

令和8年度診療報酬改定対応 中小慢性期病院・療養病棟向け 実務チェックリスト

速報版 Ver.0.1

医療区分・身体拘束最小化・リハビリ・摂食嚥下・NST・病院管理の確認ポイント

400ページを超える改定資料を読む前に、
まず中小慢性期病院で確認すべき論点を整理するための入口資料

医療経営士／労働衛生コンサルタントの視点で作成
納谷労働衛生コンサルティング

本資料の位置づけ

本資料は、令和8年度診療報酬改定に関する公表資料をもとに、中小慢性期病院・療養病棟を有する医療機関で実務上確認しておきたい事項を整理した速報版 Ver.0.1 です。

厚生労働省の改定資料は分量が多く、すべてを読み込む前に「自院に関係する部分はどこか」「医師・医事課・看護部・リハビリ・栄養部門・管理者が何を確認すべきか」を整理する必要があります。本資料は、その入口資料として作成しています。

現時点での改定概要をもとにした整理であり、最終的な算定要件、施設基準、届出様式、疑義解釈等については、今後発出される告示・通知等を必ず確認してください。

本資料は、個別医療機関における算定可否を保証するものではなく、院内確認・準備のための参考資料です。

本版では、主要項目ごとに「医療経営士からのコメント」と「労働衛生コンサルタントからのコメント」を併記しています。点数・施設基準・経営影響と、職員の労働時間・身体的負担・心理的負担を同時に確認するための補足です。

想定する読者

区分	主な対象者	この資料で見る主な論点
医師	院長、主治医、病棟担当医、NST 担当医	医療区分の根拠記録、栄養ルート、身体拘束の医学的理由、NST 提案、慢性期外来
医事	医事課、診療報酬担当、施設基準担当	療養病棟入院料、医療区分、身体拘束減算、リハ、NST、施設基準
看護	看護部長、病棟師長、病棟看護師、看護補助者管理担当	身体拘束最小化、経口移行、記録整備、看護補助体制
リハ栄養	PT、OT、ST、管理栄養士、NST、口腔・嚥下関係職種	摂食嚥下、介護保険リハ連携、経口移行、NST
管理	院長、事務長、看護部長、経営管理者、施設基準責任者	賃上げ、物価対応、医療 DX、サイバー、BCP、施設基準、身体拘束

各見出し・目次には、特に読んでほしい職種を【医師】【医事】【看護】【リハ栄養】【管理】で示しています。全員が全ページを読むのではなく、まず自職種に関する項目から確認する構成です。

目次（職種別マーク・ページ番号付き）

職種別マーク：医師／医事／看護／リハ栄養／管理 項目行から該当ページへ移動できます。

概要編：まず確認する項目

No.	区分	項目	主に読む職種	頁
1	概要	最重要チェックリスト	医師／医事／看護／リハ栄養／管理	4
2	概要	令和8年6月までに確認したいこと	医師／医事／看護／リハ栄養／管理	4
3	概要	療養病棟入院料・医療区分	医師／医事／看護／管理	4
4	概要	医療区分2・3の根拠記録	医師／医事／看護	5
5	概要	摂食嚥下・経口移行・経管栄養	医師／医事／看護／リハ栄養	5
6	概要	身体拘束最小化	医師／医事／看護／管理	6
7	概要	療養病棟リハビリテーション	医師／医事／看護／リハ栄養	6
8	概要	NST・栄養管理	医師／看護／リハ栄養／管理	6
9	概要	慢性期内科外来	医師／医事	7
10	概要	病院管理・施設基準・賃上げ・DX	医事／管理	7
11	概要	部署別に最初に作るべき一覧表	医事／看護／リハ栄養／管理	8
12	概要	活用上の注意と支援可能な内容	管理	8

詳細本文編：必要な部署が参照する項目

No.	区分	項目	主に読む職種	頁
13	本文	本文（詳細解説・運用マニュアル）	該当職種	9
14	本文	療養病棟 総論	医師／医事／看護／管理	9
15	本文	療養病棟 医事課向け運用マニュアル	医師／医事／看護	11
16	本文	医事課の日常業務フロー	医事／看護	12
17	本文	医療区分2・3の確認ポイント	医師／医事／看護	13
18	本文	摂食嚥下機能回復体制加算3の確認	医師／医事／看護／リハ栄養	14
19	本文	身体的拘束最小化に関する確認（療養）	医師／医事／看護／管理	14
20	本文	医事課用チェックリスト・記録整備	医事／看護	15
21	本文	判断ルール・院内スケジュール	医事／管理	16
22	本文	追加帳票（月次集計表・確認依頼票・実績台帳）	医事／看護／リハ栄養	17
23	本文	療養病棟の身体拘束最小化・リハ	医師／医事／看護／リハ栄養／管理	19
24	本文	療養病棟リハビリテーション詳細	医師／医事／看護／リハ栄養	20
25	本文	療養病棟リハの優先順位・まとめ	医事／看護／リハ栄養／管理	22
26	本文	身体拘束 医事課向け運用マニュアル	医師／医事／看護／管理	24
27	本文	身体拘束 実施割合・減算判定	医事／管理	26
28	本文	身体拘束 加算届出・認知症ケア加算	医事／看護／管理	27
29	本文	医師・看護部・委員会への確認事項	医師／看護／管理	28
30	本文	身体拘束 台帳・集計表・優先順位	医事／看護／管理	29
31	本文	NST関連	医師／看護／リハ栄養／管理	31
32	本文	慢性期内科外来	医師／医事	33

1. 最重要チェックリスト【医師／医事／看護／リハ栄養／管理】

項目	確認すること
療養病棟入院料	医療区分2・3割合を確認する。療養1は8割、療養2は6割が基準となる。
医療区分	区分2・3の根拠が診療録・看護記録・処置記録・処方内容で確認できるかを点検する。
IVH・経管栄養	漫然継続ではなく、適応、終了、経腸栄養・経口移行の可能性を確認する。
摂食嚥下	IVH終了、経鼻・胃瘻から経口摂取のみへ移行した症例を台帳化する。
身体拘束	患者一覧、直近3か月実施割合、解除検討、研修、委員会を確認する。
身体拘束加算	40点加算を狙う前に、まず拘束率と用具管理・全職員研修の実施可能性を確認する。
療養リハ	新計画書、説明記録、ケアマネ連携、目標設定等支援・管理料廃止、90%減算廃止を確認する。
NST	IVH、経管、低栄養、褥瘡、体重減少、退院後栄養支援の対象者を抽出する。
外来	生活習慣病管理料、糖尿病の眼科・歯科連携、残業確認、リフィル掲示を確認する。
病院管理	賃上げ、物価対応、医療DX、サイバー、BCP、施設基準届出を確認する。

2. 令和8年6月までに確認したいこと【医師／医事／看護／リハ栄養／管理】

6月時点で、医事・病棟・リハ・NST・管理部門が同じ一覧表を見ながら、届出・算定・記録確認を進められる状態にすることを目標とします。

- 療養病棟の医療区分一覧表を作成し、医療区分2・3割合と根拠記録を確認する。
- 身体拘束患者一覧を作成し、直近3か月の身体拘束実施割合を試算する。
- 身体拘束最小化の委員会、研修、解除・代替策検討記録を整備する。
- リハ計画書・説明記録の新運用と、介護保険リハ連携の記録方法を定める。
- 摂食嚥下実績台帳を作成し、IVH終了、経鼻・胃瘻から経口摂取のみへの移行例を拾う。
- ベースアップ評価料、物価対応、医療DX、施設基準届出の確認担当を決める。

医療経営士／労働衛生コンサルタントコメント：令和8年6月までに確認したいこと	
医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
6月対応の中心は、制度理解そのものより、医療区分一覧、身体拘束一覧、摂食嚥下実績台帳などを実際に動かせる状態にすることです。各部署が別々に確認するのではなく、医事・病棟・リハ・NST・管理部門が同じ一覧表を見る形にすると、届出・算定・記録確認の抜けを減らせます。	改定対応は、現場に新しい作業を上乘せしがちです。6月時点で大切なのは、完璧な理解よりも、誰が何を確認するかを明確にして、記録や確認作業が特定部署に集中しないようにすることです。準備作業は勤務時間内で行い、残業や持ち帰り資料作成にしない設計が必要です。

3. 療養病棟入院料・医療区分【医師／医事／看護／管理】

療養病棟では、医療区分2・3の患者割合と、その根拠記録が重要になります。医療区分2・3割合が高い病棟では、割合確保よりも根拠記録の確認が中心となります。一方、療養1の8割、療養2の6割に近い病棟では、患者構成と根拠記録を月次で確認する必要があります。

確認項目	確認すること	主に読む職種
療養病棟入院料1・2	届出区分、患者割合、経過措置、月次集計方法を確認する。	医事／管理
医療区分2・3	該当理由が病名だけでなく、状態・処置・薬剤・方針で説明できるかを確認する。	医師／医事／看護

医療区分1	区分2・3に該当する状態の拾い漏れがないかを確認する。	医事／看護
-------	-----------------------------	-------

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：療養病棟入院料・医療区分

医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
療養病棟入院料の維持には、医療区分2・3割合だけでなく、その根拠が診療録・看護記録・処置記録で説明できることが重要です。割合を満たすために区分を上げるのではなく、本来該当する患者の拾い漏れと記録不足を減らすことが、返還リスクを下げる経営管理になります。	医療区分確認は、医事課・看護部・医師の間で責任が曖昧になりやすい業務です。医事課が単独判断せず、確認依頼票で主治医・病棟へ照会する運用にすれば、部署間の心理的摩擦や「誰が判断したのか」という不安を減らせます。

4. 医療区分2・3の根拠記録【医師／医事／看護】

医事課は医療区分を単独で判断する部署ではありません。診療録・看護記録・処置記録に根拠がそろっているかを確認し、迷う症例は病棟・主治医へ確認します。

確認項目	見る資料	記録上の注意点
末期心不全・末期呼吸器疾患・末期腎不全等	主治医記録、処方、看護記録	病態、重症度、症状緩和、今後の方針を簡潔に記録する。
医療用麻薬・症状緩和薬	処方、注射、医師記録	疼痛・呼吸困難・苦痛症状のコントロール目的を明記する。
酸素・NPPV・吸引等	処置記録、看護記録	開始日、終了日、必要性、状態変化を確認する。
反復する出血・毎日の暴行等	看護記録、事故報告、医師評価	単なる不穏ではなく、客観的な日々の記録が必要。

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：医療区分2・3の根拠記録

医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
医療区分の根拠記録は、単なる病名管理ではなく、慢性期病院の医療必要度を外部に説明する資料になります。医師記録、看護記録、処置記録、処方内容の整合性を確認し、月次で弱い記録を補正する仕組みを持つことが重要です。	記録強化は、現場職員に「もっと詳しく書け」と伝えるだけでは負担増になります。必要な項目をテンプレート化し、チェック式・定型文を活用することで、記録の質と労働負荷のバランスを取る必要があります。

5. 摂食嚥下・経口移行・経管栄養【医師／医事／看護／リハ栄養】

療養病棟では、中心静脈栄養や経管栄養を続けるだけでなく、嚥下評価、食形態調整、ST介入、経口併用、経口移行のプロセスを記録し、実績として残すことが重要です。

対象	確認すること	台帳化する内容
IVH患者	IVHの適応、終了可能性、経腸栄養・経口移行の可能性を確認する。	開始日、終了日、嚥下評価、NST介入、経口移行可否
経鼻・胃瘻患者	経口併用・経口摂取のみへの移行可能性を確認する。	栄養方法、嚥下評価日、経管栄養終了日、経口摂取のみ移行日
経口併用患者	摂取量、食形態、誤嚥リスク、リハ負荷との関係を確認する。	食事摂取量、食形態、栄養量、経口移行方針

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：摂食嚥下・経口移行・経管栄養

医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
IVHや経管栄養を漫然継続せず、嚥下評価、経口併用、経口移行を台帳化することは、摂食嚥下機能回復体制加算やNST活動の説明力につながります。栄養ルートの見直しは、収益面だけでなく病棟機能の質を示す重要な材料になります。	嚥下評価や経口移行は、ST・管理栄養士・看護師に業務が集中しやすい領域です。食事介助、誤嚥リスク、記録、主治医への提案を個人負担にせず、対象患者の抽出基準、台帳、提案様式を簡素化することが重要です。

6. 身体拘束最小化【医師／医事／看護／管理】

身体拘束最小化は、療養病棟において特に重要な改定対応項目です。身体拘束をゼロにすることだけが目的ではなく、必要な場合でも理由、時間、代替策、解除検討を記録し、漫然継続を避けることが重要です。

論点	確認すること	主担当
患者一覧	拘束内容、開始日、終了日、実施日、理由を一覧化する。	看護／医事
実施割合	直近3か月の身体拘束実施日数÷入院料算定日数を試算する。	医事
15%以下	15%以下か確認する。超える場合は代替基準の運用を確認する。	医事／管理
解除・代替策	解除・代替策を検討し記録する。	看護／医師
委員会・研修	委員会3か月に1回以上、研修年2回以上を計画・記録する。	管理／看護

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：身体拘束最小化

医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
身体拘束最小化は、減算回避だけでなく、病院の療養環境の質を示す経営課題です。患者一覧、実施割合、解除検討、研修、委員会を整備することで、施設基準上の説明力が高まります。一方、40点加算を狙う場合は、拘束率、用具管理、全職員研修の実現可能性を慎重に見極める必要があります。	身体拘束を減らすことを現場に丸投げすると、夜勤帯の不安、チューブ抜去対応、転倒リスク、事故後の責任感が看護師・看護補助者に集中します。見守り体制、複数対応、記録様式の簡素化、暴力・不穏対応、腰痛対策とセットで進める必要があります。

7. 療養病棟リハビリテーション【医師／医事／看護／リハ栄養】

療養病棟のリハでは、疾患別リハの点数そのものより、計画書、説明記録、介護保険リハとの連携、摂食嚥下機能回復体制加算3の実績管理が重要です。

項目	確認すること
リハ計画書	新様式への切替を確認する。
説明記録	署名欄廃止後も、説明日、説明者、説明相手を記録に残す。
説明者	医師以外にPT・OT・ST・看護師が説明できる運用を整理する。
目標設定等支援・管理料	廃止後に誤算定しないよう確認する。
介護保険連携	ケアマネ連携、訪問リハ・通所リハ紹介、見学・体験提案を記録する。

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：療養病棟リハビリテーション

医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
療養病棟リハでは、計画書、説明記録、介護保険連携、摂食嚥下実績が重要になります。医事とリハ部門が同じ指標を見て、計画書様式、説明記録、ケアマネ連携の確認方法をそろえることで、算定漏れと記録不足を減らせます。	リハ関連の改定は、書類簡素化につながる部分がある一方で、ケアマネ連携や説明記録がリハ職に集中する可能性があります。直接リハ時間を圧迫しないよう、説明担当、記録様式、MSW・看護部との役割分担を整理する必要があります。

8. NST・栄養管理【医師／看護／リハ栄養／管理】

NSTは、加算の有無だけでなく、IVH、経管栄養、低栄養、褥瘡、体重減少、リハ栄養、退院後栄養支援を横断的に見る病院機能として位置づけることが重要です。

確認項目	実務上の見方
栄養サポートチーム加算	人員要件緩和の詳細を確認し、届出・維持が可能か確認する。
NST担当医	医師は栄養管理の最終責任を持つが、経験則だけでなく多職種提案を受けて方針化する。
管理栄養士・薬剤師・看護師	低栄養、投与量、薬剤、点滴、経腸栄養、褥瘡、感染リスクを多職種で確認する。
リハ栄養	リハ負荷に対してエネルギー・たんぱく量が足りているか確認す

退院後栄養支援	る。 在宅・施設退院時の食形態、栄養量、栄養指導、情報提供を確認する。
---------	--

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：NST・栄養管理

医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
NSTは、加算の有無だけでなく、IVH、経管栄養、低栄養、褥瘡、体重減少、リハ栄養を横断的に見る病院機能です。栄養管理を退院支援・褥瘡予防・リハ効果の基盤として位置づけることで、慢性期病院の機能を説明しやすくなります。	NSTは「多職種連携」の名のもとに、管理栄養士、ST、看護師へ業務が集中しやすい領域です。医師の経験則に任せるのでも、専門職に丸投げするのでもなく、主治医が提案を受けて方針化する流れを作ることが、心理的安全性と業務負担軽減につながります。

9. 慢性期内科外来【医師／医事】

救急ではない時間内の慢性期内科外来では、大きな体制変更よりも既存運用の確認が中心です。生活習慣病管理料、糖尿病の眼科・歯科連携、療養計画書、残薬確認、長期処方・リフィル対応の周知を確認します。

項目	確認すること
生活習慣病管理料	算定患者一覧、療養計画書、説明記録、検査頻度を確認する。
糖尿病患者	眼科・歯科連携の対象患者を拾い、紹介・受診勧奨の記録を残す。
長期処方・リフィル	対応可能であることを院内掲示等で周知し、実施は医師が個別判断する。
残薬確認	残薬、飲み忘れ、他院処方、お薬手帳・電子処方箋情報を確認する。

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：慢性期内科外来

医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
慢性期内科外来では、大きな体制変更よりも、生活習慣病管理料、糖尿病の眼科・歯科連携、残薬確認、リフィル掲示など既存運用の確認が中心です。外来データや服薬情報をどこまで活用するかは、医事・外来・管理者で費用対効果を見ながら決める必要があります。	外来では残薬確認、電子処方箋、長期処方・リフィル対応など、短時間診療の中で確認項目が増えます。医師・外来看護師・医事に確認作業が集中しないよう、問診票や記録欄を整備し、必要な情報を診察前に整理できる仕組みが重要です。

10. 病院管理・施設基準・賃上げ・DX【医事／管理】

管理項目	確認すること
ベースアップ評価料	届出、対象職員、賃上げ原資、実際の賃上げ支出、中間・実績報告を確認する。
物価対応	物価対応料、食費・光熱水費、委託費、材料費の増減を確認する。
施設基準	6月時点の届出漏れ、経過措置、疑義解釈、訂正通知の確認担当を決める。
医療DX	オンライン資格確認、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、医療DX関連届出を確認する。
サイバー・BCP	バックアップ、ランサムウェア対策、障害時対応、職員教育、BCPを確認する。

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：病院管理・施設基準・賃上げ・DX

医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
賃上げ、物価対応、医療DX、施設基準、BCPは、医事課だけでなく事務長・院長・看護部長が確認すべき経営管理項目です。ベースアップ評価料等の収入見込みと実際の賃上げ支出、物価高への対応、DX投資の効果を対応させて管理する必要があります。	診療報酬改定による新しい業務やDX導入は、現場の労働時間・記録負担・ICTストレスに直結します。特に高齢職員や非常勤職員には、手順書、練習時間、相談役を用意し、紙運用との二重管理を長引かせないことが重要です。

11. 部署別に最初に作るべき一覧表【医事／看護／リハ栄養／管理】

一覧表	主担当	最低限の項目
医療区分一覧表	医事	患者 ID、病棟、医療区分、該当理由、根拠記録、医師確認、病棟確認
身体拘束患者一覧	看護／医事	患者 ID、拘束内容、開始日、終了日、実施日数、理由、解除検討、医事確認
摂食嚥下実績台帳	リハ栄養／医事	対象栄養方法、嚥下評価日、ST 介入、経管終了日、経口摂取のみ移行日、実績算入
NST 対象患者一覧	NST／栄養	IVH、経管、低栄養、褥瘡、体重減少、リハ負荷、退院後栄養支援
施設基準・届出確認表	管理／医事	届出項目、担当者、期限、経過措置、疑義解釈確認、提出状況

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：部署別に最初に作るべき一覧表

医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
一覧表は、診療報酬改定対応を「担当者の記憶」から「組織で確認できる業務」に変えるための道具です。医療区分、身体拘束、摂食嚥下、NST、施設基準を一覧化することで、院内説明・適時調査対応・経営判断に使いやすくなります。	一覧表が増えすぎると、かえって記録負担になります。既存の委員会資料、病棟カンファレンス資料、医事確認表と統合し、同じ情報を何度も入力しない設計にすることが、労働時間削減につながります。

12. 活用上の注意と支援可能な内容【管理】

本資料は、中小慢性期病院・療養病棟における令和8年度診療報酬改定対応の初期確認用として作成しました。診療報酬改定への対応は、医事課だけで完結するものではなく、医師、看護部、リハビリ部門、NST、管理部門が同じ確認表を見ながら進めることが重要です。

個別の算定可否、届出可否については、必ず告示・通知・疑義解釈および各医療機関の届出状況をご確認ください。

納谷労働衛生コンサルティングでは、医療・保健衛生業の現場に即した、院内体制整備、委員会運用、職場巡視、労働衛生体制整備、医療機関向け実務資料作成等の支援を行っています。診療報酬改定を単なる点数確認にとどめず、病院運営・人員配置・委員会運用・記録体制へ落とし込むための支援を重視しています。

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：活用上の注意と支援可能な内容	
医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
本資料は、改定項目を点数確認で終わらせず、院内で実際に回る確認表・記録様式・委員会運用に落とし込むための資料です。個別の算定可否は告示・通知・疑義解釈で確認しつつ、まずは院内の役割分担を明確にすることが重要です。	診療報酬改定対応は、現場に作業を追加するだけでは持続しません。職員の労働時間、身体的負担、心理的負担、夜勤負担を見ながら、必要な記録と会議を最小限の負担で回すことが、労働衛生上の重要な視点です。

本文（詳細解説・運用マニュアル）

以下は、院内確認や部署別説明に活用できる詳細版です。前半の要点整理とあわせて、必要な職種・部署ごとに参照してください。

療養病棟だけに絞ると、今回の改定は比較的明確であり、方向性は一言でいうと、

「医療必要度の高い慢性期患者をきちんと受ける療養病棟を評価し、軽症・長期収容型には厳しくする」という内容です。

なお、この資料自体は「現時点での改定概要」で、算定要件・施設基準の詳細は今後の告示・通知で確認する前提とされています。

1. 療養病棟入院料2は、医療区分2・3の割合が厳しくなる

一番直接的に効くのはここです。

療養病棟入院料2について、医療区分2・3の患者割合が、

5割以上 → 6割以上

に引き上げられます。

既存の療養病棟入院料2届出病棟については、令和8年3月31日時点で届出があれば、**令和8年9月30日までは経過措置**で要件を満たすものとみなされます。

つまり、療養2の病棟では、早い段階で、

- 現在の医療区分2・3割合
- 医療区分1患者の比率
- 医療区分2に上がる根拠がある患者の拾い漏れ
- 医療区分2・3に該当する処置・状態の記録の妥当性

を点検する必要があります。

2. 医療区分の中身は「重症寄り」に広がる

医療区分そのものも見直されます。資料では、慢性期入院医療について、**悪性腫瘍以外の緩和ケア患者や重症の医療的ケア児を医療区分2・3に追加し、一部の医療区分2処置を重複して行う患者の評価を引き上げる方向**が示されています。

具体的には、医療区分2に、従来の悪性腫瘍だけでなく、一定の末期呼吸器疾患、末期心不全、末期腎不全などで、医療用麻薬等による苦痛・症状コントロールが必要な状態が入ってきます。また、準超重症の小児は医療区分2、超重症の小児は医療区分3側に位置づけられます。

これは、療養病棟にとっては重要です。

単に「寝たきり」「高齢」「食事介助が必要」ではなく、**医学的管理の必要性をどう診療録・看護記録・処置記録に落とすか**が問われます。

3. 療養病棟入院料の点数自体は引き上げ方向

物価高騰や賃上げ対応を背景に、基本診療料等は引き上げられます。代表例として、療養病棟入院料1の入院料1は、資料上では**1,964点 → 2,035点**に引き上げられています。

また、療養病棟入院料1は**881～2,035点**、療養病棟入院料2は**813～1,967点**というレンジで整理されています。

ただし、点数が上がる一方で、療養2では医療区分2・3割合の要件が上がるため、**病棟全体としては「増収」というより、患者構成と記録精度によって明暗が分かれる改定**と見た方がよいです。

4. 中心静脈栄養・経管栄養からの経口移行も評価されやすくなる

療養病棟で算定される**摂食嚥下機能回復体制加算3**について、実績の考え方が広がります。

従来は、中心静脈栄養を実施していた患者が嚥下機能評価・嚥下リハ等により中心静脈栄養を終了した実績が中心でした。改定後は、これに加えて、**鼻腔栄養や胃瘻の患者が、嚥下機能評価・嚥下リハ等により経口摂取のみへ回復した実績も算入**できる形になります。

これは現場感覚としては良い方向です。

療養病棟では「胃瘻・経鼻のまま維持」だけでなく、**嚥下評価、ST介入、食形態調整、経口移行のプロセスを記録して、実績として残す**ことが重要になります。

5. 身体拘束最小化は、療養病棟にも大きく影響する

身体的拘束については、入院料通則として基準が強化されます。単に「拘束最小化チームがある」だけでなく、組織風土、代替手段、患者の尊厳、指針内容、研修内容まで求められる方向です。

さらに、身体拘束最小化の実績等に係る基準が新設され、基準だけ満たせない場合は**20点減算**、体制・実績とも満たせない場合は**40点減算**という整理も示されています。実績面では、身体拘束実施割合の集計、1割5分以下、委員会3か月に1回以上、研修年2回以上、解除・代替策の検討などが出ています。

療養病棟では、転倒リスク、チューブ抜去、認知症、夜間不穏が多いので、ここは実務上大きいです。

「拘束しているか、していないか」だけではなく、**拘束に至る前の代替策、家族説明、解除検討、チーム巡回、記録様式**が必要になります。

6. 看護補助者の患者ケアも評価される

療養病棟入院基本料では、看護補助体制充実加算として、直接患者ケアを担う看護補助者の配置が評価されます。資料上では、看護補助体制充実加算1が80点、2が65点、3が55点と示されています。なお、身体拘束を実施した日は加算3の例により算定する扱いです。

これは療養病棟らしいポイントです。

慢性期では、看護師だけでなく、看護補助者が食事、排泄、移乗、清潔、見守りなどのケアを支えます。今後は、**看護補助者を単なる人手ではなく、患者ケア体制の一部として教育・配置・記録**することがより重要になります。

実務的なまとめ

療養病棟でまず確認すべきなのは、次の5つです。

1. 療養病棟入院料2の医療区分2・3割合が6割を超えるか
2. 医療区分2・3の拾い漏れがないか
3. 末期心不全・末期呼吸器疾患・末期腎不全の緩和ケア患者を適切に評価できているか
4. 嚥下評価・経口移行の実績を記録できているか
5. 身体拘束最小化の委員会、研修、実施割合、解除検討記録が整っているか

結論として、今回の療養病棟改定は、

「医療区分の厳格化+重症慢性期患者の受入評価+嚥下・経口移行+身体拘束最小化」

が中心です。療養病棟は“長期入院の受け皿”から、“医療必要度の高い慢性期患者を、尊厳と生活機能に配慮しながら支える病棟”へ寄せられている

という理解で差し支えない。

令和8年度診療報酬改定対応

療養病棟 医事課向け運用マニュアル案

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：医事課向け運用マニュアル	
医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
医事課の役割は、医療区分や身体拘束の臨床判断を代行することではなく、算定根拠と記録の整合性を確認することです。確認フローを明文化することで、属人的判断を減らし、適時調査・返還リスクにも備えやすくなります。	医事課に確認作業が集中すると、月末月初の残業や心理的負担が増えます。病棟・医師へ確認するルール、保留扱いの基準、締切を定めることで、医事課だけが抱え込まない体制にする必要があります。

1. このマニュアルの目的

本マニュアルは、令和8年度診療報酬改定に伴い、療養病棟入院基本料を適切に算定するため、医事課が確認すべき事項、病棟・医師・看護部へ確認すべき事項、毎月の点検手順を整理するものである。

今回の療養病棟に関する主な変更点は、以下の4点である。

1. 療養病棟入院料2における医療区分2・3患者割合の引き上げ
2. 医療区分2・3に該当する患者像の見直し
3. 摂食嚥下機能回復体制加算3の実績対象の拡大
4. 身体的拘束最小化に関する減算・実績管理の強化

なお、厚生労働省の令和8年度診療報酬改定ページには、算定方法、施設基準、届出様式、疑義解釈、訂正通知が順次掲載されているため、最終的な運用は告示・通知・疑義解釈を確認して行う。

2. まず押さえる変更点

2-1. 療養病棟入院料1・2の患者割合

令和8年度改定後、療養病棟入院料の患者像は以下のように整理される。

区分	主な要件
療養病棟入院料1	医療区分2・3の患者が8割以上
療養病棟入院料2	医療区分2・3の患者が6割以上

資料上、療養病棟入院料1・2はいずれも看護配置20対1以上とされ、療養病棟入院料2では医療区分2・3の患者割合が6割以上と示されている。

従来の療養病棟入院料2は医療区分2・3が5割以上であったため、**療養2の病棟では、医療区分2・3の割合が5割台にとどまると、今後は要件未達となるリスクがある。**

令和8年3月31日時点で療養病棟入院料2を届け出ている保険医療機関については、医療区分2・3の患者6割要件に該当するものとみなす経過措置が示されているが、運用上は早期に6割以上を安定して満たせるか確認する必要がある。

3. 医事課の基本方針

医事課は、「医療区分を決める部署」ではなく、「算定根拠が診療録・看護記録・処置記録上にそろっているかを確認する部署」として動く。

したがって、医事課だけで判断しない。

迷う症例は、必ず病棟看護師、主治医、リハビリ、栄養、薬剤、必要に応じて医療安全・身体拘束最小化チームに確認する。

特に今回の改定では、単に「寝たきり」「高齢」「療養病棟に長期入院している」という理由だけでは不十分である。

医療区分2・3に該当する医学的状態、処置、薬剤、管理内容が記録されているかを確認する。

4. 医事課の日常業務フロー

4-1. 入院時

療養病棟へ入院した患者について、医事課は入院当日または翌営業日までに、以下を確認する。

確認項目	確認先	確認内容
入院病棟	病床管理・病棟	療養病棟入院料1か2か
主病名・副病名	診療録	医療区分に関する病名があるか
処置	看護記録・処置記録	酸素、吸引、点滴、中心静脈栄養、経管栄養など
薬剤	処方・注射	医療用麻薬、持続点滴、症状緩和薬など
栄養方法	栄養記録・看護記録	経口、経鼻、胃瘻、中心静脈栄養
身体拘束	看護記録・同意書等	実施の有無、理由、時間、解除検討
医療区分仮判定	病棟・医師	医療区分1・2・3の仮分類

入院時点で医療区分の根拠が不明確な場合は、「医療区分確認依頼」として病棟へ確認する。

4-2. 毎日の確認

毎日、全員を詳細確認する必要はない。

医事課では、以下の患者を重点確認する。

重点確認する患者	理由
新入院患者	医療区分の初回判定が必要
状態変化があった患者	医療区分が変わる可能性
酸素・吸引・点滴・麻薬等が開始または終了した患者	医療区分の根拠が変わる可能性
経管栄養・中心静脈栄養が終了した患者	摂食嚥下実績に関する可能性
身体拘束が開始・終了した患者	減算・記録確認に関係
医療区分1の患者	療養2の6割要件に影響

4-3. 毎週の確認

週1回、医事課で「療養病棟 医療区分一覧」を更新する。

療養病棟 医療区分一覧の項目

項目	記載内容
患者ID	
氏名	
病棟	
入院日	
現在の医療区分	1・2・3
該当理由	例：末期心不全、酸素、医療用麻薬、中心静脈栄養など
根拠記録	医師記録、看護記録、処方、処置記録など
最終確認日	
医師確認	済・未
病棟確認	済・未
備考	

4-4. 毎月の確認

月末または翌月初めに、以下を集計する。

集計項目	内容
療養病棟入院患者数	対象期間・対象病棟を明確にする
医療区分1患者数	
医療区分2患者数	
医療区分3患者数	
医療区分2・3合計	
医療区分2・3割合	医療区分2・3 ÷ 全対象患者
療養1要件	8割以上か
療養2要件	6割以上か
要確認患者	根拠記録が弱い患者

月次集計の判定

状況	対応
医療区分2・3割合が安定して6割以上	通常運用
6割前後で推移	医療区分1患者を中心に根拠の拾い漏れを確認
6割未満	直ちに病棟・医師へ一覧を共有し、判定根拠を再確認
根拠不十分な医療区分2・3が多い	算定リスクあり。記録整備を依頼

重要なのは、**割合を満たすために医療区分を上げることではない。**

実際に該当する状態があるのに、記録不足・確認不足で医療区分1のままになっていないかを確認する。

5. 医療区分2・3の確認ポイント

5-1. 緩和ケア関連

今回の改定では、悪性腫瘍だけでなく、末期呼吸器疾患、末期心不全、末期腎不全なども医療区分2の対象として整理されている。

資料では、医療区分2に、悪性腫瘍で医療用麻薬等による疼痛コントロールが必要な場合、末期呼吸器疾患、末期心不全、末期腎不全で医療用麻薬等または点滴薬物療法による苦痛・症状コントロールが必要な状態などが示されている。

医事課が確認する記録

疾患	必要な確認
悪性腫瘍	医療用麻薬等による疼痛コントロールの有無
末期呼吸器疾患	呼吸困難、酸素、NPPV、症状緩和薬、医師記録
末期心不全	NYHA IV相当、苦痛・症状コントロール、点滴薬物療法等
末期腎不全	CKD G5相当、透析困難、症状緩和、医療用麻薬等

医事課から医師への確認文例

医療区分確認のためご相談です。

当該患者について、末期心不全／末期呼吸器疾患／末期腎不全として、症状緩和を目的とした薬物療法または医療用麻薬等による苦痛コントロールを行っている状態に該当するか、ご確認をお願いいたします。

該当する場合は、診療録に病態、症状、治療内容、今後の方針をご記載ください。

5-2. 医療的ケア児・超重症・準超重症

資料では、準超重症の状態については15歳未満の小児患者に限る記載があり、超重症・準超重症に関する項目も医療区分に関係する形で示されている。

療養病棟で該当症例が少ない場合でも、小児・若年の医療的ケア患者を受けられる可能性がある病院では、医事課だけで判断せず、主治医・看護師・必要に応じて小児科医へ確認する。

5-3. 出血・暴行などの状態

資料では、医療区分2に関係する状態として、消化管等の体内からの出血が反復継続している状態、他者に対する暴行が毎日認められる状態なども示されている。

確認する記録

状態	必要な記録
反復継続する出血	医師記録、検査値、便潜血・吐血・下血等の記録、治療内容
毎日の暴行	看護記録、事故報告、対応記録、医師評価、精神症状評価

特に「暴行が毎日認められる状態」は、単なる不穏や大声ではなく、他者への暴力行為として記録されている必要がある。医事課は、医療区分の根拠として使う場合、**客観的な日々の記録があるか**を確認する。

6. 摂食嚥下機能回復体制加算3の確認

療養病棟では、摂食嚥下機能回復体制加算3の施設基準も確認が必要である。

改定後は、中心静脈栄養を終了した患者だけでなく、鼻腔栄養または胃瘻の患者が、嚥下機能評価と嚥下リハビリ等により経口摂取のみの栄養方法へ回復した場合も、前年実績に含める形に拡大されている。

医事課が管理する実績台帳

項目	記載内容
患者ID	
氏名	
対象栄養方法	中心静脈栄養・経鼻栄養・胃瘻
嚥下機能評価日	
評価者	医師・ST等
嚥下リハ開始日	
中心静脈栄養終了日	
経管栄養終了日	
経口摂取のみとなった日	
根拠記録	診療録、ST記録、栄養記録、看護記録
前年実績算入	可・不可・要確認

現場への依頼文例

摂食嚥下機能回復体制加算3の実績確認のため、経鼻栄養または胃瘻から経口摂取のみへ移行した患者について、嚥下機能評価日、嚥下リハ実施状況、経管栄養終了日、経口摂取のみとなった日が分かる記録をご確認ください。

7. 身体的拘束最小化に関する確認

令和8年度改定では、身体的拘束最小化について、従来の体制基準に加え、実績等に係る基準が新設されている。実績等に係る基準のみ満たせない場合は20点減算、体制基準を満たせない場合は40点減算とされている。

また、身体的拘束最小化の基準では、拘束を行う場合に、態様・時間・患者の心身の状況・緊急やむを得ない理由を記録すること、身体的拘束最小化チームの設置、実施状況把握、指針作成、定期研修などが求められている。

医事課が確認する項目

項目	確認内容
身体拘束の有無	実施患者の一覧があるか
記録	態様、時間、理由、心身の状況が記載されているか
解除検討	継続理由、代替策、解除検討があるか
委員会	身体拘束最小化チーム・委員会の開催状況
研修	年間研修の実施記録
実施割合	月次または定期的に集計されているか
減算	20点または40点減算の対象にならないか

資料上、身体拘束最小化の体制基準と実績等基準の充足状況により、減算なし、20点減算、40点減算に分かれる整理が示されている。

医事課の注意点

身体拘束は、医事課だけで判断してはいけない。

ただし、算定・減算に直結するため、医事課は以下を確認する。

- 身体拘束実施患者の一覧が病棟で管理されているか
- 身体拘束の開始日・終了日が分かるか
- 身体拘束実施割合を集計できるか
- 減算の有無を判断できる資料があるか
- 委員会・研修・指針が整備されているか

8. 看護補助・患者ケア体制との関係

療養病棟では、看護補助者の配置・患者ケア体制も重要である。

令和8年度改定では、看護補助体制充実加算や患者ケア体制に関する見直しがあり、医事課は届出区分と実際の体制が一致しているかを確認する必要がある。

特に、身体拘束を実施している場合、加算の扱いや減算との関係が問題になりやすいため、**病棟、看護部、医事課で同じ患者一覧を見て確認**することが望ましい。

9. 医事課用チェックリスト

9-1. 毎月チェック

チェック項目	確認	備考
療養病棟入院料1・2の届出区分を確認した	<input type="checkbox"/>	
医療区分2・3割合を集計した	<input type="checkbox"/>	
療養2で6割以上を満たしている	<input type="checkbox"/>	
医療区分1患者の中に拾い漏れがないか確認した	<input type="checkbox"/>	
緩和ケア関連の該当患者を確認した	<input type="checkbox"/>	
医療用麻薬・症状緩和薬の使用患者を確認した	<input type="checkbox"/>	
中心静脈栄養・経管栄養の終了患者を確認した	<input type="checkbox"/>	
摂食嚥下機能回復体制加算3の実績候補を台帳に記載した	<input type="checkbox"/>	
身体拘束実施患者一覧を確認した	<input type="checkbox"/>	
身体拘束減算の要否を確認した	<input type="checkbox"/>	
看護補助・患者ケア体制の届出と実態を確認した	<input type="checkbox"/>	
疑義解釈・訂正通知を確認した	<input type="checkbox"/>	

10. 病棟へ依頼する記録整備

医事課から病棟へは、次のように依頼するとよい。

病棟への依頼文例

令和8年度診療報酬改定に伴い、療養病棟入院料の医療区分2・3割合および身体拘束最小化に関する確認が必要となっています。

医療区分2・3に該当する患者については、病名だけでなく、実際の状態、処置、薬剤、症状コントロールの内容が診療録・看護記録・処置記録上で確認できる必要があります。

特に、末期心不全、末期呼吸器疾患、末期腎不全、医療用麻薬等による症状緩和、中心静脈栄養、経鼻栄養、胃瘻、身体拘束の有無について、記録の確認をお願いします。

11. 医師へ依頼する記録整備

医師には、病名だけでなく、**なぜその医療区分に該当するのか**を簡潔に記録してもらう。

医師記録に必要な要素

項目	記載例
病態	末期心不全、末期呼吸器疾患、末期腎不全など
重症度	NYHA IV、Hugh-Jones V、CKD G5 など
症状	呼吸困難、疼痛、倦怠感、不安、苦痛など
治療	医療用麻薬、持続点滴、酸素、NPPV など
方針	症状緩和中心、侵襲的治療困難、透析困難など

医師への依頼文例

医療区分判定の根拠確認のため、当該患者について、末期心不全／末期呼吸器疾患／末期腎不全等に該当する医学的状態、症状緩和のための薬剤・処置、今後の治療方針を診療録にご記載ください。

12. 医事課が困ったときの判断ルール

12-1. 判断に迷う場合

医事課単独で医療区分を上げない。

以下の順で確認する。

1. 看護記録・処置記録を見る
2. 処方・注射内容を見る
3. 主治医記録を見る
4. 病棟看護師に確認する
5. 主治医に医療区分該当性を確認する
6. それでも不明な場合は、医事責任者・診療報酬担当で保留扱いにする

12-2. 医療区分2・3割合が不足しそうな場合

やってよいことは、**拾い漏れ確認**である。

やってはいけないことは、**要件を満たさない患者を無理に医療区分2・3へ上げる**ことである。

確認すべき拾い漏れ

確認項目	見る資料
医療用麻薬使用患者	処方・注射
酸素・NPPV 使用患者	処置記録・看護記録
経管栄養・中心静脈栄養患者	栄養記録
出血が反復している患者	検査・看護記録
毎日の暴行がある患者	看護記録・事故報告
難病・神経筋疾患患者	病名・診療録
末期心不全・呼吸器疾患・腎不全	主治医記録

13. 令和8年度改定対応の院内スケジュール案

令和8年5月中

- 療養病棟入院患者の医療区分一覧を作成
- 医療区分1患者を抽出

- 医療区分2・3割合を試算
- 身体拘束患者一覧を作成
- 摂食嚥下実績候補者を抽出
- 厚労省の告示・通知・疑義解釈を確認

令和8年6月

- 改定後の点数・施設基準で算定開始
- 医療区分2・3割合を月次確認
- 身体拘束減算の該当有無を確認
- 医師・病棟への記録依頼を開始

令和8年7月以降

- 月次で医療区分割合を確認
- 6割ぎりぎりの場合は、毎週確認に切り替える
- 摂食嚥下実績台帳を更新
- 身体拘束実施割合を継続集計
- 疑義解釈・訂正通知が出た場合はマニュアルを更新

14. まとめ：医事課が最優先で見べきもの

療養病棟について、医事課が最初に見るべきものは以下である。

- 療養病棟入院料2で、医療区分2・3が6割以上あるか
- 医療区分2・3の根拠が診療録・看護記録・処方・処置記録で確認できるか
- 末期心不全・末期呼吸器疾患・末期腎不全など、今回追加・明確化された患者が拾えているか
- 摂食嚥下機能回復体制加算3の実績候補を拾えているか
- 身体拘束最小化の体制・実績・減算の確認ができているか

このマニュアルの運用上の要点は、

「医療区分を上げる」のではなく、「本来該当する患者の根拠記録を漏らさない」ことである。

追加するとよいもの

1. 月次集計表

これは必須です。

月	入院患者数	医療区分1	医療区分2	医療区分3	医療区分2・3割合	要件
6月					%	6割以上
7月					%	6割以上

医事係は、まずこれを毎月埋められればよいです。

2. 医療区分確認依頼票

医事が単独判断せず、病棟・医師に確認するための用紙です。

患者ID	患者名	現在の医療区分	確認したい内容	確認先	回答	医事処理
		1・2・3	末期心不全該当性／医療用麻薬使用／酸素使用など	医師・病棟		

これがあると、医事が「勝手に医療区分を上げた」とならず、実務上安全性が高いです。

3. 摂食嚥下実績台帳

摂食嚥下機能回復体制加算3については、中心静脈栄養の終了だけでなく、**鼻腔栄養・胃瘻から経口摂取のみへ回復した症例**も実績対象に入る方向なので、これは台帳化した方がよいです。

患者ID	栄養方法	嚥下評価日	嚥下リハ開始	経管栄養終了	経口摂取のみ移行	実績算入
	中心静脈・経鼻・胃瘻					可・不可

結論

療養病棟については、これ以上あまり広げすぎない方がよいです。

医事係向けには、

「医療区分2・3割合を毎月見る」

「医療区分の根拠記録を病棟・医師に確認する」

「嚥下実績と身体拘束を台帳で管理する」

この3点に絞った方が、現場では動きやすいです。

制度の総論より、一覧表・確認依頼票・月次チェックリストがあれば十分だと思います。

1. 療養病棟の身体拘束最小化

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：身体拘束最小化 詳細	
医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
身体拘束最小化は、減算回避、40点加算の検討、認知症ケア加算、看護補助体制の評価など複数の項目に影響します。まずは実施割合を測定し、15%以下を目指すのか、代替基準で守るのかを経営判断として整理する必要があります。	身体拘束を減らすほど、夜間見守り、転倒・抜去対応、不穏対応の負担が増える可能性があります。代替策と人員配置をセットで検討し、事故が起きたときに現場個人の責任にしない仕組みが重要です。

どう変わるか

① 入院料通則の身体拘束基準が強化される

令和6年度改定で入院料通則に入った身体拘束最小化の基準が、令和8年度改定でさらに強化されます。

大きな変更は、

身体拘束最小化チームの指針に「望ましい」とされていた内容が、必須化される方向です。

また、研修内容にも、身体拘束の代替手段や患者の尊厳保持を含めることが求められます。

② 「実績等に係る基準」が新設される

今回の重要点はここです。

従来の身体拘束最小化基準は、チーム設置、指針、研修、記録などの**体制基準**が中心でした。

令和8年度改定では、これに加えて、**実績等に係る基準**が新設されます。

資料では、実績等基準だけ満たせない場合は**入院料を1日につき20点減算**、体制基準を満たせない場合は**40点減算**と整理されています。

つまり、今後は、

状態	扱い
体制基準も実績等基準も満たす	減算なし
体制基準は満たすが、実績等基準を満たせない	20点減算
体制基準を満たせない	40点減算

という整理です。

③ 実績等基準は「15%以下」または「継続的取組」

実績等基準は、資料上、次のいずれかを満たす形です。

1つ目は、**身体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。**

2つ目は、身体拘束の原則廃止に向けて、委員会を3か月に1回以上開催し、拘束患者について解除や代替策を検討し、年2回以上の研修を行うことです。

ここは療養病棟では大きいです。

寝たきり、認知症、チューブ類、転倒リスクが多いので、「**身体拘束ゼロ**」だけを目標にすると現場が潰れます。

現実的には、**拘束実施率の集計、理由記録、解除検討、代替策検討をきちんと残す**方向です。

④ 逆に、頑張れば40点加算がある

療養病棟入院基本料などを算定する病棟を対象に、**身体的拘束最小化推進体制加算40点/日**が新設されます。対象には、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などが入っています。

ただし、これは要求水準が高いです。

要件としては、

- 病院長・看護部長が、病院全体で身体拘束最小化に取り組むと表明する
- 年2回以上の講習を行い、入院患者に関わる全職員が受講する
- 拘束用具を病棟外の1か所で管理する
- 使用状況、解除検討状況を把握する

- 委員会を3か月に1回以上開催する
- 拘束患者がいる場合はチーム巡回を行う
- 拘束しないための用具を職員が提案でき、導入する仕組みを持つ
- 拘束される可能性がある患者に、原則拘束しない方針、拘束するリスク・しないリスクを説明し、本人・家族の意向を聴取する
- 実施割合が3%以下、届出から1年間は5%以下
- 方針、取組内容、実施割合等を院内掲示・ウェブサイト掲載する

とされています。

療養病棟での対策

最低限やるべき対策

これは減算回避ラインです。

対策	実務
身体拘束患者一覧を作る	患者ID、拘束内容、開始日、終了日、理由
拘束日数を集計する	直近3か月で拘束実施日数／入院料算定日数
拘束理由を記録する	態様、時間、心身の状況、緊急やむを得ない理由
解除検討を記録する	週1回または状態変化時に検討
委員会で検討する	3か月に1回以上
研修を行う	年2回以上、代替策・尊厳保持を含める
指針を更新する	「望ましい」ではなく必須項目として整備

療養病棟向けの現実的な運用

療養病棟では、いきなり拘束ゼロを掲げるより、次の運用が現実的です。

拘束をしている患者をゼロにすることだけを目的にせず、

- ① 拘束理由が明確であること、
 - ② 代替策を検討していること、
 - ③ 解除可能性を定期的に見ていること、
 - ④ 拘束日数・割合を集計していること、
 - ⑤ 家族説明と同意・意向確認が残っていること、
- を最低限の管理ラインとする。

医事向けの確認項目

医事系にはこう伝えればよいです。

療養病棟では、身体拘束の有無だけでなく、身体拘束実施割合、20点減算・40点減算の該当性、身体拘束最小化推進体制加算40点の届出可能性を確認する。

ただし、身体拘束の医学的・看護的判断は医事単独で行わず、病棟、看護部、医師、身体拘束最小化チームと確認する。

2. 療養病棟のリハ

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：療養病棟リハ 詳細	
医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
リハ関連の改定では、算定の確認だけでなく、摂食嚥下実績、介護保険連携、退院後支援が病棟機能として問われます。リハ単位数だけでなく、退院後の生活機能につながる記録を残すことが重要です。	リハ職に計画書、説明、連携記録、実績管理が集中すると、直接訓練時間が圧迫されます。医師、看護、MSW、栄養部門と役割を分け、説明と記録の定型化を進めることが省力化につながります。

どう変わるか

療養病棟のリハで重要なのは、疾患別リハの点数そのものより、計画書、説明、介護保険連携、摂食嚥下機能回復体制加算3です。

① リハビリテーション総合計画評価料が見直される

リハビリ実施計画書と総合実施計画書が統合され、記載内容が簡素化されます。

また、計画書の患者等の署名欄が廃止されます。

さらに、計画書の説明は、回復期リハ病棟を除き、医師だけでなく、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士でも可能になります。療養病棟ではこの緩和は使いやすいです。

点数は、リハビリテーション総合計画評価料1が初回300点、2回目以降240点、評価料2が初回240点、2回目以降196点という形になります。

② 目標設定等支援・管理料が廃止される

脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ、運動器リハについて、従来の**目標設定等支援・管理料**が廃止されます。

あわせて、これを算定していない場合に疾患別リハが90%算定となる減算規定も廃止されます。

これは事務的には分かりやすくなります。

ただし、単に管理料がなくなるだけではなく、次の介護保険連携が要件化されます。

③ 介護保険リハとの連携が要件化される

脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ、運動器リハについて、**介護保険によるサービス利用が必要と思われる者に対する介護支援専門員との連携**が要件化されます。

必要に応じて、ケアマネと協力し、訪問リハ、通所リハ等の事業所を紹介し、見学・体験を提案することが求められます。

療養病棟では、退院先が自宅、施設、老健、介護医療院などになるため、ここは実務に影響します。

④ 摂食嚥下機能回復体制加算3の実績対象が広がる

療養病棟に一番関係するリハ変更は、これである。

摂食嚥下機能回復体制加算3では、従来、療養病棟入院料1・2を算定する病棟の入院患者で、中心静脈栄養を実施していた患者に嚥下機能評価・嚥下リハ等を行い、嚥下機能が回復して中心静脈栄養を終了した者の前年実績が2名以上、という形でした。

改定後は、これに加えて、**鼻腔栄養または胃瘻の患者が、嚥下機能評価と嚥下リハ等により、経口摂取のみの栄養方法へ回復した者**も実績に含まれます。つまり、中心静脈栄養終了だけでなく、経鼻・胃瘻から経口摂取のみへの移行も実績化できます。

これは療養病棟には大きいです。

「ずっと胃瘻」「ずっと経鼻」ではなく、**嚥下評価をして、食形態調整・ST介入・経口移行を進める病棟**が評価されます。

療養病棟での対策

最低限やること

項目	対策
リハ計画書	新様式に変更。実施計画書と総合計画書の統合に対応
説明者	医師以外に、PT・OT・ST・看護師が説明できる運用を作る
署名欄	署名欄廃止後も、説明日・説明者・説明相手は記録に残す
介護保険連携	ケアマネ連携記録を残す
訪問リハ・通所リハ紹介	必要時に紹介・見学・体験提案を記録
摂食嚥下	経管・胃瘻・IVH患者の嚥下評価台帳を作る
経口移行実績	IVH終了、経鼻・胃瘻から経口のみ移行を台帳化

療養病棟リハの実務フロー

療養病棟では、次の流れにするとよいです。

1. 入院時または転棟時に、リハ対象患者を抽出する
2. 疾患別リハ、廃用症候群リハ、摂食嚥下リハの対象を整理する
3. 要介護認定の有無、ケアマネの有無、退院先見込みを確認する
4. 介護保険リハが必要そうな患者は、早めにケアマネ連携を記録する

5. 経鼻・胃瘻・IVH患者は、STまたは嚥下評価対象として台帳に載せる
6. 経口移行が進んだ患者は、実績候補として医事へ共有する
7. 月1回、リハ・病棟・栄養・医事で実績候補を確認する

医事向けの確認項目

医事係にはこういう表で見てもらおうのがよいです。

確認項目	確認内容
リハ総合計画評価料	初回か2回目以降か
計画書	新様式で作成されているか
説明記録	説明日、説明者、説明相手が残っているか
介護保険連携	ケアマネ連携が必要な患者で記録があるか
目標設定等支援・管理料	廃止後に誤算定していないか
90%減算	廃止後に誤って減算していないか
IVH終了	摂食嚥下実績に入るか
経鼻・胃瘻から経口のみ	新たに実績候補として拾えているか

3. 実務上の優先順位

療養病棟では、全部を同時に完璧にやろうとしない方がよいです。

優先順位1：身体拘束の減算回避

まずは、**20点減算・40点減算を避ける体制**です。

最初に作るべきものは、

- 身体拘束患者一覧
- 身体拘束日数集計表
- 解除検討記録
- 家族説明記録
- 委員会議事録
- 年2回研修記録
- 身体拘束最小化指針

です。

優先順位2：身体拘束最小化推進体制加算を取るか検討

40点加算は大きいですが、要件が厳しいです。

特に、拘束実施割合3%以下、届出1年は5%以下がハードルになります。

現在の療養病棟で拘束が多いなら、いきなり加算を狙うより、

まず実施割合を測る

次に解除可能例を減らす

その後、加算届出を検討する

でよいです。

優先順位3：リハ計画書と介護保険連携

リハは、制度変更としては書類が少し楽になります。

ただし、ケアマネ連携が抜けると算定要件上の弱点になります。

リハ科には、

退院後に介護保険リハが必要そうな患者について、ケアマネ連携・訪問リハ／通所リハ紹介の記録を残すという運用を入れるべきです。

優先順位4：摂食嚥下実績の台帳化

療養病棟では、ここが一番「プラスの評価」につながります。

今後は、

- 中心静脈栄養を終了した患者
- 経鼻栄養から経口摂取のみへ移行した患者
- 胃瘻から経口摂取のみへ移行した患者

を、医事が拾えるように台帳化した方がよいです。

4. まとめ

療養病棟の身体拘束最小化は、

「記録していればよい」から、「実施割合・解除検討・代替策・組織風土まで見る」方向です。

対策は、身体拘束患者一覧、実施割合集計、解除検討、委員会、研修、指針整備です。さらに余力があれば、40点の身体拘束最小化推進体制加算を狙うか検討します。

療養病棟のリハは、

「計画書簡素化、説明者拡大、目標設定等支援・管理料廃止、介護保険リハとの連携要件化、摂食嚥下実績拡大」が中心です。

対策は、新様式への切替、ケアマネ連携記録、経口移行実績台帳の整備です。

実務的には、療養病棟は次の4点だけ押さえればよいです。

1. 身体拘束の20点・40点減算を避ける
2. 40点加算を狙えるか、まず拘束率を測る
3. リハ計画書・説明・ケアマネ連携を新運用にする
4. IVH・経鼻・胃瘻からの経口移行を実績として拾う

療養病棟における身体的拘束最小化

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：身体拘束 医事課向け運用マニュアル	
医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
身体拘束関連は、医事課が毎月確認すべき定例管理項目にすることが望ましいです。患者一覧、実施日数、減算判定、認知症ケア加算との関係と同じ表で確認できれば、算定リスクを下げられます。	身体拘束の管理表は、現場を責めるための資料ではなく、代替策や人員配置を検討するための資料にする必要があります。集計結果を現場批判に使うと、記録の形骸化や心理的安全性の低下につながります。

医事課向け運用マニュアル案

令和8年度診療報酬改定対応版

1. このマニュアルの目的

本マニュアルは、令和8年度診療報酬改定に伴う身体的拘束最小化に関する評価・減算・加算について、医事課が確認すべき事項を整理するものである。

医事課の役割は、身体拘束の医学的・看護的妥当性を判断することではない。

医事課は、以下を確認する。

1. 身体拘束の有無が把握されているか
2. 入院料通則上の身体的拘束最小化基準を満たしているか
3. 実績等に係る基準を満たしているか
4. 20点減算・40点減算の対象にならないか
5. 身体的拘束最小化推進体制加算40点の届出・算定可能性があるか
6. 関連加算、特に認知症ケア加算の身体拘束実施日の取扱いに誤りがないか

令和8年度改定では、入院料通則の身体的拘束最小化基準が充実し、さらに「実績等に係る基準」が新設され、実績等基準のみ満たせない場合は20点減算、体制基準を満たせない場合は40点減算という整理が示されている。

2. 令和8年度改定で変わること

2-1. 身体拘束最小化の体制基準が強化される

入院料通則における身体的拘束最小化基準では、従来から、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の設置、実施状況の把握、指針作成、定期研修などが求められていた。

令和8年度改定では、これに加えて、**患者の尊厳の保持、療養環境の質の確保、組織風土の醸成**が明確化され、研修には身体的拘束の代替手段や患者の尊厳保持に関する内容を含める方向が示されている。

2-2. 実績等に係る基準が新設される

令和8年度改定では、身体的拘束最小化基準が、次の2つに分けて考えられる。

区分	内容
体制に係る基準	チーム、指針、研修、記録、周知など
実績等に係る基準	身体拘束実施割合、委員会、解除・代替策検討、研修など

実績等に係る基準として、次のいずれかを満たす必要がある。

実績等基準	内容
ア	身体的拘束の実施割合を集計しており、1割5分以下であること
イ	身体拘束の原則廃止に向け、委員会3か月に1回以上、解除・代替策検討、年2回以上の研修を継続して行っていること

資料では、身体拘束が行われている病棟では、身体的拘束最小化チームの巡回または病棟内複数職員の協働により、解除や代替策の導入に向けた具体的検討を行うことも示されている。

2-3. 減算の考え方

医事課が最初に押さえるべき点は、次の表である。

体制基準	実績等基準	入院料の取扱い
満たす	満たす	減算なし
満たす	満たさない	20点減算
満たさない	満たさない	40点減算

資料上も、体制基準・実績等基準の充足状況に応じて、減算なし、20点減算、40点減算に分かれる整理が示されている。

2-4. 身体的拘束最小化推進体制加算が新設される

療養病棟入院基本料などを算定する病棟を対象に、**身体的拘束最小化推進体制加算 40点/日**が新設される。

対象病棟には、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などが示されている。

ただし、この加算は単なる減算回避より要件が厳しい。

病院長・看護部長による表明、全職員研修、拘束用具の病棟外一か所管理、使用状況・解除検討状況の把握などが求められている。

3. 医事課の基本姿勢

医事課は、身体拘束の妥当性を単独判断しない。

ただし、算定・減算・届出に関係するため、以下を管理する。

医事課が行うこと	医事課が行わないこと
拘束実施患者の一覧管理	拘束が必要かどうかの臨床判断
拘束日数・割合の集計	看護ケアの具体的代替策の決定
減算該当性の確認	家族説明の実施そのもの
加算届出要件の確認	拘束解除の直接指示
記録の有無の確認	倫理的妥当性の最終判断

医事課は、病棟、看護部、主治医、身体拘束最小化チーム、認知症ケアチームと連携して確認する。

4. 毎日行う確認

毎日、医事課が全患者の身体拘束内容を細かく判断する必要はない。

ただし、以下の情報は病棟から医事課へ共有される運用にする。

4-1. 病棟から医事課へ共有する情報

項目	内容
新たに身体拘束を開始した患者	患者 ID、氏名、開始日、拘束内容
身体拘束を終了した患者	終了日
拘束内容が変更された患者	ミトン、体幹ベルト、四肢抑制など
身体拘束を実施した日	算定日単位で確認
認知症ケア加算算定患者で身体拘束を実施した日	点数取扱い確認のため

4-2. 医事課の確認事項

確認項目	確認先
身体拘束実施日が記録されているか	看護記録
拘束の態様・時間があるか	看護記録・拘束記録
患者の心身の状況があるか	看護記録
緊急やむを得ない理由があるか	看護記録・医師記録
家族説明・同意・意向確認があるか	同意書・説明記録
解除検討が行われているか	カンファレンス記録・拘束解除検討記録

5. 週1回行う確認

週1回、医事課は病棟から身体拘束患者一覧を受け取る。

5-1. 身体拘束患者一覧

患者ID	氏名	病棟	拘束内容	開始日	終了日	実施日数	理由	解除検討	医事確認
		療養	ミトン				胃管抜去予防等	済・未	済・未

5-2. 医事課の週次確認

チェック項目	確認
拘束開始日が明確である	<input type="checkbox"/>
拘束終了日が明確である	<input type="checkbox"/>
拘束実施日が日単位で分かる	<input type="checkbox"/>
拘束理由が「転倒リスク」だけで終わっていない	<input type="checkbox"/>
態様・時間・心身状況・緊急やむを得ない理由がある	<input type="checkbox"/>
解除または代替策の検討記録がある	<input type="checkbox"/>
認知症ケア加算算定患者では身体拘束実施日の扱いを確認した	<input type="checkbox"/>

6. 月1回行う確認

月次で最も重要なのは、**身体拘束実施割合の集計**である。

6-1. 身体拘束実施割合の計算

資料では、身体拘束実施割合について、

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 ÷ 直近3か月間の入院料算定日数
という考え方が示されている。

計算式

身体拘束実施割合

= 直近3か月間の身体拘束実施日数

÷ 直近3か月間の入院料算定日数

例

項目	数
直近3か月の入院料算定日数	3,000日
身体拘束を実施した日数	300日
身体拘束実施割合	10.0%

この場合、1割5分以下なので、実績等基準の「ア」は満たす。

6-2. 月次集計表

月	対象期間	入院料算定日数	拘束実施日数	実施割合	15%以下	委員会・解除検討・研修で代替可	減算
6月	3～5月			%	可・不可	可・不可	なし・20点・40点
7月	4～6月			%	可・不可	可・不可	なし・20点・40点

7. 減算判定フロー

7-1. 判定手順

Step 1

身体拘束最小化の体制基準を満たしているか確認する。

確認項目：

- 身体拘束最小化チームがある
- 実施状況を把握している
- 指針がある
- 研修を実施している
- 身体拘束時に、態様・時間・心身状況・緊急やむを得ない理由を記録している
- 代替手段、薬物適正使用、患者の尊厳保持を含む指針・研修になっている

Step 2

実績等基準を満たしているか確認する。

以下のどちらかでよい。

- 身体拘束実施割合が15%以下
- 15%を超える場合でも、委員会3か月に1回以上、解除・代替策検討、年2回以上の研修を継続している

Step 3

減算を判定する。

判定	医事処理
体制基準○、実績等基準○	減算なし
体制基準○、実績等基準×	20点減算
体制基準×	40点減算

8. 身体的拘束最小化推進体制加算40点の確認

8-1. まず届出を検討できるか

身体的拘束最小化推進体制加算は、療養病棟入院基本料などを算定している病棟が対象となり、同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る扱いとされている。

医事課は、以下を確認する。

項目	確認
対象病棟に該当する	<input type="checkbox"/>
同じ入院料を算定する病棟全体で届出する理解がある	<input type="checkbox"/>
病院長・看護部長の表明がある	<input type="checkbox"/>
職員に周知されている	<input type="checkbox"/>
年2回以上の講習がある	<input type="checkbox"/>
入院患者に関わる全職員が受講している	<input type="checkbox"/>

項目	確認
拘束用具が病棟外の1か所で管理されている	<input type="checkbox"/>
使用状況・解除検討状況を把握している	<input type="checkbox"/>
必要時に解除提案を行っている	<input type="checkbox"/>
身体拘束実施割合が届出基準を満たす見込みである	<input type="checkbox"/>

8-2. 加算を狙うかどうかの実務判断

現在の状態	方針
身体拘束実施割合がかなり低い	加算届出を検討
5～15%程度	まず実施割合を安定して下げる
15%超	減算回避を優先
集計できていない	まず3か月集計を開始

この加算は、単に「拘束が少ない」だけではなく、病院全体の組織的取組、職員研修、用具管理、解除検討まで求められるため、医事課だけで届出判断しない。

9. 認知症ケア加算との関係

認知症ケア加算を算定している患者で身体拘束を実施した場合は、当該日の点数取扱いに注意する。

令和8年度改定資料では、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に相当する点数により算定する取扱いが示されている。

医事課の確認

確認項目	内容
認知症ケア加算算定患者か	算定患者一覧で確認
身体拘束実施日か	拘束実施日一覧で確認
当日の点数処理	身体拘束実施日の取扱いで処理
拘束終了後	通常算定に戻す日を確認

10. 病棟への依頼事項

医事課から病棟へは、以下を依頼する。

病棟への依頼文例

令和8年度診療報酬改定に伴い、身体的拘束最小化について、体制基準に加えて実績等に係る基準の確認が必要となります。医事課では、入院料の減算該当性および身体拘束実施割合の集計を行うため、身体拘束を開始・終了した患者、拘束実施日、拘束内容、解除検討状況について、一覧で共有をお願いします。

身体拘束を行う場合は、態様、時間、患者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、解除または代替策の検討記録を残してください。

11. 医師・看護部・委員会への確認事項

11-1. 医師へ確認すること

確認項目	内容
医学的理由	チューブ抜去、転落、自傷他害など
緊急やむを得ない理由	生命・身体保護のため必要か
薬剤調整	過鎮静・せん妄悪化薬の見直し
解除可能性	状態改善時の解除判断

11-2. 看護部へ確認すること

確認項目	内容
身体拘束一覧	病棟ごとの一覧があるか
解除検討	週1回以上など院内ルールで実施しているか
代替策	離床センサー、見守り、環境調整など
家族説明	説明記録・同意・意向確認があるか
用具管理	病棟内で無秩序に保管されていないか

11-3. 身体拘束最小化チームへ確認すること

確認項目	内容
委員会開催	3か月に1回以上
巡回	拘束患者がいる病棟への巡回
職員研修	年2回以上
指針	改定後基準に合っているか
実施割合	集計・分析しているか

12. 医事課用チェックリスト

12-1. 月次チェックリスト

チェック項目	確認
身体拘束患者一覧を病棟から受け取った	<input type="checkbox"/>
拘束開始日・終了日を確認した	<input type="checkbox"/>
拘束実施日数を集計した	<input type="checkbox"/>
直近3か月の入院料算定日数を集計した	<input type="checkbox"/>
身体拘束実施割合を算出した	<input type="checkbox"/>
15%以下か確認した	<input type="checkbox"/>
15%超の場合、委員会・解除検討・研修で実績等基準を満たすか確認した	<input type="checkbox"/>
体制基準を満たしているか確認した	<input type="checkbox"/>
20点減算・40点減算の該当性を判定した	<input type="checkbox"/>
認知症ケア加算算定患者の身体拘束実施日を確認した	<input type="checkbox"/>
身体的拘束最小化推進体制加算の届出可能性を確認した	<input type="checkbox"/>
疑義解釈・通知の更新を確認した	<input type="checkbox"/>

13. 身体拘束管理台帳案

患者ID	氏名	病棟	入院料	拘束内容	開始日	終了日	実施日数	理由	記録確認	解除検討	認知症ケア加算	医事処理
		療養	療養1・2	ミトン				胃管抜去予防	済・未	済・未	有・無	

14. 身体拘束実施割合集計表案

対象期間	入院料算定日数	拘束実施日数	実施割合	15%以下	実績等基準	減算判定
4～6月			%	○・×	○・×	なし・20点・40点
5～7月			%	○・×	○・×	なし・20点・40点
6～8月			%	○・×	○・×	なし・20点・40点

15. 現場に伝えるべき要点

医事課から現場に伝える場合は、次の程度でよい。

令和8年度改定では、身体拘束をしているかどうかだけでなく、身体拘束実施割合、解除・代替策の検討、委員会、研修、記録が確認されます。

医事課では、入院料の減算や加算届出に関係するため、身体拘束患者一覧と拘束実施日数を毎月確認します。

身体拘束を行う場合は、態様、時間、患者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、解除検討、家族説明を記録してください。医事課が拘束の必要性を判断するものではありませんが、記録がない場合は算定上のリスクになります。

16. この病院での優先順位

療養病棟の医事対応としては、次の順でよいです。

優先順位 1

身体拘束患者一覧を作る

まず、誰に、いつ、何をしているか分からない状態をなくす。

優先順位 2

直近3か月の身体拘束実施割合を出す

15%以下なら、実績等基準はかなり見通しがよい。

15%を超えるなら、委員会・解除検討・研修の運用で基準を満たせるか確認する。

優先順位 3

20点減算・40点減算の判定表を毎月残す

医事課内で判断過程を残す。

あとで適時調査や内部確認があったときに説明できる。

優先順位 4

40点加算を狙うかは、拘束率を見てから判断する

身体的拘束最小化推進体制加算は魅力的だが、要件が重い。

まず3か月集計して、現実的に届出可能か確認する。

17. まとめ

医事課向けには、身体拘束対応を次の4点に絞る。

1. 身体拘束患者一覧を毎週確認する
2. 直近3か月の身体拘束実施割合を毎月集計する
3. 体制基準・実績等基準を確認し、20点減算・40点減算を判定する
4. 余力があれば、身体的拘束最小化推進体制加算40点の届出可能性を確認する

医事課の合言葉としては、

身体拘束を判断するのは現場。

身体拘束を記録・集計・算定確認するのは医事。

減算を避けるには、一覧・割合・解除検討・研修・委員会を毎月確認する。

で差し支えない。

NSTそのものは「点数が大きく変わる」というより、**栄養管理を病棟機能・リハ・口腔・退院支援に組み込ませる方向**です。結論からいうと、NST 関連は次の4つです。

1. **栄養サポートチーム加算の人員要件が緩和**
2. **リハ・栄養・口腔連携の評価が強化**
3. **摂食嚥下・経口移行の実績評価が広がる**
4. **退院後の栄養指導・栄養情報連携が重要になる**

1. 栄養サポートチーム加算は「人員配置要件の緩和」

資料上、A233-2 **栄養サポートチーム加算**については、**看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和**、および**医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和**が示されています。

つまり、NST 本体については、

人がそろわない病院でも、NST を維持・届出しやすくする方向です。

地方・中小病院では、常勤専従・専任要件がネックになりやすいので、これはかなり実務的な緩和です。

2. ただし、NST 単独より「病棟栄養管理」へ寄っている

今回の資料全体では、NST だけを別個に強化するというより、**リハビリテーション・栄養管理・口腔管理を一体で見る方向**が強いです。

地域包括ケア病棟では、**リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 30 点**が新設され、計画作成日から 14 日を限度として算定する形です。施設基準には、専任常勤管理栄養士 1 名以上、経験・件数要件を満たす常勤医師、口腔ケアや歯科受診を促す体制、入棟後 3 日以内のリハ実施割合、休日リハ、院内発生褥瘡割合などが含まれています。

ここは NST 的には重要です。

栄養士が NST 回診だけしていればよい、ではなく、

- 入棟早期評価
- リハとの連携
- 口腔評価
- 褥瘡発生予防
- ADL 低下予防
- 食事摂取状況の把握
- 栄養計画とリハ計画の接続

まで、病棟運用に入り込む方向です。

3. 療養病棟では「嚥下・経口移行」が NST の中心テーマになる

療養病棟に限ると、NST として一番関係が深いのは、**摂食嚥下機能回復体制加算 3**です。

従来は、療養病棟で中心静脈栄養を実施していた患者に嚥下評価・嚥下リハ等を行い、嚥下機能が回復して中心静脈栄養を終了した者が前年 2 名以上、という実績が中心でした。

改定後は、これに加えて、**鼻腔栄養または胃瘻の患者が、嚥下評価と嚥下リハ等により、経口摂取のみの栄養方法へ回復した者**も実績に含められます。

これは療養病棟 NST には大きいです。

つまり、今後の NST は、

IVH を続けている患者をどうするか

経鼻・胃瘻の患者に経口併用・経口移行の可能性があるか

嚥下評価・ST 介入・食形態調整・栄養量確保をどう記録するか

を見に行く必要があります。

4. 入院栄養食事指導料・栄養情報連携料も拾う

リハ・栄養・口腔連携加算を算定する患者では、**入院栄養食事指導料**と**栄養情報連携料**の算定が可能とされています。

また、退院後については、管理栄養士による**退院後訪問栄養食事指導料**が新設され、退院後1月以内、4回を限度として算定する整理が示されています。

つまり、NSTの活動は入院中で終わらず、

- 退院時栄養情報提供
- 退院後訪問栄養指導
- 外来栄養食事指導
- 在宅患者訪問栄養食事指導
- 介護保険側の居宅療養管理指導

へつなぐ方向です。

医事・NST向けの対策

まず確認すること

項目	対策
栄養サポートチーム加算	人員要件緩和後に届出・維持可能か確認
管理栄養士の配置	病棟専任・NST兼務・他加算との兼ね合いを整理
NST対象患者	低栄養、褥瘡、経管、IVH、摂食嚥下、体重減少を抽出
療養病棟	IVH終了、経鼻・胃瘻から経口のみ移行の実績台帳を作る
リハ・口腔連携	ST、PT/OT、歯科・口腔ケア、病棟看護と接続
退院支援	栄養情報連携料、退院後訪問栄養食事指導料を拾う

NSTマニュアルに入れるなら

院内向けには、こう整理するとよいです。

令和8年度改定では、NSTそのものは人員配置要件の柔軟化が中心であり、栄養サポートチーム加算の届出・維持がしやすくなる可能性がある。

一方で、栄養管理はNST単独の活動ではなく、リハビリテーション、口腔管理、摂食嚥下、褥瘡予防、退院支援と一体で評価される方向である。

中小慢性期病院では、NST対象患者を、低栄養、体重減少、摂食嚥下障害、経管栄養、中心静脈栄養、褥瘡、退院後栄養支援が必要な患者として抽出し、病棟・リハ・看護・医事と連携して管理することが重要である。

中小慢性期病院での実務的な重点

療養病棟があるなら、NSTはまずここです。

1. IVH患者一覧
2. 経鼻・胃瘻患者一覧
3. 経口併用できている患者一覧
4. 嚥下評価済み患者一覧
5. 経口摂取のみへ移行した患者一覧
6. 褥瘡・低栄養・体重減少患者一覧
7. 退院後に栄養指導が必要な患者一覧

結論として、今回の改定でNSTは、

「NST回診をした」という活動記録から、栄養ルートの見直し・嚥下評価・経口移行・退院後栄養支援までつなげる実装型NSTへ寄せられている

と考えるとよいです。

慢性期内科外来で見るべき変更点

医療経営士／労働衛生コンサルタント コメント：慢性期内科外来 詳細	
医療経営士からのコメント	労働衛生コンサルタントからのコメント
慢性期外来は大きな体制変更よりも、生活習慣病管理、残薬確認、糖尿病連携、リフィル周知などの運用整備が中心です。外来データ提出やDXは、取得するかどうかを業務量と収益性の両面から判断する必要があります。	外来で確認項目が増えると、短い診察時間の中で医師・看護師・医事に負担が集中します。問診票、事前確認、チェック式記録、薬局連携を使い、診察中にすべてを処理しようとするのが重要です。

1. 生活習慣病管理料の見直し

高血圧、糖尿病、脂質異常症を普通に外来で診ている場合、一番関係するのはここです。

今回、生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱについて、**質の高い疾病管理を推進する観点から見直し**が入っています。主な変更は、包括範囲、糖尿病患者の他科連携、療養計画書、データ提出です。

2. 糖尿病患者の眼科・歯科連携が評価される

糖尿病を主病とする患者について、眼科または歯科との連携を行った場合の評価が新設されています。

具体的には、

- **眼科医療機関連携強化加算 60点／年1回**
- **歯科医療機関連携強化加算 60点／年1回**

です。眼科は糖尿病合併症の予防・診断・治療目的、歯科は歯周病の予防・診断・治療目的で、患者同意の上、他医療機関への受診に必要な連携を行う場合に算定する整理です。

これは実務的には使いやすいです。

糖尿病患者では、少なくとも年1回、

- 眼科受診の有無
- 歯科受診の有無
- 紹介・受診勧奨の有無
- 患者同意
- 紹介状または診療情報提供の記録

を確認する運用にすればよいです。

3. 生活習慣病管理料Ⅰでは、血液検査を少なくとも6か月に1回

生活習慣病管理料Ⅰについては、原則として、必要な血液検査等を**少なくとも6か月に1回以上**行うことが要件化されます。

これは医事・外来看護・医師の運用に効きます。

外来では、生活習慣病管理料Ⅰを算定している患者について、

最終採血日が6か月を超えていないか

をチェックできるようにした方がよいです。

4. 療養計画書の患者署名は不要になる

生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱの療養計画書について、患者および医療機関の負担軽減のため、**患者の署名を受けることは不要**になります。

これは現場にはありがたい変更です。

ただし、署名が不要になるだけで、説明や計画書そのものが不要になるわけではありません。

したがって、運用としては、

療養計画書を作成し、説明したことを診療録に残す。

患者署名欄は廃止または使用しない。

くらいで差し支えない。

5. 生活習慣病管理料Ⅱの包括範囲が見直される

生活習慣病管理料Ⅱについては、医学管理料等の包括範囲が見直されます。資料上は、生活習慣病と直接関係の乏しい医学管理、時間外・救急対応、情報提供等に関する評価などが包括範囲から除外される方向で整理されています。

つまり、医事係としては、

生活習慣病管理料Ⅱを算定している患者で、別に算定可能となる医学管理料等がないかを確認する必要があります。

ここは細かいので、最終的には通知・算定要件一覧でチェック表を作った方がよいです。

6. 外来データ提出加算・充実管理加算

生活習慣病管理については、データ提出による評価が強まります。

資料では、外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、**充実管理加算**が新設されています。

- 充実管理加算1：30点
- 充実管理加算2：20点
- 充実管理加算3：10点

脂質異常症・糖尿病・高血圧を主病として生活習慣病管理料ⅠまたはⅡを算定する患者について、実績値が上位20%なら加算1、上位50%なら加算2、という整理です。

これは小規模外来では少し重いです。

普通の慢性期外来なら、まずは、

外来データ提出加算を取る体制があるか

生活習慣病管理料算定患者のデータをきちんと出せるか

充実管理加算まで狙うか

を医事・経営判断として分けた方がよいです。

地域包括診療加算・地域包括診療料

7. 対象患者が広がる

地域包括診療加算・地域包括診療料では、対象患者の見直しがあります。

新たに、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病などを有し、かつ介護給付または予防給付を受けている要介護・要支援の患者が対象に追加されます。

さらに、対象患者として、

- 脂質異常症
- 高血圧症
- 糖尿病
- 慢性心不全
- 慢性腎臓病、ただし慢性維持透析を除く
- 認知症

の6疾病のうち2つ以上を有する患者、または、これらのうち1つを有し、介護給付・予防給付を受けている患者が整理されています。

これは慢性期内科外来には関係します。

高齢者で、糖尿病＋CKD、心不全＋高血圧、認知症＋脂質異常症などの患者は対象候補になります。

8. 認知症地域包括診療加算は統合される

認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料は、地域包括診療加算・地域包括診療料と統合され、評価体系が簡素化されます。

実務上は、

認知症あり

認知症なしだが慢性疾患複数あり

要介護・要支援あり

で対象患者を分類する運用がよさそうです。

9. 残薬確認・服薬管理が要件として強まる

地域包括診療加算等では、診療時に**患者における残薬を確認した上で、適切な服薬管理を行うこと**が要件になります。また、処方薬を把握・管理する手段として、電子処方箋システムの活用が含まれることも明確化されています。

慢性期内科外来では、ここは実務に直結します。

外来看護・医事・医師で、

- 残薬あり／なし
- 飲み忘れ
- 他院処方
- お薬手帳確認
- 電子処方箋・薬剤情報確認
- 減薬・処方日数調整

を簡単に記録できるようにした方がよいです。

長期処方・リフィル

10. 長期処方・リフィルへの対応可能性を周知する要件

長期処方・リフィル処方箋の活用を適切に推進する観点から、患者の状況に合わせて医師の判断により、**長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することが**、一部の医学管理料等の要件に追加されます。対象には特定疾患療養管理料などが含まれます。

つまり、慢性期外来では、

状態が安定している患者には長期処方・リフィルも選択肢になる

ただし、医師が個別に判断する

という掲示・説明が必要になります。

これは「必ずリフィルを出せ」という意味ではなく、**対応可能であることを周知する**という話です。

特定疾患療養管理料

11. 特定疾患療養管理料も見直しあり

特定疾患療養管理料については、対象疾病の扱いが一部見直されます。資料では、胃潰瘍・十二指腸潰瘍について、消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌であるNSAIDsの投与を受けている場合には、対象から除外する整理が示されています。

慢性期内科外来では、胃潰瘍・十二指腸潰瘍名で漫然と特定疾患療養管理料や特定疾患処方管理加算を算定している場合は、医事で点検した方がよいです。

機能強化加算

12. BCP 策定が要件化、データ提出は望ましい要件

機能強化加算については、外来医療の役割分担、専門医療機関への受診要否判断などを含む診療機能を評価する趣旨から、要件が見直されます。

新たに、

- 業務継続計画、BCPを策定すること
- 必要な措置を講じること
- 定期的に見直すこと
- 外来データ提出加算、在宅データ提出加算の届出を行っていることが望ましい

とされています。

200床未満病院や診療所で機能強化加算を取っている場合は、BCPの整備状況を確認する必要があります。

時間外対応体制加算

13. 普通の時間内診療でも、再診時加算として関係する

救急の話ではありませんが、診療所の場合、時間外対応加算は**時間外対応体制加算**に名称変更され、評価が引き上げられます。

改定後は、

- 時間外対応体制加算 1：7点
- 加算 2：5点
- 加算 3：4点
- 加算 4：2点

です。診療所で再診を行った場合に、届出区分に応じて加算される整理です。

ただし、これは**診療所に限る**ので、病院の内科外来では直接の中心論点にはなりにくいです。

普通の慢性期内科外来での実務対策

医事係が見るべきチェックリスト

項目	確認内容
生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ	算定患者一覧、計画書、署名不要化、検査頻度
糖尿病患者	眼科・歯科連携加算の対象確認
生活習慣病管理料Ⅰ	採血が6か月以内にあるか
生活習慣病管理料Ⅱ	包括範囲から外れる医学管理料の拾い漏れ
地域包括診療加算・診療料	対象患者拡大、認知症統合、要介護患者の確認
残薬確認	診療時の残薬確認記録
長期処方・リフィル	対応可能であることの掲示・周知
特定疾患療養管理料	胃潰瘍・十二指腸潰瘍など対象疾患の点検
機能強化加算	BCP策定、掲示、データ提出加算の届出状況
時間外対応体制加算	診療所の場合のみ点数・届出区分確認

医師・外来看護向けに言うなら

今回の内科慢性期外来の改定は、救急対応よりも、生活習慣病・複数慢性疾患・高齢要介護患者の継続管理をきちんと評価する方向である。

高血圧、糖尿病、脂質異常症では、生活習慣病管理料の運用、糖尿病の眼科・歯科連携、6か月ごとの採血、療養計画書の説明記録が重要になる。

高齢者では、地域包括診療加算・診療料の対象拡大、残薬確認、他院処方把握、長期処方・リフィルへの対応が重要になる。

結論

普通の慢性期内科外来では、今回の改定は、

「急な点数激変」ではなく、生活習慣病と高齢慢性疾患を、計画・連携・服薬管理・データで評価する方向」
です。

特に院内で最初にやるなら、

1. 生活習慣病管理料算定患者リストを作る
2. 糖尿病患者の眼科・歯科連携対象を拾う
3. 生活習慣病管理料Ⅰの6か月採血漏れを確認する
4. 療養計画書の署名欄を廃止・説明記録に切り替える
5. 地域包括診療加算の対象患者を再抽出する
6. 残薬確認・長期処方・リフィル周知の運用を作る

この6つで差し支えない。

索引（主要キーワード）

主要項目のみを掲載しています。

15%以下	6, 10, 19, 24, 26-27, 29-30
20点減算	10, 14-15, 19-20, 22, 24-25, 27, 29-30
40点加算	4, 6, 19, 22-23, 30
40点減算	10, 14-15, 19-20, 22-25, 27, 29-30
BCP	4, 7, 36
DX	4, 7, 33
IVH	4-8, 21-23, 31-32
NST	4-8, 31-32
ベースアップ評価料	4, 7
ミトン	25-26, 29
リハビリテーション総合計画評価料	21
リハ計画書	4, 6, 21-23
リフィル	4, 7, 33, 35-37
中心静脈栄養	5, 10, 12, 14-16, 18, 21, 23, 31-32
介護保険リハ連携	4, 6, 21-23
労働衛生コンサルタントコメント	4-9, 11, 19-20, 24, 33
医療区分2・3	4-5, 9-11, 13, 15-18
医療区分一覧表	4, 8
医療区分確認依頼票	12, 17
医療用麻薬	5, 9, 12-13, 15-17
医療経営士コメント	4-9, 11, 19-20, 24, 33
嚥下評価	5, 8, 10, 14, 18, 21-22, 31-32
地域包括診療加算・診療料	34-37
慢性期内科外来	7, 33-37
摂食嚥下実績台帳	4, 8, 17-18
摂食嚥下機能回復体制加算3	6, 10-11, 14-15, 17-18, 20-21, 31
施設基準	4, 6-9, 11, 14, 17, 31
末期呼吸器疾患	5, 9-10, 13, 15-17
末期心不全	5, 9-10, 12-13, 15-17
末期腎不全	5, 9-10, 13, 15-17
栄養サポートチーム加算	6, 31-32
残薬確認	4, 7, 33, 35-37
物価対応	4, 7
生活習慣病管理料	4, 7, 33-34, 36-37
療養病棟リハビリテーション	6, 20, 23
療養病棟入院料1	4, 9, 11-12, 15, 21
療養病棟入院料2	9-11, 17
看護補助体制充実加算	10, 15
糖尿病の眼科・歯科連携	4, 7, 31-33, 36-37
経口併用	5, 31-32
経口移行	4-5, 10, 21-23, 31-32
経腸栄養	4-6
経鼻栄養	4-5, 10, 12, 14-15, 18, 21-23, 31-32
解除検討	4, 6, 8, 10, 12, 14, 19-20, 22-30
認知症ケア加算	19, 24-26, 28-29
身体拘束患者一覧	4, 8, 17, 20, 22-23, 26, 29-30
身体拘束最小化	4, 6, 10-11, 14-15, 17, 19-20, 22-25, 27-30
身体的拘束最小化推進体制加算	19, 24-25, 27, 29-30
長期処方	7, 35-37
電子処方箋	7, 35