



平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

令和8年度診療報酬改定のポイント ～包括期・慢性期を中心に～

一般社団法人 日本慢性期医療協会 副会長
中医協入院・外来医療等の調査・評価分科会委員
平成医療福祉グループ 診療本部長

井川 誠一郎

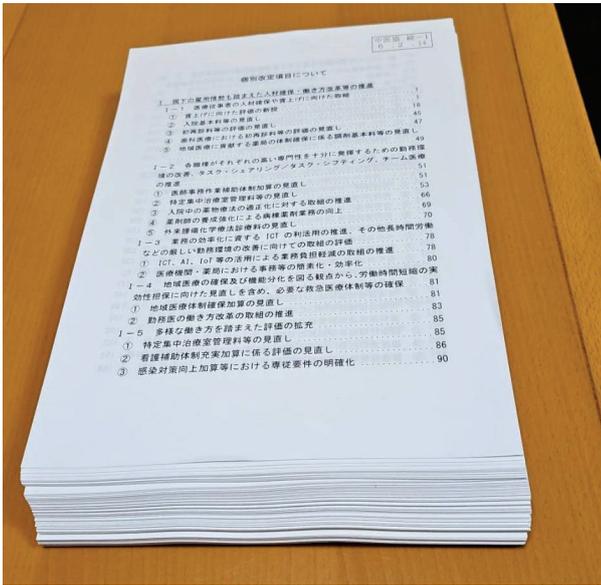
日本慢性期医療協会主催 令和6年度診療報酬・介護報酬改定説明会 COI開示

発表者名：井川誠一郎

演題発表に関連し、開示すべきCOI
関係にある企業などはありません。

答申時の「個別改定項目について」(短冊)のページ数

2024年度改定短冊



改定年度	「個別改定項目について」ページ数	介護報酬改定
2022	275	同時
2014	270	
2016	380	
2018	492	同時
2020	482	
2022	504	
2024	769	同時

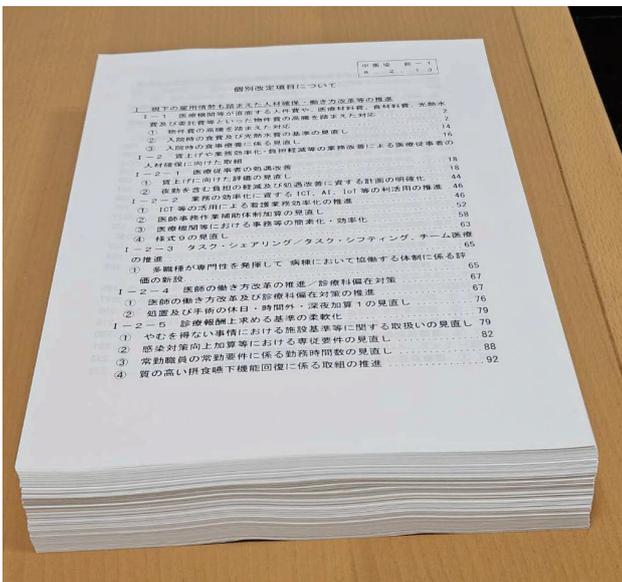
Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

3

答申時の「個別改定項目について」(短冊)のページ数

2026年度改定短冊



改定年度	「個別改定項目について」ページ数	介護報酬改定
2022	275	同時
2014	270	
2016	380	
2018	492	同時
2020	482	
2022	504	
2024	769	同時
2026	831	

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

4

新たな地域医療構想について

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

5

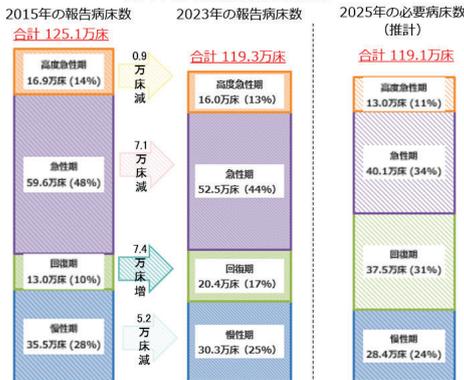
これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と従来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのはなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

<新たな地域医療構想における基本的な方向性>

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

69

（令和6年11月8日 第2回新たな地域医療構想等に関する検討会資料より）

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

6

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「**治す医療**」と「**治し支える医療**」を担う**医療機関の役割分担を明確化**し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① **病床機能**
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② **医療機関機能報告** (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ **構想区域・協議の場**
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① **医療機関機能の確保** (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② **基準病床数と必要病床数の整合性の確保等**
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚生大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

包括期機能について

- 包括期機能は、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」等とされており、「救急患者を受け入れる体制を整備」「一定の医療資源を投入し急性期を速やかに離脱」等の役割を担うこととされている地域包括医療病棟や、「在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」等が役割の地域包括ケア病棟を有する医療機関での対応が重要となる。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能



(令和7年12月12日 第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料より)

医療機関の役割のイメージ（案）

	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション
地方都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

<p>(1) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応 【重点課題】</p> <p>【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応 ○賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組 <ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者の処遇改善 ・業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進 ・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 ・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策 ・診療報酬上求める基準の柔軟化 <p>等</p>	<p>(3) 安心・安全で質の高い医療の推進 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価 ○アウトカムにも着目した評価の推進 ○医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価 ○質の高いリハビリテーションの推進 ○重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価 ○感染症対策や薬剤耐性対策の推進 ○口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進 ○地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化 ○イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等 <p>等</p>
<p>(2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価 ○「治し、支える医療」の実現 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価 ・円滑な入退院の実現 ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進 ○かかりつけ機能、かかりつけ歯科医療機能、かかりつけ薬剤師機能の評価 ○外来医療の機能分化と連携 ○質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ○人口・医療資源の少ない地域への支援 ○医療従事者確保の制約が着す中で必要な医療機能を確保するための取組 ○医師の地域偏在対策の推進 <p>等</p>	<p>(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品・ハイイテック品の使用促進 ○OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し ○費用対効果評価制度の活用 ○市場実勢価格を踏まえた適正な評価 ○電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進 ○外来医療の機能分化と連携（再掲） ○医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲） <p>等</p>

(2025.12.4第206回社会保障審議会医療保険部会資料案より変更なし)

令和8年度診療報酬改定率

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

11

1. 診療報酬

+3.09% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度
+2.41% (国費 2,348 億円程度 (令和8年度予算額。以下同じ。))、
令和9年度 +3.77%)

(注) 令和8年6月施行

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

12

1. 診療報酬 +0.88% (国費 800 億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科 +0.52%
	歯科 +0.57%
	調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※1を除く) について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ (1食当たり30円) の対応 (うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10~20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

(注) 令和6年6月施行

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

※1 うち、賃上げ分 +1.70% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +1.23%、令和9年度 +2.18%)。

医療現場での生産性向上の取組と併せ、令和8年度及び令和9年度において、それぞれ+3.2%分のベースアップ実現を支援するための措置 (看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ5.7%) を講じ、施設類型ごとの職員の規模や構成に応じた配分となるよう措置する。

賃上げ分+1.70%のうち+0.28%については、医療機関等の賃上げ余力が足元で乏しくなっている中で、今回の改定から、令和6年度診療報酬改定においてベースアップ評価料の対象とされた職種に加えて、入院基本料等で措置することとされた職種の賃上げについても、後述する賃上げの実効性確保の取組と併せて賃上げ分として措置することとする^{こと}も踏まえ、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い医療関係職種での賃上げを確実にすべく、賃上げ対応拡充時の特例的な対応として措置することとし、今後の関係調査等において実績等を検証し、所要の対応を図る。

※2 うち、物価対応分 +0.76% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%)。

特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62% (令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%) を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応することとし、それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき、以下の配分とする。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

病院	+0.49%
医科診療所	+0.10%
歯科診療所	+0.02%
保険薬局	+0.01%

また、我が国経済が新たな「成長型経済」に移行する段階を迎え、賃金と物価がともに緩やかに上昇していくメカニズムが維持されるとの認識の下、今回の改定から本格的な物価対応を講じることとする中で、特に、高度機能医療を担う病院(大学病院を含む。)については、医療技術の高度化等の進展の影響を先行的に受けやすい一方で、汎用性が低く、価格競争原理の働きにくい医療機器等を調達する必要性から物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえ、+0.14%を物価対応本格導入時の特例的な対応として措置することとする。今後の関係調査において実績等を検証し、所要の対応を図る。

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09%。

入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)(患者負担については、原則40円/食、低所得者については所得区分等に応じて20円~30円/食)及び光熱水費基準額の引上げ(60円/日)(患者負担については、原則60円/日、指定難病患者等については据え置き)の措置を講じることとする。

※4 うち、令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。

配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。

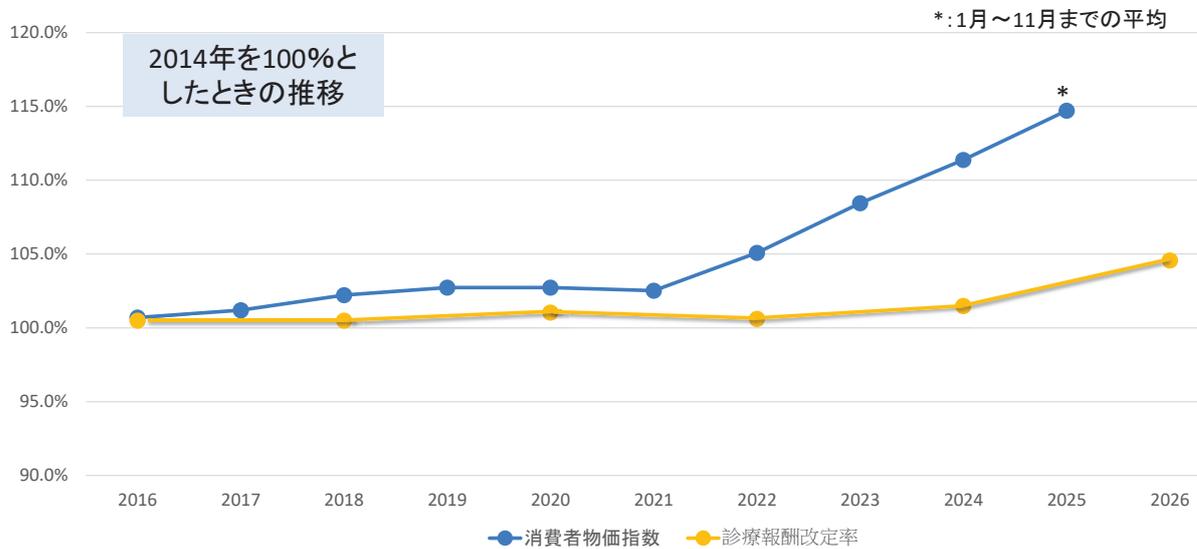
病院	+0.40%
医科診療所	+0.02%
歯科診療所	+0.01%
保険薬局	+0.01%

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

※6 うち、※1~5を除く改定分 +0.25%

各科改定率	医科	+0.28%
	歯科	+0.31%
	調剤	+0.08%

消費者物価指数と診療報酬改定率の推移



Mar. 2026 (総務省統計局統計データ、中医協資料より算出)

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

17

令和8年度診療報酬改定の全体像 ～持続可能性確保と医療提供体制再構築を目指して～

医療法人池慶会 池端幸彦先生 作成資料より

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

18

令和8年度改定の5本柱

① 医療提供体制の持続可能性確保（足元対策）

👉 インフレ構造への制度的対応の明確化

- 初再診料・入院基本料の引上げ
- 物価対応料の新設（全領域）
- ⇒R8導入 → R9倍額化の段階設計
- 入院食費・光熱水費基準の引上げ

② 人材確保と働き方改革（提供体制維持策）

👉 「人が集まる医療機関」へ報酬配分転換

- ベースアップ評価料の再設計⇒厚く評価し対象を拡大
- 夜勤負担軽減・処遇改善計画の明確化
- ICT・AI活用による業務効率化
- タスクシフト/多職種協働体制の評価新設
- 施設基準の柔軟化

③ 2040年を見据えた医療機能再編（構造改革）

👉 病床機能再編を診療報酬で誘導

- 急性期病院一般入院基本料（A/B）新設
- 急性期総合体制加算新設
- 重症度・医療看護必要度見直し
- DPC制度見直し
- 回復期リハ・療養病棟評価再編
- 地域包括医療病棟見直し

④ 地域包括ケアシステムの強化

👉 「治す医療」から「治し支える医療」へ

- 在宅療養支援診療所等の機能強化
- 在宅緩和ケア評価見直し
- 退院直後訪問栄養指導新設
- 包括型訪問看護療養費新設等による訪問看護の適正化
- 医師×薬剤師同時訪問推進

⑤ 医療DX・データ活用

👉 DX未対応機関は相対的に不利な構造

- 医療DX推進体制整備加算見直し
- 電子処方箋活用推進
- オンライン診療評価整理
- データ提出要件強化

医療法人池慶会 池端幸彦先生 作成資料より

① 医療提供体制の持続可能性確保（足元対策）

👉 インフレ構造への制度的対応の明確化

- 初再診料・入院基本料の引上げ
- 物価対応料の新設（全領域）
- ⇒R8導入 → R9倍額化の段階設計
- 入院食費・光熱水費基準の引上げ

令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント

1. 賃上げや物価への対応 <ul style="list-style-type: none"> 賃上げに向けた評価 <ul style="list-style-type: none"> 令和8・9年度での各3.2%（看護補助者等は5.7%）の賃上げに向けたベースアップ評価の見直し（点数の見直し、夜手当への充当を可能にする） 物価動向への対応 <ul style="list-style-type: none"> 令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ 等 	
2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し <ul style="list-style-type: none"> 急性期・高度急性期の医療機関機能に応じた評価の見直し <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院一般入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し 急性期総合体制加算の新設（既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価） 特定集中治療室管理料等の見直し（救急搬送や全身麻酔を実施要件化） 多職種が病棟で協働する体制の評価 	5. 人口の少ない地域・医師偏在対策 <ul style="list-style-type: none"> 人口少数地域で医療提供機能を確保するための評価の新設 <ul style="list-style-type: none"> 医療提供機能連携確保加算の新設（人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価） 診療科偏在対策の推進 <ul style="list-style-type: none"> 地域医療体制確保加算2の新設（若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価） 外科医療確保特別加算の新設（長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価）
3. 包括期・慢性期入院医療の見直し <ul style="list-style-type: none"> 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し <ul style="list-style-type: none"> 地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど） 回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など） 療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し 質の高い包括期入院医療の評価 <ul style="list-style-type: none"> 生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ 身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設 	6. 外来医療の機能分化・強化等 <ul style="list-style-type: none"> 外来の機能分化の推進 <ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し 特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設 外来に係る評価の見直し <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し 時間外対応加算の引上げ、名称変更
4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み <ul style="list-style-type: none"> ICT等の活用による業務効率化・負担軽減 <ul style="list-style-type: none"> 見守りや記録等でICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化 生成AI等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化 やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化 	7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進 <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に関する評価の見直し <ul style="list-style-type: none"> 地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価 訪問看護に関する評価の見直し <ul style="list-style-type: none"> 同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し 地域と連携した精神科訪問看護体制を評価
8. 重点的な対応が求められる各分野での対応（救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など） <ul style="list-style-type: none"> 救急医療 <ul style="list-style-type: none"> 救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設） 救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価 小児・周産期医療 <ul style="list-style-type: none"> 妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価（産科管理加算） 小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可 精神医療 <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院精神科入院料の新設（地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。） 精神科地域密着多機能体制加算の新設（小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組を評価） 医療DX・オンライン診療の評価の見直し <ul style="list-style-type: none"> 電子的診療情報連携体制整備加算の新設（医療DXに係る評価を改組） D to P with N での訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設 	

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

21

入院基本料の増点

	現行	改定後	差
急性期一般1	1688	1874	186
地域一般1	1176	1282	114
回りハ1	2229	2346	117
地域包括ケア1(≦40日)	2838	2955	117
地域包括医療病棟1・入院料1 (急性期とのケアミックス(-)緊急入院・手術なし)	3050	3367	317
療養病棟1 入院料1~30	1964~830	2035~901	71
障害者病棟 7対1	1637	1749	112
結核病棟 7対1	1677	1836	159

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

22

【物価対応料】の新設

2026年度・27年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算

	加算点数	
急性期一般1～6	58～34	
地域一般1～3	32～23	
回りハ病棟1～5	19～15	
地域包括ケア病棟1～4	40日以内 41日以上	27～19 26～18
地域包括医療病棟1	49	
療養病棟1 入院料1～入院料27	18～8	
障害者病棟 7対1～15対1	22～14	
結核病棟 7対1～20対1	33～16	

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

23

入院食費・光熱水費基準の引き上げ

入院時の食費に係る論点

- 入院時の食費の基準額については、食材費等が高騰していることを踏まえ、令和6年6月より、1食当たり30円の引上げ、また令和7年4月より、1食当たり20円の引上げを実施したが、令和7年4月以降も食材費等の上昇は続いている。
- 令和7年4月に行った引上げの検討時期と、引上げ後の令和7年4月から10月までの間を比較すると、食料の物価は6.50%上昇している。これを食材費等を勘案する自己負担額の510円に乗じると、33円となることを踏まえ、**入院時の食費の基準額について、例えば40円引き上げることとしてはどうか。**

入院時食事療養（Ⅰ）・（Ⅱ）の費用の額及び入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ1食当たり40円引き上げる。

※ 入院時の食費の標準負担額（自己負担額）の観点から、医療保険部会においても議論が行われている。

※ 見直しの施行日については、2026年度予算編成過程を経て決定。

（R7.12.7 第632回中医協総会資料より）

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

24

入院食費・光熱水費基準の引き上げ

入院時の光熱水費に係る論点

- 昨今の光熱・水道費は特に足下で大きく上昇しているところ、入院時生活療養費の光熱水費の基準額(総額)については、平成18年の創設時から据え置かれている。
- 介護保険では、令和6年度介護報酬改定において、家計における光熱・水道支出を勘案し、多床室の居住費の基準費用額を60円引き上げている。
- 近年の光熱・水道費の上昇や、令和6年度介護報酬改定における対応を踏まえ、**入院時生活療養費の基準額(総額)について、例えば60円引き上げることとしてはどうか。**

入院時生活療養(Ⅰ)・(Ⅱ)のうち温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養の費用の額について、1日当たり60円引き上げる

- ※ 入院時生活療養費の標準負担額(自己負担額)の観点から、医療保険部会においても議論が行われている。
- ※ 見直しの施行日については、2026年度予算編成過程を経て決定。

(R7.12.7 第632回中医協総会資料より)

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

25

令和8年度診療報酬改定 I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応-④

入院時の食事療養に係る見直し①

嚥下調整食の評価

- 入院時の食事療養の質の向上を図る観点から、入院時食事療養費に係る食事療養等の特別食加算の対象として、**おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食**を新たに評価する。

現行		改定後		
<p>特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)</p> <p>二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食</p> <p>疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステニン尿症食、カラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)</p> <p>(新設)</p>		<p>特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)</p> <p>二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食</p> <p>(一) 治療食</p> <p>疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステニン尿症食、カラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)</p> <p>(二) 嚥下調整食</p> <p>摂食機能又は嚥下機能が低下した患者に対して、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食</p>		
<p>おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食(イメージ)</p> <p>学会コード(日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021)</p>		<p>【主な算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 加算の対象となる嚥下調整食は、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 安全性と食欲を促す食感とを両立した食形態であり、 ・ 献立として、常食と同等の盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量に配慮されたものであること。 ○ 定期的に多職種によるミールラウンドを行い、嚥下調整食の必要性等を確認し、常食が適している場合は、速やかに食事変更を行うこと。 <p>【主な施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 検査が毎日行われるとともに、定期的に多職種による試食会やカンファレンスが開催されていること。 ○ 責任者は、一定の要件を満たした実習を伴う研修を修了した当該保険医療機関の管理栄養士であること。 		
嚥下調整食1j	嚥下調整食2-1	嚥下調整食2-2	嚥下調整食3	嚥下調整食4
 トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの	 にんじんのクラッセ 600gのフレッシュに通し、なめらかにしたものを	 カレーライス 全粥とカレーをそれぞれミキサーにかけて、まとまりやすくしたもの	 雑々粥 食材をミキサーにかけ、滑らかにできるペーストにしたもの	 鮭とほうれん草のクラタン 歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの

(写真) 老年栄養ドットコム <https://geriatrics.jp/>

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

26

入院時の食事療養に係る見直し②

特別料金の支払を受けることができる食事の見直し

- **基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用**について標準額を削除し、**保険医療機関が柔軟に妥当な額を設定**できることとする。
- 患者の自由な選択と同意に基づき、**行事食やハラール食等の宗教に配慮した食事**を提供した場合も、特別の料金の支払いを受けることができることを明確化する。

＜特別料金の支払いを受けることができる食事＞

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事（以下「特別メニューの食事」という。）を別に用意し、提供した場合は、下記の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。

主な要件

- ◆ 特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別メニューの食事が提供されることのないようにしなければならないものであり、患者の同意がない場合は通常の食費の支払を受けることによる食事（以下「標準食」という。）を提供しなければならない。
- ◆ 特別メニューの食事は、通常の食費では提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行う場合や標準食の材料と同程度の価格であるが、異なる材料を用いるため別途費用が掛かる場合などであって、その内容が通常の食費の額を超える特別の料金の支払を受けるのにふさわしいものでなければならない。なお、**患者のニーズに応じて、行事食やハラール等の宗教に対応した食事を提供した場合も含まれる**。また、特別メニューの食事を提供する場合は、当該患者の療養上支障がないことについて、当該患者の診療を担う保険医の確認を得る必要がある。なお、複数メニューの選択については、あらかじめ決められた基本となるメニューと患者の選択により代替可能なメニューのうち、患者が後者を選択した場合に限り、基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる**追加的な費用として、保険医療機関が設定した社会的に妥当な額の支払を受けることができる**こと。この場合においても、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養に当たる部分については、入院時食事療養費及び入院時生活療養費が支給されること。
- ◆ 当該保険医療機関は、特別メニューの食事を提供することにより、それ以外の食事の内容及び質を損なうことがないように配慮する。
- ◆ 栄養補給量については、当該保険医療機関においては、患者ごとに栄養記録を作成し、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士により個別的な医学的・栄養学的管理が行われることが望ましい。

② 人材確保と働き方改革（提供体制維持策）

👉 「人が集まる医療機関」へ報酬配分転換

- **ベースアップ評価料の再設計** ⇒ 厚く評価し対象を拡大
- **夜勤負担軽減・処遇改善計画の明確化**
- **ICT・AI活用による業務効率化**
- **タスクシフト／多職種協働体制の評価新設**
- **施設基準の柔軟化**

ベースアップ評価料の再設計

- 対象職員が「主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く）」から「当該保険医療機関において勤務する職員」に変更
- 継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
- 令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価

【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】

1. 初診時 17点(継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関 23点)
2. 再診時等 4点(同 6点)
3. 訪問診療時
 - イ. 同一建物居住者等以外の場合 79点(同 107点)
 - ロ. イ以外の場合 19点(同 26点)

入院ベースアップ評価料の見直し

	現行 1-165区分	令和8年6月-令和9年5月 1-250区分	令和9年6月～ 1-500区分 (251-500区分が算定可能に)
入院ベースアップ 評価料(1)	1～165点	1～250点	1～500点

継続的な賃上げに取り組まず、この評価料を届け出ない医療機関に対しては、
入院基本料等から所定の点数が減算
Ex)

急性期一般入院料1:121点(1日当たり)
地域包括医療病棟:113点
回復期リハビリ病棟:76点
地域包括ケア病棟:69点
療養病棟:42点

減算対象

以下のいずれも満たさない場合

1. 令和8年3月31日時点において、入院ベースアップ評価料の届出を行っていること
2. 令和6年3月と比較して、継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること
3. 令和8年6月1日以降に新規開設した保険医療機関であること

ICT・AI活用による業務効率化

1. ICT機器等の活用により看護要員の業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行える体制がある場合は、「看護職員に対する看護師の比率等について1割以内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
2. ICT機器等を活用した医師事務作業の業務効率化・負担軽減に取り組む医療機関について「医師事務作業補助者の人員配置基準を柔軟化」

医師事務作業補助体制加算の見直し

1. ICT 機器等を活用した医師事務作業の業務効率化・負担軽減に取り組む医療機関について、医師事務作業補助者の人員配置基準を柔軟化する
 - 要件を満たせば医師事務作業補助者1人を「1.2人」として配置人数に算入可能(つまり2割緩和)
 - さらに①医療文書用の音声入力、②ロボティック・プロセス・オートメーション(RPA)、③手術説明などの10種類場の患者向け説明動画のいずれかを広く活用している場合には、医師事務作業補助者1人を1.3人として算入可能
2. 医師事務業務の実態を踏まえ、医師事務作業補助者が実施可能な業務範囲を明確化する。

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

33

医師事務作業補助者が実施可能な業務範囲

	従来	改定後
業務可能	医師(歯科医師を含む。)の指示の下に 1. 診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力 2. 医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等) 3. 入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等)	医師(歯科医師を含む。)の指示の下に 1. 診断書・診療情報提供書・返信・診療サマリー・診療計画書等の文書作成補助 2. 診療記録・検査オーダー・食事オーダー・クリニカルパス・地域連携パスへの代行入力 3. 患者・家族への説明文書の準備・作成 4. 診療録・画像検査結果等の整理 5. 医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査・ 入力作業) 6. 教育や研修・カンファレンスのための準備作業等)、 7. 入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務(救急医療情報システムへの入力 8. 感染症サーベイランス事業に係る入力等)への対応
業務不可	医師以外の職種の指示の下に行う業務 1.診療報酬の請求事務(DPCのコーディングに係る業務を含む。) 2.窓口・受付業務 3.医療機集業務 4.看護業務の補助及び物品 5.運搬業務等	

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

34

診療報酬上求める基準の柔軟化①

- 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
 - 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、暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合、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と新たに規定

診療報酬上求める基準の柔軟化②

- 感染対策向上加算等における専従要件の見直し
 1. 感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームの専従の者が、介護保険施設等からの求めに応じてより柔軟な対応ができるよう、助言に従事できる時間について見直す。
 2. 感染対策向上加算における感染対策チームの専従者、抗菌薬適正使用支援チームの専従者及び医療安全対策加算1に規定する専従の医療安全管理者について、これらの業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えないこととする。
 3. 管理栄養士の病棟への専従配置が要件となっている入院栄養管理体制加算について、病棟での業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行って差し支えないこととする。

診療報酬上求める基準の柔軟化③

- 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数の基準を32 時間から31 時間に(週4回以上勤務、労働時間31時間以上を常勤)

(非常勤の場合、労働時間32時間の勤務をもって常勤1名と換算)

診療報酬上求める基準の柔軟化④

- 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

1. 摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準のうち、摂食嚥下チームの言語聴覚士の専従要件を見直し、専任の従事者でも可とする。

2. 療養病棟で算定される摂食嚥下機能回復体制加算3の実績について、1及び2と同様に、経腸栄養から経口摂取へ回復した患者についても算入可能とする。

3. 経腸栄養管理加算について、入院前から経腸栄養を行っておらず中心静脈栄養で管理されていた患者を算定対象とする。また、経口摂取が不可となった場合に、適切なプロセスを経て中心静脈栄養ではなく経腸栄養を選択した場合についても加算の算定が可能であることを明確化する。

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

- 中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。

現行	改定後
<p>【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】 摂食嚥下支援加算 200点（週1回）</p> <p>【算定要件】 ・摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成 ・内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施（月1回以上） ・検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施（週1回以上） ・カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施等</p> <p>【施設基準】 摂食嚥下支援チームを設置</p> <p>➤ 専任の常勤医師又は常勤歯科医師* ➤ 専任の常勤看護師（経歴5年かつ研修修了）* ➤ 専任の常勤言語聴覚士* ➤ 専任の常勤薬剤師* ➤ 専任の常勤管理栄養士* ➤ 専任の歯科衛生士 ➤ 専任の理学療法士又は作業療法士</p> <p>*の職種は、カンファレンスの参加が必須 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告</p>	<p>（改）【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】</p> <p>摂食嚥下機能回復体制加算1 210点（週1回） 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点（週1回） 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点（週1回）</p> <p>【算定要件】 ①内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成 ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上） ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上） ④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施</p> <p>療養病棟で算定される摂食嚥下機能回復体制加算3の実績について、1及び2と同様に、経腸栄養から経口摂取へ回復した患者についても算入可能とする</p> <p>・カンファレンスに参加：必要に応じてその他職種</p> <p>摂食機能療法の算定可能医療機関</p> <p>療養病棟入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病棟</p> <p>・鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の経口摂取回復率35%以上 ・摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</p> <p>・摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告</p> <p>・摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告</p> <p>・中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に7人以上 ・摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</p>

（厚労省令和4年度診療報酬改定の概要より）

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

39

経腸栄養管理加算

算定要件

削除

現行

「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる

~~ただし、入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。~~

ア. 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

イ. 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者

改正後

「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる

ア 入院前から又は入院後2週間以上、中心静脈栄養による栄養管理を実施しており、経腸栄養への移行を目的とするもの

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなり、入棟後に経腸栄養を開始したものの

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

40

診療報酬上求める基準の柔軟化⑤

- 疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

③ 2040年を見据えた医療機能再編（構造改革）

👉 病床機能再編を診療報酬で誘導

- 急性期病院一般入院基本料（A/B）新設
- 急性期総合体制加算新設
- 重症度・医療看護必要度見直し
- DPC制度見直し
- 回復期リハ・療養病棟評価再編
- 地域包括医療病棟見直し

急性期

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

43

急性期病院一般入院基本料等の新設

- 救急搬送件数や全身麻酔手術件数、人口の少ない地域における地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、当該病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料を新設

急性期病院一般入院基本料(1日につき)

イ 急性期病院A一般入院料 1,930 点

ロ 急性期病院B一般入院料 1,643 点

参考

急性期一般病棟1 1874点

急性期一般病棟4 1597点

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

44

急性期病院一般入院料の要件概略(抜粋)

	急性期A	急性期B
看護配置	7対1以上	10対1以上
看護職員の看護師割合	最低必要数の7割以上が看護師	
平均在院日数(病棟)	16日以内	21日以内
DPC病院	必要	
看護必要度Ⅱを用いた評価	200床未満でやむをえない場合以外 は原則要	400床以上であれば原則要
急性期医療にかかわる実績	救急搬送(ヘリを含む)2000件以上 かつ 全麻手術件数1200件以上	救急搬送(ヘリを含む)1500件以上 もしくは 救急搬送500件以上かつ全麻手術 件数500件以上
在宅復帰率	8割以上	
地域包括医療病棟併設	不可	
地域包括ケア病棟併設	不可	可能

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

45



回りハ病棟

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

46

回復期リハ病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し①

1. 入院料1を届け出ている病棟を対象に、実績指数、排尿自立支援加算の届出及び退院前訪問指導の実施割合等を要件とする回復期リハビリテーション強化体制加算を新設する。
2. 重症の患者の基準を見直すとともに、対象に高次脳機能障害及び脊髄損傷と診断を受けた患者を追加する。また、重症患者のうち退院時に日常生活機能評価又はFIMが改善した患者の割合に係る要件を削除する。
3. 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. 日常生活機能評価又は機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下「FIM」という。)の測定を行うこととされているものについて、FIMによる測定が望ましいこととする。(入退院次評価、定期的(2週間に1回以上)評価)
5. 退院前訪問指導料を**出来高にて算定**できることとする。また、退院前訪問指導料と「HO 03-2」の注3に規定する入院時訪問指導加算との併算定は出来ないこととする。

回復期リハ病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し①

6. 入院料1及び3の施設基準であるFIMの測定に関する研修会を年1回以上開催することについて、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までの要件とする。
7. 入院料1及び2の施設基準である地域支援事業に参加していることが望ましいことについて、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までを対象とする。
8. 入院料1及び2の施設基準である口腔管理の体制を整備していることについて、入院料3及び4においても望ましいこととする。
9. 回復期リハビリテーション病棟1から4までについて、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていることを要件とする。また、土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数を見直す。

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

- **回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出ている病棟**を対象に、実績指数、排尿自立支援加算の届出及び退院前訪問指導の実施割合等を要件とする**回復期リハビリテーション強化体制加算を新設**する。

(新) 回復期リハビリテーション強化体制加算 80点

実質的な回リハ特1

[算定要件]

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、**患者1人につき1日につき80点**を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること。
- (2) 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出した**リハビリテーション実績指数が48以上**であること。
- (3) A251に掲げる**排尿自立支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。また、H004摂食機能療法の注3に規定する**摂食嚥下機能回復体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関であることが望ましい**こと。
- (4) 直近6か月間に**自宅へ退院した患者のうち、1割以上に退院前訪問指導を実施**していること。

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し①

リハビリテーション実績指数の算出方法の見直し

- リハビリテーション実績指数の算出方法について、FIM運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点について、**入棟時又は入室時に5点以下、かつ退棟時又は退室時に6点以上に上がった場合、分子のFIM運動項目利得に1点を加えることとする。**

<実績指数の算出方法(改定後)>

$$\begin{aligned}
 & \text{患者毎の} \left(\begin{array}{l} \text{① FIM得点[運動項目の退棟時と入棟時の差]} \\ \text{「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」が入棟中又は入室中に5点以下から} \\ \text{6点以上に上がった場合、それぞれ1点を加算する。} \end{array} \right) \text{の全患者の合計} \\
 = & \frac{\text{患者毎の} \left(\begin{array}{l} \text{② 入棟から退棟までの在棟日数} \\ \text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数} \end{array} \right) \text{の全患者の合計}}{\quad}
 \end{aligned}$$

[改定後のリハビリテーション実績指数の算出方法に基づく、計算例]

毎月までの6か月間に退院した患者	FIM得点(運動項目)の退棟時と入棟時の差	「歩行・車椅子」が入棟時5点以下、かつ退棟時6点以上の場合	「トイレ動作」が入棟時5点以下、かつ退棟時6点以上の場合	①	②
患者A	20	○(+1)	○(+1)	22	0.6
患者B	25	○(+1)	-	26	0.7
患者C	20	-	○(+1)	21	0.4
患者D	25	-	-	25	0.5
計				94	2.2

➡ 上記の例におけるリハビリテーション実績指数は、 $94 \div 2.2 = 42.7$ となる。

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し②

リハビリテーション実績指数の除外対象患者・除外できる割合の見直し

- 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除外対象患者の基準及び除外できる割合を見直す。

現行	改定後
<p>【実績指数の除外対象患者】</p> <p>① F I M運動項目の得点が20点以下のもの</p> <p>② F I M運動項目の得点が76点以上のもの</p> <p>③ F I M認知項目の得点が24点以下のもの</p> <p>④ 年齢が80歳以上のもの</p> <p>⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの</p> <p>【実績指数の算出から除外できる患者割合】 100分の30を超えない範囲</p>	<p>【実績指数の除外対象患者】</p> <p>① F I M運動項目の得点が20点以下のもの ※①のうち、退院までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたものについては、実績指数の算出対象に含める。</p> <p>② F I M運動項目の得点が76点以上のもの</p> <p>③ F I M認知項目の得点が14点以下のもの(削除)</p> <p>④ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの</p> <p>【実績指数の算出から除外できる患者割合】 100分の20を超えない範囲</p>

「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」の基準の見直し

- 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」について、リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合から、**30を下回った場合**に見直す。

※「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

51

「重症患者の定義・基準」の見直し

	現行	改正後
定義	<p>日常生活機能評価10点以上 OR FIM総得点55点以下</p>	<p>次の1~3のいずれか</p> <p>1. 日常生活機能評価で10点以上 OR FIM総得点21点以上55点以下 (FIM測定が望ましい)</p> <p>2. 高次脳機能障害と診断された患者(脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後etc、または義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して150日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷および頭部外傷を含む多部位外傷の場合は算定開始日から起算して180日以内)に限る)</p> <p>3. 脊髄損傷と診断された患者(同)</p>
基準	<p>回復期リハ1・2 : 4割以上 回復期リハ3・4、入院医療管理料 : 3割以上 特定機能病院回復期リハビリ病棟 : 5割以上</p>	<p>回復期リハ1・2 : 3割5分以上 回復期リハ3・4、入院医療管理料 : 2割5分以上 特定機能病院回復期リハビリ病棟 : 4割5分以上</p>

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

52

令和6年度診療報酬改定 II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価-③

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)	
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤1名以上				
	看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）	15対1以上（4割以上が看護師）			
	看護補助者	30対1以上				
	リハビリ専門職	専任常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専任常勤のPT2名以上、OT1名以上		
	社会福祉士 管理栄養士	専任常勤1名以上 ⇒ 専任常勤1名以上	専任常勤1名以上が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○	平均2単位→3単位	○*		
	FIMの測定に関する院内研修会	年1回以上開催	年1回以上開催	年1回以上開催	年1回以上開催	
	リハビリ計画書への栄養項目記載/GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○	体制整備が望ましい			
	第三者評価	受けていることが望ましい	-	受けていることが望ましい	-	
	地域貢献活動	参加することが望ましい		参加することが望ましい		
アウトカムに関する施設基準	新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	4割以上 →	3割5分以上	3割以上 →	2割5分以上	
	自宅等に退院する割合	42以上	7割以上	37以上		
	リハビリテーション実績指数	40以上 ↑	32以上*	35以上 ↑	32以上*	
	入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価（）内はFIM総得点	削除				
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2346点 (2326点)	2274点 (2253点)	2062点 (2041点)	2000点 (1980点)	1960点 (1940点)	
※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。を超えて算定する場合100分の80に相当する点数を算定					134	

*: 令和8年9月30日まで経過措置



療養病棟

療養病棟入院基本料の見直し

医療区分の見直し

- 処置等の医療区分2に複数該当する場合の医療資源投入量を踏まえ、**感染症にかかる処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分3**の患者として入院料を算定することとする。
- **非がん疾患に対する緩和ケアを評価**する観点から、悪性腫瘍以外にも、心不全、呼吸不全、腎不全で医療用麻薬等の薬剤投与による苦痛のコントロールが必要な状態について、疾患・状態に係る医療区分2に追加する。
- **医療的ケア児の受入について評価**する観点から、超重症児・準超重症児に該当する小児について、超重症児は疾患・状態に係る医療区分3に、準超重症児は医療区分2に追加する。

求める医療区分2・3割合の見直し

- 療養病棟入院基本料2において求める**医療区分2・3の患者の割合**を、5割から**6割に引き上げる**。

現行	改定後
【療養病棟入院料2】 【施設基準】 ・当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が五割以上であること。	【療養病棟入院料2】 【施設基準】 ・当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が 六割 以上であること。

[経過措置] 令和8年3月31日において現に療養病棟入院料2を届け出ている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間に限り、基本診療料の施設基準等第5の3の(1)の八に該当するものとみなす。

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

55

医療区分	医療区分3	医療区分2	医療区分1
疾患・状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ スモン ・ 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 ・ 超重症児(15歳未満) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 筋ジストロフィー症多発性硬化症 ・ 筋萎縮性側索硬化症 ・ パーキンソン病関連疾患 ・ その他の指定難病等(スモンを除く。) ・ 脊髄損傷(頸椎損傷四肢麻痺) ・ 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズ(H・J)分類) ・ 末期呼吸器疾患(麻薬投与等による苦痛コントロール要) ・ 末期心不全(麻薬投与等による苦痛コントロール要) ・ 末期腎不全(麻薬投与等による苦痛コントロール要) ・ 悪性腫瘍(麻薬等による疼痛コントロール要) ・ 消化管等の体内からの出血 ・ 暴行が毎日認められる状態 ・ 準超重症児(若)(15歳未満) 	左記に該当なし
処置等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合) ・ 24時間持続点滴 ・ 人工呼吸器の使用 ・ ドレーン法又は胸腔・腹腔洗浄 ・ 気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う) ・ 酸素療法(常時3L/分以上) ・ 感染症隔離室での管理 ・ 処置等医療区分2の(1)及び(2)のいずれにも該当するもの 	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> (1) 感染症の治療に係る処置 <ul style="list-style-type: none"> ・ 肺炎に対する治療 ・ 尿路感染症に対する治療 ・ 脱水に対する治療(発熱を伴う) ・ 頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う) ・ 経鼻胃管及び胃瘻等の経腸栄養(発熱又は嘔吐を伴う) (2) 創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置 <ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡に対する治療 ・ 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・ 創傷(手術創や感染創を含む。) ・ 皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 ・ 中心静脈栄養(処置区分3以外で30日超) ・ 透析(人工腎臓等) ・ 気管切開又は気管内挿管(発熱を伴わない) (3) その他の処置 <ul style="list-style-type: none"> ・ 一日八回以上の喀痰吸引 ・ 頻回の血糖検査 ・ 酸素療法(処置区分3以外) ・ せん妄に対する治療 ・ うつ症状に対する治療 (4) 傷病等によるリハビリテーション(30日以内) </div>	左記に該当なし

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

56

地域包括医療病棟

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

57

地域包括医療病棟見直し

第1 基本的な考え方

地域包括医療病棟において、高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患を踏まえ、平均在院日数、ADL低下割合及び重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。また、医療資源投入量や急性期病棟の併設状況に応じた評価を導入する。更に、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推進する観点から、加算の体系を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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。
2. 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。
3. 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。

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

58

地域包括医療病棟見直し

	急性期病棟*	入院	手術	
			行わない	行う
地域包括医療病棟入院料1	有しない	緊急入院	入院料1	入院料2
		予定入院	入院料2	入院料3
地域包括医療病棟入院料2	有する	緊急入院	入院料1	入院料2
		予定入院	入院料2	入院料3

* :急性期一般1-6、急性期A・B、地域一般1-3

地域包括医療病棟入院料1

イ 入院料1 3,367点
 口 入院料2 3,267点
 ハ 入院料3 3,117点

地域包括医療病棟入院料2

イ 入院料1 3,316点
 口 入院料2 3,216点
 ハ 入院料3 3,066点

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備-9

地域包括医療病棟入院料の見直し②

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

➤ 高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、平均在院日数、ADL低下割合及び重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。

	改定前 (変更のない項目は記載を省略)	改定後 ★経過措置あり
看護職員の配置		10対1（7割以上が看護師）
多職種配置		常勤のPT、OT、STが専従で1名、専任で1名 常勤の管理栄養士が専任で1名
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A3点以上、A2点以上かつ B3点以上、C1点以上	以下のいずれかを満たす A2点以上、C1点以上
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ 16% 必要度Ⅱ 15%	基準該当患者割合に係る指数（※）として 必要度Ⅰ 19% 必要度Ⅱ 18% ※該当患者割合+救急搬送応需係数
初日のB項目が3点以上の患者の割合		5割以上
平均在院日数	21日	20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日 (85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日)
在宅復帰率		80%以上
ADLが低下した患者の割合	5%未満	7%未満 (85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%)
同一医療機関の一般病棟からの転棟		5%未満
救急搬送後の患者の割合		15%以上
届出・併設等不可	急性期充実体制加算1又は2 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟1 急性期総合体制加算★ 一般病棟入院基本料
		地域包括医療病棟2 急性期総合体制加算★ 急性期病棟A、B入院料★ 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	3,050点	3,117~3,367点 3,066~3,316点

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の体系を見直し

1. プロセス・アウトカム評価基準を見直し

	現行	改正後	
	リハ・栄養・ 口腔連携加算	リハ・栄養・ 口腔連携加算1	リハ・栄養・ 口腔連携加算2
加算点数	80点	110点	50点
入棟後3日以内に疾患別リハビリ料を算定した患者割合	8割以上	8割以上	8割以上
「土日祝日の疾患別リハビリ提供量」 ÷「平日の疾患別リハビリ提供量」	8割以上	8割以上	7割以上
退院・転棟時におけるADLが低下患者割合	3%未満	3%未満	5%未満
院内での褥瘡発生割合	2.5%未満	2.5%未満	2.5%未満

2. 地域包括ケア病棟でも算定可能に(同時に入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定を可能に)

地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

初期加算や連携に係る評価の見直し

- 地域包括ケア病棟における在宅医療や協対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、在宅患者支援病床初期加算について、①の対象を救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大するとともに、評価を見直す。

現行	改定後
【在宅患者支援病床初期加算】 [算定要件] (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者 580点 ② ①の患者以外の患者の場合 480点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者 480点 ② ①の患者以外の患者の場合 380点	【在宅患者支援病床初期加算】 [算定要件] (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 緊急入院した患者の場合 590点 ② ①の患者以外の患者の場合 410点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 緊急入院した患者の場合 490点 ② ①の患者以外の患者の場合 310点

- 後方支援における連携を個別に評価する観点から、「B005」退院時共同指導料2及び「B005-1-2」介護支援等連携指導料について、包括範囲から除外し、出来高算定とする。

包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

- 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、一定の体制及び実績を有する許可病床数200床未満の地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟で算定可能な包括期充実体制加算を新設する。

(新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援



【算定要件】

- 注1 在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担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保険医療機関に入院している患者について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

【施設基準】

- 許可病床数が200床未満（別表第六の二に掲げる人口の少ない地域に所在する場合は280床未満）であること。
- 地域包括医療病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を有する病院であること。
- 「A100」のうち急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院であること。
- 協対対象施設入所者入院加算（※）、入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績を有していること。

地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績	
施設後方支援の体制（※）	原則3以上の施設の協力医療機関になること ※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く
後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの緊急入院が直近3か月で15件以上 ② 在宅患者緊急入院診療加算1～3の算定回数が直近1年で合わせて12回以上 又は 協対対象施設入所者入院加算1・2の算定回数が直近1年で合わせて4回以上
救急医療の実績	救急搬送及び下り搬送からの入院が全入院患者の8%以上
入退院支援の実績	退院時共同指導料2と介護支援等連携指導料2の算定回数が直近3か月で合わせて3回以上

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 (再掲)

	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)		専任の管理栄養士 1名 + 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、 チームに係る加算 の専従者との兼務は可能	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 ハ栄養口腔連携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				入標患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上
休日リハ 実施割合	8割以上	7割以上	8割以上	7割以上	7割以上
ADL低ト割合	3%未満	5%未満	3%未満	5%未満	二(要件なし)
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)	150点	90点	110点	50点	30点

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

65



平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

その他の主な加算

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

66

入退院支援加算等の見直し①

入退院支援加算1の評価の見直し

- 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料における入退院支援加算1の評価を見直す。

現行	改定後
1 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点	1 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 (新) ロ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合 1,000点 ハ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点

患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算の新設

- 地域連携診療計画加算に係る情報提供時に患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算を新設する。

注5 注4の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に200点を所定点数に加算する。

入退院支援加算の算定対象の見直し

- 算定対象となる患者における退院困難な要因について、**家族や親族との連絡が困難であること等を追加**する。

【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】退院困難な要因 ア～イ (略) ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること(介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。) エ～ソ (略) タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合	【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】退院困難な要因 ア～イ (略) ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること 若しくは要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること又は現に認定を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと (介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。) エ～ソ (略) タ 患者の意思決定支援及び退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族及び親族との連絡が困難であること チ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合
	70

入退院支援加算等の見直し②

退院先となる介護保険施設等への誘導について

- 入退院支援を行うにあたり、保険医療機関から退院先となる介護保険施設等への誘導を行うことによって、当該介護保険施設等から金品を受取し、誘引その他の財産上の利益を受取していないことを施設基準に規定する。

(1) 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2～3も同様。
ホ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を受取していないこと。

入院中の患者に対する家族等による面会について(入院料通則・入退院支援加算)

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

第五 病院の入院基本料の施設基準等

一通則

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

第26の5 入退院支援加算

- 1 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2及び入退院支援加算3においても同様。

- (2) 第35の6(1)ホの規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。

救急搬送患者連携加算

()内は現行

	搬送時の同乗	加算対象	入院中以外	入院初日	入院2日目	入院3日目
救急患者連携搬送料1	搬送元のDr、Ns 又は救急救命士	搬送元	2400点 (1800点)	1200点 (1200点)	800点 (800点)	600点 (600点)
	それ以外		1000点	500点	350点	200点
救急患者連携搬送料2	搬送先のDr、Ns 又は救急救命士	搬送先	800点			
	それ以外		200点			

搬送元(先)のDr、Ns又は救急救命士が同乗の上搬送した際、搬送に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する

救急患者連携搬送料2 施設基準

1. 特定機能病院、救命救急センターを有している保険医療機関及び急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。
2. 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進①

身体的拘束を最小化する取組の強化

R6年改定で入院料通則に盛り込まれた

1. 原則としてすべての身体的拘束の禁止
2. 「身体的拘束を最小化する体制」の整備が不十分であれば一律40点の減算
3. 認知症ケア加算について拘束日の減算を40%から60%に
4. 看護補助体制充実加算等も身体的拘束により減算
etc

身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

施設基準身体的拘束最小化の基準

	現行	改正後
【告知】	身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(1) 身体的拘束最小化の体制に係る基準 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 身体的拘束最小化の実績等に係る基準 身体的拘束の最小化につき相当の実績を有していること又は身体的拘束の最小化について適切な取組を行っていること。
【通知】 (体制に関する基準)	7-(1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。	7-(3) 患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。また、こうした組織風土の醸成に努めること。

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

71

令和8年度診療報酬改定

入院基本料等の通則の見直し

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

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

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

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

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

〔施設基準〕

第五 病院の入院基本料の施設基準等 — 通則

- (10) **入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。**

※特定入院料の施設基準等においても同様。

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

72

身体的拘束最小化の取組の更なる推進①

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）の充実

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

現行

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

[施設基準（通知）]

・当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。

- ・身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むことが望ましい。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修

改定後

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

[施設基準（通知）]

・**患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から**、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。**また、こうした組織風土の醸成に努めること。**

- ・身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むこと。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修（**身体的拘束の代替手段**に関する内容のほか、**患者の尊厳の保持の重要性**に関する内容を含むことが望ましい。）

身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

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

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定〜）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

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



身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

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

以下のいずれかを満たすこと。

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

※精神病床においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取り扱う場合は基準を満たしているものとみなす。 4

身体的拘束最小化の取組の更なる推進③

身体的拘束の実施割合の計算方法

- 身体的拘束最小化の基準に係る実施割合の計算方法は、以下のとおり。

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

- ※1 以下の場合は身体的拘束を実施した日数に**含まない**。
- ア **センサークリップ等のみ**を使用する場合
(患者の動作により容易に外れ、自発的な運動を制限することはない状況に限る)
 - イ **処置時や移動時に**、患者等の同意を得た上で、**安全確保のために短時間固定ベルト等**を使用する場合
(使用中は**職員が介助等のために常に当該患者の側に付き添って**おり、処置や移動の**終了時に確実に解除**している場合のみ)
 - ウ 患者が訓練のために**自由に車椅子を操作することのできる状態**であって、患者等の同意を得た上で、車椅子操作による**訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルト**を使用する場合
(車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず、身体的拘束を実施した日としてカウントする)
- ※2 以下の入院料を算定した日及び精神病床（身体的拘束を精神保健福祉法に基づいて取り扱う場合に限る）は除く。
- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 「A300」救命救急入院料 | 「A302」新生児特定集中治療室管理料 |
| 「A301」特定集中治療室管理料 | 「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 |
| 「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料 | 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料 |
| 「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料 |
| 「A301-4」小児特定集中治療室管理料 | |

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

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

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算 (1日につき) 40点

[対象病棟]

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



[施設基準 (抜粋)]

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

入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の見直し

入院料ごとの役割に応じた出来高算定可能な見直し

- 入院料ごとに医療機能を適切に評価し、機能に応じた患者の入棟を円滑にする観点から、入院料に薬剤料が包括されない薬剤及び注射薬について、以下の見直しを行い、介護保険との給付調整についても同様の対応を行う。
 1. 別表第5の1の2、4及び5が適用されていた入院料（除外薬剤の種類が限られていた入院料）のうち、**回復期リハビリテーション病棟入院料や精神病棟で算定される特定入院料**等（緩和ケア病棟入院料以外）において、
 - ① 抗悪性腫瘍剤
 - ② 疼痛コントロールのための医療用麻薬
 - ③ エリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤
 を出来高算定可能な薬剤に追加し、**地域包括ケア病棟入院料等と薬剤の包括範囲を統一**する。これに伴い、除外薬剤・注射薬の別表を1つにまとめる。
 2. 血友病の患者に使用する医薬品について、**血友病類縁疾患に使用する場合も出来高算定可能**とする。
 3. 出来高算定可能な薬剤として、新たに**生物学的製剤及び 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り。**）を**追加**する。
 4. 「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡）に示された、**抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限り。）に係る取扱いについて、令和8年5月31日をもって終了**し、以降は包括対象とする。
 5. 介護保険との給付調整において医療保険で算定する薬剤の範囲について、上記1～4と同様に整理する。

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

77

入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲

青字が変更点

改定前の別表番号 (改定後は別表第5の1の2)	第5 + 第5の1の2	第5の1の2	第5の1の 3	第5の1の4又は5	特掲診療料 第16	
入院料等	療養病棟 障害者施設等の注6、 13、14 有床診療所療養病床	緩和ケア	特定入院 基本料 回リハ 特殊疾患	地域包括医療 地域包括ケア 短期滞在手術	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 精神療養病棟入院料 地域移行機能強化病棟入院料	介護老人保健施設・介護医療院等に入所中の患者、入院中の患者であって短期入所療養介護を受けている患者
抗悪性腫瘍剤	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○ ※入院中の患者であって短期入所療養介護を受けている患者を除く
疼痛コントロールのための 医療用麻薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
エリスロポエチン、ダルベオエチン、エポエチンベータベゴル、HIF-PH阻害薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
インターフェロン製剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤 (新型コロナウイルス治療薬)	○→(包括)	○→(包括)	○→(包括)	○→(包括)	○→(包括)	○→(包括)
血友病の患者に使用する医薬品	○	○	○	○	○	○
血液凝固因子障害等（血友病以外）の患者に使用する医薬品	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
生物学的製剤、JAK阻害剤 (免疫・アレルギー疾患の維持期の治療のために使用され、他剤で代替不能な場合に限り。)	(包括) →○	(包括)	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
クロザピン 持続性抗精神病注射薬剤	-	-	-	-	○	-

○：包括範囲からの除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第5等に記載されており、出来高算定されるもの **11**
日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

Mar. 2026

78

改定内容全体からのメッセージ

- インフレ対応を制度に組み込み
- 人材確保できる体制へ報酬重点化
- 病床機能の再編を診療報酬で誘導
- 在宅・地域包括へ資源移動
- DX・データ提出を標準化

『R8改定は、医療の持続性確保と2040年医療提供体制再構築を同時に進める“構造改定”である』

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

医療法人池慶会 池端幸彦先生 作成資料より 79

厚生労働省 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年度診療報酬改定内容説明動画

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

Mar. 2026

日本慢性期医療協会主催 令和8年度診療報酬改定説明会

80



Mar. 2026

81

ご清聴ありがとうございました

良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない

～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～

 日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES