

補完代替リハビリテーションは
リハビリテーション療法士が
実施可能な業務であることについて

TABLE OF CONTENTS

01 業務の整理
専従リハビリテーション療法士の業務の整理

02 業務内容

- ・ 疾患別リハビリテーション専従療法士の業務
- ・ 病棟専従リハビリテーション療法士の業務
- ・ リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）
加算の専従リハビリテーション療法士の業務

03 短時間リハビリテーション
短時間（1単位未満）リハビリテーションについて

04 まとめ

01 専従リハビリテーション療法士の業務の整理

急
一般

地
メディ

地
ケア

回
リハ

各病棟入院料における専従療法士の配置と業務内容の規定について

診調組 入-1
7.6.26改

- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の施設基準においては、専従常勤の療法士数が規定されており、かつ疾患別リハビリテーションを担当する専従者と兼務はできないとされている。
- しかし、専従の療法士が病棟において疾患別リハビリテーションと別に行う業務については、地域包括医療病棟以外では明記されていない。

	急性期一般入院料 1 【リハ・栄養・口腔連携特加算】	地域包括医療病棟入院料 【リハ・栄養・口腔連携加算】	地ケア病棟入院料 1	回復期リハ病棟入院料 1	療養病棟入院料 1
PTの病棟配置	-	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤3名以上	-
OTの病棟配置	【専従常勤のPT/OT/STが2名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが1名以上かつ専任常勤のPT/OT/STが1名以上】	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤2名以上	-
STの病棟配置	【専従常勤のPT/OT/STが1名以上】	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤1名以上	-
疾患別リハと病棟配置の兼務	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1】	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	疾患別リハを担当する専従者との兼務はできない	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	-
病棟配置の療法士による業務内容の規定	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】 【専従の療法士等は9単位を超える疾患別リハの算定は不可】	全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う 専従の療法士は、6単位を超える疾患別リハの算定は不可	-	-	-
休日リハ	【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	週7日間提供できる体制を有していること 【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	-	週7日間提供できる体制を有していること	-
疾患別リハ届出の要否	-	脳血管、運動器	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	-
疾患別リハの算定方法	出来高	出来高	包括 (必要者に平均2単位以上)	出来高	出来高 (2単位を超えるリハは包括※2)
疾患別リハの配置要件	(例) 脳血管疾患等リハ料 (I) : 専従常勤のPT 5名以上、専従常勤のOT 3名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従常勤のST 1名以上 (他の疾患別リハビリテーション料における常勤療法士との兼任は可能)				
(疾患別リハの療法士の業務規定)	1日18単位標準・24単位上限、週108単位まで				

※1 疾患別リハビリテーションの施設基準に基づく。

※2 特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。

01 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

引用改変



■ 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

- ◆ 疾患別・がん患者のリハビリテーション治療: スケジュールと提供量(20分1単位)が管理されている。
- ◆ 補完代替のリハビリテーション治療: 包括算定を活かし, 時間・単位・場所に縛られない。

● POC (Point of Care) ※リハビリテーション治療

- ① OT-POCリハビリテーション治療: 個別のADL訓練
- ② PT-POCリハビリテーション治療: 個別の廃用・褥瘡予防と機能回復訓練
- ・患者の傍らで, 個別に短時間(20分未満/回), 状況に応じて「しているADL」を訓練する。

● 集団でのリハビリテーション治療

● 院内デイケア・デイサービス

● 自主練習指導

● 運動療法指導

■ 以下の出来高算定リハビリテーションは含まない

- 摂食機能療法
- 自院DPC病棟から転室・転棟して, DPCを算定している患者
転室: 入院期間Ⅲまで
転棟: 入院期間Ⅱまで(2020年度から)

■ 補完代替リハビリテーション治療の注意点

- ・主治医が包括的指示として処方
- ・療法士が実施 実施時間の
- ・リハビリテーション治療の記録(分単位)の記載が必要
- ・療法士の勤務時間として計算
- ・疾患別・がん患者リハビリテーション治療と同時実施は不可
- ・1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない。

※POC(Point of Care): 「療養中の患者の傍ら」を表す。

補完代替リハビリテーション治療は、
■ 地域包括ケア推進病棟協会が独自に提唱してきたリハビリテーション治療である。
■ 2026年度診療報酬改定において、出来高算定できず既定の単位数にも含めないが、理学療法士等が実施可能な業務の一部であることが明確化された。

01 補完代替リハビリテーション

2026年度診療報酬改定

補完代替リハビリテーションは、理学療法士等が実施可能な業務の一部であることが明確化された -1

- 疾患別リハビリテーション料に規定されたその他リハビリテーション
- 病棟における疾患別リハビリテーションや特掲診療料の算定に係る業務以外のADL維持・向上、自立を目的とした評価・指導
- リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）加算における疾患別リハビリテーションや特掲診療料の算定に係る業務以外の評価・指導
- **補完代替リハビリテーションの業務は、以上のそれぞれの専従理学療法士等が実施可能な業務の一部であることを、当局に確認済**

第40 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)に関する施設基準

(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。
エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。
これらの専従の従事者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務(専任として配置が求められる者を含む。)並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。
また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。
ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。

引用改定: 2026.03.05 特掲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

地域 ケア	A308-3 地域包括ケア病棟入院料	地域 メディ	A304 地域包括医療病棟入院料	回復 リハ	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
(4) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該病棟の患者に対し、ADLの維持及び向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。	(7) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対してADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。	(5) 当該入院料を算定する全ての患者に対して、病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。 (6) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下この項において「専従の療法士等」という。)は、当該入院料を算定する全ての患者に対して、(5)に規定する業務が行われていることに留意しつつ、主として当該病棟の患者に対して、医科点数表第2章第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供並びにADLの向上及び自立等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等及び第3部第3節生体検査料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務に従事することは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。			

引用改定: 2026.03.05 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(通知)別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

病棟専従の療法士の介入事例

○ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じたワンポイントのADL動作の指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

ADL維持向上を目的とした指導
これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった

Activityの提案
ポジショニング
離床での体重測定
疾患別リハへの介入(後輩指導、人材育成)

活動促進のための環境調整(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)
入浴方法の検討・指導
自主練習の個別指導

患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

■ 同連携(体制)加算の専従療法士が算定できる、疾患別リハや特掲診療料に係る業務以外の、左記ADL維持・向上、自立等を目的とした評価・指導は、その他リハビリテーションや補完代替リハビリテーションの業務と概ね同様である。

20251001 中医協【診調組とりまとめ 資料編③】

02 疾患別リハビリテーション専従療法士の業務

令和8年度診療報酬改定 I-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化⑤

急
一般

地
メデイ

地
ケア

回
リハ

疾患別リハビリテーション料の療法士による指導等の更なる推進

疾患別リハビリテーション料における専従療法士が実施可能な業務の明確化

- ▶ 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士について、疾患別リハビリテーション以外に従事することのできる業務を明確化する。

【疾患別リハビリテーション料】

[施設基準]

<疾患別リハビリテーション料の専従者が従事できる業務>

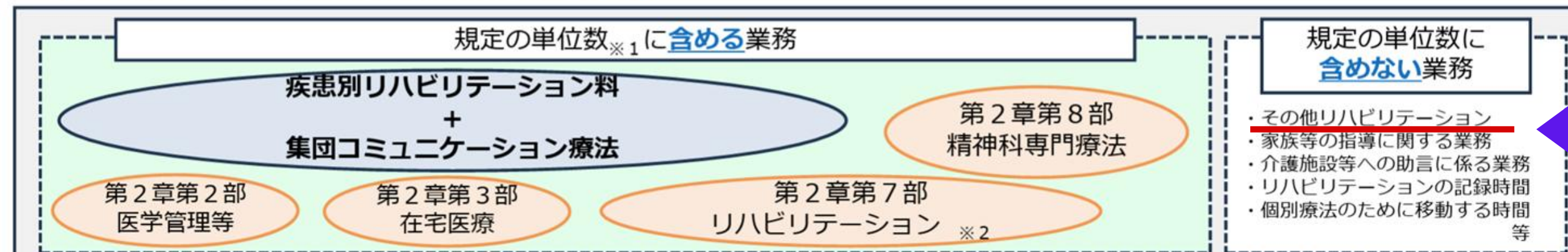
- ・ 第2章第1部医学管理
- ・ 第2部在宅医療
- ・ 第7部リハビリテーション
- ・ 第8部精神科専門療法
- ・ その他リハビリテーション、患者・家族等の指導に係る業務
- ・ 介護施設等への助言業務

(疾患別リハビリテーションに専従の職員であっても、担当している患者の退院時指導等、職務に照らして必要なその他の業務に積極的に関わることが可能であることを明確化)

<疾患別リハビリテーション料の専従者と他の専従者との兼任>

- 兼任可能
第7部リハビリテーション第1節各区分*の専従の理学療法士等
*ただし、心大血管疾患リハビリテーション料については、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合のみ可
- 兼任不可能
第1章第2部入院料等（入院料や入院基本料等加算）の専従の理学療法士等（専任は兼任可。）

- ▶ 従事することのできる業務の拡大に伴って、単純な労働時間の増加に繋がらないよう、専従の従事者1人の1日当たりの実施単位数の算出にあたっては、当該従事者が疾患別リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に従事した場合、従事した時間を全て合算して20分以上であれば、20分につき1単位とみなし、当該実施単位数に含めることとする。



※1 1日当たり18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位まで、1日当たりの実施単位数として24単位までが上限。

※2 「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料に係る計画書の作成及び説明時間は除く。

補完代替リハは、既定の単位数に含めない業務のその他リハに含まれる。

02 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。

これらの専従の従事者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。

また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。

ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。

補完代替リハビリテーションは、その他リハビリテーションに含まれるため、疾患別リハビリテーションの専従者は補完代替リハビリテーションを提供可能となった

02 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。

これらの専従の従事者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。

また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。

ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。

規定の単位数に

含める業務 : 特掲診療料の点数に係る業務

含めない業務 : その他リハビリテーションを含む点数に係らない業務

02 第7部 リハビリテーション <通則>

5 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。ただし、リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等、患者に対して直接訓練を実施しなかった時間は、当該訓練時間には含まれない。

5の2 疾患別リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。当該実施単位数は、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。ただし、1日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。なお、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを集団療法により実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

5の3 疾患別リハビリテーションを担当する専従の従事者の実施単位数については、特掲診療料施設基準通知の別添1の第38の1の（2）、第40の1の（2）、第40の2の1の（2）、第41の1の（2）、第42の1の（2）及び第44の1の（2）のそれぞれに規定する業務のうち、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に実際に従事した時間を合算した時間が、20分以上の場合は20分を1単位とみなした上で、5の2に規定する実施単位数に加えて計算する。

赤字は既定の単位数に含める・含めない業務の主な根拠

02 病棟専従リハビリテーション療法士の業務

令和8年度診療報酬改定 I-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化⑤

病棟（入院料）において配置される療法士の業務の明確化

入院料において配置される療法士の業務範囲や兼任規定の明確化

- ▶ 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に規定する専従の療法士等について、当該病棟の患者に対して必要がある場合、その他の区分番号に掲げる業務（退院時リハビリテーション指導料等）に従事できることを追記する。また、生活動作の指導等において必要な場合等を考慮し、病棟の患者に対して、屋外など、病棟外で業務にあたることも可能であることを明確化する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】

〔算定要件〕

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき6単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。

改定後

【地域包括医療病棟入院料】

〔算定要件〕

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対してADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

- ▶ 療法士の配置が要件となっている入院料を算定する病棟内に、療法士の配置が要件となっている入院医療管理料を算定する病室がある場合、両者の専従の療法士は兼任可能であることを明確化する。

補完代替リハは、疾患別リハや特掲診療料の算定に係る業務以外のADLの維持、向上等を目的とした評価・指導に含まれる。

同評価・指導を実施するために疾患別リハの算定を制限

急
一般

地
メディ

地
ケア

回
リハ

02 入院基本料

地
ケア

A308-3

地域包括ケア病棟入院料

(4) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、**当該病棟の患者に対し、ADLの維持及び向上等を目的とした評価・指導を行うこと**。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。なお、**当該病棟の患者に対する指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能**である。

地
メディ

A304

地域包括医療病棟入院料

(7) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、**疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと**。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対して**ADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする**。なお、**当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能**である。

回
リハ

A308

回復期リハビリテーション
病棟入院料

(5) 当該入院料を算定する**全ての患者に対して、病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする**。
(6) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の療法士等」という。）は、**当該入院料を算定する全ての患者に対して、（5）に規定する業務が行われていることに留意しつつ、主として当該病棟の患者に対して、医科点数表第2章第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供並びにADLの向上及び自立等を目的とした評価・指導を行うこと**。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等及び第3部第3節生体検査料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務に従事することは差し支えない。なお、**当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能**である。

02 病棟専従療法士の業務

病棟種別		地域包括 ケア病棟	地域包括 医療病棟	回復期 リハビリテーション病棟
評価・指導 * 補完代替リハは、疾患別リハや特掲診療料の算定に係る業務を除く評価・指導や、その他リハに含まれる。	対象	当該病棟の患者	当該病棟の患者 疾患別リハビリテーション等の対象になる患者もならない患者も含む、全ての入院患者	当該入院料を算定する全ての患者主として当該病棟の患者(専門性の高いリハを入外共に患者に提供可能)
	目的	ADLの維持及び向上等	ADLの維持、向上等 ※ADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできない	病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることに留意しつつ、第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供並びにADLの向上及び自立等
特掲診療料の提供	行うこと	なし	なし	医科点数表第2章第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供
	必要時	医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務		上記以外の左記業務
評価・指導の場所	必要時	当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能		

02 リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）加算の専従リハビリテーション療法士の業務

令和8年度診療報酬改定 II-2-3 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-①

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)		<u>専任の管理栄養士 1名</u> + 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、 <u>チームに係る加算 の専従者との兼務は可能</u>	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				<u>入棟患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上</u>
休日リハ 実施割合	8割以上	<u>7割以上</u>	8割以上	<u>7割以上</u>	<u>7割以上</u>
ADL低下割合	3%未満	<u>5%未満</u>	3%未満	<u>5%未満</u>	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)	<u>150点</u>	<u>90点</u>	<u>110点</u>	<u>50点</u>	<u>30点</u>

急
一般

地
メデイ

地
ケア

ADLの維持・
向上等を目的
とした評価・
指導を実施す
るために疾患
別リハの算定
を制限

疾患別リハは
包括算定かつ
平均2単位/日
以上の設定に
加えて、ADL
の維持・向上
等を目的とし
た評価・指導
を実施

02 病棟専従の療法士の介入事例

病棟専従の療法士の介入事例

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じたワンポイントのADL動作の指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

ADL維持向上を目的とした指導

これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった



Activityの提案



ポジショニング



離床での体重測定



疾患別リハへの介入
(後輩指導、人材育成)



活動促進のための環境調整
(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)



入浴方法の検討・指導



自主練習の個別指導

患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

■補完代替リハビリテーションは、同連携（体制）加算の専従療法士が算定できる、疾患別リハや特掲診療料に係る業務以外の、左記ADL維持・向上、自立等を目的とした評価・指導や、その他リハビリテーションに含まれる。

03 短時間（1単位未満）リハビリテーションについて

2026年度診療報酬改定

補完代替リハビリテーションは、理学療法士等が実施可能な業務の一部であることが明確化された -2

- 第7部 リハビリテーション<通則>において、「疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる」とされる。このような短時間のリハビリテーションは、疾患別リハビリテーション料に規定されたその他リハビリテーションに該当するとされる。
- このような短時間のリハビリテーションは、従事した時間を合算して20分1単位とみなせる業務には該当しない。

■ こうしたリハビリテーションは、補完代替リハビリテーションの中のPOCリハビリテーションの概念に近いものと思われる。

■ 以上は当局に確認済。

地
ケア

POC (Point of Care) リハビリテーションについて


【定義】

- ① 療養中の患者の傍らで(Point of Care)
- ② 個別に短時間(20分未満/回)
- ③ オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハビリテーション

上記3つの要素のうち、①、②は必須ですが、③はケースバイケースです。オンデマンドのこともあれば、計画してPOCリハビリテーションを提供することもあります。

【例：トイレ動作への介入】
70歳代女性 第12胸椎圧迫骨折(既往歴:左視床出血) 目標:杖歩行自立、ADL:自宅内ADL自立

POCリハビリテーション介入



歩行速度の増加 ドア開閉時のバランス評価 臺の上げ動作

方向転換時のバランス評価

【ポイント】
病棟生活において、転倒や禁忌動作による疼痛増悪のリスク、各動作の介助ポイントが多職種と共有し、日常生活自立度向上に向けた支援を進める

【目標】
転倒なく安全に杖移動ができ、トイレ動作が自立できる

【課題】
・ 病棟では早いすでの移動が主で、杖での移動頻度が少ない
・ トイレ動作遂行に時間を要する

「POCリハビリテーションのすすめ」(一般社団法人地域包括ケア推進機構)より引用 66

引用改定:2025.06.26 (令和7年度第5回)入院・外来医療等の調査・評価分科会

03 第7部 リハビリテーション <通則>

5 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という。）にのみ算定するものであり、**訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。**ただし、リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等、患者に対して直接訓練を実施しなかった時間は、当該訓練時間には含まれない。

5の2 疾患別リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。当該実施単位数は、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。ただし、1日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。なお、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを集団療法により実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

5の3 疾患別リハビリテーションを担当する専従の従事者の実施単位数については、特掲診療料施設基準通知の別添1の第38の1の（2）、第40の1の（2）、第40の2の1の（2）、第41の1の（2）、第42の1の（2）及び第44の1の（2）のそれぞれに規定する業務のうち、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に実際に従事した時間を合算した時間が、20分以上の場合は20分を1単位とみなした上で、5の2に規定する実施単位数に加えて計算する。

その他リハに包含

訓練時間が1単位に満たない短時間リハは基本診療料に包括される
従事した時間を合算して20分1単位とみなせる業務には該当しない

短時間リハ（個別）
≒POCリハ

03 POC(Point of Care)リハビリテーションについて

地 ケア

POCリハが初めて、中医協と入院・外来医療等の調査・評価分科会の場で紹介された。

【定義】

- ① 療養中の患者の傍らで(Point of Care)
- ② 個別に短時間(20分未満/回)
- ③ オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハビリテーション

上記3つの要素のうち、①、②は必須ですが、③はケースバイケースです。
オンデマンドのことであれば、計画してPOCリハビリテーションを提供することもあります。

【例：トイレ動作への介入】

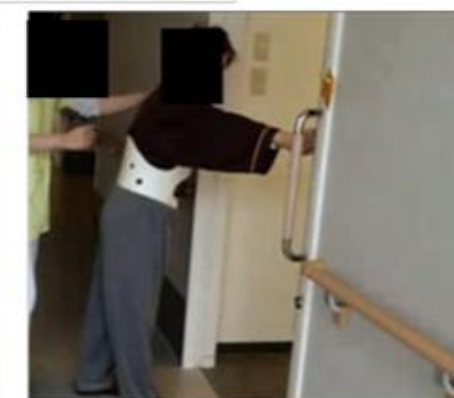
70歳代女性 第12胸椎圧迫骨折(既往歴;左視床出血) 目標:杖歩行自立、ADL:自宅内ADL自立



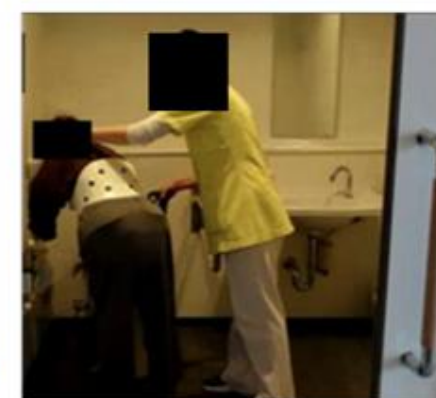
POCリハビリテーション介入



歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



蓋の上げ動作

【目標】

転倒なく安全に杖移動ができ、トイレ動作が自立できる

【課題】

- ・ 病棟では車いすでの移動が主で、杖での移動頻度が少ない
- ・ トイレ動作遂行に時間を要する



方向転換時のバランス評価

【ポイント】

病棟生活において、転倒や禁忌動作による疼痛増悪のリスク、各動作の介助ポイントを多職種と共有し、日常生活自立度向上に向けた支援を進める

03 POC(Point of Care)リハビリテーションについて

地
ケア

生活機能リハのイメージとして、POCリハが紹介された。

退院後の自立を目指した生活機能リハビリのイメージ

診調組 入-1
7.6.26

○ 入院中のリハビリには、身体機能の回復や廃用症候群の予防だけでなく、退院後の生活を見据えた生活機能の回復のための介入が求められる。

➤ 生活機能回復のためのワンポイントの介入の例（トイレ動作）
「POCリハビリテーションのすすめ」（一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会）より写真を引用



歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



方向転換時のバランス評価



蓋の上げ動作

➤ (例) 排尿・排便に関する介入モデル（運動器疾患のパターン）

✓ 目標	✓ 廃用予防	✓ トイレ動作獲得 (移動含む)	✓ 病棟ADL自立	✓ 自宅退院
ADL	ベッド上臥床	トイレ動作介助	トイレ動作自立	病棟ADL自立
疾患により低下した身体機能・ADL向上	基本動作練習 (寝返り練習・指導等)	筋力・バランス低下に対して ・立ち上がり練習 ・立位保持練習 ・トイレ動作練習	筋力低下及びバランス低下に対して、 トイレまでの歩行練習 ・排泄以外の活動の拡大	
生活機能の回復		病棟職員との連携(トイレ動作介助方法の共有)	病棟環境でのADL評価、移動や移乗の方法指導、訓練	自宅のトイレ環境に合わせた移動や移乗の方法指導、訓練
廃用症候群予防	自主トレ指導(ベッド上でのブリッジ運動等)	離床の促し (食事時の車椅子乗車等)	離床の促し(自室内での自主トレ指導等)	離床の促し(病棟内での自主トレ指導等)

▲ コルセット作成・離床許可

03 POC(Point of Care)リハビリテーションについて

地
ケア

生活の場におけるADL・生活機能の維持・向上等を目的とした指導の効果

診調組 入-3
7.9.11改

POCリハのエビ
デンスが紹介さ
れた。

○ 生活の場におけるADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導については、一定の効果が示されている。

○ DPC対象病院における地域包括ケア病棟において、POCリハビリテーション導入病院への入院は良好なBI効率と関連していた可能性がある。

関 知嗣ら,日本慢性期医療協会誌,136,78-84,2021.

○ 外科手術入院患者における骨格筋量の変化は、中央値で入院1日当たり病棟専従理学療法士配置前-0.052kg/m²から配置後-0.004kg/m²となり、専従理学療法士を中心としたADL維持向上活動が骨格筋量の減少予防にも有用である。(※)

安田 耕平,日本サルコペニア・フレイル学会誌,5(1),163-165,2021.

※令和6年診療報酬改定にて廃止となったADL維持向上等体制加算の算定病棟における研究。病棟専従療法士は、疾患別リハビリテーション料との兼務は不可。

引用改変：2025.06.26（令和7年度第5回）入院・外来医療等の調査・評価分科会

POCリハの詳細はwebで！

<<https://chiiki-hp.jp/care/rehabilitation>>

04 まとめ

疾患別又は病棟専従リハビリ療法士が届出可能な算定と単位



	算定	従事者の 実施単位	備考
疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法 特掲診療料に係る業務に実際に従事例) 排尿自立支援加算	＊可 ＃可	加えて計算 加えて計算 20分未満の業務は 合算して20分以上になれば1単位とみなす	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別リハ専従者は、1人18単位/日を標準、24単位/日を上限として、108単位/週まで算定可能 地域包括医療病棟専従者は、1人6単位/日まで算定可能 地域包括ケア病棟において、＊は包括算定（DPC/PDPS算定期間を除く）、＃は同診療料毎に異なる
疾患別リハビリテーション料の算定において訓練時間が1単位に満たない場合を含む、その他リハビリテーション等例) POCリハ等	不可 基本診療料に包含	加えない	8時間の就業時間内で実施可能単位の他に余地があれば実施可能

疾患別リハビリテーション料の算定におけるリハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等の患者に対して直接訓練を実施しなかった時間や、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務、介護施設等への助言に係る業務等は、当該訓練時間には含まれない。

04 まとめ

疾患別又は病棟専従リハ療法士が届出可能な算定と単位

急
一般
地
メディ
地
ケア
回
リハ

	算定	従事者の 実施単位	備考
疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法	*可	加えて計算	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別リハ専従者は、1人18単位/日を標準、24単位/日を上限として、108単位/週まで算定可能 地域包括医療病棟専従者は、1人6単位/日まで算定可能 地域包括ケア病棟において、*は包括算定（DPC/PDPS算定期間を除く）、#は同診療料毎に異なる
特掲診療料に係る業務に実際に従事例）排尿自立支援加算	#可	加えて計算 20分未満の業務は合算して20分以上になれば1単位とみなす	
リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）加算の専従療法士も実施が可能			
疾患別リハビリテーション料の算定において訓練時間が1単位に満たない場合を含む、その他リハビリテーション等例）POCリハ等	不可	基本診療料に包含 加えない	8時間の就業時間内で実施可能単位の他に余地があれば実施可能

疾患別リハビリテーション料の算定におけるリハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等の患者に対して直接訓練を実施しなかった時間や、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務、介護施設等への助言に係る業務等は、当該訓練時間には含まれない。

(eラーニング) 2026年度 地域包括ケア推進病棟協会アカデミー 講義プログラム (全7分野、9講義)

1. 2026年地域包括ケアシステムの理解 (60分)

「地域包括ケア推進病棟協会における新たな病院機能と地域包括ケア・医療病棟における各医療スタッフのコンピテンシー」

仲井培雄 医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長

2. マルチモビディティ (60分)

「地ケアのマルチモビディティを踏まえた診療のコツ」

大浦誠 南砺市民病院 内科部長・総合診療科部長

3. 認知症とせん妄の治療とケア (60分)

「認知症とせん妄の治療とケア」

内海知加子 内田病院 認知症看護認定看護師

4. 補完代替リハビリテーション (60分)

「地域包括ケア・医療病棟の補完代替リハビリテーション」

野瀬範久 医療法人社団十善会 野瀬病院 理事長

5. ACPと在宅復帰支援 (各30分、計60分)

「ACP」

小関香奈 ベルピアノ病院 社会福祉士 医療福祉相談室 室長補佐

「在宅復帰支援」

糸田恭子 ベルピアノ病院 退院支援看護師 主任

6. 口腔ケアと栄養 (各30分、計60分)

「口腔ケア」

阪口英夫 医療法人永寿会 陵北病院 歯科医師 副院長

「栄養ケア・マネジメント」

高田健人 十文字学園女子大学 人間生活学部 食物栄養学科 准教授

7. 多職種連携による対策 (60分)

「多職種連携による病棟のポリファーマシー対策」

高山喜光 内田病院 薬剤師