

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



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

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の評価の見直し及び加算2の新設

- リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について更に評価するとともに、施設基準を緩和した加算2を新設する。
- 加算2に従事する専従の理学療法士等においては、「A251」排尿自立支援加算、「A230-4」精神科リ工ゾンチーム加算、「H004」摂食嚥下機能回復体制加算における業務についても兼務できることとする。
- B Iの測定に係る研修において、併せてF I Mの測定に関する内容を含むことが望ましいこととする。

現行

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
(1日につき) 120点

【施設基準】

- プロセス・アウトカム評価
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の8割以上
 - ・退院時にADLが低下した患者の割合が3%未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満
- 当該保険医療機関において、B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。



改定後

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1
(1日につき) 150点
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2
(1日につき) 90点

【施設基準】

- 加算2のプロセス・アウトカム評価（加算1は不変）
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の7割以上
 - ・退院時にADLが低下した患者の割合が5%未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満
- 当該保険医療機関において、B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「F I M」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

	A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算		(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
	加算1	(新) 加算2	加算1	(新) 加算2	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、 専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士 1名、専任の療法士 1名 専任の管理栄養士 1名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従2名、 管理栄養士 専任1名)		<u>専任の管理栄養士 1名</u> +病棟の配置職員 (療法士 専従1名)
専従者の 兼務規定	専従者は、他の業務の 専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務 との専従者との兼務不可 だが、 <u>チームに係る加算 の専従者との兼務は可能</u>	病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリ ハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録				
3日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3日以内に開始した患者が8割以上				<u>入棟患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上</u>
休日リハ 実施割合	8割以上	<u>7割以上</u>	8割以上	<u>7割以上</u>	<u>7割以上</u>
ADL低下割合	3%未満	<u>5%未満</u>	3%未満	<u>5%未満</u>	<u>二（要件なし）</u>
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの 算定制限	専従・専任：9単位まで		専従：6単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数 (14日間)	<u>150点</u>	<u>90点</u>	<u>110点</u>	<u>50点</u>	<u>30点</u>

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

A 2 2 6 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき） 18点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理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、所定点数に加算する。

A 2 2 6 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき） 18点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理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、所定点数に加算する。

イ 褥瘡対策加算1 15点
 ロ 褥瘡対策加算2 5点

イ 褥瘡対策加算1 15点
 ロ 褥瘡対策加算2 5点

変更なし

(一般処置)

J 0 0 0 創傷処置

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 100平方センチメートル未満 | 52点 |
| 2 | 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 | 60点 |
| 3 | 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 | 90点 |
| 4 | 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 | 160点 |
| 5 | 6,000平方センチメートル以上 | 275点 |

注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

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、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。

3 5については、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。

(一般処置)

J 0 0 0 創傷処置

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 100平方センチメートル未満 | 52点 |
| 2 | 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 | 60点 |
| 3 | 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 | 90点 |
| 4 | 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 | 160点 |
| 5 | 6,000平方センチメートル以上 | 275点 |

注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

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、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。

3 5については、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。

変更なし

J001-4 重度褥瘡処置（1日につき）

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 100平方センチメートル未満 | 90点 |
| 2 | 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 | 98点 |
| 3 | 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 | 150点 |
| 4 | 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 | 280点 |
| 5 | 6,000平方センチメートル以上 | 500点 |

注1 重度の褥瘡^{じよくそう}処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。

- 2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

J001-4 重度褥瘡処置（1日につき）

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 100平方センチメートル未満 | 90点 |
| 2 | 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 | 98点 |
| 3 | 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 | 150点 |
| 4 | 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 | 280点 |
| 5 | 6,000平方センチメートル以上 | 500点 |

注1 重度の褥瘡^{じよくそう}処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。

- 2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

変更なし

J 0 0 1 - 5 長期療養患者褥瘡等処置（1日につき） 24点

注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

J 0 0 1 - 6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき） 30点

注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

(2) 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

ロ 皮膚科軟膏処置

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

(2) 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

2 注1に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。

J 0 0 1 - 5 長期療養患者褥瘡等処置（1日につき） 24点

注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

J 0 0 1 - 6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき） 30点

注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

(2) 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

ロ 皮膚科軟膏処置

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

(2) 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

2 注1に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。

変更なし

J 0 0 1 - 1 0 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

200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おいて行われる場合に限り算定する。

2 初回の処置を行った場合は、静脈圧迫処置初回加算として、初回に限り150点を所定点数に加算する。

J 0 0 1 - 1 0 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

200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おいて行われる場合に限り算定する。

2 初回の処置を行った場合は、静脈圧迫処置初回加算として、初回に限り150点を所定点数に加算する。

変更なし

改正後	改正前
<p>J 0 0 3 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）</p> <p>1 100平方センチメートル未満 1,040点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,060点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 1,375点</p> <p>注1 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>2 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。</p>	<p>J 0 0 3 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）</p> <p>1 100平方センチメートル未満 1,040点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,060点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 1,375点</p> <p>注1 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>2 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。</p>
<p>J 0 0 3-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）</p> <p>1 100平方センチメートル未満 240点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 270点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 330点</p> <p>注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p>	<p>J 0 0 3-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）</p> <p>1 100平方センチメートル未満 240点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 270点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 330点</p> <p>注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p>

変更なし

改正後		改正前	
36	下肢創傷処置管理料 500点	36	下肢創傷処置管理料 500点
20	糖尿病合併症管理料 170点	20	糖尿病合併症管理料 170点
B001-7	リンパ浮腫指導管理料 100点 ₊	B001-7	リンパ浮腫指導管理料 100点 ₊
<p>10 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、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。</p>		<p>10 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、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。</p>	

変更なし

01 訪問看護基本療養費（1日につき）

1 訪問看護基本療養費①

イ 保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）

(1) 週3日目まで 5,550円

(2) 週4日目以降 6,550円

ロ 准看護師による場合

(1) 週3日目まで 5,050円

(2) 週4日目以降 6,050円

ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡^{じよくさう}ケア又は人工肛門^{こうもん}ケア及び人工膀胱^{ぼうこう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

01 訪問看護基本療養費（1日につき）

1 訪問看護基本療養費①

イ 保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）

(1) 週3日目まで 5,550円

(2) 週4日目以降 6,550円

ロ 准看護師による場合

(1) 週3日目まで 5,050円

(2) 週4日目以降 6,050円

ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡^{じよくさう}ケア又は人工肛門^{こうもん}ケア及び人工膀胱^{ぼうこう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

変更なし

- 12 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（以下「特定行為研修」という。）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。
- 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（医科点数表の区分番号C013に掲げる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行った場合に限る。） 2,500円
- 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（医科点数表の区分番号C007の注3又は区分番号I012-2の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。） 2,500円

- 12 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（以下「特定行為研修」という。）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。
- 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（医科点数表の区分番号C013に掲げる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行った場合に限る。） 2,500円
- 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（医科点数表の区分番号C007の注3又は区分番号I012-2の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。） 2,500円

変更なし

通則

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

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

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

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

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

<通則>

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

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

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

		下肢創傷処置 J000-2	下肢創傷処置管理料 B001-36	下肢末梢動脈疾患 指導管理加算 J038	糖尿病合併症管理料 B001-20	静脈圧迫処置 J001-10
点数	1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点 2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 147点 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点		500点(月一回)	100点(月一回)	170点(月一回)	200点(月一回) 150点(初回加算)
施設基準	なし	あり ・医師の配置	あり ・連携先に診療科の規定 ・透析全患者への実施	あり 医師・看護師の配置	あり 医師・看護師の配置	あり ・医師・看護師の配置 ・必要な検査機器
算定場所	入院	○	×	○	×	○
	外来	○	○	○	○	○
	在宅	○	○	○	×	○
算定病棟	DPC	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	出来高	○	×	○人工腎臓の加算	×	○
	地域包括	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
	回復リハ	×	×	○人工腎臓の加算	×	×
療養	○	×	○人工腎臓の加算	×	○	
算定期間	なし	なし	なし	なし	標準は3カ月 初回の潰瘍の大きさが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	
医師	領域・診療科	なし	整形外科、形成外科、皮膚科、外科、 心臓血管外科、循環器内科	なし	経験	血管外科、心臓血管外科、皮 膚科、形成外科、循環器内科
	年数	なし	5年	なし	5年	なし
	研修	なし	必要	なし	なし	必要
	専従・専任	なし	なし	なし	専任	専任
	常勤	なし	常勤 (複数の合算 不可)	なし	常勤 (複数の合算 可能)	常勤 (複数の合算 不可)
看護師	領域・診療科	なし	不可	なし	経験	経験
	年数	なし	不可	なし	5年	3年
	研修	なし	不可	なし	16時間	必要
	専従・専任	なし	不可	なし	専任	専任
	常勤	なし	不可	なし	なし	常勤
備考	創傷が異なればNPWTと併算定 可	糖尿病合併症管理料との併算定 不可	糖尿病合併症管理料との併算定 可		材料(弾性包帯等)は療養費で支給	
	創傷が異なれば多血小板血漿処置と併算定 可					
	創傷処置と併算定 不可					
参考	熱傷処置/重度褥瘡処置は2ヶ月が限度					



AAA Case Study Club Special

新設！ 下肢創傷処置点数と下肢創傷処置管理料

2022年3月吉日
代表理事 大浦紀彦

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


開催日時：2022年3月24日(木) 19:00-21:00

参加費 無料

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

参加申し込みは右QRコード
または下記URLより登録してください。

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



ニュース

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

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




2022改定
3月24日現在の情報

AAA case study club Special
2022-3-24

2022年診療報酬改定 新設

- 下肢創傷処置
- 下肢創傷処置管理料

スリーエムジャパン株式会社
高水 勝



AAA 下肢 検索

AAA Case Study Club Special

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

Q&A 回答

Act Against Amputation

AAA Case Study Club Special
Q&A

159 局所陰圧閉鎖処置用材料

(1) 局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。

ア 外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの）

イ 外科手術後離開創・開放創

ウ 四肢切断端開放創

エ デブリードマン後皮膚欠損創

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

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

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

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

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

ア BMIが30以上の肥満症の患者

イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%

以上（NGSP値で7.0%以上）の者

ウ ステロイド療法を受けている患者

エ 慢性維持透析患者

オ 免疫不全状態にある患者

カ 低栄養状態にある患者

キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者

ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者

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

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（令和8年3月5日保医発0305第1号）

・通常のNPWTについて整理です。腹部開放創、切開創SSI予防は除く

180 陰圧創傷治療用カートリッジ

(1) 陰圧創傷治療用カートリッジは以下の場合に算定する。

ア 入院中の患者以外の患者に対して使用した場合

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

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

ア BMIが30以上の肥満症の患者

イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%

以上（NGSP値で7.0%以上）の者

ウ ステロイド療法を受けている患者

エ 慢性維持透析患者

オ 免疫不全状態にある患者

カ 低栄養状態にある患者

キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者

ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者

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

皮膚欠損用創傷被覆材の 薬事承認上の「使用目的又は効果」と保険償還の関係

	使用目的又は効果	難治性皮膚疾患処置指導管理料 の時の保険償還範囲	難治性皮膚疾患処置指導管理料 以外の時の保険償還範囲
表皮の創傷	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	
真皮に至る創傷	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓
皮下組織に至る創傷	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓
筋肉・骨に至る創傷	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓

The diagram illustrates the relationship between the intended use/effect of skin wound dressings and their insurance reimbursement status. The table is divided into three columns: 'Intended Use or Effect', 'Insurance Reimbursement Range during Difficult-to-Treat Skin Disease Management Fee', and 'Insurance Reimbursement Range outside of Difficult-to-Treat Skin Disease Management Fee'. The rows represent the depth of the wound: 'Epidermal wound', 'Wound reaching the dermis', 'Wound reaching the subcutaneous tissue', and 'Wound reaching muscle/bone'.

In the 'Intended Use or Effect' column, which is highlighted with a red border, three levels of use are shown: 'Dermis use' (yellow box), 'Subcutaneous tissue use' (green box), and 'Muscle/Bone use' (purple box). Arrows indicate that these uses correspond to the depth of the wound. For example, 'Dermis use' is associated with wounds reaching the dermis, 'Subcutaneous tissue use' with wounds reaching the subcutaneous tissue, and 'Muscle/Bone use' with wounds reaching the muscle/bone.

The 'Insurance Reimbursement Range during Difficult-to-Treat Skin Disease Management Fee' column shows that reimbursement is available for all four wound depths. The 'Insurance Reimbursement Range outside of Difficult-to-Treat Skin Disease Management Fee' column shows that reimbursement is only available for wounds reaching the dermis, subcutaneous tissue, and muscle/bone, but not for epidermal wounds.

＜非固着性シリコンガーゼ＞の薬事承認上の「使用目的又は効果」

- 創部の保護及び固着防止に用いること。

＜創傷被覆材＞の薬事承認上の「使用目的又は効果」

- 真皮までの創傷に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

- 皮下脂肪組織までの創傷（Ⅲ度熱傷を除く。）に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

＜抗菌性創傷被覆材＞の薬事承認上の「使用目的又は効果」

- 真皮までの創傷に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

本品は、感染を引き起こす可能性が高く、浸出液を伴う創傷に使用すること。

- 皮下脂肪組織までの創傷（Ⅲ度熱傷を除く。）に対する「創の保護」、「湿潤環境の維持」、「治癒の促進」、「疼痛の軽減」を目的とする。

本品は、感染を引き起こす可能性が高く、浸出液を伴う創傷に使用すること。

皮膚欠損用創傷被覆材の 薬事承認上の「使用目的又は効果」と保険償還の関係

	使用目的又は効果	難治性皮膚疾患処置指導管理料 の時の保険償還範囲	難治性皮膚疾患処置指導管理料 以外の時の保険償還範囲
表皮の創傷	↑	↑	
真皮に至る創傷	↓ 真皮用	↓ 真皮用	↑ ↓ 真皮用
皮下組織に至る創傷	↓ 皮下組織用	↓ 皮下組織用	↑ ↓ 皮下組織用
筋肉・骨に至る創傷	↓ 筋・骨用	↓ 筋・骨用	↑ ↓ 筋・骨用

101 皮膚欠損用創傷被覆材

(1) 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。

(2) 皮膚欠損用創傷被覆材は、**いずれも2週間を標準として、特に必要と認められる場合については3週間を限度として算定できる。**また、同一部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。

(3) 皮膚欠損用創傷被覆材は、以下の場合には算定できない。

ア 手術縫合創に対して使用した場合

イ 真皮に至る創傷用を真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

ウ 皮下組織に至る創傷用・標準型又は皮下組織に至る創傷用・異形型を皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

エ 筋・骨に至る創傷用を筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、
第10部、第11部及び第12部に規定する特定保険医療材料
(フィルムを除く。)及びその材料価格

101 皮膚欠損用創傷被覆材	
(1) 真皮に至る創傷用	1 cm ² 当たり6円
(2) 皮下組織に至る創傷用	
① 標準型	1 cm ² 当たり10円
② 異形型	1 g 当たり35円
(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm ² 当たり25円
102 真皮欠損用グラフト	1 cm ² 当たり452円
103 非固着性シリコンガーゼ	
(1) 広範囲熱傷用	1,080円
(2) 平坦部位用	142円
(3) 凹凸部位用	309円
105 デキストラノマー	1 g 当たり145円
159 局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm ² 当たり18円
180 陰圧創傷治療用カートリッジ	19,800円

医療機器は機能別記載 同じ機能の製品は同じ価格

保険償還あり
医療機器

創傷被覆・保護材等一覧

一般社団法人 日本医療機器テクノロジー協会 創傷被覆材部会作成 (2024年6月1日改訂32版)

医療機器分類(業種法)		使用材料 (業界自主分類)	保険償還名称・価格 (診療報酬)	販売名	会社名 (製造販売元/販売元)	特徴 (各社記載・30字)	管理区分 (業種法)	
分類	一般的名称							
外科・整形外科用 手術材料	粘着性透明創傷被覆・保護材	ポリウレタンフィルム	技術料に包括	アサヒ ウンド ゲダム トラスベアレント ドレッシング メディフィルム EX ダブティックドレッシング ツックス ツックス-G ツックス-C スライ・メックス レテックスAD 非開着性ガーゼ スキテンW	スミス・アンド・ネフュー(株) スリーエムヘルスケアジャパン(有) 新タク化成産/スミス・アンド・ネフュー(株) スリーエムヘルスケアジャパン(有) 富士システムズ(株)	創傷部が治癒するための最適な環境を作り、疼痛を軽減します 貼りやすさに配慮し、様々なサイズ、形状、入数を用意しました 創傷部が治癒するための最適な環境を作りやす 半周部位・手指足趾用など目的に合わせて材質の選択が可能	管理医療機器	
	非開着性創傷被覆・保護材	非開着成分コートガーゼ	在009・II103・II013 【非開着性シリコンガーゼ】 広範囲貼用: 1080円/枚 平均部位用: 142円/枚 凹凸部位用: 309円/枚					
	局所管理親水性ゲル化創傷被覆・保護材	親水性メンブラン						
	局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材	ハイドロコロイド ハイドロジェル						
	局所管理フォーム状創傷被覆・保護材	ポリウレタンフォーム	在008・II101・II012 【皮膚欠損用創傷被覆材】 真皮に等しい創傷用 6円/cm ²					
	抗菌性創傷被覆・保護材	ハイドロコロイド 親水性ファイバー						
	二次治療ハイドロゲル創傷被覆・保護材	ハイドロコロイド ハイドロジェル						
	二次治療親水性ゲル化創傷被覆・保護材	親水性メンブラン 親水性ファイバー 高吸収性ポリマー						
	二次治療フォーム状創傷被覆・保護材	ポリウレタンフォーム	在008・II101・II012 【皮膚欠損用創傷被覆材】 皮下組織に至る創傷用 標準型: 10円/cm ² 異形型: 35円/cm ²					
	抗菌性創傷被覆・保護材	親水性ファイバー ポリウレタンフォーム						
	深部体腔創傷被覆・保護材	ハイドロコロイド ハイドロジェル セルロースアセテート コットン 親水性フォーム	在008・II101・II012 【皮膚欠損用創傷被覆材】 筋・骨に至る創傷用 25円/cm ² II105 【デキストラノマー】 145円/g					
	陰圧創傷治療システム	ポリウレタンフォーム/ポリビニルアルコールフォーム	II159 【局所陰圧閉鎖創傷用材料】 18円/cm ²					
	単回使用陰圧創傷治療システム	コットン ポリウレタンフォーム ポリウレタンフォーム 多層構造ドレッシング 陰圧維持管理装置	在013・II159 【局所陰圧閉鎖創傷用材料】 18円/cm ² 在014・II180 【陰圧創傷治療用カトリッジ】 19,800円(入院外のみ算定可)					
	ヒト羊膜使用組織治療促進用材料	ヒト羊膜	II218 ヒト羊膜使用創傷被覆材 1枚当たり ¥35,100					
	生体内移植器具	コラーゲン使用人工皮膚 超細微組織	II102 【真皮欠損用ラフ】 452円/cm ²					

※発注事項: すべての製品が納期されていないこともあります

医療機関内

- ◆ ICT等の活用による柔軟な看護配置
- ◆ 業務効率化・負担軽減

業務効率化・負担軽減等に向けた取組の全体像

- 看護師の新規養成数がピークアウトするなど、更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が見込まれる中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行い、必要な医療機能の確保を図る。

① ICT、AI、IoT等の利活用の推進

○ ICT等の活用による看護業務効率化・負担軽減

- 見守り、記録、医療従事者間の情報共有に関し、ICT機器等を組織的に活用している場合は、1日に看護を行う看護職員の数等の基準について、1割以内の範囲で柔軟化する。

○ 医師事務作業補助体制加算の見直し

- 生成AI、音声入力システム、RPA、説明動画を組織的に活用する場合、医師事務作業補助者1人を最大1.3人として配置人数に算入できることとする。

その他 診療報酬上求める専従業務・事務等の簡素化・効率化の例

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

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専従の医療安全管理者について、月16時間までに限り、他の業務に従事することは差し支えないこととする。

病棟の看護要員の業務範囲の拡大（様式9の見直し）

- 病棟の看護要員について、緊急対応のため病棟外の患者に必要な対応を短時間行った場合や、病棟の患者に付き添い、病棟外で一時的に看護を行った場合等も勤務時間に算入可とする。

疾患別リハビリテーション料の専従の療法士の業務の見直し

- 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の療法士について、当該疾患別リハビリテーション以外に、患者・家族等の指導に関する業務や、介護施設等への助言にも従事できることとする。

② 診療報酬上求める基準の柔軟化

○ やむを得ない事情で看護要員が不足する場合

- 看護職員の確保に係る取組を行っているにもかかわらず、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数等について、1割以内の一次的な変動があった場合でも、必要な取組を行っている場合には、3か月を超えない期間に限り施設基準変更の届出を行わなくてもよいこととする。

署名又は記名・押印の廃止

- 入院診療計画書等において求められていた署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

患者等への説明が可能な医療従事者の範囲の拡大

- 認知行動療法の医師のフォローアップ
- リハビリテーション計画書の説明

ICT等の活用による看護業務効率化の推進

看護業務効率化

ICT等の活用による看護業務の更なる効率化や負担軽減を推進

- ICT機器等の活用により看護業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合に、病棟の看護職員・看護補助者の数等について **1割以内の範囲の減少である場合は、入院基本料等の基準を満たすものとして、所定点数を算定できるよう見直す。**
- 看護業務において、ICT機器等を活用することで業務の更なる効率化や負担軽減を推進する観点から、**①見守り、②記録、③医療従事者間の情報共有に関して業務効率化に有用なICT機器等を組織的に活用した場合に、入院基本料等に規定する看護要員の配置基準を柔軟化する。**




【対象となる入院料を算定する病棟】 急性期一般入院料1～6、急性期病院一般入院料AB、7対1入院基本料、10対1入院基本料、地域包括医療病棟入院料1・2、小児入院医療管理料1～4、特殊疾患病棟入院料1・2、緩和ケア病棟入院料1・2

〔算定要件（概要）〕

- 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、入院料の所定点数を算定する。

〔施設基準（概要）〕

- 看護及び看護補助業務の効率化等に当たって、当該病棟において、以下のICT、AI、IoTの機器等（以下「ICT機器等」という。）を全て導入しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること。

見守り	記録	医療従事者間の情報共有
<ul style="list-style-type: none"> 病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等の機器 看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握できる <p>（例）見守りカメラ、スマートグラス</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器 <p>（例）スマートフォン、音声入力システム</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯しリアルタイムに情報を共有できる端末等、直接対面せずに、多人数の職員間での情報共有を効率的に実施できる機器 <p>（例）インターコミュニケーションシステム（例）モバイル端末のチャット機能</p> 

- ICT機器等を導入した病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の**1人1月当たりの超過勤務時間の状況について、平均10時間以下**であるとともに、非常勤職員を含めて導入前と比較して増加する傾向にないこと。
- ICT機器等の導入前後における看護要員の業務内容、業務量及び業務時間並びに看護要員の事務作業時間及び業務負担等について、**年1回程度、定量的又は定性的な評価を実施**すること。その結果を病院内の職員に周知するとともに、労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、**必要に応じて適切な対策を講じる**こと。
- 厚生労働大臣が実施するICT機器等の活用状況や看護業務の改善に係る継続的な取組状況等に関する**随時調査に適切に参加**すること。
- 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、基本診療料の施設基準等の第五、第九及び第十に規定する基準に対し、**1割以内の減少**であること。

やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

- 医療現場を取り巻く人手不足の状況下で、質の高い医療提供体制の維持とそのための人材確保の取組の両立を図る観点から、公共職業安定所や無料職業紹介事業者、適正認定事業者を活用する等により、**平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準を柔軟化する。**

現行

[施設基準（告示）]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

[施設基準（通知）]（概要）

・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。

改定後

[施設基準（告示）]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

[施設基準（通知）]（概要）

・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。

・ **突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい（1年に1回に限る。）**

- (1) 公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業者を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業者の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。**
- (2) 民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。**
- (3) 当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。**
- (4) やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。**

例) 8～10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の変動が生じた場合

看護職員の確保に係る取組

- ① ハローワーク又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業者を活用（民間職業紹介事業者を利用する場合は、適正認定事業者を活用）
- ② 医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等の看護職員確保に係る取組を行うことが望ましい

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

8～10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月に一時的な変動から回復
引き続き、元の入院料を算定

報告（9月）※有効な求人票を添付

元の入院料が算定できる期間

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

8～10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月も変動が継続
12月中に届出内容の変更

1月から変更後の入院料を算定

報告（9月）※有効な求人票を添付

届出（12月）

元の入院料が算定できる期間

変更後の入院料を算定する期間

【情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務効率化の施設基準】

問6 「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8年3月5日保医発0305第7号）別添2の第2の19の（3）において、病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の1人1月当たりの超過勤務時間の状況について月平均10時間以下とあるが、届出時はどのように算出するのか。

（答）別添7の様式60のとおり、直近3月の看護要員（常勤職員に限る。）の月平均超過勤務時間数の計を3で除した値を算出すること。

（例）8月に届出をする場合

月平均超過勤務時間数：5月が10時間、6月が3時間、7月が5時間
 $(10 + 3 + 5) \div 3 = 6$ 時間

問 35 「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8年3月5日保医発 0305 第7号）別添2の第2の19（1）で規定する「アからウまでに掲げるICT、AI、IoTの機器等（以下「ICT機器等」という。）を全て導入しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること」とはどのような場合か。

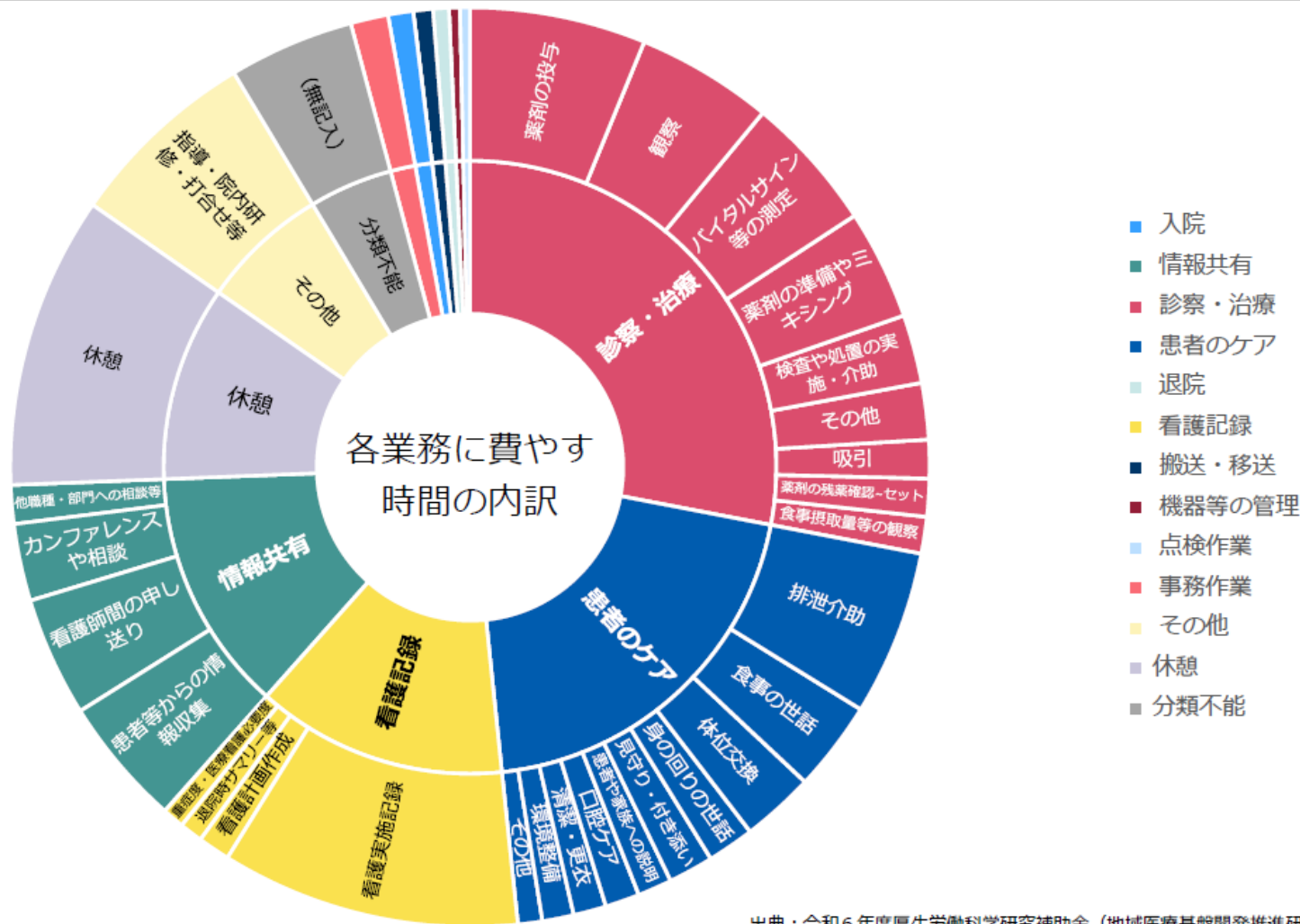
（答）アの見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等については、「患者の状態や、患者又はその家族等の意向に応じ、一部の患者に当該機器を使用せず個別に見守りを行うこと又は当該機器の使用を一時的に停止することは差し支えない。」としていることから、適切に患者の状態を判断した上で、1月当たりの平均で当該病棟の入院患者の概ね2割以上が当該機器を使用していること。

イの看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等については、概ね全ての看護職員が週に1回程度当該機器を使用していること。

ウの医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等については、当該日に勤務する概ね全ての看護職員が当該機器を使用していること。

病棟における看護業務の全体像

○ 43病棟（急性期～慢性期）の看護師（回収794名、有効回答768名）を対象とした「病棟の看護業務タイムスタディ調査」（病棟ごとに全勤務帯を網羅できるよう調査）の結果では、「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が長く、全体の半分程度を占めていた。「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。



出典：令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」
分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）の結果を用いて医療課にて作成 **144**



看護業務の効率化の主な例①

業務内容（行為時間） ※行為時間合計1440分（24時間）	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
A:入院（13.22分） ・入院オリエンテーション ・入院診療計画書 ・転倒転落アセスメント ・アナムネーゼ 等	転倒転落アセスメント	転倒・転落予測システムAI	電子カルテに記載された看護記録をAIが解析し入院患者の転倒転落リスクを評価し、リスクの高い患者の要因を一目で把握できる。 	○転倒転落リスク判定に係る時間 患者1人につき5分 ⇒ 0分へ削減 ○転倒・転落インシデント報告件数 導入前460件 ⇒ 導入後 284件
B:情報共有（190.68分） ・患者等からの情報収集 ・看護師間の報告・連絡・相談 ・看護師間の申し送り ・医師への報告・連絡・相談 ・他の職種への報告・連絡・相談・調整 ・カンファレンス 等	看護師間の報告・連絡・相談	インターコミュニケーションシステム	無線機にイヤホンとマイクを取り付けた通信機器で、携帯電話と違い、作業をする両手が空き、複数の人と同時に通話を行うことができる。 	○報告・連絡に伴う時間・移動距離の削減（日勤8時間内を想定） 導入前32分7秒/日 ⇒ 導入後0分/日
	看護師間の報告・連絡・相談	SNS: Teams等	チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有など様々な機能があり、1対1だけでなく、グループで使用できる。 	○業務移動距離の減少(4~5km/日) ⇒看護師1人当たり1日100分の時間を創出⇒看護師(200名)の時間外労働が年間6000時間減少

情報共有

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。
 ※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

看護業務の効率化の主な例②

業務内容 (行為時間) ※行為時間合計1440分(24時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
情報共有 (再掲) B:情報共有 (190.68分) ・患者等からの情報収集 ・看護師間の報告・連絡・相談 ・看護師間の申し送り ・医師への報告・連絡・相談 ・他の職種への報告・連絡・相談・調整 ・カンファレンス 等	看護師間の申し送り	SNS: Teams等	チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有など様々な機能があり、1対1だけでなく、グループで使用できる。 	○日勤から夜勤への申し送りの時間が短縮された ○始業前の労働時間の減少
	医師への報告・連絡・相談			○医師からの指示待ちの減少と指示が明確化された。
	他の職種への報告・連絡・相談・調整、カンファレンス			○タイムリーな情報共有(適切な時期の職種間の打ち合わせや患者に合わせた対応が可能に)
	患者等からの情報収集	AI問診	タブレット端末で予診票の入力を行う。入力結果をコピーして、電子カルテに貼り付ける。	○外来受付から会計終了の平均時間 導入前177.0分 ⇒ 導入後165.6分
C:診察・治療 (416.38分) ・観察 ・検査の準備・実施・片付け(採血・血糖測定・X-P等) ・診察・治療・処置の介助 ・バイタルサインの測定 ・薬剤の準備 ・薬剤のミキシング ・人工呼吸器管理 ・吸引 等	観察	見守りセンサー 睡眠モニター	ベッド上での体動と心拍数・呼吸数から覚醒と睡眠状況を測定し、睡眠時間の持続や中途覚醒が確認できる。	○鎮静剤や麻薬などのコントロール、睡眠薬のコントロールを医師に提案できる。 ○睡眠と覚醒のパターンから排泄パターンも予測できるため、転倒転落リスクの高い患者に対するトイレ誘導が適切にできる。 ○定期的な巡視(現在は2時間毎)の間隔をあけることができる。 ○患者の状況から優先順位を決めて巡視することができる。
	検査の準備・実施・片付け(採血・血糖測定・X-P等)	双方向ホワイトボード	病棟と検査室の双方からホワイトボードに最新の状況を書き込み、患者の状況や検査の進捗等が一目で確認できる。 	○病棟における1ヵ月あたりの検査・治療件数 130件/月⇒148件/月 ○出棟要請時間から出棟までの時間 8分27秒⇒7分

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子(研究代表者 坂本すが)を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、146 患寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。



看護業務の効率化の主な例③

業務内容 (行為時間) ※行為時間合計1440分(24時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
見守り D:患者のケア (302.16分)	見守り・付き添い	見守りカメラ スマートグラス	病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認する。 	○夜勤帯の看護師の訪室回数の比較 導入前後での看護師の訪室回数を同一患者で比較 導入前16.3回 ⇒ 導入後は13.0回へ削減
<ul style="list-style-type: none"> 環境整備 (ベッド周囲の整理・整頓、清掃等) リネン交換 見守り・付き添い 身の回りの世話 排泄介助 (おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等) 患者への説明 (治療・手術・検査・病状等) 家族への連絡・説明・指導 死後処置 等 	排泄介助 (おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等)	マセレーター	再生紙で作られたパルプ製の便器や尿器を汚物ごと粉砕、排水処理する。 	○汚物処理に要する時間短縮 導入前190分/日 ⇒ 導入後26分/日へ短縮
	患者への説明 (治療・手術・検査・病状等)	患者説明動画サービス	予め説明用動画を作成し、患者はタブレット端末から検査の説明を視聴する。	○看護師の業務全体に占める説明時間が短縮 導入前9.7%⇒導入後8.4%へ短縮
	その他	デジタルナースコール	各ベッド備え付けのスマートフォンの画面から看護師に伝えたい内容のボタン押す。それ以外の用件は、メッセージやビデオ通話機能を使う。 	○予め用件が分かるため、氷枕を持っていく等準備をした上で、看護師が訪室できるようになり、訪室回数が減った。 ○メッセージで送られた内容をAIが解析して、ケアの改善点を提案するため、ケアの質の向上につながった。
E:退院(8.26分)	退院指導 (身体と生活に関する指導) 退院時の栄養指導 等			

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子(研究代表者 坂本すが)を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、147
患寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

看護業務の効率化の主な例④

業務内容 (行為時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
※行為時間合計1440分(24時間) 記録	日々の看護実施記録	スマートフォン 音声入力システム	スマートフォンに音声で入力したメモが看護記録に送られる。 	○業務時間外記録 導入前平均92.2分 ⇒ 導入後平均59.2分 ○一人あたり月平均時間外勤務時間の削減 導入前21.86時間 ⇒ 導入後10.92時間 ○直接ケア時間は4.6%増加し、間接ケアが22.9%減少
F:看護記録 (196.46分) ・看護計画作成・アセスメント ・日々の看護実施記録 ・退院時サマリー作成 ・重症度・医療看護必要度の入力等		スマートフォン(モバイル端末を活用した電子カルテ入力補助)	モバイル端末で作成した記録や撮影した写真を電子カルテに取り込む。 情報共有	○リアルタイムでの記録や写真の取り込みが容易になった。 ○モバイル端末で写真撮影し、その場でノートパソコンの患者カルテ画面を確認、確定することでカルテ入力終了するため、患者間違いの不安がなくなった。
		通信機能付バイタルサイン測定機器	バイタルサイン測定の専用機器をベッドサイドでICカードリーダーにかざすと測定値が電子カルテに反映される。 	【バイタルサイン自動入力測定機器導入による看護師のバイタルサイン入力のタイムラグ】 ○日勤(午前検温): 導入前89.1秒⇒導入後64.8秒 ○日勤(午後検温): 導入前28.5秒⇒導入後20.2秒 ○日勤(臨時検温): 導入前25.7秒⇒導入後18.6秒 【バイタルサイン測定機器導入による看護師(7名)の時間外労働】 導入前48.3時間/月⇒導入後36.3時間/月
		退院時サマリー作成	生成AIサービス	文書作成機能で、日々の看護記録から生成AIが退院時看護サマリーを作成する。

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子(研究代表者 坂本すが)を基に医政局看護課で作成。
 ※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

看護業務の効率化の主な例⑤

業務内容 (行為時間) ※行為時間合計1440分(24時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
G:搬送・移送 (10.21分) ・患者の搬送 ・薬・検体・書類の搬送	薬・検体・書類の搬送	物品搬送ロボット	ロボットが検体や薬剤等を搬送する。 	○削減された搬送業務時間：約69時間/月の短縮
H:点検作業 (5.14分) ・機器類の点検(車いす・酸素ボンベ・DC等) ・病棟の安全や管理の点検(施設、消防設備等) ・薬品や物品の使用期限の点検	機器類の点検	総合滅菌管理システムAries/IoT(Internet of Things)技術	個々の手術機器に2次元バーコードが貼付され、洗浄・組立・滅菌・保管・使用・回収履歴管理ができ、手術準備等が効率的に行える。  GS1識別コード	○手術1件の器械組み立てに要する時間が566.3秒 ⇒ 312.8秒 ○手術件数が1,134件増加 
I:その他(297.50分) ・ME機器の取り寄せ・管理・返却 ・書類の作成 ・電話対応 ・業務に関する打ち合わせ ・委員会・会議 等	その他	患者および病院資源の統合システム	入院、退院、検査、バイタルサイン等の情報をリアルタイムに把握、集約することで、業務量の可視化や業務の最適化が行える。 ※手術件数、内視鏡件数、血管造影件数、化学療法件数、呼吸器稼働台数等の指標からタスクスコアを算出。 	○ベッドコントロールがスムーズにできるようになり、病床稼働率が89.9%から94.1%へ上昇 ○看護師の応援体制が強化され、一般急性期病棟の超過勤務時間が5,700時間(1,100万円以上)減少 

情報共有

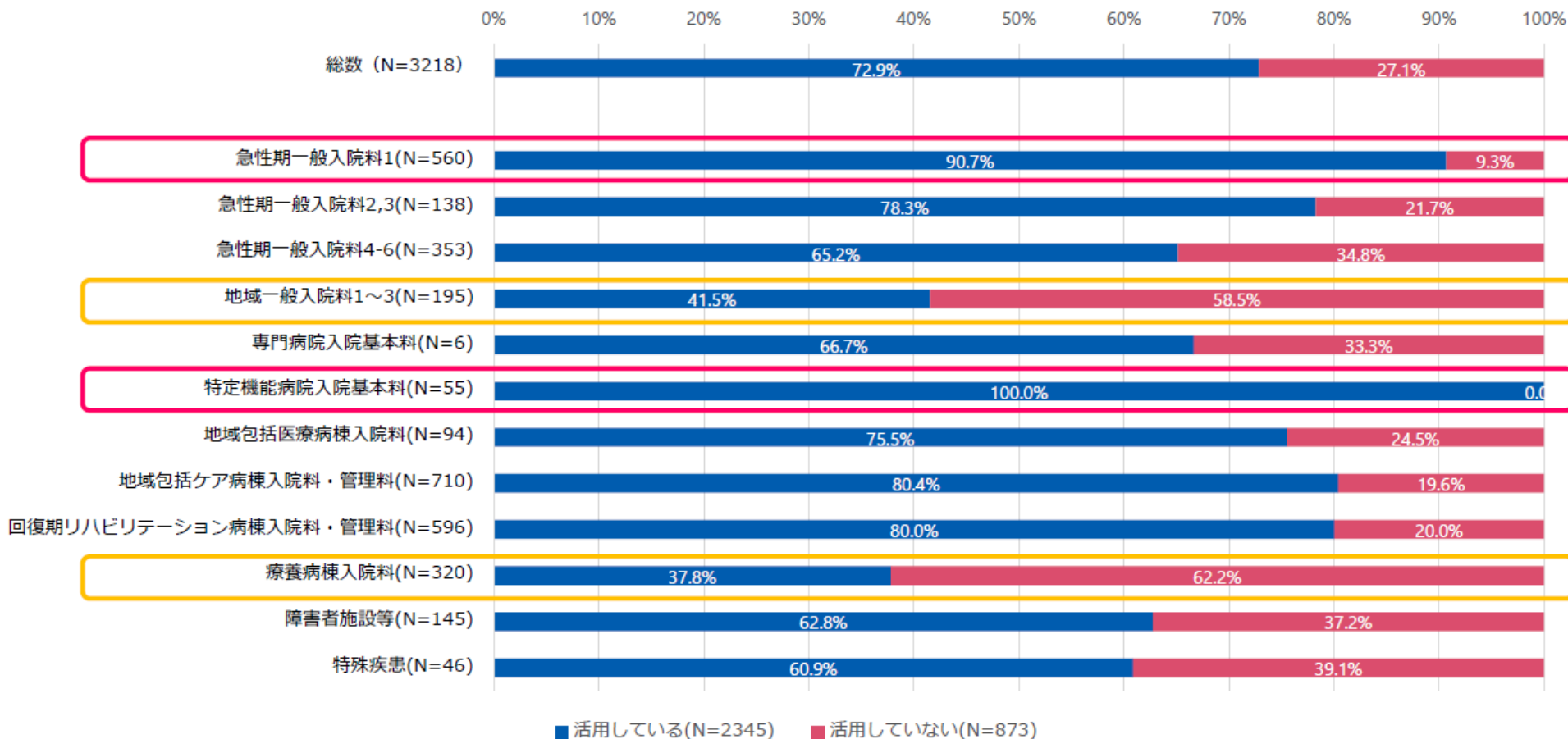
記録

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子(研究代表者 坂本すが)を基に医政局看護課で作成。
 ※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、患者総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

ICT（情報通信技術）の活用状況について

- ICT（情報通信技術）の活用状況について、「活用している」は72.9%であった。
- 入院料別には、特定機能病院は10割、急性期一般入院料1では約9割が活用していると回答した。一方で、地域一般入院料1～3、療養病棟入院料は約4割が活用していると回答した。

ICT（情報通信技術）の活用状況について

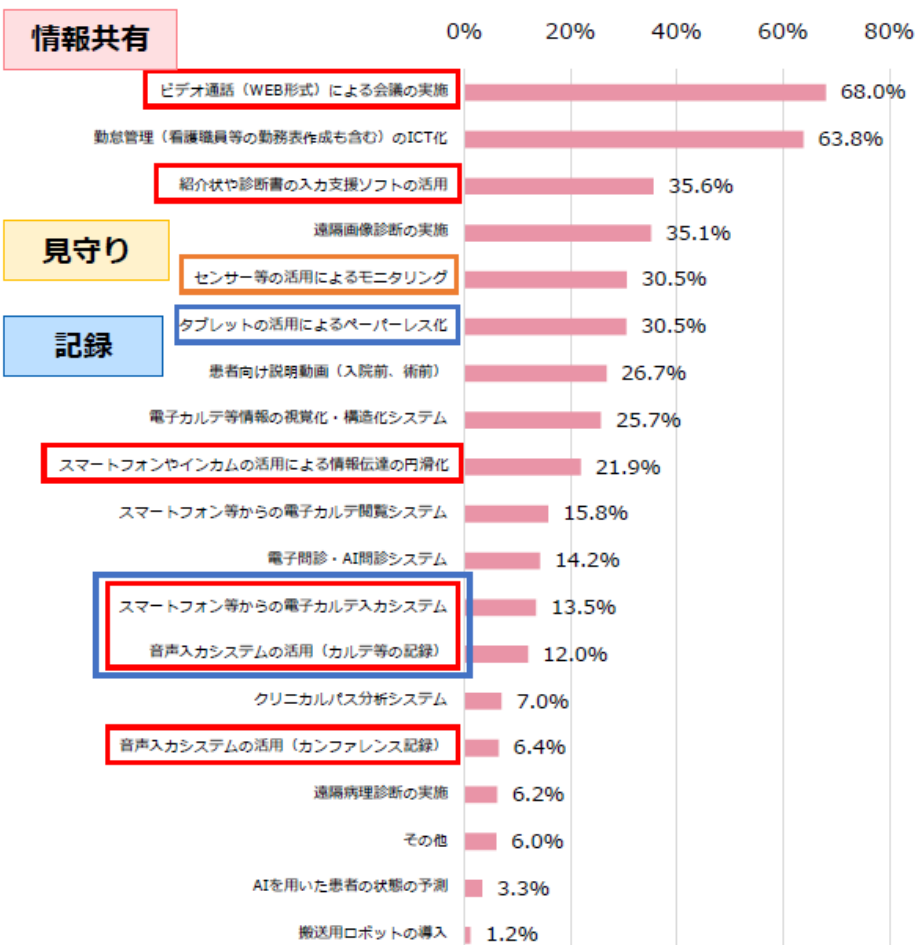


出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A～D票））

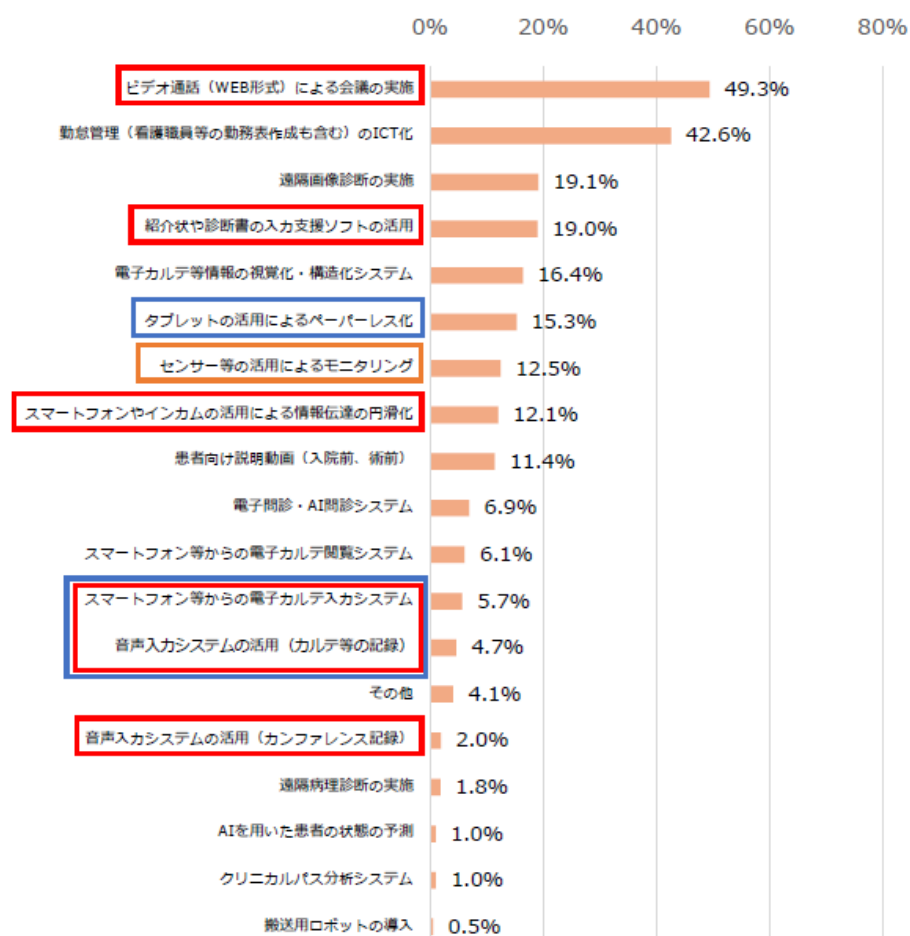
ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況について（全入院料）

- ICTを活用した業務の見直し・省力化に関して実施している取組は、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」（情報共有）68.0%、「センサー等の活用によるモニタリング」（見守り）30.5%、「タブレットの活用によるペーパーレス化」（記録）30.5%が進められていた。
- 特に有効だったICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について上位3つを尋ねたところ、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」49.3%、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」19.0%と情報共有に関する取組が上位であった。

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について(N=2,341)



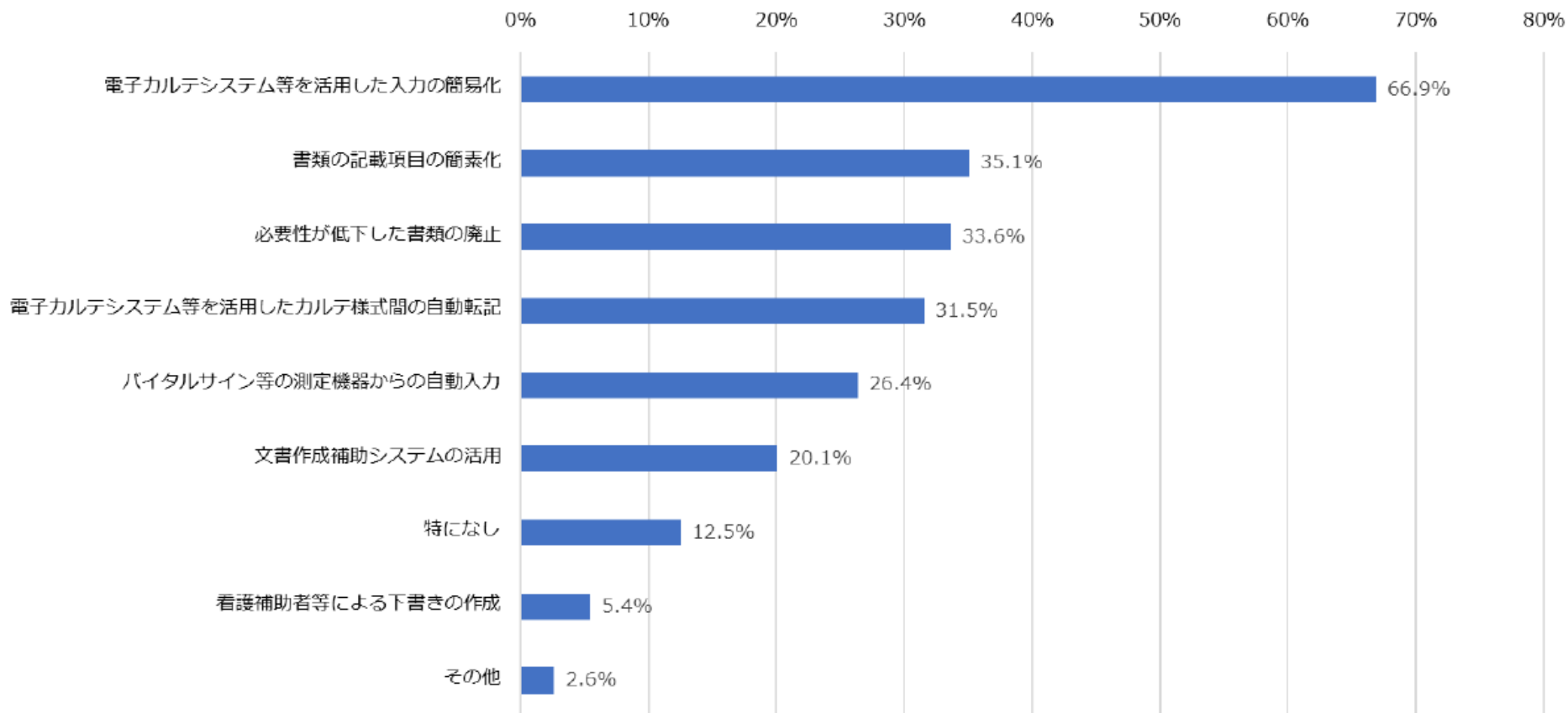
特に有効だったICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（上位3つ）(N=2,298)



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A～D票））

- ICT機器を活用している医療機関における看護職員の記録に関する負担軽減の取組として、電子カルテシステム等を活用した入力の手軽化が66.9%、書類の記載項目の簡素化が35.1%であった。
- ICTを活用した取組としては、「電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記」31.5%、「バイタルサイン等の測定機器からの自動入力」26.4%、「文書作成補助システムの活用」20.1%であった。

看護職員の記録に関する負担軽減の取組（N=2,277）



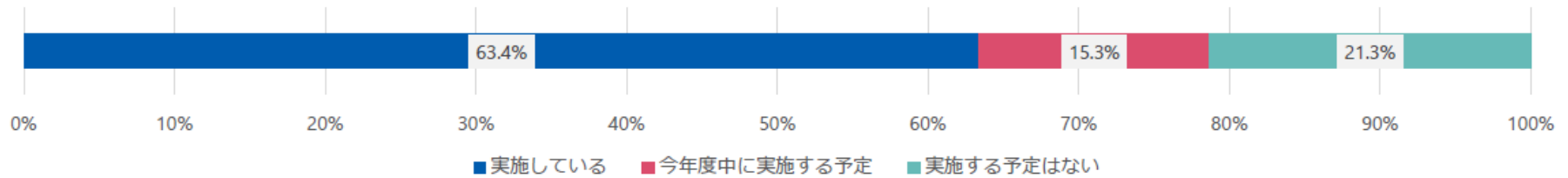
出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A～D票））

152

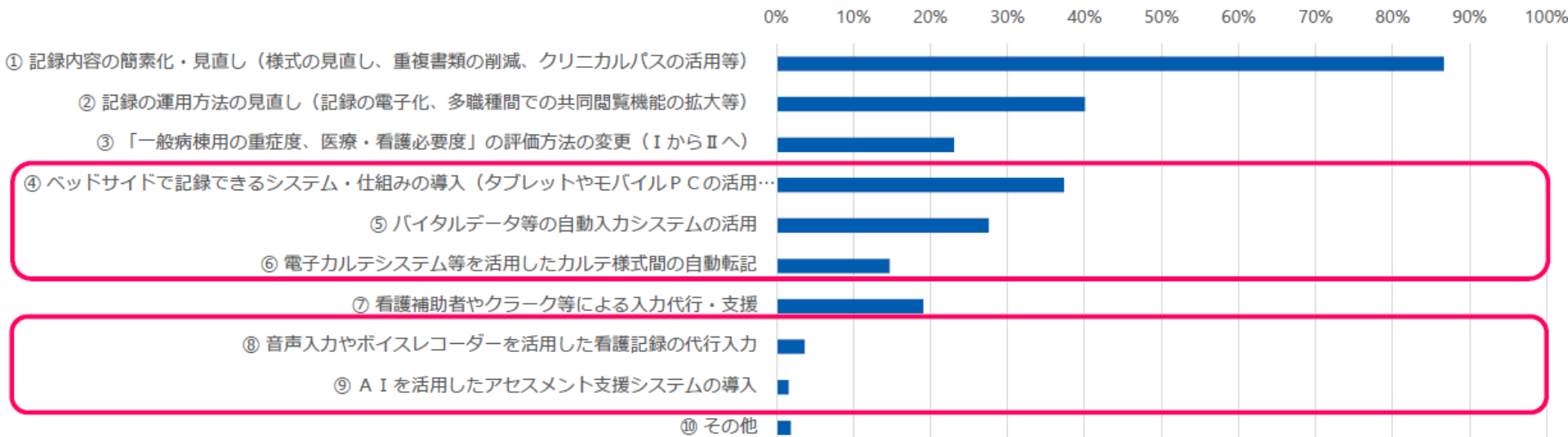
看護記録に係る負担軽減の取組状況

○ 看護記録に係る負担軽減の取組を実施している病棟は63.4%であり、記録内容の簡素化・見直しについて多く取り組まれていた。ベッドサイドで記録できるシステム・仕組みの導入（タブレットやモバイルPCの活用）の他、バイタルデータ等の自動入力システムの活用が進められている。

看護記録に係る負担軽減の取組状況(n=3821)



看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容（複数回答）(n=2409)



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟看護管理者票）

ICT機器を導入している場合の看護業務行為時間について

見守りの効率化に資する機器

		導入あり-導入なし 差分	
業務内容		構成比	24時間 1440分 (分)
C: 診察・治療	観察	-1.8%	-25.8
C: 診察・治療	バイタルサインの測定	-0.7%	-9.4
B: 情報共有	患者等からの情報収集	-0.6%	-9.0
D: 患者のケア	見守り・付き添い	0.3%	4.1

- 見守りの効率化機器を導入した群は非導入群に比較して、「観察」「バイタルサインの測定」「患者等からの情報収集」の時間が短い。
 - 導入群の「見守り・付き添い」は長いですが、導入により、より付き添いができるとも考えられる。
- ※見守りの効率化機器とは、患者見守り支援システム（例、見守りカメラ、見守りセンサー、離床センサー）、通信機能付のバイタルサイン自動計測システムを導入している場合とした。

看護記録の効率化に資する機器

		導入あり-導入なし 差分	
業務内容		構成比	24時間 1440分 (分)
F: 看護記録	看護計画作成・アセスメント	-0.3%	-3.9
	看護情報提供書作成	-0.1%	-1.8
	重症度・医療看護必要度の入力	0.0%	-0.0
	退院時サマリー作成	0.0%	0.1
	日々の看護実施記録	0.0%	0.2
	重症度、医療・看護必要度のチェック（記入もれや記載内容等）・修正	0.2%	2.4

- 看護記録の効率化機器を導入した群は非導入群に比較して、「看護計画作成・アセスメント」「看護情報提供書作成」の時間が短い。
 - 導入群の重症度、医療・看護必要度に関連する項目は長いですが、看護記録の効率化に資する機器の利用との関連は薄いと考えられる。また、よりの確な情報を記載するために、記入もれなどの確認が行われていることが考えられる。
- ※看護記録の効率化機器とは、音声入力記録システム、通信機能付のバイタルサイン自動計測システムを導入している場合とした。

情報共有の効率化に資する機器

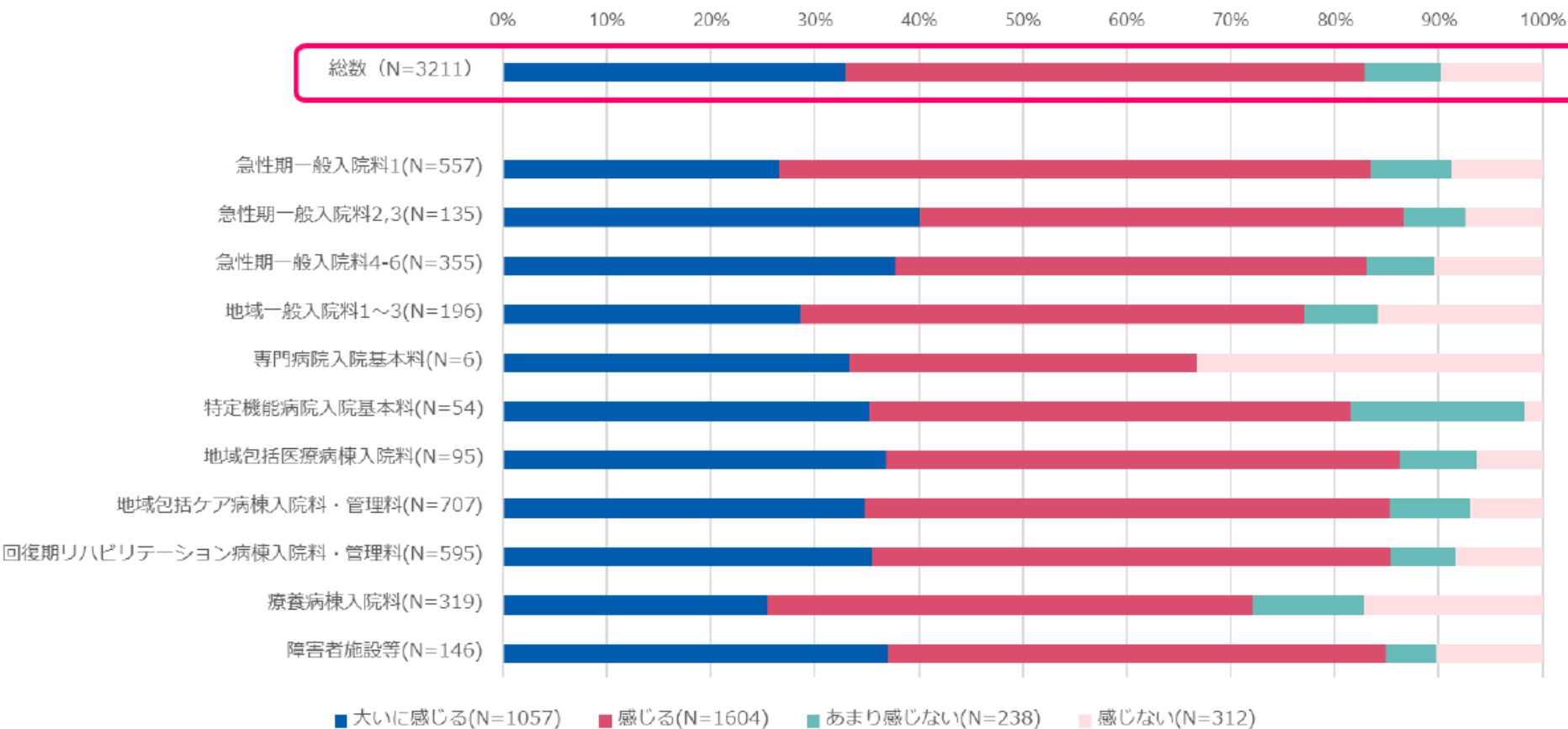
		導入あり-導入なし 差分	
業務内容		構成比	24時間 1440分 (分)
B: 情報共有	他の職種への報告・連絡・相談・調整	-0.2%	-2.5
	医師への報告・連絡・相談	-0.1%	-1.1
	カンファレンス	-0.1%	-1.0
	他部門への連絡・調整	0.0%	-0.3
	看護師間の申し送り	0.1%	1.0
	患者等からの情報収集	0.3%	4.5
	看護師間の報告・連絡・相談	0.3%	5.0

- 情報共有の効率化機器を導入した群は非導入群に比較して、「他の職種への報告・連絡・相談・調整」「医師への報告・連絡・相談」「カンファレンス」など他職種との連携に関する項目の時間が短い。
 - 導入群の「看護師間の報告・連絡・相談」は長いですが、導入により、より相談等が密にできるようになったとも考えられる。
 - 導入群の「患者等からの情報収集」の時間が長いですが、情報共有の効率化の機器の利用との関連は無い。
- ※情報共有の効率化機器とは、部署間の患者情報共有システム、他機関との患者情報共有システム、スマートフォン・アイフォン・チャット機能付きデバイス、インターコミュニケーションシステム（インカム）を導入している場合とした。

出典：令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。※タイムスタディ調査により、24時間（1440分）の勤務における、病棟看護師の業務内容別の行為時間を把握し、ICT機器の導入群と非導入群を比較した。

- 医療機関に向けて入院料の施設基準を満たす看護職員の配置を行うに当たって困難を感じることもあるか尋ねたところ、「大いに感じる」・「感じる」は約8割であった。

看護職員の配置を行うにあたり、困難を感じることはありますか (N=3,211)



ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況について（入院料別）①

- ICTを活用した業務の見直し・省力化に関して実施している取組について、入院料別についてみた場合、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」といった情報共有に関する内容が広く取り組まれている。
- また、「センサー等の活用によるモニタリング」（見守り）、「タブレットの活用によるペーパーレス化」（記録）について、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料において取組が進んでいる。

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（n=2,341）

入院料	ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施	施設管理（看護職員等の勤務表作成も含む）のIC化	紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用	遠隔画像診断の実施	センサー等の活用によるモニタリング	タブレットの活用によるペーパーレス化	患者向け説明動画（入院前、術前）	電子カルテ等情報の視覚化・構造化システム	スマートフォンやインカメラの活用による情報伝達の円滑化	スマートフォン等からの電子カルテ閲覧システム	電子問診・AI問診システム
急性期一般入院料1(N=506)	76.5%	75.1%	45.8%	39.1%	34.8%	42.5%	46.8%	23.9%	30.0%	23.1%	21.7%
急性期一般入院料2,3(N=108)	75.0%	64.8%	42.6%	44.4%	24.1%	31.5%	30.6%	20.4%	15.7%	19.4%	11.1%
急性期一般入院料4-6(N=230)	66.1%	56.5%	25.2%	33.5%	25.7%	28.3%	22.2%	20.4%	16.5%	8.7%	10.4%
地域一般入院料1~3(N=81)	53.1%	51.9%	17.3%	33.3%	29.6%	27.2%	11.1%	37.0%	12.3%	7.4%	2.5%
専門病院入院基本料(N=4)	75.0%	50.0%	75.0%	50.0%	50.0%	25.0%	75.0%	50.0%	0.0%	25.0%	0.0%
特定機能病院入院基本料(N=54)	92.6%	75.9%	61.1%	50.0%	38.9%	55.6%	68.5%	37.0%	20.4%	27.8%	37.0%
地域包括医療病棟入院料(N=71)	69.0%	69.0%	38.0%	43.7%	23.9%	25.4%	29.6%	21.1%	29.6%	19.7%	18.3%
地域包括ケア病棟入院料・管理料(N=570)	64.4%	62.3%	33.7%	35.8%	31.1%	24.7%	20.2%	24.9%	20.9%	14.4%	14.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料・管理料(N=477)	69.4%	63.1%	37.1%	35.0%	31.9%	28.7%	23.9%	26.0%	22.9%	16.8%	13.8%
療養病棟入院料(N=121)	49.6%	44.6%	20.7%	14.0%	30.6%	28.9%	2.5%	29.8%	17.4%	7.4%	1.7%
障害者施設等(N=91)	59.3%	60.4%	20.9%	23.1%	22.0%	15.4%	2.2%	35.2%	12.1%	4.4%	2.2%
特殊疾患(N=28)	57.1%	50.0%	25.0%	10.7%	14.3%	7.1%	3.6%	39.3%	10.7%	0.0%	3.6%

情報共有

見守り

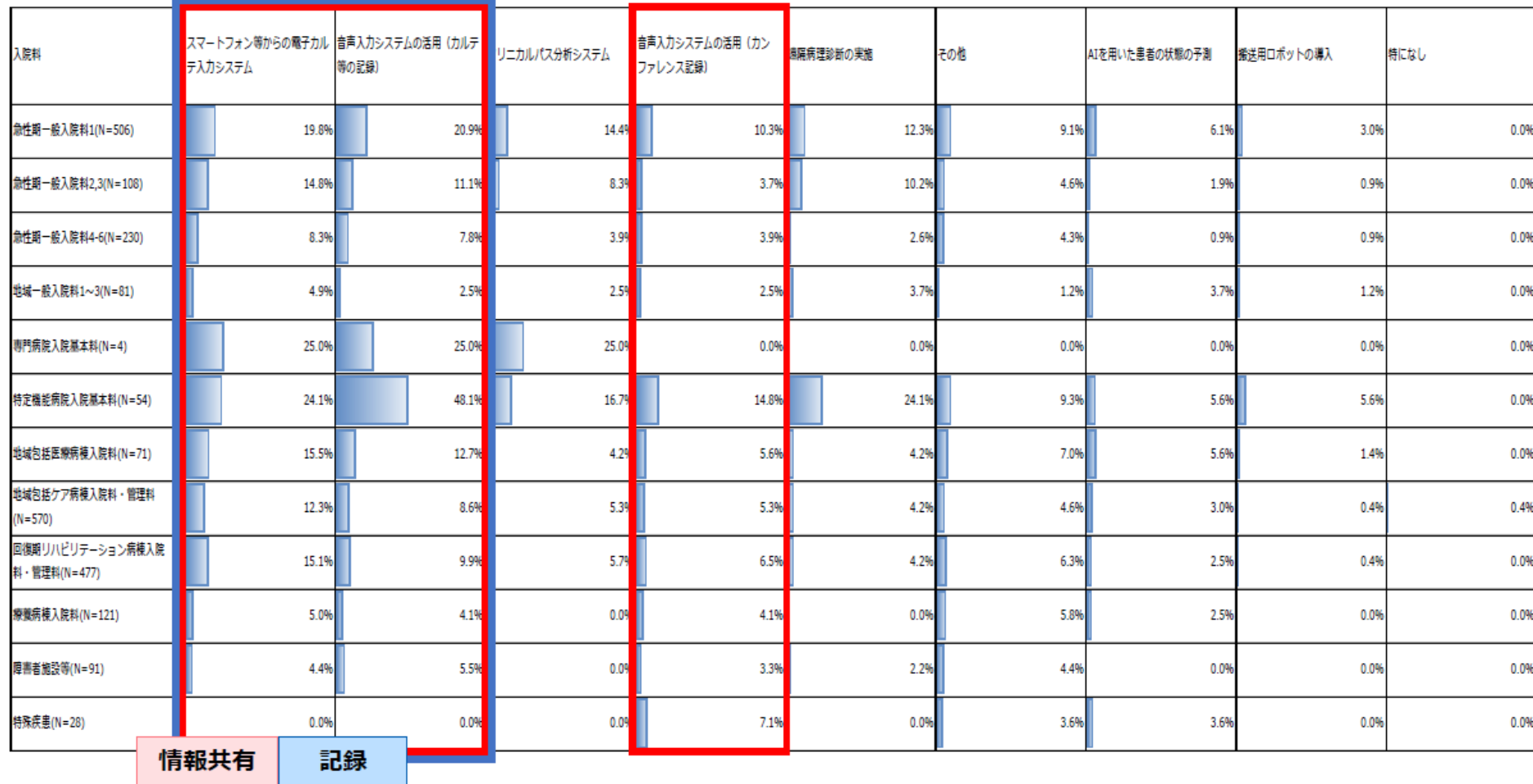
記録

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A～D票））

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（入院料別）②

○ ICT活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について、入院料別についてみた場合、特定機能病院において「スマートフォン等からの電子カルテ入力システム」「音声入力システムの活用（カルテ等の記録）」の取組が特に進んでいる。

ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について（n=2,341）



情報共有

記録

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A～D票））

看護職員の離職理由

- 看護職員の離職理由（複数回答）は、20～50代では「看護職の他の職場への興味」が上位を占めており、全体でも最も多い。
- 各年代別に見ると、30～40代では「子育て」、50～60代では「親族の健康・介護」「自分の健康(主に身体的理由)」が多く、ライフステージと密接に関連する傾向がある。

	全体 (n=32,425)	%	24歳以下 (n=610)	%	25～29歳 (n=2,280)	%	30～34歳 (n=2,608)	%	35～39歳 (n=2,873)	%	40～44歳 (n=3,905)	%	45～49歳 (n=5,189)	%	50～54歳 (n=5,171)	%	55～59歳 (n=4,703)	%	60歳以上 (n=5,083)	%
第1位	看護職の他の職場への興味	14.5	看護職の他の職場への興味	21.0	看護職の他の職場への興味	22.3	看護職の他の職場への興味	21.3	子育て	20.4	子育て	19.3	看護職の他の職場への興味	14.6	看護職の他の職場への興味	14.6	看護職の他の職場への興味	12.4	定年	32.9
第2位	子育て	10.7	自分の健康(主に精神的理由)	18.0	転居	13.6	子育て	14.0	看護職の他の職場への興味	15.8	看護職の他の職場への興味	17.2	子育て	13.1	自分の健康(主に身体的理由)	8.7	親族の健康・介護	10.4	親族の健康・介護	9.3
第3位	転居	8.4	自分の適性・能力への不安	15.7	夜勤の負担が大きい	11.6	転居	13.7	転居	10.1	勤務時間が長い・超過勤務が多い	8.5	結婚	8.0	子育て	8.6	結婚	8.2	自分の健康(主に身体的理由)	7.4
第4位	結婚	8.0	責任の重さ・医療事故への不安	14.8	勤務時間が長い・超過勤務が多い	11.1	夜勤の負担が大きい	12.7	家事と両立しない	8.8	家事と両立しない	8.1	転居	7.8	結婚	8.2	転居	8.0	転居	6.7
第5位	勤務時間が長い・超過勤務が多い	7.6	自分の健康(主に身体的理由)	12.8	自分の適性・能力への不安	10.6	勤務時間が長い・超過勤務が多い	11.4	勤務時間が長い・超過勤務が多い	8.6	妊娠・出産	7.6	勤務時間が長い・超過勤務が多い	7.0	親族の健康・介護	8.1	自分の健康(主に身体的理由)	7.9	結婚	6.0
第6位	自分の健康(主に身体的理由)	7.4	夜勤の負担が大きい	11.0	結婚	10.4	昇進・昇給・給与に不満	9.7	妊娠・出産	8.4	結婚	7.1	妊娠・出産	6.7	勤務時間が長い・超過勤務が多い	7.5	勤務時間が長い・超過勤務が多い	7.0	看護職の他の職場への興味	5.9
第7位	親族の健康・介護	6.2	勤務時間が長い・超過勤務が多い	10.3	自分の健康(主に精神的理由)	9.7	結婚	9.3	結婚	8.4	転居	7.0	自分の健康(主に身体的理由)	6.5	転居	6.4	子育て	5.6	雇用者側の都合	5.1
第8位	夜勤の負担が大きい	5.8	結婚	10.2	昇進・昇給・給与に不満	8.5	自分の健康(主に精神的理由)	7.7	自分の適性・能力への不安	6.4	自分の健康(主に身体的理由)	6.6	親族の健康・介護	6.0	夜勤の負担が大きい	5.7	昇進・昇給・給与に不満	5.1	子育て	5.1
第9位	定年	5.8	上司(看護管理者等)との関係	9.8	自分の健康(主に身体的理由)	7.8	自分の健康(主に身体的理由)	7.5	昇進・昇給・給与に不満	6.3	昇進・昇給・給与に不満	5.8	昇進・昇給・給与に不満	5.5	家事と両立しない	5.2	配偶者の転勤	5.1	上司(看護管理者等)との関係	3.7
第10位	昇進・昇給・給与に不満	5.3	興味が持てない・やりがいがない	9.3	興味が持てない・やりがいがない	7.3	家事と両立しない	7.4	夜勤の負担が大きい	6.3	夜勤の負担が大きい	5.7	家事と両立しない	5.3	妊娠・出産	5.2	夜勤の負担が大きい	4.5	勤務時間が長い・超過勤務が多い	3.6
第11位	自分の適性・能力への不安	5.1	転居	8.7	責任の重さ・医療事故への不安	7.2	休暇がとれない	6.5	看護職以外の他の職場への興味	6.0	リフレッシュ	5.4	上司(看護管理者等)との関係	4.9	休暇がとれない	5.1	休暇がとれない	4.5	休暇がとれない	3.4
第12位	妊娠・出産	5.0	教育・研修体制に不満	6.9	看護職以外の他の職場への興味	6.8	上司(看護管理者等)との関係	6.4	休暇がとれない	5.6	自分の適性・能力への不安	5.3	自分の適性・能力への不安	4.6	上司(看護管理者等)との関係	5.0	リフレッシュ	4.0	リフレッシュ	3.3
第13位	家事と両立しない	5.0	休暇がとれない	5.4	休暇がとれない	6.8	自分の適性・能力への不安	6.4	上司(看護管理者等)との関係	5.5	自分の健康(主に精神的理由)	5.0	配偶者の転勤	4.4	自分の適性・能力への不安	4.8	定年	4.0	配偶者の転勤	3.1
第14位	上司(看護管理者等)との関係	4.8	子育て	5.1	上司(看護管理者等)との関係	5.7	看護職以外の他の職場への興味	6.1	自分の健康(主に身体的理由)	5.3	上司(看護管理者等)との関係	4.9	責任の重さ・医療事故への不安	4.3	配偶者の転勤	4.2	雇用形態に不満	3.8	同僚との関係	2.7
第15位	休暇がとれない	4.8	看護職以外の他の職場への興味	4.1	リフレッシュ	4.6	責任の重さ・医療事故への不安	6.1	自分の健康(主に精神的理由)	5.3	興味が持てない・やりがいがない	4.8	休暇がとれない	4.2	昇進・昇給・給与に不満	4.0	責任の重さ・医療事故への不安	3.6	自分の適性・能力への不安	2.5

出典：2023年度ナースセンター登録データに基づく看護職の求人・求職・就職に関する分析報告書（日本看護協会中央ナースセンター）

看護職員確保に関する施策

看護職員の確保に当たっては、「新規養成」「復職支援」「定着促進」を三本柱にした取組を推進

新規養成

復職支援

定着促進

①新規養成

- ✓ 地域医療介護総合確保基金を活用した、看護師等養成所の整備や運営に対する支援
- ✓ 看護関係資格の取得を目指す社会人経験者に対して、看護職員養成所の学費の一部を給付（専門実践教育訓練給付）

②復職支援

- ✓ 都道府県ナースセンターにおいて、
 - ・ハローワークと連携した無料職業紹介や情報提供・相談対応の実施
 - ・看護職員の多様なキャリア情報や研修情報を充実し、マイナポータルを通じて潜在看護職員に提供 ※令和8年度運用開始予定

③定着促進

- ✓ 地域医療介護総合確保基金を活用した、病院内保育所の整備・運営や仮眠室・休憩スペース等の新設・拡張など、勤務環境改善に対する支援
- ✓ 都道府県医療勤務環境改善支援センターにおいて、看護職員を含めた医療従事者の勤務環境改善のための体制整備に関するコンサルティングの実施

看護職員等の 処遇改善

<診療報酬改定>

- ・令和4年10月～ 看護職員処遇改善評価料
- ・令和6年6月～ ベースアップ評価料

<予算事業>

- ・令和5年度補正予算 看護補助者の処遇改善事業
- ・令和6年度補正予算 生産性向上・職場環境整備等支援事業

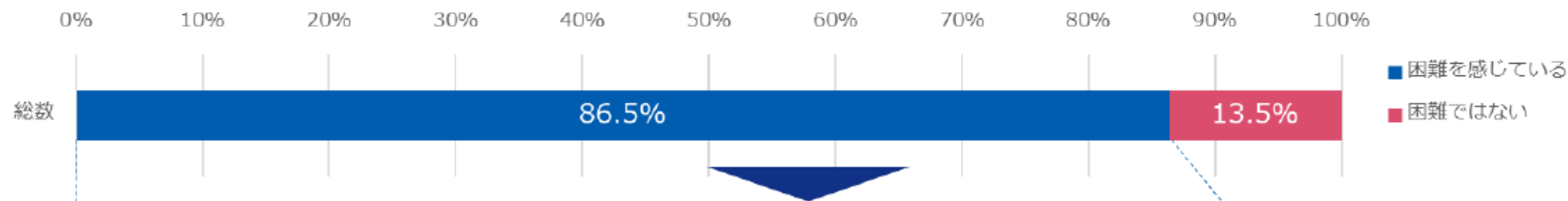
地域・領域別の 課題への対応

- ・第8次医療計画（令和6年度～）において看護職員の確保を位置付け
- ・都道府県において、二次医療圏ごとに地域医療対策協議会等を活用し、看護職員等の医療従事者の確保における課題の把握、対策の検討

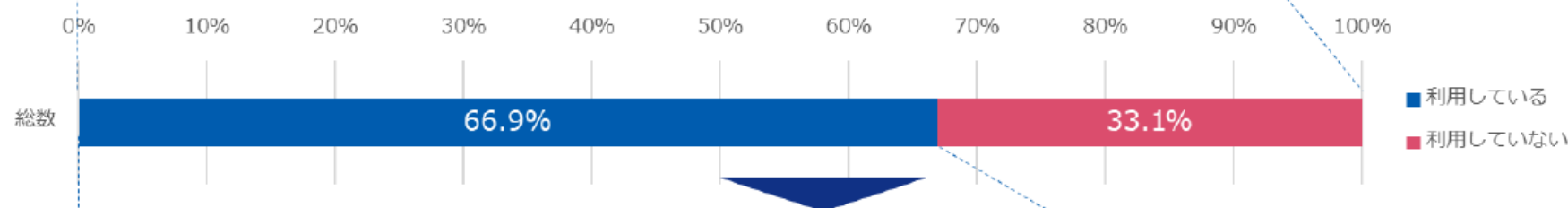
看護職員確保のための求人サービス利用状況

- 入院料の施設基準を満たす看護職員の配置を行うにあたり、困難を感じることもあるか尋ねたところ、「大いに感じる」・「感じる」は86.5%であった。
- 看護職員の確保について有料の求人サービスを利用している医療機関は66.9%であった。
- そのうち、認定事業者を利用している医療機関は42.6%、認定事業者とそうでない事業者のどちらも利用している医療機関は42.5%、利用していない医療機関は14.9%であった。

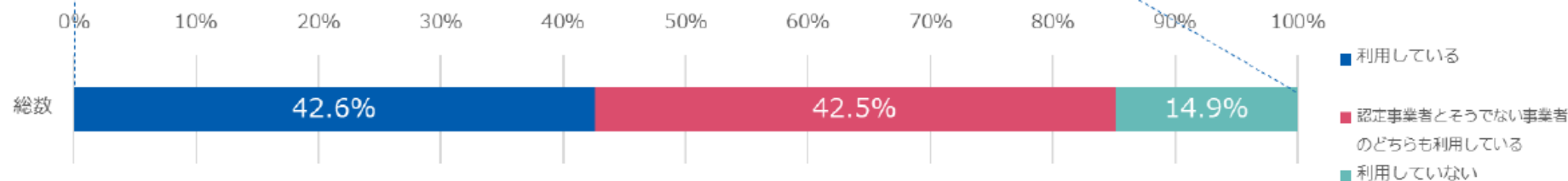
看護職員の確保について、困難を感じていますか（直近1年間の変化について）（n=3,190）



看護職員の確保について有料の求人サービスを利用していますか（n=2,646）



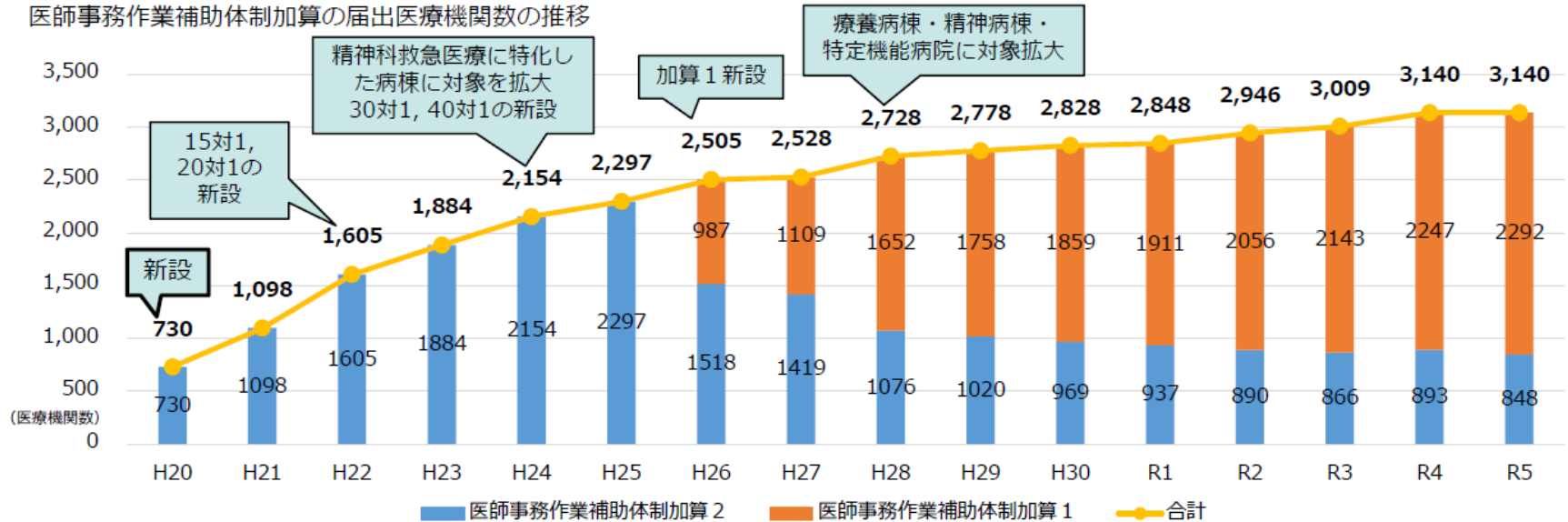
認定事業者を利用していますか(n=1,747)



医師事務作業補助者

医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等の評価である医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は増加傾向である（令和4年から令和5年は横ばい）。

■ 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

医師事務作業補助体制加算（平成20年度改定において新設）

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

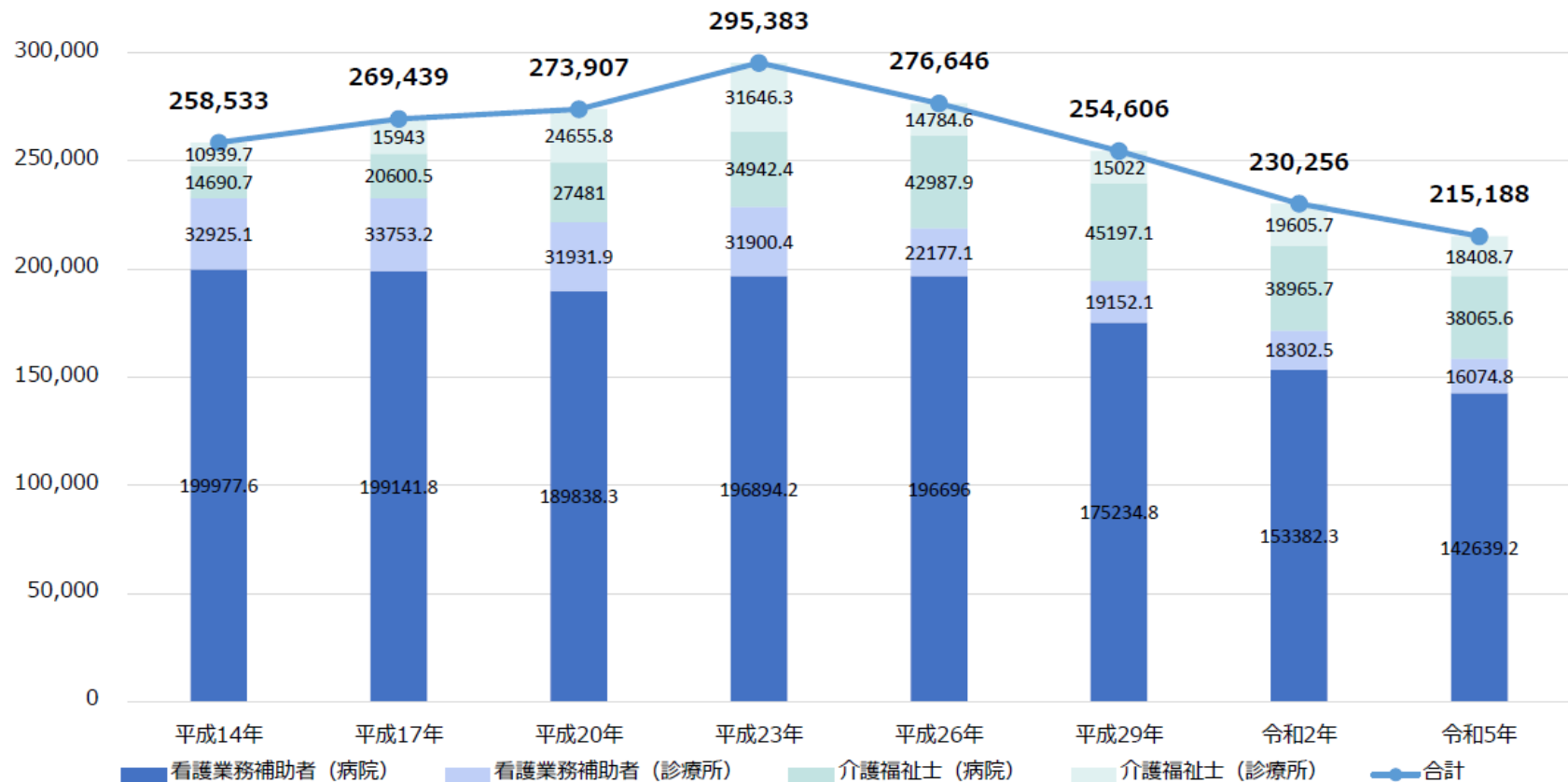
※ ①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（必須）
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

配置	加算1	加算2
15対1	1,070点	995点
20対1	855点	790点
25対1	725点	665点
30対1	630点	580点
40対1	530点	495点
50対1	450点	415点
75対1	370点	335点
100対1	320点	280点

看護業務補助者等の従事者数の推移

医療機関に勤務する看護業務補助者等の従事者数は平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様である。



看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

出典：各年医療施設（静態・動態）調査・病院報告 従事者の状況 病院の従事者数

注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単独に年次比較することはできない。