

# 令和8年度診療報酬改定の概要

包括期(回復期)・慢性期

フィルタス株式会社

メディカルサポート部

本資料は、令和8年3月5日付告示の内容に基づき作成したものです。  
今後、疑義解釈通知等により内容が改訂される可能性があります。

# 目次

I. 入院医療の評価(1)～(2)	
-------------------	--

# I . 入院医療の評価

## (1) 包括期

1. 地域包括医療病棟(地メディ)	3. 地メディ・地ケア共通項目
2. 地域包括ケア病棟(地ケア)	4. 回復期リハビリ病棟(回復期リハ)

地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、手術や緊急入院の有無に応じて入院料を分けるとともに、包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合の診療を更に評価する。

## 【改定前】

地域包括医療病棟入院料	3,050点
-------------	--------



## 【改定後：+約10点～310点】

## ＜当該保険医療機関内の状況＞

入院料	患者分類		地域包括医療病棟入院料1	地域包括医療病棟入院料2
	入院形態	入院主病名の手術有無	一般病棟入院基本料の病棟なし	一般病棟入院基本料の病棟あり
イ 入院料1	緊急入院	手術なし	3,367点	3,316点
ロ 入院料2	緊急入院	手術あり	3,267点	3,216点
	予定入院	手術なし		
ハ 入院料3	予定入院	手術あり	3,117点	3,066点

高齢者の特性に配慮し、平均在院日数及び退院時のADLが低下したものの割合について、85歳以上の患者の割合に応じて基準を緩和する。また、誤嚥性肺炎や尿路感染症等頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。

● 施設基準の実績要件変更部分

		改定前	改定後
必要度	必要度Ⅰ	16%	<b>19%</b>
	必要度Ⅱ	15%	<b>18%</b>
	該当患者基準	A3点以上 A2点以上かつB3点以上 C1点以上	<b>A2点以上 C1点以上</b>
	救急対応		<b>救急患者応需係数の適応あり</b>
平均在院日数		21日以内	<b>20日以内</b> ※85歳以上の割合20%毎に 在院日数要件に <b>+1日</b>
退院時ADL低下割合		5%未満	<b>7%未満</b> ※85歳以上の割合20%未満では 5%未満

地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、初期加算の対象となる患者の範囲及び評価並びに退院支援に係る診療報酬項目の包括範囲を見直す。

### 1. 地ケア入院料本体の点数見直し(+85点~120点)

項目名 (生活療養を受ける場合以外)	改定前		改定後	
	40日以内	41日以上80日以内	40日以内	41日以上80日以内
地域包括ケア病棟入院料1	2,838点	2,690点	<b>2,955点</b>	<b>2,807点</b>
地域包括ケア病棟入院料2	2,649点	2,510点	<b>2,766点</b>	<b>2,627点</b>
地域包括ケア病棟入院料3	2,312点	2,191点	<b>2,397点</b>	<b>2,276点</b>
地域包括ケア病棟入院料4	2,102点	1,992点	<b>2,187点</b>	<b>2,077点</b>

### 2. 在宅患者支援病床初期加算(入院後14日間算定)の見直し(▲70点~+10点)

加算項目			点数(1日につき)	加算項目			点数(1日につき)
在宅患者支援 病床初期加算	老健	救急搬送等の入院	580点	在宅患者支援 病床初期加算	老健	<b>緊急入院</b>	<b>590点</b>
		それ以外	480点			それ以外	<b>410点</b>
	在宅・ 施設等	救急搬送等の入院	480点		在宅・施 設等	<b>緊急入院</b>	<b>490点</b>
		それ以外	380点			それ以外	<b>310点</b>

地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、初期加算の対象となる患者の範囲及び評価並びに退院支援に係る診療報酬項目の包括範囲を見直す。

● 地域包括ケア病棟入院料で算定可能となった項目

分野	項目
入退院支援	A246 入退院支援加算1 ※ 地ケアの場合が新設
	B005 退院時共同指導料2
	B0051-2 介護支援等連携指導料 ※ 平時からケアマネと十分な連携の2も新設
栄養関係	A308注-3_14 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
	B001_10 入院栄養食事指導料 ※ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する患者に限る
	B011-6 栄養情報連携料 ※ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する患者に限る
薬剤関係	生物学的製剤 JAK阻害薬(いずれも免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限る)

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ため、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の体系を見直す。

【改定前】

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算	80点(1日につき:14日限度)
---------------------	------------------



- 地ケアでも本加算が算定可能
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(一般病棟入院基本料等での算定)と同様の変更

【改定後:主要内容】

	点数	人員体制			プロセスアウトカム				評価 研修会
		医師	栄養士	リハスタッフ	入棟3日以内リハ	土日リハ	退院時ADL低下	院内発生褥瘡	
加算1	110点	経験3年+研修修了の常勤医が院内1名以上	病棟専任常勤1名以上	病棟専従2名以上(6単位/日まで) ※入院料要件	疾患別リハ実施者の80%以上	平日の80%以上	3%未満	2.5%未満	BI研修年1回以上 ・ FIM研修も同時実施望ましい
加算2	50点			病棟専従1名以上(疾患別リハ×) ※入院料要件	疾患別リハ実施者の60%以上	平日の70%以上	5%未満		
地ケア	30点			—	平日の70%以上	—			

介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、協力医療機関に対して求めている協力対象施設との情報共有・カンファレンスの頻度を見直す。

- 協力対象施設入所者入院加算、往診料注10\_\_介護保険施設等連携往診加算で求められる介護施設等のカンファレンス

ICT活用しての情報共有体制あり	ICT活用しての情報共有体制なし
<p style="text-align: center;"><b>年1回</b>実施(3回より変更)</p>	<p style="text-align: center;"><b>年3回</b>実施(月1回より変更)            ※ 当該施設入所者が年2件入院あり            → <b>年1回</b>実施でも可</p>

- カンファレンスは、**入退院支援加算1のカンファレンスと兼ねる**ことも可

高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、地域包括医療病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料について、これらの体制及び一定の実績を持つ医療機関を更に評価する。

新設	包括期充実体制加算	80点(1日につき:14日限度)
----	-----------	------------------

主な施設基準	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 許可病床<b>200床未満</b> ● <b>地メディ、地ケア</b> 届出あり</li> <li>● <b>急性期一般入院料の届出なし</b></li> <li>● <b>高齢者の緊急入院や在宅医療・介護施設等の後方支援に関する体制・実績あり</b></li> <li>● <b>入退院支援加算1</b>の届出あり ● 地域包括支援センターの地域ケア会議に年1回以上参加が望ましい</li> </ul>	

緊急入院・後方支援に関する体制 ※全て満たす	
緊急入院の受入	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 二次救急 or 救急告示</li> <li>● 地域MC協議会と協議あり ※ 転院受入先リストに掲載が望ましい</li> </ul>
後方支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 協力対象施設入所者入院加算の届出</li> <li>● <b>原則3以上の施設の協力医療機関</b> ※ 半径10Km以内に3以下の施設数 別の医療機関と全て締結済は除く</li> </ul>

病棟実績 ※全て満たす	
緊急入院救急受入	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自宅等からの緊急入院患者の受入れ <b>直近3か月間で15人以上</b></li> <li>● 救急搬送+下り搬送からの入院が 全入院患者の<b>8%以上</b></li> </ul>
後方支援 入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅患者緊急入院診療加算1~3 <b>直近1年で合わせて12回以上</b> or</li> <li>● 協力対象施設入所者入院加算1・2 <b>直近1年で合わせて4回以上</b></li> <li>● 退院時共同指導料2+介護支援等連携指導料2 <b>直近3か月で合わせて3回以上</b></li> </ul>

より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準及び要件を見直す。

1. 点数の見直し  
(+約100点)

項目(生活療養を受ける場合以外)	改定前	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,229点	<b>2,346点</b>
回復期リハビリテーション病棟入院料2	2,166点	<b>2,274点</b>
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,917点	<b>2,062点</b>
回復期リハビリテーション病棟入院料4	1,859点	<b>2,000点</b>
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,696点	<b>1,794点</b>
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	1,859点	<b>1,960点</b>

2. 退院前訪問指導料を出来高にて算定可

出来高算定  
追加項目

- **B007\_退院前訪問指導料** ※ H003-2注3\_(リハ総合評価料)入院時訪問指導加算との併算定不可

3. 回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

新設

回復期リハビリテーション強化体制加算

**80点(1日につき)**

【主な施設基準】

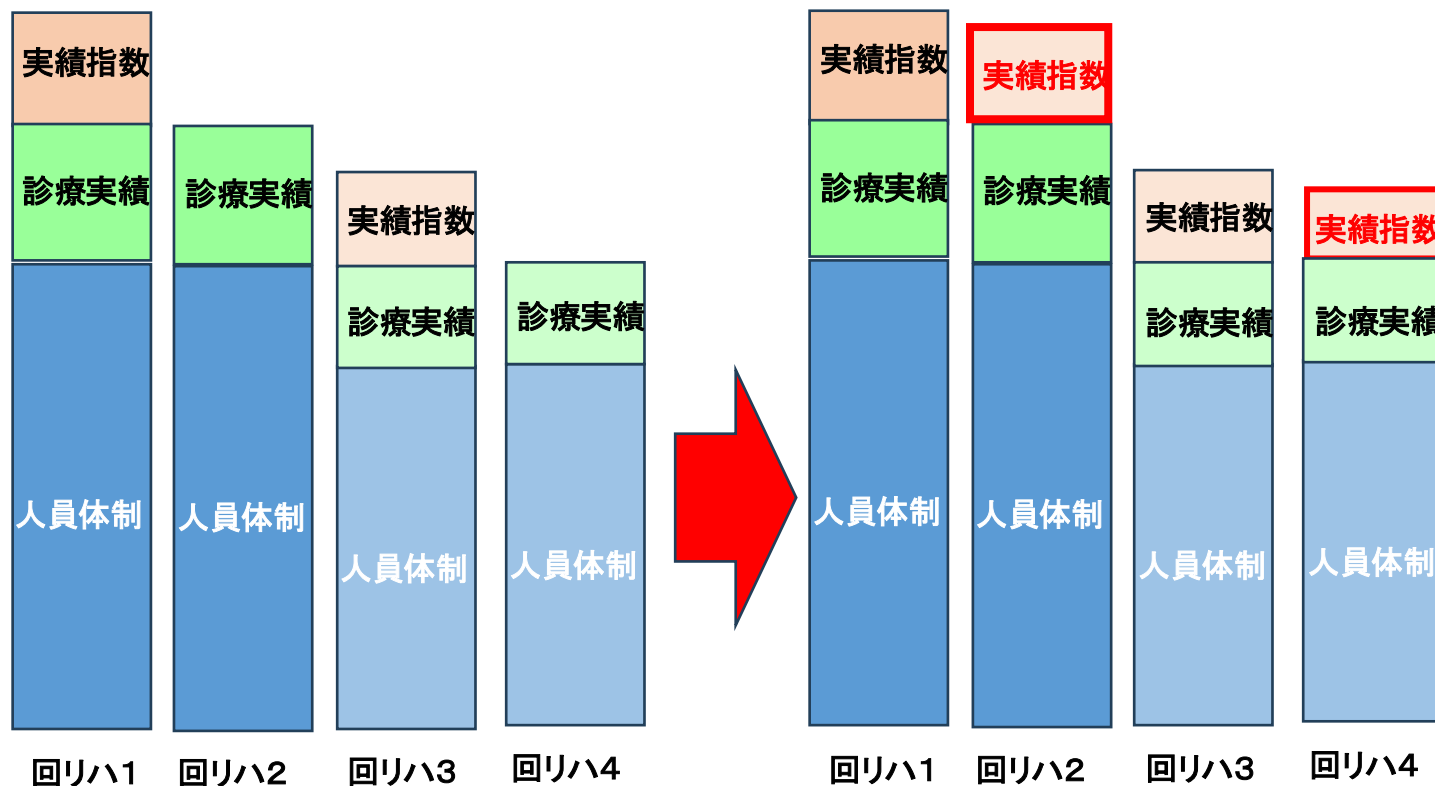
対象病棟	回復期リハ病棟入院料 <b>1</b>	退院前訪問指導	自宅患者の内、 <b>10%以上に退院指導</b> を実施
リハビリ実績指数	<b>48以上</b> ※回リハ1要件より <b>6高い</b>	排尿自立支援等	<b>排尿自立支援加算</b> の届出有り ※ 摂食嚥下機能回復体制加算1の届出望ましい

回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料について、重症患者の新規受入割合基準及びリハビリテーション実績指数に係る基準を見直す。

4. リハビリ実績指数の見直し

① リハビリテーション実績指数の要件病棟の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準要件イメージ



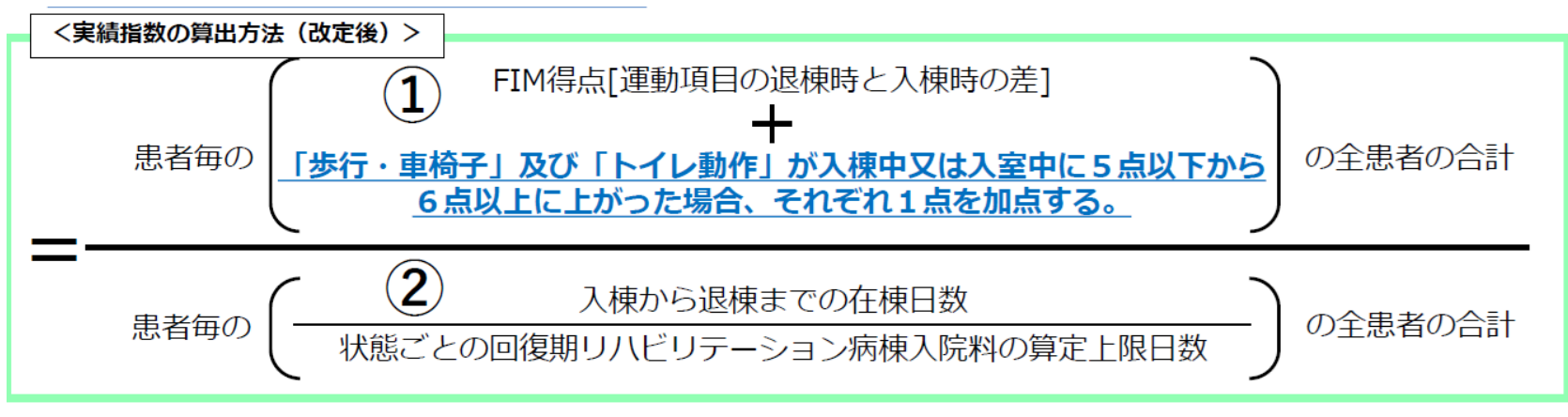
	改定前	改定後
回リハ1	40以上	<b>42以上</b>
回リハ2	—	<b>32以上</b>
回リハ3	35以上	<b>37以上</b>
回リハ4	—	<b>32以上</b>
特定機能	40以上	<b>42以上</b>

※ 回リハ2, 4の経過措置: 令和8年9月30日まで

※ 院内掲示 + ホームページでの公開

回復期リハビリテーション病棟において、より質の高いアウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者の基準を見直す。

● リハビリテーション実績指数の算出方法



厚生労働省\_令和8年度診療報酬改定説明会資料より抜粋

● FIMの点数表

Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目						認知項目											
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点											認知項目 計35～5点						
合計 126～18点																	

中医協総会第627回（令和7年11月14日開催）資料より抜粋

回復期リハビリテーション病棟において、より質の高いアウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者の基準を見直す

- ③ 回復期リハにて、疾患別リハ算定上限(6単位)超が認められなくなる要件の変更 ※ 6単位超は包括

改定前	改定後
リハビリ実績指数が 2月連続27以下	リハビリ実績指数が <b>2月連続30以下</b>

- ④ リハビリ実績指数の計算対象外

#### リハビリ実績指数の算出方法より除外できる患者

- ◆ 必ず除外する患者
  - 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
  - 在棟中に死亡した患者
- ◆ まとめて除外できる患者
  - 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。
- ◆ 医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の**20%**以下の範囲で除外できる患者
  - 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者 ※疾患別リハ実施単位数が、1日平均6単位を超えるものは計算対象
  - 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
  - 入棟時にFIM認知項目の得点が**14**点以下の患者
  - ~~入棟時に年齢が80歳以上の患者~~
  - 「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後」の状態

より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準及び要件を見直す。

#### 4. 重症患者基準・割合の見直し、FIM測定 の推奨(研修要件)

	改定前	改定後
重症患者基準	下記のいずれか ● 日常生活機能評価10点以上 ● FIM総得点55点以下	下記のいずれか ● 日常生活機能評価10点以上 ● FIM総得点 <b>21点以上55点以下</b> <b>※ FIM測定が望ましい</b>  ● <b>高次脳機能障害と診断された患者</b> ● <b>脊髄損傷と診断された患者</b>
重症患者 新規入院割合	【回リハ1、2】 40%以上 【回リハ3、4】 30%以上 【特定機能病院】50%以上	【回リハ1、2】 <b>35%以上</b> 【回リハ3、4】 <b>25%以上</b> 【特定機能病院】 <b>45%以上</b>
重症患者 退院時改善割合	【回リハ1～4、特定機能病院】 重症患者の30%以上が退院時に日常生活自立度もしくはFIMが改善	<b>削除</b>
FIM測定研修会 の実施対象 (年1回以上)	回リハ1、3、特定機能病院の病棟	回リハ1、 <b>2</b> 、3、 <b>4</b> 、特定機能病院の病棟

より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準及び要件を見直す。

## 6. 土曜、休日リハの実施

※ 休日リハビリテーション提供体制加算は、**回リハ5・入院管理料のみ**算定可

※ 回リハ3、4の経過措置: 令和8年9月30日まで

施設基準の要件	改定前	改定後
土曜、休日リハの実施対象病棟	回リハ1、2、特定機能病院	回リハ1、2、 <b>3、4</b> 、特定機能病院
土曜、休日リハの実施単位	平均2単位以上	<b>平均3単位以上</b>

## 7. 高次脳機能障害者への退院支援要件追加

## 高次脳機能障害者の退院支援に関する主な要件

- 高次脳機能障害者に関する支援センター・他の医療機関・事業所・施設等のサービスをあらかじめ把握
- 退院時に患者・家族へ情報提供
- 退院後にリハビリを予定している医療機関、施設・事業所等へ **3月以内作成のリハビリテーション総合実施計画書** 等を提供(患者・家族等同意のもと)

## 8. その他の変更

施設基準の要件	改定前	改定後
地域支援事業に参加が望ましい	回リハ1 の病棟	回リハ1、2、 <b>3、4</b> の病棟
口腔管理の体制を整備	回リハ1、2 の病棟	回リハ1、2、 <b>3、4</b> の病棟 ※3、4は望ましい
回リハ5の算定	2年間限度 (1~4からの変更は1年間限度)	<b>2年間超過(1~4有は1年間)は 80%で算定(▲20%)</b>

# I. 入院医療の評価

## (2) 慢性期・その他

1. 療養病棟入院基本料	
2. 障害者施設等入院基本料	

# 1. 療養病棟

## 療養病棟入院基本料の見直し ①

療養病棟入院基本料を算定する患者の病態や医療資源投入量をより適切に反映させる観点から、医療区分2又は3に該当する疾患や状態、処置等の内容を見直す。あわせて、より医療の必要性が高い患者の受入れを推進する観点から、療養病棟入院料2における医療区分2及び3の患者の割合を引き上げる。

### 1. 点数の見直し(+約70点)

入院料	疾患	処置	ADL	改定前		改定後	
				療養1	療養2	療養1	療養2
1	3	3	3	1,964点	1,899点	<b>2,035点</b>	<b>1,967点</b>
2	3	3	2	1,909点	1,845点	<b>1,980点</b>	<b>1,913点</b>
3	3	3	1	1,621点	1,556点	<b>1,692点</b>	<b>1,624点</b>
4	3	2	3	1,692点	1,627点	<b>1,763点</b>	<b>1,695点</b>
5	3	2	2	1,637点	1,573点	<b>1,708点</b>	<b>1,641点</b>
6	3	2	1	1,349点	1,284点	<b>1,420点</b>	<b>1,352点</b>
7	3	1	3	1,644点	1,579点	<b>1,715点</b>	<b>1,647点</b>
8	3	1	2	1,589点	1,525点	<b>1,660点</b>	<b>1,593点</b>
9	3	1	1	1,301点	1,236点	<b>1,372点</b>	<b>1,304点</b>
10	2	3	3	1,831点	1,766点	<b>1,902点</b>	<b>1,834点</b>
11	2	3	2	1,776点	1,712点	<b>1,847点</b>	<b>1,780点</b>
12	2	3	1	1,488点	1,423点	<b>1,559点</b>	<b>1,491点</b>
13	2	2	3	1,455点	1,389点	<b>1,526点</b>	<b>1,457点</b>
14	2	2	2	1,427点	1,362点	<b>1,498点</b>	<b>1,430点</b>
15	2	2	1	1,273点	1,207点	<b>1,344点</b>	<b>1,275点</b>

入院料	疾患	処置	ADL	改定前		改定後	
				療養1	療養2	療養1	療養2
16	2	1	3	1,371点	1,305点	<b>1,442点</b>	<b>1,373点</b>
17	2	1	2	1,343点	1,278点	<b>1,414点</b>	<b>1,346点</b>
18	2	1	1	1,189点	1,123点	<b>1,260点</b>	<b>1,191点</b>
19	1	3	3	1,831点	1,766点	<b>1,902点</b>	<b>1,834点</b>
20	1	3	2	1,776点	1,712点	<b>1,847点</b>	<b>1,780点</b>
21	1	3	1	1,488点	1,423点	<b>1,559点</b>	<b>1,491点</b>
22	1	2	3	1,442点	1,376点	<b>1,513点</b>	<b>1,444点</b>
23	1	2	2	1,414点	1,349点	<b>1,485点</b>	<b>1,417点</b>
24	1	2	1	1,260点	1,194点	<b>1,331点</b>	<b>1,262点</b>
25	1	1	3	983点	918点	<b>1,054点</b>	<b>986点</b>
26	1	1	2	935点	870点	<b>1,006点</b>	<b>938点</b>
27	1	1	1	830点	766点	<b>901点</b>	<b>834点</b>
28	スモン	-	3	1,831点	1,766点	<b>1,902点</b>	<b>1,834点</b>
29	スモン	-	2	1,776点	1,712点	<b>1,847点</b>	<b>1,780点</b>
30	スモン	-	1	1,488点	1,423点	<b>1,559点</b>	<b>1,491点</b>

## 2. 医療区分2・3の項目見直し

医療区分3 追加項目	疾患	① <b>超重症児</b> (15歳未満:超重症児入院診療加算の規定者)
	処置	① <b>感染症の治療</b> <肺炎or尿路感染症or脱水(発熱あり)or頻回の嘔吐(発熱あり)or経鼻・経管栄養(発熱あり)> + 創傷・褥瘡治療 or 下肢末端開放創治療 or 皮膚潰瘍等の治療 or 中心静脈栄養(30日超) or 人工腎臓等 or 気管切開・挿管
医療区分2 追加項目	疾患	① <b>医療用麻薬等での疼痛コントロール</b> が必要な <b>末期呼吸器疾患、末期心不全、末期腎不全</b> ② <b>準超重症児</b> (15歳未満:準超重症児入院診療加算の規定者)

## 3. 療養病棟入院基本料2の医療区分2・3割合変更

改定前	改定後
50%以上	<b>60%以上</b>

【経過措置:令和8年9月30日まで】

患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料等について、重度の肢体不自由児(者)に該当しない廃用症候群に係る評価を見直す。

## 1. 点数の見直し(+約70~110点)

項目	改定前	改定後
7対1入院基本料	1,637点	<b>1,749点</b>
10対1入院基本料	1,375点	<b>1,475点</b>
13対1入院基本料	1,155点	<b>1,242点</b>
15対1入院基本料	1,010点	<b>1,083点</b>

## 2. 療養病棟入院基本料に準ずる点数算定患者の追加、点数の変更(+約70~100点)

従来要件	● 脳卒中又は脳卒中の後遺症患者(重度の意識障害、筋ジストロフィー、難病患者は除く)
追加要件	● <b>廃用症候群の患者</b> ※ 脳卒中又は廃用症候群の発症前から「重度の肢体不自由者であった患者、重度の意識障害、筋ジストロフィー、難病患者」は除く

	改定前		改定後	
	医療区分2	医療区分1	医療区分2	医療区分1
7対1、10対1	1,364点	1,239点	<b>1,464点</b>	<b>1,339点</b>
13対1	1,225点	1,100点	<b>1,312点</b>	<b>1,187点</b>
15対1	1,135点	1,010点	<b>1,208点</b>	<b>1,083点</b>

障害者施設等入院基本料における看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点から、看護補助加算及び看護補助体制充実加算の評価を見直す。

### 3. 看護補助加算、看護補助体制充実加算の見直し(30日以上も算定可能な点数設定)

#### ① 看護補助加算

項目	改定前	改定後	
14日以内	146点	146点	従来どおり
15日以上30日以内	121点	121点	
30日超	—	<b>50点</b>	<b>新設点数</b>

#### ② 看護補助・患者ケア体制充実加算 (※看護補助体制充実加算より名称変更)

項目	改定前			改定後			
	加算1	加算2	加算3	加算1	加算2	加算3	
14日以内	176点	161点	151点	176点	161点	151点	従来どおり
15日以上30日以内	151点	136点	126点	151点	136点	126点	
30日超	—	—	—	<b>60点</b>	<b>55点</b>	<b>50点</b>	<b>新設点数</b>



# フィルタス株式会社

メディカルサポート部

本動画に含まれるコンテンツの著作権は、フィルタス株式会社に帰属しています。

無断での転載、複製、配布、その他の利用を禁止します。