

解禁：令和 8 年 2 月 13 日（金）中医協総会開始時（10 時以降×ド）

新 聞 令和 8 年 2 月 13 日（金）夕刊

令和 8 年度診療報酬改定について

厚生労働省保険局医療課

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。

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

（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】

【具体的方向性】

- 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
 - ・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

等

（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】

- 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
 - ・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
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、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増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

等

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 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

等

（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】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- 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）

等

令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

1. 診療報酬 +3.09%（R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%）（R8年6月施行）

※1 うち、賃上げ分 **+1.70%**（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%）

- ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- ・うち、改定率の0.28%分は、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職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 **+0.76%**（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- ・特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（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、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※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）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- ・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6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、R7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（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以外の分 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価： **▲0.86%**（R8年4月施行）
材料価格： **▲0.01%**（R8年6月施行）
合計： **▲0.87%**

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ②賃上げの実効性確保のための対応
- ③医師偏在対策のための対応
- ④更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ②費用対効果評価制度の更なる活用

医科の改定事項について

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

- 賃上げに向けた評価
 - ・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料の見直し（点数の見直し、夜勤手当への充当を可能にする）
- 物価動向への対応
 - ・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

- 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
 - ・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績要件化）
- 多職種が病棟で協働する体制の評価

3. 包括期・慢性期入院医療の見直し

- 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し
 - ・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
 - ・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

4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

- ICT等の活用による業務効率化・負担軽減
 - ・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

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

- 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
 - ・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
 - ・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）

6. 外来医療の機能分化・強化等

- 外来の機能分化の推進
 - ・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
 - ・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

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

- 在宅医療に関する評価の見直し
 - ・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
 - ・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）

- 救急医療
 - ・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
 - ・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（続き）
 - ・急性期病院精神科病棟入院料の新設（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
 - ・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

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目①

1. 賃上げ・物価対応

- 物価高騰による諸経費の増加を踏まえた対応や、必要な処遇改善等を通じた、医療現場を支える医療従事者の賃上げ・人材確保のための取組を的確に進める。

(1) 賃上げに向けた評価

- 令和8年・9年度それぞれ+3.2%分（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げに向け、ベースアップ評価料を見直す。
- また、夜勤職員の確保を行う観点から、夜勤手当に充てることを可能とする。

(例)

外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時	6点 ⇒ 17点 (※)
入院ベースアップ評価料	1点～250点 (※)
※令和9年度は2倍となる予定	

(2) 物価対応に向けた評価

- 令和8年・9年度の物価上昇に対応するため「物価対応料」を新設する。

(例)

(新) 外来・在宅物価対応料 初診時	2点 (※)
(新) 入院物価対応料 急性期一般入院料 1	58点 (※)
※令和9年度は2倍となる予定	

(3) 入院料等の見直し

- 経営環境の悪化を踏まえた対応や、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保のため、入院料等を引き上げる。

(例)

急性期一般入院料 1	1,688点 ⇒ 1,874点
特定集中治療室管理料 1 7日以内	14,406点 ⇒ 14,980点
地域包括ケア病棟入院料 1 40日以内	2,838点 ⇒ 2,955点

(4) 入院時食事・光熱水費の基準

- 食材料費や光熱・水道費の上昇等を踏まえ、入院時の食費及び光熱・水道費の基準額をそれぞれ40円・60円引き上げる。

入院時食事療養 (I) (1)	690円 ⇒ 730円
入院時生活療養 (I) (2)	398円 ⇒ 458円

2. 急性期・高度急性期入院医療

- 急性期医療を提供する医療機関を、医療機関の果たす機能に応じて評価し、地域に不可欠な急性期医療を守るとともに、高度機能医療を担う病院や大学病院の特性に配慮する。

(1) 急性期病院一般入院基本料等の新設

- 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。

急性期病院A一般入院料	1,930点
急性期病院B一般入院料	1,643点

(2) 特定機能病院入院基本料の見直し

- 特定機能病院の承認基準変更を踏まえ、区分を見直す。

特定機能病院A入院基本料7対1入院基本料 (一般病棟)	2,146点
特定機能病院B入院基本料7対1入院基本料 (一般病棟)	2,136点
特定機能病院C入院基本料7対1入院基本料 (一般病棟)	2,016点

(3) 急性期総合体制加算の新設

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する体系に見直す。

(新) 急性期総合体制加算 1 7日以内 (1日につき)	530点
------------------------------	------

(4) 特定集中治療室管理料等の見直し

- ICU・HCUを有する医療機関の機能を踏まえ、救急搬送・全身麻酔に係る一定の病院実績を要件とする。

(5) 多職種が病棟で協働する体制の評価

- 患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供する観点から、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協働を評価する。

(新) 看護・多職種協働加算 1 (1日につき)	277点
(新) 看護・多職種協働加算 2 (1日につき)	255点

令和 8 年度診療報酬改定の主要な改定項目②

3. 包括期・慢性期入院医療

- 2040年に向けて高齢者の更なる高齢化が進む中で、高齢者の特性に応じた緊急入院の受け入れ、円滑な入退院、高齢者の生活を支えるケアの推進等により、「治し、支える医療」の実現を図る。
- リハビリテーションにおける効果の実績、身体的拘束を行わないケア、歯科との連携等、質の高い医療の提供を評価する。

（１）地域包括医療病棟の見直し

- 高齢者の特性に配慮し、重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、ADL低下割合等の基準を見直す。
- 医療資源投入量の実態等を踏まえ、予定・緊急入院別、急性期病棟の併設の有無別に評価を行う。

地域包括医療病棟入院料 3,050点

⇒ 地域包括医療病棟入院料 1

入院料 1	3,367点
入院料 2	3,267点
入院料 3	3,117点

（２）地域包括ケア病棟の見直し

- 在宅医療や協力対象施設への後方支援機能を高く評価する観点から、在宅患者支援病床初期加算の対象患者のうち、救急搬送された場合の評価対象を緊急入院した場合に拡大する。
- 地域包括ケア病棟におけるリハ・栄養・口腔の一体的管理をさらに推進する観点から、加算を新設する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携算 (14日まで) 30点

(3) 回復期リハビリテーション病棟の見直し

- より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、回復期リハビリテーション実績指数に係る要件を、従前はなかった入院料 2・4 にも導入する。
- 入院料 1 を対象に、排尿自立支援、退院前訪問指導の実施割合を要件とする加算を新設する。

(新) 回復期リハビリテーション強化体制加算 (1日につき) 80点

(4) 療養病棟入院基本料の見直し

- 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、緩和ケアを受ける患者、重症の医療的ケア児、一部の医療区分2の処置等を重複して行う患者の医療区分を引き上げる。
- あわせて、入院料2における医療区分2・3の患者割合の要件を5割から6割に引き上げる。

(5) 障害者施設等入院基本料の見直し

- 7対1・10対1入院基本料の看護補助加算等について、31日以降においても算定できることとする。

(新) 看護補助加算 八（１日につき） **50点**

(6) 質の高い包括期入院医療の評価

- 在宅医療・介護保険施設の後方支援等に一定の体制と実績を持つ医療機関に対する評価を新設する。

(新) 包括期充実体制加算 (14日まで) 80点

- 生活に配慮した支援を強化する観点から、包括期入院医療を担う病棟での入退院支援加算 1 の評価を引き上げる。

入退院支援加算 1（退院時 1 回）

地域包括医療病棟入院料等の場合 700点 ⇒ 1000点

- 身体的拘束最小化を管理者が組織的に行う場合の評価を新設する。

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき） 40点

- 入院患者の歯科治療を行う取組の評価を新設する。

(新) 口腔管理連携加算 (入院中 1 回) 600点

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目③

4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

- 更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が見込まれる中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行い、必要な医療機能の確保を図る。

(1) ICT等の活用による看護業務効率化・負担軽減

- 見守り、記録、医療従事者間の情報共有に関し、ICT機器等の活用により看護業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合は、1日に看護を行う看護職員の数等の基準について、1割以内の範囲で柔軟化する。

(2) 医師事務作業補助体制加算の見直し

- 生成AI、音声入力システム、RPA、説明動画を組織的に活用する場合、医師事務作業補助者1人を最大1.3人として配置人数に算入できることとする。

(3) やむを得ない事情で看護要員が不足する場合

- 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、1割以内の一時的な変動があった場合でも、必要な取組を行っている場合には、3か月を超えない期間に限り施設基準変更の届出を行わなくてもよいこととする。

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策等

- 人口・医療資源の少ない地域での医療提供の確保を図る。
- 外科等の若手医師の減少する診療科の医師の勤務環境・処遇改善を行い、高度な医療提供を行う取り組みを支援する。

(1) 人口少数地域で医療提供機能を確保する評価の新設

- 人口少数地域の外来・在宅医療の確保に係る支援と病状の急変等で緊急入院が必要な患者を受け入れる体制のある病院を評価。
(新) 医療提供機能連携確保加算 (入院初日) 600点
- 当該病院が情報通信機器を用いて医学管理を行った場合を評価。
(新) 医療提供機能連携確保加算 (月1回) 50点

(2) 診療科偏在対策の推進

- 若手医師が減少し、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善等を行う取組を評価。
(新) 地域医療体制確保加算 2 (入院初日) 720点
- 加えて、長時間高難度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境・処遇の改善を図った上で手術を行う場合を評価。
(新) 外科医療確保特別加算 所定点数の100分の15

(3) 人口・医療資源の少ない地域等におけるその他の対応

- 急性期総合体制加算・急性期病院B一般入院料において、人口20万人未満の地域の拠点病院における要件の緩和
- へき地診療所において、在宅時総合医学管理料の常勤医師にかかる要件の緩和
- 医療資源の少ない地域において、地域包括診療加算・診療料における常勤医師にかかる要件の緩和
- 特別地域訪問看護加算の対象患者の範囲の拡大
- 離島加算の評価の引き上げ

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目④

6. 外来医療の機能分化・強化等

- かかりつけ医機能の推進を図るとともに、大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介を推進する。

(1) 外来機能分化の推進

- 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を20%引き上げるとともに、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を、新たに外来診療料の減算対象患者とする。
- 診療所又は200床未満の病院が、特定機能病院等から紹介を受けて初診を行う場合の評価を新設する。

(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算

60点

- 連携強化診療情報提供料について、紹介元・紹介先医療機関の範囲を拡大するとともに、他の医療機関と共同で継続的に治療管理を行う場合でも算定可能とする。

(2) 生活習慣病管理料の見直し

- 生活習慣病と関連の乏しい医学管理料等を包括外とする。
- 簡素化の観点から療養計画書の患者署名を不要とする。
- 糖尿病管理における眼科・歯科との連携を評価。

(新) 眼科(歯科) 医療機関連携強化加算

60点

- 外来データに基づく、質の高い生活習慣病管理を評価。

(新) 充実管理加算 1/2/3

30/20/10点

(3) 地域包括診療加算等の見直し

- 継続的かつ全人的な医療を推進する観点から、対象患者に、慢性疾患を有する介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者である患者を追加する。

(4) 時間外対応体制加算の見直し

- 名称を変更するとともに、評価を引き上げる。

時間外対応加算 1/2/3/4

5/4/3/1点

⇒時間外対応体制加算 1/2/3/4

7/5/4/2点

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

- 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関を評価する。
- 質の高い訪問看護を評価するとともに、提供する内容やコストに応じた適正な評価とする。

(1) 在宅医療充実体制加算の新設

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、重症患者の対応体制を有し、地域で在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、改定する。

在宅時総合医学管理料

(新) 在宅医療充実体制加算(単一建物患者が1人の場合)800点

(2) 適切な在宅医療の推進

- 連携型機能強化型在支診について、平時から訪問診療等を行っている医師により時間外往診体制を確保している医療機関とそれ以外に分けて評価する。
- 訪問診療を月2回以上行っている患者のうち重症患者の割合が**20%以上**の医療機関であることを、在宅時医学総合管理料(月2回以上訪問の場合)の要件とする。

(3) 同一建物に居住する利用者への訪問看護の見直し

- 同一建物に居住する利用者への訪問看護について、人数及び1月あたりの訪問日数に応じてきめ細やかな評価に見直す。
- 高齢者向け住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが行う、24時間体制で頻回に行う訪問看護を1日あたりで包括的に評価する項目を新設する。

(新) 包括型訪問看護療養費(1日につき)

1 20人未満 八 訪問看護時間90分以上 14,010円

(4) 質の高い訪問看護の評価

- 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価を新設する。

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費 4

9,030円

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目⑤

8. 重点的な対応が求められる分野

- 医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、救急医療、小児・周産期医療、精神医療など重点的な対応が求められる分野への適切な評価を行う。
- より効率的・効果的かつ安心・安全で質の高い医療を実現していくため、医療DXやICT連携の活用、入院から外来への移行、最新の医療技術の導入、緩和ケア、医薬品適正使用などの評価を行う。

(1) 救急医療

- 夜間休日救急搬送医学管理料を改定し、救急外来医療を24時間提供する体制の評価を拡充する。

(新) 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料 1 **800点**

2 夜間休日救急医学管理料 1 **600点**

- 救急患者連携搬送料について、患者等搬送事業者等を活用した転院搬送や、下り搬送の受入側の評価を行う。

(新) 救急患者連携搬送料 1口 (1) **1,000点**

(新) 救急患者連携搬送料 2イ **800点**

(2) 小児・周産期医療

- 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する。

(新) 産科管理加算 (1日につき) 病院の場合 **250点**

- 小児の成人移行期医療を小児科以外の診療科が実施した場合、難病外来指導管理料を算定可能とする。

(3) 精神医療

- 多職種の協働による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理士の協働を評価する。

(新) 精神病棟看護・多職種協働加算 (15対1) **196点**

- 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。

(新) 急性期病院A精神病棟入院料 (13対1) **1,162点**

(新) 急性期病院B精神病棟入院料 (13対1) **1,145点**

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する医療機関を評価する観点から、小規模医療機関又は病床数を削減する医療機関が外来医療や障害福祉サービス等の提供を一体的に行う取組を評価する。

(新) 精神科地域密着多機能体制加算 1 (1日につき) **800点**

- 公認心理師による支援を評価する心理支援加算の対象について、従前のPTSDから、神経症性障害、ストレス性障害等に拡大する。
- 早期診療体制充実加算について評価を見直し、連携体制を有する病院において、診療時間以外の時間の対応が可能な体制が整備されている場合に対する評価を新たに設ける。

早期診療体制充実加算 1/2/3 (3年以内) **50/20/15点**

(4) 医療DX・オンライン診療

- 医療DX関連施策の進捗等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算を廃止し、マイナ保険証の利用、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策等に係る新たな評価を新設する。

(新) 電子的診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2/3 **15点/9点/4点**

再診時 **2点**

- D to P with Nについて、訪問看護と同時に実施できるようにするほか、訪問看護を同時に実施せずに患家に看護師等が訪問する場合の評価を新設する。また、訪問した看護師等が検査・処置等を実施する場合の評価を新設する。

(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) **265点**

(新) 看護師等遠隔診療検査実施料 イ/口 **100点/150点**

(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 **100点**

(新) 看護師等遠隔診療処置実施料 イ/口 **100点/150点** **10**

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目⑥

8. 重点的な対応が求められる分野

(5) 入院から外来への移行の評価

- 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）について、新たな対象手術の追加を行う。

短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

イム K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術

（新）2 組織切除回収システム利用によるもの 16,876点

- 特に外来での実施率が高い手術等について、必要な評価の見直しを行うとともに、外来での手術等の実施に一定の実績がある医療機関に限り、入院での実施を評価する。
- 入院で実施した場合は、病棟で算定されている入院料の種別によらず、すべて短期滞在手術等基本料3を算定する。

(6) 医療技術の適切な評価

- 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既収載技術の再評価を行う。

（新）胸腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） 168,110点

（新）自己免疫性脳炎に対する血漿交換療法 4,200点

コンピューター断層撮影 1 CT撮影

（新）イ 128列以上の機器による場合（1） 1,100点

- ロボット手術について、医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、特定のロボット手術年間症例が200例以上である場合に新たな評価を行う。

（新）内視鏡手術用支援機器加算 15,000点

- 移植医療について、臓器提供機会の確保や移植実施体制強化を推進する観点から、院内の認定ドナーコーディネーターによる同意取得や、臓器提供施設・臓器あっせん機関等との連携を評価する。

（新）脳死臓器提供体制向上加算 5,000点

（新）臓器移植実施体制確保加算 所定点数の100分の400

(7) 患者にとって安全・安心に医療を受けられるための体制の評価

- 医療法施行規則の改正等を踏まえ、評価を充実する。
医療安全対策加算1（入院初日） 85点 ⇒ 160点
医療安全対策加算2（入院初日） 30点 ⇒ 70点
- 療養・就労両立支援指導料について、治療と仕事の両立を推進する観点から、対象患者を拡大し、評価を引き上げる。
療養・就労両立支援指導料 初回 800点 ⇒ 850点
- 緩和ケア診療加算・在宅麻薬等注射指導管理料の対象に、終末期の腎不全患者・末期呼吸器疾患患者を追加する。また、緩和ケア病棟入院料の対象患者に、終末期の腎不全患者を追加する。
- 発症早期からのリハビリテーションを推進するため、早期リハビリテーション加算の算定期間を入院30日から14日までとし、入院3日までをより高く評価する。また、切れ目のないリハビリ実施に向けて、土日祝のリハビリの実施を新たに評価する。
（新）休日リハビリテーション加算（1単位につき） 25点

(8) 医薬品の適正使用等の推進

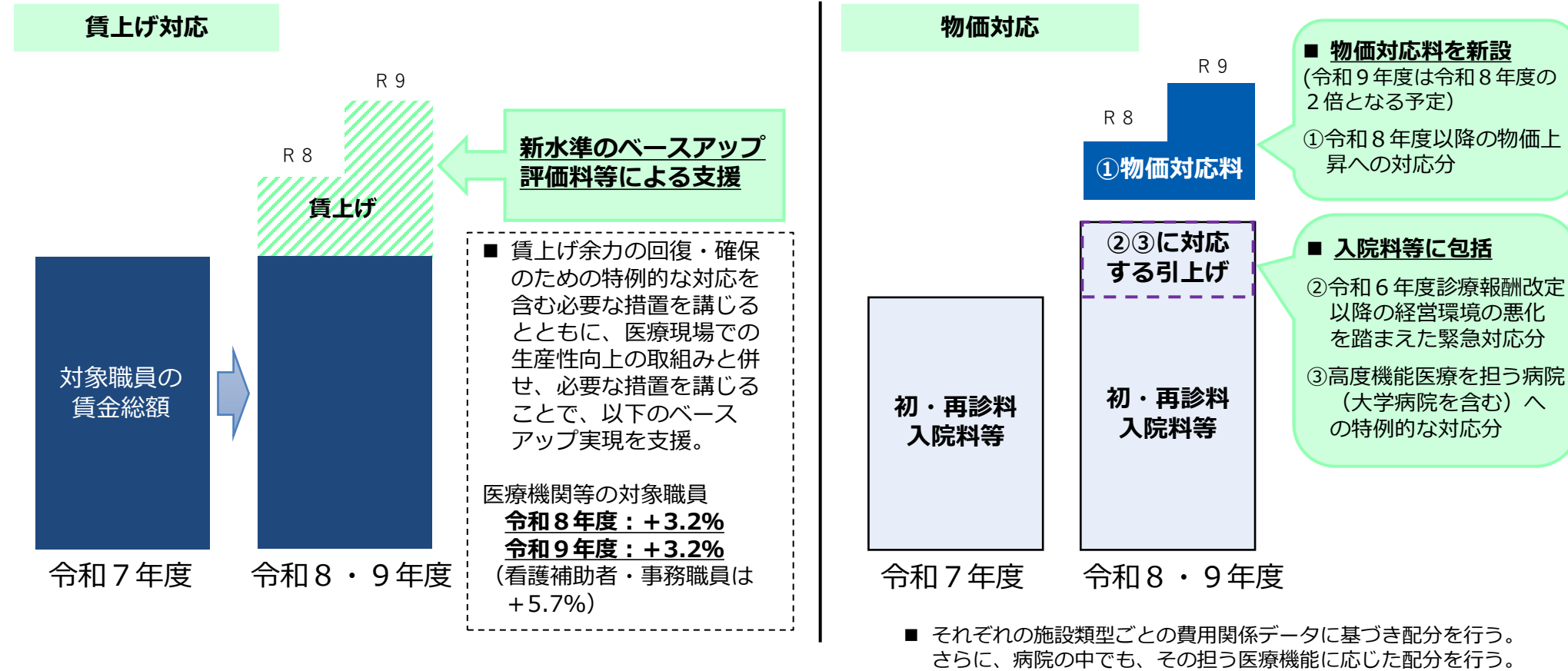
- [入院] 病棟薬剤師によるポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携に一定の実績がある場合を新たに評価。
病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 120点 ⇒ 300点
- [外来] 処方情報共有により減薬が行われた場合を評価する。地域包括診療科の薬剤適正使用連携加算について、患者が入院した場合だけでなく、外来通院中の他の医療機関に情報共有する場合にも算定可能とする。
- [在宅] 医師と薬剤師が同時訪問し指導を行った場合評価する。
（新）訪問診療薬剤師同時指導料（6月に1回） 300点
- 残薬対策について、医療機関・薬局・訪問看護ステーションが連携した取組を推進する観点から、残薬確認の評価や、処方箋様式の見直し、指定訪問看護の運営基準の明確化等を行う。

令和 8 年度診療報酬改定

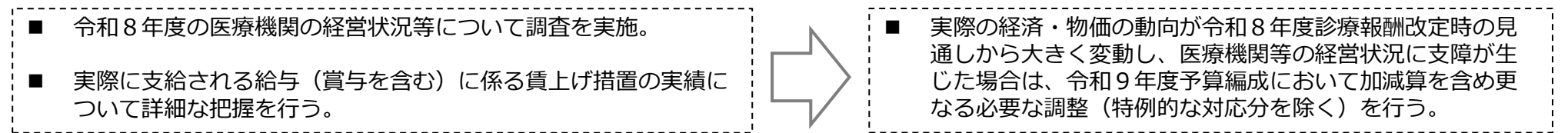
1. 賃上げ・物価対応

1. 賃上げ・物価対応に係る全体像

【基本的な考え方】



【令和8年度以降の対応】



賃上げに向けた評価の見直し（概要）

ベースアップ評価料の対象の拡大

- 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関等に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大する。
- 歯科診療報酬において、歯科技工所の歯科技工士の確実な賃上げを図る観点から、歯科技工所ベースアップ支援料を新設する。
- 調剤報酬において、薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、調剤ベースアップ評価料を新設する。

ベースアップ評価料の評価体系の変更

- 外来・在宅ベースアップ評価料、歯科外来・在宅ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料について、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。
- 全てのベースアップ評価料について、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。

入院料の見直し

- 継続的な賃上げに係る評価を行う観点から、入院基本料等を引き上げる。
- 令和 6 年度及び令和 7 年度において賃上げを実施している等の保険医療機関とそれ以外の保険医療機関を区別する観点から、入院基本料等に減算規定を新設する。

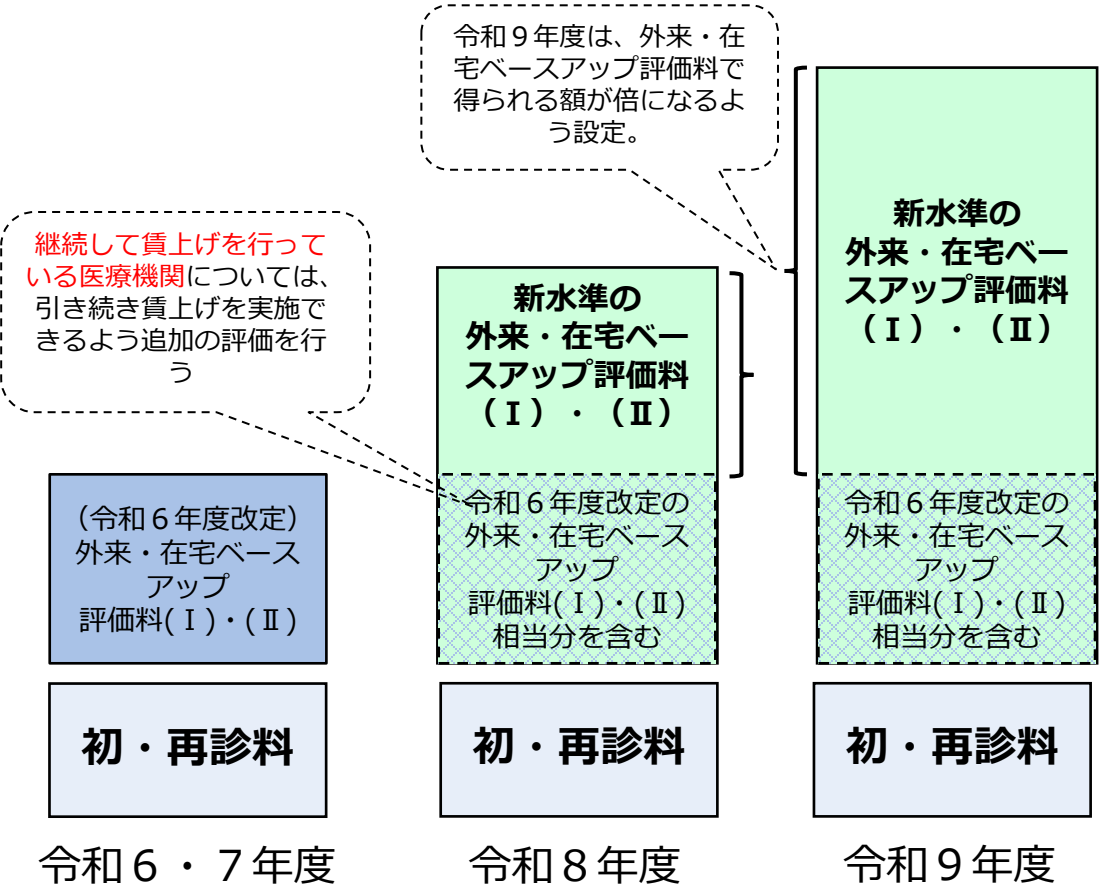
賃上げに係る評価の使途の見直し

- 夜勤職員の確保を行う観点から、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による収入を、夜勤手当の増額に用いることを可能とする。

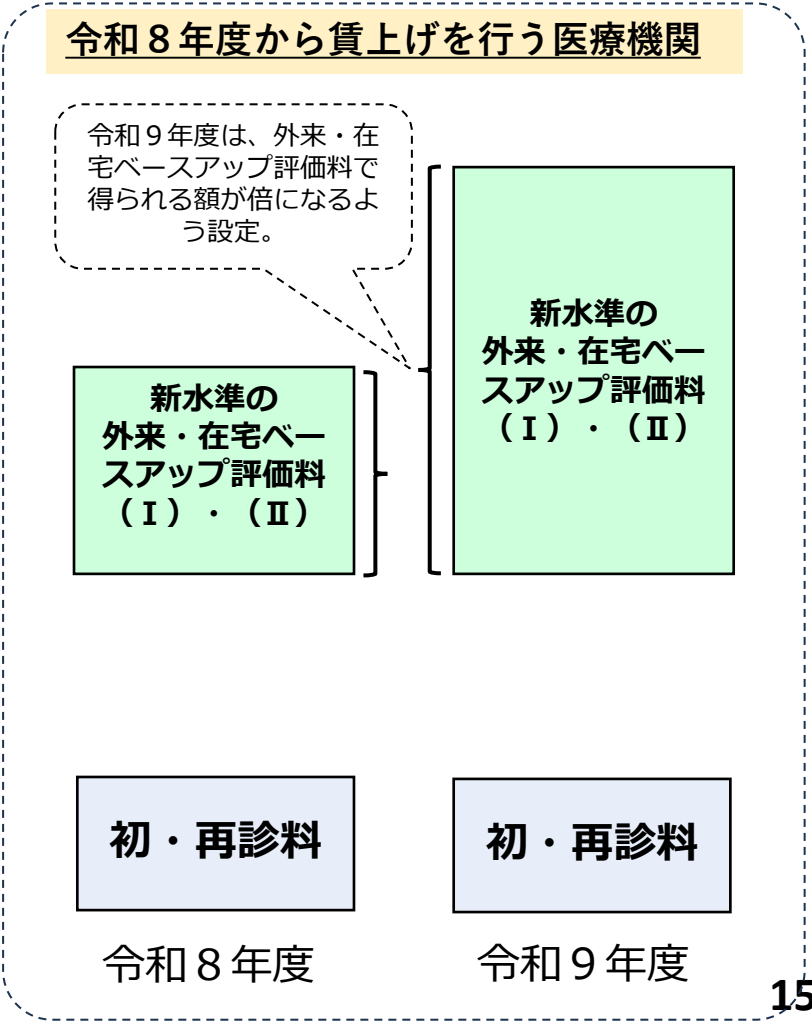
令和 8 年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関における賃上げ対応は、①新たな賃上げ目標に対応するための外来・在宅ベースアップ評価料の水準等の見直し、②令和 6 年度改定の外来・在宅ベースアップ評価料に相当する追加的評価の新設の 2 つの観点から、対応を行う。
- 令和 9 年度においては、①に相当する点数を倍増する。

令和 7 年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



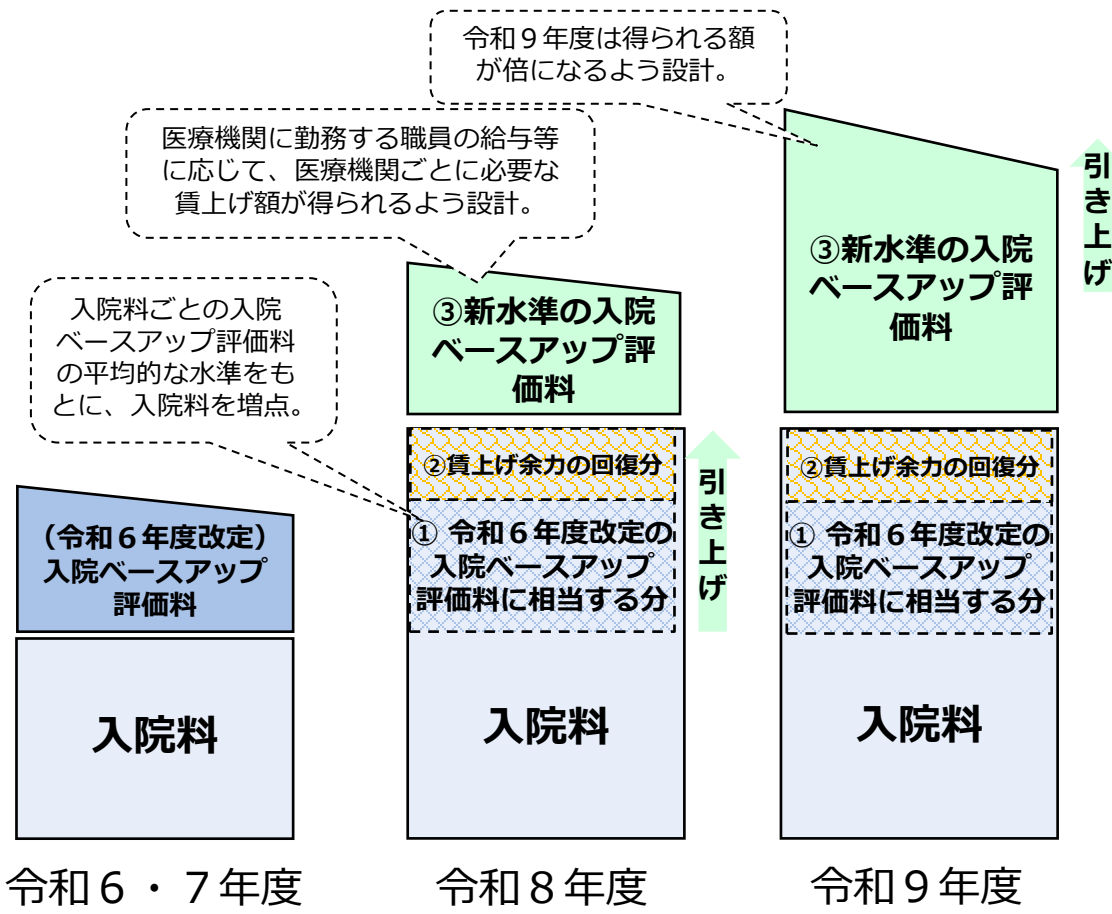
令和 8 年度から賃上げを行う医療機関



令和 8 年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【入院】

- 入院料における賃上げ対応は、①令和 6 年度改定の入院ベースアップ評価料及び②賃上げ余力の回復・確保分に相当する分については、入院料の増点を行うほか、③新たな賃上げ目標に対応する入院ベースアップ評価料の見直しを行う。
- 令和 9 年度においては、入院ベースアップ評価料で得られる額が倍になるよう区分等を見直す。

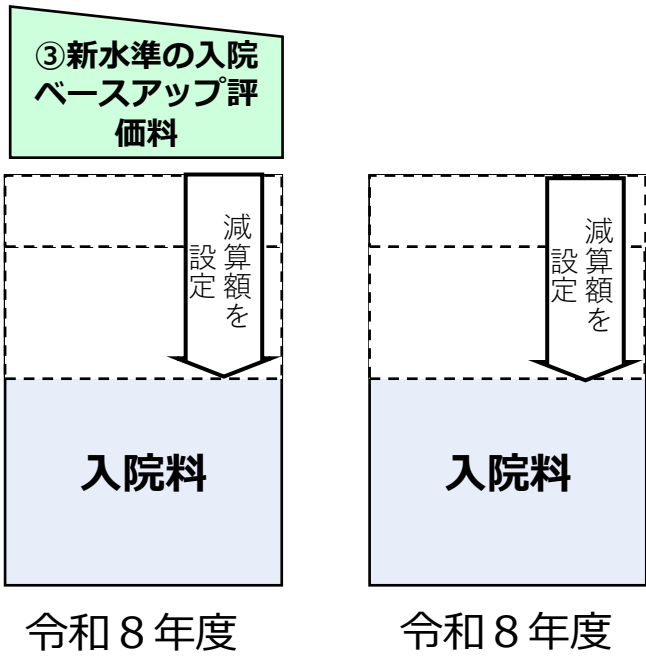
令和 7 年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



令和 8 年度から賃上げを行う医療機関

賃上げを行わない医療機関

令和 8 年 3 月時点でベースアップ評価料を算定していない等、賃上げを実施していない一部の医療機関については、入院料を減算。



賃上げに向けた評価の見直し①

外来・在宅ベースアップ評価料（I）の見直し

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大した上で、評価を見直す。

現行	改定後
【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】	【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】
1 初診時 6点	1 初診時 17点
2 再診時等 2点	2 再診時等 4点
3 訪問診療時	3 訪問診療時
イ 同一建物居住者等以外の場合 28点	イ 同一建物居住者等以外の場合 79点
ロ イ以外の場合 7点	ロ イ以外の場合 19点
[算定要件]（抜粋）	[算定要件]（抜粋）
主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、（中略）所定点数を算定する。	当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき、（中略）所定点数を算定する。
[施設基準]（抜粋）	[施設基準]（抜粋）
主として医療に従事する職員が勤務していること。	当該保険医療機関に勤務する職員がいること。

- 全てのベースアップ評価料について、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を行う。

	令和8年6月～令和9年5月		令和9年6月～	
	新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設	新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設
初診時	17点	23点	34点	40点
再診時	4点	6点	8点	10点
訪問診療時 （同一訪問診療時以外）	79点	107点	158点	186点
訪問診療時 （同一訪問診療時）	19点	26点	38点	45点

賃上げに向けた評価の見直し②

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の見直し

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、賃金のさらなる改善が必要である医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、評価を見直す。

現行		改定後
【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】		
1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1		1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1
イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点	イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点
□ 再診時等	1点	□ 再診時等 1点
～		～
8 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8		<u>12※</u> 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） <u>12</u>
イ 初診又は訪問診療を行った場合	64点	イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>96点</u>
□ 再診時等	8点	□ 再診時等 <u>12点</u>
		<u>※令和9年6月以降は、24区分まで拡大する。</u>

- 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。
- 全てのベースアップ評価料について、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。

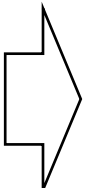
	令和8年6月～令和9年5月				令和9年6月～			
	新たに賃上げを行う施設		継続的賃上げ実施施設		新たに賃上げを行う施設		継続的賃上げ実施施設	
	イ	□	イ	□	イ	□	イ	□
区分1	<u>8点</u>	<u>1点</u>	<u>16点</u>	<u>2点</u>	<u>8点</u>	<u>1点</u>	<u>16点</u>	<u>2点</u>
...
区分12	<u>96点</u>	<u>12点</u>	<u>160点</u>	<u>20点</u>	<u>96点</u>	<u>12点</u>	<u>128点</u>	<u>16点</u>
...	-	-	-	-
区分24	-	-	-	-	<u>192点</u>	<u>24点</u>	<u>256点</u>	<u>32点</u>

賃上げに向けた評価の見直し③

入院ベースアップ評価料の見直し

- 入院医療を実施している医療機関において、勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大した上で、評価を見直す。

現行			改定後		
【入院ベースアップ評価料】			【入院ベースアップ評価料】		
1	入院ベースアップ評価料 1	1 点	1	入院ベースアップ評価料 1	1 点
～			～		
165	入院ベースアップ評価料165	165点	250※	入院ベースアップ評価料250	250点
[算定要件] (抜粋)			[算定要件] (抜粋)		
注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略) 所定点数を算定する。			注 当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略) 所定点数を算定する。		



入院料の見直し及び減算規定の新設

- これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加や、継続的な賃上げに係る評価を行う必要性があることを踏まえ、基本診療料等について点数を引き上げる。

現行		改定後	
(例) 【一般病棟入院基本料】		(例) 【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,688点	急性期一般入院料 1	1,874点



- 令和6年度及び令和7年度において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を区別する観点から、入院基本料等に減算規定を新設する。

(例) 急性期一般入院料 1 の場合 121点 (減算)

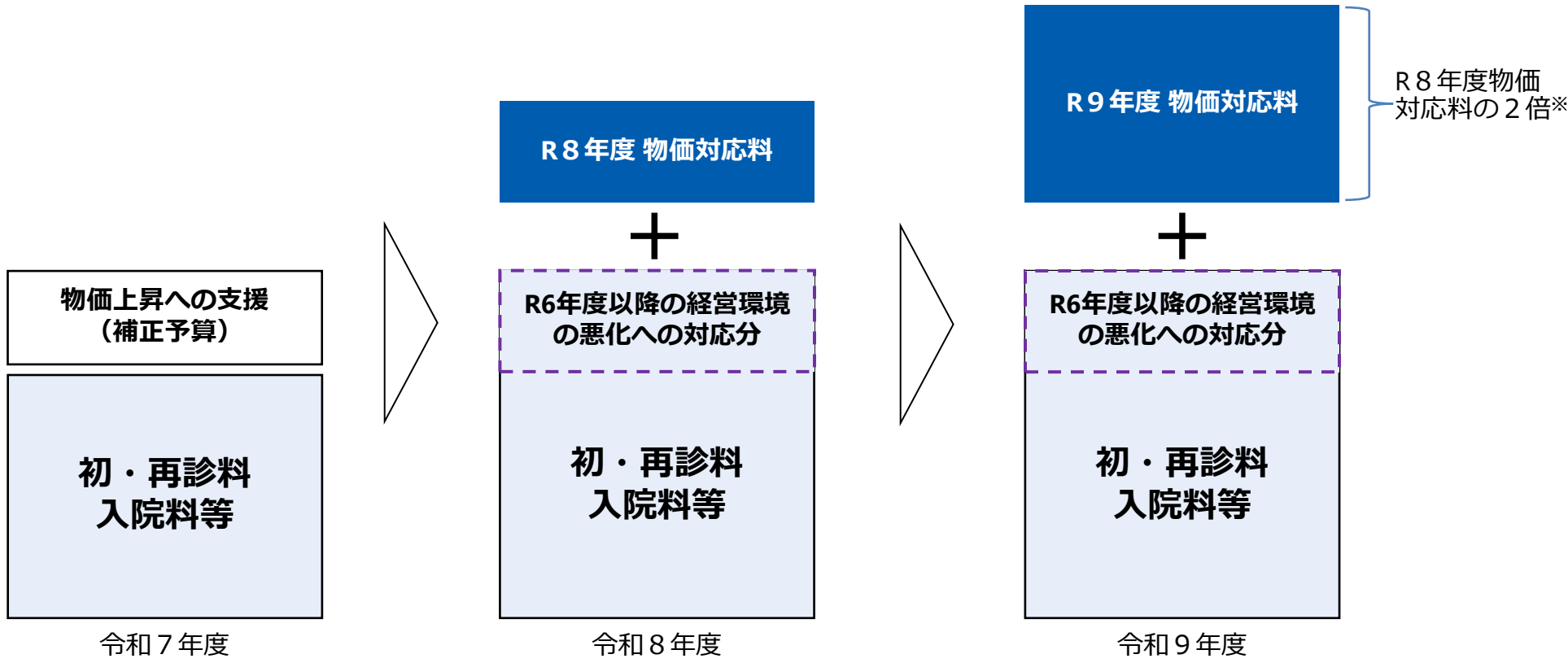
[施設基準] 以下のいずれかを満たす保険医療機関であること。

- 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。
- 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。
- 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。

物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

基本的な方針

- 令和 8 年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等及び入院料等とは別に、初・再診時等及び入院料等の算定時に算定できる、物価対応料を新設する。
- 令和 6 年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和 8 年度改定時に、初・再診料等及び入院料等の評価に含める。



※ 実際の経済・物価の動向がR 8 年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施 20

物件費の高騰を踏まえた対応①

物価対応料の新設

➤ 令和 8 年度及び令和 9 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として、物価対応料を新設する。

<u>(新) 物価対応料（1日につき）</u>			
<u>1 外来・在宅物価対応料</u>		<u>R 8 年</u>	<u>R 9 年</u>
<u>イ</u>	<u>初診時</u>	<u>2 点</u>	<u>4 点</u>
<u>ロ</u>	<u>再診時等</u>	<u>2 点</u>	<u>4 点</u>
<u>ハ</u>	<u>訪問診療時</u>	<u>3 点</u>	<u>6 点</u>
<u>2 入院物価対応料</u>			
<u>イ</u>	<u>急性期病院A一般入院料 1 を算定する場合</u>	<u>66 点</u>	<u>132 点</u>
<u>ニ</u>	<u>急性期一般入院料 1 を算定する場合</u>	<u>58 点</u>	<u>116 点</u>
<u>ヨ</u>	<u>療養病棟入院料 1 の入院料 1 を算定する場合</u>	<u>18 点</u>	<u>36 点</u>
<u>イミ</u>	<u>精神病棟入院基本料の10対 1 入院基本料を算定する場合</u>	<u>13 点</u>	<u>26 点</u>
<u>イス</u>	<u>特定機能病院入院基本の 7 対 1 入院基本料（一般病棟の場合）を算定する場合</u>	<u>84 点</u>	<u>168 点</u>
<u>ハケ</u>	<u>地域包括医療病棟入院料 1 を算定する場合</u>	<u>49 点</u>	<u>98 点</u>
<u>ハモ</u>	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する場合</u>	<u>19 点</u>	<u>38 点</u>
<u>二ハ</u>	<u>地域地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内の期間）を算定する場合</u>	<u>27 点</u>	<u>54 点</u>

[算定要件]

(1) 1 のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

(2) 1 のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料 1 を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。

(3) 1 のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。

(4) 2 については、第 1 章第 2 部第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第 3 節の特定入院料又は同部第 4 節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

※その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

物件費の高騰を踏まえた対応②

歯科外来、調剤、訪問看護物価対応料の新設

- 令和 8 年度及び令和 9 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として、物価対応料を新設する。

(新)	歯科外来物価対応料（1 日につき）	R 8 年	R 9 年
1	初診時	3 点	6 点
2	再診時	1 点	2 点

〔算定要件〕

- (1) 1 については、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
(2) 2 については、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診を行った場合に、所定点数を算定する。
(3) (1) 及び (2) の点数について、令和 9 年 6 月以降は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する。

※ 歯科診療に関しても、入院中の患者については、上記の「物価対応料」の「2 入院物価対応料」と同様に对应する。

(新)	調剤物価対応料（1 日につき）	R 8 年	R 9 年
		1 点	2 点

〔算定要件〕

保険薬局において、処方箋を提出した患者に対して調剤した場合に、3 月に 1 回に限り、所定点数を算定する。ただし、令和 9 年 6 月以降は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する。

(新)	訪問看護物価対応料（1 日につき）	R 8 年	R 9 年
1	訪問看護物価対応料 1	R 8 年	R 9 年
イ	月の初日の訪問の場合	60 点	120 点
ロ	月の 2 日目以降の訪問の場合	20 点	40 点
2	訪問看護物価対応料 2	20 点	40 点

〔算定要件〕

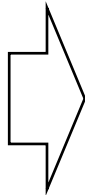
- (1) 1 については、訪問看護ステーションが、区分番号 0 2 を算定している利用者 1 人につき、訪問看護物価対応料 1 として、区分に従い、それぞれ所定額を算定する。
(2) 2 については、訪問看護ステーションが、区分番号 0 4 を算定している利用者 1 人につき、訪問看護物価対応料 2 として、所定額を算定する。
(3) (1) 及び (2) については、令和 9 年 6 月以降は、所定額の 100 分の 200 に相当する額を算定する。

物件費の高騰等を踏まえた対応③

入院基本料等の見直し

- これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加や、継続的な賃上げに係る評価を行う必要があることを踏まえ、基本診療料等について点数を引き上げる。

現行	
【初診料】	291点
【再診料】	<u>75点</u>
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料 1	<u>1,688点</u>
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料 1 入院料 1	<u>1,964点</u>
【精神病棟入院基本料】 10対 1 入院基本料 1	<u>1,306点</u>
【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院入院基本料 7 対 1 入院基本料（一般病棟）	<u>1,822点</u>
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料	<u>3,050点</u>
【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病棟入院料 1	<u>2,229点</u>
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料 1 (40日以内)	<u>2,838点</u>



改定後	
【初診料】	291点
【再診料】	<u>76点</u>
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料 1	<u>1,874点</u>
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料 1 入院料 1	<u>2,035点</u>
【精神病棟入院基本料】 10対 1 入院基本料 1	<u>1,471点</u>
【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院A入院基本料 7 対 1 入院基本料（一般病棟）	<u>2,146点</u>
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料 1 入院料 1	<u>3,367点</u>
【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病棟入院料 1	<u>2,346点</u>
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料 1 (40日以内)	<u>2,955点</u>

※初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料及びその他の入院料等についても同様に対応する。

入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

- 入院時の食費の基準については、令和6年6月から1食当たり30円、令和7年4月から1食当たり20円の引上げを行ったが、令和7年4月以降も食材費等が上昇していることを踏まえ、**1食当たり40円引き上げる。**

※ 令和8年6月1日施行。令和7年度の食材費等の上昇に対しては、別途、令和7年度補正予算「重点支援地方交付金」による支援も活用可能。

		現行		改定後
自己負担 (1食当たり)	総額 (1食当たり)	690円	+40円 ➡	730円
	一般所得者の場合	510円	+40円 ➡	550円
	住民税非課税世帯の場合	240円	+30円 ➡	270円
	住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	110円	+20円 ➡	130円

- 近年の光熱水費の上昇等を踏まえ、入院時の光熱水費の基準を**1日当たり60円引き上げる。**

※ 令和8年6月1日施行。

		現行		改定後
自己負担 (1日当たり)	総額 (1日当たり)	398円	+60円 ➡	458円
	自己負担 (1日当たり)	370円	+60円 ➡	430円

※ 指定難病患者等については、自己負担はなく、据え置き。

令和 8 年度診療報酬改定

2. 急性期・高度急性期入院医療

患者のニーズ、病院の機能・特性に応じた入院医療の評価

○ 2040年とその先を見据え、「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する観点を踏まえ、これまでの病棟単位の機能（平均在院日数、医療看護必要度、在宅復帰率等）を中心とする評価だけでなく、病院単位の機能（救急搬送件数、全身麻酔手術件数、介護保険施設等からの緊急入院の受入れ実績等）にも着目した評価体系とする。

急性期機能の病院単位での評価

- ・ **「急性期病院A／B一般入院料」を新設**（病院の急性期機能（救急搬送受入れ、全身麻酔手術等）に応じた評価）
- ・ **「急性期総合体制加算」を新設**（総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価）
- ・ **特定機能病院入院基本料をA／B／Cに区分**
- ・ ICU(特定集中治療室)・HCU(ハイケアユニット)において、救急搬送・全身麻酔に係る一定の病院実績を要件とする。

高齢者の生活を支える「治し、支える医療」の評価

- ・ **「包括期充実体制加算」を新設**（在宅医療・介護保険施設の後方支援等に一定の体制と実績を持つ医療機関を評価）
- ・ **緊急入院の受け入れの評価の引き上げ**（地域包括医療病棟の入院料区分の新設、地域包括ケア病棟の初期加算の対象拡大）
- ・ 在宅復帰に向けた質の高いリハビリテーションを評価するための**回復期リハビリテーション病棟の実績指数**（アウトカム評価）の**算出方法見直し**、要件を満たすべき**対象病棟の拡大**

質の高い手術体制等の評価

- ・ **外科医療確保特別加算の新設**
（外科医の勤務環境・処遇の改善を図り高度な手術を行う体制を評価）

円滑な救急受け入れ等の評価

- ・ **「重症度、医療・看護必要度」の見直し**
- ・ **救急患者連携搬送料**において、民間救急の活用や、受入側の評価を新設
- ・ **「救急外来医学管理料」の新設**
（24時間体制で救急患者を受け入れる機能を評価）

質の高い慢性期医療の評価

- ・ 医療区分2・3に該当する患者に緩和ケアを行う患者等を追加
- ・ 入院料2における医療区分2・3の患者割合の要件の引き上げ

入院早期からの生活機能の維持・向上等の取組

- ・ 早期リハビリテーション加算の評価をより早期に重点化。土曜・休日のリハビリを評価
- ・ **「看護・多職種協働加算」の新設**
- ・ **「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」の対象拡大**
- ・ 包括期入院医療を担う病棟の**入退院支援加算1の評価の引き上げ**

人口の少ない地域の医療体制の確保

- ・ 急性期病院B入院料、急性期総合体制加算について人口の少ない地域の特性に応じて緩和した要件を設定
- ・ **医療提供機能連携確保加算**の新設（人口の少ない地域で、地域の医療体制の確保に貢献する病院の評価）



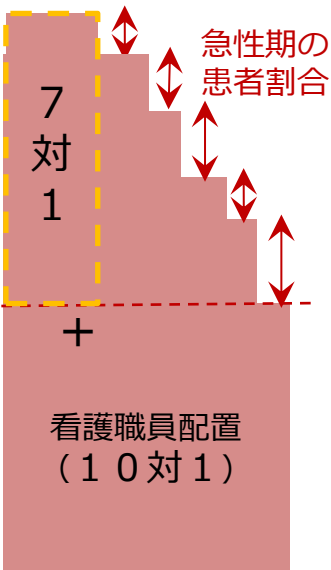
急性期における評価の見直し

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、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た急性期病院一般入院基本料を新設**。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

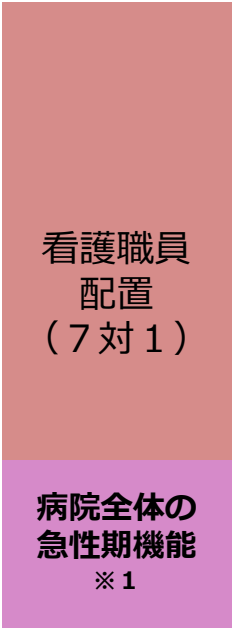
急性期一般入院料 1 ～ 6



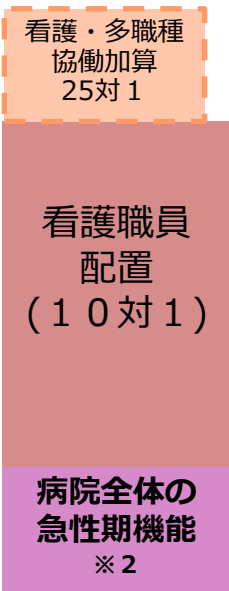
改定後

- 病院の急性期機能に着目した評価を新設（急性期病院入院基本料）
- 看護・多職種協働の評価を新設

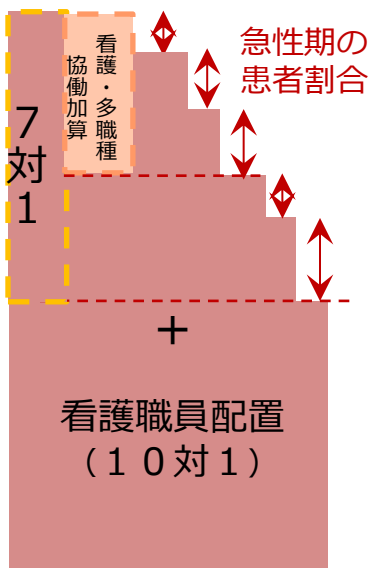
急性期病院A 一般入院料



急性期病院B 一般入院料



急性期一般入院料 1 ～ 6



実績等に応じ
医療機関が
選択可能

※ 1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件
※ 2 4つのうちいずれか（救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院（救急搬送1000件以上）、離島地域の最大救急搬送病院）

* 看護・多職種協働加算は入院料 4 に加算。

急性期病院一般入院基本料等の新設

急性期病院の評価

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、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た急性期病院一般入院基本料を新設。

<u>(新) 急性期病院一般入院基本料</u>		<u>(新) 急性期病院精神病棟入院基本料</u>	
<u>イ 急性期病院A一般入院料</u>	<u>1,930点</u>	<u>イ 急性期病院A精神病棟入院料</u>	
<u>ロ 急性期病院B一般入院料</u>	<u>1,643点</u>	<u>(1) 10対1入院基本料</u>	<u>1,519点</u>
		<u>(2) 13対1入院基本料</u>	<u>1,162点</u>
		<u>(3) 15対1入院基本料</u>	<u>966点</u>
		<u>ロ 急性期病院B精神病棟入院料</u>	
		<u>(1) 10対1入院基本料</u>	<u>1,502点</u>
		<u>(2) 13対1入院基本料</u>	<u>1,145点</u>
		<u>(3) 15対1入院基本料</u>	<u>949点</u>

- [病院の機能に係る主な施設基準]
- (1) 急性期病院 A 一般入院料又は急性期病院 A 精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
- ア 入院を要する (第二次) 救急医療体制、救命救急センター若しくは高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること、又は24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関であること。
 - イ 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関。
 - ウ 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
 - エ 看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。
 - オ 救急搬送件数が年間で2,000件以上 (夜間時間帯の受入が1割以上)、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で1,200件以上。
- (2) 急性期病院 B 一般入院料及び急性期病院 B 精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
- ア 第二次救急医療機関又は救急病院であること。
 - イ 地域包括医療病棟の届出を行っていない保険医療機関であること。
 - ウ 看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。
 - エ 急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。
 - 救急搬送件数が年間で1,500件以上
 - 救急搬送件数が年間で500件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上
 - 人口20万人未満の二次医療圏において、救急搬送件数が最大の医療機関であり、かつ年間で1,000件以上であること
 - 離島からなる二次医療圏において、救急搬送件数が最大の医療機関であること
 - オ 救急搬送件数のうち、夜間時間帯 (22時から翌朝8時までをいう。) に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。

急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

		急性期病院 A		急性期病院 B※1		急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1		急性期一般 5	急性期一般 6	
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)		10対1以上 (7割以上が 看護師)		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)						
看護・多職種※1				25対1以上						25対1以上			
該当患者割合 指数の基準※2	必要度I	指数①：28% 指数②：35%					28%	24%	20%	指数①：28% 指数②：35%	15%	測定している こと	
	必要度Ⅱ	指数①：27% 指数②：34%					27%	23%	19%	指数①：27% 指数②：34%	14%		
平均在院日数		16日以内		21日以内	16日以内	16日以内	21日以内			16日以内	21日以内		
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上		－	8割以上		8割以上	－			8割以上	－	
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上		－	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上		医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要		－	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	－	
救急搬送等の病院の実績		以下を満たす ・救急搬送2,000件/年以上 ・全麻手術1,200件/年以上		以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大救急搬送件数（1000件/年以上） ・離島医療圏で最大救急搬送件数			－						
データ提出加算		○（要件）											
点数		1,930点		1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点	1,575点	1,523点	

※1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合 + 救急搬送応需係数

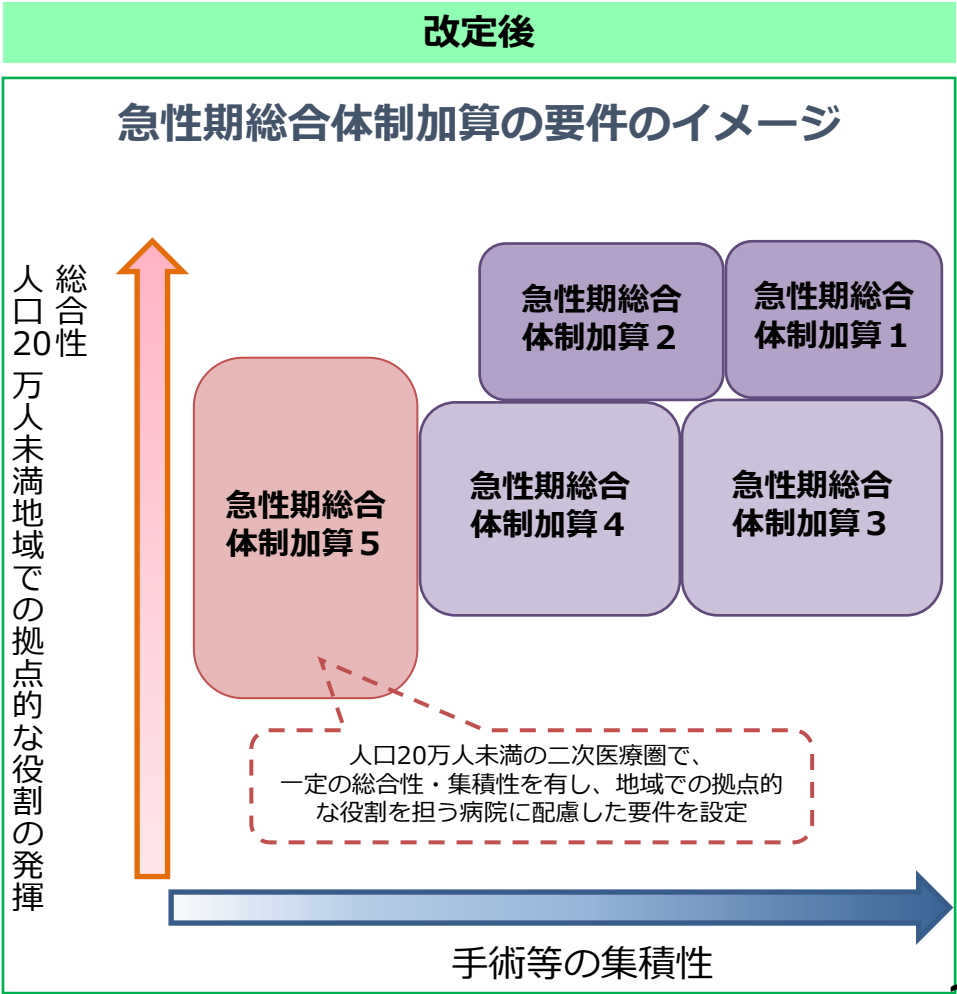
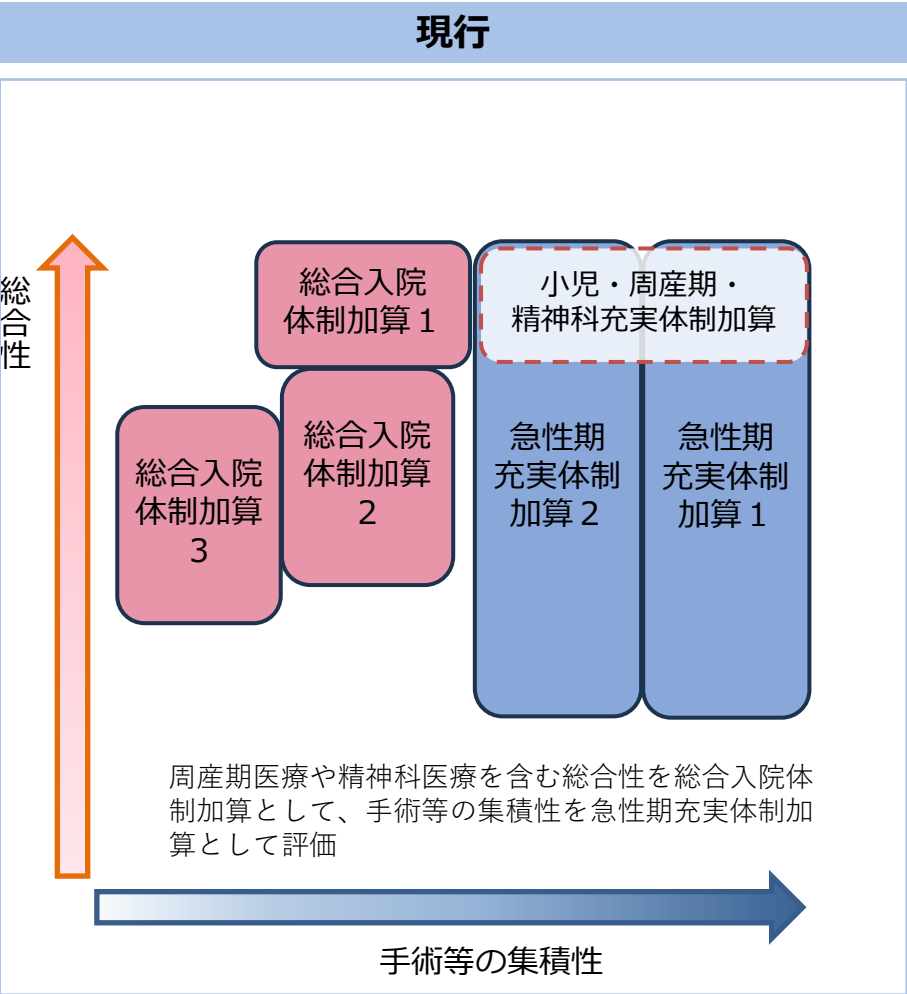
急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上
割合②A2点以上、又はC1点以上
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005
↑
年間救急搬送件数× $\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}} \div \text{当該病棟の病床数}$

29

急性期総合体制加算の新設

- 地域において総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たに急性期総合体制加算として評価。
- 急性期総合体制加算5の要件は、人口20万人未満の地域において救急搬送の受入を最も担う病院の特性に配慮したものである。



急性期総合体制加算の新設

急性期総合体制加算の新設

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、様々な診療科を有する総合性と、手術件数が多い等の集積性を持つ拠点的な病院の評価を新設する。
- 人口の少ない地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する。

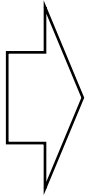
現行

【総合入院体制加算】

1 総合入院体制加算 1	260点
2 総合入院体制加算 2	200点
3 総合入院体制加算 3	120点

【急性期充実体制加算】

1 急性期充実体制加算 1	
イ 7日以内の期間	440点
ロ 8日以上11日以内の期間	200点
ハ 12日以上14日以内の期間	120点
2 急性期充実体制加算 2	
イ 7日以内の期間	360点
ロ 8日以上11日以内の期間	150点
ハ 12日以上14日以内の期間	90点



改定後

【急性期総合体制加算】

1 急性期総合体制加算 1	
イ 7日以内の期間	530点
ロ 8日以上11日以内の期間	290点
ハ 12日以上14日以内の期間	210点
2 急性期総合体制加算 2	
イ 7日以内の期間	470点
ロ 8日以上11日以内の期間	230点
ハ 12日以上14日以内の期間	150点
3 急性期総合体制加算 3	
イ 7日以内の期間	440点
ロ 8日以上11日以内の期間	200点
ハ 12日以上14日以内の期間	120点
4 急性期総合体制加算 4	
イ 7日以内の期間	360点
ロ 8日以上11日以内の期間	150点
ハ 12日以上14日以内の期間	90点
5 急性期総合体制加算 5	
イ 7日以内の期間	300点
ロ 8日以上11日以内の期間	120点
ハ 12日以上14日以内の期間	60点

【施設基準】

(急性期総合体制加算 1)

- 急性期病院A一般入院料を算定する病棟を有する病院であること。
- 総合的かつ専門的な急性期医療及び高度なかつ専門的な医療を提供する十分な体制と実績があること。
- 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する入院診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。
- 医療従事者の負担軽減・処遇改善に資する体制が整備されていること。
- 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。
- 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）、療養病棟入院基本料に係る届出を行っていないこと。
- 一般病棟入院基本料等の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等の病床数を除いた9割以上であること。

(急性期総合体制加算 5)

- 急性期病院一般入院基本料を算定する病棟を有する病院であること。
- 総合的な急性期医療を提供する必要な体制と、実績が一定程度あること。
- 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制又は実績を有していること。
- 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）、療養病棟入院基本料に係る届出を行っていないこと。（人口20万人未満の地域における救急搬送件数が最大の医療機関については、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）又は療養病棟入院基本料に係る基準を除く。）

【入院症例①】 68歳男性 急性心筋梗塞で手術

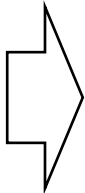
- 68歳男性、胸痛を主訴に早朝に救急搬送
- 急性心筋梗塞の診断で緊急に入院し、経皮的冠動脈ステント留置術を実施
- 入院期間12日間（入院当日に手術した後、I C Uに3日間、一般病棟に9日間）
- 自己負担3割

【改定のポイント】

急性期の疾患について、総合性と手術等の集積性を兼ね備えた医療機関において、患者像に合わせた専門的な治療とケアを受けることができる。

- ・ 救急搬送の受入や手術等の地域における急性期機能を持つ病院において、治療を受けることができる。（急性期病院A一般入院料）
- ・ 救急搬送された重症患者や術後患者等に対する専用の治療室において、特定集中治療管理を受けることができる。（特定集中治療室管理料1）
- ・ 総合的、高度かつ専門的な急性期医療を受けることができる。（急性期総合体制加算4）
- ・ 救急診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備えた救急外来診療を受けることができる（救急外来医学管理料）
- ・ チーム制による医師の診療を受けることができる。（地域医療体制確保加算2）
- ・ ICT機器等を活用することで医師事務に係る業務を効率化し、医師事務作業補助者を配置した病棟において、より円滑な医療サービスを受けられるようになる。（医師事務作業補助体制加算1）
- ・ 入院直後における早期リハビリテーションや、休日におけるリハビリテーションを受けることができる。（早期リハビリテーション加算、休日リハビリテーション加算）

これまでの場合	
急性期一般入院料 1 + 14日以内の入院加算 (1,688点+450点) × 9日	
特定集中治療室管理料 1	14,406点 × 3日
入院基本料等加算 (内訳)	
総合入院体制加算2 (1日につき)	200点 × 9日
救急医療管理加算1 (1日につき)	1,050点 × 4日
医師事務作業補助体制加算 1 [15対 1] (入院初日)	1,070点
地域医療体制確保加算 (入院初日)	620点
夜間休日救急搬送医学管理料	600点
救急搬送看護体制加算 1	400点
経皮的冠動脈ステント留置術	34,380点
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) + 早期リハビリテーション加算 + 初期加算 + 急性期リハビリテーション加算 (205点 + 25点 + 45点 + 50点) × 2単位 × 11日	
入院ベースアップ評価料75	75点 × 12日



令和8年6月以降	
急性期病院A一般入院料 + 14日以内の入院加算 (1,930点+450点) × 9日	
特定集中治療室管理料 1	14,980点 × 3日
入院基本料等加算 (内訳)	
急性期総合体制加算 4 [1~7日] (1日につき)	360点 × 7日
[8~11日](1日につき)	150点 × 2日
救急医療管理加算1 (1日につき)	1,050点 × 4日
医師事務作業補助体制加算 1 [15対 1] (入院初日)	1,070点
地域医療体制確保加算 2 (入院初日)	720点
救急搬送医学管理料 1	800点
救急外来緊急検査対応加算 1	300点
時間外救急搬送加算 (土日祝の夜間の場合)	300点
救急時医療情報取得加算	50点
院内トリアージ実施体制加算	50点
経皮的冠動脈ステント留置術	34,380点
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) + 初期加算 + 急性期リハビリテーション加算 (205点 + 45点 + 50点) × 2単位 × 11日	
早期リハビリテーション加算	
[1~3日]	60点 × 2単位 × 2日
[4~14日]	25点 × 2単位 × 9日
休日リハビリテーション加算	25点 × 2単位 × 3日
入院ベースアップ評価料120	120点 × 12日
入院物価対応料	
特定集中治療室管理料 1 (7日以内) を算定する場合	262点 × 3日
急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点 × 9日

計 113,580点※
食費： 690円 × 3食 × 11日 = 22,770円
(自己負担： 510円 16,830円)

※その他検査、麻酔、点滴、投薬等は別途算定
※高額療養費制度における支給の対象となり得る

計 121,310点※
食費： 730円 × 3食 × 11日 = 24,090円
(自己負担額： 550円 18,150円)

※その他検査、麻酔、点滴、投薬等は別途算定
※高額療養費制度における支給の対象となり得る

特定機能病院入院基本料の見直し

特定機能病院入院基本料の区分の見直し

- 特定機能病院について、高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療における役割を積極的に果たす機能を評価する観点から、特定機能病院入院基本料の区分を見直す。

現行

【特定機能病院入院基本料】		(新設)	(新設)
1 一般病棟の場合			
イ 7対1入院基本料	1,822点		
ロ 10対1入院基本料	1,458点		
2 結核病棟の場合			
イ 7対1入院基本料	1,822点		
ロ～ニ (略)			
3 精神病棟の場合			
イ 7対1入院基本料	1,551点		
ロ～ニ (略)			



改定後

1 特定機能病院A入院基本料	2 特定機能病院B入院基本料	3 特定機能病院C入院基本料
イ 一般病棟の場合	イ 一般病棟の場合	イ 一般病棟の場合
(1) 7対1入院基本料 2,146点	(1) 7対1入院基本料 2,136点	(1) 7対1入院基本料 2,016点
(2) 10対1入院基本料 1,771点	(2) 10対1入院基本料 1,760点	(2) 10対1入院基本料 1,642点
ロ 結核病棟の場合	ロ 結核病棟の場合	ロ 結核病棟の場合
(1) 7対1入院基本料 2,125点	(1) 7対1入院基本料 2,115点	(1) 7対1入院基本料 1,995点
(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)
ハ 精神病棟の場合	ハ 精神病棟の場合	ハ 精神病棟の場合
(1) 7対1入院基本料 1,851点	(1) 7対1入院基本料 1,841点	(1) 7対1入院基本料 1,721点
(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)

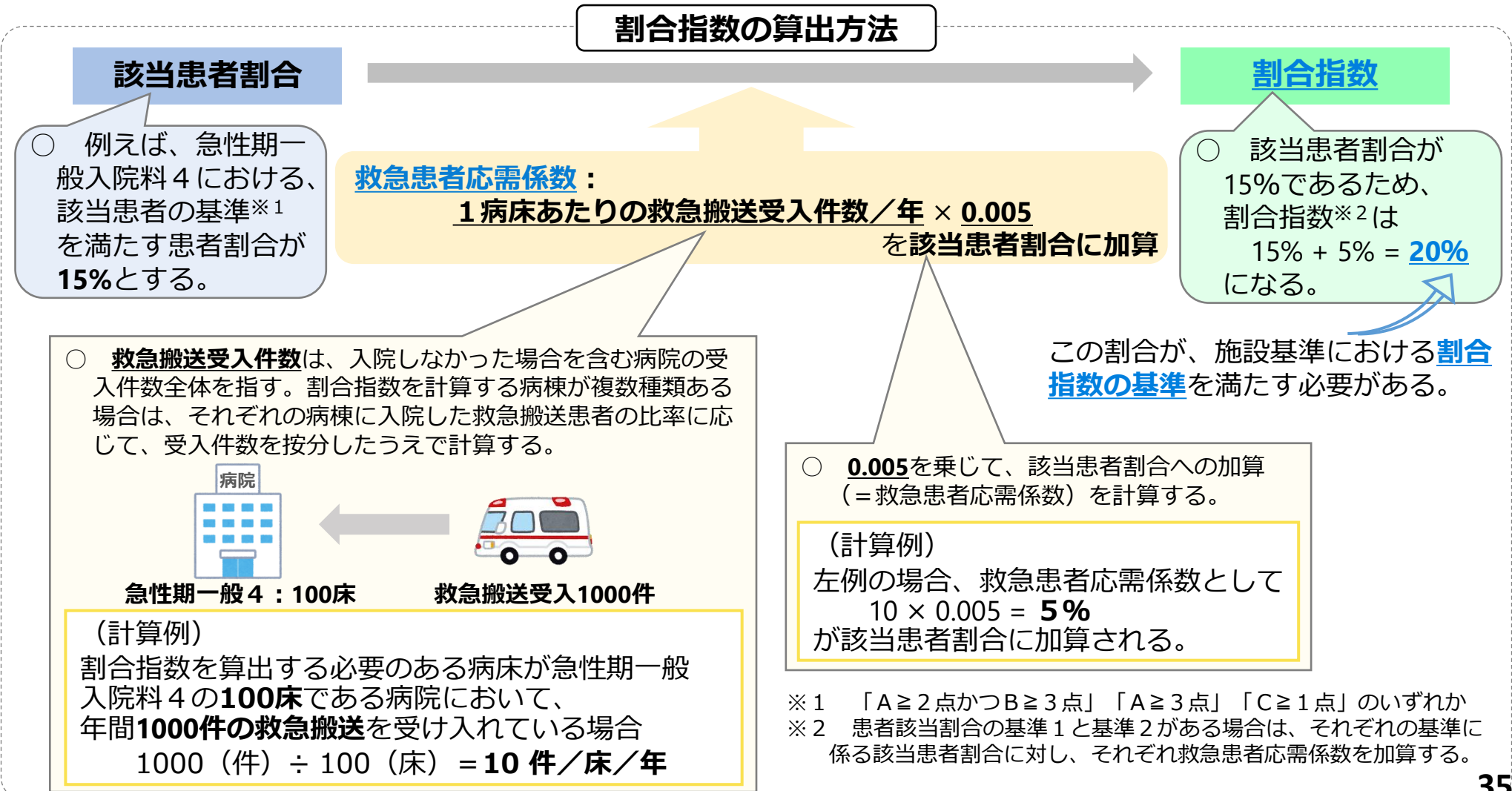
〔施設基準〕

- イ **特定機能病院A入院基本料**の施設基準
- ① 通則
医療法施行規則第●条に規定する**特定機能病院A**（仮称）であること。
- ロ **特定機能病院B入院基本料**の施設基準
- ① 通則
医療法施行規則第●条に規定する**特定機能病院B**（仮称）であること。
- ハ **特定機能病院C入院基本料**の施設基準
- ① 通則
イ及びロに定める特定機能病院以外の特定機能病院であること。

※ 特定機能病院の見直し後の名称については、令和7年度を目途に関係省令が公布・施行される予定であるため、算定告示及び施設基準告示にも当該名称を反映する。

重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数と割合指数

- 救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、急性期病院一般入院基本料等において、**救急患者応需係数を算出し、該当患者割合に加えることで求めた割合指数**を用いる。
- 救急患者応需係数は、**対象病棟における病床あたり年間救急搬送受入件数に応じて算出**する。

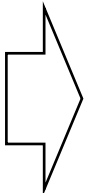


一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し①

重症度、医療・看護必要度の見直し

- A 項目・C 項目への対象コードの処置等の追加、該当患者割合への救急患者応需係数の加算に伴い、該当患者割合に係る基準を見直す。

現行		
	必要度 I ※ 1	必要度 II ※ 1
急性期一般入院料 1	割合① : 21% 割合② : 28%	割合① : 20% 割合② : 27%
急性期一般入院料 2	22%	21%
急性期一般入院料 3	19%	18%
急性期一般入院料 4	16%	15%
急性期一般入院料 5	12%	11%
7 対 1 入院基本料 (特定機能病院一般病棟)	—	割合① : 20% 割合② : 27%
総合入院体制加算 1	33%	32%
総合入院体制加算 2	31%	30%
総合入院体制加算 3	28%	27%
地域包括医療病棟	割合① : 16%	割合① : 15%



改定後（割合指数の基準）		
	必要度 I ※ 2	必要度 II ※ 2
急性期病院 A 一般入院料 急性期病院 B 一般入院料 急性期一般入院料 1 看護・多職種協働加算	割合① : 28% 割合② : 35%	割合① : 27% 割合② : 34%
急性期一般入院料 2	28%	27%
急性期一般入院料 3	24%	23%
急性期一般入院料 4	20%	19%
急性期一般入院料 5	15%	14%
7 対 1 入院基本料 (特定機能病院一般病棟)	—	割合① : 27% 割合② : 34%
急性期総合体制加算 1	割合① : 33% 割合② : 40%	割合① : 32% 割合② : 39%
急性期総合体制加算 2	割合① : 32% 割合② : 39%	割合① : 31% 割合② : 38%
急性期総合体制加算 3	割合① : 30% 割合② : 37%	割合① : 29% 割合② : 36%
急性期総合体制加算 4	割合① : 29% 割合② : 36%	割合① : 28% 割合② : 35%
急性期総合体制加算 5	割合① : 28% 割合② : 35%	割合① : 27% 割合② : 34%
地域包括医療病棟	19%	18%

【該当患者の基準】

急性期病院※a、 急性期 1 ※a、 看護・多職種 協働加算、 7 対 1 入院基 本料(特定)※a、 急性期総合※a	割合① 以下のいずれか ・ A 得点が 3 点以上 ・ C 得点が 1 点以上
	割合② 以下のいずれか ・ A 得点が 2 点以上 ・ C 得点が 1 点以上
急性期 2 ～ 5	以下のいずれか ・ A 得点が 2 点以上 かつ B 得点が 3 点 以上 ・ A 得点が 3 点以上 ・ C 得点が 1 点以上
地域包括 医療病棟※b	以下のいずれか ・ A 得点が 2 点以上 ・ C 得点が 1 点以上

- ※a B 項目については、該当患者の基準からは除外されているが、評価票を用いて評価を行っていること
- ※b この他に、入院初日に B 項目が 3 点以上である患者の割合が 5 割を超えていること

※ 1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

※ 2 該当患者の基準を満たす患者割合に、救急患者応需係数を加えた、患者割合に係る指数（割合指数）が満たすべき基準

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料における病院実績要件の新設

- 重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に特に密度の高い医学的管理を行うこと等が特定集中治療室を有する病院が担う役割であることを踏まえ、特定集中治療室管理料について、**救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件**とする。

改定後

【特定集中治療室管理料】

【施設基準】

○ 病院の実績に係る要件

以下のいずれかを満たしていること。

ア 救急用の自動車等の搬送件数が、年間で1,000件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、800件以上）であること。

イ 全身麻酔による手術件数が年間で1,000件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、800件以上）であること。

ウ 小児系病棟が5割以上である病院（※）において、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、400件以上）であること。

※ 許可病床数のうち、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料の届出病床数を合計した病床数が占める割合が5割以上の病院を指す。

SOFAスコアに係る要件の見直し

- 特定集中治療室に入室する重症患者について、その臓器機能障害の程度に応じた適切な評価を行う観点から、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者割合の要件を、現行の1割以上から**2割以上**に見直す。

現行

【特定集中治療室管理料 **1・2**】

【施設基準】

(12) 直近1年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合が**1割以上**であること。

ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。

【特定集中治療室管理料 **3・4**】

【施設基準】

(12) 直近1年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合が**1割以上**であること。

ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。



改定後

【特定集中治療室管理料 **1**】

【施設基準】

(12) 直近1年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合が**2割以上**であること。

ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。

【特定集中治療室管理料 **2**】

【施設基準】

(12) 直近1年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合が**2割以上**であること。

ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。

特定集中治療室管理料の見直し②

特定集中治療室管理料の医師配置要件の見直し

- 専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる治療室とそれ以外の治療室における診療の現状等を踏まえ、宿日直を行う医師が含まれる治療室の範囲及び施設基準を見直す。

現行

〔施設基準〕

【特定集中治療室管理料 1・2】

- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。
当該専任の医師に、特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含むこと。なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料 3・4】

- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。
当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料 5・6】

- 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。



改定後

〔施設基準〕

【特定集中治療室管理料 1】

- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。
当該専任の医師に、特定集中治療の経験を 5 年以上有し、特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師を 2 名以上含むこと。なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料 2】

- 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が常時、原則として特定集中治療室内（当該治療室から離れる場合にあつては、保険医療機関内の速やかに特定集中治療室での診療を開始できる場所）に勤務していること。

【特定集中治療室管理料 3】

- 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が常時、原則として特定集中治療室内（当該治療室から離れる場合にあつては、保険医療機関内の速やかに特定集中治療室での診療を開始できる場所）に勤務していること。

ハイケアユニット入院医療管理料の見直し

ハイケアユニット入院医療管理料における病院実績要件の新設

- 重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に密度の高い医学的管理を行うこと等がハイケアユニットを有する病院が担う役割であることを踏まえ、ハイケアユニット入院医療管理料について、救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件とする。

改定後

【ハイケアユニット入院医療管理料】

【施設基準】

○ 病院の実績に係る要件

以下のいずれかを満たしていること。

ア 救急用の自動車等の搬送件数が、年間で1,000件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、800件以上）であること。

イ 全身麻酔による手術件数が年間で500件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、400件以上）であること。

ウ 小児系病棟が5割以上である病院（※）において、全身麻酔による手術件数が年間で250件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、200件以上）であること。

※ 許可病床数のうち、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料の届出病床数を合計した病床数が占める割合が5割以上の病院を指す。

病院実績要件を満たさない治療室への対応

- 救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績要件を満たさない特定集中治療室又はハイケアユニットについては、令和 8 年 3 月 31 日時点で特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っていた場合に限り、当面の間、ハイケアユニット入院医療管理料の注 5 に規定する管理料を算定可能とする。

（新） ハイケアユニット入院医療管理料 注 5

【算定要件】

ハイケアユニット入院医療管理料又は特定集中治療室管理料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合については、21日を限度として4,401点を算定する。

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）
- 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）

277点
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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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

DPC/PDPSの見直し（全体概要）

基礎係数の見直し

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群を設定する。
- DPC標準病院群のうち、救急車等による搬送により入院した患者数等に係る一定の要件を満たす医療機関については、それ以外の医療機関と基礎係数の評価を区別する。

機能評価係数Ⅱの見直し

- 複雑性係数について、入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成を評価するよう、評価手法について必要な見直しを行う。
- 地域医療係数の定量評価指数について、DPC標準病院群においては、新たにがん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び周産期の4領域にも着目した評価に見直す。
- 地域医療係数の体制評価指数について、「認定ドナーコーディネーターの院内配置」及び「地域の需要変動への応答性」に係る項目を新設する。

診断群分類点数表の見直し

- 多くの診断群分類において、平均在院日数が在院日数の中央値を上回っている実態を踏まえ、点数設定方式A、B及びCにおける標準化の進んだ診断群分類を中心に、一定の変動率の上限を設けつつ、入院期間Ⅱを平均在院日数から在院日数の中央値へ見直した上で、包括点数の設定を行う。
- 医療資源を最も投入した傷病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者について出来高算定とする取扱いを見直すとともに、診断群分類の設定等、必要な見直しを行う。

算定ルールの見直し

- DPC算定対象となる病棟等（以下「DPC算定病棟等」という。）から、DPC算定対象とならない病棟へ転棟した後に、同一傷病等により改めてDPC算定病棟等に再転棟する場合について、転棟後の期間を問わず、原則として一連の入院として扱うこととする。

基礎係数の見直し

基礎係数の見直し

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群及びDPC標準病院群）の設定については、DPC標準病院群のうち、一定要件を満たす医療機関（「DPC標準病院群 1」）については、それ以外の医療機関（「DPC標準病院群 2」）と基礎係数の評価を区別する。

DPC標準病院群 1 の要件（※ 1 ※ 2）

- ① 救急車等による入院数が年間700人以上
- ② 救急車等による入院数が年間200人以上 かつ 全身麻酔による手術件数が年間500件以上
- ③ 救急車等による入院数が年間400人以上 かつ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大
（人口20万人以下の二次医療圏に限る）
- ④ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大
（離島のみで構成されている二次医療圏に限る）

※ 1 令和 6 年10月～令和 7 年 9 月DPCデータにより判定を行う。
※ 2 令和10年度診療報酬改定以降は急性期病院 A 一般入院料又は急性期病院 B 一般入院料の届出を行う医療機関とすることを念頭に、データの収集を行う。

基礎係数

大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群	
		DPC 標準病院群 1	DPC 標準病院群 2

機能評価係数Ⅱ

大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群※ 3
---------	----------	-------------

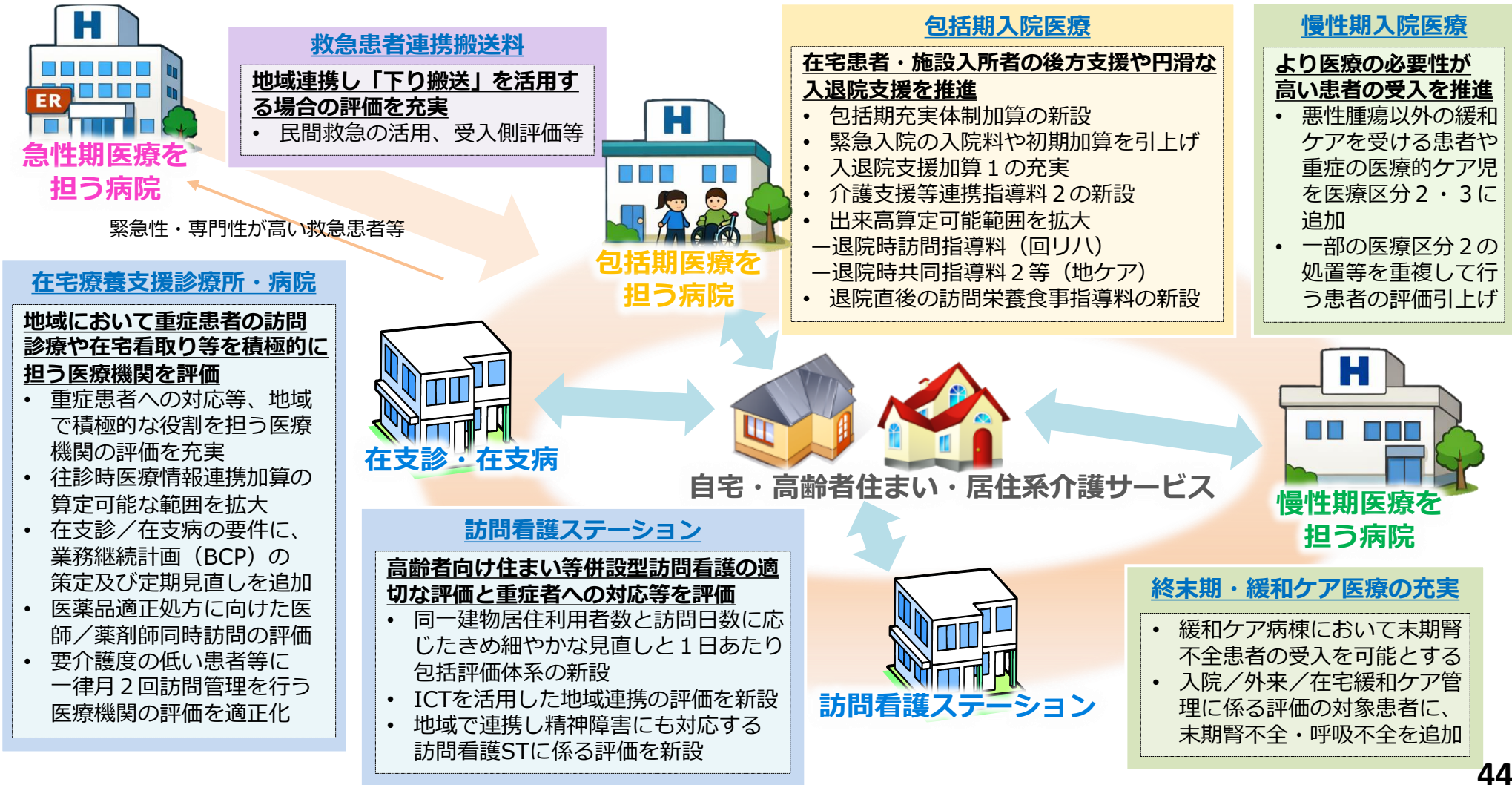
※ 3 地域医療係数については、DPC標準病院群 1 とDPC標準病院群 2 について、それぞれ評価を行う。

令和 8 年度診療報酬改定

3. 包括期・慢性期入院医療

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
- 在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 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、**入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- 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について更に評価**する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（１日につき） 3,050点

【算定要件】

注 1 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を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料 3 の例により、算定する。



改定後

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（１日につき）

- 1 地域包括医療病棟入院料 1
 - イ 入院料 1 3,367点
 - ロ 入院料 2 3,267点
 - ハ 入院料 3 3,117点
- 2 地域包括医療病棟入院料 2
 - イ 入院料 1 3,316点
 - ロ 入院料 2 3,216点
 - ハ 入院料 3 3,066点

【算定要件】

- 同一病院内の **A 1 0 0 一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。
 - 地域包括医療病棟入院料 1**：A 1 0 0 算定病棟 **なし**
 - 地域包括医療病棟入院料 2**：A 1 0 0 算定病棟 **あり**
- 入院料 1～3 については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。
 - 入院料 1：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わない**もの
 - 入院料 2：入院料 1 にも 3 にも該当しないもの
 - 入院料 3：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行う**もの

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

地域包括医療病棟入院料の見直し

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）	
多職種の配置		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 A 3 点以上、A 2 点以上かつ B 3 点以上、C 1 点以上	以下のいずれかを満たす A 2 点以上、C 1 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	<u>21日</u>	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	<u>5 %未満</u>	5 %未満を原則として、 85歳以上の患者の割合により調整	
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	地域包括医療病棟 2
		急性期総合体制加算★ 一般病棟入院基本料 特定機能病院、専門病院入院基本料	急性期総合体制加算★ 急性期病院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

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、**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

【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 <u>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</u> | <u>580点</u> |
| ② ①の患者以外の患者の場合 | <u>480点</u> |
- (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 <u>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</u> | <u>480点</u> |
| ② ①の患者以外の患者の場合 | <u>380点</u> |



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 **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。

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

	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、 <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</u> 以上	8割以上	<u>7割</u> 以上	<u>7割</u> 以上
ADL低下割合	3%未満	<u>5%</u> 未満	3%未満	<u>5%</u> 未満	—（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>

48

【入院症例②】 86歳女性 尿路感染症で地域包括ケア病棟へ緊急入院

- 要介護2で在宅療養している86歳女性。自己負担1割。
- 3日前から発熱し、在宅で経口抗菌薬を投与されたが改善せず、食欲とA D Lが低下傾向となったため、在宅医療を提供している病院の地域包括ケア病棟へ緊急入院した。
- 入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に関する評価を行うとともに多職種で介入計画を立て、一体的な管理を実施した。
- 点滴による抗菌薬投与を行い、入院5日目に解熱したものの、一時的に介助の必要性が増し、家族が退院後の生活に不安を覚えていたため、適切な栄養管理と生活機能の維持・回復をめざしたリハビリテーションを継続した。経過に合わせ、要介護認定区分の見直しの必要性や退院後の介護サービスについて検討した。
- 入院期間28日間で自宅退院し、入院前と同様の在宅療養を継続することができた。

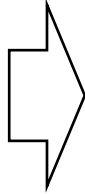
【改定のポイント】

在宅における病状急変時等に速やかに入院医療につながり、急性疾患の治療だけでなく、生活機能の維持と早期退院をめざした包括的な治療を受けることができる。

- ・ 自宅等で療養中に病状が急変した場合にも、円滑に入院医療を受けることができる。
（地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算）
- ・ 疾患の治療と並行して、入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的なケアを受け、生活機能を維持することができる。**（リハビリテーション・栄養・口腔連携加算）**
- ・ 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が提供され、低栄養を予防することができる。**（特別食加算（嚥下調整食））**
- ・ 入院中の状態の変化を踏まえて、関係機関と連携しながら生活に配慮した退院支援を受け、早期かつ円滑に在宅復帰することができる。**（入退院支援加算1の口）**

【入院症例②】 86歳女性 尿路感染症で地域包括ケア病棟へ緊急入院

これまでの場合	
地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）	2,838点×28日
注加算	
在宅患者支援病床初期加算（自宅等から救急搬送）	480点×14日
看護補助者配置加算	160点×28日
入退院支援加算 1	
イ 一般病棟入院基本料等の場合	700点
入院ベースアップ評価料45	45点×28日



令和8年6月以降	
地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）	2,955点×28日
注加算	
在宅患者支援病床初期加算（自宅等から緊急入院）	490点×14日
看護補助者配置加算	160点×28日
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算	30点×14日
入退院支援加算 1	
□ 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
入院ベースアップ評価料65	65点×28日
入院物価対応料	
地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）を算定する場合	27点×28日

計 92,624点※	
食費：	690円 × 3食 × 27日 = 55,890円
(自己負担：240円 × 3食 × 27日 = 19,440円)	
※高額療養費制度における支給の対象となり得る	

計 98,076点※	
食費：	730円 × 3食 × 27日 = 59,130円
特別食加算（嚥下調整食）：	
	76円 × 3食 × 27日 = 6,156円
(自己負担：270円 × 3食 × 27日 = 21,870円)	
※高額療養費制度における支給の対象となり得る	

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直しの全体像

より質の高い取組への新たな評価

- 回復期リハビリテーション病棟における特に質の高い取組を新たに評価する。
 - 回復期リハビリテーション強化体制加算の新設
 - ・ より高い実績指数、退院前訪問指導や排尿自立支援の実施に関する基準を設定
 - 退院前訪問指導料の出来高算定化

質の高い取組の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟に求められる質の高い取組を各入院料において要件化する。
 - 土曜・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ていることを入院料3, 4においても要件化
 - 患者数や実績指数のウェブサイトでの公表を要件
 - 高次脳機能障害に係る退院支援の強化
 - 実施が望ましい取組について、望ましいこととする入院料の範囲を入院料3, 4まで拡大する。
 - ・ 地域支援事業への参加
 - ・ 口腔管理体制の整備

アウトカム評価の充実（実績指数に関する見直し）

- リハビリテーションによるアウトカムの改善状況を更に評価に活かすため、実績指数の算出方法と基準を見直す。
 - 実績指数に関する基準の見直し
 - ・ 実績指数の基準の引上げ（入院料1, 3）
 - ・ 実績指数の基準の導入（入院料2, 4）
 - ・ 1日につき6単位以上の疾患別リハを算定するための実績指数の基準の見直し
 - 実績指数の算出方法の見直し
 - ・ 歩行・トイレ動作の自立をより高く評価
 - ・ 実績指数の算出から除外できる患者の範囲を縮小し、その分除外できる割合を低減

重症患者の基準等の実情に沿った見直し

- アウトカム評価の充実を踏まえ、実績指数と重複する観点を整理し、医療機関の入院受入を柔軟化する。
 - 重症患者の基準に関する見直し
 - ・ 重症患者の対象の範囲を見直すとともに、入院が求められる重症患者の割合の基準を引き下げ
 - ・ 評価尺度の簡素化の観点から、日常生活機能評価よりもFIMの測定が望ましいこととする
 - 重症患者のうち退院時に改善した割合の要件を削除

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等（イメージ）

現行				
配置基準 重症患者割合 実績指数	入院料 1 2,229点	入院料 2 2,166点	入院料 3 1,917点	入院料 4 1,859点
	・看護配置13対1（看護師 7 割） ・専従PT3名/OT2名/ST1名		・看護配置15対1（看護師 4 割） ・専従PT2名/OT1名	
	4 割以上		3 割以上	
実績指数	40以上		35以上	

改定後				
配置基準 重症患者割合 実績指数	入院料 1 <u>2,346点</u>	入院料 2 <u>2,274点</u>	入院料 3 <u>2,062点</u>	入院料 4 <u>2,000点</u>
	・看護配置13対1（看護師 7 割） ・専従PT3名/OT2名/ST1名		・看護配置15対1（看護師 4 割） ・専従PT2名/OT1名	
	<u>3 割 5 分以上</u>		<u>2 割 5 分以上</u>	
実績指数	42以上		37以上	
	32以上※ 2		32以上※ 2	

重症患者の該当範囲を狭め、
重症患者割合の基準を引き下げる。

特に質の高い取組を行っている場合 **+**

(新)回復期リハビリ
テーション強化
体制加算 80点
※実績指数48以上 等

- ・入院料 1 及び 3：実績指数の算出方法等を変更するとともに、実績指数の基準を見直す。
- ・入院料 2 及び 4：新たに実績指数の要件を導入する。

※ 1：算定を開始した日から起算して 2 年（回復期リハビリテーション病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料 2、回復期リハビリテーション病棟入院料 3 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 4 を算定していた病棟にあっては、1 年）を超えて算定する場合、100分の80に相当する点数を算定する。
※ 2：入院料 2 及び 4 について、令和 8 年 9 月 30 日までに限り、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する。

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

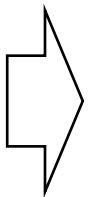
- 療養病棟入院基本料2において求める医療区分2・3の患者の割合を、5割から6割に引き上げる。

現行

【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三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上であること。



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三の患者と医療区分二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。

障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し

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なる推進

- 障害者施設等入院基本料の 7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料における看護補助加算並びに看護補助体制充実加算について、算定可能期間を見直す。

現行		
【看護補助加算】		
イ	14日以内の期間	146点
□	15日以上30日以内の期間	121点
【看護補助体制充実加算】		
イ	14日以内の期間	
(1)	看護補助体制充実加算 1	176点
(2)	看護補助体制充実加算 2	161点
(3)	看護補助体制充実加算 3	151点
□	15日以上30日以内の期間	
(1)	看護補助体制充実加算 1	151点
(2)	看護補助体制充実加算 2	136点
(3)	看護補助体制充実加算 3	126点



改定後		
【看護補助加算】		
イ	14日以内の期間	146点
□	15日以上30日以内の期間	121点
(新) ハ	イ及び□以外	<u>50点</u>
【看護補助・患者ケア体制充実加算】		
イ	14日以内の期間	
(1)	看護補助体制充実加算 1	176点
(2)	看護補助体制充実加算 2	161点
(3)	看護補助体制充実加算 3	151点
□	15日以上30日以内の期間	
(1)	看護補助体制充実加算 1	151点
(2)	看護補助体制充実加算 2	136点
(3)	看護補助体制充実加算 3	126点
(新) ハ	イ及び□以外	
(1)	看護補助体制充実加算 1	<u>60点</u>
(2)	看護補助体制充実加算 2	<u>55点</u>
(3)	看護補助体制充実加算 3	<u>51点</u>

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

〔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（基本診療料の施設基準等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。
- 「A 1 0 0」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。
- 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が整備されていること。
- 在宅医療や介護保険施設等の後方支援に係る実績を十分有していること。
- 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。

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		
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	



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	
(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

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収受し、誘引その他の財産上の利益を収受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収受していないこと。

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。

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てはならないこと。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。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進

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。

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、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

[算定要件]

身体的拘束最小化について質の高い取組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について、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、身体的拘束の最小化に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該病棟において、身体的拘束の最小化に関する十分な実績を有していること。
- (3) 身体的拘束最小化のために病院全体として取組を行っていること、原則として身体的拘束を行わない方針であること及び身体的拘束の実施状況について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

令和 8 年度診療報酬改定

4.業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

業務効率化・負担軽減等に向けた取組みの全体像

○ 看護師の新規養成数がピークアウトするなど、更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が見込まれる中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行い、必要な医療機能の確保を図る。

① ICT、AI、IoT等の利活用の推進

○ ICT等の活用による看護業務効率化・負担軽減

- 見守り、記録、医療従事者間の情報共有に関し、ICT機器等を組織的に活用している場合は、1日に看護を行う看護職員の数等の基準について、1割以内の範囲で柔軟化する。

○ 医師事務作業補助体制加算の見直し

- 生成AI、音声入力システム、RPA、説明動画を組織的に活用する場合、医師事務作業補助者1人を最大1.3人として配置人数に算入できることとする。

② 診療報酬上求める基準の柔軟化

○ やむを得ない事情で看護要員が不足する場合

- 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、1割以内の一次的な変動があった場合でも、必要な取組を行っている場合には、3か月を超えない期間に限り施設基準変更の届出を行わなくてもよいこととする。

その他 診療報酬上求める専従業務・事務等の簡素化・効率化の例

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

- 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専従の医療安全管理者について、月16時間までに限り、他の業務に従事することは差し支えないこととする。

病棟の看護要員の業務範囲の拡大（様式9の見直し）

- 病棟の看護要員について、緊急対応のため病棟外の患者に必要な対応を短時間行った場合や、病棟の患者に付き添い、病棟外で一時的に看護を行った場合等も勤務時間に算入可とする。

疾患別リハビリテーション料の専従の療法士の業務の見直し

- 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の療法士について、当該疾患別リハビリテーション以外に、患者・家族等の指導に関する業務や、介護施設等への助言にも従事できることとする。

署名又は記名・押印の廃止

- 入院診療計画書等において求められていた署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

患者等への説明が可能な医療従事者の範囲の拡大

- 認知行動療法の医師のフォローアップ
- リハビリテーション計画書の説明

ICT等の活用による看護業務効率化の推進

ICT等の活用による看護業務の更なる効率化や負担軽減を推進

- ICT機器等の活用により看護業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合に、看護職員に対する看護師の比率等について **1割以内の範囲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**よう見直す。
- 看護業務において、ICT機器等を活用することで業務の更なる効率化や負担軽減を推進する観点から、**①見守り、②記録、③医療従事者間の情報共有に関して業務効率化に有用なICT機器等を組織的に活用した場合に、入院基本料等に規定する看護要員の配置基準を柔軟化する。**




[対象となる入院料を算定する病棟] 急性期一般入院料1～6、急性期病院一般入院料AB、7対1入院基本料、10対1入院基本料、地域包括医療病棟入院料1・2、小児入院医療管理料1～4
特殊疾患病棟入院料1・2、緩和ケア病棟入院料1・2

[算定要件（概要）]

- 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、入院料の所定点数を算定する。

[施設基準（概要）]

- 看護及び看護補助業務の効率化等に当たって、当該病棟において、以下の**ICT、AI、IoTの機器等（以下「ICT機器等」という。）を全て導入**しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること。

見守り	記録	医療従事者間の情報共有
<ul style="list-style-type: none">病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等の機器看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握できる <p>(例) 見守りカメラ、スマートグラス</p> 	<ul style="list-style-type: none">音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器 <p>(例) スマートフォン、音声入力システム</p> 	<ul style="list-style-type: none">業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯しリアルタイムに情報を共有できる端末等、直接対面せずに、多人数の職員間での情報共有を効率的に実施できる機器 <p>(例) インターコミュニケーションシステム (例) モバイル端末のチャット機能</p> 

- ICT機器等を導入した病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の**1人1月当たりの超過勤務時間の状況について、平均10時間以下**であるとともに、非常勤職員を含めて**導入前と比較して増加する傾向にない**こと。
- ICT機器等の導入前後における看護要員の業務内容、**業務量及び業務時間並びに看護要員の事務作業時間及び業務負担等**について、**年1回程度、定量的又は定性的な評価を実施**すること。その結果を病院内の職員に周知するとともに、労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、**必要に応じて適切な対策を講じる**こと。
- 厚生労働大臣が実施するICT機器等の活用状況や看護業務の改善に係る継続的な取組状況等に関する**随時調査に適切に参加**すること。
- 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、基本診療料の施設基準等の第五、第九及び第十に規定する基準に対し、**1割以内の減少**であること。

医師事務作業補助体制加算の見直し

ICT機器を活用した場合の配置人数の算入方法

➤ ICT機器等の活用による医師事務に係る業務効率化・負担軽減等の業務改善推進の観点から、医師事務作業補助体制加算の人員配置基準を柔軟化する。

改定後

- 【医師事務作業補助体制加算】
【施設基準】
- 「ア（①のみ）」+「イ～エの全て」に該当する場合には、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できる。
 - 「ア（①は必須 + ②③④のうち少なくとも1種類以上を広く活用）」+「イ～エの全て」に該当する場合は、1人を1.3人として配置人数に算入できる。
- ア 医師の事務作業に関して、①を含むものを組織的に導入し、医師・医師事務作業補助者が日常的に活用することで、業務効率化が図られていること。
- ① 生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム
 - ② 医療文書等への入力を行う医療文書の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）
 - ③ 医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）
 - ④ 入退院時の説明、検査・処置等に関する10種類以上の患者向け説明動画
- イ アの①から④までのうち、電子カルテ等と連動して医療情報を取り扱うものについては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等（いわゆる3省2ガイドライン）に準拠していること。
- ウ アの①から④までのうち、AI技術を用いる製品・サービスについては、「AI事業者ガイドライン」が遵守されていること。
- エ アの①から④までのうち、導入・活用しているとして届け出たものについて、全ての医師事務作業補助者に対し、操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該ICT機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備していること。
- 上記算入方法により新たに届け出る場合には、直近3月以上の期間、当該算入方法を用いず、当該配置区分以上の配置区分を引き続き算定していること。
 - 上記算入方法により届け出る保険医療機関は、医師事務・医師の事務作業時間・負担感等について年1回程度評価・確認し、適宜、適切な対策を講じること。

医師事務業務の明確化

➤ 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。

現行

- 【施設基準】
- 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、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）、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）への対応に限定するものであること。

改定後

- 【施設基準】
- 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、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、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、患者・家族への説明文書の準備・作成、診療録・画像検査結果等の整理、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、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、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）への対応に限定するものであること。

令和 8 年度診療報酬改定

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策に係る全体像

- 人口・医療資源の少ない地域での医療提供の確保を図る。
- 外科等の若手医師の減少する診療科の医師の勤務環境・処遇改善を行い、高度な医療提供を行う取り組みを支援する。



人口の少ない地域等での医療提供機能の確保

人口の少ない地域での医療提供機能の確保

- 人口の少ない地域の外来・在宅医療の確保に係る支援と病状の急変等で緊急入院が必要な患者を受け入れる体制のある病院を評価する「医療提供機能連携確保加算」を新設。
- 当該病院が情報通信機器を用いて医学管理を行った場合を評価する「医療提供機能連携確保加算」を新設。
- 離島での入院医療の応需体制の確保のため、離島加算の評価を引き上げる。

へき地診療所における在宅時医学総合管理料等の見直し

- 在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能とする。

急性期病院B一般入院料・急性期総合体制加算の要件緩和

- 人口20万人未満の地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、急性期病院B一般入院料において、地域の特性に配慮した病院機能に関する施設基準を設定する。
- 人口20万人未満の地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する「急性期総合体制加算5」を新設。

医療資源の少ない地域における対応

- 医療資源の少ない地域においても、慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療に係る評価を更に推進する観点から、当該地域において、地域包括診療加算及び地域包括診療料の医師配置に関する要件を緩和する。
- 医療資源の少ない地域について、直近の統計を用いて、37医療圏から39医療圏へと見直す。



働き方改革・診療科偏在対策の推進

若手医師が減少する診療科の評価

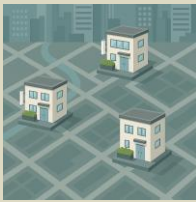
- 若手医師が減少し、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、勤務環境・処遇改善等を行う取組を評価する「地域医療体制確保加算2」を新設。

長時間高難度手術の実施体制の評価

- 長時間高難度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境・処遇の改善を図った上で手術を行う場合を評価する「外科医療確保特別加算」を新設。

機能強化加算等の届出に係る対応

- 地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関について、機能強化加算、地域包括診療加算、地域包括診療料及び小児かかりつけ診療料の算定並びに在宅療養支援診療所の届出を不可とする。



外来医師過多区域に関する対応

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

外科医療確保特別加算の新設

- 地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の加算を新設する。

（新） 外科医療確保特別加算 （1回につき）

[算定要件]

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おいて、長時間かつ高難度な手術を実施した場合であって、対象診療科の医師が、当該手術を行ったときは、外科医療確保特別加算として、当該手術の所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。

[施設基準]

- (1) 外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。
- (2) 特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
- (3) 医科点数表第2章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術を合わせて年間200例以上実施していること。
- (4) 当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。
 - ア 当該診療科の経験を5年以上有する常勤の医師が6名以上配置されていること。
 - イ チーム制又は交代勤務制を導入していること。
 - ウ 当該診療科に配置されている常勤の医師については、特定対象医師（B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師）であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の勤務間インターバル及び代償休息を確保すること。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休息時間を確保するように配慮していること。
- (5) 他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。
 - ア 地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること。
 - イ 当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること。
- (6) 外科医療確保特別加算を算定する診療科の専門研修体制が整備されていること。
- (7) 地域医療体制確保加算2を届け出ており、当該加算における処遇に係る配慮について、外科医療確保特別加算を算定する診療科が対象となっていること。
- (8) 当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日・時間外・深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の100分の30以上に相当する手当を当該診療科の医師に支給（その8割以上を常勤医師に支給）しており、全ての医師に周知していること。

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する取組の推進

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する取組の推進

- 人口20万人未満かつ人口密度が200人／km²未満である二次医療圏及び離島等の地域において、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行うとともに、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関における入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新)

医療提供機能連携確保加算（入院初日）

600点

〔算定要件〕

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医療提供機能連携確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 〔施設基準〕
- ・ 別表に掲げる地域における、外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）の実績として、次のいずれか二つ以上を満たしていること。なお、当該実績は、同一の二次医療圏において満たす必要がある。
 - ア 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、常勤の医師を派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近1年間に40日以上であること。
 - イ 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、当該保険医療機関に勤務する医師の休暇時等における代替医師を臨時に派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近1年間に4日以上であること。
 - ウ 当該地域において、巡回診療を実施した日数の合計が、直近1年間に20日以上であること。
 - エ 当該地域に居住する患者に対して、情報通信機器を用いて行う診療を実施した日数の合計が、直近1年間に40日以上であること。
 - ・ 上記ア若しくはイに定める他の保険医療機関から紹介を受けた患者又は上記ウ若しくはエによる診療を受けた日から3か月以内の患者であって、病状の急変等により緊急で入院が必要となったものの受入れを、前年度において3件以上実施していること。
 - ・ 「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第二次救急医療機関又は第三次救急医療機関であること。
- 上記医療機関が、第2章第1部第1節医学管理料等に掲げる医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。


(新)

医療提供機能連携確保加算（月1回）

50点

離島加算の充実

- 離島における入院医療の応需体制の確保をさらに推進する観点から、離島加算の評価を引き上げる。

現行			改定後	
離島加算	18点		離島加算	25点

令和 8 年度診療報酬改定

6. 外来医療の機能分化・強化等

6. 外来医療の機能分化・強化等に係る全体像

○ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点や、かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点等を踏まえた、外来医療の機能分化・強化等に係る見直しの全体像は以下のとおり。



特定機能病院等

外来機能分化・連携

紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- 紹介割合・逆紹介割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、逆紹介割合の基準を引き上げる。
- 外来診療料の減算となる対象患者について、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。

連携強化診療情報提供料の対象拡大

- 共同で継続的に治療管理を担う際の評価について、対象患者と医療機関を拡大する。



地域の診療所等

特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

- 特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

かかりつけ医機能の強化

地域包括診療加算等の見直し

- 対象疾患を有する要介護高齢者等への対象患者の拡大、連携薬局の要件の見直し等を行う。

機能強化加算の見直し

- 業務継続計画を策定すること、外来／在宅データ提出加算の届出が望ましいことを要件とする。

時間外対応体制加算の充実

- 時間外対応加算の名称を変更し、評価を引き上げる。

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

- 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の包括範囲の見直し、糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設等を行う。

特定疾患療養管理料の見直し

- 対象疾患を見直す。（非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外）

その他

療養・就労両立支援指導料の見直し

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について、対象患者を拡大し、算定可能な期間の延長し、評価を引き上げる。

処方箋料の見直し

- 一般名処方加算の評価を見直す。バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、逆紹介割合の基準を引き上げる。

	紹介割合の基準	逆紹介割合の基準
特定機能病院	(現行) 50% → (改定後) 50%	(現行) 30% → (改定後) 50%
地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)		
紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)		
許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)	(現行) 40% → (改定後) 40%	(現行) 20% → (改定後) 40%

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において外来診療料が減算となる対象患者について、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。

現行

【外来診療料】

【算定要件】

○減算の対象となる患者

他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。

※患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、減算分に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。

改定後

【外来診療料】

【算定要件】

○減算の対象となる患者

ア 他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある患者を除く。）
※患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、減算分に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。

イ 当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料（同一日の複数科受診によるもの以外）を算定した患者 ただし、次の患者を除く

- ① 過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者
- ② 緊急その他やむを得ない事情がある患者
- ③ 専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者

※②又は③に該当する場合には、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

※イに該当する患者は、原則として他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行うことが望ましい。

（参考）紹介状なしで受診する場合等の患者定額負担

【対象病院】

- ・特定機能病院
- ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ・紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）

＜今改定では変更なし＞

【定額負担の額】

- ・初診：医科 7,000円
- ・再診：医科 3,000円

【対象患者】

- ・初診 他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者
- ・再診 当該病院等が逆紹介の申出を行ったにもかかわらず当該病院を受診した患者

特定機能病院等とかかりつけ医機能を担う医療機関との連携の推進

特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

- 特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

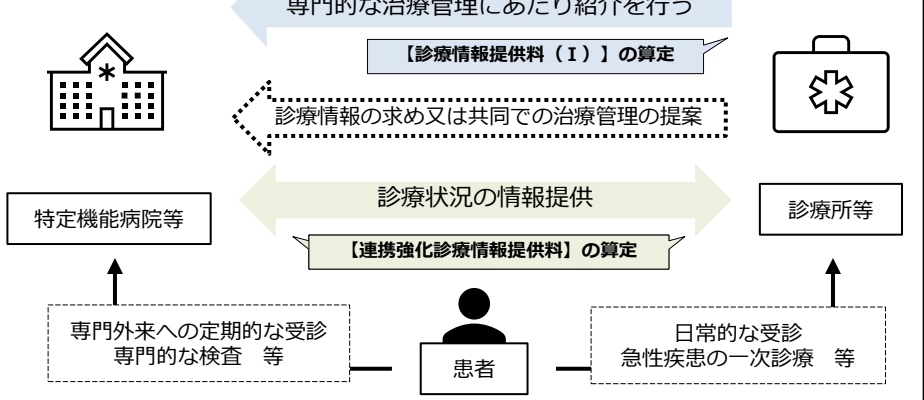
[算定要件]

保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合、所定点数に加算する。

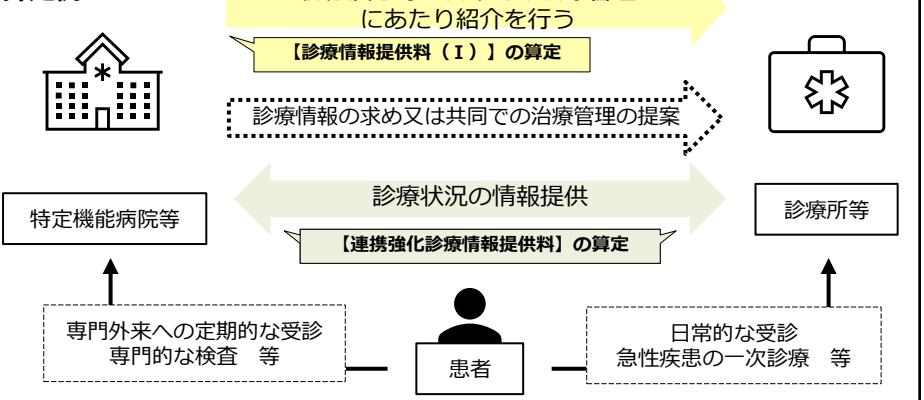
連携強化診療情報提供料の見直し

- 病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携しながら共同で継続的に治療管理を行う取組を推進する観点から、連携強化診療情報提供料の評価体系を見直す。
 - 算定対象医療機関を、**特定機能病院等並びに許可病床数200床未満の病院及び診療所等に拡大し、紹介元及び紹介先医療機関のいずれの診療情報提供においても算定可能**とする。
 - 他の医療機関からの求めに応じた情報提供を行った場合のほか、**病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行うにあたり必要な情報提供を行った場合においても算定可能**とする。
 - 算定可能回数について、一律に、患者1人につき**3月に1回**へと見直す。

算定例1



算定例2



生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し（全体概要）

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を以下のとおり見直す。

1. 包括範囲の見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、その実施を適切に推進する観点から、医学管理料等に関する包括範囲を見直す。
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする。

2. 糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

(新) 眼科医療機関連携強化加算 60点(年1回)



[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。

(新) 歯科医療機関連携強化加算 60点(年1回)



[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。

3. 生活習慣病管理料(Ⅰ)の要件見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則として、必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うことを要件とする。

4. 療養計画書の負担軽減

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、患者の署名を受けるとを不要とする。

5. 外来データ提出加算の見直し

- 外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを提出した医療機関のうち、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設するとともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ評価等を見直す。

地域包括診療加算等の見直し（全体概要）

- ▶ 地域包括診療加算等について、対象疾患を有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的な医療を推進する観点や、適切な服薬指導の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。
 1. 評価体系及び対象患者の見直し
 - ▶ 簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。
 - ▶ 対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病等の疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者を追加する。
 2. 連携薬局の要件の見直し
 - ▶ 連携薬局について、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤の院内処方が可能な体制が整備されている保険医療機関に限り、24時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする。
 3. 認知症患者への診断後支援の推進
 - ▶ 担当医が、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組について、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい旨を明記する。
 4. 薬剤適正使用連携加算の見直し
 - ▶ 地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定し、他の保険医療機関にも併せて通院する患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を当該他の医療機関に行い、当該患者が使用する薬剤の種類数が減少した場合においても、薬剤適正使用連携加算の算定を可能とする。
 5. 医療資源の少ない地域に配慮した医師配置要件の見直し
 - ▶ 医療資源の少ない地域においても、慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療に係る評価を更に推進する観点から、当該地域において、地域包括診療加算及び地域包括診療料の医師配置に関する要件を緩和する。
 6. 外来データ提出加算の新設
 - ▶ 保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。
 7. 残薬対策・服薬管理等に係る要件の見直し
 - ▶ 診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。
 - ▶ 算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化する。

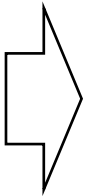


処方箋料の見直し

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

現行	
【処方箋料】	
注 1～5 (略)	
6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。	
イ 一般名処方加算 1	10点
ロ 一般名処方加算 2	8点
7・8 (略)	



改定後	
【処方箋料】	
注 1～5 (略)	
6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。	
イ 一般名処方加算 1	8点
ロ 一般名処方加算 2	6点
7・8 (略)	

- バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。
- 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

現行	
【処方箋料】	
【算定要件】	
(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。 また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。	



改定後	
【処方箋料】	
【算定要件】	
(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。 <u>ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。</u> また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。	

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

- 長期処方及びリフィル処方箋による処方の活用を適切に推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することについて、以下の管理料等の要件に追加する。

- ・ 特定疾患療養管理料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 婦人科特定疾患治療管理料
- ・ 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料
- ・ 二次性骨折予防継続管理料
- ・ 小児科外来診療料



改定後

[算定要件]

患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行うこと。

[施設基準]

患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

- リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から、処方箋様式にリフィル処方箋に関する説明を追記する。

改定後

※リフィル処方箋とは、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

【外来症例①】 26歳男性 急性上気道炎で受診

- 特に既往のない26歳男性。発熱、咳嗽、咽頭痛を主訴に診療所の内科外来を受診。
- 急性上気道炎の診断を受け、解熱鎮痛剤の処方を受けて帰宅。
- 自己負担 3 割

【改定のポイント】

後発医薬品の普及状況や、医療DX関連施策の進捗状況等の進展を踏まえつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を受けることができるようになる。

- ・ 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直している。
- ・ 医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算を見直し、電子的診療情報連携体制整備加算を新設している。
- ・ ベースアップ評価料は、医療提供体制を支える幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、評価を見直している。

現行	
初診料	291点
処方箋料「3」	60点
一般名処方加算 2	8点
医療情報取得加算	1点
医療DX推進体制整備加算	8点
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（初診時）	6点
合計 374点	
自己負担額 1,120円	



改定後	
初診料	291点
処方箋料「3」	60点
一般名処方加算 2	6点
電子的診療情報連携体制整備加算	4点
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） （初診時、継続的賃上げ施設）	23点
外来・在宅物価対応料	2点
合計 386点	
自己負担額 1,158円	

【外来症例②】 69歳女性 高血圧症で受診

- 高血圧症で通院中の69歳女性。脊柱管狭窄症で他院にも通院中。介護保険の予防給付を受けている。
- 通院している診療所の内科外来を再診、数種類の内服薬による治療により状態は安定している。
- 自己負担 3 割

【改定のポイント】

主治医機能を持つ診療所の医師により、継続的かつ全人的な視点から、服薬管理やQOLの維持向上を目標とした医学管理を受けることができるようになる。

- ・ 地域包括診療加算は、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。
- ・ 患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、処方されている医薬品を全て管理することのほか、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うこと等が要件となる。
- ・ 地域包括診療加算の対象患者に、高血圧症等の慢性疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者が追加される。

現行		改定後	
再診料	75点	再診料	76点
生活習慣病管理料（Ⅱ）	333点	生活習慣病管理料（Ⅱ）	333点
処方箋料「3」	60点	地域包括診療加算 2	21点
一般名処方加算 2	8点	処方箋料「3」	60点
		一般名処方加算 2	6点
		外来・在宅物価対応料	2点
合計 476点		合計 498点	
自己負担額 1,428円		自己負担額 1,494円	

令和 8 年度診療報酬改定

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

7 - 1. 質の高い在宅医療の推進に係る全体像

質の高い在宅医療提供体制の構築のさらなる推進

- 地域を面で支える在宅医療提供体制の構築をさらに推進する観点等から、在宅療養支援診療所等、在宅時医学総合管理料等の見直しを行う。
 - ・ **在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止**
在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の要件及び評価を見直した上で、在宅医療充実体制加算に名称を変更する。
 - ・ **往診時医療情報連携加算の見直し**
地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所・病院以外である場合においても算定可能とする。
 - ・ **連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し**
地域の24時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、平時から訪問診療等を行っている医師により、時間外往診体制を確保している施設と、それ以外の施設に評価を分ける。
 - ・ **在宅療養支援診療所・病院の見直し**
 - 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。
 - 災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを要件に追加する。
 - ・ **へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**
へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能とする。

患者の状態等に応じた適切な在宅医療提供の推進

- 患者にとって必要かつ十分な在宅医療の提供を推進する観点から、在宅時医学総合管理料等の見直し等を行う。
 - ・ **在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の月2回訪問診療区分の要件の見直し**
患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点から、月2回以上の訪問診療を行う患者数に占める重症度の高い患者（別表第8の2）と包括的支援加算の対象患者（別表第8の3）のいずれかに該当する患者割合が一定程度以上であることを要件に追加する。
 - ・ **医師と薬剤師の同時訪問の推進**
在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。
 - ・ **残薬対策に係る在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**
患者における残薬の整理や適切な服薬管理の実施を推進する観点から、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件に追加する。
 - ・ **在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し**
患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「3月に3回」に統一する。

在宅医療充実体制加算の新設

在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止

➤ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅医療充実体制加算に名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

現行		改定後
【在宅時医学総合管理料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		【在宅時医学総合管理料】 <u>在宅医療充実体制加算</u>
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400点	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>800点</u>
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>400点</u>
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	100点	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>200点</u>
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	85点	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>170点</u>
(5) (1)から(4)まで以外の場合	75点	(5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>150点</u>
【施設入居時等医学総合管理料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		【施設入居時等医学総合管理料】 <u>在宅医療充実体制加算</u>
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>600点</u>
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>300点</u>
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>150点</u>
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>126点</u>
(5) (1)から(4)まで以外の場合	56点	(5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>112点</u>
【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	100点	【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 <u>在宅医療充実体制加算</u> <u>200点</u>
【ターミナルケア加算】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	1,000点	【ターミナルケア加算】 <u>在宅医療充実体制加算</u> <u>2,000点</u>
【在宅がん医療総合診療料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	150点	【在宅がん医療総合診療料】 <u>在宅医療充実体制加算</u> <u>300点</u>
【施設基準】 <u>在宅緩和ケア</u> を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。		【施設基準】 <u>地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療</u> を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

(参考) 令和8年度改定事項と在医総管・施設総管の関係

②連携型機能強化型在支診の細分化

③ 第三者による連絡体制・
往診体制の代行に係る要件の
明確化

	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					連携型機能強化型在支診 (往診体制未確保)・ 従来型在支診・在支病					その他				
	1人	2～ 9人	10人 ～ 19人	20人 ～ 49人	50人 ～	1人	2～ 9人	10人 ～ 19人	20人 ～ 49人	50人 ～	1人	2～ 9人	10人 ～ 19人	20人 ～ 49人	50人 ～	1人	2～ 9人	10人 ～ 19人	20人 ～ 49人	50人 ～
在宅時 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385 点	4,485 点	2,865 点	2,400 点	2,110 点	4,985 点	4,125 点	2,625 点	2,205 点	1,935 点	4,585 点	3,765 点	2,335 点	2,010 点	1,765 点	3,335 点	2,820 点	1,785 点	1,500 点	1,315 点
②月2回以上訪問	4,485 点	2,385 点	1,185 点	1,065 点	905点	4,085 点	2,185 点	1,085 点	970点	825点	3,685 点	1,985 点	985点	875点	745点	2,735 点	1,460 点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報 通信機器を用いた診療)	3,014 点	1,670 点	865点	780点	660点	2,774 点	1,550 点	805点	720点	611点	2,554 点	1,450 点	765点	679点	578点	2,014 点	1,165 点	645点	573点	487点
④月1回訪問	2,745 点	1,485 点	765点	670点	575点	2,505 点	1,365 点	705点	615点	525点	2,285 点	1,265 点	665点	570点	490点	1,745 点	980点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は 情報通信機器を用いた診療)	1,500 点	828点	425点	373点	317点	1,380 点	768点	395点	344点	292点	1,270 点	718点	375点	321点	275点	1,000 点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885 点	3,225 点	2,865 点	2,400 点	2,110 点	3,585 点	2,955 点	2,625 点	2,205 点	1,935 点	3,285 点	2,685 点	2,385 点	2,010 点	1,765 点	2,435 点	2,010 点	1,785 点	1,500 点	1,315 点
②月2回以上訪問	3,185 点	1,685 点	1,185 点	1,065 点	905点	2,885 点	1,535 点	1,085 点	970点	825点	2,585 点	1,385 点	985点	875点	745点	1,935 点	1,010 点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報 通信機器を用いた診療)	2,234 点	1,250 点	865点	780点	660点	2,054 点	1,160 点	805点	720点	611点	1,894 点	1,090 点	765点	679点	578点	1,534 点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965 点	1,065 点	765点	670点	575点	1,785 点	975点	705点	615点	525点	1,625 点	905点	665点	570点	490点	1,265 点	710点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は 情報通信機器を用いた診療)	1,110 点	618点	425点	373点	317点	1,020 点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

① 月2回区分における
重症患者割合要件の新設

7-2. 質の高い訪問看護の推進に係る全体像

適正な訪問看護提供体制の構築の推進

- 適正な訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護の運営基準や療養担当規則等の見直しを行う。
 - **適正な訪問看護の推進**
訪問看護の実施にあたって漫然かつ画一的なものにならないよう看護目標及び訪問看護計画に沿って行うことや、記録書等に訪問開始時刻と終了時刻等を記載することを明記する。
 - **指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し**
適正な手続きの確保、健全な運営の確保、経済上の利益の提供による誘引や誘導の禁止、事故発生時等の安全管理の体制確保等を新たに規定する。
 - **保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し**
経済上の利益の提供による特定の訪問看護ステーションや介護サービス事業者等への誘導の禁止を新たに規定する。

利用者のニーズに応じた訪問看護の推進

- 利用者のニーズに応じた質の高い訪問看護を推進する観点から、機能強化型訪問看護管理療養費等の見直しを行う。
 - **地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価**
支援ニーズの高い精神科訪問看護利用者等を受け入れ、地域の関係機関と連携する体制が整備されている訪問看護ステーションを機能強化型訪問看護管理療養費において新たに評価する。
 - **訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進**
他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した利用者に係る診療情報等を活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の評価を新設する。

同一建物居住者等への訪問看護の見直し

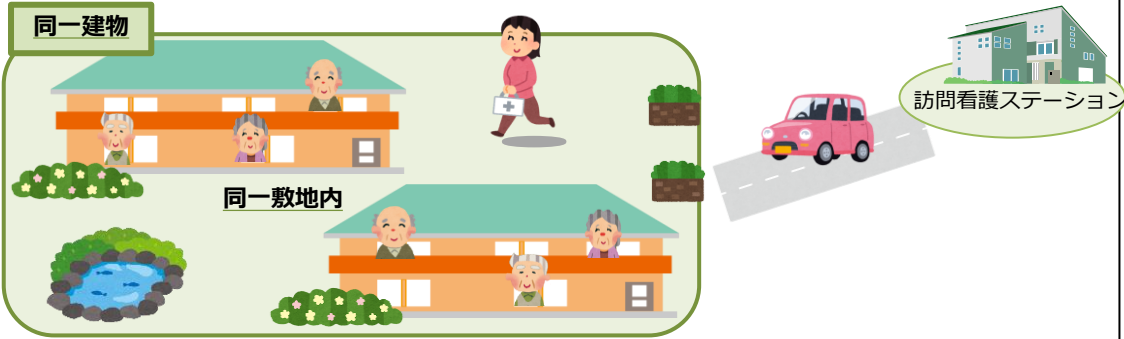
- 同一建物（単一建物）に居住する利用者への訪問看護について、人数や訪問日数に応じたきめ細かな評価に見直すとともに、1日当たりの包括で評価する体系を新設する。
 - **訪問看護管理療養費の見直し**
月の初日の評価を充実するとともに、月の2日目以降は訪問看護管理療養費1と2を統合及び施設基準の届出を不要とし、1月当たりの訪問日数及び単一建物に居住する利用者数によって評価を細分化する。
 - **同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し**
訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合の訪問看護の時間とは30分以上を標準とし、20分を下回るものは算定できないこと、及び同一敷地内の建物も同一建物とすること等の規定を設ける。
訪問看護基本療養費（Ⅱ）等やその加算について、1月当たりの訪問日数や建物内の訪問看護実施人数等に応じたきめ細かな評価に見直す。
 - **包括型訪問看護療養費の新設**
高齢者向け住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（別表第7、別表第8又は特別訪問看護指示）に対して、24時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合の1日当たりで算定する包括型訪問看護療養費を新設する。

同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し①

訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の見直し

- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等について、1月当たりの訪問日数や同一建物に居住する利用者の人数に応じたきめ細かな評価に見直す。

現行		
	同一日に2人	同一日に3人以上
イ 看護師等	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 2,780円 週4日目以降 3,280円
ロ 准看護師等	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 2,530円 週4日目以降 3,030円
ニ 理学療法士等	5,550円	2,780円



改定後					
同一日の人数	2人	3人以上 <u>9人以下</u>	<u>10人以上19人以下</u>	<u>20人以上49人以下</u>	<u>50人以上</u>
イ 看護師等	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 2,780円 週4日目以降 3,280円	<u>月20日目まで 2,760円</u> <u>月21日目以降 2,660円</u>	<u>月20日目まで 2,710円</u> <u>月21日目以降 2,610円</u>	<u>月20日目まで 2,610円</u> <u>月21日目以降 2,510円</u>
ロ 准看護師等	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 2,530円 週4日目以降 3,030円	<u>月20日目まで 2,520円</u> <u>月21日目以降 2,420円</u>	<u>月20日目まで 2,470円</u> <u>月21日目以降 2,370円</u>	<u>月20日目まで 2,370円</u> <u>月21日目以降 2,270円</u>
ニ 理学療法士等	5,550円	2,780円	<u>月20日目まで 2,760円</u> <u>月21日目以降 2,660円</u>	<u>月20日目まで 2,710円</u> <u>月21日目以降 2,610円</u>	<u>月20日目まで 2,610円</u> <u>月21日目以降 2,510円</u>

- ※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。
- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合の取り扱いについて以下の規定を設ける。
- ・ 訪問看護療養費を算定するに適切な時間の指定訪問看護を実施したうえで、それを訪問看護記録書に記載し算定する。
 - ・ 適切な時間の指定訪問看護とは、30分以上を標準とし、20分を下回らないものであること。
- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の算定要件における同一建物について、同一敷地内の建物も同一建物とする規定に見直しを行う。

同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し②

難病等複数回訪問加算等の見直し

➤ 難病等複数回訪問加算、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算について、頻回の訪問看護を必要とする利用者に、高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションにおいて24時間体制で対応を行う場合については別の評価を設ける（II-5-2⑧包括型訪問看護療養費の新設を参照）とともに包括型訪問看護療養費以外を算定する場合、同一建物居住者に同一日に当該加算等を算定している人数及び1月当たりの当該加算の算定日数に応じた評価に見直す。

【難病等複数回訪問加算】

現行			改定後					
	同一建物内 1人又は2人	同一建物内 3人以上		同一建物内 1人又は2人	同一建物内 3人以上 <u>9人以下</u>	<u>同一建物内 10人以上19人以下</u>	<u>同一建物内 20人以上49人以下</u>	<u>同一建物内 50人以上</u>
1日に 2回の場合	4,500円	4,000円	⇒	4,500円	<u>4,000円</u>	<u>3,700円</u>	<u>3,500円</u>	<u>3,300円</u>
1日に 3回以上の場合	8,000円	7,200円		8,000円	<u>月20日目まで 7,200円 月21日目以降 6,900円</u>	<u>月20日目まで 6,300円 月21日目以降 5,200円</u>	<u>月20日目まで 4,800円 月21日目以降 3,500円</u>	<u>月20日目まで 4,100円 月21日目以降 3,000円</u>

【夜間・早朝訪問看護加算】

現行	改定後				
規定なし	同一建物内1人は又2人	同一建物内 3人以上 <u>9人以下</u>	<u>同一建物内 10人以上19人以下</u>	<u>同一建物内 20人以上49人以下</u>	<u>同一建物内 50人以上</u>
2,100円	2,100円	<u>月15日目まで 2,100円 月16日目以降 1,900円</u>	<u>月15日目まで 1,800円 月16日目以降 1,300円</u>	<u>月15日目まで 1,200円 月16日目以降 950円</u>	<u>月15日目まで 1,000円 月16日目以降 800円</u>

【深夜訪問看護加算】

現行	改定後				
規定なし	同一建物内1人は又2人	同一建物内 3人以上 <u>9人以下</u>	<u>同一建物内 10人以上19人以下</u>	<u>同一建物内 20人以上49人以下</u>	<u>同一建物内 50人以上</u>
4,200円	4,200円	<u>月15日目まで 4,200円 月16日目以降 4,000円</u>	<u>月15日目まで 3,900円 月16日目以降 2,300円</u>	<u>月15日目まで 2,100円 月16日目以降 1,500円</u>	<u>月15日目まで 1,800円 月16日目以降 1,300円</u>

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。

包括型訪問看護療養費の新設

包括型訪問看護療養費の新設

- 高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（別表第 7、8 及び特別訪問看護指示）に **24 時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合の、1 日当たりの訪問時間及び単一建物に居住する利用者の人数に従い算定する包括型訪問看護療養費**を新設する。

(新) 0 4 包括型訪問看護療養費(1 日につき)

【※ 1 の二、2 の二及び 3 の二に規定する厚生労働大臣が定める場合】
✓ 包括型訪問看護療養費に規定する厚生労働大臣が定める者に、訪問看護ステーションが緊急時において即時に適切な指定訪問看護が実施できる体制がある
✓ 当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施し、包括型訪問看護療養費を算定する利用者全員における訪問看護の実施時間の 1 日当たりの平均が 120 分以上

	イ	ロ	ハ	ニ
	訪問看護時間が 30 分以上 60 分未満	訪問看護時間が 60 分以上 90 分未満	訪問看護時間が 90 分以上	訪問看護時間が 90 分以上 (別に厚生労働大臣が定める場合※)
1 単一建物居住者が 20 人未満の場合	7,010 円	11,010 円	14,010 円	15,510 円
2 単一建物居住者が 20 人以上 50 人未満の場合	6,310 円	9,910 円	13,730 円	15,200 円
3 単一建物居住者が 50 人以上の場合	5,960 円	9,360 円	13,450 円	14,890 円

- [算定要件 (概要)]
- 包括型訪問看護療養費を算定するとして届出を行った建物に居住する、別表第 7、8 及び特別訪問看護指示に該当する利用者に対して、24 時間の対応体制で、計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合に、利用者 1 人につき、1 日当たりの訪問時間及び同一建物に居住する利用者の人数に従い算定する。
 - 訪問看護時間は、1 日に行った複数回の指定訪問看護において実際に看護を提供した時間を合算して算出する。
 - 日中及び夜間に少なくともそれぞれ 1 回ずつの指定訪問看護を行う必要がある。また、指定訪問看護の実施時間が 1 日当たり 60 分以上である場合には、1 日当たり 3 回以上の訪問看護を実施すること。1 日に 1 回以上、看護職員によるものが含まれること。

- [施設基準 (概要)]
- 訪問看護ステーションが併設又は隣接する高齢者向け住まい等の建物であって、包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する建物を 訪問看護ステーションにつき 1 か所指定し、その建物を単位として指定訪問看護を行うものであること。
 - 医療安全及び衛生管理に関する組織的な取り組みを行っていること。
 - 合同の研修及び事例検討会等の地域の保険医療機関又は訪問看護ステーションとの連携について相当な実績を有すること。（令和 9 年 5 月 31 日まで経過措置）
 - 厚生労働大臣が実施する調査に適切に参加すること。
 - 指定訪問看護に係る記録は電子的に行うこと。
 - 包括型訪問看護療養費の 1、2 及び 3 のハ又はニを算定する利用者に対しては、当該訪問看護ステーションにおいて、夜間帯（午後 6 時から午前 8 時までをいう。）の対応を行う看護職員の数は、常時 1 名以上（ただし、当該訪問看護ステーションにおいて 1、2 及び 3 のハ又はニを算定する利用者の数の合計が 31 以上 80 以下の場合は 2 以上、81 以上の場合 50 又はその端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上）、当該建物において、計画的な指定訪問看護を実施しているか、随時の指定訪問看護に対応出来る状況で勤務していること。
 - 看護職員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。

地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価

➤ 難病等の重症度の高い利用者を受け入れるとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科訪問看護に求められる機能を踏まえ、精神科訪問看護における支援ニーズの高い精神科訪問看護利用者等を受け入れ、24時間の対応を行い、地域との関係機関と連携する体制が整備されている訪問看護ステーションについて、一定の実績等を有する場合の評価を新設する。

(新) **機能強化型訪問看護管理療養費 4** **9,030円**

[施設基準]

- (1) 常勤の看護職員（保健師、助産師、看護師又は准看護師）の数が4以上であること。
- (2) 6割以上が看護職員であること。
- (3) 24時間対応体制加算を届け出ていること。
- (4) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者又は同別表第8に掲げる者に対する指定訪問看護について、及び精神障害を有する者のうち、重点的な支援を要する者に対する指定訪問看護について相当な実績を有すること。
- (5) 退院時の共同指導及び主治医の指示に係る保険医療機関との連携について相当な実績を有すること。
- (6) 地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修及び相談への対応並びに関係機関との連携について相当な実績を有すること。



令和 8 年度診療報酬改定

8. 重点的な対応が求められる分野

(1) 救急医療に係る全体像

➤ 救急医療の体制構築に係る評価を適切に推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

1. 救急外来医学管理料の新設

➤ 救急医療機関における、夜間休日を含めた医師・看護師等の配置、検査・処方等が可能な体制の構築、地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、夜間休日救急搬送医学管理料を見直し、救急診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備え、救急外来医療を24時間提供できる体制を有する保険医療機関による救急外来診療に係る評価を新設する。

(新) 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料

イ	救急搬送医学管理料 1	800点
ロ	救急搬送医学管理料 2	600点
ハ	救急搬送医学管理料 3	200点

2 夜間休日救急医学管理料

イ	夜間休日救急医学管理料 1	600点
ロ	夜間休日救急医学管理料 2	400点
ハ	夜間休日救急医学管理料 3	50点



➤ 救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋システムを活用し当該患者の診療情報を取得した場合の評価を新設する。

➤ 救急外来医学管理料、地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料について、時間外等、休日又は深夜に受診した患者に対して院内トリアージを実施する体制が整備されている保険医療機関において、当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して算定する新たな加算を設ける。

2. 院内トリアージ実施体制加算の新設

➤ 救急外来医学管理料、地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料について、時間外等、休日又は深夜に受診した患者に対して院内トリアージを実施する体制が整備されている保険医療機関において、当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して算定する新たな加算を設け、院内トリアージ実施料を廃止する。

(新) 院内トリアージ実施体制加算 50点



3. 救急患者連携搬送料の見直し

➤ 救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げるとともに、自院等の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする。

➤ 搬送先医療機関においても連携体制の確保や患者の受入れを更に推進する観点から、搬送先医療機関において入院医療を行うことについての評価を新設する。

➤ 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間（30分超）搬送を行う場合の評価を新設する。

救急外来医療に係る評価の再編

救急外来医学管理料の新設

➤ 救急医療機関における、夜間休日を含めた医師・看護師等の配置、検査・処方等が可能な体制の構築、地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、**夜間休日救急搬送医学管理料を見直し、救急診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備え、救急外来医療を24時間提供できる体制を有する保険医療機関による救急外来診療に係る評価を新設**する。

(新) 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料

イ	救急搬送医学管理料 1	800点
ロ	救急搬送医学管理料 2	600点
ハ	救急搬送医学管理料 3	200点

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

2 夜間休日救急医学管理料

イ	夜間休日救急医学管理料 1	600点
ロ	夜間休日救急医学管理料 2	400点
ハ	夜間休日救急医学管理料 3	50点

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

(新) 救急外来緊急検査対応加算

イ	救急外来緊急検査対応加算 1	300点
ロ	救急外来緊急検査対応加算 2	200点

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、出血・凝固検査、血液化学検査、免疫血液学的検査、細菌培養同定検査、コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）、第6部第1節第1款注射実施料（皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。）又は第9部第1節処置料（留置カテーテル設置、消炎鎮痛等処置及び腰部又は胸部固定帯固定を除く。）を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- (1) 救急搬送医学管理料1、夜間休日救急医学管理料1、救急外来緊急検査対応加算1の施設基準
 - イ 休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の救急医療の確保のための診療を行っていること。
 - ロ 救急医療に係る実績を十分有していること。
 - ハ 救急外来診療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
 - ニ 救急外来診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 救急搬送医学管理料2、夜間休日救急医学管理料2、救急外来緊急検査対応加算2の施設基準
 - イ 休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の救急医療の確保のための診療を行っていること。
 - ロ 救急医療に係る相当の実績を有していること。
 - ハ 救急外来診療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
 - ニ 救急外来診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

- (3) 救急搬送医学管理料3及び夜間休日救急医学管理料3の施設基準
休日及び夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。



(新) 時間外救急搬送加算

イ	土曜、日曜、祝日の夜間	300点
ロ	土曜、日曜、祝日以外の日の夜間	250点
ハ	土曜、日曜、祝日の夜間以外の時間	200点

〔算定要件〕

救急搬送医学管理料について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合には、当該患者が受診した時間の区分に従い、所定点数に加算する。

精神科疾患患者等受入加算 400点

〔算定要件〕

急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合に所定点数に加算する。

救急患者連携搬送料の見直し

救急患者連携搬送料の見直し

- 高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施及び受入を更に推進する等の観点から、救急患者連携搬送料の要件及び評価を見直す。
- 救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げるとともに、自院等の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする。

現行	
【救急患者連携搬送料】	
(新設)	
1 入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2 入院初日の患者の場合	1,200点
3 入院2日目の患者の場合	800点
4 入院3日目の患者の場合	600点
(新設)	



改定後	
【救急患者連携搬送料】	
1 救急患者連携搬送料 1	
イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合	
(1) 入院中の患者以外の患者の場合	2,400点
(2) 入院初日の患者の場合	1,200点
(3) 入院2日目の患者の場合	800点
(4) 入院3日目の患者の場合	600点
ロ その他の場合	
(1) 入院中の患者以外の患者の場合	1,000点
(2) 入院初日の患者の場合	500点
(3) 入院2日目の患者の場合	350点
(4) 入院3日目の患者の場合	200点

- 搬送先医療機関においても連携体制の確保や患者の受入れを更に推進する観点から、搬送先医療機関において入院医療を行うことについての評価を新設する。

(新)	2 救急患者連携搬送料 2	
イ	医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合	800点
ロ	その他の場合	200点

- [算定要件]
- 2のイについては、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料1のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、救急搬送診療料及び2のロについては別に算定できない。
 - 2のロについては、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おいて、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料1のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。
- [施設基準]
- 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。
 - 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。

- 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間（30分超）搬送を行う場合の評価を新設する。

(新)	長時間加算	700点
-----	-------	------

(2) 小児・周産期医療に係る全体像

➤ 小児・周産期医療の体制構築に係る評価を適切に推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

1. 母体・胎児集中治療室管理料の見直し

- 母体・胎児集中治療室においてオンコールでの対応により速やかに診察を開始できる現状等を踏まえ、**母体・胎児集中治療室の医師配置に係る要件を緩和**する。
- 周産期医療の体制構築における、地域周産期医療関連施設等からの母体救急搬送受入や、緊急帝王切開術等への対応等の重要性を踏まえ、母体・胎児集中治療室管理料について、**母体搬送受入件数や帝王切開実施件数等に関する実績を要件とする**。
- 産科異常出血は分娩前のリスク因子にかかわらず生じうるものであり、その状態に応じて産後からの母体・胎児集中治療室での管理が必要となること等を踏まえ、**「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」に「産科異常出血」を追加**する。

2. 新生児特定集中治療室管理料2の施設基準の緩和

- 新生児集中治療室を有する病院における低出生体重児の入院数が減少傾向であることを踏まえ、周産期医療体制を適切に維持する観点から、都道府県により総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターとして整備されている医療機関を対象に、**新生児特定集中治療室管理料2について、低出生体重児の新規入院患者数に関する実績の基準を緩和**する。

3. 産科管理加算の新設

- 分娩件数の減少に伴い、分娩を取り扱う産科病棟の混合病棟化や他科患者の増加に配慮した対応が必要となっていることを踏まえ、分娩を取り扱う保険医療機関において、母子の心身の安定・安全の確保を図るとともに、分娩に係る診療を、院内助産・助産師外来や産後ケア事業等の母子保健事業等と連携して提供する体制の評価を新設する。

(新) 産科管理加算(1日につき) **1 病院の場合 250点** **2 有床診療所の場合 50点**



4. 成人移行期医療に係る受入を評価する難病外来指導管理料2の新設

- 小児科療養指導料の対象となる疾患及び状態である患者について、小児科を標榜する保険医療機関からの紹介を受け、小児科以外の診療科を標榜する保険医療機関を受診する場合に、**紹介を受けてから5年以内に限り、難病外来指導管理料を算定可能**とする。

5. 小児医療に係る高額な検査・薬剤への対応

- がんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合)は、その検査料が高額である一方で、入院中に実施すべき必要性が特に高いこと等を踏まえ、**小児入院医療管理料等を算定する患者に当該検査に係る費用を算定可能**とする。

産科管理加算の新設

母子の心身の安定・安全に配慮した産科における管理や、妊娠・産後も含む継続ケアを行う体制の評価

- 分娩件数の減少に伴い、分娩を取り扱う産科病棟の混合病棟化や他科患者の増加に配慮した対応が必要となっていることを踏まえ、分娩を取り扱う保険医療機関において、母子の心身の安定・安全の確保を図るとともに、分娩に係る診療を、院内助産・助産師外来や産後ケア事業等の母子保健事業等と連携して提供する体制の評価を新設する。

(新) 産科管理加算（1日につき）

<u>1</u>	<u>病院の場合</u>	<u>250点</u>
<u>2</u>	<u>有床診療所の場合</u>	<u>50点</u>



[算定要件]

- 母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる環境の整備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するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、分娩を伴う入院中の患者（分娩が開始した日以降に限る。）について、必要な産科管理を行った場合に、産科管理加算として所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 産科又は産婦人科を標榜し分娩を取扱う保険医療機関であること。
- (2) 母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる十分な療養環境が整備されていること。
- (3) 当該保険医療機関に母子保健及び福祉に関する事業等との地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の助産師が配置されていること。
- (4) 産科管理加算の1については、産前産後の妊産婦及び新生児を管理する病棟であるとともに、当該病棟に助産師が常時1人以上配置されていること。

心理支援加算の見直し

- 対象疾患を神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に拡大するとともに、実施者に係る要件及び施設基準を新たに設ける。

現行

【通院・在宅精神療法】
〔算定要件〕

注 9 心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して 2 年を限度として、月 2 回に限り 250 点を所定点数に加算する。

(24) 「注 9」に規定する心理支援加算は、心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、対面による心理支援を 30 分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して 2 年を限度として、月 2 回に限り算定できる。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア・イ 略

〔施設基準〕

通院・在宅精神療法の注 9 に規定する別に厚生労働大臣が定める患者
心的外傷に起因する症状を有する患者

改定後

【通院・在宅精神療法】
〔算定要件〕

注 9 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おいて、心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して 2 年を限度として、月 2 回に限り **280 点** を所定点数に加算する。

(24) 「注 9」に規定する心理支援加算は、**心理に関する支援を要する神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害の患者に対して**、精神科を担当する医師の指示を受けた精神科を標榜する保険医療機関（他の精神科を標榜する保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）において、**週 1 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を 1 年以上行った経験のある公認心理師**が、対面による心理支援を 30 分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して 2 年を限度として、月 2 回に限り算定できる。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。実施に当たっては、医師は心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載すること。

〔施設基準〕

通院・在宅精神療法の注 9 に規定する施設基準
当該保険医療機関内に専任の常勤の精神保健指定医が 1 名以上配置されていること。



(4) 医療DX・オンライン診療に係る全体像



- 医療DX関連施策の進捗等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算を廃止し、マイナ保険証の利用、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策等に係る新たな評価を新設する。
- オンライン診療について、各種形態のオンライン診療を適正に推進する観点から、情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し、D to P with Nによるオンラインの評価の明確化、遠隔連携診療料の評価の拡大、情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設・見直しを行う。

医療DXに係る評価

- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価

(新) 電子的診療情報共有体制整備加算

初診時 1 / 2 / 3	15点/9点/4点
再診時	2点
入院時 1 / 2	160点/80点



(新) 電子的歯科診療情報共有体制整備加算

初診時 1 / 2	9点/4点
再診時	2点

(新) 電子的調剤情報連携体制整備加算 8点

- 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックや救急時医療情報閲覧機能の利活用の推進

(新) 救急時医療情報取得加算 50点

(新) 遠隔電子処方箋活用加算 10点



オンライン診療に係る評価

- 情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- ・ チェックリストのウェブサイトへの掲示
- ・ 医療広告安全ガイドラインの遵守

- D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき)

医師と同一の医療機関の看護師等	265点
訪問看護ステーションの看護師等	2,650円

(新) 看護師等遠隔診療検査実施料・看護師等遠隔診療処置実施料

1種類/2種類以上	100点/150点
-----------	-----------

(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

- 遠隔連携診療料の評価の拡大 (D to P with D)

遠隔連携診療料

外来診療/訪問診療/入院診療	900点/900点/900点
----------------	----------------

- 情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設・明確化

- (新設) 在宅療養指導料、プログラム医療機器等指導管理料
- 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
- (明確化) 外来栄養食事指導料

電子的診療情報連携体制整備加算の新設

電子的診療情報連携体制整備加算の新設

- 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。



現行

【医療DX推進体制整備加算】

初診時（月に1回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算1	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算2	11点	10点	8点
・医療DX推進体制整備加算3	10点	8点	6点
・医療DX推進体制整備加算4	10点	9点	
・医療DX推進体制整備加算5	9点	8点	
・医療DX推進体制整備加算6	8点	6点	

※ 医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料



改定後

【電子的診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）
・電子的診療情報連携体制整備加算 1 / 2 / 3
15点 / 9点 / 4点

再診時（月に1回）
・電子的診療情報連携体制整備加算 2点

【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1 / 2 9点 / 4点
再診時は医科と同様

【電子的調剤情報連携体制整備加算】

調剤基本料（月に1回）
・電子的調剤情報連携体制整備加算 8点

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

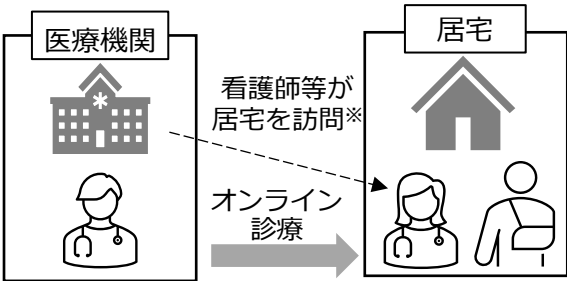
- イ オンライン請求を行っていること。
- ロ 明細書を患者に無償で交付していること。
- ハ オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- ニ 医師又は歯科医師が、オンライン資格確認等システムを利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- ホ マイナ保険証利用率について、十分な実績を有していること。
- ヘ 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- ト への掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
- チ マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- リ 電子処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- ヌ 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。



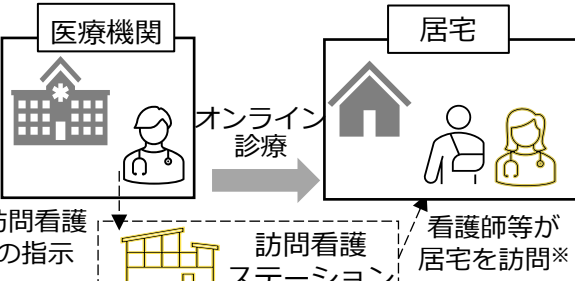
D to P with N のオンライン診療の評価に係る全体像（イメージ）

	(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	(B) 予定された訪問看護がない場合
① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合	<p>【医療機関で算定】</p> <ul style="list-style-type: none">情報通信機器を用いた診療<u>訪問看護の費用</u>（在宅患者訪問看護・指導料等）	<p>【医療機関で算定】</p> <ul style="list-style-type: none">情報通信機器を用いた診療<u>訪問看護遠隔診療補助料</u>（在宅患者訪問看護・指導料は算定不可）
② 訪問看護の指示を受けた訪問看護STの看護師等の場合	<p>【医療機関で算定】</p> <ul style="list-style-type: none">情報通信機器を用いた診療 <p>【訪看STで算定】</p> <ul style="list-style-type: none"><u>指定訪問看護の費用</u>（訪問看護療養費）	<p>＜医療保険の訪問看護対象者＞</p> <ul style="list-style-type: none">情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】<u>訪問看護遠隔診療補助料</u> 【訪看STで算定】 <p>＜医療保険の訪問看護対象者以外の場合＞</p> <ul style="list-style-type: none">情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】<u>訪問看護遠隔診療補助料</u> 【医療機関で算定 ※合議精算】
検査： <u>看護師等遠隔診療検査実施料</u> （第3節生体検査料、第4節診断穿刺・検体採取料） 注射： <u>看護師等遠隔診療注射実施料</u> 処置： <u>看護師等遠隔診療処置実施料</u>		
<u>第1節検体検査料は別途算定可</u> <u>薬剤料、特定保険医療材料は別途算定可</u>		

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合



② 訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合



（※）看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係

状況	想定される事例
(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	<ul style="list-style-type: none">✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合
(B) 予定された訪問看護がない場合	<ul style="list-style-type: none">✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合

短期滞在手術等基本料の見直し

短期滞在手術等基本料 3 の見直し

- **DPC対象病院であっても短期滞在手術等基本料 3 を算定** するよう、要件を見直す。

区分		現行
DPC対象病院	DPC病床	DPC算定
	非DPC病床	出来高算定
出来高算定病院		短期滞在手術等基本料 3

改定後
短期滞在手術等基本料 3

- 対象手術等を追加するとともに、実態を踏まえ、物件費の高騰及び賃上げへの措置も考慮し、評価を見直す。
- 外来での実施率が特に手術等について、これらを**外来で一定程度実施している医療機関において、医学的に入院での手術等が特に必要な患者に対して、入院でこれらの手術等を実施した場合の評価**を行う。

現行
[対象手術の追加・評価の見直しの例] K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） <u>17,457点</u> （新設） （新設）

改定後
[対象手術の追加・評価の見直しの例] K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） <u>18,001点</u> K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの <u>16,876点</u> [算定要件]（一部抜粋） 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おいて、以下に掲げる手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） <u>548点</u> [施設基準] 外来での手術に係る実績を一定程度有していること。

(6) 医療技術の適切な評価の全体像

- 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既収載技術の再評価を行う。
- ロボット手術について、医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、特定のロボット手術年間症例が200例以上である場合に新たな評価を行う。
- 移植医療について、臓器提供機会の確保や移植実施体制強化を推進する観点から、院内の認定ドナーコーディネーターによる同意取得や、臓器提供施設・臓器あっせん機関等との連携を評価する。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

- 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既収載技術の再評価を行う。

(新) 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) 168,110点
(新) 自己免疫性脳炎に対する血漿交換療法 4,200点
冠動脈、大動脈バイパス移植術 3 4 吻合以上のもの 102,250点

- 医療技術の体系的な分類について、STEM 7 の分類に基づく解析結果を踏まえ、整形外科領域のKコードの分類を見直す。



既存技術の評価の見直し

- 外科的手術等の医療技術について、適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。



コンピューター断層撮影 1 CT撮影
(新) イ 128列以上の機器による場合 (2) その他 1,100点
経尿道的尿管ステント留置術 4,080点

- 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。

(新) 植入型除細動器移植術 4 胸骨下植入型リードを用いるもの 24,310点

高度急性期病院におけるロボット手術の評価

- 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間200例以上である場合の評価を新設する。

(新) 内視鏡手術用支援機器加算 15,000点



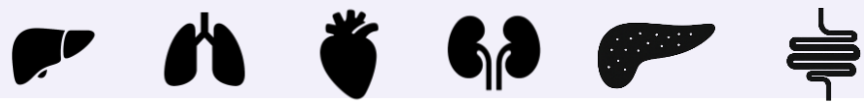
移植医療に係る評価の見直し

- 保険医療機関に配置された認定ドナーコーディネーターにより、臓器提供に係る同意取得が行われた場合の評価を新設する。

(新) 脳死臓器提供体制向上加算 5,000点

- 臓器移植を実施する体制の確保を推進する観点から、臓器提供施設及び臓器あっせん機関等と連携して、臓器採取術又は臓器移植術を行った場合について、臓器移植実施体制確保加算を新設する。

(新) 臓器移植実施体制確保加算 所定点数の100分の400



高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

内視鏡手術用支援機器加算の新設

- 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における **医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化**を図る観点から、**悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術**のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が**年間200例以上**である場合の評価を新設する。

(新) 内視鏡手術用支援機器加算

15,000点



[加算の対象となる手術（いずれも内視鏡手術用支援機器を用いるもの）]

- ・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
- ・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- ・胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
- ・胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
- ・胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。）
- ・胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
- ・縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
- ・胸腔鏡下弁形成術
- ・胸腔鏡下弁置換術
- ・腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）
- ・腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）
- ・腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術に限る。）
- ・腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- ・腹腔鏡下肝切除術
- ・腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵体尾部切除の場合に限る。）
- ・腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術
- ・腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・腹腔鏡下直腸切除・切断術
- ・腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
- ・腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下腎盂形成手術
- ・腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下仙骨腔固定術
- ・腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）

[主な施設基準]

- (1) 以下の内視鏡手術用支援機器を用いた手術を合わせて**年間200例以上実施**していること。

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。）、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁置換術、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下総胆管拡張症手術、腹腔鏡下肝切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵体尾部切除の場合に限る。）、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）

- (2) 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、**関連学会が行うレジストリにおける手術患者の長期予後情報の収集に参加している**こと。

- (3) **内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績（症例数及び平均在院日数）について、ウェブサイトに掲載**していること。

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し①

末期呼吸器疾患患者及び末期腎不全患者に対する緩和ケア

- 末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケアに係る評価の対象に末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者を加える。

現行

【A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算】
【B 0 0 1 24 外来緩和ケア管理料】
【算定要件（通知）】
(1) (中略) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。

【C 1 0 8 在宅麻薬等注射指導管理料】
3 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点
注3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する

改定後

【A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算】
【B 0 0 1 24 外来緩和ケア管理料】
【算定要件（通知）】
(1) (中略) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。

【C 1 0 8 在宅麻薬等注射指導管理料】
3 心不全、呼吸器疾患又は腎不全の場合 1,500点
注3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患又は腎不全の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。
※ 注入ポンプ加算、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算についても同様

- [対象患者]
- 末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。
ア 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。 イ 在宅酸素療法やN P P V（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施している。
ウ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。
 - 末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当するもの又はア、イ及びオに該当するものをいう。
ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。
イ 器質的な腎障害により、適切な治療に関わらず慢性的に日本腎臓学会C K D重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態。
ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。 エ Palliative Performance Scale（PPS）が40%以下である。
オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。

発症早期のリハビリテーションの更なる推進

早期リハビリテーション加算の改定

- 入院直後における早期リハビリテーション介入を推進する観点から、早期リハビリテーション加算の評価及び算定要件を見直し、入院後、3日以内の早期リハビリテーションを更に評価する。

現行

(例) 【心大血管リハビリテーション料】
早期リハビリテーション加算
25点 (30日目まで)

[算定要件]
入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。

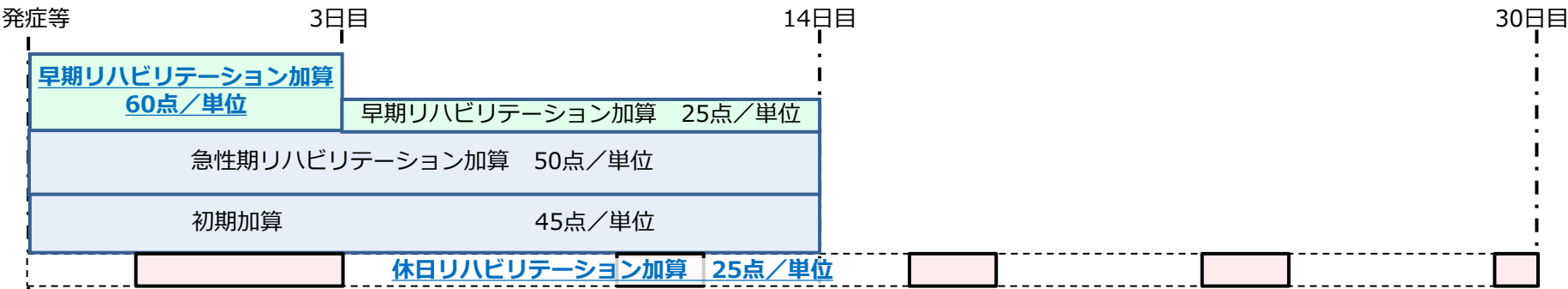
改定後

(例) 【心大血管リハビリテーション料】
早期リハビリテーション加算
60点／1単位 (入院初日から3日目まで)
25点／1単位 (入院4日目から14日目まで)

[算定要件]
入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。
ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。

※ 他の疾患別リハビリテーション料についても同様

[算定イメージ]



※ 早期リハビリテーション加算、急性期リハビリテーション加算、初期加算及び休日リハビリテーション加算は、それぞれ算定要件を満たせば併算定できる。

- ・処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、「調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関に情報提供する」ことを可能とする。

☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
☒ 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供

- ・調剤報酬に、残薬を発見して調剤する薬剤を減量したときのの評価 **(新) 調剤時残薬調整加算**を新設

- ・ かかりつけ薬剤師の患家への訪問による服薬管理、
残薬状況の確認等の推進を行うため、
(新)かかりつけ薬剤師訪問加算を新設

歯科の改定事項について

令和8年度歯科診療報酬改定の主なポイント

1. 物価や賃金、人材確保等への対応

- 物件費の高騰を踏まえた対応
 - ・物価高騰による医療機関の物件費負担の増加を踏まえ、歯科初再診料等の評価を引き上げや物価高騰に対応する評価の新設
- 賃上げに向けた評価の見直し
 - ・歯科医療従事者の賃上げを更に推進するとともに、歯科技工所の歯科技工士の確実な賃上げを図る評価の新設

2. かかりつけ歯科医機能の評価

- かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等の推進
 - ・初診時及び再診時における歯科疾患管理料の評価の統一
 - ・小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の評価の引上げ及び対象患者の拡大
 - ・口腔粘膜湿潤度検査の導入
- 継続的・効果的な歯周病治療の推進
 - ・歯周基本治療後の包括治療である歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療の統合
 - ・主治医から紹介された糖尿病患者の歯周病治療に係る加算の運用の見直し

3. リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の更なる推進

- 入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進
 - ・連携を行っている歯科標榜のない病院等の依頼により、入院患者に歯科訪問診療を実施した場合の加算の新設

4. 地域において訪問診療等を積極的に担う医療機関の評価

- 質の高い在宅歯科医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院における歯科訪問診療1を実施した場合の加算の新設
 - ・同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適切に提供するため、歯科訪問診療4及び歯科訪問診療5の施設基準を新設 等
- 訪問歯科衛生指導の適切な推進
 - ・指導を実施した人数に応じた評価の見直し 等
- 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の充実
 - ・対象患者の拡大及び歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による指導の評価の新設 等

5. 人口・医療資源の少ない地域への支援

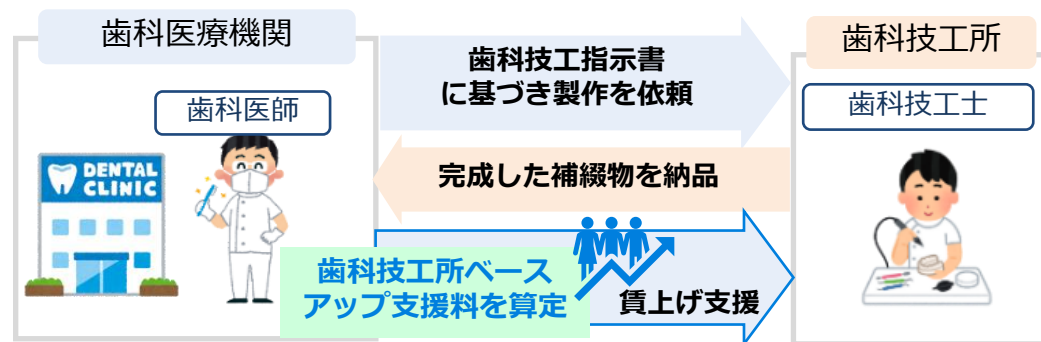
- 歯科巡回診療に係る適切な推進
 - ・地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療の評価の新設

6. 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

- 障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価
 - ・障害者治療を専門に行う歯科医療機関の特別な歯科医学的管理の評価の新設
- 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の見直し } (2. に記載)
- 継続的・効果的な歯周病治療の推進
- 有床義歯管理の評価体系の見直し
 - ・新製有床義歯管理料の算定単位や評価体系の見直し 等
- 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実
 - ・小児保険装置に対する調整や修理の評価の新設 等
- 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し
 - ・連続する3歯以上の先天性欠損歯を有する者の追加 等
- 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進
 - ・周術期及び回復期等における管理計画の修正を行った場合の評価の新設 等
- 歯科衛生士による実地指導の推進
 - ・歯科衛生士が口腔機能に関する実地指導を行った場合の評価の新設 等
- 歯科医師と歯科技工士の連携の推進
 - ・歯科技工士連携加算における評価の範囲の拡大や施設基準の見直し 等
- 歯科治療のデジタル化の推進、歯科用貴金属材料の価格状況への対応
 - ・CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレーに係る大臼歯の咬合支持要件の見直し 等
 - ・光学印象の対象に係るCAD/CAM冠の拡充
 - ・部分床義歯のクラスプやバーの材料に係る運用（歯科用貴金属材料以外の材料を使用）の見直し
 - ・3次元プリント有床義歯や鑄造チタンブリッジの評価の新設
- 歯科固有の技術の評価
 - ・テンポラリークラウンや歯周治療用装置（冠形態）等を統合した評価の新設
 - ・麻酔薬剤料の算定項目の拡充
 - ・歯科吸入麻酔や歯科静脈麻酔の評価の新設
 - ・加圧根管充填処置や拔牙手術の加算（下顎水平埋伏智歯等）の評価の引上げ 等

令和8年度歯科診療報酬改定の主なポイント（抜粋）

- 物価高騰への対応として、歯科初再診料等の評価を引き上げるとともに、**歯科外来物価対応料**を新設する。
- 歯科医療従事者の賃上げを更に推進するとともに、**歯科技工所ベースアップ支援料**を新設し、歯科技工所の歯科技工士の確実な賃上げを図る。



- 生活の質に配慮した歯科医療を推進するため、かかりつけ歯科医による歯科疾患（むし歯や歯周病）の管理に加え、小児や高齢者等の口腔機能（噛む力や飲み込み等）に関する管理の評価を引き上げ、対象患者の範囲を拡大する。

現行	改定後
【口腔機能管理料】 口腔機能管理料 60点	【口腔機能管理料】 1 口腔機能管理料 1 90点 2 口腔機能管理料 2 50点

※口腔機能管理料1は、学会が定義する「口腔機能低下症」の診断に加えて、口腔機能に関する検査項目で一定数該当した患者を管理している場合の評価（現行まま）で、口腔機能管理料2は、「口腔機能低下症」と診断された患者を管理している場合の評価で今回新たに対象に加えるもの。
※小児口腔機能管理料も同様の改定を行う。

- 歯科用貴金属材料の価格動向や歯科治療の効率化等を踏まえ、患者にとって安心・安全なデジタル治療を進める。

① CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレーの適応拡大と評価の引き上げ
※大臼歯の咬合要件の撤廃



全部金属冠



CAD/CAM冠

② 光学印象の適応拡大と評価の引き上げ
※インレーに加えて、冠も適応へ

口腔内スキャナー



スキャナー画像



③ 有床義歯の新たな製法に係る評価の新設

(新) 3次元プリント義歯（1顎につき） 4,000点

3Dプリンターを活用した義歯（入れ歯）の製作



物件費の高騰を踏まえた対応

歯科初再診料の見直し

- 物価高騰による医療機関の物件費負担の増加を踏まえ、歯科初再診料等を引き上げる。

現行

【初診料】

- 1 歯科初診料 267点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 291点

【再診料】

- 1 歯科再診料 58点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 75点

改定後

【初診料】

- 1 歯科初診料 272点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 296点

【再診料】

- 1 歯科再診料 59点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 76点

歯科外来物価対応料

- 物価高騰に対応した歯科外来物価対応料を新設する。

(新) 歯科外来物価対応料 (1日につき)

- 1 初診時 3点
- 2 再診時 1点

[算定要件]

- (1) 1については、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 2については、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) (1)及び(2)の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

賃上げに向けた評価の見直し

歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

- 医療関係職種の実質的な賃上げを更に推進するため、評価を見直す。

現行

【歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)】

- 1 初診時 10点
- 2 再診時 2点
- 3 歯科訪問診療
 - イ 同一建物居住者以外の場合 41点
 - 同一建物居住者の場合 10点

改定後

【歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)】

- 1 初診時 21点
- 2 再診時 4点
- 3 歯科訪問診療
 - イ 同一建物居住者以外の場合 66点
 - 同一建物居住者の場合 11点

[算定要件 (抜粋)]

- (5) 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おいて、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2、3のイ及び3の口の所定点数に代えて、それぞれ31点、6点、107点及び21点を算定する。
- (6) 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。[施設基準] 略

歯科技工所ベースアップ支援料の新設

- 歯科技工所の歯科技工士の確実な賃上げを図る観点から、歯科技工所ベースアップ支援料を新設する。

(新) 歯科技工所ベースアップ支援料 (1装置につき) 15点

[算定要件]

- (1) 歯科技工所に従事する歯科技工士の賃金の改善を図る体制につき、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おいて、補綴物等の製作等の委託を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

[施設基準]

- (1) 歯科技工士が所属する歯科技工所に補綴物等の製作等の委託を行っている保険医療機関であること。
- (2) 歯科技工所に勤務する歯科技工士の賃金の改善について十分に支援していること。

かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等の推進

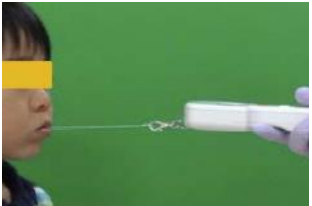
小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の評価の引上げ及び対象患者の拡大

➤ 小児口腔機能管理料の要件及び評価を見直すとともに、対象となる患者の範囲を拡大する。

現行	
【小児口腔機能管理料】 小児口腔機能管理料	60点

改定後	
【小児口腔機能管理料】	
1 小児口腔機能管理料 1	90点
2 小児口腔機能管理料 2	50点

口唇を閉じる力の測定



「小児の口腔機能発達評価マニュアル」
(日本歯科医学会)

[算定要件]

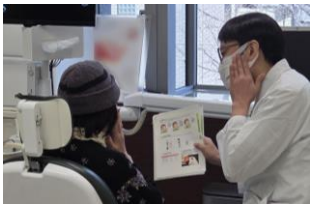
- 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、**口腔機能発達不全症の18歳未満の患者**に対して、**口腔機能の獲得を目的**として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 **1**については、**口腔機能の評価項目において3項目以上に該当する者に対して、注1に規定する管理をする場合**に当該管理料を算定する。
- 3 **2**については、**口腔機能の評価項目において2項目に該当する者に対して、注1に規定する管理をする場合**に当該管理料を算定する。

➤ 口腔機能管理料の要件及び評価を見直すとともに、対象となる患者の範囲を拡大する。

現行	
【口腔機能管理料】 口腔機能管理料	60点

改定後	
【口腔機能管理料】	
1 口腔機能管理料 1	90点
2 口腔機能管理料 2	50点

唾液腺マッサージの指導



[算定要件]

- 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、**口腔機能低下症の患者**に対して、**口腔機能の回復又は維持を目的**として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 **1**については、D002-6に掲げる**口腔細菌定量検査**(2に限る。)、D011-2に掲げる**咀嚼能力検査**(1に限る。)、D011-3に掲げる**咬合圧検査**(1に限る。)、**D011-5に掲げる口腔粘膜湿潤度検査**又はD012に掲げる**舌圧検査のいずれかを実施した口腔機能低下症の患者に対して注1に規定する管理をする場合**に当該管理料を算定する。
- 3 **2**については、**口腔機能低下症の患者(注2に規定する患者を除く。)**に対して**注1に規定する管理をする場合**に当該管理料を算定する。

(新) 口腔粘膜湿潤度検査
(口腔乾燥の評価)



「口腔機能低下症保険診療における
検査と診断」(日本老年歯科医学会)

継続的・効果的な歯周病治療の推進

歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療の統合

- 全身の健康に繋がる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を継続的・効果的に推進する観点から、歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、歯周病継続支援治療に改称するとともに、評価を見直す。

現行		改定後	
【歯周病安定期治療】		【歯周病継続支援治療】	
1	1 歯以上10歯未満	1	1 歯以上10歯未満
2	10歯以上20歯未満	2	10歯以上20歯未満
3	20歯以上	3	20歯以上
	200点		170点
	250点		200点
	350点		350点
【歯周病重症化予防治療】		(廃止)	
1	1 歯以上10歯未満		
2	10歯以上20歯未満		
3	20歯以上		
	150点		
	200点		
	300点		

[算定要件（抜粋）]
一連の歯周病治療終了後、継続支援が必要な患者に対し、歯周組織の状態維持又は重症化予防を目的として、プラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月 1 回に限り算定する。

糖尿病患者の歯周病治療に係る加算の見直し

- 主治の医師から紹介された糖尿病患者の歯周病治療の歯周病ハイリスク患者加算について、名称を見直すとともに、**主治医に対して歯科診療の情報の提供を行う**ことを要件に追加する。

現行		改定後	
【歯周病安定期治療】		【歯周病安定期治療】	
歯周病ハイリスク患者加算		重症化予防連携強化加算	
	80点		100点
[算定要件（抜粋）]		[算定要件（抜粋）]	
糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、歯周病安定期治療を実施する場合に算定する。		糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、他の保険医療機関（歯科診療のみを行う保険医療機関を除く。）からの情報に基づき歯周病継続支援治療を実施し、当該他の保険医療機関の主治の医師に治療した内容、今後の治療方針等について情報提供を行った場合に算定する。	

入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進

入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進

- 連携を行っている歯科標榜のない病院等の依頼により、入院患者に歯科訪問診療を実施した場合の加算を新設する。

(新) 医科連携訪問加算 500点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**連携する歯科診療以外の診療のみを行う保険医療機関からの依頼に基づき、当該保険医療機関に入院中の口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題が生じている患者に対して、歯科訪問診療を実施**した場合は、医科連携訪問加算として、所定点数に500点を加算する。

[施設基準]

- (1) 他の保険医療機関に入院中の口腔状態に課題を抱える患者について、当該保険医療機関の依頼に基づく対応に係る連携体制を構築していること。
- (2) 連携する保険医療機関の依頼に円滑に対応するために必要な情報を共有していること。

(医科診療報酬) 歯科標榜のない保険医療機関において、口腔状態の課題を抱える入院患者に対し、連携している歯科医療機関に手配を行い、入院患者が歯科診療を受けた場合の評価を新設 **(新) 口腔管理連携加算(入院中1回) 600点**



令和8年度診療報酬改定Ⅱ－5－1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価、質の高い在宅歯科医療の提供の推進

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

- 在宅で療養する患者に対する歯科訪問診療の内容を充実させる観点から、在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院における歯科訪問診療1を実施した場合の加算を新設する。

現行

【歯科訪問診療料】
(新設)

改定後

【歯科訪問診療料】

14 1について、在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院に係る施設基準に適合す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おいて、歯科訪問診療1を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1、在宅療養支援歯科診療所加算2又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ100点、50点又は100点を所定点数に加算する。

歯科衛生士及び歯科技工士の業務の評価に係る見直し

歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進

- 従来、歯科衛生実地指導料の加算としていた、歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導を行った場合の評価を、口腔機能実地指導料として新設する。

(新) 口腔機能実地指導料 46点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であつて、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が、主治の歯科医師の指示を受けて口腔機能に係る指導を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

- [施設基準] (1) 口腔機能の指導等に係る適切な研修を受けた歯科衛生士が一名以上配置されていること。
(2) 歯科衛生士が口腔機能の指導を行うための設備及び体制を有していること。

「日本歯科医師会ビデオ:生涯研修ライブラリー」

口腔の筋肉を動かす指導



唾液腺マッサージの指導



歯科医師と歯科技工士の連携の推進

- 歯科技工士連携加算について、補綴時診断料においても算定可能とするとともに、一連の診療において、別項目に規定される歯科技工士連携加算との併算定を可能とする。
- 施設基準を見直すことで、歯科技工士と歯科技工士の連携の更に推進する。



歯科医療機関



歯科技工所

現行

【印象採得】

[算定要件 (抜粋)]

- ・ レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠又はCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、80点を所定点数に加算する。
- ・ 当該補綴物について、咬合採得並びに仮床試適に規定する歯科技工士連携加算は別に算定できない。

※光学印象、咬合採得、仮床試適についても同様

[施設基準 (抜粋)]

(新設)

(新設)

改定後

【印象採得】

[算定要件 (抜粋)]

- ・ 前歯部の歯冠補綴物又はブリッジを製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、80点を所定点数に加算する。
- ・ 歯科技工士連携加算について、同一の補綴物の製作に当たって、補綴時診断料並びに咬合採得に規定する歯科技工士連携加算は、同日に行った場合を除き、別に算定する。

※補綴時診断料、光学印象、咬合採得、仮床試適についても同様

[施設基準 (抜粋)]

- ・ 歯科技工士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。
- ・ 連携体制に関する事項等について、保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

歯科治療のデジタル化等の推進

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレーの適応拡大と評価の引き上げ

- CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレーの咬合支持要件を撤廃し、適応症例を拡充するとともに、CAD/CAMインレーの評価の引き上げを行う。

現行	改定後
CAD/CAMインレー (1 歯につき) 750点	CAD/CAMインレー (1 歯につき) 770点



メタルインレー



CAD/CAMインレー



全部金属冠



CAD/CAM冠



光学印象の適応拡大と評価の引き上げ

- 光学印象の対象について、CAD/CAMインレーに加えて、CAD/CAM冠に拡充するとともに、評価の引き上げを行う。

現行	改定後
100点	150点

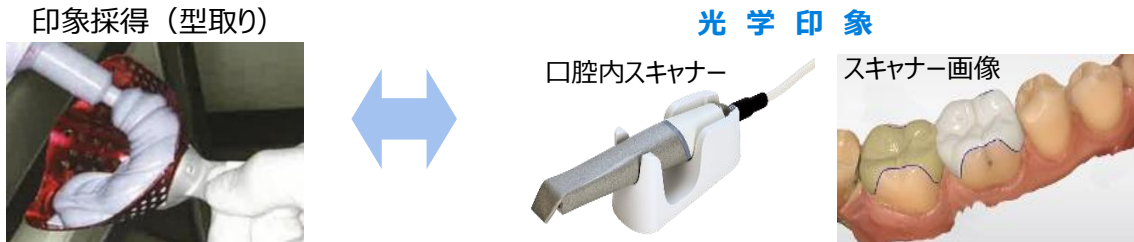
印象採得（型取り）



光 学 印 象

口腔内スキャナー

スキャナー画像



有床義歯の新たな製法に係る評価の新設

- 新規医療機器等として保険適用され、現在準用点数で行われている3次元プリント有床義歯について、新たな評価を行う。

(新) 3次元プリント義歯（1 顎につき） 4,000点

3Dプリンターを活用した義歯（入れ歯）の製作



歯科治療の例 う蝕（むし歯）の治療

【患者情報】 50歳女性

【主訴】

- ・ 1か月くらい前から、冷たいものを食べたときに左下奥（大臼歯）の銀歯がしみる。

【特記事項】

- ・ 以前、治療で歯型を取ったときに、異物感により気持ち悪くなったことがある。
- ・ 治療した部分があまり目立たないようにしたい。

改定のポイント

- ◆ 被せもの（冠）について、歯型やかみ合わせをとるときに、負担の少ない口腔内形状測定カメラ（口腔内スキャナー）を使った方法（光学印象）で行うことができる。

※光学印象は詰めものに限定されていたが、今回改定から被せもの（冠）まで適応が拡大される。

患者さんのメリット：従来の型取りよりも、口を開けたままの時間が短く、異物感が少ない。

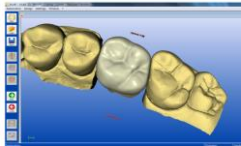
医療機関のメリット：模型が不要。患者さんの口腔内の状態を電子的に記録できる。



- ◆ 奥歯（大臼歯）について、金属を使用しない白色の被せもの（CAD/CAM冠）が適応される。

※奥歯（大臼歯）のCAD/CAM冠は、反対側の歯の咬合支持があるなどの要件があり、適応が限定的だったが、今回改定から歯科医師の判断により大臼歯全てに適応となる。

患者さん・医療機関のメリット：奥歯においても、個人個人にあったかぶせ物を選択できる。



これまで（金属による被せものを装着する場合）

生活歯歯冠形成（金属冠）	: 306点
印象採得（連合印象）	: 64点
咬合採得	: 18点
金属歯冠修復（全部金属冠）	: 459点
歯科鑄造用金銀パラジウム合金	: 1,137点
装着	: 45点
歯科用合着・接着材料Ⅰ	
レジン系 標準型	: 17点
合計	: 2,046点



改定後（白色の被せものを装着する場合）

生活歯歯冠形成（ <u>非金属冠+加算</u> ）	: 796点
<u>光学印象</u>	: 150点
<u>CAD/CAM冠</u>	: 1,200点
<u>CAD/CAM冠用材料Ⅲ</u>	: 316点
装着（ <u>+加算</u> ）	: 100点
歯科用合着・接着材料Ⅰ 標準型	: 17点
合計	: 2,579点



調剤の改定事項について

令和8年度調剤報酬改定の主なポイント

地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための評価体系の見直し

➤ 「患者のための薬局ビジョン」を踏まえた調剤基本料の見直し

- ・ 面分業促進のため、一部の調剤基本料について評価引上げ
- ・ 小規模乱立抑制のため、都市部にて処方箋受付回数が少なく処方箋集中率が高い新規開設薬局の評価引下げ
- ・ 都市部の薬局過密地域において、薬局を新規開設した場合の評価引下げ
- ・ 調剤基本料3口・ハに関して、同一グループの店舗数300以上の区分撤廃
- ・ 医療モール関係薬局の評価見直し（同一建物内・同一敷地内にある複数医療機関に係る処方箋集中率の計算方法見直し、同一建物内・敷地内に医療機関がある新規開設薬局の評価引下げ）
- ・ 同一建物内に診療所がある場合に特別調剤基本料Aの適用を除外する規定の撤廃
- ・ へき地医療対策が必要な地域における自治体運営診療所敷地内の薬局に対する評価見直し

➤ 地域における医薬品提供体制の整備に係る評価の見直し

- ・ 地域支援・医薬品供給対応体制加算への改称及び評価の見直し
- ・ 後発医薬品調剤体制加算の撤廃

➤ 薬局による在宅医療提供体制の整備促進に係る評価の見直し

- ・ 在宅薬学総合体制加算の要件強化及び評価の引き上げ

➤ バイオ後続品使用促進のための体制評価

- ・ バイオ後続品調剤体制加算の新設

➤ 医療DX関係

- ・ 電子的調剤情報連携体制整備加算への改称、評価区分の一本化
- ・ 医療情報取得加算の廃止

安心・安全で質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務における評価の見直し

➤ かかりつけ薬剤師の包括的評価から実績重視の評価への転換

- ・ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を廃止
- ・ 代わりに、電話等による患者フォローアップや、残薬調整に係る患家訪問、服薬状況等に係る総合的な管理及び評価の実施等、かかりつけ薬剤師としての服薬管理指導の実務に対する評価を実施
- ・ かかりつけ薬剤師に関連する施設基準の見直し

➤ 調剤管理料の見直し

- ・ 調剤管理料の日数区分の見直し
- ・ 調剤管理加算の廃止

➤ 薬局薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導の促進

- ・ 医師と薬剤師が患家へ同時訪問した場合の評価の新設
- ・ 在宅訪問薬剤管理指導料の算定間隔に関し、「中6日以上」から「週1回」に見直し
- ・ 複数名で訪問した場合の評価の新設

➤ その他、対人業務に関する見直し

- ・ 吸入薬指導加算の評価対象にインフルエンザの吸入薬を追加
- ・ バイオ後続品の品質等に関する説明を実施した場合の評価を設定
- ・ 残薬対策の強化を目的とした要件の見直し及び評価の引上げ
(処方箋上で、残薬量を勘案した減数調剤を行う旨の指示を可能とする様式の見直し)

その他

➤ 物価上昇や賃金上昇に対する対応

- ・ 物価高及び賃上げに対応するための評価の新設

➤ 選定療養

- ・ 夜間休日における調剤の選定療養化

➤ 薬剤調製料関係

- ・ 無菌製剤処理加算の増点対象を15歳未満の小児に拡大

➤ 調剤報酬の簡素化

- ・ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料と服薬管理指導料との一本化

➤ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則関係

- ・ バイオ後続品使用促進に関する記載の追加
- ・ ポイント等患者への経済上の利益提供や、介護施設等からの見返り要求による患者誘因の禁止の明確化（再周知）

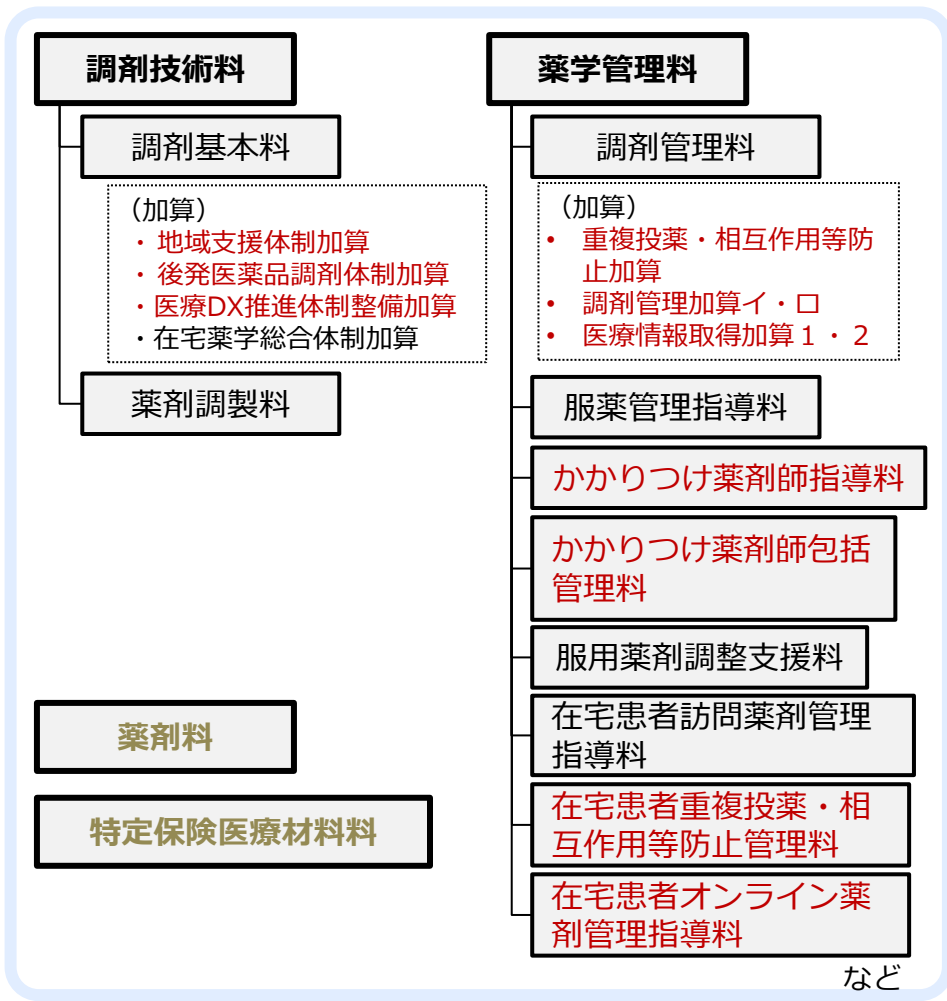
調剤報酬の体系（令和8年改定後）

薬局・薬剤師業務の評価体系

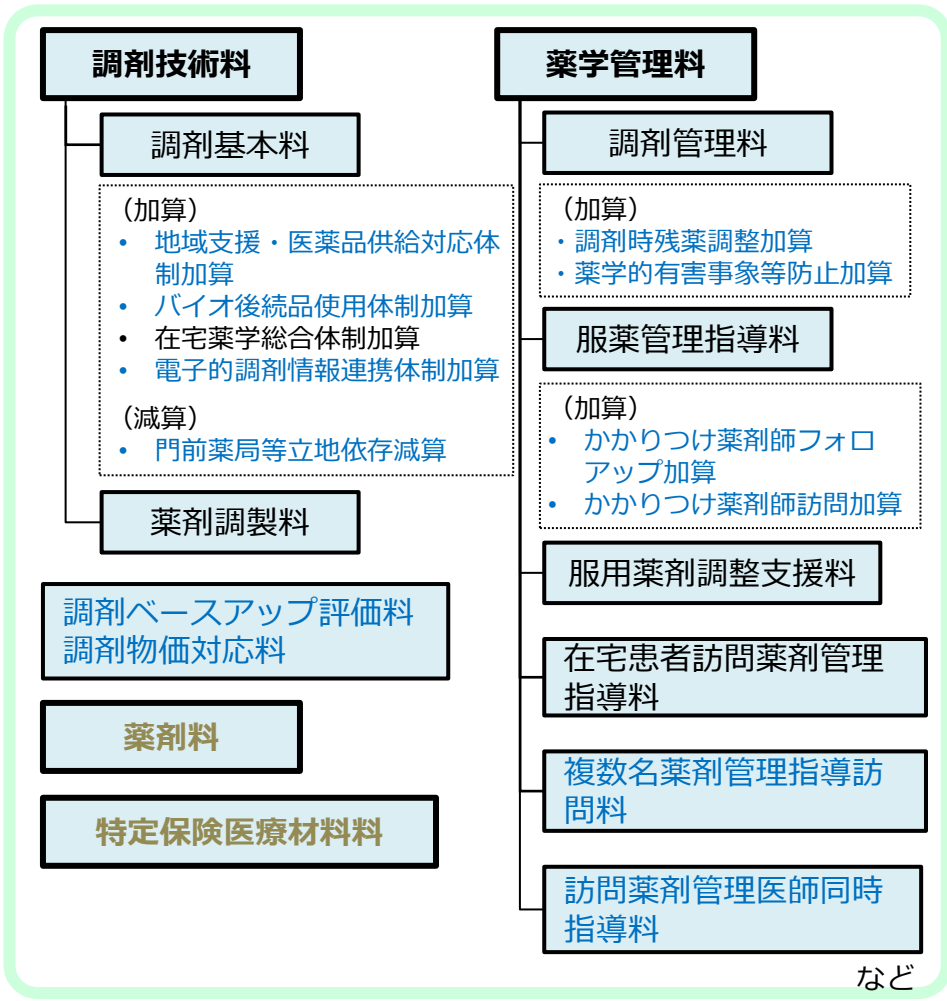
<調剤報酬の構成>

※改正点を中心に掲載

改定前



改定後



薬局の体制に係る評価の見直し

➤ 薬局の体制に係る評価を見直す。

調剤基本料

- 面分業推進の観点から調剤基本料 1, 3ハの引上げ
- 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として、各調剤基本料（特別調剤基本料A・Bを除く）の引上げ

調剤基本料 1	45点	→	47点
調剤基本料 2	29点	→	30点
調剤基本料 3 イ	24点	→	25点
調剤基本料 3 ロ	19点	→	20点
調剤基本料 3 ハ	35点	→	37点
特別調剤基本料A	5点	→	5点
特別調剤基本料B	3点	→	3点

- 処方箋集中率の計算において、医療モール内の複数保険医療機関は1つの医療機関とみなすことに変更
- 同一グループの店舗数300以上の区分撤廃
- 特別調剤基本料Aの同一建物内に診療所がある場合の除外規定を撤廃（既存薬局への遡及的な適用はしない）等

＜都市部（※）等への新規出店抑制＞

令和8年6月以降に新規開設する薬局に以下を適用

- 都市部に立地し、小規模かつ処方箋集中率が高い場合は調剤基本料 2
- **門前薬局等立地依存減算**（都市部の門前薬局・密集薬局や、医療モール内薬局で処方箋集中率が高い場合減算）

※都市部とは

特別区・政令指定都市を指す。

ただし、半径500m以内に他の保険薬局が無い場合は除く。

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- 地域での医薬品供給を通じた適切な医療提供体制構築の充実を促進する観点から、後発医薬品調剤体制加算と地域支援体制加算を統合し、地域支援・医薬品供給対応体制加算を新設

地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 【新設】 **27点**

【調剤基本料 1 の薬局】

地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 32点 → **59点**

地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 40点 → **67点**

【調剤基本料 1 以外の薬局】

地域支援・医薬品供給対応体制加算 4 10点 → **37点**

地域支援・医薬品供給対応体制加算 5 32点 → **59点**

- バイオ後続品の使用促進の観点から、バイオ後続品を調剤する体制の評価を新設

（新）バイオ後続品調剤体制加算 50点（バイオ後続品調剤時）

- 医療DX推進体制整備加算を廃止し、電子的調剤情報連携体制整備加算として一本化と電子処方箋システムによる重複投薬等チェックを行う体制の評価を新設

（新）電子的調剤情報連携体制整備加算 8点（月に1回）

- 在宅訪問を十分に行うための体制を整備する薬局を、実績に基づき評価（※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算）

在宅薬学総合体制加算 1 15点 → **30点**

在宅薬学総合体制加算 2 **イ（個人宅）** 50点 → **100点**

在宅薬学総合体制加算 2 **ロ（施設）** 50点 → **50点**

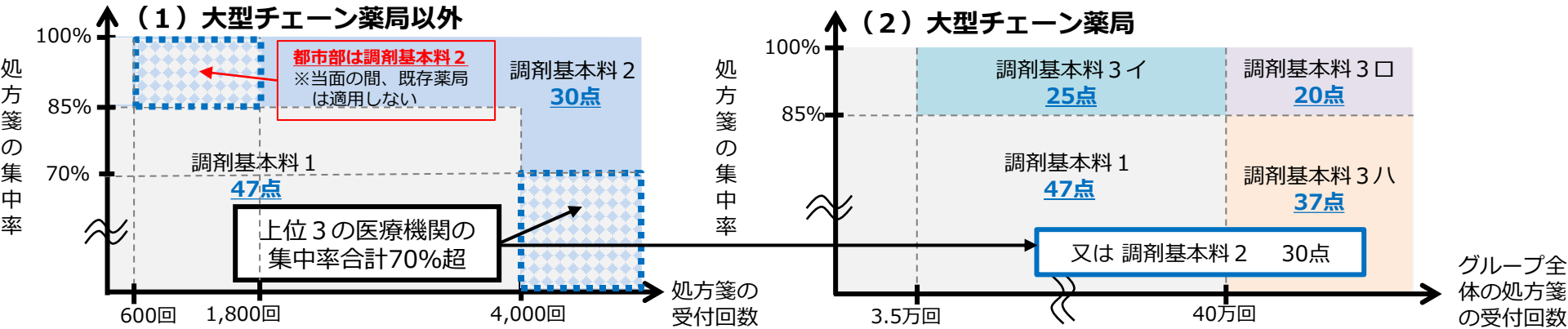
調剤基本料の見直し

調剤基本料の見直し

- 薬局ビジョンを踏まえ、調剤基本料を見直すとともに、都市部^{注1}の門前薬局や、医療モール内薬局であって処方箋集中率が85%超の新規開設（令和 8 年6月 1 日以降に開設）の薬局に対する減算（**門前薬局等立地依存減算**）を新設。

処方箋受付回数等及び処方箋集中度		点数
調剤基本料 1	調剤基本料 2・3、特別調剤基本料以外	47点
調剤基本料 2	① 注2 都市部において、処方箋受付回数が600回超1,800回以下かつ処方箋集中度^{注3}が85%超 ② 処方箋受付回数が 1,800回超かつ処方箋集中度が85%超 ③ 処方箋受付枚数が4,000回超かつ上位 3 の医療機関の処方箋集中度の合計70%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	30点
調剤基本料 3	イ 同一グループで処方箋受付回数が 月 3 万 5 千回超～40万回かつ処方箋集中度85%超	25点
	ロ 同一グループで処方箋受付回数が月40万回超かつ処方箋集中度85%超	20点
	ハ 同一グループで処方箋受付回数が月40万回超かつ処方箋集中度85%以下	37点
特別調剤基本料A	いわゆる同一敷地内薬局	5 点
特別調剤基本料B	調剤基本料の届出がない薬局	3 点

注 1）都市部とは、**特別区・政令指定都市の地域**を指す。ただし、半径500m以内に他の保険薬局が無い場合は除く。
注 2）当面の間、既存の薬局（令和 8 年 5 月31日までに開設し、改定後も継続して処方箋受付回数1,800回以下の薬局に限る。）には適用しない。
注 3）**医療モール内（医療ビレッジ内を含む）の複数の医療機関については、1つの医療機関とみなして処方箋集中度を計算する。**



※処方箋受付回数は、いずれも月当たりの回数

薬局における服薬指導等の業務に対する主な見直し項目

かかりつけ薬剤師の推進

- **かかりつけ薬剤師指導料を廃止し、実施業務に基づいた評価の新設**
 - ・ かかりつけ薬剤師の電話等による服薬状況や残薬状況等の継続的な確認を評価
 - ➡ **かかりつけ薬剤師フォローアップ加算（50点）**の新設
 - ・ かかりつけ薬剤師の患家への訪問による服薬管理、残薬状況の確認等の実施、医療機関への情報提供を評価
 - ➡ **かかりつけ薬剤師訪問加算（230点）**の新設
 - ・ 多剤服用患者について、服用状況の一元的、継続的な把握を通じて、包括的な薬物治療の評価・介入を実践する取組を評価
 - ➡ **服用薬剤調整支援料2（1,000点）**の見直し

残薬対策・一元的管理の推進

- **残薬調整した場合の評価の新設**
 - ・ 患者又はその家族等から残薬状況の聞き取りを行い、残薬調整を実施した場合を評価
 - ➡ **調剤時残薬調整加算（50点※/30点）**の新設
 - ・ 服用薬剤の一元的管理に基づく薬剤調整を評価
 - ➡ **薬学的有害事象等防止加算（50点※/30点）**の新設

訪問薬剤管理指導の推進

- **在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し**
 - ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の**算定間隔6日以上から週1回算定**に見直し
- **医師と同時訪問した際の評価**
 - ・ ポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師による同時訪問を評価
 - ➡ **訪問薬剤管理医師同時指導料（150点）**の新設
- **複数名で訪問した際の評価**
 - ・ 行動面での運動興奮等がみられる患者に対する複数名訪問を評価
 - ➡ **複数名薬剤管理指導訪問料（300点）**の新設

服薬指導の評価の充実

- **吸入薬指導加算の対象疾患の拡大**
 - ・ **インフルエンザ患者に対する吸入薬指導も評価**
- **バイオ後続品の説明時の評価**
 - ・ バイオ後続品の選択に係る患者への説明を評価
 - ➡ **特定薬剤管理指導料3口**の評価対象に追加
- **乳幼児の無菌製剤処理加算の対象を小児まで拡大**
 - ・ **6歳未満から15歳未満への対象年齢の引き上げ**

薬価制度等の見直しについて

令和8年度薬価制度改革の主な内容

- 薬価専門部会における薬価算定基準の見直しに関する議論のほか、「経済財政運営と改革の基本方針2025」（令和7年6月13日閣議決定）を踏まえた令和8年度薬価制度改革の内容は以下のとおり。

1. 国民負担の軽減と創薬イノベーションを両立する薬価上の適切な評価

（1）薬価算定方法

- 補正加算率を控除した比較薬の薬価で一日薬価合わせを行い、比較薬に補正加算が適用されている場合であっても、新薬の補正加算を適用可能とするよう見直し
- 革新的新薬の評価方法、原価計算方式における開示度の取り扱いについては、引き続き検討 等

（2）新薬の薬価収載時・薬価改定時における評価

- 成人及び小児の同時開発促進の観点から、市場性加算（I）と小児加算の併加算を可能とするよう見直し
- 国内の診療ガイドラインにおいて標準的治療法になったと評価できる場合の薬価改定時の加算を新設 等

（3）新薬創出・適応外薬解消等促進加算

- 新薬創出・適応外薬解消等促進加算の名称を「革新的新薬薬価維持制度」に変更
- 制度の透明性を高める観点から、対象品目の要件を見直し 等

（4）市場拡大再算定

- 類似品への市場拡大再算定（いわゆる共連れ）を廃止
- 希少疾病、小児の効能等追加のみの場合、再算定の対象とはしない運用を明確化
- 市場拡大再算定の特例の名称を「持続可能性特例価格調整」に変更 等

（5）イノベーションの推進に向けた長期収載品の薬価の更なる適正化

- 長期収載品に依存するビジネスモデルからの脱却推進の観点から、後発品上市後5年を経過した長期収載品（バイオ先行品を含む）について、後発品置換率によらず段階的に薬価を引き下げ 等

（6）オーソライズド・ジェネリック（AG）・バイオAGの取扱い

- AG、バイオAGの収載時薬価は先発品薬価と同額に算定
- 先発品薬価と同額に算定されたAG、バイオAGについては、薬価改定時に先発品と価格帯を集約

2. 後発品を中心とした医薬品の安定供給の確保のための対応

（1）後発品の価格帯集約

- 注射薬、バイオシミラー、安定供給に係る企業指標の上位評価企業の品目について、価格帯集約を廃止 等

（2）薬価の下支え制度の充実

- 外用塗布剤の最低薬価を設定、最低薬価を引き上げ
- 全ての類似薬が不採算でなくても、不採算の類似薬の合計シェアが5割以上であれば不採算品再算定を適用 等

3. その他の課題

（1）高額な医薬品に対する対応

- 市場規模年間1,500億円超の品目に対するこれまでの対応に関する規定を追加
- 薬価調査における販売額が大きく、保険診療外での使用が一定数見込まれる品目については、NDBで販売額を把握し、持続可能性特例価格調整を適用 等

（2）医薬品流通に関する課題

- 調整幅の在り方については、引き続き検討

（3）販売包装単位の適正化

- 関係団体における対応状況を注視し、薬価上の対応の必要性を検討

（4）イノベーションの適切な評価

- 米国の最恵国待遇（MFN）価格政策に関し、ドラッグ・ロスの解消の観点等から、機動的な対応ができるよう、引き続き検討

4. 診療報酬改定がない年の薬価改定

- 「大臣折衝事項」（令和7年12月24日厚生労働省）に基づき、令和9年度薬価改定を着実に実施
- 対象品目の範囲や適用される各種ルールの在り方については、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減といった要請にバランス良く対応するとの基本的な考え方を踏まえて検討

令和 8 年度保険医療材料制度改革の主な改革事項

1 医療技術の多様化を踏まえた革新的な医療機器等に対するイノベーションの評価

(1) 使用成績を踏まえた再評価に係る申請（チャレンジ申請）

- ・評価方法に係る計画については、原則として比較試験を求める。比較試験の実施が困難な場合には、バイアスのリスクを軽減する方法等を十分に検討した研究計画を示すことを求める。
- ・チャレンジ申請による再評価の対象は、データの客観性を担保する観点から、査読付き論文として公表されたデータの提出を求める。
- ・既存治療との比較等により新たな知見を得られることが十分に期待でき、実現可能性も高いと考えられる研究計画が提出された場合の 절차를簡素化。

(2) 体外診断用医薬品の保険適用における評価基準の明確化

- ・臨床上の位置付けが不明確である場合、臨床上の位置付けに応じた性能を有していない場合、臨床上の有用性が示されていない場合は区分 F（保険診療上の有用性に関し、明確な立証があったと認められないもの）とすることを明確化。

(3) 希少疾病等の検査に用いる体外診断用医薬品等に対する評価

- ・想定される検査回数が少ない再生医療等製品の適応判定の補助に必要な検査に適応を拡大。
- ・技術料の見直しにおける希少性に係る評価の取扱いの明確化。

(4) プログラム医療機器に対する評価

- ・プログラム医療機器に対する診療報酬上の評価に関する基準の明確化。
- ・特定保険医療材料として評価されるプログラム医療機器については、初・再診料、プログラム医療機器指導管理料（導入期加算を含む）、その他の医学管理料等、特定保険医療材料料を組み合わせる算定できることを明確化。
- ・主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものについて選定療養を活用する場合に、各医療機関が設定する特別の料金の徴収についての患者への説明は、患者が使用するプログラム医療機器内で行うことが可能であることを明確化。

2 保険診療上必要な医療機器の安定供給の確保のための対応

(1) 不採算品再算定

- ・不採算品再算定の対象選定基準の一つである「代替するものがないこと」について、要望する製造販売業者のうち上位 2 社の機能区分内におけるシェアが大きいことにより、当該製造販売業者がいずれも供給困難となった場合に、他の製造販売業者が不足分を供給できないと考えられる場合も要件を満たすこととする。

(2) 市場実勢価格が償還価格を上回る機能区分への対応

- ・同一機能区分に属する特定保険医療材料を複数の製造販売業者が販売し、当該機能区分内の製造販売業者のシェアが分散している場合であって、市場実勢価格が基準材料価格改定前の基準材料価格を上回る場合においては、市場実勢価格及び物価変動等に基づき基準材料価格を改定することができることとする。

(3) 外国平均価格に基づく再算定

- ・外国平均価格を算出する際に、国別の価格については、国内での使用状況等が把握可能な場合は、国内の販売個数等を踏まえた加重平均により算出することとする。

(4) 小児用医療機器

- ・小児用医療機器については、その特殊性（成長に伴い使用する医療機器のサイズが変化すること等）や対象患者数が少ないこと等に配慮し、新規機能区分の基準材料価格が外国平均価格の 0.8 倍以下となる場合は、原価計算方式による算定を製造販売業者が希望できることとする。

3 その他の対応

(1) 保険適用の手続き

- ・医療技術評価分科会における検討を要する技術についての明確化
- ・医薬品等の適応判定を目的として使用される体外診断用医薬品の保険適用時期の見直し 等

(2) 市場拡大再算定

- ・要件、計算方法等の明確化。

その他（附帯意見）

令和8年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見①

(全般的事項)

1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。また、施設基準届出のオンライン化や共通算定モジュールの活用を進めるなど、診療報酬の請求手続きの負担軽減を図ること。

(物価対応)

2 物価対応に係る評価について、医療機関等の経営状況等を把握した上で、実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。また、物価対応に関する基本料・技術料を含めた今後の評価のあり方について検討すること。

(賃上げ)

3 賃上げに係る評価について、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、歯科技工士等を含む幅広い医療関係職種において賃上げが適切に実施されているか、実態を迅速かつ詳細に把握した上で、医療機関等の経営状況及び実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。

(病棟業務等の向上・効率化・タスクシフト/シェア)

4 看護業務や医師の事務作業等の更なる向上や業務効率化・負担軽減を推進する観点から導入した、看護職員と他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制、ICT、AI、IoT等の活用による看護職員等の配置基準の柔軟化、専従業務の柔軟化等について、職員の業務負担、医療の質、医療安全への影響、生産性向上、医療従事者の確保等の観点から、病棟の種別ごとに今回改定による影響を幅広く調査・検証するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

5 急性期病院一般入院基本料や急性期総合体制加算を新設したことによる影響の調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた急性期入院医療の適切な評価について、10対1急性期病棟の在り方も含め、引き続き検討すること。

6 特定集中治療室管理料等、高度急性期入院医療に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、重症度、医療・看護必要度の項目、SOFAスコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、病院や病室の機能に応じた入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。

7 救急外来応需体制の評価、下り搬送の評価、在宅療養を行う高齢者・介護保険施設等入所者の後方支援機能の評価等、救急搬送に係る今回改定による影響について、在宅療養を行う高齢者や介護保険施設等入所者の救急搬送・緊急入院の受入れや高次医療機関への転院搬送の実態を把握する等、幅広く調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた高齢者救急受入れや三次救急医療機関の評価の在り方について、介護保険施設等の協力医療機関が果たす役割の観点も含め、引き続き検討を行うこと。

令和 8 年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見②

8 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評価の見直し等、包括期入院医療に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理、円滑な入退院や早期の在宅復帰等、質の高い入院医療の実現に向けて、これらの病棟の適切な評価の在り方について、引き続き検討すること。また、療養病棟等の慢性期入院医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、在宅医療や介護保険施設等との役割分担や連携等の観点も踏まえ、評価の在り方を引き続き検討すること。

9 DPC/PDPS及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響等について調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

(人口少数地域の医療・医師偏在対策)

10 人口の少ない地域の外来・在宅医療提供体制の確保のための支援に対する評価や、外科医療確保特別加算の新設等、医師の地域偏在・診療科偏在対策等に係る今回改定による影響等について調査・検証を行うとともに、人口構成の地域差や病院薬剤師を含む医療従事者の偏在等を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(外来医療)

11 初診料・外来診療料における逆紹介割合に基づく減算規定の見直しや連携強化診療情報提供料の見直し等、外来機能分化に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、評価の在り方について引き続き検討すること。

12 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）や特定疾患療養管理料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療ガイドラインに沿った質の高い計画的な医学管理が推進されるよう、提供される医療の実態に基づく評価の在り方について引き続き検討すること。

13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、かかりつけ医機能報告制度の施行状況等を踏まえ、評価の在り方を検討すること。

(在宅医療・訪問看護)

14 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

15 訪問看護について、同一建物居住者への訪問看護の評価の見直しや、一連の訪問看護を1日あたりで包括的に評価する仕組みが新設されたこと等を踏まえ、指定訪問看護事業所の経営状況等の把握や今回改定の検証を行った上で、評価の在り方について引き続き検討すること。また、精神科訪問看護の利用者が増加傾向にある状況を踏まえ、利用者の状態や訪問看護の提供内容等も含め、実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

令和8年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見③

(精神医療)

- 16 今回新設された精神科地域密着多機能体制加算の効果・影響等を検証する等、診療に当たって精神保健福祉法に基づく判断や手続きを伴う等の精神医療の特性を踏まえ、引き続き地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について検討すること。また、地域の重度な精神身体合併症患者を診療する役割を担う総合病院精神科に係る評価の在り方について、今回改定の効果検証を行った上で、引き続き検討すること。

(医療DX・オンライン診療)

- 17 医療DX（電子処方箋、電子カルテ共有サービス等）、オンライン診療（D to P with D、D to P with Nなど）、改正医療法に基づくオンライン診療受診施設の活用状況等について調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 18 リアルワールドデータの解析結果、臨床的位置付け、効果の有無に係るエビデンス等を踏まえ、体系的な分類に基づいて見直しを行った医療技術を含め、医療技術の適切な再評価を継続的に行うこと。また、今回実施した特定保険医療材料の不採算品再算定やシェアが分散している場合の対応を踏まえ、なお市場実勢価格が償還価格を上回る機能区分が生じる要因の把握等を行うとともに、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえた革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術についての適切な評価の在り方を、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 19 かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等の評価の見直しや歯科治療のデジタル化の実施状況、入院患者等に対する医科歯科連携の評価の影響等を調査・検証し、口腔管理や治療の在り方や多職種連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 20 敷地内薬局の開設状況の変化等に加え、いわゆる門前薬局や医療モール薬局等に関して今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な医薬品提供拠点の在り方も含め、薬局ビジョンを踏まえた薬局・薬剤師の在り方について引き続き検討すること。
- 21 薬局の都市部偏在に関して今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域支援体制加算・在宅薬学総合体制加算における実績要件や人員要件の在り方も含め、都市部における小規模乱立を解消するための評価の在り方、また、医療資源の少ない地域へ配慮した評価の在り方について引き続き検討すること。

(長期処方やリフィル処方等)

- 22 長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、積極的な活用策について引き続き検討すること。また、医薬分業の現状やポリファーマシー対策の観点を踏まえた処方の評価について引き続き検討すること。

令和8年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見④

(後発医薬品の使用促進)

23 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

(医薬品の保険給付)

24 長期収載品や食品類似薬について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医薬品の保険給付の在り方について、供給状況や患者の負担増に配慮しつつ、引き続き検討すること。

(薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度)

25 イノベーションの推進、安定供給の確保、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減の観点から、諸外国の動向も踏まえつつ、各制度の在り方について引き続き検討すること。

(施策の検証)

26 施策の効果や医療の質を含む患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について、引き続き検討すること。