充の信息	非 侵襲的議法 独乱の 教定 の変見	人工呼吸管理がなされている者に対	A I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	日本 田田 日 中央 第二年 南田 本田 中	一味的マースマール のまをおび 事業	一番的ペースメーカリードの原金	最大的心臓性 助業者 の集 をあげ 参加	東を行うさきの情報の重要の課題	大田田のパルーンパングからの		b   > ₩ #################################	- N - N - N - N - N - N - N - N - N - N	サーテルスは	6 5 5	+	の ない 日本	機関などを受ける場合の活動における名法			・	1		東京 東州 東京	5 - H 1 2 - H 4	シトロールに係る素素を養養	*****	神動点 瀬中のカテコラミンの飲み食	はクロールの役を乗の課題 情報点達中のナトリウム、カリウム又	<b>第三日 日本 第日 東京日 日本 日本 日本</b>	の から 単 の 単 の 単 元 ス ひ 章 の 章 元 元 の の の 章 元 の の 元 元 元 の の の の の	御屋 りゅうぶり 生物法 りらば か祭 る	教けいれん倒の職時の授与	飲 増物 食用の 温味の 秋冬	4 80 M B B B A + 1	THE RESERVE		*******	******	•	1	******	數數集 都道濟集名	就事免刑款名	似事先为较强
-	0 (				0	0	0	0	0		• 0		0	_	$\rightarrow$	0	$\overline{}$			0 0	0 0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0	0	-			-	+	+	192		#IX
H	0 (	0	0	9 (	-	O	0	0	0	+	1	-	0	0	0	0	0	0	0 (	,	, 0	-	-	0			0	0	0	0	O	0	0	0	0	0	0	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	+	+	222	_	<b>東京</b>
	$\top$	$\top$	$\top$	$\top$	$\top$	$\dashv$		$\vdash$	T	$\top$	$\top$	$\top$	$\top$	$\dashv$	$\dashv$	寸	$\dashv$		0 (	0 0	)	$\top$	$\top$	0			$\top$	T	T		П		П		$\dashv$	$\neg$	$\Box$	$\dashv$	$\neg$	$\Box$	$\top$	$\top$	$\top$	2.92	_	<b>東</b> 院
I	0	0	0	0 (	0	0	0	0	0		) (	0	0	0	0	0	0	0	0 (	0 (	0	0	0				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	$\Box$	$\Box$	$\Box$	$\dashv$	$\perp$	$\perp$	北海道		<b>条</b> 院
$\vdash$	0	+	+	+	+	0		⊢	⊢	+	+	+	+	$\dashv$	0	0	0	0	0 0	0	0	0	+	0			0	⊢	0	0	0	0	0	0	0	0	0	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\rightarrow$	+	+	北海道	_	病院 股常協院
H	-	+	+	+	+	0		$\vdash$	$\vdash$	+	+	+	+	$\dashv$	-	_	_	-			-	-	+	0			-	$\vdash$	0	0		0	0	0	$\rightarrow$	0	_	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	+	+	252	_	<b>東</b> 院
	$\top$	$\top$	1	十	T				T	$\top$	$\top$	$\top$	十	╅	$\exists$	$\exists$	寸		$\top$	T		T	T	0																		1	$\top$	北海道	_	
I	0	4	$\Box$	$\perp$	I	0				I	$\perp$	Ţ	$\dashv$	$\dashv$	0	0	0	0	0 (	0	O	0	$\perp$	0			0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	$\Box$			$\Box$	1	1	北海道		#IR
$\vdash$	+	+	+	+	+	$\dashv$		⊢	┡	+	+	+	+	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	_	0 (	0 0	+	+	+	0	$\overline{}$	_	+	⊢	⊢		Н		Н	-	$\dashv$	$\dashv$	Н	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	+	+	北海道	_	an
$\vdash$	+	+	+	+	+	$\dashv$		$\vdash$	$\vdash$	+	+	+	+	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	-	0 (	,	_	0	+	+0	10	+	+	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	Н	Н	Н	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	+	+	222	_	<b>用放</b>
	0	0	0	0 (	0	$\dashv$		$\vdash$	T	+	$\top$	$\top$	$\top$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	0	十	$\top$	0		_	0	0	,	T	T	0	0	0	0	0	$\neg$	$\dashv$	$\dashv$	$\Box$	$\dashv$	$\dashv$	$\Box$	$\neg$	$\top$	$\top$	北海道	_	病院
	$\Box$	$\perp$	$\Box$	$\perp$	$\perp$					$\perp$	$\perp$	$\perp$	$\Box$	$\Box$		$\Box$	$\Box$		$\perp$	$\perp$			$\perp$	0	0	1																$\perp$	$\perp$	北海道		<b>南</b> 院
		0	0	0 (	0			_	⊢	+	$\perp$	_	+	$\dashv$			$\dashv$			_	_	1	$\perp$	+	+	+	_	_	┞						_	$\dashv$	Н	_	$\dashv$	$\Box$	_	_	_	北海道	_	<b>和常報</b>
$\vdash$	0	+	+	+	+	0		⊢	⊢	+	+	+	+	0	0	0	-	0	0 (	0	О	0	+	0	0	+	+	$\vdash$	⊢		Н		Н	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	+	+	北海道	_	病院 病院
<u> </u>	+	+	+	+	+	$\dashv$		$\vdash$	$\vdash$	+	+	+	+	_	$\dashv$	$\dashv$	_	_	+	+	+	+	+	0			0	$\vdash$	$\vdash$		Н		Н	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\forall$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	+	+	282	-	#IX
		1			1								$\perp$			$\Box$	0		1		0	0																						北海道		<b>病院</b>
	_	0	0	0 (		0		┡	┡	+	+	4	0	$\dashv$	$\dashv$	$\rightarrow$	0	_	+	+	C	_	_	0				-	0	0		0		0	$\rightarrow$	0	Щ	$\dashv$	$\dashv$	Щ	$\dashv$	+	+	北海道		AR
$\vdash$	0	+	+	+		0		⊢	⊢	+	+	+	+		0	0	0	_	0 (	0	C	0	+	0			0	$\vdash$	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	+	+	北海道	_	表於 表於
- 1	+	+	+	+	+	0		$\vdash$	$\vdash$	+	+	+	+	$\dashv$	-	$\dashv$	$\dashv$	0	-	+	+	+	+	۲	1	+	0	$\vdash$	$\vdash$		Н		Н	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	-	$\dashv$	0	$\dashv$	+	+	232	_	#IR
				士	I								1	$\Box$			1	0									0													0				2.92		病院
1	0 (	0	0	_	4	0			L	$\perp$	$\perp$	_	0	0	$\rightarrow$	_	0	0	_	(	0		$\perp$	0	_	_	_	0	0			0				_		_	0		_	_	_	北海道		#IR
$\vdash$	+	+	+	+	+	$\dashv$		⊢	⊢	+	+	+	+	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	+	+	+	+	+	+	0	0	+	0	$\vdash$	$\vdash$		Н	Н	Н	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	0	$\dashv$	$\dashv$	+	+	+	北海道	_	#R
$\vdash$	+	+	+	+	+	$\dashv$		$\vdash$	$\vdash$	+	+	+	+	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	+	+	0	0	+	0			+	$\vdash$	$\vdash$		Н		Н	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	+	+	282	_	AIR
	士	士		士	士	$\neg$				$\top$		$\top$	士	士	$\Box$	$\Box$	士	0	士	T			$\top$	$\top$	$\top$		0											$\Box$		0				北海道		<b>病院</b>
I	0	0	0	$\perp$	$\perp$	0			L	$\perp$	$\perp$		0	0	$\Box$	$\dashv$	0	0	$\perp$	(	0		$\perp$	0		$\perp$	$\perp$	0	0			0			$\Box$	$\Box$		$\Box$	0		$\perp$	_	$\perp$	北海道		<b>条</b> 院
$\vdash$	0	+	+	+	+	0		$\vdash$	⊢	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0 (	_	0	0	+	0			0	_	0	0	0	0	0	0	0	0	0	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	+	+	191	_	Alk Alk
$\vdash$	-	+	+	+	+	0		$\vdash$	$\vdash$	+	+	+	+	$\dashv$	0	-	-	_	_	0 0	_	-	+	0			-	$\vdash$	-	0	0	0	0	0	-	0	-	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	+	+	232	_	AIR
	$\top$	$\top$	$\top$	$\top$	$\top$	$\dashv$		$\vdash$	T	$\top$	$\top$	$\top$	$\top$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\top$	$\top$	+	0	0	+	$\top$	+	$\top$	$\top$	$\vdash$	T		Н	П	П		$\dashv$	$\neg$	$\Box$	$\dashv$	$\neg$	$\Box$	$\top$	$\top$	$\top$	北海道	_	AR
I	$\perp$	$\perp$	$\perp$	$\perp$	$\bot$	$\Box$			Г	$\perp$	$\perp$	$\perp$	$\bot$	$\Box$	$\Box$	$\Box$	$\Box$	$\perp$	$\perp$	$\perp$	$\perp$	$\perp$	$\perp$	0			$\perp$						П		$\Box$	$\Box$	$\Box$	$\Box$	$\Box$		$\Box$	_	$\perp$	北海道		<b>南</b> 院
$\mathbb{H}$	- 1	0	0	0 (	_	0		⊢	┡	+	+	+	+	$\dashv$	_	$\dashv$	0	_	_	0	C	0	+	0		_	+	⊢	-		Н		Н		$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	_	$\dashv$	$\dashv$	-	+	+	2,92	_	#IR
$\mathbb{H}$	0	+	+	+		0		$\vdash$	⊢	+	+	+	+		0	0	0	_	0 (	0	C	0	+	0		_	0	$\vdash$	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	$\dashv$	$\dashv$	+	+	+	北海道	_	病院 病院
		+	+	+	+	-		$\vdash$	t	+	+	+	$\dashv$	$\dashv$	_		_		+	+		1	+	0			Ť	0	Ť	_	_	_	_	-	_	-	-	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	+	+	2.92		#IR
İ	(	0	0	0 (	0					I	$\perp$	#	$\Rightarrow$	コ	$\sqsupset$	$\sqsupset$	コ	#	#	$\perp$	T	$\perp$	$\perp$	0			$\perp$		0	0	0	0	0					$\Box$	$\Box$		$\rightrightarrows$	#	$\mp$	北海道		病院
	4	4	-	+	4	_			$\vdash$	+	$\perp$	4	$\perp$	$\dashv$	_	$\dashv$	$\dashv$	_		0	_	+	$\perp$		1	_	_						$\square$		$\Box$	_	$\square$	_	_	$\square$	$\dashv$	4	-	北海道		AIX
+	-	0	0	0 (	0	$\dashv$		$\vdash$	+	+	+	+	+	+	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	- 1	0 (	0 (	)	+	+	0	0	+	+	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	Н	Н	$\vdash$	$\vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash \vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash \vdash$	$\dashv$	+	+	北海道		<b>東</b> 院
	+	-		<del>-   '</del>	-	$\dashv$		$\vdash$	$\vdash$	+	+	+	+	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$		0 0	0	+	+	+	+	+	+	+	$\vdash$	$\vdash$		H	H	Н	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash \vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash \vdash$	$\dashv$	+	+	232		an an
		ightharpoons		$\perp$	$\perp$					I	$\perp$	I	$\Box$	$\Box$		$\Box$	$\Box$			$\perp$				0	0		0															$\Box$		北海道		#IR
	$\perp$	4	$\perp$	$\perp$	4	_			L	4	$\perp$	4	$\perp$	$\perp$	_	$\dashv$	$\perp$	0	$\perp$	$\perp$	$\perp$	+	$\perp$	$\perp$	$\perp$	$\perp$	0				Ш		Ш		$\Box$	_	$\Box$	$\dashv$	_	0	$\perp$	4	$\perp$	北海道		病院
+	-	0	0	0 (	0	-		$\vdash$	+	+	+	+	+	+	$\dashv$	+	+	- 1	0 (	0 (	)	+	+	0			+	$\vdash$	0	0	0	0	0	$\vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	+	+	+	北海道		<b>用放</b>
+					0	-		$\vdash$	t	+	+	+	+	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	$\dashv$	+	+	+	O	+	+	0			+	$\vdash$	0	0		0	0	$\vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	+	+	292		
	$\Box$	$\perp$	$\Box$	$\perp$						I	工	1	$\Box$	$\Box$		$\Box$	$\Box$	-	0 (	0 (	)		$\perp$	0																		$\perp$		北海道		alt
	Т	Τ		$\perp$	$\perp$					$\perp$			$\perp$				$\Box$		$\perp$									0																北海道		

2022年1月24日作成、2022年4月13日更新 看護艇の特定行為に係る指定研修機関連絡会事務局 1

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 (院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

## <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

## 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		次医療計画 24~2029)		第9次医療 (2030~20			次医療記 36~204	
新型										
コロ ナ対	政府において対応の とりまとめ(6月)		とりまとめ結	課を踏まえた対応	Շ					
応										
地域医療	地域医療構想	(~2025)								
構想	SO-VELLY IN	( 2023)								
外 医療・かっ	外来機能報告 の実施準備 (~9月頃) 報告の実施・ 集計 (~12月頃) 地域の経難の場での協 議・紹介受験権人経療 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	i(第8次医療記	計画)	外来 <u>医療</u> (第 9 次 <u>医</u> 療			来医療計 )次医療記	
りつけ医機能	かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方に かかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的				検討	は果を踏まえ ・	た対応			
医師の働	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問	でである。	(B)水準 : 実態調	査等を踏まえた	:段階的#	は見直しの検	討	2035年度 目途に解消		
き方改革	実態調査を踏まえ、都首府県が圏域単位で地域医療への提供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	を検証し、	(C) 水準 : 研修及	び医療の質の評	価ととも	ちに中長期的	に検証			

令和4年度第1回 医療政策研修会 第1回地域医療構想アドバイザー会議 2022-9-15 (厚生労働省)

## 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とト、モノの配置) 派遣等による医師確保 現在 2040年 ICT等の活用による負担軽減 かかりつけ医が役割を発 揮できる適切なオンライン 診療等医療アクセス確保 都市部集中 地域医療連携専門 ◆医療資源の分散・偏在 コンサルテーション ⇒都市部での類似の医療機能を持つ医療 有する医師の確保 機関の林立により医療資源の活用が非 効率に どこにいても必要な医療を最適な形で ⇒医師の少ない地域での医療提供量の不 足・医師の過剰な負担 限られた医療資源の配置の最適化(医療従事者、病床、医療機器)

## 医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ

⇒医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に

かかりつけ医が役割を発揮するための医療情報ネットワークの整備による、地域医療連携や適切なオンライン診療の実施

- 人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
- 医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
- 業務の移管や共同化(タスク・シフティング、タスク・シェアリング)の浸透

## 2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

2025年までに

差手すべきこと

◆疲弊した医療現場は医療安全への不安

にも直結

現在

#### 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)

2040年

- ③<a>医師偏在対策</a>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ブライマリ・ケアへの対応

## 167

## 「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』

【2025 (平成37) 年の 【足下の病床機能】 病床必要量】 (平成27年7月現在) 計133.1万床 計119.1万床(※) 高度急性期 高度急性期 16.9万床 13.1万床 約3割 (14%)(11%)縮減 急性期 40.1万床 急性期 (34%)59.3万床 (48%)約3倍 回復期 に拡充 37.5万床 (31%)回復期 12.9万床 (10%)約2割 縮減 慢性期 慢性期 28.4万床 35.4万床 (24%)(28%)-----------介護施設、 休眠等 介護施設、 在宅医療等 8.7万床 在宅医療等 に転換 約30万人

> ※ 内閣官房推計(平成27年6月)の合計 114.8~119.1万株の範囲内

## 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。





#### C病院は、

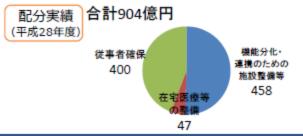
- 手術の件数は少ない
- リハビリの実施件数は他院と同等

## 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。



## 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。

## 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

## 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

## 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

和生

- \* 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

出典:令和4年度第2回医療政策研修会第2回地域医療構想アドバイザー会議 令和5年1月20日

## 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

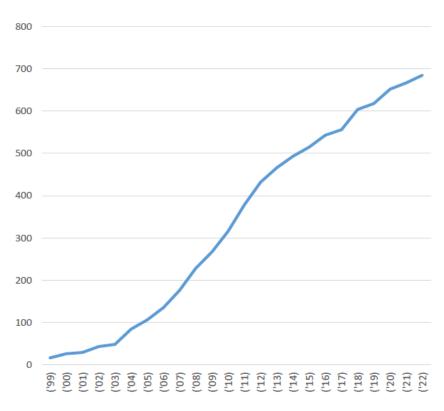
- 開設主体:原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること。具体的には、次のいずれかの場合に該当すること。
  - ア)紹介率が80%以上であること
  - イ)紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率が40%以上であること
  - ウ)紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有するこ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

## 地域医療支援病院の推移

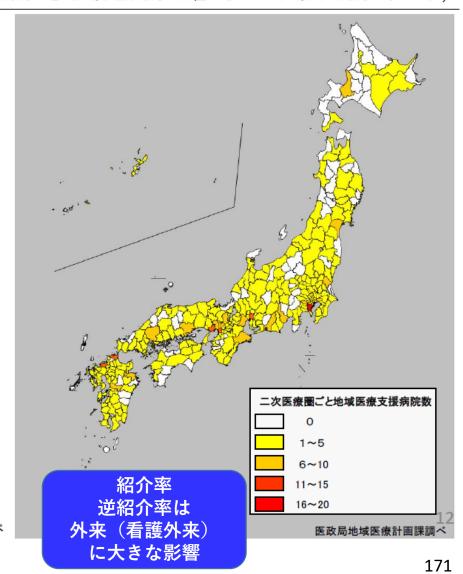
- 地域医療支援病院は増加傾向にあり、平成4年9月1日時点で685病院に達した。
- 地域医療支援病院の所在しない二次医療圏は全335医療圏のうち79医療圏ある。

(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



厚生労働省 第19回第8次医療計画等に関する検討会 2022-11-24

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

- 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。

都道府県

m m m

H1 100

#### 【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
- 〇紹介・逆紹介の状況
- 〇紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- 〇その他、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、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、 紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
  - (※)紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。

## 

国民への周知・啓発

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



紹介

逆紹介

紹介率 逆紹介率は 外来(看護外来) に大きな影響

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

## 診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)

中医協 総一4 5 24

位置療法 けの

## 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

-般病棟入院基本料

575,751床(▲4,036床)

## 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

精神科救急急性期医療入院料

173施設 10,875床 ※R4新設

#### 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2 入院料3

入院料1 入院料4 79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 2

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

ICU 1

#### ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1:643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)

管理料1 管理料2 管理料3 管理料4 管理料5 小児入院 81施設 181施設 80施設 387施設 167施設 医療管理料 5,373床 5,990床 1.876床 8.026床

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)

(▲63床) (▲318床) (▲154床)(▲160床)

4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

ICU 4

**)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)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

## 療養病棟入院基本料

205,673床(+101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 440床 62,056床 10,371床 14,570床 2,666床 1,191床 (+369)(+2,675)(**A**973) (+150)(**A**748) ( 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 40,182床 46,819床 982床 1,313床 ( 1,344)(+3,457)( ▲ 326 )(**▲**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 7,958床 424床 (▲77床) (+192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)

## 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 (かっこ内は前年比較)

有床診療所(療養)392施設3,838床(▲1,355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)

地域移行機能強化病棟入院料 27施設1,129床 (▲207床)

精神療養病棟入院料

808施設 88,399床 (▲1,312)

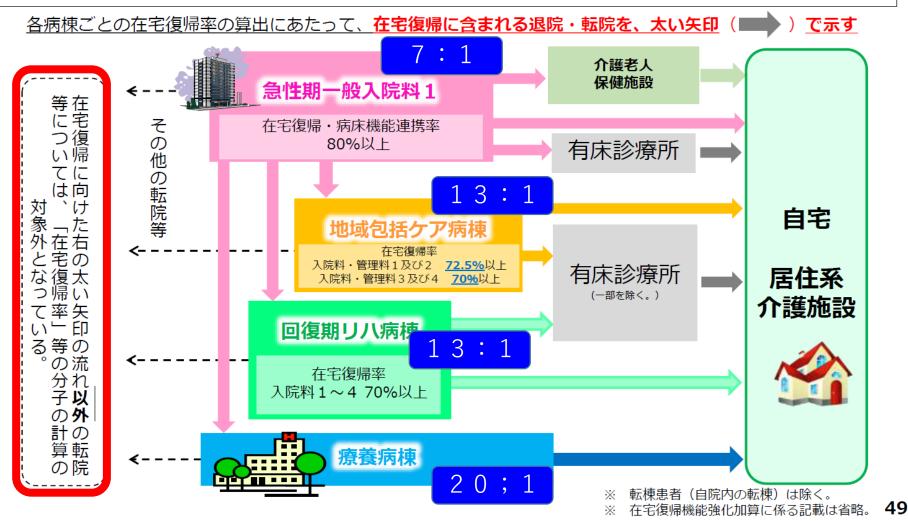
48

有床診療所 (一般)

## 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

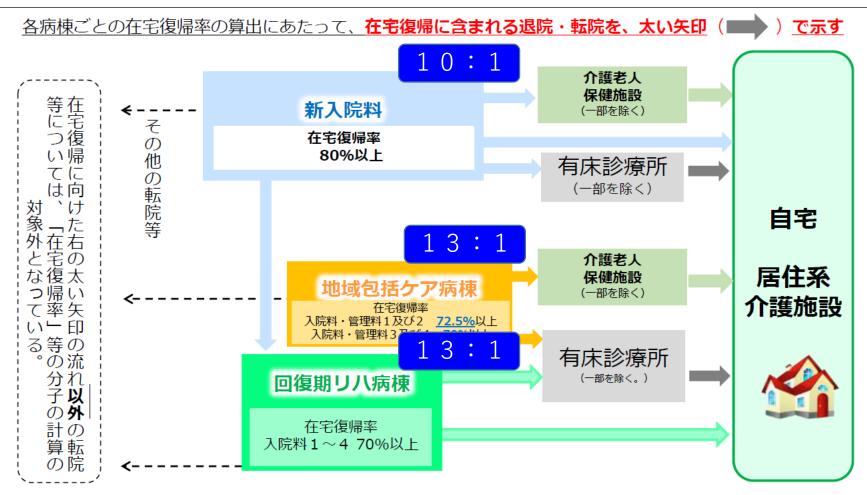
## 入院医療の評価体系と期待される機能

○ 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。



## 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。



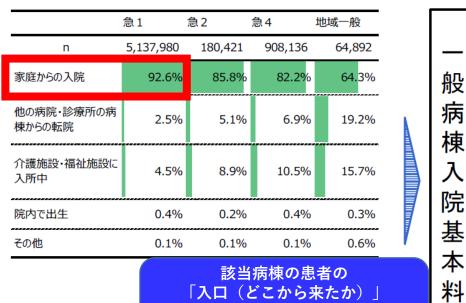
## 急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較(イメージ)

	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。	<ul><li>① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。</li><li>② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ</li><li>③ 在宅復帰支援</li></ul>
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> <li>「A3点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が20%以上</li> <li>「A2点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が27%以上</li> </ul>	<ul> <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>	・ 「A1点以上又はC1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ST1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)

## 一般病棟における患者の流れ

入

本



急1 急2 急4 地域一般 5,137,980 64,892 n 180,421 908,136 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 1.7% 2.8% 2.6% 3.3% に入所 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%

## 「出口(どこへ行くか)| の傾向を理解することは重要

## 一般病棟の入院患者のうち救急搬送により入院した患者の割合等

	7,277	171 - 2 7 1707D, H -	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	777 1770 0 7 0 7	, д •• д, д •;	
		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
	相加平均	20.2%	21.1%	22.8%	20.2%	14.6%
実入院患者数のう	加重平均	18.4%	19.9%	22.2%	20.9%	16.0%
ち、救急搬送され	25%tile	12.9%	13.4%	13.1%	9.4%	2.5%
入院した割合	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)

	【 <b>八作 76】</b> (ロー15,457)	
<b></b>	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
自宅	自宅(在宅医療の提供なし)	68.1%
	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%
介護施設等	特別養護老人ホーム	1.5%
711211211	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%
AH PI	他院の一般病床	3.1%
他院	他院の一般病床以外	0.7%
	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	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 期

## 【退棟先】(n=7,109)

	(11 1,100)	
<b>6 6</b>	自宅(在宅医療の提供あり)	7.6%
自宅	自宅(在宅医療の提供なし)	64.6%
•	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%
介護施設等	特別養護老人ホーム	1.4%
月夜旭欧寺	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	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	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%

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)

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

43

178

## 地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入一1 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)

	(I)(I)(I) = , 00	
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%
介護施設等	等 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	他院の一般病床	17.3%
	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%
	de State and Late and D. D. State at a deal of	
	届け出ている病床	0.070
自院	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	0.4%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.1%
特別の関係にある医療機関		0.5%
有床診療所		0.0%
その他		0.1%

## 【退棟先】(n=805)

_ ·	C 1443 B 2 ( 3 3 3	,
自宅	自宅(在宅医療の提供あり) 自宅(在宅医療の提供なし)	11.1% 48.2%
	a otherwise and	10.270
· •	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%
介護施設等	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	6.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グ ループホーム、サービス付高齢者向け 住宅等)	2.9%
	障害者支援施設	0.2%
	他院の一般病床(地域一般、回リハ、 地ケア以外)	3.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出 ている病床	0.5%
他院	他院の地域包括ケア病棟入院料、回 復期リハビリテーション病棟入院料を 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%
	他院の精神病床	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料を届け出 ている病床	0.1%
自院	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)	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		0.1%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.0%
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

域

包

括

ケ

ア

病

棟

病

室

自学	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%	
III *E	自宅(在宅医療の提供なし)	25.4%	
	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%	
介護施設等	特別養護老人ホーム	2.9%	
71 BEIGHT 47	経費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%	
	その他の居住系介護施設(認知症グ ルーブホーム、サービス付高齢者向 け住宅等)	1.7%	1
	障害者支援施設	0.3%	A
他除	他院の一般病床	12.0%	
TIS IPC	他院の一般病床以外	1.5%	B
	自院の一般病床(地域一般、回リ ハ、地ケア以外)	40.8%	
	自院の地域一般入院基本料を届け 出ている病床	0.9%	
自院	自院の地域包括ケア病様入院料、回 復期リハビリテーション病様入院料 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%	1
	自院の精神病床	0.0%	ľ
	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		1.1%	

【入棟元】(n=2.115)

【退棟先】(n=546) 自宅(在宅医療の提供なし **5**0.4% 个護老人保健施設 4.6% 0.4% 護医療院 0.2% ↑護療養型医療施設 特別養護老人ホーム 4.8% 4.6% 2.7% レープホーム、サービス付高齢者に け住宅等) 0.2% 隨寒老支援施設 3.5% 0.2% 1.8% 1.6% 0.2% 他院の精神病床 0.0% 1.3% 0.2% 1.1% 復期リハビリテーション病棟入院料 0.0% 0.0% 自院のその他の病体 0.0% 0.0% 有床診療所(上記以外) 0.4% 死亡退院 4.9% 0.0% 5.9%

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)

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

34

地

域

包

括

ケ

ア

病

棟

病

室

## 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。

回

復

期

病

棟

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%
介護施設等	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%
IBPT	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%
<b>.</b>	目院の地域一般人院基本料を届け出ている病床	0.8%
自院	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%

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)	<b>52</b> .9%
•	71 BXでハドBENGDX	0.070
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
介護施設等	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	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病 棟入院料を届け出ている病床	0.6%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.3%
	他院の精神病床	1.3%
	他院のその他の病床	0.0%
	自院の一般病床(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	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%

【退棟先】(n=527)

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)

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

99

180

# 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)
----------------

	<b>Ly (                                     </b>	
<b></b>	自宅(在宅医療の提供あり)	2.5%
自宅	自宅(在宅医療の提供なし)	5.7%
	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%
介護施設等	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%
他死	他院の一般病床以外	7.7%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	13.5%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	6.0%
自院	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%
日阮	自院の療養病床(回リハ、地ケア病床以外)	1.6%
	自院の精神病床	1.0%
	自院のその他の病床	1.5%
有床診療所		0.0%
その他		該当病

棟

療

養

病

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

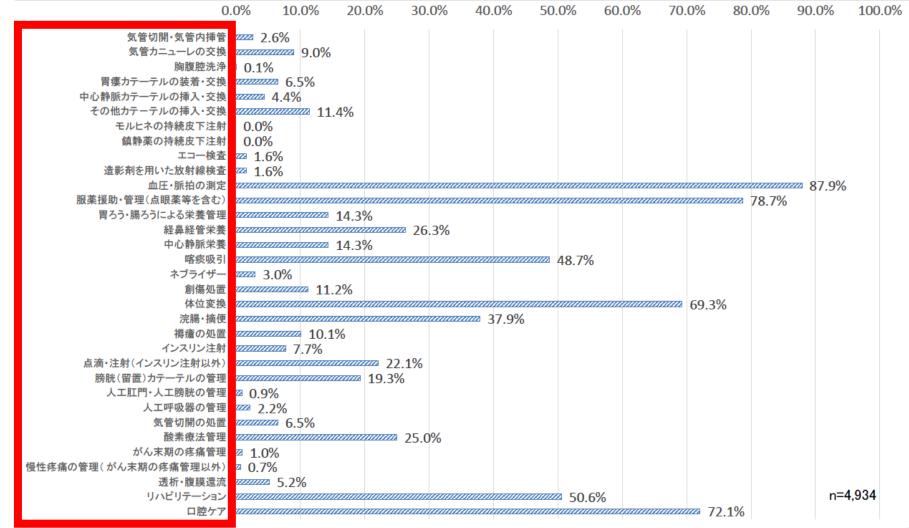
【退棟先】(n=570)

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%
介護施設等	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%
	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	5.1%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
AL DO	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	他院の療養病床(回リハ、地ケア病床以外)	0.5%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	1.1%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
自院	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%
日阮	自院の療養病床(回リハ、地ケア病床以外)	1.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.7%
有床診療所(介	<b>後サービス提供医療機関</b> )	0.0%
有庆於療所(上	(FCLML)	0.0%
死亡退院		61.2%
その他		0.2%

181

# 療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

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



出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

# 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<sup>※1</sup>)

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

算定日数

制限無し

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

認知症以外の精神疾患

#### (※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)

- 気管力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

#### 汪)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

在宝成分学養経管学養法指道管理

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

在宇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

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 (院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算(療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ・第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

# 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
,	<b>予算編成</b> 大臣折衝 (12月20 日)	1月12日 中医協諮問		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 届	出期間(5月	6月1日施行 (材料価格の 改定を含む) 32日~6月3	初回請求	定例報告	
									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
<b>予算編成</b> 大臣折衝	1月中旬 中医協諮問		3月上旬 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布 届出期間(	4月1日施行 4月1日~4月	初回請求		定例報告		
								主な経過措	置

# 見極める「単語」

●評価する:プラスのイメージ 新設項目 点数の引き上げ 算定対象の拡大

●見直す:マイナスイメージ 点数の引き下げ 要件(ハードル)の引き上げ

●要件化・明確化 要件(ハードル)の厳格化

MDRPU スキン-テア とも密接に関連

# 身体的拘束を最小化する取組の強化(入院料通用の成化)

### 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、<u>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</u>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<u>記録しなければならない</u>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用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (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<u>指針を作成</u>し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、<u>定期的に当該指針の見直しを行う</u>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、<u>精神科病院</u>(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) <u>における身体</u> 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。

#### 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用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (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。

# 介護施設(介護報酬)と医療機関(病院・クリニック)と在宅のざっくり比較

◆介護報酬 身体拘束**廃止**未実施減算

2006年~

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

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

2024年~

◆訪問看護 身体的拘束**原則禁止** 

2024年~

ー減算規定はない (指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準)

# <私見>

- ●介護は、療養・生活の場なので「**廃止**」
- ●医療は、治療の場なので「最小化」
- ●病院の機能でも、「最小化」の目標・意味合いが変わる 一高度急性期、急性期、回復期、慢性期

# 【入院料通則(身体的拘束の最小化)】

- 問 25 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるのか。
  - (答)入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(令和6年3月5日保医発第0305第5号)」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものであること。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その7)」(平成19年4月20日事務連絡)別添1の問33及び「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成24年3月30日事務連絡)別添1の問22は廃止する。

# 【入院料通則

# 身体的拘束については

問 25 入院基<mark>: 過去最高の診療報酬上の配慮がされている</mark>。

間数は、当

●身体的拘束最小化チームに係る業務

策委員会、

間以外の漏

●職員研修

研修を行うについては、病棟勤務とみなす!

員の勤務時 り、休憩時 感染防止対 ための職員 化チームに

係る業務時

(答)入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(令和6年3月5日保医発第0305第5号)」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものであること。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その7)」(平成19年4月20日事務連絡)別添1の問33及び「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成24年3月30日事務連絡)別添1の問22は廃止する。

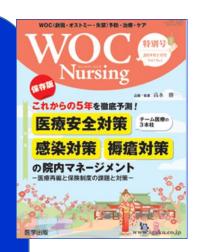


# <研修、労働基準>研修時間をどう確保するか?

ここ数年, 医療機関での, 医師や看護師の時間外 手当などの未払問題が頻繁にニュースでも取り上 げられています。医療機関は, 企業とは異なり特殊 な環境にあり、とくに医師は「応召義務」で診察を 断れない縛りがあるなかで、「業務」なのか「自己 研鑽」なのかを軸としてさまざまな議論がされて

# 大原則

●就業時間内での研修の時間は、病棟の看護体制から差し引く! (あまり多いと看護体制が維持できない)



●時間外で研修をするときは、時間外手当を出さ なきてはならない!

研修が増えると、時間的にも費用的にも 就業者や病院経営に負荷がかかる! 2024.04.05(金) 19:00~20:00 2024.04.17(水) 12:00~2024.06.28(金) 12:00 2024.05.27(月) 12:00~2024.06.28(金) 12:00



アルケア身体抑制低減活動(3回シリーズ)

<第一回>4月5日(金)ZOOMを使用したLIVE配信

調査研究からみる身体的拘束最小化チームのヒント

演者:横浜市立大学医学部看護学科 老年看護学領域 教授

講演1身体的拘束最小化を考える上でのキホン

看護師、保健師、介護支援専門員 叶谷 由佳 先生

講演2 身体的拘束最小化に向けた活動のヒント

見逃し配信(オンデマンド):4月17日(水)~5月8日(水)

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

講演:「身体的拘束」・「タスクシフト」に関わる診療報酬・介護報酬の

演者: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

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



# ご案内

#### セミナー概要

アルケア社は2019年より「身体抑制低減活動」としてセミナーなどを開催してまいりました。今回 の改定に際しみなさまのご要望にお応えして、「身体的拘束」に関して「制度」と「学問(理論)」の両 軸で3回シリーズでのセミナーを緊急企画しました。

2024年度の診療報酬改定で「身体的拘束の最小化」が入院基本料に「減算(40点)」の形で組み込 まれることになり、「急性期看護補助体制加算」「認知症ケア加算」「看護補助体制充実加算」等で も運用が改定されます。在宅では訪問看護に「身体的拘束等の原則禁止」が明文化されます。これ ら「身体的拘束」については、2006年のW改定時に介護報酬で「身体的拘束廃止未実施減算」で新 設され、算定方法の改定を経て、今回の改定では「ショートステイ」等にも拡大されるという経緯 であり、医療と介護の一貫した取り組みとなります。2002年の「入院診療計画」「褥瘡対策」「感染 対策」「医療安全体制」の4大減算以来、22年ぶりの「減算」規定に慌てることなく、専門家の「学問 (理論)」を取り入れながら、6月1日の施行にむけて「制度」と「学問(理論)」の理解と準備を進めて いただければと思います。

第一回(4月5日(金))は、配信当日段階での情報をもとに、「入院基本料」「認知症ケア加算」「身体 的拘束廃止未実施減算」等の「身体的拘束」に関わる診療報酬、介護報酬等での規定の解説と、併 せて主たる各種チーム医療・タスクシフトについても概要を解説します。

第二回(4月17日(水)~)は、専門のお二人の先生から、「調査研究からみる身体的拘束最小化チ ームのヒント」として、理論面、実践面から講義いただきます。

第三回(5月27日(金)~)は、診療報酬改定、介護報酬改定等の、疑義解釈も出そろった段階で、 実運用を解説いたします。

看護管理者、認知症看護認定看護師、医療安全管理者、身体的拘束最小化チーム等、身体的拘束 に関係するみなさまのご参加をお待ちいたします。

\*1回お申込いただくとすべての配信に関するご案内を受け取ることができますが、各回配信期間 が決まっておりますので、配信期間終了に間に合うように申込をお願いします。

内容

演者: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 南崎 眞綾 先生

概要

<第三回>5月27日(月)~6月28日(金)

<第二回>4月17日(水)~6月28日(金)

保存版!身体的拘束・認知症にかかわる診療報酬・介護報酬改定20 24

演者:アルケア株式会社 高水 勝

定員

3.000名(先着順)

対象

看護部長、副看護部長、看護師長、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等

視聴環境

視聴環境:スマートフォン、PCからのWEBアクセス(第1回のみZOO M使用)

費用

無料

最終申込締め切り

6月28日(水)11:00

※1回お申込いただくとすべての配信に関するご案内を受け取るこ とができますが、各回配信期間が決まっておりますので、配信期間 終了に間に合うように申込をお願いします。

https://www.nurse-star.jp/seminar/detail023526/

# ◆ストーマ合併症加算

#### ●施設基準

第57の2の4の2ストーマ合併症加算

- 1 ストーマ合併症加算に関する施設基準
- (1)関係学会から示されている指針等に基づき、当該処置が適切に実施されていること。
- (2)排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師が配置されていること。
- 2 届出に関する事項
- ストーマ合併症加算に係る届出は、別添2の様式49の10を用いること。

#### ●通則

- **J043-3 ストーマ処置(1日につき)**
- 1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合 70点
- 2 ストーマを 2 個以上もつ患者に対して行った場合 120点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対して算定する。
- 2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行ったストーマ処置の費用は算定しない。
- 3 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。
- 4 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、ストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を 行った場合は、ストーマ合併症加算として、65点を加算する。
- (→高水補足:合併症加算は、月に一度とかではなく、毎回算定できます。)
- (→高水補足:管理料などでないので、カルテへの医師の診断と記載は必要だと思います。)
- (→高水補足:ハイリスクの専従のWOCでも、ストーマの範疇なので算定できると思います。「専任」の規定もないから・・・)

#### ●留意事項

- J 0 4 3 3 ストーマ処置
- (1)ストーマ処置は、消化器ストーマ又は尿路ストーマに対して行った場合に算定する。
- (2)ストーマ処置には、装具の交換の費用は含まれるが、装具の費用は含まない。
- (3)「C109」に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を 除く。)については、ストーマ処置の費用は算定できない。
- (4)「注4」に規定する加算は、以下のストーマ合併症のいずれかを有し、かつ、<mark>ストーマ合併症の重症度分類グレード2以上の患者</mark>である場合に算定する。

ア 傍ストーマヘルニア

- イストーマ脱出
- ウストーマ腫瘤
- エストーマ部瘻孔
- オストーマ静脈瘤
- カストーマ周囲肉芽腫
- キストーマ周囲難治性潰瘍等
- ●疑義解釈 (その1)

【ストーマ処置(ストーマ合併症加算)】

問211 「J043-3」ストーマ処置の注4に規定するストーマ合併症加算の施設基準において求める常勤の看護師の「排泄ケア関連領域における適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

- (答) 現時点では、以下の研修が該当する。
- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ② 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会「ストーマリハビリテーション講習会」

# 「J043-3 ストーマ処置」ストーマ処置の合併症加算 【ストーマ合併症を有する場合】

ストーマ1個:135点 ストーマ2個:185点

### 技術の概要

ストーマ合併症を有する患者のストーマ処置に65点を加算

現行

入院中以外のストーマをもつ患者に対し、 ストーマ処置を行った場合に算定(ストーマ 合併症の有無、難易度は問わない)

ストーマ1個の場合 : 70点

ストーマ2個以上の場合:120点

改正後

入院中以外のストーマをもち、ストーマ合併症 を有する患者に対し、ストーマ処置を行った 場合に<mark>65点を加算</mark>

ストーマ1個の場合 : 135点 ストーマ2個以上の場合: 185点

※ストーマ合併症がない場合は現行通りの算定点数とする

対象

以下のストーマ合併症を有し、 かつストーマ合併症の重症度分類<sup>2)</sup> グレード2以上の患者





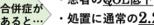


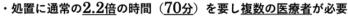


- ストーマ脱出
- ストーマ腫瘤
- ストーマ部瘻孔
- ストーマ静脈瘤
- ストーマ周囲肉芽腫
- ストーマ周囲難治性潰瘍等

# 根拠と有用性







- ■ストーマ専門の看護師による介入群は、対照群と比較して3)
  - ・ストーマ合併症発生率が有意に低く(p<0.05)、合併症を軽減する
  - ・不安尺度(SAS) および抑うつ尺度(SDS) が有意に低い(p<0.05)</li>
  - ・QOLは有意に高い(p<0.05)
  - ・看護満足度が有意に高い(p<0.05)
- ■ストーマケアに熟練した看護師が的確なアセスメントとケア および生活指導を行うことで、ストーマ合併症の早期改善と 重症化予防、予定外の外来受診・入院や手術に至るケース の低減、患者の身体的・精神的・経済的負担の軽減になる



#### <引用文献>

1) Huayun Liu, et al. (2021). The Quality of Life of Patients with Colorectal Cancer and a Stoma in China: A Quantitative Cross-sectional Study. ADVANCES IN SKIN & WOUND CARE, 34, 302

2) 高橋 賢一他 (2019) : 消化管ストーマ早期合併症の重症度に関する多施設共同研究日本スト2235・排泄会誌:35 (2) 4-15.

3) Wei G, et al. (2019). Continuous nursing reduces postoperative complications and improves quality of life of patients after enterostomies, Int J Clin Exp Med, 12(5), 5895-5901.

これは、JSSCRから提出されたストーマ合併症加算の要望の要点スライドです。 要望案なので、点数の算定方法等は最終決着と異なりますが、重症度分類については、 引用文献が記載されています。 消化管ストーマ早期合併症の重症度に関する多施設共同研究

[原著]

消化管ストーマ早期合併症の重症度に関する多施設共同研究

東北労災病院大腸肛門外科

高橋 賢一、羽根田 祥

東京女子医科大学消化器・一般外科

板橋 道朗

東邦大学医学部外科学講座一般・消化器外科学分野

船橋 公彦

久留米大学医学部外科学講座

赤木 由人

東京オストミーセンター

大村 裕子

若葉オストミーセンター

小林 和世

東京医科大学八王子医療センター泌尿器科

相澤 卓

産業医科大学病院看護部

山田 陽子

[索引用語:消化管ストーマ、ストーマ早期合併症、重症度分類]

#### 要旨

本邦における消化管ストーマ早期合併症の発生率と重症度を明らかにするため全国多施設共同研究を実施した。2014年1月から12月までの1年間で消化管ストーマ造設後にストーマ早期合併症が認められた症例を調査対象とした。50施設の2,502例のストーマ造設例中、365例(14.6%)のストーマ早期合併症が認められた。粘膜皮膚離開が224例と最も多く、次が壊死で116例であった。重症度の分布を検討すると、Grade 1が163例、Grade 2が147例、Grade 3が42例、Grade 4が1例であった。重症度の高い群ではストーマサイトマーキング施行率が低く、緊急手術が多く、術後在院日数が長かった。

2019年3月18日受理/別刷請求連絡先:高橋 賢一 〒981-8563 宮城県仙台市青葉区台原4丁目3-21 東北労災病院大腸肛門外科

TEL: 022-275-1111

-4-



#### 3. これまでの業績論文

①船橋公彦, 板橋道朗, 赤木由人ほか:全国アンケート調査からみた下部 直腸がんに対する括約筋間切除術の術後排便障害の発生の現状と問題点 日本消化器外科学会雑誌. 52巻 10号 551-563, 2019; 論文PDF で

②高橋 賢一, 羽根田 祥, 板橋 道朗ほか: 消化管ストーマ早期合併症の重症度に関する多施設共同研究 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌35 巻2 号4-15, 2019 論文PDF 7

③板橋 道朗, 小林 和世, 船橋 公彦ほか後の変化 日本ストーマ・排泄リハビ!34, 2015 論文PDF 1

トーマサイトマーキング収載 -ション学会誌 31巻2号 29-

④相沢 卓, 赤木 由人, 板橋 道朗ほか:施設を対象とした尿失禁の治療・指導報告 日本ストーマ・排泄リハビリ

泌尿器科学会専門医基幹教育 アンケートによる実態調査の ヨン学会誌 31巻2号 Page5-

9, 2015 論文PDF 📆



# 「J043-3 ストーマ処置 4ストーマ合併症加算」に関するお知らせ

令和 6 年度診療報酬改定において、「J043-3 ストーマ処置料」の加算として「4ストーマ合併症加算 65 点」が 6 月から算定可能になります。本加算の算定要件として、「関連学会から示されている指針に基づき・・・」と記載されています。本加算申請時の経緯から、この「関連学会から示されている指針」とは、「日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会/日本大腸肛門学会編:消化管ストーマ関連合併症の予防と治療・ケアの手引き.金原出版、東京、2018<sup>2</sup>」(以下、本書籍)に記載されている内容を意味するものと思われます。しかしながら、本書籍自体は、ストーマ合併症加算の算定を目的として作成されたものではございませんので、現在、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会と関連学会が共同で、本加算を算定する際に基づくべき指針を作成中です。その指針が完成するまでは、暫定的な対応として、本書籍を参考に算定して頂けると幸いです。

なお、本加算を算定するにあたり、以下に留意事項等をまとめましたのでご参考になさってください。

- ・関連学会の指針
- ・重症度分類グレード2の具体的な意味・例 について、近々学会から発信があるようです・・・

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 理事長 板橋 道朗

## J043-3 ストーマ処置 4ストーマ合併症加算について

#### <ストーマ合併症加算で期待する有用性>

ストーマケアに熟練した看護師が、的確なアセスメントとケアおよび生活指導を行うことで、ストーマ 合併症の早期改善と重症化を予防する。また、予定外の外来受診・入院が手術に至るケースの低減、患者 の身体的・精神的・経済的負担を軽減する。

#### <ストーマ合併症加算の算定対象者>

#### J043-3 ストーマ処置

- (1) ストーマ処置、消化器ストーマ又は尿路ストーマに対して行った場合算定する。
- (2) ストーマ処置には、装具交換の費用は含まれるが、装具費用は含まれない
- (3)「C109」に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く)については、ストーマ処置の費用は算定できない。
- (4)「注4」に規定する加算は、以下のストーマ合併症を有し、かつ、ストーマ合併症の重症度分類 グレート2以上の患者である場合に算定する。
- ア 傍ストーマヘルニア
- イ ストーマ脱出
- ウ ストーマ腫瘤
- エ ストーマ部瘻孔
- オ ストーマ静脈瘤
- カ ストーマ周囲肉芽腫
- キ ストーマ周囲難治性潰瘍等

- ・関連学会の指針
- ・重症度分類グレード2の具体的な意味・例 について、近々学会から発信があるようです・・・

# <ストーマ合併症の重症度分類>

以下のグレードの原則を参考に判断する(ストーマ合併症の重症度分類(尿路ストーマを含む)。

# 消化管ストーマ合併症の重症度分類案

グレード	į į	各グレードの原則
グレード1	軽症	ストーマケア方法の大きな変更を要さない
グレード2	中等度	ストーマケア方法の変更と外来での施行可
		能な処置で対応可能
グレード3	重症または医学的に重大で	入院あるいは待機的外科的処置を要する
	あるが、直ちに生命を脅か	
	すものではない	
グレード4	生命を脅かす	緊急の外科的処置と要する
グレード5	合併症による死亡	

文献1)2)より改変引用

2

- ・関連学会の指針
- ・重症度分類グレード2の具体的な意味・例 について、近々学会から発信があるようです・・・

### <施設基準>

第57の2の4の2 ストーマ合併症加算

- 1ストーマ合併症加算に関する施設基準
- (1) 関連学会から示されている指針に基づき、当該処置が適切に実施されていること
- (2) 排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護が配置されていること。
- \*「排泄ケア関連領域における適切な研修」とは、以下の研修が該当する。
- ①日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ②日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会「ストーマリハビリテーション講習会」 認定講習会は、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会ホームページでご確認ください。

### <留意事項等>

- 1. ストーマ合併症は、医師による診断および診療記録(カルテ)記載が必要である。
- 2. ストーマ合併症に対し、実施した処置内容を診療記録(カルテ)に記載すること。

## 【文献】

- 1) 高橋 賢一, 舟山 裕士, 西條 文人,他:消化管ストーマ造設と便失禁診療の標準化をめざして,消化 管ストーマ造設術後の合併症の分類と問題点,日本大腸肛門病学会雑誌 64(10),853-859,2011.
- 2) 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会・日本大腸肛門病学会編:消化管ストーマ関連合併症の 予防と治療・ケアの手引き、金原出版、2018.

https://www.jsscr.jp/up/20240521.pdf

・重症度分類グレード2の具体的な意味・例

について、近々学会から発信があるようです・・・

# 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。

/改定内突

- ・「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もに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- ・ 「吁収ナゲ、「哈灰収」ログググル。」(ヒル・ト)」「ヒンケトト、計画が多く、必安反エにのフィーの計画が多くなるでありです。
- 「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 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

Α	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				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)、				
	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)	+81		± n	
/	Ⅱ:緊急に入院を必要とする状態(2日間)	なし	_	あり	_

С	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経皮的心筋焼灼術等の治療、 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

背景1: 2023年8月からMDRPUの日本語名称が、「医療関連機器圧迫創傷 → 「医療関連機器圧迫<mark>褥瘡</mark>」と変わりました。

https://www.jspu.org/medical/mdrpu/

看護必要度では「創傷」で点数をつけられた部分が、「褥瘡」表記に変わることで

看護必要度の点数をつけられないのではないか?との質問がありました。

背景2: そのような背景の中で、2024年の診療報酬改定で看護必要度の運用がかわりました。

看護必要度から「重度褥瘡処置」が外れました。具体的な運用は?との質問がありました。

#### <解説>

●今回の看護必要度の運用がかわりました。

これまでは、看護必要度 I (人間が判断する) の場合は、看護必要度の判断基準の「褥瘡処置」等の定義がありました。 (看護必要度 I の定義はあくまでも看護必要度判定のための定義と運用で、診療報酬の処置点数の定義や運用ではありません) 今回の診療報酬改定で、看護必要度の運用が全面的に変わって

看護必要度 I (人間が判断する)場合であっても、

看護必要度Ⅱ(レセプト請求の項目を、看護必要度にそのまま使う)

と同様に「レセプト電算コード」を使うことになりました。

そのレセプト電算コードから今回「重度褥瘡処置」がなくなりました。

「下肢創傷処置」が加わっています。

スライドの6枚目になります。

よって、今後の看護必要度については、

スライド6枚目のレセプト電算コードの処置をしたか否かで「あり」「なし」が決まります。

●MDRPUについては、もともと世界共通の「国際疾病分類(ICD-10)」にはなく、これまでも、診療報酬上は、便宜的に「重度褥瘡処置」か「創傷処置」で算定していたのが実情です。診療報酬上は、もともと「褥瘡処置」という項目はなく、「重度褥瘡処置」はD3以上になります。よって、D2までのMDRPUや褥瘡は、深さに関係なく「創傷処置」を算定するしかありませんでした。結論としては、MDRPUについても、スライド6枚目にあるどれかの項目で処置をしたか否かで、看護必要度「あり」となるか、「なし」となるかが決まるということになります。

スライド7枚目以降の2022年と比較していただくとよいと思います。

# 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。

/冲中中点

- ・「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
- 「呼吸ケナ (格検収5)のみの場合を除く)」について、評価対象を、必要度単にあいて評価対象とはる診療付局を実施した場合に続っている。
- 「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 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) I: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( <b>10</b> 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経皮的心筋焼灼術等の治療、 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)、②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。115

205

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iに係る評価票

2024 看護必要度 I

				- 1-	(配点)
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)	なし	あり		
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	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 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内限の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑤ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ③ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ③ 抗血栓塞栓薬の特徳、高適の使用、 (値)ドレナージの管理、 ① 無菌治療室での治療)			あり あり あり あり	
7	救急搬送後の入院 (2日間)	なし		あり	
		-			A得点

# A モニタリング及び処置等

1 創傷処置(褥瘡の処置を除く)

### 項目の定義

創傷処置は、創傷の処置として一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価の対象となる診療行為を実施した場合に評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱにおけるコード一覧に掲載されている コードに対応する診療行為のうち創傷処置に該当するものを実施した場合に「あり」 とする。

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票

(	配点	)

Α	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)	なし	あり		
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	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 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理(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)、 ⑤ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、 ① 無菌治療室での治療)			あり あり あり あり	あり あり あり あり
7	緊急に入院を必要とする状態 (2日間)	なし		あり	あり
					A得点

## A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。

ただし、A3「注射薬剤3種類以上の管理」については、一連の入院期間中に初めて該当した日から起算して最大7日目までを評価の対象とし、当該初めて該当した日以降に他の入院料を算定する病棟又は病室に転棟した場合であっても、当該初めて該当した日から起算して7日目以内であるときは評価の対象となる。

また、A7「緊急に入院を必要とする状態」については、入院目においてコードー覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた2日間を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価対象に含める。また、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、評価対象に含めない。

- 2. 内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。
- 3. 手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが 20 番台(投薬)、30番台(注射)、50番(手術)及び54番(麻酔)の薬剤に限り、評価の対象となる。
- 4. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。

# 2024 看護必要度 Ⅱ

別紙7 別表1

#### 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

	※のついたレセプト電算処理システム	ム用コードについては、重症度、医療・看護必要度 I を評価する場合のみに用いること。
重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 1 創傷処置 (褥瘡の処置を除く)	140000610	創傷処置 (100cm2未満)
	140000710	創傷処置 (100cm2以上500cm2未満)
	140000810	創傷処置(500cm2以上3000cm2未満)
	140000910	創傷処置 (3000cm2以上6000cm2未満)
	140001010	創傷処置 (6000cm2以上)
	140062110	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の浅い潰瘍)
	140062210	下肢創傷処置 (足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍)
	140062310	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍)
	140032010	熱傷処置 (100cm2未満)
	140032110	熱傷処置 (100cm2以上500cm2未満)
	140032210	熱傷処置 (500cm2以上3000cm2未満)
	140036510	熱傷処置 (3000cm2以上6000cm2未満)
	140036610	熱傷処置 (6000cm2以上)
	140034830	電撃傷処置(100cm2未満)
	140034930	電撃傷処置(100cm2以上500cm2未満)
	140035030	電撃傷処置(500cm2以上3000cm2未満)
	140035130	電撃傷処置 (3000cm2以上6000cm2未満)
	140035230	電擊傷処置(6000cm2以上)
	140035430	薬傷処置 (100cm2未満)
	140035530	薬傷処置(100cm2以上500cm2未満)
	140035630	薬傷処置(500cm2以上3000cm2未満)
	140035730	薬傷処置 (3000cm2以上6000cm2未満)
	140035830	薬傷処置 (6000cm2以上)
	140036030	凍傷処置(100cm2未満)
	140036130	凍傷処置 (100cm2以上500cm2未満)
	140036230	凍傷処置 (500cm2以上3000cm2未満)
	140036330	凍傷処置 (3000cm2以上6000cm2未満)
	140036430	凍傷処置 (6000cm2以上)

2024年の看護必要度は、IもIIも この項目に該当するか(処置として入力したか?)で自動的に判断される。

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I に係る評価票

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	注射薬剤3種類以上の管理	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 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ③ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑤ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、 ① 無菌治療室での治療)	なし		あり
7	救急搬送後の入院 (5日間)	なし		あり
				A得点

#### 1 創傷処置

#### 項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

「なし」

創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。

「あり」

創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)

#### 【定義】

創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

#### 【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

# ② 褥瘡の処置

# 【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

# 【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類II 度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

# 【参考】

NPUAP分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) Ⅱ度以上 DESIGN-R2020分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票

**2022** 看護必要度 **I** 

(配点)

				( HL/W )
Α	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	注射薬剤3種類以上の管理	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	$\setminus$	あり
6	専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ③ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 即 ドレナージの管理、 1 無菌治療室での治療)	なし		あり
7	緊急に入院を必要とする状態 (5日間)	なし		あり
				A得点

# A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。

ただし、A3「注射薬剤3種類以上の管理」については、一連の入院期間中に初めて該当した日から起算して最大7日目までを評価の対象とし、当該初めて該当した日以降に他の入院料を算定する病棟又は病室に転棟した場合であっても、当該初めて該当した日から起算して7日目以内であるときは評価の対象となる。

また、A7「緊急に入院を必要とする状態」については、入院日においてコードー覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた2日間を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価対象に含める。また、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、評価対象に含めない。

- 2. 内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。
- 3. 手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが 20 番台(投薬)、30番台(注射)、50番(手術)及び54番(麻酔)の薬剤に限り、評価の対象となる。
- 4. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。

別紙7 別表1

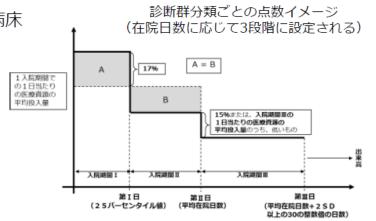
#### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

※のついたレセプト電算処理システム用コードについては、重症度、医療・看護必要度 I を評価する場合のみに用いること。

委应应 医囊 系维以形度小预日	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	3A.由什.V. In CL.
重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 1 創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く))	140000610	創傷処置 (100cm2未満)
	140000710	創傷処置(100cm2以上500cm2未満)
	140000810	創傷処置 (500cm2以上3000cm2未満)
	140000910	創傷処置 (3000cm2以上6000cm2未満)
	140001010	創傷処置(6000cm2以上)
	140032010	熱傷処置(100cm2未満)
	140032110	熟傷処置 (100cm2以上500cm2未満)
	140032210	熟傷処置 (500cm2以上3000cm2未満)
	140036510	熟傷処置 (3000cm2以上6000cm2未満)
	140036610	熟傷処置 (6000cm2以上)
	140034830	電撃傷処置(100cm2未満)
	140034930	電撃傷処置(100cm2以上500cm2未満)
	140035030	電撃傷処置(500cm2以上3000cm2未満)
	140035130	電撃傷処置(3000cm2以上6000cm2未満)
	140035230	電撃傷処置(6000cm2以上)
	140035430	薬傷処置 (100cm2未満)
	140035530	薬傷処置(100cm2以上500cm2未満)
	140035630	薬傷処置 (500cm2以上3000cm2未満)
	140035730	薬傷処置 (3000cm2以上6000cm2未満)
	140035830	薬傷処置 (6000cm2以上)
	140036030	凍傷処置(100cm2未満)
	140036130	凍傷処置(100cm2以上500cm2未満)
	140036230	凍傷処置 (500cm2以上3000cm2未満)
	140036330	凍傷処置 (3000cm2以上6000cm2未満)
	140036430	凍傷処置 (6000cm2以上)
A 1 創傷処置 (②褥瘡の処置)	140048610	重度褥瘡処置(100cm2未満)
	140048710	重度褥瘡処置(100cm2以上500cm2未満)
	140048810	重度褥瘡処置(500cm2以上3000cm2未満)
	140048910	重度褥瘡処置(3000cm2以上6000cm2未満)
	140049010	重度褥瘡処置 (6000cm2以上)
	140700110	長期療養患者褥瘡等処置

# DPC/PDPSの基本事項

- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象 に導入された**急性期入院医療**を対象とする診断群分類に基づく**1日あたり包括 払い制度**である。
  - ※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination) も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
  - ※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する。
- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和6年6月1日時点見込みで1,786病院・約48万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約85%を占める。
  - ※ 令和4年7月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床
- 医療機関は、診断群分類ごとに設定 される在院日数に応じた3段階の定額 点数に、医療機関ごとに設定される 医療機関別係数を乗じた点数を算定。



# DPC/PDPSの機能評価係数II における新たな評価

## 地域医療係数の見直し②

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

#### <臓器提供の実施>

#### [概要]

法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を 評価

#### [評価の内容]

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



## <医療の質向上に向けた取組>

#### [概要]

医療の質に係るデータの提出や病院情報 等の公開を評価

#### [評価の内容]



・医療の質指標に係るデータの提出(0.5P)



医療の質指標 (3テーマ9指標) ①医療安全 ②感染管理 ③ケア

# データの活用

・病院情報の公表(0.25P)・医療の質指標の公表

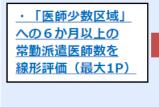
(0.25P)

#### <医師少数地域への医師派遣機能>

#### [概要]

医師派遣による地域医療体制維持への貢献 を評価

[評価の内容]



大学病院本院

常勤医としての派遣



# (参考) データ提出及び公表を評価する医療の質指標

## 医療の質指標(3テーマ9指標)

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

テーマ	指標	既存データ項目 の活用	データ提出の評価対象 (※1)	公表の評価時期 (※ 2)
	転倒・転落発生率	×	0	令和8年度~
医療安全	転倒転落によるインシデント影響度分 類レベル3b以上の発生率	×	0	令和8年度~
	リスクレベルが「中」以上の手術を施 行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策 の実施率	0	×	令和7年度~
	血液培養2セット実施率	0	×	令和7年度~
感染管理	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培 養実施率	0	×	令和7年度~
	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投 与率	×	0	令和8年度~
	d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生 率	×	0	令和8年度~
ケア	65歳以上の患者の人院早期の栄養アセ スメント実施割合	×	0	令和8年度~
	身体的拘束の実施率	×	0	令和8年度~

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

176

# 退院患者調査の見直し③

## 医療の質指標に係る項目の新設

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

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

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

【新】:新規追加項目

(※) 様式1又は様式3いずれかの入力で評価する。

191

## 【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。

#### 改定案

# 【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 「施設基準〕

- 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に 関する施設基準
  - (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合又は

介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただ

し、介護保険施設等に赴いて行う 助言に携わる時間は、原則として 月10時間以下であること。

#### 現 行

## 【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 [施設基準]

- 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に 関する施設基準
  - (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・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。

# 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】

「施設基進]

#### 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 及び企業保険施設等からの求めに内じ、当該企業保険施設等に対する助言に係る

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
- 二 介護医療院 木 指定特定施設入居者生活介護事業所
- へ 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)

く緩和ケア診療加算、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。**2**0



#### 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<del>上方する有該呼号でのフェ、唇唇号の両層ファルドの型のない</del>修(7 及びイによるもの。)を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。

- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。
- (3) 別添6の別紙16の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。
- (4) 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク 患者ケア実施件数を記録していること。
- (5) 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6)総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。
- (7)重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者(褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。)に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。
- (8)毎年8月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式37の2により届け出ること。
- 2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項
- (1) 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。
- (2)(1)の結果、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う医師、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の 発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。
- (3) 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。
- (4)(1)から(3)までの他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う医師と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。
- 3 届出に関する事項

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

地 方 厚 生 (支 )局 医 療 課 都道府県民生主管部 (局) 国民健康保険主管課 (部) 都道府県後期高齢者医療主管部 (局) 後期高齢者医療主管課(部)

御中

厚生労働省保険局医療課

令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

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

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

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

その活動に加算がつくわけでは ありません。

#### 別添3

入院基本料等加算の施設基準等

- 第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準
    - (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月 10 時間以下であること。

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

# 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( | ) >

- 以下の要件を満たすこと。
  - イ <u>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</u> 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 <u>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。</u>
  - ハ <u>イの確認の結果、褥瘡が認められ、又は</u>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。
  - 二 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、<mark>褥瘡の認められた入所者等について、当</mark> 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、<mark>褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が</mark> <u>治癒したこと、又は</u>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。

9526

# 創傷・褥瘡関連手技料の改定

区分	名称	範囲	旧	新
J001	熱傷処置	500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	270	337
J001	熱傷処置	3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	504	630
J001	熱傷処置	6,000平方センチメートル以上	1,500	1,875
1003	局所陰圧閉鎖処置(入院)	200㎡以上	1,100	1,375
J003-3	局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)	1日につき	1,100	1,375
K000	創傷処理	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,690	3,090
Nooo	高川杨延珪	その他のもの	2,030	3,090
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10セン	2,490	2,860
11000-2	が、元名:1/あた。 - 「一人の成人へ間)	チメートル未満)	2,430	2,000
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	3,840	4,410
K001	皮膚切開術	長径20センチメートル以上	1,980	2,270
K002	デブリードマン	100平方センチメートル未満	1,410	1,620
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	25平方センチメートル未満	4,510	5,180
	皮弁術		.,	

# 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<sup>※1</sup>)

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

算定日数

制限無し

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

認知症以外の精神疾患

#### (※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)

- 気管力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

在宇酸素療法指導管理

在宇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
在宅肺高加圧症患者指導管理

- 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

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

#### 訪問看護★、看護小規模多機能型居宅介護

## 【単位数】

<現行> なし



<改定後>

専門管理加算 250単位/月 (新設)

### 【算定要件等】

- 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定単位数に加算する。
  - イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合
    - ・悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている利用者
    - ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
    - ・人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者
  - ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
    - ・診療報酬における手順書加算を算定する利用者

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

#### LIFEを活用した質の高い介護

### アウトカム評価の充実のための加算等の見直し

告示・通知改正

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

#### <ADL維持等加算>

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

#### 【単位数】

<現行>

ADL維持等加算(I) ADL利得(※)が1以上

ADL維持等加算(Ⅱ) ADL利得が2以上

<改定後>

ADL利得が1以上

ADL利得が3以上(アウトカム評価の充実)

- (※) ADL利得:評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値控除して得た値を用いて 一定の基準に基づき算出した値の平均値
- ADL利得の計算方法について、初回の要介護認定から12月以内の者や他の事業所が提供するリハビリテーションを併用している場合における要件を簡素化する。【通知改正】

#### <排せつ支援加算>

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

- 尿道カテーテルの抜去について、排せつ支援加算で評価の対象となるアウトカムへ追加する。
- <現行>
  - ・排尿・排便の状態の改善
  - ・おむつ使用あり→なしに改善

<改定後>

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

#### <褥瘡マネジメント加算等>

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

- 褥瘡の治癒後に再発がないことに加え、治癒についても、褥瘡マネジメント加算等で評価の対象となるアウトカムに見直す。 <現行> <改定後>
  - ・褥瘡発生のリスクが高い利用者に褥瘡の発生がない
  - ・施設入所時等に認めた褥瘡の治癒後に再発がない
- ・褥瘡発生のリスクが高い利用者に褥瘡の発生がない
- ・<u>施設入所時等に認めた褥瘡の治癒</u>(アウトカム評価の充実)

まとめ

#### <抄録>

医療環境は、「学会」「行政」「業界」「現場」「現物」の5Gで決まります。ET/WOCの活動は、この5Gすべてに大きな貢献を積み重ねた歴史です。「専門的な研究」を基盤に、「専門的知識」と「専門的手技(スキル)」の2軸の教育と修練、「院内チーム医療」、「地域連携型チーム医療」、「医療機器・医療材料・装具の開発と活用」などなど、「医療(看護)の質」と「医療経済」の緻密で煌びやかな活動の過去を紐解き、2024年医療政策の大変革を機にさらに煌めき飛躍するために、これからの医療環境の整理と展望をしたいと思います。

#### <これまでの煌めき>

- 1986年 聖路加国際病院ETスクールクリーブランドクリニック分校開校
- 1991年 第1回日本ET協会学習会
- 1992年 在宅療養指導料、第2次医療法改正(在宅元年)
- 1997年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師1期生
- 2002年 褥瘡対策未実施減算(元祖DESIGNが、様式に組み込まれた)
- 2004年 医療事故情報収集等事業(褥瘡発生の報告)、褥瘡患者管理加算
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(院内のチーム医療の最先端)、医療区分2 (療養病棟)
- 2008年 糖尿病合併症管理料、褥瘡評価実施加算 (療養病棟)
- 2012年 在宅患者訪問看護・指導料(WOCの同行訪問・専門性の高い地域連携の最先端)
- 2012年 人工肛門・人工膀胱告設術前処置加算
- 2012年 創傷被覆材在宅での保険適用
- 2014年 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(地域連携型チーム医療の最先端)
- 2014年 特定行為研修(医療介護総合確保推進法の目玉のひとつ、タスクシフトの最先端)
- 2016年 排尿自立指導料
- 2018年 排せつ支援加算(介護保険)、褥瘡マネジメント加算(介護保険)
- 2018年 入院基本料の危険因子の評価 (スキン-テア)
- 2020年 静脈圧迫処置、NPWT在宅での保険適用
- 2022年 下肢創傷処置、専門管理加算

#### <これからの煌めき>

2024年医療政策の大変革を整理します。診療報酬だけでなく複雑に絡み合う医療行政の多くの項目を正しく理解し、行政の方向性と合致した活動がポイントになります。

- ・働き方改革(「勤務医」の働き方改革、タスクシフトの2方向)
- ・特定行為・NPの現状と、マネジメント層からみえる課題と活用
- ·第8次医療計画(5疾病6事業+在宅)、地域医療構想、紹介受診重点医療機関
- ・トリプル改定(地域包括医療病棟、身体的拘束、介護との連携等)
- ・診療報酬の要望方法(ガイドラインの影響力、薬機法との整合性、技術料と管理料)

# ET/WOCの煌めきの分析!(業務・専門性のざっくりの特長) あくまで高水個人の見解です・・・

## <特性>

- ●院内横断型の認定看護師
- ●地域連携型の認定看護師
- ●専門性の多面性

- ●製品開発
- ●プライマリケア的

:他の認定看護師は、疾患型、場所型が多い

:他の認定看護師は、院内完結型が多い

:治療(損傷皮膚) :創傷、褥瘡、スキン-テア

:看護(予防的) :失禁、スキンケア、マーキング

:看護(治療的&予防的):難渋ストーマ、重度の失禁、難しいスキンケア

:全人的視点 :局所、全身、社会性

:特定行為、NP : 21区分38行為、パッケージ研修、大学院(NP)

:認定看護師再編 : A過程、B過程

:医療機関、介護施設、在宅など各種活動できる :活動の場

:多様な研究テーマ

:テープ、ドレッシング、ストーマバッグ、スキンケア等

:相対的には、生命直結型ではない

# <現在の日本の医療環境>

- ◆病院機能区分の明確化
- ◆病棟の複雑さ
- ◆チーム医療
- ◆研修時間の抑制
- ◆勤務医の働き方改革
- ◆診療報酬·介護報酬

- :高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅、介護(施設型・居宅型)
- :ケアミックス、看護配置、包括診療、
- :多数のチームとの調整(チーム医療間でのある種の争い:人員、時間、研修)
- ;労働基準法の遵守(医師だけでなく、職員全員の働き方改革)
  - :地域の中核病院は、クリティカル領域(ER、ICU、OR、外科系)が最重要課題
  - :ガイドラインの策定が大きな影響力

## <ポイント>

- ◎専門性・やりたい領域
- ◎院内教育
- ◎地域教育・連携(人的連携、知識連携)
- ◎医療再編
- ◎診療報酬、保助看法等の医療行政

- :W·O·Cの何に軸を置くのか?
- :看護手順の標準化(ケアミックスを前提、「標準看護手順」との調整)
- :病院機能の深い理解、医療、介護、在宅など、それぞれに合わせた材料と手順)
- :行政の動向の見極め(自分の活動の場(所属))をどこにする?
- :エビデンスと実績の積み上げ

# 医療環境の5つのG ・ガイドライン Gakkai 文献 (学会) 第一人者の発信 Genba (現場) ・医療現場での 課題、声 Genbutsu (現物) **G**youkai **G**yousei 手技、ケア、 製品、サービス (業界) (行政) · 業界団体の動向 •診療報酬 •規制緩和 •医療法 •医療事故

# 医療現場への強制力&影響力の概念

法的 拘束力 推進力	Aランク	医療法 診療報酬 (健康保険法)	本文・通知等 技術資料 事故報告 基本要件 加算要件 製品の保険償還 労働基準法	医師法
学問的	Bランク	ガイ	機能評価 JCI ドライン(海外・国内)	保助看法等 の 医療従事者 の各種法規
専門的 影響力	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	
広告 宣伝	Eランク	会社発	広告 記事広告 信のケースレポートなど	

○ 今般、評価対象となる技術であって、診療報酬改定において対応する優先度の高いものとされたうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等での記載あり」とされたものは、116件(新規技術32件、既収載技術84件)であった。

項目	件数
学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術	890件
うち、医療技術評価分科会における評価の対象となるもの(再掲)	774件 (新規307件、既存467件)
うち、診療報酬改定において対応する優先度の高いもの	177件 (新規56件、既存121件)
うち、「ガイドライン等の位置づけ」の欄において、「ガイド ライン等での記載あり」とされたもの	116件 (新規32件、既存84件)

※重複する提案の数は含まれない。

# 330の学会から要望

(外科系120、内科系150、看護系60)

今回の最終通過率は全体で19.8%(通常は20~30%)

ガイドラインの有無は影響が大きい

1

# 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 24

介護療養

病床

7,976床

※R4.6末病院報告

位置療法 けの

# 一般病床

(R4.10.1医療施設動態·R4病院報告)

ICU 4

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

173施設 10,875床 ※R4新設

#### 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 22施設 79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 2

329施設 159施設 80施設 54施設 .,656床(+169)927床(+60)2,317床(▲48)497床(▲68)

ICU 1

#### ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1:643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)

管理料1 管理料2 管理料3 管理料4 管理料5 小児入院 81施設 181施設 80施設 387施設 167施設 医療管理料 5,373床 5,990床 1.876床 8.026床

(▲63床) (▲318床) (▲154床)(▲160床)

## -般病棟入院基本料

575,751床(▲4,036床)

# 療養病棟入院基本料

205,673床(+101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 2,666床 440床 62,056床 10,371床 14,570床 1,191床 (+369)(+150)(+2,675)(**A**973) (**A**748) ( 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 40,182床 46,819床 982床 1,313床 ( 1,344)(+3,457)( ▲ 326)(**▲**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 7,958床 424床 (▲77床) (+192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)

一般病棟 回復期リハ病棟 地域包括ケア病棟 療養病棟

をまず確認!!

施設基準届出 令和4年7月1日現在 (かっこ内は前年比較)

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

#### 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料

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 児童·思春期精神科入院 11施設 390床 (▲34) 50施設 1,690床 (+135)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

# 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

入院料1 554施設 38,590床 (+436) 入院料2 3施設 220床 (+6)

認知症治療病棟入院料

27施設1,129床 (▲207床)

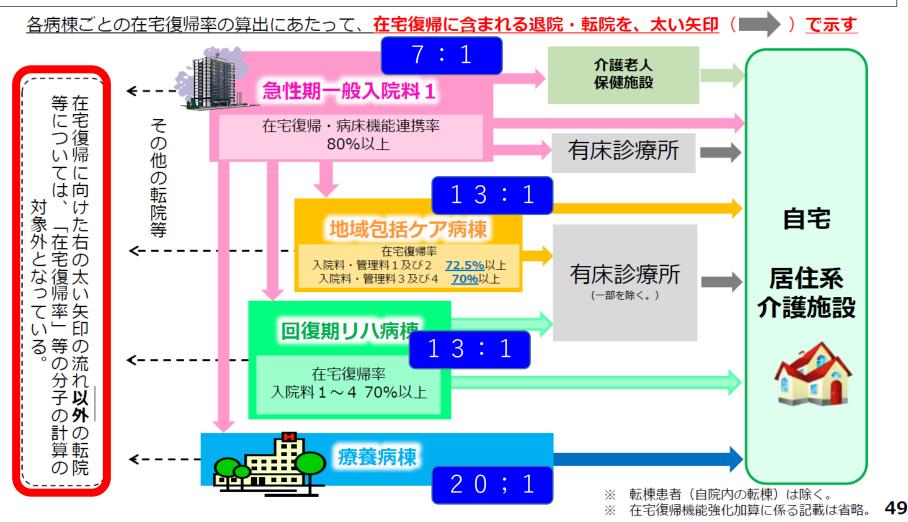
48

有床診療所(療養)392施設3,838床(▲1,355床)

#### 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

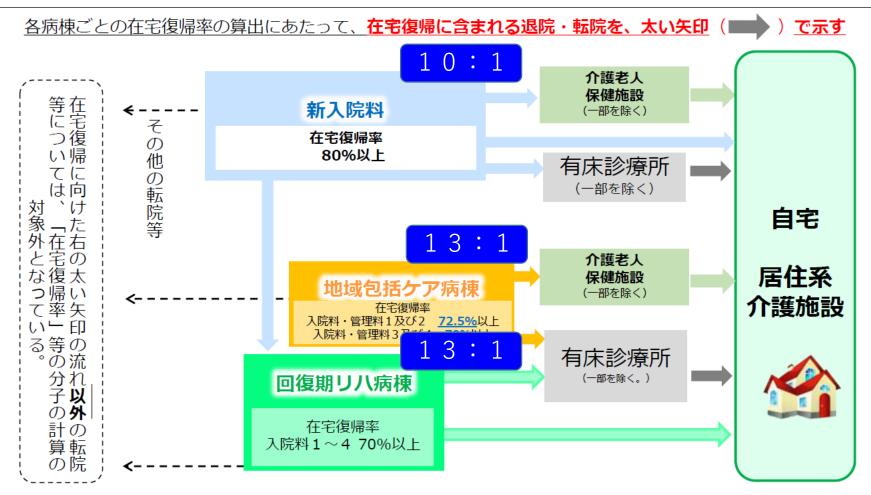
# 入院医療の評価体系と期待される機能

○ 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。



# 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。



# 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

240

- 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】

- 〇「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
- 〇紹介・逆紹介の状況
- 〇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409 再診に占める重点外来の割合259
- ②医療資源を重点的に活用する外表 て、紹介受診重点医療機関の役割 紹介率・逆紹介率等(※)を活用し (※)紹介率50%以上及び逆紹介率40
- ③協議が整った場合に、紹介受診重。

紹介率

逆紹介率は

外来(看護外来)

に大きな影響

都道府県 医療機関

外来機能報告(重点外来の項目、意向等)

紹介受診重点医療機関

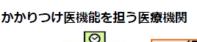






## 国民への周知・啓発

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



⇒公表



地域の協議の場

における協議



病院の外来患者の待ち時間の短縮

勤務医の外来負担の軽減 等の効果を見込む

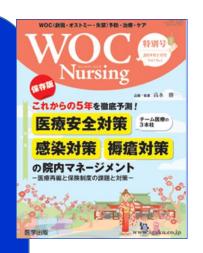


# <研修、労働基準>研修時間をどう確保するか?

ここ数年, 医療機関での, 医師や看護師の時間外 手当などの未払問題が頻繁にニュースでも取り上 げられています。医療機関は, 企業とは異なり特殊 な環境にあり、とくに医師は「応召義務」で診察を 断れない縛りがあるなかで、「業務」なのか「自己 研鑽」なのかを軸としてさまざまな議論がされて

# 大原則

●就業時間内での研修の時間は、病棟の看護体制から差し引く! (あまり多いと看護体制が維持できない)

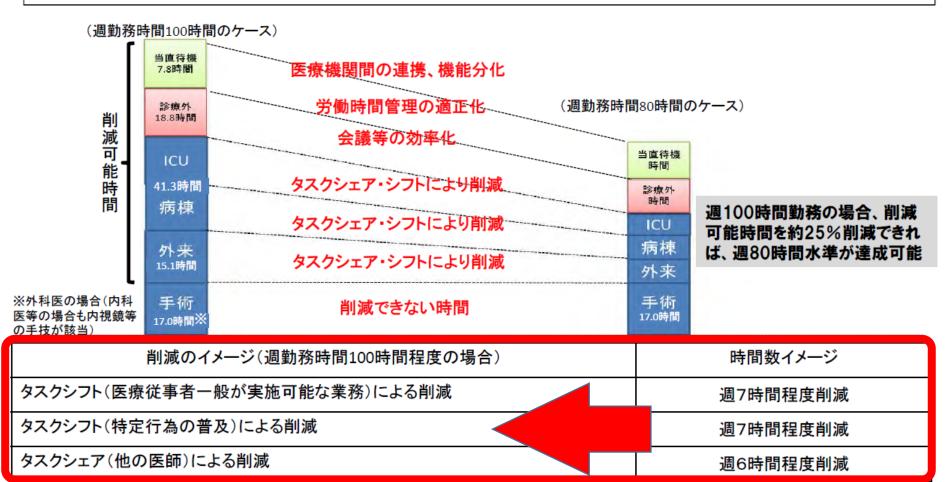


●時間外で研修をするときは、時間外手当を出さ なきてはならない!

研修が増えると、時間的にも費用的にも 就業者や病院経営に負荷がかかる!

# 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)

〇 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。



※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 **14** 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。

# 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
1811TH 6 7	200症未満	5700
	全体	105,000
●診療所数	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
   <b>◆</b> ベッド数	一般病床(急性期/回復期)	900,000
<b>▼</b> 、	療養病床	300,000
■医師数	医療機関所属	3 3 0,0 0 0
	病院勤務	220,000
■看護師数	医療関連所属(準看含む)	1,500,000
	認定看護師	23,000
	WOC	2,700
   重なりあり	ICN	3,600
上なりめり	認知症看護	2,300
	特定看護師	10,000
	NP	900

# ざっくりとした日本の医療環境(介護除く)2024-3

大分類	<u> </u>	数
●病院数		8,100
精神科除く		7,100
* 神科会は、	200床以上	2,400
精神科含む <b>→</b>	200症未満	5 7 0 0
	全体	105,000
●診療所数	有床	6,000
<mark>●፤</mark> ◆∕ 1万人の特定 <b>看</b>	22万人いる勤務医の働き方改 f護師中心の対策で、解決の主	
● i	意護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属	<b>生体となれるのか?</b> 330,000
■医師数	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属 病院勤務	E体となれるのか? 330,000 220,000
	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属 病院勤務 医療関連所属(準看含む)	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000
■医師数	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属 病院勤務 医療関連所属(準看含む) 認定看護師	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000
■医師数	護師中心の対策で、解決の主 医療機関所属 病院勤務 医療関連所属(準看含む) 認定看護師 WOC	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000 2,700
■医師数	護師中心の対策で、解決の主医療機関所属病院勤務医療関連所属(準看含む)認定看護師WOCICN	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000 2,700 3,600
■医師数 ■看護師数	医療機関所属   医療機関所属   病院勤務   医療関連所属(準看含む)   認定看護師   WOC   ICN   認知症看護	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000 2,700 3,600 2,300
■医師数 ■看護師数	護師中心の対策で、解決の主医療機関所属病院勤務医療関連所属(準看含む)認定看護師WOCICN	E体となれるのか? 330,000 220,000 1,500,000 23,000 2,700 3,600

# 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 <u>該当しない診療の補助であっても、</u> 病院の方針で具体的指示でも看護師の実施できる範囲を制限している

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

# 超重要

# 特定行為等の概念図(例2-2)

絶対的医行為(例:手術、処方、診断)

海外のNPのできる領域(単独で一部の診断、処方、処置)

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

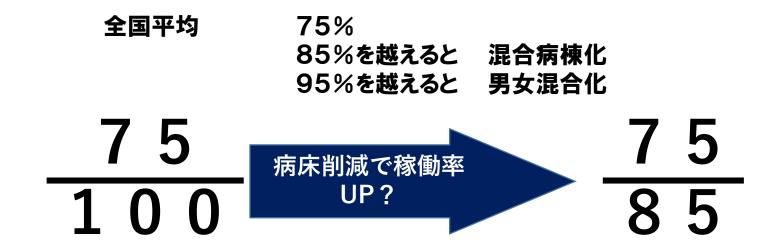
> 診療の補助の範囲の再検討が必要? ポイントは合理化・シンプル化

診療の補助 (看護師が医師の指示のもとでできる領域)

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

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

# ●急性期の病床利用率(稼働率)



●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)

診療報酬 介護報酬

# 知識の標準化

手順の標準化

# ET/WOCの煌めきの分析!(業務・専門性のざっくりの特長) あくまで高水個人の見解です・・・

## <特性>

- ●院内横断型の認定看護師
- ●地域連携型の認定看護師
- ●専門性の多面性

- ●製品開発
- ●プライマリケア的

:他の認定看護師は、疾患型、場所型が多い

:他の認定看護師は、院内完結型が多い

:治療(損傷皮膚) :創傷、褥瘡、スキン-テア

:看護(予防的) :失禁、スキンケア、マーキング

:看護(治療的&予防的):難渋ストーマ、重度の失禁、難しいスキンケア

:全人的視点 :局所、全身、社会性

:特定行為、NP : 21区分38行為、パッケージ研修、大学院(NP)

:認定看護師再編 : A過程、B過程

:活動の場 : 医療機関、介護施設、在宅など各種活動できる

:多様な研究テーマ

:テープ、ドレッシング、ストーマバッグ、スキンケア等

:相対的には、生命直結型ではない

# <現在の日本の医療環境>

- ◆病院機能区分の明確化
- ◆病棟の複雑さ
- ◆チーム医療
- ◆研修時間の抑制
- ◆勤務医の働き方改革
- ◆診療報酬・介護報酬

- :高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅、介護(施設型・居宅型)
- : ケアミックス、看護配置、包括診療、
- :多数のチームとの調整(チーム医療間でのある種の争い:人員、時間、研修)
- ;労働基準法の遵守(医師だけでなく、職員全員の働き方改革)
  - :地域の中核病院は、クリティカル領域(ER、ICU、OR、外科系)が最重要課題
  - :ガイドラインの策定が大きな影響力

## <ポイント>

- ◎専門性・やりたい領域
- ◎院内教育
- ◎地域教育・連携(人的連携、知識連携)
- ◎医療再編
- ◎診療報酬、保助看法等の医療行政

- :W·O·Cの何に軸を置くのか?
- :看護手順の標準化(ケアミックスを前提、「標準看護手順」との調整)
- :病院機能の深い理解、医療、介護、在宅など、それぞれに合わせた材料と手順)
- :行政の動向の見極め(自分の活動の場(所属))をどこにする?
- :エビデンスと実績の積み上げ

# ET/WOCの煌めきの分析!(業務・専門性のざっくりの特長) あくまで高水個人の見解です・・・

## <特性>

- ●院内横断型の認定看護師
- ●地域連携型の認定看護師
- ●専門性の多面性

:他の認定看護師は、疾患型、場所型が多い

:他の認定看護師は、院内完結型が多い

:治療(損傷皮膚) :創傷、褥瘡、スキン-テア

# 多様な専門性を有し 多様な場で

活動・活躍できるET/WOCへの期待は ますます大きくなり

## <現在(

製品開射プライマ

- ◆病院機能
- ◆病棟のネ
- **◆**チーム[
- ◆研修時間
- ◆勤務医¢
- ◆診療報酬

煌めくパターンは無限に広がると思います。

<ポイント

- ◎専門性・やりたい領域
- ◎院内教育
- ◎地域教育・連携(人的連携、知識連携)
- ○医療再編
- ◎診療報酬、保助看法等の医療行政

- :W·O·Cの何に軸を置くのか?
- :看護手順の標準化(ケアミックスを前提、「標準看護手順」との調整)
- :病院機能の深い理解、医療、介護、在宅など、それぞれに合わせた材料と手順)
- : 行政の動向の見極め(自分の活動の場(所属))をどこにする?
- :エビデンスと実績の積み上げ

多)

愳

252

ご清聴・ご視聴いただき、誠にありがとうございます。

# 「煌めくET/WOC!」について

- ●医療政策・医療制度からの視点
- ●学問的視点
- ●製品開発等の視点

の3つの視点のうち、今回は「医療政策・医療制度からの視点」 でお話させていただきました。

講演スライドは、講演後にJWOCのHPにUPさせていただきます。 ご自由にDLしてご活用ください。

個人的な分析、見解ではありますが、 みなさまのそれぞれの何かのご参考になれば幸いです。 ありがとうございました。