

令和8年度診療報酬改定対応

回復期リハビリテーション病棟・外来向け 実務チェックリスト

速報版 Ver.0.1

回復期リハ病棟入院料・実績指数・土日祝日リハ・高次脳機能障害退院支援・生活習慣病管理料・地域包括診療・
リフィル・医療DXの確認ポイント

400ページを超える改定資料を読む前に、まず回復期リハビリテーション病棟と慢性期外来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（コメント併記版）

©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、回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関、ならびに慢性期内科外来を行う医療機関で、実務上早期に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。

本コメント併記版では、各主要項目について「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、点数・施設基準の確認だけでなく、職員の労働時間、記録負担、休日体制、身体的・心理的負担への影響も確認できるようにしています。

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、リハ担当医、外来担当医	実績指数・重症患者割合、退院支援、栄養・口腔連携、生活習慣病管理、残薬・リフィル
医事	医事課、診療報酬担当、施設基準担当	回復期リハ病棟入院料、加算・減算、実績指数、休日リハ、外来管理料、データ提出、届出管理
看護	看護部長、病棟師長、病棟看護師、外来看護師	入棟早期評価、ADL 低下予防、褥瘡、退院支援、残薬確認、患者説明
リハ栄養	PT、OT、ST、管理栄養士、NST、口腔・嚥下関係職種	土日祝日リハ提供、実績指数、リハ栄養口腔、介護保険リハ連携、退院時指導
管理	院長、事務長、看護部長、経営管理者、施設基準責任者	病棟機能、職員配置、休日体制、賃上げ・物価・DX、BCP、施設基準管理

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（職種別マーク付き）

章	項目	主に読む職種	ページ
1	1. 最重要チェックリスト	医師／医事／看護／リハ栄養／管理	4
2	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	4
3	3. 回復期リハビリテーション病棟で何が変わるか	医師／医事／看護／リハ栄養／管理	4
4	4. 回復期リハ病棟入院料・実績指数・強化体制加算	医事／管理／リハ栄養	5
5	5. 土日祝日リハビリテーション提供体制・休日リハ	医師／医事／看護／リハ栄養／管理	6
6	6. 高次脳機能障害者への退院支援	医師／看護／リハ栄養	6
7	7. リハビリテーション・栄養・口腔管理の連携	医師／看護／リハ栄養	7
8	8. 退院時リハビリテーション指導料・介護保険連携	医師／医事／看護／リハ栄養／管理	8
9	9. 回復期リハ病棟 医事課向け運用マニュアル	医事／リハ栄養／管理	8
10	10. 回復期リハ病棟 病棟・リハ部門向け運用マニュアル	医師／看護／リハ栄養	9
11	11. 外来で何が変わるか	医師／医事／管理	9
12	12. 生活習慣病管理料・糖尿病の眼科歯科連携	医師／医事／管理	9
13	13. 地域包括診療加算・残薬確認・服薬管理	医師／医事／管理	9
14	14. 長期処方・リフィル処方箋	医師／医事／管理	10
15	15. 外来データ提出加算・充実管理加算	医師／医事／管理	10
16	16. 機能強化加算・時間外対応体制加算・医療 DX	医事／管理	11
17	17. 部署別に最初に作るべき一覧表	医師／医事／看護／リハ栄養／管理	11
18	18. 活用上の注意と支援可能な内容	管理	12

以降に、まず HP 掲載用の要点整理を示し、その後に本文として詳細解説・運用マニュアルを掲載します。

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
回復期リハ病棟入院料	届出区分、点数、重症患者割合、実績指数、経過措置を確認する。
実績指数	入院料 1・3 は算出方法等の見直し、入院料 2・4 は新たに要件導入。月次で試算する。
休日リハ・土日祝日リハ	入院料 1～4 は土日祝日を含む提供体制と平均提供単位数の確認が重要。
高次脳機能障害	支援センター・障害福祉サービス事業所等の情報把握、退院時説明、情報提供を台帳化する。
リハ・栄養・口腔	入棟早期評価、栄養、口腔、褥瘡、ADL 低下を病棟運用として確認する。
退院時リハ指導	対象患者が、入院中に疾患別リハ等を算定した患者に限定される点を確認する。
生活習慣病管理料	高血圧・糖尿病・脂質異常症の算定患者、検査、療養計画書、説明記録を確認する。
地域包括診療	対象患者、残薬確認、電子処方箋等の服薬管理、認知症地域包括診療加算統合を確認する。
長期処方・リフィル	対応可能であることの周知、処方箋様式説明、医師の個別判断の運用を確認する。
医療 DX・BCP	電子処方箋、オンライン資格確認、電子カルテ共有サービス、サイバー、BCP を管理項目化する。

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・栄養・外来・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。

- 回復期リハ病棟入院料の届出区分、点数、重症患者割合、実績指数を一覧化する。
- 入院料 2・4 の実績指数要件、令和 8 年 9 月 30 日までの経過措置の対象を確認する。
- 土曜日・休日を含めたリハ提供体制と、休日 1 日当たり平均提供単位数を試算する。
- 高次脳機能障害者支援センター、指定障害福祉サービス事業所等の地域資源リストを作る。
- 退院時リハビリテーション指導料の対象患者確認フローを作る。
- 生活習慣病管理料算定患者リストと糖尿病眼科・歯科連携リストを作る。
- 地域包括診療加算等で残薬確認・他院処方把握・電子処方箋活用の記録欄を整備する。
- 長期処方・リフィル処方箋への対応可能性の掲示・患者説明文を確認する。
- 外来データ提出加算、充実管理加算を狙うかどうかを医事・管理で判断する。

医療経営士コメント

労働衛生コメント

本資料は、改定項目を単に読むためではなく、6月までにどの一覧表を作り、どの部署が確認するかを決めるための入口資料です。まずは全体を網羅するより、回復期リハ病棟入院料・実績指数・休日体制・外来運用の確認表を作ることが重要です。	改定対応は、医事・リハ・看護・外来・管理部門の追加業務になりやすい作業です。最初から完璧を目指すより、担当者、更新頻度、記録様式を決め、残業や休日勤務が増えすぎない形で進めることが重要です。
--	---

3. 回復期リハビリテーション病棟で何がかわるか【医師／医事／看護／リハ栄養／管理】

回復期リハビリテーション病棟では、単純な点数引上げだけでなく、実績指数、土日祝日のリハ提供体制、高次脳機能障害者への退院支援、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的な取組が重要になります。

論点	変更・確認ポイント	実務対応
入院料評価	物件費高騰・賃上げ対応として入院料が見直される。	届出区分別の点数と経過措置を確認する。
実績指数	入院料1・3は算出方法等を見直し、入院料2・4にも実績指数要件が導入される。	月次で実績指数を試算し、FIM入力・除外患者・退院先を確認する。
強化体制加算	特に質の高い取組を行う場合の新たな評価。	実績指数48以上等の要件を満たせるか確認する。
土日祝日リハ	入院料1～4で土曜日・休日も含めた提供体制が強化される。	休日提供単位数、療法士勤務体制、他病棟との配分を確認する。
高次脳機能障害	地域資源の把握、退院時説明、必要時の情報提供が要件化。	支援センター・障害福祉サービス事業所のリストを作る。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
回復期リハ病棟は、単位数だけでなく実績指数、休日提供体制、退院支援、栄養・口腔管理を含めた病棟機能として評価される方向です。施設基準・収益面だけでなく、病棟全体の運用設計を見直す契機になります。	実績指数や休日提供体制の強化は、リハ職、看護、医事、管理者の連携負担を増やします。改定対応を現場任せにせず、勤務表、カンファレンス、記録様式を整理し、残業や休日勤務負担が増えすぎないように確認する必要があります。

4. 回復期リハ病棟入院料・実績指数・強化体制加算【医事／管理／リハ栄養】

回復期リハビリテーション病棟入院料では、点数の見直しとともに、実績指数の位置づけが強まります。特に、これまで実績指数の要件がなかった区分にも要件が入るため、医事課とリハ部門が同じ数字を見ることが重要です。

区分	改定後点数（生活療養を受け る場合）	主な配置・実績の見方

入院料 1	2,346 点 (2,326 点)	看護 13 対 1、看護師 7 割、専従 PT3 名・OT2 名・ST1 名、実績指数 42 以上等。
入院料 2	2,274 点 (2,253 点)	入院料 1 に準じるが、実績指数 37 以上等が新たに重要。
入院料 3	2,062 点 (2,041 点)	看護 15 対 1、看護師 4 割、専従 PT2 名・OT1 名、実績指数 32 以上等。
入院料 4	2,000 点 (1,980 点)	入院料 3 に準じるが、実績指数 32 以上等が新たに重要。
入院料 5	1,794 点 (1,774 点)	算定開始から一定期間超過時の 80%算定、管理料・休日リハ加算との関係を確認。

実務上の注意

入院料 2・4 については、令和 8 年 9 月 30 日までリハビリテーション実績指数に係る施設基準を満たすものとみなす経過措置が示されています。経過措置中に、FIM 入力、退院時評価、除外患者、在棟日数、実績指数の月次試算を整える必要があります。

医事・リハ部門で作るべき実績指数確認表

確認項目	確認内容	主担当
入棟時 FIM	評価日、評価者、入力漏れの有無	リハ／看護
退棟時 FIM	退棟前評価、急変・転院・死亡等の扱い	リハ／医事
対象患者	実績指数の算出対象・除外対象	医事
在棟日数	入棟日、退棟日、転棟日	医事
重症患者割合	該当範囲変更後の重症患者割合	医事／リハ
月次試算	病棟単位で月次確認	医事／管理

医療経営士コメント	労働衛生コメント
入院料区分や実績指数は、回復期リハ病棟の収益と機能評価に直結します。特に入院料 2・4 で新たに実績指数要件が重要になるため、FIM、退院時評価、除外患者、在棟日数を月次で確認する仕組みが必要です。	実績指数の管理は、リハ職・看護師・医事課の入力負担を増やしやすい領域です。FIM 評価や退院時評価を個人の記憶に頼ると負担とミスが増えるため、評価日・担当者・確認者を標準化することが重要です。

5. 土日祝日リハビリテーション提供体制・休日リハ【医師／医事／看護／リハ栄養／管理】

回復期リハ病棟では、休日にリハビリを実施しているだけでなく、曜日による提供単位数の差が大きくなりすぎない体制が求められます。資料では、入院料 1・2、また入院料 3・4 について、土曜日・休日を含め全ての日にリハビリテーションを提供で

きる体制を備え、土曜日・休日の 1 日当たりリハ提供単位数も平均 3 単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がない体制とする方向が示されています。

論点	確認すること
休日提供体制	土日祝日に実際にリハを提供できる職員配置か。
平均提供単位数	休日 1 日当たり平均 3 単位以上等を満たせるか。
他病棟との配分	一般病棟・療養病棟・外来リハとの療法士配分を確認する。
休日リハ加算	入院料 3・4 は対象から外れ、対象範囲は入院料 5 および回復期リハビリテーション入院医療管理料へ整理される。

休日リハ提供体制チェック

- 土日祝日の療法士勤務表を確認する
- 休日 1 日当たりの提供単位数を月次で算出する
- 休日に提供できない患者の理由を整理する
- 病棟別・疾患別の偏りを確認する
- 休日リハビリテーション提供体制加算の対象区分を再確認する

医療経営士コメント	労働衛生コメント
土日祝日リハ提供体制は、回復期リハ病棟の病棟機能を示す重要な指標になります。一方で、休日リハを増やすには、療法士配置、病棟別配分、外来・他病棟とのバランスを経営判断として確認する必要があります。	休日リハの強化は、療法士の休日勤務、代休取得、家庭生活との両立、疲労蓄積に直結します。提供単位数だけを追うと職員負担が増えるため、勤務間インターバル、代休、曜日別業務量を同時に点検する必要があります。

6. 高次脳機能障害者への退院支援【医師／看護／リハ栄養】

回復期リハ病棟では、高次脳機能障害者への退院支援が明確化されます。高次脳機能障害者支援センター、指定障害福祉サービス事業所等の情報をあらかじめ把握し、退院時に患者・家族へ説明し、必要に応じて利用予定の機関へ患者情報を提供することが要件となります。

作るもの	最低限入れる項目
地域資源リスト	名称、所在地、連絡先、提供サービス、対象者、紹介方法、担当窓口。
退院時説明記録	説明日、説明者、説明相手、説明した資源、患者・家族の意向。
情報提供記録	提供先、提供日、提供内容、同意確認、返信・連携結果。
対象患者一覧	高次脳機能障害の有無、評価内容、退院先、連携先候補。

医師・リハ・MSW への要点

高次脳機能障害は、退院後の生活・就労・障害福祉サービスに直結します。回復期リハ病棟内で訓練が終了しても、退院先で支援が途切れると生活機能が崩れます。地域資源の把握と説明記録を、退院直前ではなく早期から準備することが重要です。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
高次脳機能障害者への退院支援は、回復期リハ病棟の退院支援機能を示す項目です。支援センターや障害福祉サービス事業所の情報を整理し、退院後の生活支援につなげることで、病棟の地域連携力を示せます。	高次脳機能障害の退院支援は、リハ職・看護師・MSW に調整負担が集中しやすい領域です。退院直前に慌てて対応するのではなく、入棟早期から対象者を拾い、情報提供様式を標準化して負担を分散する必要があります。

7. リハビリテーション・栄養・口腔管理の連携【医師／看護／リハ栄養】

今回の改定全体では、高齢者の生活を支えるケアとして、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理を一体的に進める方向が強く示されています。回復期リハ病棟でも、単にリハ単位数を確保するだけでなく、栄養量、口腔状態、嚥下、褥瘡、ADL低下を一体で管理する視点が必要です。

項目	確認すること	記録・台帳
入棟早期評価	入棟後早期にリハ、栄養、口腔、嚥下、褥瘡リスクを評価する。	入棟時総合評価表
栄養管理	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る。	栄養計画、摂取量、体重推移
口腔管理	口腔状態の課題がある場合、歯科受診・口腔ケアにつなげる。	口腔評価、歯科連携記録
褥瘡	院内発生褥瘡割合を管理し、栄養・ポジショニング・離床と連動させる。	褥瘡台帳
ADL低下	入棟後のADL低下を早期に拾い、多職種で原因を検討する。	FIM 推移、カンファ記録

医療経営士コメント	労働衛生コメント
リハ・栄養・口腔の一体管理は、単位数中心のリハから、生活機能を支える病棟運営への転換を示します。栄養状態、口腔状態、褥瘡、ADL低下を横断的に管理できる病棟は、退院支援とアウトカムの面でも評価されやすくなります。	多職種連携は重要ですが、会議や記録が増えるだけでは現場負担になります。管理栄養士、ST、看護師、リハ職に業務が偏らないよう、共通評価表と短時間カンファレンスを使い、連携を省力化する設計が必要です。

8. 退院時リハビリテーション指導料・介護保険連携【医師／医事／看護／リハ栄養／管理】

退院時リハビリテーション指導料は、対象患者について、当該保険医療機関での入院中に疾患別リハビリテーション料等を算定した患者に限定する整理が示されています。回復期リハ病棟では、多くの患者が該当しますが、医事処理では対象要件を確認できるようにしておく必要があります。

確認項目	内容
入院中算定の確認	疾患別リハビリテーション料等を入院中に算定しているか。
指導内容	退院後の自主訓練、ADL上の注意、住宅環境、転倒予防、介助方法を記録する。
介護保険連携	退院後に訪問リハ、通所リハ、訪問看護、ケアマネ連携が必要か確認する。
説明記録	説明日、説明者、説明相手、資料交付、患者・家族の理解を残す。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
退院時リハ指導と介護保険連携は、入院中のリハを退院後の生活へつなげる評価です。対象患者の要件確認、説明記録、ケアマネ連携を標準化することで、算定漏れと退院後トラブルを減らせます。	退院時指導は、リハ職だけに任せると書類・説明・調整負担が集中します。看護、MSW、医師、リハ職の役割分担を決め、説明内容をテンプレート化することで、直接訓練時間を圧迫しない運用にする必要があります。

9. 回復期リハ病棟 医事課向け運用マニュアル【医事／リハ栄養／管理】

医事課の役割は、リハ内容の医学的妥当性を判断することではなく、算定区分、施設基準、届出、実績指数、加算・減算、記録の有無を確認することです。

毎月確認するもの

- 回復期リハ病棟入院料の届出区分と点数
- 実績指数、重症患者割合、対象・除外患者
- 土日祝日のリハ提供単位数
- 休日リハビリテーション提供体制加算の対象区分
- 高次脳機能障害者退院支援の対象患者と記録
- 退院時リハビリテーション指導料の対象患者
- リハ・栄養・口腔に関する加算・届出要件
- 経過措置の期限と正式通知・疑義解釈

医事課が迷ったときの確認先

迷う内容	確認先
------	-----

FIM入力・退棟時評価	リハ部門、病棟看護師
重症患者該当性	主治医、リハ医、リハ部門
休日単位数の集計	リハ部門、勤務表担当
高次脳機能障害の退院支援	主治医、リハ、MSW、退院支援部門
介護保険リハ連携	MSW、ケアマネ、リハ部門

医療経営士コメント	労働衛生コメント
医事課は、リハ内容そのものではなく、施設基準、届出区分、実績指数、加算・減算、経過措置を管理する役割です。リハ部門と同じ数字を見ることで、算定リスクと届出漏れを減らせます。	医事課に確認業務が集中すると、月末月初の残業や心理的負担が増えます。医事が単独で判断するのではなく、リハ・病棟・管理部門と確認表を共有し、確認作業を分散することが重要です。

10. 回復期リハ病棟 病棟・リハ部門向け運用マニュアル【医師／看護／リハ栄養】

病棟・リハ部門では、算定要件のためだけでなく、患者の生活機能を回復させる病棟運用として、入棟早期評価、休日提供体制、FIM評価、栄養・口腔、退院後支援を同時に回すことが重要です。

病棟・リハ部門で作る運用

- 入棟時に FIM、栄養、嚥下、口腔、褥瘡リスクを確認する
- 3日以内のリハ開始状況を確認する
- 土日祝日の提供単位数を週単位で確認する
- 退院後の介護保険サービス・障害福祉サービスを早期に想定する
- 高次脳機能障害患者では地域資源説明と情報提供を準備する
- 退院時リハ指導の内容を標準化する

現場向けの言い方

回復期リハ病棟では「単位数を積む」だけでは不十分です。入棟早期から、ADL、栄養、口腔、嚥下、褥瘡、退院先、介護保険・障害福祉サービスを一体を見て、退院後の生活につなげる病棟運用が求められます。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
病棟・リハ部門では、入棟早期評価、FIM、栄養・口腔、休日リハ、退院支援を一体化することが重要です。単位数確保だけでなく、退院後の生活機能を支える病棟運営が評価されます。	病棟・リハ部門では、評価・訓練・記録・家族説明が重なりやすく、職員の疲労が蓄積します。入棟時評価の担当分、カンファレンス時間、休日勤務の偏りを確認し、負担が特定職種に集中しないようにします。

11. 外来で何がかわるか【医師／医事／管理】

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、生活習慣病管理、地域包括診療、残薬確認、長期処方・リフィル、医療 DX、外来データ提出の運用確認が中心です。

論点	実務上の見方
生活習慣病管理料	高血圧、糖尿病、脂質異常症の継続管理を計画・検査・説明記録で支える。
糖尿病連携	糖尿病患者の眼科・歯科連携対象を拾う。
地域包括診療	慢性疾患複数、認知症、要介護・要支援患者の対象整理を行う。
残薬確認	診療時に患家の残薬を確認し、服薬管理に反映する。
長期処方・リフィル	対応可能であることを周知し、実施は医師が個別判断する。
外来データ提出	データ提出・充実管理加算を狙うかどうかを判断する。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
慢性期外来では、大きな体制変更より、生活習慣病管理、残薬確認、長期処方・リフィル、医療 DX の運用整理が中心です。外来収益だけでなく、通院負担軽減と継続管理の質をどう両立させるかが経営課題になります。	外来改定は医師・医事・外来看護の小さな確認作業を増やしやすい領域です。残薬確認やリフィル説明を診察室内だけで抱え込まず、受付、看護、薬局連携を含めて、短時間で確認できる流れを作ることが必要です。

12. 生活習慣病管理料・糖尿病の眼科歯科連携【医師／医事／管理】

生活習慣病管理料は、単に「いつもの薬を出す」外来ではなく、計画的な慢性疾患管理を記録する方向です。糖尿病では眼科・歯科との連携も評価対象となるため、医事・外来看護・医師が対象患者を拾える運用が必要です。

項目	確認すること
算定患者一覧	高血圧、糖尿病、脂質異常症で生活習慣病管理料を算定している患者を一覧化する。
検査頻度	生活習慣病管理料 I では、少なくとも 6 か月に 1 回以上の血液検査等を確認する。
療養計画書	署名不要化後も、作成・説明・説明記録は残す。
糖尿病眼科連携	眼底評価・眼科受診勧奨・紹介の有無を確認する。
糖尿病歯科連携	歯周病予防・診断・治療目的の歯科受診勧奨を記録する。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
生活習慣病管理料は、計画的な慢性疾患管理を外來機能として評価する項目です。糖尿病の眼科・歯科連携は、紹介・受診勧奨の記録が重要であり、対象患者リストを作ることによって算定漏れと管理漏れを減らせます。	療養計画書、検査頻度、眼科・歯科連携の確認が増えると、外来看護・医事の確認作業が増えます。チェック欄や定型文を用意し、診察のたびにゼロから確認しない仕組みを作ることが労働負担軽減につながります。

13. 地域包括診療加算・残薬確認・服薬管理【医師／医事／管理】

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、認知症地域包括診療加算等の統合、残薬確認・服薬管理の強化が重要です。高齢の慢性疾患患者では、他院処方や飲み残し、重複投薬を把握するための仕組みが必要です。

項目	実務対応
対象患者	高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病、認知症、要介護・要支援を確認する。
認知症統合	認知症地域包括診療加算・診療料の統合後の対象整理を確認する。
残薬確認	残薬あり/なし、飲み忘れ、他院処方、お薬手帳、電子処方箋情報を記録する。
服薬管理	減薬、処方日数調整、薬局連携、家族・施設職員からの情報確認を行う。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
地域包括診療加算は、高齢慢性疾患患者を包括的に管理する外来機能の評価です。残薬、他院処方、電子処方箋情報を活用できれば、重複投薬や不要処方を減らし、医療の質と経営効率の両方に寄与します。	残薬確認は重要ですが、外来スタッフにとっては聞き取り・記録・調整の負担になります。患者・家族・薬局から情報を得る流れを決め、電子処方箋やお薬手帳確認を標準化することで、スタッフの確認負担を軽減できます。

14. 長期処方・リフィル処方箋【医師／医事／管理】

長期処方・リフィル処方箋については、「必ず出す」ではなく、患者の状態に応じて医師が個別に判断するものです。一方で、対応可能であることの周知や、処方箋様式上の説明追加など、患者認知度を高める方向が示されています。

確認項目	内容
院内掲示	長期処方・リフィル処方箋に対応可能であることを、患者に分かる形で掲示する。
医師判断	病状安定、服薬状況、残薬、受診間隔、急変リスクを踏まえて判断する。
対象外の整理	認知機能低下、服薬不安定、検査間隔が必要な患者では慎重に扱う。
患者説明	リフィル処方箋は症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋であることを説明する。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
長期処方・リフィルは、安定患者の通院負担を減らし、外来混雑を緩和する可能性があります。一方で、対象患者の見極め、残薬、検査間隔、急変リスクを踏まえた医師判断が必要です。	リフィル対応を始めると、患者説明、問い合わせ対応、薬局連携が増える可能性があります。説明文や院内掲示を整え、医師と医事が同じ基準で対応できるようにすることで、窓口負担を減らせます。

15. 外来データ提出加算・充実管理加算【医師／医事／管理】

生活習慣病管理では、データ提出による評価が強まります。外来データ提出加算、充実管理加算を取得するには、日常外来の記録・検査・データ管理が必要です。小規模病院・診療所では、まず取得するかどうかを経営判断として分けるのが現実的です。

項目	確認すること
外来データ提出加算	請求状況、治療管理状況等のデータを継続して提出できる体制があるか。
充実管理加算 1	生活習慣病管理の実績値が上位 20%相当となるか。
充実管理加算 2	生活習慣病管理の実績値が上位 50%相当となるか。
充実管理加算 3	最低限のデータ提出・管理体制を確認する。
実務判断	算定メリットとデータ提出負担を医事・管理で比較する。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
外来データ提出は、今後の外来評価の基盤になります。ただし、小規模医療機関では、加算収益とデータ提出・管理負担を比較し、取得するかどうかを経営判断として分けることが重要です。	データ提出は、医事・外来・医師の入力確認負担を増やす可能性があります。提出のためだけの二重入力を避け、電子カルテや既存データから自然に集計できる形にしないと、職員の時間外労働につながります。

16. 機能強化加算・時間外対応体制加算・医療 DX【医事／管理】

外来の管理項目として、機能強化加算、時間外対応体制加算、医療 DX、オンライン診療、BCP が関係します。回復期リハ病棟や慢性期外来を持つ病院では、医事だけでなく事務長・管理者が確認する必要があります。

項目	確認すること
機能強化加算	外来医師過多区域への対応、BCP 策定、外来・在宅データ提出加算の届出が望ましい要件などを確認する。
時間外対応体制加算	診療所では名称変更と点数引上げ。病院外来では直接関係しにくいですが、関連施設では確認する。
医療 DX	医療 DX 推進体制整備加算・医療情報取得加算の廃止、新たな評価への移行を確認する。
電子処方箋	電子処方箋、処方情報登録、電子処方箋対応医療機関の掲示を確認する。
オンライン診療	情報通信機器を用いた診療の施設基準、D to P with N、遠隔連携診療料の見直しを確認する。
BCP	災害対応のための BCP を策定し、定期的に見直す。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
医療 DX、電子処方箋、BCP、オンライン診療は、施設基準や将来の外来機能に関わる管理項目です。導入するだけでなく、紙運用との重複を減らし、診療・請求・情報共有を効率化できるかを見る必要があります。	DX は省力化の可能性があります。導入初期は画面操作、エラー対応、二重入力、問い合わせ対応で負担が増えます。高齢職員・非常勤職員に

	も使える手順書と練習時間を用意し、ICT ストレスを減らすことが重要です。
--	---------------------------------------

17. 部署別に最初に作るべき一覧表【医師／医事／看護／リハ栄養／管理】

一覧表	主担当	最低限の項目
回復期リハ病棟入院料確認表	医事／管理	届出区分、点数、重症患者割合、実績指数、経過措置、担当者。
FIM・実績指数管理表	リハ／医事	入棟時 FIM、退棟時 FIM、対象患者、除外患者、在棟日数、月次試算。
休日リハ提供単位数表	リハ／管理	土日祝日の療法士配置、提供単位数、平均単位数、患者別提供状況。
高次脳機能障害退院支援台帳	リハ／MSW／医師	患者 ID、評価、退院先、支援センター、障害福祉サービス、説明日、情報提供日。
生活習慣病管理料算定患者一覧	医事／外来	疾患名、算定料、最終採血、療養計画書、説明記録、眼科・歯科連携。
残薬・リフィル確認表	外来／医事	残薬、他院処方、お薬手帳、電子処方箋、長期処方・リフィル判断。
外来データ提出・DX 確認表	管理／医事	外来データ提出、充実管理加算、電子処方箋、医療 DX、BCP、サイバー。

医療経営士コメント	労働衛生コメント
一覧表は、部署間の共通言語になります。入院料、FIM、休日単位数、退院支援、生活習慣病、DX をそれぞれ台帳化することで、算定漏れ・届出漏れ・確認漏れを防ぎやすくなります。	一覧表を作ることで自体が目的になると、入力作業だけが増えます。最低限の項目に絞り、同じ情報を何度も入力しないこと、担当者と更新頻度を決めることが、職員負担を抑える鍵です。

18. 活用上の注意と支援可能な内容【管理】

本資料は、回復期リハビリテーション病棟および慢性期外来における令和 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、栄養部門、外来、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。本コメント併記版では、各項目について医療経営士の視点と労働衛生コンサルタントの視点を分けて示し、点数確認だけでなく、院内で無理なく回る運用設計へつなげることを目的としています。

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。必要に応じて、医事担当者、顧問税理士、社会保険労務士、関係専門職等とも連携してください。

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。

索引（主要キーワード）

用語	ページ
回復期リハビリテーション病棟入院料	4-5, 8, 11
実績指数	4-5, 8, 11
重症患者割合	4-5, 8, 11
回復期リハビリテーション強化体制加算	5
休日リハビリテーション提供体制加算	6, 8
高次脳機能障害	4, 6, 8
高次脳機能障害者支援センター	4, 6
指定障害福祉サービス事業所	4, 6
リハビリテーション・栄養・口腔連携	4, 7-8
退院時リハビリテーション指導料	8
介護保険リハ	8-9
リハ計画書	7-8
生活習慣病管理料	4, 9
糖尿病	4, 9
眼科連携	4, 9
歯科連携	4, 9
外来データ提出加算	4, 10-11
充実管理加算	4, 10-11
地域包括診療加算	4, 9
認知症地域包括診療加算	9
残薬確認	4, 9
電子処方箋	4, 9, 11
長期処方	4, 10
リフィル処方箋	4, 10
機能強化加算	11
時間外対応体制加算	11
医療 DX	4, 11
オンライン診療	11
BCP	4, 11