理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が専門性を発揮して
病棟において協働する体制（看護・多職種協働加算）の実践指針

【第２版】

令和８年８月

リハビリテーション専門職団体協議会

（日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会）

Ⅰ．はじめに（策定の背景と目的）

高齢の救急患者が多い急性期一般病棟においては、入院早期からの多職種連携による集中的かつ専門性に基づいた関与が、入院関連機能障害（HAD）や ADL 低下の予防、早期離床、早期退院、さらには退院後の生活の質の確保に直結する重要な要素となっている。

病棟において、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下、３療法士）など多職種の職員と看護職員が、入院中の患者のＡＤＬ等の機能の維持・向上や早期退院を目的として協働することで、質の高い医療を提供するために、「看護・多職種協働加算」が創設された。創設に至るまでの中央社会保険医療協議会における議論では、看護職員と他職種の柔軟な配置の可能性や意義が示された一方で、各専門職の役割が不明確なまま混在することへの懸念も示された。特に、例えば３療法士の業務が、看護職員が行う「診療の補助」と「療養上の世話」と混同されることや、理学療法士の業務と作業療法士の行う「作業療法」とが混同されることは、法的観点および専門性を互いに尊重し合う観点からも避けるべきである。

本実践指針は、急性期一般病棟に配置される３療法士が、その専門性を最大限に発揮し、看護職員をはじめとする多職種と協働しながら果たすべき役割を明確化し、現場での適切な理解と実践を促進することを通じて、入院患者への医療の質の向上に資することを目的として策定するものである。

Ⅱ．基本的な考え方

１．多職種配置の前提

○　看護・多職種協働加算の施設基準として定められている「当該病棟において各医療職種が専門性に基づいて業務を行う体制が整備されていること」、より具体的には、「多職種の協働により業務を行う際には、医療機関において多職種で相談したうえで、多職種協働の目標、各医療職種が主に行う業務内容、各医療職種で協働・連携して行う業務内容、情報共有や記録等の方法について文書により整理すること。」の要件を達成するために必要な事項については、本実践指針を参考にした上で、患者のＡＤＬ等の機能の維持・向上や早期退院に資するよう、的確に定めること。

○　多職種配置は、入院中の患者のＡＤＬ等の機能の維持、向上や早期退院を目的とするものであり、看護職員の人員不足を補完・代替することを目的とするものではないこと。

○　病棟機能に応じて必要な看護職員が配置されたうえで、３療法士が専門性を発揮する体制を前提とすること。

○　３療法士は、「診療の補助」を担う専門職として、医師の指示の下、「相対的医行為」を行うこと。

２．法的整理の基本

○　看護師の業務である「診療の補助」、「療養上の世話」と、理学療法士が担う「診療の補助」、作業療法士が担う「診療の補助」、言語聴覚士が担う「診療の補助」は、法的に明確に区別される。

○　３療法士は、恒常的な介護業務や生活介助・援助業務を担うものではない。

○　本実践指針に示す役割は、あくまで診療の補助としての理学療法、作業療法、言語聴覚療法、３療法士による専門的評価・治療的関与・助言・情報共有と、患者・家族の指導ならびに同職種教育、他職種との連携・協働や相互の学びを中心とする。

３．３療法士の人員配置要件

看護・多職種協働加算の施設基準の人員要件においては、経験年数や研修受講要件の定めは無いところ、より質の高い多職種協働を行う観点から、日本理学療法士協会の登録理学療法士（最短５年の研修受講で取得）や日本作業療法士協会の登録作業療法士（最短５年の研修受講で取得＊2026 年度末までは基礎研修を修了している者）、日本言語聴覚士協会の専門プログラムを修了しているなど、十分な経験を有する者を配置することが望ましい。

Ⅲ－１．急性期一般病棟に配置される理学療法士の役割

１．入院早期からの治療的関与

○　入院直後から患者の機能・活動・参加の視点で評価を行い、機能的予後を推論・共有する。

○　早期離床および病棟生活の早期自立に向け、医師・看護師等と情報共有を行う。

２．トランスファー・パッケージの推進

○　訓練室で獲得した能力を、病棟・生活場面に般化・定着させるための体系的なトランスファー・パッケージを推進する。

○　疾患別リハビリテーション（課題解決型訓練）と病棟での生活場面を循環させる役割を担う。

○　病態や機能と構造（循環・呼吸動態も含む）を踏まえ、退院後の活動レベルを想定した適切な運動耐容能・運動量・活動量の向上に努める。

３．廃用予防・ADL 低下予防

○　廃用症候群や ADL 低下リスクのある患者を早期に把握し、主治医および同職種・多職種に共有する。

○　定期的な ADL・活動量評価を実施し、病棟全体での支援方針に反映する。

4．退院支援と地域連携

○　退院後の生活を見据え、患者・家族教育を行うと共に、看護師、医療ソーシャルワーカー等と連携して退院調整を支援する。

○　在宅サービス担当者や地域のリハビリテーション専門職との連携を図る。

○　必要に応じて訪問による理学療法サービスを導入する。

5．医療安全への貢献

○　転倒・転落リスクの評価および予防策を同職種・多職種で共有する。

○　病棟内で安全に活動できる環境整備について専門的助言や治療的関与を行う。

6．同職種教育・多職種連携

○　多職種で協力のうえ、病棟ラウンドやカンファレンス等を通じて、理学療法やリハビリテーションの視点を疾患別リハビリテーション担当者や病棟全体に浸透させる。

○　実際の病棟生活の視点から、疾患別リハビリテーション担当者に対して、専門的助言や OJT を行う。

○　看護職員・看護補助者等に対し、ADL 支援や入退院支援に関する情報共有を行う。

Ⅲ―２．急性期一般病棟に配置される作業療法士の役割

1．入院早期からの治療的関与

○　入院直後から患者の認知・精神心理機能や身体機能、ADL、生活関連活動、環境等の評価を行い、機能的予後を推論・共有する。

○　早期離床および病棟生活の早期自立に向け、ベッド周囲環境、福祉用具・自助具等を調整し、医師・看護師等と情報共有を行う。

○　疾患特性・全身状態・予後予測・生活背景を踏まえ、介入の緊急性・有効性・継続性を評価し、医師および疾患別リハビリテーションを実施する療法士に疾患別リハビリテーション導入の適応を提案する。

2．目標指向型アプローチの推進

○　訓練室で獲得した ADL 能力を、病棟・生活場面において実際の「している ADL」として定着させる橋渡しを担う。

○　病棟生活の場面で生じた課題を整理し、目標の達成に向けて疾患別リハビリテーション担当者へフィードバックする。

○　退院後の活動と参加を想定し、訓練室と病棟で一体的に生活行為向上に取り組む。

3．廃用予防・ADL 低下予防

○　認知機能や意欲・情動面も含め廃用症候群や ADL 低下リスクのある患者を早期に把握し多職種に共有する。

○　定期的に認知機能や生活行為を評価し、病棟全体での支援方針に反映する。

○　疾患別リハビリテーションの適応とならない患者に対し、廃用予防プログラムを作成し、実施する。

4．退院支援と地域連携

○　家庭内役割や社会参加を含む退院後の生活を見据え、患者・家族教育を行うと共に、看護師、医療ソーシャルワーカー等と連携して退院調整を支援する。

○　退院後のリハビリテーションの必要性を検討する。

○　在宅サービス担当者や地域のリハビリテーション専門職との連携を図る。

○　必要に応じて、退院後の生活に即した作業療法の導入や指導を行う。

5．医療安全への貢献

○　認知機能や意欲・情動面も含め転倒・転落、離棟・離院リスクの評価および予防策を多職種で共有する。

○　病棟内で安全に活動できる環境整備について専門的助言や治療的関与を行う。

6．同職種・多職種連携

○　多職種で協力のうえ、病棟ラウンドやカンファレンス等を通じて、生活行為向上の視点を病棟全体に浸透させる。

○　実際の病棟生活の視点から、疾患別リハビリテーション担当者に対して、専門的助言を行う。

○　多職種に対し、ポジショニング、自助具・福祉用具の活用、介助方法や患者への関わり方に関する情報共有を行う。

Ⅲ－3．急性期一般病棟に配置される言語聴覚士の役割

1．入院早期からの治療的関与

○　入院直後から摂食嚥下機能や高次脳機能（認知機能）の評価を行い、機能的予後を推論・共有する。

○　安全な経口摂取の確立や適切なコミュニケーション環境の設定に向け、医師・看護師等と情報共有を行う。

2．トランスファー・パッケージの推進

○　訓練室で獲得した嚥下・言語能力を、病棟での 24 時間の生活場面に般化・定着させるための体系的なトランスファー（橋渡し）を推進する。
○　疾患別リハビリテーション（直接訓練）と、病棟での実際の食事場面や生活場面を循環させる役割を担う。
○　病態や嚥下・高次脳機能を踏まえ、退院後の生活レベルを想定した適切な食事形態・環境調整に努める。

3．廃用予防・ADL 低下予防
○　誤嚥性肺炎のリスクや低栄養、コミュニケーション障害による活動性低下のリスクがある患者を早期に把握し、多職種に共有する。
○　定期的な摂食嚥下・認知機能評価を実施し、病棟全体での支援方針（食事摂取の方法や関わり方）に反映する。

4．退院支援と地域連携
○　退院後の食生活やコミュニケーションを見据え、患者・家族教育を行うと共に、看護師、医療ソーシャルワーカー等と連携して退院調整を支援する。
○　在宅サービス担当者や地域のリハビリテーション専門職に対し、継続的な食事やコミュニケーションの環境調整に関する情報連携を図る。
○　必要に応じて、退院後の生活に即した言語聴覚療法サービスの導入や指導を行う。

5．医療安全への貢献
○　誤嚥・窒息リスク、および高次脳機能障害の影響による事故リスクを評価し、予防策を多職種で共有する。
○　病棟内で安全に経口摂取や意思疎通ができる環境整備（ポジショニングや自助具の選定等）について、専門的助言や治療的関与を行う。

6．同職種教育・多職種連携
○　病棟ラウンドやカンファレンスを通じて、摂食嚥下機能や高次脳機能の視点を疾患別リハビリテーション担当者や病棟全体に浸透させる。
○　実際の病棟生活の視点から、疾患別リハビリテーション担当者に対して、専門的指導や OJT を行う。
○　看護職員・看護補助者等に対し、専門的視点に基づいた食事介助や口腔清拭等の ADL 支援や入退院支援に関する情報共有を行う。

Ⅳ．多職種協働と協力的な病棟業務の進め方

○　看護配置基準を超えて配置をする看護職員、3 療法士、管理栄養士又は臨床検査技師の各医療職種が、それぞれの専門性に基づいて行う業務について、互いに尊重し合い、協力的な病棟業務を行うこと。

○　看護職員を含む多職種が協働して、専門的な観点から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を整備すること。

○　特に、医療介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢患者への対応を強化するために、多職種が専門性を発揮して病棟業務を行うことにより、

・入院早期からのリハビリテーションの提供
・土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実
・退院調整と早期の退院支援
・退院後のリハビリテーション等の提供の確保
・医療介護連携の強化

等について、その取り組みを推進すること。

○　多職種協働と協力的な病棟業務を推進することにより、患者の ADL の維持・向上、平均在院日数の短縮、自宅等に退院する患者割合の向上、医療従事者の負担の軽減等を実現すること。

Ⅴ．実施にあたっての留意事項

○　各医療機関の病棟機能・患者特性に応じ、柔軟に運用されることが望ましい。

○　同職種・多職種間での役割の重複や混同が生じないよう、継続的な対話と調整を行う。

Ⅵ．おわりに

急性期一般病棟における 3 療法士の病棟配置は、高齢者救急医療の質を高める重要な取り組みである。本実践指針が、医療現場における適切な理解と実践を促し、多職種がそれぞれの専門性を尊重しながら協働する体制構築の一助となることを期待する。

＜添付の参考資料＞

参考資料１　　「療養上の世話」について

参考資料２―１　急性期一般病棟に配置される理学療法士に期待される専門的役割

参考資料２－２　急性期一般病棟に配置される作業療法士に期待される専門的役割

参考資料２－３　急性期一般病棟に配置される言語聴覚士に期待される専門的役割

参考資料３　　令和８年度診療報酬改定説明資料

参考資料４　　診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
令和８年３月５日保医発 0305 第６号

参考資料５　　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

参考資料６　　疑義解釈資料の送付について（その２）令和８年４月１日

参考資料　1

「療養上の世話」について

保健師助産師看護師法

【看護師の定義】
第五条　この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。
【准看護師の定義】
第六条　この法律において「准看護師」とは、都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを行うことを業とする者をいう。
【業務独占】
第三十一条　看護師でない者は、第五条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。
２　保健師及び助産師は、前項の規定にかかわらず、第五条に規定する業を行うことができる。
第三十二条　准看護師でない者は、第六条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。
【罰則】
第四十三条　次の各号のいずれかに該当する者は、二年以下の拘禁刑若しくは五十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。
一　第二十九条から第三十二条までの規定に違反した者

看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務の在り方に関するガイドラインおよび活用ガイド（公益社団法人日本看護協会）２０２１年度改定版

【P８】
３．看護師と准看護師、看護補助者の法的位置づけ
１）法令・通知等で規定されている業
（１）看護師・准看護師
（中略）看護師及び准看護師については業務独占の規定が設けられている。そのため、各法令で規定されない限り、看護師以外の者が「傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」を行うことはできない。また、准看護師以外の者が、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、「傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」を行うことはできない。つまり、看護補助者が看護師の業務独占である「傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話」と「診療の補助」を実施することはできない。

改定版　看護にかかわる主要な用語の解説（公益社団法人日本看護協会）

【P4】

＜概念的定義＞

（中略）「療養上の世話」の具体例としては、清潔の援助、食事援助、睡眠を促す援助や安楽に対する配慮などがあげられる。つまり、看護職は人々の健康が回復、維持、増進することに向けて生活を整え、支援する役割を担っている。

＜歴史的変遷・社会的文脈＞

（中略）日本では、1948 年に現在の保健師助産師看護師法第 5 条に「看護師の業」として「診療の補助」と「療養上の世話」が規定されたことにより、人々の健康に向けて生活を支援する看護の役割が明文化された。「療養上の世話」に関連して、看護職は療養支援の専門家であり、それに関しては看護師が独自に判断し、技術を提供できるとされている。

公益社団法人日本看護科学学会

療養上の世話とは、診療の補助（「診療の補助」の項参照）とともに保健師助産師看護師法第 5 条・第 6 条に規定された看護師・准看護師の業務である。この法律において、看護師とは、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」と規定されている。 療養上の世話は、療養中の患者に対して、病状の観察をしながら食事や排泄、更衣、清潔の保持、移動、活動と休息、環境整備などの日常生活に対する援助であり、看護師の臨床的判断により実施される。療養上の世話は、患者が受けている生活行動の制約や制限に対して、自立に向けた援助として行われる。診療の補助が医師の指示を必要とするのに対して、療養上の世話は、行政解釈からすれば医師による指示を必要としない。しかしながら、その実施には、治療方針との整合性を必要とし、食事形態や安静度、清潔保持の方法などの決定や変更について、医師の意見を求めることもある。看護職には、患者に最適な療養上の世話を実施するために、医師の意見を求めるべきかどうかの判断も含め、病態や治療に関する医学的知識に基づいた適切な判断と技術が求められる。

参考文献

1）保健師助産師看護師法 60 年史編纂委員会（編）：保健師助産師看護師法 60 年史－看護行政の歩みと看護の発展，日本看護協会出版会，2009.

2）田村やよひ（著）：私たちの拠りどころ保健師助産師看護師法，日本看護協会出版会，2008.

参考資料　２－１

急性期一般病棟に配置される理学療法士に期待される専門的役割

○ 急性期一般病棟に配置される病棟専従の理学療法士は、疾患別リハビリテーションに加え、廃用ADL低下の予防、早期離床と生活自立支援、退院調整と在宅連携を担う。機能・活動量評価や自主練習提案を実施し、多職種協働のもと安全管理と情報共有を推進し、早期退院に貢献する。
○ 保健師助産師看護師法第５条および第1条に規定される看護師固有の役割「療養上の世話」を代替・肩代わりすることを目的とするものではない。

早期離床支援（立ち上がり・歩行介助）　バイタルサインや身体機能評価



廃用症候群/ADL低下リスクの早期発見



転倒・転落リスク評価



吸引行為



トランスファー・パッケージ 日常生活へ般化・定着



ラウンド
（教育回診・ベッドサイドティーチング



多職種カンファレンス



自主トレーニング指導



看護師・SW等との退院支援連携



患者・家族指導



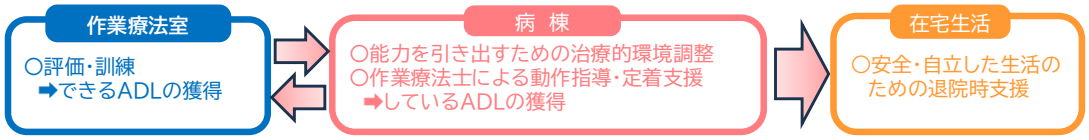
参考資料　２－２

急性期一般病棟に配置される作業療法士の役割

作業療法士の業務は、主として応用的動作又は社会的適応能力の回復を図ることを目的とした医師の指示による作業療法の提供である。

作業療法の範囲
- 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するＡＤＬ訓練
- 家事、外出等のＩＡＤＬ訓練
- 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- 福祉用具の使用等に関する訓練
- 退院後の住環境への適応訓練
- 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

病棟での作業療法の提供は、「できるADL」の開発から「しているADL」への橋渡し



作業療法室で獲得したADL能力を、病棟・生活場面において実際のしているADLとして定着させる橋渡しを担う。

整容動作



ベッド上での整髪、歯磨き、髭剃りなどの手順確認と道具の使用訓練を行い、病棟での整容自立に向けて動作を定着させる。

食事動作

自助具を選定し、食事動作の能力向上を図り、病棟・看護補助者と共有して日常場面での自立につなげる。



排泄動作



排泄の一連の動作の評価、指導と支援方法を共有し病棟での自立につなげる。

更衣動作

更衣手順、片麻痺側への袖通し、ズボンの引き上げ等の評価と指導により、病棟でできる動作に定着させる。



入浴動作



効率的な動作への評価・指導を行い、病棟や看護補助者が安全に支援できるよう橋渡しする。

作業療法業務の一例

食事動作への介入
1）　食事前後のポジショニング指導（座位保持の調整、リクライニング角度など）
2）　食事用自助具（滑り止めマット、スプーンのグリップ調整など）の選定と指導・訓練
3）　利き手交換や麻痺側活用などの訓練（自助具含む）
4）　食事環境の調整（テーブル位置、トレーの配置、視野確保等）
5）　誤嚥リスク低下のための姿勢指導（ST連携含む）
→ 獲得した動作を病棟での食事場面に活用できるよう橋渡しする。

整容動作への介入
1）　洗面所での動作指導（立位保持困難な場合の座位整容動作の訓練含む）
2）　洗顔・歯磨き・髭剃りなどの手順確認と道具の使用訓練
3）　自助具（長柄ブラシなど）の導入、指導・訓練
4）　片手動作でも可能な整容手順の指導・訓練
→ 病棟での整容自立に向けて動作を定着させる

更衣動作への介入
1）　上衣・下衣の更衣手順の評価、指導・訓練
2）　片麻痺側への袖通し、ズボンの引き上げ等の評価、指導・訓練
3）　更衣用自助具（ボタンエイド、ソックスエイド、衣類の工夫）の導入、指導・訓練
4）　起立・着座を伴う更衣環境の指導（トイレ・脱衣所での訓練含む）
→ 病棟での更衣における安全・自立へつなげる

排泄動作への介入
1）　トイレ使用時の移乗・移動・立ち上がり動作の評価、指導・訓練
2）　下衣の更衣動作の評価、指導・訓練
3）　衛生的な拭き取り動作（利き手不自由時含む）や順序等の評価、指導・訓練
4）　排泄関連自助具（T字杖ホルダー、拭き取り補助具等）の導入、指導・訓練
→ 病棟での排泄動作が安全に行えるよう能力を高め、支援方法を共有する

入浴動作への介入
1）　病棟内シャワーや簡易浴槽を用いた入浴動作の評価、指導・訓練
2）　バスボード、浴槽手すり、滑り止めマットなどの福祉用具選定、指導・訓練
3）　更衣～浴槽出入り～体洗いまでの一連動作の評価、指導・訓練
4）　疲労やバランスへの配慮をふまえた段階的な評価、指導・訓練
→ 病棟や在宅で安全に入浴できるよう条件を明確化し、支援へ橋渡しする

参考資料　２－３

急性期一般病棟に配置される言語聴覚士の役割

言語聴覚士の『専門的視点に立ち、場面に応じた病棟での多職種の負担軽減に寄与する言語聴覚療法』は以下の通り。

- **ＡＤＬ場面からの認知機能の評価（高次脳機能障害の評価）ならびに治療的介入**
- **臨床場面からの栄養状態の評価、指導**
- **摂食嚥下機能の評価、治療（食事場面を通じた治療）、指導**
- **口腔機能の評価（義歯適合の確認等）、治療、指導**
- **適切な食事形態および食事環境設定の評価、調整**
- **口腔ケア（特に難渋症例への介入、病棟スタッフへの指導）**



嚥下機能評価



口腔機能評価



開口困難症例への口腔ケア



摂食嚥下訓練
（一口量の調整）



食事場面の観察
（本人の状態に応じた食事形態が提供されているかの確認）



家族指導（食事摂取）

令和８年度診療報酬改定説明資料等について

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

令和８年度診療報酬改定　Ⅰ－２－３　タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－①

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。



（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。（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

36

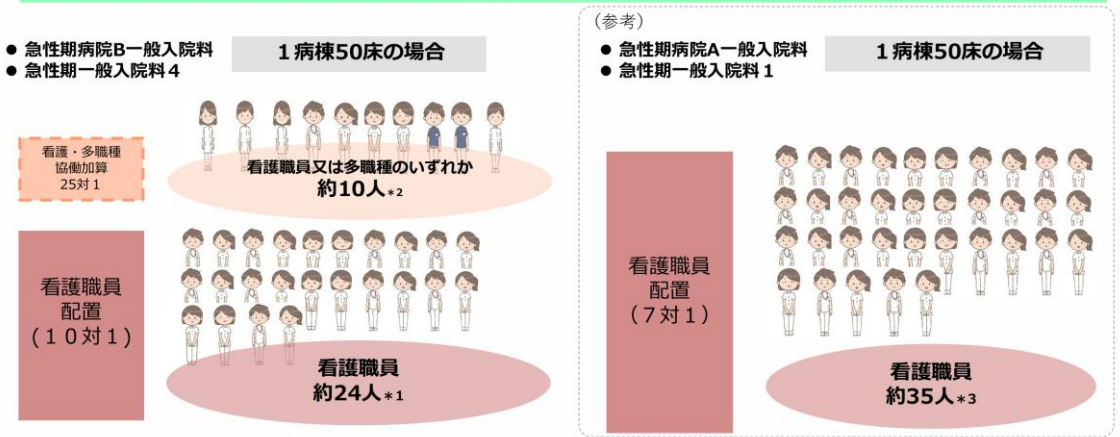
令和８年度診療報酬改定　Ⅰ－２－３　タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－①

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）



*1　10対１配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
365日×3勤務＝1095勤務帯／年間　365日÷７日＝52.142（年52週）
週40時間×年52週－休暇や祝日35日×8時間＝年間労働時間1,800時間
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×5/1800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×3勤務＝1095勤務帯／年間　365日÷７日＝52.142（年52週）
週40時間×年52週－休暇や祝日35日×8時間＝年間労働時間1,800時間
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×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→約7.2人。
365日×3勤務＝1095勤務帯／年間　365日÷７日＝52.142（年52週）
週40時間×年52週－休暇や祝日35日×8時間＝年間労働時間1,800時間
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×7.2人/1800時間＝35.04人（35人）

37

参考資料　4

＜通知＞　診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
令和８年３月５日保医発 0305 第６号

（１）看護・多職種協働加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関において、看護職員を含む多職種が専門性に基づく適切な役割分担のもとに協働することで、適時適切な指導及び診療の補助を実施し、入院患者のＡＤＬ等の機能低下を防ぎながら質の高い医療を提供する体制を評価するものである。

（２）看護・多職種協働加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士及び臨床検査技師の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員（「Ａ２０７－３」急性期看護補助体制加算における看護補助者とみなして計算している看護職員を除く。）は、当該加算における看護職員として計算することができる。

（３）看護・多職種協働加算において配置された職員は、病棟配置の看護職員等と協働して、適切に患者の状態等を共有したうえで、当該病棟に入院中の患者のＡＤＬ等の機能の維持、向上や早期退院を目的とし、各医療職種の専門的観点を踏まえて、適時適切な指導又は医師の指示に基づく診療の補助を行うこと。各医療職種の業務は、以下のアからエまでを参考に、各医療職種の合意を得たうえで行われること。なお、患者の入院生活に照らしてその時間帯に行うことが適切であると考えられる業務を行う場合には、日勤時間帯以外においても多職種で協働することが望ましい。患者に直接指導を行った場合は、その要点を簡潔に診療記録等に記載すること。

ア　看護職員は、入院患者に対する看護を行うこと。

イ　理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、各々の職種の専門性に基づき、入院患者の移動・食事等のＡＤＬを含む入院中のあらゆる動作やコミュニケーションについて、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、患者自らが生活動作を行えるようになるための支援等、患者の機能の維持や向上に資する関与を行うこと。なお、訓練室でリハビリテーションを行っている患者の場合、訓練室でのリハビリテーションの状況を踏まえてこれらの関与を行うこと。

ウ　管理栄養士は、入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用して、食事状況の観察、食欲やし好の確認、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の関与を行うこと。なお、別に入院栄養食事指導が行われている患者の場合は、指導の状況を踏まえてこれらの関与を行うこと。

エ　臨床検査技師は、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を行うこと。

（４）看護・多職種協働加算において配置された者は、病棟における業務に従事している時間において、原則として第２章特掲診療料の点数は別に算定できない。ただし、常態として勤務時間の大部分は病棟に配置され、第７部第１節リハビリテーション料（「Ｈ００４」摂食機能療法を除く。）の算定を行わない者に限り、「Ｈ００４」摂食機能療法の算定は可能である。なお、病棟における業務に従事している時間に、「Ｂ００５」退院時共同指導料及び「Ｂ００５－１－２」介護支援等連携指導料に係る指導等に従事することは差し支えない。

（５）看護・多職種協働加算において配置された者は、第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者として従事することはできない。

参考資料　5

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

保医発 0305 第７号 令和８年３月５日

第７の２ 看護・多職種協働加算

１ 看護・多職種協働加算の施設基準

（１）急性期病院Ｂ一般入院料又は急性期一般入院料４を算定する病棟であること。

（２）年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。

（３）当該病棟において、１日に病棟業務を行う当該加算により配置される看護職員を含む多職種の数は、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に相当する数以上であること。

（４）看護・多職種協働加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近３月において入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度における別表１に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添２の第２の４の２の（３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表２の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表３に示す一定程度高い基準（以下「基準②という。」を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表３のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添２の第２の４の２の（３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）が、別表４の基準以上であること。ただし、以下に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年４月及び 10 月とする。

ア 産科患者

イ 15 歳未満の小児患者

ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る。）

（イ）「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成４年 12 月 10 日健医発 1415 号）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合

（ロ）医療法施行規則第 10 条第５号により感染症病床に入院する場合

別表１

Ａ得点が３点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

別表２

	一般病棟用の重症度、医療･看護必要度Ⅰの割合 指数	一般病棟用の重症度、医療･看護必要度Ⅱの割合 指数
基準①割合指数	２割８分	２割７分

別表３

Ａ得点が２点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

別表４

	一般病棟用の重症度、医療･看護必要度Ⅰの割合 指数	一般病棟用の重症度、医療･看護必要度Ⅱの割合 指数
基準②割合指数	３割５分	３割４分

（５）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、別添３の第１の１の（11）と同様であること。

（６）平均在院日数が 16 日以内であること。

（７）看護・多職種協働加算に係る自宅等に退院するもの及び当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、別添２の第２の４の４の例によること。

（８）常勤の医師の員数の計算方法については、別添２の第２の４の３の（２）のウの（イ）の例によること。

（９）多職種の協働により業務を行う際には、医療機関において多職種で相談したうえで、多職種協働の目標、各医療職種が主に行う業務内容、各医療職種で協働・連携して行う業務内容、情報共有や記録等の方法について文書により整理すること。併せて、当該加算により配置される多職種間で当該文書を共有すること。当該病棟における各医療職種の業務については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和８年３月５日保 医発 0305 第６号）別添１第１章第２部第２節Ａ２１５（３）アからエまでに規定する内容を 参考にすること。

(10) 医療機関において、当該加算により配置される医療職種の業務内容及び業務範囲につ

いて、半年に１回以上見直しを行い、文書により共有すること。

(11) 当該病棟の全ての看護職員及び当該加算により配置される他の医療職種は、（９）に規定 する文書の内容を踏まえて業務を実施すること。

(12) 当該加算による看護職員を含む多職種の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。

(13) 当該病棟で実際に配置を必要とした看護職員数の合計（入院料及び看護・多職種協働加算に規定する看護職員及び多職種職員を合計した最小必要数から、看護職員以外の多職種職員の実際の配置数を差し引いた数）の７割以上が看護師であること。

(14) 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を整備していること。当該体制については、別添３の第１の１の（４）の例による。

２ 令和８年３月 31 日において、現に急性期一般入院料１又は専門病院入院基本料の７対１入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和８年９月 30 日までの間は、１の（４）に規定する重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

３ 届出に関する事項

（１）看護・多職種協働加算に関する施設基準に係る届出は別添７の様式９、様式 10、様式 10 の２、様式 10 の５及び様式 13 の２を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添７の様式９を用いる場合は、１部のみの届出で差し支えない。

（２）当該加算の変更の届出にあたり、病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近１年以内に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の２の届出を略すことができること。

参考資料　6

疑義解釈資料の送付について（その２）　令和８年４月１日

【看護・多職種協働加算】

問 36 「Ａ２１５」看護・多職種協働加算においては看護職員、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 25 対１で配置することとなっているが、看護職員のみの配置で他職種を配置しなくても算定できるのか。

（答）算定可能。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】

問 39 「Ａ２３３」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の専従の理学療法士等及び専任の管理栄養士が病棟で従事する時間を、看護・多職種協働加算の勤務実績の時間に算入し様式９に記載することは可能か。

（答）不可。