

当日の講演スライドに
参考スライドを追加しています。
4分割になっています。

第23回日本褥瘡学会 九州・沖縄地方会学術集会
教育講演3 2026年5月9日 10:50~11:40

2026年診療報酬改定で褥瘡管理はどう変わる？

—医療機関・介護施設・在宅・地域連携—

アルケア株式会社

事業管理本部
高水 勝



高水 勝

利益相反はありません

- 一本講演の内容は、高水個人の責任においての内容です。アルケア株式会社の見解ではありません。
- アルケア（株）の社員ですが、本講演に係る利益相反はありません。

1985年 東北福祉大学 社会福祉学部卒業

1985年 東レ・メディカル株式会社

1989年 スリーエム ヘルスケア株式会社／スリーエム ジャパン株式会社

2023年11月 アルケア株式会社 事業管理本部（現職）

<資格・学会等>

- ・日本医療機器テクノロジー協会 元創傷被覆材部会長
- ・日本褥瘡学会評議員、褥瘡対策用具推進委員、元保険委員、元災害対策委員
- ・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（薬事、保険等）
- ・北海道医療大学認定看護師研修センター 元特別講師
- ・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



講演スライドは、
九州・沖縄地方会のHPにUPさせていただきます。

ややこしい医療保険制度、介護保険制度ですが、
有効に制度活用して、よりよい褥瘡治療・ケアに
結びつけていただければ幸いです。

よろしくお願い申し上げます。



<抄録>

2024年のトリプル改定をうけて、医療機関の機能分化、介護施設の役割分担、在宅医療、それらを結ぶ地域連携が推進されていますが、早くも2026年の診療報酬改定になりました。ポイントを解説したいと思います。なお、本抄録は、2026年2月13日の中医協の答申と関連資料を基に2月16日現在での情報になります。2026年3月5日に正式な告示通知、その後、疑義解釈が数本発出され、6月1日から改定になる予定です。当日は、最新情報を入れて解説いたします。

<新設・変更項目>

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算：褥瘡管理者（専従のWOC等）の活動について、「介護施設に赴いて助言することが、月に10時間から16時間に拡大されます。また、16時間から介護施設に赴かなかった時間を差し引いた時間については、専従以外の仕事も可能となります。500点に変更はありません。
- リハビリテーション・栄養・口腔連携加算：地域包括ケア病棟においても算定が可能となります。当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること等が条件です。1日30点で14日まで算定できます。
- 訪問看護医療情報連携加算：他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した利用者に係る診療情報等を活用した上で、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1,000円。在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様です。
- 別表8：、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料が追加されました。
- 遠隔連携診療料900点、訪問看護遠隔診療補助料265点：いわゆるD to P with Dや、D to P with Nによるオンライン診療についてさらに推進されます。詳細は当日解説します。

<変更なし>

- 創傷処置、重度褥瘡処置、局所陰圧閉鎖処置、下肢創傷処置、静脈圧迫処置、重症皮膚潰瘍管理加算、褥瘡対策加算、WOC・特定看護師の同行訪問、専門管理加算等は変更なしです。

読み解く5つのポイント

①施設基準・通則・留意事項/疑義解釈、行政による指導

●施設基準

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

約500種類の施設基準がある。

●通則

診療報酬の基本となる点数と規定。

●留意事項/疑義解釈

施設基準や通則等についての、より具体的な規定や運用。

●行政による指導等

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

読み解く5つのポイント

②医師、看護師等の診療報酬上の基準を見極める5つのキーワード

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

読み解く5つのポイント

③専従と専任

●専従

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

(例：計画的な夜勤や外来応援はできない等)

●専任

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

読み解く5つのポイント

④言葉の意味と強制力

◆「こと」と「望ましい」

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

◆「共同」「合同」と「連携」

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

◆「〇〇回」

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

◆「回診」「巡回」「カンファレンス」

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

読み解く5つのポイント

⑤医療法、基本料、医師法、機能評価、職種関連法規との関係

●同じような領域でも、医療法、機能評価、入院基本料、加算、でそれぞれ規定がことなるので、注意が必要。

（例：感染対策、医療安全、褥瘡等々）

●チーム医療は、医師、看護師、関係職種がチームを組むが、医師以外は職務権限が限られているので、各職種の役割が本来の権限から逸脱しないように注意が必要。

概要

↑ ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 令和8年度診療報酬改定説明資料等について

令和8年度診療報酬改定説明資料等について









説明動画

- 令和8年度診療報酬改定内容説明動画 (YouTube) はこちら

関係法令・通知等はこちらをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67729.html

説明資料

- [PDF 0 令和8年度診療報酬改定の概要【全体概要版】 \[5.2MB\]](#) 
- [PDF 00 令和8年度診療報酬改定の概要【医科全体版】 \[8.8MB\]](#) 
- [PDF 01 令和8年度診療報酬改定の概要 1.賃上げ・物価対応（賃上げ） \[1008KB\]](#) 
- [PDF 02 令和8年度診療報酬改定の概要 2.賃上げ・物価対応（物価対応） \[601KB\]](#) 
- [PDF 03 令和8年度診療報酬改定の概要 3.急性期・高度急性期入院医療 \[1.6MB\]](#) 
- [PDF 04 令和8年度診療報酬改定の概要 4.包括期・慢性期入院医療 \[2.0MB\]](#) 
- [PDF 05 令和8年度診療報酬改定の概要 5.入院（DPC/PDPS） \[1.5MB\]](#) 
- [PDF 06 令和8年度診療報酬改定の概要 6.入院（共通事項） \[2.4MB\]](#) 

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_71068.html

令和8年度診療報酬改定の概要

【全体概要版】

令和8年度診療報酬改定 内容説明



作成者: 厚生労働省 / Ministry of Health, Labour and Welfare

再生リスト・22本の動画・153,099回視聴

▶ すべて再生



1

令和8年度診療報酬改定の概要

【全体概要版】

1:22:21

令和8年度診療報酬改定の概要【全体概要版】

厚生労働省 / Ministry of Health, Labour and Welfare • 3.8万回視聴 • 3日前

2

令和8年度診療報酬改定の概要

1.賃上げ・物価対応(賃上げ)

19:07

令和8年度診療報酬改定の概要 1.賃上げ・物価対応(賃上げ)

厚生労働省 / Ministry of Health, Labour and Welfare • 1.5万回視聴 • 3日前

3

令和8年度診療報酬改定の概要

2.賃上げ・物価対応(物価対応)

3:34

令和8年度診療報酬改定の概要 2.賃上げ・物価対応(物価対応)

厚生労働省 / Ministry of Health, Labour and Welfare • 2万回視聴 • 4日前

4

令和8年度診療報酬改定の概要

3.急性期・高度急性期入院医療

18:23

令和8年度診療報酬改定の概要 3.急性期・高度急性期入院医療

厚生労働省 / Ministry of Health, Labour and Welfare • 1.5万回視聴 • 4日前

5

令和8年度診療報酬改定の概要

4.包括期・慢性期入院医療

21:00

令和8年度診療報酬改定の概要 4.包括期・慢性期入院医療

厚生労働省 / Ministry of Health, Labour and Welfare • 9485回視聴 • 4日前

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWjFBIQEEGRuzwFbGAsk7uLD>

1. 診療報酬 +3.09% (R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)

※1 うち、賃上げ分 +1.70% (2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)

- ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2% (看護補助者、事務職員は5.7%) のベアを実現するための措置
- ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 +0.76% (2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)

- ・ 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62% (R8年度+0.41%、R9年度+0.82%) を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。(病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)
- ・ また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院(大学病院を含む)が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09% (入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日))

- ・ 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食(低所得者は所得区分等に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円(指定難病患者等は据え置き)

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・ 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持(病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1~5以外分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価： ▲0.86% (R8年4月施行)

材料価格： ▲0.01% (R8年6月施行)

合計： ▲0.87%

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント

1. 賃上げや物価への対応

➢ 賃上げに向けた評価

- ・令和8・9年度での各3.2%（看護補助者等は5.7%）の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し（点数の見直し、夜勤手当への充当を可能にする）

➢ 物価動向への対応

- ・令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ 等

2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し

➢ 急性期・高度急性期の医療機関機能に応じた評価の見直し

- ・急性期病院一般入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し
- ・急性期総合体制加算の新設（既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価）
- ・特定集中治療室管理料等の見直し（救急搬送や全身麻酔を実績要件化）

➢ 多職種が病棟で協働する体制の評価

3. 包括期・慢性期入院医療の見直し

➢ 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し

- ・地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど）
- ・回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など）
- ・療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し

➢ 質の高い包括期入院医療の評価

- ・生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ
- ・身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設

4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

➢ ICT等の活用による業務効率化・負担軽減

- ・見守りや記録等でICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
- ・生成AI等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化

➢ やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

➢ 人口少数地域で医療提供機能を確保するための評価の新設

- ・医療提供機能連携確保加算の新設（人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価）

➢ 診療科偏在対策の推進

- ・地域医療体制確保加算2の新設（若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価）
- ・外科医療確保特別加算の新設（長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価）

6. 外来医療の機能分化・強化等

➢ 外来の機能分化の推進

- ・特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
- ・特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設

➢ 外来に係る評価の見直し

- ・生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し
- ・時間外対応加算の引上げ、名称変更

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

➢ 在宅医療に関する評価の見直し

- ・地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価

➢ 訪問看護に関する評価の見直し

- ・同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し
- ・地域と連携した精神科訪問看護体制を評価

8. 重点的な対応が求められる各分野での対応（救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など）

➢ 救急医療

- ・救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設）
- ・救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価

➢ 小児・周産期医療

- ・妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価（産科管理加算）
- ・小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可

➢ 精神医療

- ・急性期病院精神科病棟入院料の新設（地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。）
- ・精神科地域密着多機能体制加算の新設（小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組を評価）

➢ 医療DX・オンライン診療の評価の見直し

- ・電子的診療情報連携体制整備加算の新設（医療DXに係る評価を改組）
- ・D to P with N での訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設

5

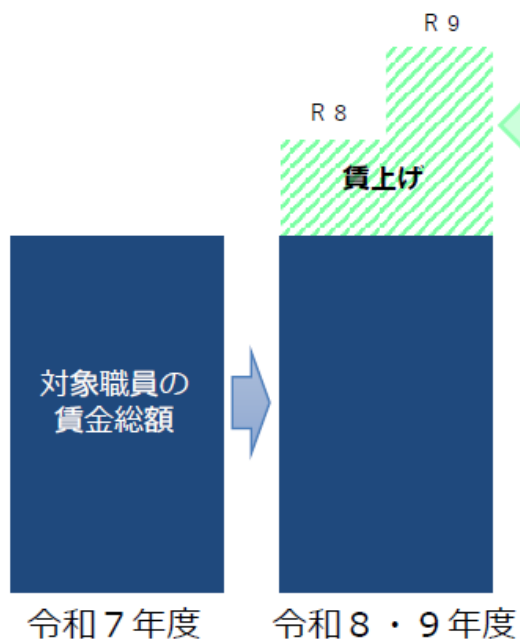
賃上げ・物価対応に係る全体像

【基本的な考え方】

賃上げ対応

賃上げ：計画と成果が必要
物価対応：一律の値上げ

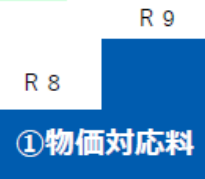
物価対応



新水準のベースアップ
評価料等による支援

■ 賃上げ余力の回復・確保のための特例的な対応を含む必要な措置を講じるとともに、医療現場での生産性向上の取組みと併せ、必要な措置を講じることで、以下のベースアップ実現を支援。

医療機関等の対象職員
令和8年度：+3.2%
令和9年度：+3.2%
(看護補助者・事務職員は+5.7%)



■ 物価対応料を新設
(令和9年度は令和8年度の2倍となる予定)

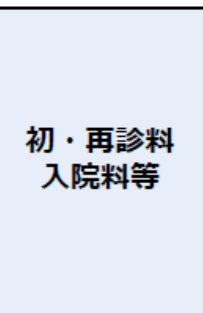
①令和8年度以降の物価上昇への対応分

②③に対応する引上げ

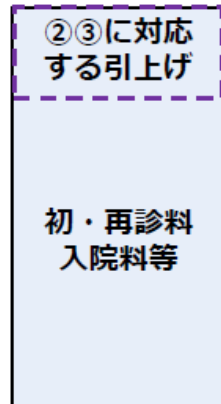
■ 入院料等に包括

②令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分

③高度機能医療を担う病院(大学病院を含む)への特例的な対応分



令和7年度



令和8・9年度

■ それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき配分を行う。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

【令和8年度以降の対応】

- 令和8年度の医療機関の経営状況等について調査を実施。
- 実際に支給される給与(賞与を含む)に係る賃上げ措置の実績について詳細な把握を行う。



- 実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合は、令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整(特例的な対応分を除く)を行う。

ベースアップ評価料に関する主な変更点① (内容)

➤ ベースアップ評価料の算定要件・施設基準について、以下の変更を行う。

現行

- 賃上げの目標
令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す
- 対象となる施設
保険医療機関、訪問看護ステーション
- 対象となる職員
主として医療に従事する職員（医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。）
例）薬剤師・看護師・看護補助者 等
- ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法
(入院BU評価料の場合)
12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の2.3%

(外来・在宅BU評価料(Ⅱ)、訪看BU評価料(Ⅱ))の場合)
12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の1.2%
- ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲
基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分
- 賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料
「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分

改定後

- 賃上げの目標
令和8年度に3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）、令和9年度にさらに3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げを目指す
- 対象となる施設
保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション
- 対象となる職員
当該保険医療機関に勤務する職員（40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。）
例）左記の対象職員に加え、40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員 等
- ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法
(入院BU評価料の場合) 以下を合計したもの
◆医師・歯科医師以外
「月額賃金総額」（基本給等と、時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計）に、定められた率（賃上げ目標×1.29）を乗じた額
◆40歳未満の医師・歯科医師
常勤・非常勤（22時間以上）ごとの人数に、定められた額を乗じた額
(外来・在宅BU評価料(Ⅱ)、訪看BU評価料(Ⅱ))の場合)
上記を2で割ったもの
- ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲
基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分
※恒常的に夜間を含む交代制勤務を取っている職員に支払う夜勤手当は、毎月支払われる手当に準じて、基本給等に含めて良いこととする。
- 賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料
※現行と同様の考え方だが、次のように明確化する。
「賃金改善前（令和8年3月又は5月時点）の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分

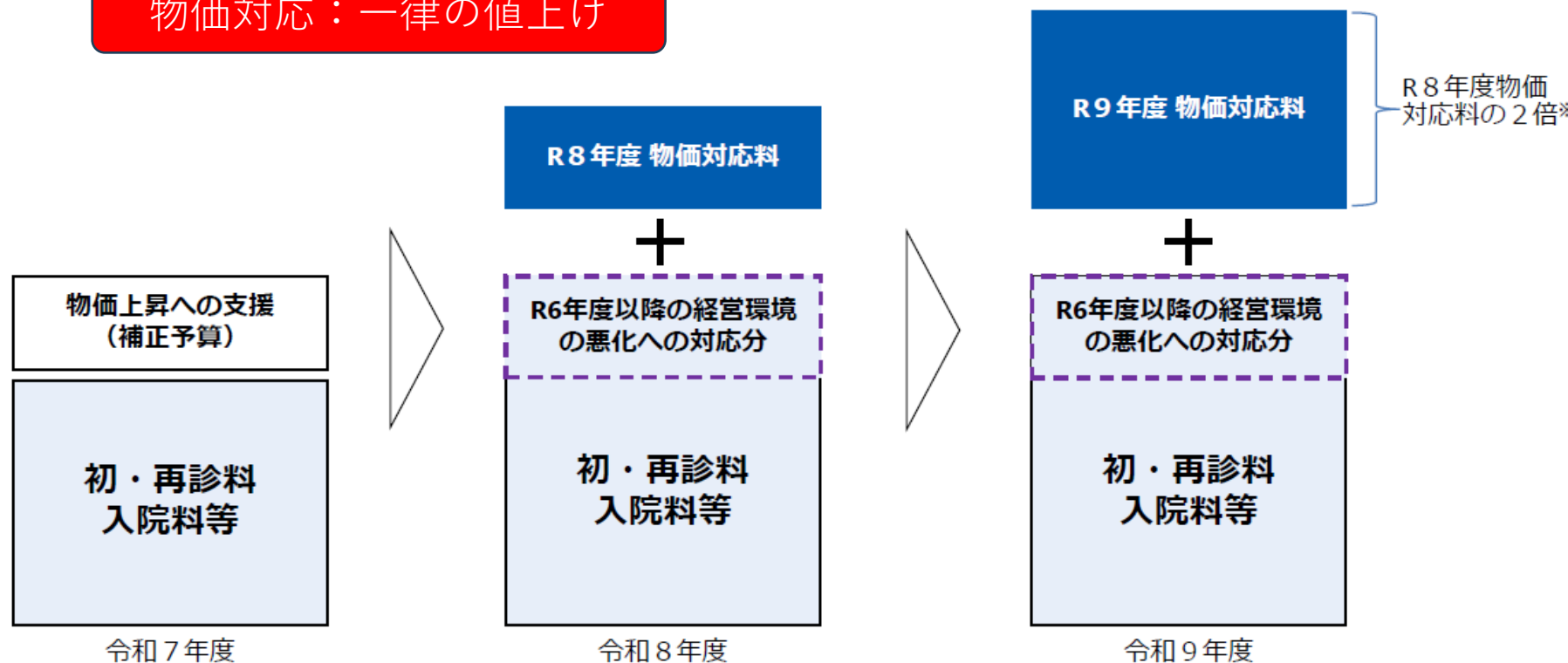


物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

基本的な方針

- 令和8年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等及び入院料等とは別に、初・再診時等及び入院料等の算定時に算定できる、物価対応料を新設する。
- 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、再診料・入院料等の評価に含める。

物価対応：一律の値上げ



※ 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施 **21**

物件費の高騰等を踏まえた対応

物価対応：一律の値上げ

入院基本料等の見直し

- これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加や、継続的な賃上げに係る評価を行う必要があることを踏まえ、基本診療料等について点数を引き上げる。

現行

【初診料】	291点
【再診料】	<u>75点</u>
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料 1	<u>1,688点</u>
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料 1 入院料 1	<u>1,964点</u>
【精神病棟入院基本料】 10対1入院基本料 1	<u>1,306点</u>
【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院入院基本料 7対1入院基本料（一般病棟）	<u>1,822点</u>
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料	<u>3,050点</u>
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	<u>2,229点</u>
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）	<u>2,838点</u>



改定後

【初診料】	291点
【再診料】	<u>76点</u>
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料 1	<u>1,874点</u>
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料 1 入院料 1	<u>2,035点</u>
【精神病棟入院基本料】 10対1入院基本料 1	<u>1,471点</u>
【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院A入院基本料 7対1入院基本料（一般病棟）	<u>2,146点</u>
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料 1 入院料 1	<u>3,367点</u>
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	<u>2,346点</u>
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）	<u>2,955点</u>

※初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料及びその他の入院料等についても同様に対応する。

物件費の高騰を踏まえた対

物価対応：一律の値上げ

物価対応料の新設

- ▶ 令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

(新) 物価対応料（1日につき）

1 外来・在宅物価対応料

	R8年	R9年
イ 初診時	2点	4点
ロ 再診時等	2点	4点
ハ 訪問診療時	3点	6点

2 入院物価対応料

イ 急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点	132点
ニ 急性期一般入院料1を算定する場合	58点	116点
ヨ 療養病棟入院料1の入院料1を算定する場合	18点	36点
イミ 精神病棟入院基本料の10対1入院基本料を算定する場合	13点	26点
イス 特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（一般病棟の場合）を算定する場合※1	84点	168点
ハケ 地域包括医療病棟入院料1を算定する場合	49点	98点
ハモ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合	19点	38点
二八 地域包括ケア病棟入院料1（40日以内の期間）を算定する場合	27点	54点

【算定要件】

- (1) 1のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 1のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (4) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

※1 特定機能病院A入院基本料、特定機能病院B入院基本料及び特定機能病院C入院基本料はいずれも共通の点数を算定。

※2 その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

急性期病院一般入院基本料等の新設

急性期病院の評価

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。

(新) 急性期病院一般入院基本料

イ 急性期病院A一般入院料	1,930点
ロ 急性期病院B一般入院料	1,643点

(新) 急性期病院精神病棟入院基本料

イ 急性期病院A精神病棟入院料	
(1) 10対1入院基本料	1,519点
(2) 13対1入院基本料	1,162点
(3) 15対1入院基本料	966点
ロ 急性期病院B精神病棟入院料	
(1) 10対1入院基本料	1,502点
(2) 13対1入院基本料	1,145点
(3) 15対1入院基本料	949点

地域基幹の急性期の新設

[病院の機能に係る主な施設基準]

- (1) 共通の施設基準
 - ア **データ提供加算に係る届出を行っている**保険医療機関であること。
 - イ **DPC対象病院**であること。
 - ウ **地域包括医療病棟の届出を行っていない**保険医療機関であること。
 - エ 看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。
 - オ 介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合には、協力医療機関に情報提供を行うことが望ましい。
- (2) 急性期病院A一般入院料又は急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
 - ア 入院を要する**(第二次)救急医療体制、救命救急センター若しくは高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センター**を設置している保険医療機関であること、又は**24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関**であること。
 - イ **地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)**の届出を行っていない保険医療機関であること。
 - ウ 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
 - エ **救急搬送件数が年間で2,000件以上**(夜間時間帯の受入が1割以上)、かつ、全身麻酔による**手術件数が年間で1,200件以上**。
- (3) 急性期病院B一般入院料及び急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
 - ア **第二次救急医療機関又は救急病院**であること。
 - イ 急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。
 - **救急搬送件数が年間で1,500件以上**
 - **救急搬送件数が年間で500件以上**であり、かつ、全身麻酔による**手術件数が年間で500件以上**
 - **人口20万人未満の二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であり、かつ**年間で1,000件以上**であること
 - **離島からなる二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であること
 - ウ 救急搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時までをいう。)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。

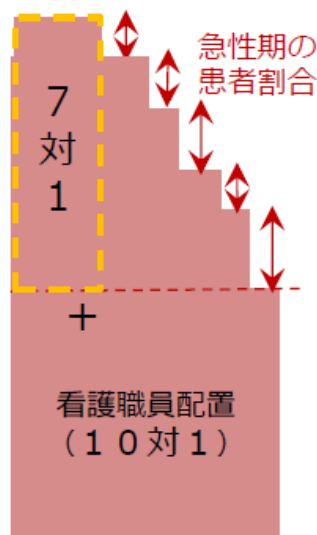
急性期における評価の見直し

- ▶ 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- ▶ 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

急性期一般入院料 1～6

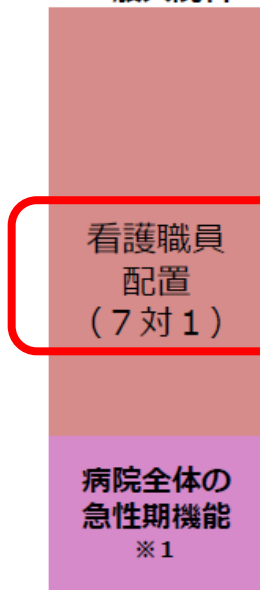


- ※1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件
- ※2 4つのうちいずれか（救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院（救急搬送1000件以上） 離島地域の最大救急搬送病院）

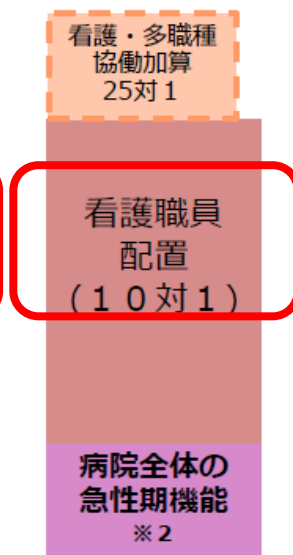
改定後

- 病院の急性期機能に着目した評価を新設（急性期病院入院基本料）
- 看護・多職種協働の評価を新設

急性期病院A 一般入院料

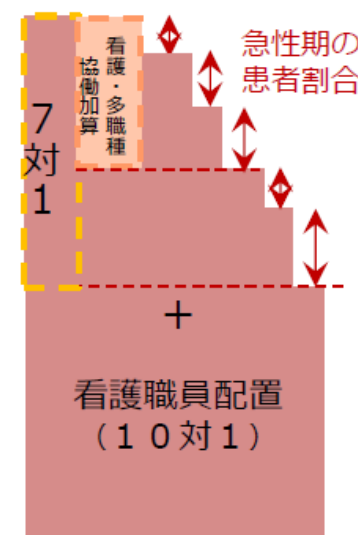


急性期病院B 一般入院料



実績等に応じ
医療機関が
選択可能

急性期一般入院料 1～6



- *看護・多職種協働加算は入院料4に加算。

多職種が病棟で協働する体制の評価

看護・多職種協働加算の新設

- **地域の急性期医療**を担う保険医療機関において、患者の早期退院やADLの維持、向上をめざし、**看護職員を含む多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師）が協働**して専門的な指導や診療の補助を行う体制を評価する加算を新設する。

チーム医療加算の新設



(新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

- | | | |
|----------|---|-------------|
| 1 | 看護・多職種協働加算 1 （急性期一般入院料4を算定する病棟の場合） | 277点 |
| 2 | 看護・多職種協働加算 2 （急性期病院B一般入院料を算定する病棟の場合） | 255点 |

[算定要件]

看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制 その他の事項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棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上**であること。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数、平均在院日数、在宅復帰率及び常勤の医師の員数が**急性期一般入院料1と同等の基準**を満たすこと。入院料における看護職員の最小必要数+本加算による看護職員配置数の**7割以上が看護師**であること。
- 医療機関内で**多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有**していること。
- 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

各職種が専門性を活かして行う業務の例

看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

看護・多職種協働加算における職員配置の例

➤ 看護・多職種協働加算は、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる。

【施設基準】

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 急性期一般入院料4又は急性期病院B一般入院料を算定する病棟であること。

配置人数の例（イメージ）

- 急性期病院B一般入院料
- 急性期一般入院料4

1病棟50床の場合



看護・多職種
協働加算
25対1

看護職員
配置
(10対1)

(参考)

- 急性期病院A一般入院料
- 急性期一般入院料1

1病棟50床の場合



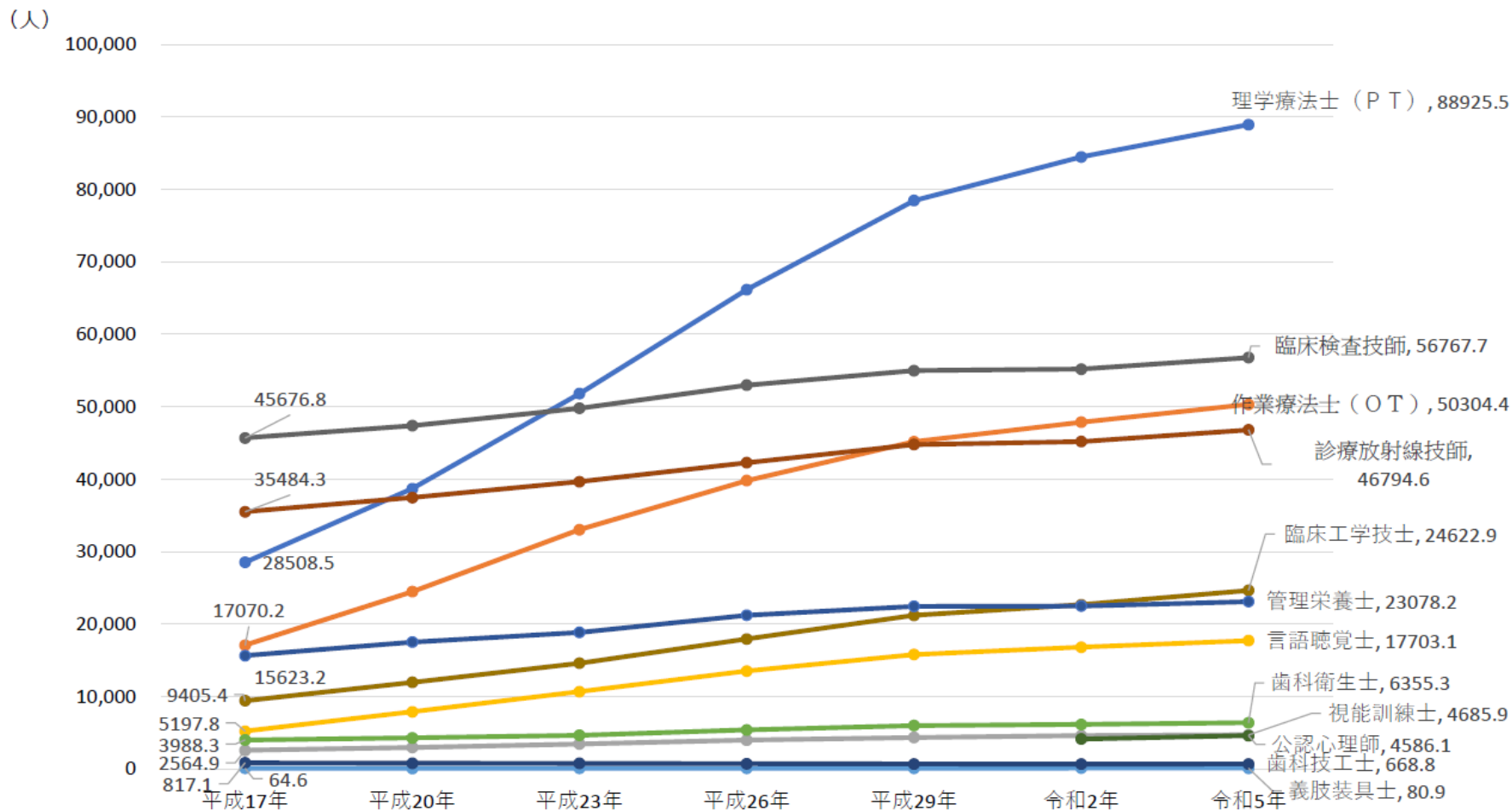
*1 10対1配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯/年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 1800時間 = 24.3人 (24人)$

*2 25対1配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯/年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 2 / 1800時間 = 9.73人 (10人)$

*3 7対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14 \rightarrow 約7.2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯/年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 7.2人 / 1800時間 = 35.04人 (35人)$

病院における各職種の従事者数（常勤換算）の推移

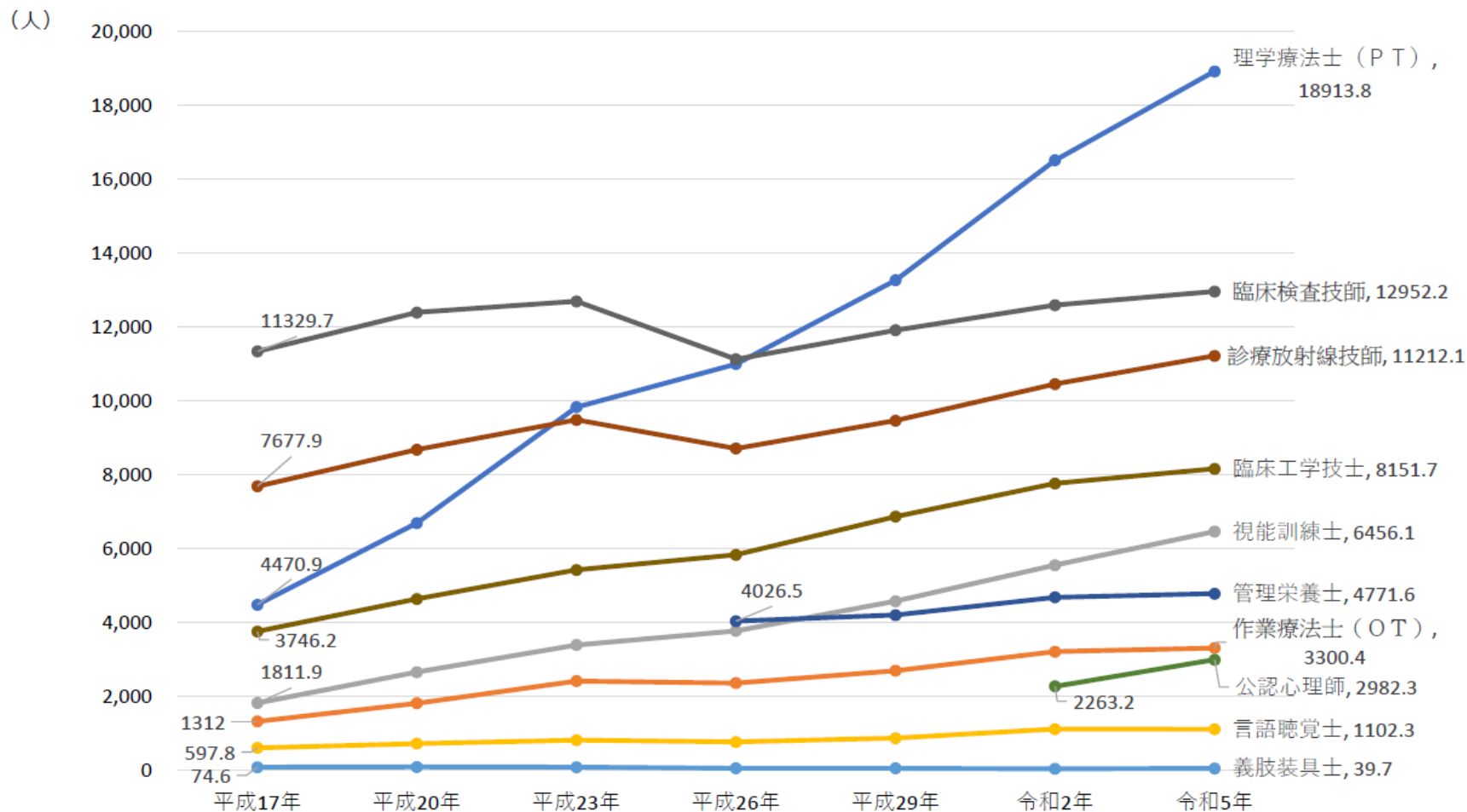
病院における各職種の従事者数は、平成17年と比べると増加していた。特に、理学療法士と作業療法士は約3倍に増加。



(出典) 医療施設調査・病院報告

医科診療所における各職種の従事者数（常勤換算）の推移

医科診療所における各職種の従事者数は、平成17年と比べると義肢装具士以外は増加。特に、理学療法士は約4倍に増加。



(出典) 医療施設調査・病院報告

医療機関内

- ◆ 入院基本料
（参考） 身体的拘束関連

- ◆ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ・ 専従要件の緩和

- ◆ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
 - ・ 算定病棟の拡大
 - ・ 褥瘡発生率

- ◆ 技術料関連
 - ・ 処置料等
 - ・ 特定保険医療材料

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
（身体的拘束をした人のその日が減算） 2016年～
- 基本料：身体的拘束**最小化**未実施減算 2024年～
（医療機関全体の体制で減算）
- 基本料：アウトカム指標が追加 2026年～
- ◆訪問看護 身体的拘束**原則禁止** 2024年～
 - －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
 - －高度急性期、急性期、回復期、慢性期

**基本料の
身体的拘束最小化に
アウトカム指標**

入院基本料等の通則の見直し

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

- ▶ 入院診療計画の基準について、**入院期間が2日以内**であると見込まれる場合等であって、診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、**患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない**こととする。さらに、**医師や患者等の署名は不要とし、説明日及び説明者を診療録に記載**することとする。
- ▶ **身体的拘束最小化の基準**は、令和6年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけたうえで、**実績や取組に係る基準を新設**し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を20点減算することとする。

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）	身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）	
<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束を行う場合は実施状況や緊急やむを得ない理由を記録 ・身体的拘束最小化チームの設置 ・身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修実施等 	<p style="text-align: center;">いずれかを満たすこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束の実施割合が1割5分以下 ・身体的拘束の最小化に向けて、委員会や職員向け研修の開催、巡回等により、解除に向けた具体的な取組を行うこと 	
○（満たしている）	○（満たしている）	減算なし
○（満たしている）	×	20点減算
×	×	40点減算

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

- ▶ 正当な理由なく**入院中の患者に対する家族等による面会を妨げない**よう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に新たに規定を設ける。

[施設基準]
第五 病院の入院基本料の施設基準等 ー 通則
 (10) **入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。**
 ※特定入院料の施設基準等においても同様。

身体的拘束の要件が
さらに明確に

身体的拘束最小化の取組の更なる推進①

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）の充実

- ▶ 入院料の通則における身体的拘束最小化の基準に、組織風土を醸成することの重要性や、医療機関が定期的に行う研修において身体的拘束の代替手段や患者の尊厳の保持に関する内容を含むことが望ましいことを追加する。
- ▶ また、身体的拘束最小化チームが作成する指針に盛り込むことが望ましいとしていた内容について、必ず含めることとする。（経過措置あり）

現行

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準（通知）〕

- ・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。
- ・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把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むことが望ましい。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修



改定後

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準（通知）〕

- ・患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、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。また、こうした組織風土の醸成に努めること。
- ・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把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むこと。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修（身体的拘束の代替手段に関する内容のほか、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を含むことが望ましい。）

基本料の
身体的拘束最小化に
アウトカム指標

身体的拘束最小化の取組の更なる

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

- 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準を、身体的拘束最小化の基準のうち「体制に係る基準」と位置づける。
- 身体的拘束最小化の基準として、新たに「**実績等に係る基準**」を設ける。
- 身体的拘束最小化の基準のうち「**実績等に係る基準**」のみ満たせない場合は、入院料を**1日につき20点減算**する。

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

- ・身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・チームによる身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修の実施 等



身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

⇒ **実績等に係る基準だけを満たせない場合は、40点の減算ではなく、入院料を20点減算**する

以下のいずれかを満たすこと。

- ア 身体的拘束の**実施割合が集計**されており、**1割5分以下**であること。
- イ 身体的拘束の**原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続**して行っていること。
 - (イ) **委員会を3か月に1回以上開催**し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。
 - (ロ) 身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、**解除や代替策の導入に向けた具体的な検討**を行う。
 - ① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討
 - ② 病棟内の複数人の職員が協働して検討
 - (ハ) 入院患者に関わる職員を対象として、**身体的拘束最小化に関する研修（拘束の代替策等を含む）を年に2回以上**実施する。

※精神病床においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取り扱う場合は基準を満たしているものとみなす。60

身体的拘束最小化の取組の更なる

身体的拘束の実施割合の計算方法

- 身体的拘束最小化の基準に係る実施割合の計算方法は、以下のとおり。

$$\text{身体的拘束の実施割合} = \frac{\text{直近3か月間の入院料算定日数のうち、身体的拘束を実施した日数（※1）}}{\text{直近3か月間の入院料算定日数（※2）}}$$

- ※1 以下の場合には身体的拘束を実施した日数に**含めない**。

ア **センサークリップ等のみ**を使用する場合

（患者の動作により容易に外れ、自発的な運動を制限することはない状況に限る）

イ **処置時や移動時**に、患者等の同意を得た上で、**安全確保のために短時間固定ベルト等**を使用する場合

（使用中は**職員が介助等のために常に当該患者の側に付き添って**おり、処置や移動の**終了時に確実に解除**している場合のみ）

ウ 患者が訓練のために**自由に車椅子を操作することのできる状態**であって、患者等の同意を得た上で、車椅子操作による**訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルト**を使用する場合

（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず、身体的拘束を実施した日としてカウントする）

- ※2 以下の入院料を算定した日及び精神病床（身体的拘束を精神保健福祉法に基づいて取り扱う場合に限る）は除く。

「A300」救命救急入院料

「A301」特定集中治療室管理料

「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料

「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料

「A301-4」小児特定集中治療室管理料

「A302」新生児特定集中治療室管理料

「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料

「A303」総合周産期特定集中治療室管理料

「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

該当する病棟で、
身体的拘束最小化の加算が新設

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

- 身体的拘束の最小化に向け、管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制について、新たな評価を設ける。

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき） 40点

[対象病棟]

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟
(※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る)



[施設基準（抜粋）]

- 病院長や看護部長が、身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明し、職員に周知していること。
- 院内で身体的拘束の最小化に関する講習が年2回以上実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- 身体的拘束最小化チームにより、身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- 身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上実施していること。
- 身体的拘束を行われている患者がいる場合、最小化チームによる巡回が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- 身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取していること。
- 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下（届出から1年間は5%以下）であること。
- 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載していること。

【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。

身体的拘束を最小化する取組についての診療報酬上の経緯

年度	概要
平成28年度	<ul style="list-style-type: none">・ 認知症ケア加算が新設され、身体的拘束を実施した日は所定点数の100分の60に相当する点数を算定することとされた。・ あわせて、点数表告示と事務連絡で身体的拘束の解釈が示された。
平成30年度	<p>看護配置等に関する以下の加算において、身体的拘束その他の行動制限を最小化する取組の規定が追加された。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 療養病棟入院基本料の注13に規定する夜間看護加算・ 障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算・ A207-3 急性期看護補助体制加算・ A214 看護補助加算・ 地域包括ケア病棟の注4に規定する看護補助者配置加算・ 精神科救急入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算・ 認知症治療病棟の注3に規定する認知症夜間対応加算
令和6年度	<ul style="list-style-type: none">・ 身体的拘束最小化の取組について、入院料の通則に規定された。・ 認知症ケア加算について、身体的拘束を実施した日は所定点数の100分の40に相当する点数を算定することとなった。・ 看護補助体制充実加算について、身体的拘束を実施した日は低い区分で算定する規定が新設された。（令和7年6月1日より適用） ※新設の地域包括医療病棟にも同様の規定が設けられた。

身体的拘束のデータの可視化

- 日本医療機能評価機構の医療の質可視化プロジェクトにおいて、ケアの1指標として身体的拘束の実施率があげられており、サーベイランス等を用いて経時的に評価されている。
- 2024年度より、DPCの評価・検証等に係る調査では任意入力項目として身体的拘束の日数の記録が求められるようになり、身体的拘束の実施率は質評価に係るデータの提出及び公表が評価される項目の1つとなった。

2025年度 医療の質可視化プロジェクトで扱う指標

ケア				
7	d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	除外条件に該当する患者を除いた褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の新規発生患者数	退院患者の在院日数の総和	DPC[様式1]
			除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数	DPC[様式3]またはSV
8	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合	分母のうち、入院後48時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数	65歳以上の退院患者数	DPC[様式1]またはSV
9	身体的拘束の実施率	分母のうち、身体的拘束日数の総和	退院患者の在院日数の総和	DPC[様式1]
			入院患者延べ数	SV

*1: データソースとは、当該指標の計測に必要な診療情報です。DPCやサーベイランスデータが該当します。
 *2: SV(サーベイランスデータ)は、診療記録(電子カルテや看護記録など)や独自調査などのデータを想定しています。サーベイランスデータを用いる指標の場合は、各施設の実情に応じて測定可能なデータをご利用ください。

出典：日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2025年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標一覧

2024年度 DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)実施説明資料より抜粋

・A004050 身体的拘束

親様式1に入力する。なお、本年度調査では任意入力とするが、本項目の入力は機能評価係数Ⅱの評価対象となる。入院年月日が2024年6月1日以降の場合に入力する。

② 身体的拘束日数

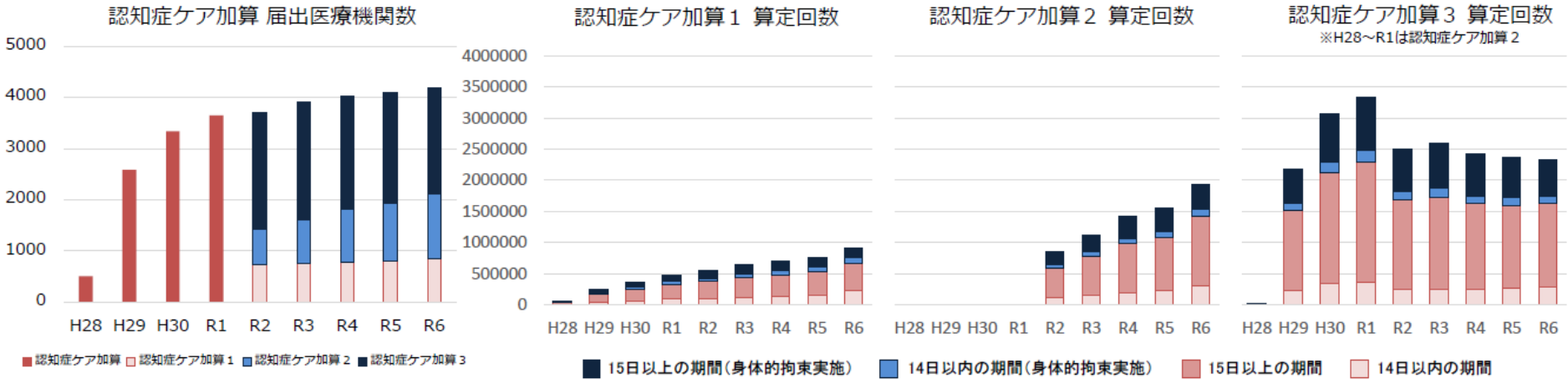
当該患者において身体的拘束が行われた日数を日数単位で記入すること。身体的拘束が行われなかった場合は“0”を入力する。また、同一日に複数回の身体的拘束及び解除が繰り返されても、1日として日数単位で記入すること。

ここでいう身体的拘束とは、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指す。

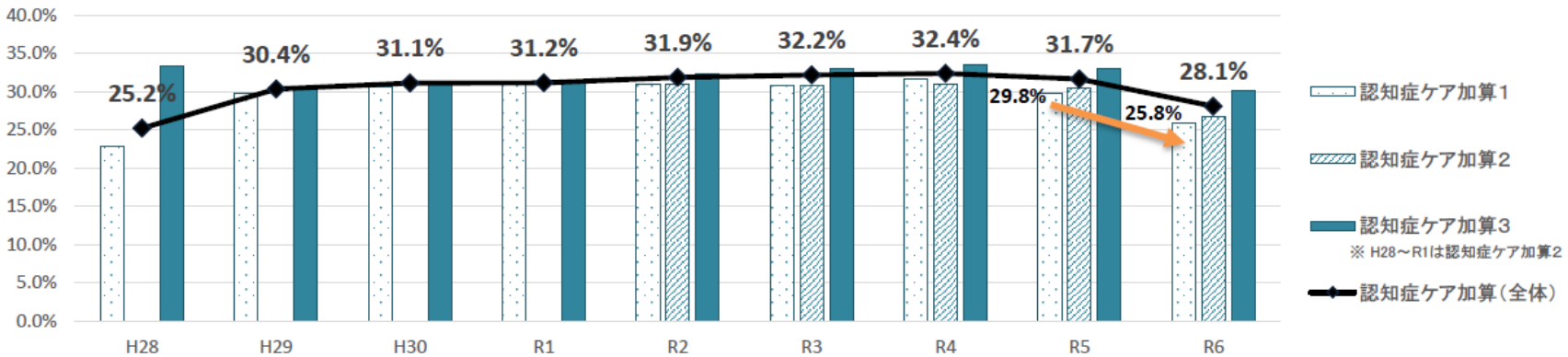
認知症ケア加算の算定の推移

- 認知症ケア加算の届出医療機関数及び算定回数は年々増加している。
- 「身体的拘束を実施した日」として算定した割合は、令和6年では28.1%と減少に転じ、とくに認知症ケア加算1では、令和5年29.8%から令和6年25.8%と4%減少していた。

■ 認知症ケア加算の届出医療機関数と算定回数の推移



■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合



出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）
 算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

(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)

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

(※1) 該当する指標に対応する調査項目を新設する

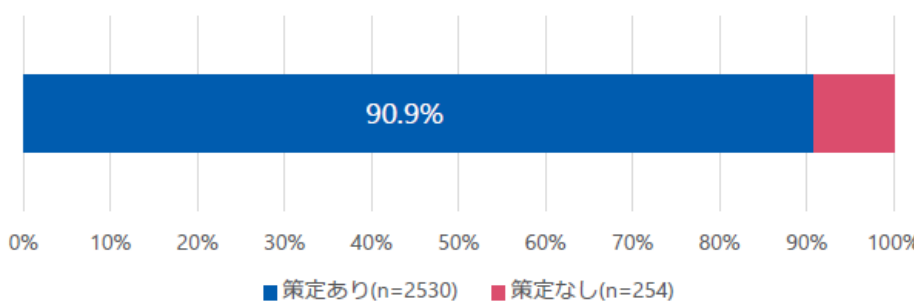
(※2) 集計方法等の詳細については、「病院情報の公表の集計条件等について」において公表

身体的拘束を最小化する取組① 指針の策定状況・体制

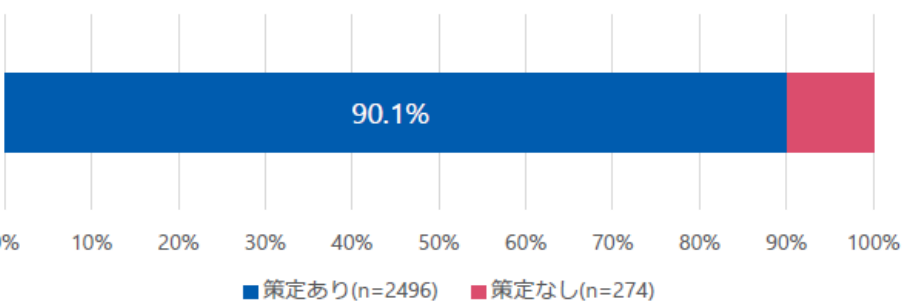
診調組 入-1
7. 5. 22改

○ 令和6年11月1日時点において、身体的拘束を最小化するための指針を策定しているのは90.9%、身体的拘束の実施・解除基準を策定しているのは90.1%であった。

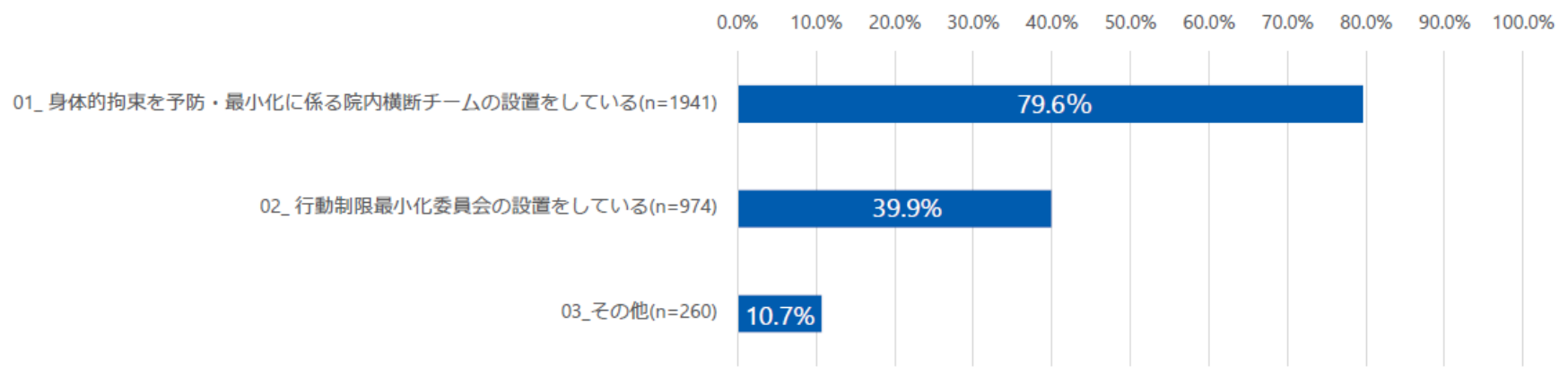
身体的拘束を最小化するための指針の策定状況
(令和6年11月1日時点)



身体的拘束の実施・解除基準の策定状況
(令和6年11月1日時点)



身体的拘束を予防・最小化するための組織について



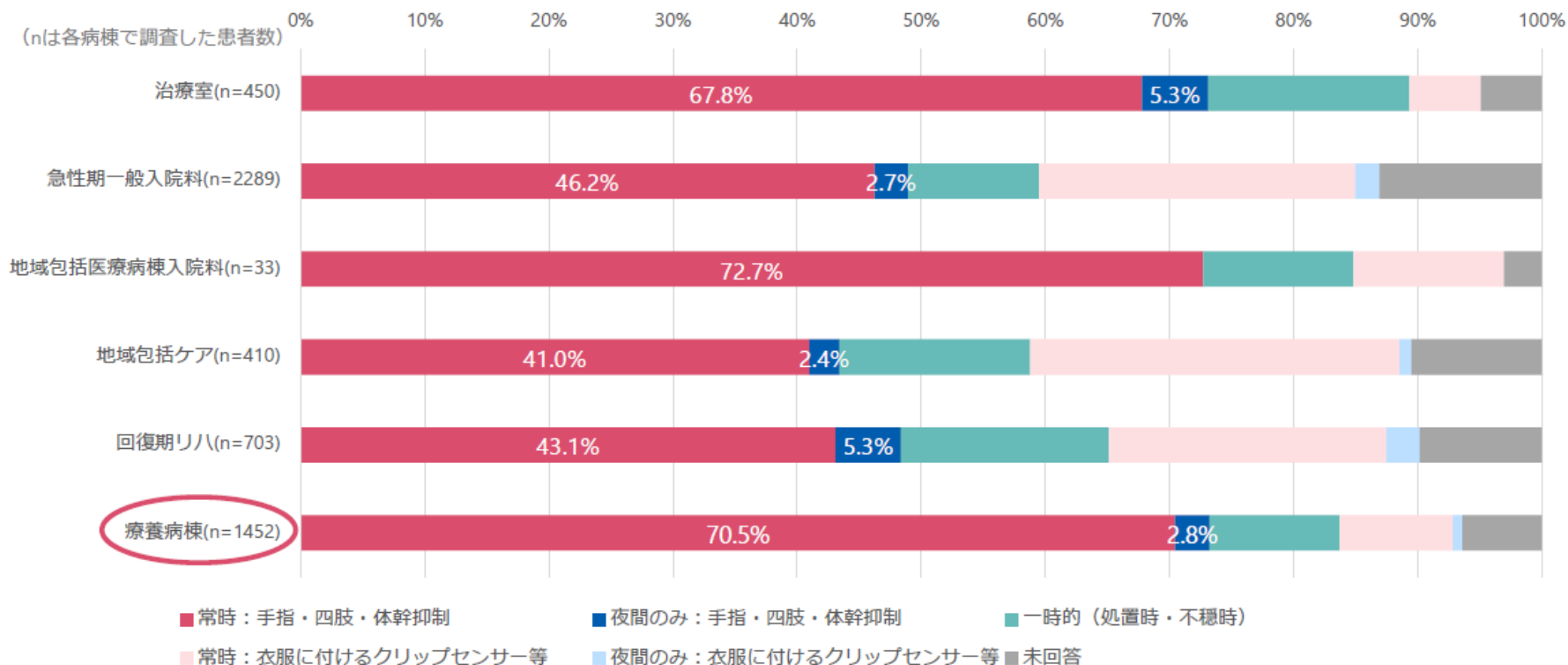
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 (施設調査票共通)

入院料ごとの身体的拘束の時間・方法

○ 身体的拘束が行われている患者のうち手指・四肢・体幹の抑制を常時行っている割合は、治療室、地域包括医療病棟、療養病棟で約7割であった。地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟では処置時等の一時的な身体的拘束が多かった。また、急性期一般入院料・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟では、衣服等に装着して患者の離床等を把握するクリップセンサー等を使用している割合が高かった。

入院料ごとの身体的拘束の時間と方法

(直近で身体的拘束を行った1日の状況を患者ごとに回答。nは各病棟で調査した患者数)

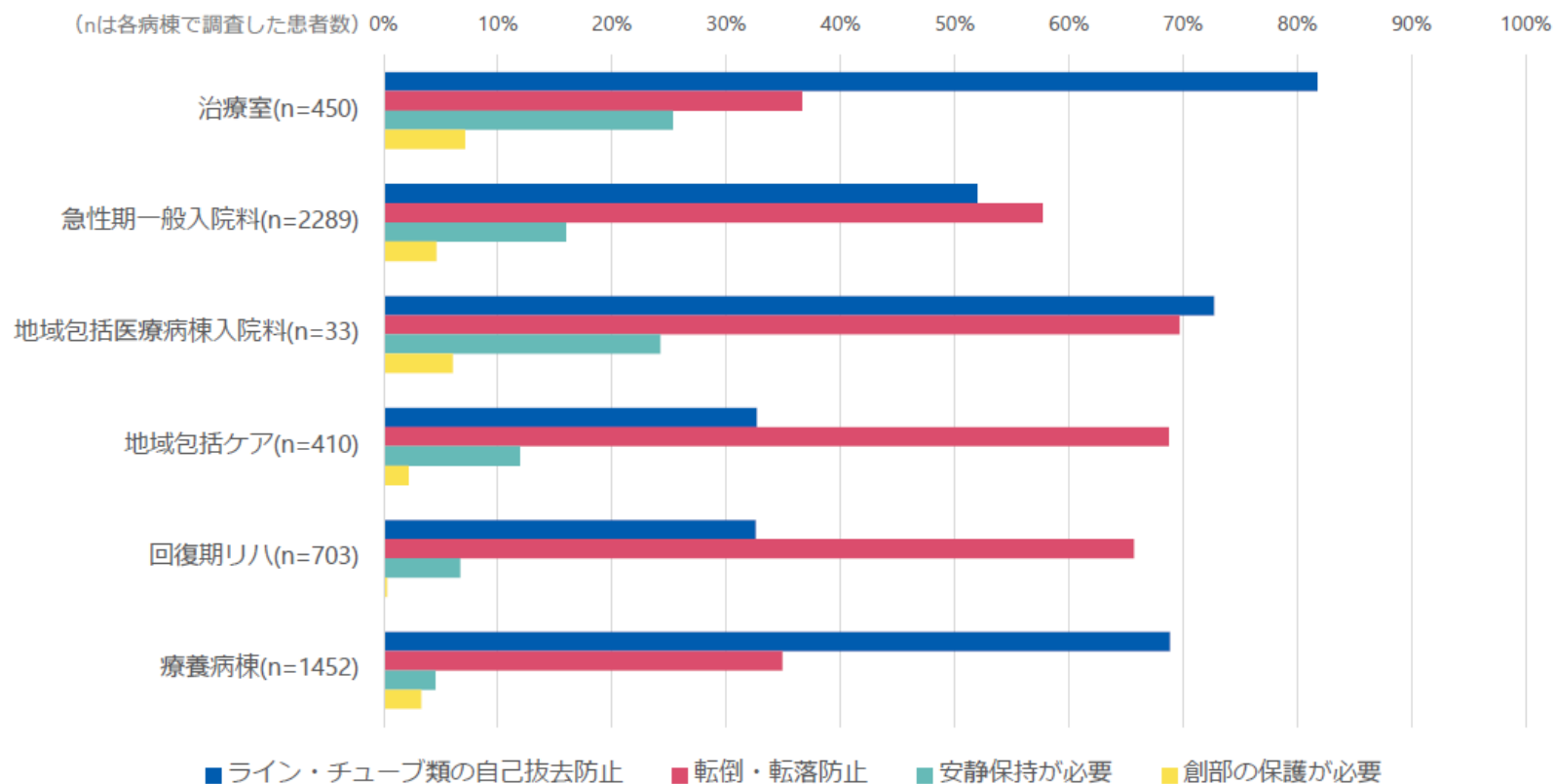


出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院・退棟患者票（A票、B票）、入院患者票（C票、D票）、治療室患者票（A票））

入院料ごとの身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束を行っている患者について、身体的拘束の実施理由は「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多かった。
- 治療室、地域包括医療病棟、療養病棟では「ライン・チューブ類の自己抜去防止」が、急性期一般入院料、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では「転倒・転落防止」が実施理由として多かった。
- 安静保持や創部の保護といった医学的理由からの身体的拘束は、いずれの入院料においても3割以下であった。

入院料ごとの身体的拘束の実施理由（複数回答可）



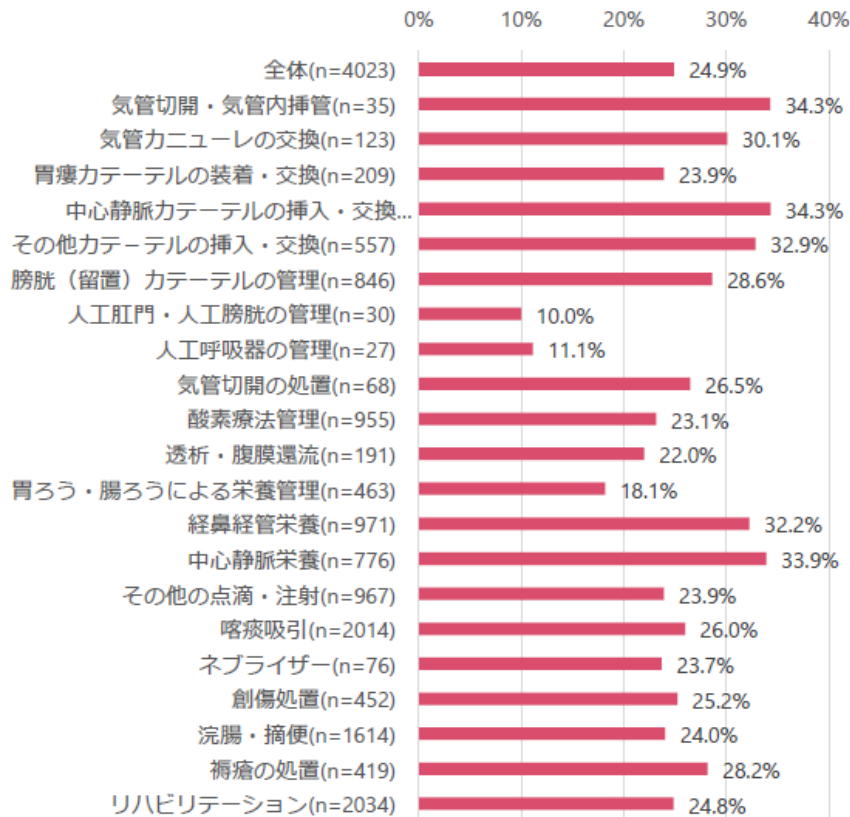
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院・退棟患者票（A票、B票）、入患者票（C票、D票））

療養病棟における認知症有無別の処置ごとと身体的拘束実施率

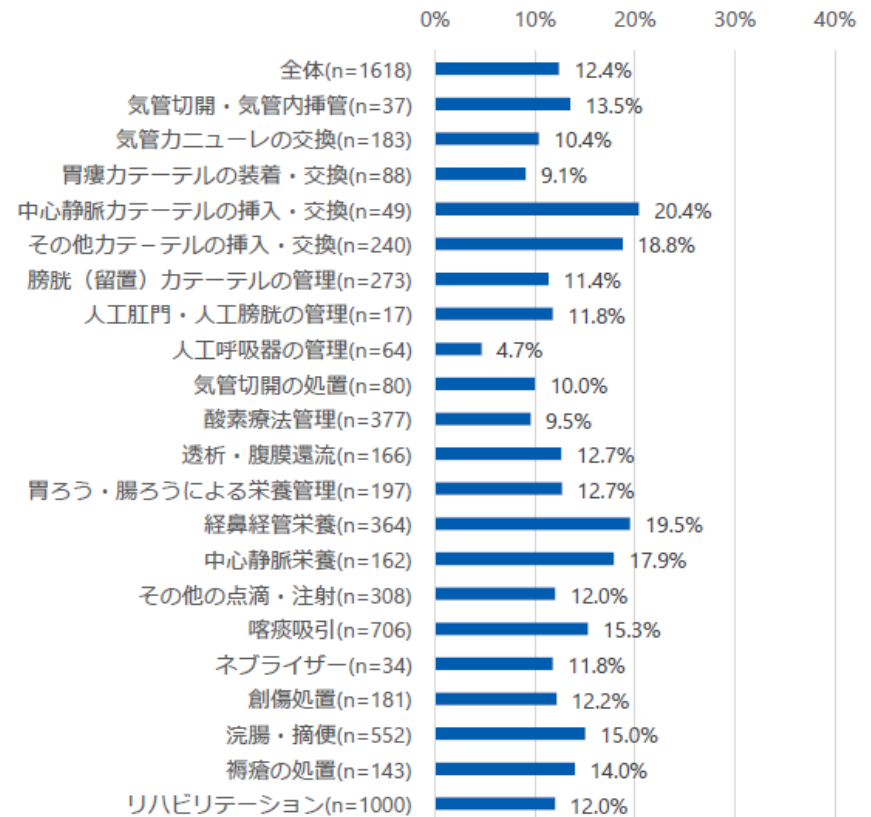
- 認知症のある患者においては、気管カニューレや経鼻胃管、中心静脈カテーテル等が挿入されている場合に、30%以上の患者においてなんらかの身体的拘束が実施されていた。
- 認知症のない患者においては、認知症のある患者と比べて全体的に身体的拘束の実施割合は低いものの、中心静脈カテーテルや経鼻胃管が挿入されている患者では20%近い割合で身体的拘束が実施されていた。

調査日を含む過去7日間以内に身体的拘束を実施した患者の割合

認知症あり



認知症なし



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票（C票））

身体的拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針

- 身体拘束廃止に向けた方針として、「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（令和6年3月）」では、特に管理者等の責任者が「身体的拘束を原則しない」という決意を持ち、職員をバックアップする方針を徹底し組織一丸となって考えを共有して取り組むこと、身体拘束を必要としない環境の整備、患者本人や家族との対話や意思確認、やむを得ず身体拘束を行った場合でも常に代替手段を検討することが示されている。

① 組織一丸となった取組の重要性

組織のトップが決意し、施設や事業所が一丸となって取り組む

組織のトップである法人理事長や施設長、管理者等の責任者が「身体拘束廃止・防止」を決意し、職員をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。それによって、職員は自分の責任となってしまう等の不安が解消され、安心して取り組むことが可能となる。

一部の職員が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の職員が身体拘束をするのであれば、現場は混乱し、効果はあがらない。施設や事業所の全員が一丸となって取り組むことが大切である。そのためには、例えば、施設長や管理者をトップとして、医師、看護職員・介護職員、事務職員等、施設・事業所全体で、身体的拘束等適正化検討委員会が適切に機能するように検討する等、身体拘束廃止・防止に向けて現場をバックアップすることが考えられる。



「身体拘束ゼロへの手引き」
（平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変

② 身体拘束を必要としないケアの実現

まず、身体拘束を必要としないケアの実現をめざす

本人についてももう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としないケアを作り出す方向を追求していくことが重要である。認知症の行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切である。認知症の行動・心理症状の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係するが、次のようなことが想定される。

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| (1) 職員の行為や言葉かけが不適当か、またはその意味が理解できない場合 | (4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合 |
| (2) 自分の意志にそぐわないと感じている場合 | (5) 身の危険を感じている場合 |
| (3) 不安や孤独を感じている場合 | (6) 何らかの意思表示をしようとしている場合 |

したがって、こうした原因を除去する等の生活環境や状況の改善に努めることが重要である。

③ 本人・家族・施設や事業所等での共通意識の醸成

みんなで議論し、共通の意識をもつ

個人それぞれの意識の問題でもある。身体拘束の弊害をしっかりと認識し、どうすれば廃止できるかを、トップも含めた組織全体、そして本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関で十分に議論し、みんなで課題意識を共有し、チームケアを実現していく努力が求められる。在宅介護においては、複数法人・事業所で協議することもある。

その際に最も大事なことは「本人中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいられるかもしれないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならない。



④ 常に代替的な方法を考えることの重要性

常に代替的な方法を考え、身体拘束を必要とするケースは極めて限定的に

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを常に検討することが求められる。「仕方がない」「どうしようもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束の解除を試みる。また、身体拘束の解除に困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備等創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究會に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。

運営基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり（21頁参照）、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。



身体的拘束を必要としないための3つの原則

- 同手引きでは、身体的拘束を必要としないケアの実現のために、身体的拘束を要する要因の探索と改善、生活リズムを整えるための5つの基本的ケアの徹底といった3つの原則が示されている。

① 身体拘束を必要とする要因を探り、その要因を改善する

身体拘束をやむを得ず行う理由として、次のような状況を防止するために「必要」といわれることがある。

- 一人歩きや興奮状態での周囲への迷惑行為
- 転倒のおそれのある不安定な歩行や、胃ろう・経鼻経管栄養・点滴等のチューブ類の抜去等の危険な行動
- かきむしりや体をたたき続ける等の自傷行為
- 姿勢が崩れ、体位保持が困難であること

しかし、それらの状況には必ずその人なりの理由等の要因があり、職員のかかわり方や環境に課題があることも少なくない。したがって、その人なりの理由等の要因を徹底的に探り、除去あるいは改善する工夫が必要であり、そうすれば身体拘束を行う必要もなくなるのである。身体拘束を行う前に、工夫できることはたくさんある。本人がどのような生活をしたいか、本人とともに考えていきたい。

② 5つの基本的ケアを徹底する

まず、基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整えることが重要である。

- ① 起きる、② 食べる、③ 排せつする、④ 清潔にする、⑤ 活動する(アクティビティ)

これらの5つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底することである。

(略)

こうした基本的事項について、一人一人の状態に合わせた適切なケアを行うことが重要である。また、これらのケアを行う場合には、一人一人を見守り、接し、触れ合う機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受け止め、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められる。

また、生活リズムを整えることに加えて、健康状態を整えることも重要である。医療専門職と連携しながらアセスメントを行い、本人に応じた最適なケアを行っていききたい。

③ 身体拘束廃止・防止をきっかけに「より良いケア」の実現を

このように身体拘束の廃止・防止を実現していく取組は、施設・事業所におけるケアの質の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止・防止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起されたさまざまな課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。

「身体拘束ゼロへの手引き」(平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」) 一部改変

医療機関内

- ◆ 入院基本料
（参考） 身体的拘束関連
- ◆ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ・ 専従要件の緩和
- ◆ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
 - ・ 算定病棟の拡大
 - ・ 褥瘡発生率
- ◆ 技術料関連
 - ・ 処置料等
 - ・ 特定保険医療材料

言葉の整理

■褥瘡対策委員会

ー入院基本料のための組織名

上記の褥瘡対策チームに関連職種を加えた組織

■褥瘡対策チーム

ー入院基本料のための組織名

褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員で組織

■褥瘡管理者

ーハイリスク加算のための役職

所定の研修を修了した看護師等(WOCN、特定看護師)

4 褥瘡対策の基準

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

褥瘡対策に関する診療計画書（1）

氏名 _____ 性別 男 女 _____ 年齢 _____ 計画作成日 _____
記入氏名
記入登録姓名

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

<日常生活自立度の低い入院患者>

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

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

褥瘡の危険因子の程度 (DESIGN-R 2.0)	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に及ぶ損傷	(6)DTI深部損傷(※2)	(7)DTI深部損傷(※2)	(8)深さ判定が不明の場合
深さ	なし	(1)少量:毎日の交換を要しない	(2)中等量:1日1回の交換	(3)多量:1日2回以上の交換					
滲出液	なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
大きさ (cm ²) <small>傷径×長径に連立する最大径(持続する発赤の範囲も含む)</small>	なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
炎症・感染	(0)無所の炎症・感染なし	(1)無所の炎症・感染あり(創周部の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(2)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創が治癒した場合、創が浅い場	(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)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
壊死組織	なし	(3)柔らかい壊死組織あり	(6)硬く薄い密着した壊死組織あり						
ポケット (cm ²) <small>潰瘍深さも含めたポケット全層(ポケットの長径×長径に連立する最大径)潰瘍面積</small>	なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)36以上				

※1 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。
 ※2 深部損傷(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発生経緯、血圧変動、画像診断等)から判断する。
 ※3 「3」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

留意する項目	計画の内容
圧迫、ズレカの排除 <small>(体位変換、体圧分散用具、褥瘡予防方法、車椅子姿勢保持等)</small>	ベッド上 イス上
スキンケア	
栄養状態改善	
リハビリテーション	

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

2022年から
DESIGN-R 2020
変更なし

褥瘡対策に関する診療計画書（2）

氏名 _____ 殿（男・女） _____ 年 月 日生（ 歳）

＜薬学的管理に関する事項＞ 対応の必要無し

褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他（ ））	
薬学的管理計画	＜すでに褥瘡を有する患者＞ 薬剤滞留の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

＜栄養管理に関する事項＞ 対応の必要無し 栄養管理計画書での対応

評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
【GLIM基準による評価（ <input type="checkbox"/> 非対応）】 判定: <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養（ <input type="checkbox"/> 中等度低栄養、 <input type="checkbox"/> 重度低栄養）				
該当項目: 表現型（ <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少） 病因（ <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症）				
栄養評価	体重 kg(測定日 /)	BMI kg/m2	体重減少（無・有）	
	身体所見	浮腫（無・有（胸水・腹水・下肢）・不明）		
	検査等 <small>検査している場合に記載</small>	<input type="checkbox"/> 測定無し Alb値（ ）g/dL 測定日（ / ）	<input type="checkbox"/> 測定無し Hb値（ ）g/dL 測定日（ / ）	<input type="checkbox"/> 測定無し CRP（ ）mg/dL 測定日（ / ）
	栄養補給法	経口・経腸（経口・経鼻・胃瘻・腸瘻）・静脈		栄養補助食品の使用（無・有）
栄養管理計画				

【記載上の注意】

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

2026年より
GLIM基準の欄が追加されたが必須ではない。

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

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(入院中1回) 500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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ものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)として、250点を所定点数に加算することができる。

三十褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準等

(1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準

イ褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等が褥瘡管理者として配置されていること。
ロ褥瘡管理者が、褥瘡対策チームと連携して、あらかじめ定められた方法に基づき、個別の患者ごとに褥瘡リスクアセスメントを行っていること。

ハ褥瘡リスクアセスメントの結果を踏まえ、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、主治医その他の医療従事者が共同して褥瘡の発生予防等に関する計画を個別に作成し、当該計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続して実施していること。

ニ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行うにふさわしい体制が整備されていること。

(2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域

(3) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2に規定する施設基準

イ一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1を除く。)を算定する病棟(特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。)であること。

ロ褥瘡ケアを行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ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行うにふさわしい体制が整備されていること。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

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

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

イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

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

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16時間以下であること。

(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。

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保険医、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保険医と連携して、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。

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

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

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

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

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ 特殊体位による手術を受けたもの

カ 強度の下痢が続く状態であるもの

キ 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの

ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

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

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

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

【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

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

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

特定行為及び特定行為区分(21区分38行為)

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

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

【重要】褥瘡関連の組織

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

【重要】褥瘡関連のステップ

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

感染対策向上加算等における専従要件

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

- 感染症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うことを促進する観点から、感染対策向上加算等の要件を見直す。
- 感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、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の専従の者が、介護保険施設等からの求めに応じてより柔軟な対応ができるよう、助言に従事できる時間について見直す。
- あわせて、専従業務に従事する時間が所定の労働時間に満たない場合について記載を追加した。

現行

【感染対策向上加算】

【施設基準】

- 1 感染対策向上加算1の施設基準
- (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

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



改定後

【感染対策向上加算】

【施設基準】

- 1 感染対策向上加算1の施設基準
- (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等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対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等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16時間以下であること。**また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を越えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。**

その他の専従要件の柔軟化

医療安全対策加算等における専従業務に従事する時間の柔軟化

- 感染対策向上加算における**感染対策チームの専従者**、**抗菌薬適正使用支援チームの専従者**及び医療安全対策加算1に規定する**専従の医療安全管理者**について、専従業務に従事する時間が当該保険医療機関の所定労働時間に満たない場合には、**月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない**こととする。

現行

【医療安全対策加算】

〔施設基準〕

- 1 医療安全対策加算1に関する施設基準
 - (1) 医療安全管理体制に関する基準
 - ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

改定後

【医療安全対策加算】

〔施設基準〕

- 1 医療安全対策加算1に関する施設基準
 - (1) 医療安全管理体制に関する基準
 - ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。**なお、(2)に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。**

入院栄養管理体制加算における管理栄養士の専従要件の柔軟化

- 管理栄養士の病棟への専従配置が要件となっている**入院栄養管理体制加算**について、病棟での業務に影響のない範囲において、**当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行って差し支えない**こととする。

現行

【特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算】

〔施設基準〕

- (1) 当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。

改定後

【特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算】

〔施設基準〕

- (1) 当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。**ただし、当該病棟での栄養管理業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことは差し支えない。**

専従要件に関するこれまでの中医協における議論①

- 令和8年度診療報酬改定に向けた中医協においても、職種や加算の内容ごとに、現状を踏まえた専従要件の在り方について議論を行ってきた。

11/5 中医協 総-7 入院（その4）看護職員

算定区分	専従要件と主な業務規定や緩和要件	論点と主な意見
A226-2 緩和ケア診療加算 A226-4 小児緩和ケア診療加算 B001-24 外来緩和ケア管理料	要件を満たす緩和ケアチームの構成員のうち、いずれか1人 ・ 担当とする患者数が少ない場合は専任可。 ・ 介護保険施設等に赴いて行う助言等の業務は、月10時間以下であれば可能。	<p>□ 地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等が実施されている。このような状況を踏まえ、<u>専従要件等を緩和することについてどのように考えるか。</u>（<u>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</u>）</p>
A234-2 感染対策向上加算 注3 抗菌薬適正使用支援加算	感染制御チームの医師又は看護師のうち1名 ・ 抗菌薬適正使用支援チームの業務、他の保険医療機関等に関する助言の業務は可。 ・ 他施設に赴く助言等の業務は月10時間以下。 ・ 医療安全対策加算に定める医療安全管理者との兼任は不可。	
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	褥瘡ハイリスク患者のケアの十分な経験があり、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 ・ 他施設に赴く助言等の業務は月10時間以下。	

11/5 中医協 総-7 入院（その4）入退院支援

算定区分	専従要件と主な業務規定や緩和要件	論点と主な意見
A246 入退院支援加算	専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上	<p>□ 入退院支援加算と精神科入退院支援加算の両方を届け出た場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が、<u>同一の入退院支援部門で双方の業務を兼ねること</u>についてどのように考えるか。</p>
A246-2 精神科入退院支援加算	専従の看護師及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の精神保健福祉士	

専従要件に関するこれまでの中医協における議論②

11/14中医協 総-2 入院（その5）リハビリテーション

算定区分	専従要件と主な業務規定や緩和要件	論点と主な意見
H000 心大血管疾患リハビリテーション料 (他、疾患別リハビリテーション料) H008 集団コミュニケーション療法 I007 精神科作業療法 I008-2 精神科ショート・ケア 等	(例) 心大血管疾患リハビリテーション料I 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が 合わせて2名以上、又はいずれか一方が2名以 上勤務していること ・ 他の疾患別リハビリテーションとの専従者の 兼務可	<ul style="list-style-type: none"> □ 疾患別リハビリテーション料の専従要件や評価のあり方について、以下の点をどのように考えるか。 ・ <u>疾患別リハビリテーション料において専従の療法士の配置を求めている、他のリハビリテーションの業務への関与が妨げられていたり、算定上不明瞭な点が生じていること。</u>
H004 摂食機能療法の 注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算	摂食嚥下機能障害を有する患者の看護の経験があり、適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> □ また、摂食嚥下機能回復体制加算において<u>専従要件となっている言語聴覚士の業務の範囲と、疾患別リハビリテーションとの関係性等</u>について。

11/14中医協 総-2 入院（その5）病棟における多職種連携

算定区分	専従要件と主な業務規定や緩和要件	論点と主な意見
A104 特定機能病院入院基本料の 注10に規定する入院栄養管理体制加算	専従の常勤管理栄養士が1名以上	<ul style="list-style-type: none"> □ 管理栄養士が<u>特定機能病院で専従配置の場合でも退院患者の支援を継続的に</u>行うことについて。
A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携 体制加算	専従の常勤理学療法士等が2名以上 ・ うち1名は専任の従事者でも可	<ul style="list-style-type: none"> □ <u>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等</u>については、療法士の配置基準等の要件が厳しいという意見があり、体制加算の届出は少ない。 (略) 本加算の評価の在り方や要件について。

その他の専従要件について

- その他、以下のような専従要件についても、専従の趣旨や医療の質を担保することに配慮しつつ、行える業務の範囲や分担の在り方、従事する場所等について、更に明確化することができるのではないか。

算定区分	専従要件と主な業務規定や緩和要件	課題
------	------------------	----

【チームで診療を提供する項目に係る専従要件】

A234 医療安全対策加算	適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。	<ul style="list-style-type: none"> • 専従の職員が、加算に係る業務を行わない時間に行うことのできる業務が示されていない。 • 病床数によって、業務の量に差があると考えられるが、例えば規模の大きい病院で複数名の要件を満たす担当者がある場合、加算に係る業務を分担しうるのではないかと考えられるのではないかと。
A234-2 感染対策向上加算 注3に規定する抗菌薬適正使用支援加算	要件を満たす医師又は看護師のうち1名は専従。 <ul style="list-style-type: none"> • 抗菌薬適正使用支援チームの業務、他の保険医療機関等に関する助言の業務を行っても専従とみなす（赴いて助言する時間は月10時間以下） • 医療安全対策加算に定める医療安全管理者との兼任不可 	

【入院料に係る専従要件】

A304 地域包括医療病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が2名以上 常勤の管理栄養士が1名以上	病棟に専従であっても、病棟の患者に係る院外における指導等を行うのではないかと。
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が1名以上	

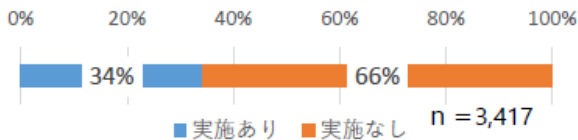
【精神医療に係る専従要件】

A103 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神保健福祉士配置加算	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	従事できる業務の範囲や、業務を行う場所について、今後、議論予定。
A230-2 精神科地域移行実施加算	地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上 <ul style="list-style-type: none"> • 当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務に専従していることが必要 	
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料 A314 認知症治療病棟入院料 等	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	

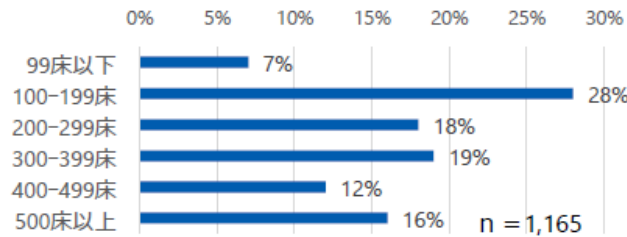
病院と介護保険施設等との連携

- 地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、病院規模に関わらず、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等を実施している。
- 今後、このような取組を推進していくためには、医療機関独自の取組だけでなく、都道府県単位での調整等、効率的な実施に係る体制を整備することが重要。

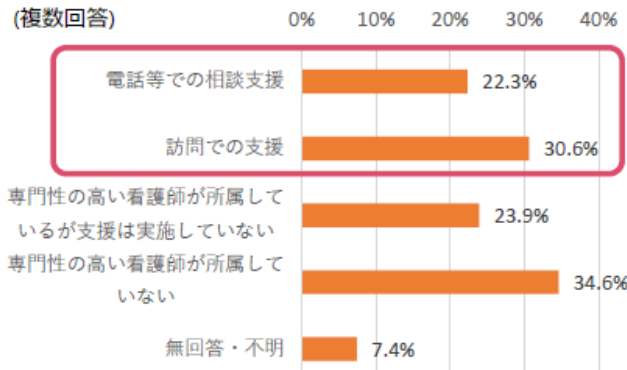
■ 看護師による介護施設等への支援を実施している病院



■ 支援実施病院の病床規模割合



■ 特定行為研修修了者等による地域の介護施設等での活動状況 (複数回答)



■ 看護師による支援内容別の実施病院割合 (複数回答)

調査対象：全国8,079病院 回収数：3,417病院

支援内容	回答病院数	特養・老健・介護医療院	認知症グループホーム・サ高住・有料老人ホーム	訪問ST・看護多機能・小多機能	通所施設	学校保育施設	その他	無回答不明
感染症予防や発生時の対応	856	86.2%	38.0%	25.6%	26.4%	19.7%	16.6%	0.7%
皮膚・排泄障害への対応	535	58.8%	18.7%	60.7%	10.9%	3.9%	17.1%	1.7%
認知症のBPSD（行動・心理症状）やせん妄への対応	276	57.6%	29.7%	29.7%	17.4%	10.1%	39.1%	1.1%
看取りのケア	168	44.0%	18.5%	51.8%	7.1%	8.9%	23.2%	3.0%
摂食・嚥下障害への対応	160	57.5%	21.3%	40.6%	12.5%	12.5%	22.5%	2.5%
その他	146	24.0%	8.9%	19.2%	4.1%	26.7%	27.4%	24.7%
呼吸器ケア（在宅人工呼吸療法等）	64	20.3%	10.9%	65.6%	9.4%	10.9%	31.3%	3.1%
非がん疾患の緩和ケア（慢性心不全等）	63	25.4%	17.5%	58.7%	6.3%	3.2%	31.7%	7.9%
小児（医療的ケア児）への対応	53	—	—	35.8%	20.8%	67.9%	20.8%	1.9%
精神疾患（認知症以外）に伴う症状の対応	48	27.1%	27.1%	31.3%	18.8%	27.1%	31.3%	8.3%

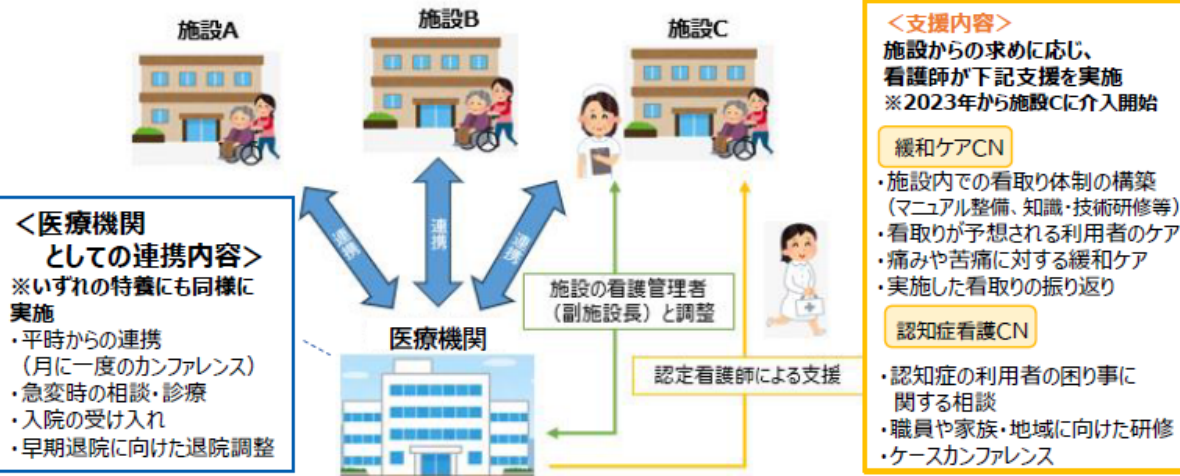
出所：2024病院看護実態調査（日本看護協会） 134

看護師による平時からの特別養護老人ホーム支援の取組事例

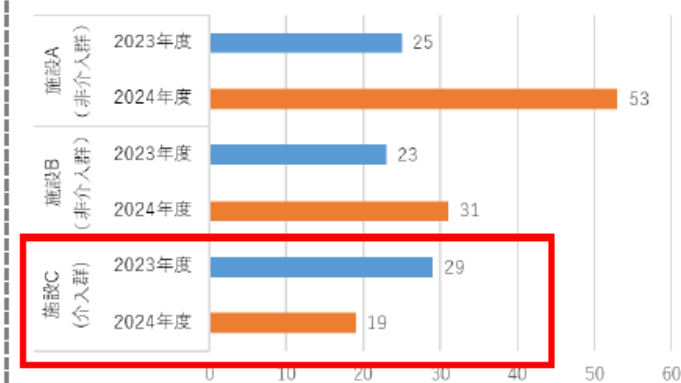
- 特別養護老人ホームの看護管理者と調整し、看護師による情報共有（カンファレンスの実施）等の支援を平時から行っている取組事例がある。
- 本取組事例では、施設の看護管理者から「利用者の穏やかな生活を支え看取り等にも対応可能な体制整備に向け、専門性の高い看護師からの支援を受けたい」との相談を受け、継続的に緩和ケア認定看護師及び、認知症看護認定看護師による、相談・支援を行っている。

<医療法人社団協友会 吉川中央総合病院の取組>

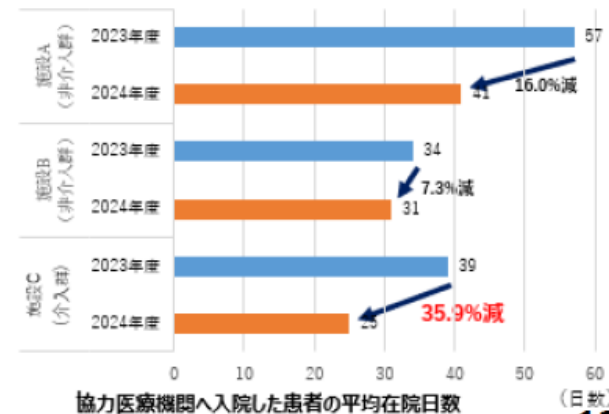
対象施設(特別養護老人ホーム:3施設)



○施設からの搬送患者数



○施設からの入院患者の平均在院日数



協力医療機関へ入院した患者の平均在院日数 (日数)

- 看護師による支援を行った施設では、施設からの搬送患者数が減少した。
- 施設から入院した患者の平均在院日数は、いずれの施設からの入院患者も、前年度から減少しているが、なかでも、認定看護師が支援を実施した施設Cは、平均在院日数の減少率が最も大きかった。
- 看護師の支援により、応需件数が減少していること、入院しても速やかに施設で受け入れることができている。
- 看護の連携によってがんや認知症の症状があっても環境調整を行うことができ、施設で最期まで過ごすことができている。

出典：吉川中央総合病院資料「認定看護師による高齢者施設への支援を行った効果～医療と介護の連携を目指して～」

専従要件の明確化に係る課題と論点

- 平成30年度改定において、チームやリハビリテーション等に係る専従要件については、医療の質を担保しつつ弾力的な運用が可能となるよう見直しが行われ、チーム内の人数が少ない場合は専任でよいことや、当該業務に従事しない時間において関連する他の業務に従事可能であること等が明確化された。
- 令和8年度診療報酬改定に向けた中医協においても、職種や加算の内容ごとに、現状を踏まえた専従要件の在り方について議論を行ってきた。これまでに取り扱っていない専従要件についても、例えば以下のような課題がある。
 - 医療安全管理加算や感染対策向上加算の専従者について、加算に係る業務のない時間に実施可能な業務等が示されていない。
 - 医療安全管理加算や感染対策向上加算の専従者は、病床規模によって多少の業務の差があるものと想定されるが、例えば病床規模の大きい医療機関で要件を満たす従事者が複数いる場合に、専従業務の分担をしうるかが明確でない。
 - 入院料において病棟に専従の職員は、入院している患者に係る院外での指導等を行う場面が想定されるが、病棟外での業務が実施可能か明確でない。

【論点】



- 医療安全対策加算や感染対策向上加算の専従者において、加算に係る業務のない時間に実施可能な業務が示されていないことから、他施設への助言業務に関する規定を参考に、月のうち一定の時間までは院内で他の業務に従事可能とすることについて、どのように考えるか。また、病床規模の大きい医療機関において、要件を満たす2名の従事者が業務を分担できることとすること等について、どのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟等における、専従の理学療法士等は、入院患者の退院支援等に係る業務であれば院外での活動に従事できることを明確化することについて、どのように考えるか。

医療安全対策加算の見直し

医療安全対策加算の見直し

- 患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算について要件及び評価を充実する。

現行

- 【医療安全対策加算】
- 1 医療安全対策加算 1 85点
2 医療安全対策加算 2 30点
[施設基準]
- (1) 医療安全管理体制に関する基準
(追加)
- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項
(追加)
- (3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準
(追加)



改定後

- 【医療安全対策加算】
- 1 医療安全対策加算 1 **160点**
2 医療安全対策加算 2 **70点**
[施設基準]
- (1) 医療安全管理体制に関する基準
- 当該保険医療機関の管理者が、医療事故調査制度に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項
- 医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと。
- (3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準
- (加算1のみ)「病院等において把握すべき重大事象の類型化について」(医政局地域医療計画課長通知)に示す、患者への影響度が大きい回避可能性は必ずしも高くない事象について、医療安全管理部門に情報を集積して発生の傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告、及び必要な対策を実施する体制を整備すること。

- 医療安全対策加算2について、医療安全管理者として医療有資格者以外の者を配置する場合の要件を新設する。

- 【医療安全対策加算2】
[施設基準]
- (1) 医療安全管理体制に関する基準
- ア 以下のいずれかの体制を有していること。
- (イ) ※現行と同様
 - (ロ) 医療安全管理者であって、医療安全対策に係る適切な研修を修了し、医療安全管理部門での1年以上の業務経験を有する専任の職員が配置されていること。この場合、医療安全管理者とは別に、看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていること。

医療安全対策加算の見直し

医療安全対策地域連携加算の見直し

- 多様な規模・機能の医療機関同士が連携し、医療安全に関する取組を互いに評価し改善に繋げる体制の構築を推進する観点から、医療安全対策地域連携加算1について、特定機能病院においても算定可能とする。
- また、医療安全に関する課題等の情報共有や対応困難事例に関する相談体制の整備等を行う取組を推進する観点から、施設基準を追加する。

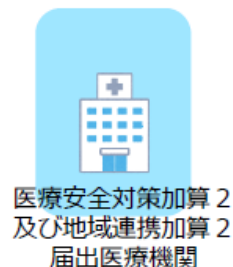
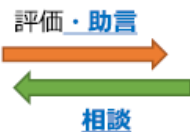
現行

【医療安全対策地域連携加算】

[算定要件]

医療安全対策に関する医療機関間の連携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保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、それぞれ更に所定点数に加算する。

[施設基準]
(追加)



改定後

【医療安全対策地域連携加算】

[算定要件]

医療安全対策に関する医療機関間の連携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保険医療機関（医療安全対策地域連携加算2については、特定機能病院を除く。）に入院している患者については、それぞれ更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(加算1)

○ 連携を行っている他の医療安全対策加算1及び2に係る届出を行っている保険医療機関に対し、必要時に医療安全対策に関する助言を行う体制を有すること。

※ 特定機能病院においては、特定機能病院間相互のピアレビューで行う技術的助言を当該連携に含めないこと。

(加算2)

○ 連携を行っている他の医療安全対策地域連携加算1に係る届出を行っている保険医療機関に対し、必要に応じて医療安全対策に関する相談を行う体制を有すること。